

برونداد سیاست‌های اجتماعی در بهبود توسعه انسانی در سال‌های پس از انقلاب اسلامی

دکتر محمد رضا واعظ مهدوی^۱، دکتر حسین راغفر^۲، محمدمهدی ارای^۳

چکیده

تحقق عدالت اجتماعی و مبارزه با فقر در زمره محوری‌ترین اهداف انقلاب اسلامی بوده و غالباً رکن اصلی سیاست‌گذاری‌های کشور را تشکیل می‌دهد. محاسبات و بررسی‌های انجام شده نشان می‌دهد که در دهه‌های اخیر، تقریباً در تمام حوزه‌ها، شاخص‌های توسعه اجتماعی روند رو به بهبودی داشته است، به‌خصوص شاخص توسعه انسانی به خوبی ارتقا یافته است، به نحوی که ایران طی دو دهه گذشته از کشورهای دارای توسعه انسانی پایین به گروه کشورهای دارای توسعه انسانی متوسط ارتقا یافته است. این در حالی است که به دلیل شرایط ناشی از دوران انقلاب، جنگ، و تضيیقات و محاصره‌های مستمر اقتصادی، خالص درآمد سرانه ملی کاهش یافته است. این امر نشان‌دهنده این است که توسعه انسانی الزاماً به درآمد سرانه مرتبط نبوده، سیاست‌های اجتماعی، علی‌الخصوص اهتمام رهبران و سیاستگذاران به توزیع عادلانه درآمدها و امکانات و تحقق عدالت اجتماعی نقش مؤثری را در ارتقای توسعه انسانی ایفا می‌کند.

۱. مدیر گروه سلامت و عدالت اجتماعی و دانشیار دانشگاه شاهد (نویسنده مسئول)

۲. عضو هیأت علمی دانشگاه الزهرا

۳. کارشناس ارشد سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور

بررسی حاضر نشان می‌دهد، علی‌رغم تداوم نابرابری اقتصادی - اجتماعی در جامعه ایران درصد جمعیت زیر خط فقر و میزان نابرابری، مستمراً کاهش یافته؛ کیفیت زندگی، وضعیت بهداشتی و سطح سلامت عمومی، وضعیت آموزش‌های عمومی، گستره و کارکرد زیرساخت‌های اجتماعی، و به‌طورکلی «توسعه انسانی و اجتماعی» رو به بهبود بوده است. این دستاوردها محصول توزیع هدفمند سرمایه‌گذاری‌ها در بخش‌های مختلف اقتصادی، اعمال طرح‌های متعدد توازن منطقه‌ای و کمک به جلوگیری از عقب‌ماندگی و ایجاد تعادل توسعه منطقه‌ای در استان‌های کمتر توسعه‌یافته و محروم کشور، اصلاح نظام قیمت‌گذاری و خرید تضمینی محصولات کشاورزی، توزیع گسترده و همگانی کالاهای اساسی یارانه‌ای در شهر و روستا و دهها اقدام اساسی دیگر در حوزه‌های رفاه اجتماعی به‌ویژه بهداشت و آموزش بوده است. نتایج تحقق سیاست‌های مذکور پایه‌ای مناسب برای ارتقای عدالت اجتماعی در ایران را فراهم آورده است که البته برای تضمین دستیابی به این هدف، علاوه بر تداوم سیاست‌های عدالت‌آفرین و کارآمد گذشته، اصلاح و تجدیدنظر در سیاست‌های غیرعدالت‌محورانه، و «آگاهی عمومی» و «عزم سیاسی» در هدف‌گذاری تمامی برنامه‌ها در حمایت از مستضعفین و توانمندسازی گروه‌های نابرخوردار را طلب می‌کند.

۱. برونداد سیاست‌های اجتماعی در بهبود توسعه اجتماعی

دستاوردهای ارزنده جمهوری اسلامی ایران در توسعه انسانی و ارتقای کیفیت زندگی، علی‌رغم این که متأسفانه، اغلب توسط محافل مختلف داخلی مورد غفلت واقع می‌شود، در ارزیابی‌های خارجی و بررسی‌های مقایسه‌ای بین‌المللی مورد توجه واقع شده، تحسین‌برانگیز و قابل‌الگو برداری تلقی شده‌اند. (از جمله؛ گروه توسعه اجتماعی و اقتصادی منطقه خاورمیانه و آفریقای شمالی). بانک جهانی در گزارش «اقتصاد ایران از دیدگاه جهانی: گذار ایران در تبدیل ثروت نفت به توسعه، سند ۳۰ آوریل ۲۰۰۳، صفحه ۵۰»، این موضوع را این‌طور بیان می‌کند «از آغاز انقلاب، ایران بر توسعه انسانی و حمایت اجتماعی و عدالت اجتماعی تأکید ورزیده و در این زمینه‌ها به پیشرفت‌های شایان توجهی نائل آمده است. با رواج آموزش همگانی،

برون‌داد سیاست‌های اجتماعی در بهبود توسعه انسانی

پوشش بهداشتی جامع و گسترده، و راهبرد توزیع مجدد و فعالانه از طریق انتقال مستقیم و یارانه‌های غیرمستقیم، نسبت جمعیتی که زیر خط فقر زندگی می‌کرده‌اند، از ۴۷ درصد در سال ۱۳۵۷ به ۹ درصد در حال حاضر [۱۳۸۲] رسیده است. تقریباً همه شاخص‌های اجتماعی بهبود یافته، تا آنجا که امروز از این نظر ایران نسبت به کشورهای قابل قیاس با خود در بالاترین مقام قرار گرفته است. از میان رفتن فاصله مرد و زن در آموزش و پرورش، شایان توجه است. تفاوت میان دختر و پسر در تحصیلات و در مشارکت سیاسی بسیار جزئی است. یکی از شاخص‌های معتبر برای سنجش وضعیت اجتماعی کشورها «شاخص توسعه انسانی»^۱ است.

شاخص توسعه انسانی یک سنجه خلاصه برای توسعه انسانی است. این شاخص متوسط دستاوردهای یک کشور را در سه بعد از توسعه انسانی محاسبه می‌کند:

۱. زندگی طولانی و سالم، که بر اساس امید به زندگی در بدو تولد محاسبه می‌شود.
۲. دانش که بر اساس نرخ باسوادی بزرگسالان (با ضریب دو سوم) و نسبت خام ثبت نام در مدارس ابتدایی، متوسطه و عالی (با ضریب یک سوم) محاسبه می‌شود.
۳. استاندارد شایسته زندگی، که بر اساس سرانه تولید ناخالص داخلی (برحسب برابری قدرت خرید دلار آمریکا) محاسبه می‌شود.

این شاخص همه ساله برای تمام کشورهای جهان، توسط «برنامه توسعه ملل متحد؛ UNDP» به وسیله سازمان ملل متحد محاسبه شده و نتایج مربوطه طی گزارشی بین‌المللی منتشر می‌شود. برای محاسبه این شاخص، نخست، برای هر کدام از این ابعاد یک شاخص تعریف می‌شود و سپس عملکرد هر کدام از کشورها در هر یک از این ابعاد برحسب عددی بین ۰ و ۱ بیان می‌شود.

$$\left[\frac{\text{مقدار حداقل} - \text{مقدار واقعی}}{\text{مقدار حداقل} - \text{مقدار حداکثر}} \right]$$

1. Human Development Index (HDI)

جدول شماره ۱. مقادیر حداکثر و حداقل برای محاسبه شاخص توسعه انسانی

مقدار حداقل	مقدار حداکثر	معیار
۲۵	۸۵	امید به زندگی در بدو تولد (سال)
۰	۱۰۰	نرخ باسوادی بزرگسالان (%)
۰	۱۰۰	نسبت خام ترکیبی ثبت نام (%)
۱۰۰	۴۰,۰۰۰	سرانه تولید ناخالص داخلی (برابری قدرت خرید دلار امریکا)

به نقل از:

"Human Development report 2003", Millennium Development Goals, United Nations Development Programme (UNDP), New York, 2003.

بررسی مقایسه‌ای روند تغییرات شاخص توسعه انسانی کشورها، پیشرفت قابل ملاحظه جمهوری اسلامی ایران در بُعد توسعه انسانی را نشان می‌دهد.

در این رابطه مجمع ملل متحد برای توسعه (UNCTAD) در گزارش خود تصریح کرده است: «یک دستاورد چشمگیر ایران، توسعه اجتماعی و انسانی آن است. چنانچه در جدول شماره ۲ نشان داده شده است، ارتقای بارزی در استانداردهای آموزشی و بهداشتی رخ داده است. براساس عزم ملی برای کاهش فقر و افزایش استانداردهای پایه حیاتی و آموزشی، شاخص توسعه انسانی (طبق استاندارد UNDP) از کمتر از ۰/۶ در سال ۱۹۸۰ به ۰/۷۳۲ در سال ۲۰۰۲ افزایش پیدا کرده است و باعث شده ایران از گروه کشورهای با توسعه انسانی کم به گروه کشورهای با توسعه انسانی متوسط ارتقا یابد».

جدول شماره ۲، نشان‌دهنده این واقعیت است که مقارن پیروزی انقلاب اسلامی در سال ۱۹۸۰، شاخص توسعه انسانی با درآمد سرانه‌ای معادل ۴۹۶۷ دلار، ۰/۵۶۶ بوده است در حالی‌که در سال ۱۹۸۸ علی‌رغم کاهش درآمد سرانه (به دلیل افزایش جمعیت، کاهش تولید نفت و شرایط حاصل از جنگ ایران و عراق) شاخص توسعه انسانی با ۱۴٪ افزایش چشمگیر

به ۰/۶۴۶ بالغ گردیده است. این در حالی است که در بیست سال گذشته (قبل از انقلاب) با وجود رشد درآمد سرانه به بیش از دو برابر، (از ۱۹۸۵ دلار به ۴۹۶۷ دلار) شاخص توسعه انسانی تنها ۰/۰۰۴ افزایش یافته بود. باید توجه داشت که درآمد سرانه ایران در سال‌های قبل از پیروزی انقلاب، ارقام بالاتری را هم تجربه کرده بود. از جمله در سال ۱۹۷۶ به ۸۶۷۹ دلار بالغ گردیده بود.^۱

جدول شماره ۲. شاخص توسعه انسانی در جمهوری اسلامی ایران ۲۰۰۳-۱۹۶۰

سال	۱۹۶۰	۱۹۸۰	۱۹۸۸	۱۹۹۷	۲۰۰۳
نرخ باسواد بزرگسالان %	۱۴/۵	۴۱/۸	۶۱/۶	۶۹/۵	۷۷/۱
امید به زندگی (سال)	۴۹/۵	۵۱/۲	۶۱/۶	۶۹/۵	۶۹/۸
تولید سرانه (GDP) واقعی (US\$, PPP)	۱۹۸۵	۴۹۶۷	۳۷۱۵	۵۲۲۲	۷۰۰۰
روند شاخص توسعه انسانی (HDR)	۰/۵۶۲	۰/۵۶۶	۰/۶۴۶	۰/۶۹۰	۰/۷۳۲

Source: HDR, 2006.

این بدین معنی است که مواهب و ثمرات توسعه اقتصادی قبل از پیروزی انقلاب اسلامی به‌نحوی کاملاً ناعادلانه توزیع شده و تنها نصیب گروه‌ها و اقشاری بسیار معدود گردیده و عملاً به بهبود شرایط زندگی جامعه ایرانی منجر نشده است. برونداد سرمایه‌گذاری‌های گسترده سال‌های اولیه تشکیل جمهوری اسلامی در حوزه توسعه انسانی، در سال‌های بعد (البته با آهنگی کندتر) نیز ادامه پیدا کرده و در دهه دوم، درآمد سرانه ۴۰٪ و شاخص توسعه انسانی نیز ۷٪ ارتقا یافته است. در دهه سوم انقلاب، در سال ۲۰۰۴ میلادی درآمد سرانه به ۷۵۲۵ دلار (برحسب برابری قدرت خرید کالا، PPP) و شاخص توسعه انسانی به ۰/۷۴۶ افزایش یافته است.^۲

1. Human Development Report 2006, Beyond scarcity Power, Poverty and global water crisis: United Development Program; UNDP New York, USA, p 332.

2. Human Development Report 2006, Beyond scarcity Power, Poverty and global water crisis: United Development Program; UNDP New York, USA, p 284.

مقایسه ارقام مربوط به سال‌های ۱۹۹۷ با ۱۹۸۰ مندرج در جدول فوق، نشان‌دهنده این واقعیت است که جمهوری اسلامی ایران در سال ۱۹۹۷ با درآمد سرانه‌ای تقریباً مشابه آغاز انقلاب، از توسعه انسانی به میزان ۲۲٪ بیشتر از ابتدای پیروزی انقلاب برخوردار بوده است که بیانگر اهمیت کلیدی نحوه اولویت‌بندی برنامه‌ها و نقش «سیاست اجتماعی»^۱ عدالت محور در توزیع عادلانه دستاوردهای توسعه ملی می‌باشد. این واقعیت در ادامه این مقاله به بیانی دیگر نیز مورد تأیید قرار گرفته و نشان داده شده که کشورهای مختلف جهان با به‌کارگیری «سیاست‌های اجتماعی» متفاوت به شرایط کاملاً متفاوتی از تعادل بین شاخص توسعه اجتماعی و درآمد سرانه دست یافته‌اند. به‌نحوی که برخی کشورها با درآمد سرانه‌ای بسیار بیشتر از ایران، رتبه‌ای پایین‌تر در توسعه انسانی دارا هستند (نظیر آفریقای جنوبی با درآمد سرانه ۱۱,۱۹۲ دلار و شاخص توسعه انسانی ۰/۶۵۳ و نامیبیا با درآمد سرانه ۷,۴۱۸ دلار و توسعه انسانی ۰/۶۲۶ و بوتسوانا با درآمد سرانه ۹,۹۴۵ دلار و توسعه انسانی ۰/۵۷۰) و نیز برخی کشورها با درآمد سرانه‌ای کمتر، به توسعه انسانی بالاتر دست یافته‌اند (نظیر لبنان با درآمد سرانه ۵,۸۳۷ دلار و توسعه انسانی ۰/۷۷۴ و آلبانی با درآمد سرانه ۴,۹۷۸ دلار و توسعه انسانی ۰/۷۸۴ و سریلانکا با درآمد سرانه ۴,۳۹۰ دلار و توسعه انسانی ۰/۷۵۵ و چین با درآمد سرانه ۵,۸۹۶ دلار و توسعه انسانی ۰/۷۶۸).^۲

کاهش درآمد سرانه نسبت به سه دهه گذشته منحصر به ایران نبوده، بلکه این امر در امارات متحده عربی (کاهش درآمد سرانه از ۴۸,۵۲۹ دلار در سال ۱۹۷۵ به ۲۴,۰۵۶ دلار در ۲۰۰۴)؛ کویت (کاهش درآمد سرانه از ۳۰,۲۰۵ دلار در سال ۱۹۷۷ به ۱۹,۳۸۴ دلار در ۲۰۰۴)؛ عربستان (کاهش درآمد سرانه از ۲۵,۳۱۴ دلار در سال ۱۹۷۷ به ۱۳,۸۲۵ دلار در ۲۰۰۴)؛ اردن (کاهش درآمد سرانه از ۵,۳۳۹ دلار در سال ۱۹۸۷ به ۴,۶۸۸ دلار در ۲۰۰۴)؛ آفریقای جنوبی (کاهش درآمد سرانه از ۱۲,۰۳۸ دلار در سال ۱۹۸۱ به ۱۱,۱۹۲ دلار در ۲۰۰۴)؛ و تعدادی دیگر از کشورها هم مشاهده می‌شود که عمدتاً مربوط به شرایط خاص داخلی و بین‌المللی احاطه‌کننده

1. social policy

2. "Human Development Report 2006", Beyond scarcity Power, Poverty and global water crisis: United Development Program; UNDP New York, USA, p 284.

برونداد سیاست‌های اجتماعی در بهبود توسعه انسانی...

کشورها، و در مورد کشورهای نفت‌خیز مرتبط با افزایش ناگهانی قیمت نفت به دنبال جنگ اکبر کشورهای عربی و اسرائیل تصور می‌شود. جدول زیر تحولات درآمد سرانه در تعدادی از کشورها را در مقایسه با سال ۲۰۰۴ میلادی نشان می‌دهد.

جدول شماره ۳. مقایسه سرانه درآمد در کشورهای مختلف و جمهوری اسلامی ایران

کشور	امارات متحده عربی	کویت	عربستان سعودی	اردن	افریقای جنوبی	اوکراین	جمهوری اسلامی ایران
بالاترین درآمد سرانه	۴۸,۵۲۹	۳۰,۲۰۵	۲۵,۳۱۴	۵,۳۳۹	۱۲,۰۳۸	۹,۹۵۹	۸,۶۷۹
سال بالاترین	۱۹۷۵	۱۹۷۷	۱۹۷۷	۱۹۸۷	۱۹۸۱	۱۹۸۹	۱۹۷۶
درآمد فعلی	۲۴,۰۵۶	۱۹,۳۸۴	۱۳,۸۲۵	۴,۶۸۸	۱۱,۱۹۲	۶,۳۹۴	۷,۵۲۵
سال	۲۰۰۴	۲۰۰۴	۲۰۰۴	۲۰۰۴	۲۰۰۴	۲۰۰۴	۲۰۰۴

Source: HDR, 2006.

بر اساس مقایسه گزارش توسعه انسانی جهان در سال ۲۰۰۳ با گزارش مذکور در سال ۲۰۰۶ رتبه جمهوری اسلامی ایران در توسعه انسانی با ۱۰ رتبه بهبود از ۱۰۶ به ۹۶ ارتقا یافته است. به منظور مقایسه رتبه کشورها از نظر شاخص توسعه انسانی با رتبه آنها از نظر سرانه تولید ناخالص داخلی (برحسب برابری قدرت خرید دلار؛ PPP) فاصله رتبه کشورها در این دو شاخص مورد سنجش قرار می‌گیرد. ارقام مثبت در این مقایسه نشان دهنده آن است که رتبه کشور از نظر شاخص توسعه انسانی بالاتر از رتبه آن از نظر سرانه تولید ناخالص داخلی است و ارقام منفی عکس این را نشان می‌دهند. این فاصله نیز در مورد ایران در سال ۲۰۰۱ برابر با (۲۹-) بوده در سال ۲۰۰۴ با بهبودی مختصر به (۲۴-) بالغ گردید. با این وجود، این شاخص

نشان می دهد که هنوز در ایران؁ بین توسعه انسانی با درآمد سرانه تناسب وجود ندارد و جایگاه مطلوب و قابل قبول در توزیع عادلانه مواهب حاصل از توسعه ملی؁ هنوز محقق نشده است و به همین نسبت با تحقق نظام عادلانه اجتماعی هدفگذاری شده برای افق چشم انداز؛ فاصله ای چشمگیر وجود دارد.

به طور کلی انگیزه های اجتماعی در ایران پس از انقلاب از اولویت برخوردار بوده و دستاورد های ایران در آموزش و پرورش؁ بهداشت و کاهش فقر به رغم جنگ و محاصره های اقتصادی و همه مشکلات سیاسی و مالی؁ ارزنده و تحسین برانگیز بوده است. برنامه های اجتماعی ایران برای کمک رسانی به تهیدستان؁ کارساز بوده است.^۱

۲. اهداف توسعه هزاره و شاخص های توسعه انسانی

با رواج آموزش همگانی؁ پوشش بهداشتی وسیع و گسترده و کارایی قابل تقدیر شبکه بهداشتی و درمانی کشور (PHC) و نیز راهبرد بازتوزیع فعال درآمدها از طریق پرداخت های انتقالی مستقیم و یارانه های غیرمستقیم؁ و همچنین گسترش روزافزون طرح های تأمین اجتماعی و بیمه های درمانی؁ اغلب چهره های فقر کاهش یافته است به نحوی که نسبت جمعیتی که زیر خط فقر نسبی (با درآمدی کمتر از دو دلار در روز (برحسب برابری قدرت خرید؁ PPP) زندگی می کرده اند از ۱۳/۴۶٪ در سال ۱۹۹۵ به ۶/۲۱٪ در سال ۱۳۸۱ [2002] رسیده است.

همچنین جمعیت گرفتار فقر شدید (افراد دارای کمتر از یک دلار درآمد روزانه بر حسب نرخ بین المللی دلار: برابری قدرت خرید PPP) از ۲/۲۴٪ در سال ۱۹۹۵ به ۰/۶۲٪ در سال ۲۰۰۲ میلادی رسیده است.^۲ این موضوع در جدول شماره ۴ به طور کامل آمده است.

۱. گزارش اقتصاد ایران از دیدگاه بانک جهانی: گروه توسعه اجتماعی و اقتصادی منطقه خاورمیانه و آفریقای

شمالی: سند بانک جهانی؁ آوریل ۲۰۰۳.

2. "The First Millennium Development Goals Report 2004": Achievement and Challenges; Management and Planning Organization, in cooperation with Institute for Management and planning Studies and United Nations in Islamic Republic of Iran. Tehran, Nov. 2004.

جدول شماره ۴. تغییر در وضعیت فقر شدید و فقر نسبی در ایران^۱

سال	جمعیت دارای درآمد کمتر از یک دلار در روز (فقر شدید)	جمعیت دارای درآمد کمتر از دو دلار در روز (فقر نسبی)	شکاف فقر در جمعیت دارای درآمد کمتر از یک دلار در روز (شکاف فقر شدید)	شکاف فقر در جمعیت دارای درآمد کمتر از دو دلار در روز (شکاف فقر نسبی)
۱۹۹۵	٪۲/۲۴	٪۱۳/۴۶	٪۰/۵۵۸	٪۸۲۳/۳
۱۹۹۶	٪۱/۹۹	٪۱۲/۴۰	٪۰/۵۵۸	٪۸۲۳/۳
۱۹۹۷	٪۱/۲۵	٪۹/۷۴	٪۰/۲۷۹	٪۲/۵۸۶
۱۹۹۸	٪۱/۰۵	٪۸/۲۹	٪۰/۲۴۰	٪۲/۱۵۸
۱۹۹۹	٪۰/۹۷	٪۷/۸۵	٪۰/۲۱۴	٪۱/۹۹۳
۲۰۰۰	٪۱/۳۰	٪۹/۵۷	٪۰/۲۴۶	٪۲/۵۰۷
۲۰۰۱	٪۰/۷۸	٪۷/۳۳	٪۰/۱۷۲	٪۱/۸۱۲
۲۰۰۲	٪۰/۶۲	٪۶/۲۱	٪۰/۱۱۳	٪۱/۵۳۶

تغییر در وضعیت فقر شدید و فقر نسبی در فاصله سال‌های ۱۹۹۵ تا ۲۰۰۲ میلادی (۱۳۷۴ تا ۱۳۸۱ شمسی):

فقر شدید: عبارت از جمعیت دارای درآمد کمتر از یک دلار در روز برحسب برابری قدرت خرید (ppp): PO.

فقر نسبی: عبارت از جمعیت دارای درآمد کمتر از دو دلار در روز برحسب برابری قدرت خرید (ppp): PO.

شکاف فقر شدید: عبارت از شکاف فقر در جمعیت دارای درآمد کمتر از یک دلار در روز برحسب برابری قدرت خرید (ppp): P1.

شکاف فقر نسبی: عبارت از شکاف فقر در جمعیت دارای درآمد کمتر از دو دلار در روز برحسب برابری قدرت خرید (ppp): P1.

1. "The First Millennium Development Goals Report 2004 : Achievement and Challenges", Management and Planning Organization , in cooperation with Institute for Management and planning Studies and United Nations in Islamic Republic of Iran.Tehran,Nov.2000.

فصلنامه تأمین اجتماعی، سال نهم، شماره بیست و هشتم

جدول شماره ۵. شاخص‌های برگزیده اجتماعی

شاخص	کشور	۱۳۵۹	۱۳۷۹
میزان بی‌سوادی زنان (درصد)	ایران	۶۰/۷	۳۰/۱
	خاورمیانه و شمال آفریقا	۷۲/۲	۴۵/۵
میزان بی‌سوادی مردان (درصد)	ایران	۳۸/۳	۱۶/۵
	خاورمیانه و شمال آفریقا	۴۳/۸	۲۴/۴
میزان مرگ و میر نوزادان (در هزار تولد زنده)	ایران	۸۶/۸	۲۵/۵
	خاورمیانه و شمال آفریقا	۹۵/۱	۴۴/۳
میزان مصونیت علیه سرخچه (درصد)	ایران	۳۹/۰	۹۹/۰
	خاورمیانه و شمال آفریقا	۴۳/۷	۹۱/۱
دسترسی جمعیت روستایی به آب آشامیدنی (درصد)	ایران	۳۳/۰	۸۹/۰
	خاورمیانه و شمال آفریقا	۴۱/۸	۷۹/۷
دسترسی جمعیت شهری به آب آشامیدنی (درصد)	ایران	۷۰/۰	۹۹/۰
	خاورمیانه و شمال آفریقا	۸۲/۴	۹۶/۲

جدول شماره ۶. مقایسه توسعه اجتماعی در ایران طی سال‌های پس از پیروزی انقلاب اسلامی با کشورهای خاورمیانه و شمال آفریقا

شاخص	ایران		منطقه خاورمیانه و شمال آفریقا	منطقه خاورمیانه و شمال آفریقا
	۱۳۷۹	۱۳۵۹		
نرخ رشد جمعیت (%)	۲/۲	۱/۴	۲/۱	۱/۶
مرگ و میر نوزادان (به هزار نفر)	۴۷	۲۶	۵۴	۶۰
میزان بی‌سوادی (درصد)	۳۶	۲۷	۳۴	۲۶
بی‌سوادی زنان (درصد در سنین ۱۵ تا ۲۴ سالگی)	۱۸	۱۰	۲۲	۲۰
ناخالص ثبت نام در دبستان (درصد)	۱۱۲	۹۸/۴	۹۲	۱۰۱
پسر	۱۱۸	۱۰۲*	۱۰۳	ن.م
دختر	۱۰۶	۹۵*	۸۹	ن.م
ناخالص ثبت نام در دبیرستان (درصد)	۵۵	۷۷	۶۰	۶۴
پسر	۶۴	۸۱	۶۹	۷۰
دختر	۴۶	۷۳	۵۹	ن.م
دسترسی به آب سالم (درصد)	۵۰	۹۵	۸۷	۷۵

* افت میزان ثبت‌نام ناشی از افزایش مدارس خصوصی است. آمار مربوط به ثبت‌نام تنها در برگیرنده دانش‌آموزان مدارس دولتی است.

م. ن: اطلاعات موجود نیست.

برگرفته از: گزارش اقتصاد ایران از دیدگاه بانک جهانی، گروه توسعه اجتماعی و اقتصادی منطقه خاورمیانه و آفریقای شمالی، سند بانک جهانی، آوریل ۲۰۰۳.

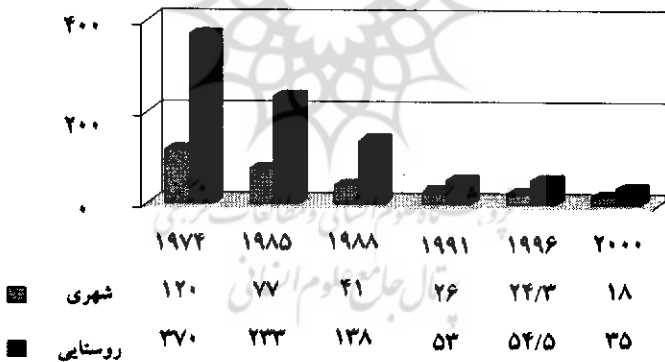
کارایی سیستم بهداشتی در کاهش فاصله شاخص های اصلی سلامتی بین شهر و روستا هم چشمگیر بوده است.^۱

۳. کارایی نظام سلامت

در حالی که در سال ۱۹۷۴ مرگ و میر مادران در اثر زایمان در روستاها بیش از سه برابر شهرها بوده و ۲۵۰ مرگ به ازای هر یک صد هزار نفر جمعیت؛ بیشتر از شهرها ثبت شده است، در سال ۲۰۰۰، این فاصله به کمتر از دو برابر کاهش یافته و مقدار عددی این تفاوت به ۱۷ مورد مرگ در صد هزار نفر تقلیل یافته است.

نمودار شماره ۱. تغییرات در نرخ مرگ و میر در اثر زایمان در مناطق شهری و روستایی ایران،

۱۹۷۴ - ۱۹۹۶

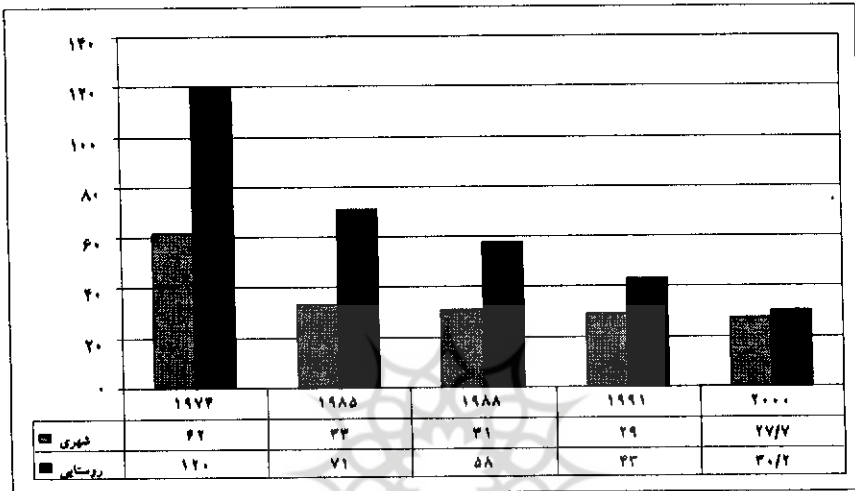


این کارکرد در مورد مرگ و میر نوزادان^۲ بارزتر است. مرگ نوزادان روستایی از ۱۲۰ مورد در هزار تولد زنده در سال ۱۹۷۴ که نزدیک به دو برابر مرگ نوزادان شهری بوده است، در سال ۲۰۰۰ به ۳۰/۲ در هزار کاهش یافته که فاصله آن با مرگ نوزادان شهری کمتر از سه در هزار شده است.

۱. واعظ مهدوی، محمدرضا، گزارش به اجلاس کاهش فقر: توسعه پایدار بانک جهانی شانگهای ۲۰۰۴.

2 . infant mortality rate

نمودار شماره ۲. تغییرات در نرخ مرگ و میر نوزادان در مناطق شهری و روستایی ایران
۲۰۰۰ - ۱۹۷۴



Rural Poor in the Islamic Republic. Mehryar A., Ahmad-nia Sh. Primary Health Care and the of Iran; Global Learning Process for Scaling Up Poverty Reduction: Shanghai Conference May 25-27, 2004, گزارش به بانک جهانی، شانگهای ۲۰۰۳

حاصل گسترش شبکه مراقبت‌های اولیه بهداشتی در ایران، امروز فعالیت ۱۶,۳۱۴ خانه بهداشت، بیش از ۴,۴۵۶ مرکز بهداشتی - درمانی در روستاها و شهرها، ۳,۴۷۶ پایگاه بهداشت ضمیمه و غیرضمیمه، و ۲۳۴ مرکز آموزش بهورزی بوده است. تعداد تخت‌های بیمارستانی از ۵۵,۲۸۸ در سال ۱۳۵۷ به ۷۷,۸۰۴ تخت در سال ۱۳۶۷ و ۱۱۲,۵۹۰ تخت بالغ شده است. پوشش ایمن‌سازی از کمتر از ۳۰٪ به بیش از ۹۵٪ رسیده است. تنها در مناطق روستایی کشور در فاصله سال‌های ۱۳۷۲ تا ۱۳۸۱ مرگ کودکان زیر پنج سال از بیماری‌های اسهالی از ۵ در هزار به ۰/۸ و از عفونت‌های تنفسی از ۷/۸ به ۲/۹ در هزار رسیده است. از سپتامبر سال ۲۰۰۰ هیچ موردی از ویروس (وحشی) فلج اطفال دیده نشده است. در سال ۲۰۰۲ سازمان بهداشت جهانی از نظام مراقبت بیماری فلج اطفال در ایران تقدیر کرده و استفاده از این الگو را به دیگر

برونباد سیاست‌های اجتماعی بر بهبود توسعه انسانی...

کشورها توصیه کرده است.^۱ میزان مولید که در سال ۱۳۵۷ حدود ۴۵ در هزار اظهار شده بود، در سال ۱۳۷۱ به ۳۰/۶ در هزار و در سال ۱۳۷۹ به ۱۶/۳ کاهش یافت.^۲

جدول شماره ۷. عملکرد حساب ذخیره ارزی از دی ماه ۱۳۷۹ تا پایان اسفندماه ۱۳۸۳

متوسط رشد سالانه درصد	۱۳۸۳	۱۳۸۲	۱۳۸۱	۱۳۸۰	۱۳۷۹	شرح
۱۱/۷۸	۱۱,۴۴۰	۵,۸۶۱	۵,۹۱۳	۲,۱۶۸	۵,۹۴۴	منابع
۱۷/۰۸	۱۱,۱۶۹	۵,۵۶۹	۵,۵۹۶	۱,۸۳۹	۵,۹۴۴	واریزی به حساب
-۷/۹۵	۲۲۴	۲۴۹	۲۸۲	۳۱۲	—	سود متعلقه به موجودی
۲۸/۹۵	۴۷	۴۳	۳۵	۱۷	—	بازدریافت اعتبارات ارزی داخلی
۹۲/۶۸	۱۱,۲۲۰	۵,۴۳۶	۵,۱۲۹	۸۱۴	—	مصارف
۳/۴۱	۲,۷۸۰	۲,۴۱۴	۲,۴۳۱	—	—	ماه‌تفاوت دیون مشمول تغییر نرخ ارز
۸۰/۲۴	۶,۹۲۳	۱,۹۴۷	۲,۱۰۰	۶۵۶	—	تکالیف بودجه‌ای
۷۶/۰۳	۱,۵۱۷	۱,۰۷۶	۵۹۸	۱۵۸	—	تسهیلات اعطایی
۱۰/۰۸	۸,۷۲۷	۸,۵۰۷	۸,۰۸۲	۷,۲۹۸	۵,۹۴۴	موجودی نقدی در پایان سال
۱۱۸/۱۲	۳,۲۱۴	۱,۷۴۱	۷۰۵	۱۴۲	—	مطالبات مربوط به تسهیلات ارزی
۱۹/۰۵	۱۱,۹۴۰	۱۰,۲۴۷	۸,۷۸۷	۷,۴۴۰	۵,۹۴۴	دارایی‌های حساب ذخیره ارزی

منبع: گزارش بانک مرکزی.

در سال‌های آغازین انقلاب اسلامی و در دوران جنگ، تولید ناخالص داخلی کم‌وبیش برابر با تولید سال ۱۳۵۴ بود در حالی که جمعیت ۶۰٪ کاهش یافته بود. این امر باعث افت سرانه تولید ناخالص داخلی به میزان ۴۰٪ گردید. وضعیت مالی کشور نیز به دلیل درآمدهای

۱. اصلاح نظام سلامت در ایران، واحد کشوری اصلاح نظام سلامت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی،

مهر ۱۳۸۳.

۲. همان: به نقل از سازمان برنامه، ۱۳۷۸ و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۷۹.

فصلنامه تأمین اجتماعی، سال نهم، شماره بیست و هشتم

بالتر نفتی ولی مهم‌تر از آن، به دلیل نحوه عمل محتاطانه در امور مالی بهبود یافته است. درآمدهای نفتی مزاد بر آن چه پیش‌بینی شده بود، در صندوقی به نام «صندوق ذخیره ارزی» واریز شده است و حداقل ۵۰٪ آن برای سرمایه‌گذاری‌های بخش خصوصی وام داده می‌شود. تا پایان سال ۱۳۸۰ انباشت صندوق به ۷/۴ میلیارد دلار بالغ گردیده و این مقدار به ۱۱/۹ میلیارد دلار تا پایان سال ۱۳۸۳ رسیده است، جدول زیر عملکرد صندوق ذخیره ارزی تا پایان برنامه سوم توسعه را نشان می‌دهد.^۱

جدول شماره ۸. مقایسه سرانه درآمد و توزیع درآمد در جمهوری اسلامی ایران

سال	درآمد ملی (میلیارد ریال - ثابت ۱۳۷۶)	جمعیت (هزار نفر)	درآمد سرانه (هزار ریال)	شاخص بهبود توزیع درآمد (۴)	شاخص رفاه اجتماعی ۴×۳
	(۱)	(۲)	(۳)		
۱۳۷۸	۲۵۹,۲۰۴	۶۲,۵۱۲	۵۱۴۶/۵	۰/۵۸	۲,۴۰۵
۱۳۷۹	۲۷۱,۷۸۵	۶۳,۵۱۵	۴۲۷۹/۱	۰/۵۷	۲,۴۳۹
۱۳۸۰	۲۸۳,۳۱۹	۶۴,۵۸۴	۴۳۷۱/۳	۰/۵۷۵	۲,۵۱۴
۱۳۸۱	۳۱۵,۶۲۳	۶۵,۶۵۷	۴۸۰۷/۱	۰/۵۸	۲,۷۸۸
۱۳۸۲	۳۴۲,۶۴۲	۶۶,۶۸۰	۵۱۳۸/۶	۰/۵۹	۳,۰۳۲
۱۳۸۳	۳۷۲,۱۳۷	۶۷,۶۵۶	۵۵۰۹/۳	۰/۵۹۷	۳,۲۸۹

از جمله شاخص‌های سنجش رفاه جامعه، شاخص رفاه اجتماعی آماریتیا سن^۲ است. وی شاخص رفاه اجتماعی را چنین تعریف می‌کند: $W = \mu(1-G)$ که در آن μ معرف درآمد سرانه، و G ضریب جینی است. براساس جدول شماره ۸، در سال‌های اخیر، شاخص رفاه اجتماعی به دلیل افزایش درآمد سرانه و بهبود توزیع درآمد، افزایش یافته است. این شاخص در فاصله سال‌های ۱۳۷۹-۱۳۸۲ به طور متوسط سالانه ۶٪ رشد داشته است. همچنین رشد این شاخص در سال ۱۳۸۳ معادل ۸/۴٪ برآورد شده و بهبود رفاه اجتماعی را نشان می‌دهد.^۲

۱. گزارش اقتصادی سال ۱۳۸۳ و نظارت بر عملکرد پنج ساله برنامه سوم توسعه، جلد اول، حوزه‌های فرابخشی سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی، ۱۳۸۴.

2. Amartya Sen

۳. سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور، گزارش اقتصادی سال ۱۳۸۳ و نظارت بر عملکرد برنامه سوم توسعه، ص ۸۷۲.

۳-۱. توزیع درآمد در جامعه

از جمله شاخص‌های مهم سنجش توزیع درآمد، نسبت هزینه دهک بالا (ثروتمندترین) به دهک پایین (فقیرترین) می‌باشد. هرچه این نسبت بالا باشد، نشان‌دهنده نابرابری بیشتر است. این نسبت نیز در طی دوره مذکور به‌طور متوسط سالانه ۴/۹٪ کاهش یافته و از ۱۹/۴ به ۱۵/۸ درصد رسیده است. این کاهش فاصله درآمد در روستاها بارزتر از شهرها بوده است (۷٪ کاهش متوسط سالیانه در روستاها در برابر ۲/۷٪ کاهش سالیانه در مناطق شهری).

جدول شماره ۹. مقایسه نسبت هزینه دهک بالا (ثروتمندترین) و دهک پایین (فقیرترین) در مناطق شهری و روستایی ایران

عنوان	۱۳۷۸	۱۳۷۹	۱۳۸۰	۱۳۸۱	۱۳۸۲
کل	۱۹/۳۷	۲۰/۰۷	۱۹/۴	۱۹	۱۵/۸
شهری	۱۴/۳۱	۱۵/۱	۱۵/۴۴	۱۴/۲	۱۲/۸۵
روستایی	۲۰/۳۳	۲۰/۶۴	۱۸/۲۲	۱۸/۷	۱۵/۲۰

مأخذ: سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور، گزارش اقتصادی سال ۱۳۸۳ و نظارت بر عملکرد برنامه سوم توسعه، ص ۸۷۴.

نسبت هزینه دهک پردرآمد به دهک کم‌درآمد در زمره مهم‌ترین شاخص‌های توزیع درآمدی بوده و ثبت و پیگیری آن تصویر روشن و نسبتاً اطمینان‌بخشی از وضعیت توزیع درآمد و عدالت اجتماعی به دست می‌دهد.

شاخص دیگری که برای بررسی وضعیت و توزیع درآمد در کشورها به‌کار می‌رود، نسبت سهم ۲۰٪ بالای درآمدی به ۲۰٪ پایین درآمدی است. این نسبت نیز از رقم ۱۰/۱ در سال ۱۳۷۹ به رقم ۸/۴۳ در سال ۱۳۸۲ کاهش یافته است. این کاهش نیز در مناطق روستایی چشمگیرتر بوده است.

مصداقنامه تأمین اجتماعی، سال نهم، شماره بیست و هشتم

جدول شماره ۱۰. مقایسه نسبت هزینه بیستک بالا (ثروتمندترین) به بیستک پایین (فقیرترین) در مناطق شهری و روستایی ایران

نسبت هزینه ۲۰٪ بالا به ۲۰٪ پایین	۱۳۷۸	۱۳۷۹	۱۳۸۰	۱۳۸۱	۱۳۸۲
کل	۹/۹۱	۱۰/۱	۹/۹۶	۹/۵	۸/۴۳
شهری	۷/۹۴	۸/۲	۸/۳۶	۷/۹	۷/۲۳
روستایی	۱۰/۲۳	۱۰/۳	۹/۵	۹/۵	۸/۲۳

مأخذ: همان، ص ۸۷۲.

جدول شماره ۱۱. مقایسه شاخص‌های کلیدی برآورد شرایط اجتماعی و کیفیت زندگی در کشورهای منتخب

کشور	مرگ حین زایمان (درصد هزار)	امید به زندگی (سال)	مرگ و میر زیر ۵ سال (در هزار)	درآمد سرانه (دلار PPP)	٪۱۰ پردرآمد به ٪۲۰ کم‌درآمد	٪۲۰ پردرآمد به ٪۲۰ کم‌درآمد	اندکس جینی
ایران	۲۷	۷۰/۲	۲۸	۷,۵۲۵	۱۷/۲	۹/۷	۴۳/۰
برزیل	۶۴	۷۰/۳	۳۴	۸,۱۹۵	۵۷/۸	۲۳/۷	۵۸/۰
چین	۵۱	۷۱/۵	۳۱	۵,۸۹۶	۱۸/۴	۱۰/۷	۴۴/۷
مالزی	۳۰	۷۳	۱۲	۱۰,۲۷۶	۲۲/۱	۱۲/۴	۴۹/۲
اسپانیا	۶	۷۹/۵	۵	۲۳,۴۱۳	۱۰/۳	۶/۰	۳۴/۷
ژاپن	۸	۸۱/۹	۴	۲۹,۲۵۱	۴/۵	۳/۴	۲۴/۹
نروژ	۶	۷۹/۳	۴	۳۸,۴۵۴	۶/۱	۳/۹	۲۵/۸
فرانسه	۱۰	۷۹/۴	۵	۲۹,۳۰۰	۹/۱	۵/۶	۳۲/۷
امریکا	۸	۷۷/۳	۸	۳۹,۶۷۶	۱۵/۹	۸/۴	۴۰/۸
بولیوی	۲۳۰	۶۳/۹	۶۹	۲,۷۲۰	۱۶۸/۱	۴۲/۳	۶۰/۱
افریقای جنوبی	۱۵۰	۴۹	۶۷	۱۱,۱۹۲	۳۳/۱	۱۷/۹	۵۷/۸
نامیبیا	۵۴۰	۴۸/۶	۸۵	۷,۴۱۸	۱۲۸/۸	۵۶/۱	۷۴/۳
پرو	۱۹۰	۶۹/۸	۲۹	۵,۶۷۸	۴۴/۹	۱۷/۳	۴۴/۷
ترکیه	۱۳۰	۶۸/۶	۳۲	۷,۷۵۳	۱۶/۸	۹/۳	۴۳/۶

Source: "Human Development Report 2006", Beyond scarcity Power, Poverty and global water crisis : United Development Program; UNDP, New York, USA.

(یادآور می‌شود تحقق دسترسی‌های برابر در فرصت‌های اجتماعی و توزیع عادلانه درآمدها و کاهش فاصله طبقات اجتماعی، مهم‌ترین کارکرد حاکمیتی^۱ دولت‌ها و نمود اصلی تعهد و تولیت STEWARDSHIP آنها برای بهبود شرایط اجتماعی ملت‌های خود تلقی می‌شود که با اعتماد و مشروعیتی که شهروندان برای فعالیت‌های حکومت قائل هستند ارتباطی تنگاتنگ دارد).

جدول شماره ۱۱ وضعیت این شاخص‌ها را همراه با ضریب جینی (برای سنجش وضعیت توزیع درآمد) و نیز درآمد سرانه برحسب برابری قدرت خرید دلار (PPP) و نیز وضعیت مرگ و میر کودکان زیر پنج سال و امید به زندگی و نیز میزان مرگ حین زایمان که شاخص‌های تقریباً مناسبی برای برآورد شرایط اجتماعی و کیفیت زندگی و در نتیجه کارکرد حاکمیتی دولت‌ها^۲ را به دست می‌دهد، در تعدادی از کشورهای جهان و از جمله کشورهای اروپایی، آفریقایی، و امریکای لاتین را به نقل از گزارش توسعه انسانی سال ۲۰۰۶ سازمان ملل نشان می‌دهد.

چنانچه در جدول فوق نشان داده شده است، در میان کشورهای مختلف جهان، کمترین فاصله دهک‌های درآمدی (و هزینه‌ای) متعلق به کشورهای اسکاندیناوی و ژاپن و بیشترین فاصله درآمدی و اختلاف طبقاتی متعلق به کشورهای آفریقایی و امریکای لاتین است که درآمد ثروتمندترین دهک آنها بین ۶/۱ برابر (برای کشور نروژ) و ۴/۵ برابر برای ژاپن؛ تا ۵۸ برابر برای برزیل و حدود ۴۵ برابر برای پرو ۱۶۸ برابر برای بولیوی و ۱۲۹ برابر برای کشور نامیبیا نسبت به فقیرترین دهک درآمدی می‌باشد.

بدین ترتیب برخی کشورها قادر گردیده‌اند فاصله طبقات اجتماعی را به خوبی مهار کنند و تفاوت درآمدها را در جوامع خود به حداقل برسانند. ابزار مهم این کشورها در دستیابی به این موفقیت، نظام کارآمد مالیاتی و نظام جامع و فراگیر تأمین اجتماعی بوده است.

سایر کشورهای اروپایی هم غالباً فاصله دهک‌های درآمدی تک رقمی دارند و بیشترین فاصله مربوط به کشور انگلستان (۱۳/۸) و پرتغال (۱۵) می‌باشد. نسبت هزینه ثروتمندترین دهک به فقیرترین، در امریکا ۱۶ بوده که تقریباً مشابه ایران می‌باشد. چنانچه ذکر شد، کشورهای امریکای لاتین و آفریقایی اکثراً دارای توزیع ناعادلانه درآمدی می‌باشند و نسبت درآمد ثروتمندترین دهک به فقیرترین، در برخی از این کشورها تا نزدیک به ۹۰ برابر افزایش یافته است. این کشورها اغلب دارای امید به زندگی پایین و مرگ‌ومیر بالای کودکان می‌باشند.

1. governance
2. good governance

وضعیت شاخص‌های توزیع درآمد در ایران به‌طور کلی «متوسط» ارزیابی می‌شود. براساس قانون برنامه چهارم توسعه؛ فاصله دهک‌های درآمدی باید در سال پایانی برنامه (۱۳۸۸) به ۱۴ و ضریب جینی به ۰/۳۷ کاهش یابد.^۱ همچنین دولت مکلف به بازبینی سیاست‌های مالیاتی با هدف کاهش فاصله درآمدی شده است. علاوه بر این، گسترش چتر خدمات بیمه‌های اجتماعی و درمانی و پوشش بیمه‌ای روستاییان و اقشار آسیب‌پذیر، تضمین خدمات بهداشتی و درمانی و نیز دولت مکلف شده است که آموزش‌های عمومی را برای سه دهک پایین درآمدی در اولویت قرار دهد، بر سیاست‌های تأمین مسکن ارزان‌قیمت برای دهک‌های پایین درآمدی متمرکز شود، حمایت‌های حقوقی و مشاوره‌های اجتماعی را برای فقرا تأمین کند، برنامه‌های اشتغال حمایتی را برای گروه‌های کم‌درآمد و در معرض آسیب تدارک ببیند، و توانمندسازی روستاییان و اقشار کم‌درآمد را در دستور کار خود داشته باشد (مواد ۸۲ و ۹۰ قانون برنامه چهارم). در صورت تحقق موارد یادشده، امید این می‌رود که طی دهه آینده فاصله دهک‌های درآمدی در ایران تکرریمی شده و به سطح کشورهای پیشرفته نزدیک شده و زمینه‌های تحقق اهداف سند چشم‌انداز در افق ۱۳۰۴ فراهم شود. این امر البته نیازمند عزم سیاسی^۲ دولت و سیاست‌گذاران، بسیج منابع و نظارت‌های قانونی برای استمرار و ارتقای دستاوردهای ارزشمند گذشته نظام مقدس جمهوری اسلامی در دستیابی به اهداف والای انقلاب اسلامی و تحقق اصول عادلانه اسلام خواهد بود.

منابع و مأخذ

1. Human Development report 2003, Millennium Development Goals, United Nations Development Program (UNDP), New York, 2003.
2. "The First Millennium Development Goals Report 2004: Achievement and Challenges"; Management and Planning Organization, in cooperation with Institute for Management and planning Studies and United Nations in Islamic Republic of Iran. Tehran, Nov. p 200.
3. Science , "Technology and Innovation Policy Review; The Islamic Republic of Iran", New York and Geneva , June 2005, p 8.
4. Human Development Report 2006, Beyond scarcity Power, Poverty and global water crisis: United Development Program; UNDP New York, USA, pp 284, 332.
5. Mehryar A., Ahmadnia Sh., "Primary Health Care and the: Rural Poor in the Islamic Republic of Iran"; Global Learning Process for Scaling Up Poverty Reduction: Shanghai Conference May 25-27, 2004.

۱. قانون برنامه چهارم، جدول ضمیمه ۲.