



حق بهره‌مندی دختران بی‌سرپرست، زنان مطلقه، سالخورده و خودسرپرست از بیمه‌های عمومی و خاص در بخش بهداشت و درمان

مریم شیریان نسل

استادیار، گروه حقوق جزا و جرم‌شناسی، مرکز تحقیقات حقوق، واحد مراغه، دانشگاه آزاد اسلامی، مراغه، ایران
(نویسنده مسئول)

Maryam.shiriyani@yahoo.com

منا راستکار علی مددی

دانشجوی کارشناسی ارشد حقوق جزا و جرم‌شناسی، واحد مراغه، دانشگاه آزاد اسلامی، مراغه، ایران
Rastkarmona4@gmail.com

چکیده

موضوع بیمه و تأثیر آن در مسائل اقتصادی و اجتماعی و سیاسی یک جامعه بر کسی پوشیده نیست و نیازمند بررسی‌های دقیق و موشکافانه می‌باشد. لذا در این مقاله با روش توصیفی تحلیلی و با استفاده از منابع کتابخانه‌ای و سایت‌های معتبر علمی به بررسی حق بهره‌مندی دختران بی‌سرپرست، زنان مطلقه، سالخورده و خودسرپرست از بیمه‌های عمومی و خاص در بخش بهداشت و درمان پرداخته شده که نتایج حاکی از آن است که با اقدامات اخیر در زمینه بیمه سلامت و تحت پوشش قرار دادن سه دهک پایین جامعه تا حدودی بیمه‌های پایه دختران بی‌سرپرست، زنان مطلقه، سالخورده و خودسرپرست مرتفع شده ولی در مورد بیمه‌های تکمیلی نیازمند توجه به قوانین در خصوص خانواده، زنان، علی‌الخصوص زنان مطلقه و صیغه‌ای می‌باشیم و در زمینه بیمه‌های زندگی که متضمن بهداشت روانی و بهداشت جسمانی این اقشار می‌باشد عدم توجه به نتایج بلند مدت قوانین موجود در زمینه دختران تحت تکفل، زنان تحت تکفل، زنان مطلقه و صیغه‌ای موجب آسیب‌های اجتماعی و زبان‌های اقتصادی چه برای صندوق‌های بازنشستگی و یا دولت گردیده است که در زمینه بیمه پایه اقدامات اخیر تا حدودی مؤثر بوده ولی کافی نیست لذا باید در زمینه بیمه‌های تکمیلی و زندگی که شامل مستمري و بازنشستگی و قوانین تحت تکفل می‌باشد بازنگری صورت پذیرد.

کلید واژه‌ها: بیمه عمومی، دختر بی‌سرپرست، بهداشت و درمان، زن بی‌سرپرست، زن مطلقه



مقدمه

انسان همیشه سعی بر آن داشته تا از بروز خطر جلوگیری کرده و یا احتمال آن را به حداقل برساند و شاید بتوان یکی از دلایلی را که در جوامع سنتی مادران دنیا آوردن فرزند ذکور را باعث فخر و مباهات دانسته، مسئله قدرت جسمی ذکور و حفظ امنیت خانواده و بخصوص مادران و فرزندان اناث در گذر زمان بخصوص در برهه‌ای که قوانین حقوق مدنی چندان جا افتاده نبود دانست که با رشد این فرزندان، امنیت جانی و مالی خانواده را برعهده می‌گرفتند و یا به عبارت امروزی شاید وجود پسر را نوعی بیمه کردن خانواده بخصوص مادر و دختر در مقابل تهدیدات اجتماعی و اقتصادی و... می‌دانستند و به عبارت دیگر می‌توان گفت حمایت‌های اجتماعی در این جوامع سنتی و کوچک عرفاً و اخلاقاً از سوی اعضای داخل آن جوامع سنتی کوچک صورت می‌گرفت.

با پیشرفت جوامع از سنتی به صنعتی شاکله صیانت از اجتماع و به تبع آن حمایت‌های اجتماعی تغییرات عمده‌ای پیدا کرد و دولت‌ها عهده‌دار عمده این امور شدند. اکنون در افکار عمومی دولت‌ها مسئول اصلی حفظ و صیانت و حمایت از افراد جامعه و علی‌الخصوص آسیب‌پذیرترین قشر جامعه یعنی دختران بی‌سرپرست، زنان مطلقه، سالخورده و خودسرپرست شناخته می‌شوند. در راستای صیانت و حمایت از افراد جامعه از اواخر قرن ۱۹ در کشورهای جهان و علی‌الخصوص اروپا شاهد تحول عمده‌ای در کارکرد دولت‌ها هستیم که تحت تأثیر افکار سوسیالیستی، نخست در آلمان و سپس انگلستان پای گرفت و تحت عنوان نظام «بیسمارکی» و نظام «بورجی» نامیده می‌شود.

نظام بیسمارکی که نوعی «بیمه اجتماعی» نامیده می‌شود، نوعی بیمه حرفه‌ای اجباری است. توجیه حقوق اجتماعی در این نظام اشتغال به یک کار حرفه‌ای یا بستگی خانوادگی با کارگری است که تأمین اجتماعی او مابه ازای آن است و از محل حق بیمه‌ای که به نسبت دستمزد محاسبه و تغذیه می‌شود. «نظام بورجی» که «تأمین اجتماعی» و «نظام ملی» نامگذاری شده است بر مبنای همبستگی عمومی بنا شد و هزینه آن از محل مالیات تأمین می‌شود. این تأمین اجتماعی منبعث از نفس شهروندی است و بر حسب نیاز معین می‌شود. گاهی به اشتباه این نظام را پوپولیستی می‌نامند که از تشابه آن با کشورهای کمونیستی سابق ناشی می‌شود. مفهوم «دولت رفاه» هر دو این نظام‌ها را شامل می‌شود، چرا که در هر دو اکثریتی از مردم در حمایت قرار دارند. در حال حاضر به هیچ یک از این دو نظام به طور خالص عمل نمی‌شود، حتی در دو کشور اصلی یعنی در آلمان و انگلستان. (مادیونی دانتیانو، ۱۳۸۱: ۱۵).

جنگ جهانی اول، نقطه عطفی در تاریخ تأمین اجتماعی به حساب می‌آید که با توسعه بیمه بیماری‌ها همراه شد. پس از جنگ جهانی اول و به ویژه در سال‌های پس از بحران اقتصادی آمریکا و اروپا (فاصله سال‌های ۱۹۲۹ تا ۱۹۳۳)، دوره نوین تأمین اجتماعی آغاز شد. اصطلاح تأمین اجتماعی برای اولین بار در لایحه سال ۱۹۳۵ دولت فدرال آمریکا به کار گرفته شد. سپس در سال ۱۹۴۸ در ماده ۲۲ اعلامیه جهانی حقوق بشر مصوب مجمع عمومی سازمان ملل متحد، این جمله گنجانیده شد که «همه افراد به عنوان عضو جامعه حق برخورداری از تأمین اجتماعی را دارند.» افزون بر این، به منظور پایداری جنبه بین‌المللی امور تأمین اجتماعی، سازمان ملل متحد، سازمان بین‌المللی کار (ILO) و اتحادیه بین‌المللی تأمین اجتماعی (ISSA) تمهیداتی را در این زمینه پذیرفتند و ملزم به نظارت و اجرای آن شدند. (تفتیان، بی تا).

این تحول کارکرد حکومت و دولت طولی نکشید که به سایر کشورها تسری پیدا کرد و می‌توان گفت کشور ایران هم به نوعی همپای سایر کشورهای جهان در این صد سال اخیر دستخوش تحولات عمده‌ای در حمایت و صیانت از افراد جامعه بوده است

1. Bismarck
2. Beveridge



همچنان که در سال ۱۳۰۱ اولین قانون استخدامی کشور به تصویب مجلس شورای ملی رسید که شامل ۵ فصل و ۷۴ ماده بود و در آن به مسائلی که امروزه با عنوان «تأمین اجتماعی» و «رفاه اجتماعی» شناخته می‌شود نظیر بازنشستگی میزان و افزایش حقوق بازنشستگی، میزان حقوق از کار افتادگی، برقراری مستمری، سهم وراثت از حقوق بازنشسته متوفی، صندوق تقاعدی (بازنشستگی) تأمین بودجه صندوق تقاعدی، میزان کسورات مستخدم برای بازنشستگی و دریافت حقوق به هنگام بیکار شدن کارکن دولت اشاره کرد.

علاوه بر قانون فوق طرح تشکیل «صندوق احتیاط کارگران راه‌آهن» در سال ۱۳۰۹ به تصویب دولت رسید. در این مصوبه، دولت تسهیلات خاصی را برای کارگران ضایعه دیده یا فوت شده در حین احداث راه‌آهن پیش‌بینی کرد. در سال ۱۳۱۵ «نظام نامه کارخانجات و مؤسسات صنعتی» برای کارگران بخش صنعت به تصویب هیأت دولت رسید. در سال ۱۳۲۵، قانون کار از تصویب هیأت دولت گذشت. طبق این قانون، کارفرمایان، علاوه بر اینکه مکلف به رعایت قانون بیمه کارگران بودند، باید دو صندوق شامل صندوق بهداشت (برای کمک به کارگر در مورد بیماری‌هایی که ناشی از کار نباشد) و صندوق تعاون (برای کمک در امور ازدواج، عائله‌مندی، بیکاری، از کار افتادگی، بازنشستگی، حاملگی و غیره) را در هر کارگاه تشکیل می‌دادند. در سال ۱۳۲۸، وزارت کار رسماً تأسیس گردید و طبق ماده ۱۶ قانون کار م صوب ۱۷ خرداد ۱۳۲۸، مقرر شد صندوقی به نام «صندوق تعاون و بیمه کارگران» برای معالجه و پرداخت غرامت کارگران تشکیل شود. در ادامه در اواخر سال ۱۳۳۱ و در دوره نخست وزیری دکتر محمد مصدق، «لایحه قانونی بیمه‌های اجتماعی کارگران» برای اولین بار به تصویب رسید و طبق آن سازمان مستقلی به نام «سازمان بیمه‌های اجتماعی کارگران» تأسیس شد. این سازمان مکلف و متعهد شد کمک‌ها و مزایای مقرر در لایحه را در مورد کارگران و کارمندانی که بیمه می‌شدند، اعمال کند. در پی مجموعه تحولات یادشده، به موجب تصویب نامه‌ای که در فروردین ۱۳۴۲ به تصویب هیأت وزیران رسید، سازمان بیمه‌های اجتماعی کارگران به «سازمان بیمه‌های اجتماعی» تغییر نام یافت تا زیر نظر وزارت کار و امور اجتماعی به فعالیت خود ادامه دهد. «بیمه‌های اجتماعی روستاییان» در سال ۱۳۴۷ به تصویب رسید که در سال ۱۳۵۴ در سازمان تأمین اجتماعی ادغام شد. در سال ۱۳۵۱ با تصویب قانون تأمین خدمات درمانی مستخدمان دولت، «سازمان تأمین خدمات درمانی» تشکیل شد. تشکیل وزارت رفاه اجتماعی، تحول دیگری بود که در سال ۱۳۵۳ روی داد. این وزارتخانه، تقریباً تمامی امور مربوط به بیمه درمان و رفاه اقشار مختلف جامعه را تحت پوشش خود قرار داد. در این میان، تصویب «قانون تأمین اجتماعی» در تیرماه ۱۳۵۴ و تشکیل «سازمان تأمین اجتماعی» را می‌توان آغازگر تحولی نو در نظام تأمین اجتماعی کشور دانست. در سال ۱۳۵۵ با تصویب قانونی که منجر به انحلال وزارت رفاه و تشکیل وزارت بهداشتی و بهزیستی شد، سازمان تأمین اجتماعی به «صندوق تأمین اجتماعی» تغییر نام داد و تعهدات و امکانات درمانی آن به وزارت بهداشتی و بهزیستی محول شد. اما این تغییر، چندان دوام نیاورد و با تصویب لایحه‌ای در شورای انقلاب در سال ۱۳۵۸، سازمان تأمین اجتماعی دوباره احیا شد. (تفتیان، بی تا).

بعد از انقلاب ۱۳۵۷ نیز با تدوین قانون اساسی جدید نیز شاهد وجود چندین اصل در حمایت از اقشار مختلف جامعه و به خصوص زنان در آن هستیم که می‌توان به اصل ۲۰ «همه ملت اعم از زن و مرد، یکسان در حمایت قانون قرار دارند و از همه حقوق انسانی، سیاسی، اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی با رعایت موازین اسلام برخوردارند» اصل ۲۱ «دولت موظف است حقوق زن را در تمام جهات با رعایت موازین اسلامی، تضمین نماید و امور زیر را انجام دهد: ۱- ایجاد زمینه‌های مساعد برای رشد شخصیت زن و احیاء حقوق مادی و احیاء حقوق معنوی. ۲- حمایت مادران بالخصوص در دوران بارداری و حضانت فرزند و حمایت از کودکان بی سرپرست. ۳- ایجاد دادگاه صالح برای حفظ کیان و بقای خانواده ۴- ایجاد بیمه خاص بیوگان و زنان سالخورده و بی سرپرست. ۵- اعطای قیومیت فرزندان به مادران شایسته در جهت غبطه آنها در صورت نبودن ولی شرعی» اصل



۲۹» بر خورداری از تأمین اجتماعی از نظر بازنشستگی، بیکاری، پیری، از کار افتادگی، بی سرپرستی، در راه ماندگی، حوادث و سوانح، نیاز به خدمات بهداشتی و درمانی و مراقبت‌های پزشکی به صورت بیمه و غیره، حقی است همگانی. دولت موظف است طبق قوانین از محل درآمدهای عمومی و درآمدهای حاصل از مشارکت مردم، خدمات و حمایت‌های مالی فوق را برای یکایک افراد کشور تأمین کند» و در اصل ۴۳ هم بر تأمین نیازهای اساسی مسکن، خوراک، پوشاک، بهداشت، درمان، آموزش و پرورش و امکانات لازم برای تشکیل خانواده و کار برای همه تأکید شده است. (بختیاری، ۱۴۰۰: ۱۹-۲۷). بر کسی پوشیده نیست که اکنون با گذشت ۴۴ سال از انقلاب جمهوری اسلامی و مصوبه‌های گوناگون مجلس در مورد زنان اکنون با نگاهی به وضعیت تأمین اجتماعی رفاه اجتماعی و بیمه‌های بهداشت و درمان جامعه و مخصوصاً این اقشار آسیب‌پذیر، می‌بینیم که با وجود مصوبه‌های گوناگون هنوز تا سرمنزل مقصود راه بسیاری در پیش است زیرا که دولت و سازمان تأمین اجتماعی که متولی عمده رفاه، حمایت و بیمه دختران بی سرپرست، زنان مطلقه، سالخورده و خود سرپرست می‌باشد، روز به روز با کسر بودجه بیشتری مواجه شده و به سختی از عهده تعهدات خود در زمینه تأمین مالی حقوق مستمری و بازنشستگی و یا بیمه‌های بهداشتی، درمانی بر می‌آیند. و در نتیجه هر روز فشار مضاعفی بر این قشر وارد می‌شود.

در سال‌های اخیر در راستای قانون برنامه پنجم توسعه کشور (۱۳۸۵) و تجمیع صندوق‌های بیمه سلامت کشور، سازمان بیمه سلامت ایران در سال ۱۳۹۱ تشکیل گردید که زمینه برای تحقق اهداف بلندی چون عدالت محوری، ارتقاء سطح کیفیت در ارائه خدمات سلامت، کاهش پرداخت از جیب بیمه‌شدگان، رفع هم پوشانی بیمه‌ای و بسط و گسترش برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع در سراسر کشور فراهم گردد. (بیرانوند، احمدی و جوانمرد، ۱۳۹۶: ۱۹۵).

بیمه سلامت در سال ۱۳۹۱ بعد از تصویب در دولت یازدهم از طریق منابع درآمدی (الف- حق بیمه‌های دریافتی. ب- کمک‌ها و هدایای اشخاص حقیقی و حقوقی. ج- منابع حاصل از هدفمندی یارانه‌ها. د- وجوه حاصل از خسارات، جرایم و جزایهای نقدی با رعایت قوانین و مقررات مربوط یا احکام قطعی دادگاه‌ها. ه- درآمدهای حاصل از محل ثبت و صدور دفترچه بیمه‌شدگان. و- منابع حاصل از وقف در قلمروهای نظام تأمین اجتماعی. ز- منابع حاصل از خمس، زکات و سایر وجوه شرعی در قلمروهای تأمین اجتماعی با مجوز مراجع تقلید. ح- منابع حاصل از صدقات و نذورات در قلمروهای نظام تأمین اجتماعی. ط- سایر درآمدهای متفرقه) به اجرا گذاشته شد و سپس در دولت دوازدهم، به دلیل عدم تخصیص اعتبار اجرا نشد و اکنون چون بار مالی زیادی برای دولت دارد در نحوه و نوع اجرای آن تغییراتی صورت گرفته و بعد از دهک‌بندی اقشار جامعه از نظر برخورداری از رفاه و تمکن مالی اکنون بیمه رایگان بر روی چهار دهک پایین جامعه که شامل: «قالبیان، بافندگان فرش و شاغلان صنایع دستی شناسه دار (کد دار)»، «رانندگان حمل و نقل عمومی درون شهری و برون شهری»، «خادمین ثابت مساجد»، «مداحان و شاعران اهل بیت»، «کارگران باربر»، «زنبورداران»، «صیادان استان‌های ساحلی شمالی و جنوب کشور»، «کارفرمایان صنفی کم درآمد»، «هنرمندان، روزنامه نگاران و نویسندگان مشمول یارانه مورد تأیید وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی»، «مددجویان و زنان سرپرست خانوار و بد سرپرست مشمول یارانه، تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی (ره) و سازمان بهزیستی کشور»، «مربیان مهد کودک خودمالک» و «راهنمایان گردشگری مورد تأیید وزارت میراث فرهنگی، گردشگری و صنایع دستی» اعمال می‌گردد. و بقیه دهک‌ها اگر زن بی سرپرست یا مطلقه یا پیر و سالخورده هم باشد برای برخورداری از آن باید حق بیمه به تناسب توان مالی پرداخت نماید و این می‌تواند دغدغه این قشر باشد که در فردای امروز آیا مأمون امنی می‌تواند داشته باشد و یا با مواجه شدن دولت با کسری بودجه این حمایت ناچیز هم قطع خواهد شد. از طرف دیگر بیمه سلامت از جنبه‌های حمایتی فقط جنبه بهداشت و درمان جسمانی را در بر می‌گیرد و جنبه تأمین مستمری فقط شامل پرداختی‌های ناچیزی است. همچنانکه: معاون توسعه مدیریت و منابع سازمان بهزیستی کشور در مورخه ۲۴ فروردین ۱۴۰۱ ضمن ارائه توضیحاتی در خصوص افزایش ۲۰



درصدی «مستمری» معیشتی مددجویان در سال جاری (۱۴۰۱) اعلام کرد که:

«میزان افزایش مستمری مراکز شبانه‌روزی منوط به مصوبه هیئت وزیران است که سازمان طی هفته آینده پیشنهادات خود را در این راستا آماده و به هیئت وزیران اعلام خواهد کرد. سید مرتضی حسینی در گفت‌وگو با ایسنا، با اشاره به افزایش ۲۰ درصدی مستمری معیشتی مددجویان تحت پوشش اظهار کرد: امید است در سال جاری بتوان بخشی از پشت نوبتی‌ها را وارد این چرخه کرد. به گفته وی، مبالغ مستمری معیشتی مددجویان تحت پوشش برای خانواده یک نفره ماهانه به ۴۲۰ هزار تومان، خانواده دوفره به ۶۰۰ هزار تومان، سه نفره به ۸۴۰ هزار تومان، چهار نفره به یک میلیون و هشتاد هزار تومان و پنج نفره به یک میلیون و ۳۲۰ هزار تومان افزایش یافته است. وی با بیان اینکه حدود دو میلیون و هشتاد هزار خانوار مددجو تحت پوشش سازمان بهزیستی هستند که حدود ۷ میلیون نفر را شامل می‌شود، افزود: از این جمعیت در حال حاضر یک میلیون و صد هزار خانوار (معادل ۲ میلیون و ۱۰۰ هزار نفر) مستمری معیشتی دریافت می‌کنند اما یک بخشی از مددجویان در دهک‌های پایین و ضعیف جامعه وجود دارند که مستمری معیشتی دریافت نمی‌کنند و امید است بتوانیم در سال جاری بخشی از این افراد را وارد چرخه کرده و به آنها مستمری پرداخت کنیم. حسینی با بیان اینکه یک میلیون و ۷۰۰ هزار خانوار پشت نوبت برای دریافت مستمری هستند، گفت: سازمان بهزیستی در نظر داشت سال گذشته ۵۰۰ هزار خانوار را وارد چرخه کند متأسفانه اعتبارات لازم ارائه نشد. در سال جاری با ابلاغ بودجه و تخصیص بر مبنای ۱۰۰ درصد تعداد پشت نوبتی‌هایی که می‌توان وارد چرخ کرد را اعلام می‌کنیم البته با توجه به بودجه اعلامی و رشدی که در میزان مستمری‌ها وجود دارد، می‌توان بخشی از پشت‌نوبتی‌ها را وارد چرخ کرد» (حسینی، ۱۴۰۱).

در تحقیقی که تحت عنوان «مطالعه تطبیقی حمایت‌های حقوقی از زنان در نظام مستمری بازنشستگی در حقوق آمریکا و ایران» توسط امیری، هاشمی، رستمی و عباسی در سال ۱۳۹۸ صورت گرفته به این نتیجه رسیده که ایران و آمریکا، سعی در حمایت از حقوق زنان دارند و در این راستا قوانینی را تدوین نموده‌اند. در هر دو این کشورها شرایط بازنشستگی و مستمری بازنشستگی زنان، مساعد در نظر گرفته شده است و در راستای حمایت از حقوق زنان، با توجه به نظام پرداخت مستمری است. ولیکن در مستمری ثالث، ایران حمایت‌های بیشتری را برای دختران پیش‌بینی نموده است، به طوری که گاهی تا زمان حیات دختر، این حمایت‌ها پابرجا است. ولیکن در بخش هم‌سر، این آمریکا است که حمایت‌هایش از زنان از ایران پیشی گرفته است. آمریکا با پیش‌بینی مستمری همسری برای همسران مطلقه و پارتنر، گامی مهم در جهت حمایت از زنان برداشته است. در راستای حمایت هرچه بیشتر از زنان، شایسته است ایران نیز تمهیدات مناسب را در راستای حمایت از همسران صیغه‌ای بیمه شدگان و همچنین همسران مطلقه آنها با شرایط مناسبی از جمله مدت زمان دوام رابطه ازدواج، مدنظر قرار دهد. همانطور که آمریکا شرط تعلق مستمری همسری را ۱۰ سال رابطه در نظر گرفته است. با پیش‌بینی این موضوع، از این قشر زنان نیز حمایت مالی مناسبی صورت می‌پذیرد و موجب کاهش تبعیضات موجود بین اقشار زنان جامعه می‌گردد، که نتیجه آن افزایش رفاه عمومی در اجتماع و جلوگیری از سواستفاده‌ی افرادی سودجو در این باره می‌باشد. (امیری، هاشمی، رستمی و عباسی، ۱۳۹۸: ۲۲).

در تحقیقی که توسط نیازی، رازقی‌مله، جشنی‌آرانی و متولیان در سال ۱۳۹۸ تحت عنوان «بررسی نظام بیمه درمانی در ایران و مقایسه آن با سه کشور آمریکا، انگلیس و استرالیا» صورت گرفته نتایج حاکی از آن است که در مقایسه نظام بیمه دارویی کشورمان در اکثر کشورهای منتخب نظام بیمه دارویی از شفافیت و انعطاف بیشتری برخوردار بوده و از راه‌های مختلفی به کنترل قیمت‌ها می‌پردازند. ضمناً یافته‌های پژوهش نشانگر آن است که با هدفمندی یارانه‌ها، افزایش نرخ دلار و به تبع آن با ورود داروهای جدید گران قیمت، هزینه‌های دارویی سازمان‌های بیمه‌گر رو به افزایش است. به همین علت ساختارها و مقررات



بخش سلامت و بیمه‌های سلامت در کشور دچار مشکلات عدیده‌ای شده است. در اکثر کشورهای منتخب ساختار تصمیم‌گیری به صورت کمیته‌های مشترک بین وزارت بهداشت و نظام بیمه می‌باشد. این در حالیست که وزارت بهداشت به عنوان متولی سلامت نقش بیشتری در تعیین نوع دارو و اهمیت آن در درمان بیماری‌ها و سازمان‌های بیمه‌گر نقش بیشتری در قیمت‌گذاری با استفاده از قدرت چانه‌زنی دارند. همچنین نتایج این بررسی نشان می‌دهد که کنترل مصرف دارو توسط بیمه‌ها از طریق اعمال محدودیت‌ها، مشوق‌ها و راهنماهای درمانی برای پزشکان و داروسازان و تعیین قیمت براساس حجم فروش، کاهش اجباری قیمت، مذاکره و دریافت تخفیف از تأمین کنندگان، توزیع کنندگان و داروخانه‌ها ظاهراً به درستی صورت نمی‌پذیرد. نتیجه اینکه با توجه به این که در اکثر کشورهای مدنظر، هزینه‌هایی که سازمان‌های بیمه‌گر در بازپرداخت هزینه‌های داروها به خصوص داروهای جدید می‌پردازند دائماً در حال افزایش هستند، می‌بایست با استفاده از تجارب و الگوهای کشورهای موفق در ایجاد تغییرات سازنده و البته با بومی سازی این الگوها جهت رفع مشکلات نظام بیمه دارویی کشور کوشید. **(نیازی، رازقی‌مله، جشنی‌آرانی و متولیان، ۱۳۹۸).**

در مقاله‌ای تحت عنوان «کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار» که در دومین کنگره بین‌المللی توانمند سازی جامعه در حوزه مشاوره، خانواده و تعلیم و تربیت اسلامی در سال ۱۳۹۵ توسط صادقی ولنی و غلامی سیاهکلروری ارائه گردیده به یافته‌های زیر اشاره شده است؛ بر اساس نتایج تحقیقات احتمالاً ابتلا به بیماری‌های روانی در زنانی که سرپرستی خانواده را بر عهده دارند از متأهلین و کسانی که تنها زندگی می‌کنند بیشتر است و در نتیجه کیفیت زندگی پایین‌تری دارند. در این مطالعه مروری، به بررسی مطالعات سال‌های ۱۹۶۹ تا ۲۰۱۲ پرداخته شده و مطالعات نشان دادند زنان سرپرست خانوار نسبت به زنان دارای سرپرست از کیفیت زندگی پایین‌تری برخوردارند. **(صادقی ولنی و غلامی سیاهکلروری، ۱۳۹۵).**

در مطالعه‌ای که با عنوان «بررسی الگوی مصرف و هزینه خدمات بستری سالمندان تحت پوشش سازمان بیمه سلامت ایران» توسط زندگی، پوررضا و صلواتی در سال ۱۳۹۲ با هدف بررسی الگوی مصرف و هزینه خدمات بستری سالمندان تحت پوشش سازمان بیمه سلامت ایران در بیمارستان‌های آموزشی شهر سمنان انجام شده نتایج حاکی از آن است که؛ هزینه خدمات بستری در بیمارستان سالمند در مقایسه با غیر سالمند بالاتر بود، لذا اهمیت توجه سیاست‌گذاران سلامت به برنامه‌ریزی جهت پاسخگویی به هزینه‌های خدمات سلامت سالمندان دیده می‌شود و در این زمینه توجه به شواهد در حوزه اقتصاد سالمندی از جمله الگوی مصرف و هزینه خدمات ضروری است. **(زندگی، پوررضا و صلواتی، ۱۳۹۵).**

در مقاله‌ای که توسط صالح، ۱۳۹۸ تحت عنوان «دستیابی به پوشش پایدار بیمه سلامت همگانی در کشور با استفاده از ارزیابی توانمندی خانوارها، براساس تجربه طرح بیمه سلامت همگانی رایگان» در کنفرانس ملی بیمه سلامت، پوشش همگانی و مدیریت منابع مالی در سال ۱۳۹۸ انتشار یافته نتایج شاخص‌های مورد مطالعه نشان داد که ۲۴ درصد از سرپرستان خانوار بیکار و ۶۰ درصد از خانوارها بدون درآمد و یا دارای درآمد زیر حداقل حقوق و دستمزد قانونی کار بودند. ۵۹ / ۸ درصد از خانوارها برای استمرار پوشش بیمه‌ای در صورت رایگان نبودن حاضر به مشارکت مالی بودند که می‌توان با برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری از ظرفیت مشارکت مالی جمعیت تحت پوشش بصورت بهینه استفاده نمود. **(صالح، ۱۳۹۸).**

در مطالعه‌ای که تحت عنوان «عوامل مؤثر در اجرای بیمه سلامت همگانی با استفاده از مدل معادلات ساختاری» توسط صدیقی و امینی ۱۳۹۸ صورت گرفته و در کنفرانس ملی بیمه سلامت، پوشش همگانی و مدیریت منابع مالی انتشار یافته، نتایج تحقیق حاکی از آن است که؛ اجباری بودن پوشش همگانی سلامت، ایجاد بانک اطلاعاتی جامع بیمه شدگان، تعیین متولی مناسب و تدوین بسته خدمات جزء اولویت‌های اساسی در استقرار بیمه پایه سلامت خواهد بود. لذا ایجاد پوشش همگانی بیمه سلامت در کشور، نیازمند ایجاد بدنه خبره در طراحی برنامه‌ای بلندمدت و نظام‌مند در جهت رفع موانع دراستقرار



و برقراری تعامل بین سازمان‌های بیمه‌ای در کشور خواهد بود. (صدیقی و امینی، ۱۳۹۸).

در مقاله‌ای که در کنفرانس بین‌المللی مطالعات بین رشته‌ای در مدیریت و مهندسی توسط فرهادیان و قربانی ده‌بالایی تحت عنوان «بررسی نقش و جایگاه حقوق شهروندی در جامعه و آثار آن در خدمات بیمه سلامت» در سال ۱۳۹۷ ارائه شده بر نقش و جایگاه حقوق شهروندی در جامعه و آثار آن در خدمات بیمه سلامت تاکید گردیده است. (فرهادیان و قربانی ده‌بالایی، ۱۳۹۷).

در تحقیقی که توسط بیرانوند، احمدی و جوانمرد تحت عنوان «کارایی و اثربخشی بیمه سلامت همگانی از نظر سطح پوشش بیمه‌ای و عدالت توزیعی (مطالعه موردی در استان لرستان)» در سال ۱۳۹۶ صورت گرفته، یافته‌ها نشان داد که سطح پوشش بیمه‌ای جز عوامل مؤثر بر کارایی و اثربخشی بیمه سلامت در سطح استان لرستان بوده است که نشان دهنده دسترسی به خدمات سلامت از حقوق اساسی افراد در کل جامعه می‌باشد سطح پوشش بیمه‌ای و بالا رفتن سهم بیمه سلامت بین جامعه به عنوان رایج‌ترین بیمه درمانی بر کارایی و اثربخشی بیمه سلامت مؤثر بوده است. نتایج دیگر این تحقیق نشان داد که عدالت توزیعی بیمه نیز جزء عوامل مؤثر بر کارایی و اثربخشی بیمه سلامت همگانی در استان لرستان بوده است. (بیرانوند، احمدی و جوانمرد، ۱۳۹۶).

در مقاله‌ای که تحت عنوان «بیمه سلامت و جمعیت سالمندی» توسط پور رضا، صوفی، بازیار، رنجبر عزت‌آبادی، و بهزادی در فصلنامه علمی پژوهشی ماب و تزکیه در پاییز و زمستان ۱۳۹۳ به چاپ رسیده نتایج زیر بدست آمده است؛ سالمند شدن جمعیت، رشد بیماری‌های مزمن را در پی دارد و می‌تواند هزینه‌های مالی سنگینی بر آنها تحمیل کند. استفاده از برنامه‌های بیمه‌ای برای پوشش هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی و درمانی سالمندان یکی از روش‌هایی است که می‌توان به آن اتکا کرد، به طوری که برنامه‌های بیمه‌ای مشخص می‌تواند رفاه فیزیکی، عاطفی به خصوص اقتصادی سالمندان را افزایش دهد. (پور رضا، صوفی، بازیار، رنجبر عزت‌آبادی و بهزادی، ۱۳۹۳: ۱۱۱).

در تحقیقی که توسط ربیعی و چاهی تحت عنوان «نقش بیمه سلامت درمانیت ملی جمهوری اسلامی ایران» صورت گرفته و در سال ۱۳۹۸ در فصلنامه امنیت ملی منتشر شده نتیجه گرفته شده که سه متغیر (کارکرد تأمین مالی سلامت، ابعاد نظام بیمه سلامت، شاخص‌های درون‌زای نظام سلامت) بر افزایش رفاه مردم و جلوگیری از فقر تأثیرگذار می‌باشند. در نهایت نیز، داشتن نظام بیمه سلامت کارآمد و سالم، امنیت ملی را به ارمغان می‌آورد. (ربیعی و چاهی، ۱۳۹۸: ۱۶۹).

در تحقیقی که توسط محمدزاده در سال ۱۴۰۰ با عنوان «بررسی و استخراج ویژگی‌های اجتماعی اقتصادی افراد فاقد بیمه پایه در ایران» صورت گرفته و در فصلنامه تأمین اجتماعی به چاپ رسیده نتایج بدین قرار ارائه گردیده است؛ نتایج نشان می‌دهد که در بین عوامل اجتماعی اقتصادی مورد بررسی، درآمد، جنسیت، سن، مدرک تحصیلی و نوع فعالیت افراد با تحت پوشش بیمه اجتماعی بودن آن‌ها مرتبط است به طوری که سطح درآمد، تحصیلات و سن افراد شهری ۱۸-۵۰ سال دارای بیمه اجتماعی به طور میانگین بالاتر از افراد فاقد بیمه است. همچنین سهم مردان در بین افراد دارای بیمه بیشتر از زنان است در حالی که در بین افراد فاقد بیمه اجتماعی زنان سهمی ۱/۳ برابر مردان دارند. همچنین بیش از ۹۰ درصد زنان خانه‌دار فاقد پوشش بیمه هستند که عمدتاً با سواد، دارای میانگین سنی ۳۵ و مدرک تحصیلی دیپلم و بالاتر هستند. (محمدزاده، ۱۴۰۰: ۸۵).

شناخت کاستی‌ها و نقص‌های موجود در زمینه حق بهره‌مندی دختران بی‌سرپرست، زنان مطلقه، سالخورده و خودسرپرست از بیمه‌های عمومی و خاص در بخش بهداشت و درمان می‌تواند کمکی در جهت تصمیم‌گیری‌های اجتماعی در زمینه حمایت و کمک به این قشر بوده و در نتیجه از میزان آسیب‌های اجتماع ناشی از آن بر این قشر و سایر اقشار جامعه بکاهد. این مقاله با



بررسی حق بهره‌مندی دختران بی‌سرپرست، زنان مطلقه، سالخورده و خودسرپرست از بیمه‌های عمومی و خاص در بخش بهداشت و درمان، نگاهی اجمالی به قوانین و حمایت‌های بیمه‌ای از این قشر آسیب‌پذیر جامعه را دارد.

۱. تعاریف و اصطلاحات

۱-۱. بیمه شده

فردی که با پرداخت مبالغی به عنوان حق بیمه حق استفاده از مزایای مندرج در قانون سازمان بیمه‌گر را دارد.

۱-۲. بیمه شده اجباری

بیمه شده‌ای است که به دستور کارفرما یا نماینده او در محلی به نام کارگاه کار می‌کند و مزد یا حقوق دریافت می‌کند.

(سالنامه آماری، ۱۳۹۸: ۵۷۲)

در این نوع بیمه درمان، بیمه شدگان سه گروه هستند. اولین گروه بیمه شدگان، کارکنان مؤسسات خصوصی و دولتی مشمول «قانون کار» هستند. طبق این قانون، هر یک از این مؤسسات باید کارکنان خود را در چارچوب «قانون تأمین اجتماعی» تحت پوشش بیمه درمان اجباری قرار دهد. دومین گروه بیمه شدگان، کارکنان رسمی مؤسسات دولتی مشمول «قانون مدیریت خدمات کشوری» هستند. این قانون دولت را مکلف کرده است که «وسایل درمان این کارکنان و خانواده آنان را فراهم کند». به این ترتیب، کارکنان رسمی و پیمانی دولت در چارچوب قانون بیمه همگانی خدمات درمانی، بیمه درمان اجباری می‌شوند. سومین گروه بیمه شدگان، کارکنان مؤسسات دولتی غیرمشمول قانون مدیریت خدمات کشوری و قانون کار و نیز کارکنان مؤسسات نظامی و انتظامی هستند. هر یک از مؤسسات صندوق بیمه‌ای مستقل دارد و در چارچوب مقررات صندوق موردنظر، کارکنان آن بیمه درمان اجباری شده‌اند. در هر سه گروه کارکنان بیمه شده، به همراه افراد تحت تکفل، از طریق مؤسسه یا کارگاه ذریب‌بیمه درمان اجباری شده‌اند. بیمه شدگان پوشش قانون تأمین اجتماعی اکثریت جمعیت کارکنان بیمه شده در کشور را تشکیل می‌دهند. (محمد بیگی، ۱۳۹۲: ۲۲۲).

۱-۳. بیمه شده اختیاری

اشخاصی که طبق تبصره ماده ۸ قانون تأمین اجتماعی، به علتی غیر از علل مندرج در قانون مذکور از ردیف بیمه شدگان اجباری خارج می‌شوند. به موجب آیین‌نامه و مقررات مربوطه می‌توانند با انعقاد قرارداد، بیمه خود را به‌طور اختیاری ادامه دهند.

۱-۴. بیمه شده توافقی

فردی که بدون رابطه مزدگیری و بر اساس توافق سازمان تأمین اجتماعی با شخص حقوقی ذریب‌بیمه، تحت پوشش قرار می‌گیرد.

(سالنامه آماری، ۱۳۹۸: ۵۷۲).

این افراد در سه گروه می‌توانند جای‌گیرند؛ گروه اول اشخاصی هستند که در جایگاه کارفرما قرار دارند و برای رفاه کارکنان خود می‌توانند بیمه گروهی درمان خریداری کنند. گروه دوم اشخاصی هستند که دارای شغل آزاد یا اصطلاحاً، خویش‌فرما هستند. این عده نیز می‌توانند از طریق بیمه درمان خانواده، هزینه‌های درمانی و جراحی در بیمارستان و هزینه‌های مرتبط را تأمین کنند. و گروه سوم اشخاص عضو در یک تشکل صنفی هستند. این اشخاص نیز می‌توانند در قالب یک گروه، بیمه درمان داشته باشند. (محمد بیگی، ۱۳۹۲: ۲۲۲).

۱-۵. بیمه‌های عمومی و خاص در بخش بهداشت و درمان

به طور کلی در سایت بیمه مرکزی ایران انواع بیمه‌ها را در ۱۳ طبقه جای داده‌اند که عبارت است از: ۱- بیمه آتش سوزی ۲-



بیمه باربری ۳- بیمه اتومبیل ۴- بیمه مهندسی ۵- بیمه هواپیما ۶- بیمه دام ۷- بیمه انفجار اتمی ۸- بیمه تعطیلی کارگاه و کارخانه ۹- بیمه سرقت ۱۰- بیمه زندگی ۱۱- بیمه حوادث ۱۲- بیمه درمانی ۱۳- بیمه مسئولیت (centinsur.ir/fa, بی تا). با توجه به ابعاد جسمی و روحی انسان و وابستگی این دو بعد به یکدیگر و کاربردهای متفاوت و گاه متناقض غیرعلمی اصطلاح «بیمه عمومی و خاص» و عدم کاربرد آن از سوی بیمه مرکزی ایران در این مقاله منظور از بیمه عمومی و خاص در بخش بهداشت و درمان «بیمه زندگی»، «بیمه حوادث» و «بیمه درمان» می‌باشد.

۶-۶. سالمند

به افراد ۶۰ ساله و بیشتر گفته می‌شود. (سالنامه آماری، ۱۳۹۸: ۵۷۱).

۷-۱. سرپرست خانوار

عضوی از خانوار است که سایر اعضا او را به این عنوان می‌شناسند. شایان ذکر است، سرپرست خانوار عضوی از خانوار است که معمولاً مسئولیت تأمین تمام یا بخش عمده‌ای از هزینه‌های خانوار یا تصمیم‌گیری در مورد نحوه هزینه کردن درآمدهای خانوار را بر عهده دارد سرپرست خانوار لزوماً مسن‌ترین عضو خانوار نیست و می‌تواند زن یا مرد باشد و معمولاً بیش‌تر از ده سال سن دارد، بدیهی است که در خانوار یک نفره تنها عضو خانوار، سرپرست خانوار محسوب می‌شود.

۸-۱. زنان سرپرست خانوار نیازمند مورد حمایت

به زنان نیازمند مورد حمایتی اطلاق می‌گردد که به دلیل فقدان سرپرست، فوت، از کارافتادگی، طلاق، معلولیت و بیماری سرپرست و یا استیصال و درماندگی، مورد حمایت اشخاص حقیقی یا دستگاه‌ها، نهادها و یا موسسات حمایتی قرار می‌گیرد.

۹-۱. کودک بی‌سرپرست

کودکی است که بنا به دلایلی به طور دائم یا موقت از سرپرستی مؤثر و با صلاحیت محروم شده است. (قانون تأمین زنان و کودکان).

۱۰-۱. خدمات درمانی

این خدمات تحت عناوین درمان سرپایی، بستری، نسخه‌پیچی، اعزام بیمار، تحویل وسایل توانبخشی، زایمان و... در مورد تمامی افراد خانوارهای واجد شرایط استفاده از کمک‌های درمانی انجام می‌شود. (سالنامه آماری، ۱۳۹۸: ۵۷۱).

۱۱-۱. خط فقر و تعریف آن در اروپا

فقر مطلق به برداشت «حداقل لازم برای حیات» که در قبال تحول جامعه ایستاست برمی‌گردد؛ یعنی غذا، مسکن و سلامتی. گزارش بوریج این برداشت را حفظ می‌کرد و کمک‌های انگلستان و آمریکا (بن خرید، مسکن یا مواد غذایی) و «سبد مایحتاج» که همان حداقل درآمد در آلمان معنی می‌داد.

فقر نسبی، برعکس، بر حسب زندگی دیگران معنا می‌شود: ۱- یا بر اساس آستانه‌ای مساوی با درصدی از دستمزد متوسط یا دستمزد حداقل تعیین می‌شود. برای مثال، سازمان همکاری و توسعه اقتصادی ۸۰ درصد دستمزد حداقل و اتحادیه اقتصادی اروپا ۶۰ درصد دستمزد را برای تعیین فقر نسبی در نظر می‌گیرد. بر پایه این تعاریف تعداد فقرا در فرانسه بین ۲/۵ تا ۴ میلیون است؛ ۲- یا بر اساس شاخصی از تجمع و انباشت درآمدها فقر نسبی تعیین می‌شود. انستیتوی ملی آمار و مطالعات اقتصادی، درآمد آستانه‌ای را معادل ۲۰ درصد درآمد فقیرترین اقشار یا نصف درآمد خط و سط درآمدهای (کمتر یا بیشتر از درآمدی که ۵۰ درصد مردم در آن قرار دارند) در نظر می‌گیرد. سیاست کمک عبارت است از تضمین درآمدی حداقل مساوی با یکی از این «آستانه‌های فقر» به ترتیبی که تعریف شد. (مادیونی دانتیانو، ۱۳۸۱: ۱۲۳-۱۲۲).



۲. مرور ادبیات تحقیق

۱-۲. بیمه زندگی

انسان از آغاز پیدایش جوامع انسانی، در جستجوی غریزی به دنبال تأمین‌های جسمی، اقتصادی، اجتماعی و سیاسی بوده است. باتوجه به همین نیاز بوده که شرکت‌های بیمه با ارائه طرح‌های متفاوت و ابتکاری متناسب با نیازهای جوامع انسانی در پی تأمین و تسهیل این غریزه ثبات مالی و اقتصادی برآمدند تا در زمان بروز حادثه ناگوار، شیرازه اقتصاد خانواده‌ها از هم نپاشد و افراد وابسته به شخص متوفی و یا حادثه دیده بتوانند از مزایای این تأمین اقتصادی بهره‌مند شوند. نیازهای خانواده در اغلب جوامع بشری با هر درجه‌ای از پیشرفت و تکامل را می‌توان بدین شرح طبقه‌بندی کرد؛ الف- تأمین درآمدی معین و مشخص برای افراد یک خانواده پس از فوت نان‌آور خانواده ب- تأمین درآمدی معین و مشخص برای ایام از کارافتادگی، پیری و بازنشستگی.

بیمه‌های اشخاص (عمر، حادثه، درمانی) یکی از شاخص‌های شناخته شده برای سنجش میزان تأمین و رفاه مردم کشورهاست و کشورهایی که افراد آن به فراخور نیاز خود از این تأمین برخوردارند، با اطمینان و اعتماد بیشتری در برنامه‌ریزی توسعه و گسترش جامعه خویش مشارکت می‌نمایند؛ که صور مختلف بیمه‌های عمر در جهان عبارتند از؛ بیمه‌های تمام عمر، بیمه عمر زمانی، بیمه‌های مختلط پس‌انداز، بیمه‌های مستمری، بیمه‌های بازنشستگی، بیمه‌های عمر گروهی، بیمه‌های تمام عمر، بیمه‌های بازنشستگی.

بیمه‌های بازنشستگی خصوصی در کلیه کشورهای پیشرفته و مترقی جهان ریشه در توسعه اقتصادی و اجتماعی ساختار قرن بیستم دارد و هدف آن ایجاد پوشش اقتصادی برای تعدادی از انسان‌های پیر، مسن و از کار افتاده است. در این روزگار مشکلات تأمین منابع مالی و اقتصادی سالخوردگان مسئله‌ای مهم و روبه دامنه‌یابی به شمار می‌رود، اگرچه صرف وجود مشکل نمی‌تواند توجیه‌کننده پدیده گسترش روزافزون این گونه طرح‌ها با شد. باتوجه به این که امکانات کار و فعالیت برای افراد بازنشسته و مسن کاهش می‌یابد در حالی که همزمان نیازهای مادی و اقتصادی و درمانی آنها افزایش پیدا می‌کند، بیمه‌های بازنشستگی راه‌حلی برای تهیه یک درآمد اضافی برای روزگاران پیری و ناتوانی است (centinsur.ir/fa، بی تا).

۲-۲. بیمه درمان

بیمه درمان تکمیلی؛ تأمین هزینه‌های درمانی یکی از مشکلات جوامع امروزی است به طوری که حتی کشورهای توسعه یافته که از سطح رفاه اجتماعی مقبولی برخوردارند از این امر مستثنی نیستند. در کشور ما مانند بسیاری دیگر از کشورها، تأمین هزینه‌های درمانی به موجب قوانین و مقررات مرتبط بر عهده سازمان‌های خدمات اجتماعی مانند تأمین اجتماعی، خدمات درمانی، سازمان بیمه سلامت و ... است و شاغلین بخش‌های دولتی، خصوصی، نظامی، انتظامی، مشاغل آزاد و افراد تحت تکفل آنان نزدیکی از ارائه دهندگان خدمات پایه درمانی تحت پوشش قرار می‌گیرند. اگر چه بیمه‌های درمان پایه، بخشی از هزینه‌های درمانی افراد جامعه را جبران می‌کند ولی امروزه با پیشرفت علم پزشکی و افزایش هزینه‌های درمانی شکاف بزرگی بین هزینه‌های درمان بیماری‌ها و تعهدات بیمه‌گران پایه بوجود آمده است. با عنایت به مراتب فوق از اوایل دهه ۷۰ این امکان برای شرکت‌های بیمه بازرگانی فراهم شد که به عنوان بیمه‌گر تکمیلی وارد عرصه بیمه درمانی شوند و با ارائه پوشش بیمه درمان تکمیلی آن بخش از هزینه‌های درمان بیماری‌ها را که در تعهد بیمه‌گر پایه نیست تحت پوشش قرار دهند. با توجه به جوان بودن این رشته از بیمه‌های بازرگانی در کشور ما، شرکت‌های بیمه ابتدا فروش بیمه درمان تکمیلی را به صورت گروهی آغاز نمودند. بنابر این کارکنان واحدهای بازرگانی، صنعتی و خدماتی و افراد خانواده آنها مخاطب اصلی پوشش‌های ارائه شده قرار داشتند و با گذشت زمان و افزایش تجارب به دست آمده امکان ارائه این پوشش به خانواده‌ها نیز به صورت محدود فراهم

آدرس دبیرخانه همایش: آذربایجانشرقی، مراغه، بلوار شهید درخششی، مجتمع اداری و آموزشی

دانشگاه آزاد اسلامی مراغه، ساختمان اداری اندیشه شهید سلیمانی، طبقه دوم

تلفن تماس: ۰۴۱۳۷۲۵۵۸۸۲ - ۰۴۱۳۷۲۵۲۵۰۶-۹ داخلی ۳۳۶ و ۳۳۳



شده است و موارد تحت پوشش بیمه درمان تکمیلی که هم اکنون از سوی شرکت‌های بیمه بازرگانی ارائه می‌شود پوشش هزینه‌های بستری و جراحی در بیمارستان‌ها و مراکز درمانی مجاز به عنوان پوشش اصلی در نظر گرفته شده است به این معنا که قرارداد بیمه درمان تکمیلی بر پایه این پوشش قابل ارائه است و سپس در صورت تمایل بیمه‌گذار و موافقت بیمه‌گر، سایر پوشش‌های اضافی متناسب با سقف تعهد پوشش اصلی و بدین شرح قابل ارائه می‌باشد؛ ۱-زایمان اعم از طبیعی و سزارین ۲- افزایش سقف تعهد برای اعمال جراحی تخصصی ۳-هزینه‌های پاراکلینیکی (اقدامات تشخیصی، که برای سنجش میزان پیشرفت یا بهبود بیماری و اطمینان از احیای سلامتی بیمار انجام می‌شود) از جمله سونوگرافی، ماموگرافی، انواع اسکن، انواع اندوسکوپی، ام آر آی، اکوکاردیوگرافی، دانسیتومتری، تست ورزش، تست آلرژی، نوار عضله، نوار عصب، شنوایی سنجی، بینایی سنجی و... ۴- درمان نازایی و ناباروری ۵- ویزیت و دارو ۶- خدمات آزمایشگاهی ۷- دندانپزشکی ۸- خرید عینک طبی، لنز طبی و سمعک ۹- جراحی‌های مرتبط با رفع عیوب انکساری چشم ۱۰- اعمال مجاز سرپایی ۱۱- تهیه اعضای طبیعی بدن ۱۲- تهیه ارتز ۱۳- تشخیص بیماری‌ها و ناهنجاری‌های جنین (centinsur.ir/fa بی تا).

۲-۳. بیمه حوادث

۲-۳-۱. بیمه حوادث اشخاص

وقوع یک حادثه ممکن است منجر به فوت، نقص عضو و از کارافتادگی افراد شده و یا هزینه‌های درمانی را به آنها تحمیل نماید. در ضمن این احتمال وجود دارد که در اثر تحقق چنین حادثه‌ای فرد آسیب دیده به طور موقت توانایی انجام فعالیت‌های شغلی خود را از دست بدهد و یا برای مدتی در مراکز درمانی بستری شود. هر یک از موارد فوق علاوه بر آسیب‌های جسمی و روحی، هزینه‌های بسیاری را برای افراد جامعه در پی خواهد داشت و خانواده را دچار مشکلات مالی خواهد نمود. بیمه حوادث اشخاص برای جبران خسارت‌های مالی ناشی از این حوادث طراحی شده است و تهیه آن با شرایط و هزینه مناسب برای عموم جامعه امکانپذیر است. این بیمه نامه به دو صورت گروهی و انفرادی عرضه می‌شود. افراد شاغل در واحدهای بزرگ صنعتی و تجاری معمولاً تحت پوشش بیمه حوادث گروهی قرار دارند و یا اعضای گروه‌های بزرگ مانند دانش‌آموزان و دانشجویان نیز به صورت گروهی از این پوشش بیمه‌ای برخوردار هستند لیکن افرادی که دارای کسب و کار انفرادی می‌باشند و یا در کارگاه‌های کوچک فعالیت می‌کنند با این بیمه حوادث آشنایی چندانی نداشته و در این زمینه آسیب‌پذیر هستند.

خسارت‌های مورد تعهد بیمه‌گر عبارت است از پرداخت غرامت نقص عضو، از کارافتادگی و یا فوت بیمه شده که به طور مستقیم از حادثه تحت پوشش ناشی شود. سایر مواردی که به صورت پوشش‌های اضافی قابل بیمه شدن هستند عبارتند از: الف- هزینه‌های پزشکی ب- غرامت روزانه عمومی ج- غرامت روزانه بستری شدن در مراکز درمانی (centinsur.ir/fa بی تا).

۲-۴. بیمه زنان خانه‌دار و دختران

که در سازمان تأمین اجتماعی ذیل طرح فراگیر بیمه خانواده ایرانی تعریف شده، یکی از انواع پوشش‌های بیمه‌ای طراحی شده از سوی این سازمان برای گسترش پوشش بیمه اجتماعی به تمامی زنان و دختران کشور است. تأمین امنیت اقتصادی زنان به‌خصوص در دوران پیری و از کارافتادگی از مزایای بیمه برای زنان خانه‌دار است.

۲-۴-۱. خدمات تأمین اجتماعی برای بیمه زنان خانه‌دار و دختران

خدمات سازمان تأمین اجتماعی برای بیمه‌شدگان به دو دسته خدمات بیمه‌ای و خدمات درمانی تقسیم می‌شود و پرداخت انواع مستمری‌های بازنشستگی، از کارافتادگی و بازنشستگان از جمله مهم‌ترین خدمات بلندمدت این سازمان است.

۲-۴-۲. شرایط و مقررات بیمه زنان خانه‌دار و دختران

زنان خانه‌دار و نیز دخترانی که در رده سنی بین ۱۸ سال تمام تا ۵۰ سال تمام قرار دارند، حتی بدون سابقه قبلی بیمه‌ای



می‌توانند از حمایت‌های تأمین اجتماعی شامل بازنشستگی، از کارافتادگی، بازماندگان و خدمات درمانی برخوردار شوند.

۲-۴-۳. انواع نرخ حق بیمه زنان خانه‌دار و دختران

سه نوع نرخ حق بیمه برای بیمه زنان خانه‌دار و دختران تعریف شده است که متقاضیان می‌توانند یکی از آنها را انتخاب کنند. دستمزد مبنای محاسبه و پرداخت حق بیمه این افراد نیز بین حداقل و حداکثر دستمزد مصوب شورای عالی کار است که زنان متقاضی بیمه زنان خانه‌دار و دختران می‌توانند متناسب با سن و سابقه، دستمزد مورد نظر را انتخاب و حق بیمه خود را بر مبنای آن پرداخت کنند. نرخ حق بیمه زنان خانه‌دار و دختران ۱۲ درصد شامل خدمات بازنشستگی و فوت بعد از بازنشستگی می‌شود، یعنی بیمه شده با انتخاب این نرخ و پرداخت حق بیمه، بعد از رسیدن به شرایط سن و سابقه قانونی، می‌تواند بازنشسته شود و اگر خدای ناکرده پس از رسیدن به سن بازنشستگی فوت کند، بازماندگان وی بر مبنای مقررات تأمین اجتماعی و در صورت احراز شرایط قانونی، تحت پوشش بیمه قرار می‌گیرند. نرخ دیگر حق بیمه زنان خانه‌دار و دختران ۱۴ درصد است که خدمات بازنشستگی و فوت قبل و بعد از بازنشستگی برای این نرخ پرداخت حق بیمه تعریف شده است. کامل‌ترین نوع خدمات هم در نرخ ۱۸ درصد است که شامل بازنشستگی، از کارافتادگی و فوت است. در سال ۱۴۰۱ و بر مبنای حداقل دستمزد مصوب شورای عالی کار برای این سال، در شش ماهه دوم این سال حداقل حق بیمه زنان خانه‌دار و دختران در صورت انتخاب نرخ ۱۲ درصد حدود ۵۰۲ هزار تومان، در صورت انتخاب نرخ ۱۴ درصد حدود ۵۸۵ هزار تومان و در صورت انتخاب نرخ ۱۸ درصد حدود ۷۵۲ هزار تومان است. (<https://www.tamin.ir/News/Item/141130>)

۳. مشکل ساختاری بیمه کشور

در گزارشی که تحت عنوان «بیمه رایگان همگانی عملیاتی شد» در روزنامه جوان مورخه ۲۵ اردیبهشت ۱۴۰۱ با مصاحبه با معاون بیمه و خدمات سلامت سازمان بیمه سلامت نوشته شده حاکی از آن است که؛ ساختارهای بیمه‌ای کشورمان سال‌هاست که مشکل دارد و بیمه‌های مختلف سفره متفاوتی از خدمات را در برابر افراد جامعه پهن کرده است. برخی صندوق‌های بیمه‌ای صفر تا صد هزینه‌ها را پوشش می‌دهند و برخی دیگر تنها در صد ناچیزی از بار درمان را از دوش بیمه شدگان بر می‌دارند. با تمام اینها باز هم درصد قابل توجهی از افراد جامعه فاقد هر گونه حمایت بیمه‌ای هستند که طبق آمارهای مختلف ارائه شده از سوی مسئولین مختلف چیزی بین ۶ تا ۹ میلیون نفر را شامل می‌شود. نکته قابل تأمل اینکه بخش مهمی از این افراد از طبقات ضعیف جامعه هستند و بار هزینه‌های درمان می‌تواند برایشان کمر شکن باشد. بر همین اساس دولت سیزدهم بنا دارد ۵/۵ میلیون نفر از افراد فاقد بیمه را زیر چتر بیمه ببرد و این بیمه برای سه دهک پایین جامعه رایگان است. «بر اساس اطلاعات مرکز آمار ایران تقریباً ۱۰ درصد جمعیت فاقد پوشش بیمه‌ای اعلام شده است، پیش‌بینی‌ها از تعداد افراد فاقد پوشش بیمه‌ای بین ۶ تا ۸ میلیون نفر متغیر است. به نظر می‌رسد کمینه ۶ میلیون نفر تقریباً محقق شده است که این شش میلیون نفر غالباً به سه دهک پایین درآمدی جامعه تعلق دارند»، وی ضمن تشریح روند بیمه شدن، ۵ میلیون و ۴۰۰ هزار نفر افراد فاقد بیمه از سه دهک پایین جامعه می‌افزاید: «این افراد تحت پوشش بیمه پایه قرار گرفته‌اند و طبق قانون می‌توانند از خدمات دولتی کامل برخوردار شوند و با اجرای طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع از خدمات بخش خصوصی نیز استفاده کنند. در بخش بستری ۹۰ درصد و در بخش سرپایی ۷۰ درصد از هزینه‌ها توسط سازمان بیمه سلامت ایران پرداخت می‌شود». معاون بیمه و خدمات سلامت سازمان بیمه سلامت در ادامه می‌گوید: «بر اساس بند د تبصره ۱۴ قانون بودجه سال ۱۴۰۱ مقرر شده که سه دهک پایین درآمدی در کشور از سوی وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی به ما معرفی شوند که خوشبختانه این امر محقق شده و تا کنون ۵ میلیون و ۳۹۷ هزار نفر به ما معرفی شدند و از ۱۷ اردیبهشت ماه این افراد تحت پوشش بیمه همگانی قرار گرفته و



می‌توانند از خدمات بیمه پایه همگانی بهره‌مند شوند». وی درباره خدمات بیمه سلامت برای سایر دهک‌ها هم اینگونه توضیح می‌دهد: «سازمان بیمه سلامت به هفت دهک بالای درآمدی هم فراخوان داده است که این افراد می‌توانند مراجعه کنند و براساس آزمون وسع و با پرداخت درصدی از مشارکت در پرداخت حق بیمه تحت پوشش بیمه قرار گیرند. بر اساس قانون این افراد می‌توانند بسته به دهک درآمدی با مشارکت در پرداخت سهمی از حق بیمه از پوشش بیمه‌ای برخوردار شوند».

(چیدری، ۱۴۰۱: ۳).

۳-۱. هوشمندسازی تضمین پایداری منابع

مدیر کل دفتر مطالعات رفاه اجتماعی وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی در مصاحبه با خبرنگار روزنامه جوان در مورخه ۲۵ اردیبهشت ۱۴۰۱ در رابطه با بیمه رایگان اظهار می‌دارد «موضوع پوشش بیمه همگانی سال‌هاست که در کشور مطرح است؛ یک دوره در دولت قبل و همزمان با اجرای طرح تحول سلامت، افراد فاقد پوشش بیمه به صورت عمومی و رایگان تحت پوشش سازمان بیمه سلامت قرار گرفتند. سیاست مذکور به صورت کامل غیرهوشمند و غیرهدفمند انجام شد و افراد زیادی در حالی که توانایی پرداخت حق بیمه خود را داشتند و گروه هدف آن سیاست نبودند، از صندوق‌های دیگر به صندوق بیمه سلامت رایگان مهاجرت کردند و بار مالی زیادی بر دوش دولت و بیمه‌ها تحمیل کردند که به همین علت قابلیت ادامه در سال‌های بعد پیدا نکرد». وی با اشاره به تأکید اسناد بالادستی از جمله سیاست‌های کلی سلامت، قانون برنامه ششم توسعه و قانون بودجه سنواتی سال جاری برای بیمه افراد فاقد بیمه ادامه می‌دهد: «این عزم جدی در دولت و وزارت رفاه وجود داشت که مسئله پوشش بیمه برای آحاد مردم را به صورت فعالانه پیگیری کند. بر همین اساس، شناسایی افراد فاقد بیمه سه دهک پایین انجام شد تا طی همکاری با سازمان بیمه سلامت تحت پوشش قرار بگیرند».

(چیدری، ۱۴۰۱: ۳).

۴. مستندهای قانونی

۴-۱. قانون حمایت از کودکان و نوجوانان بی سرپرست و بدسرپرست

قانون حمایت از کودکان و نوجوانان بی سرپرست و بدسرپرست مصوب ۱۳۹۲ از قانون سابق متضمن حمایت‌های بیشتری از اطفال و نوجوانان بی سرپرست و بدسرپرست است. در این قانون بر مصلحت کودک و نوجوان تأکید زیادی شده است و برای تأمین امور و منافع مادی و معیشتی کودکان و نوجوانان مانند استفاده آنان از بیمه عمر یا مستمری و حقوق وظیفه توجه خاصی مبذول شده است؛ گرچه قانون سابق مشمول کودکان زیر ۱۲ سال بود لیکن این قانون دایره شمولیت قانون را تا ۱۶ سال افزایش داد. نکته مهم قانون جدید مشمول بودن آن نسبت به کلیه اتباع ایرانی است چه در ایران چه در خارج از کشور اقامت داشته باشند. (ایرج زاده، ۱۳۹۷: ۱۷۷).

۴-۲. قانون تشکیلات و وظایف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

ماده ۱: وظایف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی عبارتند از:

- ۱_ تدوین و ارائه سیاست‌ها، تعیین خط مشی‌ها و نیز برنامه‌ریزی برای فعالیت‌های مربوط به تربیت نیروی انسانی گروه پزشکی پژوهش، خدمات بهداشتی، درمانی، دارویی، بهزیستی و تأمین اجتماعی.
- ۲_ تأمین بهداشت عمومی و ارتقاء سطح آن از طریق اجرای برنامه‌های بهداشتی خصوصاً در زمینه بهداشت محیط، مبارزه با بیماری‌ها، بهداشت خانواده و مدارس آموزش بهداشت عمومی، بهداشت کار و شاغلین با تأکید بر اولویت مراقبت‌های بهداشتی اولیه، به ویژه بهداشت مادران و کودکان با همکاری و هماهنگی دستگاه‌های ذیربط. (قانون تشکیلات و وظایف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۶۷).



دانشگاه آزاد اسلامی مراغه با همکاری گروه های پژوهشی حقوق شهروندی و حقوق بین الملل سلامت مرکز تحقیقات حقوق

کنفرانس ملی ارتقای سلامت شهری جمعیتی پزشکی فراروی

NATIONAL CONFERENCE ON HEALTH PROMOTION & IT'S LEGAL & MEDICAL CHALLENGES



۳-۴. تغییر در نگرش، لازمه تغییر در قانون

تصور نمایید زنی که سالها با صمیمیت در خانه شوهر زندگی نموده و با اعتقاد به اینکه او و شوهرش، وجود یگانه‌ای هستند که دوگانگی در بینشان وجود ندارد، و با اعتقاد به اینکه این خانه و آینده آن و عمران و آبادی آن از آن اوست نهایت خدمت و مجاهدت را در عمران و آبادی خانه انجام می‌دهد و جوهره جان و نیروی جوانی و سلامت جسمانی خود را قربانی این خانه می‌کند و از وجود خویش برای سعادت و رفاه این خانه مایه می‌گذارد، چنانچه شوهر پس از سالها زندگی مشترک چنین همسر زحمتکش و رنج دیده‌ای را طلاق دهد آیا در اینجا باز اخلاق اصل صفت و فرشته عدالت می‌تواند ساکت نشسته و نظاره‌گر این بی‌عدالتی‌ها باشد؟ با اینکه انصاف و عدالت حکم می‌کند که زن در امور مالی مانند امور غیرمالی شریک زندگی شوهر باشد و ظالمانه است زنی پس از سالها زندگی صادقانه با شوهر، ناگهان خود را بی‌پناه و دور از خانه و کاشانه و پشتوانه مالی ببیند و از امکانات و اموالی که در تحصیل آن به گونه‌ای نقش داشته با انحلال نکاح محروم گردد. (مقصودی، ۱۳۹۱: ۵۴).

قانون حمایت خانواده در ماده ۲۹ در ارتباط با حقوق مالی زن بعد از طلاق، تعیین اجرت‌المثل ایام زوجیت را بر اساس تبصره ماده ۳۳۶ قانون مدنی پیش‌بینی کرده است که بر اساس آن «چنانچه زوجه کارهایی را که شرعاً بر عهده وی نبوده و عرفاً برای آن کار اجرت‌المثل باشد به دستور زوج و با عدم قصد تبرع انجام داده باشد و برای دادگاه نیز ثابت شود، دادگاه اجرت‌المثل کارهای انجام گرفته را محاسبه و به پرداخت آن حکم می‌نماید.» و بر این اساس حق دریافت اجرت‌المثل زن بعد از فوت شوهر نیز وجود دارد.

با توجه به مطالب مذکور آیا وقت آن نرسیده که در مسئله تحت تکفل بودن زن و شرایط آن بعد از طلاق و یا ازدواج موقت با توجه به مدت زمان زناشویی، در قوانین بیمه‌های زندگی و درمان نیز بازنگری‌هایی صورت گیرد؟

۵. بیمه و جمعیت سالمندی

با توجه به روند تغییرات جمعیتی و اینکه طی چند دهه‌ی آینده با جمعیتی سالمند مواجه خواهیم بود (مخصوصاً در کشورهای در حال توسعه) و این واقعیت که سالمند شدن بار مسئولیت خانواده فرد سالمند را افزایش داده و از نظر مالی هزینه‌بر هستند، برنامه‌ریزی جدی جهت طراحی برنامه‌های بیمه‌ای سالمندان و همچنین تخصیص منابع برای اجرای آن ضرورت پیدا می‌کند. با پیر شدن مردم سراسر جهان، شیوع بیماری‌های مزمن افزایش یافته و باعث استفاده بیش از حد و فشار آوردن بر نظام خدمات اجتماعی و ارائه حقوق بازنشستگی می‌شود، چرا که با بالا رفتن سهم افراد بازنشسته، بر تعداد مستمری بگیران افزوده شده و از تعداد کارگرانی که باید حق بیمه بپردازند، کاسته خواهد شد. بدین ترتیب، انتقال منابع از جمعیت فعال به جمعیت بازنشسته، تأمین کننده نیازهای بازنشستگان نخواهد بود. به همین دلیل، کشورهایی که بیشترین تأثیر را از این تغییر گرفته‌اند، مانند اروپا و ایالت متحده، سیاست‌های مختلفی چون افزایش سن بازنشستگی، افزایش نرخ حق بیمه، گسترش پوشش تأمین اجتماعی و بالا بردن سطوح مالیاتی مزایای تأمین اجتماعی را به کار بسته‌اند. تمامی این مسائل حکایت از آن دارند که اگرچه پیری جمعیت یک مسئله جمعیت‌شناختی و اپیدمیولوژیک است، اما به راه‌حل‌های اجتماعی، اقتصادی و مدیریتی خدمات بهداشتی مربوط به آن، نیاز فراوان دارد. با توجه به نیاز فزاینده به مراقبت‌های سالمندی، سیستم بهداشت و درمان ناچار از جلب حمایت شبکه‌های اجتماعی برای برآورده نمودن این نیازها می‌باشد. روش‌های تأمین مالی مختلفی برای هزینه‌های بخش بهداشت و درمان وجود دارد، استفاده از برنامه‌های بیمه‌ای برای پوشش هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی و درمانی سالمندان یکی از روش‌هایی است که می‌توان به آن اتکا کرد، به طوری که برنامه‌های بیمه‌ای معین می‌تواند رفاه فیزیکی، عاطفی به خصوص اقتصادی سالمندان را افزایش دهد. بنابراین، فراگیر شدن برنامه‌های پوشش بیمه‌ای برای سالمندان، به عنوان نمونه‌ای



از شبکه‌های حمایتی، می‌تواند یکی از بسترهای مناسب برای مقابله با مشکلات سالمندی را فراهم نماید. (پور رضا، صوفی، بازاریار، رنجبر عزت‌آبادی و بهزادی ۱۳۹۳: ۱۱۹).

۶. وضع زنان در نظام‌های بیسمارکی و بورجی

رابطه تنگاتنگی بین دولت رفاه و وضع زنان در جامعه وجود دارد. دولت رفاهی در یک معنا رسمیت دادن به کار غیر رایگان زنان است. زنان، شهروندی اجتماعی و شهروندی سیاسی را خیلی دیر به دست آوردند. مادام که زنان کار نکنند شهروند درجه دو اجتماعی باقی می‌مانند. زنان که به گفته هگل^۳ «ذاتاً تبعیدیان اجتماعی» هستند حق شهروندی یا اجتماعی را با واسطه پدر، فرزند، و شوهر اعمال می‌کنند. نخستین بیمه‌های اجتماعی بیسمارکی به آنان «غیر مستقیم» اعطا می‌کرد، چرا که فقط کسی که کار می‌کرد دریافت غرامت داشت. زنان «ذوی الحقوق» شوهران یا مردانی بودند که بدون علقه ازدواج با او زندگی می‌کردند البته اصطلاح رایج و در عین حال مبهمی بود. بدین سان در صورت طلاق یا جدایی یا بیوگی وضع متزلزلی پیدا می‌کردند زنان کارگر مستقل (نظیر کشاورزان یا کسبه) و وضعیتشان بدتر بود. بسیاری از زنان تا سال ۱۹۷۰ در فقر و بدبختی به سر می‌بردند. تغییر وضع زنان حاصل دو عامل است: حقوق اجتماعی مرتبط با شهروندی در نظام‌های بورجی و فعالیت غیررایگان آنها.

عوامل چندی نیز موجب شد اوقات زنان آزاد شود، از جمله؛ مستمری‌هایی که به بستگان مستقیم یا فرزندان علیل آنها پرداخت می‌شود و رشد اقتصادی که فرصت‌های شغلی برایشان فراهم می‌آورد. در سال ۱۹۴۲ بورجی نسبت به وضع گذشته آنان زبان به اعتراض گشود: «باید که ما اکثر زنان شوهردار را چون کسانی در نظر بگیریم که به مشاغل حیاتی اشتغال دارند که بدون آنها دیگر نه شوهر می‌تواند کار کند و نه ملت بر جای بماند.» قانون بیمه همگانی در سال ۱۹۴۶ زنان را مستقیماً از غرامت‌های اجتماعی انگلستان منتفع ساخت. تعیین رابطه‌ی علیت در تأثیر متقابل تغییرات در خانواده و دولت رفاهی امر مشکلی است. طلاق و وضع فرزندان که بدون علقه ازدواج به وجود می‌آیند، نشانه‌ای از سقوط ارزش‌های اخلاقی و مذهبی، نشانه اولویت مسائل احساسی بر منافع در ازدواج‌های مدرن است یا نقش دولت رفاه در تشویق این رفتارها از طریق برعهده گرفتن هزینه «بچه‌های طلاق»؟ (مادپونی دانتیانو، ۱۳۸۱: ۷۰-۶۸).

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج به دست آمده نشان می‌دهد که با اقدامات اخیر در زمینه بیمه سلامت و تحت پوشش قرار دادن سه دهک پایین جامعه تا حدودی بیمه‌های پایه دختران بی‌سرپرست، زنان مطلقه، سالخورده و خودسرپرست مرتفع شده ولی در مورد بیمه‌های تکمیلی نیازمند توجه به قوانین، در خصوص خانواده، زنان، علی‌الخصوص زنان مطلقه و صیغه‌ای می‌باشیم و در زمینه بیمه‌های زندگی که متضمن بهداشت روانی و بهداشت جسمانی این اقشار می‌باشد عدم توجه به نتایج بلند مدت قوانین موجود در زمینه دختران تحت تکفل، زنان تحت تکفل، زنان مطلقه و صیغه‌ای موجب بعضی آسیب‌های اجتماعی و زیان‌های اقتصادی چه برای صندوق‌های بازنشستگی و یا دولت گردیده است و پیشنهاد می‌شود؛ تحقیق‌های پژوهشی در مورد رغبت و عدم رغبت دختران و زنان به اشتغال و تأثیر آن بر صندوق‌های بیمه‌ای و بازنشستگی و نیز تعیین مناسب‌ترین میزان حمایت که بهترین بازده را برای قشر زنان و علی‌الخصوص برای دختران و زنان بی‌سرپرست و زنان مطلقه و سالخورده را داشته باشد، صورت گیرد. زیرا که حمایت بیش از حد و یا خیلی کم می‌تواند برای جامعه آسیب‌های اجتماعی بیشتری در پی داشته باشد. و نیازمند تحقیقاتی

³ Friedrich Hegel



هستیم که حمایت‌های قانونی در این زمینه هدفمند شده و موجب عدم رغبت دختران و زنان به کار و اشتغال نشده و موجب بار مالی برای صندوق‌های بیمه‌ای و آسیب‌های اجتماعی نشود.

منابع و مآخذ

۱. امیری، الهام، هاشمی، سید محمد، رستمی، ولی و عباسی، بیژن (۱۳۹۸)، مطالعه تطبیقی حمایت‌های حقوقی از زنان در نظام مستمری بازنشستگی در حقوق آمریکا و ایران، *فصلنامه تحقیقات حقوقی تطبیقی ایران و بین‌الملل*، ۱۲(۴۶): ۲۳-۴۶.
۲. ایرج‌زاده، زهرا (۱۳۹۶)، تحلیل فقهی و حقوقی فرزندخواندگی دختران مجرد و زنان بی‌شوهر با تأکید بر قانون حمایت از کودکان و نوجوانان بی‌سرپرست و بدسرپرست مصوبه ۱۳۹۲، *فصلنامه تحقیقات حقوقی تطبیقی ایران و بین‌الملل*، ۱۱(۳۹): ۱۹۹-۱۷۷.
۳. بیرانوند، حسین، احمدی، علی‌اکبر و جوانمرد، مهدی (۱۳۹۶)، کارایی و اثربخشی برنامه بیمه سلامت همگانی از نظر سطح پوشش بیمه‌ای و عدالت توزیعی (مطالعه موردی در استان لرستان)، *فصلنامه مطالعه مدیریت و کارآفرینی*، ۳(۴): ۱-۱۴.
۴. پوررضا، ابوالقاسم، صوفی، مسلم، بازیار، محمد، رنجبر عزت‌آبادی، محمد و بهزادی، فرانک (۱۳۹۳)، بیمه سلامت و جمعیت سالمندی، *فصلنامه علمی پژوهشی ماب و تزکیه*، ۲۳(۳): ۱۱۱-۱۲۲.
۵. تفتیان، اکرم (بی تا)، تیم متفکران نوین مالی دکتر تفتیان، مروری بر تاریخچه تأمین اجتماعی در جهان و ایران، http://share.drtaftiyan.com/SC.php?type=component_sections&id=3&sid=489.
۶. چیدری، زهرا (۱۴۰۱)، بیمه رایگان همگانی عملیاتی شد، *روزنامه جوان*، ۲۵ اردیبهشت ۱۴۰۱.
۷. ربیعی، علی و چاهی، رضا (۱۳۹۸)، نقش بیمه سلامت در امنیت ملی جمهوری اسلامی ایران، *فصلنامه امنیت ملی*، ۹(۳۱): ۱۷۲-۱۳۷.
۸. زندی، شکراله، پوررضا، ابوالقاسم و صلواتی، صدیقه (۱۳۹۵)، بررسی الگوی مصرف و هزینه خدمات بستری سالمندان تحت پوشش سازمان بیمه سلامت ایران، *دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده بهداشت، گروه علوم و مدیریت و اقتصاد بهداشت*، ۲(۱): ۲۷-۱۵.
۹. سالنامه آماری کشور (۱۳۹۸)، مرکز آمار ایران، چاپ اول، تهران، دفتر ریاست روابط عمومی و همکاری‌های بین‌الملل.
۱۰. صادقی ولنی، زلیخا و غلامی سبیاکلرودی، مهدی (۱۳۹۵)، کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار، *دومین کنگره بین‌المللی توانمندسازی جامعه در حوزه مشاوره، خانواده و تعلیم و تربیت اسلامی*، تهران ۲۵ آذر ۱۳۹۶.
۱۱. صدیقی، سمیه و امینی، میلاد (۱۳۹۸)، مطالعه عوامل مؤثر در اجرای بیمه سلامت همگانی با استفاده از مدل معادلات ساختاری، *کنفرانس ملی بیمه سلامت، پوشش همگانی و مدیریت منابع مالی*، تهران ۱۹ شهریور ۱۳۹۹.
۱۲. فرهادیان، حسین و قربانی‌ده‌بالایی، حسن (۱۳۹۷)، بررسی نقش و جایگاه حقوق شهروندی در جامعه و آثار آن در خدمات بیمه سلامت، *کنفرانس بین‌المللی مطالعات بین‌رشته‌ای در مدیریت و مهندسی*، تهران ۸ تیر ۱۳۹۸.
۱۳. مادیونی دانتیانو، بناتریس (۱۳۸۱)، *بیمه‌ها و حمایت‌های اجتماعی*، ترجمه ایرج علی‌آبادی، چاپ اول، تهران، انتشارات مؤسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی.
۱۴. محمدبیگی، علی‌اعظم (۱۳۹۲)، *دانشنامه‌های بیمه برای خانواده*، چاپ اول، تهران، انتشارات دنیای اقتصاد.



۱۵. محمدزاده، مریم (۱۴۰۰)، استخراج ویژگی های اجتماعی افراد فاقد بیمه پایه در کشور به تفکیک جنسیت، منطقه زندگی، سن و دستمزد، فصلنامه تأمین اجتماعی، ۱۷(۶۲): ۸۵-۱۰۶.
۱۶. مقصودی، مراد (۱۳۹۱)، حق الزحمه خانه داری زنان، چاپ اول، تهران، انتشارات خرسندی.
۱۷. مهرداد، صالح (۱۳۹۸)، دستیابی به پوشش پایدار بیمه سلامت همگانی در کشور با استفاده از ارزیابی توانمندی خانوارها، براساس تجربه طرح بیمه سلامت همگانی رایگان، کنفرانس ملی بیمه سلامت، پوشش همگانی و مدیریت منابع مالی، تهران ۱۹ شهریور ۱۳۹۹.
۱۸. نیازی، محسن، رازقی مله، هادی، جشنی آرانی، عاطفه و متولیان، سیده صباح (۱۳۹۸)، بررسی نظام بیمه درمانی در ایران و مقایسه آن با سه کشور آمریکا، انگلیس و استرالیا، چهارمین کنفرانس بین المللی دستاوردهای نوین پژوهشی در علوم انسانی و مطالعات اجتماعی و فرهنگی، اصفهان ۲ مهر ۱۳۹۸.

19. <https://centinsur.ir/fa-IR/Portal/4998/page>

20. <https://www.behzisti.ir/news/55133>

21. <https://www.tamin.ir/News/Item/141130>



The Right of Orphaned Girls, Divorced, Elderly and Self-Supporting Women to Benefit from Public & Special Insurances in The Healthcare Sector

Maryam Shirian Nasl

Assistant Professor, Department of Criminal Law and Criminology, law Research Center, Maragheh Branch, Islamic Azad University, Maragheh, Iran (Corresponding Author)
Maryam.shiriyani@yahoo.com

Mona Rastkar Ali Madadi

Master Student of Criminal Law & Criminology, Maragheh Branch, Islamic Azad University, Maragheh, Iran
Rastkarmona4@gmail.com

Abstract

The issue of insurance and its impact on the economic, social and political issues of a society is not hidden from anyone and requires careful and thorough investigations. Therefore, in this article, with descriptive and analytical method, using library sources and reliable scientific sites, the right to benefit of orphaned girls, divorced, elderly and self-supporting women from general and special insurances in the health and treatment sector has been investigated, and the results show that It is that with the recent measures in the field of health insurance and covering the bottom three deciles of the society, the basic insurances for orphaned girls, divorced women, elderly and self-supporting women have been improved to some extent, but regarding supplementary insurances, it is necessary to pay attention to the laws regarding the family. We are women, especially divorced women and concubines, and in the field of life insurance, which guarantees the mental health and physical health of these groups, the long-term results of the existing laws in the field of dependent girls, dependent women, divorced women and concubines are not paid attention to. It has caused some social damages and economic losses for both pension funds and the government. In the field of basic insurance, the recent measures have been effective to some extent, but they are not enough. Therefore, in the field of supplementary and life insurance, which includes annuity and retirement and The rules are subject to revision.

Keywords: General Insurance, Orphan Girl, Healthcare, Orphan Woman, Divorced Woman