

پژوهش‌های حقوقی

شماره ۱۸

هزار و سیصد و هشتاد و نه - نیمسال دوم

مقالات

- تأملی بر گستره محکومیت‌های مؤثر کیفری و نوع تأثیر آنها
- حقوق دفاعی متهم در هیأت‌های رسیدگی به تخلفات اداری
- تمیز خوانده دعوا
- تحلیل حقوقی حمایت‌های درمانی سازمان تأمین اجتماعی
- موضوع ویژه: حق شهروندان به برخورداری از محیط زیست سالم با تأکید بر مسأله آلودگی کلان‌شهرهای ایران
- پایش حمل‌ونقل شهری و کاهش آلودگی هوا: مطلوب زیست‌محیطی کلان‌شهرها
- تعهد به همکاری بین‌المللی در مقابله با هجوم ریزگردها به ایران
- مقابله با آلودگی‌های ناشی از امواج الکترومغناطیسی در کلان‌شهرها
- آلودگی هوای تهران و حق شهروندان بر محیط زیست سالم
- تأثیر نظام حقوق مالکیت فکری بر آلودگی کلان‌شهرها
- نفع عمومی در دعاوی زیست‌محیطی: رویه دادگاه‌های منطقه‌ای حقوق بشر و محاکم ملی
- حق برخورداری از محیط زیست سالم در دام گرمایش جهانی: اجلاس کنکان مکزیک (۲۰۱۰)
- حق برخورداری از محیط زیست سالم در حقوق فرانسه
- نقد و معرفی
- گروه منفعت اقتصادی در قانون برنامه پنجم توسعه





تحلیل حقوقی حمایت‌های درمانی سازمان تأمین اجتماعی

نسرین طباطبایی حصارى*

چکیده: ارائه خدمات درمانی توسط سازمان تأمین اجتماعی یکی از تعهدات کوتاه‌مدت سازمان مزبور می‌باشد که در ماده ۳ قانون تأمین اجتماعی پیش‌بینی شده است. ارائه حمایت فوق‌الذکر به بیمه‌شدگان و افراد خانواده آنها مستلزم شرایطی است که در مقررات ذیربط مورد اشاره واقع شده است لذا تعیین مشمولان و شرایط برخورداری آنها از حمایت مزبور از اهمیت فوق‌العاده‌ای برخوردار می‌باشد به ویژه آنکه تراکم مقررات مختلف در این خصوص سبب طرح دیدگاه‌های مختلفی میان حقوق‌دانان گردیده است. حمایت‌های درمانی سازمان تأمین اجتماعی به دو روش درمان مستقیم و غیرمستقیم صورت می‌گیرد که اصلی‌ترین اثر تقسیم‌بندی فوق در پرداخت فرانشیز توسط بیمه‌گذار ظاهر می‌گردد. هرچند پرداخت فرانشیز یکی از منابع تأمین‌کننده هزینه‌های درمانی سازمان تأمین اجتماعی می‌باشد لیکن تنها محل تأمین سازمان بیمه‌ای می‌باشد که انجام محاسبات اکچوآری در آن همانند هر نهاد بیمه‌ای دیگر دارای اهمیت می‌باشد لزوم بررسی منبع تأمین هزینه‌های درمانی را مطرح می‌سازد. پرداخت حق بیمه اصلی‌ترین منبع تأمین هزینه‌های درمانی سازمان می‌باشد که با تصویب قانون بیمه همگانی خدمات درمانی ابهاماتی در جایگزینی آن با حق سرانه درمان به وجود آمده است.

کلیدواژه‌ها: مشمولان حمایت درمانی، درمان مستقیم و غیرمستقیم، هزینه‌های درمانی

مقدمه

یکی از اصلی‌ترین حمایت‌های نظام بیمه‌های اجتماعی در هر کشور حمایت در مقابل حوادث و بیماری‌هاست که سازمان متولی این امر را مکلف به ارائه خدمات پزشکی و درمانی به بیمه‌شدگان می‌نماید. زیرا حوادث و بیماری‌ها وضعیت اقتصادی بیمه‌شده را تحت تأثیر قرار داده و وی را با هزینه‌های پیش‌بینی نشده مواجه و درمان می‌سازد. به عبارت دیگر، ملاحظات اقتصادی در کنار ملاحظات اخلاقی، سیاسی، اجتماعی و ... ضرورت توجه به حقوق بیماران را مضاعف ساخته و سبب تعهد دولتها و تأکید قانون‌گذاران بر این امر تحت عنوان «بهداشت برای همه» گردیده است.^۱ در حقوق ایران نیز، اصل ۲۹ قانون اساسی برخورداری از تأمین اجتماعی از نظر نیاز به خدمات بهداشتی و درمانی را حقی همگانی دانسته است. این امر در قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی و همچنین در قانون برنامه سوم توسعه مورد تأکید واقع شده است. ارائه خدمات بهداشتی و درمانی در قالب نظام بیمه‌ای به دو سطح بیمه همگانی (پایه) خدمات درمانی و بیمه مکمل درمان تقسیم می‌گردد (ماده ۳۷ قانون برنامه سوم توسعه، ماده ۲ قانون ساختار). بیمه همگانی (پایه) خدمات درمانی با مشارکت بیمه‌شده، کارفرما (در صورت وجود کارفرما) و دولت (حسب تکالیف قانونی مربوط) تأمین می‌گردد و توسط سازمانهای بیمه‌ای مختلف، مانند سازمان تأمین اجتماعی، سازمان بیمه خدمات درمانی، سازمان تأمین اجتماعی نیروهای مسلح، کمیته امداد امام (ره) و سایر صندوقهای خاص انجام می‌شود. به رغم آنکه بیمه همگانی در اصل ۲۹ قانون اساسی حقی همگانی دانسته شده است و دولت مکلف به تأمین آن برای آحاد ملت است لیکن بیمه همگانی خدمات درمانی ممکن است اجباری باشد (مانند بیمه درمانی کارکنان رسمی دولت و بیمه‌شدگان اجباری قانون تأمین اجتماعی) و یا اختیاری (مانند بیمه درمان خویش‌فرمایان و روستاییان و سایر اقشار).

از آنجا که با پیشرفت سریع دانش و فناوری پزشکی و تنوع و گسترده‌گی خدمات مزبور ارائه کلیه خدمات پزشکی درمانی به بیمه‌شدگان به صورت نامحدود و در کلیه سطوح مختلف خدماتی از وظایف اصلی سازمانها و صندوقهای بیمه‌ای درمان محسوب نگردیده و به علاوه تأمین مالی هزینه‌های مزبور از عهده اکثریت بیمه‌شدگان خارج است لذا در اغلب کشورهای پیشرفته و صنعتی جهان تحت پوشش قرار دادن خدمات مزاد بر وظایف صندوقها و سازمانهای بیمه‌ای درمان با عنوان بیمه خدمات درمانی مکمل به عهده

۱. منصور رستمی اول، صنعت بیمه در آیین فقه و حقوق به انضمام کلیاتی در خصوص بیمه درمانی، سازمان

بیمه خدمات درمانی، چاپ اول، ۱۳۷۹، ص ۱۳.

شرکت‌های بیمه درمان خصوصی و یا سایر شرکت‌های بیمه بازرگانی واگذار شده است.^۲ بیمه مکمل درمان شامل خدماتی است که سطح بالاتری از خدمات بیمه همگانی را در بر می‌گیرد و یا خدمات جدید را ارائه می‌کند و یا هزینه بیشتری را نسبت به تعهد بیمه همگانی تأمین می‌نماید. این بخش از خدمات بیمه‌ای بر اساس توافق بیمه‌شدگان و بیمه‌گر و با تعهد پرداخت هزینه توسط بیمه‌شده انجام می‌شود. در حال حاضر شرکت‌های بیمه تجاری مانند بیمه ایران، بیمه آسیا و بیمه البرز در زمینه بیمه مکمل خدمات درمانی فعالیت می‌نمایند و دسته‌های خاصی از افراد را، در مقابل آن دسته از حمایتها و خدمات درمانی که در تعهد سازمانهای ارائه‌دهنده بیمه پایه نیست با انعقاد قرارداد تحت پوشش قرار می‌دهند.^۳

آنچه موضوع بحث در مقاله حاضر است ارائه حمایت خدمات پایه درمانی توسط سازمان تأمین اجتماعی می‌باشد که در پنج بند اصلی مورد بررسی قرار خواهد گرفت. حمایت‌های درمانی مزبور در بندهای «الف» و «ب» ماده ۳ ق.ت.ا. ایران پیش‌بینی شده است که به موجب ماده ۹ آن قانون به عهده سازمان تأمین خدمات درمانی گذاشته شده بود. لیکن سازمان تأمین خدمات درمانی، به موجب «لایحه قانونی تشکیل شورای فنی موضوع ماده ۴ قانون تأمین خدمات درمانی مستخدمین دولت و انحلال سازمان تأمین خدمات درمانی مصوب ۱۳۵۸/۹/۲» منحل گردید و هم اکنون سازمان تأمین اجتماعی بر اساس «قانون الزام سازمان تأمین اجتماعی به اجرای بندهای «الف» و «ب» ماده ۳ ق.ت.ا. مصوب ۱۳۶۸/۸/۲۱» و «قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور مصوب ۱۳۷۳/۸/۳» به ارائه خدمات درمانی و پزشکی می‌پردازد. خدمات درمانی و پزشکی شامل کلیه اقدامات درمانی، سرپایی، بیمارستانی، تحویل داروهای لازم و انجام آزمایشهای تشخیص طبی (ماده ۵۴ ق.ت.ا.) و خدمات مربوط به توان‌بخشی، ترمیم و تجدید فعالیت بیمه‌شدگان آسیب‌دیده (ماده ۵۶ ق.ت.ا.) می‌باشد.

۲. نوشین دانش دهکردی، بیمه همگانی خدمات درمانی از منظر قانون، شرکت انتشارات علمی و فرهنگی، چاپ اول، تابستان ۱۳۸۴، ص ۶۰.

۳. حسن بادینی، جزوه درسی حقوق تأمین اجتماعی، دوره کارشناسی حقوق قضایی، نیمسال دوم سال تحصیلی ۸۵-۸۴، دانشکده حقوق دانشگاه تهران، صص ۱۰۷ و ۱۰۸.

۱- مضمولان حمایت‌های درمانی

۱-۱- بیمه‌شدگان اجباری

به موجب ماده ۵۴ ق.ت.ا، بیمه‌شدگان و افراد خانواده آنها از زمانی که مشمول مقررات این قانون قرار می‌گیرند در صورت مصدوم شدن بر اثر حوادث یا ابتلا به بیماری می‌توانند از خدمات پزشکی استفاده نمایند.

۱-۱-۱- بیمه‌شده اصلی

مطابق بند ۱ ماده ۲ ق.ت.ا. منظور از بیمه‌شده شخصی است که رأساً مشمول مقررات تأمین اجتماعی بوده و با پرداخت مبالغی به عنوان حق بیمه، حق استفاده از مزایای مقرر در این قانون را دارد. بنابراین تمام بیمه‌شدگان اجباری تأمین اجتماعی علی‌الاصول به طور یکسان از زمانی که مشمول مقررات قانون تأمین اجتماعی می‌شوند در صورت مصدوم شدن بر اثر حوادث یا ابتلاء به بیماری، می‌توانند از خدمات پزشکی استفاده کنند.

البته اصل مزبور در برخی موارد با استثنائاتی مواجه شده است از جمله این استثنائات، کارگران ساختمانی در زمان حکومت قانون بیمه اجباری کارگران ساختمانی مصوب ۱۳۵۲/۸/۲۱ بودند که تنها در مقابل حوادث ناشی از کار از بیمه اجتماعی برخوردار می‌گردیدند و تحت پوشش بیمه درمان و سایر حمایتها قرار نمی‌گرفتند. البته این رویه قابل انتقاد بود. زیرا با توجه به اینکه کارگران یاد شده در قلمرو تعریف «کارگر» مندرج در ماده ۲ قانون کار قرار می‌گیرند، باید در اجرای ماده ۱۴۸ همان قانون، برخورداری آنان از مزایای تأمین اجتماعی همانند سایر کارگران می‌بود.^۴ این ایراد مورد توجه مقنن قرار گرفت و با تصویب قانون بیمه‌های اجتماعی کارگران ساختمانی مصوب ۱۳۸۶/۸/۹،^۵ ارائه خدمات درمانی به بیمه‌شدگان مشمول این قانون در برابر حوادث و بیماری‌ها به موجب بند (الف) ماده ۴ آن، پیش‌بینی گردید.^۶

۴. سیدعزت‌الله عراقی و همکاران، درآمدی بر حقوق تأمین اجتماعی، مؤسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی، چاپ اول، ۱۳۸۶، ص ۳۳۹.

۵. به موجب ماده ۲۹ قانون بودجه سال ۱۳۸۷ این قانون در سال ۱۳۸۷ اجرا نگردید.

۶. در خصوص بهره‌مندی بیمه شده اصلی از خدمات درمانی توجه به نکات ذیل لازم است:

الف- به موجب ماده ۵ قانون اجازه کشت محدود خشخاش و صدور تریاک مصوب ۱۳۴۷/۱۲/۱۳ و آیین‌نامه اجرایی آن، کارگران مشمول قانون کار در صورتی که معتاد به استعمال تریاک و مشتقات آن باشند و ظرف مدت ۴ ماه از تاریخ تشخیص اعتیاد مبادرت به ترک اعتیاد نمایند قرارداد کار آنها فسخ و از کارگاه اخراج خواهند شد

۱-۱-۲- خانواده بیمه‌شده

بر اساس ماده ۵۴ افراد خانواده بیمه‌شده حق بهره‌مندی از خدمات درمانی سازمان تأمین اجتماعی را دارا می‌باشند. به موجب بند ۲ ماده ۲ ق.ت.ا، خانواده بیمه‌شده شخص یا اشخاصی هستند که به تبع بیمه‌شده از مزایای موضوع این قانون استفاده می‌کنند. افراد خانواده بیمه‌شده و شرایط آنها جهت استفاده از حمایت‌های درمانی در ماده ۵۸ ق.ت.ا ذکر شده‌اند.

به موجب ماده ۵۸ ق.ت.ا. افراد خانواده بیمه‌شده که از کمک‌های مقرر در ماده ۵۴ این قانون استفاده می‌کنند عبارتند از: همسر بیمه‌شده، شوهر، فرزندان و پدر و مادر که با داشتن شرایط مقرر در قانون مستحق بهره‌مندی از خدمات درمانی سازمان خواهند بود که در ذیل به آن خواهیم پرداخت.

۱-۱-۲-۱- همسر بیمه‌شده

مقنن به موجب بند ۱ ماده ۵۸ قانون تأمین اجتماعی همسر بیمه‌شده را به طور مطلق مشمول خدمات درمانی دانسته است. لیکن به رغم این اطلاق در خصوص بهره‌مندی همسر بیمه‌شده از خدمات درمانی به تبع شوهر در برخی مصادیق ابهاماتی به وجود آمده

و به استثنای مزایای پایان کار از کلیه مزایای قانون کار و بیمه‌های اجتماعی محروم خواهند شد. بنابراین چنانچه بیمه‌شده مشمول قانون کار به مواد مذکور در قانون فوق‌الذکر معتاد شود و ظرف ۴ ماه از تاریخ تشخیص اعتیاد، مبادرت به ترک آن نکند از شمول بیمه‌شدگان سازمان تأمین اجتماعی خارج و بعد از مدت یادشده سازمان متبوع تعهدی نسبت به ارائه خدمات درمانی به اینگونه افراد ندارد. اما قبل از طی تشریفات مذکور در قانون و آیین‌نامه فوق‌الاشاره سازمان مکلف به ارائه خدمات درمانی است. البته مورد اخیرالذکر را نمی‌توان به عنوان استثنایی بر اصل برخورداری بیمه‌شده از حمایت‌های درمانی به حساب آورد. زیرا در این خصوص قطع رابطه کار توسط مقنن سبب قطع رابطه بیمه‌شده با سازمان و در نتیجه محرومیت وی از بهره‌مندی از خدمات درمانی می‌گردد.

ب- به موجب ماده ۱۰ قانون خدمت و وظیفه عمومی مصوب ۱۳۶۳/۷/۲۹ دریافت هرگونه تسهیلات از طریق وزارتخانه‌ها و مؤسسات دولتی و وابسته به دولت و نهادهای قانونی توسط مشمولان خدمت و وظیفه عمومی مستلزم ارائه مدارک دال بر رسیدگی به وضع مشمولیت آنها از وظیفه عمومی ناجا می‌باشد. بنابراین ارائه تسهیلات از سوی دستگاه‌های فوق‌الذکر به مشمولان خدمت و وظیفه عمومی بدون ارائه مدارک لازم (مذکور در ماده ۵۰ آیین‌نامه اجرایی قانون خدمت و وظیفه عمومی) منع گردیده است. لیکن این امر باید مورد توجه قرار گیرد که آنچه به موجب ماده فوق‌الذکر منع شده ارائه تسهیلات از سوی دستگاه‌های اجرایی بدون روشن شدن وضعیت نظام وظیفه می‌باشد. لذا با عنایت به اینکه خدمات تأمین اجتماعی در مقابل پرداخت حق بیمه پرداختی از سوی بیمه‌شده به وی و خانواده وی ارائه می‌شود از مصادیق تسهیلات دولتی محسوب نمی‌شود لذا نمی‌توان ارائه خدمات درمانی را به استناد قانون مزبور به بیمه‌شده‌ای که مشمول قانون خدمت و وظیفه عمومی قرار گرفته است قطع نمود.

است. برخی به رغم اطلاق واژه همسر در بند ۱ ماده ۵۸ قائل به تفکیک میان زوجه موقت و زوجه دائم گردیده و معتقدند از آنجایی که واژه همسر در عرف جامعه ایرانی منصرف به نوع دائم آن است، همین انصراف مانع اطلاق‌گیری تلقی می‌گردد و لذا به رغم ظاهر عبارت مذکور نمی‌توان آن را شامل زوجه موقت در نکاح منقطع دانست. به علاوه، ملاک و ضابطه تعیین و تشخیص بیمه‌شدگان تبعی، وابستگی اقتصادی آنها به بیمه‌شده اصلی است حال آنکه در نظام حقوقی ایران نفقه زوجه در نکاح منقطع بر عهده زوج نیست مگر آنکه ضمن عقد نکاح شرط نفقه شده یا آنکه عقد مبتنی بر چنین شرطی جاری شده باشد. (ماده ۱۱۱۳ قانون مدنی) لذا استحقاق زوجه موقت نسبت به خدمات درمانی موضوع ماده ۵۸ ق.ت.ا. منتفی است.^۷

لیکن توجه به این امر که قانون‌گذار در ماده ۵۸ در مقام بیان شرایط بیمه‌شدگان تبعی برخوردار از خدمات درمانی بوده چنان که در بندهای دیگر ماده مزبور شرایط مورد نظر در خصوص سایر بیمه‌شدگان تبعی را ذکر نموده لیکن در بند ۱، به طور مطلق از همسر بیمه‌شده نام برده است بیانگر آن است که اطلاق واژه «همسر»، همسر منقطع را نیز دربر می‌گیرد. علاوه بر آن، در خصوص سایر مزایای تأمین اجتماعی که مقنن در پی آن بوده است که آن را منحصر به همسر دائم نماید و همسر منقطع از آن بهره‌مند نگردد، این امر را مورد اشاره قرار داده است. به عنوان مثال می‌توان به بند ۱ ماده ۸۱ ق.ت.ا. در خصوص مستمری بازماندگان اشاره نمود که صرفاً «عیال دائم» را در زمره بازماندگان به حساب آورده است.^۸ استناد به مقررات قانون مدنی در خصوص عدم بهره‌مندی همسر موقت از نفقه نیز نمی‌تواند در این خصوص راهگشا باشد. زیرا نظام حاکم بر قانون مدنی و قانون تأمین اجتماعی دو نظام کاملاً متفاوت بوده و مقررات قانون مدنی ملاک شمول مقررات تأمین اجتماعی نیست و نمی‌توان صرف عدم وابستگی اقتصادی را مانع بهره‌مندی از خدمات درمانی برای همسر موقت دانست که آنکه استقلال مالی همسر دائم نیز مانع بهره‌مندی وی از خدمات درمانی نیست. ضمن آنکه حمایتی بودن نظام تأمین اجتماعی و لزوم تفسیر موسّع آن، تفسیری را ایجاب می‌نماید که همسر موقت را نیز دربر بگیرد. استناد به عرف در خصوص موضوع مطروحه نیز با توجه به امری بودن مقررات تأمین

۷. محسن قاسمی، «بهره‌مندی بیمه‌شدگان تبعی از خدمات درمانی تأمین اجتماعی»، فصلنامه قوانین و مقررات تأمین اجتماعی، سال سوم، ش ۸، ۱۳۸۶، ص ۱۱۶.

۸. برای مطالعه بیشتر در این خصوص، نک: محسن قاسمی، «مستمری بازماندگان»، فصلنامه قوانین و مقررات تأمین اجتماعی، سال اول، پیش شماره دوم، بهار ۱۳۸۵، ص ۱۲۳؛ فاطمه جعفری، «مستمری بازماندگان در قانون تأمین اجتماعی»، فصلنامه قوانین و مقررات تأمین اجتماعی، سال سوم، ش ۸، ۱۳۸۶، ص ۱۹.

اجتماعی نمی‌تواند اطلاق بند ۱ ماده ۵۸ را نفی کند. بنابراین به نظر می‌رسد اعتقاد به بهره‌مندی همسر موقت از خدمات درمانی در صورت اثبات رابطه زوجیت خالی از وجه نیست.

نکته قابل تأمل دیگر در خصوص برخورداری همسر بیمه‌شده از خدمات درمانی به عنوان بیمه‌شده تبعی، در صورتی است که وی شاغل و مشمول صندوق بیمه‌ای به عنوان بیمه‌شده اصلی باشد. این تردید از آنجا ناشی می‌شود که مطابق یکی از اصول کلی حقوقی پذیرفته شده در حوزه مسؤلیت مدنی هیچ خسارتی نمی‌تواند دو بار جبران گردد.^۹ در کنار این اصل، اصل کلی حقوقی مبتنی بر غیرقابل قبول بودن پوشش بیمه‌ای مضاعف^{۱۰} در موضوع واحد و منع استفاده همزمان یک شخص از دو نظام بیمه‌ای درمانی بر این ابهام دامن می‌زند و سبب پیدایش این دیدگاه می‌گردد که همسر بیمه‌شده مرد در صورتی که شاغل و برخوردار از نظام بیمه‌ای دیگری باشد نمی‌تواند به عنوان بیمه‌شده تبعی از خدمات درمانی موضوع ماده ۵۴ ق.ت.ا. برخوردار گردد.

لیکن با عنایت به آنکه بیمه تأمین اجتماعی اجباری است و افراد به محض اینکه مشمول قانون تأمین اجتماعی شوند خودشان مستقیماً و افراد تحت تکفل آنها نیز به طور تبعی تحت حمایت قرار می‌گیرند لذا محرومیت از این حقوق مستلزم نص است و صرف احتمال اینکه شمول این مقررات ممکن است موجب استفاده نامشروع گردد نمی‌تواند آنها را از بهره‌مندی از حقوق قانونی محروم نماید. از طرفی با توجه به آنکه بند ۱ ماده ۵۸ ق.ت.ا. مطلق بوده و حاوی هیچ قید و شرطی در خصوص همسر نیست، لذا به نظر می‌رسد در این فرض نیز باید قائل به بهره‌مندی همسر از خدمات درمانی بود. رویه عملی سازمان نیز هم اکنون مبتنی بر صدور دفترچه درمانی برای همسران مرد بیمه‌شده که خود شاغل می‌باشند، هست.

۱-۱-۲-۲- شوهر بیمه‌شده

به موجب بند ۲ ماده ۵۸، شوهر بیمه‌شده در صورتی که معاش او توسط بیمه‌شده زن تأمین شود و سن او از شصت سال متجاوز باشد یا طبق نظر کمیسیون پزشکی موضوع ماده ۹۱

۹. ناصر کاتوزیان، الزامهای خارج از قرارداد: ضمان قهری (مسئولیت مدنی، غصب و استیفاء)، مؤسسه انتشارات و چاپ دانشگاه تهران، چاپ پنجم، ۱۳۸۷، ص ۲۹۰.

۱۰. امیر صادقی، حقوق بیمه دریایی، مؤسسه آموزشی کشتیرانی جمهوری اسلامی ایران، چاپ اول، ۱۳۷۰، صص ۶۴ و ۶۵.

ق.ت.ا. از کارافتاده شناخته شود^{۱۱}، به عنوان بیمه‌شده تبعی مشمول خدمات درمانی قرار خواهد گرفت. بنابراین تحقق هر یک از دو شرط فوق‌الذکر که در واقع معیارهایی برای سنجش وابستگی اقتصادی شوهر به زن می‌باشد، سبب می‌شود تا شرایط مشمول خدمات درمانی نسبت به شوهر فراهم گردد.

مفاد بند مذکور به خوبی بیانگر آن است که مفهوم تبعیت اقتصادی مورد لحاظ در حقوق تأمین اجتماعی مفهومی کاملاً متفاوت با تکلیف انفاق در حقوق مدنی می‌باشد. زیرا در حقوق مدنی تکلیف انفاق از جانب زن به شوهر تحت هیچ شرایطی پیش‌بینی نشده است در حالی که در حقوق تأمین اجتماعی مقنن با لحاظ واقعیات اجتماعی فرض وابستگی اقتصادی شوهر به زن را تحت شرایطی پذیرفته است.

۱-۱-۲-۳- فرزندان بیمه‌شده

ماده ۵۸ ق.ت.ا. افراد خانواده بیمه‌شده که می‌توانند از خدمات پزشکی استفاده کنند را ذکر نموده است. در صدر ماده مزبور کلمه بیمه‌شده به طور مطلق به کار رفته است به گونه‌ای که اعم از بیمه‌شده زن و مرد می‌باشد. مفاد بندهای ۱ و ۲ ماده مزبور نیز که از همسر و شوهر بیمه‌شده طی دو بند مجزا به عنوان افراد خانواده و بیمه‌شدگان تبعی برخوردار از خدمات درمانی نام برده است مؤید همین امر می‌باشد. لذا در بند ۳ که از فرزندان بیمه‌شده به عنوان افراد خانواده او و برخوردار از خدمات درمانی یاد شده است، منظور فرزندان بیمه‌شده اعم از زن و مرد می‌باشند. بنابراین فرزندان بیمه‌شده زن نیز همانند فرزندان بیمه‌شده مرد در صورت احراز شرایط مذکور در بند ۳ ماده ۵۸ مستحق استفاده از خدمات پزشکی می‌باشند. لیکن در خصوص برخورداری فرزندان بیمه‌شده زن از خدمات درمانی سازمان در مواردی که پدر تحت پوشش سایر سازمانهای بیمه‌ای به عنوان بیمه‌شده اصلی می‌باشد، تردیدهایی به وجود می‌آید. زیرا یکی از معیارهای تشخیص بیمه‌شدگان تبعی شرط وابستگی اقتصادی آنها به بیمه‌شده اصلی می‌باشد. به عبارت دیگر، قانونگذار مبنا را بر تحت تکفل بودن بیمه‌شدگان تبعی قرار داده است. توجه به همین امر ممکن است سبب ایجاد این دیدگاه گردد که به رغم آنکه قانونگذار از لحاظ تحت تکفل بودن فرزندان بیمه‌شده زن، شرایطی را در ماده ۵۸ ذکر نکرده است و فرزندان بیمه‌شده زن و مرد را با شرایط یکسان تحت حکم واحدی قرار داده است لیکن در صورتی که فرزندان تحت تکفل پدر خانواده باشند در واقع فاقد رابطه تبعیت اقتصادی با مادر بوده بنابراین به رغم

۱۱. برای مطالعه در خصوص شرایط از کارافتادگی، نک: مهدی رشوند، «از کارافتادگی در حقوق ایران و

فرانسه»، فصلنامه قوانین و مقررات تأمین اجتماعی، سال اول، پیش شماره دوم، ۱۳۸۵، صص ۶۱ الی ۶۴.

دارا بودن سایر شرایط مذکور در ماده ۵۸، نمی‌توانند از خدمات درمانی به تبع مادر استفاده کنند. بر اساس این دیدگاه، نظام تأمین اجتماعی به عنوان نظام حمایتی عام افرادی است که تحت پوشش نظام حمایتی دیگری قرار ندارند بنابراین این فرزندان نمی‌توانند به تبع مادر (بیمه‌شده اصلی) از خدمات پزشکی تأمین اجتماعی برخوردار گردند. به ویژه آنکه تکلیف انفاق به فرزندان نیز در درجه اول در نظام حقوقی ایران به عهده پدر می‌باشد.^{۱۲} اما از آنجا که مقنن در مقام بیان شرایط برخورداری فرزندان بیمه‌شده از خدمات درمانی بوده و از این لحاظ میان فرزندان بیمه‌شده مرد و زن تفاوتی قائل نشده است، بنابراین با تحقق شرایط مقرر در بند ۳ ماده ۵۸ ق.ت.ا، به نظر می‌رسد فرزندان بیمه‌شده زن همانند فرزندان بیمه‌شده مرد و بدون لحاظ آنکه تحت تکفل پدر یا مادر باشند از خدمات درمانی برخوردار می‌باشند.

هم اکنون، رویه عملی سازمان نیز مؤید دیدگاه اخیرالذکر می‌باشد و از لحاظ اعطای خدمات درمانی میان فرزندان بیمه‌شده زن و مرد تفاوتی قائل نمی‌شود.

هرچند به موجب بند ۳ ماده ۵۸، فرزندان بیمه‌شده به عنوان بیمه‌شدگان تبعی محق در برخورداری از مزایای مقرر در ماده ۵۴ ق.ت.ا. هستند، لیکن این استحقاق مطلق نیست و مقنن تحت شرایطی این حق را برای فرزندان قائل شده است. شرایط مورد اشاره در خصوص فرزندان ذکور و اناث دارای تفاوتی است. قبل از بررسی شرایط مربوط به فرزندان اناث و ذکور به طور مجزا، بررسی نکاتی ضروری به نظر می‌رسد که می‌توان آن را شرایطی مشترک میان فرزندان اناث و ذکور دانست.

از جمله شرایط مشترک میان فرزندان اناث و ذکور جهت برخورداری از خدمات درمانی، مقرر بند (ح) ماده یک «قانون تنظیم خانواده و جمعیت» مصوب ۱۳۷۲/۲/۲۶ است. به موجب این بند، فرزندان چهارم به بعد موضوع ماده ۵۸ ق.ت.ا. که پس از یکسال از تصویب این قانون متولد می‌شوند، تنها در صورتی از خدمات درمانی بهره‌مند می‌گردند که حق بیمه ایشان - که به صورت جداگانه تعیین می‌شود - مطابق تعرفه تأمین اجتماعی از بیمه‌شده دریافت شده باشد. بنابراین با تصویب قانون مزبور، برخورداری فرزندان چهارم به بعد از خدمات درمانی اعم از ذکور و اناث، مشروط به پرداخت تعرفه درمانی (حق سرانه درمان) می‌باشد.

قاعده مزبور به موجب قانون اصلاح قانون تنظیم خانواده و جمعیت مصوب ۱۳۸۸/۲/۲۲ با دو استثناء مواجه شده است. به موجب قانون اخیرالذکر، فرزندان چهارم در

۱۲. ماده ۱۱۱۹ قانون مدنی.

دو صورت از محدودیتهای مندرج در ماده ۱ قانون تنظیم خانواده و جمعیت مصوب ۱۳۷۲ مستثنا می‌باشند:

- ۱- فرزندان چهارم خانواده‌هایی که یکی از سه فرزند آنها از شمول حمایت‌های قانونی خارج شده‌اند.
- ۲- فرزندان چهارم خانواده‌هایی که فرزند مذکور حاصل از دو یا چند قلو بودن زایمان است.

با توجه به آنکه چند قلو زایی می‌تواند خانواده را ناخواسته با مشکل افزایش تعداد فرزندان مواجه سازد و این امر در کنترل زوجین نیست، استثناء دوم از قانون تنظیم خانواده با هدف آن- که کنترل موالید بوده- منطبق است. لیکن استثناء اول (فرزند چهارم خانواده‌هایی که یکی از سه فرزند آنها از شمول قانون خارج شده‌اند) مغایر با روح حاکم بر قانون و سیاست‌های کشوری مبنی بر کنترل موالید است.

یکی دیگر از شروطی که میان فرزندان اناث و ذکور مشترک است شرط مذکور در شق (ب) بند ۳ ماده ۵۸ ق.ت.ا. می‌باشد که به موجب آن فرزندان بیمه‌شده در صورتی که در اثر بیماری یا نقص عضو طبق گواهی سازمان قادر به کار نباشند بیمه‌شده تبعی محسوب می‌گردند و به تبع والدین می‌توانند از خدمات درمانی سازمان بهره‌مند گردند. در حقیقت به موجب بند مزبور، فرزند بیمه‌شده که در اثر بیماری یا نقص عضو که مورد گواهی سازمان باشد قادر به کار نباشد بدون محدودیت زمانی حق استفاده از مزایای ماده ۵۴ قانون را دارد. فردی که قادر به کار نباشد از کارافتاده تلقی می‌شود و به موجب ماده ۹۱ ق.ت.ا. مرجع تشخیص از کارافتادگی و تعیین میزان آن کمیسیون‌های پزشکی موضوع این ماده می‌باشد. بنابراین مراد از گواهی سازمان تأمین اجتماعی در شق (ب) بند ۲ ماده ۵۸ رأی کمیسیون پزشکی است.

۱-۱-۲-۳-الف) فرزندان ذکور

به موجب بند ۳ ماده ۵۸ ق.ت.ا. فرزندان ذکور در صورتی که کمتر از هجده سال تمام داشته باشند و یا منحصراً طبق گواهی یکی از مؤسسات رسمی آموزشی به تحصیل اشتغال داشته باشند و یا در اثر بیماری یا نقص عضو طبق گواهی سازمان قادر به کار نباشند، مشمول مزایای مقرر در ماده ۵۴ ق.ت.ا. هستند.

بنابراین به موجب قانون تأمین اجتماعی به صرف آنکه فرزند ذکور سن کمتر از ۱۸ سال داشته باشد بدون نیاز به وجود هیچ شرط دیگری می‌تواند از خدمات درمانی سازمان بهره‌مند گردد.

ملاک قرار دادن سن ۱۸ سال، در ماده مزبور به نظر می‌رسد با توجه به شرایط اجتماعی و اقتصادی زمان تصویب آن منطقی می‌باشد زیرا در شرایط زمانی وضع مقرر فوق، استقلال مالی فرزندان از خانواده در سنین پایین‌تری نسبت به زمان حاضر تحقق می‌یافته است. علاوه بر آن، به نظر می‌رسد مقنن در لحاظ شرط سنی مزبور به قانون راجع به رشد متعاملین مصوب ۱۳۱۳ نظر داشته است که سن ۱۸ سال را ملاک رشد افراد قرار داده است. لیکن وضعیت اجتماعی و اقتصادی جامعه در زمان حاضر نشان می‌دهد که فرزندان خانواده به ویژه فرزندان ذکور در سنین بالاتری به این استقلال دست خواهند یافت. توجه به همین واقعیت اجتماعی سبب تصویب «قانون اصلاح سن فرزندان ذکور مشمولان صندوقهای بازنشستگی کشوری، لشکری و تأمین اجتماعی و سایر صندوقها در برخورداری از خدمات درمانی» در سال ۱۳۸۷ گردید. به موجب قانون مزبور، «حد نصاب سن برخورداری از خدمات درمانی برای فرزندان ذکور مشمولان صندوقهای بازنشستگی کشوری، لشکری و تأمین اجتماعی و سایر صندوقهای بیمه و بازنشستگی از تاریخ تصویب این قانون به شرط عدم اشتغال به کار به بیست و دو سال افزایش یافته و از سن مذکور به بعد نیز خدمات درمانی کماکان مطابق ضوابط جاری صندوقهای متبوع خواهد بود». به موجب تبصره ذیل ماده واحده فوق‌الاشاره، «پس از سن بیست و دو سالگی با کسر بیست و هفت هزار و پانصد ریال بابت هر فرزند از بیمه‌گذار فرزندان وی می‌توانند از خدمات درمانی آن صندوق بهره‌مند گردند».

بنابراین به موجب ماده واحده مصوب ۱۳۸۷، شرط سنی مذکور در ماده ۵۸ ق.ت.ا. در خصوص فرزندان ذکور به ۲۲ سال افزایش یافته است لیکن قانون اخیرالتصویب فوق‌الاشاره صرفاً شرط سنی را افزایش نداده است. همانطور که اشاره شد تا قبل از تصویب این قانون فرزندان ذکور به صرف داشتن سن کمتر از ۱۸ سال برخوردار از حمایتهای درمانی به تبع والدین خود (بیمه‌شده اصلی) بودند و اشتغال یا عدم اشتغال آنها در اصل برخورداری ایشان مؤثر نبود. لیکن قانون اصلاح سن فرزندان ذکور... در کنار افزایش شرط سنی از ۱۸ سال به ۲۲ سال، ارائه حمایتهای درمانی را مشروط به عدم اشتغال آنها نموده است.

نکته‌ای که در خصوص مصوبه فوق مبهم می‌باشد مفاد تبصره ذیل آن است. همان طور که اشاره شد، فرزندان ذکور در صورت اشتغال انحصاری به تحصیل یا داشتن بیماری یا نقص عضو که مانع اشتغال آنها گردد، حتی در صورت نداشتن شرط سنی می‌توانند از خدمات درمانی سازمان بهره‌مند شوند. لیکن تبصره ذیل ماده واحده مصوب ۱۳۸۷، به نظر می‌رسد بدون وجود هر یک از دو شرط فوق‌الذکر امکان بهره‌مندی فرزندان ذکور از

خدمات درمانی پس از سن ۲۲ سالگی را با پرداخت مبلغی به عنوان حق سرانه پیش‌بینی نموده است. بدین ترتیب، وجود هر یک از دو شرط فوق بعد از ۲۲ سالگی شرایط بهره‌مندی بدون پرداخت حق سرانه را فراهم می‌نماید. تعیین مبلغ ثابت به عنوان سرانه درمان (بیست و هفت هزار و پانصد ریال) در حالی که در مواردی که نیاز به پرداخت حق سرانه است این مبلغ سالانه تغییر می‌یابد، عدم تعیین این امر که آیا مبلغ فوق حق سرانه ماهانه یا سالانه است و اینکه تا چه زمانی فرزندان می‌توانند با پرداخت مبلغ مزبور از خدمات درمانی به صورت بیمه‌شده تبعی بهره‌مند گردند، از نکات مبهم دیگر مصوبه فوق است که در مقاله‌ای دیگر به بررسی آن خواهیم پرداخت.

دو شرطی که با تحقق آنها فرزند ذکور به رغم نداشتن شرط سنی می‌تواند از خدمات درمانی به عنوان بیمه‌شده تبعی استفاده کند «اشتغال انحصاری وی به تحصیل طبق گواهی یکی از مؤسسات رسمی آموزشی» و «از کارافتادگی در اثر بیماری یا نقص عضو با گواهی سازمان» می‌باشد. که تحقق هر یک از دو شرط مذکور به طور مجزا زمینه استحقاق را فراهم می‌نماید.

در خصوص نحوه اعمال دو شرط فوق اختلاف‌نظرهایی میان صاحب‌نظران و در رویه عملی وجود دارد. برخی معتقدند که فرزندان ذکور محصل یا از کارافتاده در صورتی تحت شمول قرار می‌گیرند که تحصیل یا از کارافتادگی آنها متصل به سن ۲۲ سالگی با توجه به قانون اصلاح سن فرزندان ذکور، باشد و در صورت خارج شدن از چتر حمایتی قانون بعد از سن مزبور، دو شرط فوق (از کارافتادگی و اشتغال به تحصیل انحصاری) باعث تحت شمول قرار گرفتن مجدد آنها نمی‌شود. اما عده‌ای دیگر معتقدند که شرط سنی، اشتغال به تحصیل و از کارافتادگی جزء موجبات مستقل شمول قانون می‌باشد و در عرض هم هستند لذا فرزندان ذکور بیمه‌شده در صورتی که به تحصیل اشتغال داشته باشند یا از کارافتاده محسوب گردند، صرف‌نظر از خارج شدن از شمول در برهه‌ای از زمان، می‌توانند مجدداً تحت پوشش قرار گیرند.

اطلاق دو شرط مذکور در بند ۳ ماده ۵۸ ق.ت.ا. و عدم مشروطیت آن به اتصال به شرط سنی، مؤید نظر دوم می‌باشد.^{۱۳}

۱۳. البته باید خاطر نشان ساخت که عدم تعیین سقف سنی جهت برخورداری از خدمات درمانی در صورت اشتغال به تحصیل، در برخی موارد باعث سوء استفاده و تقلب نسبت به قانون می‌شود و سبب می‌گردد تا فرزند بیمه شده حتی تا سنین بالا با ارائه مدرک اشتغال به تحصیل در پایین‌ترین سطوح بتواند شرط مزبور را احراز و از خدمات درمانی بهره‌مند گردد که به نظر می‌رسد اصلاح قانون در این خصوص و ایجاد سقف سنی برای اشتغال به تحصیل با توجه به مقاطع مختلف تحصیلی و تعیین تکلیف در خصوص لزوم یا عدم لزوم پیوسته بودن دو

نکته قابل توجه دیگر که ممکن است سبب ایجاد ابهاماتی در ارائه خدمات درمانی به فرزندان ذکور بیمه‌شدگان گردد، اعزام به خدمت سربازی فرزندان ذکور پس از سن ۱۸ سال است. همانطور که اشاره شد، به موجب ماده واحده قانون اصلاح سن فرزندان ذکور مشمولان صندوقهای... در برخورداری از خدمات درمانی مصوب ۱۳۸۷، حد نصاب سن برخورداری از خدمات درمانی برای فرزندان ذکور مشمولان کلیه صندوقهای بیمه‌ای از تاریخ تصویب این قانون به شرط عدم اشتغال به کار، به بیست و دو سال افزایش یافت و از سن مذکور به بعد خدمات درمانی کماکان مطابق ضوابط جاری صندوقهای متبوع خواهد بود. بنابراین تنها استثناء وارد بر ماده فوق‌الذکر اشتغال به کار فرزندان ذکور می‌باشد و اعزام به سربازی از این لحاظ که آیا اشتغال به کار محسوب می‌شود یا خیر در ارائه خدمات درمانی به این افراد ابهاماتی را ایجاد می‌نماید.

لیکن باید توجه داشت مراد از اشتغال به کار، اشتغال به کار به گونه‌ای ثابت با دریافت حقوق و مزد مستمر است. لذا با لحاظ آنکه اعزام به خدمت مقدس سربازی عرفاً اشتغال به کار محسوب نمی‌گردد نمی‌تواند سبب قطع برخورداری فرزندان ذکور از حمایتهای درمانی گردد. علاوه بر آن ماده ۱ آیین‌نامه چگونگی ارائه خدمات درمانی به کارکنان وظیفه و عائله تحت تکفل آنها مقرر می‌دارد؛ «سازمان تأمین خدمات درمانی نیروهای مسلح... موظف است کلیه کارکنان وظیفه و عائله تحت تکفل آنها را در صورتی که تحت پوشش هیچ‌یک از سازمانهای بیمه‌گر نباشند، تحت پوشش خدمات بیمه درمانی قرار دهد». در نتیجه فرزندان ذکور بیمه‌شدگان که بعد از سن ۱۸ سالگی به خدمت مقدس سربازی اعزام می‌گردند، از آن جایی که تحت پوشش حمایت درمانی سازمان تأمین اجتماعی هستند امکان برخورداری آنها از خدمات درمانی نیروهای مسلح وجود ندارد. لذا ارائه خدمات درمانی به آنان مطابق قانون اصلاح سن فرزندان ذکور در فرض مزبور باید انجام گیرد.

۱-۱-۲-۳-ب) فرزندان اناث

به موجب بند ۳ ماده ۵۸ ق.ت.ا.، فرزندان دختر به شرط نداشتن شوهر تا بیست سالگی و یا در صورت اشتغال انحصاری به تحصیل یا ازکارافتادگی می‌توانند از خدمات درمانی به عنوان بیمه‌شده تبعی بهره‌مند گردند.

مقنن یکی از شرایط برخورداری فرزندان اناث از خدمات درمانی را شرط سنی (۲۰ سال) قرار داده است که در صورت عدم ازدواج، فرزند دختر امکان بهره‌مندی از خدمات

درمانی را خواهد داشت. بدان معنا که پس از سن مزبور، فرزند دختر تنها در صورت ازکارافتادگی می‌تواند از خدمات درمانی بهره‌مند گردد و گذر از سن مزبور حتی در صورت مجرد و عدم اشتغال، وی را از خدمات درمانی محروم می‌نماید. شرط سنی مزبور با واقعیات اجتماعی به ویژه ورود دیر هنگام به بازار کار و بالا رفتن سن ازدواج منطبق نمی‌باشد و لذا نیازمند اصلاح است.

مقنن شرط عدم ازدواج را نیز به عنوان یکی از شرایط برخورداری فرزندان اناث ذکر نموده است و با قید «نداشتن شوهر» به این امر اشاره کرده است. در خصوص تفسیر عبارت فوق اختلاف دیدگاه‌هایی بدین شرح ممکن است مطرح شود؛ از یک سو با توجه به قرائن متعدد در قانون تأمین اجتماعی، منظور قانونگذار از شوهر، شوهر در عقد ازدواج دائم است و شوهر در نکاح موقت را در بر نمی‌گیرد، زیرا به موجب ماده ۱۱۱۳ قانون مدنی و مفهوم مخالف ماده ۱۱۰۶ قانون مدنی در عقد نکاح موقت بین زن و شوهر رابطه انفاق وجود ندارد و زن شرعاً و قانوناً تحت تکفل مرد محسوب نمی‌شود، لذا نکاح موقت فرزند اناث بیمه‌شده باعث خروج آنها از قلمرو شمول حمایت‌های ق.ت.ا. نیست^{۱۴}. لیکن از سوی دیگر، اطلاق لفظ شوهر، ازدواج موقت را هم در بر می‌گیرد و در مواد قانون تأمین اجتماعی هر جا مقنن صرفاً نظر بر ازدواج دائم داشته این امر را تصریح نموده است.

۱-۱-۲-۴- پدر و مادر بیمه‌شده

به موجب بند ۴ ماده ۵۸ ق.ت.ا. ملاک اصلی جهت تحت شمول قرار گرفتن والدین بیمه‌شده، تحت تکفل بودن آنها می‌باشد. انتخاب ملاک مزبور با توجه به آنکه بیمه‌شدگان تبعی کسانی هستند که وابستگی اقتصادی به بیمه‌شده اصلی دارند، کاملاً منطقی است. لیکن مقنن به شرط مزبور اکتفا نکرده و جهت تشخیص این ملاک (تحت تکفل بودن) دو معیار عمده در ماده ۵۸ به طور انحصاری ارائه داده است که تحقق هر یک از آنها کفایت می‌نماید این دو معیار عبارتند از: شرط سنی (متجاوز بودن سن پدر از ۶۰ سال و سن مادر از ۵۵ سال)، ازکارافتادگی. بنابراین جمع شدن هر یک از دو شرط اخیرالذکر با «تحت

۱۴. این دیدگاه، سبب بروز ابهام درخصوص این مسأله می‌گردد که آیا فرزند اناث بیمه‌شده به دلیل حاملگی ناشی از ازدواج موقت نیز می‌تواند برای اقدامات تشخیصی زایمان از دفترچه تأمین اجتماعی استفاده نماید یا نه. بر مبنای این دیدگاه در پاسخ به فرض اخیر نیز باید معتقد بود که در این زمینه نیز فرزند اناث، بهره‌مند از خدمات درمانی می‌باشد زیرا تکلیف شوهر (در ازدواج موقت) به انفاق طفل بعد از تولد آغاز می‌شود و قبل از تولد فرزند، وی جزئی از وجود مادر محسوب می‌شود و نمی‌توان هزینه‌های اقدامات تشخیصی زایمان را نفقه طفل محسوب و آن را بر عهده پدر (در ازدواج موقت) دانست. به علاوه، در زمینه خدمات درمانی و تشخیصی نباید در جستجوی سبب نیاز به درمان و اقدامات تشخیصی بر آمد.

تکفل بودن والدین» آنها را در زمره حمایت مذکور در ماده ۵۴ قرار می‌دهد. انتهای بند ۴ ماده ۵۸ شرط دیگری را بر شرایط فوق افزوده است و قید نموده که «در هر حال والدین نباید از سازمان مستمری دریافت نمایند». بنابراین دریافت مستمری از سازمان مانع تحت شمول قرار گرفتن والدین می‌گردد.

قید اخیرالذکر ممکن است در عمل با ابهاماتی مواجه شود، از جمله آنکه در صورتی که یکی از والدین، از سازمان دیگری غیر از سازمان تأمین اجتماعی مستمری دریافت کند لیکن با وجود این مستمری دریافتی کفاف هزینه‌های زندگی آنها را ندهد و همچنان از لحاظ اقتصادی وابسته به فرزندان خود (بیمه‌شده اصلی) باشند آیا در این فرض مشمول بند ۴ ماده ۵۸ ق.ت.ا. قرار می‌گردند یا خیر؟ به نظر می‌رسد می‌توان با ناظر دانستن عبارت «سازمان» به «سازمان تأمین اجتماعی» در فرض اخیر والدین را از خدمات درمانی برخوردار دانست هرچند این تفسیر، تفسیری لفظی می‌باشد لیکن با اصل حمایتی بودن حقوق تأمین اجتماعی منطبق است و از طرفی هدف مقنن را که ملاک قرار دادن وابستگی اقتصادی والدین به فرزندان (بیمه‌شده اصلی) می‌باشد تا حدی تأمین می‌کند. لیکن این استدلال با این ایراد مواجه خواهد شد که اگر در فرض مورد بحث، والدین از سازمان تأمین اجتماعی مستمری دریافت کنند لیکن همچنان تحت تکفل فرزند خود بوده و مستمری مزبور کفاف هزینه‌های زندگی آنها را ندهد چرا نتوان با لحاظ اصل حمایتی بودن حقوق تأمین اجتماعی این مورد را نیز مشمول حمایت مزبور قرار داد؟

۱-۱-۳- افراد موضوع ماده ۸۹ ق.ت.ا.

به موجب ماده ۸۹ ق.ت.ا، افرادی که به موجب قوانین سابق بیمه‌های اجتماعی یا به موجب این قانون بازنشسته و یا از کارافتاده شده یا می‌شوند و افراد بلافصل خانواده آنها همچنین افرادی که مستمری بازماندگان دریافت می‌دارند با پرداخت دو درصد از مستمری دریافتی از خدمات درمانی مذکور در بندهای الف و ب ماده ۳ این قانون توسط سازمان تأمین اجتماعی برخوردار خواهند شد. مابه‌التفاوت وجوه پرداختی توسط بیمه‌شدگان موضوع این ماده تا مبالغی که طبق ضوابط قانون تأمین درمان مستخدمین دولت باید پرداخت شود از طرف سازمان تأمین خواهد شد.

۱-۲- بیمه‌شدگان اختیاری به معنای عام

بیمه‌شدگان اختیاری^{۱۵} به معنای عام شامل سه دسته صاحبان حرف و مشاغل آزاد، ادامه‌دهندگان بیمه به صورت اختیاری و بافندگان قالی، قالیچه، گلیم و زیلو می‌گردد. در خصوص امکان بهره‌مندی هر یک از سه دسته فوق از خدمات درمانی مذکور در قانون تأمین اجتماعی توجه به مقررات هر یک از آنها به طور جداگانه و خاص ضروری به نظر می‌رسد.

۱-۲-۱- صاحبان حرف و مشاغل آزاد^{۱۶}

به موجب ماده واحده «قانون اصلاح بند (ب) و تبصره ۳ ماده ۴ ق.ت.ا.» مصوب ۱۳۵۴ سازمان تأمین اجتماعی مکلف گردیده است که با استفاده از مقررات عام ق.ت.ا. صاحبان حرف و مشاغل آزاد را به صورت اختیاری در برابر تمام یا قسمتی از مزایای ق.ت.ا. بیمه نماید. مطابق تبصره ۱ ماده ۴ آیین‌نامه اجرایی آن مصوب ۱۳۶۶، صاحبان حرف و مشاغل آزاد می‌توانند با پرداخت حق بیمه به میزان مشخص شده در ماده ۲۹ قانون تأمین اجتماعی از حمایت‌های موضوع بندهای الف و ب ماده ۳ قانون تأمین اجتماعی (حوادث و بیماری‌ها و بارداری) استفاده نمایند. بدین وسیله مقنن امکان برخورداری صاحبان حرف و مشاغل آزاد را از حمایت‌های درمانی سازمان تأمین اجتماعی فراهم نموده است.

۱-۲-۲- ادامه‌دهندگان بیمه به صورت اختیاری

منظور از ادامه‌دهندگان بیمه به صورت اختیاری افرادی است که به عللی غیر از علل مندرج در قانون تأمین اجتماعی از ردیف بیمه‌شدگان خارج شده یا بشوند. افراد مزبور در صورتی که مشمول بیمه بازنشستگی باشند، با دارا بودن حداقل ۳۰ روز سابقه پرداخت حق بیمه می‌توانند بیمه خود را به صورت اختیاری ادامه دهند. ماده ۲ آیین‌نامه ادامه بیمه به طور اختیاری موضوع تبصره ماده ۸ قانون تأمین اجتماعی مصوب ۱۳۸۵ صراحتاً استفاده افراد مزبور از حمایت‌های موضوع بندهای الف و ب ماده ۳ قانون تأمین اجتماعی را مقرر

۱۵. جهت مطالعه تفاوت مفهوم بیمه‌شدگان اجباری و اختیاری، نک: زهرا جعفری، «ادامه بیمه به صورت

اختیاری»، فصلنامه قوانین و مقررات تأمین اجتماعی، سال دوم، پیش شماره ۵، زمستان ۱۳۸۵، صص ۷۳ الی ۷۸.

۱۶. صاحبان حرف و مشاغل آزاد به افرادی اطلاق می‌شود که برای انجام حرفه و شغل مورد نظر با داشتن کارگر (کارفرما) یا خود به تنهایی (خویش‌فرما) به کار اشتغال داشته و مشمول مقررات حمایتی خاص نباشند.

(ماده ۱ آیین‌نامه اجرایی قانون اصلاح بند ب و تبصره ۳ ماده ۴ ق.ت.ا.)

داشته است. همین امر در آیین‌نامه قبلی ادامه بیمه به صورت اختیاری مصوب ۱۳۶۴/۸/۸ نیز پیش‌بینی شده بود.

۱-۲-۳- بافندگان قالی، قالیچه، گلیم و زیلو

قالیبافان خانگی فاقد کارفرما تنها در برابر حمایت‌های بازنشستگی، از کارافتادگی و فوت به صورت اختیاری می‌توانند تحت پوشش سازمان تأمین اجتماعی قرار گیرند، لیکن امکان برخورداری آنها از حمایت‌های درمانی سازمان تأمین اجتماعی وجود ندارد. البته افراد مزبور می‌توانند مطابق ضوابط مقرر در قانون بیمه همگانی خدمات درمانی مصوب ۱۳۷۳، از طریق انعقاد قرارداد با سازمان بیمه خدمات درمانی و پرداخت حق سرانه درمان تحت پوشش حمایتها و خدمات درمانی سازمان خدمات درمانی قرار گیرند.^{۱۷}

۱-۳- غیر بیمه‌شدگان

به رغم حصری بودن مشمولان خدمات درمانی سازمان تأمین اجتماعی مندرج در مواد ۵۴ و ۵۸ ق.ت.ا، مقنن با لحاظ شرایط اجتماعی، افرادی غیر از بیمه‌شده و خانواده وی را در بند (ج) قانون الزام سازمان تأمین اجتماعی... برخوردار از خدمات درمانی دانسته است. بند (ج) ماده واحده اخیرالذکر مقرر می‌دارد: «کلیه بیمارستانهای تحت مالکیت سازمان مکلفند تا ۲۰٪ از ظرفیتهای تختهای خود را به پذیرش بیماران غیربیمه‌ای بی‌بضاعت و همچنین بیمارانی که از خانواده‌های محترم شهدا، اسرا، مفقودین و جانبازان هستند به طور رایگان اختصاص دهند و در شهرهایی که منحصر به فرد هستند به تمام متقاضیان ارائه خدمت کنند». این امر در تبصره ۱ ماده ۳ آیین‌نامه اجرایی قانون مزبور نیز تصریح شده است.

۲- شرایط برخورداری از خدمات پزشکی و درمانی

ماده ۵۴ قانون تأمین اجتماعی مقرر می‌دارد: «بیمه‌شدگان و افراد خانواده آنها از زمانی که مشمول مقررات این قانون قرار می‌گیرند در صورت مصدوم شدن بر اثر حوادث یا ابتلاء به بیماری می‌توانند از خدمات پزشکی استفاده نمایند...».

از ماده مزبور در خصوص شرایط برخورداری از خدمات پزشکی و درمانی دو نکته منتج می‌شود که عبارتند از:

الف) زمان برخورداری از حمایت‌های درمانی

ب) مصدوم شدن بر اثر حادثه یا ابتلاء به بیماری

۲-۱- زمان برخورداری از حمایت‌های درمانی

به موجب ماده ۵۴ ق.ت.ا. بیمه‌شدگان و افراد خانواده آنها از زمانی که مشمول مقررات این قانون قرار می‌گیرند... می‌توانند از خدمات پزشکی استفاده نمایند. از مفاد عبارات ماده مذکور به خوبی این نکته منتج می‌گردد که برخورداری از خدمات پزشکی و درمانی منوط به سابقه پرداخت حق بیمه نیست و به اصطلاح مدتی تحت عنوان «دوره انتظار» در این خصوص پیش‌بینی نشده است. بنابراین بیمه‌شدگان اصلی و تبعی از زمانی که در قلمرو شمول مقررات قانون تأمین اجتماعی قرار می‌گیرند می‌توانند از خدمات درمانی بهره‌مند گردند.

عبارت قانون که زمان ارائه خدمات پزشکی و درمانی را از زمان تحت شمول قانون قرار گرفتن، نهاده است سبب ایجاد این ابهام می‌گردد که آیا عبارت مذکور به آن معنا است که سازمان تأمین اجتماعی در خصوص مصدومیتها و بیماری‌های مربوط به قبل از زمان بیمه شدن تعهدی ندارد؟

ماده ۵۴ قانون تأمین اجتماعی مقرر می‌دارد؛ بیمه‌شدگان و افراد خانواده آنها در صورت مصدوم شدن بر اثر حوادث و یا ابتلاء به بیماری می‌توانند از خدمات پزشکی سازمان استفاده نمایند و با توجه به اینکه در مقررات تأمین اجتماعی در خصوص عدم ارائه خدمات پزشکی به بیمه‌شده‌ای که قبل از ورود به نظام بیمه‌ای دارای بیماری بوده، صراحتاً حکمی مقرر نشده و از این حیث ممنوعیتی در ارائه خدمات پزشکی به این قبیل بیمه‌شدگان وجود ندارد با لحاظ اصل حمایتی بودن نظام تأمین اجتماعی، باید قائل شد که محدودیتی در ارائه خدمات به این دسته از بیمه‌شدگان وجود ندارد. این دیدگاه نه تنها در خصوص بیمه‌شدگان اجباری قابل طرح است بلکه در خصوص مشمولان بیمه صاحبان حرف و مشاغل آزاد نیز مطرح می‌گردد زیرا مطابق ماده ۹ آیین‌نامه اجرایی قانون اصلاح بند (ب) و تبصره ۳ ماده ۴ ق.ت.ا.، شرایط استفاده از خدمات درمانی و بهداشتی برای این دسته از بیمه‌شدگان عیناً به ترتیب تعیین شده در قانون تأمین اجتماعی و تغییرات بعدی آن خواهد بود. در گذشته ارائه خدمات درمانی به بیمه‌شدگان اجباری مشمول ق.ت.ا. (اصلی و تبعی) که دچار بیماری مادرزادی بودند منوط به اخذ گواهی پوشش بیمه‌ای در بدو تولد از شعبه مربوط بود و در صورتی که به هنگام تولد تحت پوشش بیمه اجباری نبودند، نمی‌توانستند از خدمات درمانی استفاده نمایند. اما در تاریخ ۱۳۸۰/۲/۱۸ این محدودیت برداشته شد.

با وجود این، ارائه خدمات درمانی به بیمه‌شدگان صاحبان حرف و مشاغل آزاد که دچار بیماری مادرزادی هستند به منظور جلوگیری از سوء استفاده و خطرات اخلاقی مشروط به این شده است که آنان در بدو تولد تحت پوشش بیمه درمان باشند که به نظر می‌رسد فاقد مبنای قانونی باشد. زیرا همانطور که اشاره شد ماده ۹ آیین‌نامه قانون اصلاح بند (ب) و تبصره ۳ ماده ۴ ق.ت.ا. استفاده صاحبان حرف و مشاغل آزاد از خدمات درمانی و بهداشتی عیناً به ترتیب تعیین شده در قانون تأمین اجتماعی قرار داده و از این جهت تفاوتی بین این دسته از بیمه‌شدگان و بیمه‌شدگان اجباری قائل نشده است.^{۱۸}

لیکن در خصوص ادامه‌دهندگان بیمه به صورت اختیاری تبصره ۶ ماده ۲ آیین‌نامه ادامه بیمه به طور اختیاری مصوب ۱۳۸۵ مقرر می‌دارد؛ «متقاضیان بیمه اختیاری و افراد تحت تکفل آنان در استفاده از خدمات درمانی باید بدو با معرفی سازمان مور معاینه پزشکی قرار گیرند. سازمان هیچ‌گونه تعهدی در قبال درمان بیماری‌هایی که مربوط به قبل از انعقاد قرارداد می‌گردد، نخواهد داشت. کسانی که حداقل ۵ سال سابقه پرداخت حق بیمه دارند و کمتر از ۲ سال از تاریخ قطع ارتباط آنان با سازمان گذشته باشد و همچنین کسانی که ۱۰ سال تمام سابقه پرداخت حق بیمه داشته باشند از شمول این تبصره مستثنا می‌باشند».

۲-۲- مصدوم شدن بر اثر حوادث یا ابتلاء به بیماری

حادثه اتفاقی است پیش‌بینی نشده که تحت تأثیر عامل یا عوامل خارجی در اثر عمل یا اتفاق ناگهانی رخ می‌دهد و موجب صدماتی بر جسم و روان بیمه‌شده می‌گردد (بند ۸ ماده ۲ ق.ت.ا.). بند ۷ ماده ۲ ق.ت.ا. نیز بیماری را وضعیت غیرعادی جسمی یا روحی تعریف نموده است که انجام خدمات درمانی را ایجاب می‌کند یا موجب عدم توانایی موقت اشتغال به کار بیمه‌شده و یا موجب هر دو در آن واحد می‌شود. حادثه یا بیماری که برای بیمه‌شده به وجود می‌آید ممکن است حادثه و بیماری ناشی از کار و یا حادثه و بیماری غیرناشی از کار باشد. در اسناد سازمان بین‌المللی کار، خدمات و مراقبت‌های پزشکی در خصوص حوادث و بیماری‌های ناشی از کار نسبت به حوادث و بیماری‌های غیرناشی از کار سخاوتمندانه‌تر است.^{۱۹} لیکن نظام تأمین اجتماعی ایران از لحاظ ارائه خدمات پزشکی و درمانی تمایزی میان حوادث و بیماری‌های ناشی از کار و غیرناشی از کار قائل نشده است و ارائه خدمات در این دو مورد یکسان است.

بررسی دو نکته در خصوص حوادث و بیماری‌های تحت شمول حمایت‌های درمانی

۱۸. همان، ص ۱۱۶.

۱۹. برای مطالعه بیشتر در این خصوص، نک: عزت‌الله عراقی، پیشین، صص ۱۹۶ و ۱۹۷.

ضروری به نظر می‌رسد:

۱- در خصوص آنکه آیا سازمان تأمین اجتماعی در موارد ضرب و جرح نیز مکلف به ارائه خدمات درمانی و پزشکی به بیمه‌شده است یا خیر با توجه به تصویب‌نامه «ضوابط مربوط به حداقل شمول و سطح خدمات پزشکی و دارو و لیست خدمات فوق تخصصی شمول بیمه‌های مضاعف (مکمل)»، ابهاماتی به وجود آمده است این ابهام از آنجا ناشی می‌شود که بند ۲۸ تصویب‌نامه مزبور، خدمات ناشی از ضرب و جرح را مشمول بیمه مکمل دانسته و سبب این برداشت گردیده که بیمارستانهای ملکی و استیجاری سازمان در موارد ضرب و جرح وظیفه‌ای جهت ارائه خدمات درمانی و پزشکی به بیمه‌شده ندارند. لیکن با توجه به اطلاق ماده ۵۴ باید قائل بود چنانچه بیمه‌شده‌ای در اثر نزاع دچار صدمات جسمی و بدنی شده باشد، سازمان مکلف به ارائه کلیه خدمات درمانی به بیمه‌شده می‌باشد اما در مرحله بعد چنانچه ثابت شود خود بیمه‌شده در وقوع نزاع مقصر بوده با توجه به قاعده اقدام سازمان می‌تواند هزینه‌های متحمل را از بیمه‌شده مسترد دارد و در صورتی که طرف نزاع مقصر بوده باشد سازمان به قائم مقامی بیمه‌شده می‌تواند علیه مقصر اقامه دعوا نماید و خسارات وارده را مسترد کند. مسلماً مراجعه به مراجع قضایی و پیگیری قانونی، مطلوبترین راه حل جهت جبران هزینه‌های درمانی و خسارات وارده است.

۲- از یک سو به موجب ماده ۵۴ ق.ت.ا. بیمه‌شدگان در صورت «مصدوم شدن بر اثر حوادث» یا «ابتلاء به بیماری» می‌توانند از خدمات پزشکی و درمانی بهره‌مند گردند. از سوی دیگر به موجب ماده ۹۲ قانون کار فراهم کردن زمینه انجام معاینات ادواری توسط کارفرمایان برای کارگرانی که به اقتضای نوع کار در معرض بروز بیماری‌های ناشی از کار قرار دارند ضروری می‌باشد. لحاظ مواد فوق‌الذکر این سؤال را مطرح می‌نماید که آیا استفاده از دفترچه‌های درمانی جهت انجام معاینات ادواری کارگران امکان‌پذیر می‌باشد؟

همانطور که اشاره شد ماده ۵۴ ق.ت.ا، مقرر داشته است که بیمه‌شدگان در صورت «مصدوم شدن بر اثر حوادث» یا «ابتلاء به بیماری» می‌توانند از خدمات پزشکی استفاده کنند. بنابراین ماده ۵۴ معاینات مذکور در ماده ۹۲ قانون کار که به تصریح مقنن انجام آن از تکالیف کارفرما است را شامل نمی‌شود مطلب مذکور در دستور اداری شماره ۴۰۳۲۸/۹۰۲۰ مورخ ۸۱/۱۰/۱۱ و ۴۰۱۰/۵۱۵۲ مورخ ۱۳۸۳/۱/۳۰ اداره کل درمان مستقیم مبنی بر عدم استفاده از دفترچه‌های بیمه در جهت انجام معاینات ادواری، مورد تأکید قرار گرفته است.

۳- روشهای ارائه حمایت‌های درمانی

سازمان تأمین اجتماعی مطابق ماده ۱۰ آیین‌نامه اجرایی قانون الزام، خدمات درمانی مورد نیاز افراد تحت پوشش خود را به دو روش ارائه می‌کند:

الف) روش درمان مستقیم

ب) روش درمان غیرمستقیم

بند «الف» ماده اخیرالذکر استفاده از کلیه امکانات درمانی تحت مالکیت و استیجاری سازمان و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و همچنین مراکز بهداشتی درمانی و بیمارستانی وزارتخانه‌ها، سازمانها، نهادها و ارگانهای دولتی طرف قرارداد را روش درمان مستقیم دانسته است و تنها به موجب بند «ب» خرید خدمات پزشکان، گروههای پزشکی بیمارستانهای بخش خصوصی را درمان غیرمستقیم اعلام نموده است.

به موجب تبصره‌های ۱ و ۳ ماده ۱۰ آیین‌نامه مذکور، بیماران مشمول تأمین اجتماعی که از امکانات روش درمان مستقیم استفاده می‌کنند و همچنین مشمولانی که با معرفی سازمان یا به طور اورژانسی (با تأیید اورژانس) به بخش خصوصی طرف قرارداد، مراجعه می‌کنند از پرداخت هر گونه هزینه درمانی معاف می‌باشند و پرداخت کلیه هزینه‌های درمانی آنها بر عهده سازمان است. در حالی که در روش درمان غیرمستقیم بیمار مکلف به پرداخت قسمتی از هزینه‌های درمانی تحت عنوان فرانشیز می‌باشد.

ماده ۱۰ آیین‌نامه اجرایی قانون الزام سازمان... در سال ۱۳۷۲ اصلاح گردید و به موجب آن فقط استفاده از واحدهای سازمانی اعم از ملکی و استیجاری، درمان مستقیم تلقی گردید و استفاده از مؤسسات درمانی خصوصی یا دولتی و دانشگاهی درمان غیرمستقیم اعلام شد و مقرر گردید؛ «در مواردی که بیمه‌شده رأساً به واحدهای غیرمستقیم مراجعه نماید، فرانشیز ذریبط بر طبق مصوبات شورای فنی موضوع ماده ۴ قانون خدمات درمانی خواهد بود». با تصویب اصلاحیه مذکور سازمان نیز طی بخشنامه شماره ۱۹۰۶۴ مورخ ۷۲/۱۲/۲۲ آن را جهت اجرا ابلاغ نمود. لیکن اصلاحیه مزبور به استناد مغایرت با بند «د» تبصره ۱ قانون الزام، مبنی بر تکلیف واحدهای درمانی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مبنی بر پذیرش بیماران بیمه‌شده تأمین اجتماعی و دریافت هزینه‌های انجام شده بر اساس تعرفه‌های مصوب از سازمان تأمین اجتماعی، از سوی وزیر اقتصاد، کار و امور اجتماعی و بهداشت و درمان لغو گردید. هیأت عمومی دیوان عدالت اداری نیز با تأکید بر بند «د» تبصره ۱ قانون الزام و با لحاظ لغو اصلاحیه ماده ۱۰ آیین‌نامه اجرایی قانون الزام، بخشنامه شماره ۱۹۰۶۴ سازمان را به موجب رأی شماره ۴۹۶ مورخ ۸۲/۱۲/۲۷

هیأت عمومی باطل اعلام نمود. رأی مزبور متضمن آن بود که اصلاحیه ماده ۱۰ آیین‌نامه اجرایی قانون الزام و به تبع آن بخشنامه شماره ۱۹۰۶۴، مبنی بر آنکه درمان مستقیم منحصر به واحدهای سازمانی تأمین اجتماعی اعم از ملکی و استیجاری باشد مغایر با کلیت و اطلاق حکم مقنن در قانون مزبور به ویژه بند «د» تبصره ۱ آن می‌باشد.

بدین ترتیب روشهای درمان مستقیم و غیرمستقیم به همان ترتیب بیان شده در ماده ۱۰ آیین‌نامه قانون الزام مصوب اردیبهشت ۱۳۶۹ رجعت کرد و استفاده از امکانات درمانی واحدهای پزشکی و درمانی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و همچنین مراکز بهداشتی درمانی و بیمارستانی وزارتخانه‌ها، سازمانها و نهادها و ارگانهای دولتی کمافی السابق، روش درمان مستقیم تلقی گردید.

لیکن با تصویب قانون بیمه همگانی خدمات درمانی مصوب ۱۳۷۳ که دریافت فرانشیز از سوی سازمانهای ارائه‌دهنده خدمات درمانی بر اساس مصوبه دولت در ماده ۹ آن مقرر گردید و هیأت وزیران بر همین مبنا در تصویب‌نامه‌های راجع به تعرفه خدمات تشخیصی و درمانی دریافت فرانشیز را در مراکز فوق‌الذکر مجاز شناخت، به نظر می‌رسد مراکز مذکور را باید جزء درمان غیرمستقیم به حساب آورد.

در خصوص مراکز درمانی اخیرالذکر این ابهام به وجود می‌آید که آیا استفاده از خدمات پزشکی آنها توسط بیمه‌شدگان مستلزم انعقاد قرارداد فی‌مابین سازمان تأمین اجتماعی و این مراکز می‌باشد یا خیر؟ در این خصوص دو دیدگاه قابل طرح است؛ دیدگاه اول آنکه لحاظ مجموعه مقررات قانون الزام و آیین‌نامه اجرایی آن بیانگر آن است که «ضرورت انعقاد قرارداد برای استفاده از خدمات پزشکی» مختص بخش خصوصی می‌باشد. زیرا بند (ه) تبصره ۱ قانون الزام در همین راستا بیان می‌دارد:

«سازمان تأمین اجتماعی می‌تواند در صورت لزوم با عقد قرارداد از خدمات پزشکی بخش خصوصی جهت درمان بیمه‌شدگان تأمین اجتماعی استفاده کند...».

لیکن به رغم آنکه مقنن در مقام بیان بوده است در سایر بخشها بر لزوم انعقاد قرارداد جهت استفاده از خدمات پزشکی تصریح نکرده است. بنابراین به نظر می‌رسد بیمارستانهای دولتی جهت دریافت هزینه معاینه و معالجه بیماران مشمول ق.ت.ا. نیازی به انعقاد قرارداد با سازمان تأمین اجتماعی ندارند و مفاد بند (د) تبصره ۱ قانون الزام و مواد ۱۲ و ۱۳ آیین‌نامه اجرایی آن مؤید آن است که بیمارستانهای دولتی بدون نیاز به انعقاد قرارداد می‌توانند جهت دریافت هزینه‌های خود بر اساس تعرفه‌های مصوب اقدام کنند و حتی سازمان می‌تواند در برخی موارد با لحاظ عملکرد این‌گونه واحدهای درمانی مبالغی را

به طور علی‌الحساب در وجه آنها کارسازی و از مطالبات آنان کسر نماید. (تبصره ماده ۱۲ آیین‌نامه اجرایی قانون الزام)

در مقابل، دیدگاه دیگری مطرح می‌شود که بر اساس آن، دریافت هزینه معاینه و معالجه بیماران مشمول ق.ت.ا. توسط بیمارستانهای دولتی از سازمان مستلزم انعقاد قرارداد فی مابین آنها می‌باشد زیرا با تصویب قانون بیمه همگانی خدمات درمانی در سال ۱۳۷۳ آن قسمت از مقررات قانون الزام و آیین‌نامه اجرایی آن که مغایر قانون مذکور بوده است لغو گردید. با تصویب قانون اخیرالذکر مقنن به دنبال ایجاد نظام واحدی در کلیه مراکز درمانی اعم از خصوصی و دولتی بوده است و همه این مراکز را مشمول احکام واحدی قرار داده است. لذا همان‌گونه که بخش خصوصی در صورتی می‌تواند هزینه معاینه و معالجه بیماران مشمول تأمین اجتماعی را از سازمان مطالبه کند که قراردادی فی مابین آن و سازمان وجود داشته باشد، این الزام در خصوص بخش دولتی نیز وجود دارد. دیدگاه اخیرالذکر از آن لحاظ منطبق با قانون بیمه همگانی خدمات درمانی می‌باشد که قانونی اخیرالتصویب نسبت به قانون الزام است و انطباق بیشتری با اصول حقوقی دارد و همین امر سبب پذیرش آن شده است. لذا بیمارستانهای دولتی صرفاً در صورتی که طرف قرارداد با سازمان باشند می‌توانند جهت دریافت هزینه معالجه و معاینه بیماران مشمول ق.ت.ا. به سازمان مراجعه کنند.

۴- پرداخت فرانشیز

منظور از فرانشیز خسارات جزئی یا درصدی از خسارات است که در پوشش بیمه قرار نمی‌گیرد و به عهده خود بیمه‌گذار باقی می‌ماند. می‌توان گفت که در فرانشیز، بیمه‌گر کف تعهد خود را معین می‌کند.^{۲۰} در واقع، فرانشیز میزان معینی از خسارت است که بیمه‌گر از جبران آن معاف می‌باشد. در انواع موضوعات بیمه همیشه این نگرانی وجود دارد که اشخاص برای دریافت غرامت به خود زیان برسانند و یا حتی اگر این اقدام تعمدی نباشد، چنانچه تمامی خسارت حاصله از ناحیه بیمه‌گر جبران شود موجب بی‌دقتی یا کم‌دقتی یا عوارض دیگری مثل بی‌احتیاطی گردد. بیمه‌گران جهت مقابله با چنین پدیده‌ای قسمتی از خسارات را تحت عنوان فرانشیز از تعهدات خود حذف می‌نمایند و نتیجتاً در صورت بروز خسارت، پرداخت قسمتی از آن به عهده بیمه‌گذار خواهد بود.^{۲۱} در بیمه اجتماعی فرانشیز

۲۰. ناصر کاتوزیان و محسن ایزانلو، مسؤولیت مدنی (جلد سوم: بیمه مسؤولیت مدنی)، انتشارات دانشگاه

تهران، چاپ اول، ۱۳۸۷، ص ۸۴

۲۱. غلامرضا موحدیان، حقوق کار به انضمام مباحثی از بیمه‌های تأمین اجتماعی کارگران، قم، انتشارات

به مبلغی گفته می‌شود که بیمه شده در قبال استفاده از خدمات درمانی غیرمستقیم می‌پردازد. به تعبیر دیگر، فرانشیز قسمتی از هزینه درمان است که بیمه شده باید در زمان دریافت خدمت درمانی پرداخت نماید (بند ۷ ماده ۱ قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور مصوب ۱۳۷۳/۸/۳).

۴-۱- پرداخت فرانشیز توسط بیمه‌شدگان اجباری

به موجب بند «الف» تبصره ۱ قانون الزام، در مواردی که بیمه‌شده به واحدهای درمانی و بیمارستانی تحت مالکیت سازمان تأمین اجتماعی مراجعه می‌کند پرداخت کلیه هزینه‌ها به عهده سازمان می‌باشد. در خصوص مراجعه بیمه‌شده به واحدهای درمانی وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی نیز مفاد بند «د» قانون فوق‌الذکر دلالت بر آن دارد که تمام هزینه‌های انجام شده بر عهده سازمان تأمین اجتماعی می‌باشد و چیزی به نام فرانشیز از بیمه‌شده دریافت نمی‌شود. (که البته بند مذکور به موجب قانون بیمه همگانی به طور ضمنی نسخ گردیده است).

توجه به مفاد بندهای مذکور، سبب شد تا تبصره ۱ ماده ۱۰ آیین‌نامه اجرایی قانون الزام، بیماران مشمول تأمین اجتماعی که از امکانات روش درمان مستقیم (استفاده از مراکز ملکی و استیجاری) استفاده می‌کنند و همچنین مشمولانی که با معرفی سازمان به بخش خصوصی طرف قرارداد مراجعه می‌کنند را از پرداخت هرگونه هزینه درمانی (فرانشیز) معاف نماید و پرداخت کلیه هزینه‌های درمانی آنها را بر عهده سازمان قرار دهد. لذا تنها آن دسته از بیماران مشمول تأمین اجتماعی که رأساً به بخش خصوصی طرف قرارداد مراجعه می‌کنند موظف به پرداخت فرانشیز می‌باشند. (تبصره ۲ ماده ۱۰ آیین‌نامه قانون الزام) البته در خصوص آن دسته از بیمه‌شدگانی که در موارد اورژانسی به بخش خصوصی (اعم از طرف قرارداد یا غیرطرف قرارداد با سازمان) مراجعه می‌کنند با تأیید اورژانس هزینه‌های درمانی آنها توسط سازمان پرداخت می‌گردد.

تصویب قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور مورخ ۱۳۷۳/۸/۳ تردیدهایی را در خصوص لزوم پرداخت فرانشیز توسط بیمه‌شدگان اجباری در غیر از مراکز ملکی و استیجاری سازمان به وجود آورد و منجر به دو دیدگاه در این خصوص گردید.

دیدگاه اول

برخی معتقدند که قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور مصوب ۱۳۷۳/۸/۳ در خصوص دریافت فرانشیز از بیمه‌شدگان سازمان تأمین اجتماعی حاوی ضوابط خاصی نیست و مقررات قانون و آیین‌نامه الزام سازمان به اجرای بندهای «الف» و «ب» ماده ۳ کماکان لازم‌الاجراء است زیرا قانون الزام و آیین‌نامه آن خاص سابق و قانون بیمه همگانی خدمات درمانی عام لاحق است و از آنجایی که خاص سابق عام لاحق را تخصیص می‌زند مقررات قانون الزام و آیین‌نامه اجرایی آن با وجود تصویب قانون بیمه همگانی خدمات درمانی همچنان به قوت خود باقی می‌باشد. ماده ۹ آن قانون نیز که مقرر می‌دارد: «... میزان فرانشیز قابل پرداخت توسط بیمه‌شدگان با در نظر داشتن سطح درآمد گروه‌های بیمه شونده و وضعیت اقتصادی و اجتماعی کشور و... به تصویب هیأت وزیران خواهد رسید» منصرف از بیمه‌شدگان سازمان تأمین اجتماعی است، کما اینکه ماده ۱۳ آن قانون نیز که در مقام تعیین سهم حق سرانه خدمات درمانی است، مشمولان ق.ت.ا. را مستثنا نموده و تابع مقررات ق.ت.ا. دانسته است. رأی شماره ۴۹۶ مورخ ۸۳/۱۲/۲۷ هیأت عمومی دیوان عدالت اداری که به استناد بند «د» قانون الزام، مصوبه شماره ۱۹۰۶۴ مورخ ۷۳/۲/۲۲ سازمان را ابطال کرده است، مؤید این استدلال است. لذا به نظر می‌رسد سازمان در حال حاضر تنها مجاز به گرفتن فرانشیز از آن دسته از بیمه‌شدگانی است که در غیرموارد اورژانس رأساً به بخش خصوصی طرف قرارداد مراجعه می‌کنند و گرفتن فرانشیز در سایر موارد توجیه قانونی ندارد.

دیدگاه دوم

در مقابل، گروه دیگری از حقوقدانان معتقد هستند تا قبل از تصویب قانون بیمه همگانی خدمات درمانی (مصوب ۱۳۷۳)، بر اساس قانون الزام سازمان تأمین اجتماعی به اجرای بندهای «الف» و «ب» ماده ۳ ق.ت.ا. مصوب ۱۳۶۸، استفاده بیمه‌شدگان تأمین اجتماعی از واحدهای متعلق به سازمان (اعم از ملکی و استیجاری) و مراکز متعلق به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به صورت رایگان و بدون پرداخت فرانشیز بوده است. بخشنامه شماره ۱۹۰۶۴ مورخ ۱۳۷۲/۱۲/۲۲ که به موجب رأی شماره ۴۹۶ دیوان عدالت اداری ابطال گردیده است نیز بر اساس قانون الزام صادر شده است.

لیکن با تصویب قانون بیمه همگانی خدمات درمانی، مقنن در مقام ایجاد نظام واحدی برای کلیه بیمه‌های درمانی بوده است و به همین منظور نیز مرجع واحدی به نام شورای

عالی بیمه خدمات درمانی کشور را جهت نظارت، برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری کلان در بخش خدمات درمانی در مورد کلیه سازمانها و شرکتهای بیمه‌گری که در این زمینه فعالیت می‌نمایند ایجاد کرده است. مواد ۶ و ۷ و ۱۷ قانون مذکور نیز مؤید این مطلب می‌باشد که سازمانها و شرکتهای بیمه‌گر باید در چارچوب مقررات قانون بیمه همگانی خدمات درمانی فعالیت کنند. در ماده ۹ قانون فوق‌الذکر، دریافت فرانشیز از سوی سازمانهای ارائه‌دهنده خدمات درمانی بر اساس مصوبه دولت مقرر گردیده است. لذا در صورتی که هیأت وزیران بر اساس ماده مذکور دریافت فرانشیز از بیمه‌شدگان اجباری در مراکز درمانی را تصویب نماید، دریافت فرانشیز ممکن خواهد بود. چنانکه به عنوان مثال این امر در تصویب‌نامه راجع به تعرفه خدمات تشخیصی و درمانی مصوب ۸۴/۲/۱۱ پیش‌بینی شد و بند (ب) قسمت ۲ مصوبه مذکور مقرر داشته «بیمه‌شدگان اجباری مشمول ق.ت.ا. که به مراکز درمانی متعلق به سازمان تأمین اجتماعی مراجعه نمایند، از پرداخت فرانشیز موضوع این تصویب‌نامه معاف می‌باشند». به موجب متن مذکور بیمه‌شدگان اجباری تنها در صورت مراجعه به مراکز متعلق به سازمان از پرداخت فرانشیز معاف هستند و در سایر مراکز درمانی (مراکز دولتی) مکلف به پرداخت فرانشیز جهت بهره‌مندی از خدمات درمانی می‌باشند. در واقع، از آنجایی که قانون بیمه همگانی مصوب سال ۱۳۷۳ می‌باشد و در ماده ۱۹ کلیه قوانین مغایر خود را لغو و بلااثر می‌نماید می‌توان گفت پرداخت فرانشیز توسط بیمه‌شدگان اجباری باید بر اساس قانون بیمه همگانی باشد.

در عمل، از بیمه‌شدگان اجباری سازمان در مراکز درمانی وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و همچنین مراکز بهداشتی درمانی و بیمارستانی وزارتخانه‌ها، سازمانها، نهادها و ارگانهای دولت طرف قرارداد فرانشیز دریافت می‌شود. به عبارت دیگر به رغم آنکه بنا بر صراحت بند «الف» ماده ۱۰ آیین‌نامه قانون الزام، استفاده از کلیه امکانات درمانی ارائه شده در این مراکز همانند مراکز تحت مالکیت و استیجاری سازمان، درمان مستقیم محسوب می‌شود لیکن ارائه خدمات درمانی در مراکز مذکور به استناد قانون بیمه همگانی، درمان غیرمستقیم محسوب و در صورت مراجعه بیمه‌شدگان به آنها، فرانشیز اخذ می‌شود.

۴-۲- پرداخت فرانشیز توسط ادامه‌دهندگان بیمه به صورت اختیاری

در خصوص بیمه‌شدگان اختیاری به معنای خاص (ادامه بیمه به صورت اختیاری) باید خاطرنشان ساخت که گرچه این مشمولان سابقاً حتی در صورت مراجعه به بیمارستانها و مراکز درمانی سازمان با پرداخت فرانشیز از خدمات درمانی سازمان استفاده می‌کردند لیکن

بعد از صدور بخشنامه شماره ۶۵۱ امور فنی بیمه‌شدگان، همانند بیمه‌شدگان اجباری از پرداخت فرانشیز درمانی معاف بوده و بدون پرداخت آن می‌توانند از حمایت‌های درمانی استفاده کنند. (بند ۲۷ بخشنامه شماره ۶۵۱ امور فنی بیمه‌شدگان) لذا در تمام مواردی که بیمه‌شدگان اجباری از پرداخت فرانشیز درمانی معاف می‌باشند ادامه‌دهندگان بیمه به صورت اختیاری نیز به استناد بخشنامه فوق‌الذکر معاف می‌باشند. این امر در بند ۲۶ بخشنامه جایگزین ۶۵۱ امور فنی بیمه‌شدگان مورخ ۸۷/۱/۳۱ نیز تأکید شده است.

۴-۳- پرداخت فرانشیز توسط صاحبان حرف و مشاغل آزاد

به موجب ماده ۹ آیین‌نامه اجرایی قانون اصلاح بند «ب» و تبصره ۳ ماده ۴ ق.ت.ا. مصوب ۱۳۶۶ هیأت وزیران، استفاده صاحبان حرف و مشاغل آزاد از خدمات درمانی و بهداشتی عیناً به ترتیب تعیین شده در ق.ت.ا. و تغییرات بعدی آن خواهد بود. بنابراین از جهت پرداخت فرانشیز نیز تفاوتی بین این دسته از بیمه‌شدگان و بیمه‌شدگان اجباری نباید وجود داشته باشد. لیکن با تصویب قانون بیمه همگانی در سال ۱۳۷۳ دریافت فرانشیز از سوی سازمانهای ارائه‌دهنده خدمات درمانی بر اساس مصوبه دولت مقرر گردید (ماده ۹) و کلیه قوانین و مقررات مغایر این قانون نیز لغو گردید. (ماده ۱۹). لذا در صورتی که هیأت وزیران دریافت فرانشیز از بیمه‌شدگان اجباری در مراکز ملکی و استیجاری سازمان را استثناء می‌نماید. لذا به نظر می‌رسد باید قائل به اخذ فرانشیز از صاحبان حرف و مشاغل آزاد حتی در مراکز ملکی و استیجاری سازمان شد. طبق رویه جاری سازمان تأمین اجتماعی نیز، صاحبان حرف و مشاغل آزاد در صورت مراجعه به بیمارستانها و مراکز درمانی ملکی سازمان و سایر بیمارستانها و مراکز درمانی دولتی و خصوصی طرف قرارداد مکلف به پرداخت فرانشیز هستند.

۵- محل تأمین هزینه‌های درمانی

فرانشیز دریافتی از بیمه‌شدگان درصد کمی از هزینه‌های درمانی را جبران می‌نماید و محل تأمین اصلی هزینه‌های درمانی، حق بیمه و سرانه درمان دریافتی (برحسب مورد) از بیمه‌شدگان می‌باشد.

۵-۱- بیمه‌شدگان اجباری

در خصوص بیمه‌شدگان اجباری به موجب ماده ۲۹ ق.ت.ا. ۹ درصد از مأخذ محاسبه حق بیمه مذکور در ماده ۲۸ قانون برای تأمین هزینه‌های ناشی از موارد مذکور در بندهای «الف» و «ب» ماده ۳ آن قانون تخصیص می‌یابد. این امر در بند «الف» تبصره ۱ ماده واحده قانون الزام نیز مورد تصریح واقع شده و سازمان تأمین اجتماعی مکلف گردیده است در بودجه هر سال هزینه‌های درمانی را از محل سهم درمان (۹٪) از مأخذ محاسبه حق بیمه مذکور در ماده ۲۸ ق.ت.ا. پیش‌بینی و در بودجه خود منظور نماید. در خصوص افراد مستمری‌بگیر و همچنین اعضای بلافصل خانواده آنها و همچنین کسانی که از مستمری بازماندگان استفاده می‌کنند، ماده ۸۹ ق.ت.ا. امکان برخورداری آنها از خدمات درمانی مذکور در بندهای «الف» و «ب» ماده ۳ را با کسر دو درصد از مستمری دریافتی آنها، فراهم نموده است. بدین ترتیب کلیه بیمه‌شدگان اجباری سازمان و افراد خانواده آنها با پرداخت حق بیمه موضوع ماده ۲۸ از خدمات درمانی سازمان بهره‌مند خواهند شد. به عبارت دیگر با پرداخت حق بیمه موضوع ماده ۲۸ توسط بیمه‌شده اصلی، افراد خانواده وی (بیمه‌شدگان تبعی) نیز از خدمات درمانی بهره‌مند خواهند شد. این در حالی است که قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور مصوب ۱۳۷۳، حق بیمه سرانه خدمات درمانی را جهت بهره‌مندی از خدمات درمانی پیش‌بینی نموده است. حق بیمه سرانه به موجب بند ۶ ماده ۱ قانون اخیرالذکر، مبلغی است که بر مبنای خدمات مورد تعهد به مشمولان بیمه خدمات درمانی، برای هر فرد در یک ماه تعیین می‌گردد. بنابراین حق بیمه سرانه خدمات درمانی برای هر فرد از افراد بیمه‌شده اصلی و تبعی باید پرداخت گردد. با تصویب قانون مذکور ممکن بود این ابهام به وجود آید که آیا بیمه‌شدگان اجباری سازمان تأمین اجتماعی برای آنکه اعضای خانواده آنها (بیمه‌شدگان تبعی) از خدمات درمانی سازمان بتوانند بهره‌مند شوند، مکلفند برای هر یک از آنها حق بیمه سرانه درمان پرداخت نمایند یا آنکه پرداخت حق بیمه مذکور در ماده ۲۸ ق.ت.ا. برای بهره‌مندی اعضای خانواده آنها از خدمات درمانی کفایت می‌کند؟ بند دو ماده ۱۳ قانون بیمه همگانی تکلیف این امر را مشخص نموده و سهم مشمولان ق.ت.ا. را از حق بیمه سرانه خدمات درمانی مطابق مقررات ق.ت.ا. دانسته است. یعنی بر اساس مقررات تأمین اجتماعی حق بیمه از آنها دریافت می‌گردد، لیکن اگر برای مثال با جمع حق بیمه سرانه هر یک از بیمه‌شدگان اصلی و تبعی یک خانواده و مقایسه آن با حق بیمه‌های دریافتی بر اساس مقررات تأمین اجتماعی، تفاوتی مشاهده شود، تبصره ماده ۹ قانون بیمه همگانی خدمات درمانی مقرر داشته مابه

التفاوت همه ساله در بودجه کل کشور منظور و به سازمان پرداخت خواهد شد.

۵-۲- صاحبان حرف و مشاغل آزاد

در خصوص ملاک اخذ حق بیمه درمان از صاحبان حرف و مشاغل آزاد به موجب تبصره ۱ ماده ۴ آیین‌نامه اجرایی قانون اصلاح بند (ب) و تبصره ۳ ماده ۴ ق.ت.ا. مصوب ۱۳۶۶/۷/۲۹ مجلس شورای اسلامی، صاحبان حرف و مشاغل آزاد و اتباع ایرانی، اعم از شاغل و یا غیرشاغل در فعالیتهای مختلف در خارج از کشور می‌توانند... با پرداخت حق بیمه به میزان مشخص شده در ماده ۲۹ ق.ت.ا.... از حمایتهای موضوع بندهای (الف) و (ب) ماده ۳ ق.ت.ا. (حوادث و بیماری‌ها و بارداری) استفاده نمایند. ماده ۲۹ حق بیمه درمان را ۹٪ مقرر داشته است. پس از تصویب قانون بیمه همگانی خدمات درمانی مصوب ۱۳۷۳/۸/۳، ماده ۱۳ آن حق بیمه سرانه خدمات درمانی مشمولان مختلف از جمله صاحبان حرف و مشاغل آزاد را تعیین نمود. لحاظ این امر که مواد مختلف قانون اخیرالذکر دلالت بر آن دارد که تمام دستگاههایی که بیمه خدمات درمانی ارائه می‌دهند مشمول قانون بیمه همگانی هستند، این ابهام را به وجود آورد که آیا قانون مذکور حق بیمه تعیین شده در آیین‌نامه مربوط به حرف و مشاغل آزاد را تغییر داده است یا خیر؟ در این خصوص برخی با توجه به صراحت بند ۴ ماده ۱۳ قانون بیمه همگانی معتقد بر آن بوده‌اند که در خصوص صاحبان حرف و مشاغل آزاد ۱۰۰٪ حق بیمه سرانه مقرر گردیده بنابراین حق بیمه آنها باید بر اساس حق سرانه درمان تعیین شده اخذ گردد. لیکن عده‌ای دیگر معتقد بودند چون بند ۲ ماده ۱۳ قانون بیمه همگانی به طور مطلق و کلی از مشمولان تأمین اجتماعی نام می‌برد و آنها را مشمول مقررات ق.ت.ا. قرار می‌دهد و به موجب ماده ۴ ق.ت.ا. یک دسته از مشمولان آن قانون، صاحبان حرف و مشاغل آزاد هستند که در خصوص آنها قانون و آیین‌نامه خاصی وجود دارد، بنابراین بند ۴ ماده ۱۳ شامل صاحبان حرف و مشاغل آزاد که با سازمان تأمین اجتماعی قرارداد منعقد می‌کنند، نمی‌شود و حق بیمه درمان آنها باید بر مبنای ۹٪ درصد مذکور در ماده ۲۹ ق.ت.ا. محاسبه شود و بند ۴ ماده ۱۳ قانون بیمه همگانی خدمات درمانی در برگیرنده آن دسته از صاحبان حرف و مشاغل آزاد است که با سازمانهای دیگری به غیر از سازمان تأمین اجتماعی قرارداد منعقد می‌نمایند. به رغم استدلال مذکور، سازمان تأمین اجتماعی در بخشنامه‌ها و دستورالعملهای صادره در این خصوص قائل به اخذ حق سرانه درمان از صاحبان حرف و مشاغل آزاد گردیده است. از جمله می‌توان به دستور اداری شماره ۵۰۱۵/۸۱ مورخ ۱۳۷۹/۱/۱۷ معاون فنی و درآمد سازمان در این خصوص اشاره نمود که به کسر حق سرانه درمان اشاره نموده است.

دستورالعمل مذکور در دیوان عدالت اداری مورد اعتراض واقع شده که به موجب دادنامه شماره ۲۲ مورخ ۱۳۸۴/۱/۲۱ هیأت عمومی دیوان منطبق با قانون تشخیص داده شده است.

۵-۳- ادامه‌دهندگان بیمه به صورت اختیاری

در خصوص ادامه‌دهندگان بیمه به صورت اختیاری، آیین‌نامه ادامه بیمه به طور اختیاری موضوع تبصره ماده ۸ ق.ت.ا. مصوب ۱۳۸۵/۶/۲۶ تکلیف میزان حق بیمه درمان را مشخص نموده است. ماده ۲ آیین‌نامه مذکور مقرر می‌دارد: «سهم حق بیمه متقاضیان موضوع این آیین‌نامه برای استفاده از تعهدات موضوع ق.ت.ا. بابت بیمه بازنشستگی، فوت و ازکارافتادگی و همچنین بابت حمایت‌های موضوع بند (الف) و (ب) ماده ۳ قانون برابر تبصره ماده ۸ قانون مجموعاً ۲۶٪ می‌باشد. این امر در بند ۲۳ بخشنامه شماره ۶۵۱ امور فنی بیمه‌شدگان مورخ ۱۳۸۵/۹/۲۷ نیز مورد تصریح واقع شده است. بند ۲۶ بخشنامه اخیرالذکر در خصوص درمان مستمری‌بگیران بیمه اختیاری مقرر می‌دارد: «درمان مستمری‌بگیران بیمه اختیاری از تاریخ ۸۵/۸/۱ با کسر دو درصد (۲٪) از مستمری ذریبط مطابق ماده ۸۹ ق.ت.ا. انجام می‌گیرد و کسر حق سرانه درمان موردی نخواهد داشت».

نتیجه

۱- سازمان تأمین اجتماعی یکی از نهادهای متکفل ارائه بیمه همگانی (پایه) خدمات درمانی بر اساس «قانون الزام سازمان تأمین اجتماعی به اجرای بندهای الف و ب ماده ۳ ق.ت.ا. مصوب ۱۳۶۸» می‌باشد. به موجب ماده ۵۴ ق.ت.ا. بیمه‌شدگان (بیمه شده اصلی) و افراد خانواده آنها (بیمه شده تبعی) مشمولان حمایت فوق را تشکیل می‌دهند. بیمه شده اصلی مشمول حمایت فوق اعم از بیمه شده اجباری و اختیاری می‌باشد لیکن در خصوص بیمه‌شدگان اختیاری توجه به این نکته حائز اهمیت است که مفهوم اخیرالذکر شامل سه دسته صاحبان حرف و مشاغل آزاد، ادامه‌دهندگان بیمه به صورت اختیاری و بافندگان قالی، قالیچه، گلیم و زیلو می‌گردد. صاحبان حرف و مشاغل آزاد به موجب تبصره ۱ ماده ۴ «آیین‌نامه اجرایی قانون اصلاح بند ب و تبصره ۳ ماده ۴ ق.ت.ا.» با پرداخت حق بیمه مقرر از حمایت مزبور می‌توانند برخوردار گردند. ماده ۲ آیین‌نامه ادامه‌دهندگان بیمه به صورت اختیاری نیز صراحتاً استفاده افراد مزبور از حمایت‌های موضوع بندهای الف و ب ماده ۳ ق.ت.ا. (حوادث و بیماری‌ها) را مقرر داشته است. لیکن بافندگان قالی، قالیچه و ... صرفاً از حمایت‌های بازنشستگی، از کارافتادگی و فوت برخوردار می‌باشند و تحت پوشش حمایت‌های درمانی سازمان تأمین اجتماعی قرار نخواهند گرفت. افراد خانواده بیمه‌شدگان

اصلی که به شرح فوق مشمول حمایتهای درمانی سازمان تأمین اجتماعی هستند نیز از حمایت مزبور برخوردار خواهند بود. نکته حائز اهمیت در این خصوص آن است که خانواده در مانحن فیه مفهومی وسیع‌تر از مفهوم عرفی آن در جامعه امروزی داشته و شامل همسر بیمه شده اعم از زوج و زوجه، فرزندان و پدر و مادر تحت تکفل وی می‌شود.

۲- ماده ۵۴ ق.ت.ا. دو شرط را برای برخورداری از خدمات پزشکی و درمانی مقرر داشته است که عبارتند از: الف- «زمان برخورداری از حمایتهای درمانی» که از زمان تحت شمول قرار گرفتن بیمه شده می‌باشد و لذا دوره انتظار در مقررات تأمین اجتماعی برای ارائه حمایتهای درمانی در نظر گرفته نشده و بیماری‌های قبل از زمان بیمه شدن را نیز در بر می‌گیرد. ب- «مصدوم شدن بر اثر حوادث و بیماری‌ها» که سبب خروج ضرب و جرح و الزامات کارفرما به انجام معاینات پزشکی بر اساس ماده ۹۲ قانون کار از دایره حمایتهای فوق می‌گردد.

۳- حمایتهای درمانی سازمان تأمین اجتماعی به دو روش درمان مستقیم و غیرمستقیم صورت می‌گیرد که اثر عمده آن در لزوم پرداخت فرانشیز در روش درمان غیرمستقیم توسط بیمه شده ظاهر می‌گردد. اخذ فرانشیز در کنار اخذ حق بیمه و حق سرانه درمان منابع تأمین هزینه‌های درمانی سازمان را تشکیل می‌دهند.

فهرست منابع

- بادینی، حسن، جزوه درسی حقوق تأمین اجتماعی، دوره کارشناسی حقوق قضایی، دانشکده حقوق دانشگاه تهران، نیمسال دوم سال تحصیلی ۸۵-۱۳۸۴.
- جعفری، زهرا، «ادامه بیمه به صورت اختیاری»، فصلنامه قوانین و مقررات تأمین اجتماعی، سال دوم، پیش‌شماره ۵، زمستان ۱۳۸۵.
- جعفری، فاطمه، «مستمری بازماندگان در قانون تأمین اجتماعی»، فصلنامه قوانین و مقررات تأمین اجتماعی، سال سوم، ش ۸، ۱۳۸۶.
- دانش دهکردی، نوشین، بیمه همگانی خدمات درمانی از منظر قانون، تهران، انتشارات علمی و فرهنگی، چاپ اول، تابستان ۱۳۸۴.
- رستمی اول، منصور، صنعت بیمه در آیینة فقه و حقوق به انضمام کلیاتی در خصوص بیمه درمانی، تهران، سازمان بیمه خدمات درمانی، چاپ اول، ۱۳۷۹.
- رشوند، مهدی، «از کارافتادگی در حقوق ایران و فرانسه»، فصلنامه قوانین و مقررات تأمین اجتماعی، سال اول پیش‌شماره دوم، ۱۳۸۵.
- صادقی، امیر، حقوق بیمه دریایی، تهران، مؤسسه آموزشی کشتیرانی جمهوری اسلامی ایران، چاپ اول، ۱۳۷۰.

عراقی، سیدعزت‌الله و همکاران، درآمدی بر حقوق تأمین اجتماعی، تهران، مؤسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی، چاپ اول، ۱۳۸۶.

قاسمی، محسن، «بهره‌مندی بیمه‌شدگان تبعی از خدمات درمانی تأمین اجتماعی»، فصلنامه قوانین و مقررات تأمین اجتماعی، سال سوم، ش ۸، ۱۳۸۶.

قاسمی، محسن، «مستمری بازماندگان»، فصلنامه قوانین و مقررات تأمین اجتماعی، سال اول، پیش‌شماره دوم، بهار ۱۳۸۵.

کاتوزیان، ناصر و محسن ایزانلو، مسؤولیت مدنی (جلد سوم: بیمه مسؤولیت مدنی)، مؤسسه انتشارات و چاپ دانشگاه تهران، چاپ اول، ۱۳۸۷.

کاتوزیان، ناصر، الزامهای خارج از قرارداد: ضمان قهری (مسؤولیت مدنی، غصب و استیفاء)، مؤسسه انتشارات و چاپ دانشگاه تهران، چاپ سوم،

موحدیان، غلامرضا، حقوق کار به انضمام مباحثی از بیمه‌های تأمین اجتماعی کارگران، قم، انتشارات فکرسازان، چاپ اول، ۱۳۸۱.

JOURNAL OF

LEGAL RESEARCH

VOL. IX, No. 2

2010-2

Articles

- Reflections on Effective Criminal Convictions and their Consequences
- The Right to Defense of Accused in Administrative Contravention Settlement Board
- Determination of Defendant
- Legal Analyses of Medical Protections of Social Security Organization

**Special Issue: Citizens Right to Healthy Environment:
Pollution of Iranian Large Cities**

- Sustainability of Urban Freight and Decreasing of Air Pollution: Environmental Ideal of Large Cities
- The Commitment to International Co-operation Countering Haze to Iran
- Deal with Electromagnetic Waves Pollutions in Metropolises
- Tehran Air Pollution and Citizen Rights on Healthy Environment
- The Effect of Intellectual Property Rights System on Metropolis Pollution
- Public Interest Litigation Concerning Environmental Matters before Human Rights Courts and National Courts
- The Right To Healthy Environment as a Hostage of Global Warming: Cancun Conference (2010)
- Right to a Healthy Environment in French Legal System

Critique and Presentation

- Economic Interest Grouping in the Fifth Development Plan

ISSN: 1682-9220



S. D. I. L.

The S.D. Institute of Law

Research & Study