

چالش‌های بیمه اجتماعی روستائیان و عشایر در کشور

محمد رضا رضوانی*، فاطمه عزیزی**

مقدمه: بیمه‌های اجتماعی به صورت مجموعه‌ای از راهبردها و برنامه‌ها برای حفظ و بقای جوامع انسانی و توسعه آن‌ها در مناطق مختلف شهری و روستایی انجام می‌شود. در این میان، مناطق روستایی و عشایری به واسطه موقعیت خاص اکولوژیک و اقتصادی اجتماعی جایگاه ویژه‌ای دارند؛ لذا در این مناطق، گسترش حوزه نفوذ بیمه، در معرض توجه قرار گرفته است. صندوق بیمه اجتماعی روستائیان و عشایر عهده‌دار این مهم، در مناطق روستایی است. در حالی که شش سال، از فعالیت این صندوق، در مناطق روستایی می‌گذرد، از جمعیت مشمول آن حدود ۲۷ درصد به عضویت صندوق درآمده‌اند. مقاله حاضر چالش‌های روند گسترش بیمه را بررسی می‌کند.

روش: تحقیق کاربردی حاضر، به روش توصیفی و هم‌بستگی است. در گردآوری اطلاعات از روش اسنادی کتابخانه‌ای و مصاحبه نیمه ساختمند استفاده شده است. مصاحبه با کارشناسان صندوق بیمه اجتماعی روستائیان و عشایر انجام شده و برای یافتن ارتباط بین شاخص توسعه یافتگی استان‌ها و تعداد بیمه‌شدگان از روش هم‌بستگی پیرسون استفاده شده است.

یافته‌ها: یافته‌ها حاکی از آن است که موانع گسترش بیمه اجتماعی روستائیان و عشایر عوامل متعددی دارد. دسته‌ای از عوامل، ساختاری و اجرایی بوده و دسته‌ای دیگر، برخاسته از وضعیت جامعه هدف است. از جمله چالش‌های ساختاری و قانونی می‌توان به قوانین و مقررات و تعاریف و نبود تبلیغات صحیح و مناسب اشاره کرد. در خصوص جامعه هدف، می‌توان به دلایلی مانند بی‌اعتمادی به کارگزاران بیمه، عدم آگاهی از مزایای بیمه گفته شده، ناتوانی اقتصادی بیمه‌گزاران در پرداخت حق بیمه، به خصوص در مناطق کم‌تر توسعه یافته و مانند آن اشاره کرد. ضریب هم‌بستگی پیرسون نشان می‌دهد، هم‌بستگی بین درصد پوشش بیمه‌شدگان صندوق بیمه روستائیان و عشایر و شاخص توسعه انسانی (۰/۰۴۸)، در سطح اطمینان ۹۵ درصد معنادار است.

بحث: با توجه به ارتباط مستقیم و تنگاتنگ بین تأمین اجتماعی و توسعه پیشبرد بیمه اجتماعی روستائیان و عشایر در مناطق روستایی کشور، به ویژه در مناطق کم‌تر توسعه یافته، محروم و حاشیه‌ای و برای دستیابی به حداکثری پوشش جغرافیایی و جمعیت، عرضه تسهیلات و حمایت‌های بیش‌تر و اتخاذ روش‌های خاص ترویجی و مشارکتی ضروری است.

از طرف دیگر، برای حل مشکلات ساختاری و اجرایی موجود بر سر راه گسترش پوشش بیمه‌ای جامعه هدف، به ارزیابی و اصلاح قوانین و اصلاح روند فعالیت اجرایی صندوق بیمه روستائیان و عشایر نیاز است.

کلیدواژه‌ها: بیمه اجتماعی، توسعه روستایی، جامعه روستایی و عشایری،

چالش‌های قانونی و اجرایی.

تاریخ پذیرش: ۹۱/۰۵/۱۷

تاریخ دریافت: ۸۹/۰۲/۱۵

* دکتر جغرافیا و برنامه‌ریزی روستایی، دانشگاه تهران، رایانامه: <rrzvani@ut.ac.ir> (نویسنده مسئول)

** دانشجوی دکتری جغرافیا و برنامه‌ریزی روستایی، دانشگاه تهران.

مقدمه

تأمین اجتماعی از یک سو مقوله‌ای در حقوق انسانی و حاکمیت ملی در همه کشورهای جهان تلقی می‌شود که با توسعه پایدار اقتصادی، اجتماعی، سیاسی و مدنی هر کشور رابطه‌ای مستقیم دارد. از سوی دیگر، از آنجاکه قلمرو و ابعاد بیمه‌ای یا حمایتی تأمین اجتماعی در حوزه باز توزیعی بخش عمومی قرار دارد؛ لذا گام بسیار مهمی در تحقق عدالت اجتماعی و امنیت پایدار اجتماعی نیز قلمداد می‌شود (رنانی، ۱۳۷۹).

اعلامیه حقوق بشر و مقاله‌نامه‌های سازمان بین‌المللی کار، تأمین اجتماعی را در زمره حقوق اساسی انسان‌ها می‌شناسد و از نظر انجمن بین‌المللی تأمین اجتماعی، تحقق عدالت اجتماعی بدون تأمین اجتماعی میسر نیست. پدیده بیمه اجتماعی، همچون بسیاری از خدمات و نهادها و تشکل‌ها وجود خود را مرهون وقوع انقلاب صنعتی در غرب است. در پی بروز انقلاب صنعتی و به‌کارگیری نیروی انسانی در حد فراتر از توان بشری موجب شد، جنبش‌های کارگری از رنج و ستم وارد شده به آن‌ها ایجاد شود (Mkandawir, 2001). از این رو، در اواخر قرن ۱۹ تا اوایل قرن ۲۰، سرمایه‌داری افسارگسیخته، جای خود را به سرمایه‌داری رفاه داد. به طوری که تا پایان جنگ دوم جهانی، سنگ بنای دولت رفاه، از جمله بیمه‌های حوادث حین کار، بازنشستگی، بهداشت و بیکاری محکم شد. پیش از نیمه نخست قرن نوزده میلادی، در خصوص خدمات رفاهی تأمینی اقدام‌هایی صورت گرفت که به صورت کمک‌های بلاعوض بود و جنبه تعاونی داشت؛ اما از آغاز نیمه دوم قرن نوزدهم، تأمین اجتماعی شهروندان، جدی‌تری شد.

بیمه اجتماعی معمولاً در پی حفظ درآمد افراد در برابر خطر پیری و مرگ فرد اصلی، خطر بیماری و از کارافتادگی و خطر بیکاری است (گزارش مؤسسه پژوهش‌های برنامه‌ریزی و اقتصاد کشاورزی، ۱۳۸۳) و نقش روزافزونی در اقتصاد جهانی ایفا می‌کند. به‌ویژه بعد از جنگ دوم جهانی، در کشورهای توسعه‌یافته، فعالیت‌های بیمه‌ای رشد

سریع‌تری داشته است (استاوتریل، ۱۳۸۱). اصل تأمین اجتماعی و به‌ویژه بیمه‌های اجتماعی، به روشی برای پوشش و جلوگیری از سقوط شدید مصرف و کیفیت زندگی در دوران پیری و ازکارافتادگی مربوط می‌شود. طبق فرضیه مدل چرخه زندگی، افراد در طول سال‌هایی که کار می‌کنند، پس‌انداز دارند؛ اما در دوره بازنشستگی، پس‌انداز ندارند و باید از درآمدهای دوران جوانی خود (دوران فعالیت اقتصادی) هزینه این دوره‌ها را پوشش دهند. این موضوع را می‌توان از طریق نظام‌های بازنشستگی نهادینه کرد که سازوکار آن کسر حق بیمه از دستمزدها در زمان اشتغال و پرداخت مزایا در دوره بازنشستگی است. همچنین، به‌طور معمول، دیگر بیمه‌ها، مانند بیمه‌های ازکارافتادگی، بیکاری و فوت نیز همگی به مخاطرات دوران فعالیت و کار افراد مربوط می‌شوند. بااین رویکرد، برخی اندیشمندان به فلسفه بیمه‌های اجتماعی پرداخته‌اند و آن را وظیفه مشترک آحاد جامعه و دولت، درقبال یکدیگر می‌دانند که نتیجه آن ایجاد هم‌بستگی اجتماعی و مسئولیت مشترک اجتماعی است. اغلب، این دیدگاه آمیزه‌ای است از این نکته که «افراد قادر به تصمیم‌گیری‌های پیچیده نیستند که معطوف به برنامه‌ریزی برای درآمد بازنشستگی و یا هزینه‌های مربوط به مخاطرات پیش‌بینی نشده باشد». تجربه دهه‌های گذشته در بسیاری از کشورها، ازیک‌سو، نشان می‌دهد که گسترش بیمه‌های اجتماعی، از نظر پوشش دهی تمام مشاغل و فعالیت‌های اقتصادی و ازسوی دیگر، گسترش دامنه خدمات این برنامه‌ها، از سیاست‌های حمایتی برای استقرار نظام جامع تأمین اجتماعی شناخته شده است. دراین‌میان، به‌دلیل ماهیت متفاوت کار و فعالیت، در مواقعی مانند کار پاره‌وقت و همچنین مشاغل کشاورزی و روستایی، با دشواری‌هایی مواجه بوده است (شریفی و حسینی، ۱۳۸۸). انواع خطرها در جامعه روستایی، ناشی از وضعیت خاص اکولوژیک و اقتصادی اجتماعی حاکم بر آن است (Ravallion and Chaudhari, 1997).

کشاورزی نیز به‌عنوان شغلی با خاستگاه روستایی، به‌صورت ذاتی خطر دارد، خطرهای

آن ناشی از قیمت‌های پیش‌بینی ناپذیر محصول، آب‌وهوای پیش‌بینی ناپذیر، حوادث غیرمترقبه زمین‌ساختی و زیستی که نیازمند استراتژی‌ها و ابزارهای مدیریت منابع مالی برای برخورد با این پیچیدگی‌هاست. بیمه‌های اجتماعی ابزارهای مدیریتی هستند که برای رفع خطرها و دولت‌ها نقش حیاتی در کاهش تهدیدات زندگی کشاورزان دارند (ورنر^۱، ۲۰۰۵).

غیراز مشکلاتی که گفته‌شد، منابع درآمدی خانوارهای روستایی نیز کفاف لازم را برای مقابله با خطرهای معمول ندارند و فقرای روستایی در برابر این خطرها آسیب‌پذیرترند (عظیمی، ۱۳۷۹)؛ لذا در این مناطق، دولت‌ها ملزم به اجرای برنامه‌هایی ویژه هستند.

البته، از آنجایی که دولت‌ها به‌تنهایی نمی‌توانند همه مشکلات ناشی از آسیب‌پذیری روستائیان را برطرف کنند و هم این‌که این نوع حمایت با توجه به رویکردهای نوین توسعه روستایی به توانمندسازی و ظرفیت‌سازی روستائیان در فرایند توسعه، کمکی نمی‌کند و در پایداری جامعه روستایی تأثیرگذار نیست؛ لذا مشارکت روستائیان در این روند، از طریق پرداخت حق بیمه ضروری است. بیمه اجتماعی روستایی از چنین نظام‌های حمایتی است که با توجه به ماهیت مشارکتی می‌تواند در راستای رویکردهای نوین توسعه عمل کند. نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی روستایی از مجموعه‌ای راهبردها و برنامه‌ها و فعالیت‌ها برای حفظ میزان درآمد فرد یا خانوار روستایی و تأمین نیازهای بهداشتی و درمانی و... تشکیل شده است که می‌توان آن‌ها را در سه گروه راهبردهای بیمه‌ای، راهبردهای حمایتی و راهبردهای امدادی طبقه‌بندی کرد (بانک جهانی^۲، ۱۹۹۸).

ایران مانند همه کشورهای در حال توسعه جهان، با مسئله اجتماعی فقر از جمله با گستردگی فقر در جامعه روستایی روبه‌روست (زاهدی‌مازندرانی، ۱۳۸۴)؛ لذا تاکنون در ایران، در بخش روستایی، بیش‌تر راهبردها جنبه حمایتی و امدادی داشته است. راهبردهای حمایتی در ایران، شامل مجموعه کمک‌های اجتماعی به روستاهاست که از سوی سازمان‌های رسمی و غیررسمی، شامل سازمان بهزیستی کشور، کمیته امداد امام‌خمینی،

1- Werner

2- World Bank

بنیاد شهید و امور ایثارگران و مؤسسات خیریه مردمی به قشرهای آسیب‌پذیر روستایی از جمله: افراد بی‌سرپرست، معلولان جسمی و ذهنی، سالخوردگان و دیگر افراد فقیر پرداخت می‌شود. راهبردهای امدادی، شامل مجموعه فعالیت‌هایی می‌شود که در مواقع اضطراری آسیب‌دیدگان حوادث غیرمترقبه طبیعی در روستاها، مانند زمین‌لرزه، سیل، خشک‌سالی و قربانیان رویدادهای دیگر همچون جنگ را به‌طور مقطعی و موقت تحت حمایت قرار می‌دهد (گزارش مؤسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی، ۱۳۸۳).

سیاست‌های تأمین اجتماعی کشورها با یکدیگر تفاوت دارد و به علل مختلفی بستگی دارد، از جمله درجه توسعه‌یافتگی جوامع، انتظارات هر کشوری از جامعه روستایی، برداشت دولت‌ها از مفاهیم بیمه روستایی، منابع در دسترس، نهادها و مفاهیم اقتصاد سیاسی و نوع سیاست‌گذاری تأمین اجتماعی در کشورها. بنابراین، در ایجاد نظام بیمه‌ای، کشورها به دو دسته عمده تقسیم می‌شوند. دسته اول کشورهایی هستند که نظام بیمه‌ای و تأمین اجتماعی آن‌ها تمام افراد کشور اعم از شهری و روستایی تحت پوشش یک واحد بیمه‌ای قرار می‌گیرند. دسته دوم کشورهایی هستند که نظام بیمه‌ای و تأمین اجتماعی جداگانه‌ای برای بخش شهری و کشاورزی روستایی دارند. در سامانه بیمه اجتماعی ایران افراد به صرف سکونت در نواحی روستایی و عشایری با تأیید شورای اسلامی آن هم به‌صورت اختیاری، می‌توانند از مزایایی چون مستمری از کارافتادگی و بازنشستگی و بازماندگان بهره‌مند شوند. یونان نیز مانند ایران، سامانه جداگانه‌ای برای بیمه‌کردن افراد شهری و روستایی دارد؛ اما شرایط ورود به سامانه‌های بیمه‌ای به‌نوعی آسان‌تر است. به‌این‌ترتیب، در این کشور، تمام کسانی که به‌نحوی با کشاورزی سروکار دارند و درآمد اصلی‌شان از این راه تأمین می‌شود، در صورتی که تحت پوشش هیچ نظام بیمه‌ای دیگر نباشند، می‌توانند از مزایای این قانون استفاده کنند، مانند کشاورزان و زارعان و صاحبان مشاغل آزاد و صنعتگران شاغل در روستاهایی با جمعیت کم‌تر از ۲ هزار نفر و بالاخره کسانی که در بخش‌ها و نواحی با جمعیت کم‌تر از ۵ هزار نفر ساکن‌اند. (شیرزاد، ۱۳۸۳).

در کشور فنلاند، تمامی کشاورزان و ماهیگیران آزاد و دامدارانی که حداقل هجده سال دارند، عضویت در بیمه برایشان اجباری است. از طرفی اجرای طرح مستمری کشاورزان در فنلاند، برعهده مؤسسه مستمری‌های کشاورزی است که در این مؤسسه، نمایندگان کشاورزان حق تصمیم‌گیری و نیز نقش سازنده‌ای در بیمه‌کردن افراد دارند.

کشور کره جنوبی از نظر ناپایداری جمعیت روستایی، وضعیتی مانند ایران دارد. به طوری که هنوز جابه‌جایی جمعیت در قالب مهاجرت از روستا به شهر، اگرچه بسیار کند شده است، صورت می‌گیرد. به هر حال، جمعیت روستایی روبه‌کاهش دارد؛ ولی چون جوانان میل به مهاجرت دارند، میانگین سنی روستائیان در حال افزایش است. به هر حال، جابه‌جایی ظاهراً اثر خاصی بر نظام ملی تأمین اجتماعی این کشور ندارد. از همان آغاز، در کره جنوبی، نظام نسبتاً ساده‌ای برای پوشش دادن به توده‌های مردم طراحی و اجرا شده و روستائیان متمایز نشده‌اند (مون^۱، ۲۰۰۰).

بیمه‌های اجتماعی خاص جوامع روستایی، از آنجایی که در میان اقشار با درآمد کم و همین‌طور افرادی با چانه‌زنی اندک اجرایی می‌شود، لازمه‌اش اجرای تمهیداتی است که ضمن افزایش آگاهی از مزایای درخور توجه برخوردار باشد تا در گسترش این مهم، راه‌گشا باشد. اصلاحات در مفاد قانون که در حین اجرا ضعف خود را نشان می‌دهد، به ترغیب افراد بیش‌تر، برای بهره‌مندی از بیمه‌های اجتماعی منتهی می‌شود. برای مثال، کشور فرانسه از سامانه‌های بیمه‌ای بسیار پیشرفته روستائیان است. در فرایند تحولات بیمه‌های روستایی تلاش پیگیری برای بهبود و اصلاحات تدریجی قوانین آن به عمل آورده است. این تلاش‌ها را می‌توان در مقاطع تاریخی نه‌چندان فاصله‌دار بعد از استقرار اولین ساختارهای قانونی در سال ۱۹۲۸ مشاهده کرد (وثوقی، ۱۳۸۱).

در کشور مکزیک، وزارت کشاورزی تلاش کرد تا با تأسیس دفاتر منطقه‌ای بیمه کشاورزان، به خدمات‌رسانی بیمه‌ای به شیوه غیرمتمرکز عمل کند. این نبود تمرکز در خدمات‌رسانی بیمه‌ای، درخصوص خدمات درمانی روستائیان که قسمتی از طرح عمومی

بیمه روستائیان را در مکزیک تشکیل می‌دهد از گسترش و موفقیت بیش‌تری تا به حال برخوردار بوده است (مارسل^۱، ۱۹۹۹).

این رویه، تقریباً در بین مردم دیگر کشورها هم به همین صورت است. برای مثال، بیمه درمان در چین، با منحل شدن کمون‌های کشاورزی در اوایل دهه ۱۹۸۰، روی نظام تعاونی مسئول حفظ سلامت روستائیان اثرهایی منفی گذاشت. به‌طوری‌که جمعیت ۸۰ درصدی زیر پوشش نظام بهداشت و سلامت به ۵ درصد کاهش یافت. با توجه به نظر خواهی‌های انجام‌شده، روستائیان برای نظام تأمین پزشکی در برابر نظام تأمین اجتماعی اولویت قابل بودند. به این دلیل، چین از اوایل دهه ۱۹۹۰ تا ۲۰۰۰ تلاش کرد تا نظام خدمات درمانی مجدداً احیا شود و از سال ۲۰۰۹ دولت شیوه جدیدی در سامانه تأمین اجتماعی روستایی تأسیس کرد (ژانگ^۲، ۲۰۱۰).

همان‌طور که گذشت، کشورها در روند توسعه بیمه‌گری، تجارب گوناگون دارند و موانع توسعه بیمه‌گری نیز در میان کشورهای مختلف تشابهات و تفاوت‌هایی دارد. مرشدی علت‌های ناکامی و کندی روند بیمه اجتماعی روستائیان و عشایر را پراکندگی بسیار روستاهای کشور و نبود امکانات زیرساخت ارتباطی در روستاها برای جمع‌آوری و ثبت اطلاعات و نیز جمع‌آوری حق بیمه، نامشخص بودن درآمد روستائیان، مشکلات آماری می‌داند و بالاخره نبود تشکل و نهادهایی که بتوانند مجری باشند، از جمله، عواملی است که باعث شده، گسترش بیمه اجتماعی روستائیان و عشایر به کندی صورت گیرد (مرشدی، ۱۳۸۹).

رامش بخشی از موانع گسترش بیمه‌های اجتماعی در کشورهای در حال توسعه، به صورت زیر بیان می‌کند:

۱. آگاهی توده روستائیان از وضعیت و منافع بیمه روستائیان بسیار پایین است؛
۲. منافع بیمه تنها، به چند نکته خاص محدود شده است؛
۳. کارگزاران و شرکت‌های بیمه بیش‌تر، در بخش شهری متمرکزند؛

1- Marcel

2- Zhang

۴. در زمینه نیازهای روستائیان که ماهیتی متفاوت با بخش شهری دارد. هیچ‌گونه نوآوری‌های نهادی دیده نمی‌شود (رامش^۱، ۲۰۰۷)،

آندرسون اصولاً بیمه اجتماعی برای کشاورزان را نوعی نوآوری می‌داند که پذیرش آن از سوی آن‌ها نیاز به طی کردن مراحل خاص خود دارد. او معتقد است که فلسفه بیمه اجتماعی و منافع معطوف به جامعه، ایجاب می‌کند که دولت ملزومات و حمایت‌های لازم برای پذیرش آن از سوی کشاورزان را فراهم آورد (آرسون^۲، ۲۰۰۱).

پژوهش آنجلینی و هیروس در اندونزی نشان داد که ضعف منابع تولید عامل و نیز سطح پایین سواد و مهارت‌های شغلی غیرکشاورزی، زمینه گسترش بیمه‌ها در میان کشاورزان بی‌زمین، کم‌زمین، ماهیگیران، بهره‌برداران حاشیه‌ای و زنان در بخش رسمی مناطق روستایی بسیار محدود شده است. براساس نتایج همین پژوهش، بی‌اعتمادی بین مؤسسات دولتی و غیردولتی کارگزار بیمه و کشاورزان دوسویه بوده و در این عرصه، بی‌میلی هر دو طرف به مشارکت را موجب شده است (آنجلینی و هیروس^۳، ۲۰۰۴).

خرمی در مطالعه خود نتیجه گرفته است که هرچه خدمات ارائه شده به بیمه‌گذار کارا تر باشد، میزان رضایت بیمه‌شدگان از خدمات سازمان متولی افزایش می‌یابد (خرمی، ۱۳۸۹).

ایجاد صندوق بیمه اجتماعی روستائیان و عشایر برای بیمه‌کردن اقشار محروم، در قالب پدیده‌ای جدید و در راستای گسترش رفاه اقشار آسیب‌پذیر، ارائه شده است. می‌توان بخشی از موضوع را در چارچوب مباحث نظری مربوط به خرده‌فرهنگ دهقانی راجرز مطرح کرد و همچنین نظریه دولت رفاه نیز به‌نوعی دیگر در تبیین نظام بیمه اجتماعی روستائیان و عشایر مطرح است. براساس نظریه راجرز، برنامه‌های دگرگونی اجتماعی در روستا، اگر بر پایه شناخت ارزش‌ها، وجه نظرها و انگیزه‌های دهقانان استوار نباشد؛ شکست می‌خورد. بنابراین مجریان برنامه‌های توسعه روستایی باید ویژگی‌های فرهنگی و جمعیتی مخاطبان و گیرندگان برنامه‌های خود را به‌دقت مدنظر داشته باشند. نظریه پذیرش نوآوری نیز از دیدگاه راجرز نشئت می‌گرفت؛ طبق این نظریه دهقانان سنت‌گرا، در پذیرش

نوآوری‌ها استقبال گرمی از خود نشان نمی‌دهند (پاپلی‌یزدی، ۱۳۸۱). نظریه دولت رفاه نیز از سال ۱۹۷۰، جایگاه خاصی در ادبیات توسعه یافت. آرتور شیلزینگر، دولت رفاه را چنین تعریف کرد: «نظامی که در آن حکومت متعهد می‌شود تا میزان معینی از اشتغال، درآمد، آموزش، کمک بهداشتی، تأمین اجتماعی و مسکن را برای تمام شهروندان خود فراهم کند». به‌طور کلی، هدف سامانه‌های دولت رفاه، افزایش امنیت درآمد و تأمین خدمات اجتماعی برای گروه‌های گسترده جمعیتی و نیز کاهش فقر است (سو درستن، ۱۳۸۴).

بیمه‌های اجتماعی از بنیادی‌ترین نیازهای جامعه بشری‌اند که نقش مؤثری در حفظ و بقای جامعه انسانی و توسعه آن دارند. با این حال، هنوز هم بخش عظیمی از گروه‌های انسانی، از این حق محروم هستند و ضرورت دارد که ساختارهای لازم برای گسترش و ترویج بیمه با توجه به وضعیت جامعه به‌وجود آید. در این میان، جامعه روستایی و عشایر به‌واسطه اینکه سکونت‌گاه بخش عظیمی از جمعیت کشور است و به‌واسطه وضعیت خاص اکولوژیک و اقتصادی اجتماعی حاکم بر آن، با انواع خطرهای مواجه است و ضرورت و اهمیت بیمه اجتماعی در آن در راستای توسعه همه‌جانبه و پایدار روستایی بارزتر است. بیمه اجتماعی روستائیان و عشایر کشور، از چند دهه گذشته، در معرض توجه قانون‌گذاران و برنامه‌ریزان کشور قرار داشت. در سال ۱۳۸۳، با تشکیل وزارت رفاه و تأمین اجتماعی این محصول به بار نشست و صندوق بیمه اجتماعی روستائیان و عشایر نیز یک سال پس از آن تشکیل شد. این صندوق با تأسیس کارگزاری‌های بیمه، در روستاها و مناطق عشایری به بیمه‌گری اقدام کرد؛ ولی روند بیمه‌گری در تمام نقاط با اقبال یکسان روبه‌رو نشد. در برخی استان‌ها نزدیک به ۵۰ درصد از جمعیت مشمول، به عضویت بیمه اجتماعی روستائیان و عشایر درآمدند و در برخی استان‌ها این رقم نزدیک به ۱۰ درصد جمعیت را شامل شد.

در مجموع، صندوق بیمه روستائیان و عشایر در طول شش سال فعالیت خود، کم‌تر از ۲۵ درصد افراد مشمول را تحت پوشش قرار داده و در سه سال گذشته نیز کم‌تر از ۵ درصد به جمعیت مشمول تحت پوشش اضافه شده است. با توجه به مطالب پیش‌گفت،

سؤالات زیر مطرح می‌شود:

- چرا به‌رغم گذشت چند سال از فعالیت بیمه‌گری صندوق، هنوز فاصله زیادی بین جمعیت مشمول با جمعیت بیمه‌شده وجود دارد؟
- چرا بین استان‌های مختلف کشور در نسبت نفوذ پوشش بیمه اجتماعی روستائیان و عشایر تفاوت فاحشی وجود دارد؟

روش

تحقیق حاضر از نظر هدف کاربردی و از نظر روش، توصیفی و هم‌بستگی است. در گردآوری اطلاعات از روش اسنادی کتابخانه‌ای و نیز میدانی استفاده شده است. در این راستا، بخشی از اطلاعات، از اسناد و مدارک معتبر کشور گرفته شده است، از جمله قانون اساسی و سند چشم‌انداز توسعه کشور در افق ۱۴۰۴ و برنامه‌های پنج‌ساله توسعه اقتصادی و اجتماعی و فرهنگی. همچنین برای تهیه آمار بیمه‌گزاران به تفکیک استان‌های کشور و تغییرات آن در شش سال گذشته، از اسناد آماری صندوق بیمه روستائیان و عشایر استخراج شده است. در روش میدانی برای تکمیل اطلاعات لازم و مدیریت بیش‌تر داده‌های اسنادی از تکنیک مصاحبه نیمه‌ساختمند استفاده شده است. در این خصوص، با بیست نفر از کارشناسان کارهای بیمه‌گری، بیمه اجتماعی روستائیان و عشایر استان‌های مختلف کشور، مصاحبه شده و نتایج آن با تحلیل محتوا استخراج شده است. هدف از مصاحبه، دستیابی به دقیق‌ترین اطلاعات، درباره روندهای اجرایی بیمه‌گری بود؛ زیرا این افراد، به واسطه فعالیت‌های اجرایی خود، اطلاعات مفیدی از مسائل و چالش‌های مربوط به بیمه داشتند.

برای ارزیابی توسعه استان‌های کشور و ارزیابی رابطه بین توسعه انسانی استان‌های کشور با میزان پذیرش بیمه اجتماعی روستائیان و عشایر از گزارش شاخص‌های توسعه انسانی کشور استفاده شده است که معاونت نظارت راهبردی ریاست جمهوری در سال ۱۳۸۷ منتشر کرده است. همچنین این رابطه، با استفاده از روش هم‌بستگی پیرسون تجزیه و تحلیل شده است.

یافته‌ها

بیمه اجتماعی روستائیان و عشایر در ایران، در چند دهه گذشته، در روند قانون‌گذاری و اجرایی خود دستخوش تغییرات متعددی شده است. در نهایت، با تصحیح مسیر اقدام‌ها و کسب تجارب در بهمن سال ۱۳۸۳، نهاد صندوق بیمه اجتماعی روستائیان و عشایر تأسیس شد.

در حال حاضر، با وجود سپری شدن بیش از شش سال از تأسیس صندوق بیمه اجتماعی روستائیان و عشایر روند توسعه بیمه‌گری در مناطق شهری و روستایی با مشکلاتی مواجه است. بخشی از این مشکلات درونی است و به ساختار جامعه روستایی و عشایری کشور ارتباط دارد و بخش دیگر محدودیت‌هایی است که از خارج از روستا سرچشمه می‌گیرد. از این رو، در این زمینه، شناخت عوامل بازدارنده و موانع موجود ضروری است. در مقاله حاضر، ضمن تبیین اهمیت تأمین اجتماعی در فرایند توسعه یکپارچه و پایدار روستایی، سابقه و سیر تحول بیمه اجتماعی در کشور و چالش‌های موجود برای فراگیری آن در نواحی روستایی موضوع بحث قرار می‌گیرد.

نحوه شکل‌گیری بیمه اجتماعی روستائیان و عشایر در ایران، در دو برهه تاریخی قبل و بعد از انقلاب اسلامی، درخور مطالعه و بررسی است.

جایگاه قانونی بیمه اجتماعی روستائیان و عشایر در کشور

جایگاه و سیر تحول قانونی بیمه اجتماعی روستائیان و عشایر در کشور، قبل و بعد از

انقلاب اسلامی به شرح زیر بررسی شده است:

قبل از انقلاب اسلامی: در طول برنامه چهارم عمرانی (۱۳۴۷ تا ۱۳۵۱) و در پی

تحولات اقتصادی و اجتماعی ناشی از اجرای قوانین اصلاحات ارضی، اولین بار، فصل خاصی درباره بیمه‌های اجتماعی روستائیان در نظر گرفته شد؛ از این رو در خرداد سال ۱۳۴۸، قانون بیمه‌های اجتماعی روستائیان تصویب شد و وزارت تعاون و امور روستایی عهده‌دار تأسیس سازمانی به نام سازمان بیمه اجتماعی روستائیان شد. به موجب ماده ۱ قانون یادشده، مقرر شد که روستائیان با اجرای قوانین و مقررات اصلاحات ارضی صاحب

نسق‌های زراعتی خود بشوند و خانواده تحت تکفل آن‌ها به‌ترتیب مقرر در ماده ۳ قانون به‌تدریج، در برابر حوادث ناشی از کار، بیماری‌ها، ازکارافتادگی، فوت و دیگر موضوعات بیمه اجتماعی، بیمه می‌شوند. طبق این قانون گروه‌هایی از جمعیت روستایی و برخی شهرستان‌ها در پایلوت اجرایی قرار گرفتند.

وزارت تعاون و امور روستاها با در نظر گرفتن ضرورت‌های ناشی از سیاست‌های اجتماعی و برنامه‌های رفاهی در روستاهای کشور، در وهله نخست، به اجرای بیمه درمان و تأمین خدمات درمانی اولویت داده و اقدام کرد. بنابراین باوجوداینکه در قانون بیمه‌های اجتماعی روستائیان، تمام نکات بیمه‌های اجتماعی پیش‌بینی شده بود، تنها حمایت‌های بیمه‌ای روستائیان، حمایت‌های درمانی را شامل شد. به‌طوری‌که تا دی سال ۱۳۵۲، تعداد ۹۴ درمانگاه روستایی مجهز به پزشک، کادر کمک‌پزشکی و وسایل و تجهیزات لازم در مراکز شرکت‌های سهامی زراعی، شرکت‌های تعاونی روستایی و شرکت‌های تعاونی تولید روستایی تأسیس شد.

قانون بیمه‌های اجتماعی روستائیان در سال ۱۳۵۴، با تصویب قانون تأمین اجتماعی و با استفاده از ماده ۱۰ این قانون لغو شد. براساس ماده ۱۱۴ قانون تأمین اجتماعی مقرر شد، بیمه اجتماعی روستائیان از طریق تهیه و تصویب آیین‌نامه اجرایی در قالب مقررات قانون تأمین اجتماعی به اجرا درآید. گفتنی است که قانون بیمه‌های اجتماعی روستائیان از زمان تصویب قانون تأمین اجتماعی تا سال ۱۳۶۷ معوق ماند (نیک‌گهر، ۱۳۸۳).

بعد از پیروزی انقلاب اسلامی: از سال ۱۳۶۷، مطالعات و بررسی‌های لازم در زمینه بیمه اجتماعی روستائیان به‌صورت جدی، آغاز شد و در سال ۱۳۷۰، لایحه آیین‌نامه آن تنظیم شد. در ماده ۳ این آیین‌نامه، مشمولان بیمه اجتماعی روستائیان به‌شرح زیر معرفی شدند:

۱. روستائیان شاغل در محدودهٔ ثبتی یا عرفی روستاها به همراه افراد تحت تکفل آن‌ها.
 ۲. روستائیان شاغل در مزارع مستقل به همراه افراد تحت تکفل آن‌ها.
- در این آیین‌نامه، همانند قانون مصوب قبل (سال ۱۳۴۸)، مشمولان در مقابل حوادث،

بیماری‌ها، بارداری، ازکارافتادگی و فوت بیمه می‌شدند. طبق ماده ۷ این آیین‌نامه، حق بیمه وصولی به میزان ۱۸ درصد، حداقل درآمد روستائیان تعیین شد که ۹ درصد به‌عهدۀ بیمه‌شده روستایی و ۹ درصد دیگر به‌عهدۀ دولت بود. پیش‌بینی شده بود که این مقدار حق بیمه از اول مهر سال ۱۳۷۱، به‌صورت آزمایشی، در چند مرحله، با وضعیت توافق‌شده اجرایی شود؛ به این صورت که در مرحله اول، با استناد به ماده ۱۴ قانون تشکیل شرکت‌های سهامی زراعی در نقاطی که این شرکت‌ها تأسیس شده است و سپس در شرکت‌های تعاونی تولید روستایی، عملی شود.

هم‌زمان با اجرای آزمایشی بیمه اجتماعی و حداکثر ظرف مدت چهار ماه لایحه پیشنهادی با معضلات اجرایی و نکات احتمالی اصلاح، به هیئت دولت تقدیم شد. باوجوداینکه پس از انقلاب اسلامی و به‌خصوص در طول سال‌های اخیر، بیمه‌های اجتماعی روستائیان و عشایر به‌عنوان ضرورتی اجتماعی مطرح شده است؛ ولی به سبب معضلاتی که در اجرای آن متصور بود، ازجمله نبود ارکان اجرایی، ابهامات مربوط به درآمدهای اجرای طرح، نحوه برخورد با مشمولان و نحوه وصول حق بیمه و گستردگی و وسعت آن، این مهم تا سال ۱۳۸۳ معوق ماند.

وجود تجربه‌های جسته‌وگریخته سال‌های قبل و اهتمام دولت به اجرای اصول قانون اساسی به‌خصوص در زمینه تأمین اجتماعی موجب شد تا در راستای تحقق اصل ۲۹ قانون اساسی که برخورداری از تأمین اجتماعی را به‌صورت بیمه، حقی همگانی می‌داند، به اجرای این اصل، در روستاها اقدام کند. تأمین اجتماعی شامل بازنشستگی، بیکاری، پیری، ازکارافتادگی، بی‌سرپرستی، درراه‌ماندگی، حوادث و سوانح و نیز خدمات بهداشتی و درمانی و مراقبت پزشکی است. در قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی که براساس آن وزارت رفاه و تأمین اجتماعی در سال ۱۳۸۳، تأسیس شد، برابر بند «د» ماده ۳ این قانون، تشکیل صندوق‌های بیمه‌ای لازم ازجمله، بیمه اجتماعی روستائیان و عشایر، زنان ویژه و کودکان و... تکلیف شده است. همچنین، براساس تبصره ۲ ماده ۳ دولت مکلف شده است، ظرف مدت دو سال از تاریخ ابلاغ این قانون، یعنی سال ۱۳۸۳، امکانات

لازم برای بیمه‌شدن، اقشار مختلف جامعه، از جمله روستائیان و عشایر را فراهم کند (آیین‌نامه صندوق بیمه اجتماعی روستائیان و عشایر، ۱۳۸۴).

در سند چشم‌انداز ۲۰ ساله توسعه کشور که در آن، ایران در افق ۱۴۰۴ کشور اول منطقه خاورمیانه در زمینه برخورداری از سلامت، رفاه، امنیت غذایی، تأمین اجتماعی، فرصت‌های برابر، توزیع مناسب درآمد به دور از تبعیض و... است، بیمه اجتماعی روستائیان و عشایر نیز مدنظر قرار دارد (ازکیا، ۱۳۸۳).

قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی و اجتماعی و فرهنگی کشور (۱۳۸۴ تا ۱۳۸۹) در بند «الف» ماده ۹۶ به‌صراحت با توجه به بیمه روستائیان و عشایر، آورده است: «افزایش پوشش بیمه‌های اجتماعی با توجه خاص به روستائیان و عشایر به‌نحوی که برنامه‌های اجتماعی روستائیان و عشایر با مشارکت دولت و روستائیان و عشایر پس از تهیه و تصویب دولت، از سال دوم برنامه چهارم، به اجرا گذاشته شود». بنابراین، با چنین پشتیبانی‌های قانونی هیئت دولت در جلسه مورخ ۱۴ بهمن ۱۳۸۳، بنابر پیشنهاد وزارتخانه تازه تأسیس رفاه و تأمین اجتماعی با استناد به قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی، آیین‌نامه بیمه اجتماعی روستائیان و عشایر را به‌تصویب رساند (گزارش سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور، ۱۳۸۳).

فرایندهای اجرایی صندوق بیمه اجتماعی روستائیان و عشایر

صندوق بیمه اجتماعی روستائیان و عشایر در بهمن سال ۱۳۸۳، به‌طور قانونی، کار خود را آغاز کرد. طبق ماده ۷ آیین‌نامه این صندوق، حق بیمه افراد، ۵ درصد درآمد آن‌ها تعیین شده است که دولت نیز دو برابر آن را که سهم دولت است، به این صندوق پرداخت می‌کند. برای مثال، اگر فردی درآمد ماهانه خود را ۱ میلیون و ۵۰۰ هزار ریال اعلام کند، باید ماهانه، ۷۵ هزار ریال یا سالانه، ۹۰۰ هزار ریال حق بیمه پرداخت کند. دولت نیز دوبرابر این مقدار، یعنی ماهانه، ۱۵۰ هزار ریال یا سالانه، ۱ میلیون و ۸۰۰ هزار ریال به صندوق پرداخت می‌کند (مجموعه قوانین و مقررات صندوق بیمه اجتماعی روستائیان و عشایر، ۱۳۸۶).

در ماده ۸ این آیین‌نامه آمده است که به تشخیص مراجع ذیصلاح در سال‌هایی که در منطقه یا روستایی حوادثی مانند، خشک‌سالی اعلام می‌شود یا درمواقع بروز حوادث غیرمترقبه و آفت‌زدگی یا مرگ‌ومیر دام، مشکلی برای روستائیان به‌وجود می‌آید، سهم مشارکت روستائیان و عشایر برحسب اعلام وزارت رفاه و تأمین اجتماعی و تأیید شورای عالی رفاه و تأمین اجتماعی تا زمان رفع عوارض ناشی از آن برعهده دولت خواهد بود. این مشکل، بیکاری بیمه‌شده و ناتوانی در پرداخت حق بیمه است. در ماده ۱۱ این آیین‌نامه، تصریح شده است که بیمه‌شده با پرداخت ۱۰ درصد از حق بیمه سرانه خدمات درمانی مصوب هیئت وزیران، دفتربه بیمه خدمات درمانی دریافت می‌کند و بقیه سرانه کمک و سهم دولت را دولت پرداخت می‌کند.

از شهریور سال ۱۳۸۴، یعنی زمان آغاز فعالیت بیمه‌گری صندوق، با استناد به مفاد آیین‌نامه مصوب، افراد روستایی و عشایری که تحت پوشش هیچ‌نوع بیمه اجتماعی نبوده‌اند، می‌توانستند به‌صورت اختیاری به‌شرط سکونت در روستا یا مناطق عشایری، با اعلام آمادگی خود برای پرداخت حق بیمه و انعقاد قرارداد، به عضویت صندوق درآمده و صندوق در برابر آنان، متعهد به عرضه خدمات درمانی، پیری، فوت، ازکارافتادگی ناشی از کار و غیرکار می‌شود. صندوق بیمه اجتماعی روستائیان و عشایر برای اجرای عملیات بیمه‌گری در کشور، ابتدا از چند استان فعالیت خود را آغاز کرد و در مدت یک سال در تمام استان‌ها به تأسیس کارگزاری پرداخت. بیمه‌گری روستایی در مناطق روستایی و عشایری که تقریباً به‌مدت ۷۰ سال، از شروع فعالیت بیمه در کشور، به دلایل پراکندگی روستاها، خاستگاه شهری بیمه، کوچندگی، کمبود امکانات اولیه لازم، مانند امکانات وصول، جمع‌آوری و ثبت اطلاعات، نامشخص بودن درآمد روستائیان و نبود تشکلهایی مانند مجری، معوق مانده بود را به اجرا گذارد. مسئولان در ابتدای کار، قبل از اینکه به ایجاد ساختار اداری و نهادسازی و همچنین به منظور ممانعت از گستردگی دستگاه‌های اجرایی و بوروکراسی اقدام کنند، از دستگاه‌ها و نهادهای مرتبط با روستاها، مانند سازمان‌های وزارت جهادکشاورزی، اتحادیه‌ها، تعاونی‌های تولید روستایی، فرمانداری‌ها و

مدیریت‌های شهری و روستایی در استناداری‌ها به‌عنوان کارگزاری و بازوی اجرایی صندوق استفاده کنند. نمایندگان این نهادها پس از اعلام آمادگی و تأیید با گذراندن دوره‌های آموزشی توجیهی و انعقاد قرارداد در مناطق روستایی و عشایری خود به فعالیت و عضوگیری اقدام کردند. صندوق به‌عنوان اولین نهاد بیمه‌ای در نوع خود، بیمه را به‌صورت اختیاری و در کشور شروع کرده که عملکرد آن تا نیمه اول سال ۱۳۹۰، در جدول ۱ بررسی شده است (آیین‌نامه صندوق بیمه اجتماعی روستائیان و عشایر، ۱۳۸۴).

عملکرد بیمه اجتماعی روستائیان و عشایر در کشور: جمعیت روستایی و عشایری کشور ۵ میلیون و ۹۶ هزار و ۱۸۷ خانوار است که از این تعداد، ۳ میلیون و ۱۴۷ هزار و ۱۰۶ خانوار یا به‌عبارتی نزدیک به ۶۲ درصد، واجد شرایط عضویت یا مشمول صندوق بیمه اجتماعی روستائیان و عشایر هستند. درواقع، دیگر خانوارهای غیرمشمول تحت پوشش کمیته امداد امام‌خمينی (ره) یا دیگر بیمه‌های اجتماعی هستند. از مجموع خانوارهای مشمول بیمه اجتماعی روستائیان و عشایر ۸۴۹ هزار و ۲۴۴ خانوار عضو این بیمه هستند که تقریباً با افراد تبعی آنها ۴ میلیون و ۲۴۶ هزار و ۲۲۰ نفر را شامل می‌شود. این تعداد خانوار، ۲۶/۹۸ درصد جمعیت مشمول را شامل می‌شود. درواقع، تفاضل آن ۷۳ درصد، به‌رغم داشتن شرایط لازم، تاکنون به عضویت این صندوق در نیامده‌اند (جدول ۱).

جدول ۱. تعداد و درصد بیمه‌شدگان به مشمولان صندوق بیمه اجتماعی روستائیان و عشایر تا نیمه دوم سال ۱۳۹۰

۵۰۶۷۸۱۵	تعداد خانوار روستایی و عشایری
۳۱۴۷۱۰۶	تعداد خانوار مشمول صندوق روستایی و عشایر
۸۴۹۲۴۴	تعداد خانوار تحت پوشش بیمه اجتماعی روستائیان و عشایر
۲۶/۹۸	درصد بیمه‌شدگان به مشمول صندوق
۳۴۶۷	تعداد کارگران بیمه اجتماعی روستائیان و عشایر
۹۶۶۸۳۱	تعداد خانوار غیرمشمول روستایی و عشایر صندوق
۹۹۲۹۷۰	تعداد خانوار تحت پوشش کمیته امداد*

منبع: صندوق بیمه اجتماعی روستائیان و عشایر

* جمعیت خانوار تحت پوشش کمیته امداد امام‌خمينی، شامل ۳ میلیون و ۱۳۲ هزار و ۷۶۲ خانوار، در طرح مددجویی و ۶۵۵ هزار نفر در طرح شهید رجایی است.

اجرای بیمه اجتماعی روستائیان و عشایر با تشکیل صندوق مربوط به آن از سال ۱۳۸۴، شروع شده است و نسبت بیمه‌شدگان به مشمولان صندوق از ۵/۵ درصد در پایان ۱۳۸۴ به ۲۶/۹۸ درصد در مهر سال ۱۳۹۰ رسیده است. متأسفانه به‌رغم گذشت شش سال از اجرای طرح، هنوز بیش از ۷۳ درصد افراد مشمول به عضویت صندوق در نیامده‌اند (جدول ۲).

جدول ۲. مقایسه افراد واجد شرایط و تحت پوشش صندوق بیمه اجتماعی روستائیان و عشایر تا مهر ۱۳۹۰

موضوع	تعداد کارگزاری‌ها	تعداد مشمولان صندوق (خانوار)	تعداد بیمه‌شدگان اصلی (نفر)	نسبت بیمه‌شدگان به مشمولان (درصد)
پایان سال ۱۳۸۴	۱۴۲۹	۳۱۴۷۱۰۶	۱۷۰۱۵۴	۵/۴
پایان سال ۱۳۸۵	۲۶۵۰	۳۱۴۷۱۰۶	۳۴۹۶۳۰	۱۱/۱
پایان سال ۱۳۸۶	۳۰۴۱	۳۱۴۷۱۰۶	۶۱۴۹۹۰	۱۹/۵۴
پایان سال ۱۳۸۷	۳۴۰۳	۳۱۴۷۱۰۶	۷۰۱۷۱۷	۲۲/۳۰
پایان سال ۱۳۸۸	۳۴۴۳	۳۱۴۷۱۰۶	۷۶۳۳۷۴	۲۴/۲۵
پایان سال ۱۳۸۹	۳۴۶۴	۳۱۴۷۱۰۶	۸۴۰۴۷۰	۲۶۰۷
مهر سال ۱۳۹۰	۳۴۵۳	۳۱۴۷۱۰۶	۸۴۹۲۴۴	۲۶/۹۸

منبع: صندوق بیمه اجتماعی روستائیان و عشایر

ترکیب شغلی بیمه‌شدگان عضو صندوق بیمه اجتماعی روستائیان و عشایر در کشور نشان می‌دهد که از مجموع ۸۴۹ هزار و ۲۴۴ نفر، افراد تحت پوشش بیمه اجتماعی روستائیان و عشایر که داده‌های لازم در زمینه وضعیت شغلی آن‌ها وجود دارد، حدود ۷۶ درصد در بخش کشاورزی، ۱ درصد در بخش صنعت و ۲۳ درصد در بخش خدمات اشتغال داشته‌اند (جدول ۳). البته، همان‌طور که می‌دانیم نسبت اشتغال روستایی در بخش‌های صنعت و خدمات، بیش‌تر از نسبت‌های گفته شده است؛ ولی بیش‌تر آن‌ها در زمینه‌هایی فعالیت دارند که تحت پوشش قانون کار و سازمان تأمین اجتماعی هستند. بنابراین، نیازی به عضویت در صندوق بیمه اجتماعی روستائیان و عشایر ندارند.

جدول ۳. ترکیب شغلی جمعیت روستایی تحت پوشش بیمه اجتماعی روستائیان و عشایر در کشور، تا مهر ۱۳۹۰

بخش	تعداد	درصد
کشاورزی	۴۸۸۹۰۸	۷۶
صنعت	۸۰۸۹	۱
خدمات	۱۴۲۶۷۷	۲۳
جمع	*۶۳۹۶۷۴	۱۰۰

منبع: صندوق بیمه اجتماعی روستائیان و عشایر

* در این جدول، تفاوت تعداد بیمه‌شدگان با آمار کل بیمه‌شدگان به این دلیل است که نوع شغل دیگر بیمه‌شدگان مشخص نیست یا نمی‌توان آن را طبقه‌بندی کرد. تعداد ۲۰۸ هزار و ۶۴۱ نفر خود را بدون شغل معرفی کرده‌اند. این تعداد نیز خارج از این سه طبقه‌بندی کلی قرار دارند.

کارگزاری‌ها واحدهای اجرایی صندوق بیمه اجتماعی روستائیان و عشایر را در سراسر کشور تشکیل می‌دهند. تا مهر ۱۳۹۰، حدود ۳ میلیون و ۴۵۳ کارگزاری بیمه‌ای مربوط به این صندوق، در کشور، وجود داشته است که با توجه به تعداد افراد تحت پوشش بیمه، می‌توان گفت به‌ازای هر کارگزاری حدود ۲۴۷ بیمه‌شده در کشور، وجود دارد. از مجموع کارگزاری‌ها ۳/۹ درصد تعاونی عشایری ۵۹/۳۶ درصد دهیاری ۴/۳ درصد تعاونی دهیاری ۲۲/۱ درصد تعاونی تولید ۵/۹ درصد تعاونی روستایی و ۱/۷ درصد اتحادیه تعاونی هستند (جدول ۴). به‌هرحال، از آنجاکه دسترسی آسان و ارزان به کارگزاری‌ها برای عضویت در بیمه اجتماعی روستائیان و عشایر بسیار مهم است، افزایش کارگزاری‌ها و توزیع مناسب آن‌ها در مناطق مختلف روستایی و عشایری و به‌ویژه حمایت از آن‌ها، می‌تواند نقش مؤثری در افزایش نسبت جمعیت تحت پوشش بیمه اجتماعی روستائیان و عشایر داشته باشد.

جدول ۴. عملکرد انواع جدول کارگزاری‌های صندوق بیمه اجتماعی روستائیان و عشایر تا مهر ۱۳۹۰

تعداد بیمه شدگان	تعاونی عشایری		دهیاری		تعاونی دهیاری		تعاونی تولید		تعاونی روستایی		اتحادیه تعاونی		سایر
	کارگزاری	بیمه شدگان	کارگزاری	بیمه شدگان	کار	بیمه شدگان	کار	بیمه شدگان	کار	بیمه شدگان	کار	بیمه شدگان	کارگزاری
۸۴۹۲۴۴	۱۳۵	۲۶۵۵۷	۲۰۵۰	۲۲۶۴۶۰	۱۴۹	۴۰۱۰۱	۷۶۶	۳۱۱۴۲۳	۲۰۳	۲۸۴۸۷	۶۲	۳۲۳۱۰	۸۸

منبع: صندوق بیمه اجتماعی روستائیان و عشایر

الگوی فضایی پوشش بیمه اجتماعی روستایی: همان‌طور که گفته شد، از مجموع جمعیت واجد شرایط برای عضویت در صندوق بیمه اجتماعی روستائیان و عشایر، یعنی ۳ میلیون و ۱۴۷ هزار و ۱۰۶ خانوار، فقط نزدیک به ۲۷ درصد تا مهر سال ۱۳۹۰ تحت پوشش این صندوق قرار گرفته‌اند.

این نسبت در استان‌های کشور متفاوت بوده و از حداقل ۳ درصد در استان هرمزگان تا حداکثر ۶۰ درصد در استان مرکزی نوسان دارد. به‌طور کلی، این نسبت در شانزده استان، شامل استان‌های مرکزی، یزد، همدان، کرمان، سمنان، آذربایجان شرقی، اصفهان، ایلام، خراسان شمالی، خراسان رضوی، خراسان جنوبی، خوزستان، فارس، زنجان، اردبیل و قم، بالاتر از متوسط ملی و در ۱۴ استان کم‌تر از متوسط ملی است.

جدول ۵. توزیع استانی درصد خانوار بیمه‌شده به جمعیت روستائیان و عشایر مشمول صندوق بیمه

اجتماعی روستائیان و عشایر

استان‌ها	درصد خانوار بیمه‌شده به مشمول صندوق	ردیف
پوشهر، سیستان و بلوچستان، کهگیلویه و بویراحمد، هرمزگان	۱۰ تا ۲	۱
آذربایجان غربی، تهران، چهارمحال بختیاری، قزوین، کردستان، کرمانشاه، گیلان، گلستان، لرستان، مازندران	۲۰ تا ۱۰/۱	۲
اردبیل، خراسان شمالی، خراسان رضوی، فارس، همدان	۳۰ تا ۲۰/۱	۳
اصفهان، ایلام، خراسان جنوبی، خوزستان، زنجان، کرمان	۴۰ تا ۳۰/۱	۴
آذربایجان شرقی، سمنان، قم	۵۰ تا ۴۰/۱	۵
مرکزی، یزد	۶۰ تا ۵۰/۱	۶

منبع: صندوق بیمه اجتماعی روستائیان و عشایر

جدول پوشش بیمه اجتماعی روستائیان و عشایر نشان می‌دهد که استان‌های واقع در مرکز کشور، شامل قم، مرکزی، سمنان، یزد، اصفهان و کرمان پوشش بیمه‌ای به‌طور نسبی زیاد است. درمقابل در استان‌های حاشیه‌ای و محروم کشور، به‌ویژه استان‌های سیستان و بلوچستان، هرمزگان، بوشهر و کهگیلویه و بویراحمد، این نسبت بسیار کم‌تر است. دیگر استان‌های حاشیه‌ای کشور نیز شامل آذربایجان غربی، چهارمحال بختیاری، لرستان، قزوین، کردستان، کرمانشاه، گیلان، مازندران و گلستان نیز نسبت بیمه‌شدگان تحت پوشش کم است.

جدول پوشش بیمه اجتماعی روستائیان و عشایر (۶) نشان می‌دهد که رابطه مثبتی بین پوشش بیمه اجتماعی و توسعه‌یافتگی استان‌ها دیده می‌شود. این رابطه با مقایسه چهار استان که بیش‌ترین میزان پوشش را دارد (استان‌های مرکزی، سمنان، یزد و قم) با پنج استان که کم‌ترین میزان پوشش را دارند (استان‌های سیستان و بلوچستان، هرمزگان، بوشهر و کهگیلویه و بویراحمد) به‌خوبی مشخص می‌شود.

جدول ۶. ارتباط میزان پوشش بیمه اجتماعی و میزان توسعه استان‌ها در سطح کشور

نام استان	درصد خانوار بیمه‌شده	شاخص توسعه انسانی
آذربایجان شرقی	۴۹	۰/۷۵۹
آذربایجان غربی	۱۲	۰/۷۱۳
اردبیل	۲۶	۰/۷۳۳
اصفهان	۳۲	۰/۸۰۷
ایلام	۳۱	۰/۷۲۸
بوشهر	۹	۰/۷۸۱
تهران	۱۲	۰/۸۳۹
چهارمحال بختیاری	۱۷	۰/۷۵۰
خراسان شمالی	۲۴	۰/۷۲۵
خراسان جنوبی	۳۲	۰/۷۲۴
خراسان رضوی	۲۹	۰/۷۶۱
خوزستان	۳۳	۰/۷۸۸
زنجان	۳۸	۰/۷۴۹
سمنان	۴۷	۰/۸۰۹
سیستان و بلوچستان	۶	۰/۶۴۶

نام استان	درصد خانوار بیمه شده	شاخص توسعه انسانی
فارس	۲۱	۰/۷۸۳
قزوین	۱۹	۰/۷۸۷
قم	۴۹	۰/۷۸۳
کردستان	۱۸	۰/۶۹۵
کرمان	۳۲	۰/۷۴۶
کرمانشاه	۲۰	۰/۷۴۷
کهگیلویه و بویراحمد	۶	۰/۷۴۵
گلستان	۱۶	۰/۷۳۹
گیلان	۱۴	۰/۷۶۹
لرستان	۱۵	۰/۷۱۹
مازندران	۱۴	۰/۷۷۴
مرکزی	۶۰	۰/۷۸۸
هرمزگان	۳	۰/۷۶۰
همدان	۲۷	۰/۷۳۸
یزد	۵۴	۰/۸۰۴

منبع: صندوق بیمه اجتماعی روستائیان و عشایر

منبع: معاونت نظارت راهبردی ریاست جمهوری

ضریب هم‌بستگی پیرسون نشان می‌دهد، هم‌بستگی بین درصد پوشش بیمه‌شدگان صندوق بیمه روستائیان و عشایر و شاخص توسعه انسانی، در سطح اطمینان ۹۵ درصد معنادار است (جدول ۷).

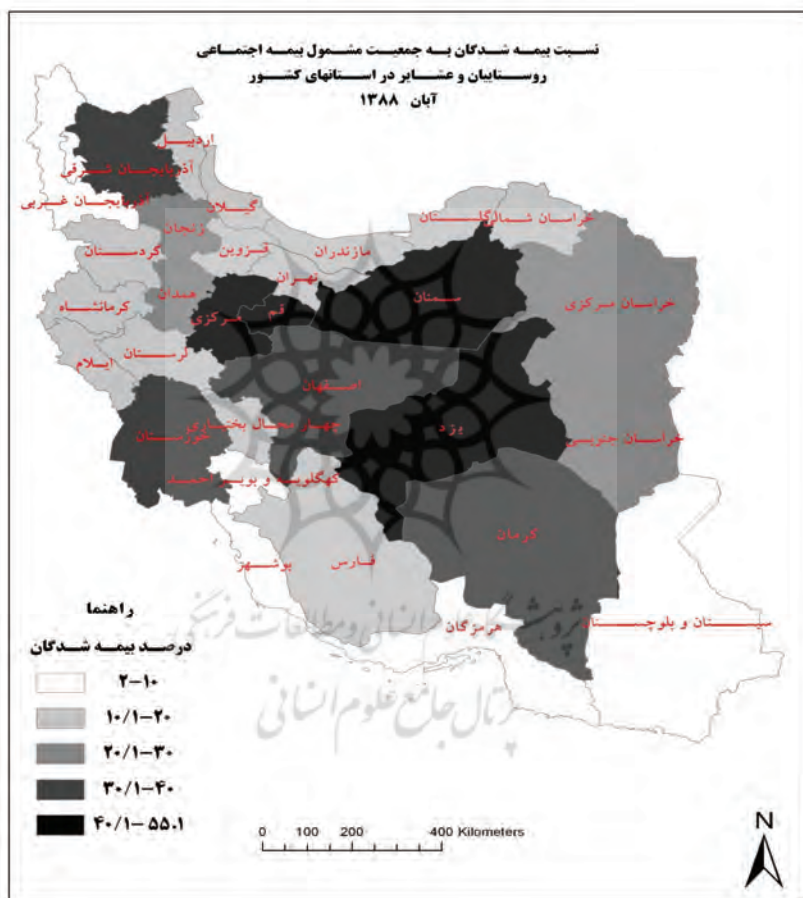
جدول ۷. رابطه بین سطح پوشش بیمه اجتماعی روستائیان و عشایر با میزان توسعه‌یافتگی در استان‌های کشور

میزان توسعه استان‌ها	پوشش بیمه اجتماعی	پوشش بیمه اجتماعی
۰/۳۶۴ ۰/۰۴۸ ۳۰	۱	مقدار p تعداد
۰/۳۶۴ ۰/۰۴۸ ۳۰	۱	سطح توسعه استان‌ها مقدار p تعداد

البته در استان تهران، در مقایسه با دیگر استان‌های کشور، اوضاع ویژه‌ای حکم فرماست؛ زیرا تعریف روستا و جمعیت روستایی و مشاغل افراد ساکن در روستاهای استان تهران، با دیگر استان‌های کشور بسیار متفاوت است؛ به طوری که جمعیتی که در تهران، به عنوان جمعیت روستایی و مشمول بیمه اجتماعی روستائیان و عشایر شناخته می‌شود، کم‌تر به فعالیت کشاورزی و دامداری مشغول‌اند و در واقع یا خویش فرما بوده و درآمد بالایی دارند یا اینکه به دلیل نوع فعالیت اقتصادی خود، تحت پوشش بیمه‌های مشابه بوده و نیازی به بیمه اجتماعی روستائیان و عشایر ندارند. از طرفی، گاهی استقبال مطلوبی از بیمه یادشده در روستاهای مستقر در استان تهران صورت نمی‌گیرد. این استقبال نکردن چند علت دارد: آگاهی روستائیان ساکن در مناطق روستایی استان تهران، از خدمات بیمه تأمین اجتماعی؛ آگاهی از تعهدات محدود و ناچیز صندوق بیمه اجتماعی روستائیان و عشایر؛ مقایسه این خدمات با خدمات دیگر نهادهای بیمه‌ای. در مجموع، می‌توان گفت بیمه ضمن اینکه عامل مؤثری در توسعه و رفاه اجتماعی جوامع بشری است، خود نیز محصول توسعه و پیشرفت اجتماعی جامعه محسوب می‌شود. بنابراین، هم‌بستگی مستقیم و دوجانبه‌ای بین بیمه و توسعه وجود دارد. از طرف دیگر، در مناطق روستایی و عشایری محروم و حاشیه‌ای کشور، به دلیل فقر و محرومیت، مردم توان پرداخت حق بیمه سهم خود را ندارند. ضمن اینکه پایین بودن میزان آگاهی‌های اجتماعی، مانعی برای مدیریت منابع مالی و برای اهداف بلندمدت، یعنی برخورداری از مستمری بازنشستگی و مانند آن، در جوامع روستایی فقیر است. اختیاری بودن عضویت در صندوق نیز مزید بر علت شده و جامعه هدف این صندوق، پرداختن حق بیمه سالانه را در اولویت هزینه‌های خود قرار نمی‌دهند.

در استان‌های جنوب شرقی و جنوب غربی کشور، به دلیل تفاوت مذهبی و قومیتی و اداره آن‌ها به صورت عشیره‌ای، افراد نمی‌توانند با اتکاء به خود برای عضویت در صندوق اقدام کنند. هم‌زمانی این موضوع با خواسته عده‌ای از بزرگان اقوام و مذاهب، برای داشتن سازمانی جدا برای بیمه‌گری و همچنین، اعتماد نداشتن بزرگان مذاهب گفته شده، از جمله علت‌های موفق نبودن صندوق در مناطق یاد شده است.

در استان‌هایی با پایه اقتصادی کشاورزی، به‌ویژه در مناطق شمالی کشور، دولت به پیش‌خرید محصولات اقدام می‌کند و به‌دلیل نپرداختن به‌موقع پول به کشاورزان، به برنامه‌های دولت بی‌اعتمادی ایجاد می‌شود و همین معضل، در ناموفق بودن صندوق بیمه در استان‌های یادشده تأثیر می‌گذارد (حاصل از نتایج مصاحبه نیمه‌ساختمند با کارشناسان)



چالش‌های بیمه اجتماعی روستائیان و عشایر

بررسی روند قانونی و اقدامات اجرایی بیمه اجتماعی روستائیان و عشایر نشان می‌دهد که چالش‌هایی در بخش‌های ساختاری و اجرایی و جامعه هدف (جامعه روستایی و عشایری) وجود دارد که در ادامه به صورت مجزا و تفصیل به هریک از آن، اشاره می‌شود.

چالش‌های ساختاری: اشاره شد که از ابتدای تدوین قانون بیمه‌های اجتماعی به سال ۱۳۰۹ تا تصویب آخرین آیین‌نامه اجرایی در حوزه بیمه‌های اجتماعی روستائیان و عشایر، بارها شاهد تغییرات اساسی در مفاد قانونی بوده‌ایم و خواهیم بود. در این مجال، چالش‌های آخرین آیین‌نامه مصوب را بررسی می‌کنیم که صندوق بیمه اجتماعی روستائیان و عشایر را مکلف به اجرای آن کرده و با استفاده از مفاد آن، صندوق یادشده با صدور دستورالعمل‌های اجرایی برای بیمه مشمولان اقدام کرده است. در بخش تعریف مشمولان و تعهدات مندرج در متن آیین‌نامه اجرایی بیمه اجتماعی روستائیان و عشایر، با موارد زیر مواجه می‌شویم که مشکلات عدیده‌ای را در هر بخش و به‌طور کلی در سامانه اجرایی و پایداری صندوق ایجاد می‌کند.

تعریف روستا و روستایی: روستایی کسی است که به‌طور ثابت، در روستا ساکن است. تعریف روستا طبق قانون تعاریف و ضوابط تقسیمات کشوری مصوب سال ۱۳۶۲ است. آنچه در تعریف روستا و روستایی در آیین‌نامه صورت گرفته است، نشان می‌دهد که تعریف روستا و روستایی جامع نبوده و دایره شمول را به تعریف خاص روستا محدود می‌سازد و شامل افراد ساکن در آبادی‌ها و روستاهای زیر ۲۰ خانوار نمی‌شود، مانند مزارع مستقل، مکان‌هایی با اشتغال کارهای خدماتی، معدن و... که جزو محدوده قانونی شهرها نیست و در تعریف شهر و روستا نیز نمی‌گنجد. هرچند این گروه می‌توانند با گرفتن تأییدیه از شورای اسلامی روستاهای اطراف و دارای کارگزاری، به عضویت صندوق بیمه اجتماعی روستائیان و عشایر درآیند؛ اما این خلأ در تعریف به قوت خود باقی است.

تعریف بیمه‌شده: بیمه‌شده سرپرست خانواری است که با پرداخت حق بیمه، حق استفاده از مزایای مقرر را دارد. در این تعریف، بیمه‌شده‌ای را صرفاً سرپرست خانوار

می‌داند که حق بیمه خود را پردازد. در صورتی که در روستا افرادی زندگی می‌کنند که سرپرست خانوار نبوده؛ ولی با توجه به شاغل بودن و سکونت در روستا، بدون داشتن پوشش بیمه‌ای دیگری می‌توانند از مزایای این بیمه استفاده کنند. از طرف دیگر، شرط سکونت و صرفاً اعلام درخواست برای بیمه‌شدن، موجب شده است که عده‌ای در سن بالا به امید دستیابی به خدمات مناسب، به بیمه‌گذاری اقدام کنند؛ اما با خدمات اندک و وضعیت خاص بهره‌مندی از تعهد یادشده در آئین‌نامه مواجه می‌شوند. در نتیجه، عملاً بهره‌ای از بیمه نمی‌برند و به مرور با آگاهی از دورنمای خدمات صندوق، بیمه خود را تمدید نمی‌کنند.

مشمولان بیمه: از چالش‌های مشمولیت درباره تعریف روستا، چگونگی تأیید روستایی بودن بیمه‌شده توسط شورای اسلامی روستاست. این تعریف سهل و ممتنع، موجب شده بسیاری از افراد ساکن شهر که ریشه روستایی دارند و تحت پوشش هیچ بیمه‌ای نیستند، با اطلاع از آن و با استفاده از روابط خویشاوندی و آشنایی با مسئولان شورا، ثبت‌نام شده و تأییدیه شورای اسلامی روستا را دریافت کنند. پیرو این مسئله، به هنگام نیاز به انجام دادن تعهدات، صندوق متحمل هزینه‌های بازرسی به منظور روشن‌شدن صحت و سقم ادعای بیمه‌گذاران شده و به ایجاد جو بی‌اعتمادی بین صندوق، به‌عنوان کارفرما و کارگزاران و اعضای شورای روستا منجر می‌شود.

تعهدات: در زمینه درمان در ماده ۲۱ آیین‌نامه صندوق، سازمان بیمه خدمات درمانی براساس ضوابطی که وزارت رفاه و تأمین اجتماعی سابق پیشنهاد کرده بود و به تصویب شورای عالی رفاه و تأمین اجتماعی رسید، به‌عنوان کارگزار، امور اجرایی مربوط به بیمه خدمات درمانی روستائیان و عشایر را عهده‌دار شده است. در حال حاضر، اجرای درمان از مرحله برنامه‌ریزی تا اجرا بر عهده سازمان بیمه خدمات درمانی کشور قرار دارد؛ در حالی که این تعهد از روش‌های جذب بیمه‌گذار بوده و در صورتی که برنامه‌ریزی و اداره آن به صورت ملموس در دست صندوق بیمه اجتماعی روستائیان و عشایر نباشد، این صندوق را در جذب بیمه‌گذار آسیب‌پذیرتر خواهد کرد.

اختیاری بودن بیمه اجتماعی روستائیان و عشایر: طبق آیین‌نامه صندوق بیمه اجتماعی روستائیان و عشایر، عضویت در صندوق، اختیاری است؛ لذا در اجتماع روستایی به واسطه موانع برخاسته از وضعیت طبیعی و اجتماعی و اقتصادی که موانع نهفته در جامعه روستایی و موانع گسترش بیمه هستند، اختیاری بودن بیمه، به صورت جدی، مانع پیشرفت کار است. اختیاری بودن بیمه، به گفته کارشناسان صندوق، از عوامل بازدارنده اصلی در جذب و افزایش نسبت پوشش بیمه‌ای عمل می‌کند.

ازکارافتادگی: ازکارافتادگی کلی عبارت است از کاهش قدرت کار بیمه‌شده، در نتیجه بیماری یا حادثه، به نحوی که پس از عرضه خدمات درمانی و توان‌بخشی، طبق نظر کمیسیون‌های پزشکی ۶۶ درصد یا بیش‌تر، توانایی انجام‌دادن کار خود را از دست داده باشد. این تعهد نیاز به ایجاد کمیسیون‌های پزشکی را در صندوق بیمه اجتماعی، لازم می‌کند. درحالی‌که چنین امکانی تا کنون ایجاد نشده و مشکلات عدیده‌ای را برای بیمه‌گذاران به وجود می‌آورد.

ساختار اجرایی: از آنجایی که فکر استفاده از ظرفیت‌های موجود و جلوگیری از ایجاد ساختارهای عریض و طویل و رهایی از بوروکراسی حاکم بر روند کارهای اجرایی موجب استفاده از ساختارهای موجود، مانند تعاونی‌های تولید روستایی و تعاونی‌های روستایی و دهیاری‌ها شد. این موضوع، روندهای نامطلوب بر مسیر گسترش بیمه‌گری گذاشت؛ زیرا موضوع بیمه‌گری در اولویت دسته چندی فعالیت‌های اجرایی برای شخصیت‌های حقوقی گفته شده، قرار گرفت. علاوه بر تعویض مسئولان این نهادها، بدون نیاز به کسب مجوز صندوق و تحویل کارها به فرد جدید، موجب ایجاد روندی کند و غلط، به دلیل بهره‌نگرفتن از همایش‌های آموزشی و توجیهی در گسترش بیمه‌گری شد و باعث نیاز به تکرار آموزش و جلسه‌های توجیهی، بدون استقبال و مشکلات دیگر کارگزاران شد.

از طرف دیگر، ثبت نام روستائیان در بیمه اجتماعی به منظور بیمه اختیاری، نیازمند تحمل سختی‌ها و مشقت‌های بسیار است، به خصوص در مناطقی که از نظر اجتماعی، پشتوانه آگاهی ضعیفی دارند و از نظر جغرافیایی صعب العبورند. این مسئله، نیازمند استفاده

از افرادی با پشتوانه تعهدات وجدانی و علاقمند به فعالیت در این زمینه و نبود اشتغال در شغلی به‌غیراز بیمه‌گری است.

تبلیغات

- اجرانشدن فعالیت‌های ترویجی عمومی، به‌خصوص از رسانه‌های سراسری، برای معرفی این نهاد جدید و فعالیت‌ها و اهداف آن در فعالیت کارگزاران. با وصفی که از مشکلات آنان گفته‌شد، به‌منظور نشر فرهنگ بیمه‌های اجتماعی و تسهیل در پذیرش آن ازسوی روستائیان تأثیرگذار است.

دیگر چالش‌های مرتبط با گسترش بیمه اجتماعی روستائیان و عشایر در کشور به شرح زیر است:

- تعدد و پراکندگی روستاها و کمی جمعیت آن‌ها؛
- نبود شناسایی دقیق نیازهای واقعی روستائیان؛
- نامشخص بودن و بی‌ثباتی سیاست‌های تأمین اجتماعی در کشور؛
- وجود سازمان‌ها و نهادهای متعدد و موازی یکدیگر، در زمینه برنامه‌های حمایتی و تأمین اجتماعی؛
- موانع و مشکلات فرهنگی و اجتماعی در روستاها و نبود تبیین مناسب آن برای مردم؛
- خویش‌فرمایی اغلب روستائیان، با توجه به غلبه بهره‌برداری‌های خانوادگی و خرد در روستاها؛
- نامنظم بودن و فصلی بودن فعالیت‌های کشاورزی و تأثیرپذیری شدید آن از وضع اقلیمی؛
- تنگناهای مربوط به شبکه ارتباطی و حمل‌ونقل در برخی نواحی روستایی کشور، به‌ویژه در مناطق محروم؛
- کم بودن درآمد روستائیان و ناتوانی مالی آن‌ها برای پرداخت حق بیمه؛
- مشکلات آماری و کمبود اطلاعات جمعیتی و اجتماعی؛
- جابه‌جایی فصلی جمعیت بین شهرها و روستاها و مشکلات مربوط به تشخیص دقیق جمعیت ساکن در روستاها؛

- نبود دسترسی مناسب به امکانات وصول حق بیمه و ارائه خدمات؛
- مشکلات مربوط به تعریف روستاها و تمایز شهر و روستا از یکدیگر.
چالش‌های اجرایی: استفاده از ساختارهای موجود در مناطق روستایی، به‌عنوان کارگزار.
اندیشه استفاده از ظرفیت‌های موجود و جلوگیری از ایجاد ساختارهای عریض و طویل و رهایی از بوروکراسی حاکم بر روند فعالیت‌های اجرایی، موجب استفاده از ساختارهای موجود مانند: تعاونی‌های تولید روستایی، تعاونی‌های روستایی و دهیاری‌ها شده است. این نوع واگذاری‌ها، روندهای نامطلوبی بر مسیر گسترش بیمه‌گری می‌گذارد؛ زیرا بیمه‌گری در اولویت دسته چندمی فعالیت‌های اجرایی برای شخصیت‌های حقوقی یادشده قرار می‌گیرد و فعالیتی جانبی جذابیت و حساسیت کافی و لازم را ندارد. علاوه‌بر جابه‌جایی مسئولان این نهادها بدون نیاز به هماهنگی با صندوق و تحویل کارها به فرد جدید، موجب ایجاد مشکل در روند گسترش بیمه‌گری می‌شود؛ زیرا فردی که به‌تازگی، مسئول دهیاری یا تعاونی می‌شود؛ نیازمند آموزش و آشنایی با روند بیمه‌گری بوده و تکرار همایش‌های آموزشی و توجیهی را ضروری می‌سازد. این فرآیند به صندوق بیمه، هزینه‌های مضاعف تحمیل کرده و حداقل برای مدتی، رکود در روند فعالیت بیمه‌گری را ایجاد می‌کند.

نپرداختن به موقع دستمزد کارگزاران: دستمزد کارگزاران صندوق، ۵ درصد از مبلغ پرداختی توسط هر بیمه‌گذار است. کارگزاران بعد از بیمه‌کردن افراد مشمول و واریز پول به حساب صندوق توسط آنان، کپی فیش‌ها را به صندوق می‌فرستند تا حق‌الزحمه آنان پرداخته شود؛ اما این فرآیند در بخش مالی صندوق بیمه، زمان زیادی طول می‌کشد. همین موضوع، باعث بی‌اعتمادی و دلسردی کارگزاران برای ادامه کار بیمه‌گری شده و به گسترش جو بی‌اعتمادی بین کارگزاران و صندوق بیمه منجر می‌شود و به مرور، مانعی در روند توسعه بیمه‌گری منتهی می‌شود.

انجام ندادن تبلیغات به موقع و مؤثر: بیمه اجتماعی در مناطق روستایی، به‌ویژه در مناطق با توسعه انسانی پایین، فعالیت نوظهوری است و نیازمند شناساندن ابعاد مختلف به

جامعه هدف است. در این میان، تبلیغات روشن و صریح، از مجاری مطمئن ارتباطات مؤثر در جامعه روستایی و عشایری است. نبود تبلیغات کافی از مجاری معتمد جامعه هدف، توسط مجریان بیمه، موجب شده است تا مزایای وجود بیمه برای افراد روستایی و عشایر به خوبی روشن نباشد؛ همچنین در این شرایط، اعتماد لازم به کارگزاران ایجاد نشده و در نتیجه نسبت بیمه‌شدگان به جمعیت هدف در سطح پایین باقی می‌ماند. لذا، در جاهایی مشاهده می‌شود که با وجود فراهم بودن بسترهای اجرایی و توانمندی اقتصادی، رغبتی به بیمه‌گذاری در افراد نیست و دلیل آن کم‌اطلاعی و روشن نبودن مزایای بیمه است. به‌غیر از تبلیغات پخش شده از صداوسیما، مناطقی از کشور با تفاوت‌های مذهبی و تنوع قومیتی، نیازمند آگاه‌سازی و جلب اعتماد و رضایت سران طایفه و مذاهب است. در غیر این صورت، روند بیمه کند خواهد بود.

نامشخص بودن و بی‌ثباتی قوانین بیمه اجتماعی روستائیان و عشایر در کشور:
آیین‌نامه بیمه اجتماعی صندوق بیمه روستائیان و عشایر، از شهریور سال ۱۳۸۴ اجرا شد و صندوق متعهد به اجرای تعهداتی از جمله: خدمات درمانی، پیری، فوت، ازکارافتادگی و بیکاری شد. با این وجود، ارائه خدمات درمانی به شیوه ارجاع، هنوز هم به‌عهده سازمان خدمات درمانی است و در این خصوص، صندوق عملاً فعالیتی انجام نمی‌دهد. تعهد مربوط به بیکاری، به دلایل عدیده‌ای معوق مانده و نحوه اجرای تعهد مربوط به مستمری پیری (بازنشستگی) نیز در بلندمدت ظاهر می‌شود؛ اما در این بین، نحوه انجام دادن تعهدات مربوط به بازماندگان به واسطه بخشنامه‌های متعدد داخلی، دستخوش تغییرات شده و رقم ناچیزی به بازماندگان متوفیان تعلق می‌گیرد. این موضوعات، در بین جامعه هدف، به بی‌اعتمادی به صندوق بیمه منجر می‌شود.

چالش‌ها برخاسته از ویژگی‌های اجتماعی و اقتصادی و کالبدی جامعه هدف، صندوق بیمه اجتماعی روستائیان و عشایر است.

تعدد و پراکندگی روستاها و کمی جمعیت آن‌ها: براساس سرشماری عمومی سال ۱۳۸۵ کشور، تعداد ۶۸ هزار و ۱۲۵ آبادی با سکنه و بدون سکنه در ایران، وجود دارد که

در مجموع، جمعیتی برابر ۲۲ میلیون و ۲۳۵ هزار و ۸۱۸ نفر، در قالب ۵ میلیون و ۹۶ هزار و ۱۸۷ خانوار را در خود جای داده‌اند. از این تعداد آبادی‌ها، حدود ۵۶ هزار پارچه آبادی (آبادی با سکنه) وجود دارند. از این آمارهای کلان، می‌توان نتیجه گرفت که متوسط جمعیت هر آبادی برابر با ۳۲۶ نفر و متوسط خانوارهای هر آبادی ۷۴/۸ خانوار است؛ ولی به‌طور طبیعی، جمعیت همگون نیست؛ بلکه ناموزونی بالایی دارد. همین ناهمگنی جمعیت از بُعد اجتماعی نیز بسیار مشهود است و در روند برنامه‌ای که تمام مناطق را در یک قانون و همگن می‌بیند، مشکلاتی ایجاد می‌کنند. از طرف دیگر، ثبت‌نام روستائیان در بیمه اجتماعی، به‌عنوان بیمه اختیاری، نیازمند تحمل سختی‌ها و مشقت‌های بسیاری، به‌خصوص در مناطق صعب‌العبور جغرافیایی (به‌ویژه در مناطق کوهستانی و عشایرنشین) است. این مسئله، نیازمند استفاده از افرادی با پشتوانه تعهدات وجدانی و علاقمند به فعالیت در این زمینه و نداشتن شغلی به‌غیراز بیمه‌گری است تا با تلاش مردم را از مزایای بیمه آگاه‌کند و آنان را به عضویت در بیمه تشویق کند. این کار نیازمند جذب نیروی انسانی متعهد و متخصص و همچنین رعایت ابزارهای بهداشتی و انگیزشی در مدیریت صندوق بیمه است.

نامنظم بودن و فصلی بودن فعالیت‌های کشاورزی و تأثیرپذیری شدید آن از وضعیت اقلیمی: ریزش‌های جوی پراکنده و نامنظم و پایین بودن میزان بارندگی کشور از متوسط جهانی، به واسطه قرارگیری ایران روی کمربند خشکی، از جمله مشکلات اقلیمی است که کشاورزی ایران و اقتصاد روستایی را تهدید می‌کند؛ زیرا به‌واسطه پدیده خشک‌سالی یا جاری شدن سیلاب‌ها، اقتصاد روستایی تهدید شده و موجب کاهش درآمدهای روستائیان می‌شود. هنگام بروز چنین مشکلاتی، تمدید بیمه و واریز حق بیمه توسط بیمه‌گذاران با مشکل مواجه می‌شود. با اینکه صندوق موظف است با تشخیص مراجع ذی‌صلاح، از دریافت حق بیمه در نواحی دچار خشک‌سالی اجتناب کند؛ اما عملاً چنین کاری نمی‌کند و این تعهد عملی نشده است.

پایین بودن درآمد روستائیان و ناتوانی مالی آنها برای پرداخت حق بیمه: در روستاهای ایران، نظیر تمام کشورهای درحال توسعه جهان، مسئله فقر در جامعه روستایی

گسترده‌تر از جامعه شهری است؛ زیرا بیش‌تر روستائیان به فعالیت‌های کشاورزی و یا مشاغل وابسته به آن اشتغال دارند که به صورت ذاتی شغلی پرخطر است. به دلیل ویژگی درآمد پایین، به خصوص در مناطقی که اقتصاد آن وابسته به بارندگی‌های پراکنده است و زمین حاصلخیز و کافی نیز وجود ندارد و بستر دیگر فعالیت‌های اقتصادی نیز فراهم نیست، فعالیت بیمه‌گری و عضویت در صندوق بیمه اجتماعی، پرداخت حق بیمه برای روستائیان را با مشکل مواجه کرده و به دلیل اختیاری بودن بیمه روستائیان و عشایر گسترش روند بیمه‌گری در روستاها با کندی مواجه می‌شود.

نتیجه‌گیری و پیشنهادها

پیشنهادها در زمینه حل چالش‌های قانونی

تعاریف

- به نظر می‌رسد با تعریفی جامع و مانع و استفاده از عبارت مناسب دیگری، مانند آبادی، با تعریف علمی می‌تواند یکی از چالش‌ها را رفع کند.

- در این آیین‌نامه، برای حل مشکل مربوط به تعریف بیمه‌شده، می‌توان با اضافه کردن جمله‌ای کوتاه، در قسمت، تعریف بیمه‌شده به شرح زیر اقدام کرده و دایره شمول را گسترش داد: بیمه‌شده کسی است که سرپرست خانوار بوده یا بالای ۱۸ سال سن با توانایی پرداخت حق بیمه است و ضمن پرداخت حق بیمه، حق استفاده از مزایای مقرر را دارد.

مشمولان

- روستایی بودن بیمه‌شده را شورای اسلامی روستا تأیید می‌کند. برای حل چالش‌های مشمولیت و بهبود نظارت بر چگونگی مشمول شدن افراد، این شورا باید از طرف صندوق بیمه اجتماعی روستائیان و عشایر با همکاری سازمان‌ها و نهادهای مربوط در مدیریت شوراهای اسلامی روستاها جلسه‌های توجیهی برگزار کرده و از این طریق از اقدام دلسوزانه به سود شهریان متقاضی استفاده از بیمه روستائیان جلوگیری کند؛ به گونه‌ای که فقط ساکنان روستاها و مشمولان قانون بیمه روستایی را تأیید کرده و برای

- عقد قرارداد به کارگزاری‌ها معرفی کند. در زمینه استفاده از روابط خویشاوندی نیز باید قوانین محکم‌تری درمقابل متخلفان مصوب شود.

تعهدات

- برای انجام دادن تعهد مربوط به خدمات درمانی، باید با ایجاد هماهنگی کامل، بین دو صندوق بیمه‌ای خدمات درمانی و بیمه اجتماعی روستائیان و عشایر، مشکل ناهماهنگی و تداخل در وظایف حل شود. با توجه به اینکه به تازگی، صندوق بیمه اجتماعی روستائیان و عشایر نهادی عمومی و غیردولتی شده است و سازمان بیمه خدمات درمانی تشکیلات دولتی دارد. - به نظر می‌رسد درخصوص اجرا و ایجاد کمیسیون‌های پزشکی، در صورتی که امکان ایجاد این نهادهای تخصصی برای صندوق، در حال حاضر موجود نیست، می‌توان در متن آیین‌نامه اشاره کرد که برای اجرای این تعهد تا زمان تأسیس کمیسیون‌های تخصصی پزشکی، با انعقاد قراردادهایی میان سازمان تأمین اجتماعی و صندوق بیمه اجتماعی روستائیان و عشایر، از امکانات موجود سازمان یادشده استفاده و ظرف مدت معینی، صندوق را موظف به تأسیس این نهاد تخصصی کند.

پیشنهادها برای حل معضلات اجرایی

ساختار اجرایی

برای حل مشکل روندهای نامطلوب مؤثر بر گسترش بیمه‌گری که عدم تعهد کارگزاران و همچنین در اولویت نبودن فعالیت‌های اجرایی بیمه روستائیان توسط شخصیت‌های حقوقی یادشده و تعویض مسئولان این نهادها بدون نیاز به کسب مجوز صندوق و تحویل کارها به فرد جدید، باید ضمن رعایت استفاده نکردن از دستگاه‌های اداری جدید، با استفاده از امکانات موجود دستگاه‌های حقوقی که اکنون کارگزاری‌ها را به عهده دارند، با استخدام نیروهای جدید و متخصص در کارهای بیمه‌ای این اقدام را تخصصی کرده و با ایجاد تعهد در اجرای کار بیمه‌گری به این حرکت، سرعت بیش‌تری داد. با این اقدام، تمام نظارت و اداره کارهای بیمه‌گری در اختیار صندوق بیمه اجتماعی

روستائیان و عشایر قرار گرفته و دیگر ناهماهنگی‌ها در تعویض و تحویل کارها به‌غیر نیز به استحکام و پایداری صندوق لطمه نخواهد زد.

- از طرف دیگر، ثبت‌نام روستائیان در بیمه اجتماعی به‌عنوان بیمه اختیاری، با جذب نیروهای متخصص و متعهد که مقدمات ایجاد تعهد آنان نیز باید به شکل دستورالعمل‌هایی تدوین شود، باعث می‌شود تا به‌خصوص در مناطقی که دچار آگاهی پایین اجتماعی‌اند و همچنین در مناطقی که از نظر جغرافیایی صعب‌العبورند، با آموزش و اقدام این گروه، سختی‌ها و مشقت‌ها رفع شود.

تبلیغات

- اجرای فعالیت‌های ترویجی عمومی، به‌خصوص از رسانه‌های سراسری برای معرفی این نهاد جدید و فعالیت‌ها و اهداف آن به‌منظور فرهنگ‌سازی بیمه‌های اجتماعی.

- برنامه‌ریزی و اجرای فعالیت‌های ترویجی آموزشی، در زمینه ضرورت وجود نظام تأمین بیمه‌ای در جامعه روستایی برای گروه‌های متنوع روستایی به‌منظور نشر فرهنگ بیمه‌های اجتماعی و تسهیل پذیرش بیمه از سوی روستائیان.

- اعمال سازوکارهای تشویقی برای توسعه پوشش‌های تأمین در جامعه روستایی.

- تأمین هزینه‌های اداری بیمه‌های اجتماعی روستائیان.

- تشویق صندوق‌های بیمه اجتماعی روستایی به فعالیت‌های مالی.

- هدایت سازمان مرکزی تعاون روستایی برای رشته فعالیت‌های پایه‌ای و اجرای طرح بیمه اجتماعی روستائیان.

بحث

با بررسی ارتباط بین درصد بیمه‌شدگان نسبت به جمعیت مشمول صندوق و شاخص توسعه انسانی، ارتباط معنی‌دار بین این دو وجود دارد. به‌طوری‌که در استان‌های با شاخص توسعه انسانی بالا، درصد بیمه‌شدگان نسبت به جمعیت مشمول در سطح بالاتری قرار دارد. این نتیجه، با مطالعات رامش تطابق دارد. به‌طوری‌که آگاهی از مزایای بیمه، در

استان‌های با شاخص توسعه انسانی بالا، بیش‌تر است و این موضوع به توسعه روند بیمه‌گری کمک می‌کند. تنوع قومی و مذهبی در مناطقی از کشور، مانع اجرای پوشش کامل بیمه می‌شود. به این ترتیب، هم‌پوشانی شاخص توسعه انسانی پایین با تنوع قومی مذهبی به کاهش استقبال از بیمه‌شده منجر می‌شود.

همان‌طور که از یافته‌های پژوهش برمی‌آید، تعدادی از موانع روند بیمه‌گری و جذب بیمه‌شدگان مربوط به قوانین است. آیین‌نامه اجرایی صندوق به‌عنوان مرجع قانونی فعالیت‌های آن، به تشریح تعهدات، ویژگی مشمولان بیمه‌شده و تعاریفی از روستا و روستایی عرضه کرده است که در حین اجرا، نقص‌های مربوط به این نکات بروز کرده و مشکلاتی در مسیر بیمه‌گذاری ایجاد کرده است و به اصلاحاتی نیازمند است. در این میان، تجربه‌های دیگر کشورها کمک‌کننده خواهد بود. در کشور فرانسه، براساس مطالعه وثوقی تلاش و پیگیری در راستای اصلاح قوانین به‌منظور بهبود فعالیت‌های بیمه‌ای در مناطق روستایی صورت گرفته است.

براساس آیین‌نامه صندوق، مشمولان صندوق روستائیان و عشایر هستند و تأییدیه فرم ثبت‌نام به‌عهده رئیس شورای اسلامی است. این قانون موجب شده است تا بسیاری از افراد ساکن در شهرها با استفاده از روابط آشنایی قبلی به عضویت صندوق درآیند. این مسئله، هنگام نظارت و مدیریت و استفاده از مزایای تعهدات صندوق، مشکلات عدیده‌ای ایجاد کرده و هزینه‌های گزافی به صندوق تحمیل می‌کند؛ زیرا صندوق برای اجرای تعهد در زمان مقتضی، مانند پرداخت مستمری بازماندگان، به بازرسی برای تأیید صحت و سقم اطلاعات فردگفته‌شده نیاز دارد. این مسئله هزینه‌هایی در مرحله نظارت به صندوق تحمیل می‌کند. با این حال، به عضویت افرادی در بیمه اجتماعی روستائیان و عشایر که خارج از جامعه هدف هستند منجر می‌شود و در مرحله پرداخت مستمری، صندوق را با معضل و چالش جدی روبه‌رو می‌کند. این رویه نیز به ایجاد جو بی‌اعتمادی در نواحی روستایی و عشایری منجر می‌شود. طبق آیین‌نامه، صندوق موظف به عرضه خدمات درمانی، از کارافتادگی، بیکاری، مستمری بازماندگان و بازنشستگی است که در حال حاضر، مستمری

بازماندگان و از کارافتادگی (با تصویب آیین‌نامه‌های داخلی) به‌طور حداقلی پرداخت می‌شود. همین پایبند نبودن به اجرای کامل تعهدات، به افزایش جوّ نارضایتی از صندوق منتهی می‌شود. براساس مطالعه خرمی، هرچه خدمات ارائه‌شده بیش‌تر و کاراتر باشد، میزان رضایت از سازمان متولی افزایش می‌یابد.

استفاده از ساختارهای موجود و فعال در بخش‌های خدمات‌رسانی به روستائیان و عشایر کشور، بدون تخصص در زمینه بیمه و در راستای بیمه‌کردن جامعه هدف، موجب شده است تا کار بیمه‌گری اولویت دست‌چندی کارگزاری‌های بیمه‌ای قرار گرفته و با نبود فعالیت هدفمند در راستای بیمه‌گری، به نبود استقبال کافی از بیمه اجتماعی در جامعه هدف منجر شود.

طبق یافته‌های رامش، ماهیت بیمه اجتماعی روستائیان و عشایر ماهیتی متفاوت باهم دارد؛ اما در این بین، نوآوری نهادی دیده نمی‌شود. از سویی صندوق با نپرداختن به‌موقع دستمزد کارگزاران، از انگیزش آنان به ادامه کار می‌کاهد. باین‌روند، کارگزاران تمایلی به تبلیغات مؤثر در جذب بیمه‌شده ندارند و به‌شکل تبلیغ منفی و مانع در رشد بیمه‌گری سازمان فعالیت می‌کنند.

گروهی از چالش‌های پیش روی فعالیت بیمه‌گری صندوق، برآمده از ویژگی‌های طبیعی و اقتصادی و اجتماعی جامعه هدف است. تعدد و پراکندگی جغرافیایی جامعه هدف، به‌صورت مانعی در راه گسترش بیمه‌گری عمل می‌کند. فصلی بودن فعالیت غالب، در جامعه هدف و وابستگی فعالیت به اقلیم، موجب می‌شود افراد از نظر اقتصادی، آسیب‌پذیر باشند؛ لذا پرداخت حق بیمه با مشکل مواجه می‌شود. ناآگاهی جامعه هدف از مزایای بیمه نیز مزید بر علت شده و مانع گسترش بیمه می‌شود. مرشدی نیز در مطالعه خود به این نکات اشاره می‌کند.

از دیگر مشکلات گسترش بیمه‌های اجتماعی در مناطق روستایی و عشایری، جوّ بی‌اعتمادی حاکم بین بیمه‌گذاران و بیمه‌گران است. این موضوع، ناشی از پایبند نبودن صندوق، به تعهدات خود در قبال جمعیت بیمه‌شده و کارگزاران بوده است. همچنین، ناشی

از نبود اطلاع‌رسانی دقیق و به‌موقع، درخصوص قوانین و قواعد بیمه و ناشی از ناآگاهی جامعه هدف از خدمات و تعهدات بیمه‌ای و قوانین مربوط به آن است. هم‌زمانی این نکات به جوّ بی‌اعتمادی بین این سه گروه دامن می‌زند. مسلم است در جوّ بی‌اعتمادی حاکم بر روابط، براساس مطالعات آنجلینی و هیروز، رابطه معنی‌داری بین بی‌اعتمادی کشاورزان با پذیرش بیمه اجتماعی وجود دارد. هرچه بی‌اعتمادی بیش‌تر باشد، احتمال پذیرش بیمه نیز کاهش می‌یابد.

پیشنهادها

- با توجه به اینکه رابطه معنی‌داری بین شاخص توسعه انسانی و تعداد بیمه‌شدگان وجود دارد. در استان‌های با شاخص توسعه انسانی پایین، باید اقدامات آگاهی‌بخشی، اطلاع‌رسانی، ارتباطات و تبلیغات مؤثر در سطح گسترده، در زمینه تمام ابعاد بیمه ارائه شود و به‌ویژه، در استان‌های با اقلیت قومی و مذهبی، باید ابتدا با سران و معتمدان ساکن در آن نواحی جلسات توجیهی برگزارشده و از سرمایه اجتماعی این افراد، برای پیشبرد کار استفاده شود.

- به‌منظور رفع مشکلات برآمده از آیین‌نامه اجرایی، به‌عنوان مرجع قانونی، باید اصلاحاتی در آیین‌نامه صورت گرفته و ضعف‌های قانونی اجرایی مشخص شده و در حین اجرا، به این طریق برطرف شود.

- برای رفع جوّ بی‌اعتمادی حاصل از پایبند نبودن به تعهدات یا اجرای ناقص آن‌ها توسط صندوق بیمه اجتماعی، باید که تجدیدنظر در نحوه عمل به تعهدات صورت گیرد و با اجرای کامل آن‌ها به‌مرور اعتماد از دست‌رفته بیمه‌گذاران به صندوق ترمیم و بهبود داده شود.

نپرداختن به‌موقع حق‌الزحمه کارگزاران، موجب دل‌سردی آنان از ادامه بیمه‌گری فعال به‌صورت کارآمد و مؤثر است؛ لذا با اجرای به‌موقع تعهدات به کارگزاران، دلگرمی و انگیزه اثربخشی به ادامه کار در آنان به‌وجود آمده و روند بیمه‌گری تسریع می‌شود. با آموزش کافی کارگزاران درباره بیمه و ویژگی‌های جامعه هدف و تأمین مالی ایشان،

- درواقع انگیزه کافی برای پیشبرد کار در وضعیت سخت در کارگزاران به وجود می‌آید و انگیزه ادامه کار در آنان بیش‌تر می‌شود.
- از آنجایی که فعالیت بیمه‌گری به عنوان فعالیتی که اولویت دست‌چندمی برای کارگزاران موجود و فعال در عرصه بیمه اجتماعی روستائیان و عشایر دارد. همین باعث رکود فعالیت بیمه‌گری می‌شود؛ لذا ضروری است با امضای تعهدنامه‌هایی بین صندوق و سازمان‌های متبوع کارگزاران، بیمه‌گری جزو وظایف اصلی آنان قرار گرفته و در موارد لازم، موظف به پاسخ‌گویی به سازمان متولی بیمه شوند یا با واردکردن تعاونی‌های خصوصی به عرصه تخصصی بیمه‌گری، فعالیت بیمه‌گری را جزو خدمات اصلی این کارگزاری‌ها کرده و تعهد جذب را در آنان تقویت کرد.
- استفاده از تبلیغات صحیح و با هدف آگاهی‌بخشی دقیق، از مجاری پذیرفتنی جامعه روستایی و عشایری باعث بهبود آگاهی جامعه از مزایای بیمه می‌شود.
- شرط تأییدیه روستایی بودن افراد به‌عهد شورای اسلامی روستا بوده و ثبت نام افراد نیز از وظایف کارگزاران است. همچنین، این دو گروه تابع سازمانی غیر از صندوق بیمه هستند و در عمل موظف نیستند که در زمینه مشکلات به وجود آمده پاسخ‌گو باشند؛ در نتیجه، در روند کار بیمه نیز اختلال ایجاد می‌کنند؛ لذا بهتر است متولیان کار بیمه‌گری در مناطق روستایی و عشایری به‌وسیله مقاله‌نامه‌هایی مجبور به پاسخ‌گویی به صندوق باشند.

- ازکیا، م. و همکاران. (۱۳۸۳)، بررسی بیمه روستاییان در نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی، موسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی، ص ۳۰ تا ۳۱.
- اوترویل، ژان فرانسوا. (۱۳۸۱)، *مبانی نظری و عملی بیمه* (ترجمه عبدالناصر همتی و علی دهقانی)، تهران، انتشارات بیمه مرکزی ایران.
- پاپلی یزدی، م. و ابراهیمی م. (۱۳۸۱)، ۹۳، سمت.
- خرمی، ب. (۱۳۸۹)، بررسی میزان رضایتمندی بیمه شدگان تأمین اجتماعی از خدمات جدید سازمان تأمین اجتماعی، *پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه تهران به راهنمایی داور ونوس*.
- رنایی، م. و همکاران. (۱۳۷۹)، تأثیر فقر و نابرابری بر کارایی سیاست های کلان اقتصادی فقر در ایران، *مجموعه مقالات دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی*.
- زاهدی اصل. (۱۳۷۳)، رفاه و توسعه اجتماعی، *مجموعه مقالات سمینار جامعه شناسی و توسعه، سازمان مطالعه و تدوین کتب علوم انسانی دانشگاه ها* (سمت).
- زاهدی مازندرانی، م. (۱۳۸۴)، فقر روستایی، روند و اندازه گیری آن در ایران، *فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی*، س ۴، ش ۱۷.
- سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور، (۱۳۸۴)، *سند چشم انداز بیست ساله کشور افق ۱۴۰۴*.
- سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور، (۱۳۸۳) *قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی و اجتماعی و فرهنگی کشور*.
- سودرستن، بو. (۱۳۸۴)، *جهانی شدن و دولت رفاه*، (ترجمه هرمز همایون پور)، تهران، انتشارات مؤسسه پژوهش تأمین اجتماعی.
- شریفی، م. و حسینی م. (۱۳۸۸)، عوامل مؤثر بر پذیرش بیمه اجتماعی در میان کشاورزان: مطالعه موردی شهرستان های قروه و دهگلان، استان کردستان، *فصلنامه روستا و توسعه*، سال ۱۲، ش ۲.
- صندوق بیمه اجتماعی روستائیان و عشایر، (۱۳۸۸)، *آمار عملکرد بیمه اجتماعی روستائیان و عشایر*.

- صندوق بیمه اجتماعی روستائیان و عشایر، شبکه اطلاع‌رسانی.
- عظیمی، ح. (۱۳۷۹)، وضعیت موجود اقتصادی کشور و چشم‌انداز اقتصادی اجتماعی ایران در برنامه سوم توسعه.
- قلی‌پور، آ. (۱۳۸۴)، جامعه‌شناسی چشم‌انداز: فرهنگ گذشته‌نگر و ساختار آینده‌نگر، فصلنامه کمال مدیریت، سال ۳، ش ۹۸.
- مرشدی، ر. (۱۳۸۹)، آشنایی با صندوق بیمه اجتماعی روستائیان و عشایر، ماهنامه پژوهشی و آموزشی و ترویجی دهیاری‌ها، ش ۳۱.
- مؤسسه پژوهش‌های برنامه‌ریزی اقتصادکشاورزی، (۱۳۸۳)، تأمین اجتماعی روستائیان (تجارب کشورهای منتخب)، تهران، انتشارات تابان.
- مؤسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی، (۱۳۸۳)، طرح تحقیقاتی بررسی پیشینه تاریخی فعالیت‌های تأمین اجتماعی روستائیان در ایران، مجری طرح: دکتر غلامرضا حیدری، مؤسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی.
- مؤسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی، (۱۳۸۱)، فقر و شکاف اجتماعی، مجموعه گزارش‌های همایش چالش‌ها و چشم‌اندازهای توسعه ایران، مؤسسه عالی آموزش و پژوهش مدیریت و برنامه‌ریزی.
- موسوی، م. (۱۳۸۶)، مجموعه مباحث آموزشی کارگزاران صندوق بیمه اجتماعی روستائیان و عشایر، صندوق بیمه اجتماعی روستائیان و عشایر.
- نیک‌گهر، ع. و کاشانی، م. (۱۳۸۳)، گزارش طرح بیمه روستائیان، مؤسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی، ج ۱، ص ۱۳ تا ۱۶.
- وثوقی، م. (۱۳۸۱)، پژوهشی در بیمه‌های اجتماعی روستائی در کشور فرانسه، پژوهش‌نامه علوم اجتماعی.
- وزارت رفاه و تأمین اجتماعی. (۱۳۸۴)، آیین‌نامه صندوق بیمه اجتماعی روستائیان و عشایر مصوب بهمن ۱۳۸۳، هیئت وزیران و اصلاحیه سال ۱۳۸۴.
- وزارت رفاه و تأمین اجتماعی. (۱۳۸۳)، قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی.

- Anderson, jock R.(2001) Risk management in rural, development . world bank. Rural Department. Available on: www. Worldbank. Org/commrisk.
- Angelini, john and Hirose, Kenichi(2004), Extension of Social Security Coverge for the informal economy in Indonesia. ILO, Subregional Office for South – East Asia and the Pacific. Manila, Philippines.
- Department of Economic. Stanford, Calif. Processed, 1999.
- Fafchamp, Marcel. (1999). Risk Sharing in Rural Mecxic. Stanford University,
- Mkandawir, 2001, Thandika, Social Policy in a Development Context, UNRISD. India:CommentEconometric,65(1):171-84
- Moon,P.S.Y.(2000). Rural Development: The Korean Case. Harward University Press. pp:116-122
- P, Madhava Rao(2006) Social Securirty for Persons with Disabilities in India: 1-5
- Ramesh, T. V .(2007), Rural Initiative, micro-Insurance. School of Statistics, Central University of Finance and Economics, Xueyuan South Rd, Haidian District, Beijing, China.
- Ravallion , Martin and Shubham Chaudhari, 1997, Risk and Insurance in Village
- Seng,soh,Chee(2005), Social Security: Concept and Reality with Reference to Malaysia: 1.2
- Werner, Mark, 2005, Washington, “Agricultural Insurance Revisited: New Developments and Perspectives in Latin America and the Caribbean”¹
- World Bank, 1998, Social Protection Technical Notes, www.worldbank.org/sp
- Zhang, xiaoboo and sun laixiang (2010). “Social Security in Rural China: An Overview”, journal of population and family planning.

پیشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی