

تحلیل تطبیقی سطح گسترش و پذیرش سیاست‌های حوزه بیمه اجتماعی در ایران

حامد قادرمزی،* افشین بهمنی،** رؤیا الماسی*** و بیان مبارکی****

نوع مقاله: پژوهشی	تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۱۰/۲۶	تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۸/۱۱	شماره صفحه: ۳۷۹-۴۱۳
-------------------	--------------------------	-------------------------	---------------------

بیمه اجتماعی از مهم‌ترین برنامه‌های تحقق سیاست‌های اجتماعی به منظور فراهم کردن امنیت اجتماعی - اقتصادی افراد در دوران سالمندی و از کارافتادگی است. پژوهش حاضر به دنبال تحلیل تطبیقی استان‌های کشور از نظر سطح جامعه‌پذیری بیمه اجتماعی در میان ساکنان شهرهای زیر بیست هزار نفر است. به لحاظ روش‌شناسی، نوع تحقیق کاربردی و ماهیت آن توصیفی - تحلیلی و جامعه آماری نیز تعداد ۹۰۳ نقطه شهری بوده است. روش مورد استفاده برای تحلیل داده‌ها در مرحله اول، ارزیابی شاخص ضریب نهادینگی بیمه اجتماعی و شاخص جامعه‌پذیری از نظر ضریب نفوذ بیمه‌ای بوده و در گام بعدی، شاخص کلی (تلفیقی) جامعه‌پذیری بیمه اجتماعی در چارچوب تکنیک مولتی‌مورا مورد بررسی قرار گرفته است. یافته‌های تحقیق نشان می‌دهد که به دلیل تعداد محدود کارگزاری‌ها و مکان‌گزینی غیرمتوازن آنها، ضریب نهادینگی بیمه اجتماعی ۴۶/۶ درصد بوده و جامعه‌پذیری آن نیز به دلایلی همچون دسترسی نامطلوب، ضعف آگاهی و اطلاع‌رسانی و ضعف آموزشی و عملکرد کارگزاری‌ها ۳/۱ درصد بوده است. همچنین نتایج شاخص کلی جامعه‌پذیری بیمه اجتماعی نشان می‌دهد که استان همدان با ضریب $UI=0/0003367$ ، از بالاترین میزان مطلوبیت و بیشترین سطح جامعه‌پذیری بیمه اجتماعی در سطح شهرهای زیر بیست هزار نفر برخوردار بوده و در پایین‌ترین سطح نیز استان خوزستان با ضریب $UI=0/0000027$ قرار گرفته است.

کلیدواژه‌ها: سیاست‌های اجتماعی؛ بیمه اجتماعی؛ بیمه اجتماعی روستاییان و عشایر

* دانشیار دانشکده جغرافیا، دانشگاه خوارزمی؛

Email: Gadermarzi@khu.ac.ir

** دکترای جغرافیا و برنامه‌ریزی روستایی، دانشکده جغرافیا، دانشگاه تهران (نویسنده مسئول)؛

Email: Afshin.Bahmani@ut.ac.ir

*** کارشناس ارشد مهندسی سیستم‌های سلامت، دانشکده مهندسی صنایع، دانشگاه امیرکبیر؛

Email: R.almasi93121@gmail.com

**** دانش‌آموخته کارشناسی ارشد مدیریت، دانشکده مدیریت، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران مرکز؛

Email: Bayan_mobaraki@yahoo.com

فصلنامه مجلس و راهبرد، سال سی و یکم، شماره یکصد و هفدهم، بهار ۱۴۰۳

doi:10.22034/MR.2021.4543.4445

مقدمه^۱

مسائل، محدودیت‌ها و دشواری‌هایی که به شیوه‌های گوناگون جوانب زندگی انسان‌ها را تحت تأثیر قرار داده است؛ مدیران و برنامه‌ریزان و همچنین اقشار مختلف اجتماعی را بر آن داشته که برای مواجهه نظام‌مند با این تنگناها چاره‌جویی کنند. از این‌رو تصمیم‌های کلی که دولتمردان برای از میان برداشتن مسائل پیش رو اتخاذ می‌کنند، سیاست‌هایی محسوب می‌شوند که هدف آنها تحول در وضع موجود و به تعبیری گذار از شرایط موجود به وضعیت مطلوب است. با توجه به اینکه بخش عظیمی از دغدغه‌ها و مشکلات فراروی جوامع گوناگون به مسائل اجتماعی مربوط است، مهم‌ترین تدابیر و سیاست‌هایی که دولت‌ها برای ایجاد تحول در جامعه مدنظر دارند، سیاست‌های اجتماعی هستند. سیاست‌های بیمه اجتماعی به‌عنوان بخشی از سیاست‌های چندجانبه اجتماعی، اقدامی سیاسی در راستای برقراری نظم اجتماعی و ایجاد تحول بنیادین در شرایط نامناسب و پیچیده اجتماعی است که پس از جنگ جهانی دوم، به‌عنوان موضوعی آکادمیک و هم‌زمان با افزایش گرایش‌ها به دولت رفاه در دانشگاه‌های انگلیس مورد توجه قرار گرفت. در ابتدا این موضوع از سوی ویلیام بوریج^۲ با تأکید بر پنج مؤلفه مسکن، سلامت، فقر، آموزش و بیکاری درباره کل جامعه مطرح شد. امروزه نظام سیاست اجتماعی طیف وسیعی از خدمات و تسهیلات را دربرمی‌گیرد که اهدافی از جمله محدودیت‌زدایی، برقراری عدالت اجتماعی، رفاه عمومی و سیاست‌های فقرزدا را دنبال می‌کند. حمایت اجتماعی یک مفهوم چندبعدی است که خانواده، نهاد اجتماعی و دولت سه رکن اصلی آن به‌شمار می‌روند (Zorlo et al, 2014; Rodrigo and Byrne, 2011).

۱. زمان انتظار نهایی‌سازی چاپ نزد نویسنده: دو سال (۲۴ ماه).

2. William Burridge

اقدام‌های حمایتی و رفاهی در اغلب جوامع در قالب نظام جامع تأمین اجتماعی اجرایی می‌شود. تأمین اجتماعی که ترکیبی از بیمه اجتماعی و امنیت اجتماعی است، سیستمی جامع بوده که بخش‌هایی از جامعه را در برابر حوادث طبیعی و تغییرات اقتصادی و اجتماعی مورد انتظار یا پیش‌بینی نشده، تحت پوشش حمایتی خود قرار می‌دهد. براساس ماده (۲۲) اعلامیه جهانی حقوق بشر، هر فردی به‌عنوان عضوی از جامعه حق برخورداری از امنیت اجتماعی را دارد و برخورداری از امنیت در شرایط بیکاری، بیماری، معلولیت، بیوگی، پیری یا از کارافتادگی، مزیتی اجتماعی محسوب می‌شود (Laiglesia, 2011). در ایران نیز ماده (۲۹) قانون اساسی بیان می‌دارد حق دسترسی به امنیت اجتماعی برای عموم، وظیفه دینی، ملی و ضرورت انکارناپذیر برای بخش‌هایی از جامعه است (Zarei and Shojaei, 2015: 702). حفاظت و حمایت اجتماعی به‌ویژه در مناطق محروم کشورهای در حال توسعه و فقیر در قالب بیمه اجتماعی در حال افزایش است (FAO, 2015; World Bank, 2015). اکثر کشورهای جهان به نوعی از سیستم بیمه اجتماعی مبتنی بر مشارکت برخوردارند، اما تعداد معدودی از آنها سیستم جامع تأمین اجتماعی دارند (ILO, 2010).

یکی از مباحث اساسی در راه‌اندازی نظام جامع تأمین اجتماعی مبتنی بر ارائه خدمات بیمه‌ای، تلاش برای هدفمندسازی سیاست‌های بیمه‌ای (Devereux et al., 2017) و کاهش فقر از طریق جامعیت نظام حمایتی، هدف قرار دادن اقشار بی‌بضاعت و نیازمند (Valli, 2018)، متنوع کردن خدمات پوشش بیمه‌ای و تحت پوشش قرار دادن طیف گسترده‌تری از طبقات اجتماعی - اقتصادی جامعه است (Huang and Gao, 2018). مناطق روستایی و شهرهای کوچک به‌دلیل شرایط ویژه زیستی و خصیصه‌های متمایز اجتماعی - اقتصادی، پایین بودن سطح درآمدی و آسیب‌پذیری فعالیت‌های معیشتی، بیشتر از هر گروه اجتماعی دیگر نیازمند بهره‌مندی از خدمات

بیمه‌ای هستند. این خدمات باید به گونه‌ای باشد که امنیت اقتصادی و اجتماعی آنها را تا حدودی تأمین کند. امنیت اجتماعی که به صلح اجتماعی و افزایش اعتماد به نفس منتج می‌شود، نیازمند نوعی مشارکت جمعی است که با آگاهی‌بخشی و افزایش شناخت مردم از مزایای بهره‌مندی از پوشش بیمه‌ای حاصل خواهد شد (ENASP, 2018).

ساکنان شهرهای زیر بیست هزار نفر (شهرهای کوچک) همچون نواحی روستایی و عشایری به لحاظ ویژگی‌های حساس شغلی، معیشتی و درآمدی (فصلی بودن اشتغال و ناپایداری درآمدی) در مواجهه با افت و خیزهای اقتصادی، به نسبت از آسیب‌پذیری بیشتری برخوردارند و همین عامل ضرورت پشتوانه مالی قابل اتکا برای دوران سال خوردگی و ناتوانی را مضاعف می‌کند. این بایستگی‌ها و الزامات موجبات تصویب قانون نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی را فراهم کرد و به دنبال آن در راستای عمل به اصل (۲۹) قانون اساسی و تحقق اصل عدالت اجتماعی، صندوق بیمه اجتماعی کشاورزان، روستاییان و عشایر تشکیل شده و ساکنان سکونتگاه‌های یادشده را تحت پوشش خدمات بیمه اجتماعی قرار داده است (شفیعی‌زاده، ۱۳۹۰: ۲۷).

شهرهای زیر بیست هزار نفر در ایران (تعداد ۹۰۳ شهر) بیش از دوسوم تعداد کل شهرها را شامل می‌شود و از نظر جمعیتی نیز با ۵۹۷۹۴۲۹ نفر، ۱۰/۱ درصد کل جمعیت شهری کشور را دربر گرفته‌اند. این شهرها به لحاظ سلسله‌مراتب سکونتگاهی در پایین‌ترین سطح فضایی قرار داشته و جزء شهرهای کوچک محسوب می‌شوند. شهرهای یادشده با توجه به اینکه غالباً در نتیجه تصمیمات سیاسی - اداری ایجاد شده و از نظر ساختار اجتماعی - اقتصادی به ویژه در زمینه جمعیت و اشتغال دارای فرم، ماهیت و عملکرد روستایی هستند، همانند سکونتگاه‌های روستایی از امکانات و خدمات رفاهی محدودی بهره‌مند بوده و اقتصاد آسیب‌پذیر و شکننده‌ای

دارند. بنابراین تعداد بسیاری از شهرهای زیر بیست هزار نفر به‌ویژه شهرهای واقع در مناطق دورافتاده از شهرهای محروم و کم‌برخوردار بوده و ساکنان آنها از امنیت اجتماعی - اقتصادی چندانی برخوردار نبوده و به‌دلیل اشتغال ناپایدار و درآمد پرنوسان پشتوانه مالی قابل‌اتکایی برای دوران سالمندی ندارند. با توجه به اینکه صندوق بیمه اجتماعی کشاورزان، روستاییان و عشایر، ساکنان شهرهای زیر بیست هزار نفر را به‌عنوان مهم‌ترین جوامع مخاطب خود برای گسترش چتر پوشش بیمه اجتماعی و توانمندسازی و محرومیت‌زدایی آنها مورد بررسی قرار داده، این پژوهش به‌دنبال پاسخگویی به این سؤال است که وضعیت گسترش و نفوذ بیمه اجتماعی کشاورزان، روستاییان و عشایر در سطح شهرهای زیر بیست هزار نفر کل کشور چگونه است؟ از این‌رو به‌منظور شناسایی و دستیابی به درک جامع ابعاد مفهومی موضوع و بررسی دیدگاه‌ها و نظریه‌های مرتبط و همچنین بررسی پیشینه مطالعات انجام شده چارچوب نظری تحقیق تشریح و تبیین خواهد شد.

۱. ادبیات موضوع و مبانی نظری

سیاست‌ها مجموعه تدابیری برای مواجهه مطلوب با مسائل پیش رو هستند که دولت‌ها اتخاذ می‌کنند. دلیل عمده اتخاذ سیاست‌ها، وجود مسائل و پیچیدگی‌هایی است که ابعاد مختلف زندگی انسان‌ها را تحت تأثیر قرار داده‌اند. گزینش سیاستی مطلوب نیازمند صرف زمان، هزینه و بهره‌گیری بهینه از منابع است. سیاست‌هایی که دغدغه‌های اجتماعی را برطرف کرده و موانع و محدودیت‌های اجتماعی را از میان بردارند، مقبولیت و مشروعیت سیاستگذاران را میان گروه‌های مختلف اجتماعی ارتقا بخشیده و بر سطح اعتماد و مشارکت عمومی برای پیشبرد سایر سیاست‌ها و برنامه‌ها می‌افزایند.

سیاست‌گذاری‌های اجتماعی، اقدامی سیاسی در راستای برقراری نظم اجتماعی و

ایجاد تحول بنیادین در شرایط نامناسب و پیچیده اجتماعی هستند. این سیاست‌ها به‌عنوان راهکاری برای تأمین خدمات اجتماعی در بخش‌هایی همچون آموزش، بهداشت، اشتغال و تأمین اجتماعی تعریف شده و ابزاری قلمداد می‌شوند که دولت‌ها برای تنظیم و تکمیل نهادهای بازاری و ساختارهای اجتماعی به‌کار می‌گیرند. سیاست‌های اجتماعی از این جهت که به حمایت سیاسی از شهروندان و ارتقای سرمایه انسانی و همچنین رونق اشتغال می‌پردازند، در ارتقای شاخص‌های اقتصادی بسیار مؤثر بوده و قادرند با پیوند دادن حلقه‌های توسعه انسانی و اقتصادی در بلندمدت با تقویت تقاضای داخلی و ایجاد جوامع منسجم، به نفع عموم جامعه باشند (Orbiz, 2007: 7; Mkandawire, 2007). آنچه که مبنای نظری و حقیقت مفهومی سیاست‌های اجتماعی را عینیت می‌بخشد، گذار از دشواری‌های اجتماعی پیش رو و رسیدن آحاد جامعه به وضعیت مطلوب و پسندیده اجتماعی است. به همین دلیل آنچه در این مقاله در خصوص اهداف و ابعاد مفهومی سیاست‌گذاری اجتماعی مطرح می‌شود، بر تحول‌گرایی و مطلوبیت سیاست‌های اجتماعی تأکید دارد. در این نوع سیاست‌ها نکته مهم این است که همه اقشار و گروه‌ها به‌عنوان مجموعه‌ای واحد و یکسان در نظر گرفته شوند و بحثی با عنوان نژاد، زبان، اقلیت، اکثریت و گروه‌های قومی برای دریافت خدمات اجتماعی برتر وجود نداشته باشد (بیکر، ۱۳۸۲: ۸). از مهم‌ترین ویژگی‌های سیاست‌گذاری اجتماعی محوریت قرار دادن منافع عموم مردم و توجه به اصل عدالت‌گستری است. از این‌رو سیاست‌گذاری اجتماعی در گام اول نگرش کل‌گرایانه و متوازن را ترویج می‌دهد. بسیاری از سیاست‌های اجتماعی با این هدف اتخاذ می‌شوند که بر پیامدهای زیان‌بار و غیرقابل قبول سیاست‌های اجتماعی نامطلوب گذشته فائق آیند.

فیتز پاتریک (۱۳۸۱) درونمایه اصلی سیاست اجتماعی را تأکید آگاهانه بر تحول

اجتماعی می‌داند و از آن به‌عنوان روندی نام می‌برد که رفاه یا بهزیستی جامعه به حداکثر می‌رسد. از دیدگاه تاج‌مزی‌نایی، غفاری و باقری (۱۳۹۶) هدف از سیاست‌گذاری اجتماعی حداکثر کردن فرصت‌های مردم برای داشتن یک زندگی خوب است. جوردن^۱ (۲۰۱۰ و ۲۰۱۳) معتقد است سیاست‌گذاری اجتماعی باید در جستجوی قوانین، سازمان‌ها و ساختارهایی برای حفظ روابط متقابل و انسجام در میان جمعیت باشد. به‌طور کلی سیاست مناسب اجتماعی، سیاستی است که جامعه آن را بپذیرد و شهروندان و گروه‌های ذی‌نفوذ احساس کنند که تصمیمات سیاسی، ارزش‌های مهم آنها همچون انصاف و برابری، سازگاری، عدالت و مانند آن را منعکس می‌کند. سیاست مطلوب باید از حیث سیاسی ماندگار باشد به این معنا که به‌اندازه کافی جامعه هدف را پوشش دهد و از حمایت جمعی عمیق برخوردار باشد و از نظر تکنیکی صحیح و با معیارهای تکنیکی و عملی ایجاد شده برای حمایت از آن مطابقت داشته باشد (Smith, 2003: 11).

از مهم‌ترین ویژگی‌های سیاست مطلوب اجتماعی، محوریت قرار دادن منافع عموم مردم و توجه به اصل عدالت‌گستری است. به‌عبارت‌دیگر جامعه‌پذیری و مقبولیت سیاست‌های اجتماعی و رفاهی در میان جامعه مخاطب از الزامات سیاست‌گذاری است. جامعه‌پذیری فرایندی است که افراد هنجارها و رویه‌های جامعه را می‌پذیرند و نهادینه می‌کنند. از عناصر کلیدی در جامعه‌پذیری سیاست‌های رفاهی «درجه نهادینگی» است. نهادینه‌سازی یا نهادینه کردن به‌معنای قانونمند کردن کنش‌های اجتماعی بر مبنای قواعد رسمی در جهت به‌وجود آوردن انگاره‌های پایدار است. فرایندی است که در آن سازمان‌ها و رویه‌ها ارزش و ثبات به‌دست خواهند آورد (Judge, 2003). از این‌رو بیمه‌های اجتماعی به‌عنوان یکی از مهم‌ترین زیربخش‌های سیاست‌های اجتماعی نیازمند نهادینه‌سازی و به‌دنبال آن افزایش میزان جامعه‌پذیری

1. Jordan

در میان جامعه هدف است.

یکی از اقدام‌های برجسته در زمینه سیاست‌های اجتماعی حوزه بیمه‌ای در ایران، اجرای قانون بیمه اجتماعی روستاییان و عشایر در چارچوب قانون نظام جامع رفاه اجتماعی است (رضوانی و کوچکی، ۱۳۹۶: ۴۴۶). صندوق بیمه اجتماعی کشاورزان، روستاییان و عشایر از سال ۱۳۸۴ به‌طور رسمی آغاز به فعالیت کرد و به‌منظور تسهیل در پیشبرد اهداف صندوق؛ در مراکز استان‌ها، مدیران استانی و در سطح شهرها و روستاهای هر استان کارگزاری‌هایی مستقر شده‌اند که خدمات بیمه‌ای به جامعه مخاطب ارائه می‌دهند. براساس آخرین دستورالعمل صندوق؛ ساکنان روستاها، مناطق عشایری، کشاورزان غیرساکن روستاها، شاغلان فصلی و ساکنان شهرهای زیر بیست هزار نفر، رانندگان حمل بار و مسافر برون شهری و کارکنان مراکز و شرکت‌های وابسته به سازمان نظام مهندسی کشاورزی و منابع طبیعی و نظام دامپزشکی به شرط قرارگیری در محدوده سنی هجده تا پنجاه سال و عقد قرارداد مشارکت در پرداخت حق بیمه در یکی از کارگزاری‌ها، تحت پوشش بیمه اجتماعی قرار خواهند گرفت. یکی از مهم‌ترین جنبه‌های حمایتی دولت از بیمه‌شدگان صندوق، پرداخت دوسوم حق بیمه آنهاست. این سیاست اقدام شایسته‌ای از سوی دولت برای رفع محدودیت‌ها و برقراری عدالت اجتماعی در مناطق محروم کشور از جمله شهرهای زیر بیست هزار نفر به‌شمار می‌رود (صندوق بیمه اجتماعی کشاورزان، روستاییان و عشایر، ۱۳۹۸). با توجه به مطلوبیت این سیاست برای تبدیل بیمه اجتماعی به یک واقعیت نهادینه شده در جامعه، توجه به دو راهکار مهم الزامی است: اول باورسازی که از طریق اطلاع‌رسانی و افزایش آگاهی در مورد آن به‌دست می‌آید و دوم توجه به نهادسازی است، زیرا حمایت‌های اجتماعی در قالب نهادها، سازمان‌ها و تشکیلات قانونی جنبه عینی به خود می‌گیرند.

بازیگران عرصه سیاستگذاری اجتماعی براساس دو رویکرد دولت‌محوری و جامعه‌محوری در جهت‌دهی به نوع و ماهیت سیاست‌ها، اولویت‌های فکری مجزا و نگرش‌های متفاوتی دارند. به‌طوری‌که هر گروه براساس ایدئولوژی و منافی که دنبال می‌کند، دیدگاه متمایزی در مورد ماهیت، ساختار، فرایند و چگونگی تحلیل سیاست‌های اجتماعی دارد. نظریه‌پردازان دیدگاه لیبرال بر مهارت‌آموزی و ارتقای فرصت‌های آموزشی در مواجهه با مسائل متعدد اجتماعی تأکید دارند. امیل دورکیم از نظریه‌پردازان این دیدگاه، ترویج نظم اجتماعی را راهکاری برای جلوگیری از تجزیه اجتماعی برشمرده و مخالف حاکمیت نظام سرمایه‌داری در حل محدودیت‌های اجتماعی است. وی معتقد است که تمامی گروه‌های اجتماعی رسمی و غیررسمی در تدوین و اجرای سیاست‌های اجتماعی، تأثیرگذار و ذی‌نفع هستند. از این رو به‌نوعی تقسیم کار در برخورد با دغدغه‌های اجتماعی تأکید دارد (Russell, 2011: 30).

در جوامع محافظه‌کار، در عین محوریت قرار دادن باورها و سنت‌های دیرینه به حمایت اجتماعی در ابعاد مختلف توجه می‌شود، اما در این جوامع با توجه به پویایی مسائل اجتماعی و ظهور محدودیت‌های جدید و پیچیده در گذر زمان، سیاستگذاری اجتماعی، روزآمد نبوده و فرایندها و اصول آن خالی از نوآوری و واکنش زودهنگام است. به همین دلیل تنگناها و معضلات اجتماعی در زنجیره‌ای قرار می‌گیرند که به دلیل عدم سیاستگذاری مطلوب از «دغدغه اجتماعی» به «مسئله اجتماعی» تبدیل شده و واکنش نامناسب نسبت به مسئله موجود باعث پدیدار شدن «مشکل» بزرگ‌تر شده که به دنبال آن «معضل اجتماعی» ظهور خواهد یافت. نگرش سوسیالیستی به آرمان‌ها و اهداف نهایی سیاستگذاری اجتماعی؛ یعنی برابری حداکثری میان افراد و گروه‌های مختلف اجتماعی تأکید دارد و مالکیت و مشارکت جمعی را که با آن منافع و برتری‌های فردی نادیده گرفته می‌شود، تأیید می‌کند. سیاست‌های اجتماعی

و رفاهی دولتهایی که ساختار حاکمیتی آنها گرایش‌های سوسیالیستی دارد، مخالف اقدام‌هایی همچون سپردن امور به بخش خصوصی و اقتصاد بازار هستند. نگرش ذهنی مبتنی بر دیدگاه سوسیال‌دمکراسی نسبت به سیاست‌های اجتماعی، گریزی است از جنبه‌های نامطلوب دو دیدگاه لیبرالیستی و سوسیالیسم مارکسیستی و نگرشی اعتدال‌گرایانه نسبت به جنبش‌های سرمایه‌داری. در رویکرد سوسیال‌دمکراسی، نقش دولت‌ها در فرایند سیاستگذاری اجتماعی برجسته است. در ایران روند سیاستگذاری اجتماعی در حوزه بیمه‌ای، رویکردی دولت‌محور است، اما با تحولاتی که در قوانین و اهداف بیمه اجتماعی انجام شده زمینه‌های گذار آن به سوی جامعه‌محوری فراهم شده است. همچنین به دلیل مشارکتی شدن پرداخت حق بیمه، گرایش به دیدگاه لیبرالی از سوی سیاستگذاران و مدیران بیشتر شده است.

۲. پیشینه تحقیق

به‌منظور درک و اشراف گسترده‌تر از موضوع پژوهش و همچنین در راستای شناخت و آگاهی از روش‌شناسی و نتایج تحقیقات مشابه موضوع این تحقیق، برخی از پژوهش‌های خارجی و داخلی بررسی شدند که در ادامه به‌مرور مهم‌ترین نتایج این تحقیقات می‌پردازیم.

که و یانگ پژوهشی با عنوان «بیمه‌های اجتماعی در جمعیت سالخورده: تأثیرات برنامه انتقال دولت در کره جنوبی» انجام داده‌اند. در این پژوهش تأثیر جدید اجتماعی بر کیفیت زندگی افراد سالخورده، نیروی کار و همچنین کمک‌های مالی فرزندان به والدین خود ارزیابی شده است. نتایج تحقیق نشان داد که با تحت پوشش قرار گرفتن افراد سالمند در بیمه‌های اجتماعی، نیاز آنها به دریافت کمک‌های نقدی از فرزندان کمتر و سطح کیفی زندگی آنها تا حدودی ارتقا یافته است (Koh and Yang, 2019). بلانک نیز پژوهشی

با عنوان «وضعیت بیمه‌های اجتماعی دولت آلمان» انجام داده که در آن بر نقش مؤثر بیمه‌های اجتماعی در نظام رفاهی این کشور تأکید کرده است. وی ضمن ارزیابی تحولات بیمه اجتماعی آلمان، معتقد است که تحولات انجام شده در ساختار بیمه اجتماعی اغلب در چهار بخش بودجه، پوشش، مزایا و حاکمیت انجام گرفته و تأکید می‌کند که بیمه‌های اجتماعی از نظر ساختاری دست نخورده باقی مانده و پیوند میان فعالیت - رفاه به‌عنوان زمینه اصلی رفاه اجتماعی تفسیر شده است (Blank, 2019).

ورمزیاری و مرادی (۱۳۹۶) در مطالعه‌ای به «واکاوی موانع توسعه بیمه اجتماعی کشاورزان، روستاییان و عشایر در شهرستان کرمانشاه» پرداخته‌اند. یافته‌های مقاله نشان داد که چند مقوله محوری با عنوان موانع ساختاری، اجرایی، اقتصادی، اجتماعی - فرهنگی و انگیزشی به موانع اساسی توسعه بیمه اجتماعی کشاورزان، روستاییان و عشایر در شهرستان کرمانشاه مطرح بوده است. براساس نتایج، موانع ساختاری به‌عنوان مانع کلیدی توسعه بیمه اجتماعی مطرح بوده که این مشکل برگرفته از مفاهیمی شامل ضعف ضوابط، سازمان‌دهی نامناسب نیروی کار روستایی و عشایری و پوشش ناکافی خدمات است. ابراهیمی (۱۳۹۴) در مطالعه‌ای با عنوان «ارزشیابی عملکرد صندوق بیمه اجتماعی روستاییان و عشایر (مورد مطالعه: صندوق بیمه اجتماعی شهرستان خرم‌آباد» دریافت که عملکرد صندوق بیمه اجتماعی کشاورزان، روستاییان و عشایر در حد متوسط و بالاتر بوده و بیشترین اولویت به‌ترتیب متعلق به اهداف مشترک، اهداف مرتبط با ازکارافتادگی، فوت و بازنشستگی است. اهدافی که بیشتر محقق شده‌اند به‌ترتیب اولویت عبارت بودند از: برخورد مناسب کارگزاری با ارباب‌رجوع، سهولت در رسیدگی به امور توسط کارگزار، مبلغ حق بیمه مناسب و سهولت در وصول مستمری ازکارافتادگی. همچنین نتایج نشان داد که بیمه اجتماعی باعث افزایش رضایت از زندگی، افزایش امید به آینده و اعتقاد به زندگی شایسته در دوران ناتوانی است.

شفیعی‌زاده و همکاران (۱۳۹۱) در مقاله‌ای با عنوان «عوامل مؤثر بر نهادینه‌سازی بیمه اجتماعی در روستاهای شهرستان کبودرآهنگ» دریافتند که مهم‌ترین عوامل مؤثر بر نهادینه‌سازی بیمه اجتماعی در قالب سه عامل شناختی - هنجاری، فرهنگی - اجتماعی و تنظیمی دسته‌بندی می‌شود. در این تحقیق پیشنهاد شده که صندوق بیمه اجتماعی روستاییان به آگاهی ارباب‌رجوعان توجه و با بهره‌گیری از ظرفیت گسترده رسانه‌ها و توان فنی کارگزاران، زمینه اطلاع‌رسانی مناسب و فراگیر را برای جامعه هدف فراهم کند.

در جمع‌بندی پیشینه پژوهش‌های انجام شده درباره موضوع تحقیق می‌توان گفت که در اغلب پژوهش‌ها، نگرشی یک‌جانبه و تک‌شاخصی به مقوله پذیرش بیمه اجتماعی در میان روستاییان وجود داشته و در بیشتر موارد به جنبه‌های مثبت بهره‌گیری از پوشش بیمه اجتماعی و به‌طور کلی آثار مثبت گرایش به سوی عضویت در بیمه اجتماعی توجه شده است. در این پژوهش علاوه بر برشمردن مزیت‌ها و منافع گسترش چتر پوشش بیمه اجتماعی به عوامل و موانع پیش‌روی توسعه ضریب نفوذ بیمه اجتماعی و همچنین تعریف و تدوین شاخص‌های جدید ارزیابی سطح پذیرش و گسترش این نوع بیمه به صورت تک‌شاخصی، تلفیقی و بهره‌گیری از روش‌شناسی نوین در جهت رتبه‌بندی استان‌ها به‌عنوان جنبه‌های نوآورانه و متمایز از سایر پژوهش‌ها و تحقیقات پیشین توجه و تأکید شده است.

۳. روش‌شناسی

در این پژوهش برای نشان دادن میزان جامعه‌پذیری بیمه اجتماعی در شهرهای زیر بیست هزار نفر از روش‌شناسی نوع کاربردی و ماهیت توصیفی - تحلیلی بهره گرفته شده است. جامعه آماری تحقیق تعداد ۹۰۳ نقطه شهری زیر بیست هزار نفر

بوده و اتکای اصلی تحلیل‌ها بر اسناد و داده‌های اخذ شده از واحد آمار، فناوری اطلاعات و محاسبات بیمه‌ای صندوق بیمه اجتماعی کشاورزان، روستاییان و عشایر است. تجزیه و تحلیل داده‌ها در دو مرحله انجام شد: اول با توجه به تحقیقات و پژوهش‌های انجام شده شاخص نهادینگی بیمه اجتماعی (ضریب برخورداری شهرهای زیر بیست هزار نفر از نهاد کارگزاری بیمه اجتماعی) و شاخص جامعه‌پذیری بیمه اجتماعی بر مبنای معیار ضریب نفوذ بیمه‌ای در مورد مجموع شهرهای زیر بیست هزار نفر کشور ارزیابی شد. در مرحله دوم به منظور ارزیابی جامع و چندجانبه ضریب جامعه‌پذیری بیمه اجتماعی؛ از شاخص ترکیبی و تلفیقی ضریب جامعه‌پذیری کلی که شامل چهار معیار ضریب نفوذ بیمه‌ای، نسبت بیمه‌شدگان غیرفعال، نسبت بیمه‌شدگان شهرهای زیر بیست هزار نفر به کل بیمه‌شدگان و ضریب نهادینگی بیمه اجتماعی استفاده شد. تکنیک مورد استفاده برای تحلیل داده‌ها و همچنین مقایسه و رتبه‌بندی استان‌ها بر مبنای شاخص کلی جامعه‌پذیری، روش مولتی‌مورا^۱ بوده و برای وزن‌دهی به شاخص‌ها نیز از مدل وزن‌دهی تخصیص نقطه‌ای استفاده شده است.

۱-۳. تکنیک مولتی‌مورا

روش مولتی‌مورا برای تصمیم‌گیری فرایند تعیین اهداف، جمع‌آوری اطلاعات مرتبط و انتخاب گزینه بهینه و مطلوب است (Hess and Siciliano, 1996). یکی از روش‌هایی که طیف گسترده‌ای از کاربردها برای تصمیم‌گیری در شرایط متناقض و پیچیده و همچنین مسائل به هم پیوسته را دارد، تکنیک مولتی‌مورا است. این مدل را می‌توان برای انتخاب مکان‌های بهینه، انتخاب محصولات و تولیدات، انتخاب مکان‌های در خطر ریسک و هر جایی به کار برد که احتیاج به تصمیم‌گیری بهینه داشته باشد (Dey et al., 2012: 659). تکنیک مورا معیارهای مطلوب و نامطلوب را

با هم و هم‌زمان برای رتبه‌بندی به‌منظور انتخاب یک گزینه از میان تمامی گزینه‌ها به‌کار می‌گیرد. این روش با یک ماتریس تصمیم‌گیری برای نشان دادن عملکرد گزینه‌های مختلف، با توجه به معیارهای مختلف شروع می‌شود (حاجی‌نژاد، فتاحی و پایدار، ۱۳۹۴). مراحل تحلیل داده‌ها در این مدل به شرح زیر است:

مرحله اول: تشکیل ماتریس تصمیم‌گیری

$$\begin{bmatrix} X_{11} & X_{12} & \dots & \dots & X_{1n} \\ X_{21} & X_{22} & \dots & \dots & X_{2n} \\ \dots & \dots & \dots & \dots & \dots \\ \dots & \dots & \dots & \dots & \dots \\ X_{m1} & X_{m2} & \dots & \dots & X_{mn} \end{bmatrix} \quad (1)$$

در این ماتریس، X_{ij}^* نشان‌دهنده مقدار گزینه i ام از گزینه j ام است. همچنین m تعداد گزینه‌ها و n تعداد معیارهاست.

مرحله دوم: نرمالیزه کردن ماتریس تصمیم‌گیری

به‌دلیل اینکه تکنیک مورا از معیارهای مطلوب و نامطلوب برای رتبه‌بندی گزینه‌ها استفاده می‌کند، ماتریس تصمیم‌گیری دارای بُعد است و نمی‌توان معیارها را با هم مقایسه کرد. از این‌رو در این مدل گام اساسی بعد از تشکیل ماتریس تصمیم‌گیری، نرمالیزه کردن داده‌هاست، تا از این طریق معیارهای ارزیابی بدون بُعد شوند و همه عناصر ماتریس قابل مقایسه باشد. تکنیک مورد استفاده برای نرمالیزه کردن داده‌ها در این پژوهش، تکنیک بی‌مقیاس‌سازی معمولی است. در این روش مطابق تابع زیر هر یک از مؤلفه‌های ماتریس تصمیم‌گیری بر مجموع مؤلفه‌های ستون مربوطه تقسیم می‌شود.

$$X_{ij}^* = \frac{X_{ij}}{\sum_{i=1}^m X_{ij}} \quad (2)$$

در این تابع، X_{ij}^* مقدار بی‌بعد شده یا نرمالیزه شده گزینه i ام از معیار j ام

است. این مقدار همیشه بین [۰ و ۱] است. باید گفت که با استفاده از این روش نرمال‌سازی، عناصر ماتریس تصمیم‌گیری بدون در نظر گرفتن مطلوب بودن و نامطلوب بودن آنهاست. در این مرحله باید به وزن‌دهی معیارها اقدام کرد. برای وزن‌دهی به شاخص‌ها، پس از تعیین معیارهای ارزیابی از پانزده نفر از مدیران و کارشناسان صندوق بیمه اجتماعی خواسته شد تا شاخص‌ها را اولویت‌بندی کرده و در نهایت بر مبنای امتیازهای داده شده از تکنیک وزن‌دهی تخصیص نقطه‌ای برای تعیین وزن نهایی معیارها استفاده شد. مطابق این روش، وزن شاخص‌های ارزیابی در یک طیف عددی مثلاً ۱ تا ۱۰۰ در نظر گرفته می‌شود و وزن استاندارد هر شاخص از تقسیم آن بر مجموع مقادیر مربوط به کل شاخص‌ها محاسبه می‌شود:

$$W_i = \frac{X_i}{\sum X_i} \quad (3)$$

مرحله سوم: محاسبه مقدار مطلوبیت و عدم مطلوبیت مقادیر نرمالیزه شده

براورز و زاوادسکاس برای رسیدن به نتایج دقیق‌تر، مدل موورا^۱ را گسترش دادند که باعث شد نتایج این تکنیک در تصمیم‌گیری‌ها بسیار قوی‌تر و دقیق‌تر شود. شکل گسترش یافته مدل موورا به مدل مولتی‌مورا یا شکل کامل ضربی معروف است. تکنیک مولتی‌مورا با استفاده از تابع زیر عمل می‌کند:

$$U_i = \frac{A_i}{B_i}$$

$$A_i = \prod_{j=1}^g w_j X_{ij}^*$$

$$B_i = \prod_{j=g+1}^n w_j X_{ij}^* \quad (4)$$

در این رابطه U_i معادل درجه سودمندی گزینه i ام است. مقدار درجه سودمندی یا مطلوبیت بین صفر و یک تغییر می‌کند و هرچه این ضریب به عدد ۱ نزدیک‌تر

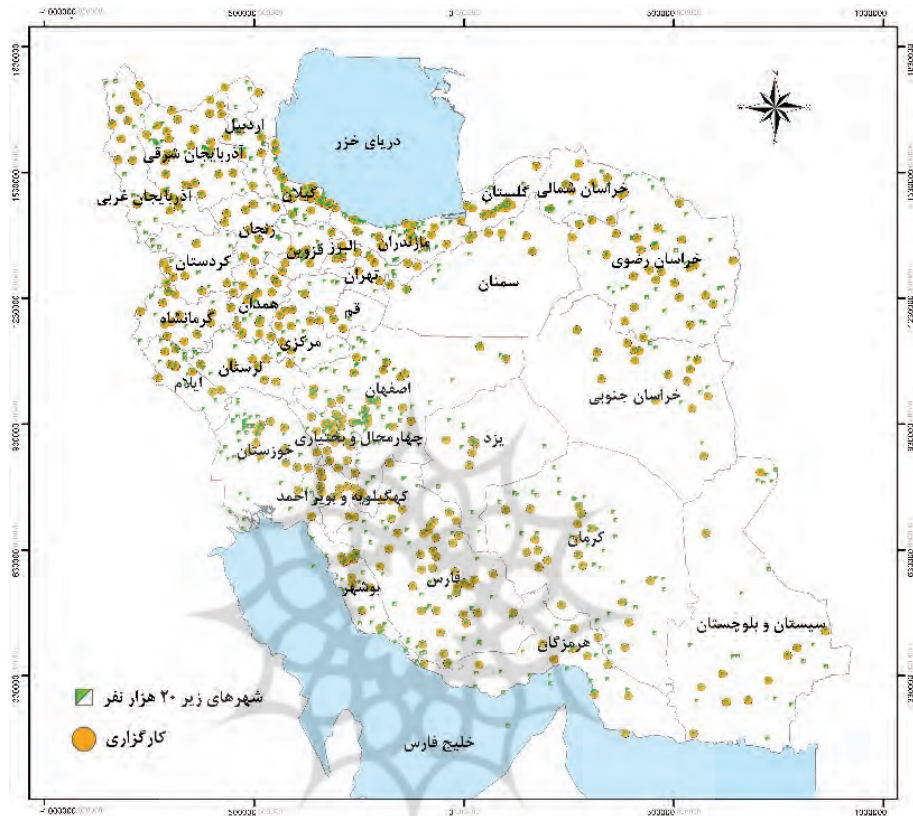
باشد، مطلوبیت جامعه‌پذیری بیمه اجتماعی بالاتر خواهد بود.

۴. یافته‌ها

۴-۱. شاخص نهادینگی بیمه اجتماعی

برای اینکه بیمه‌های اجتماعی در میان جوامع هدف نهادینه شوند به استقرار و اعتمادسازی نهادی نیاز دارند. به عبارت دیگر مستقر کردن نهادهای مرتبط با بیمه اجتماعی در قالب نمایندگی‌های استانی و کارگزاری‌های این نوع بیمه در مراکز شهرستان و همچنین شهرها و سکونتگاه‌های روستایی و مناطق عشایری از یک سو موجب دسترسی گروه‌های هدف به بهره‌مندی از خدمات بیمه‌ای می‌شود و از سوی دیگر با افزایش اطلاع‌رسانی و ارتقای سطح آگاهی افراد نسبت به وجود چنین خدمات و مزایای بیمه‌ای، گرایش و اعتماد بیشتری برای عضویت در صندوق بیمه اجتماعی شکل خواهد گرفت. بر این اساس مکان‌گزینی بهینه کارگزاری‌ها و برخورداری هر شهر زیر بیست هزار نفر از حداقل یک کارگزاری، گامی مؤثر در راستای گسترش پوشش بیمه‌ای و معیاری تعیین‌کننده برای سطح نهادینگی بیمه اجتماعی در این شهرها خواهد بود. با توجه به داده‌های اخذ شده از تعداد کل شهرهای زیر بیست هزار نفر کشور (۹۰۳ شهر)، ۴۲۱ نقطه شهری از کارگزاری بیمه اجتماعی بهره‌مند بودند (شکل ۱) که نشان می‌دهد سطح نهادینگی بیمه اجتماعی در شهرهای یادشده ۴۶/۶ درصد بوده و بیش از نیمی از ساکنان شهرهای زیر بیست هزار نفر، دسترسی مطلوبی به کارگزاری نداشتند. این شرایط کاهش اعتماد اجتماعی و پذیرش اجتماعی به نسبت پایین این نوع بیمه را به دلیل ضعف استقرار نهادی و به تبع آن ضعف آگاهی عمومی از وجود خدمات و مزایای بیمه اجتماعی در پی خواهد داشت.

شکل ۱. پراکنش جغرافیایی کارگزاری‌ها در سطح شهرهای زیر بیست هزار نفر کشور



مأخذ: یافته‌های تحقیق.

۲-۴. شاخص جامعه‌پذیری بیمه اجتماعی بر مبنای ضریب نفوذ بیمه‌ای

مؤلفه‌های مختلفی در میزان گرایش مردم به عضویت در بیمه‌های اجتماعی تعیین‌کننده هستند. جامعه مخاطب با در نظر گرفتن امتیازات و منافع که از پوشش بیمه‌ای منتفع می‌شود، نسبت به پذیرش یا عدم پذیرش آن تصمیم خواهد گرفت. اما فقط داشتن مزایا و منافع، دلیلی بر افزایش سطح جامعه‌پذیری بیمه‌های اجتماعی نیست، بلکه معیارهایی همچون استطاعت مالی، آگاهی و اشراف نسبت به خدمات و مزیت‌های بیمه‌ای، دسترسی به کارگزاری‌ها و در مجموع؛ سطح اعتماد

جمعی در میزان پذیرش بیمه اجتماعی تأثیر بسیاری خواهد گذاشت. مواردی که به آنها اشاره شد، پیشران‌ها و موانع جامعه‌پذیری بیمه اجتماعی محسوب می‌شوند. برای تعیین ضریب جامعه‌پذیری بیمه اجتماعی باید ضریب نفوذ آن را ارزیابی کرد که با سنجش نسبت افراد بیمه شده به جمعیت هدف (۱۸ تا ۵۰ سال) ساکن شهرهای زیر بیست هزار نفر به دست می‌آید که به صورت بالقوه، قابلیت و شرایط بهره‌مندی از پوشش بیمه اجتماعی کشاورزان، روستاییان و عشایر را دارند. براساس یافته‌ها در سال ۱۳۹۵، تعداد ۵۹۷۳۰۴۲ نفر در شهرهای زیر بیست هزار نفر کل کشور سکونت داشته‌اند که از این تعداد ۳۲۴۸۳۵۰ نفر (معادل ۵۴/۴ درصد)، در گروه سنی ۱۸ تا ۵۰ سال قرار داشته و واجد شرایط سنی عضویت در صندوق بیمه اجتماعی بوده‌اند. به‌رغم این ظرفیت جمعیتی، فقط ۱۰۰۵۲۲ نفر تا پایان نیمه اول سال ۱۳۹۸ از خدمات بیمه‌ای صندوق بیمه اجتماعی بهره‌مند شده‌اند که نشان می‌دهد شاخص جامعه‌پذیری بیمه اجتماعی در این شهرها، ۳/۱ درصد است (جدول ۱). به عبارت دیگر از هر ۱۰۰ نفری که در شهرهای مورد اشاره سکونت داشته و شروط سنی و سکونتی بهره‌مندی از پوشش بیمه اجتماعی را داشته‌اند حدود سه نفر تحت پوشش قرار گرفته‌اند که ضریب بسیار پایینی است.

جدول ۱. شاخص جامعه‌پذیری بیمه اجتماعی کشاورزان، روستاییان و عشایر در

شهرهای زیر بیست هزار نفر کشور

شرح	جمعیت شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر	جمعیت ۱۸ تا ۵۰ سال	نسبت گروه سنی ۱۸ تا ۵۰ سال	تعداد بیمه شده در شهر زیر ۲۰ هزار	ضریب نفوذ بیمه‌ای
کل کشور	۵۹۷۳۰۴۲	۳۲۴۸۳۵۰	۵۴/۴	۱۰۰۵۲۲	۳/۱

مأخذ: محاسبه بر مبنای داده‌های مرکز آمار ایران و واحد آمار و اطلاعات صندوق بیمه اجتماعی.

۳-۴. شاخص کلی جامعه‌پذیری بیمه اجتماعی

همان‌طور که اشاره شد عوامل و معیارهای متعددی در تعیین سطح جامعه‌پذیری بیمه اجتماعی دخیل هستند. در این پژوهش به‌منظور دست یافتن به تحلیلی جامع و درک کلی جامعه‌پذیری بیمه اجتماعی در میان ساکنان شهرهای کمتر از بیست هزار نفر کشور، از تلفیق چهار شاخص ضریب نفوذ بیمه‌ای، نسبت بیمه‌شدگان غیرفعال، نسبت بیمه‌شدگان شهرهای زیر بیست هزار نفر از کل بیمه‌شدگان و درجه نهادینگی بیمه اجتماعی بهره گرفته شد.

شاخص ضریب نفوذ بیمه‌ای، درصدی است از نسبت تعداد بیمه‌شدگان به کل جامعه هدف و شاخص نسبت بیمه‌شدگان غیرفعال هم درصد بیمه‌شدگانی را نشان می‌دهد که یا نسبت به تمدید قرارداد بیمه‌ای خود اقدام نکرده یا اینکه از پوشش بیمه اجتماعی خارج شده‌اند. همچنین شاخص نسبت بیمه‌شدگان شهرهای کمتر از بیست هزار نفر از کل، بیانگر تعداد بیمه‌شدگانی است که از شرایط سنی و سکونتی برخوردار بوده و عضو صندوق شده‌اند. شاخص درجه نهادینگی بیمه اجتماعی به سهم شهرهای زیر بیست هزار نفر از کارگزاری‌های صندوق بیمه اجتماعی اشاره دارد. برای به‌کارگیری هم‌زمان شاخص‌های یادشده و امکان تحلیل تطبیقی و مقایسه‌ای استان‌های کشور به‌لحاظ شاخص جامعه‌پذیری کلی از تکنیک موورا استفاده شد که با توجه به آن در مرحله نخست، ماتریس داده‌های خام به شرح جدول ۲ ترسیم شد.

جدول ۲. ماتریس داده‌های خام

استان	ضریب نفوذ بیمه‌ای	نسبت بیمه شده غیرفعال	نسبت بیمه شدگان شهر زیر بیست هزار نفر از کل	درجه نهادینگی بیمه اجتماعی
آذربایجان شرقی	۷/۳	۲۷/۶	۶/۴	۵۵/۶
آذربایجان غربی	۵	۲۹	۵/۱	۵۵/۶
اردبیل	۸/۴	۵۲/۲	۹/۳	۳۸/۱
اصفهان	۲/۳	۴۵/۸	۱۲/۱	۲۵/۹
البرز	۱	۳۷/۸	۱/۸	۱۰۰
ایلام	۴/۶	۴۱/۸	۹/۴	۴۵
بوشهر	۱/۵	۵۹	۱۳/۲	۳۵/۷
تهران	۳/۵	۶۴/۶	۵/۷	۵۴/۵
چهار محال و بختیاری	۳/۲	۳۷/۲	۱۴/۲	۵۵/۹
خراسان جنوبی	۳/۶	۳۱/۴	۷/۴	۶۲/۵
خراسان رضوی	۳/۳	۴۲/۹	۴/۸	۴۶/۴
خراسان شمالی	۷	۳۲/۶	۷/۴	۵۵/۶
خوزستان	۱	۵۰	۲/۶	۲۸/۸
زنجان	۳/۳	۳۰	۴	۵۸/۸
سمنان	۴/۱	۵۰/۹	۱۲/۴	۵۳/۳
سیستان و بلوچستان	۸	۵۲/۶	۲/۹	۳۶/۷
فارس	۳/۵	۴۰/۵	۸/۳	۵۳/۲
قزوین	۳/۹	۳۴/۳	۸	۵۰
قم	۲/۶	۴۰/۲	۵/۲	۸۰
کرمانشاه	۴/۱	۴۲/۹	۲/۷	۹/۶
کردستان	۵/۵	۲۵/۳	۳/۱	۴۰
کرمان	۱/۳	۶۸/۱	۴/۴	۳/۳

تحلیل تطبیقی سطح گسترش و پذیرش سیاست‌های حوزه بیمه اجتماعی در ایران ————— ۳۹۹

استان	ضریب نفوذ بیمه‌ای	نسبت بیمه شده غیرفعال	نسبت بیمه شدگان شهر زیر بیست هزار نفر از کل	درجه نهادینگی بیمه اجتماعی
کهگیلویه و بویراحمد	۴/۲	۵۱/۳	۷/۵	۷/۸
گلستان	۲/۹	۳۶/۹	۵/۱	۶۱/۱
گیلان	۱/۷	۳۹/۴	۴/۱	۵۸/۵
لرستان	۳/۴	۳۹/۹	۱/۶	۵۶/۳
مازندران	۲/۵	۳۹/۸	۴/۱	۳۷/۵
مرکزی	۲/۷	۳۰/۸	۴/۷	۳۶
هرمزگان	۰/۸	۴۹/۶	۵/۱	۳۸/۷
همدان	۹/۴	۲۸/۹	۸/۲	۷۲/۷
یزد	۲/۵	۳۶	۸/۶	۴۲/۹
مجموع	۱۰۹/۱	۱۲۸۹/۳	۱۹۹/۴	۱۶۱۶/۳

مأخذ: همان.

به منظور بی‌بُعد کردن معیارها و فراهم کردن پیش‌نیازهای مقایسه استان‌ها با یکدیگر به نرمالیزه‌سازی ماتریس تصمیم‌گیری اقدام شد. برای این امر با تکنیک بی‌مقیاس‌سازی معمولی هریک از مؤلفه‌های ماتریس تصمیم‌گیری بر مجموع مؤلفه‌های ستون مربوط به خود تقسیم شد (جدول ۳). این اقدام موجب می‌شود تا بتوان در گام بعدی مطلوب بودن یا نبودن معیارها را در نظر گرفت.

پرتال جامع علوم انسانی

جدول ۳. مقادیر نرمالیزه شده داده‌ها

استان	ضریب نفوذ بیمه‌ای	نسبت بیمه شده غیرفعال	نسبت بیمه شدگان شهر زیر بیست هزار نفر از کل	درجه نهادینگی بیمه اجتماعی
آذربایجان شرقی	۰/۰۶۶۹	۰/۰۲۱۴	۰/۰۳۲۱	۰/۰۳۴۴
آذربایجان غربی	۰/۰۴۵۸	۰/۰۲۲۵	۰/۰۲۵۶	۰/۰۳۴۴
اردبیل	۰/۰۷۷۰	۰/۰۴۰۵	۰/۰۴۶۶	۰/۰۲۳۶
اصفهان	۰/۰۲۱۱	۰/۰۳۵۵	۰/۰۶۰۷	۰/۰۱۶۰
البرز	۰/۰۰۹۲	۰/۰۲۹۳	۰/۰۰۹۰	۰/۰۶۱۹
ایلام	۰/۰۴۲۲	۰/۰۳۲۴	۰/۰۴۷۱	۰/۰۲۷۸
بوشهر	۰/۰۱۳۷	۰/۰۴۵۸	۰/۰۶۶۲	۰/۰۲۲۱
تهران	۰/۰۳۲۱	۰/۰۵۰۱	۰/۰۲۸۶	۰/۰۳۳۷
چهارمحال و بختیاری	۰/۰۲۹۳	۰/۰۲۸۹	۰/۰۷۱۲	۰/۰۳۴۶
خراسان جنوبی	۰/۰۳۳۰	۰/۰۲۴۴	۰/۰۳۷۱	۰/۰۳۸۷
خراسان رضوی	۰/۰۳۰۲	۰/۰۳۳۳	۰/۰۲۴۱	۰/۰۲۸۷
خراسان شمالی	۰/۰۶۴۲	۰/۰۲۵۳	۰/۰۳۷۱	۰/۰۳۴۴
خوزستان	۰/۰۰۹۲	۰/۰۳۸۸	۰/۰۱۳۰	۰/۰۱۷۸
زنجان	۰/۰۳۰۲	۰/۰۲۳۳	۰/۰۲۰۱	۰/۰۳۶۴
سمنان	۰/۰۳۷۶	۰/۰۳۹۵	۰/۰۶۲۲	۰/۰۳۳۰
سیستان و بلوچستان	۰/۰۰۷۳	۰/۰۴۰۸	۰/۰۱۴۵	۰/۰۲۲۷
فارس	۰/۰۳۲۱	۰/۰۳۱۴	۰/۰۴۱۶	۰/۰۳۲۹
قزوین	۰/۰۳۵۷	۰/۰۲۶۶	۰/۰۴۰۱	۰/۰۳۰۹
قم	۰/۰۲۳۸	۰/۰۳۱۲	۰/۰۲۶۱	۰/۰۴۹۵
کرمانشاه	۰/۰۳۷۶	۰/۰۳۳۳	۰/۰۱۳۵	۰/۰۳۸۳
کردستان	۰/۰۵۰۴	۰/۰۱۹۶	۰/۰۱۵۵	۰/۰۲۴۷
کرمان	۰/۰۱۱۹	۰/۰۵۲۸	۰/۰۲۲۱	۰/۰۲۰۶

تحلیل تطبیقی سطح گسترش و پذیرش سیاست‌های حوزه بیمه اجتماعی در ایران ————— ۴۰۱

استان	ضریب نفوذ بیمه‌ای	نسبت بیمه شده غیرفعال	نسبت بیمه‌شدگان شهر زیر بیست هزار نفر از کل	درجه نهادینگی بیمه اجتماعی
کهگیلویه و بویراحمد	۰/۰۲۲۰	۰/۰۳۹۸	۰/۰۳۷۶	۰/۰۵۳۰
گلستان	۰/۰۲۶۶	۰/۰۲۸۶	۰/۰۲۵۶	۰/۰۳۷۸
گیلان	۰/۰۱۵۶	۰/۰۳۰۶	۰/۰۲۰۶	۰/۰۳۶۲
لرستان	۰/۰۳۱۲	۰/۰۳۰۹	۰/۰۰۸۰	۰/۰۳۴۸
مازندران	۰/۰۲۲۹	۰/۰۳۰۹	۰/۰۲۰۶	۰/۰۲۳۲
مرکزی	۰/۰۲۴۷	۰/۰۲۳۹	۰/۰۲۳۶	۰/۰۲۲۳
هرمزگان	۰/۰۰۷۳	۰/۰۳۸۵	۰/۰۲۵۶	۰/۰۲۳۹
همدان	۰/۰۸۶۲	۰/۰۲۲۴	۰/۰۴۱۱	۰/۰۴۵۰
یزد	۰/۰۲۲۹	۰/۰۲۷۹	۰/۰۴۳۱	۰/۰۲۶۵
مجموع	۱	۱	۱	۱

مأخذ: همان.

با در نظر گرفتن این نکته که معیارهای چهارگانه تأثیر یکسانی در جامعه‌پذیری بیمه اجتماعی ندارند، از روش وزن‌دهی تخصیص نقطه‌ای استفاده شد. بر این اساس معیارهای مشخص شده در اختیار پانزده نفر از مدیران و کارشناسان صندوق بیمه اجتماعی قرار گرفت تا میزان اهمیت آنها را نسبت به یکدیگر تعیین کنند. سپس با استانداردسازی مجموع امتیازات به روش یادشده، به تعیین وزن نهایی هر معیار اقدام شد که بر مبنای آن معیار ضریب نفوذ بیمه‌ای (x1) با ۰/۳۸ درصد بیشترین میزان تأثیرگذاری را در تعیین میزان جامعه‌پذیری بیمه اجتماعی خواهد داشت. همچنین به ترتیب معیارهای نسبت بیمه‌شدگان شهرهای زیر بیست هزار نفر به کل بیمه‌شدگان، نسبت بیمه‌شدگان غیرفعال و درجه نهادینگی بیمه اجتماعی در رتبه‌های دوم تا چهارم قرار گرفتند (جدول ۴).

جدول ۴. وزن دهی به معیارها

وزن استاندارد	وزن اولیه	معیار
۰/۳۸	۳۸	ضریب نفوذ بیمه‌ای (X۱)
۰/۲۳	۲۳	نسبت بیمه شده غیرفعال (X۲)
۰/۲۹	۲۹	نسبت بیمه‌شدگان شهر زیر بیست هزار نفر از کل (X۳)
۰/۱	۱۰	درجه نهادینگی بیمه اجتماعی (X۴)
	۱۰۰	مجموع

مأخذ: همان.

در گام بعدی بر مبنای وزن استاندارد هر یک از داده‌ها از طریق ضرب اوزان محاسبه شده در ماتریس نرمالیزه شده، ماتریس وزنی استاندارد شده محاسبه شد (جدول ۵).

جدول ۵. ماتریس نرمالیزه شده وزنی گزینه‌ها

استان	ضریب نفوذ بیمه‌ای (+)	نسبت بیمه شده غیرفعال (-)	نسبت بیمه‌شدگان شهر زیر بیست هزار نفر از کل (+)	درجه نهادینگی بیمه اجتماعی (+)
آذربایجان شرقی	۰/۰۲۵۴	۰/۰۰۴۹	۰/۰۰۹۳	۰/۰۰۳۴
آذربایجان غربی	۰/۰۱۷۴	۰/۰۰۵۲	۰/۰۰۷۴	۰/۰۰۳۴
اردبیل	۰/۰۲۹۳	۰/۰۰۹۳	۰/۰۱۳۵	۰/۰۰۲۴
اصفهان	۰/۰۰۸۰	۰/۰۰۸۲	۰/۰۱۷۶	۰/۰۰۱۶
البرز	۰/۰۰۳۵	۰/۰۰۶۷	۰/۰۰۲۶	۰/۰۰۶۲
ایلام	۰/۰۱۶۰	۰/۰۰۷۵	۰/۰۱۳۷	۰/۰۰۲۸
بوشهر	۰/۰۰۵۲	۰/۰۱۰۵	۰/۰۱۹۲	۰/۰۰۲۲
تهران	۰/۰۱۲۲	۰/۰۱۱۵	۰/۰۰۸۳	۰/۰۰۳۴
چهارمحال و بختیاری	۰/۰۱۱۱	۰/۰۰۶۶	۰/۰۲۰۷	۰/۰۰۳۵
خراسان جنوبی	۰/۰۱۲۵	۰/۰۰۵۶	۰/۰۱۰۸	۰/۰۰۳۹
خراسان رضوی	۰/۰۱۱۵	۰/۰۰۷۷	۰/۰۰۷۰	۰/۰۰۲۹

تحلیل تطبیقی سطح گسترش و پذیرش سیاست‌های حوزه بیمه اجتماعی در ایران ————— ۴۰۳

استان	ضریب نفوذ بیمه‌ای (+)	نسبت بیمه شده غیرفعال (-)	نسبت بیمه شدگان شهر زیر بیست هزار نفر از کل (+)	درجه نهادینگی بیمه اجتماعی (+)
خراسان شمالی	۰/۰۲۴۴	۰/۰۰۵۸	۰/۰۱۰۸	۰/۰۰۳۴
خوزستان	۰/۰۰۳۵	۰/۰۰۸۹	۰/۰۰۳۸	۰/۰۰۱۸
زنجان	۰/۰۱۱۵	۰/۰۰۵۴	۰/۰۰۵۸	۰/۰۰۳۶
سمنان	۰/۰۱۴۳	۰/۰۰۹۱	۰/۰۱۸۰	۰/۰۰۳۳
سیستان و بلوچستان	۰/۰۰۲۸	۰/۰۰۹۴	۰/۰۰۴۲	۰/۰۰۲۳
فارس	۰/۰۱۲۲	۰/۰۰۷۲	۰/۰۱۲۱	۰/۰۰۳۳
قزوین	۰/۰۱۳۶	۰/۰۰۶۱	۰/۰۱۱۶	۰/۰۰۳۱
قم	۰/۰۰۹۱	۰/۰۰۷۲	۰/۰۰۷۶	۰/۰۰۴۹
کرمانشاه	۰/۰۱۴۳	۰/۰۰۷۷	۰/۰۰۳۹	۰/۰۰۳۸
کردستان	۰/۰۱۹۲	۰/۰۰۴۵	۰/۰۰۴۵	۰/۰۰۲۵
کرمان	۰/۰۰۴۵	۰/۰۱۲۱	۰/۰۰۶۴	۰/۰۰۲۱
کهگیلویه و بویراحمد	۰/۰۰۸۴	۰/۰۰۹۲	۰/۰۱۰۹	۰/۰۰۵۳
گلستان	۰/۰۱۰۱	۰/۰۰۶۶	۰/۰۰۷۴	۰/۰۰۳۸
گیلان	۰/۰۰۵۹	۰/۰۰۷۰	۰/۰۰۶۰	۰/۰۰۳۶
لرستان	۰/۰۱۱۸	۰/۰۰۷۱	۰/۰۰۲۳	۰/۰۰۳۵
مازندران	۰/۰۰۸۷	۰/۰۰۷۱	۰/۰۰۶۰	۰/۰۰۲۳
مرکزی	۰/۰۰۹۴	۰/۰۰۵۵	۰/۰۰۶۸	۰/۰۰۲۲
هرمزگان	۰/۰۰۲۸	۰/۰۰۸۸	۰/۰۰۷۴	۰/۰۰۲۴
همدان	۰/۰۳۲۷	۰/۰۰۵۲	۰/۰۱۱۹	۰/۰۰۴۵
یزد	۰/۰۰۸۷	۰/۰۰۶۴	۰/۰۱۲۵	۰/۰۰۲۷
مجموع	۰/۳۸	۰/۲۳	۰/۲۹	۰/۱

مأخذ: همان.

پس از نرمالیزه‌سازی وزنی گزینه‌ها، معیارهای مطلوب (دارای جهت مثبت) و معیارهای نامطلوب (دارای جهت منفی) محاسبه می‌شوند تا درجه سودمندی گزینه‌ها یا به عبارتی مطلوبیت جامعه‌پذیری بیمه اجتماعی در سطح شهرهای زیر بیست هزار نفر به تفکیک استان به صورت رتبه‌بندی شده مشخص شود. با توجه به مثبت بودن شاخص‌های اول، سوم و چهارم، حاصل ضرب این سه شاخص برای هر کدام از استان‌ها محاسبه و به عنوان معیار مطلوبیت در نظر گرفته شد. به دلیل اینکه معیار دوم (نسبت بیمه شده غیرفعال) تنها معیار دارای جهت منفی است، داده‌های مربوط به این معیار به عنوان شاخص عدم مطلوبیت در نظر گرفته شد.

پس از محاسبه معیارهای مورد اشاره، رتبه نهایی هر استان از طریق تقسیم حاصل ضرب معیارهای مطلوب بر معیارهای نامطلوب محاسبه شد. بنابراین داده‌های محاسبه شده مربوط به عملکرد مطلوب و غیرمطلوب استان‌ها در ستون U_i مشخص شد که براساس آن استان همدان با ضریب $U_i = 0/0003367$ از بالاترین میزان مطلوبیت و بیشترین سطح جامعه‌پذیری بیمه اجتماعی در سطح شهرهای زیر بیست هزار نفر برخوردار بوده و بعد از آن به ترتیب استان‌های آذربایجان شرقی، خراسان شمالی و چهارمحال و بختیاری در رتبه‌های بعدی قرار گرفته‌اند. پایین‌ترین سطح جامعه‌پذیری بیمه اجتماعی نیز با ضریب $U_i = 0/0000027$ مربوط به استان خوزستان بوده و پس از آن استان‌های سیستان و بلوچستان، کرمان و هرمزگان پایین‌ترین سطح جامعه‌پذیری بیمه اجتماعی را داشتند (جدول ۶).

جدول ۶. محاسبه درجه سودمندی گزینه‌ها و رتبه‌بندی استان‌ها

Rank	U_i	B_i	A_i	استان
۱	۰/۰۰۰۳۳۶۷	۰/۰۰۵۲	۰/۰۰۰۰۱۷۵	همدان
۲	۰/۰۰۰۱۶۳۹	۰/۰۰۴۹	۰/۰۰۰۰۰۰۸۰	آذربایجان شرقی
۳	۰/۰۰۰۱۵۴۶	۰/۰۰۵۸	۰/۰۰۰۰۰۰۹۰	خراسان شمالی
۴	۰/۰۰۰۱۲۱۸	۰/۰۰۶۶	۰/۰۰۰۰۰۰۸۰	چهارمحال و بختیاری
۵	۰/۰۰۰۱۰۲۱	۰/۰۰۹۳	۰/۰۰۰۰۰۰۹۵	اردبیل
۶	۰/۰۰۰۰۹۴۰	۰/۰۰۵۶	۰/۰۰۰۰۰۰۵۳	خراسان جنوبی
۷	۰/۰۰۰۰۹۳۳	۰/۰۰۹۱	۰/۰۰۰۰۰۰۸۵	سمنان
۸	۰/۰۰۰۰۸۴۲	۰/۰۰۵۲	۰/۰۰۰۰۰۰۴۴	آذربایجان غربی
۹	۰/۰۰۰۰۸۱۸	۰/۰۰۷۵	۰/۰۰۰۰۰۰۶۱	ایلام
۱۰	۰/۰۰۰۰۸۰۲	۰/۰۰۶۱	۰/۰۰۰۰۰۰۴۹	قزوین
۱۱	۰/۰۰۰۰۶۷۷	۰/۰۰۷۲	۰/۰۰۰۰۰۰۴۹	فارس
۱۲	۰/۰۰۰۰۵۲۷	۰/۰۰۹۲	۰/۰۰۰۰۰۰۴۹	کهگیلویه و بویراحمد
۱۳	۰/۰۰۰۰۴۸۰	۰/۰۰۴۵	۰/۰۰۰۰۰۰۲۹	کردستان
۱۴	۰/۰۰۰۰۴۷۱	۰/۰۰۷۲	۰/۰۰۰۰۰۰۳۴	قم
۱۵	۰/۰۰۰۰۴۵۹	۰/۰۰۶۴	۰/۰۰۰۰۰۰۲۹	یزد
۱۶	۰/۰۰۰۰۴۴۵	۰/۰۰۵۴	۰/۰۰۰۰۰۰۲۴	زنجان
۱۷	۰/۰۰۰۰۴۳۰	۰/۰۰۶۶	۰/۰۰۰۰۰۰۲۸	گلستان
۱۸	۰/۰۰۰۰۳۰۳	۰/۰۰۷۷	۰/۰۰۰۰۰۰۲۳	خراسان رضوی
۱۹	۰/۰۰۰۰۲۹۹	۰/۰۱۱۵	۰/۰۰۰۰۰۰۳۴	تهران
۲۰	۰/۰۰۰۰۲۷۵	۰/۰۰۷۷	۰/۰۰۰۰۰۰۲۱	کرمانشاه
۲۱	۰/۰۰۰۰۲۷۵	۰/۰۰۸۲	۰/۰۰۰۰۰۰۲۳	اصفهان
۲۲	۰/۰۰۰۰۲۵۶	۰/۰۰۵۵	۰/۰۰۰۰۰۰۱۴	مرکزی
۲۳	۰/۰۰۰۰۲۰۹	۰/۰۱۰۵	۰/۰۰۰۰۰۰۲۲	بوشهر
۲۴	۰/۰۰۰۰۱۸۲	۰/۰۰۰۷	۰/۰۰۰۰۰۰۱۳	گیلان
۲۵	۰/۰۰۰۰۱۶۹	۰/۰۰۷۱	۰/۰۰۰۰۰۰۱۲	مازندران

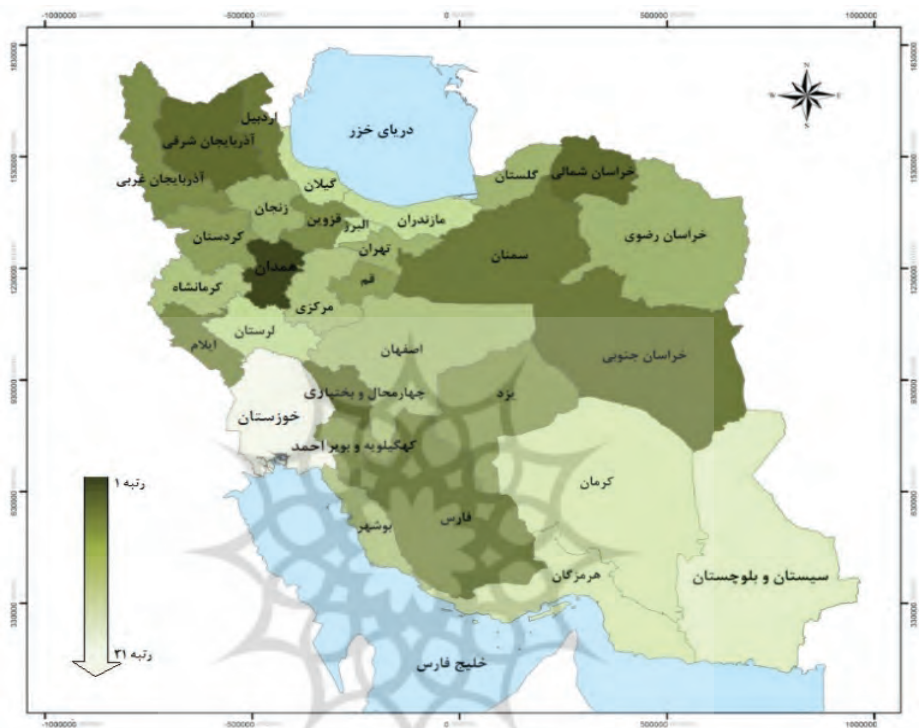
Rank	U_i	B_i	A_i	استان
۲۶	۰/۰۰۰۰۱۳۴	۰/۰۰۷۱	۰/۰۰۰۰۰۰۰۹	لرستان
۲۷	۰/۰۰۰۰۰۰۸۴	۰/۰۰۶۷	۰/۰۰۰۰۰۰۰۶	البرز
۲۸	۰/۰۰۰۰۰۰۵۷	۰/۰۰۸۸	۰/۰۰۰۰۰۰۰۵	هرمزگان
۲۹	۰/۰۰۰۰۰۰۵۰	۰/۰۱۲۱	۰/۰۰۰۰۰۰۰۶	کرمان
۳۰	۰/۰۰۰۰۰۰۲۹	۰/۰۰۹۴	۰/۰۰۰۰۰۰۰۳	سیستان و بلوچستان
۳۱	۰/۰۰۰۰۰۰۲۷	۰/۰۰۸۹	۰/۰۰۰۰۰۰۰۲	خوزستان

مأخذ: همان.

پراکنش جغرافیایی مطلوبیت جامعه‌پذیری بیمه اجتماعی به‌گونه‌ای است که از ۱۰ استان برتر، هفت استان در نیمه غربی کشور واقع شده‌اند. استان سیستان و بلوچستان به‌رغم درجه بالای محرومیت و لزوم تلاش برای گسترش چتر بیمه‌ای و فراهم کردن پشتوانه‌های مالی و اجتماعی برای ساکنان کم‌بضاعت آن علاوه بر انزوا و دورافتادگی جغرافیایی؛ دچار غفلت، طردشدگی و واپس ماندگی از پوشش خدمات بیمه‌ای شده است. فارغ از این استان، به‌طور کلی می‌توان گفت توزیع جغرافیایی مطلوبیت جامعه‌پذیری بیمه اجتماعی در کشور به نسبت موزون و فراگیر است، اگرچه باید اذعان کرد که این سودمندی عملکردی در مقایسه و مطابقت استان‌ها با یکدیگر معنا و مفهوم پیدا می‌کند. بنابراین اگر ضریب کلی جامعه‌پذیری را جدا از بحث رتبه‌بندی استان‌ها در نظر بگیریم، عدم جامعه‌پذیری بیمه اجتماعی کشاورزان، روستاییان و عشایر در شهرهای زیر بیست هزار نفر کشور نمود پیدا می‌کند (شکل ۲).

تحلیل تطبیقی سطح گسترش و پذیرش سیاست‌های حوزه بیمه اجتماعی در ایران ————— ۴۰۷

شکل ۲. رتبه‌بندی استان‌ها به لحاظ مطلوبیت جامعه‌پذیری بیمه اجتماعی در شهرهای زیر بیست هزار نفر



مأخذ: یافته‌های تحقیق.

شهرستان گاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پایگاه جامع علوم انسانی

۵. جمع‌بندی و نتیجه‌گیری

با توجه به اهمیتی که سیاست‌ها و برنامه‌های بیمه اجتماعی نزد گروه‌های مختلف دارند، در پژوهش حاضر به بررسی این سیاست‌ها و سطح جامعه‌پذیری بیمه اجتماعی کشاورزان، روستاییان و عشایر در میان ساکنان شهرهای زیر بیست هزار نفر پرداخته شد. بررسی‌ها نشان داد که در حوزه سیاست‌های کلان، راهبردها و چشم‌اندازهای مشخصی در قالب اصول قانون اساسی، سیاست‌های کلی نظام و سند چشم‌انداز بیست‌ساله وجود دارد. در حوزه عملیاتی و اجرایی شدن برنامه‌ها و

طرح‌های مرتبط با سیاست‌های یادشده نیز اگرچه با تأخیر بوده، اما از سال ۱۳۸۴ ساختاری قانونی و اجرایی با عنوان بیمه اجتماعی کشاورزان، روستاییان و عشایر شکل گرفته که مهم‌ترین هدف آن گسترش چتر پوشش بیمه‌ای در مناطق محروم به‌ویژه روستاها، مناطق عشایری و شهرهای زیر بیست هزار نفر بوده است. در این پژوهش با توجه به اینکه تعداد ۹۰۳ نقطه شهری کشور در فهرست شهرهای زیر بیست هزار نفر قرار گرفته، به بررسی سطح جامعه‌پذیری بیمه اجتماعی در میان ساکنان این شهرها و مقایسه مطلوبیت عملکردی استان‌ها در این زمینه پرداخته شد. یافته‌ها نشان داد که به‌رغم گذشت حدود پانزده سال از تأسیس صندوق بیمه اجتماعی، تاکنون پوشش بیمه‌ای آن در میان جامعه هدف (در اینجا شهرهای زیر بیست هزار نفر) نهادینه نشده است. به‌طوری‌که ۴۲۱ نقطه شهری که بیش از نیمی از شهرهای مورد اشاره را دربرمی‌گیرند، کارگزاری بیمه اجتماعی مستقر نشده که این مسئله یکی از مهم‌ترین عوامل عدم سهولت دسترسی ساکنان و همچنین ضعف آگاهی آنها از وجود چنین خدمات بیمه‌ای خواهد بود. همچنین بسیاری از ساکنان این شهرها نسبت به کارگزاری‌های واقع در شهرهای مجاور، اعتماد و اطمینان کافی نداشته و نسبت به سرانجام سرمایه‌گذاری که انجام می‌دهند خوش‌بین نیستند.

ارزیابی ضریب نفوذ بیمه‌ای که یکی از مهم‌ترین سنجه‌های جامعه‌پذیری بیمه اجتماعی است، نشان‌دهنده مقدار بسیار پایین ۳/۱ درصدی است. به‌عبارت‌دیگر از ۳۲۴۸۳۵۰ نفری که در این شهرها سکونت داشته و واجد شرایط سنی بهره‌مندی از پوشش بیمه اجتماعی بوده‌اند، تنها ۱۰۰۵۲۲ نفر تحت پوشش قرار گرفته‌اند. این در حالی است که محدودیت‌هایی از جمله سرپرست خانوار بودن، جنسیت و اشتغال برای عضویت در بیمه اجتماعی وجود نداشته و هر شخصی که در گروه سنی ۱۸ تا ۵۰ سال قرار داشته باشد، حائز شرایط بهره‌مندی از پوشش بیمه‌ای خواهد بود. پایین

بودن ضریب نفوذ بیمه‌ای در این شهرها، این واقعیت را نمایان می‌کند که جامعه‌پذیری بیمه اجتماعی در میان جامعه مخاطب؛ مستلزم اطلاع‌رسانی، آگاهی‌بخشی، ارتقای مهارت‌های شغلی کارگزاران، گسترش طیف خدمات بیمه‌ای و مکان‌گزینی بهینه کارگزاری‌هاست. پذیرش اجتماعی این نوع بیمه نیازمند اعتمادسازی است و ایجاد اطمینان و اعتماد در گروه‌های هدف، مستلزم نهادسازی و تحول ساختاری، مدیریتی و منابع انسانی خواهد بود.

در بررسی شاخص کلی جامعه‌پذیری بیمه اجتماعی، یافته‌ها نشان داد که اگرچه شرایط نامطلوبی در شهرهای زیر بیست هزار نفر وجود دارد، با این حال میان استان‌های مختلف کشور نیز شکاف عمیقی پدیدار شده است، به طوری که براساس رتبه‌بندی انجام شده با استفاده از روش مولتی‌مورا، استان‌های همدان، آذربایجان شرقی و خراسان شمالی دارای بیشترین میزان جامعه‌پذیری بیمه اجتماعی بوده و استان‌های خوزستان، سیستان و بلوچستان و کرمان نیز در پایین‌ترین سطح قرار گرفته‌اند. با توجه به تحلیل‌های انجام شده می‌توان گفت که نتایج پژوهش با نتایج تحقیق ورمزیاری و مرادی (۱۳۹۶) در موانع ساختاری، نتایج پژوهش ابراهیمی (۱۳۹۴) در خصوص ضعف‌های متنوع کارگزاران و نتایج پژوهش شفیع‌ی، مجردی و کرمی دهکردی (۱۳۹۱) از نظر نقش عوامل شناختی - هنجاری، فرهنگی - اجتماعی و تنظیمی در میزان نهادینه‌سازی بیمه اجتماعی همسو و هماهنگ است. در مجموع می‌توان گفت که گسترش ضریب نفوذ بیمه اجتماعی و به تبع آن افزایش ضریب جامعه‌پذیری بیمه اجتماعی در گام اول مستلزم نهادسازی و در مراحل بعدی، نیازمند اعتمادسازی است. در راستای نتایج به‌دست آمده به منظور افزایش سطح جامعه‌پذیری بیمه اجتماعی در شهرهای زیر بیست هزار نفر کشور پیشنهادهای زیر ارائه می‌شود:

- مکان‌گزینی بهینه کارگزاری‌ها و استقرار حداقل یک کارگزاری در هر شهر زیر بیست هزار نفر،
- گسترش اعتماد عمومی از طریق تنوع‌بخشی به خدمات و اطلاع‌رسانی و آگاهی‌بخشی به ساکنان،
- آموزش‌های شغلی و مهارتی کارگزاران در اطلاع‌رسانی و اقناع ساکنان به‌منظور ترغیب آنها به بهره‌مندی از پوشش بیمه‌ای،
- توجه به حفظ بیمه‌شدگان فعلی در عین تلاش برای گسترش چتر بیمه‌ای از طریق اطلاع‌رسانی.



منابع و مآخذ

۱. ابراهیمی، ندا (۱۳۹۴). «ارزشیابی عملکرد صندوق بیمه اجتماعی روستاییان و عشایر (مورد مطالعه: صندوق بیمه اجتماعی شهرستان خرم‌آباد)»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده کشاورزی، دانشگاه لرستان.
۲. بیکر، واین (۱۳۸۲). مدیریت سرمایه اجتماعی، ترجمه مهدی الوانی و محمدرضا ربیعی مندجین، تهران، سازمان مدیریت صنعتی.
۳. تاج‌مزی‌نایی، علی‌اکبر، غلامرضا غفاری و یاسر باقری (۱۳۹۶). «وضعیت زمان، مسئله‌بودگی و صورت‌بندی سیاست‌گذاری اجتماعی (مطالعه موردی: لوایح و طرح‌های مجلس هشتم و نهم)»، فصلنامه برنامه‌ریزی رفاه و توسعه اجتماعی، ۸(۳۳).
۴. حاجی‌نژاد، علی، احداله فتاحی و ابوذر پایدار (۱۳۹۴). کاربرد مدل‌ها و فنون تصمیم‌گیری در جغرافیا با تأکید بر برنامه‌ریزی روستایی، شهری و گردشگری، چاپ اول، تهران، انتشارات جهاد دانشگاهی.
۵. رضوانی، محمدرضا و فاطمه عزیزی (۱۳۹۱). «چالش‌های بیمه اجتماعی روستاییان و عشایر در کشور»، رفاه اجتماعی، ۱۳(۴۸).
۶. رضوانی، محمدرضا و محمد کوچکی (۱۳۹۶). «تحلیل آثار بیمه اجتماعی کشاورزان، روستاییان و عشایر بر امنیت اجتماعی و احساس تعلق جامعه روستایی (مورد مطالعه: روستاهای شهرستان بدره - استان ایلام)»، پژوهش‌های جغرافیای انسانی، ۴۹(۲).
۷. شفیعی‌زاده، حمید (۱۳۹۰). «ارائه مدلی برای نهادینه‌سازی بیمه اجتماعی در بین روستاییان شهرستان کبودرآهنگ»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده کشاورزی، دانشگاه زنجان.
۸. شفیعی‌زاده، غلامرضا مجردی و اسماعیل کرمی دهکردی (۱۳۹۱). «عوامل موثر بر نهادینه‌سازی بیمه اجتماعی در روستاهای شهرستان کبودرآهنگ»، پژوهش‌های روستایی، ۱۲(۴).
۹. صندوق بیمه اجتماعی کشاورزان، روستاییان و عشایر (۱۳۹۸). «گزارش عملکرد صندوق بیمه اجتماعی کشاورزان، روستاییان و عشایر در شهرهای زیر بیست هزار نفر کشور»، کارگروه امور کلان، راهبردی و آینده‌پژوهی.

۱۰. فیتزپاتریک، تونی (۱۳۸۱). نظریه رفاه: سیاست اجتماعی چیست؟، ترجمه هرمز همایون پور، تهران، انتشارات مؤسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی و گام نو.

۱۱. مریدی، سیاوش (۱۳۸۴). «مبانی نظری و تجارب جهانی تأمین اجتماعی روستاییان، پیشینه تأمین اجتماعی و تجربه ۶ کشور برگزیده در زمینه تأمین اجتماعی روستاییان»، فصلنامه تأمین اجتماعی، ۷(۲۱).

۱۲. ورمزیاری، حجت و مصطفی مرادی (۱۳۹۶). «واکاوی موانع توسعه بیمه اجتماعی کشاورزان، روستاییان و عشایر در شهرستان کرمانشاه»، فصلنامه رفاه اجتماعی، ۱۷(۶۶).

۱۳. وصالی، سعید و رضا امیدی (۱۳۹۳). «سیاست‌گذاری اجتماعی: زمینه‌ها و رویکردها»، فصلنامه برنامه‌ریزی و بودجه، ۱۹(۱).

14. Blank, F. (2019). "The State of the German Social Insurance State", *Reform and Resilience*, 54(3).
15. Devereux, S. et al. (2017). "The Targeting Effectiveness of Social Transfers!", *Journal of Development Effectiveness*, Vol. 2.
16. Dey, B., B. Bairge, B. Sarker and S. Sanyal (2012). "A MOORA Based Fuzzy Multi-criteria Decision Making Approach for Supply Chain Strategy Selection", *International Journal of Industrial Engineering*, 3(4).
17. ENASP (2018). "The Social Protection for Rural Populations of Europe", European Network of Agricultural Social Protection Systems.
18. FAO (2015). "The State of Food and Agriculture 2015 (Food and Agricultural Organization)", *Social Protection and Agriculture: Breaking the Cycle of Rural Poverty*, FAO, Rome.
19. Hees, P. and J. Siciliano (1996). *Management Responsibility for performance*, New York: McGraw- Hill.
20. Huang, Xian and Qin Gao (2018). *Does Social Insurance Enrollment Improve Citizen Assessment of Local Government Performance? Evidence from China*, Social Science Research.
21. ILO (2010). *World Social Security Report 2010-2011*, International Labour Office, Geneva.
22. Judge, D. (2003). "Legislative Institutionalization: A Bent Analytical Arrow?", *Government and Opposition*, Vol. 8.
23. Koh, K. and H. Yang (2019). "Social Insurance in an Aging Population: Impacts of a Government Transfer Program in South Korea", *Economic Development and*

24. Laiglesia, Juan R.de (2011). "Coverage Gaps in Social Protection: What Role for Institutional Innovations?", Paper Prepared for the International Conference on Social Cohesion and Development Paris.
25. Mkandawire, T. (2007). "Transformative Social Policy and Innovation in Developing Countries", *The European Journal of Development Research*, 19(1).
26. Orbiz, I. (2007). "Social Policy, Department for Economic and Social Affairs (Undesa)", United Nations.
27. Rodrigo, M.J. and S. Byrne (2011). "Social Support and Personal Agency in At-Risk Mothers", *Psychosoc Interv*, Vol. 20.
28. Russell, J.W. (2011). *Double Standard Social Policy in Europe and the United States*, Rowman and Littlefield Publishers, INC., Second Edition.
29. Smith, Bruce L. (2003). *Public Policy and Public Participation: Engaging Citizens and Community in the Development of Public Policy*, Health Canada.
30. Valli, Elsa (2018). "Targeting of Social Protection in 11 Ethiopian Villages", United Nations Children's Fund (UNICEF).
31. World Bank (2015). *The State of Social Safety Nets 2015*, World Bank, Washington D.C.
32. Zarei, Mehdi and Abdolnaser Shojaei (2015). "Analysis of Key Factors Influencing People's Willingness to Join the Social Insurance Fund for Farmers, Villagers and Nomads", *Indian Journal of Fundamental and Applied Life Sciences*, Vol. 5.
33. Zurlo, K.A., H. Hu and C.C. Huang (2014). "The Effects of Family, Community, and Public Policy on Depressive Symptoms among Elderly Chinese", *J. Sociol. Soc. Work*, Vol. 2.