

تحلیلی بر سیاست های رفاهی در حوزه عملکردی بیمه اجتماعی کشاورزان، روستاییان و عشایر در ایران

تاریخ ارسال: ۱۳۹۹/۱۰/۱۳

تاریخ داوری: ۱۴۰۰/۰۷/۰۳

چکیده

مقدمه: بیمه‌های اجتماعی به عنوان بخش عمده سیاست های رفاهی، از یک سو ابزاری برای تحقق رفاه اجتماعی و از سوی دیگر، هدف رفاه و توسعه اجتماعی به شمار می روند.

روش: در پژوهش حاضر برای ارزیابی وضعیت رفاه و بهزیستی در حوزه بیمه اجتماعی، عملکرد صندوق بیمه اجتماعی کشاورزان، روستاییان و عشایر مورد بررسی قرار گرفت. جامعه آماری تحقیق، تعداد ۹۰۳ نقطه شهری زیر بیست هزار نفر بوده و برای تحلیل داده ها، ضمن ارزیابی شاخص های مربوطه به صورت مجزا، با بهره گیری از تحلیل ماتریس تصمیم گیری به روش ویکور، تحلیل تطبیقی عملکرد بیمه اجتماعی و رتبه بندی عملکردی استان ها انجام گرفت.

یافته ها: بر مبنای یافته ها، نسبت گروه سنی مخاطب از کل طبقات سنی، ۵۴/۴ درصد بوده و ضریب نفوذ بیمه ای، مقدار بسیار پایین ۳/۱ درصدی را نشان داد؛ بدین معنا که از هر ۱۰۰ نفر، حدود ۳ نفر تحت پوشش بیمه اجتماعی قرار گرفته اند. شاخص نسبت بیمه شدگان فعال با ۶۰/۳ درصد، نمایانگر عدم تمایل بیش از دو سوم بیمه شدگان به تداوم بهره مندی از پوشش بیمه اجتماعی می باشد. در رتبه بندی استان ها از نظر سطح عملکردی بیمه اجتماعی، استان همدان با ضریب $Q_i = 0.3$ ، در رتبه نخست و استان سیستان و بلوچستان با ضریب $Q_i = 1$ ، در پایین ترین سطح عملکردی قرار گرفته است.

بحث: نتایج نشان داد که علیرغم بالا بودن جمعیت حائز شرایط سنی و سکونت، صندوق بیمه اجتماعی در سطح شهرهای زیر بیست هزار نفر عملکرد بایسته و مطلوبی نداشته و جمعیت محدودی را تحت پوشش قرار داده است. بنابراین راهکارهایی نظیر استقرار حداقل یک کارگزاری در هر شهر زیر بیست هزار نفر و ارتقاء مهارت های آموزشی و تخصصی کارگزاران، در راستای بهبود عملکرد صندوق بیمه اجتماعی پیشنهاد شد.

واژه های کلیدی: سیاست های رفاهی، رفاه اجتماعی، بیمه اجتماعی، شهرهای زیر بیست هزار نفر

Analysis of Welfare Policies in the Field of Social Insurance Performance of Farmers, Villagers and Nomads in Iran

Abstract

Introduction: Social insurance as a major part of welfare policies, on the one hand is a tool for achieving social welfare and on the other hand, is the goal of social welfare and development.

Method: In the present study, to evaluate the welfare and welfare status in the field of social insurance, the performance of the Social Insurance Fund of farmers, villagers and nomads was examined. The statistical population of the study is 903 urban points under twenty thousand people and to Analysis the data, while evaluating the relevant indicators separately, using Vickor decision matrix Analysis, comparative analysis of social insurance performance and performance ranking of the province Were done.

Findings: Based on the findings, the proportion of the target age group of all age groups was 54.4% and the insurance penetration coefficient showed a very low value of 3.1%; This means that about 3 out of every 100 people are covered by social insurance. The ratio of active insured persons with 60.3% indicates the unwillingness of more than two thirds of the insured to continue to benefit from social insurance coverage. In ranking the provinces in terms of the level of performance of social insurance, Hamadan province with a coefficient of $Q_i = 0.03$, is in first place and Sistan-o-Baluchestan province with a coefficient of $Q_i = 1$, is in the lowest of performance.

Discussion: The results showed that despite the high population of age and residential status, the Social Insurance Fund in cities with less than twenty thousand people has not performed properly and has covered a limited population. Therefore, solutions such as establishing at least one brokerage in each city with less than 20,000 people and improving the training and professional skills of brokers were proposed in order to improve the performance of the Social Insurance Fund.

Keywords: Welfare policies, Social welfare, Social insurance, Cities with less than twenty thousand people

Extended Abstract

Introduction: Social transformation and promotion of quality of life indicators are among the most important criteria for the development of societies. The breadth of dimensions and components of development in the social dimension and the need for alignment and integration of its various sectors, has created a theoretical consensus at the international level that governments and governing systems, as the real custodian of social protection programs and measures. Therefore, a major part of welfare and social security programs is dedicated to social insurance. This type of insurance is designed to prevent poverty and includes social services such as unemployment insurance and workers' compensation, which are paid by retirement, disability or unemployment (Dinitto and Johnson, 2016). The turning point of protectionist policies was accompanied by the passage of the Comprehensive Welfare and Social Security Law, according to which the establishment of the Social Insurance Fund for Villagers and Nomads was approved in 2004, and after one year, the fund was formally established and Providing payment insurance services. Given that most small towns across the country, in terms of socio-economic structure have a rural nature and function and the rate of deprivation in these settlements shows a high level, residents of cities with less than twenty thousand people in recent years to the target community. Social insurance funds were added. In the present study, the question will be answered: How has the performance of the Social Insurance Fund of farmers, villagers and nomads in cities with less than 20,000 people in Iran?

Method: The present research is of applied type and its nature is descriptive-analytical. The statistical population of the study is cities with less than 20,000 people in the country (903 urban points), because the residents of these cities are the most important audiences of social insurance. The basis of performance analysis and evaluation, in addition to related documents and research, is data obtained from the Statistics, Information Technology and Insurance Calculations Unit of the Social Insurance Fund for Farmers, Villagers and Nomads. To evaluate the performance of the fund, based on previous research, available data and receiving the opinions of managers and insurance experts, in the first step, four indicators were evaluated. In the next step, in order to achieve a comprehensive and accurate analysis and comprehensive comparison of the provinces in terms of the performance status of social insurance, it was necessary to use the adaptive and integrated technique, for this purpose the decision matrix analysis method and ranking model Vicor (Hajinejad et al, 2015) was used.

Findings: Based on the findings, the ratio of the target age group (18 to 50 years) of the total age groups was 54.4% and the insurance penetration coefficient showed a very low value of 3.1%; This means that about 3 out of every 100 people are covered by social insurance. The ratio of active insured persons with 60.3% indicates the unwillingness of more than two thirds of the insured to continue to benefit from social insurance coverage. Also, the non-optimal location of brokerages in the country has created poor access for many residents, so that 46.6% of the total number of mentioned cities have brokerages (Table 1).

Table (1) Social insurance performance indicators

Indicator	Target population ratio	Target population ratio	Proportion of active insured	Brokerage coefficient
Coefficient	54.4	3.1	60.3	46.6

According to the Victor coefficient related to each province, they were ranked, based on which, Hamedan province with a coefficient of 0.03, is ranked first and the highest functional desirability of the Social Insurance Fund for Farmers, Villagers and Nomads in 1398 in The level of cities with less than twenty thousand people has been related to this province. Similarly,

the provinces of Ardabil, North Khorasan, East Azerbaijan and West Azerbaijan are next. Also, Sistan and Baluchestan province with a coefficient of 1, has the lowest level of performance in the field of social insurance coverage in cities with less than twenty thousand people, and after that, Khuzestan, Hormozgan and Kerman provinces with a coefficient of 0.98, 0.96, respectively. And 0.93, are located. According to the results, the spatial distribution of the functional desirability of social insurance is more concentrated in the western provinces and in the northern half of the country in general. The four provinces with the lowest level of performance are also in the southern half of the country.

Discussion: The results of this study showed that despite the high population of age and residential status, the Social Insurance Fund for Farmers, Villagers and Nomads in cities with less than twenty thousand people has not performed properly and has covered a limited population. According to the findings, 3248350 people (equivalent to 54.4%) of the residents of the surveyed cities had the age conditions to benefit from social insurance coverage. However, only 100,522 residents of these cities are covered by social insurance, which shows a very low penetration rate of 3.1 percent. Also, due to the importance of continued payment of insurance premiums by the insured, the index of the ratio of active insured was evaluated, which according to the findings, more than one third (39.7%) of them are in the list of inactive insured and They have left the social insurance fund. According to the results, the most important ways to improve the performance of social insurance for farmers, villagers and nomads in cities with less than 20,000 people, to establish at least one brokerage in each city with less than 20,000 people, to try to keep the active insured population high. Brokers as well as increasing information and awareness of residents about the benefits and various services of social insurance.

تحول اجتماعی و ارتقای شاخص‌های کیفیت زندگی، از مهم‌ترین معیارهای توسعه یافتگی جوامع محسوب می‌شود. گستردگی ابعاد و مولفه‌های توسعه در بعد اجتماعی و لزوم همسویی و یکپارچگی بخش‌های مختلف آن، اجماع نظری را در سطح بین‌المللی به وجود آورده که دولت‌ها و نظام‌های حاکمیتی، به عنوان متصدی و متولی حقیقی برنامه‌ها و اقدامات مربوط به حمایت و تامین اجتماعی معرفی شوند. مقوله رفاه و تامین اجتماعی از چنان جایگاه و اهمیتی برخوردار می‌باشد که ماده ۲۲ اعلامیه جهانی حقوق بشر در سال ۱۹۴۸، برخورداری از رفاه اجتماعی را جزو حقوق اساسی انسان‌ها برشمرده است. در این راستا، دولت‌ها به دلیل نقش حاکمیتی و وظیفه سیاستگذاری در امور مختلف، سهم قابل توجهی در فراهم نمودن زمینه‌های تأمین اجتماعی دارند، بنابراین اولین اقدام در راستای ارتقای شاخص‌های رفاه اجتماعی، سیاستگذاری است. تصمیم‌های کلی که برای از میان برداشتن دغدغه‌های اجتماعی پیش‌رو، توسط دولتمردان اتخاذ می‌شود، سیاست‌هایی هستند که هدف آن‌ها، تحول در وضع موجود و به تعبیری، گذار از شرایط موجود به وضعیت مطلوب می‌باشد.

سیاست‌هایی که به رفاه اجتماعی مربوط می‌شوند، بخشی از نظام حمایت و تامین اجتماعی هستند. تامین اجتماعی از یک سو، امکانی برای دستیابی به حقوق انسانی در همه کشورهای جهان تلقی می‌شود که با توسعه پایدار اقتصادی، اجتماعی و سیاسی کشورها رابطه مستقیم دارد و از سوی دیگر، از آنجا که ابعاد حمایتی تامین اجتماعی در حوزه بازتوزیعی قرار دارد، گام بسیار مهمی در تحقق عدالت و امنیت پایدار اجتماعی نیز قلمداد می‌شود (زمانی و همکاران، ۲۰۰۰ به نقل از حیدری، ۲۰۰۵: ۵۸۹). این سیاست‌ها به دلیل اینکه مسائل اجتماعی کل یا بخشی از جامعه را پوشش می‌دهند، نوعی سیاستگذاری عمومی تلقی می‌شوند که دارای رویکرد و استراتژی مشخصی است (یانگ و کوین^۱، ۲۰۰۲). حفظ رفاه جامعه، حوزه عملکردی سیاست رفاه اجتماعی می‌باشد. سیاست رفاه اجتماعی، پاسخی جمعی به مسائل اجتماعی است، این اصطلاح، تلاشی همه‌جانبه برای ریشه‌کن نمودن یک معضل اجتماعی یا تصمیمی برای نادیده گرفتن معضلات و محدودیت‌های اجتماعی می‌باشد. برنامه‌های رفاه اجتماعی، برآمده از سیاست‌های رفاه اجتماعی هستند (سگال^۲، ۲۰۱۶). این سیاست‌ها، تعهدات دولت در حمایت از حقوق و رفاه افراد و جوامع آسیب‌پذیر هستند. هدف سیاست‌های رفاهی، مشارکت و تلاشی برای تسریع دسترسی افراد به عدالت اجتماعی و بهبود سطح رفاهی اقشار آسیب‌پذیر و محروم، از طریق یک نظام ارائه خدمات رفاه اجتماعی یکپارچه و هماهنگ و تنظیم شده است.

سیاست‌های مربوط به رفاه اجتماعی در یک هماهنگی مشترک میان دولت، جامعه مدنی و بخش خصوصی، از طریق رویکرد مبتنی بر حقوق اجرا می‌شود و حمایت از اقشار آسیب‌پذیر به عنوان حق طبیعی، نه خیرخواهانه انجام می‌پذیرد (دولت مالوی^۳، ۲۰۱۸). بعد از جنگ جهانی دوم، اغلب کشورهای صنعتی تحت تأثیر آثار مخرب جنگ، که سطح کیفیت زندگی را در ابعاد مختلف به ویژه از حیث اجتماعی به حداقل رسانده بود، ضمن توجه به بهبود سیستم امنیتی جامعه، تأکید ویژه‌ای بر ساختن یک نظام منسجم رفاه اجتماعی داشتند. انگلستان و دیگر جوامع غربی در این شرایط اعلام نمودند که کشور خود را به یک جامعه و نظام رفاهی همه‌جانبه تبدیل خواهند نمود و در این راستا، از شعار "رفاه اجتماعی ز گهواره تا گور" استفاده کردند. سایر کشورها به تبعیت از این جریان، به شیوه‌های متفاوت در متن قانون اساسی و اسناد فرادستی، چنین سیاست‌های رفاهی را در پیش گرفتند. سیاست‌های رفاه اجتماعی اگر چه از لحاظ مالی، بار سنگینی بر دوش دولت‌ها تحمیل می‌کند، اما به دلیل تحقق پیشرفت و دسترسی به آرامش و تکامل اجتماعی، سیاسی و اقتصادی، باید این هزینه‌ها را تا حد ممکن در کنار سایر الزامات و نیازهای توسعه اجتماعی و اقتصادی مورد توجه قرار داد (سبحانیان، ۲۰۱۶). نگاه ژرف‌نگرانه به ماهیت و واقعیات سیاستگذاری رفاه اجتماعی نشان دهنده آن است که برداشت مفهومی "تغییر" بیش از "تحول" در ساختار اجتماعی جوامع وجود دارد. به عبارت دیگر، وجود پیشران‌ها و بسترهایی که چارچوب ساختاری سیاست‌های رفاه اجتماعی را شکل می‌بخشند، گرایش قابل توجهی به اندیشه سیاسی و ایدئولوژی غالب حکومت‌ها دارند. این اثر پذیری‌ها، در بسیاری موارد رویکرد یکجانبه

۱ . Young and Quinn

۲ . Segal

۳ . The Government of Malawi

گرایی را در رابطه با سیاست‌های اجتماعی پدیدار ساخته است. اما باید توجه داشت که حقیقت مفهومی سیاست‌های رفاه اجتماعی، گذار از دشواری‌های اجتماعی پیش رو و رسیدن آحاد جامعه به وضعیت مطلوب و پسندیده اجتماعی می‌باشد.

جوامع مختلف از نظام‌های اجتماعی متفاوت و غیرهمسان تشکیل شده‌اند، سرشت اجتماعی قلمروهای انسانی، برآیند برهم‌کنش هویت طبقات اجتماعی و بافتار سیاسی است. ماهیت و فرم کنش‌وزی‌ها، تصویری کلی از توسعه یافتگی را در اذهان و افکار عمومی شکل می‌بخشد. توسعه و ترقی اجتماعی، در رویارویی صریح و مسئولانه بازیگران سیاسی و ذینفعان اجتماعی با دغدغه‌ها، دشواری‌ها و مسائلی نمایان می‌شود که گروه‌های مختلف از جمله طبقات آسیب‌پذیر جامعه را تحت کنترل و انحصار خود درآورده است. تدبیر و تمهید به هنگام راهکارها و تامین و تضمین رفاه و آسایش اجتماعی برای آحاد جامعه، پویایی اقتصادی و اجتماعی را برای کلیت آن جامعه به دنبال دارد. دولت‌ها به عنوان مهم‌ترین مدبر و هدایتگر اجتماعات انسانی، نهاد اصلی رسیدگی به مسائل اجتماعی به شمار می‌روند و با سیاستگذاری و اعمال اراده مبتنی بر پشتوانه قانونی، درون‌مایه و بافتار اجتماعی را شکلی دوباره می‌بخشند. بنابراین سیاستگذاری اجتماعی از راه تامین نیازهای عمومی و مهیا نمودن زندگی برخوردار معطوف به عدالت، پیدایش نظام سیاسی- اجتماعی متعادل و متوازی را موجب می‌شود که امنیت، پیامد اجتناب‌ناپذیر آن خواهد بود (کریمی مله، ۲۰۱۴). سیاستگذاری رفاه اجتماعی شامل ابعاد بهداشت و درمان، مسکن، تامین اجتماعی، محیط زیست، آموزش، اشتغال، جرم و مجازات و امنیت اجتماعی می‌باشد (قاراخانی، ۲۰۱۱). بر این اساس، تامین اجتماعی از مهم‌ترین مقوله‌های مورد تأکید سیاست‌های رفاهی است که طیفی از اقدامات حمایتی و امدادی را شامل می‌شود.

اصطلاح تامین اجتماعی که برای نخستین بار به طور رسمی در قانون سال ۱۹۳۵ در ایالات متحده آمریکا به کار گرفته شد، حمایت از اقشار مختلف جامعه و گروه‌هایی که اوضاع سیاسی، اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی آن‌ها دگرگون شده و منجر به بروز بحران‌هایی مانند بیکاری تا مرگ سرپرست خانوار، پیری و از کارافتادگی شده را از طریق کمک‌های اجتماعی و امدادی و همچنین بیمه‌های اجتماعی مورد تأکید قرار داده است (خالق پرست و همکاران، ۲۰۱۷). بنابراین بخش عمده‌ای از برنامه‌های رفاه و تامین اجتماعی، به بیمه‌های اجتماعی اختصاص دارد. این نوع بیمه‌ها برای جلوگیری از فقر، طراحی شده و شامل خدمات اجتماعی همچون بیمه بیکاری و غرامت کارگران می‌باشد که به واسطه بازنشستگی، از کار افتادگی یا بیکاری پرداخت می‌شود (دینیتو و جانسون^۱، ۲۰۱۶). بیمه‌های اجتماعی را می‌توان هم‌ايزاری برای تحقق رفاه اجتماعی برشمرده و هم هدف رفاه و توسعه اجتماعی. زیرا به واسطه آن‌ها، اقشار محروم و آسیب‌پذیر جامعه از طریق سیاست‌های توسعه و توزیع مجدد خدمات رفاهی، از پشتیبانی حمایتی برای دوران سالخوردگی و از کار افتادگی بهره‌مند می‌شوند. با این‌که در رابطه با ضرورت‌های مداخله دولت در بحث تامین بیمه‌های اجتماعی، عوامل مختلفی بر شمرده شده‌اند، اما به طور کلی می‌توان سه فاکتور صرفه جویی در هزینه‌ها (به دلیل بالا بودن هزینه‌های خدمات بیمه‌ای بخش خصوصی)، مقابله با نوسانات بازار کار یا مخاطرات ناشی از محیط کار و توزیع مجدد درآمد به منظور ارتقای سطح عدالت اجتماعی را نام برد (وو^۲ و همکاران، ۲۰۱۸).

در ایران، سابقه سیاستگذاری و اجرای برنامه‌های حوزه بیمه اجتماعی، به دهه ۱۳۴۰ بر می‌گردد. این نوع بیمه‌ها اغلب برای اقشار محروم و آسیب‌پذیر جامعه از جمله ساکنین مناطق روستایی طراحی شده‌اند. از دهه ۱۳۴۰ در راستای اجرایی نمودن اصول انقلاب سفید، اقدامات حمایتی وسیعی در سطح روستاهای کشور در زمینه‌های آموزش، بهداشت، تغذیه، حمایت مالی از کارگران و پوشش فراگیر بیمه اجتماعی صورت گرفته و در سال ۱۳۴۸، قانون بیمه اجتماعی روستاییان و عشایر به تصویب رسید. این قانون اگرچه به شکل گسترده اجرایی نشد، اما سرآغازی برای حمایت‌های بیمه‌ای از اقشار آسیب‌پذیر روستایی و مناطق محروم در سال‌های بعد شد. با پیروزی انقلاب اسلامی، نهادهای حمایتی همچون کمیته امداد امام خمینی، سازمان بهزیستی کشور، بنیاد مسکن انقلاب اسلامی و سازمان تامین اجتماعی تاسیس شدند و به شیوه‌های گوناگون، خدمات حمایتی مختلفی به اقشار محروم جامعه ارائه نمودند.

۱ . Dinitto and Johnson

۲ . wu

نقطه عطف سیاست های حمایتی، با تصویب قانون نظام جامع رفاه و تامین اجتماعی همراه بود که به موجب آن، تشکیل صندوق بیمه اجتماعی روستاییان و عشایر در سال ۱۳۸۳ به تصویب رسید و صندوق یاد شده بعد از یک سال، به طور رسمی تشکیل و به ارائه خدمات بیمه ای پرداخت. پشتوانه شکل گیری صندوق بیمه اجتماعی، اصل ۲۹ قانون اساسی است که بر همگانی شدن برخورداری از تامین اجتماعی از نظر بازنشستگی، بیکاری، پیری، از کار افتادگی، بی سرپرستی، در راه ماندگی و حوادث و سوانح تاکید نموده است. جامعه مخاطب صندوق بیمه اجتماعی در آغاز، روستاییان و عشایر بودند اما با توجه به اینکه اغلب شهرهای کوچک در سراسر کشور، به لحاظ ساختار اجتماعی - اقتصادی دارای ماهیت و کارکرد روستایی بوده و میزان محرومیت در این سکونتگاه ها سطح بالایی را نشان می دهد، ساکنین شهرهای زیر بیست هزار نفر کشور نیز در سال های اخیر به جامعه مخاطب صندوق بیمه اجتماعی افزوده شدند. با توجه به نتایج سرشماری رسمی مرکز آمار ایران در سال ۱۳۹۵ تعداد ۹۰۳ شهر زیر بیست هزار نفر در کشور وجود داشته که ۷۲/۷ درصد تعداد کل شهرهای کشور را در بر گرفته و با ۵۹۷۹۴۲۹ نفر، ۱۰/۱ درصد کل جمعیت شهری کشور را تشکیل داده اند. با توجه به تعداد قابل توجه این شهرها و ضرورت تحت پوشش بیمه قرار دادن ساکنین آن ها، در پژوهش حاضر به این سوال پاسخ داده خواهد شد که عملکرد صندوق بیمه اجتماعی کشاورزان، روستاییان و عشایر در شهرهای زیر بیست هزار نفر ایران چگونه بوده است؟ به همین منظور، در ادامه برای درک جامع ابعاد مفهومی سیاست های اجتماعی به ویژه در حوزه بیمه ای، مفاهیم، رویکردها، تجارب و نظریه های مرتبط با موضوع پژوهش، مورد بررسی قرار خواهند گرفت.

مبانی نظری

رفاه اجتماعی به طور کلی سازوکاری برای توزیع منافع و ابزار سنجشی برای اندازه گیری خوشبختی و کیفیت زندگی همه گروه های اجتماعی می باشد. رفاه اجتماعی را می توان مفهومی محدود، همراه با معانی گسترده دانست. از منظر دینفغان، رفاه اجتماعی با دید گسترده از همه اعضای جامعه مراقبت می کند، در حالی که رفاه اجتماعی با دید محدود، بر گروه های فقیر و خاص جامعه متمرکز می باشد. در معنای کلی رفاه اجتماعی، هم امنیت مالی و هم خدمات اجتماعی مدنظر می باشد. رفاه اجتماعی سیستمی است برای تامین نیازهای مردم و بهبود سطح زندگی آن ها، که با استفاده از منابع مالی، توزیع فیزیکی و خدمات اجتماعی طراحی شده است. رفاه اجتماعی عمومی، نظامی جامع به شمار می رود که در برگیرنده کمک های اجتماعی، بیمه های اجتماعی و دیگر خدمات اجتماعی است (هان^۱، ۲۰۲۰). به گفته رابرت بارکر (۱۹۹۱)، رفاه اجتماعی شامل نظامی از برنامه ها، مزایا و خدمات اجتماعی در یک کشور می باشد که به مردم کمک می کند نیازهای اجتماعی، اقتصادی، آموزشی و بهداشتی را که برای حفظ جامعه ضروری هستند، برآورده نماید. در دایره المعارف مددکاری اجتماعی (۱۹۹۱)، که توسط انجمن ملی مددکاری ایالات متحده منتشر شده، رفاه اجتماعی به عنوان "فعالیتی سازمان یافته"، "مداخله دولت" و "پروژه یا سیاستی" تعریف شده که دولت در آن قصد دارد به صورت آگاهانه به معضلات اجتماعی پاسخ دهد و شرایط گروه های محروم جامعه را بهبود بخشد. رفاه اجتماعی ممکن است به عنوان ایده ای برای فراهم شدن یک جامعه عادلانه مطرح شود که فرصت های شغلی ایجاد می کند، به مردم کمک می کند تا ارزش های زندگی خود را به دست آورند، امنیت اجتماعی را تا حد معقولی برای اعضای جامعه فراهم نماید، آن ها را از فشار مالی و همچنین ناهنجاری و خشونت بازدارد و یک سیستم ارزیابی مبتنی بر ارزش شخصی و منصفانه داشته باشد. چنین جامعه ای باید از نظر اقتصادی، مولد و پایدار باشد (یوان^۲، ۲۰۰۱)؛ به نقل از هان، ۲۰۲۰). کینگ هان در کتاب خود با عنوان "رفاه اجتماعی در چین گذار"، مهم ترین عملکردهای رفاه اجتماعی را شامل عملکرد اقتصادی (توزیع درآمد، تامین معیشت همگانی و غیره)، عملکرد سیاسی (حفظ اقتدار و مشروعیت طبقه حاکم) و عملکرد اجتماعی (تضمین ثبات و توسعه اجتماعی از طریق خدمات بیمه ای و غیره) می داند. از دیدگاه وی، رفاه اجتماعی به طور کلی سه کارکرد اجتماعی دارد؛ نخست کمک به افرادی که در طول زندگی با خطراتی همچون بیماری، پیری، از کار افتادگی، معلولیت، بیکاری، نداشتن خانواده و انزوای اجتماعی مواجه می شوند. دوم با توزیع مجدد درآمد، به ایجاد عدالت اجتماعی در جامعه کمک می کند و سوم اینکه رفاه اجتماعی موجب ثبات و توسعه اجتماعی می شود.

۱ . Han

۲ . Yuan

مبنای اجرای برنامه ها و طرح های حمایتی و رفاهی، سیاست های کلان و بخشی هستند. سیاست به معنای تدبیر امور، مصلحت اندیشی و دوراندیشی بوده (مسعودی و ساداتی زاده، ۲۰۱۵) و شامل تدابیری است که با در نظر گرفتن مصالح جامعه، سعی در هدایت آن دارد. به بیانی دیگر، سیاست مجموعه اصول و قواعدی است که راه را برای اتخاذ تصمیم نشان می دهد. اگرچه در برخی ساختارهای سیاسی و نظام های حاکمیتی، گروه های مختلف اجتماعی در فرایند سیاستگذاری دارای نقش مکمل هستند، اما در یک کلیت جهان شمول، حکومت ها عامل سیاست ورزی بوده و گروه های اجتماعی و بخش های مختلف جامعه، موضوع عمل و جامعه هدف سیاست ها به شمار می روند. برای اینکه بتوان یک سیاست را از میان گزینه های مختلف انتخاب نمود، نیاز به سیاستگذاری وجود دارد. سیاستگذاری نوعی آگاهی هوشمندانه در زمینه انتخاب میان دو راه جایگزین برای اداره مطلوب جوامع انسانی است. در فرایند سیاستگذاری، عموم مسائل جامعه مورد توجه دولت ها قرار می گیرد، به همین جهت عنوان سیاستگذاری عمومی برای آن انتخاب شده است. سیاست های عمومی، یک دوره عملکردی و یا منفعلانه در پاسخ به مشکلات اجتماعی هستند. این سیاست ها نشان دهنده رفتار واقعی نهادهای اجرایی و مقامات دولتی است، نه صرفاً بیانات رسمی در قالب اهداف و قوانین (کرفت و فورلنگ^۱، ۲۰۱۷). یکی از مهم ترین زیربخش های سیاستگذاری عمومی، سیاست های رفاه اجتماعی است که پیوستگی و ارتباط چندسویه ای با سایر جنبه های آن دارد. این نوع سیاست ها نه تنها به مطالعه حکومت ها می پردازند، بلکه به نقش حکومت و دولت ها در پدید آمدن تفاوت های اجتماعی میان اقشار مختلف توجه دارند. در دایره المعارف بین المللی، سیاست رفاه اجتماعی اصطلاحی است برای همه سیاست ها و برنامه های حکومت ها، در راستای حل مسائل و مشکلات اجتماعی و قومی و همچنین آموزش های رسمی و غیر رسمی در جهت ارتقاء حیات اجتماعی (فیتزپاتریک^۲، ۲۰۰۶). سیاست های رفاه اجتماعی شامل تصمیم گیری ها و اقداماتی است که به کیفیت زندگی مربوط می شود. این سیاست ها گاه با اقدام و گاه با عدم اقدام، از سوی دولت و همچنین برخی نهادهای خصوصی اجرا می شود. به طور کلی می توان گفت این سیاست ها در نتیجه یک فرایند سیاستگذاری اتخاذ می شوند (کولبی^۳ و همکاران، ۲۰۱۳). مسلماً سیاست رفاه اجتماعی از دریچه اقتصاد سیاسی (یعنی تعامل نیروهای اقتصادی، سیاسی و ایدئولوژیک) به بهترین شکل تبیین می شود. بنابراین درک سیاست رفاه اجتماعی مستلزم توانایی درک توجیهات اقتصادی و عواقب ناشی از تصمیمات و سیاست هاست. سیاست رفاه اجتماعی، تأمین نیازهای اساسی زندگی مانند اشتغال، درآمد، غذا، مسکن، مراقبت های بهداشتی و روابط متقابل را تنظیم می کند. رفاه اجتماعی معمولاً با برنامه های قانونی و دولتی مانند کمک های موقت به خانواده های بی بضاعت همراه است. این سیاست ها به طور کلی توسط کسانی پذیرفته می شود که به رفاه اجتماعی به عنوان عملکردی مشروع می نگرند (کارگر و استوز^۴، ۲۰۱۸).

نمونه بارز سیاست های رفاه اجتماعی، بیمه اجتماعی می باشد که برای نخستین بار در سال ۱۹۳۵ در ایالات متحده امریکا در چارچوب قانون تأمین اجتماعی مورد توجه قرار گرفت. این برنامه، پاسخی به رکود اقتصادی و اجتماعی حاکم بر جامعه بود و اقدامی در راستای اصلاح عدم تعادل در این زمینه ها بود. انگلستان از دیگر کشورهای پیشگام در حوزه پوشش خدمات بیمه اجتماعی است. در این کشور در سال ۱۹۴۱، ویلیام باریج (رئیس کمیته بیمه اجتماعی و خدمات متفقین) از طرف دولت انگلیس مأموریت یافت که یک طرح تأمین اجتماعی برای سال های پس از جنگ جهانی تهیه نماید. در همین راستا وی در سال ۱۹۴۲ گزارشی تحت عنوان "بیمه های اجتماعی" ارائه نمود که یک نظام مراقبت اجتماعی عمومی و همگانی محسوب می شد (بوریج^۵، ۲۰۰۴). بیمه های اجتماعی منبع مهمی برای ایجاد انسجام اجتماعی در جامعه محسوب می شوند. در واقع، اندیشیدن درباره دولت های رفاهی مدرن، بدون توجه به این نوع بیمه ها دشوار است. در برخی جوامع به دلیل ضعف در طراحی بیمه های اجتماعی به ویژه در رابطه با مستمری بازنشستگی، شکاف اجتماعی روندی شتابان به خود می گیرد (لوی^۶، ۲۰۱۹). نظام بیمه های اجتماعی در آمریکای لاتین در دهه ۱۹۴۰ بر اساس مدل بیسمارکی شکل گرفت، از این رو انتظار می رفت این سیاست

۱ . Kraft and Furlong

۲ . Fitzpatrick

۳ . Colby

۴ . Karger and Stoesz

۵ . Beveridge

۶ . Levy

سنگ بنای رفاه این کشورها شود. با این وجود بعد از حدود یک قرن، این بیمه ها به دلایلی همچون پوشش محدود، بی توجهی به ارزیابی و بازخوردها، محدودیت های مربوط به انتقال سوابق و مولفه های موثر بر درآمد و بهره‌وری، موفق عمل نکرده اند (وو و همکاران، ۲۰۱۸). در صورت اصلاح ضوابط و رفع محدودیت های قانونی، بیمه های اجتماعی به عنوان ابزاری برای تحقق عدالت اجتماعی و دستیابی به رفاه اجتماعی فراگیر، اقشار محروم و آسیب پذیر جامعه را مد نظر قرار می دهد و پستوانه اقتصادی- اجتماعی مطلوبی برای دوران پیری، از کارافتادگی و فوت محسوب می شوند.

در ایران، پیش از انقلاب اسلامی، برای نخستین بار در اردیبهشت ماه ۱۳۴۸، قانون بیمه اجتماعی روستاییان و عشایر به تصویب مجلس رسید. بر اساس این قانون، به وزارت اصلاحات ارضی و تعاون روستایی اجازه داده شد، به منظور تأمین و اجرای بیمه های اجتماعی، در مورد روستاییانی که با اجرای قوانین و مقررات اصلاحات ارضی، صاحب نسق های زراعی خود شده و یا بشوند، سازمان بیمه های اجتماعی روستاییان را تأسیس کند. این قانون در پی این موضوع بود که روستاییان مشمول و خانواده های تحت تکفل آنان، در مقابل حوادث ناشی از کار، بیماری، از کارافتادگی و فوت، بیمه شوند (مرکز پژوهش های مجلس شورای اسلامی، ۲۰۱۳). با پیروزی انقلاب اسلامی و بر مبنای اصل ۲۹ قانون اساسی، در سال ۱۳۸۳، قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی به تصویب رسید، که طبق تبصره ۲ ماده ۳ این قانون، دولت مکلف شد ظرف مدت دو سال از تاریخ ابلاغ این قانون، امکان تحت پوشش بیمه قرار گرفتن اقشار مختلف جامعه، از جمله روستاییان و عشایر و شاغلین فصلی را فراهم آورد. همچنین بر اساس بند (د) ماده ۳ قانون یادشده، تشکیل صندوق های بیمه ای مورد نیاز، از قبیل بیمه حرف و مشاغل آزاد (خویش فرمایان و شاغل غیردائم)، بیمه روستاییان و عشایر، بیمه خاص زنان بیوه، سالخورده و خودسرپرست و بیمه خاص حمایت از کودکان، مورد تأکید قرار گرفت.

پس از تصویب قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی، در سال ۱۳۸۴ صندوق بیمه اجتماعی روستاییان و عشایر تأسیس شد. این صندوق، خدمات بیمه ای خود را در سه حوزه از کار افتادگی، پیری و فوت، برای ساکنین روستاها، شهرهای زیر بیست هزار نفر و مناطق عشایری کشور ارائه می نماید. بر اساس دستورالعمل های صندوق، تا سال ۱۳۹۶، همه افراد بالای ۱۸ سال که در سکونتگاه های یاد شده مستقر بودند، حق عضویت و بهره مندی از خدمات بیمه اجتماعی را داشتند، اما از نیمه دوم سال ۱۳۹۶، جامعه مخاطب صندوق، گروه سنی ۱۸ تا ۵۰ سال تعیین شد. 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 روستایی و محروم کشور به شمار می رود. لازم به ذکر است که این صندوق در مهر ماه ۱۳۹۱، به صندوق بیمه اجتماعی کشاورزان، روستاییان و عشایر تغییر نام یافت.

در گزارش ستیران، همچنین در طرح آمایش سرزمین جمهوری اسلامی ایران و در برنامه اول توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی بعد از انقلاب، شهرهای کمتر از ۲۵ هزار نفر، به عنوان شهرهای کوچک در نظر گرفته شده اند. این شهرها به لحاظ سلسله مراتب سکونتگاهی، حلقه ارتباطی شهرهای میانی و روستاها می باشند. در سال ۱۳۹۵ از ۱۲۴۲ نقطه شهری کشور، ۹۰۳ شهر دارای جمعیتی کمتر از بیست هزار نفر بوده اند. این در حالی است که این شهرها ۱۰/۱ درصد کل جمعیت شهری کشور را در خود جای داده اند. بسیاری از شهرهای کوچک در نتیجه اجرای سیاست تبدیل روستا به شهر ایجاد شده اند. اغلب این شهرها به لحاظ ساختار اجتماعی- اقتصادی و بافت کالبدی، ماهیت و عملکردی روستایی داشته و تعداد قابل توجهی از آن ها در زمره مناطق محروم قرار دارند. همچنین برخی از شهرهای کوچک، علیرغم اینکه مرکز شهرستان به شمار می روند، کمترین امکانات و زیرساخت های رفاهی را در اختیار دارند. به دلیل اهمیت و اثربخشی اقتصادی- اجتماعی این شهرها در سطوح منطقه ای و ملی و لزوم ارائه خدمات رفاهی و تأمین اجتماعی به ساکنین این شهرها، در اوایل دهه ۱۳۹۰، ساکنین شهرهای زیر بیست هزار نفر نیز به جامعه مخاطب صندوق بیمه اجتماعی کشاورزان، روستاییان و عشایر افزوده شد.

با توجه به اینکه بیمه اجتماعی از سابقه دیرینه ای برخوردار بوده و کشورهای مختلف به ویژه جوامع غربی در این زمینه پیشگام بوده اند، در ادامه به تجارب متفاوت برخی کشورها درباره سیاست های رفاهی بیمه اجتماعی پرداخته خواهد شد.

در کشور آلمان، طرح های بیمه اجتماعی در هسته مرکزی سیستم های رفاهی قرار دارد و همین ارزش گذاری، موجب شده که این کشور به لحاظ سیاست های رفاهی، با نشان بیمه اجتماعی شناخته شود. به طور کلی چهار عملکرد اصلی بیمه های اجتماعی در کشور آلمان شامل مراقبت های بهداشتی، بازنشستگی، بیکاری و مراقبت های طولانی مدت می باشد. بنابراین این نوع بیمه در شرایط اضطراری، مزایایی را برای افراد تحت پوشش در نظر دارد. نظام بیمه اجتماعی در این کشور به صورت مشارکتی بوده و بهره مندی از مزایایی همچون بازنشستگی، به میزان درآمد شخص بستگی دارد.

در کشور چکسلواکی، بیمه های اجتماعی بر مبنای قانونی شکل گرفته اند که در سال ۲۰۰۴ به تصویب رسیده است. در این کشور، سازمان بیمه های اجتماعی، نظام بیمه ای پنجگانه ای شامل بیمه سلامت، بیمه بازنشستگی، بیمه سالمندی و از کار افتادگی، بیمه حوادث، بیمه ضمانت دستمزد و بیمه بیکاری را تشکیل می دهد که عضویت در آن اجباری است. این سازمان همچنین یک نظام بیمه اجتماعی داوطلبانه را ایجاد نموده که شامل ارائه خدمات بیمه ای مربوط به دوران بیماری، بازنشستگی و بیکاری می باشد. فلسفه قانونگذاری در مورد نظام بیمه های اجتماعی در این کشور به طور کلی، تلفیقی از اصول شایستگی، مسئولیت پذیری شخصی و مشارکت می باشد. بنابراین بخشی از حق بیمه، به واسطه مشارکت افراد پرداخت می شود (وزارت کار، امور اجتماعی و خانواده اسلواکی^۱، ۲۰۲۰).

صندوق بیمه اجتماعی در کشور قبرس (SIS) نوعی بیمه اجتماعی مشارکتی است. در صورتی که فرد در یک شرکت، نهاد و یا موسسه اشتغال داشته باشد، وظیفه کارفرماست که ثبت نام بیمه اجتماعی وی را انجام دهد. کارفرما از دستمزد ناخالص فرد شاغل ۶/۸ درصد کسر نموده و با سهم کارفرما و دولت، مجموعاً ۱۷/۹ درصد دستمزد فرد، به عنوان حق بیمه اجتماعی پرداخت می شود. در صورتی که فرد، صاحب کسب و کار خود باشد، شخصاً به عنوان "خوداشتغال" سهم حق بیمه خود را هر سه ماه یکبار باید پرداخت نماید، در این حالت، مجموع حق بیمه ۱۶/۹ درصد کل درآمد ماهیانه خواهد بود که ۱۲/۶ درصد آن توسط شخص و ۴/۳ درصد توسط دولت پرداخت خواهد شد. مزایای بیمه اجتماعی در کشور قبرس شامل کمک هزینه بارداری، تامین هزینه تشییع جنازه، خدمات درمانی، بیمه بیکاری، کمک هزینه به نوزادان، حمایت از یتیمان، مستمری بازنشستگی و پیری، مستمری بازماندگان و از کارافتادگی، مزایای آسیب شغلی، معلولیت و فوت می باشد (اتحادیه اروپا^۲، ۲۰۲۰).

در نیجریه دولت فدرال این کشور، صندوق اعتماد بیمه اجتماعی (NSITF) را برای پشتیبانی از کارمندان به هنگام حوادث ناشی از کار در نظر گرفته است. در این نظام بیمه ای، تمامی کارفرمایان موظف به تحت پوشش بیمه قرار دادن کارکنان خود هستند. مهم ترین اصول بنیادین این صندوق، متعهد بودن و پاسخگویی سریع، کارمند محوری، شفافیت و مسئولیت پذیری می باشد. وظیفه صندوق بیمه اجتماعی، تامین خسارت کارمندان بیمه شده در صورت بیماری های مرتبط با کار، از کار افتادگی، جراحات یا فوت می باشد. در این صندوق، در قالب طرح بازنشستگی مشارکتی، مزایایی همچون مستمری بازنشستگی و فوت، تسهیلات بدون بهره، کمک هزینه های بازنشستگی و کمک هزینه ناشی از فوت به بازماندگان پرداخت می شود.

در کشور فنلاند، تمامی کارکنان ۱۴ سال به بالا، تحت پوشش بیمه های اجتماعی قرار می گیرند. در این کشور، نظام ویژه ای برای بیمه اجتماعی کارکنان فصلی، پاره وقت، دریانوردان، کارکنان بخش عمومی، کشاورزان و افراد خوداشتغال وجود دارد. هر فرد خوداشتغال با پرداخت ۲۱/۱ درصد از درآمد خالص خود، از همه خدمات تامین اجتماعی از جمله بیمه های اجتماعی (بازنشستگی، از کار افتادگی، بازماندگان و غیره) بهره مند می شود.

در کشور سوئیس، اولین قانون بیمه اجتماعی سالمندان و بازماندگان در سال ۱۹۴۶ تصویب شد. همچنین در سال ۱۹۵۹ بیمه از کار افتادگی و در سال ۱۹۸۲، بیمه بازنشستگی شغلی به آن افزوده شد. برنامه های تامین اجتماعی در سوئیس بر اساس نظام بیمه اجتماعی و نظام بازنشستگی شغلی است که مدیریت آن بر عهده دولت می باشد. بر اساس قانون بازنشستگی دولتی، کلیه کارکنان حقوق بگیر، تحت پوشش بیمه بازنشستگی قرار می گیرند. افراد خوداشتغال نیز به صورت داوطلبانه و مشارکتی

۱ . Ministry of Labor, Social Affairs and Family of The Slovak Republic

۲ . EU

می‌توانند وارد نظام بیمه اجتماعی شوند. این افراد باید ۷/۸ درصد درآمد خودشان را برای بیمه دوران سالمندی و ۱/۴ درصد را برای بیمه از کار افتادگی پرداخت نمایند (سام آرام، ۲۰۰۴).

از بررسی تجارب کشورهای مورد اشاره و همچنین ایران می‌توان در مجموع به این نتیجه رسید که بیمه‌های اجتماعی راهکاری برای تحقق خدمات تامین اجتماعی در دوران بازنشستگی، بیماری و از کار افتادگی، به ویژه برای افراد دارای نامنی شغلی می‌باشند. این بیمه‌ها به صورت مشترک، پشتوانه‌ای برای دوران پیری و سالخوردگی بوده و دارای خصیصه مشارکتی هستند. تفاوت در برخی خدمات و مزایا، میزان حق بیمه پرداختی توسط دولت، اشخاص و کارفرما و سن بازنشستگی، باعث تمایز این بیمه‌ها و ارزشمندی آن‌ها نسبت به یکدیگر می‌شود.

رویکردها و مدل‌های سیاستگذاری رفاه اجتماعی

با توجه به فرایندی بودن مقوله سیاستگذاری رفاه اجتماعی، تحلیل نوع سیاست‌ها، بررسی روند اجرا و ارزیابی پیامدهای آن‌ها، در چارچوب رویکردهای نظری و روش‌شناختی متنوع و متمایزی صورت می‌گیرد و اتخاذ این رویکردها، متناسب با هدف تحلیل سیاستگذاری اجتماعی خواهد بود. بنابراین تحلیل سیاست‌های اجتماعی از زوایای گوناگون و با بهره‌مندی از یافته‌های حاصل از مبانی فکری و نگرش‌های چندگانه، به شناسایی ابعاد مختلف سیاست‌ها و درک درست و دقیق از مشکلات اجتماعی منتهی شده و زمینه را برای جبران کمبودها و رفع نقایص سیاست‌های اجتماعی آتی، مهیا می‌سازد. با فراهم شدن دانش قابل اتکای حاصل از بررسی دیدگاه‌ها و نظریه‌های مختلف، می‌توان جریان مسلط بر نظام سیاستگذاری رفاه اجتماعی را شناخت و با ارزیابی عملکردها، به میزان تعامل میان نهادهای سیاستگذار با گروه‌های اجتماعی ذینفع و درجه اولویت بخشی به حل معضلات اجتماعی توسط سیاستگذاران، پی برد. با توجه به اهمیت موضوع، در ادامه به بررسی مهم‌ترین رویکردهای مرتبط با سیاست‌های رفاه اجتماعی و همچنین دیدگاه‌ها و نظریه‌های مطرح شده در این زمینه، پرداخته خواهد شد.

در گذشته، هنگام تحلیل و تبیین سیاست‌های رفاه اجتماعی، زمینه مناسبی برای فعالیت گروه‌های غیر رسمی و نهادهای غیر دولتی برای رویارویی با مسائل اجتماعی فراهم نبوده و همواره به دولت‌ها به عنوان تنها عامل کاهش مشکلات اجتماعی نگریسته می‌شد. رویکرد یکجانبه‌گرایی و تاکید بر نقش چشم‌گیر دولت‌ها در به حداقل رساندن تنگناهای اجتماعی، برگرفته از اندیشه‌ای بسته، ایدئولوژیک و متمرکز می‌باشد که به دنبال تحمیل ذهنیت‌های نظام سیاسی حاکم بر جامعه است. طی سال‌های اخیر، دامنه فعالیت‌های اجتماعی گسترش یافته و نقش گروه‌های مختلف جامعه، در کنار اقدامات دولتی برای مقابله با بحران‌های اجتماعی پررنگ‌تر شده است. در رویکرد جدید به سیاستگذاری اجتماعی، طبقات مختلف جامعه، محور تحولات چندوجهی اجتماعی بوده و تعارض ذهنی در رابطه با نهادگرایی و دولت‌محوری در برخورد با مسائل اجتماعی، بیش از پیش نمایان شده است. با توجه به مطالب یاد شده، در زمینه نحوه و نظام سیاستگذاری رفاه اجتماعی، دو رویکرد متمایز دولت‌محوری و جامعه‌محوری، قابل بحث و بررسی می‌باشد.

در رویکرد دولت‌محور، دولت‌ها مجری سیاست‌های نظام حاکمیتی بوده و هرگونه سیاستگذاری و اعمال اصلاحات اجتماعی را در چارچوب ایدئولوژی سیاسی حاکم، به انجام می‌رسانند. طبق نظر طرفداران رویکرد دولت‌محور، ما به دیدگاه‌هایی نیازمندیم که وضعیت‌هایی را تحلیل کنند که در آن‌ها دولت یا حکومت، نقش فعال و پیوسته‌ای در تعیین ساختارهای سیاسی دارد؛ یعنی ساختارهایی که دولت در آن‌ها، رفتار سیاسی گروه‌های گسترده‌ای از بازیگران اجتماعی را به عنوان گروه‌های دارای منافع یا طبقات اجتماعی، شکل می‌دهد. بر اساس این رویکرد، دولت منافع و ظرفیت‌هایی دارد که نمی‌توان به منافع گروه‌های مختلف اجتماعی تقلیل داد (کیم، ۲۰۰۴؛ به نقل از قاراخانی، ۲۰۱۸). رویکرد مداخله دولت‌ها، که برگرفته از اندیشه تکنوکرات و نخبه‌محور حاصل از رویکردهای دوگانه محور "نوسازی" است، دولت را در نقش طراح و مجری توسعه و رشد در نظر می‌گیرد؛ از این رو، تفکر و ارزش‌های سنتی جمع‌گرایانه در اجرای امور جامعه جهت رسیدن به رفاه و توسعه را ناسازگار با اهداف خود می‌بیند، به همین دلیل تلاش دارد به انحاء گوناگون، همچون تاکید بر جنبه‌های مادی و فنی، راه رشد و توسعه را بیپیماید.

در رویکرد دوم (جامعه‌محوری)، عمل‌گرایی و مسئولیت‌پذیری در گروه‌های مختلف اجتماعی (رسمی و غیررسمی) قابل مشاهده می‌باشد و دولت‌ها ضمن اقدامات کنترلی و تنظیمی، یکی از محورهای سیاستگذاری اجتماعی به شمار می‌روند. در این رویکرد، بهبود کیفیت زندگی تمام اقشار جامعه، با بهره‌گیری از همکاری‌های بین‌بخشی نهادهای دولتی و جلب حمایت و خودیاری مردم، مدنظر قرار می‌گیرد و تلاش می‌شود که نگرش دولت‌مداری در تدوین و اجرای سیاست‌های اجتماعی، جای خود را به رویکرد جامعه‌محور، که به دنبال تصحیح ذهنیت‌هاست، بدهد. موافقان این رویکرد بر این عقیده‌اند که مردم به خوبی قادرند دلایل و راه‌حل‌های مشکلات اجتماعی و اقتصادی خود را بشناسند و با اتکاء به نیروی انسانی خود و داشتن دیگر ابزارها، زمینه لازم را برای توسعه پایدار اجتماعی فراهم نمایند (مرکز سلامت محیط و کار، ۲۰۱۵). این رهیافت به جای موضع‌گیری منفعلانه در برابر ناهنجاری‌ها و نابسامانی‌های اجتماعی، مسئولیت‌پذیری و تعهد‌گرایی را، لازمه تحولات اجتماعی و مطلوبیت شاخص‌های کیفیت زیستی می‌داند. از این رو، انعطاف‌پذیری و محلی‌گرایی را جایگزین موثری برای ناسازگاری و تمرکزگرایی تلقی می‌کند.

با توجه به آنچه بیان شد می‌توان گفت که در ایران، سیاست رفاه اجتماعی به ویژه در حوزه خدمات بیمه اجتماعی طی ادوار مختلف، رویکرد دولت‌محور حاکم بوده و نهادهای حمایتی برآمده از دولت، نقش کلیدی در توسعه رفاه اجتماعی داشته‌اند. در حدود دو دهه اخیر، نگرش‌ها در مرحله گذار قرار گرفته، به طوری که در عمل توجه بیشتری به همه گروه‌ها و جوامع انسانی شده و در این میان، مناطق محروم از جمله شهرهای کوچک، روستاها و مناطق عشایری در کانون مباحث حمایت‌های بیمه‌ای قرار گرفته‌اند و به تبعیت از این جریان، دگرشی به وجود آمده که به سوی رویکرد جامعه‌محور سوق یافته است. به طوری که از یک سو، بخش خصوصی به حوزه بیمه‌گری ورود پیدا کرده و با ارائه خدمات متفاوت بیمه‌ای، سعی در غلبه بر رویکرد یکجانبه‌گرایانه ارائه خدمات رفاهی دارد. علاوه بر این، در ساختار دولتی و نظام رفاه و تامین اجتماعی ملی، دگرگونی‌هایی صورت گرفته که بر مبنای آن، اقشار آسیب‌پذیر جامعه، بیش از گذشته به عنوان هدف سیاست‌های تامین اجتماعی مورد توجه قرار گرفته‌اند و به بحث مشارکت آن‌ها در گسترش چتر پوشش بیمه اجتماعی تاکید شده است. در این شرایط، فارغ از نتایج و پیامدهای حاصل از این تغییر دیدگاه‌ها، می‌توان وضعیت کنونی رفاه اجتماعی جوامعی در حال توسعه همچون ایران را در حال گذار تصور کرد.

پیشینه تحقیق

کُهِ و یانگ^۱ (۲۰۱۹) پژوهشی تحت عنوان "بیمه‌های اجتماعی در جمعیت سالخورده: تاثیرات برنامه انتقال دولت در کره جنوبی" به انجام رسانده‌اند. در این پژوهش، تاثیر بیمه جدید اجتماعی بر کیفیت زندگی افراد سالخورده، نیروی کار و همچنین کمک‌های مالی فرزندان به والدین خود، ارزیابی شده است. نتایج نشان داده که با تحت پوشش قرار گرفتن افراد سالمند در بیمه‌های اجتماعی، نیاز آن‌ها به دریافت کمک‌های نقدی از فرزندان کاهش یافته و سطح کیفی زندگی آن‌ها تا حدودی ارتقاء یافته است (کُهِ و یانگ، ۲۰۱۹). بلاند و کُره^۲ (۲۰۱۸) در پژوهشی با عنوان "بیمه اجتماعی به عنوان سیاست مالی و ابزار دولت‌سازی: توسعه و سیاست‌های مشارکتی حقوق و دستمزد در کانادا و اسرائیل"، مسائل مالیاتی را در پیشبرد روابط دولت و جامعه مورد بررسی قرار داده و معتقدند که بین مالیات و دولت‌سازی در حوزه سیاست‌های رفاه اجتماعی، ارتباط وجود دارد. آن‌ها دریافته‌اند که سیاست‌های بیمه اجتماعی در هر دو کشور، در پیشبرد ظرفیت‌های مالی و اقتصادی و در نتیجه، در فرایند دولت‌سازی موثر واقع شده است. همچنین آن‌ها بر این عقیده‌اند که از طریق برنامه بیمه اجتماعی و تعهداتی که به واسطه آن ایجاد می‌شود، می‌توان تولید درآمد را مشروعیت بخشید، زیرساخت‌های نهادی برای جمع‌آوری مالیات ایجاد کرد و برای اداره بهینه جامعه، ذخایر سرمایه‌ای فراهم نمود (بلاند و کُره، ۲۰۱۸).

بلانک^۳ (۲۰۱۸)، پژوهشی با عنوان "وضعیت بیمه‌های اجتماعی دولت آلمان؛ اصلاح و انعطاف‌پذیری" به انجام رسانده که در آن بر نقش موثر بیمه‌های اجتماعی در نظام رفاهی این کشور تاکید نموده است. وی ضمن ارزیابی تحولات بیمه اجتماعی

۱ . Koh and Yang

۲ . Beland and Koreh

۳ . Blank

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). ژانگ^۱ (۲۰۱۶)، در پژوهشی به بررسی "نظام جدید بیمه اجتماعی بازنشستگی روستاییان در چین" پرداخته است. وی با بیان اینکه توسعه سریع اقتصادی، شکاف میان فقرا و اغنیا را افزایش داده و این روند در تضاد با رفاه اجتماعی عمومی می باشد، معتقد است که حمایت های رفاهی در قالب بیمه های اجتماعی، ابزاری برای تنظیم تعارضات اجتماعی به شمار می روند. وی به این نتیجه رسیده که سیستم نوین بیمه اجتماعی در چین که بر بازنشستگی کشاورزان متمرکز است، در تضمین معیشت این گروه ها در دوران سالمندی تاثیر قابل توجهی خواهد داشت (ژانگ، ۲۰۱۶).

افراخته و همکاران (۲۰۱۶)، به تجزیه و تحلیل موانع پیش روی بیمه اجتماعی روستایی در استان همدان پرداخته اند. آن ها با بیان اینکه بیش از ۱۰ سال از تاسیس صندوق بیمه اجتماعی روستاییان و عشایر در کشور می گذرد، اما جمعیت نسبتا کمی تحت پوشش قرار گرفته اند، دو عامل داخلی و خارجی را در این زمینه موثر می دانند. عامل داخلی مربوط به ساختار سنتی جامعه روستایی کشور بوده و عوامل خارجی در خارج از محیط روستاها قرار دارند و شامل مواردی همچون مشکلات مدیریتی و اجرایی، مشکلات اقتصادی- اجتماعی و بی نظمی نهادی می باشند. با توجه به این عوامل، دلیل اصلی این مسائل، فقدان یک برنامه منسجم برای ادغام کارآمد فعالیت ها عنوان شده است. کریمی (۲۰۰۷)، به بررسی جایگاه بیمه های اجتماعی در قانون نظام جامع رفاه و تامین اجتماعی پرداخته و به این نتیجه رسیده که قانون مذکور، مفاهیم پایه و بنیادین بیمه های اجتماعی مانند غیردولتی بودن، مشاع و بین نسلی بودن، غیر قابل ادغام بودن منابع و دارایی های آن، ممنوعیت افزایش تعهدات و هزینه های این بیمه ها و مسئولیت و ضمانت دولت برای تداوم خدمات بیمه های اجتماعی را به روشنی بیان نموده و می تواند از یک سو موجب تقویت بنیان های نظری، قانونی و حقوقی بیمه های اجتماعی و خدمات حمایتی و امدادی شود و از سوی دیگر، در ساختار سازمانی این حوزه ها، دگرگونی هایی ایجاد کند که دولتی شدن بیمه های اجتماعی و کاهش مشارکت های مردمی در این بخش ها را به دنبال داشته باشد. کاظمی پور (۲۰۰۳)، تحقیقی با عنوان "زمینه های تکوین بیمه های اجتماعی در ایران" به انجام رسانده که ضمن بیان ضعف ها و موانع فراوری تحقق اهداف برنامه بیمه اجتماعی، راهکارهایی نظیر افزایش آگاهی مردم نسبت به فلسفه و کارکرد بیمه های اجتماعی، تشریح و تبیین خدمات و مزایای بهره مندی از پوشش بیمه ای، تجدید نظر در قوانین، ضوابط و همچنین نوع و کیفیت تعهدات و تقویت روحیه آینده نگری در بین مردم، به عنوان مهم ترین عوامل زمینه ساز جامعه پذیری بیمه اجتماعی و تکوین و تعمیم آن در میان آحاد جامعه از جمله روستاییان پیشنهاد نموده است.

در جمع بندی پیشینه تحقیقات و پژوهش های صورت گرفته داخلی و خارجی در رابطه با بیمه های اجتماعی می توان گفت که این نوع بیمه ها مهم ترین ابزار تحقق عدالت اجتماعی به ویژه در میان اقشار محروم جامعه هستند و در صورت رفع برخی موانع ساختاری- اجرایی و گسترش خدمات و مزایای بیمه ای، امید به زندگی را در جامعه ارتقاء بخشیده و به توانمندسازی افراد فاقد توان شغلی و همچنین سالخوردگان کمک خواهد نمود. با توجه به نتایج این مطالعات، در نظر گرفتن معیارهایی همچون میزان تحقق اهداف پوشش بیمه ای، تسهیل در دسترسی به مراکز معتبر ارائه کننده خدمات بیمه اجتماعی و ترغیب و آگاه سازی مردم نسبت به خدمات و مزایای این نوع بیمه ها، مهم ترین مولفه های ارزیابی عملکرد بیمه اجتماعی به شمار می روند.

روش

پژوهش حاضر به این دلیل که ضمن ارزیابی عملکرد صندوق بیمه اجتماعی، به تحلیل موانع و ضعف ها پرداخته و راهکارهایی برای برون رفت از انفعال و ایستایی ارائه می دهد، از نوع کاربردی بوده و ماهیت آن نیز توصیفی- تحلیلی است. جامعه آماری تحقیق، شهرهای زیر بیست هزار نفر کشور (تعداد ۹۰۳ نقطه شهری) بوده، زیرا ساکنین این شهرها از مهم ترین مخاطبان بیمه

اجتماعی هستند. مبنای تحلیل و ارزیابی عملکرد نیز، علاوه بر اسناد و پژوهش های مرتبط، داده هایی است که از واحد آمار، فناوری اطلاعات و محاسبات بیمه ای صندوق بیمه اجتماعی کشاورزان، روستاییان و عشایر اخذ شده است. برای ارزیابی عملکرد صندوق یاد شده، با استناد به پژوهش های پیشین، داده های در دسترس و دریافت نظرات مدیران و کارشناسان بیمه ای، در گام نخست، ۴ شاخص به شرح جدول ۱ تعریف شد.

جدول ۱. شاخص های ارزیابی عملکرد صندوق بیمه اجتماعی

ردیف	شاخص ها
۱	ضریب نفوذ بیمه ای (نسبت بیمه شدگان به کل جمعیت ۱۸ تا ۵۰ سال)
۲	سهم گروه سنی هدف از کل طبقات سنی
۳	نسبت بیمه شدگان فعال (متصل و منفصل) از کل
۴	نسبت برخورداری از کارگزاری

در مرحله نخست تحلیل عملکردی صندوق بیمه اجتماعی در سطح شهرهای زیر بیست هزار نفر کشور، بر اساس داده های اخذ شده، وضعیت هر شاخص در سطح کل کشور و همچنین به تفکیک استان های ۳۱ گانه سنجیده شد. اگرچه شاخص ها با هم مرتبط هستند، اما به دلیل اینکه از زوایای گوناگون و با بهره گیری از داده های متفاوت، ارزیابی صورت می گیرد، وضعیت استان ها به لحاظ جایگاه و رتبه در سطح کشور، در هر شاخص تغییر می کند. در مرحله بعدی، به منظور دست یافتن به تحلیلی جامع و دقیق و مقایسه همه جانبه استان ها به لحاظ وضعیت عملکردی بیمه اجتماعی، نیاز به بهره گیری از تکنیک تطبیقی و تلفیقی بود، به همین منظور از روش تحلیل ماتریس تصمیم گیری و مدل رتبه بندی ویکور استفاده شد.

مدل ویکور

مدل ویکور (راه حل سازشی و بهینه سازی چندمعیاری)، به عنوان یکی از روش های تصمیم گیری چندمعیاره، برای حل یک مسئله تصمیم گیری گسسته با معیارهای نامتناسب (واحدهای اندازه گیری متفاوت) و متعارض توسعه داده شده است (اپریکوویک^۱، ۲۰۰۴). روش ویکور برای رتبه بندی گزینه های مختلف به کار می رود، به طوری که همواره چند گزینه وجود دارد، که این گزینه ها بر اساس چند معیار تلفیقی، به صورت مجزا بررسی شده و در نهایت، گزینه ها بر اساس ارزش، رتبه بندی می شوند. مراحل تکنیک ویکور به طور خلاصه در ادامه تبیین شده است (حاجی نژاد و همکاران، ۲۰۱۵):

مرحله اول: تشکیل ماتریس وضع موجود (ماتریس داده های خام)

مرحله دوم: نرمالیزه کردن ماتریس وضع موجود

برای بی مقیاس سازی داده ها، از روش نرمالیزه کردن معمولی استفاده شد. در این روش طبق تابع زیر، هر یک از مولفه های ماتریس تصمیم گیری بر مجموع مولفه های ستون مربوطه تقسیم می شود:

$$X_{ij}^* = \frac{X_{ij}}{\sum_{i=1}^m X_{ij}} \quad \text{رابطه (۱):}$$

در این تابع، X_{ij}^* مقدار بی بعد شده یا نرمالیزه شده گزینه j ام از معیار i ام می باشد. این مقدار همیشه بین ۰ و ۱ می باشد.

مرحله سوم: وزن دهی به شاخص ها

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 مثلاً 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:

$$W_i = \frac{X_i}{\sum X_i} \quad \text{رابطه (۲):}$$

مرحله چهارم: محاسبه ایده آل مثبت ($+F_i$) و منفی ($-F_i$)

$$+F_i = \max f_{ij}, \quad -F_i = \min f_{ij} \quad \text{رابطه (۳):}$$

مرحله پنجم: محاسبه شاخص مطلوبیت (S) و شاخص نارضایتی (R) برای هر گزینه:

$$S_j = \sum_{i=1}^n w_i \cdot \frac{f_i^* - f_{ij}}{f_i^* - f_i^-}, \quad R_j = \max_i \left[w_i \cdot \frac{f_i^* - f_{ij}}{f_i^* - f_i^-} \right] \quad \text{رابطه (۴):}$$

S_j شاخص مطلوبیت

R_j شاخص نارضایتی

W_i وزن معیار i

F^* مقدار ایده آل مثبت

F^- مقدار حداقل

F_{ij} مقدار نرمالیزه شده گزینه i ام در شاخص j ام

مرحله ششم: محاسبه شاخص ویکور (Q_i)، که همان امتیاز نهایی هر گزینه بوده و کمتر بودن آن، نشانه مطلوبیت عملکردی خواهد بود. این شاخص با استفاده از رابطه زیر به دست می آید (همان: ۱۷۸):

$$Q_i = (v) \frac{(S_j - S^*)}{(S^- - S^*)} + (1 - v) \frac{(R_j - R^*)}{(R^- - R^*)} \quad \text{رابطه (۵):}$$

$$S^* = \min(S_j, j=1, \dots, j)$$

$$S^- = \max(S_j, j=1, \dots, j)$$

$$R^* = \min(R_j, j=1, \dots, j)$$

$$R^- = \max(R_j, j=1, \dots, j)$$

$$S^* = \min S_j, \quad S^- = \max S_j$$

$$R^* = \min R_j, \quad R^- = \max R_j$$

V ضریبی است که اهمیت هر یک از اجزای رابطه فوق را نشان داده و اغلب برابر 0.5 می باشد. تفسیر بیشتر درباره V بدین صورت است که هر چه این مقدار کمتر باشد، به نظرهای انفرادی اهمیت داده می شود و برعکس، هر چه این مقدار بزرگ تر باشد، به نظر جمعی توجه بیشتری خواهد شد. به عبارت دیگر:

اگر $V > 0.5$ به معنی حداکثر توافق Q

اگر $V < 0.5$ به معنی حداقل توافق Q

اگر $V = 0.5$ به معنی توافق گروهی برابر.

یافته ها

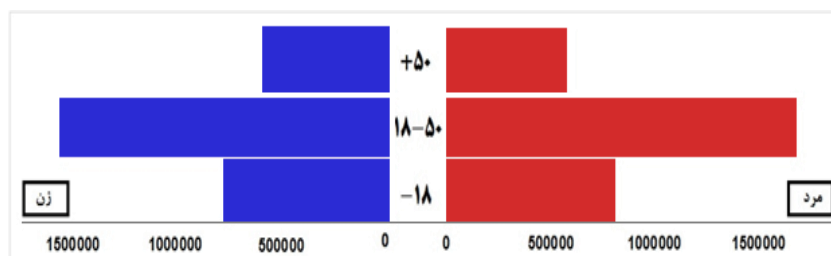
نسبت گروه سنی هدف (۱۸ تا ۵۰ سال) از کل طبقات سنی

دسته بندی جمعیت به طبقات مختلف سنی، به اهداف و انگیزه های مدیران و برنامه ریزان و نوع انتظار آن ها از داده های جمعیتی بستگی دارد. در صندوق بیمه اجتماعی کشاورزان، روستاییان و عشایر، یکی از شروط بهره مندی از خدمات بیمه ای، قرار داشتن در محدوده سنی ۱۸ تا ۵۰ سال می باشد. از این رو در پژوهش حاضر، سه گروه سنی کمتر از ۱۸ سال، ۱۸ تا ۵۰ سال و بالاتر از ۵۰ سال، به عنوان طبقات عمده جمعیتی تعیین شد و تعداد افراد واقع در هر طبقه شناسایی گردید. بر این اساس، ۳۲۴۸۳۵۰ نفر (معادل ۵۴/۴ درصد) از جمعیت ساکن شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر کشور در سال ۱۳۹۸، در طبقه جمعیتی ۱۸ تا ۵۰ سال قرار داشته و بیشترین فراوانی، متعلق به طبقه سنی یاد شده می باشد. گروه سنی کمتر از ۱۸ سال با ۲۶/۴ درصد، در رتبه دوم و گروه سنی بالاتر از ۵۰ سال، با ۱۹/۲ درصد، در رتبه سوم قرار دارد. جمعیت گروه مردان در مجموع گروه های سنی، از جمعیت گروه زنان بیشتر می باشد، به همین ترتیب، سهم گروه مردان (۵۱/۴ درصد) از کل جمعیت واقع در طبقه جمعیتی ۱۸ تا ۵۰ سال شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر کشور، نسبتاً بیشتر است. بنابراین می توان گفت که در سال ۱۳۹۸ در کل شهرهای یاد شده، ۳۲۴۸۳۵۰ نفر، از شرایط سنی و سکونتی بهره مندی از پوشش بیمه اجتماعی کشاورزان، روستاییان و عشایر برخوردار می باشند (جدول ۲ و شکل ۱).

جدول ۱. جمعیت گروه های عمده سنی در شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر کشور

شرح	کمتر از ۱۸ سال	۱۸ تا ۵۰ سال	بالاتر از ۵۰ سال	جمع
مرد	۸۰۵۸۵۰	۱۶۷۰۳۷۰	۵۶۶۷۰۰	۳۰۴۲۹۲۰
زن	۷۷۰۶۲۵	۱۵۷۷۹۸۰	۵۸۱۵۱۶	۲۹۳۰۱۲۱
کل	۱۵۷۶۴۷۵	۳۲۴۸۳۵۰	۱۱۴۸۲۱۶	۵۹۷۳۰۴۱
درصد	۲۶/۴	۵۴/۴	۱۹/۲	۱۰۰

منبع: بر اساس داده های سرشماری عمومی نفوس و مسکن، مرکز آمار ایران، ۱۳۹۵



شکل ۱. هرم سنی جمعیت شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر بر اساس گروه های عمده سنی

منبع: بر اساس داده های سرشماری عمومی نفوس و مسکن، مرکز آمار ایران، ۱۳۹۵

ضریب نفوذ بیمه اجتماعی کشاورزان، روستاییان و عشایر

از مهم ترین معیارهای ارزیابی عملکرد بیمه ها، سنجش گستره چتر پوشش بیمه ای در میان جمعیت هدف است. این معیار که از آن با عنوان "ضریب نفوذ بیمه ای" یاد می شود، نمایانگر سطح جامعه پذیری خدمات بیمه ای در میان جامعه مخاطب نیز می باشد. بررسی داده های جمعیتی نشان دهنده آن است که در همه استان های کشور، بیش از نیمی از جمعیت شهرهای زیر بیست هزار نفر، در گروه سنی ۱۸ تا ۵۰ سال قرار داشته و به طور میانگین ۵۴/۴ درصد از کل جمعیت این شهرها (معادل ۳۲۴۸۳۵۰ نفر)، حائز شرایط سنی بهره مندی از پوشش بیمه اجتماعی هستند. علیرغم این شرایط، کل بیمه شدگان ساکن شهرهای زیر بیست هزار نفر کشور، ۱۰۰۵۲۲ نفر بوده که نمایانگر ضریب نفوذ ۳/۱ درصدی بیمه اجتماعی است. به عبارت دیگر، از هر ۱۰۰ نفر جمعیت حائز شرایط، حدود ۳ نفر تحت پوشش بیمه اجتماعی قرار گرفته اند. این داده ها نشان دهنده عدم مطابقت سطح پوشش بیمه ای با اهداف، قوانین و سیاست های تعیین شده است و ضعف عملکردی بیمه اجتماعی کشاورزان،

روستاییان و عشایر را در تحت پوشش قرار دادن ساکنین شهرهای زیر بیست هزار نفر نشان می دهد. نکته قابل تأمل اینکه در هیچ یک از استان های کشور، ضریب نفوذ بیمه اجتماعی در میان ساکنین شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر به ۱۰ درصد نمی رسد. مقایسه تطبیقی ۳۱ استان کشور در رابطه با این شاخص، بازگوکننده شکاف عمیق پوشش بیمه ای است، به طوری که استان همدان با ۹/۴ درصد، بالاترین میزان پوشش بیمه ای را به خود اختصاص داده و استان های سیستان و بلوچستان و هرمزگان با ۰/۸ درصد، پایین ترین ضریب نفوذ بیمه اجتماعی را در سطح شهرهای زیر بیست هزار نفر داشته اند (جدول ۳).

جدول ۳. ضریب نفوذ بیمه اجتماعی کشاورزان، روستاییان و عشایر در شهرهای زیر بیست هزار نفر کشور

استان	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	۳۲۴۸۳۵۰	۵۴/۴	۱۰۰۵۲۲	۳/۱
آذربایجان شرقی	۲۷۵۷۷۰	۱۴۶۳۴۳	۵۳/۱	۱۰۶۴۸	۷/۳
آذربایجان غربی	۱۶۱۱۴۱	۸۷۵۴۰	۵۴/۳	۴۳۷۳	۵
اردبیل	۱۰۰۸۹۳	۵۵۳۵۹	۵۴/۹	۴۶۳۶	۸/۴
اصفهان	۶۲۸۲۷۱	۳۴۰۲۱۸	۵۴/۲	۷۷۲۳	۲/۳
البرز	۳۴۲۲۳	۱۸۹۶۷	۵۵/۴	۱۹۳	۱
ایلام	۹۱۱۴۷	۵۲۵۶۷	۵۷/۷	۲۴۳۸	۴/۶
بوشهر	۲۲۳۰۷۶	۱۲۸۳۶۰	۵۷/۵	۱۹۷۵	۱/۵
تهران	۱۰۰۵۸۱	۵۵۶۰۳	۵۵/۳	۱۹۶۵	۳/۵
چهارمحال و بختیاری	۲۳۵۸۰۹	۱۲۸۲۶۷	۵۴/۴	۴۰۵۶	۳/۲
خراسان جنوبی	۱۳۹۴۹۷	۷۳۲۴۲	۵۲/۵	۲۶۳۳	۳/۶
خراسان رضوی	۳۵۸۳۴۴	۱۸۹۶۱۶	۵۲/۹	۶۳۴۶	۳/۳
خراسان شمالی	۸۸۱۳۲	۴۷۰۲۰	۵۳/۴	۳۲۷۰	۷
خوزستان	۳۵۴۶۹۶	۱۹۵۷۵۶	۵۵/۲	۱۹۱۹	۱
زنجان	۹۰۷۳۲	۵۰۱۹۷	۵۵/۳	۱۶۶۱	۳/۳
سمنان	۹۲۹۸۱	۴۹۷۴۱	۵۳/۵	۲۰۵۴	۴/۱
سیستان و بلوچستان	۲۴۲۶۱۷	۱۲۱۲۴۵	۵۰	۹۳۶	۰/۸
فارس	۵۵۸۰۹۴	۳۰۸۵۱۰	۵۵/۳	۱۰۹۴۵	۳/۵
قزوین	۱۰۶۴۲۸	۵۸۹۱۴	۵۵/۴	۲۳۱۸	۳/۹
قم	۲۸۸۰۶	۱۵۶۶۲	۵۴/۴	۴۱۳	۲/۶
کرمانشاه	۸۳۶۷۹	۴۶۸۰۵	۵۵/۹	۱۹۱۷	۴/۱
کردستان	۶۳۹۶۶	۳۵۲۳۲	۵۵/۱	۱۹۲۹	۵/۵
کرمان	۳۹۰۷۷۴	۲۱۴۲۴۸	۵۴/۸	۲۸۷۵	۱/۳
کهگیلویه و بویراحمد	۱۰۹۱۶۵	۶۱۱۳۴	۵۶	۱۴۷۰	۲/۳
گلستان	۱۵۷۰۶۷	۸۳۳۳۰	۵۳/۱	۲۴۱۲	۲/۹
گیلان	۳۳۱۴۳۲	۱۸۰۲۳۷	۵۴/۴	۲۹۸۲	۱/۷
لرستان	۵۳۵۵۲	۲۹۹۵۱	۵۵/۹	۱۰۱۲	۳/۴
مازندران	۲۷۰۶۱۶	۱۴۸۵۸۲	۵۴/۹	۳۷۳۸	۲/۵
مرکزی	۱۳۷۶۸۸	۷۴۲۵۲	۵۳/۹	۲۰۰۹	۲/۷
هرمزگان	۱۹۵۹۴۰	۱۰۸۶۱۸	۵۵/۴	۸۳۱	۰/۸
همدان	۱۴۱۲۳۳	۷۶۷۷۳	۵۴/۴	۷۲۱۷	۹/۴
یزد	۱۲۶۶۹۲	۶۶۰۶۱	۵۲/۱	۱۶۲۸	۲/۵

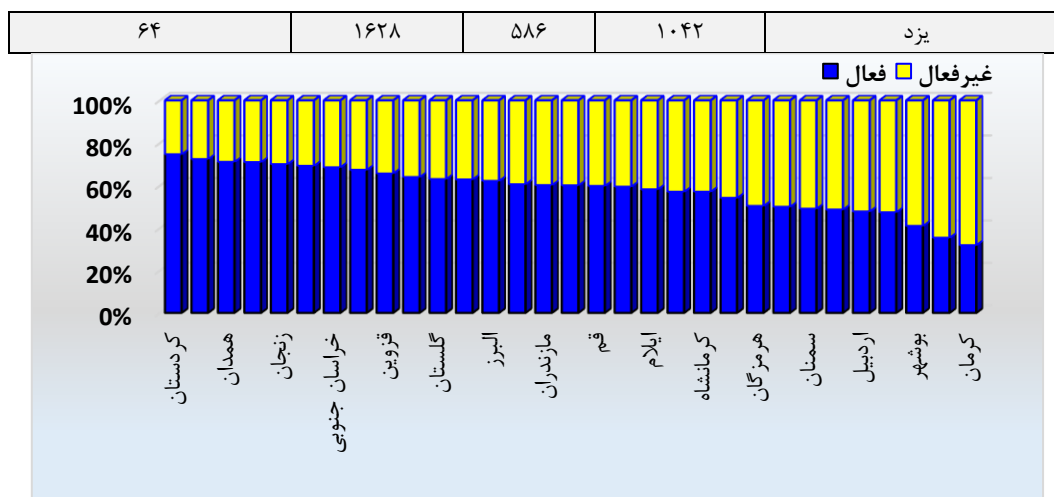
نسبت بیمه شدگان فعال (متصل و منفصل)

مداومت در پرداخت حق بیمه از سوی بیمه شدگان و استمرار در برخورداری از پوشش بیمه ای، از دیگر معیارهایی است که در ارزیابی عملکرد بیمه اجتماعی کشاورزان، روستاییان و عشایر مدنظر قرار گرفته است. بیمه شده فعال، شخصی است که

دارای قرارداد بیمه اجتماعی بوده و به واسطه تداوم پرداخت حق بیمه خود در موعد مقرر، در حال حاضر تحت پوشش بیمه اجتماعی قرار دارد. بر اساس داده ها، از کل بیمه شدگان شهرهای زیر بیست هزار نفر کشور (۱۰۰۵۲۲ نفر)، ۶۰۶۳۹ نفر (معادل ۶۰/۳ درصد) در فهرست بیمه شدگان فعال قرار دارند. به عبارتی دیگر، بیش از یک سوم بیمه شدگان، پس از مدتی بیمه پردازی، از تمدید قرارداد و پرداخت حق بیمه خود در موعد تعیین شده امتناع کرده اند. نسبت بیمه شدگان فعال ساکن شهرهای زیر بیست هزار نفر در استان های مختلف متفاوت بوده، به طوری که از ۷۴/۷ درصد (بیشترین) در استان کردستان تا ۳۱/۹ درصد (کمترین) در استان کرمان را شامل می شود (جدول ۴ و شکل ۲). با توجه به این داده ها می توان گفت که صندوق بیمه اجتماعی کشاورزان، روستاییان و عشایر، در ترغیب افراد بیمه شده برای استمرار در پرداخت حق بیمه و پایداری پوشش بیمه ای، عملکرد نسبتاً ضعیفی داشته است. با توجه به اینکه بخش قابل توجهی از منابع و پشتوانه مالی صندوق، به واسطه حق بیمه پرداختی افراد تأمین می شود، بالا رفتن نسبت بیمه شدگان غیرفعال، ناپایداری اقتصادی صندوق را به دنبال خواهد داشت.

جدول ۴. تعداد بیمه شده (فعال و غیر فعال) در شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر به تفکیک استان در سال ۱۳۹۸

استان	بیمه شدگان		
	فعال	غیرفعال	کل
درصد بیمه شدگان فعال			
کل کشور	۶۰۶۳۹	۳۹۸۸۳	۱۰۰۵۲۲
آذربایجان شرقی	۷۷۰۹	۲۹۳۹	۱۰۶۴۸
آذربایجان غربی	۳۱۰۴	۱۲۶۹	۴۳۷۳
اردبیل	۲۲۱۶	۲۴۲۰	۴۶۳۶
اصفهان	۴۱۸۶	۳۵۳۷	۷۷۲۳
البرز	۱۲۰	۷۳	۱۹۳
ایلام	۱۴۱۹	۱۰۱۹	۲۴۳۸
بوشهر	۸۱۰	۱۱۶۵	۱۹۷۵
تهران	۶۹۶	۱۲۶۹	۱۹۶۵
چهارمحال و بختیاری	۲۵۴۹	۱۵۰۷	۴۰۵۶
خراسان جنوبی	۱۸۰۶	۸۲۷	۲۶۳۳
خراسان رضوی	۳۶۲۵	۲۷۲۱	۶۳۴۶
خراسان شمالی	۲۲۰۳	۱۰۶۷	۳۲۷۰
خوزستان	۹۶۰	۹۵۹	۱۹۱۹
زنجان	۱۱۶۳	۴۹۸	۱۶۶۱
سمنان	۱۰۰۹	۱۰۴۵	۲۰۵۴
سیستان و بلوچستان	۴۴۴	۴۹۲	۹۳۶
فارس	۶۵۱۱	۴۴۳۴	۱۰۹۴۵
قزوین	۱۵۲۲	۷۹۶	۲۳۱۸
قم	۲۴۷	۱۶۶	۴۱۳
کردستان	۱۴۴۰	۴۸۹	۱۹۲۹
کرمان	۹۱۸	۱۹۵۷	۲۸۷۵
کرمانشاه	۱۰۹۵	۸۲۲	۱۹۱۷
کهگیلویه و بویراحمد	۷۱۶	۷۵۴	۱۴۷۰
گلستان	۱۵۲۱	۸۹۱	۲۴۱۲
گیلان	۱۸۰۷	۱۱۷۵	۲۹۸۲
لرستان	۶۰۸	۴۰۴	۱۰۱۲
مازندران	۲۲۵۱	۱۴۸۷	۳۷۳۸
مرکزی	۱۳۹۱	۶۱۸	۲۰۰۹
هرمزگان	۴۱۹	۴۱۲	۸۳۱
همدان	۵۱۳۲	۲۰۸۵	۷۲۱۷



شکل ۲. بیمه شدگان فعال و غیر فعال شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر به تفکیک استان
منبع: بر اساس داده های صندوق بیمه اجتماعی کشاورزان، روستاییان و عشایر در سال ۱۳۹۸

ضریب بر خور داری از کارگزاری بیمه اجتماعی

کارگزاری های صندوق بیمه اجتماعی کشاورزان، روستاییان و عشایر، مهم ترین حلقه ارتباطی میان ساکنین شهرهای زیر بیست هزار نفر و صندوق هستند. این مراکز، نماینده بیمه اجتماعی در میان جمعیت مخاطب بوده و ساکنین شهرهای یاد شده به واسطه کارگزاری ها، تحت پوشش بیمه اجتماعی قرار می گیرند. بنابراین سهولت دسترسی به آن ها، در بهبود عملکرد صندوق تاثیر قابل توجهی خواهد داشت. بر مبنای تقسیمات کشوری سال ۱۳۹۵، تعداد ۹۰۳ نقطه شهری در سطح کشور وجود دارد که از جمعیتی کمتر از بیست هزار نفر برخوردارند. علیرغم تأکید بر پوشش بیمه ای ساکنین این شهرها در اهداف و سیاست های صندوق بیمه اجتماعی، فقط ۴۲۱ نقطه شهری از کارگزاری برخوردار بوده که معادل ۴۶/۶ درصد مجموع شهرهای زیر بیست هزار نفر می باشد. بنابراین ضریب بر خور داری شهرهای یاد شده از کارگزاری بیمه اجتماعی، کمتر از یک دوم تعداد کل شهرهای هدف پوشش بیمه ای است. تحلیل تطبیقی ضریب بر خور داری از کارگزاری، نشان دهنده اختلاف چشم گیر میان استان های مختلف می باشد. در استان البرز، پوشش کارگزاری در سطح شهرهای زیر بیست هزار نفر، دارای ضریب ۱۰۰ درصدی است. بعد از آن، استان کهگیلویه و بویراحمد در رتبه دوم قرار گرفته و از ۱۴ نقطه شهری زیر بیست هزار نفر، ۱۲ شهر (معادل ۸۵/۷ درصد) از کارگزاری بهره مند شده اند. استان اصفهان نیز با دارا بودن بیشترین فراوانی شهرهای زیر بیست هزار نفر (۸۱ شهر)، کمترین ضریب بر خور داری از کارگزاری (۲۵/۹ درصد) را به خود اختصاص داده و در مقایسه با سایر استان ها در پایین ترین سطح قرار گرفته است (جدول ۵). با توجه به یافته های تحقیق، می توان گفت محدودیت تعداد کارگزاری ها و ضعف دسترسی ساکنین شهرهای زیر بیست هزار نفر به کارگزاری بیمه اجتماعی، تاثیر بسزایی در تنزل عملکردی بیمه اجتماعی داشته است. در بسیاری از شهرهای زیر بیست هزار نفر کشور که مرکز شهرستان نیز به شمار می روند، کارگزاری بیمه اجتماعی مستقر نشده و ساکنین از یک سو، دسترسی مطلوبی به کارگزاری نداشته و از سوی دیگر، اعتماد چندانی به کارگزاری های واقع در سایر شهرها ندارند.

جدول ۵. تعداد شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر دارای کارگزاری بیمه اجتماعی به تفکیک استان

استان	تعداد شهر زیر ۲۰ هزار نفر	تعداد شهرهای دارای کارگزاری	نسبت شهرهای دارای کارگزاری به کل شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر (درصد)	رتبه
کل کشور	۹۰۳	۴۲۱	۴۶/۶	-
اردبیل	۲۱	۸	۳۸/۱	۲۲
اصفهان	۸۱	۲۱	۲۵/۹	۲۹
البرز	۵	۵	۱۰۰	۱
ایلام	۲۰	۹	۴۵	۱۸
آذربایجان شرقی	۴۵	۲۵	۵۵/۶	۱۲
آذربایجان غربی	۲۷	۱۵	۵۵/۶	۱۲
بوشهر	۲۸	۱۰	۳۵/۷	۲۶
تهران	۱۱	۶	۵۴/۵	۱۳
چهارمحال و بختیاری	۳۴	۱۹	۵۵/۹	۱۱
خراسان جنوبی	۲۴	۱۵	۶۲/۵	۵
خراسان رضوی	۵۶	۲۶	۴۶/۴	۱۷
خراسان شمالی	۱۸	۱۰	۵۵/۶	۱۲
خوزستان	۵۲	۱۵	۲۸/۸	۲۸
زنجان	۱۷	۱۰	۵۸/۸	۸
سمنان	۱۵	۸	۵۳/۳	۱۴
سیستان و بلوچستان	۳۰	۱۱	۳۶/۷	۲۴
فارس	۷۹	۴۲	۵۳/۲	۱۵
قزوین	۱۶	۸	۵۰	۱۶
قم	۵	۴	۸۰	۳
کردستان	۲۰	۸	۴۰	۲۰
کرمان	۵۷	۱۹	۳۳/۳	۲۷
کهگیلویه و بویراحمد	۱۴	۱۲	۸۵/۷	۲
کرمانشاه	۲۱	۱۳	۶۱/۹	۶
گلستان	۱۸	۱۱	۶۱/۱	۷
گیلان	۴۱	۲۴	۵۸/۵	۹
لرستان	۱۶	۹	۵۶/۳	۱۰
مازندران	۴۰	۱۵	۳۷/۵	۲۳
مرکزی	۲۵	۹	۳۶	۲۵
هرمزگان	۳۱	۱۲	۳۸/۷	۲۱
همدان	۲۲	۱۶	۷۲/۷	۴
یزد	۱۴	۶	۴۲/۹	۱۹

منبع: بر اساس داده های صندوق بیمه اجتماعی کشاورزان، روستاییان و عشایر در سال ۱۳۹۸

تحلیل رتبه ای عملکرد بیمه ای استان ها

در بخش های قبلی، سنجه های مختلفی در رابطه با عملکرد صندوق در گسترش پوشش بیمه اجتماعی، به صورت مجزا مورد بررسی قرار گرفت، اما با توجه به اینکه عوامل و فاکتورهای چندگانه ای به صورت وابسته، در تعیین کمیت و کیفیت عملکرد صندوق بیمه اجتماعی کشاورزان، روستاییان و عشایر نقش ایفا می کنند، در این قسمت از روش تحلیل ماتریس تصمیم گیری استفاده خواهد شد تا با در نظر گرفتن شاخص های مختلف، عملکرد صندوق بیمه اجتماعی را در سطح استان های کشور سنجید و آن ها را رتبه بندی نمود. در این راستا، در گام نخست با در نظر گرفتن همزمان ۵ معیار ضریب نفوذ بیمه ای، نسبت

گروه سنی ۱۸ تا ۵۰ سال، سهم بیمه شدگان شهرهای زیر بیست هزار نفر از کل بیمه شدگان هر استان، سهم بیمه شدگان فعال و سهم برخورداری از کارگزاری، ماتریس داده های خام ترسیم شد(جدول ۶).

جدول ۶. ماتریس داده های خام به تفکیک استان

استان	ضریب نفوذ بیمه ای (x ^۱)	نسبت گروه سنی ۱۸ تا ۵۰ سال (x ^۲)	سهم از کل بیمه شدگان شهرهای زیر ۲۰ هزار (x ^۳)	سهم بیمه شدگان فعال (x ^۴)	سهم برخورداری از کارگزاری (x ^۵)
کل کشور	۳/۱	۵۴/۴	۶	۶۰/۳	۴۶/۶
آذربایجان شرقی	۷/۳	۵۳/۱	۶/۴	۷۲/۴	۵۵/۶
آذربایجان غربی	۵	۵۴/۳	۵/۱	۷۱	۵۵/۶
اردبیل	۸/۴	۵۴/۹	۹/۳	۴۷/۸	۳۸/۱
اصفهان	۲/۳	۵۴/۲	۱۲/۱	۵۴/۲	۲۵/۹
البرز	۱	۵۵/۴	۱/۸	۶۲/۲	۱۰۰
ایلام	۴/۶	۵۷/۷	۹/۴	۵۸/۲	۴۵
بوشهر	۱/۵	۵۷/۵	۱۳/۲	۴۱	۳۵/۷
تهران	۳/۵	۵۵/۳	۵/۷	۳۵/۴	۵۴/۵
چهارمحال و بختیاری	۳/۲	۵۴/۴	۱۴/۲	۶۲/۸	۵۵/۹
خراسان جنوبی	۳/۶	۵۲/۵	۷/۴	۶۸/۶	۶۲/۵
خراسان رضوی	۳/۳	۵۲/۹	۴/۸	۵۷/۱	۴۶/۴
خراسان شمالی	۷	۵۳/۴	۷/۴	۶۷/۴	۵۵/۶
خوزستان	۱	۵۵/۲	۲/۶	۵۰	۲۸/۸
زنجان	۳/۳	۵۵/۳	۴	۷۰	۵۸/۸
سمنان	۴/۱	۵۳/۵	۱۲/۴	۴۹/۱	۵۳/۳
سیستان و بلوچستان	۸	۵۰	۲/۹	۴۷/۴	۳۶/۷
فارس	۳/۵	۵۵/۳	۸/۳	۵۹/۵	۵۳/۲
قزوین	۳/۹	۵۵/۴	۸	۶۵/۷	۵۰
قم	۲/۶	۵۴/۴	۵/۲	۵۹/۸	۸۰
کرمانشاه	۴/۱	۵۵/۹	۳/۱	۷۴/۷	۶۱/۹
کردستان	۵/۵	۵۵/۱	۴/۴	۳۱/۹	۴۰
کرمان	۱/۳	۵۴/۸	۲/۷	۵۷/۱	۳۳/۳
کهگیلویه و بویراحمد	۴/۲	۵۶	۷/۵	۴۸/۷	۸۵/۷
گلستان	۲/۹	۵۳/۱	۵/۱	۶۳/۱	۶۱/۱
گیلان	۱/۷	۵۴/۴	۴/۱	۶۰/۶	۵۸/۵
لرستان	۳/۴	۵۵/۹	۱/۶	۶۰/۱	۵۶/۳
مازندران	۲/۵	۵۴/۹	۴/۱	۶۰/۲	۳۷/۵
مرکزی	۲/۷	۵۳/۹	۴/۷	۶۹/۲	۳۶
هرمزگان	۰/۸	۵۵/۴	۵/۱	۵۰/۴	۳۸/۷
همدان	۹/۴	۵۴/۴	۸/۲	۷۱/۱	۷۲/۷
یزد	۲/۵	۵۲/۱	۸/۶	۶۴	۴۲/۹

در گام دوم، به منظور تبدیل مقیاس داده های خام به یک الگوی مشترک، از روش نرمالیزه سازی معمولی استفاده شد که در آن، هر یک از مولفه های ماتریس تصمیم گیری بر مجموع مولفه های ستون مربوطه تقسیم شد(جدول ۷).

جدول ۷. ماتریس مقادیر نرمالیزه شده داده ها

استان	ضریب نفوذ بیمه ای (x ^۱)	نسبت گروه سنی ۱۸ تا ۵۰ سال (x ^۲)	سهم از کل بیمه شدگان شهرهای زیر ۲۰ هزار (x ^۳)	سهم بیمه شدگان فعال (x ^۴)	سهم برخورداری از کارگزاری (x ^۵)
آذربایجان شرقی	۰/۰۶۷	۰/۰۳۱	۰/۰۳۲	۰/۰۴۰	۰/۰۳۴
آذربایجان غربی	۰/۰۴۶	۰/۰۳۲	۰/۰۲۶	۰/۰۳۹	۰/۰۳۴
اردبیل	۰/۰۷۷	۰/۰۳۲	۰/۰۴۷	۰/۰۲۶	۰/۰۲۴
اصفهان	۰/۰۳۱	۰/۰۳۲	۰/۰۶۱	۰/۰۳۰	۰/۰۱۶
البرز	۰/۰۰۹	۰/۰۳۳	۰/۰۰۹	۰/۰۳۴	۰/۰۶۲
ایلام	۰/۰۴۲	۰/۰۳۴	۰/۰۴۷	۰/۰۳۲	۰/۰۲۸
بوشهر	۰/۰۱۴	۰/۰۳۴	۰/۰۶۶	۰/۰۲۳	۰/۰۲۲
تهران	۰/۰۳۲	۰/۰۳۳	۰/۰۲۹	۰/۰۲۰	۰/۰۳۴
چهارمحال وبختیاری	۰/۰۲۹	۰/۰۳۲	۰/۰۷۱	۰/۰۳۵	۰/۰۳۵
خراسان جنوبی	۰/۰۳۳	۰/۰۳۱	۰/۰۳۷	۰/۰۳۸	۰/۰۳۹
خراسان رضوی	۰/۰۳۰	۰/۰۳۱	۰/۰۲۴	۰/۰۳۲	۰/۰۲۹
خراسان شمالی	۰/۰۶۴	۰/۰۳۲	۰/۰۳۷	۰/۰۳۷	۰/۰۳۴
خوزستان	۰/۰۰۹	۰/۰۳۳	۰/۰۱۳	۰/۰۲۸	۰/۰۱۸
زنجان	۰/۰۳۰	۰/۰۳۳	۰/۰۲۰	۰/۰۳۹	۰/۰۳۶
سمنان	۰/۰۳۸	۰/۰۳۲	۰/۰۶۲	۰/۰۲۷	۰/۰۳۳
سیستان و بلوچستان	۰/۰۰۷	۰/۰۳۰	۰/۰۱۵	۰/۰۲۶	۰/۰۲۳
فارس	۰/۰۳۲	۰/۰۳۳	۰/۰۴۲	۰/۰۳۳	۰/۰۳۳
قزوین	۰/۰۳۶	۰/۰۳۳	۰/۰۴۰	۰/۰۳۶	۰/۰۳۱
قم	۰/۰۲۴	۰/۰۳۲	۰/۰۲۶	۰/۰۳۳	۰/۰۴۹
کرمانشاه	۰/۰۳۸	۰/۰۳۳	۰/۰۱۶	۰/۰۴۱	۰/۰۳۸
کردستان	۰/۰۵۰	۰/۰۳۳	۰/۰۲۲	۰/۰۱۸	۰/۰۲۵
کرمان	۰/۰۱۲	۰/۰۳۲	۰/۰۱۴	۰/۰۳۲	۰/۰۲۱
کهگیلویه و بویراحمد	۰/۰۲۲	۰/۰۳۳	۰/۰۳۸	۰/۰۲۷	۰/۰۵۳
گلستان	۰/۰۲۷	۰/۰۳۱	۰/۰۲۶	۰/۰۳۵	۰/۰۳۸
گیلان	۰/۰۱۶	۰/۰۳۲	۰/۰۲۱	۰/۰۳۳	۰/۰۳۶
لرستان	۰/۰۳۱	۰/۰۳۳	۰/۰۰۸	۰/۰۳۳	۰/۰۳۵
مازندران	۰/۰۲۳	۰/۰۳۲	۰/۰۲۱	۰/۰۳۳	۰/۰۲۳
مرکزی	۰/۰۲۵	۰/۰۳۲	۰/۰۲۴	۰/۰۳۸	۰/۰۲۲
هرمزگان	۰/۰۰۷	۰/۰۳۳	۰/۰۲۶	۰/۰۲۸	۰/۰۲۴
همدان	۰/۰۸۶	۰/۰۳۲	۰/۰۴۱	۰/۰۳۹	۰/۰۴۵
یزد	۰/۰۲۳	۰/۰۳۱	۰/۰۴۳	۰/۰۳۵	۰/۰۲۷

پس از بی مقیاس سازی داده ها، به منظور تعیین وزن معیارهای پنج گانه، از روش وزن دهی تخصیص نقطه ای استفاده شد که بر اساس آن، وزن استاندارد هر شاخص، از تقسیم آن بر مجموع مقادیر مربوط به کل شاخص ها به دست آمد. با توجه به وزن دهی صورت گرفته، معیار ضریب نفوذ بیمه ای با اهمیت و وزن ۰/۴، بیشترین تاثیر را در رتبه بندی نهایی خواهد داشت. معیار سهم از کل بیمه شدگان با وزن ۰/۲۵ در رتبه دوم و در نهایت، نسبت گروه سنی ۱۸ تا ۵۰ سال با وزن ۰/۰۸ درصد، در پایین ترین سطح قرار گرفت (جدول ۸).

جدول ۸. وزن اولیه و وزن استاندارد شده هر شاخص

معيار	وزن اوليه	وزن استاندارد
ضريب نفوذ بيمه ای (x ^۱)	۴۰	۰/۴
نسبت گروه سنی ۱۸ تا ۵۰ سال (x ^۲)	۸	۰/۰۸
سهم از کل بيمه شدگان (x ^۳)	۲۵	۰/۲۵
سهم بيمه شدگان فعال (x ^۴)	۱۵	۰/۱۵
سهم برخورداری از کارگزاری (x ^۵)	۱۲	۰/۱۲
مجموع	۱۰۰	$\sum W_i = 1$

در مرحله بعد، مقادير ایده آل مثبت (F_i^+) و منفی (F_i^-) محاسبه شد که بر مبنای آن، مقادير مثبت و منفی به ترتيب در معيار نخست (x^۱)، استان های همدان و هرمزگان، در معيار دوم (x^۲)، استان های ایلام و بوشهر (مثبت) و استان سیستان و بلوچستان (منفی)، در معيار سوم (x^۳)، استان های چهارمحال و بختیاری و لرستان، در معيار چهارم (x^۴)، استان های کرمانشاه و کردستان و در معيار پنجم (x^۵)، استان های البرز و اصفهان انتخاب شدند (جدول ۹).

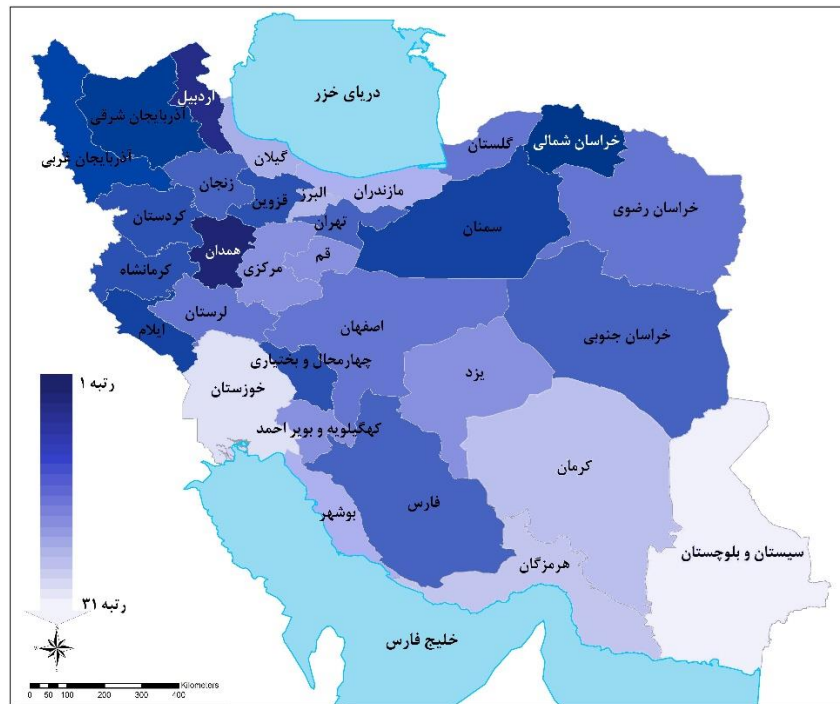
جدول ۹. مقدار ایده آل مثبت و منفی در معيارهای پنج گانه

ارزش	ضريب نفوذ بيمه ای (x ^۱)	نسبت گروه سنی ۱۸ تا ۵۰ سال (x ^۲)	سهم از کل بيمه شدگان (x ^۳)	سهم بيمه شدگان فعال (x ^۴)	سهم برخورداری از کارگزاری (x ^۵)
F_i^+	۰/۰۸۶	۰/۰۳۴	۰/۰۷۱	۰/۰۴۱	۰/۰۶۲
F_i^-	۰/۰۰۷	۰/۰۳۰	۰/۰۰۸	۰/۰۱۸	۰/۰۱۶

در مرحله بعدی، پس از محاسبه فاصله هر استان از گزینه ایده آل و گزینه حداقل، شاخص مطلوبیت (S_j) و شاخص ناراضایتی (R_j) اندازه گیری شد. پس از محاسبه این دو شاخص، در گام نهایی، شاخص ویکور (Q_i) محاسبه گردید. برای اندازه گیری شاخص ویکور، مقدار (V)، ۰/۵ در نظر گرفته شد که به معنای توافق گروهی برابر می باشد. مقدار Q_i بیانگر رتبه نهایی هر استان در رابطه با سطح عملکردی بیمه اجتماعی است. این مقدار بین عدد صفر و یک متغیر می باشد و هر چه به عدد صفر نزدیک تر باشد، نشان دهنده مطلوبیت عملکردی بیمه اجتماعی در شهرهای زیر بیست هزار نفر آن استان است. با توجه به ضريب ویکور مربوط به هر استان، رتبه بندی آن ها صورت گرفت که بر مبنای آن، استان همدان با ضريب ۰/۰۳، در رتبه نخست قرار گرفته و بیشترین مطلوبیت عملکردی صندوق بیمه اجتماعی کشاورزان، روستاییان و عشایر در سال ۱۳۹۸ در سطح شهرهای زیر بیست هزار نفر، مربوط به این استان بوده است. به همین ترتیب، استان های اردبیل، خراسان شمالی، آذربایجان شرقی و آذربایجان غربی در مراتب بعدی قرار گرفته اند. همچنین استان سیستان و بلوچستان با ضريب ۱، پایین ترین سطح عملکردی را در زمینه پوشش بیمه اجتماعی در سطح شهرهای زیر بیست هزار نفر داشته و بعد از آن، استان های خوزستان، هرمزگان و کرمان به ترتیب با ضريب ۰/۹۸، ۰/۹۶ و ۰/۹۳، قرار گرفته اند. با توجه به نتایج به دست آمده، پراکنش فضایی مطلوبیت عملکردی بیمه اجتماعی، در استان های غربی و به طور کلی در نیمه شمالی کشور، تمرکز بیشتری دارد. چهار استان قرار گرفته در سطح پایین عملکردی نیز در نیمه جنوبی کشور گرفته اند (جدول ۱۰ و شکل ۳).

جدول ۱۰. محاسبه شاخص مطلوبیت، شاخص نارضایتی و شاخص ویکور

استان	S_j	R_j	Q_i	رتبه
آذربایجان شرقی	۰/۴۸۸۲۶۴	۰/۱۷۰۵۸۱	۰/۲۱	۴
آذربایجان غربی	۰/۶۱۶۳۸۷	۰/۲۰۳۳۹۵	۰/۳۹	۵
اردبیل	۰/۴۳۲۳۵۵	۰/۱۲۴۵۵۷	۰/۰۸	۲
اصفهان	۰/۶۷۶۱۹۱	۰/۳۲۸۷۰۱	۰/۶۸	۱۹
البرز	۰/۸۲۱۲۳۷	۰/۳۸۹۰۳۳	۰/۹۲	۲۷
ایلام	۰/۵۸۸۰۵۸	۰/۲۲۱۹۵۹	۰/۴۰	۶
بوشهر	۰/۶۹۸۵۱۶	۰/۳۶۵۸۲۹	۰/۷۶	۲۵
تهران	۰/۷۱۴۲۴۵	۰/۲۷۳۰۰۹	۰/۶۱	۱۴
چهارمحال و بختیاری	۰/۵۶۳۷۶	۰/۲۸۶۹۳۲	۰/۵۰	۹
خراسان جنوبی	۰/۶۴۱۹۶۸	۰/۲۶۸۳۶۸	۰/۵۳	۱۲
خراسان رضوی	۰/۷۲۴۱۰۶	۰/۲۸۲۲۹۱	۰/۶۳	۱۶
خراسان شمالی	۰/۴۹۱۳۸	۰/۱۵۴۷۱۱	۰/۱۹	۳
خوزستان	۰/۸۸۸۳۷۱	۰/۳۸۹۰۳۳	۰/۹۸	۳۰
زنجان	۰/۷۱۰۱۸۳	۰/۲۸۲۲۹۱	۰/۶۲	۱۵
سمنان	۰/۵۶۷۹۰۸	۰/۲۴۵۱۶۴	۰/۴۲	۷
سیستان و بلوچستان	۰/۸۹۱۳۰۹	۰/۳۹۸۳۱۵	۱/۰۰	۳۱
فارس	۰/۶۴۸۹۳۲	۰/۲۷۳۰۰۹	۰/۵۵	۱۳
قزوین	۰/۶۳۱۵۷۵	۰/۲۵۴۴۴۵	۰/۵۰	۱۰
قم	۰/۷۱۴۹۳۶	۰/۳۱۴۷۷۸	۰/۶۹	۲۲
کرمانشاه	۰/۶۷۹۱۳۸	۰/۲۴۵۱۶۴	۰/۵۳	۱۱
کردستان	۰/۶۵۹۴۷۵	۰/۲۰۲۳۲۲	۰/۴۳	۸
کرمان	۰/۸۶۱۴۲۸	۰/۳۷۵۱۱۱	۰/۹۳	۲۸
کهگیلویه و بویراحمد	۰/۶۹۳۰۴	۰/۳۲۴۰۶	۰/۶۸	۲۱
گلستان	۰/۷۱۷۶۸۱	۰/۳۰۰۸۵۵	۰/۶۶	۱۸
گیلان	۰/۷۹۳۵۳	۰/۳۵۶۵۴۷	۰/۸۳	۲۶
لرستان	۰/۷۵۶۰۰۲	۰/۲۷۷۶۵	۰/۶۶	۱۷
مازندران	۰/۷۷۶۲۵۸	۰/۳۱۹۴۱۹	۰/۷۵	۲۴
مرکزی	۰/۷۵۰۰۲۶	۰/۳۱۰۱۳۷	۰/۷۱	۲۳
هرمزگان	۰/۸۴۸۱۳۴	۰/۳۹۸۳۱۵	۰/۹۶	۲۹
همدان	۰/۳۴۶۷۴۸	۰/۱۴۲۰۱۵	۰/۰۳	۱
یزد	۰/۶۹۷۴۵۹	۰/۳۱۹۴۱۹	۰/۶۸	۲۰
S^*	۰/۳۴۶۷۴۸	R^*	۰/۱۲۴۵۵۷	-
S^-	۰/۸۹۱۳۰۹	R^-	۰/۳۹۸۳۱۵	-



نقشه ۳. رتبه بندی استان ها به لحاظ عملکرد بیمه اجتماعی در شهرهای زیر بیست هزار نفر

بحث

سیاست های رفاهی در حوزه حمایت های بیمه ای، از مهم ترین مطالبات گروه های مختلف اجتماعی برای دست یافتن به سطحی پذیرفتنی از آسودگی و اطمینان خاطر در برهه هایی از زندگی، به ویژه در دوران سالمندی و از کار افتادگی است. دولت ها نقش تاثیرگذاری در فراهم نمودن بسترهای قانونی، زیرساختی و اجرایی بیمه اجتماعی داشته و به دلیل اهمیت و ضرورتی که این نوع حمایت های اجتماعی در بهبود کیفیت زندگی مردم به ویژه اقشار آسیب پذیر جامعه دارند، ارائه خدمات بیمه ای و تنوع بخشی به مزایای بیمه اجتماعی، بر مقبولیت و مشروعیت دولت ها در میان گروه های مختلف می افزاید. در پژوهش حاضر با توجه به پیشینه قانونی حدود ۶ دهه و سابقه ۱۵ ساله عملیاتی شدن بیمه اجتماعی روستاییان و عشایر از سوی دولت، وضعیت عملکردی این نوع بیمه در میان ساکنین شهرهای زیر بیست هزار نفر سراسر کشور (به عنوان یکی از جوامع هدف صندوق)، مورد ارزیابی قرار گرفت. بررسی تجارب برخی کشورها در حوزه بیمه اجتماعی نشان داد که پرداخت مستمری به بیمه شدگان در دوره های پیری، از کار افتادگی و فوت، از وجوه اشتراک بیمه های اجتماعی بوده و مهم ترین وجه تمایز آن ها نیز، جامعه مخاطب بیمه اجتماعی است که در اغلب کشورها شامل افراد و طبقات محروم، اما شاغل می باشد. در ایران برخلاف این جوامع، بهره مندی از پوشش بیمه اجتماعی شامل ساکنین نواحی محروم از جمله روستاها، مناطق عشایری و ساکنین شهرهای زیر بیست هزار نفر بوده و مهم تر آنکه همه افراد دارای گروه سنی ۱۸ تا ۵۰ سال (شاغل یا غیر شاغل)، امکان بهره مندی از پوشش بیمه اجتماعی را دارند. برای ارزیابی عملکرد صندوق بیمه اجتماعی از چهار شاخص ضریب نفوذ بیمه ای، نسبت گروه سنی ۱۸ تا ۵۰ سال، سهم بیمه شدگان فعال و سهم برخورداری از کارگزاری استفاده شد و در نهایت برای رتبه بندی استان ها به لحاظ عملکرد بیمه ای، از تحلیل ماتریس تصمیم گیری با معیارهای چندگانه بهره گرفته شد. بر اساس یافته ها، ۳۲۴۸۳۵۰ نفر (معادل ۵۴/۴ درصد) از ساکنین شهرهای مورد بررسی، از شرایط سنی بهره مندی از پوشش بیمه اجتماعی برخوردار بودند. با این حال، فقط ۱۰۰۵۲۲ نفر از ساکنین این شهرها تحت پوشش بیمه اجتماعی قرار گرفته اند که نشان دهنده ضریب نفوذ بسیار پایین ۳/۱ درصدی می باشد. همچنین با توجه به اهمیت مداومت پرداخت حق بیمه توسط بیمه شدگان، شاخص نسبت بیمه شدگان فعال ارزیابی شد که بر اساس یافته ها، بیش از یک سوم (۳۹/۷ درصد) آن ها، در فهرست بیمه شدگان غیر فعال قرار گرفته و از عضویت در صندوق بیمه اجتماعی خارج شده اند. شاخص ضریب برخورداری از کارگزاری نیز نشان داد که در کمتر از نیمی از شهرهای زیر بیست هزار نفر، کارگزاری بیمه اجتماعی مکان گزینی شده است. بنابراین ساکنین بسیاری از شهرها، دسترسی

مناسبتی به کارگزاری ندارند. با توجه به یافته ها می توان گفت که علیرغم قرار گرفتن شهرهای زیر بیست هزار نفر در فهرست جامعه مخاطب صندوق بیمه اجتماعی و همچنین مستقر بودن جمعیتی قابل توجه در این سکونتگاه ها، ضریب نفوذ بیمه ای رضایت بخش نبوده و سهم ساکنین این شهرها از مزایای بیمه اجتماعی در سطح پایینی قرار دارد. از دلایل عمده این مسئله می توان به عدم سهولت در دسترسی به کارگزاری ها اشاره نمود. باید به این واقعیت اذعان نمود که مستقر نبودن کارگزاری بیمه اجتماعی در شهرهای زیر بیست هزار نفر، موجب کاهش اعتماد و عدم اشتیاق به مراجعه به سایر شهرها جهت پرداخت حق بیمه خواهد شد. کم توجهی در اتخاذ تدابیری برای حفظ بیمه شدگان کنونی و کاهش انگیزه آن ها برای تمدید قرارداد و تداوم پرداخت حق بیمه، به دلایلی همچون از دست رفتن اعتماد، عدم بهره مندی از مزایا و همچنین محدود بودن مزایا و خدمات بیمه ای، علاوه بر کاهش نسبت بیمه شدگان فعال و تنزل یافتن جمعیت تحت پوشش، ناپایداری اقتصادی را برای صندوق بیمه اجتماعی به دنبال خواهد داشت، زیرا بخشی از پشتوانه مالی صندوق به واسطه حق بیمه افراد تامین می شود. مقایسه تطبیقی استان ها از لحاظ وضعیت عملکردی بیمه اجتماعی، نشان دهنده وجود شکاف های عمده در این زمینه است. بر اساس ضرایب به دست آمده از شاخص ویکور، استان های همدان و اردبیل با مقدار 0.3 و 0.8 در رتبه های اول و دوم مطلوبیت عملکردی و استان های سیستان و بلوچستان و خوزستان با ضرایب 1 و 0.98 ، در پایین ترین سطح عملکردی قرار گرفته اند. با توجه به یافته های پژوهش، می توان گفت که به طور کلی عملکرد بیمه اجتماعی کشاورزان، روستاییان و عشایر در سطح شهرهای زیر بیست هزار نفر کشور در پایین ترین سطح رضایتمندی و مطلوبیت قرار داشته و ضریب نفوذ بیمه ای، با اهداف و سیاست های محرومیت زدایی و گسترش پوشش بیمه ای صندوق، منطبق نیست. از دلایل پدیدار شدن چنین وضعیتی می توان به تعداد محدود و مکان گزینی غیر بهینه کارگزاری ها، محدودیت اطلاع رسانی و آگاهی بخشی به ساکنین و ضعف عملکردی کارگزاران در ترغیب ساکنین به بهره مندی از پوشش بیمه اجتماعی اشاره نمود. با توجه به بررسی پیشینه مطالعات صورت گرفته در زمینه بیمه اجتماعی، نتایج پژوهش حاضر از نظر تاثیر در بهبود کیفیت زندگی ساکنین، با یافته های گه و یانگ (۲۰۱۹)، از نظر دولت سازی و پیشبرد ظرفیت های مالی با نتایج تحقیق بلاند و گره (۲۰۱۸) و از نظر اثرگذاری بیمه اجتماعی در تنظیم تعارضات اجتماعی، با نتایج پژوهش ژانگ (۲۰۱۶) همسو می باشد. همچنین نتایج پژوهش حاضر با یافته های تحقیق افراخته و همکاران (۲۰۱۶) از لحاظ تاثیر مشکلات مدیریتی و اجرایی در کاهش سطح جامعه پذیری بیمه اجتماعی و همچنین نتایج تحقیق کاظمی پور (۱۳۸۲)، از نظر نقش آگاهی بخشی و تشریح و تبیین خدمات و مزایای بیمه اجتماعی در بهبود عملکرد صندوق، مطابقت دارد. با توجه به نتایجی که حاصل شد، مهم ترین راهکارهای بهبود عملکرد بیمه اجتماعی کشاورزان، روستاییان و عشایر در سطح شهرهای زیر بیست هزار نفر کشور، استقرار حداقل یک کارگزاری در هر شهر زیر بیست هزار نفر، تلاش برای بالا نگهداشتن جمعیت بیمه شده فعال از سوی کارگزاران و همچنین افزایش اطلاع رسانی و آگاهی بخشی به ساکنین در رابطه با مزایا و خدمات متنوع بیمه اجتماعی می باشد.

References

- Afrakhteh, H., Jalilian, H., Tahmasebi, A., Armand, M. (2016), An Analysis of the Obstacles in front of Rural Social Insurance Using Analytical Network Process (ANP) in Hamedan County, 6(2), 73-91.
- Belan, D., Koreh, M. (2018). Social Insurance as Fiscal Policy and State-Building Tool: The Development and Politics of Payroll Contributions in Israel and Canada, 48(1), 1-20.
- Blank, f. (2019), The state of the German social insurance state: Reform and resilience, 54(3), 504-524.
- Colby, I. C., Dulmus, C., Sowers, K. M. (2013), Connecting Social Welfare Policy to Fields of Practice, publisher: John Wiley & Sons, Inc.
- Dinitto, D. M., Johnson, D. H. (2016). Social welfare politics and public policy, Publisher: Boston, Mass. Pearson.
- Esping- Anderson, G. (1990). The Three Worlds of Capitalism Cambridge: policy.

- Gharakhani, M. (2011). Social Policy Research in Iran, *Quarterly Journal of Welfare Planning and Social Development*, 3 (9), 123-148.
- Gharakhani, M. (2019). *Government and Social Policy in Iran*, Aga Publishing, First Edition, Tehran.
- Hajinejad, A., Fatahi, A., Paidar, A. (2015). *Application of decision models and techniques in geography with emphasis on rural, urban and tourism planning*, University Jihad Publications, First Edition, Tehran.
- Han, K. (2020). *Social Welfare in Transitional China*, published by the registered company Springer Nature Singapore Pte Ltd.
- Kaleghparast, H., Rasekh, M., Naeimi, A. (2017). Legal Analysis of Social Security in Iran in the Light of Principles and Patterns of Optimal Social Security System, *Social Welfare Quarterly*, 17 (64), 37-9.
- Karger, h. j., Stoesz, D. (2018). *American Social Welfare Policy: A Pluralist Approach*, 8th Edition, publisher: NY, NY : Pearson.
- Karimi Mellah, A. (1393). Social and political security through social policy-making, *Quarterly Journal of Strategic Studies*, 17 (65), 70-35.
- Karimi, M. (2007). The position of social insurance in the law of the comprehensive system of welfare and social security, *Social Security Quarterly*, 9 (3), 95-122.
- Katz, C. (2001). The State Goes Home: Local Hyper-Vigilance of Children and the Global Retreat from Social Reproduction, *Social Justice*, 28(3), 47-56.
- Kazemipour, Sh. (2003). Backgrounds of the Development of Social Insurance in Iran, *Social Security Quarterly*, 5 (13), 260-244.
- 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.
- Kraft, M. E., Furlong, S. R. (2017). *Public Policy: Politics, Analysis, and Alternatives*, publisher: SAGE Publications.
- Levy, S. (2019), Social Insurance, Human Development and Social Cohesion, *Journal of Human Development and Capabilities*, 20(3), 1-17.
- Ministry of Gender, Children, Disability and Social Welfare of Malawi. (2018). *National Social Welfare Policy: Promoting Social Inclusion and Human Dignity*, The Government of Malawi.
- Popple, P.R. (2018). *Social Work Practice and Social Welfare Policy in the United States*, Oxford University Press.
- Sadatizadeh, S., Masoudi, J. (2015). The Relationship between Ethics and Politics, *Journal of Ethics in Science and Technology*, 10 (3), 28-19.
- Samaram, A. (2004). A comparative study of social insurance for self-employed people in six European countries, Turkey and Iran, *Social Welfare Quarterly*, 4 (15), 121-99.
- Segal, E. A. (2016). *Empowerment Series: Social Welfare Policy and Social Programs*, Updated (MindTap Course List), Publisher: Cengage Learning.
- Vesali, S., Omidy, R. (1393). Social Policy: Backgrounds and Approaches, *Quarterly Journal of Planning and Budgeting*, 19 (1), 179-206.
- Wu, T. C., Yen, C.T., Huang, C. C., Hu, J. L. (2018). Social Insurance under Fraud and Redistributive Taxation, *The Singapore Economic Review*.
- Young, E., Quinn, L. (2002). *Writing Effective Public Policy Papers: A Guide for Policy Advisers in CEE*, publisher: Open Society Institute.
- Zhang, Z. (2016). Exploration for New Rural Social Pension Insurance System in China, *Information Science and Management Engineering IV*, 1(1), 95-98.