

پژوهش‌های حقوقی

علمی - ترویجی

شماره ۳۲

هزار و سیصد و نود و شش - نیمسال دوم (دوفصلنامه)

۷	تبیین اصول مقررات‌گذاری بانکی در پرتو نظام حقوقی ایران دکتر علی اکبر گرچی - دکتر هدیه سادات میرترابی
۳۷	تعیین مسؤوّل حادثه رانندگی از میان مالک و راننده اتومبیل با نگاهی به قانون بیمه اجباری مسؤوّلیت مدنی دارندگان وسایل نقلیه موتوری زمینی دکتر حمید بهرامی احمدی - رضا آقاعباسی
۵۹	مبنا و حدود مسؤوّلیت مدنی پیمانکار شهرام کریمی تازه کند - دکتر محمود عرفانی - دکتر جواد واحدی زاده
۹۹	حقوق بین الملل معاصر: حقوق مبتنی بر تعامل یا تعارض؟ دکتر حوریه حسینی اکبرنژاد - دکتر هاله حسینی اکبرنژاد
۱۲۹	بررسی مبانی فقهی و حقوقی ماده ۸۵۲ قانون مدنی دکتر سید محمدصادق طباطبایی - فاطمه کریمی
۱۴۵	اصول استقلال و بی طرفی در رادیو و تلویزیون‌های خدمت عمومی با تأکید بر ایران نفیسه معارفی
۱۷۷	تعیین نظام حقوقی حاکم بر پروازهای تفریحی فضایی امینه فراستمند
۲۰۹	بررسی تحلیلی برخی از جنبه‌های حقوقی برات از دریچه لایحه نوین تجارت دکتر حمید میری - سیروس شهربازی - مصطفی عابدین پور
۲۴۵	بررسی حوزه‌بندی انتخابات قوه مقننه ایران از منظر معیارهای حوزه‌بندی انتخابات آزاد و منصفانه سید یاسین حسینی
۲۶۹	بررسی نظام حقوقی بیمه‌های خدمات درمانی در ایران با مقایسه بیمه‌های درمانی در آمریکا دکتر عمران نعیمی - محمد شریفی سلطانی
۲۹۳	تأثیر قوانین مربوط به تملک املاک بر معاملات املاک شهری شهناز سیف‌الهی





بررسی نظام حقوقی بیمه‌های خدمات درمانی در ایران با مقایسه بیمه‌های درمانی در آمریکا

دکتر عمران نعیمی* - محمد شریفی سلطانی**

چکیده:

تأمین ابعاد گوناگون امنیت از جمله امنیت اقتصادی از اهداف مهم دولت‌هاست. مخاطرات اجتماعی نظیر بیماری‌ها این امنیت را تهدید می‌کنند. به همین علت پس از تشکیل دولت‌های رفاه در قرن هیجدهم این دول با ارائه خدمات تأمین اجتماعی، از اثرات منفی این مخاطرات بر شهروندان خود می‌کاهند. دولت‌ها همواره در تلاشند مناسب‌ترین شیوه ارائه خدمات درمانی را بیابند. در همین راستا دولت‌های ایران و آمریکا در سال‌های اخیر، تغییراتی در نظام سلامت کشور ایجاد کرده و آن را به یکی از موضوعات پیچیده در عرصه حقوقی بدل نمودند. با عنایت به همگانی نمودن بیمه درمانی و حق مشارکت اجباری، بررسی بیمه‌های درمانی را بسیار حائز اهمیت می‌سازد. در این پژوهش کوشش شده تا سیاست‌های نظام سلامت، نهادهای فعال در زمینه ارائه خدمات درمانی، مشمولان و منابع مالی آنان، سطوح و شیوه‌های ارائه خدمات درمانی در این دو کشور مقایسه شوند، تا بتوان نارسایی‌های نظام بیمه‌های درمانی در ایران را مشخص و پیشنهادهای برای رفع آن ارائه نمود.

کلیدواژه‌ها:

بیمه‌های درمانی، نظام سلامت، شیوه‌ها و سطوح خدمات درمانی، پزشک خانواده، فرانشیز.

* گروه حقوق عمومی، دانشکده حقوق، واحد تهران مرکز، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

Email: emrannaimi53@gmail.com

** کارشناس ارشد حقوق عمومی، دانشکده حقوق، واحد تهران مرکز، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

نویسنده مسؤول

Email: mss.sharifi@yahoo.com

مقدمه

نظام حقوقی بیمه‌های درمانی بسیار گسترده است، بنابراین در این پژوهش تنها به موضوعات اصلی نظیر، بررسی سیاست‌ها و اهداف بیمه‌های درمانی در ایران و آمریکا با توجه به تغییرات اخیر، ماهیت حقوقی نهادهای فعال در حوزه سلامت، بررسی مشمولان بیمه‌های درمانی و نحوه تأمین منابع مالی آنها، بسته‌های خدمات درمانی در اشکال بیمه پایه و تکمیلی و شیوه ارائه آنها به مشمولان، می‌پردازیم. از آنجا که بیمه‌های درمانی یکی از ابعاد مهم نظام تأمین اجتماعی محسوب می‌شود، دارای ماهیت حقوق عمومی است. توزیع ریسک علت اصلی اجباری نمودن بیمه‌های اجتماعی در بسیاری از کشورهاست. به همین دلیل از تمامی اقشار بیمه‌پرداز به میزان یکسان، درصدی از حقوق یا مزد، به عنوان حق بیمه دریافت می‌شود، که تفاوتی آشکار در میزان پرداخت را به همراه دارد؛ اما بسته‌های خدمات درمانی تقریباً میان همه یکسان است. وجود قوانینی که پوشش بیمه‌های درمانی و دریافت حق بیمه را برای آحاد جامعه اجباری می‌سازد و بخش عظیمی از بودجه سالانه را به خود اختصاص می‌دهد، نیاز به بررسی حقوقی دقیقی دارد، تا بتوان کارآمدترین قوانین مرتبط با حوزه سلامت را مشخص نمود. در سال‌های اخیر تألیفاتی در حوزه بیمه‌های اجتماعی صورت گرفته است، اما هیچ‌یک به صورت جامع به بررسی نظام حقوقی بیمه‌های درمانی در ایران و آمریکا با توجه به تغییرات اخیر نظام سلامت در آنها نپرداخته‌اند. با این تفاسیر و نزدیک‌تر شدن نظام حقوقی بیمه‌های درمانی ایران و آمریکا در پس این تغییرات، لازم می‌نمود تا به بررسی حقوقی نظام بیمه‌های درمان در ایران و آمریکا با مقایسه یکدیگر پرداخته شود.

۱- اشکال نظام‌های تأمین اجتماعی

عمدتاً نظام‌های تأمین اجتماعی به دو دسته تقسیم می‌شود؛ اولین نظام، بیسمارکی است و به بیمه‌های اجتماعی اطلاق می‌شود و بر مبنای آن برخورداری از تأمین اجتماعی منوط به پرداخت مبالغی تحت عنوان حق بیمه است که از طریق اشتغال به شغلی مشخص و یا وابستگی خانوادگی به فرد شاغل می‌باشد. علت این نامگذاری به اعتبار بیسمارک صدراعظم سابق آلمان می‌باشد. دومین نظام بوریجی می‌باشد که دربرگیرنده کلیه نهادهایی است که بر مبنای همبستگی اجتماعی درصدی از نیازهای شهروندان و حفظ آنان در مقابل مخاطرات اجتماعی هستند. در این نظام بیمه‌های اجتماعی تنها شامل شاغلین نمی‌گردد، بلکه کلیه آحاد

ملت را شامل می‌شود و به نظام ملی هم مشهور است،^۱ و منابع مالی آن از طریق درآمدهای عمومی حاصل می‌شود. آنچه از اصل ۲۹ قانون اساسی ایران مستفاد می‌شود آن است که نظام ایران یک نظام مختلط است که هم حوزه بیمه‌ای و هم حوزه حمایتی و توانبخشی را شامل می‌شود؛ علت این نامگذاری به اعتبار لرد بورج اقتصاددان معروف انگلیسی به سال ۱۹۴۲ می‌باشد.^{۲،۳}

۲- مفاهیم

۲-۱- مفهوم تأمین اجتماعی

تأمین اجتماعی در قانون اساسی فدرال آمریکا دارای مفهومی عام از حیث هدف حمایتی دولت است که از حالت محدود به بیمه کارگران تا سیستم حمایتی از ضعفا و نیازمندان را شامل می‌شود.^۴ در ایران به موجب اصول ۲۱ و ۲۹ قانون اساسی در جهت انسجام کلان سیاست‌های رفاهی، توسعه عدالت اجتماعی و حمایت افراد از مخاطرات اجتماعی نظام تأمین اجتماعی در کشور برقرار می‌شود.^۵ برابر ماده ۱ قانون نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی خدمات تأمین اجتماعی شامل سه حوزه می‌شود، حوزه امداد و نجات، حوزه بیمه‌های اجتماعی و حوزه حمایتی و توانبخشی.

۲-۲- مفهوم بیمه‌های اجتماعی درمان

بیمه اجتماعی سلامت، سازوکاری برای تأمین مالی و مدیریت مراقبت‌های سلامتی از طریق توزیع ریسک‌های سلامتی و نیز مشارکت مالی مؤسسات، خانواده‌ها و دولت است؛ بیمه‌های

۱. محمد عسکری زاده، «نظام تأمین اجتماعی در برنامه سوم توسعه»، فصلنامه تأمین اجتماعی ۳ (۱۳۸۲)، ۲۳۲.

۲. عزت‌الله عراقی، درآمدی بر حقوق تأمین اجتماعی (تهران: مؤسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی، ۱۳۸۶)، ۱۰۷.

3. Thierry Tauran, *Devoir de la Securite Sociale* (Rhône Alpes: Presses Universitaires de Grenoble, 2000), 31-2.

۴. سید فضل‌الله موسوی، «نظام تأمین اجتماعی از دیدگاه اسلام» (مقاله ارائه شده در همایش تبیین جایگاه حقوق تأمین اجتماعی دانشکده حقوق و علوم سیاسی دانشگاه تهران (تهران)، ۱۳۸۳/۰۲/۰۶).

۵. حسن بادینی و همکاران، «اصول خاص حاکم بر نحوه ارائه مزایا در نظام بیمه‌ای تأمین اجتماعی»، مجله پژوهشنامه بیمه ۹۹ (۱۳۸۹)، ۷۳.

۶. همان، ۷۳.

اجتماعی درمانی تضمین می‌کنند، تمام افرادی که در پرداخت بیمه‌های اجتماعی مشارکت دارند، بدون توجه به وضعیت درآمدی یا جایگاه اجتماعی می‌توانند از مزایای قانونی آن بهره‌مند گردند.^۷

۳- سیاست‌ها و اهداف نظام سلامت

طرح‌ها و برنامه‌های بیمه‌های درمانی در ایران و آمریکا در سال‌های اخیر شاهد تغییرات بسیاری در زمینه سیاست‌ها بوده است. همین امر موجب تغییر قوانین و مقررات در این دو کشور شده است. اولین قانون در زمینه بیمه درمانی، قانون تأمین اجتماعی مصوب ۱۳۵۴ می‌باشد که اختصاص به همان سازمان دارد، از آنجا که قوانین دیگری، پس از آن به سیاست‌گذاری در حوزه بیمه درمان پرداخته‌اند به قوانین مؤخر می‌پردازیم. قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور مصوب سال ۱۳۷۳ است و به موجب آن بیمه خدمات درمانی و نیز شورای عالی بیمه خدمات درمانی با هدف سیاست‌گذاری، هماهنگی و ارزشیابی سطوح کمی و کیفی خدمات در نهادهای بیمه‌گر درمانی مجوز تشکیل می‌یابند. از سیاست‌های دیگر این قانون تلاش جهت همگانی نمودن بیمه‌های درمانی در ایران است. در سال ۱۳۸۳ قانون دیگری با نام قانون نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی تصویب گشت. در راستای اهداف آن، وزارت کار، تعاون و رفاه اجتماعی شکل گرفت. این قانون نظام حقوقی بیمه‌های درمانی را تا حدودی سامان بخشید و بحث بیمه‌های درمانی را تابع وزارت رفاه قرار داده است و اشعار می‌دارد که سیاست‌گذاری‌ها، برنامه‌ریزی و هماهنگی‌های بیمه‌های درمانی در کشور توسط وزارتخانه مزبور صورت می‌پذیرد. این قانون اهداف خاصی را دنبال می‌کند از جمله بحث پیرامون بیمه‌های پایه و مکمل درمان، گسترش سطح پوشش جمعیتی بیمه‌های درمانی در کشور، طرح بیمه روستاییان و عشایر و نیز بیمه خویش‌فرمایان، اعمال سیاست پیشگیری قبل از درمان، هدفمندی یارانه‌ها به سود بیمه‌های درمان و اعمال رقابت‌پذیری در بیمه‌های درمانی جهت جلوگیری از انحصارگرایی. پس از این قوانین نوبت به برنامه چهارم توسعه می‌رسد که با اعمال سیاست‌گذاری‌های بیشتر، در حوزه سلامت، مقررات آن حوزه را توسعه می‌دهد. این قانون مصوب ۱۳۸۳، سیاست‌هایی نظیر بهبود وضعیت معیشتی، گسترش طب سنتی، کشت گیاهان دارویی، تشکیل شورای عالی سلامت و امنیت غذایی، توسعه شبکه

۷. حسین زارع، ایروان مسعودی اصل و علی اخوان بهبهانی، بیمه‌های اجتماعی سلامت در ایران و جهان (تهران: مرکز مطالعات و پژوهش‌های مجلس، ۱۳۸۹)، ۲۷.

فوریت‌های پزشکی، ایجاد سازوکار بیمه‌های تکمیلی با همکاری بخش خصوصی و نیز معادل‌سازی طرح بیمه روستاییان و عشایر در حومه شهری را مطرح می‌کند. و آخرین قانون مصوب در این زمینه، قانون برنامه پنجم توسعه کشور است که علاوه بر طرح مجدد سیاست‌ها و برنامه‌های مطروحه در برنامه چهارم، در آن بحث از استانداردها و سیاست‌های سلامت و لزوم پیروی از نظر وزارت بهداشت عنوان شد. ارائه خدمات جامع سلامت تحت سیستم پزشک خانواده و نظام ارجاع، هدفمندی یارانه‌ها به صورت کمک مالی به بیمه‌های درمانی، کمک به بیماران خاص، توسعه کیفی صندوق‌های بیمه درمانی و نیز ادغام برخی صندوق‌های بیمه‌ای درمان در سازمان بیمه خدمات درمانی و تشکیل سازمان بیمه سلامت از جمله سیاست‌گذاری‌های این حوزه بوده است. هم‌اکنون پس از اجرایی نشدن بخش‌هایی از اهداف و سیاست‌های مندرج در قوانین مذکور در حوزه سلامت، دولت سعی در اجرای کامل این قوانین جهت برخورداری آحاد مردم از بیمه‌های درمانی با سطح کیفی بالاتر نمود. در این راستا در بهار ۱۳۹۳ سیاست‌های کلی نظام سلامت توسط مقام معظم رهبری ابلاغ گشت که به نظر می‌رسد، با اعمال برخی تغییرات تا حد زیادی متأثر از برنامه‌ها و سیاست‌های مندرج در قوانین مذکور می‌باشد.^۸ اندکی پس از آن، طرح تحول نظام سلامت توسط رئیس‌جمهور در بهار همان سال با هدف پی‌گیری سیاست‌های کلی نظام سلامت و قانون برنامه پنجم در حوزه سلامت، در چند هدف کلی ابلاغ شد که شامل، کاهش میزان پرداختی بیماران بستری در بیمارستان‌های دولتی؛ ترویج زایمان طبیعی؛ ارتقای کیفیت هتلینگ در بیمارستان‌های دولتی؛ حمایت از ماندگاری پزشکان در مناطق محروم؛ حضور پزشکان متخصص مقیم در بیمارستان‌های دولتی؛ ارتقای کیفیت خدمات ویزیت در بیمارستان‌های دولتی؛ حفاظت مالی از بیماران صعب‌العلاج، خاص و نیازمند و نظارت بر حسن اجرای آن می‌باشند. هریک از این طرح‌ها نهایتاً به دنبال کاهش درصدی از پرداخت از جیب و نزدیک شدن به هدف قانون برنامه پنجم توسعه صورت می‌گیرد.^۹ اما در ایالات متحده آمریکا تا پیش از تصویب قانون جدید نظام بهداشت و درمان آمریکا و تغییر سیاست‌های دولت در زمینه بیمه‌های درمانی، بیمه‌های خصوصی درمانی نقش پررنگی در پوشش جمعیتی داشتند و بیمه‌های دولتی بیشتر برای تحت پوشش قرار دادن گروه‌های هدف خاصی طراحی شده بودند. عدم وجود قانونی

۸. «ابلاغ سیاست‌های کلی «سلامت»»، دفتر حفظ و نشر آثار حضرت آیت‌الله العظمی خامنه‌ای، آخرین

دسترسی ۱۳۹۳/۰۸/۲۹، <http://farsi.khamenei.ir/news-content?id=26083>

۹. «تحول نظام سلامت»، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، آخرین دسترسی ۱۳۹۳/۰۸/۲۹

<http://tahavol.behdasht.gov.ir>

جهت اجباری نمودن بیمه‌های اجتماعی درمان، پرهزینه بودن بیمه‌های درمانی خصوصی و عدم پوشش این بیمه‌ها برای افراد مسن و نیز عدم وجود سازوکار مناسب بیمه‌ای برای پناهندگان تازه‌وارد باعث شده بود میلیون‌ها نفر مشمول هیچ‌یک از بیمه‌های درمانی قرار نگیرند اما پس از تصویب لایحه اصلاح نظام بهداشت و درمان توسط کنگره ایالات متحده، پوشش اجباری بیمه‌های درمانی برای شهروندان آمریکایی و پناهندگان، علی‌رغم شکایت به دیوان عالی فدرال و مخالفت‌های بسیار اعضای حزب جمهوری‌خواه و برخی فرمانداران، فراهم شد. طرح‌های بیمه مدی کیر به طور معمول برای پوشش اشخاص ۶۵ سال به بالا، برخی افراد معلول و نیز افراد دارای نارسایی‌های کلیوی در چهار طرح صورت می‌پذیرفت و در حال حاضر به موجب قانون جدید، افراد جوان را نیز تحت پوشش قرار می‌دهد. استفاده از طرح‌های متعدد بیمه تکمیلی در مدی کیر یکی از اقدامات مثبت در این بیمه تلقی می‌شود و به افراد حق انتخاب می‌دهند.^{۱۰} تغییر نظام پرداخت بیمه‌ها به پزشکان و داروخانه‌ها و استفاده از پزشک خانواده و نظام ارجاع با تکیه بر پزشک عمومی، نمونه تغییرات مهم در سیاست‌های بیمه‌های درمانی در آمریکا می‌باشد.

۴- جایگاه نهادهای فعال در حوزه سلامت

در ایران به موجب قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی، وزارتین رفاه و بهداشت در حوزه خدمات بیمه‌های درمانی، توأمان، دارای مسئولیت هستند، البته نهایتاً تولید بخش بیمه‌ای با وزارت رفاه و بخش سلامت با وزارت بهداشت می‌باشد. نقش وزارت بهداشت در ایران به طور خلاصه، یک نهاد سیاستگذار، هماهنگ‌کننده و ناظر در خصوص درمان در کشور، ملزم به ارتقای سطح بهداشت و سلامت مردم می‌باشد. در آمریکا وزارت بهداشت و خدمات انسانی، یکی از بزرگ‌ترین سازمان‌های دولتی این کشور است، و وظیفه حفظ و ارتقای سلامت کلیه آحاد جامعه را به عهده دارد. ساختار وزارت بهداشت و خدمات انسانی آمریکا کاملاً غیرمتمرکز است.^{۱۲} کشور آمریکا از نظر ساختار تشکیلاتی، دارای یک نظام

۱۰. کمیته بهداشت و درمان، «مروری بر ساختار بیمه‌های درمانی مکمل در کشورهای منتخب و ایران»، گزارش اقتصادی، تهران: مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی (۱۳۸۳)، ۴۳.

۱۱. علی ماهر، «مطالعه تطبیقی پرداخت هزینه‌های درمان در کشورهای منتخب و ارائه الگو برای ایران»، فصلنامه تأمین اجتماعی ۱۴ (۱۳۸۲)، ۱۶۷.

12. "HRSA", U.S. Department of Health and Human Services, Last Accessed November 18, 2014, <http://www.hrsa.gov/about/organization/index.html>

بهداشتی منسجم نیست، زیرا متشکل از ایالت‌هایی است که هر کدام از جنبه‌های گوناگون با یکدیگر تفاوت دارند.^{۱۳} در ایران به موجب قوانین بیمه همگانی خدمات درمانی، برنامه چهارم و پنجم توسعه بر جایگاه مهم شوراهای عالی تأکید شده است، در حقیقت وزارت رفاه و وزارت بهداشت امر سیاستگذاری را از طریق شوراهای عالی انجام می‌دهند. شورای عالی (بیمه خدمات درمانی) که مقر آن در وزارت رفاه است، اقدام به امر سیاستگذاری در بخش بیمه‌های پایه و تکمیلی و تصویب تعرفه‌های درمانی می‌نماید و نهادهای بیمه‌گر مکلف به رعایت آن مصوبات هستند. شورای عالی رفاه و تأمین اجتماعی زیرمجموعه وزارت رفاه، نقشی گسترده در تمام حوزه‌های تأمین اجتماعی را داراست و اهم وظایف آن هماهنگی میان بیمه‌های درمانی و بیمه‌های اجتماعی و تشکیل صندوق‌های بیمه درمانی ابقشار می‌باشد. شورای عالی سلامت مصوبات وزارت بهداشت در حوزه بهداشت و درمان را قبل از اجرا تأیید می‌کند.^{۱۴} در خصوص جایگاه نهادهای بیمه‌گر درمان در ایران و آمریکا تفاوت‌ها بسیار است، چرا که جایگاه بیمه‌های درمانی خصوصی در ایران چندان مشخص نیست و جز در مورد ارائه خدمات بیمه‌های تکمیلی در صورت انعقاد قرارداد از سوی نهادهای بیمه‌گر درمانی، فعالیت دیگری ندارند؛ اصل ۴۴ قانون اساسی، خصوصی‌سازی را در حوزه‌های دیگری مجاز دانسته و بیمه‌گذاران خصوصی در ایران، فرصت ارائه بیمه درمانی مستقل را نیافتند.^{۱۵} این در حالی است، که در آمریکا، از دیرباز، نقش بیمه‌های درمانی خصوصی بسیار پررنگ بوده و دولت تنها در مواردی به ارائه بیمه درمانی می‌پرداخت که بیمه‌گران خصوصی تمایل به ارائه بیمه به آن افراد را نداشتند، چرا که تا پیش از سال ۲۰۱۰ و تصویب قانون جدید نظام بهداشت و درمان، بیمه‌های درمانی اجباری نبود. به همین جهت افراد زیر ۶۵ سال می‌بایست جهت استفاده از بیمه درمانی، یکی از انواع بیمه‌های خصوصی درمانی را خریداری می‌نمودند. البته دولت فدرال از قبل به افراد دارای بیماری‌های کلیوی مزمن، معلولان، اشخاص بالای ۶۵ سال که بیمه‌های خصوصی آنان را پذیرش نمی‌کنند، در بیمه مدی کیر و اشخاص نیازمند در بیمه مدی کید و کودکان بیمار را نیز در بیمه چیپ تحت پوشش خود قرار می‌داد. در ایران

13. Robert Kuttner, "Market Based Failure: A Second Opinion on U.S. Health Care Costs" Coverage the New England Journal of Medicine 14 (2008): 550.

۱۴. جهانگیر منصور، قانون برنامه چهارم توسعه فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی کشور (تهران: نشر دوران، ۱۳۸۸)، ۴۳.

۱۵. جهانگیر منصور، قانون برنامه پنجم توسعه فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی کشور (تهران: نشر دوران، ۱۳۹۱)، ۵۸.

۱۶. سید مهدی کمالان، قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران (تهران: انتشارات کمالان، ۱۳۸۷)، ۵۱.

نهادهای متعدد بیمه‌گر درمانی همانند آمریکا با رویکرد پوشش اقسار مختلف فعالیت می‌کنند؛ برای مثال رویکرد فعالیت درمانی بیمه مدی‌کید مشابه رویکرد کمیته امداد امام خمینی است، زیرا قشر تحت پوشش این دو، نیازمندان هستند. یا عملکرد بیمه مدی‌کیر و بیمه‌های درمانی تأمین اجتماعی و بیمه سلامت نیز مشابه یکدیگر هستند.

۵- مشمولان بیمه‌های درمانی

۵-۱- مشمولان بیمه تأمین اجتماعی

بر اساس ماده ۴ قانون تأمین اجتماعی و ماده واحده قانون اصلاح بند ب و تبصره ۳ ماده ۴ قانون تأمین اجتماعی مشمولان بیمه تأمین اجتماعی به دو دسته مشمولان اجباری و اختیاری تقسیم می‌شوند. به طور کلی مشمولان اجباری سازمان شامل کارگران موضوع ماده ۱۴۸ قانون کار، کارگران ساختمانی،^{۱۷} رانندگان ترابری و مسافربری برون‌شهری،^{۱۸} مستخدمین دولتی در صورت انتخاب خودشان، کارکنان شرکت‌های دولتی،^{۱۹} اتباع بیگانه شاغل در ایران بوده و بیمه‌شدگان اختیاری سازمان شامل صاحبان حرف و مشاغل آزاد، کارفرمایان و مدیران اشخاص حقوقی غیردولتی،^{۲۰} بافندگان گلیم، زیلو، قالی و قالیچه^{۲۱} می‌باشند. این بیمه‌شدگان به تبع شغل خود بیمه شده و برابر ماده ۳ و ۴ قانون تأمین اجتماعی بیمه‌شده اصلی هستند. بیمه‌شدگان تبعی، برای بیمه‌شده مرد، همسر بیمه‌شده؛ فرزندان پسر تا ۲۲ سال به شرط عدم اشتغال به کار و پس از آن، چنانچه شاغل به تحصیل باشند یا در اثر بیماری از کارافتاده تلقی شوند؛ فرزندان دختر به شرط عدم ازدواج و عدم اشتغال؛ پدر و مادر بیمه‌شده در صورتی که تحت تکفل او باشند. و برای بیمه‌شده زن، پوشش برای شوهر بیمه‌شده، در صورتی که معاش شوهر توسط همسرش تأمین شود؛ سن شوهر بیشتر از ۶۰ سال باشد و یا از کارافتاده باشد؛ پدر و مادر و فرزندان بیمه‌شده با همان شرایطی

۱۷. علیرضا میرزایی، محشی مجموعه قوانین و مقررات حقوقی (تهران: انتشارات بهنامی، ۱۳۸۹)، ۲۶۱۹.

۱۸. جهانگیر منصور، مجموعه قوانین و مقررات بیمه (تهران: نشر دوران، ۱۳۹۳)، ۲۵۹.

۱۹. جهانگیر منصور، مجموعه قوانین و مقررات استخدامی (تهران: نشر دوران، ۱۳۸۹)، ۱۸۴.

۲۰. جهانگیر منصور، محشی مجموعه کامل قوانین و مقررات رفاه و تأمین اجتماعی (تهران: نشر دوران، ۱۳۹۲)، ۶۲۸.

۲۱. دفتر تنظیم قوانین و مقررات سازمان تأمین اجتماعی، مجموعه قوانین و مقررات بیمه‌های اختیاری (تهران:

سازمان تأمین اجتماعی، ۱۳۸۴)، ۷۹.

که برای بیمه‌شده مرد بیان گردید صادق است. رویکرد سازمان تأمین اجتماعی حمایتی بوده و تمام مشمولان با پرداخت ۹٪ حقوق و مزایا می‌توانند از بیمه درمانی این سازمان بهره‌برند. البته صاحبان حرف و مشاغل آزاد در سال‌های اخیر به موجب قانون بیمه همگانی خدمات درمانی مصوب ۱۳۷۳ با پرداخت حق سرانه از خدمات بیمه درمانی برخوردار می‌شدند و بر اساس قانون برنامه پنجم توسعه در مورد این گروه نیز می‌بایست با پرداخت ۹٪ حقوق و مزایا از خدمات درمانی برخوردار گردند.

۵-۲- مشمولان بیمه سلامت ایران

علاوه بر بیمه تأمین اجتماعی، نهاد مهم دیگر، بیمه سلامت است که مشمولان اجباری آن، کارکنان دولت هستند و مشمولان اختیاری شامل صاحبان حرف و مشاغل آزاد یا خویش‌فرمایان و سایر اقشار می‌گردد.^{۲۲} طبق ماده ۱ قانون بیمه همگانی خدمات درمانی بیمه‌شدگان، همانند بیمه تأمین اجتماعی به دو دسته اصلی و تبعی تقسیم می‌شوند؛ بیمه‌شدگان اصلی، افرادی هستند که رأساً مشمول این قانون بوده و پس از پرداخت حق‌السهم، مشمول استفاده از مزایای خدمات درمانی قرار می‌گیرند و بیمه‌شدگان تبعی، اشخاصی هستند که، به تبع سرپرستی و کفالت بیمه‌شده اصلی از مزایای مقرر قانونی استفاده می‌نمایند. رویکرد این سازمان طبق اساسنامه بیمه سلامت، حمایت از اقشار با تکیه بر کارکنان دولت است، اما برخلاف بیمه تأمین اجتماعی هریک از اقشار گوناگون با پرداخت درصدی متفاوت از مزد که در ماده ۳۸ قانون برنامه پنجم توسعه آمده است از مزایای بیمه برخوردار می‌شوند.

۵-۳- مشمولان بیمه‌های خصوصی درمانی در آمریکا

در آمریکا، بیمه‌های خصوصی درمان به نسبت بیمه‌های درمانی دولتی، از دیرباز اولویت داشته‌اند. علت این امر به قانون اساسی فدرال باز می‌گردد که بر مبنای اصل حاکمیت اراده، نقش دولت را در زمینه ارائه بیمه‌های درمانی به مردم محدود می‌نماید. تا قبل از سال ۲۰۱۰ و تصویب قانون جدید، بیمه درمانی یک امر اختیاری بود و لزومی نداشت که درآمد حاصل از مالیات‌های عمومی به جای سازندگی، از طرف دولت صرف تأمین هزینه‌های بیمه‌های

۲۲. وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، دستورالعمل اجرایی طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع نسخه ۲/۰

(تهران: نشر وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۹۲)، ۷.

درمانی اجباری شود.^{۲۳} برنامه بیمه‌های درمانی خصوصی به دو صورت انتفاعی شامل سازمان‌های تجاری، سازمان‌های سلامت و کارفرمایان و غیرانتفاعی شامل برنامه‌های ایالتی بلوکراس، بلوشیلد و بیمارستان کودکان شراینر، فعالیت می‌کنند. خدمات این بیمه‌های خصوصی که فقط برای نیازمندان است به شکل وقف عام بوده و از طرف دولت فدرال نیز حمایت مالی می‌شوند.^{۲۴ و ۲۵} پوشش بیمه‌های درمان در آمریکا محدود و وسیعی را شامل می‌گردد که توسط بخش خصوصی و دولتی ارائه می‌شوند و شامل بیمه هزینه‌های پزشکی، بیمه درآمد ناشی از از کارافتادگی، بیمه حوادث و بیمه نقص عضو می‌شود.^{۲۶ و ۲۷}

۵-۴- مضمولان بیمه مدی کیر

به استثنای بیمه‌های خصوصی درمانی که دارای انواعی گسترده در سطح ایالات هستند، آمریکا دارای بیمه‌های دولتی در سطح فدرال است که مهمترین آن بیمه مدی کیر می‌باشد. مدی کیر برنامه بهداشتی دولت آمریکا، برای افراد ۶۵ سال به بالا می‌باشد که سالمندان و معلولان را تحت پوشش قرار می‌دهد.^{۲۸} البته برخی افراد زیر ۶۵ سال نیز می‌توانند با داشتن شرایطی، واجد دریافت خدمات مدی کیر باشند؛ از جمله افراد از کارافتاده و افرادی که به نارسایی دائمی کلیه دچار هستند.^{۲۹} این بیمه کمکی است در جهت پرداخت هزینه‌های سلامت، اما باید در نظر داشت که بیمه مدی کیر همه مخارج پزشکی یا بیشتر هزینه‌های مراقبت‌های بلندمدت را زیر پوشش ندارد. از سال ۲۰۱۰ به بعد با اجرای طرح بیمه‌های درمانی اجباری در آمریکا مدی کیر افراد داوطلب زیر ۶۵ سال را نیز بیمه می‌کند.^{۳۰}

23. Robert Millset, shailesh Bhandari, *Health insurance coverage in the United States* (Washington DC: Current Population Bureau, 2003), 193.

24. Doris D. Humphrey, Kathie Sigler, *Medical Office Reference Manual* (Douglas: Health Care Informatics an Interdisciplinary Approach, 2005), 3rd Ed, 347.

۲۵. مسعود جوانبخت، سوسن فدایی، «مقایسه تطبیقی نظام پزشک خانواده در ایران و سایر کشورها»، *دنیای*

تغذیه و سلامت ۱۶۲ (۱۳۹۰): ۱، ۱۳۹۳/۰۱/۲۶.

26. Kenneth Black, *Life & Health Insurance* (New York: Person Ink, 2004), 585.

27. Sheryl A. Like, Lucy A. Jenkins, *Life & Health Insurance Principles of Health Insurance* (Texas: Medical Expenditure Insurance, 2000), 682.

28. "Services of Medicare and Medicaid", CMS.gov, Last Accessed November 20, 2014, <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Outreach/Partnerships/downloads/11315-P.pdf>.

29. "Socialsecurity.gov", U.S. Government, Last Accessed April 20, 2014, www.socialsecurity.gov/mediinfo.html.

30. "Services of Medicare and Medicaid".

۵-۵- مضمولان بیمه مدی کید

پوشش این بیمه، شامل افراد سالمند بستری، بیمارستان‌های روانی، آسایشگاه سالمندان، افراد نابینا، کودکان، زنان فقیر، بچه‌های در حال کار، مهاجران غیرقانونی، بیماران ایدزی، زنان بیوه حامله و سایر نیازمندیانی که هیچ‌گونه بیمه پزشکی دیگری ندارند، می‌شوند.^{۳۱} مدی کید فقط برای افراد و خانواده‌هایی می‌باشد که طبق قوانین ایالت، فقیر تشخیص داده شوند. دولت مرکزی دستورالعمل‌های لازم برای بیمه را تهیه می‌کند، ولی دستورالعمل‌های محلی توسط ایالت‌ها با توجه به شرایطشان تهیه می‌شود. بر همین اساس در سطح کشور تفاوت‌هایی در سطوح ایالت‌ها در مورد پذیرش، خدمات ارائه‌شده، تعداد پزشکان و بیمارستان‌های تابعه دیده می‌شود. هزینه این بیمه توسط دولت، برنامه‌های ایالتی، بیمه‌های خصوصی، پرداخت مستقیم بیماران و کمک‌های مالی تأمین می‌شود.^{۳۲ و ۳۳}

۵-۶- مضمولان بیمه چیپ

بیمه درمانی کودکان چیپ در سال ۱۹۹۷ ایجاد و در سال ۲۰۰۷ توسط کنگره آمریکا دوباره تأیید شد. چیپ نوعی کمک فدرال برای کودکانی است که در خانواده‌هایی کم‌درآمد زندگی می‌کنند اما درآمد خانواده آنها آنقدر کم نیست که واجد شرایط پوشش مدی کید باشند. در برنامه دولت اوپاما، این طرح بیمه، هشت میلیون کودک را تا سال ۲۰۱۵ همچنان تحت پوشش خود نگاه خواهد داشت، چرا که کودکان در برابر بیماری‌ها آسیب‌پذیرترند و اگر آنها بیمه مناسب نداشته باشند، در صورت بروز بیماری‌های ساده، متحمل است از مراجعه به پزشک ممانعت کنند. مجموعاً از سال ۲۰۱۴ مدی کید و چیپ ۶۰ میلیون نفر را تحت پوشش دارند.^{۳۴}

۶- روش‌های تأمین منابع مالی نهادهای بیمه‌گر درمانی

روش‌های تأمین منابع مالی نهادهای بیمه‌گر درمان در ایران به طور کلی شامل، حق بیمه مضمولان، کمک‌های دولتی نظیر اختصاص بودجه سالانه، مالیات عمومی و اخذ عوارض از

31. "Medicaid.gov", U.S. Government, Last Accessed November 16, 2014, <http://www.medicaid.gov/medicaid-chip-program-information/by-topics/eligibility/eligibility.html>.

۳۲. ایران مهدی‌زادگان، رحمت‌الله باقرپور، سو استفاده و غفلت از سالمندان (تهران: انتشارات نقش جهان،

۱۳۸۰)، ۱۲۴.

33. "Medicaid.gov".

34. Medicaid.gov, U.S. Government, Last Accessed November 16, 2014, <http://www.medicaid.gov/medicaid-chip-program-information/by-state/by-state.html>.

برخی محصولات مغایر سلامت همچون سیگار،^{۳۵} حق سرانه دریافتی از نهادهای دولتی برای کارکنان دولتی، درآمد حاصل از وجوه و دارایی‌های سازمان‌ها و نهادهای بیمه‌گر، وجوه حاصل از جریمه‌های نقدی مقرر در قانون، کمک‌ها و هدایای دریافتی، فرانشیز (سهم بیمه‌شده از هزینه درمان) می‌باشد^{۳۶} و در آمریکا شامل حق بیمه‌ها، مالیات‌ها و عوارض عمومی، کمک مؤسسات خصوصی، جریمه‌های مقرر در بخش بیمه‌های درمانی است و مسئولیت تأمین مالی بین شرکت‌های بیمه خصوصی و دولت تقسیم شده است.^{۳۷ و ۳۸}

۷- سطوح ارائه خدمات درمانی به بیمه‌شدگان

امروزه فراهم نمودن بیشتر خدمات درمانی در قالب یک بیمه همگانی در بخش دولتی از نظر اقتصادی ممکن نیست، بالا رفتن سطح استانداردهای پزشکی، ورود تجهیزات گران‌قیمت پزشکی، لزوم انجام آزمایشات مکرر و پرهزینه، استفاده از روش‌های جدید درمانی، افزایش سطح تعرفه‌های درمانی، انجام عمل‌های جراحی غیرضروری، از مواردی هستند که باعث می‌شوند هزینه‌های درمانی افزایش یافته و هیچ نهاد بیمه‌گری نمی‌تواند تنها با دریافت حق بیمه ثابت، خدمات درمانی کاملی ارائه دهد. کشورهای بسیاری از جمله ایران و آمریکا برای جبران این نقیصه، اقدام به استفاده از طرح بیمه‌های مکمل درمان نموده‌اند.^{۳۹} به همین جهت سطوح ارائه بیمه‌های درمانی به دو دسته بیمه‌های پایه و تکمیلی تقسیم می‌شوند. بیمه‌های تکمیلی دو رویکرد دارند، رویکرد اول افزایش کیفی و کمی بسته‌های خدماتی درمانی را در پی دارد و رویکرد دوم پرداخت بیشتر هزینه‌های درمانی را نسبت به بیمه‌های پایه، به دنبال دارد.

۷-۱- سطوح ارائه خدمات درمانی تأمین اجتماعی

برابر ماده ۵۴ قانون تأمین اجتماعی استفاده از خدمات درمانی شامل اقدامات درمانی سرپایی، بیمارستانی، تحویل دارو، انجام آزمایشات تشخیص طبی برای تمامی بیمه‌شدگان سازمان در

۲۵. جهانگیر منصور، قانون برنامه چهارم توسعه فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی کشور، پیشین، ۵۶.

۲۶. جهانگیر منصور، محشی مجموعه قوانین و مقررات رفاه و تأمین اجتماعی، پیشین، ۷۴۳.

37. Jean Pierre Laborde, *Droit de la Securite Sociale*, (Paris: Presses University de France, 2005), 354.

38. Kao- Ping Chua, "Overview of the U.S Health care System", 2006/2/10, Last Accessed November 16, 2014, <http://www.amsa.org/uhc/healthcaresystemoverview.pdf>.

۳۹. کمیته بهداشت و درمان، «مروری بر ساختار بیمه‌های درمانی مکمل در کشورهای منتخب و ایران»

(گزارش اقتصادی، تهران: مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی، ۱۳۸۳)، ۷۸.

قالب بیمه پایه درمانی سازمان تأمین اجتماعی صورت می‌پذیرد. بسته خدمات بیمه پایه درمانی، مورد نظر ماده ۲ آیین‌نامه اجرایی قانون الزام سازمان تأمین اجتماعی به اجرای بندهای (الف) و (ب) ماده ۳ قانون تأمین اجتماعی، شامل انجام کلیه خدمات کلینیکی، پاراکلینیکی، بیمارستانی اعم از پزشکی و دندانپزشکی برای بیماران مشمول قانون تأمین اجتماعی تحویل وسایل کمک‌پزشکی (پروتز و اروتز) که به منظور اعاده سلامت یا برای جبران نقص جسمانی و یا تقویت یکی از حواس می‌شود. جهت افزایش سطح بسته‌های خدمات بیمه پایه می‌توان از بیمه تکمیلی استفاده نمود، به همین جهت سازمان با مجوز قانون برنامه پنجم با بیمه‌گران خصوصی اقدام به انعقاد قرارداد جهت ارائه خدمات بیمه تکمیلی به کارکنان خود و یا مستمری‌بگیران و بازنشستگان (با همکاری کانون مربوطه) می‌نماید و مشمولان می‌توانند با پرداخت حق بیمه اضافی از خدمات بیمه تکمیلی بهره‌برند.^{۴۰} طبق بند ۲ تبصره ماده ۲ قانون نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی در بیمه‌های تکمیلی دولت تعهد مالی نداشته اما مکلف به پشتیبانی حقوقی لازم‌الاین گونه بیمه‌ها شده است. تنها کسانی که تمام هزینه‌های بیمه پایه همگانی و بیمه تکمیلی آنها توسط دولت پرداخت می‌شود جانبازان و ایثارگران می‌باشند و در حال حاضر برابر ماده ۱۳ قانون جامع ایثارگران مصوب ۱۳۹۱/۱۰/۰۲ تأمین ۱۰۰٪ هزینه‌های بهداشتی و درمانی به صورت بیمه همگانی، مکمل، خاص، خانواده‌های شاهد، جانبازان، آزادگان و عائله تحت تکفل آنان بر عهده دولت بوده و اعتبارات آن در بودجه عمومی هر سال مشخص خواهد شد.

۷-۲- سطوح ارائه خدمات درمانی سازمان بیمه سلامت

برابر بند (ه) ماده ۱ اساسنامه بیمه سلامت ایران، بیمه درمانی سلامت شامل بیمه پایه و تکمیلی می‌باشد. بر اساس ماده ۵ و ۱۰ قانون بیمه همگانی خدمات درمانی، تأمین حداقل سطح خدمات پزشکی و دارو نظیر خدمات اورژانس، سرپایی و بستری را در بیمه پایه سلامت برعهده دارد. سایر تعهدات بیمه سلامت که در ماده ۱ اساسنامه بیمه سلامت آمده است نظیر خدمات فوق تخصصی و توانبخشی سرپایی یا بستری دارای اولویت، تأمین دارو و دیگر اقلام پزشکی و خدمات پاراکلینیکی، جزء خدمات بیمه تکمیلی است و شرکت‌های بیمه تجاری و غیرتجاری فقط با رعایت قوانین و مصوبات شورای عالی مجاز به ارائه خدمات بیمه سلامت

۴۰. عمران نعیمی، محمد مهدی صداقت، *آشنایی با بیمه‌های تکمیلی ایران* (تهران: انتشارات جنگل، ۱۳۹۱).

به صورت خدمات پایه و تکمیلی می‌باشند؛^{۴۱ و ۴۲} در بند (ه) ماده ۱۲ و ماده ۱۴ اساسنامه بیمه سلامت، پیشنهاد مربوط به عقد و لغو قرارداد بیمه پایه و تکمیلی با اشخاص حقیقی و حقوقی را با رعایت قوانین مربوطه به هیئت امناء جزء وظایف این سازمان در نظر گرفته است.^{۴۳}

۷-۳- سطوح ارائه خدمات درمانی بیمه‌های درمانی در آمریکا

در بیمه‌های دولتی آمریکا تنها بیمه مدی‌کیر از دو سطح بیمه پایه و مکمل استفاده می‌کند و بیمه مدی‌کید و چیپ دارای یک سطح درمانی هستند. مدی‌کیر که اساساً برای بهره‌مندی افراد بالای ۶۵ سال از بیمه درمانی ایجاد شد، از همان ابتدا برای سالمندان خیلی بیشتر از یک بیمه درمانی خصوصی حائز اهمیت بود. بهره‌مندی از خدمات درمانی بیمه پایه تا یک حد مشخص توسط بیمه‌ها تضمین می‌شود اما افزون بر آن مانند تست‌های آزمایشگاهی، رادیولوژی، اتاق عمل، دارو باید توسط بیمه‌شده رأساً پرداخت شود. به همین دلیل بیمه‌ای مکمل مدی‌کیر در ده طرح ایجاد شد. برخی از خدمات درمانی بیمه مدی‌کیر در بیمه پایه به طور کامل محقق نمی‌شود و برای تکمیل نیاز به استفاده از طرح‌های تکمیلی مدی‌کیر است. باید دانست ده طرح بیمه مکمل مدی‌کیر وجود دارد که از برنامه‌های A تا طرح J می‌باشند. بسته‌های خدمات این طرح‌های مکمل، از مدت زمان اقامت بیمار در بیمارستان (طرح A) گرفته تا پرداخت بیشتر هزینه‌های مراقبت‌های ویژه و برنامه‌های چهارگانه مربوط به روش‌های ارائه خدمات درمانی در مدی‌کیر، گسترده است (طرح J). طرح A به صورت هسته مرکزی بیمه‌های مکمل بوده و هرچه به سمت طرح J حرکت می‌کنیم بر سطح کمی و کیفی بسته‌های خدمات درمانی افزوده می‌شود.^{۴۴ و ۴۵}

۴۱. محمدحسن احمدپور، مطالعه تطبیقی بیمه‌های مکمل خدمات درمانی در کشورهای منتخب و ارائه الگوی مناسب برای ایران (تهران: بیمه خدمات درمانی، ۱۳۸۰)، ۱۰۹.

۴۲. حسین زارع، «معرفی اجمالی بیمه‌های مکمل درمانی»، ماهنامه بیمه همگانی خدمات درمانی ۱۹ (۱۳۸۱)، ۳۸.

۴۳. حسین زارع، ایروان مسعودی اصل و علی اخوان بهبهانی، بیمه‌های اجتماعی سلامت در ایران و جهان (تهران: مرکز مطالعات و پژوهش‌های مجلس، ۱۳۸۹)، ۵۶۳.

44. "Medicare.gov", The Official U.S. Government Site For Medicare, Last Accessed November 16, 2014, <http://www.medicare.gov/supplement-other-insurance/compare-medigap/compare-medigap.html>.

۴۵. حسین زارع، «بیمه‌های مکمل مدی‌کیر»، ماهنامه بیمه همگانی خدمات درمانی ۱۴ (۱۳۷۹)، ۶۰.

۸- شیوه‌های ارائه خدمات درمانی

۸-۱- مستقیم و غیرمستقیم

در حال حاضر به موجب آیین‌نامه قانون الزام سازمان تأمین اجتماعی به اجرای بندهای (الف) و (ب) ماده ۳ قانون تأمین اجتماعی، تعهدات درمانی سازمان تأمین اجتماعی به دو صورت مستقیم و غیرمستقیم انجام می‌پذیرد. در روش درمان مستقیم سازمان تأمین اجتماعی اقدام به احداث و راه‌اندازی بیمارستان‌ها و مراکز درمانی وابسته به خود نموده است و با استفاده از امکانات درمانی تحت مالکیت و استیجاری خود اقدام به درمان بیماران می‌نماید، به موجب تبصره ۱ ماده ۱۰ آیین‌نامه مزبور بیماران مشمول بیمه تأمین اجتماعی که از روش درمان مستقیم بهره می‌برند و نیز مشمولینی که با معرفی سازمان طبق ضوابط مقرر به بخش خصوصی طرف قرارداد مراجعه می‌کنند، از پرداخت هرگونه هزینه درمانی (فرانشیز) معاف خواهند بود اما به موجب بند (د) همان ماده واحده کلیه واحدهای درمانی وابسته به وزارت بهداشت مکلفند نسبت به پذیرش بیماران بیمه‌شده تأمین اجتماعی اقدام و هزینه‌های انجام‌شده را بر اساس تعرفه‌های مصوب از سازمان تأمین اجتماعی دریافت دارند که خود دلالت بر ارائه خدمات درمانی به شیوه غیرمستقیم با پرداخت فرانشیز دارد.^{۴۶} ارائه خدمات درمانی به صورت مستقیم و غیرمستقیم در مورد نهادهای دیگری از جمله خدمات درمانی نیروهای مسلح و کمیته امداد نیز صادق است.

شیوه ارائه خدمات درمانی در بیمه سلامت به صورت مستقیم و غیرمستقیم محل اختلاف است، چرا که بیمه سلامت همانند بیمه تأمین اجتماعی، دارای مراکز درمانی و بیمارستان‌های وابسته به خود نمی‌باشد. به همین منظور از یک منظر، روش درمان در این سازمان در قالب قرارداد با ارائه‌دهندگان خدمات صورت می‌پذیرد. به همین دلیل بیمه‌شدگان این سازمان با مراجعه به مراکز درمانی وابسته به دولت و طرف قرارداد بیمه سلامت از خدمات بیمه سلامت استفاده می‌کنند. بر مبنای ماده ۱۷ قانون بیمه همگانی خدمات درمانی همه بیمارستان‌ها، مراکز درمانی و تشخیصی کشور موظف به پذیرش و مداوای بیمه‌شدگان و ارائه خدمات مراقبت‌های پزشکی لازم بر اساس ضوابط این قانون هستند. از این منظر شیوه ارائه خدمات درمانی به صورت مستقیم است و با مراجعه بیمه‌شدگان به مراکز درمانی فوق، لزومی به پرداخت فرانشیز نمی‌باشد، و در صورت مراجعه به مراکز درمانی خصوصی طرف قرارداد شیوه

۴۶. عمران نعیمی و دیگران، *قانون تأمین اجتماعی در نظم حقوقی کنونی* (تهران: نشر جنگل، ۱۳۹۲)، ۲۲۱.

درمان غیرمستقیم بوده و پرداخت فرانشیز لازم است. اما از دیدگاه دیگر به جهت آنکه بیمه سلامت دارای مراکز درمانی و بیمارستان‌های وابسته به خود نمی‌باشد، شیوه درمان تنها غیرمستقیم بوده و در صورت مراجعه به مراکز درمانی خصوصی و دولتی نیاز به پرداخت فرانشیز است. هیئت عمومی دیوان عدالت اداری بر دیدگاه اول تأکید دارد، مرتبط با رأی شماره ۱۹۰۶۴ مورخ ۱۳۷۳/۰۲/۲۲ هیئت عمومی دیوان عدالت اداری.^{۴۷}

۸-۲- پزشک خانواده و نظام ارجاع

پزشک خانواده حداقل دارای مدرک دکترای پزشکی و مجوز کار پزشکی است و در نخستین سطح، عهده‌دار خدمات پزشکی سطح اول است و به صورت خلاصه مسئولیت تأمین، تداوم و مدیریت خدمات سلامت و هماهنگی با سایر بخش‌ها را دارد و نیز مسئولیت دارد خدمات را در محدوده بسته خدمات درمانی معین، در اختیار مضمولانی که برای دریافت خدمات به او مراجعه می‌کنند، قرار دهد. مضمولانی که مایل نباشد از طریق پزشک خانواده وارد سیستم دریافت خدمات شوند، باید تمام هزینه درمان را رأساً پرداخت نماید.^{۴۸} با توجه به تغییرات اخیر در سیاست‌های بیمه‌های درمانی در ایران، همانند آنچه هم‌اکنون در کشورهای توسعه‌یافته نظیر آمریکا مشاهده می‌شود، مقرر گشت که طرح پزشک خانواده در ایران اجرا گردد. در طرح پزشک خانواده، تأکید بر پزشک عمومی است، چرا که هزینه‌های درمانی را کاهش می‌دهد و از مراجعات غیرضروری به متخصصان و انجام آزمایشات متعدد پزشکی می‌کاهد. به دیگر سخن پزشک خانواده با توجه به ارتباط مستمر با بیمار و شناخت نسبی پزشک خانواده از بیمار در صورت بروز بیماری با توجه به سوابق وی، در صورت صلاحدید می‌تواند او را به پزشک متخصص مربوطه ارجاع دهد.^{۴۹} به حالت اخیر اصطلاحاً نظام ارجاع می‌گویند. همان‌طور که توضیح داده شده، شیوه‌های ارائه خدمات درمانی در سازمان تأمین اجتماعی، بیمه سلامت ایرانیان، بیمه خدمات درمانی نیروهای مسلح و سایر نهادها و صندوق‌های دیگر اغلب به صورت مستقیم و غیرمستقیم می‌باشد. در حقیقت بیمه‌شدگان می‌توانند جهت

۴۷. منصور ابادری فومشی، مجموعه آرای هیئت عمومی دیوان عدالت اداری (تهران: انتشارات خرسندی، ۱۳۹۲)، ۳۴۵.

۴۸. وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، دستورالعمل اجرایی برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده نسخه ۱/۳ (تهران: نشر وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۸۵)، ۷۲.

۴۹. وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، دستورالعمل اجرایی طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع نسخه ۰/۲ (تهران: نشر وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۹۲)، ۷.

بهره‌مندی از خدمات درمانی به بیمارستان‌ها و مراکز درمانی خود سازمان یا طرف قرارداد مراجعه و از خدمات مستقیم بهره‌مند شده و یا رأساً به سایر مراکز درمانی مراجعه کرده و با پرداخت فرانشیز مربوطه از خدمات غیرمستقیم استفاده نمایند. اما در صورت اجرای طرح پزشک خانواده، دیگر بیمه‌شده رأساً نمی‌تواند با مراجعه به مراکز درمانی از بیمه درمانی خود استفاده نماید و فقط در صورتی حق مراجعه به مراکز درمانی و استفاده از بیمه را خواهد داشت که پزشک خانواده او را قبلاً معاینه و مراجعه وی را به مراکز درمانی مربوطه به صلاح تشخیص داده و سپس وی را ارجاع دهد. به کارگیری فراگیر این سیستم که هم‌اکنون در سال ۱۳۹۳ به صورت آزمایشی تنها در برخی نقاط کشور اجرا می‌شود، می‌تواند شیوه ارائه خدمات درمانی در ایران را کاملاً تغییر دهد. طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع، برای اولین بار در سال ۱۳۷۶، فقط جهت پوشش پنج میلیون نفر مددجوی تحت حمایت کمیته امداد امام خمینی به اجرا درآمد.^{۵۰} در آمریکا شیوه ارائه خدمات درمانی شباهتی به آنچه در ایران می‌گذرد، ندارد و تمام بیمه‌های خصوصی و دولتی از سازوکار پزشک خانواده و نظام ارجاع استفاده می‌کنند. در سال ۱۹۷۱ آکادمی پزشکی آمریکا، که کار خود را در سال ۱۹۴۷ آغاز کرده بود، نام خود را به نام آکادمی پزشکان خانواده تغییر داد تا تأکید بیشتری بر مراقبت‌های بهداشتی خانواده داشته و برای این تخصص جدید یک توافق آکادمیک به دست آورد.^{۵۱} با توجه به این سابقه طولانی از سال ۲۰۱۰ میلادی با تصویب قانون جدید بهداشت و درمان آمریکا اجرای پزشک خانواده با تأکید بر پزشک عمومی با قدرت بیشتری دنبال می‌گردد. پزشک خانواده در صورت صلاحدید فرد بیمار را به استفاده از خدمات دارویی و یا خدمات بستری در بیمارستان ارجاع می‌دهد^{۵۲} و دیگر همانند ایران فرد نمی‌تواند مستقیماً به مراکز درمانی مراجعه کرده و بدون ارجاع، خواستار استفاده از بیمه درمانی خود شود. اما پس از ارجاع بیمار به استفاده از خدمات دارویی و بیمارستانی، بیمه مدی‌کیر دارای چهار طرح در زیرمجموعه خود می‌باشد.

۵۰. معاونت بهداشت، درمان و امور بیمه، مجموعه قوانین و مقررات بیمه درمان اقشار نیازمند تحت پوشش (تهران: نشر کمیته امداد امام خمینی (ره)، ۱۳۸۲)، ۱۲.

۵۱. پارک کی، *درسنامه طب پیشگیری و پزشکی اجتماعی*، ترجمه و تحقیق خسرو رفائی شیرپاک (تهران: نشر ایلیا، ۱۳۸۲)، ۷۲.

۵۲. وحید حسینی جناب، امیدرضا طریقتی، «پزشک خانواده»، *نشریه بیهوشی و درد* ۳ (۱۳۷۹)، ۴۷-۴۶.

۵۳. رویا طاووسیان، «پزشک خانواده یا آشنای خانوادگی»، *سروش جوان*، ۱۸/۱۰/۱۳۸۰، ۱۳-۱۲.

الف) طرح بیمه بیمارستانی: این طرح به پرداخت هزینه مراقبت‌های بیمارستانی و بستری شدن کمک می‌کند که در بیمارستان یا مراکز پرستاری تخصصی ارائه می‌شود و برای برخی از افراد مصرح در سامانه سوشیال سکيوریتی رایگان است.

ب) طرح بیمه پزشکی: به پرداخت دستمزد خدمات پزشکان و بسیاری از خدمات و ملزومات دیگر پزشکی کمک می‌کند که زیر پوشش بیمه بیمارستانی نیست؛ این طرح نیز برای برخی از افراد مصرح در سامانه سوشیال سکيوریتی رایگان است.

ج) طرح مدی کیر ادونتج: این بیمه به اشخاصی که طرح بیمه بیمارستانی و بیمه پزشکی مدی کیر را دارند، اجازه می‌دهد، که بتوانند تمام خدمات درمانی و بهداشتی خود را از طریق یکی از نهادهای بهداشتی دریافت کنند در طرح بیمه ادونتج مدی کیر، کسانی که از خدمات درمانی بیمه بیمارستانی و پزشکی مدی کیر برخوردار هستند، می‌توانند به یک طرح مزیت مدی کیر بپیوندند. طرح‌های مزیت مدی کیر از طریق شرکت‌های خصوصی ارائه و توسط مدی کیر تأیید می‌شوند و با برخورداری از یکی از این طرح‌ها، دیگر به برنامه سیاست‌های مکمل مدی کیر نیاز ندارند. افرادی که از طرح مدی کیر ادونتج استفاده می‌کنند، باید ماهانه حق بیمه بپردازند و این به جهت مزایای اضافی است که در دسترسشان قرار می‌گذارد.

د) طرح پوشش داروهای تجویزی: به پرداخت هزینه داروهای تجویز شده توسط پزشک کمک می‌کند. پیوستن به طرح داروهای تجویزی مدی کیر داوطلبانه است، و برای برخورداری از این طرح باید حق بیمه ماهانه بیشتری پرداخت شود.

مدی کیر، برنامه بیمه سلامتی دولتی می‌باشد که تمام هزینه‌های خدمات پزشکی را در خانه یا هر محلی غیر از آن می‌پردازد. مدی کیر و چیپ نیز در مورد شیوه ارائه خدمات درمانی از نظام سیستم پزشک خانواده استفاده می‌کنند، بیمه‌شدگان مدی کید دارای کارت مدی کید هستند و در صورت تأیید پزشک خانواده می‌توانند به مراکز درمانی طرف قرارداد مراجعه کرده و از خدمات مدی کید بهره‌مند شوند. مدی کیر از طریق بودجه فدرال و ایالتی حمایت می‌شود.^{۵۴}

نتیجه

در بیمه سلامت ایران، عدم وجود یک قانون جامع که بیانگر وظایف نهادهای مسؤو و سطوح خدمات بیمه درمانی و لحاظ شرایط متفاوت افراد جامعه باشد، خود موجب عدم

رضایت و احساس بی‌عدالتی در جامعه شده است. سازمان تأمین اجتماعی وضعیت مناسب‌تری از نظر یکنواخت بودن جمعیت تحت پوشش دارد اما سهم پرداخت حق بیمه به قدری بالاست که افراد خویش‌فرما باید حداقل ۹٪ درآمد خود را جهت بهره‌مندی از بیمه درمانی پرداخت کنند و دولت سهمی از حق بیمه را بر عهده ندارد. سازمان بیمه سلامت تلفیقی از رویکردهای شغلی، سکونت و حمایت اجتماعی داراست اما در سازمان تأمین اجتماعی رویکرد موجود شغلی است و همچنین در کمیته امداد، رویکرد حمایت‌های اجتماعی حاکم می‌باشد؛ این مسائل نه‌تنها بر پوشش تمام جمعیت تأثیر گذاشته بلکه باعث تعریف بسته‌های خدمتی مختلف و نامتعادل شده است. ضمناً با توجه به شرح وظایف وزارتین بهداشت و رفاه که در قانون بیمه همگانی خدمات درمانی و قانون نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی آمده است، در آن هم‌پوشانی وظایف میان این دو وزارتخانه مشاهده می‌شود. پیشنهاد می‌شود با تکیه بر سیاست‌های کلی نظام سلامت، وزارت رفاه نقش اصلی سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی را در حوزه بیمه اجتماعی درمان بر عهده داشته باشد تا رفع هم‌پوشانی وظایف شود.

با توجه به مطالب مطرح‌شده در پژوهش و چالش‌های مزبور، سه پیشنهاد اصلی در پیش رو قرار می‌گیرد، اولین آن، الغاء یا اصلاح قوانین و مقررات موجود است، دوم ارائه تفسیر متفاوت از قوانین و مقررات موجود می‌باشد و سوم تدوین و تصویب یک قانون جامع در زمینه بیمه‌های درمانی است. باید در نظر داشت، الغاء و اصلاح قوانین موجود کمک‌چندانی به حل مشکلات نخواهد نمود، زیرا در ایران نهادهای متعددی در زمینه ارائه خدمات درمانی فعال هستند و هر یک دارای قوانین، مقررات، اساسنامه و رویکرد مخصوص خود می‌باشند. هماهنگ نمودن این قوانین و مقررات مختلف با تکیه بر رویکردها و وظایف این نهادها در مقابل یکدیگر امری بسیار دشوار خواهد بود؛ ارائه تفسیر متفاوت از قوانین و مقررات فعلی شاید بتواند تا حدودی، از نارسایی‌های نظام حقوقی بیمه‌های درمانی در ایران، نظیر تداخل و هم‌پوشانی وظایف نهادهای فعال در حوزه بیمه‌های درمانی را بکاهد، اما باید دانست، بسیاری از تغییرات جدید در سیاست‌های بیمه‌های درمانی را نمی‌توان در قوانین فعلی یافت. گاه چالش‌ها و نارسایی‌ها از عدم وجود یک قانون لازم در آن حوزه سرچشمه می‌گیرد، بنابراین ارائه تفسیر متفاوت از قوانین موجود کافی به نظر نمی‌رسد. راهکار سوم تصویب یک قانون جامع در زمینه بیمه‌های درمانی است؛ به نظر می‌رسد این راه‌حل مناسب‌تر باشد، چرا که، جهت اصلاح نظام حقوقی بیمه‌های درمانی لازم است، جایگاه واقعی دولت در حوزه سلامت

مشخص شود، جایگاه حقوقی نهادهای بیمه‌گر تعیین شود، وظایف وزارت بهداشت و وزارت رفاه در زمینه بیمه‌های درمانی مشخص شود، عدالت اجتماعی در میان اقشار برخوردار از بیمه‌های درمانی رعایت گردد، امکانات پوشش همگانی بیمه پایه درمانی ایجاد شود، شیوه ارائه خدمات درمانی به پزشک خانواده و نظام ارجاع تغییر کند، و نیز مردم بتوانند از خدمات بیمه درمانی با بسته‌های خدمات درمانی مشخص، تعرفه‌های درمانی یکسان، بدون تبعیض بهره‌مند شوند؛ نیل به اهداف فوق نیازمند تصویب یک قانون جامع و فراگیر با توجه به سیاست‌های جدید دولت در حوزه بیمه‌های درمانی می‌باشد. با توجه به مطالب مطرحه به نظر می‌رسد تصویب یک قانون جدید و جامع در حوزه بیمه‌های درمانی از سایر پیشنهادات فوق، کاربردی‌تر می‌باشد.

منابع

الف) منابع فارسی

- اباذری فومشی، منصور. مجموعه آرای هیئت عمومی دیوان عدالت اداری. تهران: انتشارات خرسندی، ۱۳۹۲.
- احمدپور، محمدحسن. مطالعه تطبیقی بیمه‌های مکمل خدمات درمانی در کشورهای منتخب و ارائه الگوی مناسب برای ایران. تهران: بیمه خدمات درمانی، ۱۳۸۰.
- بادینی، حسن، زینب عصمنی، حسن کولیوند. «اصول خاص حاکم بر نحوه ارائه مزایا در نظام بیمه‌ای تأمین اجتماعی». مجله پژوهشنامه بیمه ۹۹ (۱۳۸۹): ۹۶-۷۱.
- جوانبخت، مسعود، سوسن فدایی. «مقایسه تطبیقی نظام پزشک خانواده در ایران و سایر کشورها». دنیای تغذیه و سلامت ۱۶۲ (۱۳۹۰): ۱. ۱۳۹۳/۰۱/۲۶.
- حسینی جناب، وحید، امیدرضا طریقتی. «پزشک خانواده». نشریه بیهوشی و درد ۳ (۱۳۷۹): ۵۱-۳۶.
- دفتر تنظیم قوانین و مقررات سازمان تأمین اجتماعی. مجموعه قوانین و مقررات بیمه‌های اختیاری. تهران: سازمان تأمین اجتماعی، ۱۳۸۴.
- دفتر حفظ و نشر آثار حضرت آیت‌الله العظمی خامنه‌ای. «ابلاغ سیاست‌های کلی «سلامت»». آخرین دسترسی <http://farsi.khamenei.ir/news-content?id=26083>. ۱۳۹۳/۰۸/۲۹.
- زارع، حسین. «بیمه‌های مکمل مدی کیر». ماهنامه بیمه همگانی خدمات درمانی ۱۴ (۱۳۷۹): ۷۳-۵۶.
- زارع، حسین. «معرفی اجمالی بیمه‌های مکمل درمانی». ماهنامه بیمه همگانی خدمات درمانی ۱۹ (۱۳۸۱): ۸۳-۳۲.
- زارع، حسین، ایروان مسعودی اصل و علی اخوان بهبهانی. بیمه‌های اجتماعی سلامت در ایران و جهان. تهران: مرکز مطالعات و پژوهش‌های مجلس، ۱۳۸۹.
- طاووسیان، رویا. «پزشک خانواده یا آشنای خانوادگی». سروش جوان، ۱۸/۱۰/۱۳۸۰.
- عراقی، عزت‌الله. تهران: درآمدی بر حقوق تأمین اجتماعی. مؤسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی، ۱۳۸۶.
- عسکری‌زاده، محمد. «نظام تأمین اجتماعی در برنامه سوم توسعه». فصلنامه تأمین اجتماعی ۳ (۱۳۸۲): ۲۵۲-۲۲۱.
- کمالان، سید مهدی. قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران. تهران: انتشارات کمالان، ۱۳۸۷.
- کمیته بهداشت و درمان. «مروری بر ساختار بیمه‌های درمانی مکمل در کشورهای منتخب و ایران». گزارش اقتصادی، تهران: مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی، ۱۳۸۳.
- کی، پارک. درسنامه طب پیشگیری و پزشکی اجتماعی. ترجمه و تحقیق خسرو رفائی شیر پاک. تهران: نشر ایلینا، ۱۳۸۲.
- ماهر، علی. «مطالعه تطبیقی پرداخت هزینه‌های درمان در کشورهای منتخب و ارائه الگو برای ایران». فصلنامه تأمین اجتماعی ۱۴ (۱۳۸۲): ۱۶۷-۱۴۹.

- معاونت بهداشت، درمان و امور بیمه. مجموعه قوانین و مقررات بیمه درمان اقسار نیازمند تحت پوشش. تهران: نشر کمیته امداد امام خمینی (ره)، ۱۳۸۲.
- منصور، جهانگیر. قانون برنامه پنجم توسعه فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی کشور. تهران: نشر دوران، ۱۳۹۱.
- منصور، جهانگیر. قانون برنامه چهارم توسعه فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی کشور. تهران: نشر دوران، ۱۳۸۸.
- منصور، جهانگیر. مجموعه قوانین و مقررات استخدامی. تهران: نشر دوران، ۱۳۸۹.
- منصور، جهانگیر. مجموعه قوانین و مقررات بیمه. تهران: نشر دوران، ۱۳۹۳.
- منصور، جهانگیر. محشی مجموعه کامل قوانین و مقررات رفاه و تأمین اجتماعی. تهران: نشر دوران، ۱۳۹۲.
- موسوی، سید فضل‌الله. «نظام تأمین اجتماعی از دیدگاه اسلام». مقاله ارائه شده در همایش تبیین جایگاه حقوق تأمین اجتماعی، دانشکده حقوق و علوم سیاسی دانشگاه تهران (تهران)، ۰۶/۰۲/۱۳۸۳.
- مهدی‌زادگان، ایران، رحمت‌الله باقرپور. سوءاستفاده و غفلت از سالمندان. تهران: انتشارات نقش جهان، ۱۳۸۰.
- میرزایی، علیرضا. محشی مجموعه قوانین و مقررات حقوقی. تهران: انتشارات بهنامی، ۱۳۸۹.
- نعیمی، عمران، محمدرضا جوان‌جعفری، حمید فدایی جویباری، محسن قاسمی، احمد رضوانی منفرد، مهدی رشوند بوکانی، زهرا جعفری و نسرين طباطبایی حصارى. قانون تأمین اجتماعی در نظم حقوقی کنونی. تهران: نشر جنگل، ۱۳۹۲.
- نعیمی، عمران، محمد مهدی صداقت. آشنایی با بیمه‌های تکمیلی ایران. تهران: انتشارات جنگل، ۱۳۹۱.
- وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی. دستورالعمل اجرایی برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده نسخه ۷/۳. تهران: نشر وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۸۵.
- وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی. دستورالعمل اجرایی طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع نسخه ۰/۲. تهران: نشر وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۹۲.
- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. «تحول نظام سلامت». آخرین دسترسی ۱۳۹۳/۰۸/۲۹. <http://tahavol.behdasht.gov.ir>

ب) منابع لاتین

- Black, Kenneth. *Life & Health insurance*. New York: Person Ink, 2004.
- CMS.gov. "Services of Medicare and Medicaid". Last Accessed November 20, 2014. <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Outreach/Partnerships/downloads/11315-P.pdf>.
- Humphrey, Doris D. Sigler, Kathie. *Medical Office Reference Manual*. 3rd Ed. Douglas: Health Care Informatics an Interdisciplinary Approach, 2005.
- Kao-Ping Chua, "Overview of the U.S Health care System", 2006/2/10, Last Accessed November 16, 2014. <http://www.amsa.org/uhc/healthcaresystemoverview.pdf>.
- Kuttner, Robert. "Market Based Failure: A Second Opinion on U.S. Health Care Costs." *Coverage the New England Journal of Medicine* 14 (2008): 484-631.
- Laborde, Jean Pierre. *Deroit de la Securite Sociale*. Paris: Presses University de France, 2005.

Like, Sheryl A. Jenkins, Lucy A. *Life & Health Insurance Principles of Health Insurance*. Texas: Medical Expenditure Insurance, 2000 .

Millset, Robert, و Shailesh Bhandari. *Health Insurance Coverage in the United States*, Washington DC: Current Population Bureau, 2003.

Tauran, Thierry. *Droit de la Securite Sociale*. Rhône Alpes: Presses Universitaires de Grenoble, 2000 .

The Official U.S. Government Site For Medicare. "Medicare.gov". Last Accessed November 16, 2014. <http://www.medicare.gov/supplement-other-insurance/compare-medigap/compare-medigap.html>.

U.S. Department of Health and Human Services. "HRSA". Last Accessed November 18, 2014. <http://www.hrsa.gov/about/organization/index.html> .

U.S. Government. "Medicaid.gov". Last Accessed November 16, 2014. <http://www.medicaid.gov/medicaid-chip-program-information/by-topics/eligibility/eligibility.html>.

U.S. Government. "Medicaid.gov". Last Accessed November 16, 2014. <http://www.medicaid.gov/medicaid-chip-program-information/by-state/by-state.html>.

U.S. Government. "Socialsecurity.gov". Last Accessed April 20, 2014. www.socialsecurity.gov/mediinfo.html.

Examining Law System of Health Service Insurance in Iran with Comparing Health Insurance in America

Dr. Emran Naimi

Department of Public Law, Faculty of Law, Islamic Azad University,
Central Tehran Branch, Tehran, Iran
Email: emrannaimi53@gmail.com

&

Mohammad Sharifi Soltani

Master of Public Law, Faculty of Law, Islamic Azad University, Central Tehran Branch, Tehran, Iran
Email: mss.sharifi@yahoo.com

Providing different aspects of security including economical security are the most important goals of governments. Social risks like illness threat such a security. Because of this, after establishing welfare governments in 18 century, this government through providing social service decreases the negative effect of these risks on its nations. Also governments try to find the most appropriate method of health service. Regarding this, Iran and America governments in the recent years imposed change on the health system of country and change it to one of the complicated subjects in the law arena. Considering comprehensiveness of health insurance and Compulsory Corporation, reviewing health insurance is important. In this research on the purpose of recognizing weakness of Iran health insurance system and meeting them, we try to compare health system strategy, active institution in the field of providing health service, covered people and it's financial resource and method of providing health service in these two countries.

Keywords: Health Insurances, Health System, Methods and Levels of Health Service, Family Doctor, Franchise.

Journal of LEGAL RESEARCH

VOL. XVI, No. 2

2017-2

- **Explaining the Principles of Banking Regulation in the Perspective of the Legal System of Iran**
Dr. Ali Akbar Gorji - Dr. Hedieh Sadat Mirtorabi
- **Determination Responsible for the Accident between Car Owner and Driver in Mandatory Insurance Law of Civil Liability Owner of Motorized Vehicles**
Dr. Hamid Bahrami Ahmadi - Reza Aghaabbasi
- **The Basis and Extent of Civil Liability of the Contractor**
Shahram Karimi Tazehkand - Dr. Mahmoud Erfani - Dr. Javad Vahedi Zadeh
- **International Law: The Law Based on the Coordination or Conflict?**
Dr. Hoorieh Hosseini Akbarnezhad - Dr. Hale Hosseini Akbarnezhad
- **Investigation of Juridical Principles of Article 852 of Civil Code**
Dr. Sayyed Mohammad Sadegh Tabatabaei - Fatemeh Karimi
- **The Principles of Independence and Impartiality in the Public Service Broadcasting with Emphasis on Iran**
Nafiseh Moarefi
- **Determination of Legal Regime Governing Commercial - Tourism Space Flights**
Amineh Farasatmand
- **The Fundamental Survey on Some Aspects of Bill of Exchange Based on Regulations of the New Commercial by-Law**
Dr. Hamid Miri - Sirous Shahriari - Mostafa Abedinpour
- **Review Iranian Legislative Election Venue from the Viewpoint of the Criteria for Free and Fair Election Venue**
Seyed Yasin Hosseini
- **Examining Law System of Health Service Insurance in Iran with Comparing Health Insurance in America**
Dr. Emran Naimi - Mohammad Sharifi Soltani
- **The Impact of Laws on Property Ownership on Urban Real Estate Transactions**
Shahnaz Seifolahi



S. D. I. L.

The S.D. Institute of Law
Research & Study