چالشهای سلامت و توسعه ، گذشته و آینده

نویسندگان : دیوید فیلپس ، یولاورهاسلت
تلخیص وترجمه : دکتر نعمت اله بابایی[۱]

چکیده

پیامدهای خواسته و ناخواسته توسعه و اثرات آن بر سلامت فرد وجامعه ، موضوع اصلی این نوشته است ، این نوشته یک فصل از بیست فصل کتاب "سلامت و توسعه " است که توسط چند تن از صاحب نظران به رشته نگارش در آمده است . کوشش عمده نویسندگان بر این نکته است که از گذشته تاکنون چه چالشهایی بین ایجاد توسعه و ارتقای سلامت وجود دارد و در آینده و اوایل قرن بیست ویکم ، این چالشها به چه سمت و سویی ، سیر خواهند کرد ؟ نویسندگان ، حداقل ده مورد اصلی و چالش بر انگیز را در ارتباط با موضوع و رابطه سلامت و توسعه ذکر می کنند و برای کشورهایی که خواهان توسعه هستند ، مواردی را بر می شمارند که باید بدانها توجه ورزند و در مسیر دست یابی به توسعه ، بکوشند تا با تنش های کمتری از آنها عبور کنند . پیام اساسی این نوشته را می توان ارزیابی پیش ازهر اقدام و کاهش هزینه های دستیابی به توسعه ، با توجه به حفظ و ارتقای سلامت فردی و اجتماعی منابع انسانی در مسیر توسعه خلاصه کرد .

یکی از مجادلات همیشگی این است که بین "سلامت بهتر " و "توسعه بیشتر " همبستگی خطی و یک سویه ای وجود دارد یا نه ؟

جواب چندان ساده نیست ،زیرا هر دو مفهوم یاد شده تا حد زیادی غیر قابل

۱. متخصص بهداشت ، عضو گروه پژوهشی رفاه اجتماعی

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-13]

اندازه گیری بوده و هر کدام دارای عناصر نظری متعددی هستند.

هر چند باید اذعان کرد که " توسعه بیشتر " مقارن با " سلامت متفاوت" بوده است ، ولی نه الزاماً سلامت بهتر ، این یک واقعیت تردید ناپذیر است که اغلب کشورهای دارای در آمد سرانه بالا، به طور میانگین دارای امید زندگی و طول عمر طولانی تری هستند ، اما امید به زندگی بیشتر و طولانی تر، مشکلات خاص و وابسته ای را نیز به دنبال داشته است که در ابعاد اجتماعی ، بهداشتی مطرح هستند .

از گذشته تاکنون، ارتباط " توسعه و سلامت " دارای چالشهای متعددی بوده است که حداقل به ده مورد بالغ می شود و در سالهای آینده ، یعنی سالهای اولیه قرن بیست و یکم ، اهمیت بیشتری خواهند یافت که از جهاتی به یکدیگر پیوسته و زنجیروار و وابسته هستند . واقعیت این است که جغرافیای سلامت و بهداشت به عنوان یک زیر مجموعه فعال در مرز باریک بسیاری از علوم اجتماعی و پزشکی در حال فعالیت است.

ده موضوع اصلی مخاطره آمیز و چالش برانگیز در زمینه " سلامت و توسعه " شامل موارد ذیل است :

۱- تغییرات محیطی و سلامت

رابطه تغییرات زیست محیطی و سلامت یکی از چالشهای مهم در کشورهای در حال توسعه است. تمرکز بیشتر بر تاثیرات مستقیم تغییرات محیطی که به طور عمده روی مردمی که در مناطق با آب و هوای گرم زندگی می کنند مورد مطالعه قرار گرفته است ، توجه عموم را به از بین رفتن لایه ازن و افزایش تابش اشعه ماوراءبنفش و شیوع بیشتر سرطانهای پوست و ایجاد آب مروارید جلب کرده است.

اما مسأله فقط این نیست ، افزایش دما می تواند باعث گرم شدن زمین و بالا آمدن سطح دریاها شود و در نتیجه ویرانی های ناشی از سیل را در زمینه های پست کم ارتفاع نظیر بنگلادش به وجود آوردو آنها را غرق کند . گرم شدن زمین با ایجاد نواحی باتلاقی و مردابی می تواند بیماریهای عفونی و گرمسیری را انتقال دهد .

تغییرات زیست محیطی در ابعاد کوچک شهری ساکنان را در معرض مواد بالقوه‌ای که سمی هستند قرار می دهد و با افزایش درآمد شهرنشینان و استفاده آنها از انرژی

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-13]

بیشتر و وسیله نقلیه شخصی ، بیشتر می شود .

واضح است که مشکلات محیطی بر حسب کشورهای مختلف ،وضعیت و میزان صنفی شدن آنها مختلف است . پس هر کشور محتاج این است که اولویتهای خود را به دقت برآورده کند . یکی از دشواریهای کنونی تعیین دقیق ارتباط بین عوامل محیطی نظیر تابش های نوری و آلودگیها و پیامدهای آنها در افراد است ، زیرا افراد با درجات و مقادیر گوناگون در زمانهای مختلف در معرض عواملی قرار می گیرند و با ویژگی متفاوتی که دارند سطح پاسخ متفاوتی از خود بروز می دهند. عامل مداخله گر دیگر روشهای زندگی فردی است که امکان اندازه گیری برآیند خطرات زیست محیطی بر سلامت را تحت تاثیر قرار می دهد. اطلاعات به طور دائم در حال افزایش است اما ، تصویر کمی در حال واضح و روشن شدن بیشترند.

۲- اثرات تعدیل ساختاری و بحرانهای اقتصادی برسلامت

سیاستهای تعدیلی اغلب استعاره ها وجانشین هایی هستند برای کاهش هزینه های عمومی در مورد برنامه های اجتماعی و سلامت ؛ هر چند آموزش نیز در این سیاستها مورد بی مهری قرار گیرد ؛ کاهش درآمدها و سیاستهای تعدیل توانایی خرید مواد غذایی، پوشاک و سر پناه مناسب و ضروری ،و خدمات و مراقبت های بهداشتی را کاهش می دهد ؛ کودکان ازمدارس خارج می شوند تا کمک خرج خانواده باشند ،در نتیجه ، نه خانواده ها و نه دولتها در بسیاری از کشورهای فقیر و با درآمد متوسط قادر نبوده اند که به این وضعیت مجدداً سر و سامان ببخشند . به گونه ای وحشتناک ، هزینه های عمومی کاسته شده و بر سلامت محیط، اسکان و دیگر برنامه های اصولی تاثیر می گذارد ؛ ساکنان و مردمان همچنان در شرایط زندگی محلی قهقرایی که در آن بسیاری از پرداختهای بهداشتی سالهای قبل نیز نابود شده اند ، باقی می مانند . این موضوع مختص کشورهای در حال توسعه نیست ، در طی سالیان طولانی سیاست اقتصادی گروههای سیاسی میانه رو و راست گرا در اروپای شمالی کاهش در هزینه های عمومی طی رکود اقتصادی دهه ۱۹۹۰ بوده است . این تغییرات هم برداریان و هم برناداریان اثر می کند، اما تاثیر

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-13]

تغییر دهنده مستقیماً متوجه سلامت فقرا و خواهد بود .

قطع هزینه عمومی بهداشت و تامین اجتماعی و یارانه سرویسهای عمومی دارو و غذا در کشورهای در حال توسعه تحت عناوینی از قبیل " بازیابی هزینه ها " در بسیاری از این کشورها مورد آزمایش قرار گرفته است و این هراس را در دل مردم افکنده است که این سیاستها مانع دستیابی محتاجان و فقیران به معالجات پزشکی و دارویی شود . سرویس عمومی و مراقبتهای ضروری را بجز در چند مورد استثنایی می توان به صورت رایگان با استفاده از پرداختی های مصرف کنندگان سرویس عمومی راه اندازی کرد .

شواهد نشان می دهد که بیشتر نیازمندان به مراقبتهای بهداشتی ، افرادی نظیر سالخورگان، بیماران مزمن و فقرا هستند ، تعدیلات با داشتن چهره انسانی که به تعدیلات ملایم موسوم هستند، مورد قبول و موافقت واقع شده اند ، هر چند موفقیت های آن در زمینه توسعه اقتصادی ـ اجتماعی مورد تردید است .

۳- تغییرات پیری جمعیت

بسیاری از صاحب نظران یکی از چالشهای مهم در امر توسعه و سلامت را " جابه جایی اپیدمیولوژیک " که گاهی " جابه جایی بهداشتی " هم خوانده می شود، می دانند که به عنوان مهمترین تغییرات جمعیتی به پیری جمعیت توجه دارند .

این موضوع که آیا این جابه جایی اپیدمیولوژیک عامل یا معلول پیر شدن جمعیت است ، جزو علائق تحقیقاتی بسیاری از محققان جمعیت شناسی است. برخی از تاثیرات عملی تغییر اپیدمیولوژیکی جمعیت شامل موارد ذیل است : افزایش در میزانهای بیماری های مزمن و فرساینده (دژنراتیو) ، که به طور عمده نیازمند توجهات پزشکی مستقیم هستند، اما بیش از همه به مراقبتهای اجتماعی نیاز دارند و همین امر محتاج جهت گیری مجدد در بسیاری از سیستم های مراقبتهای بهداشتی و خرج از برج عاج در بیماریهای با تکنولوژی بالا با مخارج گزاف است، زیرا آنها تنها بخش کوچکی از بیمایهای حاد را درمان می کنند .

بسیاری از نتایج و پیامد های پیری را می توان با پیشگیری از بیماری و ناتوانی کاهش داد و این نکته ای است که باید در سیاست گذاریها ، فعالیتها و آموزشهای

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-13]

مربوط به سرویسهای بهداشتی و سلامت عمومی مورد تاکید قرار داد .

بسیاری از کشورهای در حال توسعه ، هم اکنون در حال تجربه کردن تغییر جمعیتی سریع هستند، پیر شدن جمعیت به طور بارزی سریع اتفاق می افتد ، مثلاً در کشوری مانند ژاپن ، این اتفاق در مدت زمانی کمتر از ۵۰ سال به وقوع پیوست ، در نتیجه این کشور در حدود سال ۲۰۲۰ میلادی از فرم ساختار جمعیتی جوان به یکی از پیرترین کشورهای جهان تبدیل خواهد شد . ؛ همین مسأله منجر به عدم اطمینان و ترس از آینده شده است . بیشتر تحقیقات انجام شده در اروپا و آمریکای شمالی تمایل به تمرکز بر عوامل دموگرافیک پیر شدن و جمعیت و نتایج اقتصادی آن دارند و تعداد اندکی به مسائل اجتماعی و بهداشتی پیر شدن جمعیت پرداخته اند .

بسیاری از کشورهای در حال توسعه ، هنوز با خطرات دو گانه عوامل بیماریهای واگیر عفونی مانند وبا ، مالاریا ، هپاتیت ، ایدز ، بیماریهای غیر واگیر و مزمن نظیر ، بیماریهای قلبی ، سرطانها و مشکلات مغزی در گیرند و همیشه مجبورند با این " دو قلوها " در حال مقابله باشند . نیروهای شاغل بهداشت در این کشورها اغلب درگیر "خرافه های عفونی " هستند و کمتر به مسائل و تغییرات اجتماعی واپیدمیولوژیکی که در حال اتفاق افتادن است ، می پردازند . بسیاری از عوامل مرگ ، غالباً نتیجه دوره‌های طولانی بیماری است ، این موارد دارای نتایج اجتماعی و فردی عظیمی هستند . تعداد زیادی از افراد بخصوص در دنیای توسعه یافته ، خود را به عنوان بیمار یا ناتوان معرفی می کنند . توضیحات برای انجام این عمل پیچیده است ولی نمی‌تواند شامل آگاهی بیشتر از بیماری ، تشخیص زودتر ، در دسترس بودن خدمات بهداشتی بهتر ، نرخ مرگ و میر کمتر، پرداختهای تامین اجتماعی و انتظارات افزایش یافته عمومی از بهداشت و تندرستی باشد ، این پدیده های پیچیده دارای کاربردهای عظیم برای آینده بهداشت و مراقبت بهداشتی پدیده توسعه هستند.

٤- اقشار آسیب پذیر و پدیده فقر

آسیب پذیری عمدتاً ناشی از تغییر اجتماعی و یا شرایط توسعه است ، کودکان مدتهای طولانی است که در رابطه با مسأله فقر کانون توجه بوده اند . بنا به نظریونیسف، " فاجعه ساکت " این است که روزانه چهل هزار کودک، عمدتاً به علت

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-13]

فقر غذایی و بیماریهای عفونی می میرند و یکصد میلیون نفر از افراد ٦ تا ۱۱ سال ، از آموزش و پرورش محروم هستند و سیاستهای تعدیل نیز در حال بدتر کردن این قسمت از زندگی کودکان است .

موضوع سلامت زنان به صورت نیازی خارج از چارچوب بهداشت فرزند و مادر مورد توجه است . خطر بیماریهای قابل انتقال جنسی ، شرایط کاری و خشونت موجب شده است که دختران جوان خانواده با رویکرد « تبعیض مثبت » نگریسته شوند و از نظر غذائی و مراقبت و تعلیم و تربیت نسبت به سایر اعضای خانواده مورد توجه بیشتری قرار گیرند .

زنان بیش از مردان در مقابل ایدز آسیب پذیرند و این شامل همه زنان می شود و آنها با خطرات متعددی از سوی ایدز روبه رو هستند ، یعنی آلودگی فردی ، انتقال آلودگی به جنین و آلودگی دو سویه از طرف شریک جنسی ؛ هر چه جایگاه زنان در جامعه قدرتمندتر و قویتر بماند اختیارات زنان برای جلوگیری از آلودگی به ایدز بیشتر خواهد بود .

افراد مسن نیز در تغییرات اجتماعی و اقتصادی می توانند آسیب پذیر شوند ، واکنش عمومی در کشورهای در حال توسعه این است که مراقبت از پیران مسوولیتی است خانوادگی و برای دولت ها چندان لازم نیست که در این مورد دخالت کنند .

افراد با ناتوایی گروه دیگری هستند که آسیب پذیری آنهارا در روند توسعه باید مدنظر داشت . معلولان ذهنی، جسمی و بسیاری از اشخاصی که ناتوانی فیزیکی و یا ذهنی دارند، از جمله این افراد هستند. شرایط روان شناختی عصب شناختی امروزه شاید به عنوان تنها منبع مهم ناتوانی و ابتلا در جهان شناخته شده است . بسیاری از صاحب نظران به فقر نسبی و اغلب به فقر مطلق به عنوان فاکتور مهمی که تضعیف کننده سلامت است ، اشاره کرده اند .

دفتر عمران سازمان ملل متحد (UNDP) در سال ۱۹۹۲ گزارش کرده است که کمکهای انجام شده به ملل فقیر از نظر مقدار ، انعطاف پذیری ، نحوه توزیع و تاثیر ، نا امید کنند بوده و به صورت غیر مفید مصرف شده است . حدود یک چهارم کمکها به ده کشوری که تقریباً سه چهارم مردمفقیر جهان را دارا هستند، سرا زیر می شود و این

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-13]

روند نشان می دهد که متاسفانه عده ای فقیر از کمک محروم می‌شوند تا عـده دیگـری از فقرا سود ببرند .

۵- دارو و درمان

مسأله دارو و درمان در ارتباط با توسعه کشـورها در درجه اول بدین نحـو مطـرح می شود که اگر بیمار توانایی مـالی خوبـی داشـته باشـد ممکـن اسـت پیشـرفته تریـن آزمایشهای رادیولوژی ، درمانهای جراحی و پزشکی بدون توجه بـه ایـن کـه آیـا ایـن آزمایشـها برای وضعیت بیمار لازم و موثر هستند ، یا خیر ، با صـرف هزینـه انجـام می شوند . استفاده غلط از داروها و تکنیکهای سبک غربی که بدون بازده و نـا مناسـب نیز هستند ، انجام می شوند ، البتـه افـراد شـیاد در کشـورهای در حـال توسـعه هـم از داروهای سنتی و هم از داروهـای بومـی سـود مـی برنـد و عـوارض جـانبی ناشـی از درمانهای سنتی در حال افزایش است . در بسیاری از کشورها ، شناخت در حال رشدی از درمان و دارو وجود دارد و مسأله تداخل دارویی و عوارض آنها بادیده بصیرت مورد توجه لازم قرار می کرد . اما استفاده از آزمایشهای مکرر بدون دلیـل ، اسـتفاده از اشـعه ایکس ، واسکن ها و انجام جراحی های تهاجمی در بسیاری از سیستم هـای بهداشـتی بیش از اندازه نیاز واقعی است و جنبه های سوء استفاده ، عمدتاً در کشورهای در حـال توسعه اتفاق می افتد و استفاده از آزمایشها و بررسی های با تکنولوژی بالا ، بـه دلایـل مالی ، توسط کادر پزشکی تشویق می شود ؛ این امر یکی از چالشهای بزرگ سـلامت و توسعه است ، یعنی امکانات و تجهیزات پزشکی در دسترس ، بـا نحـوه اسـتفاده از آن متوزان نیست .

٦- جابه جایی جمعیت

جابه جایی جمعیتی ، خصوصیت مشترک ظریفی از پدیده توسعه است که در زمـان صلح ، از روستا به شهر رخ می دهد ، موجب افزایش تجمع در شهرها و حاشـیه هـای آن شده ، طیف جدیدی از خطرات سلامت و محیـط را پدیـد مـی آورد . پـروژه هـای توسعه‌ای و عمرانی موجب مهاجرت موقت و یا طولانی افرادی می شوند که در شرایط سخت بهداشتی به سر می برند . در زمان جنگ و یا اغتشاشات سیاسی و یا حـوادث و

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-13]

بلایای طبیعی نظیر سیل ، طوفان و یا زلزله جمعیت بـه منظـور ایمنـی از ایـن حـوادث است و به مهاجرت می زنند و کم و بیش به صورت پناهندگان دائمی در می آیند.

معمولاً نیازهای بهداشتی جمعیت مهاجر بیش از جمعیت مقیم اسـت ، جابـه جـایی می تواند مردم را در تماس با بیماریهای جدید و غیر منتظره قرار دهد . مهاجرت عاملی برای انتشار بیماریها محسوب می شود . در گذشته " و با " زائرین را مورد حملـه قـرار می داد و امروز اردوگاههای پناهندگـان را ؛ قبـلاً شهرنشـینان مـهاجر بـه حاشـیه هـای جنگی دچار " مالاریا " و بیماریهای دیگر می شدند ، شدت مـیزان بیمـاری گـاهی بـه قدری بالا بود که سبب توقف طرحهای آبادانی در مناطق روستایی می شـد . برخـی از کشورهایی که مهاجر داوطلب می پذیرند ، نشستهای بهداشـتی و آزمایشـهای ویـژه و اجباری را پیش بینی کرده اند که از داوطلب به عمل خواهد آمد تـا بدینوسـیله از ورود بیماری و نتایج مالی و انسانی جلوگیری کنند .

۷- بیماریهای عفونی و ظهور مجدد آنها

ظهور بیماریهای کشنده و نوپدید نظیر ایدز و عود عفونتهای سابق نظیر سل در زمره مهمترین چالشهای سلامت و توسعه است که امـروزه گریبـانگیر اغلـب کشـورها شـده است . سل در اکثر موارد ، در نوع عود کننده ، به رژیمـهای دارویـی اسـتاندارد مقـاوم بوده و حتی نسبت به رژیم شیمی درمانی گران قیمت هم مقاوم است .

عودهای مشابهی در مالاریا نیز مشاهده می شود ، موفقیتهای اولیه در مبارزه با مالاریا در برخی کشورها موجب شد که رضایت خاطر کاذب به وجود آید و کـم توجـهی بـه تمهیدات کنترلی موجب گردید تا مالاریـا عـود مجـدد پیـدا کنـد . ظـهور مقـاومت در حشرات نسبت به حشره کشها به عنوان عـامل مـهمی علیـه سـلامت و توسـعه مطـرح است.

در تمام دنیا ، ایدز به عنوان فاکتور ضد توسعه عمل می کند ؛ آلودگی همزمان سل و ایدز یک مشکل در حال تشدید است و به تخمین سازمان جهانی بهداشت (WHO) حدود ٤/٤ میلیون نفر از ساکنان جهان در حال توسعه آلوده به ویروس ایـدز و بـاکتری سل هستند. صرفنظر از هزینه های مراقبتی مستقیم و رنج انسانی، ایدز دارای دو ویژگی است که توسعه را مختل می کند :

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-13]

اولاً : این بیماری فعالترین بخش اقتصادی هر جامعه ای را مورد هدف قرار می‌دهد، یعنی افراد گروه سنی ۲۰ تا ٤٥ ساله

ثانیاً : در مناطقی که فقر وجود دارد ایدز بیداد می کند و شیوع بالایی دارد ، در نتیجه ، فقر را گسترش داده و توانایی کشور را برای شروع توسعه اقتصادی و اجتماعی مختل می کند .

۸- جنگها ، درگیریها و آشوبهای سیاسی

نابه سامانیهای اجتماعی و سیاسی یک تهدید مهم برای سلامت و بهداشت هستند، متاسفانه علایم کمی از کاهش این عوامل در آینده نزدیک مشاهده می شود ؛ مناطق بسیاری از دنیا درگیر جنگهای سخت و پایدارند ؛ غالباً این جنگها داخلی هستند و به طور مستقیم عوارض ناشی از همین ، بمب و گلوله به موضوع سلامت و بهداشت آسیب می رسانند ، اما اثرات غیر مستقیم درگیریها و نظایر آن می گردد . طبیعی است که در مناطق در حال جنگ برنامه ریشه کنی مالاریا یا ایمن سازی کودکان دچار وقفه شود . در گیریهای قومی موجب شکست و قطع برنامه هایی می شود که اجرای آنها محتاج همکاری همه آحاد جامعه است و برنامه ریزیها و پیش بینی های انجام کارها را دچار شکست می سازد . انسجام خدمات و مراقبت های بهداشتی در اثر جنگ از بین رفته، قحطی و سوء تغذیه افزایش یافته ، از هم گسیختگی نابود کننده اقتصادی ناشی از جنگ و آشوبهای سیاسی اثرات دراز مدتی بر بهداشت عمومی ، آموزشی و بخشهای مربوطه بر جای می گذارد .

با صرف منابع انسانی ، اقتصادی و انرژی برای خشونت و تهاجم جهت بقا، بدون شک مقادیر کمتری از این منابع برای فعالیتهای بهداشتی و تامین اجتماعی مورد استفاده قرار می گیرد . قربانیان به جامانده از فاجعه جنگها و آشوبهای سیاسی ، از نظر فیزیکی و روانی دچار آسیب می شوند و تحت شرایط جنگ و نا امنی ، کمترین خدمات ممکن را می توانند دریافت کنند .

۹- پیامدهای سیاست های توسعه ای بر سلامت

تاثیرات سیاستهای توسعه بر بهداشت و سلامت می تواند زیاد و متنوع ، مستقیم یا

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-13]

غیر مستقیم باشد . بسیاری از این تاثیرات مثبت اند و بسیاری از برنامه های توسعه اجتماعی و اقتصادی دارای تاثیرات مثبت قوی بر بهداشت و سلامت بوده اند ، مثالهای زیادی در مورد بهبود وضع محلات فقیر نشین و طرحهای اصلاحی که منجر به ایجاد شرایط محیطی و بهداشت عمومی بهتر شده اند وجود دارد .

معهذا، این طرحها می توانند افراد و گروههای ویژه ای را تحت پوشش قرار دهند که سلامتی و امنیت آنها مورد تهدید قرار می گیرد ، برخی از پروژه ها می توانند ساکنان مناطق زیر پوشش را در معرض تماس با دسته ای از بیماریهای عفونی غیر معمول قرار دهند . مثلاً انجام طرحهای سد سازی و آبیاری در گذشته منجر به افزایش مالاریا و بیماریهایی مانند شیستومیاز شده است (هانتر۱۹۹۳) ، هر چند امروزه این عوارض کاهش یافته اند، ولی طرحهای عمرانی در سایر بخشها، هنوز سلامت و بهداشت را در معرض خطر قرار می دهند . به نظر می رسد که صنعتی شدن پیامدهای مستقیم و غیر مستقیم در حال افزایشی را برای بهداشت و سلامت بسیاری از کشورهای در حال توسعه به ارمغان می آورد . این اثر حداقل تا مرحله ای از توسعه که در آن سیستم قانونگذاری و کنترل کننده های محیط زیست و سلامت ، لزوم اجباری شدن سرمایه گذاری روی مکانیزمهای جلوگیری کننده را در خواست کنند ، ادامه خواهد داشت .

بدترین نوع سیاستها ، کاهش در تمهیدات بخش عمومی است و شدید ترین تاثیرات را بر اقشار نیازمند و فقیر باقی می گذارد . نیاز روز افزون به بهداشت روانی و اجتماعی در اکثر کشورها در اثر این سیاستها مورد بی مهری و تهدید قرار می گیرد .

سیاستهای توسعه ای در گروهی از کشورها مانند کشورهای اروپای شرقی و شوروی سابق منجر به از بین رفتن گستره چتر حمایتی سیستم های تامین اجتماعی و بهداشت گشته و سبب شد عده زیادی از مردم به سمت منابع ضعیف و امتحان نشده خود ، جذب و جلب شوند .

۱۰- راههای غربی وسنتی سلامت

این موضع به طور واضح مشهود است که نه یک سیستم بهداشتی با کاربردی جهانی و همه پسند وجود دارد و نه نظر واحدی در مورد سلامت به عنوان یک مفهوم .

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-13]

اکثر آموزشهای کارکنان پزشکی و پیراپزشکی هنور بر روی مدل علمی منتج شده از بیماری است و به میزان کمی بر روی تغییرات فرهنگی ، اقتصادی و اجتماعی تاکید می کنند ، همچنین استفاده حقیقی نسبتاً کمی از کارکنان بومی و آشنا به پزشکی سنتی با پزشکی مدرن پیش رفته اند اما در پاره ای از بخشها این ارتباط و امتزاج قطع است . در هند هم هر چند این تداخل در سطوح اولیه بهداشتی وجود دارد ، ولی پزشکی آلوپاتیک غربی به عنوان فاکتور برتر همیشه مطرح می شود .

میزان دسترسی به خدمات بهداشتی در کشورهای در حال توسعه از دو سوم جمعیت تا یک سوم جمعیت و کمتر سیر می کند ، به طور مشابه ، درصدهای کمتری از افراد به آب سالم دسترسی داشته و حتی تعداد بیشتری به خدمات بهداشتی اولیه دسترسی ندارند . بنابراین لازم است که از منابع با ارزش موجود در جامعه استفاده شود. ماماهای محلی آموزش دیده یکی از این مثالها هستند . بسیاری از صاحب نظران پیشنهاد می کنند که مراقبتهای بهداشتی سنتی نباید " بهترین دومی " تلقی شوند ، البته برای بسیاری از شرایط از جمله ناراحتی عصبی روانی خفیف بعضی از درمانهای سنتی می توانند موثر باشند ، اما در برخی موارد نیز باید برای تعیین درجه کارایی و اثر بخشی روشهای سنتی و محدودیت آن تحقیقات لازم صورت گیرد . البته ممکن است شارلاتان بازی و تقلب موجب شود که محدودیت بیشتری برای استفاده از طب سنتی و گیاهی قائل شویم . با تمام این اوصاف ، درمانگران سنتی ، مرجع و منبعی هستند که تعداد زیادی از افراد در کشورهای مختلف به آنها مراجعه می کنند و ما باید این موضوع را در سیاستها و برنامه ریزیهای آینده خود مد نظر قرار دهیم و البته این الزاماً به معنی تایید علمی آنها نیست .

* * *

این مسایل با چالشهای مربوط به سلامت و توسعه ارتباط دارند و علی رغم تفاوتهای موجود در سیستمهای بهداشتی کشورها ، در اکثر کشورهای جهان مطرح هستند . بررسی و مطالعاتی از این قبیل برای دستیابی به روشهای حل مسائل توسعه و سلامت لازم بوده و برای پیشرفتهای آینده ضروری هستند تا از این طریق بتوان به ارزیابی عملکردهای مثبت و منفی پرداخت و

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-13]

به بیـداری و آگـاهی از آنچـه کـه مـورد نیـاز اسـت و بـاید انجـام شـود و آنچـه کـه باید به دست آیـد ، کمـک کـرد .

منبع

Health & Development
Edited by David R . Phillips and Yola Verhasselt
Chapter 20 , PP : 301-317
London : Routledge , 1994.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-13]

بررسی و نقد گزارش " نظام هدفمند یارانه ها " در ایران

گروه پژوهشی رفاه اجتماعی ـ دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور گزارشی تحت عنوان " نظام هدفمند یارانه‌ها" بر اساس تکلیف مذکور در تبصره ۵ قانون بودجه سال ۱۳۸۰ کل کشور تنظیم و در تاریخ ۱۳۸۰/٤/۱٦ از طریق ریاست سازمان ، در اختیار وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی قرار داد . در اواخر تیرماه ، این گزارش به دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی رسید و به توصیه ریاست دانشگاه ، برای بحث و بررسی و نقد بازتاب به آن بلافاصله جلسه کارشناسی و پژوهشی با حضور ریاست دانشگاه و ریاست سازمان بهزیستی و نماینده دفتر ریاست جمهوری تشکیل شد . در ماه مرداد و نیمه اول ماه شهریور سال ۱۳۸۰ کارشناسان عضو هیات پژوهشی و علمی مرکز مطالعات و تحقیقات رفاه اجتماعی و کارشناسان مدعو روی این طرح کار کردند و نتایج بررسی خود را طی جلساتی به بحث و بررسی گذاشتند . در انتها ، گزارش زیر به عنوان بررسی نقد گزارش " نظلام هدفمند یارانه ها " تهیه و دراختیار فصلنامه قرار گرفت* .

نظر همکاران پژوهشگر ما این بود که در این گزارش نارسائی ها و اشتباههای آماری ، تحلیلی و نظری فراوان وجود دارد ، به نحوی که کار استنباط و نتیجه گیری آن را کاملاً مختل کرده است . به این ترتیب ، این گروه وظیفه خود دانست که بخشی از نتایج بررسی خود را به صورت اظهار نظرهای موجز و روشن از طریق چاپ در این فصلنامه در اختیار پژوهشگران و کارشناسان دانشگاهی، و آزاد و دولتی قرار دهند .

پژوهشگران این مرکز در مورد نتایج وخیم تصمیم گیری نادرست برای حذف بهینه سازی شتاب زده یارانه ها چنان نگران بودند که بلافاصله پس ار روشن شدن نتایج

* همکاران تهیه کننده این گزارش عبارت بودند از :دکتر نعمت اله بابایی ، علی دینی، دکتر فریبرز رئیس دانا ، دکتر حسن رفیعی و احمد غروی نخجوانی

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-13]

اولیه بررسی خود، از هر طریق ممکن از مسوولان محترم بویژه دفتر ریاست جمهوری درخواست کردند که تصمیم گیری در این باره ـ بویژه اگر قرار باشد که مبتنی بر گزارش " نظام هدفمند یارانه ها باشد " ـ حتماً هر چه زودتر متوقف شود تا بررسی های چند جانبه بیشتر ، نتایج خود را نمایان کنند . خوشبختانه متوجه شدیم که در این مورد ، احتمالاً هشدار های کارشناسی اثر بخشیده و ریاست جمهوری و دولت محترم ایشان ، طرح یارانه ها را فعلاً متوقف کرده اند .

۱) ناصحیح بودن آمار و ارقام :

اعدادی که درباره یارانه ها در این گزارش ارائه شده است به کلی اشتباه و شگفت‌آور است. نمونه هایی از آن عبارتند از :

- عنوان شده است که یارانه بنا به تعریف ، عبارت است از تفاوت بین قیمت مصرف کننده و قیمت واقعی. اما در مورد قیمت واقعی کالاها فرض می کند که کالا در بازار داخلی وجود ندارد و باید از خارج وارد شود. بنابراین قیمت واقعی عبارت می شود از قیمت جهانی. به این ترتیب داریم:

[قیمت مصرف کننده] – [قیمت جهانی] = یارانه

اما نکات زیر اعتبار فرض بالا را از بین می برد:

الف) آنچه از رابطه بالا به دست می آید، یارانه نیست و " عدم النفع " است. داریم :

[قیمت مصرف کننده]- [قیمت تمام شده] = یارانه

[قیمت مصرف کننده]- [قیمت جهانی] = عدم النفع

و چون

[هزینه بازار] + [قیمت تمام شده] = قیمت جهانی

- بنابراین ممکن است عدم النفع ، بیشتر یا کمتر از یارانه باشد . در ایران ، عدم النفع بیشتر از یارانه است و آن مقدار که به نام یارانه مطرح شده ، کاملا" نادرست است.

ب) فرض بالا اساساً خیالی و نادرست است و به کار محاسبات کاربردی و تصمیم گیری واقعی نمی آید، زیرا:

- ایران وارد کننده اساسی بنزین نیست.(جز حداکثر ۵ درصد ، در برخی از سالها)
- ایران اساساً نمی تواند بنزین را در شرایط فعلی در خارج از کشور بفروشد (بنا به ساخت بازار جهانی)و بنابراین، مبنا گرفتن قیمت جهانی از اساس غلط است.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-13]

ج) اگر قرار است بازار جهانی مبنا باشد، آن گاه باید با کالاهای دیگری مثل خودرو نیز برخورد شود و ضد سوبسید آن محاسبه گردد.

- در صفحه ۵ ، یارانه پرداختی برای بخش انرژی بر اساس روش محاسبه یاد شده، ۹۵۲۵۲ میلیارد ریال (در سال ۱۳۷۹) عنوان شده است. در صفحه ٦ و در جدول ٤-۱ نیز این رقم محاسبه شده است. این در حالی است که مجموع هزینه های جاری دولت (که یارانه ها تنها بخشی از آن را تشکیل می دهد) در سال ۱۳۷۹ معادل ۸٤۹٦۵ میلیارد بوده است!
- در صفحه ۵، یارانه داروی عنوان شده معادل ۳۵۳۷۵ میلیارد ریال است که ، براساس تفاوت نرخ ارز به کلی اشتباه است، زیرا باید در حدود ٤۰ درصد از بودجه جاری به یارانه دارو اختصاص یابد . به همین ترتیب، جدول ٤-۲ نیز غلط خواهد بود.
- در صفحه ۸ ، مجموع یارانه های پرداختی در سال ۱۳۷۹ معادل ۱۳۰٦۲۷ میلیارد ریال عنوان شده و بر اساس همین اعداد، متوسط یارانه خانوارها در هر ماه معادل ۸۲۳ر۰۰۰ ریال محاسبه شده است، اما با کمی دقت در می یابیم که این رقم از کل هزینه های دولت (شامل هزینه های عمرانی و جاری) که در سال ۱۳۷۹ برابر ۱۱۱ر۳۳۵ میلیارد ریال بوده ، بیشتر است. جالب آن که یارانه ۸۲۳ر۰۰۰ ریال در هر ماه برای هر خانوار در حالی محاسبه شده است که متوسط درآمد ماهانه خانوارهای ایرانی در سال ۱۳۷۹ چیزی در حدود ۱ر۳۰۰ر۰۰۰ ریال محاسبه می شود! بدین ترتیب، جدول ٤-۳ نیز از اعتبار می افتد.
- در جدول ۵-۳ صفحهٔ ۲۱ ، با جمع کردن حجم یارانه دریافتی سالانه دهکها به رقم مفروض ۱۳۰ر٦۰۰ میلیارد ریال رسیده است. جدا از نادرست و حتی خیالی بودن این اطلاعات، در ستون بعدی، سرانهٔ یارانه خانوارها به گونه ای تعجب آور و نادرست محاسبه شده است به طوری که سرانه ماهانه پرداختی برای هر نفر در خانوار دهک اول ۳۱٤ر۰۰۰ر۰۰۰ ریال و در دهک دهم ۱ر۷۰۰ر۰۰۰ ریال محاسبه شده است. با توجه به توزیع هزینه های خانوار و بنیه کلی اقتصاد ملی ، این ارقام حتی برای افراد نا آشنا فاقد

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-13]

منطق بوده و به کلی اشتباه است.

- در جدول های دیگری نیز همچون ۵-۹ ، ۵-۵ ، ۵-۱۶ و ... اشتباه یارانه های پرداختی ، (یعنی ، رقم ۱۳۰٫۶۰۰ میلیارد ریال) تکرار شده است. بدین ترتیب بخش عمده جداول این گزارش اشتباه است.

۲) استفاده نا صحیح از اطلاعات :

در برخی از قسمت های این گزارش، از اطلاعات موجود (که برخی از آنها به استناد بحث قبلی غلط اند) به گونه صحیحی استفاده نشده یا برداشت های نادرست از آن صورت گرفته است:

- در بسیاری از نمودارها ، ،سهم دهک های درآمدی در استفاده از کالاهای یارانه‌های محاسبه و استناد شده که دهک های درآمدی بالا ، سهم بیشتری از یارانه را به خود اختصاص می دهند.
- ذکر چند نکته مهم در این زمینه ضروری است :

اول این که بعد خانوار در دهک های درآمدی بالاتر، بیشتر است و قسمتی از بالا بودن سهم یادشده مربوط به بعد خانوار آن ها است. به عنوان مثال ،در سال ۱۳۷۷ بعد خانوار در دهک اول شهرها ۳/۱۷ و روستاها ۲/۷ و در دهک دهم ، به ترتیب ٤/۹٦ و ٦/۸۸ بوده است. (نمودار شماره ۱)

دوم این که چون این ارقام از هزینه صرف شده توسط خانوارها به دست می آیند، همواره نشانگر میزان استفاده خانوار نیست، بلکه بالا تر بودن هزینه کالاهایی همچون روغن نباتی، شکر و ... در بودجه خانوار دهک های درآمدی بالا می تواند ناشی از مارک های گرانتر یا کیفیت بالاتر کالاهای مورد استفاده (و نه کمیت آنها) باشد.

سوم این که، بررسی ها نشان می دهند که متوسط درآمد خانوارهای کشور بین دهک هفتم و هشتم قرار می گیرد. بنابر این، حتی با فرض بر این که یارانه ها درست محاسبه شده باشند، سهم بسیار عمده دهک های اول تا هفتم به خانوارهایی تعلق می گیرد که درآمد (یا هزینه) آنها از سطح متوسط پایین تر است.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-13]

۳) برداشت ها و استدلال های ناصحیح (یارانه های بنزین ، نفت و مواد غذائی)

- در برخی از قسمت ها، اطلاعات بی ارتباط به هم در کنار یکدیگر ارائه شده اند. به عنوان مثال، در صفحه های ۳۸ و ۳۹ ، افزایش درآمد خانوارها به دلیل پرداخت یارانه ها ، در دو نمودار ترسیم شده است. نکته اساسی این جاست که چگونه پرداخت یارانه موجب افزایش درآمدها می شود؟!
- در صفحه ۲۳ ادعا شده که مصرف کالاهای یارانه ای همچون قند و شکر، روغن نباتی و ... "مصرف اسراف آمیز" را افزایش داده و میزان و سرعت مصرف را بالا برده است. همچنین ادعا شده که رشد مصرف این کالاها بیشتر از رشد مصرف کالاهای غیر یارانه ای بوده است. (البته در این مورد باید به بحث مربوط به یارانه مواد غذایی در این گزارش نیز مراجعه کرد.) این در حالی است که چهار نمودار پیوست ، که هزینه واقعی (یا میزان مصرف) قند و شکر و روغن نباتی را بر اساس ارقام مرکز آمار ایران، نشان می دهند، ثابت می کنند که مصرف این کالاها در سبد خانوارهای شهری و روستایی در پنج سال اخیر رشد مثبت قابل استنادی نداشته و چه بسا کاهش نیز یافته است. جالب این که رشد این کالاها از متوسط رشد کالاهای خوراکی کمتر بوده است. حتی اگر هم این کالاها ، رشد ادعا شده را تجربه کرده بود، باز دلیلی وجود نداشت که علت افزایش آنها، پرداخت یارانه ها باشد.
- در چندین جای گزارش، بی ارائه هیچ مدرکی ، پرداخت یارانه ها به عنوان دلیل کاهش یا افزایش برخی از متغیرها ، همچون تولید یا مصرف عنوان شده است. این روش استدلال بدان می ماند که دلیل بارندگی، پیش بینی وضعیت هوا معرفی شود، چون یکی پیش از دیگری و یا همزمان با دیگری رخ داده است. این روش استدلالی در اقتصاد کاربردی بسیار نادرست و گمراه کننده و به قول اهل فن از شدت علائم نادرست خطرناک است. به طور دقیق تر، چه دلیلی وجود دارد که دلیل کاهش یا افزایش تولید کالاهایی همچون ماشین لباسشویی، یخچال و ... به خاطر یارانه ها باشد؟ بررسی های مقدماتی نشان می دهد که براساس آمار موجود در جدول شماره ۵-۷ در صفحه ۳۱ ، روند تولید کالایی همچون تراکتور ، تابع وضعیت اقتصادی بخش صنعت بوده است، به گونه ای

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-13]

که همبستگی میان این دو ، بیش از ۸۵٪ محاسبه می شود . نیز بـه عنـوان مثـال دیگر، شاید بتوان یکی از دلایل افزایش تولید روغن نباتی کشور را محدودیت و کاهش واردات دانست.

- افزایش تولید و کـاهش برخـی از کالاهـا ، مـانند شـیر و پنـیر (صفحـه ۲۹) بـه نادرست به اجازه تولید شیر غیر یارانه ای و اجازه فروش شیر توسـط دامـداران به کلیه کارخانه ها و مقررات زدایی از تولید و توزیع پنیر عنوان شده است. ایـن گزارش به افزایش واردات شیر خشک به عنوان ماده اولیه (و نیز واردات روغـن مایع که در ایران فقط بسته بندی می شـود در جـدول صفحـه ۳۱ بـه نادرسـت عنوان تولید را به خود اختصاص داده است) توجه نکـرده اسـت. بـه هـر حـال، درست است که محدودیت واردات کالای ساخته شـده و تشـویق هـای قیمتـی موجب افزایش تولید داخلی (به گونه ای که یاد شد) شده است، امـا اثـر قیمـت چنان که در قسمت های دیگر در مـورد نـان نشـان دادیـم، کـاملاًمحدود و اثـر عوامل ساختاری قیمت برای تولید کاملاً جدی بوده است.
- درباره یارانه بنزین، این نکته به کلی فرامـوش شـــده اسـت کـه خانوارهـای دهک های پایینی ، اگرچه به طور مستقیم به میزان کمتری مصرف کننـده بـنزین به شمار می آیند ، اما به طور غیر مستقیم و بـرای حمـل و نقـل هـای شـغلی و خدماتی خود، مصرف کننده بنزین اند . بنابراین، مصرف بنزین گـروه هـای کـم درآمد در هزینه حمل و نقل آن ها منعکس می شود. علاوه بر ایـن، بـاید توجـه داشت که خانوارهای متوسط و یا کم درآمد، چه از خودروی عمومـی و چـه از خودروی شخصی استفاده کنند، به خاطر قدیمی بودن خـودرو، بـنزین بیشـتری نسبت به خانوارهای پردرآمد مصرف می کنند.
- رشـــد مصرف (صفحه ٢٤) مطلقاً به خاطر افزایش یا ثبات یارانه نیسـت، زیـرا اولاً ، به هر حال قیمت ها برای مصرف کننده بنزین بالا رفته اما مصرف کـاهش نیافته است و ثانیاً ، رشد مصرف تطابقی بسیار نزدیک و جدی با افزایـش شـمار خودروها داشته است و سالانه ۲۰۰ هزار خودرو در برابر ۳/۵ میلیون خـودروی موجود، نرخی معادل ٦٪ را به دست می دهد که کما بیش با متوسط رشد بـنزین برابر است.
- محاسبات جداول صفحات ۳۸، ۳۹، ٤٠ و ٤١ مبنای علمی و منطقی ندارند. مثـلاً

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-13]

در جدول صفحه ٤٠ ،تفاوت درآمد گروههای درآمدی چه ربطی به یارانه‌ها دارد؟ آیا اثر درآمدی حذف یارانه ها محاسبه شده است؟ در آن صورت چگونه ممکن است اثر درآمدی حذف یارانه برای خانوارهای کم درآمد مثبت باشد و لذا قیمت ۱۰ درصد بالا را به ۱۰ درصد پایین کاهش دهد.

- محاسبات بر حسب دهک ها نادرست است ، زیرا بعد خانوار در دهک ها تفاوت دارد. محاسبه باید بر حسب سرانه افراد خانوار صورت گیرد.
- در شماری از محاسبات (مثلا" جدول ٥-٤ صفحه ٥٥) نتایج آشکارا نادرست هستند. چگونه ممکن است سهم دهک های بالا در مصرف نفت سفید (که معمولاً گاز و گازوئیل برای گرمایش استفاده می کند) در حدود ۲ تا ۲/٥ برابر دهک های پائینی باشد. حتی محاسبات در دهکها بر حسب سرانه در خانوار بر پایه آمارهای گزارش (که البته این تحقیق انجام نداده است) ، نتایج نادرست به دست می دهند.
- در قسمت هایی از گزارش، مقایسه هایی با کشورهای دیگر صورت گرفته است که نفت خیز نیستند و شرایط اقتصادی، اجتماعی و ... آنها به کلی با ایران متفاوت است. (حتی فروش انگلستان با ساختار قیمتی اروپا کار می کند.)
- وقتی شمار زیادی از سهم ها را بر اساس آمار مندرج در گزارش بر اساس سرانه خانوار اصلاح کنیم، در می یابیم که به واقع در حدود ۲۰ تا ۳۰ درصد از یارانه ها متعلق به اقشار متوسط، در حدود ۱۰ تا ۱٥ درصد به اقشار بالا و در حدود ٥٥ تا ۷۰ درصد متعلق به اقشار کم درآمد است. (ملاک ما این است که خانوارهای واقع در دهک های هفتم و هشتم، خط متوسط را تشکیل می دهند و خانوارهای کمتر از دهک هفتم پائین تر از متوسط و خانوارهای دهک نهم و دهم بالاتر از متوسط هستند.)

٤) منابع آماری نا مشخص

بسیاری از آمار و ارقامی که مورد استناد این گزارش قرار گرفته ، فاقد منبع آماری یا روش محاسبه است. این در حالی است که به ندرت چنین آماری در دسترس است و این تردید را ایجاد می کند که مصرف کالایی همچون بنزین برای دهک های مختلف آماری ، توسط چه مرجعی محاسبه شده است. مگر این که فرض شود این آمارها از

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-13]

اطلاعات هزینه ـ درآمد خانوارهای مرکز آمار ایران برداشت شده است کـه دسـتیابی و ساماندهی ارقام ریز مرکز آمار ایران بسیار بعید به نظر می رسد. به عنـوان مثـال ،مبنـای محاسبه جدول ۵-۲ (صفحه ۱۳) کاملا" نامشخص است. این جدول نتایج نادرستی بـه دست می دهد. مصرف بنزین در دهک هـای ۵ تـا ۸ کـه اتومبیـل هـای فرسـوده و پـر مصرف دارند، باید خیلی بالاتر باشد.

۵) گستردگی سوء تغذیه در ایران و ضرورت یارانه های غذایی (نـان و لبنیات)

هر چند برخورد منطقی با مشکل سوء تغذیـه ، مسـتلزم تـلاش همـاهنگ بخشـهای گوناگون توسعه و رفاه اجتماعی از جمله : بهداشت ، آمـوزش ، کشـاورزی ، اقتصـاد ، بازرگانی و وسایل ارتباط جمعی و جز آن است، اما تجربه نشان مـی دهـد کـه تکویـن فعالیتهای هماهنگ بین بخشها ، بویژه در کشورهایی نظـیر مـا کـه نظـام کـارآمد اداری ندارند ،به سادگی اتفاق نمی افتد . به این ترتیب ،اگر بـرای حـل مشـکل سـوء تغذیـه منتظر هماهنگی و وحدت رویه بین ارگانهای مختلف باشیم ، بسیاری از سـرمایه هـای انسانی دچار آسیب و نقص خواهند شد .

نگاهی اجمالی به وسعت و گستردگی سوء تغذیه در ایران نشـان مـی دهـد کـه بـا توجه به تامین بیش از ۷۰ درصد کالری مورد نیاز از طریق نان بـرای بسـیاری از اقشـار جامعه ،نمی توان به حذف آن اقدام کرد .

بررسی و مطالعات متعدد حاکی از وجود ۲۵ تـا ۵۰ درصـد سـوء تغذیـه در ایـران است که این تفاوت به مناطق مختلف بستگی دارد . بر اساس این یافته هـا ، ۱٦ درصـد کودکان کمتر از ۵ سال دچار کم وزنی ، و ۱۹ درصد دچار کوتـاه قـدی تغذیـه ای و ۷ درصد نیز دچار لاغری هستند که مجموعاً ٤۲ درصد از کودکان زیر پنجسـال در ایـران دچار سوء تغذیه هستند .

همچنین یک سوم کودکان ۱۱ -٦ سال نیز دچار کمبود وزن – کوتاه قدی تغذیه ای و لاغری هستند .

بررسی سوء تغذیه از طریق شاخص قد به سـن نشـان مـی دهـد کـه یـک چـهارم دختران ۱۸ – ۱٤ ساله دچار کوتاهی قد تغذیه ای هستند .

۲۵-۲۰ درصد کودکان دچار کمبود ویتامین A و D هستند کـه عـلاوه بـر وقفـه

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-13]

رشد و بیماری و ناتوانی ، در ۲۵ درصد موارد می تواند به مرگ و میر منجر شود .[۱]

علاوه بر مسأله سوء تغذیه به عنوان یک مشکل ، محرومیت حاد ، عدم دسترسی ـ فقر مفرط ـ بیکاری ، بحران حاد ، کم غذایی به شدت در ایران به طور کاملاً متفاوتی وجود دارد ؛ اگر در استان هرمزگان یک دهم افراد دچار محرومیت مفرط مواد غذایی هستند ، در استان گلستان یک درصد افراد چنین هستند .

استان سیستان و بلوچستان در بالاترین حد شیوع کوتاه قدی و هرمزگان در بالاترین حد شیوع لاغری قرار دارند و هر دو استان ، از نظر کم وزنی در صدر هستند.[۲]

مصرف شیر و لبنیات نسبت به میزان استاندارد فوق العاده کمتر است و در مقایسه با کشورهای اسکاندیناوی ، در برخی از مناطق ایران به یک دهم می رسد . تاخیر رشد و کوتاهی قد تغذیه ای از عوارض این کم مصرفی و کمبود ویتامین A و D و Ca ناشی از آن است . استئوپوروز یکی از بیماریهای شایع در ایران است . WHO توصیه می کند از سن ۱۰ تا ۲۸ سالگی هر فرد ، (بخصوص دختران) باید روزی ٤ لیوان شیر یا معادل آن لبنیات مصرف کند تا میزان تراکم استخوانی به اندازه ای باشد که از استئوپوروز و پوکی استخوان جلوگیری شود .

حذف یارانه نان به دلیل آنکه سوء تغذیه موجود در ایران عمدتاً از نوع کمبود کالری است و ۷۰ درصد انرژی (کالری) اقشار عامه مردم از طریق نان جبران می‌شود، لطمات بازگشت ناپذیری بر روی آنان خواهد گذاشت . سوء تغذیه و کوتاهی قد تغذیه ای در هر مقطعی که پدید آید ، جبران ناپذیر بوده و اثر ماندگار خواهد داشت .

حذف یارانه شیر و لبنیات ، با توجه به این سوء تغذیه ناشی از سهم بسیار ناچیز مصرف لبنیات می تواند ابعاد مضاعفی از سوء تغذیه ـ ناتوانی ـ بیماری و ناخرسندی را به دنبال داشته باشد .

٦) یارانه دارو

۵۰ تا ٦۰ قلم از داروهای مقدم می تواند ۸۰ تا ۹۰ درصد تمام امراض را پوشش دهد . اگر بخواهیم داروهای بنیادی را که بالغ بر ۲٤۰ قلم دارو می شود ، تامین کنیم ،

---

۱. Draft positian paper , Government of IRI and unicef , Programme of cooperation 2000 – 2004 , unicef ,Tehran , June 1998

۲. The Nutritional status of Children – Ministry of Health / unicef - 1998

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-13]

بیش از ۹۵ درصد تمام بیماریها زیر پوشش می رود . یکی از عواملی که باعث افزایش هزینه ها شده است ، عرضه داروهای گران تر است که اثربخشی پوششی گسترده و بیشتری ندارند .

مطالعات متعدد و تجربیات مختلف در کشورهای دیگر نشان داده اند که هرگونه افزایش قیمت دارو عوارض و پیامدهایی را به دنبال دارد و می تواند بر هزینه های ساختار دولتی اثر بگذارد. از جمله افزایش قیمت داروهای سرپایی در برخی کشورها موجب افزایش سطح بستری در بیمارستانها و افزایش تخت روز اشغال ها در بیمارستانها شده است .[۱]

توصیه های زیر در مورد بهینه سازی یارانه دارو ارائه می شود :

جایگزینی به جای حذف یارانه های دارو ـ به همراه تاکید بر تامین داروهای مقدم و داروهای بنیادی و نه الزاماً داروهای لوکس ؛ شیوه های با صرفه کردن از طریق تغییر روش نسخه نویسی پزشکان ؛ روشهای پیشگیری و آموزش در مورد بیماران و مصرف کنندگان ؛ استقرار پایگاههای اطلاعاتی به منظور کنترل چگونگی تجویز و استفاده از دارو ؛ توسعه و ترویج منابع اطلاعاتی دقیق در باب چگونگی درمان ها و ایجاد برنامه درمانی برای استفاده بهینه از داروها با مشارکت نمایندگان مردم و بیماران و مصرف کنندگان ، صنایع داروسازی ، دولت ، کارشناسان دارویی ؛ برنامه ریزی ، اجرا و ارزشیابی آموزشها در زمینه مصرف بهینه دارو ؛ تحقیق در علوم رفتاری پزشکی عمومی و تخصصی ، پرستاری و داروخانه ها ، در عین حال داروهای مورد نیاز حیاتی برای بیماران سرطانی و بیماریهای خاص باید از طریق بیمه و مراکز دولتی تامین شود .

تنظیم قیمت های پایه باید با در بر داشتن یارانه به واقعیت نزدیک تر باشد و در درجه اول داروهای لوکس را شامل شود .یارانه ها باید برای همه بیمه شدگان بخشی از تفاوت مبلغ فروش دارو را شامل گردد تا از مصرف بی رویه و درخواستی آن کاسته شود .

آشکار شده است که با حذف یارانه ، فقیران و سالخوردگان از مصرف متناسب داروهای لازم محروم می شوند . بعلاوه ، هزینه هایی که بر نظام مراقبت های درمانی تحمیل می شود ، می تواند به میزانی باشد که به احتمال قوی ،هرگونه صرفه جویی در

۱.Anders , G,1995 , Drug makers help manage patent care , Wall Street Journal , 17 May , P,B

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-13]

مصرف داروها را جبران کند .

مطالعات نشان می دهند در مواردی چون دارو ، سهولت دسترسی مـی توانـد ولـع مصرف را کاهش دهد . بر عکس وقتی قیمـت چشـم انـداز افزایشـی مـی یـابد ، ولـع مصرف افزایش پیدا می کند .

کنترل کیفی اثربخشی داروهای موجود در بازار مصرف ایران که به دلیل انباشـتگی و نگهداری در انبارهای کارخانه های داروسازی گاهی اثربخشی کمتری دارنـد ، ازجملـه مسائلی است که به مصرف بهینه دارو کمک خواهد کرد .

مداخله در سیکل معیوب تجویز کننـده (پزشـکان) و مصـرف کننـده (بیمـاران) برای مقابله با درخواست دارو و انتظار تجویـز دارو از پزشـکان و بـالعکس مـی توانـد کمک مهمی در این زمینه به حساب آید.

۷) بحران ناکارآیی اقتصاد ایران و راه حلهای ساده انگارانه

اقتصاد ایران در شرایط کنونی با چالشهای مـهمی چـون بیکـاری و تـورم دورقمـی دست به گریبان است که خـود ریشـه در ناکـارآیی اقتصـاد ایـران دارد . امـا ، کـدام ناکارآیی ؟ ناکارآیی ناشی از اختلال در قیمتها یـا ناکـارآیی ناشـی از چـارچـوب هـای سازمانی ؟ گزارش سازمان مدیریت و برنامه ریزی بـر ناکارائیـهای ناشـی از اختلالـهای قیمتی تاکید دارد و از این رو ، سیاست حـذف یارانـه هـای غـیر مسـتقیم و بنـابراین ، شفاف سازی قیمتها را به جد توصیه می کند . باور راسـخ و بیـش از انـدازه بـه چنیـن نگرشی سبب شده است که گزارش ، بدون توجه به سایر عوامـل موثـر برمـیزان تولیـد کالاهایی چون تراکتور و کمباین ، افزایـش تولیـد ایـن کالاهـا را تنـها تحـت تـاثیر سیاست های قیمتی بداند .

در این بررسی ، ضمن اعتقاد به نقش قیمتهای نسبی در جهت دهی به بازارهـا ، بـر این باوریم که علت اصلی ناکارآیی اقتصـاد ایـران در حـال حـاضر ضعفـهای سـازمانی است. چنین بحثی در متون اقتصادی ، به نام نظریه پرداز آلمـانی لیبنشـتاین ثبـت شـده است. اما به دلیل تحت الشعاع قرار گرفتن منابع فردی و گروهی ، چندان مـورد توجـه قرار نمی گیرد . در چارچوب این بحث می توان ادعا کـرد کـه بـا وجـود ناکارآئیـهای سازمانی و مدیریتی، حتی از سیاستهای صحیح قیمتی نیز نمـی تـوان بـهره بـرد . بـرای روشن شدن موضوع مثالی می زنیم . امروزه ، بسیاری از کارشناسـان ، اقتصـاد دانـان و

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-13]

مسوولان ، بر این باورند که میزان بهره (یا کارمزد بانکی) در نظام بانکی کشور ، کمتر از اندازه لازم است . بنابراین افزایش آن را به گونه ای که با احتساب نرخ تورم به رقمی مثبت تبدیل شود ،پیشنهاد می کنند . چنین نگرشی که تنها به بسیج و تجهیز منابع مالی از طریق افزایش پس اندازها در نظام بانکی توجه دارد ، نمی تواند راهکار صحیحی برای انباشت سرمایه باشد ، در شرایطی که انباشت با ناکارآمدی و اتلاف بیش از اندازه منابع روبه رو است . مشکل اینجاست که با سیاست افزایش نرخ بهره ، منابع مالی بیشتر تجهیز می شود ، اما در مرحله سرمایه گذاری به عللی چون ضعف مدیریت ، نبود مقررات و قوانین صحیح و فساد بالا ، آن منابع هرز می رود و اثر بخشی خود را از دست می دهد . نتیجه اینکه ، متوسط مدت زمان سرمایه گذاری در اقتصاد ایران (متوسط مدت زمان هرپروژه سرمایه گذاری از ابتدا تازمان بهره برداری) حتی طبق ارقام رسمی سازمان مدیریت (برنامه ریزی) تقریباً دو برابر استاندارد جهانی آن است ، یعنی ۹به ۵ (البته ، آمار مربوط به منابع غیررسمی حکایت از ١٤ سال دارد) .

بی تردید ، پرداختن به ناکارآیی اقتصاد ایران از دریچه نا کارآئی های سازمانی و مدیریتی وکاربرد توصیه های سیاستی این دیدگاه ، بامنافع افراد و گروههای ذی نفع و حاضر در ساخت قدرت سازگاری ندارد ، از این رو ، راه حلها به حوزه هایی سوق داده می شوند که بار سنگین آن را لایه های پائینی (و اکثریت) جامعه و افراد و گروههای اجتماعی که فاقد قدرت چانه زنی گروههای ذی نفع وقدرقدرت هستند باید متحمل شوند.

در همین راستا ، موضوع عدالت اجتماعی مطرح می شود ، عدالت اجتماعی یکی ازمحورهای مهم اساسی گزارش سازمان مدیریت وبرنامه ریزی است . این گزارش با تاکید برشکاف در معرف کالاهایی چون بنزین ، نان و چند کالای دیگر ، نتیجه می‌گیرد که پرداخت یارانه غیر مستقیم بی عدالتی راتشدید می کند وراهکار کاهش آن ، تغییر شکل پرداخت یارانه هاست . متاسفانه ، چنین برداشت ساده انگارانه ای از جنبه های مختلف محل نقد واشکال جدی است . از منظر روش شناختی ، اساسا موضوع وهدف محوری رویکرد معتقد به کارکرد و کارآیی قیمتهای نسبی ، کارایی است ونه عدالت اجتماعی . از این دیدگاه ، ابتدا برکار آیی تاکید می شود و سپس برعدالت اجتماعی و یا به تعبیردیگر ، اولویت قیمتهای نسبی برتوزیع آثار رشد . بنابراین ، تاکید برعدالت

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-13]

اجتماعی در این گزارش ، یانشان دهنده ناآشنایی سازمان مدیریت وبرنامه ریزی با مبانی نظری رویکرد مورد نظر خود یادال بر برخوردی ناصادقانه است . شکاف در مصرف کالاها وخدمات ومیزان بالای آن واقعیتی است گریزناپذیر . شاخص ضریب جنبی که معمولاً برمبنای هزینه ها و مخارج خانوارها در ایران اندازه گیری می شود، در حدود ۴۲٪ است و حتی به روایت سازمان مدیریت و برنامه ریزی در همین میزان نیز ثابت مانده است. این امر نشان دهنده نابرابری بالایی در جامعه است . راهکار کاهش این نابرابری را زمانی می توان به درستی شناسایی کرد که علت اصلی آن مشخص شود . توزیع نابرابر ثروت و درآمد ، بی تردید ، علت اصلی نابرابری در معرف کالاها و خدمات است و پرواضح است که با استمرار نابرابری در توزیع ثروت و درآمد ، شکاف در مصرف هم وجود خواهد داشت و بیشتر نیز خواهد شد .

آیا نابرابری در توزیع ثروت و درآمد را با سیاستهای قیمتی (و آزاد گذاشتن افراطی مکانیزم قیمت ها) می توان کاهش داد ؟ پاسخ منفی است ، چرا که ماهیت چنین سیاستهایی در جهت حمایت از منافع سرمایه در برابر نیروی کار است و بنابراین سیاستی است معطوف به نابرابری . البته ، همان گونه که بیشتر اشاره شد ، گفته می شود که در صورت پیاده شدن چنین سیاستهایی می توان در بلند مدت به توزیع برابرتر ، از طریق رخنه آثار رشد به لایه های پایینی ، امیدوار بود . چارچوب نظری و آماری مربوط به این فرضیه را کوزنتس صورت بندی کرده و به نام منحنی کوزنتس معروف است . اما ، با فرض پذیرش آثار رخنه به پایین رشد در بلند مدت ، از این طریق نمی توان در زمینه نابرابری طرفی بست .

راهکار اساسی برای حل این مشکل ، باز توزیع دارائیها و درآمدهاست . این راهکار ، با اعتقاد به وجود موانعی سرسخت در برابر بازتوزیع دارائیها ، بر بازتوزیع درآمد از طریق تصحیح نظام مالیاتی از یکسو ، کاهش شکاف در پرداخت به کارکنان بخشهای مختلف از طریق اصلاح نظام پرداختها از دیگر سو تاکید دارد . برای مثال ، در بخش دولتی ، اکنون شکاف به چنان حدی رسیده است که تعلق خاطر سازمانی نزد لایه پایینی کارکنان به شدت تضعیف شده و کارآیی کاهش یافته است . ریخت و پاشهای فراوانی که به نفع مدیران رده بالا صورت می گیرد ، هم بر عدالت اجتماعی اثر سوء می گذارد و هم برناکارآیی . محدود کردن چنین هزینه هایی است که باید به جد دنبال شود تا ضمن پیشگیری از پدیده روزافزون " طردشدگی اجتماعی " در بخش

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-13]

دولتی ، هزینه های دولت نیز کنترل و محدود شوند .

موضوع مورد بحث دیگر ، نقش سیاستهای قیمتی در افزایش تولید یا کاهش مصرف و ضایعات کالاهاست . گزارش سازمان مدیریت و برنامه ریزی به چنین سیاستهایی باوری راست آئینانه دارد و تا آنجا پیش می رود که از برابری قیمت تضمینی کالایی چون گندم با قیمت جهانی آن غفلت می ورزد و فراموش می کند که بخش اعظم کالاهایی چون قند ، شکر و روغن نباتی به قیمت بازار آزاد و تعادلی عرضه می‌شود. اما ، صرف نظر از این نکات ، کارآیی سیاستهای قیمتی در زمینه افزایش تولید بستگی زیادی به ساختار تولید و فن آوری به کارگرفته در آن دارد . چنانچه ، ساختار تولید به گونه ای باشد ، که در برابرتغییرات قیمتی قابلیت و کشش زیادی نداشته باشد ، از این سیاستها نمی توان انتظار معجزه داشت . در اینجا فقط به مورد گندم اشاره ای می شود که طی سالهای ۱۳۶۸ تاکنون قیمت تضمینی آن از ۸۰ ریال در هر کیلو به بیش از ۹۰۰ریال افزایش یافته است ، اما میزان تولید ، بسته به شرایط مختلف نوسان و طی سالهای اخیر ، حتی کاهش داشته است و به هر حال رشد متوسط آن بیشتر از ۲۵ درصد نبوده است . در مورد ضایعات نان نیز می توان بر این واقعیت اشاره داشت که ضایعات نانهای مختلف ، به رغم قیمت تقریباً یکسان ، با یکدیگر تفاوت دارد و ضایعات نان لواش بیش از سایر نانهاست . حتی ضایعات نان لواش از نانوایی به نانوایی دیگر متفاوت است . بنابراین نمی توان از قیمت نان به عنوان متغیر مسلط در این مورد نام برد .عوامل دیگری چون پخت نان و بعد خانوار نیز در این زمینه حائزاهمیت اند .

۸) هدفمند کردن یارانه ها مستلزم چه رویکردی است.

محتوای گزارش حکایت از آن دارد که گویا سوبسیدها عبارتند از پرداختهای موظف اخلاقی به نیازمندان از سوی دولت که مورد سوء استفاده اقشار بالایی و سوء مدیریت قرار گرفته اند و باید با دستکاری و استفاده از شیوه های نوین مدیریتی، آنها را به راستاهای مناسب هدایت کرد. گذشته از این که در فقه شیعه، تامین اجتماعی و مبارزه با فقر وظیفه و تکلیف دولت اسلامی است، بحث ما این است که سوبسیدها عبارت از پرداخت های انتقالی ضروری با ماهیت توسعه ای و سرمایه ای هستند که جدا از این که چه نقشی در اقتصاد برای دولت ها قائل هستیم، این پرداخت وظیفه

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-13]

دولتهاست ، زیرا با فرایند توسعه که ذاتی سیاست دولت هستند ملازمه دارند.

دولت ها با حمایت از سرمایه خصوصی و با هدایت منابع پولی و مالی به سمت نظام بهره برداری از منابع توسط انگیزه سود و در چارچوب موازین سرمایه داری، در واقع آثاری را در جهت رشد اقتصادی و اشتغال ایجاد می کنند. این آثار ممکن است کم یا زیاد باشند و به هر حال بستگی به عملکرد بهینه دولت در برابر فعالیت های خصوصی دارند. اما همین دولت ها که با مداخله بیش یا کم خود در اقتصاد ، در عین حال وظیفه دفاع از فعالیت آزاد بخش خصوصی را نیز بر عهده دارند و دخالت و مالکیتشان در جهت بهره‌ور شدن بخش خصوصی نیز کار می کند (صرفنظر از موارد استثنایی و نادرست) خود موجب پدید آمدن عدم تعادل هایی می شوند که بنا به تکلیف باید آن ها را خود کنترل کنند. این عدم تعادل ها شامل تورم، بیکاری، تکنولوژیکی، انتظارات اجتماعی، ریسک های سرمایه گذاری و از همه مهمتر ، فقر و تبعیض اجتماعی می شود.

دو هدف عمده یارانه ها عبارتند از: یکم، تقویت تولید در بخش هایی که به هر حال به نوعی انگیزه بیرونی احتیاج دارند و ادامه فعالیت آنها برای جامعه و اقتصاد مفید است. دوم جبران عدم تعادلهایی کخ در توزیع درآمد در فرایند زندگی اقتصادی سرمایه داری پدید آمده است. در حالت نخست، یارانه ها به صورت کمک به هزینه تولید ، در واقع بخشی از فرایند سرمایه گذاری تولیدی هستند و باید در محاسبات نوین اقتصادی این چنین مورد توجه قرار گیرند. در حالت دوم ، جبران عدم تعادل ها به منزله تامین قوه‌ی خرید، جلوگیری از نابودی زندگی نادارها و کاهش تبعیض است. این هدفها ، هم ابزار و هم نتیجه توسعه هستند. ابزار هستند زیرا قوه خرید و بازار داخلی را تقویت می کنند و اقتصادی مانند اقتصاد ایران به شدت به این بازار متکی است و باید باشد. ابزارند زیرا باعث می شوند خانوارها ی نادار با جبران نسبی محرومیت ها، به نوعی مانع سقوط بهره وری نیروی کار شوند یا حتی آن را ارتقا دهند. ابزارند زیرا مانع بروز بیماریهای اجتماعی و جسمی و روحی و هزینه های اقتصادی و اجتماعی ناشی از آن می شوند. و بالاخره ابزارند زیرا با این نوع پرداخت ، به نوعی دستمزدهای پولی را برای جذب سرمایه بومی و خارجی می توانیم رقابتی کنیم.

اما این پرداخت ها هدف توسعه اند، زیرا در یک کلام ، آن توسعه اقتصادی که نتواند به برخورداری مادی و فرهنگی گسترده ترین بخش های جامعه کمک کند، هیچ

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-13]

معنایی از حیث اقتصاد توسعه با مبانی انسانی آن ندارد.

بحث بهینه کردن سوبسیدها اگر صادقانه مطرح شده باشد، بسیار درست و پذیرفتنی است. سوبسیدها باید خود را در بلند مدت از طریق توسعه عمومی نفی کنند، بر منابع مالی لازم تکیه داشته و با نوع و درجه توسعه خوانایی داشته باشند و بالاخره کارآمد باشند ، یعنی گروههای نیازمندتر و تاثیر گذارتر (از جهت تولید) را (با معیار جمعیتی و درآمدی) به خوبی پوشش دهند و در اختیار اقشار بالایی یا نا تاثیرگذار قرار نگیرند (مگر بنا به ضرورت هایی مانند آموزش، مواد غذایی برای رشد جهانی اطفال و جز آن). برای رسیدن به یک چنین استراتژی مناسب و بهینه سازی ساختار سوبسیدها، لازم است فکر رهاشدن از سوبسیدها را از سر بیرون کنیم. اگر مسأله صرفه جویی در میان است، دولت راههای دیگری برای صرفه جویی دارد که با توسعه اجتماعی و اقتصادی سازگارتر است.

نخست می باید واقعیت میزان سوبسیدها، فشارهای واقعی آن و نحوه برخورداری گروههای اجتماعی از آن به خوبی شناخته شود. (ما در این بررسی این را کرده ایم). سپس باید برای بلند مدت طراحی بهینه سوبسیدهای تولیدی و مصرفی و انرژی به دست آید. ما مطالعه آن را توسط پژوهشگران برای تقدیم به دولت توصیه می کنیم، اما برای میان مدت پیشنهادهای ما در این مقاله می آید.

حذف یارانه هایی مانند نان برای اقشار تهیدست و کم درآمد (۵۰ درصد از خانوارهای شهری زیر خط فقر) در حالی که نان مهمترین منبع تامین کالای آنان است، فاجعه بار است. حذف یارانه بنزین موجب می شود که بخش قابل توجهی از درآمد کارگران و کارمندان و بودجه خانوار به مصرف حمل و نقل شهری برسد. حذف یارانه لبنیات در شرایطی که خانوارهای آن از حیث مصرف لبنیات در مضیقه اند، کشور را با بحران موادغذایی بیشتری روبه رو می کند.

در این مورد مثال های متعددی می توان مطرح کرد. سیاست حذف یارانه سیاست ضد توسعه فراگیر اجتماعی و اقتصادی است. حتی یارانه بنزین که به دلایل مختلف کاهش آن قابل قبول است باید متوجه وسایط حمل و نقل عمومی نشود و ضمناً نسبت به هزینه تولید (نه بازار جهانی) حساب شود. افزایش هزینه تولید به دلیل سوء مدیریت اقتصادی پالایشگاهها بوده است و نباید تاوان آن را مردم پس بدهند. کاهش یارانه به امید کاهش مصرف و بهبود شرایط زیست محیطی و جبران زیانهای دولت باید اولاً ، با

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-13]

انتظارات واقع گرایانه همراه باشد و ثانیاً ، آسیب های اقتصادی و اجتماعی جانبی به بار نیاورد. تا زمانی که ساختار حمل و نقل و تولید خودروها و ترکیب آنها بر حسب فرسودگی و سوخت بری چنین است، حذف کلی یارانه ها نمی تواند اثربخش باشد و تنها آثار منفی ایجاد می کند. به هر حال ، تعدیل ها تا آنجا که به واقعیت اثرگذاری قیمت ها و بهینه سازی توزیع یارانه ها و جلوگیری از مصرف اضافی و بالاخره کاهش خسارتهای با دلیل دولت مربوط می شود ، ضروری است. اما این ها مطلقاً با سیاست و رویکرد ضد یارانه ای موجود سازگار نیستند، بلکه باید در متن فرایند توسعه اقتصادی و عدالت اجتماعی باز سازی شوند. یارانه مستقیم امری ناشدنی است، زیرا چنان که دیدیم، بار سنگینی دارد که کمی پس از شروع ، معمولاً از آن طفره می روند ؛ وانگهی یارانه مستقیم از طریق محتاج سازی انسان و لطمه زدن به کرامت انسانی اساساً توصیه نمی شود.

۹) پیشنهادهای مشخص

۱. رویکرد حذف یارانه باید به طور کامل جای خود را به سیاست بهینه سازی یارانه‌ها بدهد.
۲. بهینه سازی یارانه ها باید طی یک دوره ۳ تا ۷ ساله به پایان برسد .
۳. هدف اصلی بهینه سازی یارانه ها باید به طور مشخص افزایش سطح رفاه اجتماعی باشد ؛ برای این منظور باید یارانه ها هر چه بیشتر به اقشار نیازمند اختصاص یابد و جنبه باز توزیع درآمد را نیز حفظ کند .
٤. برخی از انواع یارانه ها مانند نان را نمی توان به سادگی حذف یا مورد سیاستگذاری های متفاوت قرارداد . هر چند بخشی از یارانه نان به اقشار بالایی و بی نیاز تعلق می گیرد ، اما چه بسا بهتر است این نابسامانی را پیش از رسیدن به یک نظام مناسب و سنجیده مورد قبول قرارداد .
۵. یارانه بنزین را به سادگی نمی توان از طریق مالکیت خودرو مورد بررسی قرارداد؛ بخش قابل توجهی از خودروها به اقشار پائینی تعلق دارند . به هر حال، هزینه سوخت خودرو و طریق هزینه حمل و نقل شهری نقش جدی در هزینه زندگی اقشار میانی و پائینی دارد . به هر حال افزایش تدریجی بهای بنزین برای عادلانه کردن یارانه مربوط به آن ، کنترل آلودگی و کاهش مصرف توصیه می‌شود ، اما

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-13]

این سیاستهای مالیات برخودرو است که باید بخشی از این هدفها را بر عهده بگیرد.

٦. دقت بسیار زیاد برای پرهیز از اتکا به بررسیهای نادرست توصیه می شود (مثلاً بررسی " نظام هدفمند " در مدد یارانه نفت سفید ، نادرست است)

۷. برای حذف یارانه دارو یا سنجش اثر یکسان نرخ ارز بر بهای دارو باید به آثار این امر بر بهداشت و سلامت اقشار پائین جامعه توجه جدی مبذول شود . سیاستهای ویژه و جدیدی در مورد عرضه و قیمت گذاری دارو مطرح شده است که باید طرف توجه قرار گیرد . ضرورتی ندارد فکر کنیم که افزایش بهای دارو بهترین روش صرفه جوئی در استفاده از دارو است .چشم انداز افزایش بهای دارو می تواند موجب افزایش تقاضای ناشی از انتظارات تورمی شود .

۸. یارانه برخی از مواد غذایی نباید حذف شود . مثلاً مردم ما از حیث مصرف مواد لبنی در محرومیت غذایی به سر می برند .

۹. این گروه مطلقاً حرکت به سمت یارانه های نقد را تجویز نمی کند . این امر علاوه بر اینکه با کرامت انسانی تضاد دارد، راه را برای مداخله های منجر به کاهش رفاه از سوی دولتها باز می‌کند و این امر مستلزم مداخله های نابه جا و تعیین خط و مرزهای من در آوردی خواهد بود .

۱۰. حذف برخی از انواع یارانه ها (مانند کاهش یارانه بنزین) موجب صرفه جویی می شود . ضروری است صندوقی برای جمع آوری این صرفه جویی و انتقال آن به سمت اقشار پائینی و بنابراین باز توزیع درآمد رفاه اجتماعی بیشتر و منطقی کردن یارانه ایجاد بشود .

۱۱. حذف یارانه بنزین باید با گسترش وسائط نقلیه عمومی همراه باشد .

۱۲. امر یارانه ها باید به سازمان مرکزی عمومی که عهده دار تامین اجتماعی و رفاه‌اجتماعی در یک نظام فراگیر است ، منتقل شود .

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-13]