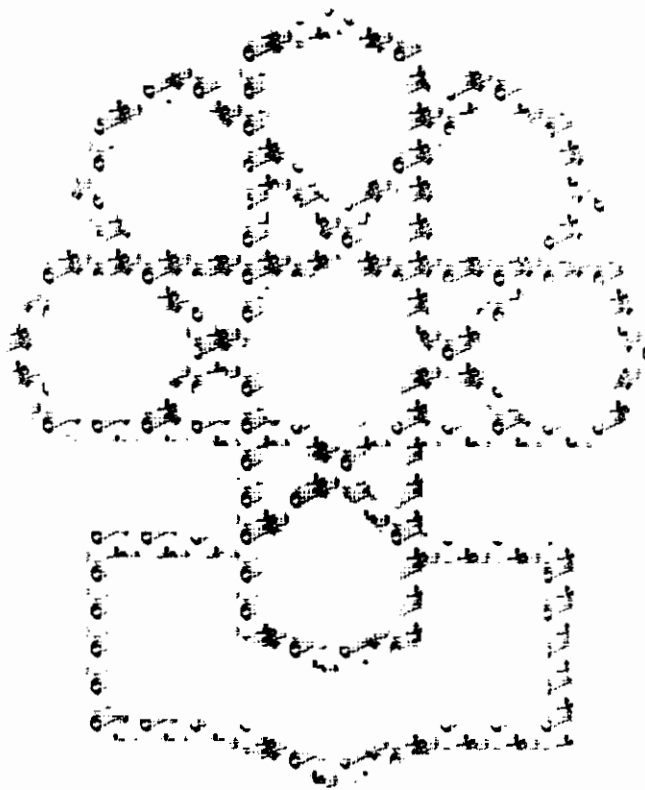




نظام تأمین اجتماعی (۶)



معاونت پژوهشی
تیر ۱۳۷۹

کار: دکتر جمشید پژوهان

کد گزارش: ۲۸۰۵۶۵۳

فهرست مطالب

۳	مقدمه
۳	فصل اول - «بیمه اجتماعی شهرنشینان»
۴	۱-۱- درآمدهای سازمان‌های بیمه اجتماعی
۹	۲-۱- هزینه‌های سازمان‌های بیمه اجتماعی
۱۱	سازمان بیمه خدمات درمانی
۱۳	۳-۱- تراز میان هزینه و درآمد سازمان‌های بیمه اجتماعی
۲۳	فصل دوم - «بیمه اجتماعی روستائیان»
۳۰	چارچوب بیمه روستایی
۳۵	فصل سوم - ارائه یک سیستم حمایت دائمی به تفکیک مناطق شهری و روستایی
۳۵	۱-۳- شناسایی وضعیت رفاهی و معیشتی گروه‌های نیازمند حمایت دائم در شهر
۳۷	بررسی فقر
۴۵	معلولین شهری
۵۰	نتیجه‌گیری و ارائه سیستم حمایت دائم برای نیازمندان شهری
۵۶	۲-۳- شناسایی وضعیت رفاهی و معیشتی گروه‌های نیازمند حمایت دائم در روستا
۵۸	بررسی فقر
۶۰	طرح حضرت زینب
۶۴	معدولان روستایی
۶۷	۳-۳- نتیجه‌گیری و ارائه سیستم حمایت دائم برای نیازمندان روستایی
۷۲	فصل چهارم - ارائه یک سیستم حمایتی موقت به تفکیک شهر و روستا
۷۲	۱-۴- بررسی وضعیت اقتصادی شاغلین و بیکاران شهری - ۱۳۷۴
	بررسی وضعیت فقر و توزیع درآمد شاغلین و بیکاران شهری
	بررسی وضعیت رفاهی شاغلین و بیکاران شهری
۷۸	۲-۴- بررسی وضعیت فقر و توزیع درآمد شاغلین و بیکاران روستایی - ۱۳۷۴
۷۶	بررسی وضعیت اقتصادی شاغلین و بیکاران روستایی - ۱۳۷۴
۷۸	بررسی وضعیت رفاهی شاغلین و بیکاران روستایی
۷۹	۳-۴- بررسی وضعیت اشتغال و بیکاری در سطح کلان اقتصاد
۸۲	۴-۴- بررسی روش‌های مختلف حمایت‌های موقت
۸۲	بررسی برنامه خودکفایی مددجویان کمیته امداد امام خمینی
۸۵	بررسی سیستم‌های حمایتی وزارت کار و امور اجتماعی
۹۰	نتیجه‌گیری
۹۰	۵-۴- بررسی و طراحی روش‌های مختلف حمایتی موفق یا هدفمند کردن وسایل پرداخت‌های انتقال
۹۰	نقدی و حسی در شهر و روستا
۹۴	فصل پنجم - نهادهای حمایتی خاص
۹۴	۱-۵- بنیاد مستضعفان و جانبازان انقلاب اسلامی (تأسیس ۱۳۵۷/۹/۱۴)
۹۵	الف- بخش اقتصادی
۹۶	ب- بخش جانبازان
۹۷	ج- بخش محرومان و مستضعفان
۹۸	دفتر مناطق محروم
۱۰۰	۲-۵- شناخت و بررسی سازمان‌های حمایت‌کننده از زندانیان و خانواده‌های آنان

۱۰۲	فصل ششم - دولت و ارائه درمان و دارو
۱۲۴	پیشنهاداتی در جهت بهبود سیستم بیمه درمانی
۱۲۵	فصل هفتم - برآورد بودجه لازم و پیشنهادی برای تأمین بار مالی مجموعه سیستم تأمین اجتماعی
۱۲۵	۱-۷- کسب درآمد از طریق جابجایی یارانه‌ها
۱۳۶	۲-۷- کسب درآمد از طریق منابع مالیاتی و حذف معافیت‌ها
۱۴۰	۳-۷- سامان دهی کسب درآمد از طریق کمک‌های مردمی و مؤسسات خیریه و ترغیب بخش خصوصی در مشارک در برنامه‌های تأمین اجتماعی
۱۴۰	۴-۷- ارائه پیشنهادات جهت کردن یا مناسب کردن حجم دولت
۱۴۴	روش‌های خصوصی سازی
۱۴۵	اهداف خصوصی سازی
۱۴۵	۱- افزایش منابع عمومی
۱۴۶	۲- کاهش بدهی‌ها
۱۴۶	۳- بهبود بهره‌برداری از منابع عمومی
۱۴۶	۴- بهبود کارایی
۱۴۶	مشکلات و موانع خصوصی سازی
۱۴۸	۱- آیین‌نامه و دستورالعمل
۱۴۹	۲- ارزش‌گذاری
۱۴۹	فرایند خصوصی سازی در ایران
۱۵۰	فرایند خصوصی سازی و تأمین اجتماعی
۱۵۱	فصل هشتم - بررسی اثر تغییر در نرخ حق بیمه بازنشستگی بر متغیرهای کلان
۱۵۱	۱-۸- مقدمه
۱۵۲	۲-۸- مدل پایه
۱۵۴	۳-۸- تخمین مدل پایه
۱۵۸	۴-۸- تجزیه تابع مصرف خصوصی کل به مصرف شاغلین و بازنشستگان
۱۶۵	۵-۸- اثر افزایش در حق بیمه بازنشستگی بر متغیرهای کلان
۱۶۸	۶-۸- نتیجه‌گیری
۱۶۸	فصل نهم
۱۶۹	۱-۹- سیستم تأمین اجتماعی در چین
۱۷۰	طرح حقوق بازنشستگی
۱۷۱	مدل‌های پرداخت بازنشستگی
۱۷۲	مزایای بیمه بیکاری
۱۷۳	بیمه بهداشت و درمان
۱۷۴	۲-۹- سیستم تأمین اجتماعی در ژاپن
۱۷۵	بیمه‌های اجتماعی در ژاپن
۱۷۶	طرح بیمه مراقبت‌های درمانی
۱۷۷	۳-۹- سیستم تأمین اجتماعی کره جنوبی
۱۷۸	بیمه روستاییان
۱۷۸	فصل دهم:
۱۷۸	نتیجه‌گیری
۱۸۱	منابع و مأخذ فارسی
۱۸۱	منابع و مأخذ انگلیسی

در جریان مطالعاتی که در کتاب‌های قبلی صورت گرفته است، ساختار سیستم‌های بیمه‌ای و حمایتی موجود بررسی شده و یک تصویر از عملکرد تشکیلات عهده دار وظایف فوق ارائه شد. شرایط اقتصادی و رفاهی جوامع شهری و روستایی و یک مجموعه از زیرگروه‌های مربوط به این جوامع مورد بحث و تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در این کتاب تلاش خواهد شد که نکاتی مهم و شایان توجه در مورد سیستم بیمه‌ای و سیستم حمایتی مطرح و پیشنهاد برای ساخت چارچوب نظام جامع تأمین اجتماعی کشور ارائه شود.

نظام جامع تأمین اجتماعی باید از دو مجموعه یا سیستم با مدیریت و استقلال مالی مجزا ولی تحت سیاست‌گذاری متحد یک شورا یا کمیته در بالاترین رده اجرایی دولت تشکیل شود. دو سیستم اصلی این نظام شامل سیستم بیمه‌ای و سیستم حمایتی است. در بخش‌های اول و دوم به بررسی و پیشنهاد ساختار بیمه‌های اجتماعی برای شهر و روستا می‌پردازیم و با توجه به این که در جریان توسعه اقتصادی بالاخره تشکیلات و سازمان بیمه‌های اجتماعی شهری است که عمده و بخش غالب جامعه را در بر خواهد گرفت، به عوامل مؤثر در فراگیر نمودن بیمه شهری می‌پردازیم.

در واقع سیستم حمایتی باید به صورت مکمل سیستم بیمه‌ای عمل نموده ولی منابع آن عمدتاً متکی به بودجه دولت خواهد بود. مسئله مهم شناسایی و کاهش هزینه‌های سیستم حمایتی مورد بررسی و مشکلاتی که در مسیر اجرای آن قرار دارند می‌باشد که به آن توجه خاص می‌شود. برنامه‌های حمایتی در دو شکل دائمی و موقت تحلیل می‌شوند. برنامه‌های بیمه‌های دائمی برای کسانی که احتمالاً قادر به بازگشت یا ورود به چرخه تولید جامعه نیستند تنظیم شده و به بحث این مهم در سطح شهر و روستا پرداخته است. برنامه‌های حمایت موقت متوجه کسانی باید باشد که امکان بازگشت به جریان تولیدی اقتصاد را داشته و در نتیجه توان کسب درآمد لازم برای انتقال به بالای خط فقر را پیدا می‌کنند.

هرچند کسب اطلاعات از بدهی‌های حمایتی خاص دشوار است، ولی سعی می‌شود که در مورد این نهادها نیز تصویری منعکس شود. نکته‌ای که اهمیت دارد تأمین منابع مالی مجموعه نظام است. به هر حال، توجه نمودیم که این سیستم بیمه‌های اجتماعی است که باید گسترش یافته و در نهایت چتر بیمه و حمایت را در مجموعه کشور بگستراند. ولی تا زمانی که در نتیجه این حرکت سیستم حمایتی کوچک شود نیاز به منابع مالی درآمد که در فصول آخر این کتاب به آن پرداخته خواهد بود.

فصل اول - بیمه اجتماعی شهرنشینان

شهرنشینی و گسترش آن یکی از پدیده‌هایی است که به همراه خود بحث نیاز به برقراری سیستم تأمین اجتماعی در جامعه را تشدید می‌کند. در کشور ما نیز سابقه بیمه اجتماعی در شهرها در مقایسه با روستا چشمگیرتر است. در این ارتباط نیز سازمان‌های مختلف در این زمینه فعالیت دارند که به طور عمده می‌توان از سازمان تأمین اجتماعی، سازمان بیمه خدمات درمانی و سازمان بازنشستگی کشوری نام برد. بررسی درآمدها و هزینه‌های این سازمان‌ها و همچنین بررسی عوامل مؤثر بر منابع و مصارف می‌تواند در جهت ایجاد سیستم بیمه اجتماعی مناسب‌تر، مؤثر باشد. در این راستا به مطالعه درآمدها، هزینه‌ها و عوامل

تأثیرگذار بر آنها پرداخته و مشکلات و مسائل هر دسته را بررسی خواهیم کرد.

۱-۱- درآمدهای سازمان‌های بیمه اجتماعی

سازمان‌های بیمه اجتماعی همچنان که از نام آنها برمی‌آید باید در چارچوب بیمه‌ای فعالیت نمایند. به این ترتیب که در قبال دریافت حق بیمه، به بیمه شدگان خدمات ارائه نمایند. در زمینه صنعت بیمه و در حالی که بخش خصوصی به امور بیمه‌ای می‌پردازد درآمدها و تعیین حق بیمه در یک فرایند اقتصادی و با در نظر گرفتن مسائلی همچون عهده اطمینان، طول مدت پرداخت حق بیمه، طول مدت احتمالی دریافت مستمری و خدمات بیمه‌ای و... و با هدف حداکثر نمودن سود بنگاه در صنعت بیمه، محاسبه می‌گردد. اما در بیمه اجتماعی به دلیل این که هدف، برقراری تأمین اجتماعی بوده و علاوه بر بیمه گروه بیمه شده، دولت نیز در این زمینه مداخله می‌نماید و در عین حال حداکثرسازی سود، مورد نظر نمی‌باشد، بررسی درآمدهای سازمان‌ها حائز اهمیت بیشتری است. چراکه منابع درآمدی و مسائل مورد نظر و به دنبال آن مشکلات تأمین مالی اجرای سیستم‌های بیمه اجتماعی می‌تواند هدف اصلی برقراری این سیستم‌ها را تحت الشعاع قرار دهد. از این رو به بررسی درآمدها و عوامل مؤثر بر آنها در سه سازمان ذکر شده می‌پردازیم.

سازمان تأمین اجتماعی

همچنان که در فصول گذشته اشاره شد، این سازمان، از سال ۱۳۱۰ تحت نام صندوق احتیاط کارگران طرق و شوارع، اولین نهادی است که در زمینه نظام بیمه اجتماعی در ایران شروع به فعالیت کرده و طی سالیان با تغییر نام و حوزه فعالیت، به عنوان عمده‌ترین سازمان بیمه اجتماعی مطرح می‌باشد. این سازمان موظف است تا در قبال دریافت حق بیمه از بیمه شدگان مشمول، حمایت‌هایی را از ایشان به مورد اجرا گذارد که در دو بخش درمان و بیمه‌ای مطرح است. در بخش درمان، ارائه خدمات درمانی به طور مستقیم و غیرمستقیم از سوی این سازمان برقرار است. سازمان در بخش بیمه‌ای خود، دو نوع حمایت کوتاه مدت و بلندمدت را در چارچوب وظایف خود دارد که حمایت‌های کوتاه مدت شامل کمک پرداخت بارداری، غرامت دستمزد، مقرری بیمه بیکاری، کمک ازدواج و... می‌باشد و در حمایت بلندمدت نیز پرداخت‌ها به بازنشستگان، از کارافتادگان و بازماندگان مورد نظر است.

درآمدهای این سازمان به طور کلی شامل حق بیمه وصولی، درآمد حاصل از سرمایه گذاری، خسارات و جرایم دریافتی، درآمد حاصل از کمک‌ها و هدایا و سایر درآمدها می‌باشد. حق بیمه و درآمد حاصل از آن، خود از سه منبع به دست می‌آید: حق بیمه سهم بیمه شده، حق بیمه سهم کارفرما و حق بیمه‌ای که سهم دولت می‌باشد. طبق قانون، نرخ حق بیمه سازمان تأمین اجتماعی ۳۰ درصد می‌باشد که ۲۰ درصد آن سهم کارفرما، ۷ درصد سهم بیمه شده و ۳ درصد سهم دولت می‌باشد (البته در برخی موارد نرخ‌های بیمه براساس قانون متفاوت می‌باشد، ولی نرخ حق بیمه به طور عمده همان ۳۰ درصد می‌باشد).

درآمد حاصل از سرمایه گذاری، به درآمد حاصل از شرکت سرمایه گذاری سازمان تأمین اجتماعی، درآمد حاصل از سپرده‌های مدت دار، درآمد حاصل از سود سهام مؤسسات غیردولتی، درآمد حاصل از احداث مسکن، درآمد حاصل از اجاره دریافتی، فروش و... گفته می‌شود، که بعد از درآمد حاصل از حق بیمه سهم عمده‌ای در کل درآمدهای سازمان دارد.

درآمد حاصل از خسارات و جرایم نقدی و همچنین حاصل از دیرکرد اقساط، بخش دیگری از منابع

درآمدی سازمان را تشکیل می‌دهد.

سایر درآمدها، شامل درآمد حاصل از ارائه خدمات درمانی به غیر بیمه شدگان (سرپایی و بستری) درآمد حاصل از حق بیمه درمان فرزندان چهارم به بعد، درآمد حاصل از دفترچه‌های مفقود شده و... می‌باشد.

انواع درآمدهای سازمان تأمین اجتماعی طی ۱۰ سال ۱۳۶۷ تا ۱۳۷۶ در جدول شماره ۱-۱-۶ به تفکیک قابل بررسی است. همچنان که در این جدول مشاهده می‌شود بیشترین سهم درآمدهای این سازمان را حق بیمه دریافتی تشکیل می‌دهد که اساساً با توجه به عملکرد بیمه‌ای این سازمان معقول نیز هست. پس از حق بیمه‌ها که از سال ۱۳۶۷ تا ۱۳۷۴ بیش از ۹۰ درصد درآمد سازمان را به خود اختصاص می‌دهد، درآمد حاصل از سرمایه‌گذاری بیشترین سهم در منابع این سازمان را تشکیل می‌دهد که از سال ۱۳۷۵ نقش بیشتری پیدا کرده و باعث شده تا سهم حق بیمه‌ها به حدود ۸۶ تا ۸۸ درصد کاهش یابد. اساساً به دلیل رشد جمعیت و سایر مسائل که به آن اشاره خواهد شد، سازمان‌های بیمه‌ای ملزم خواهند بود که حتی بیمه‌های دریافتی امروز را برای پرداخت‌های سالیان آینده سرمایه‌گذاری نمایند تا بتوانند از محل سود حاصل از سرمایه‌گذاری‌ها، جمعیت رو به گسترش مستمری بگیر را از دریافت‌هایی متناسب که بتواند همراه با تورم، زندگی متناسب را فراهم نماید، برخوردار سازند.

(میلیون ریال)

جدول ۱-۱-۶- درآمدهای سازمان تأمین اجتماعی

سال	درآمد حاصل از حق بیمه	درآمد حاصل از سرمایه‌گذاری	درآمد حاصل از خسارات و جرایم	درآمد حاصل از هدایا	سایر درآمدها	کل درآمدها	نسبت حق بیمه به کل درآمد (درصد)
۱۳۶۷	۳۴۵۱۴۰	۱۸۶۹۰	۴۲۵	-	۶۲	۳۴۴۳۲۲	۹۴٫۷
۱۳۶۸	۲۰۲۳۷۵	۲۳۴۵۷	۳۵۲	۲۵	۱۴۸۳	۴۲۷۷۰۰	۹۴
۱۳۶۹	۲۹۱۰۷۸	۳۶۳۸۲	۷۰۱	۳۰	۱۰۲۸۶	۵۴۵۴۷۷	۹۱٫۳
۱۳۷۰	۲۱۳۶۹۰	۶۱۸۴۳	۱۴۹۴	۴۰۹	۹۷۲۹	۷۸۷۱۶۵	۹۰٫۶
۱۳۷۱	۲۹۵۹۲۴	۸۴۳۸۰	۲۰۹۵	۸۱۲۰	۹۱۱۸	۱۰۹۹۶۳۷	۱۰٫۵
۱۳۷۲	۱۴۹۹۰۶۱	۱۰۰۷۶۴	۲۵۵۱	۱۲۳۸	۱۸۶۹۸	۱۶۲۲۳۱۲	۹۲٫۴
۱۳۷۳	۲۳۲۱۸۳۵۰	۱۷۳۳۰۳	۴۱۶۴۴	۲۵	۲۶۷۱۴	۲۵۷۰۰۳۶	۹۰٫۶
۱۳۷۴	۲۹۹۷۰۵۱	۱۹۰۳۱۵	۱۹۴۰۷	۴۶۸۴	۵۷۸۰۲	۳۲۶۹۲۵۹	۹۱٫۶
۱۳۷۵	۴۰۵۵۳۵۸	۴۹۳۱۶۷	۶۲۵۰۴	۳۳۱۵	۷۷۹۹۷	۴۶۹۲۳۴۱	۸۶٫۴
۱۳۷۶	۵۱۸۷۵۴۳	۵۲۹۴۵۷	۶۶۷۹۰	۲۸	۱۰۵۷۹۰	۵۸۸۹۶۰۸	۸۸

منبع: اداره کل امور - سازمان تأمین اجتماعی

همچنان که از جدول ۱-۱-۶ ملاحظه می‌شود، نرخ حق بیمه یکی از مهم‌ترین عوامل مؤثر بر درآمدهای سازمان تأمین اجتماعی می‌باشد و با توجه به افزایش جمعیت تحت پوشش، تعیین این نرخ براساس محاسبات دقیق و واقعی و متناسب با افزایش قیمت‌ها در جامعه می‌تواند نقش به‌سزایی در تأمین مالی وظایف این سازمان برعهده داشته باشد. در میان حق بیمه‌های پرداختی نیز، بخشی از این حق بیمه از سوی

دولت پرداخت می‌گردد که پرداخت به موقع آن می‌تواند در حصول درآمد سازمان در هر دوره مؤثر باشد. بخش دیگر درآمدهای سازمان را درآمد حاصل از سرمایه‌گذاری تشکیل می‌دهد. در حقیقت برای تقویت بنیه مالی سازمان و به منظور تأمین پرداخت‌های آینده به بیمه شدگان، سازمان می‌باید که با توجه به موقعیت‌ها و ارزیابی دقیق اقتصادی، سرمایه‌هایی را که در حقیقت متعلق به بیمه شدگان می‌باشد به نحو مقتضی سرمایه‌گذاری نماید تا با کسب سود، قدرت بازپرداخت دیون خود به بیمه شدگان را بعد از چند سال (در زمان بازنشستگی، یا از کار افتادگی و...) داشته باشد. در بخش‌های بعدی به اهم موضوعاتی که در بحث درآمد هزینه سازمان مطرح می‌گردد، خواهیم پرداخت.

سازمان بیمه خدمات درمانی

به دنبال تصویب قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور در سال ۱۳۷۳، سازمان بیمه خدمات درمانی در مهر سال ۱۳۷۴ تأسیس و فعالیت خود را آغاز نمود. طبق قانون تأمین موجبات و امکانات بیمه خدمات درمانی کارکنان دولت، افراد نیازمند، روستاییان، خویش فرمایان و سایر گروه‌های اجتماعی از فعالیت‌های اصلی این سازمان می‌باشد. در طی سال‌های برنامه اول، کارکنان دولت، خانواده معظم شهدا و گروهی از مددجویان سازمان بهزیستی کشور در مجموع حدود ۵ میلیون و هفتصد هزار نفر تحت پوشش بیمه خدمات درمانی قرار داشتند از سال ۱۳۶۷ تا زمان اجرای قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور، این جمعیت به حدود ۶.۲۷۰.۰۰۰ نفر رسید که از این جمعیت حدود ۸۸ درصد کارکنان دولت و افراد تحت تکفل ایشان بوده است. با اجرای قانونی بیمه همگانی، افراد تحت پوشش سازمان افزایش یافت به طوری که در مهر ۱۳۷۷، جمعیت تحت پوشش این سازمان بر ۲۹ میلیون نفر بالغ گردیده است.

جدول ۲-۱-۶- آمار بیمه شدگان به تفکیک صندوق

سال	کارکنان دولت	سایر اقشار	روستاییان	خویش فرمایان	جمع
۱۳۷۴	۶۰۰۱۶۵۹	۶۷۶۶۷۸	۸۸۱۴۳	۹۳۶۴۳	۶۸۶۰۱۲۳
۱۳۷۵	۶۱۹۷۷۲۲	۶۷۸۴۷۷	۵۶۵۸۳۵	۸۹۹۵۳۳	۸۳۴۱۵۶۷
۱۳۷۶	۶۰۰۶۸۱۲	۷۳۹۰۴۸	۲۱۸۹۲۵۴۹	۱۱۶۷۴۵۷	۲۹۸۰۵۸۶۶
مهر ۱۳۷۷	۶۰۰۶۸۱۲	۷۴۰۰۳۰	۲۱۸۹۲۵۴۹	۹۱۴۵۸۷	۲۹۵۵۳۹۷۸

منبع: سازمان بیمه خدمات درمانی.

البته همچنان که مشاهده می‌شود در این سال سهم بیشتر بیمه شدگان را روستاییان تشکیل می‌دهند و لذا برای بررسی جمعیت شهرنشین تحت پوشش بیمه خدمات درمانی ملاحظه می‌شود که این نسبت از ۹۸ درصد در سال ۱۳۷۴ (اگر تمامی کارکنان دولت را نیز کارکنان شاغل در شهرها بدانیم) به ۲۶ درصد از کل بیمه شدگان در سال ۱۳۷۷ تغییر می‌یابد که البته این کاهش نسبت، ناشی از افزایش تعداد بیمه شدگان روستایی است و در مجموع در تعداد بیمه شدگان غیرروستایی کاهش ایجاد نشده است.

منبع درآمد سازمان بیمه خدمات درمانی، حق بیمه‌های دریافتی است که طبق قانون برای سال‌های ۱۳۷۴ تا ۱۳۷۷ حق بیمه سرانه معادل ۴۲۰۰، ۴۸۶۰، ۵۶۰۰ و ۶۳۵۰ ریال تعیین گردیده است که در صندوق‌های مختلف به نسبت‌های متفاوت بین دولت و بیمه شده تسهیم شده است و در این بین بیمه شدگان صندوق‌های

مختلف سهم دولت از حق بیمه پرداختی برای کارکنان دولت. نسبت به سایر بیمه شدگان کمتر می باشد. به طوری که در سال ۱۳۷۶، سهم دولت از حق بیمه پرداختی برای کارکنان دولت ۵۵ درصد، برای خویش فرمایان ۶۸ درصد و برای سایر اقشار ۸۰ درصد می باشد (برای روستاییان این سهم حدود ۹۶ درصد می باشد) (جدول ۳-۱-۶).

جدول ۳-۱-۶- درآمدهای سازمان بیمه خدمات درمانی

بر حسب صندوق

(میلیارد ریال)

جمع	سایر اقشار	خویش فرمایان	روستاییان	کارکنان دولت		
۱۵۰/۲	۱۳	-	-	۱۳۷/۲	دولت	
۴۲/۳	۳/۲	۳/۸	۱/۷	۳۳/۶	بیمه شده	۱۳۷۴
۱۹۲/۵	۱۶/۲	۳/۸	۱/۷	۱۷۰/۸	جمع	
۴۸۸/۷	۲۰/۵	۱۰۹/۲	۴۰	۲۷۹	دولت	
۱۲۱/۲	۵/۱	۱۵/۸	۲/۴	۹۷/۹	بیمه شده	۱۳۷۵
۵۶۹/۹	۲۵/۶	۱۲۵	۴۲/۴	۳۷۶/۹	جمع	
۵۳۲/۵	۲۷/۳	۱۵۶/۲	۱۱۴	۲۳۵	دولت	
۲۷۵/۴	۶/۸	۷۳	۴/۸	۱۹۰/۸	بیمه شده	۱۳۷۶
۸۰۷/۹	۳۴/۱	۲۲۹/۲	۱۱۸/۸	۴۲۵/۸	جمع	

سبع سازمان بیمه خدمات درمانی

به طور کلی و بدون در نظر گرفتن صندوقها، سهم دولت از کل حق بیمه پرداختی به سازمان در سال ۱۳۷۴ و ۱۳۷۵ حدود ۷۸ درصد بوده است و در سال ۱۳۷۶ به حدود ۶۶ درصد کاهش یافته است.

با توجه به عملکرد سازمان و وظایف آن، عوامل مؤثر بر درآمدهای سازمان به طور کلی بر دو دسته اند: تعداد افراد تحت پوشش و نرخ حق بیمه سرانه. در سالهای گذشته تفاوت حق بیمه سرانه مصوب با هزینه سرانه که میانگین ماهانه هزینه های تحقق یافته (عملکرد) بخش بیمه درمان بر حسب هریک از افراد تحت پوشش می باشد، نشان می دهد که حق بیمه سرانه واقعی نبوده و لذا سازمان را از نظر درآمد با مشکل رو به رو می سازد.

از سوی دیگر پوشش بیمه خدمات درمانی به تمام اقشار می تواند هزینه سرانه درمان را کاهش دهد چراکه در این صورت احتمال استفاده از خدمات درمانی سرانه کاهش می یابد. اما در شرایط موجود جز در مواردی که قانون الزام و اجبار به بیمه شدن را مطرح کرده است، بیمه شدگان اختیاری بیشتر از میان کسانی هستند که احتمال استفاده از خدمات درمانی در بین ایشان بیشتر است (خویش فرمایان) یعنی این افراد توانسته اند هنگام مراجعه به بیمارستان خود را بیمه نمایند (یعنی زمانی که احتمال استفاده از خدمات درمانی ۱۰۰ درصد است) و همچنین امکان پوشش انفرادی و عدم الزام به تداوم پرداخت حق بیمه برای این افراد، مسائل جدی برای منابع درآمدی این سازمان پدید آورده است. از سوی دیگر عدم پرداخت به موقع سهم دولت از حق بیمه ها، موجب مشکلاتی برای این سازمان گردیده است، چراکه همچنان که ذکر شد، به

عنوان مثال ۶۶ درصد از درآمدها سازمان حق بیمه پرداختی دولت بوده که تعویق در این پرداخت‌ها می‌تواند نقش به‌سزایی در تأخیر در تعهدات این سازمان به بخش‌های درمانی طرف قرارداد داشته باشد.

سازمان بازنشستگی کشوری

سابقه امر بازنشستگی در ایران به سال ۱۳۰۱ و قانون استخدام کشوری نظامی برای بازنشستگی برمی‌گردد. از سال ۱۳۱۳ نیز اداره کل بازنشستگی کشوری مرجع رسیدگی به کلیه امور استخدامی کارمندان بوده است. هدف این سازمان تلاش در جهت ایجاد صندوق بازنشستگی خودکفا است که بتواند به اداره امور بازنشستگی و وظیفه از کار افتادگی وارث مستخدمین مشترک صندوق بازنشستگی کشوری و کارکنان دولت بپردازد. این صندوق در سال ۱۳۵۴ دارای ۸۵۰۰۰ مشترک بازنشسته و موظف و همچنین حدود ۳۲۰،۰۰۰ مشترک شاغل بوده است و در سال ۱۳۷۷ تعداد مشترکین آن بالغ بر ۴۲۰،۰۰۰ نفر و حدود یک و نیم میلیون نفر از کارمندان شاغل را تحت پوشش خود دارد. جدول ۴-۱-۶ تغییرات در جمعیت بازنشسته و وظیفه‌بگیران کشوری را از سال ۱۳۶۸ تا آذر ماه ۱۳۷۷ نشان می‌دهد که تا سال ۱۳۷۷ حدود ۶۸ درصد از این حقوق‌بگیران را بازنشستگان تشکیل می‌داده است و در سال ۱۳۷۷ (آذرماه) این نسبت به ۷۱/۸ درصد افزایش می‌یابد و اساساً با روند رشد جمعیت و افزایش طول عمر متوسط در جامعه باید انتظار این افزایش برای سال‌های آتی مورد نظر باشد.

جدول ۴-۱-۶- تعداد حقوق‌بگیران مشترک صندوق بازنشستگی (هزار نفر)

بازنشسته	از کار افتاده	شاغل متوفی	بازنشسته متوفی	جمع کل	
۱۹۰/۵	۳/۶	۳۸/۷	۴۳/۶	۲۷۶/۴	۱۳۶۸
۱۹۵/۷	۳/۸	۴۰/۳	۴۴/۳	۲۸۴/۱	۱۳۶۹
۲۰۱/۲	۳/۹	۴۲/۱	۴۵/۶	۲۹۲/۸	۱۳۷۰
۲۰۸/۹	۴	۴۴	۴۷/۳	۳۰۴/۲	۱۳۷۱
۲۱۸/۴	۴	۴۵/۷	۴۹/۱	۳۱۷/۲	۱۳۷۲
۲۳۷/۴	۴/۱	۴۸/۷	۶۲/۶	۳۵۲/۸	۱۳۷۳
۲۵۲/۸	۴/۲	۴۹	۶۸	۳۷۴	۱۳۷۴
۲۷۲/۷	۴/۳	۴۹/۲	۷۱/۴	۳۹۷/۶	۱۳۷۵
۲۹۱/۲	۴/۶	۵۰/۸	۷۵/۳	۴۲۱/۹	۱۳۷۶
۳۰۸/۲	۴/۷	۴۴/۶	۷۱/۲	۴۲۸/۷	آذر ۱۳۷۷

منبع: سازمان بازنشستگی کشوری.

در این جدول بازنشسته فردی است که به سبب احراز شرایط بازنشستگی به موجب قانون، عدم اشتغال به کار دارد. از کار افتاده کسی است که به دلیل عدم قدرت به کار نمی‌تواند اشتغال داشته باشد. شاغل فوت شده به حداقل یک ورثه مشمول دریافت حقوق و وظیفه مستخدم رسمی گفته می‌شود که در زمان اشتغال فوت کند. بازنشسته متوفی به حداقل یک ورثه مشمول دریافت حقوق و وظیفه فرد بازنشسته یا از کار افتاده فوت شده گفته می‌شود.

درآمدهای سازمان بازنشستگی کشوری از سال ۱۳۶۸ تا ۱۳۷۶ در جدول ۵-۱-۶ آمده است.

(میلیارد ریال)

جدول ۵-۱-۶- درآمد صندوق بازنشستگی کشوری

۱۳۷۶	۱۳۷۵	۱۳۷۴	۱۳۷۳	۱۳۷۲	۱۳۷۱	۱۳۷۰	۱۳۶۹	۱۳۶۸	
۱۴۵۲/۲۰۷	۱۱۷۷/۹۱۰	۸۷۲/۹۳	۵۱۰/۱۶	۴۸۹/۲۳	۳۷۹/۷۶	۲۷۷/۸۵	۲۱۵/۰۸	۱۳۱/۴۸	درآمد

منبع: سازمان بازنشستگی کشوری.

منبع اصلی درآمد این سازمان را کسورات بازنشستگی تشکیل می‌دهد که حدود بیش از ۷۰ درصد درآمدهای سازمان ناشی از این منبع می‌باشد. در حال حاضر مبنای دریافت حق بیمه در این سازمان ۸/۵ درصد از مستخدم و ۱۲/۷۵ درصد بر عهده کارفرمای دولتی می‌باشد و لذا در مجموع کسور دریافتی این سازمان بر اساس ۲۱/۲۵ درصد می‌باشد که این نرخ از ۱۳۶۹/۱/۱ و بر اساس قانون اصلاح مقررات بازنشستگی و وظیفه مصوب ۱۳۶۸/۱۲/۱۳ برقرار می‌باشد. پیش از آن تا سال ۱۳۶۹، نرخ کسور بازنشستگی برای صندوق بازنشستگی حدود ۱۳/۵ درصد عمل می‌شد.

علاوه بر کسورات بازنشستگی و با توجه به بحث و هدف خودکفایی در این صندوق، سایر منابع درآمدی این سازمان سپرده‌های بانکی و سود حاصل از آن، سود حاصل از اعطای تسهیلات مالی و دپوکرد، سود سهام، درآمد اجاره و... می‌باشد.

یکی از عوامل مؤثر در درآمدهای این سازمان پرداخت‌های دولت بابت سهم کسورات می‌باشد که معمولاً به دلیل عدم پرداخت به موقع، این سازمان را با طلب زیاد از دولت رو به رو کرده است. به عنوان مثال بر اساس ماده ۷۰ اصلاحی قانون استخدام کشوری، (۱۳۵۴/۱/۱) مقرر گردید که حقوق بازنشستگان و موظفین قبل از ۱۳۵۴/۱/۱ سالانه در بودجه عمومی پیش‌بینی و از حساب خاصی پرداخت گردد و کسور خدمت گذشته شاغلین نیز محاسبه و به صندوق بازنشستگی کشوری واریز گردد که بدی دولت به صندوق در تاریخ تشکیل صندوق بابت خدمت گذشته شاغلین ۱۳۵۴/۱/۱ مبلغ ۲۱۵ میلیارد ریال بوده که به علت عدم اجرای تعهدات دولت در قبال صندوق، دیون دولت را در پایان سال ۱۳۷۴ بالغ بر ۲۲۰۰ میلیارد ریال (بدون احتساب کاهش ارزش سرمایه) نموده است. قوانین و مقررات مربوطه نیز سهم به‌سزایی در خودکفایی یا عدم خودکفایی صندوق دارد. به عنوان مثال معافیت پرداخت کسور بازنشستگی برای کارکنان شاغل مازاد بر ۳۰ سال خدمت باعث می‌گردد تا متوسط وصول کسور بازنشستگی به پایین‌تر از ۲۴ سال کاهش یابد (در حالی که در صندوق‌های خودکفای مدت دریافت کسور و پرداخت حقوق بازنشستگی و وظیفه به طور متوسط ۳۰ سال تعیین گردیده است که قطعاً این عوامل بر منابع درآمدی سازمان تأثیر خواهد داشت).

۲-۱- هزینه‌های سازمان‌های بیمه اجتماعی

همچنان که در عملکرد سه سازمان مذکور دیدیم سازمان تأمین اجتماعی هم در زمینه بازنشستگی و هم پرداخت‌های بلندمدت، پرداخت‌های کوتاه مدت و خدمات درمانی فعالیت می‌کند، در صورتی که سازمان بیمه خدمات درمانی تنها به امور درمان و سازمان بازنشستگی نیز تنها به پرداخت‌های بلندمدت می‌پردازد. در این بخش به بررسی هزینه‌های هر سازمان و عوامل مؤثر بر آن می‌پردازیم.

سازمان تأمین اجتماعی

سازمان تأمین اجتماعی در چارچوب وظایف خود هزینه‌های بلندمدت همچون مستمري بازنشستگان، مستمري بازماندگان و مستمري از کار افتادگی - هزینه‌های کوتاه مدت همچون کمک بارداری، کمک ازدواج، غرامت دستمزد... - هزینه‌های خدمات درمانی مستقیم و غیر مستقیم و هزینه‌های پرسنلی و اداری دارد. در کنار اینها هزینه‌های سرمایه‌ای و عمرانی نیز در این سازمان مطرح می‌باشد. جدول ۶-۱-۶ هزینه‌های ده ساله این سازمان را به تفکیک نشان می‌دهد.

جدول ۶-۱-۶- هزینه‌های سازمان تأمین اجتماعی (میلیون ریال)

سال	بلندمدت	کوتاه مدت	درمان	پرسنلی و اداری	هزینه‌های سرمایه‌ای و عمرانی	جمع کل
۱۳۶۷	۱۲۰۳۲۹	۷۷۲۵	۹۵۸۲۴	۱۳۰۵۷	۳۳۴۹۵۹	۵۷۱۸۹۴
۱۳۶۸	۱۴۶۷۰۶	۸۳۵۴	۱۰۶۰۳۵	۱۹۲۷۳	۲۴۲۳۹۰	۵۲۲۷۵۸
۱۳۶۹	۱۹۵۲۰۵	۹۰۷۲	۱۱۵۰۰۰	۲۸۶۲۰	۳۳۴۶۱۰	۶۸۲۵۰۷
۱۳۷۰	۲۶۳۹۸۲	۱۱۷۸۸	۱۸۰۵۸۴	۳۹۸۶۰	۳۶۵۶۷۷	۸۶۱۸۹۱
۱۳۷۱	۴۳۴۳۲۶	۱۷۵۵۰	۲۹۴۵۰۵	۶۰۷۶۳	۲۲۵۸۶۹	۱۰۳۳۰۱۳
۱۳۷۲	۶۷۷۷۷۸	۲۰۰۱۱	۳۸۶۵۸۵	۹۰۷۸۰	۲۸۲۸۰۰	۱۴۵۷۹۵۴
۱۳۷۳	۹۳۰۷۲۳	۲۵۹۲۳	۵۱۶۸۸۳	۱۱۹۱۴۹	۱۹۱۶۸۹	۱۷۸۴۳۶۷
۱۳۷۴	۱۳۱۶۶۸۶	۳۳۴۰۶	۷۱۷۷۵۲	۱۸۸۷۵۰	۷۴۳۲۷۸	۲۹۹۹۸۷۲
۱۳۷۵	۱۹۵۰۵۴۲	۴۶۹۸۰	۱۱۰۹۷۵۳	۲۵۳۹۹۰	۱۴۰۵۶۴۸	۴۷۶۶۹۱۳
۱۳۷۶	۲۶۴۷۹۰۵	۶۷۲۱۸	۱۵۶۰۳۴۴	۲۹۹۶۱۰	۱۳۰۸۶۱۷	۵۸۱۳۶۹۴

منبع: سازمان تأمین اجتماعی.

با ملاحظه هزینه‌های سازمان می‌توان به عوامل مؤثر بر هزینه‌ها اشاره کرد. در هزینه‌های بلندمدت یکی از مهم‌ترین عوامل سن بازنشستگی است که هرچه سن بازنشستگی کمتر باشد هزینه‌های بلندمدت سازمان را افزایش می‌دهد. حال با توجه به پیشرفت‌های پزشکی و افزایش سن امید به زندگی باید طی سالیان در جهت حفظ قدرت تولیدی جامعه و کاهش هزینه‌های بلندمدت، سن بازنشستگی نیز افزایش یابد. از عوامل مؤثر دیگر در این بخش بروز حوادث کار و به دنبال آن از کار افتادگی است که می‌تواند با اتخاذ قوانین امنیتی کاری از آنها به میزان زیادی جلوگیری نمود. در بخش هزینه‌های درمان نیز عوامل متعددی مؤثر می‌باشد که از جمله بالا بودن هزینه سرانه درمان بیمه شدگان است. از سوی دیگر هزینه بیمارستان‌ها و مراکز درمانی سازمان نیز خود از مسائلی است که به دلیل ضریب اشتغال تخت به نسبت پایین، هزینه‌های نگر داری این تجهیزات را بالا می‌برد و از سوی دیگر وجود تخت‌های بلااستفاده و غیرفعال باعث تحمیل هزینه‌های سنگینی بر سازمان می‌شود. برقراری سیستم ارجاع در بخش درمان، از عواملی است که می‌تواند به طور جدی بر هزینه‌های درمان سازمان مؤثر باشد چرا که در این سیستم، کنترل بیشتری برانجام هزینه‌های درمان صورت گرفته و متوسط هزینه سرانه درمان را کاهش خواهد داد.

در ارتباط با حق بیمه و هزینه، سازمان تأمین اجتماعی میانگین ماهانه اعتبارات سهم درمانی این سازمان

را برحسب هریک از افراد بیمه شده تحت پوشش درمان به عنوان حق بیمه سرانه و در همین ارتباط میانگین ماهانه هزینه‌های تحقق یافته بخش بیمه درمان برحسب هریک از افراد تحت پوشش را هزینه سرانه می‌نامد. تفاوت این دو معیار نشان از مشکلات این سازمان در بخش درمان دارد (جدول ۷-۱-۶).

جدول ۷-۱-۶- مقیاس حق بیمه سرانه درمان با هزینه سرانه
درمان - سازمان تأمین اجتماعی

۱۳۷۶	۱۳۷۵	۱۳۷۴	
۵۵۵۶	۴۲۴۲	۲۹۳۲	حق بیمه سرانه
۶۰۱۵	۵۳۵۲	۳۹۶۸	هزینه سرانه

منبع: سازمان تأمین اجتماعی.

این تفاوت باعث شده که هر ساله هزینه عملکرد درمان فراتر از اعتبار سهم درمان باشد به طوری که در سال ۱۳۷۴، اعتبار سهم درمان ۷۱۷/۷ میلیارد ریال و هزینه درمان ۹۷۱/۳ میلیارد ریال و در سال ۱۳۷۶، اعتبار این بخش ۱۵۶۰/۳ و هزینه ۱۶۸۸/۹ میلیارد ریال بوده است.

سازمان بیمه خدمات درمانی

با توجه به این که این سازمان تنها به ارائه خدمات درمانی می‌پردازد لذا، هزینه‌های سازمان نیز تنها در این بخش مورد نظر است. هزینه‌های خدمات درمانی این سازمان در کل در جدول ۸-۱-۶ آمده است.

جدول ۸-۱-۶- هزینه‌های سازمان بیمه خدمات درمانی (میلیون ریال)

کارکنان دولت	خویش فرمایان	روستاییان	سایر اقشار	هزینه عملیاتی	جمع
۱۴۴/۵۵۶	۱/۵۴۱	۳۶۷	۳۳	-	۱۴۶/۶۲۲
۴۰۲/۱۰۹	۱۹۲/۱۷۴	۲۸۰/۱۷۴	۶/۵۶۷	۷/۷۸۶	۶۳۶/۸۱۰
۴۸۰/۲۰۴	۳۰۱/۹۶۶	۷۲/۶۴۶	۶۱/۲۸۸	۸/۹۲۳	۹۲۵/۰۲۷
۴۳۳/۷۷۴	۳۱۴/۷۸۳	۲۳۹/۹۳۶	۵۲/۹۶۹	-	۹۴۱/۴۶۲

منبع: سازمان بیمه خدمات درمانی.

یکی از مسائل مهم و حائز اهمیت در ارتباط با این سازمان، بیمه خویش فرمایان می‌باشد. ملاحظات قانونی در ارتباط با بیمه نمودن افراد (حتی روی تخت بیمارستان). عدم الزام به تداوم پرداخت حق بیمه، امکان بیمه شدن فردی و... باعث شده تا بیشتر کسانی که در شهرها به این صندوق بپیوندند که احتمال بیماری و لذا هزینه بالاتری برای درمان دارند. مقایسه حق بیمه سرانه مصوب و عملکرد آن با احتساب خویش فرمایان و بدون آن نشانگر آن است که هزینه میانگین این گروه بسیار متفاوت از سایر اقشار و کارکنان دولت است و به توزیع افراد بیمه شده این صندوق بسیار متفاوت از سایر صندوق‌ها است.

جدول ۹-۱-۶- حق بیمه سرانه مصوب و سرانه عملکرد (ریال)

سرانه (مصوب)	سرانه * (عملکرد) - با خویش فرمایان	سرانه (عملکرد) - کارکنان دولت و سایر اقشار	
۴۲۰۰	۳۸۵۶	۳۶۰۸	۱۳۷۴
۴۸۶۰	۶۹۲۳	۴۹۵۳	۱۳۷۵
۵۶۰۰	۹۵۸۲	۶۶۸۹	۱۳۷۶
۶۳۵۰	۱۳۸۹۲	۷۷۵۷	۱۳۷۷

* در این محاسبات هزینه خدمات درمانی روستاییان منظور نگردیده است.
منبع: سازمان بیمه خدمات درمانی.

برای مشخص تر شدن مشکلات قانونی بیمه درمان در مورد خویش فرمایان برای سازمان میانگین هزینه و بار مراجعات این گروه با کارکنان دولت و سایر اقشار در سازمان مقایسه می گردد که تفاوت این ارقام نیز موکداً بر غیر اقتصادی بودن نحوه بیمه کردن خویش فرمایان بدون الزامات لازم برای استمرار و پوشش بیشتر در بین این گروه نشان دارد (جدول ۱۰-۱-۶).

جدول ۱۰-۱-۶- مقایسه بیمه شدگان خویش فرما با کارکنان دولت و سایر اقشار - ۱۳۷۶

	خویش فرمایان		کارکنان دولت و سایر اقشار	
	بار مراجعه سرانه	میانگین هزینه یک بار مراجعه	بار مراجعه سرانه	میانگین هزینه یک بار مراجعه
پزشک عمومی	۴۲۹	۲۲۵۹	۲/۹۵	۲۳۷۷
پزشک تخصصی	۲۹۴	۳۸۰۴	۱/۸۰	۳۸۸۴
دندانپزشک	۰/۱۸	۵۱۴۹۰	۰/۱۷	۳۵۵۹
نسخ دارویی	۷۴۷	۴۰۴۲	۴۴۴	۳۹۸۲
نسخ آزمایش	۱۰۲	۹۵۹۳	۰/۵۹	۱۲۵۹۵
نسخ رادیونوژی	۶۳۲	۱۶۹۷۴	۰/۳۲	۱۶۱۸۸
بستری	۰/۲۱۰	۹۲۵۸۸۵۱	۰/۰۹	۳۸۰۷۳۴

منبع: سازمان بیمه خدمات درمانی

بنابراین بیمه شدگان خویش فرما و کارکنان دولت و سایر اقشار همگن نبوده و توزیع افراد در بین خویش فرمایان با احتمال وجود بیماران بیشتر مطرح می باشد که از نظر هزینه ای این سازمان را با مشکلات جدی رو به رو کرده است.

سازمان بازنشستگی کشوری

هزینه های این سازمان با توجه به وظایف آن مربوط به پرداخت حقوق بازنشستگان و موظفین دستگاه های دولتی می باشد. با توجه به آمار بازنشستگان و موظفین (جدول ۴-۱-۶) و همچنین میزان پرداختی به ایشان، هزینه های این سازمان در کنار افزایش تعداد مستمری بگیران، افزایش قابل ملاحظه ای را در چند سال گذشته نشان می دهد (جدول ۱۱-۱-۶).

جدول ۱۱-۱-۶- روند افزایش حقوق بازنشستگی و هزینه صندوق بازنشستگی کشوری

هزینه کل (میلیارد ریال)	حقوق بازنشستگی (ریال)			
	حداقل	میانگین	حداکثر	
۱۲۹	۲۳۰۰۰	۴۵۶۸۸	۹۰۰۰۰	۱۳۶۸
۲۰۶/۳	۴۴۰۰۰	۷۷۷۴۷	۱۴۶۶۶۷	۱۳۶۹
۲۷۵/۹	۵۰۰۰۰	۸۶۲۲۹	۱۷۶۰۰۰	۱۳۷۰
۳۵۱	۵۰۰۰۰	۱۱۴۹۱۱	۱۸۱۵۰۰	۱۳۷۱
۴۳۲/۹	۸۰۰۰۰	۱۴۸۷۳۱	۱۸۱۵۰۰	۱۳۷۲
۵۹۴/۱	۱۱۷۰۰۰	۱۸۸۳۱۵	۵۸۸۵۰۰	۱۳۷۳
۷۱۸/۱	۱۱۷۰۰۰	۲۱۷۵۸۰	۷۲۰۶۰۰	۱۳۷۴
۱۰۴۹/۵۵	۱۸۵۰۰۰	۲۵۳۶۹۹	۸۱۶۲۷۵	۱۳۷۵
۱۴۶۹/۴۴۷	۲۳۱۲۵۰	۳۰۴۰۰۰	۱۴۰۴۸۲۳	۱۳۷۶
-	۲۹۷۰۰۰	۳۴۳۰۰۰	۱۸۵۷۸۴۸	۱۳۷۷

منبع: سازمان بازنشستگی کشوری

برای این سازمان نیز تعیین سن بازنشستگی یکی از عوامل مؤثر بر هزینه هاست. با توجه به افزایش امکانات بهداشتی در سطح کشور طی سالیان گذشته، کاهش مرگ و میر و افزایش امید به زندگی، می توان سن بازنشستگی را بالاتر برد. از سوی دیگر امکانات ایمنی و ملاحظات بهداشتی در کارگاه ها و محل خدمت افراد می تواند بر تعداد از کارافتادگان و همچنین بازماندگان مؤثر و از این طریق بر هزینه های سازمان تأثیر گذارد.

۱-۳- تراز میان هزینه و درآمد سازمان های بیمه اجتماعی

همچنان که در دو بخش قبل ملاحظه شد هزینه ها و درآمدهای سازمان های بیمه اجتماعی و همچنین عوامل مؤثر بر منابع و مصارف مطرح شده در این قسمت با مقایسه درآمد - هزینه طی سال های متفاوت سعی در ارائه راه حل هایی برای بهبود وضعیت مالی این سازمان ها خواهد بود. سازمان تأمین اجتماعی که در حدود ۲۳ میلیون نفر از آحاد ملت را تحت پوشش دارد، باروند کنونی با مشکلات جدی در تأمین مالی هزینه های خود رو به رو خواهد بود (جدول ۱۲-۱-۶).

جدول ۱۲-۱-۶- مقایسه هزینه و درآمد سازمان (میلیون ریال)

هزینه کل	هزینه کل منهای هزینه سرمایه‌ای و عمرانی	درآمد کل
۱۳۶۷	۲۳۶۹۳۵	۳۶۴۳۲۲
۱۳۶۸	۲۸۰۳۶۸	۴۲۷۷۰۰
۱۳۶۹	۳۴۷۸۹۷	۵۴۵۴۷۷
۱۳۷۰	۴۹۶۲۱۴	۷۸۷۱۶۵
۱۳۷۱	۸۰۷۱۴۴	۱۰۹۹۶۳۷
۱۳۷۲	۱۱۷۵۱۵۴	۱۶۲۲۳۱۲
۱۳۷۳	۱۵۹۲۶۷۸	۲۵۷۰۰۳۶
۱۳۷۴	۲۲۵۶۵۹۴	۳۲۶۹۲۵۹
۱۳۷۵	۳۳۶۱۲۶۵	۴۶۹۲۳۴۱
۱۳۷۶	۴۵۷۵۰۷۷	۵۸۱۹۶۰۸

منبع: سازمان تأمین اجتماعی

همچنان که در جدول ۱۲-۱-۶ ملاحظه می‌شود، گرچه که درآمد این سازمان نسبت به هزینه‌های جاری سازمان (هزینه کل منهای هزینه‌های سرمایه‌ای و عمرانی) فزونی دارد، اما از آنجا که سحده هزینه‌های عمرانی و سرمایه‌ای برای تقویت بنیه مالی این سازمان و تأمین مالی پرداخت‌های آینده لازم می‌باشد لذا وضعیت مناسبی میان هزینه و درآمد این سازمان وجود ندارد. به عبارت دیگر این سازمان متزوم است تا حقوق بیمه‌ای افراد بیمه شده امروز را برای دریافت‌های آینده ایشان سرمایه‌گذاری نماید. چرا که در واقع این سازمان در کنار درآمدهای خود، دیون و پرداخت‌های آینده را نیز در نظر دارد. سازمان بیمه خدمات درمانی و درآمد و هزینه این سازمان در جدول ۱۳-۱-۶، نشان می‌دهد که این سازمان با مشکل فزونی هزینه‌ها بر درآمد روبه‌رو است.

جدول ۱۳-۱-۶- هزینه و درآمد سازمان

بیمه خدمات درمانی (میلیارد ریال)

هزینه	درآمد	
۱۴۶/۶	۱۹۲/۵	۱۳۷۴
۶۳۶/۸	۵۶۹/۹	۱۳۷۵
۹۲۵/۱	۸۰۷/۹	۱۳۷۶

منبع: سازمان بیمه خدمات درمانی

از اهم مشکلات در این زمینه بحث بیمه خویش فرمایان می‌باشد که با هزینه‌های بالای درمانی، سهم ناچیزی در مشارکت در تأمین مالی این سازمان دارند و به دلیل عدم الزام به استمرار در پرداخت حق بیمه، همواره هزینه‌های سنگینی را به سازمان وارد می‌سازند.

سازمان بازنشستگی کشوری نیز به دلیل عدم حصول بخشی از حقوق بیمه‌مندی خود سهم کارفرمای دولتی) از نظر درآمدی با مشکلاتی رو به رو است که نمی‌تواند این حقوق را سرمایه‌گذاری و بسپار مالی سازمان را تقویت نماید (جدول ۱۴-۱-۶).

جدول ۱۴-۱-۶- مقایسه درآمد و هزینه سازمان

بازنشستگی کشوری (میلیارد ریال)

هزینه	درآمد	
۱۲۹	۱۳۱/۴۸	۱۳۶۸
۲۰۶/۳	۲۱۵/۰۸	۱۳۶۹
۲۷۵/۹	۲۷۷/۸۵	۱۳۷۰
۳۵۱	۳۷۹/۷۶	۱۳۷۱
۴۳۲/۹	۴۸۹/۲۳	۱۳۷۲
۵۹۴/۱	۵۱۰/۱۶	۱۳۷۳
۷۱۸/۱	۸۷۲/۹۳	۱۳۷۴
۱۰۴۹/۵۵	۱۱۷۷/۹۱۰	۱۳۷۵
۱۴۶۹/۴۴۷	۱۴۵۲/۲۰۷	۱۳۷۶

منبع: سازمان بازنشستگی کشوری.

به این ترتیب روند افزایش هزینه‌ها و فزونی این هزینه‌ها بر درآمد طی سال‌های آینده برای سازمان‌های بیمه، با حفظ شرایط کنونی امری اجتناب‌ناپذیر است. در این ارتباط توجه به مسائلی می‌تواند در این روند تغییر ایجاد نماید.

دولت و بدیهی‌های دولت به سازمان‌های بیمه‌ای یکی از مسائل جدی در کسب درآمد و امکان سرمایه‌گذاری این منابع در امور سودآور می‌باشد. چنانچه دولت پرداخت به موقع سهم خود را به سازمان‌ها عملی سازد، بسیاری از مشکلات هزینه‌ای سازمان‌ها کاهش یافته و توان مالی این سازمان‌ها تقویت خواهد شد. تعیین سن بازنشستگی یکی دیگر از مسائل مورد نظر می‌باشد. به طور معمول در یک روند اقتصادی باید میان زمان متوسط پرداخت حق بیمه و دریافت مستمری ارتباطی وجود داشته باشد. تعیین بازنشستگی‌های پیش از موعد بدون تأمین مالی پرداخت‌ها می‌تواند هزینه‌های سنگینی را به دلیل کاهش متوسط سال وصول کسورات بازنشستگی و حق بیمه، ایجاد نماید. بحث دیگر، جامعه تحت پوشش است. افزایش اشتغال می‌تواند، نیروهای شریک در تأمین مالی هزینه‌ها را افزایش دهد و لذا سیاست‌های اشتغال‌زا به طور مستقیم بر درآمدهای سازمان‌های بیمه‌ای مؤثر است. وجود تورم باعث افزایش هزینه‌ها است اما از طرف کسب درآمد، به دلیل این که حقوق افراد بیمه شده متناسب با تورم افزایش نیافته و کارفرمایان نیز در مواردی دستمزدها را غیر واقعی اعلام می‌نمایند باعث کاهش درآمدهای سازمان‌های بیمه‌ای می‌گردد. بحث الزام به بیمه شدن از مسائلی است که می‌تواند به کسب درآمد سازمان‌ها کمک نماید و جامعه تحت پوشش را گسترش دهد. این مسئله در ارتباط با هزینه‌های درمان به شدت مؤثر بوده و عدم الزام و استمرار به

پرداخت حق بیمه و اختیاری بودن آن می‌تواند ضربه‌های شدیدی به تراز مالی سازمان‌های بیمه‌ای وارد سازد. نحوه عملکرد سازمان بیمه‌ای باید به ترتیبی باشد که جوانان و افراد سالمند، افراد سالم و بیماران در کنار یکدیگر در سیستم مطرح و به عنوان مثال جوانان هر دوره (با توجه به رشد جمعیت) پرداخت‌های مستمری به سالمندان را تأمین مالی نمایند.

چارچوب سیستم بیمه‌های اجتماعی برای شهرنشینان

در جهان توسعه یافته، در مقابل هدفمند عمل کردن برنامه‌های حمایتی سیستم و برنامه‌های بیمه اجتماعی به صورت گسترده و فراگیر بخش عمده و حتی کامل جامعه را زیر پوشش خود می‌گیرد. در کشورهای اروپای شمالی مجموعه برنامه‌های بیمه‌های اجتماعی به صورتی گسترده و کافی طراحی شده که جایی برای بیرون قرار گرفتن گروهی از این چتر گسترده باقی نمی‌گذارد تا نیاز به برنامه‌های حمایتی باشد و برنامه‌های حمایتی محدود و در چارچوب نظام تأمین اجتماعی و بیمه‌های اجتماعی عمل می‌کنند.

هدف نهایی یک جامعه که کسب حداکثر رفاه اجتماعی برای مجموعه جامعه است. از هر دیدگاهی که مطرح باشد منوط به کاهش و رفع فقر و مستمندی است. در شرایطی که کار برای همه داوطلبان وجود داشته و همگی زیر پوشش بیمه‌های اجتماعی کافی باشند، در کنار حمایت بیمه‌ای که از آغاز تولد برای کسانی که امکان قرار گرفتن در چرخه تولید را نداشته یا از چرخه تولید خارج شده‌اند، این هدف بسیار نزدیک است. به عبارت دیگر در یک نظام جامع تأمین اجتماعی برنامه‌های بیمه‌های اجتماعی است که باید بسط و گسترش یافته و به حد کفایت برسند. این مهم بستر مناسب برای اجرای سیاست‌های اقتصادی را فراهم نموده و توانایی دولت را در جمع‌آوری مالیات‌ها را از مرده آسان‌تر می‌کند. چون مرده حساس خواهند کرد که این مالیات‌ها چه مالیات‌های تأمین اجتماعی یا مالیات‌های دیگر منتهی به رفاه و امنیت زندگی آنها می‌شود.

با توجه به این که در حرکت توسعه اقتصادی این مناطق شهری و شهرنشینی است که گسترش یافته و تقریباً بخش غالب جامعه را تشکیل می‌دهد، در نهایت مسئله اصلی، تبدیل به طراحی سیستم تأمین اجتماعی در شهرها و بخش صنعت و خدمات می‌شود، هرچند که به هر حال مقوله تأمین اجتماعی روستاها و بخش کشاورزی برجای خود باقی است. نسبت جمعیت شهرنشینی به کل جمعیت در کلیه کشورهای جهان حتی کشورهای چون هلند و دانمارک که جوامع توسعه یافته متنی بر توسعه بخش کشاورزی هستند مرتب در حال افزایش است. بدیهی است که جامعه ایران در این فرایند مستثنی نمی‌باشد.

بررسی ترکیب جمعیت کشور در چنددهه اخیر نشان می‌دهد که طی ۲۰ سال درصد جمعیت شهری در کل کشور از ۴۷ درصد در سال ۱۳۵۵ به ۶۱/۳ درصد در سال ۱۳۷۵ افزایش یافته است. لذا در همین راستا توجه به سیستم بیمه اجتماعی برای شهرنشینان، که می‌باید قسمت اعظم جمعیت کشور، ساکن در شهرها را تحت پوشش قرار دهد، حائز اهمیت خواهد بود.

در میان سیستم‌های بیمه اجتماعی، دو روش عمده در برقراری و تأمین مالی مطرح است که روش پرداخت جاری (Pay-as-you-go) و روش اندوخته کامل (Full-funded) می‌باشند. در روش پرداخت جاری، صندوق بیمه‌ای از محل وصولی جاری حق بیمه، اقدام به پرداخت تعهدات قانونی خود نموده و براساس محاسبات بیمه‌ای اقدام به تغییر نرخ حق بیمه افراد تحت پوشش خود می‌نماید. در این روش هر نسل از بازنشستگان توسط پرداخت‌های نسل کاری حاضر تأمین مالی می‌گردند.

در روش اندوخته کامل، پرداختی به هر بیمه شده در زمان بازنشستگی به صورت کامل و بستگی به سود حاصل از سرمایه گذاری ذخیره بیمه شده دارد. بدین ترتیب در این روش، آنچه که بازنشسته به عنوان مستمری دریافت می کند متناسب با پرداخت های حق بیمه وی در طی دوران و با احتساب سود متعلقه از زمان پرداخت تا هنگام دریافت مستمری است.

مجزا از مسئله تنظیم تراز مالی که به آن خواهیم پرداخت این دو روش بعضی از نکات مثبت و منفی را نسبت به یکدیگر دارند که شایان توجه است. در روش اندوخته کامل، چنانچه اشاره شد فرد به طور کامل اندوخته خود به اضافه سود مربوطه و در مواردی سهمی از کارفرما یا دولت را در آغاز بازنشستگی یا از کار افتادگی دریافت می کند. اگر فوت هم نماید معمولاً مشابه ارث کلیه اندوخته قانونی او به وارث منتقل می شود. نکته مثبت این روش وجود انگیزه داوطلبانه است که برای مشارکت در چنین صندوقی در آنها ایجاد می شود. ولی در مقابل امکان جا به جایی منابع وجود ندارد (یا معمولاً این امکان نیست). به عبارت دیگر امکان دارد که فردی قبل از بازنشستگی یا پس از چند سال که از بازنشستگی او گذشت فوت نماید. در این صورت اندوخته او بدون توجه به نیاز بازماندگان و وارث به آنها منتقل شده و امکان انتقال آن برای گروه نیازمند وجود نخواهد داشت. از سوی دیگر ممکن است شخصی پس از بازنشستگی یا از کار افتادگی دوران طولانی به زندگی ادامه داده یا بازماندگان نیازمند نیز داشته باشد. در حالی که اندوخته او خاتمه یافته است. در روش پرداخت یک نسل برای نسل قبل، شخص یا وارثی که از او کسورات یا مالیات تأمین اجتماعی اخذ می شود ادعایی برای کل پرداخت هایی که صورت گرفته ندارند، یعنی اگر فرد قبل از بازنشستگی یا پس از سال های کوتاهی فوت نماید و بازمانده واجد شرایط نداشته باشد، مبلغی به وارث پرداخت نخواهد شد. در نتیجه انگیزه فردی که در روش بالا به کسورات به چشم پس انداز نگاه می نمود در اینجا وجود نخواهد داشت. اما در مقابل اگر فردی پس از بازنشستگی برای سال های طولانی زندگی نماید و حتی پس از آن بازماندگان واجد شرایطی داشته باشد، مستمری خود را دریافت خواهد کرد. به هر حال در اینجا این امکان به علت فراهم بودن شرایط جا به جایی در کسورات یا یک کاسه شدن آن فراهم می شود.

گاهی در بعضی از نظام های تأمین اجتماعی صندوق های بازنشستگی را که برنامه ای شبیه روش پرداخت کامل را دارد به صورت مکمل روش دوم استفاده می کنند، که اگر مجموعه برنامه روش پرداخت یک نسل برای نسل قبل کافی و مناسب باشد چنین ضرورتی وجود نخواهد داشت.

همچنان که از تعاریف برمی آید سیستم دوم و تأمین مالی یک سیستم بیمه اجتماعی به روش اندوخته کامل نیازمند وجود بازار سرمایه ای و مالی مناسبی است که سازمان بیمه گر بتواند با سرمایه گذاری مناسب اندوخته های بیمه شدگان و کسب سود، مستمری های متناسب را به افراد بیمه شده در طی دوران بازنشستگی یا از کار افتادگی و... پرداخت نماید. در عین حال سرمایه گذاری باید به گونه ای بازدهی داشته باشد که طی مدت اشتغال فرد، بتواند اندوخته مناسبی برای مدت مستمری بگیری و حفظ درآمد فرد مستمری بگیر در حد معقول جامعه فراهم نماید. لذا آنچه که در شرایط کنونی اقتصاد ایران شاهد آن هستیم، فقدان یا ضعف بازارهای سرمایه ای و مالی مناسب کارآمد و قابل اتکایی است که بتواند ضمن حفظ ارزش سرمایه ها، سود مناسبی را تأمین نماید. به همین دلیل روش مناسب پیشنهادی برای ایران روش پرداخت جاری (PAYG) خواهد بود که در آن پرداخت های سالانه از محل درآمدهای ناشی از دریافت حق بیمه تأمین می گردد و البته در کنار آن بحث سرمایه گذاری هایی جهت حفظ و تقویت قدرت مالی سازمان بیمه گر

مطرح است.

در سیستم پرداخت جاری یا پرداخت هر نسل برای نسل قبل متغیرهایی وجود دارند که به وسیله آنها می توان تراز مالی را تنظیم نمود. در سمت درآمد که حاصل ضرب کسورات یا مالیات تأمین اجتماعی در تعداد پرداخت کنندگان می باشد. می توان با افزایش نرخ مالیات درآمد را افزایش داد. در سمت هزینه حاصل ضرب متوسط مستمری ها در تعداد دریافت کنندگان است که تعیین کننده تعهدات سازمان می باشد. در اینجا نیز تغییرات در رقم مستمری در جمع هزینه مؤثر است. اما نکته مهم دیگری که در هر دو سوی درآمد و هزینه اثر می گذارد سن بازنشستگی است. چون کاهش این سن از تعداد پرداخت کنندگان کم و به تعداد دریافت کنندگان می افزاید و برعکس اگر سن بازنشستگی افزایش یابد سمت درآمدهای سازمان کاهش نیافته و بلکه با استخدام های جدید افزایش می یابد در حالی که هزینه ها نیز افزایش نخواهد یافت.

در مورد سن بازنشستگی از دیدگاه سیاست های کلان اقتصادی توجه به یک نکته اهمیت دارد آن فشاری است که افزایش در سن بازنشستگی به مسئله اشتغال وارد می نماید. به هر حال این مهم نیز باید در نظر گرفته شود که به طور کلی مشکل اشتغال با ایجاد فراهم نمودن سیاست های مناسب اقتصادی در جهت افزایش در تولیدات و رشد اقتصاد ممکن است و وظیفه نظام تأمین اجتماعی تنظیم برنامه های رفاهی و حمایتی برای جامعه است نه ایجاد اشتغال.

باید توجه نمود که نسبت جمعیت فعلی به جمعیت بازنشستگان در تراز مالی سیستم بیمه های اجتماعی از طریق روش جاری نقش عمده ای در هزینه خردت دیگر این مهم است که چه تعداد از افراد جامعه بار هزینه بیمه بازنشستگان را به دوش دارند. البته در جریان ریزی حرکت جمعیتی یک جامعه این نسبت در حال تغییر خواهد بود. به هر حال با توجه به مشخصات موجود جمعیتی و ساختار هرم سنی در کشور ملاحظه می شود که سیستم پرداخت جاری یا پرداخت نسل جوان برای نسل گذشته می تواند سیستم مناسبی باشد. جوان بودن جامعه ایران این تأمین را ایجاد می نماید که طی سالیان آتی و با برنامه ریزی مناسب جهت محاسبه میزان مستمری و همچنین نرخ حق بیمه و سن بازنشستگی، بتوان درآمدهایی از افراد شاغل برای پرداخت مستمری های افراد تحت پوشش کسب نمود. گرچه که با افزایش متوسط سن جامعه این سیستم با مشکلاتی رو به رو خواهد بود ولی در وضعیت کنونی با توجه به نرخ رشد بالای ۳ درصد در سالیان قبل و انتظار افزایش نرخ رشد از سطح فعلی (حدود ۴ درصد) در طی چند سال آینده (به دلیل پدیده ازدواج و باروری افرادی که در سال های رشد جمعیت حدود ۷ درصد متولد شده اند) تا حدود ۲۰ تا ۲۵ سال آینده مشکل جدی از این دیدگاه سیستم بیمه ای را تهدید نمی کند. البته نباید نادیده گرفت که در طی این سالها سیاست های اشتغال زایی باید به نحو احسن به کار گرفته شود، تا بتوان این نیروی بالقوه را بالفعل در آورد. در این ارتباط نسبت حمایت که به نسبت جمعیت در سن کار (۱۵-۶۴ سال) به افراد بالای ۶۵ سال گفته می شود، در ایران برای سال های ۱۳۷۰ و ۱۳۷۵ به ترتیب ۱۴/۹۷ و ۱۲/۸۳ بوده است یعنی به ازای هر یک نفر بالای ۶۵ سال در ۱۳۷۵، تعداد ۱۲/۸ نفر افراد در سنین کار وجود داشته است. این نسبت در کشورهای اروپایی و امریکا که نرخ رشد پایین جمعیت را طی سالیان تجربه می کنند، پایین و حدود ۴ تا ۶ بوده است که پیر بودن جمعیت را نشان می دهد.

در این سیستم پارامترهای مهم میزان دریافتی و نرخ حق بیمه، سن بازنشستگی و میزان مستمری پرداختی می باشد. در ارتباط با سن بازنشستگی باید به این نکته توجه داشت که تعیین سن بازنشستگی

ارتباط مستقیم با وضعیت بهداشتی و جنسی جامعه داشته و سوابد کدشت طرح مرگ و میر و افزایش امید به زندگی باید سن بازنشستگی افزایش یابد. در این ارتباط اشاره به این نکته حائز اهمیت است که امید به زندگی کشور طی سال‌های گذشته با شتابی زیاد افزایش یافته است (جدول ۱۷-۱-۶).

جدول ۱۷-۱-۶- امید به زندگی در کشور (سال)

۱۳۷۶	۱۳۷۴	۱۳۶۷	۱۳۳۹	امید به زندگی
۶۹/۵	۶۸	۶۱/۶	۴۹/۵	

ماخذ: سازمان برنامه و بودجه، گزارش ملی توسعه انسانی.

این افزایش امید زندگی ناشی از بهبود شرایط بهداشتی و درمانی در کشور است. حال در کنار این مسئله ملاحظه می‌کنیم که متوسط سن بازنشستگی (در سازمان تأمین اجتماعی) برای مردان ۵۰ سال و برای زنان ۴۲ سال است. در همین راستا می‌توان به مقایسه این ارقام برای چند کشور جهان پرداخت تا مشکل و در عین حال اهمیت انتخاب سن بازنشستگی بیشتر ملاحظه گردد.

بر اساس طبقه بندی سازمان مثل بر مبنای درآمد سرانه، ۴ گروه از کشورها مطرح می‌شوند. در سال ۱۹۹۵ کشورهای با درآمد بالا (درآمد سرانه بالاتر از ۹۳۸۶ دلار) کشورهای با درآمد متوسط بالا (درآمد سرانه بین ۳۰۳۶ تا ۹۳۸۵ دلار) کشورهای با درآمد متوسط پایین (درآمد سرانه بین ۷۶۶ تا ۳۰۳۵ دلار) و کشورهای با درآمد پایین (درآمد سرانه کمتر از ۷۶۵ دلار) در این طبقه بندی قرار می‌گیرند.

جدول ۱۸-۱-۶- امید به زندگی، سن بازنشستگی مردان و تفاوت این دو سن به سال (۱۳۷۴)

تفاوت	سن بازنشستگی مردان	امید به زندگی		
۱۲	۶۵	۷۷	مریکا	کشورهای با درآمد بالا
۸	۶۷	۷۵	دانمارک	
۱۲	۶۵	۷۷	انگستان	
۱۰	۶۰	۷۰	عربستان	کشورهای با درآمد متوسط بالا
۱۲	۶۰	۷۲	بحرین	
۷	۶۵	۷۲	مکزیک	
۷	۶۰	۶۷	ترکیه	کشورهای با درآمد پایین متوسط
۵	۶۵	۷۰	لهستان	
۳	۶۰	۶۳	مصر	
۱۸	۵۰	۶۸	ایران	

ماخذ: گزارش سازمان ملل World Development Report - ۱۹۹۷، سازمان تأمین اجتماعی، گزارش آتیه - ۱۱ اسفند ۱۳۷۷.

* این رقم متوسط سن مستمری بگیران سازمان تأمین اجتماعی است.

در جدول ۱۸-۱-۶ اعداد مربوط به سن بازنشستگی در سایر کشورها، سن مورد نظر در قوانین این

کشورها می‌باشد. که به طور معمول با توجه به عدم دخالت مجالس این کشورها در برقراری قوانین خاص در ارتباط با بازنشستگی‌های قبل از موعد مقرر، تفاوت چندانی میان سن قانونی بازنشستگی و متوسط سن بازنشستگان در عمل وجود ندارد.

چنانچه ملاحظه می‌شود، تفاوت سن بازنشستگی مردان به طور متوسط در کشور ایران با سن امید زندگی بسیار بالاست و حتی چنین فاصله‌ای را در بین گروه‌های با درآمد بالا نیز مشاهده نمی‌کنیم. این امر که در نتیجه چند مرحله بازنشستگی پیش از موعد و به دنبال آن کاهش سن بازنشستگی، پدید آمده مشکلات هزینه‌ای را برای سازمان‌های بیمه‌ای به همراه داشته است. لذا باید با افزایش سن بازنشستگی طی سال‌های آتی، تفاوت میان سال‌های دریافت حق بیمه و پرداخت مستمری در کشور را مناسب‌تر کرد.

از سوی دیگر، یکی از مشخصه‌های سیستم بیمه اجتماعی فراگیر بودن آن است. مادر کشور هنوز به یک سیستم جامع و فراگیر دست نیافته‌ایم ولی الزام به بیمه شدن در جامعه شهری به طرق مختلف ممکن است. به عنوان مثال خویش فرمایان و بیمه شدگان اختیاری باید طبق ضوابط معین به استمرار پرداخت حق بیمه و همچنین بیمه شدن خانوادگی منضم گردند تا به این ترتیب مشکلات سازمان‌های بیمه‌ای در ارتباط با هزینه‌های درمان، غرامت دستمزد و مستمری‌ها کاهش یابد (افزایش جمعیت تحت پوشش می‌تواند، درآمدهای ناشی از حق بیمه دریافتی را افزایش و در عین حال احتمال استفاده از هزینه‌های درمان بیمه‌شدگان را متاثر سازد).

از سوی دیگر سیاست‌های دولت در ملاحظات بر ملاحظات ایمنی، بهداشتی در فضاهای کاری باید به شدت مدنظر قرار گیرد تا از این طریق موارد بروز حوادث ناشی از کار و به دنبال آن هزینه‌های کوتاه مدت غرامت دستمزد و همچنین بندهای مستمری‌های از کارافتادگی را کاهش دهد. قطعاً پرداختن به مسائل امنیت کار، ضمن بهبود شرایط کاری و تأثیر بر بهره‌وری نیروی کار، نوعی سرمایه‌گذاری برای نیروی انسانی است.

به همین ترتیب سیاست‌های اشتغال زایی دولت نیز از دو سو به سیستم تأمین اجتماعی کشور و استقلال بیشتر و وابستگی کمتر این سیستم به دولت کمک می‌کند. اشتغال بیشتر در سطح جامعه، قطعاً در پرداخت‌های کوتاه مدت بیمه اجتماعی برای بیکاری تأثیر داشته و باعث کاهش هزینه‌های غرامت دوره بیکاری می‌گردد. از سوی دیگر اشتغال بیشتر، جمعیت هدف و مورد نظر در سیستم بیمه‌ای را گسترش داده و لذا با افزایش جمعیت بیمه شده درآمدها افزایش یافته و توان مالی سیستم بیمه اجتماعی بهبود می‌یابد.

در یک سیستم بیمه اجتماعی به‌طور معمول بخشی از حق بیمه افراد از سوی دولت‌ها پرداخت می‌شود. پرداخت به موقع حق بیمه سهم دولت، توان مالی سیستم بیمه اجتماعی را حفظ نموده و به تصمیم‌سازان این سیستم‌ها برای بهره‌گیری از این توان، در زمان مناسب یاری می‌رساند. تعویق پرداخت‌های دولت به سیستم بیمه اجتماعی، مشکلات خاصی در زمینه عدم حصول درآمد و در عین حال عدم امکان حفظ ذخایر بیمه‌شدگان برای این سیستم ایجاد می‌نماید.

بحث دریافت حق بیمه‌ها که منبع اصلی تأمین مالی در یک سیستم بیمه اجتماعی است مسئله دیگری است که باید مورد نظر قرار گیرد. در یک سیستم غیرکنترلی و غیرمکانیزه افراد تحت پوشش سعی خواهند نمود که درآمد خود را به‌طور ظاهری کمتر نشان دهند تا از این طریق حق بیمه کمتری پرداخت کنند و در عوض در سال‌های پایانی دوره اشتغال و سال‌های نزدیک‌تر به سن بازنشستگی، درآمد واقعی یا حتی

بالا تر از حد صحیح نشان دهد تا به این طریق میزان مستمری بازنشستگی ایشان (که ارتباط با سطح درآمد و حق بیمه پرداختی سال‌های آخر اشتغال دارد) افزایش یابد. بررسی این سیستم به وضوح نشان می‌دهد که این امر از یک سو درآمدهای بانقوه سیستم را کاهش و از سوی دیگر هزینه‌های بلندمدت آن را افزایش می‌دهد. لذا باید برای دستیابی به واقعیت، سیستم بیمه اجتماعی کنترل دقیقی بر روی درآمدهای اعلام شده و اعلام جرایم برای اظهار نادرست درآمد مطرح نماید تا به این ترتیب هزینه اعلام و اظهار نادرست و غیرواقعی درآمد از سوی کارگران و کارفرمایان افزایش و در مجموع این گونه عمل و پرداخت حق بیمه غیر واقعی، کاهش یابد. یک راه حل، تجدیدنظر در ضریب مستمری است که می‌تواند تعداد سال‌های بیشتری را با توجه به یک ضریب نسبی صعودی مورد نظر قرار دهد.

از سوی دیگر تعیین میزان مستمری‌ها، سالانه باید مورد تجدیدنظر قرار گیرد و با توجه به افزایش سطح قیمت‌ها به گونه‌ای پرداخت‌های به مستمری بگیران تعدیل گردد که حداقل سطح رفاه ایشان کاهش نیابد، گرچه که با توجه به اهداف رفاهی در سیستم بیمه اجتماعی، انتظار می‌رود که تنظیم میزان مستمری‌ها، به صورتی مطرح گردد که هر ساله علاوه بر جبران تورم موجود در اقتصاد، وضعیت رفاهی افرادی که سالیان دراز در جریان تولید کشور موثر بوده و نقش به‌سزایی در عملکرد اقتصادی امروز جامعه دارند، بهبود یابد. این عمل قطعاً به طور مستقیم بر عملکرد و بهره‌وری شاغلین جامعه نیز مؤثر خواهد بود. چراکه شاغلین جامعه، آینده خود را در وضعیت زندگی مستمری بگیران بازنشسته و از کار افتاده مشاهده می‌کنند.

با توجه به مطالعات انجام شده که در فصل‌ها و کتاب‌های قبل آمده‌اند، مجموعه شرایط بیمه‌های اجتماعی که شامل سازمان بازنشستگی کل کشور، سازمان تأمین اجتماعی و صندوق‌های ۱۶ گانه بازنشستگی هستند مناسب به نظر نمی‌رسند. در مرحله نخست ضریب پوشش بیمه‌ای که حدود ۶۱ درصد است نشانه از الزام برای یک برنامه در جهت همگانی شدن مؤثر بیمه‌های اجتماعی دارد. این مهم باید با کنترل جریان درآمد و پرداخت‌های بابت هرگونه بهره‌گیری از عامل کار صورت گیرد.

آشنا نمودن عامل کار به مزایای بیمه‌های اجتماعی زمانی مؤثر است که و فعلاً این مزیت‌ها آشکار شده و بیمه شدگان امنیت اقتصادی خود را در این امر ملاحظه کنند. این مسئله عمدتاً در بازارهای کار غیررسمی اهمیت می‌یابد. ایجاد تشکیلات برای این گونه بازارها از طریق سازماندهی مثبت و آشکار شدن آن کمک عمده‌ای می‌کند. نظام مالیاتی به خصوص مالیات‌های بر مجموع درآمدها می‌تواند نکته کلیدی باشد. به عبارت دیگر وقتی پرداختی بابت استخدام هرگونه عامل کار از مجموع درآمد افراد، در هر نوع فعالیتی که هستند، از مالیات تعیین شده قابل کسر کردن باشد.

به منظور تخمین افراد تحت پوشش سازمان‌های حمایت بیمه‌ای برای صندوق بازنشستگی بعد خانوار ۳/۹۸ نفر و برای صندوق‌های مستقل بعد خانوار به دست آمده از متوسط جامعه شهری زیر گروه بازنشستگان ۴/۱۱ و برای سازمان تأمین اجتماعی بعد خانوار ۴/۳ در نظر گرفته شده است. بدین ترتیب مشخص می‌شود که ۴۱/۲ درصد از جمعیت کشور تحت پوشش سازمان تأمین اجتماعی و در مجموع ۶۰/۹۸ درصد تحت پوشش تأمین اجتماعی، صندوق بازنشستگی و صندوق‌های مستقل^۱ می‌باشند.

عوامل استخدام‌کننده و کارفرمایان در جهت منافع خود هزینه پرداخت‌های حقوق و دستمزد را اعلام و ثبت نموده و سهم بیمه هر دو طرف (کارگر و کارفرما) را نیز اعلام نموده یا خواهند پرداخت.

۱ صندوق بازنشستگی نیروهای مسلح را نیز شامل می‌شود

یک مشکل و مسئله اساسی در مسیر همگانی شدن بیمه‌های اجتماعی خویش فرمایان هستند که نه در استخدام کسی هستند و نه مستخدم دارند. این گروه عمدتاً به واسطه جذابیت و محسنات بیمه‌های اجتماعی جذب می‌شوند. بدیهی است که در این گذر امکان سوء استفاده از مزایای بیمه وجود خواهد داشت. در این مورد باید بهره‌مندی از مزایا و امکانات بیمه‌های اجتماعی با یک ضریب تصاعدی در طول زمان افزایش یابد. به صورتی که بیمه شونده براساس امکانات و پوشش فزاینده در آینده جذب این مهم بشود. برای نمونه باید ضریب مستمری در سال‌های نخست کم بوده و به تدریج این ضریب افزایش یابد. هرچند که چنین برنامه‌ای موجود است، ولی نرخ تصاعدی آن باید افزایش یابد.

در زمینه افزایش در جذابیت و مزایای بیمه‌های اجتماعی می‌توان ضریب قیمت و بهای استفاده از خدمات دولتی را برای کسانی که زیر پوشش بیمه نیستند افزایش دهیم. این می‌تواند با بررسی کافی و ایجاد سیستم کارآمد حتی برای بهره‌گیری از خدمات، حمل و نقل، مخابرات، برق و آب و غیره نیز، یک نوع قیمت تبعیضانه برای غیربیمه شدگان قائل شد.

به هر حال نباید یک نکته را نادیده گرفت که توان بیمه‌های اجتماعی رابطه مستقیم با توانایی اقتصادی کشور دارد. کشورهای غنی و ثروتمند می‌توانند سیستم بیمه‌ای گسترده و کافی را به اجرا بگذارند. در حالی که جوامع فقیر توانایی پوشش کافی و مستمری مناسب را نخواهد داشت.

در واقع می‌توان در یک صحرا و بیابان انتظاری بیشتر از یک برکه را داشت. برای ایجاد فضای سبز و حدیق و درختان در روز میوه و مزارع نیاز به آب کافی و هوای مناسب خود می‌باشد.

حداز پوشش غیرکافی بیمه‌ای در جامعه ایران، پرداخت‌های مستمری نیز کفایت نمی‌کنند. مطالعات در مورد زیرگروه بیمه شدگان و غیربیمه شدگان جامعه شهری در کل کشور نشان می‌دهد که بازنشستگان در شهر و روستا و به طور کلی کلیه کسانی که به صورتی زیر پوشش بیمه‌های اجتماعی قرار دارند نیز از آسیب فقر در امان نیستند. جدول شماره ۱۹-۱-۶ در زیر که با استفاده از نتایج مطالعات قبلی به دست آمده این مهم را تصویر می‌نماید.

جدول ۱۹-۱-۶- درصد فقر بین بیمه شدگان و بازنشستگان

شهر و روستا - ۱۳۷۴

بازنشستگان و مستمری‌بگیران	افراد زیر پوشش بیمه	
۶۰۷	۸	شهر
۲۲/۳	۱۵۰۴	روستا

منبع: مطالعات مربوط به بررسی اقتصادی زیرگروه‌های جامعه همین تحقیق.

به طور کلی مشاهده می‌شود که کل افراد زیر پوشش بیمه و زیرگروه آن که بازنشستگان می‌باشند در شهر وضعیت بهتر از روستا دارند، ولی به هر حال فقیر مطلق بین آنها وجود دارد. به عبارت دیگر سیستم پرداخت مستمری موجود قادر نیست که این اطمینان را ایجاد نماید که افراد تحت پوشش از فقر دور می‌باشند.

در واقع چنانچه قبلاً نیز یادآور شده‌ایم بخش قابل توجهی از بیمه شدگان و بازنشستگان از طریق درآمد

دائمی خود به درآمد جاری حقوق و مستمری بیمه یا بازنشستگی قادر هستند که خود را به بالای خط فقر منتقل نمایند. رقم قیمت های واقعی که بازنشستگان برای چند قلم عمده کالاها ی اساسی از سال ۱۳۶۴ تا ۱۳۷۴ پرداخته اند نشان دهنده افزایش قابل ملاحظه هزینه اسمی روی این کالاها است. بازنویسی این قیمت های واقعی ضمنی ادر جدول شماره ۲۰-۱-۶ نشان این مهم است که با توجه به افزایش اسمی متوسط مستمری بازنشستگان از رقم ۱۴۵۱۹ ریال در سال ۱۳۶۴ به ۱۲۲۳۱۸ ریال در سال ۱۳۷۴ که نشانه ۱/۴ برابر شدن آن است، افزایش قیمتی غیر از نان در همه موارد برای بازنشستگان شهری بیشتر بوده و وضعیت بازنشستگان روستایی نیز بهتر نبوده است.^۱

جدول ۲۰-۱-۶- قیمت های ضمنی برای کالاها ی اساسی

(ریال)

بازنشستگان شهری

کالاها ی خوراکی	برنج	نان	گوشت و مرغ	روغن	قند و شکر
سال ۱۳۶۴	۲۶۰	۴۱	۴۷۷	۲۶۴	۵۹
سال ۱۳۷۴	۲۹۹۹	۱۵۱	۶۵۶۲	۲۹۵۷	۱۰۳۱
تفاوت برابر	۱۱.۵	۳/۶	۱۳.۷	۱۱/۲	۱۴.۴

ماخذ: محاسبات توسط گروه تحقیق

در نتیجه: به نظر می رسد که روش پرداخت جاری یا PAYG در شرایط کنونی ایران برای سیستم تأمین اجتماعی مناسب ترین است. برای حصول اطمینان از اجرای قانون همگانی بیمه های اجتماعی برای بخش خصوصی و به خصوص کارکنان و کارگران فنی و خنودگی باید در ضمن اجرای یک سیستم کنترلی بر جریان وجوه که در نظام مالیاتی نیز بسیار مفید خواهد بود^۲ به تدریج قانون مالیات بر مجموع درآمد اجرا شده و برای پرداخت های باست حقوق و دستمزد معافیت قائل شد.

خویش فرمایان که معمولاً مشکل تر گروه های دیگر تحت ضوابط تأمین اجتماعی قرار می گیرند، در صورت وجود مزایای مناسب برای کسانی که تحت پوشش هستند و اجرای قیمت های تبعیضانه و بالاتر از هزینه نهایی برای کالاها و خدمات همگانی برای کسانی که در پوشش قرار ندارند، نیز متمایل به عضویت داوطلبانه خواهند شد. در اینجا نظام مالیاتی و روش های قیمت گذاری کالاها و خدمات دولتی بسیار موثر هستند.

فصل دوم - «بیمه اجتماعی روستایان»

بر اساس نتایج آخرین سرشماری عمومی در سال ۱۳۷۵، حدود ۳۸ درصد از کل جمعیت کشور ساکن نقاط روستایی و حدود ۲۳ درصد از کل شاغلان ۱۰ ساله و بیشتر کشور در بخش کشاورزی مشغول به کار بوده اند. در همین سال حدود ۲۴ درصد از کل تولید ناخالص ملی به ارزش افزوده بخش کشاورزی اختصاص داشته است. لذا توجه به بخش روستایی کشور، هم از نظر جمعیتی و هم از نظر تولیدی در کشور

۱ برای جزئیات بیشتر به کتاب سجم از همین مجموعه تحقیق مراجعه شود
 ۲ کلیه محاسبات گروه تحقیق با استفاده از مدارک و داده های مرکز آمار ایران صورت گرفته است

حائز اهمیت است. برقراری بیمه‌های اجتماعی در سطح روستاها از جنبه‌های مختلف قابل بررسی است. افزایش بهره‌وری نیروی کار در بخش کشاورزی که به دنبال آن بهبود وضعیت تولید در این بخش رابه دنبال خواهد داشت، از مزایای برقراری بیمه‌های اجتماعی روستایی است. درکنار مسئله تولید در این بخش، نظام بیمه‌ای در روستاها می‌تواند از مهاجرت به شهرها جلوگیری کرده و نیروی کار را برای بخش کشاورزی حفظ نماید. از سوی دیگر روستاییان در سیستم توزیع درآمد کشور، به طور معمول از سطوح درآمدی پایین برخوردار بوده و برقراری نظام بیمه‌ای می‌تواند در تعدیل درآمد این گروه از افراد جامعه موثر باشد. با این وجود مشکلات برقراری نظام بیمه‌ای در روستاها نیز باید مورد توجه قرار گیرد. بخش روستایی غالباً با شیوه تولید سنتی کشاورزی، از توان مالی اندکی برخوردار است و لذا مشارکت در امر بیمه‌ای با توجه به درآمدهایی که به شدت تحت تأثیر شرایط طبیعی و اقلیمی می‌باشد، چندان مورد پذیرش نیست. از سوی دیگر علی‌رغم این که جامعه روستایی با سیستم حمایتی در بین افراد روستا و خانوارهای یک روستا آشنایی کامل دارد و فرهنگ روستایی از روح تعاون بهره‌فراوان می‌برد، اما پس‌انداز اجباری و پرداخت حق بیمه نزد این گروه بسیار ناآشنا است. به بیان دیگر همچنان که توسعه سیستم‌های تأمین اجتماعی و نظام بیمه‌های اجتماعی همراه با توسعه صنعتی و شهری شدن جوامع همراه بوده است، جامعه روستایی هنوز با الزام وجود چنین سیستم‌هایی آشنا نبوده و لذا به دلیل عدم احساس نیاز به بیمه، پرداخت به نهادهای بیمه‌ای نیز در این گروه مطلوب نیست. همین امر باعث گردیده که تاکنون این امر در روستاها با موفقیت همراه نباشد. لازم به ذکر است که از سوی دیگر، نیاز مبرم به برقراری این سیستم‌ها در بخش شهری جامعه و فشارهای بیشتر اقتصادی و اجتماعی ناشی از عدم وجود نظام بیمه‌ای در بین شهرنشینان نیز عامل دیگری بوده تا مسئولان و تصمیم‌گیران جامعه به‌طور جدی‌تر به این مسئله در شهرها بپردازند.

سابقه بیمه‌های اجتماعی برای روستاییان به سال ۱۳۴۸ برمی‌گردد، که در این سال قانون بیمه‌های اجتماعی روستاییان به تصویب رسیده و وزارت تعاون و امور روستاها عهده‌دار تأسیس سازمانی جهت این امر گردید. این قانون افراد را در برابر حوادث ناشی از کار، بیماری‌ها، از کارافتادگی، فوت و سایر موارد بیمه‌های اجتماعی بیمه می‌کرد و البته بیمه شونندگان نیز با تعاریف و مشخصاتی در متن قانون معین شده بودند. اما وزارت تعاون نیز علی‌رغم تمامی موارد بیمه‌ای در قانون، تنها به بیمه درمان پرداخت و عرضه خدمات درمانی و بیمارستانی در مراکز شرکت‌های سهامی زراعی و شرکت‌های تعاونی روستایی و برای افراد عضو این مراکز، صورت می‌گرفت. هزینه سرانه اجرای بیمه درمانی در روستاها براساس معیارها و ضوابط بیمه‌های اجتماعی حداقل یک هزار ریال برآورد شده بود اما به دنبال درآمد کم روستاییان قسمت عمده تأمین مالی سازمان بیمه‌های اجتماعی روستاییان بر عهده دولت بود.

در سال ۱۳۵۴ قانون بیمه‌های اجتماعی روستاییان لغو و مقرر گردید که در چارچوب قانون تأمین اجتماعی، آیین‌نامه اجرایی بیمه اجتماعی روستاییان اجرا گردد. این قانون از سال ۱۳۵۴ که به تصویب رسید تا سال ۱۳۶۷ موقوف ماند و به دنبال مطالعاتی که در این سال آغاز شد در سال ۱۳۷۰ لایحه آیین‌نامه بیمه روستاییان تنظیم گردید. حق بیمه در این آیین‌نامه به میزان ۱۸ درصد حداقل درآمد روستایی تعیین شد که ۹ درصد آن بر عهده بیمه‌شده روستایی و ۹ درصد به وسیله دولت پرداخت می‌شد و پیش‌بینی شد که از اول مهر ۱۳۷۱ به صورت آزمایشی اجرا گردد که مراحل آزمایشی آن در مناطقی که شرکت‌های سهامی زراعی تأسیس گردیده‌اند و سپس در سطح شرکت‌های تعاونی تولید روستایی پیش‌بینی شده بود، اما اجرای این

نویسندگان توجه به مسائلی همچون درآمدهای اجرای طرح و نحوه وصول حق بیمه از روستاییان و بحث گستردگی تعداد بیمه شوندهان معوق مانده و اقدامی اساسی برای بیمه روستاییان صورت نگرفت. لازم به ذکر است که کمیته امداد امام خمینی به عنوان بزرگ‌ترین نهاد حمایت خیریه‌ای که از سال ۱۳۵۷ فعالیت خود را آغاز نموده است، در زمینه سالمندان روستایی مستمند بالای ۶۰ سال با پرداخت مستمری در قالب طرح شهید رجایی در این زمینه فعال بوده است. در همین ارتباط برای افراد نیازمند جامعه و همچنین مستمری بگیران طرح شهید رجایی خدمات درمانی ارائه نموده است. اما این فعالیت‌ها همه در راستای یک نظام حمایتی مطرح بوده و سیستم بیمه‌ای در این مورد برقرار نیست.

در آبان ماه سال ۱۳۷۳ و به دنبال تصویب قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور، سازمان بیمه خدمات درمانی از مهر ۱۳۷۴ فعالیت خود را آغاز نمود که وظایف این سازمان برای تأمین خدمات درمانی کارکنان دولت، افراد نیازمند و خویش فرمایان، تأمین موجبات و امکانات بیمه خدمات درمانی برای روستاییان در سطح کشور است. اشخاصی که در روستا سکونت داشته باشند و نیز افرادی که در زمره عشایر کوچ‌رو محسوب می‌شوند می‌توانند تحت پوشش بیمه روستایی قرار گیرند. درمان بیمه شدگان روستایی در مراکز بهداشتی روستایی یا خانه بهداشت با ارائه دفترچه یا کارت بیمه رایگان است و سیستم ارجاع در مورد روستاییان برقرار است. یعنی بیماران پس از مراجعه به مرکز بهداشتی می‌توانند به بیمارستان‌های دولتی و دانشگاهی مراجعه نموده و تحت مداوا قرار گیرند. لذا برقراری سیستم بیمه اجتماعی روستاییان با اهداف اولیه که تحت پوشش قرار دادن روستاییان در مقابل از کار افتادگی، بازنشستگی، فوت و... بود تنها به بیمه درمان محدود گشته است و در زمینه طرح شهید رجایی نیز این طرح در قالب یک سیستم حمایتی مطرح می‌باشد.

مطالعه ساختار جمعیتی روستاهای نشان می‌دهد که طی ۴۰ سال گذشته جمعیت کشور در جهت شهرنشینی بیشتر رفته است. اما بین وجود طی همین مدت جمعیت مناطق روستایی به دلیل نرخ رشد جمعیت حدوداً ۱۰ درصد است (جدول ۱-۲-۶).

جدول ۱-۲-۶- ترکیب جمعیت (هزار نفر- درصد)

روستایی	شهری	کل کشور	جمعیت	نسبت
۱۳۰۰۱	۵۹۵۳	۱۸۹۵۵	۱۳۳۵	جمعیت
۶۸/۶	۳۱/۴	۱۰۰	نسبت	
۱۵۹۹۵	۹۷۹۴	۲۵۷۸۹	۱۳۴۵	جمعیت
۶۲	۳۸	۱۰۰	نسبت	
۱۷۸۵۶	۱۵۸۵۳	۳۳۷۰۹	۱۳۵۵	جمعیت
۵۲/۲۷	۴۷/۰۳	۱۰۰	نسبت	
۲۲۳۴۹	۲۶۸۴۴	۴۹۴۴۵	۱۳۶۵	جمعیت
۴۵/۲۰	۵۴/۲۹	۱۰۰	نسبت	
۲۳۶۳۵	۳۱۸۳۸	۵۵۸۳۷	۱۳۷۰	جمعیت
۴۲/۳۳	۵۷/۰۲	۱۰۰	نسبت	
۲۳۰۲۵	۳۶۸۱۹	۶۰۰۵۵	۱۳۷۵	جمعیت
۳۸/۳۴	۶۱/۳۱	۱۰۰	نسبت	

سازمان برنامه و بودجه

متوسط بعد خنوار در سطح روستا بیش از همین معیار برای کل کشور می باشد که به دلایلی از جمله بهره داری خانوادگی در امر تولید و نیاز به نیروی کار و از سوی دیگر بالا بودن میزان باروری و متوسط سن ازدواج پایین تر در بین روستاییان می باشد. این امر از بعد بیمه ای قابل توجه است و این که به دنبال بیمه شده اصلی. افراد بیمه شده تبعی در سطح روستا تعداد قابل ملاحظه ای را در بر خواهد گرفت (جدول ۶-۲-۲).

جدول ۶-۲-۲- تغییرات بعد خانوار در شهر و روستا (نفر)

	۱۳۷۵	۱۳۷۰	۱۳۶۵	
کل کشور	۴/۷۷	۵/۱۶	۵/۱	
شهر	۴/۵۶	۴/۸۶	۴/۸۴	
روستا	۵/۱۴	۵/۶۱	۵/۴۴	

ماخذ: مرکز آمار ایران.

در همین رابطه گسترش بعد خانوار در سطح روستا از حدود ۳۰ سال گذشته مطرح است چرا که متوسط بعد خانوار روستایی در سال های ۱۳۴۵ و ۱۳۵۵ نیز به ترتیب ۴/۹۸ و ۵/۱۴ نفر بوده است که همچنان که ملاحظه می شود از سال ۱۳۴۵ تا ۱۳۷۰ روند صعودی در حجم خانوار روستایی مشهود است. درصد باسوادی در بین روستاییان افزایش یافته و این امر خود در جهت برقراری نظام بیمه ای امری مثبت است. چون توضیح لزوم وجود بیمه برای افراد باسواد ایشان ارتباط داشته و بالا رفتن سطح سواد در روستاها برای پذیرش بهتر و بیشتر بیمه مطلوب است (جدول ۶-۲-۳).

جدول ۶-۲-۳- درصد باسوادی در کشور در بین جمعیت ۶ ساله و بیشتر

	روستایی			شهری			کل کشور		
	۱۳۷۵	۱۳۷۰	۱۳۶۵	۱۳۷۵	۱۳۷۰	۱۳۶۵	۱۳۷۵	۱۳۷۰	۱۳۶۵
مرد و زن	۶۹/۶۱	۶۳/۶۸	۴۸/۳۷	۸۵/۷۱	۸۱/۹۲	۷۳/۱۱	۷۹/۵۱	۷۴/۰۷	۶۱/۷۸
مرد	۷۶/۷۴	۷۲/۶	۵۹/۹۵	۸۹/۵۶	۸۶/۷۲	۸۰/۳۶	۸۴/۶۷	۸۰/۶۴	۷۱/۰۲
زن	۶۲/۴۱	۵۴/۲۲	۳۶/۳۳	۸۱/۷۰	۷۶/۷۷	۶۵/۴۳	۷۴/۲۱	۶۷/۰۶	۵۲/۰۸

ماخذ: مرکز آمار ایران.

در بین جمعیت فعال ۱۰ ساله و بیشتر نیز درصد اشتغال طی ۱۰ سال در سطح روستاها بیشتر شده است. اما در حالی که در سال ۱۳۶۵ بیکاری در سطح شهرها بیشتر بوده این وضعیت در سال های ۱۳۷۰ و ۱۳۷۵ معکوس شده و این روستا و بیکاران آن بوده که درصد بیشتری از جمعیت فعال ۱۰ ساله و بیشتر را بر خود اختصاص داده است و به همین علت در طی این ۱۰ ساله روند به نوعی بوده که نسبت بیکاری در سطح روستا از کل کشور بیشتر بوده است (جدول ۶-۲-۴).

جدول ۴-۲-۶- نسبت جمعیت فعال ۱۰ ساله و بیشتر بر حسب شاغل و بیکار جوای کار (درصد)

روستایی			شهری			کل کشور		
۱۳۷۵	۱۳۷۰	۱۳۶۵	۱۳۷۵	۱۳۷۰	۱۳۶۵	۱۳۷۵	۱۳۷۰	۱۳۶۵
۹۰/۵۶	۸۷/۸۷	۸۷/۰۹	۹۱/۱۴	۸۹/۶۴	۸۴/۷۳	۹۰/۹۲	۸۸/۸۷	۸۵/۸۱
۹/۴۴	۱۲/۱۳	۱۲/۹۱	۸/۸۶	۱۰/۳۶	۱۵/۲۷	۹/۰۸	۱۱/۱۳	۱۴/۱۹

ماخذ: مرکز آمار ایران.

نذا در مجموع مسائل خاصی در ارتباط با روستاییان مورد نظر است که برقراری بیمه اجتماعی روستاییان با خدمات بیمه‌ای گسترده را تا امروز ناممکن ساخته است. همان طور که دیدیم بحث پایین بودن سطح سواد در مجموع، تعداد زیاد بعد خانوار در روستاها و مسائل درآمدی این گروه از این جمله است. زمانی که بیمه روستاییان مطرح می‌گردد، پایین بودن سطح درآمد در بین این اقشار مدنظر است. از سوی دیگر در قبال هر بیمه شده اصلی که به این سیستم می‌پیوندد، بیمه شدگان تبعی زیادی از خدمات بیمه‌ای استفاده خواهند کرد. لذا هزینه‌های بیمه گر را بالا می‌برد. از سوی دیگر پذیرش پیوستن در بین افراد روستایی خود بحثی است که با توجه به امکانات موجود و شرایط تولیدی و اجتماعی روستاییان به نظر نمی‌رسد که این افراد خود مایل به بیمه شدن باشند، گرچه تمایل به بیمه شدن در سیستم حمایتی وجود دارد اما تمایل به بیمه شدن در یک سیستم بیمه‌ای و با مشارکت در پرداخت حق بیمه، چندان وجود ندارد. به همین علت آنچه در عمل اتفاق افتاده است تنها بیمه درمان روستاییان می‌باشد که به مسائل مرتبط با این بیمه در بین روستاییان که توسط سازمان بیمه خدمات درمانی ارائه می‌گردد می‌پردازیم.

آمار بیمه شدگان روستایی سازمان بیمه خدمات درمانی نشان می‌دهد که با توجه به میزان حق بیمه پرداختی که برای روستاییان کمتر از میزان مصوب برای سایر بیمه شدگان بوده، (که به آن خواهیم پرداخت)، میزان پوشش به بیمه خدمات درمانی نسبت به جمعیت روستاییان بسیار ناچیز بوده است و زمانی که این خدمات به صورت حمایتی و رایگان مطرح شده، جمعیت بیشتری تحت پوشش قرار گرفته است.

جدول ۵-۲-۶

جدول ۵-۲-۶- آمار بیمه شدگان صندوق روستاییان و جمعیت روستایی

نسبت بیمه شدگان به جمعیت (درصد)	جمعیت روستایی	بیمه شدگان صندوق	
۰/۳۸	۲۳۰۹۱۳۰۰	۸۸۱۴۳	۱۳۷۴
۲/۴۵	۲۳۰۲۵۱۰۰	۵۶۵۸۳۵	۱۳۷۵
۹۵/۸	۲۲۸۵۵۰۰۰	۲۱۸۹۲۵۴۹	۱۳۷۶
۹۶/۶	۲۲۶۵۹۰۰۰	۲۱۸۹۲۵۴۹	مهر ۱۳۷۷

ماخذ: مرکز آمار ایران - سازمان بیمه خدمات درمانی.

لازم به ذکر است که در این جدول روند تغییرات جمعیت طی سال‌ها، خطی در نظر گرفته شده است و

درصد جمعیت روستایی در سال ۱۳۷۴، ۳۹ درصد از کل جمعیت منظور شده است. برای سال‌های ۱۳۷۶ و ۱۳۷۷ هم روند نزولی نسبت جمعیت روستایی به کل جمعیت به صورت خطی در نظر گرفته شده است. در طی سال‌های ۱۳۷۴ و ۱۳۷۵ بیمه شدگان روستایی با پرداخت حق بیمه سرانه مقرر، تحت پوشش قرار گرفته‌اند. در سال ۱۳۷۶ با آغاز طرح بسیج بیمه روستاییان، توزیع کارت رایگان در جامعه روستایی کشور باعث گسترش بیمه شدگان صندوق روستاییان شده و این افراد هنگام استفاده از خدمات درمانی بستری و تخصصی بیمارستان‌ها تنها با پرداخت ۲۵ درصد هزینه‌های مذکور از تسهیلات بیمه‌ای بهره‌مند گردیده‌اند. میزان حق بیمه سرانه طی سال‌های ۱۳۷۴ تا ۱۳۷۷ به ترتیب ۴۲۰۰، ۴۸۶۰، ۵۶۰۰ و ۶۳۵۰ ریال بوده است که طی این مدت حق بیمه سرانه روستاییان همواره ۴۰ درصد این مبلغ در نظر گرفته شده است.

هزینه‌های خدمات درمانی صندوق روستاییان در جدول ۶-۲-۶ مشخص است که طی این مدت همراه با افزایش تعداد و سهم بیمه شدگان روستایی در بین کل بیمه شدگان شاهد افزایش نسبت هزینه‌های درمان روستاییان به کل هستیم.

جدول ۶-۲-۶- هزینه‌های خدمات درمانی کل و صندوق روستاییان و سهم بیمه شدگان روستایی به کل (میلیون ریال - درصد)

۱۳۷۷	۱۳۷۶	۱۳۷۵	۱۳۷۴	
۹۴۱/۴۶۲	۹۲۵/۰۲۷	۶۳۶/۸۱۰	۱۴۶/۶۲۲	جمع هزینه‌های خدمات درمانی
۲۳۹/۹۳۶	۷۲/۶۴۶	۲۸/۱۷۴	۳۶۷	هزینه‌های درمان روستاییان
۲۵/۴۸	۷/۸۵	۴/۴۲	۰/۲۵	نسبت هزینه‌های درمان روستاییان به کل
۷۴	۷۳/۴	۶/۷۸	۱/۲۸	سهم روستاییان در کل بیمه شدگان

مأخذ: سازمان بیمه خدمات درمانی.

اعتبارات سازمان بیمه خدمات درمانی در صندوق روستاییان طی سال‌های ۱۳۷۴ تا ۱۳۷۶ نشانگر حمایت گسترده دولت در امر بیمه روستاییان می‌باشد و نحوه بیمه شدن روستاییان که با توزیع رایگان کارت صورت گرفته خود به نوعی اهمیت بیشتر حمایتی بودن این بیمه را نشان می‌دهد (جدول ۷-۲-۶).

جدول ۷-۲-۶- تفکیک سهم دولت و بیمه شده روستایی و سهم اعتبارات صندوق روستاییان از کل (میلیارد ریال)

۱۳۷۶	۱۳۷۵	۱۳۷۴	
۱۱۴	۴۰	۱/۷	سهم دولت
۴/۸	۲/۴	--	سهم بیمه شده
۱۱۸/۸	۴۲/۴	۱/۷	جمع صندوق روستاییان
۸۰۷/۹	۵۶۹/۹	۱۹۲/۵	جمع اعتبارات سازمان
۱۴/۷	۷/۴۴	۰/۸۸	سهم صندوق روستاییان از کل

مأخذ: سازمان بیمه خدمات درمانی.

لازم به ذکر است که پوشش جمعیتی روستاییان از نظر بیمه فقط شامل خدمات بستری می‌شود و

خدمات درمان سرپایی از طریق شبکه بهداشتی و درمانی کشور ارائه می‌گردد و همچنان که اشاره شد بیمه روستاییان به دلیل عدم دریافت حق سرانه درمان از بیمه شد، بیشتر شکل حمایتی به خود گرفته است. براساس قانون بیمه همگانی خدمات درمانی سهم دولت از حق بیمه سرانه در مورد روستاییان ۲۰ درصد می‌باشد اما عملکرد سازمان نشان می‌دهد که در سال ۱۳۷۵ و ۱۳۷۶ حدود ۹۶ درصد از حق بیمه‌های سرانه توسط دولت پرداخت شده است.

لذا یکی از مشکلات اساسی در مورد بیمه روستاییان، تأمین مالی آن توسط دولت و در چارچوب یک سیستم حمایتی است. اجرای این بیمه بدون دریافت حق بیمه سرانه و بدون پوشش کامل خدمات سرپایی و بهبود سیستم ارجاع در این بیمه از مسائل قابل توجه است. از همین رو وابستگی سازمان بیمه خدمات درمانی به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی برای ارائه خدمات سرپایی بیمه شدگان روستایی، برای بهبود سیستم بیمه روستاییان مورد نظر است. به بیانی چنانچه مراکز بهداشتی روستایی در ارائه خدمات سرپایی به بیماران روستایی از کارایی بالاتری برخوردار گردند. تأثیر بسزایی بر هزینه‌های درمان روستاییان بیمه شده در هنگام بستری و استفاده از امکانات تخصصی خواهد داشت.

در ارتباط با روستاییان بحث عدم الزام به پرداخت حق بیمه و استمرار در بیمه بودن باعث می‌شود که افراد بیمار بیشتر مایل به پیوستن به بیمه باشند و این خود در روند زمان باعث مشکلات مالی برای صندوق‌های بیمه‌ای خواهد شد. در این راه مناسب خواهد بود تا در آینده سیاست اخذ سرانه از روستاییان مطرح گردد تا با افزایش مشارکت روستاییان در پرداخت سهم سرانه خود، بار مالی دولت کاهش و توان مالی صندوق بیمه گر افزایش یابد. در همین ارتباط بسیاری از پارانه‌های مشخص و مستقیم و غیر مستقیم در بخش درمان را نیز می‌توان به بخش بیمه درمان منتقل نمود تا از این طریق پیوستن به بیمه برای افراد را جذب نماید.

مقایسه اعتبارات و هزینه‌های درمان روستاییان طی ۳ سال ۱۳۷۴ تا ۱۳۷۶ نشانگر این مطلب است که علی‌رغم فزونی هزینه‌های کل سازمان بر درآمدها، در بخش روستاییان تا سال ۱۳۷۶ اعتبارات بر هزینه‌های فزونی داشته است اما روند این هزینه‌ها در سال‌های آتی قابل بررسی است.

جدول ۸-۲-۶- نسبت هزینه‌ها و اعتبارات صندوق روستاییان (میلیارد ریال)

۱۳۷۶	۱۳۷۵	۱۳۷۴	
۷۲/۶۵	۲۸/۱۸	۰/۳۶۷	هزینه‌های درمان روستاییان
۱۱۸/۸	۴۲/۴	۱/۷	اعتبارات صندوق روستاییان
۶۱/۱۵	۶۶/۵	۲۱/۶	نسبت هزینه به اعتبارات

ماخذ: سازمان بیمه خدمات درمانی

در جدول ۸-۲-۶ مشاهده می‌گردد که تا سال ۱۳۷۶ مشکل اعتبارات برای صندوق بیمه روستاییان مطرح نبوده است. البته باید توجه داشت که در جدول فوق قسمت عمده‌ای از هزینه‌های خدمات درمانی سال ۱۳۷۴ به سال ۱۳۷۵ منتقل شده است و لذا به طور واقع روند صعودی نسبت هزینه‌ها به اعتبارات مورد انتظار است.

در ارتباط با هزینه‌های بیمه روستاییان باید به این نکته توجه کرد که افزایش سطح بهداشتی در سطح روستاها و بهبود عملکرد مراکز خدمات درمانی و بهداشتی روستایی در عملکرد سیستم ارجاع نقش بسزایی دارد که از دو جهت قابل تأمل است. بهبود این وضعیت، شرایط تولیدی روستاییان را بهبود می‌بخشد و از سوی دیگر بر هزینه‌های بیمه درمان ایشان مؤثر است.

چارچوب بیمه روستایی

اگرچه جمعیت روستایی کشور طی پنجاه سال گذشته و به ویژه از دهه ۱۳۴۰ به بعد، به دنبال اصلاحات ارضی و اعمال سیاست‌های توسعه صنعتی در کشور که منجر به مهاجرت روستاییان به شهرها گردید، نسبت به کل جمعیت کشور کاهش یافته است، لیکن با این وجود براساس آخرین سرشماری در کشور هنوز بیش از ۳۸ درصد از جمعیت کل کشور را ساکنین مناطق روستایی تشکیل می‌دهند. از طرفی حدود ۲۳ درصد از کل شاغلین ۱۰ ساله و بیشتر در کشور در بخش کشاورزی مشغول به کار بوده و ارزش افزوده این بخش حدود ۲۴ درصد از تولید ناخالص ملی را تشکیل می‌دهد و این در حالی است که علی‌رغم اقدامات به عمل آمده، تاکنون یک نظام فراگیر تأمین اجتماعی که بتواند خدمات بیمه‌ای مناسب را به جامعه روستایی نیز ارائه دهد، در کشور شکل نگرفته است. البته بدیهی است که برقراری چنین سیستمی در روستاهای کشور که غالباً به دلیل به کارگیری روش‌های تولید سنتی کشاورزی از بهره‌وری پایینی برخوردار بوده و درآمد آن به شدت تحت تأثیر شرایط طبیعی و اقلیمی است و در نتیجه به واسطه توان اندک مالی تمایل چندانی در پرداخت حق بیمه و پس انداز اجباری از خود نشان نمی‌دهد. با مشکلات فراوانی روبه‌رو است. لیکن برقراری بیمه‌های اجتماعی در سطح روستاهای کشور، هم از نظر جمعیتی و هم از نظر تولیدی که می‌تواند موجب افزایش بهره‌وری نیروی کار در بخش کشاورزی و به دنبال آن افزایش تولید و درآمد در این بخش گردیده و موجبات عدم مهاجرت روستاییان به شهرها را نیز فراهم آورد، از اهمیت خاصی برخوردار است. تجربه تاریخی قبل از اصلاحات ارضی نیز مؤید این مسئله است که هر چند رابطه اجتماعی حاکم بر جامعه روستایی کشور بر پایه نظام ارباب رعیتی و به نوعی استثمار و بهره‌کشی از روستاییان استوار بود، لیکن وجود برخی روابط حاکم بر پایه باورهای فرهنگی - مذهبی در این جامعه که نه تنها به شکل‌گیری گونه‌ای از همیاری و همکاری اقتصادی - اجتماعی در روستاها کمک می‌کرد، بلکه موجب کارکرد نوعی نظام بیمه‌ای و حمایتی در جوامع روستایی شده بود که افراد خانوارهای روستایی را در حد تأمین قسمتی از نیازهای معیشتی آنان یاری می‌داد، توانسته بود تا حدود زیادی در مهار مهاجرت روستاییان به شهر مؤثر واقع گردد.

بررسی نظام روستایی ایران نشان می‌دهد که تا قبل از اصلاحات ارضی جامعه روستایی متشکل از سه گروه خانوار بوده است. گروه اول، عبارت بودند از مالکان و اربابان که عمدتاً در شهرها زندگی می‌کرده‌اند و تنها از بهره مالکانه زمین و در برخی موارد بهره سرمایه (ابزار تولید، بذر و...) سهم می‌برده‌اند. گروه دوم، صاحبان نسق یا کسانی که براساس قرارداد با مالکان زمین، حق کار بر روی زمین مالک را دارا بوده و در برخی موارد خود نیز مالکیت بخشی از ابزار تولید را در اختیار داشته‌اند و گروه سوم که اصطلاحاً رعایای بدون زمین یا خوش نشینان نامیده می‌شدند. گروه اخیر فاقد زمین زراعی بوده و با در اختیار گذاردن نیروی کار خود به نسق داران، سهمی از تولید را به خود اختصاص می‌دادند یا برای گذران زندگی به کار کشاورزی یا

غیرکشاورزی در روستاها و شهرهای مجاور اشتغال داشته‌اند.

بنابراین در نظام روستایی قبل از اصلاحات ارضی منابع روستایی به گونه‌ای مورد بهره‌برداری قرار می‌گرفت تا بتواند سهم مالکانه و نیاز معیشتی نسق‌داران و تاحدودی خوش‌نشینان را تأمین نماید. در واقع در این نظام نیروی کار که متشکل بوده است از نیروی کار خانوارهای نسق‌داران و خوش‌نشینان، علاوه بر فعالیت در نسق خود یا روستاهای محل سکونت خود، در صورت وجود مازاد در نسق دیگران یا روستاهای دیگر یا در فعالیت‌های غیرکشاورزی مورد بهره‌برداری قرار می‌گرفته و به عبارتی در این نظام نوعی نقل و انتقال نیروی کار در فعالیت‌های اقتصادی روستا وجود داشت که در ایجاد تعادل در توزیع درآمد و تأمین نیازهای معیشتی روستاییان مؤثر بوده است. علاوه بر این در این نظام میان اربابان و رعایا روش‌هایی از همکاری و همکاری همچون «تقاوی»، «نان سفره»، «باردار»، «تسبیب» و «دسترنج» وجود داشت که هرچند موجب استمرار و دوام نظام ارباب-رعیتی بود، لیکن بقای فردی و اجتماعی رعایا و دستیابی آنان به حداقل معیشت را که می‌توان از آن به عنوان بخشی از یک نظام حمایتی و تأمین اجتماعی نام برد، امکان‌پذیر می‌ساخت. به گونه‌ای که در روش «تقاوی»، مالک برای آن که زارع قادر به انجام عملیات زراعی در اراضی او گردد و در زمان کشت و داشت چه از نظر تهیه بذر و... و چه از نظر معیشتی دچار تنگنا نگردد، مساعده‌ای به صورت نقدی یا جنسی در اختیار او قرار می‌داد یا در روش «نان سفره»، مالک به رعایا یا زارعین تازه وارد یا زارعینی که در روستای جدیدالاحداثی به کشت و زرع مشغول می‌شدند، مساعده‌ای برای گذران زندگی تا دوره برداشت در اختیار آنان قرار می‌داد.

اصطلاح «باردار» نیز به سهمی اطلاق می‌شود که مالک بابت درو کردن و برداشت محصول در قالب عقد مزارعه به زارع واگذار می‌نمود و «تسبیب» به وجهی گفته می‌شد که از طرف مالک به صورت نقدی یا جنسی برای انجام امور عام‌المنفعه در روستا، تعیین یا پرداخت می‌گردید. «دسترنج» نیز نوعی اجرت‌المثل کار بود که در زمان راندن زارع یا رعیتی از ده، مالک موظف به پرداخت آن به زارع بود.

در کنار این روش‌ها که از طرف مالک جهت تأمین نیازهای کاری و معیشتی زارعین در فصل کاشت و داشت اعمال می‌گردید، در مواردی از قبیل بیماری و ازدواج نیز کمک‌هایی از طرف مالک به روستاییان صورت می‌گرفت که خود در ثبات و دوام جامعه روستایی که بقای آن به نفع خود مالک نیز بود، تأثیر بسزایی داشت.

همچنین در چارچوب این نظام، علاوه بر روابط میان مالکین و رعایا، رابطه تعاون و همکاری میان خود روستاییان نیز در حمایت از یکدیگر به شکل گسترده‌ای وجود داشت. از آن جمله می‌توان به قالب‌های زراعی چون «بُنه» که تا قبل از اصلاحات ارضی در اغلب نقاط ایران رواج داشت اشاره نمود که نه تنها در شکل‌گیری نظام کار دسته‌جمعی و ایجاد فرصت شغلی برای روستاییان بی‌زمین مؤثر بود، بلکه موجب همبستگی بیشتر میان افشار روستایی و کاهش فشار اقتصادی به آنان نیز می‌گردید. قالب‌های دیگری از نظام حمایتی و تأمین اجتماعی جهت تأمین نیازهای معیشتی خانوارهای فقیر و افراد مستمند در میان روستاییان وجود داشت که اصطلاحاً به آن «نانی» و «خوشه چینی» گفته می‌شد. «نانی»، سهمی بود که معمولاً از گندم به عنوان سهم خدا به ملا یا مفتی ده اختصاص می‌یافت و او موظف بود بخشی از آن را به خانوارهای فقیر روستایی اختصاص دهد و میزان آن حدود ۲ درصد سهم زارع بود و «خوشه چینی» رسمی بود که براساس آن بخشی از محصول که در جریان انتقال خوشه‌ها به خرمنگاه بر روی زمین می‌ریخت متعلق به افراد

مستمندی بود که به عنوان خوشه چین گاه حتی از خارج روستا می آمدند.

بنابراین در نظام سنتی روستا در ایران، وجود نوعی سیستم خودکار تأمین اجتماعی وجود داشته است که هر چند نیازهای جامعه روستایی را به طور کامل تأمین نمی نمود، لیکن تا حدود زیادی توانسته بود یک نوعی سیستم حمایتی را در مناطق روستایی برقرار نماید.

پس از اصلاحات ارضی در سال ۱۳۴۲ که هدف آن استقلال روستاییان از سلطه مالکان و افزایش بهره‌وری و تولید در روستاها بود، عملاً روستاییان از کمک و همیاری مالکان در تأمین ابزار و نیازهای زمان زراعت بی نصیب شدند و از آنجا که خود نیز توان اداره امور را به تنهایی نداشتند لذا نظام روستایی کشور دچار نوعی اختلال گردید و هر چند دولت جهت جایگزینی مالک (به عنوان تأمین کننده نیازهای زمان زراعت روستاییان) اقدام به تأسیس تعاونی‌های زراعی و روستایی نمود لیکن به دلیل عدم توانایی این تعاونی‌ها در اعمال اقدامات جایگزینی مناسب نه تنها اغلب روستاییانی که بر اثر اجرای اصلاحات ارضی مالک زمین شده بودند جهت تأمین نیازهای خود به دلالتان شهری که محصول آنان را به سلف و به قیمت بسیار نازل می خریدند و در اغلب موارد استعمار آنان بسیار شدیدتر از مالکین قبلی بود، روی آوردند و بخشی نیز زمین‌ها را رها کرده و به شهرها مهاجرت نمودند، بلکه خوش نشینانی نیز که فاقد نسق بوده و لذا بر طبق قانون زمین به آنان تعلق نمی گرفت، نیروی کار خود را در کارهای غیرکشاورزی و شهری به کار گرفته و بنابراین دسته اخیر به همراه روستاییان مهاجر به شهرها و از کار افتادگان و مستمندان جامعه روستایی نیز به جمع اقشار آسیب پذیر که نیازمند حمایت دولت می باشند افزوده شدند. البته طی ۳۰ سال گذشته، دولت‌ها اقدامات مختلفی جهت ایجاد یک نظام تأمین اجتماعی در سطح روستاهای کشور به عمل آورده‌اند که از آن جمله می توان به قانون بیمه‌های اجتماعی روستاییان در سال ۱۳۴۸، آیین نامه اجرایی بیمه اجتماعی روستاییان مصوب ۱۳۵۴، لایحه آیین نامه بیمه روستاییان در سال ۱۳۷۰ و طرح بسیج بیمه روستاییان در سال ۱۳۷۶ نام برد. لیکن اغلب این قوانین و طرح‌ها در عمل بیشتر در قالب یک سیستم حمایتی مطرح بوده است تا یک نظام فراگیر تأمین اجتماعی، چراکه علی رغم پیش‌بینی‌های بیمه‌ای در طرح‌های تصویب شده در عمل به دلیل عدم تمایل به مشارکت در پرداخت حق بیمه نزد روستاییان که ناشی از دو علت عمده عدم آشنایی با مزیت‌های سیستم‌های بیمه‌ای و اندک بودن توان مالی بوده است، قسمت عمده تأمین مالی بیمه‌های اجتماعی روستاییان بر عهده دولت بوده و لذا شاید به همین دلیل است که علی‌رغم تلاش‌های به عمل آمده تاکنون یک نظام فراگیر تأمین اجتماعی در روستاهای کشور شکل نگرفته است. به بیانی دیگر، تجربه ۳۰ سال گذشته نشان داده است که عدم الزام به پرداخت حق بیمه و استمرار در بیمه بودن باعث شده که تمایل افراد بیمار به پیوستن به بیمه‌های خدمات درمانی بیشتر از افراد غیربیمار باشد و لذا در طول زمان این مسئله موجب بروز مشکلات مالی برای صندوق‌های بیمه‌ای و در نهایت شکست طرح‌های بیمه‌های روستایی خواهد بود.

در کل طی سالیان گذشته دو علت اصلی در عدم شکل‌گیری یک نظام تأمین اجتماعی فراگیر در جامعه روستایی کشور وجود داشته است، یکی آن که پس از اصلاحات ارضی و به همراه آن اعمال سیاست‌های توسعه صنعتی در کشور حجم عظیمی از جمعیت روستایی کشور به شهرها مهاجرت نموده و لذا نیاز مبرم به برقراری این سیستم‌ها در جامعه شهری که روز به روز نیز با مهاجرت روستاییان گسترده‌تر می شد و در جهت تعدیل فشارهای اقتصادی - اجتماعی حاکم بر جوامع شهری به اقشار این جامعه مسئولین و

تصمیم‌گیران را از توجه جدی به جامعه روستایی باز می‌داشت و دوم آن که، به دلیل عدم آشنایی جامعه روستایی کشور با سیستم‌های تأمین اجتماعی و در پاره‌ای موارد عدم احساس نیاز به بیمه، فرهنگ مشارکت در پرداخت حق بیمه در میان روستاییان شکل نگرفته است. از این رو می‌توان نتیجه گرفت که در جهت اجرای یک نظام تأمین اجتماعی فراگیر و پایدار که اجرای آن به دلیل بروز مشکلات مالی متوقف نگردد، لازم است در آینده با توسعه فرهنگ مشارکت در پرداخت حق بیمه در میان روستاییان شرایط فراهم آید تا بار مالی دولت در این زمینه کاهش و توان مالی نهادهای بیمه‌گر افزایش یابد.

به همین منوال در راستای برقراری نظام تأمین اجتماعی روستایی با این خصوصیات که بتواند مشارکت روستاییان را نیز در پی داشته باشد در یک نگرش به ترکیب جامعه روستایی کشور در خواهیم یافت که این ترکیب به گونه‌ای است که با اعمال روش‌های مناسب می‌توان امکانات بالقوه این جامعه را جهت برقراری چنین سیستمی به امکانات بالفعل تبدیل نمود.

در حال حاضر جامعه روستایی کشور را پنج گروه عمده تشکیل می‌دهند؛ مالکانی که از نیروی کار خانوار خود بهره می‌برند و آنان را خویش فرمایان روستایی می‌نامیم، مالکانی که علاوه بر نیروی کار خود از نیروی کارگران فصلی نیز جهت بهره‌برداری کشاورزی استفاده می‌کنند، خوش‌نشینانی که نیروی کار خود را در امور کشاورزی یا غیرکشاورزی و خدماتی در اختیار دیگران می‌گذارند، خوش‌نشینانی که به صورت خویش فرما در امور خدماتی چون ارائه سرویس رفت و آمد بین شهر و روستا به روستاییان و مغازه‌داری اشتغال دارند و در نهایت کارکنان و مأموران دولتی یا سازمان‌های غیردولتی که در روستا ساکنند و به نوعی می‌توان از آنان به عنوان خوش‌نشینانی یاد کرد که تنها به واسطه نزدیکی محل کارشان در روستا زندگی می‌کنند.

در واقع اعمال سیستم تأمین اجتماعی برای دو گروه اخیر الذکر نمی‌باید با مشکل چندانی رو به رو باشد چرا که کار فرمایان و کارکنان و مأمورین دولتی و سازمان‌های غیردولتی خود به تبع قانون الزاماً می‌باید آنان را زیر پوشش بیمه‌های تأمین اجتماعی قرار دهند. در مورد خوش‌نشینان خویش فرما نیز به ویژه آنان که ارائه خدمات‌شان در روستا مستلزم بهره‌گیری از خدمات برخی نهادهای وابسته به دولت چون دهداری‌ها، بخشداری‌ها و سازمان‌های تأمین‌کننده ارزاق عمومی است، می‌توان ارائه خدمات از این نهادها را منوط به تحت پوشش بیمه تأمین اجتماعی روستا در آمدن آنان نمود. بنابراین مسئله اصلی در شکل‌گیری سیستم تأمین اجتماعی روستایی را می‌توان جذب سه گروه اول در جامعه روستایی کشور به مشارکت در این سیستم دانست. در این میان جذب مشارکت خویش فرمایان کشاورزی روستایی در این زمینه نسبت به دو گروه دیگر با مشکل کمتری رو به روست و می‌توان این گروه را نیز با اجباری کردن بیمه محصولات یا اجباری کردن بیمه خویش فرما تحت پوشش قرار داد. البته باید توجه نمود که به دلیل عدم گسترش فرهنگ مشارکت در میان خویش فرمایان این سیاست می‌باید به گونه‌ای تدوین و اجرا گردد که جاذبه‌های کافی را برای این گروه از روستاییان در زیر پوشش اجباری قرار گرفتن در این سیستم به وجود آورد. به طور مثال می‌توان در ابتدا سهم حق بیمه آنان را به صورت وام‌های قرض‌الحسنه از طرف صندوق تعاون روستایی در اختیار آنان قرار داد تا پس از برداشت محصول باز پرداخت گردد. همین روش را می‌توان در خصوص مالکانی که علاوه بر نیروی کار خود از نیروی کار دیگران نیز بهره می‌برند البته در مورد خود آنان به کار گرفت لیکن مسئله اصلی در جذب مشارکت این گروه عدم اعلام پرداخت‌های ایشان بابت کارگران

غیر خودی است که عمدتاً به واسطه فرار از بار مالی است (چه به صورت مستقیم و چه غیر مستقیم از طریق افزایش دستمزد) که احتمال داده می شود از این طریق بر آنان تحمیل گردد. در خصوص رفع این مشکل دو راه حل قابل تصور است. اول آن که به همراه اجباری کردن بیمه محصولات، معافیت هایی در خصوص به کارگیری کارگران غیر خودی قائل شویم و دیگری آن که با تعمیم سیستم مالیاتی، نرخ های خاصی به سطح روستاهای کشور و اعمال معافیت هایی بابت هزینه های پرداختی این گروه از مالکین به کارگران فامیلی و کارگران فصلی ایشان را در آشکار ساختن پرداخت های شان به این نیروها تشویق نماییم. بدین ترتیب با اعمال روش هایی که ذکر آن به میان آمد می توان بخش عمده ای از روستاییان کشور و به ویژه خوش نشینان را زیر پوشش بیمه های تأمین اجتماعی قرار داد. در این میان تنها گروهی از خوش نشینان که ممکن است در قالب هیچ یک از موارد فوق قرار نگرفته و بنابراین نتوان آنان را از این طرق زیر پوشش بیمه تأمین اجتماعی قرار داد آن دسته از خوش نشینانی هستند که در امور غیر کشاورزی و خدماتی نیروی کار خود را در اختیار دیگران قرار می دهند. فی الواقع این دسته از خوش نشینان کسانی هستند که شغل مشخصی ندارند و از نیروی کار آنان به طور موقت در مواردی چون بنایی و... استفاده می شود. لذا این دسته از خوش نشینان قبل از آن که از نقطه نظر پوشش بیمه ای مورد توجه قرار گیرند نیازمند ایجاد شرایط و موقعیت مناسب جهت به کارگیری از نیروی کارشان می باشد. از این رو دولت از دو طریق می تواند برای آنان ایجاد شغل محوده و آنان را در شرایطی قرار دهد که بتوانند زیر پوشش بیمه های تأمین اجتماعی قرار گیرند. اول آن که در اختیار گذاردن سرمایه مناسب به آن شرایطی را فراهم آورد که آنان بتوانند به صورت خویش فرما مشغول به کار شوند دوم آن که با گسترش صنایع روستایی در حاشیه روستاها و در مناطق مستعد از وجود صنایع کوچک استفاده کرده و بدین ترتیب آنان را وارد بازار رسمی کار نماید که به طور خودکار تحت پوشش بیمه های تأمین اجتماعی قرار گرفتن را نیز در پی خواهد داشت.

بنابراین، هر چند تأمین اجتماعی یکی از ابزارهای سیاستی مهم در ایجاد عدالت اجتماعی در کشور به شمار می آید، لیکن بسط و گسترش آن در کلیه سطوح جامعه و به ویژه جامعه روستایی کشور که می تواند به افزایش بهره وری نیروی کار و به دنبال آن افزایش تولیدات کشاورزی کشور منجر شده و جامعه روستایی کشور را نیز در حاشیه امنیت اقتصادی - اجتماعی قرار دهد نیازمند مشارکت افراد در تأمین مالی برقراری چنین سیستمی است. در غیر این صورت همان گونه که تجربه سالیان گذشته در کشور نشان داده است بار سنگین مالی اجرای چنین سیستمی به ویژه در سطح روستاها که افراد آن علاقه چندانی به مشارکت در این زمینه از خود نشان نداده اند دولت را ناچار خواهد نمود تا فعالیت خود را در این زمینه همانند گذشته تنها در حد یک طرح حمایتی بهداشتی خلاصه نماید.

در نتیجه تشویق و ترغیب کشاورزان برای پیوستن به برنامه های بیمه ای اهمیت زیادی دارد. در این مورد دولت یا سازمان بیمه ای با کمک دولت می توانند با اعمال قیمت های تبعیضانه برای خدمات و کالاهایی که به وسیله دولت ارائه می شوند، برای کسانی که تحت پوشش بیمه نیستند، یا اعطای وام یا یارانه ها به شرط عضویت در سیستم بیمه ای در جهت اجرای این مهم مؤثر باشند. در این شرایط یک گروه که توانایی شخصی در پذیرش شرایط بیمه و پرداخت حق بیمه را دارند مشکلی نخواهند داشت، ولی ممکن است با گروهی مواجه باشیم که توانایی پرداخت حق بیمه را نیز نداشته باشند. در این صورت و پس از بررسی لازم این گروه تحویل سیستم حمایتی داده شده و اگر ضرورت داشته باشد حق بیمه آنها به وسیله آن

فصل سوم - ارائه یک سیستم حمایت دائمی به تفکیک مناطق شهری و روستایی

در این فصل گروهی از جامعه مورد بررسی قرار می‌گیرند که به دلایل طبیعی یا غیرطبیعی خارج از دور تولید قرار گرفته‌اند و حمایت‌های بلندمدت را طلب می‌کنند. این گروه از افراد ابتدا باید شناسایی شوند. دلایل محرومیت از کار برایشان مشخص گردد و سپس برنامه‌های حمایتی مناسب برای پوشش مؤثر پیشنهاد شود. این افراد را اشخاصی تشکیل می‌دهند که عمدتاً به حمایت‌های دائمی احتیاج دارند و سیستم تأمین اجتماعی پیشنهادی وظیفه پوشش کسانی را به عهده می‌گیرد که ناتوان از قرار گرفتن در دور تولید هستند. اما آنچه که حائز اهمیت خواهد بود این است که این سیستم در صورتی مناسب عمل خواهد کرد که به تدریج افراد تحت پوشش خود را به سمت سیستم بیمه‌ای سوق دهد و بدین ترتیب این چتر حمایتی به مرور زمان کوچک‌تر شود.

برای شناسایی این گروه، می‌توان چند دسته‌بندی را در نظر گرفت. مشخص‌ترین آنها، گروهی می‌باشند که دارای معلولیت جسمی بوده و قادر به کارکردن نیستند. این مسئله به خصوص در خانواده‌های فقیری که فرد معلول دارند حساس‌تر خواهد بود. گروه دیگر رازیر مجموعه‌ای از زنان در نظر می‌گیریم که سرپرست خانوار می‌باشند اما فاقد شغل بوده و به دلایلی مانند کهولت سن، بی‌سواد، یا کم‌سواد و... قادر به کار کردن نیستند و گروه سوم سالمندان و از کار افتادگان می‌باشند، که به نوعی شامل بخشی از بازنشستگان می‌شوند.

سرشماری نفوس و مسکن در سال ۱۳۷۵ در سطح کلان، تعداد تقریبی این افراد را مشخص می‌کند اما برای تجزیه و تحلیل وضعیت رفاهی، سبد مصرفی، وضعیت توزیع درآمد و... این گروه‌ها از آمار بودجه خانوار مرکز آمار ایران در سال ۱۳۷۴ استفاده می‌نماییم. به منظور بررسی دقیق‌تر و همین‌طور ارائه سیستم‌های مناسب با وضعیت شهرنشینان و روستاییان این دو گروه را به‌طور مجزا مورد بررسی قرار می‌دهیم.

۳-۱- شناسایی وضعیت رفاهی و معیشتی گروه‌های نیازمند حمایت دائم در شهر

همان‌طور که در مقدمه آمد چهار گروه معلولین و زنان سرپرست خانوار که بی‌سواد یا کم‌سواد می‌باشند و سالمندان را محتاج‌ترین گروه‌ها برای حمایت دائم در نظر گرفته‌ایم.

سرپرستان زن

بر اساس سرشماری سال ۱۳۷۵، از کل خانوارهای شهری ۸/۳ درصد سرپرست زن دارند. از این تعداد سرپرست زن، ۴۰/۲ درصد شاغل، ۰/۶ درصد بیکار، ۲/۲ درصد محصل، ۱۶/۳ درصد خانه‌دار، ۱۷/۱ درصد دارای درآمد بدون کار و ۳/۴ درصد جزء سایر و اظهار نشده محسوب می‌شوند.

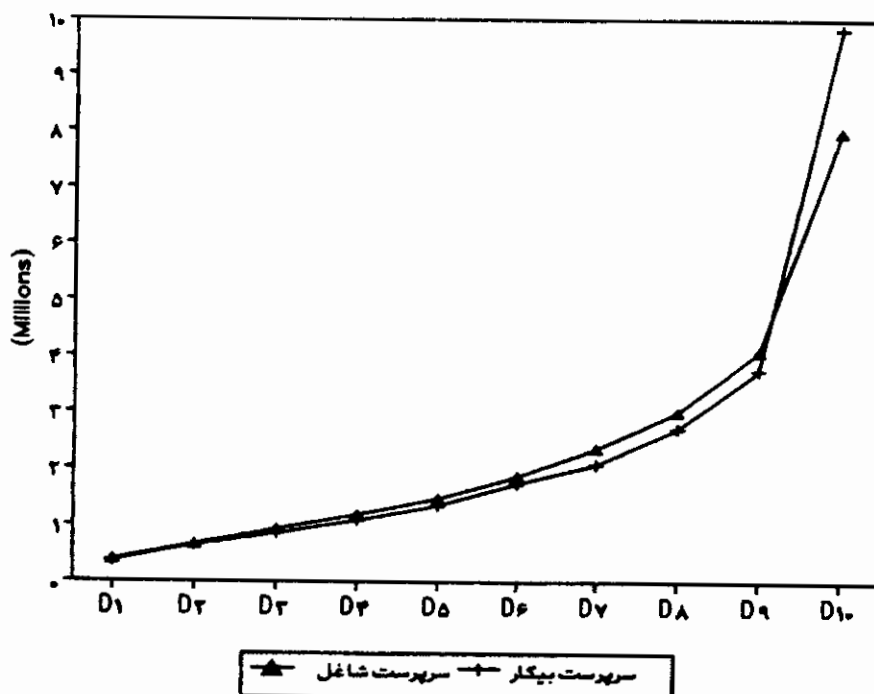
این تقسیم‌بندی برای شناسایی گروه محتاج‌چندان مناسب نیست و فقط نشان می‌دهد که ۴/۲ درصد از سرپرستان زن دارای شغل می‌باشند اما مشخص نمی‌کند گروهی که خود را شاغل معرفی نکرده‌اند آیا

نیازمند هستند یا خیر، یا سرپرستان زن شاغل، درآمد مکفی برای تأمین نیازهای خود و خانواده خود دارند یا نه. به علاوه بر حسب تجربه تعدادی از افرادی که خود را بیکار معرفی می‌کنند به واسطه وجود درآمدهای دیگر که ناشی از کار نیست بعضاً جزء خانوارهای بسیار پر درآمد می‌باشند و برعکس شاغلین می‌توانند به راحتی جزء گروه زیر خط فقر محسوب شوند.

بر اساس تقسیم‌بندی بودجه خانوار دو گروه از زنان سرپرست در نظر گرفته شده‌اند گروه اول زنان سرپرستی که شاغل هستند و در این تقسیم‌بندی ۱۷/۵ درصد را در سطح شهرهای کشور تشکیل می‌دهند و گروه دیگر سرپرستان زنی می‌باشند که فاقد شغل هستند. با استفاده از ماتریس ارزش‌های غذایی و معیار استاندارد کالری ۲۲۲۰ گرم مصرف در روزانه می‌توانیم درصد زیر خط فقر هر گروه را مشخص کرده و همین‌طور با بهره‌گیری از اطلاعات بودجه خانوار و وضعیت سبد مصرفی این دو گروه تا حدی با وضعیت اقتصادی و معیشتی‌شان آشنا شویم.^۲

براین اساس ابتدا وضعیت بهره‌گیری از خدمات رفاهی دو گروه را با هم مقایسه کرده و سپس درصد زیر خط فقر و وضعیت توزیع درآمد در دو گروه را مورد بررسی قرار می‌دهیم. برای مقایسه بهتر با کل جامعه ستون سوم، هم اضافه می‌شود که میانگین کل جامعه شهری است.

نمودار ۱-۳-۶- مقایسه هزینه سرانه سالانه سرپرستان زن جامعه شهری ۱۳۷۴



۱. آمارها مربوط به سال ۱۳۷۴ است.

۲. اطلاعات کلی بر این اساس است. معیار بخش مربوط به زنان خودسرپرست ارائه شده است.

جدول ۱-۳-۶- وضعیت رفاهی سرپرستان زن شاغل و بیکار و میانگین کل کشور (۱۳۷۴)

عنوان	سرپرست زن شاغل	سرپرست زن بدون شغل	میانگین کل جامعه شهری
بعد خانوار (نفر)	۳/۶۵	۳	۴/۹۹
سرانه زیربنا (مترمربع)	۹۹/۶۸	۹۹/۳۴	۱۰۴/۷۱
تعداد سرانه اتاق	۱/۰۳	۱/۱۸	۰/۷۸
آشپزخانه (درصد)	۷۸	۸۱	۸۶
اتومبیل (درصد)	۸	۵	۱۶
تلویزیون رنگی (درصد)	۳۰	۲۷	۴۳
فریزر (درصد)	۱۶	۱۴	۲۲
یخچال (درصد)	۹۵	۹۷	۹۵
ماشین لباسشویی (درصد)	۳۶	۳۲	۴۵

مأخذ: محاسبات گروه تحقیق^۱

همان گونه که ملاحظه می شود بین دو گروه سرپرست زن شاغل و بیکار تفاوت ها از نظر بهره گیری از خدمات رفاهی چشمگیری نمی باشد و در مقایسه با میانگین کل جامعه شهری، مشخصاً وضع نامناسب تری دارند، هر چند که به دلیل کوچک بودن بعد خانوار، تعداد سرانه اتاق بیشتر است و در سایر موارد مانند بهره گیری آشپزخانه، تلویزیون، اتومبیل و... وضعیت گروه سرپرستان زن نامناسب تر می باشد.

بررسی فقر

شاخص دیگری، که در مقایسه کمک می کند، شاخص ضرایب توزیع درآمد مانند جینی است و همچنین پیدا کردن درصد زیر خط فقر این دو گروه. ضرایب توزیع جینی برای درآمد سرانه سالانه این دو گروه نشان می دهد که ضریب جینی برای شاغلین، بیشتر (۰/۴۹۳۳) و برای سرپرستان زن بدون شغل اندکی کمتر (۰/۴۴۸۱) بوده است. جدول زیر سهم های هر یک از ۴۰ درصد های اول، دوم و ۲۰ درصد ثروتمند این دو جامعه و همچنین نسبت هزینه دهک آخر به دهک اول را نشان می دهد.

جدول ۲-۳-۶- ضرایب توزیعی و سهم های برای سرپرستان زن (۱۳۷۴)

D1۰/D1	۲۰٪ غنی	۴۰٪ دوم	۴۰٪ اول	Gini	
۲۷/۲	۰/۵۶	۰/۳۲	۰/۱۲	۰/۴۹۳۳	سرپرست زن شاغل
۲۰/۸	۰/۵۰	۰/۳۶	۰/۱۳	۰/۴۴۸۱	سرپرست زن بدون شغل

مأخذ: محاسبات گروه تحقیق

طبعاً با توجه به گستردگی مشاغل و طیف وسیعی از درآمدها، ضریب جینی توزیع درآمد برای خانوارهایی که سرپرست زن شاغل دارند بزرگ تر از سرپرستان زن بدون شغل می باشد. اما در مورد گروه

۱ محاسبات گروه تحقیق با استفاده از آمار خام برده خانوار مرکز آمار ایران انجام گرفته است

دوم نیز همان‌گونه که سهم گروه‌های درآمدی بهره‌مندی از درآمد، ضریب جینی و نسبت درآمد دهک آخر به اول مشاهده می‌شود توزیع چندان مناسب نیست به طوری که دهک آخر حدود ۲۱ برابر بیشتر از دهک اول هزینه سرانه سالانه داشته است و بدین ترتیب مشخص می‌شود که فاصله قابل توجهی بین دهک‌های پردرآمد و کم درآمد این گروه وجود دارد. نمودار شماره ۱-۳-۶ اختلاف هزینه سرانه بین دو گروه سرپرستان زن در طول دهک‌ها را نشان می‌دهد.

همان‌طور که مشاهده می‌شود تا دهک ۵ درآمدی، هزینه سرانه هر دو گروه سرپرستان زن شاغل و بیکار تقریباً یکسان است از آن به بعد و حتی درآمد سرانه گروه سرپرستان بیکار اندکی بیشتر است. تنها در دهک آخر است که درآمد سرانه شاغلین بیشتر می‌شود. بر همین اساس برخلاف انتظار درصد زیر خط فقر سرپرستان شاغل بیشتر از سرپرستان زن بیکار می‌باشد.

درصد زیر خط فقر برای گروه شاغلین ۱۰/۳ درصد با خط فقر ریالی ۵۵۳۲۰۰ ریال و برای گروه غیر شاغل ۸/۷ درصد با خط فقر ریالی ۴۸۶۰۵۹ ریال است.

با توجه به نتایج به دست آمده از طبقه‌بندی زنان سرپرست شاغل و بیکار، برای رسیدن به نتایج مشخص‌تر طبقه‌بندی دیگری از زنان سرپرست را در نظر می‌گیریم.

گروهی دیگر از افراد که نیازمند کمک‌های دائمی می‌باشند را گروهی از زنان تشکیل می‌دهد که به دلایلی همسر نداشته و همسرشان را از دست داده‌اند به خصوص این که به توجه به وضعیت سواد و تحصیلی‌شان نیز امکان کار کردن برایشان میسر نمی‌باشد. بر اساس آمارهای جدید بودجه خانوار این نوع از زنان را به دو گروه «زنان سرپرست بی‌سواد» و «زنان سرپرست کم‌سواد» یا سواد دستاکی تقسیم می‌کنیم.

به منظور شناسایی این افراد و تعداد آنها در جامعه شهری کل کشور از سرشماری سال ۱۳۷۵ استفاده می‌شود. در سرشماری طبقه‌بندی برای سرپرست خانوار از نظر وضعیت سواد وجود ندارد اما طبقه‌بندی دیگری است براساس وضعیت سواد زنانی که به دلایل فوت همسر یا طلاق همسرشان را از دست داده‌اند و خود نیز بی‌سواد هستند. تعداد این زنان در گروه سنی ۱۹ تا ۵۰ سال ۷۵۴۵۸ نفر در گروه ۵۰ تا ۶۴ سال ۱۹۶۸۵۶ نفر و در گروه ۶۵ سال به بالا ۳۵۸۵۶۳ نفر است که در مجموع ۲۲/۵ درصد از کل زنان بی‌سواد جامعه را تشکیل می‌دهند.

در زیر یک بررسی کنی از وضعیت زنان سرپرست که دارای سواد ابتدایی یا بی‌سواد هستند را بر اساس آمار بودجه خانوار و مقایسه آن با کل جامعه شهری خواهیم داشت تا بدین ترتیب وضعیت رفاهی، معیشتی، خط فقر و توزیع درآمد در این دو گروه مورد بررسی قرار می‌گیرد.

جدول زیر سهم هزینه‌ای هشت گروه کالای اساسی از هزینه کل را برای سه گروه زنان سرپرست بی‌سواد و کم‌سواد (دبستانی) و میانگین کل جامعه شهری نشان می‌دهد.

جدول ۳-۳-۶- سهم هزینه‌های هشت گروه کالای اساسی زن کم سواد (دبستانی) میانگین کل جامعه شهری

گروه‌های کالایی	سرپرست زن بی سواد	سرپرست زن کم سواد (دبستانی)	میانگین کل جامعه شهری
خوراک و دخانیات	۳۲	۲۸	۳۲
پوشاک	۸	۸	۹
مسکن	۴۱	۴۰	۳۰
لوازم منزل	۶	۷	۷
بهداشت و درمان	۴	۵	۵
حمل و نقل	۴	۵	۱۰
آموزش و تفریح	۱	۲	۳
سایر	۵	۵	۵

مأخذ: محاسبات گروه تحقیق

سهم هزینه‌های هشت گروه کالایی نشان می‌دهد که برای دو گروه سرپرستان زن بی سواد و کم سواد، مسکن بالاترین سهم هزینه‌ای را دارد و خوراک و دخانیات بعد از مسکن قرار می‌گیرند و این دو روی هم بیش از ۵۰ درصد هزینه‌ها را شامل می‌شوند. در مقایسه با میانگین جامعه شهری نیز با وجود این که مسکن و خوراک برای این گروه سهم بالایی دارند اما سایر هزینه‌ها نیز سهم به نسبت بیشتری دارند و به علاوه با حرکت در طول بیستک‌های درآمدی برای میانگین کل جامعه شهری ملاحظه می‌شود که سهم‌های هزینه‌ای تفاوت‌های محسوسی دارند مثلاً از سهم هزینه‌ای خوراک به شدت کاسته می‌شود و به سهم هزینه‌ای حمل و نقل اضافه می‌گردد. اما برای دو گروه سرپرستان زن مورد بررسی این تفاوت در سهم‌های هزینه‌ای در طول بیستک‌ها به چشم نمی‌خورد و سهم‌ها به سمت میانگین جامعه تمایل دارند. علاوه بر سهم‌های هزینه‌ای میزان هزینه سرانه سالانه‌ای که برای چندگروه کالای مهم پرداخت می‌شود و نیز کل هزینه سرانه سالانه و درصد تفاوت آنها مورد بررسی قرار می‌گیرد که در جدول زیر آمده است.

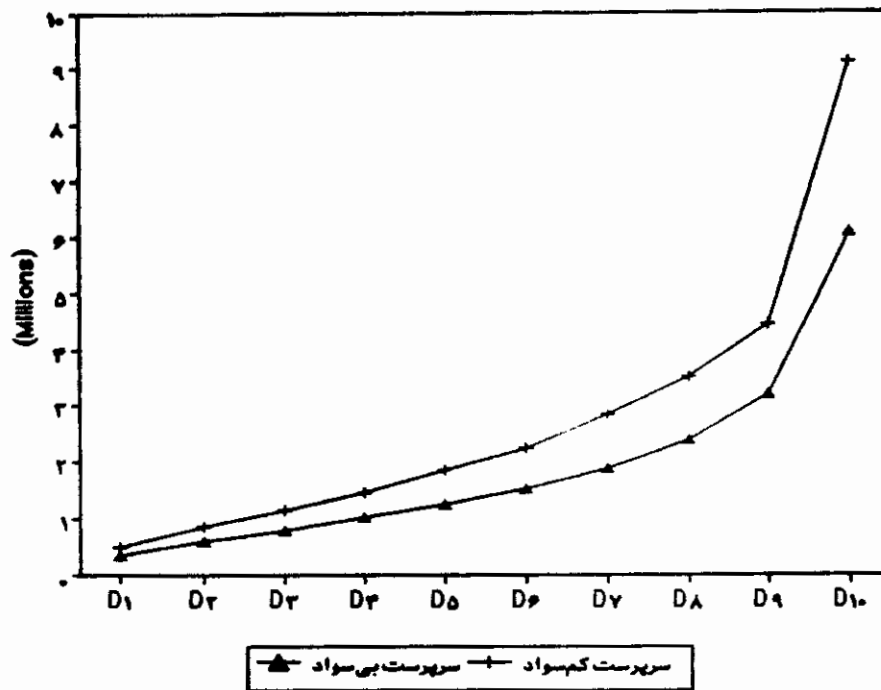
جدول ۳-۳-۴- هزینه‌های سرانه سالانه برای گروه‌های سهم کالایی (۱۳۷۴)

گروه‌های کالاها	هزینه سرانه سالانه سرپرست زن بی سواد	هزینه سرانه سالانه سرپرست زن کم سواد	نسبت هزینه کل به گروه یک	نسبت هزینه کل به گروه دوم
خوراک و دخانیات	۵۹۹۵۸۹	۷۸۸۶۷۹	۱/۱۳	۰/۸۶
پوشاک	۱۴۳۰۴۳	۲۲۵۵۵۹	۱/۳	۰/۸۳
مسکن	۷۶۷۴۳۱	۱۰۹۷۲۷۰	۰/۸۲	۰/۵۷
حمل و نقل	۷۰۶۴۹	۱۴۶۶۸۳	۲/۹۹	۱/۴۴
آموزش و تفریح	۲۱۷۰۸	۴۶۵۷۶	۲/۸	۱/۳۲
کل هزینه‌ها	۱۸۹۴۱۷۵	۲۷۶۷۷۹۰	۱/۱۱	۰/۷۶

مأخذ: محاسبات گروه تحقیق

همان گونه که از جدول بالا ملاحظه می شود به غیر از هزینه مسکن که گروه یک، نسبت به کل میانگین جامعه، هزینه بیشتری را پرداخت کرده است، بقیه هزینه ها حداقل یک برابر کمتر از میانگین جامعه است. اما برای گروه دوم که گروه سرپرستان زن کم سواد هستند به غیر از هزینه حمل و نقل سایر هزینه ها بیشتر می باشد به طوری که میانگین گروه دوم ۱/۳ برابر بیشتر هزینه سرانه سالانه داشته است.

نمودار ۲-۳-۶- مقایسه هزینه سرانه سالانه سرپرستان زن جامعه شهری ۱۳۷۴



بر اساس نمودار شماره ۲-۳-۶ مشخص است که هزینه سرانه سالانه گروه سرپرستان زن کم سواد (سواد دبستانی) برای تمام دهک های درآمدی بیشتر می باشد و بیانگر اختلاف قابل توجه بین این دو گروه سرپرست است یا به نوعی نشان می دهد که وجود سواد حتی در حد دبستان می تواند وضعیت این نوع خانوارها را به نوعی ملموس بهتر بکند. به طوری که نسبت هزینه سرانه سالانه برای گروه میانگین دو گروه نشان می دهد که گروه سرپرستان زن با سواد ۱/۵ برابر بیشتر از گروه بی سوادان است. در نتیجه گروه سرپرستان زن بی سواد مشخصاً نیازمند کمک های بیشتر می باشند.

بررسی فقر: درصد زیر خط فقر و ضریب های توزیعی، شاخص های دیگری برای بررسی وضعیت اقتصادی این دو گروه می باشند.

بر اساس ماتریس ارزش های غذایی و استفاده از میزان استاندارد مصرف کالری درصد زیر خط فقر برای این دو گروه محاسبه شده است. برای گروه سرپرستان زن بی سواد در جامعه شهری، ۱۵/۵ درصد زیر خط فقر قرار دارند و خط فقر ریالی برای این گروه ۶۲۴۱۸۶ ریال است و برای گروه دوم (سرپرستان زن با سواد ابتدایی) درصد زیر خط فقر ۱۳/۳ درصد و خط فقر ریالی ۸۰۳۴۱۴ ریال می باشد که مشخصاً برای هر دو گروه درصد بالایی است. جدول زیر نیز وضعیت توزیع درآمد با استفاده از ضرایب جینی و سهم های هزینه ای نشان می دهد.

جدول ۵-۳-۶- ضریب جینی ر سبده دی خزینه ی بری سرپرستان زن بی سواد و کم سواد

(۱۳۷۴)

ضریب جینی	سهم ۴۰/اون	سهم ۴۰/دو	سهم ۲۰/غنی	نسبت D10/D1
۰.۴۳۷۶	۰.۱۴	۰.۳۷	۰.۴۹	۱۹۵
۰.۴۳۶۲	۰.۱۴	۰.۳۷	۰.۴۹	۱۸۹

مأخذ: محاسبات گروه تحقیق

جدول بالا نشان می دهد که وضعیت توزیع درآمد در هر دو گروه نامناسب بوده و تقریباً مشابه هم است. توزیع سهم درآمد نیز نشان می دهد که ۲۰ درصد غنی این دو گروه نیمی از درآمد جامعه را به خود اختصاص داده اند و درآمد دهک آخر به دهک اول حدود ۱۹ برابر بیشتر است. در پایان بررسی وضعیت این دو گروه وضعیت بهره گیری از خدمات و وسایل رفاهی بررسی می شود که در کنار آن میانگین کل کشور نیز آورده شده است.

جدول ۶-۳-۶- بهره گیری از خدمات رفاهی سرپرستان زن و میانگین کل کشور (۱۳۷۴)

عنوان	سرپرست زن بی سواد	سرپرست زن کم سواد	میانگین کل جامعه شهری
بعد خانوار (نفر)	۲/۸	۳/۵	۴/۹۹
سرانه زیر بنا (متر مربع)	۷۳/۲	۱۰۸/۰۵	۱۰۴/۷
تعداد سرانه اتاق	۱/۱	۱/۱	۰/۷۸
آشپزخانه (درصد)	۶۸	۸۹	۸۶
اتومبیل (درصد)	۲	۶	۱۶
تلویزیون رنگی (درصد)	۱۵	۳۷	۴۳
فریزر (درصد)	۶	۱۹	۲۲
یخچال (درصد)	۸۹	۹۸	۹۵
ماشین لباسشویی (درصد)	۱۸	۴۸	۴۵

مأخذ: محاسبات گروه تحقیق

همان گونه که ملاحظه می شود در این جامعه اختلاف بین دو گروه سرپرستان زن بی سواد و کم سواد و میانگین جامعه شهری مشهود است. به خصوص این که در همه موارد بهره گیری از خدمات رفاهی گروه سرپرستان زن بی سواد وضع به مراتب نامناسب تری دارند و همان طور که عنوان شد مشخصاً یکی از مهم ترین گروه هایی که باید مورد حمایت دائم قرار گیرند سرپرستان زن بی سواد می باشد. با توجه به این نکته که این گروه دارای بعد خانوار ۳ نفری است که از میانگین جامعه کمتر است. ارائه کمک ها می تواند تأثیر گذاری مناسب را داشته باشد.

سالمندان شهری

گروه دیگری از جامعه شهری که محتاج کمک‌های دائم می‌باشند سالمندان و پیران هستند که به دلایل سالخوردگی ناتوان از کار و فعالیت می‌باشند.

براساس سرشماری سال ۱۳۷۵ در جامعه شهری کل کشور جمعیت ۶۰ سال به بالا ۲۲۵۴۲۱۱ نفر می‌باشد که ۱۲ درصد از کل جمعیت جامعه شهری را تشکیل می‌دهند و ۴۷/۶ درصد آنان زن و ۵۲/۴ درصد مرد هستند.

از نظر وضعیت فعالیت بر پایه تقسیم‌بندی مرکز آمار ایران ۶۳/۹ درصد از جمعیت ۶۰ تا ۶۴ ساله مردان و ۴۴/۶۳ درصد از جمعیت ۶۵ سال به بالای این گروه فعال می‌باشند. این در حالی است که در گروه سنی ۶۰-۶۴ ساله زنان تنها ۴۱ درصد و ۶۵ به بالا ۴۸/۱ درصد فعال هستند.

قسمت اعظم جمعیت ۶۰ سال به بالای کشور در بخش خصوصی کار می‌کنند (۸۶/۹ درصد) و تنها ۱۳/۱ درصد از بخش‌های دولتی و تعاونی فعال هستند.

با توجه به گروه‌بندی شغلی مرکز آمار ایران در شهرهای کشور در گروه سنی ۶۰ سال به بالا بیشترین شاغلین را کارکنان خدماتی و فروشندگان فروشگاه‌ها و بازارها و کمترین شاغلین را کارمندان امور اداری و دفتری تشکیل می‌دهند. جدول زیر درصد اشتغال را در این گروه سنی برای ده گروه عمده شغلی نشان می‌دهد.

جدول ۳-۶- ترکیب شغلی جامعه شهری گروه سنی ۶۰ سال به بالا (۱۳۷۵)

درصد از کل شاغلین	گروه‌های عمده شغلی
۲/۱	قانون‌گذاران و مقامات عالی رتبه و مدیران
۳/۲	متخصصان
۲/۶	تکنسین‌ها و دستیاران
۱/۷	کارمندان امور اداری و دفتری
۲۸/۳	کارکنان خدماتی و فروشندگان فروشگاه‌ها و بازارها
۲۲/۲	کارکنان ماهر کشاورزی، جنگلداری و ماهیگیری
۱۳/۲	صنعتگران و کارکنان شاغل مربوط به کارکنان ساختمانی و استخراج
۶/۴	متصدیان ماشین‌آلات و دستگاه‌ها و مونتاژ کارها و رانندگان وسایل نقلیه
۱۶	کارگران ساده
۴/۲	سایر و اظهار نشده

مأخذ: محاسبات گروه تحقیق

مسئله مهمی که در اینجا مطرح می‌شود این است که چند درصد از این گروه سنی سرپرست خانوار هستند و طرح حمایت دائم از این گروه آیا خانواده آنها را نیز شامل می‌شود یا نه؟ براساس سرشماری سال ۱۳۷۵، ۱۳۸۷۶۲۱ خانوار سرپرست زن و مرد ۶۰ سال به بالا دارند که ۱۷/۵ درصد از کل خانوارهای جامعه شهری را تشکیل می‌دهد. ۱۴ درصد از این سرپرستان، تنها زندگی می‌کنند و ۲۸/۲ درصد سرپرست

حاجت‌آزادی شده است. براساس آمار سال ۱۳۷۵، ۳۲ درصد از این سرپرستان را سرپرستان زن تشکیل می‌دهند که از این تعداد ۷۸ درصد از این ۶۰ سال به بالای تنها هستند.

مشخص است که چنانچه بخواهیم گروه افراد ۶۰ سال به بالا را تحت پوشش قرار دهیم، تعداد قابل توجهی از افراد تحت سرپرستی آنان نیز باید به نوعی تحت پوشش قرار بگیرند. علاوه بر این درصد سرپرستان زن چندان قابل ملاحظه نیست و با توجه به این که این گروه بخش نیازمندتری می‌باشند ارائه کمک و خدمات به این گروه از اولویت بیشتری برخوردار است.

بدون شک بخشی از سالمندان ۶۰ سال به بالا تحت پوشش صندوق بازنشستگی و مستمری بگیر سازمان تأمین اجتماعی می‌باشند. در زیر بررسی کلی خواهیم داشت به میزان مستمری‌های پرداخت شده توسط این دو سازمان که در حقیقت تأمین‌کننده نیازهای معیشتی و زیستی بخشی از سالمندان کشور می‌باشند. براساس آمار سال ۱۳۷۵، ۲۹۱۵۳۶ نفر جزء بازنشستگان و از کار افتادگان در شهر بوده‌اند و ۱۱۹۵۲۳ نفر از بازنشستگان فوت شده‌اند که وارثان آنان حقوق و مستمری این گروه را دریافت می‌کنند. قبل از وارد شدن به چگونگی میزان مستمری دریافتی و خط فقر در این گروه ذکر این نکته لازم است که درصد قابل ملاحظه‌ای از بازنشستگان و خانواده‌های آنان از جریان گذشته دارایی‌هایی که طی دوران جوانی و میانالی اندوخته‌اند استفاده می‌کنند، مانند مسکن، اتومبیل، لوازم بادوام منزل و... براین اساس برخلاف ذهنیتی که وجود دارد که بازنشستگان گروه فقیری را تشکیل می‌دهند، ۶۷٪ درصد از این گروه زیر خط فقر قرار داشته‌اند که با توجه به تعداد بازنشستگان ۲۱۸۵۴ خانوار و با در نظر گرفتن بعد خانوار در بیستک‌های زیر خط فقر ۱۲۴۰۲۱ نفر از این گروه زیر خط فقر قرار دارند که انتظار می‌رود این گروه زیر خط فقر بازنشستگی را شامل می‌شود که دارای بعد خانوار بیشتر و فرزندانسی هستند که برای امرار معاش به سرپرست خانوار وابسته‌اند یا از کار افتادگان و بازماندگانی هستند که سرپرست خانواده توانسته است در دوران فعالیت و جوانی خود حداقل دارایی‌های مورد نیاز را جمع‌آوری و تأمین نماید.

همین مسئله برای مستمری بگیران سازمان تأمین اجتماعی نیز وجود دارد. براساس آمار موجود در سال ۱۳۷۵، تعداد ۵۹۳۷۴۶ خانوار تحت پوشش مستمری سازمان تأمین اجتماعی بوده‌اند. البته مشخص نیست که بعد خانوار در این گروه چه میزان است. اما با در نظر گرفتن بعد خانوار در گروه‌های بازنشستگان (۴/۱ نفر) به نظر می‌رسد که ۲،۴۳۴،۳۵۸ نفر تحت پوشش این مستمری قرار دارند.

جدول زیر مستمری سرانه ماهیانه که توسط دو سازمان صندوق بازنشستگی و تأمین اجتماعی پرداخت می‌شود و خط فقر ریالی برآورد شده را ارائه می‌دهد. همان گونه که مشخص است مستمری سازمان تأمین اجتماعی در روند سری زمانی خود تا حدی توانسته است همپای خط فقر حرکت کند و به مرور وضعیت آن مناسب‌تر نیز شده است. اما در مورد صندوق بازنشستگی شکاف بین مستمری پرداختی و خط فقری قابل توجه می‌باشد.

جدول ۸-۳-۶- سری زمانی خط فقر ریالی، مستمری تأمین اجتماعی و صندوق بازنشستگی - ریال سرانه ماهیانه

خط فقر ریالی در شهر سرانه ماهیانه	مستمری تأمین اجتماعی سرانه ماهیانه	مستمری صندوق بازنشستگی سرانه ماهیانه	
۱۲۷۲۵.۳	۶۱۳۱/۴	۷۸۰۷/۵	۱۳۶۲
۱۲۱۶۴.۰	۶۲۷۷/۰	۷۹۵۸/۴	۱۳۶۳
۱۲۸۱۳.۰	۷۱۵۴/۳	۸۱۱۱/۹	۱۳۶۴
۱۶۰۳۰.۸	۷۳۶۱/۱	۷۹۰۴/۸	۱۳۶۵
۱۵۳۴۸.۴	۷۹۹۶/۶	۷۲۵۱/۸	۱۳۶۶
۱۸۴۳۶.۴	۹۷۶۰/۳	۷۰۲۷/۲	۱۳۶۷
۲۰۹۴۲.۲	۱۰۵۲۹/۷	۷۹۱۰/۸	۱۳۶۸
۱۴۱۸۷.۳	۱۲۹۴۰.۲	۱۰۵۵۲/۳	۱۳۶۹
۱۵۹۷۹.۹	۱۶۳۳۴/۵	۱۴۸۰۸/۴	۱۳۷۰
۲۳۴۰۱.۸	۲۳۶۶۲/۵	۱۹۲۰۰/۷	۱۳۷۱
۳۹۸۳۵.۰	۳۱۵۵۱/۵	۲۴۶۴۵/۳	۱۳۷۲
۴۲۴۶۸.۴	۳۹۵۳۴/۸	۳۲۴۷۱/۲	۱۳۷۳
۵۶۹۳۸.۲	۵۲۵۴۵.۷	۳۳۴۹۸/۰	۱۳۷۴
۸۴۳۳۱.۹	۷۱۸۱۹.۰	۳۵۰۰۰/۰	۱۳۷۵
۷۷۴۹۵.۳	NA	NA	۱۳۷۶

مآخذ: محاسبات گروه تحقیق

بخش دیگری از سالمندان که تحت عنوان بازنشستگان می‌باشند، مستمری بگیران صندوق‌های مستقل بازنشستگی هستند. تعداد این افراد حدود ۴۰۰،۰۰۰ نفر می‌باشند که با توجه به میانگین بعد خانوار بازنشستگان، حدود ۱.۶۴۰،۰۰۰ نفر را تحت پوشش قرار می‌دهند. به‌طور متوسط میانگین مستمری پرداختی در صندوق‌های بازنشستگی مستقل از مستمری پرداختی توسط سازمان تأمین اندکی بیشتر می‌باشد. با توجه به کافی نبودن اطلاعات رقم صحیح این میانگین و سری زمانی آن مشخص نیست. اما به هر حال انتظار می‌رود که به علت محدود بودن افراد تحت پوشش این مستمری از میانگین بیشتر است هرچند که باز هم تکاپوی حداقل نیاز مستمری بگیران را نمی‌کند.

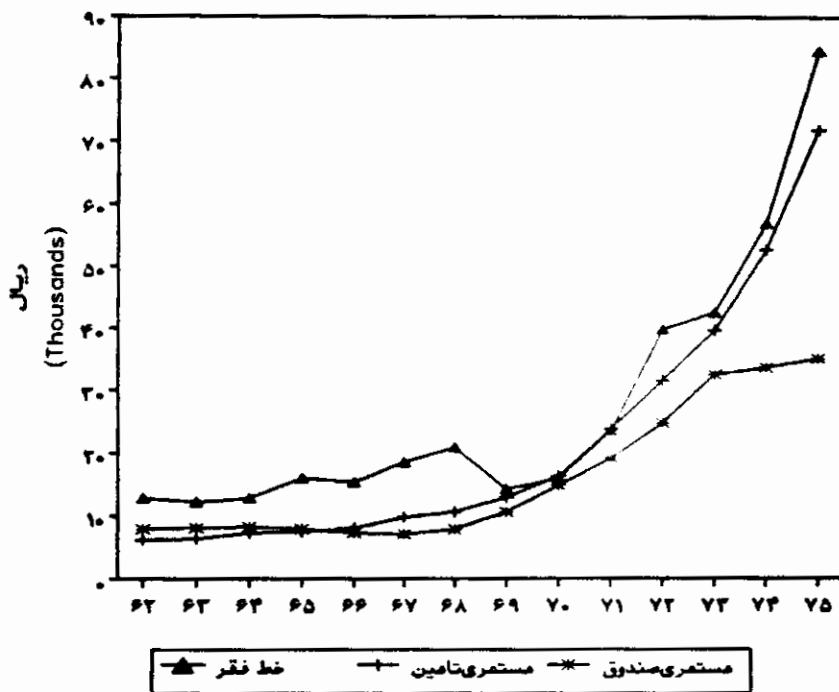
علاوه بر نیازهای مادی، گروه سالمندان محتاج کمک‌ها و خدمات بهداشتی و درمانی، استفاده از مراکز تخصصی پزشکی هستند. به علاوه بخشی از سالمندان به تنهایی نمی‌توانند زندگی کنند یا بخشی از آنها سرپرست خانواده‌هایی هستند که کل خانواده محتاج درآمد سرپرست خانواده می‌باشند. در حال حاضر در شهرهای کشور تنها سازمانی که متولی امور مربوط به سالمندان است، سازمان بهزیستی است. براساس آمار سال ۱۳۷۵، ۲۳۳۷ نفر سالمند تحت پوشش خدمات این سازمان قرار داشته‌اند که با توجه به تعداد کل سالمندان ۷۰ سال به بالای کشور ۰.۰۷۶ درصد از آنان تحت نظارت سازمان بهزیستی قرار گرفته‌اند و به نظر می‌رسد که بخش اعظم آنان از طریق مراجعه مستقیم خود یا دیگر اعضای خانواده به سازمان بهزیستی معرفی شده‌اند. ولی با این حال درصد بسیار ناچیزی را شامل می‌شوند هرچند که این بخش از سالمندان که

حالت پرسش سرانه جاریست می باشد. تحت عنوان خدمات توانبخشی سازمان، حمایت می شوند. بنابراین در ارائه سیستم حمایت دائمی از سالمندان باید به کلیه موارد و انواع کمک ها توجه داشت و آنها را مدنظر قرار داد.

معلولین شهری

در ادامه شناسایی و بررسی وضعیت گروه هایی که نیازمند حمایت های دائمی می باشند به خانوارهایی می رسیم که دارای معلول هستند. براساس سرشماری سال ۱۳۷۵، وجود فرد یا افراد معلول در مورد معلولیت های مختلف، خانوار مورد پرسش قرار گرفته است. بنابراین در صورتی که حداقل یکی از اعضای خانوار، حداقل یکی از معلولیت های نابینایی، ناشنوایی، جسمی و حرکتی و عقب ماندگی ذهنی را داشته باشد خانوار دارای معلول محسوب شده است. بنابراین تعداد افراد معلول، همچنین تعداد موارد معلولیت در خانوار از نتایج این سرشماری حاصل نخواهد شد.

نمودار ۳-۳-۶- تفاوت خط فقر، مستمری تأمین اجتماعی و صندوق بازنشستگی - سرانه ماهیانه



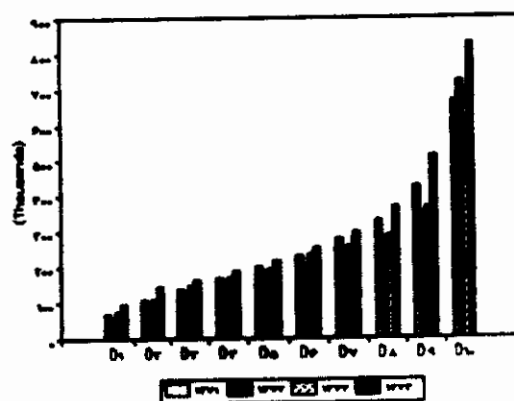
برپایه سرشماری سال ۱۳۷۵، ۲۷۰۴۸۷ خانوار در نقاط شهری کشور دارای معلول بوده اند که ۳/۴ درصد از خانوارهای شهری را تشکیل می دهند. توزیع نسبی خانوارهای دارای معلول استان های کشور نشان

می‌دهد که بالاترین درصد، ۱۵ درصد، مربوط به استان تهران و پایین‌ترین درصد ۰/۸ مربوط به استان ایلام است. توزیع نسبی خانوارهای دارای معلولیت در نقاط شهری و روستایی نشان می‌دهد که در بین معلولیت‌های مختلف بالاترین نسبت‌ها همواره متعلق به نقاط شهری بوده است. مقایسه نسبت‌های مزبور حاکی از آن است که بیشترین تفاوت در بین نقاط شهری و روستایی مربوط به معلولیت عقب‌ماندگی بوده است.

در سال ۱۳۷۵، ۱۰/۵ درصد از خانوارهای معلول سرپرست زن داشته‌اند که ۷۴/۸ درصد آنها همسرشان را در اثر فوت از دست داده‌اند. این درصد در خانوارهایی که سرپرست مرد دارند و همسرشان را از دست داده‌اند ۲/۰۸ درصد است. در شهرهای کشور تنها ۲۹/۳۶ درصد از سرپرستان زن خانواده‌های دارای معلول با سواد بوده‌اند و برای سرپرستان مرد ۶۳/۶۹ درصد سواد داشته‌اند که مشخصاً برای هر دو گروه سرپرستان با توجه به میانگین جامعه شهری درصد پایینی است. علاوه بر این برای هر دو گروه سرپرستان زن و مرد در گروه باسوادان، بیشترین درصد در دارا بودن مدرک ابتدایی است (برای سرپرستان مرد ۴۱/۲۶ درصد و برای سرپرستان زن ۳۹/۲۳ درصد) و در مجموع تنها ۱۹/۶۴ درصد از سرپرستان مرد و زن این نوع خانوارها دارای تحصیلات متوسطه می‌باشند.

براساس طبقه بندی افراد فعال به دو گروه بزرگ شاغلین، بیکاران (شامل بیکاران جویای کار، محصل، خانه دار، دارای درآمد بدون کار، سایر و اظهار نشده) ۶۸/۷ درصد از سرپرستان مرد این خانوارها شاغل هستند و تنها ۹/۶ درصد از سرپرستان زن شاغل می‌باشند و بخش بزرگی از سرپرستان زن (۶۳/۲ درصد) خانه‌دار می‌باشند و بعد از این گروه سرپرستان زن دارای درآمد بدون کار با ۲۰ درصد سهم قرار می‌گیرند. نکته مهم در مورد خانوارهای دارای معلول این است که بیشترین درصد این خانوارها را، خانوارهای پرجمعیت ۷ نفر و بیشتر تشکیل می‌دهند. به طوری که سهم این خانوارها ۲۹/۸ درصد در شهر است و کمترین درصد مربوط به معلولین تنها (خانوارهای تک نفره) است که ۳/۲۸ درصد می‌باشند. براین اساس ۶۱/۳ درصد از خانواده‌های دارای معلول را خانوارهایی با جمعیت ۵ نفر و بیشتر تشکیل می‌دهند. از نظر وضع سکونت نیز باید گفت که در نقاط شهری ۷۱/۲ درصد از خانواده‌های دارای معلول صاحب خانه می‌باشند و ۱۴/۱ درصد از آنان اجاره نشین هستند و بقیه هم دارای خانه مجانی یا در برابر خدمت و سایر می‌باشند. براساس آمار سال ۱۳۷۵، ۰/۹۹ درصد از خانواده‌های دارای معلول ساکن در نقاط شهری در واحد مسکونی معلولی زندگی می‌کنند و تعداد محدودی در کپر و چادر هستند.

نمودار ۳-۴-۶- هزینه سرانه سالانه خانوارهای دارای معلول آمارهای تابلیوی - شهر ۱۳۷۱ تا ۱۳۷۴



توجه به وضعیت نشان جدولی دارای معلول بررسی شد از این قسمت به بعد با توجه به آمارگیری ۴ ساله مرکز آمار ایران که به صورت آماری تابلویی (panel) جمع آوری شده است وضعیت اقتصادی و معیشتی این نوع خانوارها بررسی می شود.

وضعیت هزینه ها در هشت گروه کالای اساسی، مقدار کالاهای خوراکی مهم مصرف شده و وضعیت رفاهی این خانوارها طی چهار ساله ۱۳۷۱ تا ۱۳۷۴ مورد بررسی قرار می گیرد.

ابتدا بر اساس نمودار شماره ۴-۳-۶ هزینه سرانه سالانه خانوارهای شهری دارای معلول که با قیمت های سال ۱۳۶۹ واقعی شده اند بررسی می شود.

در کمال تعجب دیده می شود که هزینه های سرانه سالانه خانوارهای دارای معلول که با قیمت های ثابت برآورد شده است بر خلاف انتظار سیر صعودی داشته اند و درآمد دائمی این گروه خانوارها نه تنها کمتر نشده که بیشتر هم شده است. در حالی که آمارهای مربوط به هزینه سرانه تمامی خانوارهای نمونه نشان می دهد که طی ۴ سال ۱۳۷۰ تا ۱۳۷۴ از میزان هزینه سرانه به خصوص در دهک های بالای درآمدی به شدت کاسته شده است.

با بررسی تمام هزینه ها و واقعی کردن آنها مشخص می شود که بیشترین هزینه هایی که در بالا رفتن هزینه های واقعی نقش داشته اند، افزایش هزینه ها در گروه کالایی مانند حمل و نقل و خوراک می باشند و مشخصاً دیده می شود که افزایش به خصوص برای سال ۱۳۷۴ و گروه های پردرآمد بیشتر است.

سهم هزینه پرداخت شده برای هشت گروه کالای اساسی نسبت به کل هزینه ها برای میانگین جامعه شهری دارای معلول در جدول زیر آمده است.

جدول ۹-۳-۶- سهم هزینه هشت گروه کالای اساسی برای خانوارهای دارای معلول شهری (۱۳۷۱ تا ۱۳۷۴)

گروه های کالایی	سهم هزینه ۱۳۷۱	سهم هزینه ۱۳۷۲	سهم هزینه ۱۳۷۳	سهم هزینه ۱۳۷۴
خوراک و بهداشت	۳۳	۳۲	۲۸	۳۴
پوشاک	۱۱	۹	۸	۷
مسکن	۳۸	۳۷	۳۶	۳۵
لوازم منزل	۷	۸	۷	۶
بهداشت و درمان	۴	۵	۶	۳
حمل و نقل	۵	۶	۶	۱۰
آموزش و تفریح	۱	۲	۲	۲
سایر	۲	۲	۲	۴

محد محاسبات گروه حمل

جدول ۹-۳-۶ نشان می دهد که سهم هزینه های کالاهایی مانند خوراک و مسکن که جزء کالاهای ضروری هستند چندان تغییر نکرده است اما کالاهایی نوکس مانند پوشاک و حمل و نقل تغییر سهم هزینه ای داشته اند سهم هزینه ای پوشاک کمتر شده است و به احتمال زیاد ناشی از کمتر مصرف کردن این گروه کالایی می باشد

اما در مورد گروه کالایی مانند حمل و نقل، افزایش قیمت‌ها در این گروه کالایی منجر به بالا رفتن سهم هزینه‌ای شده است. همان طور که ملاحظه می‌شود در طول این چهار سال مسکن بالاترین سهم هزینه‌ای را داشته است. برخلاف انتظار سهم هزینه‌ای بهداشت و درمان برای این نوع خانوارها چندان بالا نیست. در سال ۱۳۷۴ هزینه سرانه سالانه پرداخت شده برای بهداشت و درمان در شهر به طور میانگین ۴۲۰۵۲ ریال بوده است. برای دهک آخر این هزینه به ۳۷۱۳۶۴ ریال رسیده که ۲۶/۹ برابر دهک اول است. چنانچه سال‌های پیش از آن را در نظر بگیریم نسبت هزینه‌های بهداشت و درمان دهک آخر به اول روند و میزان مشخصی نداشته‌اند و در طی چهار ساله ۱۳۷۱ تا ۱۳۷۴ به طور میانگین دهک آخر در هر سال به صورت سرانه ۳۲۰/۵ برابر بیشتر هزینه بهداشت و درمان داشته است.

به منظور بررسی وضعیت سبد مصرفی خوراکی این خانوارها، هشت کالای مهم خوراکی در نظر گرفته می‌شود و مقدار مصرف این کالاها طی چهار ساله ۱۳۷۱ تا ۱۳۷۴ برابر میانگین جامعه شهری خانوارهای دارای معلول و میانگین کل جامعه در جدول زیر آورده می‌شود.

جدول ۱۰-۳-۶- مقادیر کالاهای مهم خوراکی برای میانگین خانوارهای دارای معلول شهری و میانگین کل جامعه (۱۳۷۴-۱۳۷۱)

مواد خوراکی	معلول ۱۳۷۱	جامعه ۱۳۷۱	معلول ۱۳۷۲	جامعه ۱۳۷۲	معلول ۱۳۷۳	جامعه ۱۳۷۳	معلول ۱۳۷۴	جامعه ۱۳۷۴
برنج	۴۱۷	۶۱۹	۶۴۲	۶۵۹	۳۸۸	۵۰۸	۴۵۸	۵۶۳
نان	۲۶۳۸	۲۱۴۵	۱۴۸	۱۹۶۱	۱۷۰۲	۱۴۹۴	۱۳۹۵	۱۳۶۳
گوشت	۱۲۳	۱۵۲	۱۲۳	۱۴۳	۱۵۱	۱۷۶	۸۲	۱۷۵
مرغ	۱۲۳	۱۴۵	۶۷	۲۴۱	۶۶	۱۰۹	۸۲	۸۵
لبنیات	۵۰۱	۱۰۴۵	۴۶۷	۹۱۲	۲۷۸	۳۶۵	۲۷	۳۴۹
روغن	۱۰۶	۱۹۷	۱۰۵	۱۰۹	۱۰۷	۱۱۳	۱۰۱	۱۱۱
میوه و سبزی	۱۰۱	۱۳۹۷	۶۹۷	۸۰۶	۷۳۸	۸۲۹	۶۱۲	۸۰۳
قند و شکر	۱۸۴	۱۹۴	۱۷۱	۱۸۸	۱۵۵	۱۷۲	۱۸۷	۱۷۴

ماخذ: محاسبات گروه تحقیق

همان گونه که از جدول مشخص است، خانوارهای دارای فرد معلول، مواد غذایی به نسبت کمتری را مصرف کرده‌اند این مصرف کم در دهک‌های میانی، بیشتر به چشم می‌خورد و دهک‌های بالا و پایین مصرفی تقریباً نزدیک به میانگین کل جامعه دارند. روند مصرف نیز نشان می‌دهد که وضعیت نامناسب‌تر شده است.

براین اساس می‌توان انتظار داشت که این گروه از جامعه قاعدتاً دارای درصد بالای افراد زیر خط فقر باشند که البته با توجه به کم بودن نمونه و نبود ریز اطلاعات خوراکی امکان محاسبه دقیق خط فقر وجود ندارد.

بخش آخر مربوط به وضعیت خانوارهای معلول با استفاده از آمار بودجه خانوار به بررسی وضعیت بهره‌گیری از خدمات و وسایل رفاهی توسط این گروه اختصاص دارد.

جدول ۱۱-۳-۶- بهره‌گیری از وسایل و خدمات رفاهی - خانوارهای دارای معلول و میانگین کشور

عنوان	معلول ۱۳۷۱	کشور ۱۳۷۱	معلول ۱۳۷۲	کشور ۱۳۷۲	معلول ۱۳۷۳	کشور ۱۳۷۳	معلول ۱۳۷۴	کشور ۱۳۷۴
بعد خانوار	۵۵	۴/۸	۵/۸	۵/۰۴	۵/۸	۵/۰۳	۵/۶	۵/۰۱
سطح سرانه زیربنا	۹۰.۰۶	۹۸/۳	۱۰۶/۶	۱۰۵/۹۶	۱۰۱/۷	۱۱۰/۷	۱۱۳/۱	۱۱۴/۲
تعداد سرانه اتاق	۰.۶۳	۰/۷۴	۰/۶۸	۰/۷۴	۰/۶۶	۰/۷۷	۰/۷۳	۰/۸۲
آشپزخانه (درصد)	۸۲	۸۹	۹۱	۹۳	۹۱	۹۳	۹۴	۹۵
اتومبیل (درصد)	۹	۲۱	۱۰	۲۱	۱۰	۱۹	۱۲	۱۹
تلویزیون (درصد)	۸۵	۹۳	۸۲	۹۶	۹۱	۹۶	۹۶	۹۷
یخچال (درصد)	۸۸	۹۵	۹۶	۹۷	۹۶	۹۵	۹۶	۹۷
ماشین لباسشویی (درصد)	۲۶	۴۹	۳۷	۵۵	۴۰	۵۷	۴۴	۵۸
تعداد شاغلین در خانواده	۱/۱۶	۱/۲۴	۱/۲۸	۱/۲۷	۱/۴۲	۱/۲۵	۱/۲۲	۱/۲۲

مأخذ: محاسبات گروه تحقیق

جدول بالا نشان می‌دهد بعد خانوارهای معلول بیشتر از میانگین جامعه است. براین اساس با توجه به نزدیکی سطح سرانه زیربنا بین هر دو گروه، مشخص می‌شود که تعداد سرانه اتاق معلولین کمتر از میانگین کل جامعه است. در مورد بهره‌گیری از وسایل و خدماتی مانند آشپزخانه، اتومبیل، یخچال، تلویزیون و ماشین لباسشویی نیز مشخصاً وضع میانگین جامعه نسبت به میانگین خانوارهای معلول بهتر است. در مورد تعداد شاغلین در خانواده نیز مشخص است که معلولان تعداد شاغل کمتری دارند و این نکته قابل پیش‌گویی است.

در مجموع می‌توان گفت که وضعیت خانوارهای دارای معلول شهری با وجود این که از نظر سهم سرانه سوله به نسبت‌های مثبت بهبود نشان می‌دهد اما نه تنها از میانگین جامعه اصلی پایین‌تر هستند بلکه در طول چهار ساله مورد بررسی از نظر مصرف مواد غذایی، کاهش در مصرف دارند و در مورد بهره‌گیری از خدمات رفاهی نیز چندان وضعیت مناسبی ندارند و میانگین جامعه شهری دارای معلول ناچار است که بیش از ۶۰ درصد از درآمد خود را به مسکن و خوراک اختصاص دهد و تنها بخش کوچکی از درآمدش صرف هزینه‌های مربوط به بهداشت و درمان می‌شود.

در حال حاضر سازمان بهزیستی به عنوان متولی امر کمک به معلولان در شهر محسوب می‌شود. این سازمان علاوه بر نگاه‌داری معلولان در مراکز خاص، به خانواده‌هایی که معلول را در خانه نگاه‌داری می‌کنند مستمری نیز پرداخت می‌کند. در عین حال خدمات توان‌بخشی سازمان بهزیستی مانند گفتار درمانی، آموزش سوادآموزی به نابینایان و ناشنوایان و... در حیطه مسئولیت این سازمان می‌باشد. متأسفانه هزینه‌ای که بابت این خدمات پرداخته می‌شود به‌طور دقیق مشخص نمی‌باشد. اما جدول زیر تعداد مددجویان و استفاده‌کنندگان از این خدمات در شهر و روستا ارائه می‌دهد.

جدول ۱۲-۳-۶- مددجویان استفاده کننده از خدمات ارائه شده توسط واحدهای مختلف سازمان بهزیستی - شهر و روستا

سال	۱۳۶۵	۱۳۶۸	۱۳۶۹	۱۳۷۰	۱۳۷۱	۱۳۷۲	۱۳۷۳	۱۳۷۴	۱۳۷۵
نگه داری معلولان	۱۰۴۳۴	۱۰۸۳۶	۱۰۹۵۷	۱۰۲۶۸	۱۱۲۲۱	۱۱۶۷۷	۱۲۶۸۵	۱۲۶۱۶	۱۲۳۷۹
نگه داری معلولان در خانواده	-	-	-	-	۴۲۹۵۲	۵۲۴۳۸	۵۳۱۷۰	۶۰۴۴۳۴	۸۱۳۶۶
نگه داری سالمندان	-	۰	۰	۱۵۷۹	۱۶۲۴	۱۶۵۰	۱۹۸۴	۲۳۳۳	۲۳۳۷
فیزیوتراپی	۳۶۱۴۳	۵۳۳۲۸	۵۴۵۵۹	۶۹۲۵۰	۷۰۶۷۴	۷۴۷۷۸	۷۳۰۰۶	۷۵۴۹۶	۸۳۵۸۶
کار درمانی	-	۱۰۹۷	۱۴۴۱	۶۸۴۶	۸۴۸۳	۱۱۲۵۱	۱۱۱۷۶	۱۵۹۰۳	۱۷۶۷۱
گفتار درمانی	-	۲۲۶۷	۲۷۸۵	۴۱۰۸	۵۷۱۰	۶۹۵۰	۶۶۷۵	۸۲۶۳	۷۴۰۲
سختی شنوایی	۹۱۰۶	۵۱۳۹۸	۵۷۱۳۹	۵۴۸۴۴	۵۹۹۷۸	۵۵۷۴۹	۷۲۵۸۱	۷۸۹۷۴	۷۶۷۶۹
دست و پاسازی	-	-	-	-	۶۸۲۰	۱۲۶۰۶	۲۱۱۶۵	۱۵۵۵۷	۱۹۹۹۶
اعطای وسایل کمک توان بخشی	-	-	-	-	-	-	۶۸۱۱۱	۵۳۸۸۵	۸۴۲۶۶
سوادآموزی نابینایان و ناشنوایان	-	-	-	۹۸۷	۱۰۹۲	۹۹۰	۱۰۹۱	۹۵۲	۱۲۲۰
توان بخشی اجتماعی معلولان	-	-	-	۵۱۱	۴۷۰	۵۰۴	۷۵۰	۵۳۷	۴۸۸
حرفه آموزی معلولان	۲۴۷۶	-	-	۲۶۶۰	۳۰۵۳	۳۵۲۹	۴۰۹۱	۴۳۴۸	۴۷۷۹
خانواده و کودک ناشوا	۱۰۴۰	-	-	۱۱۸۴	۱۱۸۰	۱۳۳۰	۱۵۸۸	۱۲۰۴	۱۰۵۹

مأخذ: سالنامه آماری کشور ۱۳۷۵

نتیجه گیری و ارائه سیستم حمایت دائم برای نیازمندان شهری

به منظور ارائه یک سیستم حمایتی دائم مناسب این نکته باید مدنظر باشد که این سیستم به گونه ای طرح ریزی و اجرا می شود که به مرور زمان افراد تحت پوشش آن کمتر و دامنه فعالیت آن محدودتر ولی مفیدتر شود. بدین ترتیب انتظار خواهیم داشت با گسترش سازمان های بیمه ای در بلندمدت نیازی به وجود ارگان های حمایتی دائم در سطح گسترده نداشته باشیم. ولی قطعاً برای رسیدن به چنین هدفی ابتدا باید با توجه به شرایط جامعه و گستردگی فقر و نیاز قشر آسیب پذیر، برنامه های کوتاه مدتی پی ریزی شوند. اولین هدف در ارائه یک سیستم حمایت دائم، شناسایی و مشخص کردن صفات و شاخص هایی است که نشان دهنده گروه نیازمند به حمایت دائم هستند. در این بخش سعی شد تا با به کارگیری از مشخصه های اجتماعی و اقتصادی گروه های نیازمند به حمایت دائم شناسایی شوند.

به این منظور افراد نیازمند به حمایت های دائم در چهار گروه اصلی معلولین، زنان سرپرست خانوار که بی سواد یا کم سواد هستند و سالمندان در نظر گرفته شد و بر این اساس وضعیت اقتصادی و معیشتی این گروه از افراد بر پایه آمار بودجه خانوار و همچنین تعداد توزیع نسبی آنها بر اساس سرشماری سال ۱۳۷۵ به تقریب مورد بررسی قرار گرفت.

با توجه به نتایج به دست آمده مشخص شد که از کل خانوارهای شهری ۸/۳ درصد سرپرست زن دارند که ۴/۲ درصد خود را شاغل معرفی کرده اند. اما بیشترین تعداد سرپرستان زن در زیر مجموعه خانه داران قرار می گیرند که ۶۲/۳ درصد از کل سرپرستان زن را تشکیل می دهند. بنابراین گروه بزرگی از سرپرستان زن بیکار معرفی شده اند. با بهره گیری از ماتریس ارزش های غذایی درصد زیر خط فقر برای دو گروه زنان شاغل و بیکار به دست آمد و مشخص شد که ۱۰/۳ درصد از سرپرستان شاغل زن زیر خط فقر قرار دارند و در مقابل ۸/۷ درصد از گروه غیر شاغلین زیر خط فقر هستند. علاوه بر این وضعیت توزیع درآمد در گروه سرپرستان زن شاغل نامناسب تر از گروه سرپرستان زن بیکار می باشد. مقایسه بعد خانوار نشان می دهد که زنان سرپرست شاغل بار تکفل بیشتری را به دوش دارند و در بهره گیری از خدمات و وسایل رفاهی نیز

نسبت به گروه سرپرستان زن بیکار اندکی وضعیت مناسب‌تر و سست به میانگین کل جامعه شهری کشور از وضعیت به مراتب بدتری برخوردارند. با این نتایج به نظر می‌رسد که خانوارهای دارای سرپرست زن در مجموع از وضعیت نامناسب‌تری نسبت به کل جامعه برخوردارند ولی شاغل بودن یا بیکار بودن سرپرست خانوار دلیل بر بهتر یا بدتر بودن وضعیت خانواده نمی‌شود. در هر دو گروه اختلاف بین دهک‌های فقیر و غنی درآمدی بسیار قابل توجه است و در گروه‌های میانی حتی هزینه سرانه سالانه خانوارهای دارای سرپرست زن بیکار بیشتر نیز می‌باشد. بنابراین در شناسایی خانوارهای نیازمندی که سرپرست زن دارند، به کارگیری شاخص‌های شناسایی بسیار با اهمیت می‌باشد.

با توجه به این که به دنبال خانوارهایی هستیم که سرپرستان آنها به نوعی از قرار گرفتن در دور تولید ناتوانند گروه دیگری که مورد بررسی قرار گرفت زنان سرپرست بی‌سواد یا کم‌سواد (دبستانی) بود. با توجه به آمارهای سرشماری سال ۱۳۷۵، تعداد این افراد قابل دسترسی نبود و سهم آنها را نسبت به جمعیت با توجه به سرپرست بودنشان نتوانستیم مشخص کنیم. لذا به وضعیت معیشتی و اقتصادی آنان با استفاده از آمارهای بودجه خانوار بسنده کرده‌ایم. آمار و ارقام نشان می‌دهد که وضعیت گروه سرپرستان زن کم‌سواد بسیار بهتر از زنان بی‌سواد می‌باشد حتی در مواردی در مقایسه با کل جامعه نیز از وضعیت بهتری برخوردارند. مقایسه هزینه سرانه سالانه برای این گروه و زنان بی‌سواد نشان می‌دهد که در تمام دهک‌های درآمدی وضعیت بهتری نسبت به گروه سرپرستان زن بی‌سواد دارند. به طوری که نسبت هزینه سرانه سالانه برای میانگین دو گروه نشان می‌دهد که گروه سرپرستان زن با سواد ۱/۵ برابر بیشتر از گروه سرپرستان زن بی‌سواد است. مقایسه توزیع درآمد در دو گروه و درصد زیر خط فقر نشان می‌دهد که توزیع درآمد در هر دو گروه نامناسب و نزدیک به هم می‌باشد و درصد زیر خط فقر زنان کم‌سواد با وجود بالا بودن (۱۳٫۳ درصد) اندکی بهتر از گروه بی‌سواد است. در بهره‌گیری از خدمات رفاهی نیز مشخصاً گروه سرپرستان زن کم‌سواد در وضعیت بهتری قرار دارند.

با توجه به درصد زیر خط فقر در دو گروه سرپرستان زن به صورت تقریبی مشخص می‌شود که در شهر در سال ۱۳۷۵، ۹۶۳۵ خانوار با سرپرست زن شاغل زیر خط فقر هستند و ۳۴۰ خانوار با سرپرست زن بیکار زیر خط فقر هستند. با توجه به متوسط بعد خانوار در هر دو گروه زیر خط فقر مشخص می‌شود که در گروه سرپرستان زن شاغل ۴۰۴۶۷ نفر و در گروه سرپرستان زن بیکار ۱۱۹۰ نفر زیر خط فقر هستند.

در ارائه یک سیستم حمایت دائم برای این گروه این نکته باید مدنظر باشد که وضعیت تأمین آموزش و بهداشت برای فرزندان زن سرپرست زیر خط فقر بسیار مهم است. به عبارتی می‌توان با جلدی گرفتن و ایجاد شرایط مناسب برای تحصیل و به دست آوردن مهارت‌های شغلی، حرفه‌ای و تحصیلی برای فرزندان این خانوارها، راهی جدید برای تأمین معاش این گروه از خانوارها پیدا کرد. بنابراین یکی از فاکتورهای اساسی و مهم برای کمک به سرپرستان زن (به خصوص زیر خط فقر) تأمین شرایط مناسب و محیط مفید و کارآمد برای کسب مهارت‌های شغلی و تحصیلی و خودکفا نمودن این خانوارهاست.

برای این منظور می‌توان جوایز و پاداش‌هایی را برای کودکان مدرسه‌رو در این خانوارها در نظر گرفت که در صورت ممتاز بودن و کسب نمرات خوب به صورت سالانه یا پایان هر ثلث تحصیلی به آنها داده شود تا بدین ترتیب کودکان این گروه از خانوارها از دوران کودکی به درس خواندن تشویق و ترغیب شده و اثرات آن در بزرگسالی خود و تأمین خانواده دیده خواهد شد. علاوه بر این می‌توان با ارائه بسته‌های حمایتی

تحصیلی به دانش آموزان مقاطع دبیرستان مانند کتاب‌های کمک آموزشی، آمادگی کنکور و... یا حتی ایجاد سهمیه مناسب در کلاس‌های آمادگی کارشناسی که با هزینه کمتر یا مجانی از این گروه ثبت نام صورت گیرد، زمینه‌های مساعد برای ورود فرزندان این خانوارها به دانشگاه را مهیا ساخت. از طرف دیگر ایجاد مراکز آموزش و فن آوری حرفه‌ای که به صورت خاص می‌تواند متعلق به این گروه باشد یا با سهمیه‌های مناسب و هزینه کم از این گروه ثبت نام کنند نیز، به عنوان راه کاری در جهت خودکفایی خانواده مطرح است. در اینجا این نکته باید مدنظر باشد که آموزش‌های حرفه‌ای که تعیین و تشویق می‌شود احتیاج به سرمایه گذاری زیاد اولیه از طرف فرد نداشته باشد و به علاوه بازار کار مناسب نیز بعد از آموزش این نوع از حرفه‌ها وجود داشته باشد. در غیر این صورت با وجود صرف هزینه و ارائه خدمات به آنها عملاً کاربردی نخواهد داشت و به مرور خانواده‌ها نیز راغب به استفاده از این خدمات نخواهند بود. مسئله دیگری که در اینجا حائز اهمیت است. این می‌باشد که به سلامت و بهداشت جسمی و روانی در این خانواده‌ها توجه کافی شود. با توجه به این که درصد قابل توجهی از آنها زیر خط فقر غذایی هستند و انتظار می‌رود بخشی از گروه بالای خط فقر نیز به دلایل عدم اطلاع که ناشی از بیسوادی و کم سوادی است و همچنین نبود منابع مالی مناسب نمی‌توانند از کالاهای خوراکی مقوی و مفید استفاده کنند و بعضاً دچار معلولیت‌های جسمی و روانی که ناشی از نبود بهداشت و تأمین غذای کافی است و شرایط خاص اجتماعی در این نوع از خانوارها که به احتمال زیاد ناشی از مرگ، طلاق یا ترک همسر و پدر خانواده می‌باشد، می‌تواند شرایط ناخوشایند و نااطمینانی را از لحاظ روانی بر کودکان تحمیل نماید. لذا استفاده از مددکاران اجتماعی و روانشناسان در کمک‌های فکری و روانی که سرپرست و فرزندان این خانواده‌ها به منظور تأمین فضای لازم و متعادل برای رشد فکری، جسمی و روانی این فرزندان بسیار مهم است. بنابراین لازم به نظر می‌رسد که مددکاران اجتماعی که از طرف این نوع سیستم حمایتی تحت آموزش قرار می‌گیرند، مهارت‌های لازم در شناسایی و کمک به وضعیت روحی، فکری و حتی تغذیه‌ای این خانوارها را داشته باشند و بتوانند با ارائه بسترهای حمایتی مناسب چه از لحاظ تحصیلی و آموزش و چه از جنبه تأمین بهداشت غذایی و روانی شرایط مناسب به منظور خارج شدن این گروه از چتر حمایتی دائم را فراهم آورند. براین اساس مشخص می‌شود که آموزش مددکاران در شناسایی نیازهای خانواده‌های آسیب‌پذیر با سرپرست زن و ارائه روش‌های مناسب به منظور تأمین این نوع خانواده‌ها در ارائه سیستم حمایتی دائم مهم می‌باشد.

گروه سوم که نیازمند حمایت دائم تشخیص داده شده‌اند، سالمندان می‌باشند که به دلیل سالخوردگی ناتوان از قرار گرفتن در دور تولید هستند. براساس سرشماری سال ۱۳۷۵، جمعیت ۶۰ به بالا در شهر ۶/۱۲ درصد از کل جمعیت را تشکیل می‌دهند. بدیهی است که این گروه علاوه بر نیازهای مادی، احتیاج به تأمین دارو، بهداشت و درمان، ورزش، شرایط مساعد زیستی از لحاظ استفاده از لوازم منزل متناسب با سن خود و... دارند. لذا سیستم حمایتی ارائه شده برای این گروه که با توجه به سن این افراد تا پایان زندگی ادامه دارد باید همه جانبه و گسترده باشد و کلیه نیازهای آنها را بر آورده سازد.

در تعیین یک سیستم حمایتی دائم برای سالمندان نیازمند ابتدا با این مسئله رو به رو می‌شویم که گروهی از سالمندان که تحت پوشش صندوق بازنشستگی یا مستمری تأمین اجتماعی هستند زیر خط فقر قرار دارند. بنابراین این دو سازمان نتوانسته‌اند که وظایف خود را در جهت تأمین نیازهای این گروه انجام دهند. از طرف دیگر بخش قابل توجهی از جامعه سالمندان کشور، زیر پوشش هیچ سازمان مشخصی قرار ندارند

و نیازهای آنها عمدتاً ناشناخته می‌باشد و به همین دلیل این گروه به صورت‌های موردی به ارگان‌های متفاوتی مانند کمیته امداد، بهزیستی و مراکز بهداشتی و درمانی مراجعه می‌کنند. با توجه به اطلاعات موجود مشخص نیست که چند درصد از سالمندان نیازمند به حمایت‌های مستقیم هستند و باید تحت پوشش سیستم حمایتی خاص قرار بگیرند و چند درصد از آنان با افزایش سازمان‌دهی بیمه‌ای و ارائه خدماتی نظیر درمان و داروهای مجانی یا با قیمت کم، ارائه بن‌های مشخص برای خرید مواد موردنیاز و بهبود وضعیت صندوق‌های بازنشستگی و مستمری تأمین اجتماعی و افزایش این مستمری می‌توانند به طور غیر مستقیم حمایت شوند. براین اساس به نظر می‌رسد که جهت حمایت از سالمندان احتیاج به دو سیستم حمایتی مجزاست. سیستم اول گروهی از سالمندان را تحت پوشش قرار می‌دهد که تحت حمایت هیچ سازمان حمایتی قرار ندارند و احتمالاً فرزندان یا افرادی نیز از آنها نگه‌داری نمی‌کنند. لذا سیستم پیشنهادی ناچار است تا کلیه نیازهای این گروه از نظر مادی، مسکن و حتی ایجاد شرایط مناسب زیستی از لحاظ استفاده مفید از باقی مانده زندگی را فراهم کند. بنابراین این نکته مهم است که در این گروه مددکاران باید آموزش‌های کافی در ارتباط با برخورد، شناسایی و درک نیازهای این گروه را داشته باشند و حتی از نظر سنی نیز آنها را طبقه بندی کنند. چرا که قطعاً نیازهای یک فرد ۶۰-۷۰ ساله کاملاً متفاوت با یک فرد ۸۰-۹۰ ساله است.

سیستم دوم گروهی از سالمندان را تحت پوشش قرار می‌دهد که بعضاً سرپرست خانوار بوده، سن چندان بالایی ندارند و فرزندان آنان از طریق سرپرست خانواده تأمین معاش می‌شوند. این گروه در صورتی که تحت پوشش صندوق بازنشستگی یا سازمان تأمین اجتماعی هستند، از طریق سازمان‌های مربوطه می‌توانند شناسایی شده و کمک‌ها و حمایت‌های خاص مربوط به خود را که می‌تواند شامل بسته‌های حمایتی غذایی، تحصیلی و درمانی باشد دریافت دارند و همان‌طور که گفته شد مستمری‌های مربوطه باید به گونه‌ای تغییر یابند که بتواند حداقل معاش را برای این گروه تأمین نماید گروهی هستند که سرپرست خانوار نمی‌باشند یا فقط همسرشان با آنها زندگی می‌کنند که کمک‌ها بیشتر به شکل تأمین حداقل نیاز مادی از طریق بالا بردن مستمری‌ها و یارانه درمانی از طریق سازمان‌های مسئول می‌باشد. به هر حال آنچه که در ارائه سیستم برای نیازمندان سالمند مهم است، شناسایی کامل وضعیت این گروه از نظر سنی و فراخوان برای سالمندان و احتمال کمتر تقرب در بعد خانواده می‌باشد که تفاوت در این دو مقوله، تفاوت‌های بنیادین را در نوع و چگونگی کمک‌ها به همراه دارد.

گروه آخر که مورد بررسی قرار گرفتند معلولین بودند، براساس سرشماری سال ۱۳۷۵، ۳/۴ درصد خانوارهای شهری دارای معلول بوده‌اند، ۱۰/۵ درصد از خانواده‌های دارای معلول سرپرست زن داشته‌اند که تنها ۳۰ درصد آنان با سواد بوده‌اند و سهم بزرگی از باسوادان نیز سواد ابتدایی داشته‌اند. البته این بی‌سوادی و کم‌سوادی در گروه سرپرستان مرد نیز که دارای فرد معلول در خانوار هستند قابل ملاحظه است. علاوه بر این تنها ۹۰۶ درصد از سرپرستان زن شاغل هستند. در گروه سرپرستان مرد ۶۸/۷ درصد شاغل هستند و بقیه افراد در گروه بیکاران و کارکنان فصلی و فامیلی طبقه بندی شده‌اند.

با توجه به اطلاعات تابلویی (Pannel) بودجه خانوار برای سال‌های ۱۳۷۱ تا ۱۳۷۴ تا حدودی توانسته‌ایم وضعیت معیشتی و اقتصادی این نوع خانوارها و روند وضعیت اقتصادی آنان را بررسی کنیم. به نظر می‌رسد که وضعیت خانوارهای شهری دارای معلول بهتر شده است. این بهبود در افزایش هزینه سرانه سالانه به قیمت‌های ثابت (نمودار ۴-۳-۶) مشخص می‌شود. از طرف دیگر بررسی وضعیت مصرف

کالاهای خوراکی برای خانوارهای معلول و میانگین جامعه شهری با استفاده از آمارهای تابلویی نشان می‌دهد که میزان مصرف کالاهای اساسی خوراکی این خانوارها مشخصاً در چهار سال مورد بررسی از میانگین جامعه کمتر است.

از نظر بهره‌گیری از خدمات و وسایل رفاهی نیز، اختلافات چندان چشمگیر نمی‌باشد و وضعیت به طور مشخص رو به بهبود بوده است. مسئله دیگر در مورد هزینه‌های مربوط به بهداشت و درمان این خانواده‌هاست که تفاوت قابل ملاحظه‌ای بین دهک‌های کم درآمد و ثروتمند دیده می‌شود. در مقایسه با کل جامعه هزینه سرانه سالانه برای دهک‌های درآمدی مختلف نشان می‌دهد که در تمام سال‌ها هزینه سرانه سالانه برای خانوارهای دارای معلول پایین‌تر از میانگین کل جامعه بوده است. البته این اختلاف در دهک‌های کم درآمد کمتر و در دهک‌های میانی و پردرآمد بیشتر است. به طور میانگین هزینه سرانه سالانه کل جامعه شهری ۱۰۵ برابر بیشتر از میانگین جامعه خانوارهای دارای معلول می‌باشد.

بدون شک خانوارهای دارای معلول در اکثر موارد جزء خانوارهای فقیر و با بعد خانوار بالاتر از میانگین جامعه هستند. اکثریت سرپرستان آنان بی‌سواد یا کم‌سواد بوده و نمی‌توانند برای فرزند خود امکانات معیشتی و بهداشتی مفیدی را ارائه نمایند. از سوی دیگر بخشی از درآمد این خانوارها به ناچار صرف تأمین هزینه‌های درمانی خرد معلول شده که این مطلب در بدتر شدن وضعیت این خانواده و سایر فرزندان مؤثر است.

به منظور ارائه یک سیستم حمایتی برای این گروه از خانوارها، ابتدا درجه معلولیت فرد معلول و در صورت درمان‌های خاصی که برای او لازم است، وضعیت درآمدی و رفاهی خانوار و این که تا چه اندازه قادر به اداره خانواده خود و فرد معلول هستند و... باید شناسایی شود. بنابراین برای این که این سیستم به صورت بهینه عمل نماید می‌توان از طریق مراکز درمانی که فرد معلول و خانواده، او به آن مراجعه می‌کنند، وضعیت این خانوارها شناسایی شده و با توجه به آن حمایت‌های لازم صورت گیرد. مسلماً این حمایت‌ها باید در جهتی باشد که فرد معلول حداقل بار هزینه‌ای را بر دوش خانواده داشته باشد و لوازم مورد نیاز او با توجه به درجه معلولیت وی مهیا شود تا شاید از این طریق در مرحله اول کمک به فرد معلول شده تا سر بار خانواده نباشد و در صورت پایین بودن درجه معلولیت بتواند تا حدی نیازهای معیشتی خود را از طریق کارهای که قادر به انجام آن است، انجام دهد و در مرحله دوم خانواده فرد معلول توانایی مراقبت از او و سایه فرزندان را با آسودگی بیشتر خواهند داشت.

در پایان مقایسه‌ای داریم بین گروه‌های نیازمند حمایت دائم و با توجه به شاخص‌های رفاهی و هزینه‌ای، وضعیت این گروه‌ها را مورد بررسی قرار می‌دهیم تا بدین وسیله ارائه سیستم‌های حمایت دائم از هدفمندی بهتری برخوردار باشند. ابتدا جدول ۱۳-۳-۶ ارائه می‌شود که تصویری کلی از شاخص‌های فقر را ارائه می‌دهد.

جدول ۱۳-۳-۶- بررسی فقر برای خانوارهای نیازمند حمایت دائم و میانگین جامعه شهری در سال ۱۳۷۴

شهری	درصد زیر خط فقر	خط فقر سرانه ریالی	ضریب جینی
سرپرستان زن شاغل	۱۰/۳	۵۵۳۲۰۰	۰/۴۹۳۳
سرپرستان زن بیکار	۸/۷	۲۸۶۰۵۹	۰/۴۴۸۱
سرپرستان زن بی سواد	۱۵/۵	۶۲۴۱۸۶	۰/۴۲۷۶
سرپرستان زن کم سواد	۱۳/۳	۸۰۳۴۱۴	۰/۴۲۹۲
خانوارهای دارای معلول	-	-	۰/۳۴۹۲
میانگین جامعه شهری	۱۳	۶۸۳۱۲۸	۰/۴۲۲۱

مأخذ: محاسبات گروه تحقیق

جدول ۱۳-۳-۶، وضعیت درصد زیر خط فقر، خط فقر ریالی و ضرایب جینی را نشان می دهد، چنانچه بخواهیم مقایسه ای بهتر و اصولی داشته باشیم، شاخص های مربوط به نسبت هزینه چند گروه کالاهای اساسی را نیز که در جدول ۱۴-۳-۶ آمده است در کنار جدول ۱۳-۳-۶ می گذاریم.

جدول ۱۴-۳-۶- نسبت هزینه گروه های کالایی به هزینه کل (۱۳۷۴) برای میانگین جامعه

شهری	سهم خوراک	سهم مسکن	سهم پوشاک	سهم حمل و نقل
سرپرستان زن شاغل	۲۹	۳۵	۹	۹
سرپرستان زن بیکار	۲۹	۴۲	۷	۵
سرپرستان زن بی سواد	۳۲	۴۱	۸	۴
سرپرستان زن کم سواد	۲۸	۴۰	۸	۵
خانوارهای دارای معلول	۳۴	۳۵	۷	۱۰
میانگین جامعه شهری	۳۲	۳۰	۹	۱۰

مأخذ: محاسبات گروه تحقیق

زیاد بودن سهم های هزینه ای برای کالایی خاص نشان می دهد که خانوار از وضعیت نامناسب و نامتناسب درآمدی و معیشتی برخوردار است و به ناچار هزینه های بالایی را برای یک یا دو گروه کالایی پرداخت می کند و سایر گروه های کالایی بی نصیب مانده اند.

همان طور که ملاحظه می شود، بر اساس درصد زیر خط فقر، بیشترین درصد فقرا در گروه سرپرستان زن بی سواد قرار دارند. این گروه ۴۱ درصد از هزینه های خود را صرف مسکن کرده است، که در مقایسه با میانگین جامعه شهری ۱۱ درصد بیشتر است. همین افزایش سهم منجر به افزایش خط فقر ریالی برای این گروه شده است. در مورد زنان سرپرست شاغل و بیکار نیز سهم مسکن در مقایسه با سایر هزینه ها قابل توجه است. مسلماً برای این نوع خانوارها که شرایط خاص سرپرستی زن را در خانواده دارند داشتن مسکن و سرپناه بسیار مهم است که باعث بالا رفتن سهم این کالا در سبد کالاهای مصرفی شده است. در بین گروه های مورد مقایسه سرپرستان زن شاغل بدترین نحوه توزیع درآمد را دارند که با توجه به انواع شغل ها

بدیهی به نظر می‌رسد.

به منظور ارائه روشن‌تر نتایج به دست آمده در مورد گروه‌های نیازمند حمایت دائم، در جدول زیر شاخص‌های مؤثر روی فقر را برای گروه‌های مورد نظر آورده‌ایم.

جدول ۱۵-۳-۶- بررسی شاخص‌های فقر - ۱۳۷۴

شهری	درصد زیر خط فقر	ضرب توزیمی	سطح خوراک	تسهیلات زندگی*	متراژ سرانه مسکن	شکاف فقر
سرپرستان زن شاغل	۱۰۳	۰.۴۹۳۳	۲۹	متوسط	۱۹۹.۶۸	۵۱۶,۹۷۴
سرپرستان زن بیکار	۸۷	۰.۴۴۸۱	۲۹	متوسط	۹۹.۳۴	۱,۳۲۱,۶۱۳
سرپرستان زن بی‌سواد	۱۵۵	۰.۴۲۷۶	۳۲	ند	۷۳.۲	۳,۲۶۱,۸۰۱
سرپرستان زن کم‌سواد	۱۳۳	۰.۴۲۹۲	۲۸	متوسط	۱۰۸.۰۵	۳,۴۰۸,۵۶۸
خانوارهای دارای معلول	-	۰.۳۴۹۲	۳۴	متوسط خوب	۱۱۴.۲	

مأخذ: محاسبات گروه تحقیق

* منظور امکان استفاده از تسهیلات زندگی می‌باشد. نظیر آب لوله‌کشی، گاز، برق، تلویزیون و...

جدول بالا خلاصه‌ای کلی از وضعیت معیشتی و فقر گروه‌های نیازمند حمایت دائم در شهر به غیر جمعیت سالمندان را نشان می‌دهد. در کنار شاخص‌های درصد زیر فقر، ضریب توزیمی و وضعیت رفاهی خانوار، شاخص شکاف فقر در بیان‌کننده عمق فقر می‌باشد نیز نشان داده شده است.

۳-۲- شناسایی وضعیت رفاهی و معیشتی گروه‌های نیازمند حمایت دائم در روستا

چارچوب یک برنامه حمایت دائم برای نیازمندان روستایی

در قسمت ۱-۳ وضعیت اقتصادی، رفاهی و معیشتی شهرنشینان نیازمند یک برنامه حمایتی دائم مورد بررسی قرار گرفت. در این بخش خانوارهای روستایی مورد بررسی قرار می‌گیرند، برای روستاییان نیز چند گروه نیازمندان به طور مجزاشناسایی و علاوه بر بررسی وضعیت رفاهی و اقتصادی آنها و تخمین نسبی از تعداد آنها، نحوه ارائه کمک‌ها نیز ارائه می‌شود.

در حال حاضر مهم‌ترین و مشخص‌ترین سازمانی که ارائه دهنده کمک‌های دائمی به روستاییان می‌باشد، کمیته امداد امام خمینی است که با طرح‌های متفاوتی مانند طرح حضرت زینب و طرح شهید رجایی به روستاییان کمک می‌کند.

سرپرستان زن

اولین گروهی که بررسی می‌شود، خانوارهای با سرپرست زن در جامعه روستایی هستند که به دو گروه بزرگ شاغل و بیکار تقسیم می‌شود.

بر اساس آمارهای جمعیتی کلان در سرشماری سال ۱۳۷۵، ۸/۵ درصد از کل خانوارهای روستایی، سرپرست زن دارند که از این تعداد ۱۸/۵ درصد خود را شاغل معرفی کرده‌اند و بقیه با توجه به گروه بندی مرکز آمار ایران و آمارهای بودجه خانوار جزء بیکاران محسوب می‌شوند. هرچند که در گروه بندی بزرگ

جامعه بیکاران ۰۰۴ درصد بیکار، ۰۰۵ درصد محصل، ۴۹ درصد خانه دار، ۲۵٫۶ درصد دارای درآمد بدون کار و ۵۵/۵ درصد جزء گروه سایر و اظهار نشده هستند.

در کل جامعه آماری روستایی در سال ۱۳۵۷، ۳۷۷۵۵۴ خانواده با سرپرست زن وجود دارد که با در نظر گرفتن ۱۸/۵ درصد شاغلین و ۲۵/۶ درصد دارای درآمد بدون کار، به نظر می‌رسد که تعداد خانوارهای با سرپرست زن بیکار که منبع درآمدی مشخصی ندارند ۲۱۱۰۵۳ خانوار خواهد بود.

به منظور بررسی وضعیت اقتصادی و معیشتی این گروه از خانوارها، با توجه به اطلاعات بودجه خانوار در سال ۱۳۷۴ دو گروه سرپرستان زن شاغل و بیکار و میانگین کل جامعه روستایی (به منظور مقایسه) مورد بررسی قرار می‌گیرند. میانگین هزینه سرانه سالانه یک سرپرست زن روستایی که بیکار می‌باشد ۹۹۸۹۴۱ ریال است که در مقایسه با آن میانگین هزینه سرانه سالانه سرپرست زن شاغل روستایی، ۱/۱۴ برابر بیشتر و میانگین هزینه سرانه سالانه کل جامعه روستایی نیز ۱/۱۸ برابر بیشتر است. جدول زیر هزینه سرانه سالانه برای هشت گروه کالای اساسی را برای خانوارهای با سرپرست زن در جامعه روستایی که بیکار می‌باشند و نسبت تفاوت این هزینه‌ها را با دو گروه میانگین کل کشور و میانگین سرپرستان زن شاغل در روستاها نشان می‌دهد.

جدول ۱۶-۳-۶- هزینه هشت گروه کالای اساسی برای سرپرستان زن بیکار و مقایسه با شاغلین و میانگین جامعه

روستایی (۱۳۷۴)

گروه‌های کالایی	هزینه برای بیکاران	نسبت هزینه شاغلین به بیکاران	نسبت هزینه میانگین کل به بیکاران
خوراک و دخانیات	۴۹۴۴۶۴	۱/۱۲	۱/۱۸
پوشاک	۹۰۳۳۴	۱/۴۷	۱/۵۸
مسکن	۱۸۸۵۷۸	۰/۹۱	۰/۸
لوازم منزل	۶۱۸۹۳	۱/۷۹	۱/۵۱
بهداشت و درمان	۵۹۰۳۴	۰/۶۶	۱
حمل و نقل	۴۳۶۶۷	۱/۰۴	۱/۶۸
آموزش و تفریح	۱۰۵۵۷	۱/۹۴	۱/۸۱
سایر	۵۰۴۱۳	۱/۳۷	۱/۱۸

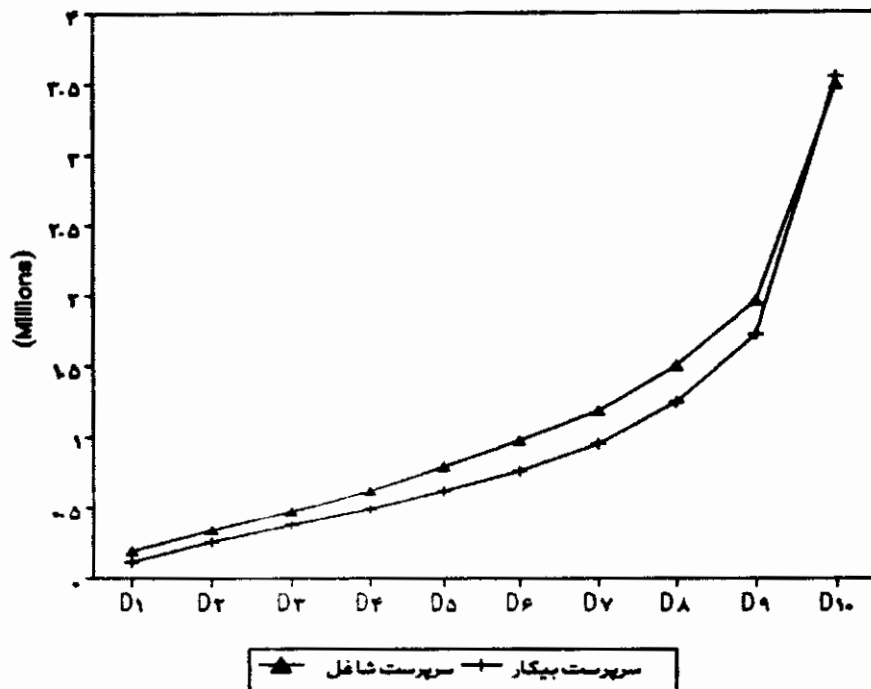
مأخذ: محاسبات گروه تحقیق

جدول ۱۳-۳-۶ نشان می‌دهد که در مقایسه با گروه شاغلین به غیر از هزینه‌های مسکن و بهداشت و درمان، میانگین جامعه روستایی بیکاران در بقیه گروه‌های کالایی هزینه‌ای کمتری را پرداخت کرده‌اند. در مقایسه با جامعه روستایی کل کشور نیز تنها هزینه مسکن است که بیشتر می‌باشد و بقیه هزینه‌ها حدود یک برابر کمتر هستند.

بالا بودن هزینه پرداخت شده مسکن برای جامعه سرپرستان زن بیکار می‌تواند دو دلیل عمده داشته باشد. اول این که، داشتن مسکن و سرپناه برای این گروه بسیار مهم و حیاتی می‌باشد و با توجه به این که بیکار

هستند، خود شخصاً باید هزینه مسکن شان را پرداخت کنند و از طریق محل کارشان مسکن در اختیار ندارند. به گونه‌ای که برای گروه‌های پایین و میانی مسکن بعد از خوراک بالاترین سهم هزینه‌ای را به خود اختصاص داده است و حدود ۳۰ درصد از درآمد خانوار را به خود جذب می‌کند.

نمودار ۵-۳-۶- مقایسه هزینه سرانه سالانه سرپرستان زن جامعه روستایی کل کشور



دوم این که دهک‌های بالایی این جامعه، با توجه به درآمدهای بسیار بالا (نسبت به میانگین)، هزینه‌های بالایی نیز برای گروه‌های کالایی نظیر مسکن و بهداشت و درمان پرداخت کرده‌اند که باعث بالا رفتن میانگین هزینه این گروه‌های کالایی می‌شود.

نمودار ۵-۳-۶ میانگین هزینه سرانه سالانه سرپرستان زن بیکار و شاغل را با هم مقایسه می‌کند و نشان می‌دهد که برای تمام بیستک‌های درآمدی غیر از دهک آخر درآمد شاعین بیشتر می‌باشد هرچند که تفاوت‌ها در بیستک‌های میانی بیشتر و در بیستک‌های فقیر کمتر است.

بررسی فقر

از طریق ماتریس ارزش‌های غذایی و به دست آوردن درصد زیر خط فقر و خط فقر ریالی نیز از جنبه‌ای دیگر از وضعیت اقتصادی دو گروه مورد بررسی قرار می‌گیرند. براساس اطلاعات به دست آمده حدود ۳۱.۸ درصد از افراد در گروه بیکاران سرپرستان زن جامعه روستایی با خط فقر ریالی ۴۶۴۶۹۹ ریال زیر خط فقر هستند این درصد برای گروه شاغلین ۱۲/۸ درصد و خط فقر ریالی ۳۱۴۴۵۵ ریال می‌باشد.

مشاهده می‌شود که درصد قابل ملاحظه‌ای از خانوارهای با سرپرست زن بیکار زیر خط فقر قرار دارند و قطعاً با در نظر گرفتن افراد تحت تکفل این گروه به جمعیت محتاج حمایت، تعداد قابل توجهی خواهند بود

به منظور بررسی وضعیت توزیع درآمد در هریک از دو گروه و بررسی این مسئله که آیا حقیقتاً پر درآمد جامعه بیکاران روستایی، مانند جامعه شهری از وضعیت کاملاً متفاوت و بسیار بهتری برخوردار هستند یا نه، از ضرایب توزیعی و سهم‌های درآمدی استفاده می‌کنیم.

جدول ۱۷-۳-۶- ضریب جینی و سهم‌های درآمدی برای سرپرستان زن بیکار و شاغل روستایی (۱۳۷۴)

نسبت D۱۰/D۱	سهم ۲۰٪ غنی	سهم ۴۰٪ دوم	سهم ۴۰٪ اول	Gini	
۳۱/۶	۰/۵۲	۰/۳۵	۰/۱۲	۰/۴۶۸۸	سرپرست زن بیکار
۱۸/۶۱	۰/۴۷	۰/۳۸	۰/۱۴	۰/۴۲۰۸	سرپرست زنان شاغل

مأخذ: محاسبات گروه تحقیق

همان گونه که ملاحظه می‌شود وضعیت توزیع درآمد در هر دو جامعه به خصوص جامعه بیکاران بسیار نامناسب است. با استفاده از نمودار ۵-۳-۶ نیز مشخص می‌شود که تفاوت هزینه سرانه بین دو گروه چندان زیاد نمی‌باشد و حتی در بیستک آخر هزینه سرانه سالانه گروه بیکاران بیشتر از شاغلین است. می‌توان احتمال داد که گروه‌های پر درآمد بیکاران متعلق به گروه دارای درآمد بدون کار هستند. بنابراین در انتخاب یک برنامه حمایتی باید تقسیم بندی‌های جزئی‌تر را مدنظر قرار داد و دقت لازم در شناسایی افراد نیازمند به کار رود.

بررسی وضعیت استفاده و بهره‌گیری از خدمات و وسایل رفاهی قسمت پایانی بررسی دو گروه را شامل می‌شود، که در جدول زیر درصد بهره‌گیری هر دو گروه آورده شده است و برای مقایسه بهتر میانگین کل جامعه روستایی نیز در ستون سوم، در نظر گرفته شده است.

جدول ۱۸-۳-۶- بهره‌گیری از وسایل و خدمات رفاهی سرپرستان زن روستایی (۱۳۷۴)

عنوان	سرپرست زن شاغل	سرپرست زن بدون شغل	میانگین کل جامعه روستایی
بعد خانوار (نفر)	۳/۹	۲/۸	۵/۶۶
سرانه زیربنا (مترمربع)	۷۲/۱۴	۶۲/۵	۸۱/۴
تعداد سرانه اتاق	۰/۷۹	۰/۹۷	۰/۵۸
آشپزخانه (درصد)	۴۱	۳۹	۵۲
اتومبیل (درصد)	۰	۱	۴
تلویزیون رنگی (درصد)	۴	۳	۱۰
فریزر (درصد)	۱	۲	۳
یخچال (درصد)	۶۹	۶۱	۷۱
ماشین لباسشویی (درصد)	۶	۶	۱۱

مأخذ: محاسبات گروه تحقیق

جدول بالا نشان می‌دهد با وجود این که میانگین کل جامعه روستایی نیز تا رسیدن به استانداردهای

مناسب زندگی فاصله زیادی دارد اما دو گروه سرپرستان زن روستایی فاصله قابل ملاحظه‌ای حتی با میانگین کل دارند و وضعیت بهره‌گیری گروه سرپرستان زن بدون شغل نامناسب تراز گروه سرپرستان زن شاغل می‌باشد.

طرح حضرت زینب

به منظور حمایت از زنان بی‌سرپرست روستایی، از سال ۱۳۷۳ طرحی از طریق بانک کشاورزی و با همکاری کمیته امداد در روستاهای کشور به اجرا گذاشته شد. در این طرح به زنان بی‌سرپرست وام‌هایی در زمینه‌های کشاورزی، دامداری، قالیبافی، جاجیم بافی، خیاطی و گلدوزی، صنایع دستی و سایر موارد تولیدی و اشتغال زایی پرداخت می‌شود.

جدول زیر تعداد مورد وام و کل مبلغ پرداختی را نشان می‌دهد. همان‌طور که ملاحظه می‌شود برای تمام سال‌های کاهش در تعداد و میزان وام داشته‌ایم.

جدول ۱۹-۳-۶- تعداد وام و کل وام پرداختی توسط طرح حضرت زینب

	سال ۱۳۷۳		سال ۱۳۷۴		سال ۱۳۷۵		سال ۱۳۷۶	
	ارقام	درصد تغییرات	ارقام	درصد تغییرات	ارقام	درصد تغییرات	ارقام	درصد تغییرات
تعداد	۵۱۶۰	-	۲۴۰۱	-۵۳.۵	۲۳۰۹	-۳.۸	۱۶۷۳	-۲۷.۵
مبلغ (میلیارد ریال)	۵.۸	-	۲.۳	-۶۰.۳	۲.۷	۱۷.۴	۱.۹	-۲۹.۶

مآخذ: سالنامه‌های آماری کمیته امداد امام خمینی.

مشخص است که این طرح فراگیر و کارساز نمی‌باشد و موارد معدودی را شامل می‌شود و این‌طور که از ارقام و مبالغ وام مشخص است نتوانسته است حرکت مثبت و فزاینده‌ای را به سمت جلو داشته باشد. در کنار کمیته امداد، سازمان بهزیستی همان‌گونه که در شهر بخشی از زنان خود سرپرست را تحت پوشش قرار داده است. در روستا نیز با سهم کمتری این زنان را حمایت می‌کند. براین اساس تعداد ۴۰۴۵۰ زن سرپرست خانوار از مجتمع‌های روستایی خدمات دریافت می‌کنند، با توجه به بعد خانوار در روستا (۳ نفر برای زنان خودسرپرست) تعداد ۱۲۲۳۲۱ نفر تحت پوشش می‌باشند.

سالمندان روستایی

بخش دیگری از جامعه که محتاج حمایت‌های دائمی می‌باشند سالمندان هستند، مسلماً با توجه به وضعیت درآمدی گذشته سالمندان و همین‌طور نوع شغلی که داشته‌اند و وضعیت خانوادگی و جسمانی آنها میزان و نوع کمک‌ها متفاوت خواهد بود.

طرح شهید رجایی

اصلی‌ترین طرحی که در زمینه کمک به سالمندان در کشور اجرای می‌شود، طرح شهید رجایی است. این طرح توسط کمیته امداد امام خمینی اجرا می‌گردد و شامل سالمندان روستایی نیازمند بالای ۶۰ سال سن و افراد تحت تکفل آنها می‌باشد که به لحاظ تر حور داری از شرایط لازم تحت پوشش این طرح قرار گرفته و

ماهیهانه مبالغی مستمری به صورت نقد و کالا دریافت می‌دارند.

بر اساس اطلاعات سالنامه آماری و آمارنامه‌های سالانه کمیته امداد امام خمینی جمعیت تحت پوشش طرح شهید رجایی (حمایت سالمندان نیازمند روستایی و عشایری) از نیمه دوم سال ۱۳۶۰ و سال‌های ۱۳۶۴ تا ۱۳۷۶، ۶۳۷/۷ هزار خانوار (۱/۶ میلیون نفر) بوده‌اند و کل کمک‌های پرداختی ۱۳ ساله این طرح مبلغ ۱۲۱۲/۳ میلیارد ریال می‌باشد.

بر حسب مصوبه شورای مرکزی، سرانه مستمری ماهیهانه خانوارها در سال ۱۳۷۶ به شرح زیر بوده است: به خانوارهای یک نفره ۲۵۰۰۰ ریال، دو نفره ۴۰۰۰۰ ریال، سه نفره ۵۰۰۰۰ ریال، چهار نفره ۵۶۰۰۰ ریال، پنج نفره و بیشتر ۶۲۰۰۰ ریال. به علاوه در پایان سال به هر خانوار تحت پوشش این طرح معادل سرانه یک ماه عیدی پرداخت شده است.

طرح شهید رجایی خانوارهای روستایی و عشایری را شامل می‌شود، اما با توجه به این که این بخش از گزارش فقط خانوارهای روستایی را در بر می‌گیرد. لذا آمار و اطلاعات ارائه شده تا جایی که قابلیت تفکیک داشته است، فقط مختص به روستاییان خواهد بود. به منظور بررسی روند ارائه کمک‌ها تعداد و خانوارهای تحت پوشش این طرح پنج سال ۱۳۶۶، ۱۳۶۸، ۱۳۷۲، ۱۳۷۴ و آخرین آمار موجود (۱۳۷۶) در نظر گرفته می‌شود.

در سال ۱۳۶۶ افزون بر ۴۵۲۹۵۰ نفر سالمند محروم روستائین بالای ۶۰ سال سن مشمول طرح، از خدمات امداد بهره‌مند شده‌اند که از این تعداد ۹۸/۸ درصد افراد روستایی بوده‌اند. ۴۹/۶ درصد را مردان و ۵۰/۴ درصد را زنان سالمند تشکیل می‌دهند که از کل مبلغ پرداختی به این گروه ۹۷ درصد به صورت نقدی و ۳ درصد به صورت جنسی بوده است.

در سال ۱۳۶۸، بر حسب مصوبه مجلس شورای اسلامی به هر سالمند نیازمند روستایی ماهیهانه ۳۰۰۰ ریال و در صورتی که همسر او نیز واجد شرایط باشد ماهیهانه به هر نفر ۲۵۰۰ ریال پرداخت گردید. ماهیهانه پرداختی مشخصاً بیانگر این است که به هیچ وجه هزینه‌های سالمندان روستایی نمی‌دهد. در پایان سال ۴۸۴۳۲۹ سالمند روستایی تحت پوشش این طرح قرار داشتند. بر اساس اطلاعات ارائه شده توسط شاخه‌ها تعداد افراد تحت تکفل سالمندان تحت پوشش ۸۶۱ هزار نفر بوده که با احتساب خود سالمند می‌توان گفت تعداد افراد بهره‌مند از خدمات طرح شهید رجایی افزون بر ۱۴۴۵۳۰۰ نفر بوده است.

در این سال نیز اکثریت کمک شدگان را روستاییان تشکیل داده‌اند و بیش از ۵۰ درصد آنان زن بوده‌اند. بر حسب مصوبه مجلس شورای اسلامی در سال ۱۳۷۲ به هر نفر سالمند روستائین نیازمند بالای ۶۰ سال سن ماهیهانه ۱۵۰۰۰ ریال و در صورتی که همسر او نیز واجد شرایط بوده باشد، ماهیهانه به هر دو نفر آنها ۲۵۰۰۰ ریال و تا سه فرزند واجد شرایط آنان نیز به هر نفر ۵۰۰۰ ریال پرداخت گردیده است. مضافاً بر این که در پایان سال به هر نفر سالمند و افراد تحت تکفل آنها نیز مطابق شرایط فوق یک ماه مستمری به عنوان عیدی پرداخت شده است. در پایان سال ۱۳۷۲ تعداد ۶۳۸۵۳۹ نفر سالمند تحت پوشش این طرح قرار داشته‌اند از نظر وضعیت جسمانی اکثر کمک گیرندگان را افراد از کار افتاده تشکیل می‌دهند و علاوه بر این حدود ۸۰ درصد آنان تنها زندگی می‌کرده‌اند. در این سال ۴۳/۶ درصد افراد تحت پوشش را مردان و ۵۶/۴ درصد را زنان تشکیل داده‌اند.

در سال ۱۳۷۴ بر حسب مصوبه مجلس شورای اسلامی ماهیهانه به خانوارهای یک نفره ۱۷۰۰۰ ریال، دو

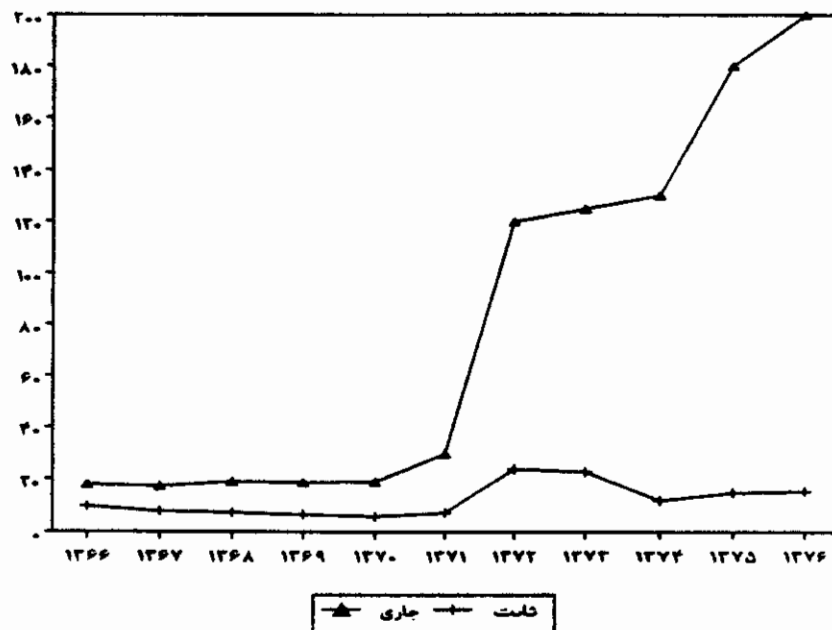
نفره ۲۸۰۰۰ ریال، سه نفره ۳۴۰۰۰ ریال، چند نفره ۴۰۰۰۰ ریال، پنج نفره و بیشتر ۴۵۰۰۰ ریال پرداخت گردیده است.

در پایان سال ۱۳۷۴ تعداد ۶۱۵۸۴۶ خانوار سالمند با جمعیت ۱۴۵۶۲۷۶ نفر تحت پوشش این طرح قرار داشته‌اند. برای این سال نیز بیش از ۹۷ درصد طرح شامل روستاییان شده است و اکثریت تحت پوشش را زنان تشکیل داده‌اند.

نمودار شماره ۶-۳-۶ نشان می‌دهد که میزان سرانه پرداخت به افراد تحت پوشش طرح شهید رجایی به قیمت‌های ثابت سال ۱۳۶۹ روندی تقریباً صعودی داشته است به خصوص برای سال ۱۳۷۲ که تعداد افراد تحت پوشش کاهش یافته و افزایش قابل ملاحظه‌ای نیز در میزان مستمری پرداختی مشاهده می‌شود (البته لازم به ذکر است که میزان کمک‌های پرداختی شامل کمک‌های جنسی و مادی است هرچند که درصد ناچیزی از آن را کمک‌های جنسی تشکیل می‌دهد).

با توجه به آمارهای جمعیتی سال ۱۳۷۵ که تعداد ۶۰ سال به بالاها را ۱۴۶۷۸۳۲ نفر سرشماری کرده است و این تعداد ۶/۴ درصد از کل جامعه روستایی را تشکیل می‌دهند. آمارهای کمیته امداد برای این سال نشان می‌دهد که حدوداً ۳۰ درصد از کل جامعه روستایی ۶۰ سال به بالا تحت پوشش می‌باشند و چنانچه افراد تحت تکفل آنها را نیز به حساب آوریم ۶/۵ درصد از کل جمعیت روستایی را شامل می‌شوند. بر پایه آمار کلان جمعیتی سال ۱۳۷۵^۱ تعداد روستاییان ۶۰ سال به بالا در گروه مردان ۹۴۶۲۶۷ نفر و تعداد زنان ۷۶۴۳۹۵ نفر می‌باشد. که در مجموع این تعداد ۷/۴ درصد از کل جمعیت جامعه روستایی کشور را به خود اختصاص داده‌اند.

نمودار ۶-۳-۶- پرداخت به افراد تحت پوشش طرح شهید رجایی



بر اساس همین منبع آماری تعداد ۶۰ سال به بالاها تنها در نقاط روستایی کشور ۱۵۲۱۲۱ نفر است که

^۱ سرشماری نفوس و مسکن مرکز آمار ایران، ۱۳۷۵.

۸/۹ درصد که کل جامعه ۶۰ سال به بالای روستایی را تشکیل می‌دهند و تعداد ۶۰ سال به بالا‌هایی که سرپرست خانواده هستند ۱۰۶۰۲۱۲ نفر است که ۱۶ درصد آن را زنان و ۸۳/۹ درصد را مردان تشکیل می‌دهند. البته بنا به تعریف مرکز آمار ایران در شرایطی که خانواده قادر به تعیین سرپرست به طور مشخص نباشد مسن ترین عضو خانواده، سرپرست خانواده تلقی می‌شود. این مسئله به خصوص در مورد روستاییان مصداق بیشتری دارد. از کل جمعیت ۶۰ سال به بالای جامعه روستایی ۱۴/۶ درصد (۲۵۱۲۵ نفر) بیشتر از ۷ ماه قبل از مراجعه مأمور آمار بیکار بوده‌اند. از کل شاغلین این گروه سنی نیز ۹۴/۴ درصد در بخش خصوصی و ۳/۴ درصد در بخش دولتی و تعاونی کار می‌کنند. با توجه به این که درصد قابل توجهی از این گروه در بخش خصوصی فعال هستند لزوم ارائه یک سیستم بهینه و کارآمد برای این گروه ضروری می‌باشد.

مفید خواهد بود چنانچه گروه‌های عمده فعالیت این گروه سنی را هم مورد بررسی قرار دهیم، در اینجا کل شاغلین را به ۵ گروه عمده شغلی تقسیم می‌کنیم (برگرفته شده از ۱۰ گروه عمده شغلی مرکز آمار) و مشخص خواهد بود که با توجه به این که جامعه روستاییان مورد بررسی قرار می‌گیرد قسمت اعظم جمعیت در بخش کشاورزی فعال باشند. مطابق با سرشماری سال ۱۳۷۵ حدود ۸۱/۶ درصد از جامعه روستایی را کارکنان ماهر کشاورزی، جنگلداری و ماهیگیری تشکیل می‌دهند. گروه دوم کارگران ساده در کلیه بخش‌ها هستند که به این تعداد گروه اظهار نشده را هم اضافه کرده‌ایم و در مجموع ۱۰/۸ درصد از کل شاغلین را تشکیل داده‌اند. گروه‌های سه و چهار هر کدام ۳/۵ درصد از کل شاغلین را تحت پوشش قرار داده‌اند و شامل گروه‌های صنعتگران و کارکنان ساختمانی و استخراج و متصدیان ماشین‌آلات و دستگاه‌ها، مونتاژ کاران و رانندگان وسایل نقلیه و... و گروه بعد کارکنان خدماتی و فروشندگان می‌باشند. گروه آخر که کمترین درصد شاغلین به خود اختصاص داده است، قانون‌گذاران و مقامات عالی رتبه، مدیران و متخصصان، تکنسین‌ها و دستیاران و کارمندان امور اداری و دفتری هستند که ۰/۸۱ درصد از کل شاغلین در روستا را شامل می‌شوند.

همانند شهر بخشی از سالمندان روستایی را جزء گروه بازنشستگان در نظر می‌گیریم بخشی از این گروه کارمندان بخش دولتی بوده و از صندوق بازنشستگی مستمری دریافت می‌کنند. این تعداد در سال ۱۳۷۵، حدوداً ۸۶۳۲۲ نفر می‌باشند که براساس آمار بودجه خانوار، ۵/۸ درصد زیر خط فقر دارند. درصد زیر خط فقر قابل ملاحظه این گروه باعث شده است که ۱۳۶۳۹ خانوار روستایی زیر خط فقر قرار گیرند و با توجه به بعد خانوارهای بازنشسته روستایی تعداد جمعیت زیر خط فقر بالغ بر ۶۵۴۴۷ نفر می‌شود. در به کارگیری این اطلاعات باید جانب احتیاط رعایت شود، چرا که تعداد بازنشستگان روستایی که تحت پوشش صندوق بازنشستگی می‌باشند، از طریق نسبت کارمندان دولت در شهر و روستا به دست آمده است و تعداد این افراد قطعیت ندارد.

از سوی دیگر انتظار می‌رود که با توجه به کمتر بودن میانگین حقوق پرداختی به کارمندان در روستاها، مستمری پرداخت شده از طرف دو سازمان صندوق بازنشستگی و تأمین اجتماعی کمتر از میانگین مستمری این دو صندوق باشد که شاید یکی از دلایل بالا بودن درصد زیر خط فقر در روستاها در گروه بازنشستگان روستایی این مسئله است. اما باید به این نکته توجه داشت که درصد زیر خط فقر در روستا در سال ۱۳۷۴، ۲۱/۵ درصد بوده است که همانند شهر در اینجا هم مشخص است که درصد زیر خط فقر بازنشستگان کمتر می‌باشد.

معلولان روستایی

گروهی دیگر از اقشار نیازمندان حمایت‌های دائم، معلولان هستند، در این قسمت نیز مانند جامعه شهری خانوارهای روستایی دارای معلول از نقطه نظر کلان (براساس سرشماری آماری ۱۳۷۵) و خرد (براساس نمونه گیری آمارهای تابلویی در چهار ساله ۱۳۷۱ تا ۱۳۷۴) مورد بررسی قرار می‌گیرند.

با توجه به این که امکانات بهداشتی و پزشکی در روستاها کمتر از شهرها می‌باشد، ارائه حمایت‌های دائمی به خانوارهای دارای معلول روستایی از اهمیت بیشتری برخوردار است.

براساس سرشماری سال ۱۳۷۵، وجود فرد یا افراد معلول در مورد معلولیت‌های مختلف، خانوار مورد پرسش قرار گرفته است. بنابراین در صورتی که حداقل یکی از اعضای خانوار، حداقل یکی از معلولیت‌های نایبایی، ناشنوایی، جسمی - حرکتی و عقب ماندگی ذهنی را داشته باشد خانوار دارای معلول محسوب شده است. براین اساس تعداد روستاییان معلول از این سرشماری به دست نیامده است.

بر پایه سرشماری سال ۱۳۷۵، در نقاط روستایی کشور ۲۰۶۹۲۱ خانواده دارای معلول بوده‌اند که ۴۷ درصد از خانوارهای روستایی را تشکیل می‌دهند (قابل توجه است که درصد خانوارهای روستایی دارای معلول ۱/۳ درصد بیشتر از شهرنشینان است).

در میان این نوع خانوارها در روستا، ۹۱/۸ درصد سرپرستان زن داشته‌اند که بیشترین نسبت مربوط به سرپرستان زن ۶۰ ساله و بیشتر بوده است. در نقاط روستایی ۷۲/۸۱ درصد از زنان سرپرست شوهرشان را به واسطه فوت از دست داده‌اند و در مقابل ۹۴/۶۴ درصد از سرپرستان مرد دارای همسر می‌باشند.

در روستاهای کشور مسئله بی‌سوادی سرپرستان مرد که فرد معلولی در خانواده دارند کاملاً مشخص است به طوری که تنها ۳۷/۲۷ درصد از سرپرستان مرد روستایی باسواد هستند از بین سرپرستان زن روستایی نیز فقط ۸/۴۸ درصد آنان باسوادند. در بین باسوادان نیز بالاترین رده باسوادی در بین کسانی دیده می‌شود که فقط ابتدایی را تمام کرده‌اند.

براساس آمار منتشره، ۷۵/۶ درصد از مردان سرپرست خانوارهای دارای معلول شاغل می‌باشند و بعد از این گروه ۱۱/۹۹ درصد دارای درآمد بدون کارند. در مورد زنان سرپرست نیز، فقط ۱۴/۲۵ درصد شاغل هستند و اکثریت جزء گروه خانه داران با سهم ۴۴/۴۹ درصد قرار دارند. بعد از این گروه نیز با سهم ۳۱/۶۷ درصد دارای درآمد بدون کار قرار می‌گیرند.

در روستا نیز مانند شهر البته با سهم بیشتری معلولان در خانواده‌های پرجمعیت دیده می‌شوند به گونه‌ای که ۳۹/۹ درصد از خانواده‌های دارای معلول بعد خانوار ۷ نفر به بالا دارند و در مجموع ۶۵/۸ درصد از افراد معلول در خانواده‌هایی با جمعیت ۵ نفر و بیشتر زندگی می‌کنند.

بررسی وضعیت سکونت این نوع خانوارها نشان می‌دهد که در روستاهای کشور ۹۸/۶۳ درصد در واحد مسکونی معمولی سکونت دارند و ۲ درصد بقیه در چادر، آلونک و زاغه و کپر زندگی می‌کنند.

در روستاها اکثریت این نوع خانوارها (۸۶ درصد) دارای ملک شخصی می‌باشند و تنها ۳ درصد اجاره‌نشین هستند و بقیه مسکن در برابر خدمت، مجانی و سایر دارند.

از این قسمت به بعد به منظور بررسی وضعیت رفاهی، اقتصادی و معیشتی این خانوارها از آمارهای تابلویی (Pannel) سال‌های ۱۳۷۱ تا ۱۳۷۴ استفاده می‌شود.

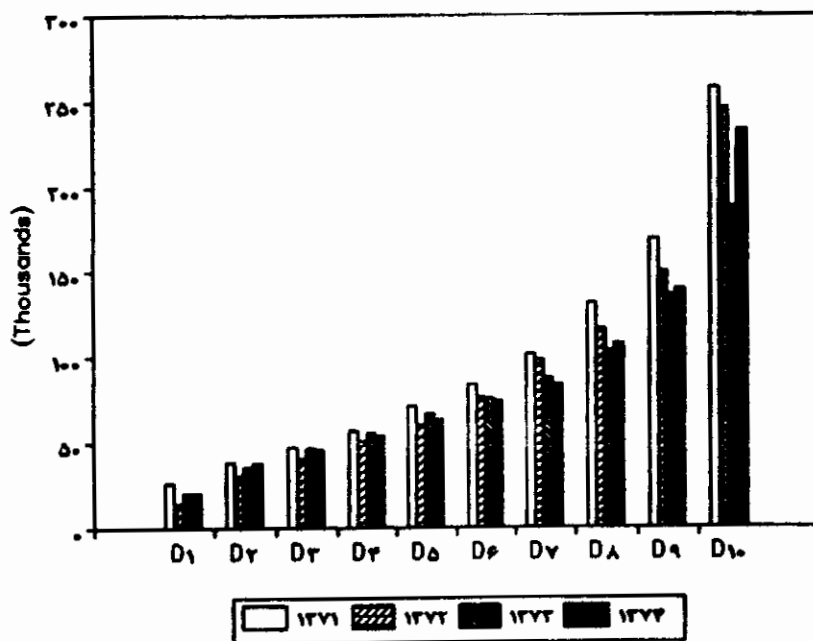
در ابتدا نگاهی داریم روی هزینه‌های واقعی سرانه سالانه این خانوارها در چهار ساله مورد بررسی که به

نوعی درآمد نسبی نیز محسوب می‌شوند.

چنانچه میانگین جامعه روستایی را مورد بررسی قرار دهیم، ملاحظه خواهد شد که برای دهک‌های کم درآمد، هزینه سرانه سالانه به قیمت‌های واقعی چندان تغییر نکرده است هرچند که هزینه سرانه سالانه حتی برای این دهک‌ها نیز در سال ۱۳۷۱ بالاتر از بقیه است. به تدریج که به سمت دهک‌های بالاتر می‌رویم فاصله هزینه‌های سرانه زیادتر می‌شود و مشخصاً برای دو سال ۱۳۷۲ و ۱۳۷۳ کاهش هزینه سرانه سالانه واقعی (ثابت ۱۳۶۱) را برای میانگین جامعه روستایی داشته‌ایم، اما در سال ۱۳۷۴ هزینه‌های سرانه سالانه اندکی افزایش یافته است هرچند که در دهک‌های بالای درآمدی فاصله دو سال ۱۳۷۱ و ۱۳۷۴ به وضوح مشخص می‌باشد. در مورد خانوارهایی که دارای معلول هستند روند هزینه تقریباً به همین صورت است. هرچند که تغییر نکردن نسبی هزینه‌ها برای چهار سال متوالی تقریباً تا دهک ششم ادامه دارد و بعد از آن نیز فقط برای دهک آخر افزایش هزینه‌های سرانه سالانه به طور محسوسی دیده می‌شود و در بقیه دهک‌ها روند نزولی هزینه‌های سرانه سالانه به قیمت ثابت دیده می‌شود (نمودار ۳).

در مجموع در بررسی درآمد دائمی این نوع خانوارها به قیمت ثابت ۱۳۶۱ به این نتیجه می‌رسیم که با وجود این که میانگین جامعه اصلی سال ۱۳۷۴ جهش درآمدی دارد که به خصوص برای گروه‌های میانی و پردرآمد کاملاً مشخص است اما چنین افزایش درآمدی را (به نسبت) برای خانوارهای دارای معلول شاهد نیستیم و وضعیت این خانوارها به مرور بدتر شده است. با توجه به جدول زیر می‌توانیم سهم هزینه هشت گروه کالای اساسی برای خانوارهای دارای معلول روستایی را مشخص کنیم.

نمودار ۷-۳-۶- هزینه سرانه سالانه خانوار دارای معلول ثابت ۱۳۶۱ - جامعه روستایی



جدول ۲۰-۳-۶- سهم هزینه هشت گروه کالاهای اساسی برای میانگین جامعه روستایی دارای معلول (۱۳۷۱ تا ۱۳۷۴)

گروه کالایی	سهم هزینه ۱۳۷۱	سهم هزینه ۱۳۷۲	سهم هزینه ۱۳۷۳	سهم هزینه ۱۳۷۴
خوراک و دخانیات	۴۵	۳۸	۴۸	۴۸
پوشاک	۱۷	۱۶	۱۴	۱۰
مسکن	۱۵	۱۷	۲۰	۲۳
لوازم منزل	۴	۶	۴	۶
بهداشت و درمان	۹	۱۰	۵	۵
حمل و نقل	۶	۱۰	۵	۴
آموزش و تفریح	۱	۱	۲	۱
سایر	۲	۲	۲	۳

مأخذ: محاسبات گروه تحقیق

همانگونه که ملاحظه می شود برای چهار سال مورد بررسی خوراک بیشترین سهم هزینه ای را داشته است و بقیه گروه های کالایی با اختلاف به نسبت قابل توجهی بعد از خوراک قابل می گیرند. مسکن و پوشاک دو هزینه عمده این خانوارها بعد از خوراک هستند و در شرایطی که حمل و نقل سهم چندان زیادی را به خود اختصاص نداده است برخلاف خانوارهای شهری بهداشت و درمان سهم تقریباً قابل توجهی را به خود اختصاص داده است.

به منظور بررسی وضعیت سدمصرفی کالاهای خوراکی این گروه از خانوارهای روستایی، هشت گروه مهم خوراکی در نظر گرفته و مقدار مصرف آنها در چهار ساله مورد بررسی برای میانگین کل جامعه روستایی و میانگین خانواده های دارای معلول در جدول زیر آورده شده است.

جدول ۲۱-۳-۶- مقادیر کالاهای مهم خوراکی برای میانگین خانوارهای دارای معلول روستایی و میانگین کل روستایی (۱۳۷۱ تا ۱۳۷۴)

مواد خوراکی	معلول ۱۳۷۱	کشور ۱۳۷۱	معلول ۱۳۷۲	کشور ۱۳۷۲	معلول ۱۳۷۳	کشور ۱۳۷۳	معلول ۱۳۷۴	کشور ۱۳۷۴
برنج	۹۵/۸	۹۶/۳	۳۲/۴	۶۰/۵	۳۴/۶	۵۲/۶	۵۱	۵۴/۵
نان	۵۹/۵	۹۱/۳	۸۲/۸	۸۳/۶	۶۳/۵	۱۰/۵	۸۳/۲	۹۲/۹
گوشت	۸/۹	۱۱/۲	۶/۷	۱۰/۲	۸/۷	۱۱/۵	۶/۸	۱۱/۷
مرغ	۴/۷	۷/۳	۴/۵	۶/۸	۴/۶	۹/۳	۷/۲	۷/۷
لبنیات	۲۵/۲	۵۷	۲۳/۴	۵۳/۱	۳۰/۵	۴۲/۲	۵۱/۳	۴۴/۲
روغن	۱۸	۱۷/۵	۱۰/۷	۱۱/۸	۸/۵	۱۷/۷	۹/۶	۱۱/۴
میوه و سبزی	۵۷/۲	۱۰۶/۶	۵۷/۶	۶۷/۸	۴۸	۶۲/۸	۴۷/۵	۵۴/۴
قند و شکر	۶۹	۲۹/۲	۱۹/۶	۲۰/۵	۱۷/۵	۲۰/۸	۲۰	۲۰/۹

مأخذ: محاسبات گروه تحقیق

روند مصرف مواد غذایی مهم نشان می دهد که میانگین کل جامعه روستایی یک کاهش مشخص مصرف

داشته اند. این کاهش مصرف در زیر مجموعه مربوط به خانوارهای دارای معلول خودش را کاملاً نشان می دهد. علاوه بر این میزان مصرف کالاهای مهم خوراکی در گروه خانوارهای دارای معلول کمتر از میانگین جامعه باشد و همان طور که برای شهر نیز گفته شد به دلایل کمبود آمار (ریز آمارهای مواد خوراکی و کم بودن تعداد پرسشنامه ها) خط فقر محاسبه نمی شود اما در مقایسه با میانگین جامعه با توجه به این که گروه خانوارهای دارای معلول مقادیر خوراکی کمتری مصرف می کنند قاعدتاً باید درصد زیر خط فقر بالاتری نسبت به میانگین جامعه روستایی داشته باشند.

همانند گروه شهرنشینان آخرین بخش از بررسی مربوط به بهره گیری از خدمات و وسایل رفاهی برای این گروه از خانوارها و مقایسه آنها با میانگین کل جامعه روستایی است.

جدول ۲۲-۳-۶- بهره گیری از خدمات رفاهی برای معلولین روستایی و جامعه میانگین روستایی (۱۳۷۱-۱۳۷۴)

عنوان	معلول ۱۳۷۱	کشور ۱۳۷۱	معلول ۱۳۷۲	کشور ۱۳۷۲	معلول ۱۳۷۳	کشور ۱۳۷۳	معلول ۱۳۷۴	کشور ۱۳۷۴
بعد خانوار (نفر)	۵/۷	۵/۶	۵/۷	۶/۲	۵/۷	۵/۹	۵/۷	۵/۷
سرانه سطح زیربنا (متر مربع)	۸۴/۵	۸۴/۷	۸۵/۶	۹۱/۱	۸۹/۹	۹۳/۷	۸۹/۸	۸۹/۸
سرانه تعداد اتاق	۰/۵۳	۰/۶	۰/۵۸	۰/۶۱	۰/۵۷	۰/۶۶	۰/۶۳	۰/۶۳
آشپزخانه (درصد)	۴۴	۵۴	۴۶	۵۴	۶۵	۵۹	۶۵	۶۵
اتومبیل (درصد)	۳	۸	۳	۵	۴	۳	۵	۵
تلویزیون (درصد)	۴۴	۶۶	۵۵	۷۲	۵۹	۶۲	۷۸	۷۸
یخچال (درصد)	۶۱	۶۷	۶۳	۷۱	۶۵	۶۷	۷۷	۷۷
ماشین لباسشویی (درصد)	۱	۱۱	۸	۱۳	۵	۷	۱۶	۱۶
تعداد شاغلین در خانواده	۱/۳۸	۱/۶۶	۱/۲۹	۱/۶۲	۱/۵۳	۱/۷۱	۱/۵۸	۱/۸۵

منابع: محاسبات گروه تحقیق

همان طور که ملاحظه می شود با وجود این که میانگین جامعه روستایی تا رسیدن به حد استاندارد زندگی فاصله زیادی دارد اما گروه خانوارهای روستایی دارای معلول نیز وضعیت به مراتب نامناسب تری دارند.

تعداد شاغلین در خانواده در این نوع خانوارها کمتر از میانگین جامعه است و این در شرایطی است که بعد خانوار در این خانوارها حتی بیشتر هم می باشد. در مجموع می توان نتیجه گرفت معلولین در خانوارهایی هستند فقیرتر از میانگین جامعه می باشند.

۳-۳- نتیجه گیری و ارائه سیستم حمایت دائم برای نیازمندان روستایی

به منظور ارائه یک سیستم حمایت دائم، در روستا توجه به این نکته ضروری است که براساس عمق فقر در روستاها در صورت مشخص نبودن صفات و خصیصه های قطعی برای حمایت شوندگان در سیستم حمایت دائم، احتیاج به حجم عظیمی از منابع مالی و انسانی به منظور ارائه مفید و کارای این سیستم خواهد بود. لذا در روستا جامعه تحت پوشش سیستم باید کاملاً شفاف و مشخص بوده و سعی در کوچک تر کردن

آن و هدفمند کردن منابع حمایتی نمود. از طرف دیگر به علت گسترش فقر و محرومیت در روستاهای کشور و سیاست دولت در جهت آبادانی روستاها و جلوگیری از مهاجرت روستاییان به شهرها و ایجاد شغل و جاذبه‌های گوناگون برای روستاییان، به خصوص قشر جوان که ترغیب به ماندن در روستا شوند، حمایت می‌تواند مسئله‌ای بسیار مهم هم در بعد اجتماعی و هم در بعد سیاسی باشد.

براین اساس همان گونه که ملاحظه شد، گروه‌های محتاج حمایت دائم را در روستا به سه گروه بزرگ طبقه‌بندی کردیم که عبارتند از:

۱- زنان خودسرپرست بیکار

۲- سالمندان

۳- معلولان

خانوارهای با سرپرستان زن به مسئله باسوادی و بی‌سوادی آنها توجه نشده است و خانوارهایی مورد بررسی قرار گرفته‌اند که سرپرستان زن بیکار دارند.

بر پایه آمار کلان سرشماری سال ۱۳۷۵، ۸/۵ درصد از خانوارهای روستایی دارای سرپرست زن هستند که فقط ۱۸/۵ درصد خود را شاغل معرفی کرده‌اند. به علاوه ۲۵/۶ درصد هم دارای درآمد بدون کار هستند. در مقایسه بین هزینه‌های سرانه سالانه گروه شاغلین و بیکاران ملاحظه می‌شود که برای تمام بیستک‌های درآمدی به غیر از بیستک آخر، گروه شاغلین از وضعیت بهتری برخوردار هستند. (نمودار ۵-۳-۶)

اما در مقایسه با میانگین کل جامعه روستایی، هر دو گروه از وضعیت نامناسب‌تری برخوردارند. به علاوه سهم هزینه مسکن برای هر دو گروه سرپرستان زن شاغل و بیکار بسیار قابل ملاحظه می‌باشد.

بررسی خط فقر نشان می‌دهد که درصد قابل ملاحظه‌ای از سرپرستان زن روستایی بیکار زیر خط فقر قرار دارند (۳۱/۸ درصد) و درصد زیر خط فقر سرپرستان زن شاغل تا حداقل ملاحظه‌ای کمتر می‌شود (۱۲/۸ درصد) از نقطه نظر توزیع درآمد نیز وضع بیکاران به مراتب بدتر است و اختلاف نسبت درآمد بین دو دهک آخر و اول ۳۱/۶ برابر است. بنابراین در جامعه بیکاران سرپرست زن روستایی با طیف وسیعی از درآمدها مواجه هستیم. در بررسی وضعیت رفاهی مشخص می‌شود که اختلاف قابل ملاحظه‌ای بین میانگین جامعه روستایی و گروه سرپرستان زن وجود دارد و در مجموع می‌توان گفت که گروه سرپرستان زن روستایی در وضعیت نامناسبی قرار دارند.

باتوجه به این که بخش قابل ملاحظه‌ای از زنان بیکار روستایی زیر خط فقر قرار دارند و براساس این که ۱۲/۸ درصد از آنان نیز با وجود این که شاغل هستند، زیر خط فقر می‌باشند. لذا به نظر می‌رسد که خودسرپرستی زنان در روستاها یکی از عوامل تشدیدکننده فقر و محرومیت در روستاست. با نگاهی به بعد خانوار در این دو گروه خانواده متوجه می‌شویم که بعد خانوار در گروه سرپرستان زن بیکار ۲/۷ و سرپرستان زن شاغل ۳/۷ نفر می‌باشد که نسبت به میانگین جامعه عدد کمتری را نشان می‌دهد. بدین ترتیب با در نظر گرفتن درصد زیر خط فقر برای سرپرستان زن بیکار ۹۷۱۵۸ خانوار زیر خط فقر قرار دارند. زیاد بودن این تعداد خانوار زیر خط فقر، یکی ناشی از درصد زیر خط فقر گسترده در این گروه و دیگر تعریفی است که از بیکار ارائه شده است. همان گونه که در قسمت‌های آغازین این فصل نیز به آن اشاره شد، بیکاران گروه بزرگی شامل، محصل، خانه دار، دارای درآمد بدون کار، بیکار و اظهار نشده را شامل می‌شود که باتوجه به کوچک شدن نمونه استخراج درصد زیر خط فقر برای هر یک از گروه‌ها به تفکیک امکان‌پذیر نبود. بنابراین

دری بعد از ۱۹۶۵۱۱ حواله روستایی با سرپرست زن زیر خط فقر قرار دارند.

مستأثرانه یک انکوی مناسب حمایتی با این تعداد و قطعاً با گسترده‌گی مکانی در روستاهای مختلف کشور احتیاج به کارشناسی گسترده در هر استان خواهد داشت. اما اقدام اولیه به منظور کاهش سرعت گسترش فقر و تبعات بعد از آن ارائه یک بسته غذایی مناسب با توجه به تأمین کننده‌های اصلی غذایی و نیاز بدن است.

این بسته غذایی می‌تواند شامل چند قلم کالای مهم خوراکی باشد که در اختیار خانوارها قرار می‌گیرد و می‌توان در هر روستا با توجه به بعد خانوار با سرپرست زن و سن و شرایط خاص فرزندان تغییراتی جزئی در این سبد غذایی داد. بدین ترتیب می‌توان امیدوار بود که لااقل بخشی از نیاز غذایی قشر فقیر و نیازمند روستایی تأمین شده و در کنار آن و تحت پوشش سیستم حمایتی می‌توان شرایطی را برای آموزش حرفه و فن و کشاورزی یا سایر صنایع روستایی برای فرزندان این خانوارها به خصوص پسران فراهم کرد. در کنار این سیستم توجه به خدمات بهداشتی و درمانی مناسب که منجر به بهبود کیفیت زندگی این خانوارها و هرز نرفتن درآمد ناشی از بیماری و معلولیت است می‌تواند بسیار اثرگذار باشد. لذا گسترش بیمه‌های درمانی به روستاهای کشور و تجهیز مراکز درمانی در روستاها و در نظر گرفتن یارانه خاصی برای سرپرستان زن روستایی که اطفال کوچک دارند به منظور استفاده رایگان از خدمات بهداشتی، درمانی روستا می‌تواند مفید باشد. از سوی دیگر با استفاده از نیروی مددکار روستایی، می‌توان به زنان بی‌سرپرستی که توانایی کار دارند و از نظر تعداد فرزندان و سن آنها در اولویت هستند، کارهای دستی و روستایی زیر نظر سیستم حمایتی دائم پیشنهاد نمود و این سیستم مکلف به آموزش و ایجاد بازار فروش برای محصولات تولید شده باشد.

گروه دیگری از جامعه روستایی که مورد بررسی قرار گرفته‌اند سالمندان هستند با توجه به این که طرح شهید رجایی در روستاهای کشور برای کمک به سالمندان و خانواده‌های نیازمند آنها اجرا می‌شود، در این گزارش شرح شهید رجایی، حوه کمک‌ها و تعداد افراد زیر پوشش مورد بررسی قرار گرفتند و براساس آمارهای استحصاری سال ۱۳۷۵، ۶۴ درصد از جمعیت روستایی، ۶۰ سال به بالا هستند، آمارهای کمیته امداد برای سال ۱۳۷۵ نشان می‌دهد که ۳۰ درصد از کل جامعه روستایی ۶۰ سال به بالا تحت پوشش طرح شهید رجایی قرار دارند و چنانچه افراد تحت تکفل آنها را نیز به حساب آوریم، ۶/۵ درصد از کل جمعیت روستایی کشور از این طرح استفاده می‌کنند. کمک‌هایی که تحت پوشش طرح شهید رجایی ارائه می‌شود به دو گروه کمک‌های نقدی و جنسی طبقه بندی می‌شوند هرچند که کمک‌های نقدی سهم بالایی دارند، کمک‌های ارائه شده در این طرح برحسب مصوبه مجلس شورای اسلامی در هر سال است.

بررسی کمک‌های ارائه شده تحت نام این طرح نشان می‌دهد که روندی تقریباً صعودی داشته‌اند هرچند که این افزایش ناچیز بوده است (نمودار ۶-۳-۶).

در بررسی جمعیت روستایی ۶۰ سال به بالای کشور مشخص می‌شود که قسمت اعظم این گروه در بخش کشاورزی و جنگلداری فعال هستند. براین اساس باید در ارائه کمک‌ها به این گروه توجه خاصی به بخش کشاورزی بشود.

مشخص شد که طرحی که مستقیماً در روستا با سالمندان در ارتباط است، طرح شهید رجایی می‌باشد. با توجه به خط فقر در روستا و مقایسه آن با پرداختی که به صورت ماهیانه از این طرح نصیب سالمندان می‌شود به نظر می‌رسد که این طرح بتواند چندان کارایی داشته باشد و مبلغ پرداختی تکاپوی سالمندان را

حاید. هرچند که به هر حال وجود این طرح و نیروی انسانی که با آن درگیر می‌باشند و استفاده از تجربیات آن می‌تواند برای ارائه سیستم حمایتی دائم به سالمندان روستایی مفید واقع شود.

سالمندان نیز همانند سایرین، احتیاج به استفاده از یک بسته غذایی مناسب دارند. این بسته غذایی با توجه به نکات بهداشتی و رعایت سن سالمندان، می‌تواند متفاوت از بقیه روستاییان باشد و با به کارگیری دانش متخصصین تغذیه یک بسته غذایی مناسب و ارزان در اختیار این گروه قرار گیرد. وجود چنین بسته حمایتی مسئولان طرح را از بابت رسیدن مواد غذایی به میزان حداقل آن به سالمندان، به خصوص سالمندانی که به تنهایی زندگی می‌کنند مطمئن می‌سازد.

از سوی دیگر ویژگی این سن، احتیاج به پزشک، خدمات و لوازم پزشکی و دارو در سطح گسترده و بعضاً تخصصی است. لذا در کنار بستر حمایتی تهیه شده وجود سیستم حمایتی بهداشتی، درمانی و در صورت لزوم، شناسایی افراد نیازمند برای انتقال به مراکز مجهز تر پزشکی در شهرستان‌های نزدیک باید مدنظر باشد. این حمایت می‌تواند از طریق مراجعه سالمندان روستایی به مراکز درمانی روستا که بخشی از سیستم حمایتی را تشکیل می‌دهد و شناسایی آنان توسط پزشکان و مددکاران صورت گیرد. بدیهی است که هر یک از این طرح‌ها برای به اجرا درآمدن صحیح و کارا احتیاج به برنامه ریزی اصولی و همه جانبه دارد.

گروه سوم نیازمند حمایت معلولان هستند که در اینجا نیز همانند شهر از آمارهای تابلویی سال‌های ۱۳۷۱ تا ۱۳۷۴ و سرشماری سال ۱۳۷۵ استفاده کرده‌ایم.

بر اساس سرشماری سال ۱۳۷۵، ۴۷ درصد از خانوارهای روستایی دارای معلول هستند. ۹/۸ درصد این خانوارها سرپرست زن دارند که بیشترین نسبت سنی این سرپرستان ۶۰ سال به بالاست. علاوه بر این سطح سواد در هر دو گروه سرپرستان بسیار پایین است.

در بررسی وضعیت رفاهی و معیشتی این خانوارها مشخص می‌شود که، از نظر هزینه سرانه سالانه به قیمت‌های ثابت برای تمام دهک‌ها در طی چهار سال مورد بررسی وضع نامناسب‌تر شده است. علاوه بر این سبد مصرف کالاهای مهم خوراکی برای این خانوارها نیز نشان می‌دهد که اختلاف قابل ملاحظه‌ای با میانگین دارند و از تمام کالاهای خوراکی مهم کمتر مصرف می‌کنند. به علاوه در بهره‌گیری از خدمات رفاهی نیز در مقایسه با میانگین کل جامعه روستایی وضعیت نامناسب‌تری دارند.

تمام نتایج ما را به این سمت سوق می‌دهد که خانوارهای دارای معلول روستایی جزء فقیرترین خانوارها هستند و محتاج کمک‌های دائم و لذا سیستم حمایتی پیشنهادی این قشر فقیر را باید با حمایت‌های متخلف تحت پوشش قرار دهد.

برای بررسی چگونگی حمایت به خانوارهای دارای معلول در روستا، می‌توان چند فرض را مدنظر گرفت. اول این که فرد معلول در خانواده‌ای پرجمعیت زندگی می‌کند که به عنوان یک بار اضافی بر دوش خانواده فقیر است یا از فرد معلول مراقبت‌های ویژه صورت نمی‌گیرد یا این که به خاطر وجود این معلولیت خانواده ناچار است، بخشی از درآمد خود را به هزینه‌های دارو و درمان اختصاص دهد. مواردی نیز وجود دارد که فرد سرپرست خانوار دچار معلولیت شده و اکنون نمی‌تواند از عهده مخارج خود و خانواده‌اش برآید. بنابراین سیستم حمایتی که ارائه می‌شود باید موارد تفاوتی را در نظر بگیرد که با توجه به فقر روستایی و نبود امکانات درمان و کمبود دارو و احتمالاً پرهزینه بودن آن فرد و خانواده معلول را بتواند یاری رساند. ارائه این کمک‌ها می‌تواند از طریق یارانه داروهای مورد نیاز فرد معلول یا از طریق بناهایی باشد که فقط

مکان خرید دارو و وسایل درمانی فرد معلول را ایجاد سازند. بدین ترتیب انتظار می رود که بخشی از هزینه های مربوط به بهداشت و درمان کاهش یابد و در عین حال این سیستم می تواند با شناخت معلول و درجه معلولیت وی در صورتی که قادر به فعالیت های فکری و بدنی است. زمینه لازم برای ایجاد شغل و استفاده از مهارت های وی را فراهم سازد.

به منظور بررسی مقایسه ای از جداول ۲۳-۳-۶ و ۲۴-۳-۶ استفاده می کنیم که نشان دهنده شاخص های فقر و توزیع درآمد و همچنین نسبت های هزینه گروه کالاهای اساسی به هزینه کل است.

جدول ۲۳-۳-۶- بررسی وضعیت فقر و توزیع درآمد در سال ۱۳۷۴

روستا	درصد زیر خط فقر	خط فقر ریالی	ضریب جینی
سرپرستان زن شاغل	۱۲/۸	۳۱۴۴۵۵	۰/۴۲۰۸
سرپرستان زن بیکار	۳۱/۸	۴۶۴۶۹۹	۰/۴۶۸۸
خانوارهای دارای معلول	-	-	۰/۳۵۵۳
میانگین کل جامعه روستایی	۲۱/۵	۴۹۰۵۳۶	۰/۴۱۱۸

ساخته محاسبات گروه تحقیق

جدول ۲۴-۳-۶- سهم هزینه گروه کالاهای مهم به هزینه کل (۱۳۷۴)

روستا	سهم خوراک	سهم مسکن	سهم پوشاک	سهم حمل و نقل
سرپرستان زن شاغل	۴۹	۱۵	۱۲	۴
سرپرستان زن بیکار	۴۹	۱۹	۹	۴
خانوارهای دارای معلول	۴۸	۲۳	۱۰	۴
میانگین کل جامعه روستایی	۴۹	۱۳	۱۲	۶

ساخته محاسبات گروه تحقیق

همان طور که انتظار داریم، سهم هزینه مسکن برای روستاییان نباید چندان زیاد باشد. ولی سهم هزینه خوراک برای تمام گروه ها قابل توجه است. در روستا مشخصاً سرپرستان زن بیکار بالاترین درصد فقر و بدترین نحوه توزیع را داشته اند. هر چند که در مقایسه با میانگین جامعه شهری سهم های هزینه ای چندان متفاوتی ندارند.

همانند گروه شهری، در بخش آخر این بررسی جدولی ارائه می شود که شاخص های فقر را در مجموع نشان می دهد. در اینجا نیز منظور از تسهیلات زندگی، امکان استفاده از تسهیلات رفاهی می باشد مانند درصد برخورداری از لوازم ضروری زندگی مثل یخچال، تلویزیون، اتومبیل، ماشین لباسشویی و....

جدول ۲۵-۳-۶- بررسی شاخص‌های فقر - ۱۳۷۴

روستا	درصد زیر خط فقر	ضریب توزیعی	سهم خوراک	تسهیلات زندگی	متراز سرانه مسکن
سرپرستان زن شاغل	۱۲/۸	۰/۴۲۰۸	۴۹	متوسط	۷۲/۱۴
سرپرستان زن بیکار	۳۱/۸	۰/۴۶۸۸	۴۹	متوسط بد	۶۲/۵
خانوارهای دارای معلول	-	۰/۳۵۵۲	۴۸	متوسط خوب	۹۳/۷

مآخذ: محاسبات گروه تحقیق

فصل چهارم - ارائه یک سیستم حمایتی موقت به تفکیک شهر و روستا

وجود سیستم‌های حمایتی و حمایت از اقشار نیازمند یکی از مشخصه‌های اصلی هر اقتصادی است و این مهم در چارچوب وظایف تأمین اجتماعی دولت‌ها و سازمان‌های مربوطه آن است. این حمایت‌ها به دو صورت سیستم حمایت دائم و موقت تحقق پیدا می‌کنند که در این قسمت ابتدا به بررسی سیستم‌های حمایتی موقت موجود پرداخته و سپس به ارائه یک سیستم حمایتی موقت گسترده به تفکیک شهر و روستا می‌پردازیم.

نخستین گام در این میان شناسایی این گروه از نیازمندان است که این افراد کسانی هستند که به دلایل نداشتن مهارت یا عده امکان دسترسی به بازار کار مناسب بیکار هستند و در واقع طبق تعریف مرکز آمار ایران بیکاران به دو دسته تقسیم می‌شوند: اول بیکاران قبلاً شاغل یعنی کسانی که شاغل به حساب نمی‌آیند ولی قبلاً شاغل بوده و در هفت روز قبل از مراجعه مأمور سرشماری، بیکار و در جستجوی کار بوده‌اند و دوم بیکاران قبلاً غیر شاغل یعنی کسانی که شاغل یا بیکار قبلاً شاغل محسوب نمی‌شود و در هفت روز قبل از مراجعه مأمور سرشماری بیکار و در جستجوی کار بوده‌اند.

بدین ترتیب در این قسمت از بحث برای شناسایی دقیق‌تر وضعیت اقتصادی بیکاران با استفاده از آمار و اطلاعات بودجه خانوار، سبد مصرفی این گروه را مورد تجزیه و تحلیل قرار می‌دهیم و برای مقایسه دقیق‌تر، این گروه بیکاران کل کشور را با گروه شاغلین کل کشور به تفکیک شهر و روستا مقایسه می‌کنیم.

۴-۱- بررسی وضعیت اقتصادی شاغلین و بیکاران شهری - ۱۳۷۴

در میان سهم هزینه‌های میانگین این دو گروه تفاوت‌های قابل ملاحظه‌ای دیده نمی‌شود (نمودار شماره ۴-۱-۶) و تنها تفاوت عمده مربوط به سهم هزینه مسکن از کل هزینه‌ها است که بیکاران شهری بیش از ۳۹ درصد از هزینه‌های خود را به مسکن اختصاص می‌دهند در حالی که این سهم برای شاغلین ۳۲ درصد است. در مورد ۱۰ درصد فقیر جامعه شهری نیز وضعیت مشابهی دیده می‌شود. بدین ترتیب که بیشترین اختلاف مربوط به سهم هزینه‌های مسکن دو گروه است در مورد هزینه‌های خوراک نیز تفاوت‌هایی مشاهده می‌شود (نمودار شماره ۴-۱-۶). با توجه به نمودار شماره ۲-۴-۶ ملاحظه می‌شود که بیشترین اختلاف در سهم هزینه‌های ۱۰ درصد ثروتمند این دو گروه مربوط به سهم هزینه پوشاک است به طوری که گروه بیکاران حدود ۶۰٫۵ درصد از هزینه‌های خود را به پوشاک اختصاص می‌دهند در حالی که این کالا بیش از ۱۰ درصد از کل هزینه‌های گروه شاغلین را به خود اختصاص می‌دهد.

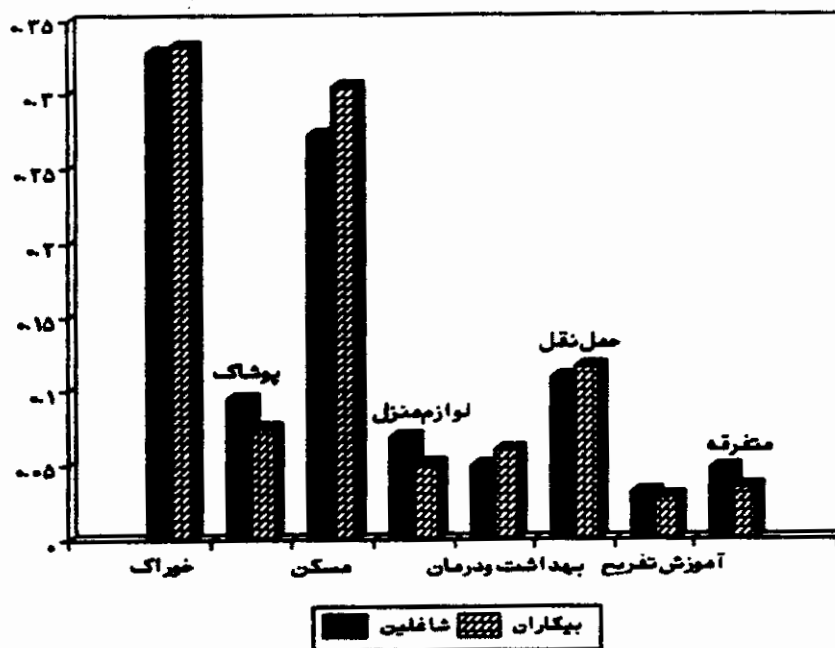
مورد اختلاف بعدی مربوط به هزینه‌های خوراک و پوشاک است که سهم آن برای غیر شاغلین (بیکاران) در هر دو مورد بیشتر از سهم آن از کل هزینه‌ها برای شاغلین است. مقایسه هزینه‌های مطلق این دو گروه در طول گروه‌های درآمدی نتایج دیگری را نشان می‌دهد. به طور متوسط هزینه کل^۱ (درآمد کل) شاغلین شهری ۱۶/۱ درصد بیشتری از درآمد کل (هزینه کل) بیکاران شهری است این اختلاف در میان طبقات پایین درآمدی خیلی بیشتر است به طوری که درآمد کل ۱۰ درصد فقیر شاغلین شهری ۲۷/۷ درصد بیشتر از درآمد کل ۱۰ درصد فقیر بیکار شهری است و این اختلاف شدید تا دهک ۶ درآمدی به خوبی مشاهده می‌شود (جدول شماره ۱-۴-۶) ولی از این به بعد این اختلاف دائماً در حال کم شدن است به طوری که در صد اختلاف درآمد (هزینه) کل ۱۰ درصد ثروتمند این دو گروه تنها ۶/۸ درصد است.

جدول ۱-۴-۶- هزینه کل مطلق بیکاران و شاغلین شهری-۱۳۷۴

عنوان	متوسط	دهک اول	دهک دوم	دهک سوم	دهک چهارم	دهک پنجم	دهک ششم	دهک هفتم	دهک هشتم	دهک نهم	دهک دهم
بیکاران	۱۷۷۸۲۳۴	۳۵۶۷۴۸	۵۶۷۱۷۴	۷۲۲۷۰۷	۸۶۴۴۱۴	۱۰۵۰۱۴۰	۱۲۸۱۶۹۵	۱۵۹۵۸۲۱	۲۰۷۶۵۴۹	۳۰۹۰۲۴۷	۶۳۸۵۱۷۱
شاغلین	۲۰۶۵۶۲۲	۴۵۵۶۱۰	۷۱۷۵۰۰	۹۱۷۷۱۵۷	۱۱۲۲۴۷۱	۱۳۴۸۵۸۱	۱۶۱۲۳۵۴	۱۹۵۲۵۶۲	۲۴۴۴۱۴۲	۳۲۶۸۵۲۷	۶۸۲۱۶۶۵

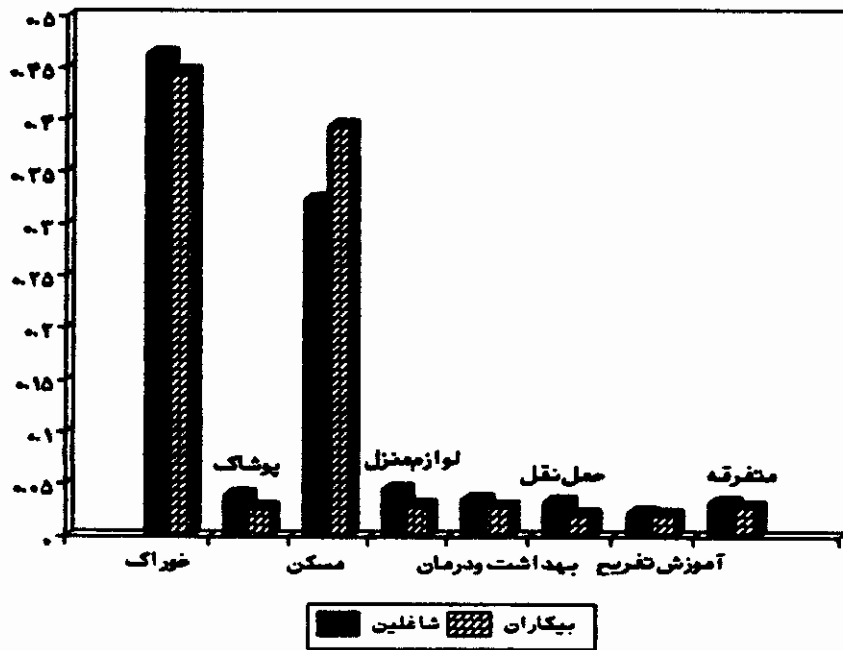
منبع: محاسبات گروه تحقیق

نمودار ۱-۴-۶- مقایسه سهم هزینه اقلام عمده مصرفی متوسط جامعه شهری

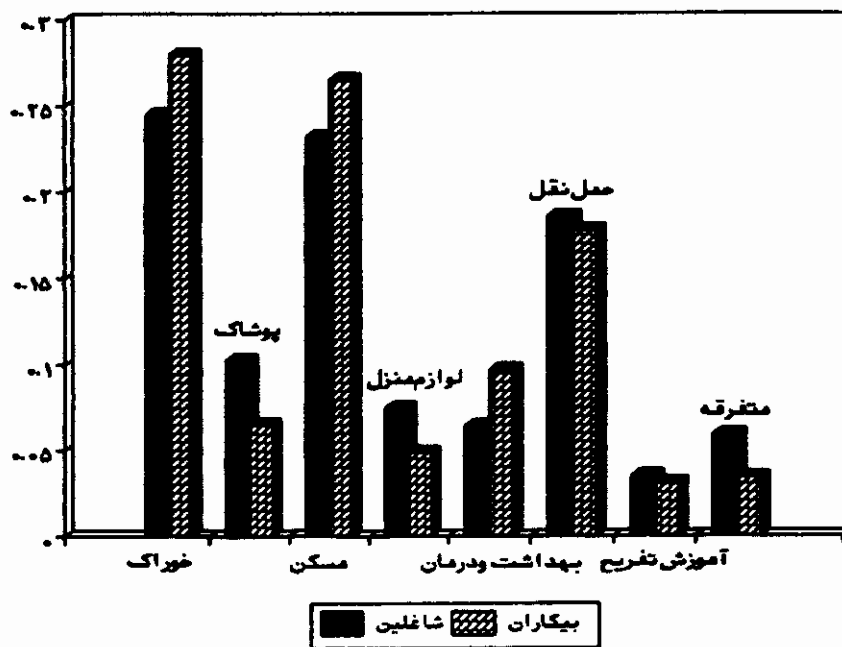


۱ در این تحقیق در کتبه موارد هزینه کل معادل درآمد کل خانوار در نظر گرفته می‌شود.

نمودار ۲-۴-۶- مقایسه سهم هزینه اقلام عمده مصرفی فقیر جامعه شهری



نمودار ۳-۴-۶- مقایسه سهم هزینه اقلام عمده مصرفی غنی جامعه شهری



این اختلاف کم در درآمد کل گروه‌های بالای درآمدی این دو گروه را می‌توان به این ترتیب توضیح داد: اولاً این مسئله می‌تواند به علت این باشد که این بیکاران که دارای درآمدهای بالا هستند، کسانی هستند که به طور ارادی بیکار هستند و در واقع جویای کار نیستند و این افراد دارای درآمد بدون کار هستند. نکته بعدی می‌تواند مربوط به این باشد که به هنگام جمع آوری آمار و سرشماری این افراد خود را بیکار معرفی کرده‌اند در حالی که به نوعی مشغول به کار هستند به عنوان مثال واسطه‌گری می‌کنند و دارای درآمدهای بالا هستند.

بررسی وضعیت فقر و توزیع درآمد شاغلین و بیکاران شهری

برای محاسبه درصد خانوارهای زیر خط فقر از معیار کالری استفاده می‌شود. بدین ترتیب که ابتدا سبب مصرفی خوراکی این خانوارها را در نظر گرفته و با استفاده از جدول ارزش‌های غذایی مقدار کالری مصرفی سرانه سالانه خانوارها را محاسبه می‌کنیم سپس با توجه به معیار استاندارد ۲۲۰۹ کالری سرانه روزانه، درصد خانوارهایی را که زیر این مقدار کالری مصرف می‌کنند را محاسبه می‌کنیم نتایج حاصل از محاسبات انجام شده نشان می‌دهد که حدود ۲۲/۱ درصد از خانوارهای بیکاران شهری زیر خط فقر قرار دارند و خط فقر ریال این گروه به طور سرانه سالانه در سال ۱۳۷۴، ۶۸۴۷۸۰ ریال است. ولی در مورد شاغلین شهری وضعیت فقر تا حدود زیادی بهتر است به طوری که تنها ۱۰/۸ درصد از شاغلین شهری زیر خط فقر قرار دارند. بدین ترتیب ملاحظه می‌شود که اشتغال این افراد توانسته است تا حد زیادی وضعیت فقر را در میان آنها بهبود بخشد.

در مورد توزیع درآمد نیز وضعیت مشابهی ملاحظه می‌شود به طوری که توزیع درآمد در میان بیکاران شهری در مقایسه با شاغلین شهری نامناسب‌تر است بدین ترتیب که ضریب جینی که به عنوان معیاری از توزیع درآمد است برای بیکاران شهری ۰/۴۵۲۸ و برای شاغلین شهری ۰/۴۱۶۲ است همچنین هزینه کل (درآمد کل) ۱۰ درصد فقیر جامعه بیکاران شهری حدود ۱۸ برابر هزینه کل ۱۰ درصد غنی آنها است در حالی که این نسبت برای شاغلین شهری حدود ۱۵ برابر است.

بررسی وضعیت رفاهی شاغلین و بیکاران شهری

در جدول زیر با توجه به آمارهای بودجه خانوار وضعیت رفاهی شاغلین و بیکاران شهری مورد بررسی و توجه قرار گرفته است.

جدول ۲-۴-۶- مقایسه متوسط امکانات رفاهی شاغلین و بیکاران

شهری (۱۳۷۴)

امکانات رفاهی	شاغلین	بیکاران
بعد خانوار (نفر)	۵/۲۹	۵/۲۱
اتاق سرانه (تعداد)	۰/۷۷	۰/۶۹
سطح زیر بنا سرانه (متر مربع)	۲۰/۱۲	۱۷/۲۶
آب لوله کشی (درصد)	۹۸	۹۷
گاز لوله کشی (درصد)	۴۰/۸	۴۰/۴
اتومبیل شخصی (درصد)	۱۷/۸	۱۰/۸
تلفن (درصد)	۴۷/۵	۳۸/۶

مأخذ: محاسبات گروه تحقیق

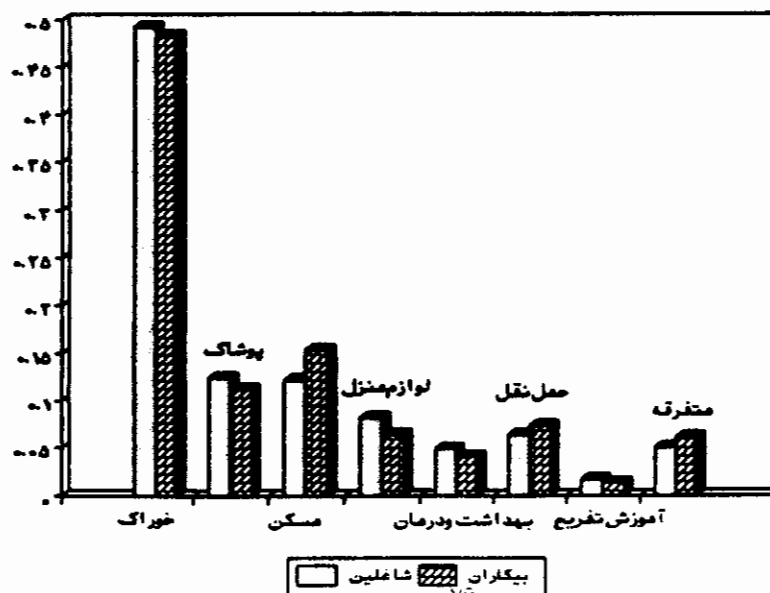
با توجه به اطلاعات جدول فوق ملاحظه می‌شود که تفاوت چندانی میان بعد خانوار شاغلین و بیکاران شهری وجود ندارد و تنها تفاوت اصلی در سطح زیر بنا سرانه این دو گروه است که تعداد آن برای شاغلین شهری بیشتر است. در مورد سایر امکانات رفاهی نیز وضعیت کاملاً به همین ترتیب است. یعنی در کلیه موارد شاغلین از امکانات رفاهی بیشتری نسبت به بیکاران برخوردار بوده‌اند.

ب- بررسی وضعیت اقتصادی شاغلین و بیکاران روستایی - ۱۳۷۴

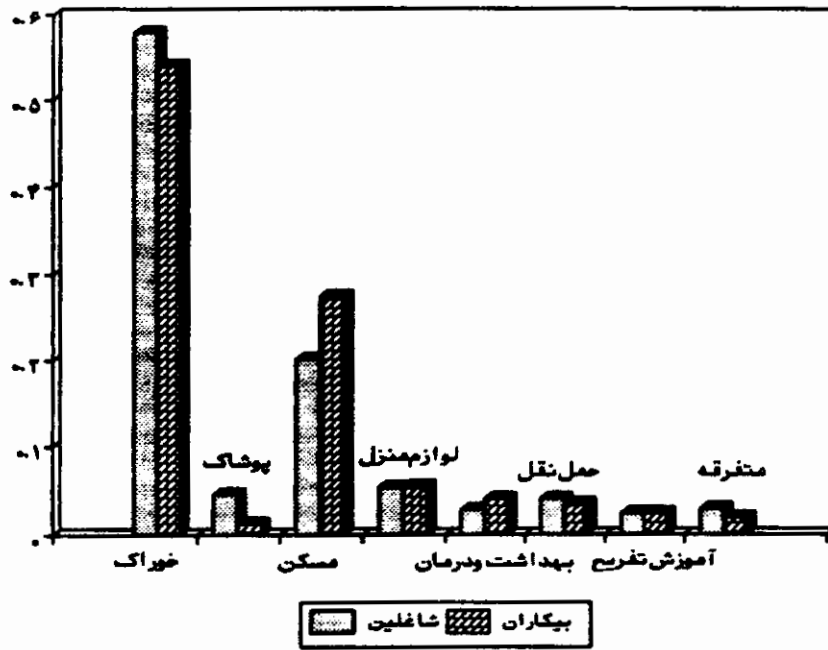
برای بررسی وضعیت اقتصادی این دو گروه در روستاها نیز ابتدا سهم هزینه‌های عمده سبد مصرفی آنها را مورد بررسی قرار می‌دهیم با توجه به نمودار شماره ۴-۴-۶ ملاحظه می‌شود که در اینجا نیز در میان متوسط سهم هزینه‌های این دو گروه تفاوت‌های عمده‌ای ملاحظه نمی‌شود و فقط سهم هزینه مسکن است که مشابه جامعه شهری در روستاها نیز سهم آن برای بیکاران بیشتر از شاغلین است. برای ۱۰ درصد فقیر جامعه روستایی نیز تفاوت عمده مربوط به هزینه‌های مسکن است به طوری که این رقم هزینه، ۲۷ درصد از کل هزینه بیکاران روستایی را به خود اختصاص می‌دهد. در حالی که این سهم برای شاغلین روستایی تنها ۲۰ درصد است. در مورد هزینه خوراک این دو گروه نیز اختلافاتی مشاهده می‌شود با این تفاوت که در اینجا سهم هزینه خوراک شاغلین فقیر روستایی بیشتر از سهم هزینه خوراک بیکاران فقیر است. چنین وضعیتی به طور مشابه در شهرها نیز دیده می‌شود. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که در مجموع با وجود این که بیشترین سهم هزینه‌ای در دو گروه مربوط به خوراک است و مسکن در مرتبه بعدی قرار دارد ولی بیکاران به نسبت شاغلین هزینه کمتری را به این دو مورد اختصاص می‌دهند. تفاوت میان سایر هزینه‌ها در نمودار شماره ۴-۴-۵ به خوبی قابل ملاحظه است.

برای ۱۰ درصد غنی جامعه روستایی نیز با توجه به نمودار شماره ۶-۴-۶ ملاحظه می‌شود که بیشترین سهم هزینه‌ای برای هر دو گروه مربوط به هزینه‌های خوراک است ولی با این وجود شاغلین سهم بیشتری از هزینه خود را نسبت به بیکاران به خورد و خوراک اختصاص می‌دهند. در مرتبه بعدی هزینه پوشاک و مسکن قرار دارد که سهم آن برای بیکاران جامعه روستایی نسبت به شاغلین بیشتر است.

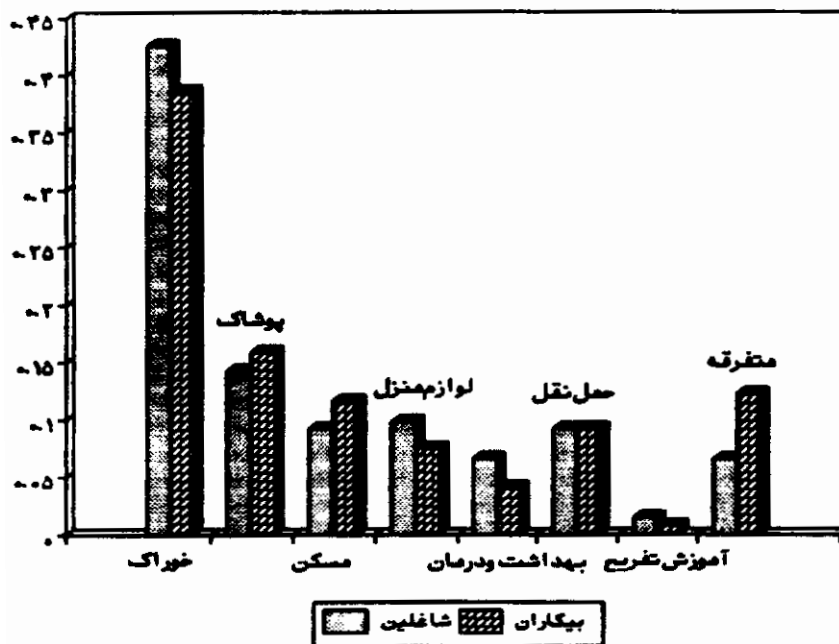
نمودار ۳-۴-۶- مقایسه سهم هزینه اقلام عمده مصرفی متوسط جامعه روستایی (۱۳۷۴)



نمودار ۵-۴-۶- مقایسه سهم هزینه اقلام عمده مصرفی فقیر جامعه روستایی



نمودار ۶-۴-۶- مقایسه سهم هزینه اقلام عمده مصرفی غنی جامعه روستایی



برای بررسی دقیق‌تر وضعیت درآمدی این دو گروه، به بررسی هزینه کل (درآمد کل) مطلق این گروه می‌پردازیم. به طور متوسط هزینه یا درآمد کل شاغلین روستایی ۲۵/۸ درصد بیشتر از هزینه کل بیکاران روستایی است که این اختلاف مانند شهرها در طبقات پایین درآمدی به شدت بیشتر است. به طوری که هزینه یا درآمد کل ۱۰ درصد فقیر شاغلین روستایی ۳۲/۶ درصد بیشتر از درآمد کل شاغلین روستایی است. این اختلاف میان سطح هزینه‌ها تقریباً در طول دهک‌های درآمدی به طور مشابه ملاحظه می‌شود و تنها در مورد ۱۰ درصد غنی است که این درصد اختلاف به ۱۸/۵ درصد می‌رسد. بدین ترتیب مشاهده می‌شود که پدیده‌ای که در شهرها به صورت بیکاری غیر ارادی وجود دارد در روستاها به چشم نمی‌خورد البته در روستاها بیکاری پنهان وجود دارد ولی این افراد معمولاً خود را کشاورز معرفی می‌کنند بنابراین جزو شاغلین به حساب می‌آیند. (جدول ۳-۴-۶)

جدول ۳-۴-۶- هزینه کل مطلق بیکاران و شاغلین روستایی - ۱۳۷۴

هنوان	متوسط	دهک اول	دهک دوم	دهک سوم	دهک چهارم	دهک پنجم	دهک ششم	دهک هفتم	دهک هشتم	دهک نهم	دهک دهم
بیکاران	۹۶۵۰۳۷	۱۹۶۷۶۶	۳۵۲۱۷۴	۴۴۱۳۳۷	۵۶۵۰۵۷	۶۷۸۱۹۷	۷۶۹۹۷۶	۹۰۷۶۲۷	۱۱۸۳۳۸۵	۱۵۵۴۸۳۰	۳۲۱۳۰۸۷
شاغلین	۱۲۱۴۷۹۴	۲۶۱۰۰۷	۴۲۵۱۷۰	۵۵۳۸۸۸	۶۸۳۵۵۲	۸۲۱۱۳۹	۹۸۱۴۷۶	۱۱۸۷۱۱	۱۴۷۵۷۴۵	۱۹۵۳۱۱۶	۳۰۱۰۰۸۳

مأخذ: محاسبات گروه تحقیق

۲-۴- بررسی وضعیت فقر و توزیع درآمد شاغلین و بیکاران روستایی - ۱۳۷۴

برای محاسبه درصد خانوارهای زیر خط فقر روستایی مشابه شهرها عمل شده است و نتایج حاصله گویای این مطلب است که حدود ۲۳/۹ درصد از خانوارهای بیکار روستایی زیر خط فقر قرار دارد در حالی که ۱۹/۸ درصد از شاغلین روستایی با توجه به معیارهای استاندارد تغذیه‌ای زیر خط فقر قرار می‌گیرند. البته همان‌طور که ملاحظه می‌شود در هر دو گروه، فقر در روستاها بیشتر از شهرها است. محاسبه خط فقر ریالی این دو گروه در روستاها نیز نتایج مشابهی را به دست می‌دهد، بدین ترتیب که خط فقر ریالی شاغلین روستایی ۴۷۱۸۲۸ ریال و خط فقر بیکاران روستایی ۴۴۱۵۷۴ ریال است.

در این قسمت برای بررسی وضعیت توزیع درآمد میان این دو گروه خانوار روستایی از ضریب جینی و سهم گروه‌ها استفاده می‌کنیم. ضریب جینی برای بیکاران روستایی ۰/۴۱۱۵ و برای شاغلین روستایی ۰/۴۰۴۶ است بدین ترتیب ملاحظه می‌شود که توزیع در میان بیکاران روستایی نامناسب‌تر است. به هنگام مقایسه این اطلاعات، با شاخص‌های مشابه در شهرها مشاهده می‌شود که توزیع درآمد در نقاط روستایی به مراتب مناسب‌تر از توزیع درآمد در مناطق شهری است.

بررسی وضعیت رفاهی شاغلین و بیکاران روستایی

با توجه به آمارهای بودجه خانوار می‌توان وضعیت امکانات رفاهی خانوارها را نیز مورد بررسی و تجزیه و تحلیل قرار داد با توجه به اطلاعات جدول زیر مشاهده می‌شود که تفاوت‌های عمده‌ای میان شاغلین و بیکاران روستایی وجود دارد.

جدول ۴-۴-۶- مقایسه متوسط امکانات رفاهی شاغلین و بیکاران

روستایی (۱۳۷۴)

بیکاران	شاغلین	امکانات رفاهی
۵/۵۲	۵/۹۹	بعد خانوار (نفر)
۰/۵۶	۰/۵۳	اتاق سرانه (تعداد)
۶۸/۶	۸۳/۸	سطح زیر بنا سرانه (متر مربع)
۸۰/۸	۷۲/۹	آب لوله کشی (درصد)
۱/۹	۲/۹	گاز لوله کشی (درصد)
۲/۵	۴/۹	اتومبیل شخصی (درصد)
۶/۹	۱۰/۳	تلفن (درصد)

ماخذ: محاسبات گروه تحقیق

با توجه به اطلاعات جدول فوق مشاهده می شود که بعد خانوار شاغلین به طور متوسط در روستاها ۶ نفر است. در حالی که بعد خانوار بیکاران روستایی به طور متوسط ۵/۵ نفر است. اتاق سرانه شاغلین به دلیل بعد خانوار بالای آنها کمتر از متوسط اتاق سرانه بیکاران است ولی سطح زیر بنا سرانه آنها بیشتر است و این مسئله به دلیل وضع درآمدی بهتر و بالاتر شاغلین است. در مورد سایر امکانات رفاهی نیز ملاحظه می شود که تقریباً در اکثر موارد وضعیت رفاهی شاغلین به مراتب بهتر از بیکاران است به عنوان مثال به طور متوسط حدود ۵ درصد شاغلین دارای اتومبیل هستند در حالی که این درصد برای بیکاران روستایی ۲/۵ است.

۴-۳- بررسی وضعیت اشتغال و بیکاری در سطح کلان اقتصاد

به منظور ارائه یک سیستم حمایتی موقت در سطح کشور برای کسانی که بر دلایل نداشتن مهارت و عدم دسترسی به بازار کار مناسب بیکار می شوند، در ابتدا لازم است که این گروه از افراد به طور دقیق شناسایی شده و ویژگی های جمعیتی آنها مورد بررسی و تجزیه و تحلیل قرار گیرد.

با توجه به آمار و اطلاعات سرشماری عمومی نفوس و مسکن سال ۱۳۷۵ مرکز آمار ایران، جمعیت ایران در سال ۱۳۷۵، ۶۰/۰۵ میلیون نفر است که از این تعداد ۳۶/۸ میلیون نفر ساکن در نقاط شهری و ۲۳/۰۲ میلیون ساکن در نقاط روستایی هستند. از کل جمعیت کشور ۱۶/۰۲ میلیون نفر جمعیت فعال ۱۰ ساله و بیشتر (شامل شاغل و بیکار جویای کار) هستند که ۹/۶ میلیون نفر آن در نقاط شهری و ۶/۳ میلیون نفر آن در نقاط روستایی زندگی می کنند. بدین ترتیب در مجموع ۳۵/۲ درصد از کل جمعیت ایران ۱۰ ساله و بیشتر ایران را، جمعیت فعال تشکیل می دهند.

در این میان ابتدا به بررسی وضعیت اشتغال و بیکاری در نقاط شهری می پردازیم. جمعیت فعال شهری در مجموع ۶۰/۳ درصد (۹/۶ میلیون نفر) از کل جمعیت فعال کشور را تشکیل می دهند که از این تعداد ۸/۸ میلیون نفر شاغل و ۰/۸۵ میلیون نفر بیکار جویای کار هستند. بدین ترتیب مشخص می شود که در نقاط شهری ایران ۸/۸ درصد از جمعیت فعال بیکار جویای کار هستند. با توجه به تفکیک این گروه بر حسب سن مشخص می شود که بیشترین تجمع بیکاران در گروه های سنی ۱۵ تا ۲۴ است.

جمعیت فعال در نقاط روستایی کشور حدود ۴۰ درصد از کل جمعیت فعال کشور را تشکیل می‌دهند که از این تعداد ۹۰٫۵ درصد شاغل و ۹/۵ درصد بیکار جویای کار هستند. بدین ترتیب ملاحظه می‌شود که درصد بیکاری در روستاهای کشور ۰/۷ درصد بیشتر از درصد بیکاری در نقاط شهری است و این مسئله وجود فرصت‌های بیشتر شغلی در شهرها را نشان می‌دهد. در نقاط روستایی نیز همانند نقاط شهری بیشتری تجمع بیکاران در گروه‌های سنی ۱۵ تا ۲۴ است.

مرکز آمار ایران در سال ۱۳۷۶ با توجه به کمبود اطلاعات آماری در زمینه نیروی انسانی، طرح آمارگیری ویژگی‌های اشتغال و بیکاری خانوار را به مرحله اجرا درآورده است که در این قسمت برای بررسی دقیق‌تر وضعیت بیکاران در کشور، نتایج ناشی از این طرح را مورد بررسی قرار می‌دهیم.

براساس نتایج طرح آمارگیری از ویژگی‌های اشتغال و بیکاری خانوار، ۱۰۱۳۲۰ خانوار نمونه کشور در مجموع شامل ۴۸۸۸۱۹ نفر جمعیت بوده که میانگین تعداد افراد در خانوار ۴/۸۲ نفر به دست می‌آید. در سال ۱۳۷۶، افراد شاغل و بیکار جویای کار (جمعیت فعال) در مجموع ۳۴/۷ درصد از جمعیت ۱۰ ساله و بیشتر جامعه نمونه را تشکیل می‌دهند که این نسبت در جامعه مزبور برای مردان ۵۹/۲۲ درصد و برای زنان در سطح کل کشور ۹/۹۴ درصد بوده است.

بیشترین میزان فعالیت در سطح کل کشور، مربوط به گروه سنی ۴۰-۴۴ ساله، کمترین میزان، مربوط به گروه سنی ۱۰-۱۴ ساله بوده است.

در سال ۱۳۷۶، از مجموع ۱۲۱۵۵۲ نفر جمعیت فعال ۱۵-۶۴ ساله جامعه نمونه ۸۵-۸۶ درصد شغل و ۱۳/۱۵ درصد بیکار جویای کار بوده‌اند.

در این قسمت وضعیت اشتغال و بیکاری را به تفکیک نقاط شهری و روستایی با توجه به طرح انجام شده، مورد بررسی قرار می‌دهیم.

در نقاط شهری کشور با توجه به طرح آمارگیری انجام شده ۳۳/۵ درصد از جمعیت ۱۰ ساله و بیشتر را جمعیت فعال تشکیل می‌دهند که ۸۷/۳ درصد آن شاغل و ۱۲/۷ درصد آن بیکار جویای کار هستند که بیشترین گروه بیکاران را، بیکاران سنین ۱۵ تا ۲۴ تشکیل می‌دهند. برحسب وضعیت زناشویی، مشخص می‌شود که ۳۸٫۷ درصد بیکاران دارای همسر هستند و بقیه آنها بدون همسر (بر اثر فوت یا طلاق) یا هرگز ازدواج نکرده‌اند در صورتی که در گروه شاغلین، ۸۰/۷ درصد دارای همسر هستند که در این نمونه گیری ۸۶/۷ درصد از شاغلین با سواد و ۱۳/۳ درصد از آنها بی‌سواد هستند. در مورد بیکاران جویای کار وضعیت بدین صورت است که ۸۸/۶ درصد از آنها با سواد و ۱۱/۴ درصد از آنها بی‌سواد هستند. بدین ترتیب ملاحظه می‌شود که وضعیت سواد در میان بیکاران تا حدود کمی بهتر از شاغلین است.

در مورد نقاط روستایی نیز آمارها نشان می‌دهند که ۳۶/۴ درصد از جمعیت ۱۰ ساله و بیشتر نقاط راجمعیات فعال تشکیل می‌دهند که ۸۶/۳ درصد آنها شاغل و ۱۳/۷ درصد آنها بیکار جویای کار هستند. این مسئله نشان می‌دهد که در مقایسه با نقاط شهری، بیکاری در نقاط روستایی بیشتر است. در مورد وضعیت زناشویی شاغلین و بیکاران می‌توان نتیجه گرفت که، ۷۵/۹ درصد از شاغلین دارای همسر هستند در حالی که این نسبت برای بیکاران تنها ۳۳/۰۵ درصد است بدین ترتیب مشخص می‌شود که مشابه وضعیت شهرها در روستاها نیز بیکاران به دلیل مشکلات اقتصادی امکان ازدواج و تشکیل زندگی را ندارند.

در مورد وضعیت تحصیلی مشاهده می‌شود که ۴۵ درصد از شاغبین در نقاط روستایی باسواد و ۳۳/۶ درصد از آنها بی‌سواد هستند که در این میان بیشترین سطح سواد در حد سواد ابتدایی است. در مورد بیکاران جویای کار وضعیت تا حدود زیادی متفاوت است بدین ترتیب که سطح سواد در میان این گروه نسبت به شاغلین بسیار بالاتر است به طوری که ۸۴/۴ درصد از آنها باسواد و تنها ۱۵/۵ درصد از آنها بی‌سواد هستند البته در اینجا نیز بیشترین تجمع مربوط به سطح سواد ابتدایی است.

با توجه به طرح آمارگیری انجام شده، می‌توان، نتایج تفصیلی تر و دقیق تری در مورد وضعیت بیکاران جویای کار دست یافت که از آن جمله می‌توان به مدت بیکاری، فعالیت اصلی محل کار قبل از بیکاری و فعالیت‌های انجام شده اشاره کرد با توجه به اطلاعات به دست آمده، نتایج زیر حاصل می‌شود.

در نقاط شهری کشور بیشترین مدت بیکاری برای افراد جویای کار، یک تا کمتر از دو سال و کمترین مدت زمان بیکاری کمتر از یک ماه است ولی در نقاط روستایی بیشترین مدت زمان بیکاری ۴ سال و بیشتر است و البته کمترین زمان آن همان کمتر از یک ماه است.

در مورد فعالیت‌های اصلی محل کار قبل از بیکاری نیز نتایج حاصله بدین ترتیب است که در نقاط شهری، بیشترین حجم بیکاری مربوط به کسانی است که قبلاً در بخش‌های ساختمان و صنعت فعال بوده‌اند است. بدین ترتیب که این بخش‌ها به ترتیب ۱۸/۱ و ۱۷/۹ درصد را به خود اختصاص می‌دهند و در این میان کمترین حجم بیکاری مربوط به کسانی است که قبل از بیکاری در بخش استخراج معدن مشغول به فعالیت بوده‌اند.

در مورد نقاط روستایی وضعیت بدین ترتیب است که بیشترین حجم بیکاری مربوط به کسانی است که قبلاً در بخش کشاورزی، شکار و جنگلداری اشتغال داشته‌اند. بدین ترتیب که این گروه ۲۶ درصد از بیکاران را به خود اختصاص می‌دهند. در مرتبه بعدی بخش ساختمان با ۲۰ درصد قرار دارد و کمترین میزان مربوط به کسانی است که در بخش تأمین برق و گاز و آب مشغول به فعالیت بوده‌اند ۰/۳ درصد.

مسئله بعدی که توجه به آن در این میان مهم است این است که با توجه به نتایج به دست آمده مشخص می‌شود که در نقاط شهری ۵۶/۵ درصد از بیکاران جویای کار را کسانی تشکیل می‌دهند که تسلاً شاغل بوده‌اند و ۳۷/۷ درصد آنها را کسانی تشکیل می‌دهند که قبلاً محصل بوده‌اند. در روستاها نیز ۱۵ درصد از کسانی که جویای کار هستند، قبلاً شاغل بوده‌اند و ۴۰/۷ درصد از آنها قبلاً محصل بوده‌اند.

نتایج حاصله نشان می‌دهد که حجم نسبتاً عظیمی از بیکاران جویای کار را کسانی تشکیل می‌دهند که قبلاً محصل بوده‌اند و حالا بعد از فارغ التحصیل شدن به دنبال کار و کسب درآمد هستند.

نکته دیگری که در مورد بیکاران جویای کار مطرح می‌شود، علت ترک شغل قبلی آنها و جستجو برای کار جدید است. اطلاعات و آمار به دست آمده نشان می‌دهد که در نقاط شهری کشور، بیشترین علت ترک شغل قبلی مربوط به موقتی بودن آن شغل بوده است به طوری که این مسئله ۴۱/۶ درصد از موارد را به خود اختصاص می‌دهد، علت عمده بعدی کمبود درآمد است که در ۱۳/۵ درصد موارد باعث ترک شغل و جستجو برای کار با درآمد بیشتر جدید شده است. همچنین، ۱۰/۴ درصد موارد به علل فیزیولوژیکی و ۸/۹ درصد موارد به علت تعطیلی محل کار بوده است.

در نقاط روستایی کشور نیز وضعیت تا حدودی بدین ترتیب است یعنی ۵۰/۹ درصد موارد ترک شغل به علت موقتی بودن شغل و ۱۱ درصد موارد به علت کمبود درآمد بوده است.

۴-۴- بررسی روش‌های مختلف حمایت‌های موقت

آنچه که تا به حال در مورد آن بحث شد، عبارت بود از شناخت و بررسی کلی وضعیت اشتغال و بیکاری در سطح کلان جامعه و بررسی پارامترهای اقتصادی، اجتماعی شاغلین و بیکاران جویای کار. همچنین با استفاده از آمار و اطلاعات بودجه خانوار وضعیت سبد مصرفی دو گروه شاغلین و بیکاران مورد بررسی قرار گرفت و سپس این دو گروه از لحاظ فقر و توزیع درآمد مورد مقایسه قرار گرفتند.

به طور کلی بیکاران کسانی هستند که به دلایل نداشتن مهارت و عدم دسترسی به بازار کار مناسب بیکار می‌شوند و برای کسب شغل جدید جویای کار هستند و این افراد از زمان ترک شغل قبلی خود تا پیدا کردن شغل جدید بیکار می‌مانند و مسلماً در این فاصله زمانی که در مواقعی بسیار هم می‌تواند طولانی باشد، نیازمند حمایت و کمک از طرف دولت و سازمان‌های مربوطه هستند. به همین منظور دولت، ارگان‌ها و سازمان‌های مربوطه، مسئولیت حمایت‌های موقت از این گروه را برعهده دارند و موظفند که به اشکال مختلف مثل کاریابی، اعطای وام‌های خودکفایی، دراختیار قرار دادن سرمایه و وسیله کار و ارائه آموزش‌های فنی و حرفه‌ای این افراد را تا زمان یافتن شغل جدید و مناسب تحت حمایت خود قرار دهند. از نهادهای عمده‌ای که چنین وظیفه‌ای را برعهده دارند می‌توان به وزارت کار و امور اجتماعی و کمیته امداد امام خمینی اشاره کرد که در ادامه بحث عملکرد این دو نهاد را به طور تفصیلی مورد بررسی و تجزیه و تحلیل قرار می‌دهیم.

بررسی برنامه خودکفایی مددجویان کمیته امداد امام خمینی

این کمیته به عنوان بزرگ‌ترین نهاد حمایت غیربیمه‌ای در اسفند ۱۳۵۷ فعالیت‌های خود را در جهت حمایت از محرومین آغاز نموده است و هدف آن یاری رساندن به نیازمندان براساس فقه و اخلاق اسلامی است. این نهاد با الهام از تعالیم دین مبین اسلام همواره سعی بر این داشته است که اصولی‌ترین و شایسته‌ترین خدمات را نسبت به مددجویان تحت حمایت انجام دهد. به همین اساس طرح‌ها و فعالیت‌های خودکفایی را در رأس برنامه‌های خود قرار داده است.

فعالیت‌های این نهاد در زمینه خودکفایی مددجویان حول محورهای ذیل متمرکز است:

۱- اعطای وام‌های طویل‌المدت به منظور کسب اشتغال، تهیه ابزار کار و مواد اولیه؛

۲- تهیه و واگذاری مواد اولیه و وسیله کار؛

۳- تشکیل دوره‌های آموزشی؛

۴- رسیدگی و نظارت بر فعالیت خودکفایی خانواده‌ها؛

۵- تمهید مقدمات لازم برای خودکفایی جمعی و گروهی از طریق کارگاه‌های آموزشی و تولیدی؛

۶- کاریابی برای مددجویان و ایجاد زمینه لازم برای جذب مددجویان آموزش دیده در بازار کار.

برای بررسی کلی عملکرد کمیته امداد امام خمینی در سال‌های اخیر در زمینه اعمال حمایت‌های موقت به بیکاران سه مقطع زمانی ۱۳۶۸، ۱۳۷۲، ۱۳۷۶ را در نظر گرفته و جهت‌گیری‌های این کمیته را در طی این سال‌ها مورد بررسی قرار می‌دهیم.

در سال ۱۳۶۸ در مجموع به ۶۱۹۷ خانوار مبلغ ۱/۱۴ میلیارد ریال وام یا امکانات خودکفایی در اختیار مددجویان قرار داده است. این وام‌ها طی سال ۱۳۶۸ از تنوع زیادی برخوردار بوده ولی در مجموع طرح‌های

قالیافی با ۶۲.۹ درصد بیشترین سهم را به خود اختصاص می‌دهد در مراتب عدی طرح‌های دامداری با ۲۷/۱ درصد و طرح‌های گلیم و حاجیم بافی با ۴.۹ درصد قرار دارند بدین ترتیب مشخص می‌شود که در طی این سال استراتژی مسلط کمیته امداد امام خمینی گسترش و حمایت از قالیافی بوده است. سهم سایر طرح‌ها در جدول شماره ۵-۴-۶ آورده شده است.

اعطای این وام‌های خودکفایی به صورت حمایت‌های موقت انجام می‌گیرد یعنی به محض رسیدن خانوار به مرحله خودکفایی. این خانوارها از تحت پوشش کمیته امداد خارج می‌شوند. همچنین در سال ۱۳۶۸ مبلغ ۱۳۱ میلیون ریال وام قرض الحسنه به تعداد ۱۱۷۶ خانوار جهت کسب، تولید صنایع دستی، کشاورزی، دامپروری و سایر انواع تولیدات پرداخت شده است.

همان طور که گفته شد یکی دیگر از اقدامات کمیته امداد امام خمینی تأسیس واحدهای آموزشی تولیدی و خدماتی نظیر کارگاه‌های خیاطی و بافندگی و گلدوزی، کارگاه‌های قالیافی و گلیم بافی و غیره بوده است که هدف عمده ایجاد این کارگاه‌ها را می‌توان فراهم نمودن زمینه‌های اشتغال محرومین و حرفه آموزی آنها ذکر کرد. به طوری که در مجموع در سال ۱۳۶۸ تعداد ۲۸ واحد از ۲۰۵ واحد موجود دارای فعالیت‌های آموزشی بوده و تعداد ۸۸۰۹ کارآموز در آن در حال طی کردن دوره‌های آموزشی بوده‌اند.

در سال ۱۳۷۲، مبلغ ۷/۵ میلیارد ریال وام یا امکانات خودکفایی در اختیار ۱۳۵۲۸ خانوار قرار گرفته است که نسبت به سال ۱۳۶۸ از نظر مبلغ ۵۵۸/۳ درصد و از نظر تعداد ۱۸/۳ درصد افزایش داشته است. در این سال نیز وام‌های پرداختی از تنوع زیادی برخوردار بوده است ولی نسبت به سال ۱۳۶۸ تغییرات زیادی در آن صورت گرفته است. به طوری که در سال ۱۳۷۲، فعالیت‌های دامداری از بیشترین توجه برخوردار بوده‌اند و حدود ۵۳/۷ درصد از وام‌های پرداختی به طرح‌های دامداری اختصاص داشته است و قالیافی با ۳۴/۳ درصد در مکان دوم قرار گرفته است. همچنین با توجه به اطلاعات جدول شماره ۱ مشخص می‌شود که در طی این سال‌ها درصد وام‌های پرداختی به بخش کشاورزی افزایش پیدا کرده است. بدین ترتیب مشخص می‌شود که کمیته امداد امام خمینی در طی فاصله زمانی ۱۳۶۸ تا ۱۳۷۲ تغییراتی را در استراتژی‌های خود به وجود آورده و با توجه به نیاز جامعه و اقتصاد طرح‌های دامداری و کشاورزی را در اولویت‌های خود قرار داده است.

در مورد وام‌های قرض الحسنه نیز تغییراتی طی این سال‌ها مشاهده می‌شود به طوری که در سال ۱۳۷۲ مبلغ ۵۴۶/۳ میلیون ریال وام قرض الحسنه به تعداد ۲۷۷۹ خانوار تحت پوشش پرداخت شده است که نسبت به سال ۱۳۶۸ از لحاظ مبلغ ۳۱۷ درصد و از لحاظ تعداد ۱۳۶/۳ درصد افزایش داشته است.

برای بررسی دقیق‌تر این مسئله کل مبلغ وام یا امکانات پرداختی به مددجویان و همچنین کل وام قرض الحسنه پرداختی سال ۱۳۷۲ را نسبت به سال پایه ۱۳۶۸ به قیمت‌های واقعی تبدیل می‌کنیم. نتایج حاصله بدین ترتیب است که با توجه به قیمت سال پایه ۱۳۶۸، کل وام یا امکانات پرداختی، مددجویان ۳/۷۵ میلیارد ریال و کل وام قرض الحسنه پرداختی به آنها ۲۷۱/۹ میلیون ریال می‌شود. بدین ترتیب ملاحظه می‌شود با توجه به در نظر گرفتن تورم در طی این سال‌ها متوسط مبلغ پرداختی به مددجویان افزایش چندانی نکرده است (جدول شماره ۶-۴-۶).

جدول ۵-۴-۶- توزیع درصد مبلغ وام هریک از انواع طرح های خودکفایی

سال	قالیافی	گلیم و جاجیم بافی	خیاطی، گلدوزی و بافندگی	دامداری	کشاورزی	سایر
۱۳۶۸	۶۲/۹	۴/۹	۰/۱	۲۷/۱	۰/۸	۴/۲
۱۳۷۲	۳۴/۳	۲/۴	۱/۳	۵۳/۷	۲/۷	۵/۶
۱۳۷۶	۱۷/۴	۱/۶	۲/۷	۵۶/۶	۶/۳	۱۵/۴

مأخذ: گزارشات آماری کمیته امداد امام خمینی

جدول ۶-۴-۶- تعداد مبلغ کل وام های خودکفایی پرداخت شده (درصد)

۱۳۷۶	۱۳۷۲	۱۳۶۸	
۱۷۶۱۸	۱۳۵۲۸	۶۱۹۷	تعداد وام پرداختی
۶۰۳۸۸۰۳۴۰۰۰	۷۵۳۵۱۷۹۸۰۳	۱۱۴۴۶۴۶۷۰۱	مبلغ وام پرداختی
۳۴۲۷۶۳۳	۵۵۷۰۰۶	۱۸۴۷۱۰	متوسط وام پرداختی (جاری)
۵۸۴۶۴۶	۲۷۷۲۹۵	۱۸۴۷۱۰	متوسط وام پرداختی (ثابت ۱۳۶۸)
۱۱۱۶۴	۲۷۷۹	۱۱۷۶	تعداد وام قرض الحسنه پرداختی
۴۱۰۰۰۰۰۰۰	۵۴۶۳۳۵۰۰۰	۳۰۹۸۱۹۱۳	مبلغ وام قرض الحسنه پرداختی
۳۶۷۲۵۱	۱۹۶۵۹۴	۱۱۱۳۷۹	متوسط وام قرض الحسنه پرداختی (جاری)
۶۲۶۴۱	۹۷۸۷۰	۱۱۱۳۷۹	متوسط وام قرض الحسنه پرداختی (ثابت ۱۳۶۸)

مأخذ: گزارشات آماری کمیته امداد امام خمینی

در مورد مؤسسه ها و واحدهای آموزشی، تولیدی و خدماتی تغییراتی طی این سالها صورت گرفته است. به طوری که در سال ۱۳۷۲ با یک کاهش ۷۱/۷ درصدی تعداد کل مؤسسات، ۵۸ مؤسسه و تعداد مؤسسات دارای فعالیت های آموزشی با یک کاهش ۶۰/۵ درصد به ۱۵ مؤسسه رسیده است و تعداد افراد در حال آموزش نیز در طی این سالها به شدت کاهش پیدا کرده به طوری که تعداد کل کارآموزان از ۸۸۰۹ نفر در سال ۱۳۶۸ به ۴۲۸۷ نفر در سال ۱۳۷۲ رسیده است. البته در سال ۱۳۷۲ تعداد ۳۶۵۳ نفر جهت دوره های آموزشی فنی و حرفه ای به سایر دستگاه ها معرفی شده اند. همچنین در طی این سال تعداد ۲۶۰۲ نفر جهت اشتغال معرفی شده (طرح کاریابی) که اکثر این افراد مشغول به کار شده اند.

در سال ۱۳۷۶ مبلغ ۶۰۰۴ میلیارد ریال وام یا امکانات خودکفایی در اختیار ۱۷۶۱۸ خانوار قرار گرفته است که نسبت به سال ۱۳۷۲، از نظر مبلغ بیش از ۷۰۵ درصد ولی از نظر تعداد فقط ۳۰/۲ درصد افزایش داشته است. با توجه به اطلاعات جدول شماره ۶-۴-۶، نتیجه می گیریم که متوسط وام پرداختی به مددجویان به قیمت پایه سال ۱۳۶۸ در طی این سالها افزایش پیدا کرده است. با توجه به اطلاعات جدول ۵-۴-۶ مشاهده می شود که در سال ۱۳۷۶ تنها ۱۷/۴ درصد از وام های پرداختی به طرح های قالیافی اختصاص داشته است و ۵۶ درصد آن به طرح های دامداری پرداخت شده است. همچنین در سال ۱۳۷۶، وام های پرداختی به طرح های کشاورزی افزایش پیدا کرده است. بدین ترتیب مشاهده می شود که در فاصله زمانی ۱۳۶۸ تا ۱۳۷۶، استراتژی های کمیته امداد امام خمینی به شدت تغییر کرده است و از حمایت از طرح های قالیافی تبدیل به استراتژی حمایت از کشاورزی و دامداری شده است.

در مورد وام‌های فرصت‌محسنه تا توجه به اطلاعات جدول ۶-۴-۶ مشاهده می‌شود که با وجود این که تعداد و مبلغ این وام‌های فرصت‌محسنه نسبت به دو سال مورد مطالعه قبل افزایش پیدا کرده است ولی متوسط وام‌های پرداختی به قیمت‌های ثابت سال ۱۳۶۸ به شدت در طی این سال‌ها کاهش پیدا کرده است. طی سال ۱۳۷۶ تعداد ۲۴۹۵ نفر آموزش‌های فنی و حرفه‌ای را با استفاده از امکانات کمیته امداد امام خمینی فرا گرفته‌اند که تعداد آنها نسبت به سال ۱۳۷۲، ۷۱/۵ درصد کاهش پیدا کرده است. همچنین تعداد ۳۷۷۵ نفر دیگر نیز با استفاده از امکانات سایر دستگاه‌ها آموزش‌های فنی و حرفه‌ای را فرا گرفته‌اند که تعداد آنها نسبت به سال ۱۳۷۲ به مقدار کمی افزایش پیدا کرده است. در مورد طرح کاربایی نیز در این سال اقداماتی صورت گرفته است. به طوری که ۵۳۱۲ نفر جهت اشتغال معرفی شده که اکثر این افراد مشغول به کار شده‌اند به این تعداد نسبت به سال ۱۳۷۲، ۱۰۴ درصد افزایش داشته است.

بررسی سیستم‌های حمایتی وزارت کار و امور اجتماعی

وزارت کار و امور اجتماعی یکی از متولیان عمده امر اشتغال زایی در کشور است. روزانه جمع کثیری در عرضه کنندگان و تقاضا کنندگان که به این مرکز مراجعه کرده و یکی از عمده‌ترین مسئولیت‌های وزارتخانه تنظیم عرضه و تقاضای بازار کار است. به طور کلی عملکرد اداره کل کار و امور اجتماعی وزارت کار و امور اجتماعی را می‌توان در قالب دو بخش مزدبگیری و غیر مزدبگیری بررسی کرد.

این مرکز در بخش مزدبگیری به شناسایی کمبودها و مزادهای استان‌های مختلف کشور پرداخته و با اعلام آنها به سازمان‌های مسئول آموزش نیروی انسانی نظیر آموزش فنی و حرفه‌ای، وزارت علوم، دانشگاه‌ها و نظایر آنها می‌تواند کمک مؤثری به برنامه‌ریزی آموزشی کشور داشته باشد.

همان‌طور که گفته شد اولین قدم در راه اجرای یک سیستم حمایتی شناسایی جامعه مورد بررسی است. با استفاده از آمار و اطلاعات سرشماری عمومی نفوس و مسکن مرکز آمار ایران در سال ۱۳۷۵، تعداد کل بیکاران جویای کار کشور حدود ۱۴۵۶ هزار نفر است که از این تعداد در سال مذکور ۴۸۳ هزار نفر (۳۳/۲ درصد) برای جستجوی کار به وزارت کار و امور اجتماعی مراجعه کرده‌اند که این گروه از لحاظ وضعیت سواد به این شرح بوده‌اند: حدود ۵۵ درصد بی‌سواد، ۵۸ درصد کم سواد (پایان دوره راهنمایی) ۳۱/۵ درصد دیپلم و بقیه دارای سواد بالای دیپلم. همچنین از کل جویندگان کار ثبت نام شده ۶۴ درصد را مردان و ۳۶ درصد را زنان تشکیل می‌دهند.

جدول ۶-۴-۷- نحوه توزیع جویندگان کار و به گماشته شدگان بر حسب جنس و سواد-

۱۳۷۵			
جنس	جویندگان کار	به کار گماشته شدگان	
زن	۱۷۵۱۴۳	۶۶۳۱	
مرد	۳۰۷۷۱۲۱	۴۵۹۲۸	
وضعیت سواد	بی سواد	۲۵۰۶۳	۱۷۱۱
	کم سواد	۲۷۸۷۹۳	۲۹۶۸۷
	دیپلم	۱۵۰۶۰۸	۱۴۵۳۸
	بالای دیپلم	۶۱۰۳۱	۶۵۲۴
جمع کل	۴۸۲۸۶۴	۵۲۵۵۹	

ماخذ: سیمای بازار کار، وزارت کار و امور اجتماعی ۱۳۷۵

همان‌طور که قبلاً نیز توضیح داده شد یکی از وظایف اصلی وزارت کار و امور اجتماعی جستجوی فرصت‌های شغلی مناسب و به کار گماردن افراد مناسب بر سر این مشاغل است. در راستای این وظیفه در سال ۱۳۷۵، وزارت کار و امور اجتماعی توانسته‌اند حدود ۱۱ درصد از جویندگان کار مراجعه‌کننده به این سازمان را به کار بگمارد که از لحاظ جنسی بیشتر آنها را مردان و از لحاظ وضعیت سواد بیشترین حجم مربوط به افراد کم‌سواد است.

به طور کلی فعالیت‌های بخش اشتغال این وزارتخانه را می‌توان در قالب فعالیت‌های زیر طبقه‌بندی کرد:

- ۱- مطالعات و بررسی در زمینه شناخت کمی و کیفی نیروی انسانی (بازار کار) فرصت‌های شغلی و ارائه پیشنهاد به منظور نیل به اشتغال کامل و تهیه طرح‌های اشتغال‌زا؛
- ۲- توسعه و تجهیز مراکز خدمات اشتغال برای شناسایی فرصت‌های شغلی و راهنمایی بیکاران؛
- ۳- ایجاد زمینه‌های مساعد اعمال قانون بیمه بیکاری؛
- ۴- جلوگیری از اشتغال اتباع خارجی غیرمجاز و نظارت بر کار اتباع خارجی شاغل؛
- ۵- سایر فعالیت‌ها.

که البته با توجه به نتایج آماری به دست آمده مشخص می‌شود که در زمینه به کار گماردن افراد در سال‌های اخیر موفقیت‌های چندانی نداشته است. جدول زیر عملکرد سازمان را در این زمینه در دو سال ۱۳۶۸ و ۱۳۷۵ مورد بررسی قرار می‌دهد.

جدول ۸-۴-۶- عملکرد وزارت کار و امور اجتماعی در زمینه به کار گماردن افراد *

سال	جویندگان کار	فرصت‌های شغلی اعلام شده	به کار گماردگان	درصد به کار گماردگان
۱۳۶۸	۲۰۳۰۴۴	۹۱۷۹۸	۷۶۳۲۲	۳۷/۶٪
۱۳۷۵	۴۸۲۸۶۴	۶۷۵۷۰	۵۲۵۵۹	۱۱٪

مآخذ: گزارش مختصری از عملکرد وزارت کار و امور اجتماعی. طی سال ۱۳۶۸ الی ۱۳۷۵.

نتایج جدول فوق حاکی از آن است که درصد به کار گمارده شدگان در فاصله زمانی ۱۳۶۸ الی ۱۳۷۵ کاهش پیدا کرده است. البته علت این امر را می‌توان تا حدودی ناشی از کاهش فرصت‌های شغلی اعلام شده و افزایش فزاینده جویندگان کار دانست.

البته در سال ۱۳۷۴ صندوقی به منظور حمایت از فرصت‌های شغلی در وزارت کار و امور اجتماعی تشکیل گردید که از جمله اهداف آن می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

- ۱- پرداخت وام و اعطای تسهیلات به اشخاص حقیقی و حقوقی جهت حفظ و ایجاد فرصت‌های شغلی.
- ۲- سرمایه‌گذاری مستقیم یا مشارکت در احداث.
- ۳- توسعه، تکمیل و راه‌اندازی طرح‌های تولیدی، خدمات فنی و عمرانی که موجب ایجاد فرصت‌های شغلی جدید گردد.
- ۴- ارائه خدمات مختلف از جمله خدمات کارشناسی در زمینه‌های فنی و مالی، سرمایه‌گذاری و تولیدی که منجر به اجرای طرح‌های اشتغال‌زا گردد.

در نتیجه فدایت و زحمت کار و امور اجتماعی می توان به تأسیس مراکز سازمان آموزش فنی و حرفه ای کشور اشاره کرد. این سازمان با توجه به قانون کار و کارآموزی قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران به امر آموزش کارگران واحدهای تولیدی و خدماتی، ارتقای مهارت کارگران و آموزش افراد فاقد مهارت جویای کار می پردازد که اقدامات این سازمان در زمینه های پژوهشی و آموزشی را می توان در قالب فعالیت های زیر طبقه بندی کرد:

پژوهشی

- ۱- شناسایی صنایع و مهارت های موجود در شاغل.
- ۲- تطبیق خط مشی و فعالیت های آموزش فنی و حرفه ای با نیاز جامعه با همکاری کارشناسان صنعت به ویژه در امر توسعه (واحدهای تولیدی و صنعتی و خدماتی).
- ۳- بررسی و ارزشیابی روش های آموزشی و اتخاذ روش های مناسب.
- ۴- تهیه استانداردهای آموزشی و مهارت و کتب و جزوات آموزشی.

آموزشی

- ۱- آموزش در مراکز ثابت (با امکانات شبانه روزی).
- ۲- آموزش در مراکز سیار در شهر و روستاهای فاقد مرکز آموزش.
- ۳- آموزش در صنایع و واحدهای تولیدی (آموزش استادکاران و سرپرستان واحدهای تولیدی و کارگران کارخانجات) با اعزام مربی به واحدهای تولیدی.
- ۴- آموزش در پادگان ها (نیروهای نظامی و انتظامی) و بهره گیری از فضای موجود پادگان ها.
- ۵- آموزش خودیاری فنی.
- ۶- آموزش در زندان ها.
- ۷- آموزش زنان.

در جدول زیر عملکرد آموزشی سازمان در طول سال های ۱۳۶۸ الی ۱۳۷۵ آورده شده است.

جدول ۹-۴-۶- عملکرد آموزشی سازمان فنی و حرفه ای کشور در سال های ۱۳۶۸ الی ۱۳۷۵ (واحد: نفر)

سال	۱۳۶۸	۱۳۶۹	۱۳۷۰	۱۳۷۱	۱۳۷۲	۱۳۷۳	۱۳۷۴	۱۳۷۵
مراکز آموزشی سازمان	۲۴۳۰۰	۴۲۲۰۹	۸۰۶۴۰	۹۸۷۳۷	۱۵۸۶۷۸	۱۴۵۹۱۸	۱۱۹۲۱۶	۱۴۳۲۵۱
آموزش در صنایع	۱۵۸۸	۵۴۰۵	۲۷۴۹۵	۸۲۶۰	۱۷۷۲۰	۱۷۱۲۰	۲۹۰۵۱	۴۳۷۳۴
تیم های سیار و پادگان ها	۳۸۰	۹۱۶۹	۲۴۶۵۵	۲۴۰۲۴	۷۷۸۱۲	۷۵۹۷۹	۷۸۰۱۳	۶۷۱۵۰
خودیاری فنی	-	-	۱۰۵۲۰	۹۰۱۷	۲۶۱۹۲	۱۵۸۶۹	۱۳۹۶۷	۲۱۶۱۷
آموزشگاه های آزاد	۷۸۶۰۸	۱۲۸۳۶۷	۱۹۳۵۵۵	۲۴۲۸۱۴	۱۸۶۱۹۷	۱۶۱۹۵۲	۱۷۰۰۰۰	۲۰۰۰۰۰
جمع	۱۰۴۸۷۶	۱۸۵۱۵۰	۳۳۶۸۶۵	۳۸۲۸۵۲	۴۶۶۵۹۹	۴۱۶۸۳۴	۴۱۰۲۴۷	۴۷۵۷۵۲

مأخذ: گزارش مختصری از عملکرد وزارت کار و امور اجتماعی. طی سال ۱۳۶۸ الی ۱۳۷۵.

نتایج حاصل از جدول ۹-۴-۶ نشان می دهد که روند تعداد آموزش دیدگان وزارت کار و امور اجتماعی از طریق سازمان آموزش فنی و حرفه ای کشور فزاینده بوده است. البته این روند در سال ۱۳۷۰ با یک جهش ۸۲ درصد همراه بوده است که علت آن افزایش افراد تحت آموزش در مراکز سیار و پادگان ها است. البته در

دو سال ۱۳۷۳، ۱۳۷۴ تا یک روند نزولی رو به رو هستیم وی در سال ۱۳۷۵ دوباره سیر صعودی شروع شده است.

همان طور که در ابتدای بحث نیز گفته شد عملکرد اداره کل کار و امور اجتماعی وزارت کار و امور اجتماعی را می توان همچنین در قالب بخش غیر مزدبگیری نیز بررسی کرد. با توجه به کثرت جویندگان کار به ویژه افسار تحصیل کرده در سطح دیپلم، مهاجرت بی رویه روستاییان به شهرها، حل نسبی مشکل بیکاری، حمایت از صنایع دستی و داخلی و ایجاد شرایط لازم برای تغییر الگوی مصرف از اواسط سال ۱۳۶۶ مطالعات همه جانبه با استفاده از منابع بین المللی از سوی کارشناسان وزارت کار و امور اجتماعی به عمل آمد و طرح «خود اشتغالی» به عنوان یکی از خط مشی های اجرایی در زمینه ایجاد اشتغال در سطح کشور مطرح گردیده است.

خوداشتغالی امروزه در اغلب کشورهای جهان (با هر درجه توسعه یافتگی) به عنوان یکی از خط مشی های برنامه ریزی و سیاست گذاری اشتغال مورد توجه قرار گرفته است و به عنوان راه حل کمکی در کنار سایر تدابیر مربوطه افزایش اشتغال، کاهش نرخ بیکاری و تخفیف پیامدهای اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی ناشی از بیکاری به کار گرفته می شود و پدیده ای جدید در مقوله اقتصاد و اشتغال نیست. با توجه به اهداف و وظایف وزارت کار و امور اجتماعی در خصوص تنظیم عرضه و تقاضای بازار کار، طرح خوداشتغالی و حمایت اشتغال مولد فردی اجرا می شود. در قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران و برنامه های توسعه نیز به ضرورت تأمین شرایط کار و امکانات اشتغال برای همه به منظور رسیدن به اشتغال کامل و قرار دادن وسیع کار در اختیار همه کسانی که قادر به کارند و نی وسایل کار ندارند، توجه کافی شده است.

در راستای تحقق این اهداف طبق قانون برنامه دوم توسعه وزارت کار و امور اجتماعی موظف گردید در طول برنامه ۶۶۰ هزار فرصت شغلی ارزان قیمت ایجاد کند ولی به دلایل عدم ارائه تسهیلات اعتباری کافی و به موقع توسط بانک ها و همکاری مؤسسات ذی ربط باعث شدند که این هدف نتواند در سطح مطلوب تحقق پیدا کند به ضوری که در جدول زیر عملکرد اداره کل کار و امور اجتماعی سراسر کشور در ارتباط با تبصره ۳ بودجه کل کشور طی سال های ۱۳۶۹-۱۳۷۵ آورده شده است. لازم به ذکر است که از ابتدای سال ۱۳۶۹، به بعد ۲۰ درصد از اعتبارات تبصره ۳ بودجه کل کشور به منظور ایجاد اشتغال با معرفی وزارت کار و امور اجتماعی در اختیار جویندگان کار در بخش غیر مزدبگیری (اشتغال فردی یا فرد اشتغالی) قرار گرفته است.

جدول ۱۰-۴-۶- عملکرد اداره کل کار و امور اجتماعی در ارتباط با تبصره ۳ بودجه کل کشور

واحد: میلیون ریال

سال	تعداد جویندگان کار	اعتبارات تخصیصی	میزان جذب اعتبارات تخصیصی	تعداد طرح های اشتغال زا (نفر)	سرايه ايجاد اشتغال مستقيم
۱۳۶۹	۲۲۵۲۷۰	۵۰۰۰	۲۸۹۲	۲۲۰۶	۱۳۱۰
۱۳۷۰	۲۳۹۸۲۷	۵۰۰۰	۳۷۹۵	۲۶۸۱	۱۴۱۵
۱۳۷۱	۵۳۳۵۳۳	۵۰۰۰	۵۰۵۵	۲۶۸۱	۱۷۶۶
۱۳۷۲	۲۸۶۰۷۴	۵۰۰۰	۸۲۴۸	۵۰۲۳	۱۶۴۲
۱۳۷۳	۲۹۳۸۸۱	۱۰۰۰۰	۲۶۷۶۱	۱۲۱۸۴	۲۱۹۴
۱۳۷۴	۳۲۷۲۰۰	۹۵۰۰۰	۵۳۸۵۰	۱۸۶۳۰	۲۸۹۰
۱۳۷۵	۴۸۲۸۶۴	۳۰۰۰۰۰	۱۰۱۶۷۲	۲۷۸۹۷	۳۶۴۵

منبع: سیمای بازار کار - وزارت کار و امور اجتماعی - ۱۳۷۵

با بررسی عملکرد این مرکز مشاهده می شود که طرح های خود اشتغالی ایجاد شده در استان های سراسر کشور بیشتر در زمینه های فالیبافی، نجاری، صنایع خانگی، تولید پوشاک، تراشکاری، دوزندگی و بافندگی، برق ساختمان و غیره بوده است.

در تبصره ۵۰ بودجه کل کشور نیز به امر خود اشتغالی توجه شده است. به طوری که تسهیلات تبصره ۵۰ بودجه کل کشور کلاً به منظور ایجاد فرصت های جدید شغلی برای جویندگان کار واجد شرایط در بخش غیر مزدگیری متعال مصرف شده است. در جدول زیر میزان تسهیلات تخصیص یافته به امر خود اشتغالی، میزان در صد جذب سهمیه تخصیصی، تعداد طرح های اشتغال زای اجرا شده و متوسط هزینه سرانه ایجاد یک فرصت شغلی در بخش غیر مزدگیری آورده شده است.

جدول ۱۱-۴-۶- عملکرد اداره کل کار و امور اجتماعی در ارتباط با تبصره ۵۰

واحد: میلیون ریال

سال	کل اعتبارات تبصره ۵۰	اعتبارات تخصیصی (سهمیه وزارت کار)	میزان جذب اعتبارات تخصیصی	تعداد طرح های اشتغال زا (نفر)	سرايه اشتغال مستقيم
۱۳۷۳	۱۰۰۰،۰۰۰	۲۳۰۰۰	۵۵۶۲	۱۹۳۹	۲۸۶۸
۱۳۷۴	۱۲۰۰،۰۰۰	۱۵۰۰۰	۱۵۶۳۸	۴۳۴۶	۳۵۹۸
۱۳۷۵	۱۵۰۰،۰۰۰	۱۰۰۰۰	۸۴۱۱/۷	۱۶۹۷	۴۹۵۷
جمع کل	۳۷۰۰،۰۰۰	۴۸۰۰۰	۲۹۶۱۱/۷	۷۹۸۲	۱۱۴۲۳

منبع: سیمای بازار کار - وزارت کار و امور اجتماعی - ۱۳۷۵

بدین ترتیب مشاهده می شود که در طول سال های ۱۳۷۳ الی ۱۳۷۵ در مجموع برای ۷۹۸۲ نفر فرصت شغلی ایجاد شده است. البته نکته قابل ذکر در این میان این است در کلیه بررسی ها صرفاً فرصت های مستقیم شغلی (به ازای هر یک نفر) مطرح شده است و به فرصت های شغلی غیر مستقیم ایجاد شده ناشی از طرح های

اشتغال رنجی شارژی نشده است.

اعتبارات تبصره ۶۴ بودجه کل کشور نیز مربوط به بخشی از تعهدات وزارت کار و امور اجتماعی در ارتباط با بند «ج» تبصره ۹۵ قانون برنامه دوم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی است که مبلغ ۱۸۰ میلیارد ریال می باشد که ۳۰ درصد از اعتبارات این تبصره را شامل می شود که در نهایت بعد از کسر مبالغی در مجموع مبلغ ۱۳۰،۰۶۵ میلیارد ریال، کل اعتبارات پرداختی به این وزارتخانه از بابت این تبصره است. بررسی عملکرد اداره های کل کار و امور اجتماعی سراسر کشور در ارتباط با بند «ب» تبصره ۶۲ بودجه کل کشور در سال ۱۳۷۵ نشان می دهد که از کل اعتبارات تخصیص یافته در بخش های مختلف (قالیبافی، صنایع دستی، صنایع خانگی و خدمات فنی) در مجموع ۴۳۵۰۳ فرصت شغلی با اعتباری معادل ۸۵۷۵۰ میلیون ریال در سراسر کشور ایجاد شده است.

نتیجه گیری

همان طور که در ابتدای مباحث مربوط به این بخش نیز گفته شد، وجود سیستم های حمایتی و حمایت از افشار نیازمند یکی از مشخصه های اصلی مهم نظام اقتصادی است و این مسئله در چارچوب وظایف تأمین اجتماعی دولت و مؤسسات مربوطه به آن تحقق پیدا می کند. ولی اولین گام در جهت ارائه این حمایت ها، داشتن شناخت دقیق از گروه های مورد نظر است. بدین ترتیب در این بحث ابتدا رفتار اقتصادی و سبک مصرفی بیکاران که در واقع مشخص ترین گروه نیازمند به حمایت های موقت هستند مورد بررسی و تجزیه و تحلیل قرار گرفت و به توجه به اطلاعات بودجه خانوار مشخص شد که حدود ۲۲،۱ درصد از خانوارهای بیکار شهری و ۲۳،۹ درصد از خانوارهای بیکار روستایی زیر خط فقر قرار دارند و ضرایب توزیعی نیز نشان از نامناسب بودن وضعیت توزیع درآمد در میان این خانوارها داشت.

بدین ترتیب با توجه به وضعیت رفاهی و اقتصادی این خانوارها و همچنین حجم به نسبت بالای بیکاران در کل جامعه، نیاز به حمایت از این افراد از طریق یافتن شغل مناسب یا در اختیار قرار دادن منابع مالی مورد نیاز برای تحقق امر خوداشتغالی آنها به شدت از جانب دولت و مؤسسات مربوطه به آن احساس می شود. در این راستا دو سازمان و نهاد عمده به این امر اشتغال دارند. یکی وزارت کار و امور اجتماعی و دیگری کمیته امداد امام خمینی. ولی نتایج بررسی ما نشان دادند که با وجود فعالیت گسترده این دو سازمان، مجموع افراد تحت پوشش و حمایت آنها سهم به نسبت کمی از خیل عظیم بیکاران کشور را شامل می شوند. به همین دلیل این دهیست پیش می آید که نیاز به ارائه یک سیستم جامع و همه گیر و کارآمدتر حمایت موقت برای کلیه دستگاه های ذی ربط احساس می شود. به همین مناسبت در بحث آینده سعی می شود که با استفاده از تنوری های موجود و با بهره گیری از تجربیات موفق کشورهای دیگر جهان یک سیستم حمایت موقت فراگیر و مؤثر ارائه شود.

۴-۵- بررسی و طراحی روش های مختلف حمایتی موفق یا هدفمند کردن وسایل پرداخت های انتقال

نقدی و جنسی در شهر و روستا

مقدمه

پیش نیاز موفقیت هر سیستم حمایتی، شناخت دقیق از گروه مورد نظر است. گروه مورد نظر در این قسمت

تحقیق گروه بیکاران هستند که نیاز به حمایت‌های موقت دارند. طبق پرسشنامه‌های مرکز آمار ایران در قسمت مربوط به خصوصیات اجتماعی اعضای خانوار از فرد پرسش شونده درباره وضعیت فعالیتش سؤال می‌شود که طبق طبقه بندی مرکز آمار ایران افراد در ۶ زیرگروه زیر که عبارتند از:

۱- شاغل

۲- بیکار (جویای کار)

۳- دارای درآمد بدون کار

۴- محصل

۵- خانه‌دار

۶- سایر.

بدین ترتیب گروه بیکاران جویای کار با کد فعالیت ۲ مشخص می‌شوند که در قسمت‌های اول این فصل به بررسی وضعیت اقتصادی این گروه و مقایسه آن با شاغلین بر تفکیک مناطق شهری و روستایی پرداختیم. ولی علاوه بر طبقه بندی فوق همان طور که در جلد ۱۵ این تحقیق گفته شده است کل گروه شاغلین را می‌توان به ۵ گروه شعبی طبقه بندی کرد که آخرین گروه را گروه بیکاران، کارکنان فصلی و فامیلی تشکیل می‌دهند. این مسئله بدین معنی است که گروه بیکاران در این طبقه بندی می‌آیند ولی از آنجایی که این گروه بیشتر شامل کارکنان فصلی و فامیلی است. بنابراین نمی‌تواند شناخت دقیقی نسبت به رفتارهای اقتصادی و وضعیت رفاهی بیکاران جویای کار تصویر کند.

ارائه سیستم حمایت موقت در شهر و روستا

همان طور که در بخش‌های گذشته نیز گفته شد کسانی که به دلایل نداشتن مهارت و عدم دسترسی به بازار کار مناسب، بیکار می‌شوند یا زیر خط فقر قرار می‌گیرند نیازمند حمایت‌های موقت از طرف دولت و نهادهای مربوطه هستند که در کشور ما دو ارگان وزارت کار و امور اجتماعی و کمیته امداد امام خمینی در این زمینه حمایت‌ها هستند ولی همان طور که مشاهده می‌شود این دو ارگان با تمام تلاشی که در این جهت انجام می‌دهند، نمی‌توانند خیل عظیم بیکاران را تحت پوشش حمایتی خود قرار دهند.

بدین ترتیب به نظر می‌رسد که ارائه یک سیستم حمایت موقت کارآمدتر و فراگیرتر بتواند گام‌های مؤثری را در جهت کمک به این قشر نیازمند در جامعه بردارد. به‌طور کلی مشکل اصلی بیکاران را می‌توان به دو بخش عمده طبقه بندی کرد. اول مسئله عدم دسترسی به بازار کار مناسب و دیگری نداشتن مهارت. در چنین حالتی نیاز به یک مرکز کامل اطلاعات کاریابی و یک مرکز ارائه مهارت‌های اولیه به این اشخاص احساس می‌شود و اگر این دو مرکز در قالب یک تشکیلات واحد باشند می‌توانند کارا تر عمل کنند. زیرا از یک طرف مهارت‌های مورد نیاز بخش‌های مختلف اقتصاد از قبیل کشاورزی، صنعت و خدمات از طریق تشکیلات اطلاعاتی مشخص می‌شود و از طرف دیگر با توجه به سطح مهارت‌های بیکاران جویای کار، مهارت‌های لازم اولیه در اختیار آنها قرار می‌گیرد.

این تشکیلات مستقل هم می‌تواند کلیه وظایف وزارت کار و امور اجتماعی را در بر بگیرد و هم در صورت وجود وزارت کار و امور اجتماعی به شکل فعلی، کلیه نیازمندان به حمایت موقت به این تشکیلات معرفی شوند. در هر دو حالت اشخاص به هنگام دریافت درآمد یا در دورانی که به جستجوی کار هستند باید مورد حمایت قرار بگیرند. البته تعدادی از بیکاران که در حال حاضر مشمول قانون بیمه بیکاری می‌شوند

مورد حمایت سازمان تأمین اجتماعی هستند و مستمری دریافت می‌کنند ولی بررسی هانشان می‌دهد که هم تعداد افراد تحت پوشش این حمایت کم است و هم شرایط تعلق گرفتن مستمری بیکاری به افراد سخت است.

قانون بیمه بیکاری مصوب ۱۳۶۹/۶/۲۶ است و کلیه مدیران و کارفرمایان کارگاه‌ها، مؤسسات تولیدی (صنعتی و کشاورزی)، خدماتی فنی دارای کارکنان مشمول قانون تأمین اجتماعی که تابع قانون کار یا کشاورزی هستند موظف به اجرای مقررات این آیین نامه هستند. بیکار از نظر این آیین نامه بیمه شده‌ای است که بدون میل و اراده بیکار شده و آماده کار می‌باشد. تشخیص بیکاری بدون میل و اراده و تاریخ وقوع بیکاری به عهده واحد کار و امور اجتماعی محل است. مبنای پرداخت حق بیمه بیکاری، فرد بیمه شده می‌باشد.

سازمان تأمین اجتماعی مکلف است با دریافت حق بیمه بیکاری طبق ضوابط قانون تأمین اجتماعی به بیمه شدگانی که با توجه به مقررات این آیین نامه بیکار شناخته شده و از طریق واحدهای کار و امور اجتماعی معرفی می‌شوند. مقرری بیمه بیکاری پرداخت نمایند. البته در این میان بیمه شده بیکار موظف است ظرف ۳۰ روز از تاریخ بیکاری فرم تقاضای استفاده از مقرری بیمه بیکاری را تکمیل و به واحد کار و امور اجتماعی محل ارائه نماید. همچنین بیمه شده بیکار از تاریخ ارائه تقاضای استفاده از مقرری بیمه بیکاری باید آمادگی خود را برای اشتغال به کار تخصصی یا مشابه آن اعلام نماید. در این مدت نیز واحدهای کار و امور اجتماعی مربوطه موظفند حداکثر ظرف ۳۰ روز پس از اخذ مدارک تکمیل شده نسبت به غیرارادی بودن بیمه بیکاری متقاضی اظهار نظر نموده و در صورت تأیید، وی را کتبا به سازمان تأمین اجتماعی معرفی نمایند.

در جدول زیر آمار مقرری بگیران بیمه بیکاری، هزینه و درآمد حاصل از بیمه بیکاری و متوسط مستمری دریافتی سالانه مشمولین آورده شده است.

جدول ۱۲-۴-۶- آمار مقرری بگیران بیمه بیکاری و هزینه درآمد حاصل از بیمه بیکاری (واحد میلیون ریال)

سال	تعداد مقرری بگیران	هزینه بیکاری	درآمد حاصل از بیکاری	متوسط مستمری دریافتی سالانه (ریال)
۱۳۶۷	۱۳۳۰۲	۳۴۷۶	۲۰۶۱۳	۲۶۱۳۱۴
۱۳۶۸	۱۹۲۷۰	۹۴۰۶	۲۴۹۴۸	۴۸۱۱۱۶
۱۳۶۹	۲۸۶۹۸	۱۵۸۵۷	۳۱۲۸۵	۵۵۲۵۴۷
۱۳۷۰	۳۱۳۱۶	۳۱۳۸۱	۵۱۵۲۵	۱۰۰۲۰۷۶
۱۳۷۱	۴۳۱۱۶	۴۱۷۵۰	۷۷۱۸۳	۹۶۸۳۱۸
۱۳۷۲	۷۰۵۸۸	۹۲۱۸۴	۱۱۰۵۸۷	۱۳۰۵۹۴۴
۱۳۷۳	۷۱۰۰۰	۱۵۲۱۰۷	۱۵۱۹۵۸	۲۱۴۲۳۵۲
۱۳۷۴	۷۵۵۸۲	۲۰۲۲۹۷	۲۱۴۷۵۲	۲۶۷۶۵۲۴
۱۳۷۵	۷۵۶۶۶	۲۶۸۰۲۲	۲۸۶۶۶۹	۳۵۴۲۱۷۲
۱۳۷۶	۷۷۰۰۰	۳۴۰۶۹۵	۳۶۰۵۹۷	۴۴۲۴۶۱۰

سازمان تأمین اجتماعی

با توجه به اطلاعات جدول فوق ملاحظه می شود که تعداد مقررری بگیران در مقایسه با تعداد کل بیکاران جویای کار کل کشور رقم به نسبت کمی است و حجم اندکی از بیکاران جویای کار تحت پوشش بیمه بیکاری و حمایت های این سازمان قرار می گیرند. البته نکته قابل توجه در این میان این است که میزان مستمری دریافتی سالانه این افراد در حد نسبتاً مناسبی است و با توجه به خط فقر ریالی محاسبه شده این افراد در قسمت های گذشته بحث، می تواند تا حدودی این افراد را از آسیب های اقتصادی ناشی از بیکار بودن، دور نگه دارد.

بدین ترتیب می توان نتیجه گرفت که هرچه قدر افراد تحت پوشش بیمه بیکاری بیشتر شوند وظایف تشکیلات مربوط به وزارت کار و امور اجتماعی کمتر می شود. وی همان طور که گفته شد شرایط استفاده از بیمه بیکاری به گونه ای است که فقط افرادی را که قبلاً شاغل بوده اند و در طی سال های کاری خود حق بیمه بیکاری پرداخته اند را شامل می شود و کسانی که خارج از این محدوده هستند را در بر نمی گیرد. بنابراین افرادی که قبلاً شاغل نبوده اند و در حال حاضر در جستجوی کار هستند باید تحت پوشش حمایتی تشکیلات وزارت کار و امور اجتماعی باشند.

همان طور که قبلاً نیز گفته شد بیکاران جویای کار باید در دوران کسب مهارت های لازم اولیه یا دوران کاریابی تحت حمایت های وزارت کار و امور اجتماعی قرار بگیرند این حمایت ها می تواند در قالب حمایت های نقدی و جنسی طبقه بندی شود. حمایت های جنسی می تواند به شکل ارائه بسته هایی از اقلام خوراکی ضروری باشد به طوری که این بسته های غذایی بتواند حداقل ارزش های غذایی مورد نیاز این گروه را برطرف نمایند. در این میان با استفاده از آمار و اطلاعات بودجه خانوار می توان اقلام عمده ضروری سبد مصرفی خانوارهایی را که سرپرست خانوار آنها بیکار است را به دست آورد. برای این کار به محاسبه کتشی های درآمدی اقلام خوراکی پرداخته و از میان آنها اقلام ضروری را استخراج می کنیم. جدول زیر اقلام ضروری خوراکی را برای خانوارهایی که سرپرست آنها بیکار است را در دو جامعه شهری و روستایی آورده است.

جدول ۱۲-۴-۶- کتشی های درآمدی اقلام عمده خوراکی - جامعه شهری و روستایی - ۱۳۷۴

اقلام	نان	برنج خارجی	میغ	روغن	قند و شکر
جامعه روستایی	۰/۲۴	-	-	۰/۴۵	۰/۸۸
جامعه شهری	۰/۱۴	۰/۴۵	۰/۹۷	۰/۶۳	۰/۴۵

مأخذ: محاسبات گروه تحقیق

اطلاعات جدول فوق نشان می دهد که در جوامع روستایی سه قلم خوراکی نان، روغن و قند و شکر از اقلام ضروری سبد مصرفی خانوارهای مورد بررسی است. بدین ترتیب در جوامع روستایی می توان مجموعه ای از اقلام خوراکی آرد، روغن و قند و شکر در طول دوران بیکاری فرد در اختیار وی و خانواده اش قرار بگیرد. در شهرها نیز مشاهده می شود که اقلام خوراکی شامل نان، برنج خارجی، میغ، روغن، قند و شکر از اقلام ضروری این خانوارها به حساب می آید. البته نان در شهرهای کشور مشمول یارانه باز می شود. بنابراین سبد حمایت این خانوارها می تواند شامل برنج خارجی، میغ، روغن و قند و شکر

باشد.

علاوه بر حمایت‌های فوق، گروه مورد بررسی باید مشمول کمک‌ها و حمایت‌های نقدی نیز بشوند تا بتواند سایر نیازهای خود و خانواده‌های خود را برطرف سازند. از دیگر اقداماتی که می‌توان برای این گروه در نظر گرفت این است که طول دوران بیکاری هزینه‌های بهداشت و درمان و آموزش بیکاران و خانواده‌های آنها به صورت رایگان باشد.

البته نکته قابل ذکر در این میان، این است که هیچ کدام از حمایت‌های موقت انجام گرفته برای بیکاران، نباید به گونه‌ای باشد که انگیزه‌های کار یابی و رفتن به جستجوی شغل مناسب را کاهش داده یا از بین ببرد و این حمایت‌ها باید به گونه‌ای باشد که افراد بیکار به محض یافتن شغل مناسب چه از طریق خود و چه از طریق مراکز کار یابی وزارت کار و امور اجتماعی، از زیر پوشش این حمایت‌ها خارج شوند.

فصل پنجم - نهادهای حمایتی خاص

قاعدتاً در هر جامعه‌ای سیستم حمایتی موجود باید مسئولیت پوشش کلیه نیازمندان را به عهده داشته باشد، مگر این که نیاز باشد که این حمایت از ایجاد امنیت غذایی و تأمین اجتماعی فراتر برود. در مواردی یک گروه یا قشر خاصی از جامعه نیاز به کمک و حمایت تخصصی دارند که امکان ارائه چنین حمایتی یا کیفیت مناسب برای سیستم کنونی حمایتی وجود ندارد. در این شرایط نهادها و تشکیلات خاصی برای انجام این حمایت ایجاد شده یا حمایت به یکی از سازمان‌های موجود واگذار می‌شود.

از مواردی که نیازمند حمایت خاص می‌تواند باشد، کمک به معلولین جسمی و ذهنی است. در زمینه معلول ذهنی ایجاد آسایشگاه و پذیرش بیماران فقیر به صورت رایگان روشی متداول و مناسب می‌باشد. در مورد معلولین جسمی نیز نیاز به ارائه خدمات خاص و امکانات متفاوتی نسبت به دیگر گروه‌ها می‌باشد. جامعه ایران بخشی از بهترین فرزندان خود را روی صندلی‌های چرخ‌دار، روی تخت، یا به طور کلی به صورت معلول و ناشی از جنگ در بر گرفته است. این گروه علاوه بر کسانی است که به علت حادثه یا مادرزاد دچار معلولیت جسمی هستند. در نتیجه نسبت به بسیاری از جوامع دیگر دنیا در صد معلولین در جامعه شهری و روستایی ایران بیشتر است و آشکارا نیازمند حمایت خاص و توجه مخصوص می‌باشد.

صحیح است که افراد تیره کار و مجرم برای تنبیه به زندان محکوم می‌شوند ولی در واقع باید زندان محل بازآموزی باشد تا این افراد سالم‌تر از زمان ورود به جامعه بازگردند. بدیهی است که توجه به خانواده آنها که عمدتاً بدون ارتباط با حرم سرپرست است مهم و لازم است. به خصوص خانواده افراد زندانی در معرض متلاشی شدن، صدمه دیدن و گاه ادامه راه سرپرست خود هستند. در نتیجه توجه به زندانیان و خانواده آنها نه تنها از نظر امنیت غذایی و اجتماعی، بلکه از دیدگاه روان و سلامت فکر بسیار پراهمیت است. ولی به هر حال نباید در توجه رفاهی افراط شود. چون این باعث رفع نگرانی بعضی از افراد مستعد برای انجام جرم می‌شود که به علت نگرانی وضع خانواده از انجام جرم خودداری می‌کنند.

۵-۱- بنیاد مستضعفان و جانبازان انقلاب اسلامی (تأسیس ۱۳۵۷/۹/۱۴)

بنیاد مستضعفان و جانبازان انقلاب اسلامی مجموعه‌ای است با دامنه فعالیت اقتصادی بسیار گسترده که

تحت نظر مقام معظم رهبری، توسط هیئت امانا منصوب ایشان و مطابق با مقررات بخش خصوصی اداره می‌شود.

سابقه شروع فعالیت بنیاد به حکم رهبر انقلاب مبنی به مصادره شرکت‌ها، کارخانجات، اموال و املاک و مستغلات باقی مانده از وابستگان رژیم گذشته به نفع مستمندان، کارگران و کارمندان ضعیفا برمی‌گردد. در این حکم بر غیر دولتی بودن اموال مصادره‌ای تأکید شده است.

وظایف و مسئولیت‌های بنیاد مستضعفان و جانبازان انقلاب اسلامی بر اساس اساسنامه مصوب ۱۳۷۰ به شرح زیر است:

- ۱- مبادرت بر انجام امور اقتصادی اعم از صنعتی، کشاورزی، بازرگانی، خدماتی و عمرانی به منظور کسب درآمد و کمک به اجرای سیاست‌های دولت جمهوری اسلامی ایران.
 - ۲- رسیدگی به وضع معیشتی و امور اجتماعی و فرهنگی و نیز مراقبت و معالجه و اشتغال به کار جانبازان.
 - ۳- انجام امور عام المنفعه به منظور بهبود رفاه مادی و معنوی مستضعفان و نیازمندان، از قبیل ایجاد مسکن و احداث مدارس به صورت کمک‌های بلاعوض بر طبق سیاست کلی بنیاد.
 - ۴- نگهداری و تنظیم اسناد و مدارک تاریخی به جا مانده از رژیم گذشته به منظور بهره‌برداری فرهنگی.
- فعالیت بنیاد مستضعفان و جانبازان انقلاب اسلامی حول سه محور: بخش اقتصادی، بخش جانبازان و بخش محرومان و مستضعفان انجام می‌شود.

الف- بخش اقتصادی

بخش اقتصادی بنیاد شامل ۷ سازمان: صنایع، معادن و فراورده‌های نفتی، عمران و مسکن، کشاورزی، سیاحتی و مراکز تفریحی، حمل و نقل بازرگانی و ۵ معاونت: اقتصاد و برنامه ریزی، مالی و اداری حقوقی و امور مجلس، اموال و دارایی‌ها و امور محرومان و مستضعفان و ۳ مؤسسه: مالی و اعتباری؛ پژوهش و مطالعات فرهنگی و حساسی و مالی و مشاوره‌ای است.

فروش محصولات و خدمات در این بخش طی سال‌های ۱۳۶۸ تا ۱۳۷۵ به طور متوسط از رشد سالانه ۳۷ درصد برخوردار بوده است. طی همین دوره سود قبل از کسر مالیات حدود ۴۰ درصد رشد سالانه داشته است. همچنین صادرات بنیاد از ۴ میلیون دلار در سال ۱۳۶۸ به ۱۵۰ میلیون دلار در سال ۱۳۷۵ رسیده است (جدول شماره ۱-۵-۶).

جهت‌گیری‌های بخش اقتصادی به مشارکت در طرح‌های بزرگ ملی و صادرات و خدمات فنی و مهندسی لازم به ذکر است بعضی از پروژه‌های عظیمی که بنیاد به اتمام رسانیده یا در دست اجرا دارد به شرح زیر است:

- پالایشگاه قطران اصفهان

- آزاد راه شمال

- راه آهن باری بنیاد

- هوایمایی بنیاد

همچنین در حال حاضر بیش از ۱۰۰ طرح در سازمان‌های وابسته به بخش اقتصادی در حال اجرا است.

جدول ۱-۵-۶- عملکرد بخش اقتصادی طی سال‌های (۱۳۶۸-۱۳۷۵)

ردیف	موضوع	سال								متوسط رشد (درصد)
		۱۳۶۸	۱۳۶۹	۱۳۷۰	۱۳۷۱	۱۳۷۲	۱۳۷۳	۱۳۷۴	۱۳۷۵	
۱	فروش محصولات و خدمات (ارقام میلیارد دلار)	۱۸۶	۴۳۸	۷۷۹	۹۴۹	۱۰۵۳	۲۶۴۱	۳۰۷۰	۴۰۴۲	۳۷
۲	سود قبل از مالیات (ارقام میلیارد دلار)	۲۳	۷۲	۱۳۸	۱۷۶	۱۸۲	۳۹۰	۵۷۴	۷۹۱	۴۱
۳	صادرات (ارقام به میلیون دلار)	۴	۱۸	۷۰	۸۲	۹۵	۱۰۲	۷۶	۱۵۰	۳۵

مأخذ: گزارش عملکرد بنیاد جانبازان و مستضعفان

ب- بخش جانبازان

این بخش نیز شامل ۵ معاونت: بهداشت و درمان؛ آموزش و اشتغال؛ فرهنگی، اجتماعی و هنری؛ مالی و اداری؛ حقوقی و امور مجلس و یک مؤسسه: ساختمان و مسکن جانبازان می‌باشد. بودجه بخش جانبازان از ۴۶۵ میلیارد ریال در سال ۱۳۶۸ به ۲۶۰ میلیارد ریال در سال ۱۳۷۵ افزایش یافته است. حفظ و ارتقای منزلت اجتماعی و ارزش‌های معنوی جانبازان به منظور پاسداری از اسلام و دستاوردهای انقلاب اسلامی، تبیین و تعمیق فرهنگ جانبازی و ایثار، توانبخشی و حمایت اقتصادی و اجتماعی جانبازان در جهت خوداتکایی، از اهداف کلان بنیاد برای ارائه خدمت به جانبازان سرافراز میهن اسلامی است. در این راستا بنیاد به ایجاد مراکز و مؤسسات زیر اقدام نموده است:

- مرکز خدمات دانشجویی

- مرکز مطالعات و تکنولوژی آموزشی جانبازان

- مؤسسه آموزشی امام خمینی (ره)

- مرکز پشتیبانی کارگاه‌های حمایتی

- هنرکده آموزشی ایثار

- صندوق تأمین اشتغال

- مؤسسه صنایع جانبازان

در حال حاضر بیش از ۱۵ هزار نفر از جانبازان در مراکز آموزش کشور اشتغال به تحصیل دارند و حدود

۱۰ هزار نفر به تحصیلات حوزوی.

در زمینه اشتغال می‌توان گفت به غیر از افرادی که توانایی کارکردن ندارند تقریباً همه جانبازان خواهان

شغل در سال ۱۳۷۵ به کار مشغولند و نرخ بیکاری در این سال کمتر از ۲/۵ درصد برآورد گردیده است.

در رابطه با خدمات درمانی مراکز زیر قابل ذکرند:

- مرکز درمانی قائم

- مرکز ضایعات نخاعی

- مرکز بهداشت روانی

- مرکز رسیدگی به مصدومین شیمیایی

- مرکز دندانپزشکی امام خمینی

- بیمارستان یاسر

- بیمارستان نورافشان

- کلینیک ویژه بیمارستان ساسان

در مورد تأمین مسکن جانبازان بالای ۷۰ درصد و همچنین تدارک برخی تسهیلات برای سایر جانبازان در زمینه تهیه مسکن و خدمات رفاهی متناسب با امکانات و توانمندی‌های بنیاد نیز اقدام لازم صورت گرفته است.

جدول ۲-۵-۶- تعداد جانبازان، همسران و فرزندان آنها در کل کشور- ۱۳۷۵

جمع کل	گروه جانبازی					تعداد
	٪۷۰	٪۵۰-۶۹	٪۴۰-۴۹	٪۲۵-۳۹	٪۰-۲۴	
۳۲۵۳۳۴	۵۵۹۴	۹۹۱۴	۱۶۸۹۴	۸۱۸۹۴	۲۱۱۰۳۸	جانباز
۲۴۷۵۳۱	۴۸۵۳	۹۱۳۷	۱۵۳۷۴	۷۴۱۵۷	۱۴۴۰۱۰	همسر
۲۶۱۴۱۵	۴۹۹۰	۱۰۲۰۷	۱۷۳۷	۸۳۸۹۹	۱۴۴۹۹۹	فرزند پسر
۲۴۳۴۵۷	۴۵۱۱	۹۸۲۶	۱۶۱۸۱	۷۸۹۰۳	۱۳۴۰۳۶	فرزند دختر

مأخذ: گزارش عملکرد بنیاد مستضعفان و جانبازان

ج- بخش محرومان و مستضعفان

این بخش مسئولیت ارائه کمک‌ها و خدمات اجتماعی به اقشار محروم و مستضعف جامعه را در چارچوب بودجه مصوب بنیاد بر عهده دارد که عواید حاصل از این فعالیت‌های بخش اقتصادی بنیاد هم برای جانبازان و هم برای کمک به محرومیت زدایی در کشور به مصرف می‌رسد.

عمده‌ترین اقدامات بخش محرومان در دستیابی به اهداف در زمینه‌های مشروحه زیر انجام می‌شود:

- کمک هزینه تحصیلی دانشجویان مناطق محروم

- بهداشت و درمان

- آموزش و اشتغال

- خدمات رفاهی فرهنگی

- مسکن

- کمک‌های امدادی در زمینه حوادث غیر مترقبه

- ازدواج

- طرح توزیع لباس

طبق ارقام جدول شماره ۳-۵-۶ بودجه این بخش از سه میلیارد ریال در سال ۱۳۶۸ به ۶۰ میلیارد ریال در سال ۱۳۷۵ افزایش یافته است.

جدول ۳-۵-۶- منابع و مصارف بنیاد مستضعفان و جانبازان

ردیف	سال	۱۳۶۸	۱۳۶۹	۱۳۷۰	۱۳۷۱	۱۳۷۲	۱۳۷۳	۱۳۷۴	۱۳۷۵	متوسط رشد (درصد)	موضوع
منابع:											
۱	سود بخش اقتصادی	۲۳	۷۲	۱۳۹	۱۷۶	۱۸۲	۳۹۰	۵۷۴	۷۹۱	۵۰	
۲	فروش املاک (میلیارد ریال)	۸	۴۶	۱۲۴	۲۲۰	۱۶۰	۱۷۵	۲۶۰	۳۶۰	۷۴	
مصارف:											
۱	بودجه بخش جانبازان	۳۱	۱۰۸	۱۵۹	۱۴۲	۱۶۴	۱۶۳	۱۹۶	۲۶۶	۲۴	
۲	بودجه بخش محرومان	۳	۲۸	۳۸	۴۹	۱۸	۵۳	۵۳	۶۰	۹۰	
۳	دفتر مقام معظم رهبری	-	-	-	-	-	-	۲۷	۷۰	۳۶	
۴	سرمایه گذاری	۲۸	۱۲	۵۴	۱۶۸	۱۱۷	۱۸۳	۲۱۶	۵۲۳	۴۵	

مأخذ: گزارش عملکرد بنیاد مستضعفان و جانبازان

جدول ۴-۵-۶- کمک‌ها و خدمات معاونت امور محرومان و مستضعفان (مستقیم و غیرمستقیم) ۱۳۷۴-۱۳۷۰

سال	کمک‌های مستقیم (بلاعوض)	کمک‌های مستقیم (قرض الحسنه)	کمک‌های غیرمستقیم (پروژه‌های عمرانی)	جمع (هزار ریال)
۱۳۷۰	۳۲۸۷۰۰۰	۳۳۷۰۰۰	۱۸۷۶۰۰۰	۵۵۰۰۰۰۰
۱۳۷۱	۶۶۵۹۰۰۰	۶۶۴۰۰۰	۳۱۰۶۹۹۹	۱۰۴۲۹۹۹۹
۱۳۷۲	۹۵۱۹۰۰۰	۵۳۸۰۰۰	۶۰۰۳۰۳۱	۱۶۰۶۰۰۳۱
۱۳۷۳	۱۶۷۰۲۰۰۰	۱۵۲۹۰۰۰	۷۳۲۷۱۸۹	۲۵۵۵۸۱۸۹
۱۳۷۴	۱۹۰۴۶۰۰۰	۲۰۷۶۰۰۰	۸۶۴۲۳۷۷	۲۹۷۶۴۳۷۷
جمع (هزار ریال)	۵۵۲۱۳۰۰۰	۵۱۴۴۰۰۰	۲۶۹۵۵۵۹۶	۸۷۳۱۲۵۹۶

مأخذ: گزارش عملکرد بنیاد مستضعفان و جانبازان

دفتر مناطق محروم

طرح‌های احداث مراکز آموزشی و فرهنگی از محل اعتبارات کمک‌های بلاعوض بنیاد در مناطق محروم ۱۰ استان کشور از سال ۱۳۶۹ لغایت ۱۳۷۳ از جمله فعالیت‌های شاخص دفتر مناطق محروم این بنیاد به شمار می‌رود. در طول این مدت ۳۰ طرح شامل دبیرستان و مدارس راهنمایی شبانه‌روزی و ۷ طرح ۳۵ واحدی منازل مسکونی سازمانی با زیربنای کل ۱۰۹۳۱۵ متر مربع و با هزینه ۲۰/۷۲۶ میلیارد ریال در دست اجرا بوده که تا پایان سال ۱۳۷۳، ۲۵ پروژه با زیربنای ۶۷/۲۴۹ متر مربع تکمیل و تحویل گردیده است و سایر طرح‌ها در مرحله تکمیل و واگذاری است.

جدول ۵-۵-۶- مختصری درباره وضعیت مسکن جانبازان بالای

۲۵ درصد

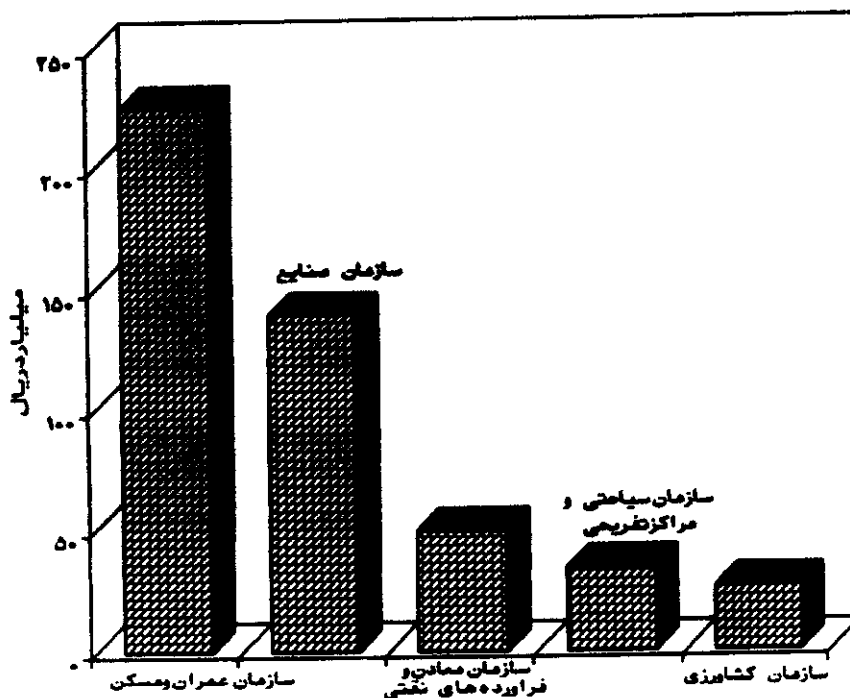
دارای مسکن یا زمین	تعداد کل جانبازان	درصد جانبازی
۵۸٪	۸۰۴۸۶	۳۹-۲۵
۷۰٪	۱۶۳۵۷	۴۹-۴۰
۸۶٪	۹۸۷۲	۶۹-۵۰
۹۹٪	۵۴۹۵	۷۰
۶۴	۱۱۳۲۱۰	جمع کل

مأخذ: گزارش عملکرد بنیاد مستضعفان و جانبازان

باتوجه به جدول فوق می توان دریافت که تقریباً تمام جانبازان ۷۰ درصد و بالاتر دارای مسکن می باشند و نیز بیش از نیمی از جانبازان ۲۵-۳۹ درصد نیز از نعمت مسکن برخوردارند و بقیه در این فاصله پراکنده اند در مجموع از بین یکصد و دوازده هزار و دویست و ده نفر جانباز بیش از ۶۰ درصد آنها دارای زمین یا مسکن می باشند و بقیه هنوز فاقد زمین یا مسکن هستند.

رشد	ارزش واقعی مجموع کمک های مستقیم و غیر مستقیم (هزار ریال)
	۴۵۵۶۷۵۲
+۵۲٪	۶۹۴۸۷۰۰
+۳۵٪	۸۷۰۹۳۴۴
+۱۸٪	۱۰۲۵۱۹۸۱
-۲۲٪	۷۹۹۲۵۸۲

* با توجه به سطح واقعی کمک ها در سال های آغازین در مجموع کمک ها از رشد بالایی برخوردار بوده و به تدریج رو به کاهش گذاشته است.



۲-۵- شناخت و بررسی سازمان های حمایت کننده از زندانیان و خانواده های آنان

بالغ بر یک قرن است که در اکثر کشورهای پیشرفته جهان، مؤسساتی خیریه به عنوان انجمن حمایت زندانیان باهدف کمک و حمایت زندانیان و خانواده آنان تشکیل یافته است. این انجمن ها سازمان هایی غیرانتفاعی و مستقل از دولت هستند که علاوه بر استفاده از کمک های مردمی و سایر مؤسسات خیریه، بعضاً از بودجه های دولتی نیز استفاده می نمایند. از جمله وظایف این انجمن ها، کمک مادی و معنوی به خانواده زندانیان، نظارت بر چگونگی رفتار متصدیان زندان ها با زندانیان، به خصوص در زمینه مسائل حقوق انسانی، بهداشت، درمان، آموزش، اقدامات مناسب برای پیشگیری از ارتکاب مجدد جرایم و نظایر آن بوده است.

در ایران، برای اولین بار، به صورت منسجم در سال ۱۳۲۰ مؤسسه ای به نام بنگاه، حمایت زندانیان، با اهداف مذکور، تشکیل شد و در آبان همان سال، آیین نامه آن به تصویب رسید لیکن به علل و جهاتی نتوانست وظایف خود را به نحو مطلوب به مرحله اجرا بگذارد. اساسنامه جدید بنگاه مزبور، در تاریخ ۱۳۶۶/۲/۲۰ به تصویب رسید. در این اساسنامه وظایف عمده بنگاه، ناظر فعالیت هایی به شرح زیر است:

تربیت و تهذیب اخلاق و اصلاح زندانیان و همچنین آموختن حرفه به آنها و راهنمایی و پیدا کردن شغل برای زندانیانی که پس از اجرای محکومیت، توانایی تهیه شغل ندارند و نیز تأمین آسایش و بهداشت عائله زندانیان و دستگیری های دیگر نسبت به آنان. مجمع عمومی بنگاه حمایت زندانیان، از اشخاص نیکوکار و علاقه مند به پیشرفت وضع زندانیان و کلیه کسانی که کمک های مالی و عملی به این بنگاه بنماید تشکیل می یافت. این بنگاه از جهت حقوقی مستقل بوده و سرمایه آن را وجوه و اموالی که به عنوان اعانه از طرف

اشخاص و بنگاه‌ها و غیره اهدا می‌شد و نیز عایداتی که به موجب قوانین و مقررات دیگر به آن شعبه می‌گرفت تشکیل می‌داد و تحت نظارت وزارت دادگستری بود.

پس از پیروزی انقلاب شکوهمند اسلامی ایران، در اسفند ماه ۱۳۶۰، اساسنامه و آیین‌نامه انجمن حمایت زندانیان توسط شورای عالی قضائی وقت تصویب شد. به موجب ماده ۱ اساسنامه اخیر، انجمن حمایت از زندانیان انجمنی است که با شرکت مسئولان و معتمدان و غیره در مقر هر دادگاه عمومی تشکیل می‌شود. انجمن مؤسسه‌ای خصوصی، غیرانتفاعی و دارای شخصیت حقوقی است و نظارت بر کار، تشکیل و انحلال و تبیین خط مشی و صدور احکام و هماهنگی امور انجمن‌ها برعهده اداره کل اقدامات تأمینی و تربیتی است. مطابق ماده ۵ اساسنامه سرمایه انجمن تشکیل می‌شود از:

الف- کمک اشخاص حقیقی یا حقوقی یا دولت؛

ب- عواید حاصل به موجب مقررات خاص از قبیل عوارض؛

ج- عواید حاصل از فعالیت‌های اقتصادی انجمن.

اساسنامه مذکور با اندک تغییراتی که داشته تاکنون به اعتبار خود باقی است.

وظایف انجمن را می‌توان در قالب فعالیت‌های زیر طبقه بندی کرد:

الف- کمک به خانواده زندانیان؛

ب- بازسازی شخصیت و اصلاح و ارشاد زندانیان؛

ج- کمک به اشتغال زندانیان پس از آزادی با تهیه فهرست‌های شغلی و کمک مالی؛

د- مساعدت در بهبود وضع بهداشت و درمان، ترغیب و تشویق فعالیت‌های فرهنگی و ورزشی، حرفه‌ای و آموزشی زندان‌ها؛

ه- استفاده از خدمات اطباء، مددکاران، مهندسين، آموزگاران و صاحبان تخصصی و حرفه و فن درجهت بهبود وضع زندانیان و پرداخت پاداش خرید خدمت به آنها؛

و- تلاش برای افزایش درآمد انجمن با فعالیت‌های اقتصادی و انتفاعی و جلب کمک اشخاصی و مؤسسات حقوقی و حقیقی و دولت؛

ز- تهیه طرح‌ها و پیشنهادهایی در زمینه بهبود وضع زندانیان و مؤسسات تأمینی و تربیتی و...؛

ح- همکاری با مؤسسات علمی و تحقیقی که در زمینه زندان‌ها و بزهکاری وسایل مربوط به آن فعالیت و تحقیق می‌کنند و استفاده از نتایج کار و پیشنهادهای این مؤسسات علمی و تحقیقی که در زمینه زندان‌ها و بزهکاری و مسائل مربوط به آن فعالیت و تحقیق می‌کنند و استفاده از نتایج کار و پیشنهادهای این مؤسسات.

برحسب گزارشات موجود، تاکنون تعداد ۱۵۰ انجمن حمایت زندانیان در سراسر کشور به طور تدریجی تشکیل یافته است. این انجمن‌ها، غالباً با کمک‌های مردمی و فعالیت‌های اقتصادی و استفاده از منابع مالی محلی، دارای اموال منقول و غیرمنقول به نام خود شده‌اند. باین وصف خصوصی بودن و شخصیت حقوقی مستقل، موجب سهولت کار و بعضاً گسترش فعالیت‌های اقتصادی آنها شده است.

در سال‌های اولیه، انجمن‌ها منحصرأ از منابع مالی خود، اقدام به حمایت‌های مادی و معنوی به زندانیان و خانواده آنها می‌کردند. توجه دولت به اقشار محروم جامعه سبب شد که هر ساله مبالغی از درآمدهای

۱. به دلیل عدم دسترسی به آمار و اطلاعات امکان بررسی دقیق‌تر این فعالیت‌ها وجود ندارد.

عمومی به این انجمن‌ها تخصیص داده شود تا به عنوان مستمری در اختیار خانواده زندانی واجد شرایط قرار گیرد.

علاوه بر انجمن حمایت از زندانیان، کمیته امداد امام خمینی نیز در برنامه تأمین خدمات حمایتی خاص خود، «طرح جبران دیه و کمک به معسرین» را اجرا می‌کند.

گاهی دیده می‌شود که خانواده‌ای به خاطر این که یکی از اعضای آن دچار حادثه شده، از هم متلاشی شده است. پدر و نان آور خانواده به علت تصادف و قتل شبه عمد و نقص عضو علاوه بر این که ملزم به پرداخت دیه شده، محکومیت‌های دیگر از قبیل زندان رانیز باید متحمل گردد. لذا این نهاد به منظور کمک به این قبیل افراد از سال ۱۳۶۶، کمیته امداد امام خمینی، با به اجرا گذاشتن طرح جبران دیه، به برادران عضو سپاه پاسداران انقلاب اسلامی و نیروهای بسیجی که در حین مأموریت‌های ویژه و اضطراری بر اثر تصادف موجب نقص عضو یا قتل فردی شده و ملزم به پرداخت دیه گشته‌اند و امکان پرداخت دیه نیز برای‌شان فراهم نیست کمک‌های مؤثری نموده و آزادی بسیاری از آنها از زندان و بازگشت به آغوش گرم خانواده‌شان را موجب شده است.

به طور کلی از ابتدای شروع طرح تا پایان سال ۱۳۷۶ در مجموع به تعداد ۹۸۲ نفر مبلغ ۴۲ میلیارد ریال کمک بلاعوض و مبلغ ۳ میلیارد ریال وام قرض الحسنه در مجموع به مبلغ ۵۰۵ میلیارد ریال جهت جبران دیه پرداخت شده است.

از دیگر اقدامات مفید این نهاد کمک به زندانیان آبرومند و حسری است که خطای عمدی مرتکب نشده و سابقه‌دار نیز نمی‌باشند و لیکن به دلیل مبلغ محدودی بدهکاری، جریمه یا دیه در زندان بسر می‌برند و خانواده آنان نیز دچار مشکلات اساسی شده‌اند.

این نهاد طی سال ۱۳۷۶، با پرداخت مبلغ ۷۲۹ میلیون ریال بابت بدهی یا جریمه تعداد ۲۳۸ نفر زندانی آبرومند زمینه استخصاص آنان از زندان و بازگشت به آغوش گرم خانواده‌شان را فراهم نموده است.

فصل ششم - دولت و ارائه درمان و دارو

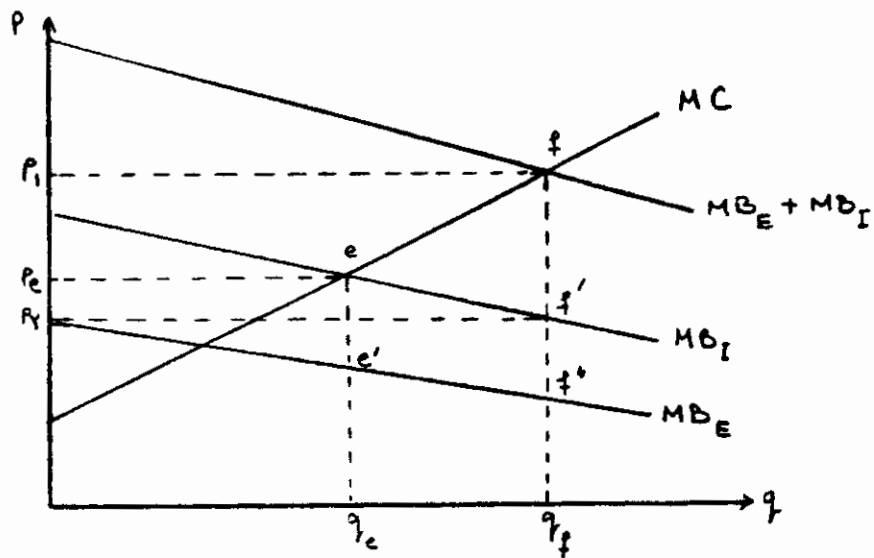
بخش بهداشت و درمان و اهمیت آن در سیستم تأمین اجتماعی بر هیچ‌کس پوشیده نیست. وضعیت بهداشت انسان بر بازده کاروی مؤثر بود و از این روند تنها حفظ سلامت افراد به طور مستقیم بلکه دستیابی به تولید بالاتر نیز به طور غیرمستقیم از اهداف این بخش در تأمین اجتماعی است. افراد جامعه چه تحت عنوان نیروی کار و چه به عنوان سرمایه انسانی (نیروی کار با تخصص و ارائه‌کننده نوآوری و خلاقیت در تولید) در جریان تولید ملی شریک بوده و از سوی دیگر چون جامعه را تشکیل می‌دهند باید از سلامت لازم و کافی برخوردار بوده و در صورت بروز بیماری یا حادثه دسترسی به امکانات درمانی برای تک‌تک ایشان میسر باشد. آنچه در این ارتباط حائز اهمیت است این که چرا در تمامی جوامع دولت در امر تهیه و تدارک امکانات بهداشتی و درمانی دخالت کرده و بخش بهداشت و درمان در سیستم تأمین اجتماعی کشورها توسط دولت اداره می‌شود؟ آیا خدمات بهداشتی و درمانی و فعالیت در این زمینه‌ها مورد توجه و علاقه بخش خصوصی نیست؟ اگر چنانچه بخش خصوصی تمایل به عرضه و ارائه این امکانات به جامعه داشته و از نظر اقتصادی توان آن رانیز دارا می‌باشد پس دخالت دولت در این امور به چه دلیل است؟ پس از پاسخ به

این سؤال‌ها و با توجه به این‌که تفاوت در ارائه خدمات در ملی و بهداشتی دولتی در کشورها مشهود بوده سؤال بعدی این است که سطح بهداشتی و درمانی که باید توسط دولت ارائه گردد کدام است؟ یکی از مفاهیم آشنا در علم اقتصاد و به خصوص در توجیه دخالت دولت در برخی امور جامعه وجود پیامدهای خارجی^۱ است.

چنانچه فعالیت یک شخص برای فرد یا افراد دیگر منفعت یا هزینه‌ای به همراه داشته باشد پیامد خارجی مطرح است و لذا پیامد خارجی بر دو دسته است.

چنانچه در نتیجه فعالیت اقتصادی شخصی هزینه‌ای به دیگران تحمیل گردد به طوری که در حساب‌های معمول شخص عامل وارد نشود پیامد خارجی منفی بروز نموده است. نمونه بارز این پیامد خارجی منفی وجود آلودگی‌های زیست محیطی است که در نتیجه فعالیت تولیدی بنگاه‌های تولیدی صنعتی بروز می‌کند. اگر در جریان عملکرد و فعالیت اقتصادی فرد علاوه بر فایده شخص برای فرد عامل افراد دیگری نیز منفعت یا فایده‌ای ببرند پیامد خارجی مثبت حاصل شده که خدمات بهداشتی نیز مثالی در این زمینه است. باید در نظر داشت که در بازار خدمات بهداشتی هموار تقاضیان و عرضه کنندگان در بازار وجود دارند که بدون دخالت دولت مصرف‌کنندگان براساس فایده نهایی حاصل از استفاده این خدمات حاضر به پرداخت پولی بوده و در مقابل عرضه کنندگان نیز براساس هزینه نهایی ناشی از تولید این خدمات و قیمت دریافتی به ارائه خدمات می‌پردازند به بیانی دخالت دولت عرضه و تقاضا در این بازار سطحی از خدمات و قیمت تعادلی را معین خواهد کرد. اما در ارتباط با این خدمت وجود پیامد خارجی مثبت دخالت دولت را ضروری می‌نماید. به عنوان مثال واکسیناسیون را در نظر بگیرید. قطعاً اگر فردی مبادرت به واکسینه نمودن خود می‌نماید هدف این فعالیت اقتصادی و مصرف واکسن ایمن‌سازی شخص است. یعنی فرد با واکسینه نمودن خود فایده شخصی می‌برد که همان عده ابتلا به بیماری است. اما در کنار این فایده شخص به سایر افراد نیز از این عمل فرد منفعت و فایده خواهند برد. چرا که با واکسیناسیون تعداد مبتلایان به بیماری کاهش می‌دهد و به همین ترتیب احتمال ابتلای به بیماری نیز کاهش خواهد یافت و این برای همه افراد در جامعه منفعت و فایده به همراه دارد. لذا در این حالت و در صورت وجود پیامد خارجی مثبت علی‌رغم فعالیت بخش خصوصی میزان عرضه یا تقاضا در این بازار در حد کارایی نخواهد بود.

اگر تقاضای افراد براساس فایده نهایی ایشان شکل بگیرد و فایده نهایی افرادی که مایل و قادر به پرداخت وجه خدمات بهداشتی باشند را فایده نهایی داخل نامیده و با MB_1 (Marginal Benefit) نشان دهیم با توجه به قانون نزولی بودن فایده نهایی، MB_1 در فضای مقدار - قیمت نزولی بوده و افراد مقادیر بیشتر از خدمات را به قیمت‌ها کمتر خریداری خواهند کرد. در مقابل هزینه نهایی تولید صعودی است و عرضه کنندگان مقادیر بیشتر از خدمات را در قیمت‌های بالاتر حاضر به عرضه هستند. (نمودار ۱-۶-۶)



در این حالت مقدار q_e به قیمت p_e تعادل بازار را ایجاد خواهد کرد و با این مقدار مصرف افراد قیمتی برابر فایده نهایی آخرین واحد مصرفی خود می پردازند. اما از آنجا که خدمات بهداشتی درمانی با پیامد خارجی مثبت همراه است. لذا علاوه بر فایده ای که مصرف کنندگان این دارو می برند سایر افراد نیز فایده برده که فایده خارجی نامیده می شود. این فایده نصیب سایر افراد خارجی از این بازار می شود که ایشان در مقابل فایده به دست آمده حاضر به پرداخت قیمتی نیستند. MB_E فایده نهایی خارجی است که در نتیجه پیامد خارجی مثبت ایجاد شده و نزولی است در این حالت ملاحظه می شود که سطح تولید q_e سطح تولید کارآمد نیست چون در این سطح هزینه نهایی تولید از مجموع فایده نهایی داخلی و خارجی کمتر است. لذا جایی که MC (هزینه نهایی تولید) با مجموع فایده نهایی داخلی و خارجی (جمع عمودی $MB_E + MB_I$) تلاقی دارد یعنی سطح تولید q_f کارآمد است. اما چنانچه بخش خصوصی را در نظر داشته باشیم در این سطح تولید عرضه کننده خواهان قیمت p_1 است. هم زمان مقدار q_f را متقاضیان تنها به قیمت p_2 حاضر به خرید هستند چرا که در این مقدار فایده نهایی داخلی برای ایشان با سطح قیمت p_2 برابری می کند. کسانی که از فایده خارجی این بازار منتفع می شوند هم حاضر به پرداخت وجهی نمی باشند. لذا بدون دخالت دولت نیروهای بازار در جهت کاهش تولید و مصرف به q_e عمل کرده و سطح تولید غیر کارآمد بود. حال چنانچه دولت در چنین بازاری دخالت کرده و تفاوت قیمت پرداختی مصرف کننده (p_2) و قیمت مورد نظر عرضه کننده (p_1) را پرداخت نماید در این صورت سطح تولید کارآمد در بازار برقرار خواهد شد. سوبسیدی به میزان $p_1 p_2$ برای هر واحد از این خدمت باعث ایجاد رفاه بیشتر برای مصرف کنندگان این بازار و کل جامعه شد. لذا دخالت دولت در این بازار به دلیل وجود پیامد خارجی مثبت باعث افزایش میزان تولید و مصرف، کاهش قیمت و افزایش رفاه جامعه خواهد بود و هزینه سوبسید پرداختی توسط دولت نیز با افزایش در رفاه قابل جبران است.

باتوضیح مختصری از بحث تئوریک علت دخالت دولت در امور بهداشتی و درمانی مشخص است که با توجه به پیامد خارجی مثبت در هر زمینه از فعالیت های بهداشتی و درمانی میزان سوبسید و قیمت پرداختی مصرف کننده متفاوت خواهد بود. به همین دلیل برخی از امکانات بهداشتی به صورت رایگان در اختیار افراد

جامعه قرار می‌گیرد. ما در اینجا مورد بررسی قسمتی است ارائه خدمات به مصرف کنندگان دریافت می‌شود. که البته این قیمت دریافتی با در نظر گرفتن سوبسید پرداختی از سوی دولت تفاوت و حسی با قیمت همین خدمات بدون دخالت دولت و در فعالیت بخش خصوصی خواهد داشت. اندازه غیر-مثال واکسیناسیون نوزادان در مقابل بیماری مثل هیپاتیت ب به طوری رایگان اما همین واکسیناسیون برای بزرگسالان با دریافت وجه انجام می‌گیرد که به دلیل پیامد خارجی مثبت ناشی از ایمن‌سازی و تفاوت آن در دو گروه سنی مورد نظر است. بنابراین میزان دخالت دولت، تعیین امور مورد حمایت و میزان سوبسید پرداختی از سوی دولت در هر زمینه بهداشتی و درمانی می‌تواند بسته به زمان و مکان متفاوت باشد که این در ارتباط با تفاوت در میزان پیامد خارجی مثبت ناشی از خدمات بهداشتی و درمانی در زمان یا مکان متفاوت است که هر چه منافع ناشی از پیامد خارجی بیشتر باشد دخالت بیشتر دولت را در پی خواهد داشت.

حال هدف دولت در زمینه‌های بهداشتی و درمانی چیست یا به بیان بهتر در کشور ما چه اهدافی در رابطه با بهداشت و درمان از سوی دولت مطرح گردیده است؟ پیش از پرداختن به اهداف این بخش مناسب خواهد بود تا با برخی از اهداف سازمان جهانی بهداشت که دسترسی به آن باید تا سال ۲۰۰۰ میلادی امکان‌پذیر گردد اشاره‌ای داشته باشیم. برخی از معیارها و نشانگرهای سازمان بهداشتی جهانی که دستیابی به آنها را هدف قرار داده است به شرح زیر می‌باشد:

- بیان تعهد توسط بالاترین مقام سیاسی؛
- فراهم آوردن امکان دخالت و مشارکت مردم؛
- اختصاص حداقل ۵ درصد از GNP برای فعالیت‌های بهداشتی در سال ۱۹۹۳ میلادی؛
- توزیع عادلانه منابع برای افراد، گروه‌ها و نواحی جغرافیایی؛
- تأمین مراقبت‌های اولیه بهداشتی (PHC) برای همه مردم؛
- تولد حداقل ۹۰ درصد کودکان با وزن ۲۵۰۰ گرم یا بیشتر؛
- کاهش مرگ و میر کودکان زیر یکسال به کمتر از ۵۰ در هزار یا ۳۰ در صدی که در سال ۱۹۹۰ میلادی دارا بوده‌اند؛
- امید به زندگی ۶۰ سال یا بیشتر؛
- میزان باسوادی ۷۰ درصد یا بیشتر برای بزرگسالان؛
- سهم سرانه از GNP ۵۰۰ دلار یا بیشتر.

البته همان‌گونه که ملاحظه می‌شود این اهداف به طور کلی مطرح شده و به همین دلیل گرچه برخی از این اهداف برای کشورهای پیشرفته یا در حال توسعه تأمین شده و حتی عملکردی فراتر از این نشانگرها را در بخش بهداشت خود در نظر دارند اما دسترسی به همین معیارها برای بسیاری از کشورهای توسعه یافته یا حتی در حال توسعه امری دشوار و مسئله‌ساز می‌باشد.

در برنامه دوم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی نیز در بخش بهداشت و درمان پس از تعیین اهداف کیفی و خط مشی‌های اساسی و سیاست‌ها هدف‌های کمی بخش بهداشت به ترتیب زیر مطرح می‌باشند.

- کاهش میزان مرگ و میر اطفال زیر یکسال از حدود ۳۵ (در هزار تولد زنده) در سال ۱۳۷۲ به رقم ۲۴ در سال ۱۳۷۷؛

- کاهش میزان مرگ و میر نوزادان از ۲۰ نفر در هزار تولد زنده به ۱۷ نفر؛
- کاهش میزان مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال از حدود ۴۳ (در هزار تولد زنده) در سال ۱۳۷۲ به رقم ۳۰ در سال ۱۳۷۷؛
- کاهش میزان مرگ و میر مادران باردار از حدود ۵۳ (درصد هزار تولد زنده) به رقم ۴۶ در سال ۱۳۷۷؛
- افزایش میزان مراقبت زنان باردار مادران شیرده (۶ بار مراقبت) از رقم ۴۶ درصد در سال ۱۳۷۲ به رقم ۶۴ در سال ۱۳۷۷؛
- افزایش میزان دسترسی جمعیت به مراقبت‌های اولیه بهداشتی از رقم ۶۶ به رقم ۹۵ درصد در سال ۱۳۷۷؛
- کاهش میزان DMF کودکان ۱۲ ساله از رقم ۴/۲ در سال ۱۳۷۲ به ۳/۴ در سال ۱۳۷۷؛
- درصد پوشش خدمات بهداشتی دانش‌آموزان ۶-۱۴ ساله از رقم ۵۵ درصد به ۶۴ درصد در سال ۱۳۷۷؛
- افزایش دسترسی جمعیت کارگری تحت پوشش خدمات بهداشتی اولیه در واحدهای تولیدی کشور از ۴۰ درصد به ۷۰ درصد در سال ۱۳۷۷؛
- میزان دسترسی جمعیت ساکن در مناطق روستایی به آب آشامیدنی سالم از رقم ۸۴ درصد به ۹۰ درصد در سال ۱۳۷۷؛
- افزایش میزان پوشش تنظیم خانواده از رقم ۴۶ درصد در سال ۱۳۷۲ به ۷۰ درصد در سال ۱۳۷۷؛
- افزایش میزان استفاده کنندگان از شیر مادر حداقل یکسال از رقم ۶۸ درصد در سال ۱۳۷۲ به رقم ۷۶ درصد در سال ۱۳۷۷.

اهداف بخش درمان را در بخش پیش مطرح و ارزیابی از عملکرد آن بخش داشتیم. لازم به ذکر است که در برنامه ایران ۱۴۰۰ نیز سیاست‌ها خط مشی و آرمان‌های بخش بهداشت و درمان کشور به شرح زیر اعلام گردیده است. تأمین حفظ و ارتقای سلامت انسان در ابعاد جسمی معنوی و اجتماعی، استقرار فرهنگ وجدان کاری انضباط اجتماعی و اقتصادی در کلیه شئون پزشکی، توجه به اولویت بهداشت و پیشگیری به عنوان زیربنای سلامت، برخورداری آحاد مردم از مزایای بیمه همگانی با پوشش کامل و حداقل هزینه، فراهم بودن امکانات لازم برای برخورداری آحاد مردم از خدمات بهداشتی و درمانی، توسعه شبکه‌های بهداشتی و درمانی کشور، جنب مشارکت فعال بخش‌های عمومی و خصوصی در ارائه خدمات بهداشتی و درمانی و استفاده مطلوب از امکانات موجود.

گزارش وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی برای ایران ۱۴۰۰ از معیارهای زندگی سالم برای افراد جامعه نام برده و پس از آن نیز به راه کارهای اجرایی این برنامه می‌پردازد و مقدمات یک زندگی سالم را وجود بهداشت و مبنای اولیه بهداشتی در سطح جامعه می‌داند.

حال با توجه به اهداف مختلف اشاره شده به ارزیابی عملکرد جامعه در این موارد می‌پردازیم. یکی از معیارهای بهداشت جهانی میزان با سواد برای بزرگسالان است چرا که در جامعه‌ای که سطح سواد بالاتر است میزان رعایت مسائل بهداشتی بیشتر و تفهیم مراحل درمان ساده‌تر خواهد بود. بدین ترتیب با سواد بودن به عنوان حداقل معیار سوادان در مطرح می‌گردد. مقایسه آمار ۱۰ ساله گذشته کشور نشان از پیشرفت قابل ملاحظه در این معیار است. درصد با سوادان در جمعیت ۶ ساله و بیشتر از ۶۱/۷۸ درصد در سال ۱۳۶۵ به ۷۹/۵۱ درصد در سال ۱۳۷۵ افزایش داشته که در مقایسه شهر و روستا و بین زن و مرد درصد با سواد در شهر و در میان مردان بیشتر است و به این ترتیب یکی از اهداف سازمان بهداشت

جهتی که در این گزارش سواد سربازی مست معقول شده است. (جدول ۱-۶-۶-الف)

جدول ۱-۶-۶-الف- درصد با سوادان در جمعیت

۶ ساله و بیشتر

سال	مردوزن	مرد	زن
۱۳۶۵	۶۱٫۷۸	۷۱٫۰۲	۵۲٫۰۸
۱۳۷۰	۷۴٫۰۷	۸۰٫۶۴	۶۷٫۰۶
۱۳۷۵	۷۹٫۵۱	۸۴٫۶۷	۷۴٫۲۱

ماخذ: مرکز آمار ایران

علاوه بر این بررسی نتایج آمارگیری بودجه خانوار نشان می‌دهد که با بالا رفتن سطح سواد سهم هزینه‌های بهداشتی و درمانی خانوار در کل هزینه‌های خانوار کاهش می‌یابد که به‌طور ضمنی افزایش سطح سلامت و رابطه آن با سطح سواد سرپرست خانوار (اعم از زن یا مرد) را نشان می‌دهد. (جدول ۱-۶-۶-ب)

که البته در هر گروه با افزایش درآمد این سهم افزایش می‌یابد.

جدول ۱-۶-۶-ب- سهم متوسط هزینه‌های بهداشتی و درمانی به کل هزینه خانوار ۱۳۷۴

	بی سواد	سواد دبستانی	راهنمایی و دبیرستان	بالای دیپلم
شهری	۰/۰۶	۰/۰۴	۰/۰۴	۰/۰۴
روستایی	۰/۰۵	۰/۰۵	۰/۰۴	۰/۰۳

ماخذ: محاسبات گروه تحقیق

به‌علاوه زمانی که خانوارهای با سرپرست زن را از این نظر بررسی کردیم باز شاهد این نتیجه بودیم که سطح سواد با سهم هزینه‌های بهداشتی در کل هزینه‌های خانوار ارتباط دارد. (جدول ۱-۶-۶-ج)

جدول ۱-۶-۶-ج- سهم متوسط هزینه‌های بهداشتی و درمانی به کل هزینه در

خانوارهای با سرپرست زن

	بی سواد	سواد دبستانی	راهنمایی و دبیرستان	بالای دیپلم
شهری	۰/۰۴	۰/۰۴	۰/۰۳	۰/۰۲
روستایی	۰/۰۵	۰/۰۵	-	-

ماخذ: پیشین

معیار دیگر سازمان بهداشت جهانی سهم سرانه از GNP به میزان ۵۰۰ دلار یا بیشتر می‌باشد که این معیار نیز در کشور حاصل است. با توجه به نتایج سرشماری مرکز آمار و چنانچه رشد جمعیت ۵ ساله را خطی در نظر بگیریم ملاحظه می‌شود که سرانه GNP طی ۵ سال گذشته بیش از ۵۰۰ دلار می‌باشد (جدول ۲-۶-۶)

جدول ۲-۶-۶- تولید ناخالص ملی سرانه

سال	جمعیت (هزار نفر)	GNP (میلیارد ریال)	GNP سرانه (ریال)
۱۳۷۰	۵۵۸۳۷	۵۰۵۶۹/۹	۹۰۵۶۷۰
۱۳۷۱	۵۶۶۸۱	۶۶۳۹۵/۹	۱۱۷۱۳۹۶
۱۳۷۲	۵۷۵۲۴	۹۱۱۲۴/۶	۱۵۸۴۱۱۴
۱۳۷۳	۵۸۳۶۸	۱۲۵۳۶۶/۶	۲۱۴۷۸۶۵
۱۳۷۴	۵۹۳۱۱	۱۸۲۳۷۶/۱	۳۰۸۰۱۰۵
۱۳۷۵	۶۰۰۵۵	۲۳۶۲۳۴/۴	۳۹۳۳۶۳۴

مأخذ مرکز آمار ایران - مجموعه آماری اقتصادی اجتماعی سازمان برنامه و بودجه

امید به زندگی در گزارش یونیسف در سال ۱۳۷۳ برای ایران ۶۷ سال بوده است و از سوی دیگر میزان مرگ و میر کودکان زیر یکسال که در سال ۱۳۶۴، ۵۱ مورد در هر هزار تولد به ده به ۲۶ در هر هزار تولد در سال ۱۳۷۵ کاهش یافته است.

جدول ۳-۶-۶- سهم هزینه های دولت در امور بهداشت درمان و تغذیه از کل هزینه های دولت و از تولید ناخالص ملی نشان می دهد. ملاحظه می شود با توجه به اهمیت ویژه این بخش در جامعه طی چند سال گذشته حتی کمتر از ۹ درصد از کل بودجه دولت صرف امور بهداشتی و درمانی گشته و از سوی دیگر سهم هزینه های دولتی در درمان و بهداشت از کل GNP کمتر از ۲ درصد بوده است.

جدول ۳-۶-۶- سهم هزینه های دولت در بهداشت و درمان از GNP و کل هزینه های دولت (میلیارد ریال - درصد)

سال	هزینه های دولت در فصل بهداشت، درمان و تغذیه	کل هزینه های دولت	تولید ناخالص ملی	سهم (۱) از (۲)	سهم (۱) از (۳)
۱۳۶۵	۱۹۰.۸۲۸	۳۱۵۶/۸	۱۶۲۰۸/۲	۶	۱/۱
۱۳۷۰	۶۶۱.۰۰۲	۸۰۹۰/۹	۵۰۵۶۹/۹	۸/۱	۱/۳
۱۳۷۱	۹۲۶.۳۰۹	۱۰۷۵۶/۸	۶۶۳۹۵/۹	۸/۶	۱/۴
۱۳۷۲	۱۶۱۷/۹۶۰	۲۰۸۸۶/۹	۹۱۱۲۴/۶	۷/۷	۱/۷
۱۳۷۳	۲۴۴۷/۶۱۰	۲۹۵۹۳/۷	۱۲۵۳۶۶/۶	۸/۲	۱/۹
۱۳۷۴	۲۲۷۹/۸۲۰	۴۱۹۶۱/۹	۱۸۲۳۷۶/۱	۵/۴	۱/۲
۱۳۷۵	۳۷۹۲/۲۲۵	۵۷۸۷۷/۵	۲۳۶۲۳۴/۴	۶/۵	۱/۶

مأخذ: مجموعه آماری اقتصادی اجتماعی - سازمان برنامه و بودجه.

چنانچه در کل جامعه نسبت به هزینه های انجام شده برای خدمات درمانی و بهداشتی رابه تولید ناخالص ملی مدنظر داشته باشیم ارقام حاصل از آمارگیری بودجه خانوار در این جهت کمک خواهد کرد و با توجه به نتایج این آمارگیری که به طور مجزا برای شهر و روستا اعلام می گردد و درصد جمعیت شهری و

بررسی هزینه سرانه بهداشت در کلی کشور به صورت میانگین وزنی از این هزینه در شهر و روستا که وزن هر هزینه درصد جمعیت در کشور می باشد قابل محاسبه است. (جدول ۴-۶-۶)

جدول ۴-۶-۶- متوسط هزینه سرانه بهداشت و درمان - ریال

سال	متوسط هزینه سرانه بهداشت و درمان شهر	متوسط هزینه سرانه بهداشت و درمان روستا	درصد جمعیت شهری	درصد جمعیت روستایی	متوسط هزینه سرانه بهداشت و درمان کل
۱۳۶۵	۱۱۱۰۹	۶۰۷۹	۵۴/۳	۴۵/۷	۸۸۱۰
۱۳۷۰	۲۳۱۳۲	۱۶۹۸۹	۵۷	۴۳	۲۰۴۹۰
۱۳۷۴	۹۲۶۱۶	۵۵۲۶۷	۶۰/۴۵	۳۹/۵۵	۷۷۸۴۴

مرکز آمار ایران، محاسبات گروه تحقیق

به این ترتیب با توجه به جمعیت کشور و میزان هزینه های دولتی بر روی درمان و بهداشت تغذیه و همچنین GNP هر سال ملاحظه می شود که نسبت هزینه های بهداشت و درمان در کشور به GNP ناچیز است (جدول ۵-۶-۶)

جدول ۵-۶-۶- نسبت هزینه های بهداشتی و درمانی به GNP (میلیارد ریال - درصد)

سال	هزینه بهداشت و درمان افراد جامعه	هزینه های دولتی بهداشت و درمان	کل هزینه های بهداشت و درمان (دولت + خانوارها)	GNP	سهم کل هزینه این بخش به GNP
۱۳۶۵	۴۳۵۶۱	۱۹۰۸۳۸	۶۲۶۴۳۸	۱۶۲۰۸۰۲	۳/۸
۱۳۷۰	۱۱۴۴۱	۶۵۱۰۰۳	۱۸۰۵۱۰۲	۵۰۵۶۹/۹	۳/۵
۱۳۷۴	۴۶۰۹۰۲۲	۲۲۷۹۰۳۰	۶۸۸۹۰۰۴	۱۸۲۳۷۶/۱	۳/۷

مأخذ: مجموعه آماری اقتصادی اجتماعی - درمان برنامه و بودجه محاسبات گروه تحقیق

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی در گزارشی^۱ درصد هزینه بهداشت و درمان از کل تولید ناخالص ملی در ایران را در سال ۱۹۹۲ (۱۳۷۱) حدود ۲ درصد اعلام کرده است که شاید تنها به هزینه های دولتی در امر بهداشت و درمان پرداخته است. اما آنچه در این گزارش قابل توجه می باشد این که در همان سال کشورهای با درآمد متوسط با سرانه تولید ناخالص ملی مشابه ایران بین ۳/۸ تا ۵/۹ درصد از کل تولید ناخالص ملی خود را به امر بهداشت و درمان اختصاص می داده اند. لذا در ایران درصد کمی از تولید کشور به امر بهداشت و درمان اختصاص می یابد.

اما با این وجود اهداف مورد نظر در برنامه دوم توسعه و همچنین برخی نشانگرهای سازمان بهداشت جهانی در ارتباط با وضعیت بهداشت و درمان محقق گشته است. میزان مرگ و میر نوزادان کودکان زیر

^۱ سیری در وضعیت بهداشت و درمان - آموزش و پرورش پزشکی - مرکزی تدوین سیاست ها و برنامه ها ۱۳۷۵

یکسال و کودکان زیر ۵ سال در هر هزار تولد یکی از معیارهای برنامه دوم بوده است که جدول ۶-۶-۶ نشان می‌دهد که نتایج در این موارد مطلوب و در جهت دستیابی به اهداف برنامه (به‌عنوان حداقل) بوده است.

جدول ۶-۶-۷- میزان مرگ و میر نوزادان کودکان زیر یکسال و ۵ سال (در هر هزار تولد)

سال	میزان مرگ و میر نوزادان	میزان مرگ و میر کودکان زیر یکسال	میزان مرگ و میر کودکان زیر پنجسال
۱۳۶۲	۳۱	۵۱	۷۰
۱۳۶۷	۲۶	۴۵	۵۶
۱۳۷۰	۱۹	۳۳	۴۲
۱۳۷۴	۲۰	۲۸	۳۵
۱۳۷۵	۱۶	۲۶	۳۳
هدف برنامه برای سال ۱۳۷۷	۱۷	۲۴	۲۰

سازمان بهداشت و درمان و آموزش پزشکی - اداره کل بهداشت خانواده - گروه آمار.

میزان مرگ و میر مادران باردار در هر صد هزار تولد زنده در سال ۱۳۷۵ به رقمی کمتر از هدف برنامه دوم که ۴۶ مورد در عنوان کرده بود کاهش یافته است (جدول ۶-۶-۷) و به‌طور کلی روند بهبود این معیار در کشور طی سالیان گذشته قابل توجه می‌باشد. از سوی دیگر میزان مراقبت از زنان باردار که در سال ۱۳۷۲، ۴۶ درصد بوده است در سال ۱۳۷۶ به ۶۴/۱۵ درصد می‌رسد و این در حالی است که رقم مورد نظر در برنامه دوم برای این معیار ۶۴ درصد در سال ۱۳۷۷ بوده است. لذا مشخص است که با افزایش درصد میزان مراقبت از زنان باردار، تأثیر مستقیم بر مرگ مادران باردار داشته و هر دو معیار در کنار هم بهبود وضع را نشان می‌دهند.

جدول ۶-۶-۷- میزان مرگ و میر

مادران باردار در هر ۱۰۰ هزار تولد زنده

سال	میزان مرگ و میر
۱۳۵۳	۲۳۷
۱۳۶۴	۱۴۰
۱۳۶۷	۹۱
۱۳۷۳	۴۰
۱۳۷۵	۳۷/۳

ماحد. سع پیشین.

یکی از معیارهای سلامت جامعه دسترسی افراد به آب آشامیدنی سالم است. در این ارتباط برنامه دوم

میزان پوشش روستایی به آب آشامیدنی سالم را در سال ۱۳۷۷ در سطح ۹۰ درصد مطلوب می‌داند و این در حالی است که در سال ۱۳۷۶ حدود ۹۲/۷ درصد از کل جامعه از آب لوله‌کشی یا آب بهسازی شده استفاده می‌کنند اما پوشش آب سالم برای جمعیت روستایی حدود ۸۲/۱ درصد است. میزان پوشش تنظیم خانواده یکی از مسائل حائز اهمیت در باروری و نرخ رشد جمعیت در کشور است. هدف برنامه دوم پوشش ۷۰ درصد از جمعیت در سال ۱۳۷۷ می‌باشد که عملکرد وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی در طی سالیان گذشته در این زمینه در جدول ۸-۶-۶ ملاحظه می‌شود که موفقیت بیشتر در این زمینه را در سطح روستا نشان می‌دهد اما روند افزایش دستیابی به رقم مورد نظر در برنامه را نشان نمی‌دهد.

جدول ۸-۶-۶- میزان پوشش تنظیم خانواده
(روش‌های مدرن) (درصد)

روستا	شهر	کل کشور	سال
۲۱	۳۳	۲۷/۵	۱۳۶۸
۴۱/۱	۴۷/۱	۴۴/۶	۱۳۷۱
۴۴	۵۲	۴۸/۶	۱۳۷۲
۴۶/۲	۵۱/۵	۴۹/۲	۱۳۷۳
۵۲/۴	۵۱/۷	۵۲	۱۳۷۴
۵۵/۵	۵۴/۴	۵۴/۹	۱۳۷۵
۵۷/۴	۵۵/۳	۵۶	۱۳۷۶

محد. وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی - اداره
کل بهداشت خانواده گروه آمار

به‌طور متوسط در سطح کشور در سال ۱۳۷۶، ۸۶ درصد از مادران فرزندان خود را تا پایان یک سالگی از شیر خود تعدیه می‌کنند که این رقم در مقایسه با هدف برنامه دوم که ۷۶ درصد را برای سال ۱۳۷۷ در نظر دارد قابل توجه می‌باشد.

ایمن‌سازی یا واکسیناسیون یکی دیگر از خدمات بهداشتی است که تأثیر به‌سزایی در هزینه‌های درمانی آتی هر کشوری خواهد داشت. اهداف مورد نظر سازمان جهانی بهداشت برای سال ۲۰۰۰ در این زمینه و مقایسه آن با عملکرد کشورمان حائز اهمیت است.

سازمان جهانی بهداشت هدف خود را پوشش ایمن‌سازی ۹۰ درصد جمعیت کودکان زیر یکسال بر علیه بیماری سون می‌کند که در ایران با واکسیناسیون اجباری درصد پوشش واکسیناسیون بر علیه ۶ بیماری حداقل ۹۵ درصد است. برای بیماری سرخک هدف کاهش میزان ابتلا به ۹۰ درصد نسبت به سال آغاز طرح و کاهش مرگ و میر به میزان ۹۵ درصد می‌باشد. در ایران بروز سرخک ۵ درصد مورد در هر یک صد هزار تولد و میزان مرگ و میر در حد صفر می‌باشد. در رابطه با فلج اطفال نیز با بسیج همگانی این بیماری در آستانه ریشه‌کشی است.

مسائل بهداشتی و درمانی در سطح روستاها وابستگی مستقیم به میزان دسترسی این بخش از جامعه به امکانات و مراکز درمانی و بهداشتی دارد در این ارتباط نیز نتایج سرشماری سال ۱۳۷۵ مرکز آمار ایران نشانگر بهبود وضعیت بهداشتی و درمانی روستاییان است (جدول ۹-۶-۶)

جدول ۹-۶-۶- درصد آبادی‌های دارای سکنه استفاده کننده از

تسهیلات		بهداشتی و درمانی
شرح	۱۳۶۵	۱۳۷۵
مرکز بهداشتی درمانی	۴/۵۲	۶/۳۸
خانه بهداشت	۷/۳۵	۲۰/۳۲
پزشک	۴/۶۲	۸/۱۶
دندانپزشک تجربی و دندانساز	۰/۶۷	۱/۲۴
بهبار و مامای روستایی	۵/۱۳	۸/۵۲
دامپزشک و تکنیسین دامپزشکی	۶/۲۴	۳/۲۲

مأخذ: مرکز آمار ایران

نکته: همان‌طور که ملاحظه می‌شود اهداف برنامه پنج‌ساله دوم در بخش بهداشت درمان و همچنین سازمان بهداشت جهانی با اولویت دادن به بهداشت جامعه و پس از آن درمان معیارهایی را جهت حرکت و پیشبرد وضعیت بهداشتی و درمانی معین کرده و عملکرد جامعه را در ارتباط با این معیار ارزیابی کردیم. قطعاً چارچوب وظایف دولت در امر بهداشت و درمان در راستای دستیابی به اهداف کلی مورد نظر در جامعه تعیین خواهد شد. دخالت دولت در امر ایجاد امکانات و تجهیزات بهداشتی و درمانی تأمین نیروی انسانی مورد نظر در این بخش و ایجاد تسهیلات و امکانات برای امور پژوهشی و تحقیقی از جمله وظایف دولت می‌باشد. اما آیا تمامی موارد و اهداف یاد شده در بخش بهداشت و درمان را می‌توان برای بخش درمان در یک سیستم تأمین اجتماعی نیز منحوذ کرد؟ یا به عبارت دیگر سطح خدمات بهداشتی و درمانی در یک سیستم تأمین اجتماعی و یک نظام بیمه‌ای چگونه تعیین می‌شود؟

آنچه مسلم است این که وظایف دولت در چارچوب بخش بهداشت و درمان بسیار گسترده‌تر از وظایف یک سیستم بیمه‌ای در بخش بهداشت و درمان است و هر چه عملکرد دولت در این بخش بهتر و مناسب‌تر باشد تأثیر مستقیم بر عملکرد سیستم بیمه و تأمین اجتماعی در امر درمان خواهد داشت. به عنوان مثال تربیت کادر پزشکی و تأمین نیروی انسانی مورد نیاز بهداشت و درمان جامعه از وظایف دولت است اما قطعاً نظام بیمه‌ای جامعه نیز از نیروهای تخصصی بیشتر و ماهرتر در این بخش منفعته خواهد برد. در حال حاضر بسیاری از اهداف بهداشتی در سطح کشور توسط دولت مطرح و ارائه می‌گردد. پوشش ایمن‌سازی در سطح کشور پوشش تنظیم خانواده پوشش مراقبت‌های دوران بارداری و اطفال از بدو تولد تا ۵ سالگی و... از این موارد است. اما سطح ارائه خدمات در نظام بیمه‌ای در شرایط کنونی را می‌توان بیماری‌ها، حوادث و بارداری نام برد. به این ترتیب نظام بیمه‌ای باید ارائه خدمات درمانی (سرپایی یا بستری داخل یا خارج کشور در صورت تأیید نوبه معالجه در خارج) به کلیه بیمه شدگانی که دچار بیماری شده‌اند را عهده‌دار

باشد. در عین حال یکی از موارد لزوم وجود سیستم تأمین اجتماعی فوریت‌های پزشکی به بروز حوادث می‌باشد. نظام بیمه‌ای می‌باید با ارائه خدمات پزشکی و درمانی در موقعیت‌های اورژانس برای افراد بیمه شده حادثه دیده، ایشان را از دغدغه هزینه‌ها و چگونگی درمان‌های بیهوشی، این حوادث چه بر اثر انجام کار و فعالیت رخ داده باشد یا در غیر از زمان کار و اشتغال فرد بروز کرده باشد، فرد حادثه دیده باید بتواند از امکانات درمانی بهره‌مند شده و سلامت خود را باز یابد. از دیگر موارد کلی در امر درمان در یک نظام بیمه‌ای، خدمات درمانی به مادران باردار است که از زمان بارداری تا شیردهی را در بر می‌گیرد. از آنجا که نیمی از جامعه را زنان تشکیل داده و اساساً سلامت ایشان در زمان بارداری، زایمان و شیردهی به‌طور مستقیم بر سلامت نسل آتی جامعه مؤثر است لذا ارائه خدمات درمانی به این قشر از جامعه (با در نظر گرفتن محدودیت تعداد بارداری‌های مشمول بیمه) ضروری به نظر می‌رسد.

ارائه خدمات درمانی از سوی نظام بیمه‌ای کشور به بیمه‌شدگان بیمار، به معنای استفاده از نامحدود از خدمات درمانی نیست. قطعاً در میان اعمال پزشکی و درمانی، خدماتی که بیشتر جنبه لوکس و غیر ضروری دارد نمی‌تواند خود وظایف نظام بیمه‌ای قرار گیرد (اعمال جراحی زیبایی و...) اساساً می‌توان نظام بیمه‌ای را به نحوی متحول کرد که افرادی که تمایل به دریافت خدمات درمانی وسیع‌تر می‌باشند با پرداخت حق بیمه بیشتر و پیوستن به نظام بیمه مکمل بتوانند از خدمات پزشکی و درمانی گسترده‌تری استفاده برند. اما یقین سطح ارائه خدمات درمانی به هنگام بروز بیماری برای کل بیمه‌شدگان محدود به خدمات ضروری خواهد بود که برای بازگرداندن سلامت جسمی جهت ادامه زندگی و کار به فرد بیمه شده ضروری و اجتناب‌ناپذیر است. اما قطعاً ارائه بیمه‌های مکمل برای افراد با سطوح درآمدی بالاتر که توان پرداخت حق بیمه بیشتر را دارند و در نتیجه متقاضی دریافت خدمات درمانی در موارد وسیع‌تر هستند، امری ممکن و واجب است. امور دندانپزشکی، پوست، زیبایی، جراحی‌های ترمیمی،... از خدماتی هستند که افراد برای استفاده از این خدمات بیمه‌ای آنها مستلزم پرداخت حق بیمه سرانه بیشتر می‌باشند. قطعاً چنانچه درآمدهای نظام بیمه‌ای در حدی باشد که بتواند هزینه تمامی امور خدمات درمانی را پوشش دهد، می‌توان کلیه بیمه‌شدگان را تحت پوشش کامل خدمات درمانی خود قرار دهد.

در ارتباط با هزینه‌های درمان و بالا بردن آن در مؤسسات بیمه‌گری می‌توان از سیستم ارجاع در این زمینه استفاده کرد. سیستم ارجاع که در برخی سیستم‌های تأمین اجتماعی در جهان از جمله انگلستان اجرا می‌شود، به نحوی است که افراد دارای پزشک عمومی خانواده بوده و سایر اقدامات تشخیصی یا مراجعه به پزشک متخصص با توصیه این پزشک مورد اعتماد صورت می‌گیرد. این سیستم باعث پایین آمدن هزینه‌های درمانی و در عین حال پیشگیری بیش از بروز سوء استفاده‌های احتمالی خواهد کرد. البته واضح است که در موارد اورژانس و بروز حوادث این سیستم ملاک نبوده و کلیه واحدهای درمانی ملزم به پذیرش و ارائه خدمات پزشکی به فرد بیمه شده حادثه دیده هستند و نیاز به معرفی نامه یا پرونده قبلی نیست. حوادث چه در هنگام کار و ناشی از فعالیت شغلی باشد یا در سایر اوقات فرد روی داده باشد، بیمه ملزم به ارائه خدمات می‌باشد. تفاوت در نحوه پرداخت غرامت دستمزد را می‌توان در دو وضعیت حادثه ناشی از کار بررسی نمود اما برای خدمات پزشکی و درمانی فرد حادثه دیده بیمه شده، تفاوتی مطرح نیست. در این ارتباط نیز می‌توان از روش سرانه پرداخت هزینه درمان استفاده کرده که در این شرایط و در هنگام اورژانس بیمه‌شدگان، چون مراکز درمانی قبلاً مبلغی را بابت پیش پرداخت از مؤسسه بیمه دریافت کرده‌اند لذا به ارائه

خدمات پرداخته و بعد از درمان، صورت حساب‌ها به صورت واقعی و براساس طول درمان تنظیم و پرداخت خواهد شد.

یکی دیگر از مسائل مهم در درمان بیمه‌شدگان نظام بیمه‌ای کشور مسئله واحدهای درمانی و بیمارستانی است. هزینه‌های درمانی در تمام کشورهای جهان به دلیل ورود فن‌آوری‌های جدید روند رو به رشدی دارند، اما در کشور ما علاوه بر عوامل دخیل در افزایش هزینه‌های درمان از قبیل افزایش نرخ دارو و تجهیزات پزشکی، تکنولوژی‌های جدید پزشکی، مسئله مدیریت و ضعف آن در امر اداره بیمارستان است. استفاده بهینه از امکانات موجود در بخش بهداشت و به خصوص درمان در یک نظام بیمه‌ای مستلزم اداره عالمانه واحد درمانی است که این اداره ضرورتاً توسط مدیر پزشک نخواهد بود. به این ترتیب چنانچه مدیریت بسیاری از واحدهای درمانی و بیمارستان‌ها به افراد مدیری که آشنا به مسائل درمانی باشند واگذار شود و این افراد بتوانند با بهره‌گیری از علوم مدیریت به بهره‌گیری اقتصادی و مطلوب از امکانات موجود دست یابند، تأثیر به‌سزایی در هزینه‌های درمان از یکسو و از سوی دیگر مطلوبیت حاصل از خدمات درمانی برای بیماران بیمه شده خواهد داشت. بالا بردن ضریب اشتغال تخت، کاهش مدت اقامت بیمار، بهره‌گیری بیشتر از تخت‌های بیمارستانی از مواردی است که مدیریت علمی (و نه تنها پزشکی) می‌تواند باعث کاهش هزینه‌های درمان سازمان‌های بیمه‌ای گردد.

از سوی دیگر، بحث مطلوبیت بیماران استفاده‌کننده از خدمات درمانی پزشکی بیمه‌ای مطرح است. عنی‌رغم هزینه سرانه درمانی که سازمان بیمه‌ای و فرد بیمه شده برای درمان خود هزینه می‌نمایند، اما تصور عمومی جامعه به نحوی است که امکانات درمانی و پزشکی دولتی یا بیمه‌ای را در اولویت دوم نسبت به امکانات درمانی خصوصی می‌بیند و این در حالی است که شاید امکانات، تجهیزات، پرسنل و کادر پزشکی در مراکز دولتی و بیمه‌ای قابل مقایسه و حتی در برخی موارد بهتر از امکانات بخش خصوصی باشد. این نارسایی ناشی از برخورد غیر مسئولانه و گاه بدون انگیزه از سوی برخی مسئولان این مراکز می‌باشد که خود ناشی از مدیریت دولتی می‌باشد و از نظر اقتصادی قابل توجیه است. به همین دلیل بحث اداره دولتی یا خصوصی مراکز درمانی و بیمارستانی یکی از مسائل حائز اهمیت است. در اینجا این سؤال مطرح خواهد بود که چه واحدهایی را می‌توان به بخش خصوصی واگذار نمود و واحدهایی که تحت اختیار دولت باقی می‌مانند چگونه باید اداره شوند؟ واحدهای درمانی که درآمد مستمر و کافی دارند یا سهم اعتبارات دولتی در کل درآمد واحد جزئی است، امکان رسیدن به خودگردانی مالی را دارند. در این واحدها لزوم دولتی ماندن که خود مستلزم هزینه‌های اداری و مالی زیادی است و در عین حال به دلیل ماهیت اداره دولتی، انگیزه‌های عمکرد کارا تر و اقتصادی از بین کارکنان کاهش می‌یابد، وجود ندارد. در این واحدها چنانچه فعالیت‌ها قابل ارزیابی و پرداخت به صورت تعرفه باشد، از نظر قانونی درآمد مذکور حاصل فعالیت و کار واحد درمانی به شمار می‌روند و در این شرایط وظیفه دولت به کنترل هزینه‌ها، رسیدگی و تأیید خدمات و پرداخت ارزش آنها براساس تعرفه تعیین شده به واحد درمانی خاتمه می‌یابد. یعنی این واحدها که توسط بخش خصوصی اداره می‌شوند، به ارائه خدمات درمانی پرداخته و امکانات پزشکی و درمانی را در اختیار بیمه‌شدگان قرار می‌دهند و در مقابل دولت علاوه بر بررسی کیفیت خدمات به تعیین تعرفه‌ها پرداخته و براساس آن تعرفه‌ها مراکز بیمه‌ای یا دولت موظف به پرداخت قیمت خدمات ارائه شده مراکز درمانی می‌باشند. به عبارت دیگر مراکز بیمه‌ای و دولت تنها تأمین مالی خدمات درمانی را برای بیمه‌شدگان انجام

می دهند و ارائه کننده خدمات درمانی به بخش خصوصی خواهد بود.

برخی دیگر از واحدها و مراکز درمانی یا بیمارستانی، درآمد مستمر یا کافی نداشته و به طور عمده از اعتبارات دولتی استفاده می کنند. این گونه واحدها غالباً علاوه بر محدودیت های اداری با موانع مالی نیز روبه رو هستند. غالباً دستورالعمل ها و نحوه اداره، باعث محدودیت هایی در گردش سریع تر امور می شوند و به دلیل وجود سیستم نظارت بر اجرای این محدودیت ها، تعداد کارکنان غیر فنی در این واحدها بیش از حد لازم و علاوه بر آن موجب تسلط یا دخالت غیر لازم کارکنان اداری و مالی بر مسائل فنی این مراکز درمانی و پزشکی می گردد. به همین دلیل کاهش یا هدف این محدودیت های اداری زمینه ساز خودگردانی واحد، تسهیل در انجام امور و همچنین کاهش تعداد کارکنان اداری (غیرپزشکی) و در نتیجه کاهش بار هزینه های زائد اداری خواهد شد و منفعت حاصل از این طریق شاید بیش از زیان و سود استفاده های مالی احتمالی ناشی از حذف یا کاهش این محدودیت ها و مقررات باشد. مورد خاص این مراکز درمانی، واحدهای مرتبط با بیماری های خاص است که در این موارد اغلب هزینه ها از سوی دولت پرداخت می شود. در این مراکز نیز مدیریت آشنا به علم اداره یک واحد پزشکی، می تواند با کارایی بالاتر باعث افزایش رفاه بیماران گردد. در این موارد باید با تعیین کیفیت ارائه خدمات و همچنین سطح آن، اجاره هر گونه تأثیر پذیری نحوه ارائه خدمات از دولتی بودن واحد را از میان برد.

مورد دیگر در اداره واحدهای درمانی و بیمارستان ها بحث اصلاح تعرفه ها است. تعرفه ها باید ارتباط مستقیم با هزینه تمام شده خدمت داشته باشد و کلیه هزینه های جنبی در بیمارستان متناسب در تعرفه آن خدمت درمانی منظور گردد و چنانچه از نظر اقتصادی و عدالت اجتماعی از جامعه بخشی از جامعه توان پرداخت تعرفه ها (که باید مبنای تعیین حق سرانه بیمه باشد) را ندارند، دولت با مساعدت های خویش به اداره واحدهای پزشکی و درمانی کمک نماید.

در خاتمه و در اداره واحدهای درمانی و بیمارستانی باید این نکته را مدنظر داشت که آنچه در بخش بهداشت و درمان حائز اهمیت است ارائه خدمات بهینه است. تعیین سطح استاندارد خدمات اعم از بهداشتی و درمانی و تأکید بر سطح خدمات مطلوب یکی از راه های حفظ کیفیت در این خدمات است. از سوی دیگر تعیین حدود انتظارات در نحوه ارائه انواع خدمات اعم از اورژانسی یا بستری با توجه به امکانات موجود باعث خواهد شد که بیمه شده بیمار از آنچه در اختیار او قرار می گیرد رضایت بیشتری کسب نماید. چنانچه پرسنل و کارکنان درمانی پزشکی بیمارستان ها نیز از طریق پاداش یا طرق مختلف اداری به هنگام عملکرد مطلوب و رضایت بخش تشویق گردند، انگیزه بیشتری برای انجام بهتر خدمت مقدس خود خواهند داشت.

یکی دیگر از مسائل حائز اهمیت در بحث درمان تنگناهای قانون بیمه خدمات درمانی همگانی است که به آن می پردازیم.

قانون بیمه همگانی خدمات درمانی در آبان ماه سال ۱۳۷۳ به تصویب رسید و به دنبال آن سازمان بیمه خدمات درمانی در این ارتباط تأسیس و مسئول اجرای این قانون گردید. اما با گذشت ۳ سال از تصویب این قانون، اهداف مورد نظر که پوشش بیمه درمانی به تمام گروه ها و افراد جامعه متقاضی بیمه محقق نشده است. اقشار تحت پوشش این سازمان کارکنان دولت، خویش فرمایان (صاحبان حرف و مشاغل آزاد)، روستاییان، اقشار آسیب پذیر و نیازمند و همچنین سایر اقشار (جانبازان، آزادگان، خانواده معظم، شهدا،

روحانیون، دانشجویان و مشمولان طرح نیروی انسانی) هستند. در ارتباط با بیمه روستاییان، سیستم ارجاع برقراری می‌باشد و عملکرد سازمان در این بخش با تحت پوشش قرار دادن حدود ۲۰۲۵۰۰۰۰ نفر در ابتدای سال ۱۳۷۷ و ارائه کارت بیمه به روستاییان مثبت بوده است. کارکنان دولت به دلیل الزام قانونی به بیمه بودن ایشان بحث خاصی ندارد اما در ارتباط با خویش فرمایان و سایر اقشار مواردی قابل تأمل است. تعداد خویش فرمایان بیمه شده که در سه ماهه اول سال ۱۳۷۶ حدود ۱۱۵۰۰۰۰ نفر بود در ابتدای سال ۱۳۷۷ به ۹۶۰۰۰۰ تقلیل یافته است. بیمه سایر اقشار نیز که در پایان خرداد ۱۳۷۶، حدود ۷۲۷۰۰۰ نفر را در بر می‌گرفته در ابتدای سال ۱۳۷۷ به حدود ۶۹۰۰۰ نفر کاهش یافته است. در تحلیل این تغییرات، در مهرماه سال ۱۳۷۶، سازمان بیمه خدمات درمانی قانون بیمه شدن افراد بر روی تخت بیمارستان را که از تبلیغات گسترده سازمان بود ملغی نموده و اعلام نمود که اگر افراد به هنگام بیماری و در بیمارستان خود را بیمه نمایند، نمی‌تواند از امکانات بیمه‌ای استفاده نمایند، بلکه ۳ ماه پرداخت حق بیمه برای ارائه خدمات بستری از سوی سازمان بیمه خدمات درمانی لازم است. هر چند این تصمیم در اوایل سال ۱۳۷۷ لغو گردید ولی آثار سوء خود را به ضرورت کاهش در تعداد بیمه شدگان بر جای گذاشت. لذا چنانچه ملاحظه می‌گردد تصمیم‌گیری در مورد نحوه برقراری بیمه همگانی تأثیر زیادی بر جلب افراد جامعه به سیستم بیمه خواهد داشت. در این راستا نکاتی در ارتباط با قانون بیمه همگانی و مسائل مرتبط در اجرای آن حائز اهمیت است که به بررسی و ارائه پیشنهاداتی می‌پردازیم.

سازمان فرهنگ بیمه در جامعه جای خود را پیدا نکرده و در جهت تعمیم فرهنگ بیمه مسائلی باید در نظر گرفته شود. یکی از تبلیغات مهم در امر بیمه، کیفیت و اجرای خوب و مناسب خدمات بیمه‌ای است. لذا چنانچه تبلیغات همگانی با امکانات خدمات درمانی بیمه‌ای مطلوب در جامعه همراه شود، زمینه‌ساز جلب افراد جامعه برای پیوستن به جامعه بیمه‌شدگان خواهد بود. از سوی دیگر باید توجه داشت که افراد جامعه و به خصوص افراد با سطح تحصیلات پایین‌تر همواره به پرداخت حق بیمه به عنوان راهی برای کسب درآمد سازمان‌های بیمه‌ای و در پس آن دولت می‌بینند. لذا باید تبلیغات به گونه‌ای باشد که عامه مردم را در مورد سوبسیدهای کلانی که دولت در این امر هزینه نماید، آگاه سازد.

از سوی دیگر استقبال بیشتر پزشکان، دندانپزشکان و سایر اعضای جامعه پزشکی و همچنین واحدهای درمانی خود به نوعی تبلیغ برای پیوستن افراد به جمع بیمه شدگان سیستم است. کاهش زمان رسیدگی به اسناد و صورت حساب‌های پزشکی و پرداخت به موقع مطالبات افراد جامعه پزشکی و همچنین واحدهای درمانی در این زمینه بسیار مفید خواهد بود. به طور مثال، چنانچه با گسترش پوشش بیمه، جهت بررسی اسناد پزشکی بیمه‌شدگان، واحدهایی در مراکز درمانی (بیمارستان، زایشگاه و...) به عنوان کارشناس و ناظر مستقر گردند، می‌توانند به نحو قابل ملاحظه‌ای زمان بررسی صورت حساب‌ها را کاهش دهد. از سوی دیگر چنانچه پوشش بیمه و افزایش آن را در نظر داریم برخی از موارد پزشکی که دریافت وجه آن منوط به بررسی کمیسیون پزشکی می‌باشد، قابل حذف خواهد بود. سیستم بیمه باید اعتماد خود را به اعضای گروه پزشکی، پزشکان و دندانپزشکان نشان دهد از این طریق نظرات ایشان را محترم شمرده و لذا مراحل پرداخت صورت حساب‌های پزشکی بیماران را تسهیل نماید. چنانچه این بررسی‌ها به دلیل وجود موارد تخلف ملاحظه شده ضروری می‌نماید، اما باید در نظر داشت که کاهش رفاه ناشی از وجود بروکراسی زمان بررسی اسناد، برای بیمه‌شدگان بیمار خود با زیان ناشی از موارد تخلف قابل مقایسه است. همچنان که

اشاره شد. اساس دخالت در امور درمانی، وجود پیامد خارجی مثبت در این خدمات است که جهت فریض رفاه افراد جامعه، دولت حاضر به پرداخت سوبسیدهای هنگفتی می‌گردد. در نتیجه از نظر اقتصادی هزینه‌های احتمالی ناشی از بروز تخلف یا اسناد پزشکی غیر واقعی و سوء استفاده از امکانات بیمه در امر درمان که از سوی پزشکان صورت پذیرد باید با فایده‌های از دست رفته بیماران بیمه شده در نتیجه صرف سازمان، هزینه رفت و آمد جهت مراجعه به کمیسیون‌ها و تأیید هزینه‌های درمانی انجام شده، در کنار هم مقایسه گردد.

از سوی دیگر چنانچه مراکز درمانی به طور گسترده با سازمان‌های بیمه‌ای عقد قرارداد نمایند و همزمان فرم صورت حساب‌های پزشکی در سطح کشور یکسان گردد، می‌توان امر پرداخت وجه از طرف بیمه به بیمه‌شدگان بیمار را با سرعت و سهولت بیشتر ممکن ساخت.

یکی از مشخصات خدمات درمانی، وجود عدم اطمینان در این خدمات است. به همین دلیل بدون احتساب احتمال بیماری و نیاز به استفاده از امکانات پزشکی و درمانی و هزینه خصوصی این امکانات، یا به عبارت ساده ارزش انتظاری زیان حاصل از بروز حادثه یا بیماری، بسیاری از افراد جامعه در شرایط سلامت خواهان پیوستن، به سیستم بیمه خدمات درمانی نبوده و تنها به هنگام حادث شدن واقعه یا بیماری، اهمیت این سیستم را لمس می‌نمایند. لذا در ارتباط با بیمه خدمات درمانی، جز افرادی که به حکم قانون ملزم به بیمه شدن هستند، بحث اختیاری بودن پیوستن به بیمه است. به نظر می‌رسد که همگانی شدن بیمه خدمات درمانی برای کلیه افراد مورد نظر در قانون، نیازمند الزام قانونی است. می‌توان از طریق مقرراتی استفاده از برخی خدمات به خصوص خدمات دولتی را منوط به بیمه بودن و ارائه دفترچه خدمات درمانی نمود و برای این که افراد تنها یکبار اقدام به بیمه شده ننموده و پرداخت حق بیمه مستمر باشد، می‌توان عدم پرداخت سنوات قبل را نیز در هنگام بیمه شدن منظور نمود. قطعاً باید در نظر داشت که این مقررات باید به نحوی تنظیم گردد که فشار بر افراد نیازمند ایجاد نماید و انتخاب خدماتی که استفاده از آنها الزام به بیمه شدن داشته باشد به نحوی به سطح درآمد افراد مرتبط باشد. به عنوان مثال صاحبان مشاغل و حرف آزاد به هنگام امور شهرداری یا مالیاتی خود یا دریافت سهمیه‌ای از دولت، یا ثبت نام افراد در مدارس و دانشگاه‌ها براساس سطح درآمد ملزم به داشتن دفترچه خدمات درمانی باشند.

یکی از مسائل و مشکلات در سیستم بیمه درمانی، بالا بودن هزینه درمان است که خود ناشی از عواملی است که به برخی از آن می‌پردازیم: استفاده بیمه‌شدگان از خدمات درمانی بیش از نیاز واقعی بیماران که گاه به دلیل عدم پرداخت هزینه واقعی این خدمات می‌باشد.

- مدیریت نادرست مراکز درمانی و استفاده از غیربهبه از امکانات موجود (که بحث شد)؛

- سوء استفاده یا تخلف از دفترچه‌های بیمه که از سوی پزشکان یا مراکز درمانی صورت می‌گیرد.

در این زمینه مواردی چند قابل طرح است، آگاهی و توجیه بیمه‌شدگان به این که بیمه بودن به معنی بیمار بودن نیست و لذا از خدمات درمانی بیمه‌ای در حد متعارف استفاده شود و صرف بیمه بودن دلیلی برای استفاده بیشتر از خدمات درمانی نیست.

از سوی دیگر بررسی اسناد و صورت حساب‌های پزشکی که منجر به پدیدار شدن تخلفات در این زمینه می‌گردد، از نظر زمان بر رفاه افراد بیمه شده و پزشکان و مراکز درمانی طرف قرارداد تأثیر گذاشته و هم صرف هزینه در این بخش برای سازمان‌های بیمه‌ای مطرح است و از سوی دیگر سوء استفاده ما خود

هزینه‌های درمان را افزایش می‌دهد. به نظر می‌رسد یکی از مسائل در این مورد می‌تواند اعمال سیستم تشویقی یا تنبیهی برای افراد متخلف و در کنار آن بررسی تنها درصدی از اسناد خدمات درمانی از سوی مؤسسه بیمه‌ای باشد.

به‌طور مثال اگر سیستم به نوعی اصلاح گردد که در هر دوره زمانی تنها ۲۰ درصد از اسناد بررسی شده و در صورت مشاهده تخلف در اسناد و صورت حساب‌های پزشکی و درمانی، فرد یا مرکز متخلف مشمول جریمه می‌گردد. قطعاً این سیستم عامل باز دارنده‌ای خواهد بود و از سوی دیگر در صرف هزینه نیز صرفه‌جویی خواهد نمود. در حال حاضر به صورت حساب‌های مشکوک یا مخدوش پس از بررسی پرداختی صورت نمی‌گیرد اما اگر سیستم به نحوی باشد که پزشکان و مراکز خاص از انجام و ارائه این علم خلاف باز داشته و آنها را به ارائه صحیح خدمات رهنمون باشد، عملی اساسی‌تر و به نفع کل جامعه خواهد بود.

مورد دیگر بحث تعیین تعرفه‌های خدمات درمانی است. چرا که تعرفه ارتباط مستقیم با سرانه و محاسبه آن دارد و ابتدا باید تعرفه‌های واقعی تعیین شده و سپس حق سرانه را معین نمود (باید توجه داشت که نباید سرانه بیمه و محدودیت‌های اعتباری و مالی، ملاک تعیین تعرفه و ارزش خدمت باشد). در عین حال اصلاح سالانه تعرفه‌ها به استناد قانون بیمه همگانی و با تناسب تورم اقتصادی کشور امری است حائز اهمیت که باید با دقت کامل صورت گیرد.

در ۲ تا ۳ سال گذشته شاهد افزایش سالانه نرخ تعرفه خدمات پزشکی و درمانی بوده‌ایم، اما به دلیل غفلت چندین ساله در این امر، شاهد عدم انطباق تعرفه خدمات پزشکی با واقعیت عمیق در جامعه هستیم. جدول ۱۰-۶-۶- تغییرات در تعرفه پزشکان را در چند سال گذشته و درصد رشد سالانه آن را نشان می‌دهد. همچنان که ملاحظه می‌شود طی این چند سال روند رشد تعرفه پزشکان مناسب بوده است ولی به دلیل عدم تعدیل این تعرفه‌ها در سال‌های قبل، هنوز فاصله میان تعرفه‌های واقعی جاری و تعرفه‌های اعلام شده وجود دارد. به عنوان مثال در سال ۱۳۷۶ که سقف نرخ ویزیت پزشکان (پزشک استاد) ۶۵۰۰ ریال اعلام شده بود ویزیت متخصصان به فراتر از ۱۰۰۰۰ ریال نیز می‌رسید و در سال ۱۳۷۷ به ۸۰۰۰ ریال تعرفه برای پزشکان استاد باز شاهد ویزیت‌هایی با تفاوت فاحش بالاتر از تعرفه هستیم.

جدول ۱۰-۶-۶- ویزیت پزشکان با تعرفه‌های مختلف سالانه (ریال)

عنوان پزشکی	تعرفه سال ۱۳۷۵	تعرفه سال ۱۳۷۶	درصد رشد نسبت به ۱۳۷۵	تعرفه سال ۱۳۷۷	درصد رشد نسبت به ۱۳۷۶
پزشک عمومی زیر ۱۵ سال سابقه	۲۰۰۰	۳۰۰۰	۳۳/۳	۳۵۰۰	۱۶
پزشک عمومی با ۱۵ سال سابقه	۲۵۰۰	-	-	۴۰۰۰	-
پزشک متخصص	۳۵۰۰	۴۵۰۰	۲۸/۵	۵۵۰۰	۲۲
پزشک استادیار	۴۰۰۰	۵۰۰۰	۲۵	۶۵۰۰	۳۰
پزشک دانشیار	۴۵۰۰	۵۵۰۰	۲۲/۲	۷۰۰۰	۱۷
پزشک استاد	۵۰۰۰	۶۵۰۰	۳۰	۸۰۰۰	۲۳

منبع: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

از سوی دیگر تعرفه‌های قامت، هتیسگ، نیز در سال‌های گذشته افزایش داشته است که حدود ۱۱-۶-۶ این تعرفه‌ها درصد رشد نسبت به گذشته را نشان می‌دهد که در این مورد نیز تعرفه‌های جاری در عمل در برخی موارد متفاوت از تعرفه‌های اعلام شده از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است.

جدول ۱۱-۶-۶- هزینه هر شب اقامت در اتاق‌های ۳ تختی (ریال)

درجه بیمارستان	نوع بیمارستان	۱۳۷۴	۱۳۷۵	درصد رشد نسبت به سال قبل	۱۳۷۶	درصد رشد نسبت به سال قبل	۱۳۷۷	درصد رشد نسبت به سال قبل
درجه یک	دولتی	۲۰۰۰۰	۳۵۰۰۰	۷۵	۴۷۵۰۰	۳۵/۷	۵۲۲۰۰	۱۰
	خصوصی	۴۰۰۰۰	۵۸۰۰۰	۴۵	۷۸۰۰۰	۳۴/۴	۸۵۸۰۰	۱۰
درجه دو	دولتی	۱۶۰۰۰	۲۸۰۰۰	۷۵	۳۸۰۰۰	۳۵/۷	۴۱۸۰۰	۱۰
	خصوصی	۳۲۰۰۰	۴۶۴۰۰	۴۵	۶۳۰۰۰	۳۵/۷	۶۹۳۰۰	۱۰
درجه سه	دولتی	۱۲۰۰۰	۲۱۰۰۰	۷۵	۲۸۵۰۰	۳۵/۷	۳۱۳۰۰	۱۰
	خصوصی	۲۴۰۰۰	۳۴۸۰۰	۴۵	۴۷۰۰۰	۳۵	۵۱۷۰۰	۱۰
درجه چهار	دولتی	۹۶۰۰	۱۶۰۰۰	۶۶/۷	۲۲۷۰۰	۴۱/۸	۲۵۰۰۰	۱۰
	خصوصی	۱۹۲۰۰	۲۷۸۰۰	۴۴/۸	۳۷۵۰۰	۳۴/۸	۴۱۲۰۰	۱۰

مأخذ: پیشین.

اما در کنار این افزایش در تعرفه‌های خدمات درمانی پزشکی، نگاهی به روند تغییرات میزان سرانه درمان کمکی خواهد بود تا مسائل مالی بخش درمان سازمان تأمین اجتماعی و همچنین بیمه خدمات درمانی را بهتر درک نماییم. جدول ۱۲-۶-۶ نشانگر میزان حق بیمه سرانه خدمات درمانی و درصد رشد آن طی چند سال گذشته است. همچنان که در جدول ملاحظه می‌شود، رشد میزان سرانه درمان طی ۳ سال گذشته کمتر از ۱۶ درصد بوده است و این در حالی است که طی این مدت هزینه‌های درمان (با توجه به جداول ۱۰-۶-۶ و ۱۱-۶-۶) روند رشد سریع‌تری داشته‌اند. قطعاً این تفاوت موجب بروز کسری در بخش درمان نظام بیمه‌ای خواهد شد. تعیین سرانه براساس تعرفه‌های واقعی یکی از راه‌حل‌های مشکل هزینه‌های درمان سازمان بیمه خدمات درمانی و تأمین اجتماعی است. اما در کنار آن نیز باید در نظر داشت که چون بخشی از جامعه توان پرداخت سرانه درمان بالاتر را ندارند، درصدی از این سرانه واقعی باید از طرف دولت تقبل و پرداخت گردد که قطعاً این درصد متناسب با شرایط اقتصادی افراد جامعه در زمان و مکان مختلف و همچنین متناسب با دیدگاه کلی در قبال تعرفه‌ها و تورم در کشور، در سال‌های مختلف متفاوت باشد.

جدول ۱۲-۶-۶- میزان سرانه درمان و تغییرات آن (ریال)

سال	حق بیمه سرانه مصوب	درصد رشد نسبت به سال قبل
۱۳۷۴	۴۲۰۰	-
۱۳۷۵	۴۸۶۰	۱۵/۷
۱۳۷۶	۵۶۰۰	۱۵/۲
۱۳۷۷	۶۳۵۰	۱۳/۴

مأخذ: سازمان بیمه خدمات درمانی.

چنانچه ملاحظه می شود به عنوان مثال در سال ۱۳۷۶ سرانه درمان ۱۵ درصد افزایش داشته در حالی که هزینه سرانه درمان (با در نظر گرفتن هزینه بیمارستان و پزشک و...) به طور متوسط به دلیل افزایش تعرفه ها حدود ۳۰ درصد افزایش داشته. قطعاً این اختلاف به صندوق های مالی نظام بیمه ای لطمه وارد کرده و چنانچه این روند به این ترتیب ادامه داشته باشد یا کیفیت خدمات یا وسعت خدمات تحت پوشش بیمه را متأثر خواهد کرد.

یکی دیگر از مسائل درمانی کشور، وضعیت دارو است که تدارک و تأمین آن در جامعه از اولویت خاصی برخوردار است. پس از پیروزی انقلاب در امر دارو اقدامات موثری صورت گرفته است که مهم ترین آنها عبارتند از: استقرار نظام نوین دارویی (طرح ژنریک)، تأسیس ۱۰ کارخانه بزرگ داروسازی، بازسازی و نوسازی و توسعه ۴۲ کارخانه داروسازی کشور و نظم بخشی به شبکه توزیع دارو با ایجاد ۶ شرکت پخش دارو، به دنبال این دستاوردها درصد تولید دارو به کل مصرف که در سال ۱۳۶۳ حدود ۸۱/۹ درصد بوده به ۹۶/۵ درصد در سال ۱۳۷۵ (جدول ۱۳-۶-۶)

جدول ۱۳-۶-۶- درصد واردات و تولید به کل مصرف دارو در کشور

۱۳۷۵	۱۳۷۳	۱۳۷۱	۱۳۶۹	۱۳۶۷	۱۳۶۵	۱۳۶۳	
۹۶/۵	۹۶/۶	۹۵	۹۶/۲	۹۱/۸	۹۲/۵	۸۱/۹	تولید
۳/۵	۳/۴	۵	۳/۸	۸/۲	۷/۵	۱۸/۱	واردات

مأخذ: پیشین.

همزمان با افزایش تولید داخلی، سرانه عددی دارو هم سرانه ریالی دارو نیز افزایش یافته است به طوری که در سال ۱۳۷۵ به طور متوسط سرانه هر فرد ۲۴۳/۰۵ واحد دارو به ارزش ۱۹۱۲۹ ریال بوده است (جدول ۱۴)

جدول ۱۴-۶-۶- سرانه عددی و ریالی دارو در کشور (۱)

۱۳۷۵	۱۳۷۳	۱۳۷۱	۱۳۶۹	۱۳۶۷	۱۳۶۵	۱۳۶۳	
۲۴۳/۰۵	۲۰۲/۳	۲۱۴/۶	۲۳۴/۳	۱۸۵/۸	۱۸۲/۸	۱۸۱/۹	سرانه عددی دارو
۱۹۱۲۹	۱۱۵۱۱	۵۱۳۱	۲۶۵۴	۱۸۸۷	۱۸۲۸	۱۷۴۰	سرانه ریالی دارو

مأخذ: پیشین.

که البته باید توجه داشت که با توجه به تغییر شاخص قیمت دارو طی این سالها سرانه ریالی دارو بیش از تغییرات قیمت، افزایش داشته است (شاخص قیمت دارو در منطق شهری - سال پایه ۱۳۶۹ برای سال ۱۳۶۳، ۷۴/۷ و برای سال ۱۳۷۵ عدد ۷۰۳/۱ بوده است).

علی‌رغم تغییرات شدید در سرانه ریالی دارو اما آمار مصرف دارو از نظر کمیت چندان تغییر نداشته است و در حالی که سرانه ریالی در سال ۱۳۷۵، حدود ۱۰/۹ برابر این رقم در سال ۱۳۶۳ بوده اما سرانه عددی تنها ۱/۳ برابر افزایش یافته است. علت این امر هم به طور مشخص افزایش شدید در قیمت دارو طی این مدت در کشور بوده است تا بدانجا که شاخص قیمت دارو در تمامی این دوران از شاخص قیمت درمان و بهداشت و شاخص کل بیشتر بوده است (جدول ۱۵-۶-۶) و در بین مناطق روستایی و شهری، این روستاییان بوده‌اند که از تورم بالاتر در بازار دارو متضرر شده‌اند.

جدول ۱۵-۶-۶- شاخص قیمت دارو، بخش بهداشت و درمان، کل

سال	شاخص کل	شاخص قیمت درمان و بهداشت	شاخص قیمت دارو (روستا)	شاخص قیمت دارو (شهر)
۱۳۶۲	۳۲/۵	۵۵/۵	۷۳/۹۶	۷۲/۳
۱۳۶۳	۳۵/۹	۶۰/۵	۷۴/۸	۷۴/۸
۱۳۶۴	۳۸/۴	۶۴/۵	۷۷/۱	۷۶/۳
۱۳۶۵	۴۷/۵	۶۹	۸۰/۱۴	۷۸/۵
۱۳۶۶	۶۰/۶	۷۰/۹	۸۱	۸۰/۱
۱۳۶۷	۷۸/۲	۷۴/۴	۹۰/۲	۸۰/۹
۱۳۶۸	۹۱/۸	۸۷/۲	۹۶/۶	۹۳/۸
۱۳۶۹	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰
۱۳۷۰	۱۲۰/۷	۱۳۰/۲	۱۱۱/۸	۱۰۴/۸
۱۳۷۱	۱۵۰/۱	۲۰۱/۰	۲۳۶/۷۴	۲۱۸/۹
۱۳۷۲	۱۸۴/۴	۲۸۶/۸	۴۳۲/۱	۳۶۶
۱۳۷۳	۲۴۹/۳	۴۰۴/۲	۶۹۰/۸	۵۳۸/۳
۱۳۷۴	۳۷۲/۴	۵۳۶/۵	۸۰۷/۳	۶۱۱/۸
۱۳۷۵	۴۵۸/۸	۷۲۱/۵	۹۳۷/۶	۷۰۳/۱

مأخذ: سازمان برنامه و بودجه

بانک مرکزی - اداره آمار و اطلاعات.

تفاوت شاخص قیمت دارو در دو بخش شهر و روستا که تا سال ۱۳۶۶ جزئی بوده است از سال ۱۳۶۷ به بعد بیشتر شده به طوری که در سال ۱۳۷۵ شاخص قیمت دارو در مناطق روستایی کشور، ۱/۳۳ برابر این شاخص در شهر می‌باشد.

اما علی‌رغم افزایش تولید و تأسیس شرکت‌های بخش دارو، بازار دارو با مسائل مهمی روبه‌رو است که بر هزینه درمان تأثیر می‌گذارد. در این ارتباط یارانه دارو یکی از مسائل است. یارانه دارو بر دو بخش است،

یارانه داروهای وارداتی و یارانه تولید داخل، که در سال ۱۳۷۴، ۶۱/۵ درصد از هزینه ارزی به تولید داخلی و ۳۸/۵ درصد به واردات دارو اختصاص داشته است. باید توجه داشت که یارانه تولید، تنها برای تولید داروهای مهم و حیاتی صرف شود تا داروهایی که مصرف عام تر داشته و اساسی تر نیستند با قیمت بالاتر و واقعی در بازار عرضه شوند تا این امر خود منجر به کاهش میزان مصرف بی مورد و خرید کمتر آن شود. در حال حاضر بسیاری از داروهای خریداری شده توسط خانوارها (به دلیل ارزان بودن) به راحتی به سطل زباله ریخته شده و در بهترین حالت به برخی مراکز جمع آوری سپرده می شود. از سوی دیگر به طور جدی باید از ورود داروهایی که حیاتی نیستند (غیر از داروهای ضد سرطان، بیماری های خاص و...) با استفاده از **یارانه دولتی جلوگیری** به عمل آورد تا هزینه یارانه دولتی دقیقاً در مواردی صورت گیرد که باعث ایجاد بیشترین رفاه برای جامعه و به طور مشخص بیماران خاص گردد.

از سوی دیگر مصرف غیر منطقی و بی رویه دارو در کشور ما یکی از مسائل بخش درمان است که باز بر **هزینه های درمان مؤثر است**. باید با تدابیری که از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی صورت می گیرد، تجویز غیر منطقی اقلام مختلف دارویی توسط برخی از پزشکان حذف گردد. تشکیل کمیته های بررسی نسخ که به طور تصادفی در صدی از نسخه ها را مورد رسیدگی قرار دهد یکی از این راه حل هاست تا از این طریق ضمن شناسایی پزشکان، اشتباهات ایشان را تعیین و با آموزش این مسئله را برای این عزیزان روشن سازند که تجویز دارو باید منطقی و بر اساس ضوابط درمانی صورت گیرد.

از سوی دیگر برای برخی بیماران، مصرف داروی بیشتر و لذا تجویز آن از سوی پزشکان، دلیل بر مهارت تجربه و علم بیشتر ضمیم است و این فرهنگ خود باعث تشویق پزشکان به صدور نسخ طولانی تر و با اقلام دارویی بیشتر خواهد بود. باید با تبلیغات و آموزش همگانی بر این مسئله تأکید نمود که بهبودی و مداوای بیماری ارتباطی با تعداد داروهای مصرفی نداشته و از این طریق بیماران را از مصرف بی رویه دارو منصرف نمود. در کنار این مسئله، همان گونه که اشاره شد، قیمت نازل برخی اقلام دارویی غیر ضروری و غیر حیاتی خود مزید علت بوده و به مصرف سرانه فراتر از سطح مطلوب در سطح کشور می انجامد.

بحث توزیع دارو نیز قابل توجه است، چرا که علی رغم افزایش تولید، توزیع با مشکلات اساسی روبه رو است. عدم دسترسی برخی مناطق در کشور به اقلام دارویی و در کنار آن انبار شدن آن در مناطق دیگر یا عدم تناسب توزیع برخی داروها که به ضرورت زمان و فصل تقاضای بیشتر دارد خود باعث اختلال در بازار دارو می گردد. از سوی دیگر توزیع دارو در سطح روستاها باید بهبود یابد تا این اقشار نیز با سهولت بیشتر به داروهای خود دسترسی یابند.

سهم هزینه دارو در کل هزینه های خانوارهای شهری و روستایی و همچنین متوسط هزینه دارویی (داروهای شیمیایی درمانی و تقویتی و قرص و وسایل تنظیم خانواده و...) را با توجه به داده های آمارگیری بودجه خانوار در جدول ۱۶-۶-۶ می بینیم و در بین هزینه ها وزن داروهای شیمیایی درمانی و تقویتی مشهود است. آنچه ملاحظه می شود این که علی رغم هزینه سرانه کمتر در روستا طی این سال ها، اما سهم هزینه دارو از کل هزینه های خانوار در روستا به مراتب بیش از شهر می باشد و به همین دلیل توجه خاص به بازار دارو در روستا را می طلبد. همین رقم برای خانوارهایی که هزینه بهداشتی و درمانی داشته اند در سطح روستا در سال ۱۳۷۴ به ۶،۹۸ و برای شهر در همان سال به ۶/۱۲ می رسد. (ارقام جدول ۱۶-۶-۶ متوسط در بین کلیه خانوارهاست اعم از این که هزینه بهداشتی داشته اند یا خیر).

جدول ۱۶-۶-۶- متوسط هزینه سرانه دارو و سهم آن در کل هزینه های خانوار

(ریال - درصد)

سال	روستا		شهر	
	متوسط هزینه سرانه	سهم هزینه دارو از کل هزینه های خانوار	متوسط هزینه سرانه	سهم هزینه دارو از کل هزینه های خانوار
۱۳۶۵	۱۸۸۳	۱/۲۵	۲۲۱۷	۰/۶۷
۱۳۶۶	۱۹۹۷	۱/۱۱	۲۰۱۱	۰/۵۵
۱۳۶۷	۱۸۰۳	۰/۸۹	۲۱۱۲	۰/۴۸
۱۳۶۸	۲۰۸۰	۰/۸۷	۲۶۴۶	۰/۵۴
۱۳۶۹	۲۹۰۵	۰/۹۷	۳۰۱۴	۰/۶۲
۱۳۷۰	۳۳۲۲	۰/۹۱	۳۴۲۴	۰/۵۲
۱۳۷۱	۴۵۲۸	۱/۰۱	۵۱۸۲	۰/۶۲
۱۳۷۲	۵۹۷۱	۱/۱	۷۸۸۰	۰/۷۶
۱۳۷۳	۱۱۲۸۶	۱/۴۸	۱۳۹۵۶	۰/۹۱
۱۳۷۴	۱۳۸۴۷	۱/۱۷	۱۶۷۱۳	۰/۷۹
۱۳۷۵	۱۷۹۶۷	۱/۲۸	۲۱۰۰۲	۰/۷۴

مأخذ: محاسبات گروه تحقیق.

بالاخره، بحث حمایت همواره با تعریفی از فقر همراه خواهد بود. در بخش بهداشت و درمان نیز حمایت با تعیین گروه فقیر درمانی کامل می شود. گروه فقیر درمانی می توانند در بین فردی تعریف شوند که درآمدی بالاتر از خط فقر جامعه داشته باشند. اما به دلیل درمانی فقیر باشند، که در این صورت عسر و غم کسب درآمد از عملکرد اقتصادی، نیازمند حمایت از سوی دولت و نظام بیمه می هستند.

گروه فقیر در جامعه، به دلیل نداشتن درآمد کافی و سطح درآمدی کمتر از سطح درآمد خط فقر، از تمامی حداقل خدمات بهداشتی و درمانی ارائه شده در جامعه بهره مند خواهند شد. این گروه چنانچه در زمره اقشار آسیب پذیر باشند و تحت حمایت بنیاد امام یا بهزیستی و... در زمره بیمه شدگان نظام بیمه ای قرار گرفته و از تمامی امکانات درمانی بیمه ای بهره مند خواهند بود و حق سرانه درمان این گروه توسط مراکز حمایتی یا دولت پرداخت خواهد شد. مسائل بهداشتی این گروه هم در حد ارائه امکانات بهداشتی عمومی دولت از قبیل واکسیناسیون، مراقبت های دوران بارداری، مراقبت کودکان زیر یکسال و... مسکن بوده و به صورت رایگان یا حداقل مبلغ ممکن است از این خدمات بهره مند خواهند گردید.

گروه فقیر درمانی، به طور مشخص شامل افرادی است که به دلیل بیماری، معلولیت یا ناتوانی جسمی توان پرداخت هزینه های درمان خود را رأساً یا در خانوار ندارد. این گروه به طور مشخص بیماران خاص، معلولین جسمی، روانی هستند که به دلیل پزشکی هزینه های درمانی بالایی دارند. این گروه به لحاظ ماهیت بیماری یا عوارض آن در شرایط ویژه ای به سر می برند، حتی برخی در این گروه درآمد کافی دارند ولی این درآمد تکافوی هزینه های هنگفت بیماری را نمی کند. بیماران هموفیلی، تالاسمی، دیالیزی، کلیه پیوندی،

دوایان سرطان از این گروه هستند. قطعاً حمایت از این گروه بیماران باید به صورت ارائه خدمات مورد نیاز با تعرفه‌های مناسب و سهم یارانه زیاد، ارائه داروهای مورد نیاز به قیمت مناسب، تجهیز مراکز درمانی جهت این بیماران باشد که افزایش یارانه اختصاص یافته به بیماران خاص را می‌طلبد. چرا که در غیر این صورت حق سرانه درمان تعیین شده برای شرایط طبیعی، برای بیماران خاص باعث تحمیل هزینه‌های درمان سنگین به مؤسسات بیمه‌ای خواهد شد. چرا که داروهای این بیماران غالباً وارداتی و گرانقیمت است و دوره مصرف دارو بلند مدت و عموماً دائمی است و در عین حال تجهیزات پزشکی (اعم از انفرادی یا بیمارستانی) گران و فراری استهلاک پیشتر است. لذا برای گروه فقیر درمانی، ارائه خدمات درمانی و دارویی با قیمت مناسب، تأمین بخشی رایگان از سوی مؤسسات بیمه‌ای، منطقی بوده و در عین حال، مساعدت بیشتر دولت و پرداخت یارانه مناسب برای این بیماران به مؤسسات بیمه‌ای می‌تواند این مؤسسات را در ارائه خدمات به این گروه تحت حمایت یاری نماید.

در خصوص تأمین داروهای مورد نیاز بیماران خاص که در اردیبهشت ۱۳۷۵ تأسیس شده در این زمینه می‌تواند با همکاری وزارت بهداشت و درمان در تأمین داروها و تجهیزات لازم برای این گروه و همچنین مؤسسات بیمه‌ای جهت اطلاع‌رسانی متقابل باشد. از جمله اهداف این بنیاد، جمع‌آوری اطلاعات و آمار بیماران خاص از نظر ویژگی‌های فردی و درمانی، شناسایی نیازهای مختلف درمانی و اجتماعی بیماران، ارتقای سطح آگاهی علمی و اجتماعی بیماران و افراد جامعه، ارائه طرح‌های قابل اجرا برای پیشگیری و بهبود وضعیت درمانی و اجتماعی بیماران خاص به نهادهای مختلف اجرایی کشور و مشارکت در اجرای آنها می‌باشد.

پیشنهاداتی در جهت بهبود سیستم، بیمه درمانی

با توجه به نکاتی که به آن اشاره شد، می‌توان ملاحظه کرد که دولت و سیاست‌های این نهاد در امر درمان به دلیل گستردگی جمعیت تحت پوشش (کل جمعیت کشور) از اهمیت خاصی برخوردار است. گرچه توجه به بخش درمان در زمره وظایف دولت است اما باید توجه نمود که از مهم‌ترین اقدامات دولت در این راستا، پرداختن به مسائل بهداشتی در سطح کشور است که می‌تواند به طور قابل ملاحظه‌ای بر وظیفه درمان تأثیر گذارد. لذا، با در نظر داشتن اهمیت بخش بهداشت به نکات مهم در ارائه درمان و دارو توسط دولت می‌پردازیم. نیروی انسانی متخصص در امر درمان و تربیت آن از جمله مسائل مهم در امر درمان است که دولت باید با توجه به نیازهای جامعه و سیاست‌های مورد نظر آموزش افراد لازم برای امر درمان با کیفیت مناسب را ممکن سازد. در ارائه درمان در یک جامعه مسئله مهم تعیین سطح ارائه خدمات درمانی در سطح عمومی است که قطعاً به امکانات و شرایط هر جامعه بر می‌گردد. تعیین حداقل سطح درمانی برای تمامی افراد جامعه که دولت باید در آن زمینه فعالیت نماید حائز اهمیت است. مسلم است که چنانچه توان مالی دولت امکان افزایش سطح خدمات درمانی را فراهم سازد، این امر ممکن می‌گردد، در غیر این صورت ارائه خدمات درمانی فراتر از حداقل تعیین شده برای افراد جامعه با مشارکت بیشتر مردم و سهم کمتر دولت ممکن است. در اینجا باید به این نکته توجه نمود که ارائه خدمات درمانی در شرایط اورژانس برای افراد جامعه از مواردی است که دولت‌ها باید با تأمین اعتبار لازم، به آن بپردازند. سپردن جوهی تحت عنوان ذخیره به مراکز ارائه‌کننده خدمات درمانی به افراد در موارد اورژانس می‌تواند در این امر مهم که ارتباط

مستقیم یا ایجاد رده‌های جدید جامعه در کمک‌کنندگان دیگر در مرز درمان، نظارت دولت بر واحدهای درمانی است تا از این طریق امکانات مالی به کار گرفته شده بیشترین بازدهی را در مرز درمان ایجاد نمایند. از سوی دیگر الزامی نمودن افراد جامعه به تحت پوشش بیمه درمان بودن، یکی دیگر از نکات مهم در امر درمان و کمک دولت در این زمینه است. در این شرایط دولت می‌تواند با گسترده شدن جامعه تحت پوشش و دریافت حق بیمه‌های مورد نظر، از اعتبارات خود به نحو مناسب‌تری استفاده برد. لازم به ذکر است که در همین ارتباط تعیین تعرفه‌های خدمات درمانی از سوی دولت نکته حائز اهمیت دیگر است که چنانچه این تعرفه‌ها به‌طور واقعی در نظر گرفته نشوند قطعاً عملکرد ارائه‌دهندگان خدمات درمانی را تحت تأثیر قرار داده و ایشان یا با کاهش کیفیت خدمت یا با تعیین قیمتی واقعی از سوی خود در این امر اختلال ایجاد می‌کنند. در امر ارائه درمان و دارو قطعاً میزان ضروری بودن داروها در ارتباط با درمان، ارتباط مستقیم با دخالت و سهم مشارکت دولتی خواهد داشت. لذا تعیین اقلام دارویی و درمانی ضروری از سوی دولت و سطح‌بندی این اقلام می‌تواند به استفاده بهینه از امکانات مالی دولت منجر گردد. در اینجا باید به این نکته اشاره نمود که آنچه دولت در امر درمان برای جامعه تدارک می‌بیند در سطح عام است. اما با توجه به وجود افرادی در جامعه که از فقر درمانی رنج می‌برند (مبتلایان به بیماری‌های خاص، معلولان...) واضح است که در این موارد دولت باید در ارائه خدمات درمانی و دارویی در سطح فراتر از آنچه برای عموم جامعه هزینه می‌نماید، دخالت نماید و با تدارک امکانات لازم و ضروری برای این افراد، به جبران بخشی از رفاه از دست رفته این بخش از جامعه بپردازد.

فصل هفتم - برآورد بودجه لازم و پیشنهادی برای تأمین بار مالی مجموعه سیستم تأمین اجتماعی

۷-۱- کسب درآمد از طریق جابجایی یارانه‌ها

یارانه‌های یکی از انواع کمک‌های بلاعوض دولتی هستند که جهت جبران پرداخت قسمتی از قیمت کالا یا خدمت به منظور افزایش قدرت خرید مصرف‌کننده و یا افزایش قدرت فروش تولیدکننده و کنترل انتقال آثار منفی آن به مصرف‌کننده توسط دولت یا سازمان‌های دیگر انجام می‌پذیرد.

پرداخت یارانه در ایران، از سال ۱۳۱۱ صورت گرفته است تا پیش از این به دلیل سکونت بیش از ۹۰ درصد جمعیت کشور در روستاها، امکان تأمین نیازهای ضروری آنها را فراهم می‌نمود، ضرورتی در پرداخت یارانه کالاهای اساسی دیده نمی‌شد و به علاوه دولت‌های ایران نیازی در جهت رفاه و تأمین امنیت اقتصادی مردم به علت عملکرد حمایتی نظام روستایی و ایلی ندیده و ضرورت آن را احساس نمی‌کردند. از سال‌های ۱۳۰۰ به بعد به تدریج بر ابعاد شهرنشینی به همراه فعالیت‌های صنعتی و بازرگانی افزوده می‌شد و با نبود سیستم حمل و نقل مناسب و پیدایش چند مورد خشکسالی، مسائلی نظیر تأمین نان اهمیت پیدا کرد به همین خاطر در سال ۱۳۱۱ قانونی در جهت تأسیس سیلو در تهران تصویب گردید. بدین شکل خرید گندم از سوی دولت و انبار آن به منظور مقابله با قحطی و خشکسالی شروع شد که در حقیقت آغازی جهت طرح و اجرای یارانه در ایران می‌باشد. در سال ۱۳۱۵، دولت اقدام به خرید تولید مازاد به فروش گندمکاران به قیمت تضمینی می‌نماید. در سال ۱۳۲۱ حمایت از مصرف‌کننده شهری از طریق تثبیت قیمت نان جانشین

حمایت از تولید کننده می‌گردد. از سال ۱۳۲۰ به بعد، همراه با افزایش قیمت‌های جهانی نفت و در نتیجه افزایش درآمدهای ارزی کشور و اجرای سیاست‌های تأمین اجتماعی و حمایتی خاص که ویژه کشورهای غربی بود، دست دولت در پرداخت یارانه باز شد و کارها شکل هدفمندتری به خود گرفت. از آن جا که در دهه ۱۳۴۰ فشارهای تورمی چندان محسوس نبود سیاست‌های حمایتی نیز از اهمیت چندانی برخوردار نبودند. در دهه ۱۳۵۰، به دلیل افزایش تقاضای کل جامعه که ناشی از تزریق پول‌های نفتی به جامعه بود، قیمت‌ها شروع به افزایش نمود و لذا تورم که تا این تاریخ زیر ۱۰ درصد بود از سال ۱۳۵۲ به عددی دورقمی تبدیل گشت. بنابراین در سال ۱۳۵۳ دولت «صندوق حمایت از مصرف کننده» را تأسیس کرد. مرکز بررسی قیمت‌ها از ۱۳۵۲ با کادری محدود شروع به فعالیت نموده بود در تیرماه ۱۳۵۴ با تصویب قانون تأسیس این مرکز در مجلس، رسمیت یافت. صندوق حمایت از مصرف کننده با وظایفی چون حمایت از مصرف کننده در برابر تغییرات قیمت‌ها، هزینه‌های تولید در بازارهای جهانی و داخلی و همچنین حمایت از تولیدکنندگان و بازرگانان و نظارت بر قیمت‌ها و جلوگیری از نوسانات آن را بر عهده داشت. در سال ۱۳۵۶ سازمان حمایت از تولیدکنندگان و مصرف کنندگان تأسیس و وظایف صندوق به آن واگذار می‌شود. پس از پیروزی انقلاب، مرکز بررسی قیمت‌ها از سازمان مذکور ادغام و بدین شکل فقط یک سازمان این وظیفه را عهده دار می‌شود.

در ایران به خصوص بعد از انقلاب و زمان جنگ پرداخت یارانه‌ها گسترش یافته و اقلام و بیشتری را شامل گردیدند بخش عمده این یارانه‌ها به کالاهای استراتژیک مانند گندم، یارانه انرژی مانند بنزین و آب و برق و یارانه تولیدی اختصاص داشت. در مورد تقسیم بندی یارانه‌ها می‌توان تفکیک‌های متفاوتی را در نظر گرفت. در یک تقسیم بندی کلی یارانه‌ها به دو گروه یارانه مستقیم و غیرمستقیم تقسیم می‌کنند. از دیدگاه اقتصادی یارانه‌های مستقیم تلقی می‌شود که وجه نقد مستقیماً در اختیار فرد یا سازمان خاصی قرار گیرد. در ایران یارانه مستقیم تا سال ۱۳۷۸ به شرکت‌های دولتی یا تابع دولت یا واحدهای حمل و نقل و ترابری پرداخت می‌شد که رقم مشخص در بودجه دولت می‌باشد. در بودجه سال ۱۳۷۱ رقمی تحت عنوان یارانه مستقیم برای کمک به فشار بیارانه در نظر گرفته شده است. اما یارانه غیرمستقیم، یارانه‌ای که دولت جهت حمایت از مصرف کننده و کاهش قیمت کالاهای مصرفی و پرداخت می‌کند و اثرات آن به صورت غیر مستقیم به مصرف کننده انتقال می‌یابد.

در تفکیک یارانه‌ها آنچه که مهم می‌باشد، نتیجه‌ای و هدفی است که از این تقسیم بندی حاصل می‌شود. در این بخش قصد داریم تا با بررسی یارانه‌ها، امکان کاهش یا حذف آنها و تخصیص بودجه آنها به قسمت سیستم‌های بیمه‌ای و حمایتی در جهتی مناسب‌تر و بهتر را ارائه نماییم. آنچه که در ابتدا باید مورد توجه قرار گیرد، این است که حذف یارانه‌ای هر کالا موجب بروز تبعاتی می‌باشد که هم مختص به آن کالا و هم در کل جامعه تأثیر می‌گذارد. بررسی تبعات حذف یارانه‌ها، خود احتیاج به کار تحقیقی کاملی در این زمینه دارد که اثرات آن را از بعد قیمتی، مصرفی، تولیدی و... بررسی نماییم. لذا در ابتدا چگونگی توزیع یارانه‌ها را بین گروه‌های درآمدی مختلف بررسی کرد و سپس پیشنهادهایی در جهت حذف یا کاهش آنها ارائه می‌شود.

- یارانه انرژی

بر اساس اطلاعات قانون بودجه در سال ۱۳۷۷ با نرخ ارز ۱۷۵۰ ریال میزان یارانه انرژی ۱۳۴۰۱ میلیارد ریال برآورده شده است که حدود ۶۵ درصد از کل یارانه‌ها را به خود اختصاص می‌دهد. بحث‌هایی که در ارتباط

بازار به وسیله جست و جوی فرآورده‌های نفتی مطرح می‌شود. عموماً در کنار در نظر گرفتن مسائل و جنبه‌های اقتصادی آن به جنبه‌های سیاسی توجه بیشتری شده است و با توجه به استراتژیک بودن قیمت فرآورده‌های نفتی، بحث‌های مربوطه به کاهش یا حذف یارانه تعلق گرفته به آن ابعادی سیاسی-اجتماعی پیدا می‌کند. همین مسئله می‌تواند برای قیمت برق نیز، ابتدا در ابعاد کوچک‌تر مطرح باشد. تفکیک یارانه‌های انرژی نشان می‌دهد که بیشترین یارانه پرداختی به نفت و گاز با سهم ۳۸ درصد، بعد از آن نفت سفید با سهم ۲۰ درصد، برق با سهم ۱۲ درصد بنزین موتور با سهم ۱۰ درصد و سایر فرآورده‌ها با سهم ۲۱ درصدی قرار دارند.

با توجه به این که بیشترین حساسیت ایجاد شده روی قیمت بنزین می‌باشد در زیر میزان درصد تغییرات مصرف و قیمت بنزین بررسی می‌شود.

جدول ۱-۷-۶- عملکرد بخش اقتصادی طی سال‌های (۱۳۶۸-۱۳۷۵)

عنوان	سال	۱۳۵۷	۱۳۶۲	۱۳۶۷	۱۳۷۲	۱۳۷۴	۱۳۷۵	۱۳۷۷
مصرف بنزین (میلیون لیتر)		۵۰۲۸	۵۹۴۰	۷۱۰۵	۱۰۷۲۹	۱۱۴۹۰	۱۲۰۵۲	۱۳۱۴۰
درصد تغییرات مصرف بنزین		-	۱۸	۲۰	۵۱	۷/۱	۴/۹	۲۲
قیمت بنزین (ریال)		۱۰	۳۰	۴۰۸	۵۰	۱۰۰	۱۵۰	۲۰۰
درصد تغییرات قیمت بنزین		-	۲۰۰	۳۶	۲۳	۱۰۰	۱۳۰	۳۰۰

مأخذ: جمع وری اطلاعات از گروه تحقیق

با استفاده از آمار بودجه خانوار کشتش درآمدی سوخت اتومبیل به دست آمده است. TC هزینه کل و درآمد کل سرانه سالیانه می‌باشد و TCO هزینه مواد سوختی است. این اطلاعات برای جامعه شهری به دست آمده است. و گرفتن نگرش به و در خصوص تعلق TC به عنوان متغیر مستقل و TCO به عنوان متغیر وابسته کشتش درآمدی محاسبه شده است.

(سال ۱۳۷۵)

$$\text{Log TCO} = -3/62 + 1/17 \text{Log TC}$$

$$R^2 = 97/8\%$$

$$(0/06)(0/04)$$

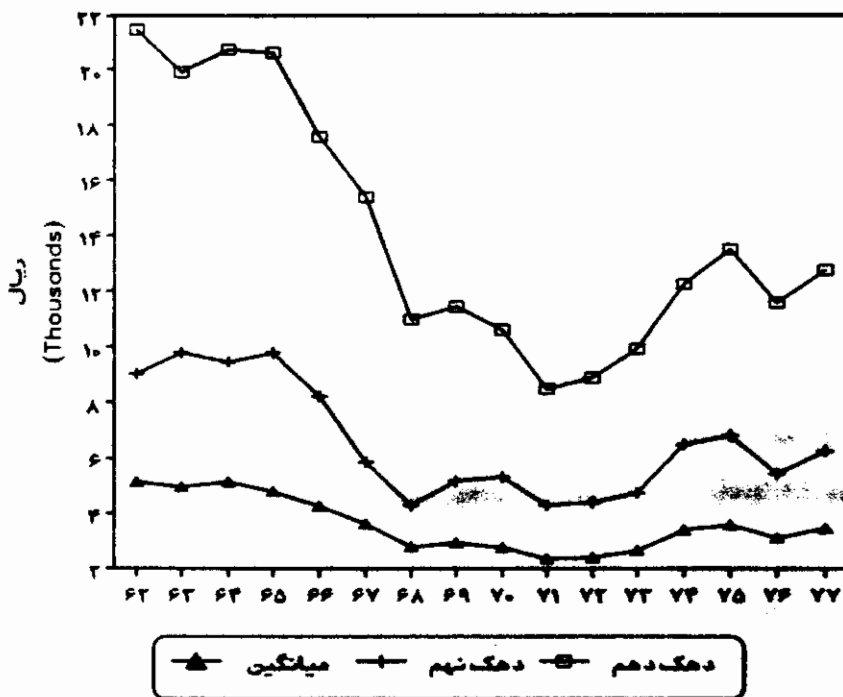
کشتش درآمدی ۱۰۱۷ نشان می‌دهد که بنزین کالایی لوکس می‌باشد و تغییرات قیمتی آن باید اثر بیشتری روی مصرف بر جا می‌گذارد. در اینجا به این نکته توجه داریم که به علت افزایش تولید اتومبیل در کشور و بالا رفتن سرانه استفاده از اتومبیل بخش قابل توجهی از افزایش مصرف بنزین ناشی از افزایش تعداد اتومبیل است که افزایش قیمت آن می‌تواند عامل مهمی در مصرف در این بخش باشد. اما از سوی دیگر انتظار داریم که با افزایش قیمت بنزین مصرف سرانه کاهش یابد و مصرف آن به سوی معقول شدن حرکت کند و در کنار آن مسئله قاچاق بنزین از کشور نیز به مرور از بین برود.

افزایش قیمت بنزین و کاهش یارانه آن هنگامی ملموس‌تر می‌شود که به نمودار ۱-۷-۶- نگاه می‌کنیم این

نمودار هزینه پرداختی برای سوخت اتومبیل در دهک های درآمدی نهم، دهم و میانگین جامعه، طی سری زمانی ۱۳۶۲ تا ۱۳۷۵ که به قیمت های ثابت سال ۱۳۶۹ تبدیل شده اند را نشان می دهد. همانگونه که ملاحظه می شود هزینه پرداختی مدام با توجه به شاخص قیمت ها روندی کاهشی داشته است و میزان هزینه پرداختی دهک ثروتمند از سایر گروه ها کاملاً متفاوت است. در این جا دهک نهم درآمدی نیز آورده شده است تا اختلاف قابل ملاحظه مصرف بنزین توسط گروه ثروتمندترین جامعه شهری با سایر گروه ها مشخص می شود.

بر همین اساس می توان میزان مصرف را نیز در نظر گرفت و اختلاف مصرف بنزین را بین دهک های ثروتمند و کم درآمد نشان داد. اطلاعات بودجه خانوار نشان می دهد که در سال ۱۳۷۷ میزان مصرف دهک آخر ۱۳۷۷ برابر بیش از دهک اول جامعه شهری بوده است. در همین سال دهک آخر، ۱/۸ برابر بیشتر از دهک نهم مصرف کرده است.

نمودار ۱۱-۷-۶ هزینه پرداخت شده برای سوخت اتومبیل به قیمت های واقعی ۱۳۶۹ (جامعه شهری)



در این حین تصور داریم که بخش قابل توجهی از یارانه پرداختی به بنزین به گروه‌های درآمدی ثروتمند اختصاص می‌یابد. جدول زیر سهم از یارانه بنزین و نفت سفید برای سال ۱۳۷۵ در کل کشور برای دهک‌های درآمدی نشان می‌دهد.

جدول ۲-۷-۶- سهم دهک‌های درآمدی از یارانه پرداختی

برای فرآورده‌های نفتی - سال ۱۳۷۵

عنوان	سهم از یارانه بنزین	سهم از یارانه نفت سفید
دهک اول	۱/۳	۴/۴
دهک دوم	۲/۱	۶/۷
دهک سوم	۳/۲	۸/۷
دهک چهارم	۳/۹	۸/۶
دهک پنجم	۴/۷	۱۰/۱
دهک ششم	۶/۴	۱۱/۳
دهک هفتم	۸/۲	۱۱/۶
دهک هشتم	۱۰/۳	۱۲/۱
دهک نهم	۱۸	۱۲/۷
دهک دهم	۴۱/۸	۱۶/۱

مأخذ: سازمان برنامه و بودجه، دفتر مورتابین اجتماعی.

گزارش نظام تابین اجتماعی و یارانه‌ها، فروردین ۱۳۶۹

ملاحظه می‌شود که سهم دهک‌های فقیر در مقایسه با گروه‌های ثروتمند بسیار کم می‌باشد ولی در سهم یارانه اختصاصی به نفت سفید اختلاف کمتر می‌باشد. این تفاوت کاملاً قابل انتظار و شاید کمتر از مقدار قابل انتظار است. چون نفت سفید عمدتاً باید به وسیله گروه فقیر استفاده شود تا گروه ثروتمند جامعه. آن طور که مشخص است سهم قابل توجهی از یارانه پرداختی به بنزین و فرآورده‌های نفتی به گروه ثروتمندان اختصاص می‌یابد و گروه‌های فقیر کمتر از آن استفاده می‌کنند.

مشخص شد که یارانه پرداخت شده به نفت گاز بیشترین سهم را به خود اختصاص داده است. این فرآورده نفتی در بخش‌های تولیدی استفاده می‌شود و در حقیقت نوعی یارانه تولیدی محسوب می‌گردد. هر چند که مصرف بالای این فرآورده نفتی نیز نشان می‌دهد که در صورت ادامه وجود تخصیص یارانه‌ها در مصرف این نوع فرآورده‌ها نفتی صرفه جویی به وجود نخواهد آمد و در آینده بخش قابل توجهی از صادرات بیست در و به مصرف داخلی اختصاص می‌یابد.

در بخش برق، به نظر می‌رسد که عدم استفاده بهینه در مصرف آن در کل کشور هم در خانوارها و هم در کارخانه‌ها کاملاً مشخص است و وجود یارانه آن باعث کاهش قیمت آن و افزایش مصرف شده است. با توجه به این که، هزینه برق مصرفی خانوارها، توسط فیش‌های برق به در منازل تحویل می‌شود و رابطه‌ای کاملاً مستقیم و شفاف با مصرف برق دارد، لذا به نظر می‌رسد که افزایش آن و کاهش یارانه لاقبل در سطح

منازل و مغازه‌ها می‌تواند تأثیر قابل توجهی در مصرف برق داشته باشد و افزایش قیمت آن در یک دوره به سرعت اثرات خود را برای دوره بعدی نشان می‌دهد. اطلاعات در مورد مصرف برق نشان می‌دهند که روند مصرف و تولید کنونی به گونه‌ای است که طی ده سال آینده با کسری شدید منابع برق روبرو خواهیم بود و چنانچه سرمایه‌گذاری‌های لازم صورت نگیرد در سال ۱۳۸۶ کشور با ۱۲۳۰۰ مگاوات خاموشی برق مواجه خواهد بود.

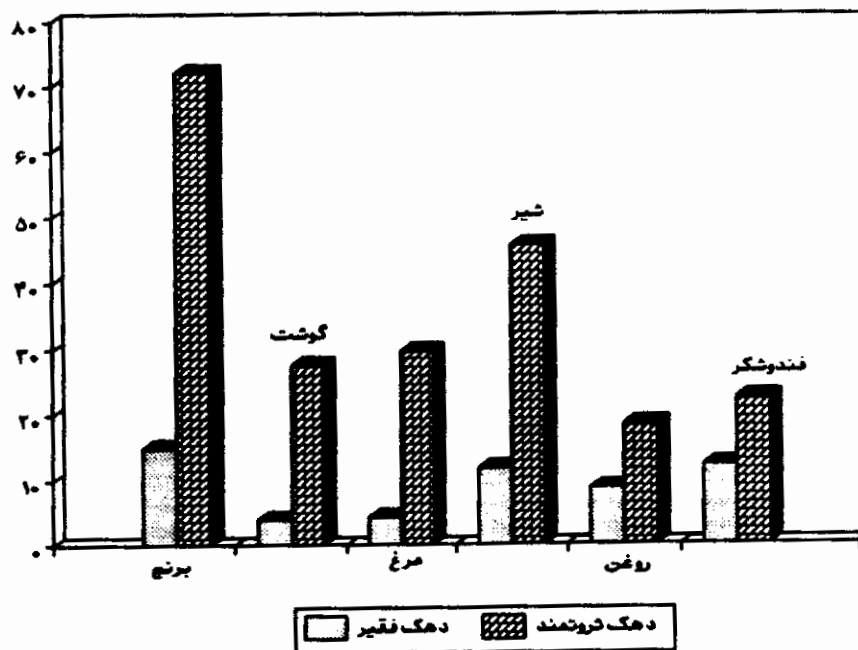
اطلاعات در مورد یارانه انرژی نشان می‌دهد که این یارانه همواره بیشترین سهم را به خود اختصاص داده است و در عین حال بخشی از آن با صرفه جویی، مصرف بهینه و تخصیص یارانه هدفمند قابلیت حذف یا کاهش دارد. این کاهش و حذف به خصوص در بخش‌هایی که به طور مستقیم با مصرف کننده در ارتباط هستند و رابطه مستقیم با مصرف و گروه‌های ثروتمند دارد. می‌تواند سودمند باشد هر چند که به هر حال انتظار داریم با کاهش بخشی از یارانه‌های مربوط به انرژی آن گروه از جامعه که جز مستمندان می‌باشند، ضربه دیده و اثرات فوری حذف یا کاهش یارانه‌ها گروه‌هایی از جامعه را تحت فشار قرار دهد، اما انتظار داریم که با تخصیص منابع این یارانه حذف شده به امور تولیدی، رفاهی و زیربنایی بتوان تا حدی اثرات منفی آن را کاهش داد و نظام تأمین اجتماعی پیشنهادی در نظر دارد که با تخصیص مناسب منابع آن را به سمت استفاده درست و بهینه سوق دهد، و منابع آزاد شده را صرف حمایت گروه‌های فقیر بنماید.

- یارانه کالاهای اساسی خوراکی

بخش دیگری از بودجه تخصیصی به یارانه کالاهای خوراکی اختصاص دارد. کالاهای خوراکی که در سال ۱۳۷۷ مشمول یارانه می‌باشند عبارتند از: گندم، برنج، شکر و قند، روغن، گوشت، شیر و جای. در این میان گندم بیشترین میزان یارانه را به خود اختصاص داده است به طوری که سهم آن ۸۴/۲ درصد از کل یارانه پرداختی به مواد غذایی است. یارانه تخصیص داده شده به گندم، در حقیقت یارانه‌ای است که به نان تعلق می‌گیرد به سازمان غله کشور به منظور خرید گندم پرداخت می‌شود. در سال ۱۳۷۷ یارانه تخصیصی به گندم، ۵۱۲۰ میلیارد ریال می‌باشد با توجه به چند جنبه استراتژیک و خاص گندم چه از دید تولید و چه از دید مصرف (نان) و این که غذای اکثریت جامعه به خصوص گروه‌های فقیر را نان تشکیل می‌دهد لذا یارانه تخصیصی به نان همواره اهمیت زیادی داشته و همیشه بالاترین سهم را به خود اختصاص داده است. نگاهی به اطلاعات بودجه خانوار مشخص می‌کند که مصرف نان در بین دهک‌های مختلف درآمدی چندان متفاوت نبوده و ضریب جینی مصرف آن در سال ۱۳۷۷ برای شهر ۰/۰۲۵۷- بوده است. با توجه به تفاوت قیمت نان‌های مختلف ضریب جینی هزینه شده برای نان در شهر ۰/۱۴۷ درصد می‌باشد که باز هم این رقم نشان دهنده توزیع تقریباً متناسب یارانه تخصیصی نسبت به سایر یارانه‌های کالاهای اساسی خوراکی می‌باشد. در مقابل یارانه گندم سایر کالاهای خوراکی تنها ۱۵/۸ درصد یارانه پرداختی را به خود اختصاص داده‌اند. مشخص است که یارانه کالاهای اساسی و استفاده فراگیر و غیر هدفمند از آنها همواره باعث دور ریختن و خسران منابع مالی دولت شده است. از سال ۱۳۵۸ تا سال ۱۳۷۷، مبلغ ۲۶۷۱/۵ میلیارد تومان بابت پرداخت به یارانه مصرفی هزینه شده است. مسلماً اگر این مبلغ صرف سرمایه‌گذاری در تولید یا ایجاد سیستم مناسب توزیع و شناسایی افراد نیازمند و کمک به آنها می‌شد نه تنها موجب هدر رفتن منابع و گسترش سیستم ناکارآمد توزیع، ایجاد بازار سیاه کالا برگ و کالا نمی‌شد بلکه می‌توانست بخش قابل ملاحظه‌ای از بار مالی دولت را کاهش داده اقتصاد را به سمت استفاده بهینه و رقابتی از منابع سوق می‌داد.

مسع یر به صی ۱۹ سانه ۱۳۵۱ تا ۱۳۷۷، ۱۷ درصد از کل سرمایه گذاری در بخش دولتی را تشکیل می دهد. آنچه که مسلم است این می باشد که وجود یارانه های مصرفی به شکل باز کنونی نمی تواند هدف های سیستم حمایتی را تأمین نماید و پاسخگوی نیاز خانوارهای فقیر باشد. با توجه به سهم هزینه های کالاهای مشمول یارانه در شهر مشخص می شود که برای دهک فقیر این سهم هزینه ای در سال ۱۳۷۶، ۵۳ درصد و برای دهک ثروتمند ۴۷ درصد بوده است. این سهم هزینه ای مشخص می کند که با وجود این که سیستم یارانه کالاهای اساسی به منظور حمایت از گروه های فقیر به وجود آمده است اما با توجه به مصرف بالای خانوارهای ثروتمند از مواد غذایی مشمول یارانه بخش قابل توجهی از یارانه پرداختی به گروه های ثروتمند تعلق می گیرد. نمودار ۲-۷-۶ تفاوت مصرف کالاهای اساسی مشمول یارانه در شهر برای دو گروه فقیر و ثروتمند را نشان می دهد. همان گونه که ملاحظه می شود اختلاف در مصرف بسیار قابل توجه می باشد و مشخص است که یارانه مواد غذایی تنها بخش کوچکی از مصرف گروه های ثروتمند را تشکیل می دهد و این گروه ها با توجه به مصرف بالای مواد خوراکی، بود یا نبود یارانه نمی تواند برایشان اهمیت داشته باشد و آن بخش از یارانه مواد غذایی که به گروه های ثروتمند تعلق می گیرد مسلماً در جهت مفید و بهینه نیست.

نمودار ۲-۷-۶ مصرف سرانه کالاهای خوراکی اساسی سال ۱۳۷۶ شهر



هزینه پرداخت شده بابت یارانه کالاهای اساسی نشان می‌دهد که این هزینه به قیمت‌های ثابت همواره سیری صعودی داشته است. این روند افزایشی به خصوص در سال‌های ۱۳۷۱ تا ۱۳۷۳ مشخصاً زیاد شده است و از این سال به بعد کاهش یافته است. اما از طرف دیگر با بررسی تعداد و مقادیر کوپن‌های اعلام شده مشخص می‌شود که تعداد کوپن‌ها و کالاهای مشمول یارانه کاهش مشخصی داشته‌اند جدول زیر اختلاف تعداد کوپن‌های اعلام شده برای دو سال ۱۳۶۶ و ۱۳۷۵ را نشان می‌دهد.

جدول ۳-۷-۶- تعداد و مقدار کوپن پرداختی

عنوان	سال ۱۳۶۶		سال ۱۳۷۵	
	تعداد	مقدار	تعداد	مقدار
روغن	۱۲	۴۵۰ گرم	۲۱	۴۵۰ گرم
قند و شکر	۱۰	۱۲۰۰ گرم	۵	۱۲۰۰ گرم
پودر	۶	۴۸۰ گرم	x	x
صابون	۶	-	x	x
برنج	۴	۳ کیلو	۳	۳ کیلو
مرغ	۲	۷۰۰ گرم	x	x
تخم مرغ	۲	۷۰۰ گرم	x	x
پنیر	۳	۲۵۰ گرم	۳	۲۵۰ گرم
کره	۲	۱۵۰ گرم	x	x
گوشت	۱۶	۷۰۰ گرم	۳	۷۰۰ گرم

بدین ترتیب مشخص می‌شود که با وجود هزینه‌ای که دولت برای تأمین هزینه یارانه کالاهای اساسی یارانه‌ای داشته است و به تناسب این که تهیه این کالا چه مقدار ارزشی داشته و با چه قیمت دلاری^۱ تهیه شده‌اند، به نظر می‌رسد که گروه‌های فقیر درآمدی سال به سال کمتر از این یارانه بهره‌مند شده و میزان کمک‌هایی نیز که نصیب آنها شده است کمتر شده‌اند. از همین جا مشخص می‌شود که بخش عمده‌ای از منابعی که دولت صرف تأمین هزینه‌های پرداخت یارانه کالاهای اساسی کرده است نتوانسته به هدف نهایی برسد و تقریباً هرگز رفته‌اند لذا بازبینی در سیستم پرداخت یارانه کالاهای غذایی امری ضروری است که باید هر چه سریع‌تر تغییرات بنیادینی در آن صورت گیرد.

- بذر، کود و واکسن دامی

این بخش از یارانه‌ها در سال ۱۳۷۷، ۶۱۳ میلیارد ریال بوده‌اند که ۲/۹۸ درصد از کل یارانه‌ها را به خود اختصاص داده‌اند. یارانه‌ای که بذر و واکسن دام داده می‌شود بخش کوچکی از این یارانه می‌باشند که با توجه به نحوه استفاده از آنها به نظر می‌رسد که جهتی هدفمند و مؤثر دارند. استفاده از واکسن دام قطعاً در حد نیاز دام می‌باشد و انتظار نمی‌رود که بیش مقدار لازم مصرف شده یا به هدر رود و با توجه به این که نگهداری و مراقبت از بهداشت و سلامتی دام و محصولات دامی ابعاد مثبت گسترده‌ای دارد. لذا به نظر می‌رسد که ارائه

^۱ نرخ ارز در نظر گرفته شده

این یارانه مفید می باشد یارانه در نظر گرفته شده برای بذر نیز با توجه به سیاست دولت در جهت بهبود وضعیت خود کفایی در کشاورزی و استفاده مناسب از زمین های کشاورزی و ارائه خدمات لازم به کشاورزان جهت توسعه فعالیت های کشاورزی و بر اساس این که بذر دریافتی در جهت افزایش و بهبود محصولات کشاورزی است و شاید بخش اندکی از آن صرف خوراک کشاورزان یا دام شود. لذا ارائه این یارانه نیز با توزیع مناسب آن می توان سودمند باشد.

اما در مورد یارانه کود شیمیایی، اطلاعات نشان می دهند با وجود این که کود شیمیایی مناسب ترین نوع کود می باشد اما قیمت پایین آن باعث شده است که در کشور ایران در صد استفاده در هکتار از این نوع کود بسیار بالاتر از سایر کشور باشد و وجود آن باعث اتلاف منابع شده است.

- دارو

یارانه دارو در سال ۱۳۷۷ حدود ۴۰۲ میلیارد ریال می باشد. با استفاده از اطلاعات بودجه خانوار مشخص می شود که سهم گروه های میانی و ثروتمند جامعه در بهره گیری از یارانه دارو بیش از گروه های فقیر می باشد به ضوری که در سال ۱۳۷۵ دهک اول ۳/۸ درصد از یارانه دارو و دهک دهم ۱۷/۵ درصد از کل یارانه دارو را به خود اختصاص داده اند. آنچه که در بررسی قیمت دارو در کشور مشخص می شود این است که داروهای که در داخل ساخته می شود در مقایسه با داروهای خارجی قیمت بسیار پایینی را دارند و داروهای وارداتی مشمول یارانه نیز عمدتاً داروهای گران قیمت و ضروری هستند که برای مصارف خارجی مورد استفاده قرار می گیرند. لذا حذف یارانه از یک سری داروهای مشخص و ضروری منجر به کمبود و ایجاد بازار سیاه و عواقب ناگوار اجتماعی می شود که امکان حذف آن را از بین می برد. اما یارانه تخصیص داده شده به بعضی از مواد اولیه ساخت دارو منجر به پایین بودن قیمت آن و مصرف بیش از حد استاندارد از دارو در موارد بسیاری نیز قاچاق دارو به کشورهای دیگر شده است. لذا به نظر می رسد که می توان با ارائه یارانه دارو به یک سری داروهای خاص و ارگان هایی که مسئولیت واردات دارو را دارند. تا حدی الگوی مصرف بهینه و عقلایی دارو را در جامعه به وجود آورد و شرایط سختی نیز برای بیماران خاص ایجاد نگردد.

بررسی سری زمانی یارانه ها نشان می دهد که میزان یارانه ها به قیمت ثابت همواره روندی افزایشی داشته است. البته شاید با در نظر گرفتن نرخ رشد جمعیت به خصوص جمعیت شهری، میزان سرانه یارانه ها روندی تقریباً کاهشی داشته باشد. جدول یارانه های پرداختی به تفکیک و سهم آنها از کل یارانه های پرداختی و قیمت های ثابت آنها را نشان می دهد.

چنانچه برآوردی از جمعیت برای سال های ۱۳۷۴ و ۱۳۷۶ براساس سرشماری سال ۱۳۷۵ در نظر بگیریم، مشخص می شود که یارانه سرانه کالاهای اساسی به قیمت جاری در سال ۱۳۷۴، ۸۱۳/۰ ریال در سال ۱۳۷۵ ۹۱۶۹۰ ریال و در سال ۱۳۷۶، ۱۰۵۹۹۵ ریال است.^۱

سهم یارانه از کل پرداخت های دولت در سال ۱۳۷۳، ۱۲/۷ درصد، در سال ۱۳۷۴، ۱۱/۸، در سال ۱۳۷۵، ۹/۶ و در سال ۱۳۷۶، ۹/۸۳ درصد می باشد. به نظر می رسد که یارانه تولیدی بیشترین کاهش را داشته است و بعد از آن یارانه کالاهای مصرفی یارانه های پرداختی گرچه به شکلی صعودی رشد یافته اند لیکن درصد رشد آنها نسبت به سال قبل نزولی می باشد و سهم آن از کل پرداختی های دولت به تدریج کم شده است. آنچه که عنوان شد گذری کلی به وضعیت یارانه ها در کشور بود. در اینجا بر اساس آمار بودجه خانوار و

۱. مآخذ: سازمان برنامه و بودجه، قانون بودجه سال های ۱۳۷۴-۱۳۷۷

مرکز آمار ایران درصد و شکاف فقر محاسبه شده و با یارانه‌های پرداختی مقایسه می‌شود.

جدول ۴-۷-۶- روند یارانه‌های پرداختی به کالاهای اساسی به تفکیک نوع و سهم هر کدام از کل پرداخت

سال	انواع یارانه سهم آن (میلیون ریال)						جمع کل
	مصرفی	سهم	تولیدی	سهم	خدماتی	سهم	
۱۳۵۸	۷۱۶۸۵	۰.۹۰	۷۵۵۷	۰.۱۰	.	۰.۰۰	۵۰۷۹۶۲
۱۳۵۹	۲۲۷۶۲	۰.۶۱	۱۴۵۶۲	۰.۳۹	.	۰.۰۰	۱۸۳۳۸۹
۱۳۶۰	۵۳۶۷۷	۰.۶۶	۲۷۶۲۹	۰.۳۴	.	۰.۰۰	۳۳۲۰۶۳
۱۳۶۱	۶۷۷۹۷	۰.۶۲	۲۸۴۰۳	۰.۲۶	۱۳۵۲۷	۰.۱۲	۳۳۷۳۲۸
۱۳۶۲	۶۵۵۵۸	۰.۶۲	۲۸۲۵۶	۰.۲۷	۱۲۲۶۴	۰.۱۲	۲۷۸۸۱۱
۱۳۶۳	۸۰۶۳۹	۰.۶۷	۳۰۳۰۴	۰.۲۵	۹۱۲۸	۰.۰۸	۳۳۳۲۶۰
۱۳۶۴	۸۲۱۱۳	۰.۷۱	۲۴۶۳۲	۰.۲۱	۹۳۱۷	۰.۰۸	۲۰۳۰۰
۱۳۶۵	۹۷۲۲۸	۰.۷۶	۲۶۰۶۹	۰.۲۰	۴۰۴۵	۰.۰۳	۳۳۸۰۸۸
۱۳۶۶	۷۵۶۲۷	۰.۷۲	۲۴۹۸۴	۰.۲۴	۳۹۴۹	۰.۰۴	۳۷۲۵۷۲
۱۳۶۷	۵۹۸۰۰	۰.۶۶	۲۴۹۸۰	۰.۲۸	۵۸۲۰	۰.۰۶	۱۱۵۵۵۷
۱۳۶۸	۹۶۳۲۰	۰.۵۹	۶۱۰۹۰	۰.۳۸	۵۱۲۰	۰.۰۳	۱۷۷۰۴۸
۱۳۶۹	۱۱۴۸۰۰	۰.۲۸	۲۵۸۰۰۰	۰.۶۴	۳۱۱۰۰	۰.۰۸	۴۰۳۹۰۰
۱۳۷۰	۱۲۸۲۰۰	۰.۲۵	۳۶۱۲۰۰	۰.۷۰	۲۵۵۰۰	۰.۰۵	۵۱۲۹۰۰
۱۳۷۱	۷۹۶۳۰۰	۰.۷۵	۱۶۷۲۰۰	۰.۱۶	۱۰۰۳۰۰	۰.۰۹	۷۰۸۷۲۸
۱۳۷۲	۱۷۷۳۷۰۰	۰.۷۶	۳۷۴۰۰۰	۰.۱۶	۱۹۰۰۰۰	۰.۰۸	۱۲۳۷۷۳۳
۱۳۷۳	۳۱۳۶۰۰۰	۰.۸۵	۵۳۸۱۰۰	۰.۱۵	۱۲۰۰۰	۰.۰۰	۱۴۷۸۵۸۰
۱۳۷۴	۴۲۳۸۵۰۰	۰.۸۷	۶۲۲۴۰۰	۰.۱۳	۳۴۲۰۰	۰.۰۱	۱۴۱۴۴۷۴
۱۳۷۵	۵۱۱۴۰۰۰	۰.۸۹	۶۰۰۰۰۰	۰.۱۰	۲۲۰۸۰	۰.۰۰	۱۲۵۰۳۳۵
۱۳۷۶	۴۵۶۴۰۰۰	۰.۸۷	۶۳۷۷۰۰	۰.۱۲	۲۹۰۰۰	۰.۰۱	۵۲۱۸۸۸
۱۳۷۷							۹۷۲۶۵۹

مأخذ: موسسه پژوهش‌های بازرگانی گرش عملکرد بخش بازرگانی داخلی

جدول زیر آخرین اطلاعات مربوط به درصد زیر خط فقر، شکاف فقر و ضریب انتقال فقر در شهر و روستا نشان می‌دهند شایان ذکر است که این اطلاعات براساس آمارگیری بودجه خانوار مرکز آمار ایران و محاسبات گروه تحقیق فراهم آمده است.

جدول ۵-۷-۶- شاخص‌های فقر در شهر

شهر	۱۳۷۴	۱۳۷۵	۱۳۷۶	۱۳۷۷
درصد زیر خط فقر	٪۱۳	٪۱۵/۶	٪۹/۲	٪۱۲
شکاف فقر برای ۱۰۰ نفر (ریال)	۲۵۶۰۱۷۴	۴۹۳۲۵۳۴	۵۲۲۰۰۱۷	۴۶۱۶۶۷۳
ضریب انتقال فقر (کاکاوانی)	٪۱۱/۲	٪۱۱/۴۴	٪۰/۶۶	٪۰/۲۵

مأخذ: محاسبات گروه تحقیق

جدول ۶-۷-۶- شاخص های فقر در روستا

شهر	۱۳۷۴	۱۳۷۵	۱۳۷۶	۱۳۷۷
درصد زیر خط فقر	٪۲۱/۵	٪۱۸/۱	٪۱۷/۸	٪۱۶/۴
شکاف فقر برای ۱۰۰ نفر (ریال)	۳۵۱۲۰۷۲	۳۰۶۵۶۰۳	۴۰۷۹۷۹۱	۳۹۰۹۲۰۲
درصد ضریب انتقال فقر (کاکاوانی)	٪۲/۹۸	٪۱/۵۶	٪۲/۴۷	٪۱/۸۶

ماخذ: محاسبات گروه تحقیق

جداول بالا شکاف فقر برای ۱۰۰ نفر در شهر و روستا را نشان می دهند و ضریب انتقال فقر بیان می کند برای این که عده ای که زیر خط فقر هستند بتوانند بالا بیایند، چند درصد از ثروت گروه های بالای خط فقر را باید به آنها داد. براساس سرشماری سال ۱۳۷۵ و نرخ رشد جمعیت، برآوردی از تعداد فقر و شکاف فقر کل (برای تمام فقر) ارائه می شد.

جدول زیر کل شکاف در شهر و روستا را نشان می دهد. این اعداد بیان می کنند که در ۴ سال ۱۳۷۴ تا ۱۳۷۷ چه میزان منابع دلاری احتیاج بوده است تا گروه زیر خط فقر به بالای خط فقر منتقل شوند.

جدول ۶-۷-۷- شکاف کل در شهر و روستا

میلیارد ریال

روستا	شهر	سال
۸۲۱/۴	۹۱۵/۶	۱۳۷۴
۷۱۲/۴	۱۸۱۶/۰۵	۱۳۷۵
۹۴۸/۱	۱۹۶۹/۹	۱۳۷۶
۹۰۸/۴	۱۷۹۶/۳	۱۳۷۷

ماخذ: محاسبات گروه تحقیق

اطلاعات مربوط به شکاف فقر نشان می دهد که جمع این منابع در شهر و روستا تقریباً $\frac{1}{3}$ بودجه یارانه تخصیصی می باشد.

جدول ۶-۷-۸- تفاوت شکاف فقر و یارانه ها

میلیارد ریال

سال	کل شکاف فقر در شهر و روستا	جمع یارانه	نسبت یارانه به شکاف فقر
۱۳۷۴	۱۷۳۷	۴۸۹۵/۱	۲/۸
۱۳۷۵	۲۵۲۸	۵۵۰۶	۲/۲
۱۳۷۶	۲۹۱۸	۶۴۵۳/۷	۲/۲
۱۳۷۷	۲۷۰۴	۶۷۴۸/۷	۲/۵

ماخذ: محاسبات گروه تحقیق

جدول بالا اختلاف بین شکاف فقر و یارانه‌ها را نشان می‌دهد. با توجه به اطلاعات ارائه شده به نظر می‌رسد که چنانچه یارانه‌ها به راست گروه‌های فقیر هدفمند نماییم. بتوان هم از اتلاف منابع جلوگیری کرد و هم به گروه‌های فقیر کمک‌های مثبت و مفیدی ارائه نمود.

۷-۲- کسب درآمد از طریق منابع مالیاتی و حذف معافیت‌ها،

به طور کلی در ادبیات اقتصاد بخش عمومی دو اصل یا روش برای اخذ مالیات مطرح است به عبارت دیگر این سؤال مطرح است که چرا یک عده مالیات می‌دهند در حالی که گروهی از پرداخت مالیات معاف هستند، یا چرا بعضی کمتر و بعضی بیشتر مالیات می‌پردازند. دو اصل یا روشی که در جهت توجیه و پلانی‌سازی این سؤال‌ها مطرح می‌باشند عبارتند از: اصل فایده و اصل توانایی پرداخت. اصل فایده مشابه تفکر بازار به بعضی پایه‌ها و نرخ‌های مالیاتی می‌پردازد. به این صورت که کسانی که از خدمات و کالاهای ارائه شده به وسیله دولت بهره‌مند می‌شوند، پایه هزینه آن را بپردازند و به اندازه‌ای که فایده می‌برند پرداخت کنند. چنانچه ما وقتی که به بازار مراجعه می‌کنیم به اندازه‌ای که می‌خواهیم از یک کالا خریداری می‌کنیم و هزینه آن را نیز می‌پردازیم.

بدیهی است که منابع درآمدی دولت یا مالیات‌ها و عوارضی که باین صورت جمع آوری می‌شوند، انتقال چه از جهت بهبود و توزیع درآمد و چه برای اهداف حمایتی را دارند. اصلی که در موارد فوق می‌تواند کمک نماید اصل توانایی پرداخت است. براساس این روش هر کسی به اندازه توان خود مالیات می‌پردازد، یعنی افراد با درآمدهای مشابه مالیات‌های نزدیک به یکدیگر خواهند پرداخت. در حالی که کسانی که درآمدهای مختلف دارند مالیات متفاوت می‌پردازند در چنین شرایطی است که دولت امکان و توان انتقال درآمد از گروهی به گروه دیگر را دارد یا این که می‌تواند منابعی را برای نظام تأمین اجتماعی فراهم نماید. دریافت این گونه مالیات در مقابل ارائه خدمات به وسیله دولت برای مالیات دهندگان نیست در حالی که وقتی مالیات مبتنی بر اصل فایده است، در واقع دولت بهای کالاها و خدماتی را که ارائه می‌کند از طریق مالیات می‌نماید. مثلاً دولت هزینه ساخت و نگه داری یک بزرگ راه را از طریق عوارض (مالیات) بر کسب و کار کنندگان بزرگراه تأمین می‌نماید.

در مجموع مالیات‌ها را از نظر منابع یا پایه مالیاتی به سه گروه عمده تقسیم می‌کنند مالیات بر درآمد، مالیات بر مصرف (هزینه) و مالیات بر ثروت در ادبیات اقتصاد بخش عمومی بحث‌های زیادی در این زمینه وجود دارد که کلام یک از این منابع بهتر است که سهم بیشتر مالیات را تأمین نمایند صورت گرفته است، به هر حال هر یک همراه با نکات مثبت و منفی می‌باشند. در سیستم مالیاتی ایران انواع پایه‌های مالیاتی و نرخ‌های مالیاتی وجود دارند ولی عمدتاً پایه‌های مالیاتی و یا نرخ‌ها مخدوش هستند. وجود معافیت‌های گوناگون و متنوع و نرخ‌های به شدت تصاعدی در عمده موارد مجموعه سیستم مالیاتی در ایران را غیر کار آمد نموده است. در بین انواع مالیات‌ها مناسب‌ترین پایه مالیاتی برای نرخ‌های تصاعدی، مالیات بر مجموع درآمد است. چون این مالیات کم‌ترین آثار منفی را در تخصیص منابع باقی می‌گذارد معمولاً در اکثر اقتصادها نرخ‌های تصاعدی برقرار می‌شود. هر چند که قانون مالیات بر مجموع درآمد در سیستم قوانین مالیاتی ایران وجود دارد، ولی اجرایی نمی‌شود. دلیل عدم اجرای این نوع مالیات اشکال در سیستم اجرایی و نبود اطلاعات است. در عمده کشورهای جهان از مالیات بر مجموع درآمد برای بهبود در توزیع درآمد و کمک‌ها و

هزینه‌های انتقالی دولت استفاده می‌شود. عدم اجرای این مالیات در ایران باعث کوچک شدن پایه‌های مالیاتی در مجموع شده و فشار مالیاتی را به نقاط دیگر (پایه‌های دیگر) منتقل می‌نماید. جهت تأمین هزینه‌های نظام جامع تأمین اجتماعی اجرای مالیات بر مجموع درآمدها کمک مهمی می‌باشد. از آنجا مالیات بر مجموع درآمد مبتنی بر اصل توانایی پرداخت است، برای اجرای هزینه‌های انتقالی و حمایتی دولت مناسب است.

اصولاً اصل توانایی پرداخت در مورد مالیات‌های بر درآمد به خوبی تطبیق می‌کند، مالیات‌های عمده و مهم بر درآمد نیز عبارتند از مالیات بر مجموع درآمد، مالیات بر دستمزد و حقوق و مالیات بر درآمد یا سود شرکتی یا هر گونه فعالیت اقتصادی که سود آوری یا درآمد داشته باشد و مالیات بر سود شرکتی یا اصولاً بر سرمایه در نرخ بازده سرمایه اثر می‌گذارد. تابع تولیدی را به صورت زیر نشان می‌دهیم:

$$Q=F(K,L)$$

که در آن L عامل کار (نهاده متغیر) و K سرمایه است.

تابع سود ناخالص و شرط حداکثر شدن سود به ترتیب زیر تعیین می‌شوند:

$$\pi = P F(K,L) - rK$$

$$\frac{d\pi}{dK} = PF_K - r = 0$$

$$PF_K = r$$

در اینجا r قیمت سرمایه (بهره)، P قیمت کالای Q ، F_K تولید نهایی عامل سرمایه و π سود ناخالص است. برقراری مالیات بر سود یا بهره سرمایه باعث کاهش بازده خالص سرمایه شده و سرمایه‌گذاری را محدود خواهد کرد.

$$PF_K = r(1-t)$$

در نتیجه از تأکید بر افزایش مالیات بر سود سرمایه که منتهی به کاهش سرمایه‌گذاری و در نتیجه کاهش اشتغال می‌شود نمی‌توان حمایت نمود.

مالیات بر دستمزد و حقوق نیز باعث کاهش بازده خالص کار گرفته شده و عامل کار ماهرتر را جریمه می‌کنند. نرخ‌های تصاعدی مالیات به دستمزد و حقوق به ضرر ماهرترین و بهره‌ورترین نهاده کار است که در نتیجه یا باعث کاهش عرضه کار در کل شده یا این که کارگر عامل کار خود را در بازارهای غیر رسمی با بازده پایین‌تر ارائه می‌کنند. این فرایند نتیجه آن است که اگر بازده کار و دستمزد عامل کار در بازار رسمی بیشتر می‌بود قطعاً کار خود را نخست به آن بازار عرضه می‌نمود.

در مورد عرضه کار نسبت به سرمایه یک تفاوت وجود دارد. این تفاوت به مدل تصمیم‌گیری برای عرضه کار نسبت به عرضه سرمایه است. مصرف‌کننده کار خود را در جهت حداکثر نمودن مطلوبیت به بازار می‌فروشد، بهتر گفته شود او در واقع اوقات فراغت خود را به بازار عرضه می‌کند. در اینجا دو اثر درآمدی و جانشینی مخالف جهت یکدیگر عمل نموده و فرایند تصمیم‌گیری در جهت کاهش یا افزایش عرضه کار نامشخص مانده و بستگی به متغیر مادی چون مطلوبیت نهایی درآمد و سهم درآمدی کار از کل درآمد دارد. ولی به هر حال با افزایش نرخ مالیات بر دستمزد و حقوق این انتظار می‌رود که عامل کار رغبت کمتری به کار کردن، حداقل در بازار رسمی، پیدا نماید.

هر چند که مالیات بر مجموع درآمد آثار مستقیم در تخصیص نهاده‌ها (کار و سرمایه) ندارد، ولی بدون

اثر در جریان اقتصادی جامعه نیز نخواهد بود. این نوع مالیات بر مصرف و پس انداز اثر می‌گذارد. یک تابع مطلوبیت را در مدل فیشری به صورت زیر در نظر می‌گیریم.

$$(1) \quad U = U(C_1, C_2)$$

و تابع محدودیت نیز ارزش حال مصرف و درآمد را مقایسه می‌کند.

$$(2) \quad C_1 + \frac{C_2}{1+r} = Y_1 + \frac{Y_2}{1+r}$$

در اینجا C_1 و C_2 معرف در دوره‌های ۱ و ۲ هستند (دوران زندگی را در دو دوره در نظر می‌گیریم) Y_1 و Y_2 درآمد دوره‌های ۱ و ۲ و نرخ ترجیح زمانی است.

حداکثر نمودن مطلوبیت (۱) نسبت به محدودیت (۲) منتهی به تعیین نرخ ترجیح زمانی به صورت زیر می‌شود:

$$(3) \quad \frac{U_1}{U_2} - 1 = r$$

در چنین شرایطی می‌توان تاثیر مالیات بر مجموع درآمد را با نرخ از طریق محدودیت بودجه (۳) ملاحظه نمود. اگر مالیات یکجدا، یعنی یک مقدار ثابت و مستقل به صورت T باشد خواهیم داشت:

$$(3') \quad C_1 + \frac{C_2}{1+r} = Y_1 + \frac{Y_2}{1+r} - T$$

این مالیات فقط اثر درآمدی داشته و به یک نسبت مصرف دوره ۱ و پس انداز را کاهش می‌دهد. اگر مالیات به صورت نسبت ابر درآمد و نرخ ترجیح زمانی برقرار شود، داریم:

$$(3'') \quad C_1 + \frac{C_2}{1+r} = Y_1(1-t) + \frac{Y_2(1-t)}{1+r(1-t)}$$

در این صورت اثرات جانشینی و درآمدی توأم خواهند شد و برآیند آثار بستگی به این دارد که مشخص پس انداز مثبت داشته باشد یا پس انداز منفی. از آنجا که معادله استلاتسکی برای این مدل به صورت زیر محاسبه می‌شود:

$$(4) \quad \frac{\partial C_1}{\partial r} = (Y_1 - C_1) \frac{\partial C_1}{\partial Y_1} + \left(\frac{\partial C_1}{\partial r} \right)_U$$

به بخوی آشکار است که علامت پرانتز اول در سمت راست بستگی به این دارد که $Y_1 \geq C_1$ باشد. به این ترتیب علامت اثر درآمدی با علامت پرانتز $(Y_1 - C_1)$ تغییر خواهد کرد.

در یک مدل از تابع مطلوبیت که فراغت نیز به بحث پویای مدل اضافه شود می‌توان تاثیر مالیات را از طریق اثر جانشینی بر عرضه کار توضیح داد. به هر حال در اینجا این تاثیر نامشخص است.

نتیجه: به طور کلی درآمدهای مالیاتی که بتوانند به صورت هزینه های انتقالی منابعی برای تأمین اجتماعی و بخصوص بخش حمایتی تأمین اجتماعی را فراهم کنند باید از طریق انواع مالیاتی باشد که پایه آن به اساس اصل توانایی پرداخت شده‌اند. در بین این مالیات‌ها با توجه به آثار توزیعی و تخصیص آنها و به خصوص با ملاحظه اثراتی که به صورت عدم کارایی در تخصیص منابع و سرمایه گذاری دارند، مالیات بر مجموع درآمدها مناسب‌ترین است که در حال حاضر در سیستم مالیاتی ایران اجرائی شود.

بدیهی است که تغییر در ساختار مالیاتی که بتواند سیستم مالیاتی را کارآمدتر نماید منابع درآمدی بیشتری را برای دولت فراهم خواهد نمود که از این گذر امکان اینکه دولت بتواند با افزایش در هزینه‌های انتقالی خود امنیت بیشتر اجتماعی را فراهم کند افزایش می‌یابد.

نکات عمده در ساختار بهینه مالیاتی: در یک نظام جامع تأمین اجتماعی که شامل سه بخش بیمه‌های اجتماعی.

۱ برای جریات بیشتر مراجعه شود.

حمایتی و حمایت در مقابل سوانح و بلایای طبیعی است، بخش نخست به صورت خودکف و بی‌صریح مالیات‌های بیمه‌ای یا کسورات بیمه تأمین مالی می‌شود. دو بخش دیگر باید از منابع خزانه داری دولت تغذیه نمایند. هر چند که در مطالب بالا به نوع درآمدهای مالیاتی که قابلیت انتقال به مصارف تأمین اجتماعی را دارند اشاره شد ولی به هر حال هر گونه سیاست‌گذاری مالیاتی در جهت بهبود این سیستم می‌تواند منابع درآمدی مناسب‌تری بار برای کلیه هزینه‌های من جمله نظام تأمین اجتماعی فراهم نماید.

مشکلات اساسی نظام مالیاتی در سیستم غیر اجرائی که شامل قوانین و مقرراتی است که پایه‌ها، نرخ‌ها و معافیت‌های مالیاتی را مشخص می‌کنند عبارتند از:

- ۱- پایه کوچک مالیاتی، بعضی منابع جزئی که باید مالیات از آن کسب شود.
- ۲- نرخ‌های بی‌مورد تصاعدی که به خصوص بازده خالص منابع تولیدی را کاهش می‌دهد.
- ۳- معافیت‌های متعدد که نه تنها عامل مشکل نخست هستند، بلکه امکان فرار مالیاتی را نیز فراهم می‌کنند. در چرخه جریان پولی یک اقتصاد دو سمت درآمد و هزینه وجود دارد که قاعدتاً با یکدیگر برابرند ولی هر دو می‌توانند منبع مالیات باشند. عدم برقراری مالیات بر جریان هزینه‌ها در اقتصاد ایران فقط بخش درآمدها را در مقابل قرار می‌دهد. سمت درآمدی نیز به علت معافیت بخش کشاورزی و انواع دیگر معافیت‌ها کوچک شده و اجباراً برای کسب درآمد مورد نیاز فشار مالیاتی بر پایه‌ای که مشمول مالیات هستند افزایش می‌یابد. در نتیجه حل مشکل پایه‌ها و نرخ‌های مالیاتی در جهت بهینه‌سازی منوط به گسترش پایه مالیاتی و حذف معافیت‌های غیر ضروری می‌باشد.

اعمال مالیات بر هزینه‌ها چه از طریق مالیات عمومی بر مصرف یا مالیات بر ارزش افزوده می‌تواند پایه‌های مالیاتی را گسترش داده و ضمن کسب درآمدهای بیشتر مالیاتی موجب فراهم شدن امکان کاهش فشار مالیاتی بر منابع موجود درآمدهای مالیاتی می‌شود. به خصوص با تغییر در نرخ‌های تصاعدی که بر دستمزد و حقوق و سود شرکتی برقرار است به نرخ‌های ثابت یا با تصاعد کمتر و شاید در مواردی تنازلی بازده خالص عوامل تولید افزایش یافته و موجب کار و سرمایه‌گذاری بیشتر شود.

سیستم مالیاتی ایران از معافیت‌های متعددی برخوردار است که به خصوص معنی از آنها شامل سازمان‌ها و نهادهایی می‌شود که نه تنها این معافیت‌ها باعث کاهش درآمدهای مالیاتی قابل انتقال به مقاصد چون تأمین اجتماعی است، بلکه موجب تغییر نسبت هزینه‌های تولید برای فعالیت‌های بخش خصوصی شده و سرمایه‌گذاری بخش خصوصی را تحدید می‌کند. به هر حال نکته مهم دیگر که در وجود مالیات‌ها مستتر است امکان کنترل دولت و ملت (از طریق مجلس) بر فعالیت‌های اقتصادی چنین بنگاه‌هایی است که در صورت معافیت مالیاتی این نظارت مهم خدشه دار می‌شود.

یک مورد دیگر از معافیت‌ها به قصد سیاست‌های آمایشی سرزمین‌آماد بدون برنامه کارآمد و مناسب صورت می‌گیرد. این معافیت‌ها شامل سرمایه‌گذاری‌های تولیدی صنعتی در مناطق محروم است. کاملاً رسیدگی به مناطق محروم و ایجاد امکان افزایش رفاه در این جوامع قابل توجیه است ولی نه انزماً با ایجاد کارخانه‌های تولیدی در آن مناطق. تولید نیازمند نهاده‌هایی است که باید به صورت کارآمد و با هزینه حداقل فراهم شوند تا تولیدات بتوانند به قیمت ارزان و قابل رقابت در بازارهای داخلی و خارجی عرضه شوند. فراهم کردن قیمت پایین با سوبسید یا عدم دریافت مالیات خود هزینه‌ای دارد که نمی‌تواند برای همیشه ادامه یابد. اگر بنگاهی امکان سودآوری در مناطق محروم دارد چه ضرورت به معافیت مالیاتی است. اگر

فقط با معافیت این امکان فراهم می شود پس مزیت در تولید وجود ندارد و منابع به هدر می روند. به طور کلی سیاست حمایت از صنایع نوپا بدون توجه به امکان احداث آنها برای دوره نوسازی این صنایع قابل توجیه و مهم است ولی این سیاست باید با توجه به مزیت ها و بدون تبعیض از نظر مکان بنگاه صورت گیرد و به تدریج حذف شود تا فعالیت تولیدی قادر باشد روی پای خود ایستاده با دیگر تولید کنندگان داخلی و خارجی رقابت نمایند در نتیجه معافیت های مالیاتی باید هدفمند و در جهت استفاده بهینه از منابع و افزایش کارایی و عبور از مراحل اولیه تولید باشد. حمایت از مناطق محروم باید با شناخت مزیت های این مناطق و دیگر راه کارها صورت گیرد.

۳-۷- سامان دهی کسب درآمد از طریق کمک های مردمی و مؤسسات خیریه و ترفیپ بخش خصوصی در مشارک در برنامه های تأمین اجتماعی

انسان در زندگی اجتماعی نیازمند به همکاری و همبستگی با افراد دیگر است و هیچ کس نمی تواند به صورت فردی و جدا از اجتماع زندگی کند، خوشبختی افراد هر جامعه تا حد زیادی بستگی به میزان این همکاری ها دارد.

به این روحیه بشر دوستی و خیرخواهانه در حوزه علم اقتصاد نیز توجه شده است به طوری که مسئله خیرخواهی در قالب یک مدل اقتصادی مطرح می شود. در این مدل فرض می شود که یک فرد خیرخواه کسی است که تمایل دارد مصرفش را به منظور افزایش مصرف دیگران کاهش دهد. برای چنین فردی تابع مطلوبیت به صورت زیر است.

$$U_h = U_h(q^h, q^i, q^j, \dots)$$

در تابع مطلوبیت فوق h معرف فرد خیرخواه و q^h معرف مقادیر مصرف خیرخواه و دیگران (i) از دو کالای ۱ و ۲ است بنابراین مشخص می شود که در تابع مطلوبیت این فرد نه تنها مقادیر مصرف خودش از کالاها بلکه مقادیر مصرف سایرین نیز نقش دارد.

با فرض این که تابع مطلوبیت اکیداً مقصر است به نزولی بودن مطلوبیت هایی می رسم در چنین حالتی برای فرد خیرخواه داریم:

$$\frac{\partial U^h}{\partial q^h} > 0 \quad \text{و} \quad \frac{\partial^2 U^h}{(\partial q^h)^2} < 0$$

یعنی فرد h از مصرف کالاها مطلوبیت کسب می کند و ی این مطلوبیت دائماً در حال کم شدن است. همچنین با توجه به این که مقادیر مصرف سایر افراد نیز در تعیین مطلوبیت این فرد اثر می گذارند و در واقع فرد خیرخواه از این که سایرین نیز می توانند از مجموعه کالاها و خدمات مصرف کننده مطلوبیت کسب می کند بنابراین داریم:

$$\frac{\partial U^h}{\partial q^i} > 0$$

حال هر چه قدر مطلوبیت فرد از مصرف کالاها توسط خودش کاهش پیدا کند و در مقابل مطلوبیتش از مصرف کالاها توسط سایرین افزایش پیدا کند در واقع چنین فردی از مصرف سایرین بیشتر مطلوبیت کسب می کند و حاضر است که مصرف خود را کاهش دهد و شاهد مصرف دیگران باشد به چنین فردی در ادبیات اقتصادی فرد خیرخواه گفته می شود.

با توجه به مطالب گفته شده مشخص می‌شود که خیرخواهی در میان دو گروه متوسط و ثروتمند جامعه وجود دارد زیرا برای این افراد این امکان وجود دارد که از مقداری از مصرف خود چشم‌پوشی کرده و آن را به سطوح پایین درآمدی و نیازمندان منتقل کنند وی مسئله خیرخواهی در میان گروه‌های متوسط درآمدی بیشتر است زیرا مطلوبیت نهایی مصرف کالاها و خدمات برای این افراد نسبت به ثروتمندان بزرگ‌تر است به‌عنوان مثال برای یک خانواده متوسط چشم‌پوشی از یک کیلوگرم برنج و اعطای آن به یک خانواده نیازمند به مراتب بیشتر از یک خانواده ثروتمند، حس خیرخواهی را در بردارد.

این مسئله در میان مسلمانان و به خصوص ایرانیان کاملاً مشهود است. کمک‌های مردمی و انجام امور خیریه از جمله مسائلی است که در جامعه ما توجه زیادی به آن می‌شود و کمتر ایرانی است که در سال حداقل یک بار برای کمک به نیازمندان و اقشار ضعیف جامعه قدمی پیش نگذارد. البته به دلیل خصلتی که این‌گونه کمک‌ها دارند حجم عظیمی از آنها به صورت غیر آشکار صورت می‌گیرند و امکان بررسی و تجزیه و تحلیل آماری آنها وجود ندارد ولی بخشی از این کمک‌ها به صورت آشکارتری تحقق پیدا می‌کنند، به طوری که افراد خیر و نیکوکار با مراجعه به مساجد، مؤسسات خیریه خصوصی و دولتی و کمیته امداد امام خمینی، کمک‌های نقدی و جنسی خود را در اختیار آنها قرار می‌دهند این مراکز نیز با شناسایی افراد نیازمند و ارائه کمک‌ها به آنها سعی می‌کنند تا حد امکان در جهت تأمین نیازهای اساسی این خانوارها اقدام کنند. اطلاعات مربوط به مساجد و مؤسسات خیریه وجود ندارند یا این که امکان دسترسی به آنها بسیار دشوار است بنابراین امکان تجربه و تحلیل آماری میزان کمک‌های نقدی و جنسی اعطاشده توسط این مراکز امکان‌پذیر نیست. کمیته امداد امام خمینی در راستای برنامه‌های تأمین خدمات حمایتی خاص و برنامه‌های احسان و نیکوکاری، سعی در کانالیزه کردن و سامان دهی کمک‌های مردمی دارد.

حال با استفاده از آمار و اطلاعات موجود در زمینه فعالیت‌های کمیته امداد امام خمینی تا حد ممکن به شناسایی وضعیت موجود می‌پردازیم. فعالیت‌های این سازمان را در زمینه کمک به اقشار محروم و نیازمند در قالب برنامه‌های زیر می‌توان خلاصه کرد:

۱- برنامه اطعام و فطریه محرومین: با توجه به سفارشات و روایات فراوان اسلامی که در خصوص اطعام گرسنگان و محرومان وجود دارد علی‌الخصوص اطعام روزه‌داران، هر ساله در ایام ماه مبارک رمضان کمیته امداد اقدام به اطعام و افطاریه دادن و توزیع کالا بین روزه‌داران و محرومان تحت پوشش می‌نماید. اطلاعات عملکرد این بخش طی سال‌های مختلف در جدول زیر منعکس شده است:

جدول ۹-۷-۶- عملکرد کمیته امداد امام خمینی در ارتباط

با احکام و افطاریه محرومین

هتوان	سال	۱۳۷۲	۱۳۷۳	۱۳۷۴	۱۳۷۵	۱۳۷۶	جمع دوره
تعداد (هزار نفر)	۴۱۹	۵۸۰	۷۱۵	۱۲۰۳	۹۵۴	۳۸۷۱	
هزینه (میلیون ریال)	۴۱۵	۷۴۲	۱۱۰۲	۳۲۵۳	۲۴۵۴	۷۹۶۶	

مأخذ: گزارشات آماری کمیته امداد امام خمینی.

با توجه به اطلاعات جدول فوق مشخص می‌شود که در طی دوره زمانی مورد بررسی در مجموع برای

۳۸۷۱ هزار نفر از افراد نیازمند و روزه دار حدود ۷۹۶۶ میلیون ریالی هزینه شده است همچنین در طی این سال ها علاوه بر اطعام و افطار مددجویان، وجه نقد و مقدار زیادی مواد خوراکی، پوشاک، لوازم خانگی و سایر کالاهای ضروری توسط برخی استان ها بین نیازمندان توزیع شده است.

۲- طرح حمایت از ایتم: طرح حمایت از ایتم به درخواست و پیشنهاد جمعی از مسلمانان خیر و نوع دوست مقیم کشور کویت با هدف کمک به ایتم مسلمان کشورهای ایران، جمهوری آذربایجان، تاجیکستان، لبنان و افغانستان توسط کمیته امداد امام خمینی از سال ۱۳۷۳ به مرحله اجرا درآمده است.

جدول ۲- عملکرد کمیته امداد امام خمینی در زمینه طرح حمایت از ایتم

عنوان	سال	۱۳۷۳	۱۳۷۴	۱۳۷۵	۱۳۷۶	جمع دوره
ععداد		۵۰۰	۲۳۵۳	۲۱۲۰	۲۳۵۸	۱۳۳۳۱
مبلغ (میلیون ریال)		۷۷	۷۱۴/۶	۱۲۹۲/۲	۱۷۶۵/۶	۲۸۴۹/۴
سرانه پرداختی سالانه (ریال)		۱۵۴۰۰۰	۱۶۴۱۶۲	۳۱۳۶۴۱	۲۰۵۱۴۰	-

مأخذ: گزارشات آماری کمیته امداد امام خمینی.

اطلاعات جدول فوق نشان می دهد که مبلغ پرداختی به این افراد به طور ماهانه بسیار ناچیز است و با توجه به اطلاعات به دست آمده از خط فقر ریالی محاسبه شده در بخش های گذشته، نمی تواند تأثیر قابل ملاحظه ای را در بهبود وضعیت این افراد ایجاد کند.

۳- هدایا و نذورات عید سعید قربان: در سال های ۱۳۷۵ و ۱۳۷۶ کمیته امداد امام خمینی به منظور یاری رساندن هر چه بیشتر و بهتر به اقشار محروم جامعه و هدایت انگیزه های کمک های مردمی اقدام به جمع آوری هدایا و نذورات مردم در عید سعید قربان و سپس توزیع آنها بین محرومین و نیازمندان واقعی نموده است ارزش کل نذورات جمع آوری شده در سال های ۱۳۷۵ و ۱۳۷۶ به ترتیب ۱۷۲۲/۶ و ۲۶۷/۴ میلیون ریال بوده است.

۴- برنامه جشن نیکوکاری و جشن عاطفه ها: در سال های گذشته دو برنامه ملی جهت جمع آوری کمک های مردمی و توزیع آن میان محرومان و مستضعفان صورت می گیرد. یکی جشن نیکوکاری است که در اواخر اسفند ماه و در آستانه سال جدید برگزار می شود و دیگری جشن عاطفه ها و در آستانه آغاز سال تحصیلی به منظور جمع آوری کمک ها و هدایای مردمی، سازمان ها و دوایر دولتی جهت یاری رساندن به دانش آموزان نیازمند است.

جدول ۱۱-۷-۶- ارزش ریایی کمک های جمع آوری شده در جریان جشن

نیکوکاری و جشن عاطفه ها

عنوان	سال	۱۳۷۲	۱۳۷۳	۱۳۷۴	۱۳۷۵	۱۳۷۶	جمع دوره
برنامه جشن نیکوکاری		۵/۲	۹/۶	۱۲	۲۱/۷	۱۷/۵	۶۶
برنامه جشن عاطفه ها		-	-	۳/۹۷	۸/۸۵	۸/۹۷	۲۱/۷۹

مأخذ: گزارشات آماری کمیته امداد امام خمینی.

۵- طرح صندوق‌های صدقات: صندوق‌های صدقات نیز از جمله مراکزی است که افراد خیر و نیکوکار کمک‌های نقدی خود را از این طریق به تأمین زندگی محرومین و مستمندان می‌پردازند. کمیته امداد از طریق جمع‌آوری وجوه این صندوق‌ها، به پرداخت سرمایه، ایجاد کار یا اعطای مستمری اقدام می‌کند.

جدول ۱۲-۷-۶- تعداد صندوق‌ها و درآمد حاصل از صندوق‌های صدقات مبالغ به میلیارد ریال

عنوان	سال	۱۳۷۲	۱۳۷۳	۱۳۷۴	۱۳۷۵	۱۳۷۶	جمع دوره
تعداد صندوق		۶۴۵۲۱۰	۷۵۰۷۵۶	۹۱۲۲۱۸	۹۵۷۲۹۱	۱۰۸۸۷۳۳	۴۳۵۴۲۰۸
درآمد حاصل از صندوق‌ها		۱۴	۲۲/۷	۳۴	۵۴/۶	۷۹/۷	۲۰۵

مأخذ: گزارشات آماری کمیته امداد امام خمینی.

طبق بررسی‌های انجام شده مشخص می‌شود که به‌عنوان مثال در سال ۱۳۷۶ در مجموع حدود ۱۱۰/۶ میلیارد ریال کمک نقدی و غیر نقدی از طرف کمیته امداد امام خمینی به اقشار نیازمند و محروم شده است البته اطلاعات دقیقی از تعداد کل افراد تحت پوشش این کمیته در سال‌های مورد بررسی نیست با وجود این که این رقم معادل ۲/۱ درصد کل سوبسید پرداختی دولت در سال ۱۳۷۶ است (کل سوبسید پرداختی در سال ۱۳۷۶ معادل ۵۲۳۰/۷ میلیارد ریال است) وی با این حال به نظر می‌رسد که به دلیل حجم بسیار بالای افراد تحت پوشش این کمک‌ها، سرانه کمک نقدی و جنسی که به این افراد می‌شود بسیار ناچیز باشد. در واقع در اینجا نیز به نظر می‌رسد مسئله عدم شناسایی دقیق گروه‌های نیازمند و هدفمند نبودن کمک‌ها مشکلاتی را بر سر راه تحقق اهداف اصلی و واقعی این حمایت‌ها به وجود می‌آورد.

بدین ترتیب شناسایی وضع موجود نیاز به وجود یک سیستم مکانیزه دقیق و کارآمد را برای جمع‌آوری کلیه کمک‌های مردمی و سپس شناسایی دقیق گروه‌های نیازمند حمایت و توزیع این کمک‌ها بین آنها را ملزم می‌سازد. چنین سیستمی باید این قابلیت اجرایی و عملی را داشته باشد که کلیه افراد خیر و نیکوکار بتوانند به راحتی به آن مراجعه کرده و کمک‌های نقدی و جنسی خود را در اختیار این سازمان قرار دهند. در چنین مواقعی می‌توان مجسمه این افراد خیر را در پارک‌ها نصب کرد یا کتابخانه‌هایی به نام این افراد تأسیس یا نام‌گذاری شود همچنین می‌توان مراکز نگهداری از افراد تحت حمایت را منسوب به این افراد خیر کرد. از دیگر پیشنهادات تشویقی که می‌تواند در این زمینه صورت گیرد، تأسیس بانکی تحت عنوان (بانک خیرات) است. عملکرد این مؤسسه می‌تواند به این ترتیب باشد که این بانک به عنوان محلی برای ضبط و ثبت خیرات افراد و خانواده‌های آنها می‌شود. همچنین تعیین شود که اگر میزان این خیرات به یک حد مشخصی برسد به‌عنوان مثال پلاک نام این افراد در یک محل مشخصی و در انتظار عمومی نصب شود. این مسئله می‌تواند انگیزه‌های فردی و حتی نسلی را جهت انجام امور خیریه در افراد ایجاد کند. بدین ترتیب با این کار کلیه وجوه پرداختی مردم در یک مؤسسه اقتصادی جمع‌آوری شده و از طریق انجام سرمایه‌گذاری‌های بلندمدت و کوتاه‌مدت درآمدهای مورد نیاز جهت حمایت از افراد نیازمند بوجود بیاید. علاوه بر مردم که به دلیل ویژگی‌های اخلاقی و اجتماعی که دارند و همواره در انجام امور خیر و کمک به

نیازمندان و محرومان پیش قدم هستند. باید مکانیزم‌های اجرایی در نظام جامع تأمین اجتماعی جامعه طراحی شود تا بخش خصوصی هم انگیزه‌های لازم را جهت مشارکت در ایفای برخی از برنامه‌های حمایتی نظام جامع تأمین اجتماعی پیدا کند. این انگیزه‌ها را می‌توان از طریق معافیت‌های مالیاتی، جوایز مالیاتی و غیره برای شرکت‌ها و مؤسسات خصوصی ایجاد کرد. در واقع بدین ترتیب می‌توان بخش خصوصی را تشویق کرد که به مجموع نظام تأمین اجتماعی و سیستم‌های حمایتی از اقشار محروم و نیازمند کمک کنند. در این میان می‌توان شرکت‌ها و مؤسسات خصوصی کمک‌کننده را به نحوی به مردم معرفی کرد، بدین ترتیب که کمک‌های آنها را به طور مشخص و باحفظ نام‌شان ثبت کرد.

۷-۴- ارائه پیشنهادات جهت کردن یا مناسب کردن حجم دولت

تقریباً نزدیک به یک قرن تفکر قالب اقتصادی در اغلب کشورها و به ویژه کشورهای در حال توسعه، تفکر ملی‌سازی بود. این تفکر در کشورهای در حال توسعه از دو دیدگاه نشأت می‌گرفت. یکی از دیدگاه سیاسی که در بسیاری از کشورهای تازه استقلال یافته حاکم بود که به بخش خصوصی به عنوان زاید عملگر بخش خصوصی خارجی، قبل از استقلال اعتماد نداشت و اقتصاد بخش عمومی را قدمی ضروری در یکپارچگی سیاسی می‌دانست و دیگری دیدگاه اقتصادی بود که ماهیت آن بسته به نوع سیاسی حکومت تفاوت داشت. در برخی کشورها این تفکر ناشی از دیدگاهی بود که رشد بخش عمومی را عامل مهم برای توسعه اقتصادی و سرمایه‌گذاری در بخش‌های مدرن و مؤسسات ضروری اقتصادی - اجتماعی می‌دانست و در کشورهایی دیگر رشد بخش عمومی به دلیل وابستگی و ارتباط آنان با بلوک سوسیالیسم بود.

امروزه، اغلب اقتصاد دانان بر این باورند که بزرگی اندازه دولت در اقتصاد به ویژه آن بخش از فعالیت‌ها که منتج به مالکیت و اداره بنگاه‌های اقتصادی توسط دولت گردیده به دلیل عملکرد نامطلوب این بنگاه‌ها تنها نتوانسته است دولت‌ها را در دستیابی به اهداف اقتصادی - اجتماعی‌شان یاری دهد بلکه موجب بروز اختلالاتی نیز در اقتصاد گردیده است. در واقع تجربه کشورهای در حال توسعه نیز نشان داده است که عدم کارایی بخش عمومی در اداره کارآمد این بنگاه‌ها، به دلیل مدیریت بوروکراسی به جای مدیریت تجاری، در کنار تخصیص ناکارآمد منابع و ایجاد زمینه‌های انحراف مالی در سطوح مدیریتی، فشارهای سنگینی را بر بودجه عمومی دولت‌ها در پی داشته است. از این رو و به دلیل رشد کند اقتصادهای تحت کنترل دولت از یک سو و بدتر شدن فضای اقتصاد جهانی به دنبال بدتر شدن شرایط تجارت، نرخ‌های بهره بالا، رکود جریان‌های مالی و بازپرداخت کمر شکن بدهی‌ها، برخی دولت‌ها و رهبران به این فکر افتادند که شاید خصوصی‌سازی راه‌علاجی باشد برای مشکلات موجود. کسانی که به این روش خوش بین هستند معتقدند که با ورود این فعالیت‌ها به بازار آزاد، اجازه داده می‌شود که نیروهای سحرآمیز نظام سرمایه داری به کار خود ادامه داده و اقتصاد را به سمت تعادل پیش ببرند. اما سؤال اینجاست که آیا این تنها راه حل تمامی مسائل اقتصادی است؟ آیا خصوصی‌سازی مسئله فقر، نابرابری و... را نیز حل خواهد نمود؟

به هر حال، گرچه خصوصی‌سازی هدف بسیار باارزشی است و بسیاری از بنگاه‌های دولتی در دست بخش خصوصی بهتر اداره می‌شوند، لیکن از آنجا که یک مدل عمومی برای آن وجود ندارد که بتوان از آن در تمامی موارد استفاده نمود، ممکن است اجرای آن بدون توجه به تفاوت‌های اقتصادی - اجتماعی میان کشورهای دردی باشد بر روی دردهای موجود و مشکلاتی را نیز برای دولت‌ها به وجود آورد. یکی از

اصلی‌ترین مشکلات در مقیاس وسیع، ریسک‌ها و پیامدهای سیاسی - اجتماعی آن است.

روش‌های خصوصی‌سازی

خصوصی‌سازی دارای معانی مختلفی است و می‌توان آن را به راه‌های مختلف اعمال نمود، لیکن در کل دو زمینه اصلی در شکل‌گیری ایده خصوصی‌سازی وجود دارد. یکی تغییر مالکیت از بخش عمومی به بخش خصوصی و دیگری استفاده از نیروهای بازار در مدیریت بنگاه. به طور کلی برخی از روش‌های خصوصی‌سازی را می‌توان به صورت زیر طبقه‌بندی نمود.

- فروش دارائی‌های عمومی به بخش خصوصی

- انتقال مسئولیت عرضه کالای عمومی به اشخاص خصوصی که آن را خصوصی‌سازی وابسته یا قرارداد کار (به صورت پیمانکاری) می‌نامند.

- بروکراسی زدایی، به گونه‌ای که بنگاه از مقررات رسمی و دستورالعمل‌های اداری رها شود.

- تمرکززدایی، به گونه‌ای که به تصمیم‌گیران بنگاه اقتصادی اجازه داده شود حتی خلاف نظر مرجع تصمیم‌گیری مرکزی و در جهت منافع بنگاه عمل کنند.

- خارج کردن صنایع از صورت ملی و واگذاری آن به بخش خصوصی و اجازه ورود به سرمایه‌گذاران خارجی.

همان‌طور که ملاحظه می‌شود برخی روش‌ها همراه با تغییر مالکیت و در برخی روش‌ها خصوصی‌سازی به شکل تغییرات در روش اداره بنگاه‌های عمومی قابل اجراء است. البته همان‌گونه که قبلاً اشاره شد پروسه خصوصی‌سازی تحت تأثیر توجهات اقتصادی - سیاسی و اجتماعی از کشوری به کشور دیگر متفاوت است.

اهداف خصوصی‌سازی

هدف خصوصی‌سازی ممکن است از جایی به جای دیگر یا موردی به مورد دیگر متفاوت باشد، لیکن هدف عمده کشورهایی که در سال‌های اخیر این رویکرد را انتخاب نموده‌اند، بهره‌برداری کارآمد از منابع کمیاب و بهره‌گیری از نیروهای بازار در جهت اداره کارآمد بنگاه‌ها به عنوان ابزاری جهت نیل به تعادل و شکوفایی اقتصادی بوده است. در کل مهم‌ترین اهداف دولت‌ها در خصوصی‌سازی را می‌توان به صورت زیر خلاصه نمود.

۱- افزایش منابع عمومی

بیشتر کشورهایی که به خصوصی‌سازی روی آورده‌اند، از بار کسری بودجه‌های عمومی رنج می‌برند که بخشی از آن ناشی از عملکرد نادرست بنگاه‌های عمومی و زیان‌دهی آنان است. بنابراین فروش این بنگاه‌ها می‌تواند مخارج عمومی را کاهش داده و دولت‌ها را در جهت تخصیص بهتر منابع به تولید یاری دهد و اگر قیمت‌گذاری درست باشد، مبلغی که از فروش یک بنگاه به دست می‌آید برابر است با ارزش حال تنزیل شده درآمدی که از بنگاه در آینده نصیب دولت خواهد شد به اضافه ارزش اسقاطی آن. پس فروش یک بنگاه به این معنی خواهد بود که درآمدی را که دولت قرار است در آینده به دست آورد از دست خواهد داد ولی از

طرفی ممکن است درآمد مالیاتی که از بنگاه خصوصی (پس از واگذاری) به دست می‌آورد بیشتر از منابعی باشد که بنگاه برای دولت ایجاد می‌کند.

۲- کاهش بدهی‌ها

یکی دیگر از عللی که دولت‌ها تمایل به فروش بنگاه‌های دولتی دارند، بازپرداخت و کاهش بدهی‌های خارجی است. ولی باید توجه داشت که اگر دولت‌ها تنها بر حداکثرسازی دریافت از فروش یا حداکثرسازی بازپرداخت بدهی‌ها تکیه کنند و از توجه به اثر کارایی برای بازپرداخت بدهی خارجی غافل بمانند، این عمل توأم با ریسک خواهد بود. چرا که مانند کسی است که خانه خود را برای خرید یک ماشین بفروشد و زمانی که ماشین مستهلک و از کار افتاد دیگر دارایی برای خرید ماشین جدید برای او وجود ندارد.

۳- بهبود بهره‌برداری از منابع عمومی

در چند دهه اخیر یکی از مسائل عمده دولت‌ها عدم بهره‌برداری صحیح از منابع عمومی جهت توسعه زیرساخت‌های اقتصادی به دلیل مشکلات مالی بوده است. از این نظر یکی دیگر از اهداف دولت‌ها با خصوصی‌سازی، آزادسازی منابع و به کارگیری آن در زمینه‌های مهم اقتصادی - اجتماعی است. به طور مثال در کشورهایی نظیر مکزیک بخشی از دریافت‌های دولت از محل فروش دارایی‌ها در آموزش و بهداشت و ساخت و اصلاح زیربناها به منظور بهره‌برداری در آینده سرمایه گذاری شده است.

۴- بهبود کارایی

به طور معمول در بخش دولتی به دلیل دستیابی به منابع مالی راحت، کارایی کمتر از بخش خصوصی است و از این نقطه نظر دولت‌ها با خصوصی کردن بنگاه‌ها و تخصیص اعتبارات براساس کارایی می‌توانند موجبات بهره‌وری بیشتر از منابع گردند. از طرفی چون بخش خصوصی از قید و بندهای سیاسی برای افزایش سرمایه و سرمایه‌گذاری جدید و پذیرش ریسک آزاد است بنابراین می‌تواند در طول زمان کارایی را بهبود بخشد. به طور مثال در شیلی شرکت تلفن، پس از واگذاری آن به بخش خصوصی با افزایش سرمایه موفق شده است که در مدت سه سال تعداد خطوط تلفن را ۷۲ درصد افزایش دهد.

مشکلات و موانع خصوصی‌سازی

همزمان با تفکر در حجم و اهمیت خصوصی‌سازی می‌باید برخی تصورات غلط در مورد آن را که مانع اجرای مطلوب خصوصی می‌شوند در اذهان اصلاح نمود. به طور کلی سه تصور غلط در مورد خصوصی‌سازی وجود دارد.

اول آن‌که، تصور می‌شود دولت می‌خواهد بدترین بنگاه‌های خود را بفروشد و خریداران می‌خواهند بهترین آنها را بخرند. در مورد نکته اول، درست است که دولت‌ها می‌خواهند از دست شرکت‌هایی که زیان می‌دهند رها شوند ولی این مسئله عمومیت ندارد و در برخی موارد دیده شده که بنگاه‌های سودده نیز به فروش رفته‌اند و سود آنها به دلیل کارایی بالاتر در دست بخش خصوصی چند برابر شده است. در مورد نکته دوم نیز تجربه نشان داده است که اغلب خصوصی‌سازی‌ها در کشورهای کمتر توسعه یافته پس از انحلال

بنگاه صورت گرفته و در این نوع موارد آنچه برای بخش خصوصی مهم است، قیمت، میزان کنترلی که می‌تواند بر بنگاه داشته باشد و انتظاراتش از بازار است. با توجه به این موارد است که بخش خصوصی ممکن است راه‌حلی بیابد که بنگاه‌های را که تعطیل است، سودآور کند و منابع استفاده نشده‌ای را تبدیل به منابع تولیدی نماید که قبلاً مورد توجه مدیریت دولتی نبوده است. بنابراین در فروش یک بنگاه دو مسئله مهم است یکی آن‌که کدام بنگاه نیازمند سرمایه‌گذاری جدید یا بهبود کارایی است و دوم آن‌که بنگاه به چه صورت می‌باید به بخش خصوصی واگذار شود.

دوم آن‌که، تصور می‌شود در فرایند خصوصی سازی نیروی کار همواره ضرر می‌کند. در واقعی یکی از عمده‌ترین موانع خصوصی سازی مخالفت نیروی کار یا ترس دولت از مخالفت بالقوه کارگری است و فرض بر این است که حداقل در اجتماعاتی که در حال حاضر میلیون‌ها نفر بیکار هستند سطح بیکاری بر اثر اعمال این سیاست بالاتر خواهد رفت. چرا که معمولاً بنگاه‌های دولتی کارگران و کارمندان بیش از حد نیاز در استخدام دارند و مالکین خصوصی در جهت افزایش کارایی و بهره‌وری بنگاه، در اولین اقدام، برخی را اخراج خواهند کرد یا حتی اگر کارگران اخراج نشوند با کاهش منافع مواجه خواهند بود. ولی مطالعاتی که روی اثرات رفاه اقتصادی فروش دوازده بنگاه در انگلستان، مانزی و مکریک انجام گرفته است نشان داده است که در تمامی موارد نیروی کار پس از خصوصی سازی منافع خالص بیشتری به دست آورده بدین معنی که به کارگران اخراجی، به گونه‌ای کمک جیرانی داده شده که جبران از دست دادن کار آنها باشد و به کارگرانی که در کار خود ابقاع شده‌اند مشمول افزایش حقوق یا دریافت سهام گردیده‌اند. در واقع این مطالعات نشان می‌دهد که خصوصی شدن بنگاه‌ها می‌تواند منافع قابل توجهی داشته باشد. برای این‌که بنگاه‌های خصوصی فارغ از اخراج نیروی کار مازاد در ابتدای راه، ممکن است پس از مدتی با توسعه در کار، نیروی کار بیشتری استخدام کنند. علاوه بر این تجربه نشان داده است که شرایط کار در بخش خصوصی بهتر از بخش دولتی است.

البته، بدیهی است که خصوصی سازی ممکن است به دنبال خود بیکاری را نیز داشته باشد ولی باید توجه داشت که اخراج کارگران اضافی تنها زایده خصوصی سازی نیست و می‌تواند بخشی از هر برنامه و رفرم اقتصادی با هدف افزایش کارایی در شرکت‌های دولتی باشد. لذا، هر چند پیش‌بینی چنین مسائلی مهم است، ولی با کمک اجتماعی به گروه‌های آسیب‌پذیر از طریق بیمه بیکاری، همکاری در یافتن کار جدید و آموزش، شرایطی را می‌توان به وجود آورد که نیروی کار از خصوصی سازی زیان نکند یا به آنها که در کوتاه مدت متضرر شده‌اند کمک کرد تا در بلندمدت به کارگر تولیدی تبدیل شوند.

سوم آن‌که، اغلب تصور بر این است که برای موفقیت در اعمال سیاست خصوصی سازی ابتدا می‌باید بازار سرمایه را توسعه داد. البته شکی نیست که خصوصی سازی با وجود بازار سرمایه توسعه یافته، ساده‌تر به انجام خواهد رسید و درست است که فروش سهام می‌تواند مخالفت سیاسی را به شدت کاهش دهد. لیکن عدم وجود بازار سهام ضرورتاً یک مانع اساسی در راه خصوصی سازی نیست. در واقع دلایل زیادی وجود دارد که دولت‌ها فروش سهام را ترجیح نمی‌دهند و شاید به همین دلیل است که اغلب خصوصی سازی‌ها بر بازار سهام تکیه نکرده‌اند. به طوری که در کانادا تنها دو بنگاه، در شیلی ۱۴ بنگاه، در فرانسه ۱۴ بنگاه، در جامائیکا ۳ بنگاه، در نیجریه ۱۶ بنگاه و در انگلستان ۱۴ بنگاه به این روش به فروش رسیده‌اند که در مقایسه با ۷۰۰۰ بنگاه فروخته شده در سطح دنیا بسیار ناچیز است.

علاوه بر موانع و مشکلات ناشی از تصورات غلط که موجب می شود خصوصی سازی مشکل تر از آنچه هست جلوه کند، مواردی نیز وجود دارد که در حالی که خود از مشکلات اجرایی خصوصی است، در صورتی که به طور صحیح به آن عمل شود خصوصی سازی را ساده تر از آنچه به نظر می رسد خواهد نمود.

۱- آیین نامه و دستورالعمل

آنچه اجرای هر برنامه اقتصادی - اجتماعی را تسهیل می نماید قوانین و دستورالعمل های اجرایی آن است. بنابراین همانند هر برنامه، موفقیت خصوصی سازی نیز بیشتر بستگی به قانون و آیین نامه هایی دارد که اجرای مطلوب آن را تضمین کند. البته بدیهی است از آنجا که یک دسته قوانین مشخصی که بتوان آن را برای هر کشوری اجرا کرد وجود ندارد، دستیابی به روش صحیح، با مشکلاتی رو به رو است و معمولاً پیچیدگی های اجرای خصوصی سازی کمتر تخمین زده می شود ولی این یکی از اساسی ترین قدم های خصوصی سازی است که اگر درست برداشته شود بسیاری از مسائل حل خواهد شد و اگر درست عمل نشود، پی آمدهای آن دولت ها را دچار زحمت بسیار خواهد نمود. لذا برای اجرای صحیح خصوصی سازی ابتدا می باید مشخص شود که خصوصی سازی در کدام بخش توان رقابت و زمینه سرمایه گذاری را بهبود می بخشد، حد خصوصی سازی چه باید باشد، وضعیت کارکنان آن بخشی یا بنگاهی که واگذار خواهد شد پس از خصوصی سازی چه خواهد شد و نهایتاً این که چه مدلی برای خصوصی سازی به کار برده خواهد شد. به طور مثال در آلمان پس از ادغام، اولین قدم دولت در جهت برنامه ریزی خصوصی سازی شرکت ها و صنایع آلمان شرقی، تأسیس بنیادی به نام بنیاد معتمد که وظیفه اصلی آن انتقال اقتصاد آلمان شرقی سابق از اقتصاد متمرکز به اقتصاد سرمایه داری بود. طبق قانون آلمان به بنیاد اجازه داده شد که واحدهای اقتصادی را در صورتی خصوصی کند که یا منجر به ایجاد اشتغال یا تضمین ادامه اشتغال کارکنان آن شود یا توان رقابت و زمینه های سرمایه گذاری در آنان را بهبود بخشد.

با این چارچوب قانونی بنیاد مسئولیت اداره و تعیین تکلیف شرکت ها و کارخانجات زیادی را به عهده گرفت که تعداد زیادی از این واحدها، برای آن که شانس بهتری برای ادامه فعالیت و رقابت در بازار آزاد داشته باشند به واحدهای کوچک تر تجزیه شدند. پس از این مرحله بنیاد برای خصوصی کردن واحدهای اقتصادی سه مدل به کار برد:

الف- مدلی که در آن واحد اقتصادی به مسئولان و کارمندان ارشد همان واحد فروخته می شد.

ب- مدلی که در آن واحد اقتصادی به مدیران با تجربه و کارآمد خارج از بنگاه فروخته می شد.

ج- مدلی که در آن شاغلین واحد اقتصادی، آن واحد را خریداری می نمود.

بنابراین با این روش، دو اصل مورد توجه دولت آلمان قرار گرفته است، اول اشتغال و دوم رقابت و رفاه، بررسی های به عمل آمده در مورد اثرات خصوصی سازی بر روی رفاه نشان داده است که بسته به چارچوب های قانونی از کشوری به کشور دیگر متفاوت بوده است. به طور مثال، خصوصی شدن یک بنگاه مخبراتی در امریکای لاتین به دلیل آن که چارچوب قانونی خصوصی شده را در استثمار مصرف کننده و رفتار به صورت یک انحصارگر مجاز دانسته بود موجب کاهش رفاه گشته بود، در حالی که در شیلی، خصوصی شدن برق و مخبریات نه تنها موجب کاهش رفاه نشد، بلکه، به دلیل درست بودن چارچوب های قانونی، رفاه را افزایش داده بود.

۲- ارزش گذاری

ارزش گذاری بنگاه‌هایی که می‌باید در معرض فروش قرار داده شوند، به دلیل عدم وجود اطلاعات مالی مربوط به تراز و بدهی‌های مالیاتی و... یا ناقص بودن این اطلاعات مشکلات جدی به وجود می‌آورد. از این جهت در برخی بنگاه‌ها لازم است قبل از اقدام به عرضه برای فروش، تغییرات ساختاری در مسائل مالی داده شود. چرا که برخی از آنها دچار مشکلات مالی فراوانی از قبیل وام‌های پرداخت نشده هستند که اگر آنها را محاسبه کنیم ممکن است هرگز نتوانیم آنها را به فروش برسانیم.

به طور مثال، یک کارخانه آلومینیم‌سازی در کاستوریکا، ابتدا براساس ارزش دفتری به قیمت ۵۲ میلیون دلار قیمت‌گذاری شد و پس از مدتی قیمت عرضه آن با مقایسه با کارخانه مشابه‌ای در ونزوئلا به ۸ میلیون دلار کاهش یافت و در نهایت به ۴ میلیون دلار به فروش رسید. در مقابل بنیاد معتمد آلمان، هزاران بنگاه را با این هدف که دارایی سوخته‌ای را به دارایی تولیدی تبدیل کنند، به مبلغ یک مارک آلمان فروخت. استدلال مسئولین بنیاد معتمد در آلمان در فروش بنگاه‌ها به این مبلغ این بود که «ما یک شرکت را نمی‌فروشیم، بلکه ما مدیریت و تکنولوژی می‌خریم». در هر حال آنچه در فروش یک بنگاه دولتی در چارچوب یک برنامه خصوصی‌سازی مهم است این است که ارزش گذاری آن می‌باید منصفانه باشد. نه خیلی بالا که کسی را یاری خرید آن نباشد و نه خیلی پایین که منجر به کاهش منابع ملی و ایجاد قدرت مالی در دست عده قلیلی گردد.

فرایند خصوصی‌سازی در ایران

پس از جنگ تحمیلی، به دنبال استقرار اولین دولت پس از جنگ و توجه مسئولین کشور به اصل برنامه‌ریزی برای بازسازی و توسعه اقتصادی - اجتماعی کشور، شرایط مناسبی برای کاستن از حجم فعالیت‌های دولت که شرایط ناشی از انقلاب و جنگ تحمیلی طولانی آن را بسیار گسترده کرده بود، فراهم آمد و به دنبال آن در برنامه پنج ساله اول توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، تشویق و حمایت از ایجاد تشکل‌های صنعتی و معدنی و تخصصی و واگذاری سهام صنایع دولتی و ملی شده به استثناء صنایع مادر به مردم پیش‌بینی شد و پس از آن با اعلام مصوبه هیئت وزیران مسی بر اعلام نام تعداد ۳۹۱ شرکت دولتی جهت واگذاری به مردم در تاریخ ۱۳۷۰/۲/۱۹ از طریق بورس، مرید عمومی یا مذاکره روند اجرایی فرایند خصوصی‌سازی که از آبان ۱۳۶۸ با آغاز فعالیت‌های مجدد بورس اوراق بهادار تهران آغاز شده بود، حرکت تازه‌ای به خود گرفت و واگذاری سهام واحدهای تولیدی و خدماتی تحت پوشش سازمان‌های دولتی به بخش خصوصی به صورت جزئی از برنامه‌های اقتصادی کشور درآمد. لیکن در عمل فرایند خصوصی‌سازی در ایران به دلایل زیر با موفقیت چندانی مواجه نگردید:

- عدم وجود نهاد یا ارگانی که اختیارات قانونی و اجرایی لازم برای تصمیم‌گیری قاطع در مورد خصوصی‌سازی داشته باشد.

- عدم وجود یک مدل مشخص برای خصوصی‌سازی

- عدم وجود یک فضای مناسب و بستر هموار برای واگذاری شرکت‌های دولتی و عدم هماهنگی

سازمان‌های عمده عرضه کننده سهام با هدف خصوصی‌سازی

- مشکلات قانون کار، مالیات‌ها و قانون تجارت

- تغییر سیاست‌های پولی و افزایش نرخ سود بانکی و گران شدن تسهیلات اعتباری بانک‌ها برای واحدهای

تولیدی

- تغییر نرخ ارز و بالا رفتن قیمت تمام شده کالاهای ساخته شده از یک طرف و واردات انبوه کالاهای خارجی و عدم توانایی رقابت شرکت‌های داخلی با کالاهای مشابه خارجی به علت عدم اعمال تعرفه‌های گمرکی مناسب.

از این رو با توجه به تجربه عدم موفقیت خصوصی سازی در ایران که اجرای صحیح آن منجر به آزادسازی منابعی می‌گردد که به دولت اجازه می‌دهد از آنها در جهت تقویت مسائل ساختاری و زیربنایی، بهداشت، آموزش و مبارزه با فقر استفاده نماید، ضروری است که دولت با هماهنگی با قوه مقننه نسبت به تدوین قوانین مشخصی اولاً، امنیت قانونی لازم برای فعالیت بخش خصوصی را فراهم آورد. ثانیاً، قوانین و دستورالعمل‌های قانونی روشن و شفاف که اجرای خصوصی را تسهیل نماید، تدوین کند. ثالثاً، نسبت به تشکیل نهادی قدرتمند که اختیارات قانونی و اجرایی لازم برای تصمیم‌گیری نهایی در مورد واگذاری واحدهای مورد نظر قانون به بخش خصوصی را اعم از ارزش‌گذاری و نحوه واگذاری داشته باشد، اقدام نماید.

البته باید توجه داشت که در این راه سه هدف می‌باید در درجه اول قرار گیرد، کارایی در استفاده از نقدینگی‌های عمومی ایجاد شده، کارایی در اداره بنگاه‌ها و کارایی در سرمایه‌گذاری جدید. از طرفی باید توجه داشت که خصوصی سازی به تنهایی نمی‌تواند عامل رشد اقتصادی شود و به نظر می‌رسد که خصوصی سازی بخشی از یک دسته رفرم اقتصادی است که می‌باید موجب رشد اقتصادی گردند. البته بدیهی است که خصوصی سازی منابع مالی بیشتری را در جهت ساخت زیربنای اقتصادی - اجتماعی و گسترش دامنه سیاست‌های تأمین اجتماعی که در درازمدت کمک مؤثری به رشد اقتصادی هستند در اختیار دولت‌ها قرار می‌دهد، لیکن باید توجه داشت که هر چند خصوصی سازی می‌تواند عامل مؤثری در بهتر شدن وضع اقتصادی کشورهای در حال توسعه گردد لیکن اثر آن در صحنه بین‌المللی بسته به موقعیت هر کشور در صحنه جهانی متفاوت خواهد بود، از این رو لازم است که همگام با اجرای سیاست خصوصی سازی در درون، اقداماتی نیز جهت تقویت موقعیت اقتصادی کشور در سطح بین‌المللی صورت پذیرد.

فرایند خصوصی سازی و تأمین اجتماعی

یکی از راه‌هایی که دولت در چند سال گذشته برای رهایی از بار مالی سنگین شرکت‌های دولتی و نیز کاهش تعهدات خود به سازمان تأمین اجتماعی برداشته است واگذاری شرکت‌های دولتی به سازمان تأمین اجتماعی و اخیراً نیز به سازمان بازنشستگی کشوری است. در واقع این نوع خصوصی سازی نه تنها هیچ تأثیری در حجم و اندازه دولت در اقتصاد نداشت و هیچ کمکی به تخصیص منابع به سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمات بیمه‌ای نکرده است بلکه در عمل از آنجا که مدیریت این سازمان‌ها توسط دولت تعیین می‌گردند این روش تنها موجب تغییر مدیریت بروکراسی مستقیم دولتی به مدیریت غیرمستقیم گردیده و چون اکثر شرکت‌های واگذاری شده به این سازمان‌ها نیز از شرکت‌های غیر سودده دولتی بوده‌اند موجب خواهد گردید که این سازمان‌ها در کنار استفاده غیرکارآمد از منابع‌شان از فعالیت‌های اصلی خود نیز غافل گردند. لذا به نظر می‌رسد که چنانچه دولت به جای واگذاری واحدهای خود در ازای تعهداتش به سازمان‌های

مذکور از روش واگذاری بین واحدها به بخش خصوصی و تأدیه تعهدات از محل منابع به دست آمده به روش های زیر عمل نماید نتایج بهتری به دست خواهد آورد.

اول آن که دولت می تواند در آیین نامه خصوصی سازی، درصدی از منابع به دست آمده از فروش بنگاه های دولتی را به طور مشخصی برای ایفا تعهدات خود به سازمان های مذکور در نظر بگیرد.

دوم آن که در زمان واگذاری، بخشی از ارزش بنگاه را به عنوان وام میان مدت با نرخ سود مشخصی از طرف سازمان های مذکور در اختیار خریداران خصوصی که وثائق لازم را در اختیار این سازمان ها می گذارند قرار دهد.

بدین ترتیب دولت ضمن ایفاء تعهدات خود به این سازمان ها از ایجاد سازمان های بروکراسی هم ارز با سازمان های دولتی که در صدد رهایی از آنان است جلوگیری به عمل آورده و می تواند از آن بخش از منابعی نیز که خود به دست می آورد بخشی را در جهت گسترش خدمات بیمه ای در کشور مورد استفاده قرار دهد.

فصل هشتم - بررسی اثر تغییر در نرخ حق بیمه بازنشستگی بر متغیرهای کلان

۸-۱- مقدمه

برخلاف روش قدیمی تأمین مالی بیمه بازنشستگی که در آن از طریق پس انداز حق بیمه پرداختی افراد در طول دوران خدمت و سرمایه گذاری آن، حقوق بازنشستگی ایشان در دوران بازنشستگی پرداخت می شد، در روش متعارف فعلی، حق بیمه شاغلین نسل حاضر برای پرداخت حقوق بازنشستگان نسل قبل مورد استفاده قرار می گیرد. چنانچه حق بیمه های پرداختی شاغلین در حد لازم برای تأمین مالی بیمه بازنشستگی و هزینه های مرتبط با آن نباشد، افزایش نرخ این حق بیمه ها یکی از راه های چاره جویی خواهد بود.

در این بررسی سعی شده است که آثار چنین افزایشی در نرخ حق بیمه ها بر متغیرهای اقتصادی کلان مورد مطالعه قرار گیرد. روش بررسی مبتنی بر طراحی، جرح و تعدیل، تخمین و به کارگیری یک مدل کوچک کلان سنجی می باشد. با توجه به این که ساختار توابع مصرف (خانوارهای) شاغلین و بازنشستگان می تواند متفاوت باشد، مهم ترین منشأ اثرگذاری انتقال بخشی از درآمد شاغلین به بازنشستگان به واسطه حق بیمه بازنشستگی، همانا تغییر در ترکیب مصرف خصوصی و سپس تغییر در کل مصرف خصوصی است. بنابراین در این مطالعه، پس از طراحی و تخمین یک مدل کلان کوچک، با استفاده از مشخصه های فرضی و روش های تقریبی ساده، مصرف خصوصی کل را به توابع مجزا برای مصرف شاغلین و بازنشستگان تجزیه کرده ایم. سپس تأثیر تغییر زودگذر و دائمی در نرخ حق بیمه بازنشستگی بر روی متغیرهای کلان را در قالب مدل کلان سنجی طراحی شده شبیه سازی نمودیم.

در گزارش این بررسی، طی بخش دوم، پایه مدل کلان سنجی مورد استفاده را معرفی می کنیم. در بخش سوم نتیجه تخمین معادلات و عملکرد مدل در شبیه سازی پویا ارائه می شود. در بخش چهارم، نحوه تجزیه تابع مصرف خصوصی کل به مصرف شاغلین و بازنشستگان شرح داده خواهد شد. شبیه سازی تغییر در نرخ حق بیمه بازنشستگی و نتایج حاصل از آن موضوع بخش پنجم گزارش است و بخش ششم به جمع بندی خلاصه نتایج اختصاص یافته است.

همان‌گونه که در بحث مقدماتی فوق آمد، مهم‌ترین منشأ اثرگذاری تغییر در حق بیمه بازنشستگی، تفاوت ساختار مصرف بازنشستگان و شاغلین می‌باشد. در نتیجه این تفاوت ساختار، میزان مصرف خصوصی تحت تأثیر قرار گرفته و با تحت تأثیر قرار دادن تقاضای کل، سایر متغیرهای کلان نیز دچار تغییر می‌شوند. متغیرهایی که تحول آنها مورد توجه این گزارش می‌باشد، علاوه بر مصرف خصوصی، سرمایه‌گذاری خصوصی و تولید و سطح عمومی قیمت هستند.

مدل کوچک زیر، متغیرهای مزبور را توسط یکدیگر و متغیرهای دیگر بر وزن و از پیش تعیین شده توضیح می‌دهد. در تصریح معادلات این مدل از مدل بهرامی^۱ ایده گرفته‌ایم.

الف- بخش تقاضای کل

بخش تقاضای کل از دو معادله مصرف و سرمایه‌گذاری خصوصی و یک تساوی اساسی تولید ناخالص داخلی تشکیل می‌شود. معادله مصرف خصوصی به صورت زیر تصریح شده است:

$$\text{Log (RPC)} = C (1) + C (2) \log (RY) + C (3) \cdot \log (RY(-1)) + C (4) \text{dlog (P(-1))} + C (5) \cdot \text{Log (RPC (-1))}$$

در این معادله RPC و RY به ترتیب بیانگر مصرف خصوصی و تولید ناخالص داخلی غیر نفتی به قیمت ثابت ۱۳۶۱ و P مصرف سطح عمومی قیمت (شاخص ضمنی تولید غیر نفتی) است. ضمناً علامت log نشان دهنده لگاریتم طبیعی متغیرها و dlog تفاضل لگاریتمی متغیرها و (-1) در مقابل نام متغیرها مبین مقادیر آن متغیر در سال گذشته (وقفه یک ساله متغیر) می‌باشد. C (1) الی C (4) نیز ضرایب ثابت (پارامترهای) مدل هستند. بنابراین ملاحظه می‌شود که مصرف خصوصی به صورت تابعی از تولید غیر نفتی (به عنوان جانشین درآمد قابل تصرف)، وقفه تولید غیر نفتی، تورم سطح عمومی قیمت (تفاضل لگاریتمی سطح عمومی قیمت که بیانگر رشد قیمت می‌باشد) در سال گذشته و مصرف خصوصی با یک وقفه زمانی می‌باشد. در دو وقفه اول متغیر تابع به مدل، در قالب فرایند تعدیل جزئی^۲ صورت گرفته است. مشاهده می‌شود که معادله مزبور در شکل لگاریتمی بیان شده، هر چند که تورم دوره قبل که بیانگر انتظارات تورمی است به صورت رشد داخل شده است.

معادله سرمایه‌گذاری ناخالص خصوصی عبارت است از:

$$\text{Log (RPI)} = C (6) + C (7) \cdot \log (RY) + C (8) \cdot \log (RY(-1)) + C (9) \cdot \text{RINV (-1)} + C (10) \cdot \log (\text{RPI (-1)})$$

در این معادله که آن هم مشکل لگاریتمی دارد، RPI نشان دهنده سرمایه‌گذاری ناخالص خصوصی به قیمت ثابت ۱۳۶۱ و RINV تغییر در موجودی انبار به قیمت ثابت ۱۳۶۱ می‌باشد. در این معادله نیز از فرایند تعدیل جزئی استفاده شده و به لحاظ ظاهری، شباهت زیادی با تابع مصرف خصوصی دارد. تنها تفاوت مهم مربوط به ورود تغییر در موجودی انبار دوره گذشته به جای متغیر انتظارات تورمی در معادله مصرف است. تغییر در موجودی انبار به عنوان یکی از نماگرهای نوسانات ادواری در تعیین تصمیمات سرمایه‌گذاری

۱ جاوید بهرامی، «بحره انتقال ضربه‌های نفتی و نظام‌های ارزی گوناگون و عملکرد سیاست‌های تثبیت»، مورد ایران، رساله دکترا، دانشکده اقتصاد دانشگاه تهران، ۱۳۷۷.

2 Partial Adjustment.

۳ شکل لگاریتمی معادلات به خاطر تخفیف مسئله وابستگی ناهمسانی در مرحله تخمین است.

مؤثر می‌باشد.

در تساوی اساسی تولید ناخالص غیر نفتی، این متغیر به صورت حاصل جمع مصرف خصوصی، مصرف دولتی RGC، سرمایه گذاری ناخالص خصوصی، سرمایه گذاری ناخالص دولتی غیر نفتی RGI، خالص صادرات غیر نفتی PNX و میزان تغییر در موجودی انبار بیان می‌شود. در این تساوی تمامی متغیرها بر حسب ریال ثابت ۱۳۶۱ بیان شده‌اند:

$$RY = RPC + RGC + RPI + RGI + PNX + RINV$$

اگر متغیر تغییر در موجودی انبار (که با اشتباهات آماری جمع زده شده است) را به سمت چپ تساوی منتقل کرده و تولید غیر نفتی را به سمت راست برده و طرفین را در منهای یک ضرب کنیم، به تساوی اساسی زیر می‌رسیم که بیانگر مغایرت کوتاه مدت عرضه و تقاضای کل است:

$$RINV = RY - (RPC + RGC + RPI + RGI + PNX)$$

ب- بخش عرضه کل

بخش عرضه کل مدل از یک تابع تولید و دو تساوی انباشت سرمایه و رشد تولید تشکیل شده است. تابع تولید به صورت زیر طراحی شده است.

$$d \log (RY/L) = C (11) + C (12). d (RGI) + C (13). d \log (RKK/L) + C (14). \log \left(\frac{RY (-1)}{RKK (-1)} \right)$$

در رابطه فوق، L و RKK به ترتیب، اشتغال و ذخیره سرمایه غیر نفتی هستند. در این معادله یک رابطه بلندمدت باثبات بین ذخیره سرمایه غیر نفتی و تولید غیر نفتی در نظر گرفته شده است. تغییرات کوتاه مدت، نه تنها به صورت یک بازخورد^۱ به انحراف از رابطه بلندمدت مزبور پاسخ می‌دهد، بلکه تحت تأثیر میزان اشتغال نیروی کار و ذخیره سرمایه نیز قرار دارد. در این معادله، d در مقابل (RGI)، عملکرد تفاضل اول است. لذا d(RGI) نشان دهنده تغییر در سرمایه گذاری دولتی می‌باشد که به عنوان منعکس کننده آهنگ پیشرفت فنی به معادله وارد شده است.^۲

ناشت ذخیره سرمایه بر طبق تساوی زیر بیان می‌شود:

$$RKK = (1-\delta). RKK (-1) + RPI + RGI \cdot RKPES$$

در تساوی فوق، δ نرخ استهلاك سرمایه ثابت غیر نفتی است و RKPES حاصل جمع سرمایه گذاری دولت در نفت و گاز و هزینه تخریب و خسارات جنگی وارده بر ذخیره سرمایه به قیمت ثابت می‌باشد. چنانکه ملاحظه می‌شود، ذخیره سرمایه در هر دوره از تجمع سرمایه گذاری خصوصی و دولتی و جمع آن با ذخیره مستهلك نشده سرمایه غیر نفتی تخریب نشده در دوره قبل حاصل شده است.

آخرین تساوی این بخش، رشد تولید ناخالص غیر نفتی را به صورت تفاضل لگاریتمی تولید غیر نفتی بیان می‌کند:

$$PRY = 100. d \log (RY)$$

در این تساوی، PRY نشان دهنده رشد تولید ناخالص غیر نفتی (ثابت ۱۳۶۱) است.

ج- معادله قیمت

معادله قیمت به صورت زیر تصریح شده است:

1. Feedback.

^۲ برای کسب اطلاع از جزئیات تصریح معادله تابع تولید و نحوه ارتباط آن با تابع کاپ داگلاس از نوع بازده ثابت به مقیاس به همان منبع مراجعه فرمائید.

$$d \log (P) = C (15) + C (16) \cdot D (RINV (-1)) + C (17) \cdot d \log \left(\frac{M}{RY} \right) + C (18) \cdot \log (P (-1)) + C (19) \cdot \log \left(\frac{M (-1)}{RY (-1)} \right)$$

در این معادله که به صورت تصحیح خطا^۱ نوشته شده است، مشابه تابع تولید، یک رابطه بلندمدت باثبات بین سطح عمومی قیمت و نسبت نقدینگی M به تولید غیر نفتی $\left(\frac{M}{RY}\right)$ تعریف می‌شود. انحرافات کوتاه مدت از رابطه بلندمدت مزبور، علاوه بر همان متغیر نسبت نقدینگی به تولید غیر نفتی، تحت تأثیر تغییر در موجودی انبار دوره گذشته (به عنوان نماینده نوسانات ادواری دوره قبل) نیز قرار دارد. این معادله همانند معادلات قبلی به صورت لگاریتمی تصریح شده است.

همان‌گونه که قبلاً تذکر داده شد، تفاضل لگاریتمی متغیر قیمت، نشان دهنده تورم می‌باشد:

$$PP = 100 \cdot d \log (P)$$

۸-۳- تخمین مدل پایه

در بخش دوم دیدیم که مدل پایه از چهار معادله رفتاری و چهار تساوی تشکیل شده است. بنابراین، مدل مزبور دارای ۸ متغیر درون‌زا می‌باشد. در این مدل ۱۷ متغیر برون‌زا و از پیش تعیین شده وجود دارد. اشتغال (L)، مجموع سرمایه گذاری دولت در نفت و گاز و خسارات جنگی (RKRES)، سرمایه گذاری دولتی (RGI)، مصرف دولتی (RGC)، خالص صادرات غیر نفتی (RNX) و نقدینگی متغیرهای برون‌زای مدل را تشکیل می‌دهند. شایان ذکر است که انتخاب متغیرهای مزبور به عنوان متغیرهای برون‌زا به واسطه نوع تمرکز ما بر مسئله تحت بررسی در این مطالعه صورت گرفته است. تعیین اختیاری متغیرهای برون‌زا که در معرض برخی انتقادات واقع شده است. از مشخصه‌های متعارف در مدل‌سازی ساختاری کلان‌سنجی می‌باشد. سایر متغیرهای از پیش تعیین شده را وقفه‌های متغیرهای درون‌زا و برون‌زای مدل تشکیل می‌دهد.

در تخمین مدل پایه از آمار و اطلاعات رسمی سالانه حساب‌های ملی استفاده شده است. تولید ناخالص غیر نفتی مطابق معمول، به صورت تفاوت تولید ناخالص داخلی و ارزش افزوده بخش نفت و گاز تعریف می‌شود. اطلاعات مربوط به ذخیره سرمایه بر مبنای محاسبات بهرامی^۲ به گونه‌ای تعدیل شده است که با روش استهلاک هندسی هماهنگی داشته باشد. نرخ استهلاک هندسی سازگار با این اطلاعات در حدود ۶ درصد می‌باشد.

جدول شماره ۱-۸-۶ منعکس‌کننده نتیجه تخمین معادلات رفتاری با استفاده از روش 3SLS است:

1. Error Correction

۲. به همان منبع مراجعه فرمائید.

Estimation Method: Iterative Three-Stage Least Squares				
Sample: 1340 1376				
Included observations: 37				
Total system (balanced) observations 148				
Instruments: RY(-1) P(-1) P(-2) RPC(-1) RPI(-1) L L(-1) RKRES RKK(-1) RGI RGI(-1) RGC RINV(-1) RINV(-2) M M(-1) RNXC				
Convergence achieved after: 11 weight matrices, 12 total coef iterations				
	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
C(1)	0.198092	0.231519	0.855620	0.3938
C(2)	0.681678	0.139692	4.879846	0.0000
C(3)	-0.377561	0.159866	-2.361729	0.0197
C(4)	0.483485	0.186324	2.594866	0.0106
C(5)	0.652025	0.088388	7.376860	0.0000
C(6)	-1.124221	0.335067	-3.355211	0.0010
C(7)	1.948852	0.325314	5.990681	0.0000
C(8)	-1.515851	0.345191	-4.391339	0.0000
C(9)	-7.89E-05	3.41E-05	-2.314759	0.0222
C(10)	0.587406	0.100857	5.824141	0.0000
C(11)	-0.088715	0.034520	-1.990617	0.0486
C(12)	0.000178	2.80E-05	6.360332	0.0000
C(13)	0.581615	0.131262	4.430987	0.0000
C(14)	-0.136021	0.053636	-2.535975	0.0124
C(15)	0.389401	0.120132	3.241446	0.0015
C(16)	-2.28E-05	1.37E-05	-1.670885	0.0972
C(17)	0.312281	0.080656	3.871745	0.0002
C(18)	-0.052773	0.022391	-2.356893	0.0199
C(19)	0.078343	0.018448	4.246802	0.0000
Determinant residual covariance		2.48E-11		
Equation: LOG(RPC)=C(1)+C(2)*LOG(RY)+C(3)*LOG(RY(-1))+C(4) *DLOG(P(-1))+C(5)*LOG(RPC(-1))				
Observations: 37				
R-squared	0.994864	Mean dependent var	8.366984	
Adjusted R-squared	0.994222	S.D. dependent var	0.652698	
S.E. of regression	0.049516	Sum squared resid	0.078775	
Durbin-Watson stat	2.026445			
Equation: LOG(RPI)=C(6)+C(7)*LOG(RY)+C(8)*LOG(RY(-1))+C(9) *RINV(-1)+C(10)*LOG(RPI(-1))				
Observations: 37				
R-squared	0.989596	Mean dependent var	6.565091	
Adjusted R-squared	0.985796	S.D. dependent var	0.622811	
S.E. of regression	0.115185	Sum squared resid	0.424566	
Durbin-Watson stat	2.513390			
Equation: DLOG(RY/L)=C(11)+C(12)*D(RGI)+C(13)*DLOG(RKK/L) +C(14)*LOG(RY(-1)/RKK(-1))				
Observations: 37				
R-squared	0.619703	Mean dependent var	0.030738	
Adjusted R-squared	0.585131	S.D. dependent var	0.060561	
S.E. of regression	0.038008	Sum squared resid	0.050213	
Durbin-Watson stat	1.774988			

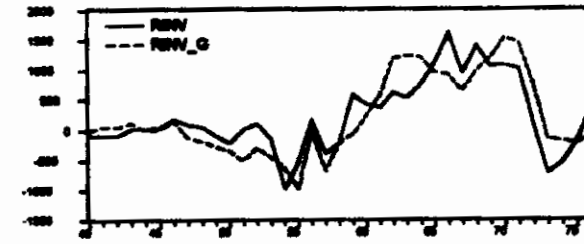
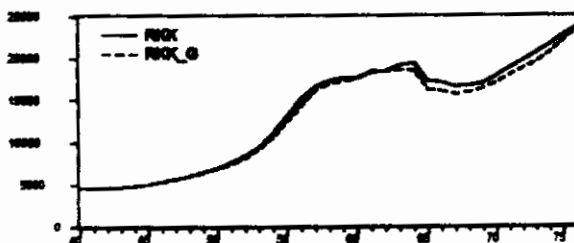
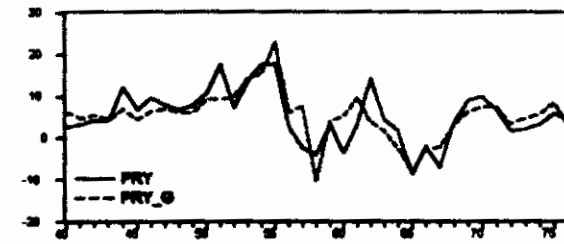
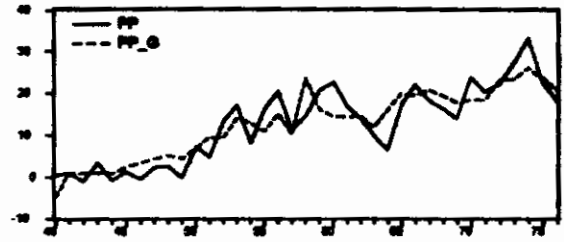
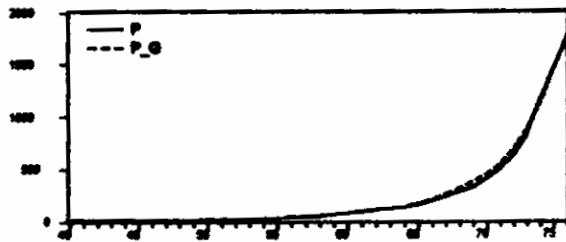
Equation: $DLOG(P)=C(15)+C(16)*D(RINV(-1))+C(17)*DLOG(M/R Y)+C(18)*LOG(P(-1))+C(19)*LOG(M(-1)/R Y(-1))$			
Observations: 37			
R-squared	0.843061	Mean dependent var	0.126629
Adjusted R-squared	0.823444	S.D. dependent var	0.092347
S.E. of regression	0.038803	Sum squared resid	0.048182
Durbin-Watson stat	1.851725		

کلیه ضرایب معادلات ساختاری مدل دارای علائم منطبق بر انتظارات نظری و به لحاظ آماری معنی دار هستند. اگر چه، مشخصه‌های تک معادله‌ای روابط (ضریب تعیین R^2 ، آماره درونی واتسون و...) کاملاً رضایت‌بخش هستند (توجه داشته باشید که چون توابع تولید و قیمت به صورت رشد بیان شده‌اند، اندازه R^2 برای آنها که به ترتیب معادله ۱، ۲ و ۳ می‌باشد، قابل قبولی است). لیکن برای ارزیابی یک سیستم معادلات همزمان، مشخصه‌های تک معادله‌ای اهمیت چندانی ندارند.

بدین لحاظ به منظور نشان دادن قدرت توضیح‌دهندگی مدل در درون نمونه، از شبیه‌سازی پویای مسیر تاریخی متغیرهای درون‌زا استفاده می‌کنیم.

نمودار شماره ۱-۸-۶، نتیجه شبیه‌سازی درون نمونه‌ای مدل را نمایش می‌دهد. در تصاویر چندگانه این نمودار، مسیر تاریخی متغیرهای عمده کلان، یعنی سطح عمومی قیمت (P)، تورم (PP)، تولید غیرنفتی (RY)، رشد تولید غیرنفتی (PRY)، ذخیره سرمایه (RKK)، مصرف خصوصی (RPC)، سرمایه‌گذاری خصوصی (RPI) و تغییر در موجودی انبار (RINV) را با مسیر شبیه‌سازی شده آنها توسط مدل مقایسه کرده‌ایم. در این تصاویر، مسیرهای تاریخی با خط پر و مسیرهای شبیه‌سازی شده با خط چین (و افزودن G- به انتهای نام متغیر مربوطه) نمایش داده شده است. با توجه به این تصاویر مشخص می‌شود که مدل به خوبی تحولات متغیرهای درون‌زا را شبیه‌سازی کرده و در اغلب موارد، نقاط بازگشتی در مسیر متغیرها را به نحو مطلوبی منعکس کرده است. هیچ‌گونه انحراف قانون‌مند با اهمیت مسیرهای شبیه‌سازی شده از مسیرهای تاریخی مشاهده نمی‌شود که تمامی این ویژگی‌ها حکایت از عملکرد مناسب مدل در توضیح نحوه حرکت متغیرهای درون‌زای موردنظر در طول زمان دارد. علی‌رغم این خصوصیات، هنوز این مدل پایه‌ای برای هدف موردنظر، مناسب نمی‌باشد. همان‌گونه که قبلاً اشاره شد، مسئله تمایز رفتار مصرفی شاغلین و بازنشستگان از موارد کاملاً تعیین‌کننده در این تجزیه و تحلیل است. علی‌رغم فقدان اطلاعات آماری مورد نیاز برای این منظور (آن هم به صورت سری زمانی) سعی کردیم تا با طرح برخی از فروض و به کارگیری روش‌های تقریبی، تابع مصرف خصوصی کل را به مصرف شاغلین و بازنشستگان تجزیه‌نمائیم. چگونگی این کار را در بخش بعدی مورد بحث قرار می‌دهیم.

نمودار ۱- مقایسه مسیرهای تاریخی (خط پر) و مسیرهای شبیه‌سازی شده توسط مدل پایه (خط چین)



۸-۴- تجزیه تابع مصرف خصوصی کل به مصرف شاغلین و بازنشستگان

همان‌گونه که قبلاً گفته شد، عمده‌ترین منشأ اثرگذاری تغییر در نرخ حق بیمه بازنشستگی بر روی مصرف‌های کلان، تفاوت بین ساختار مصرف (خانوارهای) شاغلین و بازنشستگان است. متأسفانه اطلاعات مورد نیاز برای تفکیک این دو ساختار مصرفی در اختیار نیست، لیکن در این بخش با استفاده از فروض خاص و روش‌های تقریبی، کوشش می‌کنیم مصرف خصوصی کل را به گونه‌ای بین دو گروه مزبور تفکیک کنیم. اگر چه روش مورد استفاده، روشی تقریبی بوده و درجه اطمینان بالایی ندارد، لیکن چون هدف ما ارائه نتایج کمی دقیق نیست و صرفاً قصد تعیین جهت اثرگذاری افزایش حق بیمه بر متغیرهای کلان را داریم، همین برآوردهای فرضی و تقریبی نیز قابل استفاده خواهد بود.

ابتدا فرض می‌کنیم که میل متوسط به مصرف بازنشستگان در مقایسه با شاغلین به میزان قابل توجهی بیشتر است. با توجه به سری زمانی مصرف خصوصی و تولید ناخالص غیرنفتی که آن را به عنوان جانشین درآمد قابل تصرف در نظر گرفتیم، میانگین میل متوسط به مصرف (از درآمد غیرنفتی) طی دوره ۱۳۷۶-۱۳۳۹ در حدود ۰/۶۸ می‌باشد. با توجه به این رقم فرض می‌کنیم که میل متوسط به مصرف برای بازنشستگان در حدود ۰/۸۵ می‌باشد. سپس فرض می‌کنیم که روند تحول میل متوسط به مصرف بازنشستگان با روند مربوط به میل متوسط به مصرف کل شباهت داشته باشد. بر این مبنی با تخمین معادله‌ای به صورت زیر و سپس پیش‌بینی دورن نمونه‌ای، روند میل متوسط به مصرف بازنشستگان را برآورد می‌نماییم (بدین وسیله میل متوسط به مصرف با افزایش درآمد در بلندمدت کاهش می‌یابد):

$$\left(\frac{0.85}{0.68}\right)_{APC} = \alpha_0 + \alpha_1 \cdot t^{0.5} + \rho \cdot AR(1)$$

در معادله بالا، APC میل متوسط به مصرف کل، t متغیر روند و $AR(1)$ فرایند اتورگرسیو مرتبه اول می‌باشد. α_0 ، α_1 و ρ نیز ضرایب (پارامترهای ثابت) هستند. نتیجه پیش‌بینی این مدل در دورن نمونه را به عنوان روند میل متوسط و مصرف بازنشستگان می‌پذیریم. سپس با توجه به تخمین ضریب ρ که برابر با ۰/۷۲ می‌باشد، روند فوق را با یک فرایند $AR(1)$ با جزء تصادفی نرمال که میانگین آن صفر و انحراف معیارش معادل با خطای استاندارد جزء باقیمانده معادله فوق، یعنی ۰/۰۴ باشد جمع می‌زنیم. فرایند مزبور را با کمک تولیدکننده اعداد تصادفی از توزیع نرمال به صورت (۰ و ۰/۰۴) تولید کردیم. حاصل جمع را به عنوان سری زمانی میل متوسط به مصرف بازنشستگان APC_t می‌پذیریم.

پس از برآورد این میل متوسط به مصرف فرضی برای بازنشستگان، سعی می‌کنیم تا یک سری زمانی برای مصرف آنان برآورد کنیم که در این صورت با توجه به در اختیار داشتن برآورد میل متوسط به مصرف ایشان، درآمد مربوط به آنها را نیز می‌توان از تقسیم مصرف بر میل متوسط به مصرف به دست آورد. در این مورد از متوسط هزینه خانوار بازنشستگان بر مبنای آمار بودجه خانوار سال ۱۳۷۴ استفاده کرده و آن را با توجه به تعداد بازنشستگان در کل نمونه تعمیم دادیم. از مقایسه رقم حاصله با رقم مشابه درباره کل کشور، نتیجه شد که نسبت هزینه خانوار بازنشستگان به کل کشور در حدود ۰/۱۲ بوده است.^۱ تصور می‌شود که اولاً این رقم برای سال ۱۳۷۶ نیز تغییر چندانی نکرده باشد و ثانیاً فرض می‌کنیم که در سال ۱۳۳۸ تعداد بازنشستگان به نسبت ۱۳۷۶ قابل اعماض (ولی مخالف صفر) و در نتیجه، نسبت هزینه بازنشستگان به کل کشور در حد ۰/۰۱ باشد.

۱. شایان ذکر است که معیار نسبت اطلاعات بودجه خانوار برای چنین کاربردی ایشیم باشد و این نکته نیز از جمله موارد افزایش تقریب در این محاسبات است. لیکن بدون شک حسین در وردهایی از روش‌های اختاری غیر تعیین شده ۵۰ درصد مطمئن‌تر می‌باشد.

بدین ترتیب با اعمال ضرایب فوق (۰.۱۲ در ۱۳۷۶ و ۰/۰۱ در ۱۳۳۸) بر هزینه مصرف خصوصی مصرف (خانوار) بازنشستگان در ۱۳۳۸ و ۱۳۷۶ را به قیمت ثابت ۱۳۶۱، به ترتیب در حدود ۱۵ و ۱۳۱۵ میلیارد ریال ثابت ۱۳۶۱ در نظر گرفتیم. سپس یک روند نمایی را به دو نقطه مزبور راندیم و نتیجه پیش بینی در فاصله ۱۳۷۶-۱۳۳۸ با استفاده از روند مزبور را به عنوان روند مصرف بازنشستگان پذیرفتیم. اکنون می خواهیم به تقریبی از نوسانات مصرف بازنشستگان در حول روند برسیم. در این راستا با فرض این که این نوسانات شباهت به نوسانات مشابه حول روند مصرف کل داشته باشد، یک روند نمایی را به صورت زیر به مصرف کل برآزش نمودیم. جزء خطای این معادله به صورت ترکیبی از $AR(1)$ و $AR(2)$ به دست آمد:

$$\log(RPC) = \gamma_0 + \gamma_1 t + \rho_1 AR(1) + \rho_2 AR(2)$$

در معادله فوق الذکر، γ_0 ، γ_1 ، ρ_1 و ρ_2 ضرایب ثابت مدل هستند. برآورد ρ_1 و ρ_2 به ترتیب معادل با ۱/۳۹ و ۰/۵- حاصل شد. با توجه به این نتایج، روند مصرف بازنشستگان که در بالا به آن اشاره شد را با فرایند مرکبی از $AR(1)$ با ضریب ۱/۳۹ و $AR(2)$ با ضریب ۰/۵- و متغیر تصادفی نرمال با امید ریاضی صفر و انحراف معیار ۰/۰۶ (۰.۰۶/۰۶) N جمع زدیم. شایان ذکر است که انحراف معیار متغیر نرمال مزبور برابر با خطای استاندارد جزء خطا در معادله فوق در نظر گرفته شده است. حاصل جمع مذکور را به عنوان سری زمانی مصرف (خانوار) بازنشستگان RPC_t در نظر گرفتیم (در اینجا هم از تولیدکننده اعداد تصادفی نرمال استفاده نمودیم).

با در اختیار داشتن میل متوسط به مصرف و مصرف بازنشستگان، برآوردی از درآمد آنها به شکل زیر به دست می آید:

$$RY_t = \frac{RPC_t}{APC_t}$$

حال فرض می کنیم که نرخ مالیات بر درآمد، به استثناء حق بیمه بازنشستگی صفر باشد (این فرض صرفاً برای ساده تر شدن روابط صورت گرفته و حذف آن تأثیری در این بررسی ندارد). اکنون اگر ۶۰ درصد درآمد بازنشستگان را ناشی از مالیات بازنشستگی و بقیه را ناشی از سایر منابع کسب درآمد بدانیم، خواهیم داشت:

$$RY_t = RY_t RES + 0.6 RY_t \quad ; \quad RY_t RES = 0.4 RY_t$$

بنابراین کل درآمد RY در ابتدا به دو بخش تقسیم می شود. بخش اول سایر درآمد بازنشستگان است که آن را $RY_t RES$ نامیدیم و بخش دوم کل درآمد شاغلین می باشد که آن را با $RY_t T$ نشان می دهیم. لذا داریم:

$$RY = RY_t T + RY_t RES$$

چنانچه نرخ حق بیمه بازنشستگی را با SS نشان دهیم، می توان آن را به صورت زیر محاسبه کرد:

$$0.6 RY_t = SS \cdot RY_t T$$

$$SS = \frac{0.6 RY_t}{RY_t T}$$

بدین ترتیب درآمد شاغلین پس از کسر حق بیمه بازنشستگی عبارت خواهد بود از:

$$RY_t = (1 - SS) \cdot RY_t T$$

و کل دریافتی بازنشستگان با فرض این که تمامی حق بیمه دریافتی از شاغلین به بازنشستگان اختصاص یابد برابر خواهد بود با:

$$RY_t = RY_t RES + SS \cdot RY_t T$$

از طرفی از کم کردن مصرف بازنشستگان از کل مصرف، مصرف شاغلین به دست می آید:

$$RPC_t = RPC - RPC_t$$

با در اختیار داشتن اطلاعات فوق، اکنون می‌توان دو معادله مجزا برای مصرف بازنشستگان و شاغلین را تخمین زده و سپس یک مدل کلان بر مبنای آن بنا کرد. تصریح معادلات مصرف بازنشستگان و شاغلین را به صورت زیر در نظر می‌گیریم:

$$\text{Log}(RPC_t) = C(1) + C(2) \cdot \text{log}(RY_t) + C(3) \cdot \text{log}(RY_{t-1}) + C(4) \cdot \text{dlog}(P_{t-1}) + C(5) \cdot \text{log}(RPC_{t-1})$$

$$\text{Log}(RPC_t) = C(1) + C(102) \cdot \text{log}(RY_t) + C(103) \cdot \text{log}(RY_{t-1}) + C(4) \cdot \text{log}(P_{t-1}) + C(5) \cdot \text{log}(RPC_{t-1})$$

همان‌طور که ملاحظه می‌شود معادلات فوق مشابه یکدیگر هستند و تمامی ضرایب به استثناء ضرایب مربوط به $\text{log}(RY_t)$ و $\text{log}(RY_{t-1})$ (که در آن $i = 1, 2$) مساوی با هم در نظر گرفته شده است. ضریب $\text{log}(RY_t)$ در معادله اول $C(2)$ و در معادله دوم $C(102)$ و ضریب $\text{log}(RY_{t-1})$ در معادله اول $C(3)$ و در معادله دوم $C(103)$ می‌باشد. به عبارت دیگر فرض کرده‌ایم که ساختار این دو نوع مصرف تنها از نظر نحوه اثرگذاری در آمد متفاوت باشد.

تخمین مجزای دو رابطه فوق با استفاده از روش حداقل مربعات توزینی در جدول شماره ۲-۸-۶ گزارش شده است. تنها مسائلی که در این جدول به چشم می‌خورد، آماره نسبتاً کوچک برای ضریب $C(4)$ و آماره DW نسبتاً پایین برای معادله دوم است که براساس آن آماره h دورین برابر با $h = 29$ می‌باشد. البته باید توجه داشت که اولاً، عملکرد سیستم معادلات را معمولاً بر مبنای اطلاعات مربوط به تک تک معادلات نمی‌سنجند. ثانیاً، حتی با وجود خود همبستگی، ضرایب تخمینی بدون تورش خواهد ماند و لذا پیش‌بینی نقطه‌ای متغیرها از دقت کافی برخوردار خواهد بود. لذا، چون ترجیح می‌دهیم ساختار معادلات مصرف به استثناء ضرایب یاد شده در بالا، با ساختار مصرف کل مشابه باشد، همین نتایج مندرج در جدول شماره ۲-۸-۶ را می‌پذیریم و در صدد رفع خود همبستگی یا اصلاح تصریح معادلات بر نمی‌آییم.

از ترکیب نتایج تخمین دو معادله فوق و تساوی‌های مربوطه (که در همین بخش توضیح داده شد) با سایر معادلاتی که با روش 3SLS تخمین زده بودیم و در جدول شماره ۱-۸-۶ ارائه شدند، به مدل تعدیل شده‌ای می‌رسیم که در آن معادلات مصرف (خانوارهای) شاغلین و بازنشستگان جایگزین معادله مصرف کل شده است.

جدول شماره ۳-۸-۶ حالت اولیه (پایه) مدل و حالت تعدیل شده آن را با یکدیگر مقایسه می‌کند. در این جدول حالت پایه مدل در بالای خط و مدل تعدیل شده را در زیر خط ارائه کرده‌ایم. چنان‌که مشاهده می‌شود، علاوه بر جایگزینی توابع مصرف شاغلین و بازنشستگان به جای تابع مصرف کل، چهار تساوی مربوط به تعیین درآمد شاغلین و بازنشستگان و تبیین مصرف کلی به صورت حاصل جمع مصرف این دو گروه به انتهای مدل اولیه (پایه) افزوده شده است.

جدول ۲-۸-۶- خروجی کامپیوتری مربوط به تخمین مجزای معادلات مصرف شاغلین و بازنشستگان

Estimation Method: Iterative Weighted Least Squares				
Sample: 1340 1376				
Included observations: 37				
Total system (balanced) observations 74				
Convergence achieved after: 3 weight matrices, 4 total coef iterations				
	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
C(1)	-0.074768	0.046143	-1.620363	0.1099
C(2)	0.731354	0.125486	5.828164	0.0000
C(3)	-0.472005	0.146400	-3.224077	0.0020
C(4)	0.121200	0.098068	1.235875	0.2208
C(5)	0.736261	0.065639	11.21680	0.0000
C(102)	0.724348	0.099214	7.300835	0.0000
C(103)	-0.454146	0.107442	-4.226892	0.0001
Determinant residual covariance		5.62E-06		
Equation: LOG(RPC1)=C(1)+C(2)*LOG(RY1)+C(3)*LOG(RY1(-1))+C(4)*DLOG(P(-1))+C(5)*LOG(RPC1(-1))				
Observations: 37				
R-squared	0.993736	Mean dependent var	8.318173	
Adjusted R-squared	0.992953	S.D. dependent var	0.620988	
S.E. of regression	0.052128	Sum squared resid	0.086954	
Durbin-Watson stat	2.219150			
Equation: LOG(RPC2)=C(1)+C(102)*LOG(RY2)+C(103)*LOG(RY2(-1))+C(4)*DLOG(P(-1))+C(5)*LOG(RPC2(-1))				
Observations: 37				
R-squared	0.998886	Mean dependent var	4.989597	
Adjusted R-squared	0.998521	S.D. dependent var	1.372827	
S.E. of regression	0.052788	Sum squared resid	0.089170	
Durbin-Watson stat	1.117896			

جدول ۳-۸-۶- مقایسه مدل پایه (بالای خط) و مدل تعدیل شده (معدل زیر خط)

$$\text{LOG}(\text{RPC}) = 0.1980822345 + 0.8816776433 * \text{LOG}(\text{RY}) - 0.3775612787 * \text{LOG}(\text{RY}(-1)) + 0.4834853491 * \text{DLOG}(\text{P}(-1)) + 0.6520250624 * \text{LOG}(\text{RPC}(-1))$$

$$\text{LOG}(\text{RPI}) = -1.124221037 + 1.948851983 * \text{LOG}(\text{RY}) - 1.515850879 * \text{LOG}(\text{RY}(-1)) - 7.889565838 * 10^{-5} * \text{RINV}(-1) + 0.5874064769 * \text{LOG}(\text{RPI}(-1))$$

$$\text{DLOG}(\text{RY/L}) = -0.08871821018 + 0.0001781894167 * \text{D}(\text{RG}) + 0.581618401 * \text{DLOG}(\text{R/K/L}) - 0.1380205661 * \text{LOG}(\text{RY}(-1)/\text{R/K}(-1))$$

$$\text{DLOG}(\text{P}) = 0.3884005245 - 2.282892295 * 10^{-5} * \text{D}(\text{RINV}(-1)) + 0.312280834 * \text{DLOG}(\text{M/R}) - 0.05277332122 * \text{LOG}(\text{P}(-1)) + 0.0783432813 * \text{LOG}(\text{M}(-1)/\text{RY}(-1))$$

$$r_{1t} = 0.84 * r_{1t}(-1) + r_{1t} - r_{1t}(-1)$$

$$r_{1t} = r_{1t} - (r_{1t} - r_{1t}(-1) + r_{1t} - r_{1t}(-1) + r_{1t} - r_{1t}(-1) + r_{1t} - r_{1t}(-1) + r_{1t} - r_{1t}(-1))$$

$$pp = 100 * \text{dlog}(p)$$

$$pry = 100 * \text{dlog}(ry)$$

$$\text{LOG}(\text{RPC1}) = -0.07476786584 + 0.7313537613 * \text{LOG}(\text{RY1}) - 0.4720047083 * \text{LOG}(\text{RY1}(-1)) + 0.1211998818 * \text{DLOG}(\text{P}(-1)) + 0.7362609363 * \text{LOG}(\text{RPC1}(-1))$$

$$\text{LOG}(\text{RPC2}) = -0.07476786584 + 0.7243476313 * \text{LOG}(\text{RY2}) - 0.4541484376 * \text{LOG}(\text{RY2}(-1)) + 0.1211998818 * \text{DLOG}(\text{P}(-1)) + 0.7362609363 * \text{LOG}(\text{RPC2}(-1))$$

$$\text{LOG}(\text{RPI}) = -1.124221037 + 1.948851983 * \text{LOG}(\text{RY}) - 1.515850879 * \text{LOG}(\text{RY}(-1)) - 7.889565838 * 10^{-5} * \text{RINV}(-1) + 0.5874064769 * \text{LOG}(\text{RPI}(-1))$$

$$\text{DLOG}(\text{RY/L}) = -0.08871821018 + 0.0001781894167 * \text{D}(\text{RG}) + 0.581618401 * \text{DLOG}(\text{R/K/L}) - 0.1380205661 * \text{LOG}(\text{RY}(-1)/\text{R/K}(-1))$$

$$\text{DLOG}(\text{P}) = 0.3884005245 - 2.282892295 * 10^{-5} * \text{D}(\text{RINV}(-1)) + 0.312280834 * \text{DLOG}(\text{M/R}) - 0.05277332122 * \text{LOG}(\text{P}(-1)) + 0.0783432813 * \text{LOG}(\text{M}(-1)/\text{RY}(-1))$$

$$r_{1t} = 0.84 * r_{1t}(-1) + r_{1t} - r_{1t}(-1)$$

$$r_{1t} = r_{1t} - (r_{1t} - r_{1t}(-1) + r_{1t} - r_{1t}(-1) + r_{1t} - r_{1t}(-1) + r_{1t} - r_{1t}(-1) + r_{1t} - r_{1t}(-1))$$

$$pp = 100 * \text{dlog}(p)$$

$$pry = 100 * \text{dlog}(ry)$$

$$ry1t = ry - ry2t$$

$$ry1t = (1 - \alpha) * ry1t$$

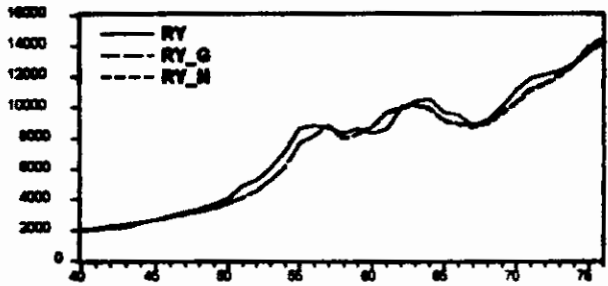
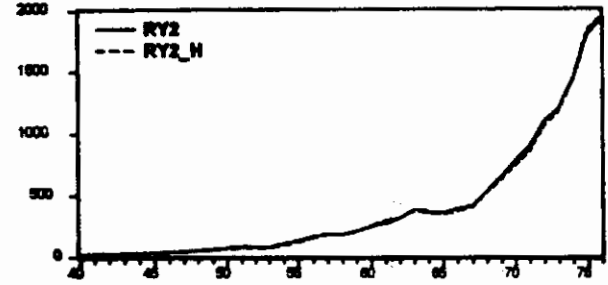
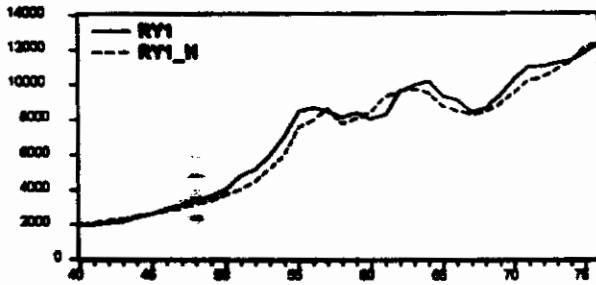
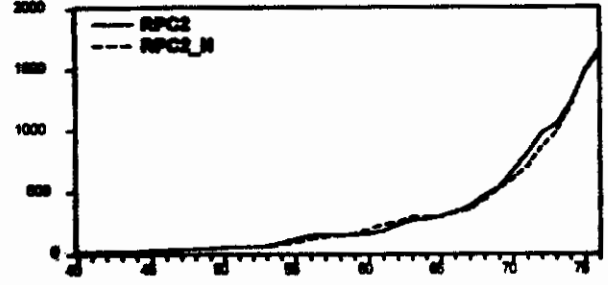
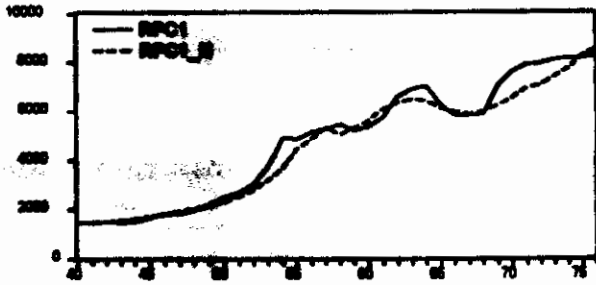
$$ry2t = ry2t + \alpha * ry1t$$

$$rpc = rpc1 + rpc2$$

عملکرد شبیه‌سازی درون نمونه‌ای مدل تعدیل شده، کاملاً شبیه به مدل اولیه پایه می‌باشد. در چهار تصویر اول (تصاویر ردیف اول و دوم از بالا) از نمودار شماره ۲-۸-۶. عملکرد شبیه‌سازی مدل تعدیل شده در مورد مصرف شاغلین و بازنشستگان و همچنین درآمد شاغلین و بازنشستگان مشاهده می‌شود که کاملاً رضایت‌بخش می‌باشد. در این تصاویر، مسیر تاریخی با خط پر و مسیر شبیه‌سازی شده با خط چین (و اضافه کردن H - به انتهای نام متغیر مربوطه) مشخص شده‌اند.

در دو تصویر انتهایی نمودار شماره ۲-۸-۶ مسیر تاریخی مصرف کل و درآمد کل را با نتایج شبیه‌سازی حاصل از مدل اولیه (پایه) و حاصل جمع مسیرهای شبیه‌سازی شده مربوط به مصرف شاغلین و بازنشستگان و مجموع درآمد همین دو گروه از مدل تعدیل شده مقایسه کرده‌ایم. در این تصاویر، مسیرهای تاریخی با خط پر، مسیرهای شبیه‌سازی شده حاصل از مدل پایه با خط چین ریز (و اضافه کردن H - به انتهای نام متغیرها) و مسیرهای شبیه‌سازی شده حاصل از مدل تعدیل شده با خط چین درشت (و اضافه کردن G - به انتهای نام متغیرها) مشخص شده‌اند. شباهت بسیار زیاد عملکرد شبیه‌سازی مدل پایه و مدل تعدیل شده در این دو تصویر کاملاً آشکار می‌باشد. شایان ذکر است که در مورد سایر متغیرها، این شباهت در حدی است که امکان تمییز دو مسیر مزبور وجود ندارد و لذا تصاویر مربوط به آنها ارائه نشده است.

نمودار ۲-۸-۶- مقایسه عملکرد شبیه‌سازی درون نمونه‌ای مدل اولیه (پایه) با مدل تعدیل شده



بر طبق نتایج حاصل از شبیه‌سازی مدل تعدیل شده، میانگین میل متوسط به مصرف کل در حدود ۰.۷ و میانگین میل متوسط به مصرف شاغلین و بازنشستگان به ترتیب در حدود ۰/۶۹ و ۰.۸۵ می‌باشد. بدین ترتیب، ضمن این‌که رفتار مصرفی دو گروه شاغلین و بازنشستگان نسبت به درآمد کاملاً متفاوت است، رفتار مصرف کل در مدل تعدیل شده منطبق بر رفتار مصرف کل در مدل اولیه (پایه) و مشابه رفتار تاریخی مصرف کل می‌باشد. اکنون با استفاده از مدل تعدیل شده می‌توانیم به تجزیه و تحلیل تأثیر افزایش در نرخ حق بیمه بازنشستگی بر متغیرهای کلان موردنظر در مدل بپردازیم.

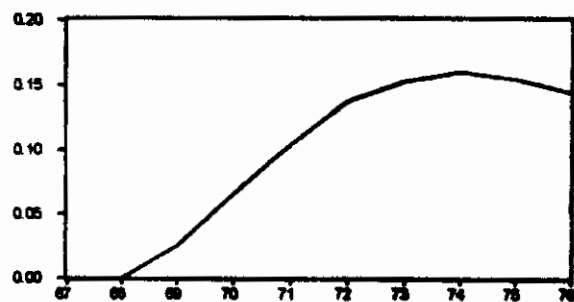
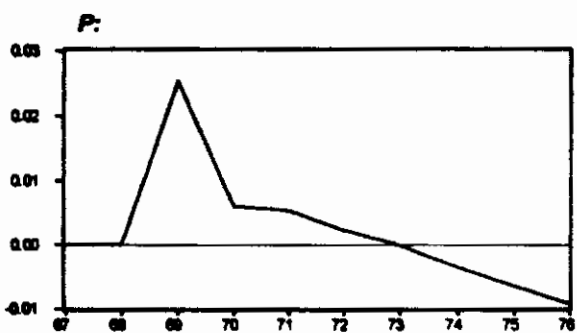
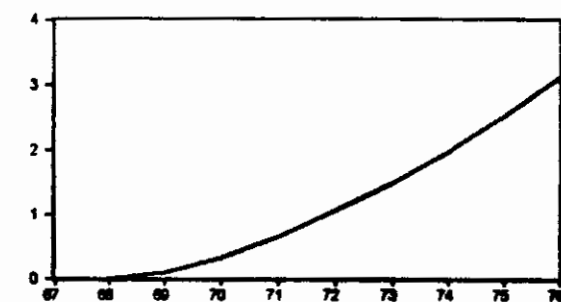
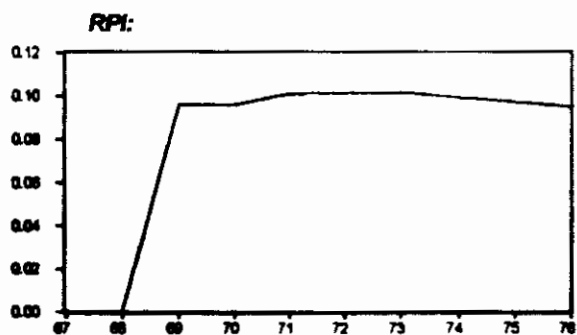
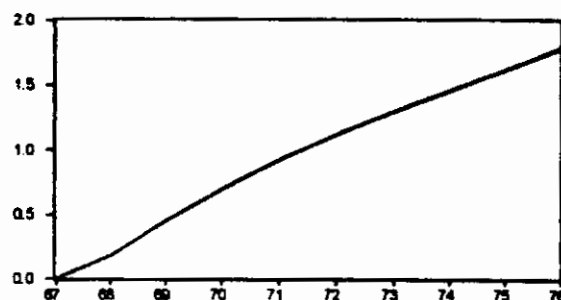
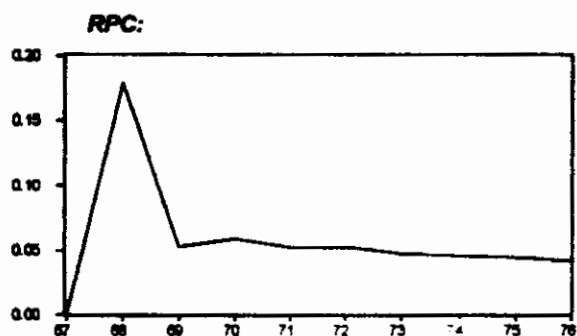
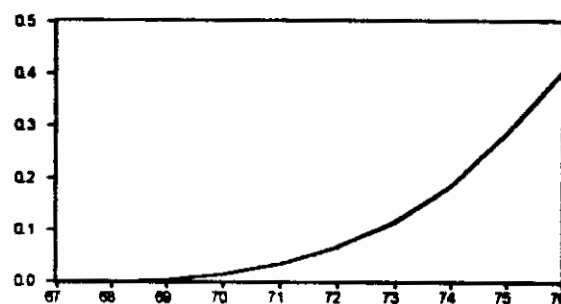
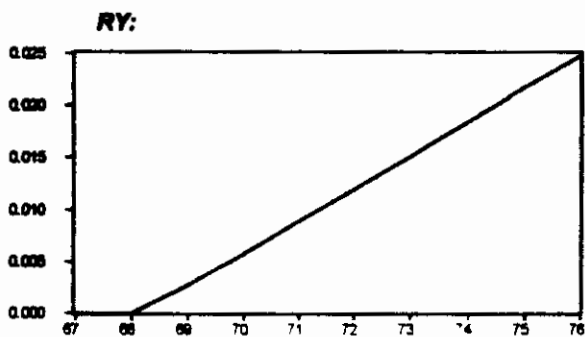
۸-۵- اثر افزایش در حق بیمه بازنشستگی بر متغیرهای کلان

در این بخش با استفاده از شبیه‌سازی در قالب مدل تعدیل شده، تأثیر افزایش موقت و دائمی در نرخ حق بیمه بازنشستگی را مورد بررسی قرار می‌دهیم. در این راستا فرض می‌کنیم که دولت همواره مخارج مصرفی و سرمایه‌گذاری خود را به نسبت تغییرات سطح عمومی قیمت تعدیل می‌کند. بنابراین مخارج مصرفی و سرمایه‌گذاری دولت به قیمت ثابت را در طول دوره شبیه‌سازی برونزا و منطبق بر مسیر تاریخی در نظر می‌گیریم. ضمناً، شایان ذکر است که با توجه به تصریح تابع تولید، نرخ پیشرفت فنی تابعی از سرمایه‌گذاری دولتی در نظر گرفته شده است. اگر چه همان‌گونه که در مدل بهرامی^۱ مشخص شده است، به سبب وابستگی تولید به نهاده‌های وارداتی، پیشرفت فنی در واقع تحت تأثیر درآمدهای ارزی نیز قرار می‌گیرد، لیکن چنانچه فرض کنیم همانند آنچه تا به حال اتفاق افتاده است، سرمایه‌گذاری دولتی همراه با تغییرات درآمدهای نفتی دولت تحول یابد، سرمایه‌گذاری دولتی منعکس‌کننده اثر مربوط به امکانات ارزی نیز خواهد بود.

حال با به یاد داشتن محدودیت‌های ناشی از دو فرض فوق‌الذکر، بررسی‌های خود را ادامه می‌دهیم. ابتدا از سال ۱۳۶۸ الی ۱۳۷۶، نرخ حق بیمه بازنشستگی (SS) را برابر با ۶ درصد در نظر گرفته و مدل را در فاصله ۱۳۶۸-۱۳۷۶ حل می‌کنیم. بدین وسیله یک مسیر مشخص برای هر یک از متغیرهای درونزای مدل^۱ که در حالت تعدیل شده برابر با تعداد معادلات و تساوی‌ها، یعنی ۱۳ عدد می‌باشد) به دست می‌آید که آن را مسیر مبنا (Base run) می‌نامیم. در مرحله دوم فرض می‌کنیم که نرخ حق بیمه در سال ۱۳۶۸ به ۱۰ درصد افزایش یافته و پس از آن مجدداً برابر با ۶ درصد باشد. مجدداً مدل را حل کرده و مسیرهای شبیه‌سازی شده جدیدی برای متغیرهای درونزایه دست می‌آوریم. در مرحله سوم نرخ حق بیمه را برای کل دوره ۱۳۶۸-۱۳۷۶ برابر با ۱۰ درصد در نظر گرفته و از حل مدل مسیرهای شبیه‌سازی شده دیگری برای هر یک از متغیرهای درونزا حاصل می‌شود. از مقایسه مسیرهای شبیه‌سازی شده در مرحله دوم و مرحله سوم با مسیر مبنا (Base run)، اثر افزایش موقت (در طول یک سال) و دائمی در حق بیمه بر مسیر متغیرهای کلان مشخص خواهد شد. نمودار شماره ۳-۸-۶، نتایج حاصله را به تصویر می‌کشد. این نمودار ۸ گانه از ۲ ستون مجزا که در هر یک ۴ تصویر قرار دارد تشکیل شده است. در ستون سمت چپ، درصد انحراف چهار متغیر مهم کلان، یعنی تولید غیر نفتی (RY)، مصرف خصوصی (RPC)، سرمایه‌گذاری خصوصی (RPI) و سطح عمومی قیمت (P) نسبت به مسیر مبنا در حالت افزایش موقتی نرخ حق بیمه ترسیم شده است. به طور مشابه، در ستون سمت راست درصد انحراف همان متغیرها را از مسیر مبنا آنها، تحت افزایش دائمی حق بیمه ملاحظه می‌کنیم.

همان‌گونه که انتظار می‌رود، با افزایش نرخ حق بیمه دریافتی از شاغلین و در نتیجه، افزایش درآمد بازنشستگان، مصرف گروه اول کاهش و مصرف گروه دوم افزایش می‌یابد ولی چون به واسطه میل متوسط به مصرف بالاتر در گروه دوم، افزایش مصرف این گروه شدیدتر از کاهش مصرف گروه اول است، در نتیجه کل مصرف خصوصی افزایش می‌یابد. در مورد افزایش موقتی حق بیمه، پس از گذشت یک سال، از شدت افزایش در مصرف کل کاسته می‌شود. در هر صورت این افزایش در تقاضا، به دنبال خود افزایش سرمایه‌گذاری و افزایش در قیمت را به همراه دارد و نتیجه آن افزایش تولید غیر نفتی است که حتی در مورد فزونی موقتی حق بیمه، یک آهنگ فزاینده خواهد داشت. بالعکس، مصرف خصوصی و قیمت بعد از رسیدن به نقطه اوج سریعاً کاهش می‌یابند. سرمایه‌گذاری خصوصی پس از یک افزایش قابل توجه، به کندی شروع به کاهش می‌کند.

نمودار ۳-۸-۶- تأثیر افزایش ۴ درصدی به صورت موقتی و دائمی در نرخ حق بیمه بازنشستگی بر متغیرهای کلان
(بر حسب درصد انحراف از مسیر مبنا)



در تصاویر سمت چپ، تأثیر افزایش دائمی حق بیمه بر متغیرهای مورد بحث ترسیم شده است. همان‌گونه که مشاهده می‌شود، آهنگ افزایش در سرمایه‌گذاری خصوصی و تولید غیرنفتی فزاینده است. این در حالی است که آهنگ افزایش در مصرف خصوصی در قیمت کاهنده می‌باشد. در واقع، فزاینده بودن میزان انحراف تولید غیرنفتی از وضعیت مبنای آن حاصل فشار توأم عرضه و تقاضا در جهت افزایش تولید است. چنانچه به ارقام مربوط به محور عمودی نمودارها توجه شود، ملاحظه می‌کنیم که انحرافات در قیمت و حتی تولید در مقایسه با مسیر مبنا، چندان بزرگ نیستند و در مقایسه با آنها، انحراف سرمایه‌گذاری و مصرف از مسیر مبنا، بالاخص در مورد تغییر دائمی نرخ حق بیمه نسبتاً بزرگ می‌باشد. مثلاً در حالی که در سال ۱۳۷۶، افزایش در تولید غیرنفتی صرفاً در حدود ۰/۴ درصد و افزایش در قیمت تنها در حدود ۰/۱۴ درصد نسبت به مسیر مبنا است. مصرف در حدود ۱/۷۵ درصد و سرمایه‌گذاری خصوصی تقریباً ۳ درصد نسبت به مسیر مبنا فزونی می‌یابد. البته باید یادآور شویم که به سبب استفاده از روش‌های تقریبی و فروض کمکی، نمی‌توان بر ارقام به دست آمده تأکید کرد، لیکن نتایج حاصل درباره جهت انحراف متغیرها از وضعیت مبنا از قابلیت اتکاء بیشتری برخوردار است.

۶- نتیجه‌گیری

بر طبق بررسی‌های انجام شده در قالب این تحقیق، چنانچه دولت مخارج مصرفی و سرمایه‌گذاری خود را متناسب با تغییرات قیمت تعدیل کند و نحوه سرمایه‌گذاری دولتی موجبات پیشرفت فنی رانیز فراهم آورد، افزایش حق بیمه بازنشستگی با انتقال قدرت خرید از افراد شاغل به بازنشستگان و ختوارهای ایشان، به افزایش تقاضا منجر خواهد شد. این تحریک تقاضا، هر چند به افزایش در قیمت نسبت به وضعیت اولیه می‌انجامد، لیکن سبب ترقی سرمایه‌گذاری و تولید غیرنفتی نیز خواهد شد. ترقی مزبور به گونه‌ای است که بالاخره از شدت فزونی قیمت بر وضعیت اولیه آن خواهد کاست. با کاهش تدریجی میزان افزایش قیمت و مصرف نسبت به مسیر اولیه احتمال دارد که انحراف فزاینده تولید غیرنفتی و سرمایه‌گذاری از وضعیت اولیه‌اشان نیز آهنگ کندتری بیابد.

فصل نهم

به منظور ارائه یک سیستم تأمین اجتماعی مناسب و کارآمد که کلیه شرایط و موقعیت اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی ایران را مد نظر داشته باشد، قطعاً استفاده از تجربیات دیگر کشورها، به‌خصوص کشورهای آسیایی که از نقطه نظر فرهنگی شرایطی نزدیک به ایران دارند هرچند که از نظر ساختارهای اقتصادی و اجتماعی متفاوت هستند، می‌تواند مفید و مؤثر باشد. در کتاب دوم، سیستم‌های تأمین اجتماعی پاره‌ای از کشورها و چگونگی مشکل‌گیری آن مورد بررسی قرار گرفت. در این جا به‌طور خاص سیستم تأمین اجتماعی سه کشور چین، ژاپن و کره جنوبی بررسی شده و مورد بازمینی قرار می‌گیرند.

بررسی سیستم تأمین اجتماعی در چین از این بابت می‌تواند مفید باشد که چین با توجه به درصد بالای جمعیت فقیر روستایی و گسترده‌گی جغرافیایی کشور و جمعیت قابل توجه آن احتیاج به سیستم تأمین

اجتماعی جمع و کدم داشته است که برای رسیدن به آن تغییرات و رفرم‌هایی را در ساختار سیستم تأمین اجتماعی خود به کار گرفته است. در قسمت اول این فصل سیستم تأمین اجتماعی در چین با تأکید بر طرح‌های بازشتگی، بیمه بیکاری، بیمه بهداشت و درمان بررسی می‌شود.

زاین دومین کشوری است که سیستم تأمین اجتماعی آن مورد تجزیه و تحلیل قرار می‌گیرد. سیستم تأمین اجتماعی شامل سه بخش، برنامه‌های رفاهی از طریق شهرداری‌ها، برنامه‌های رفاهی از سوی کارفرمایان و مزایای بیمه‌ای مختلف است که به تفکیک بررسی می‌شوند.

در پایان نیز سیستم تأمین اجتماعی در کره جنوبی براساس دو تفکیک سیستم مستمری ملی و سیستم بیمه درمان برون شده و نتایج حاصل از آن ارائه می‌گردد.

۹-۱- سیستم تأمین اجتماعی در چین

تا قبل از تغییرات ساختاری، چین دارای یک سیستم تأمین اجتماعی جامع مشابه آنچه در کشورهای صنعتی در بخش شهری بود که هرچند در تأمین حمایت مؤثر و صحیح از آن بخش از جامعه که زیر پوشش قرار می‌گرفتند موفق بود، به دلیل عدم سازگاری با شرایط جدید نمی‌توانست نقش مؤثر خود در ارائه خدمات و حمایت‌های مؤثر در این زمینه را ارائه دهد. از این رو دولت، با آغاز رفرم اقتصاد برای اجرای یک طرح جامع تأمین اجتماعی که بتواند جوابگوی تغییرات جدید اقتصادی در چین باشد، چهار هدف سیاستی، رفرم تأمین اجتماعی را به شرح زیر اعلام نمود.

۱- رفرم تأمین اجتماعی باید در حمایت از برنامه رفرم اقتصادی در کل باشد به گونه‌ای که رفرم شرکت‌های دولتی را که هدف اصلی رفرم اقتصادی است تسهیل و تقویت نماید. لذا از آنجا که هدف از رفرم در شرکت‌های دولتی ایجاد امکان توان رقابتی در این شرکت‌ها در بازار رقابت است می‌باید با اعطای حق مدیریت مستقل شامل بازسازی و تعدیل نیروی کار در چارچوب قانون، ایفای تعهدات مربوط به مزایای تأمین اجتماعی کارکنان و تعدیل بر مانی ناشی از آن از طریق تقسیم برابر هزینه‌های بیمه اجتماعی در میان کارکنان و کارگرانی که تحت پوشش آن قرار می‌گیرند.

۲- پوشش تأمین اجتماعی کافی با هدف تأمین اجتماعی یا تمامی مزایا برای عموم، چرا که نیروی کار در بخش‌های غیردولتی در طول دو دهه گذشته سریعاً رشد کرده به طوری که در حال حاضر بیش از نیمی از نیروی کار در این بخش فعالیت دارند، بنابراین پوشش بیمه‌ای، علاوه بر بخش‌های دولتی به سایر بخش‌ها نیز تعمیم داده شود. علاوه بر این در حدود ۱۰۰ میلیون کارگر با خانواده‌اش در حال مهاجرت از روستاها به مناطق شهری هستند که آنها نیز در نهایت به دنبال کار خواهند بود، در رأس همه، حدود ۷۰ درصد جمعیت چین یعنی حدود ۱/۲ میلیارد نفر در مناطق روستایی زندگی می‌کنند که آنها نیز نیازمند حمایت‌های اجتماعی هستند. در نهایت این که، توسعه پوشش بیمه‌ای از هدف‌های غائی رفرم تأمین اجتماعی در چین است، در حقیقت باور عمومی این است که، در کنار مسئله سالیان‌وردگی، کارگران و کارکنان با مسائل نامشخص و اجتناب‌ناپذیر ناشی از اقتصاد بازار مثل بیکاری رو به رو شوند که نیاز به تغییر ساختار سیستم تأمین اجتماعی را ضروری می‌سازد.

۳- ایجاد شرایط لازم برای نقل و انتقال آزاد نیروی کار بین بنگاه‌ها، بخش‌های اشتغال زا و مناطق مختلف جغرافیایی بدون اثرات سوء با برقراری سیستم تأمین اجتماعی منطقه‌ای یا برپایه اشتغال در فاز اول و در

نهایت سیستم فراگیر ملی.

۴- کمک به ثبات، پایداری و توسعه منطقی اقتصاد ملی که خود موجب توسعه سیستم سیاسی جاری و تأمین شرایط ایجاد و تداوم سیستم تأمین اجتماعی ملی است، به وسیله تزریق بخشی ذخایر از ذخایر تأمین اجتماعی به اقتصادهای منطقه‌ای در جهت سرعت بخشیدن به توسعه آنها. همچنین دولت نیز می‌تواند از سرمایه‌گذاری و جوه احتیاطی تأمین اجتماعی برای هدایت اقتصاد بازار به یک اقتصاد پویا و دارای ساختار منطقی استفاده کند.

با این اهداف، برنامه رفرم در سیستم تأمین اجتماعی در چین در سه فاز آغاز گردید:

فاز مطالعاتی و تهیه طرح طی دوره ۱۹۷۸-۱۹۸۳ شامل مطالعه، بحث و تبادل نظر در سمینارهای داخلی و خارجی. تورهای مطالعاتی خارج از کشور و تشکیل تیم‌های سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی و در نهایت آشناسازی سیاست‌گذاران با اصول بیمه‌های اجتماعی.

فاز مقدماتی طی دوره ۱۹۸۴-۱۹۹۳ شامل برقراری سیستم مستمری بازنشستگی به وسیله ایجاد دو برنامه جداگانه سرمایه‌گذاری عمومی (مشترک)^۱ برای شرکت‌های دولتی و بنگاه‌های سهامی عام در سطح استانی و گسترش سطوح سرمایه‌گذاری عمومی. همچنین در این مرحله، تلاش‌هایی نیز در زمینه‌های دیگر تأمین اجتماعی وی در مقیاس و حوزه‌های کوچک‌تر به عمل آمد که در میان آنها مهم‌ترین آن برقراری طرح بیمه بیکاری بود.

فاز پیشرفت جامع از ۱۹۹۴ که در این دوره نه تنها رفرم در بخش مستمری تداوم یافت، بلکه در زمینه‌های دیگر به‌ویژه در بیمه بهداشت و درمان نیز توسعه یافت. همچنین یکی دیگر از موفقیت‌های مهم این دوره دستیابی به تصمیمات رسمی در مورد مدل برقراری مستمری بازنشستگی و یکسان‌سازی طرح‌های برقراری مستمری بازنشستگی بود.

طرح حقوق بازنشستگی

طرح مستمری بازنشستگی دوران پیروی اولین تلاش رفرم تأمین اجتماعی در چین است. برنامه‌های سرمایه‌گذاری مشترک بیمه‌ای در ابتدا در سال ۱۹۸۴ در مناطقی در سطح استانی با هدف توزیع هزینه‌های مالی پرداخت حقوق بازنشستگی میان شرکت‌های دولتی و شرکت‌های سهامی عام شهری در مقیاس متوسط و بزرگ اجرا گردید که این طرح مورد استقبال بنگاه‌های قدیمی نیز که نسبت بازنشستگان به کارگران در آن بالاتر بود قرار گرفت. همچنین این طرح موجب خشنودی کارگرانی شد که در بنگاه‌های دولتی در آستانه بازنشستگی قرار داشتند چراکه با این طرح از مزایای بیشتری برخوردار می‌شدند.

در کنار این اقدام دو طرح قانونی دیگر در سال‌های ۱۹۹۱ و ۱۹۹۵ که در آن اهداف اولیه طرح حقوق بازنشستگی به صورت زیر تنظیم شد به تصویب شورای دولتی رسید.

- پوشش عمومی به وسیله قانون اولیه حقوق بازنشستگی به گونه‌ای که کل جمعیت اقتصادی در مناطق شهری را در برگیرد.

- توزیع هزینه‌های مالی میان دولت، کارفرمایان و کارگران.

- به کارگیری سیستم ترکیب حقوق بازنشستگی شامل یک بخش اجباری حقوق بازنشستگی پایه که بتواند

۱ Pooling Programmes

نیازهای اساسی معیشتی بازنشستگان را تأمین کند. یک بخش اضافی با به کارگیری طرح تکمیلی بازنشستگی با تأمین مالی کارفرما و یک بخش اضافی از طریق پس انداز اضافی نیروی کار که البته دو بخش اخیر به صورت اختیاری خواهد بود.

- طرح اجباری بازنشستگی پایه به همراه بیمه اجتماعی از محل حساب تنخواه انفرادی. در کل در پایان سال ۱۹۹۶ سیستم صندوق مشترک بازنشستگی حدود ۸۷/۴ میلیون کارگر و بازنشسته را در بخش شهری تحت پوشش قرار داده است. همچنین در طول دو دهه گذشته با به کارگیری یک مکانیسم شاخص میزان حقوق بازنشستگی نیز همگام با افزایش قیمت با دستمزد به شکل پرداخت‌های اضافی یا پاداش افزایش یافته. هدف این مکانیسم تعدیل این است که سطح زندگی عادی و سهم بازنشستگان از موفقیت‌های اجتماعی - اقتصادی حفظ شود.

مدل‌های پرداخت بازنشستگی

از سال ۱۹۷۸ در فرمول پرداخت حقوق بازنشستگی طی چند مرحله تغییراتی داده شده است. - در سال ۱۹۷۸، حقوق بازنشستگی تابع دوران اشتغال بود و براساس آخرین حقوق (دستمزد) بیمه گذار قبل از بازنشستگی تعیین می‌گردید. در این روش که براساس سیستم PAYG تأمین مالی می‌شد ضرورتی بر مشارکت نیروی کار در تأمین مالی صندوق بازنشستگی وجود نداشت.

- براساس مصوبه شورای دولتی در سال ۱۹۸۶، قانون جدیدی در ارتباط با کارگران قرار دادی به اجرا درآمد. طبق این روش میزان کل مشارکت به صورت ثابت ۱۸ درصد لیست حقوق و دستمزد در نظر گرفته شد که از این میزان ۳ درصد توسط بیمه شده تأدیه می‌گردید و بنابراین صندوق (حساب) ذخیره کارگران قرار دادی به وجود آمد. لذا در زمان بازنشستگی، میزان حقوق بستگی به سال‌های مشارکت و مقدار پرداخت نسبت به کل مشارکت‌ها، قبل از پایان اشتغال دارد.

در سال ۱۹۹۱ مدلی به تصویب رسید که براساس آن یک سیستم بازنشستگی مشارکتی که در آن هزینه‌ها میان دولت، کارفرماها و کارگران تقسیم می‌شود و طبق آن حقوق بازنشستگی با افزایش قیمت‌ها و دستمزد تعدیل می‌یابد. از طرف سیستمی به گونه‌ای است که به تدریج نرخ‌های اعمالی برای کارکنان دائمی و موقت را یکسان نموده و در یک صندوق بازنشستگی ادغام می‌کند.

پس از این در سال ۱۹۹۳ وزارت کار روشی را مبنی بر نحوه محاسبه پرداخت‌های بازنشستگی ارائه نمود که در این بازنشستگی شامل دو بخش می‌گردید، یکی بازنشستگی اجتماعی با نرخ یکسان و دیگری بازنشستگی مرتبط با درآمد.

متعاقب این تصمیم در سال ۱۹۹۵ فرمولی ارائه شد که در آن دو انتخاب برای دولت‌های محلی در اجرای طرح‌های شان در نظر گرفته شد. براساس انتخاب اول، یک حساب تنخواه انفرادی برای هر بیمه گذار به نرخ ۱۶ درصد درآمد در نظر گرفته می‌شود که ۳ درصد آن توسط بیمه گذار پرداخت می‌گردد و به این درصد هر دو سال یک درصد اضافه می‌شود تا زمانی که درصد سهم کلی به ۸ درصد برسد و مابقی به صورت نزولی توسط کارفرما پرداخت می‌گردد تا در نهایت سهم کارفرما نیز به ۱۸ درصد از کل برسد. با این روش بیمه گذار می‌تواند در بازنشستگی ماهانه معادل $\frac{A}{(120)}$ ، طبق این روش اگر فرد بیمه گذار به سن بازنشستگی

۱ در این فرمول A مع کل ذخیره بازنشستگی بیمه گذار در زمان بازنشستگی و فاکتور ۱۲۰، معادل ۱۰ سال امید به زندگی پس از بازنشستگی در نظر گرفته شده است.

رسید و حداقل ۱۵ سال حق بیمه پرداخت نمود، مقدار ذخیره حساب پس انداز بازنشستگی یا به عبارتی مبلغی که توسط خود او پرداخت شده، در صورت فوت بیمه گذار قبل از اتمام این ذخیره قابل تقسیم میان ورثه او است. از طرف دیگر، براساس این انتخاب، صندوق مشارکتی نیز برای پرداخت به بازنشستگان فعلی، کارگران قدیمی که به سن بازنشستگی رسیده‌اند و نمی‌توانند ذخیره مناسب را جمع‌آوری کنند در نظر گرفته شده و برای آنان که طول دوران بازنشستگی آنان بیش از ده سال یعنی بیش از پس انداز آنان طول کشیده نیز یک طرح انتقال در نظر گرفته شده است.

براساس انتخاب دوم، یک مزایای اعطایی شامل سه جزء طراحی شد که شامل یک حداقل بازنشستگی با نرخ یکسان بین ۲۰ تا ۲۵ درصد متوسط دستمزد منطقه‌ای، یک جزء، برابر با ۱ تا ۱/۴ درصد دستمزد نهایی به اضافه یک جزء مشارکتی برابر با $\frac{A}{(120)}$ همچنین در این انتخاب یک حساب ذخیره برای هر بیمه گذار تشکیل می‌شد. لیکن با اهمیت کمتری چراکه در اینجا، تنها میزان مشارکت کارکنان میان حساب‌های انفرادی توزیع می‌شد، در حالی که تمامی سهم کارفرمایان به صندوق مشارکت اجتماعی که دو جزء اول این طرح را تأمین مالی می‌کند، اختصاص داده می‌شود. در این طرح نرخ مشارکت بسته به منطقه جغرافیایی بین ۱۸ تا ۲۵ درصد است که همانند روش به کار گرفته شده در انتخاب اول میان کارفرما و کارگر تقسیم می‌شود. البته، یک سال بعد از آن که این دو انتخاب به عنوان طرح جدید مطرح گردید، مشخص گردید که تنها ۷ استان، شهرداری یا مناطق مستقل انتخاب اول و ۵ تا انتخاب دوم را اختیار کرده‌اند. در حالی که اکثر مناطق از انتخاب دیگری که تلفیقی از انتخاب اول و دوم و دو مشخصه جدید بود پیروی کرده‌اند. در این روش ابتکاری، میزان بازنشستگی از دو بخش تشکیل می‌شود.

الف- سهمی معادل ۱۰ تا ۱۲ درصد دستمزد نهایی کارگران به حساب ذخیره انفرادی آنان تخصیص داده می‌شود که مقدار آن بیشتر از میزان آن در انتخاب اول و کمتر از انتخاب دوم است.

ب- مزایای اعطایی شامل یک بخش ثابت برابر ۲۰ تا ۲۵ درصد متوسط حقوق منطقه‌ای به اضافه بازاری که براساس فرمول $\frac{A}{120}$ به دست می‌آید.

این روش به گونه‌ای مورد توجه قرار گرفت که دولت نیز آن را به عنوان مدل فراگیر بازنشستگی پذیرفت و اعلام نموده سهم حساب مرتبط انفرادی حداکثر ۶۰ درصد کل درآمد پایه بازنشستگی است، در حالی که نرخ جانشینی در سطح ۶۰ درصد دریافت بیمه گذار قبل از بازنشستگی ثابت است. هم زمان با این اقدام، اقدامات انتقالی نیز در جهت حمایت از حقوق کارگران قدیمی برداشته شد.

مزایای بیمه بیکاری

طبق قانون جدید، هفت گروه از کارگران تحت پوشش بیمه بیکاری قرار می‌گیرند.

- کارگران بنگاه‌های دولتی ورشکسته.

- کارگران بنگاه‌های دولتی که در آستانه ورشکستگی قرار دارند یا ورشکسته اعلام شده‌اند.

- کارگران بنگاه‌های دولتی که توسط دولت تعطیل می‌شوند.

- کارگران بنگاه‌های دولتی که در حال بازسازی یا در جهت هماهنگی با قوانین جدید دولت در دوره تعدیل هستند.

- کارگرانی که قرارداد آنان منقضی گردیده.

- کارگران اجرایی سکه‌های دولتی.

- سایر کارگران در صورت مشخص بودن.

البته بررسی‌هایی نیز در حال انجام است که پوشش بیمه بیکاری به کارکنان بخش خصوصی نیز تعمیم داده شود. طبق این قانون، شرکت‌های دولتی موظفند ۰/۶ درصد از کل پرداخت کارگری خود را به صندوق بیمه بیکاری پرداخت نمایند. این نرخ بسته به این که مازاد یا کسری این شرکت‌ها بیش از حد معمول باشد با تأکید دولت محلی می‌تواند کاهش یا به یک درصد افزایش یابد.

میزان ماهانه بیمه بیکاری در حدود ۱۲۰ تا ۱۵۰ درصد حداقل معاش در محل ثابت است و حداکثر برای ۲۴ ماه بسته به طول دوره اشتغال قبل از بیکاری قابل پرداخت است.

به‌طور کلی پرداخت بیمه اجتماعی بیکاری شامل موارد زیر می‌گردد:

- پرداخت بیمه بیکاری به شخص بیکار به صورت ماهانه.

- پرداخت بیمه درمانی به شخص بیکار در صورت نیاز.

- کمک هزینه به بازماندگان شخص بیکاری که فوت کرده برای مراسم به خاکسپاری او.

- کمک هزینه آموزش.

- وام تولیدی به منظور کمک به افراد در ایجاد فرصت‌های شغلی برای افراد بیکار.

- هزینه‌های اجرایی و اداری آژانس‌های کاریابی.

- سایر مقرری‌هایی که توسط دولت تعیین می‌گردد.

بیمه بهداشت و درمان

از سال ۱۹۸۰ مشکلات مالی به وجود آمده در حمایت از سیستم خدمات درمانی موجب شد که اقداماتی در جهت اصلاح این سیستم صورت پذیرد و به همین منظور کمیته ویژه‌ای تشکیل گردید. تحت رهبری این کمیته اقدامات اصلاحی آزمایشی در ارتباط با کارگران و مستخدمین شهری ارائه شد که در ۶ منطقه منتخب به اجرا درآمد.

براساس طرح آزمایشی، خدمات درمانی برای کارگران توجه‌اش به مشارکت کلیه منابع خدمات درمانی و هزینه‌های مربوط به بازنشستگان قرار گرفت و برای مستخدمین شهری؛ هدف، کنترل افزایش هزینه‌ها با اعمال اقداماتی چون پرداخت کمک هزینه درمان ماهانه و پرداخت یک مبلغ مشخص به عرضه‌کنندگان خدمات درمانی در یک دوره مشخص بود.

به دنبال این اقدام، در سال ۱۹۹۴ یک اقدام آزمایشی دیگر در دو شهر چین صورت پذیرفت، براساس این طرح آزمایشی جدید، مدل بیمه درمانی همانند مدل بازنشستگی طرحی بود شامل حساب ذخیره درمانی فردی. این مدل، جهت پوشش افراد خانواده بیمه‌گذار متضمن شروطی بود و در آن نرخ مشارکت کارفرمایان بسته به منطقه در حدود ۱۰ درصد کل دستمزد پرداختی و نرخ مشارکت کارکنان حول و حوش ادرصد تعیین شد که به تدریج قابل افزایش تا میزان سهم کارفرمایان بود.

در سطح روستا، در زمان اقتصاد متمرکز یک سیستم دولتی خدمات درمانی وجود داشت که براساس آن جمعیت روستایی از خدمات درمانی مجانی یا یارانه‌ای بهره می‌بردند. لیکن پس از خصوصی سازی این سیستم دچار اختلال گردید و دولت جوامع روستایی را به برقراری طرح اختیاری بیمه درمانی تشویق نمود.

لیکن عدم وجود امکانات مناسب درمانی در سطح روستا از یک طرف و عدم توانایی جمعیت روستایی در دسترسی به خدمات درمانی مناسب در شهرها از طرف دیگر، روش توصیه شده توسط دولت کارایی لازم را نداشته است. بنابراین، هرچند پس از خصوصی سازی اقداماتی در خصوص سیستم بازنشستگی صورت پذیرفت لیکن بخش خدمات درمانی هنوز نیازمند مطالعه و بررسی های بیشتری است تا بتواند سیستم مناسب را طراحی نماید.

در کنار اقدامات به عمل آمده در جهت ایجاد یک سیستم مطلوب تأمین اجتماعی چه در بخش تأمین اجتماعی پس از بازنشستگی، بخش خدمات درمانی و بیمه بیکاری، قدمتی نیز جهت برقراری طرح های مناسب جهت پوشش بیمه ای زنان کارگر و همچنین ایجاد سیستم حمایتی مناسب برای کارگران حادثه دیده در محل کار صورت پذیرفته است. در نهایت هدف دولت چین این است که با توجه به تغییرات اقتصادی به وجود آمده سیستم فراگیر تأمین اجتماعی را به گونه ای طراحی نماید که بتواند پاسخگوی نیازهای اساسی جامعه در اقتصاد بازار باشد.

۹-۲- سیستم تأمین اجتماعی در 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 سانخوردگی 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 ۱۵-۶۴ 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 دنگرم نمودن جوانان به کارشان که در واقع پرداخت کنندگان حق بیمه و تأمین کننده بودجه بخش بیمه ای و رفاهی هستند دارد.

به منظور بررسی سیستم تأمین اجتماعی در ژاپن باید سه بخش مختلف را در نظر گرفت. این سه بخش به موازات یکدیگر فعالیت کرده و وظیفه پوشش تأمین اجتماعی را بر عهده دارد.

۱- برنامه های رفاهی شهرداری: به منظور دریافت خدمات رفاهی از طریق شهرداری، هر شهروند ژاپنی ماهیانه مبلغی را به شهرداری محل سکونت خود پرداخت می کند. خدماتی که شهرداری در ازای این وجه ارائه می کند عبارتند از: خدمات آموزشی، ورزشی، بهداشتی، مشاوره ای و... علاوه بر این هر فرد سالیانه ضمن تکمیل اظهارنامه ای، میزان درآمد خود را اعلام می کند و چنانچه درآمدش کمتر از حد معینی باشد، مشمول دریافت کمک های تأمین اجتماعی از سوی شهرداری خواهد بود. قطعاً وجود چنین سیستمی

احتیاج به یک سیستم کارآمد مالیاتی و شفافیت فعالیت‌های اقتصادی دارد. در ژاپن حدود ۶۵ درصد از مالیات اخذ شده از مردم در اختیار شهرداری‌ها قرار می‌گیرد و مشخص است که با توجه به حجم بالای مالیات دریافتی که حدود یک سوم از درآمد شهروندان را شامل می‌شود، بودجه‌ای که در اختیار شهرداری‌ها و سیستم تأمین اجتماعی آن است، امکان ارائه خدمات مفید و لازم را از طریق شهرداری‌ها به مردم می‌دهد.

۲- برنامه‌های رفاهی کارفرمایان: کارفرمایان نیز با تأمین رفاه شاغلین نقش عمده‌ای در خدمات رفاهی ایفا می‌نمایند. این خدمات شامل:

- تهیه مسکن برای کارکنان

- تأمین وسیله ایاب و ذهاب یا پرداخت هزینه‌های مربوطه.

- ایجاد برنامه‌های تفریحی مثل دعوت کارکنان به رستوران هر ۱۵ روز یک بار و هر ۶ ماه یک بار با 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 جدایی‌ناپذیر از محل کار خود دانسته و احساس تعلق 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 در ژاپن از طریق صندوق مستمری دولتی و خصوصی اداره می‌گردد. صندوق مستمری و دولتی حدود ۱۲۰ سال پیش تأسیس شده است که طی سال‌های متممادی گسترش یافته و اکنون عضویت در آن اجباری است. در سال ۱۳۴۲، تمامی کارگران مرد شاغل در کارخانجات و شرکت‌های خصوصی را تحت پوشش گرفت و دو سال بعد زنان شاغل در این بخش‌ها تحت حمایت قرار گرفتند و از سال ۱۹۶۱ خویش فرمایان نیز تحت پوشش قرار گرفته و دامنه این طرح کاملاً همه‌گیر شد. ایجاد صندوق مستمری خصوصی یا شاغلین ناشی از بالا رفتن طول عمر در جامعه ژاپن و به منظور تأمین آینده‌ای بهتر برای سالمندان در سال ۱۹۶۶ تأسیس شد. 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. در ضمن 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. در مجموع 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 مستمری بگیران 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 وزارت دارایی 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 میلیاردین و سود حاصل از سرمایه گذاری‌ها برابر با ۹۰ درصد درآمد حاصل از حق عضویت‌ها گردید. به لحاظ غیر انتفاعی عمل نمودن این طرح‌ها از پرداخت هرگونه مالیات معاف می‌باشند. سومین بیمه‌ای که در ژاپن وجود دارد بیمه غرامت حوادث می‌باشد که از سال ۱۹۴۷ آغاز به کار نموده است. در حال حاضر ۴۳ میلیون نفر تحت پوشش این بیمه می‌باشند. هدف از اجرای این طرح حمایت از کارگران در مواقع اضطراری و خاص می‌باشد این موارد عبارتند از:

- بروز بیماری، از کار افتادگی، فوت ناشی از کار و فوت ناشی از غیرکار که در این رابطه مزایایی به خانواده کارگران و خود آنان پرداخت می‌شود که تحت عنوان غرامت هستند. مانند غرامت پزشکی، غرامت بیماری و آسیب‌های جسمانی، غرامت معلولیت، غرامت به بازماندگان و هزینه‌های 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 به هنگام 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 تجدید نظر قرار می‌گیرد. در تعیین حق بیمه ۲ فاکتور مورد نظر 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 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.

سیر تغییرات هزینه‌های درمان ملی در ژاپن، نشان می‌دهد که این هزینه‌ها همواره روندی صعودی داشته است. سهم هزینه‌های بهداشتی و درمانی سالمندان با توجه به هرم سنی جمعیتی در ژاپن همواره افزایش یافته و از ۱۰/۹ درصد کل هزینه‌های درمان در سال ۱۹۷۰ به ۳۰ درصد در سال ۱۹۹۲ رسیده است. مشخص است که با افزایش قدرت اقتصادی و شکوفایی اقتصادی کشور و نرخ جمعیت پایین در این کشور به مرور بهره‌گیری از خدمات اجتماعی و درمانی بهتر شده به حدی که اکنون ژاپن از نظر تعداد کمی و کیفی مراکز درمانی و تخت‌های بیمارستانی در حد استانداردهای کشورهای پیشرفته غربی می‌باشد. آمار نشان می‌دهد که سهم هزینه‌های درمان ملی از درآمد ملی همواره فزاینده بوده است و اکنون حدود ۷ درصد از کل درآمد ملی در ژاپن صرف هزینه‌های درمان ملی می‌شود.

۹-۳- سیستم تأمین اجتماعی کره جنوبی

از سال ۱۹۶۰ برنامه‌های بازنشستگی در جمهوری کره جنوبی با پوشش قرار دادن بازنشستگان دولت آغاز شد. در سال ۱۹۷۲ طرح بازنشستگی برای کلیه افراد کشور براساس قانون رفاه بازنشستگی ملی به تصویب رسید که البته به خاطر وجود مشکلات اقتصادی اجرا نشد. این طرح بعد از ثبات نسبی اقتصادی در کشور و تأمین منابع مالی آن در سال ۱۹۸۶ به تصویب رسید. براین اساس در سال ۱۹۸۷ ارگانی به نام سازمان ملی بازنشستگی تأسیس شد که تحت پوشش وزارت بهداشت و امور اجتماعی قرار گرفت. ملاحظه می‌شود که برخلاف دو کشور چین و ژاپن که طرح تأمین اجتماعی را از سال‌ها پیش آغاز کرده‌اند این سیستم به شکل گسترده آن در کره جنوبی پیشینه چندانی ندارد و تحولات آن در گرو تحولات اقتصادی بوده است. سازمان بازنشستگی ملی سه وظیفه عمده دارد که عبارتند از:

- مستمری بازنشستگی (با نرخ سالیانه ۳/۵ درصد).

- مستمری بازماندگان.

- مستمری از کار افتادگان.

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 بلائای طبیعی: به مستخدمینی پرداخت می‌گردد که منزل آنها در اثر حریق یا دیگر بلائای 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.

دومین بخش مربوط به سیستم درمان در کره جنوبی می‌باشد که شامل دو بخش بیمه‌های درمانی و کمک‌های درمانی است. هدف از تشکیل برنامه کمک‌های درمانی، ارائه مراقبت‌های درمانی به افراد کم‌درآمد است.

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 نیم 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 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.

بیمه روستاییان

در سال ۱۹۸۷ برای اولین بار طرحی برای بیمه درمان ماهیگیران و روستاییان ارائه شد. براساس این طرح ۵۰ درصد از هزینه‌های بیمه درمان به عهده روستاییان و ۵۰ درصد هزینه به عهده دولت باشد. علاوه بر این سیستم مشخصی برای زیرپوشش قرار دادن کلیه روستاییان در این طرح وجود ندارد و نبود تجربه عللی در این زمینه در کره جنوبی دولت و روستاییان را با مشکل مواجه ساخته است.

فصل دهم: نتیجه‌گیری

در اینجاست که به پایان یک تحقیق بنک به آغاز یک مجموعه مطالعه می‌رسیم که خواننده مجموعه کتاب‌های آن این سختی را باور خواهند داشت. ایران یک کشور به نسبت پرجمعیت و جوان است که به لطف افزایش در امید زندگی و به خاطر پدیده باروری بالای جمعیتی در دهه ۶۰ و اوایل دهه ۷۰ به چنین شرایطی رسیده است. نرخ باسوادی به سرعت در حال رشد است و حرکت اجباری جمعیت از روستا به شهر بدون این که الزاماً مراحل لازم توسعه‌ای طی شده باشد آشکار می‌باشد. در نتیجه مسائل بیکاری مطرح و به خصوص با توجه به جمعیت جوان در حال رشد در آینده حادث خواهد بود.

مجموعه نظام موجود تأمین اجتماعی از نظر پوششی و کفایت حمایتی و بیمه‌ای ناکافی است. تعدد مراکز مسئول در این مقوله در بخش بیمه‌های اجتماعی و فقدان تشکیلات پاسخگو در بخش حمایتی از مشکلات اساسی این نظام بشمار می‌آید. عملکرد سازمان‌های حمایتی نیز ظاهر حمایتی داشته و با یک برنامه حمایتی منطبق با نیاز جامعه فاصله زیاد دارد. عدم موفقیت فعالیت‌های سرمایه‌گذاری سیستم بیمه‌های اجتماعی که برای سازمان تأمین اجتماعی به طور متوسط کمتر از ۱۰ درصد بوده که با توجه به نرخ

تورم منفی نیز جنوه می‌کند. هرچند عمدتاً ناشی از عدم وجود بازارهای کارآمد مالی و سرمایه است، ولی به هر حال توجه خواص به روش درآمد و هزینه این سیستم را مطرح می‌کند.

شرایط موجود رفاهی جامعه هرچند نسبت به بسیاری از کشورهای در حال توسعه مناسب‌تر است، ولی با یک وضعیت قابل قبول و مناسب فاصله زیادی دارد. جامعه ایران پس از انقلاب متحمل فشارها، محدودیت‌های خارجی، محاصره اقتصادی و مهم‌تر از همه جنگ بوده است. این عوامل در شرایط رفاهی جامعه، نحوه توزیع و فقر آثاری غیرقابل انکار داشته‌اند. مهم‌تر این که بعضی از سیاست‌گذاری‌های اقتصادی نیز آثاری به دنبال داشته‌اند که در رفاه و فقر جامعه نیز بی‌تأثیر نبوده است. اصولاً فقر روستایی بالاتر از فقر شهری بوده و حتی با معیار فقر مطلق درصد قابل ملاحظه‌ای از افراد جامعه زیر خط فقر قرار گرفته‌اند. روند زمانی پدیده فقر خوشبختانه سیر نزولی داشته و به‌خصوص سیاست حمایت غذایی هرچند با هزینه‌ای بسیار بالا، ولی در کنترل و کاهش فقر مؤثر بوده است. به هر حال بدون شک روش موجود کارآمد نبوده و نیاز به تغییر جهت به سوی هدفمند شدن دارد. با وجود کلیه تلاشی که از طریق سیستم بیمه‌ای و حمایتی و یارانه‌های مستقیم و غیرمستقیم صورت می‌گیرد، فقر موجود و به‌صورت یک مسئله مهم اساسی در مقابل نظام قرار دارد.

چه عواملی بر توزیع درآمد و فقر مؤثر هستند. مطالعات متعدد اقتصادسنجی و تکرار تجربیات دیگران نشان داد حداقل در یک مطالعه طولی و مقطعی که مشابه مدل‌های کوزنتس بوده منحنی U شکل او تأیید می‌شود و رشد اقتصادی هرچند نخست باعث نامناسب شدن توزیع می‌شود، ولی پس از ادامه روند موفق به بهبود در توزیع درآمد می‌شود.

سیاست‌گذاران در جهت اجرای یک مجموعه از برنامه‌های بیمه‌ای و حمایتی تصمیم‌هایی را اتخاذ می‌کنند که در مجموعه اقتصاد اثرگذار بوده و متغیرهای اقتصادی را تحریک می‌کند. یارانه کالاهای خوراکی، حذف آنها، کنترل قیمت‌ها، برداشتن هرگونه کنترل غیر از نکات بسیار مهمی که در کارایی اقتصادی دارند، بر رفتار مصرفی خانوارها، ترکیب سبد انتخابی آنها و سپس در رفاه آنها مؤثر است. خوشبختانه طراحی مدل‌های نظری اقتصادی در مورد سیستم معادلات تقاضا و روش‌های جدید اقتصادسنجی و استفاده از نرم افزارهای کامپیوتر اجازه بعضی از مدل‌سازی‌ها را می‌دهد که هرچند به علت کمبود آمار سری زمانی کافی در ایران محدود می‌شود، ولی به هر صورت قابلیت استفاده بالایی را ایجاد می‌نماید. برای اولین بار در مطالعات اقتصادی تقاضا در ایران از مدل رتردام استفاده نموده و به‌خصوص سیستم معادلات تقاضا را برای سه گروه درآمدی جامعه، یعنی فقیر، متوسط و بحثی تجربه می‌کنیم. حساسیت گروه فقیر در مقابل تغییرات قیمت کالاهای ضروری خوراکی نشان‌دهنده از فشاری است که این قشر در مقابل افزایش در قیمت بعضی از کالاها متحمل خواهد شد.

در برنامه‌های تأمین اجتماعی گاه دولت به درستی یا غلط مجبور به جا به جایی در هزینه‌های خود می‌شود. مثلاً در یک برنامه ضروری حمایتی هزینه‌های انتقالی یا تأمین اجتماعی را افزایش می‌دهد. در مدلی که با استفاده از جدول داده - ستاده و برحسب گروه‌های درآمدی تنظیم شده است. آثار این مهم و دیگر سیاست‌ها را در توزیع مطالعه کردیم و....

اجرای برنامه‌های حمایتی به صورت هدفمند در گروهی شناخت قشرهای فقیر جامعه یا علائم مثبت است تا هزینه‌های اجرایی را کاهش دهد. مطالعه گسترده از زیر جامعه‌های شهری و روستایی نشان داد که فقر در

همه جا حضور دارد. حتی کار فرمایان، مالکین و به خصوص گروه زیر پوشش بیمه‌ای نیز حضور دارند و برعکس برخلاف انتظار و تصور عام زیر گروه‌های از جامعه مثل خانوارهای پسرپرست زن و پزنشستگان و بیکاران (برحسب تعریف مرکز آمار) آنچنان فقیر نبوده و حتی نسبت به متوسط جامعه در شرایط بهتری هستند. این یافته مسئله مهمی را مطرح می‌کند، شناخت فقر از طریق علائم اقتصادی و اجتماعی دشوار بوده و مشکلی در جهت شناسایی را حل نمی‌کند.

پوشش ضعیف بیمه‌ای به خصوص در سطح روستا و به هم آشفتگی بیمه شهری، تبدیل فعالیت‌های خیریه‌ای به برنامه‌های حمایتی، فقط در چارچوب یک نظام جامع تأمین اجتماعی ممکن است در این نظام روش باید متکی به حمایت هر نسل از نسل گذشته بوده و درآمدهای حاصل از سرمایه‌گذاری در حد تأمین منابع برای برنامه‌های ریسکی مثل بیمه بیکاری و غیره باشد. باید سیستم و بیمه‌ای در شهر و حتی روستای در حال‌گذار گسترده شده و به خصوص گروه‌های با درآمد متوسط و بالا را وارد سیستم بیمه‌ای کنیم تا منابع یا درآمدهای بیمه‌ای افزایش یابد. اجرای هر برنامه تبعیضانه بر علیه کسانی که بیمه نیستند یا هر تسویفی برای اظهار و آشکار شدن افراد دستمزد و حقوق بگیر فصلی و فامیلی در جهت فراگیری سیستم بیمه‌ای مؤثر خواهد بود. منوط کردن اعطای وام و اعتبارات به خصوص در بخش کشاورزی بر پذیرش بیمه‌های تأمین اجتماعی و بیمه محصولات می‌تواند بسیار مفید باشد.

بالاخره این سؤال مطرح است که چگونه نظام تأمین اجتماعی و به خصوص منابع لازم برای اجرای آن را طراحی نماییم. ساختار موجود نظام تأمین اجتماعی در ایران غیرکارآمد و مخالف آن است که در یک نظام کارآمد انتظار می‌رود. سیستم بیمه‌های تأمین اجتماعی حدود ۶۰ درصد جامعه را زیر پوشش خود دارد که بسیار دور از یک پوشش گسترده و مناسب است. در نتیجه اقشار مختلف از گروه‌های زیر جامعه شهری و روستایی در فقر بوده یا هدف آسیب پذیری هستند. وجود قشر فقیر تقریباً در کلیه زیرگروه‌های جامعه مسئله شناسایی را بسیار دشوار نموده و هدفمند نمودن برنامه‌های حمایتی را مشکل و شاید غیرممکن کرده است. این مشکل با عدم کفایت مستمری‌های بیمه‌ای در مورد کسانی که زیر پوشش قرار دارند مشکل شناسایی را دشوارتر می‌کند.

در مرحله نخست در نظام جامع تأمین اجتماعی گسترده نمودن بیمه‌های اجتماعی و ارتقای مستمری‌ها تا سطح کافی به بالای خط فقر است. این برنامه در صورت موفقیت در صد اقشار لازم حمایت را کاهش داده و محل آن را برای شناسایی از طریق مشخصه‌های اقتصادی و اجتماعی ساده‌تر می‌کند. در این صورت یک برنامه یا سیستم حمایتی هدفمند قابل اجرا بوده و با توجه به آشکار شدن صنعت‌های اقتصادی و اجتماعی فقر مرحله شناسایی را کم هزینه‌تر می‌کند.

بدیهی است که در مجموع موفقیت نظام تأمین اجتماعی در گروی اجرای برنامه‌های اقتصادی در سطح کلان است که قادر باشد رشد مناسب اقتصادی را ایجاد نموده و اشتغال مناسب با سطح دستمزد و حقوق کافی را تضمین کند. راه کارهای لازم برای افزایش درآمد ملی و درآمد ملی سرانه و همچنین اشتغال خارج از برنامه‌های نظام تأمین اجتماعی است و نظام تأمین اجتماعی باید بتواند در فضای مناسب اقتصادی به دنبال تراز درآمدها و هزینه‌های خود در جهت نیل به ارتقای سطح رفاه را کاهش فقر جامعه باشد.

الف - فارسی

- ۱- اداره کل آمار - سازمان تأمین اجتماعی.
 - ۲- سازمان بیمه خدمات درمانی.
 - ۳- سازمان بازنشستگی کشوری.
 - ۴- سازمان برنامه و بودجه، گزارش ملی توسعه انسانی.
 - ۵- گزارش سازمان ملل World Development Report - ۱۹۹۷، سازمان تأمین اجتماعی، گزارش آتیه ۱۱ اسفند ۱۳۷۷.
 - ۶- آمار و اطلاعات خام بودجه خانوار مرکز آمار ایران.
 - ۷- سالنامه‌های آماری مرکز آمار ایران.
 - ۸- آمار تابلویی مرکز آمار ایران ۱۳۷۱-۱۳۷۴.
 - ۹- گزارشات آماری کمیته امداد امام خمینی.
 - ۱۰- سیمای بازار کار، وزارت کار و امور اجتماعی ۱۳۷۵.
 - ۱۱- گزارش مختصری از عملکرد وزارت کار و امور اجتماعی، طی سال ۱۳۶۸ الی ۱۳۷۵.
 - ۱۲- گزارش عملکرد بنیاد جانبازان و مستضعفان.
 - ۱۳- مرکز آمار ایران - مجموعه آماری اقتصادی اجتماعی سازمان برنامه و بودجه - دفتر اقتصاد کلان.
 - ۱۴- وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی - اداره کل - بهداشت خانواده - گروه آمار.
 - ۱۵- سازمان برنامه و بودجه - بانک مرکزی - اداره آمار و اطلاعات.
 - ۱۶- سازمان برنامه و بودجه، دفتر امور تأمین اجتماعی، گزارش نظام تأمین اجتماعی و یارانه‌ها، فروردین ۱۳۷۹.
 - ۱۷- مؤسسه پژوهش‌های بازرگانی گزارش عملکرد بخش بازرگانی داخلی.
 - ۱۸- یژیویان، جمشید - اقتصادبخش عمومی (مالیات‌ها) - مؤسسه تحقیقات اقتصادی ۱۳۷۳.
 - ۱۹- دکتر جواد کوروشی، خصوصی کردن شرکت‌ها و کارخانجات دولتی در آلمان.
 - ۲۰- بانک مرکزی ایران، گزارش اقتصادی و ترازنامه ۱۳۷۵، اداره حساب‌های اقتصادی.
 - ۲۱- پیرامی، جواد، «نحوه انتقال ضربه‌های نفتی و نظام‌های ارزی گوناگون و عملکرد سیاست‌های تثبیت: مورد ایران»، رساله دکترای دانشکده اقتصاد دانشگاه تهران، ۱۳۷۷.
- ب - لاتین

- 1- Atkinson and stiglitz. "Lectures on Public Economic", MCGRAW-Hill, 1989.
- 2- King.M.A.1980, "Savings and Taxatin. in G.A Hughs and G.M.Hcal eds. Public paling and the tax system" (Allen & Urwin, London.)
- 3- Gary S. Becker, "The Economic Approach to Human Behavior", the University of Chicago.
4. Mary Shirley; "PRIVATIZATION: Mis Conceptins, Glip Answers and Lessons." Carnegie Council/DRT International Privatization Project, No.8, March 20, 1992.
5. Barbara Rudolph; "Up for Grabs", Time, April 1991. P.36
6. Pan. A. Yotopoulos; "The (RIP) Tide of Privatization: Lessons from chile", World Development, Vol. 17. No.5. PP 683-702, 1989.
7. Aidi Hu, "Refor ming china's Social Security System: Facts and Perspective", International Social Security Review, Vol. 50, 3/1997.