

وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی

معاونت رفاه اجتماعی

دفتر مطالعات رفاه اجتماعی

مهمترین اقدامات انجام شده

در راستای

مبارزه با فقر و گرسنگی



۱۳۹۱

## شناسنامه گزارش:

- عنوان: مهمترین اقدامات انجام شده در راستای مبارزه با فقر و گرسنگی
- تهیه شده در: وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی، معاونت رفاه اجتماعی، دفتر مطالعات رفاه اجتماعی
- تهیه کننده: احد رستمی
- ناظر: دکتر وحیده نگین
- ویراستار: مجتبی کرباسچی
- ۱۳۹۱

## فهرست مطالب

فهرست مطالب.....	أ
فهرست جداول.....	ب
فهرست نمودارها.....	ب
۱- مقدمه.....	۲
۲- فقر در ایران.....	۲
۲-۱- فقر روستائی.....	۹
۳- چارچوب قانونی سیاستها و برنامه‌های کاهش فقر.....	۹
۳-۱- معرفی سند فرابخشی کاهش فقر و هدفمند کردن یارانه ها.....	۱۰
۳-۲- معرفی برنامه ملی چتر ایمنی رفاه اجتماعی جمهوری اسلامی ایران.....	۱۳
۳-۳- برنامه ملی توانمندسازی اجتماع محور.....	۱۴
۳-۴- صندوق بیمه اجتماعی روستائیان.....	۱۴
۳-۴-۱- طرح پرداخت یارانه مستقیم نقدی.....	۱۵
۳-۴-۲- کمیته امداد امام خمینی(ره).....	۱۶
۳-۴-۳- سازمان بهزیستی.....	۱۶
۳-۴-۴- اقدامات سازمانهای غیر دولتی.....	۱۷
۳-۴-۵- کاهش فقر غذایی خانواده‌های کم‌درآمد.....	۱۷
۳-۴-۶- سیاستهای راهبردی پیش بینی شده برای کاهش فقر غذایی کودکان.....	۱۸
۳-۴-۷- جمع‌بندی و نتیجه‌گیری از اقدامات صورت گرفته در زمینه کاهش فقر غذایی کودکان.....	۲۲
۳-۴-۸- فعالیت‌های سازمان بهزیستی.....	۲۴

## فهرست جداول

- جدول ۱ درصد جمعیت با درآمد زیر ۱.۲۵ دلار برحسب برابری قدرت خرید در روز (۱۳۸۷-۱۳۸۰)..... ۲
- جدول ۲ نسبت شکاف فقر بر اساس ۱.۲۵ دلار در روز (۱۳۸۷-۱۳۸۰) (%)..... ۴
- جدول ۳ سهم بیست درصد فقیرترین اقشار در مصرف کل (۱۳۸۷-۱۳۸۰) (%)..... ۵
- جدول ۴ مقایسه سهم جمعیت زیر خط فقر غذایی از حداقل انرژی غذایی و نسبت شکاف فقر غذایی (۱۳۸۷-۱۳۸۰) (%)..... ۷
- جدول ۵- شاخص های اهداف هزاره..... ۸
- جدول ۶ اهداف، سیاستها و نماگرهای سند کاهش فقر..... ۱۰
- جدول ۷ تعداد روستامهدها و کودکان تحت پوشش آنها (۱۳۹۰-۱۳۸۴)..... ۱۸
- جدول ۸ گزارش عملکرد تغذیه کودکان بین سالهای ۸۹-۸۴..... ۲۲

## فهرست نمودارها

- نمودار ۱ درصد جمعیت با درآمد زیر ۱.۲۵ دلار (بر حسب برابری قدرت خرید) (۱۳۸۷-۱۳۸۰)..... ۳
- نمودار ۲ نسبت شکاف فقر بر اساس ۱.۲۵ دلار در روز (۱۳۸۷-۱۳۸۰)..... ۵
- نمودار ۳ سهم بیست درصد فقیرترین اقشار در مصرف کل (۱۳۸۷-۱۳۸۰) (%)..... ۶
- نمودار ۴ سهم جمعیت زیر خط فقر غذایی از حداقل انرژی غذایی (۱۳۸۷-۱۳۸۰) (%)..... ۷
- نمودار ۵ نسبت شکاف فقر غذایی (۱۳۸۷-۱۳۸۰) (%)..... ۸

## ۱- مقدمه

موضوع تأمین اجتماعی و رفاه با تأکید خاص بر کاهش فقر در جمهوری اسلامی ایران از اهمیت و جایگاه ویژه ای برخوردار است به گونه ای که در اصول ۲۱ و ۲۹ قانون اساسی و سند چشم انداز بیست ساله کشور تأکید خاصی بر این موضوع شده است و در جهت اجرای این اصول و تنظیم سیاستهای رفاهی به منظور توسعه عدالت اجتماعی و حفظ ملت در برابر مخاطرات اجتماعی، اقتصادی و طبیعی و عواقب آن، نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی شکل گرفته است.

## ۲- فقر در ایران

فقر درآمدی، از ملموس‌ترین ابعاد فقر محسوب می‌شود. در رویکرد مبتنی بر فقر درآمدی، فقرا بر اساس سطح درآمد و در واقع توان خرید در بازار تعریف و شناسایی می‌شوند. از سوی دیگر گرسنگی به عنوان شدیدترین و خشن‌ترین چهره فقر، نخستین حوزه‌ای است که در مباحث فقرزدایی مورد توجه قرار می‌گیرد. از این رو، نخستین آرمان توسعه هزاره بر اساس فقر درآمدی و گرسنگی تعریف شده است. برای ارزیابی وضعیت این آرمان، به بررسی شاخصهای کمی زیر می‌پردازیم.

- شاخص ۱) نسبت جمعیت با درآمد زیر ۱.۲۵ دلار در روز.
- شاخص ۲) نسبت شکاف فقر بر اساس ۱.۲۵ دلار در روز.
- شاخص ۳) سهم بیست درصد فقیرترین اقشار از مصرف کل.
- شاخص ۴) نسبت جمعیتی که حداقل انرژی غذایی مورد نیاز را دریافت نمی‌کنند.
- شاخص ۵) نسبت شکاف فقر بر اساس حداقل انرژی غذایی مورد نیاز.

قبل از ورود به بررسی این شاخصها باید متذکر شد شاخص‌های تعریف شده در اهداف توسعه هزاره در چارچوب تحلیلهای مقایسه بین المللی تعریف شده اند و به همین خاطر ممکن است در برخی موارد با تعاریف داخلی از خط فقر درآمدی، انطباق نداشته باشد. این موضوع به خصوص در رابطه با شاخصهای اول و دوم این اهداف ملموس تر بوده و در تحلیل آنها باید مورد توجه قرار گیرد.

نخستین شاخصی که در این چارچوب مورد بررسی قرار می‌گیرد، نسبت جمعیت با درآمد زیر ۱.۲۵ دلار در روز (بر حسب برابری ارزش قدرت خرید) می‌باشد. بررسی شاخص نسبت جمعیت با درآمد زیر ۱.۲۵ دلار در روز (بر حسب برابری ارزش قدرت خرید)، بیانگر آن است که این شاخص به‌طور چشمگیری کاهش یافته و از ۱.۸۰ درصد در سال ۱۳۸۰ به ۰.۴۶ درصد از جمعیت کشور در سال ۱۳۸۷ کاهش یافته است.

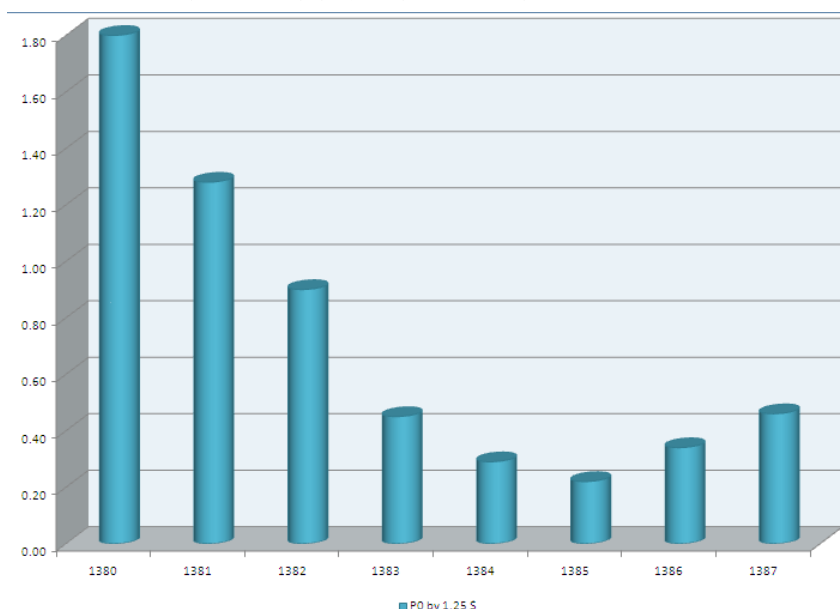
جدول ۱ درصد جمعیت با درآمد زیر ۱.۲۵ دلار بر حسب برابری قدرت خرید در روز (۱۳۸۷-۱۳۸۰)

عنوان	۱۳۸۰	۱۳۸۱	۱۳۸۲	۱۳۸۳	۱۳۸۴	۱۳۸۵	۱۳۸۶	۱۳۸۷	۱۳۸۸
نرخ تبدیل (ریال)*	۱۷۲۷	۱۹۴۴	۲۲۱۴	۲۴۷۵	۲۷۱۵	۲۹۴۴	۳۳۵۵	۳۹۰۶	۳۸۵۹
بر اساس ۱.۲۵ دلار	۱.۸۰	۱.۲۸	۰.۹۰	۰.۴۵	۰.۲۹	۰.۲۲	۰.۳۴	۰.۴۳	۰.۳۷

منبع: وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی، دفتر مطالعات رفاه اجتماعی (۱۳۹۰)

وضعیت تغییر این شاخص در نمودار ۲-۱ ترسیم شده است. همان‌طور که ملاحظه می‌شود، در طول سال‌های اجرای برنامه سوم توسعه (۸۳-۱۳۷۹) و چهارم توسعه (۸۹-۱۳۸۴) کشور، روند شاخص مورد بررسی رو به بهبودی بوده است. تداوم این روند طی سال‌های آتی، دستیابی به نخستین هدف توسعه هزاره در ایران را تضمین می‌نماید. با این همه، باید توجه داشت که شاخص مبتنی بر درآمد ۱.۲۵ دلار در روز، شاخص حداقلی می‌باشد که بیشتر برای انجام مقایسه‌های بین‌المللی استفاده می‌شود. از این رو، به دلیل بالاتر بودن استانداردهای حداقل زندگی در ایران از استاندارد فوق، اگرچه درصد جمعیت زیر خط درآمدی ۱.۲۵ دلار کاهش یافته است، سازمان‌های حمایتی طی این دوره، کماکان، جمعیت بیشتری را تحت پوشش خود قرار داده‌اند. در عین حال باید متذکر شد اگر چه این ارقام گویای آن است که هنوز بخشی از جمعیت کشور در فقر زندگی می‌کنند که نیازمند توجه ویژه در سیاستگذاری‌ها هستند اما همواره وجود گروه‌های خاص آسیب دیده از جمله معتادین، بی‌خانمانها و سایر اقشار ویژه بخش عمده‌ای از این آمار را به خود اختصاص می‌دهند به عبارت دیگر میتوان ادعا نمود که آمار کنونی افراد با درآمد زیر ۱.۲۵ دلار در روز شامل کسانی است که اغلب از آسیبهای جدی رنج برده و از توانمندیهای افراد عادی برخوردارنمیباشند از این رو میتوان نتیجه گرفت که با توجه به وجود این اقشار در جوامع مختلف اغلب این آمار دارای آستانه معین و خاصی میباشد که ارتباط چندانی با ساختار توزیع ثروت در جامعه ندارد .

نمودار ۱ درصد جمعیت با درآمد زیر ۱.۲۵ دلار (بر حسب برابری قدرت خرید) (۱۳۸۰-۱۳۸۷)



منبع: وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی، دفتر مطالعات رفاه اجتماعی (۱۳۹۰)

شاخص نسبت شکاف فقر بر اساس ۱.۲۵ دلار در روز، فاصله درآمد فقرا تا خط فقر را به صورت نسبتی از خط فقر بیان می‌کند و به نوعی وضعیت فقر را در بین افرادی که زیر خط فقر قرار دارند، تبیین می‌نماید.

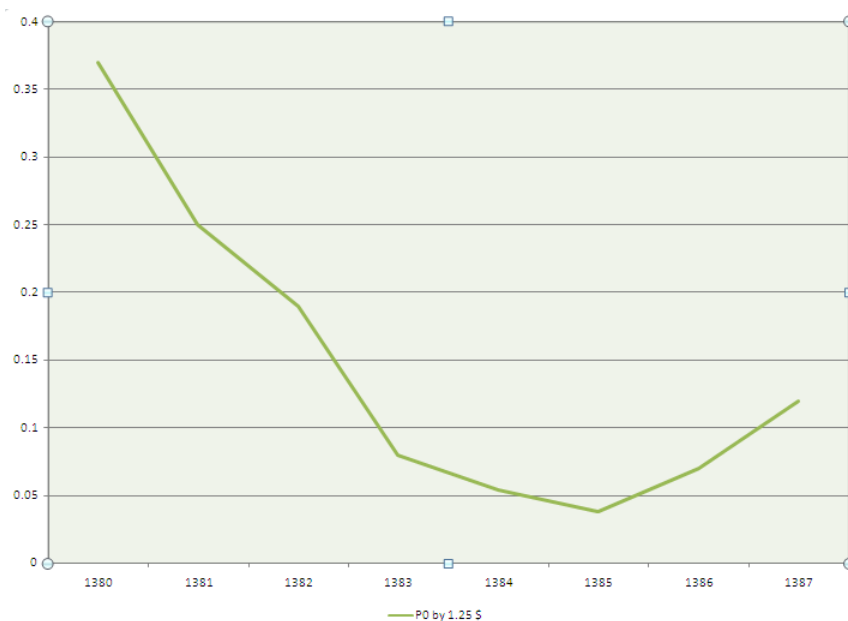
در این خصوص، جدول ۲-۲ حاکی از آن است که نسبت شکاف فقر بر اساس ۱.۲۵ دلار در روز از ۰.۳۷ درصد در سال ۱۳۸۰ به ۰.۱۲ درصد در سال ۱۳۸۷ بهبود قابل ملاحظه‌ای یافته است. به عبارت دیگر، می‌توان گفت طی این دوره متوسط درآمد افراد با درآمد زیر ۱.۲۵ دلار در روز در حال افزایش بوده، به طوری که میانگین درآمد آنها به معیار ۱.۲۵ دلار نزدیک شده است. این امر نشانگر آن است که باتوجه به سیاستهای کلان در خصوص تحقق عدالت اجتماعی، برابری درآمدی در دهکهای پایین جامعه به طور تدریجی رخ داده و فاصله فقیرترین اقشار جامعه با افراد متوسط رو به پایین رو به کاهش گذارده این امر در سالهای آتی با اجرای طرح هدفمند سازی یارانه ها سرعت گرفت و موجب تغییر در فواصل دهکهای پایینی و بالایی خصوصاً دهکهای پائینی با دهکهای میانی گردید بنابراین میتوان ادعا نمود که باتوجه به شاخصهای دیگر برابری از جمله ضریب جینی میزان نابرابری در دهکهای پایینی به حداقل خود در دهه ۸۰ رسیده و فاصله آخرین دهکها با اولین دهکها روبه کاهش گذارده است از لحاظ اجتماعی میتوان اینگونه تعبیر نمود که امنیت حداقل معیشت برای بسیاری از فقیرترین اقشار مردم در سالهای ۸۰ تا ۸۷ تامین گردیده و از این رو مجالی برای ارتقاء سطح فرهنگی و اجتماعی این اقشار فراهم آمده تا بتوانند در جامعه به موقعیتی برابر با سایر آحاد مردم دست یابند .

جدول ۲ نسبت شکاف فقر بر اساس ۱.۲۵ دلار در روز (۱۳۸۷-۱۳۸۰) (%)

عنوان	۱۳۸۰	۱۳۸۱	۱۳۸۲	۱۳۸۳	۱۳۸۴	۱۳۸۵	۱۳۸۶	۱۳۸۷	۱۳۸۸
بر اساس ۱.۲۵ دلار	۰.۳۷	۰.۲۵	۰.۱۹	۰.۰۸	۰.۰۵۴	۰.۰۳۸	۰.۰۷	۰.۱۲	۰.۱

منبع: وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی، دفتر مطالعات رفاه اجتماعی (۱۳۹۰)

نمودار ۲ نسبت شکاف فقر بر اساس ۱.۲۵ دلار در روز (۱۳۸۰-۱۳۸۷)



منبع: وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی، دفتر مطالعات رفاه اجتماعی (۱۳۹۰)

برای ارائه تحلیلی بهتر از وضعیت فقر، از شاخص سهم بیست درصد فقیرترین اقشار از مصرف کل در کشور استفاده می‌شود. با توجه به جدول ۲-۳ ملاحظه می‌شود این شاخص که در سال ۱۳۸۰ بالغ بر ۵.۷ درصد بوده، با تغییری تدریجی، در نهایت به سطح ۶.۱ درصد در سال ۱۳۸۷ رسیده است. با توجه به آمار ذیل اگرچه سیاستهای حمایتی دولت توانسته پایین ترین دهکهای درآمدی را هدف قرار داده و در یک روند صعودی سهم آنان را در مصرف کل افزایش دهد اما شاخصهای اول و دوم اهداف توسعه هزاره درصد کمی از افراد فقیر را در بر می‌گیرند به طوری که حتی بهبود وضعیت آنها نتوانسته است تأثیر معناداری بر میزان بهره‌مندی گروه‌های کم درآمد جامعه داشته باشد. بنابراین، در ارزیابی وضعیت فقر در جامعه نمی‌توان صرفاً به این دو شاخص متکی بود.

این امر نشانگر آن است که عوامل متعددی در میزان بهره‌مندی اقشار کم درآمد از مصرف کل تأثیر دارد و تنها اجرای سیاستهای حمایتی میتواند به حفظ وضع موجود بیانجامد از جمله عوامل مهم دخیل در میزان بهره‌مندی این اقشار میتوان به وضعیت اقتصادی کل کشور، نوسانات نرخ ارز، نوسانات نرخ نفت و سایر شاخصهای اقتصادی کلان اشاره نمود. چرا که باتوجه به پدیده (drop out) سهم این اقشار با بالا رفتن مصرف کل به طور تصاعدی و نا موزون افزایش پیدا میکند.

جدول ۳ سهم بیست درصد فقیرترین اقشار در مصرف کل (۱۳۸۰-۱۳۸۷) (%)

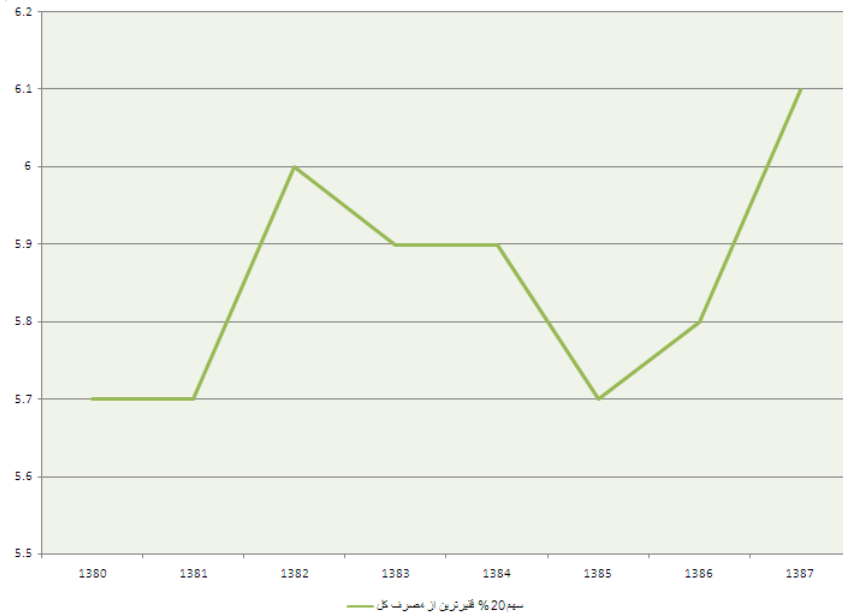
عنوان	۱۳۸۰	۱۳۸۱	۱۳۸۲	۱۳۸۳	۱۳۸۴	۱۳۸۵	۱۳۸۶	۱۳۸۷
سهم بیست درصد	۵.۷	۵.۷	۶	۵.۹	۵.۹	۵.۷	۵.۸	۶.۱



								فقرترین اقشار در مصرف کل
--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------------

منبع: مرکز آمار ایران، معاونت طرح‌های آماری، ۱۳۸۹.

نمودار ۳ سهم بیست درصد فقیرترین اقشار در مصرف کل (۱۳۸۰-۱۳۸۷) (%)



منبع: مرکز آمار ایران، معاونت طرح‌های آماری، ۱۳۸۹.

شاخص چهارم درصدی از جمعیت که حداقل انرژی غذایی مورد نیاز را دریافت نمی‌کنند را نشان می‌دهد که در واقع مبین درصدی از جمعیت است که زیر خط فقر غذایی (۲۱۰۰ کالری) قرار دارند. طبق اطلاعات موجود، نسبت خانوارهایی که از دریافت حداقل انرژی غذایی محرومند از ۴.۱ درصد در سال ۱۳۸۰ به ۴.۶ درصد در سال ۱۳۸۷ اندکی افزایش یافته است. از سوی دیگر، نسبت شکاف فقر غذایی نیز طی این مدت پیوسته در حال نوسان بوده و در سال ۱۳۸۷ با بیشترین میزان افزایش نسبت به سال‌های قبل به میزان ۰.۲۹ درصد رسیده است (جدول ۲-۴).

البته با توجه به افزایش تنوع غذایی در سالهای مورد بررسی و ارتقاء فرهنگ تغذیه در میان دهکهای میانی و پائینی کارآئی این شاخص به عنوان شاخص فقر کاهش پیدا کرده و نمی‌تواند به تنهایی دال بر فقر خانوار باشد چرا که امروزه در بسیاری از خانواده‌های متوسط و پائین میزان مصرف هیدروکربورها به عنوان منبع اصلی کالری جای خود را به مواد غذایی غنی تر (پروتئین‌ها و ویتامین‌ها) داده و درحقیقت خانوار از سیری شکمی به سیری سلولی توجه نشان داده و میزان استفاده از کالری را فارغ از وضعیت مالی مدنظر ندارند.

این شاخص تنها میتواند به عنوان شاخص اصلی در جوامعی که دچار فقر شدید هستند مورد استفاده قرار گیرد چرا که میزان مصرف کالری در اینگونه جوامع از اهمیت ویژه‌ای برخوردار بوده و امری است حیاتی.

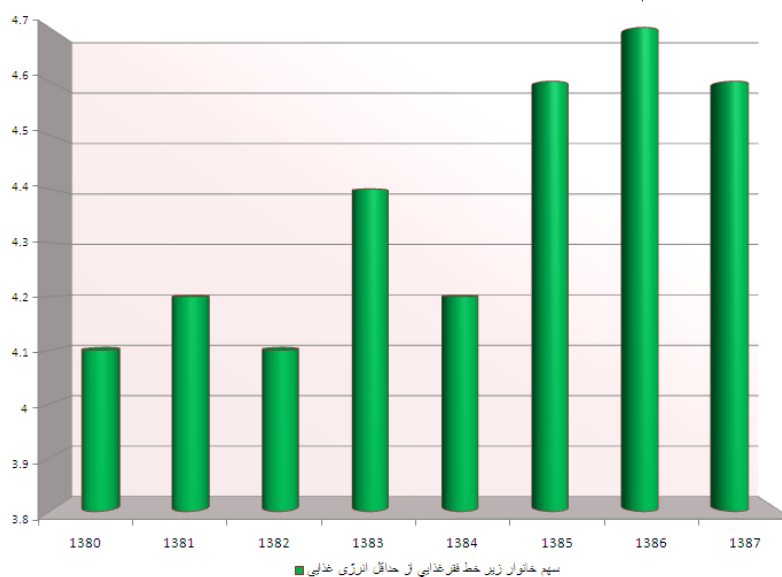
جدول ۴ مقایسه سهم جمعیت زیر خط فقر غذایی از حداقل انرژی غذایی و نسبت شکاف فقر غذایی (۱۳۸۰-۱۳۸۷) (%)

عنوان	۱۳۸۰	۱۳۸۱	۱۳۸۲	۱۳۸۳	۱۳۸۴	۱۳۸۵	۱۳۸۶	۱۳۸۷
سهم خانوار زیر خط فقر غذایی	۴.۱	۴.۲	۴.۱	۴.۴	۴.۲	۴.۶	۴.۷	۴.۶
نسبت شکاف فقر غذایی	۰.۲۲	۰.۲۳	۰.۲۳۱	۰.۲۴	۰.۲۰۷	۰.۲۲۸	۰.۲۳۴	۰.۲۹

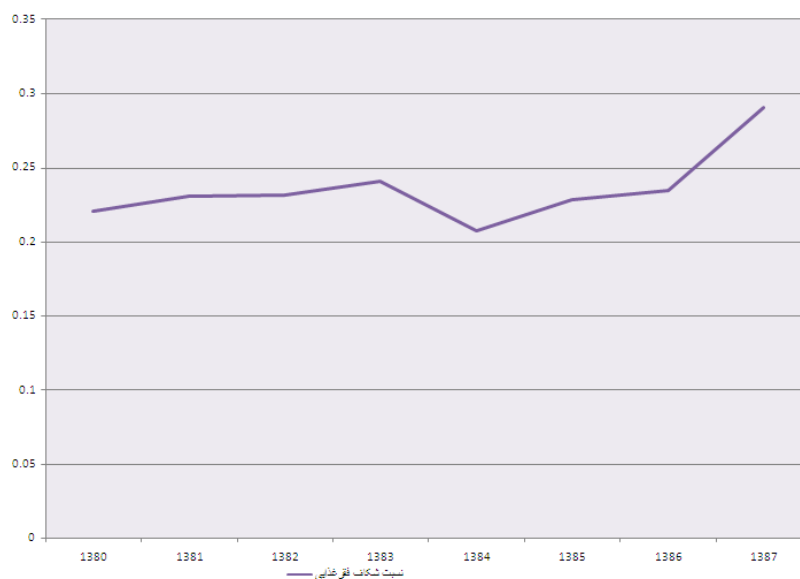
منبع: وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی، دفتر مطالعات رفاه اجتماعی (۱۳۹۰)

به هر حال، با توجه به این حقیقت که تقریباً در حدود کمتر از پنج درصد از جمعیت کشور، از دریافت حداقل انرژی غذایی لازم محرومند، نیاز به انجام اقدامات مؤثرتر در این رابطه، ضروری است. همچنین این شاخص نشان می‌دهد در طی سال‌های اخیر، نسبت افرادی که به سبد غذایی متضمن حداقل انرژی مورد نیاز دسترسی ندارند، بیشتر از جمعیت با درآمد روزانه کمتر از ۱.۲۵ دلار، می‌باشد (نمودار ۲-۱). این موضوع مبین این مسئله است که سطح درآمد ۱.۲۵ دلار در روز حتی نمی‌تواند دسترسی به حداقل غذا را تضمین کند و در استفاده از آن برای ارزیابی سطح محرومیت افراد، باید با احتیاط برخورد نمود.

نمودار ۴ سهم جمعیت زیر خط فقر غذایی از حداقل انرژی غذایی (۱۳۸۰-۱۳۸۷) (%)



نمودار ۵ نسبت شکاف فقر غذایی (۱۳۸۰-۱۳۸۷) (%)



جدول ۵- شاخص های اهداف هزاره

عنوان	۱۳۸۰	۱۳۸۱	۱۳۸۲	۱۳۸۳	۱۳۸۴	۱۳۸۵	۱۳۸۶	۱۳۸۷	سیر صعودی	سیر نزولی	میانگین
جمعیت زیر ۱.۲۵ دلار	۱.۸	۱.۲۸	۰.۹	۰.۴۵	۰.۲۹	۰.۲۲	۰.۳۴	۰.۴۶		%۲۶	۰.۷۲
شکاف فقر	۰.۳۷	۰.۲۵	۰.۱۹	۰.۰۸	۰.۰۵	۰.۰۳	۰.۰۷	۰.۱۲		%۳۲	۰.۱۵
سهم بیست درصد فقیرترین ن اقشار در مصرف کل	۵.۷	۵.۷	۶	۵.۹	۵.۹	۵.۷	۵.۸	۶.۱	%۳.۹		۵.۸۵
سهم خانوار زیر خط فقر غذا یی	۴.۱	۴.۲	۴.۱	۴.۴	۴.۲	۴.۶	۴.۷	۴.۶	%۲.۱۱		۴.۳۶
نسبت	۰.۲۲	۰.۲۳	۰.۲۳	۰.۲۴	۰.۲۰	۰.۲۲	۰.۲۳	۰.۲۹	%۲.۱۳		۰.۲۴

			۴	۸	۷		۱		شکاف
									فقر غذا
									بی

## ۲-۱- فقر روستائی

فقر روستائی در ایران از تفاوت‌های چشمگیری نسبت به فقر شهری برخوردار است این تفاوت در ماهیت و شکل فقر به دو گونه فقر مطلق و فقر شدید اغلب مختص روستاهای نیمه جنوبی کشور به دلیل کم آبیهای مستمر می‌باشد اما در شهرها فقر نسبی و محرومیت خصوصاً در حاشیه های شهر از پدیده های بارز و مشخصات فقر شهری است .

اگرچه در سالهای اخیر روستاها به دلیل عدم دسترسی به شهرها و طبیعتاً دور بودن از شبکه های توزیع ثروت از فقر بیشتری نسبت به شهرها رنج می‌برند اما آمار نشان می‌دهد که سهم جوامع شهری از مصرف کل و طبیعتاً میزان درآمد آنها نسبت به جوامع روستائی دارای نوسان بیشتری بوده است و اصولاً روستاها از ثبات درآمدی بیشتری نسبت به شهرها برخوردارند این امر می‌تواند به دلیل عدم وابستگی اقتصاد روستائی به اقتصاد تک محصولی نفت و اتکاء بر منابع درآمدی باثبات با تکیه بر عوامل تولید روستائی باشد.

## ۳- چارچوب قانونی سیاستها و برنامه‌های کاهش فقر

یکی از اصلی‌ترین اهداف نظام جمهوری اسلامی ایران، رفع فقر، تبعیض و توزیع عادلانه درآمد و ثروت می‌باشد که به صراحت در اصول سوم و بیست و نهم قانون اساسی به آنها پرداخته شده است.

این مهم همواره در برنامه‌های پنجساله توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور از جایگاه ویژه ای برخوردار بوده است. به طوریکه اقدامات صورت گرفته برای فقر زدایی در برنامه پنجساله سوم توسعه شامل اجرای برنامه‌های ویژه برای فقرا در زمینه های اشتغال، مسکن و آموزش و نیز ارائه حمایت‌های غیربیمه ای بوده اند. این برنامه‌ها در پی فراهم آوردن امکانات لازم برای افراد نیازمند مراقبت و توجه بوده به گونه‌ای که توانمندی‌ها و خود اتکایی آنها افزایش داده و افراد نیازمند و فاقد توان کار را تأمین مالی کنند.

به منظور نیل به این اهداف، برای اولین بار اسناد بخشی و فرابخشی، به عنوان اسناد راهبردی برنامه چهارم توسعه کشور تدوین شدند. عناوین مهمترین اسناد و برنامه‌های جامع بخشی و فرابخشی که تمام یا برخی از اهداف آنها، مربوط به فقرزدایی می‌باشد عبارتند از:

- برنامه‌های اجرایی مدیریت و خشکسالی
- برنامه توسعه کشاورزی
- طرح جامع مسکن
- طرح جامع توانمند سازی و حمایت از حقوق زنان
- سند توسعه اشتغال و کاهش بیکاری
- سند فرابخشی کاهش فقر و هدفمند کردن یارانه‌ها (۱-۳)
- آئین نامه چتر ایمنی رفاه اجتماعی (۲-۳)
- برنامه ملی توانمندسازی اجتماع محور (۳-۳)
- برنامه بیمه اجتماعی روستاییان (۴-۳)

### ۳-۱- معرفی سند فرابخشی کاهش فقر و هدفمند کردن یارانه‌ها

- اهداف کیفی سند کاهش فقر و هدفمند کردن یارانه‌ها

۱. بهبود وضعیت تغذیه
۲. بهبود سطح دسترسی به خدمات بهداشتی، درمانی و توانبخشی مورد نیاز
۳. ارتقای سطح مهارت‌های زندگی مبتنی بر دانش
۴. ارتقای وضعیت مسکن و سرپناه
۵. بازگرداندن گروه‌های آسیب‌پذیر به حوزه فعالیت‌های اجتماعی
۶. کاهش آسیب‌های ناشی از مخاطرات طبیعی، سیاسی و اجتماعی

جدول ۶ اهداف، سیاستها و نماگرهای سند کاهش فقر

نماگر	مهم ترین سیاستهای اجرایی	هدف کمی	هدف کیفی
-------	--------------------------	---------	----------

نماگر	مهم ترین سیاستهای اجرایی	هدف کمی	هدف کیفی
<ul style="list-style-type: none"> <li>- نسبت افرادی که سبد غذایی مطلوب مصرف می کنند به کل افراد</li> <li>- نسبت کودکان دچار کم وزنی</li> <li>- نسبت قد به وزن</li> <li>- در صد شیوع کم خونی و فقر آهن</li> <li>- سهم گروههای مختلف از یارانه مصرفی مواد غذایی</li> <li>- سهم مالیات ویژه رفاه در تامین منابع مالی برنامه</li> <li>- امنیت غذا و تغذیه</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ارائه سبد غذایی تامین کننده حداقل نیازهای تغذیه ای بصورت رایگان</li> <li>- اجرای برنامه تغذیه مکمل برای مادران باردار و شیرده و کودکان زیر ۶ سال</li> <li>- اعطای یارانه جهت برخورداری از سبد مطلوب غذایی و آموزش تغذیه مناسب برای گروههای فقیر</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- دسترسی به سبد مطلوب غذایی</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>۱-ریشه کنی گرسنگی و امنیت تغذیه</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- سهم پرداخت مستقیم از جیب در کل هزینه های درمانی</li> <li>- شاخص مشارکت عادلانه در تامین مالی خدمات درمانی (ffc)</li> <li>- نسبت جمعیت دچار هزینه های کمرشکن درمانی</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ارائه بسته خدمات درمانی مورد نیاز بصورت رایگان</li> <li>- اعطای یارانه جهت پرداخت بخشی از حق بیمه درمانی متناسب با شدت فقر</li> <li>- اعطای تسهیلات مالی به خانواده معلولین نیازمند جهت نگهداری از آنها متناسب با شدت معلولیت</li> <li>- ارائه رایگان خدمات درمانی تخصصی برای افراد مبتلا به بیماریهای خاص</li> <li>- اعطای کمکهای درمانی متناسب با توان پرداخت خانوار برای افراد مبتلا به بیماریهای خاص</li> <li>- تعمیم پوشش بیمه درمانی پایه.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- برخورداری از خدمات درمانی مورد نیاز</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>۲- تامین خدمات درمانی مورد نیاز</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- نسبت هزینه های مسکن به کل هزینه های غیر خوراکی در لایه های درآمدی</li> <li>- درصد خانه هایی که دارای سرویسهای بهداشتی می باشند</li> <li>- درصد خانوارهای آسیب پذیر ساکن در سکونتگاههای با دوام و نیمه بادوام و کم دوام</li> <li>- تعداد افراد بی خانمان</li> <li>- تعداد خانوار در هر واحد مسکونی در مناطق شهری.</li> <li>- تعداد افراد در هر اتاق در مناطق روستایی</li> <li>- سهم اعتبارات تخصیص داده شده از طریق صندوق های اعتباری خرد از کل اعتبارات (تسهیلات) مسکن</li> <li>- سرانه افراد خانوار از زیر بنای محل سکونت</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- هدایت یارانه های مسکن به سمت تقاضای مسکن خانوارهای کم درآمد</li> <li>- ساماندهی بافتهای حاشیه ای در شهرهای کشور با رویکرد توانمندسازی ساکنین این بافتها</li> <li>- انبوه سازی مسکن با هدف عرضه مسکن به صورت استیجاری برای گروههای زیر خط فقر شهرهای بزرگ</li> <li>- ساماندهی فضای مسکونی برای افراد زیر خط فقر به ویژه در روستاها و شهرهای کم جمعیت</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- برخورداری از سرپناه مناسب.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>۳-ارتقاء وضعیت مسکن</li> </ul>

نماگر	مهم ترین سیاستهای اجرایی	هدف کمی	هدف کیفی
<p>- نرخ ثبت نام خالص در آموزش ابتدایی</p> <p>- درصد دانش آموزانی که به کلاس اول وارد شده و تا کلاس پنجم رسیده اند</p> <p>- حجم پرداختهای انتقالی جهت حضور کودکان کار در مدارس</p> <p>- تعداد کودکان دریافت کننده پرداختهای انتقالی</p>	<p>- پرداختهای انتقالی مشروط جهت حضور کودکان کار در مدارس</p> <p>- حمایت از موسسات و بنگاههای دولتی و غیر دولتی در توسعه آموزش فنی و حرفه ای در مناطق کمتر توسعه یافته</p> <p>- بازنگری در بسته آموزشی مدارس با تاکید بر تقویت مباحث مربوط به آموزش مهارتهای زندگی</p> <p>- مهندسی مجدد نظام آموزشی با در نظر گرفتن پاسخگویی به تقاضای بازار کار</p>	<p>- برخورداری از آموزش و پرورش رایگان</p>	<p>۴- ارتقاء سطح مهارتهای زندگی مبتنی بر دانش</p>
<p>- نرخ بیکاری در زنان سرپرست خانوار</p> <p>- نسبت تسهیلات اعطایی جهت ایجاد شغل در کل تسهیلات اشتغال زایی</p> <p>- نرخ خروج جامعه از پوشش حمایتی دریافت مستمری</p> <p>- میزان اشتغال زایی تسهیلات اعطایی</p>	<p>- فراهم آوردن امکان اشتغال به کارهای ساده و زود بازده برای زنان سرپرست خانوار</p> <p>- ارائه آموزش مهارتهای شغلی بصورت رایگان برای بیکاران</p> <p>- ایجاد ساز و کار کارهای عمومی برای بیکاران</p> <p>- ارائه آموزشهای شغلی و فراهم ساختن تسهیلات لازم جهت ایجاد شغل برای زنان سرپرست خانوار</p> <p>- ایجاد سازوکار مناسب جهت برخورداری از تسهیلات اعتباری برای بیکاران</p> <p>- تقویت و توسعه کارگاههای تولیدی و خدماتی کوچک با تاکید بر استفاده از وجوه اداره شده و اعطای معافیههای مالیاتی</p> <p>- حذف موانع ناشی از مقررات مربوط به صدور مجوزهای کار</p> <p>- کمک به سرمایه گذاری در صنایع کوچک و متوسط با اولویت مناطق محروم</p>	<p>اشتغال افراد آسیب پذیری که توانایی کار کردن دارند</p>	<p>۵- بازگرداندن گروههای کم درآمد به حوزه اجتماعی از طریق ایجاد فرصتهای شغلی</p>

نماگر	مهم ترین سیاستهای اجرایی	هدف کمی	هدف کیفی
<p>- نسبت زنان و دختران فراری تحت پوشش نهادهای بازپروری که بیش از یکبار از خانه فرار کرده اند</p> <p>- سهم هزینه های آموزشی مقابله با مخاطرات اجتماعی از کل هزینه های آموزشی</p> <p>- نسبت پرداخت بیمه بابت خسارات ناشی از مخاطرات به کل خسارات وارد شده</p>	<p>- آموزش مقابله با مخاطرات اجتماعی برای همه اقشار جامعه</p> <p>- اسکان و ساماندهی کودکان خیابانی و افراد بی خانمان</p> <p>- اسکان و بازپروری زنان و دختران فراری</p> <p>- تقویت نهادهای غیر دولتی جهت بازگرداندن معتادان به حوزه فعالیت اجتماعی</p> <p>- توسعه بیمه جبران خسارات ناشی از حوادث طبیعی</p>	<p>- فرارگرفتن افراد آسیب پذیر تحت پوشش حمایتهای مقابله با مخاطرات</p>	<p>- کاهش آسیبهای ناشی از مخاطرات طبیعی و اجتماعی</p>

## ۳-۲- معرفی برنامه ملی چتر ایمنی رفاه اجتماعی جمهوری اسلامی ایران

این برنامه شامل مجموعه‌ای از اقدامات و سیاستهای پیشگیرانه، جبرانی و مکمل برای کنترل و کاهش فقر و دسترسی به یک جامعه سالم می باشد.

- براساس این برنامه جمعیت هدف به سه گروه درآمدی زیر طبقه بندی می شوند:
  - گروه اول: جمعیت زیر خط فقر شدید
  - گروه دوم: جمعیت ما بین خط فقر شدید و خط فقر مطلق
  - گروه سوم: جمعیت بالاتر از خط فقر مطلق (جامعه سالم)
- اولویت ارایه خدمات به خانوارهای دارای فقر مطلق به ترتیب زیر خواهد بود:
  ۱. کودکان بی سرپرست
  ۲. زنان سرپرست خانوار و خود سرپرست
  ۳. سالمندان
  ۴. معلولان



۵. سایرین (بیکاران، معتادان، بیماران مزمن جسمی و روانی و ...

• برنامه‌های حمایتی و اقدامات این آیین نامه به شرح ذیل است:

۱. امنیت تغذیه
۲. خدمات بهداشتی و درمانی پایه
۳. اشتغال
۴. افزایش آگاهی عمومی
۵. توانمندسازی
۶. مسکن
۷. مدیریت مخاطرات

### ۳-۳- برنامه ملی توانمندسازی اجتماع محور

این برنامه در راستای نیل به هدف کاهش فقر، نرخ بیکاری و دسترسی به توسعه پایدار به عنوان یکی از اقدامات مهم دولت تدوین گردیده است.

• اقدامات اجرایی برنامه ملی توانمندسازی اجتماع محور در جمهوری اسلامی ایران

۱. توسعه مشارکت اجتماعی
۲. آموزش مهارت‌های زندگی و مهارت‌های فنی حرفه ای
۳. طراحی برنامه های ایجاد درآمد
۴. حمایت از صندوق توسعه اشتغال
۵. ایجاد فرصت‌های شغلی برابر برای زنان و مردان در راستای قانون برابری جنسیتی
۶. بهبود سطح بهداشت روانی
۷. توانمندسازی جوانان، زنان و دختران، فارغ التحصیلان، زنان خود سرپرست و زنان سرپرست خانوار
۸. همکاری سازمانهای دولتی با موسسات غیردولتی و موسسات خیریه و شوراهای اسلامی در شهرها و روستاها
۹. تهیه مسکن مناسب برای نیازمندان

### ۳-۴- صندوق بیمه اجتماعی روستائیان

طرح بیمه اجتماعی روستائیان بنابه تکالیف مندرج در قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی و با هدف در برگرفتن حمایت‌های اجتماعی روستائیان به اجرا گذاشته شده است و

بر مبنای آن هر روستایی ساکن در روستا به شرط دارا بودن حدکثر ۴۵ سال سن می‌تواند از خدمات این نوع بیمه بهره‌مند گردد. این امر می‌تواند در گسترش پوشش بیمه و کاهش جمعیت زیر خط فقر مؤثر باشد. از جمله مزایای عضویت در این صندوق عبارت است از مستمری پیری و بازنشستگی بیمه شده با حداقل ۶۰ سال سن و ۱۵ سال سابقه پرداخت حق بیمه و مستمری از کار افتادگی در حوادث ناشی از کار و مستمری بازماندگان بیمه شده متوفی.

در این طرح ۱۰٪ درآمد مبنای محاسبه حق بیمه به عنوان حق بیمه توسط دولت پرداخت می‌شود و ۵٪ آن توسط بیمه شده پرداخت می‌گردد. تاکنون ۱۳۰۰۰۰۰ نفر (۶٪ جمعیت روستائیان) از پوشش این بیمه اختیاری بهره‌مند گردیده‌اند و ۲۱ میلیون نفر تحت پوشش بیمه درمانی این صندوق قرار گرفته‌اند. همچنین ۱۰٪ حق بیمه درمانی سرانه توسط بیمه شده و ۹۰٪ باقیمانده توسط دولت پرداخت می‌گردد.

### ۳-۴-۱- طرح پرداخت یارانه مستقیم نقدی

این طرح از سال ۱۳۸۹ با هدف برقراری عدالت و توزیع عادلانه یارانه‌ها در بین اقشار مختلف جامعه اجرا شد که به ۷۵ میلیون نفر ایرانی بطور سرانه ۴۵۵ هزار ریال بطور ماهانه یارانه پرداخت می‌گردد.

برنامه پرداخت نقدی که مهم‌ترین روش مستقیم دخالت دولت در حمایت از فقر است، مزایای متعددی دارد که از آن جمله می‌توان به موارد زیر اشاره نمود:

- از آنجایی که زیرساخت اجرایی برنامه پرداخت نقدی به صورت در جا<sup>۱</sup> می‌باشد، هزینه‌های عملیاتی آن نیز اغلب در مقایسه با سایر کمک‌های دولت از جمله کمک‌های کالایی پایین‌تر است. به همین دلیل این‌گونه پرداخت‌ها می‌توانند ضمن گسترش مزایای هدفمند به تثبیت محیط اقتصاد کلان به نحوی که در دوره رکود افزایش و در دوره رونق اقتصادی کاهش یابند، کمک نمایند.
- از نقطه نظر دریافت‌کنندگان این‌گونه کمک‌ها، پرداخت‌های نقدی در قیاس با سایر انواع کمک‌های دولت به فقرا، آزادی عمل بیشتری برای آنها در نحوه هزینه‌کرد منابع در جهت افزایش رفاه‌شان و نیز افزایش سطح رضایت‌مندی آنها فراهم می‌کند. همچنین ذینفعان در برنامه پرداخت نقدی، کمتر احساس می‌کنند که در نظر عامه مردم برچسب تحت حمایت دولت بودن به آنها زده می‌شود. بنابراین، از جمله نتایج مهم این طرح بهبود توزیع درآمد به نفع دهک‌های پایین درآمدی بوده است.

- برنامه‌های پرداخت نقدی هدفمند، مستقیماً باعث افزایش قیمت‌ها نمی‌شود. تجربه کشورهای مختلف در اجرای برنامه پرداخت نقدی نشان می‌دهد که پرداخت نقدی باعث افزایش قیمت مواد غذایی در بازارهای مناطق روستایی می‌شوند، اما اگر بازارهای مواد غذایی به‌طور صحیح دایر شده باشند، پرداخت نقدی و بن‌های غذایی می‌توانند باعث گسترش ایجاد بازارهای خرده‌فروشی محلی شوند.

بر خلاف برنامه‌های اعطای یارانه کالایی، برنامه‌های پرداخت نقدی معمولاً تحت تأثیر تغییرات قیمت‌های تولید یا هزینه‌های زندگی نمی‌باشد. همچنین بودجه برنامه‌های پرداخت نقدی تحت تأثیر نوسانات پیش‌بینی نشده تورم یا قیمت محصولات نمی‌باشد.

### **۳-۴-۲- کمیته امداد امام خمینی (ره)**

شناسایی و تحت پوشش قرار دادن حدود ۴۸۰۰ میلیون نفر بصورت مستمر (بیش از ۲.۵ میلیون خانوار که از این تعداد بیش از ۱۰۵۰۰۰۰ هزار خانوار دارای سرپرست زن می‌باشند) و حمایت موردی از نزدیک به ۲ میلیون نفر زیر خط فقر ملی از طریق ارائه خدمات متعدد از قبیل:

- ایجاد فرصت‌های شغلی برای خانوارهای فقیر
- ارائه اعتبارات خرد
- توانمندسازی و آموزش مهارت به زنان خود سرپرست و زنان سرپرست خانوار
- پرداخت مستمری به افراد تحت پوشش
- ارائه بیمه درمانی و خدمات بهداشتی
- تهیه سرپناه مناسب
- ارائه خدمات آموزشی رایگان
- ارائه سبد غذایی مناسب

### **۳-۴-۳- سازمان بهزیستی**

این سازمان به عنوان یک سازمان تحت نظارت وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی سیاست‌های کاهش فقر را از طریق پوشش بیش از ۱ میلیون نفر و حمایت موردی از نزدیک به ۵۰۰ هزار نفر از طریق برنامه‌های زیر اجرا می‌کند.

۱. برنامه حمایت‌های اجتماعی
۲. توانبخشی معلولین و ارائه خدمات به آنها
۳. ارائه خدمات مشاوره‌ای و مددکاری

۴. آموزش فنی و حرفه ای
۵. اشتغال و کارآفرینی
۶. تأمین هزینه های معیشتی
۷. کمک به تأمین مسکن معلولین و نیازمندان

### ۳-۴-۴- اقدامات سازمانهای غیر دولتی

بیش از ۱۰۰۰۰۰ سازمان غیردولتی بصورت فعال در ایران در جهت تسریع در کاهش فقر مشغول فعالیت هستند که اهم اقدامات آنها عبارتست از:

- توانمندسازی زنان سرپرست خانوار و خود سرپرست
- ارائه خدمات توانبخشی به معلولین در خانواده های فقیر
- اجرای برنامه های توانمندسازی اجتماع محور در روستاها
- توسعه وامهای اشتغالزایی به خانواده های فقیر روستایی از طریق مکانیسم اعتبارات خرد
- تشکیل نهادهای اجتماع محور در مناطق فقیر
- ظرفیت سازی و توانمندسازی جامعه در جهت کاهش فقر
- توسعه آموزش فنی حرفه ای و مهارتهای زندگی
- حمایت از کودکان بی سرپرست، کودکان کار و خیابانی
- کمک به سالمندان فقیر

### ۳-۴-۵- کاهش فقر غذایی خانوادههای کمدرآمد

در زمینه کاهش فقر و هدفمند نمودن یارانهها، هیئت وزیران در جلسه مورخ ۱۳۸۴/۵/۵ بنا به پیشنهاد مشترک وزارت رفاه و تأمین اجتماعی و سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور و به استناد ماده ۹۵ قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران- مصوب ۱۳۸۳- سند کاهش فقر و هدفمند نمودن یارانهها را تصویب نمود و این سند قانونی هم اکنون در اختیار همه دستگاههای اجرایی و سیاست گذاری است.

وزارت رفاه به لحاظ ارتباط علی و معلولی فقر و سوء تغذیه، بنای تعیین خط فقر را بر اساس فقر شدید (گرسنگی) گذاشته و اولین و مهمترین اقدام جهت حمایت از افراد آسیب پذیر را رفع گرسنگی آنان به منظور توانمندسازی این قشر معرفی کرده است .

### ۳-۴-۶- سیاستهای راهبردی پیش بینی شده برای کاهش فقر غذایی کودکان

#### ۳-۴-۶-۱- طرح ارائه یک وعده غذای گرم به کودکان ۳-۶ سال روستایی در روستاهای سراسر کشور

از جمله مهمترین اقدامات دولت نهم و دهم، تأمین اعتبار طرح ارائه یک وعده غذای گرم در روستا مهدهای سراسر کشور، می‌باشد که طرح مذکور از سال ۱۳۸۴ با تخصیص اعتبار، از سوی وزارت رفاه و تأمین اجتماعی و با همکاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، توسط سازمان بهزیستی، به صورت پایلوت در ۱۲ استان کشور آغاز گردید و تعداد استانهای تحت پوشش طرح در سال ۱۳۸۵ به ۱۵ استان افزایش یافت .

همچنین در سال های ۸۶، ۸۷ و ۸۸ در سراسر کشور با اعتباری بالغ بر ۹۰ میلیارد ریال برای هر سال، در سال ۸۹، ۹۵ میلیارد ریال و در سال ۱۳۹۰ نیز با ۱۱۵ میلیارد ریال طرح فوق الذکر استمرار یافت .

با توجه به ارزیابی‌های صورت گرفته، این طرح توانسته است به بسیاری از ابعاد فقر غذایی کودکان پرداخته و ضمن حفظ کرامت انسانی و اخلاقی کودکان نیازمند، دستاوردهای قابل توجهی نیز در برداشته باشد .

در جدول ذیل تعداد کل روستامهدها و کودکان تحت پوشش آنها از سال ۱۳۸۴ تا سال ۱۳۹۰، آمده است که آمارها حاکی از افزایش جمعیت هدف تحت پوشش طرح مذکور دارد .

جدول ۷ تعداد روستامهدها و کودکان تحت پوشش آنها (۱۳۹۰-۱۳۸۴)

سال	تعداد کل روستامهدها	تعداد کل کودکان در روستامهدها
۱۳۸۴	۴۰۱۷	۸۱۹۴۳
۱۳۸۵	۴۲۳۶	۱۰۹۲۶۴
۱۳۸۶	۵۳۰۸	۱۲۷۸۸۲
۱۳۸۷	۶۲۴۳	۱۶۹۰۸۴
۱۳۸۸	۷۰۳۶	۲۲۰۲۲۳

۱۶۹۶۵۸	۷۲۶۰	۱۳۸۹
۱۵۶۱۲۱	۷۲۶۰	۱۳۹۰

## ضرورت اجرای طرح

توجه به کودکان و مراقبت از رشد و سلامت آنان نه تنها زندگی سالم در دوران کودکی را تضمین می‌کند، بلکه شرایط برخوردارگی از زندگی سالم در دوران بزرگسالی را نیز فراهم می‌کند. پژوهش‌های انجام شده در روان‌شناسی و علوم تربیتی گویای این امر است که سالهای اولیه زندگی در رشد و پرورش کودکان نقشی اساسی دارد، زیربنای شخصیت و بنیان‌های اصلی رشد کودکان در این دوران پراهمیت پی‌ریزی می‌گردد و به‌طور کل می‌توان گفت این سالها از جمله سالهای طلایی زندگی کودک است.

از میان ابعاد گوناگون فقر که ممکن است بر زندگی سایه افکند، فقر غذایی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است و چنانچه به موقع برطرف نگردد خسارات جبران ناپذیری را در گروه‌های سنی مختلف اعم از کودکان به‌همراه دارد. چرا که بیش از ۹۰ درصد مغز کودک تا ۶ سالگی شکل می‌گیرد و لذا شرط لازم جهت دستیابی به توانمندیهای ذهنی و جسمی کودکان، مراقبت تغذیه‌ای از آنان است.

امنیت غذایی موضوعی پیچیده و چندوجهی است که تنها از طریق همکاری و تعامل فعال همه نهادها، سازمان‌ها و گروه‌های اجتماعی، می‌توان آن را به صورت همه جانبه مد نظر قرار داد. ویژگیهای جسمی خاص ناشی از فقر را معمولاً می‌توان در کودکان محروم مشاهده کرد، فشار محرومیت از همان ابتدای تولد، یا در حقیقت زودتر از آن احساس می‌شود، زیرا درصد زایمانهای جنین مرده، نارس و مسائل بارداری در افراد محروم بیش از سایرین است. با رشد کودک امکان بیمار شدن او بیشتر است و گاه به علت کمبود غذایی یا برنامه غذایی نادرست مشکلات تغذیه نیز پیش می‌آید. گرچه این امر تا حدی مربوط به ناآشنایی با برنامه ریزی غذایی است ولی اکثراً بطور مستقیم با فقر مطلق و ناتوانی در تهیه غذای مورد نیاز ارتباط دارد.

بارزترین خصوصیت روانی کودکان محروم ناتوانی آنها در هماهنگی با موقعیت آموزشی است و آنها این ناتوانی را، در اعمال کلامی بیش از فعالیتهای غیر کلامی آشکار می‌سازند و به علت کلامی شدن هر چه بیشتر فعالیتهای آموزشی مشکلات ناشی از ناتوانی زبانی آنها پیوسته بیشتر می‌شوند از اینرو مهدهای کودک بعنوان یک مرکز تربیتی مناسب سعی بر آن دارند تا با تهیه یک وعده غذای متناسب، با استفاده از مواد مغذی، کودکان را با انواع غذاها، آداب صحیح غذا

خوردن و اصول تربیتی آن آشنا نموده و ضمن ارتباط با والدین و آموزش تغذیه‌ای آنان با ارائه فعالیتهای آموزشی مناسب، بازیهای دسته جمعی و فعالیتهای دیگر به رشد توان ذهنی و پرورش استعدادهای آنان کمک نمایند .

## اهداف کلی و اختصاصی

### هدف کلی:

- بهبود وضع تغذیه کودکان ۳-۶ ساله خانواده های نیازمند در مناطق محروم روستایی و حاشیه شهرها .

### هدف اختصاصی:

- تأمین بخشی از نیازهای تغذیه ای کودکان از طریق ارائه یک وعده غذای گرم در روستا مهد .
- افزایش آگاهی کودکان در زمینه آشنایی با گروههای غذایی، میان وعده های غذایی مناسب .
- ارتقاء آگاهی خانواده ها و مدیران و مربیان روستا مهدها در زمینه رشد و تغذیه کودک .
- اصلاح عادات و ایجاد رفتار تغذیه ای صحیح در کودکان .
- ترغیب خانواده ها جهت استفاده از خدمات روستا مهدها .

### گروه هدف:

- کودکان خانواده های نیازمند ۳ - ۶ سال که در روستا مهدها تحت پوشش خدمات یادهی - یادگیری قرار دارند . (جهت برخورداری از یک وعده غذای گرم)
- والدین کودکانی که از خدمات مهدهای کودک روستایی بهره مند می شوند . (جهت برخورداری از خدمات آموزشی و فرهنگی)
- مدیران و مربیانی که در روستا مهدها شاغل هستند . (جهت برخورداری از خدمات آموزشی و فرهنگی)

### فرآیند اجرا:

- تعیین تعداد روستا مهدها در هر استان .

- ارسال دستورالعمل طرح بهبود وضع تغذیه کودکان ۶ - ۳ سال خانواده های نیازمند در روستا مهدها توسط کمیته کشوری طرح به استانها .
- تهیه و تدوین محتوای آموزشی توسط کمیته کشوری طرح .
- معرفی کلیه کودکان تحت پوشش روستا مهدها به خانه های بهداشت توسط هیئت مدیره روستا مهد طی نامه مکتوب به منظور تهیه وضعیت شاخص تن سنجی (کم وزنی) کودکان .
- تعیین وضعیت شاخص تن سنجی کودکان (کم وزنی) با مراجعه به خانه های بهداشت
- تهیه منوی غذایی مناسب با هماهنگی و نظارت کارشناسان تغذیه مرکز بهداشت استان و شهرستان .
- ارائه یک وعده غذای گرم به کلیه کودکان روستا مهدها با تامین و تدارک مواد غذایی مناسب و با ارزش .
- آموزش مسائل بهداشتی - تغذیه ای کودکان به مدیران و مربیان روستا مهدها براساس حضور در کارگاههای آموزشی و همچنین آموزش کتاب تغذیه کودکان ۶ - ۳ سال ویژه روستا مهدها .
- آموزش تغذیه به کودکان در روستا مهدها به ویژه در زمینه آشنایی با گروه های غذایی، و میان وعده های غذایی مناسب و . . . براساس محتوای آموزشی برنامه .
- آموزش مسائل بهداشتی تغذیه ای مناسب به والدین کودکان روستا مهدها از طریق مدیران آموزش دیده روستا مهدها .
- تعیین وضعیت شاخص کم وزنی در میان برنامه .
- تعیین وضعیت شاخص وزن برای سن (کم وزنی) کودکان پس از مداخله .
- نظارت و پایش برنامه از طریق فرم رابط .
- ارائه گزارش از طریق فرم عملکرد شش ماه .
- ارزشیابی وضعیت برنامه در سطح ستاد .

### **نتایج کوتاه مدت و بلندمدت:**

- کاهش ۵۰٪ میزان شیوع سوء تغذیه کودکان .
- افزایش آگاهی تغذیه ای مادران در زمینه تغذیه کودکان .
- کاهش چشمگیر درصد کم وزنی، کوتاه قدی و لاغری متوسط و شدید در کل کشور .



## ۳-۴-۶-۲- طرح ارائه سبد غذایی به کودکان زیر ۶ سال خانواده‌های نیازمند

تخصیص اعتبار مورد نیاز جهت تهیه سبد غذایی یا بن خرید کالا برای کودکان نیازمند (۶ ماه تا ۳ سال روستایی در روستاهای دارای روستامهد و ۶ ماه تا ۶ سال روستایی در روستاهای فاقد روستامهد و ۶ ماه تا ۶ سال شهری) بر عهده کمیته امداد امام خمینی (ره) می‌باشد که طی سالهای اخیر، وزارت رفاه و تأمین اجتماعی، بخشی از اعتبارات طرح مذکور را تأمین نموده است. ارائه اعتبار از سوی وزارت رفاه، جهت اجرای طرح از سال ۱۳۸۴ با مبلغ ۱۰ میلیارد ریال، آغاز گردید که بیش از ۸۳۰۰ کودک را پوشش می‌داد و در سال ۱۳۸۵ به ۵۰ میلیارد ریال، افزایش یافت که این رقم، بیش از ۴۱۰۰۰ کودک را تأمین می‌نمود. طی سالهای ۱۳۸۶ و ۱۳۸۷، اعتباری از سوی وزارت رفاه به این طرح، ارائه نشد. در سال ۱۳۸۸ و ۱۳۸۹ نیز مبلغ ۲۴ میلیارد ریال در اختیار کمیته امداد امام خمینی (ره) در راستای اجرای طرح ارائه سبد غذایی به کودکان خانواده‌های نیازمند جهت پوشش بیش از ۱۰۰۰۰ کودک زیر ۶ سال؛ قرار گرفت. در سال ۱۳۹۰ نیز با ۱ میلیارد ریال افزایش، مبلغ فوق‌الذکر به ۲۵ میلیارد ریال افزایش یافت. معرفی کودکان ۶ ماه تا ۶ سال تحت پوشش، به واحدهای بهداشتی درمانی به منظور ارزیابی و پایش وضعیت رشد آنها بر عهده کمیته امداد امام خمینی (ره)، می‌باشد.

جدول ۸ گزارش عملکرد تغذیه کودکان بین سالهای ۸۹-۸۴

سال	تعداد کل کودکان بهره‌مند در پایان هر سال	بودجه تخصیص یافته به برنامه در هر سال (میلیون ریال)
۱۳۸۴	۶۰۰۰	۲۲۰.۱۹
۱۳۸۵	۲۵۳۵۰	۱۴۵.۳۸
۱۳۸۶	۴۰۵۰۰	۳۰۶.۶۴
۱۳۸۷	۴۸۳۰۰	۱۳۰.۵۴
۱۳۸۸	۴۸۳۰۰	۱۸۷.۹۵
۱۳۸۹	۴۸۳۰۰	۶۰۰.۸۹
۱۳۹۰	۵۴۳۰۰	۴۰۰.۱۴۰
جمع کل	۲۷۱۰۵۰	۹۸۸.۵۰۰

## ۳-۴-۷- جمع‌بندی و نتیجه‌گیری از اقدامات صورت گرفته در زمینه کاهش فقر غذایی کودکان

اجرای برنامه‌های متعدد و گسترده در بخش تغذیه در کشور به خصوص ظرف چند سال اخیر باعث ارتقای بسیاری از شاخص‌های عملکردی در این بخش شده است.

- از جمله نقاط قوت طرح‌های کاهش فقر غذایی کودکان، می‌توان به موارد ذیل اشاره کرد:
- بهبود وضع تغذیه کودکان خانواده‌های نیازمند به ویژه در مناطق محروم و روستایی .
  - بهبود سوء تغذیه بیش از ۵۰٪ از کودکان تحت پوشش طرح "ارائه یک وعده غذای گرم" بر اساس گزارش های ارائه شده از دفتر بهبود تغذیه جامعه وزارت بهداشت .
  - افزایش تعداد کودکان ۶-۳ ساله پذیرش شده در روستا مهدها .
  - افزایش سطح آگاهی مدیران، مربیان، کودکان و اولیاء کودکان روستایی در خصوص آشنایی با گروه‌های غذایی، تغذیه مناسب، اصلاح عادات غذایی و ایجاد رفتار تغذیه ای صحیح در کودکان و ...
  - تقویت و افزایش همکاری‌های بین بخشی .
  - افزایش چشمگیر تعداد روستامهدها در سراسر کشور بر اساس اطلاعات ارائه شده .
  - تامین بخشی از نیازهای تغذیه ای کودکان از طریق ارائه یک وعده غذای گرم در روستا مهدها .
  - افزایش آگاهی کودکان در زمینه آشنایی با گروه‌های غذایی، میان وعده های غذایی مناسب و ...
  - بررسی وضعیت رشد کودکان ۶ - ۳ سال نیازمند براساس شاخص وزن برای سن (کم وزنی) .
  - ارتقاء آگاهی خانواده‌ها در زمینه تغذیه و رشد کودک .
  - ارتقاء آگاهی مدیران و مربیان روستا مهدها در زمینه رشد و تغذیه کودک .
  - ترغیب خانواده‌ها جهت استفاده از خدمات روستا مهدها .
  - فرهنگ سازی در زمینه مصرف بهینه مواد غذایی .
  - حرکت در مسیر عدالت محوری و افزایش اعتماد مردم نسبت به خدمات ارائه شده از طرف دولت (ایجاد انسجام اجتماعی) .
- همچنین پاره ای مشکلات در زمینه اجرای برنامه های حوزه تغذیه را می توان در موارد زیر خلاصه کرد :
- نا کافی بودن اعتبارات با توجه به تورم (بخصوص در استان های محروم) .
  - کمبود نیروی انسانی و امکانات لازم برای نظارت بر اجرای طرح‌های کاهش فقر غذایی .
  - نبود امکانات و تجهیزات لازم برای طبخ غذا در روستا مهدها .
  - نیاز به اجرای برنامه‌های آموزشی و توجیهی، قبل و حین اجرای طرح ها .

روشن است که قیمت مواد غذایی بر تقاضا برای غذا اثر می گذارد و فشار ناشی از تورم قیمتها عمدتاً به دوش گروههای کم درآمد است. در برنامه های فقرزدایی باید بر متعادل کردن توزیع درآمد بین خانوارها تأکید ویژه شود. این خانوارها بیش از نیمی از درآمد خود را صرف خرید غذا می کنند.

بر اساس ارزیابی های صورت گرفته، در مجموع عملکرد برنامه های دولت در خصوص بهبود وضعیت تغذیه جامعه، به ویژه بهبود وضع تغذیه کودکان زیر ۶ سال، خوب بوده لیکن نقاط ضعفی در زمینه اجرای برخی برنامه ها که در سطور فوق به آنها اشاره شد، دیده می شود که با رفع آنها در سالهای آتی می توان به نتایج مطلوبتر و اهداف مورد نظر، دست یافت.

### **۳-۴-۸- فعالیت های سازمان بهزیستی**

### **۳-۴-۸-۱- عنوان فعالیت: راه اندازی و گسترش روستا مهد**

#### **هدف برنامه:**

۱. کمک به برقراری عدالت اجتماعی و رفع تبعیض بین مناطق شهری و روستایی.
۲. ارتقای غنای محیط فرهنگی اجتماعی کودکان روستایی و افزایش نرخ بهره مندی ایشان از خدمات مهد کودک.
۳. آماده سازی کودکان روستایی برای دوره آموزش رسمی به ویژه در مناطق دو زبانه.

#### **مأموریت**

افزایش ضریب نفوذ خدمات مهد کودک برای کودکان ۶-۳ سال ساکن مناطق روستایی.

#### **اقدامات:**

طی ده سال گذشته توسعه خدمات مهد کودک در مناطق محروم روستایی به منظور حمایت از سلامت روانی و اجتماعی اقشار مختلف جامعه و رشد و تکامل یکپارچه خردسالان محور اصلی برنامه های سازمان در دفتر امور کودکان و نوجوانان بوده است در این راستا ارایه مجوز برای راه اندازی مهد کودک خصوصی با عنوان روستا مهد و حمایت مالی از این مراکز در قالب پرداخت کمک بلاعوض و آموزش مدیران و مربیان به عنوان راه حلی برای جبران نقص خدماتی موجود در مناطق روستایی مورد توجه سازمان بهزیستی قرار گرفت؛ چنانچه در حال

حاضر از مجموع ۱۹۷۲۳۹ کودک برخوردار از خدمات مهد کودک در مناطق روستایی ۱۹۰۸۲۱ نفر در ۷۳۶۰ مهد خصوصی روستایی (روستا مهد) ثبت نام نموده اند. لازم به توضیح است این مراکز در کنار فراهم آوردن محیط آموزشی غنی برای کودکان و آرایه غذای گرم رایگان، آموزش خانواده ها را نیز در برنامه دارند.

اجرای این برنامه هر ساله براساس سه شاخص تعداد مهد های روستایی راه اندازی شده جدید، تعداد مدیران و مربیان آموزش دیده و تعداد کودکان پذیرش شده مورد ارزیابی قرار می گیرد.

## هدف کمی

۶۰۰ واحد

## ۳-۴-۸-۲- عنوان فعالیت: کمک به ایجاد مهدهای کودک در مناطق محروم، آسیب زا و سکونتگاههای غیررسمی

### هدف برنامه:

۱. ارتقای غنای محیط فرهنگی اجتماعی کودکان مناطق محروم، آسیب خیز و سکونت گاههای غیررسمی .
۲. فراهم کردن فرصت های برابر برای بهره مندی کودکان مناطق مذکور از خدمات یاددهی - یادگیری مهدهای کودک .

### مأموریت:

افزایش ضریب نفوذ خدمات مهد کودک برای کودکان ۶-۳ سال ساکن در مناطق آسیب خیز و سکونتگاههای غیر رسمی شهری .

### اقدامات:

سازمان بهزیستی در راستای تحقق هدف عدالت محوری و به منظور برخورداری کودکان مناطق محروم از خدمات مهدهای کودک از سال ۱۳۸۴ طرح کمک به ایجاد مهدهای کودک در مناطق محروم، آسیب زا و سکونتگاههای غیررسمی را در به اجرا درآورد؛ تا کودکان مناطق محروم نیز همانند کودکان سایر مناطق از خدمات مهدهای کودک بهره مند شوند لذا با پرداخت

کمک بلاعوض جهت راه اندازی، تجهیز و آموزش مدیران و مربیان، متقاضیان بخش خصوصی را حمایت می کند.

اجرای این برنامه هر ساله براساس سه شاخص تعداد مهد های کودک راه اندازی شده جدید در مناطق هدف ، تعداد مدیران و مربیان آموزش دیده و تعداد کودکان پذیرش شده مورد ارزیابی قرار می گیرد .

## هدف کمی

۱۲۰ واحد

## ۳-۴-۸-۳- عنوان فعالیت: برنامه تأمین یک وعده غذای گرم در روستا مهدها

### هدف برنامه:

۱. تامین بخشی از نیازهای تغذیه ای کودکان از طریق ارایه یک وعده غذای گرم .
۲. افزایش آگاهی کودکان، خانواده ها و مربیان مهدهای کودک در زمینه آشنایی با اصول تغذیه مناسب و رشد کودکان .
۳. پایش وضعیت رشد کودکان ۶-۳ سال بر اساس شاخص کم وزنی .

### مأموریت:

کمک به رفع سو تغذیه کودکان ۶-۳ سال روستایی .

### اقدامات:

بررسی کشوری انجام شده توسط دفتر بهبود تغذیه جامعه معاونت سلامت وزارت بهداشت در سال ۱۳۸۳ (ANIS۲) نشان می دهد درصد کم وزنی، کوتاه قدی و لاغری متوسط و شدید در کل کشور به ترتیب ۵/۲، ۴/۷ و ۳/۷ بوده است نتایج این بررسی ناهمگن بودن شیوع سوء تغذیه در استان های کشور و حساسیت آن در مناطق محروم را نشان می دهد.

در بهبود وضع تغذیه کودکان ۴ مولفه اساسی شامل درآمد، دسترسی به غذا، فرهنگ تغذیه ای و دسترسی به خدمات بهداشتی هدف مداخلات قرار می گیرد در این راستا سازمان بهزیستی از سال ۱۳۸۵ به منظور تغییر فرهنگ تغذیه و کمک به تامین بخشی از نیازهای غذایی کودکان مناطق محروم روستایی اقدام به ارایه یک وعده غذای گرم و آموزش به خانواده کودکان پذیرش شده در

روستامهد نموده است. به نحوی که تنها در سال گذشته ۱۵۴۳۲۱ از کودکان تحت پوشش طرح قرار گرفتند و نتایج تن سنجی ها حکایت از بهبود وضعیت این گروه از کودکان در شاخص های ارزیابی سو تغذیه دارد.

این برنامه هر ساله براساس شاخص نسبت تعداد کودکان مبتلا به سو تغذیه به تعداد کودکان پذیرش شده در روستامهد، قبل و بعد از اجرای طرح ارزیابی می شود.

## **هدف کمی**

کودک ۱۵۴۳۲۱

## **۳-۴-۸-۴- عنوان فعالیت: پرداخت سهمی از شهریه مهد کودک خانواده‌های سه دهک پایین در آمدی**

### **هدف برنامه:**

ایجاد فرصت برابر جهت بهره مندی کودکان خانواده های نیازمند از خدمات مهدهای کودک.

### **مأموریت:**

افزایش ضریب نفوذ خدمات مهد کودک در جمعیت خانوار های متعلق به سه دهک پایین جامعه .

### **اقدامات:**

تحقیقات نشان داده اند که برنامه های آموزشی نخستین سالهای زندگی آثار تحصیلی و اجتماعی پایداری برای کودکان به ارمغان می آورد ؛ افزایش فاصله بین کودکان مرفه و فقیر با گذشت زمان، تقویت کننده این دیدگاه می باشد که ایجاد تحول در مدارس متوسطه و آموزش عالی نمی تواند مداخله موثری در برابر ساختن فرصتها باشد بلکه در طول سالهای پیش از دبستان و دبستانی است که باید در پی راه هایی برای جبران یا غلبه بر پیامد محرومیت‌های محیطی بر پیشرفت کودک برآمد؛ براین اساس از سال ۱۳۸۵ تاکنون سهمی از شهریه مهد کودک خانواده های نیازمند توسط دولت در دستور کار سازمان بهزیستی قرار گرفت، متوسط پوشش سالانه این طرح ۲۰ هزار کودک زیر شش سال است. دو تمرکز اصلی آن بر کودکان روستایی یا تحت پوشش ارگان های حمایتی می باشد.

این برنامه هر ساله براساس شاخص تعداد کودکان برخوردار به جمعیت کودکان خانواده های سه دهک پایین مورد ارزیابی قرار می گیرد.

## **هدف کمی**

۴۰۰۰۰ کودک

## **۳-۴-۸-۵- عنوان فعالیت: بیمه مسئولیت و حوادث مهدهای کودک**

### **هدف برنامه:**

کمک به تامین امنیت روانی مسئولین مهدهای کودک و خانواده ها در صورت بروز حادثه

### **مأموریت:**

جبران خسارت صدماتی، پزشکی، فوت کودکان و خسارت پزشکی کارکنان مهدکودک ناشی از حوادث احتمالی در فضای مهد کودک.

### **اقدامات:**

گسترش پوشش خدمات بیمه مسئولیت و حوادث به کلیه کودکان و پرسنل مهد های کودک به منظور تامین امنیت روانی خانواده ها و متولیان مهد صورت می گیرد و در حال حاضر تعداد ۶۰۲/۳۲۷ و تعداد ۴۷/۲۴۹ نفر از پرسنل، تمامی پرسنل و کودکان، تحت پوشش می باشند . این برنامه هر ساله براساس شاخص تعداد کودکان تحت پوشش به کودکان ثبت نام شده در مهدهای کودک و تعداد پرسنل تحت پوشش به تعداد کل پرسنل شاغل در مهد های کودک مورد ارزیابی قرار می گیرد.

## **هدف کمی**

۶۰۲/۳۲۷ کودک و ۴۷/۲۴۹ پرسنل

## ۳-۴-۸-۶- عنوان فعالیت: بیمه تامین اجتماعی مربیان خود مالک ومربیان مزد بگیر مهدهای کودک

### هدف برنامه:

افزایش امنیت شغلی مربیان مهد کودک از طریق توسعه پوشش بیمه اجتماعی .

### مأموریت:

بیمه اجتماعی تمامی مربیان مهد های کودک شهری و روستایی .

### اقدامات:

تجارب چندین ساله سازمان و نتایج تحقیقات صوت گرفته حکایت از آن داشت که عدم بیمه مربیان و دستمزد های ناچیز دو عامل مهم در کاهش انگیزه نیروی انسانی و جابجایی مکرر مربیان بود و این امر منجر به افزایش احتمال بروز آسیب های مختلف برای کودکان می شد چنانچه نتایج بررسی صورت گرفته توسط سازمان بهزیستی نشان داد ۴۵ درصد مربیان نمونه مورد بررسی فاقد امنیت شغلی بوده و تنها ۱۵ در صد مهد های کودک بین ۷۵ تا ۱۰۰ در صد مربیان خود را بیمه نموده اند . اهمیت بیمه مربیان سازمان بهزیستی را بر آن داشت تا ضمن سامان دهی اطلاعات مربیان و هماهنگی با سازمان تامین اجتماعی و تامین سهمی از حق بیمه از محل اعتبارات دولت نسبت به بیمه نمودن کلیه مربیان شاغل در مهد های کودک سراسر کشور اقدام نماید. این برنامه هر ساله براساس شاخص نسبت تعداد مربیان بیمه شده به جمعیت مربیان شاغل در مهدهای کودک مورد ارزیابی خواهد شد.

### هدف کمی

۵۰ هزار نفر

## ۳-۴-۸-۷- عنوان فعالیت: برنامه جامع نظارت بر مهدهای کودک شهری و روستایی

### اهداف:

۱. ارتقاء سطح کیفی و استاندارد سازی خدمات مهد های کودک



۲. شناخت چالش ها و نواقص موجود در برنامه ها و اعمال کنترل بر آن از طریق نظارت مستمر بر فعالیت آنها.

## مأموریت:

سامان دهی امر نظارت بر مهد های کودک .

## اقدامات :

از آنجا که کودکان سرمایه های انسانی کشور می باشند، توجه به رشد جسمانی و روانی آنها از سوی خانواده ها و مراکزی که مراقبت کودکان را بر عهده دارند امری بدیهی است لذا برای ایجاد زمینه مناسب جهت دستیابی به این مهم، نظارت و ارزشیابی مهدهای کودک که مسئولیت پرورش کودکان در این سطح را به عهده دارند ضروری است. اساس این برنامه ، رتبه بندی و سطح بندی مهدهای کودک (سالانه) و بازدید های دوره ای در سطوح مختلف سازمانی ( فصلی ) جهت ارتقاء کیفیت خدمات مهدکودک و هدایت آن به سمت اهداف، رعایت بخش نامه ها و دستورالعملهای ابلاغ شده توسط بهزیستی به مهد های کودک می باشد. اقدامات صورت گرفته در راستای این برنامه :

- تدوین چک لیستهای نظارتی برای ارزشیابی مهدهای کودک .
  - تدوین فرمهای نظارتی برای بازدید دوره ای از مهدکودک .
  - نظر سنجی از استانها در خصوص برنامه و اعمال نظرات .
  - اجرای پایلوت در استانهای اصفهان ، لرستان ، خراسان رضوی و بوشهر.
- اجرای این برنامه هر ساله براساس سه شاخص تعداد مهد های کودک ارزشیابی شده ،تعداد کارشناسان آموزش دیده و تعداد بازدیدهای صورت گرفته مورد ارزیابی قرار می گیرد.

## هدف کمی

رتبه بندی و سطح بندی کلیه مهدهای کشور بالغ بر ۱۵۰۰۰ مهدکودک.