

# تحلیل تطبیقی سطح گسترش و پذیرش سیاست های حوزه بیمه اجتماعی در ایران

تاریخ ارسال: ۱۳۹۹/۱۰/۲۶

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۸/۱۱

## چکیده

بیمه اجتماعی از مهم ترین برنامه های تحقق سیاست های اجتماعی به منظور فراهم نمودن امنیت اجتماعی-اقتصادی افراد در دوران سالمندی و از کارافتادگی است. پژوهش حاضر به دنبال تحلیل تطبیقی استان های کشور از نظر سطح جامعه پذیری بیمه اجتماعی در میان ساکنین شهرهای زیر بیست هزار نفر کشور بوده است. به لحاظ روش شناسی، نوع تحقیق کاربردی و ماهیت آن، توصیفی-تحلیلی بوده و جامعه آماری تحقیق نیز، تعداد ۹۰۳ نقطه شهری کمتر از بیست هزار نفر جمعیت بوده است. مبنای تحلیل داده ها، مستندات و اطلاعاتی است که از اداره کل آمار، فناوری اطلاعات و محاسبات بیمه ای صندوق بیمه اجتماعی کشاورزان، روستاییان و عشایر اخذ شده و روش مورد استفاده برای تحلیل داده ها در مرحله نخست، بهره گیری از دو شاخص ضریب نهادینگی بیمه اجتماعی و شاخص جامعه پذیری از نظر ضریب نفوذ بیمه ای بوده است. در گام بعدی، به منظور تحلیل جامع و دستیابی به رویکردی کلی نگر، شاخص کلی جامعه پذیری بیمه اجتماعی که تلفیقی از ضریب نفوذ بیمه ای، نسبت بیمه شدگان غیر فعال، نسبت بیمه شدگان شهرهای زیر بیست هزار نفر به کل بیمه شدگان و ضریب نهادینگی است، در چارچوب تکنیک مولتی مور<sup>۱</sup> مورد بررسی قرار گرفت. یافته های تحقیق نشان داد که به دلیل تعداد محدود کارگزاری ها و مکان گزینی غیر متوازن آن ها، ضریب نهادینگی بیمه اجتماعی ۴۶/۶ درصد بوده و جامعه پذیری آن نیز به دلایلی همچون دسترسی نامطلوب، ضعف آگاهی و اطلاع رسانی و ضعف آموزشی و عملکردی کارگزاری ها، ۳/۱ درصد بوده است. همچنین نتایج شاخص کلی جامعه-پذیری بیمه اجتماعی نشان داد که استان همدان با ضریب  $U_i = 0/0003367$ ، از بالاترین میزان مطلوبیت و بیشترین سطح جامعه پذیری بیمه اجتماعی در سطح شهرهای زیر بیست هزار نفر برخوردار بوده و در پایین ترین سطح نیز، استان خوزستان با ضریب  $U_i = 0/0000027$  قرار گرفته است. در این راستا مهم ترین پیشنهادها ارائه شده، استقرار حداقل یک کارگزاری در هر شهر زیر بیست هزار نفر و گسترش تبلیغات، آگاهی بخشی و اطلاع رسانی به جامعه مخاطب می باشد.

**واژه های کلیدی:** سیاست های اجتماعی، رفاه اجتماعی، بیمه اجتماعی، بیمه روستایی، بیمه اجتماعی روستاییان و عشایر.

مسائل، محدودیت ها و دشواری هایی که به شیوه های گوناگون، جوانب زندگی انسان ها را تحت تأثیر قرار داده، مدیران، برنامه ریزان و همچنین اقشار مختلف اجتماعی را بر آن داشته که برای مواجهه نظام مند با این تنگناها، چاره جویی کنند. در این راستا، تصمیم های کلی که برای از میان برداشتن مسائل پیش رو توسط دولتمردان اتخاذ می شود، سیاست هایی محسوب می شوند که هدف آن ها، تحول در وضع موجود و به تعبیری، گذار از شرایط موجود به وضعیت مطلوب می باشد. با توجه به اینکه بخش عظیمی از دغدغه ها و مشکلات فراروی جوامع گوناگون، مربوط به مسائل اجتماعی است، مهم ترین تدابیر و سیاست هایی که توسط دولت ها برای ایجاد تحول در جامعه مدنظر قرار می گیرد، سیاست های اجتماعی می باشند. سیاست های بیمه اجتماعی به عنوان بخشی از سیاست های چندجانبه اجتماعی، اقدامی سیاسی در راستای برقراری نظم اجتماعی و ایجاد تحول بنیادین در شرایط نامناسب و پیچیده اجتماعی می باشد که پس از جنگ جهانی دوم، به عنوان یک موضوع آکادمیک و هم زمان با افزایش گرایش ها به دولت رفاه، در دانشگاه های انگلیس مورد توجه قرار گرفت. در ابتدا، این موضوع از سوی ویلیام بورجیج<sup>۱</sup> با تأکید بر پنج مولفه مسکن، سلامت، فقر، آموزش و بیکاری در مورد کل جامعه مطرح شد. امروزه نظام سیاست اجتماعی، طیف وسیعی از خدمات و تسهیلات را در بر می گیرد که اهدافی از جمله محدودیت زدایی، برقراری عدالت اجتماعی، رفاه عمومی و سیاست های فقرزدا را دنبال می کند. حمایت اجتماعی یک مفهوم چند بعدی است که خانواده، نهاد اجتماعی و دولت، سه رکن اصلی آن به شمار می روند (Rodrigo and Byrne, ۲۰۱۱, Zorlo et al, ۲۰۱۴).

اقدامات حمایتی و رفاهی در اغلب جوامع، در قالب نظام جامع تأمین اجتماعی اجرایی می شود. تأمین اجتماعی که ترکیبی از بیمه اجتماعی و امنیت اجتماعی است، سیستمی جامع بوده که بخش هایی از جامعه را در برابر حوادث طبیعی و تغییرات اقتصادی و اجتماعی مورد انتظار یا پیش بینی نشده، تحت پوشش حمایتی خود قرار می دهد. بر اساس ماده ۲۲ اعلامیه جهانی حقوق بشر، هر فردی به عنوان عضوی از جامعه، حق برخورداری از امنیت اجتماعی را دارد و برخورداری از امنیت در شرایط بیکاری، بیماری، معلولیت، بیوگی، پیری یا از کار افتادگی، یک مزیت اجتماعی محسوب می شود (Laiglesia, ۲۰۱۱). در ایران نیز، ماده ۲۹ قانون اساسی بیان می دارد که حق دسترسی به امنیت اجتماعی برای عموم، وظیفه دینی و ملی و ضرورت غیرقابل انکار برای بخش هایی از جامعه می باشد (Zarei and Shojaei, ۲۰۱۵: ۷۰۲). حفاظت و حمایت اجتماعی به ویژه در مناطق محروم کشورهای در حال توسعه و فقیر در قالب بیمه اجتماعی در حال افزایش است (FAO, ۲۰۱۵. Word Bank, ۲۰۱۵). اکثر کشورهای جهان دارای نوعی از سیستم بیمه اجتماعی مبتنی بر مشارکت می باشند، اما تعداد معدودی از آن ها از سیستم جامع تأمین اجتماعی برخوردارند (ILO, ۲۰۱۰). یکی از مباحث اساسی در راه اندازی نظام جامع تأمین اجتماعی مبتنی بر ارائه خدمات بیمه ای، تلاش برای هدفمندسازی سیاست های بیمه ای (Devereux, ۲۰۱۷) و کاهش فقر از طریق جامعیت نظام حمایتی، هدف قرار دادن اقشار بی بضاعت و نیازمند (Valli, ۲۰۱۸)، متنوع نمودن خدمات پوشش بیمه ای و تحت پوشش قرار دادن طیف گسترده تری از طبقات اجتماعی - اقتصادی جامعه می باشد (Huang and Gao, ۲۰۱۷). مناطق روستایی و شهرهای کوچک به دلیل شرایط ویژه زیستی و خصیصه های متمایز اجتماعی - اقتصادی، پایین بودن سطح درآمدی و آسیب پذیری فعالیت های معیشتی آن ها، بیشتر از هر گروه اجتماعی دیگر، نیازمند بهره مندی از خدمات بیمه ای هستند. این خدمات بایستی به گونه ای باشد که امنیت اقتصادی و اجتماعی آن ها را تا حدودی تأمین نماید. امنیت اجتماعی که به صلح اجتماعی و افزایش اعتماد به نفس منتج می شود، نیازمند

۱. William Burridge

نوعی مشارکت جمعی است که از طریق آگاهی‌بخشی و افزایش شناخت مردم از مزایای بهره‌مندی از پوشش بیمه‌ای حاصل خواهد شد (Enasp, ۲۰۱۷).

ساکنین 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، از آسیب‌پذیری نسبتاً بیشتری برخوردار هستند و همین عامل، ضرورت برخورداری آن‌ها از پشتوانه مالی قابل اتکا برای دوران سالخوردگی و ناتوانی را مضاعف می‌کند. این بایستگی‌ها و الزامات، موجبات تصویب قانون نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی را فراهم نمود و در پی آن، در راستای عمل به اصل ۲۹ قانون اساسی و تحقق اصل عدالت اجتماعی، صندوق بیمه اجتماعی کشاورزان، روستاییان و عشایر، تشکیل شده و ساکنین سکونتگاه‌های یاد شده را تحت پوشش خدمات بیمه اجتماعی قرار داده است (شفیعی زاده، ۱۳۹۰: ۲۷). شهرهای زیر بیست هزار نفر در ایران (تعداد ۹۰۳ شهر)، بیش از دوسوم تعداد کل شهرها را در بر گرفته و از نظر جمعیتی نیز، با ۵۹۷۹۴۲۹ نفر، ۱۰/۱ درصد کل جمعیت شهری کشور را در بر گرفته‌اند. این شهرها به لحاظ سلسله‌مراتب سکونتگاهی، در پایین‌ترین سطح فضایی قرار داشته و جزو شهرهای کوچک محسوب می‌شوند. شهرهای یاد شده 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 قابل توجهی از شهرهای زیر بیست هزار نفر به ویژه شهرهای واقع در مناطق دور افتاده، جزو شهرهای محروم و کم‌برخوردار بوده و ساکنین آن‌ها، از امنیت اجتماعی-اقتصادی چندانی برخوردار نبوده و به تبع آن، به دلیل اشتغال ناپایدار و درآمد پرنوسان، از پشتوانه مالی قابل اتکایی برای دوران سالمندی برخوردار نیستند. با توجه به اینکه صندوق بیمه اجتماعی کشاورزان، روستاییان و عشایر، ساکنین شهرهای زیر بیست هزار نفر را به عنوان یکی از مهم‌ترین جوامع مخاطب خود برای گسترش چتر پوشش بیمه اجتماعی و توانمندسازی و محرومیت‌زدایی آن‌ها مورد توجه قرار داده، این پژوهش به دنبال پاسخگویی به این سوال است که وضعیت گسترش و نفوذ بیمه اجتماعی کشاورزان، روستاییان و عشایر در سطح شهرهای زیر بیست هزار نفر کل کشور چگونه است؟ در این راستا، به منظور شناسایی و دستیابی به درک جامع ابعاد مفهومی موضوع و بررسی دیدگاه‌ها و نظریه‌های مرتبط و همچنین بررسی پیشینه مطالعات صورت گرفته، در ادامه، چارچوب نظری تحقیق، تشریح و تبیین خواهد شد.

## ۱. ادبیات موضوع و مبانی نظری

سیاست‌ها، مجموعه تدابیری برای مواجهه مطلوب با مسائل پیش‌رو هستند و عمدتاً توسط دولت‌ها اتخاذ می‌شوند. دلیل عمده اتخاذ سیاست‌ها، وجود مسائل و پیچیدگی‌هایی است که ابعاد مختلف زندگی انسان‌ها را تحت تأثیر قرار داده‌اند. گزینش یک سیاست مطلوب، نیازمند صرف زمان، هزینه و بهره‌گیری بهینه از منابع می‌باشد. سیاست‌هایی که دغدغه‌های اجتماعی را برطرف نموده و موانع و محدودیت‌های اجتماعی را از میان بردارند، مقبولیت و مشروعیت سیاستگذاران را میان گروه‌های مختلف اجتماعی ارتقاء 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 می‌باشند. این سیاست‌ها به عنوان 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 به کار می‌گیرند. سیاست‌های اجتماعی از این جهت که به حمایت سیاسی از شهروندان و ارتقاء سرمایه انسانی و همچنین رونق اشتغال می‌پردازند، در ارتقای شاخص‌های اقتصادی بسیار موثر بوده و قادر خواهند بود با پیوند دادن حلقه‌های توسعه انسانی و توسعه اقتصادی، در بلندمدت با تقویت تقاضای داخلی و ایجاد جوامع منسجم، به نفع عموم جامعه باشند (Orbiz, ۲۰۰۷؛ Mkandawire, ۲۰۰۷). 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 بحث در رابطه با اهداف و ابعاد مفهومی سیاستگذاری اجتماعی مطرح می‌شود، بر تحول‌گرایی و مطلوبیت سیاست‌های اجتماعی تاکید دارد. در این نوع سیاست‌ها، نکته حائز اهمیت این است که همه اقشار و گروه‌ها، به عنوان 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 قراردادن منافع عموم مردم و توجه به اصل عدالت‌گستری می‌باشد. به همین دلیل سیاستگذاری اجتماعی در گام نخست، 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.

فیتزپتریک (۱۳۸۱)، درونمایه اصلی سیاست اجتماعی را تأکید آگاهانه بر تحول اجتماعی می‌داند و از آن به عنوان روندی نام می‌برد که از طریق آن، رفاه یا بهزیستی جامعه به حداکثر می‌رسد. از دیدگاه تاج‌مزیبانی و همکاران (۱۳۹۶)، هدف سیاستگذاری اجتماعی، حداکثر نمودن فرصت‌های مردم برای داشتن یک زندگی خوب است. جوردن<sup>۱</sup> (۲۰۱۰) و (۲۰۱۳) معتقد است که سیاستگذاری اجتماعی باید در جستجوی قوانین، سازمان‌ها و ساختارهایی برای حفظ روابط متقابل و انسجام در میان جمعیت باشد. به طور کلی، سیاست مناسب اجتماعی سیاستی است که از سوی جامعه پذیرفته شود و به واسطه آن، شهروندان و گروه‌های ذی‌نفع احساس کنند که تصمیمات سیاسی، ارزش‌های مهم آن‌ها همچون انصاف و برابری، سازگاری، عدالت و مانند آن را منعکس می‌کند. سیاست مطلوب بایستی از حیث سیاسی ماندگار باشد. بدین معنا که به اندازه کافی جامعه هدف را پوشش دهد، عمیق و از حمایت جمعی برخوردار باشد و از نظر تکنیکی، صحیح و با معیارهای تکنیکی و عملی ایجاد شده برای حمایت از آن، مطابقت داشته باشد (Smith, ۲۰۰۳, ۱۱).

از مهم‌ترین ویژگی‌های سیاست مطلوب اجتماعی، محوریت قراردادن منافع عموم مردم و توجه به اصل عدالت‌گستری می‌باشد. به عبارت دیگر، جامعه‌پذیری و مقبولیت سیاست‌های اجتماعی و رفاهی در میان جامعه مخاطب، از الزامات سیاستگذاری است. جامعه‌پذیری فرآیندی است که افراد هنجارها و رویه‌های جامعه را می‌پذیرند و نهادینه می‌کنند. از عناصر کلیدی در جامعه‌پذیری سیاست‌های رفاهی می‌توان به "درجه نهادینگی" اشاره نمود. نهادینه‌سازی یا نهادینه کردن، به معنای قانونمند کردن کنش‌های اجتماعی بر مبنای قواعد رسمی در جهت به وجود آوردن انگاره‌های پایدار می‌باشد (سلمان زاده و همکاران، ۱۳۸۹). نهادینه‌سازی فرایندی است که طی آن، سازمان‌ها و رویه‌ها ارزش و ثبات به دست خواهند آورد (Judge, ۲۰۰۳). در این راستا، بیمه‌های اجتماعی به عنوان یکی از مهم‌ترین زیربخش‌های سیاست‌های اجتماعی، نیازمند نهادینه‌سازی و به دنبال آن، افزایش میزان جامعه‌پذیری در میان جامعه هدف می‌باشند.

در ایران، یکی از اقدامات برجسته در زمینه سیاست های اجتماعی حوزه بیمه ای، اجرای قانون بیمه اجتماعی روستاییان و عشایر در چارچوب قانون نظام جامع رفاه اجتماعی بوده است (رضوانی و کوچکی، ۱۳۹۶: ۴۴۶). صندوق بیمه اجتماعی کشاورزان، روستاییان و عشایر از سال ۱۳۸۴ به طور رسمی آغاز به فعالیت نموده و به منظور تسهیل در پیشبرد اهداف صندوق، در مراکز استان ها، مدیران استانی و در سطح شهرها و روستاهای هر استان، کارگزاری هایی مستقر شده اند که به واسطه آن ها، خدمات بیمه ای به جامعه مخاطب ارائه می شود. بر اساس آخرین دستورالعمل صندوق، ساکنین روستاها، مناطق عشایری، کشاورزان غیر ساکن روستاها، شاغلان فصلی و ساکنین شهرهای زیر بیست هزار نفر، رانندگان حمل بار و مسافر برون شهری و کارکنان مراکز و شرکت های وابسته به سازمان نظام مهندسی کشاورزی و منابع طبیعی و نظام دامپزشکی، به شرط قرارگیری در محدوده سنی ۱۸ تا ۵۰ سال و عقد قرارداد مشارکت در پرداخت حق بیمه در یکی از کارگزاری ها، تحت پوشش بیمه اجتماعی قرار خواهند گرفت. یکی از مهم ترین جنبه های حمایتی دولت از بیمه شدگان صندوق، پرداخت دو سوم حق بیمه آن ها می باشد. این سیاست، اقدام شایسته ای از سوی دولت برای رفع محدودیت ها و برقراری عدالت اجتماعی در مناطق محروم کشور از جمله شهرهای زیر بیست هزار نفر به شمار می رود (صندوق بیمه اجتماعی کشاورزان، روستاییان و عشایر، ۱۳۹۷). علیرغم مطلوبیت این سیاست، برای تبدیل بیمه اجتماعی به یک واقعیت نهادینه شده در جامعه، توجه به دو راهکار مهم، الزامی است؛ نخست باورسازی، که از طریق اطلاع رسانی و افزایش آگاهی در مورد آن به دست می آید. دوم توجه به نهادسازی است، زیرا حمایت های اجتماعی در قالب نهادها، سازمان ها و تشکیلات قانونی، جنبه عینی به خود می گیرند.

بازیگران عرصه سیاستگذاری اجتماعی، بر اساس دو رویکرد دولت محوری و جامعه محوری، در جهت دهی به نوع و ماهیت سیاست ها، دارای اولویت های فکری مجزا و نگرش های متفاوتی هستند. به طوری که هر گروه، بر اساس ایدئولوژی و منافع که دنبال می کند، دیدگاه متمایزی در مورد ماهیت، ساختار، فرایند و چگونگی تحلیل سیاست های اجتماعی دارد. نظریه پردازان دیدگاه لیبرال، بر مهارت آموزی و ارتقای فرصت های آموزشی در مواجهه با مسائل متعدد اجتماعی تاکید دارند. امیل دورکیم؛ از نظریه پردازان این دیدگاه، ترویج نظم اجتماعی را راهکاری برای جلوگیری از تجزیه اجتماعی برشمرده و مخالف حاکمیت نظام سرمایه داری در حل محدودیت های اجتماعی می باشد. وی معتقد است که تمامی گروه های اجتماعی رسمی و غیررسمی، در تدوین و اجرای سیاست های اجتماعی، تأثیرگذار و ذینفع می باشند. از این رو به نوعی تقسیم کار در برخورد با دغدغه های اجتماعی تاکید دارد (Russell, ۲۰۱۱: ۳۰). در جوامع محافظه کار، در عین محوریت قرار دادن باورها و سنت های دیرینه، به حمایت اجتماعی در ابعاد مختلف توجه می شود، اما در این جوامع، با توجه به پویایی مسائل اجتماعی و ظهور محدودیت های جدید و پیچیده در گذر زمان، سیاستگذاری اجتماعی، روزآمد نبوده و فرایندها و اصول آن، خالی از نوآوری و واکنش زود هنگام می باشد. به همین دلیل، تنگناها و معضلات اجتماعی در زنجیره ای قرار می گیرند که به دلیل عدم سیاستگذاری مطلوب، از "دغدغه اجتماعی" تبدیل به "مسئله اجتماعی" شده و عدم واکنش مناسب نسبت به مسئله موجود، باعث پدیدار شدن "مشکل" بزرگ تر شده، که در پی آن، "معضل اجتماعی" ظهور خواهد یافت. نگرش سوسیالیستی، به آرمان ها و اهداف نهایی سیاستگذاری اجتماعی؛ یعنی برابری حداکثری میان افراد و گروه های مختلف اجتماعی تاکید دارد و مالکیت و مشارکت جمعی را که به واسطه آن، منافع و برتری های فردی نادیده گرفته می شود، تأیید می نماید. سیاست های اجتماعی و رفاهی دولت هایی که ساختار حاکمیتی آن ها دارای گرایش های سوسیالیستی است، مخالف اقداماتی همچون سپردن امور به بخش خصوصی و اقتصاد بازار هستند. نگرش ذهنی مبتنی بر دیدگاه سوسیال دموکراسی نسبت به سیاست های اجتماعی، گریزی است از جنبه های نامطلوب دو دیدگاه لیبرالیستی و سوسیالیسم مارکسیستی و نگرشی اعتدال گرایانه نسبت به جنبش های سرمایه داری. در رویکرد سوسیال دموکراسی، نقش دولت

ها در فرآیند سیاستگذاری اجتماعی، برجسته می باشد. در ایران، روند سیاستگذاری اجتماعی در حوزه بیمه ای، رویکردی دولت محور داشته، اما با تحولاتی که در قوانین و اهداف بیمه اجتماعی صورت گرفته، زمینه های گذار آن به سوی جامعه محوری فراهم شده است. همچنین به دلیل مشارکتی شدن پرداخت حق بیمه، گرایش به دیدگاه لیبرالی از سوی سیاستگذاران و مدیران بیشتر شده است.

به منظور درک و اشراف گسترده تر از موضوع پژوهش و همچنین در راستای شناخت و آگاهی از روش شناسی و نتایج تحقیقات مشابه موضوع تحقیق حاضر، برخی از مهم ترین پژوهش های خارجی و داخلی مورد بررسی قرار گرفتند که به مرور مهم ترین نتایج این تحقیقات پرداخته خواهد شد.

گه و یانگ<sup>۱</sup> (۲۰۱۹) پژوهشی تحت عنوان " بیمه های اجتماعی در جمعیت سالخورده: تأثیرات برنامه انتقال دولت در کره جنوبی " به انجام رسانده اند. در این پژوهش، تأثیر بیمه جدید اجتماعی بر کیفیت زندگی افراد سالخورده، نیروی کار و همچنین کمک های مالی فرزندان به والدین خود، ارزیابی شده است. نتایج نشان داده که با تحت پوشش قرار گرفتن افراد سالمند در بیمه های اجتماعی، نیاز آن ها به دریافت کمک های نقدی از فرزندان کاهش یافته و سطح کیفی زندگی آن ها تا حدودی ارتقاء یافته است (گه و یانگ، ۲۰۱۹). بلانک<sup>۲</sup> (۲۰۱۸)، پژوهشی با عنوان " وضعیت بیمه های اجتماعی دولت آلمان؛ اصلاح و انعطاف پذیری " به انجام رسانده که در آن بر نقش موثر بیمه های اجتماعی در نظام رفاهی این کشور تاکید نموده است. وی ضمن ارزیابی تحولات بیمه اجتماعی آلمان، معتقد است که تحولات صورت گرفته در ساختار بیمه اجتماعی اغلب در چهار بخش بودجه، پوشش، مزایا و حاکمیت انجام پذیرفته و تاکید می کند که بیمه های اجتماعی از نظر ساختاری، دست نخورده باقی مانده و پیوند میان فعالیت- رفاه به عنوان زمینه اصلی رفاه اجتماعی تفسیر شده است (بلانک، ۲۰۱۸).

ورمزیاری و مرادی (۱۳۹۶) در مطالعه ای به "واکاوی موانع توسعه بیمه اجتماعی کشاورزان، روستاییان و عشایر در شهرستان کرمانشاه" پرداخته اند. یافته ها نشان داده که پنج مقوله محوری تحت عنوان موانع ساختاری، موانع اجرایی، موانع اقتصادی، موانع اجتماعی- فرهنگی و موانع انگیزشی و یک مقوله اساسی با عنوان موانع اساسی توسعه بیمه اجتماعی کشاورزان، روستاییان و عشایر در شهرستان کرمانشاه مطرح بوده اند. بر اساس نتایج، موانع ساختاری به عنوان مانع کلیدی توسعه بیمه اجتماعی مطرح بوده و این مشکل بر گرفته از مفاهیمی شامل ضعف ضوابط، سازماندهی نامناسب نیروی کار روستایی و عشایری و پوشش ناکافی خدمات می باشد. ابراهیمی (۱۳۹۴) در مطالعه ای تحت عنوان "ارزشیابی عملکرد صندوق بیمه اجتماعی روستاییان و عشایر در شهرستان خرم آباد" دریافته است که عملکرد صندوق بیمه اجتماعی کشاورزان، روستاییان و عشایر در حد متوسط و بالاتر بوده و بیشترین اولویت به ترتیب متعلق به اهداف مشترک، اهداف مرتبط با از کار افتادگی، فوت و بازنشستگی می باشد. اهدافی که بیشتر از سایر هدف ها محقق شده اند به ترتیب اولویت عبارت بوده اند از برخورد مناسب کارگزاری با ارباب رجوع، سهولت در رسیدگی به امور توسط کارگزار، مبلغ حق بیمه مناسب و سهولت در وصول مستمری از کار افتادگی. همچنین نتایج نشان داده که بیمه اجتماعی باعث افزایش رضایت از زندگی، افزایش امید به آینده و اعتقاد به زندگی شایسته در دوران ناتوانی می باشد.

شفیعی زاده و همکاران (۱۳۹۱) در مقاله ای تحت عنوان " عوامل موثر بر نهادینه سازی بیمه اجتماعی در روستاهای شهرستان کبودرآهنگ " دریافته اند که مهم ترین عوامل موثر بر نهادینه سازی بیمه اجتماعی در قالب سه عامل شناختی- هنجاری، فرهنگی- اجتماعی و تنظیمی دسته بندی می شود. بر اساس یافته ها، در این تحقیق پیشنهاد

<sup>۱</sup> . Koh and Yang

<sup>۲</sup> . Blank

شده که صندوق بیمه اجتماعی روستاییان به ایجاد آگاهی در ارباب رجوع توجه نماید و با بهره گیری از ظرفیت گسترده رسانه ها و توان فنی کارگزاران، بستر اطلاع رسانی مناسب و فراگیر را برای جامعه هدف فراهم سازد.

در جمع بندی پیشینه پژوهش های صورت گرفته در رابطه با موضوع تحقیق حاضر می توان گفت که در اغلب پژوهش ها، نگرشی یکجانبه و تک شاخصی به مقوله پذیرش بیمه اجتماعی در میان روستاییان وجود داشته و در بیشتر موارد، به جنبه های مثبت بهره گیری از پوشش بیمه اجتماعی و به طور کلی، آثار مثبت گرایش به سوی عضویت در بیمه اجتماعی توجه شده است. در پژوهش حاضر علاوه بر برشمردن مزیت ها و منافع گسترش چتر پوشش بیمه اجتماعی، به عوامل و موانع پیش روی توسعه ضریب نفوذ بیمه اجتماعی و همچنین تعریف و تدوین شاخص های جدید ارزیابی سطح پذیرش و گسترش این نوع بیمه به صورت تک شاخصی و تلفیقی و همچنین بهره گیری از روش شناسی نوین در جهت رتبه بندی استان ها به عنوان جنبه های نوآورانه و متمایز از سایر پژوهش ها و تحقیقات پیشین توجه و تاکید شده است.

## ۲. روش شناسی

پژوهش حاضر با توجه به اینکه میزان جامعه پذیری بیمه اجتماعی را در سطح شهرهای زیر بیست هزار نفر نمایان می سازد، از نوع کاربردی و ماهیت آن، توصیفی تحلیلی است. جامعه آماری تحقیق، تعداد ۹۰۳ نقطه شهری زیر بیست هزار نفر بوده و اتکای اصلی تحلیل داده ها، بر اسناد و داده های اخذ شده از واحد آمار، فناوری اطلاعات و محاسبات بیمه ای صندوق بیمه اجتماعی کشاورزان، روستاییان و عشایر می باشد. تجزیه و تحلیل داده های پژوهش حاضر در دو گام صورت گرفت؛ نخست با عنایت به تحقیقات و پژوهش های صورت گرفته، شاخص نهادینگی بیمه اجتماعی (ضریب برخورداری شهرهای زیر بیست هزار نفر از نهاد کارگزاری بیمه اجتماعی) و شاخص جامعه پذیری بیمه اجتماعی بر مبنای معیار ضریب نفوذ بیمه ای در مورد مجموع شهرهای زیر بیست هزار نفر کشور ارزیابی شد. در گام دوم، به منظور ارزیابی جامع و چندجانبه ضریب جامعه پذیری بیمه اجتماعی، از شاخص ترکیبی و تلفیقی ضریب جامعه پذیری کلی که شامل ۴ معیار ضریب نفوذ بیمه ای، نسبت بیمه شدگان غیرفعال، نسبت بیمه شدگان شهرهای زیر بیست هزار نفر به کل بیمه شدگان و ضریب نهادینگی بیمه اجتماعی است، بهره گرفته شد. تکنیک مورد استفاده برای تحلیل داده ها و همچنین مقایسه و رتبه بندی استان ها بر مبنای شاخص کلی جامعه پذیری، روش مولتی موورا بوده و برای وزن دهی به شاخص ها نیز از مدل وزن دهی تخصیص نقطه ای استفاده شده است.

### ۲-۱. تکنیک مولتی موورا

تصمیم گیری، فرایند تعیین اهداف، جمع آوری اطلاعات مرتبط و انتخاب گزینه بهینه و مطلوب می باشد (Hess and Siciliano, ۱۹۹۶). در این میان، یکی از تکنیک هایی که طیف گسترده ای از کاربردها برای تصمیم گیری در شرایط متناقض و پیچیده و همچنین مسائل به هم پیوسته را دارد، تکنیک MULTIMOORA می باشد. انتخاب مکان های بهینه، انتخاب محصولات و تولیدات، انتخاب مکان های در خطر ریسک و هرجایی که احتیاج به تصمیم گیری بهینه داشته باشد، این مدل را می توان به کار برد (Dey et al, ۲۰۱۲: ۶۵۹). تکنیک موورا معیارهای مطلوب و نامطلوب را با هم و هم زمان برای رتبه بندی به منظور انتخاب یک گزینه از میان تمامی گزینه ها به کار می گیرد. این روش با یک ماتریس تصمیم گیری برای نشان دادن عملکرد گزینه های مختلف، با توجه به معیارهای مختلف شروع می شود (Karande and Chakraborty, ۲۰۱۲: ۳۱۸)؛ به نقل از حاجی نژاد و همکاران، (۱۳۹۴). مراحل تحلیل داده ها در این مدل به شرح زیر می باشد:

گام اول: تشکیل ماتریس تصمیم گیری

$$\begin{bmatrix} X_{11} & X_{12} & \dots & \dots & X_{1n} \\ X_{21} & X_{22} & \dots & \dots & X_{2n} \\ \dots & \dots & \dots & \dots & \dots \\ \dots & \dots & \dots & \dots & \dots \\ X_{m1} & X_{m2} & \dots & \dots & X_{mn} \end{bmatrix} \quad \text{تابع (۱):}$$

در این ماتریس،  $X_{ij}$  نشان دهنده مقدار گزینه  $i$  از گزینه  $j$  می باشد. همچنین  $m$  تعداد گزینه ها و  $n$ ، تعداد معیارها می باشد.

گام دوم: نرمالیزه کردن ماتریس تصمیم گیری

به دلیل اینکه تکنیک موراز معیارهای مطلوب و نامطلوب برای رتبه بندی گزینه ها استفاده می کند، بنابراین ماتریس تصمیم گیری دارای بعد می باشد و نمی توان معیارها را با هم مقایسه نمود. از این رو در این مدل، گام مهم و اساسی بعد از تشکیل ماتریس تصمیم گیری، نرمالیزه کردن داده ها می باشد، تا از این طریق معیارهای ارزیابی، بدون بعد شوند و همچنین همه عناصر ماتریس قابل مقایسه باشد. تکنیک مورد استفاده برای نرمالیزه کردن داده ها در این پژوهش، تکنیک بی مقیاس سازی معمولی می باشد. در این روش طبق تابع زیر، هر یک از مولفه های ماتریس تصمیم گیری، بر مجموع مولفه های ستون مربوطه تقسیم می شود.

$$X_{ij}^* = \frac{X_{ij}}{\sum_{i=1}^m X_{ij}} \quad \text{تابع (۲):}$$

در این تابع،  $X_{ij}^*$  مقدار بی بعد شده یا نرمالیزه شده گزینه  $i$  از معیار  $j$  می باشد. این مقدار همیشه بین  $[0$  و  $1]$  است. در اینجا ذکر این نکته لازم است که با استفاده از این روش نرمال سازی، عناصر ماتریس تصمیم گیری بدون در نظر گرفتن مطلوب بودن و نامطلوب بودن آن ها، نرمالیزه می شوند. در این مرحله همچنین باید اقدام به وزن دهی معیارها نمود. به منظور وزن دهی به شاخص ها، پس از تعیین معیارهای ارزیابی، از ۱۵ نفر از مدیران و کارشناسان صندوق بیمه اجتماعی خواسته شد تا شاخص ها را اولویت بندی نموده و در نهایت بر مبنای امتیازهای داده شده، از تکنیک وزن دهی تخصیص نقطه ای برای تعیین وزن نهایی معیارها استفاده شد. طبق این روش، وزن شاخص های ارزیابی در یک طیف عددی مثلا ۱ تا ۱۰۰ در نظر گرفته می شود و وزن استاندارد هر شاخص، از تقسیم آن بر مجموع مقادیر مربوط به کل شاخص ها محاسبه می شود:

$$W_i = \frac{X_i}{\sum X_i} \quad \text{رابطه (۳):}$$

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

برآورد و زاوادیاسکاس به منظور رسیدن به نتایج دقیق تر، مدل موراز را گسترش دادند که باعث شد نتایج این تکنیک، در تصمیم گیری ها بسیار قوی تر و دقیق تر شود. شکل گسترش یافته مدل موراز، به مدل مولتی موراز یا شکل کامل ضربی معروف است. تکنیک مولتی موراز با استفاده از تابع زیر عمل می کند:

$$U_i = \frac{A_i}{B_i} \quad \text{تابع (۴):}$$

$$A_i = \prod_{j=1}^g w_j X_{ij}^* \quad \text{در این معادله:}$$

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

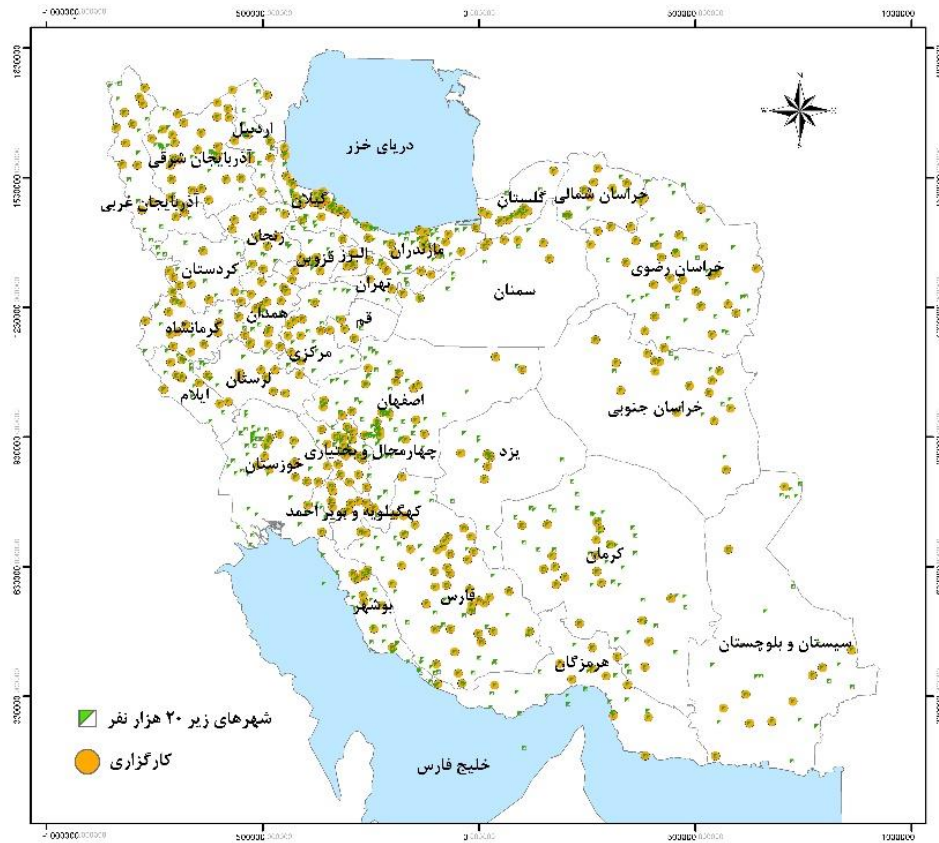


و  $U_i$  معادل درجه سودمندی گزینه  $Z$  است. مقدار درجه سودمندی یا مطلوبیت، بین صفر و یک تغییر می کند، هر چه این ضریب به عدد یک نزدیک تر باشد، نشان دهنده بالا بودن مطلوبیت جامعه‌پذیری بیمه اجتماعی خواهد بود.

### ۳. یافته ها

#### ۳-۱. شاخص نهادینگی بیمه اجتماعی

برای اینکه بیمه های اجتماعی در میان جوامع هدف نهادینه شوند، نیاز به استقرار و اعتمادسازی نهادی دارند. به عبارت دیگر، مستقر نمودن نهادهای مرتبط با بیمه اجتماعی در قالب نمایندگی های استانی و کارگزاری های این نوع بیمه در مراکز شهرستان و همچنین شهرها و سکونتگاه های روستایی و مناطق عشایری، از یک سو موجب دسترسی گروه های هدف به بهره مندی از خدمات بیمه ای می شود و از سوی دیگر، با افزایش اطلاع رسانی و ارتقاء سطح آگاهی افراد نسبت به وجود چنین خدمات و مزایای بیمه ای، گرایش و اعتماد بیشتری برای عضویت در صندوق بیمه اجتماعی شکل خواهد گرفت. بر این اساس، مکان گزینی بهینه کارگزاری ها و برخورداری هر شهر زیر بیست هزار نفر از حداقل یک کارگزاری، گامی موثر در راستای گسترش پوشش بیمه ای و معیاری تعیین کننده برای تعیین سطح نهادینگی بیمه اجتماعی در این شهرها خواهد بود. با توجه به داده های اخذ شده، از تعداد کل شهرهای زیر بیست هزار نفر کشور (۹۰۳ شهر)، ۴۲۱ نقطه شهری از کارگزاری بیمه اجتماعی بهره مند بوده (شکل ۱) که نشان می دهد سطح نهادینگی بیمه اجتماعی در شهرهای یاد شده، ۴۶/۶ درصد بوده و بیش از نیمی از ساکنین شهرهای زیر بیست هزار نفر، دسترسی مطلوبی به کارگزاری نداشته که این شرایط، کاهش اعتماد اجتماعی و پذیرش اجتماعی نسبتاً 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 کارگزاری ها در سطح شهرهای زیر بیست هزار نفر کشور

### ۲-۳. شاخص جامعه پذیری بیمه اجتماعی بر مبنای ضریب نفوذ بیمه ای

مؤلفه های مختلفی در میزان گرایش مردم به عضویت در بیمه های اجتماعی، تعیین کننده هستند. جامعه مخاطب، با در نظر گرفتن امتیازات و منافع که از پوشش بیمه ای منتفع می شود، نسبت به پذیرش یا عدم پذیرش آن تصمیم خواهد گرفت. اما باید توجه داشت که دارا بودن مزایا و منافع، همواره دلیلی بر افزایش سطح جامعه پذیری بیمه های اجتماعی نیست، بلکه معیارهایی همچون استطاعت مالی، آگاهی و اشراف نسبت به خدمات و مزیت های بیمه ای، دسترسی به کارگزاری ها و در مجموع، سطح اعتماد جمعی نسبت به بیمه اجتماعی، در میزان پذیرش بیمه اجتماعی تاثیر قابل توجهی خواهند بود. مواردی که به آن ها اشاره شد، پیشران ها و موانع جامعه پذیری بیمه اجتماعی محسوب می شوند، اما برای تعیین ضریب جامعه پذیری آن، بایستی ضریب نفوذ بیمه اجتماعی را ارزیابی نمود که از طریق سنجش نسبت افراد بیمه شده به جمعیت هدف (۱۸ تا ۵۰ سال) ساکن شهرهای زیر بیست هزار نفر که به صورت بالقوه، قابلیت و شرایط بهره مندی از پوشش بیمه اجتماعی کشاورزان، روستاییان و عشایر را دارند، به دست می آید. براساس یافته ها، در سال ۱۳۹۵، تعداد ۵۹۷۳۰۴۲ نفر در شهرهای زیر بیست هزار نفر کل کشور سکونت داشته اند 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 بوده اند. علیرغم این ظرفیت جمعیتی، فقط ۱۰۰۵۲۲ نفر تا پایان نیمه اول سال ۱۳۹۸ از خدمات بیمه ای صندوق بیمه اجتماعی بهره مند شده اند که نشان می دهد شاخص جامعه پذیری بیمه اجتماعی در این شهرها، ۳/۱ درصد می باشد (جدول ۱). به عبارت دیگر، از هر ۱۰۰ نفری که در شهرهای مورد اشاره

سکونت داشته و شروط سنی و سکونتی بهره مندی از پوشش بیمه اجتماعی را داشته اند، حدود ۳ نفر تحت پوشش قرار گرفته اند که ضریب بسیار پایینی را نشان می دهد.

جدول ۱. شاخص جامعه پذیری 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 ش. زیر ۲۰ هزار	ضریب نفوذ بیمه ای
کل کشور	۵۹۷۳۰۴۲	۲۲۴۸۳۵۰	۵۴/۴	۱۰۰۵۲۲	۳/۱

منبع: محاسبه بر مبنای داده های مرکز آمار ایران و واحد آمار و اطلاعات صندوق بیمه اجتماعی

### ۳-۳. شاخص کلی جامعه پذیری بیمه اجتماعی

همان طور که پیش تر اشاره شد، عوامل و معیارهای متعددی در تعیین سطح جامعه پذیری بیمه اجتماعی دخیل هستند. در پژوهش حاضر به منظور دست یافتن به تحلیلی جامع و درک کلی جامعه پذیری بیمه اجتماعی در میان ساکنین شهرهای کمتر از بیست هزار نفر کشور، از تلفیق چهار شاخص ضریب نفوذ بیمه ای، نسبت بیمه شدگان غیر فعال، نسبت بیمه شدگان شهرهای زیر بیست هزار نفر از کل بیمه شدگان و درجه نهادینگی بیمه اجتماعی بهره گرفته شد.

شاخص ضریب نفوذ بیمه ای، درصدی است از نسبت تعداد بیمه شدگان به کل جامعه هدف و شاخص نسبت بیمه شدگان غیر فعال، درصد بیمه شدگانی را نشان می دهد که نسبت به تمديد قرارداد بیمه ای خود اقدام نکرده و از پوشش بیمه اجتماعی خارج شده اند. همچنین شاخص نسبت بیمه شدگان شهرهای کمتر از بیست هزار نفر از کل، بیانگر تعداد بیمه شدگانی است که از شرایط سنی و سکونتی برخوردار بوده و عضو صندوق شده اند. همچنین شاخص درجه نهادینگی بیمه اجتماعی به سهم شهرهای زیر بیست هزار نفر از کارگزاری های صندوق بیمه اجتماعی اشاره دارد. برای به کارگیری هم زمان شاخص های یاد شده و امکان تحلیل تطبیقی و مقایسه ای استان های کشور به لحاظ شاخص جامعه پذیری کلی، از تکنیک مورا استفاده شد که با توجه به آن در مرحله نخست، ماتریس داده های خام به شرح جدول ۲ ترسیم شد.

جدول ۲. ماتریس داده های خام

استان	ضریب نفوذ بیمه ای	نسبت بیمه شده غیر فعال	نسبت بیمه شدگان ش. 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
چهارمحال و بختیاری	۳/۲	۳۷/۲	۱۴/۲	۵۵/۹

۶۲/۵	۷/۴	۳۱/۴	۳/۶	خراسان جنوبی
۴۶/۴	۴/۸	۴۲/۹	۳/۳	خراسان رضوی
۵۵/۶	۷/۴	۳۲/۶	۷	خراسان شمالی
۲۸/۸	۲/۶	۵۰	۱	خوزستان
۵۸/۸	۴	۳۰	۳/۳	زنجان
۵۲/۳	۱۲/۴	۵۰/۹	۴/۱	سمنان
۳۶/۷	۲/۹	۵۲/۶	۸	سیستان و بلوچستان
۵۲/۲	۸/۳	۴۰/۵	۳/۵	فارس
۵۰	۸	۳۴/۳	۳/۹	قزوین
۸۰	۵/۲	۴۰/۲	۲/۶	قم
۹/۶۱	۲/۷	۴۲/۹	۴/۱	کرمانشاه
۴۰	۳/۱	۲۵/۳	۵/۵	کردستان
۳/۳۳	۴/۴	۶۸/۱	۱/۳	کرمان
۷/۸۵	۷/۵	۵۱/۳	۴/۲	کهگیلویه و بویراحمد
۶۱/۱	۵/۱	۳۶/۹	۲/۹	گلستان
۵۸/۵	۴/۱	۳۹/۴	۱/۷	گیلان
۵۶/۳	۱/۶	۳۹/۹	۳/۴	لرستان
۳۷/۵	۴/۱	۳۹/۸	۲/۵	مازندران
۳۶	۴/۷	۳۰/۸	۲/۷	مرکزی
۳۸/۷	۵/۱	۴۹/۶	۰/۸	هرمزگان
۷۲/۷	۸/۲	۲۸/۹	۹/۴	همدان
۴۲/۹	۸/۶	۳۶	۲/۵	یزد
۲/۱۶۱۶	۴/۱۹۹	۳/۱۲۸۹	۱/۱۰۹	مجموع

در مرحله بعد، به منظور بی بُعد نمودن معیارها و فراهم نمودن پیش‌نیازهای مقایسه استان‌ها با یکدیگر، اقدام به نرمالیزه سازی ماتریس تصمیم‌گیری شد. برای این امر، از تکنیک بی مقیاس سازی معمولی استفاده شد که بر اساس آن، هر یک از مولفه‌های ماتریس تصمیم‌گیری بر مجموع مولفه‌های ستون مربوط به خود تقسیم شد (جدول ۳). این اقدام موجب می‌شود که بتوان در گام بعدی، مطلوب بودن یا نبودن معیارها را در نظر گرفت.

جدول ۳. مقادیر نرمالیزه شده داده ها

استان	ضریب نفوذ بیمه ای	نسبت بیمه شده غیر فعال	نسبت بیمه شدگان ش. 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
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

در مرحله سوم، با در نظر گرفتن اینکه معیارهای چهارگانه تأثیر یکسانی در جامعه‌پذیری بیمه اجتماعی ندارند، از روش وزن دهی تخصیص نقطه ای استفاده شد. در این راستا، معیارهای مشخص شده در اختیار ۱۵ نفر از مدیران و کارشناسان صندوق بیمه اجتماعی قرار گرفت تا میزان اهمیت آن‌ها را نسبت به یکدیگر تعیین کنند. بعد از آن، با استانداردسازی مجموع امتیازات، به واسطه روش یاد شده، اقدام به تعیین وزن نهایی هر معیار گردید که بر مبنای آن، معیار ضریب نفوذ بیمه ای (X<sup>۱</sup>) با ۰/۳۸ درصد بیشترین میزان تأثیرگذاری را در تعیین میزان جامعه‌پذیری بیمه اجتماعی خواهد داشت. بعد از آن به ترتیب، معیارهای نسبت بیمه شدگان شهرهای زیر بیست هزار نفر به کل بیمه شدگان، نسبت بیمه شدگان غیر فعال و درجه نهادینگی بیمه اجتماعی (X<sup>۴</sup>) در رتبه های دوم تا چهارم قرار گرفتند (جدول ۴).

جدول ۴. وزن دهی به معیار ها

وزن استاندارد	وزن اولیه	معیار
۰/۳۸	۳۸	ضریب نفوذ بیمه ای (X <sup>۱</sup> )
۰/۲۳	۲۳	نسبت بیمه شده غیر فعال (X <sup>۲</sup> )
۰/۲۹	۲۹	نسبت بیمه شدگان ش. زیر بیست هزار نفر از کل (X <sup>۳</sup> )
۰/۱	۱۰	درجه نهادینگی بیمه اجتماعی (X <sup>۴</sup> )
$\sum Wi = 1$	۱۰۰	مجموع

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

جدول ۵. ماتریس نرمالزه شده وزنی گزینه ها

استان	ضریب نفوذ بیمه ای (+)	نسبت بیمه شده غیر فعال (-)	نسبت بیمه شدگان ش. 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
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

۰/۰۰۳۳	۰/۰۱۸۰	۰/۰۰۹۱	۰/۰۱۴۳	سمنان
۰/۰۰۲۳	۰/۰۰۴۲	۰/۰۰۹۴	۰/۰۰۲۸	سیستان و بلوچستان
۰/۰۰۳۳	۰/۰۱۲۱	۰/۰۰۷۲	۰/۰۱۲۲	فارس
۰/۰۰۳۱	۰/۰۱۱۶	۰/۰۰۶۱	۰/۰۱۳۶	قزوین
۰/۰۰۴۹	۰/۰۰۷۶	۰/۰۰۷۲	۰/۰۰۹۱	قم
۰/۰۰۳۸	۰/۰۰۳۹	۰/۰۰۷۷	۰/۰۱۴۳	کرمانشاه
۰/۰۰۲۵	۰/۰۰۴۵	۰/۰۰۴۵	۰/۰۱۹۲	کردستان
۰/۰۰۲۱	۰/۰۰۶۴	۰/۰۱۲۱	۰/۰۰۴۵	کرمان
۰/۰۰۵۳	۰/۰۱۰۹	۰/۰۰۹۲	۰/۰۰۸۴	کهگیلویه و بویراحمد
۰/۰۰۳۸	۰/۰۰۷۴	۰/۰۰۶۶	۰/۰۱۰۱	گلستان
۰/۰۰۳۶	۰/۰۰۶۰	۰/۰۰۷۰	۰/۰۰۵۹	گیلان
۰/۰۰۳۵	۰/۰۰۲۳	۰/۰۰۷۱	۰/۰۱۱۸	لرستان
۰/۰۰۲۳	۰/۰۰۶۰	۰/۰۰۷۱	۰/۰۰۸۷	مازندران
۰/۰۰۲۲	۰/۰۰۶۸	۰/۰۰۵۵	۰/۰۰۹۴	مرکزی
۰/۰۰۲۴	۰/۰۰۷۴	۰/۰۰۸۸	۰/۰۰۲۸	هرمزگان
۰/۰۰۴۵	۰/۰۱۱۹	۰/۰۰۵۲	۰/۰۳۲۷	همدان
۰/۰۰۲۷	۰/۰۱۲۵	۰/۰۰۶۴	۰/۰۰۸۷	یزد
۱۰۰۰/۰	۲۹۰۰/۰	۲۳۰۰/۰	۳۸۰۰/۰	مجموع

پس از نرمالیزه سازی وزنی گزینه ها، معیارهای مطلوب (دارای جهت مثبت) و معیارهای نامطلوب (دارای جهت منفی) محاسبه می شوند تا درجه سودمندی گزینه ها یا به عبارتی، مطلوبیت جامعه پذیری بیمه اجتماعی در سطح شهرهای زیر بیست هزار نفر به تفکیک استان، به صورت رتبه بندی شده مشخص شود. با توجه به مثبت بودن شاخص های اول، سوم و چهارم، حاصلضرب این سه شاخص برای هر کدام از استان ها محاسبه و به عنوان معیار مطلوبیت در نظر گرفته شد. همچنین به دلیل اینکه معیار دوم (نسبت بیمه شده غیر فعال) تنها معیار دارای جهت منفی است، داده های 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 حاصلضرب معیارهای مطلوب بر معیارهای نامطلوب محاسبه شد. بنابراین داده های محاسبه شده مربوط به عملکرد مطلوب و غیر مطلوب استان ها در ستون  $U_i$  مشخص شد که بر اساس آن، استان همدان با ضریب  $U_i = 0/003367$  از بالاترین میزان مطلوبیت و بیشترین سطح جامعه پذیری بیمه اجتماعی در سطح شهرهای زیر بیست هزار نفر برخوردار بوده و بعد از آن به ترتیب، استان های آذربایجان شرقی، خراسان شمالی و چهارمحال و بختیاری در در رتبه های بعدی قرار گرفته اند. پایین ترین سطح جامعه پذیری بیمه اجتماعی نیز با ضریب  $U_i = 0/000027$  مربوط به استان خوزستان بوده و پس از آن، استان های سیستان و بلوچستان، کرمان و هرمزگان دارای پایین ترین سطح جامعه پذیری بیمه اجتماعی بوده اند (جدول ۶).

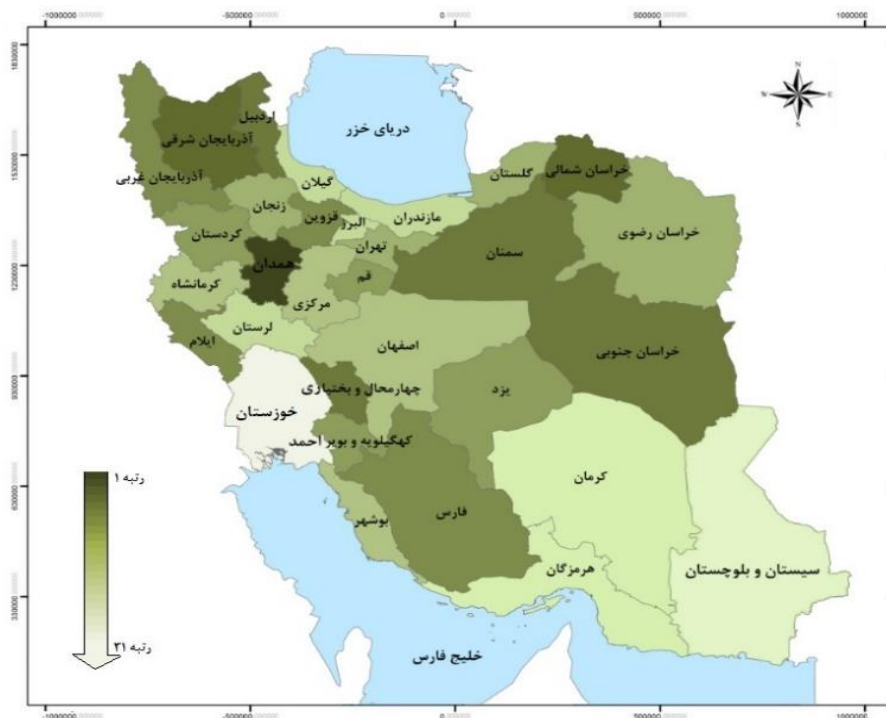
جدول ۶. محاسبه درجه سودمندی گزینه ها و رتبه بندی استان ها

Rank	$U_i$	$B_i$	$A_i$	استان
۱	۰/۰۰۰۰۳۳۶۷	۰/۰۰۵۲	۰/۰۰۰۰۰۱۷۵	همدان
۲	۰/۰۰۰۰۱۶۳۹	۰/۰۰۴۹	۰/۰۰۰۰۰۰۸۰	آذربایجان شرقی
۳	۰/۰۰۰۰۱۵۴۶	۰/۰۰۵۸	۰/۰۰۰۰۰۰۹۰	خراسان شمالی
۴	۰/۰۰۰۰۱۲۱۸	۰/۰۰۶۶	۰/۰۰۰۰۰۰۸۰	چهارمحال و بختیاری
۵	۰/۰۰۰۰۱۰۲۱	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
۲۶	۰/۰۰۰۰۱۳۴	۰/۰۰۷۱	۰/۰۰۰۰۰۰۰۹	لرستان
۲۷	۰/۰۰۰۰۰۸۴	۰/۰۰۶۷	۰/۰۰۰۰۰۰۰۶	البرز
۲۸	۰/۰۰۰۰۰۵۷	۰/۰۰۸۸	۰/۰۰۰۰۰۰۰۵	هرمزگان
۲۹	۰/۰۰۰۰۰۵۰	۰/۰۱۲۱	۰/۰۰۰۰۰۰۰۶	کرمان
۳۰	۰/۰۰۰۰۰۲۹	۰/۰۰۹۴	۰/۰۰۰۰۰۰۰۳	سیستان و بلوچستان
۳۱	۰/۰۰۰۰۰۲۷	۰/۰۰۸۹	۰/۰۰۰۰۰۰۰۲	خوزستان

پراکنش جغرافیایی مطلوبیت جامعه‌پذیری بیمه اجتماعی به گونه ای است که از ۱۰ استان برتر، ۷ استان در نیمه غربی کشور واقع شده اند. استان سیستان و بلوچستان علیرغم درجه بالای محرومیت و لزوم تلاش برای گسترش چتر بیمه ای و فراهم نمودن پشتوانه های مالی و اجتماعی برای ساکنین کم بضاعت آن، علاوه بر انزوا و دورافتادگی جغرافیایی، دچار غفلت، طردشدگی و واپس ماندگی از پوشش خدمات بیمه ای شده است. فارغ از این استان، به طور کلی می توان گفت که توزیع جغرافیایی مطلوبیت جامعه‌پذیری بیمه اجتماعی در سطح کشور، نسبتاً موزون و فراگیر



است، اگرچه باید اذعان نمود که این سودمندی عملکردی در مقایسه و مطابقت استان ها با یکدیگر معنا و مفهوم پیدا می کند. بنابراین اگر ضریب کلی جامعه پذیری را جدا از بحث رتبه بندی استان ها در نظر بگیریم، عدم جامعه پذیری بیمه اجتماعی کشاورزان، روستاییان و عشایر در سطح شهرهای زیر بیست هزار نفر کشور، نمود پیدا می کند (شکل ۲).



شکل ۲. رتبه بندی استان ها به لحاظ مطلوبیت جامعه پذیری بیمه اجتماعی در شهرهای زیر بیست هزار نفر

#### ۴. جمع بندی و نتیجه گیری

با توجه به اهمیتی که سیاست ها و برنامه های بیمه اجتماعی نزد گروه های مختلف دارند، در پژوهش حاضر به بررسی این سیاست ها و سطح جامعه پذیری بیمه اجتماعی کشاورزان، روستاییان و عشایر در میان ساکنین شهرهای زیر بیست هزار نفر پرداخته شد. بررسی ها نشان داد که در حوزه سیاست های کلان، راهبردها و چشم اندازهای مشخصی در قالب اصول قانون اساسی، سیاست های کلی نظام و سند چشم انداز بیست ساله وجود دارد. در حوزه عملیاتی و اجرایی شدن برنامه ها و طرح های مرتبط با سیاست های یاد شده نیز اگرچه با تأخیر، اما از سال ۱۳۸۴ ساختاری قانونی و اجرایی با عنوان بیمه اجتماعی کشاورزان، روستاییان و عشایر شکل گرفته که مهم ترین هدف آن، گسترش چتر پوشش بیمه ای در مناطق محروم به ویژه روستاها، مناطق عشایری و شهرهای زیر بیست هزار نفر بوده است. در پژوهش حاضر با توجه به اینکه تعداد ۹۰۳ نقطه شهری کشور در فهرست شهرهای زیر بیست هزار نفر قرار گرفته، از این رو به بررسی سطح جامعه پذیری بیمه اجتماعی در میان ساکنین این شهرها و مقایسه مطلوبیت عملکردی استان ها در این زمینه پرداخته شد. بر این اساس، یافته ها نشان داد که علیرغم گذشت حدود ۱۵ سال از تأسیس صندوق بیمه اجتماعی، تاکنون پوشش بیمه ای آن در میان جامعه هدف (در اینجا شهرهای زیر بیست هزار نفر)، نهادینه نشده است. به طوری که ۴۲۱ نقطه شهری که بیش از نیمی از شهرهای مورد اشاره را در بر می گیرند، در آن ها کارگزاری

بیمه اجتماعی مستقر نشده، که این مسئله یکی از مهم ترین عوامل عدم سهولت دسترسی ساکنین و همچنین ضعف آگاهی آن ها از وجود چنین خدمات بیمه ای خواهد بود. همچنین بسیاری از ساکنین این شهرها نسبت به کارگزاری های واقع در شهرهای مجاور، اعتماد و اطمینان کافی نداشته و نسبت به سرانجام سرمایه گذاری که انجام می دهند، خوش بین نیستند.

ارزیابی ضریب نفوذ بیمه ای نیز که یکی از مهم ترین سنجه های جامعه پذیری بیمه اجتماعی است، نشان دهنده مقدار بسیار پایین ۳/۱ درصدی می باشد. به عبارت دیگر، از ۳۲۴۸۳۵۰ نفری که در این شهرها سکونت داشته و واجد شرایط سنی بهره مندی از پوشش بیمه اجتماعی بوده اند، تنها ۱۰۰۵۲۲ نفر تحت پوشش بیمه اجتماعی قرار گرفته اند. این در حالی است که محدودیت هایی 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 بهره مندی از پوشش بیمه ای خواهد بود. پایین بودن ضریب نفوذ بیمه ای در این شهرها، این واقعیت را نمایان می سازد که جامعه پذیری بیمه اجتماعی در میان جامعه مخاطب، مستلزم اطلاع رسانی، آگاهی بخشی، ارتقای مهارت های شغلی کارگزاران، گسترش طیف خدمات بیمه ای و مکان گزینی بهینه کارگزاری هاست. پذیرش اجتماعی این نوع بیمه، نیازمند اعتمادسازی است و ایجاد اطمینان و اعتماد در گروه های هدف، مستلزم نهادسازی و تحول ساختاری، مدیریتی و منابع انسانی خواهد بود. در بررسی شاخص کلی جامعه پذیری بیمه اجتماعی، یافته ها نشان داد که اگرچه به طور کلی شرایط نامطلوبی در این زمینه در سطح شهرهای زیر بیست هزار نفر وجود دارد، با این حال، میان استان های مختلف کشور نیز در این رابطه شکاف عمیقی پدیدار شده است، به طوری که طبق رتبه بندی انجام شده با استفاده از روش مولتی موورا، استان های همدان، آذربایجان شرقی و خراسان شمالی دارای بیشترین میزان جامعه پذیری بیمه اجتماعی بوده و استان های خوزستان، سیستان و بلوچستان و کرمان نیز در پایین ترین سطح قرار گرفته اند. با توجه به تحلیل های صورت گرفته می توان گفت که نتایج پژوهش حاضر با نتایج تحقیق ورمزیاری و مرادی (۱۳۹۶) در رابطه با موانع ساختاری، نتایج پژوهش ابراهیمی (۱۳۹۴) در رابطه با ضعف های متنوع کارگزاران و نتایج پژوهش شفيعی و همکاران (۱۳۹۱) از نظر نقش عوامل شناختی - هنجاری، فرهنگی - اجتماعی و تنظیمی در میزان نهادینه سازی بیمه اجتماعی، همسو و هماهنگ می باشد. با توجه به آنچه گفته شد، در مجموع می توان گفت که گسترش ضریب نفوذ بیمه اجتماعی و به تبع آن، افزایش ضریب جامعه پذیری بیمه اجتماعی، در گام نخست مستلزم نهادسازی و در مراحل بعدی، نیازمند اعتمادسازی است. در راستای نتایج به دست آمده، به منظور افزایش سطح جامعه پذیری بیمه اجتماعی در شهرهای زیر بیست هزار نفر کشور، پیشنهاد های زیر ارائه می شود:

- مکان گزینی بهینه کارگزاری ها و استقرار حداقل یک کارگزاری در هر شهر زیر بیست هزار نفر.
- گسترش اعتماد عمومی از طریق تنوع بخشی به خدمات و اطلاع رسانی و آگاهی بخشی به ساکنین.
- آموزش های شغلی و مهارتی کارگزاران در اطلاع رسانی و اقناع ساکنین به منظور ترغیب آن ها به بهره مندی از پوشش بیمه ای.
- توجه به حفظ بیمه شدگان فعلی در عین تلاش برای گسترش چتر بیمه ای از طریق اطلاع رسانی.

## منابع و مآخذ

۱. ابراهیمی، ندا (۱۳۹۴)، ارزشیابی عملکرد صندوق بیمه اجتماعی روستاییان و عشایر (مورد مطالعه: صندوق بیمه اجتماعی شهرستان خرم آباد)، پایان نام کارشناسی ارشد، استاد راهنما: سعید غلامرضایی، دانشکده کشاورزی، دانشگاه لرستان.
۲. بیکر، واین (۱۳۸۲)، مدیریت و سرمایه اجتماعی، ترجمه مهدی الوانی و محمدرضا ربیعی مندجین، تهران، سازمان مدیریت صنعتی.
۳. تاج مزینانی، علی اکبر، غفاری، غلامرضا و باقری، یاسر (۱۳۹۶)، وضعیت زمان، مسئله بودگی و صورت بندی سیاست گذاری اجتماعی (مطالعه موردی: لوایح و طرح های مجلس هشتم و نهم)، فصلنامه برنامه ریزی رفاه و توسعه اجتماعی، ۸(۳۳): ۱-۳۷.
۴. حاجی نژاد، ع.، فتاحی، الف و پایدار، الف. (۱۳۹۴)، کاربرد مدل ها و فنون تصمیم گیری در جغرافیا با تاکید بر برنامه ریزی روستایی، شهری و گردشگری، انتشارات جهاد دانشگاهی، چاپ اول، تهران.
۵. رضوانی، محمدرضا، عزیزی، فاطمه (۱۳۹۱)، چالش های بیمه اجتماعی روستاییان و عشایر در کشور، رفاه اجتماعی، ۱۳(۴۸): ۲۷۱-۳۱۰.
۶. رضوانی، محمدرضا، کوچکی، محمد (۱۳۹۶)، تحلیل آثار بیمه اجتماعی کشاورزان، روستاییان و عشایر بر امنیت اجتماعی و احساس تعلق جامعه روستایی (مورد مطالعه: روستاهای شهرستان بدره- استان ایلام)، پژوهش های جغرافیای انسانی، ۴۹(۲): ۴۴۳-۴۴۵.
۷. شفیع زاده، حمید (۱۳۹۰)، ارائه مدلی برای نهادینه سازی بیمه اجتماعی در بین روستاییان شهرستان کبودرآهنگ، پایان نامه کارشناسی ارشد، استاد راهنما: غلامرضا مجردی، دانشکده کشاورزی، دانشگاه زنجان.
۸. 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 آینده پژوهی.
۹. فیتزپتریک، تونی (۱۳۸۱)، نظریه رفاه: سیاست اجتماعی چیست؟ ترجمه هرمز همایون پور، تهران، انتشارات موسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی و گام نو.
۱۰. مریدی، سیاوش (۱۳۸۴)، مبانی نظری و تجارب جهانی تأمین اجتماعی روستاییان، پیشینه تأمین اجتماعی و تجربه شش کشور برگزیده در زمینه تأمین اجتماعی روستاییان، فصلنامه تأمین اجتماعی، ۷(۲۱): ۶۳۳-۶۵۹.
۱۱. ورمزیاری، حجت، مرادی، مصطفی (۱۳۹۶)، واکاوی موانع توسعه بیمه اجتماعی کشاورزان، روستاییان و عشایر در شهرستان کرمانشاه، فصلنامه رفاه اجتماعی، ۱۷(۶۶): ۲۹۱-۳۲۰.
۱۲. وصالی، سعید و امیدی، رضا (۱۳۹۳)، سیاست گذاری اجتماعی: زمینه ها و رویکردها، فصلنامه برنامه ریزی و بودجه، ۱۹(۱): ۱۷۹-۲۰۶.
۱۳. Blank, f. (2019), The state of the German social insurance state: Reform and resilience, ۵۴(۳): ۵۰۴-۵۲۴.
۱۴. Bruce L. Smith, (2003)., Public Policy and Public Participation: Engaging Citizens and Community in the Development of Public Policy, Health Canada.
۱۵. Devereux, S., et al. (2017). The targeting effectiveness of social transfers. Journal of Development Effectiveness, Vol.2, PP. 162-211.
۱۶. Enasp (2018), The social protection for rural populations of Europe, European Network of Agricultural Social Protection Systems.
۱۷. 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.

18. Huang, Xian., Gao, Qin.,(2018), Does social insurance enrollment improve citizen assessment of local government performance? Evidence from China, *Social Science Research*.
19. ILO., (2010), *World Social Security Report 2010-2011*, International Labour Office, Geneva.
20. Judge, D., (2003), *Legislative Institutionalization: A Bent Analytical Arrow?*, Government and Opposition, Vol. 8, PP. 497-514.
21. Koh, k., Yang, H. (2019). *Social Insurance in an Aging Population: Impacts of a Government Transfer Program in South Korea*, *Economic Development and Cultural Change*, 69, 1-42.
22. 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 20-21 January 2011.
23. Mkandawire, T. (2006). *Transformative Social Policy and Innovation in Developing Countries*, *The European Journal of Development Research*, 19(1), 13-29.
24. Orbiz, I. (2007). *Social Policy*, Department For Economic And Social Affairs (Undesa), United Nations.
25. Rodrigo, M.J., Byrne, S., (2011), *Social Support and Personal Agency in At-Risk Mothers*. *Psychosoc. Interv.* Vol. 20,PP. 13–24.
26. Russell, J. W. (2011). *Double Standard Social Policy in Europe and the United States*, ROWMAN & LITTLEFIELD PUBLISHERS, INC., Second Edition.
27. Valli, Elsa.,(2018), *Targeting of Social Protection in 11 Ethiopian Villages*, United Nations Children’s Fund (UNICEF).
28. World Bank, (2015), *The State of Social Safety Nets 2015*. World Bank, Washington DC.
29. Zarei, Mehdi., Shojaei, Abdolnaser(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 (S4), pp.
30. Zurlo, K.A., Hu, H., Huang, C.C., (2014). *The Effects of Family, Community, and Public Policy on Depressive Symptoms among Elderly Chinese*. *J. Sociol. Soc. Work.* Vol. 2, PP. 1–23.