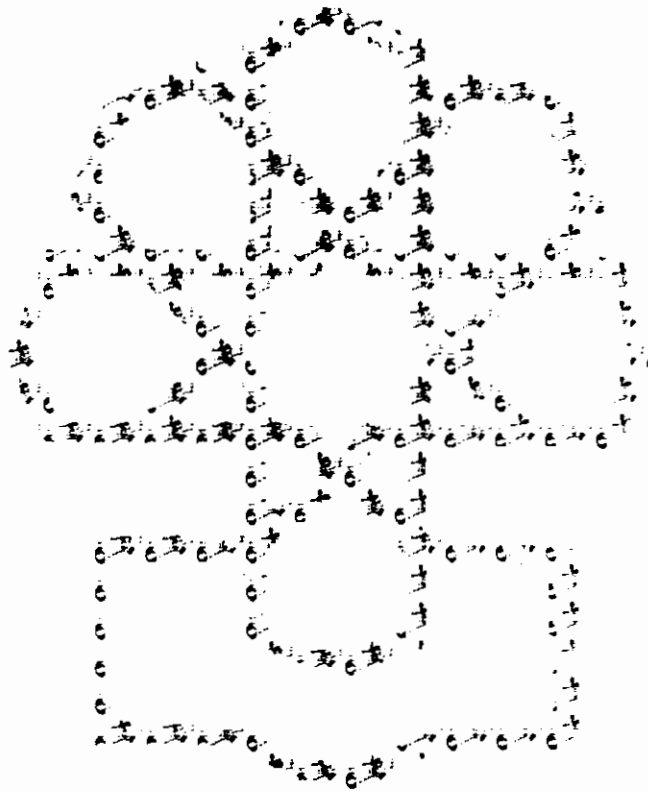




## نظام تأمین اجتماعی (۲)



معاونت پژوهشی

خرداد ۷۹

کار: گروه تحقیق

مسئول گروه: دکتر جمشید پزویان

کد گزارش: ۲۸۰۴۸۶۸

مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی  
کتابخانه و واحد اسناد و اطلاع‌رسانی فارابی  
شماره: ۲۹۵۰  
تاریخ: ۷۹/۹/۲

## مقدمه

تأمین اجتماعی به معنی وسیع خود شامل مجموعه سیستم بیمه‌ای و حمایتی و حتی حوادث در یک جامعه می‌شود که آشکارا حیضه فعالیت و شرح برنامه‌های آن از «سازمان تأمین اجتماعی» فراتر رفته و این سازمان را در زیر مجموعه خود دارد. معمولاً غیر از بیمه حوادث یا حمایت‌های دولت از مردم در مقابل حوادث طبیعی که از بحث ما خارج است، مجموعه یک سیستم تأمین اجتماعی باید شامل دو بخش بیمه‌ای و حمایتی باشد. به عبارت دیگر بخش عمده افراد جامعه در جریان تولیدی قرار داشته و به صورت نهایی که سهم آنها را در تأمین آتیه آنها متفاوت می‌کند زیر پوشش بیمه‌ای (دولتی و خصوصی) قرار می‌گیرند. در حالی که گروه دیگری از افراد جامعه بنا به دلایلی در جریان تولیدی قرار نگرفته یا تولیدات آنها بدون بها عرضه می‌شود (تولیدات زنان خانه‌دار) در بین این گروه می‌توانند افراد فقیر و نیازمند کمکی وجود داشته باشند که خود توانایی مشارکت یا بیمه نمودن خویش را ندارند، در اینجا یک برنامه حمایت موقت و دایم که براساس تشخیص عمل کند ضرورت می‌یابد.

در این کتاب سعی شده در چارچوب سهمی که برای آن در مجموعه تحقیق تعریف شده است ضمن معرفی تأمین اجتماعی در فصل اول در فصل‌های دوم و سوم به مطالعه سیستم موجود تأمین اجتماعی ایران و فصل چهارم به بررسی اجمالی تأمین اجتماعی در چند کشور جهان پردازد.

جامعه ایران بعد از انقلاب متأثر از حوادث و مسائلی شد که بدون شک در سطح رفاه و شرایط امنیت اقتصادی مردم مؤثر بوده است. در رأس این دوران واقعه جنگ و مسائل مربوط به آن مطرح است و سپس خاتمه جنگ و برنامه دوران صلح که قاعدتاً معطوف به بازسازی و کاهش فشار روی سطح رفاه افراد جامعه می‌باشد. در اینجا است که تا حدودی نقش سیستم تأمین اجتماعی آشکار می‌شود. در فصل‌های پنجم و ششم به شرایط اقتصادی دوران جنگ و برنامه اول پرداخته و سپس در فصل‌های هفتم، هشتم و نهم به ترتیب تأثیر عملکرد سیستم اقتصادی و تأمین اجتماعی را بر وضعیت رفاهی مصرف‌کنندگان، به خصوص شرایط تغذیه آنها در دوران جنگ، برنامه اول و بخشی از دوره برنامه دوم را مطالعه می‌کنیم.

مطالعه وضع موجود اقتصادی و اجتماعی به تفکیک شهر و روستا تصویری از آنچه که باید مورد توجه قرار گیرد را منعکس می‌کند. شناخت رفتار اقتصادی خانوارها و کالاهای اساسی در سبد مصرفی آنها می‌تواند روشنگر مسیر سیاست‌های اقتصادی و به خصوص حمایتی و تأمین اجتماعی باشد. عکس‌العمل خانوارها در رفتار مصرفی نسبت به افزایش درآمدشان، چگونگی توزیع در جامعه مسائل قابل بررسی و تأمل هستند. پس از آغاز جنگ یک برنامه حمایت کالاهای خوراکی اساسی اجرا شد که پس از خاتمه جنگ نیز ادامه یافت. مطالعه نقش حمایتی یارانه‌ها نیز نکات مورد توجه این محور مطالعاتی است. در فصل‌های انتهایی این کتاب که شامل فصل‌های ده، یازده و دوازده می‌باشد، به ترتیب به مطالعه و تجزیه و تحلیل رفتار

اقتصادی خانوارها در شهر، روستا و بالاخره به بررسی نقش یازده نهادها و آسایشگاه‌های اساسی می‌پردازیم. در مطالعه وضعیت موجود از اطلاعات و آمار بودجه خانوار سال ۱۳۷۴ استفاده شده است، که این به دو دلیل می‌باشد. نخست این که سال ۱۳۷۴ از نظر آمارگیری بودجه خانوار سال پایه محسوب می‌شود، یعنی بیشترین تعداد نمونه و کفایت آماری را دارد، دومین علت به سال آغاز مطالعه طرح تأمین اجتماعی باز می‌گردد که در آن سال آخرین آمار موجود نیز اطلاعات و آمار بودجه خانوار سال ۱۳۷۴ مرکز آمار ایران بود.

## فصل اول - معرفی سیستم تأمین اجتماعی

### مقدمه

«تأمین اجتماعی» اصطلاحی است که هم می‌تواند دلالت بر هدف سیاست دولت داشته و همچنین برای تشریح مجموعه‌ای از سیاست‌ها به کار گرفته شود. زندگی نوع بشر در جهان امروزه همواره با عدم اطمینان در مورد بسیاری از وقایع همراه است. در صورت عدم وجود تأمین، بیماری‌ها، فحطی، بیکاری و سایر اتفاقات طبیعی، اجتماعی و اقتصادی می‌توانند بخشی از جامعه را به ورطه فقر و حتی نابودی بکشانند. استراتژی‌های مختلفی را می‌توان برای برقراری تأمین یا بهبود آن به کار گرفت که از آن جمله توزیع مجدد دارایی‌ها، مداخله در بازار کار، اصلاحات کشاورزی، برنامه‌های غذایی و امور عمومی مطرح می‌باشند. اما تمامی این موارد بیش از آن مجموعه سیاست‌هایی است که معمولاً تحت نام «تأمین اجتماعی» به کار گرفته می‌شود. به طور کلی تأمین اجتماعی کلیه طرح‌های دولت در کمک به افراد کم درآمد یا فاقد درآمد را در بر می‌گیرد. لرد ویلیام بورویج<sup>۱</sup> صاحب نظر و کارشناس معروف تأمین اجتماعی بریتانیا اصطلاح تأمین اجتماعی را بیانگر تأمین درآمدی می‌داند که به هنگام قطع درآمد به عللی از قبیل بیکاری، بیماری یا حادثه جایگزین آن می‌شود و همچنین تأمین درآمد برای کسانی که به علت کهولت سن بازنشسته شده‌اند و نیز آنها که به سبب مرگ شخص دیگری از حمایت محروم مانده‌اند و تأمین مخارج استثنایی و به طور خلاصه، وی تأمین اجتماعی را معادل تأمین حداقل درآمد می‌داند.

سازمان بین‌المللی کار (ILO)<sup>۲</sup> در مقاله نام‌گذاری ۱۰۲ خود تأمین اجتماعی را چنین تعریف می‌کند که تأمین اجتماعی به منزله حمایتی است که جامعه در قبال پریشانی‌های اجتماعی و اقتصادی پدید آمده به واسطه قطع یا کاهش شدید درآمد ناشی از بیماری، از کار افتادگی، سالمندی و فوت، همراه با فراهم ساختن درمان و کمک عائله‌مندی به اعضای خود ارائه می‌دهد. اما علی‌رغم این تعریف کلی، به دلیل تفاوت در پیشرفت اقتصادی و اجتماعی، تفاوت‌هایی از حیث موارد، ابعاد و حیطه پوشش تأمین اجتماعی در بین کشورهای جهان وجود دارد.

در ایران نیز نقش تأمین اجتماعی در ارتقای کیفی و کمی سطح زندگی مردم در اصل ۲۹ قانون اساسی به صورت زیر بیان گردیده است: «برخورداری از تأمین اجتماعی از نظر بازنشستگی، بیکاری، پیری، از کار افتادگی، بی‌سربستی، در راه ماندگی، حوادث و سوانح، نیاز به خدمات بهداشتی و درمانی و مراقبت‌های پزشکی به صورت بیمه و غیره، حقی است همگانی. دولت مکلف است طبق قوانین از محل درآمدهای عمومی و درآمدهای حاصل از مشارکت مردم، خدمات و حمایت‌های مالی فوق را برای یک فرد

1. William Beveridge.

2. International Labor Organization.

کشور تأمین کند».

هدف از این بخش مطالعه بررسی عملکرد و نحوه ارائه خدمات سازمان‌هایی است که به نحوی در راستای تأمین اجتماعی در سطح کشور عمل می‌نمایند. ملاحظات مربوط به تغییرات در تعداد افراد تحت پوشش سازمان‌های مختلف، تغییرات در هزینه سازمان‌ها و نحوه اجرای حمایت‌های مختلف از جانب این سازمان‌ها در طی سالیان گذشته، کمک خواهد کرد تا بتوان در راه دستیابی به سیستم تأمین اجتماعی جامع‌تر، کارآتر جهت نیل به اهداف مورد نظر گام برداشت.

### ۱- سیستم تأمین اجتماعی و اثرات اقتصادی آن

در جهان امروز، توسعه هدف تمامی کشورها است و هر یک از کشورهای جهان نیز با توجه به موقعیت و امکانات خود سعی بر آن دارند تا با از میان برداشتن موانع توسعه خود، هر چه سریع‌تر به اهداف خود که همانا زندگی بهتر برای هر یک از افراد جامعه است دست یابند. لذا برنامه‌های توسعه در هر کشور و الا‌تر از برنامه‌های رشد مورد نظر قرار می‌گیرد و در همین راستا تأمین اجتماعی نقش بسزایی در برنامه‌های توسعه ایفا خواهد کرد. مطالعه تجربه و وضعیت موجود کشورهای مختلف جهان نشان می‌دهد که اغلب سیاست‌های اقتصادی در جهت دستیابی به رشد بالاتر، با بروز فقر یا گسترش آن در بین افراد جامعه همراه بوده و لذا اگر دولت‌ها به طور مناسبی در جهت حل این مشکلات اقدام ننمایند، هدف اصلی اقتصاد که همانا امکان دستیابی همه افراد جامعه به رفاه بالاتر می‌باشد، نادیده گرفته خواهد شد. گرچه که نیاز به تأمین اجتماعی اساساً در طی زمان همراه با رشد شهرنشینی و صنعتی شدن جوامع، افزایش یافته است، اما بروز مشکلات عدیده ناشی از سیاست‌های رشد و توسعه، اهمیت این سیستم‌ها و عملکرد مناسب آنها را خصوصاً در کشورهای در حال توسعه دو چندان کرده است.

در اجرای سیاست‌های رشد و توسعه اقتصادی، برخی تغییرات در نحوه توزیع درآمد و تخصیص منابع اتفاق خواهد افتاد که در چنین شرایطی اگر نظام حمایتی از اقشار تحت فشار و آسیب‌پذیر جامعه به صورتی کارآ و فعال نباشد، پیامدهای اجتماعی و اقتصادی نامناسبی را ایجاد خواهد نمود. خلاصه‌ای از اثرات اقتصادی سیستم تأمین اجتماعی به صورت زیر قابل بحث است.

#### تأمین اجتماعی و جمعیت

ساخت جمعیت بر نظام تأمین اجتماعی تأثیر خواهد داشت، از آنجا که هر چه تعداد افراد فعال شاغل در جامعه بیشتر باشد، پوشش تأمین اجتماعی نیز آسان‌تر برقرار خواهد شد. لذا در جوامعی که بخش عمده‌ای از جمعیت فعال شاغل نیستند یا بیکاری پنهان مشهود است و همچنین در جوامعی که بخش عمده‌ای از جمعیت زنان در سن فعالیت، شاغل نیستند تأمین اجتماعی دچار محدودیت‌هایی در اجرا خواهد بود.

بالعکس نظام تأمین اجتماعی نیز بر ساخت جمعیت تأثیر خواهد داشت. بدین ترتیب که اگر سیستم حمایتی به نحوی به اجرا گذاشته شود که زنان را تشویق به ترک خدمت نماید و همچنین پرداخت‌های دوران بیکاری به صورتی ایجاد انگیزه جهت ترک شغل نزد افراد فعال شاغل نماید، قطعاً به ترکیب جامعه از نظر فعالان و غیرفعالان تأثیر گذاشته و باعث افزایش افراد غیر فعال جامعه می‌گردد. از طرف دیگر نظر دیگری چنین بحث می‌کند که حمایت‌های سیستم تأمین اجتماعی در زمان بیماری و ناتوانی می‌تواند باعث بهبود و ایجاد زمینه فعالیت مجدد برای افراد گردد و همچنین بسیاری از افراد با استفاده از کمک‌های این

سیستم توان کار در حد امکانات خود را باز می‌یابد و لذا این سیستم‌های تأمین اجتماعی می‌تواند در جهت حداکثر بهره‌برداری از نیروی کار در جامعه به کار گرفته شود.

#### تأمین اجتماعی و تولید

رابطه مستقیمی میان سلامت و بهداشت کارگران و نیروی تولید ایشان وجود دارد. لذا وقتی که حمایت به هنگام بروز بیماری و در صورت وجود فقر از سوی سیستم تأمین اجتماعی برای افراد جامعه برقرار گردد قطعاً بر نیروی کار به عنوان یکی از عوامل تولید تأثیر مثبت داشته و باعث افزایش تولید می‌گردد. علاوه بر این بسیاری از افراد نیازمند جامعه، به دلیل عدم دسترسی به بازارهای مالی و اعتباری مناسب برای تأمین ابزار کار خود، از توان تولید خود استفاده نمی‌کنند. در این صورت با حمایت‌های سیستم تأمین اجتماعی و ارائه کمک‌های مالی جهت تأمین عوامل تولید، بسیاری از بیکاران جامعه وارد بازار کار شده و به تولید می‌پردازند. به طور کلی نظریه پدرسالاری دولت و تهیه و تدارک حقوق ابتدایی انسان‌ها از جمله تغذیه و ارائه خدمات آموزش و بهداشت برای همگان از سوی دولت، باعث افزایش بهره‌وری در جامعه و افزایش تولید خواهد شد.

#### تأمین اجتماعی و توزیع درآمد

در جوامع امروزی هر چه دامنه فقر و محدودیت بیشتر باشد، نیاز به روش‌های تأمین اجتماعی گسترده، بیشتر خواهد بود و لذا سیستم تأمین اجتماعی باید در جهت کاهش اثرات نامطلوب ناشی از توزیع نامناسب درآمد، به کاهش شکاف فقر کمک نماید. در این صورت بخشی از هزینه‌های سیستم تأمین اجتماعی از طریق درآمد عمومی دولت تأمین مالی می‌شود که خود به نحوی به سیستم مالیاتی در جامعه مرتبط است. حال در صورتی که سیستم مالیاتی خود با عدم کارایی همراه باشد و چنانچه امکانات حمایتی سیستم‌های تأمین اجتماعی به میزانی برابر در اختیار افراد کم درآمد و پر درآمد جامعه قرار گیرد، در این صورت افراد کم درآمد که خود در پرداخت مالیات مشارکت داشته‌اند در سطحی برابر با افراد پر درآمد از امکانات این سیستم‌ها برخوردار شده و این به دلیل عدم کارایی سیستم مالیاتی، منجر به بدتر شدن توزیع درآمد خواهد شد. اما از جنبه دیگر پرداخت‌های سیستم‌های تأمین اجتماعی که به دلیل بیماری، زایمان و سایر موارد در دوره‌های خاص به افراد پرداخت می‌شود، از کاهش درآمد افراد در این دوره‌ها جلوگیری نموده و لذا با ایجاد امنیت درآمدی به بهبود توزیع درآمد می‌انجامد. از سوی دیگر سیستم حمایتی قادر خواهد بود تا با پرداخت مستمری به افراد بازنشسته یا از کار افتاده جامعه توزیع درآمد میان کارگران شاغل و بازنشسته را بهبود بخشد. این امر حتی در توزیع مجدد درآمد بین مناطق شهری و روستایی یا بین مشاغل مختلف نیز مطرح می‌باشد. که به این ترتیب سیستم تأمین اجتماعی به طور مستقیم بر توزیع درآمد مؤثر خواهد بود. که تمامی جوانب باید در برقراری یک سیستم تأمین اجتماعی کارآمد در نظر قرار گیرد.

لازم است که به این نکته توجه گردد که در تجزیه و تحلیل اقتصادی در مورد گسترش یا اجرای یک برنامه تأمین اجتماعی، نحوه عمل و همچنین سرعت اجرای آن حائز اهمیت است. از این رو باید بر برنامه‌هایی تأکید گردد که از لحاظ زمانی قابل تداوم و از لحاظ اقتصادی بدون پیچیدگی باشد. در مورد برنامه‌های پرداخت مستمری به مستمری بگیران به تفکیک بازنشستگان از کارافتادگان و بازماندگان باید بررسی‌های دوره‌ای از لحاظ درآمد و هزینه صورت گیرد تا پیش از بروز عدم تعادل درآمدها و هزینه‌ها، هرگونه تعدیل لازم مدنظر قرار گرفته و پیش‌بینی گردد.

## ۲- بیمه اجتماعی و حفظ درآمد

### مقدمه

در سال‌های اخیر، بیمه اجتماعی به طور گسترده به عنوان پایه اصلی سیاست حفظ درآمد مطرح شده است. در بیشتر کشورهای OECD، بیمه اجتماعی سهم اعظم مخارج دولتی برای تأمین اجتماعی را تشکیل داده و برای مبارزه با فقر اساسی است. اما اخیراً بیمه‌های اجتماعی به طور فزاینده‌ای مورد حمله قرار گرفته است. ایرادات اساسی از دو جهت متفاوت مطرح می‌باشند. اول، ایراداتی در ارتباط با این که سیستم موجود حفظ درآمد در تأمین حمایت کافی از افراد کم درآمد شکست خورده است. به عنوان مثال در مورد سالمندان چنین استدلال می‌شود که سیستم بیمه اجتماعی برای بازنشستگان امکانات خوبی فراهم نموده، اما در عین حال بسیاری از افراد مسن را در زیر خط فقر رها کرده است. از این جنبه به نظر می‌رسد که سیستم مطلوب «تأمین درآمد پایه» به جای بیمه اجتماعی است که در آن پرداخت مستمری در ارتباط با سن سالمندی و نه به شرط پرداخت‌های قبلی باشد.

گروه دوم انتقادات به سیستم بیمه اجتماعی با هدف کاهش مخارج دولتی که جهت حفظ درآمد اشخاص صورت می‌گیرد، مطرح می‌گردند. در همین جهت، چنین استدلال می‌شود که اگر محدودیت برای مخارج دولتی وجود دارد، سیستم «پرداخت مستمری به تشخیص» می‌تواند با هدف پرداخت به نیازمندترین افراد، استفاده بهتری از منابع مالی موجود نماید. به همین ترتیب اگر بیمه اجتماعی با سیستم بیمه خصوصی جایگزین گردد هم مخارج دولتی کاهش خواهد یافت و چنین عنوان می‌شود که در این سیستم مردم حق انتخاب و آزادی بیشتری داشته و مستمری‌ها هم به نحو کارآتری پرداخت خواهد شد. لذا در این زمینه، مستمری به تشخیص خصوصی سازی برای جایگزینی بیمه اجتماعی توصیه می‌شود.

در این فصل ابتدا به جنبه‌های مهم سه روش حمایت درآمدی از سوی دولت یعنی درآمد پایه<sup>۱</sup>، بیمه اجتماعی (و ارتباط آن با بیمه خصوصی) و سیستم تأمین براساس تشخیص<sup>۲</sup> و طرح درآمد پایه می‌پردازیم.

### تعاریف

#### درآمد پایه

در این سیستم هر شخص مستمری پایه را که مستقل از سطح درآمد بوده و تنها با تعداد محدودی مشخصات تغییری یابد، دریافت می‌کند که این تمایزات می‌تواند ناشی از سن به معلولیت بلندمدت و احتمالاً وضعیت مسکن باشد، اما شامل وضعیت اشتغال نیست و لذا مستمری پایه با همان فرضی که به افراد غیر شاغل به دلیل بیکاری یا بیماری پرداخت می‌شود به افراد شاغل هم پرداخت می‌شود. لذا به این ترتیب طرح درآمد پایه می‌تواند با الغای معافیت‌های مالیاتی همراه باشد و به این ترتیب تمام سطح درآمد فراتر از مستمری پایه مشمول مالیات خواهد بود.

#### بیمه اجتماعی

این سیستم از این جنبه که به طور کلی مستقیماً در ارتباط با سطح درآمد جاری نیست، مشابه درآمد پایه است اما از دو جنبه با آن سیستم تفاوت دارد. اول این که معمولاً این سیستم بیمه اجتماعی در ارتباط با وضعیت

1. Basic Income.

2. Income - tested assistance.

اشتغال است و هدف مستمری آن است که جانشین درآمد از دست رفته گردد، بنابراین، مستمری بیمه برای حوادثی مثل بیماری و بیکاری جانشین درآمد کاری است. اختلاف دوم این است که میزان مستمری به نوعی بستگی به میزان حق بیمه‌های پرداختی دارد (و شاید از این طریق مرتبط با درآمد گذشته باشد). این جنبه از پرداخت حق بیمه ما را با سؤال درباره رابطه میان بیمه خصوصی و اجتماعی رو به رو می‌کند. گروهی استدلال می‌کنند که بیمه اجتماعی به طور ساده همان بیمه خصوصی است که توسط دولت ارائه می‌گردد و لذا می‌تواند و بهتر آن است که همانند بیمه خصوصی اداره شود.

بیمه اجتماعی از جنبه‌های اساسی و پایه‌ای با بیمه خصوصی متفاوت است و این موضوع به طور آشکار و به روشنی توسط «بورج» در گزارش خود درباره بیمه اجتماعی در انگلیس مطرح گردیده است. ایشان چنین عنوان می‌کنند که در بیمه اختیاری تعدیل میزان حق بیمه با ریسک یک امر ضروری بوده، اما در بیمه‌ای که به طور اجباری از طریق قدرت دولت برقرار می‌شود این تعدیل ضروری نیست. همچنین در بیمه اختیاری لازم است تا برای تأمین مالی پرداخت‌های آتی بیمه‌ای به بیمه‌شدگان، حق بیمه‌های پرداختی ایشان توسط بیمه‌گر سرمایه‌گذاری گردد، اما دولت با توجه به دو منبع مالیات و همچنین اجباری نمودن بیمه برای کلیه افراد جامعه در حال و آینده می‌تواند پرداخت‌های موقت و مستمری‌های بیمه‌شدگان را تأمین نموده و لذا با برقراری بیمه اجباری برای افراد، همواره با جزیانی از حق بیمه‌های دریافتی از افراد و همچنین مالیات‌ها، سیستم بیمه اجتماعی را تأمین مالی نماید. به طور خلاصه این‌که در بیمه اجتماعی از سوی دولت، لزوماً نباید پرداخت‌های بیمه‌ای به افراد نسبت مشخصی با حق بیمه‌های پرداختی و همچنین ریسک موجود برای هر حادثه یا اتفاقی داشته باشد و همچنین اجبار سرمایه‌گذاری حق بیمه‌ها برای تأمین مالی سیستم‌های بیمه اجتماعی دولتی مطرح نیست.

تمايز اول یعنی انحراف از رابطه عادلانه و دقیق میان حق بیمه پرداختی فردی با ریسک و بازدهی بیمه، دو جنبه دارد. اول، بیمه اجتماعی درگیر یک رابطه دقیق حق بیمه پرداختی و مستمری نیست و لذا شاید به طور مثال تا حدودی در پس این سیستم موضوع توزیع مجدد نیز مطرح باشد به این معنی که کارگران با پرداخت‌های پایین‌تر مستمری‌های بهتری نسبت به کارگران با پرداخت‌های بالاتر دریافت کنند. دوم این‌که قرارداد با دقت و وضوح کمتری مطرح است. یک بیمه نامه بیمه بخش خصوصی به طور دقیق حوادث و وقایع و همچنین مستمری‌های مربوطه به هر یک را تعیین نموده که به طور کلی قابل تغییر نیستند. اما یک طرح بیمه اجتماعی انعطاف‌پذیری بیشتری دارد. دولت می‌تواند شرایط را تغییر داده، برخی از مستمری‌ها را حذف یا کاهش دهد. می‌تواند میزان مستمری‌ها را افزایش یا بهبود بخشد تا به طور اخص نیازهایی را که پیش از این مطرح نبوده را تحت پوشش قرار دهد. بیمه اجتماعی قطعیت کمتری را ارائه داده، اما در مقابل حمایت از یکپارچگی، اتفاق نظر و وحدت را در بردارد و لذا بیمه اجتماعی، اجباری است و در عین حال همه افراد تحت پوشش آن خواهند بود.

#### تأمین براساس تشخیص

در این سیستم افراد نیازمند، پس از اثبات استحقاق خود برای دریافت مستمری، با توجه به میزان درآمد خود و تفاوت آن با سطح معیشت متعارف جامعه، مشمول دریافت مستمری می‌گردند.

مستمری‌های براساس تشخیص می‌تواند همانند بیمه اجتماعی با وضعیت اشتغال مرتبط باشد. اما برخلاف بیمه اجتماعی، این‌که فرد واجد شرایط دریافت مستمری هست یا خیر مقدار دریافتی بستگی به

درآمد جاری وی دارد. به عنوان مثال سیستم حمایت درآمدی در انگلستان تنها برای کسانی است که درآمدشان در صورت عدم دریافت این کمک به پایین تر از سطح از پیش تعیین شده و معینی تنزل خواهد کرد و لذا میزان پرداخت برای رساندن سطح درآمد افراد به این درآمد معین کافی خواهد بود.

حال شاید چنین استدلال شود که این وابستگی به سطح درآمد در واقع هیچ تفاوتی با سیستمی مرکب از درآمد پایه (مستمری پایه) و مالیات‌گیری از درآمد ندارد. در هر دو سیستم فرد یا خانوار با محدودیت بودجه‌ای رو به رو است که در اصل چنین محدودیت بودجه‌ای با یک میزان درآمد پایه و یک جدول مالیاتی مطرح می‌گردد.<sup>۱</sup> اما اینجا تفاوت‌هایی نادیده گرفته شده است که هم از جهت دولت و هم از جهت دریافت‌کنندگان مستمری‌ها مطرح است. از نقطه نظر دولت، در سیستم درآمد پایه، دولت می‌تواند حمایت‌های موردنظر را در اختیار افراد جامعه قرار داده و در کنار آن ساختار مالیاتی نیز مطرح باشد. لذا به طور مثال همچنان که یک خانوار مشمول دریافت حمایتی از سوی سیستم تأمین اجتماعی می‌باشد، همچنین بر مبنای درآمد خانوار پرداخت‌کننده مالیات خود نیز خواهد بود. اما در مقابل در سیستم تأمین براساس تشخیص تفاوت در میزان مستمری‌های تعیین شده برای افراد مختلف با سطوح درآمدی متفاوت که از سوی سیستم تأمین اجتماعی به ایشان پرداخت می‌گردد، باعث تغییر نرخ نهایی مالیات مستمری‌گیران می‌شود و لذا در این سیستم نرخ‌های نهایی مالیاتی ضمنی که برای افراد نیازمند به اجرا گذاشته می‌شود متفاوت از نرخ‌های موردنظر در سیستم مالیات بر درآمد (با یک جدول معین و مشخص) می‌باشد.

از نقطه نظر دریافت‌کنندگان مستمری، یک جنبه مهم از سیستم مستمری براساس تشخیص این است که در این سیستم جریان کاملاً مجزای اداری و اجرایی مطرح است یعنی شخص باید ادعایی را مطرح کرده و برای سطح درآمد خود دلیل و اثباتی بیاورد اما در سیستم درآمد پایه هیچ یک از این مراحل مطرح نیست. در این سیستم دولت باید افراد مستحق را شناسایی کرده و ایشان را نسبت به حقوق خود آگاه کند. در همین رابطه برخی طرفداران سیستم تأمین براساس تشخیص همین وجود سیستم مجزای اداری و اجرایی و مشکلات آن را به عنوان راهی برای حذف کسانی که کمتر مستحق هستند تلقی نموده‌اند که در بخش‌های بعدی به طور مشخص تری مطرح خواهد شد.

### ن تجربه انگلستان

گزارش سازمان بین‌المللی کار (ILO) در مورد توسعه تأمین اجتماعی به الگویی از تکامل تاریخی آن اشاره دارد که ابتدا دوره‌ای از نیکوکاری خصوصی و همچنین بهبود اوضاع فقرا توسط دولت مطرح بوده که شرایط بدی را همراه با تحقیر و بدنامی برای افراد نیازمند ایجاد می‌کرده است. دوم دوره بیمه اجتماعی است که برنامه‌های اجباری گسترده‌تر توسعه یافته و مشاغل، حوادث و وقایع بیشتری را تحت پوشش داشته است. در مرحله سوم دامنه خدمات گسترش بیشتری یافته و با هدف حفظ، بهبود و ارتقای کیفیت زندگی مطرح است.

حال در مطالعه داده‌های انگلستان چنین ملاحظه می‌شود که از سال ۱۹۰۰ تا ۱۹۷۹ سهم مخارج بیمه اجتماعی در کل مخارج تأمین اجتماعی روند صعودی دارد، اما بعد از سال ۱۹۷۹ این سهم کاهش می‌یابد که این برخلاف آن چیزی است که گزارش سازمان بین‌المللی کار در مورد روند تاریخی سیستم‌های تأمین

۱. برای مطالعه بیشتر در این ارتباط به فصل ۷ کتاب اقتصاد بخش عمومی (مالیات‌ها) - جمشید پژویار - مراجعه کنید.



اجتماعی بیان می‌کند. چرا که بر طبق آن گزارش باید در مرحله سوم بیمه‌های اجتماعی گسترش یافته و خدمات بهبود کیفیت زندگی را تحت پوشش داشته باشد. پس از سال ۱۹۷۹ در انگلستان کاهش بیمه اجتماعی با افزایش کمک‌های تأمین براساس تشخیص همراه بوده و این به دلیل معرفی مقرری‌های جدید در سیستم تأمین براساس تشخیص و همچنین اتکا بیشتر بر مستمری‌های این سیستم بوده است. به عنوان مثال از سال ۱۹۸۵ مقرری دوران بارداری که همگانی بوده است ملغی شده و پرداخت‌ها تنها به خانواده‌های کم درآمد مطرح بوده و به همین ترتیب چندی از پرداخت‌های بیمه اجتماعی که به همگان در جامعه انگلستان پرداخت می‌شده لغو شده و تنها تحت سیستم پرداخت براساس تشخیص به افراد مستحق و کم درآمد تعلق گرفته است.

در نهایت هم دولت بیش از پیش در جهت تأمین بازنشستگی خصوصی پیش رفته و کاهش سیستم‌های بازنشستگی دولتی که مرتبط با سطح درآمد افراد بوده با ایجاد انگیزه‌های مالی و سایر انگیزه‌ها برای تدارک خصوصی بازنشستگی همراه بوده است. در همین راستا اجبار کارفرمایان به تأمین بخشی از هزینه‌های دوران بیماری کارگران (برای ۲۸ هفته اول) و همچنین پرداخت بابت دوران بارداری توسط دولت، در جهت افزایش سهم بخش خصوصی در تأمین اجتماعی است.

## جایگزین‌های بیمه اجتماعی

### الف - بیمه خصوصی

در مقایسه بیمه خصوصی و بیمه اجتماعی مسائل زیادی قابل طرح است که در اینجا به برخی از آنها می‌پردازیم. یکی از این موارد مختلف و متنوع بودن وقایع و حوادثی است که با بیمه اجتماعی تحت پوشش قرار می‌گیرد. از طرف دیگر اگر در بحث خصوصی سازی بیمه تکیه بر تئوری‌های اقتصاد رفاه باشد. استدلال چنین است که رقابت در بازار منجر به تخصیص کارآیی پرتو می‌گردد. تخصیصی که در آن نمی‌توان وضعیت یک فرد را بهبود بخشید مگر این‌که وضعیت حداقل یک نفر دیگر بدتر گردد و در این شرایط دخالت دولت تنها در زمینه توزیعی قابل توجه است. از سوی دیگر می‌توان عنوان کرد که بنگاه‌ها و شرکت‌های خصوصی عمدتاً سازماندهی بهتر و در نتیجه هزینه‌های اجرایی و اداری کمتری دارند. یا حتی می‌توان چنین استدلال نمود که تنوع انتخاب مهم است و چنین تنوعی خود به خود با ارزش است حتی اگر منفعتی در کارآیی تخصیص مطرح نباشد.

هزینه‌های اداری و اجرا در این زمینه حائز اهمیت است. گرچه معمولاً این ملاحظات در تحویل‌های اقتصادی نادیده گرفته شده‌اند، اما از نظر کمی می‌تواند به اندازه زیادی یا اضافه بار و همچنین سایر عوامل مورد توجه در اقتصاد بخش عمومی مهم باشد. حال با در نظر گرفتن هزینه‌های اجرایی و اداری هم، افراد در جامعه با توجه به درجه ریسک‌پذیری و ریسک‌گریزی هر یک و با توجه به احتمال بروز وقایع مختلف برای هر یک، به دو گروه تقسیم خواهند شد. افرادی که بیمه را انتخاب کرده و بیمه شوند و گروه دومی که به سراغ بیمه (خصوصی و اختیاری) نخواهند رفت.

حال اگر هزینه‌های اداری برای بیمه دولتی (اختیاری) بالاتر باشد، آن چنان که باور کسانی است که عنوان می‌کنند کارکنان سازمان‌های دولتی انگیزه کمتری برای کارآ عمل کردن دارند) پس خصوصی سازی

هم صرفه‌جویی در هزینه برای بیمه‌شوندگان است و هم حذف اختلال برای کسانی که به دلیل هزینه از بیمه شدن منصرف می‌شوند. از سوی دیگر، بیمه دولتی دارای مزیت صرفه‌جویی اقتصادی ناشی از مقیاس نسبت به شرکت‌های خصوصی است. به عنوان مثال «بورج» تحلیل گسترده در مورد هزینه‌های اجرای سیستم‌های خصوصی انجام داد و متوجه شد که هزینه‌های پایین اداری و اجرایی در اغلب انواع بیمه‌های دولتی در مقایسه با انواع اختیاری بیمه، ضرورتاً ناشی از صرفه‌جویی اقتصادی ممکن در کسب حق بیمه‌هاست. دریافت حق بیمه باید هم هزینه‌های اداری و هم هزینه‌های فروش بیمه‌نامه به مشتریان را نیز دربرگیرد. حال اگر بیمه دولتی، اجباری است پس از هزینه‌ها کمتر بوده و ممکن است (علی‌رغم اجباری بودن) وضعیت همه بهبود یابد.

بحث در مورد تنوع به تفاوت در ترجیحات افراد بر می‌گردد. به عنوان مثال اگر بیمه بیماری دولتی، اجباری باشد و بیمه کامل را برای همه افراد برقرار نماید و در مقابل بیمه خصوصی این حق انتخاب را به خود افراد بدهد، در این صورت بیمه خصوصی آزادی انتخابی را در بر دارد که در مورد بیمه دولتی مطرح نیست. ارزش این حق انتخاب به دامنه و گسترش تنوع ترجیحات افراد بستگی دارد. اگر ترجیحات به نحوی باشد که با توجه به هزینه پایین‌تر بیمه دولتی، خود افراد متمایل به بیمه شدن باشند، در این صورت اجباری بودن بیمه، زبانی را به همراه نخواهد داشت. یعنی چنانچه علی‌رغم اجباری بودن بیمه، افراد جامعه با توجه به فرم تابع مطلوبیت که نشانگر ترجیحات ایشان است، خواستار بیمه شدن باشند، در نتیجه بحث عدم وجود آزادی انتخاب برای پیوستن به بیمه، ایرادی برای سیستم بیمه اجتماعی اجباری نخواهد بود.

در عین حال تنوع را می‌توان در تعداد عرضه‌کنندگان در نظر داشت که شخص می‌تواند در بین عرضه‌کنندگان مختلف خدمات بیمه‌ای انتخاب نماید. با این وجود این مسئله که رقابت کامل در بازار بیمه پابرجا باشد، زیر سؤال است. به عنوان مثال در مورد بیمه بیماری، احتمال بیماری در نزد افراد مختلف، متفاوت است و در نتیجه افراد با آگاهی از احتمال بیماری خود به مؤسسات بیمه مراجعه می‌کنند. حال مسئله اینجاست که گرچه افراد می‌دانند که در کدام گروه هستند، اما شرکت بیمه نمی‌تواند احتمال بیماری هر مشتری خود را تعیین کند. با توجه به مفهوم رقابت کامل در اقتصاد، حتی چنانچه نرخ‌های بیمه متفاوتی برای گروه‌های سنی مختلف در نظر گرفته شود، به دلیل وجود افرادی با شرایط مختلف در بین گروه‌های سنی، باز وجود اطلاعات کامل بین دو طرف در این بازار صادق نخواهد بود. این اطلاعات ناقص منجر به عدم وجود تعادل رقابتی می‌شود. لذا در واقع بازار بیمه کمتر به یک رقابت کامل نزدیک است و در این رابطه حتی نمی‌توان به طور دقیق مطرح نمود که تعداد عرضه‌کنندگان هم زیاد است. لذا بحث اطلاعات ناقص و نامتقارن و تعداد محدود عرضه‌کنندگان خدمات بیمه‌ای به نظر می‌رسد که هیچ تضمینی وجود ندارد که نتیجه حاصل از فعالیت بازار همان بهینه‌کارآی پرتو باشد. این مطلب توسط اقتصاددانان به طور گسترده تشخیص داده شده، که شرایط رقابت در بازار که منجر به تخصیص کارآی پرتو گردد محدود بوده و شامل وجود مجموعه کاملی از بازارها و اطلاعات کامل است که به نظر می‌رسد در واقع این شرایط (و خصوصاً عدم وجود اطلاعات کامل) در مورد بازار بیمه زیر سؤال است و لذا عملکرد بیمه خصوصی نیز به تبع آن چندان متقاعدکننده نخواهد بود.

بحث دیگر این‌که بیمه به طور معمول در مقابل یک حادثه یا واقعه کاملاً معین مطرح می‌شود که افراد می‌توانند احتمال بروز آن را در نظر داشته باشند. همچنان که پیش از این عنوان شد، بخشی از عملکرد بیمه

اجتماعی تدارک و ارائه بیمه در قبال حوادثی است که از پیش تعیین نشده یا کاهش زیان وقایعی که نمی‌توانیم پیش‌بینی نماییم. لذا نوع قرارداد در بیمه اجتماعی که چندان دقیق و معین هم نیست از این جنبه‌ها، مزایای قابل توجهی را به همراه دارد.

لذا با توجه به مسائلی که در مورد هزینه‌های اجرائی و اداری، تنوع یا کارایی اقتصاد رفاه برای مورد خصوصی‌سازی عنوان شد، نمی‌توان به راحتی و با صراحت در مورد بیمه خصوصی به عنوان جایگزین بیمه اجتماعی صحبت کرد. البته این بدان معنی نیست که لزوماً بیمه اجتماعی ترجیح دارد، بلکه آنچه باید مورد توجه قرار گیرد، ارزیابی دقیق عملکرد بیمه خصوصی و اجتماعی در زمینه‌های خاص است. این ارزیابی باید براساس شواهد تجربی و عملی در مورد مسائل مطرح شده مثل میزان هزینه‌های اجرایی و اداری و همچنین ساختار بازار باشد. آنچه مهم است این‌که مقایسه باید بی‌طرفانه باشد.

آنچه باید در خاتمه در نظر داشت این‌که در تصمیم‌گیری میان بیمه اجتماعی و خصوصی می‌تواند مسائل دیگری نیز مطرح باشد. به عنوان مثال اگر محقق با اهمیت‌ترین مسئله را جلوگیری از اعمال زور فرد بداند در این صورت شاید بسیاری از مسائل در پیش گفته شد هیچ نقشی در قضاوت و مقایسه نداشته باشند. بنابراین چنانچه برای فرد محقق، آزادی انتخاب فرد در اولویت باشد. هرگونه نتیجه‌گیری در جهت بیمه اجباری دولتی مردود خواهد بود. در نظر داشتن این‌که حقوق فردی به یک روش عادلانه برقرار گشته و این حقوق براساس اصول عادلانه‌ای منتقل گردد. در این صورت مداخله قابل توجه دولت محدود به جلوگیری از خشونت، سرقت، تقلب و پشتیبانی و پیشبرد قراردادها خواهد بود. لذا از این جنبه بیمه اجباری دولتی، نقض آزادی فردی بوده و غیر قابل توجه است. در نتیجه چنین سیستمی باید برچیده شود حتی اگر بتوان نشان داد که تحت این سیستم بیمه اجتماعی وضع همه افراد بهتر است. بنابراین عوامل سیاسی و اجتماعی می‌تواند بر هر تصمیمی غالب بوده و تمام ملاحظات اقتصادی را نیز نادیده بگیرد.

#### ب- تأمین براساس تشخیص یا هدفمند

در این بخش برای جایگزین بیمه اجتماعی به سیستم تأمین و کمک براساس تشخیص می‌پردازیم و ملاحظات مربوط به انواع حمایت‌های درآمدی دولت را در نظر می‌گیریم. دیدیم که الگوی تاریخی توسعه تأمین اجتماعی نشان می‌داد که برنامه‌های کمک براساس تشخیص با برقراری و گسترش بیمه اجتماعی جایگزین می‌شوند اما دیدیم که در سال‌های اخیر این جریان در انگلستان معکوس شده است. علت این امر دستیابی به هدف کارایی بیشتر در پرداخت مستمری‌ها در جهت مبارزه با فقر و در نتیجه پرداخت تنها به نیازمندترین افراد است. یعنی اگر هدف، تقویت افراد کم درآمد و رساندن ایشان به یک سطح قابل قبول می‌باشد این امر شاید با سخاوت و بخشندگی بیشتر برای فقرا و با هزینه کمتر می‌تواند از طریق قطع پرداخت‌ها به کسانی که چندان نیازمند نیستند، ممکن گردد. موضوع حائز اهمیت در این سیستم، نیازمندی آن به یک سیستم اداری و اجرایی مجزا می‌باشد. اگر چه پیشنهاداتی مطرح گردیده که مستمری و کمک‌های براساس تشخیص از طریق سیستم مالیاتی اداره و اجرا گردد، اما نیاز تهیه اطلاعات بیشتر و سایر اقدامات لازم از سوی کسانی که ادعا می‌کنند که مستحق دریافت کمک هستند نیز در این سیستم مورد نظر است که این تفاوت هم از نظر زمان هزینه داشته و هم تا حدودی با تحقیر افراد همراه است. برای آگاه ساختن افراد به انواع کمک‌ها و مساعدت‌های موجود زمان نیاز است کسانی که ادعای استحقاق دریافت مساعدت دارند باید صرف دقت نمایند، این افراد باید به ادارات مربوطه مراجعه و مدارک لازم را جمع‌آوری کنند که همه

این اعمال با هزینه وقت و زمان همراه است.

وجود هزینه‌های متفرقه برای دریافت مستمری و کمک براساس تشخیص باعث می‌شود که مردم همواره برای مساعدتی که مستحق آن هستند ادعا و تقاضایی نداشته باشند. جایی که مسئله اطلاعات و زمان مطرح است، مقدار ناچیز مستمری ارزش اظهار ادعا را نخواهد داشت و گروهی منصرف می‌شوند. برخی این جریان تا دریافت کمک را تحقیرآمیز و با بدنامی همراه می‌بینند و در نتیجه حتی علی‌رغم میزان مستمری معقول، از ابراز ادعا منصرف می‌شوند. حتی شاید افرادی به طور کامل از حقوق خود مطلع باشند اما تقاضای دریافت مستمری و کمک نمایند که این، نرخ جذب<sup>۱</sup> به سیستم را کاهش خواهد داد. البته برای افزایش نرخ جذب افراد می‌توان از تبلیغات استفاده کرد که شاید در عمل تا حدودی موفق باشند.

حال در همین رابطه، برای گروهی از مردم همین جذب نا کامل افراد مطلوب تلقی می‌گردد چرا که در این صورت کسانی که کمتر نیازمند هستند، از دریافت کنندگان مستمری و کمک‌های سیستم تأمین براساس تشخیص نبوده و لذا مساعدت‌ها در نهایت برای کسانی ارائه می‌گردد که واقعاً نیازمندترین افراد هستند.

برای ارزیابی جایگزینی سیستم تأمین براساس تشخیص به جای بیمه اجتماعی باید مدل مورد بررسی خود را به گونه‌ای بسط دهیم که مسائل مربوط به نرخ جذب افراد مستمند را نیز در برگیرد و یکی از این راه‌ها وارد کردن هزینه‌های زمان در مدل‌های اقتصادی برای مقایسه است. در همین رابطه عنوان می‌شود که سیستم تأمین براساس تشخیص از بعد هزینه زمان مطلوب‌تر است چرا که هزینه فرصت زمان برای افراد نیازمند، به دلیل کمتر بودن نرخ دستمزدها کمتر است. اما در همین جا این موضوع نیز باید در نظر گرفته شود که ایشان (نیازمندان) از نظر زمانی هم فقیر هستند چرا که در انتخاب بازار کار خود نیز با محدودیت روبه‌رو هستند. برای در نظر گرفتن هزینه تحقیرآمیز بودن این سیستم، کار عمئی کمتری می‌توان انجام داد. اما احتمال این که یک فرد برای دریافت مستمری خاصی ادعایی داشته باشد به طور مستقیم به درصد جمعیت دریافت کننده آن مستمری بستگی دارد چنانچه در یک سیستم تأمین اجتماعی براساس تشخیص، تعداد بیشتری از افراد از مستمری یا حمایتی منتفع شوند، تحقیرآمیز بودن دریافت آن مستمری کمتر شده و تعداد بیشتری به آن روی می‌آورند که در این صورت گسترش سیستم تأمین براساس تشخیص، پرداخت آن مستمری‌ها و مساعدت‌ها را از نظر اجتماعی قابل قبول جلوه داده و نرخ جذب را افزایش می‌دهد. در مقابل اگر هدف، کارآیی بیشتر مستمری‌های پرداختی و کمک به نیازمندترین افراد جامعه باشد. می‌تواند باعث کاهش نرخ جذب شود چرا که تنها نیازمندترین افراد جذب سیستم خواهند شد.

در نهایت، باز هم می‌تواند حالتی باشد که دلایل و مباحث اقتصادی، تعیین کننده نباشد. سیستم تأمین براساس تشخیص می‌تواند براساس ایراد پایه‌ای به سیاست‌هایی که باعث تفرقه در جامعه می‌شود، مردود اعلام شود، در این سیستم خدمات خاصی برای افراد فقیر در نظر گرفته می‌شود که از این طریق جامعه را تقسیم می‌کند و یک گروه از افراد جامعه را تحت عنوان سطح دوم افراد که خدمات نوع دوم را نیز دریافت می‌کنند، معرفی می‌کند. لذا بحث یکپارچگی و وحدت در ارائه خدمات عمومی. همانند آزادی (در انتخاب) می‌تواند از اهداف درجه اول برای یک تصمیم‌گیری باشد.

### ج- درآمد پایه

یکی دیگر از جایگزین‌های بیمه اجتماعی می‌تواند سیستم درآمد پایه باشد. هم سیستم درآمد پایه و هم بیمه

1. take-up rate.

اجتماعی با هدف یکپارچگی و وحدت عمل سازگاری دارند، اما دو تفاوت عمده بین این دو سیستم وجود دارد. اول این که، برای بیمه اجتماعی شرایط پرداخت حق بیمه مطرح است که خود مسائل مهمی را ایجاد می کند. دوم این که، مستمري های بیمه اجتماعی به وضعیت اشتغال فرد بستگی دارد. بنابراین در صورت بروز بیماری در سیستم بیمه اجتماعی فرد در دوران بیماری خود جایگزینی برای درآمد از دست رفته کاری خود دریافت می کند اما در یک طرح درآمد پایه، فرد بیمار مستمري بیشتری برای بیمار بودن خود دریافت نمی کند.

دو مزیت برای سیستم درآمد پایه مطرح می گردد اول این که در این سیستم نیازی به تعیین وضعیت اشتغال فرد نیست و در نتیجه صرفه جویی در هزینه های اداری می گردد. مزیت دوم این که با ارائه و تأمین درآمد مناسب، بدون توجه به شرایط اشتغال، این سیستم این مسئله که چگونه با افرادی که علی رغم شاغل بودن درآمد کمی دریافت می کنند را حل نموده است (که این مسئله در سیستم بیمه اجتماعی جوابی ندارد) این مسئله ما را به رابطه بین تأمین اجتماعی و بازار کار متوجه می سازد. طرح «بورج» اکیداً بر پایه حفظ اشتغال بود و مطرح می کرد که: می توان بیکاری هر فرد را برای مدتی بیش از ۲۶ هفته مستمر، در زمان های عادی یک امر نادر تلقی نمود. البته در ایجاد اشتغال یکی از مسائل مهم بحث حداقل دستمزد است که «بورج» خود در تعیین و بحث درباره حداقل دستمزد، برای دستیابی به اشتغال بالاتر شانه خالی می کند. در سیستم درآمد پایه، برای هر فرد حقی در نظر گرفته شده و هم تحت پوشش قرار می گیرند و برای هر فرد دریافت های ناشی از کار یا سایر منابع درآمدی، ایجاد درآمد مازاد می کند که همگی مشمول مالیات خواهند بود. در این صورت اگر افراد کار نکردن را انتخاب کنند، تنها درآمد پایه را دریافت می کنند. حال اگر کارفرمایان می خواهند تا برخی مشاغل را برای بازار کار معرفی نمایند، می دانند که می توانند این کار را با علم به این مطلب انجام دهند که افرادی که این مشاغل را می پذیرند در فقر به سر نمی برند و لذا با اشتغال در این مشاغل، درآمدی بیش از زمان بیکاری خواهند داشت. اما در کنار این مباحث، این که سیستم درآمد پایه می تواند برای برخی، عدم انگیزه مالی برای کار ایجاد نماید مطرح است. لذا در مقایسه بین این دو سیستم هم باید مباحث مربوط به بازار کار و همچنین شدت فقر در جامعه و حتی زمینه های ایدئولوژیک را نیز در نظر داشت.

در نتیجه در مقایسه تمامی سیستم های مربوط به حفظ سطح درآمد برای افراد جامعه باید در نظر داشت که تنها مباحث و استدلال های اقتصادی مطرح نیست بلکه مسائل همچون آزادی افراد در انتخاب یکپارچگی و وحدت و اتفاق نظر در ارائه خدمات از سوی دولت و یکپارچگی دریافت کنندگان مساعدت ها از سوی سیستم های حمایتی متفاوت و همچنین عده یجاد تفرقه در بین افراد یک جامعه از مسائل اجتماعی و سیاسی مهمی است که باید مورد بررسی قرار گیرد. از سوی دیگر بحث انتخاب عمومی مطرح است که حتی در شرایطی و علی رغم تمامی تحقیقات و بررسی های اقتصادی ممکن است که دولت هدف خود را در تعیین رفاه اجتماعی معطوف به یکی از مسائل اجتماعی نماید و لذا افزایش فعالیت خود را توجیه پذیر دانسته یا بالعکس کاهش فعالیت خود را کمتر از حد بهینه اقتصادی در نظر بگیرد.

در ایران

آنچه در رابطه با سیستم های حفظ درآمد مطالعه کردیم ما را با سه سیستم دولتی آشنا کرد. حال در مورد وجود این سیستم ها در کشور خودمان به طور خلاصه می توان گفت که سه مورد، تحت عناوین

طرح‌های مختلف به اجرا در می‌آید.

در رابطه با سیستم درآمد پایه، در واقع سیستم کوپنی که تمامی افراد جامعه را به طور یکنواخت و بدون توجه به وضعیت اشتغال و همچنین وضعیت درآمدی تحت پوشش قرار می‌دهد و چندین سال است که در ایران برقرار می‌باشد، خود نوعی سیستم حمایت و از نوع درآمد پایه می‌باشد. چرا که در این سیستم افراد برای دستیابی به یک حداقل از کالاهای ضروری مورد حمایت قرار می‌گیرند و به جای پرداخت وجه آنها، کالاها با قیمت مناسب در اختیار افراد قرار می‌گیرد.

در رابطه با سیستم مساعدت و تأمین براساس تشخیص، امروزه نهادهای مختلف در سطح کشور به این امر اختصاص دارند که ضمن شناسایی افراد نیازمند و فقیر آنها را تحت پوشش قرار داده‌اند. این نهادها افراد را بسته به علت فقر و امکان خودکفا کردن ایشان، تحت حمایت‌های بلند مدت و کوتاه مدت خود می‌گیرند. در این راستا کمیته امداد امام خمینی، سازمان بهزیستی کشور و سایر نهادها به فعالیت اشتغال دارند که پس از شناسایی افراد مستحق دریافت کمک به طرق مختلف، با پرداخت‌های نقدی، ایجاد امکانات کار و کسب درآمد، تدارک زمینه‌های درمان و... ایشان را مورد حمایت قرار می‌دهند. ولی به هر حال پوشش این نهادها و سازمان‌ها کافی و به صورت فراخوان نیست.

در ایران سیستم بیمه اجتماعی به طور مشخص توسط سازمان تأمین اجتماعی سازمان بازنشستگی کل کشور و تعداد صندوق مستقل برقرار شده است. این سازمان، با بیمه اجباری برای افراد شاغل، ایشان را در برابر وقوع بسیاری حوادث و همچنین بازنشستگی و از بین رفتن درآمد کاری به طور دائم یا موقت بیمه کرده و به طور مشخص حمایت‌های بیمه‌ای را برای افراد شاغل در جامعه تدارک می‌بیند.

لذا با توجه به مطالب فوق و حضور هر سه سیستم در کشورمان، در بحث‌های آتی به بررسی دقیق‌تر عملکرد هر یک از این سه سیستم خواهیم پرداخت.

تأمین اجتماعی و نقش آن در جوامع امروزی تا به آن اندازه حائز اهمیت است که لزوم برقراری سیستم‌های مناسب تأمین اجتماعی در هر جامعه را در کنار سایر برنامه‌ریزی‌های اقتصادی می‌طلبد. تأمین اجتماعی در واقع نظام حمایت از نیروی انسانی در هر کشور بوده که افراد جامعه را برحسب نوع اشتغال در برابر حوادث و ناهنجاری‌های اقتصادی که به هر دلیل بروز می‌نمایند، حمایت می‌نماید. طبق تعریف سازمان بین‌المللی کار (ILO) تأمین اجتماعی حمایتی است که جامعه در قبال پیریشانی‌های اجتماعی و اقتصادی پدید آمده به واسطه قطع یا کاهش شدید درآمد ناشی از بیماری، از کار افتادگی، سالمندی و فوت، همراه با فراهم ساختن درمان و کمک عائله‌مندی به اعضای خود ارائه می‌دهد. تأمین اجتماعی مفهومی عام است که موضوع آن حمایت جامعه به وسیله دو نظام بیمه‌ای و حمایتی (امدادی) می‌باشد.

در نظام بیمه‌ای تأمین اجتماعی، جهت حفظ شاغلین در برابر حوادث و خطرات و وقایع احتمالی که موجب قطع یا کاهش درآمد می‌گردد، از طریق مشارکت سه جانبه فرد، کارفرما و دولت حمایت حال و آینده صورت می‌گیرد و چون مشارکت مستقیم فرد در حمایت مطرح است به این نظام بیمه‌ای گفته می‌شود.

در نظام حمایتی (امدادی) تأمین اجتماعی، مجموعه‌ای از اقدامات مددکاری، مشاوره، توان بخشی مطرح بوده که به منظور تأمین گروه‌های فقیر و آسیب‌پذیر جامعه در مقاطع زمانی مختلف و غالباً به صورت یک جانبه از سوی دولت ارائه می‌شود که در واقع جامعه از افراد نیازمند حمایت می‌نماید تا یک حداقل درآمد را برای ایشان مهیا نماید. در واقع تأمین اجتماعی وسیله توزیع مجدد درآمد است از شاغلین به

بیکاران، از افراد سالم به بیماران و از کسانی که در سنین کار هستند به آنان که سن کار و فعالیت را گذرانده‌اند. حال با توجه به این که هر فرد در یک زمان با پرداخت خود به سیستم تأمین اجتماعی کمک می‌کند و در زمان دیگر از کمک‌های این سیستم برخوردار می‌گردد، می‌توان گفت که در سیستم تأمین اجتماعی مکانیزم توزیع مجدد عمودی و افقی درآمد ملی تحقق می‌یابد که درآمد را از گروه‌ها یا طبقات خاص به گروه‌ها و طبقات دیگر منتقل می‌سازد. هدف این سیستم آن است که در مقام مواجهه با هر اتفاقی که موجب تنزل سطح زندگی افراد می‌گردد، از طریق یک سلسله اقدامات اجتماعی منافع ایشان را تأمین نماید. در مورد چگونگی و حیطه عمل این سیستم، باید دقیقاً از طریق قوانین حوزه عمل مشخص گردد و همچنین موارد قابل حمایت نیز صریحاً معین گردند. سیستم تأمین اجتماعی مطلوب باید به طرق مناسب تمامی افراد جامعه را تحت پوشش قرار دهد و فعالیت خود را به افراد نیازمندی که خود پیش از این در تأمین مالی سیستم سهمیم بوده‌اند، محدود ننماید.

### سابقه تأمین اجتماعی

با شروع دوران صنعتی شدن و گسترش شهرنشینی، ساختار خانواده و سایر هسته‌های اجتماعی حمایت، کارآیی لازم برای مقابله با شرایط تازه را نداشته و انواع مختلف حمایت‌های صنعتی در مواجهه با اوضاع جدید، به طور چشمگیر ناکافی و نامناسب بودند. در نتیجه پیشرفت و گسترش تکنولوژی، مهاجرت روستائیان به شهرها در پی یافتن کار مطرح گردید و در پی آن مسائل و مشکلاتی برای افراد جامعه پدید آمد که از آن جمله، کار زنان و کودکان با دستمزدهای کمتر از مردان، ساعات کار زیاد در روز، عدم اطلاع و آگاهی از طرز کار با ماشین آلات جدید و در نتیجه خطرات مربوط به آن بود. نامساعد بودن محیط‌های کاری، باعث بروز خطرات و خسارات زیادی به کارگران می‌شد و به طور کلی وجود ناامنی اقتصادی برای گروه کارگران، مشهود بود. طبقه کارگران کاملاً از نظر معیشت وابسته به پرداخت منظم دستمزدها بودند و هرگاه این دستمزدها به دلیل بروز بیماری یا حادثه‌ای ناشی از کار یا سالمندی قطع می‌شد، آنان دچار فقر می‌شدند. از جانب دیگر اعتقاد به عدم دخالت دولت در امور اقتصادی مطرح بود. در این زمان در تلاش برای حمایت از طبقات کارگری شهری در مقابل فقر شیوه‌هایی اندیشه شد. الزام کارفرمایان جهت نگره داری کارگران بیمار یا آسیب دیده و انجمن‌های کمک‌های متقابل و همچنین برخی کمک‌های خیریه و اقدامات کم‌اهمیت از جانب خود کارگران برای جایگزینی هسته‌های حمایتی خانواده، برخی از این روش‌ها می‌باشند که با توجه به گستردگی ناامنی اقتصادی برای طبقه کارگران، نمی‌توانستند چندان مؤثر باشند. تمام این مسائل باعث گردید تا صاحب‌نظران در جوامع مختلف در فکر برقراری سیستمی جهت حفظ امنیت اقتصادی افراد در هنگام بروز فقر برای ایشان باشند.

بیسمارک صدر اعظم آلمان برای اولین بار در سال ۱۸۸۱ با تصویب قانون بیمه‌های اجتماعی، اصل عدم دخالت دولت در امور اقتصادی را برای ایجاد امنیت اقتصادی افراد جامعه سادیده گرفت. در سال ۱۹۳۵ اصطلاح تأمین اجتماعی در متن قانون ایالات متحده و در برنامه روزولت به کار برده شد که در آن مسئولیت دولت در قبال تأمین حداقل ملی<sup>۱</sup> مطرح گردید و به این ترتیب پرداخت مسغی برای تأمین مخارج نیازهای اساسی انسان در حداقل ممکن توسط دولت پذیرفته شد. اصطلاح تأمین اجتماعی در سال ۱۹۳۸ در قانون

1. National Minimum.

مصوب زلاندنو دیده شد که برخی از حمایت‌های موجود را مطرح می‌کرد. در سند دوران جنگ مشهور به «منشور آتلانتیک» در سال ۱۹۴۱ نیز این اصطلاح به کار برده شد. در سال ۱۹۴۲ به دنبال تشکیل کمیته‌ای جهت بررسی تأمین اجتماعی در انگلستان، گزارشی توسط «بورپیچ» تهیه و مطرح شد. سازمان بین‌المللی کار نیز اصطلاح یاد شده را پذیرفت و به عنوان توصیفی ساده از یکی از گسترده‌ترین آرزوهای مردم سراسر جهان، به مسائل آن پرداخت.

در امریکا تا سال ۱۹۱۰ هیچ‌گونه مقرراتی جهت تأمین اجتماعی و حتی جبران زیان‌های حاصله از حوادث و بیماری‌های شغلی وجود نداشت و در صورت بروز حوادث، کارگران با استفاده از قانون مسئولیت در مراجعه به دادگاه، کارفرما را مجبور به جبران خسارت می‌نمودند. اعتراض کارگران به دولت و همچنین برقراری برخی سیستم‌های تأمین اجتماعی در برخی کشورهای اروپایی دولت را وادار ساخت تا در این جهت اقداماتی صورت دهد. در سال ۱۹۱۱ انجمن قانون‌گذاران حقوق کار تشکیل شد و در فاصله سال‌های ۱۹۲۰ تا ۱۹۳۰ انجمن بیمه سالمندان و به تدریج قوانین جهت حمایت از کارگران در بعضی ایالات به تصویب رسید و اولین قانون فدرال در مورد بازنشستگی در سال ۱۹۲۰ به تصویب رسید. با بروز بحران اقتصادی در سال ۱۹۲۹ بر تعداد بیکاران افزوده شد و نهایتاً روزولت در برنامه خود، خطاب به کنگره در سال ۱۹۳۴ به بیمه‌های اجتماعی اشاره نمود.

در سال ۱۹۰۳ اولین قانون در مورد تأمین اجتماعی در روسیه به تصویب رسید که به حوادث ناشی از کار و بیماری اشاره داشت. اما پس از انقلاب، حکومت شوروی در سال ۱۹۱۷ به طور دقیق ضمن اصول و قوانینی زمینه‌های ایجاد رفاه اجتماعی را مطرح نموده و توانست نظام نسبتاً کاملی از بیمه‌های اجتماعی را ارائه دهد.

توجه کلیه کشورهای مختلف به سیستم‌های تأمین اجتماعی که پیش از جنگ جهانی دوم (۱۸۴۵) مطرح بود، پس از جنگ شدت گرفت و هدف، تأمین حمایت لازم برای عموم مردم در برابر کلیه حوادث ناشی از سیستم اقتصادی بود.

### اتحادیه بین‌المللی تأمین اجتماعی (ISSA)<sup>۱</sup>

گسترش روز افزون تأمین اجتماعی در سراسر جهان، ایجاد یک ارگان بین‌المللی را در رابطه با آن سبب گردید. در سال ۱۹۲۷ پیشنهاد ایجاد یک اتحادیه بین‌المللی رسمی، با حمایت صمیمانه سازمان بین‌المللی کار ILO طالب حمایت برای تصویب کنوانسیون‌های بین‌المللی در کشورهای مختلف بود. به این ترتیب در تاریخ ۱۴ اکتبر ۱۹۲۷ نمایندگان ۹ کشور اروپایی یک کنفرانس بین‌المللی برای کلیه اتحادیه‌های ملی، انجمن‌های مزایای مشترک و صندوق‌های بیماری که مستقلاً اداره می‌شدند ترتیب دادند. دبیرخانه کنفرانس در ژنو در دفاتر ILO مستقر شد و طی سال‌های ۱۹۲۷ تا ۱۹۳۶، مجمع عمومی تشکیل داد. طی این مدت بسیاری از کشورهای دیگر که اغلب آنها اروپایی بودند به اعضای اولیه پیوستند. بسیاری از مسائل مورد بحث در اولین مجمع عمومی، از جمله نقش صندوق‌های بیمه بیماری در زمینه‌های پیشگیری و درمان و نقش پزشکان در بیمه بیماری هنوز هم جالب توجه می‌باشد.

در سال ۱۹۳۶ تصمیم گرفته شد که دامنه کنفرانس به بیمه از کار افتادگی، سالمندی و بازنندگان نیز

1. International Social - Security Association.



گسترش یابد. در نتیجه نام کنفرانس به کنفرانس بین‌المللی بیمه‌های اجتماعی تغییر یافت و در آغاز جنگ جهانی دوم، ایالات متحده و تعدادی از کشورهای امریکای لاتین در شرف پیوستن به کنفرانس بودند که به دلیل جنگ، فعالیت‌های کنوانسیون متوقف گردید و در سال ۱۹۴۰ که مقر خود را به مونترال منتقل نمود. دبیرخانه کل نیز امور خود را معوق گذاشت. در طول جنگ ILO به کار خود در جهت توسعه تأمین اجتماعی ادامه داد. گزارش بوریچ که در اوج جنگ در انگلیس تهیه گردید و می‌رفت که یکی از اهداف بنیادی زمان جنگ شود. بر اصل تساوی حقوق تأمین اجتماعی بین شهروندان، صرف‌نظر از شرایط اقتصادی یا اجتماعی آنها تأکید می‌نمود. ایده‌های اصلی این گزارش نهایتاً در بیانیه فیلادلفیا که در سال ۱۹۴۶ از سوی ILO اتخاذ گردید با تأکید مجدد اعتقاد خود بر این امر که عدالت اجتماعی شرط ضروری یک صلح پایدار در دوران بعد از جنگ می‌باشد تجلی یافت. این ایده در نهایت همان مفهومی را ارائه می‌کرد که اکنون شعار ISSA را تشکیل می‌دهد: «صلح پایدار بدون عدالت اجتماعی و عدالت اجتماعی بدون تأمین اجتماعی نمی‌تواند وجود داشته باشد». از سال ۱۹۴۶ که اروپا به حالت عادی بازگشت، شروع مجدد فعالیت‌های کنوانسیون به جا به نظر می‌رسید. کمیته کنوانسیون تشکیل جلسه داد و خواستار بررسی مفهوم جدید تأمین اجتماعی گردید. افراد حاضر در جلسه کار را با تغییر نام این سازمان آغاز کردند و آن را «اتحادیه بین‌المللی تأمین اجتماعی ISSA» نام نهادند.

بعد از سال ۱۹۴۷ اتحادیه گام‌های بزرگی در جهت جهانی شدن هم از نظر پذیرش عضو و هم در مورد حوزه فعالیت خویش برداشت. بافت ویژه این اتحادیه که بین تمامی سازمان‌های بین‌المللی و فستی منحصر به فرد دارد عامل مهمی در کسب موفقیت‌هایی است که ISSA به دست آورده است. در طی سال‌های اولیه پس از جنگ تعداد اعضای اتحادیه بین‌المللی تأمین اجتماعی تا حد قابل توجهی افزایش یافت. از اواسط سال‌های دهه ۵۰ ایالات متحده و جماهیر شوروی به ISSA پیوستند و به این ترتیب موقعیت جهانی ISSA را تضمین کردند. مؤسسات تأمین اجتماعی در کشورهای در حال توسعه نیز شروع به پیوستن به ISSA نمودند. اولین منطقه غیراروپایی که از اتحادیه پشتیبانی نمود، امریکای لاتین بود. در سال ۱۹۴۷ پنج کشور امریکای لاتین در ISSA نماینده داشتند که در سال ۱۹۵۷ تعداد آنها به ۱۸ کشور رسید. میزان افزایش تعداد اعضای آسیایی طی سال‌های ۱۹۵۰ تا حدی کمتر بود، تنها به این دلیل که در این منطقه سیستم‌های تأمین اجتماعی تقریباً یک دهه دیرتر از امریکای لاتین برقرار شد. کشورهای آفریقایی بلافاصله پس از کسب استقلال، شروع به پیوستن به ISSA نمودند.

در سال ۱۹۴۷ اتحادیه ۳۹ مؤسسه عضو داشت که این رقم در سال ۱۹۵۷ به ۱۳۹ و در سال ۱۹۷۶ به ۲۱۹ و در سال ۱۹۷۷ به ۲۴۶ عضو رسید. در حال حاضر اتحادیه دارای ۲۵۲ عضو وابسته و ۵۹ عضو پیوسته در ۱۲۹ کشور جهان است که حدود ۶۰۰ میلیون نفر بیمه شده در هر یک از شاخه‌های تأمین اجتماعی که شامل: بیمه حوادث ناشی از کار، بیمه بیماری و بارداری، بیمه بازنشستگی، از کارافتادگی و فوت، بیمه بیکاری و کمک عائله‌مندی می‌باشد را زیر پوشش قرار می‌دهد.

اتحادیه بین‌المللی تأمین اجتماعی به منظور ارتقاء علمی و دانش فنی اعضای خود و ایجاد ارتباطات بهتر و تبادل نظر بین آنان دوره‌های آموزشی گوناگونی نیز برقرار می‌نماید. در مورد عملکرد و فعالیت این اتحادیه ذکر چند نکته ضروری است:

۱- ISSA دارای هیچ‌الگوی خاصی برای حل مشکلات کشورهای عضو نبوده و هیچ راه حل یکپارچه و

کاملی را نیز برای حل مسائل آنها در زمینه طرح‌های تأمین اجتماعی ارائه نمی‌نماید؛

۲- هر کشور دارای شرایط اقتصادی - اجتماعی - سیاسی - جمعیتی و فرهنگی خاص خود می‌باشد. تأمین اجتماعی نیز نظامی است که از تمام این عوامل متأثر می‌گردد. بنابراین هر چند کشورها تقریباً دارای اصولی کم و بیش یکسان بوده و هدف‌شان عدالت، توزیع مجدد درآمد به طور عادلانه، پوشش هر چه بیشتر اقشار جامعه و حمایت از طبقات کم درآمد می‌باشند، لیکن خود باید راه‌ها را با توجه به شرایط حاکم و پیش‌بینی آینده، بررسی نموده و با توجه به امکانات، طرح‌های اجرایی خاصی، ارائه نمایند و در این راه تحقیق، برنامه‌ریزی و مدیریت صحیح از اساسی‌ترین فعالیت‌هایی است که کشورها باید به صورت مستمر برای استقرار و گسترش تأمین اجتماعی انجام دهند؛

۳- کشورهای عضو دارای مسائل مشابه و کمابیش یکسان از نظر تأمین اجتماعی بوده و می‌توانند در رفع مشکلات به یکدیگر کمک نموده و تجربیات مفید خود را منتقل نمایند.

با توجه به تأکید در مورد پوشش هر چه بیشتر تأمین اجتماعی برای اقشار و طبقات اجتماعی در کشورهای عضو و اهمیت ویژه‌ای که انجمن بین‌المللی مذکور برای تحت پوشش قرار دادن روستائیان و غیر شهرنشینان قائل شده است. هدف تحت پوشش قرار دادن این گروه‌ها را تا سال ۲۰۰۰ میلادی در کشورهای عضو تعقیب می‌نماید.

از رویدادهای برجسته تأمین اجتماعی بین‌المللی، تصویب مقاله نامه شماره ۱۰۲ با عنوان «استانداردهای حداقل تأمین اجتماعی» در ۲۸ ژوئن ۱۹۵۲ از سوی کنفرانس بین‌المللی کار وابسته به سازمان بین‌المللی کار بود. این مقاله نامه خط‌مشی‌هایی را در یک سند جامع گردهم آورد که کشورهایی که از آن پس به عضویت سازمان مذکور در می‌آمدند حاضر به امضای آن گردیدند. این سند دامنه حمایت‌هایی را تعیین می‌کرد که هسته اصلی تأمین اجتماعی را شامل می‌شود. پس از آن سازمان بین‌المللی کار به سوی مجموعه‌ای از مقاله‌نامه‌های مشروح‌تر درباره شاخه‌های خاصی از تأمین اجتماعی حرکت کرده است.

## فصل دوم - تأمین اجتماعی در برخی از کشورهای جهان

### مقدمه

به دلیل تفاوتی که از دیدگاه‌های فرهنگی، اجتماعی، سیاسی و اقتصادی بین کشورهای جهان وجود دارد نمی‌توان به سادگی با اقتباس چشم بسته از یک نظام تأمین اجتماعی در یک جامعه برای جامعه دیگر انتظار کارآیی و موفقیت را داشت، ولی بدون شک برنامه‌های تأمین اجتماعی در جوامع مختلف از یک سری اصول مشترک برخوردار هستند. در نتیجه مطالعه و بررسی سیستم‌های تأمین اجتماعی در کشورهای مختلف می‌تواند در تهیه برنامه‌های حمایتی و اجتماعی یک کشور کمک عمده‌ای باشد.

در این بخش سعی خواهد شد که با سیستم حمایتی و تأمین اجتماعی چند کشور انتخاب شده آشنا شویم. در گزینش این کشورها توجه به سیستم‌های پیشرفته در کنار دو سیستم آسیایی انجام گرفته است. کشورهای مورد مطالعه در اینجا عبارتند از:

۱- انگلستان

۲- ایرلند

۳- ژاپن

۴- سوئد

۵- فرانسه

۶- کانادا

۷- کره جنوبی

در زیر به معرفی سیستم تأمین اجتماعی این کشورها می پردازیم:

### انگلستان

بریتانیا دارای یکی از قدیمی ترین و پیشرفته ترین سیستم های تأمین اجتماعی در جهان است که به دلیل جامعیت طرح تأمین اجتماعی کل جمعیت کشور، در این زمینه منحصر به فرد می باشد. قابل ذکر است که تأمین اجتماعی پر هزینه ترین برنامه دولت انگلیس است که در سال مالی ۹۳-۱۹۹۲ بالغ بر ۳۱ درصد هزینه های عمومی دولت را به خود اختصاص داده است.

در شبکه تأمین اجتماعی انگلستان اولویت ها عبارتند از:

۱- اطمینان حاصل شود که افراد بازنشسته از محل کمک های دولت و مستمری، حمایت مالی می شوند.

۲- به خانواده هایی که از آسایش و رفاه کمتری برخوردار هستند از جمله خانواده های شاغل کمک شود.

۳- چارچوب مزایا برای افراد از کار افتاده توسعه یابد.

مزایای تأمین اجتماعی شامل حمایت های زیر می گردد:

۱- حمایت مالی از افرادی که بیکار - بیمار و از کار افتاده هستند.

۲- حمایت مالی از افرادی که سالمندان و از کار افتادگان مراقبت می کنند.

۳- کمک برای هزینه های مسکن.

۴- جبران آسیب ها - بیماری و فوت ناشی از کار.

در خلال دهه ۱۹۸۰ بازنگری و اصلاحات گسترده ای در قوانین تأمین اجتماعی این کشور به عمل آمد.

در ذیل به چند نمونه از مزایا و طرح های تأمین اجتماعی در کشور انگلستان اشاره می شود.

### مزایای درآمدی

دو طرح اصلی کمک اجتماعی در انگلستان وجود دارد: یکی از این کمک ها، کمک درآمدی برای افرادی است که نیاز مالی دارند، دیگری اعتبار عائله مندی برای خانواده ای با درآمد پایین یا نسبتاً پایین است که به کار اشتغال داشته باشند. هر ۲ طرح توسط واحدهای مرکزی دولتی (صندوق بیمه - صندوق اجتماعی و مراجع قانونی) اداره می شود. به علاوه طرح دیگری در مورد حق مسکن وجود دارد که توسط نمایندگی های محلی اداره می شود و به منظور تأمین هزینه مسکن تمامی افرادی که درآمد خانوادگی پایینی دارند و همچنین پرداخت مخارج اجتماعی آنان به جهت کمک به تأمین هزینه های مالیاتی آنها می باشد.

کمک درآمدی: کمک درآمد ترکیبی از سیستم کمک هزینه های مشخص مبتنی بر سن و وضعیت خانوادگی و کمک هزینه فرزند (با توجه به سن آنها) و مزایایی برای گروه های مشخصی از افراد با نیازهای ویژه مانند خانوارهای دارای فرزند، خانوارهای تک والدی، مستمری بگیران، بیماران و از کار افتادگان

می باشد.

اعتبار عائله مندی: از جمله مزایا، برای خانواده های شاغل دارای فرزند است که از مالیات هم معاف می باشند. برای استفاده از این مزایا، خانواده می باید حداقل دارای یک فرزند بوده و متقاضی، حداقل ۱۶ ساعت در هفته شاغل باشد. مبلغ قابل پرداخت بستگی به درآمد خانواده، تعداد فرزندان و سن آنها دارد. حداکثر اعتباری که برای یک خانواده محاسبه و در نظر گرفته می شود، در صورتی قابل پرداخت است که درآمد ناخالص خانواده زیر سقف تعیین شده باشد.

حق مسکن: حق مسکن از جمله مزایای درآمد تأمین اجتماعی به منظور کمک به کسانی است که نیازمند مساعدت در این زمینه می باشند. مبلغ قابل پرداخت بستگی به مبلغ اجاره مناسب فرد دارد و این پرداخت صرفاً بر این اساس انجام می گیرد تا این اطمینان را ایجاد نماید که افراد پس از پرداخت هزینه مسکن، حداقل درآمد را دارا باشند.

### بیمه ملی

در انگلستان افراد شاغل اعم از افرادی که برای کار فرمایان کار می کنند یا خویش فرمایان، به هنگامی که درآمد آنها به سطح شخصی می رسد، ملزم به پرداخت مبلغی تحت عنوان حق بیمه، بیمه ملی می باشند. شاغلین موقت و آنهایی که درآمدشان پایین تر از سطح مزبور است می توانند حق بیمه یاد شده را به صورت اختیاری پرداخت نمایند. طرح پرداخت مستمری بازنشستگی دولتی در انگلستان مشارکتی است و به موجب آن مستمری مقطوعی مبنای پرداخت است که به مستخدمین، خویش فرمایان و شاغلین موقت پرداخت می گردد. مشمولین این طرح با پرداخت حق بیمه مربوطه طی مدت حدود ده - دهه مدت زندگی فعال خود، حائز شرایط دریافت مستمری براساس نرخ استاندارد می گردند.

حمایت دیگری تحت عنوان مسئولیت های خانگی HOME RESPONSIBILITIES PROTECTION در سال ۱۹۷۸ ارائه گردید که به موجب آن به افرادی که به دلیل مسئولیت های خاصی که در منزل بر عهده دارند، از کار کردن در بیرون منع شده اند، مستمری بازنشستگی پرداخت می گردد.

### صندوق اجتماعی

طرحی است برای کمک به افرادی که دارای هزینه هایی هستند که تأمین آنها از طریق درآمد جاری آنان مشکل است و شامل دو نوع کمک می باشد:

الف - پرداخت های منظم و مقرر: عبارتند از پرداخت های زایمان معادل ۱۰۰ پوند برای افراد مشمول کمک درآمد - پرداخت های کفن و دفن - پرداخت های بابت سردی هوا معادل ۶ پوند برای هر مقطع زمانی ۷ روزه که متوسط درجه سرما زیر صفر باشد به افرادی که مشمول کمک درآمد مستمری از کارافتادگی می باشند و همچنین به کودکان زیر ۵ سال.

ب - پرداخت های احتیاطی: جهت کمک به افرادی که مجدداً قائم به خود گردیده و از حمایت های مؤسسات خیریه بی نیاز شوند، همین طور برای کاهش فشارهای استثنایی که به خانواده وارد می شود، به جهت تأمین هزینه های مسافرت، کمک به تأمین هزینه های مختلف و وام های اضطراری به افرادی که فاقد منبع درآمدی هستند و در وضعیت فوق العاده ای نیز قرار دارند. پرداخت می گردد.

## ایرلند

سیستم رفاه اجتماعی کشور ایرلند کلاً به سه نوع حمایت‌های رفاهی و اجتماعی قابل طبقه‌بندی می‌باشد:

۱- حمایت‌های عمومی برای کلیه اقشار جامعه UNIVERSAL شبیه پرداخت حق اولاد که طبق ضوابط مصوب از محل بودجه رفاه اجتماعی دولت تأمین اعتبار می‌گردد:

۲- حمایت‌های رفاهی و اجتماعی برای کلیه اقشار جامعه که برحسب میزان درآمد خانوارها، به طور سالیانه به اقشار آسیب‌پذیر انجام می‌پذیرد و از محل بودجه رفاه اجتماعی دولت تأمین می‌گردد:

۳- حمایت‌های بیمه‌ای که براساس پرداخت حق بیمه از جانب بیمه‌شدگان به آنان تعین می‌گردد.

سیستم رفاه اجتماعی ایرلند شامل حمایت‌های بیمه‌ای و غیربیمه‌ای بوده و کلیه وظایف مزبور در یک سازمان مستقر می‌باشد. در سیستم تأمین اجتماعی این کشور به صورت کمی هر فرد ایرلندی از ۱۲ سالگی دارای کد مخصوص تأمین اجتماعی بوده که اجرای این امر تسهیلات زیادی در امر نظارت و کنترل حساب‌های انفرادی بیمه‌شدگان و استفاده‌کنندگان از حمایت‌های غیربیمه‌ای را فراهم می‌آورد. قابل ذکر است که سیستم حمایت‌های بیمه‌ای در ایرلند براساس سیستم PAY AS YOU GO عمل نموده و از این جهت به علت تأمین مالی سالیانه هزینه‌های بخش رفاه اجتماعی از محل درآمدهای جاری و کمک‌های انتقالی دولت، هیچ‌گونه عملیات سرمایه‌گذاری از محل عواید حاصل از مابه‌التفاوت درآمدهای بیمه‌ای در کشور ایرلند انجام نمی‌پذیرد.

کل هزینه‌های بیمه‌ای و حمایتی پرداختی اداره کل خدمات رفاه اجتماعی ایرلند در سال ۱۹۹۴ بالغ بر ۳/۸ میلیارد پوند ایرلند برابر با ۵/۲۳ میلیارد دلار بوده است. نسبت هزینه‌های خدمات رفاه اجتماعی به کل بودجه جاری دولت ایرلند برای سال ۱۹۹۲ بالغ بر ۳۶/۴ درصد بوده که بیش از یک - سوم کل بودجه جاری کشور ایرلند را تشکیل می‌دهد که این رقم نمایانگر نقش بسیار حساس خدمات رفاه اجتماعی در اقتصاد کشور ایرلند می‌باشد. نسبت هزینه‌های خدمات رفاه اجتماعی به تولید ناخالص ملی GNP ایرلند برای سال ۱۹۹۲ بالغ بر ۱۳/۴ درصد بوده که از دیدگاه فعالیت‌های اقتصادی در صد قابل ملاحظه‌ای محسوب می‌گردد. تعداد مستمری‌بگیران از سیستم رفاه اجتماعی ایرلند، از سال ۱۹۴۷ تا به حال دارای رشد قابل ملاحظه‌ای بوده به طوری که تعداد مستمری‌بگیران طرح‌های مختلف بیمه‌ای و حمایتی از ۳۵۰ هزار نفر در سال ۱۹۴۷ به ۶۰۰ هزار نفر در سال ۱۹۷۸ و بیش از ۷۰۰ هزار نفر در سال ۱۹۸۵ و بالاخره به ۸۳۰ هزار نفر در پایان سال ۱۹۹۳ میلادی افزایش یافته که این رشد، خود نمایانگر مشکلات و موانع سازمان خدمات رفاه اجتماعی ایرلند می‌باشد. در کنار آن افزایش چشمگیر طرح‌های حمایتی از ۱۱ طرح در سال ۱۹۹۶ به ۲۱ طرح در سال ۱۹۸۵ و بالاخره ۳۶ طرح در سال ۱۹۹۴ بیانگر گسترش قابل ملاحظه فعالیت‌های اداره کل خدمات رفاه اجتماعی ایرلند می‌باشد.

هزینه‌های درمان در کشور ایرلند ۸ درصد تولید ناخالص منی را تشکیل می‌دهد. کثرت مردم ساکن در ایرلند، تحت پوشش خدمات درمان قرار دارند که ۳۵ درصد کل جمعیت ایرلند که جزء اقشار آسیب‌پذیر محسوب می‌گردند از خدمات درمان رایگان استفاده می‌نمایند. اداره کل رفاه اجتماعی ایرلند، از نظر سازمانی زیر نظر وزارتخانه‌ای به نام وزارت رفاه اجتماعی قرار داشته و خود به تنهایی فاقد استقلال مالی و اداری (مشابه سازمان تأمین اجتماعی ایران) می‌باشد.

## ژاپن

ساختار سنی جمعیت ژاپن حاکی از آن است که جمعیت جوانان به طور متوالی در حال کاهش و جمعیت سالمندان همواره در حال افزایش می باشد، به طوری که نسبت جمعیت سالمندان بالاتر از ۶۵ سال به کل جمعیت که در سال ۱۹۵۵ فقط ۵ درصد بود، در سال ۱۹۸۵ به ۱۰/۹ درصد رسید و طبق پیش بینی وزارت بهداشت و رفاه در سال ۲۰۰۰ این نسبت به ۱۶/۳ درصد و در سال ۲۰۲۱ به ۲۳/۶ خواهد رسید.

ژاپن در مقایسه با سایر کشورهای صنعتی با مسئله سالخوردگی جمعیت، بیشتر رو به رو می باشد و احتمالاً در سال ۲۰۲۰ یکی از عمده ترین کشورهای صنعتی جهان با جمعیت کثیر سالخورده را تشکیل می دهد. سالمندی جمعیت اثرات زیادی بر سیستم تأمین اجتماعی دارد و نیاز به کمک ها و مراقبت های بالینی را گسترش می دهد. همچنین هزینه مراقبت های پزشکی و بازنشستگی افزایش خواهد یافت و این خود بار سنگینی را بر دوش جمعیت شاغل خواهد گذاشت. پیش بینی می شود که تا سال ۱۹۹۵ جمعیت آماده به کار ۶۴-۱۵ ساله روند نزولی خود را ادامه داده و این نگرانی هم وجود دارد که سیر نزولی نرخ زاد و ولد موجبات کاهش جمعیت شاغل را در آغاز قرن ۲۱ فراهم آورد. به همین لحاظ ژاپن با ایجاد تحول و قوانین رفاهی و بیمه ای خود از یک طرف سعی در بالا بردن سن بازنشستگی دارد و از طرف دیگر با ایجاد امکانات رفاهی بسیار برای سالمندان، سعی در دلگرم نمودن جوانان به کارشان که در واقع پرداخت کنندگان حق بیمه و تأمین کننده بودجه بخش بیمه ای و رفاهی هستند دارد.

### سیستم تأمین اجتماعی ژاپن (خدمات بیمه ای و برنامه های رفاهی)

سیستم تأمین اجتماعی ژاپن مرکب از سه بخش ذیل می باشد:

۱- ایجاد برنامه های رفاهی از طریق شهرداری ها

۲- تدارک برنامه های رفاهی از سوی کارفرمایان

۳- پرداخت مزایای بیمه ای مختلف.

برنامه های رفاهی شهرداری ها: به منظور دریافت خدمات رفاهی از طریق شهرداری ها، هر شهروند ژاپنی ماهانه مبلغی به شهرداری محل سکونت خود پرداخته و در عوض شهرداری موظف است خدمات آموزشی، ورزشی، بهداشتی، مشاوره ای و غیره را به طور رایگان در اختیار شهروندان حوزه عملکرد خود قرار دهد. ضمناً هر فرد سالانه نسبت به تکمیل اظهارنامه (درآمد و هزینه) در شهرداری محل سکونت خود مبادرت ورزیده و چنانچه درآمدش از حد معینی کمتر باشد، مشمول دریافت کمک های اجتماعی از سوی شهرداری ها می گردد. لازم به ذکر است که در ژاپن حدود یک - سه درآمد افراد به عنوان مالیات توسط وزارت دارایی اخذ و از این مبلغ معادل ۶۵ درصد در اختیار شهرداری ها قرار می گیرد.

برنامه های رفاهی کارفرمایان: کارفرمایان نیز با تأمین رفاه شاغلین نقش عمده ای در خدمات رفاهی ایفا می نمایند. این خدمات شامل:

- تهیه مسکن برای کارکنان

- تأمین وسیله ایاب و ذهاب یا پرداخت هزینه های مربوطه

- ایجاد برنامه های تفریحی مثل دعوت کارکنان به رستوران هر ۱۵ روز یک بار و هر ۶ ماه یک بار به خانواده

- ایجاد امکانات ورزشی جهت کارکنان

- پرداخت پاداش‌های محرمانه و....

- انجام سایر رسیدگی‌ها در موارد ضروری مانند ازدواج، بیماری و زایمان می‌باشد. با تدارک این امکانات مستخدم در واقع خود را جزء جدائی‌ناپذیر از محل کار خود دانسته و احساس تعقیب خاطر می‌نماید و حتی حاضر است از منافع فردی خود (مانند دریافت پاداش و غیره) در جهت توسعه محل کارش چشم‌پوشی نماید زیرا مطمئن است که گسترش کارخانه یا کارگاه محل کار او به منزله تأمین آینده بهتر برای او و خانواده‌اش می‌باشد.

### بیمه‌های اجتماعی

در ژاپن نظام بیمه‌های اجتماعی از طریق صندوق مستمری دولتی و خصوصی اداره می‌گردد. عضویت در صندوق مستمری دولتی اجباری است حال آن‌که عضویت در صندوق مستمری خصوصی اختیاری می‌باشد. طبق طرح صندوق مستمری خصوصی، پرداخت مزایا به اعضا، از سود حاصل از به‌کارگیری حق بیمه‌ها صورت می‌گیرد.

صندوق مستمری دولتی: در ژاپن تاریخ تشکیل صندوق مستمری دولتی به ۱۲۰ سال قبل بر می‌گردد. زمانی که برای اولین بار این صندوق تحت عنوان «صندوق مستمری نظامیان و کارکنان دولت» شروع به کار نمود و سپس طی دوره‌های متمادی و به منظور تعمیم حمایت به اقشار مختلف اصلاح گردید. مثلاً در سال ۱۹۴۲ تمامی کارگران مرد شاغل در کارخانجات و شرکت‌های خصوصی را تحت پوشش گرفت و ۲ سال بعد زنان شاغل در پخش‌های فوق‌الذکر مورد حمایت قرار گرفتند. از سال ۱۹۶۱ طرح، دامنه خدمات خود را گسترش داده، خویش‌فرمایان را نیز که تا آن زمان از هرگونه پوشش بیمه‌ای مستثنی بودند تحت حمایت قرار داد و بدین ترتیب شکل همگانی به خود گرفت، به گونه‌ای که در حال حاضر کلیه ژاپنی‌ها تحت حمایت این صندوق قرار دارند.

صندوق مستمری شاغلین: با بالا رفتن طول عمر در جامعه ژاپن و به منظور تأمین آینده‌ای بهتر برای سالمندان، مقررات صندوق دولتی در سال ۱۹۶۶ مورد تجدیدنظر قرار گرفت. به موجب این اصلاحیه اجازه تأسیس صندوق مستمری شاغلین صادر تا به طور مکمل و به موازات صندوق مستمری دولتی، درآمد مناسبی برای شاغلین از سن ۶۵ سالگی به بعد فراهم گردد. عضویت در صندوق اختیاری بوده و نرخ حق بیمه به طور مساوی توسط بیمه شده و کارفرما پرداخت می‌شود. ضمناً از سال ۱۹۹۵ و به دنبال اصل تساوی حقوق زن و مرد به مزایای تأمین اجتماعی، نرخ حق بیمه و سن بازنشستگی برای زنان و مردان یکسان گردیده است. مجموعاً تعداد ۱۵۲۸ صندوق مستمری شاغلین در ژاپن وجود دارد و تعداد شرکت‌های دارای صندوق مستمری شاغلین بالغ بر ۱۲۷,۰۰۰ و مجموع اعضا، بالغ بر ۱۰ میلیون نفر و تعداد مستمری‌بگیران ۶,۰۲۰,۰۰۰ نفر می‌باشد. بودجه صندوق از طریق پرداخت حق عضویت از سوی اعضا و کارفرمایان (که برحسب رده دستمزد متفاوت می‌باشد) تأمین و به صورت داری پرداخت می‌شود. شایان ذکر است که کلیه هزینه‌های مربوط به امور اجرایی صندوق‌ها و هزینه ایجاد تسهیلات رفاهی صرفاً بر عهده کارفرمایان است. اندوخته‌های صندوق‌ها در سال ۱۹۹۱ بالغ بر ۲۷ میلیارد ین و سود حاصل از سرمایه‌گذاری‌ها برابر با ۹۰ درصد درآمد حاصل از حق عضویت‌ها گردید. به لحاظ غیرانتفاعی عمل نمودن

این طرح‌ها از پرداخت هرگونه مالیات معاف می‌باشند.

**بیمه غرامت حوادث:** بیمه غرامت حوادث از سال ۱۹۴۷ آغاز به کار نمود. تعداد کارگرانی که تحت پوشش قرار دارند بالغ بر ۴۳ میلیون نفر می‌باشند. هدف از اجرای این طرح حمایت از کارگران بهنگام بروز بیماری، از کارافتادگی یا فوت ناشی از کار و غیر از کار می‌باشد که در این رابطه پرداخت مزایایی جهت کارگران و خانواده بلافصل آنان پیش‌بینی شده است. طرح در صورت وقوع حوادث، مزایای مختلفی را پرداخت می‌نماید که اهم آن عبارتند از: غرامت پزشکی - غرامت بیماری و آسیب‌های جسمانی - غرامت معلولیت - غرامت به بازماندگان - هزینه کفن و دفن.

### طرح بیمه مراقبت‌های درمانی

بیمه خدمات درمانی ژاپن شامل ۲ بخش:

بیمه درمان شاغلین و بیمه درمان عمومی است که مزایای نقدی دوران بیماری و بارداری و خدمات پزشکی بهنگام بیماری، حوادث و بارداری را ارائه می‌نماید.

**بیمه درمان شاغلین:** خدمات درمانی شاغلین از طریق مراکز درمانی دولتی و خصوصی ارائه می‌گردد. کارکنان شرکت‌های کوچک و متوسط که هیچ‌گونه مرکز درمانی از سوی کارفرمایان‌شان جهت آنان در نظر گرفته نشده است نیز می‌توانند از مراکز درمان دولتی استفاده نمایند. لازم به ذکر است که این گروه از افراد ۲۹/۵ درصد جمعیت شاغل را بالغ می‌گردد. کارکنان شاغل در شرکت‌های بزرگ از مراکز درمانی متعلق به خود شرکت بهره‌مند می‌گردند.

### بیمه درمان عمومی

آن دسته از افراد که از طریق اشتغال تحت حمایت خدمات درمانی قرار نگرفته‌اند همانند کشاورزان، خویش فرمایان، نجاران، پزشکان و غیره مشمول دریافت درمان عمومی می‌گردند. خدمات این بخش از طریق شهرداری‌ها و انجمن‌های بیمه درمانی در اختیار مشمولین قرار می‌گیرد. شایان ذکر است که افراد بالای ۷۰ سال یا معلولین ۶۵-۷۰ ساله مشمول قانون مراقبت‌های پزشکی سالمندان بوده و می‌توانند از مزایای این قانون بهره‌مند گردند.

بیمه درمان همگانی از سال ۱۹۶۱ به مرحله اجرا درآمده که طبق این طرح کلیه ژاپنی‌های دارای ۲۰ سال سن به بالا باید در طرح ثبت نام نموده و ماهیانه مبلغ ۱۱,۱۰۰ ین پرداخت نمایند. میزان حق بیمه درمان همگانی هر ۲ سال یک بار مورد تجدیدنظر قرار می‌گیرد. در تعیین حق بیمه ۲ فاکتور موردنظر واقع می‌شود.

۱- درآمد اشخاص

۲- میزان دارایی غیر معقول اشخاص

نظر به این که طرح درمان همگانی بیشتر سالمندان، دانشجویان و افراد کم درآمد را تحت پوشش قرار می‌دهد، لذا سهم کمک به دولت به این طرح چشمگیر می‌باشد.

در سال ۱۹۹۱ حدود ۳۹/۷ درصد بودجه عمومی دولت صرف درمان همگانی شده است که انتظار می‌رود با سالمندی جمعیت، کاهش نرخ مرگ و میر، بالا رفتن نرخ خدمات پزشکی، توسعه تجهیزات پزشکی، این رقم رو به افزایش باشد.



در خاتمه می توان ادعا نمود که بعد از جنگ جهانی دوم و به دلیل وجود رشد اقتصادی و برقراری نظام بیمه درمان عمومی، تعداد مراکز درمانی در ژاپن رو به افزایش بوده است. یک مقایسه بین المللی نشان می دهد که افزایش کمی تعداد بیمارستان ها در ژاپن در مقایسه با سایر کشورهای صنعتی از نظر تعداد بیمارستان و تخت، از یک سطح برابر برخوردار بوده است. جدول صفحه بعد تغییرات هزینه های درمان ملی در کشور ژاپن را طی سال های ۹۲-۱۹۵۵ نشان می دهد.

جدول ۱-۲-۲- تغییرات هزینه های درمان ملی در ژاپن

سال مالی	هزینه های درمان ملی مبلغ کلی بر حسب میلیون یین	نرخ رشد (%)	هزینه بهداشت و درمان و خدمات پزشکی سالمندان (بر حسب میلیون یین)	درصد هزینه بهداشتی و درمانی سالمندان بر هزینه های درمان ملی	سراجه هزینه های درمان (میلیون یین)	درصد هزینه های درمان ملی	
						تولید ناخالص ملی	درآمد ملی
۱۹۵۵	۲۳۸,۰۰۰	۱۱/۰	—	—	۳۷	۲/۷۷	۳/۴۲
۱۹۶۰	۴۰۹,۵۰۰	۱۳/۰	—	—	۴۴	۲/۴۶	۳/۰۳
۱۹۶۵	۱,۱۲۲,۴۰۰	۱۹/۵	—	—	۱۱۴	۳/۳۳	۴/۱۸
۱۹۷۰	۲,۴۹۶,۲۰۰	۲۰/۱	—	۱۰.۹	۲۴۱	۳/۳۲	۴/۰۹
۱۹۷۳	۳,۹۴۹,۶۰۰	۱۶/۲	۴۲۸,۹۰۰	۱۳.۴	۳۶۲	۳/۳۹	۴/۱۲
۱۹۷۵	۶,۴۷۷,۹۰۰	۲۰/۴	۸۶۶,۶۰۰	۱۴.۱	۵۷۹	۴/۲۶	۵/۲۲
۱۹۷۶	۷,۶۶۸,۴۰۰	۱۸/۴	۱,۰۷۸,۰۰۰	۱۵.۰	۶۷۸	۴/۴۸	۵/۴۶
۱۹۷۷	۸,۵۶۸,۶۰۰	۱/۷	۱,۲۸۷,۲۰۰	۱۵.۹	۷۵۱	۴/۵۱	۵/۵۰
۱۹۷۸	۱۰,۰۰۴,۲۰۰	۱۶/۸	۱,۵۹۴,۸۰۰	۱۶.۹	۸۶۹	۴/۷۹	۵/۸۲
۱۹۷۹	۱۰,۹۵۱,۰۰۰	۹/۵	۱,۸۵۰,۳۰۰	۱۷.۸	۹۴۳	۴/۸۶	۶/۰۱
۱۹۸۰	۱۱,۹۸۰,۵۰۰	۹/۴	۲,۱۲۶,۹۰۰	۱۸.۹	۱,۰۲۳	۴/۸۸	۶/۰۰
۱۹۸۱	۱۲,۸۷۰,۹۰۰	۷/۴	۲,۴۲۸,۱۰۰	۱۹.۸	۱,۰۹۲	۴/۹۴	۶/۱۴
۱۹۸۲	۱۳,۸۶۵,۹۰۰	۷/۷	۲,۷۴۸,۷۰۰	۲۲.۸	۱,۱۶۸	۵/۰۶	۶/۳۲
۱۹۸۳	۱۴,۵۴۳,۸۰۰	۴/۹	۳,۳۱۸,۵۰۰	۲۳.۹	۱,۲۱۷	۵/۰۹	۶/۳۰
۱۹۸۴	۱۵,۰۹۳,۲۰۰	۳/۸	۳,۶۰۹,۸۰۰	۲۵.۴	۱,۲۵۵	۴/۹۴	۶/۲۰
۱۹۸۵	۱۶,۰۱۵,۹۰۰	۶/۱	۴,۰۶۷,۳۰۰	۲۶.۰	۱,۳۲۳	۴/۹۲	۶/۱۷
۱۹۸۶	۱۷,۰۶۹,۰۰۰	۶/۶	۴,۴۳۷,۷۰۰	۲۶.۷	۱,۴۰۳	۵/۰۲	۶/۳۴
۱۹۸۷	۱۸,۰۷۵,۹۰۰	۵/۹	۴,۸۳۰,۹۰۰	۲۷.۵	۱,۴۷۸	۵/۰۷	۶/۴۲
۱۹۸۸	۱۸,۷۵۵,۴۰۰	۳/۸	۵,۱۵۹,۳۰۰	۲۸.۲	۱,۵۳۸	۴/۹۵	۶/۲۶
۱۹۸۹	۱۹,۷۲۹,۰۰۰	۵/۲	۵,۵۵۷,۸۰۰	۲۸.۸	۱,۶۰۱	۴/۸۶	۶/۱۷
۱۹۹۰	۲۰,۶۰۷,۴۰۰	۴/۵	۵,۹۲۶,۹۰۰	۲۹.۳	۱,۶۶۷	۴/۷۲	۵/۹۸
۱۹۹۱	۲۱,۶۸۰,۰۰۰	۵/۲	۶,۳۵۵,۴۰۰	۲۹.۴	۱,۷۵	۴/۷	۶/۰
۱۹۹۲	۲۳,۱۷۰,۰۰۰	۶/۹	۶,۸۱۵,۸۰۰	—	۱,۸۶	۴/۸	۶/۱

## سوئد

در سوئد تمامی مردم با پرداخت مالیات بر درآمد، در تأمین بودجه برنامه‌های رفاهی مشارکت می‌نمایند. میزان مالیات افراد با درآمد بالا، بیشتر از مالیات پرداختی گروه‌های کم درآمد است. مردم معتقد هستند که هر چند مالیات‌ها سنگین است اما برنامه‌های رفاهی در سطح بسیار جامع، مطلوب و قابل استفاده برای عموم قرار دارد. از خصوصیات ویژه سیاست‌های رفاه اجتماعی سوئد، عمومی بودن ارائه خدمات است، به این ترتیب که کلیه افراد صرف‌نظر از میزان درآمدشان مورد حمایت‌های مالی و اجتماعی قرار می‌گیرند. سالمندان تحت مراقبت‌های پزشکی قرار گرفته و کلیه خدمات درمانی توسط پزشکان بخش‌های دولتی ارائه می‌گردد. به طور متوسط نیمی از درآمد مردم به عنوان مالیات توسط دولت دریافت می‌شود. ۳۳ درصد کل هزینه دولت بابت طرح‌های بیمه اجتماعی و رفاه اجتماعی اختصاص داده می‌شود که ۴۰ درصد بودجه تخصیص یافته صرف برنامه‌های مراقبت از سالمندان می‌گردد. بیشتر مالیات توسط نسل جوان پرداخت می‌شود که در حال حاضر درصد بالایی از آن صرف ارائه خدمات به سالمندان می‌شود. در حال حاضر در این کشور یک میلیون و پانصد هزار نفر مستمری‌بگیر سالمند وجود دارد که یک پنجم آنان بالای ۸۰ سال سن دارند. ۹۰ نفر از هر ۱۰۰ نفر سالمند سوئدی در منازل خود زندگی می‌کنند و در سال ۱۹۸۵ حدود ۷۱ هزار نفر پرستار منزل، ۲۷۴ هزار نفر مستمری‌بگیر سالمند را در محل سکونت‌شان یاری داده‌اند.

بیمه‌های اجتماعی، جامع‌ترین بخش رفاه اجتماعی سوئد را تشکیل می‌دهد و شامل خدمات درمانی - خدمات رفاهی و انواع مختلف مزایای خانوادگی می‌باشد. کلیه اتباع سوئد و منیت‌های خارجی مقیم سوئد که کشور متبوع‌شان با سوئد موافقتنامه متقابل تأمین اجتماعی منعقد کرده‌اند زیر پوشش بیمه‌های اجتماعی قرار دارند، تمام افراد مقیم سوئد به طور اتوماتیک از اولین ماه ۱۶ سالگی در اداره تأمین اجتماعی محل، ثبت‌نام می‌شوند و شماره تأمین اجتماعی دریافت می‌کنند. تمامی کودکان از دوران بارداری مادر، زیر پوشش بیمه‌ای قرار دارند، اما از سن ۱۶ سالگی به عنوان یک بیمه‌شده مستقل، شماره تأمین اجتماعی دریافت می‌نمایند. اولین قانون بیمه مستمری‌ها در سوئد در سال ۱۹۳۳ تصویب شد و قانون پرداخت مستمری جزئی از سال ۱۹۷۶ به مرحله اجرا درآمد. کلیه افراد شاغل، درآمد سالانه آنان ۶۰۰۰۰ هزار کرون یا بیشتر است و اکثر زنان خانه‌دار تحت پوشش قانون مراقبت‌های بیماری قرار دارند. تعداد تخت‌های بیمارستانی در سوئد نسبتاً زیاد و معادل حدود ۱۷ تخت برای هر ۱۰۰۰ نفر سکنه است. خدمات درمانی بخش مهمی از سیستم رفاه اجتماعی در سوئد را تشکیل می‌دهد و هدف بنیادی آن تحت پوشش قرار دادن تمام سکنه علی‌رغم محل زندگی و وضع اقتصادی است. اولین قانون بیمه حوادث ناشی از کار در سال ۱۹۱۰ به اجرا درآمد که در سال ۱۹۶۷ اصلاحاتی در آن صورت پذیرفت. بودجه صبح از طریق حق بیمه پرداختی از سوی کارفرما به نرخ ۱۰/۹ درصد لیست حقوق تأمین می‌شود. دولت نیز از بابت تأمین هزینه درمان، سوبسید پرداخت می‌نماید. میزان مستمری از کارافتادگی کلی در سوئد در حدود ۱۰۰ درصد تا سقف ۱۵ برابر مبلغ پایه می‌باشد. در سوئد ۲ طرح شامل افراد بالاتر از ۱۵ سال و کمتر از ۶۲ سال هستند. منابع مالی این طرح کلاً توسط دولت تأمین می‌شود و بیمه شده و کارفرما هیچ‌گونه مساهمی در تأمین هزینه ندارند.

در سال ۱۹۷۹ به والدین دارای کودکان زیر ۸ سال اجازه داده شد به حدی ۸ ساعت کار در روز، ۶ ساعت کار کنند. همچنین طبق قانون سال ۱۹۷۷ مرخصی سالانه به پنج هفته در سال رسید.

طبق قانون امنیت اشتغال تنها در صورت کم کاری، کارفرما می‌تواند کارکنان خود را اخراج نماید و در

صورت عدم اثبات این موضوع توسط دادگاه، کارفرما و اتحادیه مزدی پرداخت خواهند شد.

## فرانسه

نظام حمایت اجتماعی در برابر بیماری، از کار افتادگی و بازنشستگی، تدریج در طول تاریخ تکوین یافته است. در آغاز نهادهای دینی و مذهبی از بیماران مستمند، افراد مهجور و کودکان بی سرپرست نگهداری می کردند. در آن زمان در بیمارستان به یک نسبت کمک های دینی و امکانات پزشکی عرضه می شد. که کم با گسترش بیماری ها، به تکلیف احسان و صدقه، حفظ امنیت و نظم عمومی افزوده شد. با انقلابات سیاسی پایان سده هیجدهم و پیشرفت های علم پزشکی، اعلام شد که فقر یک در مقدر نیست، بلکه نشانه نقص در سازمان جامعه است و جامعه باید حداقل رفاه را برای همگان تأمین کند و بالاخره در دوره جمهوری سوم (۱۹۴۰-۱۸۵۷) با تصویب قوانینی چند، مسئولیت دولت در امر کمک های اجتماعی، به یک نظام سازمان یافته حمایت مبدل شد.

از سال ۱۹۴۵ قانون بیمه های اجتماعی که ابتدا مخصوص حقوق گیران بود، به تدریج به سایر گروه ها و رده های شغلی و اجتماعی تعلق گرفت و بالاخره قانونی که در سال ۱۹۷۸ وضع گردید سبب شد که تمامی جمعیت فرانسه زیر پوشش بیمه های اجتماعی قرار گیرد.

البته این پیشرفت ها باعث بالا رفتن شدید هزینه ها نیز شده است و لزوم کنترل افزایش هزینه ها به گونه ای که با درآمد ملی متوازن باشند را نیز ایجاب می کند. در ذیل به چند مورد حمایت عمده اشاره می شود.

کمک اجتماعی: کمک اجتماعی جانشین صورت های مختلف امداد دینی است که در ابتدای قرن قبل برقرار شده بود. این کمک از سوی دولت به اشخاصی که فاقد درآمد کافی برای رفع نیازمندی های زندگی خود و خانواده شان هستند، اداره می شود. کمک اجتماعی منحصرأ بر اصل حسستگی اجتماعی استوار است و از این لحاظ از تأمین اجتماعی که عمدتاً بر نظام بیمه استوار است، متمایز می گردد.

کمک اجتماعی در مورد کسانی که مشمول تأمین اجتماعی نیستند، حمایت تأمین اجتماعی در مورد آنها کافی نمی باشد، اعمال می گردد. انواع کمک های اجتماعی عبارتند از:

- ۱- کمک پزشکی
- ۲- کمک به سالمندان
- ۳- کمک به معلولین
- ۴- کمک به کودکان بی سرپرست
- ۵- مراکز اسکان (بازپروری)

بیمه پیری: «صندوق بیمه ملی پیری» تأمین افراد در برابر خطرات پیری را بر عهده دارد. برای رسیدگی فوری به تقاضاهای بیمه شدگان به منظور برخورداری از کمک ها، صندوق بیمه پیری باید اطلاعاتی از حق بیمه پرداخت شده توسط ذینفع در طول زندگی شغلی اش در اختیار داشته باشد که این نیاز از طریق بایگانی ملی اطلاعات کامپیوتری برآورده می شود.

بیمه خانوادگی: «صندوق ملی مدد معاش خانوادگی» اداره پرداخت های مدد معاش را بر عهده دارد. پرداخت ها توسط ۱۱۵ صندوق مدد معاش خانوادگی صورت می گیرد. پرداخت هایی که از طرف بیمه

صورت می‌گیرد برای به وجود آوردن تعادل در بودجه خانوادگی است. مبلغ پرداختی توسط مدد معاش خانوادگی رابطه مستقیمی با تعداد اولاد دارد. خانواده‌هایی که دارای فرزند زیر سه سال هستند یا صاحب سه اولاد هستند و درآمد آنها کافی نیست، در کنار کمک هزینه‌هایی که عمومیت دارد، مبلغی به عنوان کمک خرجی دریافت می‌نمایند.

**بازنشستگی:** سن قانونی برای بازنشستگی ۶۵ سال می‌باشد ولی در ۲ حالت قبل از رسیدن به این سن امکان بازنشستگی وجود دارد:

۱- در بعضی از نظام‌های بیمه، متقاضی با قبول مستمری کمتر، می‌تواند قبل از رسیدن به ۶۵ سالگی تقاضای بازنشستگی نماید؛

۲- کسانی که دارای مشاغل دشوار و طاقت‌فرسا هستند، مادری که سه فرزند را بزرگ کرده باشد.

**حداقل اجتماعی:** مبلغی که هر ساله به وسیله دولت مشخص می‌شود و هیچ بازنشسته‌ای کمتر از این مقدار دریافت نمی‌کند. اگر در مواردی حقوق پایین‌تر از این حداقل باشد، مابقی آن به صورت کمک هزینه به وسیله سیستم بازنشستگی مربوطه یا دولت تأمین می‌شود.

در سال‌های گذشته، کمک هزینه پرداخت شده به خانوارها به طور محسوسی بالا رفته و مقرراتی به نفع مادر وضع گردیده که سبب شده مادر از حقوق اجتماعی منحصر به فرد خود استفاده نماید، چه بخیر اهدا خارج از منزل فعالیت داشته باشد یا منحصراً تمام وقت خود را به خانواده‌اش اختصاص دهد. هیچ مؤسسه‌ای حق بیکار کردن زن باردار را نداشته یا به بهانه این که وی باردار است نمی‌تواند از استخدام او امتناع نماید. مرخصی زایمان با استفاده از حقوق می‌تواند از ۸ تا ۱۰ هفته ادامه یابد.

پدر و مادری که مایل باشند ۲ سال اول تربیت فرزند خود را به عهده بگیرند، می‌توانند از ۲ سال مرخصی بدون استفاده از حقوق بهره‌مند گردیده و بعد از این مدت هم بدون هیچ اشکالی به سر کار خود برگردند. امکانات فراوانی برای کار نیمه وقت خانم‌ها به وجود آمده است.

برای محاسبه بازنشستگی، مادران شاغل برحسب تعداد فرزندی که حداقل ۹ سال تحت سرپرستی‌شان بوده و از وی نگه‌داری و مراقبت نموده‌اند، می‌توانند ۲ سال زودتر تقاضای بازنشستگی نمایند. کمک به سالمندان: یک ششم هزینه‌های کل اجتماعی را شامل می‌شود. این کمک به اشخاص سالمندی که در آسایشگاه‌ها اسکان یافته‌اند و برای پرداخت پانسیون یا مستمری آنها به مصرف می‌رسد. همچنین برای نگه‌داری سالمندان در کانون‌های خانوادگی خودشان و نیز کمک به سالمندان که درآمدشان از حداقل معیشت اجتماعی پایین‌تر است به مصرف می‌رسد.

**کمک به معلولین:** این کمک به صورت مدد معاش جبرانی به اشخاص معلول که به کمک شخص ناشی در امور شخصی خود نیاز دارند یا برای تأمین هزینه‌های اضافی آموزش شخصی معلولین به مصرف می‌رسد.

## کانادا

سیستم تأمین اجتماعی کانادا متشکل از: مزایای همگانی، مزایای مرتبط با درآمد، برنامه‌های بیمه‌های اجتماعی مرتبط با دستمزد، برنامه مساعدت اجتماعی و طیف وسیعی از خدمات درمانی و اجتماعی است. بر طبق قانون اساسی کانادا، مسئولیت تأمین اجتماعی به عهده دولت فدرال و دولت‌های محلی است که هر دو نقش مهمی در برنامه‌ریزی، اداره، پرداخت مزایا و تامین مالی برنامه‌ها در تضمین درآمد و

خدمات اجتماعی و درمانی به عهده دارند.

در زمینه تضمین درآمد INCOME SECURITY وزارت رفاه و درمان کانادا سه برنامه دولت فدرال را اجرا می نماید که این برنامه ها مستقیماً افراد را تحت پوشش مزایای تغذیه قرار می دهد. این سه برنامه عبارتند از:

الف- برنامه تأمین سالمندان که شامل درآمد مکمل تضمین شده و کمک همسر نیز می گردد  
OLD \_ AGE SECURITY

ب- برنامه مستمری کانادا CANADA PENSION PLAN

ج- برنامه کمک عائله مندی FAMILY ALLOWANCES PLAN

همچنین این وزارتخانه برنامه مساعدت کانادا را نیز اداره می نماید که به موجب این برنامه دولت فدرال ۵۰ درصد هزینه مساعدت اجتماعی استان ها به افراد نیازمند را تقبل می نماید. مسئولیت اجرای برنامه های مساعدت اجتماعی که به موجب آنها حداقل درآمد برای افراد نیازمند فراهم می گردد، به عهده استان ها می باشد. شرایط برخورداری و میزان کمک ها توسط مقامات استانی تعیین می شود.  
ذیلاً هر یک از طرح ها شرح داده می شود:

الف- برنامه تأمین سالمندان: این برنامه نقش اساسی را در زمینه تأمین درآمد دوران پیری ایفا می نماید. مزایای پرداختی شامل مستمری پایه دوران پیری، درآمد مکمل تضمین شده و کمک همسر نیز می گردد. تأمین بودجه: به طور کلی برنامه های تأمین سالمندان از محل درآمدهای مالیات های عمومی تأمین مالی می گردد.

نحوه تعدیل مزایای پرداختی: تمام مزایای پرداختی تحت عنوان مزایای دوران سالمندی، سالیانه چهار نوبت (در ابتدای هر فصل) مطابق با شاخص افزایش هزینه های زندگی تعدیل می گردد.  
مستمری تأمین دوران پیری: این مستمری برحسب تقاضای کلیه کسانی که ۶۵ سال یا بیشتر سن داشته باشند و از نظر مدت اقامت در کانادا واجد شرایط بوده باشند به طور ماهانه قبل پرداخت است.  
شرایط استحقاقی: جهت دریافت مستمری یاد شده شخص باید ۶۵ سال یا بیشتر سن داشته باشد و:  
الف- در روز قبل از تقاضا تبعه کانادا باشد.

ب- برای دریافت این مستمری حداقل ۱۰ سال سابقه اقامت در کانادا بعد از سن ۱۸ سالگی ضروری است. کسانی که قصد دارند از این مستمری در خارج از کانادا استفاده نمایند باید حداقل ۲۰ سال در کانادا سابقه اقامت داشته باشند.

میزان مستمری بستگی به طول مدت اقامت در کانادا دارد. کسانی که بعد از سن ۱۸ سالگی مجموعاً ۴۰ سال در کانادا اقامت داشته اند، از مستمری کامل دوران پیری که میزان آن از سال ۱۹۹۰ به بعد ماهیانه ۳۵۱ دلار می باشد، بهره مند می گردند، کسانی که واجد شرایط استفاده از مستمری کامل دوران پیری نیستند، از مستمری جزئی استفاده نموده که میزان آن برابر است با یک - چهارم مستمری کامل ماهیانه به ازاء هر سال اقامت در کانادا بعد از ۱۸ سالگی، این مستمری مشمول مالیات بر درآمد می باشد.  
درآمد مکمل تضمین شده: این درآمد به طور ماهیانه به کسانی پرداخت می شود که در حال دریافت مستمری پایه دوران پیری هستند و فاقد درآمد دیگر (یا دارای درآمد کمی) هستند. این درآمد ممکن است از همان ماهی که مستمری پایه دوران پیری برقرار گردیده، قابل پرداخت باشد. برخلاف مستمری پایه دوران پیری،

این درآمد جزء دارایی شخص جهت محاسبه مالیات بر درآمد منظور نمی‌گردد. کمک همسر: کمک همسر، مزایای ماهیانه‌ای است که برای حل مشکل بیوگان سالمند و زوج‌هایی که فقط با مستمری پایه دوران پیری شوهر زندگی می‌کنند، طراحی شده است. این کمک در سنین ۶۴-۶۰ افرادی که از مستمری پایه دوران پیری استفاده می‌نمایند و افراد بیوه کم درآمد در سنین فوق قابل پرداخت است. این کمک به کسانی که بیشتر از ۶ ماه در خارج از کانادا زندگی کنند، قابل پرداخت نیست. همچنین این نوع کمک مشمول مالیات بر درآمد نبوده و در پایان هر فصل، مطابق با افزایش شاخص هزینه زندگی ترمیم می‌گردد.

### برنامه مستمری کانادا

هدف این برنامه حمایت از افراد تحت پوشش و خانواده آنان به هنگام قطع درآمد ناشی از بازنشستگی، از کارافتادگی و فوت می‌باشد. این برنامه در سراسر کانادا به جز استان کبک که دارای طرح جداگانه‌ای است اجرا می‌گردد. کلیه کارگران و خویش فرمایان که در سنین ۷۰-۱۸ سالگی باشند، مشمول این طرح خواهند بود. مزایای پرداختی مشمول مالیات بر درآمد می‌باشد.

تأمین بودجه طرح: این طرح توسط حق بیمه‌های پرداختی کارفرمایان، کارگران، خویش فرمایان و همچنین سود حاصل از سرمایه‌گذاری و جوه مازاد بر هزینه‌ها تأمین مالی می‌گردد.

تعديل مزایا: کلیه مزایای پرداختی هر ساله مطابق افزایش هزینه زندگی ترمیم می‌شوند. مزایای پرداختی در برنامه مستمری کانادا بدون توجه به محل اقامت مستمری‌بگیر (داخل و خارج از کشور) قابل پرداخت خواهد بود.

انواع مزایا: طرح مستمری کانادا ۶ نوع مزایا را در بر می‌گیرد:

مستمری بازنشستگی، از کار افتادگی، فرزندان بیمه شده از کار افتاده، مستمری بیوه بازمانده، مستمری یتیمان و پرداخت مبلغ یکجا به وراثت بیمه شده متوفی.

### برنامه مساعدت کانادا

طبق توافق به عمل آمده بین دولت فدرال و دولت‌های محلی، دولت فدرال ۵۰ درصد هزینه استان‌ها و شهرداری‌ها را در زمینه برنامه مساعدت کانادا تقبل می‌نماید. از نظر اجرایی هر استان مسئول برنامه مربوط به خود می‌باشد. تحت برنامه مساعدت سه دسته خدمات به متقاضیان ارائه می‌شود:

۱- مساعدت به افراد نیازمند

۲- کمک‌های رفاهی به افراد نیازمند

۳- برنامه‌هایی جهت بالا بردن قابلیت اشتغال (افرادی که در کارهایی دچار مشکل هستند)

افراد تحت پوشش این برنامه عبارتند از:

۱- افرادی که قادر به تأمین معاش خود یا خانواده خود نیستند. (واجد شرایط بودن افراد از طریق بررسی بودجه مورد نیاز و درآمد و دارایی آنها احراز می‌گردد).

۲- اطفالی که در مراکز رفاهی کودکان نگهداری می‌شوند.

۳- کودکان شیرخوار

۴- سالمندانی که نیاز به نگهداری و مراقبت داشته باشند.

## ۵- معلولین و از کارافتادگان ذهنی و جسمی

خدمات ارائه شده تحت عنوان این برنامه عبارتند از:

- ۱- نیازهای اساسی مانند غذا، لباس، مسکن و سایر نیازمندی‌های ضروری.
- ۲- ابزارهای مورد نیاز جهت کسب و کار از قبیل ابزار تولید، اجازه کسب کار و...
- ۳- نگهداری اطفال در شیرخوارگاه
- ۴- مراقبت‌های ویژه از طریق خانه‌های سالمندان، پرورشگاه و...
- ۵- وسایل و ابزارهای مورد نیاز معلولین (وسایل کمک آموزشی)

## جمع‌بندی

با توجه به قوانین فعلی در کشور کانادا، کلیه مردم تحت پوشش نظام بیمه همگانی قرار دارند. این پوشش شامل ارائه خدمات درمانی در سطح کشور و تأمین درآمد برای سالمندان، از کارافتادگان، بیکاران، مصدومین ناشی از کار و افراد زیر ۱۸ سال می‌باشد.

پوشش‌های درمانی و مزایای بیمه‌ای (به استثنای سه استان آلبرتا - انتاریو و بریتیش کلمبیا که قسمتی از هزینه‌های درمان از طریق پرداخت حق بیمه جبران می‌شود) از محل مانیات‌ها تأمین می‌گردد.

پرداخت به پزشکان به صورت FEE FOR SERVICE و بر مبنای تعرفه‌های مقرر توسط واحدهای تحت نظر وزارت درمان و رفاه اجتماعی استان‌ها و با استفاده از شیوه‌های مکانیزه ظرف ۱۵ الی ۳۰ روز به طریق ارسال چک یا واریز به حساب بانکی آنان انجام می‌گیرد. در سیستم‌های مکانیزه علاوه بر پرداخت صورت‌حساب به پزشکان، وضعیت اسناد پزشکی سوابق درمانی بیماران، فایل مشخصات پزشکان، پرداخت صورت‌حساب‌های بیمارستان‌ها، درمانگاه‌ها، داروخانه‌ها و غیره در بانک‌های اطلاعاتی جامع ثبت و ضبط و قابل بهره‌برداری می‌باشد. ضمناً در بخش درمان، کشور کانادا با معضلات زیر مواجه است:

- ۱- افزایش روزافزون هزینه‌های درمانی با توجه به توسعه تکنولوژی جدید پزشکی در ۲۰ سال اخیر
- ۲- سالمندی جمعیت در کشور و بالا بودن هزینه مراقبت از سالمندان
- ۳- عرضه بیش از حد نیاز پزشکان
- ۴- بالا بودن هزینه درمان نسبت به بودجه کل کشور.

جدول ۲-۲-۲- آمارهای بخش درمان در کانادا

شرح	تعداد	تعداد جمعیت به ازای هر
بیمارستان‌ها	۱۲۲۶	۲۱۴۶۱
تخت بیمارستان	۱۸۳۷۹۱	۱۴۴
پزشک	۵۱۹۶۱	۵۰۶
دندانپزشک	۱۳۰۲۷	۲۰۲۰
داروساز	۱۸۸۱۳	۱۳۹۹
پرستار	۲۵۰۴۵۸	۱۰۵

جدول ۳-۲-۲- هزینه‌های بخش درمان در کانادا

عنوان	سال ۱۹۹۰ (میلیون دلار کانادا)	درصد نسبت به کل	درصد نسبت به تولید ناخالص ملی
هزینه‌های درمان در کل کشور	۶۱,۵۷۳	۱۰۰	۹/۵
سهم بخش دولتی	۴۴,۷۷۳	۷۲/۵	—
هزینه‌های مستقیم فدرال	۱,۶۰۳	۲/۶	—
کمک فدرال به استان‌ها	۱۴,۸۷۰	۲۴/۱	—
استان‌ها	۲۷,۱۰۸	۴۳/۹	—
منابع محلی	۷۵۱	۱/۲	—
غرامت به کارگران	۴۴۱	۰/۷	—
سهم بخش خصوصی	۱۶,۹۸۰	۲۷/۵	—
هزینه سرانه درمان در سال ۱۹۹۰: ۲۳۲۱ دلار کانادا.			

جدول ۴-۲-۲- هزینه‌های بخش درمان در سطح ملی به

تفکیک نوع هزینه

عنوان	هزینه در سال ۱۹۹۰ (میلیون دلار کانادا)	
بیمارستان‌ها	۲۳,۵۹۳	۳۸/۲
سایر مؤسسات درمانی	۶,۶۱۶	۱۰/۷
خدمات پزشکان	۹,۴۱۲	۱۵/۲
سایر مشاغل پزشکی	۴,۳۳۲	۷/۰
دارو	۸,۲۳۹	۱۳/۳
هزینه‌های سرمایه‌ای	۲,۳۸۹	۳/۹
هزینه‌های متفرقه	۷,۱۷۲	۱۱/۷
جمع	۶۱,۵۷۳	۱۰۰

### کره جنوبی

#### الف - سیستم مستمری ملی کره جنوبی

تاریخچه برنامه‌های بازنشستگی در جمهوری کره به سال ۱۹۶۰ همزمان با شروع پوشش دادن برنامه‌های بازنشستگی برای کارمندان دولت در آن سال برمی‌گردد. طرح بازنشستگی برای کلیه افراد کشور، براساس قانون رفاه بازنشستگی ملی در سال ۱۹۷۲ به تصویب رسید ولی به علت مشکلات اقتصادی حاکم بر کشور به اجرا در نیامد. همزمان با ثبات قیمت‌ها و نیل به رشد اقتصادی مصوب دولت مجدداً برنامه فوق‌الذکر را مورد بررسی قرار داد و در سال ۱۹۸۶ آن را به تصویب رساند. بر این اساس در سال ۱۹۸۷ ارگانی به نام سازمان ملی بازنشستگی تأسیس گردید که تحت پوشش «وزارت بهداشت و امور اجتماعی» می‌باشد که با هدف توسعه ثبات و استاندارد زندگی و افزایش رفاه ملی آغاز به کار نمود. اجرای برنامه بازنشستگی ملی از



وظایف عمده این سازمان می‌باشد. مزایای پرداختی شامل موارد زیر می‌باشد:

۱- مستمری بازنشستگی (نرخ سالانه بازنشستگی برابر ۳/۵ درصد می‌باشد)

۲- مستمری بازماندگان

۳- مستمری ازکارافتادگان

منابع مالی: سیستم مستمری ملی با حق بیمه که به صورت ۵۰ درصد به وسیله کارگر و ۵۰ درصد کارفرما پرداخت می‌گردد تأمین مالی می‌شود. در کنار پرداخت مزایا، این مؤسسه جهت بهبود رفاه زندگی مستخدمین دولتی، وام‌های طولانی با نرخ بهره کم پرداخت می‌نماید. در صورت واجد شرایط بودن، وام‌های زیر با نرخ بهره ۵ تا ۱۰۵ به مستخدمین دولتی پرداخت می‌گردد:

- هزینه تحصیلی

- وام مسکن: به مستخدمینی که دارای مسکن نباشند

- وام بلایای طبیعی: به مستخدمینی پرداخت می‌گردد که منزل آنها در اثر حریق یا دیگر بلایای طبیعی دچار خسارت گردیده باشد.

- وام پزشکی

- وام ویژه (پرداخت در مواقع ازدواج یا فوت)

- خدمات وام بانکی: وقتی مستخدم دولت بخواهد از وام بانکی استفاده نماید. مؤسسه به وی کمک می‌نماید تا بانک وام را واگذار نماید.

بیمه شدگان اجباری، کل حق بیمه را خودشان پرداخت می‌کنند و فقط هزینه‌های اداری از طرف دولت پرداخت می‌گردد.

ب- سیستم بیمه درمان کره جنوبی

سیستم تأمین درمان کره جنوبی از ۲ برنامه ذیل تشکیل گردیده است:

- بیمه‌های درمانی

- کمک‌های درمانی

هدف از تشکیل برنامه کمک‌های درمانی، ارائه مراقبت‌های درمانی به افراد کم درآمد می‌باشد.

در سال ۱۹۶۳ برای اولین بار، بیمه درمان به مورد اجرا درآمد. در قانون اولیه افراد می‌توانستند به صورت اختیاری خود را بیمه نمایند. براساس این قانون نیمی از حق بیمه به عهده کارفرما و نیمه دیگر به عهده مستخدم بود. در مورد خویش فرمایان، تمامی حق بیمه را خود پرداخت کرده و فقط هزینه‌های اداری بر عهده دولت بود.

در دهه ۱۹۷۰ بهبود رشد اقتصادی، اصلاحاتی در قانون بیمه‌های درمان به عمل آمد. در سال ۱۹۷۶ تمامی مراکز صنعتی با بیش از ۵۰۰ مستخدم موظف شدند که کارکنان خود را بیمه درمان نمایند. در سال ۱۹۸۰ تمامی مراکز صنعتی با بیش از ۱۰۰ مستخدم مشمول قانون گردیدند. در سال ۱۹۸۲ با تحت پوشش درآوردن تمامی افرادی که در مناطق روستایی به کشاورزی و ماهیگیری اشتغال داشتند تحت پوشش بیمه درمان قرار گرفتند. در سال ۱۹۸۸ این قانون برای مؤسسات صنعتی با بیش از ۵ مستخدم نیز اجباری گردید. در سال ۱۹۸۹ خویش فرمایان شهری تحت پوشش سیستم درمان قرار گرفتند، با این اقدام آرمان بیمه همگانی در ۱۲ سال تحقق یافت.

سیستم انتخاب بیمار براساس سیستم ارجاع می‌باشد. هدف از این سیستم، جلوگیری از افزایش هزینه‌ها می‌باشد. براساس این سیستم کل کشور کره جنوبی به ۱۴۰ منطقه خدمات مراقبت‌های پزشکی کوچک و ۸ منطقه خدمات مراقبت‌های پزشکی بزرگ تقسیم گردیده است.

### بیمه روستائیان

برای اولین بار در سال ۱۹۸۷ طرحی برای بیمه درمان ماهیگیران و روستائیان ارائه شد. لذا بیمه درمان روستائیان از تجربه کوتاهی به مدت ۶ سال برخوردار است. شروع بیمه درمان روستائیان با مشکلات خاصی مواجه بوده که اعم آنها عبارتند از:

- ۱- نوپایی طرح بیمه درمان روستائیان و فقدان تجربه علمی؛
  - ۲- کمبود درآمد و سختی زندگی روستائیان که وصول حق بیمه و نیز تعیین میزان آن را با مشکل روبه رو می‌ساخت؛
  - ۳- در مراحل اولیه، طرح همه رازیر پوشش نداشت، لذا شناسایی و تشخیص افرادی که قانوناً می‌توانستند از بیمه استفاده نمایند مشکل و بعضاً توأم با سوءاستفاده بود.
- قابل ذکر است از سال ۱۹۹۱ مشکلات تا حد زیادی تعدیل گردیده، با این وصف دولت در این زمینه کمک می‌نماید، به طوری که ۵۰ درصد هزینه به عهده دولت و ۵۰ درصد دیگر به عهده روستائیان می‌باشد.

### بررسی تحولات تأمین اجتماعی در جهان در دوره زمانی ۹۲-۱۹۹۰ میلادی

#### اوضاع جاری تحولات تأمین اجتماعی

کشورهای صنعتی پیشرفته که انگیزه توسعه اقتصادی را در سطح جهان ایجاد کردند، در طی سه سال مورد بررسی، اغلب دچار رکود اقتصادی بوده‌اند. بیکاری در این کشورها افزایش یافته و ظرفیت تولید به طور مستمر کاهش یافته است. با توجه به شرایط اقتصادی و سیاسی حاکم، اغلب کشورها در طی این سه سال، به جای ابداع روش‌های نو یا افزایش سطوح پوشش تأمین اجتماعی، حفظ سطح موجود را در برنامه کار خود قرار دادند. زیرا در بسیاری از نقاط جهان دولت‌ها مجبورند به مشکلات موجود بودجه‌ای خود پرداخته و از آنجا که در طی این دوره، افزایش درآمد ملی بسیار کند صورت گرفته یا حتی در اثر رکود اقتصادی، درآمد ملی کاهش یافته است، آینده تأمین اجتماعی در این کشورها مورد بحث و تعمق قرار گرفته است. البته بیان این نکته که در این کشورها سطح پوشش تأمین اجتماعی کاهش یافته، دور از واقعیت است گرچه در بعضی از موارد، عقب‌نشینی‌هایی صورت گرفته اما نمی‌توان این مورد را به عنوان یک قاعده کلی برای اکثر کشورها مطرح نمود. در سایر کشورها و به خصوص در اروپای شرقی و مرکزی، تغییرات عمیق جاری در ساختار اقتصادی - سیاسی باعث گردیده که سیاست‌گذاران و دست‌اندرکاران تأمین اجتماعی، راهی جز اتخاذ نوآوری‌ها و برنامه‌هایی مطابق با شرایط جدید نداشته باشند. به طور کلی ۲ روند بسیار مهم در خصوص تأمین اجتماعی در طی این دوره عبارتند از:

- ۱- تأثیر رکود اقتصادی و سیاست‌های تعدیل اقتصادی
- ۲- فروپاشی نظام‌های اقتصاد برنامه‌ریزی متمرکز

## اثرات رکود اقتصادی و سیاست‌های تعدیل ساختاری بر تأمین اجتماعی

همان‌طور که اشاره شد، بدون شک کاهش رشد اقتصادی، مهم‌ترین عاملی است که بر سیاست‌های تأمین اجتماعی در سطح ملی تأثیر فوری دارد. مشخصاً کساد در بازار کار، اثرات مستقیمی بر بهادهای تأمین اجتماعی گذاشته و با افزایش شمار افراد بیکار، فشار فزاینده مالی بر تأمین اجتماعی تحمیل می‌نماید. در چنین شرایطی، دولت‌ها حل مشکلات بودجه‌ای خود را با برداشتن بار تعهدات تأمین اجتماعی از دوش خود و سپردن آن به بخش خصوصی و افراد در اولویت قرار می‌دهند و به همین دلیل، بدیهی است که اقشار آسیب‌پذیر جامعه (سالمندان - خانواده‌های بی‌سرپرست - بیکاران و...) آسیب‌پذیرتر و فقیرتر می‌گردند.

### فروپاشی نظام اقتصادی برنامه‌ریزی متمرکز

دومین تحول عمده طی دوره مورد بررسی، سقوط و فروپاشی سوسیالیسم دولتی در اروپای مرکزی و شرقی است. روش‌های کنی تأمین اجتماعی که در سیستم‌های قبلی و در اقتصاد برنامه‌ریزی شده طرح و اجرا می‌شده است، اکنون می‌باید با روش‌های جدید جایگزین گردد. به علاوه این کشورها به طور ناگهانی با تعداد فزاینده افرادی مواجه شده‌اند که در اثر افزایش بیکاری و عدم توانایی تأمین اجتماعی در مواجهه با هزینه‌های فزاینده زندگی، در فقر زندگی می‌کنند.

به طور کلی در طی دوره مورد بررسی، تغییرات مهمی رخ داده است. شرایط اقتصادی جهانی رو به بدی داشته و نرخ بالای بیکاری و تورم بسط و توسعه یافته است. حکومت‌ها در کشورهای صنعتی با مشکل سالمندی جمعیت و تغییر ساختار الگوی خانواده، ظهور خانواده‌های تک‌والدی و زوج‌هایی که با هم زندگی می‌کنند و دیگر شکل‌های خانواده که مطابق با الگوی مرسوم سنتی نیستند و بررسی امکان تسری تأمین اجتماعی به این خانواده‌ها و بازار کار مواجه شده‌اند که در این شرایط تأکید بیشتر بر روی هزینه‌ها بوده تا بر امر توسعه و گسترش تأمین اجتماعی. کشورهای صنعتی در طرح‌های مستمری در حال انجام تجدیدنظر اساسی هستند که مسئولیت‌های دولت را محدود کرده و بر مسئولیت‌های فردی تأکید بیشتری می‌نمایند.

در کشورهای در حال توسعه، طرح‌های تأمین اجتماعی از پوشش ناکافی و از سطوح ناکافی پرداخت‌ها به علت تورم روزافزون برخوردار بوده‌اند. ساختار در حال تغییر جامعه، از جمله مشارکت فزاینده زنان در بازار کار تجدیدنظر درباره مستمری زنان بیوه را ضروری ساخته است. در این کشورها نرخ بالای تورم، شرایط ناسازگار اقتصادی و نیز اثرات شدید برنامه‌های تعدیل ساختاری مسئله‌آفرین شده‌اند.

روند مهمی که در بسیاری از کشورهای صنعتی طی دهه ۱۹۷۰ و ۸۰ رخ داده، گرایش روزافزون به بازنشستگی زودرس بود که از طرف برخی از حکومت‌ها در جهت حل مسئله بیکاری دنبال شد که با توجه به افزایش فشار بر نظام‌های مستمری پرداختی و سطح مهارت نیروی کار، در حال حاضر توجه بر سیاست‌هایی متمرکز گردیده که افراد را تا حد امکان سرکار خود نگه داشته و سن بازنشستگی را افزایش دهد. به عنوان مثال آلمان و جویزیند به عنوان ۲ کشور پیشگام در زمینه افزایش سن بازنشستگی را می‌توان نام برد.

کشور انگلستان در دسامبر ۱۹۹۱ مجموعه مقالاتی را منتشر کرد که برابر نمودن سن بازنشستگی زنان و مردان را که اکنون به ترتیب ۶۵ و ۶۰ سال است مورد بحث قرار داده و از صاحب‌نظران دعوت می‌کند که نظر

و پیشنهادات خود را درباره این که آیا مستمری سالمندان در صورت انعطاف پذیر بهتر است یا عمومی، با توجه به عوامل جمعیت، انتظارات زندگی، جریان های درآمد و هزینه های آتی مطرح نماید.

کشورهای دیگر قوانین بازنشستگی انعطاف پذیرتری را تصویب کردند. از جمله فنلاند در سال ۱۹۸۹ لایحه ای را به مجلس داد که در آن سن بازنشستگی انعطاف پذیری را برای بخش عمومی مطرح می کرد. سوئیس مزایایی را جهت کمک به خانه داری و نیز هزینه پرستاری و مداوای بیمار در خانه یا اشخاص سالمندی که نیاز به مراقبت دارند پرداخت می کند.

سوئد و ایرلند اخیراً پرداخت مزایای خاصی را برای مراقبت های گوناگون به اجرا گذاشته اند. در سوئد در سال ۱۹۸۹ مستمری جدیدی را اعلام نمود که قابل پرداخت به خویشاوندان - دوست یا همسایه ای می باشد که مراقبت از بیمار معلولی را بر عهده می گیرد که نرخ این مستمری برابر مزایای بیماری است. اداره بیمه بیماری در آلمان از ژانویه ۱۹۹۱ مزایایی را جهت کسانی که مراقبت عضوی از اعضای خانواده ای را که به مراقبت دائمی نیاز دارند، بر عهده گیرد، در نظر گرفته است.

ژاپن یک استراتژی ۱۰ ساله طرح طلائی جهت رفاه و بهداشت سالمندان از سال ۱۹۹۰ به اجرا گذاشت. یکی از اهداف مهم استراتژی مزبور، فراهم آوردن خدمات رفاهی در خانه است تا افراد سالمند را قادر سازد که در خانه خود تحت مراقبت قرار گیرند.

در آلمان یک کارت تأمین اجتماعی در سال ۱۹۸۹ به طور گسترده توزیع گردید. کارت های مزبور برای کلیه کارگران تهیه شده و شماره تأمین اجتماعی - نام و طبقه بندی اشتغال آنان و عکس صاحب کارت بر روی آن درج گردیده است. قوانینی هم اعلام شده که از کلیه کارگران می خواهد که نام خود را در دفاتر تأمین اجتماعی به ثبت رسانند تا به این ترتیب اشتغال غیرقانونی و اجتناب از پرداخت حق بیمه را کاهش دهند.

## فصل سوم - تأمین اجتماعی در ایران

### مقدمه

یک جامعه باستانی با ساختار اجتماعی و اقتصادی قبیله ای و ایلپاتی در گذشته و وابستگی خانوادگی و فامیلی در زمان حاضر نمی تواند بدون وجود یک مجموعه سیستم حمایتی و خیریه ای گذران کرده باشد. اگر در یک قبیله فردی مصدوم، معلول یا از کار افتاده شود، رئیس قبیله یا ایل خود را موظف به حمایت و تأمین نیازهای اساسی او می داند. این تصور و توقع آنچنان ریشه دار هست که تبدیل به یک وظیفه برای رؤسای عموم قبایل ایلات شده بود و هنوز نیز کم و بیش وجود دارد. به عبارت دیگر حمایت رئیس قبیله از کل افراد قبیله شامل پیر، جوان و بچه به طور ضمنی از شرایط اطاعت و پیروی ایل یا قبیله از او می شود.

در زندگی روستایی ایران نیز شرایط مشابهی وجود داشته که شاید هنوز آثاری از آن باقی باشد. ساختار حمایتی در دهات و روستاها حول محور ارباب و کدخدا گردش می کرد. مالکین، خونین، ارباب ها، در جوامع روستایی نیز تا حدی مشابه رؤسای قبایل و ایلات عمل می کردند. اگر در روستایی فردی نیازمند حمایتی می شد که از عهده همسایه ها و اهالی معمولی ده و حتی کدخدا نمی آمد این وظیفه کدخدا تلقی می شد که به صورتی به اطلاع مالک یا خوان برساند و درخواست کمک نماید. معمولاً این درخواست برآورده شده و مالکین نیز حمایت از افراد ده و روستائیان را یک وظیفه تلقی می نمودند.

در یک جامعه محدود ایستایی یا روستایی که تقریباً همه افراد یکدیگر را شناخته و اطلاع از غنا و فقر یکدیگر دارند ایجاد یک سیستم حمایتی محلی و درونی کاملاً قابل اجرا بوده و به خصوص کمتر امکان اشتباه در شناسایی نیز وجود دارد. تقریباً همه ایل یا حداقل آنها که باید بدانند می‌دانند که چه کسانی و حتی تا چه حد فقیر و نیازمند هستند. در روستا نیز چنین وضعیتی حاکم است.

آنچه که این تصویر را تغییر داده زندگی شهرنشینی و دنیای صنعتی است. با گسترش شهرها در ایران و ایجاد کارگاه‌های تولیدی، گروهی از مردم در جایی قرار گرفتند که نه ارباب داشت و نه رئیس قبیله، بلکه در اینجا دولت است که می‌باید نقش گروه‌های حاکم در ایلات و روستاها را ایفا نماید. با این تفاوت که الزاماً دولت‌ها ضرورت ساختاری چندین قرن پدر سالاری ایلی و روستایی را نداشته و توانایی و ابزار شناسایی خوبی نیز ندارد.

دولت‌هایی که به تدریج به عنت گسترده شهرنشینی و زندگی کارمندی و کارگری می‌باید در فکر یک برنامه تأمین اجتماعی برای ایران می‌بودند از دوره قاجار تا بعد از انقلاب، یک تفکر ساختاری را نداشته یا نتوانسته‌اند دنبال نمایند. هر چند بخش بیمه‌ای از یک نظام جامع تأمین اجتماعی در ایران یک قدمت طولانی دارد، ولی پوشش آن هنوز نیز کمنه عامل کار را در بر نگرفته و از کاستی‌های زیادی نیز برخوردار است. آنچه که به جای یک بخش حمایتی به خصوص در شهرها شکل گرفته دنباله ناقص امور خیریه روستاها و ایلات می‌باشد. ناقص به این عنت که در سطح یک حمایت و تأمین کافی و دائم نبوده و مهم‌تر وسیله شناسایی نیز ندارد. انواع بنیادهای وابسته به یک یا چند خاندان و نهادهایی که در این جامعه به امور خیریه پرداخته‌اند از این جمله می‌باشند.

آغاز دوران جنگ در ایران یک نوع ضرورت جهانی را مطرح نمود که از طریق یارانه کالاهای اساسی به صورت گسترده و مستقیم صورت گرفت. به دنبال آن جهت حمایت عموم مردم یارانه‌های مستقیم نیز که به صورت قیمت‌گذاری پایین کالاهای خدمات دولت یا در اختیار قرار دادن ارز ارزان بود نیز آغاز شد با آنچه که قبلاً بود با فاصله بیشتری ادامه یافت. با فاصله گرفتن قیمت‌های واقعی (هزینه فرصت) کالاهای و خدمات به عنت تورم از قیمت‌های رسمی حجم این بخش از حمایت نیز مرتباً افزایش می‌یابد. متأسفانه این مجموعه غیرهدفمند و ناکارآمد عمل می‌کند.

در حال حاضر سیستم بیمه‌های اجتماعی در ایران شامل سازمان تأمین اجتماعی، سازمان بازنشستگی کل کشور و حدود ۱۶ صندوق مستقل است که در کنار اینها بیمه‌های درمانی نیز فعالیت دارند. سیستم حمایتی یا حمایت یا تشخیص و هدفمند در جامعه ایران به صورت خیریه‌ای و ناقص و غیرکافی و بدون فراخوان به وسیله کمیته امداد امام و سازمان بهزیستی صورت گرفته و بعضی از بیادها و نهادها نیز مثل بنیاد مستضعفان و جانبازان، بنیاد ۱۵ خرداد و غیره به گروه خاصی خدمت می‌دهند. در این فصل به بررسی دو بخش بیمه‌ای و حمایتی اقتصاد ایران می‌پردازیم.

### بخش اول - بخش حمایتی بیمه‌ای یا بیمه‌های اجتماعی در ایران

با وجود آن که حمایت از فقرا یا دستگیری از مستمندان قدمتی به تاریخ نوع دوستی بشری دارد، ولی شکل بیمه‌ای در تأمین اجتماعی حتی پس از شهرنشینی و صنعتی شدن جهان پیش آمد. در واقع برنامه‌های تأمین اجتماعی متأثر از دوران پیشینی بعضی از رهبران متفکر (سیسمارک) و تحت فشار تشکیلات کارگری و

به منظور مقابله با نهضت‌ها و شورش‌های تفکر چپ به اجرا درآمدند. وضع بسیار بد کارگران در بخش صنعت و شهرها که به خاطر نیاز اندوختن سرمایه در دوران اولیه سرمایه داری در حد معیشت دستمزد دریافت می‌کردند، منتهی به یک سری اعتراض‌ها و اعتصاب‌ها شد که نیاز به چاره‌اندیشی داشت. صاحبان صنایع به کارگران دستمزدهای کمی پیشنهاد می‌نمودند و به علت مهاجرت مستمر کارگران کشاورز به شهرها که متأثر از حرکت تولیدات کشاورزی به سوی سرمایه بیشتر بوده این امر ممکن شد. از سوی دیگر اخراج کارگران به علت نبود یا عدم کفایت قوانین کار متداول بود.

در چنین شرایطی اگر صاحبان و مدیران بنگاه‌های اقتصادی به علت نزدیک‌بینی به مسئله رفاهی و آینده کارگران فکر نمی‌کردند، دولتی مستبد به علت دیدگاه بلندمدت‌تر برای حفظ نظام و اقتدار خود و دولت‌های دمکراتیک و برخاسته از مردم به علت مأموریت بهبود در رفاه جامعه و کاهش فقر به تدریج مبادرت به طرح برنامه‌های تأمین اجتماعی نمودند. تعجب‌انگیز نخواهد بود اگر برنامه‌های تأمین اجتماعی در کشورهای در حال توسعه نیز متداول شده باشد. به هر حال چه از دیدگاه مقابله با تفکر کمونیستی و چه یک دولت رفاه‌طلب این مقوله در جامعه سوم زمان خود (قبل از فروپاشی جهان دوم) با تأخیری نسبت به کشورهای صنعتی مطرح شد. از آنجا که اجرای کسب برنامه تأمین اجتماعی الزاماً نیازمند طی مراحل خاصی از رشد و توسعه نبود، در بعضی جوامع در حال توسعه با شکل‌گیری اولین صنایع یا بنگاه‌های که از انبوه کارگران بهره می‌گرفتند به نوعی این تفکر بر پا شد، من جمله در ایران.

#### ۱-۱- سازمان تأمین اجتماعی

نظام بیمه‌های اجتماعی در ایران بیشتر از ۶۰ سال قدمت دارد. فعالیت تشکیلاتی سازمان تأمین اجتماعی، در سال ۱۳۱۰ و با نام صندوق احتیاط کارگران وابسته به وزارت طرق و شوارع آغاز شد، چون عمدتاً در آن زمان، کارگران در بخش راهسازی و ساختمان اشتغال داشتند. از سال ۱۳۱۰ به بعد، به تدریج تشکیلات صندوق فوق به صندوق احتیاط و صرفه‌جویی کارخانه‌ها در سال ۱۳۱۵، به شرکت سهامی بیمه ایران در سال ۱۳۲۴، بنگاه رفاه اجتماعی در سال ۱۳۲۶، صندوق تعاون بیمه کارگران در سال ۱۳۳۳. سازمان بیمه‌های اجتماعی در سال ۱۳۴۲، سازمان تأمین اجتماعی در سال ۱۳۵۴ و به صندوق تأمین اجتماعی در سال ۱۳۵۵ تغییر نام یافت که مسئولیت بیمه کارگران مشمول قانون کار را عهده‌دار بودند. در سال ۱۳۵۸ به موجب اصلاحیه‌های که به تصویب شورای انقلاب رسید صندوق تأمین اجتماعی مجدداً به سازمان تأمین اجتماعی تغییر نام داد و شعب سازمان که زیر نظر نواحی بهداری و بهزیستی انجام وظیفه می‌کردند در سازمان تأمین اجتماعی ادغام و تحت مدیریت سازمان مرکزی به کار خود ادامه دادند. حال برای بررسی، لازم است تا با برخی مفاهیم به کار رفته در این بخش بیشتر آشنا شویم.

#### تعاریف و مفاهیم اساسی

\* بیمه شده اصلی - مشخص است که رأساً مشمول مقررات تأمین اجتماعی است و با پرداخت مبلغی به عنوان حق بیمه، حق استفاده از مزایای مقرر در این قانون را دارد.

\* بیمه شده تبعی - افراد خانواده بیمه شده و مستمری‌بگیران و استفاده‌کنندگان از مقرری بیمه بیکاری که در شمار افراد تحت پوشش هستند که عبارتند از همسر بیمه شده، فرزندان کمتر از ۱۸ سال و در عین حال ضمن شرایطی شوهر بیمه شده، دختران و پسران بالاتر از ۱۸ سال و همچنین پدر و مادر تحت تکفل نیز

می توانند به عنوان بیمه شده تبعی مورد حمایت قرار گیرند.

\* حق بیمه - عبارت است از جوهی که به حکم قانون تأمین اجتماعی برای استفاده از مزایای موضوع آن به سازمان تأمین اجتماعی پرداخت می گردد.

\* کارگاه دولتی - مؤسسه ای که به موجب قانون ایجاد شده و توسط مدیریت دولتی اداره می شود و بودجه آن به طور کامل یا حداقل ۵۱ درصد از محل اعتبارهای دولتی تأمین می شود.

\* کارگاه غیردولتی - کارگاهی است که به وسیله اشخاص حقیقی یا حقوقی اداره می شود.

\* کارگاه با بیمه قراردادی - سازمان تأمین اجتماعی با عده ای از کارفرمایان که برای معالجه کارکنان بیمه شده خود وسایل درمان، پزشک و درمانگاه در اختیار دارند. قرارداد منعقد می کند مبنی بر این که معالجات بیماران یا قسمتی از تعهدات سازمان بر عهده خود کارفرما قرار گیرد و در مقابل درصدی از حق بیمه را به کارفرما مسترد می نماید.

\* کارگاه با بیمه غیرقراردادی: کارگاهی است که کلیه تعهدات سازمان تأمین اجتماعی در قبال بیمه شدگان آن کارگاه، رأساً از سوی سازمان تأمین اجتماعی انجام می گیرد.

\* بازنشستگی - عبارت است از عدم اشتغال بیمه شده به کار، به سبب رسیدن به سن بازنشستگی مقرر در قانون.

\* مستمری - جوهی که طبق شرایط مقرر در قانون به منظور جبران قطع تمام یا بخشی از درآمد، به بیمه شده یا در صورت فوت او برای تأمین معیشت بازماندگان وی به آنان، پرداخت می شود.

\* از کارافتادگی کلی - عبارت است از کاهش قدرت کار بیمه شده به نحوی که نتواند با اشتغال به کار سابق یا کار دیگر، بیش از یک سوم درآمد قبلی خود را به دست آورد.

\* از کارافتادگی جزئی - عبارت است از کاهش قدرت کار بیمه شده به نحوی که با اشتغال به کار سابق یا کار دیگر فقط قسمتی از درآمد خود را به دست آورد که اگر بیمه شده در ساعت کاری و بر اثر حوادث ضمن کار دچار این از کارافتادگی گردد، مشمول این بیمه خواهد بود.

\* غرامت دستمزد - به جوهی اطلاق می گردد که در ایام بارداری، بیماری یا عدم توانایی موقت اشتغال به کار و عدم دریافت مزد یا حقوق، به حکم قانون به جای مزد یا حقوق بیمه شده پرداخت می شود.

\* کمک عائله مندی - مبلغی است که طبق شرایط خاصی در مقابل عائله مندی توسط کارفرما به بیمه شده پرداخت می شود.

### پوشش سازمان تأمین اجتماعی

بیمه شدگان سازمان تأمین اجتماعی، شامل شاغلین کارگاه های دولتی و شاغلین کارگاه های غیردولتی، بیمه شدگان اختیاری و همچنین حرفه ها و مشاغل آزاد می باشند. بیمه شدگان اختیاری به افرادی گفته می شود که در گذشته حداقل به مدت یک سال به عنوان بیمه شده حق بیمه پرداخت کرده و در حال حاضر به طور مستقل مشغول فعالیت می باشند و بار دیگر خود را بیمه می کنند. صاحبان حرفه ها و مشاغل آزاد هم می توانند با پرداخت حق بیمه برای خود یا کارگران از مزایای این سازمان استفاده کنند.

در مطالعه اطلاعات مربوط به تعداد بیمه شدگان به تفکیک گروه های مختلف مشاهده می شود که از سال

۱۳۶۰ تا ۱۳۷۴، تعداد کل بیمه شدگان این سازمان ۱۷۱/۲ درصد افزایش داشته و در سال ۱۳۷۴ به ۴.۷۵۷.۸۹۹

نفر رسیده است (جدول ۱-۳-۲). از سال ۱۳۶۵ بیمه شدگان حرف و مشاغل آزاد به این سازمان پیوسته‌اند که در سال ۱۳۶۵ تنها ۰/۰۷ درصد از کل بیمه شدگان را تشکیل می‌داده‌اند، اما با استقبال خوب و با افزایش سریع در تعداد این گروه، در سال ۱۳۷۴ حدود ۱۰/۵ درصد از کل بیمه شدگان بوده‌اند.

بیشترین سهم بیمه شدگان در گروه «شاغلین در کارگاه» می‌باشد که در سال ۱۳۶۰، ۹۹/۳۹ درصد از کل بیمه شدگان را تشکیل می‌داده‌اند اما طی ۱۵ سال با افزایش تعداد بیمه شدگان اختیاری و پیوستن بیمه شدگان حرف و مشاغل آزاد، این سهم به ۸۶/۵۸ درصد از کل بیمه شدگان در سال ۱۳۷۴ رسیده است.

در بین بیمه شدگان شاغل در کارگاه از سال ۱۳۶۰ تا ۱۳۷۴ همواره بیشترین سهم مربوط به شاغلین در کارگاه‌های غیر دولتی بوده است. به طوری که سهم شاغلین در کارگاه‌های دولتی از کل بیمه شدگان شاغل در کارگاه در سال‌های ۶۰ و ۶۱ حدود ۲۹ درصد، از سال ۱۳۶۲ تا ۱۳۶۷ حدود ۲۷ درصد و در سال ۱۳۶۸ به بالاترین میزان خود یعنی ۳۰ درصد رسیده و پس از آن تا سال ۱۳۷۴، این میزان کاهش یافته و در این سال به ۲۲ درصد می‌رسد.

آنچه در این تغییرات و افزایش تعداد بیمه شدگان شاغل در کارگاه حائز اهمیت است این‌که علاوه بر افزایش تعداد بیمه شدگان طی سال‌های گذشته، میزان پوشش تأمین اجتماعی نیز برای شاغلین در بخش دولتی و غیردولتی افزایش داشته است. به طوری که در از سال ۱۳۶۵ تا سال ۱۳۷۵ نسبت بیمه شدگان تأمین اجتماعی به کل شاغلان در بخش غیردولتی بیش از ۲ برابر شده و همین نسبت برای شاغلان بخش دولتی ۱/۴ برابر شده است. به این ترتیب در سال ۱۳۷۵، ۴۲/۵ درصد از کل شاغلین در بخش غیردولتی و ۲۲/۳ درصد از کل شاغلین در بخش دولتی کشور تحت پوشش تأمین اجتماعی قرار گرفته‌اند. جدول ۲-۳-۲ و ۳-۳-۲ نشانگر تغییرات در سال‌های گذشته می‌باشد.



جدول ۱-۳-۲- تعداد بیمه شدگان تحت پوشش سازمان تأمین اجتماعی

واحد (نفر)

عنوان	۱۳۶۰	۱۳۶۱	۱۳۶۲	۱۳۶۳	۱۳۶۴	۱۳۶۵	۱۳۶۶	۱۳۶۷	۱۳۶۸	۱۳۶۹	۱۳۷۰	۱۳۷۱	۱۳۷۲	۱۳۷۳	۱۳۷۴
شاغل در کارگاه شامل ۱ و ۲	۱۷۴۳۱۵۱	۱۷۵۴۵۵۴	۱۹۶۹۶۴۴	۲۱۱۴۸۸۶	۲۲۱۶۱۸۸	۱۹۴۵۵۲۳	۲۱۵۲۴۱۴	۲۳۸۴۲۳۸	۲۶۸۲۱۸۲	۲۸۴۲۱۰۷	۳۱۳۴۴۹۳	۳۳۲۶۹۱۶	۳۵۳۹۶۶۰	۳۸۲۰۰۴۷	۴۱۱۹۴۳۸
۱- بخش دولتی	۵۰۸۳۹۶	۵۰۶۸۴۶	۵۴۳۸۴۷	۵۸۹۱۹۹	۶۱۸۳۰۷	۵۲۹۹۸۱	۵۸۴۰۸۲	۶۶۲۰۲۵	۸۱۰۹۰۸	۸۳۱۷۴۲	۸۸۶۶۷۵	۹۱۶۲۶۷	۹۱۸۷۰۱	۹۲۸۷۰۳	۹۰۸۳۴۷
۲- بخش غیردولتی	۱۲۳۴۷۵۵	۱۲۴۷۷۰۸	۱۴۲۵۷۹۷	۱۵۲۵۶۸۷	۱۵۹۷۸۸۱	۱۴۱۵۵۴۲	۱۵۶۸۳۳۲	۱۷۲۲۲۰۳	۱۸۷۱۲۷۴	۲۰۱۰۳۶۵	۲۲۲۷۸۱۸	۲۴۱۰۶۴۹	۲۶۲۰۹۳۹	۲۸۹۳۴۴	۳۲۱۱۰۹۱
اختیاری	۳۵۸۹	۳۷۶۵	۳۹۷۱	۶۱۲۶	۷۲۰۹	۶۹۰۱	۱۰۱۹۹	۱۶۲۲۳	۲۲۶۹۳	۲۸۰۱۱	۳۵۶۹۲	۵۰۱۸۹	۶۹۸۴۸	۸۷۶۶۴	۱۰۴۹۷۹
حرفه‌ها و مشاغل آزاد	—	—	—	—	—	۱۵۰۰	۶۷۳۵	۱۰۲۲۱	۴۱۰۹۳	۷۹۶۴۱	۱۱۶۶۹۱	۱۵۹۷۴۹	۲۵۸۱۹۲	۳۹۱۳۶۴	۵۰۳۰۳۱
تعداد کارکنان سازمان	۷۰۱۳	۶۸۹۶	۶۶۴۳	۶۶۴۹	۷۱۷۶	۷۰۹۴	۷۱۰۲	۷۳۷۰	۷۳۶۹	۱۰۱۵۴	۲۱۶۶۷	۲۱۵۸۸	۲۶۶۶۱	۲۷۷۳۸	۲۹۶۶۱
جمع	۱۷۵۳۷۵۳	۱۷۶۵۲۱۵	۱۹۸۰۲۵۸	۲۱۲۷۶۶۱	۲۲۳۰۵۷۳	۱۹۶۰۱۸	۲۱۷۶۴۵۰	۲۴۱۸۰۴۲	۲۷۵۳۳۳۷	۲۹۵۹۹۱۳	۳۳۰۸۵۴۳	۳۵۶۱۴۴۳	۳۸۹۴۴۴۱	۴۳۲۶۸۱۳	۴۷۵۷۸۹۹

در تعداد بیمه شدگان مشاغل اراد از سال ۱۳۷۲ به بعد تعداد کامیونداران نیز منظور شده است.

مآخذ سازمان تأمین اجتماعی

مآخذ اداره امار و مطالعات سازمان تأمین اجتماعی

جدول ۲-۳-۲- نسبت بیمه شدگان شاغل بخش دولتی به کل شاغلان این بخش

عنوان	۱۳۶۵	۱۳۷۰	۱۳۷۵
کل شاغلان ۱۰ ساله و بیشتر	۱۱,۰۰۲,۰۰۰	۱۳,۰۹۷,۰۰۰	۱۴,۵۷۲,۰۰۰
شاغلان بخش دولتی	۳,۴۵۳,۵۲۷	۴,۳۴۵,۵۸۴	۴,۲۵۷,۹۳۸
بیمه شدگان تأمین اجتماعی شاغل بخش دولتی	۵۲۹,۹۸۱	۸۸۶,۶۷۵	۹۵۲,۹۸۶
درصد	۱۵/۳	۲۰/۴	۲۲/۳

مأخذ: سالنامه آماری کشور، مرکز آمار ایران.

جدول ۲-۳-۳- نسبت بیمه شدگان شاغل بخش غیردولتی به کل شاغلان این بخش

عنوان	۱۳۶۵	۱۳۷۰	۱۳۷۵
کل شاغلان ۱۰ ساله و بیشتر	۱۱,۰۰۲,۰۰۰	۱۳,۰۹۷,۰۰۰	۱۴,۵۷۲,۰۰۰
شاغلان بخش غیردولتی	۷,۰۹۰,۷۸۹	۸,۵۳۴,۰۰۰	۹,۷۹۳,۸۴۱
بیمه شدگان تأمین اجتماعی شاغل بخش غیردولتی	۱,۴۱۵,۵۴۲	۲,۲۴۷,۸۱۸	۴,۱۶۷,۲۰۸
درصد	۱۹/۹	۲۶/۳	۴۲/۵

مأخذ: سالنامه آماری کشور، مرکز آمار ایران.

در سال ۱۳۶۵، کاهش در تعداد بیمه شدگان شاغل در کارگاه مشاهده می شود که علت، تغییر روش ثبت مشخصات بیمه شدگان می باشد. اما جز در این سال، هر ساله به تعداد بیمه شدگان شاغل در کارگاه افزوده شده است. در سال ۱۳۷۴ تعداد بیمه شدگان شاغل در کارگاه دولتی نسبت به سال قبل ۲ درصد کاهش نشان می دهد، اما به دلیل افزایش ۱۱ درصدی در تعداد شاغلین غیردولتی، کاهش در کل بیمه شدگان شاغل در کارگاه دیده نمی شود.

سازمان تأمین اجتماعی در قبال حق بیمه دریافتی از بیمه شدگان مشمول، حمایت های زیر را به مورد اجرا می گذارد:

حمایت های درمانی که شامل حمایت در برابر حوادث و بیماری ها و پرداخت بابت وسایل و اندام های مصنوعی به بیمه شدگان است. حمایت های کوتاه مدت که شامل پرداخت کمک بارداری، غرامت دستمزد، مقرری بیمه بیکاری، کمک ازدواج و هزینه تدفین به بازماندگان بیمه شده متوفی می باشد. حمایت های بلندمدت نیز شامل پرداخت مستمری به بازنشستگان، از کار افتادگان و بازماندگان است.

حال در چارچوب مزایای حمایتی بلندمدت در بین استفاده کنندگان از این مزایا، بیشترین تعداد به بازماندگان بر می گردد که طی این سالیان حدود ۶۰ درصد از کل مستمری بگیران را به خود اختصاص داده اند. (جدول ۲-۳-۴)

بازنشستگان از حدود ۲۵ درصد از کل مستمری بگیران در سال ۱۳۶۰، به ۳۲٫۴ درصد در سال ۱۳۷۴ رسیده اند که در این سال از مجموع ۸۹۵,۷۵۰ نفر مستمری بگیر، ۲۹۰,۸۳۱ نفر بازنشسته بوده اند. لذا به این

ترتیب ما با روند افزایش در سهم بازنشستگان در کل مستمری بگیران سازمان تأمین اجتماعی رو به رو هستیم. در مطالعه نسبت هزینه به درآمد سازمان تأمین اجتماعی نیز به همین ترتیب شاهد افزایش سریع تر در میزان هزینه های سازمان نسبت به درآمد و در نتیجه افزایش نسبت هزینه به درآمد هستیم. (جدول ۲-۳-۵)

به طور کلی در فاصله سال ۱۳۶۰ تا ۱۳۷۴، تعداد کل مستمری بگیران به میزان ۲۴۰ درصد افزایش یافته که در نتیجه تعداد مستمری بگیران در سال ۱۳۷۴،  $3/4$  برابر این افراد در سال ۱۳۶۰ می باشد.

در بررسی بازنشستگان سازمان تأمین اجتماعی نیز علاوه بر افزایش تعداد بازنشستگان این سازمان این نکته حائز اهمیت است که میزان پوشش این سازمان هم افزایش یافته است. به این ترتیب که اگر جمعیت ۶۵ ساله به بالا در کشور را جامعه مورد نظر برای برقراری سیستم بیمه ای بازنشستگی بدانیم، با مطالعه آمار مربوطه به جمعیت منتشره از سوی مرکز آمار ایران مشاهده می گردد که در سال ۱۳۷۵،  $11/8$  درصد از جامعه ۶۵ ساله به بالا در کل کشور مشمول دریافت مستمری بازنشستگی از سازمان تأمین اجتماعی بوده اند، حال آن که در سال ۱۳۶۵ این نسبت تنها  $6/24$  درصد بوده است. (جدول ۲-۳-۶)



هزینه: میلیارد ریال

جدول ۴-۳-۲- استفاده کنندگان از مزایای حمایتی بلندمدت سازمان تأمین اجتماعی

عنوان	سال	۱۳۶۰	۱۳۶۱	۱۳۶۲	۱۳۶۳	۱۳۶۴	۱۳۶۵	۱۳۶۶	۱۳۶۷	۱۳۶۸	۱۳۶۹	۱۳۷۰	۱۳۷۱	۱۳۷۲	۱۳۷۳	۱۳۷۴
کل - دریافتی بگیران	تعداد	۲۶۳۳۸۴	۲۹۷۱۴۹	۳۲۱۹۷۳	۳۲۲۷۴۵	۳۶۵۰۳۴	۳۹۵۶۶۹	۴۲۹۹۹۳	۴۷۱۸۱۴	۵۲۴۰۱۱	۵۶۴۸۶۲	۶۰۹۷۵۲	۶۷۱۱۶۲	۷۶۵۴۳۰	۸۳۳۷۱۲	۱۹۵۲۱۰
	هزینه	۴۱/۴	۴۳/۴	۴۷/۱	۵۰/۷	۶۳/۶	۷۱/۷	۸۰/۴	۱۲۰/۳	۱۴۶/۱	۱۸۱/۲	۲۳۹	۳۲۲/۳	۴۲۱	۵۳۱	۶۳۱
اداره تأمین اجتماعی	تعداد	۶۸۰۶۰	۷۵۰۲۲	۷۹۷۳۳	۸۲۵۶۲	۸۷۴۵۴	۹۵۲۲۸	۱۰۲۹۸۴	۱۱۵۳۱۲	۱۲۴۲۶۱	۱۵۸۷۵۴	۱۷۰۴۵۵	۱۹۸۵۲۲	۲۲۱۴۹۹	۲۶۱۵۲۷	۳۹۰۱۳۳
	هزینه	۲۶/۵	۲۶/۸	۲۸/۶	۲۹/۹	۳۵/۶	۴۰/۳	۴۵	۵۲/۹	۷۰/۱	۱۰۳/۹	۱۲۷/۱	۱۸۷/۱	۲۳۱/۸	۲۵۰/۵	۳۲۷/۲
بازمانده	تعداد	۱۶۶۶۳۳	۱۹۰۶۷۴	۲۰۸۳۵۶	۲۰۴۲۰۷	۲۲۸۶۰۱	۲۵۸۱۰۳	۲۸۱۷۵۹	۳۰۸۴۰۷	۳۳۸۸۰۳	۳۵۳۱۰۳	۳۸۳۳۱۶	۴۱۹۳۱۲	۴۶۱۴۳۹	۵۰۱۴۱۹	۵۲۸۲۳۵
	هزینه	۹/۸	۱۰/۸	۱۲/۱	۱۳/۸	۱۸/۴	۲۰/۶	۲۸/۲	۳۰/۲	۳۵/۲	۴۰/۶	۴۷/۲	۵۲/۳	۵۷/۷	۶۴/۴	۷۵/۳
اداره تأمین اجتماعی	تعداد	۲۸۶۹۱	۳۱۴۵۳	۳۳۸۸۴	۳۵۹۶۶	۳۸۹۷۹	۴۲۳۳۸	۴۵۲۵۰	۴۸۰۹۳	۵۰۹۴۷	۵۳۰۰۵	۵۵۹۸۱	۵۸۷۲۸	۶۲۴۵۲	۶۶۷۶۶	۶۶۶۸۴
	هزینه	۵/۱	۵/۸	۶/۴	۶/۹	۹/۶	۱۰/۸	۱۳/۱	۱۵/۲	۱۵/۸	۲۱	۲۷/۷	۳۸/۴	۵۳/۱	۸۰	۹۸/۳

مأخذ: اداره آمار و مطالعات سازمان تأمین اجتماعی

(میلیارد ریال)

جدول ۵-۳-۲- تعداد بیمه شدگان تحت پوشش سازمان تأمین اجتماعی

عنوان	سال	۱۳۶۰	۱۳۶۱	۱۳۶۲	۱۳۶۳	۱۳۶۴	۱۳۶۵	۱۳۶۶	۱۳۶۷	۱۳۶۸	۱۳۶۹	۱۳۷۰	۱۳۷۱	۱۳۷۲	۱۳۷۳	۱۳۷۴
درآمد			۲۰۰	۲۲۰	۲۶۵	۲۸۰	۳۱۵	۳۲۰	۳۶۰	۴۵۰	۵۶۰	۸۰۰	۱۰۵۰			
هزینه		۹۱	۹۵	۱۰۷	۱۲۰	۱۴۰	۱۷۰	۱۸۵	۲۴۰	۲۸۰	۳۶۰	۵۷۰	۹۲۰	۱۲۸	۱۷۵	۲۳۰
نسبت هزینه به درآمد			۴۷	۴۹	۴۶	۵۰	۵۴	۵۸	۶۶	۶۲	۶۴	۷۱	۸۸			

مأخذ: اداره آمار و مطالعات سازمان تأمین اجتماعی

جدول ۶-۳-۲- نسبت بازنشستگان تأمین اجتماعی به کل جمعیت ۶۵ ساله

به بالا در کشور

عنوان	۱۳۶۵	۱۳۷۰	۱۳۷۵
کل جمعیت ۶۵ سال به بالا	۱,۵۲۶,۰۰۰	۱,۹۴۸,۰۰۰	۲,۶۲۶,۰۰۰
بازنشستگان تأمین اجتماعی	۹۵,۲۲۸	۱۷۰,۱۸۵	۳۱۰,۰۰۵
درصد	۶/۲۴	۸/۷۳	۱۱/۸

مأخذ: سالنامه آماری کشور، مرکز آمار ایران.

همچنان که ملاحظه می شود بازماندگان از کل مستمری بگيران در جدول ۴-۳-۲ بیشترین تعداد را به خود اختصاص داده اند اما باید توجه داشت که بازنشستگان و از کارافتادگان اشاره به تعداد سرپرستان خانوارها و در مورد بازماندگان، تعداد این افراد مدنظر می باشد. لذا برای مقایسه بهتر بین این سه گروه تعداد پرونده فوت مدنظر قرار گرفته است (جدول ۷-۳-۲). در این حالت ملاحظه می شود که بیشترین خانوارهای مستمری بگير مربوط به بازنشستگان و پس از آن بازماندگان و در نهایت از کارافتادگان می باشد. به طور متوسط به ازای هر فوت، ۲/۷ نفر بازمانده از سیستم تأمین اجتماعی، مستمری دریافت می کنند. در بین این سه گروه میانگین مستمری ماهانه بازنشستگان بیشتر از مستمری خانوارهای بازمانده و از کارافتادگان می باشد.

البته با توجه به وجود تورم و افزایش قیمت ها به نظر می رسد که میزان مستمری ها همراه با افزایش قیمت ها تعدیل نگردیده اند و علی رغم افزایش در تمامی مستمری هاطی سال های ۱۳۶۰ تا ۱۳۷۴، افزایش قیمت ها سریع تر از افزایش در میزان مستمری ها مطرح بوده و لذا وضعیت زندگی مستمری بگيران حتی در سطح سال ۱۳۶۱ حفظ نگردیده اند که البته توجه به این نکته حائز اهمیت است که شاید در سال ۱۳۶۱ نیز برخی از مستمری ها برای تأمین و برقراری حمایت مناسب از مستمری بگيران کافی نبوده باشد. به این ترتیب جدول (۸-۳-۲) نشان می دهد که اگر مستمری های سال ۱۳۷۴ را با شاخص بنای کالاها و خدمات مصرفی به قیمت ثابت سال ۱۳۶۱ تبدیل نماییم، ارقام پرداختی به مستمری بگيران تا چه اندازه با میانگین مستمری ماهانه لازم برای حفظ سطح زندگی افراد در سطح سال ۱۳۶۱ تفاوت دارد.

جدول ۷-۳-۲- میانگین ماهانه مستمری به تفکیک گروه‌ها

عنوان	سال	۱۳۶۰	۱۳۶۱	۱۳۶۲	۱۳۶۳	۱۳۶۴	۱۳۶۵	۱۳۶۶	۱۳۶۷	۱۳۶۸	۱۳۶۹	۱۳۷۰	۱۳۷۱	۱۳۷۲	۱۳۷۳	۱۳۷۴
کلیه مستمری‌بگیران	تعداد	۲۶۳۳۸۴	۲۹۷۱۴۹	۳۲۱۹۷۳	۳۴۲۷۴۵	۳۶۵۰۳۴	۳۹۵۶۶۹	۴۲۹۹۹۳	۴۷۱۸۱۴	۵۳۴۰۱۱	۵۶۴۸۸۲	۶۰۹۷۵۲	۶۷۱۱۶۲	۷۴۴۳۰	۸۳۳۷۱۲	۸۹۵۷۵۰
	مستمری	۱۳۰۹۹	۱۲۱۷۱	۱۲۱۹۰	۱۲۳۲۷	۱۴۵۱۹	۱۵۱۰۱	۱۶۲۲۴	۱۷۲۲۸	۱۸۲۰۸	۱۹۲۲۲	۲۰۲۲۲	۲۱۲۲۲	۲۲۲۲۲	۲۳۲۲۲	۲۴۲۲۲
پایان خدمت	تعداد	۶۸۰۶۰	۷۵۰۲۲	۷۹۷۳۳	۸۲۵۶۲	۸۷۴۵۴	۹۵۲۲۸	۱۰۲۹۸۴	۱۱۵۳۱۴	۱۲۲۲۶۱	۱۳۱۷۵۴	۱۴۰۴۵۵	۱۴۸۵۲۲	۱۵۷۲۲۲	۱۶۶۱۲۲	۱۷۵۰۲۲
	مستمری	۳۲۴۴۷	۲۹۷۶۹	۲۹۸۹۱	۳۰۱۷۹	۳۳۹۲۳	۳۵۲۶۶	۳۶۲۱۳	۳۷۲۲۲	۳۸۲۲۲	۳۹۲۲۲	۴۰۲۲۲	۴۱۲۲۲	۴۲۲۲۲	۴۳۲۲۲	۴۴۲۲۲
بازمانده	تعداد	۱۶۶۶۳۳	۱۹۰۶۷۴	۲۰۸۳۵۶	۲۲۴۲۰۷	۲۳۸۶۰۱	۲۵۸۱۰۳	۲۷۸۱۵۹	۲۹۸۱۰۱	۳۱۸۱۰۳	۳۳۸۱۰۳	۳۵۸۱۰۳	۳۷۸۱۰۳	۳۹۸۱۰۳	۴۱۸۱۰۳	۴۳۸۱۰۳
	دپرونده	۵۷۰۲۵	۵۵۱۱۵	۷۱۰۴۴	۷۷۵۵۰	۸۲۸۱۷	۹۱۹۸۷	۱۰۰۶۵۵	۱۱۰۲۰۲	۱۲۰۲۰۲	۱۳۰۲۰۲	۱۴۰۲۰۲	۱۵۰۲۰۲	۱۶۰۲۰۲	۱۷۰۲۰۲	۱۸۰۲۰۲
	مستمری	۱۴۳۲۱	۱۳۸۲۲	۱۴۱۹۳	۱۴۸۲۹	۱۸۰۷۸	۱۸۶۶۲	۱۹۲۲۲	۱۹۷۲۲	۲۰۲۲۲	۲۰۷۲۲	۲۱۲۲۲	۲۱۷۲۲	۲۲۲۲۲	۲۲۷۲۲	۲۳۲۲۲
از کار افتاده	تعداد	۲۸۶۹۱	۳۱۴۵۳	۳۳۸۸۴	۳۵۹۷۶	۳۸۹۷۹	۴۲۳۳۸	۴۵۲۵۰	۴۸۰۹۳	۵۰۹۴۷	۵۳۰۰۵	۵۵۹۸۱	۵۸۷۲۸	۶۲۴۵۲	۶۶۷۶۶	۷۱۳۶۴
	مستمری	۱۴۸۱۳	۱۵۳۶۷	۱۵۷۴۰	۱۵۹۸۳	۲۰۵۲۴	۲۱۲۵۷	۲۱۴۱۵	۲۱۶۲۲	۲۱۸۲۲	۲۲۰۲۲	۲۲۲۲۲	۲۲۴۲۲	۲۲۶۲۲	۲۲۸۲۲	۲۳۰۲۲

مأخذ: اداره آمار و مطالعات سازمان تأمین اجتماعی

جدول ۸-۳-۲- تعدیل میانگین مستمری ماهیانه به تفکیک گروه‌ها در

سال ۱۳۷۴ نسبت به سال ۱۳۶۱

عنوان	بازنشستگان	بازماندگان	ازکار افتادگان
میانگین مستمری ماهانه سال ۱۳۷۴ به قیمت جاری (ریال)	۱۷۹,۸۵۸	۵۵,۱۳۴	۱۲۳,۸۴۳
میانگین مستمری ماهانه قابل پرداخت به مستمری	۳۷۴,۱۶۳	۵۹,۳۲۵	۱۹۳,۱۴۶
هزینه پرداختی در سال ۱۳۷۴ به قیمت ثابت ۱۳۶۱ (میلیارد ریال)	۱,۳۰۵/۸	۳۸۳/۱	۱۵۴/۵
اختلاف در پرداخت (میلیارد ریال)	(۶۷۸/۱)	(۳۷)	(۵۶۲)
درصد کمبود مستمری نسبت به سطح پرداخت واقعی ۱۳۶۱	٪۱۱۸	٪۱۶	٪۶۵

مأخذ: اداره آمار و مطالعات سازمان تأمین اجتماعی

لذا آنچه در جدول ۸-۳-۲ مشخص است این‌که، اختلاف میان آنچه می‌باید پرداخت می‌شد تا افراد را در سطح حمایت سال ۱۳۶۱ حفظ نماید و آنچه که در عمل پرداخت شده است، نشانگر آن است که در سال ۱۳۷۴، مستمری‌ها در سطح حمایت سال ۱۳۶۱ برای مستمری‌بگیران نبوده است.

در سال ۱۳۷۴، بیمه شدگان اصلی و تبعی و همچنین مستمری‌بگیران و مقرری‌بگیران بیمه‌بیکاری اصلی و تبعی که تحت پوشش درمان سازمان تأمین اجتماعی قرار داشته‌اند در مجموع تعداد ۲۰,۴۴۲,۴۵۲ نفر بوده‌اند که از این تعداد ۹۰ درصد مربوط به بیمه شدگان می‌باشد. حال چنانچه برای سال ۱۳۷۴ تعداد کل بیمه شدگان اصلی و تبعی را بر کل تعداد بیمه شدگان (جداول ۹-۳-۲ و ۱-۳-۲) تقسیم نماییم، به طور متوسط ۳/۸ نفر به ازای هر بیمه شده و از تقسیم کل مستمری‌بگیران اصلی و تبعی تحت پوشش درمان بر تعداد کل مستمری‌بگیران (جداول ۹-۳-۲ و ۷-۳-۲) به طور متوسط ۱/۹ نفر به ازای هر مستمری‌بگیر تحت پوشش درمان در سازمان تأمین اجتماعی قرار گرفته‌اند.

از سال ۱۳۶۰ تا ۱۳۷۴ تعداد کل افراد تحت پوشش درمان این سازمان ۳۷۹ برابر شده است. یکی از نکات حائز اهمیت در بررسی اطلاعات حاصله، افزایش شدید تعداد مقرری‌بگیران بیمه‌بیکاری است که از سال ۱۳۶۵ در جدول ملاحظه می‌شود. تعداد این افراد از سال ۱۳۶۵ تا ۱۳۷۴، ۳۶۹ برابر و به ۷۵۵۸۲ نفر رسیده است.

جدول ۹-۳-۲- افراد تحت پوشش درمان سازمان تأمین اجتماعی

عنوان	۱۳۶۰	۱۳۶۱	۱۳۶۲	۱۳۶۳	۱۳۶۴	۱۳۶۵	۱۳۶۶	۱۳۶۷	۱۳۶۸	۱۳۶۹	۱۳۷۰	۱۳۷۱	۱۳۷۲	۱۳۷۳	۱۳۷۴	۱۳۷۵
بیعه شدگان اصلی و تبعی	۶۸۳۹۶۳۷	۶۸۴۳۳۹	۷۷۲۳۰۰۶	۸۲۹۷۸۷۸	۸۶۹۹۲۳۵	۷۶۶۷۹۷۰	۸۴۸۸۱۵۵	۹۴۳۰۳۶۴	۱۰۷۳۸۰۲۶	۱۱۵۴۳۶۶۱	۱۲۹۰۳۳۱۴	۱۳۸۸۹۶۴۴	۱۵۱۸۷۹۳۰	۱۶۸۷۴۵۷۱	۱۸۴۶۰۶۹۸	۱۹۳۱۱۳۱۸
مستمری بگیران اصلی و تبعی	۴۷۱۲۰۰	۵۲۶۷۹۶	۵۶۶۸۶۵	۵۹۸۲۵۲	۶۳۷۵۸۵	۶۹۳۳۳۱	۷۲۱۵۷	۸۲۶۸۹۶	۹۵۱۳۶۷	۱۰۲۸۴۹۱	۱۱۰۴۰۶۳	۱۲۳۷۰۹۴	۱۳۳۷۲۲۰	۱۴۳۷۲۲۰	۱۵۶۹۳۱۹	۱۶۷۱۵۲۶
بیکاران						۴۲۵۱	۱۶۶۰۲	۵۱۸۷۸	۷۵۱۵۳	۱۱۱۹۲۲	۱۲۲۱۳۲	۱۶۸۱۵۲	۲۷۵۲۹۳	۳۷۶۹۰۰	۴۶۳۲۵۸	۵۰۰۰۰
جمع	۷۳۱۰۸۳۷	۷۴۱۱۱۳۵	۸۲۸۹۸۷۱	۸۸۹۶۱۳۰	۹۳۳۶۸۲۰	۸۴۴۵۴۵۲	۹۲۵۵۹۸۴	۱۰۳۰۹۱۳۸	۱۱۷۶۴۵۴۶	۱۲۶۸۴۰۷۴	۱۴۱۲۹۵۰۹	۱۵۲۹۴۸۷۰	۱۶۹۰۰۴۶۳	۱۸۷۲۰۷۹۰	۲۰۴۲۲۴۵۲	۲۱۳۰۰۰۰

مأخذ اداره امار و مطالعات سازمان تأمین اجتماعی



در این رابطه همچنان که ملاحظه می‌شود از سال ۱۳۶۵ مقرری بیمه بیکاری به بیکاران مطرح شده که پس از یک دوره آزمایشی، در سال ۱۳۶۹ قانون بیمه بیکاری در شهریور ماه به تصویب مجلس شورای اسلامی رسیده است. در این قانون بیکار، بیمه شده‌ای است که بدون میل و اراده بیکار شده و آماده کار باشد که یا مؤسسه وی را بیکار نموده یا حادثه‌ای (مثل سیل، زلزله...) موجب بیکاری شده باشد. حال با توجه به این که این مقرری به بیکارانی تعلق می‌گیرد که سابقه پرداخت حق بیمه تأمین اجتماعی را داشته‌اند، لذا این حمایت در سطح کلی برای افراد تحت پوشش سازمان تأمین اجتماعی مطرح بوده است. مدت زمان پرداخت مقرری برای افراد بیکار مجرد حداکثر ۳۶ ماه و بیکاران متأهل حداکثر ۵۰ ماه می‌باشد و حداقل مدت سابقه حق پرداخت بیمه برای افراد از ۶ ماه تا ۲۴ ماه می‌باشد که در این صورت افراد مجرد تنها در صورت بیکاری ۶ ماه و افراد متأهل ۱۲ ماه مقرری دریافت خواهند داشت.

علاوه بر دریافت مقرری بیکاری، خود و افراد تحت تکفل ایشان تحت پوشش خدمات درمانی سازمان تازمان دریافت مقرری خواهند بود.

### هزینه‌های سازمان تأمین اجتماعی

سازمان تأمین اجتماعی در قبال وصول حق بیمه از بیمه شدگان، حمایت‌های درمانی، حمایت‌های کوتاه‌مدت و بلندمدت خود را به ایشان ارائه می‌کند. لذا هزینه‌ها در ارتباط با هر یک از این حمایت‌ها به اضافه هزینه‌های پرسنلی و اداری جمع کل هزینه‌های سازمان را تشکیل خواهد داد. در بررسی اطلاعات حاصل از هزینه‌های انجام شده سازمان تأمین اجتماعی ملاحظه می‌شود که کل هزینه‌ها با روند افزایشی، از سال ۱۳۶۰ تا ۱۳۷۴، ۲۵/۲ برابر شده و در سال ۱۳۷۴ حدود ۲۲۹۱ میلیارد ریال بوده است. (جدول ۱۰-۳-۲) آنچه که در روند هزینه‌های مختلف سازمان دیده می‌شود این که هزینه‌های بلندمدت سازمان طی این سال‌ها افزایش داشته و از ۴۵/۵ درصد از کل هزینه‌ها در سال ۱۳۶۰ به ۵۷/۳ درصد در سال ۱۳۷۴ رسیده است که مشخصاً به دلیل افزایش تعداد بازنشستگان طی این سال‌ها می‌باشد. (جدول ۱۱-۳-۲)

اما در مقابل سهم هزینه‌های درمان در کل هزینه‌های سازمان کاهش نشان می‌دهد و در سال ۱۳۷۴ به حدود ۲۷/۵ درصد از کل هزینه‌ها می‌رسد در حالی که در سال ۱۳۶۰ سهم هزینه حمایت‌های درمانی از کل هزینه‌ها ۴۱/۶ درصد بوده است. در ارتباط با هزینه‌های پرسنلی و اداری سازمان هم جز سال‌های ۱۳۶۸ و ۱۳۶۹ روند نزولی ملاحظه می‌شود. از طرف دیگر هزینه‌های کوتاه مدت سازمان و سهم این هزینه‌ها در کل هزینه‌ها از سال ۱۳۶۰ تا ۱۳۶۷ حدود ۴ درصد بوده است ولی در سال‌های ۱۳۶۸ تا ۱۳۷۴ دارای تغییرات بوده و در سال ۱۳۷۰ بالاترین میزان یعنی ۱۱/۱ درصد کل هزینه‌ها را به خود اختصاص می‌داده است.

با توجه به تغییر در هزینه‌های کوتاه مدت ملاحظه می‌شود که تغییر در قوانین و پرداخت‌ها بابت کمک‌های موردی در این زمینه قابل بررسی است. در این رابطه ملاحظه می‌شود که قانون پرداخت غرامت دستمزد برای بیمه شدگانی که به علت همکاری با نیروهای مسلح جمهوری اسلامی ایران مجروح شده یا می‌شوند، مصوب سال ۱۳۶۷ به تعداد دریافت کنندگان غرامت دستمزد این سازمان افزوده است. همچنین آیین‌نامه مربوط به چگونگی تعیین و پرداخت پاداش افزایش تولید که در سال ۱۳۷۰ به تصویب رسیده است، باعث افزایش تعداد پرداخت‌های موردی کوتاه مدت سازمان خواهد بود و در همین رابطه تغییر در تعرفه‌های پرداخت کمک‌ها نیز قابل ذکر است.

در ارتباط با هزینه‌های درمان، این سازمان در سال ۱۳۶۰، به‌طور متوسط برای هر بیمه‌شده تحت پوشش درمان (اصلی یا تبعی) سالانه ۵۱۶۹ ریال هزینه نموده است که همین رقم برای سال ۱۳۷۴ به حدود ۳۰،۸۹۰ ریال سالانه می‌رسد. چنانچه هزینه‌های درمان سال ۱۳۷۴ را با شاخص بهای بهداشت و درمان تعدیل نماییم، همان حمایت درمانی سال ۱۳۶۰ را در نظر داشته باشیم. باید در سال ۱۳۷۴ به‌طور متوسط برای هر بیمه‌شده ۵۶۲۵۱ ریال پرداخت می‌گردید که باز نشان از عدم تطبیق میزان حمایت‌ها با افزایش قیمت‌ها دارد.

## ۲-۱- سازمان بازنشستگی کشوری

در سال ۱۳۰۱، برای اولین بار در کشور، قانون استخدام کشوری نظامی برای بازنشستگی به وجود آمد. در حقیقت ۲۲ آذرماه ۱۳۰۱ روز پیدایش نظام بازنشستگی در ایران است. تا قبل از این تاریخ در رابطه استخدامی دولت و مستخدم، فرض حالتی که مستخدم بدون انجام دادن کار از حقوق یا مقرری بهره‌مند شود وجود نداشت. طی زمان از سال ۱۳۱۳ اداره کل بازنشستگی کشوری مرجع رسیدگی به کنیه امور استخدامی کارمندان شناخته شد و از آن زمان تا سال ۱۳۴۵، اداره کل بازنشستگی از لحاظ سازمانی تابع وزارت دارایی بوده است. از ابتدای سال نیز به مؤسسه‌ای مستقل وابسته به سازمان امور اداری و استخدامی کشور تبدیل شد که بعد از تصویب اساسنامه «مربوط سازمان بازنشستگی کشوری» نام گرفت و تأسیس و اداره امور صندوق‌های بازنشستگی را به عهده گرفت.

جدول ۱۰-۳-۲- هزینه‌های انجام شده سازمان تأمین اجتماعی

عنوان	۱۳۶۰	۱۳۶۱	۱۳۶۲	۱۳۶۳	۱۳۶۴	۱۳۶۵	۱۳۶۶	۱۳۶۷	۱۳۶۸	۱۳۶۹	۱۳۷۰	۱۳۷۱	۱۳۷۲	۱۳۷۳	۱۳۷۴
هزینه‌های کونه‌مدت	۳۵۶۱	۳۸۷۹	۴۶۹۹	۵۵۸۹	۶۴۱۷	۶۸۶۱	۷۱۶۴	۱۰۴۶۳	۱۵۸۷۴	۳۶۶۴۸	۵۷۰۶۵	۵۹۳۰۰	۱۱۲۱۹۶	۱۷۸۰۳۱	۱۸۹۴۹۸
هزینه‌های بلندمدت	۴۱۳۸۰	۴۳۳۸۷	۴۷۰۷۷	۵۰۷۱۰	۶۳۵۳۱	۷۱۷۵۱	۸۶۳۷۵	۱۲۰۳۲۹	۱۶۶۵۹۲	۱۸۰۳۳۹	۲۲۸۸۴۱	۴۳۴۳۲۵	۶۷۷۷۷۷	۹۳۰۷۲۳	۱۳۱۴۷۸۴
هزینه‌های درمان	۳۷۷۸۹	۳۹۳۹۵	۴۷۴۲۶	۵۳۳۳۶	۶۴۰۲۴	۷۸۹۱۱	۷۹۷۰۰	۹۵۸۲۴	۱۰۶۰۳۵	۱۰۱۶۹۹	۱۸۰۵۸۴	۲۹۴۵۰۵	۶۸۶۵۸۶	۵۱۶۸۸۴	۶۳۱۶۳۲
هزینه‌های پرسنلی و اداری	۸۰۸۵	۸۵۱۶	۸۰۰۵	۸۶۸۹	۹۸۱۲	۱۰۶۰۸	۱۱۵۴۰	۱۲۹۹۲	۱۹۲۷۳	۲۸۶۲۰	۳۷۳۵۹	۶۰۷۶۳	۹۰۷۷۹	۱۱۹۱۴۹	۱۵۶۰۱۲
جمع کل هزینه‌ها	۹۰۸۱۵	۹۵۱۷۷	۱۰۷۲۰۷	۱۱۸۳۲۴	۱۴۳۷۸۴	۱۶۸۱۳۱	۱۸۴۷۷۹	۲۳۹۶۰۸	۲۸۷۷۷۴	۳۴۷۳۰۶	۵۱۳۸۴۹	۸۴۸۸۹۳	۱۲۶۷۳۳۸	۱۷۴۴۷۸۷	۲۲۹۱۹۲۶

مأخذ: اداره آمار و مطالعات سازمان تأمین اجتماعی

جدول ۱۱-۳-۲- درصد هزینه‌های انجام شده سازمان تأمین اجتماعی

عنوان	۱۳۶۰	۱۳۶۱	۱۳۶۲	۱۳۶۳	۱۳۶۴	۱۳۶۵	۱۳۶۶	۱۳۶۷	۱۳۶۸	۱۳۶۹	۱۳۷۰	۱۳۷۱	۱۳۷۲	۱۳۷۳	۱۳۷۴
هزینه‌های کونه‌مدت	۳/۹۲	۴/۰۸	۴/۳۸	۴/۷۲	۴/۴۶	۴/۰۸	۳/۸۸	۴/۳۷	۵/۵۲	۱۰/۵۵	۱۱/۱۱	۶/۹۹	۸/۸۵	۱۰/۲۰	۸/۲۷
هزینه‌های بلندمدت	۴۵/۵۷	۴۵/۵۹	۴۳/۹۱	۴۲/۸۶	۴۴/۱۹	۴۲/۶۸	۴۶/۷۵	۵۰/۲۲	۵۰/۹۴	۵۱/۹۳	۴۶/۴۸	۵۱/۱۶	۵۲/۴۸	۵۳/۳۴	۵۷/۳۷
هزینه‌های درمان	۴۱/۶۱	۴۱/۳۹	۴۴/۲۴	۴۵/۰۸	۴۴/۵۳	۴۶/۹۳	۴۳/۱۳	۳۹/۹۹	۳۶/۸۵	۲۹/۲۸	۳۵/۱۴	۳۴/۶۹	۳۰/۵۰	۲۹/۶۲	۲۷/۵۶
هزینه‌های پرسنلی و اداری	۸/۹۰	۸/۹۵	۷/۴۷	۷/۳۴	۶/۸۲	۶/۳۱	۶/۲۵	۵/۴۲	۶/۷۰	۸/۲۴	۷/۲۷	۷/۱۶	۷/۱۶	۶/۸۳	۶/۸۱

مأخذ: اداره آمار و مطالعات سازمان تأمین اجتماعی

جدول ۱۲-۳-۲- تعداد از کارافتادگان و میانگین حقوق پرداختی به آنان توسط سازمان بازنشستگی

عنوان	۱۳۶۰	۱۳۶۱	۱۳۶۲	۱۳۶۳	۱۳۶۴	۱۳۶۵	۱۳۶۶	۱۳۶۷	۱۳۶۸	۱۳۶۹	۱۳۷۰	۱۳۷۱	۱۳۷۲	۱۳۷۳	۱۳۷۴
جمع از کارافتادگان	۴۶۱	۷۲۰	۱۰۴۳	۱۳۱۱	۱۵۷۶	۱۷۹۵	۱۹۶۶	۲۱۷۹	۲۳۵۹	۲۵۷۸	۲۷۸۲	۲۹۰۳	۳۰۹۲	۳۴۴۶	۳۹۳۳
میانگین حقوق پرداختی	۳۶۶۳۲	۳۷۹۱۶	۳۴۹۰۵	۳۶۴۴۹	۳۵۹۰۱	۳۶۷۷۶	۳۵۸۸۷	۳۶۹۵۲	۳۹۱۴۲	۳۹۰۰۳	۵۶۵۱۶	۷۱۱۸۸	۱۰۲۰۲۴	۱۲۸۴۷۲	۱۳۳۶۷۰
تراز رشد حقوق	۱۳/۵	۳/۵	-۸/۱	۴/۴	-۲	۲/۴	۲۹/۶	۴/۱	۸/۱	۳۳/۸	۴۴/۹	۲۶	۴۳/۳	۲۵/۹	۴

ماجد سازمان بازنشستگی، دفتر اسناد و خدمات ماشینی

جدول ۱۳-۳-۲- تعداد بازنشسته متوفی و میانگین حقوق پرداختی به آنان توسط سازمان بازنشستگی

عنوان	۱۳۶۰	۱۳۶۱	۱۳۶۲	۱۳۶۳	۱۳۶۴	۱۳۶۵	۱۳۶۶	۱۳۶۷	۱۳۶۸	۱۳۶۹	۱۳۷۰	۱۳۷۱	۱۳۷۲	۱۳۷۳	۱۳۷۴
جمع بازنشسته متوفی	۲۵۱۸۹	۲۷۷۱۴	۳۰۳۵۰	۳۳۰۵۶	۳۵۴۷۵	۳۸۷۷۳	۴۱۹۴۲	۴۵۰۹۸	۴۸۲۶۹	۵۱۴۷۱	۵۴۸۲۲	۵۸۰۹۲	۶۱۸۷۶	۶۵۲۰۵	۶۸۰۳۴
میانگین حقوق پرداختی	۲۰۹۹۰	۲۱۴۹۲	۲۳۰۳۵	۲۳۸۸۴	۲۳۸۵۲	۲۵۵۸۱	۲۴۵۸۲	۲۵۶۵۵	۲۸۶۹۶	۴۴۷۰۴	۵۷۷۳۹	۷۰۳۹۹	۷۹۵۶۰	۱۱۶۳۱۷	۱۲۶۹۵۹
تراز رشد حقوق	۹/۸	۲/۴	۷/۲	۳/۷	-۰/۱	۷/۲	۳/۹	۴/۴	۱۱/۹	۵۵/۸	۲۹/۲	۲۱/۹	۱۳	۴۶/۲	۹/۱

ماجد سازمان بازنشستگی، دفتر اسناد و خدمات ماشینی

جدول ۱۴-۳-۲- تعداد بازنشسته متوفی و میانگین حقوق پرداختی به آنان توسط سازمان بازنشستگی

عنوان	۱۳۶۰	۱۳۶۱	۱۳۶۲	۱۳۶۳	۱۳۶۴	۱۳۶۵	۱۳۶۶	۱۳۶۷	۱۳۶۸	۱۳۶۹	۱۳۷۰	۱۳۷۱	۱۳۷۲	۱۳۷۳	۱۳۷۴
جمع شاعلیس متوفی	۲۱۴۳۲	۲۳۳۵۳	۲۴۹۷۳	۲۶۵۱۲	۲۸۴۲۷	۳۱۱۴۷	۳۳۰۵۸	۳۴۸۵۱	۳۶۵۳۹	۳۸۴۲۲	۴۰۰۸۶	۴۲۰۵۹	۴۴۱۵۸	۴۶۰۶۶	۴۷۲۵۷
میانگین حقوق پرداختی	۳۱۶۰۵	۳۱۶۷۶	۳۲۲۰۴	۳۳۳۳۷	۳۳۳۸۸	۲۹۹۷۰	۲۹۷۷۶	۲۳۵۸۳	۲۶۶۷۲	۲۵۶۷۰	۶۸۱۰۶	۸۳۵۲۹	۱۰۵۵۲۰	۱۳۳۱۷۵	۱۳۷۶۶۰
برخ رشد حقوق	۳/۶	۰/۲	۴/۸	۰/۴	۰/۲	۱۰/۲	۰/۶	۲۰/۸	۵۵/۵	۲۴/۵	۴۹/۱	۲۲/۶	۲۶/۳	۲۶/۲	۳/۴

مأخذ سازمان بازنشستگی دفتر اسناد و خدمات ماشینی

جدول ۱۵-۳-۲- تعداد بازنشستگان و میانگین حقوق پرداختی به آنان توسط سازمان بازنشستگی

عنوان	۱۳۶۰	۱۳۶۱	۱۳۶۲	۱۳۶۳	۱۳۶۴	۱۳۶۵	۱۳۶۶	۱۳۶۷	۱۳۶۸	۱۳۶۹	۱۳۷۰	۱۳۷۱	۱۳۷۲	۱۳۷۳	۱۳۷۴
تعداد بازنشستگان	۱۰۷۱۹۹	۱۱۸۵۸	۱۱۷۲۰۹	۱۲۰۳۴۸	۱۲۶۰۱۲	۱۳۲۷۶۹	۱۳۹۲۵۴	۱۴۳۷۳۰	۱۴۷۲۴۴	۱۵۴۶۸۹	۱۶۱۰۷۰	۱۶۸۲۸۴	۱۸۰۸۴۹	۲۳۱۱۰۶	۳۵۲۵۳۴
میانگین حقوق پرداختی	۴۳۸۲۸	۴۵۳۷۱	۴۶۲۶۸	۴۶۳۹۸	۴۹۶۲۸	۴۶۷۹۸	۴۷۳۸۶	۴۷۲۸۶	۴۴۷۱۸	۵۶۳۴۴	۷۸۲۶۷	۱۱۲۸۱۷	۱۴۶۶۵۴	۱۹۳۵۲۹	۱۹۱۲۷۶
برخ رشد حقوق	۷/۳	۳/۵	۲	۰/۲۸	۷	۵/۷	۱/۳	۰/۲	۵/۸	۲۶	۳۸/۹	۴۴/۱	۳۰	۳۲	-۱/۱۶

مأخذ سازمان بازنشستگی دفتر اسناد و خدمات ماشینی

## اهداف و وظایف

هدف از تشکیل این سازمان، تلاش در جهت ایجاد صندوق‌های بازنشستگی خودکفا و بهره‌برداری اقتصادی از موجودی صندوق می‌باشد. وظایف اساسی این سازمان عبارتند از:

۱- اداره امور بازنشستگی و وظیفه از کارافتادگی و ارث مستخدمین مشترک صندوق بازنشستگی، کشوری و کارکنان شرکت‌های دولتی؛

۲- اجرای قوانین و مقررات مربوط به بازنشستگی و وظیفه و تهیه آیین‌نامه‌های اجرایی لازم؛

۳- بهره‌برداری از وجوه صندوق بازنشستگی کشوری و کوشش در جهت ایجاد صندوق بازنشستگی به صورت خودکفا.

گرچه از ابتدا اداره این صندوق براساس خودکفایی مطرح شده بود اما صندوق صرفاً به صورت یک عامل برای دریافت و پرداخت وجوه بازنشستگی درآمد و همواره کمبودهای آن براساس ماده ۱۰۰ قانون استخدام کشوری از محل بودجه عمومی تأمین می‌شد.

## پوشش سازمان

سازمان بازنشستگی در سال ۱۳۶۰، ۱۵۴،۲۸۱ نفر از کار افتاده، بازنشسته متوفی، شاغل متوفی و بازنشسته را تحت حمایت داشته که این تعداد در سال ۱۳۷۴ به ۳۷۱،۷۵۸ نفر می‌رسد که طی این مدت ۲/۴ برابر شده است.

همچنان که ملاحظه می‌شود هر ساله بیشترین تعداد در گروه بازنشستگان دیده می‌شود که در سال ۱۳۷۴، ۶۷/۹ درصد از کل استفاده‌کنندگان از مزایای حمایتی را تشکیل می‌دهد. از نظر میانگین حقوق پرداختی نیز مشاهده می‌شود که بازنشستگان مستمری بیش از سایر گروه‌ها دریافت می‌کنند. (جدول ۱۲-۳ تا ۱۵-۳)

در ارتباط با میانگین حقوق پرداختی توسط سازمان بازنشستگی نیز، چنانچه افزایش قیمت‌ها را مدنظر قرار دهیم ملاحظه می‌گردد که میزان این پرداخت‌ها، علی‌رغم افزایش نتوانسته افراد تحت پوشش را در سطح حمایت سال ۱۳۶۱ قرار دهد. جدول ۱۶-۳-۲ تعدیل پرداخت‌ها را به تفکیک ۴ گروه براساس قیمت ثابت سال ۱۳۶۱ نشان می‌دهد.

جدول ۱۶-۳-۲ تعدیل میزان پرداخت‌ها در سال ۱۳۷۴ براساس قیمت ثابت سال ۱۳۶۱

عنوان	از کارافتادگان	بازنشسته متوفی	شاغل متوفی	بازنشستگان
میانگین پرداخت ماهانه به قیمت جاری ۱۳۷۴ (ریال)	۱۳۳،۶۷۰	۱۲۶،۹۵۹	۱۳۷،۶۶۰	۱۹۱،۲۷۶
میانگین پرداخت ماهانه سال ۱۳۷۴ به قیمت ثابت ۱۳۶۱ (ریال)	۴۶۰،۰۹۷	۲۶۳،۶۳۴	۳۹۶،۹۵۸	۵۵۰،۴۷۹
اختلاف در پرداخت	(۳۲۶،۴۲۷)	(۱۳۶،۶۷۵)	(۲۵۹،۲۹۸)	(۳۵۹،۲۰۳)

لذا همچنان که ملاحظه می شود، اگر چه حقوق پرداختی هر سالانه رشدی داشته اما، رشد حقوق نتوانسته است همپا با افزایش و رشد قیمت ها تعدیل گردد و لذا میزان پرداخت ها در سال ۱۳۷۴ نمی تواند افراد تحت حمایت را در سطح زندگی ایشان در سال ۱۳۶۱ حفظ نماید و خصوصاً در این بین میزان پرداختی به بازنشستگان به شدت از سطح پرداختی برای حفظ معاش افراد در سطح سال ۱۳۶۱ فاصله دارد و پس از آن از کارافتادگان و شاغلین متوفی و در رده آخر بازنشستگان متوفی قرار دارند.

حال با توجه به موقعیت درآمد و هزینه و کمبود صندوق بازنشستگی کشوری که برای سال های ۱۳۶۱ تا ۱۳۶۶ همواره با کمبود مواجه بوده است (جدول ۱۷-۳-۲) ملاحظه می گردد که چنانچه این سازمان بخواهد در جهت حمایت مفید از افراد تحت پوشش خود قدم بردارد، نیازمند سرمایه گذاری صحیح و اصولی حق بیمه های دریافتی است. چه در غیر این صورت و با فاصله گرفتن حقوق های پرداختی از آنچه برای حفظ سطح زندگی افراد مستمری بگیر نیاز است، سازمان به هدف خود دست نخواهد یافت.

### ۳-۱- صندوق های بازنشستگی مستقل

#### مقدمه

صندوق های بازنشستگی مستقل، در این قسمت مورد بررسی قرار می گیرند. که عبارتند از: سابوب، مشترک بانک ها، شهرداری تهران، صنایع فولاد، شرکت ملی نفت ایران، جهاد سازندگی، هواپیمایی ملی جمهوری اسلامی ایران، آینده ساز، بانک مرکزی، مخابرات، کشتیرانی، بیمه ایران، بیمه مرکزی، عمران مراع، صدا و سیما و صنایع مس. جدول (۱۸-۳-۲) بیانگر وضعیت صندوق های یاد شده در سال ۱۳۶۹ می باشد.

افراد تحت پوشش صندوق های بازنشستگی مستقل، ۳۰۵۶۰۳ نفر و تعداد کل مستمری بگیران ۵۶۸۳۰ نفر می باشند.<sup>۱</sup>

وضعیت سرمایه گذاری در صندوق های یاد شده، به ترتیب سپردن وجوه صندوق بانک ها به صورت سپرده بلندمدت، خرید اوراق قرضه و سهام و دادن وام به افراد تحت پوشش و در اختیار قرار دادن تسهیلات مالی به سازمان می باشد. کلیه صندوق ها، دارای درآمد غیر مستمر می باشند و در صورتی که درآمد غیر مستمر، پرداخت های بلندمدت را بتواند بپوشاند، عملکرد آنها، مطلوب ارزیابی خواهد شد.

با توجه به آمار موجود در مورد هزینه صندوق که در سال ۱۳۶۹، از تعداد ۱۶ صندوق آمار هزینه ۱۲ مورد از این صندوق ها در دست می باشد. در جدول ۱۹-۳-۲ هزینه های سال ۱۳۶۹ و هزینه های ۱۳۷۲ مقایسه شده اند. با توجه به موجود نبودن هرم سنی و سنواتی برای شاغلین صندوق های ۱۶ گانه فرض می شود که:

تعداد بازنشستگان ثابت باقی خواهد ماند. هزینه برای سال ۱۳۷۲ براساس تعدیل ۱۰۰۳ درصد و ۳۳ درصد انحاء می پذیرد.<sup>۲</sup>

۱- برآورد شده، جمع افراد تحت پوشش صندوق ها است، صندوق های سابوب، صدا و سیما و صنایع مس می باشد.  
۲- تعدیل های مذکور برای کاهش ارزش ریال ۷۰۰ ریال به ۶۰۰۰ ریال صورت گرفته است که به ترتیب توسط معیشت اقتصادی و دارایی و کارشناسان صندوق بین المللی (IMF) - لندن، - است.

جدول ۱۷-۳-۲ وضعیت درآمد هزینه و کمبود صندوق بازنشستگی (میلیون ریال)

موضوع	۱۳۶۱	۱۳۶۲	۱۳۶۳	۱۳۶۴	۱۳۶۵	۱۳۶۶
درآمد	۴۷۵۳۱	۴۳۵۴۴	۴۷۶۵۱	۴۸۰۰۲	۴۹۳۳۶	۵۳۴۱۷
هزینه	۹۲۹۲۱	۹۳۳۸۰	۹۷۷۶۵	۹۷۷۸۶	۱۰۲۹۱۹	۱۰۴۸۲۱
کمبود	۴۵۳۹۰	۴۹۸۳۶	۵۰۱۱۴	۴۹۷۸۴	۵۳۵۸۳	۵۱۴۰۴
سهم دولت	۷۱۲۹۶	۶۵۳۱۶	۷۱۴۷۶	۷۲۰۰۳	۷۴۰۰۴	۸۰۱۲۵
سهم کارفرمایی که دولت پرداخته	۴۵۳۹۰	۵۰۰۰۰	۵۰۰۰۰	۵۰۰۰۰	۵۱۰۰۰	۵۵۰۰۰
سهم دولت که پرداخت نشده است	۲۵۹۰۶	۱۵۳۱۶	۲۱۴۷۶	۲۲۰۰۳	۲۳۰۰۴	۲۵۱۲۵

مأخذ: نشریه سازمان امور استخدامی کشور.

۱۹-۳-۲ مقایسه هزینه‌های سال‌های ۱۳۶۹ و ۱۳۷۲

نام صندوق	هزینه پرداخت ۱۳۶۹ ریال	هزینه پرداخت با تعدیل ۱۰/۳٪	هزینه پرداخت با تعدیل ۷۲٪
شهرداری تهران	۲۰۷۸۵۳۶۷۵۹	۲۲۹۲/۶	۲۷۶۴/۴
شرکت ملی فولاد	۷۵۳۹۰۰۰۰۰۰	۸۳۱۵/۵	۱۰۰۲۶/۸
شرکت ملی نفت ایران	۹۹۱۷۰۰۰۰۰	۱۰۹۳/۸	۱۳۱۸/۹
جهادسازندگی	۹۰۰۰۰۰۰۰	۹۹۲/۸	۱۱۹۷
هواپیمایی جمهوری اسلامی	۸۴۰۰۰۰۰۰	۹۲۶/۵	۱۱۱۷/۲
آینده‌ساز	۵۰۰۰۰۰۰۰	۵۵/۱	۶۶/۵
مخابرات	۱۸۵۲۳۷۵۱۳۶	۲۰۴۳/۱	۲۴۶۳/۶
کشتیرانی	۱۱۷۹۱۲۵۰۰	۱۳۰	۱۵۶/۸
بیمه ایران	۷۹۶۵۷۵۵۷۳	۸۷۸/۶	۱۰۵۹/۴
بیمه مرکزی	۲۷۳۰۴۱۷۲	۳۰/۱	۲۶/۳
عمران مراتع	۵۷۸۸۲۰	۰/۶	۰/۷
جمع	۳۲۲۹۳۹۸۲۹۶۰	۳۵۶۲۰	۴۲۹۴۰/۶

مأخذ: سازمان‌های ذی‌ربط.



جدول ۱۸-۳-۲- وضعیت صندوق های بازنشستگی مستقل - ۱۳۷۰

نام صندوق	افراد تحت پوشش	درآمد هزار ریال	پرداختی حمایت های بلندمدت (هزار ریال)	تعداد مستمری بگیران	سهم بیمه شده	سهم کارفرما	متوسط ماهانه (ریال)
سابوب (۱)					۰/۱	۰/۱	
مشترک بانک ها	۱۰۷۵۲۰	۲۳۹۰۰۰۰۰	۱۷۱۰۰۰۰۰	۲۲۲۲۵	۰/۱	۰/۲	۶۴۱۱۶
شهرداری تهران (۲)	۵۶۵۵۵	۱۸۲۱۳۳۲	۲۰۷۸۵۴۶	۲۷۶۵	۰/۰۷	۰/۱۴	۶۲۶۴۴
شرکت ملی فولاد (۲)	۵۰۰۰۰	۱۲۵۷۶۸۱۰	۷۵۳۹۰۰۰	۱۴۱۷۹	۰/۰۷	۰/۱۴	۴۴۳۰۸
شرکت ملی نفت ایران (۲)	۳۸۰۰۰	۱۳۳۵۵۰۰۰	۹۹۱۷۰۰۰	۹۹۳۰	۰/۰۶	۰/۱۹	۸۳۲۲۴
جهادسازندگی (۲)	۲۹۹۳۷	۷۳۹۰۱۷۲	۹۰۰۰۰۰	۱۵۹۳	۰/۰۸۵	۰/۰۸۵	۴۷۰۸۰
هواپیمایی ملی جمهوری اسلامی ایران	۱۰۲۰۰	۲۴۰۰۰۰۰	۸۴۰۰۰۰	۹۵۰	۰/۰۷	۰/۱۴	۷۳۶۸۴
آینده ساز (۳)	۴۷۶۴	۱۷۰۰۰۰۰	۵۰۰۰۰۰	۱۶۹	۰/۰۷	۰/۱۵	۲۴۶۵۴
بانک مرکزی (۲)	۳۳۰۰	(۱)	(۱) حدوداً	۱۰۰۰	۰/۰۸۵	۰/۱۷	
مخابرات (۲)	۱۸۵۲	۳۶۰۲۸۰	۱۸۵۲۳۷۵	۳۳۰۳	۰/۰۸۵	۰/۱۲۷۵	۴۶۷۳۴
کشتیرانی (۲)	۱۷۸۱	۸۰۷۳۲۲	۱۱۷۹۱۲	۱۳۴	۰/۰۷	۰/۱۴	۷۳۳۲۸
بیمه ایران	۱۴۲۶	۱۱۲۵۷۹۴	۷۹۶۵۷۵	۵۵۲	۰/۰۹	۰/۱۸	۱۲۰۲۵۵
بیمه مرکزی (۲)	۱۸۲	۸۷۰۸۴	۲۷۳۰۴	۲۸	۰/۰۹	۰/۱۸	۸۱۲۶۲
عمران مراتع (۳)	۸۶	۱۳۶۳۷	۵۷۸	۲	۰/۰۸	۰/۱۳	۲۴۱۱۷
صدا و سیما (۱)							
جمع کل	۳۰۵۶۰۳	۶۵۵۳۷۲۳۱	۴۱۲۱۹۲۹۰	۵۶۸۳۰			

مأخذ جمع اوری شده از سازمان های ذی ربط

(۱) امار داده نشده

(۲) امارها تقریباً به روز شده اند

(۳) در دست اقدام

### سازمان صندوق بازنشستگی و بیمه وزارت دفاع و پشتیبانی (سابوب)

این صندوق در سال ۱۳۶۶، تأسیس شده است و پرسنل وزارت دفاع و پشتیبانی نیروهای زمینی، هوایی، دریایی رازیر پوشش قرار می‌دهد. نرخ حق بیمه پرداختی توسط پرسنل، ۱۰ درصد و سهم کارفرما (دولت) نیز ۱۰ می‌باشد و طبق آیین‌نامه، در صورت کسری، کمبود، از اعتبارهای جاری سازمان تأمین خواهد شد. در مورد حمایت‌های کوتاه مدت صندوق، به واسطه این‌که در سال ۱۳۶۳، دولت موظف شده است به افرادی را که حقوق آنها کمتر از ۱۰ هزار تومان می‌باشد، به نسبت عابله، کمک نقدی کند. در نتیجه، وزارت دفاع و سازمان سابوب نیز از این امر مستثنی نمی‌باشد و به علاوه، عیدی و بن کمک‌های غیرنقدی نیز، به اعضا پرداخت می‌شود. وجوه صندوق، به صورت حساب سپرده در بانک سپه نگه داری می‌شود. صندوق بازنشستگی سابوب دارای صندوق پس‌انداز است که متناسب با سنوات خدمت می‌باشد و معادل مبلغی که از پرسنل کسر می‌شود و مبلغی که کارفرما (دولت) می‌پردازد، حساب پس‌انداز واریز می‌شود.

### صندوق بازنشسته، وظیفه، از کارافتادگی بانک‌ها (صندوق مشترک بانک‌ها)

این صندوق، به موجب مصوبه ۱۳۵۹/۴/۲۵ شورای انقلاب، تأسیس شد و عملاً کار خود را از آذر ماه سال ۱۳۶۳، شروع کرده است. این صندوق، از کلیه بانک‌ها (بانک‌های ده‌گانه‌ای: ملی، کشاورزی، مسکن، سپه، بانک‌های استان، صادرات، رفاه کارگران، ملت، صنعت و معدن) به جز بانک مرکزی تشکیل شده است. سرمایه‌گذاری وجوه، به صورت سپرده کوتاه مدت و بلندمدت نزد خود بانک‌ها است و در حال حاضر، همه سرمایه‌گذاری‌ها به صورت سپرده بلندمدت با نرخ ۱۳ درصد می‌باشد و مجوز سرمایه‌گذاری ندارند. حق بیمه پرداختی توسط مستخدم، ۱۰ درصد و سهم کارفرما ۲۰ درصد می‌باشد و مابه‌التفاوت‌ها (افزایش حقوق، افزایش گروه، فوق‌العاده شغل) نیز، به وجوه صندوق اضافه می‌شود. از اول مهرماه ۱۳۶۹، ۲۵ درصد به حقوق بازنشستگان این صندوق، افزوده شده است. هیئت امنای صندوق، مدیران عامل بانک‌ها هستند. مصوبه‌های صندوق، با مصوبه‌های مجمع (که از ۷ وزیر تشکیل شده است و رئیس آن، وزیر امور اقتصادی و دارایی است)، قابل اجراست. وظیفه مجمع، تصویب بودجه، ترازنامه حساب و سود و زیان می‌باشد. اما مسائل جزئی با تصویب هیئت امنای قابل اجراست. جدول ۲۰-۳-۲ بیانگر وضعیت صندوق مشترک بانک‌ها در سال‌های ۱۳۶۷ لغایت ۱۳۶۹ می‌باشد.

### صندوق بازنشستگی شهرداری تهران

صندوق بازنشستگی شهرداری از سال ۱۳۵۳ شروع به کار کرد و تا اواخر سال ۱۳۶۹ فعالیت عمده آن اخذ وجوه مربوط به کسور شاغلین و پرداخت حقوق بازنشستگان و موظفین بود و با شروع تعدیلات پرسنلی در شهرداری مرتباً از تعداد شاغلین کم و به تعداد بازنشستگان افزوده شده کسورات این سازمان از ردیف‌های حقوقی حقوق پایه، افزایش سنواتی، شرایط محیط کار، حق جذب و فوق‌العاده شغل است و طبق آیین‌نامه‌های مربوطه از ۷ درصد سهم کارمند و ۱۴ درصد سهم کارفرما تأمین می‌شود و هر ۳ سال یک بار مسائل مالی صندوق مورد بررسی قرار می‌گیرد و در صورت کمبود کمک‌هایی از طرف دولت صورت می‌گیرد.

خدماتی که از طرف صندوق بازنشستگی در اختیار پرسنل شهرداری قرار می‌گیرد به قرار زیر است:  
 ۱- اعضای وام ضروری به بازنشستگان که تعداد استفاده‌کنندگان و کل مبالغ پرداختی از سال ۱۳۷۰ به بعد به شرح زیر است:

جدول ۲۰-۳-۲ وضعیت صندوق مشترک بانکها

موضوع	۱۳۶۷	۱۳۶۸	۱۳۶۹
تعداد افراد تحت پوشش (نفر)	۷۶۰۱۷	۸۸۲۰۹	۱۰۷۵۲۰
تعداد استفاده‌کننده از مزایای بلندمدت	۱۷۸۵۳	۱۹۰۲۷	۲۲۲۲۵
بازنشستگان	۱۵۳۹۳	۱۶۱۱۵	۱۷۶۰۳
بازماندگان	۲۴۶۰	۲۹۱۲	۴۶۲۲
ازکارافتادگان	—	—	—
پرداختی صندوق جهت مزایای بلندمدت (میلیارد ریال)	۱۴/۵	۱۵/۲	۱۷/۱
درآمد (منبع و جوه پرداختی)	۳۹/۴۳	۲۸/۸	۲۳/۹
درآمد مستمر	۲۰/۲	۱۷/۲	۱۴/۵
درآمد غیرمستمر (میلیارد ریال)	۱۹/۲۳	۱۱/۶	۹/۴

مآخذ: صندوق بازنشسته و طبقه‌ارکار افتادگی بانکها

بدین ترتیب با توجه به اطلاعات جدول فوق متوجه می‌شویم که سرانه پرداختی وام به بازنشستگان شهرداری تهران طی سال‌های ۱۳۷۰ تا ۱۳۷۲ روندی صعودی داشته ولی در دو سال ۱۳۷۳ و ۱۳۷۴ منفع این سرانه نسبت به سال ۱۳۷۲ کاهش پیدا کرده ولی مجدداً در سال ۱۳۷۵ افزایش پیدا کرده البته افزایش آن نسبت به ۱۳۷۵ چندان زیاد نیست.

۲- وام مسکن و تعمیر منزل تا سقف ۱۲۰ هزار تومان برای شاغلین که این وام از سال ۱۳۶۲ تاکنون پرداخت شده است ولی از سال ۱۳۷۴ وام مسکن به شرح جدول زیر به بازنشستگان پرداخت شده است:

بدین ترتیب با توجه به جدول فوق ملاحظه می‌شود که هم تعداد افرادی که طی این دو سال از وام مسکن استفاده کرده‌اند کاهش پیدا کرده و هم سرانه مبلغ پرداختی از ۵ میلیون ریال در سال ۱۳۷۴ به ۴/۸ میلیون ریال در سال ۱۳۷۵ رسیده است.

۳- بیمه حوادث برای کسانی که قبل از ۱۳۶۷/۴/۱ بازنشسته شده‌اند و بیمه عمر و حوادث برای کسانی که از تاریخ ۱۳۶۷/۴/۱ به بعد بازنشسته شده‌اند.

۴- هزینه‌های درمان بازنشستگان ۱۰۰ درصد به عهده شهرداری است. همچنین شاغلین و بازنشسته‌ها می‌توانند از خدمات کلینیک‌های مخصوص و بیمارستان‌ها و داروخانه‌های طرف قرارداد استفاده کنند.

۵- هر ساله تعدادی برنج، روغن و پودر به صورت بن خوارباز در اختیار شاغلین و بازنشستگان قرار می‌گیرد.

۶- به عنوان هدیه به فرزندان شاغلین و بازنشستگان مبلغ ۵۰,۰۰۰ تومان حق ازدواج داده می‌شود همچنین

به بازماندگان فوت شدگان مبلغ ۵۰,۰۰۰ کمک هزینه مراسم پرداخت می‌شود.

۷- پرداخت هزینه حقوق، مزایای بازنشستگان و موظفین (بازماندگان) از سال ۱۳۷۲ تا پایان سال ۱۳۷۴ به میزان ۳۷۵ درصد و حجم سرمایه گذاری‌ها به میزان ۴۳۰ درصد افزایش پیدا کرده است.

۸- سرمایه گذاری‌های صندوق در زمینه خرید اوراق قرضه و سپرده، نزد بانک مرکزی است ولی اخیراً شاخه معاونت پژوهش‌های اقتصادی تشکیل شده و به پیشنهاد آنها، سرمایه گذاری‌هایی در امر خانه‌سازی و ایجاد واحدهای تجاری صورت گرفته است. این صندوق همچنین حساب پس‌اندازی نیز برای کارمندان دارد که سهم کارکنان ۲ درصد و کارفرما ۴ درصد می‌باشد که در موعد بازنشستگی به کارمندان داده می‌شود.

### بررسی عملکرد مالی سازمان بازنشستگی شهرداری تهران و مقایسه با سازمان بازنشستگی کل کشور و تأمین اجتماعی

جدول ۲۱-۳-۲ نشان دهنده تعداد بازنشستگان، بازماندگان، جمع حقوق و مزایای پرداختی سالانه و میانگین حقوق ماهانه آنها طی سال‌های ۱۳۷۰ تا ۱۳۷۵ است با توجه به اطلاعات این جدول ملاحظه می‌شود که روند این مقادیر طی این سال‌ها تقریباً افزایشی است. در جدول شماره ۲۲-۳-۲، سال ۱۳۷۰ به عنوان سال پایه انتخاب شده است و نرخ رشد‌ها حساب شده است. همان‌طور که ملاحظه می‌شود تعداد بازنشستگان صندوق فقط در سال ۱۳۷۱ از یک رشد ناچیز منفی برخوردار بوده و در سال‌های بعد یک رشد ملایم مثبت داشته به طوری که در سال ۱۳۷۵ تعداد بازنشستگان نسبت به سال ۱۳۷۰، ۲۶ درصد افزایش داشته است. تعداد بازماندگان شاغلین یا بازنشستگان فوت شده نیز طی این سال‌ها با نرخی تقریباً ملایم در حال افزایش بوده ولی روند این رشد در مورد میانگین حقوق ماهانه و جمع حقوق و مزایای پرداختی سالانه صندوق، یک روند مثبت صعودی بوده به طوری که میانگین حقوق ماهانه در سال ۱۳۷۵ نسبت به سال ۱۳۷۰ بیش از ۳۳۰ درصد افزایش پیدا کرده در مورد جمع حقوق و مزایای سالانه صندوق نیز این نسبت ۳۷۸ درصد بوده است.

در جدول شماره ۲۳-۳-۲ ابتدا با توجه به اطلاعات موجود تعداد کل بازنشستگان و بازماندگان و میانگین وزنی حقوق ماهانه سازمان بازنشستگی و تأمین اجتماعی را به دست آورده، سپس درصد سهم صندوق بازنشستگی شهرداری تهران را از کل این مقادیر به دست آوردیم. یعنی به طور مثال در سال ۱۳۷۰ سهم شهرداری تهران از تعداد کل بازنشستگان تنها ۰/۹۶ درصد بوده که این سهم طی سال‌های بعد دائماً در حال کاهش است به طوری که در سال ۱۳۷۴ سهم این صندوق از تعداد کل بازنشستگان دو سازمان بازنشستگی و تأمین اجتماعی تنها ۰/۷۳ درصد بوده است. در مورد سهم تعداد بازماندگان هم این چنین است یعنی مثلاً در سال ۱۳۷۰ سهم این صندوق از تعداد کل بازماندگان تنها ۰/۳۲ درصد است و روند این سهم نیز یک روند کاهشی است اما در مورد میانگین حقوق ماهانه، سهم صندوق شهرداری تهران نسبت به دو سازمان بازنشستگی و تأمین اجتماعی را محاسبه کردیم. به طور مثال در سال ۱۳۷۰ میانگین حقوق ماهانه بازنشستگان و بازماندگان در شهرداری ۰/۶۰۷ برابر میانگین وزنی حقوق ماهانه بازنشستگان و بازماندگان در سازمان بازنشستگی و تأمین اجتماعی است. البته هنگامی که نسبت میانگین حقوق ماهانه در شهرداری تهران را به طور جداگانه نسبت به دو سازمان بازنشستگی و تأمین اجتماعی محاسبه می‌کنیم نتایج متفاوتی به دست می‌آید. یعنی به طور مثال در سال ۱۳۷۰، میانگین حقوق ماهانه در شهرداری تهران ۰/۹ میانگین

حقوق ماهانه در سازمان بازنشستگی و ۰/۵۳ برابر میانگین حقوق ماهانه در سازمان تأمین اجتماعی است. روند این نسبت‌ها نشان دهنده این مطلب است که میانگین حقوق ماهانه افراد در شهرداری تهران نسبت به سازمان بازنشستگی دائماً در حال افزایش و نسبت به سازمان تأمین اجتماعی با نسبتی کمتر در حال کاهش است. با توجه به این که طی سال‌های مورد بررسی کشور با تورم مواجه بوده بنابراین در این گزارش در جدول ۱ میانگین حقوق ماهانه به قیمت‌های واقعی محاسبه شده است و با توجه به اطلاعات به دست آمده ملاحظه می‌شود که طی این سال‌ها این صندوق ضمن این که تورم را پوشش داده توانسته مبلغی بیشتر را به طور میانگین به افراد بازنشسته حقوق ماهانه بدهد.

جدول ۲۱-۳-۲- صندوق بازنشستگی شهرداری تهران

عنوان	۱۳۷۰	۱۳۷۱	۱۳۷۲	۱۳۷۳	۱۳۷۴	۱۳۷۵
بازنشستگان (تعداد)	۳۲۰۴	۳۱۹۸	۳۲۶۶	۳۸۶۷	۳۹۹۷	۴۰۳۷
بازماندگان (تعداد)	۱۵۴۵	۱۶۲۷	۱۷۲۰	۱۸۰۲	۱۸۵۵	۱۸۶۱
جمع حقوق و مزایای سالانه (ریال)	۲۸۰۹۵۰۰۰۰	۴۴۵۵۲۶۲۰۰۰	۵۱۳۳۳۴۰۰۰۰	۷۹۴۷۷۴۸۰۰۰	۱۱۵۵۱۸۲۳۰۰۰	۱۳۴۵۰۰۰۰۰۰۰
میانگین حقوق ماهانه به قیمت‌های واقعی	۶۵۰۰۰	۸۰۸۳۳	۹۹۳۰۴	۱۳۴۲۵۴	۲۰۰۵۴۷	
میانگین حقوق ماهانه (ریال)	۶۵۰۰۰	۱۰۴۰۰۰	۱۲۸۰۰۰	۱۴۶۰۰۰	۲۰۲۰۰۰	۲۸۰۰۰۰

مأخذ: صندوق بازنشستگی شهرداری تهران

جدول ۲۲-۳-۲- درصد نرخ رشد نسبت به سال ۱۳۷۰

عنوان	۱۳۷۱	۱۳۷۲	۱۳۷۳	۱۳۷۴	۱۳۷۵
بازنشستگان	-۰/۱۹	۱/۹۴	۲۰/۶۹	۲۴/۷۵	۲۶/۰۰
بازماندگان	۵/۳۱	۱۱/۳۳	۱۶/۶۳	۲۰/۰۶	۲۰/۴۵
جمع حقوق و مزایای سالانه	۵۸/۵۸	۱۰۷/۳۱	۱۸۲/۸۹	۳۱۱/۱۷	۳۷۸/۷۳
میانگین حقوق ماهانه	۶۰/۰۰	۹۶/۹۲	۱۳۴/۶۲	۲۱۰/۷۷	۳۳۰/۷۷

مأخذ: صندوق بازنشستگی شهرداری تهران

جدول ۲۳-۳-۲- سهم شهرداری تهران از سازمان بازنشستگی و تأمین اجتماعی

عنوان	۱۳۷۰	۱۳۷۱	۱۳۷۲	۱۳۷۳	۱۳۷۴	۱۳۷۵
بازنشستگان (درصد)	۰/۹۶۶	۰/۸۷۲	۰/۷۷۳	۰/۷۷۶	۰/۷۳۶	
بازماندگان (درصد)	۰/۳۲۳	۰/۳۱۶	۰/۳۰۳	۰/۲۹۴	۰/۲۸۴	
میانگین حقوق ماهانه به کل	۰/۶۰۷	۰/۷۴۰	۰/۶۸۵	۰/۶۰۳	۰/۶۶۶	
میانگین حقوق ماهانه به بازنشستگی	۰/۹۰۱	۱/۰۵۳	۱/۰۱۹	۰/۸۵۷	۱/۱۷۴	
میانگین حقوق ماهانه به تأمین اجتماعی	۰/۵۳۳	۰/۶۶۱	۰/۶۰۹	۰/۵۳۶	۰/۵۶۴	

مأخذ: صندوق بازنشستگی شهرداری تهران

## صندوق بازنشستگی شرکت ملی فولاد

صندوق بازنشستگی شرکت ملی فولاد در سال ۱۳۵۳ تأسیس شده است. افراد تحت پوشش این شرکت شامل بازنشستگان، از کارافتادگان و بازماندگان هستند که در اینجا تحت عنوان مستمری‌بگیران معرفی می‌شوند.

شاغلین به دو گروه کارمندان رسمی سازمان که تحت پوشش صندوق می‌باشند (اکثریت) و کارمندانی که با عنوان کارگر تحت پوشش بیمه تأمین اجتماعی قرار دارند (اقلیت)، تقسیم می‌شوند. نرخ حق بیمه پرداختی تا پایان سال ۱۳۶۹ عبارتند از: ۷ درصد سهم کارمند و ۱۴ درصد سهم کارفرما، این نرخ در سال ۱۳۷۶ به ۱۰ درصد سهم کارمند و ۲۰ درصد سهم کارفرما رسیده است.

تا پایان سال ۱۳۷۵ تعداد مستمری‌بگیران این صندوق ۴۸۱۹۶ نفر می‌باشد که ۳/۸۴ درصد از کل مستمری‌بگیران تحت پوشش سازمان تأمین اجتماعی و صندوق بازنشستگی را شامل می‌شوند.

جدول شماره ۱ و ۲ نشان می‌دهند که مستمری‌بگیران این شرکت از سال ۱۳۶۷ که ۱۰۷۱۰ نفر بوده‌اند با ۳۵ درصد رشد به ۴۸۱۹۶ نفر در سال ۱۳۷۵ رسیده‌اند.

جدول ۲۴-۳-۲ حداقل حقوقی را که شرکت برای مستمری‌بگیران خود در نظر گرفته است نشان می‌دهد در سال ۱۳۷۵ حداقل میانگین حقوق ماهانه ۲۵۴۴۴۰ ریال بوده است که به این مبلغ براساس مقررات شرکت مبلغ ۴۹۰۰۰ ریال حق همسر و حق فرزند (تاسه فرزند) هر کدام ۸۴۰۰ ریال اضافه می‌شود. در جدول ۲۴-۳-۲ ردیف میانگین حقوق ماهانه به قیمت‌های واقعی مشخص می‌کند که چنانچه بخواهیم قدرت خرید مردم در سال ۱۳۱۷ را همچنین حفظ کنیم حقوق‌ها (با توجه به نرخ تورمی که بانک مرکزی اعلام کرده است) تا چه اندازه باید افزایش داشته باشند. ملاحظه می‌شود که حقوق‌های پرداخت شده توسط شرکت ملی فولاد به طور نسبی بالاتر از نرخ رشد تورمی می‌باشد. همچنین این جدول به همراه جدول شماره ۲۵-۳-۲ بیان می‌کند که جمع حقوق و مزایای پرداختی سالانه شرکت در سال ۱۳۶۷ برابر ۲۶۷۰۰۰۳۰ تومان بوده است که با رشدی ۴۵۰ درصدی به رقم ۱۲۲۶۲۹۹۰۲۴ تومان در سال ۱۳۷۵ رسیده است. این افزایش پرداختی‌ها در میانگین حقوق ماهانه هم به صورت سرانه قابل مشاهده است که حداقل حقوق در سال ۱۳۶۷، ۲۴۹۳۰ ریال بوده است که در سال ۱۳۷۵ به ۲۵۴۴۴۰ ریال رسیده است و به خصوص این افزایش حقوق‌ها در سال‌های ۱۳۷۳ و ۱۳۷۴ که نرخ تورم بالاتر بوده است به خوبی ملاحظه می‌شود که به ترتیب حقوق ماهانه ۷/۳ برابر سال ۱۳۶۷ شده است.

برای مقایسه بین حقوق‌های پرداختی توسط شرکت ملی فولاد در صندوق بازنشستگی کشوری، سازمان تأمین اجتماعی جدول شماره ۲۶-۳-۲ کمک می‌کند. این جدول نشان می‌دهد که حقوق پرداختی توسط این شرکت بالاتر از حقوق‌های پرداختی توسط صندوق بازنشستگی و کمتر از حقوق‌های پرداختی توسط تأمین اجتماعی است.

جدول ۲۴-۳-۲- صندوق بازنشستگی شرکت ملی فولاد

عنوان	۱۳۶۷	۱۳۶۸	۱۳۶۹	۱۳۷۰	۱۳۷۱	۱۳۷۲	۱۳۷۳	۱۳۷۴	۱۳۷۵
مستمری بگیران	۱۰۷۱۰	۱۱۸۵۱	۱۲۸۹۸	۲۶۳۹۸	۲۹۵۰۰	۳۰۷۷۰	۳۷۷۱۵	۴۵۸۰۰	۴۸۱۹۶
جمع حقوق و مزایای سالانه	۲۶۷۰۰۰۳۰۰	۴۲۶۶۳۶۰۰۰	۷۴۲۹۲۴۸۰۰	۲۱۱۱۸۴۰۰۰۰	۲۹۵۰۰۰۰۰۰۰	۳۶۰۰۰۹۰۰۰۰	۵۲۹۵۱۸۶۰۰۰	۹۴۸۰۶۰۰۰۰۰	۱۲۲۶۲۹۹۰۲۴۰
میانگین حقوق ماهانه	۲۴۹۳۰	۳۶۰۰۰	۵۷۶۰۰	۸۰۰۰۰	۱۰۰۰۰۰	۱۱۷۰۰۰	۱۴۰۴۰۰	۲۰۷۰۰۰	۲۵۴۴۴۰
حقوق فوق ماهانه به قیمت های واقعی	۲۴۹۳۰	۲۹۲۶۶	۳۱۸۸۰	۳۸۴۷۹	۴۷۸۵۲	۵۸۷۸۶	۷۹۴۷۶	۱۱۸۷۲۰	

جدول ۲۵-۳-۲- درصد نرخ رشد نسبت به سال ۱۳۶۷

عنوان	۱۳۶۷	۱۳۶۸	۱۳۶۹	۱۳۷۰	۱۳۷۱	۱۳۷۲	۱۳۷۳	۱۳۷۴	۱۳۷۵
مستمری بگیران		۱۱	۲۰	۱۴۶	۱۷۵	۱۸۷	۲۵۲	۳۲۸	۳۵۰
جمع حقوق و مزایای سالانه		۶۰	۱۷۸	۶۹۱	۱۰۰۵	۱۲۴۸	۱۸۸۳	۳۴۵۱	۴۴۹۳
میانگین حقوق ماهانه		۲۴	۱۳۱	۲۲۱	۳۰۱	۳۶۹	۴۶۳	۷۳۰	۹۲۱

مأخذ: مرکز اطلاعات شرکت ملی فولاد

جدول ۲۶-۳-۲- مستمری پرداختی توسط شرکت ملی فولاد

عنوان	۱۳۶۷	۱۳۶۸	۱۳۶۹	۱۳۷۰	۱۳۷۱	۱۳۷۲	۱۳۷۳	۱۳۷۴
مستمری بگیران	۱/۶۵	۱/۶۶	۱/۷۱	۳/۲۶	۳/۳۵	۳/۱۱	۳/۳۹	۳/۸۳
میانگین حقوق ماهانه به کل		۰/۵۲	۰/۶۷	۰/۷۵	۰/۷۱	۰/۶۳	۰/۵۸	۰/۶۸
میانگین حقوق ماهانه به بازنشستگی		۰/۹۰	۱/۱۱	۱/۱۱	۱/۰۱	۰/۹۳	۰/۸۲	۱/۲۰
فوق ماهانه به تأمین اجتماعی		۰/۴۴	۰/۵۷	۰/۶۶	۰/۶۴	۰/۵۶	۰/۵۲	۰/۵۸

تذکر این نکته ضروری است که میانگین سن بازنشستگان در شرکت ملی فولاد ۴۲ سال است و هیچ‌گونه شرط سنی برای بازنشستگان وجود ندارد و چون حقوق پرداختی با توجه به سنوات خدمتی است به همین دلیل میانگین حقوق پرداختی پایین است. در مقابل بازنشستگان سازمان تأمین اجتماعی به ۲۵ سال سابقه کار بازنشسته می‌شوند و این باعث بالا رفتن میانگین حقوق پرداختی این سازمان شده است.

### صندوق بازنشستگی جهادسازندگی

سال تأسیس این صندوق ۱۳۶۹ می‌باشد که کسری‌ها از اردیبهشت ۱۳۶۷ کم شده است. اما فعالیت صندوق از ابتدای سال ۱۳۶۹ آغاز شده است. نرخ حق بیمه سهم مستخدم ۸/۵ درصد و سهم کارفرما ۸/۵ درصد می‌باشد. طبق آیین‌نامه، در صورت کسری صندوق از اعتبارهای جاری سازمان استفاده می‌شود. با تصویب آیین‌نامه به افراد تحت پوشش، حداکثر تا ۱۰۰ هزار تومان وام قرض‌الحسنه داده می‌شود و جوه صندوق جزء دارایی جهادسازندگی محسوب نمی‌شود.

### بررسی عملکردهای سازمان بازنشستگی شهرداری تهران و مقایسه با سازمان بازنشستگی کل کشور و تأمین اجتماعی

با توجه به جدول شماره ۲۷-۳-۲ همان‌طور که ملاحظه می‌شود این سازمان فقط از سال ۱۳۷۳ بازنشسته دارد که طی سال‌های بعد به تعداد آنها افزوده می‌شود به طوری که با توجه به جدول ۲۸-۳-۲ تعداد آنها در سال ۱۳۷۵ نسبت به سال ۱۳۷۳ بیش از ۸۰ درصد افزایش پیدا کرده است ولی در مورد بازمانده‌ها و از کارافتاده‌ها وضعیت متفاوت است. به طوری که از سال ۱۳۷۰ این سازمان بازمانده و از کارافتاده داشته و نرخ رشد افزایش تعداد آنها در سال‌های اول سریع‌تر و از سال‌های ۱۳۷۳ به بعد روندی نزولی داشته است. در مورد کل حقوق و مزایای پرداختی و میانگین حقوق ماهانه، روند تغییرات در طی این سال‌ها از نوسانات به نسبت شدیدی برخوردار بوده به طوری که به طور مثال در سال ۱۳۷۳ میانگین حقوق ماهانه یک افست حدوداً ۴۵ درصدی داشته ولی در سال ۱۳۷۴ به یک باره جمع حقوق و مزایا و میانگین حقوق ماهانه نسبت به سال ۱۳۷۰ به ترتیب ۱۲۰/۳ و ۱۰۲/۵ درصد افزایش داشته است.

در جدول شماره ۲۹-۳-۲ ابتدا با توجه به اطلاعات موجود، تعداد کل بازنشستگان و بازماندگان و از کارافتادگان و میانگین وزنی حقوق ماهانه سازمان بازنشستگی و تأمین اجتماعی را به دست آورده، سپس درصد سهم صندوق بازنشستگی جهادسازندگی را از کل این مقادیر به دست می‌آوریم. یعنی به طور مثال در سال ۱۳۷۳ سهم صندوق بازنشستگی جهادسازندگی از تعداد کل بازنشستگان تنها ۰/۰۰۵ درصد است که



نشان دهنده حجم بسیار کوچک این سازمان است. در مورد حقوق ماهانه نیز، با توجه به اطلاعات در این جدول به طور مثال در سال ۱۳۷۰ میانگین حقوق ماهانه بازنشستگان در سازمان جهادسازندگی ۱/۱۷ برابر میانگین حقوق بازنشستگان در سازمان بازنشستگی است.

جدول ۲۷-۳-۲- صندوق بازنشستگی جهادسازندگی

عنوان	۱۳۷۰	۱۳۷۱	۱۳۷۲	۱۳۷۳	۱۳۷۴	۱۳۷۵
بازنشسته (تعداد)	—	—	—	۲۶	۶۴	۱۱۶
بازمانده (تعداد)	۸۴۱	۱۰۶۲	۱۱۴۱	۱۲۲۷	۱۲۹۰	۱۲۶۶
از کار افتاده (تعداد)	۹۴	۱۳۰	۱۷۴	۲۲۵	۲۵۴	۲۷۹
جمع حقوق و مزایای سالانه به ریال	۹۴۸۵۲۹۷۳۰	۱۶۶۱۶۵۸۰۷۹	۲۴۰۲۹۲۷۰۴۲	۱۴۸۱۳۹۷۸۴۹	۳۲۷۷۷۰۲۹۰۸	۴۹۷۳۵۴۱۸۷۶
میانگین حقوق ماهانه به ریال	۶۵۰۰۰	۱۰۴۰۰۰	۱۲۸۰۰۰	۱۴۶۰۰۰	۲۰۲۰۰۰	۲۸۰۰۰۰

مأخذ: صندوق بازنشستگی شهرداری تهران

جدول ۲۸-۳-۲- نرخ رشد نسبت به سال ۱۳۷۰ (درصد)

عنوان	۱۳۷۰	۱۳۷۱	۱۳۷۲	۱۳۷۳	۱۳۷۴	۱۳۷۵
بازنشسته	—	—	—	—	۱۴۶/۱۵	۸۱/۲۵
بازمانده	—	۲۶/۲۸	۷/۴۴	۷/۵۴	۵/۱۳	-۱/۸۶
از کار افتاده	—	۳۸/۳۰	۳۳/۸۵	۲۹/۳۱	۱۲/۸۹	۹/۸۴
جمع حقوق و مزایای سالانه	—	۷۵/۱۸	۴۴/۶۱	-۳۸/۱۰	۱۲۰/۳۶	۵۱/۷۴
میانگین حقوق ماهانه به ریال	—	۳۷/۴۱	۳۱/۰۸	-۴۴/۹۳	۱۰۲/۵۵	۴۶/۹۰

مأخذ: اداره آمار جهادسازندگی

جدول ۲۹-۳-۲- سهم جهادسازندگی از سازمان بازنشستگی و تأمین اجتماعی

عنوان	۱۳۷۰	۱۳۷۱	۱۳۷۲	۱۳۷۳	۱۳۷۴	۱۳۷۵
بازنشسته (درصد)	—	—	—	—	—	—
بازمانده (درصد)	۰/۱۷۶	۰/۲۰۷	۰/۲۰۱	۰/۲۰۰	۰/۱۹۷	—
از کار افتاده (درصد)	۳/۳۷۹	۴/۴۷۸	۵/۶۲۷	۶/۵۲۹	۶/۴۵۸	—
میانگین حقوق ماهانه به کما	۰/۷۹۰	۰/۸۳۷	۰/۸۱۵	۰/۳۴۶	۰/۵۶۰	—
میانگین حقوق ماهانه بازنشستگی	۱/۱۷۲	۱/۱۷۶	۱/۲۱۲	۰/۴۹۲	۰/۹۸۷	—
میانگین حقوق ماهانه به تأمین اجتماعی	۰/۶۹۴	۰/۷۳۸	۰/۷۲۵	۰/۳۰۸	۰/۴۷۵	—

مأخذ: اداره آمار سازمان بازنشستگی، تأمین اجتماعی و جهادسازندگی

### صندوق بازنشستگی شرکت ملی نفت ایران

صندوق بازنشستگی شرکت ملی نفت ایران در تاریخ ۱۳۳۷/۳/۱۱ تأسیس شده است. نرخ حق بیمه

پرداختی سهم کارمندان ۶ درصد و سهم کارفرما ۱۹ درصد می باشد و دولت هیچ کمکی به این صندوق نمی کند. وجوه صندوق بازنشستگی، مستقل از وجوه شرکت ملی نفت ایران می باشد و جزو دارایی شرکت محسوب نمی شود. تعداد اعضای مشارکه حدود ۱۴۵۰۰۰ نفر می باشند شرایط بازنشستگی عادی در این شرکت ۶۰ سال سن در مورد آقایان و ۵۵ سال سن در مورد خانم ها است. شرایط بازنشستگی قبل از موعد ۲۰ سال سابقه با موافقت کارفرماست. نحوه محاسبه مستمری به این صورت است که معدل دو سال آخر حقوق ثابت تا ۳۰ سال سابقه به صورت کامل و افرادی که بالای ۳۰ سال سابقه دارند، مازاد ۳۰ سال سابقه ضربدر معدل دو سال آخر تقسیم بر ۶۰.

وجوه صندوق، به صورت حساب سپرده بلند مدت نگه داری می شود. از ابتدای سال ۱۳۶۹ تغییرهایی در این صندوق صورت گرفته است. در حال حاضر، وام با نرخ ترجیحی ۴ درصد به کارمندان داده می شود و کارفرما به عنوان طرفی که تعهد هرگونه ضرر را در مقابل وجوه های صندوق دارد، مابقی را به عهده می گیرد. یعنی ۹ درصد مابقی نرخ وام (تسهیلات) به عهده کارفرماست. به علاوه به کارمندان بازنشسته وام قرض الحسنه تا سقف ۳۰۰۰،۰۰۰ ریال پرداخت می شود و کمک های بلاعوض با اخذ مجوز به بازنشستگان وجود دارد. مستمری بگیران تحت پوشش خدمات درمانی به صورت درمان آزاد هستند.

در سال ۱۳۷۵، تعداد مستمری بگیران ۱۵،۶۰۰ نفر هستند که به همراه خانواده های شان ۶۷۳۸۰ نفر را صندوق تحت پوشش قرار داده است. کل مستمری پرداختی در ماه ۶،۷۳۶،۰۰۰،۰۰۰ ریال است و میانگین مستمری پرداختی ۳۶۰،۷۰۰ ریال می باشد. از سال ۱۳۷۰ به بعد به طور متوسط هر سال ۱۷/۵ درصد به مستمری ها اضافه شده است.

علل موفقیت صندوق را می توان امکانات مالی بالقوه و موارد زیر دانست:

- ۱- اسکلتی که طراحان اولیه طراحی کرده اند و این که وجوه صندوق جزو دارایی و وجوه شرکت نمی باشد و این به صراحت در اساسنامه آمده است؛
- ۲- وجوه مدیریت منطبق با طبیعت صنعت؛
- ۳- خوش حسابی شرکت نفت ایران، به طوری که بازگشت وام ها در چارچوب مکانیسم های شرکت ملی نفت ایران می باشد.

### صندوق بازنشستگی شرکت هواپیمایی ملی جمهوری اسلامی ایران

صندوق بازنشستگی هواپیمایی جمهوری اسلامی ایران، در تاریخ ۱۳۵۹/۳/۱ تشکیل شد. تا قبل از این تاریخ، صندوق تعاون دایر کرد که به دلخواه، کارمندان عضو صندوق تعاون می شدند. ولی کارگران از مزایای تأمین اجتماعی برخوردار بودند. بعد از تشکیل صندوق، تمام کارمندان هواپیمایی، اعم از کارمند تحت پوشش قرار گرفتند.

مشکلی که صندوق با آن مواجه می باشد، این است که: تأمین اجتماعی، تاکنون از پرداخت کسورات کارگران که قبل از تاریخ ۱۳۵۹/۳/۱ تحت پوشش بوده اند، برخوردار کرده است. صندوق قبل از سال ۱۳۶۶ وام پرداخت می کرد. ولی، بعد از این سال، از پرداخت وام خودداری کرد لیکن در نظر دارد برای افراد تحت پوشش خود در آینده وام مسکن پرداخت کند.

نرخ حق بیمه سهم بیمه شده ۷ درصد و سهم کارفرما ۱۱۴ می باشد. نحوه سرمایه گذاری به صورت خرید

اوراق قرضه و سپرده‌های کوتاه مدت در بانک‌ها می‌باشد.

### سازمان صندوق بازنشستگی آینده‌ساز

این صندوق، سال ۱۳۵۵ تأسیس شده و مخصوص کارکنان سازمان گسترش و شرکت‌های توسعه تحت پوشش می‌باشد. تنده حاضر سابقه‌ای که پرسنل در تأمین اجتماعی داشتند و حدت انتخابی وجود نداشت. روند عضویت افراد، کم بود. ولی بعد از انقلاب این روند شدت یافت. تا جایی که اکنون تمام کارمندان سازمان گسترش و ع‌سازی صنایع می‌ایران و شرکت‌های تابعه که تعدادشان در حدود ۵۰۰۰ نفر می‌باشند، تحت پوشش قرار گرفته‌اند.

صندوق، سرمایه‌گذاری خود را به صورت خرید اوراق قرضه، سپرده بانکی، تسهیلات مالی که در اختیار شرکت‌ها می‌گذارد، انجام می‌دهد که در آمد غیر مستمر، محسوب می‌شود.

درآمدهای مستمر صندوق، از کسورات کارمندان تحت پوشش، سهم بیمه شده ۷ درصد و سهم کارفرما ۱۵ درصد تأمین می‌شود. مزایای خدماتی و تسهیلات مالی که در اختیار اعضای صندوق قرار می‌گیرد، بستگی به موقعیت افراد و شرایط صندوق و زمان حاص خود دارد و متغیر است. حدود ۲۲-۴ بیانگر وضعیت بیمه آینده‌ساز در سال ۱۳۶۸ و ۱۳۶۹ می‌باشد.

### صندوق بازنشستگی شرکت مخابرات

صندوق بازنشستگی مخابرات در سال ۱۳۳۴ تأسیس شده است. در این سازمان کارمندان از لحاظ پوشش بازنشستگی به سه گروه تقسیم می‌شوند:

۱- کارمندانی که تحت پوشش سازمان تأمین اجتماعی هستند، ۲- کارمندانی که تحت پوشش سازمان بازنشستگی کشوری می‌باشند، ۳- کارمندانی که تابع صندوق بازنشستگی شرکت می‌باشند.

نرخ حق بیمه پرداختی سهم بیمه شده ۸/۵ درصد و سهم کارفرما ۸/۵ درصد می‌باشد که از سال ۱۳۶۹، سهم کارفرما ۱۲/۷۵ درصد تغییر کرده است. شرکت موظف است کسری صندوق را از محل هزینه‌های جاری شرکت تأمین کند. به دلیل داشتن کسری صندوق، در زمینه سرمایه‌گذاری، فعالیتی صورت گرفته است و درآمدهای غیر مستمر، شامل جرایم غیبت و کلیه جرایم دیگر و کسورات معوقه می‌باشد. علاوه بر صندوق فوق، صندوق پس انداز برای شاغلین وجود دارد که سهم کارمند ۳ درصد و سهم کارفرما ۳ درصد می‌باشد که موقع بازنشستگی به کارمند داده می‌شود.

### بررسی عملکرد صندوق بازنشستگی شرکت مخابرات طی سال‌های ۱۳۶۷ تا ۱۳۷۰

جدول شماره ۳۲-۳-۲ نشان‌دهنده تعداد بازنشستگان، بازماندگان و از کارافتادگان صندوق بازنشستگی شرکت مخابرات طی سال‌های ۱۳۶۷ تا ۱۳۷۰ است که طی این سال‌ها روندی افزایشی داشته به‌طوری که با توجه به جدول شماره ۳۳-۳-۲ به‌طور مثال در سال ۱۳۶۹ تعداد بازنشستگان نسبت به سال ۱۳۶۷، ۲۰۵۴ درصد افزایش داشته یا این که در سال ۱۳۷۰ تعداد بازماندگان نسبت به سال ۱۳۶۷، ۱۷۰۳ درصد افزایش داشته است. نکته این روندی رشد طی این سال‌ها بانوسانی همراه بوده است.

در جدول شماره ۳۴-۳-۲ درصد سهم بازنشستگان، بازماندگان و از کارافتادگان شرکت مخابرات

نسبت به تعداد بازنشستگان، بازماندگان و از کارافتادگان سازمان بازنشستگی و تأمین اجتماعی به طور توأم محاسبه شده است. با توجه به اطلاعات به دست آمده به طور مثال در سال ۱۳۶۷ تعداد بازنشستگان شرکت مخابرات تنها ۰/۰۴۷ درصد از تعداد کل بازنشستگان دو سازمان بازنشستگی و تأمین اجتماعی است و تعداد بازماندگان و از کارافتادگان در سال ۱۳۶۷ به ترتیب ۰/۰۱۴ و ۰/۴۱۳ درصد از تعداد کل بازنشستگان دو سازمان بازنشستگی و تأمین اجتماعی است و روند این نسبت‌ها طی سال‌های ۱۳۶۷ تا ۱۳۷۰ بانوساناتی افزایشی است.

جدول ۲-۳-۳۰ وضعیت صندوق بازنشستگی شرکت هواپیمایی اسلامی ایران

موضوع	۱۳۶۷	۱۳۶۸	۱۳۶۹
تعداد افراد تحت پوشش (نفر)	۱۰۰۰۰	۱۰۰۰۰	۱۰۲۰۰
تعداد استفاده کننده از مزایای بلندمدت	۸۳۴	۸۹۹	۹۵۰
پرداختی صندوق جهت مزایای بلندمدت (ریال)	۸۴۰۰۰۰۰۰	۸۴۰۰۰۰۰۰	۸۴۰۰۰۰۰۰
درآمد (منبع و جوه پرداختی) (ریال)	۲۴۰۰۰۰۰۰۰	۲۴۰۰۰۰۰۰۰	۲۴۰۰۰۰۰۰۰

مأخذ: صندوق بازنشستگی شرکت هواپیمایی ملی ایران.

جدول ۲-۳-۳۱ وضعیت بیمه آینده‌ساز در سال ۱۳۶۸-۱۳۶۹

موضوع	۱۳۶۸	۱۳۶۹
تعداد افراد تحت پوشش (نفر)	۳۶۷۶	۴۷۶۴
تعداد استفاده کننده از مزایای بلندمدت	۱۵۶	۱۶۹
بازنشستگان	۷	۸
بازماندگان	۱۳۵	۱۴۸
از کارافتادگان	۱۴	۱۳
پرداختی صندوق جهت مزایای بلندمدت (ریال)	۴۰۰۰۰۰۰	۵۰۰۰۰۰۰
درآمد (منبع و جوه پرداختی)		
درآمد مستمر	۱۴۰۰۰۰۰۰	۱۷۰۰۰۰۰۰
درآمد غیرمستمر (۱)	—	—

مأخذ: صندوق بازنشستگی آینده‌ساز.

(۱) درآمدهای غیرمستمر ارائه شده است.م.

جدول ۲-۳-۳۲- صندوق بازنشستگی مخابرات

عنوان	۱۳۶۷	۱۳۶۸	۱۳۶۹	۱۳۷۰
بازنشستگان	۱۲۱	۱۱۸	۱۸۲	۳۹۰
بازماندگان	۵۵	۵۸	۷۵	۸۸
از کار افتاده	۹	۵	۱۳	۱۸
جمع حقوق و مزایای سالانه				
مینکین حقوق مرده				

محد. اداره آمار بازنشستگی مخابرات

جدول ۲-۳-۳۳- درصد نرخ رشد نسبت به سال ۱۳۶۷

عنوان	۱۳۶۷	۱۳۶۸	۱۳۶۹	۱۳۷۰
بازنشستگان		-۲/۴۸	۵۴/۲۵	۱۱۴/۲۹
بازماندگان		۵/۴۵	۲۹/۳۱	۱۷/۳۳
از کار افتاده		-۴۴/۴۴	۱۶۰/۰۰	۳۸/۴۶

محد. همان جدول فوق

جدول ۲-۳-۳۴- درصد سهم شرکت مخابرات از سازمان بازنشستگی

و تأمین اجتماعی

عنوان	۱۳۶۷	۱۳۶۸	۱۳۶۹	۱۳۷۰
بازنشستگان	۰/۰۴۷	۰/۰۴۰	۰/۰۵۸	۰/۱۱۸
بازماندگان	۰/۰۱۴	۰/۰۱۴	۰/۰۱۷	۰/۰۱۸
از کار افتاده	۰/۴۱۳	۰/۳۱۲	۰/۵۰۴	۰/۶۴۷

محد. همان جدول فوق

### صندوق بازنشستگی سازمان بنادر و کشتیرانی جمهوری اسلامی ایران

صندوق بازنشستگی کشتیرانی در اواخر سال ۱۳۵۳ تأسیس شده است. کارمندان این سازمان از نظر بازنشستگی به سه گروه کارمندان تحت حمایت و پوشش تأمین اجتماعی، تحت پوشش صندوق بازنشستگی سازمان کشتیرانی و کارمندانی که بر اساس استخدام کشوری می باشند و تحت پوشش سازمان بازنشستگی کشوری می باشند که اکثریت بازنشستگان را تشکیل می دهند.

صندوق بازنشستگی این سازمان از دولت هیچ کمکی نمی گیرد و طبق آیین نامه سازمان در صورت نیاز، کمبود صندوق را از اعتبارهای جاری تأمین می کند. نرخ بیمه شده برای کارمند ۷ درصد و سهم کارفرما ۱۴ درصد است. این نسبت تا سال ۱۳۷۶ همچنان حفظ شده است.

کمیته بازنشستگان سازمان تحت پوشش بیمه ایران می باشند و بازنشستگان وام ضروری تا سقف ۶۵۰،۰۰۰ تومان پرداخت می شود. وام مسکن در سال ۱۳۷۶ تحت بررسی است.

در سال ۱۳۷۵ افراد تحت پوشش صندوق بازنشستگی کشوری ۲۹۶ نفر بوده‌اند که ۰/۰۲ درصد از کل مستمری‌بگیران سازمان تأمین اجتماعی و صندوق بازنشستگی را شامل می‌شده است. در این سال افرادی که مشمول قانون استخدام کشوری هستند و بازنشسته شده‌اند ۱۵۱۹ نفر می‌باشند. حداقل حقوق پرداختی به بازنشستگان همان مبلغی است که قانون استخدام کشوری پیشنهاد می‌کند و بر طبق قانون نظام هماهنگ پرداخت می‌شود که در جدول زیر آمده است:

سال	۱۳۶۲	۱۳۶۳	۱۳۶۴	۱۳۶۵	۱۳۶۶	۱۳۶۷	۱۳۶۸	۱۳۶۹	۱۳۷۰	۱۳۷۱	۱۳۷۲	۱۳۷۳	۱۳۷۴	۱۳۷۵
حداقل مستمری	۱۸۰۰۰	۱۸۰۰۰	۱۸۰۰۰	۱۸۰۰۰	۲۳۰۰۰	۲۳۰۰۰	۲۳۰۰۰	۲۳۰۰۰	۲۳۰۰۰	۲۳۰۰۰	۲۳۰۰۰	۲۳۰۰۰	۲۳۰۰۰	۲۳۰۰۰

### صندوق بازنشستگی شرکت بیمه ایران

این صندوق، در سال ۱۳۱۴ تأسیس شد و طبق آیین‌نامه صنعت بیمه، نرخ حق بیمه (سهم بیمه شده) ۹ درصد و سهم کارفرما ۱۸ درصد می‌باشد. صندوق، سپرده‌های خود را نزد بانک ملت نگه داری می‌کند و در زمینه دیگری فعالیت ندارد. صندوق با کمکی که اخیراً از سوی شرکت بیمه ایران دریافت کرده است، تقریباً از موجودی مناسبی برخوردار می‌باشد و تاکنون از هیچ منبع دیگری کمکی دریافت نکرده است. صندوق، هزینه‌های کوتاه‌مدت خود را به طریق بن خواربار و عیدی در اختیار بازنشستگان قرار می‌دهد. در مورد تسهیلات گذاشته شده در اختیار افراد تحت پوشش، تا سال ۱۳۶۸ (تیرماه)، وام تعاون پرداخت می‌شد که از این تاریخ به بعد و با تبدیل شدن شرکت‌های بیمه و اجرای آیین‌نامه جدید، وام تعاون به وام کارمندی مبدل شد که ۱۲ برابر حقوق، به علاوه ۱۰۰ هزار تومان به صورت وام در اختیار کارمندان تحت پوشش قرار می‌گیرد. توضیح این‌که: برای وام تعاون که حداکثر تا ۲۰ هزار تومان بود و مدت بازپرداخت، نیز ۲۰ ماه تعیین شده بود، ماهانه ۲ درصد از حقوق شاغلین کسر می‌شد. وام دیگری که در اختیار شاغلین گذاشته می‌شود، وام مسکن که حداکثر تا مبلغ ۱,۵۰۰,۰۰۰ تومان در اختیار واجدین شرایط، گذاشته می‌شود. دیگر تسهیلات و امکانات واگذار شده در اختیار شاغلین و بازنشستگان را، شرکت برعهده دارد و از محل صندوق، تأمین نمی‌شود.

وضعیت کارمندان: تعداد کل کارکنان شرکت سهامی بیمه ایران، در پایان سال ۱۳۶۹، ۱۴۲۶ نفر شده است که از این تعداد، ۶۶۹ نفر در واحدهای مرکز و ۷۵۷ نفر در شعب شرکت، مشغول فعالیت می‌باشند.

### جدول ۳-۲-۳ وضعیت صندوق بازنشستگی شرکت سهامی تهیه و توزیع علوفه

موضوع	۱۳۶۷	۱۳۶۸	۱۳۶۹
تعداد افراد تحت پوشش (نفر)	۸۵	۸۶	۸۶
تعداد استفاده کننده از مزایای بلندمدت	۲	۲	۲
بازنشستگان	۱	۱	۱
بازماندگان	۱	۱	۱
از کارافتادگان			
پرداختی صندوق جهت مزایای بلندمدت (ریال)			۵۷۸۸۲۰
درآمد مستمر	۱۴۳۷۹۵۱۳	۱۱۷۸۳۶۸۰	۱۳۶۳۷۳۳۱

مآخذ: صندوق بازنشستگی شرکت سهامی تهیه و توزیع علوفه

### صندوق بازنشستگی بیمه مرکزی ایران

این صندوق همزمان - تأسیس بیمه مرکزی تأسیس شده است. کارمندان این شرکت از نظر بازنشستگی تعدادی تحت پوشش صندوق بازنشستگی شرکت بیمه مرکزی ایران و تعدادی هم زیر پوشش سازمان بازنشستگی کشوری قرار دارند. نرخ حق بیمه پرداختی تا سال ۱۳۶۹، برای بیمه شده ۹ درصد و سهم کارفرما هم ۹ درصد بوده است. از آن تاریخ به بعد نرخ حق بیمه سهم کارفرما ۱۸ درصد شده است.

بر اساس جدول ۲-۳-۳۶ و ۲-۳-۳۸ تعداد بازنشستگان این شرکت در سال ۱۳۷۵، ۲۶ نفر می باشند که در مقایسه - فرد تحت پوشش صندوق بازنشستگی کشوری و سازمان تأمین اجتماعی تنها ۰۰۰۴ بازنشستگان را تشکیل می دهند. رقم باز ماندگان هم از ۵ نفر در سال ۱۳۷۵ تجاوز نمی کند.

حقوق ماهیانه پرداختی در سال ۱۳۶۹، ۹۱۸۱۴ ریال بوده است که با نرخ رشدی متغیر به ۳۷۳۷۲۴ ریال در سال ۱۳۷۵ رسیده است.

در مقایسه حقوق های پرداختی توسط این شرکت با صندوق بازنشستگی و سازمان تأمین اجتماعی، جدول ۲-۳-۳۸ نشان می دهد که حقوق های پرداخت شده توسط این شرکت از صندوق بازنشستگی بیشتر (تقریباً ۵ برابر) و از سازمان تأمین اجتماعی کمتر است.

دلیل اصلی کم بودن مستمری بگیران تحت پوشش این شرکت این است که بیشتر بازنشستگان زیر پوشش سازمان بازنشستگی کشوری قرار دارند.

### صندوق بازنشستگی شرکت سهامی تهیه و توزیع علوفه (صندوق عمران و مراغ)

صندوق عمران و مراغ، در تاریخ ۱۲/۱۸/۱۳۴۹ تشکیل شده است. به طوری که این سازمان از نظر بازنشستگی دارای ۳ گروه می باشد.

- ۱- کارمندان رسمی که تحت پوشش صندوق بازنشستگی مستقل شرکت تهیه و توزیع علوفه می باشد.
- ۲- مأمورانی که تحت پوشش صندوق بازنشستگی کشوری هستند.
- ۳- کارگرانی که تحت پوشش تأمین اجتماعی قرار دارند.

نرخ حق بیمه سهم مستخدمه ۸ درصد و سهم کارفرما ۱۳ درصد می باشد. وجوه صندوق به صورت حساب سپرده در بانک ها نگهداری می شود. جدول ۲-۳-۳۹ نشانگر وضعیت صندوق بازنشستگی شرکت سهامی تهیه و توزیع علوفه می باشد.

جدول ۲-۳-۳۶ - صندوق بازنشستگی بیمه مرکزی

عنوان	۱۳۶۹	۱۳۷۰	۱۳۷۱	۱۳۷۲	۱۳۷۳	۱۳۷۴	۱۳۷۵
بازنشستگان	۲۲	۲۲	۲۲	۲۲	۲۳	۲۴	۲۶
بازماندگان	۳	۳	۵	۵	۶	۵	۵
جمع حقوق و مزایای سالانه (هزار ریال)	۲۷۵۲۶	۲۴۶۴۱	۴۴۵۲۶	۴۶۵۷۳	۴۹۴۵۷	۸۸۲۰۹	۱۲۶۶۵۳
میانگین حقوق ماهانه (ریال)	۹۱۸۱۴	۸۲۱۴۰	۱۳۷۴۲۷	۱۴۳۷۴۵	۱۴۱۲۲۴	۲۵۷۶۴۳	۳۷۳۷۲۴

مجدد داده ها، بیمه مرکزی - ۱۳۷۵

جدول ۳۷-۳-۲- درصد نرخ رشد نسبت به سال ۱۳۶۹

عنوان	۱۳۶۹	۱۳۷۰	۱۳۷۱	۱۳۷۲	۱۳۷۳	۱۳۷۴	۱۳۷۵
بازنشستگان	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۴۵۵	۴/۳۵	۸/۳۳
بازماندگان	۰/۰۰	۶۶/۶۷	۰/۰۰	۰/۰۰	۲۰۰۰	-۱۶۶۷	۰/۰۰
جمع حقوق و مزایای سالانه	-۱۰/۵۴	۸۰/۶۹	۴/۶۰	۴/۶۰	۶۰۱۹	۷۸/۳۵	۴۳/۵۸
میانگین حقوق ماهانه	-۱۰/۵۴	۶۷/۳۱	۴/۶۰	۴/۶۰	-۱۰۷۵	۸۲/۴۴	۴۵۰۰۵

مأخذ: همان جدول فوق.

جدول ۳۸-۳-۲- سهم جهادسازندگی از سازمان بازنشستگی و تأمین اجتماعی

عنوان	۱۳۶۹	۱۳۷۰	۱۳۷۱	۱۳۷۲	۱۳۷۳	۱۳۷۴	۱۳۷۵
بازنشستگان	۰/۰۰۷	۰/۰۰۷	۰/۰۰۶	۰/۰۰۵	۰/۰۰۵	۰/۰۰۴	
بازماندگان	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	
میانگین حقوق ماهانه به کل	۱۰/۰۷۲	۰/۷۶۷	۰/۹۷۸	۰/۷۶۹	۰/۵۸۳	۰/۸۴۹	
میانگین حقوق ماهانه بازنشستگی	۱/۷۶۳	۱/۱۳۹	۱/۳۹۲	۱/۱۴۴	۰/۸۲۹	۱/۴۹۷	
میانگین حقوق ماهانه به تأمین اجتماعی	۰/۹۱۵	۰/۶۷۴	۰/۸۷۳	۰/۶۸۴	۰/۵۱۹	۰/۷۲۰	

مأخذ: اداره بیمه مرکزی.

### صندوق بازنشستگی بانک مرکزی

این صندوق به طور همزمان با تشکیل بانک مرکزی تشکیل شد و طی سال‌های ۱۳۴۲ تا ۱۳۴۳ تکمیل شد. بودجه این صندوق مستقل است و ربطی به تأمین بودجه دولت ندارد و از محل سرمایه‌گذاری‌های سازمان تأمین می‌شود و از محل درآمدهای این سرمایه‌گذاری‌ها حقوق بازنشستگان پرداخت می‌شود. در این میان از حقوق شاغلین ۸/۵ درصد کسر می‌شود بانک هم ۱۷ درصد کمک می‌کند و بدین ترتیب حقوق افراد تحت پوشش پرداخت می‌شود. افراد بازنشسته باید حتماً ۳۰ سال سابقه خدمت داشته باشند و سن اجباری نیز ۶۵ سال است. آیین‌نامه بازنشستگی در تاریخ ۱۳۴۵/۵/۵ برحسب اختیارات حاصل از شورای پول و اعتبار، به تصویب رئیس کل بانک مرکزی ایران رسید و در سال ۱۳۵۰ در آیین‌نامه مزبور، تجدیدنظر به عمل آمد و در تاریخ ۱۳۵۰/۴/۱۵ به تصویب شورای پول و اعتبارها رسید و در اول سال مزبور به مرحله اجرا درآمد. به غیر از صندوق بازنشستگی، در بانک مرکزی صندوق تعاون نیز وجود دارد که در آن بین ۲ تا ۴ ماه حقوق به صورت وام به متقاضیان داده می‌شود که حداکثر مقدار آن ۱۵۰ هزار تومان است به بازماندگان نیز از محل درآمدهای صندوق تعاون وام‌های مسکن و وام ضروری داده می‌شود که از حقوق آنها کسر نمی‌شود. البته از اول سال ۱۳۷۶ است که صندوق بازنشستگی نیز به بازنشستگان و بازماندگان وام مسکن اعطا می‌کند. همچنین هر ساله به ازای هر نفر عاقله ۴ کیلو برنج (۳۰ کیلو برنج) به افراد تحت پوشش داده می‌شود. از دیگر فعالیت‌های صندوق بازنشستگی بانک مرکزی، صندوق پس‌انداز می‌باشد که ۳ درصد از حقوق کارمند و ۶ درصد از کارفرما دریافت می‌شود و برای ایام بازنشستگی سرمایه‌گذاری می‌شود که همراه با سود آن، به بازنشستگان داده می‌شود و نحوه سرمایه‌گذاری، خرید اوراق قرضه و حساب سپرده بلند مدت



در بانک‌ها می‌باشد.

بررسی عملکرد مالی صندوق بازنشستگی بانک مرکزی و مقایسه با سازمان بازنشستگی کشوری و سازمان تأمین اجتماعی

جدول شماره ۳۹-۳-۳ نشان دهنده تعداد بازنشستگی بانک مرکزی و میانگین حقوق ماهانه آنها طی سال‌های ۱۳۷۱-۱۳۷۳ و جمع حقوق و مزایای سالانه پرداختی صندوق. بازنشستگان طی سال‌های ۱۳۶۸-۱۳۷۳ است که روند این مقادیر طی این سال‌ها افزایشی است.

در جدول ۴۰-۳-۲ همان‌طور که ملاحظه می‌شود به‌طور مثال تعداد بازنشستگان سال ۱۳۷۲ نسبت به سال ۲۰۳۴۰۷۱ درصد افزایش داشته است یا این‌که جمع حقوق و مزایای سالانه در سال ۱۳۶۹ نسبت به سال ۲۰۷۳۰۶۸ درصد افزایش داشته و روند این نرخ رشد تا سال ۱۳۷۱ صعودی و از سال ۷۲ به بعد نزولی است.

در جدول شماره ۴۱-۳-۲ ابتدا با توجه به اطلاعات موجود تعداد کل بازنشستگان و میانگین ورتی حقوق ماهانه سازمان بازنشستگی و تأمین اجتماعی را به دست آورده. سپس درصد سهم صندوق بازنشستگی بانک مرکزی را از کل این مقادیر به دست آوریم. یعنی به‌طور مثال در سال ۱۳۷۰ سهم بانک مرکزی از تعداد کل بازنشستگان تنها ۰۰۲۶ درصد بوده که این سهم طی سال‌های بعد دائماً در حال کاهش است. در مورد میانگین حقوق ماهانه نیز نسبت حقوق ماهانه این صندوق به میانگین حقوق ماهانه دو سازمان بازنشستگی و تأمین اجتماعی را به‌طور جداگانه و به کل حساب کرده و نتایج زیر به دست آمد:

به‌طور کلی با توجه به اطلاعات به دست آمده، به‌طور مثال در سال ۱۳۷۰ میانگین حقوق ماهانه بازنشستگان مرکزی ۱/۰۴ برابر میانگین حقوق بازنشستگان سازمان بازنشستگی و ۰/۶۵ برابر میانگین حقوق ماهانه بازنشستگان تأمین اجتماعی است در مجموع میانگین حقوق ماهانه بازنشستگان در بانک مرکزی کمتر از میانگین حقوق ماهانه بازنشستگان تأمین اجتماعی است.

با توجه به تورمی که طی سال‌های مورد بحث در کشور وجود داشته بنابراین با توجه به شاخص قیمت‌ها میانگین حقوق ماهانه به قیمت‌های واقعی را به دست آورده‌ایم. بدین ترتیب با توجه به جدول شماره ۱ ملاحظه می‌شود که این سازمان نه تنها تورم را پوشش داده بلکه حقوق بالاتری را هم به‌طور میانگین ماهانه به بازنشستگان داده است.

جدول ۳۹-۳-۲- صندوق بازنشستگی بانک مرکزی

عنوان	۱۳۶۸	۱۳۶۹	۱۳۷۰	۱۳۷۱	۱۳۷۲	۱۳۷۳
بازنشستگان (تعداد)						۱۰۵۹
بازماندگان (تعداد)						
جمع حقوق مزایای سالانه (ریال)	۶۵۰۹۸۹۹۲۸	۷۸۵۹۳۹۶۷۶	۹۱۳۵۱۶۴۸۲	۹۹۵۲۰۹۰۴۱	۱۸۲۹۹۶۱۳۴۲	۶۰۱۸۹۴۷۲۲
میانگین حقوق ماهانه (ریال)					۱۳۸۲۷۰	۱۴۶۷۲۶
میانگین حقوق ماهانه به قیمت‌های واقعی				۱۰۳۵۳۱	۱۲۷۱۸۹	۱۷۱۹۵۴

سازمان تأمین اجتماعی - بانک مرکزی ایران

جدول ۴۰-۳-۲- درصد نرخ رشد نسبت به سال ۱۳۷۱

عنوان	۱۳۶۸	۱۳۶۹	۱۳۷۰	۱۳۷۱	۱۳۷۲	۱۳۷۳
بازنشستگان					۲/۳۴	۷/۹۵
بازماندگان						
جمع حقوق و مزایای سالانه		۲۰/۷۳	۴۰/۱۷	۲۰۶/۴	۱۸۱/۱	۱۵۶/۳
میانگین حقوق ماهانه					۳۳/۵۵	۴۱/۷

مأخذ: همان جدول فوق.

جدول ۴۱-۳-۲- سهم بانک مرکزی از سازمان بازنشستگی و تأمین اجتماعی

عنوان	۱۳۶۸	۱۳۶۹	۱۳۷۰	۱۳۷۱	۱۳۷۲	۱۳۷۳
بازنشستگان (درصد)				۰/۲۶۷	۰/۲۳۸	۰/۲۱۲
بازماندگان						
میانگین حقوق ماهانه به کل				۰/۷۳۷	۰/۷۴۰	۰/۶۰۶
میانگین حقوق ماهانه بازنشستگی				۱/۰۴۸	۱/۱۰۱	۰/۸۶۲
میانگین حقوق ماهانه به تأمین اجتماعی				۰/۶۵۸	۰/۶۵۸	۰/۵۳۹

مأخذ: همان جدول فوق.

### بخش دوم - بخش حمایتی هدفمند یا تأمین براساس تشخیص

چنانچه قبلاً نیز اشاره شده در یک مجموعه سیستم جامع تأمین اجتماعی قطعاً بخش حمایتی یا حمایت هدفمند یکی از پایه‌های اصلی تنقی خواهد شد. در واقع متولی رسیدگی به فقرا و نیازمندان همین بخش است. یکی از ویژگی‌های این بخش ضرورت تأمین مالی آن از بودجه دولت و اداره آن به وسیله دولت است. اگر در بخش بیمه‌های اجتماعی افراد در تأمین منابع بیمه‌ای خود همراه کارفرما یا دولت مشارکت نموده و در بیمه خصوصی خود مبادرت به فراهم نمودن پس‌انداز لازم می‌کنند. در مورد بخش حمایتی و یارانه هدفمند که در واقع هدف آن فقراست، افراد توان مالی مشارکت و همراهی را ندارند. در واقع دولت با حمایت از اقشار فقیر مجموعه جامعه را نیز مورد حمایت قرار می‌دهد و به عبارت دیگر این حمایت همراه پی‌آمد خارجی مثبت برای کل جامعه است.

در گذشته دور به خصوص در دوران فعالیت کشاورزی و زندگی روستایی شکل حمایت قبیله‌ای و ایلی یا کدخدایی کاملاً متداول و رایج بوده. در کنار حمایتی که رؤسای قبیله و ایلات و همچنین خان‌ها و کدخدایان از اعضاء و رعایا داشتند. امور خیریه نیز به وسیله افراد خیر کمک‌های موردی و کوتاه مدت می‌نمود. با گذار از این دوران و ورود به دنیای صنعتی و شهرنشینی این سیستم سنتی حمایتی از بین رفته و آنها کم و بیش از امور خیریه باقی ماندند. از سوی دیگر با شکل گرفتن شهرها و تجمع جمعیت روزافزون در ساختمان‌ها و کارگاه‌ها که خود برای قوت روزانه نیازمند تولید کشاورزان و روستائیان بودند مشکل اقشار آسیب‌پذیر و فقیر افزایش یافت. به خصوص که حتماً قادر نبودن غذای روزانه خود را از باقی مانده درو و یاسر مزرعه تأمین نمایند.

بدیهی است که برای اجرای حمیت از قشرهای فقیر و آسیب‌پذیر نیاز به یک برنامه حمایتی وجود دارد که با امور خیریه تفاوت زیادی دارد. در واقع یک آدم خیر یا بنگاه خیریه همواره مبادرت به یک حمایت موقت و کوتاه‌مدت نموده و مثلاً به توزیع غذا، پوشاک یا بعضی دیگر از کالاها سعی در التیام درد مستمندان دارد نه رفع کامل آن و ایجاد یک چتر حمایتی.

در جامعه ایران یک بخش حمایتی یا حمایت هدفمند از فقرا وجود نداشته بلکه در کنار مؤسسات خیریه و افراد خیر دو سازمان عمده که می‌توان آنها را مؤسسات خیریه بسیار بزرگ نامید، نیز وجود دارند. در واقع هیچ یک از این سازمان‌ها به صورت فراحوان و به طور کامل یک برنامه حمایتی را دنبال ننموده بلکه در حد توان خود مبادرت به کمک به گروه‌های فقیر مراجعه کننده می‌کنند. شرح وظایف این دو سازمان به صورتی است که امکان این وجود دارد که یک فرد بتواند خود را تحت پوشش هر دو قرار دهد. البته اجرای یک سیستم ثبت کامپیوتری به وسیله یک شبکه مشترک می‌تواند به راحتی این مشکل را حل کند. ولی به هر حال حوزه و روش فعالیت این دو سازمان با یک بخش حمایتی هدفمند تفاوت‌های اساسی دارند.

سازمان‌های حمایتی (خیریه‌ای) در ایران عبارتند از: کمیته امداد امام خمینی (ره) و سازمان بهزیستی کل کشور. در بین این دو سازمان یکی سازمان بهزیستی کل کشور (کاملاً دولتی است. در حالی که دیگری نهاد غیردولتی است که بخش قابل توجهی از بودجه آن به وسیله دولت و در چارچوب طرح شهید رجایی تأمین می‌شود. به عبارت دیگر کمیته امداد یک نهاد دولتی تلقی نشده و بخشی از درآمد آن از محل خیریات تأمین شده و به واسطه این که مجری طرح شهید رجایی است (کمک به سالمندان روستایی کشور) بودجه مربوط به این طرح را نیز دریافت می‌کند. در زیر به مطالعه هر یک از این دو سازمان خواهیم پرداخت.

## ۲-۱- سازمان بهزیستی کشور

سازمان بهزیستی کشور به منظور تحقق اصول ۲۱ و ۲۳ قانون اساسی در خرداد سال ۱۳۵۹ تأسیس شد. این سازمان از آن سال تحت نظارت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی خدمات خود را در زمینه رسیدگی به امور محرومین آغاز کرد. این سازمان، حمایت‌های غیربیمه‌ای را ارائه نموده و تقریباً همه بودجه خود را از منابع دولتی دریافت می‌کند. این سازمان از ادغام ۱۴ مؤسسه رفاهی و توان بخشی و پیش از انقلاب از قبیل سازمان ملی رفاه، سنوایان، انجمن توان بخشی ایران، بنگاه حمایت مادران و عزادان، بنیاد سابق فرح پهنوی و... پدید آمده و یکی از بزرگ‌ترین سازمان‌های فعال در زمینه امداد و حمایت می‌باشد. اهداف و وظایف قانونی سازمان بهزیستی کشور را می‌توان در قالب چهار برنامه مطرح نمود: ۱- خدمات حمایتی، ۲- خدمات توان بخشی، ۳- خدمات بازپروری و کارآموزی اجتماعی، ۴- پیشگیری از معلولیت‌ها و آسیب‌های اجتماعی.

## برنامه خدمات حمایتی

اهم اهداف در چارچوب این برنامه فراهم نمودن موجبات زندگی متعارف برای خانواده‌های سیازمند و بی‌سرپرست، ایجاد زمینه برای افراد خدمت‌گیرنده به منظور نیل به خودکفایی، ارتقاء کیفی خدمات ارائه شده به سرویس‌گیرندگان و تلاش در جهت پیشگیری از فروپاشی خانواده و حفظ کبان خانواده‌های آسیب‌پذیر و همچنین ارائه کمک‌های لازم جهت رفع دشواری‌های درمانی و کمک به اعزام مددجویان بیمار به خارج از کشور است.

در بخش حمایتی پرداخت‌های سازمان به ۲ گروه بلندمدت و کمک‌های کوتاه مدت (تک نوبتی و غیرنقدی) تقسیم می‌گردد که مستمری‌های بلندمدت، به خانواده‌های بی سرپرست تحت پوشش تعلق می‌گیرد که نرخ مستمری بلندمدت برای هر خانوار بی سرپرست در سال ۱۳۶۹، ۵۲۵۰ ریال برای سال ۱۳۷۰، ۱۰۰۰۰ ریال و برای سال ۱۳۷۱، ۱۵۰۰۰ ریال بوده است.

مددجویان استفاده‌کننده از خدمات حمایتی سازمان بهزیستی به گروه روستایی و شهری مدنظر هستند که جداول ۲-۳-۴۲ و ۲-۳-۴۳ نشانگر اطلاعات در این زمینه می‌باشد.

همچنین موارد مستمری‌بگیران بلندمدت و کوتاه‌مدت برای سال‌های ۱۳۶۵ تا ۱۳۶۹ در جدول ۲-۳-۴۴ و ۲-۳-۴۵ نشان می‌دهد که این سازمان با افزایش در تعداد موارد مستمری‌بگیران بلندمدت و همچنین پرداخت‌های تک نوبتی رو به رو است که برای تأمین حمایت کافی و مناسب برای مددجویان نیازمند تخصیص بودجه‌های مناسب از سوی دولت می‌باشد.

جدول ۲-۳-۴۲- مددجویان استفاده‌کننده از سازمان بهزیستی خدمات حمایتی شهری

عنوان	۱۳۶۵	۱۳۶۸	۱۳۶۹	۱۳۷۰	۱۳۷۱	۱۳۷۲	۱۳۷۳	۱۳۷۴
شیرخوارگاه	۱۰۹۲	۱۲۷۳	۱۲۰۰	۱۱۵۹	۱۱۷۷	۱۱۳۲		
مهد کودک	۴۷۷۰۴	۶۰۲۰۹	۶۱۰۴۸	۶۵۰۸۲	۶۸۱۷۵	۷۰۴۳۷	۷۳۱۷۰	۷۲۵۳۳
شبان‌روزی	۱۰۵۰	۱۵۶۰	۱۷۰۴	۱۸۲۰	۱۸۶۳	۱۹۹۹		
مستمری‌بگیران	۲۴۵۳۳۱	۲۲۷۷۵۸	۲۳۳۴۵۵	۲۳۷۲۰۵	۵۱۶۹۷۱	۵۴۵۰۸۵	۵۶۹۵۳۴	۵۷۷۲۹۰
آموزش فنی و حرفه‌ای	۴۶۰۰۰	۴۰۷۸۷	۴۴۴۸۰	۴۶۱۱۳	۴۷۸۷۵	۴۶۵۴۴	۴۳۷۷۹	۳۹۲۱۳
برنامه‌های جوانان و نوجوانان	—	—	—	۴۶۰۴	۱۲۸۲۰	۱۹۷۱۹	۲۴۶۶۰	۲۱۰۵۶

مأخذ: سالنامه آماری کشور ۱۳۷۳

جدول ۲-۳-۴۳- مددجویان استفاده‌کننده از سازمان بهزیستی خدمات روستایی

عنوان	۱۳۶۵	۱۳۶۸	۱۳۶۹	۱۳۷۰	۱۳۷۱	۱۳۷۲	۱۳۷۳	۱۳۷۴
مهد کودک	۷۲۸۲۰	۸۷۵۴۵	۸۹۰۰۲	۹۰۰۵۳	۹۱۴۵۸	۹۲۹۹۷	۹۶۶۰۶	۹۳۱۱۷
مستمری‌بگیران	—	—	۲۶۳۲۶	۲۹۶۲۵	۵۰۷۷۴	۶۸۹۰۵	۸۰۷۷۸	۸۳۴۲۵
آموزش فنی و حرفه‌ای	۳۱۶۵۷	۲۶۰۵۴	۲۴۷۸۳	۲۷۵۶۰	۲۷۸۷۳	۲۸۲۸۵	۲۸۴۷۲	۲۵۴۲۵
برنامه جوانان و نوجوانان	—	—	—	۲۶۸۲۸	۳۰۰۶۱	۳۱۸۰۷	۳۳۴۰۸	۱۵۳۳۷
بازپروری معتادان	۲۲۳۵۶	۳۱۵۰۸	۳۵۹۸۵	۱۸۷۸۹	۱۳۴۷۴	۱۲۷۸۲	۱۵۳۶۲	۱۵۳۳۷

مأخذ: سالنامه آماری کشور ۱۳۷۴

جدول ۴۴-۳-۲- موارد مستمری بگیران بلندمدت و کوتاه مدت بخش حمایتی

عنوان	۱۳۶۵	۱۳۶۶	۱۳۶۷	۱۳۶۸	۱۳۶۹
موارد مستمری بلندمدت - تعداد خانوار - سالانه	۳۲۱۸۹	۵۲۲۰۹۳	۶۲۴۸۲۳	۶۱۶۸۳۰	۹۰۱۱۶۸
تعداد مستمری بگیران - تعداد خانوار - ماهیانه	۲۶۸۲	۴۳۵۰۷	۵۲۰۶۸	۵۱۴۰۲	۷۵۰۹۷
هزینه پرداختی بابت مستمری های بلندمدت هزار ریال - سالانه	۱۶۷۴۲	۲۷۴۰۹۸۸	۳۲۸۰۳۲۰	۳۲۳۸۳۵۷	۴۷۳۱۱۳۲
موارد تک نوبتی تعداد - سالانه	۵۲۱۷	۴۸۸۵۵	۴۳۳۳۶	۵۲۲۶۴	۶۱۱۹۷
موارد غیر نقدی تعداد - سالانه	۲۶۴۶۳	۴۲۴۸۰	۳۸۲۱۶	۶۷۸۹۰	۶۹۰۰۰

ماخذ: سازمان بهزیستی کشور

جدول ۴۵-۳-۲- مددجویان استفاده کننده از خدمات توانبخشی سازمان بهزیستی

عنوان	۱۳۶۵	۱۳۶۸	۱۳۶۹	۱۳۷۰	۱۳۷۱	۱۳۷۲	۱۳۷۳	۱۳۷۴
نگهداری معلولان	۱۰۴۳۴	۱۰۸۳۶	۱۰۹۵۷	۱۰۲۶۸	۱۱۲۲۱	۱۱۶۷۷	۱۲۶۸۵	۱۲۶۱۶
نگهداری سالمندان	—	۰	۰	۱۵۷۹	۱۶۲۴	۱۶۵۰	۱۹۸۴	۲۳۳۳
فیزیوتراپی	۳۶۱۴۳	۵۳۲۲۸	۵۴۵۵۹	۶۹۲۵۰	۷۰۶۷۴	۷۴۷۷۸	۷۳۰۰۶	۱۵۴۹۶
کار درمانی	—	۱۰۹۷	۱۴۴۱	۶۸۴۶	۸۴۸۳	۱۱۲۵۱	۱۱۱۷۶	۱۵۹۰۳
گفتار درمانی	—	۲۲۶۷	۲۷۸۵	۴۱۰۸	۵۷۱۰	۶۹۵۰	۶۴۷۵	۸۲۶۳
سنجش شنوایی	۹۱۰۶	۵۱۲۹۸	۵۷۱۳۹	۵۴۸۴۴	۵۹۹۷۸	۵۵۷۴۹	۷۲۵۸۱	۷۸۹۷۴
خانواده و کودکان ناشنوا	۱۰۴۰	—	—	۱۱۸۴	۱۱۸۰	۱۳۳۰	۱۵۸۸	۱۲۰۴

ماخذ: سالنامه آماری کشور ۱۳۷۴

### برنامه خدمات توانبخشی

این برنامه با هدف فراهم نمودن موجبات زندگی متعارف برای معلولین، ایجاد زمینه های مناسب برای افراد سرویس گیرنده به منظور تکیه بر خودکفایی آنها، ارتقاء کیفی خدمات توانبخشی، پیشگیری از تشدید معلولیت ها و آماده سازی معلولین برای از سرگیری زندگی عادی، به فعالیت های خاص خود می پردازد.

در این بخش نیز پرداخت های سازمان به دو گروه مستمری های بلندمدت و کوتاه مدت تقسیم می شود. مستمری های بلندمدت به افراد نابینا، ناشنوا، معلولین ذهنی و جسمی، قطع نخاع که نتوانند حداقل مخارج خود را تأمین کنند پرداخت می شود. برح مستمری بلندمدت بخش توانبخشی برای هر نفر تحت پوشش تا سال ۱۳۶۹ معادل ۱۲۵۰۰ ریال و برای سال ۱۳۷۰ و ۱۳۷۱، ۲۵۰۰ ریال بوده است.

تعداد مددجویان استفاده کننده از خدمات مختلف ارائه شده توسط واحدهای مختلف توانبخشی سازمان بهزیستی نشان می دهد که بیشترین تعداد استفاده کنندگان از خدمات فیزیوتراپی و پس از آن نگهداری معلولین مطرح است. اما تغییرات در تعداد افراد معلول که در واحدهای مختلف سازمان نگهداری می شوند زیاد نبوده و افزایش چندان در تعداد معلولین تحت حمایت ملاحظه نمی گردد. (جدول ۴۵-۳-۲)

## اعتبارات سازمان بهزیستی

بودجه سازمان بهزیستی عمدتاً از بودجه عمومی دولت تأمین می‌گردد. این سازمان علاوه بر بودجه عمومی از امکانات و منابع دیگری هم به شرح ذیل برخوردار می‌باشد.

درآمد اختصاصی، درآمد افراد خیر و نیکوکار درآمد خیرات و میراث که این درآمد به برنامه‌های متفاوت سازمان اختصاص می‌یابد. در سال ۱۳۷۱، بالاترین سهم اعتبارات به برنامه‌های اصلی یعنی برنامه حمایت خانواده با ۵۲/۵ درصد از مجموع اعتبارات و برنامه خدمات توانبخشی با ۳۳/۹ درصد از مجموع اعتبارات اختصاص یافته است. اگر چه بودجه سازمان بهزیستی از بدو تأسیس تا سال ۱۳۷۱، ۱۷ برابر افزایش یافته اما رشد بی‌رویه جمعیت طی سال‌های اخیر و گران بودن خدمات بهزیستی (از مرحله پذیرش معلولین و محرومین تا مرحله اشتغال و خودکفایی آنان) سرمایه‌گذاری مناسبی را جهت بهبود وضعیت این سازمان طلب می‌نماید.

## ۴-۵- کمیته امداد امام خمینی

این کمیته به عنوان بزرگ‌ترین نهاد حمایت غیربیمه‌ای از اسفند ۱۳۵۷ فعالیت خود را در جهت حمایت از محرومین آغاز نموده است. هدف این نهاد، یاری رساندن به اقشار نیازمند براساس فقه و اخلاق اسلامی از طریق قانون و امداد درماندگان و خودکفا کردن محرومان است و بودجه این نهاد از محل بودجه عمومی، کمک‌های مردمی، وجوه شرعی و درآمدهای ناشی از تبصره ۸۲ تأمین بشود که این تبصره در سال ۱۳۶۲ اموال مربوط به بنیادها و اموال مصادره‌ای در اختیار این نهاد قرار گرفته است.

فعالیت‌های کمیته امداد در زمینه‌های مختلف حمایتی مطرح است که در این راستا برنامه‌های مختلفی را در دست اجرا دارد که عبارتند از: تأمین مستمری مددجویان دائمی، تأمین مستمری مشمولین طرح شهید رجایی، خدمات بهداشتی و درمانی، تأمین مسکن مددجویان، تأمین جهیزیه و هزینه ازدواج، امداد به آسیب‌دیدگان، اطعام و افطاری، جبران دین، کمک به مهاجرین جهت بازگشت به روستا، کنترل موالید، پرداخت وام قرض‌الحسنه، ایجاد اشتغال و خودکفایی، ارائه خدمات مددکاری، اجرای طرح صدقات و بسیاری برنامه‌های حمایتی دیگر که به طور کلی فعالیت‌های کمیته امداد در ۲ محور عمده، امور حمایتی و درمان اقشار آسیب‌پذیر مطرح است که در چارچوب طرح‌های مددجویی، خودکفایی مددجویان، شهید رجایی، خدمات فرهنگی، خدمات عمرانی، وام قرض‌الحسنه، طرح سرباز، برنامه حمایتی خاص و حمایت از محرومان خارج از کشور خلاصه می‌گردد.

گروه‌های عمده بهره‌مند از خدمات کمیته امداد عبارتند از: خانوارهای بی‌سرپرست و همچنین خانوارهایی که با وجود سرپرست، به دلیل از کارافتادگی یا معلولیت یا شرایط خاص اجتماعی قادر به تأمین حداقل نیازها نیستند. سالمندان روستایی مستمند بالای ۶۰ سال (طرح شهید رجایی) و افرادی که بر اثر سوانحی مثل سیل و زلزله یا تصدّف و آتش‌سوزی و... زندگی ایشان مختل شده است.

این افراد یا با مراجعه مستقیم و درخواست مساعدت یا از طریق معرفی توسط سازمان‌ها و مراکز دولتی و خصوصی یا افراد خیر و معتمد محل تحت پوشش قرار می‌گیرند یا از طریق واحدهای مددکاری کمیته امداد شناسایی و مورد حمایت قرار می‌گیرند.

پوشش کمیته امداد امام

مددجویان تحت پوشش به دو دسته تقسیم می شوند: تحت پوشش عادی و تحت پوشش طرح شهید رجایی که مددجویان تحت پوشش عادی کسانی هستند که به علت بی سرپرستی، از کارافتادگی یا معلولیت و بیماری سرپرست نیازمند حمایت هستند. مددجویان طرح شهید رجایی شامل سالمندان روستایی نیازمند بالای ۶۰ سال سن و افراد تحت تکفل ایشان می شود.

و ارتباط با مددجویان تحت پوشش عادی. آمار کمیته امداد امام نشان می دهد که در سال ۱۳۷۴ حدود ۲ میلیون نفر تحت پوشش بوده اند که حدود ۷۳ درصد از ایشان تحت پوشش دائمی و مابقی افراد تحت پوشش موردی بوده اند که به طور متوسط میزان پرداختی به هر نفر تحت پوشش ۱۱۱/۱۲۵ ریال در سال بوده است که با توجه به افزایش قیمت ها، رقم ناچیزی را نشان می دهد. (جدول ۴۶-۳-۲)

جدول ۴۶-۳-۲- مددجویان تحت پوشش عادی

عنوان	۱۳۶۷	۱۳۶۸	۱۳۶۹	۱۳۷۰	۱۳۷۱	۱۳۷۲	۱۳۷۳	۱۳۷۴
خانوار - دائمی	۲۴۹۶۶۴	۲۵۵۱۵۳	۲۶۹۲۶۷	۲۷۲۴۵۸	۲۸۶۸۵۷	۳۲۳۵۱۷	۳۸۷۲۶۱	۴۱۵۳۷۳
نفرات - دائمی	۸۷۰۶۶۶	۸۹۹۷۷۲	۹۷۲۶۶۳	۹۹۴۰۷۴	۱۰۴۸۵۶۹	۱۱۶۵۴۱۹	۱۳۸۲۱۲۰	۱۴۶۰۱۳۷
نفرات - موردی	۱۱۳۹۴۹	۴۳۲۹۰	۱۳۶۴۲۸	۱۸۴۶۹۷	۱۷۷۴۶۵	۲۰۳۰۲۵	۳۸۵۸۶۵	۵۴۰۸۷۲
مبلغ پرداختی	۹۸۹۴۲۵۹	۱۴۰۸۳۶۱۰	۱۹۷۶۷۵۷۹	۳۰۲۸۴۳۷۰	۵۷۲۱۷۹۱۲	۱۷۱۹۹۹۱۷۱	۲۰۸۷۰۴۴۸۸	۲۵۰۲۲۵۵۵۹

محد گزارش آماری کمیته مدد ۱۳۷۴

جدول ۴۷-۳-۲- طرح شهید رجایی

هزار ریال

عنوان	۱۳۶۶	۱۳۶۷	۱۳۶۸	۱۳۶۹	۱۳۷۰	۱۳۷۱	۱۳۷۲	۱۳۷۳	۱۳۷۴
تعداد خانوار	۴۱۰۸۴۶	۴۶۴۵۴۴	۴۸۴۳۲۹	۵۰۴۹۰۰	۵۲۳۳۱۳	۵۷۰۸۲۳	۶۳۸۵۳۹	۶۱۸۷۱۰	۶۱۵۸۴۶
تعداد نفرات	۱۰۶۸۵۹۸	۱۳۰۵۰۳۹	۱۳۴۵۳۰۰	۱۴۵۲۷۹۸	۱۵۰۰۹۲۰	۱۵۸۲۸۷۸	۱۲۷۰۱۹۵	۱۴۲۵۷۲۳	۱۴۵۶۲۷۶
مبلغ کمک پرداختی	۱۳۳۲۴۰۸۴	۱۴۳۳۰۱۵۲	۱۸۶۱۱۸۰۹	۱۹۶۹۶۳۱۸	۲۱۳۴۵۲۵۴	۲۱۸۷۱۷۱۳	۱۴۴۷۰۴۳۵۹	۱۶۶۰۱۴۹۵۳	۱۸۲۶۹۱۹۰۲
سربه سرانه پرداختی	۱۱۰۵۷	۱۳۸۳۵	۱۳۵۷۲	۱۴۲۲۱	۲۶۴۲۳	۱۱۳۹۲۳	۱۱۶۴۴۳	۱۳۵۴۵۱	

محد گزارش آماری کمیته مدد ۱۳۷۴

جدول ۴۸-۳-۲- امور بیمه و خدمات درمانی نیازمند

عنوان	۱۳۶۷	۱۳۶۸	۱۳۶۹	۱۳۷۰	۱۳۷۱	۱۳۷۲	۱۳۷۳	۱۳۷۴
افراد بیمه شده - کل	۲۱۷۵۷۰۵	۲۳۴۵۰۷۲	۲۴۲۵۴۶۱	۲۴۹۴۹۹۴	۲۴۳۱۴۴۷	۲۴۳۵۶۱۴	۲۸۰۷۷۴۳	۳۲۴۸۲۹۸
افراد بیمه شده - شهری	۳۳۳۳۲۷	۳۵۳۰۴۳	۳۸۶۶۶۹	۴۰۰۴۶۲	۴۳۷۲۶۰	۵۲۵۰۴۴	۶۴۰۷۲۱	۹۵۸۳۰۱
افراد بیمه شده - روستایی	۱۸۴۳۳۷۸	۱۸۹۲۰۲۲	۲۰۳۸۷۹۲	۲۰۹۴۵۳۲	۲۱۹۴۱۸۷	۱۹۱۰۵۷۰	۲۶۶۷۱۲۲	۲۲۸۹۹۹۷
مبلغ هزینه به هزار ریال	۲۴۴۹۳۶۰	۳۱۳۷۱۷۵	۳۹۹۶۰۰۴	۴۸۷۴۸۴۳	۶۷۹۱۰۶۳	۱۲۶۹۳۶۱۰	۲۹۰۳۰۹۰۸	۱۱۲۴۸۲۲۹۳

محد گزارش آماری کمیته مدد ۱۳۷۴

در ارتباط با مددجویان تحت پوشش طرح شهید رجایی نیز ملاحظه می شود که در سال ۱۳۷۴ در پی روند افزایشی در تعداد خانوار و نفرات تحت پوشش، حدود ۱/۴۵۶/۰۰۰ نفر در قالب حدود ۶۱۵ هزار خانوار تحت حمایت قرار گرفته اند که باز آنچه قابل توجه می باشد، ناچیز بودن مبلغ سرانه سالانه پرداختی به این افراد است. (جدول ۲۷-۳-۲) که گرچه نرخ رشد میزان پرداختی ها قابل توجه بوده اما در نظر گرفتن حدود هزار تومان به ازای هر نفر در ماه، با توجه به هزینه های زندگی، نیازمند توجه تغییرات است تا در جهت نیل به اهداف اساسی که همانا رساندن سطح زندگی افراد به یک سطح مطلوب عمل شود.

لذا در مجموع مددجویان تحت پوشش عادی کمیته امداد امام (دائمی و موقتی) و طرح شهید رجایی از ۲,۵۶۱,۸۸۹ نفر در سال ۱۳۶۹ به ۳,۴۵۷,۲۸۵ نفر در سال رسیده است.

### خدمات درمانی

تعداد افراد مورد حمایت خدمات درمانی در کل با افزایش طی سال های گذشته به ۳,۲۴۸,۲۹۸ نفر در سال ۱۳۷۴ رسیده است (جدول ۴۸-۳-۲) که با توجه به افراد تحت پوشش طرح شهید رجایی و طرح سرباز حدود ۷۰ درصد از افراد بیمه شده در روستا بوده اند که با توجه به مبلغ هزینه این خدمات، برای هر فرد بیمه شده تحت حمایت سالانه ۳۴۶۲۸ ریال هزینه صورت گرفته است.

### خدمات فرهنگی

در چارچوب خدمات فرهنگی و آموزشی در سال ۱۳۶۷ حدود ۲۳۴,۰۰۰ نفر دانش آموز و ۱۸۱۶ طلبه و دانشجو از اعضای خانواده های مددجو، تحت پوشش این نهاد قرار داشته اند که با روند افزایشی و خصوصاً افزایش شدیدتر در تعداد طلبه و دانشجوی استفاده کننده از خدمات فرهنگی، در سال ۱۳۷۴، تعداد دانش آموزان به حدود ۶۹۰,۰۰۰ و طلبه دانشجوی به حدود ۱۵,۶۰۰ نفر رسیده است. (جدول ۴۹-۳-۲)

### خدمات عمرانی

کمیته امداد در راستای اهداف مورد نظر به ساخت مسکن مددجو، فضاهای خودکفایی برای کار و فعالیت هایی در جهت کسب درآمد و ساختمان اداری پرداخته است که در این میان بیشترین تعداد و هزینه انجام شده در ایجاد مسکن برای مددجویان بوده است که با روند صعودی در تعداد مسکن های ساخته شده و هزینه های مربوطه در سال ۱۳۷۴، تعداد ۱۸,۱۶۵ مسکن مددجویی با هزینه متوسط هر مسکن حدود یک میلیون ریال مطرح بوده است. فضاهای خودکفایی هزینه ساخت زیادی نداشته و لذا شاید برای ایجاد امکانات کار و تولید برای مددجویان طرح عمرانی مناسبی باشد. (جدول ۵۰-۳-۲)



جدول ۴۹-۳-۲- خدمات فرهنگی و آموزشی

عنوان	۱۳۶۶	۱۳۶۷	۱۳۶۸	۱۳۶۹	۱۳۷۰	۱۳۷۱	۱۳۷۲	۱۳۷۳	۱۳۷۴
تعداد دانش آموزان	۲۱۱۷۴۵	۲۳۴۰۷۲	۲۵۹۳۶۳	۲۸۰۹۲۰	۳۰۵۶۸۲	۳۳۳۶۷۳	۴۴۰۲۱۰	۵۵۸۲۹۹	۶۹۰۶۴۱
تعداد طنله و دانشجو	۱۰۶۵	۱۸۱۶	۲۴۰۴	۳۰۱۹	۳۶۱۸	۴۰۰۶	۶۳۹۷	۱۱۰۳۱	۱۵۶۳۴
مسح هزینه ه هوزار ريال	۸۷۵۴۳۱	۱۳۳۷۶۵۹	۱۹۰۳۴۷۵	۳۲۷۴۱۱۳	۵۰۳۱۴۴۳	۱۰۱۶۹۱۴۹	۱۸۵۰۲۸۰۴	۲۷۲۱۱۷۹۵	

ماخذ: گزارش آماری کمیته امداد ۱۳۷۴

جدول ۵۰-۳-۲- خدمات عمرانی

هزار ريال

عنوان	۱۳۶۷	۱۳۶۸	۱۳۶۹	۱۳۷۰	۱۳۷۱	۱۳۷۲	۱۳۷۳	۱۳۷۴
مسکن مددجو - تعداد	۳۷۱۶	۳۱۲۶	۵۶۴۴	۷۸۴۰	۱۱۵۱۶	۱۲۸۴۴	۱۵۳۱۷	۱۸۱۶۵
مسکن مددجو - مبلغ	۵۵۳۱۶۲	۷۴۹۵۰۷	۲۰۷۲۹۷۲	۲۸۱۹۰۴۲	۵۵۴۷۰۸۱	۶۵۴۹۲۴۵۶	۱۵۰۴۹۵۷۹	۲۶۱۲۷۱۹۲
فضای خودکفایی - تعداد	—	—	—	۳۰۵	۱۳۵۴	۲۰۱۳	۲۰۴۱	۲۶۹۰
فضای خودکفایی - مبلغ	—	—	—	۷۷۱۱۸	۲۹۷۶۸۸	۷۷۳۸۹۳	۹۹۱۳۰۱	۱۶۷۸۸۵۲
ساختمان اداری - تعداد	—	۲۴۹	۴۷۷	۴۷۳	۶۳۸	۶۲۴	۷۱۱	۶۶۷
ساختمان اداری - مبلغ	—	۹۳۰۹۴۴	۲۰۱۰۲۹۷	۳۴۳۲۳۶۸	۵۰۱۶۶۰۳	۶۷۸۶۴۱۶	۱۰۲۴۶۶۴۹	۱۷۵۶۰۶۸۷

ماخذ: گزارش آماری کمیته امداد ۱۳۷۴

جدول ۵۱-۳-۲- برنامه‌های خودکفایی مددجویان و طرح‌های کمک به مددجو

هزار ریال

عنوان	۱۳۶۶	۱۳۶۷	۱۳۶۸	۱۳۶۹	۱۳۷۰	۱۳۷۱	۱۳۷۲	۱۳۷۳	۱۳۷۴
پرداخت وام قرض الحسنه - تعداد	۱۳۲۷۲	۱۳۹۱۸	۱۲۷۲۶	۱۲۶۹۰	۱۳۵۳۶	۱۳۷۲۳	۲۲۴۳۵	۴۱۹۳۵	۴۴۰۸۷
پرداخت وام قرض الحسنه - مبلغ	۲۱۰۶۷۱۹	۲۲۵۴۴۶۵	۲۱۷۶۸۴۵	۲۲۲۵۴۲۹	۲۵۷۶۱۹۰	۲۸۸۳۵۱۶	۵۷۳۸۱۸۶	۱۱۹۴۳۲۵۰	۱۷۴۴۲۰۶۰
پرداخت وام خودکفایی امداد - تعداد	۴۳۳۲	۴۳۱۵	۶۱۹۷	۷۳۲۱	۱۰۶۱۷	۱۱۷۹۹	۱۳۵۲۸	۲۱۵۹۹	۲۸۲۳۳
پرداخت وام خودکفایی امداد - مبلغ	۵۷۷۹۰۴	۶۱۰۴۸۴	۱۱۴۴۶۴۷	۱۴۴۷۱۴۰	۲۸۰۱۹۷۴	۳۳۳۵۵۶۵	۷۵۳۵۱۸۰	۱۷۸۴۶۶۷۷	۳۰۶۴۷۶۶۱
اطعام و افطار محرومین - تعداد	—	—	۲۴۴۵۷۹	۲۹۴۹۰۹	۲۵۶۱۱۲	۴۰۶۶۷۹	۴۱۹۱۹۱	۵۷۹۸۶۴	۷۱۵۱۴۲
اطعام و افطار محرومین - مبلغ	—	—	—	—	—	۵۰۰۸۳۷	۴۱۴۷۸۶	۷۴۱۹۲۴	۱۱۰۲۴۳۵
کمک به مزدوجین - تعداد	۹۰۷	۱۱۵۱	۱۴۳۴	۱۹۸۹	۵۹۶۷	۱۲۷۸۴	۱۹۰۷۷	۲۰۸۶۰	—
کمک به مزدوجین - مبلغ	۳۵۵۲۷	۱۱۸۷۰۴	۱۰۸۵۳۰	۴۷۹۰۴۵	۲۷۴۲۰۴۳	۸۰۴۰۲۴۵	۱۵۱۶۴۸۰۰	۲۰۵۱۹۶۳۳	—
طرح کنترل موالید - تعداد	—	—	—	—	—	—	—	—	۶۳۱۳
طرح کنترل موالید - مبلغ	—	—	—	—	—	—	—	—	۹۶۹۱۷۳
طرح بازگشت مهاجرین - تعداد خانوار	۲۰۸۷۹	۱۸۴۹۵	—	—	—	—	—	—	۵۲۶
طرح بازگشت مهاجرین - مبلغ	۶۲۲۹۱۹	۴۸۰۲۰۵	—	—	—	—	—	—	۲۶۸۰۷۰۱

مأخذ: گزارش آماری کمیته امداد ۱۳۷۴

جدول ۵۲-۳-۲- درآمدهای اختصاصی و صدقات

هزار ریال

عنوان	۱۳۶۷	۱۳۶۸	۱۳۶۹	۱۳۷۰	۱۳۷۱	۱۳۷۲	۱۳۷۳	۱۳۷۴
مبلغ کل درآمدهای اختصاصی	۸۳۳۲۵۴۳	۱۴۱۲۲۲۱۰	۲۷۵۷۱۸۴۷	۳/۰۸E+۰/۸	۳۴۶۶۹۳۸۸	۴۴۶۴۷۴۲۵	۶۲۳۰۱۰۵۶	۱۰۰۷۰۵۵۵۲
طرح صدقات - تعداد صندوق	۳۸۳۰۹۷	۴۴۹۰۸۷	۵۳۵۳۹۲	۴۶۰۰۳۹	۵۳۹۲۳۹	۶۴۵۲۱۰	۷۵۰۷۵۶	۹۱۲۲۱۸
طرح صدقات - مبلغ درآمد	۲۲۸۰۳۷۹	۳۰۷۴۱۴۵	۴۳۶۲۶۴۰	۵۶۸۳۱۶۴	۸۶۲۶۳۰۲	۱۴۰۸۲۲۵۹	۲۲۶۷۶۶۹۸	۳۴۰۲۹۸۳۹

مأخذ: گزارش آماری کمیته امداد ۱۳۷۴

## برنامه های خودکفایی

در چارچوب فعالیت های خودکفایی، موارد زیر مطرح می گردد: اعضای وام بلندمدت برای کسب و اشتغال، تهیه ابزار کار و مواد اولیه - تهیه و واگذاری مواد اولیه و وسیله کار - تشکیل دوره های کارآموزی - رسیدگی و نظارت بر فعالیت خودکفایی خانوارها - تهیه مقدمات لازم برای خودکفایی به صورت دسته جمعی و گروهی از طریق کارگاه های آموزشی و تولیدی - کاریابی برای مددجویان و معرفی آنان به مشاغل مناسب و تهیه مقدمات لازم برای جذب بازار کار شدن مددجویان. در این راستا و در چارچوب برنامه های طرح های کمک به مددجو کمیته امداد امام، تعداد افراد مددجو در سه طرح پرداخت وام قرض الحسنه، وام خودکفایی امداد و کمک به مزدوجین از ۱۹۱۴۰ نفر در سال ۱۳۶۷ به ۹۳،۲۸۰ نفر در سال ۱۳۷۴ رسیده است که متوسط پرداخت در این سه طرح در سال ۱۳۶۷، حدود ۱۵۱،۵۴۰ ریال بوده که در سال ۱۳۷۴ به ۱۳۵،۵۳۱ ریال رسیده است. (جدول ۵۱-۳-۲)

در سال ۱۳۷۴ به طور متوسط هر مددجو از طرح کمک به مزدوجین مبلغ ۹۸۳،۶۸۰ ریال دریافت کرده و در رابطه با طرح وام خودکفایی امداد به طور متوسط ۱،۰۸۵،۵۲۶ ریال و برای وام قرض الحسنه هر مددجو ۳۹۵،۶۲۸ ریال دریافت نموده است.

درآمدهای اختصاصی و صدقات، کمیته امداد امام خمینی نشان از افزایش سالانه طی سال های گذشته دارد و درآمد حاصل از صدقات نشانگر همیاری خوب مردم در اجرای طرح های این کمیته می باشد. (جدول ۵۲-۳-۲)

## جمعیت هلال احمر جمهوری اسلامی ایران

جمعیت هلال احمر جمهوری اسلامی ایران یکی از نهادهای حمایتی است که فعالیت های خود را در زمینه امور امداد آسیب دیدگان، توانبخشی و درمان، ارائه خدمات اجتماعی و حمایتی، امور جوانان، تولید و توزیع دارو و تجهیزات پزشکی و کمک های برون مرزی و آموزش و تحقیقات به مرحله اجرا گذاشته است. جمعیت هلال احمر دارای ارکان ها و سازمان های متفاوتی است که یکی از آنها «اداره مددکاری جمعیت هلال احمر» می باشد. این اداره در راستای محرومیت زدایی قدم برداشته و با هدف تشکیل آلام بشری تشکیل شده است. در واحد مددکاری جمعیت هلال احمر، رسیدگی به مشکلات اقتصادی، درمانی، مسکن، اجتماعی و فرهنگی صورت می پذیرد. پس از بررسی وضعیت مراجعان و تأیید نیاز آنها مساعدت لازم انجام می شود. اغلب متقاضیان خانم های بی سرپرست یا به دینی بدسرپرست می باشند. این مشکلات شامل نیاز به دارو و درمان، مسکن و هزینه زندگی می باشد که پس از بررسی وضعیت خانواده کمک های درمانی، دارو، ودیعه مسکن یا کمک هزینه زندگی پرداخت می شود.

بر اساس آمار اداره مددکاری جمعیت هلال احمر در سال ۱۳۷۷، به تعداد ۲۳۰ خانوار ودیعه مسکن پرداخت کردید دست که بالغ بر ۲۵۷،۵۰۰ هزار ریال می گردد.

جمعیت هلال احمر در سال ۱۳۷۵، دفتر مشارکت امور زنان را تأسیس کرد. این جمعیت در سطح استان تهران ۲۰۰۰ خانوار بدسرپرست را تحت پوشش دارد. دانش آموزان تحت پوشش در استان تهران ۹۰۰ نفر می باشند و این دانش آموزان و سایر اعضای خانواده های تحت پوشش به طور رایگان از کلاس های مختلف و اردوهای تابستانی استفاده می کنند.

در سال ۱۳۷۷، ۴۵ مورد وام به خانواده‌های تحت پوشش پرداخت شده که مبلغ پرداختی بین ۵۰۰ هزار ریال تا یک میلیون ریال متفاوت بوده است.

جمعیت هلال احمر، با توجه به ضوابط خاصی به خانوارهای نیازمند مستمری پرداخت می‌کند البته بیشتر اوقات پرداخت مستمری مدت ۶ ماه ادامه یافته سپس خانوارها به کمیته امداد یا سازمان بهزیستی کشور معرفی می‌گردند یا با دادن سرمایه کار به خودکفایی می‌رسند. جدول زیر چگونگی پرداخت این مستمری را نشان می‌دهد.

جدول ۵۳-۳-۲- مستمری پرداخت توسط هلال احمر  
سال ۱۳۷۷

کمک هزینه پرداختی (هزار ریال)	بعد خانوار
۵۰	۲-۱
۷۰	۳-۲
۱۲۰	۶-۴
۱۵۰	۷ نفر به بالا

### بنیاد شهید انقلاب اسلامی

به فرمان امام خمینی در ۲۲ اسفند ۱۳۵۸ بنیاد شهید انقلاب اسلامی به منظور حمایت از خانواده‌های شاهد در زمینه تأمین نیازهای مالی، معیشتی امور فرهنگی و آموزشی و خوداتکایی آنان تشکیل شد. عمده فعالیت‌های بنیاد در سال‌های اول تأسیس، پرداخت حقوق خانواده‌های شاهد و تأمین مایحتاج زندگی آنان بود. اما به دنبال دستور رهبر انقلاب در ششم فروردین ۱۳۶۵ توجه به امور فرهنگی، آموزشی و خوداتکایی فرزندان شاهد در دستور کار آن قرار گرفت.

فعالیت‌های بنیاد شهید حول دو محور اقتصادی و خدماتی انجام می‌شود.

#### الف - بخش اقتصادی

این بخش با مالکیت صدها شرکت، کارخانه، املاک و مستغلات و زمین‌های کشاورزی در چهار رشته عمده فعالیت اقتصادی مشارکت دارد. هدف اساسی این بخش کسب سود و انجام کارهای درآمدزا به منظور تأمین بخشی از هزینه ارائه خدمات به فرزندان شاهد است.

۱- سازمان اقتصادی کوثر: مالکیت و مدیریت بیش از ۱۱۰ شرکت تولیدی و تجاری و صنعتی با دامنه فعالیت بسیار گسترده تولیدی، بازرگانی، خدماتی، عمرانی، تحقیقات و آموزش و صادرات و واردات به عهده سازمان کوثر است.

روغن نباتی قو و جهان، پشم بافی جهان، شرکت زریال، مرغک و مرغداران از کارخانه‌های مهم این بخش است.

۲- شرکت سرمایه‌گذاری شاهد: این شرکت در سال ۱۳۶۴ با هدف استفاده بهینه از منابع خانواده‌های شاهد و کمک به خوداتکایی آنان، با سرمایه ۱۰۰ میلیون ریال به صورت سهامی خاص تأسیس شد.

فعالیت شرکت در قالب ۱۳ شرکت فرعی و ۴۲ شرکت مستقل پیگیری می‌شود. همچنین بخش سرمایه‌گذاری خارجی در قالب ۶ شرکت در خارج از کشور اداره می‌شود.

۳- سازمان پزشکی شفا: این سازمان در رشته‌های مختلف بهداشت و درمان فعالیت می‌کند. در حال حاضر چهار بیمارستان، هفت کلینیک تخصصی، چهارده داروخانه و یک مرکز تهیه لوازم بهداشتی و تجهیزات پزشکی را تحت پوشش دارد.

۴- سازمان اموال و املاک: به دنبال تشکیل بنیاد شهید مسئولیت اداره، نگهداری، اجاره و فروش تعدادی از املاک، مستعلات، باغ‌ها و زمین‌های کشاورزی و واگذاری به آن به سازمان اموال و املاک بنیاد شهید واگذار شد.

درآمد حاصله از فروش اموال فوق‌الذکر به منظور تأمین بخشی از مخارج ارائه خدمات به فرزندان شاهد مورد استفاده قرار می‌گیرد.

#### ب- بخش خدماتی

حمایت از خانواده‌های شاهد در زمینه‌های مختلف مالی، معیشتی، فرهنگی، آموزشی، اشتغال و خودتکایی در قالب ادارات و سازمان‌های مختلف، تحت مدیریت و سرپرستی بنیاد شهید صورت می‌گیرد.

۱- امور آموزشی و مدارس شاهد: به دنبال صدور حکم امام خمینی در سال ۱۳۶۵ با همکاری وزارتخانه‌های آموزش و پرورش، آموزش عالی و بهداشت و درمان و آموزش پزشکی، بنیاد شهید فعالیت خود را در زمینه آموزش فرزندان شهید شروع کرد. در حال حاضر (سال ۱۳۷۵) ۶۹۵ مدرسه شاهد در مقاطع مختلف تحصیلی به امر آموزش اشتغال دارند.

همچنین دانشگاه شاهد، با تصویب هیئت امناء در سال ۱۳۶۹ فعالیت خود را آغاز کرده است و در حال حاضر با ۸ دانشکده در ۱۸ رشته تحصیلی، در مقطع کارشناسی و دکترای حرفه‌ای فعال است.

۲- اقدامات فرهنگی: پرورش فکری و روحی، فراهم آوری زمینه تفریحات سالم و آموزش‌های فوق برنامه به عهده گروه‌ها و سازمان‌هایی است که در بنیاد شهید تشکیل شده است.

نظیر:

- گروه سیمای شاهد به منظور ترویج فرهنگ شهادت و جاویدنگه داشتن یاد شهیدان.

- سازمان مجتمع‌های فرهنگی - سیاحتی کوثر به منظور بسط و گسترش فضاها و ایجاد زمینه فرهنگی، سیاحتی، تفریحی و ورزشی برای خانواده‌های شاهد.

۳- حمایت مالی و ارائه خدمات معیشتی، تأمین معیشت خانواده‌های شاهد از وظایف مهم مورد تأکید رهبر انقلاب می‌باشد.

در این زمینه اقدامات مختلفی انجام می‌گیرد که مهم‌ترین آنها به شرح زیر است.

۱- پرداخت حقوق و مزایا

۲- پرداخت کمک هزینه درمان، ازدواج و حوادث غیرمترقبه.

۳- حل و فصل مسائل حقوقی و ثبتی خانواده‌های شاهد.

۴- تأمین فرصت‌های شغلی.

۵- تأسیس صندوق قرض الحسنه شاهد.

۶- تأمین مسکن برای همسران و فرزندان شاهد از طریق کمک هزینه مسکن و خرید و احداث خانه برای آنان.

بودجه بنیاد شهید

دامنه گسترده ارائه خدمات به خانواده‌های شاهد از دو منبع تأمین مالی می‌شود.

- ۱- منابع داخلی بنیاد: براساس ارقام جدول شماره ۱، طی سال‌های ۱۳۷۱ تا ۱۳۷۵ به طور متوسط سالانه کمتر از ۱۵ درصد از منابع مالی مورد نیاز از طریق فعالیت‌های اقتصادی و داخلی بنیاد شهید تأمین گردیده است.
- ۲- بودجه عمومی دولت: بخش اعظم منابع مالی بنیاد از طریق ردیف‌های بودجه عمومی دولتی تأمین می‌گردد. طی سال‌های مختلف ۱۳۷۱ تا ۱۳۷۵ بیش از ۸۵ درصد از منابع مورد نظر از طریق بودجه عمومی دولت تأمین گردیده است (جدول شماره ۱).

جدول ۵۴-۳-۲- منابع و مصارف مالی بنیاد شهید - سال‌های ۱۳۷۱-۱۳۷۵ ارقام میلیون ریال

		۱۳۷۱	۱۳۷۲	۱۳۷۳	۱۳۷۴	۱۳۷۵
منابع تأمین مالی:						
۱	بودجه دولتی ردیف ۱۳۱۶۰۰ بنیاد شهید	۱۹۴۴۰۶	۳۴۳۳۸۰	۳۷۴۲۷۲	۵۶۰۱۵۰	۶۴۲۴۰۰
۲	بودجه دولتی ردیف ۱۳۱۶۰۱ بنیاد شهید	۱۵۰۰۰	۲۴۶۶۰	۲۴۶۴۵	۳۰۱۴۵	۴۰۰۰۰
۳	بودجه دولتی ردیف ۱۲۰۱۰۰ دانشگاه شاهد	۱۰۰۰	۱۴۳۰	۲۲۴۰	۲۴۳۰	۳۲۸۰
۴	سایر منابع	۱۷۸۱۰	۱۷۵۳۸	۶۲۷۵۰	۱۳۱۵۰۰	۱۴۰۰۲۰
	جمع	۲۲۸۲۱۶	۳۸۷۰۰۸	۴۶۳۹۰۷	۷۲۴۲۲۵	۸۲۵۷۰۰
مصارف:						
		۱۳۷۲	۱۳۷۳	۱۳۷۴	۱۳۷۵	
۱	حقوق و مستمری	۲۲۶۶۵۵	۲۵۳۲۹۵	۴۱۱۱۴۱	۴۹۰۰۰۰	
۲	مسکن	۴۵۷۰۹	۷۲۵۵۲	۱۱۳۸۳۱	۵۵۰۰۰۰	
۳	فعالیت‌های فرهنگی و آموزش	۴۳۲۰۸	۶۳۲۲۸	۸۵۹۶۶	۱۱۹۳۰۰	
۴	سایر خدمات معیشتی	۲۴۴۹۸	۲۷۳۵۸	۴۹۴۵۸	۷۲۴۰۰	
۵	هزینه پرسنلی اداری سرمایه گذاری	۴۶۹۳۸	۴۷۴۷۴	۶۳۸۳۰	۸۹۰۰۰	
	جمع	۳۸۷۰۰۸	۴۶۳۹۰۷	۷۲۴۲۲۶	۸۲۵۷۰۰	

مأخذ: دفتر آمار و برنامه‌ریزی بنیاد شهید انقلاب اسلامی.

جدول شماره ۵۵-۳-۲ خانوارهای تحت پوشش بنیاد شهید را برحسب نوع خانوار از سال ۱۳۷۰ تا

۱۳۷۵ نشان می‌دهد.

جدول ۵۵-۳-۲- خانوارهای تحت پوشش بنیاد شهید

سال	جمع	خانوار فرد شهید		خانوار فرد اسیر		خانوار فرد مفقودالان	
		والدین	همسر و فرزندان	والدین	همسر و فرزندان	والدین	همسر و فرزندان
۱۳۷۰	۲۴۲۷۴۷	۱۶۳۶۱۳	۴۸۵۴۹	۹۷۰	۳۴۲	۲۳۴۱۹	۵۸۵۴
۱۳۷۱	۲۳۹۲۱۴	۱۶۰۵۹۰	۵۰۸۷۵	۸۴۹	۳۳۵	۲۱۰۳۶	۵۵۲۹
۱۳۷۲	۲۳۵۵۳۶	۱۵۱۵۱۸	۵۱۴۲۰	۶۹۰	۳۲۶	۲۰۱۹۰	۵۳۳۲
۱۳۷۳	۲۳۱۵۱۴	۱۵۴۸۵۲	۵۲۳۷۹	۵۵۶	۲۸۴	۱۸۵۴۰	۴۹۰۳
۱۳۷۴	۲۳۳۶۸۴	۱۶۱۲۶۲	۵۲۸۲۷	۹۵۹	۲۲۸	۱۴۵۶۳	۳۸۴۵
۱۳۷۵	۲۳۲۴۳۱	۱۶۱۹۰۶	۵۳۷۸۷	۸۸۰	۱۸۸	۱۲۳۱۲	۳۳۵۸

باتوجه به این که بخشی از وظایف بنیاد شهید پرداخت مستمری به خانواده‌های شاهد است، این میزان مستمری و سرانه آن باتوجه به افرادی که مستمری دریافت می‌کنند در جدول زیر آمده است و سرانه ماهیانه آن با خط فقر شهری مقایسه می‌شود.

جدول ۵۶-۳-۲- مستمری پرداختی و تعداد افراد تحت پوشش بنیاد شهید انقلاب اسلامی

سال	تعداد خانوار	کل مبلغ پرداختی (میلیون ریال)	سرانه مستمری سالانه (ریال)*	خط فقر ریالی سالانه در شهر
۱۳۷۰	۱۸۸۷۴۵	۹۴۷۵۵	۱۳۲۱۰۶	۱۹۱۷۵۹
۱۳۷۱	۱۹۰۱۵۵	۱۳۶۰۴۵	۱۸۸۲۷۴	۲۸۰۸۲۱
۱۳۷۲	۲۰۶۸۶۴	۲۳۳۶۵۵	۲۹۷۲۳۹	۴۷۸۰۲۰
۱۳۷۳	۲۱۴۳۸۹	۲۵۳۶۷۳	۳۱۳۷۸	۵۰۹۶۲۱
۱۳۷۴	۲۱۳۴۹۶	۴۱۲۶۴۸	۵۰۸۶۳۵	۶۸۳۱۳۸
۱۳۷۵	۲۱۶۱۳۱	۶۸۰۸۷۰	۸۲۹۰۱۷	۱۰۱۲۰۶۷

\* عدد در دسترس منابع محاسبه گردیده و در جدول ۳۱ نیز محاسبه شده است.

همان گونه که ملاحظه می‌شود، در تمام سال‌های مورد بررسی خط فقر سرانه سالانه رقم بیشتری از مستمری پرداختی توسط بنیاد شهید بوده است. البته این آمار میانگین جامعه آماری را نشان می‌دهند و میزان مستمری‌ها در شهر و روستا و باتوجه به بعد خانوار متفاوت می‌باشد.

### فصل چهارم - «درمان» در سیستم تأمین اجتماعی

در میان وظایف بیمه‌ای و حمایتی یک سیستم تأمین اجتماعی، بخش بهداشت و درمان از اهمیت بالایی برخوردار است. از نظر بیمه‌شدگان نیز عمکره این بخش به عنوان ملاکی برای میزان موفقیت سیستم تأمین

اجتماعی و لذا استقبال بیشتر برای پیوستن به این بخش بیمه‌ای سیستم، می‌باشد. با توجه به این‌که در هر زمان تعداد قابل توجهی از بیمه‌شدگان، متقاضی خدمات بیمه‌ای درمانی می‌باشند، بررسی وضعیت وجود این بخش و مشکلات آن حائز اهمیت می‌باشد.

سابقه بیمه درمان در ایران به سال ۱۳۱۰ و زمان تشکیل «صندوق احتیاط کارگران طرق و شوارع» بر می‌گردد که این صندوق متعهد پرداخت هزینه درمان کارگران مجروح و مریض بود. پس از آن در طی سالیان، انجام این خدمت بر عهده سازمان‌هایی با نام‌های مختلف بوده و خدمات ارائه شده نیز چون افراد و گروه‌های تحت پوشش در طی این مدت تغییراتی نداشته است. با تصویب قانون تأمین اجتماعی در سال ۱۳۵۴، انجام تعهدات ناشی از حوادث و بیماری‌ها و همچنین بارداری جزء وظایف سازمان خدمات درمانی قرار گرفت. از این تاریخ بیمه‌شدگان می‌توانند از درمان مستقیم یا غیرمستقیم بهره‌مند گردند. در درمان مستقیم، بیمه‌شدگان از امکانات درمانی اختصاص سازمان به طور رایگان بهره می‌گیرند اما در درمان غیرمستقیم، بیمه‌شدگان به پزشک یا مراکز درمانی طرف قرارداد سازمان مراجعه کرده و بخشی از هزینه درمان را به خود پرداخت می‌کنند که در این حالت مابقی هزینه طبق قانون از طرف سازمان پرداخت می‌گردد. از سال ۱۳۵۴ تا ۱۳۵۸ سازمان ارائه‌کننده درمان، سازمان تأمین خدمات درمانی بوده و از سال ۱۳۵۸ تا ۱۳۶۸ پس از انحلال سازمان تأمین خدمات درمانی، وزارت بهداشتی و بهزیستی مستقیماً امر درمان را در اختیار گرفت. از سال ۱۳۶۸ نیز با تصویب قانون، سازمان تأمین اجتماعی وابسته به وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی موظف شد تأکید تعهدات درمانی بیمه‌شدگان را تأمین نماید.

در راستای توسعه بیمه خدمات درمانی و تعمیم آن به اقشار آسیب‌پذیر و روستاییان که در برنامه پنجساله دوم جمهوری اسلامی ایران مورد نظر بوده است، در سال ۱۳۷۳ قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور تصویب و در مهرماه سال ۱۳۷۴ سازمان بیمه خدمات درمانی تأسیس شد تا در جهت اهداف این قانون و افزایش پوشش بیمه درمانی در کل کشور فعالیت نماید. لذا سازمان تأمین اجتماعی و سازمان بیمه خدمات درمانی دو نهاد فعال در زمینه بیمه خدمات درمانی کشور هستند.

#### الف- درمان در برنامه تأمین اجتماعی

قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران در اصل ۲۹، به نظام تأمین اجتماعی پرداخته و تأمین اجتماعی را از دو دیدگاه مطرح نموده است: الف، دیدگاه بیمه‌ای که عمدتاً با مشارکت مردم است و ب، دیدگاه غیربیمه‌ای که معمولاً از سوی دولت صورت می‌پذیرد. درمان، در هر دو نظام بیمه‌ای و حمایت غیربیمه‌ای یکی از وظایف حائز اهمیت سیستم تأمین اجتماعی است. به همین علت بررسی و مطالعه اهداف تأمین اجتماعی در زمینه درمان، طی برنامه دوم اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران (۱۳۷۷-۱۳۷۳) ضروری خواهد بود. هدف‌های کیفی در این ارتباط، در فصل تأمین اجتماعی برنامه دوم عبارتند از:

- گسترش و تعمیم بیمه‌های اجتماعی با اولویت پشتیبانی از فعالیت‌های تولیدی در جوامع شهری و روستایی؛
- توسعه بیمه خدمات درمانی و تعمیم آن به اقشار آسیب‌پذیر.
- خط‌مشی‌های اساسی و سیاست‌های برنامه دوم نیز به موارد زیر اشاره دارد:
- گسترش تدریجی بیمه‌های اجتماعی با اولویت جامعه تولیدی در موارد: درمان، بازنشستگی، بیکاری، حوادث ناشی از کار، خدمت، ایام بارداری و کمک هزینه عائله‌مندی.



- نظام تأمین اجتماعی کشور بر اساس تعمیم و گسترش تدریجی بیمه‌های اجتماعی با تکیه و مشارکت مردم و حرکت در جهت کاهش حمایت‌های اجتماعی غیربیمه‌ای تدوین خواهد گردید.
  - با توجه به این که سهم عمده‌ای از افراد بیمه نشده را شاغلین روستایی تشکیل می‌دهند، توسعه بیمه‌های اجتماعی در جهت تحت پوشش قرار دادن شاغلین روستایی در زمینه‌های درمان، از کارافتادگی کلی، بازنشستگی و فوت خواهد بود. محاسبات مربوط به سهم بیمه شده و کارفرما بر اساس محاسبات بیمه‌گری انجام شده و بخشی از سهم کارفرما توسط دولت پرداخت خواهد گردید.
  - فراهم آوردن تسهیلات لازم برای جذب هر چه بیشتر صاحبان حرف و مشاغل آزاد به بیمه‌های اجتماعی. هدف‌های کمی و برنامه‌های اجرایی برنامه دوم، نیز در این زمینه به ترتیب زیر است:
  - افزایش تعداد افراد تحت پوشش بیمه درمان کارگران از ۱۶ میلیون ۴۸۹ هزار نفر در پایان سال ۱۳۷۲ به ۲۲ میلیون و ۷۲۰ هزار نفر در پایان سال ۱۳۷۷.
  - افزایش تعداد افراد تحت پوشش بیمه درمان کارمندان دولت از ۵ میلیون ۶۰۰ هزار نفر در پایان سال ۱۳۷۲ به ۶ میلیون و ۴۹۲ هزار نفر در پایان سال ۱۳۷۷.
  - تحت پوشش بیمه اجتماعی در آوردن یک میلیون و ۴۰۰ هزار نفر بیمه شده اصلی روستایی تا پایان سال ۱۳۷۷.
  - ایجاد پوشش بیمه درمان بستری برای حدود ۲۰ میلیون نفر روستائیان تا پایان سال ۱۳۷۷.
  - تحت پوشش بیمه درمان در آوردن ۴ میلیون و ۱۰۰ هزار نفر از اقشار آسیب‌پذیر تا پایان سال ۱۳۷۷.
  - در بخش بهداشت و درمان نیز اهداف و خط‌مشی‌های اساسی برنامه دوم به افزایش موجبات دستیابی جامعه به بیمه خدمات درمانی نظر دارد.
  - اهداف کمی در برنامه نیز به ترتیب زیر است:
  - افزایش نسبت تخت بیمارستانی به صد هزار نفر جمعیت از ۱۵۵ تخت در سال ۱۳۷۲ به ۱۶۵ تخت در سال ۱۳۷۷.
  - افزایش نسبت پزشک عمومی به صد هزار نفر جمعیت از ۳۰ نفر در سال ۱۳۷۲ به ۴۷ نفر در سال ۱۳۷۷.
  - افزایش نسبت پزشک متخصص به صد هزار نفر جمعیت از ۱۹.۵ نفر در سال ۱۳۷۲ به ۲۷ نفر در سال ۱۳۷۷.
  - افزایش نسبت دندانپزشک به صد هزار نفر از ۹ نفر در سال ۱۳۷۲ به ۱۱.۵ نفر در سال ۱۳۷۷.
  - افزایش نسبت دکتر داروساز به صد هزار نفر جمعیت از ۷/۲ نفر در سال ۱۳۷۲ به ۹/۲ نفر در سال ۱۳۷۷.
  - افزایش تخت بیمارستانی تحت پوشش سازمان تأمین اجتماعی از ۵۰۰۰ تخت در سال ۱۳۷۲ به ۱۰۰۰۰ تخت در سال ۱۳۷۷.
- اقدامات اجرایی در این بخش بر پوشش بیمه خدمات درمانی به روستائیان و اقشار آسیب‌پذیر و همچنین اصلاح و تجدیدنظر تعرفه خدمات پزشکی بر اساس قیمت‌های واقعی و ایجاد الزام و مراعات آن در کلیه مراکز ارائه خدمات بهداشتی و درمانی پرداخته است.

#### ب- وضعیت موجود بخش درمان - در رابطه با برنامه تأمین اجتماعی

سازمان تأمین اجتماعی و سازمان بیمه خدمات درمانی به طور عمده بخش اعظم خدمات درمانی در سطح

کشور را به بیمه شدگان ارائه می‌نمایند. خدمات درمانی به طور کلی به خدماتی تحت عنوانین درمان سرپایی، بستری، نسخه پیچی، اعزام بیمار، تحویل وسایل توانبخشی، زایمان و... در مورد کلیه افراد خانوارهای واجد شرایط استفاده از کمک‌های درمانی، اطلاق می‌شود. برای ارزیابی وضعیت موجود بخش درمان در سیستم تأمین اجتماعی، این دو نهاد را به ترتیب زیر بررسی می‌کنیم.

#### - بخش درمان سازمان تأمین اجتماعی

سازمان تأمین اجتماعی در پایان سال ۱۳۷۵، تعداد ۵/۱۳۱/۲۷۶ نفر بیمه شده، ۳۱۰/۰۰۵ نفر بازنشسته، تعداد ۶۷/۵۴۱ نفر از کار افتاده کلی و جزئی و تعداد ۵۷۲/۰۶۹ نفر بازمانده مربوط به ۲۱۰/۸۴۶ پرونده را تحت پوشش داشته است که در مجموع ۹۴۹/۶۱۵ نفر مستمری‌بگیران این سازمان را تشکیل می‌دهد. از مجموع تعداد بیمه شدگان تعداد ۷۵/۶۶۶ نفر مقرر بگیریان بیمه بیکاری بوده‌اند. به این ترتیب افراد تحت پوشش درمان در این سازمان شامل بیمه شدگان، مستمری‌بگیران به مقرر بگیریان بیمه بیکاری اصلی و تبعی می‌باشند که بیمه شدگان تبعی شامل همسر، پدر، مادر و فرزندان تحت تکفل بیمه شده اصلی می‌باشند.

حال با توجه به جدول ۱-۴-۲- ملاحظه می‌شود که در مجموع از کل جمعیت کشور در سال ۱۳۷۵، حدود ۲۱/۳۰۳/۱۱۶ نفر تحت پوشش درمان این سازمان بوده‌اند. (ارقام مربوط به تعداد مستمری‌بگیران اصلی و تبعی و همچنین مقرر بگیریان بیکاری اصلی و تبعی تحت پوشش درمان، از تعداد مستمری‌بگیران و مقرر بگیریان اصلی و متوسط افراد تحت تکفل ایشان برای سال ۱۳۷۵ محاسبه شده است). به این ترتیب با توجه به جمعیت کشور در یک دهه اخیر ملاحظه می‌شود که جمعیت تحت پوشش درمان در سازمان تأمین اجتماعی از ۱۶/۸ درصد از جمعیت کشور به ۳۵/۴ درصد از جمعیت در سال ۱۳۷۵ می‌رسد، (جدول ۲-۴-۲) که افزایش قابل ملاحظه‌ای در افراد تحت پوشش درمان را نشان می‌دهد. اما از آنجا که سازمان تأمین اجتماعی بیشتر جمعیت شهری را تحت پوشش قرار داده است، مقایسه بهتر در این زمینه با جمعیت شهری خواهد بود. لذا به این ترتیب ملاحظه می‌شود که سازمان تأمین اجتماعی در سال ۱۳۷۵، حدود ۵۷/۸ درصد از کل جمعیت شهری کشور را تحت پوشش درمان داشته است.

جدول شماره ۱-۴-۲- افراد تحت پوشش درمان سازمان تأمین اجتماعی

سال	۱۳۶۰	۱۳۶۱	۱۳۶۲	۱۳۶۳	۱۳۶۴	۱۳۶۵	۱۳۶۶	۱۳۶۷	۱۳۶۸	۱۳۶۹	۱۳۷۰	۱۳۷۱	۱۳۷۲	۱۳۷۳	۱۳۷۴	۱۳۷۵
جمع‌شدگان اصلی و تبعی	۶۸۳۹۶۳۷	۶۸۴۳۳۹	۷۷۲۳۰۰۶	۸۲۹۷۸۷۸	۸۶۹۹۲۳۵	۷۶۴۷۹۷۰	۸۴۸۸۱۵۵	۹۴۳۰۳۶۴	۱۰۷۳۸۰۲۶	۱۱۵۲۳۶۶۱	۱۲۹۰۳۳۱۴	۱۳۸۸۹۶۲۴	۱۵۱۸۷۹۳۰	۱۶۸۷۴۵۷۱	۱۸۴۶۰۶۸۸	۱۹۲۱۱۳۱۸
مستمرین بگیران اصلی و تبعی	۴۷۱۲۰۰	۵۲۶۷۹۶	۵۶۶۸۶۵	۵۹۸۲۵۲	۶۳۷۵۸۵	۶۳۲۲۳۱	۷۵۱۲۲۷	۸۲۶۸۹۶								
بیکاران						۲۲۵۱	۱۶۶۰۲	۵۱۸۷۸	۷۵۱۵۳	۱۱۱۹۲۲	۱۲۲۱۳۲	۱۶۸۱۵۲	۲۷۵۲۹۳	۲۷۶۹۰۰	۲۸۳۳۵۸	۲۸۷۵۳۰
جمع	۷۳۱۰۸۳۷	۷۴۱۱۱۳۵	۸۲۸۹۸۷۱	۸۸۹۶۱۳۰	۹۳۳۶۸۲۰	۸۳۴۵۴۵۲	۹۲۵۵۹۸۴	۱۰۳۰۹۱۳۸	۱۱۷۶۴۵۴۶	۱۲۶۸۲۰۷۴	۱۴۱۲۹۵۰۹	۱۵۲۹۴۸۷۰	۱۶۹۰۰۴۶۳	۱۸۷۲۰۷۹۰	۲۰۴۴۴۴۵۲	۲۱۳۰۳۱۱۶

واحد سازمان تأمین اجتماعی

جدول شماره ۲-۴-۲

سال	کل جمعیت کشور	جمعیت تحت پوشش درمان سازمان تأمین اجتماعی	درصد
۱۳۶۵	۴۹۴۴۵۰۰۰	۸۳۴۵۴۵۲	۱۶/۸
۱۳۷۰	۵۵۸۳۷۰۰۰	۱۴۱۲۹۵۰۹	۲۵/۳
۱۳۷۵	۶۰۰۵۵۰۰۰	۲۱۳۰۳۱۱۶	۳۵/۴

مأخذ: خلاصه نتایج سرشماری سال ۱۳۷۵، مرکز آمار ایران و جدول ۱.

جدول شماره ۲-۴-۳

سال	جمعیت شهری	جمعیت تحت پوشش درمان سازمان تأمین اجتماعی	درصد
۱۳۶۵	۲۶۸۴۳۶۹۰	۸۳۴۵۴۵۲	۳۱/۱
۱۳۷۰	۳۱۸۳۸۲۵۷	۱۴۱۲۹۵۰۹	۴۴/۳
۱۳۷۵	۳۶۸۱۹۷۲۰	۲۱۳۰۳۱۱۶	۵۷/۸

مأخذ: مرکز آمار ایران و جدول ۱.

حال با توجه به هدف‌های کمی در رابطه با فصل تأمین اجتماعی در برنامه دوم که افزایش تعداد افراد تحت پوشش بیمه درمان کارگران از ۱۶ میلیون و ۴۸۹ هزار نفر در پایان سال ۱۳۷۲ به ۲۲ میلیون و ۷۲۰ هزار نفر در پایان سال ۱۳۷۷ را در نظر دارد، ملاحظه می‌شود که به این ترتیب عملکرد سازمان تأمین اجتماعی در تحت پوشش بیمه درمان در آوردن افراد از نظر کمی موفق بوده و چنانچه افزایش تعداد افراد به همین ترتیب ادامه یابد. در پایان سال ۱۳۷۷ از رقم مورد نظر در برنامه نیز فراتر خواهد رفت.

اما این افزایش در بین استان‌های مختلف کشور نیز متفاوت بوده است. به طور نمونه مطالعات آمار مربوط به پنج استان آذربایجان شرقی، تهران، فارس، گیلان و هرمزگان نشان می‌دهد که طی سال ۱۳۷۴ و ۱۳۷۵ تغییرات در تعداد بیمه شدگان شاغل در کارگاه، اختیاری حرف و مشاغل آزاد در این استان‌ها تفاوت زیادی با هم دارد.

به طور مثال در حالی که درصد افزایش در تعداد بیمه شدگان شاغل در کارگاه در استان هرمزگان تفاوت زیادی با همین رقم برای کل کشور دارد، اما در ارتباط با بیمه شدگان اختیاری و حرف و مشاغل آزاد کاهش شدیدی در تعداد این افراد در سال ۱۳۷۵ نسبت به سال ۱۳۷۴ در این استان ملاحظه می‌شود. (جدول ۲-۴-۴)

اما آنچه در بین این پنج استان مشابه دیده می‌شود این که تغییرات در تعداد بیمه شدگان اختیاری، حرف و مشاغل آزاد شدیدتر از تعداد بیمه شدگان شاغل در کارگاه می‌باشد. حال چه افزایش و چه کاهش در نظر باشد، حال با توجه به نتایج بررسی آماری فعالیت‌های درمان غیر مستقیم سال ۱۳۷۵ که توسط معاونت درمان در تیرماه ۱۳۷۶ منتشر شده است، ملاحظه می‌گردد که متوسط بعد خانوار در استان‌ها نیز متفاوت بوده و لذا برای بررسی افراد تحت پوشش درمان (بیمه شدگان اصلی و تبعی شاغل در کارگاه، اختیاری، حرف و مشاغل آزاد) با استفاده از ضریب خانوار می‌توان نسبت این افراد را به کل جمعیت استان در سال ۱۳۷۵، محاسبه نمود. (جدول ۲-۴-۵)

جدول ۲-۴-۴

استان	بیمه‌شدگان شاغل در کارگاه			بیمه‌شدگان اختیاری			بیمه‌شدگان حرف و مشاغل آزاد		
	۱۳۷۵	۱۳۷۴	درصد تغییرات	۱۳۷۵	۱۳۷۴	درصد تغییرات	۱۳۷۵	۱۳۷۴	درصد تغییرات
آذربایجان شرقی	۱۸۳۰۰۴	۱۸۵۲۲۴۷	۱/۲۲	۴۶۰۲	۵۷۰۲	-۱۹/۲۹	۱۲۵۰۱	۱۱۴۰۳	-۸/۷۸
تهران	۱۴۳۷۱۸۶	۱۵۰۴۳۲۷	۴/۶۷	۶۱۱۵۳	۵۱۲۶۴	۱۹/۲۹	۵۰۳۶۶	۵۳۲۱۷	۵/۶۶
فارس	۱۸۶۰۷۶	۱۹۷۳۰۶	۶/۰۳	۴۷۴۹	۴۰۷۰	۱۶/۶۸	۱۹۸۰۱	۲۲۴۱۹	۱۳/۲۲
گیلان	۱۵۲۰۲۰	۱۵۳۵۳۹	۰/۹۹	۳۸۵۴	۳۱۸۹	۲۰/۸۵	۵۶۴۵	۶۹۸۸	۲۳/۷۹
هرمزگان	۶۳۷۵۳	۸۰۶۰۴	۲۶/۴	۱۶۷	۴۰۲	-۵۸/۴۱	۵۵۸	۳۰	-۴۰/۸۶
کل کشور	۴۱۱۹۴۳۸	۴۳۶۴۳۳۲	۵/۹۴	۱۱۶۰۷۰	۱۰۴۹۷۹	۱۰/۵۶	۲۶۸۳۸۹	۲۸۱۰۸۹	۴/۱۳

محد سنامه آماری و دهنامه سازمان تامین اجتماعی - سنه ۱۳۷۵

جدول ۲-۴-۵

استان	بیمه‌شدگان اصلی (شاغل در کارگاه، اختیاری، حرف و مشاغل آزاد)	بعد خانوار	بیمه‌شدگان اصلی و تبعی تحت پوشش درمان	جمعیت استان	درصد از جمعیت
آذربایجان شرقی	۲۰۱۲۵۲	۴/۴۶	۸۹۷۵۸۴	۳۳۲۶۰۰۰	۲۶/۹
تهران	۱۶۱۸۶۹۷	۲/۷۳	۴۴۱۹۰۴۳	۱۱۱۷۶۰۰۰	۳۹/۵
فارس	۲۲۴۴۷۴	۵/۰۸	۱۱۴۰۳۲۸	۳۸۱۷۰۰۰	۲۹/۹
گیلان	۱۶۴۳۸۱	۳/۹۸	۵۴۲۳۶	۲۲۴۲۰۰۰	۲۹/۸
هرمزگان	۸۱۱۰۱	۳/۴۹	۲۸۴۰۴۲	۱۰۶۲۰۰۰	۲۹/۲
کل کشور	۴۷۶۱۴۹۱	۳/۸	۱۸۰۹۳۶۶۶	۶۰۰۵۵۰۰۰	۳۰/۱

محد سنامه آماری - جدول ۲-۴-۵ - بررسی آماری فعالیت‌های درمان غیرمستقیم ۱۳۷۵ (معافیت درمان)

به این ترتیب پوشش بیمه درمان سازمان تامین اجتماعی در استان‌های مختلف کشور یکسان بوده و در استان تهران که امکانات و تجهیزات درمانی بیشتر و خدمات درمانی بیشتری از سوی این سازمان به بیمه‌شدگان ارائه می‌گردد، درصد بیشتری از جمعیت نیز تحت پوشش قرار گرفته‌اند. لذا برای بررسی وضعیت موجود در سطح کشور و همچنین در استان‌های مختلف از دیدگاه امکانات سازمان تامین اجتماعی به مطالعه آمار در این ارتباط می‌پردازیم. همچنان‌که اشاره شد، خدمات درمانی سازمان تامین اجتماعی به دو صورت ارائه می‌گردد. درمان مستقیم، ارائه رایگان امکانات درمانی اختصاصی سازمان به بیمه‌شدگان می‌باشد، در حالی که در درمان غیرمستقیم بیمه‌شدگان در مراجعه به مراکز درمانی و پزشکان طرف قرارداد سازمان، بخشی از هزینه را شخصاً پرداخت می‌نمایند. مطالعه امکانات درمانی سازمان در بخش درمان مستقیم و واحدهای متعلق به سازمان تامین اجتماعی (در سال‌های ۱۳۷۲، ۱۳۷۴ و ۱۳۷۵ به ترتیب زیر است.

در سال ۱۳۷۲، سازمان در سطح کشور با ۲۲ بیمارستان و زایشگاه، ۱۸۲ درمانگاه و پنی کلینیک، ۵ دی کسپیک و ۴۵۴۰ تخت فعال به درمان رایگان (مستقیم) بیمه‌شدگان می‌پرداخته است. در سال ۱۳۷۴، تعداد

بیمارستان و زایشگاه به ۳۴ واحد، درمانگاه و پلی کلینیک به ۲۰۵ واحد افزایش یافته و تعداد دی کلینیک به ۳ تقلیل یافته است. تعداد تخت‌های فعال در این سال ۴۸۸۲ واحد بوده است. افزایش در امکانات متعلق به سازمان، تعداد بیمارستان و زایشگاه را در سال ۱۳۷۵ به ۴۱ واحد، درمانگاه و پلی کلینیک به ۲۱۶ واحد و تخت‌های فعال را به ۵۳۲۹ واحد می‌رساند. اما با این همه این افزایش در بین استان‌های مختلف، متفاوت بوده و لذا امکانات به طور همگن گسترش نیافته است. جدول ۶-۴-۲ مقایسه‌ای بین امکانات درمانی سازمان تأمین اجتماعی در بخش درمان مستقیم بین سال‌های ۱۳۷۵ و ۱۳۷۲ در پنج استان کشور نشان می‌دهد.

جدول ۶-۴-۲- امکانات درمانی سازمان تأمین اجتماعی - درمان مستقیم

استان	تعداد بیمارستان و زایشگاه		تعداد دی کلینیک		تعداد درمانگاه و پلی کلینیک		تعداد تخت فعال	
	۱۳۷۵	۱۳۷۲	۱۳۷۵	۱۳۷۲	۱۳۷۵	۱۳۷۲	۱۳۷۵	۱۳۷۲
آذربایجان شرقی	۱	۱	—	—	۷	۳	۲۳۳	۲۲۷
تهران <sup>۱</sup>	۱۰	۸	۲	۱	۳۵	۳۷	۱۶۷۴	۱۶۵۲
فارس	۱	۱	—	—	۸	۳	۲۱۴	۲۷۳
گیلان	—	—	—	—	۶	۴	—	—
هرمزگان	—	—	—	—	۳	۲	—	—
کل کشور	۴۱	۲۲	۳	۵	۲۱۶	۱۸۲	۵۳۲۹	۴۵۴۰

مأخذ: به گزارش عملکرد مراکز پزشکی، بهداشتی و درمانی سال ۱۳۷۵ - اداره بودجه، آمار سازمان تأمین اجتماعی، تأمین اجتماعی در ایران - سازمان تأمین اجتماعی.

همچنان که ملاحظه می‌شود امکانات درمانی متعلق به سازمان تأمین اجتماعی محدود بوده و بخش عمده امکانات درمانی سازمان در بخش درمان غیر مستقیم و از طریق واحدهای درمانی و همچنین پزشکان طرف قرارداد ارائه می‌گردد. در این رابطه نیز مقایسه عملکرد بخش درمان غیر مستقیم سازمان از سال ۱۳۷۳ تا ۱۳۷۵ در جدول ۷-۴-۲ صورت گرفته است که مقایسه از تعداد بیمارستان‌های طرف قرارداد سازمان تأمین اجتماعی در امکانات بستری می‌باشد.

جدول ۷-۴-۲

سال	کل بیمارستان		سایر بیمارستان‌های دولتی		کلینیک‌های ویژه		بیمارستان دانشگاهی		بیمارستان‌های خصوصی	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
۱۳۷۳	۶۶۶	۱۰۰	۳۶	۵/۴	۸۰	۱۲	۴۶۴	۶۹/۶	۸۶	۱۲/۹
۱۳۷۴	۶۳۹	۱۰۰	۲۶	۴	۶۱	۹/۵	۴۶۱	۷۲/۱	۹۱	۱۴/۲
۱۳۷۵	۶۵۴	۱۰۰	۲۸	۴/۲	۶۹	۱۰/۵	۴۶۲	۷۰/۶	۹۵	۱۴/۵

مأخذ: عملکرد مراکز پزشکی، بهداشتی و درمانی سال ۱۳۷۴ و ۱۳۷۵ - اداره بودجه و آمار سازمان تأمین اجتماعی.

۱. در سال ۱۳۷۲ در ابراهام مربوط به استان تهران، آمار قم و کرج هم منظور بوده‌اند، به همین دلیل برای سال ۱۳۷۵، مدیریت درمان قم و کرج به تهران افزوده شده است.

آنچه از این مقایسه در بررسی وضعیت موجود سازمان تأمین اجتماعی در ارائه امکانات بیشتری به بیمه شدگان ملاحظه می‌گردد این که سهم اعظم امکانات بهتری طرف قرارداد این سازمان در بیمارستان‌های دانشگاهی مطرح است. از سوی دیگر روند افزایش تعداد بیمارستان‌های خصوصی طرف قرارداد نیز طی این سال‌ها نشان از افزایش سهم بیمارستان‌های خصوصی در کل بیمارستان‌های طرف قرارداد با سازمان تأمین اجتماعی است. اما توزیع این امکانات نیز در سطح کشور یکسان نبوده است و در برخی از استان‌های کشور، بیمه شدگان تأمین اجتماعی امکان مراجعه به واحدهای طرف قرارداد در سطح استان را نداشته‌اند. به عنوان مثال در سال ۱۳۷۵ استان‌های کاشان، کهگیلویه و بویراحمد، سمنان، چهارمحال و بختیاری و اردبیل فاقد بیمارستان‌های خصوصی و دولتی طرف قرارداد بوده‌اند. در همین ارتباط در مقایسه بین پنج استان نیز ملاحظه می‌گردد که درصد دسترسی استان‌های مختلف به مراکز درمانی نسبت به درصد بیمه شدگان اصلی و تبعی تحت پوشش درمان در این سازمان‌ها نیز متفاوت می‌باشد. (جدول ۸-۴-۲)

جدول ۸-۴-۲- مراکز درمانی طرف قرارداد در سال ۱۳۷۵

کل کشور	هرمزگان	گیلان	فارس	تهران	آذربایجان شرقی	شهر	
						عنوان	
۲۹۴	۲	۴	۱۲	۶۷	۳۰	تعداد	درمانگاه‌های مستقل
						درصد	۱۰۰
۲۵۵	۷	۱۲	۱۵	۱۳	۱۳	تعداد	شبکه‌های بهداشتی
						درصد	۱۰۰
۹۵	۲	۱	۱۰	۷	۷	تعداد	بیمارستان خصوصی
						درصد	۱۰۰
۴۶۲	۹	۲۰	۳۷	۴۱	۲۷	تعداد	بیمارستان دانشگاهی
						درصد	۱۰۰
۲۸	۱	۱	۱	۴	۱	تعداد	بیمارستان دولتی
						درصد	۱۰۰
۴۰۹۳	۴۵	۱۵۶	۲۰۹	۸۲۵	۲۴۵	تعداد	داروخانه مستقل
						درصد	۱۰۰
۱۸۰۹۳۶۶۶	۲۸۳۰۴۲	۶۵۴۲۳۶	۱۱۴۰۳۲۸	۴۴۱۹۰۴۳	۸۹۷۵۸۴	تعداد	بیمه شدگان اصلی و تبعی
						درصد	۱۰۰

مأخذ: بررسی آماری فعالیت‌های درمان غیرمستقیم ۱۳۷۵ - معاونت درمان سازمان تأمین اجتماعی.

در ارتباط با تعداد پزشکان و دندانپزشکان طرف قرارداد و مقایسه آن با کل جمعیت پزشکان کشور ملاحظه می‌گردد که با توجه به این که در سال ۱۳۷۵، ۳۵٪ درصد از کل جمعیت کشور تحت پوشش درمان سازمان تأمین اجتماعی بوده‌اند. اما تنها ۲۸٫۵٪ درصد از پزشکان کل کشور به ۱۴٫۵٪ درصد از کل دندانپزشک کل کشور با این سازمان قرارداد داشته و ارائه خدمات درمانی غیرمستقیم نموده‌اند. (جدول ۹-۴-۱۰ و ۲-۴-۱۰)

جدول ۹-۴-۲

درصد	تعداد پزشک طرف قرارداد سازمان تأمین اجتماعی	تعداد پزشک، کل کشور (عمومی و متخصص)	
۲۶	۱۰۴۴۲	۴۰۱۴۵	۱۳۷۳
۲۶/۲	۱۲۰۳۴	۴۵۷۷۶	۱۳۷۴
۲۸/۵	۱۴۵۲۱	۵۰۸۲۵	۱۳۷۵

مأخذ: عملکرد مراکز پزشکی، بهداشتی و درمانی (سازمان تأمین اجتماعی) - سازمان نظام پزشکی.

جدول ۱۰-۴-۲

درصد	تعداد دندانپزشک طرف قرارداد سازمان تأمین اجتماعی	تعداد دندانپزشک، کل کشور	
۱۴/۹	۱۲۱۶	۸۱۱۱	۱۳۷۳
۱۳/۴	۱۱۸۴	۸۷۹۹	۱۳۷۴
۱۴/۵	۱۳۷۸	۹۴۹۷	۱۳۷۵

مأخذ: مأخذ جدول ۹.

جدول ۱۱-۴-۲

سال ۱۳۷۵			سال ۱۳۷۲			عنوان
تعداد دندانپزشک	تعداد پزشک متخصص	تعداد پزشک عمومی	تعداد دندانپزشک	تعداد پزشک متخصص	تعداد پزشک عمومی	
۹۴۹۷	۱۵۶۵۵	۳۵۱۷۰	۴۰۹۷	۱۴۸۴۹	۲۰۸۳۶	کل کشور
۱۳۸۸	۵۷۲۵	۸۷۹۶	۱۳۵۶	۴۰۹۷	۶۰۶۶	طرف قرارداد سازمان تأمین اجتماعی
۱۴/۶	۳۶/۵	۲۵	۱۹/۶	۲۶/۹	۲۹/۱	درصد پزشکان طرف قرارداد به کل

مأخذ: جداول ۹-۴-۲ و ۱۰-۴-۲ و تأمین اجتماعی در ایران، سازمان تأمین اجتماعی.

مقایسه تعداد افراد به ازای هر پزشک در سطح کل کشور و سازمان تأمین اجتماعی نشان می‌دهد که با توجه به این که جمعیت کشور در سال ۱۳۷۵، ۶۰۰۵۵۰۰۰ نفر و افراد تحت پوشش بیمه درمان سازمان تأمین اجتماعی حدود ۲۱۳۰۳۱۱۶ نفر می‌باشند، برای هر ۱۷۰۷ نفر از جمعیت کل کشور یک پزشک عمومی وجود دارد. در حالی که برای هر ۲۴۲۲ بیمه شده تحت پوشش بیمه درمان سازمان یک پزشک عمومی طرف قرارداد مطرح است (جدول ۱۲-۴-۲). اما در ارتباط با پزشکان متخصص ملاحظه می‌گردد که تفاوت چندانی زیادی بین تعداد افراد به ازای یک پزشک متخصص در کل کشور و افراد تحت پوشش بیمه درمان نیست و این در حالی است که تعداد دندانپزشکان طرف قرارداد سازمان نسبت به جمعیت بیمه شدگان محدود بوده و به همین علت امکانات درمان غیر مستقیم در بخش دندانپزشکی بسیار ضعیف بوده است و آنچه در این ارتباط حائز اهمیت است این که در حالی که تعداد دندانپزشکان از سال ۱۳۷۲ تا ۱۳۷۵، ۱۳۱ درصد افزایش



داشته. اما تعداد دندانپزشکان طرف قرارداد با سازمان تأمین اجتماعی تنها ۲ درصد افزایش داشته است و به این ترتیب استقبال دندانپزشکان برای عقد قرارداد با این سازمان هر سانه کمتر شده است (حدود ۱۱-۴-۲) و در نتیجه ارائه خدمات درمانی دندانپزشکی به بیمه شدگان با توجه به تعداد افراد بیمه شده چندان موفق نبوده است.

جدول ۱۲-۴-۲

عنوان	سال ۱۳۷۲		سال ۱۳۷۵	
	تعداد افراد به ازای یک پزشک عمومی	تعداد افراد به ازای یک پزشک متخصص	تعداد افراد به ازای یک پزشک عمومی	تعداد افراد به ازای یک متخصص
کل کشور	۲۷۶۱	۳۸۷۴	۸۳۲۷	۳۸۳۶
طرف قرارداد سازمان تأمین اجتماعی	۲۷۸۶	۴۱۲۵	۱۲۴۶۳	۳۷۲۱
				۶۳۲۳
				۱۵۳۴۸

محدود ۲-۴-۲ و ۱۱-۴-۲

یک مسئله قابل توجه در ارتباط با تعداد پزشکان در برنامه پنج سانه دوم است. چنانچه دیدیم یکی از هدف های کمی بخش درمان افزایش نسبت پزشک عمومی به صد هزار نفر جمعیت از ۳۰ نفر در ۱۳۷۲ به ۴۷ نفر در ۱۳۷۷ می باشد. البته در این ارتباط برآورد جمعیت سال های آتی و همچنین رقم مورد نظر برای جمعیت نیز سال ۱۳۷۲ که خود به نوعی برآورد شده. حائز اهمیت می باشد. در برنامه پنج سانه دوم جمعیت سال ۱۳۷۲، ۶۰۱۷۸۰۰۰ نفر برآورد شده که با افزایش سالانه به ۶۸۰۰۷۰۰۰ نفر در سال ۱۳۷۷ می رسد که در این برآورد جمعیت برای سال ۱۳۷۵، ۶۴۸۲۵۰۰۰ نفر می باشد. حال آنکه با اعلام نتایج سرشماری سال ۱۳۷۵ که جمعیت این سال را ۶۰۰۵۵۰۰۰ نفر معین نمود و با توجه به جمعیت سال ۱۳۷۰ و با احتساب افزایش خطی بین سال های ۱۳۷۰، ۱۳۷۵، جمعیت سال ۱۳۷۲ حدود ۵۷۵۲۴۲۰۰ نفر بوده است. لذا به این ترتیب و با توجه به تعداد ۲۰۸۳۶ نفر پزشک عمومی در سال ۱۳۷۲، نسبت پزشک عمومی به صد هزار نفر جمعیت ۳۶٫۲ نفر بوده است و در سال ۱۳۷۵ این نسبت به ۵۸٫۵ نفر رسیده است که به این ترتیب قطعاً این نسبت در پایان دوره برنامه، فراتر از پیش بینی خواهد بود. اما این به دلیل برآورد نامناسب جمعیت بوده است. به همین ترتیب افزایش نسبت پزشک متخصص به صد هزار نفر در برنامه دوم از ۱۹٫۵ نفر در سال ۱۳۷۲ به ۲۷ نفر در سال ۱۳۷۷ پیش بینی شده است. حال آنکه با توجه به ۱۴۸۴۹ نفر پزشک متخصص در سال ۱۳۷۲، نسبت واقعی پزشک متخصص به صد هزار نفر ۳۵٫۸ نفر و در سال ۱۳۷۵ به ۲۶ نفر رسیده است. برنامه دوم افزایش نسبت دندانپزشک به صد هزار نفر از ۹ نفر در سال ۱۳۷۲ به ۱۱٫۵ نفر در سال ۱۳۷۷ را در اهداف کمی خود در بخش درمان در نظر داشته است. اما در واقع در سال ۱۳۷۲، نسبت دندانپزشک به صد هزار نفر ۷٫۱ نفر بوده که در سال ۱۳۷۵ به ۱۵٫۸ نفر رسیده که فراتر از رقم مورد نظر در برنامه برای سال ۱۳۷۷ می باشد.

در ارتباط با امکانات درمان بستری سازمان تأمین اجتماعی، برنامه دوم کاهش متوسط اقامت بیمار در

۱ جمعیت سال ۱۳۷۲، توجه به جمعیت سال های ۱۳۷۰ و ۱۳۷۵، صورت خطی در نظر گرفته شده و ۵۷۵۲۴۲۰۰ نفر محاسبه شده است.  
۲ برآورد جمعیت سازمان تأمین اجتماعی در سال ۱۳۷۲، ۶۴۸۲۵۰۰۰ نفر بوده است.

بیمارستان از ۶ رور در سال ۱۳۷۲ به ۵ رور در سال ۱۳۷۷ را در نظر دارد. حال با توجه به این شاخص ملاحظه می‌گردد که از سال ۱۳۷۳ تا ۱۳۷۵ همواره متوسط اقامت برای بیماران بستری سازمان، کمتر از ۵ روز بوده (جدول ۱۳-۴-۲) و هر ساله نیز مدت اقامت به طور متوسط کاهش یافته است، به طوری که در سال ۱۳۷۵ هر بیمار تأمین اجتماعی به طور متوسط ۴/۲۷ روز بستری بوده است.

جدول ۱۳-۴-۲

سال	بیماران بستری	تخت فعال	متوسط اقامت	درصد اشتغال
۱۳۷۳	۲۰۲۴۶۱	۴۵۷۸	۴/۹۸	۶۴/۸۸
۱۳۷۴	۲۴۲۵۲۶	۴۹۴۲	۴/۶۶	۶۵/۵۲
۱۳۷۵	۲۹۹۸۳۰	۵۳۲۹	۴/۲۷	۶۶

مأخذ: عملکرد مراکز پزشکی، بهداشتی و درمانی - اداره بودجه و آمار سازمان تأمین اجتماعی

اما از سوی دیگر برنامه دوم، افزایش ضریب اشغال تخت از ۶۸ درصد در سال ۱۳۷۲ به ۷۵ درصد از سال ۱۳۷۷ را مطرح می‌نماید. چنانچه در جدول ۱۳-۴-۲ دیده می‌شود. در صد اشغال تخت برای تخت‌های فعال سازمان تأمین اجتماعی در بخش درمان مستقیم از ارقام برنامه فاصله زیادی دارد. به بیانی در سال ۱۳۷۳ هم این نسبت از آنچه برنامه برای کل کشور در سال ۱۳۷۲ (۶۸ درصد) اعلام نموده است، کمتر بوده و لذا افزایش اشغال تخت‌های فعال سازمان باید مدنظر قرار گیرد تا به ارقام مدنظر برای کل کشور در برنامه دوم، نزدیک شود. از سوی دیگر ملاحظه می‌گردد که هدف کمی برنامه دوم در بخش درمان اشاره به افزایش تخت بیمارستانی تحت پوشش سازمان تأمین اجتماعی از ۵۰۰۰ تخت در سال ۱۳۷۲ به ۱۰۰۰۰ تخت در سال ۱۳۷۷ اشاره می‌کند. حال با توجه به این که تعداد تخت ثابت در سال ۱۳۷۲، ۴۹۹۷ عدد و تعداد تخت فعال در این سال در سازمان تأمین اجتماعی درمان مستقیم ۴۵۴۰ عدد یعنی ۹۰/۸۵ درصد از کل تخت ثابت بوده است و چنانچه این نسبت را برای سال ۱۳۷۵، هم در نظر بگیریم ملاحظه می‌شود که در سال ۱۳۷۵، تعداد تخت‌های ثابت سازمان ۵۸۶۵ تخت بوده است و در نتیجه رسیدن به هدف برنامه (۱۰۰۰۰ تخت در سال ۱۳۷۷) نیازمند سرمایه‌گذاری‌های گسترده سازمان در امر احداث بیمارستان‌ها و زایشگاه‌ها و گسترش امکانات بستری در واحدهای موجود می‌باشد. از آنجا که گروهی از بستری شدگان در بیمارستان‌های تأمین اجتماعی، تحت پوشش سایر بیمه‌ها یا غیر بیمه می‌باشند، در مقایسه درصد توزیع مراجعین بستری بر حسب بیمه شده تأمین اجتماعی در بیمارستان‌های سازمان در شش ماهه اول سال ۱۳۷۴ و ۱۳۷۵ دیده می‌شود که نسبت بیمه شدگان تأمین اجتماعی بستری شده در بیمارستان‌های سازمان به کل بستری شدگان از ۷۶/۷۸ درصد در ۱۳۷۴ به ۶۲/۷۹ درصد در ۱۳۷۵ رسیده است.<sup>۲</sup>

اداره کل درمان غیرمستقیم سازمان تأمین اجتماعی در مقابل قراردادهایی که با پزشکان، بیمارستان‌ها، واحدهای درمانی و سایر مراکز پاراکلینیکی می‌بندد، نسخ و صورتحساب‌های دریافتی را رسیدگی نموده و در مقابل براساس ضوابط، هزینه را به واحد طرف قرارداد پرداخت می‌نماید. خدمات سرپایی شامل

۱ با توجه به تعداد بیماران شش ماهه اول ۱۳۷۵ و نسبت کل بیماران سال ۱۳۷۴ با شش ماهه اول آن سال برای کل سال ۱۳۷۵ محاسبه شده است.

۲ عملکرد پزشکی، بهداشتی و درمانی شش ماهه اول سال ۱۳۷۵ - اداره بودجه و آمار سازمان تأمین اجتماعی - دی ماه ۱۳۷۵

خدمات پزشکان، دندانپزشکان، داروخانه، آزمایشگاه، مراکز فیزیوتراپی، سونوگرافی و رادیولوژی و درمانگاه و دیالیز و... می باشد. خدمات بستری نیز شامل خدمات بیمارستان ها و کلینیک های ویژه و همچنین واحدهای سنگ شکن کلیه است. بخشی از این واحدهای درمانی خصوصی و بخشی از واحدهای طرف قرارداد، دولتی می باشند. برای مقایسه پرداخت های سازمان به این واحدها، مبلغ کل هزینه پرداخت شده و تعداد نسخ رسیدگی شده منظور و لذا میانگین هزینه پرداختی به هر واحد طرف قرارداد مورد نظر قرار گرفته است که در میان کل واحدهای طرف قرارداد، بخشی از واحدها جهت بررسی در جدول ۱۴-۴-۲ دیده می شود. جمع سرپایی و جمع بستری تمامی واحدها را در نظر داشته است.

۱۴-۴-۲- میانگین هزینه پرداختی براساس تعداد نسخ و صورتحساب های رسیدگی و

پرداخت شده اداره کل درمان غیرمستقیم

تعداد طرف قرارداد در پایان اسفند						عنوان
۱۳۷۵	۱۳۷۴	۱۳۷۳	۱۳۷۵	۱۳۷۴	۱۳۷۳	
۱۶۱۰	۱۲۳۱	۹۲۳	۸۷۹۶	۶۸۶۷	۵۸۶۲	پزشک عمومی
۲۷۶۶	۱۸۷۱	۱۳۸۲	۵۷۲۵	۵۱۶۷	۴۵۸۰	پزشک متخصص
۱۸۳۷	۱۶۶۰	۱۶۷۲	۱۳۷۸	۱۱۸۴	۱۲۱۶	دندانپزشک
۲۷۹۹	۲۳۵۹	۱۷۲۶	۴۰۴۱	۳۷۹۳	۳۴۵۴	داروخانه
۲۰۹۳۵	۱۳۷۶۸۵	۹۵۲۶۰	۹۵	۹۱	۸۶	بیمارستان خصوصی (بستری)
۲۲۶۸۹۸	۱۳۰۸۵۳	۷۷۴۶۴	۴۶۲	۴۶۱	۴۶۴	بیمارستان دانشگاهی (بستری)
۲۳۹۹۵۸	۱۳۲۴۶۵	۱۰۵۰۳۸	۲۸	۲۶	۳۶	سایر بیمارستان های دولتی (بستری)
۳۰۳۵	۲۱۹۹	۱۶۳۲	۲۲۳۵۲	۱۹۱۲۴	۱۷۲۲۹	جمع سرپایی دولتی و خصوصی
۲۳۶۳۶۲	۱۴۶۲۲۱	۸۸۸۵۰	۶۶۸	۶۵۰	۶۷۵	جمع بستری دولتی و خصوصی
۴۸۴۴	۳۳۴۳	۲۳۱۴	۲۳۰۲۰	۱۹۷۷۴	۱۷۹۰۴	جمع کل دولتی و خصوصی

محد. عملکرد در - سنگی، به سی و درمی - سازمان تأمین اجتماعی

آنچه از این بررسی ملاحظه می شود این که نا توجه به شاخص بهای درمان و بهداشت برای سال های ۱۳۷۳، ۱۳۷۴ و ۱۳۷۵، میانگین هزینه پرداختی سازمان به واحدهای طرف قرارداد در درمان غیرمستقیم افزایشی متناسب با افزایش قیمت ها داشته است. (شاخص سال ۱۳۷۳، ۴۰۴۲، برای سال ۱۳۷۴، ۵۳۶۱۵ و در نیمه سال ۱۳۷۵، ۱۳۰۱ بوده است). آنچه در این بررسی حائز اهمیت است، تفاوت میانگین هزینه پرداختی برای هر پرونده بیمه شده بستری در بیمارستان ها می باشد. همواره طی این سه سال هزینه پرداختی برای هر صورتحساب بیمه شده بستری در بیمارستان دانشگاهی کمتر از بیمارستان های خصوصی و دولتی بوده است و حتی در سال ۱۳۷۳ و ۱۳۷۵، هزینه در بیمارستان خصوصی برای هر پرونده رسیدگی شده کمتر از بیمارستان دولتی دیده می شود. به این ترتیب به طور متوسط بابت هر بستری در سال ۱۳۷۵، هزینه ی برابر ۲۳۶۳۶۲ ریال و برای هر پرونده درمان سرپایی ۳۰۳۵ ریال از سوی سازمان تأمین اجتماعی برای درمان غیرمستقیم بیمه شدگان پرداخت شده است.

## سازمان بیمه خدمات درمانی

به دنبال تصویب قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور در ۱۳۷۳/۸/۳ و به منظور تحقق عدالت اجتماعی نظام بیمه خدمات درمانی با تأسیس این سازمان به صورت شرکت دولتی وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی از مهر سال ۱۳۷۴ فعالیت خود را آغاز نمود. موضوع این سازمان تأمین موجبات و امکانات بیمه خدمات درمانی کارکنان دولت، افراد نیازمند، روستائیان و سایر گروه‌های اجتماعی در سطح کشور است. دولت براساس قانون بیمه همگانی خدمات درمانی (ماده ۴) موظف است شرایط لازم را برای تحت پوشش قرار دادن تمام گروه‌ها و افراد جامعه که متقاضی بیمه خدمات درمانی هستند، فراهم کند و پوشش و تعمیم بیمه خدمات درمانی برای کلیه گروه‌های مشمول این قانون حداکثر ظرف پنج سال پس از تصویب قانون با اولویت نیازمندان و روستائیان طبق موازین این قانون انجام خواهد شد. اقشار تحت پوشش این سازمان، کارکنان دولت، خویش فرمایان (صاحبان حرف و مشاغل آزاد)، روستائیان، اقشار آسیب‌پذیر و نیازمند و همچنین سایر اقشار (جانبازان، آزادگان، خانواده معظم شهدا، روحانیون، دانشجویان و مشمولین طرح نیروی انسانی) هستند که براساس قانون مزبور با پرداخت حق سرانه بیمه از مزایای خدمات درمانی استفاده می‌کنند. اقشار نیازمند به افراد و خانواده‌هایی گفته می‌شود که به لحاظ موقعیت اقتصادی و اجتماعی و عدم استطاعت مالی، فاقد پوشش بیمه‌ای خدمات درمانی هستند که از آن جمله از کارافتادگان و معلولان نیازمند، زنان و کودکان بی سرپرست و نیازمند، خانواده‌های زندانیان نیازمند، مشمولان طرح شهید رجایی و... می‌باشند. لذا با توجه به این اقشار این سازمان پنج گروه بیمه روستائیان، بیمه حمایتی اقشار آسیب‌پذیر، بیمه خویش فرمایان، بیمه کارکنان دولت و بیمه سایر اقشار را در حیطه وظایف خود دارد.

اشخاصی که در روستا سکونت داشته باشند و نیز افرادی که در زمره عشایر کوچ‌رو محسوب می‌شوند می‌توانند تحت پوشش بیمه روستایی قرار گیرند. تعیین سهم مشارکت حق بیمه سرانه خدمات درمانی براساس عایله افراد است و لذا در مورد روستائیان براساس چهار درصد درآمد ماهانه تقسیم بر تعداد عایله خانوار تعیین می‌شود که در سال ۱۳۷۵ هر روستایی با پرداخت ۲۳ ریال در روز می‌توانست از مزایای بیمه روستایی برخوردار گردد. درمان بیمه شدگان روستایی در خانه‌های بهداشت و مراکز بهداشتی و درمانی روستایی با ارائه دفترچه یا کارت بیمه رایگان می‌باشد. بیمه روستائیان در قالب سیستم ارجاع می‌باشد، یعنی بیمه شده به هنگام بیماری باید ابتدا به خانه بهداشت یا مراکز بهداشتی، درمانی روستایی و سپس به بیمارستان‌های تخصصی دولتی و دانشگاهی مراجعه نموده و تحت مداوا قرار گیرند. بیمه شدگان روستایی به هنگام مراجعه به مراکز تخصصی سرپایی و بیمارستان‌های دولتی ظرف قرارداد متقبل ۲۵ درصد از هزینه خدمات سرپایی و ۱۰ درصد هزینه‌های بستری خواهند شد.

در بیمه حمایتی اقشار آسیب‌پذیر و نیازمند، کم‌بضاعتی و نیازمند بودن افراد باید به تأیید کمیته امداد یا سازمان بهزیستی کشور برسد. حق بیمه سرانه مددجویان کمیته امداد و مددجویان بهزیستی توسط کمیته امداد و از محل یارانه‌های دولت پرداخت می‌شود. این گروه نیز در مراجعه به مراکز تشخیصی و درمانی ظرف قرارداد اعم از خصوصی و دولتی باید ۲۵ درصد از هزینه خدمات سرپایی و ۱۰ درصد از هزینه‌های بستری را بپردازند.

در مورد بیمه خویش فرمایان، میزان حق بیمه سرانه خدمات درمانی در سال ۱۳۷۴ چهار هزار و دویست

ریال ۴۲۰۰۱ و برای سال ۱۳۷۵ معادل چهار هزار و هشتصد و شصت ریال (۴۸۶۰۱) به ازای هر نفر در ماه بوده است. در سال ۱۳۷۶ حق بیمه سرانه ماهانه پنج هزار و ششصد ریال (۵۶۰۰۰) تعیین شده است.

برای بیمه کارکنان دولت، ایشان به تناسب حقوق و مزایای خود فقط یک پنجم (۲۰ درصد) تا یک سوم حق بیمه سرانه را می‌پردازند و مابقی از محل یارانه‌های دولت تأمین می‌گردد. هر کارمند دولت می‌تواند چهار نفر از افراد تحت تکفل خود را مشمول یارانه‌های دولت نماید.

بیمه سیر اقلشار، جالبازان، آزادگان، خانواده‌های شهدا، روحانیون، طلاب حوزه‌های علمیه و دانشجویان را با استفاده از یارانه‌های دولت، تحت پوشش بیمه خدمات درمانی قرار می‌دهد. دانشجویان با پرداخت ۵۰ درصد از حق بیمه سرانه و سایر گروه‌ها (جانرزان، آزادگان و...) با پرداخت ۲۰ درصد از حق بیمه سرانه مشمول بهره‌مندی از مزایای بیمه می‌گردند. این اقلشار از طریق سباده‌های متولی خویش به بیمه‌شدن مبتدیان و روزنامه‌ها و هنگام مراجعه به مراکز تشخیص و درمان صرف قرار داده‌اند. اعم از دولتی و خصوصی ۲۵ درصد هزینه خدمات سرپایی و ۱۰ درصد از هزینه خدمات بستری را تقبل خواهند نمود.

موارد تعهد سازمان بیمه خدمات درمانی شامل کلیه خدمات پزشکی اعم از تشخیص و درمانی، چه در موارد اورژانس و چه در موارد غیر اورژانس در سطوح مختلف عمومی و تخصصی که به صورت سرپایی یا بستری می‌باشند، است. کلبه داروها که از طریق سیستم توزیع دارویی کشور به دروخته‌ها داده می‌شود و اعمال مختلف جراحی نیز جزو تعهدات سازمان است. (اعمال جراحی زیبایی، ارتودنسی، درمان نازایی، عینک، جوراب واریس، دست و پای مصنوعی، شیرخشک و بیماری‌های ناشی از قدم به خودکشی در تعهد سازمان نیست.)

از زمان تأسیس سازمان بیمه خدمات درمانی در سال ۱۳۷۴ آمار بیمه شدگان خدمات درمانی به ترتیب زیر است. (جدول ۱۵-۴-۲)

جدول ۱۵-۴-۲

سال	کارکنان دولت	خویش‌فرمایان	روستاییان	سایر اقلشار	حمایتی (اقلشار آسیب‌پذیر)
۱۳۷۴	۶۰۱۳۰۰۰	۱۹۸۰۰۰	۱۱۷۰۰۰	۶۷۷۰۰۰	۳۴۵۰۰۰
۱۳۷۵	۶۱۹۱۷۲۲	۸۹۹۵۳۳	۵۶۵۸۳۵	۶۷۸۴۷۷	—
۱۳۷۶	۶۳۴۳۷۲۷	۱۱۵۷۰۶۸	۵۶۵۸۳۵	۷۲۷۳۳۷	—

مجموعه سازمان بیمه خدمات درمانی

چنانچه در جدول ۱۵-۴-۲ ملاحظه می‌شود تا پایان خردادماه ۱۳۷۶، ۶۳۴۳۷۲۷ نفر از کارکنان دولت مشمول بیمه درمان بوده‌اند. در حالی که هدف برنامه دوم در ارتباط با بیمه اجتماعی کارمندان اشاره به افزایش تعداد افراد تحت پوشش بیمه درمان به ۶ میلیون و ۴۹۲ هزار نفر در پایان سال ۱۳۷۸ دارد. حال اگر روند افزایش تعداد بیمه‌شدگان در بین کارکنان دولت همانند سال ۱۳۷۵، سالانه ۳ درصد رشد داشته باشد، هدف برنامه در این ارتباط قابل دستیابی خواهد بود. اما در ارتباط با کل جمعیت مشمول و خصوصاً روستاییان همواره اهداف برنامه که تحت پوشش قرار گرفتن ۲۲ میلیون روستایی می‌باشد، عملاً عمکرد حاضر

فاصله زیادی دارد. همچنین تعداد ۴.۵ میلیون نفر اقشار آسیب پذیر و ۸ تا ۹ میلیون نفر خویش فرما باید بر اساس اهداف اولیه بیمه همگانی ظرف ۵ سال (۱۳۷۹-۱۳۷۴) تحت پوشش قرار گیرند که در این موارد نیز عملکرد سازمان چندان موفقیت آمیز نیست.

سازمان بیمه خدمات درمانی ابتدای سال ۱۳۷۶ در کل کشور با ۸۹۸۰ پزشک عمومی، ۵۳۶۱ پزشک متخصص و ۱۳۰۴ دندانپزشک، ۴۷۳ بیمارستان دولتی و ۱۱۱ بیمارستان خصوصی به ارائه خدمات درمانی پرداخته است. جدول ۱۶-۴-۲ نشانگر توزیع واحدهای درمانی در سطح کل کشور و برخی استان های کشور می باشد.

جدول ۱۶-۴-۲- مراکز درمانی طرف قرارداد در سال ۱۳۷۵

عنوان	آذربایجان شرقی	تهران	فارس	گیلان	هرمزگان	کل کشور
پزشک عمومی	۲۹۰	۱۵۳۷	۳۹۶	۳۰۲	۴۲	۸۹۸۰
پزشک متخصص	۳۵۸	۱۵۰۳	۱۷۴	۱۳۳	۴۵	۵۳۶۱
دندانپزشک	۱۲۱	۱۵۷	۶۵	۵۶	۳	۱۳۰۴
داروخانه	۱۳۵	۸۳۶	۲۱۰	۱۵۹	۳۲	۳۶۲۴
آزمایشگاه	۶۱	۲۷۵	۳۳	۲۴	۳	۸۸۵
رادیولوژی	۳۶	۱۸۲	۱۸	۱۳	۳	۵۴۳
فیزیوتراپی	۱۳	۹	۱۸	—	۳	۲۳۳
درمانگاه	—	—	۵۸	۵	۱	۱۸۱
بیمارستان دولتی	۲۸	۵۲	۳۴	۱۹	۸	۴۷۳
بیمارستان خصوصی	۹	۱۳	۱۴	۲	۲	۱۱۱

مآخذ: آمار مؤسسات طرف قرارداد سازمان بیمه خدمات درمانی.

از سوی دیگر مطالعه می شود که طبق نتایج مرکز آمار در سال ۱۳۷۵، جمعیت شاغلان ۱۰ ساله و بیشتر کشور ۱۴۵۷۲۰۰۰ و از این عده ۲۹.۲۲ درصد شاغل بخش عمومی بوده اند (۴۲۵۷۹۳۸ نفر) و حال آنکه متوسط بعد خانوار در این سال در سطح کل کشور ۴.۷۷ نفر بوده است. لذا حدود ۲۰۳۱۰۰۰۰ نفر باید از افراد تحت پوشش درمان بیمه کارکنان دولت باشند و حال آنکه در سال ۱۳۷۵، حدود ۶۱۹۷۷۳۳ نفر تحت پوشش بوده و تنها ۳۰ درصد از افراد تحت پوشش درمان بوده اند.

برنامه سازمان بیمه خدمات درمانی در مورد بیمه روستائیان، طرح عظیمی منی توزیع کارت بیمه درمانی ۲۲ میلیون نفر روستائیان و عشایر کشور است. در اجرای این طرح، روستائیان و عشایر بودن مراجعه به اداره بیمه، توسط بسیجیان کارت بیمه درمان را در محل زندگی خود دریافت خواهند کرد که این طرح در ۱۵ روز در استان کرمان به اجرا گذاشته شد و ۹۵۰ هزار نفر از روستائیان این استان کارت بیمه دریافت کرده اند که هدف سازمان، توزیع این کارت ها تا پایان امسال می باشد. روستائیان به هنگام دریافت کارت بیمه هیچ پولی نمی پردازند و روستائیان با ارائه این کارت در مراجعه به مراکز درمانی و بهداشتی دولتی با پرداخت ۲۵ درصد هزینه، از خدمات دارویی، تشخیصی و درمانی این مراکز دولتی استفاده می کنند.

ضی دو سال گذشته افراد روستایی و خویش فرمایانی که تحت پوشش بیمه همگانی قرار گرفته‌اند، بیشتر یا بیمار یا حتی در وضعیت بستری در بیمارستان بوده‌اند که از نظر مالی فشار زیادی به سازمان بیمه خدمات درمانی وارد کرده است. اما از سوی دیگر سیاست بیمه کردن بیماران بر روی تخت بیمارستان، تنفع مؤثری برای جذب مردم بوده است. در حال حاضر، جز در موارد اورژانس، سازمان (از مهر ماه ۱۳۷۶) دوره سه ماه انتظار را برای خدمات بستری بیماران بعد از بیمه شدن در نظر می‌گیرد.

اما علی‌رغم تمام هزینه‌های سنگین که این سازمان با آنها رو به رو است (حق بیمه دریافتی محدود و هزینه درمان سرپایی و بستری سنگین بیمه شدگان) و سیاست‌های تشویقی که اتخاذ کرده بوده است، موفقیت چندانی در دستیابی به اهداف مورد نظر خود و جذب تمامی افراد مشمول حمایت بیمه درمان، نداشته است. یکی از مسائل در این ارتباط، رابطه میان واحدهای درمانی و پزشکان با سازمان و سیستم پرداخت به ایشان می‌باشد.

### سیستم پرداخت به پزشکان و واحدهای درمانی طرف قرارداد

با توجه به این که بیمه خدمات درمانی امتیازات و تسهیلات فراوانی، از جمله بیمه کردن بیماران بر روی تخت بیمارستان‌ها را اجرا نموده است. اما فاجعه در مجموع استقبال گسترده‌ای از بیمه ننموده‌اند. یکی از مشکلات در این ارتباط عدم استقبال از این سیستم از سوی پزشکان به ویژه در شهرهای بزرگ می‌باشد و همچنین عدم پذیرش دفترچه بیمه در بسیاری از واحدها و مراکز درمانی خصوصی که به دلایلی با سازمان‌های بیمه قرارداد منعقد نموده‌اند، به بیانی زمانی سیستم بیمه‌های درمانی در کشور موفق خواهد بود که دفترچه بیمه در همه واحدها و مراکز درمانی معتبر و مورد پذیرش باشد.

عدم تعیین تعرفه‌های واقعی خدمات پزشکی و همچنین تأثیر طولانی در پرداخت به پزشکان و مؤسسات درمانی طرف قرارداد بیمه، از جمله دلایل عمده‌ای است که پزشکان را از عقد قرارداد با بیمه منصرف می‌نماید. غنی‌رغم این که در قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور مصوب ۱۳۷۳/۸/۳ بر لزوم واقعی شدن تعرفه‌های خدمات تشخیصی و درمانی و تجدیدنظر سالانه آنها تأکید شده، اما هنوز میان تعرفه‌های آزاد برای این خدمات و تعرفه‌های بیمه تفاوت زیادی وجود دارد. در تبصره ماده ۱ دستورالعمل نحوه ضرورت بر امور بیمه خدمات درمانی همگانی) - مصوب ۱۱/۴/۱۳۷۴ قید شده بود که سازمان‌ها و شرکت‌های بیمه کرد کمینه مباد ماه خمینی مکلفند حداقل ۶۰ درصد از جمع صورتحساب طرف قرارداد را در زمان ارائه اسناد و بقیه را پس از بررسی دقیق اسناد حداکثر ظرف دو ماه پرداخت کنند. مسئولان و عده پرداخت ۶۰ درصد مطالبات پزشکان و مؤسسات طرف قرارداد را در ۲۴ تا ۴۸ ساعت به صورت نقدی، داده بودند. اما در برخی موارد مطالبات واحدهای درمانی و پزشکان با تأخیرهای طولانی پرداخت می‌شود. از سوی دیگر و علاوه بر تأخیر در پرداخت مطالبات و غیر واقعی بودن تعرفه‌ها، گاه مسئولین ذی ربط در بیمه تجویز دارو و ارائه خدمات تشخیصی برای بیمه شدگان، از سوی پزشکان را تأیید ننموده یا آن را منوط به ارائه دلایل، اعلام می‌کنند که خود بر استقبال پزشکان برای عقد قرارداد با مؤسسات بیمه تأثیر گذاشته است. از سوی دیگر عدم تعهد بیمه در قبال برخی بیماری‌ها و به خصوص بیماری‌های دهان و دندان مشکل دیگر در این ارتباط است.

تعرفه‌های خدمات تشخیصی و درمانی و میزان فرانشیز پرداختی توسط بیمه شده در مصوبه ۱۳۷۴/۵/۴

هیئت وزیران به ترتیب زیر است:

#### ویزیت پزشکان

پزشک عمومی	۲۰۰۰ ریال
پزشک عمومی با ۱۵ سال سابقه	۲۵۰۰ ریال
متخصصین	۳۵۰۰ ریال
روانپزشک و پزشک استادیار	۴۰۰۰ ریال
پزشک دانشیار	۴۵۰۰ ریال
پزشک استاد	۵۰۰۰ ریال

حق فنی داروخانه ۱۰ درصد قیمت نسخه از حداقل ۱۵۰ ریال تا حداکثر ۴۵۰ ریال میزان فرانشیز پرداختی توسط بیمه شده از کل هزینه مصوب، از ویزیت پزشکان، خدمات آزمایشگاهی و رادیولوژی و از بهای نسخ دارویی ۲۵ درصد و از هزینه‌های بیمارستانی (بستری) ۱۰ درصد می‌باشد. از سوی دیگر هزینه اقامت (هتلینگ) در بیمارستان‌های دولتی و خصوصی به ترتیب زیر تعیین شده است.

#### هزینه اقامت (هتلینگ) اتاق سه تختی

بیمارستان‌های خصوصی	بیمارستان‌های مورد تعهد بیمه در بخش دولتی	
۴۰۰۰۰	۲۰۰۰۰	بیمارستان درجه ۱
۳۲۰۰۰	۱۶۰۰۰	بیمارستان درجه ۲
۲۴۰۰۰	۱۲۰۰۰	بیمارستان درجه ۳
۱۹۲۰۰	۹۶۰۰	بیمارستان درجه ۴

در سال جاری حدود ۳۰ درصد تعرفه‌های پزشکی افزایش یافته است اما علی‌رغم این افزایش آنچه از مطایعه این تعرفه‌ها حاصل می‌شود، تفاوت فاحش آنها با تعرفه‌های واقعی در جامعه است و لذا فشار زیادی که در نتیجه این اختلاف بر بیمه شده بهنگام درمان سرپایی یا بستری علاوه بر بیماری، وارد خواهد کرد. از سوی دیگر علت تأخیر در پرداخت مطالبات پزشکان غالباً به تأخیر در پرداخت اعتبارات مربوط به حق بیمه افراد از سوی دولت به سازمان‌های بیمه‌ای بر می‌گردد.

در حال حاضر برخی از سازمان‌های دولتی با پرداخت چند برابر تعرفه‌های فعلی به مراکز درمانی بخش خصوصی از امکانات آنها برای درمان کارکنان خود استفاده می‌کنند که اگر به نحوی این اعتبارات در اختیار سازمان‌های بیمه‌ای خدمات درمانی نیز قرار گیرد، درآمدها و امکان عقد قرارداد این سازمان‌ها را با مراکز درمانی خصوصی فراهم خواهد نمود لذا، چنانچه خواستار بیمه درمان همگانی هستیم باید این مشکلات مدنظر قرار گرفته و تعرفه‌ها براساس قیمت‌های واقعی تعیین شود تا پزشکان و مراکز درمانی مشتاقانه با سازمان بیمه عقد قرارداد کرده و به دنبال آن نسخ و صورتحساب‌ها هم در فاصله زمانی معقولی بررسی و



مطالبات مراکز درمانی و پزشکان به ایشان پرداخت گردد.

بحث دیگر در این ارتباط بحث وضعیت دارو در ارتباط با سیستم بیمه درمانی یک سیستم تأمین اجتماعی است. براساس آمار مربوط به وضعیت بازار دارویی سرانه ریالی دارو در سال ۱۳۷۴ برابر ۱۴۵۱۹ ریال می باشد که جدول ۱۷-۴-۲ این ارقام را برای یک دوره پنج ساله ۱۳۷۰ تا ۱۳۷۴ نشان می دهد. (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی)

جدول ۱۷-۴-۲

عنوان	۱۳۷۰	۱۳۷۱	۱۳۷۲	۱۳۷۳	۱۳۷۴
ارزش کل فروش دارو (میلیارد ریال)	۱۷۱۰۸	۲۸۷/۳۶	۴۳۷/۳۰	۶۶۹/۹۶	۸۹۴/۸۷
سرانه ریالی دارو	۳۰۷۶/۸	۵۰۲۰/۹	۷۴۵۴/۳	۱۱۱۴۱/۸	۱۴۵۱۹/۱
فروش ریالی داروهای داخلی (میلیارد ریال)	۱۵۴/۲	۲۷۱/۳۸	۴۰۵/۷۹	۵۸۱/۰۵	۷۳۷/۷۹
فروش ریالی داروهای وارداتی (میلیارد ریال)	۱۷/۶	۱۵/۹۸	۳۱/۵۱	۸۸/۹۱	۱۵۷/۰۸
نسبت تولید دارو به کل مصرف (درصد)	۹۴/۸	۹۵	۹۵/۶	۹۶/۶	۹۶/۸

مآخذ: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی - معاونت امور درمان و دارو

هزینه سرانه دارو در بین خانوارهای شهری در طی همین سال ها به ترتیب زیر بوده است که از نتایج آمارگیری بودجه خانوار، مرکز آمار ایران محاسبه شده است. (جدول ۱۸-۴-۲)

جدول ۱۸-۴-۲- هزینه های دارویی سرانه براساس نتایج آمارگیری بودجه خانوار

عنوان	۱۳۷۰	۱۳۷۱	۱۳۷۲	۱۳۷۳	۱۳۷۴
هزینه های دارویی سرانه (ریال)	۳۶۲۱	۵۴۱۸	۸۲۳۲	۱۴۵۸۵	۱۷۵۰۳

مآخذ: کارگروه تحقیق براساس نتایج آماری مرکز آمار ایران

جدول وضعیت دارو در کشور در سال ۱۳۷۴ (جدول ۱۹-۴-۲) نشان می دهد که ۴۵/۲ درصد از کل ارزش فروش سالانه دارو در این سال یارانه پرداخت دولت بوده است. اما نسبت مبلغ یارانه به تولید داخلی تنها ۳۷/۲ درصد می باشد.

جدول ۱۹-۴-۲- وضعیت دارو سال ۱۳۷۴

عنوان	تولید		واردات		جمع	
	تعداد / مقدار	درصد	تعداد / مقدار	درصد	تعداد / مقدار	درصد
فروش سالانه (میلیون ریال)	۷۳۷۷۹۳	۸۲/۴	۱۵۷۰۸۰	۱۷/۶	۸۹۴۸۷۳	۱۰۰
هزینه ارزی (میلیون دلار)	۳۲۰	۶۱/۵	۲۰۰	۳۸/۵	۵۲۰	۱۰۰
داروهای یارانه‌ای	۹۰	۷/۸	۱۳۵	۱۱/۸	۲۲۵	۱۹/۶
مبلغ یارانه (میلیون ریال)	۲۷۵۰۰۰	۱۷/۹	۱۳۰۰۰۰	۳۲/۱	۴۰۵۰۰۰	۱۰۰

مأخذ: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت امور درمان و دارو.

در مجموع هزینه‌های انجام شده در بخش درمان از سوی سازمان تأمین اجتماعی و سازمان بیمه خدمات درمانی و مقایسه آن با هزینه‌های بهداشتی و درمانی سرانه افراد در خانوارها تفاوت زیادی از هم دارند. هزینه‌های بهداشت و درمانی خانوارها شامل هزینه‌های دارویی، لوازم و وسایل طبی شخصی ویزیت پزشکان و دندانپزشکان، آزمایشات و تزریق و کل هزینه‌های بستری ایشان می‌باشد.

جدول ۲۰-۴-۲- مقایسه هزینه خانوار و سازمان تأمین اجتماعی برای درمان

سال	سازمان تأمین اجتماعی			بودجه خانوار	درصد
	هزینه‌های درمان (میلیون ریال)	افراد تحت پوشش درمان	هزینه سرانه درمان (ریال)		
۱۳۶۵	۷۸۹۱۱	۸۳۴۵۴۵۲	۹۴۵۵	۱۱۱۰۹	۸۵
۱۳۶۶	۷۹۷۰۰	۹۲۵۵۹۸۴	۸۶۱۰	۱۶۳۲۲	۵۲/۷
۱۳۶۷	۹۵۸۲۴	۱۰۳۰۹۱۳۸	۹۲۹۵	۱۶۸۰۵	۵۵/۳
۱۳۶۸	۱۰۶۰۳۵	۱۱۷۶۴۵۴۶	۹۰۱۳	۱۵۵۲۳	۵۸
۱۳۶۹	۱۰۱۶۹۹	۱۲۶۸۴۰۷۴	۸۰۱۷	۱۶۰۲۵	۵۰
۱۳۷۰	۱۸۰۵۸۴	۱۴۱۲۹۵۰۹	۱۲۷۸۰	۲۳۱۳۲	۵۵/۲
۱۳۷۱	۲۹۴۵۰۵	۱۵۲۹۴۸۷۰	۱۹۲۵۵	۳۷۹۴۹	۵۰/۷
۱۳۷۲	۳۸۶۵۸۶	۱۶۹۰۰۴۶۳	۲۲۸۷۴	۳۶۵۵۱	۶۲/۵
۱۳۷۳	۵۱۶۸۸۴	۱۸۷۲۰۷۹۰	۲۷۶۱۰	۷۱۳۸۶	۳۸/۶
۱۳۷۴	۶۳۱۶۳۲	۲۰۴۴۲۴۵۲	۳۰۸۹۸	۹۲۶۱۶	۳۳/۳

مأخذ: جدول ۲ و کارگروه تحقیق براساس نتایج آماری مرکز آمار ایران.

لذا آنچه ملاحظه می‌شود تفاوت فاحش هزینه‌هایی است که براساس آمارگیری بودجه خانوار هر فرد برای هزینه‌های درمانی خود انجام می‌دهد و آنچه که سازمان تأمین اجتماعی برای هر بیمه شده تحت

پوشش بیمه درمان خود پرداخت می نماید (جدول ۲۰-۴-۲). سال ۱۳۷۴، هزینه‌هایی که سازمان تأمین اجتماعی برای درمان هر بیمه شده پرداخت نموده است، ۳۳/۳ درصد از هزینه‌هایی است که فرد برای درمان انجام داده است.

سازمان بیمه خدمات درمانی در سال ۱۳۷۵ حدود ۱۵۰ میلیارد ریال هزینه درمان بیمه شدگان را پرداخت نموده است و این در حالی است که در سال ۱۳۷۵ تعداد کل بیمه شدگان خدمات درمانی این سازمان ۸۳۴۱۵۸۷ نفر بوده‌اند که در این سال نیز هزینه درمان سرانه برای سازمان بیمه خدمات درمانی ۱۷۹۸۲ ریال بوده است که با توجه به تحت پوشش بودن افراد روستایی در این سازمان باز شاهد این مضطرب هستیم که آنچه این سازمان‌های بیمه درمانی پرداخت نموده‌اند، نسبت به کل هزینه‌های پرداختی افراد بسیار ناچیز است و این خود یکی از دلایل اصلی عدم استقبال در پیوستن به بیمه‌های همگانی است که باز خود به دلیل تعرفه‌های غیر واقعی مورد نظر در احتساب هزینه‌های درمان افراد است.

### فصل پنجم - بررسی شرایط اقتصادی و تأثیر سیاست‌ها و سیستم‌های حمایتی در دوره جنگ (۱۳۶۸-۱۳۶۲) و برنامه اول توسعه اقتصادی (۱۳۶۸-۱۳۷۲)

اقتصاد ایران پس از انقلاب دو دوره را پشت سر گذارده و اکنون در دوره سوم به سر می‌برد. دوره اول از سال ۱۳۵۹ تا سال ۱۳۶۷ و زمان جنگ را مشخص می‌کند. دوره دوم برنامه اول جمهوری اسلامی است که به دوره به کارگیری سیاست‌های تعدیل اقتصادی شهرت یافته است. این دوره اسماً از سال ۱۳۶۷ تا ۱۳۷۲ را تشکیل می‌دهد. هر چند که آغاز واقعی سیاست‌های فوق در سال‌های ۱۳۶۸ و ۱۳۶۹ می‌باشد. بالاخره از سال ۱۳۷۲ یک بازگشت از سیاست‌های باز اقتصادی برنامه اول شکل گرفته است که تاکنون (اواخر ۱۳۷۵) ادامه دارد. با آغاز جنگ دولت جهت کنترل بازار کالاهای اساسی و حمایت از گروه‌های فقیر و حتی متوسط جامعه سیاست جیره‌بندی کالاهای اساسی را اجرا نمود. در واقع این دوره با سیستم حمایتی شناخته می‌شود که دنباله آن تا حال ادامه دارد. هر چند که درجه حمایت از سال ۱۳۶۸ به بعد کاهش یافته است. به هر حال باید به یک سؤال پاسخ داده شود. این سیستم حمایتی تا چه حدی قادر به کاهش در صدمه‌پذیری گروه‌های فقیر و آسیب‌پذیر جامعه بوده یا نوشته است در مصرف مواد خوراکی و دریافت ارزش‌های غذایی خانوارها مؤثر باشد؟

از سوی دیگر پس از خاتمه جنگ شاهد تغییر در سیاست‌های اقتصادی بودیم که این سیاست‌ها در چارچوب برنامه اول توسعه اقتصادی و بنکته فراتر از آن سعی در اجرای یک سری تغییرات در هدف‌های اقتصادی لازم برای دوران صبح بوده‌اند. به دنبال کنترل‌های نزدیک و گسترده دولت در دوران جنگ، عمده جهت‌گیری سیاست‌های فوق در مسیر آماده‌سازی سیستم بازار و اقتصاد بخش خصوصی برای جایگزینی فعالیت‌های اقتصادی دولت فرار گرفته است. آغاز و شاید عمده‌ترین حرکت در سیاست‌های زری و سپس به فراخور نیاز هم‌سویی با چنین سیاست‌گذاری‌های آزادسازی بعضی از سیستم‌های قیمت‌گذاری بوده‌اند. در اینجا نیز سؤال مهمی مطرح است. آیا این سیاست‌ها در رسیدن به اهداف مورد نظر مؤثر بوده‌اند؟ نتیجه اعمال این سیاست‌ها در رفاه و سطح فقر جامعه چگونه ارزیابی می‌شوند. بالاخره مرحله سوم از دوران اقتصاد پس از انقلاب حدوداً از سال ۱۳۷۳ آغاز شد. هر چند تغییر جهت

در سیاست‌های تعدیل اقتصادی با آغاز برنامه دوم توسعه اقتصادی مصادف شده ولی این به معنی تبعیت از یک سری برنامه‌های اقتصادی منسجم و مربوط نمی‌باشد. به عبارت دیگر همچنان که سیاست‌گذاری‌های تعدیل اقتصادی فراتر از برنامه اول اقتصادی بود، تغییر جهت سیاست‌های اقتصادی در سال ۱۳۷۳ به بعد نیز فراتر از برنامه دوم اقتصادی می‌باشد. از آنجا که آثار اقتصادی این سیاست‌گذاری‌ها با توجه به آمار موجودی که حداقل یک تأخیر زمانی یک ساله را تجربه می‌کند، چندان معلوم نشده است، فقط به بررسی دو مرحله نخست می‌پردازیم.

### بررسی سیستم حمایتی دوران جنگ (۱۳۶۸-۱۳۶۲)

بدیهی است که دوران جنگ از ۱۳۵۹ تا ۱۳۶۸ بوده و دوره بالا سال‌های اولیه جنگ را در بر نمی‌گیرد. ولی از آنجا که دورترین آمار مربوط به بودجه خانوار که در دسترس است از سال ۱۳۶۲ آغاز می‌شود، ناچار به پذیرش این محدودیت هستیم.

هر جنگی به دنبال خود علاوه بر خرابی‌ها، ویرانی‌ها، کشتار یا به عبارت خلاصه صدمات جانی و مالی اثرات عمده‌ای بر ساختار اقتصاد، توزیع درآمد و فقر باقی می‌گذارد. در جریان یک جنگ عمده‌ای پولدار می‌شوند و گروه بیشتری فقیر، بعضی از صنایع از بین می‌رود و در مقابل صنایع دیگری رونق می‌گیرند. ولی یکی از اثرات عمده و اساسی جنگ افزایش قیمت کالاها و خدمات و به خصوص کالاها و خدمات ضروری است. به هر حال به دو دلیل هم جهت انتظار در افزایش قیمت چنین کالاهایی متصور است. از یک سوی به علت این که بخش قابل توجهی از منابع به بخش جنگ منتقل می‌شوند و سربازان و جنگ‌آوران نیز نیاز به مصرف کالاهای ضروری به خصوص خوراکی دارند، مقدار عرضه کالاهای ضروری و خوراکی در بازار کاهش می‌یابد. از سوی دیگر گروهی به علت شرایط جنگ دست به عمل احتکار می‌زنند، چه خریدار و چه فروشنده. هر دو این موارد باعث افزایش در قیمت‌ها می‌شوند.

بدیهی است که وقتی قیمت یک کالا به علت کاهش در مقدار عرضه، یا افزایش در مقدار تقاضای آن افزایش می‌یابد، گروه خانوارهای فقیر هستند که ناچار به ترک بازار می‌شوند و دلیل اصلی اجرای یک سیستم جیره‌بندی یا حمایتی در دوران جنگ این مهم می‌باشد. دولت با تضمین سهمیه‌ای از کالاهای اساسی و بسیار ضروری در حد و مقدار مورد لزوم برای عموم جامعه سعی در حفظ یک سطحی تضمین شده می‌نماید. وزن اصلی و شاید کلی سهمیه کالاهای اساسی را مواد خوراکی و آن هم کالاهای خوراکی اساسی از نظر تغذیه تشکیل می‌دهند.

در هر اقتصادی کالاها و خدماتی وجود دارند که کلاً یا در حد تولید و مصرف شخصی عامل فایده‌های خارجی یا اجتماعی می‌باشند. آموزش و بهداشت از گروه کالاها و خدماتی هستند که تولید آنها علاوه بر مصرف‌کننده مستقیم فایده‌ای نیز متوجه جامعه می‌نماید و این فایده اجتماعی همیشه وجود دارد. با یک دید عمیق به مسئله تغذیه، به نظر می‌رسد که مواد خوراکی ضروری نیز تا حد تأمین نیاز لازم از ارزش‌های غذایی علاوه بر فایده شخصی، می‌توانند فایده‌ای اجتماعی نیز ایجاد نمایند.

کمبود دریافت ارزش‌های غذایی باعث بروز بیماری‌های مختلف و عفونت می‌شود. به دنبال سوء تغذیه کاهش اشتها، سوخت و ساز نامناسب و کاهش کارایی، بهره‌گیری از همان مقدار کم مواد غذایی دریافت شده نیز بروز می‌کند. به این ترتیب باید هزینه‌های بهداشت و درمان جامعه افزایش یابد، در حالی

که عامل کار ناسالمه مرتب از بازار کار خارج شده و بار تولید بر دوش بخش کوچک تری از افراد جامعه قرار می‌گیرد. این دور فقر مرتب ادامه یافت و به علت خروج بخش عمده نیروی کار از بازار کار منابع موجود برای تولید کاهش می‌یابد. متخصصین تغذیه نشان داده‌اند که کمبود بعضی از ارزش‌های غذایی، غیر از علائم فیزیکی سوء تغذیه، اثرات قابل توجه دماغی ایجاد می‌نماید. عدم توانایی دریافت هوشی در بعضی از کودکان از عمده‌ترین این عوارض است.

دولت‌ها به این نکته توجه دارند که، اساساً مشارکت تمامی افراد جامعه جهت تحقیق اهداف درازمدت ایجاد می‌نماید که افراد از فیزیک مناسب و بنیه جسمی و هوش کافی برخوردار باشند. در صورتی که عوامل اصلی یا بازوهای اجرای سیاست‌های دولت یعنی مردم کشور فاقد توانایی‌های لازم باشند، نه تنها اهداف بلندمدت تحقق خواهند یافت بلکه جامعه دچار دور باطل سوء تغذیه و بروز امراض و فقر خواهد شد. بنابراین دولت‌ها همیشه و خصوصاً در دوران جنگ در تلاش تأمین سبزیجات ضروری خوراکی افراد می‌باشند.

در ادامه بحث ما نخست به یک بررسی از وضعیت تغذیه خانوارهای شهری و روستایی در فاصله سال‌های ۱۳۶۲ تا ۱۳۶۸ می‌پردازیم. این بررسی نحوه عملکرد سیستم حمایتی دوران جنگ را در حفظ شرایط تغذیه یا اصلی‌ترین سبب کالاهای مصرفی خانوارها نشان می‌دهد. سپس ما تأثیر سیستم حمایتی را بر سطح رفاه و توزیع درآمد جامعه شهری و روستایی مطالعه خواهیم نمود.

#### وضعیت تغذیه شهرنشینان و روستائیان در فاصله سال‌های ۱۳۶۲-۱۳۶۸

در این بخش به کمک اطلاعات مربوط به هزینه و مصرف خانوارها در دهک‌های مختلف درآمدی از اقلام عمده غذایی بحث را پی می‌گیریم. برای بررسی شرایط تغذیه‌ای جامعه از ۴۰ قلم کالای عمده خوراکی که بیشترین سهم را در سبد مصرفی دارا می‌باشند استفاده کردیم. روش انتخاب این ۴۰ قلم کالا به گونه‌ای است که در هزینه مصرفی فرد شاخص شهر و روستا و به خصوص اقشار کم درآمد تقریباً کل مخارج خوراکی را به خود اختصاص داده باشد.

جدول ۱-۵-۲- ارزش های غذایی کالاهای خوراکی چهل گانه

افلام	آرد	برنج داخلی	برنج خارجی	گندم	نان تافتون	نان لواش	نان سنگک	نان بربری	نان ماشینی		مرغ	ماهی	شیر	لبنیات	پنیر داخلی	پنیر خارجی	تخم مرغ	روغن	میوه
نالری	۳۵۲	۳۵۱	۳۴۲	۳۵۳	۲۸۴	۲۸۸	۲۵۹	۲۶۵	۳۰۵	۴۷۲	۲۸۰	۱۱۶	۸۳	۷۶	۲۴۰	۳۲۹	۱۶۳	۹۰۰	۹۸
پرونتین	۹/۴	۶/۷	۷/۶	۱۲/۷	۹/۲۹	۸/۹۱	۸/۷	۸/۲	۱۵/۸	۵/۸	۱۶/۷	۲۱	۳/۴۶	۴/۱	۱۹۰۸	۱۸	۱۲/۹	۰	۰۳
فسفر	۱۹۴	۲۲۹	۱۲۶	۳۸۱	۸۹	۱۰	۸۷	۱۲۷	۱۰۱	۱۱۳	۱۵۸	۱۷۴	۹۹	۶۰/۳	۵۰۰	۳۳۶	۲۲۳	۰	۱۲۰
اهن	۱/۸	۳/۸	۱/۵۶	۵/۱	۶/۵	۵/۵	۱/۳	۴/۷	۶/۵	۰/۷	۳	۱/۵	۰/۲۱	۰/۹۷	۱	۱	۳/۲	۰	۰۵
کلسیم	۹۴	۱۶/۵	۳۰	۹۲	۵۹	۴۵	۵۷	۴۵	۸۴/۳	۱۴۸	۹	۱۲	۱۴۰	۱۱۷	۴۹۷	۴۱۲	۶۱	۰	۱۲

مأخذ: اسستو تغذیه ایران.

ادامه جدول ۱-۵-۲- ارزش های غذایی کالاهای خوراکی چهل گانه

افلام	مرکیبات	میوه های جالبیزی	سبزی های برگی	خیار	کدو و بادنجان	گوجه فرنگی	لوبیا	سبب زمینی	پیاز	سیر خشک	هویج	خشکبار	خرما	حبوبات	قند	شکر	شیرینی ها	چای	زردچوبه	رب گوجه فرنگی
نالری	۴۷	۳۳	۳۰	۱۷	۲۳	۱۹	۶۵/۵	۹۰	۲۷	۱۴۱	۳۷	۴۵۵	۲۶۶	۳۶۰	۲۰۰	۴۰۰	۴۸۰	۲	۳۵۳	۵۵
پرونتین	۰/۶۵	۰/۵	۲	۰/۶۴	۱/۱۸	۱/۸۵	۴/۳	۲/۶۵	۱	۵	۰/۷	۱۷/۱	۱/۶۱	۲۱/۳	۰	۰	۸/۵	۰	۱۲۰۳	۲
فسفر	۹	۸/۵	۴۰	۲۴	۲۶	۲۷	۹۳	۵۷	۴۵	۱۳۱	۳۰	۳۳۶	۵۰	۲۶۰	۰	۰	۱۷۰	۰	۰	۳
اهن	۶	۰/۲	۱	۰/۴۷	۰/۵۴	۱/۱۸	۱/۵۵	۰/۵	۰	۱	۱/۳۹	۳/۲	۲۰۹	۸	۰/۸۲	۰/۳۱	۱/۸	۰	۱۰	۵
کلسیم	۶۵	۶/۴	۵۰	۲۲	۱۷	۱۴	۳۲/۸	۸	۲۱	۳۱	۳۵	۸۸۰/۵	۴۳	۹۸	۲	۰	۱۲۷	۰	۱۳۰	۱۰۰

مأخذ: اسستو تغذیه ایران.

علاوه بر این، اقلام ۴۰ گانه به گونه‌ای انتخاب شده‌اند که حتی المقدور نزدیک به تمامی ارزش‌های غذایی دریافت شده توسط فرد را تحت پوشش قرار دهد و از طرفی با استفاده از دستاوردهای علم تغذیه راجع به میزان انرژی، پروتئین و موادمعدنی موجود در اقلام فوق بررسی به عمل آمده و مقدار پروتئین انرژی، کلسیم و آهن که به طور سرانه افراد دریافت نموده‌اند را محاسبه کردیم.

با استفاده از ماتریس ارزش‌های غذایی کالاهای خوراکی ۴۰ گانه و ماتریس مقادیر مصرفی این کالاها در دهک‌های مختلف، مقدار دریافت سرانه ارزش‌های غذایی به وسیله دهک‌ها محاسبه شده است. نتایج برای دهک‌های اول، آخر و متوسط (فرد شاخص) برای شهر و روستا در فاصله ۶۸-۶۲ در جدول‌های ۲-۵-۲ و ۲-۵-۳ نشان داده می‌شود.

جدول شماره ۲-۵-۲ میزان مصرف ارزش‌های غذایی را در طی سال‌های ۱۳۶۲ تا ۱۳۶۸ بیان می‌دارد. با توجه به این جدول می‌توان ملاحظه کرد که برای فرد شاخص شهری این روند به صورت افزایشی در سال‌های اخیر بوده است. این افزایش میزان مصرف در فرد کم درآمد شهری نیز به چشم می‌خورد اما با نوساناتی توأم است و در سال ۱۳۶۵ و ۱۳۶۶ کاهش قابل ملاحظه‌ای را نشان می‌دهد.

جدول ۲-۵-۳ نیز همانند جدول ۲-۵-۲ میزان دریافت زیر مغذی‌ها را در روستا برای سال‌های ۱۳۶۲ تا ۱۳۶۸ نشان می‌دهد فرد شاخص روستایی در طی این سال‌ها از میزان مصرف مناسبی برخوردار بوده که اگر سال ۱۳۶۲ را در نظر بگیریم می‌توان گفت که روندی تقریباً ثابت داشته که با کاهش بطنی همراه بوده است. اما این روند ثابت برای فرد کم درآمد با تغییرات زیادی توأم بوده عبارت‌ها همانند شهر کاهش میزان مصرف در سال ۱۳۶۵ در اینجا نیز دیده می‌شود.

چنانچه جدول ۲-۵-۲ و ۲-۵-۳ را با هم مقایسه کنیم خواهیم دید که وضعیت فرد کم درآمد روستایی از جهت دریافت ارزش‌های غذایی بهتر از موقعیت همین قشر در شهر می‌باشد که این می‌تواند ناشی از تغذیه مناسب در روستاها باشد.

برای بررسی و تحلیل نتایج به دست آمده نیاز به یک معیار سنجش از ارزش‌های غذایی است که معیار مورد نظر را با توجه به رهنمودهای علم تغذیه در جدول شماره ۴-۵-۲ نشان داده‌ایم. نحوه استخراج این جدول به گونه‌ای است که برای مثال مقدار انرژی روزانه توصیه شده برای مرد و زن فعال را که به ترتیب ۳۲۰۰ و ۲۳۰۰ است در نظر می‌گیریم و همچنین با توجه به بعد خانوار که حدوداً ۵ نفر است و ترکیب هرمی جامعه رقم را تعدیل می‌کنیم.

جدول ۲-۵-۲- مقدار دریافت سرانه ارزش های غذایی برای شهرنشینان

گروه متوسط شهری

عنوان	۱۳۶۲	۱۳۶۳	۱۳۶۴	۱۳۶۵	۱۳۶۶	۱۳۶۷	۱۳۶۸
کالری	۲۸۲۰	۲۸۶۸	۲۸۲۵	۲۶۵۰	۲۷۲۶	۲۸۳۴	۲۹۴۱
پروتئین	۹۶	۹۵	۹۵	۸۵	۹۱	۹۵	۹۸
فسفر	۱۳۸۱	۱۳۴۳	۱۳۶۶	۱۲۰۴	۱۲۹۶	۱۳۵۴	۱۲۹۹
آهن	۳۵	۳۶	۳۵	۳۲	۳۵	۳۸	۴۰
کلسیم	۸۴۳	۸۵۴	۹۰۱	۸۵۵	۸۴۲	۹۴۹	۹۱۴

دهک فقیر شهری

عنوان	۱۳۶۲	۱۳۶۳	۱۳۶۴	۱۳۶۵	۱۳۶۶	۱۳۶۷	۱۳۶۸
کالری	۱۳۱۷	۱۴۲۸	۱۵۶۸	۱۳۲۹	۱۳۴۵	۱۶۷۶	۱۵۲۹
پروتئین	۳۶	۳۹	۳۷	۳۴	۳۵	۴۸	۴۲
فسفر	۴۱۸	۴۳۵	۳۹۹	۳۵۵	۳۸۹	۵۰۰	۴۰۱
آهن	۱۷	۱۸	۱۹	۱۸	۱۹	۲۶	۲۳
کلسیم	۲۶۹	۲۸۸	۲۷۴	۲۶۲	۲۵۳	۳۵۵	۳۱۸

دهک غنی شهری

عنوان	۱۳۶۲	۱۳۶۳	۱۳۶۴	۱۳۶۵	۱۳۶۶	۱۳۶۷	۱۳۶۸
کالری	۵۲۰۰	۵۵۵۱	۵۴۹۴	۵۲۵۳	۴۸۱۲	۵۶۷۹	۵۴۵۶
پروتئین	۱۹۲	۲۰۰	۲۰۳	۱۸۹	۱۷۷	۱۹۱	۱۹۳
فسفر	۳۰۲۳	۳۲۰۹	۳۳۰۲	۲۹۱۱	۲۷۲۰	۲۹۰۱	۲۹۲۴
آهن	۶۱	۶۷	۶۵	۶۱	۶۱	۶۹	۶۷
کلسیم	۱۸۶۰	۱۹۱۲	۲۰۴۶	۱۷۵۶	۱۷۹۹	۲۰۱۹	۲۰۱۱

مأخذ: محاسبات از گروه تحقیق<sup>۱</sup>

<sup>۱</sup> محاسبات گروه تحقیق با استفاده از آمار خام و داده جانوران مرکز آمار ایران صورت گرفته است.



جدول ۳-۵-۲- مقدار دریافت سرانه ارزش های غذایی برای روستائیان

گروه متوسط روستایی

عنوان	۱۳۶۲	۱۳۶۳	۱۳۶۴	۱۳۶۵	۱۳۶۶	۱۳۶۷	۱۳۶۸
کالری	۲۳۷۶	۲۹۵۲	۲۷۸۲	۲۶۵۷	۲۶۸۵	۲۷۴۱	۲۶۶۱
پروتئین	۷۰	۱۰۱	۹۵	۷۴	۸۹	۹۴	۸۸
فسفر	۸۵۷	۱۰۴۲	۱۰۲۱	۸۰۵	۹۴۵	۱۰۴۹	۸۷۰
آهن	۳۲	۴۶	۴۴	۳۴	۴۱	۴۳	۴۲
کلسیم	۵۱۹	۷۴۸	۶۸۳	۵۲۴	۶۳۱	۷۲۷	۶۷۰

دهک فقیر روستایی

عنوان	۱۳۶۲	۱۳۶۳	۱۳۶۴	۱۳۶۵	۱۳۶۶	۱۳۶۷	۱۳۶۸
کالری	۱۱۸۴	۱۸۱۶	۱۹۷۵	۱۰۱۸	۱۶۷۱	۱۸۸۹	۱۷۶۰
پروتئین	۳۴	۶۶	۶۹	۲۸	۵۸	۵۶	۶۲
فسفر	۳۱۸	۵۱۷	۵۴۴	۲۴۸	۴۵۱	۴۶۹	۴۶۷
آهن	۱۹	۳۳	۳۴	۱۶	۲۹	۳۰	۳۱
کلسیم	۲۶۱	۴۶۲	۴۸۰	۲۴۷	۳۹۲	۳۹۸	۴۴۱

دهک غنی روستایی

عنوان	۱۳۶۲	۱۳۶۳	۱۳۶۴	۱۳۶۵	۱۳۶۶	۱۳۶۷	۱۳۶۸
کالری	۳۹۴۶	۴۴۴۹	۴۳۰۳	۸۲۱۱	۴۸۱۱	۴۱۱۷	۳۶۵۶
پروتئین	۱۰۹	۱۴۸	۱۴۰	۱۹۳	۱۵۳	۱۴۱	۱۱۷
فسفر	۱۴۹۰	۱۷۶۴	۱۷۹۰	۲۴۴۶	۱۹۹۰	۱۶۳۸	۱۴۱۸
آهن	۴۷	۶۳	۶۱	۷۵	۶۸	۶۳	۵۳
کلسیم	۱۱۶	۱۱۰۴	۹۱۳	۱۰۸۵	۱۰۵۹	۹۴۸	۸۸۲

سازمان بهداشت و کنترل کیفیت مواد غذایی

جدول ۴-۵-۲- ارزش های غذایی مورد نیاز هر یک از اعضای یک خانواده

۵ نفره ایرانی - روزانه

کالری	پروتئین (گرم)	آهن (میلی گرم)	کلسیم (میلی گرم)
۳۳۰۹	۵۶۸	۱۱۳	۵۵۰

سازمان بهداشت و کنترل کیفیت مواد غذایی

بانگه به جدول فوق ملاحظه می شود که هر یک از اعضای خانوار ۵ نفره روزانه به ۲۲۰۹ کالری انرژی نیاز دارند. حال با مقایسه این ارقام با مقدار ارزش های دریافتی توسط افراد مختلف در مقاطع سال های ۱۳۶۸-۱۳۶۲ مشخص می شود که چه وضعیتی از نظر تغذیه ای در این چند سال بر آنها حاکم بوده است. طی بررسی های به عمل آمده معلوم شده افرادی که توانایی دریافت میزان انرژی لازم برای بدن را دارند سایر ریز مغذی ها را نیز در حد مناسب کسب کرده اند به عبارتی، با در نظر گرفتن معیار دریافت انرژی می توان سایر ارزش های غذایی را تحت پوشش بالای استاندارد دانست. در واقع ملاحظه می شود افرادی که در حد ۲۲۰۹ کالری انرژی را مصرف کرده اند از نظر دیگر ارزش های غذایی مشکل نداشته اند پس برای بررسی های بعدی میزان انرژی دریافتی را پایه تجربه و تحلیل های خود قرار می دهیم.

با توجه به جدول ۲-۵-۲ ملاحظه می شود که فرد شاخص شهر در طی سال های ۱۳۶۲ تا ۱۳۶۸ توانسته است از انرژی مصرفی بالایی بهره مند گردد به خصوص در دو سال ۱۳۶۷ و ۱۳۶۸ میزان مصرف انرژی بیشتر شده است. اما برای روستا وضعیت به گونه ای دیگر است. جدول ۲-۵-۳ نشان می دهد که تغییرات انرژی در طی سال های جنگ در روستا خیلی نوسان نداشته و جز در سال ۱۳۶۳ در بقیه سال ها در دامنه ای کوچک متغیر بوده است. اما مسئله مهم اختلاف انرژی دریافتی میانگین جامعه بین شهر و روستا است این تفاوت می تواند از پرداخت های انتقالی دولت به صورت سوبسید به برخی از کالاها و مایحتاج ضروری در شهر ناشی شود در حالی که کالاهای کوپنی در روستاها بسیار محدود توزیع می شوند.

با مقایسه افراد کم درآمد شهر و روستا مشخص می سازد که وضعیت افراد کم درآمد در روستا از قشر شهری آن بهتر است این نشان می دهد که روستائیان با توجه به میانگین جامعه روستایی از توزیع بهتری برخوردار هستند. در واقع در روستا تفاوت بین دهک های درآمدی کمتر از شهر می باشد. به عبارتی روستائیان جز در دو سال ۱۳۶۲ و ۱۳۶۵ همواره وضعیت مناسب تری نسبت به شهر داشته اند.

اما موردی که در این دو جدول مشترک است کاهش میزان مصرف در شهر و روستا در مقطع سال ۱۳۶۵ است این کاهش در دید کلان به دلیل شوک نفتی سال ۱۳۶۵ و به تبع آن کاهش درآمد ملی بوده است و کاهش درآمد که در تمام زمینه های اقتصادی تأثیرگذار بوده در بودجه خانوار نیز خود را نشان داده است و در واقع با کاهش درآمد میزان مصرف افراد نیز کاهش یافته است.

در جدول زیر میزان درآمد نفت و گاز در طی سال های ۱۳۶۲ تا ۱۳۶۸ نشان داده می شود که افت شدید درآمدی در سال ۱۳۶۵ و آثار و عواقب آن را تا سال های ۱۳۶۸ بیان می دارد.

جدول ۲-۵-۵

سال	۱۳۶۲	۱۳۶۳	۱۳۶۴	۱۳۶۵	۱۳۶۶	۱۳۶۷	۱۳۶۸
درآمد نفت و گاز	۱۷۷۹۰۴	۱۳۷۳۰۲	۱۸۸۰۷	۴۱۶۰۷	۷۶۶۰۲	۱۴۹۰۵	۱۷۰۰۸

منبع: بانک مرکزی اداره بررسی های اقتصادی.

با توجه به جدول بالا و در نظر گرفتن دو جدول ۲-۵-۲ و ۲-۵-۳ مشخص می شود که ارزش های تغذیه ای شهر نشینان در سال های ۱۳۶۵ و ۱۳۶۶ نسبت به سال های دیگر نامناسب تر می باشد. منتها این ویژگی در نزد فرد شاخص شهری و اقشار کم درآمد شهری در مقایسه با روستائیان با شدت بیشتری خود را

نشان می‌دهد. باید توجه داشت که کاهش درآمد نفت در سال ۱۳۶۵ نه تنها تمامی اثرات منفی خود را بر شرایط تغذیه‌ای جامعه به یکباره نشان داده بلکه قسمت عمده‌ای از این اثرات بایک وقفه و در سال ۱۳۶۶ آشکار شده است.

مطلب بالا می‌تواند این نتیجه را در برداشته باشد که شهرنشینان در مقایسه با روستائیان نسبت به متغیرهای کلان اقتصادی حساسیت بیشتری نشان می‌دهند و این به دلیل وابستگی شدید شهر به این متغیرها است در حالی که روستائیان از این نوسانات تا حد زیادی دور هستند. از طرف دیگر می‌توان وضعیت شهرنشینان را با توجه به سیستم حمایتی دولت که بیشتر در شهرها متمرکز است را بیان کرد. در واقع شهرنشینان وابستگی شدیدی به سیستم حمایتی دولت دارند و چنانچه این چتر امنیتی برداشته شود وضعیت شان بسیار وخیم‌تر خواهد شد.

برای بررسی بهتر وضعیت شهر و روستا می‌توان میزان انرژی مصرفی روستا را بر پایه شهر محاسبه نمود. به این صورت که میزان مصرف انرژی هر سانه را در شهر قم ۱۰۰ فرض کرد و براساس آن روستا را به دست آورد. به این طریق مقایسه دقیق‌تری از وضع شهر و روستا خواهیم داشت که این محاسبات در جدول ۲-۵-۶ مطرح شده است. با توجه به جدول ۲-۵-۶ ملاحظه می‌شود که فرد شاخص در شهر از وضعیت تغذیه‌ای خفتری برخوردار بوده جز سال‌های ۱۳۶۳ و ۱۳۶۵ و این می‌تواند به دلیل سوبسید پرداختی به کالاهایی در شهر باشد که تعداد عمده انرژی افراد را تأمین کند سوبسید نان که در شهرها پرداخت می‌شود عامل صبی در این مورد است زیرا اکثر مردم (شهر و روستا) نیاز عمده انرژی خود را از مصرف نان تأمین می‌کنند در حالی که در روستا به این کالا سوبسیدی پرداخت نمی‌شود و معمولاً نان در منزل پخت می‌شود.

جدول ۲-۵-۶- میزان انرژی مصرفی روستا بر پایه شهر = ۱۰۰

گروه متوسط

عنوان	۱۳۶۲	۱۳۶۳	۱۳۶۴	۱۳۶۵	۱۳۶۶	۱۳۶۷	۱۳۶۸
کالری	۰.۸۴	۱.۰۳	۰.۹۸	۱.۰۰	۰.۹۸	۰.۹۷	۰.۹۰
پروتئین	۰.۷۳	۱.۰۶	۱.۰۰	۰.۸۷	۰.۹۷	۰.۹۹	۰.۹۰
فسفر	۰.۶۲	۰.۷۸	۰.۷۵	۰.۶۷	۰.۷۳	۰.۷۷	۰.۶۷
هن	۰.۹۳	۱.۲۹	۱.۳۳	۱.۰۶	۱.۱۷	۱.۱۳	۱.۰۳
کسیه	۰.۶۳	۰.۸۸	۰.۷۶	۰.۶۱	۰.۷۵	۰.۷۷	۰.۷۳

دهک فقیر

عنوان	۱۳۶۲	۱۳۶۳	۱۳۶۴	۱۳۶۵	۱۳۶۶	۱۳۶۷	۱۳۶۸
کالری	۰.۹۰	۱.۲۷	۱.۲۶	۰.۷۷	۱.۲۴	۱.۱۳	۱.۱۵
پروتئین	۰.۹۵	۱.۷۲	۱.۸۴	۰.۸۴	۱.۶۵	۱.۱۵	۱.۴۷
فسفر	۰.۷۶	۱.۱۹	۱.۳۶	۰.۷۰	۱.۱۶	۰.۹۴	۱.۱۶
هن	۱.۱۱	۱.۸۰	۱.۸۱	۰.۸۵	۱.۵۵	۱.۱۷	۱.۳۶
کسیه	۱.۱۰	۱.۶۱	۱.۷۵	۰.۹۴	۱.۵۵	۱.۱۲	۱.۳۹

دهك غنى

عنوان	۱۳۶۲	۱۳۶۳	۱۳۶۴	۱۳۶۵	۱۳۶۶	۱۳۶۷	۱۳۶۸
كالرى	۰/۷۶	۰/۸۰	۰/۷۸	۱/۵۶	۱/۰۰	۰/۷۲	۰/۶۷
پروتئين	۰/۵۷	۰/۷۴	۰/۶۹	۱/۰۲	۰/۸۷	۰/۷۴	۰/۶۱
فسفر	۰/۴۹	۰/۵۵	۰/۵۴	۰/۸۴	۰/۷۳	۰/۵۶	۰/۴۹
آهن	۰/۷۸	۰/۴۹	۰/۹۳	۱/۲۳	۱/۱۱	۹۱	۰/۷۹
كلسيم	۰/۴۲	۰/۵۸	۰/۴۸	۰/۶۲	۰/۵۹	۰/۴۷	۰/۴۴

ماخذ: محاسبات از گروه تحقيق.

جدول ۷-۵-۲- میزان دریافت انرژی بر حسب کالری از کالاهای اساسی (شهروندان سالهای ۱۳۶۸-۱۳۶۲)

۱۳۶۲	متوسط	D <sup>۱</sup>	D <sup>۲</sup>	D <sup>۳</sup>	D <sup>۴</sup>	D <sup>۵</sup>	D <sup>۶</sup>	D <sup>۷</sup>	D <sup>۸</sup>	D <sup>۹</sup>	D <sup>۱۰</sup>
کالاهای اساسی											
برنج	۱۰/۷	۱۲/۳	۱۱/۲	۱۱/۰	۱۰/۵	۱۱/۰	۱۱/۲	۹/۶	۱۰/۷	۹/۵	۱۱/۵
نان	۳۴/۷	۵۵/۷	۱۹/۳	۴۳/۸	۴۱/۹	۴۲/۳	۳۷/۵	۳۲/۱	۳۲/۹	۲۶/۵	۲۱/۸
گوشت	۷/۲	۱/۵	۳/۰	۹/۱	۳/۶	۵/۵	۵/۸	۶/۰	۶/۹	۱۱/۱	۱۰/۱
مرغ	۲/۸	۰/۵	۱/۲	۱/۸	۲/۳	۲/۶	۳/۱	۲/۷	۳/۴	۳/۱	۴/۰
لبنیات	۶۰	۳۰۴	۳/۵	۲/۳	۴/۷	۵/۵	۵/۶	۸/۸	۶/۰	۶/۸	۶/۸
تخم مرغ	۲/۳	۱/۲	۱/۵	۲/۲	۲/۵	۲/۴	۲/۵	۲/۲	۲/۷	۲/۳	۲/۶
روغن	۶/۲	۸/۳	۴/۹	۶/۴	۶/۱	۶/۳	۶/۰	۵/۲	۸/۲	۵/۲	۵/۶
قند و شکر	۶/۶	۱۰/۴	۱۳/۸	۹/۰	۶/۴	۶/۵	۷/۳	۴/۸	۴/۹	۶/۹	۳/۶
جمع کالری دریافتی	۷۶/۹	۹۲/۵	۹۰/۲	۸۷/۸	۷۹/۰	۸۲/۱	۷۹/۰	۷۱/۴	۷۵/۷	۷۱/۴	۶۴/۰

۱۳۶۳	متوسط	D <sup>۱</sup>	D <sup>۲</sup>	D <sup>۳</sup>	D <sup>۴</sup>	D <sup>۵</sup>	D <sup>۶</sup>	D <sup>۷</sup>	D <sup>۸</sup>	D <sup>۹</sup>	D <sup>۱۰</sup>
کالاهای اساسی											
برنج	۱۲/۴	۱۴/۱	۱۲/۶	۱۳/۱	۱۲/۶	۱۱/۴	۱۳/۲	۱۲/۷	۱۳/۲	۱۲/۲	۱۱/۱
نان	۳۵/۷	۵۷/۶	۵۳/۴	۴۴/۴	۴۵/۴	۳۶/۰	۳۹/۰	۳۴/۸	۳۲/۶	۲۶/۸	۲۳/۶
گوشت	۶/۸	۱/۲	۲/۳	۳/۹	۴/۱	۱۲/۶	۵/۹	۶/۶	۷/۰	۷/۰	۹/۶
مرغ	۲/۹	۰/۲	۱/۱	۱/۶	۲/۳	۲/۷	۳/۵	۳/۹	۴/۱	۳/۲	۳/۵
لبنیات	۵۸	۲۷	۳/۶	۲/۴	۶/۱	۶/۲	۵/۶	۵/۹	۶/۳	۷/۴	۶/۲
تخم مرغ	۲/۲	۰/۸	۱/۶	۲/۰	۱/۹	۲/۱	۲/۲	۲/۳	۲/۵	۲/۵	۲/۳
روغن	۸/۰	۹/۰	۱۰/۲	۷/۵	۷/۲	۶/۲	۷/۹	۹/۶	۶/۲	۱۲/۶	۵/۳
قند و شکر	۵/۶	۱۰/۰	۷/۸	۷/۴	۷/۰	۵/۸	۶/۱	۵/۵	۵/۲	۴/۳	۳/۳
جمع کالری دریافتی	۷۹/۴	۹۵/۶	۹۲/۶	۸۴/۳	۸۶/۶	۸۳/۱	۸۳/۴	۸۱/۳	۷۷/۱	۷۵/۹	۶۴/۹

D <sup>۱۰</sup>	D <sup>۹</sup>	D <sup>۸</sup>	D <sup>۷</sup>	D <sup>۶</sup>	D <sup>۵</sup>	D <sup>۴</sup>	D <sup>۳</sup>	D <sup>۲</sup>	D <sup>۱</sup>	متوسط	۱۳۶۴ کالاهای اساسی
۱۴/۳	۱۴/۲	۱۲/۸	۱۳/۴	۱۳/۶	۱۱/۴	۱۲/۵	۱۱/۷	۱۱/۱	۹/۵	۱۲/۹	برنج
۲۰/۹	۳۰/۴	۳۰/۳	۳۵/۳	۳۷/۰	۳۸/۱	۴۵/۲	۴۸/۹	۵۲/۶	۵۳/۰	۳۵/۴	نان
۹/۳	۷/۹	۹/۴	۶/۲	۵/۳	۱۶/۶	۴/۳	۲/۳	۵/۷	۰/۸	۷/۷	گوشت
۴/۹	۳/۰	۲/۱	۲/۲	۲/۲	۱/۵	۱/۸	۱/۶	۱/۰	۰/۳	۲/۳	مرغ
۵/۷	۶/۹	۵/۷	۸/۶	۸/۶	۲/۷	۴/۶	۴/۷	۳/۶	۱/۹	۵/۵	لبنیات
۱/۸	۱/۸	۱/۶	۲/۲	۲/۲	۱/۳	۱/۵	۱/۵	۱/۳	۰/۵	۱/۶	تخم مرغ
۵/۳	۶/۰	۱۰/۹	۶/۳	۶/۳	۶/۴	۷/۶	۸/۱	۸/۰	۲۰/۷	۸/۲	روغن
۳/۵	۴/۷	۴/۸	۵/۶	۵/۶	۶/۰	۷/۵	۸/۱	۸/۶	۸/۹	۵/۷	قند و شکر
۶۴/۷	۷۴/۹	۷۷/۵	۷۹/۸	۸۰/۸	۸۶/۰	۸۵/۰	۸۷/۹	۹۱/۹	۹۵/۶	۷۹/۳	جمع کالری دریافتی

D <sup>۱۰</sup>	D <sup>۹</sup>	D <sup>۸</sup>	D <sup>۷</sup>	D <sup>۶</sup>	D <sup>۵</sup>	D <sup>۴</sup>	D <sup>۳</sup>	D <sup>۲</sup>	D <sup>۱</sup>	متوسط	۱۳۶۵ کالاهای اساسی
۱۱/۶	۱۵/۹	۱۵/۲	۱۵/۶	۱۳/۸	۱۲/۲	۸/۴	۱۱/۱	۹/۴	۸/۱	۱۲/۴	برنج
۲۳/۰	۳۲/۵	۳۶/۰	۳۸/۲	۴۰/۶	۴۰/۶	۳۰/۸	۵۰/۷	۴۸/۴	۶۰/۰	۳۶/۵	نان
۷/۵	۶/۲	۶/۷	۶/۸	۵/۲	۴/۳	۲/۵	۳/۰	۱/۴	۰/۶	۵/۱	گوشت
۵/۳	۴/۱	۲/۹	۱/۹	۲/۹	۲/۵	۱/۵	۰/۹	۰/۶	۰/۱	۲/۸	مرغ
۵/۲	۵/۸	۵/۶	۵/۵	۴/۶	۱۱/۳	۳/۰	۳/۴	۱۳/۰	۲/۶	۵/۹	لبنیات
۱/۶	۲/۷	۳/۱	۲/۶	۲/۱	۲/۱	۱/۵	۱/۲	۱/۴	۰/۴	۲/۰	تخم مرغ
۵/۸	۶/۸	۷/۵	۸/۰	۸/۶	۸/۴	۳۸/۶	۹/۰	۱۰/۰	۱۱/۶	۱۱/۳	روغن
۳/۴	۵/۲	۶/۴	۶/۴	۶/۶	۶/۷	۵/۵	۷/۹	۸/۶	۱۰/۶	۶/۱	قند و شکر
۶۳/۴	۷۹/۲	۸۳/۴	۸۵/۰	۸۴/۴	۸۸/۱	۹۱/۸	۸۷/۲	۹۲/۸	۹۴/۱	۸۲/۱	جمع کالری دریافتی

D <sup>10</sup>	D <sup>9</sup>	D <sup>8</sup>	D <sup>7</sup>	D <sup>6</sup>	D <sup>5</sup>	D <sup>4</sup>	D <sup>3</sup>	D <sup>2</sup>	D <sup>1</sup>	متوسط	۱۳۶۶ کالاهای اساسی
۱۶/۲	۱۶/۲	۱۵/۰	۱۴/۰	۱۳/۸	۱۱/۷	۱۱/۳	۱۱/۷	۱۱/۵	۱۱/۹	۱۳/۹	برنج
۲۷/۱	۳۰/۰	۳۲/۶	۳۵/۰	۳۸/۲	۳۹/۰	۴۶/۵	۴۹/۴	۵۵/۰	۵۷/۶	۳۷/۷	نان
۱۰/۸	۶/۹	۶/۱	۶/۳	۴/۸	۴/۹	۲/۶	۱/۶	۱/۱	۰/۲	۵/۶	گوشت
۳/۵	۲/۷	۳/۵	۳/۱	۳/۳	۲/۶	۱/۳	۲/۳	۱/۵	۰/۴	۲/۷	مرغ
۵/۶	۴/۹	۵/۴	۵/۴	۳/۵	۸/۶	۶/۵	۴/۴	۳/۹	۲/۶	۵/۴	لبنیات
۲/۱	۲/۶	۲/۳	۲/۱	۱/۸	۲/۶	۲/۲	۱/۴	۱/۵	۰/۵	۲/۱	تخم مرغ
۵/۸	۶/۰	۶/۵	۶/۴	۷/۰	۶/۷	۷/۳	۸/۲	۷/۵	۹/۸	۶/۸	روغن
۴/۴	۴/۶	۵/۱	۵/۷	۶/۳	۶/۷	۷/۱	۸/۱	۸/۱	۱۰/۷	۶/۱	قند و شکر
۷۵/۵	۷۳/۹	۷۶/۵	۷۸/۰	۷۹/۷	۸۲/۸	۸۴/۸	۸۷/۲	۹۰/۱	۹۳/۷	۸۰/۳	جمع کالری دریافتی

D <sup>10</sup>	D <sup>9</sup>	D <sup>8</sup>	D <sup>7</sup>	D <sup>6</sup>	D <sup>5</sup>	D <sup>4</sup>	D <sup>3</sup>	D <sup>2</sup>	D <sup>1</sup>	متوسط	۱۳۶۷ کالاهای اساسی
۱۱/۷	۱۳/۰	۱۴/۶	۱۳/۰	۱۱/۸	۱۴/۱	۱۱/۴	۸/۳	۹/۱	۷/۳	۱۱/۸	برنج
۲۱/۴	۲۸/۹	۳۵/۳	۳۹/۶	۴۱/۳	۴۲/۷	۴۷/۱	۴۸/۹	۵۶/۳	۶۶/۲	۳۸/۴	نان
۱۰/۰	۷/۸	۷/۱	۶/۴	۵/۹	۴/۷	۴/۶	۲/۵	۱/۸	۰/۵	۶/۱	گوشت
۴/۲	۳/۰	۲/۲	۱/۶	۱/۷	۱/۴	۱/۶	۱/۲	۱/۱	۰/۶	۲/۲	مرغ
۶/۲	۸/۳	۵/۵	۴/۸	۵/۲	۴/۶	۴/۳	۳/۹	۳/۵	۲/۱	۵/۳	لبنیات
۲/۲	۲/۵	۳/۱	۳/۰	۲/۵	۲/۲	۲/۱	۱/۸	۱/۶	۱/۲	۲/۳	تخم مرغ
۱۸/۲	۶/۳	۷/۱	۶/۷	۶/۷	۶/۴	۷/۳	۱۳/۸	۸/۰	۷/۹	۹/۷	روغن
۳/۶	۴/۶	۵/۲	۵/۷	۵/۹	۶/۰	۶/۸	۷/۰	۸/۲	۸/۲	۵/۶	قند و شکر
۷۷/۵	۷۴/۴	۸۰/۱	۸۰/۸	۸۱/۰	۸۲/۱	۸۵/۲	۸۷/۴	۸۹/۶	۹۴/۰	۸۱/۴	جمع کالری دریافتی

D <sup>10</sup>	D <sup>9</sup>	D <sup>8</sup>	D <sup>7</sup>	D <sup>6</sup>	D <sup>5</sup>	D <sup>4</sup>	D <sup>3</sup>	D <sup>2</sup>	D <sup>1</sup>	متوسط	۱۳۶۸ کالاهای اساسی
۱۲/۳	۱۳/۴	۱۰/۹	۱۱/۰	۸/۵	۹/۵	۸/۸	۸/۱	۶/۱	۶/۹	۱۰/۱	برنج
۲۶/۰	۳۳/۸	۲۳/۱	۴۱/۵	۳۹/۴	۴۷/۴	۵۱/۲	۵۴/۰	۴۶/۴	۶۵/۴	۴۱/۴	نان
۸/۵	۷/۲	۵/۹	۶/۶	۵/۴	۴/۴	۳/۶	۳/۲	۱/۵	۰/۷	۵/۴	گوشت
۳/۵	۲/۲	۲/۱	۲/۲	۱/۹	۱/۳	۱/۷	۱/۴	۰/۵	۰/۲	۲/۰	مرغ
۷/۲	۶/۳	۵/۵	۶/۲	۵/۴	۵/۲	۵/۲	۴/۸	۳/۵	۳/۱	۵/۶	لبنیات
۲/۱	۲/۳	۱/۹	۱/۹	۱/۹	۲/۰	۱/۷	۲/۰	۱۱/۸	۰/۶	۲/۷	تخم مرغ
۱۰/۹	۶/۷	۵/۹	۶/۷	۶/۰	۶/۷	۷/۴	۷/۶	۱۶/۰	۸/۴	۸/۳	روغن
۳/۸	۴/۶	۴/۶	۵/۸	۵/۶	۶/۶	۶/۹	۷/۷	۶/۴	۹/۷	۵/۷	قند و شکر
۷۴/۲	۷۶/۵	۷۹/۹	۸۱/۹	۷۴/۱	۸۳/۱	۸۶/۵	۸۸/۸	۹۲/۲	۹۵/۰	۸۱/۲	جمع کالری دریافتی

مأخذ: محاسبات از گروه تحقیق.



برای بررسی دقیق‌تر در وضعیت تغذیه‌ای می‌توان به جزئیات دریافت ارزش‌های غذایی داخل شد. در واقع ببینیم که چه میزان انرژی مصرفی دریافتی از طریق مصرف کالاهای عمده کسب شده است به عبارتی کالاهای اساسی که برای اکثر آنها به گونه‌ای سوپسید یا کوپن تعلق می‌گیرد را در نظر گرفته‌ایم این کالاهای ترتیب برنج، نان، گوشت، مرغ، لبنیات، تخم مرغ، روغن و قند و شکر است. این اقلام را در جدول ۲-۵-۶ برای شهر نشان داده شده است.

جدول ۲-۵-۷ بیان می‌کند که در سال‌های مختلف میزان دریافت انرژی از کالاهای اساسی چه قدر بوده است و در سطح آخر مجموع انرژی دریافت شده از کالاهای اساسی را نشان می‌دهد. برای مثال در سال ۱۳۶۲ در شهر برای دهک اول حدود ۹۲.۵ درصد از کل انرژی دریافتی از طریق مصرف کالاهای اساسی دریافت شده است. دریافت انرژی از دهک‌های درآمدی پایین به بالا کاهش می‌یابد که این نشان‌دهنده ضروری بودن این کالاهای اساسی است که برای دهک‌های درآمدی بالاتر این دریافت انرژی از طریق کالاهای دیگر (لوکس تر) تأمین می‌شود همچنین جدول ۶ وضعیت مصرف نان و جایگاه آن را در بین اقشار کم درآمد نشان می‌دهد. در دهک پایین درآمدی در طول سال‌های ۱۳۶۸-۱۳۶۲ بیش از ۵۰ درصد از کل انرژی دریافتی از طریق مصرف نان تأمین شده است. این روند در سال‌های جنگ سیر صعودی داشته که به دلیل افزایش قیمت‌ها ناگزیر از جایگزینی نان به جای سایر کالاهای اساسی است. در واقع این افزایش به گونه‌ای است که در سال ۱۳۶۸ حدود ۶۵ درصد کل انرژی دریافتی از طریق مصرف نان است عکس این حالت را می‌توان برای گوشت در نظر گرفت که به عنوان یک کالای لوکس در سبد مصرفی اقشار کم درآمد مصرف آن کم و کم‌رنگ‌تر می‌شود و از سال ۱۳۶۸-۱۳۶۲ روند کاهشی داشته است.

حال می‌توانیم براساس معیار تغذیه‌ای انرژی میزان درصد کالری دریافتی توسط کالاهای عمده را محاسبه کنیم. در واقع بر روی خط امنیت غذایی چه درصدی از انرژی را در سال‌های مختلف از طریق کالاهای مذکور تأمین کرده‌اند. برای این منظور می‌توانیم براساس میزان درصد مصرفی هر سال رقم مورد نظر را به دست آورده که در جدول زیر آمده است:

جدول ۲-۵-۸- نحوه دریافت انرژی از کالاهای اساسی (شهرنشینان)

سال	۱۳۶۲	۱۳۶۳	۱۳۶۴	۱۳۶۵	۱۳۶۶	۱۳۶۷	۱۳۶۸
درصد انرژی دریافتی							
در رقم ۳۳۰۹ بر اساس							
کالاهای ضروری	۸۶.۵	۸۶.۸	۸۶.۹	۸۹.۷	۸۴.۵	۸۵.۲	۸۷.۳

آمار فوق بیان می‌دارد که هر در سال ۱۳۶۶-۱۳۶۵ که یک نوسانی داشته به آمارها سیر صعودی طی می‌کنند. در واقع این می‌تواند به دلیل افزایش قیمت سایر کالاهای اساسی و جانشین شدن این اقلام به جای کالاهای دیگر باشد. به عبارتی می‌توان گفت که در سال ۱۳۶۸ در مقایسه با سال ۱۳۶۲ خانوارهای شهری انرژی مصرفی خود را بیشتر از این اقلام دریافت می‌دارند که نشان‌دهنده گرانتر شدن سایر کالاهای مغذی است و این کالاهای را جایگزین اقلام دیگر می‌کند.

همانند جدول ۲-۵-۷ که برای شهر ضراحی شده است جدول شماره ۲-۵-۸ وضعیت روستا را بیان

می‌دارد. همان‌طور که ملاحظه می‌شود در صد انرژی دریافتی از کالاهای اساسی با اندکی نوسان روند نسبتاً ثابتی را پیموده است. به عبارتی همواره این کالاها حدود ۸۸ درصد از کل مصرف انرژی را تأمین کرده‌اند. در اینجا نیز همانند شهر سهم تأمین انرژی از نان بسیار بالاتر از سایر کالاها بوده است.

از موارد دیگر جدول ۲-۵-۹ کم بودن سهم مرغ و گوشت در تأمین انرژی خانوارهای روستایی است. در حالی که این نسبت در شهر در مقایسه با روستا بسیار بالاست و این کوبنی بودن این کالاها در شهر را بیان می‌دارد وقتی به دهک پایین درآمدی نگاه کنیم صحت این موضوع را بیشتر متوجه خواهیم شد. در واقع در دهک پایین درآمدی این سهم تنها ۰/۱ از کل مصرف خانوار روستایی را تشکیل می‌دهد و خانوارهای روستایی در عوض، مصرف لبنیات بالاتری نسبت به شهر داشته‌اند که البته این در دهک‌های پایین درآمدی بیشتر به چشم می‌خورد.

اما با مقایسه در جدول ۲-۵-۷ و ۲-۵-۹ ملاحظه می‌شود که شهرنشینان از کالاهای عمده مذکور سهم بیشتری را در تأمین انرژی دریافت می‌دارند و این تنها به دلیل سوبسید دولت به شهرنشینان است. البته باید توجه داشت که وضعیت مصرف این کالا در روستا از یک روند ثابتی بین دهک‌های درآمدی برخوردار است در حالی که این روند در شهر نزولی است. در واقع شهرنشینان در دهک‌های بالای درآمدی کمتر از این کالاها استفاده می‌کنند و برای جبران انرژی لازم خود از کالاهای لوکس‌تر (ماهی، میگو و...) استفاده می‌کنند. در حالی که در روستا وضعیت به این منوال نیست در واقع در روستا در تمام دهک‌ها بیش از ۸۰ درصد از کل انرژی از این اقلام عمده تأمین می‌شود که باز این می‌تواند دلیلی بر توزیع مناسب‌تر در روستا باشد.

همانند جدول ۲-۵-۸ می‌توانیم جدولی براساس معیار سنجش انرژی داشته باشیم که بیان می‌دارد در سال‌های مختلف خانوارهای شهری روی خط امنیت غذایی چه میزان از انرژی خود را از مصرف این کالاها تأمین کرده‌اند:

جدول ۹-۵-۲- میزان دریافت انرژی بر حسب کالری از کالاهای اساسی (روستائیان سال‌های ۱۳۶۸-۱۳۶۲)

متوسط	D <sup>۱</sup>	D <sup>۲</sup>	D <sup>۳</sup>	D <sup>۴</sup>	D <sup>۵</sup>	D <sup>۶</sup>	D <sup>۷</sup>	D <sup>۸</sup>	D <sup>۹</sup>	D <sup>۱۰</sup>	۱۳۶۲	کالاهای اساسی
۹/۹	۳/۱	۴/۸	۴/۹	۷/۴	۷/۹	۹/۶	۱۰/۶	۸/۹	۱۱/۹	۱۲/۸	برنج	
۵۶/۲	۷۸/۵	۶۸/۹	۶۶/۷	۶۵/۶	۵۸/۴	۶۲/۴	۵۷/۸	۴۲/۵	۵۱/۱	۴۴/۰	نان	
۴/۴	۰/۱	۰/۴	۰/۸	۱/۲	۱/۶	۲/۳	۵/۶	۱۱/۶	۹/۱	۴/۹	گوشت	
۰/۶	۰/۰	۰/۲	۰/۲	۰/۳	۰/۳	۰/۵	۰/۸	۰/۶	۱/۲	۱/۶	مرغ	
۴/۲	۴/۲	۴/۴	۴/۲	۴/۵	۴/۵	۴/۵	۴/۴	۳/۴	۴/۵	۴/۰	لبنیات	
۰/۷	۰/۴	۰/۵	۰/۶	۰/۸	۰/۶	۰/۷	۰/۸	۰/۷	۰/۸	۰/۸	تخم مرغ	
۷/۰	۲/۸	۵/۵	۹/۴	۶/۰	۱۲/۶	۴/۲	۴/۴	۳/۷	۴/۶	۱۳/۴	روغن	
۵/۸	۶/۳	۹/۰	۵/۷	۶/۰	۶/۰	۶/۰	۵/۷	۴/۴	۵/۶	۵/۵	قند و شکر	
۸۸/۸	۹۵/۴	۹۳/۵	۹۲/۵	۹۲/۱	۹۲/۹	۹۰/۲	۹۰/۱	۷۵/۸	۸۸/۸	۸۷/۰	جمع کالری دریافتی	

متوسط	D <sup>۱</sup>	D <sup>۲</sup>	D <sup>۳</sup>	D <sup>۴</sup>	D <sup>۵</sup>	D <sup>۶</sup>	D <sup>۷</sup>	D <sup>۸</sup>	D <sup>۹</sup>	D <sup>۱۰</sup>	۱۳۶۳	کالاهای اساسی
۹/۷	۳/۰	۵/۹	۷/۱	۷/۹	۹/۳	۱۰/۴	۱۱/۸	۱۲/۰	۸/۸	۱۵/۲	برنج	
۵۹/۳	۸۰/۲	۷۲/۹	۶۸/۹	۷۰/۰	۶۲/۲	۵۹/۰	۵۸/۴	۵۸/۷	۴۹/۲	۴۵/۲	نان	
۲/۷	۰/۱	۰/۴	۰/۹	۱/۲	۱/۸	۲/۲	۲/۷	۳/۰	۴/۸	۵/۰	گوشت	
۰/۶	۰/۰	۰/۲	۰/۱	۰/۲	۰/۲	۰/۵	۰/۷	۰/۹	۰/۸	۱/۸	مرغ	
۵/۵	۳/۹	۴/۷	۴/۸	۴/۶	۷/۱	۴/۷	۴/۸	۴/۴	۶/۰	۶/۱	لبنیات	
۰/۷	۰/۲	۰/۵	۰/۶	۰/۶	۰/۷	۰/۸	۰/۸	۰/۹	۰/۶	۰/۷	تخم مرغ	
۴/۴	۲/۴	۳/۷	۳/۸	۳/۷	۴/۲	۸/۴	۴/۴	۴/۶	۳/۴	۵/۳	روغن	
۷/۰	۶/۴	۶/۱	۶/۱	۶/۱	۵/۸	۵/۷	۷/۳	۵/۷	۱۰/۷	۸/۱	قند و شکر	
۸۹/۹	۹۶/۲	۹۴/۲	۹۲/۳	۹۳/۶	۹۱/۴	۹۱/۷	۹۰/۹	۹۰/۲	۸۴/۳	۸۷/۴	جمع کالری دریافتی	

D <sup>۱۰</sup>	D <sup>۹</sup>	D <sup>۸</sup>	D <sup>۷</sup>	D <sup>۶</sup>	D <sup>۵</sup>	D <sup>۴</sup>	D <sup>۳</sup>	D <sup>۲</sup>	D <sup>۱</sup>	متوسط	۱۳۶۴ کالاهای اساسی
۱۶/۹	۱۴/۳	۱۳/۲	۱۱/۵	۱۰/۶	۹/۸	۷/۴	۶/۸	۵/۸	۳/۳	۱۰/۷	برنج
۴۳/۱	۵۲/۱	۵۲/۶	۵۴/۳	۵۷/۳	۶۳/۰	۵۷/۴	۶۵/۶	۷۳/۴	۷۴/۷	۵۷/۵	نان
۵/۳	۳/۸	۵/۵	۲/۶	۲/۱	۱/۸	۱/۲	۱/۰	۰/۴	۰/۱	۲/۷	گوشت
۲/۰	۱/۴	۰/۹	۰/۶	۰/۴	۰/۳	۰/۲	۰/۱	۰/۰	۰/۰	۰/۷	مرغ
۵/۲	۴/۷	۴/۵	۵/۹	۴/۷	۴/۸	۶/۱	۵/۱	۴/۹	۳/۹	۵/۰	لبنیات
۰/۸	۰/۸	۰/۸	۰/۶	۶/۱	۰/۷	۰/۶	۰/۵	۰/۴	۰/۲	۱/۲	تخم مرغ
۶/۳	۵/۴	۴/۸	۵/۵	۵/۲	۵/۹	۳/۶	۹/۲	۳/۷	۷/۴	۵/۷	روغن
۵/۶	۵/۶	۷/۰	۵/۶	۵/۴	۵/۸	۵/۰	۵/۵	۵/۹	۵/۸	۵/۷	قند و شکر
۸۵/۲	۸۸/۴	۸۹/۳	۸۶/۶	۹۱/۸	۹۲/۱	۸۱/۵	۹۳/۸	۹۴/۵	۹۵/۴	۸۹/۲	جمع کالری دریافتی

D <sup>۱۰</sup>	D <sup>۹</sup>	D <sup>۸</sup>	D <sup>۷</sup>	D <sup>۶</sup>	D <sup>۵</sup>	D <sup>۴</sup>	D <sup>۳</sup>	D <sup>۲</sup>	D <sup>۱</sup>	متوسط	۱۳۶۵ کالاهای اساسی
۲۱/۴	۱۴/۸	۱۲/۱	۹/۸	۹/۹	۱۰/۳	۷/۷	۶/۷	۶/۱	۲/۸	۱۲/۹	برنج
۲۳/۲	۵۱/۷	۴۹/۴	۵۴/۷	۶۰/۲	۵۹/۴	۵۷/۲	۶۶/۹	۶۹/۹	۷۱/۵	۴۶/۵	نان
۴/۰	۳/۴	۱۲/۷	۲/۷	۲/۱	۱/۵	۱/۳	۱/۱	۰/۴	۰/۱	۳/۵	گوشت
۱/۷	۱/۷	۰/۹	۰/۴	۰/۴	۰/۳	۰/۱	۰/۰	۰/۱	۰/۱	۰/۹	مرغ
۲/۲	۵/۶	۴/۷	۵/۳	۵/۹	۶/۲	۵/۶	۶/۴	۵/۷	۵/۰	۴/۴	لبنیات
۰/۴	۱/۳	۱/۱	۱/۰	۱/۱	۱/۲	۰/۷	۰/۹	۰/۵	۰/۲	۰/۸	تخم مرغ
۲۶/۲	۲/۹	۴/۵	۳/۹	۲/۹	۲/۹	۳/۷	۳/۹	۳/۲	۳/۲	۱۱۲/۴	روغن
۷/۵	۶/۵	۵/۷	۱۲/۷	۷/۱	۷/۲	۶/۴	۷/۴	۷/۷	۹/۸	۷/۵	قند و شکر
۸۶/۶	۱۹/۹	۹۱/۱	۹۰/۵	۹۱/۶	۹۱/۱	۸۲/۷	۹۳/۳	۹۳/۶	۹۲/۹	۸۸/۹	جمع کالری دریافتی

D <sup>۱۰</sup>	D <sup>۹</sup>	D <sup>۸</sup>	D <sup>۷</sup>	D <sup>۶</sup>	D <sup>۵</sup>	D <sup>۴</sup>	D <sup>۳</sup>	D <sup>۲</sup>	D <sup>۱</sup>	متوسط	۱۳۶۶ کالاهای اساسی
۱۵/۲	۱۳/۲	۱۳/۲	۱۳/۲	۳۱/۵	۹/۹	۹/۳	۸/۳	۳/۶	۲/۳	۱۳/۵	برنج
۴۳/۶	۵۲/۰	۵۵/۵	۵۶/۲	۴۶/۷	۶۴/۰	۶۴/۹	۶۸/۶	۷۳/۹	۷۸/۵	۵۷/۵	نان
۵/۰	۳/۴	۲/۷	۲/۳	۱/۳	۱/۱	۱/۱	۰/۶	۰/۳	۰/۱	۲/۱	گوشت
۳/۰	۱/۲	۰/۵	۰/۳	۰/۲	۰/۳	۱/۳	۰/۱	۰/۱	۰/۰	۰/۸	مرغ
۳/۷	۴/۳	۴/۸	۴/۵	۳/۷	۵/۲	۵/۲	۴/۶	۵/۱	۳/۴	۴/۴	لبیات
۰/۷	۱/۰	۱/۱	۱/۱	۰/۷	۰/۷	۰/۷	۰/۵	۰/۵	۰/۳	۰/۸	تخم مرغ
۹/۶	۵/۴	۵/۰	۵/۱	۳/۷	۴/۰	۴/۰	۳/۹	۳/۷	۳/۲	۵/۲	روغن
۵/۵	۶/۳	۵/۹	۵/۶	۴/۸	۶/۱	۶/۱	۵/۸	۵/۸	۶/۵	۵/۸	قند و شکر
۸۶/۳	۸۷/۹	۸۸/۷	۸۸/۳	۹۲/۶	۹۱/۳	۹۲/۶	۹۲/۴	۹۴/۰	۹۴/۳	۹۰/۱	جمع کالری دریافتی

D <sup>۱۰</sup>	D <sup>۹</sup>	D <sup>۸</sup>	D <sup>۷</sup>	D <sup>۶</sup>	D <sup>۵</sup>	D <sup>۴</sup>	D <sup>۳</sup>	D <sup>۲</sup>	D <sup>۱</sup>	متوسط	۱۳۶۷ کالاهای اساسی
۱۲/۱	۱۲/۲	۱۳/۸	۱۰/۵	۱۰/۳	۱۳/۰	۷/۰	۹/۴	۶/۵	۳/۹	۱۰/۲	برنج
۵۰/۱	۴۸/۱	۵۵/۹	۵۲/۱	۶۱/۳	۶۱/۱	۴۷/۶	۶۷/۳	۷۲/۰	۶۹/۳	۵۶/۹	نان
۵/۶	۳/۰	۲/۸	۲/۰	۱/۹	۱/۲	۰/۹	۰/۷	۰/۳	۰/۱	۲/۱	گوشت
۱/۳	۰/۷	۰/۷	۰/۳	۰/۲	۰/۱	۰/۱	۰/۱	۰/۰	۰/۰	۰/۴	مرغ
۳/۶	۱۳/۶	۴/۱	۷/۹	۵/۰	۴/۴	۵/۳	۴/۹	۴/۶	۳/۳	۵/۸	لبیات
۰/۸	۰/۹	۱/۱	۰/۸	۱/۲	۱/۱	۰/۸	۰/۹	۰/۵	۰/۲	۰/۸	تخم مرغ
۴/۷	۴/۹	۵/۱	۱۲/۳	۴/۳	۴/۶	۲/۹	۳/۸	۴/۰	۳/۶	۵/۱	روغن
۵/۴	۵/۳	۵/۷	۵/۱	۵/۶	۵/۸	۴/۲	۵/۹	۵/۸	۱۵/۶	۶/۱	قند و شکر
۸۳/۶	۸۸/۷	۸۹/۲	۹۱/۰	۸۹/۸	۹۱/۳	۶۸/۸	۹۳/۰	۹۳/۷	۹۶/۰	۸۷/۴	جمع کالری دریافتی

D <sup>۱۰</sup>	D <sup>۹</sup>	D <sup>۸</sup>	D <sup>۷</sup>	D <sup>۶</sup>	D <sup>۵</sup>	D <sup>۴</sup>	D <sup>۳</sup>	D <sup>۲</sup>	D <sup>۱</sup>	متوسط	۱۳۶۸ کالاهای اساسی
۱۴/۸	۱۲/۳	۱۱/۳	۹/۴	۸/۳	۷/۶	۶/۷	۶/۱	۴/۲	۲/۷	۸/۹	برنج
۴۶/۹	۵۳/۷	۵۴/۵	۵۵/۵	۵۸/۹	۶۶/۵	۶۴/۳	۶۸/۰	۷۲/۲	۷۵/۷	۵۸/۷	نان
۴/۹	۳/۴	۳/۱	۲/۶	۲/۵	۱/۷	۱/۵	۱/۱	۰/۶	۰/۱	۲/۴	گوشت
۱/۹	۱/۱	۰/۵	۰/۳	۰/۳	۰/۲	۰/۲	۰/۱	۰/۰	۰/۰	۰/۵	مرغ
۵/۵	۵/۵	۹/۰	۵/۵	۵/۶	۵/۲	۵/۷	۵/۷	۵/۷	۴/۳	۵/۷	لبنیات
۰/۹	۰/۸	۰/۸	۷/۰	۰/۹	۰/۸	۰/۸	۰/۸	۰/۷	۰/۴	۱/۴	تخم مرغ
۵/۵	۵/۰	۴/۴	۴/۷	۳/۹	۳/۹	۳/۴	۳/۷	۳/۸	۲/۹	۴/۹	روغن
۵/۴	۵/۶	۵/۶	۵/۷	۱۰/۳	۵/۵	۵/۹	۶/۰	۶/۳	۶/۲	۶/۱	قند و شکر
۸۵/۸	۸۷/۴	۸۹/۲	۹۰/۷	۹۰/۷	۹۱/۴	۸۸/۷	۹۱/۵	۹۳/۵	۹۲/۳	۸۸/۶	جمع کالری دریافتی

مأخذ: محاسبات از گروه تحقیق.

جدول ۱۰-۵-۲- دریافت انرژی

سال	۱۳۶۲	۱۳۶۳	۱۳۶۴	۱۳۶۵	۱۳۶۶	۱۳۶۷	۱۳۶۸
درصد انرژی دریافتی در رقم ۲۲۰۹ براساس کالاهای ضروری	۹۴/۳۴	۹۴/۲۷	۹۴/۵۵	*	۹۲/۳۴	۹۳/۱۸	۹۳/۱۷

\* آمار مورد صیقل نیست

جدول ۱۰-۵-۲ بیان می‌دارد که در روستا از سال ۱۳۶۸ میزان دریافت انرژی خانوارها از اقلام عمده کمتر شده است. البته این روند با نرخ نزولی خیلی به آرامی حرکت می‌کند و در واقع می‌توان آن را به عنوان نرخ ثابتی در نظر گرفت.

اگر جدول ۱۰-۵-۲ و ۸-۵-۲ را با هم مقایسه کنیم ملاحظه خواهیم کرد که میزان مصرفی خانوارهای روستایی از این کالاهای عمده بسیار بیشتر است در واقع می‌توان گفت در شهر انرژی‌های دریافتی از کالاهای متفاوتی کسب می‌شود.

با مطالب مطرح شده تاکنون برای فهم بهتر وضعیت شهرنشینان و روستائیان می‌توانیم از ضرایب جینی کالاهای عمده نیز سود جوئیم. به این معنا که ضریب جینی کالاها را در دو مقطع از این زمان‌ها می‌توانیم با یکدیگر مقایسه کنیم به این منظور سال‌های ۱۳۶۳ و ۱۳۶۸ را در نظر می‌گیریم.

جدول ۱۱-۵-۲ و ۱۲-۵-۲ ضریب جینی را برای اقلام عمده مصرفی نشان می‌دهد جدول ۱۰-۵-۲ این ضریب را به تفکیک شهر و روستا برای سال ۱۳۶۳ بیان می‌دارد دلیل انتخاب ۱۳۶۳ به خاطر مناسب بودن آمار مربوط به این سال است. در واقع در سال ۱۳۶۲ آمار مربوط به نان باتورش می‌باشد. در جدول ۱۰-۵-۲ ملاحظه می‌شود که ضرایب جینی شهر و روستا در مقایسه با یکدیگر چه تفاوتی دارند. در واقع اقلام گوشت، مرغ، برنج خارجی و قند و شکر که در شهر به آنها کوپن تعلق می‌گیرد از توزیع مناسب‌تری نسبت به روستا برخوردار هستند اما می‌توان مقایسه‌ای بین اقلام عمده در شهر یا روستا به تفکیک انجام داد. به این معنا که وضعیت نان را که با توزیع مناسبی در شهر و روستا است در ضریب جینی به وضوح می‌توان دید و این ضرایب را برای گوشت و مرغ که کالای لوکس تلقی می‌شوند را می‌توان ملاحظه کرد. مقایسه ضریب جینی برنج داخلی و خارجی خصوصاً نشان می‌دهد که این ضریب در شهر از تفاوت چشمگیری برخوردار است. این تفاوت می‌تواند ناشی از بالای بودن قیمت برنج داخلی دانست.

جدول شماره ۱۱-۵-۲

سال ۱۳۶۳	هزینه خوراکی	برنج داخلی	برنج خارجی	نان	گوشت	مرغ	تخم مرغ	روغن	قند و شکر
روستا	۰/۳۲۳	۰/۴۰۸	۰/۳۲۲	۰/۰۴۷	۰/۴۷۸	۰/۶۰۱	۰/۲۴۹	۰/۳۸۹	۰/۲۶۴
ضریب جینی	۰/۲۰	۱۳/۴	۷/۱۹	۰/۳۸	۹/۹	۳/۵	۲۲/۱	۱۶/۲	۲۵
۴۰ درصد اول	۳۹/۵	۴۲/۵	۳۸/۲	۴۰	۳۹/۸	۳۴	۴۵/۹	۳۸/۱	۳۷
۴۰ درصد دوم	۴۰/۵	۴۴/۱	۴۲	۲۲	۵۰/۳	۶۲/۵	۳۲	۴۵/۷	۳۸
۴۰ درصد آخر	۹/۱۲	۴۶/۹	۱۱/۰	۱/۵	۱۷۶/۸	۵۳۱/۸	۸/۶	۲۴/۳	۵/۳
دهک ۱۰									

سال ۱۳۶۳	هزینه خوراکی	برنج داخلی	برنج خارجی	نان	گوشت	مرغ	تخم مرغ	روغن	قند و شکر
شهر	۰/۴۱۰	۰/۴۵۲	۰/۱۱۰	۰/۰۸۲	۰/۴۵	۰/۴۱	۰/۳۱۳	۰/۴۰۶	۰/۱۷۹
ضریب جینی	۱۵	۱۲/۱	۳۳	۳۵/۷	۱۲/۲	۱۱/۷	۱۹/۷	۱۶	۲۸
۴۰ درصد اول	۳۸/۱	۳۷/۹	۴۲	۳۹/۷	۳۸/۵	۴۶/۳	۴۱/۲	۳۵	۴۱
۴۰ درصد دوم	۴۶/۹	۵۰	۲۵	۲۴/۶	۴۹/۳	۴۲	۳۹/۱	۴۹	۳۱
۴۰ درصد آخر	۱۷/۷	۲۰/۲	۱/۸	۱/۸	۴۱/۶	۹۷/۶	۱۲/۰	۱۱/۷	۲/۹
دهک ۱۰									

محاسبات از گروه تحقیق.

جدول شماره ۱۲-۵-۲

سال ۱۳۶۸	هزینه خوراکی	برنج داخلی	برنج خارجی	نان	گوشت	مرغ	تخم مرغ	روغن	قند و شکر
روستا	۰/۲۹۷	۰/۴۱۶	۰/۳۶۶	۰/۰۴۷	۰/۴۳۱	۰/۶۶۷	۰/۱۷۵	۰/۳۸۲	۰/۰۲۷
ضریب جینی	۲۱	۱۳/۵	۱۵	۳۷/۳	۱۱/۷	۲/۸	۷۸/۵	۱۵	۲۲
۴۰ درصد اول	۴۱	۴۰/۹	۴۳	۴۱/۴	۴۳	۲۲/۸	۴۳/۵	۴۱	۴۴
۴۰ درصد دوم	۳۸	۴۵/۶	۴۲	۲۱/۳	۴۵/۳	۷۴/۴	۲۸	۴۴	۳۴
۴۰ درصد آخر	۷/۹	۲۶/۳	۲۱/۷	۱/۴	۷۹/۴	۴۱۹/۲	۵	۱۵/۹	۸/۶
دهک ۱۰									

سال ۱۳۶۸	هزینه خوراکی	برنج داخلی	برنج خارجی	نان	گوشت	مرغ	تخم مرغ	روغن	قند و شکر
شهر	۰/۴۱۷	۰/۴۹۸	۰/۲۵۹	۰/۰۷۵	۰/۴۶۲	۰/۵۹۹	۰/۳۶۲	۰/۴۰۹	۰/۰۲۷۳
ضریب جینی	۱۵	۹/۷	۲۲/۷	۳۶	۱۱/۴	۷/۶	۱۸/۴	۱۶/۵	۲۴
۴۰ درصد اول	۳۷	۳۶	۴۳/۲	۴۰	۳۸/۶	۲۷	۳۷/۲	۳۴/۶	۳۷
۴۰ درصد دوم	۴۸	۵۴/۳	۳۴/۱	۲۴	۵۰	۶۵	۴۴/۴	۴۸/۹	۳۹
۴۰ درصد آخر	۱۸/۸	۴۶/۸	۴/۷	۱/۶	۵۱/۲	۲۰۰	۱۶/۲	۱۳/۷	۵/۵
دهک ۱۰									

محاسبات از گروه تحقیق.



جدول ۱۲-۵-۲ نیز همین مطالب را برای سال ۱۳۶۸ بیان می‌دارد. ملاحظه می‌شود که در این سال نیز نان از توزیع خوبی برخوردار است و باز کالاهایی نظیر گوشت، مرغ و برنج داخلی از ضریب بالایی تبعیت می‌کنند اما نکته مهم مقایسه بین این دو سال با یکدیگر است.

وضعیت روستائیان طی سال‌های جنگ به گونه‌ای بوده است که تفاوت عمده‌ای در توابع مصرف آنها در کالاهای عمده صورت نگرفته است و حتی در برخی از کالاها وضعیت توزیع بهبود یافته است. برای مثال ضریب جینی برای تخم مرغ از ۰.۲۴۹ به رقم ۰/۱۷۵ کاهش یافته که این از مناسب‌تر شدن توزیع مصرف این کالا ناشی شده است و در سایر اقلام با تغییر جزئی این رقم افزایش داشته است. اما به طور کلی می‌توان گفت که وضعیت در روستا نسبتاً دارای ثبات بوده است.

اما در مورد شهرنشینان وضعیت به گونه‌ای دیگر است در طی این سال‌ها توزیع در شهر نامناسب‌تر گردیده و تنها کالایی که وضع مناسب‌تری نسبت به سال ۱۳۶۳ پیدا کرده است نان می‌باشد ضریب جینی نان برای سال ۱۳۶۳ رقم ۰.۰۸۲ بوده که در سال ۱۳۶۸ به رقم ۰/۰۷۵ کاهش یافته است ضریب جینی سایر کالاها در مقایسه سال ۱۳۶۳ افزایش داشته است که این افزایش بدتر شدن وضعیت شهرنشینان را نشان می‌دهد. مرغ و برنج خارجی از جمله کالاهایی هستند که افزایش زیاد در ضریب جینی داشته‌اند.

به طور کلی می‌توان از این دو جدول چنین نتیجه گرفت که در طی سال‌های جنگ وضعیت شهرنشینان از نظر توزیع مصرف کالاها بدتر از روستائیان بوده و حتی در سال ۱۳۶۸ این وضعیت وخیم‌تر شده است. در واقع می‌توان بیان کرد که جنگ اثر بیشتری بر وضعیت شهرنشینان داشته تا روستائیان.

در آخر با توجه به مطالبی که تاکنون عنوان شد می‌توان چنین گفت که اصولاً شهر در مقایسه با روستا از حساسیت شدیدی نسبت به متغیرهای کلان برخوردار بوده به عبارتی شکنندگی بیشتری نسبت به روستا دارد. به همین دلیل آثار مخرب جنگ بر وضعیت شهرنشینان بیشتر اثر گذارده بود و در واقع جنگ خانوارهای شهری را بیش از خانوارهای روستایی تحت‌الشعاع خود قرار داده است.

البته سیستم‌های حمایتی دولت توانسته تا حدی بار سنگین شهرنشینان را کاهش دهد اما باز عده زیادی از خانوارهای شهری در زیر خط امنیت غذایی قرار داشتند و این به چتر حمایتی دولت باز می‌گردد که می‌توانسته تمرکز خود را روی اقشار کم درآمد معطوف دارد و از سوبسید به خانوارهای پردرآمد بکاهد و از این طریق افراد کم درآمد بیشتری را تحت پوشش قرار دهد.

### تغییرات در اهمیت کالاها در فاصله سال‌های ۱۳۶۲ و ۱۳۶۸

در اینجا با استفاده از توابع ساده تقاضای انگل مبادرت به یک مقایسه بین کشش‌های درآمدی چند کالای اساسی برای دو سال ۱۳۶۸ و ۱۳۶۲ می‌نمائیم. مطالعه براساس آمار طولی مقطعی دهک‌های درآمدی قرار دارد و کالاهای مورد بحث عبارتند از: برنج داخلی، برنج خارجی، نان، گوشت، روغن و قند و شکر. این توابع برای شهر و روستا استخراج شده‌اند.

شهر: در زیر نتیجه استخراج توابع تقاضا کالاهای فوق را برای دو سال مورد نظر می‌آوریم. با توجه به پاسخ مناسب‌تر توابع به صورت لگاریتمی برازش شده‌اند. نرم‌افزار مورد استفاده برای مطالعه رگرسیونی فوق کواترو پرو است که آماره‌های تولید شده به وسیله این نرم‌افزار انحراف معیار و  $\bar{R}$  است که برای هر یک از توابع ثبت نموده‌ایم:

#### سال ۱۳۶۲

$$\text{Log DR} = -0.58 + 0.87 \text{Log TC} \quad R^2 = 0.98$$

(0.03) (0.03)

$$\text{Log IR} = 3.41 + 0.16 \text{Log TC} \quad R^2 = 0.95$$

(0.01) (0.01)

$$\text{Log B} = 1.47 + 0.12 \text{Log TC} \quad R^2 = 0.84$$

(0.02) (0.01)

$$\text{Log M} = 4.42 + 1.1 \text{Log TC} \quad R^2 = 0.86$$

(0.16) (0.15)

$$\text{Log O} = -1.05 + 0.35 \text{Log TC} \quad R^2 = 0.86$$

(0.05) (0.04)

$$\text{Log SU} = 0.81 + 0.07 \text{Log TC} \quad R^2 = 0.07$$

(0.05) (0.04)

در اینجا TC هزینه کل را نشان می‌دهد که ما از آن به عنوان تخمینی برای درآمد دائمی استفاده نموده‌ایم و به ترتیب DR, IR, O, M, B, SU برای برنج داخلی، برنج وارداتی، نان، گوشت، روغن و قند و شکر جانشین شده‌اند.

$\text{Log DR} = -2/43 + 1/16 \text{ Log TC}$	$R^2 = 0/97$
(0/06) (0/06)	
$\text{Log IR} = 2/22 + 0/35 \text{ Log TC}$	$R^2 = 0/97$
(0/02) (0/01)	
$\text{Log B} = 1/46 + 0/13 \text{ Log TC}$	$R^2 = 0/67$
(0/03) (0/03)	
$\text{Log M} = -5/91 + 1/29 \text{ Log TC}$	$R^2 = 0/93$
(0/13) (0/12)	
$\text{Log O} = -0/95 + 0/34 \text{ Log TC}$	$R^2 = 0/86$
(0/16) (0/15)	
$\text{Log SU} = 0/56 + 0/11 \text{ Log TC}$	$R^2 = 0/88$
(0/11) (0/15)	

علائم در معادلات بالا مشابه سال ۱۳۶۲ هستند.

مقایسه کشتش های درآمدی دو سال مورد نظر به خوبی نشان می دهند که کشتش های درآمدی برنج داخلی و خارجی در این فاصله به طور قابل ملاحظه ای افزایش یافته است. به طوری که برنج داخلی در سال ۱۳۶۸ تبدیل به یک کالای لوکس شده و درجه ضرورت برنج وارداتی نیز به مقدار زیادی کاهش داشته است. در حالی که اهمیت نان و روغن تقریباً بدون تغییر باقی مانده است. کشتش درآمدی گوشت در سال ۱۳۶۲ حدود ۱/۱ برآورد شده که در سال ۱۳۶۸ به حدود ۱/۳ رسیده است. به نظر می رسد که گوشت نیز در فاصله این سال ها لوکس تر شده. در مجموع کشتش های درآمدی در سال ۱۳۶۸ بیشتر از کشتش های مشابه سال ۱۳۶۲ هستند.

آماره های رگرسیون های توابع انگل برای شهر از انحراف معیارهای ضرایب و عرض از مبدأ و همچنین  $R^2$  تشکیل می شوند. بخش عمده انحراف ها جزئی بوده و در مواردی که افزایش می یابند از ۰/۱۶ تجاوز نمی کنند. به استثنای قند و شکر در سال ۱۳۶۲ و روغن برای سال ۱۳۶۸ مقادیر  $R^2$  ها نیز خوب و قابل قبول هستند به غیرت دیگر نشان دهنده مؤثر بودن تغییرات درآمد دائمی در تقاضا برای کالاهای مربوطه می باشند. به هر حال در مورد قند و شکر سال ۱۳۶۲ به نظر می رسد که یا به علت اختلال آماری (که پیش تر متحمل است) یا به علت عکس العمل مردم به خاطر مقدار کوپن و همچنین مقدار مصرف حدوداً ثابت قند و شکر (مشابه نمک)  $R^2$  بسیار پایین است.

ملاحظه کشتش قند و شکر برای سال ۱۳۶۸ که حدود ۰/۱۱ است نیز تأیید می کند تغییرات درآمد دائمی تأثیر عمده ای بر مصرف قند و شکر ندارد. (مقدار برای این رگرسیون ۰/۸۸ می باشد).

روستا: شیخ رگرسیون توابع انگل برای روستائینان را در زیر می آوریم. ابتدا برآزش توابع برای سال ۱۳۶۲ و سپس ۱۳۶۸ مطرح می شوند. انتظار داریم که بین نتایج شهر و روستا تفاوت هایی وجود داشته باشد که به علت محدودیت سوبسید به کالاهای مصرفی در روستا است.

$\text{Log DR} = -1/83 + 1/19 \text{ Log TC}$ (0.15) (0.16)	$R^2 = 0.87$
$\text{Log IR} = 2/06 + 0.39 \text{ Log TC}$ (0.25) (0.26)	$R^2 = 0.21$
$\text{Log B} = 1/85 + 0.09 \text{ Log TC}$ (0.02) (0.02)	$R^2 = 0.67$
$\text{Log M} = -9/02 + 2/01 \text{ Log TC}$ (0.34) (0.36)	$R^2 = 0.79$
$\text{Log O} = -2/18 + 0.6 \text{ Log TC}$ (0.23) (0.25)	$R^2 = 0.41$
$\text{Log SU} = 0.17 + 0.2 \text{ Log TC}$ (0.07) (0.07)	$R^2 = 0.45$

علایم در معادلات فوق مشابه شهر تعریف شده‌اند.

$\text{Log DR} = -1/67 + 1/08 \text{ Log TC}$ (0.08) (0.09)	$R^2 = 0.94$
$\text{Log IR} = -0.62 + 0.86 \text{ Log TC}$ (0.07) (0.08)	$R^2 = 0.93$
$\text{Log B} = 1/83 + 0.08 \text{ Log TC}$ (0.02) (0.02)	$R^2 = 0.55$
$\text{Log M} = -7/63 + 1/61 \text{ Log TC}$ (0.2) (0.21)	$R^2 = 0.87$
$\text{Log O} = -1/51 + 0.41 \text{ Log TC}$ (0.17) (0.19)	$R^2 = 0.35$
$\text{Log SU} = -0.08 + 0.23 \text{ Log TC}$ (0.09) (0.08)	$R^2 = 0.45$

علایم در معادلات فوق مشابه شهر تعریف شده‌اند.

به طور کلی انحراف معیارها برای روستا بزرگ‌تر از شهر است، به خصوص در مورد رگرسیون گوشت در سال ۱۳۶۲. همچنین مقادیر  $R^2$  نیز کوچک‌تر از شهر به نظر می‌رسند. به خصوص در مورد برنج وارداتی سال ۱۳۶۲ مقدار  $R^2$  حدود ۰.۲۱ است که عدم توجه تأثیر درآمد دائمی (هزینه کل) برای تغییرات مصرف را نشان می‌دهد. در مورد کشش‌های بدون تغییر یا کم تغییر در روستا از سال ۱۳۶۲ به سال ۱۳۶۸ می‌توان نان و قند و شکر را تشخیص داد. به هر حال گوشت در روستا در هر دو مقطع کشش بیشتری را نسبت به شهر

نشان می‌دهد که ناشی از عدم تخصیص سوبسید به این کالا در روستا می‌باشد.

### مقایسه هزینه‌ها و سطح رفاه سال ۱۳۶۸ و ۱۳۶۲

مقایسه وضعیت هزینه در فاصله سال‌های ۱۳۶۲-۱۳۶۸: در این قسمت سعی در یک مقایسه برای سطح رفاه و تغییرات سهم هزینه‌های خوراک در فاصله سال‌های ۱۳۶۲ و ۱۳۶۸ می‌نمائیم. این بررسی برای شهر و روستا صورت می‌گیرد. هر چند جنگ در سال ۱۳۵۹ آغاز شد ولی شرایط کلی اقتصاد از سال ۱۳۵۹ تا ۱۳۶۲ از نظر منابع اقتصادی روند نزولی داشته است. به طوری که مثلاً از سال ۱۳۶۱ به ۱۳۶۲ هزینه‌های واقعی کل و خوراک شهر و روستا افزایش داشته است. هزینه کل شهر سال ۱۳۶۱ حدود ۷۳۶۲۲۳ است که با نرخ تورم در سال ۱۳۶۲ به ۸۴۵۱۹ می‌رسد در حالی که هزینه جاری در سال ۱۳۶۲ حدود ۹۲۷۸۹ ریال است برای روستا ارقام مشابه به ترتیب ۶۲۱۱۶، ۶۷۶۷۵، ۵۲۹۸۴ هستند.

جدول شماره ۱۲-۵-۲ هزینه‌های کل، خوراکی و غیرخوراکی را در شهر و روستا برای دو سال ۱۳۶۲ و ۱۳۶۸ مقایسه می‌کند. جدول الف شرایط روستا و جدول ب وضعیت شهر را تصویر می‌کنند. اقلام این جدول به صورت هزینه‌های جاری است و مقایسه هزینه‌های مطلق در آن برای دو مقطع زمانی مورد نظر معنی مشخصی ندارد. فقط نسبت هزینه‌ها قابل پیگیری هستند. ردیف سوم جدول ب نشان می‌دهد که سهم هزینه خوراکی از کل هزینه‌ها برای شهر شینان در سال ۱۳۶۲ به طور متوسط ۳۹ درصد و برای گروه فقیر ۳۷ درصد است. این سهم با افزایش بی‌دری دهک‌های میانه بالاخره به دهک آخر یا غنی جامعه که می‌رسد به ۳۵ درصد کاهش می‌یابد. براساس هزینه‌های جاری سهم هزینه خوراک و غیرخوراک را از کل هزینه‌ها برای سال ۱۳۶۸ نیز محاسبه نموده و در ردیف‌های آخر جدول ب آورده‌ایم. مشاهده می‌شود که سهم متوسط هزینه خوراک نسبت به سال ۱۳۶۲ به ۴۱ درصد افزایش یافته ولی سهم هزینه دهک اول تغییر نموده است. به هر حال در اینجا نیز با یک روند افزایش و سپس کاهش وقتی که به دهک آخر می‌رسیم سهم هزینه خوراک از کل هزینه‌ها ۳۸ درصد خواهد رسید که بیشتر از دهک اول و سال ۱۳۶۲ این گروه می‌باشد.

در مورد روستا چنانچه انتظار می‌رود سهم هزینه خوراک از کل هزینه‌ها بیشتر از شهر شینان است، این مهم در جدول شماره الف مشاهده می‌شود. متوسط سهم هزینه در سال ۱۳۶۲ حدود ۴۸ درصد و در سال ۱۳۶۸ با افزایش به ۵۰ درصد از کل هزینه‌ها می‌رسد. روند تغییرات در سهم هزینه خوراک در طول دهک‌ها در روستا ظاهراً متناسب‌تر از شهر با نظریه انگل تطبیق دارد چون با یک افزایش جزئی از دهک اول به دوم این سهم تا دهک آخر روند نزولی رضی می‌کند. این مهم در هر دو سال مورد مطالعه مشاهده می‌شود. البته باید در نظر داشت که عدم تطبیق روند تغییرات هزینه در شهر با نظریه انگل ناشی از سوبسید کالاهای خوراکی در شهر می‌باشد که نسبت به روستا به مراتب بیشتر است. از آنجا که مردم در بیان هزینه‌ها قیمت سوبسیدی را اعلان می‌نمایند و در واقع کم‌گویی می‌کنند و سهم کوپن از کالاهای اساسی فقرا نیز به مراتب بیشتر از اغنیاء است. روند سهم هزینه خوراک از کل هزینه دچار اختلال شده است.

جدول ۱۳-۵ مقایسه وضعیت نسبی هزینه کل - هزینه خوراکی و غیر خوراکی سال‌های ۱۳۶۲ و ۱۳۶۸ روستائیان

۱۰	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	متوسط	
۳۸۶۱۵۱	۱۸۹۷۵۵	۱۴۶۴۵۴	۱۱۹۹۶۵	۱۰۰۷۴۶	۸۵۲۸۱	۷۱۵۳۰	۵۹۵۹۶	۴۷۴۸۶	۳۰۷۱۹	۱۲۳۷۶۹	هزینه کل سال ۱۳۶۲
۱۴۷۸۵۹	۵۷۴۳۷	۷۲۰۵۵	۶۱۹۵۴	۵۵۲۵۰	۴۷۶۹۸	۴۱۲۹۰	۳۵۱۴۰	۲۸۴۵۱	۱۸۱۵۴	۵۹۵۲۴	هزینه خوراکی سال ۱۳۶۲
۲۳۸۲۹۲	۱۰۲۳۱۸	۷۴۳۹۹	۵۸۰۱۱	۴۵۴۹۶	۳۷۵۸۳	۳۰۲۴۰	۲۴۴۵۶	۱۹۰۳۵	۱۲۵۶۵	۶۴۲۴۵	هزینه غیر خوراکی سال ۱۳۶۲
۰/۳۸	۰/۴۶	۰/۴۹	۰/۵۲	۰/۵۵	۰/۵۶	۰/۵۸	۰/۵۹	۰/۶۰	۰/۵۹	۰/۴۸	نسبت هزینه خوراکی به کل
۰/۶۲	۰/۵۴	۰/۵۱	۰/۴۸	۰/۴۵	۰/۴۴	۰/۴۲	۰/۴۱	۰/۴۰	۰/۴۱	۰/۵۲	نسبت هزینه غیر خوراکی به کل
۷۰۰۰۵۹	۳۷۰۰۴۲	۲۸۴۱۸۹	۲۳۵۲۲۳	۱۹۹۰۶۶	۱۶۹۶۱۶	۱۴۳۳۵۳	۱۲۰۰۳۹	۹۵۷۱۴	۶۰۰۰۵	۲۳۸۳۵۰	هزینه کل سال ۱۳۶۸
۲۷۱۱۳۹	۱۸۱۶۹۸	۱۴۶۰۷۱	۱۳۰۶۰۴	۱۱۲۳۳۰	۹۹۶۸۷	۸۴۵۳۵	۷۳۳۴۴	۵۸۴۹۹	۳۴۵۰۷	۱۱۹۴۷۶	هزینه خوراکی سال ۱۳۶۸
۴۲۸۹۲۰	۱۸۸۳۴۴	۱۳۸۱۱۸	۱۰۴۶۱۹	۸۶۲۳۶	۷۰۱۲۹	۵۸۸۱۸	۴۶۶۹۵	۳۷۲۱۵	۲۵۴۹۸	۱۱۸۸۷۴	هزینه غیر خوراکی سال ۱۳۶۸
۰/۳۹	۰/۴۹	۰/۵۱	۰/۵۶	۰/۵۷	۰/۵۹	۰/۵۹	۰/۶۱	۰/۶۱	۰/۵۸	۰/۵۰	نسبت هزینه خوراکی به کل
۰/۶۱	۰/۵۱	۰/۴۹	۰/۴۴	۰/۴۳	۰/۴۱	۰/۴۱	۰/۳۹	۰/۳۹	۰/۴۲	۰/۵۰	نسبت هزینه غیر خوراکی به کل

محاسبات از گروه تحقیق

مقایسه وضعیت نسبی هزینه کل - هزینه خوراکی و غیر خوراکی سال‌های ۱۳۶۲ و ۱۳۶۸ شهرنشین

۱۰	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	متوسط	
۳۸۶۱۵۱	۱۸۹۷۵۵	۱۴۶۴۵۴	۱۱۹۹۶۵	۱۰۰۷۴۶	۸۵۲۸۱	۷۱۵۳۰	۵۹۵۹۶	۴۷۴۸۶	۳۰۷۱۹	۱۲۳۷۶۹	هزینه کل سال ۱۳۶۲
۱۴۷۸۵۹	۵۷۴۳۷	۷۲۰۵۵	۶۱۹۵۴	۵۵۲۵۰	۴۷۶۹۸	۴۱۲۹۰	۳۵۱۴۰	۲۸۴۵۱	۱۸۱۵۴	۵۹۵۲۴	هزینه خوراکی سال ۱۳۶۲
۲۳۸۲۹۲	۱۰۲۳۱۸	۷۴۳۹۹	۵۸۰۱۱	۴۵۴۹۶	۳۷۵۸۳	۳۰۲۴۰	۲۴۴۵۶	۱۹۰۳۵	۱۲۵۶۵	۶۴۲۴۵	هزینه غیر خوراکی سال ۱۳۶۲
۰/۳۸	۰/۴۶	۰/۴۹	۰/۵۲	۰/۵۵	۰/۵۶	۰/۵۸	۰/۵۹	۰/۶۰	۰/۵۹	۰/۴۸	نسبت هزینه خوراکی به کل
۰/۶۲	۰/۵۴	۰/۵۱	۰/۴۸	۰/۴۵	۰/۴۴	۰/۴۲	۰/۴۱	۰/۴۰	۰/۴۱	۰/۵۲	نسبت هزینه غیر خوراکی به کل
۷۰۰۰۵۹	۳۷۰۰۴۲	۲۸۴۱۸۹	۲۳۵۲۲۳	۱۹۹۰۶۶	۱۶۹۶۱۶	۱۴۳۳۵۳	۱۲۰۰۳۹	۹۵۷۱۴	۶۰۰۰۵	۲۳۸۳۵۰	هزینه کل سال ۱۳۶۸
۲۷۱۱۳۹	۱۸۱۶۹۸	۱۴۶۰۷۱	۱۳۰۶۰۴	۱۱۲۳۳۰	۹۹۶۸۷	۸۴۵۳۵	۷۳۳۴۴	۵۸۴۹۹	۳۴۵۰۷	۱۱۹۴۷۶	هزینه خوراکی سال ۱۳۶۸
۴۲۸۹۲۰	۱۸۸۳۴۴	۱۳۸۱۱۸	۱۰۴۶۱۹	۸۶۲۳۶	۷۰۱۲۹	۵۸۸۱۸	۴۶۶۹۵	۳۷۲۱۵	۲۵۴۹۸	۱۱۸۸۷۴	هزینه غیر خوراکی سال ۱۳۶۸
۰/۳۹	۰/۴۹	۰/۵۱	۰/۵۶	۰/۵۷	۰/۵۹	۰/۵۹	۰/۶۱	۰/۶۱	۰/۵۸	۰/۵۰	نسبت هزینه خوراکی به کل
۰/۶۱	۰/۵۱	۰/۴۹	۰/۴۴	۰/۴۳	۰/۴۱	۰/۴۱	۰/۳۹	۰/۳۹	۰/۴۲	۰/۵۰	نسبت هزینه غیر خوراکی به کل

محاسبات از گروه تحقیق

الف جدول ۱۴-۵-۲- مقایسه نسبی هزینه کل - هزینه خوراکی و غیر خوراکی سال‌های ۱۳۶۲ و ۱۳۶۸ روستائیان به قیمت‌های ثابت سال پایه ۱۳۶۲

D <sup>۱۰</sup>	D <sup>۹</sup>	D <sup>۸</sup>	D <sup>۷</sup>	D <sup>۶</sup>	D <sup>۵</sup>	D <sup>۴</sup>	D <sup>۳</sup>	D <sup>۲</sup>	D <sup>۱</sup>	متوسط	
۳۸۶۱۵۱	۱۸۹۷۵۵	۱۴۶۴۵۴	۱۱۹۹۶۵	۱۰۰۷۴۶	۸۵۲۸۱	۷۱۵۳۰	۵۹۵۹۶	۴۷۴۸۶	۳۰۷۱۹	۱۲۳۷۶۹	هزینه کل سال ۱۳۶۲
۱۴۷۸۵۹	۵۷۴۳۷	۷۲۰۵۵	۶۱۹۵۴	۵۵۲۵۰	۴۷۶۹۸	۴۱۲۹۰	۳۵۱۴۰	۲۸۴۵۱	۱۸۱۵۴	۵۹۵۲۴	هزینه خوراکی سال ۱۳۶۲
۲۳۸۲۹۲	۱۰۳۳۱۸	۷۴۳۹۹	۵۸۰۱۱	۴۵۴۹۶	۳۷۵۸۳	۳۰۲۴۰	۲۴۴۵۶	۱۹۰۳۵	۱۲۵۶۵	۶۴۲۴۵	هزینه غیر خوراکی سال ۱۳۶۲
۰/۳۸	۰/۴۶	۰/۴۹	۰/۵۲	۰/۵۵	۰/۵۶	۰/۵۸	۰/۵۹	۰/۶۰	۰/۵۹	۰/۴۸	نسبت هزینه خوراکی به کل
۰/۶۲	۰/۵۴	۰/۵۱	۰/۴۸	۰/۴۵	۰/۴۴	۰/۴۲	۰/۴۱	۰/۴۰	۰/۴۱	۰/۵۲	نسبت هزینه غیر خوراکی به کل
۲۹۶۵۸۲	۱۵۶۷۶۹	۱۲۰۳۹۷	۹۹۶۵۳	۸۴۳۳۵	۷۱۸۵۸	۶۰۷۳۲	۵۰۸۵۵	۴۰۵۴۹	۲۵۴۲۱	۱۰۰۹۷۸	هزینه کل سال ۱۳۶۸
۱۱۱۶۲۲	۷۴۸۰۱	۶۰۱۳۴	۵۳۷۶۷	۴۶۴۵۰	۴۰۹۵۷	۳۴۸۰۱	۳۰۱۹۴	۲۴۰۸۳	۱۴۲۰۶	۴۹۱۸۶	هزینه خوراکی سال ۱۳۶۸
۱۸۷۹۳۱	۸۲۵۳۳	۶۰۵۱۴	۴۵۸۴۹	۳۷۷۸۴	۳۰۷۲۷	۲۵۷۷۱	۲۰۴۵۹	۱۶۳۰۶	۱۱۱۷۲	۵۲۰۸۵	هزینه غیر خوراکی سال ۱۳۶۸
۰/۷۲	۱/۰۴	۱/۲۲	۱/۴۵	۱/۸۱	۲/۰۰	۲/۷۵	۳/۳۶	۵/۰۰	۹/۶۹	۱/۶۱	نسبت هزینه خوراکی به کل
۲/۳۴	۲/۰۸	۱/۹۹	۱/۷۹	۱/۷۶	۱/۵۰	۱/۵۲	۱/۲۹	۰/۹۵	۰/۵۲	۱/۹۱	نسبت هزینه غیر خوراکی به کل

محاسبات از گروه تحقیق

ب مقایسه نسبی هزینه کل - هزینه خوراکی و غیر خوراکی سال‌های ۱۳۶۲ و ۱۳۶۸ شهرنشینان به قیمت‌های ثابت سال پایه ۱۳۶۲

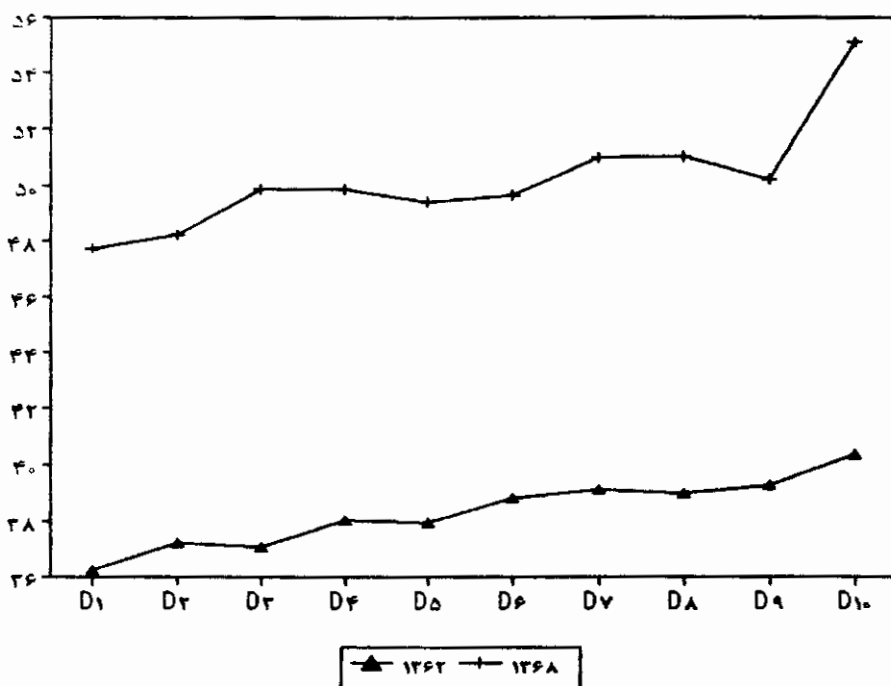
D <sup>۱۰</sup>	D <sup>۹</sup>	D <sup>۸</sup>	D <sup>۷</sup>	D <sup>۶</sup>	D <sup>۵</sup>	D <sup>۴</sup>	D <sup>۳</sup>	D <sup>۲</sup>	D <sup>۱</sup>	متوسط	
۸۱۲۹۶۷	۴۱۲۵۵۷	۳۰۳۴۳۰	۲۴۱۴۱۶	۱۹۵۸۷۴	۱۶۰۶۶۸	۱۳۱۰۴۴	۱۰۴۴۰۳	۷۷۹۱۲	۴۵۸۷۹	۲۴۸۷۷۶	هزینه کل سال ۱۳۶۲
۲۸۸۱۵۴	۱۵۸۷۸۵	۱۲۴۵۱۳	۹۹۵۰۱	۸۱۸۷۸	۶۷۴۸۴	۵۵۶۱۷	۴۳۹۵۷	۳۱۷۸۲	۱۶۸۰۵	۹۶۸۲۰	هزینه خوراکی سال ۱۳۶۲
۵۲۴۸۱۳	۲۵۳۷۷۲	۱۷۸۹۱۷	۱۴۱۹۱۵	۱۱۳۹۹۶	۹۳۲۸۴	۷۵۴۲۷	۶۰۴۴۶	۴۶۱۳۰	۲۹۰۷۴	۱۵۱۹۵۶	هزینه غیر خوراکی سال ۱۳۶۲
۰/۳۵	۰/۳۸	۰/۴۱	۰/۴۱	۰/۴۲	۰/۴۲	۰/۴۲	۰/۴۲	۰/۴۱	۰/۳۷	۰/۳۹	نسبت هزینه خوراکی به کل
۰/۶۵	۰/۶۲	۰/۵۹	۰/۵۹	۰/۵۸	۰/۵۸	۰/۵۸	۰/۵۸	۰/۵۹	۰/۶۳	۰/۶۱	نسبت هزینه غیر خوراکی به کل
۲۱۲۲۳۱	۲۸۱۲۸۹	۲۰۸۹۴۴	۱۶۵۷۲۳	۱۳۶۰۷۱	۱۱۳۲۷۱	۹۳۰۲۶	۷۳۹۵۱	۵۵۴۸۰	۳۱۵۸۰	۱۷۳۲۹۷	هزینه کل سال ۱۳۶۸
۲۲۶۰۳۴	۱۳۱۰۷۴	۱۰۱۱۸۹	۷۶۳۱۵	۶۶۷۳۱	۵۳۳۳۵	۴۴۰۳۰	۳۴۲۰۱	۲۵۰۴۷	۱۳۰۶۵	۷۹۱۸۱	هزینه خوراکی سال ۱۳۶۸
۳۲۶۱۹۷	۱۵۰۲۱۵	۱۰۷۷۵۵	۸۹۴۳۸	۶۹۳۴۰	۵۹۹۳۶	۴۸۹۹۶	۳۹۵۵۰	۳۰۴۳۳	۱۸۵۱۵	۹۴۱۱۶	هزینه غیر خوراکی سال ۱۳۶۸
۰/۴۳	۰/۴۷	۰/۳۸	۰/۴۶	۰/۴۹	۰/۴۷	۰/۴۷	۰/۴۷	۰/۴۵	۰/۴۱	۰/۴۶	نسبت هزینه خوراکی به کل
۰/۵۷	۰/۵۳	۰/۵۲	۰/۵۴	۰/۵۱	۰/۵۳	۰/۵۳	۰/۵۳	۰/۵۵	۰/۵۹	۰/۵۴	نسبت هزینه غیر خوراکی به کل

محاسبات از گروه تحقیق

به هر صورت برای مقایسه واقعی هزینه‌ها و به خصوص سطح رفاه مبادرت به تعدیل هزینه‌های جاری سال‌های ۱۳۶۲ و ۱۳۶۸ براساس قیمت‌های ثابت می‌کنیم. هزینه‌های کل و خوراک شهر و روستا در سال ۱۳۶۸ با توجه به شاخص‌های قیمت مربوطه<sup>۱</sup> به قیمت‌های ثابت سال ۱۳۶۲ تبدیل نموده و مجموعه اطلاعات را در جدول ۱-۵-۲ می‌آوریم. جدول الف برای روستا و جدول ب برای شهر کاهش واقعی هزینه را برای همه دهک‌ها و همه هزینه‌ها به خوبی نشان می‌دهند. ما در انتها به این مهم باز می‌گردیم. مقایسه قیمت‌های ضمنی چند کالای اساسی: هر چند که مؤسسات آماری به صورت سری زمانی مبادرت به استخراج متوسط شاخص قیمت کالاها می‌نمایند. ولی در واقع خانوارهای مختلف در نقاط متفاوت با قیمت‌های واقعی قابل تمیزی رو به رو هستند. مثلاً گوشت انواع مختلف داشته و به صورت‌های متنوع و در مکان‌های متفاوت عرضه می‌شود.

بدیهی است که راسته گوشت که تمیز شده و در یک فروشگاه لوکس عرضه می‌شود با گوشت دست یک گاو مسن که با چربی و زاندا در یک قصابی محله فقیر ارانه می‌گردد قیمت یکسان ندارد. در نتیجه قیمت گوشت می‌تواند برای خانوارهای فقیر و غنی و همچنین متوسط جامعه تفاوت کند. حتی برای نان نیز با توجه به انواع نان و به خصوص نان‌های فانتزی قیمت واقعی پرداختی خانوارهای دهک‌ها یا بیستک‌های هزینه‌ای مختلف خواهد بود. این مهم را برای شهرنشینان و سال‌های ۱۳۶۲ و ۱۳۶۸ در نمودار شماره ۱-۵-۲ نشان می‌دهیم.

نمودار ۱-۵-۲- مقایسه قیمت ضمنی نان - جامعه شهری



<sup>۱</sup> شاخص‌ها برای شهر از بانک مرکزی و برای روستا از مرکز آمار ایران تهیه شده است.



جدول ۱۵-۵-۲- قیمت‌های ضمنی چند کالای اساسی در شهر

کالاها	سال ۱۳۶۲			۱۳۶۸		
	فقیر	متوسط	غنی	فقیر	متوسط	غنی
برنج	۱۰۴	۱۷۶	۲۷۱	۲۷۶	۶۱۶	۸۱۶
نان	۳۶	۳۸	۴۰	۴۸	۴۹	۵۵
گوشت	۶۸۶	۷۰۴	۷۸۴	۱۸۳۳	۱۷۸۷	۱۹۶۱
روغن	۱۰۳	۲۶۹	۵۷۹	۲۰۴	۴۶۵	۶۰۲
قند و شکر	۳۲	۳۹	۷۶	۷۹	۱۵۱	۳۱۰

محاسبات از گروه تحقیق

ارقام جدول شماره ۱۵-۵-۲ به خوبی اختلاف قیمت کالاها را نشان می‌دهد. این تفاوت ناشی از دو علت است. دلیل نخست را در بالا توضیح دادیم ولی علت دوم به تفاوت قیمت کوپنی کالاها نسبت به قیمت‌های آزاد می‌باشد. از آنجا که مقدار مصرف کالاها به وسیله گروه‌های فقیر کمتر از اغنیا است. روشن است که سهم کالاهای کوپنی عمده شده و در نتیجه تفاوت قیمت فاحش خواهد بود. مثلاً مشاهده می‌شود که روغن برای فقیر در سال ۱۳۶۲ قیمتی حدود ۱۰۳ ریال داشته در صورتی که ثروتمند جامعه با قیمتی بیش از ۵ برابر یعنی ۵۷۹ ریال همین کالا را خریداری نموده است. این اختلاف در سال ۱۳۶۸ کاهش یافته چون ارقام مشابه ۲۰۴ ریال و ۶۰۲ ریال هستند. تفاوت قیمت‌ها برای کالاهایی مثل نان که سوبسید باز دریافت می‌کند نسبت به بقیه کالاها کمتر است.

چنانچه در سال ۱۳۶۲ تفاوت قیمت نان فقیر و غنی فقط ۴ ریال و در سال ۱۳۶۸ حدود ۷ ریال بوده است. مقایسه در سال ۱۳۶۲ و ۱۳۶۸ نشان می‌دهد که بدون استثناء کلیه قیمت‌های واقعی در سال ۱۳۶۸ افزایش یافته است ولی نه بایک تناسب. جدول شماره ۱۶-۵-۲ این مهم را تصویر می‌کند.

جدول ۱۶-۵-۲- تغییرات قیمت‌های ضمنی

از سال ۱۳۶۲ به ۱۳۶۸ در شهر

کالا	فقیر	متوسط	غنی
برنج	۱۶۵	۲۵۰	۳۰۱
نان	۳۳	۲۹	۳۷
گوشت	۱۶۷	۱۵۴	۱۵۰
روغن	۹۸	۷۳	۴
قند و شکر	۱۴۷	۲۱۷	۳۰۸

محاسبات از گروه تحقیق

قابل مشاهده است که مثلاً برای روغن نرخ تورم قیمت‌های واقعی اغنیا بسیار جزئی و فقط ۴ درصد بوده در حالی که فقرا افزایش قیمت ۹۸ درصد را تجربه نموده‌اند. در حالی که قند و شکر در فاصله سال ۱۳۶۲ تا

۱۳۶۸ برای فقرا تورم ۱۴۷ درصد داشته ولی افزایش قیمت برای ثروتمندان به مراتب بیشتر و حدود ۳۰۸ درصد بوده است.

مقایسه مشابهی را می توان برای روستا نشان داد که در جدول شماره ۱۶-۵-۲ قیمت های ضمنی کالاها و در جدول شماره ۱۷-۵-۲ افزایش قیمت ها را از سال ۱۳۶۲ به ۱۳۶۸ نشان می دهیم. مشابه شهر نشینان قیمت کالاهای مورد مطالعه برای سه گروه فقیر، متوسط و غنی جامعه تفاوت می کند.

جدول ۱۷-۵-۲- قیمت های ضمنی چند کالای اساسی در روستا

کالاها	سال ۱۳۶۲			۱۳۶۸		
	فقیر	متوسط	غنی	فقیر	متوسط	غنی
برنج	۱۱۴	۱۶۵	۲۶۶	۳۱۶	۵۹۵	۷۱۷
نان	۴۵	۵۰	۵۱	۸۸	۹۷	۹۶
گوشت	۸۲۲	۴۴۵	۹۳۲	۱۷۳۲	۱۹۸۵	۲۰۴۲
روغن	۱۳۰	۱۶۲	۱۶۰	۱۷۳	۳۷۲	۶۹۹
قند و شکر	۴۳	۵۶	۹۰	۵۶	۱۶۷	۲۶۵

محاسبات از گروه تحقیق

مشاهده می شود که در مورد روستا نشینان نیز از سال ۱۳۶۲ به ۱۳۶۸ قیمت های ضمنی افزایش یافته است. اصولاً اختلاف بین قیمت های ضمنی فقرا و اغنیا در سال ۱۳۶۸ بیشتر از سال ۱۳۶۲ می باشد که این مهم از جدول فوق مشهود است.

تغییرات قیمت از سال ۱۳۶۲ به سال ۱۳۶۸ برای روستا نشینان را در جدول شماره ۱۷-۵-۲ داریم. بیشترین افزایش مربوط به قیمت ضمنی روغن برای گروه ثروتمند جامعه روستایی و کمترین تورم قیمت برای قند و شکر ده درصد فقیر جامعه فوق می باشد.

جدول ۱۸-۵-۲- تغییرات قیمت های ضمنی

از سال ۱۳۶۲ به ۱۳۶۸ در روستا

کالا	فقیر	متوسط	غنی
برنج	۱۷۷	۲۶۱	۱۶۹
نان	۹۵	۹۴	۸۸
گوشت	۱۱۰	۲	۱۱۹
روغن	۳۳	۱۳۰	۳۳۷
قند و شکر	۳۰	۱۹۸	۱۹۴

محاسبات از گروه تحقیق

هر دو جدول شماره های ۱۷-۵-۲ و ۱۸-۵-۲ نشان می دهند که برای کالاهای کوپنی اختلاف قیمت بین

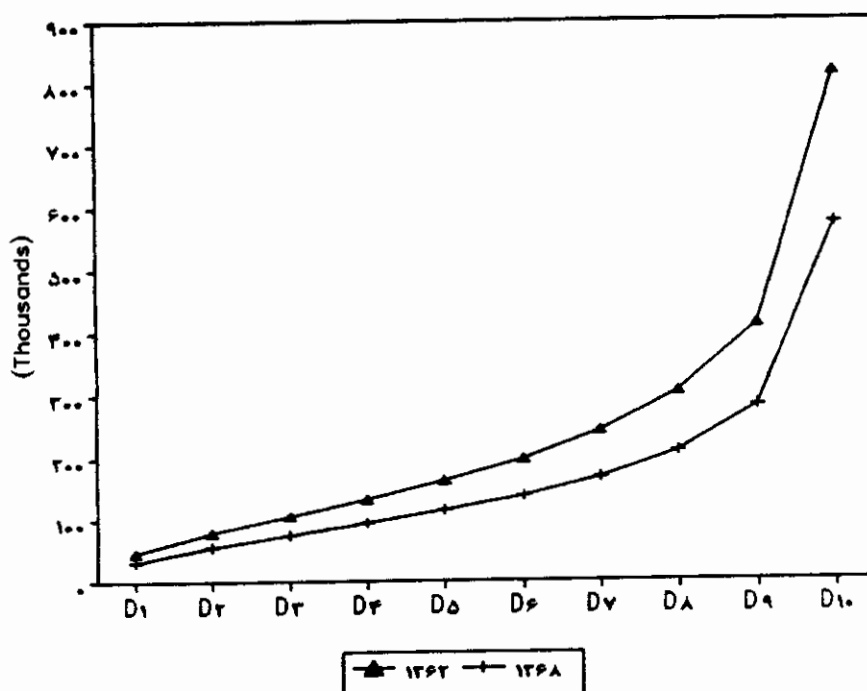
۱ این رقم به علت احتلال آماری که در دو دهک ۸ و ۹ وجود داشته قابل اعتماد نمی باشد  
۲ اختلاف در قیمت متوسط سال ۱۳۶۲

فقرا و اغنیا در روستا مشابه شهر قابل ملاحظه است در صورتی که برای کالاهایی چون گوشت که در روستا از سوبسید برخوردار نیست تفاوت قیمت‌ها جزئی و عمدتاً به علت اول این اختلاف‌ها مربوط می‌شود. مقایسه هزینه کل سال ۱۳۶۲ و هزینه واقعی سال ۱۳۶۸ که با توجه به قیمت‌های ثابت ۱۳۶۲ تعدیل شده‌اند در شهر نشان می‌دهند که سطح رفاه جامعه شهری در سال ۱۳۶۸ نسبت به ۱۳۶۲ برای کلیه گروه‌های درآمدی (هزینه‌های آکاهش یافته است. این نکته را واضح‌تر به وسیله نمودار شماره ۲-۵-۲ به تصویر کشیده‌ایم. این نمودار نشان می‌دهد که کاهش در رفاه خانوارهای شهری با حرکت از دهک‌های پایین به بالا به‌طور مطلق افزایش می‌یابد.

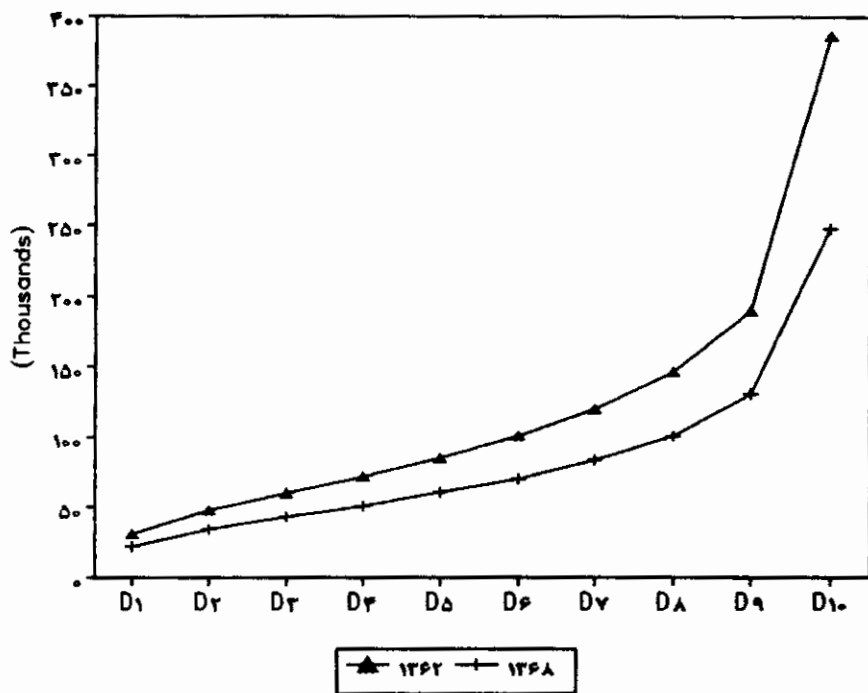
در مورد روستائیان نیز از نقطه نظر رفاهی شرایط مشابه شهر مشاهده می‌شود. نمودار شماره ۲-۵-۳ به خوبی این منبه را تصویر می‌کند. هزینه کل خانوارهای روستایی در سال ۱۳۶۸ به قیمت‌های ثابت سال ۱۳۶۲ همه جزیر هزینه کمی سال ۱۳۶۲ قرار دارد. در مورد روستائیان نیز با حرکت از دهک‌های پایین به دهک‌های بالا کاهش مطلق رفاه افزایش می‌یابد. به هر حال کاهش مطلق رفاه در سال ۱۳۶۸ برای روستائیان کمتر از شهرنشینان به نظر می‌رسد.

کاهش در هزینه واقعی خوراک شهرنشینان و روستائیان در سال ۱۳۶۸ نسبت به سال ۱۳۶۲ را تا کمک دو نمودار شماره ۲-۵-۴ و شماره ۲-۵-۵ به تصویر می‌کشیم. این نمودارها به روشی نشان می‌دهند که همه دهک‌های هزینه شهرنشین و روستایی در سال ۱۳۶۸ نسبت به سال ۱۳۶۲ کمتر روی خوراک هزینه نموده‌اند. اما این کاهش برای دهک‌های پایین و به خصوص در شهر جزئی‌تر به نظر می‌رسد.

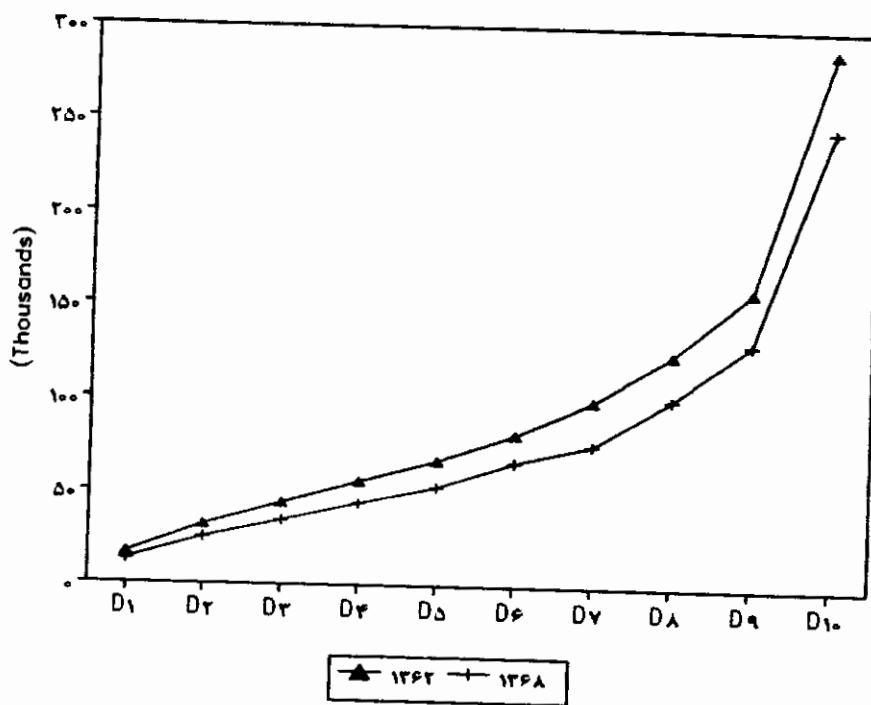
نمودار ۲-۵-۲ - مقایسه هزینه کل - جامعه شهری به قیمت ثابت سال پایه ۱۳۶۲

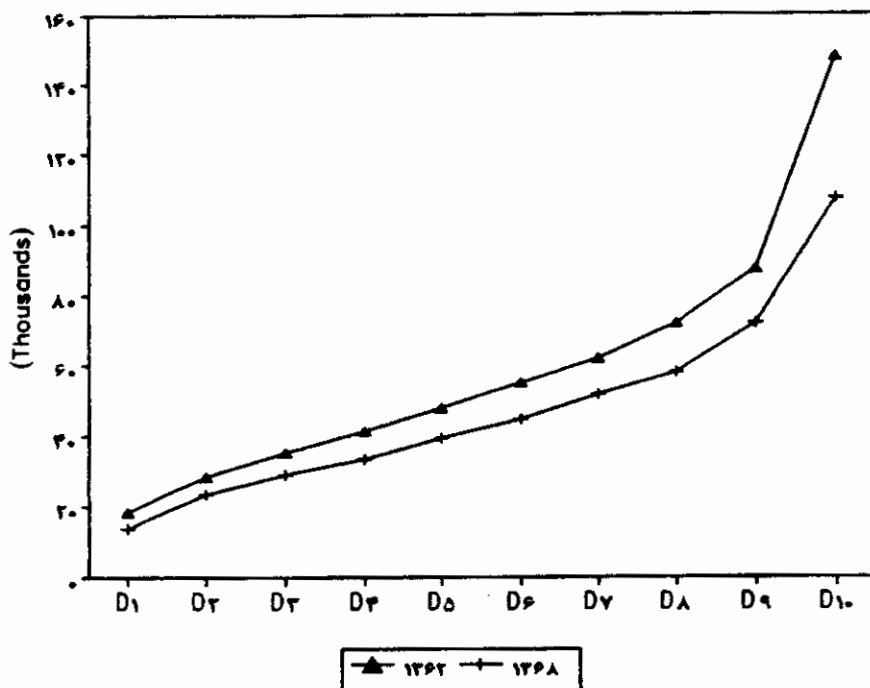


نمودار ۳-۵-۲- مقایسه هزینه کل - جامعه روستایی به قیمت ثابت سال پایه ۱۳۶۲



نمودار ۴-۵-۲- مقایسه هزینه خوراک - جامعه شهری به قیمت ثابت سال پایه ۱۳۶۲





**فصل ششم - وضعیت اقتصادی، توزیع درآمد در دوره برنامه اول توسعه اقتصادی (۱۳۶۸-۱۳۷۲)**

برنامه اول توسعه اقتصادی که دوره زمانی ۱۳۶۷-۱۳۷۲ را در بر می گیرد در واقع با تأخیر تهیه و آغاز شد. به عبارت دیگر اگر مشخصه برنامه اول توسعه اقتصادی را سیاست گذاری های آزادسازی یا تعدیل اقتصادی بدانیم، آغاز اجرای برنامه اول از سال ۱۳۶۸ یا شاید بهتر بگوییم سال ۱۳۶۹ باید در نظر گرفته شود. پایان جنگ در هر جامعه ای دوره سازندگی و بازسازی را به دنبال دارد. در مورد اقتصاد ایران نیز برنامه اول با چنین هدفی آغاز شد. اما از سوی دیگر آغاز برنامه اول توسعه اقتصادی ایران با سیاست گذاری های جهانی توصیه شده از سوی بانک جهانی هم دوره بوده است.

دهه هشتاد میلادی شاهد یک واقعه اقتصادی و یک واقعه سیاسی بوده، چون نتایج یا اثرات اقتصادی وقایع سیاسی عمدتاً مطرح می باشند می توانیم بگوییم که ما شاهد دو واقعه مستقر اقتصادی بودیم. واقعه نخست دومین شوک نفتی یا شوک نفتی سال های ۱۹۷۹ و ۱۹۸۰ است. واقعه دوم فروپاشی نظام سوسیالیست کمونیست در رویای شرقی و اتحاد جماهیر شوروی بوده که آثار اقتصادی گسترده ای به دنبال داشته است.

با افزایش قیمت نفت در سال های ۱۹۷۹ تا ۱۹۸۱ تراز پرداخت های جهانی بین کشورهای به نفع کشورهای صادرکننده نفت و به ضرر واردکنندگان نفت تغییر کرد. کشورهای واردکننده نفت را می توان به صورتی به دو گروه تقسیم نمود. کشورهای صنعتی و کشورهای در حال توسعه. چون کشورهای صنعتی

واردکننده نفت. خرید صادرکننده کالاهای سرمایه‌ای و واسطه‌ای و حتی مصرفی کم‌کشش هستند و عمدتاً واردات کشورهای صاحب نفت را نیز همین کالاها تشکیل می‌دهد، تراز پرداخت‌های کشورهای صنعتی با کشورهای عرضه‌کننده نفت به تدریج تعدیل شده کشورهای دیگر یا گروه کشورهای در حال توسعه، به خصوص کشورهای جنوبی، آفریقایی و عده‌ای از کشورهای آسیایی می‌شدند. توان تصحیح تراز پرداخت‌های خود را نداشتند و در نتیجه، بدهی آنها و به دنبال آن کسری بودجه تداوم یافت.

این کشورها برای خلاصی از این عدم تعادل در تراز پرداخت‌ها مجبور به دریافت وام از کشورهای صنعتی شدند، چون این عدم تعادل در تراز پرداخت‌ها استمرار یافت، بدهی این کشورها نیز انباشته گردید و به دنبال آن کسری بودجه شدید نیز به مشکلات آنها افزوده شد. این مشکلات باعث شد که کشورهای در گرو سازمان‌های بین‌المللی مثل صندوق بین‌المللی پول و بانک جهانی به فکر انجام اصلاحاتی برای مقابله با عدم تعادل در تراز پرداخت‌ها و کسری بودجه بیفتند. در واقع از اوایل دهه هشتاد میلادی به بعد یک سری از کشورهای در حال توسعه با یک تراز منفی تجارت خارجی رو به رو شدند که مرتباً در حال افزایش بود.

در نظریه‌های اقتصادی کلاسیک گفته می‌شود که در شرایط تراز منفی تجارت خارجی، کاهش ارزش پول ملی باعث افزایش صادرات و کاهش واردات شده و نهایتاً تراز پرداخت‌ها تصحیح می‌شود. بدیهی است که مسئله به این سادگی نخواهد بود. کاهش ارزش پول داخلی قیمت کالاهای داخلی را نسبت به کالاهای خارجی کاهش می‌دهد در نتیجه تقاضای خارجی‌ها برای کالاهای صادراتی باید افزایش یابد. در اینجا دو مشکل می‌تواند در راه افزایش صادرات وجود داشته باشد، یکی این‌که عرضه کالاهای صادراتی بی‌کشش یا کم‌کشش باشد، در نتیجه هر چند امکان صادرات بیشتر وجود دارد، ولی امکان افزایش تولید وجود ندارد. از طرف دیگر سمت تقاضای مضر است. اگر تقاضای خارجی‌ها برای کالاهای صادراتی نیز کم‌کشش باشد افزایش در صادرات در حد قابل توجهی صورت نخواهد گرفت.

در صورتی که مشکلات فوق وجود داشته باشد سیاست‌های کاهش ارزش پول مؤثر نخواهد بود. بدیهی است که اگر کاهش ارزش پول به مقدار قابل توجهی باشد، برای یک دوره یا یک دوره کوتاه مدت ممکن است صادرات افزایش یابد. ولی در واقع اگر صادرات کشش نداشته باشد، آنچه که برای یک دوره صادر می‌شود کالاهای موجود در جامعه است، نه محصولات ناشی از افزایش در تولیدات جدید. از سوی دیگر گاه توقف یا کاهش در واردات کالاها، به مجموعه اقتصاد صدمه می‌زند. این مشکل به علت این رخ می‌دهد که بخش قابل توجهی از واردات بعضی از این کشورها را کالاهای واسطه‌ای و سرمایه‌ای تشکیل می‌دهند و عدم ورود این کالاها توان تولیدی اقتصاد را کاهش می‌دهد.

واقعیه دوم اقتصادی جهان به خصوص از نظر سیاسی اهمیت بیشتری از شوک نفتی داشته، از نظر اقتصادی، هرچند که گستردگی تأثیر شوک نفتی را در اقتصاد جهان نداشته، ولی از دیدگاه اقتصاد داخلی و اثرات بلندمدت به مراتب قابلیت توجه بیشتر را دارد. این واقعه تغییر رژیم کشورهای سوسیالیست اروپای شرقی من جمله اتحاد جماهیر شوروی می‌باشد. اقتصاد این کشورها با مشخصه کامل دولتی بودن نسبت به اقتصاد بقیه دنیا متمایز می‌شود. بخش عمده فعالیت‌های اقتصادی به وسیله دولت صورت گرفته و کنترل شدید قیمت‌ها حکمفرما بوده است.

پس از تغییر رژیم سیاسی که قطعاً متأثر از شرایط اقتصادی بوده، تحولی در سیستم اقتصادی غیر قابل

اجتناب به نظر می‌رسید. بدیهی است که سیاست‌گذاری‌های جدید باید در جهت آزادسازی، خارج شدن از اقتصاد دولتی و حرکت به سمت مکانیزم بازار می‌بود. این سیاست‌ها در سرلوحه خود خصوصی‌سازی و حذف کنترل قیمت‌ها را داشته است.

یک تفاوت قابل توجه بین راه‌حل‌های اقتصادی برای دو واقعه اقتصادی فوق و حود دارد. راه حل پیشنهادی برای کسری تراز پرداخت‌ها که کاهش ارزش پول داخلی است یک تصمیم‌گیری کوتاه‌مدت است که آثار آن به سرعت خود را نشان می‌دهد. پس از کاهش ارزش پول داخلی در صورت عده وجود موانع در سر راه صادرات و کاهش واردات در مدت کوتاهی تراز پرداخت‌ها شروع به تصحیح می‌نماید. اما سیاست‌های آماده‌سازی و تشویق بازار از نوع بلندمدت محسوب می‌شوند. یک اقتصاد دولتی که عمده منابع را به بخش عمومی تخصیص داده است زمان کافی لازم دارد تا به اقتصاد متکی به بازار تبدیل شود.

حال شرایط اقتصاد ایران را در دوره انتهای جنگ و آغاز برنامه اول توسعه اقتصادی به تصویر می‌کشیم. اقتصاد ایران پس از انقلاب به عنلی چون متواری شدن صاحبان صنایع بزرگ و بدهکاری سیاری از بنگاه‌ها به بانک‌ها تبدیل به یک اقتصاد بیمه دولتی شده بود. به عبارت دیگر دولت مستقیم یا غیر مستقیم مالکیت و کنترل بنگاه‌های اقتصادی و تولیدی فوق را به عهده گرفت. هر چند که در آغاز دوره پس از انقلاب چنین حرکتی ضروری می‌بود. ولی ادامه آن یک تصمیم اقتصادی مناسب تنقی نمی‌شود. به هر حال آغاز جنگ در فاصله کوتاهی پس از انقلاب فرصت واگذاری مجدد صنایع به بخش خصوصی یا تغییر در روند چنین سیاست‌هایی را نداد.

از سوی دیگر آغاز جنگ دولت را وادار به اتخاذ سیاست حمایتی از طرق مختلف نمود. هر چند که در بعضی موارد در اجرا و شدت سیاست‌گذاری‌های جیره‌بندی و کنترل افراط شد. ولی ضرورت این امر کاملاً روشن است. سیاست جیره‌بندی لازم بود. ولی تعیین کالاها و مقدار آنها و مشخص نمودن استفاده‌کنندگان از سوبسیدها بدون مطالعه کافی بود. از دلایل آن دادن سوبسید از طریق کالاهای آرد، روغن، شکر، تخم مرغ به قنادان و شیرینی‌پزان به مدت طولانی و بدون توجیه است.

شاید عمده‌ترین اختلال‌ها سیاست‌گذاری‌های ارزی باشد که طی دوران جنگ با ایجاد بعضی از مزیت‌ها باعث جابه‌جایی‌های غیرکارآمد در منابع شده بود. تثبیت نرخ ارز رسمی از یک سوی و تخصیص ارز یا نرخ‌های متنوع از طرف دیگر حکایت از تمایل دولت در کنترل و دادن خط‌مشی مستقیم به فعالیت‌های اقتصادی می‌دارد. کنترل قیمت‌ها نیز که قاعدتاً از این سیاست‌ها تبعیت می‌نموده شرایط دولتی شدن اقتصاد شدت می‌بخشید. به طور کلی اقتصاد ایران به علت این که صادرکننده نفت محسوب می‌شود. اگر به علت جنگ و محاصره اقتصادی مواجه با تراز مثبت به مقدار قابل توجه در تجارت خارجی نبوده. ولی تراز تجاری او به هیچ وجه مشابه کشورهای جهان سوم واردکننده نفت نبود. یعنی اگر هم بدهی ارزی در سال‌های آخر جنگ وجود داشته قابل مقایسه با بدهی ارزی کشورهای فوق نمی‌توانست باشد. از طرف دیگر کسری بودجه دولت نیز به عنلی متفاوت از دلایل کسر بودجه کشورهای واردکننده نفت تلقی می‌شود و ناشی از شرایط جنگ و بزرگ بودن دولت است.

اما با در نظر گرفتن اقتصاد بیمه دولتی که در ایران حکمفرما بوده و هنوز نیز کم و بیش وجود دارد. شرایط کل اقتصاد ما بیشتر با کشورهای با اقتصاد دولتی بوده که با تغییر رژیم، قصد حرکت به سمت بازار و اقتصاد آزاد را داشتند.

با توجه به نکات فوق حال باید دید که ایران سیاست‌گذاری‌های پس از جنگ خود را چگونه تنظیم نموده و آثار آن چه بوده است. به نظر می‌رسد، آنچه که باید مدنظر سیاست‌گذاران اقتصادی در ایران قرار می‌گرفت، یک حرکت ملایم در جهت فعال نمودن بازار و کاهش بار اقتصادی دولت از طریق حذف تدریجی کنترل‌های مستقیم و همچنین واگذاری گام به گام فعالیت‌های اقتصادی به بخش خصوصی می‌بود. قطعاً یکی از عمده‌ترین تصمیمات در چارچوب سیاست‌گذاری مناسب برای تبدیل اقتصاد دولتی به اقتصاد بازار و شفاف نمودن مزیت‌های واقعی تولیدی کشور و تخصیص مؤثر منابع، تغییر در شرایط موجود بازار ارز است. به عبارت دیگر یکی از موارد مهم اختلال در اقتصاد ایران سیستم تخصیص ارز بوده و هنوز نیز کاملاً این اشکال رفع نشده است. اما این سیاست‌گذاری و چاره‌جویی می‌باید در چارچوب یک برنامه بلندمدت و همگام با بقیه سیاست‌گذاری‌های مربوط به حذف کنترل‌ها و خصوصی‌سازی صورت می‌گرفت. نه به عنوان تنها عامل مؤثر و به خصوص در کوتاه‌مدت.

در صورتی تمرکز کامل روی نرخ ارز و تغییر سریع آن و رفتن به سوی نرخ شناور مناسب بود که مشکل ما مشابه کشورهای آمریکای لاتین مربوط به تراز پرداخت‌های خارجی بسیار منفی بود. هر چند که مانع در آن زمان و نه در آینده نزدیک واجد شرایط برای شناور نمودن کامل نرخ ارز نبوده و نیستیم. یکی از آثار اولیه اجرای سیاست‌گذاری‌های کاهش نرخ ارز و خصوصی‌سازی به هم ریختن بیشتر توزیع درآمد و افزایش فقر، پیش‌بینی می‌شود. این بحث که دریافته‌های بانک جهانی و صندوق بین‌المللی پول مطرح شده است، از عملکرد کشورهای آمریکای لاتین و بعضی دیگر از کشورهایی است که سیاست‌های کاهش نرخ ارز را اجرا نموده‌اند. به دنبال طرح این سرفصل یک موج از موضوعات در مورد فقر و فقرزدایی در سرلوحه کار مؤسسات بین‌المللی فوق قرار گرفت.

در برنامه سیاست‌گذاری‌های برنامه اول توسعه اقتصادی ایران به نظر می‌رسد سیاست‌های ارزی هر چند به هر صورت صحیح هدف‌گیری شده بود، ولی با تاکتیک غلطی به آن حمله شد. به هر حال سیاست‌های ارزی اجرا شده تأثیر قابل توجهی بر روند صادرات و واردات ایران نگذاشت و اگر افزایشی در صادرات مشاهده شده، بیشتر صادرات کالاهای موجود بود تا ناشی از افزایش در تولیدات، از سوی دیگر سیاست خصوصی‌سازی به طور ناقص و بدون برنامه اجرا و فوراً دچار رکود گردید و حتی موج بیکاری ناشی از خصوصی‌سازی بنگاه‌ها هم به وقوع نپیوست. در نتیجه آثار مشابه کشورهای دیگر در زمینه فقر و توزیع درآمد در ایران مورد تردید است.

در این بخش به مطالعه آثار سیاست‌گذاری‌های برنامه اول توسعه اقتصادی یا آنچه که به سیاست‌های تعدیل اقتصادی شهرت یافته‌اند می‌پردازیم. جهت انجام این مهم از آنجا که هدف عمده ما بررسی آثار توزیعی و ایجاد فقر می‌باشد با استفاده از مطالعه رفتار اقتصادی خانوارها و شاخص‌های توزیع درآمد به بررسی این مهم می‌پردازیم.

#### مقایسه سال‌های ۱۳۶۹ و ۱۳۷۲

از آنجا که اجرای واقعی سیاست‌های معروف به تعدیل اقتصادی از حدود سال ۱۳۶۹ آغاز شده و همچنین آمار مورد استفاده ما هماهنگی بیشتری با سری زمانی بعد از خود دارد ما سال ۱۳۶۹ را به عنوان سال پایه یا شرایط قبل از سیاست‌گذاری‌های کاهش نرخ ارز قرار می‌دهیم. بازگشت از این سیاست‌ها از سال ۱۳۷۳



شروع شد و به همین علت مایکی از سال‌های مورد مقایسه را سال قبل از تغییر در سیاست‌های یعنی سال ۱۳۷۲ قرار می‌دهیم.

مقایسه شهر: جدول شماره ۱-۶-۲ هزینه‌های کل، خوراکی و غیرخوراکی مربوط به دهک‌های هزینه‌ای شهر نشینان که از اطلاعات بودجه خانوار مرکز آمار ایران استخراج شده است را نشان می‌دهد. ردیف‌های ۱، ۲ و ۳ جدول فوق به ترتیب هزینه کل، خوراکی و غیرخوراکی در سال ۱۳۶۹ را تصویر می‌کند. ردیف‌های ۴ و ۵ نسبت هزینه خوراکی و غیرخوراکی را به هزینه کل محاسبه نموده است. ردیف‌های ۶، ۷ و ۸ مشابه ردیف‌های ۱ تا ۳ برای سال‌های ۱۳۷۲ هستند و همچنین ردیف‌های ۹ و ۱۰ نیز نسبت‌های ردیف‌های ۴ و ۵ را برای سال ۱۳۷۲ نشان می‌دهند.

اطلاعات جدول شماره ۱-۶-۲ نشان می‌دهد که نسبت هزینه‌های خوراکی به هزینه کل از سال ۱۳۶۹ تا ۱۳۷۲ به مقدار جزئی ولی به صورت یک جابه‌جایی کامل، کاهش یافته است. به عبارت دیگر از دهک اول تا دهک دهم به استثنای دهک هشتم، کتبه نسبت‌های هزینه‌های خوراکی به هزینه کل در سال ۱۳۷۲ دچار کاهش شده است. اگر نظریه انگل را در زمینه هزینه کالاهای ضروری و غیر ضروری بپذیریم، این تغییر نشان می‌دهد که در کل جامعه شهر نشین در سال ۱۳۷۲ از وضع رفاهی بهتری برخوردار بوده است. در اینجا لازم است به یک نکته اشاره کنیم. این نتیجه‌گیری در صورتی بیشتر قابل قبول است که نسبت قیمت کالاهای خوراکی به غیرخوراکی در حد قابل توجهی تغییر ننموده باشد. آمار نشان می‌دهد که اگر سال ۱۳۶۹ را ۱۰۰ در نظر بگیریم شاخص کل هزینه‌ها در سال ۱۳۷۳ برابر ۱۸۴٫۴ و شاخص هزینه‌های خوراکی ۱۹۷ بوده است. به نظر می‌رسد که با وجود افزایش نسبی بیشتر در هزینه‌های خوراکی، خانوارها سهم هزینه خوراکی خود را کاهش داده‌اند. این تا حدودی نتیجه‌گیری اولیه را در بالا تأیید می‌کند.

برای این که تصویر دیگری نیز از اوضاع داشته باشیم هزینه‌های سال ۱۳۷۲ را بر اساس سال پایه ۱۳۶۹ تعدیل نموده یا هزینه‌ها را واقعی می‌کنیم. جدول شماره ۲-۶-۲ بر این اساس تنظیم شده است. ردیف‌های ۱، ۲، ۳ به ترتیب هزینه کل سال‌های ۱۳۶۹ و ۱۳۷۲ و ردیف ۳ هزینه کل سال ۱۳۷۲ را نشان می‌دهد که بر اساس سال پایه ۱۳۶۹ تعدیل شده است. ردیف ۴ نسبت ردیف‌های ۳ به ۱ را محاسبه می‌کند. ردیف‌های ۵، ۶، ۷ و ۸ مشابه ردیف‌های ۱ تا ۴ هستند اما به جای هزینه کل هزینه خوراکی را جایگزین کرده‌ایم. اولین عنصر از ردیف چهارم متوسط هزینه کل تعدیل شده سال ۱۳۷۲ را نسبت به سال ۱۳۶۹ نشان می‌دهد. رقم مربوطه نشان می‌دهد که هزینه کل در سال ۱۳۷۲ به مقدار ۱۶٪ برابر هزینه کل در سال ۱۳۶۹ بوده است.

نکته مهم در روند تغییر نسبت هزینه کل سال ۱۳۷۲ به ۱۳۶۹ (به قیمت‌های ثابت سال ۱۳۶۹) می‌باشد. سیر نسبت بالا از دهک اول یا فقیرترین گروه‌ها به غنی‌ترین یا دهک دهم ترونی مشاهده می‌شود. ده درصد فقیر جامعه شهری در سال ۱۳۷۲ حدود ۲۳٪ برابر ده درصد فقیر در سال ۱۳۶۹ هزینه کل داشته است. این رقم تا دهک دهم یا ده درصد غنی جامعه کاهش یافته تا برای دهک دهم به ۱۳٪ برابر رسیده است. در مجموع به روشنی نشان داده می‌شود که سطح رفاه جامعه شهری از سال ۱۳۶۹ به ۱۳۷۲ بهبود داشته است. ملاحظه ردیف هشتم جدول شماره ۲-۶-۲ به خوبی نظر فوق را تأیید می‌کند. این ردیف نسبت هزینه‌های خوراکی سال‌های ۱۳۶۹ به ۱۳۷۲ را به قیمت ثابت سال ۱۳۶۹ نشان می‌دهد. به طور متوسط شهر نشینان در سال ۱۳۷۲ نسبت به سال ۱۳۶۹ حدود ۱۰۴٪ بار بیشتر هزینه خوراکی انجام داده‌اند. اما رقم

مربوط به دهک اول نشان می دهد که افزایش در هزینه خوراکی خانوارهای فقیر به قیمت های ثابت بیشتر از بقیه گروه های جامعه شهری بوده به این معنی که ده درصد فقیر جامعه شهری در سال ۱۳۷۲ حدود ۱/۱۴ برابر سال ۱۳۶۹ بوده است. نسبت فوق با حرکت به دهک های ثروتمندتر کاهش می یابد تا بالاخره در دهک دهم به ۰/۹۸ می رسد. به عبارت دیگر هزینه واقعی ده درصد غنی جامعه در سال ۱۳۷۲ کمتر از سال ۱۳۶۹ بوده است.

اطلاعات مربوط به مقایسه هزینه های کل و خوراکی خانوارهای شهری در سال های ۱۳۷۲ و ۱۳۶۹ در قیمت های ثابت، نشانه از بهبود شرایط کل رفاهی شهرنشینان می نماید. جهت بررسی نزدیک تر از این مسئله از چند شاخص توزیع درآمد بهره می جوئیم. جدول شماره ۳-۶-۲ به این منظور تهیه شده است. در این جدول ردیف اول برای ضریب جینی در نظر گرفته شده است و ردیف های بعدی به ترتیب سهم هزینه ۴۰ درصد کم درآمد، ۴۰ درصد متوسط و ۲۰ درصد ثروتمند را مشخص می کند و ردیف آخر جدول نسبت هزینه دهک دهم به دهک اول تعیین می نماید. ستون های این جدول غیر از ستون اول که به شرح ردیف ها پرداخته است به ترتیب مقادیر ردیف ها را برای هزینه کل سال های ۱۳۶۹ و ۱۳۷۲ و برای هزینه خوراکی سال های ۱۳۶۹ و ۱۳۷۲ نشان می دهد.

بهبود در توزیع هزینه کل و هزینه خوراکی از سال ۱۳۶۹ تا سال ۱۳۷۲ را می توان از جدول شماره ۳ و با توجه به مجموعه شاخص هایی که در آن آمده است مشاهده نمود. ضریب جینی هزینه کل از ۰/۴۱۰ در سال ۱۳۶۹ به ۰/۳۹۷ در سال ۱۳۷۲ کاهش یافته است که توزیع مناسب تر را نشان می دهد. در مورد نحوه توزیع هزینه های خوراکی نیز نتایج مشابهی به دست آمده است، در ضریب جینی هزینه های خوراکی در همین فاصله کاهش یا بهبودی حدود ۰/۰۲ ایجاد شده است. تغییر در توزیع هزینه های خوراکی که منجر به توزیع مناسب تر شده است. بدون تغییر در سهم هزینه خوراکی ۴۰ درصد متوسط روی داده است. به این معنی که سهم هزینه خوراکی ۲۰ درصد ثروتمند جامعه کاهش یافته و در مقابل سهم هزینه خوراکی ۴۰ درصد فقیر افزایش را نشان می دهد.

جدول ۱ ۲۶ مقایسه وضعیت نسبی هزینه کل، هزینه های خوراکی و غیر خوراکی سال های ۱۳۶۹ و ۱۳۷۲ شهرستان

۱۰	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	متوسط	
۱۵۶۱۸۲۲	۷۷۱۷۱۳	۵۷۸۸۲۲	۴۶۵۳۶۶	۳۸۱۵۳۱	۳۱۸۸۶۹	۲۶۵۱۹۷	۲۱۸۱۲۷	۱۱۰۹۳۷	۱۰۶۹۱۰	۴۸۳۷۸۱	هزینه کل سال ۱۳۶۹
۳۷۰۱۵۵	۲۳۷۱۱۹	۱۹۸۷۰۳	۱۶۵۱۰۹	۱۲۲۰۹۲	۱۲۲۲۲۲	۱۰۶۲۰۰	۸۹۷۳۲	۱۴۲۲۵	۲۵۹۲۱	۱۵۵۳۳۳	هزینه خوراکی سال ۱۳۶۹
۱۱۹۱۶۶۷	۵۳۴۵۹۴	۳۸۰۱۲۹	۳۰۰۲۵۷	۲۳۹۴۳۷	۱۹۴۴۲۷	۱۵۸۹۹۷	۱۲۸۴۱۵	۹۶۷۱۲	۶۰۹۶۹	۳۲۸۴۴۸	هزینه غیر خوراکی سال ۱۳۶۹
۰/۲۴	۰/۳۱	۰/۳۴	۰/۳۵	۰/۳۷	۰/۳۹	۰/۴۰	۰/۴۱	۰/۴۳	۰/۴۳	۰/۳۳	نسبت هزینه های خوراکی به کل
۰/۷۶	۰/۶۹	۰/۶۶	۰/۶۵	۰/۶۳	۰/۶۱	۰/۶۰	۰/۵۹	۰/۵۷	۰/۵۷	۰/۶۸	نسبت هزینه های غیر خوراکی به کل
۳۲۴۳۷۲۱	۱۶۴۰۵۲۱	۱۰۵۶۵۳۵	۹۹۳۶۰۰	۸۲۷۷۲۵	۶۹۹۸۸۲	۵۸۷۲۶۳	۴۸۲۲۸۵	۳۷۹۱۷۱	۲۴۳۲۸۰	۱۰۳۳۰۶۵	هزینه کل سال ۱۳۷۲
۷۱۴۶۲۶	۴۸۵۰۴۴	۴۰۳۶۶۱	۳۴۰۷۲۶	۲۹۴۳۵۵	۲۵۹۵۶۳	۲۲۸۰۳۰	۱۹۴۳۰۴	۱۶۱۲۵۴	۱۰۳۳۹۴	۳۱۸۳۹۸	هزینه خوراکی سال ۱۳۷۲
۲۵۲۹۰۹۵	۱۱۵۵۴۷۷	۶۵۲۸۷۴	۶۵۲۸۷۴	۵۳۳۳۷۰	۲۴۰۳۱۹	۳۵۹۲۳۳	۲۸۷۹۸۱	۲۱۷۸۶۷	۱۳۹۸۸۶	۷۱۴۶۶۷	هزینه غیر خوراکی سال ۱۳۷۲
۰/۲۲	۰/۲۹	۰/۳۸	۰/۳۴	۰/۳۵	۰/۳۷	۰/۳۹	۰/۴۰	۰/۴۲	۰/۴۲	۰/۳۱	نسبت هزینه های خوراکی به کل
۰/۷۸	۰/۷۱	۰/۶۲	۰/۶۶	۰/۶۵	۰/۶۳	۰/۶۱	۰/۶۰	۰/۵۸	۰/۵۸	۰/۶۹	نسبت هزینه های غیر خوراکی به کل

محاسبات از گروه تحقیق

جدول ۲-۶-۲- مقایسه نسبی هزینه کل، هزینه‌های خوراکی و غیرخوراکی سال‌های ۱۳۶۹ و ۱۳۷۲ شهرستان با تعدیل هزینه برای سال ۱۳۷۲ (به قیمت ثابت)

۱۰	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	متوسط	
۱۵۶۱۸۲۲	۷۷۱۷۱۳	۵۷۸۸۳۲	۴۶۵۳۶۶	۳۸۱۵۳۱	۳۱۸۸۶۹	۲۶۵۱۹۷	۲۱۸۱۴۷	۱۷۰۹۳۷	۱۰۶۹۱۰	۴۸۳۷۸۱	هزینه کل سال ۱۳۶۹
۳۲۴۲۷۲۱	۱۶۲۰۵۲۱	۱۰۵۶۵۳۵	۹۹۳۶۰۰	۸۲۷۷۲۵	۶۹۹۸۸۲	۵۸۷۲۶۳	۴۸۲۲۸۵	۳۷۹۱۷۱	۲۴۳۲۸۰	۱۰۳۳۰۶۵	هزینه کل سال ۱۳۷۲
۱۷۵۹۰۶۸	۸۸۹۶۵۳	۶۷۱۰۱۷	۵۳۸۸۲۹	۴۴۸۸۷۵	۳۷۹۵۴۶	۱۳۱۸۴۷۲	۲۶۱۵۴۳	۲۰۵۶۲۴	۱۳۱۹۳۱	۵۶۰۲۳۰	هزینه کل تعدیل شده سال ۱۳۷۲
۱/۱۳	۱/۱۵	۱/۱۶	۱/۱۶	۱/۱۸	۱/۱۹	۱/۲۰	۱/۲۰	۱/۲۰	۱/۲۳	۱/۱۶	نسبت هزینه کل تعدیل شده سال ۱۳۷۲ به هزینه کل سال ۱۳۶۹
۳۷۰۱۵۵	۲۳۷۱۱۹	۱۹۸۷۰۳	۱۶۵۱۰۹	۱۴۲۰۹۴	۱۲۴۴۴۲	۱۰۶۲۰۰	۸۹۷۳۲	۷۴۲۲۵	۴۵۹۴۱	۱۵۵۳۳۳	هزینه خوراکی سال ۱۳۶۹
۷۱۴۶۲۶	۴۸۵۰۲۴	۴۰۳۶۶۱	۳۴۰۷۲۶	۲۹۴۳۵۵	۲۵۹۵۶۳	۲۲۸۰۳۰	۱۹۴۳۰۴	۱۶۱۲۵۴	۱۰۳۳۹۴	۳۱۸۳۹۸	هزینه غیرخوراکی سال ۱۳۷۲
۳۶۲۷۵۴	۱۲۴۶۲۱۵	۲۰۴۹۰۴	۱۷۲۹۵۷	۱۴۹۴۱۹	۱۳۱۷۵۸	۱۱۵۷۵۱	۹۸۶۳۱	۸۱۸۵۵	۵۲۴۸۴	۱۶۱۶۲۳	هزینه‌های خوراکی تعدیل شده سال ۱۳۷۲
۰/۹۸	۱/۰۴	۱/۰۳	۱/۰۵	۱/۰۵	۱/۰۶	۱/۰۹	۱/۱	۱/۱	۱/۱۴	۱/۰۴	نسبت هزینه‌های خوراکی تعدیل شده سال ۱۳۷۲ به هزینه‌های خوراکی سال ۱۳۶۹
۱۱۹۱۶۶۷	۵۳۴۵۹۴	۳۸۰۱۲۹	۳۰۰۲۵۷	۲۳۹۴۳۷	۱۹۴۴۲۷	۱۵۸۹۹۷	۱۲۸۴۱۵	۹۶۷۱۲	۶۰۹۶۹	۳۲۸۴۴۸	هزینه‌های غیرخوراکی سال ۱۳۶۹
۲۵۲۹۰۹۵	۱۱۵۵۴۷۷	۶۵۲۸۷۴	۶۵۲۸۷۴	۵۳۳۳۷۰	۴۴۰۳۱۹	۳۵۹۲۳۳	۲۸۷۹۸۱	۲۱۷۸۶۷	۱۳۹۸۸۶	۷۱۴۶۶۷	هزینه‌های غیرخوراکی سال ۱۳۷۲

محاسبات از گروه تحقیق

جدول ۳-۶-۲- مقایسه توزیع درآمد بین سال‌های ۱۳۶۹ و ۱۳۷۲

هزینه خوراکی		هزینه کل		هزینه‌ها شاخص‌ها
۱۳۷۲	۱۳۶۹	۱۳۷۲	۱۳۶۹	
۰/۲۹۲	۰/۳۱۲	۰/۳۹۷	۰/۴۱۰	ضریب جینی
۰/۲۱	۰/۲۰	۰/۱۷	۰/۱۶	سه‌م ۴۰ درصد اول
۰/۴۱	۰/۴۱	۰/۳۵	۰/۳۶	سه‌م ۴۰ درصد دوم
۰/۳۸	۰/۳۹	۰/۴۸	۰/۴۸	سه‌م ۲۰ درصد آخر
۶/۹	۸	۱۳/۳	۱۴/۶	نسبت دهک دهم به اول

محاسبات از گروه تحقیق

مقایسه روستا: آنچه که در چند صفحه قبل تصویر نمودیم، تأثیر سیاست‌های اقتصادی برنامه اول در شهر و برابری شهرنشینان بود. در این قسمت بررسی مشابهی را برای روستائیان انجام می‌دهیم. دوره مورد نظر همان فاصله ۱۳۶۹ تا ۱۳۷۲ می‌باشد. در اینجا مطالعه را به مقایسه سال ۱۳۶۹ و ۱۳۷۲ به قیمت‌های ثابت سال ۱۳۶۹ خلاصه می‌نماییم. نکته مهمی که در این بررسی مطرح است، شاخص تورم در روستا می‌باشد. در مقایسه سال‌های فوق برای شهر از شاخص قیمت‌ها یا شاخص تورم بانک مرکزی استفاده نمودیم. در مورد روستا بانک مرکزی شاخص مشابه را تولید نمی‌کند. به هر دلیلی که تا حدودی مشکل قابل توجیه است. مرکز آمار ارائه شاخص قیمت‌ها برای روستا را به عهده دارد.

جدول شماره ۴-۶-۲ مقایسه مورد نظر را تصویر می‌کند. ردیف‌های ۱ و ۲ این جدول هزینه کل برای روستائیان را به ترتیب برای سال‌های ۱۳۶۹ و ۱۳۷۲ نشان می‌دهد. در ردیف شماره ۳ هزینه کل سال ۱۳۷۲ را به قیمت ثابت ۱۳۶۹ محاسبه نمودیم. بالاخره ردیف چهارم یا آخر نسبت هزینه کل سال ۱۳۷۲ به قیمت ثابت را نمایش می‌دهد.

اثرات سیاست‌های تعدیل در روستا متفاوت از شهر به نظر می‌رسد. هزینه کل در سال ۱۳۷۲ پس از تعدیل برای تورم نسبت به سال ۱۳۶۹ برای متوسط جامعه و کلیه دهک‌ها کاهش یافته است. متوسط هزینه سرانه در سال ۱۳۶۹ حدود ۲۹۹۰۸۹ ریال است در حالی که رقم مشابه پس از تعدیل برای سال ۱۳۷۲ فقط ۲۷۵۹۷۰ ریال است. یعنی ۹۲ درصد سال ۱۳۶۹ می‌باشد. به عبارت دیگر قدرت خرید واقعی متوسط جامعه از سال ۱۳۶۹ به سال ۱۳۷۲ حدود ۸ درصد کاهش یافته است. این نکته برای همه دهک‌ها کم و بیش صدق می‌کند. با توجه به یافته فوق می‌توان ادعا نمود که سطح رفاه روستائیان برعکس شهرنشینان در فاصله سال‌های مورد مطالعه بدتر شده است.

جدول ۴-۶-۲- مقایسه وضعیت نسبی هزینه کل، هزینه های خوراکی و غیرخوراکی سال های ۱۳۶۹ و ۱۳۷۲ روستانشینان

۱۰	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	متوسط	
۹۶۱۲۳۳	۴۸۶۴۰۰	۳۶۸۵۴۲	۲۹۲۱۵۲	۲۳۸۶۹۲	۱۹۷۷۸۷	۱۶۳۲۲۵	۱۳۰۵۳۱	۹۷۵۲۱	۵۵۷۸۱	۲۹۹۰۸۹	هزینه کل سال ۱۳۶۹
۴۰۰۳۶۳	۲۳۲۸۴۲	۱۹۰۱۸۵	۱۵۳۴۴۰	۱۲۶۹۶۷	۱۰۶۸۰۷	۹۱۳۱۳	۷۳۷۴۴	۵۴۰۱۳	۲۸۵۰۶	۱۴۵۷۸۰	هزینه خوراکی سال ۱۳۶۹
۵۶۰۸۷۰	۲۵۳۵۵۸	۱۷۸۳۵۷	۱۳۸۷۱۲	۱۱۱۷۲۵	۹۰۹۸۰	۷۱۹۱۲	۵۶۷۸۷	۴۳۵۰۸	۲۷۲۷۵	۱۵۳۳۰۹	هزینه غیرخوراکی سال ۱۳۶۹
۰/۴۲	۰/۴۸	۰/۵۲	۰/۵۲	۰/۵۳	۰/۵۴	۰/۵۶	۰/۵۶	۰/۵۵	۰/۵۱	۰/۴۹	نسبت هزینه های خوراکی به کل
۰/۵۸	۰/۵۲	۰/۴۸	۰/۴۸	۰/۴۷	۰/۴۶	۰/۴۴	۰/۴۴	۰/۴۵	۰/۴۹	۰/۵۱	نسبت هزینه های غیرخوراکی به کل
۱۶۷۸۴۸۸	۸۶۲۹۰۰	۶۶۲۸۹۴	۵۳۷۲۰۵	۴۴۷۲۸۴	۳۷۲۴۳۲	۳۰۶۳۷۱	۲۴۹۳۴۴	۱۹۱۱۶۳	۱۰۷۷۶۵	۵۴۱۵۸۵	هزینه کل سال ۱۳۷۲
۶۸۶۸۱۹	۴۲۲۷۳۹	۳۲۳۷۶۰	۲۷۴۷۴۷	۲۳۵۵۲۲	۲۰۲۳۹۱	۱۶۵۹۱۴	۱۳۸۱۲۴	۱۰۵۵۸۹	۵۶۷۵۷	۲۶۱۲۳۶	هزینه خوراکی سال ۱۳۷۲
۹۹۱۶۶	۹۴۴۰۱۶۱	۳۳۹۱۳۴	۳۶۲۴۵۸	۲۱۱۷۶۲	۱۷۰۰۴۱	۱۴۰۴۵۷	۱۱۱۲۲۰	۸۵۵۷۲	۵۱۰۰۸	۲۸۰۳۴۸	هزینه غیرخوراکی سال ۱۳۷۲
۰/۴۱	۰/۴۹	۰/۴۹	۰/۵۱	۰/۵۳	۰/۵۴	۰/۵۴	۰/۵۵	۰/۵۵	۰/۵۳	۰/۴۸	نسبت هزینه های خوراکی به کل
۰/۵۹	۰/۵۱	۰/۵۱	۰/۴۹	۰/۴۷	۰/۴۶	۰/۴۶	۰/۴۵	۰/۴۵	۰/۴۷	۰/۵۲	نسبت هزینه های غیرخوراکی به کل

محاسبات از گروه تحقیق

تغییرات در شاخص های توزیع درآمد تصویر دیگری را ارائه می دهد. رتبه حاکی از بهتر شدن وضع توزیع درآمد در روستا می کنند. جدول شماره ۵-۶-۲ را مشابه جدول شماره ۳-۶-۲ ولی برای روستا تهیه نموده ایم. ردیف اول جدول ضریب جینی و ردیف های دوم تا قبل از آخرین ردیف سهم درصدهای مختلف هزینه ای را از هزینه کل نشان می دهند. بالاخره ردیف آخر نسبت دهک دهم به دهک اول را به عنوان یکی از شاخص های عمق نابرابری محاسبه نموده است. کاملاً تصویر منعکس شده از جدول پنجم بهبود در توزیع هزینه های کل، خوراکی و افزایش در سهم ۸۰ درصد پایین درآمدی را نمایش می دهد. آخرین ردیف که نسبت هزینه دهک آخر به اول است در هر دو مورد هزینه های کل و هزینه های خوراکی کاهش در عمق نابرابری را نشان می دهد. البته نباید از خاطر بپریم که توزیع درآمد و عمق نابرابری الزاماً با سطح رفاه و فقر ارتباط پایداری ندارند.

جدول ۵-۶-۲- مقایسه توزیع درآمد در روستایین سال های ۱۳۶۹ و ۱۳۷۲

هزینه خوراکی		هزینه کل		شاخص ها
۱۳۷۲	۱۳۶۹	۱۳۷۲	۱۳۶۹	
۰/۳۵۳	۰/۳۶۰	۰/۴۰۲	۰/۴۱۹	ضریب جینی
۱۷/۸	۱۷	۱۵/۷	۱۴/۹	سهم ۴۰ درصد اول
۳۹/۷	۳۹/۶	۳۷/۳	۳۶/۷	سهم ۴۰ درصد دوم
۴۲/۵	۴۳/۴	۴۶/۹	۴۸/۶	سهم ۴۰ درصد آخر
۱۲/۷	۱۴	۱۵/۶	۱۷/۲	نسبت دهک دهم به اول

محاسبات بر کدوه تحفیل

در اینجا نشان دادیم که رفاه جامعه روستایی در سال ۱۳۷۲ نسبت به سال ۱۳۶۹ کاهش یافته است. اما توزیع درآمد بهبود یافته در نابرابری را مطرح می کند.

در اینجا بررسی اثر سیاست های اقتصادی برنامه اول را با چند مقایسه از نحوه تغییر در هزینه و مقدار مصرف بعضی از کالاهای اساسی ادامه می دهیم. کالاهای اساسی که در اینجا مورد نظر قرار می گیرند نان، برنج، گوشت، تخم مرغ، روغن، قند و شکر هستند. مقایسه هزینه و مقدار مصرف کالاهای فوق را برای سال ۱۳۷۲ نسبت به ۱۳۶۹ انجام می دهیم. البته برای این که هزینه ها قابل مقایسه باشند برای هر کالا هزینه های سال ۱۳۷۲ را نسبت به قیمت های ثابت سال ۱۳۶۹ و بر اساس شاخص قیمت هر کالا تعدیل نموده ایم.

جدول شماره ۶-۶-۲ نسبت هزینه و مقدار مصرف نان، برنج و ارداتی را برای سال ۱۳۷۲ نسبت به ۱۳۶۹ نشان می دهد. ردیف های یک در میان نسبت هزینه و مقدار را برای کالاهای فوق محاسبه نموده اند. به طور متوسط مقدار مصرف نان در سال ۱۳۷۲ نسبت به سال ۱۳۶۹ تغییر قابل توجهی نداشته است. (۱/۹۹) و همچنین نسبت واقعی هزینه نان نیز برای متوسط جامعه تقریباً ثابت است (۱/۰۹) هر چند که به مقدار جزئی هزینه نان برای گروه فقیر افزایش داشته و گروه ثروتمند نسبتاً تغییر جزئی در جهت کاهش مقدار مصرف نان در سال ۱۳۷۲ داده اند و هزینه نسبی آنها بدون تغییر مانده است. تغییر قابل ملاحظه در مقدار مصرف برنج و ارداتی بر می متوسط جامعه و به خصوص ده درصد غنی مشاهده می شود (۱/۳۷). در حالی که مقدار

مصرف این کالا برای ده درصد فقیر کاهش محسوس را نشان می‌دهد (۰/۸۸). در مورد مصرف برنج داخلی یا کل برنج نتیجه‌ای معکوس نسبت به برنج وارداتی مشاهده می‌شود. به طوری که در سال ۱۳۷۲ مقدار مصرف ده درصد فقیر از این کالا نسبت به سال ۱۳۶۹ افزایش داشته در حالی که ده درصد غنی در سال ۱۳۷۲ کمتر از سال ۱۳۶۹ برنج مصرف نموده‌اند.

نکته‌ای که در واقعیت شرایط بازار نسبت به چارچوب نظری مطرح است، قیمت واقعی کالاها در یک مقطع زمانی برای گروه‌های مختلف مصرف‌کنندگان می‌باشد. هر چند که ما در یک مقطع زمانی برای یک کالا (در شرایط عدم وجود قیمت‌های تبعیضانه) قیمت را برای مصرف‌کنندگان ثابت در نظر می‌گیریم، ولی در واقع امر چنین نیست. در بسیاری از موارد بنا به دلایل مختلفی گروه‌های مختلف مردم در شرایط محلی و جغرافیایی متفاوت با قیمت‌های تقریباً قابل تمایزی رو به رو هستند. این مهم را ما در جدول شماره ۷ در زیر به تصویر می‌کشیم.

جدول شماره ۷-۶-۲ قیمت نان و برنج را برای سه گروه فقیر، متوسط و غنی جامعه شهری و در سال‌های ۱۳۶۹ و ۱۳۷۲ نشان می‌دهد. ردیف‌های این جدول به ترتیب برای فقیر، متوسط و غنی قیمت نان و سپس برای همین طبقه بندی قیمت برنج را نشان می‌دهد. ستون‌ها به ترتیب از ستون اول تا چهارم، شرح، سال ۱۳۶۹، سال ۱۳۷۲ و بالاخره تغییرات در سال ۱۳۷۲ نسبت به سال ۱۳۶۹ را مطرح می‌کنند. تفاوت در قیمت نان بین سه گروه فقیر، متوسط و غنی جامعه شهری که در جدول فوق به تصویر آمده است، کاملاً مشهود است، اما اختلاف قیمت بین گروه‌ها و برای کالاهای مختلف یکسان و مشابه نیست.



جدول ۶-۶-۲- مقایسه نسبت هزینه و مقدار برنج و نان سال‌های ۱۳۶۹ و ۱۳۷۲

متوسط	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	
نسبت هزینه کل برنج سال ۱۳۷۲ به سال ۱۳۶۹ تعدیل شده	۱/۴۸	۱/۲۹	۱/۳۷	۱/۳۳	۱/۱۹	۱/۰۷	۱/۰۴	۰/۹۵	۰/۹۵	۰/۸۸	
نسبت مقدار کل برنج سال ۱۳۷۲ به سال ۱۳۶۹	۱/۰۷	۱/۰۶	۱/۰۴	۱/۱۳	۱/۳۸	۰/۹۶	۱/۱۰	۰/۹۷	۰/۹۴	۰/۹۴	
نسبت هزینه برنج وارداتی سال ۱۳۷۲ تعدیل شده به سال ۱۳۶۹	۰/۸۹	۱/۰۲	۱/۰۱۱	۰/۹۵	۰/۹۱	۰/۸۷	۰/۹۲	۰/۸۷	۰/۸۱	۰/۹۵	
نسبت مقدار برنج وارداتی سال ۱۳۷۲ به سال ۱۳۶۹	۰/۸۸	۱/۲۴	۱/۲۹	۱/۱۵	۱/۳۹	۱/۱۹	۱/۳۲	۱/۱۹	۱/۰۷	۱/۳۷	
نسبت هزینه نان سال ۱۳۷۲ تعدیل شده به سال ۱۳۶۹	۱/۱۱	۱/۰۸	۱/۰۷	۱/۰۸	۱/۱۰	۱/۱۴	۱/۱۳	۱/۰۶	۱/۰۹	۱/۰۲	
نسبت مقدار نان سال ۱۳۷۲ به سال ۱۳۶۹	۱/۰۰	۰/۹۸	۱/۰۲	۰/۹۸	۱/۰۰	۱/۰۶	۱/۰۰	۰/۹۸	۰/۹۹	۰/۹۵	

محاسبات از گروه تحقیق

جدول ۷-۶-۲- قیمت نان و برنج برای سه گروه فقیر، متوسط و غنی

گروه‌ها و کالا	۱۳۶۹	۱۳۷۲	درصد تغییرات
دهک اول نان	۴۴/۵	۸۴/۴	۱۹۰
متوسط نان	۴۸/۶	۹۱/۲	۱۸۸
دهک دهم نان	۵۲/۶	۹۶/۷	۱۸۴
دهک اول برنج	۲۶۲/۸	۶۵۷/۳	۲۵۰
متوسط برنج	۵۵۲/۱	۹۸۸/۵	۱۷۹
دهک دهم برنج	۷۵۳/۵	۱۲۷۱/۵	۱۶۹

محاسبات از گروه تحقیق

تفاوت قیمت ضمنی نان بین دهک فقیر و دهک ثروتمند جامعه برای سال ۱۳۶۹ حدود ۱۸ درصد و در سال ۱۳۷۲ تفاوت قیمت به حدود ۱۴۰/۵ درصد رسیده است. این تفاوت ناشی از نوع نان و تا حدودی نیز تفاوت در قیمت محله‌ها و مناطق مختلف است. اما اختلاف در قیمت برنج برای خانوارهای کم درآمد و پر درآمد بسیار فاحش‌تر می‌باشد. به عبارت دیگر قیمتی که خانوارهای ثروتمند شهری در سال ۱۳۶۹ برای برنج پرداخت می‌نمودند ۱۸۷ درصد بیشتر از قیمتی بوده که خانوارهای فقیر این جامعه متحمل می‌شدند. این اختلاف در سال ۱۳۷۲ به رقم ۹۳ درصد کاهش یافته است. تفاوت در قیمت برنج بین فقرا و اغنیاء عمدتاً به نوع و کیفیت برنج و به خصوص داخلی و وارداتی بودن آن بستگی پیدا می‌کند.

نکته اساسی‌تر مورد نظر ما تأثیر سیاست‌های حمایتی دوران جنگ است. در نتیجه مقایسه ستون‌های جدول ۷ در این مورد گویاتر است. ستون آخر این جدول تغییرات در قیمت‌های ضمنی را در سال ۱۳۷۲ نسبت به سال ۱۳۶۹ نشان می‌دهد. در مورد هر دو کالای مطرح شده در این جدول گروه فقیر بیشترین افزایش را تجربه نموده‌اند. البته در مورد نان چنانچه انتظار می‌رود تفاوت بین سه گروه مورد مطالعه کمتر می‌باشد. به این صورت که حداکثر اختلاف در افزایش قیمت ضمنی که بین ده درصد فقیر و ده درصد غنی جامعه است حدود ۶ درصد برآورد می‌شود. این تفاوت در مورد برنج کاملاً فاحش است. خانوارهای فقیر بابت مصرف برنج با افزایش قیمت حدود ۲۵۰ درصد مواجه هستند. در حالی که اغنیاء فقط ۱۶۹ درصد بیشتر پرداخت نموده‌اند. این تفاوت عمدتاً به مقدار سوبسید دولت بابت مصرف برنج مربوط می‌شود. به عبارت دیگر کاهش سهمیه سوبسیدی برنج از سال ۱۳۶۹ به ۱۳۷۲ که به نصف رسیده است، بار هزینه خانوارهای فقیر را به شدت افزایش داده است (در سال ۱۳۶۹ دو بار کوپن برنج اعلان شده در حالی که در سال ۱۳۷۲ فقط یک بار کوپن برنج تعقیب گرفته است).

در ادامه مطالعه این بخش قیمت‌های ضمنی چهار کالای اساسی گوشت، تخم مرغ، روغن و قند و شکر را در جدول شماره ۸-۶-۲ بررسی می‌کنیم. این جدول از نظر محتوی ستون‌ها مشابه جدول شماره ۷-۶-۲ است.

جدول ۸-۶-۲- قیمت ضمنی چند کالای اساسی در سال‌های

۱۳۶۹ و ۱۳۷۲

گروه‌ها و کالا	۱۳۶۹	۱۳۷۲	درصد تغییرات
گوشت دهک اول	۱۷۸۰	۴۳۶۶	۲۴۵
متوسط	۱۹۳۰	۴۵۲۶	۲۳۴
دهک دهم	۲۱۰۳	۴۵۷۲	۲۱۷
تخم مرغ دهک اول	۲۹۳	۱۳۷۸	۴۷۰
متوسط	۳۸۳	۱۳۲۶	۳۴۶
دهک دهم	۴۷۸	۱۳۴۴	۲۸۱
روغن دهک اول	۲۵۴	۹۰۳	۳۵۵
متوسط	۵۱۹	۲۱۸۳	۴۲۱
دهک دهم	۱۱۰۵	۲۹۰۲	۲۶۳
قند و شکر دهک اول	۹۹	۲۷۶	۲۷۹
متوسط	۱۹۶	۳۹۶	۲۰۲
دهک دهم	۳۵۹	۵۶۹	۱۵۸

محاسبات برکروه تحقیق

ردیف‌های این جدول نیز به همین صورت با جدول قبلی شباهت دارد. فقط کالاهای مورد بررسی تفاوت نموده‌اند. تفاوت قیمت‌ها بین فقرا و ثروتمندان برای سال ۱۳۶۹ به ترتیب گوشت ۱۱۸، تخم مرغ ۱۶۳، روغن ۴۳۵ و قند و شکر ۳۶۳ درصد است. بیشترین اختلاف به کالاهایی بستگی پیدا می‌کند که بیشترین سوبسید را دریافت نموده‌اند. ارقام مشابه برای سال ۱۳۷۲ به صورت زیر است که گوشت ۱۰۵، تخم مرغ ۹۷، روغن ۲۲۲ و قند و شکر ۲۰۶ درصد برای ده درصد ثروتمند جامعه گرانتر (ارزان‌تر) از ده درصد فقیر شهری خریداری شده‌اند. کاهش اختلاف بین قیمت پرداختی برای خانوارهای فقیر و غنی در سال ۱۳۷۲ نسبت به سال ۱۳۶۹ به وضوح بستگی به کاهش در سهمیه و سوبسید کالاهای اساسی داشته است. به عبارت دیگر خانوارها هر چند که در عمل هزینه فرصت کوپن ارزاق را منظور می‌کرده و می‌کنند، ولی در بیان قیمت‌های پرداختی بین قیمت آزاد و رسمی تفاوت قائل می‌شوند. در نتیجه وقتی سهمیه کوپنی کالایی کاهش می‌یابد اختلاف قیمت بین خرید آزاد و سهمیه‌ای کاهش می‌یابد.

در مورد کالاهای مورد مطالعه در جدول ۸-۶-۲ نیز ستون آخر تغییرات قیمت‌ها را برای هر گروه مورد مطالعه بین دو سال ۱۳۶۹ و ۱۳۷۲ نشان می‌دهد. بدون استثناء برای کلیه کالاها خانوارهای فقیر نسبت به غنی‌ترین ده درصد جامعه با افزایش بیشتر قیمت‌ها روبه‌رو بوده‌اند. بیشترین افزایش در قیمت کالاهایی خانوارهای کم درآمد جامعه شهری در مورد تخم مرغ است. با توجه به این‌که در سال ۱۳۷۲ سهمیه این کالا کاملاً قطع شده بود. افزایش ۴۷۰ درصد در هزینه خانوارهای فقیر قابل توجیه است. پس از تخم مرغ، گروه‌های فقیر با افزایش ۳۵۵ درصد در قیمت روغن، ۲۷۹ درصد در قیمت قند و شکر و بالاخره ۲۴۵ درصد در قیمت گوشت روبه‌رو بوده‌اند.

تغییرات در اهمیت کالاها متأثر از سیاست‌های تعدیل یا برنامه اول توسعه اقتصادی در این بخش با استفاده از بعضی شاخص‌ها به مطالعه تأثیر سیاست‌های اقتصادی پس از جنگ می‌پردازیم. این شاخص‌ها ضروری بودن و اهمیت کالاها را اندازه‌گیری می‌نمایند. کشش‌های درآمدی، ضرایب جینی و سهم هزینه‌ای شاخص‌های موردنظر در این بررسی هستند.

توابع تقاضای انگل: یک تابع تقاضا رابطه ریاضی بین مقدار تقاضای یک کالا و متغیرهایی چون قیمت کالا، قیمت کالاها، قیمت کالاهای مربوط و درآمد را نشان می‌دهد. متغیرهای مستقل یا توضیح دهنده این تابع قیمت کالاهای جانشین، قیمت کالاهای مکمل و درآمد هستند. در بین این متغیرها آقای انگل به بررسی اثر تغییرات درآمد در تقاضا برای کالاها پرداخته و نتیجه‌گیری‌هایی را نیز براساس مقدار کشش و پست و معمولی بودن کالاها با توجه به علامت آن مطرح می‌شوند. در زیر توابع تقاضای درآمدی را برای چند کالای اساسی برای سال‌های ۱۳۶۹ و ۱۳۷۲ استخراج نموده و با مقایسه آنها اثر سیاست‌های برنامه را مطالعه می‌کنیم.

برای تخمین تابع انگل در کلیه معادلات مقدار مصرف هر کالا را متغیر وابسته در نظر گرفته و هزینه کل را جایگزین متغیر مستقل قرار می‌دهیم. این نوع برازش به علت عدم دسترسی آماری به درآمد صورت می‌گیرد. در واقع اطلاعات و آمار مربوط به درآمدها به عللی چون متغیرهای مختلف درآمد، به خصوص درآمد جاری و درآمد دائمی و کم‌گویی یا زیادگویی خانوارها در مورد مقدار واقعی درآمدشان مورد تردید می‌باشد. در ادبیات اقتصاد هزینه کل خانوار را تخمین مناسبی برای درآمد دائمی در نظر می‌گیرند. هر چند هزینه کل برای گروه‌های بالای درآمدی به علت وجود پس‌انداز یک برآورد زیرین محسوب می‌شود، ولی به هر حال و به خصوص در مقام مقایسه یک تخمین خوب تلقی می‌گردد.

تابع تقاضای درآمد برای نان: اگر اطلاعات و آمار هزینه خانوارها را پس از تنظیم براساس سرانه به ترتیب تنظیم نموده و به ده قسمت مساوی تقسیم کنیم، آمار دهک‌های هزینه‌ای را خواهیم داشت. شهر: با توجه به آمار مربوط به مقدار نان مصرفی برای سال‌های ۱۳۶۹ و ۱۳۷۲ و هزینه کل، توابع تقاضای انگل را برای شهر استخراج نموده و در زیر می‌آوریم:

$$LBU_{69} = 11/62 + 0/03 LYU_{69} \quad R^2 = 0/32$$

(63/02) (1/92)

$$LBU_{72} = 11/76 + 0/016 LYU_{72} \quad R^2 = 0/08$$

(46/5) (0/83)

در اینجا LBU لگاریتم مقدار مصرف نان در شهر و LYU لگاریتم هزینه کل در شهر است. در حله نخست آماره‌ها نشان می‌دهند که برازش خوبی صورت نگرفته یا به عبارت دیگر متغیر مستقل توانایی توضیح دادن متغیر وابسته را ندارد. این با توجه به اعداد داخل پرانتز است که آماره  $R^2$  را می‌دهند و  $R^2$  که قابلیت توضیح دادن را مطرح می‌کند. اما باید در نظر گرفتن این که واقعاً باید انتظار یک کشش بسیار کوچک درآمدی را برای نان داشت کشش‌های درآمدی نان برای سال‌های ۱۳۶۹ و ۱۳۷۲ که به ترتیب  $\eta_{69} = 0/03$  و  $\eta_{72} = 0/02$  هستند قابل توجه به نظر می‌رسند. به عبارت دیگر مجموعه ارقام حاصل از محاسبه کشش درآمدی و آماره‌ها تأیید می‌کنند که خانوارهای شهری نان را تا حد زیادی مستقل از شرایط درآمدی خود مصرف می‌کنند.

اگر کشش‌های به دست آمده را بپذیریم آمار نشان می‌دهند که نان از سال ۱۳۶۹ تا به سال ۱۳۷۲

ضروری تر شده است. این اطلاعات نیز با توجه به این که افزایش در سطح قیمت های کالاهای فاصله سال های فوق خانوارهایی را وارد کرده که بیشتر نان را جایگزین کالاهای خوراکی دیگر کنند، قابل قبول هستند.

روستا: نتیجه برآزش تابع انگل برای نان در روستا در سال های ۱۳۶۹ و ۱۳۷۲ تا حدودی متفاوت از شهر به نظر می رسد. در زیر نخست نتیجه کار اقتصادسنجی را در این مورد مطرح می کنیم.

$$LBR_{69} = 4.85 + 0.52 LYR_{69} \quad R^2 = 0.97$$

(12.12) (16.14)

$$LBR_{72} = 8.21 + 0.23 LYR_{72} \quad R^2 = 0.71$$

(12.54) (4.46)

در اینجا  $LBR$  لگاریتم مقدار مصرف نان در سال های مختلف است و  $LYR$  هزینه کل روستا می باشد. آماره های معادلات فوق از موقعیت بسیار بهتری نسبت به آماره های مشابه در شهر برخوردار هستند. مقادیر قابل قبول و  $R^2$  ها نیز توضیح دهندگی خوبی را برای متغیر مستقل نشان می دهند. به هر حال کشش نان در هر دو سال در روستا نیز حاکی از ضروری بودن این کالا است. این کشش ها برای سال های ۱۳۶۹ و ۱۳۷۲ به ترتیب  $\eta_{69} = 0.52$  و  $\eta_{72} = 0.23$  هستند. کشش درآمدی نان از سال ۱۳۶۹ به سال ۱۳۷۲ به مقدار قابل توجهی کاهش یافته و نشان دهنده ضرورت بیشتر کالای نان در سال ۱۳۷۲ است. افزایش قیمت سایر کالاهای در سال ۱۳۷۲ نسبت به سال ۱۳۶۹ می تواند اتکاء بیشتر خانوارها را به نان توجیه کند.

تابع تقاضای درآمد برای برنج: در مورد کالای برنج علاوه بر تفکیک مطالعه به شهر و روستا، برنج داخلی و خارجی را نیز به طور مجزا مورد بررسی قرار می دهیم. دلیل تجزیه اخیر تخصیص سوسید به مصرف برنج وارداتی است. برنج یکی از کالاهایی است که مشمول کمک های دولت است. ولی به طور کلی سوسید دولت از طریق کوبین برنج وارداتی صورت می گیرد. در نتیجه انتظار می رود که تقاضای خانوارهای فقیر و غنی برای برنج داخلی و خارجی متفاوت باشد.

شهر: نخست توابع تقاضای انگل را برای سال ۱۳۶۹ به تفکیک برنج خارجی و داخلی استخراج می کنیم. در زیر نتیجه برآزش لگاریتمی این توابع را نشان می دهیم.

$$LDRU_{69} = -8.14 + 1.38 LYU_{69} \quad R^2 = 0.95$$

(-5.8) (12.6)

$$LIRU_{69} = 6.2 + 0.28 LYU_{69} \quad R^2 = 0.72$$

(7.8) (4.5)

برنج داخلی با کشش درآمدی  $\eta_0 = 1.38$  یک کالای لوکس است. در حالی که برنج وارداتی با کشش درآمدی  $\eta_1 = 0.28$  کالایی ضروری می باشد. این نتایج به خوبی با شرایط اقتصادی و رفتار قابل انتظار از مصرف کنندگان تزیق دارد. چنانچه قبلاً اشاره شد برنج وارداتی است که مشمول سوسید دولت می شود و قیمت برنج داخلی بسیار بیشتر از برنج خارجی است. نتیجتاً لوکس بودن برنج داخلی و ضروری شدن برنج وارداتی یک پی آمد بدیهی خواهد بود.

توابع مشابه را برای سال ۱۳۷۲ در زیر می نویسیم:

$$\text{LDRU}_{72} = -5/40 + 1/12 \text{LYU}_{72}$$

(-3/2) (11/86)  $R^2 = 0/95$

$$\text{LIRU}_{69} = 4/88 + 0/37 \text{LYU}_{72}$$

(3/85) (4/02)  $R^2 = 0/67$

در روابط بالا، LDRU مقدار مصرف برنج داخلی و LIRU مقدار مصرف برنج وارداتی هستند. کشتش های درآمدی برنج داخلی و خارجی که به ترتیب  $\eta_d = 1/12$  و  $\eta_i = 0/37$  هستند. مشابه سال ۱۳۶۹ لوکس بودن برنج داخلی و ضروری بودن برنج وارداتی را مطرح می کنند. اما مقایسه کشتش های درآمدی برنج داخلی و خارجی از سال ۱۳۶۹ به سال ۱۳۷۲ نشان می دهد که از درجه لوکس و غیر ضروری بودن برنج داخلی و درجه ضروری بودن برنج وارداتی کاسته شده است. این تغییرات با توجه به کاهش سهم سوبسید به برنج خارجی در سال ۱۳۷۲ نسبت به سال ۱۳۶۹ و افزایش نسبی قیمت برنج وارداتی (خارجی) نسبت به برنج داخلی به خوبی قابل درک هستند.

روستا: نتیجه برازش توابع تقاضای لگاریتمی درآمد برای برنج داخلی و خارجی برای سال های ۱۳۶۹ و ۱۳۷۲ را در زیر می آوریم:

$$\text{LDRR}_{69} = -10/34 + 1/59 \text{LYR}_{69}$$

(-17/4) (33)  $R^2 = 0/99$

$$\text{LIRR}_{69} = 3/64 + 0/49 \text{LYR}_{69}$$

(6/8) (11/4)  $R^2 = 0/94$

$$\text{LDRR}_{72} = -9/45 + 1/45 \text{LYR}_{72}$$

(-12/47) (24/82)  $R^2 = 0/99$

$$\text{LIRR}_{72} = -2/61 + 0/96 \text{LYR}_{72}$$

(-1/84) (8/76)  $R^2 = 0/94$

در روابط بالا LDRR و LIRR به ترتیب نگرانیته مقادیر مصرف برنج داخلی و خارجی در روستا را نشان می دهند.

در کشتش های درآمدی برنج داخلی و خارجی در سال ۱۳۶۹ به ترتیب  $\eta_d = 1/59$  و  $\eta_i = 4/9$  هستند. این متغیرهای اقتصادی حاکی از لوکس و غیر ضروری بودن برنج داخلی و ضروری بودن برنج وارداتی در روستا می باشد. این نتایج با توجه به این که مشابه مورد شهرنشینان برنج وارداتی در روستا دارای سهمیه سوبسیدی بوده ولی برنج داخلی از جنبه مزایایی برخوردار نبوده است، روشن می باشد.

در سال ۱۳۷۲ کشتش های درآمدی برنج داخلی و خارجی به ترتیب  $\eta_d = 1/45$  و  $\eta_i = 0/96$  ثبت شده اند. لوکس بودن برنج داخلی در این سال بریه خوبی قابل تشخیص است. اما کشتش درآمدی برنج وارداتی در سال ۱۳۷۲ در روستا بسیار نزدیک واحد است. از آنجا که کشتش واحد نشان دهنده خنثی بودن یا نه ضروری و نه لوکس بودن کالا می باشد. نمی توان با قاطعیت سال ۱۳۶۹ برنج وارداتی در روستا را یک کالای ضروری خطاب نمود. به هر حال چون این کشتش کمتر از واحد است، کالایی ضروری اما با درجه کم ضرورت تلقی خواهد شد.

مقایسه سال های ۱۳۶۹ و ۱۳۷۲ در روستا نشان می دهد که در سال ۱۳۷۲ از لوکس بودن برنج داخلی

کاسته شده است که پس نتیجه‌ی مشابه وضعیت شهر می‌باشد. در مورد برنج وارداتی نیز مشابه شهر در روستا از درجه ضروری بودن این برنج که شده است، ولی تغییرات کشتش درآمدی در روستا به مراتب شدیدتر از تغییرات مشابه در شهر است. به عبارت دیگر در حالی که کشتش درآمدی تقاضا در شهر از سال ۱۳۶۹ به سال ۱۳۷۲ شاهد افزایش حدود ۰/۰۹ بوده این افزایش در روستا به ۰/۴۷ رسیده است.

تابع تقاضای درآمد برای قند و شکر یکی از کالاهای اساسی در سبد مصرفی خانوارها قند و شکر است. خانوارهای شهری و روستایی بخش قابل توجهی از انرژی خود را از طریق مصرف این کالا به دست می‌آورند. این شرایط برای گروه حاضر فقیر هر دو جامعه با شدت بیشتری وجود دارد. در نتیجه انتظار می‌رود که کشتش درآمدی قند و شکر کوچک‌تر از واحد می‌باشد.

شهر: در سال ۱۳۶۹ دولت ۱۰ مورد کوپن قند و شکر اعلان نمود. در حالی که در سال ۱۳۷۲ تعداد کوپن‌های اعلان شده بیشتر از ۷ بار نبود. یکی از دلایل افزایش در قیمت ضمنی کالای قند و شکر در فاصله این سال‌ها که در جدول شماره ۸ آمده است همین نکته می‌باشد. نتیجه تخمین توابع انگل برای دو سال ۱۳۶۹ و ۱۳۷۲ را در زیر آورده‌ایم. LSHU مقدار مصرف قند و شکر در شهر را نشان می‌دهد.

$$LSHU_{69} = 7.48 + 0.18 LYU_{69} \quad R^2 = 0.86$$

(23.61) (7.1)

$$LSHU_{72} = 4.91 + 0.39 LYU_{72} \quad R^2 = 0.61$$

(3.56) (3.56)

ضروری بودن کالای قند و شکر در هر دو سال مورد مطالعه با توجه به کشتش درآمدی تقاضا برای این کالا که به ترتیب در سال‌های ۱۳۶۹ و ۱۳۷۲ برابر  $\eta_{69} = 0.18$  و  $\eta_{72} = 0.39$  تخمین شده‌اند، بدیهی است. روستا: کشتش توابع تقاضای درآمد قند و شکر در روستا نیز بسیار مشابه به دست آمده‌اند. در زیر این توابع را نشان می‌دهیم. LSHR مقدار مصرف قند و شکر را در روستا مشخص می‌کند.

$$LSHR_{69} = 7.77 + 0.17 LYR_{69} \quad R^2 = 0.49$$

(10.43) (2.80)

$$LSHR_{72} = 4.28 + 0.43 LYR_{72} \quad R^2 = 0.99$$

(2.21) (26.45)

کشتش‌های درآمدی تقاضا برای سال‌های ۱۳۶۹ و ۱۳۷۲ به ترتیب  $\eta_{69} = 0.17$  و  $\eta_{72} = 0.43$  تخمین زده می‌شوند. ضروری بودن این کالا در روستا مشهود بوده و نزدیکی مقدار این کشتش‌ها با مقادیر کشتش‌های درآمدی سال‌های مشابه در شهر به خوبی از رفتار مصرفی نزدیک خانوارهای شهری و روستایی در تقاضا برای قند و شکر صحبت می‌کند. تأثیر کاهش در کوپن این کالا در روستا نیز مشابه شهر باعث افزایش در کشتش درآمد شده است. به عبارت دیگر خانوارها در شرایطی که سهمیه کمتری از قند و شکر با نرخ دولتی دریافت می‌کنند در تقاضا برای این کالا بهتر به افزایش در درآمد جواب می‌دهند.

تابع تقاضای گوشت: این کالا نیز در طول دوران جنگ و برنامه اول مشمول حمایت و سوبسید دولت بوده است. البته این حمایت فقط در مورد شهرنشینان وجود داشته و روستائیان برای تمام دوره از دریافت سوبسید گوشت محروم بوده‌اند. به هر صورت در دوره برنامه اول مقدار سوبسید گوشت به مقدار قابل ملاحظه‌ای کاهش یافته است. به طوری که در مقابل تعداد ۱۱ کوپن اعلان شده در شهر در سال ۱۳۶۹ در سال

۱۳۷۲ فقط ۴ بار کوپن گوشت ارائه شده است.

شهر: توابع تقاضای لگاریتمی درآمد برای دو سال ۱۳۶۹ و ۱۳۷۲ را به صورت زیر تخمین زده ایم. LMU مقدار تقاضای شهرنشینان برای گوشت را نشان می دهد و LYU مثل گذشته هزینه کل شهرنشینان را مطرح می نماید.

$$LMU_{69} = 1/80 + 0/60 LYU_{69} \quad R^2 = 0/96$$

(3/1) (13 3)

$$LMU_{72} = -1/41 + 0/79 LYU_{72} \quad R^2 = 0/99$$

(-3/19) (24 3)

از نظر آماری نتیجه آماره ها نشان می دهند که ضرایب مورد اعتماد هستند و به خوبی متغیر وابسته ها را توضیح می دهند. هر چند که کشش های به دست آمده نسبت به کالاهای نان، قند و شکر، بزرگ تر است ولی به هر حال ضروری بودن کالای گوشت را در هر دو سال مطرح می کند. تأثیر کاهش در سوبسید به نان را می توانیم از تفاوت و افزایش در کشش درآمدی گوشت مشاهده نمائیم.

روستا: انتظار می رود که به خصوص به علت عدم اجرای برنامه حمایتی برای کالای گوشت در روستا این کالا لوکس تر از شهر باشد. این نکته با توجه به کشش های درآمدی که از توابع تقاضای درآمدی برای گوشت در سطح روستاها به دست آمده مشهود است. LMR و LYR به ترتیب مقدار مصرف گوشت و کل هزینه در روستا هستند.

$$LMR_{69} = 0/93 + 0/68 LYR_{69} \quad R^2 = 0/81$$

(0/66) (5 86)

$$LMR_{72} = -4/74 + 1/07 LYR_{72} \quad R^2 = 0/91$$

(-30/07) (8 99)

آماره ۱ برای کشش های محدسه شده مناسب بوده و  $R^2$  نیز حد قابل قبول توضیح دهندگی متغیر مستقل را نشان می دهد. کشش درآمدی تقاضا برای گوشت روستا در سال ۱۳۶۹ برابر  $\eta_{69} = 0/68$  در سال ۱۳۷۲ حدود  $\eta_{72} = 1/07$  است. روشن است این کالا که در سال ۱۳۶۹ در روستا ضروری تلقی می شده به علت افزایش در قیمت آن در سال ۱۳۷۲ به کالای غیر ضروری یا به عبارت بهتر تبدیل کالای لوکس شده است. تابع تقاضای درآمدی مرغ: این کالای پروتئینی نیز مشابه گوشت فقط در شهر مشمول سهمیه سوبسید کالاهای اساسی بوده است. البته برخلاف کالای گوشت که سوبسید آن طی برنامه اول و دوم ادامه داشته است. این کالا در سال ۱۳۷۱ از سهمیه کالاهای اساسی خارج شد و در شهر نیز سوبسید به مرغ قطع گشت. شهر: نتیجه برازش تابع تقاضای انگل برای مرغ در دو سال ۱۳۶۹ و ۱۳۷۲ در زیر نشان می دهیم، در اینجا LCHU لگاریتم مقدار مصرف مرغ در شهر را معرفی می کند.

$$LCHU_{69} = 0/22 + 0/66 LYU_{69} \quad R^2 = 0/99$$

(0/76) (29 21)

$$LCHU_{72} = -5/59 + 1/06 LYU_{72} \quad R^2 = 0/97$$

(-6/74) (17 34)

۵ بار کوپن گوشت در سال ۱۳۶۹ اعلان شد. در حالی که سال ۱۳۷۲ این کالا مشمول کمک های دولت



نموده و هیچ کربسی به آن تعلق نگرفته است. این تغییر در سیاست گذاری دولت را به خوبی از کشتش در آمدی تقاضا و همچنین عرض از مبدأ تابع انگل مشاهده می کنیم. کشتش در آمدی مرغ در سال ۱۳۶۹ برابر  $\eta_{69} = 0.66$  بوده که مرغ را یک کالای ضروری معرفی می نماید. در سال ۱۳۷۲ به عننی که در بالا توضیح داده شده است این کشتش به  $\eta_{72} = 1.06$  رسیده است. به عبارت دیگر پس از قطع سوبسید مرغ در شهر، این کالا از مرز کالاهای ضروری گذشته و وارد گروه کالاهای لوکس شده است.

روستا: از آنجاکه در هیچ دوره ای در روستا سهمیه مرغ ارائه نشده است، انتظار نمی رود که از سال ۱۳۶۹ به سال ۱۳۷۲ تغییرات فحشی رخ داده باشد. در زیر نتایج رگرسیون تابع تقاضای درآمد روستا را برای سال های فوق که به صورت درصد تغییرات صورت گرفته است، می آوریم:

$$LCHR_{69} = -7.05 + 1.19 LYR_{69} \quad R^2 = 0.97$$

(15.07) (7.26)

$$LCHR_{72} = -8.72 + 1.28 LYR_{72} \quad R^2 = 0.85$$

(6.80) (3.61)

کشتش های درآمدی تقاضا در روستا برای دو سال ۱۳۶۹ و ۱۳۷۲ به ترتیب برابر  $\eta_{69} = 1.19$  و  $\eta_{72} = 1.28$  به دست آمده اند. چنانچه انتظار می رفت مرغ در روستا یک کالای لوکس تلقی شده و طی سال های برنامه اول تغییر عمده ای در اهمیت آن رخ نداده است.

## فصل ۷- عملکرد سازمان های حمایتی و بیمه ای در دوره جنگ تا برنامه اول

سازمان ها و نهادهای حمایتی در هر کشوری در جهت حمایت های دائمی و موقتی تلاش می کنند. دوران جنگ یکی از عمده مواقع است که نیاز به حمایت موقت سازمان های مربوطه را ضب دارد. اما در بسیاری از موارد دولت در زمان جنگ برنامه های حمایتی گسترده ای را به اجرا می گذرد که در توان معمول چنین سازمان هایی نمی باشد. این تجربه در دوران جنگ های اول و دوم جهانی در عمده کشورهای درگیر جنگ تجربه شده است و در جنگ ایران و عراق نیز دولت ایران اقدام به اجرای یک سیستم حمایتی گسترده جیره بندی نمود.

برنامه حمایتی دولت خارج از محدوده فعالیت سازمان های حمایتی موجود اجرا شده و بازوی اجرای آن بسیج اقتصادی قرار گرفت. این سیستم در جهت حمایت از کتیه افراد جامعه طرح شده و از نظر حمایتی جهت کاملاً مشخصی به نفع گروه خاصی نداشت. به عبارت دیگر جیره های مواد خوراکی که مشمول حمایت بود به هر شهر و روستایی ایرانی با تفاوتی که فقط بین شهرشینان و روستاییان بود تعلق گرفت. سیستم حمایتی سخاوتمدانه فوق تمایزی بین گروه های فقیر، متوسط و غنی جامعه قابل شد. همچنین این برنامه برای افراد خاصی چون مدافعان و صدمه دیدگان مستقیم حملات دشمن صرح مستقیمی ایجاد نمود. سازمان تأمین اجتماعی و بازنشستگی نیز به عنوان سازمان های بیمه ای طرح یا برنامه ای برای دوران جنگ تنظیم نموده و به روان بیمه ای خود طبق آیین نامه های مربوط ادامه داده اند. جدول شماره ۱-۷-۲ پوشش سازمان بازنشستگی را در دوران جنگ نشان می دهد که پوشش یا روندی تغییر نموده متأثر از مقررات و استخدام های رسمی بوده تا شرایط جنگ. ستون آخر جدول شماره ۱-۷-۲ درصد تغییرات هر

سال نسبت به سال قبل را نشان می‌دهد.

جدول ۱-۷-۲- پوشش سازمان بازنشستگی در دوران جنگ

تعداد افراد تحت پوشش سازمان بازنشستگی					
بازنشسته	بازمانده	ازکار افتاده	جمع	درصد تغییر	
۹۳۹۷۷	۴۶۶۲۱	۳۰۷	۱۳۶۷۹۸		۱۳۵۹
۱۰۷۱۹۹	۴۶۲۱	۴۶۱	۱۵۴۲۸۱	۱۳	۱۳۶۰
۱۱۱۸۵۸	۵۱۰۶۷	۷۲۰	۱۶۳۶۴۵	۶	۱۳۶۱
۱۱۷۲۰۹	۵۵۳۲۳	۱۰۴۳	۱۷۳۵۷۵	۶	۱۳۶۲
۱۲۰۳۴۸	۵۹۵۶۸	۱۳۱۱	۱۸۱۲۲۷	۴	۱۳۶۳
۱۲۶۰۱۲	۶۳۹۰۲	۱۵۷۶	۱۹۱۴۹۰	۵	۱۳۶۴
۱۳۲۷۶۹	۶۹۹۲۰	۱۷۹۵	۲۰۴۴۸۴	۷	۱۳۶۵
۱۳۹۲۵۴	۷۵۰۰۰	۱۹۶۶	۲۱۶۲۲۰	۶	۱۳۶۶
۱۴۳۷۳۰	۷۹۹۴۹	۲۱۷۶	۲۲۵۸۵۵	۴	۱۳۶۷

منبع: اداره آمار اقتصادی سازمان بازنشستگی.

جدول ۲-۷-۲- مستمری ماهیانه سازمان تأمین اجتماعی در دوران جنگ

میزان مستمری ماهانه افراد تحت پوشش سازمان تأمین اجتماعی				
بازنشسته	بازمانده	ازکار افتاده	جمع	
۱۰۷۹۱	۷۵۹۳	۴۰۲۷	۲۲۴۱۱	۱۳۵۹
۲۶۴۶۳	۹۷۹۸	۵۱۱۸	۴۱۳۷۹	۱۳۶۰
۲۶۷۶۲	۱۰۸۳۰	۵۷۹۵	۴۳۳۸۷	۱۳۶۱
۲۸۵۸۷	۷۲۰۷	۶۴۱۲	۶۷۰۷۶	۱۳۶۲
۲۹۹۴۶	۱۳۸۲۹	۶۹۳۴	۵۰۷۰۹	۱۳۶۳
۳۵۵۹۳	۱۸۳۶۹	۹۵۶۹	۶۳۵۳۱	۱۳۶۴
۴۰۲۹۹	۲۰۶۴۳	۱۰۸۱۰	۷۱۷۵۲	۱۳۶۵
۴۵۰۲۷	۲۸۲۳۹	۱۳۱۱۰	۸۶۳۷۶	۱۳۶۶
۵۲۹۲۷	۵۲۲۰۸	۱۵۱۹۴	۱۲۰۳۲۹	۱۳۶۷

منبع: اداره آمار و مطالعات سازمان تأمین اجتماعی.

جدول ۳-۷-۲- پوشش سازمان تأمین اجتماعی در دوران جنگ

تعداد بیمه شدگان اصلی سازمان تأمین اجتماعی				
سال	دولتی	غیردولتی	جمع	بیمه شدگان تبعی
۱۳۵۹	۴۸۳۹۱۰	۱۲۴۱۷۷۰	۱۷۲۴۶۸۰	
۱۳۶۰	۵۰۸۳۹۶	۱۲۳۴۷۵۵	۱۷۴۳۱۵۱	۵۰۵۵۱۳۸
۱۳۶۱	۵۰۶۸۴۶	۱۲۴۷۷۰۸	۱۷۵۴۵۵۴	۵۰۸۸۲۰۷
۱۳۶۲	۵۴۳۸۴۷	۱۴۲۵۷۹۷	۱۹۶۹۶۴۴	۵۷۲۷۴۵۴
۱۳۶۳	۵۸۹۱۹۹	۱۵۲۵۶۸۷	۲۱۱۴۸۸۶	۶۱۵۷۰۶۱
۱۳۶۴	۶۱۸۳۰۷	۱۵۹۷۸۸۱	۲۲۱۶۱۸۸	۶۴۵۵۰۶۰
۱۳۶۵	۵۲۹۹۸۱	۱۴۱۵۵۴۳	۱۹۴۵۵۲۳	۵۶۷۴۹۳۱
۱۳۶۶	۸۵۴۰۸۳	۱۵۶۸۳۳۳	۳۴۳۳۴۱۴	۶۰۳۸۷۱۷
۱۳۶۷	۶۶۳۰۳۵	۱۷۳۳۳۰۳	۳۳۸۶۳۳۸	۶۹۵۹۹۵۰

منبع: اداره آمار و مصلحت سازمان تأمین اجتماعی.

جدول‌های شماره ۲-۷-۲ و ۲-۷-۳ نیز پرداخت مستمری و تعداد زیر پوشش سازمان تأمین اجتماعی را نشان می‌دهند. چنانچه اشاره شد این سازمان نیز فقر بر روال گذشته خود براساس آیین‌نامه ۱۳۵۴ و اصلاحات آن عمل نموده و برای دوران جنگ برنامه‌ای نداشته است.

بنیاد شهید انقلاب اسلامی: بنیاد شهید انقلاب اسلامی در سال ۱۳۵۸ به منظور رسیدگی به امور خانواده‌های شهدا و جانبازان تأسیس شد و با شروع جنگ خانواده‌های اسرا و مفقودین نیز علاوه بر خانواده شهدا تحت پوشش آن قرار گرفتند. در سال ۱۳۶۸ رسیدگی به امور خانواده‌های جانبازان به بنیاد مستضعفان و جانبازان محول گردید. در مجموع اطلاعات ثبت شده از بنیاد از سال ۱۳۶۸ در دسترس است و برای قبل از آن حداقل این گروه تحقیق موفقی به کسب آمار و اطلاعات نشده. به هر حال محدوده حمایت بنیاد شهید و بنیاد مستضعفان خاصی بوده و جنبه عام ندارد.

کمیته امداد امام خمینی: این نهاد حمایتی علاوه بر فعالیت‌های حمایتی که در فصل تأمین اجتماعی مطرح شده در زمان جنگ و در دوره بمباران‌های ۱۳۶۶ و ۱۳۶۷ حمایت ویژه‌ای را برای مهاجران و بیماران شدگان تخصیص داد. این حمایت‌ها عمدتاً شامل اسکان، تغذیه، ایاب و ذهاب، تحویل پوشاک، لوازم خانگی، سوخت و سایر کمک‌های نقدی و جنسی بود. در سال ۱۳۶۶ تعداد کل خانوارهای تحت پوشش مهاجر ۲۰۸۷۹ خانوار بود که از این گروه ۱۹۲۵۳ خانوار شهری (حدود ۹۲/۲ درصد) و ۱۶۲۶ خانوار روستایی (حدود ۷/۸ درصد) بوده است. تعداد نفرات تحت پوشش این طرح‌ها ۷۶۱۳۴ نفر می‌شود که ۷۰۱۹۹ نفر آنها شهرنشین و ۵۹۳۵ نفر روستایی هستند. ترکیب جنسی آنها به صورتی است که ۴۴ درصد را مردان و پسران و ۵۶ درصد دیگر را زنان و دختران تشکیل داده‌اند.

ارزش ریائی کمک‌های انتقالی به خانوارهای مهاجر و بیماران شده حدود ۶۲۲۹۱۹ هزار ریال است که از این مبلغ ۲۷۶ درصد به صورت نقد و ۲۳/۸ درصد جنسی بوده است. به عبارت دیگر به طور سرانه در سال ۱۳۶۶ به هر نفر از افراد تحت حمایت از آسیب جنگ حدود مبلغ ۸۲۰۰ ریال تعلق گرفته است. جدول

شماره ۴-۷-۲ نحوه تخصیص جغرافیایی کمک‌های جنسی و نقدی را بر حسب شهر و روستا و همچنین مرد و زن نشان می‌دهد. این جدول به خوبی نشان می‌دهد که بخش عمده کمک به استان‌های جنگ زده و آسیب دیده از بمباران تخصیص یافته است.

کمک‌های کمیته امداد به مهاجران جنگی ناشی از بمباران‌های هوایی در سال ۱۳۶۷ نیز با پوشش کمتر ادامه یافته است. نوع حمایت مشابه سال قبل بوده و در مجموع تعداد ۱۸۴۹۵ خانوار را تحت پوشش خود قرار داده است. از این تعداد ۱۵۰۰۶ خانوار شهرنشین و ۳۴۸۹ خانوار روستایی بودند که به ترتیب ۸۱/۱ و ۱۸/۹ درصد را تشکیل داده‌اند. تعداد نفرات تحت پوشش این طرح ۸۰۰۲۰ نفر شامل ۶۳۰۲۴ نفر شهری و ۱۶۹۹۶ نفر روستایی بوده‌اند. در مجموع تعداد خانوارهای تحت پوشش طرح مهاجرین در سال ۱۳۶۸ حدود ۱۱/۴ درصد کمتر از سال ۱۳۶۶ است.

با توجه به کل مبلغ پرداختی که حدود ۴۸۰۲۰۴ هزار ریال است، مبلغ سرانه پرداختی در این سال به حدود ۶۰۰۰ ریال می‌رسد که ۲۲/۹ درصد کمتر از سال قبل است. از این مبلغ ۷۵ درصد نقدی و ۲۵ درصد جنسی است. جدول شماره ۵-۷-۲ مشابه جدول شماره ۴-۷-۲ نحوه توزیع کمکی در سال ۱۳۶۷ را بر حسب مناطق جغرافیایی، شهر و روستا و به تفکیک جنسی و نقدی نشان می‌دهد. در سال ۱۳۶۶ بیشترین کمک به ترتیب متوجه استان‌های خوزستان، باختران و ایلام شده بود که در سال ۱۳۶۷ نیز همین سه استان ولی با یک ترتیب دیگر بیشترین دریافت کنندگان کمک‌ها بوده‌اند. ترتیب سهم دریافت کمک‌های نقدی و جنسی به مهاجرین و بمباران شدگان استان‌ها در سال ۱۳۶۷ به صورت زیر است: باختران، ایلام، خوزستان.

جدول ۴-۷-۲- توزیع تعداد خانوار و نفرات تحت پوشش طرح مهاجر و کمک‌های پرداختی در سال ۱۳۶۶

نام استان	تعداد خانوار			تعداد نفرات			کمک‌های پرداختی		
	جمع	شهری	روستایی	جمع	شهری	روستایی	جمع	نقدی	جنسی
آذربایجان شرقی	۳۴	۳۴	-	۱۶۵	۱۶۵	-	۱۱۲۲۹۶۴	۱۰۷۸۸۱۰	۴۴۱۵۴
آذربایجان غربی	-	-	-	-	-	-	۱۳۳۴۰۳۹	-	۱۳۳۴۰۳۹
اصفهان	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ایلام	۷۰۷۱	۶۴۱۳	۵۹۸	۲۶۵۲۳	۲۹۸۲۲	۳۲۹۹	۱۸۷۹۱۷۰۶۶	۱۵۰۷۶۴۲۰۰	۳۷۱۵۲۸۶۶
باختران	۳۸۰۵	۶۳۱۶	۱۴۸۹	۲۸۳۸۴	۲۰۲۸۵	۸۹۰۱	۲۰۱۸۱۷۶۴۲	۱۲۵۸۵۲۱۳۰	۷۵۹۶۵۵۱۲
بوشهر	-	-	-	-	-	-	-	-	-
تهران	۱۰۴۹	۱۰۴۹	-	۵۱۵۷	۵۱۵۷	-	۶۶۱۹۴۷۱	۴۹۳۸۷۳۵	۱۶۸۰۷۳۶
خراسان	۱۳۲۶	۹۰۰	۴۲۶	۲۸۲۶	۳۸۳۸	۱۰۱۲	۲۲۷۹۰۰	۲۲۷۹۰۰	-
خوزستان	۱۹۴۷	۱۶۰۴	۳۴۳	۶۷۶۳	۸۰۳۴	۱۲۷۱	۲۵۶۹۹۹۹۰۹	۲۴۰۰۸۱۴۲	۱۹۴۱۷۶۷
چهارمحال	-	-	-	-	-	-	-	-	-
زنجان	۱۲	۱۲	-	۴۱	۴۱	-	۱۵۶۹۰۵۰	۱۵۶۹۰۵۰	-
سمنان	۸	۸	-	۳۱	۳۱	-	۲۰۶۴۱۰	۱۸۹۴۶۰	۱۶۹۵۰
سیستان	۱	۱	-	۵	۵	-	۱۵۴۰۰	۱۵۴۰۰	-
فارس	۲	۲	-	۱۲	۱۲	-	۲۵۲۷۰۰	۲۵۱۲۶۵	۱۴۳۵
کردستان	۲۹۹	-	۲۹۹	-	۱۴۹۵	۱۴۹۵	۸۹۷۰۰۰۰	۸۹۷۰۰۰۰	-
کرمان	۲۸	۲۰	۸	۱۱۰	۱۷۰	۶۰	۴۰۸۹۶۵	۴۰۸۹۶۵	-
کهگیلویه	-	-	-	-	-	-	-	-	-
گیلان	-	-	-	-	-	-	-	-	-
لرستان	۱۲۴۰	۱۲۴۰	-	۵۷۰۵	۵۷۰۵	-	۲۳۲۸۴۸۳۴	۲۳۱۸۰۱۰۰	۱۰۴۷۳۴
مازندران	۵۰	۵۰	-	۲۰۰	۲۰۰	-	۲۵۱۱۴۰۰	۱۵۸۷۳۶۰	۹۲۴۰۴۰
مرکزی	۲۴۶	۲۴۶	-	۹۵۱	۹۵۱	-	۱۳۳۲۲۲۹	۹۸۹۷۰۳	۳۴۲۵۲۶
هرمزگان	۲	۲	-	۷	۷	-	۱۸۰۲۲۷	۱۶۶۸۰۰	۱۳۴۲۷
همدان	۱۳۶۰	۱۰۳۸	۳۲۲	۳۰۷۹	۴۰۲۰	۹۴۱	۱۵۴۲۸۹۵۴	۱۵۴۱۶۱۶۵	۱۲۷۸۹
یزد	۱۵	۱۱	۴	۶۵	۸۲	۱۷	۱۰۵۵۴۱۶	۱۰۷۸۷۰۰	۳۳۶۷۱۶
کل کشور	۱۸۴۹۵	۱۵۰۰۶	۳۴۸۹	۶۳۰۲۴	۸۰۰۲۰	۱۶۹۹۶	۴۸۰۲۰۴۵۷۶	۳۶۰۳۳۲۸۸۵	۱۱۹۸۷۱۶۹۱

جدول ۵-۷-۲- تعداد خانوار و نفرات تحت پوشش طرح مهاجر و کمک‌های پرداختی در سال ۱۳۶۷

نام استان	تعداد خانوار			تعداد نفرات بر حسب مناطق			تعداد نفرات بر حسب جنس			کمک‌های پرداختی	
	جمع	شهری	روستایی	جمع	شهری	روستایی	جمع	مرد	زن	نقدی	جنسی
آذربایجان شرقی	۹۴	۷۷	۱۷	۲۵۷	۲۰۵	۵۶	۲۵۷	۱۰۷	۱۵۰	۳۵۲۰۳۹۲	۲۶۵۰۷۳
آذربایجان غربی	۵۷	۵۷	-	۲۲۸	۲۲۸	-	۲۲۸	۹۳	۱۳۵	۱۰۵۵۰۰	-
اصفهان	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ایلام	۷۰۲۳	۶۸۷۶	۱۴۷	۲۷۹۶۱۶	۲۷۳۷۵	۵۸۸	۲۷۹۶۱۶	۲۰۲۵۲	۷۷۱۱	۱۳۶۵۶۶۹۲۵	۲۲۰۵۳۰۰
باختران	۸۴۸۰	۷۳۸۳	۱۰۹۷	۲۹۶۸۶	۲۵۷۱۷	۳۹۶۹	۲۹۶۸۶	۱۳۵۷۲	۱۷۱۱۴	۲۰۹۵۱۷۲۱۹	۱۳۴۹۸۰۸۱۴
بوشهر	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
تهران	۴۰۸	۴۰۸	-	۱۵۳۹	۱۵۳۹	-	۱۵۳۹	۶۵۵	۸۸۴	۹۵۴۴۰۰	۴۲۷۸۹۳
خراسان	۱۹۵	۱۳۵	۶۰	۵۹۲	۴۰۴	۱۸۸	۵۹۲	۱۶۱	۴۳۱	۳۸۵۴۱۲۰	۲۸۱۸۴۸
خوزستان	۲۴۶۳	۲۲۶۰	۲۰۳	۸۳۷۵	۷۳۷۷	۷۳۸	۸۳۷۵	۴۸۶۶	۳۵۰۹	۶۷۶۲۹۶۷۰۷	۶۴۳۳۳۶۴
چهارمحال	۱۷۰	۱۷۰	-	۵۹۵	۵۹۵	-	۵۹۵	۲۵۰	۲۴۵	۵۰۰۰۰۰۰	-
زنجان	۲۵	-	۲۵	۸۵	-	۸۵	۸۵	۳۵	۵۰	۳۲۳۶۰۰	-
سمنان	۴	۴	-	۱۵	۱۵	-	۱۵	۶	۹	۷۵۳۰۰	-
سیستان	۱	۱	-	۲	۲	-	۲	۱	۱	۹۲۴۰۰	-
فارس	۸	۸	-	۳۸	۳۸	-	۳۸	۲۵	۱۳	۳۷۴۶۳۰	۲۶۸۴۰
کردستان	۹۴۱	۹۴۱	-	۳۳۹۹	۳۳۹۹	-	۳۳۹۹	۱۶۹۴	۱۷۰۵	۱۹۴۹۶۲۵۰	-
کرمان	۷۵	۷۵	-	۲۵۴	۲۵۴	-	۲۵۴	۱۱۱	۱۴۳	۱۲۹۴۲۵۰	۶۲۴۴۴۴
کهگیلویه	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
گیلان	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
لرستان	۳۱۶	۳۰۰	۱۶	۱۲۸۹	۱۲۱۱	۷۸	۱۲۸۹	۶۶۳	۶۲۶	۱۰۴۵۹۵۵۲	۱۳۲۱۲۲۹
مازندران	۲۳۰	۱۷۰	۶۰	۸۰۷	۵۷۶	۲۳۱	۸۰۷	۴۱۵	۳۹۲	۶۰۴۷۵۵۷	۱۲۲۷۰۱۱
مرکزی	۵۹	۵۹	-	۱۶۴	۱۶۴	-	۱۶۴	۷۵	۸۹	۲۶۰۶۶۴۱	۵۸۳۱۳۵
هرمزگان	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
همدان	۳۳۰	۳۲۹	۱	۸۴۶	۸۴۰	۶	۸۴۶	۳۲۴	۵۲۲	۲۳۳۸۳۰۰	۶۱۴
یزد	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
کل کشور	۲۰۸۷۹	۱۹۲۵۳	۱۶۲۶	۷۶۱۳۴	۷۰۱۹۹	۵۹۳۵	۷۶۱۳۴	۴۲۳۰۵	۳۳۸۲۹	۶۲۲۹۱۹۳۰۶	۱۴۸۴۰۷۵۶۳

هر چند که کمیته امداد در دوران جنگ و بمباران در حد توان خود به کمک آسیب دیدگان شتافته است ولی می توان به خوبی دریافت که این کمک ها کفایت نمی نموده است. جهت توضیح بیشتر در این مورد از اطلاعات جدول شماره ۶-۷-۲ کمک می گیریم. ستون های این جدول به ترتیب هزینه کل، خوراکی و کمک سرانه در سال های ۱۳۶۶ و ۱۳۶۷ را که در ردیف آمده اند را نشان می دهند. مقایسه رقم کمک سرانه در هر سال با هزینه سرانه خوراک و کل برای هر سال می تواند گویای اطلاعاتی برای درجه حمایت باشد.

جدول ۶-۷-۲- مقایسه کمک سرانه و متوسط هزینه ها ریال

سال	هزینه کل	هزینه خوراک	کمک سرانه	درصد کمک سرانه از هزینه خوراک
۱۳۶۶	۳۴۹۹۲۹	۱۳۷۲۶۷	۸۲۰۰	٪۶
۱۳۶۷	۳۸۵۱۰۶	۱۶۳۶۸۴	۶۰۰۰	٪۳.۶

محاسبات بر کتروه تحقیق.

نکته: اشاره کنیم که ارقام برای هزینه کل و هزینه خوراک جدول شماره ۳ را برای قابل مقایسه شدن با کمک سرانه به جامعه زیر پوشش بر اساس وزن شهر و روستا در هر جامعه تخمین زده ایم. حتی اگر کمک سرانه هر سال را فقط با هزینه سرانه خوراک مقایسه کنیم، متوجه خواهیم شد که به ترتیب کمک های سال های ۱۳۶۶ و ۱۳۶۷ حدود ۶ و ۳.۶ درصد از هزینه متوسط خوراک جامعه مورد نظر را می توانسته پوشش دهد. به هر حال قطعاً همین کمک های مختصر نیز برای عده ای مؤثر بوده است.

بنیاد امور مهاجرین جنگ تحمیلی: یکی از اولین ارگان هایی که اقدام به خنثی نمودن آثار جنگ نمود بنیاد امور مهاجرین و نهاد بازسازی و نوسازی مناطق جنگ زده بوده اند. به علت ادامه جنگ و در نتیجه عدم امکان فعالیت مستمر و مؤثر ستاد بازسازی به طور طبیعی بنیاد امور مهاجرین به عنوان اصلی ترین ارگان خدمت رسانی که باید به حدود از ۱.۲۰۰.۰۰۰ نفر مهاجر جنگ کمک می نمود شناخته شد.

سازمان و تشکیلات بنیاد امور مهاجرین و وظایف خود را تحت نظارت ۳ معاونت انجام می دهد که عبارتند از:

۱- معاونت اجتماعی و فرهنگی: که وظیفه توزیع مستمری و کمک مسکن و ارائه خدمات اجتماعی و فرهنگی، بهداشتی و درمانی و توانبخشی به مهاجرین را بر عهده دارد.

۲- معاونت اشتغال: وظیفه این معاونت عرضه خدماتی چون آموزش فنی و حرفه ای، تهیه طرح های تولیدی برای مهاجرین، شروع مرحله بهره برداری، گرفتن موافقت اصولی، دادن وام و معرفی به مراکز کار بوده است.

۳- معاونت اسکان: این معاونت مسئولیت نگه داری، عمران، تعمیرات و خدمت دهی خوابگاه ها و مجتمع ها و اردوگاه های مهاجرین را بر عهده دارد.

تأمین اعتبار برای فعالیت های بنیاد امور مهاجرین جنگ تحمیلی از محل بودجه عمومی کشور بوده و از سال ۱۳۶۲ آغاز شده است که در جدول شماره ۷-۷-۲ این اعتبار ها را برای سال های ۱۳۶۲ تا ۱۳۶۹ نشان

داده‌ایم. رقم جاری اعتبارات از سال ۱۳۶۲ که ۴۰ میلیارد ریال ثبت شده است تا سال ۱۳۶۹ به ۵۰ میلیارد ریال می‌رسد. ولی این تصویر واقعی نیست.

جدول ۷-۷-۲- اعتبارهای بنیاد امور مهاجرین جنگ تحمیلی

سال	۱۳۶۲	۱۳۶۳	۱۳۶۴	۱۳۶۵	۱۳۶۶	۱۳۶۷	۱۳۶۸	۱۳۶۹
شرح	۴۰	۳۹/۳	۴۸/۵	۴۵	۴۵	۴۸	۵۳	۵۰
اعتبارهای بنیاد امور مهاجرین جنگ								
اعتبارات به قیمت‌های سال ۱۳۶۲	۴۰	۳۵/۶	۴۱	۳۰/۸	۲۴	۲۰	۱۸/۸	۱۶/۲

مأخذ: قانون بودجه کشور و محاسبات گروه تحقیق.

در ردیف آخر جدول شماره ۷ مقدار بودجه بنیاد مهاجرین را برحسب قیمت‌های ثابت سال ۴۰ استخراج نموده‌ایم. روند این بودجه واقعی به استثنای سال ۱۳۶۴ یک مسیر کاهش است به طوری که در سال ۱۳۶۹ به قیمت‌های سال ۱۳۶۲ بودجه بنیاد فقط ۱۶/۲ میلیارد ریال برآورد می‌شود. چگونگی پوشش بنیاد امور مهاجرین: بنیاد طبق اساسنامه خود مهاجرین را تحت سه عنوان می‌آورد که عبارتند از: تحت پوشش کامل، نیمه خودکفا، خودکفا. تعریف گروه‌های فوق به صورت زیر است. مهاجرین خودکفا: مهاجرین که دارای درآمد مکفی می‌باشند و هیچ گونه کمک هزینه نقدی دریافت نمی‌کنند را خودکفا می‌خوانند. مهاجرین نیمه خودکفا: این گروه دارای درآمد هستند ولی مقداری کمک که بر اساس جدول تنظیمی به وسیله بنیاد مشخص شده برخوردار هستند. مهاجرین تحت پوشش: مهاجرینی که اصولاً دارای درآمد نیستند که می‌تواند به عسلی چون ضعف توان فیزیکی باشد. از کمک نقدی بنیاد استفاده می‌کنند. جدول شماره ۸-۷-۲ تعداد خانوارهای جنگ زده را براساس تفکیک فوق در خاتمه جنگ و آغاز برنامه اول نشان می‌دهد.

جدول ۸-۷-۲- مهاجرین جنگ به تفکیک نوع پوشش در سال ۱۳۶۸

کل مهاجرین	تحت پوشش کامل	نیمه خودکفا	خودکفا
خانوار	۲۴۸۸۷۳	۹۶۸۸۰	۱۳۹۳۹۹
جمعیت	۱۱۸۸۶۲۷	۴۳۱۹۷۱	۶۵۱۳۳۲

مأخذ: گزارش عملکرد بنیاد امور مهاجرین.

کمک‌های انتقالی نقدی: نحوه انتقال کمک‌های نقدی بنیاد به صورت زیر گزارش شده است. نخست کل کمک نقدی به دو بخش کمک مسکن و سایر تفکیک شده است که براساس جدول زیر به صورت ماهیانه پرداخت می‌شود.

۱- جیره - سرانه ۴۵۰۰ ریال



- ۲- حق بی سرپرستی - هر خانوار ۶۰۰۰ تا ۱۰,۰۰۰ ریال  
 ۳- حق معلولیت - هر خانوار ۶۰۰۰ تا ۹,۰۰۰ ریال  
 ۴- حق سالمندی - هر خانوار ۶۰۰۰ تا ۱۰,۰۰۰ ریال  
 ۵- حق کودکان بی سرپرست - ۲,۰۰۰ تا ۴۵,۰۰۰ ریال  
 ۶- حق از کار افتادگی - هر خانوار ۶۰۰۰ تا ۹,۰۰۰ ریال  
 ۷- کمک مسکن - هر خانوار ۷۰۰ تا ۲۵,۰۰۰ ریال

برای مثال وضعیت پرداخت به افراد تحت پوشش بنیاد در سال ۱۳۶۹ به صورتی بوده که در جدول شماره ۹-۷-۲ نشان داده‌ایم. ستون دوم جدول میزان کل پرداخت برای هر مورد و ستون سوم تعداد خانوار و ستون آخر درصد پرداخت نسبت به کل را می‌دهند. لازم به یادآوری است که علاوه بر کمک مسکن ماهیانه، بنیاد دارای مجتمع‌های اسکان نیز می‌باشد که بین مهاجرین توزیع می‌شود.

جدول ۹-۷-۲- مقدار پرداخت کمک‌های نقدی و مسکن بنیاد در سال ۱۳۶۹

شرح	میزان پرداخت هزار ریال	خانوارهای تحت پوشش	درصد نسبت به پرداخت کل
کمک مسکن	۴۰۱۳۴۸۲	۳۹۲۲۸	۹۷
جیره	۳۱۸۳۹۳۱۱	۱۱۷۸۶۱	۷۷۱
نقدی	۱۶۲۱۶۳	۲۰۲۵۰	۰۴
بی سرپرستی	۲۰۶۹۲۱۵	۲۳۸۶۲	۵
از کار افتادگی	۱۳۵۳۱۱۲	۱۳۵۵۶	۲۳
کودکان بی سرپرست	۱۶۹۸۳	۴۴۳	۰۰۴
معلولین	۳۰۸۵۵۴	۶۳۶۶	۰۷
سالمندان	۵۳۳۷۰۸	۷۱۸۴	۱۳
مابه تفاوت	۱۰۱۲۱۴۵	۱۲۸۳۳	۲۵
جمع	۴۱۳۰۱۴۵۲		۱۰۰

سازمان برنامه و بودجه

نحوه تخصیص کمک‌های غیرنقدی که عمدتاً به صورت کالاهای بادوام مصرفی است در جدول شماره ۱۰-۷-۲ آورده‌ایم.

جدول ۱۰-۷-۲- اهم کالاهای توزیع شده بین مهاجرین در سال ۱۳۶۹

نوع کالا	تعداد	نوع کالا	تعداد
یخچال فریزر	۳۲۷۶	پیک نیکی	۵۹۹
تلویزیون	۲۵۸۰	پلوپز	۷۰۰
فرش	۲۶۵۰	زیرسیگاری	۹۹۰۰
جاروی برقی	۵۲۵	بخاری نفتی و گازی	۵۰۹۵
چرخ گوشت	۱۶۶۳	پتو	۱۸۰۲۱
راديو ضبط صوت	۴۵۴۱	دفترچه و خودکار	۲۳۷۲۹۵۰
پنکه رومیزی و سقفی	۱۰۷۹۹	موکت (مترمربع)	۳۹۳۰۳
کولر آبی	۳۵۰۴	دوچرخه	۳۶
آسیاب و مخلوط کن	۱۸۰۰	رگلاتور سیلندر گاز	۱۹۰۰
آبگرمکن نفتی و گازی	۳۰۹		

مأخذ: سیاد امور جنگ زدگان

مشاهده می‌کنیم توزیع کالاها به صورت رایگان برای افراد تحت پوشش و بانرخ تعاونی برای خانوارهای نیمه خودکفا و خودکفا انجام می‌گیرد.

## فصل ۸- بررسی آثار سیاست‌های برنامه اول در دریافت ارزش‌های غذایی

تأثیر سیاست‌های اقتصادی یا وقایعی که روی متغیرهای اقتصادی مؤثرند تا حد دریافت ارزش‌های غذایی که امنیت غذایی خانوارها را تشکیل می‌دهد نیز مؤثر هستند. تغییرات در درآمد واقعی خانوارها به همراه تغییرات در نسبت قیمت‌ها به خصوص در بازار کالاهای خوراکی باعث هم تغییرات حجمی در کل سبد شده و هم ترکیب مواد را متأثر می‌کند. مجموعه تغییرات فوق بالاخره اثر خود را بر امنیت غذایی و دریافت ریز و درشت مغذی‌ها به وسیله خانوارهای مختلف می‌گذارند. جهت بررسی سیاست‌های برنامه اول روی تغذیه مبادرت به مقایسه جدول این ارزش‌ها برای شهر و روستا در دو مقطع ۱۳۶۹ و ۱۳۷۲ می‌نماییم.

جدول شماره ۱-۸-۲ در چهار قسمت این اطلاعات را فراهم نموده است.

جدول‌های «الف» و «ج» ارزش‌های غذایی انرژی، پروتئین، فسفر، آهن و کنسیم را برای دو سال ۱۳۶۹ و ۱۳۷۲ و برای روستانشینان نشان می‌دهد. مشاهده می‌شود که به‌طور متوسط کلیه ارزش‌های غذایی نامبرده شده در سال ۱۳۷۲ کاهش یافته‌اند. این کاهش برای دریافت انرژی حدود ۳۷۳ کالری ثبت شده است. تغییر کاهش در مقادیر ریز و درشت مغذی‌ها تنها به متوسط جامعه روستایی محدود نمی‌شود. بلکه در طول کلیه دهک‌های هزینه‌ای این کاهش قابل مشاهده است. این تغییرات که ناشی از تغییرات در قیمت‌ها و درآمد دائمی است، عدم توانایی مجموعه برنامه‌های حمایتی و بیمه‌ای را در حفظ امنیت غذایی به‌خصوص دهک‌های فقیر جامعه روستایی آشکار می‌کند.

به‌طور مشابه برای شهرنشینان جدول‌های «ب» و «د» ارزش‌های غذایی انرژی، پروتئین، فسفر، آهن و کلسیم را برای سال‌های ۱۳۶۹ و ۱۳۷۲ تصویر می‌کند. متوسط دریافت انرژی، پروتئین، فسفر، آهن و کلسیم در سال ۱۳۶۹ به ترتیب ۲۰۱۲۲، ۱۱۶۵، ۸۸، ۳۷، ۸۲۸ واحد مربوطه بوده‌اند که در سال ۱۳۷۲ به همان ترتیب با مقادیر ۲۹۰۴، ۱۱۶۷، ۹۰، ۳۶، ۸۴۴، روبه‌رو هستیم. به عبارت دیگر برعکس متوسط روستا در طی برنامه اول اقتصادی دریافت ارزش‌های غذایی در شهرها به‌طور متوسط بهبود داشته است. افزایش در مقدار دریافتی ارزش‌های غذایی خانوارهای شهری به استثنای دهک دوم هزینه‌ای برای کبیه دهک‌ها به‌طور عمده حفظ شده است. به عبارت دیگر در دریافت مقدار کالری عبارت بالا را می‌توان به‌طور کمی حفظ شده است تغییر داد، ولی در مورد ارزش‌های غذایی دیگر برای کلیه دهک‌ها در سال ۱۳۷۲ بهبود نسبت به ۱۳۶۹ مشاهده نمی‌شود. البته موارد افزایش در دریافت ارزش‌ها بیشتر از کاهش می‌باشد.

جدول ۱-۸-۲-الف- ارزش غذایی کالاهای مصرفی روستاییان سال ۱۳۶۹

سال	متوسط	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D9	D10
کالری	۳۷۳۹	۱۱۶۳	۱۷۴۶	۲۱۲۸	۲۵۹۵	۲۸۹۸	۳۱۱۴	۳۹۴۵	۴۸۲۹	۵۸۴۶	۹۱۳۷
پروتئین	۱۱۲	۲۹	۴۹	۶۳	۶۹	۸۶	۹۳	۱۱۹	۱۴۶	۱۸۱	۲۸۹
فسفر	۲۲۲۵	۴۵۰	۷۶۱	۱۰۰۷	۱۱۹۳	۱۵۳۶	۱۶۴۶	۲۳۳۲	۲۹۹۶	۳۸۲۲	۶۵۱۳
آهن	۴۲	۱۰	۱۷	۲۳	۲۴	۳۱	۳۴	۴۴	۵۴	۶۸	۱۱۳
کلسیم	۹۱۷	۲۵۴	۴۰۸	۵۳۳	۶۰۶	۷۳۴	۷۹۲	۹۸۵	۱۱۸۵	۱۴۶۳	۲۲۱۲

جدول ۱-۸-۲-ب- ارزش غذایی کالاهای مصرفی شهرنشینان سال ۱۳۶۹

سال	متوسط	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D9	D10
کالری	۲۸۲۲	۱۸۲۳	۲۲۱۸	۲۲۳۶	۲۶۶۴	۲۶۲۰	۲۸۴۰	۳۰۴۱	۳۱۲۹	۳۴۷۳	۴۱۷۷
پروتئین	۸۸	۵۴	۶۷	۶۸	۷۸	۷۹	۸۸	۹۳	۱۰۰	۱۱۳	۱۴۲
فسفر	۱۱۶۵	۲۴۰	۷۵۵	۷۹۴	۹۲۵	۹۷۳	۱۲۱۰	۱۲۷۵	۱۳۹۰	۱۶۰۴	۲۱۸۶
آهن	۳۷	۲۷	۳۱	۳۲	۳۵	۳۵	۳۶	۳۹	۴۰	۴۳	۴۸
کلسیم	۸۲۸	۳۵۱	۵۱۴	۵۳۰	۶۳۳	۶۷۵	۸۲۱	۸۷۸	۱۰۰۳	۱۲۰۱	۱۶۸۱

جدول ۱-۸-۲-ج- ارزش غذایی کالاهای مصرفی روستاییان سال ۱۳۷۲

سال	متوسط	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D9	D10
کالری	۳۳۶۶	۱۱۱۷	۱۶۷۴	۲۰۵۱	۲۳۴۱	۲۷۳۰	۳۰۸۲	۳۴۰۷	۳۹۶۰	۵۲۳۹	۸۰۷۴
پروتئین	۹۴	۲۹	۴۴	۵۵	۶۳	۷۵	۸۶	۹۵	۱۱۳	۱۴۷	۲۳۱
فسفر	۱۷۵۲	۴۲۶	۶۷۹	۸۴۲	۹۹۷	۱۲۳۸	۱۴۶۲	۱۶۵۷	۲۱۴۶	۲۹۷۷	۵۰۹۸
آهن	۳۳	۱۰	۱۶	۲۰	۲۲	۲۵	۲۸	۳۲	۴۰	۴۹	۸۲
کلسیم	۷۹۶	۲۵۸	۴۰۹	۴۸۰	۵۵۷	۶۵۴	۷۴۷	۷۹۷	۹۴۸	۱۲۵۷	۱۸۶۰

جدول ۱-۸-۲-د- ارزش غذایی کالاهای مصرفی شهرنشینان سال ۱۳۷۲

سال	متوسط	D۱	D۲	D۳	D۴	D۵	D۶	D۷	D۸	D۹	D۱۰
کالری	۲۹۰۴	۱۸۷۶	۲۱۸۴	۲۳۶۰	۲۷۱۲	۲۸۱۱	۲۸۷۳	۳۰۶۹	۳۲۴۷	۳۶۷۵	۴۲۴۱
پروتئین	۹۰	۵۶	۶۶	۷۲	۷۹	۸۶	۹۰	۹۶	۱۰۲	۱۱۰	۱۳۶
فسفر	۱۱۶۷	۶۰۹	۷۴۷	۸۴۵	۹۵۷	۱۰۸۶	۱۱۶۶	۱۲۶۴	۱۳۸۹	۱۵۳۸	۲۰۷۲
آهن	۳۶	۲۷	۳۱	۳۲	۳۴	۳۶	۳۸	۳۹	۴۰	۴۲	۴۶
کلسیم	۸۴۴	۴۰۷	۴۹۰	۵۸۵	۶۷۰	۷۶۰	۷۹۴	۹۳۹	۱۰۱۳	۱۱۶۵	۱۶۱۴

در جهت بررسی خاص نحوه عملکرد سیستم حمایتی سوبسید کالاهای خوراکی در فاصله سال‌های مورد مطالعه اطلاعات لازم را استخراج می‌کنیم. با توجه به خروج کوپن مرغ و تخم مرغ از سبد خانوارها، آنچه که به صورت یارانه برای خانوارهای شهری باقی می‌ماند شامل برنج، گوشت، روغن، قند و شکر، پنیر، کره و نان است که کالای نان از یارانه باز برخوردار می‌باشد. خانوارهای روستایی فقط از یارانه روغن، قند و شکر و برنج بهره می‌گیرند. در ادامه بررسی در اینجا ما ارزش‌های غذایی که در سال‌های ۱۳۶۹ و ۱۳۷۲ فقط از مجموعه کالاهای اساسی برنج، گوشت، روغن، قند و شکر، پنیر، کره و نان کسب شده‌اند را محاسبه نموده و به تفکیک شهر و روستا در جدول شماره ۲-۸-۲ نمایش می‌دهیم.

#### شهر

در اینجا ابتدا به بررسی وضعیت دریافت ارزش‌های غذایی شهرنشینان از گروه کالاهای اساسی فوق می‌پردازیم. این مهم در دو جدول «ب» و «د» آمده‌اند. قبل آغاز بررسی به این نکته باید اشاره شود که مجموعه کالاهای مصرفی از گروه فوق شامل هم مقادیر منظور شده در کوپن‌ها می‌باشد و هم خرید آزاد و بدیهی است که در مورد روستا کالاهایی که مستحق یارانه نیستند فقط مصرف مقادیر آزاد می‌باشند.

جدول ۲-۸-۲-الف- ارزش غذایی کالاهای اساسی روستایان سال ۱۳۶۹

سال	متوسط	D۱	D۲	D۳	D۴	D۵	D۶	D۷	D۸	D۹	D۱۰
کالری	۱۶۵۱	۷۰۶	۹۵۰	۱۱۱۸	۱۳۳۰	۱۳۵۰	۱۴۶۹	۱۶۵۸	۲۰۰۱	۲۱۷۳	۳۳۹۸
پروتئین	۴۱	۱۵	۲۵	۳۰	۲۹	۳۶	۳۹	۴۴	۵۰	۵۷	۹۰
فسفر	۴۳۶	۱۱۹	۲۱۲	۲۲۵	۲۶۶	۳۳۰	۳۸۱	۴۴۹	۵۲۰	۶۳۸	۱۱۹۱
آهن	۱۹	۷	۱۰	۱۳	۱۳	۱۶	۱۷	۲۰	۲۲	۲۶	۴۱
کلسیم	۱۸۶	۷۳	۱۰۵	۱۴۳	۱۳۳	۱۶۹	۱۷۷	۲۰۰	۲۲۳	۲۵۷	۳۸۱

۱ کالاهای اساسی شامل برنج، نان، گوشت، مرغ، روغن و قند و شکر است

جدول ۲-۸-۲-ب - ارزش غذایی کالاهای اساسی شهرنشینان سال ۱۳۶۹

سال	متوسط	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D9	D10
کالری	۲۰۷۲	۱۴۴۷	۱۷۰۲	۱۷۲۸	۲۰۶۱	۱۹۶۰	۲۰۱۶	۲۲۶۱	۲۲۳۵	۲۴۱۴	۲۹۰۱
پروتئین	۵۸	۳۹	۴۶	۴۸	۵۳	۵۳	۵۶	۶۲	۶۵	۷۱	۹۰
فسفر	۵۵۲	۳۷۱	۳۵۱	۳۶۹	۴۳۶	۴۴۹	۵۱۹	۵۹۲	۶۶۲	۷۶۴	۱۱۰۴
آهن	۲۶	۲۲	۲۵	۲۵	۲۷	۲۶	۲۵	۲۸	۲۷	۲۸	۲۹
کلسیم	۴۶۵	۲۰۵	۲۸	۲۸۵	۳۳۵	۳۶۴	۴۳۰	۴۸۱	۵۷۳	۶۷۲	۱۰۴۲

جدول ۲-۸-۲-ج - ارزش غذایی کالاهای اساسی روستاییان سال ۱۳۷۲

سال	متوسط	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D9	D10
کالری	۱۵۴۳	۶۱۸	۹۳۲	۱۱۲۶	۱۲۳۳	۱۳۸۳	۱۵۳۴	۱۶۸۲	۱۷۲۸	۲۰۹۱	۳۱۰۷
پروتئین	۳۵	۱۳	۲۱	۲۶	۲۸	۳۳	۳۷	۴۰	۳۹	۴۶	۶۶
فسفر	۳۹۲	۱۰۶	۱۹۰	۲۳۵	۲۷۱	۳۳۰	۳۹۳	۴۱۹	۴۲۴	۵۹۰	۹۶۸
آهن	۱۵	۷	۱۰	۱۲	۱۳	۱۴	۱۵	۱۶	۱۶	۱۸	۲۷
کلسیم	۱۳۸	۶۴	۹۸	۱۱۸	۱۲۳	۱۳۰	۱۴۱	۱۵۲	۱۵۵	۱۷۱	۲۲۴

جدول ۲-۸-۲-د - ارزش غذایی کالاهای اساسی شهرنشینان سال ۱۳۷۲

سال	متوسط	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D9	D10
کالری	۲۳۰۶ <sup>۳</sup>	۱۵۹۱	۱۸۱۰	۱۹۴۸	۲۲۴۷	۲۲۷۶	۲۲۷۲	۲۴۵۵	۲۵۱۰	۲۸۷۷	۳۰۷۵
پروتئین	۶۶	۴۴	۵۰	۵۵	۵۹	۶۴	۶۵	۷۲	۷۲	۷۸	۹۶
فسفر	۶۵۶	۳۷۶	۴۳۳	۴۸۳	۵۴۹	۶۲۱	۶۳۳	۷۲۶	۷۵۷	۸۴۱	۱۱۳۹
آهن	۲۷	۲۳	۲۵	۲۶	۲۷	۲۸	۲۹	۲۹	۲۸	۲۹	۲۹
کلسیم	۴۹۷	۲۴۷	۳۸۷	۳۳۵	۳۹۷	۴۶۳	۴۵۵	۵۷۹	۵۸۱	۶۷۵	۹۴۷

در سال ۱۳۶۹ خانوارهای شهرنشین به طور متوسط ۲۰۷۲ کالری از کالاهای اساسی مورد نظر انرژی دریافت کرده‌اند. با توجه به مقدار ۲۸۲۲ کالری که از کل کالاهای خوراکی تأمین شده است، می‌توان ادعا نمود که مجموعه کالاهای اساسی مورد نظر مشمول ۷۳٪ درصد از تأمین انرژی متوسط جامعه شهری است. برای گروه فقیر با دهک نخست جامعه شهری در سال ۱۳۶۹ کالاهای اساسی حدود ۷۹٪ درصد از انرژی دریافت شده آنها را تهیه نموده‌اند. وضعیت مشابهی برای دهک‌های دیگر و همچنین دیگر ارزش‌های غذایی مشاهده می‌شود. به هر حال بخش عمده‌ای از ارزش‌های غذایی به خصوص کالری شهرنشینان از طریق مصرف کالاهای برنج، گوشت، روغن، قند و شکر، کره، پنیر و نان تأمین می‌شود. جدول «د» دریافت ارزش‌های غذایی از کالاهای اساسی را برای سال ۱۳۷۲ تصویر می‌کند. مقدار متوسط انرژی

همان  
۲ همان  
۳ همان

دریافتی خانوارهای شهری از کالاهای اساسی در این سال ۲۳۰۶ کالری است که با در نظر گرفتن کل کالری دریافتی به وسیله متوسط خانوارها که ۲۹۰۴ کالری است. این رقم حدود ۷۹/۴ درصد آن را تشکیل می دهد. دهک فقیر شهری در سال ۱۳۷۲ از همین گروه کالاها ۱۶۰۶ کالری دریافت نموده که با توجه به کل کالری دریافتی در همان سال که حدود ۱۸۷۶ کالری است، مسئولیت کالاهای اساسی در دریافت انرژی این خانوارها به حدود ۸۵/۶ درصد می رسد. گروه ثروتمند جامعه شهری نیز مشابه متوسط و گروه فقیر سهم دریافت انرژی از کالاهای اساسی مورد نظر را در سال ۱۳۷۲ افزایش داده است. به این صورت که در سال ۱۳۶۹ حدود ۶۹/۴ درصد از مجموع کالری دریافتی را از کالاهای اساسی گرفته ولی در سال ۱۳۷۲ این رقم به حدود ۷۲/۳ درصد می رسد. در سال ۱۳۷۲ نیز بخش عمده ارزش های غذایی خانوارهای شهری از طریق مصرف ۷ کالای اساسی مورد مطالعه تأمین می شوند.

مقایسه دو سال ۱۳۶۹ و ۱۳۷۲ در رابطه با مسئولیت کالاهای اساسی ۷ گانه در فراهم نمودن ارزش های غذایی خانوارهای شهری به خوبی افزایش سهم این کالاها را در سال ۱۳۷۲ نسبت به سال ۱۳۶۹ نشان می دهد. این تغییر می تواند به علل مختلفی چون افزایش در درآمد یا هزینه واقعی (که مورد بحث قرار گرفته) یا به علت حذف کوپن مرغ و تخم مرغ و در نتیجه جابه جایی در مقدار مصرف کالاهای اساسی ۷ گانه در مقابل دو کالای مورد نظر باشد.

## روستا

جدول شماره ۱-۸-۲ در بخش های «الف» و «ج» مقدار دریافت ارزش های غذایی خانوارهای روستایی را از کل کالاهای خوراکی برای دو سال ۱۳۶۹ و ۱۳۷۲ نشان می دهند. متوسط جامعه روستایی در سال ۱۳۶۹ حدود ۳۷۳۹ کالری انرژی، ۱۱۲ گرم پروتئین و به ترتیب ۲۲۲۵، ۴۳ و ۹۱۷ میلی گرم فسفر، آهن و کلسیم دریافت نموده است. جدول «ج» به خوبی نشان می دهد که با توجه به اعداد مشابه که به ترتیب ۳۳۶۶، ۹۴، ۱۷۵۲، ۳۳، ۷۹۶ هستند در سال ۱۳۷۲ کلیه دریافت ها برای متوسط جامعه کاهش یافته است. وضعیت مشابهی برای کلیه دهک های هزینه ای مشاهده می شود که ناشی از کاهش دریافت ارزش های غذایی و در نتیجه رفاه روستائینان از سال ۱۳۶۹ به ۱۳۷۲ است.

چنانچه قبلاً اشاره شد دو جدول «الف» و «ج» از جدول های شماره ۲-۸-۲ مقدار دریافت ارزش های غذایی از کالاهای اساسی را برای روستائینان در سال های ۱۳۶۹ و ۱۳۷۲ نشان می دهد. در ملاحظه اول آنچه به خوبی به چشم می خورد سهم کمتر کالای اساسی برنج، نان، گوشت، روغن، قند و شکر، کره و پنیر در تأمین ریز و درشت مغذی ها برای روستائینان است. در سال ۱۳۶۹ متوسط جامعه روستایی فقط حدود ۴۳/۲ درصد از کل انرژی خود را از کالاهای فوق دریافت نموده اند. گروه فقیر این جامعه هر چند با دریافت ۶۰/۷ درصد از کل کالری های خود از کالاهای اساسی بیشتر از متوسط جامعه سهم برده اند، ولی هنوز نسبت به فقرای شهرنشین فاصله زیادی دارند. دهک دهم روستایی فقط ۳۷/۲ درصد از انرژی خود را از این کالاها گرفته اند.

به طور مطلق وقتی که از سال ۱۳۶۹ به ۱۳۷۲ می رویم مقدار دریافت ارزش های غذایی از کالای اساسی کاهش می یابد. ولی سهم این کالاها در تأمین ریز و درشت مغذی ها برای سه گروه فقیر، متوسط و غنی از روند متضاد مطلق فوق تبعیت نمی کند. به این ترتیب که سهم کالاهای اساسی ۷ گانه در تأمین ارزش های غذایی سه گروه فقیر، متوسط و غنی جامعه روستایی در سال ۱۳۷۲ به ترتیب برابر ۵۴/۸، ۴۵/۷ و ۳۸/۷ درصد محاسبه می شوند. این نشان می دهد که این سهم در سال ۱۳۷۲ نسبت به ۱۳۶۹ برای گروه های متوسط و ثروتمند جامعه افزایش یافته ولی برای فقرا کاهش یافته است.

## فصل ۹- بررسی سیاست حمایتی غذایی در برنامه دوم

باید در نظر داشته باشیم که برنامه دوم از سال ۱۳۷۲ آغاز و به سال ۱۳۷۷ ختم می‌شود. در نتیجه هنوز برنامه خاتمه نیافته و به خصوص آخرین آمار از بودجه خانوار که در حال حاضر در دسترس است مربوط به سال ۱۳۷۴ می‌شود. لذا ما سال‌های ۱۳۷۲، ۱۳۷۳، ۱۳۷۴ را برای مطالعه و بررسی سیاست حمایتی غذایی در دست داریم. به هر حال در بعضی موارد سال‌های مورد بررسی را گسترش داده و مقایسه‌ای به خصوص با قبل از آغاز برنامه اول می‌نماییم. در بحث ما به مطالعه دریافت ارزش‌های غذایی کل، از کالاهای اساسی و سوبسیدی پرداخته و وزن حمایتی دولت را مقایسه می‌نماییم.

با توجه به مقادیر علاقه شده کالاهای اساسی برای شهر و روستا در سال‌های ۱۳۷۲ الی ۱۳۷۴ که در جدول‌های شماره ۱-۹-۲ و ۳-۹-۲ درج شده است مبادرت به محاسبه ارزش‌های غذایی حاصل از این کالاهای موجود و برای شهر در جدول شماره ۲-۹-۲ و روستا در جدول شماره ۴-۹-۲ نمایش می‌دهیم. ارقام جدول‌های ارزش‌های غذایی برای شهر و روستا مقادیر انرژی، پروتئین، فسفر، آهن و کلسیم را که از طریق دریافت کالاهای اساسی به هر نفر شهرنشین یا روستایی می‌رسد را نشان می‌دهد. قابل مشاهده است که در تمام سال‌های مورد مطالعه مقادیر ارزش‌های غذایی که از طریق بازار به خانوارهای شهری منتقل می‌شوند بیشتر از مقداری است که به روستاییان می‌رسد.

جدول‌های شماره ۵-۹-۲ الی ۱۰-۹-۲ به ترتیب برای سال‌های ۱۳۷۴ روستا و شهر، ۱۳۷۳ روستا و شهر و ۱۳۷۲ روستا و شهر دریافت ارزش‌های غذایی را از عمده‌ترین کالاهای اساسی که مسئولیت بخش غالب رسیدن این ارزش‌ها را دارند محاسبه شده‌اند. در همه سال‌ها متوسط مقدار دریافت کلیه ارزش‌های غذایی برای متوسط و فقیر جامعه روستایی کمتر از جامعه شهری به نظر می‌رسد. وی چنین تصویری برای دهک دهم یا ده درصد ثروتمندان این جامعه‌ها به دست نمی‌آید. چون کالوری دریافتی ثروتمندان روستایی برای هر سه سال بیشتر از گروه مشابه شهری است. به هر حال در مورد بقیه ارزش‌های غذایی به خصوص پروتئین شرایط متفاوت دیده می‌شود. در مجموع برای هر سه سال و همه دهک‌ها شهرنشینان بیشتر از روستاییان از کالاهای اساسی فوق پروتئین دریافت نموده‌اند. هر چند که برای دریافت ارزش‌های غذایی از کل کالاهای مصرفی به علت مصرف نان این موضوع صدق می‌کند.

جدول ۱-۹-۲- ارزش غذایی کالاهای کوبنی-شهر

سال	۱۳۷۲	۱۳۷۳	۱۳۷۴
کالری	۲۸۹	۲۸۱	۴۳۰
پروتئین	۳	۲	۴
فسفر	۴۲	۲۷	۵۳
آهن	۱	۱	۱
کلسیم	۱۵	۸	۱۴

محاسبات رگروه تحلیلی

جدول ۲-۹-۲- مقادیر کالاهای کوبنی (گرم) شهر

سال	۱۳۷۲	۱۳۷۳	۱۳۷۴
برنج	۶۰۰۰	۳۰۰۰	۹۰۰۰
گوشت قرمز	۲۸۰۰	۲۸۰۰	۳۵۰۰
پنیر	۱۰۰۰	۵۰۰	۱۵۰
روغن	۴۵۰۰	۴۹۵۰	۹۴۵۰
قند و شکر	۸۴۰۰	۹۶۰۰	۷۲۰۰

جدول ۲-۹-۳- مقادیر کالاهای کوبنی (گرم) روستا

سال	۱۳۷۲	۱۳۷۳	۱۳۷۴
برنج	۳۰۰۰	۳۰۰۰	۱۰۵۰۰
روغن	۴۵۰۰	۴۵۰۰	۵۸۵۰
قند و شکر	۱۰۸۰۰	۹۶۰۰	۱۲۰۰۰

جدول ۲-۹-۴- ارزش غذایی کالاهای کوبنی - روستا

سال	۱۳۷۲	۱۳۷۳	۱۳۷۴
کالری	۲۵۷	۲۴۴	۳۷۴
پروتئین	۱	۱	۲
فسفر	۱۰	۱۰	۳۶
آهن	۰	۰	۱
کلسیم	۲	۲	۶

جدول ۲-۹-۵- ارزش های غذایی دریافتی<sup>۱</sup> کالاهای اساسی کوبنی روستا در سال ۱۳۷۴

سال	AVG	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D9	D10
کالری	۱۶۲۰	۷۷۹	۱۰۲۸	۱۱۷۶	۱۳۷۹	۱۳۹۰	۱۶۱۸	۱۶۵۲	۱۸۴۲	۲۱۰۶	۳۱۲۹
پروتئین	۴۰	۱۸	۲۴	۲۹	۳۵	۳۴	۳۹	۴۰	۴۵	۵۰	۷۶
فسفر	۴۰۱	۱۴۲	۲۰۵	۲۴۳	۳۰۲	۳۰۰	۳۹۷	۳۷۵	۴۶۵	۵۴۷	۹۵۷
آهن	۱۷	۹	۱۲	۱۴	۱۶	۱۵	۱۷	۱۷	۱۹	۲۰	۲۹
کلسیم	۱۶۷	۹۲	۱۱۱	۱۳۹	۱۶۰	۱۵۴	۱۷۶	۱۷۶	۱۹۴	۲۰۶	۲۶۱

محاسبات کلبه حداقل فوق از گروه تحقیق

۱. کالاهای اساسی کوبنی شامل برنج، حبس، نان، گوشت، مرغ، روغن و قند و شکر است



جدول ۶-۹-۲- ارزش‌های غذایی دریافتی کالاهای اساسی کوبنی شهر در سال ۱۳۷۴

سال	AVG	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	DA	D9	D10
کالری	۲۲۴۳	۱۶۳۹	۱۹۱۹	۲۰۰۶	۲۰۵۵	۲۱۲۹	۲۲۱۶	۲۲۸۸	۲۴۴۶	۲۶۳۵	۳۰۹۳
پروتئین	۶۵	۴۷	۵۴	۵۴	۵۸	۶۰	۶۳	۶۶	۷۱	۷۹	۹۷
فسفر	۶۴۴	۳۹۲	۴۶۶	۴۷۷	۵۱۷	۵۶۸	۶۱۸	۶۷۰	۷۳۶	۸۴۹	۱۱۵۰
آهن	۲۶	۲۵	۲۸	۲۷	۲۸	۲۹	۳۸	۲۹	۳۰	۳۰	۳۰
کلسیم	۴۳۵	۲۸۶	۲۸۳	۲۹۷	۳۰۲	۳۴۴	۳۹۴	۴۳۲	۴۷۷	۸۸۹	۸۹۴

جدول ۷-۹-۲- ارزش‌های غذایی دریافتی کالاهای اساسی کوبنی روستا در سال ۱۳۷۳

سال	AVG	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	DA	D9	D10
کالری	۱۶۴۹	۱۵۵	۱۰۴۷	۱۲۵۸	۱۴۳۱	۱۴۲۷	۱۵۸۰	۱۶۶۴	۱۹۱۴	۲۲۲۸	۳۱۸۵
پروتئین	۴۳	۳۰	۳۷	۳۴	۳۷	۳۷	۴۲	۴۲	۵۰	۵۸	۷۹
فسفر	۴۴۳	۱۵۱	۲۳۷	۳۰۵	۳۵۵	۳۴۱	۳۹۶	۴۴۱	۵۲۴	۶۴۷	۱۰۳۵
آهن	۱۸	۱۰	۱۳	۱۵	۱۶	۱۶	۱۸	۱۸	۲۰	۲۳	۳۱
کلسیم	۱۷۰	۹۷	۱۲۶	۱۵۱	۱۶۰	۱۵۸	۱۷۰	۱۶۷	۱۹۱	۲۱۶	۲۶۳

جدول ۸-۹-۲- ارزش‌های غذایی دریافتی کالاهای اساسی کوبنی شهر در سال ۱۳۷۳

سال	AVG	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	DA	D9	D10
کالری	۲۲۷۰	۱۶۴۸	۱۸۸۷	۱۹۶۰	۲۰۴۴	۲۱۹۲	۲۳۰۰	۲۳۶۸	۲۴۷۳	۲۷۳۴	۳۰۹۴
پروتئین	۶۹	۴۹	۵۵	۵۶	۶۰	۶۴	۶۹	۷۲	۷۶	۸۷	۱۰۲
فسفر	۶۹۵	۳۹۳	۴۸۰	۵۰۳	۵۴۶	۵۹۵	۶۸۲	۷۴۶	۸۲۱	۹۷۹	۱۲۰۳
آهن	۲۸	۲۵	۲۶	۲۷	۲۷	۲۸	۲۹	۲۸	۲۸	۲۹	۲۹
کلسیم	۵۱۴	۲۶۶	۳۳۴	۳۳۸	۳۷۰	۴۰۱	۴۹۳	۵۶۰	۶۳۵	۷۶۶	۹۸۳

جدول ۹-۹-۲- ارزش‌های غذایی دریافتی کالاهای اساسی کوبنی روستا در سال ۱۳۷۲

سال	AVG	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	DA	D9	D10
کالری	۱۴۰۰	۶۱۰	۹۰۵	۱۰۹۰	۱۱۷۶	۱۳۳۳	۱۴۱۹	۱۵۱۳	۱۵۹۵	۱۸۳۸	۲۳۵۸
پروتئین	۳۴	۱۳	۲۱	۲۶	۲۸	۳۴	۳۷	۴۰	۳۸	۴۴	۵۹
فسفر	۲۹۶	۱۰۰	۱۷۲	۲۱۰	۲۳۳	۲۹۳	۳۱۵	۳۵۱	۳۳۴	۴۱۸	۵۳۵
آهن	۱۳	۶	۱۰	۱۲	۱۲	۱۳	۱۴	۱۵	۱۵	۱۵	۲۰
کلسیم	۱۳۰	۵۶	۹۶	۱۱۶	۱۲۰	۱۲۷	۱۳۵	۱۴۷	۱۴۰	۱۵۸	۱۹۰

محاسبات کتبه حدود فوق را کرده و احتیاج

- ۱ همان
- ۲ همان
- ۳ همان
- ۴ همان

جدول ۱۰-۹-۲- ارزش های غذایی دریافتی کالاهای اساسی کوپنی شهر در سال ۱۳۷۲

سال	AVG	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D9	D10
کالری	۲۱۲۶	۱۵۷۱	۱۷۷۶	۱۸۸۴	۲۱۴۱	۲۱۲۲	۲۱۳۹	۲۲۱۲	۲۲۷۴	۲۵۶۷	۲۵۶۷
پروتئین	۵۷	۴۴	۴۹	۵۲	۵۴	۵۷	۶۰	۶۰	۶۱	۶۴	۷۳
فسفر	۴۷۲	۳۵۲	۳۹۳	۴۱۴	۴۳۹	۴۶۵	۴۹۳	۴۸۲	۵۱۷	۵۲۹	۶۳۴
آهن	۲۷	۲۳	۲۵	۲۶	۲۷	۲۸	۲۹	۲۸	۲۸	۲۹	۲۹
کلسیم	۲۳۳	۲۰۵	۲۱۸	۲۲۶	۲۳۴	۲۳۹	۲۴۵	۲۴۰	۲۴۰	۲۴۰	۲۴۰

محاسبات از گروه تحقیق.

جدول های شماره ۱۱-۹-۲ الی ۱۶-۹-۲ مقدار ارزش های غذایی را مشخص می کنند که طی سال های ۱۳۷۲ الی ۱۳۷۴ به وسیله شهرنشینان و روستاییان کل کشور از خرید کالاهای خوراکی می توانست دریافت شود. این جدول ها نشان می دهند که متوسط جامعه روستایی عمده ارزش های غذایی را در طی سال های مورد مطالعه بیشتر از شهرنشینان دریافت کرده اند. در حالی که ده درصد فقیر جامعه روستایی با فاصله قابل ملاحظه ای از شرایط بدتر تغذیه ای نسبت به ده درصد فقیر شهرنشینان برخوردار هستند. برای مقایسه ارزش های غذایی دریافتی از کالاهای اساسی نسبت به کل ارزش های غذایی جدول شماره ۱۷-۹-۲ را تشکیل می دهیم. این جدول برای سه سال ۱۳۷۲ الی ۱۳۷۴ و به تفکیک شهر و روستا سهم کالاهای اساسی خوراکی برنج، نان، گوشت، مرغ، روغن و قند و شکر در تأمین ارزش های غذایی از کل ارزش های غذایی دریافتی را نشان می دهد. این جدول تصویر روشنی از وضعیت تغذیه طی سه سال برنامه ایجاد نموده است.

جدول ۱۱-۹-۲- مقدار انرژی دریافتی روستاییان از کل کالاهای مصرفی در سال ۱۳۷۴

سال	AVG	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D9	D10
کالری	۳۵۱۶	۱۴۴۷	۲۰۳۶	۲۳۴۶	۲۶۹۳	۲۸۷۹	۳۳۸۲	۳۶۷۷	۴۱۳۴	۴۹۰۷	۷۵۶۶
پروتئین	۱۰۱	۳۸	۵۵	۶۶	۷۶	۸۱	۹۵	۱۰۵	۱۱۹	۱۴۱	۲۲۵
فسفر	۱۸۲۱	۵۶۱	۸۸۶	۱۰۴۵	۱۲۱۶	۱۳۴۹	۱۶۶۲	۱۸۱	۲۱۹۱	۲۶۹۳	۴۶۴۹
آهن	۳۴	۱۳	۱۹	۲۲	۲۶	۲۷	۳۲	۳۶	۴۰	۴۸	۷۷
کلسیم	۹۱۹	۳۴۸	۵۱۶	۶۳۴	۷۰۶	۷۷۳	۸۷۰	۹۸۱	۱۰۹۵	۱۳۲۰	۱۹۴۲

محاسبات از گروه تحقیق.

۱. همان

۲. از آنجا که اطلاعات روستاییان در مورد خرید کالاهای مصرفی جزئی است، احتمال صحت برای دهک های بالای درآمدی وجود دارد.

جدول ۱۲-۹-۲- مقدار انرژی دریافتی شهرنشینان از کل کالاهای مصرفی در سال ۱۳۷۴

سال	AVG	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	DA	D9	D10
کالری	۲۸۹۴	۱۹۱۷	۲۲۹۸	۲۴۸۲	۲۵۷۵	۲۷۰۲	۲۸۵۷	۳۰۳۶	۳۲۲۷	۳۶۰۶	۴۲۲۷
پروتئین	۹۱	۵۸	۷۰	۷۴	۷۹	۸۴	۸۹	۹۶	۱۰۳	۱۱۹	۱۴۱
فسفر	۱۱۹۶	۶۱۸	۷۸۴	۸۷۶	۹۵۵	۱۰۵۸	۱۱۵۸	۱۳۱۲	۱۳۹۷	۱۶۶۷	۲۱۳۳
آهن	۳۸	۲۹	۳۳	۳۳	۳۵	۳۶	۳۷	۳۹	۴۰	۴۵	۴۹
کلسیم	۷۹۴	۳۱۱	۴۹۳	۵۴۶	۵۹۸	۶۷۰	۷۴۶	۸۴۴	۹۲۵	۱۱۳۳	۱۵۷۰

جدول ۱۳-۹-۲- مقدار انرژی دریافتی روستاییان از کل کالاهای مصرفی در سال ۱۳۷۳

سال	AVG	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	DA	D9	D10
کالری	۳۱۶۰	۱۲۸۵	۱۸۷۵	۲۱۴۷	۲۵۶۹	۲۶۲۰	۲۷۹۱	۳۲۱۶	۳۸۰۶	۴۷۴۳	۶۵۴۴
پروتئین	۹۰	۳۵	۵۲	۶۱	۷۱	۷۳	۷۸	۹۰	۱۱۰	۱۳۷	۱۸۸
فسفر	۱۵۸۳	۵۰۰	۷۸۲	۹۰۳	۱۱۲۶	۱۱۵۱	۱۲۴۲	۱۵۷۱	۲۰۲۸	۲۶۲۴	۳۸۹۹
آهن	۳۲	۱۳	۱۹	۲۲	۲۵	۲۶	۲۸	۳۲	۴۰	۴۹	۶۹
کلسیم	۸۰۳	۳۰۹	۴۶۵	۵۳۲	۶۴۹	۶۷۹	۷۰۲	۸۳۵	۹۸۱	۱۲۳۳	۱۶۳۸

جدول ۱۴-۹-۲- مقدار انرژی دریافتی شهرنشینان از کل کالاهای مصرفی در سال ۱۳۷۳

سال	AVG	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	DA	D9	D10
کالری	۲۸۱۱	۱۸۹۸	۲۲۴۷	۲۳۷۶	۲۴۹۱	۲۷۰۰	۲۸۶۰	۲۹۷۰	۳۱۰۷	۳۴۸۷	۳۹۷۷
پروتئین	۹۰	۵۸	۶۹	۷۳	۷۷	۸۴	۹۰	۹۵	۱۰۰	۱۱۵	۱۳۴
فسفر	۱۱۷۷	۶۰۲	۷۸۴	۸۶۲	۹۴۴	۱۰۴۸	۱۱۸۰	۱۲۸۵	۱۳۸۱	۱۶۶۲	۲۰۱۸
آهن	۳۶	۲۸	۳۱	۳۲	۳۴	۳۶	۳۷	۳۷	۳۸	۴۱	۴۴
کلسیم	۸۶۹	۴۱۸	۵۴۵	۵۹۳	۶۶۵	۷۲۴	۸۵۶	۹۵۴	۱۰۵۹	۱۲۸۳	۱۵۹۹

جدول ۱۵-۹-۲- مقدار انرژی دریافتی روستاییان از کل کالاهای مصرفی در سال ۱۳۷۲

سال	AVG	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	DA	D9	D10
کالری	۳۳۶۶	۱۱۱۷	۱۶۷۴	۲۰۵۱	۲۳۴۱	۲۷۳۰	۳۰۸۲	۳۴۰۷	۳۹۶۰	۵۲۴۹	۸۰۷۴
پروتئین	۹۴	۲۹	۴۴	۵۵	۶۳	۷۵	۸۶	۹۵	۱۱۳	۱۴۷	۲۳۱
فسفر	۱۷۵۲	۴۲۶	۶۷۹	۸۴۳	۹۹۷	۱۲۳۸	۱۴۶۲	۱۶۵۷	۲۱۴۶	۲۹۷۷	۵۰۹۸
آهن	۳۳	۱۰	۱۶	۲۰	۲۲	۲۵	۲۸	۳۲	۴۰	۴۹	۸۳
کلسیم	۷۹۶	۲۵۸	۴۰۹	۴۸۰	۵۵۷	۶۵۴	۷۴۷	۸۹۷	۹۴۱	۱۲۵۷	۱۸۶۰

جدول ۱۶-۹-۲- مقدار انرژی دریافتی شهرنشینان از کل کالاهای مصرفی در سال ۱۳۷۲

سال	AVG	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D9	D10
کالری	۲۹۰۴	۱۸۷۶	۲۱۸۴	۲۳۶۰	۲۷۱۲	۲۸۱۱	۲۸۷۳	۳۰۶۹	۳۲۴۷	۳۶۷۵	۴۲۴۱
پروتئین	۹۰	۵۶	۵۵	۷۲	۷۹	۸۶	۹۰	۹۶	۱۰۲	۱۱۰	۱۳۹
فسفر	۱۱۶۷	۶۰۹	۷۴۷	۸۴۵	۹۵۷	۱۰۸۶	۱۱۶۶	۱۲۶۴	۱۳۸۹	۱۵۳۸	۲۰۷۲
آهن	۳۶	۲۷	۳۱	۳۲	۳۴	۳۶	۳۸	۳۹	۴۰	۴۲	۴۶
کلسیم	۸۴۴	۴۰۷	۴۹۰	۵۸۵	۶۷۰	۷۶۰	۷۹۴	۹۳۹	۱۰۱۳	۱۱۶۵	۱۶۱۴

محاسبات کلیه جداول فوق از گروه تحقیق.

جدول ۱۷-۹-۲- درصد دریافت ارزش های غذایی از طریق کالاهای اساسی ۷ گانه نسبت به

کل دریافت این ارزش ها، برای شهر و روستا و خانوارهای فقیر و متوسط

ارزش های غذایی روستا	۱۳۷۲		۱۳۷۳		۱۳۷۴	
	متوسط	۱۰٪ فقیر	متوسط	۱۰٪ فقیر	متوسط	۱۰٪ فقیر
کالری	۵۵	۴۶	۵۹	۵۲	۵۴	۴۶
پروتئین	۴۷	۳۷	۵۷	۴۸	۴۷	۴۰
فسفر	۲۵	۲۲	۳۱.۴	۲۸	۲۵	۲۲
آهن	۹۵	۴۵	۷۷	۵۶	۶۹	۵۰
کلسیم	۲۵	۱۷	۳۱	۲۱	۲۶	۱۸

ارزش های غذایی شهر	۱۳۷۲		۱۳۷۳		۱۳۷۴	
	متوسط	۱۰٪ فقیر	متوسط	۱۰٪ فقیر	متوسط	۱۰٪ فقیر
کالری	۸۵	۷۹	۸۷	۸۰	۸۵	۷۷
پروتئین	۷۹	۷۳	۸۴	۷۷	۸۱	۷۱
فسفر	۶۲	۵۶	۶۵	۵۹	۶۳	۵۴
آهن	۸۲	۷۵	۸۹	۷۸	۸۶	۷۴
کلسیم	۶۱	۵۹	۶۴	۵۹	۶۲	۵۳

محاسبات از گروه تحقیق.

در نگاه نخست شاهد یک تفاوت قابل ملاحظه بین شهر و روستا هستیم. در همه سال ها و همه ارزش ها و برای هر گروه فقیر و متوسط جامعه اتکا شهرنشینان به کالاهای اساسی مورد نظر بیشتر از روستاییان است. مثلاً در حالی که شهرنشین فقیر در سال ۱۳۷۲ حدود ۸۵ درصد انرژی خود را از این گروه کالاهای دریافت نموده، این رقم برای همین گروه (۱۰ درصد فقیر) در همین سال در روستا حدود ۵۵ درصد بیشتر

نیوده است. این اختلاف حتی - شدت بیشتری در مقایسه بین متوسط جامعه‌های شهری و روستایی نیز به چشم می‌خورد. در همان سال ۱۳۷۲ متوسط جامعه شهری و روستایی به ترتیب ۷۹ و ۴۶ درصد انرژی دریافتی خود را از گروه کالاهای مورد نظر تأمین نموده‌اند. چنین مقایسه‌ای بین شهر و روستادو پیام یا نکته را به دنبال دارد که قابل توجه و ملاحظه هستند. یک نکته به مسائل تغذیه‌ای و دیگری بسته حمایتی مربوط می‌شوند.

تغذیه دانه و متخصصین رشته تغذیه و علوم غذایی نه تنها به مقدار دریافت ارزش‌های غذایی بلکه کیفیت آن نیز توجه خاصی دارند. به عبارت دیگر آنها معتقد هستند که نحوه دریافت ریز و درشت مغذی‌ها اهمیت زیادی دارد. هر چقدر ارزش‌های غذایی دریافتی به وسیله انسان از مجموعه کالاهای خوراکی متنوع و متعددی صورت گیرد از نظر کیفیت مناسب‌تر است، این دیدگاه که به وسیله دانشمندان تغذیه عنوان می‌شود، در این مطالعه پیام روشنی را به ما منتقل می‌نماید.

با ملاحظه ارقام جدول شماره ۱۷-۹-۲ و تعبیر پارگراف بالاتر کاملاً روشن است که از نقطه نظر کیفیت روستائینان شرایط نامناسب‌تری را نسبت به شهرنشینان دارند. به این معنی که شهرنشینان عمده ارزش‌های غذایی خود را از گروه کوچک‌تری از کالاهای خوراکی نسبت به روستائینان تأمین می‌نمایند. نکته دوم از دیدگاه دیگری به حسه مخالف این مسئله توجه می‌کند. با توجه به این که بسته کالاهای اساسی مورد مطالعه در شهر بخش قابل ملاحظه‌ای از انرژی و دیگر ارزش‌های غذایی را به خانوارها منتقل می‌کند. از نظر سیاست‌های قیمتی و حمایتی دارای اهمیت زیادی است. بدیهی است که تغییرات به صورت افزایش در قیمت هر یک یا گروه کالاهای اساسی با فشار هزینه‌ای زیادی به خانوارهای شهری منتقل می‌کند (در صورت که کسش بودن تقاضای این کالاهای نسبت به قیمت‌ها) یا باعث افت شدید در دریافت ارزش‌های غذایی برای شهرنشینان می‌شود (در صورت یا کسش بودن تابع تقاضا) در مقابل این ضربات در روستا خفیف‌تر خواهد بود. در نتیجه هرگونه سیاست‌گذاری حمایتی و قیمتی روی این گروه کالاهای دارای اهمیت است.

بالاخره آخرین مقایسه در مورد اهمیت کالاهای اساسی و همچنین کیفیت دریافت ارزش‌های غذایی بین دو گروه فقیر و متوسط جامعه صورت می‌گیرد. چنانچه انتظار می‌رود بدون استثنا در همه موارد (سال‌های متفاوت و شهر و روستا) اتکاء گروه فقیر به کالاهای اساسی بیشتر از متوسط جامعه می‌باشد. این تفاوت - در نظر گرفتن دیدگاه تغذیه دانه و مسئله کیفی و کمی دریافت ارزش‌های غذایی شرایط نامناسب‌تر ۱۰ درصد فقیر جامعه را تصویر می‌نماید. خانوارهای فقیر جامعه و به خصوص خانوارهای فقیر جامعه شهری نه تنها به اندازه کافی ارزش‌های غذایی را دریافت نمی‌کنند بلکه آنچه که دریافت می‌نمایند نیز از کیفیت مناسب برخوردار نمی‌باشد. جدول شماره ۱۷-۹-۲ نشان می‌دهد که ۱۰ درصد فقیر جامعه شهری حدود ۹۰ درصد از انرژی و آهن دریافتی خود را فقط از این گروه از کالاهای اساسی به دست می‌آورند.

### نقش بسته حمایتی در طی برنامه دوم

در این بخش تریجه خود را معضوف ادامه سیاست حمایت غذایی دولت از دوران جنگ در برنامه دوم

می‌کنیم. هرچند که در آغاز برنامه دوم مسئله بازنگری به سیستم یارانه کالاهای اساسی مطرح شده و حتی گامی نیز در این جهت برداشته شد<sup>۱</sup>، ولی به دلایل سیاسی و نبود یک برنامه مناسب جایگزین کم و بیش سیستم حمایت غذایی ادامه یافته است. به هر صورت تفاوت بین مقدار سوبسید و حمایت بین شهر و روستا همچنان وجود دارد. به صورتی که مقدار حمایت در روستا کمتر از شهر می‌باشد. جدول‌های شماره ۱-۹-۲ الی ۴-۹-۲ مهم را به خوبی تصویر می‌کنند.

برای مقایسه بهتر ما نخست ارزش‌های غذایی که خانوارهای شهرنشین و روستایی در طی سال‌های ۱۳۷۲ الی ۱۳۷۴ از کل مصرف کالاهایی که در سبد یارانه قرار دارند محاسبه نموده و در جدول‌های شماره ۱۸-۹-۲ الی ۲۳-۹-۲ نشان می‌دهیم. این جدول‌ها بدون توجه به سهم سوبسید این کالاها و فقط براساس مقدار واقعی خرید و مصرف کالاهای سوبسیدی به وسیله گروه‌های درآمدی شهری و روستایی به دست آمده‌اند. برای هر سه سال مورد مطالعه کالاهایی که در سبد یارانه خانوارهای روستایی قرار دارند عبارتند از برنج، روغن، قند و شکر و برای شهرنشینان علاوه بر سه کالای فوق گوشت قرمز و پنیر نیز اضافه شده است. در نتیجه جدول‌های شماره ۱۸-۹-۲ الی ۲۲-۹-۲ برای هر سال مقدار ارزش‌های غذایی دریافتی از کل مصرف سه کالا در روستا و پنج قلم کالا در شهر را محاسبه می‌کند.

در مقایسه نخست مبادرت به استخراج سهم کالاهای سوبسیدی در تأمین ارزش‌های غذایی خانوارهای فقیر و متوسط دو جامعه شهری و روستایی می‌کنیم. این مهم را در جدول شماره ۲۴-۹-۲ نشان داده‌ایم.

جدول ۱۸-۹-۲- مقدار انرژی دریافتی شهرنشینان از کالاهای سوبسیدی شامل: برنج، پنیر، گوشت قرمز، روغن و قند و شکر سال ۱۳۷۴

سال	AVG	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D9	D10
کالری	۹۸۷	۴۳۵	۶۰۱	۷۵۵	۷۶۶	۸۷۵	۹۶۹	۱۰۵۷	۱۱۹۸	۱۳۸۸	۱۸۲۹
پروتئین	۲۰	۵	۸	۱۱	۱۲	۱۶	۱۹	۲۲	۲۶	۳۲	۵۰
فسفر	۳۱۸	۷۴	۱۲۸	۱۶۶	۱۹۱	۲۴۴	۳۰۰	۳۴۷	۴۰۹	۵۱۹	۸۰۷
آهن	۳	۱	۲	۲	۳	۳	۴	۴	۴	۵	۶
کلسیم	۲۳۷	۳۲	۶۷	۹۴	۱۰۹	۱۵۳	۲۰۹	۲۵۲	۳۰۳	۴۲۱	۷۳۳

جدول ۱۹-۹-۲- مقدار انرژی دریافتی روستاییان از کالاهای سوبسیدی شامل: برنج، روغن و قند و شکر سال ۱۳۷۴

سال	AVG	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D9	D10
کالری	۸۷۱	۲۵۸	۴۷۸	۵۳۶	۶۳۱	۷۰۰	۸۷۰	۸۸۹	۱۰۳۸	۱۲۴۹	۱۹۶۵
پروتئین	۷	۲	۳	۳	۴	۵	۷	۷	۹	۱۱	۲۰
فسفر	۱۶۶	۲۹	۵۱	۶۸	۸۷	۱۰۵	۱۷۱	۱۵۳	۲۰۷	۲۶۷	۵۲۲
آهن	۳	۱	۱	۱	۲	۲	۳	۳	۳	۴	۹
کلسیم	۲۶	۷	۱۱	۱۳	۱۷	۱۹	۲۶	۲۷	۳۳	۴۰	۶۵

<sup>۱</sup> تبدیل یارانه حبوبلهای مرغ و تخم مرغ به نقدی و سپس حذف کامل این یارانه و همچنین حذف یا کاهش بعضی دیگر از یارانه‌ها در طی برنامه اول و دوم.

جدول ۲-۹-۲۰- مقدار انرژی دریافتی شهرنشینان از کالاهای سوبسیدی شامل: برنج، پنیر، گوشت فرمز، روغن و قند و شکر سال ۱۳۷۴

سال	AVG	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D9	D10
کالری	۹۷۶	۴۲۶	۶۰۸	۶۹۶	۷۶۰	۸۶۸	۹۵۶	۱۰۷۷	۱۲۰۴	۱۴۰۹	۱۷۵۴
پروتئین	۲۱	۶	۱۰	۱۱	۱۴	۱۶	۲۰	۲۴	۲۸	۳۶	۴۸
فسفر	۳۶۰	۹۲	۱۶۷	۱۸۶	۲۲۹	۲۷۱	۳۴۲	۴۱۴	۴۸۱	۶۰۶	۸۱۲
آهن	۳	۱	۲	۲	۲	۳	۳	۳	۴	۴	۵
کلسیم	۳۳۱	۶۷	۱۳۴	۱۴۶	۱۸۶	۲۰۹	۳۰۲	۳۸۴	۴۵۹	۵۹۷	۸۳۱

جدول ۲-۹-۲۱- مقدار انرژی دریافتی روستاییان از کالاهای سوبسیدی شامل: برنج، روغن و قند و شکر سال ۱۳۷۳

سال	AVG	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D9	D10
کالری	۸۲۲	۲۸۴	۴۱۹	۵۰۵	۶۶۹	۶۴۰	۷۲۳	۸۴۹	۹۷۷	۱۱۸۲	۱۹۶۵
پروتئین	۷	۱	۲	۳	۵	۵	۶	۸	۹	۱۲	۲۰
فسفر	۱۸۴	۲۳	۵۵	۸۰	۱۲۸	۱۱۱	۱۴۰	۱۹۱	۲۲۶	۲۹۹	۵۸۶
آهن	۳	۱	۱	۱	۲	۲	۲	۳	۴	۵	۱۰
کلسیم	۲۳	۴	۹	۱۲	۱۷	۱۶	۱۹	۲۵	۲۹	۳۸	۶۱

جدول ۲-۹-۲۲- مقدار انرژی دریافتی روستاییان از کالاهای سوبسیدی شامل: برنج، روغن و قند و شکر سال ۱۳۷۲

سال	AVG	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D9	D10
کالری	۸۹۶	۲۸۷	۴۴۳	۵۲۵	۶۱۶	۷۲۱	۸۴۲	۹۴۹	۱۰۱۸	۱۳۸۶	۲۱۷۹
پروتئین	۸	۱	۳	۳	۵	۶	۸	۹	۹	۱۵	۲۴
فسفر	۳۰۰	۱۹	۵۵	۷۵	۱۰۴	۱۳۸	۱۸۱	۱۹۶	۲۱۵	۳۶۰	۶۶۱
آهن	۳	۰	۱	۱	۲	۲	۳	۳	۴	۶	۱۱
کلسیم	۲۸	۴	۱۰	۱۳	۱۷	۲۲	۲۷	۳۱	۳۳	۵۱	۷۵

جدول ۲-۹-۲۳- مقدار انرژی دریافتی شهرنشینان از کالاهای سوبسیدی شامل: برنج، پنیر، گوشت فرمز، روغن و قند و شکر سال ۱۳۷۲

سال	AVG	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D9	D10
کالری	۱۰۴۸	۴۷۱	۶۱۱	۷۱۲	۹۷۸	۹۸۱	۹۵۱	۱۱۶۵	۱۲۳۳	۱۵۹۰	۱۷۹۵
پروتئین	۳۲	۶	۹	۱۲	۱۵	۲۰	۲۰	۲۷	۲۷	۳۲	۴۸
فسفر	۳۶۴	۱۰۶	۱۵۱	۲۰۰	۲۵۷	۳۳۴	۳۲۶	۴۵۱	۴۶۰	۵۴۵	۸۱۶
آهن	۳	۱	۲	۲	۳	۳	۳	۴	۴	۵	۶
کلسیم	۳۱۵	۸۰	۹۸	۱۴۵	۲۰۳	۲۷۲	۲۶۲	۳۹۴	۴۰۶	۵۰۲	۷۹۱

محاسبات کتبه حدود فوق را کرده هستیم

جدول ۲۴-۹-۲- درصد دریافت ارزش های غذایی از طریق کالاها ی مشمول بارانه نسبت به

کل ارزش های غذایی دریافتی، برای شهر و روستا و خانوارهای فقیر و متوسط

ارزش های غذایی روستا		۱۳۷۲		۱۳۷۳		۱۳۷۴	
	% فقیر	متوسط	% فقیر	متوسط	% فقیر	متوسط	% فقیر
کالری	۲۶	۲۷	۲۲	۲۶	۲۵	۲۵	۲۵
پروتئین	۳	۸	۳	۸	۵	۷	۵
فسفر	۴	۱۱	۵	۱۲	۵	۹	۵
آهن	صفر	۹	۵	۹	۸	۹	۸
کلسیم	۱	۳	۱	۳	۲	۳	۲
ارزش های غذایی شهر		۱۳۷۲		۱۳۷۳		۱۳۷۴	
	% فقیر	متوسط	% فقیر	متوسط	% فقیر	متوسط	% فقیر
کالری	۲۵	۳۶	۲۲	۳۵	۲۳	۳۴	۲۳
پروتئین	۱۱	۲۴	۱۰	۲۳	۹	۲۲	۹
فسفر	۱۷	۳۱	۱۵	۳۰	۱۲	۲۶	۱۲
آهن	۴	۸	۳	۸	۳	۸	۳
کلسیم	۲۰	۳۷	۱۶	۳۸	۸	۳۰	۸

محاسبات از گروه تحقیق.

به صورت کلی این جدول نیز سهم قابل توجه چند کالای سوبسیدی را در تأمین ریز و درشت مغذی ها به خصوص برای کالری نشان می دهد. اما این جدول پیام های جدول شماره ۱۷-۹-۲ را منتقل نمی کند. تفاوت های بین شهر و روستا و تفاوت های بین گروه فقیر و متوسط در جدول شماره ۲۴-۹-۲ قابل توجه بوده و متناسب نیستند. حتی روند این سهم ها نیز تغییر قابل ملاحظه ای را نشان نمی دهند. به عبارت دیگر اهمیت کالاها ی سوبسیدی در دریافت ارزش های غذایی تفاوت فاحشی بین شهر و روستا، گروه فقیر و متوسط (در سطح روستا) و در طول زمان نداشته است.

یک سؤال دیگر نیز در مقابل ما قرار دارد که پاسخ به آن به کمک جدول شماره ۲۵-۹-۲ فراهم می شود. این سؤال نقش و سهم کوبین کالاها ی خوراکی از کل مصرف همین کالاها از نقطه نظر ارزش های غذایی می باشد. با استناد از جدول های شماره ۲-۹-۲ و ۴-۹-۲ همچنین جدول های شماره ۱۸-۹-۲ می توانیم ۲۳-۹-۲ درصد سهم ارزش های غذایی ناشی از کوبین کالاها ی اساسی را از ارزش های غذایی به دست آمده از کل مصرف همین کالاها را محاسبه نموده در جدول شماره ۲۵-۹-۲ نشان می دهیم.

۱. در جامعه شهری درصد سهم کالاها ی سوبسیدی بین گروه فقیر و متوسط جامعه قابل ملاحظه بوده و این سهم برای فقرا بسیار کمتر به نظر می رسد.



جدول ۲۵-۹-۲- درصد ارزش های غذایی دریافتی از کوپن کالاهای اساسی نسبت به ارزش های دریافتی از کل مصرف همین کالاها در

شهر، روستا و بر اساس گروه های فقیر، متوسط و غنی

۱۳۷۴			۱۳۷۳			۱۳۷۲			ارزش های غذایی روستا
غنی	متوسط	فقیر	غنی	متوسط	فقیر	غنی	متوسط	فقیر	
۱۹	۴۳	۱۰۴	۱۲	۳۰	۸۶	۱۱	۲۹	۸۹	کالری
۱۰	۲۸	۱۰۰	۵	۱۴	۱۰۰	۴	۱۲	۱۰۰	پروتئین
۷	۲۲	۱۲۴	۲	۵	۴۳	۱	۵	۵۳	فسفر
۱۱	۳۳	۱۰۰	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	آهن
۹	۲۳	۸۶	۳	۹	۵۰	۳	۷	۵۰	کلسیم
۱۳۷۴			۱۳۷۳			۱۳۷۲			ارزش های غذایی شهر
غنی	متوسط	فقیر	غنی	متوسط	فقیر	غنی	متوسط	فقیر	
۲۳	۴۳	۹۹	۱۶	۲۹	۶۶	۱۶	۲۷	۶۱	کالری
۸	۲۰	۸۰	۴	۹	۳۳	۶	۱۴	۵۰	پروتئین
۶	۱۷	۷۲	۳	۷	۲۹	۵	۱۱	۴۰	فسفر
۱۷	۳۳	۱۰۰	۲۰	۳۳	۱۰۰	۱۷	۳۳	۱۰۰	آهن
۲	۶	۴۴	۱	۲	۱۲	۲	۵	۱۹	کلسیم

محاسبات بر گروه تحقیق

چنانچه انتظار می رود تفاوت سهم ارزش های به دست آمده از کوپن کالاهای خوراکی برای سه گروه مورد مطالعه بسیار متفاوت است. به صورتی که در مواردی خانوارهای فقیر فقط سه اندازه ارزش های موجود در کوپن کالاهای خوراکی ریز مغذی یا درشت مغذی ها را دریافت می کنند. حتی در دو مورد انرژی و فسفر در روستاها در سال ۱۳۷۴ کمتر از ارزش های موجود در سهمیه کوپن خود دریافت می کنند. با وجود آن که یارانه توزیع شده در روستاها کمتر از شهر است. ولی به نظر می رسد که در مجموع مصرف کالاهای سوپسیدی اتکاء روستاییان به کوپن کالاهای ضروری بیشتر از شهرنشینان است. نکته مهمی که با کمک جدول شماره ۲۵-۹-۲ روشن می شود افزایش در وزن ارزش های غذایی کوپن نسبت به مقدار خرید و مصرف این کالاها در طول زمان است. این مهم به وضوح برای شهر و روستا با حرکت از سال ۱۳۷۲ به ۱۳۷۴ آشکار می شود. به عبارت دیگر اتکاء کل جامعه شهری در دریافت ارزش های غذایی از ۵ کالای برنج، روغن، گوشت فرم، بزر و قند و شکر و همچنین روستائینان برای سه کالای برنج، روغن، قند و شکر به کوپن این کالاها در آغاز برنامه دوم تا سال ۱۳۷۴ افزایش داشته است.

۱ این یافته می تواند به علت کاهش سهمیه کالاهای خوراکی در بازار باشد.

جدول ۲۶-۹-۲- مقادیر کالاهای کوپنی طی سال‌های ۱۳۶۶ تا ۱۳۷۴

سال	۱۳۶۶	۱۳۶۷	۱۳۶۸	۱۳۶۹	۱۳۷۰	۱۳۷۱	۱۳۷۲	۱۳۷۳	۱۳۷۴
برنج	۱۲۰۰۰	۳۰۰۰	۳۰۰۰	۹۰۰۰	۶۰۰۰	۶۰۰۰	۶۰۰۰	۳۰۰۰	۹۰۰۰
گوشت قرمز	۱۱۲۰۰	۹۸۰۰	۸۴۰۰	۷۷۰۰	۶۳۰۰	۴۲۰۰	۲۸۰۰	۲۸۰۰	۳۵۰۰
مرغ	۱۴۰۰	۲۸۰۰	۴۲۰۰	۳۵۰۰	۷۰۰	۰	۰	۰	۰
تخم مرغ	۱۴۰۰	۵۶۰۰	۵۶۰۰	۶۳۰۰	۱۴۰۰	۰	۰	۰	۰
پنیر	۷۵۰	۱۰۰۰	۱۴۷۵۰	۱۲۵۰	۱۷۵۰	۱۰۰۰	۱۰۰۰	۵۰۰	۷۵۰
کره	۳۰۰	۷۵۰	۷۵۰	۳۰۰	۰	۰	۰	۰	۰
روغن	۵۴۰۰	۴۵۰۰	۵۴۰۰	۶۳۰۰	۵۴۰۰	۵۴۰۰	۴۵۰۰	۴۹۵۰	۹۴۵۰
قند و شکر	۱۲۰۰۰	۱۲۰۰۰	۱۲۰۰۰	۱۲۰۰۰	۱۲۰۰۰	۸۴۰۰	۸۴۰۰	۹۶۰۰	۷۲۰۰

جدول ۲۷-۹-۲- جدول ارزش غذایی کالاهای کوپنی طی سال‌های ۱۳۶۶ تا ۱۳۷۴ - جامعه شهری

سال	۱۳۶۶	۱۳۶۷	۱۳۶۸	۱۳۶۹	۱۳۷۰	۱۳۷۱	۱۳۷۲	۱۳۷۳	۱۳۷۴
کالری	۴۹۱	۴۱۳	۴۴۱	۴۹۹	۳۹۵	۳۲۲	۲۸۹	۲۸۱	۴۳۰
پروتئین	۹	۹	۱۰	۱۰	۶	۴	۳	۲	۴
فسفر	۱۱۲	۱۰	۱۱۷	۱۳۱	۷۶	۴۸	۴۲	۲۷	۵۳
آهن	۲	۲	۲	۲	۱	۱	۱	۱	۱
کلسیم	۲۰	۲۶	۳۵	۳۳	۲۷	۱۶	۱۵	۸	۱۴

#### یارانه ارزش‌های غذایی طی دو برنامه

به خاطر انعکاس یک تصویر کلی از توزیع کوپن کالاهای اساسی خوراکی و محتوی ارزش‌های غذایی این کالاها طی دو برنامه توسعه اقتصادی و سال قبل از آن (۱۳۶۶) جدول‌های شماره ۲۶-۹-۲ و ۲۷-۹-۲ تشکیل می‌دهیم. جدول شماره ۲۶-۹-۲ براساس تعداد کوپن‌های اعلام شده از سوی بسیج اقتصادی و محتوی مقداری هر کوپن محاسبه شده و برای سال‌های ۱۳۶۶ الی ۱۳۷۴ مقادیر اعلام شده برای هر یک از کالاهای مشمول یارانه در شهر<sup>۱</sup> به دست آمده است. سپس جدول شماره ۲۷-۹-۲ را براساس اطلاعات جدول شماره ۲۶-۹-۲ و محتوی ارزش‌های غذایی کالاها محاسبه کرده‌ایم. این جدول به خوبی مقدار یارانه انرژی، پروتئین، فسفر، آهن و کلسیم را که از طریق مصرف کالاهای کوپنی حاصل می‌شود را نشان می‌دهد.

مقدار سوپسید انرژی در سال ۱۳۶۹ به حداکثر خود طی سال‌ها رسیده و با عدد ۴۹۹ کالری مشخص می‌شود. سپس از سال ۱۳۷۰ شروع به کاهش می‌کند و در سال ۱۳۷۳ به کمترین مقدار و ۲۸۱ کالری می‌رسد. سپس با یک جهش در سال ۱۳۷۴ رقم ۴۳۰ کالری ظاهر می‌شود. به طور کلی غیر از کلسیم مقدار محتوی

۱ کالاهای کوپنی شامل برنج، گوشت، مرغ، تخم مرغ، پنیر، کره، روغن و قند و شکر است.  
۲ امار کوپن‌های روستایی به صورت سری رسمی در دسترس نیست.

ارزش‌های غذایی کوپن کالاهای ضروری در سال ۱۳۶۹ از همه سال‌های مورد مطالعه بیشتر گزارش شده است و در مقابل سال ۱۳۷۳ کمترین آمار را نشان می‌دهد. با توجه به جدول شماره ۳-۱۲-۲ در بخش «وضعیت موجود دریافت ارزش‌های غذایی در شهر و روستا» که مقدار معیار مورد نیاز ارزش‌های غذایی را تعیین می‌کند سهم مقادیر یارانه این ارزش‌های غذایی را برای دو سال ۱۳۶۹ و ۱۳۷۳ در جدول شماره ۲۸-۹-۲ در زیر نشان می‌دهیم.

جدول ۲۸-۹-۲- سهم یارانه ارزش‌های غذایی از مقدار مورد نیاز در سال‌های ۱۳۶۹ و ۱۳۷۳ (شهر)

شرح	کالری	پروتئین	آهن	کلسیم
معیار ارزش‌های غذایی	۲۲۰۹	۵۶/۲	۱۳۶	۵۱۰
درصد یارانه سال ۱۳۶۹	۲۲/۶	۱۷/۸	۱۴۷	۶۵
درصد یارانه سال ۱۳۷۳	۱۲/۷	۳/۵	۷	۱۵

محاسبه از گروه حبیب

تفاوت یارانه به صورت ارزش‌های غذایی در سال‌های ۱۳۶۹ و ۱۳۷۳ در جدول ۲۸-۹-۲ به خوبی نشان داده شده است. در مورد کتبه ارزش‌های غذایی درج شده در این جدول درصد سهم یارانه‌های سال ۱۳۶۹ بیش از دو برابر سال ۱۳۷۳ است. مثلاً ارزش‌های غذایی همراه کوپن کالاهای خوراکی در سال ۱۳۶۹ تا حدود ۲۲/۶ درصد انرژی مورد نیاز خانوارهای شهری را تأمین می‌کند. در حالی که محتوی ارزش‌های غذایی یارانه سال ۱۳۷۳ فقط ۱۲/۷ درصد انرژی ضروری را فراهم می‌نماید. به هر صورت جدول شماره ۲۸-۹-۲ نشان می‌دهد که یارانه کلسیم در حد بسیار کمی قرار دارد. به ضروری که در سال ۱۳۷۳ فقط ۱۵ درصد کلسیم مورد نیاز فرد از طریق یارانه کالاهای خوراکی قابل تأمین می‌باشد و در بیشترین حد یارانه‌ها در سال ۱۳۶۹ به حدود ۶۵ درصد می‌رسد.

جدول ۲۹-۹-۲- مقدار انرژی دریافتی روستاییان از کالاهای سوبسیدی شامل: برنج، روغن و قند و شکر سال ۱۳۶۶

سال	AVG	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D9	D10
کالری	۶۵۸	۲۰۰	۲۸۷	۳۹۷	۴۵۹	۴۷۶	۴۷۷	۶۲۴	۶۵۸	۷۴۲	۱۴۵۸
پروتئین	۷	۱	۲	۴	۴	۵	۲۰	۷	۷	۸	۱۵
فسفر	۲۰۶	۱۸	۴۶	۹۲	۱۱۴	۱۲۳	۶۲۸	۱۸۱	۲۰۱	۲۲۵	۴۲۹
آهن	۴	۰	۱	۲	۲	۲	۱۱	۳	۳	۴	۷
کلسیم	۲۲	۳	۷	۱۳	۱۵	۱۶	۵۲	۲۳	۲۲	۲۶	۴۳

محاسبه از گروه حبیب

جدول ۳۰-۹-۲- مقدار انرژی دریافتی شهرنشینان از کالاهای سوبسیدی شامل: برنج، پنیر، گوشت قرمز، روغن، قند و شکر، مرغ،

تخم مرغ و کره سال ۱۳۶۶

سال	AVG	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D9	D10
کالری	۱۰۶۹	۴۵۸	۵۹۷	۶۹۰	۷۳۰	۹۴۸	۱۰۲۹	۱۱۶۴	۱۳۷۱	۱۵۳۵	۲۱۷۷
پروتئین	۳۵	۵	۱۲	۱۵	۱۸	۲۹	۳۲	۴۰	۴۸	۵۶	۸۹
فسفر	۴۹۷	۸۶	۱۹۰	۲۲۸	۲۸۱	۴۲۱	۴۵۳	۵۷۰	۶۸۵	۸۱۸	۱۲۳۸
آهن	۶	۲	۳	۳	۴	۵	۵	۶	۸	۹	۱۳
کلسیم	۲۸۱	۳۰	۹۰	۱۰۹	۱۴۹	۲۰۵	۲۴۱	۳۲۰	۳۸۶	۴۹۸	۷۸۰

محاسبات از گروه تحقیق.

بالاخره برای ارائه یک تصویر از شرایط مصرف کالاهای سوبسیدی جدول‌های شماره ۲۹-۹-۲ و ۳۰-۹-۲ را ارائه کرده‌ایم. این دو جدول به ترتیب برای روستا و شهر ارزش‌های غذایی دریافت شده را از مصرف کالاهای مشمول یارانه برای هر جامعه نشان می‌دهند. یک مقایسه اجمالی روشن می‌کند که مقدار دریافت ارزش‌های غذایی روستاییان از کل مصرف کالاهای سوبسیدی کمتر از شهرنشینان است. این تفاوت عمدتاً می‌تواند به علت محدود بودن تعداد کالاهای مشمول سوبسید در روستا نسبت به شهر باشد. برای مقایسه سهم کوپن از دریافت ارزش‌های غذایی از کالاهای مورد نظر با توجه به این که فقط مقدار توزیع کوپن در شهر را در اختیار داریم جدول شماره ۳۱-۹-۲ را تشکیل می‌دهیم.

جدول ۳۱-۹-۲- درصد ارزش‌های کوپن کالاهای اساسی از کل مصرف این کالاها در شهر سال ۱۳۶۶

ارزش‌ها	ارزش‌های غذایی کوپن	درصد از ارزش‌های گروه فقیر	درصد از ارزش‌های گروه متوسط	درصد از ارزش‌های گروه غنی
کالری	۴۹۱	۱۰۷	۴۶	۲۲
پروتئین	۹	۱۸۰	۲۶	۱۰
فسفر	۱۱۲	۱۳۰	۲۲	۹
آهن	۲	۱۰۰	۳۳	۱۵
کلسیم	۲۰	۶۷	۷	۲

محاسبات از گروه تحقیق.

این جدول نشان می‌دهد که گروه فقیر جامعه شهری غیر از کلسیم در مورد بقیه ارزش‌های غذایی حتی محتوی کوپن کالاهای خوراکی را نیز کامل دریافت نمی‌کند. دلیل این مهم مثل گذشته قاعدتاً فروش بخشی از کوپن کالاهای اساسی در بازار آزاد است. چنانچه انتظار می‌رود با حرکت به سمت گروه‌های با درآمد بالاتر سهم ارزش‌های غذایی کوپن کالاهای اساسی از کل مصرف این کالاها کاهش می‌یابد، به طوری که برای ۱۰ درصد ثروتمند جامعه در صدها بسیار کوچک می‌شوند، مثلاً خانوارهای غنی شهری فقط ۳۰ درصد از پروتئین دریافتی خود را از کالاهای برنج، روغن، گوشت قرمز، پنیر و قند و شکر از طریق کوپن

این کالاها دریافت نموده و ۹۰ درصد باقی مانده را از خرید آزاد به دست می آورند.

## فصل ۱۰- تجزیه و تحلیل رفتار اقتصادی خانوارها در شهر و روستا

چون و چند رفتار مصرفی خانوارها قسمت عمده یک سیستم اقتصادی را تشکیل می دهد. کنیه افراد جامعه در هر بخشی که به فعالیت تولیدی و خدمتی مشغول هستند، خانه دار، محصل یا بیکار هم که باشند بالاخره مصرف کننده خواهند بود. به عنوان مصرف کننده در هر بازار برای کالاها و خدمات تقاضایی دارند که مجموع تقاضای آنها در هر بازار عامل عمده‌ای در تعیین سطح قیمت‌ها مقدار تولید آن کالا می باشد. خانوارها به تنهایی و در نتیجه در مجموع در مقابل زیاد و کم شدن عرضه کالاها و خدمات و سیاست‌گذاری‌های قیمتی، مانیاتی، سوبسیدی دولت عکس العمل نشان داده و در مصرف کالاها و خدمات کاهش و افزایش می دهند. خانوارها بعضی کالاها را جانشین بعضی می کنند و در مقابل تغییر در سطح قیمت‌های حتی در بلند مدت در الگوی مصرف خود ایجاد تغییر می نمایند.

اهمیت انواع کالاها برای خانوارها تفاوت می کند. این تفاوت در بین گروه‌های مختلف درآمدی و حتی در بعد جغرافیایی نیز وجود دارد. وزن اهمیت کالاها و خدمات در سبد مصرفی خانوارها برای تصمیمات سیاست‌گذاری بسیار اهمیت دارد. شاید بدون مطالعه خاصی بتوانیم تعداد قابل توجهی از کالاهای ضروری و مهم را شمارش کنیم. ولی بدون شک تعیین و تشخیص وزن اهمیت کالاها و خدمات در سبد مصرفی خانوارها نیازمند بررسی اطلاعات و آمار بودجه خانوار می باشد. بر پایه این اطلاعات و آمار ما استفاده از بعضی شاخص‌ها مثل کشش درآمد، سهم هزینه کالاها و غیره می توانیم کالاها و خدمات مصرفی خانوارها را طبقه‌بندی کنیم.

علاوه بر شناخت رفتار مصرفی خانوارها بررسی نحوه تغییر در این رفتار در طول زمان نیز حائز اهمیت زیادی است. این نوع مطالعه چگونگی عکس العمل خانوارها در مقابل تغییرات در شرایط بازار و همچنین سیاست‌های اقتصادی جامعه را نشان می دهد. در نتیجه یک مقایسه منقطع یا پیوسته زمانی به خوبی می تواند این منظور را بر آورده نماید. چنانچه فعلاً اشاره کردیم این بررسی می تواند با توجه به وضعیت جغرافیایی، اجتماعی و اقتصادی خانوارها نیز به صورت مقطعی صورت گیرد. مثلاً می توان رفتار مصرفی خانوارها را در استان‌های مختلف کشور مطالعه نمود یا بر حسب نوع فعالیت و شغل این مهم را انجام داد.

ما در اینجا ابتدا به بررسی کل جامعه به تفکیک شهر و روستا می پردازیم. چنین مطالعه‌ای به ما امکان خواهد داد که ضمن آشنایی با رفتار اقتصادی کل جامعه و نحوه توزیع درآمد (هزینه) در این جوامع زمینه برای مقایسه سایر زیر مجموعه از خانوارها را فراهم نماییم. در نتیجه مطالعه اقتصادی خانوارهای شهری را در سرلوحه کار قرار می دهیم.

### ۱- مطالعه اقتصادی رفتار خانوارهای شهری

یکی از مهم‌ترین تقسیم‌بندی‌های کمی از کالاها و خدمات، تفکیک آنها به صورت زیر مجموعه‌ای است که مورد استفاده آمارگران من جمله مرکز آمار ایران قرار دارد. از آنجا که ما پایه آماری و اطلاعاتی این مطالعه و

مطالعات مشابه دیگر را بر آمار بودجه خانوار جمع آوری شده به وسیله مرکز آمار ایران قرار داده ایم. از این طبقه بندی استفاده خواهیم کرد.

تقسیم بندی کل کالاها و خدمات خوراکی و غیرخوراکی:

۱- کالاهای خوراکی

۲- پوشاک

۳- مسکن

۴- وسایل منزل

۵- بهداشت و درمان

۶- حمل و نقل

۷- تفریحات و سرگرمی ها

۸- هزینه های شخصی

به عبارت دیگر فرد درآمد خود را بین هشت گروه کالاها و خدمات فوق و پس انداز (اگر داشته باشد) تقسیم می کند. از آنجا که بهترین جایگزینی درآمد دائمی فرد هزینه کل می باشد. ما در مجموعه مطالعات خود هزینه کل را تخمینی برای درآمد دائمی در نظر می گیریم. به خصوص برای صاحبان درآمدهای پایین که پس انداز نقدی آنها تغییر زیادی نمی کند. این جایگزینی بسیار مناسب تلقی می شود.

یکی از شاخص های تعیین اهمیت یا ضرورت کالاها و خدمات سهم هزینه ای آن از کل هزینه های شخصی می باشد. اگر هزینه کالای  $i$  ام را با  $q_i$  و  $E_i = p_i q_i$  تعیین کنیم که  $q_i$  به ترتیب قیمت و مقدار کالای  $i$  هستند. سهم هزینه این کالا را که با  $W_i$  نشان می دهیم به صورت زیر تعیین می شود.

$$W_i = \frac{E_i}{E}$$

که در اینجا  $E$  هزینه کل فرد می باشد.

حال اگر سهم هزینه ای یک کالا با افزایش درآمد کاهش یابد و این کاهش قابل ملاحظه باشد کالا یا خدمت ضروری تلقی خواهد شد. با توجه به این نکته ما به بررسی سهم هزینه کالا و روند آن برای هشت گروه کالاهای فوق می پردازیم.

جدول شماره ۱-۱۰-۲- سهم هزینه گروه کالاهای هشت گانه را به تفکیک بیست گروه درآمدی یا هزینه ای نشان می دهد. به این معنی که ما کل جامعه شهرنشینی را با توجه به هزینه کلی که طی سال ۱۳۷۴ انجام داده اند به بیست گروه برابر تقسیم کرده ایم که گروه اول شامل پنج درصد از فقیرترین خانوارهای جامعه شهری است و به ترتیب از گروه یا بیستک دوم درآمد یا هزینه خانوارها افزایش می یابد تا به گروه یا بیستک بیستم می رسیم این گروه پنج درصد ثروتمندترین خانوارهای جامعه شهری تلقی می شوند.

چنین روند تغییراتی را ما برای هیچ یک از دیگر گروه کالاها و خدمات هشت گانه مشاهده نمی کنیم. در مورد پوشاک سهم هزینه خانوارهای فقیر حدود ۶ درصد است که با یک افزایش نوسانی ملایم برای بیستک نوزدهم حدود ۱۰ درصد خواهد بود. البته از بیستک نوزدهم به بیستک بیستم یکباره به ۶ درصد سقوط می کند.

جدول ۱-۱۰-۲ سهم هزینه گروه کالاهای هشت گانه جامعه شهری (سال ۱۳۷۴)

BY۰	B۱۹	B۱۸	B۱۷	B۱۶	B۱۵	B۱۴	B۱۳	B۱۲	B۱۱	B۱۰	B۹	B۸	B۷	B۶	B۵	B۴	B۳	B۲	B۱	AVG	نسبت هزینه‌ها
۰.۶۰	۰.۷۲	۰.۶۹	۰.۶۷	۰.۶۶	۰.۶۵	۰.۶۴	۰.۶۴	۰.۶۲	۰.۶۲	۰.۶۱	۰.۶۰	۰.۶۰	۰.۵۹	۰.۵۹	۰.۵۷	۰.۵۶	۰.۵۱	۰.۵۵	۰.۵۵	۰.۶۸	نسبت هزینه‌ها
۰.۲۰	۰.۳۸	۰.۳۱	۰.۳۳	۰.۳۴	۰.۳۵	۰.۳۶	۰.۳۶	۰.۳۸	۰.۳۸	۰.۳۹	۰.۴۰	۰.۴۰	۰.۴۱	۰.۴۱	۰.۴۳	۰.۴۴	۰.۴۳	۰.۴۵	۰.۴۵	۰.۳۲	نسبت هزینه‌ها
۰.۰۹	۰.۱۱	۰.۱۱	۰.۱۰	۰.۱۰	۰.۱۰	۰.۱۰	۰.۰۹	۰.۰۸	۰.۰۸	۰.۰۸	۰.۰۸	۰.۰۸	۰.۰۷	۰.۰۷	۰.۰۶	۰.۰۵	۰.۰۵	۰.۰۴	۰.۰۳	۰.۰۹	نسبت هزینه‌ها
۰.۲۵	۰.۳۸	۰.۳۰	۰.۳۰	۰.۳۲	۰.۳۱	۰.۳۱	۰.۳۳	۰.۳۱	۰.۳۲	۰.۳۲	۰.۳۲	۰.۳۳	۰.۳۳	۰.۳۳	۰.۳۳	۰.۳۳	۰.۳۲	۰.۳۴	۰.۳۴	۰.۳۰	نسبت هزینه‌ها
۰.۰۷	۰.۰۷	۰.۰۸	۰.۰۷	۰.۰۷	۰.۰۷	۰.۰۶	۰.۰۶	۰.۰۶	۰.۰۶	۰.۰۶	۰.۰۶	۰.۰۶	۰.۰۵	۰.۰۵	۰.۰۵	۰.۰۵	۰.۰۵	۰.۰۵	۰.۰۴	۰.۰۷	نسبت هزینه‌ها
۰.۰۸	۰.۰۵	۰.۰۵	۰.۰۴	۰.۰۴	۰.۰۴	۰.۰۴	۰.۰۴	۰.۰۴	۰.۰۴	۰.۰۴	۰.۰۴	۰.۰۴	۰.۰۴	۰.۰۴	۰.۰۴	۰.۰۴	۰.۰۴	۰.۰۴	۰.۰۳	۰.۰۵	نسبت هزینه‌ها
۰.۲۲	۰.۱۲	۰.۰۸	۰.۰۸	۰.۰۷	۰.۰۶	۰.۰۶	۰.۰۵	۰.۰۵	۰.۰۵	۰.۰۵	۰.۰۵	۰.۰۵	۰.۰۵	۰.۰۴	۰.۰۴	۰.۰۳	۰.۰۴	۰.۰۳	۰.۰۳	۰.۱۰	نسبت هزینه‌ها
۰.۰۳	۰.۰۳	۰.۰۳	۰.۰۳	۰.۰۳	۰.۰۳	۰.۰۳	۰.۰۳	۰.۰۳	۰.۰۳	۰.۰۳	۰.۰۳	۰.۰۳	۰.۰۳	۰.۰۳	۰.۰۳	۰.۰۳	۰.۰۳	۰.۰۳	۰.۰۳	۰.۰۳	نسبت هزینه‌ها
۰.۰۶	۰.۰۶	۰.۰۵	۰.۰۵	۰.۰۵	۰.۰۴	۰.۰۴	۰.۰۴	۰.۰۴	۰.۰۳	۰.۰۳	۰.۰۳	۰.۰۳	۰.۰۳	۰.۰۳	۰.۰۳	۰.۰۳	۰.۰۳	۰.۰۳	۰.۰۳	۰.۰۵	نسبت هزینه‌ها

مجموعه داده‌ها گروه تحقیق

این گزارش بر مبنای اطلاعات آماری تهیه شده است و مسئولیت آن با این سازمان نمی‌باشد.

مسکن در سال ۱۳۷۴ در شهر یک نتایج به ظاهر غیرمتداولی را مطرح می‌نماید. چنانچه بعد در مقایسه مقطع زمانی خواهیم دید در مرحله نخست انتظار می‌رود که سهم هزینه مسکن نیز مشابه هزینه‌های خوراکی سیر نزولی را در طول بیستک‌های هزینه‌ای طی نماید و دیگر این که این سهم به خصوص برای خانوارهای فقیر قابل توجه باشد. در حالی که یافته‌های آماری ما نتایج دیگری و در واقع برعکس را نشان می‌دهد.

سهم هزینه مسکن پنج درصد فقیر جامعه شهری از کل هزینه‌های او فقط ۱۴ درصد است که با یک روند افزایش این سهم برای بیستک‌های بالاتر افزایش می‌یابد تا این که بالاخره برای چهار بیستک شانزدهم تا بیستم به ۲۹ درصد می‌رسد و با یک کاهش برای بیستک آخر یا بیستک ۲۶ درصد ثبت شده است. چنین روندی در تغییرات سهم هزینه مسکن برای گروه‌های مختلف درآمدی این کالا را لوکس تصویر می‌کند. به نظر می‌رسد که این نسبت‌ها یا هزینه مسکن به‌طور کلی تا حدودی کم برآورد شده است که ما در مقایسه مقطعی هزینه‌ها به آن خواهیم پرداخت.

هزینه وسایل منزل برای گروه فقیر، متوسط و غنی جامعه به ترتیب با یک درصد افزایش در سهم هزینه‌ای دچار تغییر شده است. فقیرها ۵ درصد از کل هزینه‌های خود را صرف خرید وسایل منزل کرده‌اند. در حالی که به‌طور متوسط جامعه شهری ۶ درصد و پنج درصد ثروتمند جامعه ۷ درصد هزینه این گروه از کالاها را داشته‌اند. به هر صورت این گروه از کالاها نیز ضروری تلقی نمی‌شوند. سهم هزینه‌های شخصی یا گروه هشتم کالاها و خدمات نیز با حدود ۱ درصد جابه‌جایی به سمت پایین برای سه گروه فقیر، متوسط و غنی جامعه وضع مشابه وسایل منزل را داشته است. به این صورت که سهم هزینه‌های شخصی خانوارهای فقیر، متوسط و غنی جامعه شهری از کل هزینه‌های فرد به ترتیب ۵،۴ و ۶ درصد می‌باشد.

در بین هشت گروه کالاها مورد بررسی به نظر می‌رسد که هزینه‌های حمل و نقل کمترین ضرورت را دارا می‌باشند یا به عبارت دیگر لوکس‌ترین گروه کالاها و خدمات هستند. روند فقیر در سهم هزینه‌ها و سرمایه‌گذاری روی حمل و نقل افراد با یک روند افزایش ملایم تا بیستک نوزدهم ادامه دارد و سپس در این مرحله دچار یک جهش عمده می‌شود. به طوری که سهم هزینه و سرمایه‌گذاری در حمل و نقل که برای خانوارهای فقیر ۴ درصد است به تدریج برای پنج درصد دوم ثروتمند جامعه به ۱۰ درصد می‌رسد و یکباره برای پنج درصد اول ثروتمند یا غنی‌ترین گروه جامعه شهری به ۲۳ درصد می‌رسد.

بالاخره هزینه‌های مربوط به سرگرمی و تفریحات با یک روند ثابت از نظر سهم هزینه تقریباً برای کلیه گروه‌های درآمدی جامعه شهری حدود ۳ درصد است. به عبارت دیگر به‌طور کلی خانوارهای شهری ۳ درصد از کل هزینه‌های خود را صرف تفریح و سرگرمی می‌نمایند. این نسبت به نظر می‌رسد که نسبت پایینی است.

کشش‌های درآمدی (هزینه‌ای): شاید برای کسانی که با مفهوم کشش درآمدی تقاضا و هزینه روی کالاها آشنایی دارند نتایج استخراج تابع انگل روشن‌تر اهمیت کالاها را نشان دهد. در اینجا چون ما برای گروه‌های کالاها مطالعه را انجام می‌دهیم، بدیهی است که مقادیر با معنی بوده و کشش درآمدی برای هزینه روی هر یک از زیر مجموعه کالاها و خدمات هشت‌گانه معنی‌دار خواهد بود.

از شاخص‌های عمده اقتصادی برای تشخیص رفتار خانوارها در مقابل تغییرات در درآمدشان کشش



درآمدی است. این کشتش که در اینجا درصد تغییرات در هزینه روی کالاها را در نتیجه یک درصد تغییر در هزینه کل نشان می‌دهد. حال اگر ما به روش ساده‌ای برای هر یک از گروه کالاها یک معادله رگرسیون تشکیل بدهیم که هزینه کل در آن متغیر مستقل بوده و هزینه روی هر گروه کالا متغیر مستقل تلقی شود. نتیجه رگرسیون کشتش‌های مورد نظر را برای ما محاسبه خواهد نمود. نتایج تخمینی لگاریتمی توابع مورد نظر را در زیر نشان می‌دهیم:

$$\text{LogF} = 0.95 + 0.77 \text{ LogTC}$$

$$R^2 = 0.98 \quad ER = 0.019$$

$$\text{LogP} = -3.29 + 1.35 \text{ LogTC}$$

$$R^2 = 0.97 \quad ER = 0.050$$

$$\text{LogH} = 0.83 + 0.90 \text{ LogTC}$$

$$R^2 = 0.99 \quad ER = 0.007$$

$$\text{LogD} = -2.42 + 1.19 \text{ LogTC}$$

$$R^2 = 0.99 \quad ER = 0.017$$

$$\text{LogC} = -2.50 + 1.18 \text{ LogTC}$$

$$R^2 = 0.98 \quad ER = 0.035$$

$$\text{LogT} = -4.78 + 1.57 \text{ LogTC}$$

$$R^2 = 0.98 \quad ER = 0.03$$

$$\text{LogR} = -2.54 + 1.15 \text{ LogTC}$$

$$R^2 = 0.99 \quad ER = 0.020$$

$$\text{LogS} = -3.12 + 1.27 \text{ LogTC}$$

$$R^2 = 0.98 \quad ER = 0.03$$

در اینجا S, R, T, C, D, H, P, F به ترتیب برای خوراک، پوشاک، مسکن، وسایل منزل، بهداشت و درمان، حمل و نقل، سرگرمی، هزینه شخصی و کل هزینه آمده‌اند.

کشتش‌های به دست آمده از تخمین توابع درآمدی هزینه برای گروه‌های هشت گانه کالاها و خدمات نشان می‌دهند که هزینه‌های خوراکی ضروری‌ترین گروه از کالاها تنفی می‌شوند.

کشتش به دست آمده 0.77 است به این معنی که با افزایش یک درصد در درآمد خانوارها آنها هزینه خوراکی خود را 0.77 درصد افزایش می‌دهند و در نتیجه مرتب با افزایش درآمد سهم هزینه این گروه از کالاها مرتب کاهش می‌یابد. در حالی که نوکس‌ترین گروه کالاها و خدمات در این مطالعه حمل و نقل است که با کشتش حدود 1.57 نشان می‌دهد که با افزایش درآمد به مقدار یک درصد، خانوارها هزینه‌های خود را روی بخش حمل و نقل، 57 درصد افزایش می‌دهند.

1. به‌دور می‌شود که ما به جای درآمد نسبی فرد هزینه کل را حاشین نمودیم در نتیجه کشتش‌های حاصل از تخمین برین برای کشتش‌های واقعی هستند قرار دادن هزینه روی هر کالا به جای مصرف آن در اینجا به علت بی‌معنی بودن مقدار مصرف کالاها می‌شد.

جدول ۲-۱۰-۲- سهم هزینه گروه کالاهای عمده خوراکی از هزینه خوراکی جامعه شهری (سال ۱۳۷۴)

B20	B19	B18	B17	B16	B15	B14	B13	B12	B11	B10	B9	B8	B7	B6	B5	B4	B3	B2	B1	AVG	نسبت هزینه ها
۰۰۹	۰۰۲۰	۰۰۱۸	۰۰۱۸	۰۰۱۷	۰۰۱۸	۰۰۱۷	۰۰۱۷	۰۰۱۷	۰۰۱۶	۰۰۱۵	۰۰۱۵	۰۰۱۴	۰۰۱۳	۰۰۱۲	۰۰۱۳	۰۰۱۱	۰۰۱۱	۰۰۱۰	۰۰۰۹	۰۰۱۷	خوراکی برنج
۰۰۶	۰۰۱۴	۰۰۱۲	۰۰۱۱	۰۰۱۰	۰۰۱۰	۰۰۱۰	۰۰۰۸	۰۰۰۹	۰۰۰۷	۰۰۰۶	۰۰۰۶	۰۰۰۵	۰۰۰۴	۰۰۰۴	۰۰۰۴	۰۰۰۳	۰۰۰۳	۰۰۰۲	۰۰۰۱	۰۰۱۰	خوراکی برنج و حبوبات
۰۰۳	۰۰۰۵	۰۰۰۶	۰۰۰۶	۰۰۰۸	۰۰۰۸	۰۰۰۷	۰۰۰۸	۰۰۰۸	۰۰۰۹	۰۰۰۹	۰۰۰۹	۰۰۰۹	۰۰۰۹	۰۰۰۸	۰۰۰۹	۰۰۰۸	۰۰۰۸	۰۰۰۸	۰۰۰۷	۰۰۰۷	خوراکی سبزیجات
۰۰۱	۰۰۰۲	۰۰۰۲	۰۰۰۲	۰۰۰۳	۰۰۰۳	۰۰۰۳	۰۰۰۳	۰۰۰۳	۰۰۰۴	۰۰۰۴	۰۰۰۴	۰۰۰۵	۰۰۰۵	۰۰۰۶	۰۰۰۶	۰۰۰۷	۰۰۰۸	۰۰۰۹	۰۰۱۳	۰۰۰۳	خوراکی لبن
۰۰۴	۰۰۱۶	۰۰۱۶	۰۰۱۶	۰۰۱۶	۰۰۱۵	۰۰۱۵	۰۰۱۵	۰۰۱۵	۰۰۱۵	۰۰۱۵	۰۰۱۵	۰۰۱۵	۰۰۱۵	۰۰۱۵	۰۰۱۴	۰۰۱۴	۰۰۱۳	۰۰۱۲	۰۰۱۰	۰۰۱۵	خوراکی روغن و کره
۰۰۸	۰۰۰۷	۰۰۰۷	۰۰۰۷	۰۰۰۷	۰۰۰۷	۰۰۰۷	۰۰۰۶	۰۰۰۷	۰۰۰۷	۰۰۰۷	۰۰۰۷	۰۰۰۶	۰۰۰۶	۰۰۰۶	۰۰۰۶	۰۰۰۷	۰۰۰۶	۰۰۰۶	۰۰۰۶	۰۰۰۷	خوراکی مرغ
۰۰۱	۰۰۰۹	۰۰۰۹	۰۰۰۹	۰۰۱۰	۰۰۱۰	۰۰۱۰	۰۰۱۰	۰۰۱۰	۰۰۱۱	۰۰۱۱	۰۰۱۱	۰۰۱۱	۰۰۱۱	۰۰۱۲	۰۰۱۲	۰۰۱۲	۰۰۱۲	۰۰۱۳	۰۰۱۳	۰۰۱۰	خوراکی تخم مرغ
۰۰۲	۰۰۰۲	۰۰۰۲	۰۰۰۲	۰۰۰۲	۰۰۰۳	۰۰۰۳	۰۰۰۳	۰۰۰۳	۰۰۰۳	۰۰۰۳	۰۰۰۳	۰۰۰۳	۰۰۰۳	۰۰۰۴	۰۰۰۴	۰۰۰۲	۰۰۰۴	۰۰۰۴	۰۰۰۵	۰۰۰۳	خوراکی حبوبات و غلات
۰۰۴	۰۰۰۴	۰۰۰۵	۰۰۰۴	۰۰۰۵	۰۰۰۵	۰۰۰۵	۰۰۰۵	۰۰۰۵	۰۰۰۶	۰۰۰۵	۰۰۰۶	۰۰۰۶	۰۰۰۶	۰۰۰۶	۰۰۰۶	۰۰۰۶	۰۰۰۷	۰۰۰۷	۰۰۰۷	۰۰۰۵	خوراکی چای
۰۰۲	۰۰۰۲	۰۰۰۲	۰۰۰۲	۰۰۰۲	۰۰۰۳	۰۰۰۳	۰۰۰۳	۰۰۰۳	۰۰۰۳	۰۰۰۳	۰۰۰۳	۰۰۰۳	۰۰۰۴	۰۰۰۴	۰۰۰۴	۰۰۰۴	۰۰۰۵	۰۰۰۵	۰۰۰۶	۰۰۰۳	خوراکی قند و شکر

محاسبات از گروه تحقیق.

در بین دو گروه کالاهای خدمات فوق که در دو حد ضروری و غیر ضروری قرار دارند، شش گروه دیگر از کالاهای خدمات قرار می‌گیرند. کشت هزینه‌های مسکن پس از هزینه‌های خوراکی می‌باشد. به عبارت دیگر بسته دوم از کالاهای ضروری برای خانوارهای شهری، مسکن<sup>۱</sup> می‌باشد.

بررسی سبد کالاهای خوراکی به علت اهمیت و ضرورت خیلی زیاد کالاهای خوراکی جای دارد که با دقت بیشتری به بررسی سبد کالاهای فوق پردازیم. هر چند بدون شک با توجه به سهم هزینه‌ای و همچنین کشت درآمدی برای گروه کالاهای خوراکی ضروری بودن آن قطعی است، ولی درجه ضرورت این کالاهای برای خانوارهای یکسان نبوده و حتی بعضی از این کالاهای تنهایی یک کالای ضروری تلقی نمی‌شوند. برای بررسی این مهم مابه تجزیه و تحلیل اهمیت و وزن چندکالای اساسی می‌پردازیم.

نخست به سهم هزینه این کالاهای مجموع هزینه‌های خوراکی توجه می‌نماییم. جدول شماره ۲-۱۰-۲ برای کالاهای برنج (به تفکیک داخلی و خارجی)، نان، گوشت، مرغ، شیر، روغن، چای و قند و شکر سهم هزینه کالاهای را از کل هزینه‌های خوراکی نشان می‌دهد. به‌طور متوسط بیشترین سهم هزینه کالاهای هزینه‌های خوراکی به ترتیب به برنج با ۱۷ درصد و سپس گوشت با ۱۵ درصد تعلق دارد. برای متوسط جامعه شهری فقط ۳ درصد از هزینه‌های خوراکی برای نان صرف شده است.

همان جدول برای پنج درصد فقیر جامعه نشان می‌دهد که آنها بیشترین سهم هزینه کالاهای خوراکی را به نان و شیر با ۱۳ درصد و برای هر کداه و سپس گوشت با ۱۰ درصد تخصیص می‌دهند. گروه ثروتمند جامعه شهری یا بیستک آخر جدول شماره ۲ بیشتر سهم هزینه خوراکی را به برنج با ۱۹ درصد و سپس به گوشت با ۱۶ درصد داده‌اند. به عبارت دیگر سهم دو کالای گوشت و برنج از هزینه خوراکی خانوارهای ثروتمند ۳۵ درصد است. درحالی که سهم هزینه این دو کالا از هزینه‌های خوراکی گروه فقیر ۱۹ درصد می‌باشد. در مقابل مجموع سهم هزینه نان و شیر از هزینه‌های خوراکی خانوارهای فقیر ۲۶ درصد است ولی همین دو کالا برای پنج درصد ثروتمند جامعه شهری فقط ۹ درصد از هزینه‌های خوراکی آنها را می‌پوشاند. هر چند که برنج ۹ درصد از هزینه خوراکی خانوارهای فقیر را تشکیل می‌دهد، ولی این سهم برای دو نوع برنج داخلی و وارداتی کاملاً متفاوت است. از ۹ درصد سهم هزینه‌های خوراکی خانوارهای فقیر که به برنج تعلق می‌گیرد بیش از ۷ درصد آن برای برنج داخلی است و فقط ۱ درصد صرف خرید برنج داخلی می‌شود. در حالی که برای خانوار ثروتمند از ۱۹ درصد سهم هزینه برنج از کالاهای خوراکی حدود ۱۶ درصد صرف خرید برنج داخلی می‌شود و فقط بیشتر از ۳ درصد بابت مصرف برنج وارداتی خرج می‌گردد. به عبارت دیگر پس از کالای جانبی برنج داخلی و خارجی از نظر اهمیت سایر خانوارهای فقیر و غنی تفاوت فاحشی وجود دارد. روشن است که این تفاوت عمدتاً به دلیل سوبسید به برنج وارداتی است.

<sup>۱</sup> به علت سهم هزینه‌ای بسیار جانی به حساب آن در حد بررسی می‌کنیم

جدول ۳-۱۰-۲- سهم هزینه بیستک‌های مختلف از هزینه روی هر کالا برای جامعه شهری (سال ۱۳۷۴)

اندام کالا	B۱	B۲	B۳	B۴	B۵	B۶	B۷	B۸	B۹	B۱۰	B۱۱	B۱۲	B۱۳	B۱۴	B۱۵	B۱۶	B۱۷	B۱۸	B۱۹	B۲۰
برنج	۰/۰۰۶	۰/۰۱۱	۰/۰۱۴	۰/۰۱۷	۰/۰۲۱	۰/۰۲۲	۰/۰۲۶	۰/۰۲۹	۰/۰۳۴	۰/۰۳۷	۰/۰۴۲	۰/۰۴۹	۰/۰۵۱	۰/۰۵۸	۰/۰۶۶	۰/۰۶۹	۰/۰۷۹	۰/۰۹۰	۰/۱۱۷	۰/۱۶۴
برنج داخلی	۰/۰۰۲	۰/۰۰۴	۰/۰۰۶	۰/۰۰۹	۰/۰۱۱	۰/۰۱۲	۰/۰۱۴	۰/۰۱۷	۰/۰۲۴	۰/۰۲۵	۰/۰۳۰	۰/۰۳۳	۰/۰۴۴	۰/۰۵۶	۰/۰۶۳	۰/۰۶۶	۰/۰۸۷	۰/۱۰۳	۰/۱۴۶	۰/۲۳۷
برنج خارجی	۰/۰۱۲	۰/۰۲۰	۰/۰۲۵	۰/۰۲۷	۰/۰۳۳	۰/۰۳۶	۰/۰۴۳	۰/۰۴۶	۰/۰۴۷	۰/۰۵۳	۰/۰۵۱	۰/۰۵۸	۰/۰۵۹	۰/۰۶۰	۰/۰۷۰	۰/۰۷۴	۰/۰۶۸	۰/۰۷۱	۰/۰۷۶	۰/۱۰۲
لبن	۰/۰۴۳	۰/۰۴۷	۰/۰۴۸	۰/۰۵۰	۰/۰۴۸	۰/۰۴۹	۰/۰۵۰	۰/۰۵۰	۰/۰۵۰	۰/۰۴۸	۰/۰۵۲	۰/۰۴۷	۰/۰۴۹	۰/۰۵۰	۰/۰۵۱	۰/۰۵۱	۰/۰۵۲	۰/۰۵۳	۰/۰۵۵	۰/۰۵۷
گوشت	۰/۰۰۷	۰/۰۱۴	۰/۰۱۸	۰/۰۲۲	۰/۰۲۵	۰/۰۲۹	۰/۰۳۱	۰/۰۳۴	۰/۰۳۸	۰/۰۴۱	۰/۰۴۳	۰/۰۴۸	۰/۰۵۱	۰/۰۵۶	۰/۰۶۱	۰/۰۶۸	۰/۰۷۹	۰/۰۸۶	۰/۱۰۳	۰/۱۳۵
سبزی	۰/۰۱۰	۰/۰۱۵	۰/۰۱۸	۰/۰۲۴	۰/۰۲۵	۰/۰۲۷	۰/۰۳۰	۰/۰۳۳	۰/۰۳۸	۰/۰۴۱	۰/۰۴۳	۰/۰۴۶	۰/۰۴۸	۰/۰۵۷	۰/۰۶۰	۰/۰۷۰	۰/۰۷۵	۰/۰۹۰	۰/۱۰۱	۰/۱۴۶
شیر	۰/۰۱۵	۰/۰۲۲	۰/۰۲۶	۰/۰۲۹	۰/۰۳۲	۰/۰۳۴	۰/۰۳۷	۰/۰۳۹	۰/۰۴۲	۰/۰۴۶	۰/۰۴۷	۰/۰۵۰	۰/۰۵۱	۰/۰۵۶	۰/۰۶۰	۰/۰۶۵	۰/۰۷۰	۰/۰۷۸	۰/۰۸۷	۰/۱۱۳
روغن	۰/۰۱۷	۰/۰۲۵	۰/۰۲۷	۰/۰۳۱	۰/۰۳۲	۰/۰۳۴	۰/۰۳۵	۰/۰۴۰	۰/۰۴۴	۰/۰۴۴	۰/۰۵۰	۰/۰۴۸	۰/۰۴۹	۰/۰۵۴	۰/۰۵۹	۰/۰۶۷	۰/۰۶۵	۰/۰۸۱	۰/۰۸۴	۰/۱۱۴
غلات و حبوبات	۰/۰۲۳	۰/۰۳۱	۰/۰۳۵	۰/۰۳۷	۰/۰۳۹	۰/۰۴۲	۰/۰۴۳	۰/۰۴۴	۰/۰۴۸	۰/۰۴۶	۰/۰۴۷	۰/۰۴۹	۰/۰۵۲	۰/۰۵۲	۰/۰۵۶	۰/۰۵۶	۰/۰۶۵	۰/۰۷۱	۰/۰۷۴	۰/۰۸۹
میوه	۰/۰۱۲	۰/۰۲۲	۰/۰۲۴	۰/۰۲۸	۰/۰۳۲	۰/۰۳۲	۰/۰۳۶	۰/۰۳۹	۰/۰۴۰	۰/۰۴۴	۰/۰۴۴	۰/۰۴۸	۰/۰۴۸	۰/۰۵۸	۰/۰۶۲	۰/۰۷۱	۰/۰۷۵	۰/۰۷۹	۰/۰۸۲	۰/۱۱۷

منبع: سازمان آمار و سرشماری، گروه تحقیق.

هر چند که بررسی سهم هزینه کالاهای خوراکی یا کل گروه‌های مختلف درآمدی اهمیت این کالاها را در سبد خانوارهای فقیر و غنی و متوسط نشان می‌دهند، ولی برای درک بهتر نتایج سیاست‌های مالیاتی و سوبسیدی دولت، یکی از شاخص‌های اولیه و ساده سهم هزینه مصرف هر خانوار از کل هزینه روی آن کالا است. جدول شماره ۳-۱۰-۲ نتیجه محاسبات برای تعیین سهم هزینه کالاها به وسیله بیستک‌های مختلف از کل هزینه روی آن کالا را نشان می‌دهد. مثلاً اولین عدد زیر بیستک اول و در مقابل برنج کل می‌گوید که پنج درصد فقیر جامعه شهری از کل هزینه‌ای که خانوارهای شهری صرف خرید برنج کرده‌اند فقط ۰.۶ درصد آن به وسیله این گروه انجام شده است. به عبارت دیگر اگر قرار بود خانوارها به‌طور یکسان از هزینه کالاها من جمله برنج سهم ببرند می‌باید پنج درصد فوق ۵۰ درصد از هزینه روی برنج را انجام داده باشند. در حالی که آنها فقط ۰.۶ درصد از هزینه کل جامعه روی برنج را به خود تعلق داده‌اند.

روشن است که هر چند یک گروه از خانوارها سهم کمتری از هزینه روی یک کالا را انجام داده باشند سوبسید و مالیات‌های روی این کالاها کمتر متوجه آنها می‌شود و برعکس خانوارهایی که سهم بیشتری از هزینه روی یک کالا را به خود تخصیص می‌دهند در صورت برقراری سوبسید روی آن کالا بیشترین سهم را می‌برند و اگر مالیات برقرار شود سهم بیشتری را می‌پردازند.

حال مجدداً به جدول شماره ۳-۱۰-۳ توجه می‌کنیم. قابل مشاهده است که تقریباً در مورد هیچ کالایی فقیرترین پنج درصد جامعه سهم هزینه متناسب خود را نبرده‌اند. یعنی در مورد هیچ کالایی حتی نان نیز آن‌ها ۵۰ درصد یا بیشتر از هزینه‌ها را به خود تعلق نداده‌اند. به عبارت دیگر هر گونه سوبسیدی روی مجموعه و یا تک تک این کالاها سهم کمتری را بین خانوارهای فقیر توزیع می‌کند و بقیه خانوارها سهم بیشتری می‌برند. در مقابل اگر به آخرین ستون جدول ۳-۱۰-۲ که زیر بیستک ۲۰ قرار دارد توجه کنیم به وضوح مشاهده می‌کنیم که خانوارهای ثروتمند جامعه شهری در کلیه موارد یعنی برای همه کالاها سهم هزینه‌ای را که به خود اختصاص می‌دهند بیشتر از سهم متناسب آنها است. این به صورتی است که حتی تا حد بیش از ۴/۵ برابر سهم خود روی کالایی هزینه انجام می‌دهند. یعنی اگر سوبسیدی برقرار شود آنها بیشترین سهم را می‌برند و در صورت برقراری مالیات نیز بیشترین وزن را متحمل می‌شوند.

ولی به هر صورت سهم هزینه همه کالاهای مورد مطالعه در جدول شماره ۳ برای خانوارهای فقیر و غنی مشابه نیست. در مورد خانوارهای فقیر سهم هزینه نان آنها از کل هزینه جامعه شهری روی نان حدود ۴.۳ درصد است. هر چند کمتر از ۵۰ درصد می‌باشد ولی در بین سهم هزینه دیگر کالاها بیشترین عدد می‌باشد. در حالی که سهم هزینه برنج دخیل خانوارهای فقیر از کل هزینه برنج داخلی حدود ۰.۲ درصد بیشتر نیست. در مطالعه جدول شماره ۲-۱۰-۲ مشاهده کردیم که هزینه روی گوشت در سبد خانوارهای فقیر با حدود ۱۰ درصد وزن سنگینی را به خود اختصاص داده، ولی وقتی با استفاده از جدول شماره ۳ به سهم هزینه گوشت خانوارهای فقیر از کل هزینه گوشت توجه می‌کنیم مشاهده می‌شود که آنها فقط ۰.۹ درصد یعنی کمتر از ۱ درصد از هزینه روی گوشت را در جامعه شهری به خود تعلق می‌دهند.

در مجموع به نظر می‌رسد که هر گونه سوبسید مستقیمی به خانوارهای فقیر بار هزینه‌ای بسیار کمتری را برای دولت خواهد داشت. در این زمینه پس از استخراج خط فقر و تعیین درصد زیر این خط مجدداً بحثی را خواهیم داشت.

کشش های درآمدی کالاها و خوراکی شهر: با توجه به توضیحاتی که قبلاً در مورد کشش درآمدی گروه های کالاها و خدمات دادیم، در اینجا نیز به یک بررسی از کشش های درآمدی می پردازیم. در مورد گروه های هشت گانه کالاها که ما فقط هزینه انجام شده به وسیله گروه های مختلف درآمدی را روی کالاها و خدمات داشتیم، در واقع کشش هزینه روی کالاها را به دست آوردیم. اما در مورد کالاها و خوراکی ما مقادیر تقاضا یا مصرف هر یک از کالاها را برای بیست گروه درآمدی مورد مطالعه داریم در نتیجه معادله انگل یا کشش درآمدی تقاضا را نیز می توانیم تخمین بزنیم.

نخست در زیر رگرسیون تابع تقاضای انگل را برای کالاها و خوراکی اساسی مورد نظر می نویسیم. با توجه به این که ما از لگاریتم هزینه کل برای تخمین درآمد دائمی و لگاریتم مقادیر مصرف بیستکی به عنوان متغیر وابسته استفاده نموده ایم، ضرایب به دست آمده همگی کشش های درآمدی را نشان می دهند. در زیر توابع تقاضای درآمد به صورت درصدی یا لگاریتمی می آوریم:

LogTR =  $-4/84 + 1/100$  LogTC برنج

$R^2 = 0/96$  ER =  $0/045$

LogDR =  $-7/50 + 1/37$  LogTC برنج داخلی

$R^2 = 0/96$  ER =  $0/059$

LogIR =  $-2/86 + 0/63$  LogTC برنج وارداتی

$R^2 = 0/84$  ER =  $0/06$

LogBR =  $2/26 + (-0.01)$  LogTC نان

$R^2 = 0/05$  ER =  $0/01$

LogM =  $-4/07 + 0/82$  LogTC گوشت

$R^2 = 0/96$  ER =  $0/036$

LogCH =  $-4/11 + 0/82$  LogTC مرغ

$R^2 = 0/95$  ER =  $0/040$

LogSH =  $-0/54 + 0/29$  LogTC شکر

$R^2 = 0/98$  ER =  $0/009$

LogTEA =  $-3/38 + 0/60$  LogTC چای

$R^2 = 0/36$  ER =  $0/19$

در اینجا مشابه قبل TC هزینه کل را نشان می دهد، ER خطای ضریب و بقیه متغیرهای وابسته نیز به صورت زیر تعریف می شوند.

TR-کل برنج

DR-برنج داخلی

IR-برنج وارداتی

BR-نان

M-گوشه

CH-میرغ

SH-فند و شکر

TEA-جای

نتیج بالا نشان می دهند که غیر از برنج داخلی که کشتش درآمدی ۱/۳۷ و بیشتر از واحد دارد. بقیه کالاهای خوراکی مورد مطالعه در -لا ضروری محسوب می شوند.

تأثیر تغییرات درآمد روی هزینه کالاهای خوراکی: در مورد گروه کالاهای هشت گانه تأثیر درصد تغییر در درآمد هزینه کل را روی هزینه هر گروه کالا مطالعه کردیم و توضیح دادیم که این اقدام به علت بی معنی بودن جمع مقدار کالاهای برای هر گروه می باشد. اما در مورد کالاهای خوراکی. از آنجا که مقدار تقاضا یا مصرف هر کالا در دسترس بود. کشتش درآمدی را محاسبه نمودیم. یعنی تأثیر درصد تغییرات در درآمد را روی درصد تغییر در مقدار مصرف یا تقاضای هر کالای خوراکی محاسبه کردیم. در اینجا لازم است به یک نکته توجه کنیم. کشتش درآمدی تأثیر تغییر درآمد را در تقاضا برای کالاها در شرایطی نشان می دهد که قیمت کالای مورد نظر ثابت باشد. چون در غیر این صورت. یعنی اگر قیمت کالا نیز متغیر باشد. آنچه که به دست می آید فقط تغییرات مصرف یا تقاضا به علت تغییر درآمد نیست بلکه تأثیر تغییرات قیمت نیز مؤثر خواهد بود. در نتیجه اگر قیمت هر کالا برای کتبه گروه های درآمدی ثابت باشد. قاعدتاً کشتش های به دست آمده برای هر دو موردی که مقدار تقاضای کالا و هزینه روی کالا متغیر وابسته تلقی شوند مشابه خواهد بود. در اینجا نخست هزینه ای (درآمدی) روی کالاها را با در نظر گرفتن هزینه روی هر کالا به جای متغیر وابسته به دست می آوریم و سپس به بررسی علت اختلاف می پردازیم. در زیر نتیجه رگرسیون ها مشابه موارد گذشته درج می شوند:

$$\text{LogCTR} = 1/54 + 1/04 \text{ LogTC}$$

$$R^2 = 0/97 \quad ER = 0/040$$

$$\text{LogCDR} = -5/24 + 1/58 \text{ LogTC}$$

$$R^2 = 0/97 \quad ER = 0/067$$

$$\text{LogCIR} = 1/21 + 0/55 \text{ LogTC}$$

$$R^2 = 0/97 \quad ER = 0/071$$

$$\text{LogCBR} = 3/92 + 0/07 \text{ LogTC}$$

$$R^2 = 0/99 \quad ER = 0/008$$

$$\text{LogCM} = 0/607 + 0/89 \text{ LogTC}$$

$$R^2 = 0/96 \quad ER = 0/037$$

$$\text{LogCCH} = -0/69 + 0/85 \text{ LogTC}$$

$$R^2 = 0/98 \quad ER = 0/027$$

$$\text{LogCSH} = 1/83 + 0/39 \text{ LogTC}$$

$$R^2 = 0.97 \quad ER = 0.014$$

$$\text{LogCTEA} = 0.26 + 0.66 \text{LogTC}$$

$$R^2 = 0.98 \quad ER = 0.020$$

در اینجا علامت‌ها مشابه قبل هستند با این تفاوت که حرف اول هر یک از متغیرهای وابسته تا C آغاز می‌شود که معرف هزینه روی آن کالا است.

#### جدول ۴-۱۰-۲- کشتش کالاهای عمده

##### برای جامعه شهری ۱۳۷۴

کشتش کالا	مقداری	هزینه‌ای
برنج	۱/۰۰	۱/۰۴
برنج داخلی	۱/۳۷	۱/۵۸
برنج خارجی	۰/۶۳	۰/۵۵
نان	-۰/۰۱	۰/۰۷
گوشت	۰/۸۲	۰/۸۹
مرغ	۰/۸۲	۰/۸۵
قند و شکر	۰/۲۹	۰/۳۹
چای	۰/۶۰	۰/۶۶

محاسبات از گروه تحقیق.

برای مقایسه بهتر نتایج ضرایب در جدول شماره ۴-۱۰-۳ در زیر کشتش‌ها تغییرات را برای دو مورد فوق به نمایش می‌گذاریم. در ملاحظه نخست مشاهده می‌شود که وقتی هزینه روی کالاها خارج می‌شود تقاضای کالا می‌شود. بدون استثنا کلیه کشتش‌ها افزایش می‌یابند. مثلاً کشتش درآمدی برای کل برنج وقتی که متغیر وابسته مقدار است ا به دست می‌آید که معمولی بودن مجموع تقاضا برای برنج را نشان می‌دهد. در حالی که با قرار دادن هزینه روی کل برنج به جای مقدار آن کشتش حاصل حدود ۰/۰۴ افزایش می‌شود که اگر نوکس بودن مصرف کل برنج را مطرح نکند حداقل ضرورت مصرف کل برنج را نشان می‌دهد. به عبارت دیگر حدوداً می‌توان گفت که با توجه به هزینه روی برنج این کالا کشتش واحد در داخلی به معنی می‌شود نکته دیگری که در مقایسه کشتش‌های جدول شماره ۳-۱۰-۲ مطرح می‌شود، عدم تغییر یک سواخت کشتش‌ها است. هر چند که ستون سوم جدول که کشتش‌ها را برای هزینه نشان می‌دهد، همگی غیر از برنج خارجی نسبت به اعداد ستون دوم کشتش‌های مقداری بیشتر هستند. ما این افزایش را بر روی رخ داده است. مقایسه تغییرات کشتش درآمدی گوشت و مرغ به خوبی این مطلب را نشان می‌دهند. هر چند که کشتش درآمدی برای تغییر در مقدار تقاضای گوشت و مرغ حدوداً برابر و هر دو ۰/۸۲ هستند. ولی اعداد به دست آمده برای تغییر هزینه این کالاها متفاوت است. برای کالای گوشت این کشتش ۰/۸۹ و برای مرغ ۰/۸۵ به دست آمده‌اند.



جدول ۵-۱۰-۲- قیمت‌های واقعی (ضمنی) پرداخت شده برای گروه‌های مختلف درآمدی جامعه شهری (سال ۱۳۷۴)

BY۰	B۱۹	B۱۸	B۱۷	B۱۶	B۱۵	B۱۴	B۱۳	B۱۲	B۱۱	B۱۰	B۹	B۸	B۷	B۶	B۵	B۴	B۳	B۲	B۱	AVG	نسبت هزینه‌ها
۳۶۵۹	۳۳۲۳	۳۱۵۰	۲۹۲۱	۲۹۰۱	۲۹۸۳	۲۴۹۵	۲۵۰۰	۲۷۹۳	۲۲۴۵	۲۳۵۷	۲۱۶۸	۲۱۴۸	۲۱۱۹	۱۷۷۲	۱۹۷۹	۱۸۲۹	۱۶۰۹	۱۶۵۱	۱۲۹۱	۲۷۰۱	سرخ
۱۶۹	۱۶۴	۱۶۲	۱۵۷	۱۵۵	۱۵۰	۱۴۶	۱۴۹	۱۴۳	۱۵۰	۱۴۴	۱۴۱	۱۴۰	۱۴۱	۱۴۰	۱۴۲	۱۳۸	۱۳۲	۱۳۵	۱۳۶	۱۴۷	سبز
۹۲۱۴	۸۸۲۹	۸۷۵۱	۸۶۵۹	۸۴۴۳	۸۴۸۶	۸۴۲۹	۸۲۶۷	۸۲۸۷	۷۹۹۹	۸۱۱۷	۸۰۵۰	۸۲۰۸	۸۰۹۵	۷۸۵۲	۷۹۲۰	۷۸۳۴	۷۶۸۶	۷۵۰۶	۷۲۱۴	۸۴۵۴	گوجه
۴۳۶۶	۴۲۲۲	۴۱۹۵	۳۲۱۹	۳۰۱۶	۴۱۱۵	۴۰۶۸	۴۰۲۷	۳۹۶۱	۴۰۳۳	۳۹۸۶	۳۹۶۱	۳۹۳۲	۳۹۴۹	۳۹۰۰	۳۸۶۵	۳۷۹۴	۳۷۵۷	۳۷۱۱	۳۶۳۳	۳۹۰۵	مرغ
۱۴۸۴	۱۳۸۷	۱۳۱۹	۱۳۰۹	۱۲۹۵	۱۲۴۶	۱۱۸۸	۱۱۴۱	۱۲۰۱	۱۱۹۴	۱۱۶۵	۱۱۳۰	۱۱۱۱	۱۱۰۴	۱۰۷۳	۱۰۴۶	۱۰۴۰	۹۷۵	۹۴۷	۹۰۴	۱۲۱۱	لبنان
۲۳۳۱	۲۲۹۹	۲۳۲۶	۲۳۴۵	۲۲۹۴	۲۲۷۷	۱۷۸۶	۲۲۷۵	۲۲۸۰	۲۳۰۱	۲۳۰۳	۲۳۳۹	۲۲۶۷	۲۲۹۶	۲۲۶۵	۲۳۰۵	۲۲۵۸	۲۲۶۹	۲۲۵۳	۱۷۵۴	۲۲۵۰	لحم مرغ
۳۹۵۶	۳۳۷۰	۳۴۱۴	۳۰۷۴	۳۱۸۳	۳۰۱۹	۲۹۰۸	۲۸۲۲	۲۸۷۴	۲۹۰۸	۲۷۱۱	۲۷۵۹	۲۵۸۱	۲۵۵۹	۱۵۸۵	۲۴۸۹	۲۴۱۵	۲۳۳۷	۲۳۲۴	۲۰۴۷	۲۸۷۳	روغن
۸۴۰	۷۴۹	۷۴۵	۷۰۹	۶۹۷	۶۶۹	۶۴۰	۶۵۳	۶۳۸	۶۳۷	۶۱۷	۶۲۷	۶۲۴	۶۰۹	۵۹۳	۶۰۷	۵۹۲	۵۶۳	۵۵۸	۵۵۷	۶۷۶	میوه
۱۱۶۸	۱۱۰۲	۱۱۴۲	۱۰۷۷	۱۰۵۷	۱۰۳۳	۱۰۴۰	۱۰۳۵	۱۰۰۰	۹۸۵	۹۷۰	۱۰۲۹	۹۹۳	۹۷۸	۹۶۸	۹۵۱	۹۴۶	۹۲۰	۹۱۱	۸۲۴	۱۰۲۳	قند و شکر
۱۱۵۹۵	۸۰۶	۱۲۷۱۸	۱۲۰۲۵	۱۳۲۰۶	۱۳۲۷۶	۱۲۸۶۱	۱۱۷۶۱	۱۱۶۵۰	۱۱۱۱۵	۱۱۷۲۷	۱۰۸۸۲	۱۰۶۴۷	۱۱۰۰۲	۹۷۵۴	۹۸۶۱	۴۶۴۹	۸۸۹۶	۸۱۵۴	۶۴۹۳	۵۳۸۳	سای

قیمت‌های واقعی (ضمنی) کالاها را اساسی هر چند که آمار هزینه مصرفی کالاها که مورد استفاده مافراز گرفته‌اند طولی مقطعی بوده و انتظار می‌رود بر دار قیمت‌ها برای حداقل کل جامعه شهری یکسان باشد. ولی بنا به دلایلی چنین نیست. در واقع قسمت کالاها نه تنها در شهر و روستا و بین شهرهای بزرگ و کوچک بلکه در یک شهر نیز تفاوت می‌کنند. بعضی از کالاها به هر صورت که نگاه کنیم جمع کالاهای کاملاً یکسان نیستند. مثلاً نان و نان فانتزی یک کالا نبوده و قیمت یکسان نیز ندارند. گوشت قرمز نیز حتی با توجه به محل قصابی یا نوع گوشت دارای قیمت متفاوت است. این مهم را در جدول شماره ۵-۱۰-۲ مشاهده می‌کنیم. ردیف‌های این جدول قیمت‌های واقعی پرداخت شده برای گروه‌های مختلف درآمدی را نشان می‌دهد. به خوبی می‌توان مشاهده کرد که گروه فقیر جامعه شهری کمیته کالاها را ارزان‌تر از افراد غنی خریداری می‌کنند. مثلاً بیستک اول جامعه شهری برای برنج ۲۳۹۷ ریال می‌پردازد. در حالی که قیمت این کالا برای پنج درصد ثروتمند جامعه ۴۴۳۵ ریال است. به علت اختلاف در قیمت واقعی برای گروه‌های مختلف درآمدی بین کتشی‌های استخراج شده در دو مدل مورد مطالعه تفاوت وجود خواهد داشت.

### نتیجه‌گیری خلاصه

در این مرحله که هنوز مطالعه رفتار مصرفی و رفاهی خانوارهای شهری ادامه دارد می‌توان با توجه به شاخص‌های سهم هزینه کتشی درآمدی و سهم هزینه از کل هزینه کالا و بالاخره مقدار مسئولیت کالا در تأمین انرژی فرد برای سه گروه خانوارهای فقیر، متوسط و غنی چند کالای اساسی را استخراج نمود. این نکات را در جدول شماره ۶-۱۰-۲ نشان می‌دهیم.

جدول ۶-۱۰-۲- کالاهای اساسی برای سه گروه فقیر، متوسط و غنی در شهر

کالاها	$E^i$	$N_i$	مقدیر	کتری دریافتی	سهم هزینه از کل هزینه کالا
	سهم هزینه از هزینه خوراک	کتشی درآمدی		روزانه	کالا
<b>فقیر</b>					
۱	۱۴	۰.۶۱	۲۲ ۲۲	۵۸	۱۵
۲	۱۰	۰.۸۵	۲ ۱۵	۱۱	۰.۷
۳	۱۲	-۰.۰۱	۱۴۶ ۵۱	۱۱۴۹	۴۳
۴	۷۶	۰.۳۶	۶۱ ۵	۱۳۸	۱۷
<b>متوسط</b>					
۱	۱۵	۰.۸۲	۱۲ ۲۴	۶۴	۵
۲	۹	۱.۳۷	۱۶ ۵۴	۱۶۳	۵
۳	۱۰	**۰.۶۱	۵۵ ۱۹	۱۴۶	۵
<b>غنی</b>					
۱	۱۰	۱.۳۷	۲۱ ۱۶	۶۱۳	۲۳.۷
۲	۱۵	۰.۸۲	۳۲ ۶۴	۱۱۴	۱۴.۵
۳	۸	۰.۶۱	۱۰۳ ۳۸	۲۶۶	۱۱.۳

محاسبات از گروه تحفیب

\* کتشی برای لیبیات که جاینده مجموعه نسبت است به علت بی معنی بودن جمع مقادیر بر اساس هزینه تحفیب رده شده است.

\*\* مقادیر لیبیات در سطح سیر و مشتقات آن و لجه مربع می‌باشد.

## فصل ۱۱- مطالعه اقتصادی رفتار خانواده‌های روستایی

هرچند مدل رفتار اقتصادی روستاییان و شهرنشینان تفاوت ندارد، ولی به علنی چون ساختار بازار و دسترسی، تفاوت‌هایی در نحوه تقاضای آنها به وجود می‌آید. حتی با تحولات تکنیکی امروزه و سهولت ارتباط و بهبود دسترسی روستاییان و تجمع بیشتر روستائیان و در نتیجه انتظار شکل‌های منسجم‌تری از بازارها حداقل در کشورهای در حال توسعه بین بازارهای شهری و روستایی تفاوت وجود خواهد داشت. بررسی را مشابه به مورد شهر از هشت گروه آغاز می‌کنیم. جدول شماره ۱-۱۱-۲ براساس هزینه سرانه سالانه و بیست گروه درآمدی سهم هزینه خوراک، پوشاک، مسکن، لوازم منزل، بهداشت و درمان، حمل و نقل، سرگرمی‌ها و هزینه شخصی از کل هزینه فرد را برای کل روستائیان نشان می‌دهد. روستائیان نیز مشابه شهرنشینان بیشترین سهم هزینه را به خوراک داده‌اند، به طوری که متوسط جامعه روستایی ۴۹ درصد از هزینه کل خود را به مصرف خوراک می‌دهد. البته با توجه به متوسط سهم هزینه خوراک شهری که ۳۲ درصد است. می‌توان به خوبی مشاهده کرد که متوسط این سهم در روستا خیلی بیشتر می‌باشد. چنین اختلاف زیادی در مورد پنج درصد فقیرترین خانوارهای شهری و روستایی وجود ندارد، چون فقیرترین خانوارهای روستایی ۵۱ درصد از هزینه‌های خود را صرف خوراک می‌کنند. در حالی که این رقم برای شهرنشینان ۴۵ درصد است. در واقع دلیل تفاوت در سهم متوسط جامعه به روند و سرعت کاهش آن بستگی دارد. با حرکت از گروه فقیر روستایی به سمت اغنیا مشابه شهر سهم هزینه خوراک از کل هزینه‌ها کاهش یافته است، ولی شیب کندتری را تجربه می‌کند. به طوری که در روستا وقتی به سهم هزینه خوراکی از کل هزینه پنج درصد نرسیم عدد ۳۹ درصد به دست می‌آید. در حالی که این رقم برای شهرنشینان نرسد فقط ۲۰ درصد یعنی نصف سه درصد روستائیان غنی است.

پس از هزینه‌های خوراکی با اختلاف بسیار زیاد متوسط روستاییان بیشترین سهم هزینه را به مسکن با ۱۳ درصد و سپس به پوشاک حدود ۱۲ درصد می‌دهند. برای روستاییان نیز با توجه به سهم هزینه پوشاک کالای لوکس محسوب می‌شود. این سهم برای گروه فقیر ۳ درصد است که وقتی به بیستک نوزدهم و بیستم می‌رسیم به ترتیب ۱۵ و ۱۳ درصد می‌شود. روستائیان فقیر و متوسط نسبت به شهرنشینان سهم مشابهی را به هزینه پوشاک تخصیص می‌دهند. ولی خانواده‌های غنی روستایی سهم بیشتری را برای پوشاک کنار می‌گذارند.

چنانچه انتظار می‌رفت سهم هزینه مسکن در روستا به طور متوسط خیلی کمتر از شهر است. به طوری که در مقابل متوسط شهرنشینان از حدود ۳۰ درصد از کل هزینه خود را در سال ۱۳۷۴ سهم مسکن نموده‌اند. روستاییان فقط ۱۳ درصد از هزینه کل را برای مسکن انجام داده‌اند. ظاهر امر نشان می‌دهد که فقیرترین خانوارهای روستایی با سهم ۳۰ درصد هزینه مسکن از هزینه کل نسبت به خانوار مشابه شهری با سهم ۳۶ درصد از هزینه کل. به طور نسبی کمتر برای مسکن هزینه می‌کنند. روند تغییر سهم هزینه مسکن در روستا از فقیر به غنی برعکس شهرنشینان کاهش است و سهم هزینه مسکن خانوارهای ثروتمند از کل هزینه در روستا فقط به «درصد می‌رسد. در مورد شهرنشینان رقم مشابه ۲۵ درصد گزارش می‌شود.

۱- این رقم چنانچه در سطح خود همه داده‌های مورد استفاده است. در واقع سهم هزینه مسکن در شهر بیشتر از این رقم است.

جدول ۱-۱۱-۲- سهم هزینه کالای هشت گانه جامعه روستایی (سال ۱۳۷۴)

افلام	AVG	B1	B2	B3	B4	B5	B6	B7	B8	B9	B10	B11	B12	B13	B14	B15	B16	B17	B18	B19	B20
خوراکی کل	۰/۴۹	۰/۵۱	۰/۵۷	۰/۵۸	۰/۵۸	۰/۵۸	۰/۵۷	۰/۵۶	۰/۵۶	۰/۵۶	۰/۵۵	۰/۵۴	۰/۵۳	۰/۵۴	۰/۵۳	۰/۵۲	۰/۵۰	۰/۴۹	۰/۴۸	۰/۴۷	۰/۳۹
پوشاک کل	۰/۱۲	۰/۰۳	۰/۰۴	۰/۰۵	۰/۰۶	۰/۰۶	۰/۰۷	۰/۰۸	۰/۰۸	۰/۰۹	۰/۱۰	۰/۱۱	۰/۱۱	۰/۱۱	۰/۱۲	۰/۱۳	۰/۱۴	۰/۱۵	۰/۱۴	۰/۱۵	۰/۱۳
مسکن کل	۰/۱۳	۰/۳۰	۰/۲۲	۰/۱۹	۰/۱۸	۰/۱۸	۰/۱۷	۰/۱۷	۰/۱۷	۰/۱۶	۰/۱۵	۰/۱۵	۰/۱۵	۰/۱۵	۰/۱۴	۰/۱۳	۰/۱۲	۰/۱۲	۰/۱۲	۰/۱۱	۰/۰۸
لوازم منزل کل	۰/۰۸	۰/۰۵	۰/۰۵	۰/۰۵	۰/۰۶	۰/۰۶	۰/۰۶	۰/۰۶	۰/۰۶	۰/۰۶	۰/۰۶	۰/۰۶	۰/۰۷	۰/۰۷	۰/۰۷	۰/۰۷	۰/۰۸	۰/۰۸	۰/۰۹	۰/۰۹	۰/۱۰
هدايت و درمان کل	۰/۰۵	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۴	۰/۰۴	۰/۰۳	۰/۰۴	۰/۰۳	۰/۰۴	۰/۰۴	۰/۰۴	۰/۰۴	۰/۰۴	۰/۰۴	۰/۰۵	۰/۰۵	۰/۰۹
حمل و نقل کل	۰/۰۶	۰/۰۴	۰/۰۴	۰/۰۴	۰/۰۴	۰/۰۴	۰/۰۴	۰/۰۴	۰/۰۴	۰/۰۴	۰/۰۴	۰/۰۴	۰/۰۵	۰/۰۴	۰/۰۴	۰/۰۵	۰/۰۵	۰/۰۵	۰/۰۵	۰/۰۶	۰/۱۲
تعمیر و خرج کل	۰/۰۲	۰/۰۲	۰/۰۲	۰/۰۲	۰/۰۲	۰/۰۲	۰/۰۲	۰/۰۲	۰/۰۲	۰/۰۲	۰/۰۲	۰/۰۲	۰/۰۲	۰/۰۲	۰/۰۲	۰/۰۲	۰/۰۲	۰/۰۲	۰/۰۲	۰/۰۲	۰/۰۱
معرفه کل	۰/۰۵	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۴	۰/۰۴	۰/۰۴	۰/۰۴	۰/۰۵	۰/۰۵	۰/۰۵	۰/۰۶	۰/۰۶	۰/۰۸

حمل و نقل در روستا نیز مشابه شهر لوکس تلقی می شود، به طوری که سهم هزینه حمل و نقل از کل هزینه خانوار فقیر روستایی ۴ درصد است که وقتی به پنج درصد ثروتمند روستائیان می رسد به ۱۳ درصد یعنی بیش از سه برابر تخمین زده می شود. هر چند خانوارهای فقیر شهری و روستایی با یک درصد تفاوت سهم مشابهی را برای حمل و نقل کنار می گذارند. ولی خانوارهای ثروتمند شهری با تخصیص ۲۲ درصد از هزینه کل خود برای حمل و نقل نسبت به خانوارهای مشابه روستایی اهمیت بیشتری به این کالا می دهند. در روستا بهداشت و درمان نیز که با خدمت لوکس تلقی می شود چون سهم هزینه بهداشت پنج درصد فقیر جامعه از کل هزینه فقط ۳ درصد است که وقتی به پنج درصد ثروتمند می رسد این عدد ۹ درصد می شود. به عبارت دیگر لوکس ترین مجموعه کالاها در روستا بهداشت و درمان است. هر چند که سهم هزینه آن ناچیز می باشد.

### کشش های درآمدی

در اینجا علاوه بر شاخص سهم هزینه ی از شاخص کشش های درآمدی استفاده می کنیم که درجه ضرورت هشت گروه کالاهای مورد نظر را ملاحظه نماییم. در زیر نیز نتیجه رگرسیون را برای گروه کالاهای فوق می آوریم. یادآور می شویم که در اینجا متغیر وابسته هزینه روی هر یک از هشت گروه کالاها و خدمات می باشد. علامت های به کار رفته نیز مشابه مواردی است که برای شهر آوردیم با این اختلاف که در انتهای هر یک از علایم یک R تمیز روستا از شهر اضافه نموده ایم.

$$\text{LogFR} = 0.283 + 0.90 \text{LogTCR}$$

$$R^2 = 0.99$$

$$\text{LogPR} = -0.14 + 1.52 \text{LogTCR}$$

$$R^2 = 0.98$$

$$\text{LogHR} = 1.22 + 0.65 \text{LogTCR}$$

$$R^2 = 0.99$$

$$\text{LogDR} = -0.25 + 1.23 \text{LogTCR}$$

$$R^2 = 0.99$$

$$\text{LogCR} = -0.06 + 1.27 \text{LogTCR}$$

$$R^2 = 0.98$$

$$\text{LogTR} = -0.81 + 1.24 \text{LogTCR}$$

$$R^2 = 0.97$$

$$\text{LogRR} = -0.07 + 0.88 \text{LogTCR}$$

$$R^2 = 0.99$$

$$\text{LogSR} = -0.49 + 1.34 \text{LogTCR}$$

$$R^2 = 0.99$$

در اینجا SR,RR,TR,CR,DR,HR,PR,FR به ترتیب خوراک، پوشاک، مسکن، لوازم منزل، بهداشت، حمل و نقل، تحصیل و تفریح و مستفرقه را برای روستائیشان می دهند. ضرایب بالا که کسش ها را اندازه گیری می کنند به ترتیب ضروری ترین کالاها را مسکن و سپس خوراک مشخص می نمایند و نوسان کمترین کالاها و خدمات به ترتیب هزینه پوشاک، خدمات شخصی، بهداشت، حمل و نقل و لوازم منزل هستند.

### بررسی سبد کالاهای خوراکی در روستا

آشکارا هزینه های خوراکی با وجود انتظار قیمت های ارزان تر مواد غذایی در روستا سهم عمده ای از کل هزینه (درآمد) خانوارها را به خود اختصاص می دهند. در نتیجه بررسی نزدیک سبد کالاهای خوراکی روستائیشان حتی مهم تر از شهرنشینان به نظر می رسد. به این منظور، جدول شماره ۲-۱۱-۲ را تشکیل می دهیم. در این جدول سهم هزینه کالاهای اساسی از کل هزینه های خوراکی برای بیست گروه درآمدی و متوسط جامعه روستایی نشان داده می شود.

روستائیشان فقیر ۹ درصد از هزینه خوراکی خود را برای خرید نان صرف می کنند در حالی که با یک روند کاهشی این سهم برای پنج درصد ثروتمند به ادرصد می رسد. نان در سبد متوسط خانوارهای روستایی از نظر سهم هزینه مقام آخر را بین کالاهای مورد نظر دارد. در سبد خانوارهای فقیر جامعه روستایی نان و گوشت مشترکاً پس از لبنیات بیشترین هزینه خانوار را به خود تخصیص داده اند. به طوری که در مجموع ۳۴ درصد از هزینه خوراکی آنها صرف این سه کالا می شود. برای خانوارهای ثروتمند روستایی وزن هزینه ای نان در ردیف آخر بین کالاهای مورد مطالعه قرار می گیرد. سرای متوسط جامعه روستایی بیشترین سهم هزینه کالاهای خوراکی به برنج مربوط می شود. فرد شاخص با متوسط روستایی حدود ۱۶ درصد از کل هزینه خوراکی خود را به برنج اختصاص می دهند. فرد فقیر روستایی ۷ درصد از هزینه خوراکی خود را برای برنج خرج می کند. در حالی که ۵ درصد ثروتمند جامعه روستایی با صرف ۲۲ درصد از هزینه خود برای برنج بیشترین سهم هزینه را متناهی متوسط جامعه به این کالا می دهند.

پس از برنج، گوشت بیشترین سهم هزینه خوراک فرد متوسط جامعه روستایی را تشکیل می دهد. این سهم حدود ۱۴ درصد می باشد. خانوارهای فقیر ۹ درصد و خانوارهای ثروتمند ۱۵ درصد از هزینه خوراک خود را به مصرف گوشت اختصاص می دهند. بالاخره شیر با سهم حدود ۱۱ درصد از کل هزینه خوراکی برای متوسط جامعه روستایی آخرین سهم هزینه دورقمی برای روستاییان محسوب می شود. در روستای شیر یک کالای ضروری تلقی می شود. سهم هزینه شیر از هزینه های خوراکی ۵ درصد فقیر جامعه روستایی ۱۶ درصد است که برای ۵ درصد ثروتمند به ادرصد می رسد.

جدول ۲-۱۱-۲- سهم هزینه کالاهای عمده خوراکی از هزینه خوراکی جامعه روستایی (سال ۱۳۷۴)

BY۰	B۱۹	B۱۸	B۱۷	B۱۶	B۱۵	B۱۴	B۱۳	B۱۲	B۱۱	B۱۰	B۹	B۸	B۷	B۶	B۵	B۴	B۳	B۲	B۱	AVG	
۰۰۲۲	۰۰۱۹	۰۰۱۸	۰۰۱۷	۰۰۱۷	۰۰۱۶	۰۰۱۵	۰۰۱۵	۰۰۱۴	۰۰۱۵	۰۰۱۴	۰۰۱۳	۰۰۱۳	۰۰۱۱	۰۰۱۱	۰۰۱۱	۰۰۱۰	۰۰۱۰	۰۰۰۸	۰۰۰۷	۰۰۱۶	کنار مرغ خوراکی
۰۰۱۵	۰۰۱۰	۰۰۰۹	۰۰۰۸	۰۰۰۷	۰۰۰۷	۰۰۰۵	۰۰۰۶	۰۰۰۵	۰۰۰۵	۰۰۰۵	۰۰۰۴	۰۰۰۴	۰۰۰۳	۰۰۰۳	۰۰۰۳	۰۰۰۲	۰۰۰۲	۰۰۰۲	۰۰۰۱	۰۰۰۸	سج داخلی خوراکی
۰۰۰۷	۰۰۰۸	۰۰۰۹	۰۰۰۹	۰۰۱۰	۰۰۰۹	۰۰۱۰	۰۰۱۰	۰۰۰۹	۰۰۰۹	۰۰۰۹	۰۰۰۹	۰۰۰۹	۰۰۰۸	۰۰۰۸	۰۰۰۸	۰۰۰۸	۰۰۰۷	۰۰۰۷	۰۰۰۶	۰۰۰۸	سج خارجی خوراکی
۰۰۰۱	۰۰۰۲	۰۰۰۲	۰۰۰۲	۰۰۰۲	۰۰۰۳	۰۰۰۳	۰۰۰۳	۰۰۰۳	۰۰۰۳	۰۰۰۳	۰۰۰۴	۰۰۰۵	۰۰۰۴	۰۰۰۴	۰۰۰۵	۰۰۰۵	۰۰۰۶	۰۰۰۷	۰۰۰۹	۰۰۰۳	نان خوراکی
۰۰۱۵	۰۰۱۵	۰۰۱۵	۰۰۱۴	۰۰۱۵	۰۰۱۴	۰۰۱۳	۰۰۱۴	۰۰۱۴	۰۰۱۳	۰۰۱۳	۰۰۱۴	۰۰۱۳	۰۰۱۲	۰۰۱۳	۰۰۱۲	۰۰۱۰	۰۰۱۱	۰۰۰۹	۰۰۰۹	۰۰۱۴	گوشت خوراکی
۰۰۰۶	۰۰۰۵	۰۰۰۶	۰۰۰۶	۰۰۰۶	۰۰۰۶	۰۰۰۶	۰۰۰۶	۰۰۰۶	۰۰۰۶	۰۰۰۶	۰۰۰۶	۰۰۰۶	۰۰۰۶	۰۰۰۶	۰۰۰۵	۰۰۰۶	۰۰۰۵	۰۰۰۵	۰۰۰۵	۰۰۰۶	مرغ خوراکی
۰۰۰۸	۰۰۰۹	۰۰۰۹	۰۰۱۱	۰۰۱۰	۰۰۱۰	۰۰۱۰	۰۰۱۱	۰۰۱۱	۰۰۱۲	۰۰۱۲	۰۰۱۲	۰۰۱۳	۰۰۱۳	۰۰۱۴	۰۰۱۴	۰۰۱۴	۰۰۱۴	۰۰۱۵	۰۰۱۶	۰۰۱۱	شیر خوراکی
۰۰۰۲	۰۰۰۲	۰۰۰۲	۰۰۰۲	۰۰۰۳	۰۰۰۳	۰۰۰۳	۰۰۰۳	۰۰۰۳	۰۰۰۳	۰۰۰۳	۰۰۰۳	۰۰۰۳	۰۰۰۳	۰۰۰۴	۰۰۰۴	۰۰۰۴	۰۰۰۴	۰۰۰۵	۰۰۰۶	۰۰۰۳	حجم مرغ خوراکی
۰۰۰۵	۰۰۰۶	۰۰۰۶	۰۰۰۶	۰۰۰۶	۰۰۰۷	۰۰۰۷	۰۰۰۷	۰۰۰۷	۰۰۰۷	۰۰۰۷	۰۰۰۷	۰۰۰۷	۰۰۰۸	۰۰۰۷	۰۰۰۸	۰۰۰۷	۰۰۰۷	۰۰۰۹	۰۰۰۹	۰۰۰۶	روغن خوراکی
۰۰۰۳	۰۰۰۴	۰۰۰۴	۰۰۰۴	۰۰۰۴	۰۰۰۴	۰۰۰۴	۰۰۰۴	۰۰۰۴	۰۰۰۴	۰۰۰۴	۰۰۰۵	۰۰۰۵	۰۰۰۵	۰۰۰۵	۰۰۰۵	۰۰۰۶	۰۰۰۶	۰۰۰۷	۰۰۰۹	۰۰۰۴	چاقی خوراکی
۰۰۰۴	۰۰۰۵	۰۰۰۵	۰۰۰۵	۰۰۰۵	۰۰۰۵	۰۰۰۵	۰۰۰۶	۰۰۰۵	۰۰۰۵	۰۰۰۵	۰۰۰۵	۰۰۰۵	۰۰۰۵	۰۰۰۵	۰۰۰۵	۰۰۰۶	۰۰۰۶	۰۰۰۶	۰۰۰۵	۰۰۰۵	سبزی خوراکی

جدول ۳-۱۱-۲- هزینه بیستک‌های مختلف از هزینه روی هر کالا جامعه روستایی (سال ۱۳۷۴)

BY۰	BY۱	BY۲	BY۳	BY۴	BY۵	BY۶	BY۷	BY۸	BY۹	BY۱۰	BY۱۱	BY۱۲	BY۱۳	BY۱۴	BY۱۵	BY۱۶	BY۱۷	BY۱۸	BY۱۹	BY۲۰	
۰.۲۱۹	۰.۱۲۲	۰.۰۹۴	۰.۰۷۸	۰.۰۷۰	۰.۰۶۱	۰.۰۵۱	۰.۰۴۷	۰.۰۳۹	۰.۰۳۹	۰.۰۳۳	۰.۰۲۸	۰.۰۲۷	۰.۰۲۱	۰.۰۱۸	۰.۰۱۷	۰.۰۱۳	۰.۰۱۱	۰.۰۰۷	۰.۰۰۳	۰.۰۰۳	سایر
۰.۳۱۸	۰.۱۴۴	۰.۱۰۰	۰.۰۷۶	۰.۰۶۳	۰.۰۵۶	۰.۰۳۹	۰.۰۳۶	۰.۰۳۰	۰.۰۳۰	۰.۰۲۴	۰.۰۱۸	۰.۰۱۸	۰.۰۱۳	۰.۰۰۹	۰.۰۱۱	۰.۰۰۶	۰.۰۰۵	۰.۰۰۳	۰.۰۰۱	۰.۰۰۱	ریج داخلی
۰.۱۳۰	۰.۱۰۳	۰.۰۸۹	۰.۰۸۰	۰.۰۷۷	۰.۰۶۶	۰.۰۶۲	۰.۰۵۷	۰.۰۴۶	۰.۰۴۷	۰.۰۴۱	۰.۰۳۸	۰.۰۳۵	۰.۰۲۹	۰.۰۲۶	۰.۰۲۳	۰.۰۲۰	۰.۰۱۶	۰.۰۱۱	۰.۰۰۵	۰.۰۰۵	برنج خارجی
۰.۰۷۶	۰.۰۶۵	۰.۰۶۲	۰.۰۵۷	۰.۰۵۶	۰.۰۵۶	۰.۰۵۵	۰.۰۵۷	۰.۰۵۱	۰.۰۴۹	۰.۰۴۵	۰.۰۵۱	۰.۰۵۳	۰.۰۴۶	۰.۰۴۲	۰.۰۴۳	۰.۰۳۸	۰.۰۳۰	۰.۰۲۵	۰.۰۲۳	۰.۰۲۳	نان
۰.۱۷۶	۰.۱۱۲	۰.۰۹۳	۰.۰۷۴	۰.۰۷۰	۰.۰۶۴	۰.۰۵۳	۰.۰۴۹	۰.۰۴۶	۰.۰۴۱	۰.۰۳۸	۰.۰۳۶	۰.۰۳۰	۰.۰۲۶	۰.۰۲۵	۰.۰۲۲	۰.۰۱۶	۰.۰۱۵	۰.۰۱۰	۰.۰۰۵	۰.۰۰۵	غریب
۰.۱۷۱	۰.۱۰۰	۰.۰۸۴	۰.۰۷۷	۰.۰۶۴	۰.۰۶۲	۰.۰۵۳	۰.۰۵۰	۰.۰۴۸	۰.۰۴۱	۰.۰۴۰	۰.۰۳۷	۰.۰۳۳	۰.۰۳۱	۰.۰۲۸	۰.۰۲۳	۰.۰۲۲	۰.۰۱۷	۰.۰۱۳	۰.۰۰۶	۰.۰۰۶	مغز
۰.۱۲۹	۰.۰۹۱	۰.۰۷۵	۰.۰۷۲	۰.۰۶۲	۰.۰۵۷	۰.۰۵۲	۰.۰۵۴	۰.۰۴۷	۰.۰۴۶	۰.۰۴۴	۰.۰۴۳	۰.۰۳۹	۰.۰۳۶	۰.۰۳۶	۰.۰۳۱	۰.۰۲۸	۰.۰۲۵	۰.۰۲۰	۰.۰۱۱	۰.۰۱۱	سیر
۰.۱۱۴	۰.۰۷۶	۰.۰۶۹	۰.۰۶۴	۰.۰۶۰	۰.۰۵۵	۰.۰۵۳	۰.۰۵۴	۰.۰۴۸	۰.۰۴۷	۰.۰۴۴	۰.۰۴۳	۰.۰۳۸	۰.۰۳۵	۰.۰۳۶	۰.۰۳۳	۰.۰۳۲	۰.۰۲۸	۰.۰۲۴	۰.۰۱۶	۰.۰۱۶	بجور مرغ
۰.۱۳۷	۰.۰۹۶	۰.۰۷۹	۰.۰۷۳	۰.۰۶۳	۰.۰۶۱	۰.۰۵۷	۰.۰۵۴	۰.۰۴۹	۰.۰۴۵	۰.۰۴۳	۰.۰۳۸	۰.۰۳۵	۰.۰۳۵	۰.۰۳۱	۰.۰۳۰	۰.۰۲۴	۰.۰۲۰	۰.۰۲۰	۰.۰۱۰	۰.۰۱۰	اوغز
۰.۱۱۸	۰.۰۹۴	۰.۰۷۵	۰.۰۶۶	۰.۰۶۱	۰.۰۵۷	۰.۰۵۵	۰.۰۵۲	۰.۰۴۷	۰.۰۴۶	۰.۰۴۳	۰.۰۴۴	۰.۰۳۸	۰.۰۳۷	۰.۰۳۵	۰.۰۳۲	۰.۰۳۱	۰.۰۲۸	۰.۰۲۵	۰.۰۱۷	۰.۰۱۷	فلا و شکر
۰.۱۲۴	۰.۱۰۰	۰.۰۸۱	۰.۰۷۴	۰.۰۶۴	۰.۰۶۴	۰.۰۵۹	۰.۰۵۶	۰.۰۴۶	۰.۰۴۶	۰.۰۴۳	۰.۰۳۸	۰.۰۳۶	۰.۰۳۳	۰.۰۲۸	۰.۰۲۷	۰.۰۲۵	۰.۰۲۱	۰.۰۱۸	۰.۰۰۸	۰.۰۰۸	چای



وزن کالاها در سبد مصرفی خانوارها برای تعیین اهمیت کالاهای مصرفی یکی از شاخص‌های مناسب است. اما چنانچه در مورد شهر نیز اشاره کردیم برای تعیین سیاست‌های سوبسیدی و به خصوص سوبسید باز این شاخص به تنهایی نمی‌تواند کافی باشد. مثلاً شیر و لبنیات با اختصاص دادن ۱۶ درصد از هزینه خوراکی خانوارهای فقیر در سبد مصرفی این گروه اهمیتی بیشتر از آرد و نان را دارد. ولی ۵۰ درصد فقیر جامعه روستایی فقط ۲ و ۱ درصد از کل هزینه روستایی روی لبنیات را به خود اختصاص می‌دهند. در حالی که ۵۰ درصد ثروتمند جامعه روستایی ۷ و ۱۲ درصد از هزینه روی شیر در روستا را به خود اختصاص می‌دهند. در نتیجه هرگونه سوبسید بازی که به شیر و لبنیات تعلق بگیرد بیش از ده برابر سهم سوبسید فقیرترین خانوارها نصیب ثروتمندترین گروه روستایی می‌شود. جدول شماره ۳-۱۱-۲ سهم هزینه صرف کالای هر بیستک را از کل هزینه هر کالا نشان می‌دهد. سهم هزینه ۵۰ درصد ثروتمند از هزینه برنج داخلی نشان می‌دهد که تقریباً حدود یک سوم هزینه برنج داخلی به وسیله این گروه صورت می‌گیرد در حالی که ۹۵ درصد باقی مانده جامعه روستایی دو سوم هزینه را صورت می‌دهند. سهم ۵۰ درصد فقیر روستائین از هزینه برنج داخلی فقط ۱ و ۰ درصد است. به عبارت دیگر اگر دولت مالیات بر مصرف برنج داخلی برقرار کند. بر فرض عدم تغییر در مقدار مصرف خانوارهایی که احتمال کاهش آن وجود دارد آنها یعنی ۵۰ درصد فقیر جامعه روستایی فقط یک هزارم از مالیات را می‌پردازند.

مشابه شهرنشینان خانوارهای فقیر جامعه روستایی نیز تقریباً در کلیه کالاها مانند نان سهم هزینه کمتر از سهم برابر را دارا می‌باشند. در حالی که بیستک آخر یا ثروتمندترین گروه در همه موارد بیشترین سهم خود هزینه صرف کالاها می‌نمایند. در بین کالاهای مورد مطالعه بهترین توزیع سهم هزینه به نان تعلق دارد. این نکته را می‌توان از طریق شاخص‌های دیگر مثل ضریب جینی مشاهده کرد.

$\text{LogDRR} = 0.8/58 + 1.58 \text{LogTCR}$	برنج داخلی
$R^2 = 0.95 \quad ER = 0.08$	
$\text{LogIRR} = -2/83 + 0.69 \text{LogTCR}$	برنج وارداتی
$R^2 = 0.97 \quad ER = 0.28$	
$\text{LogBR} = 0.56 + 0.22 \text{LogTCR}$	نان
$R^2 = 0.81 \quad ER = 0.25$	
$\text{LogMR} = -5/41 + 1.07 \text{LogTCR}$	گوشت
$R^2 = 0.85 \quad ER = 0.10$	
$\text{LogCHR} = -4.69 + 0.9 \text{LogTCR}$	میغ
$R^2 = 0.95 \quad ER = 0.04$	
$\text{LogMILR} = -2/02 + 0.62 \text{LogTCR}$	شیر
$R^2 = 0.92 \quad ER = 0.04$	
$\text{LogOILR} = -1.67 + 0.45 \text{LogTCR}$	روغن
$R^2 = 0.96 \quad ER = 0.01$	

$$\text{LogSHR} = -1.25 + 0.43 \text{LogTCR}$$

$$R^2 = 0.96 \quad ER = 0.02$$

در اینجا TCR برای هزینه کل و SHR, OILR, MILR, CHR, MR, BR, IRR, DRR به ترتیب برنج داخلی، برنج وارداتی، نان، گوشت، مرغ، شیر، روغن و شکر هستند. مشاهده می‌شود که بین کالاهای فوق برنج داخلی و گوشت در روستا لوکس تلقی می‌شوند و نان و قند و شکر از جمله ضروری ترین کالاها هستند. در مجموع غیر از دو کالای برنج داخلی و گوشت، بقیه کالاها با توجه به کسش درآمدی، ضروری تلقی می‌شوند.

در مقایسه با شهر یک تفاوت عمده و قابل توجه در مورد اهمیت و ضرورت گوشت رخ داده است. گوشت در روستا تبدیل به یک کالای لوکس شده است. در حالی که در شهر با کسش ۰/۸۲ که برابر کسش مرغ در همانجا است کالای ضروری تلقی می‌شود. هرچند که مرغ هنوز در روستا یک کالای ضروری به نظر می‌رسد ولی از درجه ضرورت آن کاسته شده است. به‌طور کلی در بیشتر موارد کسش های درآمدی در روستا بالاتر از کسش های مشابه در شهر هستند.

جدول ۴-۱۱-۲- کالاهای اساسی برای سه گروه فقیر، متوسط و غنی در روستا

کالاهای اساسی	E <sup>+</sup> نسبت هزینه به هزینه خوراک	n <sub>i</sub> کسش درآمدی	مقادیر کیلو	کالری دریافتی روزانه	سهم هزینه از کل هزینه کالا/٪
فقیر					
۱- لبنیات	۱۶	۰.۶۲	۱۶.۳۱	۴۲	۱.۱
۲- روغن	۹	۰.۲۵	۴۳.۶۹	۳۴۲	۲.۳
۳- مرغ	۹	۰.۴۳	۵.۹۵	۱۴۷	۰.۱۰
۴- گوشت	۹	۱.۰۷	۰.۹۵	۵	۰.۵
متوسط					
۱- گوشت	۱۴	۱.۰۷	۱۲.۷۳	۵۴	۵
۲- لبنیات	۱۱	۰.۶۲	۷۴.۱۳	۱۸۶	۵
۳- برنج داخلی	۸	۱.۵۸	۱۴.۰۲	۱۳۵	۵
غنی					
۱- برنج داخلی	۱۵	۱.۵۸	۸۰.۳۱	۷۷۲	۳۱.۸
۲- گوشت	۱۵	۱.۰۷	۴۴.۷۳	۳۴۳	۱۷.۶
۳- لبنیات	۸	۰.۶۲	۱۶۳.۳۸	۴۲۰	۱۲.۹

۱- هزینه شیر در مادی هزینه‌ی لبنیات در سهم هزینه آن تخمین زده شده است  
۲- مقادیر نسبت سهم شیر و مستقات آن واحد مرغ می‌باشد

### خلاصه و نتیجه‌گیری

در مجموع سبب کالاهای اساسی شهر و روستا به یکدیگر شهادت نزدیکی دارند. جدول شماره ۴-۱۱-۲ به

تفکیک برای گروه‌های فقیر، متوسط و غنی اساسی‌ترین کالاها را با توجه به وزن اهمیت هزینه آنها در سبد خانوار آورده‌ایم. سبد کالاهای اساسی سه گروه فوق برای شهر و روستا دقیقاً مشابه یکدیگر هستند. حتی ترتیب اهمیت آنها برای گروه غنی عیناً یکسان است. چهار نوع کالای لبنیات، روغن، گوشت و نان در مجموع ۴۰ درصد از هزینه خوراکی خانوارهای شهر را تشکیل می‌دهند. متوسط جامعه روستایی نیز ۳۳ درصد از هزینه خوراک خود را صرف خرید گوشت و برنج داخلی می‌کنند، همین سه نوع کالا ۳۸ درصد از هزینه‌های خوراکی خانوارهای غنی را به خود اختصاص داده است.

خانوارهای فقیر روستایی روزانه حدود ۴۲ کالری از مصرف لبنیات تحصیل می‌کنند. گوشت برای فقیرترین خانوار روستایی فقط مسئولیت تأمین روزانه ۵ کالری را دارد درحالی‌که غنی‌ترین افراد جامعه روستایی روزانه از گوشت ۳۴۳ کالری دریافت می‌کنند. روستاییان فقیر عمده کالری روزانه خود را از نان فراهم می‌نمایند. ۸۰ درصد فقیر در روستا روزی حدود ۳۴۲ کالری از مصرف نان می‌گیرند. درحالی‌که برای روستاییان ثروتمند مسئولیت عمده تأمین انرژی با برنج داخلی است که حدود ۷۷۲ کالری در روز می‌باشد.

نکته جالب در این است که روستاییان فقیر و غنی بخش عمده‌ای از کالری مورد نیاز خود را از کالاهای اساسی که سهم هزینه‌ای بالایی برای آنها دارند می‌گیرند، در حالی‌که برای متوسط جامعه چنین نیست. به این صورت که به ترتیب فقرا، اغنیا و متوسط جامعه مقادیر ۵۳۶، ۱۵۳۵ و ۳۷۵ کالری از کالاهای اساسی در جدول ۴-۱۱-۲ دریافت می‌کنند.

## فصل ۱۲- بررسی وضعیت موجود تغذیه در شهر و روستا و جایگاه سیاسی حمایتی پارانه

مهم‌ترین سد از کالاهای خدمات مورد استفاده خانوارها شامل خوراک و به‌خصوص کالاهای اساسی خوراکی می‌شود. به همین علت اولین بسته حمایتی که مورد توجه دولت و سیاست‌گذاران جامعه قرار می‌گیرد یک گروه از همین کالاها می‌باشد. مصرف کالاهای خوراکی در هر جامعه به عوامنی بستگی دارد که عمده‌ترین آنها، دسترسی، عادت و فرهنگ تغذیه آن جامعه می‌باشد.

امنیت غذا و تغذیه مناسب در هر کشوری می‌تواند به عنوان یکی از محورهای اساسی توسعه ملی تلقی شود. بدون تردید عملکرد سیستم غذا و تغذیه می‌تواند در هدف‌های ملی و تولیدی جامعه نقش تعیین‌کننده‌ای داشته باشد. حاصل این عملکرد در فرایند زندگی روزمره خانوارها به خوبی قابل مشاهده است. شاید مراحل یا تصمیم‌های زیر قادر باشند که فرایند غذا خوردن و وضعیت سلامت تغذیه‌ای را تصویر نمایند.

ابتدای حرکت جهت تأمین نیازهای غذایی برای هر خانوار کسب درآمد است که بستگی به منابع فرد و خانواده مثل سرمایه، مهارت در کار و همچنین امکانات شغلی و سطح دستمزدها دارند. در قدم بعد خانوار اقدام به تشخیص درآمد خود به هزینه روی گروه‌های مختلف کالاها من جمله کالاهای خوراکی می‌نماید. مرحله سوم در این مسیر پر نمودن سبد غذای خانوار از طریق مراجعه به بازار و انتخاب کالاهای خوراکی مورد نظر می‌باشد. کمیت و کیفیت سبد غذای خانوار بستگی به دسترسی به غذاهای مختلف در بازار و همچنین انتخاب خانوار دارد که تابع سبقت او است. از سوی دیگر گزینش خوراک تابع بردار قیمت‌ها و فرهنگ مصرف و دانش تغذیه‌ای خانوار است.

بالاخره خانوار در مرحله آخر با استفاده از سبد کالاهای خوراکی خود غذای مضروب را تهیه و با ارائه در سفره امکان دریافت مواد مغذی چون انرژی، پروتئین، کلسیم، ویتامین‌ها و غیره را فراهم می‌نماید. تغذیه بدن انسان از مواد مغذی باید به صورتی باشد که سلامت لازم را فراهم کند.

جمعیت فراتر از ۶۰ میلیونی امروز جامعه شهر و روستایی ایران در قالب حدود ۱۲ میلیون خانوار به‌طور روزانه مبادرت به تصمیم‌گیری در زمینه تشخیص منابع خانوار بین گروه‌های مختلف کالاها و خدمات می‌نمایند، که ما چنانچه در گذشته آورده‌ایم در مطالعات خود هشت گروه کالاهای ترکیبی<sup>۱</sup> را انتخاب نموده‌ایم. معمولاً عمده‌ترین وزن هزینه‌ای بین گروه کالاهای مورد نظر مربوط به هزینه‌های خوراکی می‌باشد. چنانچه قبلاً ارائه شده است براساس آمار بودجه خانوار سال ۱۳۷۴ به‌طور متوسط روستائیان حدود ۴۹ درصد از کل هزینه آنها است.

خانوارها با تصمیماتی که به‌طور روزانه در تخصیص هزینه‌های خود و به‌خصوص سبد کالاهای خوراک می‌گیرند، در شکل گرفتن الگوی تولید و مصرف غذا و بسیاری از کالاها و خدمات وابسته به آن اثر می‌گذارند. از طرف دیگر همین تصمیمات روزانه است که سلامت تغذیه‌ای آنان را شکل می‌دهد. رفتار و تصمیم‌گیری‌های اقتصادی خانوارها هرچند ریشه اقتصادی داشته و آثار اقتصادی به بار می‌آورند، اما به‌طور قطع متأثر از عوامل اجتماعی و فرهنگی جامعه نیز می‌باشند. با وجود آن که ادعای اقتصاددانان در این که عوامل اقتصادی مهم‌ترین متغیرهای تصمیم‌گیری خانوارها هستند کاملاً صحیح به نظر می‌رسد، ولی این ادعا نمی‌تواند آثار دیگر را رد نماید و در حقیقت اقتصاددانان نیز چنین ارزش‌گذاری مطلق را ابراز نمی‌کنند.

مبانی فرهنگی و اجتماعی از قبیل سواد و تحصیلات، آگاهی و دسترسی به اطلاعات، عادات تغذیه و سواد تغذیه‌ای از جمله عواملی هستند که در رفتار اقتصادی و به‌خصوص سبد غذایی مؤثر می‌باشند. به هر حال باید در نظر داشت که عادت و حتی فرهنگ مصرفی جامعه در رابطه با تحولات اقتصادی و اجتماعی در حال تحول و تغییر هستند. هرچند به ادعای بعضی از متخصصین عادات غذایی نسبت به سایر عادات‌ها تغییر پذیری کمتری دارند، ولی جاه‌جایی جمعیت و گسترش شهرنشینی، انتقال اطلاعات و به‌خصوص دانش تغذیه، گسترش صنایع غذایی که منتهی به معرفی پدیده‌های جدید در بازارهای غذا و خوراک شده است و تساهل فرهنگ غذایی میان اقوام و جوامع و عوامل اقتصادی چون تغییر در درآمدها و بردار قیمت‌ها توانسته‌اند که عادت غذایی را نیز متحول کنند. نکته مهم این است که این تحولات می‌توانند ترات مثبت یا منفی روی سلامت تغذیه جامعه داشته باشند.

تفکر اقتصادی مقوله بازار می‌توان به‌صورت زیر مطرح نمود: خانوارها برای حداکثر نمودن مصروفیت خود مبادرت به تهیه سبدهای از مجموعه کالاها و خدمات می‌نمایند که یکی از اقلام این سبد را مواد خوراکی و غذایی تشکیل می‌دهد. از آنجا که همه خانوارها برای خریداری کالاها و خدمات مورد نظر خود با محدودیت بودجه و قیمت کالاها روبرو هستند هرگز قادر نخواهند بود که کمیته خرید سته‌های خرید را تأمین کنند. یک خانوار ثروتمند احتمالاً برای خرید کالاهای خیلی لوکس مثل یک اتومبیل یا یک کشتی تفریحی با محدودیت مالی روبرو بوده و تا کافی را تأمین نمی‌کند. در حالی که یک خانوار کم‌درآمد برای خرید گوشت یا برنج کافی با محدودیت روبرو می‌شود. این محدودیت‌ها و محتوی سبد کالاها و خدمات نقش عمده‌ای

1. Composit good

در شفاف نمودن رفتار مصرف کنندگان دارند.

خانوارها با توجه به عواملی چون محل سکونت، فرهنگ و آداب، جایگاه اقتصادی و اجتماعی خود رفتار متفاوتی دارند و سبد خود را از کالاهای مختلف یا نسبت‌های متفاوت پر می‌کنند. آنها وزن‌های متفاوتی به ترکیب‌های مختلف هزینه‌ای می‌دهند. مثلاً سهم هزینه پوشاک به خوراک، مسکن به خوراک، حمل و نقل به خوراک و... برای گروه‌های مختلف خانوارها متفاوت است. چنین تفاوت‌هایی در هزینه‌های خوراکی و سهم نسبی انواع مواد غذایی در سبد غذای خانوار نیز وجود دارد. خانوارها با توجه به عوامل متعدد بسته کالاهای خوراکی خود را شکل می‌دهند. در این راستا میزان مواد مغذی دریافتی در خانوارها نیز متفاوت است. تجربه و تحلیل ابعاد مختلف در شفاف نمودن الگوی مصرف، به‌خصوص مصرف کالاهای خوراکی خانوارها نقش کلیدی دارد.

علاوه بر عوامل دیگر، موفقیت جغرافیایی، جایگاه اجتماعی و شرایط اقتصادی خانوارها یعنی توانایی کسب درآمد عامل بسیار مهم در تأمین نیازها از جمله میزان و ترکیب غذای مصرفی در خانوار می‌باشد. توان مالی در مجموعه عوامل حرف نخست را می‌زند. فقرا، طبقه متوسط و اغنیاء قطعاً سدهای مختلفی را کالاهای خوراکی را تقاضا می‌کنند و طبیعتاً کیفیت مصرف غذا و شرایط امنیت غذایی در این طبقات تفاوت زیادی دارد. در مجموع می‌توان گفت که عوامل اقتصادی با محدودیت‌های مدل رفتاری مصرف کنندگان به خصوص درآمد و نسبت قیمت‌ها نقش اساسی و تعیین کننده در امنیت غذایی خانوار دارند. این عوامل می‌توانند به عنوان مهم‌ترین تنگناها در رفع فقر و به‌خصوص فقر غذایی خانوار تلقی شوند.

مشکلات دسترسی به غذای کافی از جمله تنگناهای عمده در تأمین معیشت نزد فقرا و قشرهای آسیب‌پذیر جامعه می‌باشد. مشکلات دسترسی به دو صورت می‌تواند مطرح شود که عبارتند از دسترسی فیزیکی و دسترسی مانی یا درآمدی. شاید در گذشته دسترسی فیزیکی از مشکلات عمده و نوعی محدودیت در رابطه با غذا خوردن و تأمین سلامت تغذیه‌ای تلقی می‌شد، ولی امروزه در جامعه ایران به جز مناطق عشایری آن هم به‌صورت گسترده دسترسی فیزیکی به غذا مشکل عمده‌ای نیست. در دورانی که مردم یک منطقه و اقلیم حتی با امکانات درآمدی مناسب دسترسی فیزیکی به مواد خوراکی یا محصولات منطبقه خود نداشته و شرایط برای انتقال و عرضه مواد غذایی و دیگر کالاها از نقاط محروم فراهم نبود، دسترسی فیزیکی یک تنگنا محسوب می‌شد. در دوران حاضر ارتباطات و شبکه وسیع توزیع و گسترش بازار تا حد زیادی مشکل دسترسی فیزیکی را حل کرده است. ولی مشکلات دسترسی اقتصادی و مانی همچنان به جای خود باقی است و حداقل تا دیر زمانی باقی خواهد بود.

### «وضعیت موجود دریافت ارزش‌های غذایی در شهر و روستا»

در بخش‌های قبلی یک تصویر از ترکیب کالاهای عمده و همچنین کالاهای خوراکی مورد مصرف خانوارهای شهری و روستایی مورد مطالعه قرار گرفت. در این مطالعه سبد مواد خوراکی خانوارهای فقیر، متوسط و غنی ملاحظه و همچنین کالاهای مهم و ضروری نیز تغییر داده شدند. در این بخش به شرایط تغذیه از دیدگاه دریافت ارزش‌های غذایی چون کالری، پروتئین و غیره می‌پردازیم. این مطالعه چگونگی توزیع ریز مغذی‌ها و درست مغذی‌ها را بین خانوارهای فقیر و غنی شهری و روستایی شفاف خواهد نمود.

روش استخراج و محاسبه ارزش های غذایی برای کل شهرنشینان و روستانشینان مشابه آن است که برای استخراج خط فقر صورت می گیرد. براساس آمار بودجه خانوار سال ۱۳۷۴ مرکز آمار ایران، کلیه کالاهای خوراکی دسته بندی شده و پس از اعمال ضرایب لازم برای خالص نمودن مصرف مواد غذایی به ماتریس مواد غذایی مصرفی برای بیست گروه هزینه ای خانوارهای شهری و روستایی دست می یابیم. مرحله بعد استفاده از ماتریس ارزش های غذایی برای مواد غذایی مورد نظر می باشد. ارزش های غذایی که در این مرحله از مطالعه مورد استفاده قرار گرفته اند شامل کالری، پروتئین، فسفر، آهن و کلسیم می شود. حاصل ضرب دو ماتریس فوق برای شهر و روستا به تفکیک دو جدول شماره ۱-۱۲-۲ و ۲-۱۲-۲ را به وجود می آورند.

لازم است به چند نکته اشاره نماییم. نخست این که هرچند تعداد نمونه یا پرسشنامه های سال ۱۳۷۴ حدود ۳۹ هزار در مجموع برای شهر و روستا بزرگ ترین تعداد نمونه در سال های اخیر هستند، ولی به هر حال در صد های خطایی به خصوص برای زیر مجموعه های کالاهای مصرفی وجود دارد. دومین نکته مربوط به ضایعات احتمالی است که در فاصله خرید تا مصرف سر سفره برای بیستک های بالای هزینه ای و به خصوص یکی دو بیستک آخر وجود دارد.

جدول شماره ۱-۱۲-۲ دریافت کالری، پروتئین، فسفر، آهن و کلسیم را برای جامعه روستایی و در ضلوع بیست گروه هزینه ای به اضافه متوسط جامعه روستایی نشان می دهد. به طور متوسط دریافت این ارزش ها در روستاها به مقدار قابل توجهی بیشتر از معیارهای مورد نیاز ارزش های غذایی مورد نظر می باشد. جدول شماره ۲-۱۲-۳ براساس توصیه انیستیتو تغذیه ایران و محاسبه ای که گروه تحقیق براساس هرم سنی جامعه صورت داده است، مقدار ضروری ارزش های غذایی مورد مطالعه را نمایش می دهد. مقایسه ارقام جدول شماره ۱-۱۲-۲ و جدول شماره ۲-۱۲-۳ به خوبی کمبودها و مازاد دریافت ریز و درشت مغذی های اساسی را تصویر می نماید. نکته مهم در این است که اگر گروه های فقیر به علت عمده کمبود درآمد قادر به دریافت ارزش های غذایی لازم نبوده و سلامت تغذیه آنها در خطر است. گروه های ثروتمند نیز به علت مخالف یعنی پر خوری در شرایط سلامت تغذیه ای مناسب قرار ندارند. ده درصد ثروتمند جامعه روستایی به طور متوسط بیش از ۵ برابر ده درصد فقیر این جامع کالری دریافت می کنند، که این اختلاف خیلی زیاد به نظر می رسد. در مورد شهرنشینان محاسبه نشان می دهد که ده درصد غنی این جامعه فقط حدود ۳۰۲ برابر گروه فقر (ده درصد) کالری دریافت می نمایند. بخشی از تفاوت بین فاصله شهرنشینان و روستانشینان غنی نسبت به فقرای همین جوامع می تواند ناشی از اهمیت بیشتری است که در مناطق روستایی نسبت به شهر بری خوراک قایل هستند. به هر صورت عدم وجود کالاهای و خدمات حاشین در مبدأ مصرفی خانوارهای روستایی به نسبت وضعیت شهرنشینان نیز می تواند عامل عمده در ایجاد این تفاوت باشد.

جدول ۱-۱۲-۲ ارزش غذایی کل کالاهای مصرفی جامعه روستایی (سال ۱۳۷۴)

افلام	AV	B1	B2	B3	B4	B5	B6	B7	BA	B9	B10	B11	B12	B13	B14	B15	B16	B17	B18	B19	B20
کلیس	۹۱۹	۲۴۷	۴۴۹	۴۹۳	۵۴۰	۶۰۴	۶۶۵	۶۷۹	۷۳۳	۷۴۷	۸۰۰	۸۵۰	۸۸۹	۹۱۹	۱۰۴۲	۱۰۵۰	۱۱۳۹	۱۲۴۳	۱۳۷۸	۱۷۲۴	۲۱۵۹
اهن	۳۴	۱۰	۱۶	۱۹	۲۱	۲۳	۲۵	۲۷	۲۷	۲۸	۲۸	۳۱	۳۲	۳۳	۳۸	۳۸	۴۲	۴۴	۵۱	۶۵	۸۹
فسفر	۱۸۲۱	۴۰۵	۷۰۸	۸۲۸	۹۴۴	۹۸۳	۱۱۰۷	۱۱۶۱	۱۲۷۱	۱۲۶۹	۱۴۲۹	۱۶۳۸	۱۶۸۷	۱۶۶۰	۲۱۰۱	۲۰۷۶	۲۳۰۶	۲۵۴۳	۲۸۴۳	۳۹۱۷	۵۳۸۱
پروتئین	۱۰۱	۲۸	۴۸	۵۳	۵۸	۶۹	۷۵	۷۸	۷۸	۷۸	۸۴	۹۲	۹۹	۹۶	۱۱۴	۱۱۳	۱۲۵	۱۳۴	۱۴۸	۱۸۸	۲۶۲
کالری	۳۵۱۶	۱۱۱۹	۱۷۷۵	۱۳۷۸	۲۰۹۴	۲۲۳۸	۲۴۵۵	۲۶۰۶	۲۷۸۱	۲۷۸۱	۲۹۷۷	۳۳۲۸	۳۴۳۷	۳۴۲۴	۳۹۳۱	۳۹۳۳	۴۳۳۶	۴۶۶۷	۵۱۴۷	۶۴۵۷	۸۶۷۰

جدول ۲-۱۲-۲ ارزش غذایی کل کالاهای مصرفی جامعه شهری (سال ۱۳۷۴)

افلام	AV	B1	B2	B3	B4	B5	B6	B7	BA	B9	B10	B11	B12	B13	B14	B15	B16	B17	B18	B19	B20
کلیس	۷۹۴	۳۳۴	۴۲۸	۴۷۶	۵۱۰	۵۲۷	۵۶۵	۵۸۰	۶۱۷	۶۶۷	۶۷۲	۷۳۷	۷۵۵	۸۰۰	۸۸۹	۹۰۹	۹۴۱	۱۰۶۷	۱۱۹۸	۱۳۷۲	۱۷۶۹
اهن	۳۸	۲۷	۳۱	۳۲	۳۳	۳۴	۳۵	۳۶	۳۶	۳۶	۳۶	۳۸	۳۷	۳۸	۴۱	۴۰	۴۱	۴۴	۴۶	۴۶	۵۲
فسفر	۱۱۹۶	۵۴۴	۶۹۲	۷۶۳	۸۰۴	۸۳۹	۹۱۴	۹۳۰	۹۸۱	۱۰۴۹	۱۰۶۸	۱۱۶۶	۱۱۵۱	۱۲۳۱	۱۳۹۲	۱۳۵۲	۱۴۴۳	۱۵۹۷	۱۷۳۸	۱۹۱۰	۲۳۵۷
پروتئین	۹۱	۵۳	۶۳	۶۸	۷۱	۷۱	۷۶	۷۷	۸۰	۸۴	۹۰	۹۰	۸۹	۹۲	۱۰۱	۱۰۰	۱۰۶	۱۱۳	۱۲۴	۱۲۹	۱۵۴
کالری	۲۸۹۴	۱۷۴۵	۲۰۹۰	۲۲۴۷	۲۳۴۹	۲۳۴۸	۲۶۱۷	۲۵۳۲	۲۶۱۹	۲۷۰۹	۲۶۹۵	۲۸۹۶	۲۸۱۸	۲۹۳۴	۳۱۳۹	۳۱۵۷	۳۲۹۷	۳۴۸۷	۳۷۲۴	۳۹۲۸	۴۵۲۶

محاسبه شده توسط محقق

جدول ۳-۱۲-۲- شاخص های مقادیر ارزش های غذایی ضروری سال ۱۳۷۴

ارزش های غذایی	انرژی	پروتئین	آهن	کلسیم
معیار ضروری بودن	۲۲۰۹	۵۶/۲	۱۳/۶	۵۱۰
متوسط جامعه روستایی	۳۵۱۶	۱۰۱	۳۴	۹۱۹
متوسط جامعه شهری	۲۸۹۴	۹۱	۳۸	۷۹۴

محاسبات برآورد تحقیق

با استفاده از داده های جدول های ۲-۱۲-۱ و ۲-۱۲-۲ مبادرت به ساخت جدول شماره ۲-۱۲-۴ می کنیم. ستون اول این جدول ارزش های غذایی را نشان می دهد و ستون های دوم الی چهارم مقادیر دریافت این ارزش ها را برای ۵ درصد فقیر، متوسط و ۵ درصد ثروتمند هر یک از جوامع شهر و روستا به تصویر می کشد. بالاخره ستون های پنجم و ششم نسبت دریافت ارزش های غذایی خانوارهای فقیر (۵ درصد) و متوسط را نسبت به ۵ درصد ثروتمند دو جامعه روستایی و شهری محاسبه نموده اند.

مشاهده جدول شماره ۲-۱۲-۴ به خوبی نشان می دهد که تفاوت ها در دریافت ارزش های غذایی در مناطق روستایی بین گروه ثروتمند و گروه فقیر تا حد قابل توجهی بیشتر از همین تفاوت برای جامعه شهری است. در حالی که ۵ درصد ثروتمند جامعه روستایی حدود ۷/۷ برابر ۵ درصد فقیر انرژی دریافت می کنند. در شهر این نسبت فقط ۳/۶ برابر است. این اختلاف در مورد کلیه ارزش های غذایی دیگر نیز دیده می شود.

جدول ۴-۱۲-۲- مقایسه دریافت ارزش های غذایی برای سه گروه فقیر، متوسط و غنی در روستا و شهر - سال ۱۳۷۴

ارزش های غذایی	% فقیر	متوسط	% غنی	فقیر / غنی	متوسط / غنی	
روستا	کالری	۱۱۱۹	۳۵۱۶	۸۶۷۶	۷۷	۲۵
	پروتئین	۲۸	۱۰۱	۲۶۲	۹۳	۱۳
	فسفر	۴۰۵	۱۸۲۱	۵۳۸۱	۱۳۳	۲۹
	آهن	۱۰	۳۴	۸۹	۸۹	۲۶
	کلسیم	۲۴۷	۹۱۹	۲۱۵۹	۸۷	۲۳
شهر	کالری	۱۷۴۵	۲۸۹۴	۴۵۲۶	۲۶	۱۵
	پروتئین	۵۳	۹۱	۱۵۴	۲۹	۱۷
	فسفر	۵۴۴	۱۱۹۶	۳۵۷	۴۳	۳
	آهن	۲۷	۳۸	۵۲	۱۹	۱۴
	کلسیم	۳۳۴	۷۹۴	۱۷۶۹	۵۳	۲۲

محاسبات برآورد تحقیق

از طرف دیگر اختلاف یا نسبت دریافت ارزش های غذایی بین ۵ درصد ثروتمند و متوسط جامعه های شهری و روستایی متباین تر بوده و این نشان دهنده شکاف بیشتر در دریافت ارزش های غذایی در روستا و



همچنین توزیع مناسب‌ترین ارزش‌ها در شهر نسبت به روستا است.

جهت دقت بیشتر در نحوه توزیع انرژی و پروتئین در شهر و روستا مبدرت به محاسبه ضریب جینی و سهم ۴۰ درصد اول، ۴۰ درصد دوم و ۲۰ درصد ثروتمند جامعه نموده و در جدول شماره ۵-۱۲-۲ نشان می‌دهیم. آنچه که با توجه به جدول شماره ۴-۱۲-۲ در مورد نحوه توزیع ارزش‌های غذایی بین شهر و روستا نتیجه‌گیری نمودیم، به خوبی در جدول شماره ۵ منعکس شده است. نخست این که چنانچه انتظار می‌رود ضرایب جینی و سهم هزینه‌های گروه‌های مختلف درآمدی حاکی از توزیع به نسبت مناسب ارزش‌های غذایی بین خانوارهای شهری و روستایی نسبت به توزیع کل هزینه‌ها و زیر مجموعه‌های عمده کالاهای و خدمات می‌باشد.

جدول ۵-۱۲-۲- نحوه توزیع کالری و پروتئین در شهر و روستا، سال ۱۳۷۴

نسبت	سهم ۲۰٪ غنی	سهم ۴۰٪ دوم	سهم ۴۰٪ اول	ضریب جینی	ارزش‌های غذایی	
					D <sup>۱۰</sup> / D <sup>۱</sup>	
۵/۲	۳۵	۴۰	۲۴	۰.۲۵۴	کالری	روستا
۹	۳۵	۴۰	۲۳	۰.۲۶۷	پروتئین	
۲/۲	۲۷	۴۰	۳۲	۰.۱۲۸	کالری	شهر
۲/۴	۲۸	۴۰	۳۰	۰.۱۴۷	پروتئین	

محاسبات از گروه تحقیق.

با توجه به این که به هر صورت دریافت ارزش‌های غذایی نمی‌تواند به علت مرحله سیری یا محدودیت حجم معده تفاوت خینی فاحشی داشته باشد. انتظار توزیع به نسبت مناسب آن وجود دارد. ولی به هر حال ضرایب و سهم هزینه‌ها به خوبی نشان می‌دهند که توزیع در شهر تا حد قابل توجهی بهتر از روستا است. نکته مهم دیگر که با توجه به سهم گروه‌های مختلف درآمدی آشکار شده است دریافت کاملاً مناسب ارزش‌های غذایی به سینه ۴۰ درصد دوم خانوارها است که در تمام موارد این ۴۰ درصد حدود ۴۰ درصد از ارزش‌های غذایی را به خود اختصاص داده‌اند.

### شکاف تغذیه بین شهر و روستا

بدون توجه به شاخص‌های ضروری برای دریافت ارزش‌های غذایی در اینجا به مقایسه شکاف ارزش‌های غذایی بین شهر و روستا می‌پردازیم. هدف از این مطالعه تعیین تفاوت یا شکاف بین مقدار دریافت کالری، پروتئین، فسفر، آهن و کلسیم بین هر بیستک از خانوارهای شهری و روستایی می‌باشد. این مقایسه را با توجه به نمودارهای شماره ۱-۱۲-۲ الی ۵-۱۲-۲ به تصویر کشیده‌ایم. نمودارهای فوق به ترتیب شکاف تغذیه برای ریز و درشت مغذی‌های کالری، پروتئین، فسفر، آهن و کلسیم را نشان می‌دهند. نمودار شماره ۱-۱۲-۲ شاهد یک شکاف مثبت به نفع شهر نشینان از بیستک اول تا بیستک ششم است. ولی این فاصله با تغییر علامت که به نفع روستا نشینان می‌شوند و شکاف عمیق‌تری را به خصوص برای بیستک‌های بالاتر نشان می‌دهد. از بیستک هفتم تا آخر ادامه می‌یابد. نمودار شماره ۲-۱۲-۲ که شکاف

پروتئین را بین شهر و روستا نشان می‌دهد تصویر تقریباً مشابهی را منعکس می‌نماید. با تفاوت این که با فاصله نزدیکی شکاف منفی دریافت پروتئین برای بیستک‌های اولیه روستایی تا بیستک یازدهم ادامه می‌یابد و شکاف منفی به ضرر بیستک‌های بالای شهری خفیف‌تر از شکاف مشابه برای انرژی می‌باشد. شکاف دریافت فسفر که در نمودار شماره ۳-۱۲-۲ نشان داده می‌شود، به استثنای بیستک اول با یک فاصله فزاینده به نفع روستاییان است. نمودار شماره ۵-۱۲-۲ که شکاف دریافت کلسیم را نشان می‌دهد نیز به صورت بسیار مشابهی وضعیت دریافت فسفر را منعکس می‌کند. با توجه به کالاهایی که عمده‌ترین مسئولیت را در ارائه این دو ارزش غذایی دارند این نتایج کاملاً معقول است. چون ارزش‌های غذایی کلسیم و فسفر از کالاهای مشابهی متمرکز هستند.

در بین ارزش‌های غذایی پنج‌گانه فوق شرایط دریافت ریزمغذی آهن و همچنین شکاف دریافت این ارزش غذایی بین شهر و روستا در حد قابل توجهی متفاوت است. نمودار شماره ۴-۱۲-۲ شکاف دریافت آهن را بین شهرنشینان و روستائین نشان می‌دهد. این شکاف تا بیستک ۱۵ به نفع شهرنشینان است و با فاصله بسیار نزدیک ولی مثبت برای بیستک‌های ۱۶ و ۱۷ و با فاصله فزاینده برای بیستک‌های ۱۸ الی ۲۰ به نفع روستاییان ثبت شده است.

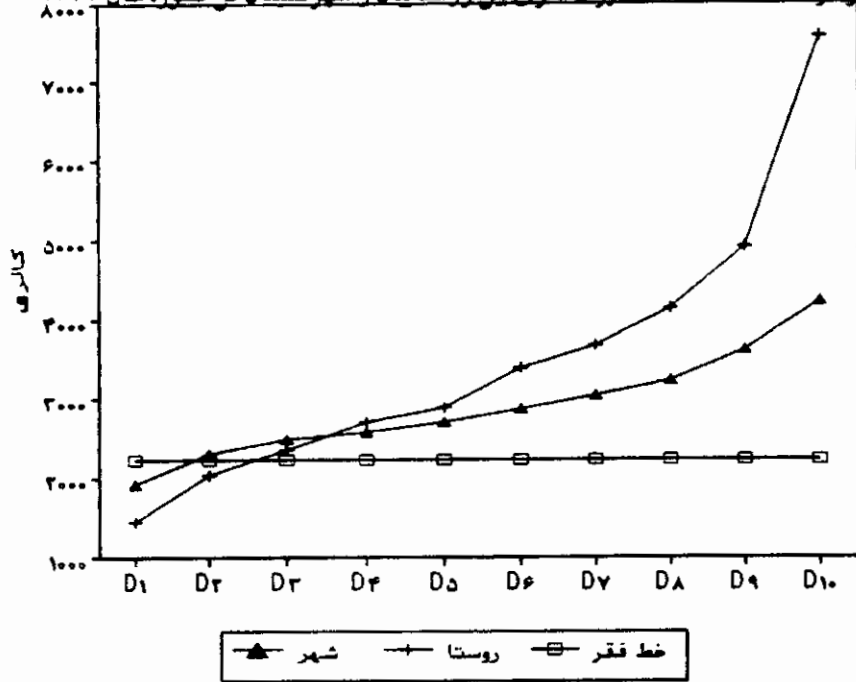
در مجموع و با توجه به نمودارهای ۱-۱۲-۲ الی ۵-۱۲-۲ به نظر می‌رسد که به طور کلی شکاف تغذیه برای ارزش‌های غذایی مورد مطالعه برای قشر فقیر جامعه به نفع شهرنشینان است، ولی برای گروه‌های درآمدی بالاتر به نفع روستاییان می‌شود. هرچند که انتظار می‌رود مقادیر مصرف انرژی و دیگر ارزش‌های غذایی برای گروه‌های ثروتمند جامعه کمتر از ارقام منعکس شده است که براساس خرید کالاهای خوراکی محاسبه شده‌اند ولی به هر حال مازاد دریافت این ارزش‌ها در بیستک‌های ۱۵ و گروه ثروتمند تا حد پرخوری آشکار است و همچنین توجه بیشتر به خوراکی در بین ثروتمند جامعه روستایی قابل انتظار می‌باشد.

### «بررسی جایگاه وضع موجود سیاست‌های حمایتی تغذیه»

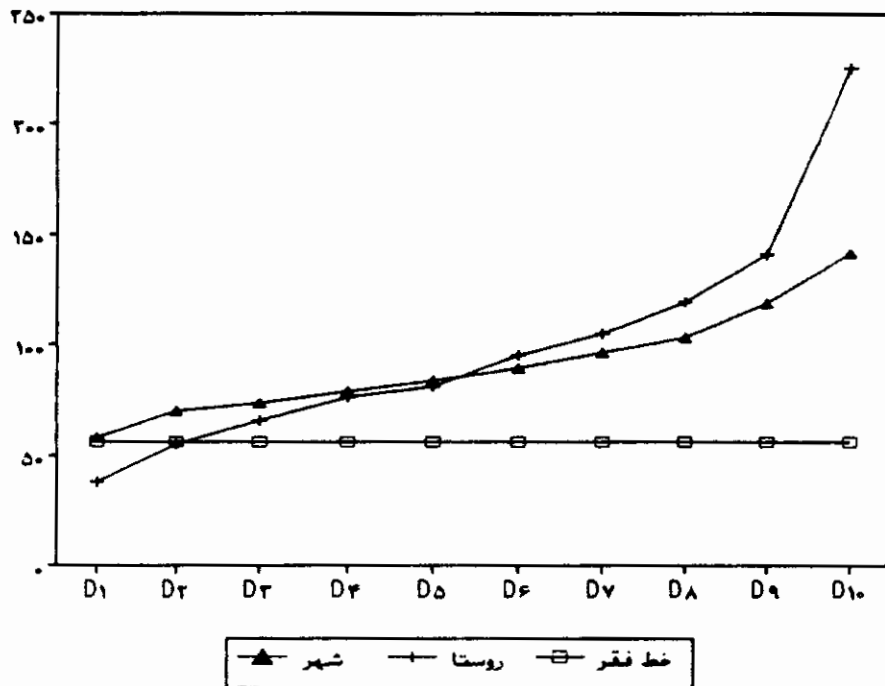
هرچند که سازمان‌های بیمه‌ای و حمایتی سعی در حمایت از خانوارهای مختلف می‌نمایند، ولی تنها سیستمی که به صورت مستمر و گسترده حمایت تغذیه‌ای می‌نماید، سیستم توزیع کالاهای اساسی است که پس از آغاز جنگ برقرار شده است. این سیستم در آغاز به علت جنگ و برای جلوگیری از افزایش قیمت کالاهای اساسی خوراکی و بعضی از اقلام بهداشتی به وجود آمد، ولی با تغییراتی تاکنون ادامه یافته است. با توجه به این که آخرین آمار موجود برای این مطالعه سال ۱۳۷۴ است. در اینجا به یک بررسی از وضعیت کالاهای اساسی عمده و همچنین کالاهای خوراکی مشمول برنامه و آثار آن در این سال می‌پردازیم.

در مرحله نخست با استفاده از جدول‌های شماره ۶-۱۲-۲ و ۷-۱۲-۲ چگونگی دریافت ارزش‌های غذایی را از گروه کالاهای برنج، نان، گوشت، مرغ، روغن، قند و شکر را بررسی می‌کنیم. جدول شماره ۶-۱۲-۲ بین مهم‌ترین روستاییان کل کشور نشان می‌دهد. به طور متوسط کالاهای فوق مسئولیت تأمین ۱۷۳۷ کالری انرژی، ۴۵ گرم پروتئین، ۵۴۱ میلی‌گرم فسفر، ۱۷ میلی‌گرم آهن و ۳۶۵ میلی‌گرم کلسیم را به عهده دارند. بررسی ستون مشابه از جدول شماره ۷-۱۲-۲ که برای شهرنشینان تهیه شده است حاکی از سهم بیشتری از ارزش‌های غذایی است که همین کالاهای برای متوسط این جامعه فراهم می‌نمایند. جهت مقایسه بهتر جدول شماره ۸-۱۲-۲ را تشکیل می‌دهیم.

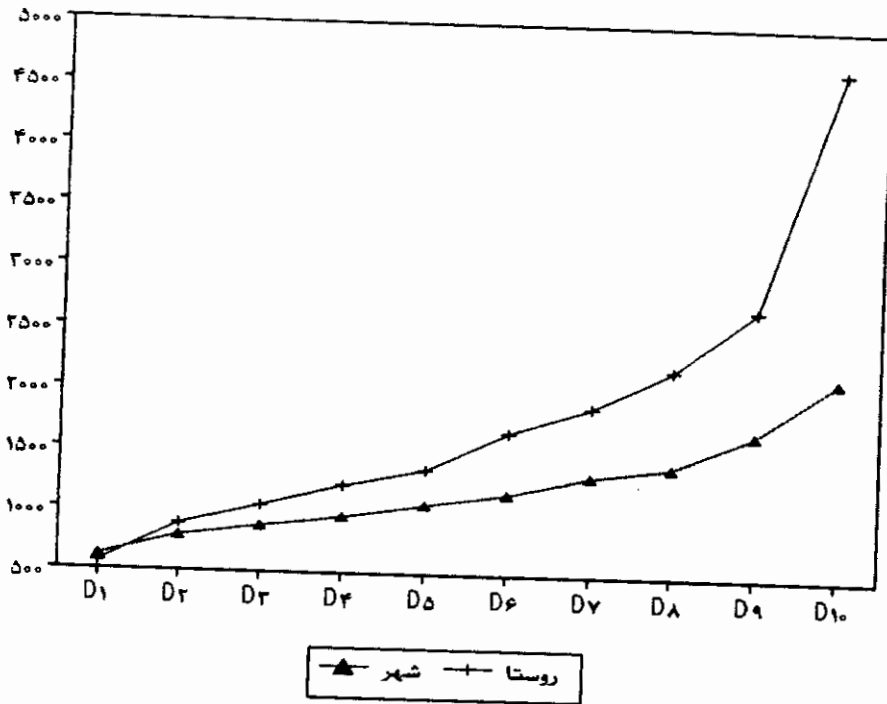
نمودار ۱-۱۲-۲- شکاف میزان کالری بین روستاییان و شهرنشینان کل کشور، سال ۱۳۷۴



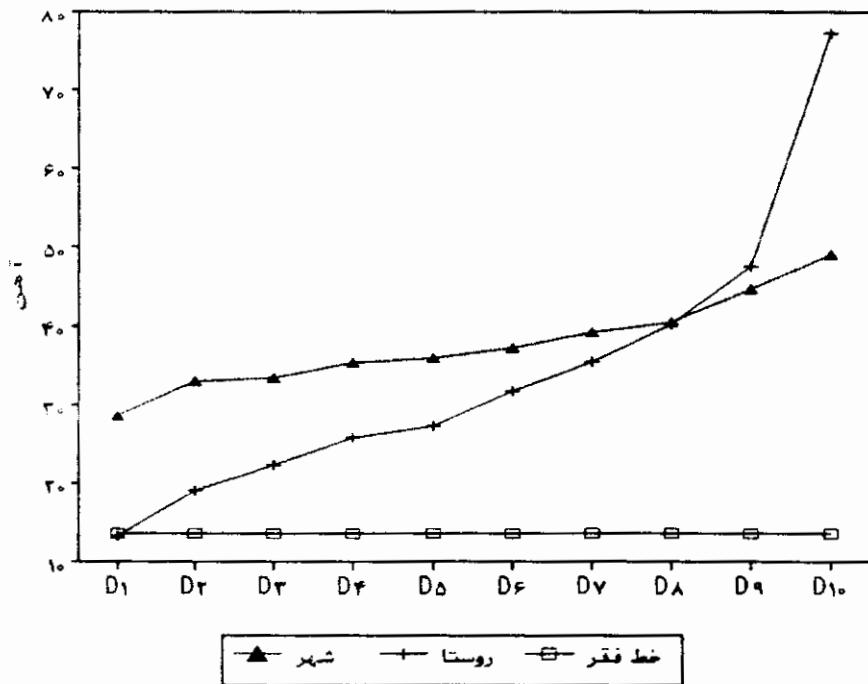
نمودار ۲-۱۲-۲- شکاف میزان پروتئین بین روستاییان و شهرنشینان کل کشور، سال ۱۳۷۴



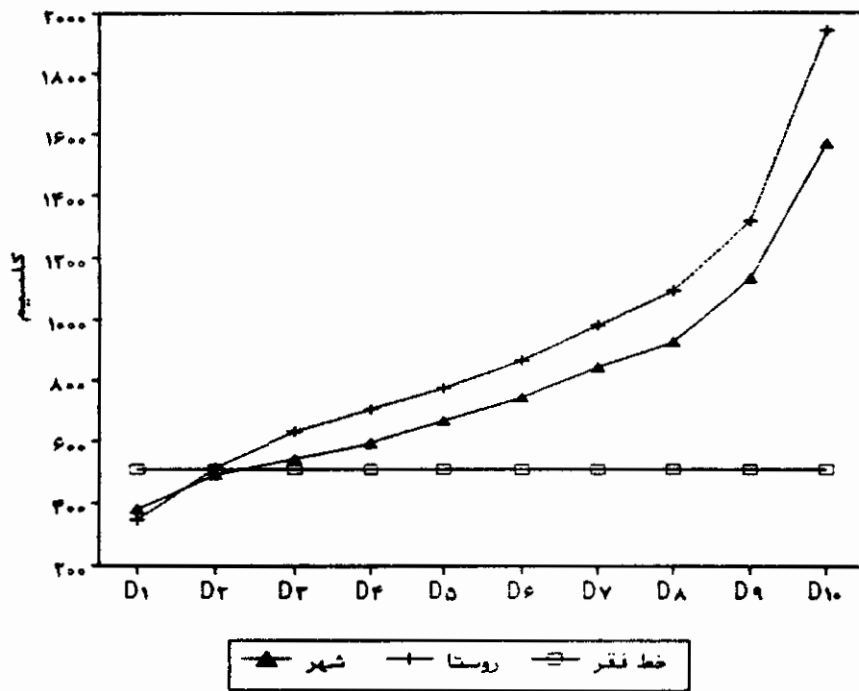
نمودار ۳-۱۲-۲- شکاف میزان سفر بین روستاییان و شهرنشینان کل کشور. سال ۱۳۷۴



نمودار ۴-۱۲-۲- شکاف میزان آهن بین روستاییان و شهرنشینان کل کشور. سال ۱۳۷۴



نمودار ۵-۱۲-۲ - شکاف میزان کسبیم بین روستایان و شهرنشینان کل کشور، سال ۱۳۷۴



جدول ۶-۱۲-۲- ارزش غذایی کالاهای اساسی جامعه روستایی (سال ۱۳۷۴)

سال	AV	B1	B2	B3	B4	B5	B6	B7	B8	B9	B10	B11	B12	B13	B14	B15	B16	B17	B18	B19	B20
کالری	۱۷۳۷	۶۸۲	۹۵۴	۱۱۰۸	۱۰۸۳	۱۲۳۹	۱۲۹۷	۱۴۶۴	۱۴۹۰	۱۴۸۸	۱۵۰۳	۱۷۱۷	۱۷۴۷	۱۷۶۶	۱۷۸۷	۱۸۹۲	۲۰۶۴	۲۱۵۶	۲۳۹۶	۲۷۲۴	۳۹۹۰
پروتئین	۴۵	۱۵	۲۴	۲۷	۲۷	۳۲	۳۲	۴۰	۳۸	۳۸	۳۸	۴۲	۴۶	۴۵	۴۵	۴۹	۵۳	۵۴	۶۰	۶۵	۱۰۷
فسفر	۵۴۱	۱۴۶	۲۳۲	۲۷۹	۲۹۱	۳۴۴	۳۶۳	۴۲۸	۴۱۱	۴۱۴	۴۳۹	۵۴۴	۵۲۲	۵۲۶	۵۲۱	۵۹۵	۶۵۹	۷۰۹	۷۹۰	۹۱۴	۱۲۴۴
آهن	۱۷	۷	۱۱	۱۲	۱۱	۱۴	۱۴	۱۶	۱۶	۱۵	۱۵	۱۷	۱۷	۱۷	۱۸	۲۰	۱۹	۲۲	۲۲	۲۴	۳۲
کلسیم	۳۶۵	۱۱۵	۲۰۲	۲۲۷	۲۳۵	۲۸۹	۳۰۰	۳۲۱	۳۳۰	۳۳۳	۳۳۲	۳۴۸	۳۶۴	۳۹۰	۳۸۴	۴۱۰	۴۳۶	۴۷۸	۵۰۷	۵۷۱	۱۲۰

جدول ۷-۱۲-۲- ارزش غذایی کالاهای اساسی جامعه شهری (سال ۱۳۷۴)

سال	AV	B1	B2	B3	B4	B5	B6	B7	B8	B9	B10	B11	B12	B13	B14	B15	B16	B17	B18	B19	B20
کالری	۲۲۸۴	۱۵۳۹	۱۷۷۷	۱۹۱۲	۱۹۸۰	۱۹۳۴	۲۱۴۲	۲۰۶۰	۲۱۱۹	۲۱۸۴	۲۱۵۲	۲۲۷۴	۲۲۳۵	۲۲۷۴	۲۳۹۲	۲۴۵۴	۲۵۳۴	۲۶۳۱	۲۷۵۲	۲۹۷۶	۳۳۵۴
پروتئین	۶۷	۴۵	۵۱	۵۵	۵۷	۵۵	۵۷	۵۹	۶۰	۶۳	۶۲	۶۵	۶۵	۶۶	۷۱	۷۲	۷۶	۸۰	۸۳	۹۳	۱۱۰
فسفر	۷۱۰	۳۸۹	۴۵۵	۵۰۱	۵۱۷	۵۲۰	۵۳۴	۵۶۲	۵۸۱	۶۲۹	۶۳۲	۶۷۰	۶۸۸	۷۰۴	۷۷۸	۷۹۱	۸۳۴	۹۱۲	۹۶۷	۱۱۳۶	۱۳۹۴
آهن	۲۹	۲۴	۲۷	۲۸	۲۸	۲۷	۲۸	۲۸	۲۹	۲۹	۲۸	۲۹	۲۸	۲۸	۲۹	۲۹	۲۹	۲۹	۳۰	۳۱	۳۲
کلسیم	۵۱۸	۷۵۰	۳۰۵	۳۳۵	۳۵۳	۳۵۶	۳۶۹	۳۸۰	۳۹۸	۴۳۶	۴۲۹	۴۷۲	۴۸۷	۵۰۲	۵۶۳	۵۷۹	۵۹۰	۶۷۵	۷۵۷	۹۱۷	۱۱۹۹

جدول ۸-۱۲-۲- دریافت ارزش های غذایی شهرنشینان از کالاهای اساسی خوراکی براساس شاخص ۱۰۰=روستائینان برای گروه های فقیر، متوسط و غنی جامعه شهری، سال ۱۳۷۴ (درصد)

ارزش های غذایی	۵٪ فقیر	متوسط	۵٪ غنی
کالری	۲۲۶	۱۳۱	۸۴
پروتئین	۳۰۰	۱۴۹	۱۰۳
فسفر	۲۶۶	۱۳۱	۹۰
آهن	۳۴۳	۱۷۰	۹۴
کلسیم	۲۱۷	۱۴۲	۱۶۶

جدول شماره ۸-۱۲-۲ درصد دریافت ارزش های غذایی را از کالاهای اساسی برای شهرنشینان فقیر، متوسط و غنی به شرطی نشان می دهد که دریافت گروه مشابه روستایی برابر ۱۰۰ در نظر گرفته شده باشد. مثلاً این جدول نشان می دهد که ۵ درصد فقیر شهری ۳۰۰ درصد روستاییان فقیر از کالاهای اساسی پروتئین دریافت می نمایند. بخشی از این تفاوت ناشی از حمایت بیشتر غذایی دولت از شهرنشینان نسبت به روستاییان است که در ادامه این بحث این نکته را نشان می دهیم. گروه متوسط جامعه شهری نیز، هرچند به مقدار کمتر و شاید حدود نصف گروه فقیر ولی به هر حال، مقدار بیشتری ارزش های غذایی را نسبت به روستاییان از کالاهای اساسی مورد نظر دریافت می نمایند. در مورد ۵ درصد غنی جامعه شهری تصویر کاملاً متفاوت می شده به صورتی که غیر از پروتئین و آن هم به مقدار جزئی (۳ درصد بیشتر) در مورد بقیه ارزش های غذایی درصد کمتری نسبت به روستاییان ارزش های غذایی را از کالاهای اساسی به دست می آورد. بررسی بالا به خوبی اهمیت سیستم حمایت غذایی را برای فقرا نشان می دهد.

جدول ۹-۱۲-۲ از درجهت روشن شدن سهم ارزش های غذایی از کالاهای اساسی نسبت به کل دریافت ارزش های غذایی مطرح می کنیم.

جدول ۹-۱۲-۲- درصد دریافت ارزش های غذایی به وسیله کالاهای اساسی از کل دریافت ارزش های غذایی در روستا و شهر برای فقیر، متوسط و غنی، سال ۱۳۷۴

ارزش های غذایی	روستا			شهر		
	۵٪ فقیر	متوسط	۵٪ غنی	۵٪ فقیر	متوسط	۵٪ غنی
کالری	۶۱	۴۹	۴۶	۸۸	۷۹	۷۴
پروتئین	۵۳	۴۴	۴۱	۸۵	۷۴	۷۱
فسفر	۳۶	۳۰	۲۹	۷۱	۵۹	۵۹
آهن	۷۰	۵۰	۳۸	۸۹	۷۶	۶۱
کلسیم	۴۶	۴۰	۳۳	۷۵	۶۵	۶۸

محاسبات: ...

ارقام مندرج در این جدول بری سیر و روستا و به تفکیک فقیر، متوسط و غنی جامعه و درصد دریافت هر یک از ارزش های غذایی کالری، پروتئین، فسفر، آهن و کلسیم از طریق ۶ قلم کالای اساسی را نسبت به ارزش های غذایی دریافت شده از مصرف کل کالاهای خوراکی را نشان می دهد. مثلاً عنصر اول ستون نخست از سمت راست می گوید که حیوانات فقیر و روستایی ۶۱ درصد از کل انرژی دریافتی خود را از ۶ قلم کالاهای برنج، نان، گوشت، مرغ، روغن، قند و شکر تأمین می کنند.

جدول شماره ۹-۱۲-۲ به وضوح نشان می دهد که در مجموع ۶ شهر نشینان بیشتر از روستاییان ارزش های غذایی را از کالاهای خوراکی اساسی دریافت می نمایند و همچنین در هر دو جامعه فقرا بیشتر از متوسط جامعه و متوسط با یک استثنا (کلسیم برای شهر نشینان) بیشتر از ۵۰ درصد غنی جامعه ارزش های غذایی را از کالاهای اساسی می گیرند. مجدداً به نظر می رسد که یکی از عوامل تفاوت بین شهر و روستا ناشی از حمایت بیشتر سیستم حمایت غذایی در شهر نسبت به روستا می باشد.

در این مرحله مناسب است که به نحوه توزیع یارانه کالاهای خوراکی در شهر و روستا در سال مورد مطالعه که ۱۳۷۴ است توجه کنیم. جدول شماره ۱۰-۱۲-۲ براساس اطلاعات و آمار ستاد بسیج اقتصادی مقدار توزیع کالاهای مضمون یارانه را نشان می دهد.

جدول ۱۰-۱۲-۲- مقدار توزیع کالاهای مضمون یارانه در

شهر و روستا سال ۱۳۷۴ (درصد)

کالا	مقدار سوبسید در شهر (گرم)	مقدار سوبسید در روستا (گرم)
برنج	۹۰۰۰	۱۰۵۰۰
روغن	۹۴۵۰	۵۱۵۰
قند و شکر	۷۲۰۰	۱۲۰۰۰
گوشت قرمز	۳۵۰۰	-
پنیر	۷۵۰	-

محد ستاد بسیج اقتصادی

براساس اطلاعات این جدول در حالی که خانوارهای روستایی ۱۵۰۰ گرم برنج و ۴۸۰۰ گرم قند و شکر نسبت به شهر نشینان بیشتر دریافت می کنند، ولی روغن به مقدار ۳۴۰۰ گرم کمتر دریافت نموده و اصولاً یارانه گوشت و پنیر نیز سهم آنها نمی شود. با توجه به مقادیر کالاهای اساسی که در سال ۱۳۷۴ در شهر و روستا به صورت سرانه توزیع شده است، جدول شماره ۱۱-۱۲-۲ مقدار دریافت ارزش های غذایی از یارانه کالاهای اساسی را در سیر و روستا نشان می دهد.



جدول ۱۱-۱۲-۲- مقدار ارزش های غذایی دریافتی از کالاهای سوبسیدی در شهر و روستا سال ۱۳۷۴

ارزش های غذایی	روستا	شهر	دریافت ۵٪ فقیر روستایی از کالاهای سوبسیدی	دریافت ۵٪ فقیر شهری از کالاهای سوبسیدی
کالری	۳۷۴	۴۳۰	۵۵ درصد	۲۸ درصد
پروتئین	۲	۴	۱۳	۹
فسفر	۳۶	۵۳	۲۵	۱۴
آهن	۱	۱	۱۴	۴
کلسیم	۶	۱۴	۵	۶

پس از ستون شرح ارزش های غذایی در ستون نخست مقدار ارزش های غذایی که در سال ۱۳۷۴ به وسیله یارانه کالاهای اساسی خوراکی به صورت سرانه منتقل شده است را محاسبه نموده، دو ستون آخر درصد ارزش های غذایی از کالاهای سوبسیدی را نسبت به ارزش های غذایی حاصل از کل کالاهای اساسی (جدول های ۶-۱۳-۲ و ۷-۱۲-۱۲) را نشان می دهد. ستون های اول و دوم به خوبی نشان می دهند که مقدار ارزش های غذایی که از طریق کالاهای مشمول یارانه به شهرنشینان می رسد بیشتر از روستائیان است. در حالی که ستون های سوه و چهار بازگو کننده این واقعیت هستند که به هر حال روستائیان فقیر بیشتر به سوبسید کالاهای خوراکی متکی هستند. هر چند که مقدار و سهم دریافتی آنها کمتر است.

احتمالاً یک مقایسه دیگر می تواند تصویر موجود را روشن تر نماید. این بار مبادرت به محاسبه ارزش های غذایی که خانوارها از کالاهای اساسی خوراکی مشمول یارانه براساس مصرف واقعی خود دریافت می کنند. این محاسبات برای هر دو جامعه شهرنشین و روستایی صورت گرفته است. جدول شماره ۱۲-۱۲-۲ و ۱۳-۱۲-۲ مقادیر ارزش های غذایی مورد نظر در بالا را نشان می دهد. جهت ارائه تصویر بهتری از سهم کالاهای خوراکی سوبسیدی در حمایت غذایی خانوارهای فقیر، متوسط و غنی جامعه های شهری و روستایی جدول شماره ۱۴-۱۲-۲ را تشکیل می دهیم.

جدول ۱۲-۱۲-۲- مقدار انرژی دریافتی شهرنشینان از برنج، پنیر، گوشت قوز، روغن، قند و شکر (سال ۱۳۷۴)

اقلام	AVG	B1	B2	B3	B4	B5	B6	B7	B8	B9	B10	B11	B12	B13	B14	B15	B16	B17	B18	B19	B20
کالری	۹۸۷	۳۷۶	۴۹۶	۵۷۵	۶۲۸	۶۶۸	۸۴۱	۷۴۱	۷۹۱	۸۶۰	۸۹۰	۹۶۰	۹۷۸	۱۰۲۰	۱۰۹۴	۱۱۶۸	۱۲۲۸	۱۳۲۶	۱۴۵۰	۱۶۵۹	۱۹۹۸
پروتئین	۲۰	۴	۶	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳	۱۵	۱۶	۱۸	۲۰	۲۰	۲۳	۲۵	۲۷	۳۱	۳۴	۴۳	۵۷
فسفر	۳۱۸	۵۸	۹۰	۱۱۷	۱۳۸	۱۵۸	۱۷۳	۱۸۱	۲۰۱	۲۳۹	۲۴۸	۲۸۹	۳۱۰	۳۲۳	۳۷۱	۳۹۷	۴۲۰	۴۸۸	۵۵۰	۶۹۴	۹۱۹
آهن	۳	۱	۲	۲	۲	۲	۲	۳	۳	۳	۳	۳	۴	۴	۴	۴	۵	۵	۶	۶	۷
کلسیم	۲۳۷	۲۳	۴۱	۵۸	۷۶	۸۸	۱۰۰	۱۰۰	۱۱۸	۱۵۲	۱۵۴	۱۹۷	۲۲۰	۲۲۵	۲۷۹	۲۹۶	۳۱۰	۳۸۹	۴۵۳	۶۰۸	۸۵۸

جدول ۱۳-۱۲-۲- مقدار انرژی دریافتی روستاییان از برنج، روغن، قند و شکر (سال ۱۳۷۴)

اقلام	AVG	B1	B2	B3	B4	B5	B6	B7	B8	B9	B10	B11	B12	B13	B14	B15	B16	B17	B18	B19	B20
کالری	۸۷۱	۳۱۱	۴۰۵	۴۷۶	۴۷۹	۵۲۱	۵۵۰	۵۹۷	۶۶۴	۶۷۷	۷۲۳	۹۰۵	۸۳۶	۸۷۱	۹۰۷	۹۸۷	۱۰۸۹	۱۱۸۵	۱۳۱۴	۱۵۹۴	۲۳۳۷
پروتئین	۷	۱	۲	۳	۳	۳	۴	۵	۵	۵	۵	۶	۷	۷	۷	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۵	۲۵
فسفر	۱۶۶	۲۱	۳۷	۴۸	۵۴	۶۷	۶۹	۸۰	۹۴	۹۷	۱۱۴	۲۱۱	۱۳۰	۱۵۱	۱۵۶	۱۹۲	۲۲۲	۲۴۴	۲۸۹	۳۷۰	۵۰۰
آهن	۳	۰	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۲	۲	۲	۲	۲	۳	۳	۳	۴	۴	۵	۶	۷
کلسیم	۲۶	۵	۸	۱۰	۱۱	۱۳	۱۴	۱۵	۱۸	۱۸	۲۰	۲۰	۲۳	۲۶	۲۷	۳۱	۳۶	۳۸	۴۲	۵۲	۷۹

جدول شماره ۱۴-۱۲-۲ درصد دریافت ارزش های غذایی از کوپن نسبت به کل

کالاهای سوبسیدی در شهر و روستا سال ۱۳۷۴ (درصد)

ارزش های غذایی	روستا			شهر		
	۵٪ فقیر	متوسط	۵٪ غنی	۵٪ فقیر	متوسط	۵٪ غنی
کالری	۱۲۰	۴۳	۱۶	۱۱۴	۴۳	۲۱
پروتئین	۳۰۰	۲۸	۸	۱۰۰	۲۰	۷
فسفر	۱۷۱	۲۲	۵	۹۱	۱۷	۶
آهن	*	۳۳	۹	۱۰۰	۳۳	۱۴
کنسیم	۱۳۰	۲۳	۷	۶۱	۶	۲

\* مقدار دریافت هر کالاهای سوبسیدی برای خانوارهای فقیر روستایی صفر بوده است

جدول شماره ۱۴-۱۲-۲ درصد دریافت ارزش های غذایی کوپن کالاهای سوبسیدی را از ارزش های غذایی دریافتی از مصرف کالاهای سوبسیدی را نشان می دهد. مثلاً رقم اول ستون سوم که برای متوسط جامعه روستایی محاسبه شده است. می گوید ۴۳ درصد از کالری دریافتی متوسط جامعه روستایی از مصرف کالاهای سوبسیدی (برنج، روغن، قند و شکر) به وسیله کوپن و سوبسید دولت به دست آمده است و باقی مانده از خرید آزاد اناشی می شود. با مشاهده ستون دوم و پنجم این جدول که برای درصد خانوارهای فقیر دو جامعه روستایی و شهری محاسبه شده است. تصویر روشنی از وضعیت این خانوارها به دست می آید.

ستون دوم جدول که مربوط به درصد فقیر روستایی است می گوید که این خانوارها حتی مقدار ارزش های غذایی موجود در کالاهای کوپنی را نیز دریافت نکرده اند. به عبارت دیگر این خانوارها مثلاً نصف پروتئین همراه با این گروه کالاهای دریافت نموده اند و این به علت فروش سهم کالاهای کوپنی است که احتمالاً به خاطر خرید کالاهای دیگر صورت گرفته است. در مورد شهرنشینان فقیر وضع به وخامت روستاییان نیست و آنها فقط بخشی از سهم کالری موجود در کالاهای کوپنی را دریافت نکرده اند. در حالی که ۱۰۰ درصد پروتئین و آهن دریافتی آنها از کالاهای برنج، روغن، قند و شکر، پنیر و گوشت قرمز از طریق کوپن کالاهای اساسی خوراکی تأمین شده است.

سهم کوپن در دریافت ارزش های غذایی از کالاهای مشمول سوبسید به سمت صاحبان درآمد بالا که حرکت می کنیم کاهش می یابد. به طوری که برای درصد ثروتمند جامعه تقریباً به درصد ناچیزی می رسد. برای مثال می توان از جدول شماره ۹ بی برد که درصد ثروتمند جامعه شهری فقط ۲ درصد کنسیم و ۷ درصد پروتئین دریافتی از کالاهای مشمول سوبسید را از طریق سهم کوپن خود به دست آورند.

این درصدها بر مبنای ارزش های غذایی کوپن محاسبه شده است و نشان می دهد که اقلام محاسبه شده در جدول فوق فقیرترین است

## فهرست منابع و مآخذ

- ۱- مرکز خدمات کامپیوتری سازمان تأمین اجتماعی
- ۲- اداره آمار و اطلاعات صندوق بازنشستگی و بیمه‌ای وزارت دفاع و پشتیبانی.
- ۳- اداره آمار و اطلاعات صندوق مشترک بانک‌ها.
- ۴- اداره آمار و اطلاعات شهرداری تهران.
- ۵- اداره آمار و اطلاعات صندوق بازنشستگی شرکت منی فولاد.
- ۶- اداره آمار و اطلاعات صندوق بازنشستگی جهاد سازندگی.
- ۷- اداره آمار و اطلاعات صندوق بازنشستگی هواپیمایی جمهوری اسلامی ایران.
- ۸- اداره آمار و اطلاعات صندوق بازنشستگی محابرات.
- ۹- اداره آمار و اطلاعات صندوق بازنشستگی شرکت ملی نفت ایران.
- ۱۰- اداره آمار و اطلاعات صندوق بازنشستگی سازمان بنادر و کشتیرانی جمهوری اسلامی ایران.
- ۱۱- اداره آمار و اطلاعات صندوق بازنشستگی شرکت بیمه ایران.
- ۱۲- اداره آمار و اطلاعات صندوق بازنشستگی شرکت بیمه مرکزی ایران.
- ۱۳- اداره آمار و اطلاعات شرکت سهامی تهیه و توزیع علوفه.
- ۱۴- اداره آمار و اطلاعات صندوق بازنشستگی بانک مرکزی.
- ۱۵- اداره آمار و اطلاعات سازمان بهرینستی.
- ۱۶- کمیته امداد امام خمینی، سالنامه‌های آماری.
- ۱۷- گزارش جامع عملکرد هشت ساله بنیاد مستضعفان و جانبازان ۱۳۶۸-۱۳۷۶
- ۱۸- سیاست‌های حمایتی از قشرهای آسیب‌پذیر، وزارت اقتصادی و دارایی، سال ۱۳۷۱.
- ۱۹- جدول ترکیبات مواد غذایی ایران، استیتو علوم تغذیه و صنایع غذایی ایران.
- ۲۰- بانک مرکزی، اداره بررسی‌های اقتصادی
- ۲۱- اداره آمار اقتصادی سازمان بازنشستگی شهرداری
- ۲۲- ساختارهای آماری کمیته امداد امام خمینی
- ۲۳- اداره آمار اقتصادی سازمان بهرینستی
- ۲۴- اداره آمار اقتصادی سازمان بهرینستی
- ۲۵- سالنامه‌های آماری، مرکز آمار ایران
- ۲۶- آمار و اطلاعات بودجه جدول بودجه عمومی ایران
- ۲۷- گزارش اقتصادی سازمان بهرینستی بودجه ۱۳۶۸-۱۳۷۶
- ۲۸- ستاد سیخ اقتصادی
- ۲۹- سازمان حمایت از تولیدکننده و مصرف‌کننده، وزارت بازرگانی
- ۳۰- اداره کل آمار و اطلاعات سازمان تأمین اجتماعی
- ۳۱- ماهنامه سازمان تأمین اجتماعی
- ۳۲- گزارش عملکرد مرکز پزشکی، بهداشتی و درمانی ۱۳۷۵، اداره بودجه و آمار سازمان تأمین اجتماعی
- ۳۳- تأمین اجتماعی در ایران، سازمان تأمین اجتماعی
- ۳۴- بررسی آماری معوقات درمانی سازمان تأمین اجتماعی، ۱۳۷۵، معاونت درمان سازمان تأمین اجتماعی
- ۳۵- آمار مؤسسات طرف غیر درمان سازمان تأمین اجتماعی
- ۳۶- معاونت آماری و دارو، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی