



Social Security Post

تازه های تامین اجتماعی

شماره هشتاد و یک ۹۹/۱/۱۴

کووید-۱۹: روندهای نوظهور، چشم اندازهای اکچوئریال و اقتصادی

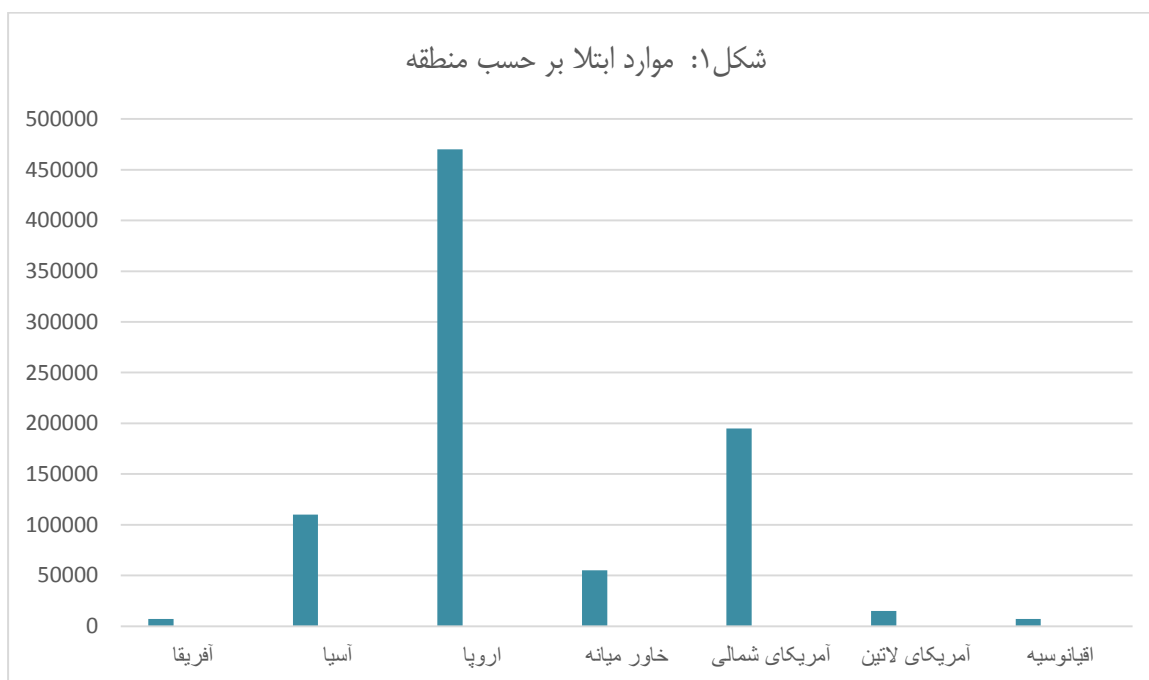
در این مقاله میزان مرگ و میر و ابتلا به کووید - ۱۹ برحسب توزیع گروههای سنی در ۱۵۹ کشور بررسی شده است و بر این اساس کشورها در ۵ گروه سنی دسته بندی شده اند، تاثیر شاخص های اقتصادی و جمعیتی و ظرفیت های نظام سلامت بر میزان مرگ و میر و ابتلا بررسی شده اند به طوریکه تعداد سرانه تخت های بیمارستانی به عنوان شاخص ظرفیت نظام سلامت برای پاسخگویی به بحران، میانگین سن نشانگر جمعیت در معرض خطر مرگ و سرانه تولید ناخالص داخلی به عنوان شاخص اقتصادی در نظر گرفته شده است. اهم نتایج به شرح زیر است:

۳۹- کشور در رده سنی (۲۴-۲۰)، ۲۶ کشور در رده سنی (۲۹-۲۵) و ۳۵ کشور در رده سنی (۳۹-۳۵) و ۵۹ کشور در رده های سنی (۳۹-۳۵) و (۴۰ سال به بالا) قرار دارند که ۶۱ درصد جمعیت بالای ۶۰ سال جمعیت جهان را تشکیل می دهند. - میزان مرگ و میر ناشی از کووید - ۱۹ در کشورهای با میانگین سنی بالاتر (جوامع سالمند) نسبت به دیگر کشورها بیشتر است به عبارت دیگر هر چند سرعت شیوع به عوامل کاهش دهنده ابتلاء همچون فاصله گذاری اجتماعی و انجام آزمایشات تشخیصی پیشرفته بستگی دارد، اما کشورهایی با جمعیت سالمند آسیب پذیر ترند. به طوریکه کشوری که میانگین سنی آن ۵ سال بالاتر از بقیه کشورهاست، شاهد ۳،۵ مورد مرگ بیشتر در هر ۱۰ میلیون نفر خواهد بود. - میزان مرگ و میر با سطح سرانه تولید ناخالص داخلی و تعداد سرانه تخت ها بیشتر باشد نرخ مرگ و میر کاهش می یابد. نتایج نشان می دهد ۱۰ درصد افزایش در سرانه تولید ناخالص داخلی با کاهش ۷۰ مورد مرگ و میر به ازای هر یک میلیون نفر یا ۷۰۰ مورد مرگ و میر به ازای هر ۱۰ میلیون نفر مرتبط است. افزایش ۱۰ تخت بیمارستانی به ازای هر ۱۰۰۰ نفر جان ۱۰ نفر را به ازای هر یک میلیون نفر نجات می دهد و در این رابطه کشورهای افریقای و امریکای لاتین آسیب پذیرترند. به طور موازی، کشورها باید بین سیاست های کاهش یا قطع زنجیره ابتلاء که با هدف جلوگیری از ابتلاء و مرگ انسانها است و دیگر سیاست های ضروری که برای کاهش آثار رکود اقتصادی وضع می شوند تعادل برقرار کنند. در کشور های در حال توسعه، به ویژه کشورهای کم درآمد و با درآمد متوسط، فاصله گذاری اجتماعی نمی تواند برای مدت طولانی بدون آثار بالقوه بسیار مخرب اقتصادی به اجرا گذاشته شود. همچنین این سیاست در کشورهای دارای بخش های بزرگ اقتصاد غیررسمی قابل پیاده سازی نیست. کارگران جوان که کمتر در معرض ابتلا یا مرگ ناشی از ویروس هستند باید سریعتر اجازه بازگشت به کار داشته باشند. محافظت از سالمندان و افراد دارای شرایط زمینه ای که ریسک فوت را در آنها افزایش می دهد باید در اولویت قرار گیرند. سیاست های قرنطینه برای گروه های در معرض خطر و سازوکار لازم برای در اختیار قرار دادن خدمات و کالاهای مورد نیاز پیش بینی شود. کشورها باید نسبت به پیاده سازی و گسترش برنامه هایی برای محافظت مشاغل و درآمدها اقدام کنند. کسب و کارها به هنگام شروع فعالیت باید از ملاحظاتی در خصوص نرخ های مالیات، عوارض و حق بیمه تامین اجتماعی برخوردار شوند. همانند دوران بحران اقتصادی، یارانه دستمزد می تواند نقش مثبتی ایفا کند. در سطح فردی، گسترش طرح های حمایت اجتماعی و بیمه بیکاری ضروری است. بدین منظور لازم است شرایط مالی انعطاف پذیر در پیش گرفته شود. همچنین در بلند مدت، دولت ها و جوامع لازم است در سطح وسیع آنچه رخ داده را به دقت بررسی و اصلاحات بجا مانده و راه های نرفته را برای بهبود عملکرد و گسترش پوشش درمانی و سیستم حمایت اجتماعی را به نحوی که برای آینده، از آمادگی بیشتری برای مواجهه با شرایط مشابه برخوردار باشد معرفی کنند.



مقدمه

دنیا در ابعادی بی سابقه در حال عبور از یک بحران سلامت و اقتصاد است، بحرانی که آثار آن تا سالها باقی خواهد ماند. این پاندمی در سراسر قاره ها در حال گسترش است و اکنون به کشورهای کم درآمد رسیده است. بیش از ۸۰۰ هزار مورد ابتلا و ۴۰ هزار قربانی داشته ایم. بر اساس پیش بینی سازمان جهانی بهداشت تعداد تلفات طی روزها و هفته های آینده از ۱۰۰ هزار مورد عبور خواهد کرد. وضعیت سرانه ابتلا در کشورهای کم درآمد و با درآمد متوسط نگران کننده است. و از آنجا انجام آزمایش در این کشورها چندان عمومیت ندارد، آمار واقعی موارد ابتلا می تواند خیلی بیشتر باشد.



سیاست های کنترل گسترش ویروس هزینه های اقتصادی بسیار جدی هم به بار می آورند. در نبود درمان و یا واکسن برای بیماری، دولت ها در تلاشند تا از طریق سیاست های فاصله گذاری اجتماعی، شیب این منحنی را تسطیح کنند. این سیاست ها، بر روی تولید و اشتغال اثرگذار بوده و به کوچک شدن اقتصاد جهانی منجر می شود. همانند بحران مالی ۲۰۰۹-۲۰۰۷ حتی با اتخاذ سیاست های درست، بازگشت به سطح نرمال سالها طول خواهد کشید.

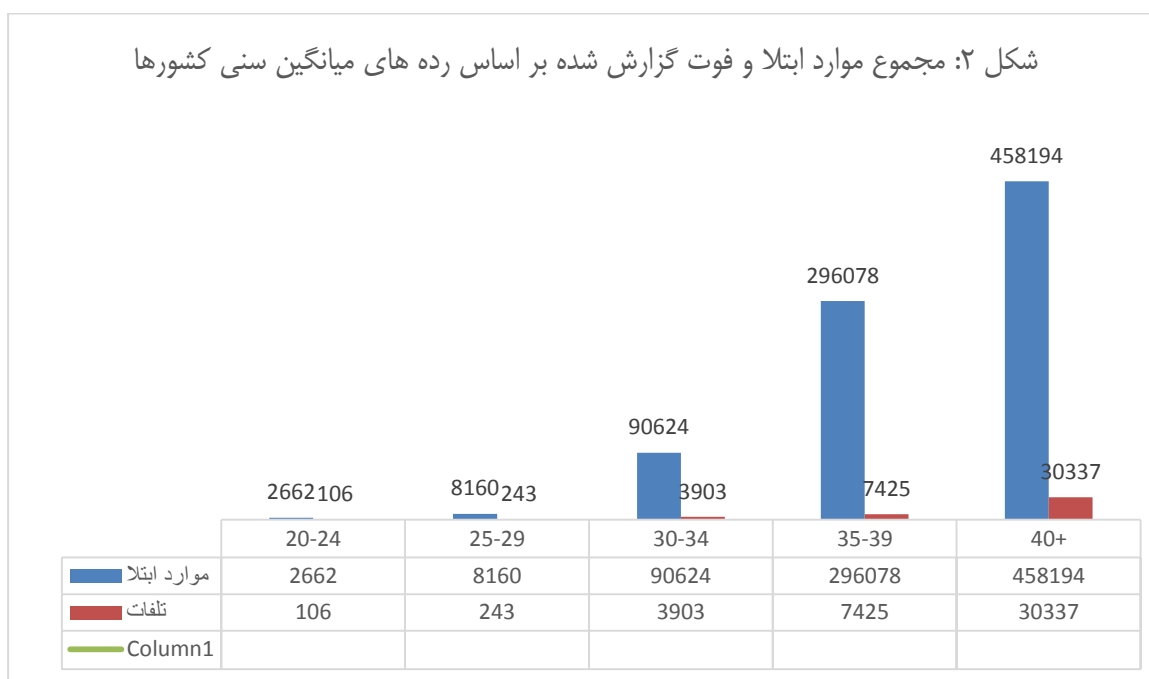
تعداد مطالعات انجام شده برای مدل سازی اپیدمی و شناسایی بهترین پاسخ ها در حال افزایش است. اکچوئری ها در حال بررسی گزینه های مختلف ارزیابی ریسک های مرتبط با این ویروس هستند. نه تنها از منظر



تأثیرات آن بر دارایی ها و تعهدات های صندوق های بازنشستگی بلکه همچنین از زاویه تاثیرگذاری نرخ مرگ و میر و شیوع بیماری بر نظام های حمایت اجتماعی و صنعت بیمه. همچنین تحلیل های متعددی درباره اینکه چگونه این پاندمی اقتصادهای ما را تحت تاثیر قرار می دهد و نیز در خصوص تحلیل سود و زیان گزینه های مداخله برای نجات جان انسانها و مداخلاتی برای حفظ درآمد و مشاغل مطرح شده است.

این مقاله به بررسی دقیق موارد ابتلا و مرگ و میر در سراسر دنیا به همراه نشانگرهای اقتصادی و جمعیتی پرداخته و روندهای نوظهور را به بحث می گذارد.

این تحلیل نشان می دهد که آثار کووید-۱۹ بر سلامت، به میزان توسعه یک کشور و ساختار سنی جامعه بستگی دارد. سرانه مرگ و میر در کشورهای دارای جمعیت مسن تر، نظام های سلامت کمتر توسعه یافته، ظرفیت های محدود تر دولت و میانگین درآمد پایین تر برای انطباق با آثار منفی پاندمی بالاتر خواهد بود. حتی با ثابت فرض کردن فاکتورهای جمعیتی و سطح درآمد، کشورهای افریقایی و امریکای لاتین باز هم آسیب پذیر تر به نظر می رسند.



در کوتاه مدت، بهتر است که درک کامل تری از تعداد واقعی موارد ابتلا در اجتماع و پیش بینی دقیق تری از میزان مرگ و میر بر اساس رده های سنی و جنسیتی داشته باشیم. بدون این اطلاعات دولت ها در تاریکی در جستجوی مسیر خواهند بود. در ابتدا دولت ها باید تلاش کنند که انجام تست ها به گونه ای از افراد صورت گیرد

¹ Covid-19



که داده ها نمونه ای از کل جمعیت باشند و سپس با استفاده از تکنیک های استاندارد آماری نتایج بدست آمده را به موارد ابتلاء یا مرگ در کل جمعیت تعمیم دهند.

به طور موازی، کشورها باید بین سیاست های کاهش یا قطع زنجیره ابتلاء که با هدف جلوگیری از ابتلا و احتمال مرگ انسان است و دیگر سیاست های ضروری که برای کاهش آثار رکود اقتصادی وضع می شوند تعادل برقرار کنند. در کشورهای در حال توسعه، به ویژه کشورهای کم درآمد و با درآمد متوسط، فاصله گذاری اجتماعی نمی تواند برای مدت طولانی بدون آثار بالقوه بسیار مخرب اقتصادی به اجرا گذاشته شود. همچنین این سیاست در کشورهای دارای بخش های بزرگ غیررسمی قابل پیاده سازی نیست. کارگران جوان که کمتر در معرض ابتلاء یا مرگ ناشی از ویروس هستند باید سریعتر اجازه بازگشت به کار داشته باشند.

اولویت، محافظت از سالمندان و افراد دارای شرایط زمینه ای که ممکن است ریسک مرگ و میر را در آنها افزایش دهد باید قرار داده شود. با توجه به محدودیت های امکانات نظام سلامت کشور، باید به طور سختگیرانه اطمینان حاصل کنند که افراد نیازمند به مراقبت به پزشک، تخت های بیمارستانی و سایر ملزومات دسترسی داشته باشند. سیاست های قرنطینه برای گروه های در معرض خطر و سازوکار لازم برای در اختیار قرار دادن خدمات و کالاهای مورد نیاز پیش بینی شود.

با توجه به اینکه در هر حال خسارت وارد شده است، کشورها باید نسبت به پیاده سازی و گسترش برنامه هایی برای محافظت مشاغل و درآمدها اقدام کنند. کسب و کارها به هنگام شروع فعالیت باید از ملاحظات در خصوص نرخ های مالیات، عوارض و حق بیمه تامین اجتماعی برخوردار شوند. همانند دوران بحران اقتصادی، یارانه دستمزد میتواند نقش مثبتی ایفا کند. در سطح فردی، گسترش طرح های حمایت اجتماعی و بیمه بیکاری ضروری است. بدین منظور لازم است شرایط مالی انعطاف پذیر در پیش گرفته شود.

در بلند مدت، دولت ها و جوامع لازم است در سطح وسیع آنچه رخ داده را به دقت بررسی و اصلاحات بجا مانده و راه های نرفته را برای بهبود عملکرد و گسترش پوشش درمانی و سیستم حمایت اجتماعی را به نحوی که برای آینده، از آمادگی بیشتری برای مواجهه با شرایط مشابه برخوردار باشد معرفی کنند.

۲. کووید-۱۹ و ساختارهای جمعیتی

ما در این مقاله، موارد گزارش و تایید شده ابتلا و مرگ ناشی از کووید-۱۹ را برای ۱۵۹ کشور از تاریخ ۲۲ ژانویه ۲۰۲۰ (دوم بهمن ۱۳۹۸) تحلیل و ردیابی کردیم.



ما بجای توجه به میزان مرگ و میر و ابتلا براساس منطقه جغرافیایی، توزیع گروههای سنی را در این مقوله مورد بررسی قرار دادیم. به این ترتیب کشورها را در ۵ گروه سنی دسته بندی کردیم.

جدول ۱- جمعیت کشورها در هر دسته سنی

جمعیت بالای ۶۰ سال (میلیون)		جمعیت تمامی سنین (میلیون)		تعداد کشورها	گروه سنی
درصد	تعداد	درصد	تعداد		
۵	۴۸	۱۴	۱۰۶۸	۳۹	۲۰-۲۴
۸	۶۹	۱۲	۸۹۲	۲۶	۲۵-۲۹
۱۱	۲۶۶	۳۴	۲۵۱۷	۳۵	۳۰-۳۴
۱۸	۳۷۹	۲۸	۲۰۹۰	۲۲	۳۵-۳۹
۲۷	۲۱۹	۱۱	۸۲۱	۳۷	۴۰ سال به بالا
۱۳,۳	۹۸۲	۱۰۰	۷۳۸۸	۱۵۹	مجموع

بیشتر جمعیت جهان که شامل افراد بالای ۶۵ سال نیز می شود، در دسته سنی میانسال قرار می گیرند. چولگی توزیع جمعیت بدلیل جمعیت بالای چین و هند به سمت دسته سنی سوم و چهارم نیل کرده است. بعلاوه، ۵۹ کشوری که در دسته های سنی چهارم و پنجم قرار دارند ۶۱ درصد جمعیت بالای ۶۰ سال جهان را تشکیل می دهند. در مقایسه با سه دسته سنی جوان تر، تعداد افراد بالای ۶۵ سال کمتری در دسته سنی بالای ۴۰ سال وجود دارد که ۲۷ درصد جمعیت کشور خود را تشکیل می دهند.

کشورهای دارای میانگین سنی بالاتر نرخ مرگ و میر ناشی از کرونای بالاتری را در مقایسه با دیگر کشورها تجربه می کنند. تعداد مبتلایان و فوت شدگان این ویروس در هر ۵ گروه کشورها از تاریخ ۳۰ مارس به طور سیستماتیک افزایش داشته و فاصله آنها از زمان شروع همه گیری در حال افزایش است. تعداد مبتلایان از ۵۵۵ نفر در تاریخ ۲۲ ژانویه به ۷۸,۵۷۲ نفر در ۲۲ فوریه و ۳۳۶۹۵۳ نفر در ۲۲ مارس افزایش داشته است. درحالیکه تعداد مرگ و میر از ۱۷ در ۲۲ ژانویه به ۲۴۵۸ در ۲۲ فوریه و ۴۲۱۰۷ در ۳۱ مارس افزایش داشته است.

در صورتیکه سرعت شیوع به چند عامل کاهش دهنده ابتلا همچون فاصله گذاری اجتماعی و انجام آزمایشات تشخیصی پیشرفته بستگی دارد، اما افزایش نرخ مرگ و میر در جوامع سالمند محتمل تر است.



اوضاع وخیم تر در کشورهای جوانتر در حال وقوع است. فاصله زمانی ورود کرونا به کشورها یا تاخیر در گزارش دهی در دسته های مختلف به طور قابل ملاحظه ای به دسته های سنی بستگی دارد. پر واضح است که اکثر کشورها در دسته های سنی اول تا سوم در معرض شیوع کرونا هستند.

جدول ۲- فاصله زمانی

تعداد روز از اولین گزارش فوتی	تعداد روز از اولین گزارش ابتلا	تعداد کشورهای گروه سنی	گروه سنی
۴	۱۷	۳۹	۲۰-۲۴
۷	۲۵	۲۶	۲۵-۲۹
۱۲	۳۲	۳۵	۳۰-۳۴
۱۹	۳۹	۲۲	۳۵-۳۹
۱۸	۴۱	۳۷	۴۰ سال به بالا
		۱۵۹	مجموع

۳. چگونگی آشکار شدن پاندمی

داده ها نشان می دهند که سطح توسعه اقتصادی و جمعیت کشورها با هم مرتبط است. رگرسیون ساده میان کشوری نشان می دهد که در صورت یکسان بودن موارد دیگر، نرخ مرگ و میر با سطح سرانه تولید ناخالص داخلی و تعداد سرانه تخت ها کاهش و با میانگین سن جمعیت افزایش می یابد. این ۳ متغیر حتی بعد از کنترل مشخصه های خاص منطقه ای همچنان از اهمیت بسزایی برخوردارند.

سرانه تولید ناخالص داخلی را می توان بعنوان عامل نشاندهنده ابعاد مختلف اجتماعی اقتصادی در نظر گرفت. توانایی کشور در کاهش تاثیرات پاندمی- سهم جمعیت شهر نشین در مقابل روستانشین و منابعی که خانوارها باید برای کاهش شوک های سلامت و همزیستی با آنها مورد استفاده قرار دهند. نتایج نشان می دهد ۱۰ درصد افزایش در سرانه تولید ناخالص داخلی با کاهش ۷۰ مورد مرگ و میر به ازای هر یک میلیون نفر یا ۷۰۰ مورد مرگ و میر به ازای هر ۱۰ میلیون نفر مرتبط است. بنابراین این مزیتی است که با درآمد بالاتر و موسسات بهتر بدست می آید.

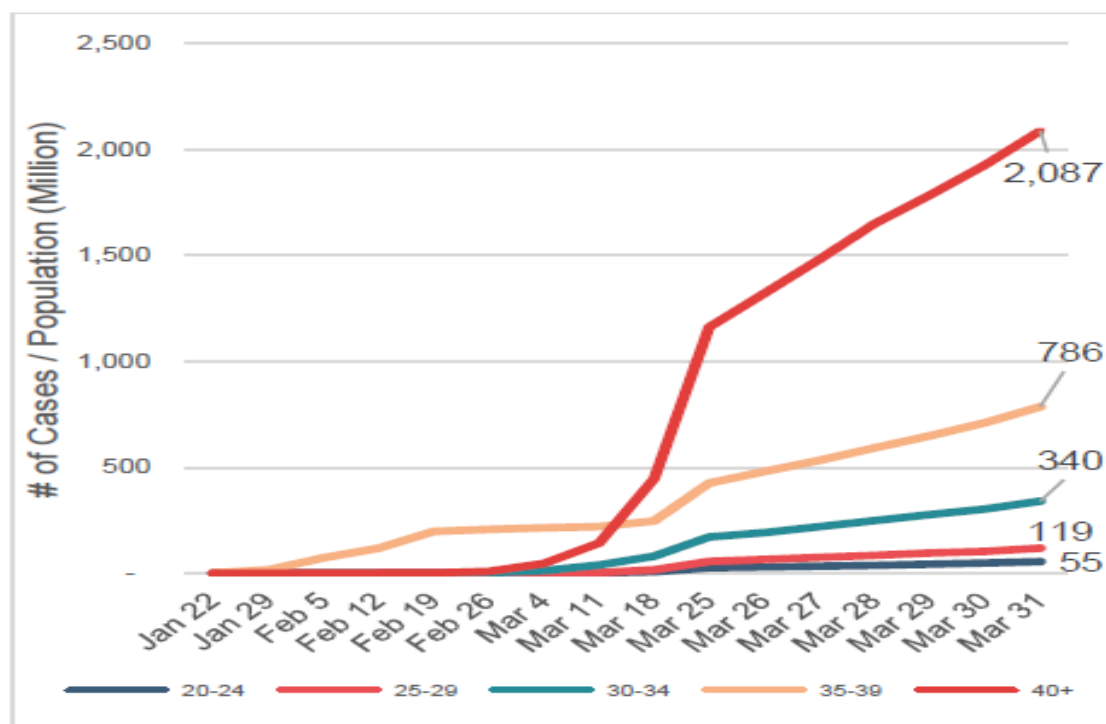
تعداد سرانه تخت های بیمارستانی نشانه ظرفیت نظام سلامت کشور برای پاسخگویی به بحران است. نه تنها از منظر ارائه خدمات درمانی به افراد بیمار، بلکه از نظر توانایی مدیریت کارآمد بطوریکه منابع به افرادی با بالاترین میزان نیازمندی اختصاص یابد. اما تاثیر آنها در رابطه با نجات جان افراد از اهمیت کمتری برخوردار است زیرا



دستیابی به خدمات درمانی تضمین کننده بهبودی نیست. از اینرو، افزایش ۱۰ تخت بیمارستانی به ازای هر ۱۰۰۰ نفر تنها جان ۱۰ نفر را به ازای هر یک میلیون نفر نجات می دهد.

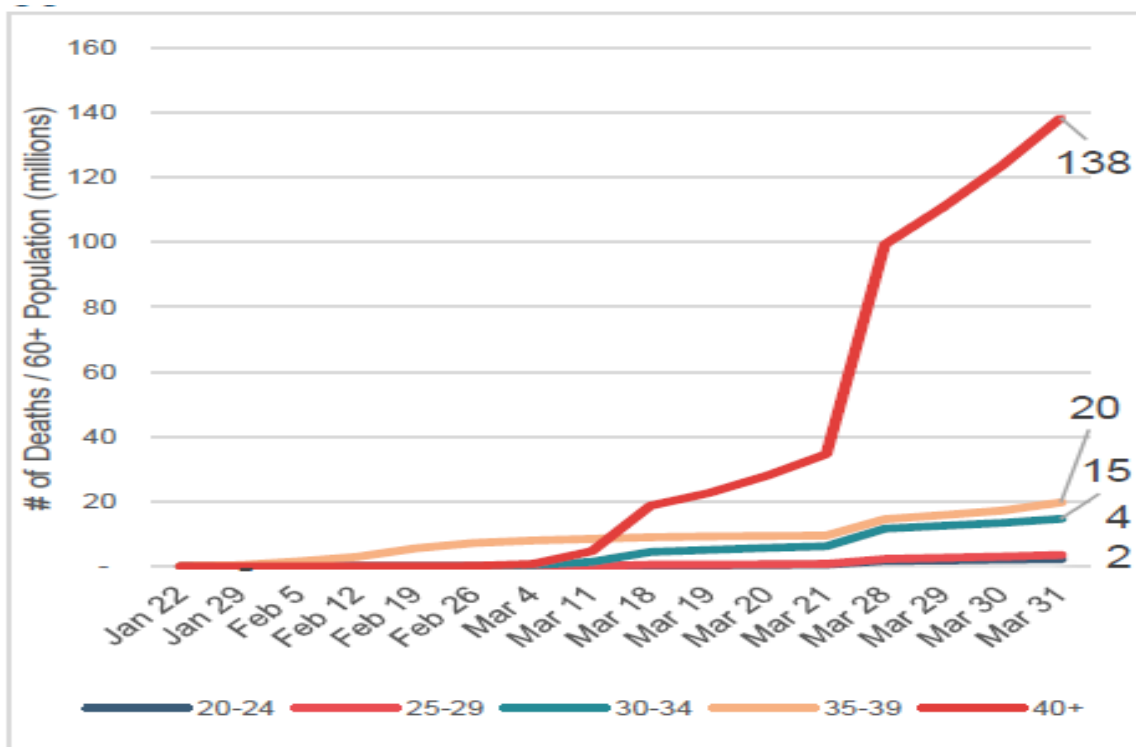
میانگین سن نشانگر بخشی از جمعیت است که بیشتر در معرض خطر مرگ قرار دارند. براساس دانسته ها، این ویروس برای سالمندان مرگبارتر از دیگر رده های سنی است. از همین روی، کشور هایی که جمعیت سالمند بیشتر و در نتیجه میانگین حقوق پرداختی بالاتری دارند آسیب پذیر ترند. با فرض اینکه بقیه موارد یکسان باشند، کشوری که میانگین سنی تا ۵ سال بالاتر دارد، شاهد ۳,۵ مورد مرگ بیشتر در هر ۱۰ میلیون نفر خواهد بود.

شکل شماره ۴: جمع موارد در یک میلیون نفر جمعیت





شکل شماره ۵: جمع مرگ و میر در یک میلیون نفر جمعیت



پرواضح است که حتی اگر عدد کنونی ابتلاء به ازای هر فرد کمتر تخمین زده شده باشد هم این عدد متغیر اصلی ما برای پیش بینی تعداد فوتی ها با نرخ مرگ و میری در حدود ۲ درصد است. در حقیقت، نتایج بدست آمده نشانگر آنست که هر ۱۰۰ مورد ابتلای بیشتر در ۱ میلیون نفر به مرگ ۲ نفر در ۱ میلیون نفر از جمعیت خواهد انجامید. بنابراین اقدام اصلی که کشور ها می توانند برای کاهش مرگ و میر در آینده انجام دهند کنترل تعداد موارد ابتلاء است. اما، از آنجایی که سیاستهای کنترل کننده موارد ابتلاء (فاصله گذاری اجتماعی) بر مشاغل و بهره وری نیروی کار نیز تاثیر دارند، شاید بهترین وضعیت الزاما نه سرکوب ویروس بلکه کاهش سرایت باشد.



جدول ۳: همبستگی جهانی میان تعداد فوتی در هر ۱۰۰ هزار نفر و عوامل اقتصادی و جمعیتی

متغیرها	ارزش معیار	خطای استاندارد	ارزش معیار	خطای استاندارد
عرض از مبدا	۳,۷۵۶۸	۸,۰۸۶	-۲,۲۴۷۶	۱۱,۹۴۹۸
لگاریتم (سرانه درآمد خالص ملی)	-۵,۶۶۲۶**	۳,۱۴۹۴	-۶,۸۹۷۴**	۳,۶۲۹۸
تعداد تخت به ازای هر ۱۰۰۰ جمعیت	-۱,۱۸۱۶*	۰,۶۸۷۷	-۱,۱۳۵۲	۰,۷۲۳
درصد جمعیت بالای ۶۰				
میانگین سن	۰,۶۹۷۴	۰,۳۲۸۱	۰,۷۶۱۴**	۰,۴۵۸۶
روزهای اولین موارد گزارش شده	-۰,۲۴۵۳	۰,۳۱۹۱	۰,۲۰۶۶-	۰,۳۴۴۸
(مربع) روزهای اولین موارد گزارش شده	۰,۰۰۵۲	۰,۰۰۳۶	۰,۰۰۶۱*	۰,۰۰۳۹
جمع ابتلا/جمعیت کل	۰,۰۲۵۶***	۰,۰۰۳۲	۰,۰۲۴۶***	۰,۰۰۳۵
اروپا			۷,۵۵۵	۵,۵۵۸
خاورمیانه			۸,۲۵۰۴	۶,۱۵۹۴
اقیانوسیه			۵,۶۰۷۴	۸,۷۸۶۲
آفریقا			۸,۷۴۷۷**	۵,۰۵۸۹
آمریکای جنوبی			۸,۰۰۰۱	۵,۱۸۴۹
آمریکای شمالی			-۸,۴۵۴۷	۱۱,۹۷۰۶
مربع R		۰,۴۰۰۹		۰,۴۲۳۱
تعداد موارد مشاهده شده		۱۵۹		۱۵۹

*** متغیرهای با P-value بین ۰ تا ۵ درصد

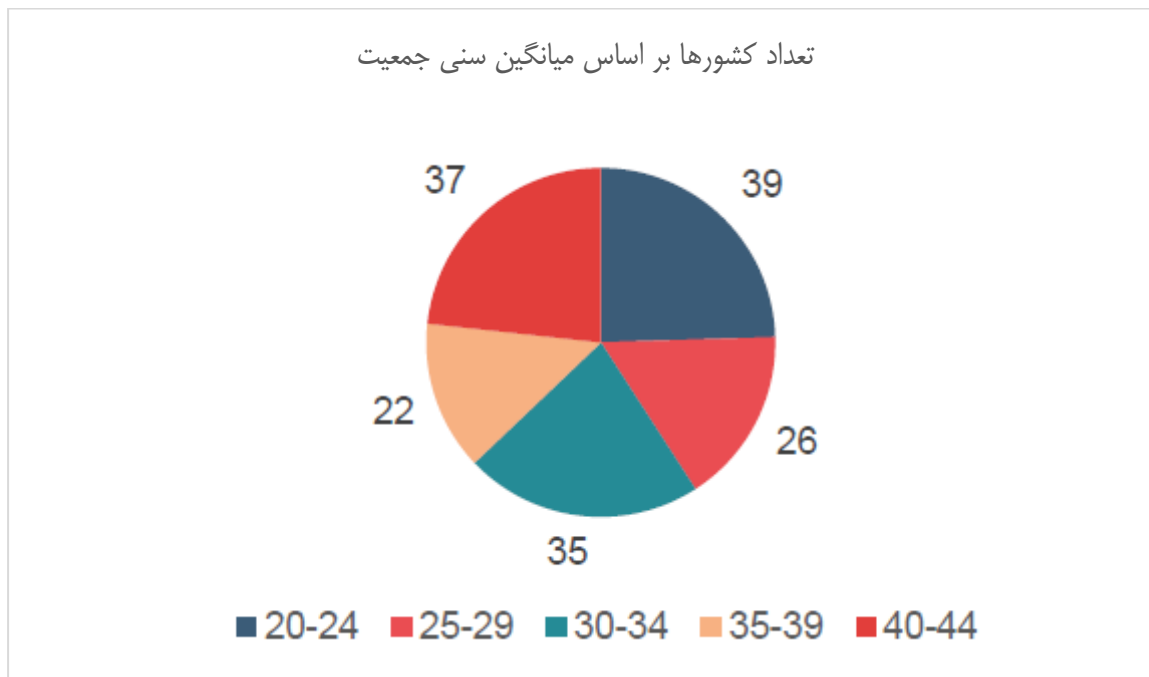
** متغیرهای با P-value بین ۵ تا ۱۰ درصد

* متغیرهای با P-value بین ۱۰ تا ۱۵ درصد



ضمیمه

جداول مختصری از داده های ۱۵۹ کشوری که در این یادداشت سیاستی از آنها استفاده شد.



جدول ۴: چهار کشور برتری که موارد را گزارش کرده اند

ناحیه	گروه سنی	تعداد تا به امروز		تعداد روز از اولین گزارش	
		موارد فوتی	موارد ابتلا	موارد فوتی	موارد ابتلا
آمریکا	۳۵-۳۹	۱۶۱,۸۰۷	۲,۹۷۸	۶۹	۳۱
ایتالیا	+۴۰	۱۰۱,۷۳۹	۱۱,۵۹۱	۶۰	۳۹
اسپانیا	+۴۰	۸۷,۹۵۶	۷,۷۱۶	۵۹	۲۸
ووهان	۳۵-۳۹	۶۷,۸۰۱	۳,۱۸۶	۹۹	۸۰
آلمان	+۴۰	۶۶,۸۸۵	۶۴۵	۶۴	۲۲

یکی از نکات قابل توجه جدول شماره ۴ این است که اگرچه میانگین سنی جمعیت آلمان در بازه بیشتر از چهل سال قرار می گیرد و اولین مورد ابتلاء به کووید-۱۹ خیلی زود گزارش شده است، اولین فوتی ۴۲ روز پس از آن گزارش شده است. این موضوع را می توان به دلیل انجام آزمایشات گسترده و همچنین آمادگی نظام سلامت آلمان برای مقابله با کووید-۱۹ دانست.



جدول ۵: ده کشور برتری که موارد را گزارش کرده اند

۱۰ کشور برتر		۱۵۹ کشور		بازه گروه سنی
حداکثر مرگ ۱/۱ میلیون نفر بالای ۶۰ سال	میانگین مرگ /یک میلیون نفر جمعیت بالای ۶۰ سال	مرگ/یک میلیون نفر جمعیت بالای ۶۰ سال	مرگ/یک میلیون نفر جمعیت	
۲۳	۷	۲,۰۴	۰,۰۹	۲۰-۲۴
۲۵	۸	۳,۰۴	۰,۲۳	۲۵-۲۹
۳۳۳	۵۸	۱۳,۴۵	۱,۴۲	۳۰-۳۴
۳۱۵	۷۳	۱۷,۰۷	۳,۱۰	۳۵-۳۹
۶۵۲	۲۲۴	۱۲۳,۹۸	۳۳,۰۹	+۴۰

جدول ۸: میانگین سنی، میانگین تعداد تخت به ازای یک میلیون نفر و توان اقتصادی

سرانه تولید ناخالص داخلی/ بازه	تعداد تخت به ازای میلیون نفر	میانگین سن	بازه گروه سنی
۱,۴۵۴	۶۵۱	۲۲,۳	۲۰-۲۴
۳,۱۵۱	۱,۲۷۵	۲۸,۲	۲۵-۲۹
۱۲,۲۹۵	۱,۴۱۵	۳۲,۲	۳۰-۳۴
۲۹,۵۶۰	۴,۱۶۹	۳۸,۳	۳۵-۳۹
۲۶,۳۱۱	۷,۲۸۷	۴۱,۹	+۴۰
۱۳,۷۹۱	۲,۷۱۹	۳۳,۱	مجموع



جدول ۹: ۵ کشور برتر در هر گروه سنی با گزارش فوتی در هر یک میلیون جمعیت بالای ۶۰ سال

گروه سنی	کشور	جمعیت بالای ۶۰	فوتی در یک میلیون نفر	گزارشات فوت روزهای ابتدائی
۲۰-۲۴	عراق	۲,۰۰	۲۳,۰	۲۷
	بورکینا فاسو	۰,۷۹	۱۵,۱	۱۳
	گابن	۰,۱۲	۸,۶	۱۱
	کامرون	۱,۱۱	۵,۴	۶
	موریتانی	۰,۲۳	۴,۴	۱
۲۵-۲۹	کابو ورده	۰,۰۴	۲۴,۸	۷
	هندوراس	۰,۷۰	۱۰,۰	۵
	فیلیپین	۹,۰۲	۸,۶	۵۸
	الجزایر	۴,۱۴	۸,۴	۱۹
	اردن	۰,۶۰	۸,۴	۴
۳۰-۳۴	ایران	۸,۲۸	۳۳۲,۹	۴۱
	بحرین	۰,۰۸	۴۷,۷	۱۵
	پاناما	۰,۵۱	۴۷,۴	۲۰
	جمهوری دومینیکا	۱,۱۶	۳۶,۲	۱۴
	اکوادور	۱,۸۷	۳۲,۲	۱۷
۳۵-۳۹	چین (ووهان)	۱۰,۱۰	۳۱۵,۳	۸۰
	لوکزامبورگ	۰,۱۲	۱۸۱,۲	۱۷
	ایرلند	۰,۹۴	۵۷,۴	۲۰
	ایالات متحده	۷۳,۷۷	۴۰,۴	۳۱
	قبرس	۰,۲۳	۳۰,۲	۹
۴۴-۴۰	ایتالیا	۱۷,۷۹	۶۵۱,۵	۳۹
	اسپانیا	۱۲,۰۲	۶۴۱,۸	۲۸
	هلند	۴,۷۶	۱۸۱,۶	۲۵
	بلژیک	۲,۹۲	۱۷۶,۰	۲۰
	فرانسه	۱۷,۲۳	۱۷۵,۸	۴۵



تقدیر و تشکر

هدف مجموعه یادداشت‌های سیاستی موهانا و همکارانش^۲ ایجاد گفتگو و ارائه چارچوبی برای بحث و تبادل نظر در خصوص سیاست‌های کارآمد است. این یادداشت سیاستی تلاش مشترکی بود که توسط ابراهیم موهانا^۳، مایکل موهانا^۴ و دیوید روبالینو^۵ و سایر اعضای تیم‌های بیروت، نیکوزیا^۶ و دارالسلام انجام شد. با تشکر ویژه از خانم تاسیا سیکینیس^۷، دکتر طواهر خلفان^۸، خانم تالا کموریه^۹ و خانم فرح طوفیلی^{۱۰}.

درباره شرکت ماها و همکاران با مسئولیت محدود^{۱۱}:

شرکت موهانا و همکاران با مسئولیت محدود که در سال ۱۹۸۶ تاسیس شد، قدیمی‌ترین شرکت مستقل مشاوره آکچوئری و مدیریتی منطقه است. این شرکت به عنوان پیشرو مشاوره آکچوئری، اقتصادی و مدیریتی در خاورمیانه و آفریقا شناخته می‌شود و به دولت‌ها، سازمان‌ها و شرکت‌ها برای رسیدن به اهداف خود کمک می‌کند.

با بیش از ۳۰ سال خدمت در سراسر جهان، تیم متخصصان ما با داشتن تخصص فنی و آگاهی از نیازهای محلی، منطقه‌ای و بین‌المللی توانایی انجام امور بسیار پیشرفته را دارد.

درک عمیقی که ما از زبان و فرهنگ منطقه داریم و همچنین با در نظر گرفتن صرفه جویی در مسائل فنی و استراتژیک، به شرکت ما این امکان را می‌دهد تا طیف گسترده‌ای از خدمات را به اشخاص حقیقی و حقوقی در زمینه‌های بیمه‌های اجتماعی، بازنشستگی و صندوق‌های آینده‌نگر، مزایای کارکنان، بیمه‌های سلامت، بهداشت عمومی و همچنین آموزش آکچوئری ارائه دهد.

سلب مسئولیت

کلیه حقوق محفوظ است. این گزارش توسط شرکت ماها و همکاران تهیه شده است. اگرچه باور بر این است که تمام داده‌های این مقاله تا حد امکان بطور دقیق و بررسی و تأیید شده‌اند، شرکت ماها و همکاران مسئولیت حقوقی و قانونی صحت، کامل بودن یا سودمند بودن اطلاعات موجود در این یادداشت سیاستی را بر عهده

² Muhanna & co.

³ Ibrahim Muhanna

⁴ Michael Muhanna

⁵ David Robalino

⁶ Nicosia

⁷ Tassia Tsikkinis,

⁸ Twahir Khalfan

⁹ Tala Kammourieh

¹⁰ Farah Toufaily

¹¹ Muhanna & co. Ltd



نمی گیرد. هر گونه استفاده خارج از زمینه از اطلاعات ارائه شده توسط طرف دیگر، به عهده شرکت نمی باشد. نظرات و عقاید بیان شده در این نوشتار، نظرات نویسندگان اصلی است و لزوماً بازتاب نظرات موهانا و همکاران نیست.

لازم به ذکر جداول شماره ۶ و ۷ در متن انگلیسی مقاله موجود نبود.



عنوان: کووید-۱۹: روندهای نوظهور، چشم اندازهای اکچوئریال و اقتصادی

منبع:

Muhanna & et al. (Apr. 2020), COVID-19: Emerging-Trends, Actuarial & Economic Perspectives, Policy Note Series , www.muhanana.com

ترجمه:

مهدی نجارزاده، کارشناس امور بین الملل.

مهدی کامجو، کارشناس امور بین الملل.

محمدحسین سلطانی نژاد، کارشناس امور بین الملل.

ویرایش:

دکتر ناهید رضائی، رئیس گروه تدوین و اطلاع رسانی منابع بین المللی.

اداره کل امور بین الملل

استفاده از این مطالب با ذکر منبع به صورت زیر مجاز است:

نجارزاده، مهدی، کامجو، مهدی، سلطانی نژاد، محمدحسین و رضائی، ناهید. (۱۳۹۹). کووید-۱۹: روندهای نوظهور، چشم اندازهای اکچوئریال و اقتصادی، نشریه تازه های تامین اجتماعی، شماره پیاپی ۸۱، اداره کل امور بین الملل سازمان تامین اجتماعی، تهران. ایران.

اصل مقاله در اداره کل امور بین الملل موجود می باشد، علاقه مندان می توانند جهت دریافت مقاله با شماره ۸۸۹۹۷۵۳۵ تماس حاصل نمایند.