

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
معاونت حقوقی و امور مجلس

مجموعه سنجشی

قوانین، مقررات و آراء مربوط به بیمه سلامت

تحقیق، تنقیح و تدوین:

دکتر محسن نجفی خواه و همکاران

مرکز ملی تحقیقات حقوق سلامت

بهار ۱۴۰۲

ایران، قوانین و احکام

مجموعه تنقیحی قوانین ، مقررات و آراء مربوط به بیمه سلامت
تحقیق، تنقیح و تدوین: محسن نجفی خواه با همکاری الهام غیبی و محسن حسین
زاده، امید عبدالهیان، راضیه امانی، سید مصطفی احمدی.
نظارت: دکتر سید حمید جمال الدینی، علیرضا محفوظی
چاپ اول: بهار ۱۴۰۲
شناسه افزوده: بیمه، خدمات تشخیصی درمانی، تعرفه

نام کتاب: مجموعه تنقیحی قوانین و مقررات بیمه سلامت

چاپ اول: بهار ۱۴۰۲

صفحه: ۷۷۹

شمارگان: ۲۰۰



مرکز ملی تحقیقات حقوق سلامت

نشانی: اتوبان شهید همت بین شیخ فضل ا... نوری و شهید چمران، مرکز ملی تحقیقات

حقوق سلامت (واقع در دانشگاه علوم پزشکی ایران)

تلفن: ۸۶۷۰۲۰۳۸ - ۸۶۷۰۲۰۴۳

کلیه حقوق این اثر برای مرکز ملی تحقیقات حقوق سلامت محفوظ است.

فهرست مندرجات

صفحه	عنوان
آ	فهرست تاریخی
۱	پیشگفتار
۳	مقدمه
۱۵	بخش اول - قانون اساسی و سیاست‌های کلی نظام
۲۱	بخش دوم - قوانین
۱۲۹	بخش سوم - مصوبات شورای عالی انقلاب فرهنگی
۱۳۵	بخش چهارم - مقررات
۱۸۷	بخش پنجم: اساسنامه‌ها
۲۱۹	بخش ششم: آرای هیئت عمومی دیوان عدالت اداری

فهرست تاریخی

فهرست مندرجات.....	أ
پیشگفتار.....	۱
مقدمه.....	۳
بخش اول: قانون اساسی و سیاست‌های کلی نظام.....	۱۵
از قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران مصوب ۱۳۵۸/۰۹/۱۲.....	۱۷
از سیاست‌های کلی ترویج و تحکیم فرهنگ ایثار و جهاد و ساماندهی امور ایثارگران مصوب ۱۳۸۹/۱۱/۲۶.....	۱۷
از سیاست‌های کلی سلامت مصوب ۱۳۹۳/۰۱/۱۸.....	۱۸
از سیاست‌های کلی جمعیت مصوب ۱۳۹۳/۰۲/۳۰.....	۱۹
از سیاست‌های کلی تأمین اجتماعی مصوب ۱۴۰۱/۰۱/۲۱.....	۱۹
بخش دوم: قوانین.....	۲۱
از قانون تأمین اجتماعی مصوب ۱۳۵۴/۰۴/۰۳ با اصلاحات و الحاقات بعدی.....	۲۳
از لایحه قانونی نحوه اداره واحدهای بهداشتی و درمانی و آموزشی وزارت بهداشتی و بهزیستی مصوب ۱۳۵۸/۱۰/۱۲.....	۳۶
از قانون خدمت وظیفه عمومی مصوب ۱۳۶۳/۰۷/۲۹.....	۳۷
قانون اصلاح بند (ب) و تبصره ۳ ماده ۴ قانون تأمین اجتماعی مصوب تیر ماه ۱۳۵۴ مصوب ۱۳۶۵/۰۶/۳۰.....	۳۸
از قانون ارتش جمهوری اسلامی ایران مصوب ۱۳۶۶/۰۷/۰۷.....	۳۸
از قانون تشکیلات و وظایف وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی مصوب ۱۳۶۷/۰۳/۰۳.....	۳۹
قانون الزام سازمان تأمین اجتماعی به اجرای بندهای الف و ب ماده ۳ قانون تأمین اجتماعی مصوب ۱۳۶۸/۰۸/۲۱.....	۴۰
از قانون تشکیل وزارت دفاع و پشتیبانی نیروهای مسلح جمهوری اسلامی ایران مصوب ۱۳۶۸/۰۵/۲۸.....	۴۲

- از قانون حقوق و مزایای مستمر ، پس انداز ثابت ، حق بیمه و بیمه درمانی مشمولین
 قانون ارتش جمهوری اسلامی ایران مصوب ۱۳۶۸/۱۰/۲۷ ۴۲
- از قانون مقررات استخدامی سپاه پاسداران انقلاب اسلامی مصوب ۱۳۷۰/۰۷/۲۱ ۴۳
- از قانون چگونگی اداره مناطق آزاد تجاری - صنعتی جمهوری اسلامی ایران مصوب
 ۱۳۷۲/۰۶/۰۷ ۴۳
- از قانون اساسنامه سازمان تأمین خدماتی درمانی پرسنل نیروهای مسلح جمهوری
 اسلامی ایران مصوب ۱۳۷۲/۱۰/۲۹ ۴۴
- قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور مصوب ۱۳۷۳/۰۸/۰۳ با اصلاحات و
 الحاقات بعدی ۴۷
- از قانون استخدامی وزارت اطلاعات مصوب ۱۳۷۴/۰۴/۲۵ ۵۹
- از قانون اصلاح قانون مبارزه با مواد مخدر مصوب ۱۳۷۶/۰۸/۱۷ با اصلاحات بعدی ۶۰
- از قانون بیمه اجتماعی رانندگان حمل و نقل بار و مسافر بین شهری مصوب
 ۱۳۷۹/۰۲/۱۸ با اصلاحات بعدی ۶۱
- از قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت مصوب ۱۳۸۰/۱۱/۲۷ ۶۱
- از قانون حمایت از تأسیس و اداره مجتمع های بزرگ و متمرکز قالی بافی مصوب
 ۱۳۸۰/۱۲/۲۲ ۶۲
- قانون ساماندهی بهداشت و درمان براساس اصول سوم (۳) ، بیست و نهم (۲۹) و
 چهل و سوم (۴۳) قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران مصوب ۱۳۸۱/۱۰/۰۸ .. ۶۳
- از قانون استخدام نیروی انتظامی جمهوری اسلامی ایران مصوب ۱۳۸۲/۱۲/۲۰ با
 اصلاحات بعدی ۶۶
- از قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی مصوب ۱۳۸۳/۰۲/۲۱ ۶۷
- از قانون سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران مصوب ۱۳۸۳/۰۸/۱۶ ۷۹
- از قانون الحاق موادی به قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت (۱) مصوب ۱۵
 ۱۳۸۴/ ۰۸/ ۸۰
- از قانون تشکیل و اداره مناطق ویژه اقتصادی جمهوری اسلامی ایران مصوب
 ۱۳۸۴/۰۹/۰۵ ۸۰

- از قانون الزام سازمان‌های بیمه گر درمانی به پرداخت خسارت‌های متفرقه مصوب ۱۳۸۵/۰۷/۱۶ ۸۰
- از قانون بیمه انفرادی بیماران دیابتی و صعب‌العلاج بیماران سرطانی و بیماریهای خاص و ام. اس (MS) مصوب ۱۳۸۶/۰۲/۰۴ ۸۱
- قانون تعرفه گذاری خدمات پرستاری و تعدیل کارانه های پرستاری مصوب ۱۳۸۶/۰۴/۰۶ ۸۱
- از قانون مدیریت خدمات کشوری مصوب ۱۳۸۶/۰۷/۰۸ ۸۳
- از قانون بیمه های اجتماعی کارگران ساختمانی مصوب ۱۳۸۶/۰۸/۰۹ با اصلاحات و الحاقات بعدی ۸۳
- از قانون هدفمند کردن یارانه ها مصوب ۱۳۸۸/۱۰/۱۵ ۹۲
- از قانون بهبود مستمر محیط کسب و کار مصوب ۱۳۹۰/۱۱/۱۶ ۹۲
- قانون عدم لزوم بیمه مجدد اجباری شاغلین فصلی و ساکنین شهرهای با جمعیت کمتر از بیست هزار نفر که نزد صندوق بیمه اجتماعی روستاییان و عشایر بیمه می باشند مصوب ۱۳۹۰/۱۲/۲۴ ۹۳
- از قانون حداکثر استفاده از توان تولیدی و خدماتی در تأمین نیازهای کشور و تقویت آنها در امر صادرات و اصلاح ماده (۱۰۴) قانون مالیاتهای مستقیم مصوب ۱۳۹۱/۰۵/۰۱ ۹۳
- از قانون جامع خدمات رسانی به ایثارگران مصوب ۱۳۹۱/۱۰/۰۲ ۹۴
- از قانون حمایت خانواده مصوب ۱۳۹۱/۱۲/۰۱ ۹۶
- از قانون حمایت از کودکان و نوجوانان بی سرپرست و بدسرپرست مصوب ۱۳۹۲/۰۶/۳۱ ۹۶
- از قانون الحاق برخی مواد به قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت (۲) مصوب ۱۳۹۳/۱۲/۰۴ ۹۶
- از قانون تأسیس و اداره مدارس و مراکز آموزشی و پرورشی غیردولتی مصوب ۱۳۹۵/۰۹/۱۴ ۱۰۰
- از قانون احکام دائمی برنامه های توسعه کشور مصوب ۱۳۹۵/۱۱/۱۰ ۱۰۱

- از قانون برنامه پنجساله ششم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران (۱۴۰۰-۱۳۹۶) مصوب ۱۳۹۵/۱۲/۲۱ ۱۰۴
- از قانون حمایت از حقوق معلولان مصوب ۱۳۹۶/۱۲/۲۰ ۱۰۸
- از قانون حمایت از اطفال و نوجوانان مصوب ۱۳۹۹/۰۲/۲۳ ۱۰۹
- از قانون مالیات بر ارزش افزوده مصوب ۱۴۰۰/۰۳/۰۲ ۱۱۰
- از قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت مصوب ۱۴۰۰/۰۷/۲۴ ۱۱۱
- از قانون بودجه سال ۱۴۰۲ کل کشور مصوب ۱۴۰۱/۱۲/۲۴ ۱۱۷
- بخش سوم: مصوبات شورای عالی انقلاب فرهنگی..... ۱۲۹**
- از منشور حقوق و مسؤلیت های زنان در نظام جمهوری اسلامی ایران مصوب ۱۳۸۳/۰۶/۳۱ ۱۳۱
- از سیاستهای ارتقاء مشارکت زنان در آموزش عالی مصوب ۱۳۸۴/۷/۲۶ ۱۳۱
- از راهبردها و اقدامات ملی مربوط به جلوگیری از کاهش نرخ باروری و ارتقای آن متناسب با آموزه های اسلامی و اقتضائات راهبردی کشور مصوب ۱۳۹۱/۰۳/۰۲ ۱۳۱
- از مصوبه نقشه مهندسی فرهنگی کشور مصوب ۱۳۹۱/۱۲/۱۵ ۱۳۲
- از سند ملی علوم و فناوری های سلول های بنیادی مصوب ۱۳۹۲/۰۷/۲۳ ۱۳۲
- از مصوبه سند ملی گیاهان دارویی و طب سنتی مصوب ۱۳۹۷/۰۴/۲۵ ۱۳۲
- بخش چهارم: مقررات..... ۱۳۵**
- آیین نامه اجرایی ماده (۷) قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور مصوب ۱۳۷۴/۰۳/۱۷ با اصلاحات و الحاقات بعدی ۱۳۷
- ضوابط تعیین حداقل شمول و سطح خدمات پزشکی و داروی مورد تعهد بیمه خدمات درمانی مصوب ۱۳۷۴/۰۳/۲۴ با اصلاحات و الحاقات بعدی ۱۴۰
- دستورالعمل «نحوه نظارت بر امور بیمه خدمات درمانی همگانی» مصوب ۱۳۷۴/۰۴/۱۱ ۱۴۳
- آئین نامه چگونگی تشخیص و تعیین افراد نیازمند موضوع تبصره یک ماده (۱۴) قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور مصوب ۱۳۷۴/۰۵/۱۱ ۱۴۶

- آیین‌نامه اجرایی بیمه خدمات درمانی خویش فرمایان مصوب ۱۳۷۷/۰۴/۱۷ با اصلاحات و الحاقات بعدی ۱۵۰
- تعیین ضوابط مربوط به حداقل شمول و سطح خدمات پزشکی و دارو و لیست خدمات فوق تخصصی مشمول بیمه های مضاعف (مکمل) مصوب ۱۳۸۳/۰۱/۲۶ با اصلاحات بعدی ۱۵۳
- آیین‌نامه چگونگی ارائه خدمات درمانی به کارکنان وظیفه و عائله تحت تکفل آنها مصوب ۱۳۸۴/۰۴/۰۸ ۱۵۷
- از آیین‌نامه اجرایی ماده (۷) قانون هدفمند کردن یارانه ها مصوب ۱۳۸۹/۰۱/۳۱ ۱۶۰
- مصوبه شورای عالی رفاه و تامین اجتماعی در مورد مجاز بودن سازمان بیمه سلامت ایران در خصوص محول نمودن برخی از امور اجرایی و تصدی گری خود بر اساس ضوابط به موسسات کارگزاری مصوب ۱۳۹۴/۰۹/۱۶ ۱۶۱
- تصویب نامه در خصوص تکلیف سازمان بیمه سلامت ایران نسبت به پوشش و ارائه خدمات بیمه ای مصوب ۱۳۹۶/۰۳/۲۸ ۱۶۳
- آیین‌نامه اجرایی فصل سوم قانون جامع خدمات رسانی به ایثارگران مصوب ۱۳۹۶/۱۰/۲۰ با اصلاحات بعدی ۱۶۵
- آیین‌نامه اجرایی ماده (۱۲) قانون جامع خدمات رسانی به ایثارگران مصوب ۱۳۹۶/۱۰/۲۰ ۱۶۹
- آیین‌نامه اجرایی قانون تعرفه گذاری خدمات پرستاری و تعدیل کارانه های پرستاری مصوب ۱۴۰۰/۰۵/۰۶ ۱۷۲
- آیین‌نامه پرداخت اعضای هیأت علمی و پزشکان درمانی تمام وقت مصوب ۱۴۰۰/۰۵/۲۴ ۱۷۵
- تصویب نامه در خصوص محاسبه ضریب ریالی پزشکان و اعضای هیأت علمی تمام وقت جغرافیایی جهت خدمات ارائه شده در بخش اورژانس مصوب ۱۴۰۰/۰۵/۲۴ ۱۸۵
- تصویب نامه در خصوص پوشش بیمه های پایه برای خدمات نازایی و ناباروری مصوب ۱۴۰۰/۰۵/۲۴ ۱۸۶

- بخش پنجم: اساسنامه ها ۱۸۷**
- اساسنامه صندوق تأمین اجتماعی مصوب ۱۳۹۸/۰۴/۲۰ با اصلاحات بعدی ۱۸۹
- اساسنامه سازمان بیمه سلامت ایران مصوب ۱۳۹۰/۱۱/۰۹ با اصلاحات بعدی ... ۲۰۱
- از اساسنامه کمیته امداد امام خمینی (ره) مصوب ۱۳۹۴/۰۱/۱۵ ۲۱۳
- اساسنامه صندوق بیماری های خاص و صعب العلاج مصوب ۱۴۰۱/۰۵/۰۵ اصلاحات بعدی ۲۱۴
- بخش ششم: آرای هیئت عمومی دیوان عدالت اداری ۲۱۹**
- موضوع رأی: رد درخواست ابطال بخشنامه شماره (۴) درمان سازمان تأمین اجتماعی (در خصوص استفاده کلیه بیمه شدگان از کلیه خدمات پزشکی که وفق قسمت موخره همان ماده عبارتند از خدمات سرپایی، بیمارستان دارویی و آزمایشگاهی) مورخ ۱۳۷۳/۰۱/۲۵ ۲۲۱
- موضوع رأی: عدم ابطال بخشنامه شماره ۶/۱۸۸۵ - ۶۹/۲/۱ معاون امور درمان وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی. (در خصوص اختیارات قانونی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در تعیین نرخ هزینه خدمات درمانی و تعیین میزان مشارکت بیمه شده و سازمان خدمات درمانی در پرداخت هزینه خدمات درمانی در حد تعرفه های مربوط) مورخ ۱۳۷۵/۰۵/۲۰ ۲۲۳
- موضوع رأی: عدم ابطال بخشنامه شماره ۱۱۰۰/۱۹۹۷ - ۷۵ /۲/۳۰ سازمان بیمه خدمات درمانی. (در خصوص پرداخت حق بیمه خدمات درمان برای مدتی که همسر یا فرزند یا پدر و مادر کارمند از مزایای بیمه استفاده نکرده اند) ۲۲۶
- موضوع رأی: ابطال بند ۶ بخشنامه شماره ۱۶۸۹ - ۷۱/۲/۲۸ وزیر بهداشت درمان و آموزش پزشکی. (در خصوص میزان سرانه تأمین خدمات درمانی و نیز حدود این خدمات و تعهدات سازمان در قبال خدمات درمانی) مورخ ۱۳۷۷/۰۲/۲۶ ۲۲۸
- موضوع رأی: رد درخواست ابطال بخشنامه های شماره ۴۰/۱/۳۳۸۴۰ مورخ ۷۴/۱۲/۷ شرکت ملی پخش فرآورده های نفتی و ۷۱۲۷/۹ مورخ ۷۲/۶/۱۱ سرپرستی شعب بانک ملی استان همدان. (در خصوص تعرفه خدمات کمک دندانپزشکان تجربی) مورخ ۱۳۷۷/۰۵/۰۳ ۲۳۰

- موضوع رأی: عدم ابطال دستورالعمل شماره ۳۰۰۳/۸۰۴۰ مورخ ۱۳۷۵/۶/۱۹ اداره کل بیمه خدمات درمانی استان مازندران (در خصوص مسئولیت و اختیار وضع ضوابط و قواعد مربوط به انعقاد عقد بیمه با اشخاص و نحوه بررسی مدارک و اسناد پزشکی بیمه شوندگان) مورخ ۱۳۷۷/۰۹/۰۷ ۲۳۲
- موضوع رأی: ابطال بخشنامه ۴۷۳ فنی سازمان تأمین اجتماعی و بخشنامه شماره ۱۲۵۰۳/ن مورخ ۱۳۶۰/۵/۱۷ وزارت کار و امور اجتماعی (در خصوص احتساب ایام بیماری کارگران مشمول قانون کار جزو سابقه خدمت آنان) مورخ ۱۳۷۸/۱۰/۱۹ ۲۳۵
- موضوع رأی: عدم ابطال قسمت هائی از مصوبات جلسات مورخ ۱۳۷۴/۳/۲۱ و ۱۳۷۵/۱۰/۲ و ۱۳۷۶/۹/۲۳ هیأت وزیران. (در خصوص ابطال مصوبه مخالف با قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور) مورخ ۱۳۸۷/۱۲/۰۸ ۲۴۰
- موضوع رأی: عدم ابطال دستورالعمل سازمان تأمین اجتماعی در اخذ فرانشیز مورخ ۱۳۷۹/۰۱/۱۴ ۲۴۲
- موضوع رأی: ابطال بخشنامه شماره ۱۷ مستمری‌ها سازمان تأمین اجتماعی. (در خصوص برقراری مستمری برای از کار افتادگان) مورخ ۱۳۸۰/۰۶/۱۸ ۲۴۷
- موضوع رأی: ابطال بخشنامه شماره ۱/۱۱۱/۸۰۷/۲۸م مورخ ۱۳۷۹/۲/۳۱ سازمان تأمین خدمات درمانی پرسنل نیروهای مسلح جمهوری اسلامی ایران. (در خصوص اعتبار نسخ سال‌های پیشین) مورخ ۱۳۸۰/۰۷/۲۹ ۲۵۲
- موضوع رأی: ابطال بند ۶ صورت جلسه ششصد و هفتاد و چهارمین جلسه هیأت مدیره سازمان تأمین اجتماعی. (در خصوص عدم پرداخت هزینه‌های درمان غیر مستقیم توسط بیمه) مورخ ۱۳۸۰/۱۲/۱۴ ۲۵۵
- موضوع رأی: اعلام عدم تعارض آراء صادره از شعب ۶ و ۹ دیوان عدالت اداری. (در خصوص استفاده از خدمات درمانی سازمان تأمین اجتماعی) مورخ ۱۳۸۱/۰۷/۱۴ ۲۵۹
- موضوع رأی: ابطال بخشنامه شماره ۱/۲/ف/۲۸۲ مورخ ۱۳۸۰/۳/۱۲ شرکت بیمه ایران. (در خصوص هزینه معالجه صدمات بدنی و جرح) مورخ ۱۳۸۱/۰۸/۲۶ ۲۶۱

- موضوع رأی: ابطال بخشنامه ۹۶۶/ک مورخ ۱۳۷۸/۱/۲۸ معاون درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (در خصوص افزایش تعرفه پزشکان بخش خصوصی) مورخ ۱۳۸۱/۱۰/۲۹ ۲۶۵
- موضوع رأی: عدم ابطال دستور اداری شماره ۳/۲۷۵۷۱-۵۰۱۰ مورخ ۱۳۷۷/۱۲/۲۵ و ۵۰۱۰/۳/۳۸۷۵ مورخ ۱۳۷۸/۲/۱۹ سازمان تأمین اجتماعی. (در خصوص افزایش حق سرانه درمان صاحبان حرف و مشاغل آزاد) مورخ ۱۳۸۱/۱۱/۱۳ ۲۶۸
- موضوع رأی: ابطال دستورالعمل سازمان تأمین خدمات درمانی پرسنل نیروهای مسلح جمهوری اسلامی ایران در خصوص دریافت مبلغ ۸۰,۰۰۰ ریال بابت جریمه مفقود شدن دفاتر درمانی مورخ ۱۳۸۳/۰۳/۰۳ ۲۷۱
- موضوع رأی: عدم ابطال تبصره ۲ ماده ۱۰ آیین‌نامه اجرائی قانون الزام سازمان به اجرای بندهای (الف و ب) ماده ۳ قانون تأمین اجتماعی. (در خصوص پرداخت هزینه درمان بر اساس تعرفه های مصوب) مورخ ۱۳۸۳/۰۵/۲۵ ۲۷۴
- موضوع رأی: ابطال بخشنامه شماره ۱/۵۲۳۱ مورخ ۸۲/۲/۶ سازمان بازنشستگی کشوری. (در خصوص بیمه خدمات درمانی) مورخ ۱۳۸۳/۰۷/۲۶ ۲۷۷
- موضوع رأی: رد درخواست ابطال مصوبه سازمان بیمه خدمات درمانی اصفهان. (در خصوص عدم احتساب داروی مورد نیاز وی بر مبنای تعرفه بیمه توسط داروخانه) مورخ ۱۳۸۳/۰۸/۲۶ ۲۸۰
- موضوع رأی: تقاضای ابطال بخشنامه سازمان بیمه خدمات درمانی اصفهان. (در خصوص عدم احتساب داروی مورد نیاز وی بر مبنای تعرفه بیمه توسط داروخانه) مورخ ۱۳۸۳/۰۹/۲۲ ۲۸۲
- موضوع رأی: ابطال دستور العمل شماره ۱۹۰۶۴ مورخ ۷۲/۱۲/۲۲ سازمان تأمین اجتماعی در مورد اصلاح ماده ۱۰ آئین نامه اجرایی قانون الزام سازمان تأمین اجتماعی به اجرای بندهای الف و ب ماده ۳ قانون تأمین اجتماعی مصوب اسفند ماه ۱۳۷۲. (در خصوص پذیرش بیماران بیمه شده تأمین اجتماعی و دریافت هزینه های انجام شده را براساس تعرفه های مصوب ازسازمان تأمین اجتماعی) مورخ ۱۳۸۳/۱۰/۰۶ ۲۸۴

موضوع رأی: عدم ابطال بخشنامه شماره ۵۰۱۵/۸۱ مورخ ۱۳۷۹/۱/۱۷ معاون فنی و درآمد سازمان تأمین اجتماعی. (در خصوص بر پرداخت حق بیمه بیمه شدگان اختیاری در قبال برخورداری از خدمات درمانی) مورخ ۱۳۸۴/۰۱/۲۱ ۲۸۷

موضوع رأی: عدم ابطال دستورالعمل شماره ۵۰۱۰/۳/۳۸۷۵ مورخ ۱۳۷۸/۲/۱۹ سازمان تأمین اجتماعی. (در خصوص چگونگی انجام بیمه و نرخ حق بیمه و همچنین میزان مزایای مربوط به بیمه شدگان اختیاری و صاحبان حرف و مشاغل آزاد) مورخ ۱۳۸۴/۰۶/۱۳ ۲۹۱

موضوع رأی: رد درخواست ابطال دستورالعمل های شماره ۵۰۰۰/۱۱۰۴۷۴ مورخ ۱۳۸۰/۱۲/۲۷ و ۵۰۱/۳۶۸۲۶ مورخ ۱۳۸۱/۴/۲۵ و ۵۰۰۰/۱۱۷۳۹۵ مورخ ۱۳۸۱/۱۲/۲۸ سازمان تأمین اجتماعی. (در خصوص حمایت های درمانی سازمان تأمین اجتماعی نسبت به بیمه شده اصلی و خانواده او) مورخ ۱۳۸۴/۰۸/۲۸ ۲۹۵

موضوع رأی: ابطال مصوبه شماره ۶۰۲/۱۸۲۷۸۰ مورخ ۱۳۸۱/۱۱/۲۸ مدیرکل حقوقی سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور. (در خصوص تأمین صد درصد هزینه بیمه همگانی و مکمل جانبازان و درمان خاص آنها (صدمات ناشی از مجروحیت توسط دولت) مورخ ۱۳۸۴/۰۹/۰۶ ۲۹۹

موضوع رأی: رد درخواست ابطال مصوبه شماره ۶/۱۴۵۴۵۹ مورخ ۱۳۸۱/۱۱/۰۶ شورای عالی بیمه خدمات درمانی. (در خصوص عدم پرداخت هزینه های درمانی توسط سازمان اسناد پزشکی با استناد به مصوبه شورای عالی بیمه خدمات درمانی) مورخ ۱۳۸۴/۱۰/۲۵ ۳۰۲

موضوع رأی: رد درخواست ابطال بخشنامه شماره ۱۱۰۰/۴۰۴۱۰ مورخ ۱۳۸۲/۲/۸ سازمان بیمه خدمات درمانی. (در خصوص نرخ سرانه بیمه شدگان) مورخ ۱۳۸۴/۱۱/۰۲ ۳۰۴

موضوع رأی: رد درخواست ابطال بخشنامه سازمان تأمین اجتماعی در مورد وصول حق سرانه بجای حق درمان از مستمری بازنشستگی مورخ ۱۳۸۴/۱۱/۱۶ ۳۰۶

موضوع رأی: رد درخواست ابطال بخشنامه شماره ۱۱۳۰/۴۹۳۶۲ مورخ ۱۳۸۱/۱۲/۲ سازمان بیمه خدمات درمانی کشور مورخ ۱۳۸۴/۱۲/۱۳ ۳۰۸

- موضوع رأی: رد درخواست ابطال بخشنامه شماره ۱۱۰۰/۴۱۷۲۷ مورخ ۱۳۸۱/۱۰/۱۰ سازمان بیمه خدماتی درمانی. (در خصوص خارج کردن تعهد پرداخت هزینه‌های بستری بیش از شش ماه در سال سازمان بیمه خدمات درمانی) مورخ ۱۳۸۴/۱۲/۱۴ ۳۱۰
- موضوع رأی: رد درخواست ابطال بخشنامه در خصوص تقاضای محرومیت از حقوق اجتماعی (بیمه) و اعاده حقوق. (در خصوص بیمه کارگران قالبباف) مورخ ۱۳۸۵/۰۳/۰۷ ۳۱۲
- موضوع رأی: نقض رأی صادره در پرونده کلاسه ۲۰۰۲/۸۴ شعبه دوازدهم تجدیدنظر دیوان عدالت اداری. (در خصوص عدم اعطاء اختیار تعیین تاریخ شروع بیماری شخص بیمه شده به کمیسیون مقرر در ماده ۹۱ قانون تأمین اجتماعی) مورخ ۱۳۸۵/۰۵/۰۱ ۳۱۴
- موضوع رأی: رد درخواست ابطال بخشنامه‌های شماره ۱۱۰۸ مورخ ۱۳۸۲/۵/۴ و ۳۲۶۹ مورخ ۱۳۷۹/۱۰/۳ و ۲۰۶۵ مورخ ۱۳۸۲/۸/۱۳ اداره تأمین اجتماعی کاشان، ابطال ماده ۴ قرارداد منعقد با اداره کل بیمه خدمات درمانی استان اصفهان، ابطال بخشنامه‌های شماره ۱۳۰۳/۲۳/۱۳۷۶ مورخ ۱۳۸۲/۶/۲۶ اداره بیمه خدمات درمانی کاشان و ۱۳۰۳/۱۲/۶۴۴۷ مورخ ۱۳۸۲/۶/۱۵ اداره کل بیمه خدمات درمانی استان اصفهان. (در خصوص تعیین سقف برای سطح خدمات پزشکی و ایجاد محدودیت در پذیرش نسخ توسط بیمه خدمات درمانی) مورخ ۱۳۸۵/۰۶/۲۶ ۳۱۶
- موضوع رأی: ابطال مصوبه هفتادو پنجمین جلسه شورای عالی بیمه خدمات درمانی مورخ ۱۳۸۱/۱۰/۲۲ موضوع بخشنامه شماره ۱۴۵۴۵۹/۶/س مورخ ۱۳۸۱/۱۱/۶ دبیر شورای عالی بیمه خدمات درمانی و بخشنامه ۱۰۰۶/۳۶۱/د/ب مورخ ۱۳۷۹/۱/۲۹ رئیس شورای عالی فنی سازمان بیمه خدمات درمانی. (در خصوص عدم ادای حقوق قانونی بیمه شدگان دولت توسط، سازمان بیمه خدمات درمانی کارکنان دولت) مورخ ۱۳۸۵/۰۷/۰۲ ۳۱۹
- موضوع رأی: ابطال بند ۲ قسمت (الف) بخشنامه شماره ۱۴ امور بیمه شدگان، ابطال دستور اداری شماره ۵۲/۶۰۱۳۵ مورخ ۱۳۸۰/۷/۱۵ و ابطال بند (الف) بخشنامه

شماره یک جدید بازرسی کارگاه‌ها. (در خصوص نحوه پرداخت غرامت دستمزد کارگرانی که در استراحت پزشکی بسر می‌برند) مورخ ۱۳۸۵/۰۷/۳۰ ۳۲۷

موضوع رأی: ابطال مصوبه جلسه هفتاد و پنجم شورای عالی بیمه خدمات درمانی کشور و دستورالعمل شماره ۱۰۰/۵۳۱۵۱/ب مورخ ۱۳۸۱/۱۲/۲۹ سازمان بیمه خدمات درمانی کشور. (در خصوص عدم پرداخت هزینه‌های خدمات درمانی بستری بیمه شدگان را در مراکز فاقد قرارداد همکاری با سازمان بیمه خدمات درمانی جز در موارد اورژانس) مورخ ۱۳۸۵/۰۹/۲۶ ۳۳۳

موضوع رأی: ابطال مصوبه جلسه هفتاد و پنجم شورای عالی بیمه خدمات درمانی کشور و دستورالعمل شماره ۱۰۰/۵۳۱۵۱/ب مورخ ۱۳۸۱/۱۲/۲۹ سازمان بیمه خدمات درمانی کشور. (در خصوص عدم پرداخت هزینه‌های خدمات درمانی بستری بیمه شدگان را در مراکز فاقد قرارداد همکاری با سازمان بیمه خدمات درمانی جز در موارد اورژانس) مورخ ۱۳۸۵/۰۹/۲۶ ۳۳۶

موضوع رأی: اعلام تعارض آراء صادره از شعب ۴، ۸، ۹ و ۱۱ تجدیدنظر دیوان عدالت اداری. (در خصوص خواسته الزام به پرداخت هزینه‌های درمان) مورخ ۱۳۸۵/۱۰/۰۳ ۳۳۹

موضوع رأی: اعلام تعارض آراء صادره از شعب ۲ و ۶ تجدیدنظر دیوان عدالت اداری. (در خصوص الزام سازمان سازمان بیمه خدمات درمانی به پرداخت هزینه‌های درمانی و بیمارستانی) مورخ ۱۳۸۵/۱۰/۰۳ ۳۴۴

موضوع رأی: اعلام تعارض آراء صادره از شعب ۲ و ۶ تجدیدنظر دیوان عدالت اداری. (در خصوص الزام سازمان سازمان بیمه خدمات درمانی به پرداخت هزینه‌های درمانی و بیمارستانی) مورخ ۱۳۸۵/۱۰/۰۳ ۳۵۰

موضوع رأی: عدم ابطال بخشنامه شماره ۱۱۰۷۴۹۵/ب مورخ ۸۳/۲ معاون بیمه و درمان سازمان بیمه خدمات درمانی. (در خصوص حدود وظایف و اختیارات و الزامات قانونی سازمان بیمه خدمات درمانی در تأمین و پرداخت هزینه خدمات درمانی واجدین شرایط با توجه به تعرفه‌ها و ضوابط قانونی) مورخ ۱۳۸۶/۰۲/۰۲ ۳۵۶

- موضوع رأی: رد درخواست ابطال مصوبه هفتادو پنجمین جلسه شورای عالی بیمه خدمات درمانی موضوع بخشنامه شماره ۱۴۵۴۵۹/۶/س مورخ ۱۳۸۱/۱۱/۶ مورخ ۱۳۸۶/۰۲/۲۶ ۳۵۹
- موضوع رأی: ابطال بخشنامه شماره ۱۶۰۲/۲۶۱۴ مورخ ۱۳۸۲/۸/۱۷ معاون طرح ها و برنامه‌های قوه قضائیه. (در خصوص تأمین صددرصد هزینه بیمه همگانی و مکمل جانبازان و درمان خاص آنها (صدمات ناشی از مجروحیت) توسط دولت) مورخ ۱۳۸۶/۰۳/۲۰ ۳۶۱
- موضوع رأی: رد درخواست ابطال مصوبه هفتادو پنجمین جلسه شورای عالی بیمه خدمات درمانی موضوع بخشنامه شماره ۱۴۵۴۵۹/۶/س مورخ ۱۳۸۱/۱۱/۶ مورخ ۱۳۸۶/۰۲/۲۶ ۳۶۴
- موضوع رأی: ابطال بخشنامه شماره ۱۶۰۲/۲۶۱۴ مورخ ۱۳۸۲/۸/۱۷ معاون طرح ها و برنامه‌های قوه قضائیه. (در خصوص تأمین صددرصد هزینه بیمه همگانی و مکمل جانبازان و درمان خاص آنها (صدمات ناشی از مجروحیت) توسط دولت) مورخ ۱۳۸۶/۰۳/۲۰ ۳۶۶
- موضوع رأی: ابطال بخشنامه شماره ۱۱۰۰/۲۳۲۷۸/پ مورخ ۱۳۸۳/۶/۱۱ معاون بیمه و درمان سازمان بیمه خدمات درمانی کشور (در خصوص الزام وزارت بهداشت به پرداخت هزینه‌های درمان کلیه مصدومان ترافیکی، جاده‌ای و رانندگی بدون هیچ گونه قید و شرطی) مورخ ۱۳۸۶/۰۴/۰۳ ۳۶۹
- موضوع رأی: عدم ابطال ذیل قسمت (ب) بند ۲ تصویب‌نامه شماره ۴۲۸۱/ت/۳۲۶۶۱ مورخ ۸۴/۲/۳۱ هیأت وزیران (در خصوص اعتراض به تبعیض بین بیمه شده اجباری و اختیاری در پرداخت فرانشیز) مورخ ۱۳۸۶/۰۴/۱۷ ۳۷۲
- موضوع رأی: ابطال بخشنامه ۴۰۲۰/۹۹۰۸۲ مورخ ۱۳۸۲/۱۰/۲۹ سازمان تأمین اجتماعی (در خصوص الزام تأمین و انجام تعهدات قانونی مربوط به درمان مشمولین قانون تأمین اجتماعی از طریق مطلق بخش‌های دولتی و در صورت نیاز از طریق بخش خصوصی با رعایت تعرفه‌های رسمی مربوطه) مورخ ۱۳۸۶/۰۵/۰۲ ۳۷۶
- موضوع رأی: رد درخواست ابطال بند ۳ تصویب‌نامه شماره ۶۶۰۷۰/ت/۳۴۳۴۳ ه مورخ ۱۳۸۵/۶/۷ هیأت وزیران و بخشنامه شماره ۶/۷۹۷۳۹/س مورخ ۱۳۸۵/۶/۸ معاون

- سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (در خصوص مرجع تعیین تعرفه درمانی در بخش خصوصی) مورخ ۱۳۸۶/۰۶/۰۴ ۳۸۱
- موضوع رأی: ابطال بخشنامه ۱۱۰۰/۱۹۵۶ مورخ ۷۷/۱۲/۲۶ سازمان تامین اجتماعی (در خصوص ارائه خدمات درمانی به مشمولان تأمین اجتماعی در موارد اورژانسی) مورخ ۱۳۸۶/۰۷/۰۸ ۳۸۶
- موضوع رأی: عدم ابطال نظریه ۱۵۰/ف/۲۱۱۴۳ مورخ ۱۳۸۲/۵/۱۹ تامین اجتماعی استان فارس و نظریه شماره ۵۹۵۹۳ مورخ ۱۳۸۲/۶/۲۵ اداره کل امور فنی بیمه شدگان سازمان تامین اجتماعی (در خصوص پرداخت حقوق و مزایای ایام بیماری و بارداری کارکنان) مورخ ۱۳۸۶/۰۷/۰۸ ۳۹۰
- موضوع رأی: رد درخواست ابطال بخشنامه شماره ۱۱۰۰/۱۳۶۸۱ مورخ ۸۳/۴/۱۳ موضوع راهبر نوین عقد قرارداد با مراکز درمانی و ارائه‌کننده خدمات تشخیص درمانی مورخ ۱۳۸۶/۰۷/۳۰ ۳۹۲
- موضوع رأی: عدم ابطال بند ۹-۲ دستورالعمل اجرائی بیمه مکمل نیروهای مسلح سازمان خدمات درمانی نیروهای مسلح جمهوری اسلامی ایران (در خصوص عدم پرداخت هزینه‌های درمانی بیماری همسر بیمه شده) مورخ ۱۳۸۶/۰۹/۱۸ ۳۹۴
- موضوع رأی: عدم ابطال دستورالعمل شماره ۴۰۲۰/۳۴۱۳۲ مورخ ۱۳۸۴/۴/۲۱ سازمان تامین اجتماعی. (در خصوص تعیین دامنه تعهدات درمانی و حداقل شمول و سطوح خدمات پزشکی و دارویی که انجام و ارائه آن در نظام خدمات درمانی بر عهده سازمان‌های بیمه گر می باشد) مورخ ۱۳۸۶/۱۰/۲۳ ۳۹۶
- موضوع رأی: ابطال بخشنامه شماره ۴۰۱۰/ک/۴۸۹۸۶ مورخ ۸۱/۶/۳ مدیرکل درمان مستقیم سازمان تامین اجتماعی. (در خصوص اعتراض به رای کمیسیون پزشکی در مورد از کارافتادگی کلی) مورخ ۱۳۸۷/۰۱/۱۸ ۳۹۸
- موضوع رأی: عدم ابطال بند ۵۴ بخشنامه شماره ۹ کارهای سخت و زیان‌آور مورخ ۱۳۸۱/۲/۲۹ سازمان تامین اجتماعی ۴۰۱
- موضوع رأی: رد درخواست ابطال تصویب‌نامه شماره ۱۴۲۷۵/ت/۲۴۰۰۹ ه مورخ ۱۳۸۰/۴/۴ هیأت وزیران. (در خصوص اعتراض به خارج کردن ۱۳۱ قلم دارو از پوشش بیمه) مورخ ۱۳۸۷/۰۹/۰۳ ۴۰۵

- موضوع رأی: عدم ابطال مصوبه شماره ۳۵۵۰۰/ت/۳۹۹۵۹ک مورخ ۸۷/۳/۸ موضوع تصویب تعرفه‌های تشخیصی و درمانی در بخش غیردولتی مورخ ۱۳۸۷/۲/۱۰ ۴۰۸
- موضوع رأی: ابطال بند ۳/۱ دستورالعمل شماره ۵۲/۳۰۳۸۰ مورخ ۱۳۷۵/۸/۲۸ سازمان تأمین اجتماعی.(در خصوص احتساب مدت خدمت در جبهه و مدت معالجه جانبازان از لحاظ محاسبه حقوق بازنشستگی) مورخ ۱۳۸۸/۰۵/۱۸ ۴۱۶
- موضوع رأی: عدم ابطال آیین‌نامه ادامه بیمه بطور اختیاری در قسمت تعیین نرخ حق بیمه به میزان ۲۶ درصد مورخ ۱۳۸۹/۰۲/۰۶ ۴۲۱
- موضوع رأی: رد درخواست ابطال بخشنامه شماره ۱۱۰۰/۴۱۴۸/ب مورخ ۸۲/۲/۹ شورای عالی فنی سازمان بیمه خدمات درمانی مورخ ۱۳۸۹/۰۶/۲۷ ۴۲۶
- موضوع رأی: عدم ابطال نامه‌های شماره ۱۴/۵۳۰۴ مورخ ۸۶/۴/۳ وزارت کشور و ۱۴۶۵۷ مورخ ۸۴/۵/۲ بیمه مرکزی ایران (در خصوص ارائه خدمات بیمه‌ای به اتباع بیگانه فاقد مجوز کار) مورخ ۱۳۸۹/۱۲/۱۶ ۴۲۸
- موضوع رأی: ابطال بخشنامه‌های شماره ۱۳۸۰/۱/۲۶-ح/م/۲/۳۰۲/۰۲/۴ و ۱۳۸۵/۹/۱۳-م/۲/۳۰۲/۰۲/۳۷ مدیرعامل سازمان تأمین خدمات درمانی نیروهای مسلح جمهوری اسلامی ایران در خصوص عدم پرداخت اضافه کسر شده بیمه درمانی مورخ ۱۳۹۰/۱۰/۲۶ ۴۳۱
- موضوع رأی: عدم ابطال دستور اداری شماره ۵۰۲۰/۸۴۰۲۶ مورخ ۱۳۸۰/۱۰/۵ حوزه معاونت فنی و درآمد سازمان تأمین اجتماعی درباره تغییر تکلیف کارفرما نسبت به پرداخت حق بیمه مورخ ۱۳۹۰/۱۱/۲۴ ۴۳۶
- موضوع رأی: اعلام تعارض در آراء صادر شده از شعب دیوان عدالت اداری (در خصوص الزام وزارت آموزش و پرورش به پرداخت ۷۵ درصد هزینه‌های درمانی مستخدمان دولت که در ماموریت خارج از کشور به سر می‌برند) مورخ ۱۳۹۱/۰۱/۲۸ ۴۴۱
- موضوع رأی: ابطال بند ۴ بخشنامه شماره ۳۱/۱۶۰-د/۳۱/۱۳ سازمان بیمه خدمات درمانی پرسنل نیروهای مسلح جمهوری اسلامی ایران مورخ ۱۳۹۱/۰۹/۰۶ ۴۴۴

موضوع رأی: ابطال جدول‌های نرخ تعرفه پزشکی تعیین شده توسط استانداری یزد در سال ۱۳۹۰ مورخ ۱۳۹۱/۱۱/۰۲ ۴۴۷

موضوع رأی: ابطال بند ۳ بخشنامه شماره ۶۰۴ فنی سازمان تأمین اجتماعی به لحاظ اینکه تاریخ از کار افتادگی بیمه شده را تاریخ تشکیل کمیسیون پزشکی تعیین کرده است. مورخ ۱۳۹۲/۰۱/۱۹ ۴۵۹

موضوع رأی: ابطال اعمال ماده ۹۲ قانون تشکیلات و آیین دادرسی دیوان عدالت اداری مصوب سال ۱۳۹۲ نسبت به ردیف‌های (الف) و (ب) بند ۴ مصوبه شماره ۲۱۴۶۳/ت/۵۰۵-۱۳۹۳/۲/۳۰ هیأت وزیران. (در خصوص تعرفه خدمات حرفه ای داروسازان در بخش خصوصی در سال ۱۳۹۳) مصوب ۱۳۹۳/۰۴/۱۶ ۴۶۵

موضوع رأی: ابطال نامه شماره ۲۳۶۲۷۴-۱۳۹۰/۱۱/۱۸ شعبه ۱۳ تأمین اجتماعی تهران (در خصوص الزام شرکت بهره برداری راه آهن شهری تهران و حومه به پرداخت مابه التفاوت حق بیمه جانبازان) مورخ ۱۳۹۳/۰۸/۰۵ ۴۶۹

موضوع رأی: عدم ابطال مواد (۱) تا (۴) آیین نامه اجرایی قانون اصلاح بند (ب) ماده (۴۴) قانون برنامه پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران موضوع تصویب نامه شماره ۱۹۷۲۸۴/ت/۴۷۶۸۴ هـ- ۱۳۹۱/۱۰/۰۹ هیأت وزیران (در خصوص تأمین صد در صد (۱۰۰٪) هزینه‌های درمانی ایثارگران شاغل و افراد تحت تکفل آنان توسط دستگاه اجرایی مربوطه و هزینه درمانی ایثارگران غیر شاغل و افراد تحت تکفل آنان توسط بنیاد شهید و امور ایثارگران) مورخ ۱۳۹۳/۰۸/۱۹ ۴۷۸

موضوع رأی: ابطال بند ۲۰ صورت جلسه مورخ ۱۳۸۵/۱۲/۲۲ هیئت امنای دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران (در خصوص اتخاذ تصمیم در مورد چگونگی ارائه خدمات درمانی) مورخ ۱۳۹۴/۱۱/۲۰ ۴۹۰

موضوع رأی: عدم ابطال بخشنامه شماره ۲۵۸۶۹۲۱-۱۳۹۴/۳/۱۶ دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی البرز (در خصوص تعرفه پزشکان در بخش خصوصی) مورخ ۱۳۹۴/۱۲/۱۸ ۴۹۷

موضوع رأی: پرداخت ۲ درصد از مستمری جانبازان برای برخورداری از خدمات درمانی بر عهده دولت است مورخ ۱۳۹۵/۰۸/۱۱ ۵۰۲

- موضوع رأی: عدم ابطال بخشنامه مورخ ۱۳۹۳/۱۰/۱۶ سازمان بیمه خدمات درمانی نیروهای مسلح(در خصوص تأمین صد درصد هزینه درمانی ایثارگران شاغل و افراد تحت تکفل آنان) مورخ ۱۳۹۶/۰۴/۱۳ ۵۰۸
- موضوع رأی: عدم صلاحیت دیوان برای رسیدگی به قواعدی که موجد وضع قاعده آمره نمیباشد(در خصوص هزینه های درمان و هزینه بیمه تکمیلی شاغلین و بازنشستگان ایثارگر و افراد تحت تکفل آنها) ۱۳۹۶/۰۴/۲۷ ۵۱۴
- موضوع رأی: ابطال قسمتی از بخشنامه شماره ۹۲۵۳-۱۳۹۰/۷/۹ سازمان امور مالیاتی کشور(خصوص مشمولیت مالیات بر ارزش افزوده به بیمه تکمیلی درمان) ۱۳۹۶/۰۵/۱۰ ۵۱۸
- موضوع رأی:عدم ابطال نامه شماره ۴۵۴-۱۶۰۱/۱۶۰۲۸۸۰-۱۳۹۴/۱۲/۵ معاونت حقوقی رئیس جمهور(در خصوص تعلق شرکت آتیه ساز حافظ به بیمه سلامت) مورخ ۱۳۹۶/۰۸/۲۳ ۵۲۵
- موضوع رأی:عدم صلاحیت هیئت عمومی دیوان عدالت اداری در رسیدگی به خواسته الزام هیئت وزیران به تعیین تعرفه فلوشیپ روان پزشکی مورخ ۱۳۹۶/۱۱/۲۴ ۵۳۲
- موضوع رأی: ابطال بخشنامه شماره ۱۰۵۰۹۰/۹۵-۱۳۹۵/۳/۳۰ سازمان بیمه سلامت ایران (در خصوص پوشش شمول بیمه ای خدمات روان پزشکی به موجب ویرایش دوم کتاب ارزش نسبی خدمات سلامت) مورخ ۱۳۹۶/۱۲/۲۲ ۵۳۷
- موضوع رأی: عدم ابطال بند ۱ مصوبه شماره ۳۷۲۹۳/۳۷۲۴۰-۱۳۹۶/۳/۲۱ هیئت وزیران (در خصوص کاهش تعرفه بیهوشی) مورخ ۱۳۹۷/۰۶/۱۲ ۵۴۹
- موضوع رأی: ابطال برخی کدهای کتاب ارزش نسبی خدمات سلامت موضوع تصویب نامه شماره ۷۰۳۵۸ ت/۷۰۳۵۸-۵۴۲۴۰ ه-۱۳۹۶/۶/۹ هیئت وزیران (در خصوص حق فنی داروخانه ها) مورخ ۱۳۹۷/۰۶/۲۰ ۵۵۹
- موضوع رأی: عدم صلاحیت (در خصوص اعمال محدودیت خدمات بیمه سلامت برای اعضاء خانواده بیمه سلامت همگانی) مورخ ۱۳۹۷/۰۷/۱۰ ۵۷۰
- موضوع رأی: ابطال مواد ۱۴، ۱۳، ۱۲ و ۱۱ از فصل سوم آیین نامه استخدامی شرکت سرمایه گذاری سازمان بیمه سلامت ایران مورخ ۱۳۹۷/۰۷/۱۰ ۵۷۷

موضوع رأی: ابطال بند ۲۱ از دفترچه تعرفه عوارض کسب و پیشه در خصوص مطب پزشکان، داروخانه‌ها و حرف پزشکی دیگر و بند ۹ ردیف ۵۹ از تعرفه برقراری عوارض سالیانه پارکینگ موقت برای مشاغل پزشکی مذکور، تعرفه سال ۱۳۹۶ مصوب شورای اسلامی شهر یزد مورخ ۱۳۹۷/۱۱/۰۲ ۵۹۳

موضوع رأی: ابطال عبارت «می‌تواند صرفاً با کسر دو هفتم از سهم حق بیمه پرداختی حقوق بگیران بیمه شده» از بند ۲ بخشنامه شماره ۲۱۱/۴۳۸۵/۱۹۴۱۸-پرداختی هر مؤدی بابت معالجه) ۱۳۹۸/۰۴/۱۱ ۶۰۱

موضوع رأی: اعمال ماده ۹۱ قانون تشکیلات و آیین دادرسی دیوان عدالت اداری مصوب سال ۱۳۹۲ نسبت به رأی شماره ۴۳۲-۱۳۹۶/۵/۱۰ هیئت عمومی دیوان عدالت اداری (در خصوص مالیات بر ارزش افزوده خدمات بیمه درمان) مورخ ۱۳۹۸/۱۰/۱۰ ۶۰۷

موضوع رأی: ابطال بخش ۵ از بند «ل» ماده ۱۰ دستورالعمل مورخ ۱۳۹۴/۴/۱۶ شورای عالی بیمه خدمات درمانی و بخش وابسته (بخش استثناء شده در بند «ب» کد ۵۱) مورخ ۱۳۹۸/۱۰/۲۴ ۶۱۳

موضوع رأی: ابطال «دستورالعمل تعرفه خدمات سرپایی دارویی در داروخانه های دولتی و خصوصی» مصوب وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی که طی شماره ۱۳۹۷/۱۲/۲۶-د/۱۰۱/۴۰۳۳ توسط مشاور وزیر و مدیرکل حوزه وزارتی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به رئیس سازمان غذا و دارو برای اجرا ابلاغ شده است. مورخ ۱۳۹۸/۱۱/۰۸ ۶۱۷

موضوع رأی: عدم ابطال بند ۲ تصویب نامه شماره ۵۱۶۲۵/ت/۱۵۴۶۲۱ هـ- استنوارتريت اوليه و استنوارتريت ثانويه) مورخ ۱۳۹۹/۰۳/۲۰ ۶۲۲

موضوع رأی : اعلام تعارض در آراء صادر شده از شعب دیوان عدالت اداری (عدم صلاحیت سازمان تأمین اجتماعی در کسر ۲٪ حق بیمه درمان از مستمری دریافتی جانبازان) مورخ ۱۳۹۹/۱۰/۰۹ ۶۲۷

- موضوع رأی: ابطال نامه شماره ۴۰۲۰/۹۷/۱۳۳۵-۱۳۹۷/۷/۹ مدیرکل درمان غیرمستقیم سازمان تأمین اجتماعی (عدم صلاحیت سازمان تأمین اجتماعی در تعیین حق الزحمه متخصصین بیهوشی در بخش های ویژه) مورخ ۱۳۹۹/۱۲/۱۲ ۶۳۲.....
- موضوع رأی: عدم ابطال مواد ۱- ۱۱، ۲- ۱۱، ۴- ۱۱، ۱۱- ۱۷، ۱۸، ۲۱، ۲۲- ۱، ۲۲، ۴۲، ۴۳، ۴۴، ۴۶، ۸۳ و ۸۴ بخشنامه تنقیح و تلخیص به شماره ۱۰۰۰/۹۶/۵۷۴۳ (مورخ ۱۳۹۶/۶/۱ حوزه معاونت فنی و درآمد سازمان تأمین اجتماعی) با موضوع: بازبینی، تجمیع و تلخیص بخشنامه ها و دستورات اداری مستمری از کارافتادگی مورخ ۱۴۰۰/۰۱/۲۸ ۶۴۱.....
- موضوع رأی : ابطال قسمتی از بخشنامه شماره ۲۰۰/۹۸/۴۴-۱۳۹۸/۵/۱۴ سازمان امور مالیاتی کشور (در خصوص عدم پذیرش حق بیمه های عمر و زندگی به عنوان هزینه قابل قبول مالیاتی) مورخ ۱۴۰۰/۰۲/۲۸ ۶۵۶.....
- موضوع رأی : ابطال بخشنامه شماره ۹۷/۶۴۵۵۳۳-۱۳۹۷/۱۱/۱۵ سازمان بیمه سلامت ایران (ایجاد محدودیت در استفاده از بیمه خدمات درمانی برای اشخاص) مورخ ۱۴۰۰/۰۳/۰۴ ۶۶۳.....
- موضوع رأی : اعلام تعارض در آراء صادر شده از شعب دیوان عدالت اداری (در خصوص هزینه کمک بارداری قانون تأمین اجتماعی) مورخ ۱۴۰۰/۰۳/۲۵ ۶۶۹.....
- موضوع رأی : رای به عدم صلاحیت یا غیر قابل طرح بودن در هیئت عمومی دیوان عدالت اداری در خصوص ابطال نامه های شماره ۳۰۷۳/۳۰۹۸/۰۱/۱۷۶-۱۳۹۸/۵/۱۴ و ۱۳۹۹/۲/۱۷-۱۷۶/۰۱/۹۹/۷۹۴ سازمان تأمین اجتماعی (در خصوص سقف مبلغ تعیین شده بیماران تحت پوشش تأمین اجتماعی در مراکز درمانی سازمان تأمین اجتماعی) مورخ ۱۴۰۰/۰۳/۲۵ ۶۷۳.....
- موضوع رأی: ابطال بند ۲ مصوبه شماره ۲۰۵ مورخ ۱۳۹۷/۵/۲۱ شورای عالی هماهنگی ترابری کشور (در خصوص غیراجباری بودن قراردادهای بیمه تکمیلی) مورخ ۱۴۰۰/۰۳/۲۵ ۶۸۱.....
- موضوع رأی : ابطال عبارت « کارفرمایان بیمه شدگان سازمان تأمین اجتماعی می توانند صرفاً از کسر سهم حق بیمه درمانی پرداختی حقوق بگیران بیمه شده از

- حقوق بیمه» در بخشنامه شماره ۲۰۰/۹۸/۴۴-۱۴/۵/۱۳۹۸ سازمان امور مالیاتی کشور مورخ ۱۴۰۰/۰۶/۰۲ ۶۸۹
- موضوع رأی: ابطال بندهای ۲ و ۳ نامه شماره ۲۰۰/۴۶۲۲/ص-۱۳۹۹/۴/۲ سازمان امور مالیاتی کشور ابطال شد. مورخ ۱۴۰۰/۰۶/۰۶ ۶۹۶
- موضوع رأی: با اعمال حکم مقرر در ماده ۹۱ قانون تشکیلات و آیین دادرسی دیوان عدالت اداری نسبت به رأی شماره ۱۴۰۸- ۱۳۹۷/۶/۲۰ هیئت عمومی دیوان عدالت اداری، رأی مذکور صرفاً در حدی که متضمن ابطال کدهای ۹۰۲۰۲۵ و ۹۰۲۰۲۶ موضوع تصویب نامه شماره ۷۰۳۵۸/ت/۷۰۳۵۸-۵۴۲۴۰هـ- ۱۳۹۶/۶/۲۹ هیئت وزیران است، نقض می شود و حکم به اعتبار حقوقی کدهای مذکور صادر می گردد. مورخ ۱۴۰۰/۰۶/۳۰ ۷۰۵
- موضوع رأی: ابطال تصویب نامه شماره ۱۳۲۴۹۶/ت/۵۵۸۳۸۵هـ- ۱۳۹۹/۱۱/۱۵ هیئت وزیران که متضمن اصلاح تعرفه های خدمات تشخیص و درمانی بخش خصوصی در سال ۱۳۹۹ است. مورخ ۱۴۰۰/۰۸/۰۴ ۷۱۱
- موضوع رأی: ابطال دستورالعمل شماره م ۹۵۹۸۸/۱۷۳/۴ - ۱۳۹۷/۱۲/۱ مدیرعامل سازمان بهداشت و درمان صنعت نفت با موضوع ایجاد محدودیت در ارائه خدمات درمانی به کارکنان شرکت ملی حفاری مورخ ۱۴۰۰/۰۸/۲۵ ۷۳۰
- موضوع رأی: ابطال بند ۱۷ مصوبه مورخ ۱۳۹۴/۶/۲۱ هیئت امنای دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان اصفهان درخصوص افزایش تعرفه خدمات سی تی اسکن ۱۶ و ۶۴ اسلایس مورخ ۱۴۰۱/۱۰/۱۳ ۷۳۸

پیشگفتار

تأمین منابع مالی پایدار یکی از مهم‌ترین چالش‌های نظام سلامت در سراسر جهان است. رشد سریع و فزاینده هزینه‌های بهداشت و درمان، نگرانی‌های زیادی را برای دولت‌ها و مردم سراسر جهان ایجاد کرده و به یکی از دغدغه‌های اصلی مدیران و تصمیم‌گیران در نظام‌های سلامت تبدیل شده است و گسترش مداوم فناوری‌های نوین و گران قیمت سلامت، افزایش انتظارات جوامع، افزایش بیماری‌های مزمن و سن جمعیت از دلایل رشد هزینه‌های بخش سلامت بوده است. با توجه به محدودیت جدی منابع تأمین مالی بخش سلامت و به‌ویژه چالش عمده دولت‌ها، تأمین نیازهای نامحدود افراد در زمینه مراقبت سلامت و همچنین نااطمینانی در بروز بیماری و نیاز به مراقبت سلامت، بهره‌گیری از سازوکارهای مناسب برای پیشگیری از اتلاف منابع مالی بخش سلامت و کنترل هزینه‌ها بسیار ضروری است. آمارهای بانک مرکزی ایران و مرکز آمار ایران نشان‌دهنده رشد فزاینده‌ی هزینه‌های کل نظام سلامت طی سال‌های اخیر است^۱ که این امر خود دلیلی بر اهمیت فراوان مقوله تأمین منابع مالی پایدار است^۲. اهمیت تأمین منابع مالی پایدار موجب شد که این مقوله در سیاست‌های کلی سلامت ابلاغی مقام معظم رهبری (مدظله‌العالی) به‌عنوان یکی از رئوس سیاست‌های نظام در بخش سلامت مورد تأکید واقع شود.

در نظام حقوقی ایران، از دیرباز استفاده از بیمه و اصول بیمه‌ای، در قانون اساسی، سیاست‌های کلی و قوانین و مقررات به‌عنوان شیوه مدیریت منابع مالی تجویز شده است. با تعیین سیاست‌های کلی سلامت در سال ۱۳۹۳ و ابلاغ آن توسط مقام معظم رهبری، مسیر حرکت قوای سه‌گانه در حوزه سلامت، مشخص گردید تا به‌گونه‌ای در

^۱ بر اساس داده‌های مرکز آمار و بانک مرکزی ایران این رقم از ۵۰,۳۰۶ میلیارد ریال در سال ۱۳۸۱ به بیش از ۱,۴۶۱,۶۶۴ میلیارد ریال در سال ۱۳۹۷ رسیده است. مرکز ملی تحقیقات حقوق سلامت (۱۴۰۱). گزارش «بررسی مخارج نظام سلامت در ایران»، تهران، ایران، شماره مسلسل: ۴۰۱۰۷۱۸، ص ۹.

^۲ همان، صص ۷-۱۰.

این زمینه برنامه‌ریزی نمایند «که بیمار جز رنج بیماری، دغدغه و رنج دیگری نداشته باشد». با این وجود اما علیرغم هزینه‌های بالای بیمه‌های سلامت برای دولت و جامعه، کیفیت خدمات بیمه‌ای آنچنان رضایت بخش نبوده و در عمل دارای کاستی‌هایی است و همین کاستی‌ها سبب توجه جدی به موضوع تحول بیمه‌های سلامت در سال‌های اخیر شده است. در این مسیر وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به‌عنوان تولید نظام سلامت از جمله بیمه سلامت^۳، وظیفه‌ی «سیاست‌گذاری‌های اجرایی، برنامه‌ریزی‌های راهبردی، ارزشیابی و نظارت» این حوزه را بر عهده دارد.

تحول در حوزه بیمه سلامت مستلزم همکاری بین قوای مقننه و مجریه است و لازمه نائل آمدن به حسن همکاری بین قوا، توجه و اشراف به سیاست‌های کلی نظام، شفافیت و دسترسی به ذخایر قانونی و مقرراتی و آراء صادره از دیوان عدالت اداری در حوزه بیمه سلامت است. به همین منظور مجموعه حاضر که محصول تلاش همکاران این معاونت در مرکز ملی تحقیقات حقوق سلامت است، در تلاش برای شناخت وضع موجود به جهت نیل به وضعیت مطلوب تدوین شده است و دربرگیرنده سیاست‌های کلی نظام، قوانین و مقررات تنقیح شده و معتبر و نیز آرای هیئت عمومی دیوان عدالت اداری در حوزه بیمه سلامت است و از این رو یکی از کامل‌ترین منابع و مجموعه‌های قانونی در این حوزه است. امید است با دسترسی به این مجموعه، در سه سطح مقررات گذاری، اجرا و نظارت بر اجرای قوانین و مقررات، مهم‌ترین هدف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی که همان کاهش تألمات جسمی و روحی بیماران بدون آنکه دغدغه‌ای برای تأمین هزینه‌های درمان داشته باشند، محقق گردد.

دکتر سید حمید جمال‌الدینی

سرپرست معاونت حقوقی و امور مجلس

^۳ بند الف ماه ۷۲ قانون برنامه پنجساله ششم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران (۱۳۹۶-۱۴۰۰).

مقدمه

حق بر سلامتی یکی از اساسی‌ترین حقوق انسانی است که تحقق آن، از اصلی‌ترین پیش‌شرط‌های بهره‌مندی از سایر حقوق بشر است. هیچ دولتی نمی‌تواند حتی با وضع قوانین خللی در تحقق این حق بوجود آورد. حق بر سلامتی از آن جهت که هرگونه مداخله تحدیدی دولت را بر نمی‌تابد منفی است اما از آن جهت که ضرورتاً مستلزم مداخله دولت برای تحقق آن است مثبت تلقی می‌شود، بنابراین مداخله دولت در زمینه این حق را باید از دو منظر نگریست. هر اقدامی که موجب تهدید و تضییع این حق شود به‌منزله انکار یکی از حقوق بنیادی بشر است. حق بر سلامتی در اسناد حقوق بشری متعددی از جمله؛ بند ۱ ماده ۲۵ اعلامیه جهانی حقوق بشر، ماده ۱۲ میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی ماده ۲۴ کنوانسیون حقوق کودک و ماده ۱۷ اعلامیه قاهره در مورد حقوق بشر در اسلام، مورد تأیید و تأکید قرار گرفته است.

در نتیجه توجه به سلامتی و تلاش برای حفظ و ارتقای آن همواره باید یکی از اولویت اصلی دولت‌ها در سیاست‌گذاری‌های کلان محسوب شود. به همین جهت نیز در مقدمه اساسنامه سازمان بهداشت جهانی^۴ مقرر شده است:

«بهره‌مندی از بالاترین استانداردهای قابل دستیابی سلامت یکی

از حقوق بنیادی هر انسانی بدون تمایز از حیث نژاد، مذهب، عقاید

سیاسی، شرایط اقتصادی یا اجتماعی است.»

^۴ دولت ایران به‌موجب «قانون اجازه الحاق دولت ایران به سازمان بهداشت جهانی» در سال ۱۳۲۷ به آن پیوسته است.

ماده ۱۲ میثاق بین المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، ضمن شناسایی حق بر سلامتی به اقداماتی اشاره نموده است که دولت‌ها متعهد به اجرای آن هستند؛ اگرچه به جزئیات این تعهدات اشاره‌ای نکرده است.^۵

هزینه‌های مربوط به تأمین سلامت سهم قابل توجهی در سبد هزینه خانوار دارد. دولت‌ها به منظور حمایت از حق بر سلامتی شهروندان، موظف‌اند به میزان قابل توجهی این هزینه‌ها را پوشش دهند، به همین دلیل نیز امروزه دولت‌ها مهم‌ترین تأمین‌کنندگان منابع مالی نظام سلامت محسوب شوند.

بر اساس نتایج طرح پژوهشی امکان‌سنجی قطع ارتباط مستقیم مالی میان ارائه‌دهندگان خدمات سلامت و بیماران مرکز ملی تحقیقات حقوق سلامت، تأمین مالی نظام سلامت و چگونگی تأمین مالی خدمات نظام سلامت را باید یکی از مهم‌ترین و درعین حال چالش‌برانگیزترین مسائل نظام سلامت تلقی نمود. تأمین عادلانه منابع مالی در نظام سلامت به معنی آن است که خطراتی که خانوار به دلیل هزینه‌ی مربوط با نظام سلامت با آن مواجه می‌شود، حسب توان پرداخت خانوار

۵. ماده ۱۲ میثاق بین المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی اعلام می‌دارد: «۱ - دولتهای طرف این میثاق حق هر کس را به تمتع از بهترین حال سلامت جسمی و روحی ممکن‌الحصول به رسمیت می‌شناسند. ۲ - تدابیری که دولتهای طرف این میثاق برای استیفای کامل این حق اتخاذ خواهند کرد شامل اقدامات لازم برای تأمین امور ذیل خواهد بود:

الف - تقلیل میزان مرده متولدشدگان و مرگ و میر کودکان و تأمین رشد سالم آنان.

ب - بهبود بهداشت محیط و بهداشت صنعتی از جمیع جهات.

ج - پیشگیری و معالجه بیماریهای همه‌گیر - بومی - حرفه‌ای و سایر بیماریها همچنین پیکار علیه این بیماریها.

د - ایجاد شرایط مناسب برای تأمین مراجع پزشکی و کمکهای پزشکی برای عموم در صورت ابتلا به بیماری.»

توزیع شده تا از همه افراد از نظر مالی حفاظت شود و خانواده‌ها به برای تامین هزینه های سلامت با وضعیت فقر روبرو نشوند.^۶

ماهیت و شیوه تأمین مالی خدمات سلامت، تأثیر بسزایی در کارایی نظام سلامت داشته و می‌تواند تقریباً اکثر موضوعات نظام سلامت از قبیل خدمات نیروی انسانی، کیفیت خدمات تشخیصی درمانی، کیفیت هتلینگ و ... را تحت تأثیر خود قرار دهد. هرچند چالش کمبود منابع، واقعیتی مسلم است با این حال انتخاب نظام تأمین مالی خدمات سلامت نیز به‌طور خاص می‌تواند کاستی‌ها و کمبودهای اقتصادی کشور را تا حدودی پوشش داده و به این ترتیب میزان فشار اقتصادی به‌ویژه بر روی اقشار کم درآمد جامعه را کاهش خواهد دهد. در نهایت هدف نظام تأمین مالی سلامت باید آن باشد که خانواده بیمار جز رنج بیماری‌داری رنج دیگری را متحمل نشوند.^۷

با وجود اینکه روش‌های تأمین مالی خدمات سلامت متنوع است اما به‌منظور بهینگی تخصیص منابع، استفاده از نظام بیمه‌ای یکی از مهم‌ترین این روش‌ها و ابزارها است. نقش بیمه‌ها و پوشش آن‌ها برای افراد جامعه موضوع مهمی است که سلامت در لوای آن می‌تواند پیشرفت یا پسرفت داشته باشد و کمک کند تا امنیت اقتصادی و اجتماعی شهروندان افزایش یابد و دغدغه مردم در دسترسی به خدمات بهداشتی - درمانی کاهش یابد و از فقر خانوار به دلیل هزینه‌های بیماری جلوگیری شود.

تأمین هزینه‌های خدمات سلامت در نظام حقوقی ایران دارای ارزش اساسی بوده و در قانون اساسی به‌دفعات بر آن تأکید شده است. قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران در **بند ۱۲ اصل سوم، «تعمیم بیمه»** را یکی از مهم‌ترین اموری قلمداد نموده

^۶ مرکز ملی تحقیقات حقوق سلامت، (۱۴۰۱) «گزارش طرح پژوهشی امکان‌سنجی قطع ارتباط مستقیم مالی میان ارائه‌دهندگان خدمات سلامت و بیماران»، ص ۶.

^۷ . برگرفته از بیانات حضرت آیت‌الله خامنه‌ای (مدظله‌العالی) به تاریخ ۱۳۸۹/۰۱/۰۱

است که دولت موظف است در راستای نیل به اهداف مقرر در اصل دوم قانون اساسی نسبت به آن اقدام کند. همچنین در اصل بیست و نهم قانون اساسی، تأمین مالی سلامت از طریق بیمه یکی از مهم‌ترین وظایف دولت قلمداد شده است. این اصل مقرر می‌دارد:

«برخورداری از تأمین اجتماعی از نظر بازنشستگی، بیکاری، پیری، از کارافتادگی، بی‌سرپرستی، در راه ماندگی، حوادث و سوانح، نیاز به خدمات بهداشتی و درمانی و مراقبت‌های پزشکی به‌صورت 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 یک یک افراد کشور تأمین کند»

در راستای اجرای آرمان‌ها و اهداف مقرر در قانون اساسی، سیاست‌های کلی نظام به‌عنوان عالی‌ترین هنجار حقوقی پس از قانون اساسی در نظام قانونی کشور، بر این اهمیت تأکید نموده و به‌منظور هماهنگی میان اقدامات و عملکرد قوای جمهوری اسلامی ایران در بند ۹ سیاست‌های کلی سلامت رئیس سیاست‌های نظام در حوزه بیمه‌ای را تعیین نموده است. بر اساس این بند:

«۹- توسعه کمی و کیفی بیمه‌های بهداشتی و درمانی با هدف:

۹-۱- همگانی ساختن بیمه پایه درمان.

۹-۲- پوشش کامل نیازهای پایه درمان توسط بیمه‌ها برای آحاد

جامعه و کاهش سهم مردم از هزینه‌های درمان تا آنجا که بیمار جز رنج بیماری، دغدغه و رنج دیگری نداشته باشد.

۳-۹- ارائه خدمات فراتر از بیمه پایه توسط بیمه تکمیلی در چارچوب دستورالعمل‌های قانونی و شفاف به‌گونه‌ای که کیفیت ارائه خدمات پایه درمانی همواره از مطلوبیت لازم برخوردار باشد.

۴-۹- تعیین بسته خدمات جامع بهداشتی و درمانی در سطح بیمه‌های پایه و تکمیلی توسط وزارت بهداشت و درمان و خرید آن‌ها توسط نظام بیمه‌ای و نظارت مؤثر تولید بر اجرای دقیق بسته‌ها با حذف اقدامات زائد و هزینه‌های غیرضروری در چرخه معاینه، تشخیص بیماری تا درمان.

۵-۹- تقویت بازار رقابتی برای ارائه خدمات بیمه درمانی.

۶-۹- تدوین تعرفه خدمات و مراقبت‌های سلامت مبتنی بر شواهد و بر اساس ارزش‌افزوده با حق فنی واقعی یکسان برای بخش دولتی و غیردولتی.

۷-۹- اصلاح نظام پرداخت مبتنی بر کیفیت عملکرد، افزایش کارایی، ایجاد درآمد عادلانه و ترغیب انگیزه‌های مثبت ارائه‌کنندگان خدمات و توجه خاص به فعالیت‌های ارتقاء سلامت و پیشگیری در مناطق محروم.»

باوجود هماهنگی در سطح کلان هنجاری در نظام حقوقی ایران، متأسفانه در سطح قوانین و مقررات، نظام بیمه‌ای از مشکلات عدیده‌ای رنج می‌برد. مشکلاتی که از ابتدای مقررات‌گذاری در حوزه بیمه‌ای برای این نظام به ارث مانده است و در طول تقریباً یک قرن از شروع قانون‌گذاری در حوزه بیمه سلامت، این مشکلات ساختاری و ماهوی همچنان لاینحل باقی مانده است.

از نظر تاریخی در «قانون استخدام کشوری» مصوب ۱۳۰۱ اولین بار صندوقی با عنوان صندوق تقاعد و وظایف وراثت مستخدمین ایجاد شد که ماهیت بیمه‌ای داشت. باین حال این صندوق خدمات پایه سلامت ارائه نمی‌کرد. در سال ۱۳۱۰ «صندوق احتیاط ادارات طرق» به موجب «نظامنامه صندوق احتیاط ادارات طرق»، ایجاد گردید. در بند ۱ ماده ۳ این نظامنامه منابع این صندوق می‌توانست صرف «مراقبت صحی عملجات و اعضاء روزمزد و کنتراتی و معالجه اشخاص از طبقات مزبوره که در نتیجه ایفای وظیفه مریض و یا مجروح شوند» شود. این اولین صندوق با ماهیت بیمه پایه سلامت بوده است. در سال ۱۳۲۵، لایحه قانون کار به تصویب هیئت‌وزیران رسید و در فصل دوازدهم آن، 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، ازکارافتادگی، بازنشستگی، حاملگی و غیره) را در هر کارگاه تشکیل می‌دادند. به منظور نظارت بر این صندوق‌ها، سازمانی با عنوان «صندوق تعاونی مرکزی کارگران» در تهران تشکیل شد. در سال ۱۳۲۸ قانون کار به تصویب رسید و طبق ماده ۱۶ این قانون صندوقی تحت عنوان «صندوق تعاون و بیمه کارگران» برای معالجه بیماری‌های کارگران اعم از حوادث ناشی از کار یا ناشی از غیر کار و پرداخت غرامت کارگران تشکیل شد. در سال ۱۳۳۱ «لایحه قانونی بیمه‌های اجتماعی کارگران» تصویب شد و سازمان مستقلی به نام «سازمان بیمه‌های اجتماعی کارگران» تشکیل شد و کلیه اموال و موجودی‌ها و مطالبات و ذخیره‌ها و تعهدات قانونی بنگاه رفاه اجتماعی و صندوق تعاون و بیمه کارگران و کلیه اموال و موجودی‌ها و مطالبات و تعهدات قانونی صندوق‌های بهداشت کارگاه‌های کشور و صندوق احتیاط کارخانجات اعم از دولتی و غیردولتی به این

صندوق منتقل گردید. این سازمان دارای وظایف بیمه سلامت که در نهایت به موجب قانون تأمین اجتماعی با ادغام سازمان بیمه‌های اجتماعی روستاییان در سازمان بیمه‌های اجتماعی کارگران و منابع آن‌ها، سازمان تأمین اجتماعی تشکیل شد. این سازمان عهده‌دار امور بیمه‌ای مشمولان آن از جمله کارگران و بخش وسیعی از کارکنان دولت بود.

همگام با بیمه پایه سلامت کارگران، در سال ۱۳۵۱ با تصویب قانون تأمین خدمات درمانی مستخدمان دولت، «سازمان تأمین خدمات درمانی» تشکیل شد. این سازمان هم‌زمان نقش بیمه‌ای و ارائه خدمات درمانی را برای کارکنان دولت بر عهده داشت. در سال ۱۳۵۳ با تصویب قانون تشکیل وزارت رفاه اجتماعی، تقریباً تمامی امور مربوط به بیمه درمان و رفاه قشرهای مختلف جامعه در این وزارتخانه تمرکز یافت و سازمان‌های عمده بیمه‌ای یعنی سازمان بیمه‌های اجتماعی با واحدهای مربوط (از وزارت کار و امور اجتماعی)، سازمان بیمه‌های اجتماعی روستاییان (از وزارت تعاون و امور روستاها) و سازمان تأمین خدمات درمانی (از وزارت بهداشت) به این وزارتخانه انتقال یافتند.

در سال ۱۳۵۵ با تصویب «قانون تشکیل وزارت بهداشتی و بهزیستی» وزارت بهداشتی و بهزیستی تشکیل شد و وظایف دو وزارت بهداشتی و رفاه اجتماعی به وزارت بهداشتی و بهزیستی منتقل گردید. در این قانون اولاً وظایف اجرایی و درمانی سازمان تأمین اجتماعی به وزارت بهداشتی و بهزیستی منتقل شد و به منظور تمرکز وجوه موضوع حق بیمه مشمولین قانون تأمین اجتماعی و سایر وجوه، درآمدها، دارایی‌ها، دیون، تعهدات و سرمایه‌گذاری از محل ذخایر تأمین اجتماعی و انجام تعهدات قانونی سازمان تأمین اجتماعی، صندوقی به نام صندوق تأمین اجتماعی تشکیل شد. همچنین سازمان تأمین خدمات درمانی کارکنان دولت منحل و وظایف بیمه‌ای و

درمانی آن به وزارت بهداشتی و بهزیستی منتقل شد. در اجرای این قانون وزارت بهداشتی و بهزیستی عهده‌دار وظایف بیمه‌ای نیز شد. موارد فوق‌الذکر مهم‌ترین تحولات در حوزه بیمه سلامت از بدو تأسیس تا زمان انقلاب اسلامی بود. همان‌طور که مشهود است در طی مدت‌زمان بسیار کوتاهی نظام بیمه‌ای و به تبع آن نظام خدمات درمانی دچار تحولات عمده‌ای شده است. امری که حاکی از سیاست‌های ناهماهنگ در خصوص چگونگی تأمین مالی خدمات و ارائه خدمات بوده است. در واقع نزاع میان یگانگی یا چندگانگی دستگاه‌های مسئول این دو امر کلید بسیاری از این تحولات بوده است. پس از انقلاب اسلامی مهم‌ترین اتفاق در حوزه بیمه سلامت در سال ۱۳۷۳ و با تصویب قانون بیمه همگانی خدمات درمانی به وقوع پیوست. به موجب این قانون، «سازمان بیمه همگانی خدمات درمانی»، با پذیرش وظایف بیمه‌ای وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و ایجاد وظایف جدید تشکیل گردید. این نهاد اولین سازمان بیمه‌ای بود که صرفاً برای بیمه پایه خدمات درمانی تأسیس شده بود. این سازمان که وابسته به وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی بود، شامل صندوق‌های متعدد بیمه‌ای از جمله بیمه کارکنان دولت، مشاغل آزاد، روستائیان و اقشار نیازمند بود. اتفاق بسیار مهم دیگر در این سال‌ها با تصویب «قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی» در سال ۱۳۸۳ رخ داد. در این قانون تولید امور بیمه‌ای از جمله بیمه پایه سلامت با تشکیل وزارت رفاه و تأمین اجتماعی به این وزارت منتقل شد و سازمان‌های تأمین اجتماعی و بیمه همگانی خدمات درمانی به‌عنوان مهم‌ترین نهادهای بیمه‌گر پایه سلامت از وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی جدا و به وزارت جدیدالتأسیس منتقل شدند. بدین ترتیب بین نقش خریدار و ارائه‌دهنده خدمت تفکیک ایجاد شد.

در سال ۱۳۸۹ قانون برنامه پنج‌ساله پنجم توسعه (۱۳۹۰ تا ۱۳۹۴) به تصویب رسید و به‌موجب ماده ۳۸ آن به دولت اجازه داده شد تا بخش‌های بیمه‌ی درمانی کلیه صندوق‌های موضوع ماده (۵) قانون مدیریت خدمات کشوری و ماده (۵) قانون محاسبات عمومی کشور را در سازمان بیمه خدمات درمانی ادغام نماید و سازمان بیمه سلامت کشور تشکیل شد. هرچند نام سازمان بیمه همگانی خدمات درمانی تغییر و اساسنامه آن اصلاح گردید اما عملاً خبری از ادغام صندوق‌ها در این سازمان نبود و این سازمان همچنان عهده‌دار تولید صندوق‌های قبلی بود.

این تحولات نشان می‌دهد بیمه پایه سلامت از زمان تشکیل اولین صندوق‌های بیمه‌ای به‌طور مستمر دچار تغییر و تحول بوده و تقریباً هر ۴ سال یک تغییر عمده سازمانی و تشکیلاتی در یکی از بیمه‌های پایه سلامت ایجاد شده است.

شاید بتوان مهم‌ترین اتفاق در حوزه سلامت به‌طور عام و در حوزه بیمه‌ای به‌طور خاص را تصویب سیاست‌های کلی سلامت توسط مقام معظم رهبری دانست که در سال ۱۳۹۳ برای اجرا، ابلاغ گردید. در بند ۷-۱ این سیاست‌ها، تولید نظام سلامت شامل سیاست‌گذاری‌های اجرایی، برنامه ریزی‌های راهبردی، ارزشیابی و نظارت توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، مورد تأکید قرار گرفت. در بند ۷-۲ این سیاست‌ها نیز مقرر شد تا مدیریت منابع سلامت از طریق نظام بیمه با محوریت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و همکاری سایر مراکز و نهادها انجام پذیرد. در بند ۹ این سیاست‌ها رئوس سیاست‌های بیمه‌ای بیان گردید و نقش‌های متعدد بر اساس این سیاست‌ها تعریف شد. در اجرای بند ۷ سیاست‌های کلی سلامت، در سال ۱۳۹۴ سیاست‌های کلی برنامه ششم توسعه ابلاغ شد و به‌موجب بند ۴۳ آن بر اجرای سیاست‌های کلی سلامت به‌ویژه اصلاح ساختار نظام سلامت بر اساس بند ۷ سیاست‌های کلی سلامت تأکید شد.

در اجرای این بند از سیاست‌های کلی برنامه ششم، ماده ۷۲ قانون برنامه ششم توسعه به تصویب رسید که به موجب آن تولید نظام سلامت از جمله بیمه سلامت شامل سیاست‌گذاری اجرائی، برنامه‌ریزی‌های راهبردی، ارزشیابی، اعتبارسنجی و نظارت در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی متمرکز گردید و همچنین از زمان ابلاغ قانون برنامه ششم توسعه، سازمان بیمه سلامت از وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی منتزع و با حفظ شخصیت حقوقی و استقلال مالی و کلیه امکانات بر اساس اساسنامه‌ای که به تصویب هیئت‌وزیران می‌رسد، وابسته به وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی اداره می‌شود.

همچنین در بند ۱۲ سیاست‌های کلی برنامه هفتم توسعه ابلاغی مقام معظم رهبری در تاریخ ۱۴۰۱/۰۶/۲۱، بر ارتقاء نظام سلامت براساس سیاست‌های کلی سلامت تاکید شده است. همان گونه که بیان شد سیاست‌های کلی سلامت در بند ۹ خود به توسعه بیمه‌های همگانی بهداشتی و درمانی اشاره کرده است.

تغییرات متعدد در نظام بیمه سلامت، همراه با تغییرات و اصلاحات متعدد در قوانین و مقررات کشور بوده است. متأسفانه نظام حقوقی ایران از مشکلات متعددی رنج می‌برد که باید مهم‌ترین آن را عدم تنقیح قوانین و در نتیجه عدم شفافیت و دسترسی پذیری پایین قوانین دانست. وضعیتی که در آن حقوق و تکالیف اشخاص و حدود صلاحیت و اختیارات دستگاه‌ها در حاله‌ای از ابهام محصور شده و همین امر موجب کاهش کارایی نظام حقوقی در خصوص بیمه سلامت شده است. این امر که موجب تبعیض در برخورداری از خدمات سلامت و عدم اثربخشی منابع و کاهش دسترسی‌پذیری به خدمات نیز شده است، زیرا بدون شفافیت در نظام حقوقی حاکم بر یک موضوع، نمی‌توان واقعیت‌های مربوط به آن، کاستی‌های آن و نقاط قوت آن را تشخیص داد و در اجرای سیاست‌ها نیز بدون آنکه موجب ایجاد تعارضات درونی

بیشتر قوانین چه از حیث ساختار و چه از حیث محتوا شود، قوانین و مقررات لازم را تدوین و اصلاح نمود.

به منظور تحقق شفافیت و دسترسی به قوانین حوزه بیمه سلامت، مجموعه حاضر که یکی از نتایج اجرای طرح تحقیقاتی تنقیح قوانین حوزه سلامت در مرکز ملی تحقیقات حقوق سلامت می‌باشد، تدوین شده است. در این مجموعه کلیه احکام قانونی منقح و معتبر مربوط به بیمه‌های سلامت، با اعمال آخرین اصلاحات و الحاقات مربوط به آن‌ها، گردآورده شده است. این مجموعه می‌تواند با انعکاس وضعیت واقعی نظام بیمه سلامت در نظام حقوقی ایران، منبع مناسبی برای تبیین وضعیت موجود در این حوزه و حرکت به سمت وضعیت مطلوب در قوانین باشد و این امکان را برای سیاست‌گذاران، برنامه‌ریزان، مجریان و پژوهشگران فراهم می‌آورد تا با رویکرد پژوهشی یکی از مسائل اساسی حوزه سلامت را به‌طور دقیق رصد نموده و، نقاط ضعف و قوت نظام بیمه سلامت را شناسایی و به منظور تقویت نظام سلامت و سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی هدفمند در راستای وضع قوانین برنامه توسعه کشور بهره ببرند. همچنین ذکر آرای هیئت عمومی دیوان عدالت اداری در این مجموعه می‌تواند موجب برداشت و تلقی درست از قوانین و مقررات و درنهایت موجب هماهنگی در اقدامات مجریان در این حوزه شود و شهروندان می‌توانند با مراجعه به این احکام، پیش از اقامه دعوا از نتایج اقدامات خود آگاه شده و در راستای احقاق حقوق خود با استناد به این احکام اقدام نمایند. این امر بی‌شک موجب کاهش طرح دعاوی در محاکم و نیز کاهش هزینه‌های تحمیل شده به اشخاص می‌شود و گامی مهم برای تضمین حقوق آنان در این حوزه خواهد بود.

در پایان از تلاش تمام همکاران پژوهشگر مرکز ملی تحقیقات حقوق سلامت و کلیه عزیزانی که با تلاش خود موجبات تدوین این مجموعه را فراهم آورده‌اند، تشکر می‌نمایم.

محسن نجفی خواه

سرپرست مرکز ملی تحقیقات حقوق سلامت

بخش اول

قانون اساسی و سیاست های کلی نظام

از قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران

مصوب ۱۳۵۸/۰۹/۱۲

اصل سوم

دولت جمهور اسلامی ایران موظف است برای نیل به اهداف مذکور در اصل دوم، همه امکانات خود را برای امور زیر به کار برد: (...)

۱۲ - پی ریزی اقتصادی صحیح و عادلانه بر طبق ضوابط اسلامی جهت ایجاد رفاه و رفع فقر و برطرف ساختن هر نوع محرومیت در زمینه های تغذیه و مسکن و کار و بهداشت و تعمیم بیمه.

اصل بیست و یکم

دولت موظف است حقوق زن را در تمام جهات با رعایت موازین اسلامی تضمین نماید و امور زیر را انجام دهد: (...)

۴ - ایجاد بیمه خاص بیوگان و زنان سالخورده و بی سرپرست.

اصل بیست و نهم

برخورداری از تأمین اجتماعی از نظر بازنشستگی، بیکاری، پیری، ازکارافتادگی، بی سرپرستی، در راه ماندگی، حوادث و سوانح و نیاز به خدمات بهداشتی و درمانی و مراقبتهای پزشکی بصورت بیمه و غیره حقی است همگانی. دولت مکلف است طبق قوانین از محل درآمدهای عمومی و درآمدهای حاصل از مشارکت مردم، خدمات و حمایتهای مالی فوق را برای یک یک افراد کشور تأمین کند.

از سیاست های کلی ترویج و تحکیم فرهنگ ایثار و جهاد و ساماندهی امور

ایثارگران

مصوب ۱۳۸۹/۱۱/۲۶

۸ - شناخت نیاز های واقعی و ارایه خدمات مؤثر به ایثارگران و خانواده های آنان در ابعاد مختلف فرهنگی، علمی، آموزشی، اجتماعی، بهداشتی، درمانی، بیمه ای، معیشتی، اشتغال، مسکن، حقوقی، اداری، رفاهی و استخدامی با حفظ اصول عزت مندی، عدالت و روحیه خود اتکایی و شؤون ایثارگری

از سیاست‌های کلی سلامت

مصوب ۱۳۹۳/۰۱/۱۸

- ۷ - تفکیک وظایف تولید ، تأمین مالی و تدارک خدمات در حوزه سلامت با هدف پاسخگویی ، تحقق عدالت و ارائه خدمات درمانی مطلوب به مردم به شرح ذیل (...):
- ۲ - ۷ - مدیریت منابع سلامت از طریق نظام بیمه با محوریت وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی و همکاری سایر مراکز و نهادها.
- ۹ - توسعه کمی و کیفی بیمه‌های بهداشتی و درمانی با هدف :
- ۹ - ۱ - همگانی ساختن بیمه پایه درمان.
- ۹ - ۲ - پوشش کامل نیازهای پایه درمان توسط بیمه‌ها برای آحاد جامعه و کاهش سهم مردم از هزینه‌های درمان تا آنجا که بیمار جز رنج بیماری ، دغدغه و رنج دیگری نداشته باشد.
- ۹ - ۳ - ارائه خدمات فراتر از بیمه پایه توسط بیمه تکمیلی در چارچوب دستورالعمل‌های قانونی و شفاف به گونه‌ای که کیفیت ارائه خدمات پایه درمانی همواره از مطلوبیت لازم برخوردار باشد.
- ۹ - ۴ - تعیین بسته خدمات جامع بهداشتی و درمانی در سطح بیمه‌های پایه و تکمیلی توسط وزارت بهداشت و درمان و خرید آنها توسط نظام بیمه‌ای و نظارت مؤثر تولید بر اجرای دقیق بسته‌ها با حذف اقدامات زاید و هزینه‌های غیرضروری در چرخه معاینه ، تشخیص بیماری تا درمان.
- ۹ - ۵ - تقویت بازار رقابتی برای ارائه خدمات بیمه درمانی.
- ۹ - ۶ - تدوین تعرفه خدمات و مراقبت‌های سلامت مبتنی بر شواهد و بر اساس ارزش افزوده با حق فنی واقعی یکسان برای بخش دولتی و غیردولتی.
- ۹ - ۷ - اصلاح نظام پرداخت مبتنی بر کیفیت عملکرد ، افزایش کارایی ، ایجاد درآمد عادلانه و ترغیب انگیزه‌های مثبت ارائه‌کنندگان خدمات و توجه خاص به فعالیت‌های ارتقاء سلامت و پیشگیری در مناطق محروم.

از سیاست های کلی جمعیت

مصوب ۱۳۹۳/۰۲/۳۰

۳ - اختصاص تسهیلات مناسب برای مادران بویژه در دوره بارداری و شیردهی و پوشش بیمه ای هزینه های زایمان و درمان ناباروری مردان و زنان و تقویت نهادها و مؤسسات حمایتی ذی ربط.

از سیاست های کلی تأمین اجتماعی

مصوب ۱۴۰۱/۰۱/۲۱

ایجاد رفاه عمومی، بر طرف ساختن فقر و محرومیت، حمایت از اقشار و گروههای هدف خدمات اجتماعی از جمله بی سرپرستان، از کارافتادگان، معلولان و سالمندان و آنچه از اهداف رفاه و تأمین اجتماعی که در اصول ۳، ۲۱، ۲۸، ۲۹، ۳۱ و ۴۳ قانون اساسی آمده است، اقتضاء می کند نظامی کارآمد، توانمندساز، عدالت بنیان، کرامت بخش و جامع برای تأمین اجتماعی همگان که برگرفته از الگوهای اسلامی- ایرانی و مبتنی بر نظام اداری کارآمد، حذف تشکیلات غیر ضرور و رفع تبعیض های ناروا و بهره گیری از مشارکت های مردمی باشد، طراحی و اجرا شود و ترتیبات زیر در آن رعایت گردد:

۱- استقرار نظام تأمین اجتماعی به صورت جامع، یکپارچه، شفاف، کارآمد، فراگیر و چندلایه.

۲- ایجاد یک ساز و کار تخصصی و فرابخشی به منظور حفظ انتظام و انسجام امور مربوط، لایه بندی و سطح بندی خدمات، ایجاد وحدت رویه، اعمال نظارت راهبردی در تکوین و فعالیت سازمانها و صندوق ها و نهادهای فعال در قلمروهای امدادی، حمایتی و بیمه ای و شکل دهی پایگاه اطلاعات، با رعایت ملاحظات امنیتی مربوط به نیروهای مسلح و دستگاههای امنیتی کشور.

۳- پایبندی به حقوق و رعایت تعهدات بین نسلی و عدم تحمیل طرح های فاقد تضمین مالی بین نسلی، تأمین منابع پایدار، رعایت محاسبات بیمه ای و تعادل بین

منابع و مصارف و حفظ و ارتقاء ارزش ذخایر سازمانها و صندوق‌های بیمه‌گر اجتماعی به‌عنوان اموال متعلق حق مردم با تأکید بر امانت‌داری، امنیت، سودآوری و شفافیت با ایجاد ساز و کار لازم.

۴- اصلاح قوانین، ساختارها و تشکیلات سازمانها و صندوق‌های بیمه‌گر اجتماعی در جهت تأمین عدالت و یکسان‌سازی قواعد و مقررات بیمه‌ای و جلوگیری از ایجاد و انباشت بدهی‌های دولت و رعایت قواعد بیمه‌ای و تأمین بار مالی تضمین شده و بین نسلی.

۵- لایه‌بندی امور امدادی، حمایتی و بیمه‌ای و سطح‌بندی خدمات با رویکرد فعال دولت بر اساس وسع و استحقاق، به ترتیب ذیل:

- امور امدادی از محل پوشش بیمه‌ای، مشارکت‌های مردمی و مساعدت دولت.
- امور حمایتی با هدف رفع فقر و آسیب اجتماعی و تضمین سطح پایه خدمات از محل منابع دولتی، عمومی و مردمی.
- امور بیمه پایه برای آحاد جامعه متناسب با وضع آنان از محل حق بیمه سهم بیمه‌شدگان، کارفرمایان و دولت.
- امور بیمه‌های مازاد و تکمیلی از محل مشارکت بیمه‌شدگان و کارفرمایان با مشوق‌های مالیاتی و پشتیبانی حقوقی دولت در فضای رقابتی.
- حفظ قدرت خرید اقشار ضعیف جامعه از طریق متناسب‌سازی مزد شاغلین، مستمری بازنشستگان و مقرری بیکاران.
- اعمال رویکرد مناسب برای زدودن جلوه‌های آشکار فقر و آسیب اجتماعی از محلات کم‌برخوردار شهری و مناطق روستایی و عشایری.
- ۶- بسط و تأمین عدالت اجتماعی، کاهش فاصله طبقاتی با هدف‌مندی‌سازی یارانه‌ها، دسترسی آحاد جامعه به خدمات تأمین اجتماعی، توانمندسازی، کارآفرینی و رفع تبعیض‌های ناروا در بهره‌مندی از منابع عمومی.

.....

۹- الزام به تهیه پیوست تأمین اجتماعی برای طرح‌ها و برنامه‌های کلان کشور.

بخش دوم

قوانین

از قانون تأمین اجتماعی

مصوب ۱۳۵۴/۰۴/۰۳ با اصلاحات و الحاقات بعدی

ماده ۱ - (اصلاحی ۱۳۵۸/۰۴/۲۸)^۱ بمنظور اجراء و تعمیم و گسترش انواع بیمه های اجتماعی و استقرار نظام هم آهنگ و متناسب با برنامه های تأمین اجتماعی ، همچنین تمرکز و جوه و درآمدهای موضوع قانون تأمین اجتماعی و سرمایه گذاری و بهره برداری از محل و جوه و ذخائر ، سازمان مستقلی بنام «سازمان تأمین اجتماعی» وابسته بوزارت بهداشتی و بهزیستی^۲ که در این قانون «سازمان» نامیده می شود ، تشکیل می گردد. سازمان دارای شخصیت حقوقی و استقلال مالی و اداری است و امور آن منحصرأ طبق اساسنامه ای که به تصویب هیئت وزیران می رسد ، اداره خواهد شد.^۳

ماده ۲ - تعاریف :

۱ - بیمه شده 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.

^۱ . ماده ۱ به موجب لایحه قانونی اصلاح قانون تشکیل سازمان تأمین اجتماعی، مصوب ۱۳۵۸/۰۴/۲۸

اصلاح شده است. متن سابق به شرح زیر می باشد:

ماده ۱- به منظور اجراء و تعمیم و گسترش انواع بیمه های اجتماعی و استقرار نظام هماهنگ و متناسب با برنامه های تأمین اجتماعی سازمان تأمین اجتماعی که در این قانون "سازمان" نامیده می شود تشکیل می گردد.

^۲ . به موجب تبصره ۲ ماده ۱۷ قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی ، تاریخ تصویب: ۱۳۸۳/۰۲/۲۱، ش.ش. ۲۹۱۸، کلیه وظایف وزیران در حوزه رفاه و تامین اجتماعی به وزارت تعاون کار و رفاه اجتماعی منتقل گردیده است همچنین به موجب ماده ۱۱۳ قانون مدیریت خدمات کشوری مصوب ۱۳۸۶/۰۷/۰۸، سازمان تامین اجتماعی وابسته به وزارت تعاون کار و رفاه اجتماعی فعالیت می نماید.

- ۲ - خانواده بیمه شده شخص یا اشخاصی هستند که به تبع بیمه شده از مزایای موضوع این قانون استفاده می کنند.
- ۳ - کارگاه محلی است که بیمه شده به دستور کارفرما یا نماینده او در آنجا کار می کند.
- ۴ - کارفرما شخص حقیقی یا حقوقی است که بیمه شده به دستور یا به حساب او کار می کند. کلیه کسانی که به عنوان مدیر یا مسئول عهده دار اداره کارگاه هستند نماینده کارفرما محسوب می شوند و کارفرما مسئول انجام کلیه تعهداتی است که نمایندگان مزبور در قبال بیمه شده به عهده می گیرند.
- ۵ - مزد یا حقوق یا کارمزد در این قانون شامل هر گونه وجوه و مزایای نقدی یا غیر نقدی مستمر است که در مقابل کار به بیمه شده داده می شود.
- ۶ - حق بیمه عبارت از وجوهی است که به حکم این قانون و برای استفاده از مزایای موضوع آن به سازمان پرداخت می گردد.
- ۷ - بیماری ، وضع غیر عادی جسمی یا روحی است که انجام خدمات درمانی را ایجاب می کند یا موجب عدم توانایی موقت اشتغال به کار می شود یا اینکه موجب هر دو در آن واحد می گردد.
- ۸ - حادثه از لحاظ این قانون اتفاقی پیش بینی نشده که تحت تأثیر عامل یا عوامل خارجی در اثر عمل یا اتفاق ناگهانی رخ می دهد و موجب صدماتی بر جسم یا روان بیمه شده می گردد.
- ۹ - غرامت دستمزد بوجوهی اطلاق می شود که در ایام بارداری بیماری و عدم توانایی موقت ، اشتغال به کار و عدم دریافت مزد یا حقوق به حکم این قانون به جای مزد یا حقوق به بیمه شده پرداخت می شود.
- ۱۰ - وسایل کمکی پزشکی (پروتزواتز) وسایلی هستند که به منظور اعاده سلامت یا برای جبران نقص جسمانی یا تقویت یکی از حواس به کار می روند.
- ۱۱ - کمک ازدواج مبلغی است که طبق شرایط خاصی برای جبران هزینه های ناشی از ازدواج به بیمه شده پرداخت می گردد.

- ۱۲ - کمک عائله مندی مبلغی است که طبق شرایط خاص در مقابل عائله مندی توسط کارفرما به بیمه شده پرداخت می شود.
- ۱۳ - از کارافتادگی کلی عبارت است از کاهش قدرت کار بیمه شده به نحوی که نتواند با اشتغال به کار سابق یا کار دیگری بیش از (۳). (۱) از درآمد قبلی خود را به دست آورد.
- ۱۴ - از کارافتادگی جزئی عبارت است از کاهش قدرت کار بیمه شده به نحوی که با اشتغال به کار سابق یا کار دیگر فقط قسمتی از درآمد خود را به دست آورد.
- ۱۵ - بازنشستگی عبارت است از عدم اشتغال بیمه شده به کار به سبب رسیدن به سن بازنشستگی مقرر در این قانون.
- ۱۶ - مستمری عبارت از وجهی است که طبق شرایط مقرر در این قانون به منظور جبران قطع تمام یا قسمتی از درآمد به بیمه شده و در صورت فوت او برای تأمین معیشت بازماندگان وی به آنان پرداخت می شود.
- ۱۷ - غرامت مقطوع نقص عضو مبلغی است که به طور یکجا برای جبران نقص عضو با جبران تقلیل درآمد بیمه شده به شخص او داده می شود.
- ۱۸ - کمک کفن و دفن مبلغ مقطوعی است که به منظور تأمین هزینه های مربوط به کفن و دفن بیمه شده در مواردی که خانواده او این امر را به عهده می گیرند پرداخت می گردد.
- ماده ۳ - تأمین اجتماعی موضوع این قانون شامل موارد زیر می باشد :
- الف - حوادث و بیماریها.
- ب - بارداری.
- ج - غرامت دستمزد.
- د - از کارافتادگی.
- ه - بازنشستگی.

و - مرگ.^۱

ماده ۴ - مشمولین این قانون عبارتند از :

الف - افرادی که به هر عنوان در مقابل دریافت مزد یا حقوق کار می کنند.

ب - صاحبان حرف و مشاغل آزاد.^۲

ج - دریافت کنندگان مستمریهای بازنشستگی ، از کارافتادگی و فوت.

تبصره ۱ - مستخدمین وزارتخانه‌ها و مؤسسات و شرکت‌های دولتی و مستخدمین مؤسسات وابسته به دولت که طبق قوانین مربوط به نحوی از انحاء از

۱ . به موجب ماده واحده قانون الزام سازمان تأمین اجتماعی به اجرای بندهای الف و ب ماده ۳ قانون تأمین اجتماعی ، تاریخ تصویب: ۱۳۶۸/۰۸/۲۱ ، وظایف مقرر در بندهای الف و ب ماده ۳ قانون تأمین اجتماعی که بر اساس قانون تأمین اجتماعی مصوب ۱۳۵۴ بر عهده سازمان تأمین خدمات درمانی(موضوع قانون اساسنامه سازمان تأمین خدمات درمانی مصوب ۱۳۵۲/۰۵/۱۰ با اصلاحات و الحاقات بعدی) بوده است؛ برعهده سازمان تأمین اجتماعی قرار گرفته است و امروزه این سازمان موظف به ارائه خدمات درمانی مشمولین قانون تأمین اجتماعی است.

۲ . مفاد بند (ب) به موجب قانون اصلاح بند ب و تبصره ۳ ماده ۴ قانون تأمین اجتماعی مصوب تیر ماه ۱۳۵۴ مصوب ۱۳۶۵/۶/۳۰ اصلاح شده است و به علت اینکه نمی توان اصلاحات را در قانون اعمال نمود به صورت جداگانه آورده شده است. مفاد حکم به شرح زیر است.

ماده واحده - سازمان تأمین اجتماعی مکلف است با استفاده از مقررات عام قانون تأمین اجتماعی صاحبان حرف و مشاغل آزاد را بصورت اختیاری در برابر تمام یا قسمتی از مزایای قانون تأمین اجتماعی بیمه نماید چگونگی انجام بیمه و نرخ حق بیمه و همچنین میزان مزایای مربوط بموجب آئیننامه ای خواهد بود که بتصویب هیأت دولت خواهد رسید.

تبصره ۱ - بیمه شده مختار است که سطح درآمد ماهانه خود را که مبنای پرداخت حق بیمه قرار میگیرد بین حداقل و حداکثر دستمزد قانونی انتخاب نماید.

تبصره ۲ - از تاریخ تصویب این قانون مفاد بند ب و تبصره ۳ ماده ۴ قانون و همچنین آئیننامه مربوط ملغی میگردد.

تبصره ۳ - کلیه اتباع ایرانی اعم از شاغل یا غیرشاغل در فعالیتهای مختلف در خارج از کشور که بیمه آنان با مقررات قانون تأمین اجتماعی و تغییرات بعدی آن مغایرت نداشته باشد میتوانند بطور اختیاری مشمول این قانون و آئیننامه های مربوط قرار گیرند، مشروط بر اینکه بیمه شده حق بیمه خود را بطور منظم پرداخت نماید، بدیهی است سازمان در مورد این قبیل بیمه شدگان مانند سایر بیمه شدگان داخل کشور مکلف به ارائه خدمات و انجام تعهدات قانونی بر اساس آئیننامه و مقررات مربوط در ایران خواهد بود.

موارد مذکور در ماده سه این قانون بهره‌مند می‌باشند و در سایر مواردی که قوانین خاص برای آنها وجود ندارد طبق آیین‌نامه‌ای که به پیشنهاد وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی^۱ و تأیید سازمان امور اداری و استخدامی کشور به تصویب هیأت وزیران خواهد رسید تابع مقررات این قانون خواهند بود.

تبصره ۲ - مشمولین قانون استخدام نیروهای مسلح شاهنشاهی و افزارمندان مشمول قانون تعاون و بیمه بازنشستگی افزارمندان ارتش از شمول این قانون خارج بوده و تابع قانون و مقررات خاص خود خواهند بود.
(...)^۲

تبصره ۴ - مشمولین قانون حمایت کارمندان در برابر اثرات ناشی از پیری و ازکارافتادگی و فوت کماکان تابع مقررات قانون مذکور خواهند بود مؤسسات مشمول قانون مذکور مکلفند با اعلام سازمان تأمین خدمات درمانی حق بیمه درمانی سهم خود و بیمه شده را کسر و توسط صندوق حمایت مربوط به سازمان نامبرده بپردازند. میزان حق بیمه درمانی موضوع این ماده تابع ضوابط و مقررات بیمه خدمات درمانی موضوع قانون تأمین خدمات درمانی مستخدمین دولت است و نحوه وصول آن عیناً به ترتیبی است که در قانون حمایت کارمندان در برابر اثرات ناشی از پیری و ازکارافتادگی و فوت پیش بینی شده است.

تبصره ۵ - (الحاقی ۱۳۸۷/۰۴/۰۸) در مواردی که کارفرمایان موضوع بند (۴) ماده (۲) قانون تأمین اجتماعی مصوب ۱۳۵۴/۴/۳ اشخاص حقیقی باشند و همچنین مدیران اشخاص حقوقی غیردولتی می‌توانند با پرداخت حق بیمه سهم بیمه شده و کارفرما به ترتیب مقرر در. ماده (۲۸) قانون مذکور و اصلاحات بعدی آن از تاریخ اشتغال به کار در کارگاه در زمره مشمولین قانون مذکور قرار گیرند.

۱ . به موجب تبصره ۳ ماده واحده قانون تشکیل دو وزارتخانه «تعاون، کار و رفاه اجتماعی» و «صنعت، معدن و تجارت» مصوب ۱۳۹۰/۰۴/۰۸ در کلیه قوانین وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی، جایگزین وزارت خانه‌های تعاون، کار و امور اجتماعی و رفاه و تأمین اجتماعی شده است.

۲ . تبصره (۳) به موجب تبصره (۲) قانون اصلاح بند ب و تبصره ۳ ماده ۴ قانون تأمین اجتماعی مصوب تیر ماه ۱۳۵۴ مصوب ۱۳۶۵/۶/۳۰ صریحاً لغو شده است.

آئین نامه اجرائی این تبصره شامل نحوه احتساب سوابق خدمت و پرداخت حق بیمه های معوقه بنابه پیشنهاد وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی به تصویب هیأت وزیران خواهد رسید.^۱

ماده ۲۸ - منابع درآمد سازمان به شرح زیر می باشد :

- ۱ - حق بیمه از اول مهر ماه تا پایان سال ۱۳۵۴ به میزان بیست و هشت درصد مزد یا حقوق است^۲ که هفت درصد آن به عهده بیمه شده و هجده درصد به عهده کارفرما و سه درصد به وسیله دولت تأمین خواهد شد.
- ۲ - درآمد حاصل از وجوه و ذخایر و اموال سازمان.
- ۳ - وجوه حاصل از خسارات و جریمه های نقدی مقرر در این قانون.
- ۴ - کمکها و هدایا.

تبصره ۱ - از اول سال ۱۳۵۵ حق بیمه سهم کارفرما بیست درصد مزد یا حقوق بیمه شده خواهد بود و با احتساب سهم بیمه شده و کمک دولت کل حق بیمه به سی درصد مزد یا حقوق افزایش می یابد.

تبصره ۲ - دولت مکلف است حق بیمه سهم خود را به طور یکجا در بودجه سالانه کل کشور منظور و به سازمان پرداخت کند.

تبصره ۳ - سازمان باید حداقل هر سه سال یک بار امور مالی خود را با اصول محاسبات احتمالی تطبیق و مراتب را به شورای عالی گزارش دهد.^۳

۱ . به موجب ماده (۳) قانون اصلاح قانون تأمین اجتماعی و برخی قوانین مربوط به منظور تشویق کارفرمایان به تأدیه دیون معوقه سنواتی بابت حق بیمه و بیمه بیکاری کارکنان مصوب ۱۳۸۷/۰۴/۰۸ الحاق شده است.

۲ . حکم بند الف ماده ۲۸ قانون تأمین اجتماعی در خصوص سهم کارفرما با انقضای زمان منتفی شده است .
 ۳ . به موجب ماده ۵ قانون بیمه بیکاری مصوب ۱۳۶۹ در مورد کارگران مشمول قانون کار، ۳ درصد به عنوان حق بیمه بیکاری به سهم کارفرما افزوده شده است. همچنین مطابق بند ۴ قسمت (ب) قانون مشاغل سخت و زیان آور که به موجب قانون اصلاح تبصره ۲ الحاقی ماده ۷۶ قانون اصلاح مواد ۷۲ و ۷۷ و تبصره ماده ۷۶ قانون تأمین اجتماعی مصوب ۱۳۵۴ و الحاق ۲ تبصره به ماده ۷۶ مصوب ۱۳۷۱ که در تاریخ ۱۳۷۹/۱۱/۳۰ به تصویب مجلس شورای اسلامی رسیده و در تاریخ ۱۳۸۰/۷/۱۴ به تصویب مجمع تشخیص مصلحت نظام رسیده است، در مشاغل سخت و زیان آور حق بیمه به میزان ۴ درصد اضافه میگردد. میزان

ماده ۲۹ - نه درصد از مأخذ محاسبه حق بیمه مذکور در ماده ۲۸ این قانون حسب مورد برای هزینه های ناشی از موارد مذکور در بندهای الف و ب ماده ۳ این قانون تخصیص می یابد و بقیه به سایر تعهدات اختصاص خواهد یافت. تبصره - غرامت دستمزد ایام بیماری بیمه شدگان که از طرف کارفرما پرداخت نمی شود به عهده سازمان می باشد.

ماده ۵۴ - بیمه شدگان و افراد خانواده آنها از زمانی که مشمول مقررات این قانون قرار می گیرند در صورت مصدوم شدن بر اثر حوادث یا ابتلاء به بیماری می

حق بیمه در برخی موارد به موجب لایحه بخشودگی قسمتی از حق بیمه بیمه شدگان و کارفرمایان کارگاه های کوچک صنفی مشمول قانون تامین اجتماعی مصوب ۱۳۵۸ شورای انقلاب، لایحه قانون اصلاح تبصره ۲ و الحاق یک تبصره به همین قانون، مصوب ۱۳۵۹ و قانون معافیت از پرداخت سهم بیمه کارفرمایانی که حداکثر ۵ نفر کارگر دارند مصوب ۱۳۶۱ مجلس شورای اسلامی و الحاق یک تبصره به عنوان تبصره ۶ به آن در تاریخ ۱۳۶۷ تغییراتی کرده است؛ آیین نامه اجرایی تبصره ۵ قانون معافیت از پرداخت حق بیمه سهم کارفرمایانی که حداکثر ۵ نفر کارگر دارند در تاریخ ۱۳۶۲ به تصویب رسیده است. در همین رابطه فهرست فعالیت های تولیدی و صنعتی و فنی مشمول عافیت حق بیمه سهم کارفرما تا میزان ۵ نفر کارگر مصوب ۱۳۶۹ و ۱۳۸۲ هیات زیران قانون منع دریافت خسارت و جرایم و بهره مندرج در قانون تامین اجتماعی ۱۳۶۱ قانون الحاق یک تبصره به عنوان تبصره ۳ به قانون منع دریافت خسارت و جرایم و بهره مصوب ۱۳۶۹ قانون جاگزینی تبصره ۳ الحاقی به قانون منع دریافت خسارت مصوب ۱۳۶۶ قانون ریافت جرایم نقدی از کارفرمایان کارگاه های مشمول قانون تامین اجتماعی که ظرف مهلت مقرر نسبت به ارسال صورت مزد و حقوق بیمه شدگان و حق بیمه مربوط اقدام نمی نمایند مصوب ۱۳۷۳ و اصلاحات بعدی، قانون اصلاح ماه ۲ قانون دریافت جرایم از کارفرمایان مصوب ۱۳۶۷، قانون معافیت کارگاه ها و مشاغل آرای پنج نفر کارگر و کمتر از شمول قانون کار تا پایان برنامه مصوب ۱۳۷۸ قابل ذکر است. همچنین سایر قوانین مرتبط با این ماده عبارتند از: قانون حمایت از حقوق معلولان ۱۳۸۳، قانون تسهیلات استخدامی و اجتماعی جانبازان مصوب ۱۳۶۹، بندج ماده ۹ قانون سیاستهای کلی اصل ۴۴ مصوب ۱۳۸۶ مجلس و آیین نامه اجرای بند (و) ماده ۸۰ قانون برنامه پنجم توسعه مصوب ۱۳۹۰، قانون جامع حمایت از ایثارگران مصوب ۱۳۹۱.

همچنین به موجب ماده ۴۰ قانون رفع موانع تولید رقابت پذیر و ارتقای نظام مالی کشور مصوب ۱۳۹۴/۰۲/۰۱ «مبنای مطالبه حق بیمه در مورد پیمان هایی که دارای کارگاه های صنعتی و خدمات تولیدی یا فنی مهندسی ثابت می باشند و موضوع اجرای پیمان توسط افراد شاغل در همان کارگاه انجام می شود، بر اساس فهرست ارسالی و بازرسی کارگاه است و از اعمال ضریب حق بیمه جهت قرارداد پیمان معاف می باشند و سازمان تامین اجتماعی باید مفاصاحساب این گونه قراردادهای پیمان را صادر کند.»

توانند از خدمات پزشکی استفاده نمایند. خدمات پزشکی که به عهده سازمان تأمین خدمات درمانی است شامل کلیه اقدامات درمانی سرپایی - بیمارستانی - تحویل داروهای لازم و انجام آزمایشات تشخیص طبی می باشد.

ماده ۵۵- خدمات درمانی موضوع این قانون به دو صورت انجام می گیرد:

الف - روش مستقیم برای بیمه شدگانی که از پزشک - درمانگاه - بیمارستانها و سایر امکانات درمانی متعلق به این سازمان استفاده می نمایند.

ب - روش غیر مستقیم برای بیمه شدگانی که در انتخاب پزشک درمانگاه - بیمارستان آزادی عمل خواهند داشت و سازمان تعهدات درمانی خود را از طریق خرید خدمات درمانی انجام می دهد.

تبصره - ضوابط استفاده از روشهای فوق طبق آیین نامه ای که ظرف شش ماه از تاریخ تصویب این قانون تهیه و به تصویب شورای فنی سازمان تأمین خدمات درمانی خواهد رسید تعیین می گردد.^۱

(الحاقی ۱۳۵۸/۰۷/۰۱) خدمات درمانی موضوع این قانون به دو صورت انجام

می گیرد:^۲

الف : اولویت درمان به روش درمان مستقیم داده شود.

ب - استفاده از روش درمان غیر مستقیم با اختیار و تشخیص وزارت بهداشتی و بهزیستی بموجب آئین نامه ای خواهد بود که وزارت بهداشتی و بهزیستی ظرف مدت ۱۵ روز پس از تصویب این ماده واحده تهیه و بمرحله اجرا در خواهد آمد.

تبصره - ضوابط استفاده از روش های فوق طبق آئین نامه ای که ظرف شش ماه از تاریخ تصویب این قانون تهیه و به تصویب شورای فنی سازمان تأمین خدمات درمانی خواهد رسید تعیین می گردد.

^۱ . هر چند به نظر می رسد مفاد ماده ۵۵ به موجب لایحه قانونی اصلاح ماده ۵۵ قانون تأمین اجتماعی ، مصوب: ۱۳۵۸/۰۷/۰۱ جایگزین شده باشد ولی با دقت در مفاد لایحه قانونی مشخص می شود که مفاد آن الحاقی به ماده ۵۵ قانون است.

^۲ . به موجب لایحه قانونی اصلاح ماده ۵۵ قانون تأمین اجتماعی مصوب ۱۳۵۸/۰۷/۰۱ الحاق شده است.

ماده ۵۶ - به منظور توان بخشی ترمیم و تجدید فعالیت بیمه شدگان آسیب دیده که قدرت کار اولیه خود را از دست داده اند سازمان تأمین خدمات درمانی اجتماعی برای اشتغال آنها به کارهای مناسب دیگر طبق آیین نامه هایی که از طرف شورای فنی سازمان مذکور پیشنهاد و به تصویب شورای عالی سازمان خواهد رسید از طریق مؤسسات حرفه ای معلولین اقدام خواهد نمود.

ماده ۵۷ - در صورتی که معالجه بیمار مستلزم انتقال او از روستا یا از شهرستان به شهرستان دیگر باشد ترتیب نقل و انتقال طبق ضوابطی خواهد بود که از طرف سازمان تأمین خدمات درمانی اجتماعی پیشنهاد و به تصویب شورای فنی سازمان مذکور می رسد.

ماده ۵۸ - افراد خانواده بیمه شده که از کمکهای مقرر در ماده ۵۴ این قانون استفاده می کنند عبارتند از :

۱ - همسر بیمه شده.

۲ - شوهر بیمه شده در صورتی که معاش او توسط بیمه شده زن تأمین می شود و سن او از شصت سال متجاوز باشد یا طبق نظر کمیسیون پزشکی موضوع ماده ۹۱ این قانون از کارافتاده شناخته شود.

۳ - فرزندان بیمه شده که دارای یکی از شرایط زیر باشند :

الف - کمتر از هجده سال تمام داشته باشند و در مورد فرزندان اناث به شرط نداشتن شوهر تا بیست سالگی و یا منحصرا طبق گواهی یکی از مؤسسات رسمی آموزشی به تحصیل اشتغال داشته باشند.

ب - در اثر بیماری یا نقص عضو طبق گواهی سازمان تأمین خدمات درمانی قادر به کار نباشند.

۴ - پدر و مادر تحت تکفل بیمه شده مشروط بر اینکه سن پدر از شصت سال و سن مادر از پنجاه و پنج سال متجاوز باشد و یا اینکه به تشخیص کمیسیونهای پزشکی موضوع ماده ۹۱ از کارافتاده باشند و در هر حال از سازمان مستمری دریافت نمایند.

ماده ۵۹ - بیمه شدگانی که تحت معالجه و یا درمانهای توان بخشی قرار می گیرند و بنا به تشخیص سازمان تأمین خدمات درمانی اجتماعی موقتاً قادر به کار نیستند به شرط عدم اشتغال به کار و عدم دریافت مزد یا حقوق استحقاق دریافت غرامت دستمزد را با رعایت شرایط زیر خواهند داشت :

الف - بیمه شده بر اثر حوادث ناشی از کار و غیر ناشی از کار یا بیماریهای حرفه ای تحت درمان قرار گرفته باشد.

ب - در صورتی که بیمه شده به سبب بیماری و طبق گواهی پزشک احتیاج به استراحت مطلق یا بستری شدن داشته باشد و در تاریخ اعلام بیماری مشغول به کار بوده و یا در مرخصی استحقاقی باشد.

ماده ۶۰ - حوادث ناشی از کار حادثی است که در حین انجام وظیفه و به سبب آن برای بیمه شده اتفاق می افتد.

مقصود از حین انجام وظیفه تمام اوقاتی است که بیمه شده در کارگاه یا مؤسسات وابسته یا ساختمانها و محوطه آن مشغول کار باشد و یا به دستور کارفرما در خارج از محوطه کارگاه عهده دار انجام مأموریتی باشد.

اوقات مراجعه به درمانگاه و یا بیمارستان و یا برای معالجات درمانی و توان بخشی و اوقات رفت و برگشت بیمه شده از منزل به کارگاه جزء اوقات انجام وظیفه محسوب می گردد مشروط بر اینکه حادثه در زمان عادی رفت و برگشت به کارگاه اتفاق افتاده باشد.

حوادثی که برای بیمه شده حین اقدام برای نجات سایر بیمه شدگان و مساعدت به آنان اتفاق می افتد حادثه ناشی از کار محسوب می شود

ماده ۶۱ - بیماریهای حرفه ای به موجب جدولی که به پیشنهاد هیأت مدیره به تصویب شورای عالی سازمان خواهد رسید تعیین می گردد. مدت مسئولیت سازمان تأمین خدمات درمانی اجتماعی نسبت به درمان هر یک از بیماریهای حرفه ای پس از تغییر کار بیمه شده به شرحی است که در جدول مزبور قید می شود.

ماده ۶۲ - مدت پرداخت غرامت دستمزد ایام بیماری و میزان آن به شرح زیر می باشد :

۱ - غرامت دستمزد از اولین روزی که بیمه شده بر اثر حادثه یا بیماری حرفه ای و به موجب تشخیص سازمان تأمین خدمات درمانی اجتماعی قادر به کار نباشد پرداخت خواهد شد.

در مواردی که عدم اشتغال به کار و معالجه به سبب بیماری باشد در صورتی که بیمار در بیمارستان بستری نشود غرامت دستمزد از روز چهارم پرداخت خواهد شد.

۲ - پرداخت غرامت دستمزد تا زمانی که بیمه شده به تشخیص سازمان تأمین خدمات درمانی قادر به کار نبوده و به موجب مقررات این قانون از کار افتاده شناخته نشده باشد ادامه خواهد یافت.

۳ - غرامت دستمزد بیمه شده ای که دارای همسر یا فرزند یا پدر و مادر تحت تکفل باشد به میزان سه چهارم آخرین مزد یا حقوق روزانه او پرداخت می گردد.

۴ - غرامت دستمزد بیمه شده ای که همسر یا فرزند یا پدر و مادر تحت تکفل نداشته باشد معادل دو سوم آخرین مزد یا حقوق روزانه او می باشد مگر اینکه بیمه شده به هزینه سازمان تأمین خدمات درمانی اجتماعی بستری شود که در این صورت غرامت دستمزد معادل یک دوم آخرین مزد یا حقوق روزانه وی خواهد بود.

۵ - هر گاه سازمان تأمین خدمات درمانی اجتماعی بیمه شده ای را برای معالجه به شهرستان دیگری اعزام دارد و درمان او را به طور سرپایی انجام دهد علاوه بر غرامت دستمزد متعلق معادل صد درصد غرامت دستمزد روزانه هم بابت هزینه هر روز اقامت او پرداخت خواهد شد.

در صورتی که به تشخیص پزشک معالج مادام که بیمار احتیاج به همراه داشته باشد علاوه بر مخارج مسافرت معادل پنجاه درصد حقوق یا دستمزد بیمه شده نیز به همراه بیمار از طرف سازمان پرداخت خواهد شد.

ماده ۶۳ - در مورد بیماریها یا حوادث آخرین مزد یا حقوق روزانه بیمه شده به منظور محاسبه غرامت دستمزد ایام بیماری عبارت است از جمع کل دریافتی بیمه شده که به مأخذ آن حق بیمه دریافت شده است در آخرین ۹۰ روز قبل از شروع بیماری تقسیم به روزهای کار و در مورد بیمه شدگانی که کارمزد دریافت می کنند آخرین مزد عبارت است از جمع کل دریافتی بیمه شده که به مأخذ آن حق بیمه دریافت شده است در آخرین ۹۰ روز قبل از شروع بیماری تقسیم بر نود مشروط بر اینکه غرامت دستمزد این مبلغ از غرامت دستمزدی که به حداقل مزد کارگر عادی تعلق می گیرد کمتر نباشد. در صورتی که بیمه شده دریافت کننده کارمزد ظرف سه ماه مذکور مدتی از غرامت دستمزد استفاده کرده باشد متوسط دستمزدی که مبنای محاسبه غرامت دستمزد مذکور قرار گرفته است به منزله دستمزد روزانه ایام بیماری تلقی و در محاسبه منظور خواهد شد.

ماده ۶۴ - در مواردی که کارفرمایان طبق قوانین و مقررات دیگری مکلف باشند حقوق یا مزد بیمه شدگان بیمار خود را پرداخت نمایند سازمان تأمین خدمات درمانی اجتماعی فقط عهده دار معالجه آنها طبق مقررات این قانون خواهد بود. تبصره - در مواردی که کارفرمایان طبق قوانین دیگری مکلف باشند حقوق کارگران مسلول خود را پرداخت نمایند سازمان فقط عهده دار معالجه آنها طبق مقررات این قانون خواهد بود.

ماده ۶۵ - در صورت وقوع حادثه ناشی از کار کارفرما مکلف است اقدامات لازم اولیه را برای جلوگیری از تشدید وضع حادثه دیده به عمل آورده و مراتب را ظرف سه روز اداری کتباً به اطلاع سازمان برساند. در صورتی که کارفرما بابت اقدامات اولیه مذکور متحمل هزینه ای شده باشد سازمان تأمین خدمات درمانی هزینه ای مربوط را خواهد پرداخت.

ماده ۶۶ - در صورتی که ثابت شود وقوع حادثه مستقیماً ناشی از عدم رعایت مقررات حفاظت فنی و بروز بیماری ناشی از عدم رعایت مقررات بهداشتی و احتیاط لازم از طرف کارفرما یا نمایندگان او بوده سازمان تأمین خدمات درمانی

اجتماعی و سازمان هزینه های مربوط به معالجه و غرامات و مستمربها و غیره را پرداخته و طبق ماده ۵۰ این قانون از کارفرما مطالبه و وصول خواهد نمود.

تبصره ۱ - مقصر می تواند با پرداخت معادل ده سال مستمری موضوع این ماده به سازمان از این بابت بری الذمه شود.

تبصره ۲ - هر گاه بیمه شده مشمول مقررات مربوط به بیمه شخص ثالث باشد در صورت وقوع حادثه سازمان و سازمان تأمین خدمات درمانی و یا شخصا کمکهای مقرر در این قانون را نسبت به بیمه شده انجام خواهند داد و شرکتهای بیمه موظفاند خسارات وارده به سازمانها را در حدود تعهدات خود نسبت به شخص ثالث بپردازند.

ماده ۶۷ - بیمه شده زن یا همسر بیمه شده مرد در صورتی که ظرف یک سال قبل از زایمان سابقه پرداخت حق بیمه شصت روز را داشته باشد می تواند به شرط عدم اشتغال به کار از کمک بارداری استفاده نماید. کمک بارداری دو سوم آخرین مزد یا حقوق بیمه شده طبق ماده ۶۳ می باشد که حداکثر برای مدت دوازده هفته جمعا قبل و بعد از زایمان بدون کسر سه روز اول پرداخت خواهد شد.

ماده ۶۸ - بیمه شده زن یا همسر بیمه شده مرد در صورتی که در طول مدت یک سال قبل از وضع حمل حق بیمه شصت روز را پرداخته باشد از کمکها و معاینه های طبی و معالجات قبل از زایمان و حین زایمان و بعد از وضع حمل استفاده خواهد کرد.

سازمان تأمین خدمات درمانی اجتماعی بنا به درخواست بیمه شده می تواند به جای کمکهای مذکور مبلغی وجه نقد به بیمه شده پرداخت نماید ، مبلغ مزبور در آیین نامه ای که از طرف هیأت مدیره تأمین خدمات درمانی اجتماعی تهیه و به تصویب شورای عالی سازمان می رسد تعیین خواهد شد.

ماده ۶۹ - در صورتی بیمه شده زن و یا همسر بیمه شده مرد به بیماریهایی مبتلا شود که شیردادن برای طفل او زیان آور باشد یا پس از زایمان فوت شود شیر مورد نیاز تا ۱۸ ماهگی تحویل خواهد شد.

ماده ۸۸ - انجام خدمات بهداشتی مربوط به محیط کار به عهده کارفرمایان است. بیمه شدگانی که در محیط کار با مواد زیان آور از قبیل گازهای سمی، اشعه و غیره تماس داشته باشند باید حداقل هر سال یک بار از طرف سازمان تأمین خدمات درمانی معاینه پزشکی شوند.

ماده ۸۹ - افرادی که به موجب قوانین سابق بیمه های اجتماعی یا به موجب این قانون بازنشسته و یا از کارافتاده شده یا می شوند و افراد بلافصل خانواده آنها همچنین افرادی که مستمری بازمانگان دریافت می دارند با پرداخت دو درصد از مستمری دریافتی از خدمات درمانی مذکور در بندهای الف و ب ماده ۳ این قانون توسط سازمان تأمین خدمات درمانی برخوردار خواهند شد. مابه التفاوت وجوه پرداختی توسط بیمه شدگان موضوع این ماده تا مبالغی که طبق ضوابط قانون تأمین درمان مستخدمین دولت باید پرداخت شود از طرف سازمان تأمین خواهد شد.

از لایحه قانونی نحوه اداره واحدهای بهداشتی و درمانی و آموزشی وزارت

بهداری و بهزیستی

مصوب ۱۳۵۸/۱۰/۱۲

ماده ۱ - به منظور توسعه واحدهای بهداشتی و درمانی و آموزشی پزشکی در سطح کشور اعم از روستاها و شهرها و تأمین کادر مورد نیاز آنها، وزارت بهداشت و بهزیستی مجاز است از خدمات پزشکان و دندانپزشکان و متخصصین پیراپزشکی در غیر ساعت اداری استفاده و از مراجعین واحده های یاد شده طبق تعرفه های خدمات درمانی هزینه های مربوط را بشرح مندرج در این لایحه قانونی دریافت دارد.

ماده ۲ - هزینه درمان افراد بیمه شده که به واحدهای مذکور^۱ جهت درمان مراجعه مینمایند طبق تعرفه خدمات درمانی از محل اعتبارات سازمان تأمین خدمات درمانی^۲ و سازمان تأمین اجتماعی پرداخت خواهد شد.

ماده ۳ - افرادی که تاکنون زیر پوشش بیمه درمانی قرار نگرفته اند در صورت داشتن امکانات مالی طبق تعرفه خدمات درمانی هزینه های مربوط را پرداخت خواهند نمود.

از قانون خدمت وظیفه عمومی

مصوب ۱۳۶۳/۰۷/۲۹

ماده ۸۱ - (الحاقی ۱۳۹۰/۰۸/۲۲)^۳ کلیه کارکنان وظیفه و عائله تحت تکفل آنها مطابق آیین نامه های که از سوی وزارت دفاع با همکاری وزارتخانه های کشور و تعاون، کار و رفاه اجتماعی تهیه می شود و پس از تأیید ستاد کل به تصویب هیأت وزیران می رسد تحت پوشش بیمه خدمات درمانی نیروهای مسلح قرار می گیرند.

تبصره ۱ - (الحاقی ۱۳۹۰/۰۸/۲۲)^۴ این بیمه به مدت حداکثر یکسال پس از پایان خدمت دوره ضرورت تا زمانی که سربازان فوق اشتغال بکار پیدا نکرده اند، استمرار می یابد.

۱. منظور واحدهای بهداشتی و درمانی و آموزشی پزشکی موضوع ماده ۱ قانون است.

۲. اکنون وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

۳. به موجب ماده ۴۹ قانون اصلاح موادی از قانون خدمت وظیفه عمومی مصوب ۱۳۹۰/۰۸/۲۲ الحاق شده است.

۴. به موجب ماده ۴۹ قانون اصلاح موادی از قانون خدمت وظیفه عمومی مصوب ۱۳۹۰/۰۸/۲۲ الحاق شده است.

**قانون اصلاح بند (ب) و تبصره ۳ ماده ۴ قانون تأمین اجتماعی مصوب تیر ماه
۱۳۵۴، مصوب ۱۳۶۵/۰۶/۳۰**

ماده واحده - سازمان تأمین اجتماعی مکلف است با استفاده از مقررات عام قانون تأمین اجتماعی صاحبان حرف و مشاغل آزاد را بصورت اختیاری در برابر تمام یا قسمتی از مزایای قانون تأمین اجتماعی بیمه نماید چگونگی انجام بیمه و نرخ حق بیمه و همچنین میزان مزایای مربوط به موجب آئیننامه ای خواهد بود که به تصویب هیأت دولت خواهد رسید.

تبصره ۱ - بیمه شده مختار است که سطح درآمد ماهانه خود را که مبنای پرداخت حق بیمه قرار می‌گیرد بین حداقل و حداکثر دستمزد قانونی انتخاب نماید.

تبصره ۲ - از تاریخ تصویب این قانون مفاد بند و تبصره ۳ ماده ۴ قانون و همچنین آئیننامه مربوط ملغی می‌گردد.

تبصره ۳ - کلیه اتباع ایرانی اعم از شاغل یا غیر شاغل در فعالیتهای مختلف در خارج از کشور که بیمه آنان با مقررات قانون تأمین اجتماعی و تغییرات بعدی آن مغایرت نداشته باشد میتوانند بطور اختیاری مشمول این قانون و آئیننامه‌های مربوط قرار گیرند، مشروط بر اینکه بیمه شده حق بیمه خود را بطور منظم پرداخت نماید، بدیهی است سازمان در مورد این قبیل بیمه‌شدگان مانند سایر بیمه‌شدگان داخل کشور مکلف به ارائه خدمات و انجام تعهدات قانونی براساس آئیننامه و مقررات مربوط در ایران خواهد بود.

از قانون ارتش جمهوری اسلامی ایران

مصوب ۱۳۶۶/۰۷/۰۷

ماده ۸ - وظایف وزارت دفاع به شرح زیر می باشد: (...)

م - انجام امور بیمه ، بازنشستگی ، وظیفه و مستمری پرسنل ارتش و وزارت دفاع و سازمان های وابسته به آنها.

ماده ۱۷۷ - کلیه پرسنل در قبال حوادثی که منجر به شهادت، فوت، بیماری، نقص عضو یا ازکارافتادگی شود بیمه بوده و در مقابل سوانح مشابه متساوی الحقوق خواهند بود.

تبصره ۱ - مقررات مربوط به اجرای این ماده تابع قانون بیمه پرسنل و آیین نامه اجرایی آن خواهد بود.

تبصره ۲ - اعتبارات مربوط به این ماده از محل صندوق بیمه ارتش تأمین می گردد.

از قانون تشکیلات و وظایف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مصوب

۱۳۶۷/۰۳/۰۳

ماده ۱ - وظایف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی عبارتند از: (...)
۷ - فراهم نمودن تسهیلات لازم برای برخورداری همگان از خدمات درمانی در حدود امکانات از طریق ایجاد و گسترش مراکز درمانی دولتی و بهبود استاندارد آنها و استفاده از همکاری مؤسسات خیریه و بخش خصوصی و نیز انواع بیمه های درمانی.

تبصره - وزارت جهاد سازندگی^۱ در حدود وظایف قانونی محوله با موافقت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به خدمات بهداشتی درمانی مناطق روستائی و عشایری کمک خواهد نمود.

۸ - تأمین منابع مالی با بهره گیری از اعتبارات عمومی، حق بیمه، درآمدهای اختصاصی و کمکها و مشارکت مردمی.

^۱. اکنون وزارت جهاد کشاورزی

**قانون الزام سازمان تأمین اجتماعی به اجرای بندهای الف و ب ماده ۳ قانون
تأمین اجتماعی
مصوب ۱۳۶۸/۰۸/۲۱**

ماده واحده - از تاریخ تصویب این قانون انجام تعهدات بندهای الف و ب ماده ۳ قانون تأمین اجتماعی مصوب تیر ماه ۱۳۵۴ بعهد سازمان تأمین اجتماعی خواهد بود.

سازمان مذکور موظف است کلیه تعهدات درمانی مزبور را از بخشهای دولتی و در صورت نیاز از بخش خصوصی با رعایت تعرفه های رسمی تأمین نماید.

تبصره ۱ - نحوه استفاده از واحدهای درمانی و بیمارستانی تحت مالکیت سازمان (اعم از واحدهای ملکی و استیجاری موجود) و واحدهایی که بدین منظور ایجاد خواهد شد و چگونگی پرداخت هزینه های درمان و نگهداری حسابها و نحوه خرید خدمت طبق آئیننامه اجرائی این قانون خواهد بود که توسط سازمان تأمین اجتماعی حداکثر ظرف مدت سه ماه از تاریخ تصویب این قانون با رعایت مفاد بندهای ذیل تهیه و به تصویب وزرای بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی ، کار و امور اجتماعی و امور اقتصادی و دارائی خواهد رسید.

الف - کل هزینه واحد های درمانی و بیمارستانی تحت مالکیت سازمان بعهد سازمان تأمین اجتماعی بوده و سازمان مزبور مکلف است بودجه هر سال آن را از محل سهم درمان (۹٪ از مأخذ محاسبه و حق بیمه مذکور در ماده قانون تأمین اجتماعی) پیش بینی و در بودجه خود منظور نماید سازمان تأمین اجتماعی بمنظور انجام هزینه ها امین خود را تحت عنوان صاحب جمع اموال و مسوول امور مالی در واحدهای مذکور مستقر می نماید که بر امور مالی مطابق ضوابط نظارت مستقیم خواهد داشت سرپرست سازمان مسوول امور مالی را پیشنهاد و پس از تایید وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی منصوب خواهد نمود.

ب - کلیه واحد های آموزشی موجود سازمان و بیمارستانهاییکه در آینده دارای توان آموزشی می شوند بر اساس برنامه ریزی آموزشی وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی به خدمات آموزشی خود ادامه خواهند داد.

ج - کلیه بیمارستانهای تحت مالکیت سازمان مکلفند تا ۲۰٪ از ظرفیت تختهای خود را به پذیرش بیماران غیر بیمه ای بی بضاعت و همچنین بیمارانی که از خانواده های محترم شهداء ، اسراء مفقودین و جانبازان هستند بطور رایگان اختصاص دهند و در شهرهایی که منحصر بفرد هستند به تمام متقاضیان ارائه خدمت کنند.

د - کلیه واحد های درمانی وابسته به وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی مکلفند نسبت به پذیرش بیماران بیمه شده تأمین اجتماعی اقدام و هزینه های انجام شده را بر اساس تعرفه های مصوب از سازمان تأمین اجتماعی دریافت دارند. ه - سازمان تأمین اجتماعی می تواند در صورت لزوم با عقد قرارداد از خدمات پزشکی بخش خصوصی جهت درمان بیمه شدگان تأمین اجتماعی استفاده نموده و هزینه های مربوطه را طبق تعرفه های مصوب مورد عمل وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی راساً از محل سهم درمان پرداخت نماید.

و - درآمد های حاصله از ارائه خدمات درمانی به غیر بیمه شده در واحد های تحت مالکیت سازمان مستقیماً به حساب جداگانه ای جهت کمک به ساخت و تعمیر و نگهداری بیمارستان های تحت مالکیت اختصاص می یابد.

تبصره ۲ - از تاریخ تصویب این قانون به اعضای تشکیل دهنده شورای فنی موضوع ماده ۴ قانون تأمین خدمات درمانی دو نفر به شرح زیر اضافه می گردند :

۱ - مدیر عامل سازمان تأمین اجتماعی یا نماینده او.

۲ - رئیس سازمان برنامه و بودجه یا نماینده او.

تبصره ۳ - اجراء این قانون باید هماهنگ با سیاست های کلی بهداشتی درمانی کشور در قالب طرح گسترش شبکه های بهداشتی درمانی باشد.

تبصره ۴ - از تاریخ تصویب این قانون آن دسته از مواد قانون تأمین اجتماعی و سایر قوانینی که با این قانون مغایر است لغو می گردد.

از قانون تشکیل وزارت دفاع و پشتیبانی نیروهای مسلح جمهوری اسلامی ایران
مصوب ۱۳۶۸/۰۵/۲۸

ماده ۴ - وظایف وزارت به شرح زیر می باشد: (...)
ف - انجام امور بیمه و بازنشستگی ، وظیفه و مستمری پرسنل نیروهای نظامی و وزارت و سازمان های وابسته به آنها.

از قانون حقوق و مزایای مستمر ، پس انداز ثابت ، حق بیمه و بیمه درمانی
مشمولین قانون ارتش جمهوری اسلامی ایران
مصوب ۱۳۶۸/۱۰/۲۷

ماده ۱۸ - هزینه خدمات درمانی مشمولین بند ک ماده ۸ قانون ارتش^۱ به شرح زیر به سازمان تأمین خدمات درمانی^۲ پرداخت می گردد :
الف - معادل ۲/۵ برابر ضریب ریالی حقوق ، به ازاء هر نفر که از خدمات درمانی برخوردار می گردد.
ب - معادل ۰.۲٪ حقوق ماهانه از بودجه سازمانهای ذیربط.
ج - معادل یک دوم وجوه بند الف از محل صندوق بیمه حوادث در مورد مشترکین این صندوق.

^۱ . ماده ۸ - وظایف وزارت دفاع به شرح زیر می باشد :

ک - تأمین خدمات درمانی پرسنل وزارت دفاع ، ارتش و نیروهای انتظامی و سازمانهای وابسته به آنها ، بازنشستگان ، وظیفه بگیران مستمری بگیران و عائله تحت تکفل آنان .

^۲ . اکنون سازمان تأمین اجتماعی نیروهای مسلح

از قانون مقررات استخدامی سپاه پاسداران انقلاب اسلامی

مصوب ۱۳۷۰/۰۷/۲۱

ماده ۱۹۷ - سپاه موظف است کلیه پرسنل خود را در قبال حوادثی که منجر به شهادت، فوت، بیماری، نقص عضو یا ازکارافتادگی و همچنین پرداخت دیه شود بیمه نماید.

تبصره ۱ - مقررات مربوط به اجرای این ماده تابع قانون بیمه پرسنل و آیین نامه اجرایی آن خواهد بود.

تبصره ۲ - اعتبارات مربوط به این ماده از محل صندوق بیمه سپاه تأمین می گردد.

از قانون چگونگی اداره مناطق آزاد تجاری - صنعتی جمهوری اسلامی ایران

مصوب ۱۳۷۲/۰۶/۰۷

ماده ۱۲ - مقررات مربوط به اشتغال نیروی انسانی، بیمه و تأمین اجتماعی و صدور روادید برای اتباع خارجی به موجب آئین نامه هائی خواهد بود که به تصویب هیأت وزیران خواهد رسید.

از قانون اساسنامه سازمان تأمین خدماتی درمانی پرسنل نیروهای مسلح

جمهوری اسلامی ایران^۱

مصوب ۲۹/۱۰/۱۳۷۲

فصل اول - کلیات ، هدف ، سرمایه :

ماده ۱ - با توجه به ماده (۸) قانون « تشکیل وزارت دفاع و پشتیبانی نیروهای مسلح جمهوری اسلامی ایران » مصوب ۱۳۶۸ «سازمان تأمین خدمات درمانی عائله درجه یک افسران ، همافران ، کارمندان ارتش ، ژاندارمری و شهربانی» به عنوان «سازمان تأمین خدمات درمانی پرسنل نیروهای مسلح جمهوری اسلامی ایران» در وزارت دفاع و پشتیبانی نیروهای مسلح تعیین و وظایف و تشکیلات آن به شرح این اساسنامه تعیین میشود.

ماده ۳ - مرکز اصلی " سازمان " شهر تهران است. سازمان میتواند به منظور ارائه خدمات درمانی در سایر نقاط کشور تشکیلات مناسب دایر نماید.

ماده ۴ - هدف " سازمان " عبارت است از : تأمین خدمات درمانی پرسنل نیروهای مسلح و وزارت دفاع و پشتیبانی نیروهای مسلح و سازمانهای وابسته به آنها ، اعم از کادر ثابت ، پیمانی و اعضای ویژه بسیج ، بازنشستگان ، وظیفه بگیران و عائله تحت تکفل آنها و مستمری بگیران.

تبصره ۱ - نحوه استفاده پرسنل شاغل از خدمات درمانی برابر دستورالعملی خواهد بود که به تصویب شورایعالی میرسد.

۱. از ادغام سازمان بیمه و بازنشستگی ارتش جمهوری اسلامی ایران و سازمان بیمه و بازنشستگی سپاه پاسداران انقلاب اسلامی و بیمه و بازنشستگی نیروی انتظامی جمهوری اسلامی و سازمان خدمات درمانی نیروهای مسلح ، به موجب ماده (۱۷۴) قانون برنامه سوم توسعه اقتصادی ، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران مصوب ۱۳۷۹/۰۱/۱۷ سازمان تأمین اجتماعی نیروهای مسلح وابسته به وزارت دفاع و پشتیبانی نیروهای مسلح ایجاد شد.

۲. در اجرای ماده (۱۷۴) قانون برنامه سوم توسعه اقتصادی ، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران مصوب ۱۳۷۹/۰۱/۱۷ اساسنامه سازمان تأمین اجتماعی نیروهای مسلح در تاریخ ۳۰/۱۰/۱۳۸۸ به تصویب هیات وزیران رسیده و به شماره ت ۳۹۹۸۵ هـ ۱۳۸۸/۴/۲۰ ابلاغ گردید.

تبصره ۲ - چگونگی ارائه خدمات درمانی به پرسنل وظیفه و عائله تحت تکفل آنها طبق آیین نامه ای خواهد بود که به پیشنهاد وزارت دفاع و پشتیبانی نیروهای مسلح به تصویب هیئت وزیران می‌رسد.

ماده ۵ - کلیه مراکز درمانی وابسته به نیروهای مسلح موظفاند خدمات درمانی پرسنل شاغل و وظیفه خود را ارائه نموده و در صورت داشتن ظرفیت پذیرش مازاد بعد از کسب مجوز از بالاترین فرمانده یا رئیس نیروی مربوطه با سازمان عقد قرارداد نمایند.

تبصره ۱ - سازمان میتواند برای تأمین خدمات درمانی اشخاص تحت پوشش سازمان، با کلیه مراکز درمانی وابسته به دولت، همچنین بخش خصوصی، قرارداد منعقد نماید.

تبصره ۲ - سازمان میتواند برای وصول به هدفهای خود، با موافقت شورای عالی، در شرکتهای و سازمانهایی که در امور درمانی فعالیت دارند، سرمایه گذاری و مشارکت نماید، همچنین با موافقت شورای عالی و مجوز وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، بیمارستان و درمانگاه تأسیس نماید.

تبصره ۳ - آئین نامه اجرایی این ماده توسط شورای عالی سازمان تهیه و بنا به پیشنهاد وزارت دفاع و پشتیبانی نیروهای مسلح به تصویب هیئت وزیران می‌رسد.

ماده ۶ - عائله تحت تکفل در این اساسنامه عبارتند از:

همسر، فرزندان و پدر و مادر تحت تکفل که از هیچ نوع خدمات درمانی دیگری بهره مند نباشند.

ماده ۷ - (اصلاحی ۱۳۷۷/۰۹/۱۱) فرزندان ذکور غیر شاغل تا سن (۲۰) سال تمام و در صورتی که مشغول تحصیل باشند تا پایان تحصیل حداکثر (۲۵) سال

تمام و فرزندان اناث تحت تکفل چنانچه شوهر نداشته و شاغل نباشند می توانند زیر پوشش درمانی سازمان قرار گیرند.^۱

ماده ۸ - فرزندی که سن آنان از حد نصاب یاد شده در ماده ۷ بیشتر باشد و به بیماری غیر قابل علاج یا نقص عضو مبتلا شوند به گونه ای که برابر تشخیص کمیسیون عالی پزشکی برای همیشه قادر به تامین معاش خود نباشند ، تا پایان عمر تحت تکفل محسوب میشوند.

ماده ۹ - چنانچه فرزندان کارمند مطلقه تحت تکفل کارمند مزبور باشند ، زیر پوشش خدمات درمانی قرار میگیرند.

ماده ۱۰ - در صورتی که همسر هر یک از پرسنل اناث نیروهای مسلح جمهوری اسلامی ایران فاقد درآمد بوده و فرزندان مشترک و تحت تکفل آنها از هیچ نوع خدمات درمانی دیگری بهره مند نباشند ، میتوانند زیر پوشش خدمات درمانی سازمان قرار گیرند.

ماده ۱۱ - چنانچه همسر هر یک از پرسنل اناث نیروهای مسلح جمهوری اسلامی ایران به علت بیماری طبق نظر کمیسیون پزشکی از کارافتاده تشخیص داده شود ، در صورتی میتواند از خدمات درمانی سازمان استفاده کند که تحت تکفل کارمند مزبور باشد.

تبصره - افراد موضوع مواد ۱۰ و ۱۱ این اساسنامه، همچنین سایر افراد تحت تکفل موضوع ماده ۱۶۴ قانون ارتش جمهوری اسلامی ایران مصوب ۱۳۶۶ و ماده ۱۸۲ قانون مقررات استخدامی سپاه پاسداران انقلاب اسلامی مصوب ۱۳۷۰ (به استثنای افراد موضوع مواد ۸/۷/۶ و ۹ این اساسنامه) در صورت پرداخت تمام حق

۱ . به موجب قانون اصلاح قوانین ارتش جمهوری اسلامی ایران ، سپاه پاسداران انقلاب اسلامی و اساسنامه سازمان تأمین خدمات درمانی پرسنل نیروهای مسلح جمهوری اسلامی ایران مصوب ۱۳۷۷/۰۹/۱۱ اصلاح شده است. متن سابق ماده به شرح زیر می باشد:

ماده ۷ - فرزندان ذکور غیر شاغل تا سن ۱۹ سال تمام و در صورت اشتغال به تحصیل تا پایان تحصیل و حداکثر تا سن ۲۳ سال تمام و فرزندان اناث تحت تکفل چنانچه شوهر نداشته و شاغل نباشند می توانند زیر پوشش درمانی سازمان قرار گیرند.

بیمه سرانه توسط بیمه شده ، مطابق حق بیمه سرانه کارکنان دولت ، میتوانند زیر پوشش خدمات درمانی سازمان قرار گیرند.

ماده ۱۲ - حدود و چگونگی استفاده از خدمات درمانی و میزان مشارکت بیماران در هزینه های درمانی ، همچنین میزان تعرفه حق الزحمه پزشکان و هزینه های بیمارستانی طبق تعرفه های مصوب وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی بر اساس آیین نامه ای است که به تصویب شورای عالی میرسد.

ماده ۱۳ - سازمان از پرداخت مالیات بر درآمد و عوارض و هزینه دادرسی معاف است.

ماده ۳۸ - نیروهای مسلح جمهوری اسلامی ایران و وزارت دفاع و پشتیبانی نیروهای مسلح و سازمانهای وابسته به آنها موظفاند حق بیمه درمانی مصوب (سهم سازمان و سهم پرسنل جمعی و عائله تحت تکفل آنان) را ماهانه و بدون وقفه محاسبه و به حساب سازمان واریز نمایند.

قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور مصوب ۱۳۷۳/۰۸/۰۳ با اصلاحات و الحاقات بعدی

ماده ۱ - تعاریف

۱ - بیمه شده اصلی : فردی است که رأساً مشمول مقررات بیمه خدمات درمانی موضوع این قانون بوده و پس از پرداخت حق سهم (توسط فرد یا مراجع مشمول در قانون) مشمول استفاده از مزایای خدمات درمانی قرار می گیرد.

۲ - بیمه شده تبعی : خانواده شخص یا اشخاصی هستند که به تبع سرپرستی و کفالت بیمه شده اصلی از مزایای مقرر در این قانون می توانند استفاده نمایند.

۳ - روستایی : شخصی است که در روستا سکونت داشته باشد. عشایر کوچ رو در این قانون از مزایای روستاییان برخوردارند.

۴ - افراد نیازمند : به افرادی اطلاق می شود که به لحاظ شرایط اقتصادی ، اجتماعی ، جسمی و روانی توانایی اداره زندگی خود و خانواده تحت تکفل خود را

ندارند. مصادیق افراد نیازمند حسب مورد به پیشنهاد کمیته امداد امام خمینی (ره) و سازمان بهزیستی تعیین می شود.

۵ - صاحبان حرف و مشاغل آزاد : به کلیه اشخاصی اطلاق می شود که از نظر مقررات و قوانین خویش فرما باشند.

۶ - حق سرانه : مبلغی است که بر مبنای خدمات مورد تعهد به مشمولین بیمه خدمات درمانی ، برای هر فرد در یک ماه تعیین می گردد.

۷ - فرانشیز : قسمتی از هزینه درمان است که بیمه شده باید در زمان دریافت خدمات درمانی پرداخت نماید.

۸ - قیمت واقعی خدمات : عبارتست از قیمت تمام شده خدمات به اضافه سود سرمایه (دارایی های ثابت).

در بخش دولتی سود سرمایه (دارایی های ثابت) و استهلاک منظور نخواهد شد.^۱

ماده ۲ - به منظور توسعه و تعمیم بیمه خدمات درمانی و اعمال وظایف سیاستگذاری ، برنامه ریزی ، ایجاد هماهنگی های اجرایی هدایت ، نظارت و

^۱ . قانون استفساریه بند (الف) تبصره (۱۰) قانون بودجه سال ۱۳۷۷ کل کشور و ماده (۱) قانون بیمه همگانی خدمات درمانی - مصوب ۱۳۷۳/۰۸/۰۳

موضوع استفسار :

آیا منظور از قسمت آخر بند (الف) تبصره (۱۰) قانون بودجه سال ۱۳۷۷ کل کشور و ماده (۱) قانون بیمه همگانی خدمات درمانی مصوب ۱۳۷۳ / ۸ / ۳ این است که سازمان خدمات درمانی موظف است برای هر متقاضی بصورت انفرادی بدون هیچگونه قید و شرطی پس از پرداخت حق بیمه دفترچه خدمات درمانی صادر و از تاریخ پرداخت حق بیمه ، بیمه شونده از کلیه امکانات بهداشتی و درمانی و بیمارستانی تحت هر عنوان استفاده نماید ؟

نظر مجلس :

ماده واحده منظور از قسمت آخر بند (الف) تبصره (۱۰) قانون بودجه سال ۱۳۷۷ کل کشور و ماده (۱) قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور مصوب ۱۳۷۳ / ۸ / ۳ این است که سازمان خدمات درمانی موظف است برای هر متقاضی بصورت انفرادی و بدون هیچگونه قید و شرطی پس از پرداخت حق بیمه ، دفترچه خدمات درمانی صادر نماید و از تاریخ پرداخت حق بیمه ، بیمه شده از کلیه امکانات بهداشتی و درمانی و بیمارستانی تحت هر عنوان استفاده نماید .

ارزشیابی سطح کمی و کیفی بیمه خدمات درمانی در چهارچوب این قانون شورای عالی بیمه خدمات درمانی کشور^۱ که بعد از این شورای عالی نامیده می شود، در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی^۲ تشکیل می گردد.

ماده الحاقی - (الحاقی ۱۳۹۵/۱۱/۱۰) شورای عالی بیمه سلامت کشور مکلف است هر ساله قبل از تصویب بودجه سال بعد در هیأت وزیران نسبت به بازنگری ارزش نسبی و تعیین تعرفه خدمات سلامت برای کلیه ارائه دهندگان خدمات بهداشتی، درمان و تشخیص در کشور اعم از دولتی و غیردولتی و خصوصی با رعایت اصل تعادل منابع و مصارف و قیمت واقعی در جهت تقویت رفتارهای مناسب بهداشتی، درمانی و مبنای محاسباتی واحد و یکسان با حق فنی واقعی یکسان برای بخش دولتی و غیردولتی در شرایط رقابتی و براساس بند (۸) ماده (۱) و مواد (۸) و (۹) قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور مصوب ۱۳۷۳/۸/۳ اقدام و مراتب را پس از تأیید سازمان برنامه و بودجه کشور، قبل از پایان هر سال برای سال بعد جهت تصویب به هیأت وزیران ارائه کند.^۳

۱. به موجب تبصره (۳) بند (ب) ماده (۳۸) قانون برنامه پنجم توسعه نام "شورای عالی بیمه خدمات درمانی" به "شورای عالی بیمه سلامت" تغییر یافت.

۲. به موجب تبصره (۲) ماده (۱۷) که مقرر می دارد؛

« قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی مصوب ۱۳۸۳/۰۲/۲۱

تبصره ۲ - (اصلاحی ۱۳۹۰/۰۴/۰۸) کلیه مسؤولیتها و اختیارات مربوط به دستگاههای اجرایی دولتی و عمومی، صندوقها و نهادهای فعال در حوزه های بیمه ای، حمایتی و امدادی نظام، از وزراء مربوطه یا بالاترین مقام مسؤول آنها سلب و به وزیر تعاون، کار و رفاه اجتماعی تفویض می گردد. این امر شامل عضویت و یا ریاست شوراها، مجامع و هیأتهای امناء نهادهای موصوف و کمیسیونهای فرعی و اصلی دولت، شوراهای عالی فرابخشی و مجامع بین المللی مرتبط نیز می باشد »

مسئولیت شوراهای عالی بیمه های موضوع قانون صدر الذکر از جمله شورای عالی بیمه سلامت به وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی محول گردید.

با انتزاع سازمان بیمه سلامت از وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی و وابسته شدن آن به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، به موجب ماده (۷۲) قانون برنامه ششم توسعه، امروزه شورای عالی بیمه سلامت در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تشکیل می گردد

۳. به موجب ماده ۹ قانون احکام دائمی برنامه های توسعه کشور مصوب ۱۳۹۵/۱۱/۱۰ الحاق شده است.

- ماده ۳ - ترکیب شورای عالی به شرح زیر خواهد بود :
- ۱ - وزیر بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی (رییس شورای عالی) .
 - ۲ - وزیر کار و امور اجتماعی.^۱
 - ۳ - وزیر امور اقتصادی و دارایی.
 - ۴ - رئیس سازمان برنامه و بودجه.
 - ۵ - دبیرکل سازمان امور اداری و استخدامی کشور.^۲
 - ۶ - رییس کل سازمان نظام پزشکی.
 - ۷ - مدیرعامل سازمان تأمین اجتماعی.
 - ۸ - مدیرعامل سازمان بیمه خدمات درمانی.^۳
 - ۹ - مدیرعامل سازمان خدمات درمانی نیروهای مسلح.^۴
 - ۱۰ - سرپرست کمیته امداد امام خمینی (ره) .
 - ۱۱ - معاون امور درمان وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی (بدون حق رأی) .
 - ۱۲ - دو نفر از نمایندگان مجلس شورای اسلامی از کمیسیونهای برنامه و بودجه^۵ و بهداشتی و بهزیستی^۶ (از هر کدام یک نفر) که در هر دوره مجلس به انتخاب مجلس تعیین خواهند شد ، به عنوان ناظر در جلسات شورای عالی شرکت خواهند کرد.

به موجب قسمت اخیر ماده مذکور، بند (الف) آن ماده به عنوان یک ماده بعد از ماده (۲) قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور مصوب ۳/ ۸/ ۱۳۷۳ الحاق می گردد.

۱ . اکنون وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی

۲ . اکنون رئیس سازمان اداری و استخدامی کشور

۳ . اکنون مدیر عامل سازمان بیمه سلامت

۴ . اکنون مدیر عامل سازمان تأمین اجتماعی نیروهای مسلح

۵ . اکنون کمیسیون برنامه، بودجه و محاسبات

۶ . اکنون کمیسیون بهداشت و درمان

تبصره - دبیرخانه شورای عالی در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بوده و معاون امور درمان دبیر شورای عالی و مسوول ابلاغ مصوبات آن می باشد. ماده ۴ - دولت موظف است شرایط لازم را برای تحت پوشش قرار دادن تمام گروه ها و افراد جامعه که متقاضی بیمه خدمات درمانی هستند، فراهم نماید. پوشش و تعمیم بیمه خدمات درمانی برای کلیه گروههای مشمول این قانون حداکثر ظرف پنج سال پس از تصویب این قانون با اولویت نیازمندان و روستائیان طبق موازین این انجام خواهد شد.

ماده ۵ - به منظور تأمین موجبات و امکانات بیمه خدمات درمانی کارکنان دولت، افراد نیازمند، روستاییان و سایر گروه های اجتماعی سازمان بیمه خدمات درمانی^۱ که پس از این سازمان نامیده می شود تشکیل و به صورت شرکت دولتی اداره خواهد شد.

(الحاقی ۱۳۷۴/۰۸/۰۷) و در صورتی تابع مقررات عمومی دولت و مؤسساتی که با سرمایه دولت تشکیل شده اند می شود که در مقررات مزبور صراحتاً از آن یاد شده باشد.^۲

تبصره ۱ - سازمان وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بوده و دارای شخصیت حقوقی مستقل است.^۳

۱. اکنون سازمان بیمه سلامت

۲. به موجب قانون اصلاح ماده (۵) قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور مصوب ۱۳۷۴/۰۸/۰۷ عبارت «و در صورتی تابع مقررات عمومی دولت و مؤسساتی که با سرمایه دولت تشکیل شده اند میشود که در مقررات مزبور صراحتاً از آن یاد شده باشد» به انتهای ماده ۵ الحاق شده است.

۳. به موجب تبصره (۲) ماده (۱۷) که مقرر می دارد؛

«قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی مصوب ۱۳۸۳/۰۲/۲۱

تبصره ۲ - (اصلاحی ۱۳۹۰/۰۴/۰۸) کلیه مسؤولیتها و اختیارات مربوط به دستگاههای اجرایی دولتی و عمومی، صندوقها و نهادهای فعال در حوزه های بیمه ای، حمایتی و امدادی نظام، از وزراء مربوطه یا بالاترین مقام مسؤول آنها سلب و به وزیر تعاون، کار و رفاه اجتماعی تفویض می گردد. این امر شامل عضویت و یا ریاست شوراها، مجامع و هیأتهای امناء نهادهای موصوف و کمیسیونهای فرعی و اصلی دولت، شوراها و عالی فرابخشی و مجامع بین المللی مرتبط نیز می باشد»

تبصره ۲ - وظایف، اختیارات، ارکان و تشکیلات، منابع مالی و نحوه اداره و حدود و شمول عملیات و فعالیت سازمان بر طبق اساسنامه ای خواهد بود که حداکثر ظرف سه ماه از تاریخ تصویب این قانون به پیشنهاد شورای عالی و به تصویب هیأت وزیران می‌رسد.^۱(...)

تبصره ۵ - هر یک از گروه‌های مذکور در ماده فوق دارای صندوق جداگانه ای خواهند بود.

ماده ۶ - کلیه شرکت‌های بیمه مجازند بر اساس موازین این قانون و با رعایت حق سرانه مصوب در امور بیمه خدمات درمانی گروه‌های مختلف همکاری، مشارکت و فعالیت نمایند.

تبصره - کلیه شرکتهای بیمه علاوه بر فعالیت در بیمه خدمات درمانی مجازند در امور بیمه‌های مضاعف (مکمل) بر اساس موازین قانونی خود از طریق عقد قراردادهای تکمیلی (خاص) و مطابق این قانون همکاری، مشارکت و فعالیت نمایند.

ماده ۷ - کلیه دستگاهها و سازمانهای دولتی و وابسته به دولت کمیته امداد امام خمینی (ره) و اشخاص حقیقی و حقوقی در انتخاب سازمان و یا شرکتهای بیمه گر برای عقد قراردادهای بیمه خدمات درمانی در چهارچوب موازین و مفاد این

مسئولیت شوراهای عالی بیمه‌های موضوع قانون صدر الذکر از جمله شورای عالی بیمه سلامت به وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی محول گردید.

با تصویب قانون برنامه ششم توسعه و در راستای اجرای بند (۷) سیاست‌های کلی سلامت به موجب ماده (۷۲) قانون برنامه ششم، سازمان بیمه سلامت از وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی منتزع و وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی فعالیت می‌نماید.

^۱ . تبصره (۳) و تبصره (۴) ماده ۵ با اجرا منتفی شده‌اند.

تبصره ۳ - با تشکیل سازمان، آن قسمت از وظایف، اختیارات، امکانات، کارکنان، دارایی‌ها و اعتبارات وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی که در امر بیمه خدمات درمانی کارکنان دولت به کار گرفته می‌شود، به سازمان منتقل می‌گردد.

تبصره ۴ - کلیه دارایی‌های منتقل شده به سازمان توسط هیأتی که ترکیب آن در اساسنامه تعیین می‌شود، ارزیابی شده و به صورت سرمایه سازمان اعلام خواهد شد.

قانون مخیر می باشند و تشکیل سازمان بیمه خدمات درمانی نافی این حق و اختیار نخواهد بود.

تبصره ۱ - دستگاههای مشمول قانون تأمین اجتماعی و سازمان خدمات درمانی^۱ برای انعقاد قراردادهای بیمه خدمات درمانی با سازمانها و یا شرکتهای بیمه گر موظفاند طرح پیشنهادی خود را به سازمان تأمین اجتماعی و سازمان خدمات درمانی حسب مورد ارائه و مجوز لازم را از سازمان های مذکور دریافت نمایند. در صورتی که سازمان تأمین اجتماعی و یا سازمان خدمات درمانی با طرح پیشنهادی موافقت نمایند و این امر مورد اعتراض پیشنهاددهنده باشد، مراتب جهت تصمیم گیری نهایی به شورای عالی منعکس خواهد شد.

تبصره ۲ - دستگاههای موضوع تبصره ۱ به استثنای کمیته امداد امام خمینی (ره) موظفاند دو نهم سهم درمان یا حق سرانه درمان را حسب مورد در اختیار سازمان تأمین اجتماعی و یا سازمان خدمات درمانی قرار دهند تا برای تداوم استفاده بیمه شده از خدمات درمانی در دوران مستمری بگیری ذخیره شود.

تبصره ۳ - آئین نامه اجرائی این ماده حداکثر ظرف چهار ماه به پیشنهاد مشترک سازمان تأمین اجتماعی و سازمان خدمات درمانی و تأیید شورای عالی به تصویب هیأت وزیران خواهد رسید.

تبصره ۴ - کمیته امداد امام خمینی (ره) علاوه بر سازمان ها و شرکت های بیمه گر دولتی می تواند با مؤسسات خدمات درمانی انعقاد قرارداد نماید.

ماده ۸ - تعرفه های خدمات تشخیصی و درمانی بر اساس قیمت های واقعی و نرخ سرانه حق بیمه درمانی^۲ مصوب به پیشنهاد مشترک سازمان برنامه و بودجه و

^۱ منظور از سازمان خدمات درمانی، سازمان بیمه خدمات درمانی (سازمان بیمه سلامت کشور) است.

^۲ به موجب بند (ب) ماده (۷۰) قانون برنامه پنجساله ششم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران (۱۴۰۰-۱۳۹۶) مصوب ۱۳۹۵/۱۲/۲۱ حق بیمه بیمه شوندگان از جمله روستائیان و عشایر سهمی از درآمد سرپرست خانوار و به شرح زیر است:

ماده ۷۰-ب (...)- حق بیمه پایه سلامت خانوار به شرح ذیل، سهمی از درآمد سرپرست خانوار خواهد بود:

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با تأیید شورای عالی به تصویب هیأت وزیران خواهد رسید.

ماده ۹ - حق بیمه سرانه خدمات درمانی برای گروههای تحت پوشش بیمه خدمات درمانی و میزان فرانشیز قابل پرداخت توسط بیمه شوندگان با در نظر داشتن سطح درآمد گروه های بیمه شونده و وضعیت اقتصادی و اجتماعی کشور به پیشنهاد مشترک سازمان برنامه و بودجه و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و تأیید شورای عالی به تصویب هیأت وزیران خواهد رسید.^۱

۱- خانواده روستاییان، عشایر و اقشار نیازمند تحت پوشش نهادهای حمایتی معادل هفت درصد (۷٪) حداقل حقوق و دستمزد مشمولان قانون کار. صددرصد (۱۰۰٪) حق بیمه این گروههای اجتماعی بر مبنای بند (الف) این ماده توسط دولت در قالب بودجه سنواتی تأمین می‌شود.

۲- کارکنان دستگاههای اجرائی معادل هفت درصد (۷٪) حقوق و مزایای مستمر آنان تبصره - بخشی از حق بیمه مشمولان این جزء از محل بودجه عمومی دولت در قالب بودجه سنواتی تأمین خواهد شد.

۳- مشمولان تأمین اجتماعی کسر حق بیمه مطابق قانون تأمین اجتماعی

۴- سهم خانوارهای سایر اقشار، متناسب با گروههای درآمدی معادل هفت درصد (۷٪) درآمد، حداکثر معادل سقف درآمد کارکنان دولت

۵- پوشش بیمه سلامت برای افراد خارجی مقیم در کشور، از جمله پناهندگان گروهی مورد تأیید دفتر اتباع خارجی وزارت کشور، الزامی است. شیوه دریافت حق بیمه و برخورداری از یارانه دولت برای تأمین حق بیمه براساس آیین نامه ای خواهد بود که حداکثر ظرف سه ماه از زمان لازم الاجراء شدن این قانون به تصویب هیأت وزیران می رسد. حکم این جزء بر حکم ماده (۴) قانون احکام دائمی برنامه های توسعه کشور حاکم است.

۱. قانون احکام دائمی برنامه های توسعه کشور مصوب ۱۳۹۵/۱۱/۱۰

ماده ۹ -

الف - شورای عالی بیمه سلامت کشور مکلف است هر ساله قبل از تصویب بودجه سال بعد در هیأت وزیران نسبت به بازنگری ارزش نسبی و تعیین تعرفه خدمات سلامت برای کلیه ارائه دهندگان خدمات بهداشت، درمان و تشخیص در کشور اعم از دولتی و غیردولتی و خصوصی با رعایت اصل تعادل منابع و مصارف و قیمت واقعی در جهت تقویت رفتارهای مناسب بهداشتی، درمانی و مبانی محاسباتی واحد و یکسان با حق فنی واقعی یکسان برای بخش دولتی و غیردولتی در شرایط رقابتی و براساس بند (۸) ماده (۱) و مواد (۸) و (۹) قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور مصوب ۳ / ۸ / ۱۳۷۳ اقدام و مراتب را پس از تأیید سازمان برنامه و بودجه کشور، قبل از پایان هر سال برای سال بعد جهت تصویب به هیأت وزیران ارائه کند.

تبصره - مابه التفاوت سهم درمان مشمولین قانون تأمین اجتماعی تا حق سرانه موضوع این ماده همه ساله در بودجه کل کشور منظور و به سازمان تأمین اجتماعی پرداخت خواهد شد.

تبصره ۲ - (الحاقی ۱۳۸۰/۱۱/۲۷) ^۱دستگاههای اجرایی طرف قرارداد با سازمان بیمه خدمات درمانی مکلفند حق سرانه بیمه درمان سهم کارمندان، بازنشستگان و موظفین را از حقوق ماهانه کسر و حداکثر در مدت یک ماه به حساب سازمان مذکور واریز نمایند.^۲ دستگاههای اجرایی طرف قرارداد با مؤسسات بیمه گر دیگر مکلفند حق سرانه بیمه درمان افراد مذکور را از حقوق ماهانه کسر و معادل دو نهم آن را به حساب سازمان فوق الذکر و مابقی آن را به مؤسسه بیمه گر طرف قرارداد پرداخت نمایند.

تبصره ۳ - (الحاقی ۱۳۸۰/۱۱/۲۷) سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور^۳ موظف است هر ساله اعتبارات مربوط به سهم دولت از حق سرانه بیمه خدمات درمانی مستخدمین شاغل، بازنشسته و موظفین مشمول قانون استخدام کشوری^۴ را به صورت یک ردیف مشخص و جداگانه در قالب بودجه کل کشور با رعایت نصاب تعیین شده در قانون بیمه همگانی، حسب مورد در اختیار سازمان بیمه خدمات

۱. به موجب ماده ۲۷ قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت، مصوب ۱۳۸۰/۱۱/۲۷ به ماده ۹ الحاق شده است.

۲. قانون برنامه پنجساله ششم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران (۱۴۰۰ - ۱۳۹۶) مصوب ۱۳۹۵/۱۲/۲۱

ماده ۷۰ (...پ) - دستگاههای اجرایی مکلفند حق بیمه پایه سلامت سهم بیمه شده و دستگاه اجرایی را حداکثر ظرف مدت سه ماه به حساب سازمان بیمه گر پایه مربوطه واریز نمایند. در صورت عدم واریز با اعلام سازمان بیمه گر و تشخیص و توسط وزارت امور اقتصادی و دارایی از ردیف مربوطه و حساب جاری دستگاه اجرایی ذی ربط برداشت و به حساب سازمان بیمه گر پایه واریز می شود.

۳. اکنون سازمان برنامه و بودجه کشور

۴. با تصویب قانون مدیریت خدمات کشوری در سال ۱۳۸۶ و با توجه به مفاد ماده ۱۱۷ آن قانون، به جز موارد استثنا شده از قانون، مذکور در ماده ۱۱۷ یاد شده و دستگاهها و افرادی که بعد از تصویب قانون مدیریت خدمات کشوری از شمول آن استثنا شده اند مانند دانشگاه ها، باقی دستگاههای مشمول قانون مدیریت خدمات کشوری می باشند

درمانی^۱ با دستگاههای اجرایی که طرف قرارداد با مؤسسات بیمه گر دیگر هستند قرار دهد.^۲

ماده ۱۰ - حداقل شمول و سطح خدمات پزشکی و دارو شامل خدمات پزشکی اورژانس، عمومی و تخصصی (سرپایی و بستری) که انجام و ارائه آن در نظام بیمه خدمات درمانی به عهده سازمان های بیمه گر قرار می گیرد و لیست خدمات فوق تخصصی که مشمول بیمه های مضاعف (مکمل) می باشد به پیشنهاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و تأیید شورای عالی و تصویب هیأت وزیران تعیین و اعلام می شود.

ماده ۱۱ - تأمین خدمات بهداشتی که از طریق شبکه بهداشتی و درمانی تابع وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی انجام می شود همچنان رایگان است. تبصره - همه ساله وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی فهرست این گونه خدمات و اسامی و مشخصات داروها و ملزومات مصرفی رایگان در برنامه های استراتژیک بهداشتی را تعیین و اعلام می کند.

ماده ۱۲ - ارائه خدمات درمانی به روستاییان از طریق شبکه های بهداشتی، درمانی و سیستم ارجاع بوده و میزان حق بیمه سرانه خدمات درمانی روستاییان در شروع برنامه معادل ۴۰ درصد حق سرانه تعیین شده شهرنشینان خواهد بود. تبصره - به منظور حمایت از روستائیان و تعمیم بیمه خدمات درمانی در جوامع روستایی و عشایری، دولت موظف است بخشی از هزینه سرانه بیمه خدمات درمانی روستائیان بیمه شده را تقبل و از محل بودجه عمومی تأمین و به صورت ردیفی مستقل در قانون بودجه سالانه منظور و بر اساس موافقتنامه شرح

۱. اکنون بیمه سلامت

۲. به موجب ماده ۲۷ قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت، مصوب ۳۸۰/۱۱/۲۷ به ماده ۹ الحاق شده است.

فعالیت‌های جاری جهت حق بیمه سرانه خدمات درمانی افراد مشمول این ماده و انعقاد قرارداد با سازمان‌ها و شرکتهای بیمه گر به مصرف برساند.^۱

ماده ۱۳ - سهم مشمولان این قانون از حق بیمه سرانه خدمات درمانی بر حسب گروههای شغلی به ترتیب زیر خواهد بود.^۲

۱ - کارکنان دولت : یک پنجم تا یک سوم حق بیمه سرانه که متناسب با حقوق و مزایا با تصویب هیأت وزیران تعیین می شود.

۲ - مشمولان قانون تأمین اجتماعی : بر طبق مقررات قانون تأمین اجتماعی.

۳ - روستائیان : بر اساس مصوبات هیأت وزیران.^۳

۴ - صاحبان حرف و مشاغل آزاد : تا ۱۰۰٪ حق بیمه سرانه ، به پیشنهاد شورای عالی و تصویب هیأت وزیران.

۵ - سایر اقشاری که در این قانون ذکری از آنها به عمل نیامده است، بر اساس پیشنهاد شورای عالی و تصویب هیأت وزیران.

ماده ۱۴ - تأمین حق بیمه سرانه خدمات درمانی افراد نیازمند جامعه که فاقد توانائی پرداخت هستند به پیشنهاد مشترک کمیته امداد امام خمینی (ره) و سازمان برنامه و بودجه توسط دولت تعهد شده و به صورت ردیفی مستقل در قانون بودجه هر سال منظور و در اختیار کمیته یاد شده قرار می گیرد تا بر اساس موافقتنامه شرح فعالیت های جاری جهت حق بیمه سرانه خدمات درمانی افراد مذکور و انعقاد قرارداد با سازمانها و شرکتهای بیمه گر به مصرف برساند.

۱ . به موجب جزء (۱) بند (ب) ماده (۷۰) قانون برنامه پنجساله ششم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران (۱۴۰۰ - ۱۳۹۶) مصوب ۱۳۹۵/۱۲/۲۱ حق بیمه بیمه شوندگان از جمله روستائیان و عشایر سهمی از درآمد سرپرست خانوار بوده که صددرصد (۱۰۰٪) حق بیمه این گروههای اجتماعی بر مبنای بند (الف) این ماده توسط دولت در قالب بودجه سنواتی تأمین می‌شود.

۲ . حق بیمه پایه سلامت خانوار به موجب بند (ب) ماده (۷۰) قانون برنامه پنجساله ششم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران (۱۴۰۰ - ۱۳۹۶) مصوب ۱۳۹۵/۱۲/۲۱ تعیین شده است.

۳ . با توجه به مفاد بند (ب) ماده (۷۰) قانون برنامه پنجساله ششم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران (۱۴۰۰ - ۱۳۹۶) مصوب ۱۳۹۵/۱۲/۲۱ صد در صد حق بیمه روستائیان توسط دولت تأمین خواهد شد.

تبصره ۱ - آئین نامه چگونگی تشخیص و تعیین افراد نیازمند مشتمل بر تعاریف ، ضوابط و موازین تشخیص ، به پیشنهاد مشترک کمیته امداد امام خمینی (ره) و سازمان برنامه و بودجه به تصویب هیأت وزیران می رسد.

تبصره ۲ - کمیته امداد امام خمینی (ره) موظف است با رعایت مفاد موضوع تبصره ۱ این ماده ضمن استفاده از همکاری های وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی از جمله سازمان بهزیستی استانها ، وزارت کشاورزی^۱ ، وزارت جهاد سازندگی^۲ و دیگر سازمانها و نهادها ، همه ساله اطلاعات آماری افراد تحت پوشش و مشمول دریافت خدمات را به تفکیک هر استان تهیه و پس از تأیید شورای عالی جهت اقدامات اجرایی و پیش بینی و تأمین اعتبار لازم به سازمان برنامه و بودجه اعلام نماید.

ماده ۱۵ - سازمان برنامه و بودجه موظف است همه ساله اعتبارات مربوط به سهم دولت از حق بیمه خدمات درمانی کارمندان دستگاههایی را که از بودجه عمومی دولت استفاده می کنند به صورت یک برنامه مشخص در قالب بودجه مصوب سالانه هر یک از دستگاههای اجرایی پیش بینی و منظور نماید. دستگاههای ذیربط موظفاند رأساً نسبت به انعقاد قرارداد با سازمان بیمه خدمات درمانی^۳ یا سایر شرکتهای و مؤسسات بیمه گر اقدام نمایند.

تبصره - علاوه بر مواردی که در این قانون مشخص شده است سازمان برنامه و بودجه موظف است در مورد سایر بندهای ماده ۱۳ این قانون با توجه به درصدهای مذکور در همان ماده سهم دولت را متناسب با تعداد افراد بیمه شده هر گروه به صورت کمک در ردیف های خاص در قانون بودجه منظور نماید.

ماده ۱۶ - سایر دستگاهها در صورت تمایل می توانند تابع این قانون باشند.

^۱ . اکنون وزارت جهاد کشاورزی

^۲ . اکنون وزارت جهاد کشاورزی

^۳ . اکنون سازمان بیمه سلامت

ماده ۱۷ - کلیه بیمارستانها ، مراکز بهداشتی و درمانی و مراکز تشخیصی و پزشکان کشور موظف به پذیرش و مداوای بیمه شدگان و ارائه و انجام خدمات و مراقبتهای پزشکی لازم بر اساس ضوابط و مقررات این قانون هستند.

تبصره - وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی موظف است با همکاری سازمان نظام پزشکی و قوه قضائیه مقررات و نحوه نظارت بر امور بیمه خدمات درمانی همگانی را با توجه به اهداف این قانون و قوانین موجود تعیین و پس از تأیید شورای عالی به تصویب هیأت وزیران برساند.

ماده ۱۸ - وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی موظف است در اجرای بیمه خدمات درمانی همگانی کشور حداکثر تا یک سال پس از تصویب این قانون کلیه موازین ، مقررات ، روش های نظارتی و آئین نامه های موضوع این قانون را با همکاری مبادی ذیربط تهیه نموده و به تصویب مراجع مربوط برساند.

ماده ۱۹ - کلیه قوانین و مقررات مغایر با این قانون پس از لازم الاجرا شدن این قانون لغو می گردد.

از قانون استخدامی وزارت اطلاعات

مصوب ۱۳۷۴/۰۴/۲۵

ماده ۳۴ - وزارتخانه موظف است کلیه مستخدمین خود را در قبال حوادثی که منجر به شهادت ، فوت ، بیماری ، جانبازی و معلولیت ، همچنین پرداخت دیه شود ، برابر قوانین و مقررات رأساً بیمه نماید.

ماده ۳۸ - وجوه زیر ماهانه از دریافتی مستخدمین رسمی کسر می شود : (...)

ب - حق بیمه خدمات درمانی به میزان یک و نیم درصد (۱.۵٪) حقوق و فوق العاده شغل.

از قانون اصلاح قانون مبارزه با مواد مخدر

مصوب ۱۳۷۶/۰۸/۱۷ با اصلاحات بعدی

ماده ۱۵ - (اصلاحی ۱۳۸۹/۰۵/۰۹) معتادان مکلفند با مراجعه به مراکز مجاز دولتی، غیردولتی یا خصوصی و یا سازمان‌های مردم نهاد درمان و کاهش آسیب، اقدام به ترک اعتیاد نمایند. معتادی که با مراجعه به مراکز مذکور نسبت به درمان خود اقدام و گواهی تحت درمان و کاهش آسیب دریافت نماید، چنانچه تظاهر به اعتیاد ننماید از تعقیب کیفری معاف می‌باشد. معتادانی که مبادرت به درمان یا ترک اعتیاد ننمایند، مجرمند.

تبصره ۱- مراکز مجاز موضوع این ماده، بر اساس آیین نامه ای که توسط وزارتخانه‌های بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و وزارت رفاه و تأمین اجتماعی ظرف مدت سه ماه پس از تصویب این قانون تهیه و به تصویب ستاد می‌رسد، تعیین می‌شود.

تبصره ۲ - وزارت رفاه و تأمین اجتماعی موظف است ضمن پوشش درمان و کاهش آسیب قراردادن معتادان بی بضاعت، تمام هزینه‌های ترک اعتیاد را مشمول بیمه‌های پایه و بستری^۱ قرار دهد. دولت مکلف است همه ساله در لوایح بودجه، اعتبارات لازم را پیش بینی و تأمین نماید.^۲

^۱ . به موجب ماده (۷۰) قانون برنامه پنجساله ششم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران (۱۴۰۰ - ۱۳۹۶) مصوب ۱۳۹۵/۱۲/۲۱ تولید نظام سلامت از جمله بیمه سلامت بر عهده وزارت بهداشت است و وظیفه مقرر در این حکم بر عهده وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است

^۲ . به موجب بند ۶ اصلاحیه قانون اصلاح قانون مبارزه با مواد مخدر مصوب ۱۳۷۶ - مصوب ۱۳۸۹/۰۵/۰۹ اصلاح شده است. متن سابق ماده به شرح زیر می‌باشد:

ماده ۱۵- اعتیاد جرم است. ولی به کلیه معتادان اجازه داده می‌شود، به مراکز مجازی که از طرف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مشخص می‌گردد مراجعه و نسبت به درمان و بازپروری خود اقدام نمایند. تبصره ۱- معتادان مذکور در طول مدت درمان و بازپروری از تعقیب کیفری جرم اعتیاد معاف می‌باشند. تبصره ۲- هزینه‌های تشخیص، درمان، دارو و بازپروری توسط شخص معتاد براساس تعرفه‌های مصوب به واحدهای ذیربط پرداخت می‌شود و هزینه‌های مربوط به معتادان بی‌بضاعت هر ساله توسط دولت تأمین خواهد شد.

از قانون بیمه اجتماعی رانندگان حمل و نقل بار و مسافر بین شهری مصوب ۱۳۷۹/۰۲/۱۸ با اصلاحات بعدی

ماده واحده - (اصلاحی ۱۳۸۸/۰۵/۳۱)^۱ از تاریخ تصویب این قانون کلیه رانندگان وسایل نقلیه حمل و نقل بار و مسافر بین شهری و درون شهری مشمول قانون تأمین اجتماعی مصوب ۱۳۵۴/۴/۳ قرار گرفته و مکلفند حق بیمه مقرر در این قانون را رأساً بر مبنای درآمدی که همه ساله طبق ماده (۳۵) قانون مذکور^۲ تعیین می گردد حداقل سه ماهه به سازمان مزبور پرداخت و از مزایای قانون تأمین اجتماعی برخوردار گردند.

از قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت مصوب ۱۳۸۰/۱۱/۲۷

ماده ۹۳ - سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور مکلف است در پایان هر سه ماه معادل ارزش خدمات ارائه شده راه آهن و بهای سوخت، آب، فاضلاب، برق، گاز، مخابرات و بدهی به صندوقهای بازنشستگی و بیمه خدمات درمانی نیروهای

تبصره ۳- دولت مکلف است برای احیاء و ایجاد اردوگاههای بازپروری معتادین به مواد مخدر اقدام لازم را بعمل آورد.

^۱ . به موجب قانون اصلاح قانون بیمه اجتماعی رانندگان حمل و نقل بار و مسافر بین شهری مصوب ۱۳۸۸/۰۵/۳۱ اصلاح و جایگزین شده است. متن سابق ماده واحده به شرح زیر می باشد:

ماده واحده - از تاریخ تصویب این قانون کلیه رانندگان وسایط حمل و نقل بار و مسافر بین شهری مشمول قانون تأمین اجتماعی قرار گرفته و مکلفند حق بیمه مقرر در قانون تأمین اجتماعی را رأساً بر مبنای درآمدی که همه ساله طبق ماده (۳۵) قانون تأمین اجتماعی مصوب ۱۳۵۴،۴،۳ تعیین می گردد حداقل سه ماهه به سازمان مزبور پرداخت و از مزایای قانون تأمین اجتماعی برخوردار گردند. در صورت عدم پرداخت حق بیمه، سازمان تأمین اجتماعی حق بیمه راننده و متفرعات آن را طبق ماده (۵۰) قانون مذکور وصول می نماید.

^۲ . قانون تأمین اجتماعی مصوب ۱۳۵۴/۰۴/۰۳

ماده ۳۵- سازمان میتواند در موارد لزوم با تصویب شورای عالی سازمان مزد یا حقوق بیمه شدگان بعضی از فعالیت ها را طبقه بندی نماید و حق بیمه را بمأخذ درآمد مقطوع وصول و کمکهای نقدی را بر همان اساس محاسبه و پرداخت نماید .

نظامی و انتظامی جمهوری اسلامی ایران را در صورت عدم پرداخت توسط دستگاههای ذی ربط، از اعتبارات ردیف های دستگاههای ذی ربط کسر و حسب مورد به دستگاه طلبکار و وزارت دفاع و پشتیبانی نیروهای مسلح پرداخت نماید. همچنین هزینه های سوخت، آب، برق، مخابرات و تعمیرات جزئی خانه های سازمانی توسط بهره بردار و هزینه واحدهائی از نیروهای مسلح جمهوری اسلامی ایران که به کارهای انتفاعی می پردازند، از محل درآمدهای مزبور پرداخت خواهد شد. در مورد آب و برق خانه های سازمانی به استثنای خانه های سازمانی پاسگاههای مرزی، نیروهای مسلح موظفاند با نصب کنتور مجزا با هماهنگی وزارتخانه های کشور و دفاع و پشتیبانی نیروهای مسلح هزینه برق و آب مصرفی را مستقیماً توسط بهره بردار به شرکتهای خدمات دهنده پرداخت نمایند.

ازقانون حمایت از تأسیس و اداره مجتمع های بزرگ و متمرکز قالی بافی مصوب

۱۳۸۰/۱۲/۲۲

ماده ۳ - سازمان بیمه خدمات درمانی مکلف است بافندگان شاغل در مجتمع های قالی بافی را تحت پوشش بیمه درمان قرار دهد.

قانون ساماندهی بهداشت و درمان براساس اصول سوم (۳)، بیست و نهم (۲۹) و چهل و سوم (۴۳) قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران مصوب ۱۳۸۱/۱۰/۰۸

۱. از قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران

اصل سوم

دولت جمهوری اسلامی ایران موظف است برای نیل به اهداف مذکور در اصل دوم، همه امکانات خود را برای امور زیر بکار برد:

۱- ایجاد محیط مساعد برای رشد فضائل اخلاقی بر اساس ایمان و تقوی و مبارزه با کلیه مظاهر فساد و تباهی.

۲- بالا بردن سطح آگاهی های عمومی در همه زمینه ها با استفاده صحیح از مطبوعات و رسانه های گروهی و وسائل دیگر.

۳- آموزش و پرورش و تربیت بدنی رایگان برای همه، در تمام سطوح و تسهیل و تعمیم آموزش عالی.

۴- تقویت روح بررسی و تتبع و ابتکار در تمام زمینه های علمی، فنی، فرهنگی و اسلامی از طریق تاسیس مراکز تحقیق و تشویق محققان.

۵- طرد کامل استعمار و جلوگیری از نفوذ اجانب.

۶- محو هر گونه استبداد و خودکامگی و انحصارطلبی.

۷- تامین آزادیهای سیاسی و اجتماعی در حدود قانون.

۸- مشارکت عامه مردم در تعیین سرنوشت سیاسی، اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی خویش.

۹- رفع تبعیضات ناروا و ایجاد امکانات عادلانه برای همه، در تمام زمینه های مادی و معنوی.

۱۰- ایجاد نظام اداری صحیح و حذف تشکیلات غیر ضرور.

۱۱- تقویت کامل بنیه دفاع ملی از طریق آموزش نظامی عمومی برای حفظ استقلال و تمامیت ارضی و نظام اسلامی کشور.

۱۲- پی ریزی اقتصاد صحیح و عادلانه بر طبق ضوابط اسلامی جهت ایجاد رفاه و رفع فقر و برطرف ساختن هرنوع محرومیت در زمینه های تغذیه و مسکن و کار و بهداشت و تعمیم بیمه.

۱۳- تامین خودکفائی در علوم و فنون صنعت و کشاورزی و امور نظامی و مانند اینها.

۱۴- تامین حقوق همه جانبه افراد از زن و مرد و ایجاد امنیت قضائی عادلانه برای همه و تساوی عموم در برابر قانون.

۱۵- توسعه و تحکیم برادری اسلامی و تعاون عمومی بین همه مردم.

۱۶- تنظیم سیاست خارجی کشور بر اساس معیارهای اسلام، تعهد برادرانه نسبت به همه مسلمانان و حمایت بیدریغ از مستضعفان جهان.

اصل بیست و نهم

برخورداری از تأمین اجتماعی از نظر بازنشستگی، بیکاری، پیری، ازکارافتادگی، بی سرپرستی، در راه ماندگی، حوادث و سوانح و نیاز به خدمات بهداشتی و درمانی و مراقبتهای پزشکی بصورت بیمه و غیره

ماده واحده - دولت موظف است از آغاز سال ۱۳۸۲ لویح بودجه سنواتی کشور را به نحوی تنظیم نماید که زمینه های اجرائی قانون بیمه همگانی با لحاظ نمودن سیاست های کلی زیر فراهم شود :

- ۱ - کلیه اقشار جامعه تحت پوشش خدمات پایه بیمه همگانی قرار گیرند.
 - ۲ - خدمات پایه بیمه همگانی کلیه اقشار جامعه از طریق سازمانها ، نهادهای و دستگاههای بیمه گر ذی ربط به صورت یکسان به آحاد جامعه ارائه خواهد شد.
- صدور دفترچه یا کارت برای بیمه شوندگان از طریق یک سازمان و با هماهنگی

حقی است همگانی. دولت مکلف است طبق قوانین از محل درآمدهای عمومی و درآمدهای حاصل از مشارکت مردم، خدمات و حمایتهای مالی فوق را برای یک یک افراد کشور تأمین کند.

اصل چهل و سوم

برای تأمین استقلال اقتصادی جامعه و ریشه کن کردن فقر و محرومیت و برآوردن نیازهای انسان در جریان رشد ، با حفظ آزادی او ، اقتصاد جمهوری اسلامی ایران بر اساس ضوابط زیر استوار میشود :

۱ - تأمین نیازهای اساسی : مسکن ، خوراک ، پوشاک ، بهداشت ، درمان ، آموزش و پرورش و امکانات لازم برای تشکیل خانواده برای همه .

۲ - تأمین شرایط و امکانات کار برای همه بمنظور رسیدن به اشتغال کامل و قرار دادن وسائل کار در اختیار همه کسانیکه قادر بکارند ولی وسائل کار ندارند ، در شکل تعاونی ، از راه وام بدون بهره یا هر راه مشروع دیگر که نه به تمرکز و تداول ثروت در دست افراد و گروه های خاص منتهی شود و نه دولت را به صورت یک کارفرمای بزرگ مطلق درآورد . این اقدام باید با رعایت ضرورتهای حاکم بر برنامه ریزی عمومی اقتصاد کشور در هر یک از مراحل رشد صورت گیرد

۳ - تنظیم برنامه اقتصادی کشور بصورتی که شکل و محتوا و ساعات کار چنان باشد که هر فرد علاوه بر تلاش شغلی ، فرصت و توان کافی برای خودسازی معنوی ، سیاسی و اجتماعی و شرکت فعال در رهبری کشور و افزایش مهارت و ابتکار داشته باشد .

۴ - رعایت آزادی انتخاب شغل ، و عدم اجبار افراد به کاری معین و جلوگیری از بهره کشی از کار دیگری .

۵ - منع اضرار بغير و انحصار و ربا و دیگر معاملات باطل و حرام .

۶ - منع اسراف و تبذیر در همه شئون مربوط به اقتصاد ، اعم از مصرف ، سرمایه گذاری ، تولید ، توزیع و خدمات .

۷ - استفاده از علوم و فنون و تربیت افراد ماهر به نسبت احتیاج برای توسعه و پیشرفت اقتصاد کشور .

۸ - جلوگیری از سلطه اقتصادی بیگانه بر اقتصاد کشور .

۹ - تأکید بر افزایش تولیدات کشاورزی ، دامی و صنعتی که نیازهای عمومی را تأمین کند و کشور را به مرحله خودکفائی برساند و از وابستگی برهاند .

دستگاههای ذی ربط صورت خواهد گرفت و آمار کلیه بیمه شوندگان در سازمان مذکور متمرکز می گردد.

۳ - حدود و شمول خدمات پایه بیمه درمان همگانی به صورت شفاف تعریف شود.

۴ - حدود و شمول بیمه های مکمل افرادی که به نحوی از این نوع خدمات بهره مند می شوند به صورت شفاف تعریف شده و از نظر سیاستگذاری و میزان نوع خدمات یکسان سازی انجام گیرد.

۵ - اعتبار مربوط به حق سرانه خدمات پایه بیمه درمان همگانی افرادی که تحت پوشش هیچ بیمه ای نیستند از محل صرفه جوئی ناشی از سامان دهی امر بیمه از طریق دولت تأمین و در لایحه بودجه سنواتی منظور شود.

۶ - وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی با همکاری کلیه سازمانهای بیمه گر مکلف است اقدامات لازم را برای بیمه نمودن خویش فرمایانی که قادر به پرداخت تمام یا بخشی از حق سرانه می باشند انجام دهد. کلیه رسانه های گروهی از جمله سازمان صدا و سیما جمهوری اسلامی ایران موظفاند در اطلاع رسانی و تبلیغات بر پایه دستورالعمل وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی همکاری نمایند.

۷ - وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی مکلف است راهکارهای اجرائی و نحوه همکاری سایر دستگاههای اجرائی کشور برای بیمه نمودن خویش فرمایان و اخذ حق سرانه از آنها را تهیه و ضوابط مربوطه را به تصویب هیأت وزیران برساند.

از قانون استخدام نیروی انتظامی جمهوری اسلامی ایران

مصوب ۱۳۸۲/۱۲/۲۰ با اصلاحات بعدی

ماده ۱۹۹ - کارکنان نیروی انتظامی می‌توانند علاوه بر استفاده از درمانگاهها و بیمارستانهای این نیرو و امکانات سازمان تأمین خدمات درمانی، از خدمات بیمه مکمل درمان نیز بهره مند شوند.

تبصره ۱ - از کارافتادگان ، بازنشستگان ، مستمری بگیران و عائله تحت تکفل کارکنان شاغل و بازنشسته و وظیفه بگیر زیر پوشش سازمان تأمین خدمات درمانی و بیمه های مکمل خواهند بود.

تبصره ۲ - در مناطقی که امکانات منحصر به یگان انتظامی مستقر در آنهاست ، عائله تحت تکفل کارکنان می‌توانند از امکانات مزبور استفاده نمایند.

ماده ۲۰۱ - (اصلاحی ۱۳۹۰/۰۴/۰۸) نیروی انتظامی موظف است کلیه کارکنان خود را در قبال حوادثی که منجر به شهادت، فوت، بیماری، نقص عضو یا از کارافتادگی آنان می‌گردد بیمه نماید.^۲

تبصره ۱ - (اصلاحی ۱۳۹۰/۰۴/۰۸) چگونگی اجراء این ماده تابع مقررات بیمه های کارکنان نیروهای مسلح است.

تبصره ۲ - (اصلاحی ۱۳۹۰/۰۴/۰۸) اعتبارات این ماده از محل صندوق بیمه مربوط تأمین می‌گردد.

^۱ . این قانون آزمایشی و موقت است و آخرین بار به موجب قانون تمدید مدت اجرای آزمایشی قانون استخدام نیروی انتظامی جمهوری اسلامی ایران مصوب ۱۳۹۵/۱۱/۲۷ برای دو سال تمدید شده است.

^۲ . به موجب ماده ۳۹ قانون اصلاح موادی از قانون استخدام نیروی انتظامی جمهوری اسلامی ایران - مصوب ۱۳۸۲ - مصوب ۱۳۹۰/۰۴/۰۸ اصلاح و جایگزین شده است. متن سابق ماده به شرح زیر می‌باشد:
ماده ۲۰۱ - نیروی انتظامی موظف است کلیه کارکنان خود را در قبال حوادثی که در ارتباط با انجام وظیفه منجر به شهادت، فوت، بیماری، نقص عضو یا از کارافتادگی و یا پرداخت دیه می‌گردد بیمه نماید. آئین‌نامه اجرائی این ماده به پیشنهاد نیروی انتظامی و تأیید وزارت کشور به تصویب هیأت وزیران می‌رسد.
تبصره ۱ - چگونگی اجراء این ماده تابع مقررات بیمه‌های کارکنان خواهد بود.
تبصره ۲ - اعتبارات این ماده از محل صندوق بیمه مربوطه تأمین می‌گردد.

از قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی

مصوب ۱۳۸۳/۰۲/۲۱

ماده ۱ - در اجرای اصل بیست و نهم (۲۹)^۱ قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران و همچنین بندهای (۲) و (۴) اصل بیست و یکم (۲۱)^۲ قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران و در جهت ایجاد انسجام کلان سیاستهای رفاهی که به‌منظور توسعه عدالت اجتماعی و حمایت از همه افراد کشور در برابر رویدادهای اجتماعی ، اقتصادی ، طبیعی و پیامدهای آن ، نظام تأمین اجتماعی با رعایت شرایط و مفاد این قانون و از جمله برای امور ذیل برقرار می گردد :

الف - بازنشستگی ، از کار افتادگی و فوت.

ب - بیکاری.

ج - پیری

د - در راه ماندگی ، بی سرپرستی و آسیبهای اجتماعی.

ه - حوادث و سوانح.

و - ناتوانی های جسمی ، ذهنی و روانی.

ز - بیمه خدمات بهداشتی ، درمانی و مراقبت های پزشکی.

ح - حمایت از مادران به خصوص در دوران بارداری و حضانت فرزند.

۱. اصل بیست و نهم

برخورداری از تأمین اجتماعی از نظر بازنشستگی، بیکاری، پیری، ازکارافتادگی، بی سرپرستی، در راه ماندگی، حوادث و سوانح و نیاز به خدمات بهداشتی و درمانی و مراقبتهای پزشکی بصورت بیمه و غیره حقی است همگانی. دولت مکلف است طبق قوانین از محل درآمدهای عمومی و درآمدهای حاصل از مشارکت مردم، خدمات و حمایتهای مالی فوق را برای یک یک افراد کشور تأمین کند.

۲. اصل بیست و یکم

دولت موظف است حقوق زن را در تمام جهات با رعایت موازین اسلامی تضمین نماید و امور زیر را انجام دهد :

۲ - حمایت مادران ، بالخصوص در دوران بارداری و حضانت فرزند ، و حمایت از کودکان بی سرپرست .

۴ - ایجاد بیمه خاص بیوگان و زنان سالخورده و بی سرپرست .

- ط - حمایت از کودکان و زنان بی سرپرست.
- ی - ایجاد بیمه خاص بیوگان ، زنان سالخورده و خودسرپرست.
- ک - کاهش نابرابری و فقر.
- ل - امداد و نجات.
- تبصره ۱ - برخورداری از تأمین اجتماعی به نحوی که در این قانون می آید حق همه افراد کشور و تأمین آن ، تکلیف دولت محسوب می شود.
- تبصره ۲ - آثار و تبعات منفی احتمالی ناشی از اقدامات دولت ، از جمله مصادیق رویدادهای اقتصادی و اجتماعی می باشند.
- تبصره ۳ - شهروندان خارجی مقیم جمهوری اسلامی ایران نیز در چارچوب موازین اسلامی ، مقابله نامه ها و قراردادهای بین المللی مصوب و با رعایت شرط عمل متقابل ، از حمایت‌های مربوط به نظام جامع تأمین اجتماعی برخوردار خواهند بود.
- ماده ۲ - نظام جامع تأمین اجتماعی شامل سه حوزه می باشد :
- الف - حوزه بیمه ای : شامل بخش بیمه های اجتماعی از جمله بازنشستگی ، بیکاری ، حوادث و سوانح ، از کارافتادگی و بازماندگان و بخش بیمه های درمانی (بهداشت و درمان)^۱ می باشد.
- تبصره - خدمات بیمه های اجتماعی و درمانی به دو سطح همگانی و تکمیلی تقسیم می شود به طوری که :
- ۱ - حدود خدمات بیمه ای همگانی را قانون تعیین می کند.
- ۲ - بیمه های تکمیلی به آن دسته از خدمات بیمه ای گفته می شود که علاوه بر سطح خدمات بیمه های همگانی ، با انعقاد قراردادهای انفرادی یا گروهی فی

۱ . به موجب ماده ۷۲ قانون برنامه پنجساله ششم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران (۱۴۰۰ - ۱۳۹۶) مصوب ۱۳۹۵/۱۲/۲۱ تولیت نظام سلامت از جمله بیمه سلامت با وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی است از سویی به موجب ماده ۸۱ همان قانون بیمه سلامت از شمول نظام چند لایه تأمین اجتماعی خارج می باشد.

مابین بیمه شده و بیمه گر و پرداخت حق بیمه توسط بیمه شده انجام می پذیرد و دولت در قبال آن تعهد مالی نداشته ، اما مکلف به پشتیبانی حقوقی و قانونی لازم از این گونه بیمه ها می باشد.

ب - حوزه حمایتی و توانبخشی : شامل ارائه خدمات حمایتی و توانبخشی و اعطای یارانه و کمکهای مالی به افراد و خانواده های نیازمندی است که به دلایل گوناگون قادر به کار نیستند و یا درآمد آنان تکافوی حداقل زندگی آنان را نمی نماید.

ج - حوزه امدادی : شامل امداد ، نجات در حوادث غیرمترقبه.

ماده ۳ - اهداف و وظایف حوزه بیمه ای به شرح زیر می باشد :

الف - گسترش نظام بیمه ای و تأمین سطح بیمه همگانی برای آحاد جامعه یا اولویت دادن به بیمه های مبتنی بر بازار کار و اشتغال.

ب - ایجاد هماهنگی و انجام بین بخش های مختلف بیمه های اجتماعی و درمانی.

ج - اجرای طرح بیمه اجباری مزد بگیران.

د - تشکیل صندوقهای بیمه ای مورد نیاز از قبیل بیمه حرف و مشاغل آزاد) خویش فرمایان و شاغل غیردائم) ، صندوق بیمه اجتماعی کشاورزان ، روستاییان و عشایر^۱ ، بیمه خاص زنان بیوه و سالخورده و خودسرپرست و بیمه خاص حمایت از کودکان.

تبصره (الحاقی ۱۳۹۱/۰۷/۱۹) - اجرای طرح در خصوص کشاورزان غیرساکن در روستاها منوط به تأمین بار مالی مربوط به سهم دولت از حق بیمه ایشان در قوانین بودجه سالانه کشور می باشد.^۲

۱ . به موجب قانون اصلاح بند (د) ماده (۳) قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی مصوب ۱۳۹۱/۰۷/۱۹ عبارت « صندوق بیمه روستاییان و عشایر » به عبارت « صندوق بیمه اجتماعی کشاورزان ، روستاییان و عشایر » اصلاح شد.

۲ . به موجب قانون اصلاح بند (د) ماده (۳) قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی مصوب ۱۳۹۱/۰۷/۱۹ الحاق گردید.

- هـ - گسترش بیمه های خاص جبران خسارات ناشی از حوادث طبیعی از قبیل سیل ، خشکسالی ، زلزله و طوفان.
- و - پشتیبانی حقوقی از بیمه های تکمیلی.
- ز - نظارت بر عملکرد صندوقهای بیمه ای.
- ح - پیگیری اصلاح اساسنامه های شرکتها و صندوقهای بیمه ای به نحوی که اصل بنگاهداری برای شرکتها و صندوقهای بیمه ای لحاظ شود.
- ط - نظارت بر تعادل منابع و مصارف صندوقها بر اساس علم محاسبات بیمه ای.
- ی - اطلاع رسانی در خصوص خدمات بیمه ای.
- تبصره ۱ - هر صندوق بیمه ای می تواند در یکی از دو حوزه بیمه اجتماعی و درمانی و یا در هر دو فعالیت نماید.
- تبصره ۲ - دولت مکلف است ظرف مدت دو سال از تاریخ ابلاغ این قانون ، امکان تحت پوشش بیمه قرار گرفتن اقشار مختلف جامعه از جمله روستائیان ، عشایر و شاغلین فصلی را فراهم نماید.
- تبصره ۳ - تعهدات قبلی سازمانها و صندوقهای بیمه گر به افراد تحت پوشش مشروط بر آن که فقط در یک سازمان یا صندوق عضویت داشته اند کماکان به قوت خود باقی است و مازاد بر آن در صورت تأمین منابع و بار مالی لازم از سوی این نظام برقرار خواهد شد.
- (...)
- ماده ۶ - اصول و سیاستهای ساختاری نظام جامع تأمین اجتماعی به شرح زیر می باشد :
- الف - هماهنگی در حوزه ها : ساماندهی و هماهنگی فعالیت ها و خدمات در هر یک از حوزه های بیمه ای ، حمایتی و امدادی در جهت افزایش کارآمدی و پوشش کامل تر فعالیت دستگاهها ، به نحوی که از همپوشانی و تداخل فعالیت آنها جلوگیری گردد.

- ب - هماهنگی بین حوزه ها : هماهنگی بین حوزه های بیمه ای ، حمایتی و امدادی با محور بودن نظام بیمه ای صورت می گیرد.
- ج - هماهنگی بین فعالیت های پیشگیرانه و فعالیت های اجرائی در سایر بخشهای اثرگذار بر تأمین اجتماعی.
- د - مشارکت بخشهای غیردولتی : نظام تأمین اجتماعی بر اصل مشارکت در سطوح سیاستگذاری ، برنامه ریزی ، اجرا و ارزشیابی استوار است به نحوی که دستگاهها و سازمانهای غیردولتی به روشهای تعریف شده امکان مشارکت داشته باشند. این مشارکت خدمت گیرندگان متشکل و سازمان یافته از قبیل سازمانها و نهادهای غیردولتی را نیز شامل می شود. این مشارکت به معنای رفع مسؤولیت از دولت نیست و در هر حال دولت مسؤولیت تأمین اجتماعی را به عهده دارد.
- ه - کمک های داوطلبانه مردمی جهت تأمین منابع مالی توسط نهادها ، مؤسسات ، سازمانها و شرکتهای غیردولتی و عمومی نظام تأمین اجتماعی مجاز است مشروط بر آن که این امر طبق آئین نامه مصوب هیأت وزیران صورت گرفته و امکان نظارت نظام تأمین اجتماعی فراهم باشد.
- و - بهینه سازی : بهینه سازی فعالیتها بر سه سیاست زیر استوار است :
- ۱ - تخصصی کردن فعالیتها برحسب نوع خدمات.
 - ۲ - تخصصی کردن فعالیتها برحسب گیرندگان خدمات.
 - ۳ - تخصصی کردن فعالیتها برحسب سطح خدمات (همگانی یا مکمل).
- ز - تمرکز و تمرکز زدایی : این اصل بر سیاستهای زیر تأکید دارد :
- ۱ - برنامه ریزی ، سیاستگذاری ، نظارت ، ارزشیابی و توزیع منابع عمومی به صورت متمرکز و توسط دولت انجام می شود.
 - ۲ - امور اجرایی و کارگزاری به صورت غیرمتمرکز صورت می گیرد.
 - ۳ - دخالت دولت در سطح فعالیتهای اجرایی و کارگزاری تأمین اجتماعی در مواردی صورت می گیرد که میزان فعالیت مؤسسات غیردولتی کفایت لازم برای ارائه خدمات را ننماید و یا برای تنظیم بازار خدمات تأمین اجتماعی و جبران نقص بازار دخالت دولت لازم باشد.

- ۴ - دخالت دادن شرایط منطقه ای در برنامه ریزی.
- ح - نظارت بر هر دو بخش دولتی و غیردولتی مرتبط با نظام جامع تأمین اجتماعی :
- این نظارت بر اساس مفاد این قانون ، معیارهای مندرج در اساسنامه آنها ، قراردادهای و توافقنامه های مبادله شده صورت می گیرد.
- ط - رقابت پذیری : اعمال اصل رقابت پذیری در سطح اجرایی و کارگزاری نظام به منظور گسترش فضای رقابتی و بسط مزیت‌های زیر :
- ۱ - کلیه سطوح بیمه ای نظام تأمین اجتماعی به گونه ای طراحی و تنظیم گردند که امکان رقابت در آن وجود داشته باشد.
- ۲ - برای بیمه شوندگان امکان انتخاب مؤسسه بیمه گذار فراهم شود.
- ۳ - به منظور حصول اطمینان از وجود فضای سالم رقابتی و عدم عرضه انحصاری یا نیمه انحصاری ، دولت اجازه کنترل و اقدام ضد انحصار را براساس قوانین موضوعه خواهد داشت.
- ی - نحوه مشارکت مالی :
- ۱ - بهره مندی صندوقهای فعال در سطح همگانی بیمه های اجتماعی و درمانی بابت هر عضو از محل منابع عمومی به صورت سرانه برابر خواهد بود ، این امر مانع حمایت دولت از اقشار ضعیف جامعه نمی باشد.
- ۲ - درصد مشارکت و سهم پرداختی کارفرما نسبت به مأخذ کسر حق بیمه به صندوقهای فعال در سطح همگانی بیمه های اجتماعی و درمانی یکسان خواهد بود.
- ۳ - درصد مشارکت و سهم پرداختی بیمه شده نسبت به مأخذ کسر حق بیمه به صندوقهای فعال در سطح همگانی بیمه های اجتماعی و درمانی یکسان خواهد بود.
- ک - نحوه جابجائی : جابجائی بیمه شدگان بین صندوقهای بیمه همگانی به صورت انفرادی یا گروهی براساس آئین نامه مصوب هیأت وزیران مجاز خواهد بود.

ل- سازمانها ، مؤسسات و صندوقهای فعال در قلمرو بیمه ای نظام ، دارای شخصیت حقوقی و استقلال مالی و اداری بوده و طبق ضوابط و مقررات مورد عمل خود ، در چارچوب این نظام فعالیت می نمایند.

ماده ۷- اصول و سیاستهای مالی نظام جامع تأمین اجتماعی به شرح زیر می باشد :

الف - پایداری منابع مالی شامل :

۱- استفاده از منابع عمومی.

۲- منابع حاصل از هدفمند کردن یارانه ها.

۳- ایجاد تعادل بین منابع و مصارف صندوقهای بیمه ای ضمن حفظ شخصیت حقوقی و استقلال منابع مالی صندوقها.

۴- تأمین منابع بخش بیمه ای با مشارکت کارفرما ، بیمه شده ، دولت.

۵- منابع اختصاص داده شده برای جبران اجتماعی خسارت های ناشی از سیاستهای اقتصادی و توسعه ای.

۶- استفاده از منابع حاصل از کمکهای مردمی در قلمروهای نظام تأمین اجتماعی.

۷- استفاده از منابع حاصل از وقف در قلمروهای نظام تأمین اجتماعی.

۸- استفاده از منابع حاصل از خمس ، زکات و سایر وجوه شرعی در قلمروهای نظام تأمین اجتماعی ، با مجوز مراجع تقلید.

۹- استفاده از منابع حاصل از صدقات و نذورات در قلمروهای نظام تأمین اجتماعی.

۱۰- استفاده از منابع ، اموال و دارائی های نهادها و بنیادهای انقلاب اسلامی در قلمروهای مختلف نظام تأمین اجتماعی با اذن مقام رهبری.

۱۱- درآمد ناشی از سرمایه گذاریها و مدیریت وجوه و ذخائر دستگاههای اجرائی دولتی و عمومی ، سازمانها ، مؤسسات و صندوقهای فعال در قلمروهای مختلف نظام تأمین اجتماعی.

تبصره - اتخاذ تمهیدات مالی ، اعتباری و ساختاری لازم به منظور تداوم استمرار توان پاسخگوئی حوزه های بیمه ای ، حمایتی و امدادی نظام به نیازهای شهروندان.

ب - نظارت مالی بر منابع :

تمام دستگاهها ، سازمانها ، مؤسسات ، نهادها و صندوقهای فعال در قلمروهای بیمه ای ، حمایتی و امدادی ، در حد استفاده از منابع و تسهیلات نظام تأمین اجتماعی تحت نظارت دولت در چارچوب این قانون قرار می گیرند.

ج - اجرای تصمیمات و احکام دولت در جهت کاهش منابع و یا افزایش مصارف و تعهدات صندوقها و مؤسسات بیمه ای منوط به تأمین منابع مالی معادل آن خواهد بود. لغو مفاد این بند مشروط به تصریح نام و ذکر موضوع در سایر قوانین خواهد بود.

د - وجوه ، اموال ، ذخائر و دارائی های صندوقهای بیمه اجتماعی و درمانی در حکم اموال عمومی بوده و مالکیت آن مشاع و متعلق به همه نسلهای جامعه تحت پوشش است ، هرگونه تصرف دولت در این اموال و رابطه مالی دولت با صندوقهای موصوف در چارچوب قوانین ومقررات مورد عمل صندوقها خواهد بود.

ه - مطالبات سازمانها ، صندوقها و مؤسسات بیمه ای فعال در قلمروهای نظام تأمین اجتماعی از دولت بر مبنای ارزش واقعی روز و براساس نرخ اوراق مشارکت پرداخت خواهد شد

ماده ۸ - به منظور کاهش آثار سوء احتمالی سیاستها و برنامه های اقتصادی و توسعه ای بر وضعیت رفاه و تأمین اجتماعی مردم و جلوگیری از وارد آمدن هرگونه شوک و ضربه ناشی از سیاستهای فوق ، متولی نظام جامع تأمین اجتماعی در تصمیمات اقتصادی خصوصاً در مذاکرات مربوط به تعیین حداقل دستمزدها مشارکت و در شورای اقتصاد ، شورای عالی اشتغال ، شورای عالی کار ، شورای

پول و اعتبار ، شورای عالی بیمه خدمات درمانی^۱ ، شورای عالی سلامت^۲ و شورای عالی خانواده با حق رأی شرکت خواهد کرد

ماده ۹ - اصول و سیاستهای اجرایی نظام جامع تأمین اجتماعی به شرح زیر می باشد :

الف - سیاست جامعیت : جامعیت به معنای ارائه کلیه خدمات متنوع و مصرح در این قانون است.

ب - سیاست کفایت : که بر اساس آن در مرحله اول حداقل نیازهای اساسی آحاد جامعه تأمین و در مرحله دوم کمیت و کیفیت خدمات ارتقاء می یابد.

ج - سیاست فراگیری : که براساس آن خدمات نظام تأمین اجتماعی باید برای کلیه آحاد ملت تأمین و تضمین شود.

د - سیاست پیشگیری : اعمال این سیاست شامل هر سه حوزه بیمه ای ، حمایتی و امدادی می باشد و مطابق آن بر ضرورت هماهنگی با سایر دستگاههای مؤثر تأکید می شود به نحوی که تلاش برای پیشگیری از ظهور با گسترش انحرافات و مشکلات اجتماعی به عنوان یک سیاست هماهنگی فرابخشی مبنای عمل قرار گیرد.

ه - سیاست توانمند سازی : سیاست توانمندسازی به معنای کاهش روشهای مبتنی بر تأمین مستقیم نیاز و متقابلاً افزایش توانائی های فردی و جمعی به منظور تأمین نیازها توسط خود افراد وابسته می باشد.

و - سیاست کارگستری : سیاست کارگستری ، سازوکاری غیرحمایتی است و با ایجاد زمینه های اشتغال فرد ، امکان تأمین نیاز توسط خود او فراهم می شود و به معنای ارائه خدمات رفاهی به شرط انجام تعهدات معین است.

ز - سیاست نیازمندیابی فعال : رسیدگی به حقوق افراد با استفاده از سیستم جامع آماری و اطلاعاتی و تأکید بر کرامت انسانی و نفی روشهای تحقیرآمیز.

^۱ . اکنون شورای عالی بیمه سلامت

^۲ . اکنون شورای عالی سلامت و امنیت غذایی

ح - حقوق افراد عضو و تحت پوشش در قبال تعهدات قانونی سازمانها ، مؤسسات و صندوقهای بیمه ای این نظام تحت ضمانت دولت خواهد بود و دولت مکلف است تمهیدات مالی ، اعتباری و ساختاری لازم در این زمینه را اتخاذ نماید.

ط - ارائه تعهدات بیمه ای صندوقها در قبال افراد عضو و تحت پوشش براساس قاعده عدالت و به تناسب میزان مشارکت (سنوات و میزان پرداخت حق بیمه) و با تنظیم ورودیها و خروجیها طبق محاسبات بیمه ای صورت می پذیرد.

ی - سازمانها ، مؤسسات و صندوقهای بیمه ای نظام تأمین اجتماعی ماهیت تعهدی داشته و حق بیمه شدگان نسبت به صندوقها ، منحصر به دریافت تعهدات قانونی است.

تبصره - با توجه به محدودیت منابع دولت در هر سه سیاست (کفایت ، جامعیت و فراگیری) ، دولت موظف است سیاستهای مرحله ای خود را در ضمن برنامه های توسعه کشور منظور نماید.

ماده ۱۲ - ارکان چهارگونه نظام جامع تأمین اجتماعی به ترتیب ذیل خواهد بود (...)

۳ - نهادها ، سازمانها ، مؤسسات و صندوقهای اصلی هر یک از قلمروهای «بیمه های اجتماعی» ، « بیمه های خدمات درمانی^۱ » ، « امور حمایتی » و « امور امدادی » که وظیفه مدیریت و ساماندهی منابع این نظام اعم از منابع عمومی و یارانه های تخصیصی از سوی وزارتخانه و نیز منابع حاصل از مشارکت شرکای اجتماعی خود را داشته و یا تصدی وظایف اجرایی در قلمروهای مختلف بیمه های اجتماعی ، بیمه های خدمات درمانی ، امور حمایتی و امور امدادی را به نمایندگی از سوی دولت برعهده دارند (...)

۱ . به موجب ماده ۷۲ قانون برنامه پنجساله ششم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران (۱۴۰۰ - ۱۳۹۶) مصوب ۱۳۹۵/۱۲/۲۱ تولیت نظام سلامت از جمله بیمه سلامت با وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی است از سویی به موجب ماده ۸۱ همان قانون، بیمه سلامت از شمول نظام چند لایه تأمین اجتماعی مستثنا است.

تبصره ۱ - نهادها، سازمانها، مؤسسات و صندوقهای اصلی فعال در قلمروهای بیمه ای، حمایتی و امدادی این نظام مکلفند امور اجرایی و تصدی گری خود در زمینه تولید و ارائه خدمات و تعهدات قانونی مربوط را به موجب قراردادهایی که ضوابط آن با پیشنهاد وزارت و تصویب شورای عالی رفاه و تأمین اجتماعی تعیین خواهد شد به مؤسسات کارگزاری محول نمایند.

تبصره ۲ - با توجه به ماهیت امور بیمه ای کلیه عناوین تشکیلاتی و سازمانی نهادهای فعال در قلمروهای بیمه اجتماعی و درمانی به « صندوق » تغییرنام خواهند یافت.^۱

ماده ۱۷ - وزارت رفاه و تأمین اجتماعی^۲ مکلف است حداکثر ظرف مدت یک سال از تاریخ تصویب این قانون نسبت به بررسی و اصلاح اساسنامه های کلیه دستگاههای اجرایی، صندوقها و نهادهای دولتی و عمومی فعال در قلمروهای بیمه ای، حمایتی و امدادی (در چارچوب طرح جامع امداد و نجات کشور) نظام و سایر دستگاههایی که شمول قانون بر آنها مستلزم ذکر نام است، اقدام و مراتب را پس از تأیید شورای عالی رفاه و تأمین اجتماعی به تصویب هیأت وزیران برساند، استفاده از اعتبارات عمومی برای دستگاهها، صندوقها و نهادهای مصوب جدید مجاز خواهد بود اصلاح آن بخش از اساسنامه ها که مربوط به ارکان نهادهای فوق الذکر می باشد، باید به ترتیبی صورت پذیرد که ترکیب کلی ارکان آنها به صورت زیر باشد:^۳

۱. به موجب بند (ب) ماده (۳۸) قانون برنامه پنجساله پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران (۱۳۹۴ - ۱۳۹۰) مصوب ۱۳۸۹/۱۰/۲۵ با ادغام بخش های بیمه های درمانی کلیه صندوق های موضوع ماده (۵) قانون مدیریت خدمات کشوری و ماده (۵) قانون محاسبات عمومی کشور در سازمان بیمه خدمات درمانی «سازمان بیمه سلامت» تشکیل گردید و به آن صندوق اطلاق نمی گردد.

۲. اکنون وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی

۳. به موجب ماده (۷۲) قانون برنامه پنجساله ششم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران (۱۴۰۰ - ۱۳۹۶) مصوب ۱۳۹۵/۱۲/۲۱ تولیت نظام سلامت از جمله بیمه سلامت از وظایف وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی است لذا صلاحیت های وزارت تعاون کار و رفاه اجتماعی در خصوص بیمه سلامت به وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی منتقل شده است.

الف - شورا یا مجمع و یا هیأت امناء با شرایط زیر :

۱ - نصف به علاوه یک اعضاء با پیشنهاد وزیر تعاون، کار و رفاه اجتماعی و تأیید شورای عالی رفاه و تأمین اجتماعی و تصویب هیأت وزیران انتخاب خواهند شد.

۲- مابقی اعضاء به تناسب تعداد افراد تحت پوشش توسط «خدمت گیرندگان متشکل و سازمان یافته» آنها بر اساس آیین‌نامه‌ای که به تصویب هیأت‌وزیران می‌رسد، تعیین خواهند شد و در صورت عدم وجود تشکل‌های رسمی موصوف و تا زمان شکل‌گیری آنها، اعضای مزبور به پیشنهاد وزیر تعاون، کار و رفاه اجتماعی و تأیید شورای عالی رفاه و تأمین اجتماعی و تصویب هیأت‌وزیران انتخاب خواهند شد.

تبصره - در مواردی که برای کارکنان یک یا چند دستگاه اجرائی منفرداً یا مجتمعاً صندوق خاص بیمه‌ای لازم باشد، دو نفر از طرف بالاترین مقام یا مقامات آن دستگاه یا دستگاهها به‌عنوان ناظر در جلسات شورا یا مجمع یا هیأت امناء شرکت خواهند کرد.

ب - هیأت مدیره : مرکب از پنج یا هفت نفر دارای تخصص و تجارب مختلف مورد نیاز می باشد که از سوی شورا یا مجمع و یا هیأت امناء مربوطه برای مدت چهارسال به صورت موظف (بدون پذیرش مسؤولیت اجرایی) انتخاب خواهند شد و انتخاب مجدد آنها بلامانع بوده و از میان خود یک نفر را به‌عنوان رئیس هیأت مدیره تعیین خواهند نمود.

ج - مدیرعامل : فردی خارج از مجمع و هیأت مدیره که به پیشنهاد هیأت مدیره و تصویب شورا یا مجمع یا هیأت امناء مربوطه برای مدت چهارسال انتخاب خواهند شد و انتخاب مجدد وی بلامانع می باشد.

د - هیأت نظارت : مرکب از سه نفر دارای تخصصها و تجارب مختلف مورد نیاز می باشد که از سوی شورا یا مجمع و یا هیأت امناء مربوطه برای مدت چهارسال

انتخاب خواهند شد و انتخاب مجدد آنها بلامانع می باشد. (وظایف بازرس قانونی به عهده سازمان حسابرسی بوده که گزارش خود را به هیأت نظارت جهت بررسی و اظهارنظر ارائه خواهند نمود).

تبصره ۱ - شرط عضویت در کلیه سطوح ارکان فوق، داشتن حداقل مدرک کارشناسی ارشد با پنج سال سابقه کار تخصصی در رشته های مدیریت، حسابداری، بیمه، مالی، اقتصاد، انفورماتیک و گروه پزشکی خواهد بود و انتصاب افراد مزبور پس از تأیید احراز شرایط سمت از سوی سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور نافذ می باشد.

از قانون سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران

مصوب ۱۳۸۳/۰۸/۱۶

ماده ۳ - وظایف و اختیارات سازمان با توجه به اهداف فوق به شرح زیر می باشد:

ک - اظهارنظر و مشارکت فعال به هنگام تعیین یا تجدیدنظر در تعرفه های خدمات بهداشتی و درمانی بخش دولتی و تعیین تعرفه ها در بخش غیردولتی^۱ براساس ضوابط بند (۸) ماده (۱) قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور مصوب ۱۳۷۳/۸/۳ و همکاری با مراجع ذی صلاح در اجرای آن.

تبصره - درصد تعهد سازمانهای بیمه گر در قبال تعرفه های فوق توسط شورای عالی بیمه خدمات درمانی همه ساله تعیین خواهد شد.

^۱ . به موجب بند (ه) ماده (۳۸) قانون برنامه پنجم توسعه تعرفه خدمات تشخیصی و درمانی در بخش عمومی و خصوصی به تصویب هیات وزیران خواهد رسید در نتیجه مفاد ماده در خصوص تعیین تعرفه خدمات مذکور در بخش خصوصی توسط سازمان نظام پزشکی، نسخ شده است.

از قانون الحاق موادی به قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت (۱) مصوب

۱۳۸۴/۰۸/۱۵

ماده ۵۱ - دولت مکلف است اعتبارات لازم برای انجام تکالیف زیر را در لوائح بودجه سنواتی پیش بینی و منظور نماید :

الف - صد درصد (۱۰۰٪) هزینه بیمه همگانی و مکمل جانبازان و درمان خاص آنها شامل بازنشستگی و از کار افتادگی^۱

ب - تأمین صد درصد (۱۰۰٪) حق سرانه جانبازان و نیز بیمه مضاعف جانبازان پنجاه درصد (۵۰٪) و به بالا ، موضوع بیمه همگانی خدمات درمانی کشور مصوب ۱۳۷۳.

از قانون تشکیل و اداره مناطق ویژه اقتصادی جمهوری اسلامی ایران مصوب

۱۳۸۴/۰۹/۰۵

ماده ۱۶ - امور مربوط به اشتغال نیروی انسانی و روابط کار ، بیمه و تأمین اجتماعی در منطقه بر اساس مقررات مصوب و جاری در مناطق آزاد تجاری - صنعتی خواهد بود.

از قانون الزام سازمان های بیمه گر درمانی به پرداخت خسارت های متفرقه

مصوب ۱۳۸۵/۰۷/۱۶

ماده واحده - سازمان های بیمه گر از تاریخ تصویب این قانون موظف هستند نسبت به پرداخت هزینه های درمان بستری بیماران بیمه شده به میزان تعرفه دولتی در بخش های مختلف دولتی ، خصوصی و خیریه اقدام نمایند.

تبصره ۱ - باتوجه به ماده (۱۷) قانون بیمه همگانی^۱ ، بیمارستان های خصوصی حسب درخواست سازمان های بیمه گر پایه ، ملزم به عقد قرارداد با آن

^۱ . مستند به ماده ۱۳ قانون جامع خدمات رسانی به ایثارگران مصوب ۱۳۹۱/۱۰/۰۲، ش.ش ۴۸۸۸۲ نسخ شده است.

سازمانها بوده و ملاک پرداخت سازمان های بیمه گر ، تعرفه های دولتی مصوب هیأت وزیران خواهد بود.

تبصره ۲ - حداکثر هزینه های دریافتی از بیماران در بیمارستان های خصوصی براساس تعرفه مصوب بخش خصوصی در هر سال می باشد.

از قانون بیمه انفرادی بیماران دیابتی و صعب العلاج بیماران سرطانی و بیماریهای خاص و ام. اس (MS) مصوب ۱۳۸۶/۰۲/۰۴

ماده واحده - سازمانهای بیمه گر مکلفند بیماران دیابتی و صعب العلاج بیماران سرطانی و بیماریهای خاص و ام. اس (MS) را که فاقد پوشش بیمه درمانی پایه می باشند در صورت تقاضا به صورت انفرادی از طریق صدور دفترچه تحت پوشش بیمه قرار دهند.^۲

قانون تعرفه گذاری خدمات پرستاری و تعدیل کارانه های پرستاری مصوب ۱۳۸۶/۰۴/۰۶

ماده واحده - وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی براساس بند(۱۵) ماده(۱) قانون تشکیلات وزارت^۳ مزبور موظف است استانداردهای بسته های خدمات تشخیصی،

^۱ . قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور مصوب ۱۳۷۳/۰۸/۰۳

ماده ۱۷ - کلیه بیمارستانها ، مراکز بهداشتی و درمانی و مراکز تشخیصی و پزشکان کشور موظف به پذیرش و مداوای بیمه شدگان و ارائه و انجام خدمات و مراقبتهای پزشکی لازم بر اساس ضوابط و مقررات این قانون هستند .

تبصره - وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی موظف است با همکاری سازمان نظام پزشکی و قوه قضائیه مقررات و نحوه نظارت بر امور بیمه خدمات درمانی همگانی را با توجه به اهداف این قانون و قوانین موجود تعیین و پس از تأیید شورای عالی به تصویب هیأت وزیران برساند .

^۲ . تبصره قانون با انقضای زمان منتهی شده است.

^۳ . قانون تشکیلات و وظایف وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی مصوب ۱۳۶۷/۰۳/۰۳

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

درمانی کادر پرستاری (موضوع ماده (۱۶) قانون ایجاد سازمان نظام پرستاری جمهوری اسلامی ایران مصوب ۱۳۸۰/۹/۱۱) کلیه مراکز بهداشتی درمانی کشور را تعیین نموده و به استناد مواد (۸) و (۹) قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور مصوب ۱۳۷۳/۸/۳^۱، با هماهنگی وزارت رفاه و تأمین اجتماعی^۲ در چهارچوب سرانه مصوب، تعرفه سالانه خدمات فوق را پیشنهاد نماید تا پس از تأیید شورای عالی بیمه خدمات درمانی به تصویب هیأت وزیران برسد.

تبصره ۱ - کارانه ارائه دهندگان خدمات فوق براساس تعرفه های مزبور خواهد بود.

تبصره ۲ - آئین نامه اجرایی مربوط حداکثر شش ماه پس از تصویب این قانون با همکاری مشترک وزارتین بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و رفاه و تأمین اجتماعی^۳ و سازمان نظام پرستاری تهیه و پس از تأیید شورای عالی بیمه خدمات درمانی به تصویب هیأت وزیران خواهد رسید.

(...۱۵ - تعیین مبانی محاسبه هزینه های خدمات تشخیصی و درمانی، دارویی، بهزیستی و تعیین تعرفه های مربوط در بخش دولتی و غیر دولتی و تعیین شهریه آموزشهای غیر رسمی و آزاد در زمینه های مختلف علوم پزشکی .

۱. قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور مصوب ۱۳۷۳/۰۸/۰۳

ماده ۸ - تعرفه های خدمات تشخیصی و درمانی بر اساس قیمت های واقعی و نرخ سرانه حق بیمه درمانی مصوب به پیشنهاد مشترک سازمان برنامه و بودجه و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با تأیید شورای عالی به تصویب هیأت وزیران خواهد رسید .

ماده ۹ - حق بیمه سرانه خدمات درمانی برای گروههای تحت پوشش بیمه خدمات درمانی و میزان فرانشیز قابل پرداخت توسط بیمه شوندگان با در نظر داشتن سطح درآمد گروه های بیمه شونده و وضعیت اقتصادی و اجتماعی کشور به پیشنهاد مشترک سازمان برنامه و بودجه و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و تأیید شورای عالی به تصویب هیأت وزیران خواهد رسید .

۲. اکنون وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی

۳. اکنون وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی

از قانون مدیریت خدمات کشوری

مصوب ۱۳۸۶/۰۷/۰۸

ماده ۸۵ - دستگاههای اجرائی مکلفند در چهارچوب بودجه های مصوب و آئین نامه ای که به تصویب هیأت وزیران می رسد، کارمندان و بازنشستگان و افراد تحت تکفل آنان را علاوه بر استفاده از بیمه پایه درمان، با مشارکت آنان به صورت هماهنگ و یکنواخت برای کلیه کارمندان دولت تحت پوشش بیمه های تکمیلی قرار دهند.

ماده ۱۱۱ - به منظور یکنواختی و هماهنگ سازی سایر حمایتهای قانونی مشترکین کلیه صندوق های بازنشستگی دستگاههای اجرائی مشمول این قانون، بندهای زیر لازم الاجراء خواهد بود.

۱ - کلیه شاغلین و بازنشستگان مشترک صندوقهای بازنشستگی می توانند والدین تحت تکفل خود را در صورتی که تحت پوشش هیچ یک از بیمه های خدمات درمانی نباشند، تحت پوشش بیمه خدمات درمانی خود قرار دهند.

۲ - فرزندان اناث مشروط بر آن که ورثه قانونی باشند، در صورت نداشتن شغل یا شوهر و فرزندان ذکور مشروط بر آن که ورثه قانونی باشند تا بیست سالگی و در صورت اشتغال به تحصیلات دانشگاهی تا بیست و پنج سالگی از کمک هزینه اولاد، بیمه و یا مستمری والدین خود برخوردار می گردند.

از قانون بیمه های اجتماعی کارگران ساختمانی

مصوب ۱۳۸۶/۰۸/۰۹ با اصلاحات و الحاقات بعدی

ماده ۱ - کارگران شاغل در کارهای ساختمانی اعم از ایجاد یا توسعه ساختمان، تجدید بنا، تعمیرات اساسی و یا تخریب مربوط به ساختمان و به ترتیب مندرج در این قانون با نام نویسی و أخذ کد ملی نزد سازمان تأمین اجتماعی بیمه می شوند.

تبصره - کارگران شاغل در کارهای ساختمانی تا زمان تحت پوشش قرار گرفتن به موجب این قانون، کماکان از حیث خدمات مشمول قانون بیمه اجباری

کارگران ساختمانی مصوب ۱۳۵۲ و اصلاحات بعدی آن هستند و در صورت احراز شرایط از مزایای قانون یاد شده برخوردار خواهند شد.^۱

۱. قانون بیمه اجباری کارگران ساختمانی مصوب ۱۳۵۲/۰۸/۲۱ با اصلاحات و الحاقات بعدی

ماده ۱ - کارگران شاغل در کارهای ساختمانی اعم از ایجاد ساختمان یا توسعه ساختمان و یا تجدید بنا و تخریب مربوط بآن بترتیب مندرج در این قانون نزد سازمان بیمه های اجتماعی در مقابل حوادث ناشی از کار بیمه خواهند شد .

تبصره ۱ - کارگران شاغل در کارهای ساختمانی مؤسسات دولتی یا وابسته به دولت ، شهرداریها ، و مؤسسات عام المنفعه و بانکها اعم از اینکه انجام کار به پیمانکار واگذار یا رأساً توسط مؤسسات مذکور تصدی شود و همچنین کارگران ساختمانی کارخانجات که مقررات قانون بیمه های اجتماعی درباره آنها اجرا شده یا میشود مشمول مقررات این قانون نخواهند بود .

تبصره ۲ - منظور از حادثه ناشی از کار در این ماده حادثه ایست که حین انجام کار و بسبب آن در محدوده کارگاه ساختمانی برای کارگر اتفاق میافتد .

ماده ۲ - کارفرمایی که کارگران مشمول این قانون را بکار میگیرند یا نمایندگان آنان موظفند در صورت وقوع حادثه ناشی از کار فوراً کارگر حادثه دیده را بنزدیکترین واحد درمانی سازمان بیمه های اجتماعی اعزام نمایند و در صورت عدم دسترسی بواحد درمانی سازمان بیمه های اجتماعی کارفرما یا نماینده او مکلف است کارگر حادثه دیده را بنزدیکترین واحد درمانی اعزام دارد و مراتب را ضمن تنظیم برگ گزارش حادثه حداکثر ظرف سه روز به اطلاع سازمان بیمه های اجتماعی برساند . سازمان هزینه های مزبور را پرداخت خواهد کرد .

ماده ۳ - کارگران مشمول این قانون در صورتیکه بر اثر حادثه ناشی از کار آسیب ببینند طبق مقررات مواد ۴۵ - ۴۶ - ۴۷ - ۶۰ - ۶۱ - ۶۲ قانون بیمه های اجتماعی از کمکهای مندرج در قانون مذکور برخوردار خواهند شد . در صورت فوت بیمه شده بر اثر حادثه ناشی از کار با بازماندگان وی طبق مقررات مواد ۶۸ و ۶۹ قانون بیمه های اجتماعی رفتار خواهد شد .

ماده ۴ - دستمزد مینای محاسبه کمکهای نقدی مذکور در ماده ۳ بترتیب مقرر در ماده ۲۲ قانون بیمه های اجتماعی بنا به پیشنهاد هیأت مدیره و تصویب شورای عالی سازمان تعیین خواهد شد .

ماده ۵ - (اصلاحی ۱۳۷۹/۰۹/۱۷) متقاضیان پروانه ساختمان اعم از ایجاد و یا تجدید بنا مکلفند

۱ - تا ۱۰۰ متر مربع سطح زیربنا به ازاء هر متر مربع معادل سه درصد (۳٪) حداقل مزد روزانه کارگر ساده شهری زمان درخواست پروانه .

۲ - از ۱۰۰ متر مربع سطح زیر بنا به بالا به ازاء هر متر مربع معادل چهاردرصد (۴٪) حداقل مزد روزانه کارگر ساده شهری زمان درخواست پروانه .

سازمان بیمه های اجتماعی موظف است حساب درآمد و هزینه های موضوع این قانون را جداگانه نگهداری نماید .

ماده ۲ - کارگران شاغل در کارهای ساختمانی در موارد زیر از شمول این قانون خارج و کماکان تابع قانون تأمین اجتماعی مصوب ۱۳۵۴ و اصلاحات بعدی آن هستند :

۱ - وزارتخانه ها ، سازمانها ، مؤسسات و شرکتهای دولتی و وابسته به دولت ، مؤسسات عمومی غیردولتی ، شهرداریها ، بانکها و مؤسسات عام المنفعه و نیز کارخانجات دارای پروانه بهره برداری اعم از این که انجام کار را به پیمانکار واگذار نمایند یا رأساً انجام دهند.

۲ - درمورد آن دسته از کارهای ساختمانی مشمول این قانون که انجام آنها از طریق انعقاد پیمان به پیمانکار واگذار می شود حق بیمه کارگران پیمانکار براساس ماده (۳۸) قانون تأمین اجتماعی^۱ وصول خواهد شد.

تبصره ۱ - صدور پروانه ساختمان از طرف شهرداریها موکول بارائه و تسلیم رسید وجوه موضوع این ماده خواهد بود .

تبصره ۲ - در مورد آن دسته از کارهای ساختمانی مشمول این قانون که انجام آنها از طریق انعقاد پیمان به پیمانکار واگذار میشود حق بیمه کارگران پیمانکار طبق مقررات عمومی ماده ۲۹ قانون بیمه های اجتماعی وصول خواهد شد .

مبالغی که در موقع صدور پروانه طبق مقررات این ماده بحساب سازمان بیمه های اجتماعی واریز شده است در محاسبه حق بیمه کارگران پیمانکار محسوب خواهد گردید .

ماده ۶ - در صورت عدم پرداخت حق بیمه مقرر در این قانون طبق مواد ۳۵ و ۸۷ قانون بیمه های اجتماعی رفتار خواهد شد .

ماده ۷ - سایر مقررات قانون بیمه های اجتماعی در صورتی که بنحوی از انحاء با اجرای مقررات این قانون ارتباط داشته باشد قابل اجرا خواهد بود .

۱ . ماده ۳۸- در مواردیکه انجام کار بطور مقاطعه باشخص حقیقی یا حقوقی واگذار میشود کارفرما باید در قراردادی که منعقد میکند مقاطعه کار را متعهد نماید که کارکنان خود همچنین کارکنان مقاطعه کاران فرعی را نزد سازمان بیمه نماید و کل حق بیمه را بترتیب مقرر در ماده ۲۸ این قانون بپردازد. پرداخت پنج درصد بهای کل کار مقاطعه کار از طرف کارفرما موکول بارائه مفصاحساب از طرف سازمان خواهد بود. در مورد مقاطعه کارانی که صورت مزد و حق بیمه کارکنان خود را در موعد مقرر بسازمان تسلیم و پرداخت میکنند معادل حق بیمه پرداختی بنا بدرخواست سازمان از مبلغ مذکور آزاد خواهد شد.هرگاه کارفرما آخرین قسط مقاطعه کار را بدون مطالبه مفصاحساب سازمان بپردازد مسئول پرداخت حق بیمه مقرر و خسارات مربوط خواهد بود و حق دارد وجوهی را که از این بابت بسازمان پرداخته است از مقاطعه کار

ماده ۳-.....

ماده ۴ - تعهدات موضوع این قانون شامل موارد زیر است که به بیمه شده در صورت احراز شرایط ارائه خواهد شد :

الف - حوادث و بیماریها.

ب - غرامت دستمزد.

ج - ازکارافتادگی.

د - بازنشستگی.

هـ - فوت.

مطالبه و وصول نماید. کلیه وزارتخانه ها و مؤسسات و شرکتهای دولتی - همچنین شهرداریها و اتاق اصناف و مؤسسات غیردولتی و مؤسسات خیریه و عام‌المنفعه مشمول مقررات این ماده میباشند.

تبصره ۱ - (الحاقی ۱۳۷۲/۰۲/۲۶) کلیه کارفرمایان موضوع این ماده و ماده ۲۹ قانون بیمه های اجتماعی سابق مکلفند ، مطالبات سازمان تأمین اجتماعی از مقاطعه کاران و مهندسین مشاوره که حداقل یکسال از تاریخ خاتمه ، تعلیق و یا فسخ قرارداد آنان گذشته و در این فاصله جهت پرداخت حق بیمه کارکنان شاغل در اجرای قرارداد و ارائه مفاصا حساب سازمان تأمین اجتماعی مراجعه ننموده اند را ضمن اعلام فهرست مشخصات مقاطعه کاران و مهندسین مشاور از محل پنج درصد کل کار و آخرین قسط نگهداری شده به این سازمان پرداخت نمایند .

میزان حق بیمه پس از قطعی شدن طبق قانون و بر اساس آراء هیأت تجدید نظر موضوع ماده ۴۴ قانون تأمین اجتماعی و ابلاغ مجدد به پیمانکار جهت پرداخت بدهی حق بیمه ظرف ۲۰ روز از تاریخ ابلاغ توسط سازمان تأمین اجتماعی اعلام خواهد شد .

نحوه اجرای تبصره به موجب آیین نامه ای خواهد بود که توسط سازمان تأمین اجتماعی تهیه و به تصویب هیأت وزیران می رسد .

تبصره ۲ - (الحاقی ۱۳۹۴/۰۲/۰۱) مبنای مطالبه حق بیمه در مورد پیمان هایی که دارای کارگاههای صنعتی و خدمات تولیدی یا فنی مهندسی ثابت می باشند و موضوع اجرای پیمان توسط افراد شاغل در همان کارگاه انجام می شود ، بر اساس فهرست ارسالی و بازرسی کارگاه است و از اعمال ضریب حق بیمه جهت قرارداد پیمان معاف می باشند و سازمان تأمین اجتماعی باید مفاصاحساب این گونه قراردادهای پیمان را صادر کند .

تبصره - افراد خانواده بیمه شده جهت برخورداری از خدمات موضوع بند (الف) این ماده طبق ماده (۵۸) قانون تأمین اجتماعی^۱ و درمورد بازماندگان طبق مواد (۸۱) و (۸۲) قانون یاد شده تعیین می گردند.

۱. ماده ۵۸- افراد خانواده بیمه شده که از کمکهای مقرر در ماده ۵۴ این قانون استفاده میکنند عبارتند از :
 - ۱- همسر بیمه شده .
 - ۲- شوهر بیمه شده در صورتی که معاش او توسط بیمه شده زن تأمین میشود و سن او از شصت سال متجاوز باشد یا طبق نظر کمیسیون پزشکی موضوع ماده ۹۱ این قانون از کار افتاده شناخته شود .
 - ۳- فرزندان بیمه شده که دارای یکی از شرایط زیر باشند :
 - الف - کمتر از هجده سال تمام داشته باشند و در مورد فرزندان انان به شرط نداشتن شوهر تا بیست سالگی و یا منحصراً طبق گواهی یکی از مؤسسات رسمی آموزشی به تحصیل اشتغال داشته باشند .
 - ب - در اثر بیماری یا نقص عضو طبق گواهی سازمان تأمین خدمات درمانی قادر بکار نباشند .
 - ۴- پدر و مادر تحت تکفل بیمه شده مشروط بر اینکه سن پدر از شصت سال و سن مادر از پنجاه و پنج سال متجاوز باشد و یا اینکه به تشخیص کمیسیونهای پزشکی موضوع ماده ۹۱ از کار افتاده باشند و در هر حال از سازمان مستمری دریافت نمایند .
۲. ماده ۸۱ - بازماندگان واجد شرایطی متوفی که استحقاق دریافت مستمری را خواهند داشت عبارتند از :
 - ۱ - عیال دائم بیمه شده متوفی مادام که شوهر اختیار نکرده است .

تبصره ۱ - (الحاقی ۱۳۷۴/۰۶/۲۱) همسران بیمه شدگان متوفی که شوهر اختیار نموده اند (عقد دائم) در صورت فوت شوهر دوم ، توسط تأمین اجتماعی مجدداً به آنها مستمری پرداخت خواهد شد . بار مالی ناشی از این تبصره از محل سه درصد (۳/) کمک دولت به بیمه شدگان تأمین خواهد شد .

آیین نامه اجرایی این قانون ظرف مدت دو ماه توسط سازمان تأمین اجتماعی پیشنهاد و به تصویب هیأت وزیران خواهد رسید .

 - ۲- فرزندان متوفی در صورتیکه سن آنان کمتر از هیجده سال تمام باشد و یا منحصراً به تحصیل اشتغال داشته باشند یا بعلت بیماری یا نقص عضو طبق گواهی کمیسیون پزشکی موضوع ماده ۹۱ این قانون قادر بکار نباشند .
 - ۳- پدر و مادر متوفی در صورتیکه اولاً تحت تکفل او بوده ثانیاً سن پدر از شصت سال و سن مادر از پنجاه و پنجسال تجاوز کرده باشد و یا آنکه به تشخیص کمیسیون پزشکی موضوع ماده ۹۱ این قانون از کار افتاده باشند و در هر حال مستمری از سازمان دریافت ندارند .
- ماده ۸۲ - بازماندگان بیمه شده زن با شرایط زیر از مستمری استفاده خواهند کرد .
 - ۱- شوهر مشروط بر اینکه اولاً تحت تکفل زن بوده ثانیاً سن او از شصت سال متجاوز باشد یا طبق نظر کمیسیون پزشکی موضوع ماده ۹۱ این قانون از کار افتاده بوده و در هر حال مستمری از سازمان دریافت نکند .

ماده ۵ - (اصلاحی ۱۴۰۱/۱۱/۰۵)^۱ الف - سازمان تأمین اجتماعی مکلف است با دریافت هفت درصد (۷٪) حق بیمه سهم بیمه‌شده از مأخذ کسر حق بیمه از کارگران دارای پروانه مهارت فنی شاغل مستقیم در امر ایجاد یا توسعه، احداث و یا افزایش زیربنای ساختمان، تجدیدبنا، تعمیرات اساسی و یا تخریب آنها و دریافت حق بیمه سهم کارفرمایی مربوط از محل مساحت (متر^۲) ساخت‌وساز، این کارگران را بیمه نماید.

متقاضیان ساخت و ساز اعم از احداث و یا تجدید بنا در محدوده، حریم و خارج از حریم شهرها، محدوده روستاها، مناطق آزاد تجاری- صنعتی، مناطق ویژه

۲- فرزندان در صورت حائز بودن شرایط زیر :

الف - پدر آنها در قید حیات نبوده یا واجد شرایط مذکور در بند اول این ماده باشد و از مستمری دیگری استفاده نکند .

ب - سن آنها کمتر از هجده سال تمام باشد و یا منحصراً بتحصيل اشتغال داشته باشند تا پایان تحصيل و یا بعلت بیماری یا نقص عضو طبق گواهی کمیسیون پزشکی موضوع ماده ۹۱ این قانون قادر بکار نباشند .

۳- پدر و مادر در صورتیکه اولاً تحت تکفل او بوده ثانیاً سن پدر از شصت سال و سن مادر از پنجاه و پنج سال تجاوز کرده باشد و یا آنکه به تشخیص کمیسیون پزشکی موضوع ماده ۹۱ این قانون از کار افتاده باشند و در هر حال مستمری از سازمان دریافت ندارند .

^۱ . به موجب ماده واحده قانون اصلاح ماده ۵ قانون بیمه های اجتماعی کارگران ساختمانی مصوب ۱۴۰۱/۱۱/۰۵ اصلاح شده است. متن سابق ماده به شرح زیر می باشد:

ماده ۵ - درموردی که انجام کارهای ساختمانی مستلزم أخذ پروانه می‌باشد، مراجع ذی‌ربط مکلفند صدور پروانه را منوط به ارائه رسید پرداخت حق بیمه برای هر مترمربع سطح زیر بنا معادل چهاردرصد (۴٪) حداقل دستمزد ماهانه سال درخواست پروانه به حسابی که سازمان تأمین اجتماعی اعلام خواهد کرد، نمایند.

تبصره ۱ - درصورتی که حوادث ناشی از کار منجر به مصدومیت، فوت یا از کارافتادگی گردد ولی متقاضی با وجود الزام به گرفتن پروانه نسبت به أخذ آن اقدام ننموده باشد، سازمان تأمین اجتماعی علاوه بر حق بیمه موضوع این قانون جریمه‌ای به‌طور مقطوع معادل بیست‌وپنج‌درصد (۲۵٪) اصل حق بیمه محاسبه و وصول خواهد کرد.

تبصره ۲ - مبالغی که موقع صدور پروانه طبق مقررات این ماده پرداخت می‌گردد، در محاسبه حق بیمه کارگران پیمانکار موضوع بند (۲) ماده (۲) این قانون محسوب خواهد گردید.

اقتصادی، نواحی و شهرکهای صنعتی، شهرکهای صنفی، مجتمع‌ها و شهرکهای کشاورزی و مجتمع‌ها و مناطق نمونه گردشگری، مکلفند برای هر متر مربع زیربنا در هر طبقه و همچنین جهت توسعه بنا نسبت به سطح زیربنای توسعه‌یافته، برای ساخت و ساز شهری با مجوز شهرداری‌ها، سازمان‌های متولی مناطق آزاد تجاری-صنعتی، مناطق ویژه اقتصادی، شرکت‌های متولی نواحی و شهرک‌های صنعتی، شهرک‌های صنفی و مجتمع‌ها و مناطق نمونه گردشگری؛ چهاردرصد (۴٪) و برای ساخت و سازهای داخل محدوده روستاها و خارج از محدوده روستاها (محدوده عمل بخشداری‌ها) با مجوز دهیاری‌ها و بخشداری‌ها و داخل مجتمع‌ها و شهرک‌های کشاورزی با مجوز شرکت شهرک‌های کشاورزی یک‌درصد (۱٪) حداقل دستمزد ماهانه همان سال را به‌عنوان «حق بیمه سهم کارفرمایی کارگران ساختمانی شاغل» پرداخت نمایند.

تبصره ۱- ساخت و سازهای مساجد، حسینیه‌ها و خانه‌های عالم از پرداخت حق بیمه موضوع این قانون معاف است.

تبصره ۲- افراد ناتوان مالی تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی (ره) و سازمان بهزیستی کشور که شخصاً متقاضی پروانه ساختمانی و ساخت و ساز اعم از احداث یا تجدید بنا موضوع این قانون هستند، تا ۵۵ متر مربع از پرداخت حق بیمه سهم کارفرما معاف می‌باشند و در ساخت و سازهای شهری به میزان مازاد بر ۵۵ متر مربع تا ۱۰۰ متر مربع برای هر متر مربع زیربنا یا توسعه بنا نسبت به سطح زیربنای توسعه یافته، معادل دو درصد (۲٪) و مازاد بر ۱۰۰ متر مربع همانند سایر مناطق شهری موضوع این قانون (معادل چهار درصد (۴٪) حداقل دستمزد ماهانه همان سال) مکلف به پرداخت حق بیمه سهم کارفرمایی کارگران ساختمانی می‌باشند.

آیین‌نامه اجرایی این تبصره در خصوص نحوه شناسایی اشخاص موضوع این تبصره بر اساس سطح درآمد و دارایی آنها توسط وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی با همکاری کمیته امداد امام خمینی (ره) تهیه و حداکثر ظرف مدت سه ماه از تاریخ لازم‌الاجرا شدن این قانون به تصویب هیات وزیران می‌رسد.

تبصره ۳- ساخت و سازه‌های روستایی با هدف اقامت موقت یا گردشگری بر اساس ضریب مناطق شهری محاسبه می‌شود.

ب- صدور پروانه ساختمانی و یا اجازه ساخت و ساز توسط مراجع ذی‌ربط از جمله شهرداری‌ها، سازمان‌های مناطق آزاد تجاری-صنعتی، سازمان‌های مناطق ویژه اقتصادی، شرکت‌های شهرک‌های صنفی و صنعتی، بخش‌داری‌ها و دهیاری‌ها منوط به ارائه گواهی واریز حق بیمه به حساب تعیین‌شده و یا اعلام تقسیط آن توسط سازمان تأمین اجتماعی خواهد بود. سازمان تأمین اجتماعی موظف است با توجه به واریزی حق بیمه و یا ترتیب پرداخت آن، نسبت به ارائه گواهی واریز وجه به مرجع مربوط اقدام نماید. صدور پایان کار اعم از اینکه حق بیمه به صورت یکجا واریز شده باشد و یا اینکه تقسیط گردد، منوط به ارائه مفصاحساب از سوی سازمان تأمین اجتماعی می‌باشد.

ج- سازمان تأمین اجتماعی مکلف است حساب درآمد و هزینه‌های موضوع این قانون را جداگانه نگهداری نماید و هر سه ماه یکبار گزارش عملکرد این ماده اعم از میزان درآمد تحقق‌یافته، سرمایه‌گذاری انجام‌شده و سود حاصل از سرمایه‌گذاری و هزینه و خسارات پرداختی افراد تحت شمول را به تفکیک به کمیسیون‌های اجتماعی و عمران مجلس شورای اسلامی ارائه کند.

د- در صورت درخواست متقاضی دریافت پروانه، سازمان تأمین اجتماعی مکلف است حق بیمه سهم کارفرما را در زمان صدور پروانه ساختمانی حداکثر تا مدت سه سال و بدون دریافت سود، تقسیط نماید.

ه- در صورت صدور رأی ابقای اضافه‌بنا برای ساختمان‌های دارای تخلف در کمیسیون‌های ماده (۹۹) و ماده (۱۰۰) قانون شهرداری، مؤدی موظف است بر اساس ضوابط مندرج در صدر این ماده نسبت به پرداخت حق بیمه اضافه‌بنا اقدام و مفصاحساب أخذ نماید.

و- استفاده دارندگان موافقت اصولی، پروانه کسب، کارت بازرگانی و کارگران شاغل در کارگاه‌های صنفی، صنعتی و موارد مشابه غیرمرتبط از خدمات بیمه‌ای

موضوع این قانون، ممنوع است. در صورتی که توسط سازمان تأمین اجتماعی احراز شود فرد بیمه‌شده در شغل ساختمانی تعریف‌شده اشتغال نداشته است، متقاضی مکلف است ظرف یک‌ماه نسبت به پرداخت بیست‌درصد (۲۰٪) سهم کارفرمایی برای مدت مربوط اقدام نماید، در غیر این صورت سوابق بیمه‌ای متخلف، متناسب با مدت عدم اشتغال حذف می‌گردد. سازمان تأمین اجتماعی مکلف است با بکارگیری روشهای متنوع و حتی‌الامکان به صورت مستقیم، بر پوشش بیمه‌ای کارگران ساختمانی نظارت داشته باشد.

ز- در خصوص آن بخش از کارهای ساختمانی که در اجرای بند (۲) ماده (۲) این قانون صورت می‌گیرد، پرداختی سهم سازمان تأمین اجتماعی بابت صدور پروانه ساختمانی در محاسبه حق بیمه پیمانکار، لحاظ و مفاصاحساب مربوط مطابق ماده (۳۸) قانون تأمین اجتماعی مصوب ۱۳۵۴/۴/۳ با اصلاحات و الحاقات بعدی صادر می‌شود.

ح- سازمان تأمین اجتماعی مکلف است کلیه کارگران ساختمانی متقاضی را پس از بررسی مدارک و احراز اشتغال به عنوان کارگر ساختمانی تحت پوشش بیمه‌ای قرار دهد و حداکثر ظرف یک‌ماه نسبت به تعیین تکلیف کارگران متقاضی که به صورت مکتوب درخواست نموده‌اند، اقدام و نتیجه را به آنان اعلام نماید.

ط- آیین‌نامه اجرائی «نحوه شناسایی کارگران شاغل در کارگاه‌های ساختمانی کشور» ظرف سه‌ماه از تاریخ لازم‌الاجرا شدن این قانون توسط وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی با همکاری وزارتخانه‌های کشور و راه و شهرسازی به نحوی تهیه و به تصویب هیأت وزیران می‌رسد که صدور و تمدید کارت مهارت و ادامه اشتغال در بخش کارگری ساختمان به صورت دوره‌ای قابل راستی‌آزمایی بوده و صرفاً کارگران ساختمانی امکان استفاده از این قانون را داشته‌باشند.

ماده ۹ - چگونگی استفاده از خدمات درمانی، مدت و شرایط و میزان غرامت دستمزد برای حوادث ناشی از کار، تعیین درصد از کارافتادگی، چگونگی تشخیص حوادث ناشی و غیرناشی از کار، شرایط پرداخت غرامت نقص مقطوع و برقراری

مستمری جزئی و کلی، نحوه محاسبه و میزان آن و تغییر درجه از کارافتادگی جزئی و کلی تابع مقررات قانون تأمین اجتماعی خواهد بود.

ماده ۱۳ - کلیه وزارتخانه ها، دستگاهها، نهادها، شرکتها و مؤسسات دولتی و وابسته به دولت، شهرداریها و مؤسسات و نهادهای عمومی غیردولتی و دستگاههایی که شمول قانون بر آنها مستلزم ذکر نام است و مراجع صدور پروانه ساختمان مکلف به همکاری با مجریان این قانون می باشند.

ماده ۱۴ - از تاریخ تصویب این قانون آن دسته از مواد قانون بیمه اجباری کارگران ساختمانی مصوب ۱۳۵۲ و سایر قوانینی که با این قانون مغایر است لغو می گردد.

از قانون هدفمند کردن یارانه ها

مصوب ۱۳۸۸/۱۰/۱۵

ماده ۷ - دولت مجاز است حداکثر تا پنجاه درصد (۵۰٪) خالص وجوه حاصل از اجراء این قانون را در قالب بندهای زیر هزینه نماید: (...)

ب - اجراء نظام جامع تأمین اجتماعی برای جامعه هدف از قبیل:

۱ - گسترش و تأمین بیمه های اجتماعی، خدمات درمانی، تأمین و ارتقاء سلامت جامعه و پوشش دارویی و درمانی بیماران خاص و صعب العلاج.

از قانون بهبود مستمر محیط کسب و کار

مصوب ۱۳۹۰/۱۱/۱۶

ماده ۱۸ - به منظور ارتقاء کیفیت خدمات، شفاف سازی و شکل گیری بازار کار در زیربخشهای مختلف بخش ساختمان و ایجاد سهولت و امنیت برای متقاضیان نیروی کار در این بخش، وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی مکلف است زمینه شکل گیری تشکلهای صنفی شاغلان در بخش ساختمان را فراهم کند.

این تشکلهای مسؤلیت تعیین هویت، طبقه بندی مهارتی، کاریابی، معرفی کارجویان به کارفرمایان، معرفی کارگران و استادکاران به مراکز فنی و حرفه ای و پیگیری امور بیمه درمان و بازنشستگی و امور رفاهی شاغلان در بخش ساختمان را برعهده دارند.

قانون عدم لزوم بیمه مجدد اجباری شاغلین فصلی و ساکنین شهرهای با جمعیت کمتر از بیست هزار نفر که نزد صندوق بیمه اجتماعی روستاییان و عشایر بیمه می باشند

مصوب ۱۳۹۰/۱۲/۲۴

ماده واحده - بیمه اجباری مجدد شاغلین فصلی و ساکنین شهرهای با جمعیت کمتر از بیست هزار نفر که از مزایای درمان روستایی و عشایری استفاده می نمایند و نزد صندوق بیمه اجتماعی روستاییان و عشایر بیمه می باشند ، نزد سازمان تأمین اجتماعی لازم نیست.

از قانون حداکثر استفاده از توان تولیدی و خدماتی در تأمین نیازهای کشور و تقویت آنها در امر صادرات و اصلاح ماده (۱۰۴) قانون مالیاتهای مستقیم

مصوب ۱۳۹۱/۰۵/۰۱

ماده ۱۲- کارگران ایرانی اعزامی موضوع قراردادهای صدور خدمات فنی به خارج از کشور به شرح داشتن گواهینامه شغلی از وزارت تعاون ، کار و رفاه اجتماعی از پرداخت هرگونه عوارض و مالیات معاف می باشند.

تبصره ۱- وزارت تعاون ، کار و رفاه اجتماعی موظف است برای کلیه کارگران ایرانی که در ارتباط با صدور خدمات فنی اعزام می شوند گواهینامه شغلی صادر کند و جهت وصول حق بیمه و تحت پوشش قراردادن آنها در داخل و خارج کشور مراتب را به سازمان تأمین اجتماعی اطلاع دهد.

تبصره ۲- سازمان تأمین اجتماعی مکلف است با دریافت حق بیمه افراد مذکور در این ماده مطابق قانون تأمین اجتماعی مصوب ۳/ ۴/ ۱۳۵۴ و اصلاحیه های بعدی، آنها را بیمه نماید.

ماده ۱۲- کارگران ایرانی اعزامی موضوع قراردادهای صدور خدمات فنی به خارج از کشور به شرح داشتن گواهینامه شغلی از وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی از پرداخت هرگونه عوارض و مالیات معاف می باشند.

تبصره ۱- وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی موظف است برای کلیه کارگران ایرانی که در ارتباط با صدور خدمات فنی اعزام می شوند گواهینامه شغلی صادر کند و جهت وصول حق بیمه و تحت پوشش قراردادن آنها در داخل و خارج کشور مراتب را به سازمان تأمین اجتماعی اطلاع دهد.

تبصره ۲- سازمان تأمین اجتماعی مکلف است با دریافت حق بیمه افراد مذکور در این ماده مطابق قانون تأمین اجتماعی مصوب ۳/ ۴/ ۱۳۵۴ و اصلاحیه های بعدی، آنها را بیمه نماید.

از قانون جامع خدمات رسانی به ایثارگران

مصوب ۱۳۹۱/۱۰/۰۲

ماده ۱۲ - حدود خدمات بیمه بهداشتی، درمانی (همگانی، مکمل، خاص) قابل ارائه به خانواده شاهد، جانبازان، آزادگان و افراد تحت تکفل ایشان طبق مفاد قانون بیمه همگانی درمانی کشور و قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی و اصلاحات قوانین یاد شده می باشد. آیین نامه اجرائی ذی ربط با پیشنهاد مشترک بنیاد، وزارت دفاع و پشتیبانی نیروهای مسلح و ستاد کل نیروهای مسلح به تصویب هیأت وزیران خواهد رسید.

ماده ۱۳-

الف - تأمین صد درصد (۱۰۰٪) هزینه بهداشتی درمانی به صورت بیمه سلامت، بیمه همگانی، بیمه مکمل و بیمه خاص (خدماتی که مشمول قوانین بیمه

همگانی و تکمیلی نمی گردند) خانواده شاهد، جانبازان، آزادگان و افراد تحت تکفل آنان بر عهده دولت بوده و اعتبارات آن هر ساله در قوانین بودجه سنواتی منظور می گردد.

تبصره ۱ - کلیه دستگاههای اجرائی موظفاند از محل اعتبارات مصوب و در قالب تخصیص اعتبار ابلاغی نسبت به تأمین و پرداخت کسورات بیمه درمانی همگانی و مکمل سهم کارکنان ایثارگر شاغل در دستگاه مربوط و خانواده شاهد، جانبازان، آزادگان و افراد تحت تکفل آنان اقدام نمایند.

تبصره ۲ - شرکتهای دولتی، نهادها، بانکها و مؤسسات انتفاعی وابسته به دولت و شرکتهایی که شمول قانون بر آنها مستلزم ذکر نام است، موظفاند از محل هزینه عملیات جاری خود نسبت به پرداخت کسورات بیمه درمانی همگانی و مکمل سهم ایثارگران شاغل در مؤسسات مربوط و افراد تحت تکفل آنان اقدام نمایند.

تبصره ۳ - دولت مکلف است به منظور پرداخت کسورات بیمه درمان همگانی و تکمیلی سهم ایثارگران شاغل در بخش غیردولتی مشمول قوانین کار و تأمین اجتماعی اعتبار لازم را هر ساله در لوایح بودجه سنواتی کل کشور پیش‌بینی نموده و در اختیار سازمان تأمین اجتماعی قرار دهد.

تبصره ۴ - دولت موظف است ضمن لوایح بودجه سنواتی ساز و کارهای لازم و برای بهره مندی هماهنگ مشمولان این ماده از خدمات درمانی فراهم نماید.

ب - تا پایان قانون برنامه پنجساله پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران صد درصد (۱۰۰٪) هزینه های درمانی ایثارگران شاغل و بازنشسته و افراد تحت تکفل آنان به عهده دستگاه اجرائی و صد درصد (۱۰۰٪) هزینه های درمانی ایثارگران غیرشاغل و افراد تحت تکفل آنان به عهده بنیاد شهید و امور ایثارگران است.

ماده ۵۲ - بیمه درمانی فرزندان ذکور شهدا پس از فراغت از تحصیل تا زمان اشتغال حداکثر به مدت سه سال توسط بنیاد محاسبه و پرداخت می گردد.

از قانون حمایت خانواده

مصوب ۱۳۹۱/۱۲/۰۱

ماده ۴۸- میزان حقوق وظیفه یا مستمری زوجه دائم متوفی و فرزندان و سایر وراث قانونی وی و نحوه تقسیم آن در تمام صندوقهای بازنشستگی اعم از کشوری، لشکری، تأمین اجتماعی و سایر صندوقهای خاص به ترتیب زیر است: (...)

۳- فرزندان اناث در صورت نداشتن شغل یا شوهر و فرزندان ذکور تا سن بیست سالگی و بعد از آن منحصراً در صورتی که معلول از کار افتاده نیازمند باشند یا اشتغال به تحصیلات دانشگاهی داشته باشند حسب مورد از کمک هزینه اولاد، بیمه و مستمری بازماندگان یا حقوق وظیفه والدین خود برخوردار می گردند.

از قانون حمایت از کودکان و نوجوانان بی سرپرست و بدسرپرست مصوب

۱۳۹۲/۰۶/۳۱

ماده ۲۱ - شخصی که سرپرستی افراد تحت حمایت این قانون را بر عهده می گیرد از مزایای حمایتی حق اولاد و مرخصی دوره مراقبت برای کودکان زیر سه سال (معادل مرخصی دوره زایمان) بهره مند می باشد. کودک یا نوجوان تحت سرپرستی نیز از مجموعه مزایای بیمه و بیمه های تکمیلی وفق مقررات قانونی برخوردار خواهد شد.

از قانون الحاق برخی مواد به قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت

(۲) مصوب ۱۳۹۳/۱۲/۰۴

ماده ۱۲ - به هر یک از وزارتخانه های نفت و نیرو از طریق شرکتهای تابعه ذی ربط اجازه داده می شود مبلغی را که طبق قوانین بودجه سنواتی در قبوض گاز و برق برای هر واحد مسکونی و تجاری تعیین می گردد، اخذ و صرفاً جهت بیمه خسارات مالی و جانی اعم از فوت و نقص عضو و جبران هزینه های پزشکی ناشی

از انفجار ، آتش سوزی و مسمومیت مشترکان شهری و روستایی و سکونتگاهی عشایری گاز و برق از طریق شرکتهای بیمه با برگزاری مناقصه اقدام کنند.

ماده ۲۹ - دولت مکلف است در راستای ایجاد ثبات ، پایداری و تعادل بین منابع و مصارف صندوق های بیمه و بازنشستگی ، نسبت به اصلاح ساختار این صندوق ها براساس اصول زیر اقدام قانونی به عمل آورد :

۱ - کاهش وابستگی این صندوق ها به کمک از محل بودجه عمومی دولت به استثنای سهم قانونی دولت در حق بیمه از طرق مختلف از جمله تنظیم عوامل مؤثر بر منابع و مصارف صندوق ها منطبق بر محاسبات بیمه ای ، کاهش حمایت های غیربیمه ای صندوق ها و انتقال آن به نهادهای حمایتی ، تقویت ساز و کارهای وصول به موقع حق بیمه ها و تقویت فعالیت های اقتصادی و سرمایه گذاری سودآور با اولویت سرمایه گذاری در بازار پول و سرمایه ، به نحوی که سود سرمایه گذاری مورد نظر کمتر از سود اوراق مشارکت بانکی نباشد.

۲ - ایجاد هرگونه تعهد بیمه ای و بار مالی خارج از ارقام مقرر در جداول قوانین بودجه سنواتی برای صندوق ها ممنوع است. تعهدات تکلیف شده فقط در حدود ارقام مذکور قابل اجراء است.

۳ - صندوق بازنشستگی کشوری و سازمان تأمین اجتماعی نیروهای مسلح مکلفند از محل تمام اعتبارات پیش بینی شده مندرج در قوانین بودجه سنواتی که پس از طی مراحل در اختیار آنها قرار می گیرد به انضمام دیگر منابع داخلی خود و سایر منابع حاصل از سرمایه گذاری ها ، پرداخت های ماهانه در طول سال و کمک هزینه عائله مندی و اولاد را برای بازنشستگان ، موظفین و مستمری بگیران خود تأمین نمایند.

ماده ۳۰ - وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی موظف است اقدامات لازم برای درمان فوری و بدون قید و شرط مصدومان حوادث و سوانح رانندگی در همه واحدهای بهداشتی و درمانی دولت و غیردولتی و همچنین در مسیر اعزام به مراکز تخصصی و مراجعات ضروری بعدی را به عمل آورد. برای تأمین بخشی از منابع لازم جهت ارائه خدمات تشخیصی و درمانی به این مصدومان ، معادل ده درصد

(۱۰٪) از حق بیمه پرداختی شخص ثالث، سرنشین و مازاد به‌طور مستقیم طی قبض جداگانه به حساب درآمدهای اختصاصی نزد خزانه داری کل کشور در چهارچوب اعتبارات مصوب بودجه سنواتی به نام وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی واریز می‌شود. توزیع این منابع بین دانشگاه‌های علوم پزشکی توسط وزارتخانه مذکور با تأیید سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور براساس عملکرد واحدهای یاد شده بر مبنای تعرفه‌های مصوب هر سه ماه یک بار صورت می‌گیرد. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است هزینه کرد اعتبارات مذکور را هر شش ماه یک بار به بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران و سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور و کمیسیون بهداشت و درمان مجلس شورای اسلامی گزارش کند. بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران مسؤول حسن اجرای این ماده است.

ماده ۳۷ - علاوه بر افزایش قانونی نرخ مالیات بر ارزش افزوده، صرفاً یک واحد درصد در هر سال به‌عنوان مالیات سلامت به نرخ مالیات بر ارزش افزوده سهم دولت اضافه و همزمان با دریافت، مستقیماً به ردیف درآمدی که برای این منظور در قوانین بودجه سنواتی پیش بینی می‌شود، واریز می‌گردد. صد در صد (۱۰۰٪) منابع دریافتی از طریق ردیف یا ردیف‌هایی که برای این منظور در قوانین بودجه سنواتی پیش بینی می‌شود، به پیشگیری و پوشش کامل درمان افراد ساکن در روستاها و شهرهای دارای بیست هزار نفر جمعیت و پایین‌تر و جامعه عشایری (در چهارچوب نظام ارجاع)، اختصاص می‌یابد و پس از تحقق هدف مذکور نسبت به تکمیل و تأمین تجهیزات بیمارستانی و مراکز بهداشتی و درمانی با اولویت بیمارستان‌های مناطق توسعه نیافته، مصارف هیأت امنای ارزی و ارتقای سطح بیمه بیماران صعب‌العلاج و افراد تحت پوشش نهادهای حمایتی خارج از روستاها و شهرهای بالای بیست هزار نفر جمعیت اقدام شود.

هرگونه پرداخت هزینه‌های پرسنلی نظیر حقوق و مزایا، اضافه کار، کمک‌های رفاهی، پاداش، فوق‌العاده‌های مأموریت، کارانه، بهره‌وری، مدیریت، نوبت

کاری، دیون و مانند آن و هزینه های اداری نظیر اقلام مصرفی اداری و تأمین اثاثیه و منصوبات اداری از این محل ممنوع می باشد.

ماده ۳۸ - سازمان های بیمه گر خدمات درمانی موظفاند شصت درصد (۶۰٪) صورتحساب های ارسالی از سوی بیمارستان های طرف قرارداد را قبل از رسیدگی ظرف مدت دو هفته به عنوان علی الحساب و بقیه مطالبات مؤسسات و مراکز بهداشتی و درمانی را تا سه ماه پس از تحویل اسناد مربوط به نماینده رسمی صندوق مربوطه پرداخت نمایند. در صورت عدم اجرای حکم این ماده، سازمان های بیمه گر موظف به تأمین ضرر و زیان آن معادل نرخ اوراق مشارکت می باشند.

ماده ۳۹ - به دولت اجازه داده می شود از محل ردیفهایی که در قوانین بودجه سنواری پیش بینی می گردد حق بیمه سهم کارفرما، بیمه درمانی و هزینه حمایتی طلاب و کمک به رزمندگان معسر دارای بیش از یک سال سابقه حضور داوطلبانه در جبهه ها، جانبازان معسر بین پنج درصد (۵٪) تا بیست و چهار درصد (۲۴٪)، جانبازان بسیجی و وظیفه غیرشاغل نیازمند را پرداخت کند.

ماده ۴۹ - در اجرای بندهای ماده (۱۳) قانون جامع خدمات رسانی به ایثارگران^۱، دولت مکلف است مابه التفاوت خدمات بهداشتی و درمانی ایثارگران

۱. ماده ۱۳ -

الف - تأمین صد درصد (۱۰۰٪) هزینه بهداشتی درمانی به صورت بیمه سلامت، بیمه همگانی، بیمه مکمل و بیمه خاص (خدماتی که مشمول قوانین بیمه همگانی و تکمیلی نمی گردند) خانواده شاهد، جانبازان، آزادگان و افراد تحت تکفل آنان بر عهده دولت بوده و اعتبارات آن هر ساله در قوانین بودجه سنواری منظور می گردد.

تبصره ۱ - کلیه دستگاههای اجرائی موظفند از محل اعتبارات مصوب و در قالب تخصیص اعتبار ابلاغی نسبت به تأمین و پرداخت کسورات بیمه درمانی همگانی و مکمل سهم کارکنان ایثارگر شاغل در دستگاه مربوط و خانواده شاهد، جانبازان، آزادگان و افراد تحت تکفل آنان اقدام نمایند.

تبصره ۲ - شرکتهای دولتی، نهادها، بانکها و مؤسسات انتفاعی وابسته به دولت و شرکتهایی که شمول قانون بر آنها مستلزم ذکر نام است، موظفند از محل هزینه عملیات جاری خود نسبت به پرداخت کسورات بیمه درمانی همگانی و مکمل سهم ایثارگران شاغل در مؤسسات مربوط و افراد تحت تکفل آنان اقدام نمایند.

برای کلیه هزینه های مرتبط را که مطابق ضوابط آن دستگاه قابل پرداخت نیست و در تعهد صندوقهای بیمه درمانی نمی باشد، از اعتبارات مربوطه آن دستگاه کسر و جهت پرداخت به مشمولان به حساب بنیاد شهید و امور ایثارگران اضافه نماید.

از قانون تأسیس و اداره مدارس و مراکز آموزشی و پرورشی غیردولتی مصوب

۱۳۹۵/۰۹/۱۴

ماده ۲۵- کارکنان تمام وقت فاقد پوشش بیمه ای مدارس و مراکز غیردولتی از مزایای قانون تأمین اجتماعی برخوردار می شوند. کارکنان پاره وقت فاقد پوشش بیمه ای نیز به نسبت ساعات انجام کار مشمول حمایت های مقرر در این ماده هستند.

تبصره ۱- بخشی از حق بیمه سهم مؤسس و کارکنان غیررسمی مدارس غیردولتی از محل اعتبارات صندوق حمایت از توسعه مدارس غیردولتی قابل پرداخت است.

تبصره ۳- دولت مکلف است به منظور پرداخت کسورات بیمه درمان همگانی و تکمیلی سهم ایثارگران شاغل در بخش غیردولتی مشمول قوانین کار و تأمین اجتماعی اعتبار لازم را هر ساله در لوایح بودجه سنواتی کل کشور پیش‌بینی نموده و در اختیار سازمان تأمین اجتماعی قرار دهد.

تبصره ۴- دولت موظف است ضمن لوایح بودجه سنواتی ساز و کارهای لازم و برای بهره مندی هماهنگ مشمولان این ماده از خدمات درمانی فراهم نماید.

ب- تا پایان قانون برنامه پنجساله پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران صد درصد (۱۰۰٪) هزینه های درمانی ایثارگران شاغل و بازنشسته و افراد تحت تکفل آنان به عهده دستگاه اجرائی و صد درصد (۱۰۰٪) هزینه های درمانی ایثارگران غیرشاغل و افراد تحت تکفل آنان به عهده بنیاد شهید و امور ایثارگران است.

از قانون احکام دائمی برنامه های توسعه کشور

مصوب ۱۳۹۵/۱۱/۱۰

ماده ۸ - عقد قرارداد و هرگونه پرداخت مزاد بر تعرفه تعیین شده برای آن دسته از خدمات تشخیصی، بهداشتی و درمانی که در بسته بیمه پایه سلامت اعلام می شود توسط شرکتهای بیمه تجاری و سازمان بیمه سلامت ایران با اشخاص حقیقی و حقوقی تحت هر عنوان ممنوع است. پرداخت حق سرانه بیمه تکمیلی به جز در مواردی که در قوانین خاص معین شده است، برعهده افراد بیمه شده است. منظور از بیمه تکمیلی فهرست خدماتی است که در تعهد بیمه پایه سلامت نیست.

تبصره ۱- کلیه دستگاههای اجرائی موضوع ماده (۵) قانون مدیریت خدمات کشوری^۱ موظف به اجرای موضوع این حکم و رعایت تعرفه های مصوب هستند.

تبصره ۲- وزارتخانه های امور اقتصادی و دارایی (بیمه مرکزی ایران) و تعاون، کار و رفاه اجتماعی حسب مورد مسؤول حسن اجرای این ماده می باشند.

ماده ۹ - (...)

ب - آزمایش اجباری برای تأیید سلامت کلیه رانندگان وسایل حمل و نقل عمومی مشمول بیمه سلامت است. هزینه های مربوط از محل اعتبار موضوع ماده (۳۰) قانون الحاق برخی مواد به قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت (۲)^۲ تأمین می شود.

^۱ . از قانون مدیریت خدمات کشوری مصوب ۱۳۸۶/۰۷/۰۸

ماده ۵- دستگاه اجرائی: کلیه وزارتخانه ها، مؤسسات دولتی، مؤسسات یا نهادهای عمومی غیردولتی، شرکتهای دولتی و کلیه دستگاههایی که شمول قانون بر آنها مستلزم ذکر و یا تصریح نام است از قبیل شرکت ملی نفت ایران، سازمان گسترش و نوسازی صنایع ایران، بانک مرکزی، بانکها و بیمه های دولتی، دستگاه اجرائی نامیده می شوند.

^۲ . قانون الحاق برخی مواد به قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت (۲) مصوب ۱۳۹۳/۱۲/۰۴

ماده ۳۰ - وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی موظف است اقدامات لازم برای درمان فوری و بدون قید و شرط مصدومان حوادث و سوانح رانندگی در همه واحدهای بهداشتی و درمانی دولت و غیردولتی و همچنین در مسیر اعزام به مراکز تخصصی و مراجعات ضروری بعدی را به عمل آورد . برای تأمین بخشی از

ماده ۳۷- (...پ) - دولت موظف است سند جامع سبک زندگی اسلامی - ایرانی را با لحاظ شاخصهای کمی و کیفی نظیر الگوی مصرف، ترویج روحیه مشارکت و فرهنگ تعاون و رقابت سالم بین مردم، فناخت و صرفه جویی و احترام به کسب و کار حلال، احترام به قانون، تفریحات و اوقات فراغت سالم، ترویج سخت کوشی و ساده زیستی متناسب با آموزه های اسلامی تدوین و با رعایت موارد زیر اجراء نماید:

(...۵) - رفع موانع ازدواج، کاهش سن ازدواج، پوشش بیمه ای زایمان و درمان ناباروری، آموزش و توانمندسازی خانواده ها

ماده ۳۸- (...ج) - سازمان زندان ها و اقدامات تأمینی و تربیتی کشور مکلف است با همکاری دستگاههای اجرائی، مؤسسات عمومی و مردم نهاد، به منظور بازاجتماعی شدن محکومان اقدامات زیر را انجام دهد:

(...۳) - رفع مشکل معیشتی خانواده های زندانیان بی بضاعت با همکاری کمیته امداد امام خمینی (ره)، سازمان بهزیستی کشور و سایر نهادهای ذی ربط و بیمه سلامت رایگان زندانیان و خانواده آنها

ماده ۵۷-

الف - به منظور بسط و گسترش هرچه بیشتر عدالت اجتماعی در جامعه، کاهش فقر و نابرابری، تحقق اقتصاد مقاومتی و عدالت بنیان کردن توسعه اقتصادی،

منابع لازم جهت ارائه خدمات تشخیصی و درمانی به این مصدومان ، معادل ده درصد (۱۰٪) از حق بیمه پرداختی شخص ثالث ، سرنشین و مازاد به طور مستقیم طی قبض جداگانه به حساب درآمدهای اختصاصی نزد خزانه داری کل کشور در چهارچوب اعتبارات مصوب بودجه سنواتی به نام وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی واریز می شود . توزیع این منابع بین دانشگاههای علوم پزشکی توسط وزارتخانه مذکور با تأیید سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور براساس عملکرد واحدهای یاد شده بر مبنای تعرفه های مصوب هر سه ماه یک بار صورت می گیرد . وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی موظف است هزینه کرد اعتبارات مذکور را هر شش ماه یک بار به بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران و سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور و کمیسیون بهداشت و درمان مجلس شورای اسلامی گزارش کند . بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران مسؤول حسن اجرای این ماده است .

وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی مکلف است نسبت به رصد شاخصهای رفاه و تأمین اجتماعی و تقویم و اثرسنجی برنامه ها و اقدامات اقتصادی بر وضعیت و کیفیت زندگی اقشار و گروههای هدف اقدام و نسبت به تهیه و تدوین و اجرای (بسته های سیاستی) زیر متناسب با فرآیندهای رشد، توسعه و پیشرفت مبادرت کند:

- ۱(...)- بسته سیاستی (صیانت اجتماعی) مبتنی بر مصون سازی و پیشگیری از بروز مخاطرات و آسیبهای اجتماعی و مداخله مؤثر برای کاهش و کنترل آسیبهای اجتماعی و تحکیم و تقویت پیوندهای اجتماعی
 - ۲ - بسته سیاستی (حمایت اجتماعی) مبتنی بر ارائه خدمات اجتماعی متناسب با نیازهای جسمی و روانی اقشار و گروههای هدف جهت برابری فرصتها و زمینه سازی بازگشت و حضور فعال افراد آسیب دیده در اجتماع
 - ۳ - بسته سیاستی (مساعدت اجتماعی) مبتنی بر ارائه خدمات جبرانی و ترمیمی متناسب با نیازهای معنوی و مادی اقشار و گروههای هدف از طریق توانمندسازی، کارگستری، مهارت آموزی و ایجاد زمینه های خودتکائی آنها
 - ۴ - بسته سیاستی (بیمه های اجتماعی) مبتنی بر ایجاد زمینه جلب مشارکت بیشتر ذی نفعان در تأمین مالی خدمات اجتماعی از طریق افزایش ضریب نفوذ بیمه های اجتماعی درمانی و بازنشستگی در کشور
- تبصره ۱- اجرای مراتب فوق براساس نیازمند یابی فعال، غربالگری اجتماعی و آزمون وسع و متناسب با نیازهای اقشار و گروههای هدف انجام می پذیرد به نحوی که منجر به اثربخشی بیشتر اجرای هدفمندی یارانه ها شده و منابع مزبور به سمت خانوارهای نیازمند واجد شرایط هدایت و به منظور کاهش و رفع انواع مختلف فقر از قبیل فقر غذایی، معیشتی، بیمه ای، آموزشی و مسکن به کار گرفته می شود و در قالب اعطای یارانه های نقدی، کالایی، بیمه ای (درمان، بازنشستگی و بیکاری) مسکن اجتماعی و حمایتی و نظایر آن هزینه می شود.

از قانون برنامه پنجساله ششم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری
اسلامی ایران (۱۴۰۰ - ۱۳۹۶)
مصوب ۱۳۹۵/۱۲/۲۱

ماده ۷۰- دولت مکلف است به منظور تحقق سیاست های کلی سلامت، تأمین منابع مالی پایدار برای بخش سلامت، توسعه کمی و کیفی بیمه های سلامت و مدیریت منابع سلامت از طریق نظام بیمه با محوریت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تا پایان سال اول اجرای برنامه اقدامات زیر را بر اساس سیاست های کلی سلامت به عمل آورد:

الف - پوشش بیمه سلامت برای تمامی آحاد جمعیت کشور اجباری بوده و برخورداری از یارانه دولت جهت حق سرانه بیمه از طریق ارزیابی وسع و ضوابط ذیل و براساس آیین نامه ای خواهد بود که به تصویب هیأت وزیران می رسد.
تبصره - این حق بیمه شامل سرپرست خانوار و کلیه افراد تحت تکفل آنان است.

ب - حق بیمه پایه سلامت خانوار به شرح ذیل، سهمی از درآمد سرپرست خانوار خواهد بود:

۱- خانواده روستاییان، عشایر و اقشار نیازمند تحت پوشش نهادهای حمایتی معادل هفت درصد (۷٪) حداقل حقوق و دستمزد مشمولان قانون کار. صددرصد (۱۰۰٪) حق بیمه این گروههای اجتماعی بر مبنای بند (الف) این ماده توسط دولت در قالب بودجه سنواتی تأمین می شود.

۲- کارکنان دستگاههای اجرائی معادل هفت درصد (۷٪) حقوق و مزایای مستمر آنان

تبصره - بخشی از حق بیمه مشمولان این جزء از محل بودجه عمومی دولت در قالب بودجه سنواتی تأمین خواهد شد.

۳- مشمولان تأمین اجتماعی کسر حق بیمه مطابق قانون تأمین اجتماعی

۴- سهم خانوارهای سایر اقشار، متناسب با گروههای درآمدی معادل هفت درصد (۷٪) درآمد، حداکثر معادل سقف درآمد کارکنان دولت

۵- پوشش بیمه سلامت برای افراد خارجی مقیم در کشور، از جمله پناهندگان گروهی مورد تأیید دفتر اتباع خارجی وزارت کشور، الزامی است. شیوه دریافت حق بیمه و برخورداری از یارانه دولت برای تأمین حق بیمه براساس آیین نامه ای خواهد بود که حداکثر ظرف سه ماه از زمان لازم الاجراء شدن این قانون به تصویب هیأت وزیران می رسد. حکم این جزء بر حکم ماده (۴) قانون احکام دائمی برنامه های توسعه کشور حاکم است.

پ - دستگاههای اجرائی مکلفند حق بیمه پایه سلامت سهم بیمه شده و دستگاه اجرائی را حداکثر ظرف مدت سه ماه به حساب سازمان بیمه گر پایه مربوطه واریز نمایند. در صورت عدم واریز با اعلام سازمان بیمه گر و تشخیص توسط وزارت امور اقتصادی و دارایی از ردیف مربوطه و حساب جاری دستگاه اجرائی ذی ربط برداشت و به حساب سازمان بیمه گر پایه واریز می شود.

ت - عقد قرارداد و هرگونه پرداخت مازاد بر تعرفه تعیین شده برای خدمات تشخیصی، بهداشتی و درمانی مشمول بسته بیمه پایه سلامت توسط شرکتهای بیمه تجاری و صندوق های بیمه پایه با اشخاص حقیقی و حقوقی تحت هر عنوان ممنوع است.

ث - کلیه پزشکان و پیراپزشکان، مؤسسات و مراکز ارائه دهنده خدمت، دارو و کالاهای سلامت در کشور اعم از دولتی، نهادهای عمومی غیردولتی، خصوصی و خیریه موظفاند ضمن رعایت تعرفه های مصوب دولت از خط مشی های مصوب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تبعیت نمایند. دریافت هرگونه وجه مازاد بر تعرفه مصوب دولت، توسط اشخاص حقیقی و حقوقی و مؤسسات و مراکز ارائه دهنده خدمت، دارو و کالاهای سلامت، حسب مورد مشمول مجازات قانونی مربوطه خواهد بود.

ج - بسته خدمات (شمول و سطح خدمات) مورد تعهد صندوق های بیمه پایه سلامت توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تعیین و ابلاغ می شود. از

ابتدای سال دوم اجرای قانون برنامه خرید خدمت توسط سازمان بیمه گر درمانی صرفاً مطابق این بسته صورت می پذیرد.

چ - پایگاه اطلاعات برخط بیمه شدگان درمان کشور در سال اول اجرای قانون برنامه در سازمان بیمه سلامت تشکیل می گردد. از ابتدای سال دوم اجرای قانون برنامه، نحوه دریافت خدمات بیمه شدگان از مراکز بهداشتی، تشخیصی، درمانی و دارویی به صورت واحد و یکسان توسط سازمان بیمه سلامت طراحی و اجراء می شود.

ح - دولت مکلف است طی سال اول اجرای قانون برنامه نسبت به ایجاد وحدت رویه بین بیمه های درمانی صندوق ها و سازمان های بیمه ای در چهارچوب قانون اقدام کند.

ماده ۷۲-

الف - تولید نظام سلامت از جمله بیمه سلامت شامل سیاست گذاری اجرائی، برنامه ریزی های راهبردی، ارزشیابی، اعتبارسنجی و نظارت در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی متمرکز می گردد. کلیه اشخاص حقیقی و حقوقی اعم از دولتی و غیردولتی، از جمله ارائه کنندگان خدمات سلامت، سازمان ها و شرکتهای بیمه پایه و تکمیلی، موظفاند از خط مشی و سیاست های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، با تأکید بر خرید راهبردی خدمات و واگذاری امور تصدی گری با رعایت ماده (۱۳) قانون مدیریت خدمات کشوری و سطح بندی خدمات، تبعیت کنند.

از زمان ابلاغ این قانون، سازمان بیمه سلامت از وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی منتزع و با حفظ شخصیت حقوقی و استقلال مالی و کلیه امکانات براساس اساسنامه ای که به تصویب هیأت وزیران می رسد، وابسته به وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی اداره می شود. اساسنامه این سازمان مطابق با قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور مصوب ۳ / ۸ / ۱۳۷۳ و در قالب شرکت

دولتی به پیشنهاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به تصویب هیأت وزیران می‌رسد. (...)

ماده ۷۴-

الف - وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با هدف ارائه خدمات الکترونیکی سلامت مکلف است ظرف دو سال اول اجرای قانون برنامه نسبت به استقرار سامانه پرونده الکترونیکی سلامت ایرانیان و سامانه های اطلاعاتی مراکز سلامت با هماهنگی پایگاه ملی آمار ایران و سازمان ثبت احوال کشور با حفظ حریم خصوصی و منوط به اذن آنها و محرمانه بودن داده ها و با اولویت شروع برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع اقدام نماید.

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است با همکاری سازمان ها و مراکز خدمات سلامت و بیمه سلامت حداکثر ظرف مدت شش ماه پس از استقرار کامل سامانه فوق، خدمات بیمه سلامت را به صورت یکپارچه و مبتنی بر فناوری اطلاعات در تعامل با سامانه «پرونده الکترونیکی سلامت ایرانیان» ساماندهی نماید.

تبصره - کلیه مراکز سلامت و واحدهای ذی ربط اعم از دولتی و غیردولتی موظف به همکاری در این زمینه می‌باشند.

(...ج - سازمان ها و صندوق های بیمه گر پایه کشور مکلف به خرید راهبردی خدمات سلامت براساس دستورالعمل ها و راهنماهای بالینی و فهرست رسمی داروهای فاقد نام تجاری (ژنریک) ایران در چهارچوب نظام ملی دارویی کشور همزمان با اجرائی شدن نظام ارجاع مبتنی بر پزشک خانواده در کشور از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و صرفاً از طریق سامانه پرونده الکترونیکی سلامت ایرانیان موضوع بند (الف) این ماده هستند.

(...د - وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است حمایت از تولید و عرضه و تجویز داروهای فاقد نام تجاری (ژنریک) حمایت بیمه ای را فقط به داروهای فاقد نام تجاری (ژنریک) اختصاص دهد و با همکاری وزارتخانه های جهاد کشاورزی، صنعت، معدن و تجارت، اتاق بازرگانی، صنایع و معادن و کشاورزی

ایران و اتاق تعاون مرکزی ایران حسب مورد تمهیدات لازم را در جهت صادرات محصولات سلامت محور به عمل آورد و برنامه ایمن سازی کودکان (واکسیناسیون) را تا حد و تراز کشورهای توسعه یافته ارتقاء دهد.

ماده ۱۰۲- دولت موظف است براساس سیاست های کلی جمعیت و خانواده و سند جمعیت مصوب شورای عالی انقلاب فرهنگی با همکاری نهادهای ذی ربط به منظور تقویت و تحکیم جامعه ای خانواده محور و تقویت و تحکیم و تعالی خانواده و کارکردهای اصلی آن با رعایت شاخصهای الگو و سبک زندگی اسلامی- ایرانی با ایجاد سازوکارها و تأمین اعتبارات لازم در قالب بودجه سنواتی اقدامات ذیل را به عمل آورد:

(...ج) - آموزش و مشاوره مستمر و مسؤولانه نوجوانان و جوانان با اولویت خانواده ها قبل، حین و دست کم پنج سال پس از ازدواج توسط همه دستگاههای ذی ربط، به ویژه وزارتخانه های آموزش و پرورش، بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و ورزش و جوانان، سازمان بهزیستی، مؤسسات آموزشی عمومی و آموزش عالی دولتی و غیردولتی، سازمان نظام روانشناسی و مشاوره و سایر نهادهای ذی ربط با برخورداری خدمات مشاوره و روانشناسی از تسهیلات و مزایای بیمه های پایه و تکمیلی

(...د) - حمایت و توسعه بیمه سلامت در بیمه پایه و تکمیلی برای مادران در کلیه مراحل دوران بارداری تا پایان دوران شیرخوارگی

از قانون حمایت از حقوق معلولان

مصوب ۱۳۹۶/۱۲/۲۰

ماده ۶ - وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است پوشش بیمه سلامت افراد دارای معلولیت تحت پوشش سازمان را به گونه ای تأمین نماید که

علاوه بر تأمین خدمات درمانی مورد نیاز این افراد، خدمات توانبخشی جسمی و روانی افراد دارای معلولیت را پوشش دهد.

ماده ۱۳ - کارفرمایانی که در مراکز کسب و کار خود، افراد دارای معلولیت جویای کار را در اجرای ماده (۱۲) این قانون استخدام نمایند، از پرداخت حق بیمه سهم کارفرمایی در قبال افراد دارای معلولیت جذب شده معافند، همچنین افراد دارای معلولیتی که به صورت خود اشتغالی یا در کارگاههای اشتغال خانگی و یا از طریق مراکز پشتیبانی شغلی مشغول به کار می باشند حسب مورد از پرداخت حق بیمه سهم کارفرما یا خویش فرما معاف می شوند. حق بیمه سهم کارفرمایی یا خویش فرمایی این گونه افراد توسط دولت تأمین و پرداخت خواهد شد.

تبصره - آیین نامه اجرائی این ماده توسط سازمان و وزارت با همکاری سازمان برنامه و بودجه کشور تهیه و حداکثر سه ماه پس از ابلاغ این قانون برای تصویب به هیأت وزیران ارسال می شود.

از قانون حمایت از اطفال و نوجوانان

مصوب ۱۳۹۹/۰۲/۲۳

ماده ۶- دستگاهها و نهادهای زیر، در راستای تحقق اهداف این قانون عهده دار وظایف زیر می باشند:

...

ج) وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است اقدامات زیر را انجام دهد:

....

۳ - پوشش کامل بیمه سلامت برای تمام اطفال و نوجوانان ساکن ایران.

از قانون مالیات بر ارزش افزوده

مصوب ۱۴۰۰/۰۳/۰۲

ماده ۹ - عرضه کالاها و ارائه خدمات زیر از پرداخت مالیات و عوارض معاف می باشد:

....

ب - خدمات

....

۸- خدمات بیمه های زندگی، خدمات بیمه های محصولات کشاورزی، خدمات بیمه اجتماعی و درمان تکمیلی؛

ماده ۴۳ - یک نهم مالیات ها و عوارض وصولی موضوع ماده (۷) و بندهای «الف» و «ب» ماده (۲۶) این قانون به عنوان «مالیات سلامت»، همزمان با دریافت توسط سازمان امور مالیاتی، به حساب خزانه داری کل کشور واریز می گردد. خزانه مکلف است مبالغ دریافتی هر ماه را تا پایان پانزدهم ماه بعد به حساب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی واریز نماید. عدم تخصیص مبلغ مذکور در حکم تصرف غیرمجاز در اموال عمومی است.

صد درصد (۱۰۰٪) منابع دریافتی موضوع این ماده از طریق ردیف یا ردیف هایی که برای این منظور در قوانین بودجه سنواتی پیش بینی می شود به پیشگیری و پوشش کامل درمان افراد ساکن در روستاها و شهرهای دارای بیست هزار نفر جمعیت و پایین تر و جامعه عشایری (در چهارچوب نظام ارجاع)، اختصاص می یابد و پس از تحقق هدف مذکور نسبت به تکمیل و تأمین تجهیزات بیمارستانی و مراکز بهداشتی و درمانی با اولویت بیمارستان های مناطق توسعه نیافته، مصارف هیأت امنای ارزی و ارتقای سطح بیمه بیماران صعب العلاج و افراد تحت پوشش نهادهای حمایتی خارج از روستاها و شهرهای بالای بیست هزار نفر جمعیت اقدام می شود. هرگونه پرداخت هزینه های نیروی انسانی نظیر حقوق و مزایا، اضافه کار، کمک های رفاهی، پاداش، فوق العاده های مأموریت، کارانه، بهره

وری، مدیریت، نوبت کاری، دیون و مانند آن و هزینه های اداری نظیر اقلام مصرفی اداری و تأمین اثاثیه و منصوبات اداری از این محل ممنوع است.

از قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت

مصوب ۱۴۰۰/۰۷/۲۴

ماده ۲۱- دولت مکلف است در راستای اجرای بند «ب» ماده (۱۰۳) قانون برنامه پنجساله ششم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران، حداکثر شش ماه پس از لازم‌الاجرا شدن این قانون، با تقویت صندوق بیمه اجتماعی کشاورزان، روستاییان و عشایر نسبت به بیمه مادران خانه‌دار دارای سه فرزند و بیشتر به شرح ذیل اقدام کنند:

الف- در خصوص مادران غیرشاغل دارای سه فرزند و بیشتر ساکن مناطق روستایی و عشایری صد درصد (۱۰۰٪) حق بیمه توسط دولت پرداخت می‌شود.
ب- با تولد فرزند چهارم و پنجم به ازای هر فرزند دو سال به سوابق بیمه‌ای بیمه‌گذار افزوده می‌شود.

ماده ۲۴- به‌منظور تحقق بند «ث» ماده (۱۰۲) قانون برنامه پنجساله ششم توسعه، اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی مکلف است با معرفی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و همکاری کمیته امداد امام خمینی(ره)، ستاد اجرایی فرمان حضرت امام خمینی(ره) و بنیاد مستضعفان، مادران باردار، شیرده و دارای کودک زیر پنج سال را که بر اساس آزمون وسیع، نیازمند حمایت می‌باشند، شناسایی کرده و خدمات سبد تغذیه رایگان و بسته بهداشتی رایگان را به آن‌ها به صورت ماهانه اختصاص دهد.

تبصره ۱- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است محتوای سبد تغذیه‌ای و بسته بهداشتی را برای ماه‌های مختلف و گروه‌های یاد شده در این ماده، حداکثر تا سه ماه پس از ابلاغ این قانون تعیین کند.

تبصره ۲- وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی مکلف است به خانواده‌هایی که تحت پوشش نهادهای حمایتی نمی‌باشند و استحقاق آن‌ها از طریق «آزمون وسع» بررسی و تأیید می‌شود، سبد تغذیه و بسته بهداشتی ماهانه اختصاص دهد.

ماده ۴۲- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است دستورالعمل و راهنمای بالینی هماهنگ کشوری مربوط به پیشگیری، تشخیص به‌هنگام و درمان افراد نابارور و در معرض ناباروری را با رعایت شاخص‌ها و مفاد نقشه مهندسی فرهنگی کشور با بهره‌گیری از تخصص‌های مرتبط در قالب نظام سطح‌بندی خدمات ضمن ادغام در شبکه بهداشت با رویکرد بروزرسانی، حداکثر تا شش ماه پس از لازم‌الاجرا شدن این قانون تدوین و پس از تصویب وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ابلاغ نماید.

ماده ۴۳- در راستای بندهای «ح» و «د» ماده (۱۰۲) قانون برنامه پنجساله ششم توسعه، اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است با همکاری وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی و سازمان‌های بیمه‌گر، برنامه‌ها و اقدامات لازم را برای برخورداری همه‌ی زوج‌هایی که علی‌رغم اقدام به بارداری به مدت یک سال یا بیشتر، صاحب فرزند نشده‌اند از برنامه‌های معاینه، بیماریابی، تشخیص علت ناباروری و درمان آن تحت پوشش کامل بیمه‌های پایه، بدون محدودیت زمان و دفعات مورد نیاز به تشخیص پزشک معالج به عمل آورد.

تبصره ۱- برای افراد بالای سی و پنج سال، مدت مذکور در ماده فوق از یک سال به شش ماه کاهش می‌یابد.

تبصره ۲- کسانی که دچار سقط مکرر شده‌اند، مشمول ماده فوق هستند.

تبصره ۳- شورای عالی بیمه موظف است بسته خدمات پایه خود را به گونه‌ای تعریف کند که شامل کلیه اقدامات مذکور در درمان ناباروری اولیه و ثانویه گردد و حداکثر تا شش ماه پس از لازم‌الاجرا شدن قانون به تصویب هیئت‌وزیران برسد.

ماده ۴۴- در اجرای ماده (۷۰) و بند «د» ماده (۱۰۲) قانون برنامه پنجساله ششم توسعه، اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با همکاری وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی مکلف است کلیه مادران فاقد پوشش بیمه‌ای را طی دوران بارداری و شیردهی و همچنین کودکان را تا پایان پنج سالگی تحت پوشش خدمات درمان پایه بیمه‌ای بر اساس آزمون وسع قرار دهد.

ماده ۴۵- شورای عالی بیمه مکلف است راهنمای بالینی استاندارد پوشش بیمه‌ای خدمات سلامت زنان، مادران باردار و نوزادان را از جمله ماماها و پزشکان در مراکز خصوصی و دولتی در قالب سطح‌بندی خدمات با لحاظ نظام ارجاع تدوین نماید و حداکثر تا شش ماه پس از لازم‌الاجرا شدن این قانون به تصویب هیئت‌وزیران برساند.

ماده ۴۹- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است امکان زایمان طبیعی در بیمارستان‌ها و زایشگاه‌های دولتی را به گونه‌ای فراهم نماید که برای افراد تحت پوشش بیمه و مراجعین فاقد پوشش بیمه‌ای به صورت کاملاً رایگان انجام و متناسب با آزمایش سرزمینی، ظرف حداکثر دو سال پس از ابلاغ این قانون، با توجه به استانداردهای سطح‌بندی ارائه خدمات، ترتیبی اتخاذ نماید که کلیه زنان باردار حداکثر طی مدت یک ساعت با وسیله نقلیه معمول به خدمات زایشگاهی ایمن و استاندارد دسترسی داشته باشند.

تبصره- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است نسبت به ارتقای مهارت مامایی کشور و افزایش تعداد ماماها فعال در بیمارستان‌ها و زایشگاه‌ها به طرق مختلف از جمله تعهد خدمت به گونه‌ای اقدام نماید که ظرف دو سال پس از لازم‌الاجرا شدن این قانون به ازای هر دو مادر در حال زایمان یک ماما در کل مدت فرایند زایمان طبیعی حاضر باشد.

ماده ۵۰- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است در راستای تأمین، حفظ، ارتقای سلامت مادر و نوزاد و کاهش سالانه پنج درصد (۵٪) از میزان زایمان غیرطبیعی نسبت به نرخ کل زایمان در کشور تا رسیدن به نرخ

میانگین جهانی، اقدام به اجرای موارد ذیل نماید و گزارش اقدامات و نتایج حاصل را هر سه ماه یک بار به ستاد ملی جمعیت ارایه نماید:

الف- یکپارچه سازی سیاست‌های ترویج زایمان طبیعی و کاهش زایمان غیرطبیعی در حوزه‌های بهداشت، درمان، آموزش، پژوهش، غذا، دارو، خدمات بیمه‌ای و برقراری ارتباط منطقی بین آن‌ها

ب- آموزش و فرهنگ‌سازی برای زایمان طبیعی و آموزش‌های فردی به مادر باردار و خانواده

پ- برقراری نظام تضمین کیفیت مهارت آموزی و ارایه خدمات مراقبت بارداری و زایمان در قالب کار گروهی توسط ماماها، پزشکان و متخصصان زنان و زایمان، اطفال، بیهوشی و بقیه کارکنان مرتبط

ت- پذیرش دستیار زنان و زایمان متناسب با سهمیه مناطق با اولویت مناطق محروم و ممانعت از خروج متخصصان از محل تعیین شده در زمان پذیرش سهمیه مناطق

ث- اصلاح تعرفه‌ها و کارانه در جهت افزایش زایمان طبیعی در چهارچوب قوانین و مقررات

ج- ممنوعیت پرداخت بیمه در موارد زایمان به روش جراحی، خارج از دستورالعمل‌های ابلاغی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مگر در مواردی که بیمه‌گر قبل از لازم‌الاجرا شدن این قانون متعهد به پرداخت بوده باشد.

چ- توسعه منظم و منسجم زایمان‌های بدون درد با تجهیز بیمارستان‌های دانشگاه‌های علوم پزشکی و تأمین متخصص و کاردان و کارشناس بیهوشی و مانند آن به‌عنوان جایگزین زایمان به روش جراحی به میزان سالانه پنج درصد (۵٪) افزایش، نسبت به سال پایه و تأثیرگذاری آن بر شاخص‌ای اعتبارسنجی بیمارستان‌ها.

ح- ارتقای کیفیت مراقبت‌های بارداری در راستای فرزندآوری و زایمان طبیعی، مبتنی بر پرونده الکترونیک یکپارچه و برخط سلامت با امکان دسترسی در کلیه

بخش‌های بهداشت و درمان دولتی و غیردولتی، بر اساس استقرار راهنماهای بالینی سلامت مادر و جنین و با رعایت سطح‌بندی خدمات

خ- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است نسبت به ارزشیابی عملکرد کارکنان بهداشتی-درمانی بر حسب میزان رضایت مادران، در ارایه مراقبت باکیفیت بارداری و زایمان طبیعی و اعمال آن در کارانه ارایه‌دهندگان خدمات اقدام نماید.

د- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است عملکرد بیمارستان‌ها را در زمینه کاهش سالانه پنج درصد (۵٪) از میزان زایمان به روش جراحی نسبت به نرخ کل زایمان با رعایت موازین علمی در جهت حفظ سلامت مادر و جنین به‌عنوان پی‌نیاز اعتباربخشی به بیمارستان‌ها قرار دهد.

ذ- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است پنج درصد (۵٪) از بودجه‌های عمرانی خود را به بهبود کیفیت محیط‌های زایشگاهی از نظر فیزیکی و بهداشتی اختصاص دهد. از سال سوم اجرای این قانون پرداخت سهم هر زایشگاه منوط به افزایش میزان رضایت مادران باردار از محیط فیزیکی زایشگاه می‌باشد.

ماده ۵۱- هرگونه توزیع رایگان یا یارانه‌ای اقلام مرتبط با پیشگیری از بارداری و کار گذاشتن اقلام پیشگیری و تشویق به استفاده از آن‌ها در شبکه بهداشتی درمانی وابسته به دانشگاه‌های علوم پزشکی ممنوع می‌باشد.

تبصره- هرگونه ارایه داروهای جلوگیری از بارداری در داروخانه‌های سراسر کشور و شبکه بهداشت و کار گذاشتن اقلام پیشگیری، باید با تجویز پزشک باشد.

ماده ۵۳- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است حداکثر سه ماه پس از لازم‌الاجرا شدن این قانون، کلیه دستورالعمل‌های صادره مرتبط با بارداری و سلامت مادر و جنین که پزشکان و کارکنان بهداشتی-درمانی یا مادران را به سقط جنین توصیه کرده یا سوق می‌دهد، حذف نموده مگر مواردی که جان مادر در خطر باشد و سایر مواردی را که ممکن است عوارضی برای مادر یا جنین ایجاد کند، با همکاری دبیرخانه شورای عالی انقلاب فرهنگی بر اساس شاخص‌ها و مفاد

نقشه مهندسی فرهنگی کشور، به نحو ذیل مورد بازنگری قرار داده، به اجرا در آورد و بر آن نظارت کند:

۱- استانداردسازی چگونگی تجویز و عملکرد پزشکان و سایر ارایه دهندگان خدمات، آموزش مؤثر و قانونمند آن‌ها، پایش و ارزشیابی عملکرد و صدور یا لغو مجوزهای خدمت مربوط در اجرای مفاد این ماده؛

۲- اصلاح روش‌های غربالگری و تشخیصی و عملکرد مورد استفاده برای مادر و جنین در جهت حفظ آن‌ها و منتفی کردن احتمال خطر برای آن‌ها و به استاندارد روز رساندن مقادیر مثبت و منفی کاذب نتایج و تفاسیر آزمایش‌ها و تصویربرداری‌ها با رعایت شاخص‌های به‌روز و استانداردهای علمی و تعیین مسؤولیت تجویز کننده و انجام دهنده خدمات؛

۳- تعیین آیین‌نامه تصدیق آزمایشگاه‌ها و مراکز تصویربرداری عامل آزمایش‌ها و تصویربرداری‌های مجاز غربالگری ناهنجاری جنین با رعایت شاخص‌های بند (۱) و (۲) با تبیین نحوه ارزشیابی منظم از آن‌ها و چگونگی پاسخگویی آنان؛

تبصره ۱- عدم ارجاع مادر باردار به غربالگری ناهنجاری‌های جنین توسط پزشکان یا کارکنان بهداشتی و درمانی تخلف نیست و نباید منجر به محاکمه و یا پیگرد آن‌ها گردد، مگر آن که پزشک، علم یا ظن قوی به لزوم ارجاع برای درمان مادر و جنین یا حفظ جان مادر داشته باشد.

در صورت ارجاع مادر باردار به غربالگری‌هایی که منجر به حدوث سقط یا سایر عوارض برای جنین و مادر شود، صرفاً پزشک، تنها در صورتی که ارجاع را بر پایه ظن قوی علمی و مبتنی بر شواهد نسبت به ناهنجاری جنین، برای حفظ جان مادر و جنین یا درمان آن‌ها ضروری تشخیص داده باشد، مرتکب تخلفی نشده است.

تبصره ۲- از زمان لازم‌الاجرا شدن این قانون هرگونه توصیه به مادران باردار توسط کادر بهداشت و درمان یا تشویق یا ارجاع از سوی درمانگران به تشخیص ناهنجاری جنین مجاز نبوده و صرفاً در قالب تبصره (۳) این ماده مجاز است.

تبصره ۳- آزمایش غربالگری و تشخیص ناهنجاری جنین صرفاً به درخواست یکی از والدین و با تشخیص پزشک متخصص، مبنی بر احتمال قابل توجه نسبت به وجود عارضه جدی در جنین، یا خطر جانی برای مادر یا جنین و یا احتمال ضرر جدی برای سلامت مادر یا جنین در ادامه بارداری مبتنی بر منابع معتبر علمی تجویز می‌گردد، مشروط به آن که احتمال ضرر آزمایش غربالگری و تشخیص ناهنجاری حسب مورد اقوی از احتمال یا محتمل ضرر نسبت به جنین و مادر نباشد و همچنین والدین یا پزشک احتمال عقلایی سقط در اثر آزمایش غربالگری و تشخیص ناهنجاری را ندهند.

جهت استانداردسازی، نظارت، پایش و ارزشیابی، رایحه دهنده خدمت موظف است با رعایت اصول محرمانگی، اطلاعات مادر، پزشک، سایر رایحه دهندگان خدمت، مستندات و دلایل تجوز یا اقدام را در طی کلیه مراحل در پرونده الکترونیک سلامت بیمار و یا سامانه ماده (۵۴) این قانون ثبت و بارگذاری نماید. همچنین مشخصات دقیق آزمایشگاه‌ها و مراکز تصویربرداری، تاریخ و نتایج اقدامات باید در پرونده یا سامانه مذکور ثبت شود.

تبصره ۴- از زمان لازم‌الاجرا شدن این قانون، پوشش هزینه آزمایش‌ها و تصویربرداری‌های مربوط به مادر و جنین از سوی نظام بیمه‌ای اعم از پایه و تکمیلی (خصوصی و غیرخصوصی) صرفاً بر اساس این ماده و در صورت رعایت مفاد آن قابل انجام است.

از قانون بودجه سال ۱۴۰۲ کل کشور

مصوب ۲۴/۱۲/۱۴۰۱

تبصره ۱۷- رفاه و سلامت

الف- در سال ۱۴۰۲ شرکت توسعه و تجهیز مراکز بهداشتی و درمانی و تجهیزات پزشکی کشور (مادر تخصصی) مشمول مفاد ماده (۵۵) قانون برنامه پنجساله ششم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران می‌شود.

ب- دانشگاه‌های علوم پزشکی و بیمارستان‌های تحت پوشش این دانشگاهها موظفند مبالغ حاصل از فروش دارو، لوازم و تجهیزات و ملزومات پزشکی را پس از گردش خزانه منحصراً جهت بازپرداخت هزینه‌های تأمین و تدارک دارو، تجهیزات و ملزومات پزشکی به داروخانه‌ها و شرکتهای پخش تأمین‌کننده پرداخت کنند و سازمان‌های بیمه‌ای مکلفند هزینه دارو و تجهیزات و ملزومات پزشکی را به حساب جداگانه‌ای که دانشگاه اعلام می‌نماید، واریز کنند.

تخلف از اجرای این بند در حکم تصرف غیرقانونی در وجوه اموال دولتی تلقی می‌شود. نحوه هزینه‌کرد موجودی حسابهای مذکور از مفاد مندرج در ماده (۱) قانون احکام دائمی برنامه‌های توسعه کشور مستثنی می‌باشد.

ج- کلیه دستگاههای موضوع ماده (۲۹) قانون برنامه پنجساله ششم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران از جمله نهادهای عمومی غیردولتی و بنیادها که به هر شکل از اقشار آسیب‌پذیر حمایت می‌کنند، مکلفند تمامی حمایت‌ها و کمکهای خود را با لحاظ محرمانگی آن به تفکیک شماره ملی فرد دریافت‌کننده حمایت، از طریق مرکز ملی تبادل اطلاعات با استعلام از طریق شماره ملی در اختیار پایگاه اطلاعات رفاه ایرانیان وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی قرار دهند. بانک مرکزی جمهوری اسلامی ایران، بانکها و مؤسسات اعتباری خصوصی و دولتی مکلفند تسهیلات قرض‌الحسنه پرداخت‌شده را به تفکیک شماره ملی در سامانه مذکور ثبت نمایند و هرگونه پرداخت بر مبنای اطلاعات مندرج در این سامانه خواهد بود. برخورداری هزینه‌های حمایتی پرداختی مؤسسات خیریه غیردولتی و خصوصی به اشخاص، از معافیت‌های مالیاتی بند «ط» ماده (۱۳۹) قانون مالیات‌های مستقیم علاوه بر تکالیف موضوع ماده مذکور، منوط به ثبت اطلاعات آن در سامانه مزبور است. وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی مکلف است امکان ثبت اطلاعات انجام‌شده و همچنین استعلام استحقاق‌سنجی افراد را برای مؤسسات خیریه مردم نهاد با رعایت محرمانگی اطلاعات فراهم نماید. اجرای حکم این بند در خصوص کمیته امداد امام خمینی

(ره) منوط به اذن مقام معظم رهبری است. وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی و بانک مرکزی جمهوری اسلامی مکلفند گزارش عملکرد این بند را هر سه ماه یکبار به کمیسیون اجتماعی مجلس شورای اسلامی ارائه نمایند.

د- وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی موظف است ضمن به‌روزرسانی داده‌ها، دو بار در سال با اتکا به داده‌های متقن و ثبتي پایگاه اطلاعات رفاه ایرانیان و واقعیت‌های اقتصادی کشور، درآمد سرانه خانوارها و قدرت خرید مردم، نسبت به شناسایی گروه‌های مشمول حمایت و مشمولان ماده (۱۳) قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت و برقراری حمایت‌های یارانه‌ای آنها و اعلام حذف گروه‌های پردرآمد از حمایت‌های یارانه‌ای اقدام نماید. سازمان هدفمندی‌سازی یارانه‌ها و وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی مکلفند نسبت به ثبت‌نام افراد جدید متقاضی یارانه طبق ضوابط و مقررات اقدام نمایند.

کلیه دستگاه‌های اجرائی ماده (۲۹) قانون برنامه پنجساله ششم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران از جمله بانک مرکزی جمهوری اسلامی ایران، فرماندهی انتظامی، سازمان ثبت احوال کشور، سازمان بورس و اوراق بهادار، سازمان ثبت اسناد و املاک کشور و سازمان پزشکی قانونی کشور موظف به همکاری و ارائه اطلاعات به‌صورت برخط، مستمر و رایگان به وزارتخانه مذکور بوده و مکلفند تا فرایند استحقاق سنجی متقاضیان را با بهره‌برداری از شاخص‌های پایگاه، تدقیق، هدفمند و اثربخش نمایند.

ه- از ابتدای سال ۱۴۰۲ به قیمت خرده‌فروشی از هر نخ سیگار تولید داخل با نشان ایرانی مبلغ پانصد (۵۰۰) ریال، تولید داخل با نشان (برند) بین‌المللی یک هزار (۱,۰۰۰) ریال و هر بسته پنجاه گرمی تنباکوی قلیان داخلی دویست هزار (۲۰۰,۰۰۰) ریال به‌عنوان مالیات اضافه و از هر نخ سیگار وارداتی مبلغ هشت هزار (۸,۰۰۰) ریال و هر بسته پنجاه گرمی تنباکوی قلیان وارداتی سیصد و پنجاه هزار (۳۵۰,۰۰۰) ریال به‌عنوان حقوق ورودی دریافت می‌شود تا مطابق ردیف‌های این قانون به نسبت مساوی برای بخش سلامت با اولویت احداث و تجهیز مراکز ناباروری و زایشگاه‌های دولتی، ورزش همگانی و ورزش بانوان هزینه گردد.

وزارت امور اقتصادی و دارایی مکلف است مبالغ مزبور را از تولیدکنندگان و واردکنندگان دخانیات، حسب مورد، اخذ و به حساب درآمد عمومی موضوع ردیف ۱۱۰۵۱۵ جدول شماره (۵) این قانون واریز نماید.

و- با توجه به لزوم اجرای طرح نسخه‌نویسی و نسخه-پیچی الکترونیک و نیز اجرای بهینه فرایندهای تجویز و مصرف منطقی دارو و سایر کالاهای سلامت، تعرفه خدمات دارویی همانند سایر خدمات تشخیصی و درمانی، بر اساس ساز و کار تعیین‌شده در بند «الف» ماده (۹) قانون احکام دائمی برنامه‌های توسعه کشور، تعیین می‌شود.

ز- مطالبات و بدهی‌های مراکز درمانی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان تأمین اجتماعی از یکدیگر با تأیید سازمان برنامه و بودجه کشور و اعمال حساب نزد خزانه داری کل کشور قابل تهاتر می‌باشد.

ح-

۱- به منظور ساماندهی و کارآمدسازی سیاست‌های مرتبط با محرومیت‌زدایی و در راستای رفع تبعیض و ارتقای سطح مناطق کمتر توسعه‌یافته، وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی مکلف است ظرف شش‌ماه از ابلاغ این قانون با همکاری سازمان برنامه و بودجه کشور، وزارت کشور و معاونت مناطق محروم و توسعه روستایی ریاست جمهوری و با بهره‌گیری از ظرفیت پایگاه رفاه ایرانیان اقدام به راه‌اندازی «سامانه اطلاعات بهره‌مندی ایرانیان» مشتمل بر اطلاعات زیرساخت‌های بهداشتی، آموزشی، حمل و نقل، آب و انرژی و سایر زیرساخت‌های اساسی به تفکیک کلیه آبادی‌های دارای سکنه و هریک از نواحی شهری، نماید.

۲- کلیه دستگاه‌های اجرائی موضوع ماده (۲۹) قانون برنامه پنجساله ششم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران موظفند داده‌ها و اطلاعات مورد نیاز به‌منظور توسعه و تکمیل «پایگاه اطلاعات بهره‌مندی ایرانیان» را حداکثر یک‌ماه پس از درخواست وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی در اختیار «پایگاه اطلاعات بهره‌مندی ایرانیان» قرار دهند.

۳- کلیه دستگاههای موضوع ماده (۲۹) قانون برنامه پنجساله ششم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران و قرارگاههای محرومیت‌زدایی نیروهای مسلح با رعایت اصل یکصد و دهم (۱۱۰) قانون اساسی مکلفند اطلاعات اقدامات صورت‌گرفته در راستای محرومیت‌زدایی را که شامل مکان و مشخصات طرح، میزان اعتبار اختصاص‌یافته، دستگاه مجری، میزان پیشرفت فیزیکی، اعتبار مورد نیاز جهت اتمام طرح و سایر اطلاعات تکمیلی را در «سامانه اطلاعات بهره‌مندی ایرانیان» ثبت نمایند. سازمان برنامه و بودجه کشور موظف است اطلاعات مربوط به اقدامات صورت‌گرفته برای طرحهای تأمین اعتبارشده از محل دوسوم سه‌درصد (۳٪) حاصل از صادرات نفت و گاز موضوع بند «ت» ماده (۳۲) قانون احکام دائمی برنامه‌های توسعه کشور (سه‌م مناطق کمتر توسعه‌یافته)، استفاده متوازن از امکانات کشور، اعتبارات محرومیت‌زدایی استانی و اعتبارات اختصاص‌یافته از محل تبصره (۱۴) قوانین بودجه سالانه و سایر اعتباراتی که با هدف محرومیت‌زدایی از محل منابع عمومی اختصاص می‌یابد را در سامانه مذکور ثبت نماید. گزارش اجرای این جزء توسط سازمان برنامه و بودجه کشور هر شش‌ماه یکبار به کمیسیون برنامه و بودجه و محاسبات مجلس شورای اسلامی ارائه می‌شود.

۴- وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی مکلف است امکان ثبت اقدامات محرومیت‌زدایی خیریه‌ها و تشکلهای مردم‌نهاد و ارائه پیشنهاد جهت تکمیل به‌روزرسانی وضعیت دسترسی به زیرساخت‌های اساسی در آبادی‌ها و هریک از نواحی شهری را برای این نهادها فراهم نماید. وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی مکلف است هر شش‌ماه یکبار گزارش راه‌اندازی و میزان پیشرفت «سامانه اطلاعات بهره‌مندی ایرانیان» و ثبت داده‌ها و اطلاعات مورد‌نیاز توسط دستگاههای اجرائی یادشده را به کمیسیون‌های برنامه و بودجه و محاسبات اجتماعی مجلس شورای اسلامی ارائه نماید.

ط- در اجرای بند «ث» ماده (۷۴) قانون برنامه پنجساله ششم توسعه اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران، وزارت بهداشت، درمان و آموزش

پزشکی مکلف است، نسبت به اجرای برنامه نظام ارجاع و پزشک خانواده در سه سطح (۱)، (۲) و (۳) و با استفاده از تمامی ظرفیت‌های موجود در کشور (اعم از دولتی و غیردولتی) اقدام نماید.

در مواردی که به دلیل بروز شرایط اضطراری نظیر حوادث قهری، قطعی اینترنت، قطعی برق و اختلال در زیرساخت‌های ارتباطی امکان ثبت و پردازش نسخه الکترونیک وجود ندارد، نسخه‌نویسی می‌تواند به صورت کاغذی و با درج شماره (کد) ملی بیمار در قالب دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی انجام گردد. اسناد تولیدشده در این قالب به‌عنوان اسناد هزینه خرید راهبردی توسط کلیه سازمان‌های بیمه‌گر پایه و تکمیلی قابل پرداخت است. به‌منظور ایجاد زیرساخت و سازوکار مورد نیاز نظام نوسازی چرخه تجویز تا مصرف دارو و ارائه خدمات سلامت در بستر الکترونیک (کلیه خدمات بهداشتی، درمانی، دارویی و تشخیصی):

پس از استقرار کامل طرح نسخه الکترونیک حداکثر هفت ماه پس از ابلاغ این قانون، صرفاً سامانه‌های ارائه‌دهنده خدمات سلامت مورد تأیید آزمایشگاه‌های ارزیابی نرم‌افزار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دارای گواهینامه تطابق با استانداردهای پرونده الکترونیک سلامت مجاز به فعالیت می‌باشند. بنابراین کلیه شرکتها و صندوق‌های بیمه پایه و تکمیلی درمان اعم از دولتی و غیردولتی و نیز دستگاههای اجرائی موضوع ماده (۵) قانون مدیریت خدمات کشوری، از جمله سازمان بیمه سلامت ایران، سازمان بیمه خدمات‌درمانی نیروهای مسلح، سازمان تأمین اجتماعی و سایر سازمان‌های بیمه‌گر تا حداکثر زمان مشخص شده در این بند می‌توانند از سامانه‌های مستقل و اختصاصی خود جهت خرید خدمات سلامت به صورت الکترونیکی استفاده نمایند. شورای عالی بیمه سلامت مکلف است بر حسن اجرای این بند نظارت نموده و گزارش پیشرفت آن را به صورت ماهانه به کمیسیون بهداشت و درمان مجلس شورای اسلامی و دیوان محاسبات کشور ارائه نماید.

ی- شورای عالی بیمه سلامت کشور مکلف است نسبت به تعیین تعرفه بسته خدمات و مراقبت‌های پرستاری بر اساس بند «الف» ماده (۹) قانون احکام دائمی برنامه‌های توسعه کشور، بر اساس سرانه بیمه خدمات درمانی اقدام نماید. سازمان‌های بیمه‌گر مکلفند همانند سایر تعرفه‌های خدمات تشخیصی درمانی ابلاغی نسبت به پرداخت صورتحساب‌های ارسالی مراکز تشخیصی درمانی و بیمارستان‌ها، اقدام نمایند.

ک- سازمان بیمه سلامت ایران مکلف است در فروردین سال ۱۴۰۲ با استفاده از پایگاه رفاه ایرانیان، افراد فاقد بیمه پایه از سه دهک پایین درآمدی را شناسایی نماید و تحت پوشش بیمه رایگان قرار دهد. همچنین این سازمان مکلف است سایر افراد متقاضی را در صورت تأیید بر اساس آزمون وسیع (با استفاده از پایگاه اطلاعات رفاه ایرانیان) تحت پوشش بیمه رایگان قرار دهد.

شورای عالی بیمه سلامت کشور مکلف است بر حسن اجرای این بند نظارت نموده و به صورت ماهانه گزارش پیشرفت را به کمیسیون بهداشت و درمان مجلس شورای اسلامی و دیوان محاسبات کشور ارائه نماید.

ل- به منظور رعایت عدالت در سلامت، گسترش نظام ارجاع و کاهش سهم پرداخت بیمه‌شدگان، کلیه ارائه‌دهندگان خدمات (شامل مراکز و حرف پزشکی و پیراپزشکی) اعم از دولتی، عمومی و خصوصی ملزم به عقد قرارداد با بیمه‌های درمانی پایه می‌باشند. کلیه دستگاه‌های مجوزدهنده ذیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظفند صدور و تمدید مجوزهای مربوط به حرف و مراکز پزشکی را منوط به عقد قرارداد با بیمه‌های پایه درمانی نمایند.

۱- بیمه‌های درمانی مکلف به پرداخت مطالبات مراکز و حرف طرف قرارداد حداکثر ظرف یک‌ماه از زمان دریافت اسناد و مدارک می‌باشند.

۲- اتباع خارجی نیازمند به دریافت خدمات درمانی باید از طریق یکی از سازمان‌های بیمه‌گر پایه، خدمات بیمه‌ای دریافت نمایند. به این منظور، شورای عالی بیمه با همکاری سازمان‌های بیمه‌گر پایه موظفند ظرف یک‌ماه از ابلاغ این

قانون دستورالعمل صدور بیمه درمانی پایه برای اتباع خارجی را تدوین و اعلام نمایند.

۳- سازمان بیمه سلامت ایران موظف است که شرایط لازم جهت اجرای بیمه-همگانی برای کلیه افراد جامعه را با تسهیل فرایندهای ثبت نام (از قبیل ایجاد ابزارهای الکترونیک جهت صدور بیمه نامه) فراهم نماید.

۴- ارائه بسته خدمات بیمه پایه برای کلیه اقشار که بر اساس آزمون وسع در دهکهای (۱) تا (۳) قرار می گیرند به صورت رایگان خواهد بود.

۵- در راستای اجرای بند «الف» ماده (۷۴) قانون برنامه پنجساله ششم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران کلیه شرکتها و سازمانهای بیمه گر پایه و تکمیلی درمان اعم از دولتی و غیردولتی مکلفند با همکاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، درگاه پرونده الکترونیکی بیمار و پزشک را (مبتنی بر نسخ الکترونیک بیمه ای) ظرف سه ماه از ابلاغ این قانون عملیاتی نموده و در اختیار ارائه دهندگان خدمت و بیمه شدگان قرار دهند.

۶- دسترسی مورد نیاز به اطلاعات پرونده الکترونیک سلامت برای بیمار (نمایشگر پرونده) و همچنین امکان دسترسی به سوابق بیمار برای پزشک معالج تا زمان ابلاغ دستورالعمل توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بر عهده بیمه های درمانی خواهد بود. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است گزارش عملکرد این بند را هر سه ماه یک-بار به کمیسیون بهداشت و درمان مجلس شورای اسلامی ارائه نماید.

م- در اجرای بند (۱) ماده (۳۸) قانون مالیات بر ارزش افزوده، درآمد حاصل از یک درصد (۱٪) ارزش افزوده به عنوان مالیات سلامت همزمان با دریافت توسط سازمان امور مالیاتی کشور به حساب خزانه داری کل کشور واریز می گردد. خزانه داری کل کشور مکلف است مبالغ دریافتی در هر ماه را تا پانزدهم ماه بعد به حساب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی واریز نموده و به کمیسیون بهداشت و درمان مجلس شورای اسلامی گزارش دهد.

ن- به منظور اجرائی نمودن قانون مدیریت داده‌ها و اطلاعات ملی در خصوص ایجاد پایگاه ملی بیمه‌های سلامت کشور موضوع استقرار و تکمیل داده‌های پایگاه اطلاعات برخط بیمه‌شدگان درمان کشور و مدیریت مصارف و منابع، سازمان بیمه سلامت ایران، مکلف است با همکاری کارگروه تعامل‌پذیری دولت الکترونیکی، ضمن استقرار پایگاه مذکور و ادغام آن با پایگاه اطلاعات برخط بیمه‌شدگان درمان کشور، ضوابط و دستورالعمل نحوه به‌روزرسانی و بهره‌برداری از آن را ابلاغ نماید. کلیه شرکتها و صندوق‌های بیمه پایه و تکمیلی درمان، اعم از دولتی و غیردولتی و نیز دستگاه‌های اجرائی موضوع ماده (۵) قانون مدیریت خدمات کشوری، از جمله سازمان بیمه خدمات-درمانی نیروهای مسلح، سازمان تأمین اجتماعی و سایر سازمان‌های بیمه‌گر مکلفند نسبت به اجرای دقیق دستورالعمل مذکور اقدام نمایند و از سامانه (سرویس) استحقاق‌سنجی سازمان بیمه سلامت ایران، جهت ارائه کلیه خدمات بیمه‌ای، بهداشتی و درمانی به بیمه‌شدگان تحت پوشش خود جهت نظارت (کنترل) همپوشانی و استحقاق درمان الزاماً استفاده نمایند.

س- به منظور ایجاد زیرساخت و سازوکار مورد نیاز نظام نوسازی چرخه تجویز تا مصرف دارو و ارائه خدمات سلامت در بستر الکترونیک (کلیه خدمات بهداشتی، درمانی، دارویی و تشخیصی):

۱- پس از استقرار کامل طرح نسخه الکترونیک حداکثر شش-ماه پس از ابلاغ قانون، صرفاً سامانه‌های ارائه‌دهنده خدمات سلامت مورد تأیید آزمایشگاه‌های ارزیابی نرم‌افزار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دارای گواهینامه تطابق با استانداردهای پرونده الکترونیک سلامت، مجاز به فعالیت می‌باشند. شورای عالی بیمه سلامت مکلف است بر حُسن اجرای این جزء نظارت و گزارش پیشرفت آن را به صورت ماهانه، به کمیسیون بهداشت و درمان مجلس شورای اسلامی و دیوان محاسبات کشور ارائه نماید.

۲- ارائه هرگونه دارو و تجهیزات پزشکی مشمول فهرست ابلاغی سازمان غذا و دارو توسط داروخانه‌ها و مراکز درمانی بدون استعلام و احراز اصالت از طریق سامانه‌های دارای مجوز و مورد تأیید وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

ممنوع است. سازمان‌های بیمه‌گر پایه مجاز به پذیرش اقلام فاقد اصالت نبوده و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف به نظارت بر حُسن اجرای این بند است.

۳- شورای عالی بیمه سلامت مکلف است با همکاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و وزارت ارتباطات و فناوری اطلاعات دستورالعمل نحوه رسیدگی و جبران خسارت بیمه شدگان در موارد ارائه خدمات خارج از بستر الکترونیک یا عدم رعایت قوانین و مقررات جاری در پوشش بیمه‌ای بیمه‌شده درمان، توسط ذی نفعان در فرایند نسخه‌نویسی و نسخه‌پیچی الکترونیکی را ظرف دو ماه، تدوین و جهت اجرا ابلاغ نماید.

۴- کلیه ارائه‌دهندگان خدمات و سامانه‌های اطلاعاتی حوزه سلامت اعم از دولتی و غیردولتی و سازمان‌های بیمه‌گر پایه مکلفند ظرف سه-ماه، سامانه‌های اطلاعاتی/خدماتی (سرویس) خود را به امکان درج امضای الکترونیک و صحت‌سنجی آن مبتنی بر زیرساخت کلید عمومی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تجهیز و در تبادلات اطلاعات با پایگاه ملی سلامت عملیاتی نمایند.

ع- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است تا پایان سال ۱۴۰۲ ادغام خدمات طب ایرانی را در شبکه بهداشتی کشور به پوشش صد-در-صدی (۱۰۰٪) برساند و نیز به‌منظور کاهش پرداخت حداقل سه خدمت حوزه طب ایرانی را تحت پوشش بیمه‌ای قرار داده و گزارش عملکرد آن را هر سه-ماه یک‌بار به کمیسیون بهداشت و درمان مجلس شورای اسلامی ارائه کند. آیین-نامه اجرائی این بند توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تهیه می-شود و به-تصویب هیأت وزیران می‌رسد.

ف-

۱- سازمان بیمه سلامت ایران مکلف است نسبت به پوشش خدمات درمانی در دو صندوق بیمه سلامت همگانی و بیمه روستاییان و عشایر همچون سایر صندوق‌های بیمه‌ای اقدام نماید. خدمات درمانی بیماران این دو صندوق در صورت

مراجعه به بخش خصوصی و مراجعه خارج از نظام ارجاع به میزان پایه بخش دولتی تحت پوشش بیمه قرار خواهد گرفت. شورای عالی بیمه سلامت کشور با همکاری سازمان بیمه سلامت موظفند ظرف یک‌ماه از ابلاغ این قانون آیین نامه اجرائی لازم را تدوین کند و به تصویب هیات وزیران برساند. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است میزان افزایش هزینه‌های ناشی از اعمال این جزء را هر سه‌ماه یک‌بار به کمیسیون‌های برنامه و بودجه و محاسبات و بهداشت و درمان مجلس شورای اسلامی گزارش نماید.

۲- به‌منظور رعایت حقوق بیماران و کاهش هزینه‌های درمان، بیمه‌های پایه مجازند به میزان حداکثر بیست درصد (۲۰٪) از اسناد دارویی داروخانه‌ها را به‌صورت کاغذی و با نسخه‌پیچی الکترونیکی دریافت نمایند. شورای عالی بیمه سلامت کشور مکلف است بر حسن اجرای این بند نظارت و هر سه‌ماه یک‌بار گزارش عملکرد را به کمیسیون بهداشت و درمان مجلس شورای اسلامی ارائه نماید.

بخش سوم

مصوبات شورای عالی انقلاب فرهنگی

از منشور حقوق و مسؤلیت های زنان در نظام جمهوری اسلامی ایران مصوب

۱۳۸۳/۰۶/۳۱

بخش سوم : حقوق و مسؤلیت های اجتماعی زنان

فصل اول : حقوق و مسؤلیت های سلامت جسمی و روانی زنان (...)

۵۷- حق بهره مندی دختران بی سرپرست ، زنان مطلقه ، بیوه ، سالخورده و خودسرپرست نیازمند از بیمه های عمومی ، خدمات مددکاری و بیمه های خاص بویژه در بخش بهداشت و درمان

از سیاستهای ارتقاء مشارکت زنان در آموزش عالی

مصوب ۱۳۸۴/۷/۲۶

فصل ششم : سیاستهای مربوط به امور خدماتی و رفاهی (...)

۵ - ایجاد تسهیلات ، امکانات و خدمات لازم و مناسب برای دانشجویان دختر بمنظور ایفای همزمان مسؤلیت همسری و مادری و آموزشی آنان (انعطاف در ساعت کار ، افزایش مدت مرخصی زایمان ، ساعت شیردهی ، امکانات نگهداری فرزند ، خدمات بیمه ای و ...)

از راهبردها و اقدامات ملی مربوط به جلوگیری از کاهش نرخ باروری و ارتقای آن

متناسب با آموزه های اسلامی و اقتضائات راهبردی کشور مصوب ۱۳۹۱/۰۳/۰۲

ماده ۳- اقدامات ملی متناسب با هر یک از راهبردهای ملی موضوع ماده (۲) به

شرح ذیل می باشد : (...)

۱۳- بازنگری و وضع قوانین و مقررات حمایتی و تشویقی فرزندآوری به صورت پلکانی با رعایت سه معیار سن ازدواج ، فاصله مولید و تعداد فرزندان از طریق پیش بینی الزاماتی همچون : (۲ ، ۳ و ۶)

۱۳-۱- پوشش بیمه اجباری درمان رایگان مادر و کودک از ابتدای بارداری تا

پایان دو سالگی کودک برای کسانی که فاقد پوشش بیمه درمانی می باشند.

۱۳-۴- پوشش کامل بیمه ای برای درمان ناباروری های اولیه و ثانویه.

از مصوبه نقشه مهندسی فرهنگی کشور

مصوب ۱۳۹۱/۱۲/۱۵

راهبرد کلان ۴

جلوگیری از کاهش نرخ باروری کل و ارتقای آن متناسب با آموزه های اسلامی ،
اقتضائات راهبردی کشور ، مطالعات جمعیت شناختی و آمایش و پایش مستمر
جمعیتی

راهبردهای ملی (...)

۱۳ - ۱ - پوشش بیمه اجباری درمان رایگان مادر و کودک از ابتدای بارداری تا
پایان دو سالگی کودک برای کسانی که فاقد پوشش بیمه درمانی می باشند.
۱۳ - ۴ - پوشش کامل بیمه ای برای درمان ناباروری های اولیه و ثانویه.

از سند ملی علوم و فناوری های سلول های بنیادی

مصوب ۱۳۹۲/۰۷/۲۳

ماده ۷ - اقدامات (...)

۳۱ - پوشش بیمه ای کلیه خدمات سلول درمانی دارای توجیه اقتصادی ،
اجتماعی و مورد تأیید وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی (۷)

از مصوبه سند ملی گیاهان دارویی و طب سنتی

مصوب ۱۳۹۷/۰۴/۲۵

ماده ۵ : اهداف ، راهبردها و اقدامات

ج (اقدامات (...)

- ۱۷- برنامه ریزی برای پوشش کامل بیمه ای داروهای گیاهی ثبت شده (۷)
- ۵- ۲ حوزه طب سنتی و داروسازی سنتی (...)
- الف (اهداف (...)
- ۴- پوشش بیمه ای مناسب به منظور رسیدن به نرخ پرداخت از جیب ۳۰٪ در حوزه طب سنتی
- ج (اقدامات (...)
- ۳۰- گسترش پوشش بیمه ای خدمات طب سنتی با تأکید بر اصل عدالت اجتماعی (۷)
- ۳۱- تعرفه گذاری خدمات و متناسب سازی نرخ خدمات (دولتی و خصوصی) با سایر خدمات سلامت و حمایت بیمه -ها از این خدمات (۷)
- ۳۲- اولویت دادن به خرید محصولات و فرآورده-های طب سنتی توسط بخش های دولتی و خدمات بیمه ای این محصولات (۷)
- ۳۴- تشویق بیمه ها به سرمایه گذاری در طب سنتی به عنوان طب پیشگیری به منظور کاهش هزینه های درمان (۷)

بخش چهارم

مقررات

آیین نامه اجرایی ماده (۷) قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور مصوب
۱۳۷۴/۰۳/۱۷ با اصلاحات و الحاقات بعدی

شماره ابلاغ : ۵۳۱۰/ت/۱۴۹۹۳ه

شماره انتشار : ۱۴۶۷۹

تاریخ ابلاغ: ۱۳۷۴/۰۵/۰۲

تاریخ روزنامه رسمی : ۱۳۷۴/۰۵/۰۹

هیأت وزیران در جلسه مورخ ۱۳۷۴/۳/۱۷ بنا به پیشنهاد مشترک سازمان تأمین اجتماعی و سازمان بیمه خدمات درمانی و تأیید شورای عالی بیمه خدمات درمانی کشور - موضوع نامه شماره ۱۹۱۰ مورخ ۱۳۷۴/۳/۴ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی - به استناد تبصره (۳) ماده (۷) قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور - مصوب ۱۳۷۳- آیین نامه اجرایی ماده یاد شده را به شرح زیر تصویب نمود :

ماده ۱ - کلیه دستگاههای مشمول ماده (۷) قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور، از جمله کمیته امداد امام خمینی (ره) می توانند حسب مورد در صورت توافق با سازمان بیمه خدمات درمانی یا سازمان تأمین اجتماعی و در موارد عدم توافق پس از تأیید شورای عالی بیمه خدمات درمانی کشور، با سازمانها یا شرکتهای بیمه گر قرارداد ارائه خدمات درمانی منعقد کنند.

ماده ۲ - مقام مجاز دستگاه یا سازمان درخواست کننده، درخواست انعقاد قرارداد با شرکتهای یا سازمانهای بیمه گر را برای پوشش بیمه درمانی کارکنان دستگاه یا سازمان خود، با ذکر نام شرکت بیمه گر همراه با طرح پیشنهادی مورد نظر حسب مورد به سازمان بیمه خدمات درمانی یا سازمان تأمین اجتماعی می فرستد. هر یک از این دو سازمان مکلفند نظر خود را ظرف یک ماه به دستگاه پیشنهاددهنده

اعلام کنند. در صورتی که درخواست مزبور مورد موافقت سازمانهای یادشده قرار نگیرد و این امر مورد اعتراض پیشنهاددهنده باشد، مراتب برای تصمیم گیری لازم به شورای عالی بیمه خدمات درمانی منعکس می شود. شورای یاد شده مکلف است حداکثر ظرف یک ماه نسبت به موضوع تصمیم گیری کند.

تبصره ۱ - مجوزهایی که تاکنون توسط دستگاهها از سازمان تأمین اجتماعی گرفته شده است، کماکان به قوت خود باقی است .

تبصره ۲ - کمیته امداد امام خمینی (ره) برای عقد قرارداد با مراکز درمانی احتیاج به کسب مجوز ندارد.

ماده ۳ - کلیه دستگاههای مشمول ماده (۷) قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور - به استثنای کمیته امداد امام خمینی (ره) - مکلفند (۹)، (۲) سهم درمان را در پایان هر ماه حسب مورد به صندوق سازمان بیمه خدمات درمانی یا صندوق سازمان تأمین اجتماعی واریز و فهرست تفکیکی بیمه شدگان را در ابتدای هر سال به سازمان بیمه خدمات درمانی ارسال کنند. تغییرات صورت گرفته در طول سال نیز باید بلافاصله به سازمان بیمه خدمات درمانی منعکس شود.

ماده ۴ - سازمانها، دستگاهها و اشخاص حقوقی که راساً (۹)، (۷) حق سرانه یا سهم درمان را به شرکتهای بیمه گر پرداخت یا خود راساً ارائه خدمت می کنند در صورتی که (۹)، (۲) باقیمانده را ظرف سه ماه به صندوقهای سازمان بیمه خدمات درمانی یا سازمان تأمین اجتماعی بر حسب مورد واریز نکنند، مجوزشان لغو می شود.

ماده ۵ - سازمانها و شرکتهای بیمه در صورت انعقاد قرارداد موظفاند در مقابل دریافت (۹)، (۷) حق سرانه درمان مصوب هیئت وزیران یا سهم درمان سازمان تأمین اجتماعی، کلیه خدمات درمانی، تشخیصی سرپایی و بستری و اورژانس مورد تعهد بیمه خدمات درمانی مصوب هیئت وزیران را ارائه کنند.

ماده ۶ - کلیه سازمانها و شرکتهای بیمه گر و پزشکان و مؤسسات دولتی موظفاند سقف فرانشیز مصوب هیئت وزیران و ضوابط ارائه خدمات و تعرفه های مصوب را رعایت کنند.

ماده ۷ - (منسوخه ۱۳۷۸/۰۶/۱۶)^۱

^۱ . به موجب مصوبه « تصویبنامه درخصوص لغو ماده (۷) آیین نامه اجرایی ماده (۷) قانون بیمه همگانی خدمات درمانی» مصوب ۱۳۷۸/۰۶/۱۰ هیات وزیران، ابلاغی به شماره ۵۵۷۱۹/ت/۱۵۸۸۴ مورخ ۱۳۷۸/۰۶/۱۶ لغو شده است

ضوابط تعیین حداقل شمول و سطح خدمات پزشکی و داروی مورد تعهد بیمه
خدمات درمانی
مصوب ۱۳۷۴/۰۳/۲۴ با اصلاحات و الحاقات بعدی

شماره ابلاغ: ۵۳۱۴/ت/۱۴۹۹۳هـ

شماره انتشار: ۱۴۶۷۹

تاریخ ابلاغ: ۱۳۷۴/۰۵/۰۲

تاریخ روزنامه رسمی: ۱۳۷۴/۰۵/۰۹

هیأت وزیران در جلسه مورخ ۱۳۷۴/۳/۲۴ بنا به پیشنهاد شماره ۱۹۰۴ مورخ ۱۳۷۴/۳/۴ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و به استناد ماده (۱۰) قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور - مصوب ۱۳۷۳ - ضوابط تعیین حداقل شمول و سطح خدمات پزشکی و داروی مورد تعهد بیمه خدمات درمانی را به شرح زیر تصویب نمود:

ماده ۱ - بیمه‌شدگان در انتخاب پزشک معالج خود اعم از پزشک عمومی و یا متخصص مخیر هستند و می‌توانند به هر یک از پزشکان طرف قرارداد سازمان بیمه خدمات درمانی و یا شرکت بیمه‌گر مراجعه کنند. کلیه پزشکان موظفاند برای بیمه‌شده پرونده پزشکی تشکیل دهند و عنداللزوم مطالب آنرا برای سایر پزشکان ارسال کنند.

تبصره - ضوابط مربوط به نحوه تشکیل پرونده پزشکی و انجام معاینات شامل شرح حال، معاینه کامل فیزیکی و به روزرسانی پرونده پزشکی با توجه به خدمات پزشکی دریافت شده در فاصله معاینات قبلی و فعلی و آزمایشهایی که به همراه معاینات لازم است انجام شود، همچنین ضوابط مربوط به بستری کردن بیماران و نحوه ارسال اطلاعات به پزشک مورد نظر بیمه شده هنگام ترخیص از بیمارستان، توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تهیه و ابلاغ می‌شود.

ماده ۲ - وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می‌تواند در دو استان کشور روش ارجاع را به نحوی که بیمه شده بتواند یک پزشک - اعم از متخصص یا عمومی - را به‌عنوان پزشک خانواده انتخاب و در ابتدا به پزشک یاد شده مراجعه کند و سپس براساس تشخیص وی به پزشک متخصص مراجعه نماید، به اجرا درآورد.

ماده ۳ - پزشک عمومی در صورت لزوم برای رسیدن به تشخیص، دستور انجام خدمات آزمایشگاهی و رادیولوژی و تهیه داروهای مورد تعهد نظام بیمه خدمات درمانی را صادر می‌کند و در مواردی که نیاز به آزمایش یا معاینات تخصصی برای رسیدن به تشخیص یا ارایه خدمات تخصصی باشد، بیمار را به پزشک متخصص - بدون ذکر نام - ارجاع می‌دهد. پرداخت ویزیت پزشک متخصص و هزینه آزمایشهای تخصصی، رادیولوژی و داروهای تجویز شده مورد تعهد نظام بیمه خدمات درمانی با احتساب فرانشیز مصوب به عهده سازمان بیمه‌گر است.

ماده ۴ - خدمات مورد نیاز بیماران اورژانسی که در مراکز بهداشتی - درمانی و اورژانسهای بیمارستانهای دولتی یا خصوصی باید ارایه شود، جزو تعهدات بیمه خدمات درمانی است و واحدهای یاد شده مکلفند ضمن ارایه خدمات به بیمه‌شدگان صورتحساب تنظیمی را با احتساب فرانشیز پرداختی برای سازمانهای بیمه‌گر و یک نسخه از صورت خدمات درمانی ارایه شده را به درخواست بیمه شده برای پزشک مورد نظر بیمه شده ارسال کنند.

تبصره - تشخیص موارد اورژانس از نظر پرداخت هزینه‌های درمانی با پزشک معتمد است.

ماده ۵ (اصلاحی ۱۹، ۰۶، ۱۳۷۴) - کلیه خدمات آزمایشگاهی، رادیولوژی و داروهای که تا پایان سال ۱۳۷۳ جزو تعهدات بیمه خدمات درمانی کارکنان دولت بوده و ارائه می شده است همچنان جزو تعهدات بیمه خدمات درمانی می باشد.^۱ تبصره ۱ (الحاقی ۱۹، ۰۶، ۱۳۷۴) - به منظور رفاه حال آن عده از بیماران هموفیلی، تالاسمی و سرطانی که قادر به پرداخت فرانشیز داروهای مورد نیاز خود نمی باشند قسمتی از سهم فرانشیز آنان از محل ردیفهای کمکی و سوبسیدی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به عنوان کمک پرداخت می شود.

تبصره ۲ (الحاقی ۱۹، ۰۶، ۱۳۷۴) - خدماتی که از محل ردیفهای مربوط در اعتبارات وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به طور رایگان در اختیار بیماران خاص - نظیر بیماران کلیوی - قرار داده می شده است، کماکان به قوت خود باقی است

ماده ۶ - کلیه خدمات پزشکی بستری که تا پایان سال ۱۳۷۳ جزو تعهدات بیمه خدمات درمانی کارکنان دولت بوده و ارایه می شده است جزو تعهدات بیمه خدمات درمانی است.

^۱ . ماده ۵ به موجب مصوبه « تصویبنامه راجع به تغییر ماده ۵ ضوابط تعیین حداقل شمول و سطح خدمات پزشکی و داروی مورد تعهد بیمه خدمات درمانی » مصوب ۱۳۷۴/۰۶/۱۹، ابلاغی به شماره ۸۲۱۹/ت/۱۴۹۹۳ هـ مورخ ۱۳۷۴/۰۷/۰۴ اصلاح و تبصره های آن الحاق شده است. متن سابق ماده به شرح زیر می باشد:

ماده ۵ - فهرست تفکیکی خدمات آزمایشگاهی و رادیولوژی و داروهای مورد تعهد نظام بیمه خدمات درمانی به شرح جدول پیوست وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی مکلف است هر سال فهرست تفکیکی خدمات یاد شده و مورد بازنگری قرار دهد و با همکاری سازمان برنامه و بودجه افزایش بار مالکی خدمات را محاسبه و به شورای عالی بیمه خدمات درمانی کشور ارایه کند . تا در صورت تایید جهت تصویب نهایی حق سرانه برای هیئت وزیران ارسال شود .

دستورالعمل «نحوه نظارت بر امور بیمه خدمات درمانی همگانی»

مصوب ۱۳۷۴/۰۴/۱۱

شماره ابلاغ: ۵۳۱۲/ت/۱۴۹۹۳ه

شماره انتشار: ۱۴۶۸۱

تاریخ ابلاغ: ۱۳۷۴/۰۵/۰۲

تاریخ روزنامه رسمی: ۱۳۷۴/۰۵/۱۱

هیات وزیران در جلسه مورخ ۱۳۷۴/۴/۱۱ بنا به پیشنهاد شماره ۳۰۷۸ مورخ ۱۳۷۴/۴/۵ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و به استناد تبصره ماده (۱۷) قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور- مصوب ۱۳۷۳- دستورالعمل

نحوه نظارت بر امور بیمه خدمات درمانی همگانی را به شرح زیر تصویب نمود:

ماده ۱ - کلیه بیمارستانها، مراکز بهداشتی، درمانی و مراکز تشخیصی اعم از دولتی و خصوصی و داروخانه ها و پزشکان کشور- که از این پس مشمولان این دستورالعمل نامیده می شوند - مکلفند در چهارچوب قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور نسبت به پذیرش و مداوای بیمه شدگان و ارائه خدمات و مراقبتهای پزشکی اقدام کنند و در صورت درخواست سازمانها و شرکتهای بیمه گر و کمیته امداد امام خمینی (ره) موظف به انعقاد قرارداد لازم هستند.

تبصره - سازمانها و شرکتهای بیمه گر و کمیته امداد امام خمینی (ره) مکلفند حداقل شصت درصد از جمع صورتحساب طرف قرارداد را در زمان ارائه اسناد و بقیه را پس از بررسی دقیق اسناد حداکثر ظرف دو ماه پرداخت کنند.

ماده ۲ - وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است با نظر مشورتی سازمان نظام پزشکی، ضوابط و مقررات و دستورالعملهای لازم در مورد نحوه ارائه صحیح خدمات و ضوابط نظارت فنی لازم را به منظور ارائه خدمات صحیح پزشکی مطابق با نیاز (بر طبق اندیکاسیون) تدوین و به کلیه مشمولان این دستورالعمل، سازمان بیمه خدمات درمانی، سازمانها و شرکتهای بیمه گر و کمیته امداد امام خمینی (ره) ابلاغ و بر اجرای آن نظارت کند.

ماده ۳ - وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی استانداردهای لازم را به مشمولان این دستورالعمل اعلام و با همکاری سازمان نظام پزشکی و با رعایت آیین نامه انتظامی رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه ای شاغلان حرفه های پزشکی و وابسته - مصوب ۱۳۷۳/۵/۹ هیات وزیران - بر حفظ و رعایت استانداردها نظارت مستمر می کند.

ماده ۴ - کلیه مشمولان این دستورالعمل مکلفند تعرفه ها، ضوابط، مقررات و آیین نامه های مربوط به ارائه خدمات تشخیصی و درمانی، اصول اخلاق پزشکی و آیین نامه های انطباق امور فنی پزشکی با موازین شرعی مصوب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی را رعایت کنند.

ماده ۵ - سازمان نظام پزشکی مکلف است در چهارچوب وظایف قانونی خود به تخلفات پزشکی و حرف وابسته پزشکی در زمینه ارائه خدمات پزشکی و عدم رعایت ضوابط و مقررات و آیین نامه مربوط حداکثر ظرف سه ماه رسیدگی نموده و بلافاصله اقدام لازم را به عمل آورد.

ماده ۶ - وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است برای بررسی پرونده های پزشکی و انجام تحقیقات لازم، گروههایی مرکب از افراد ذی صلاح را به صورت ادواری و یا برای رسیدگی به شکایات به محلهای مشمولان این دستورالعمل اعزام و از رعایت ضوابط مندرج در این دستورالعمل اطمینان حاصل کند.

ماده ۷ - وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است برای آن دسته از مشمولان این دستورالعمل که ضوابط موضوع مواد (۲) و (۳) را رعایت می کنند برگ تاییدیه صادر و در صورت عدم رعایت ضوابط یادشده، نظرات اصلاحی را راجع به مواردی که لزوم اصلاح دارد، به صورت مکتوب صادر و بر اعمال آن نظارت کند. در این صورت واحدهای یاد شده مکلفند ظرف مدت قید شده اقدامات اصلاحی را انجام دهند.

ماده ۸ - کلیه رؤسا، مؤسسين و مسؤولين فنی مؤسسات پزشکی، بیمارستانها، مراکز بهداشتی، درمانی و تشخیصی و داروخانه ها و پزشکان مطبهای خصوصی، مسؤول اجرای این دستورالعمل هستند و در صورت تخلف با آنها براساس قوانین و مقررات مربوط برخورد می شود.

ماده ۹ - سازمانهای بیمه گر و کمیته امداد امام خمینی (ره) می توانند به منظور اطمینان از حسن اجرای مفاد قراردادهای منعقد شده، نظارت لازم را بر نحوه ارایه خدمات تعهد شده مؤسسات طرف قرارداد، اعمال نمایند.

ماده ۱۰ - نظارت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی نافی نظارت شورای عالی بیمه خدمات درمانی کشور در چهارچوب قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور و آیین نامه های مربوط نیست. دبیر شورای یادشده موظف است هر شش ماه گزارش نظارتهای انجام شده را به این شورا ارایه کند.

آئین نامه چگونگی تشخیص و تعیین افراد نیازمند موضوع تبصره یک ماده (۱۴)
 قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور
 مصوب ۱۳۷۴/۰۵/۱۱

شماره ابلاغ: ۲۴۴۰۱/ت ۱۵۲۱۰هـ

شماره انتشار: ۱۴۶۹۴

تاریخ ابلاغ: ۱۳۷۴/۰۵/۱۷

تاریخ روزنامه رسمی: ۱۳۷۴/۰۵/۲۸

هیات وزیران در جلسه مورخ ۱۳۷۴/۵/۱۱ بنا به پیشنهاد مشترک سازمان برنامه و بودجه و کمیته امداد امام خمینی (ره) و به استناد تبصره یک ماده (۱۴) قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور - مصوب ۱۳۷۳ - آیین نامه چگونگی تشخیص و تعیین افراد نیازمند موضوع تبصره یاد شده را به شرح زیر تصویب نمود:

ماده ۱- در اجرای قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور و در چهارچوب تعاریف موضوع بند (۴) ماده (۱) قانون یادشده، افراد و خانواده هایی که به لحاظ موقعیت اقتصادی و اجتماعی و عدم استطاعت مالی، فاقد پوشش بیمه ای خدمات درمانی هستند، در شمول گروهها و افراد تحت حمایت برنامه بیمه اقشار نیازمند قرار گرفته و مشمول استفاده از تسهیلات و امکانات منظور شده در برنامه یاد شده خواهند بود.

افراد مزبور عبارتند از:

الف - از کارافتادگان و معلولان نیازمند که توانایی مالی اداره زندگی خود را ندارند و افراد تحت تکفل آنها.

ب - زنان و کودکان بی سرپرست و نیازمند موضوع قانون تأمین زنان و کودکان بی سرپرست، مصوب ۱۳۷۱.

پ - خانواده های زندانیان نیازمند، در مدت زندانی بودن سرپرست خانواده.

ت - آسیب دیدگان ناشی از حوادث طبیعی و غیرطبیعی که امکانات اولیه زندگی خود یا وسایل اشتغال خود را از دست داده اند تا زمانی که امکانات اولیه یا وسایل اشتغال خود را به دست آورند.

ث - عایله نیازمند تحت تکفل سربازانی که درآمدی برای اداره زندگی ندارند، در مدت سربازی و حداکثر تا پایان سال ۱۳۷۴.

تبصره - افراد موضوع این بند از ابتدای سال ۱۳۷۵ مشمول بند (۵) ماده (۱۳) قانون بیمه همگانی خدمات درمانی خواهند بود و درمورد آنان مطابق آئین نامه مربوط به بند یادشده عمل می شود.

ج - مشمولان طرح شهید رجایی .

چ - سایر مواردی که مشمول بندهای فوق نیستند و تحت پوشش سازمانهای امدادی از قبیل کمیته امداد امام خمینی (ره) یا سازمان بهزیستی کشور هستند یا باید تحت پوشش سازمانهای یاد شده قرارگیرند، با تشخیص کمیته امداد امام خمینی (ره).

تبصره ۱- تشخیص موارد فوق الذکر براساس تعاریف مصوب قانونی برعهده کمیته امداد امام خمینی (ره) است که حسب مورد بنا به معرفی دستگاههای ذی ربط مشخص می شوند .

تبصره ۲- مواردی که در حیطه مسؤولیت سازمان بهزیستی کشور است به طور مستقیم تحت پوشش بیمه نیازمندان قرار می گیرند.

ماده ۲- افرادی که مشمول بیمه نیازمندان می شوند صرفاً تا زمانی که شرایط فوق را دارا باشند مشمول بیمه همگانی خدمات درمانی هستند و کمیته امداد امام خمینی (ره) موظف است حداکثر هر دو سال یک بار براساس اطلاعاتی که از دستگاههای ذی ربط اخذ می کند، بیمه آنان را تمدید نماید.

ماده ۳- اقدام به تامین پوشش بیمه ای خدمات درمانی گروههای فوق منوط به حصول اطمینان از عدم تأمین و پوشش بیمه خدمات درمانی آنان از طریق دیگر مراکز و مراجع دولتی و غیردولتی است .

ماده ۴ - فرزندان ذکور بیمه شدگان اصلی تا پایان (۱۸) سالگی و مادام که به تحصیل اشتغال داشته باشند، تا پایان ۲۵ سالگی و فرزندان اناث مادام که ازدواج نکرده باشند مشمول استفاده از پوشش حمایتی بیمه خدمات درمانی خواهند بود.

ماده ۵ - سازمانها و نهادهای ذی ربط مکلفند حداکثر تا پایان مردادماه سال ۱۳۷۴، فهرست اسامی و مشخصات خانواده ها و افراد تحت پوشش خود را که واجد شرایط و نیازمند به استفاده از پوشش حمایتی بیمه خدمات درمانی هستند با تعیین بیمه شده اصلی، بیمه شدگان تبعی و آدرس محل سکونت- با ذکر روستا، دهستان، بخش، شهر، شهرستان و استان- به کمیته امداد امام خمینی (ره) ارایه نمایند.

ماده ۶ - افراد و خانواده های نیازمندی که تاکنون تحت پوشش اقدامات حمایتی مستمر کمیته امداد امام خمینی (ره) قرار نگرفته اند و واجد شرایط مذکور در ماده (۱) این آیین نامه و متقاضی استفاده از برنامه بیمه خدمات درمانی اقشار آسیب پذیر هستند، باید تقاضای کتبی خود را به نزدیکترین شعبه یا واحد کمیته امداد امام خمینی (ره) ارسال کنند. مسؤولین شعب و واحدهای کمیته امداد خمینی (ره) موظف هستند با تشکیل پرونده برای هر متقاضی، درخواستها را مورد تحقیق، بررسی و تصمیم گیری قرار دهند.

ماده ۷ - حداکثر تعداد فرزندان مورد قبول برای بیمه درمان سه فرزند است . تبصره - در خصوص فرزندان افراد مشمول ماده یک این آیین نامه، رعایت مفاد ماده یک قانون تنظیم خانواده و جمعیت - مصوب ۱۳۷۲- الزامی است .

ماده ۸ - کمیته امداد هر استان موظف است کمیسیونی با عضویت نمایندگان دانشگاههای علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی، سازمان بهزیستی و انجمن

حمایت از زندانیان تشکیل و نسبت به ایجاد هماهنگی امور بیمه نیازمندان اقدام نماید. جلسات کمیسیون حداقل هر سه ماه یک بار تشکیل می شود.

ماده ۹- خانواده ها و افرادی که موجبات سوء استفاده افراد غیرمشمول را از مزایا و امکانات اختصاصی بیمه خدمات درمانی اقشار نیازمند فراهم کنند، با تشخیص و تایید کمیسیون موضوع ماده (۸) این آیین نامه از شمول خدمات حمایتی خارج شده و تحت پیگرد قانونی قرار می گیرند.

ماده ۱۰- کمیته امداد امام خمینی (ره) در اجرای تبصره (۲) ماده (۱۴) قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور، از همکاری و اقدامات پشتیبانی وزارتخانه ها و سازمانهای مذکور در ماده (۱۴) و واحدهای استانی وابسته به دستگاههای یادشده برخوردار و دستگاههای مزبور موظف به همکاری و همیاری لازم بنا به درخواست کمیته امداد امام خمینی (ره) هستند.

آیین‌نامه اجرایی بیمه خدمات درمانی خویش فرمایان
مصوب ۱۳۷۷/۰۴/۱۷ با اصلاحات و الحاقات بعدی

شماره ابلاغ: ۲۶۵۱۶/ت ۱۹۸۰۸ هـ

شماره انتشار: ۱۵۵۵۸

تاریخ ابلاغ: ۱۳۷۷/۰۴/۲۹

تاریخ روزنامه رسمی: ۱۳۷۷/۰۵/۰۸

هیأت وزیران در جلسه مورخ ۱۳۷۷/۴/۱۷ بنا به پیشنهاد شماره ۳۲۴۹ مورخ ۱۳۷۷/۳/۱۲ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به استناد مواد (۸) و (۹) قانون بیمه همگانی خدمات درمانی - مصوبت ۱۳۷۳ - آیین‌نامه اجرایی بیمه خدمات درمانی خویش فرمایان را به شرح زیر تصویب نمود:

ماده ۱- سازمان بیمه خدمات درمانی موظف است هر متقاضی را به صورت انفرادی بیمه نماید.

ماده ۲- بیمه خدمات درمانی خویش فرمایان از طریق پزشک خانواده و نظام ارجاع به مؤسسات طرف قرارداد سازمان اجرا خواهد شد و فرد متقاضی درانتخاب پزشک خانواده از بین پزشکان و مؤسسات درمانی طرف قرارداد (معرفی شده از سوی سازمان بیمه خدمات درمانی) مخیر می‌باشد.

ماده ۳- حق سرانه بیمه خدمات درمانی خویش فرمایان همه ساله متناسب با عملکرد، فرانشیز و تعرفه‌های واقعی به پیشنهاد مشترک سازمان برنامه و بودجه، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان بیمه خدمات درمانی تهیه و پس از تأیید شورای عالی بیمه خدمات درمانی به تصویب هیأت وزیران می‌رسد.^۱

^۱ . حق بیمه مشمولان قانون بیمه همگانی خدمات درمانی بر اساس ضوابط مقرر در بند ب ماده ۷۰ قانون برنامه پنجساله ششم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران (۱۴۰۰-۱۳۹۶) مصوب ۱۳۹۵/۱۲/۱۴ تعیین می‌شود. به بند (ب) ماده ۷۰ قانون برنامه پنجساله ششم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران مراجعه شود.

ماده ۴- خویش فرمایانی که به صورت خانوادگی بیمه می‌شوند به ازای تعداد افراد بیمه شده تحت تکفل خود از تخفیف برخوردار می‌گردند و این تخفیف شامل سرپرست و کلیه افراد تحت تکفل نیز خواهد شد.

ماده ۵- خویش فرمایانی که بیمه خدمات درمانی خود را برای سالهای بعد نیز ادامه دهند، متناسب با سنوات تداوم بیمه از تخفیف برخوردار می‌شوند و در صورت انقطاع بیمه به میزان زمانی که تداوم بیمه قطع شده است از سابقه سنواتی بیمه شونده کسر می‌گردد.

ماده ۶- میزان تخفیف مورد فوق‌الذکر همه ساله با پیشنهاد مشترک سازمان برنامه و بودجه، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سازمان بیمه خدمات درمانی و تأیید شورای عالی بیمه خدمات درمانی به تصویب هیأت وزیران می‌رسد.

ماده ۷- حداقل سرانه بیمه خویش فرمایان پس از اعمال تخفیفهای مقرر در این دستورالعمل نباید از سرانه کارمندان دولت کمتر و حداکثر آن نباید از حق سرانه مصوب خویش فرمایان در سال مزبور بیشتر باشد.

ماده ۸- حق سرانه بیمه خویش فرمایان برای هر متقاضی به ترتیب زیر محاسبه می‌شود:

$$[a.3-n2(n2x-100)] [1.x1-n100] \text{ حق سرانه برای هر متقاضی خویش فرما}$$

$$100 \ 100$$

حق سرانه مصوب شورای عالی بیمه برای خویش فرما در سال مورد نظر = $a0$

تعداد عائله تحت تکفل بیمه شده $1n =$

سنوات استمرار بیمه شده $2n =$

سنوات انقطاع بیمه $3n =$

درصد تخفیف به ازای هر فرد بیمه شده $1x =$

درصد تخفیف به ازای هر سال سابقه بیمه $2x =$

ماده ۹ - (اصلاحی ۱۳۸۲/۰۱/۲۴) حق بیمه سرانه خویش فرمایان با فرانشیز سی درصد (۳۰٪) برای خدمات سرپایی و بیست و پنج درصد (۲۵٪) برای خدمات بستری در سال ۱۳۸۲، مبلغ بیست و چهار هزار (۲۴/۰۰۰) ریال برای هر نفر در ماه تعیین می‌گردد.»

درصد تخفیف به ازای هر فرد بیمه شده پنج درصد (۵٪) و به ازای هر سال سابقه بیمه ده درصد (۱۰٪) تعیین می‌شود.^۱

تبصره ۱ - (اصلاحی ۱۳۸۴/۰۲/۱۴) شرط بیمه خانوار در موارد بستری همچنان برقرار است.^۲

تبصره ۲ - (الحاقی ۱۳۸۴/۰۴/۲۱) شرط بیمه خانوار برای بیماران خاص (تالاسمی، مزمن کلیوی و هموفیلی) لحاظ نخواهد شد و این گروه از بیماران می‌توانند با رعایت ضوابط سازمان بیمه خدمات درمانی به صورت تک نفره تحت پوشش بیمه خدمات درمانی قرار گیرند.^۳

^۱ . ماده ۹ و تبصره‌های آن به موجب مصوبه «اصلاح ماده (۹) اصلاحی آیین نامه اجرایی بیمه خدمات درمانی خویش فرمایان» مصوب ۱۳۸۲/۰۱/۲۴ هیات وزیران، ابلاغی به شماره ۴۴۲۹/ت/۲۸۲۸۵ مورخ ۱۳۸۲/۰۲/۰۲ اصلاح شده است. متن سابق ماده به شرح زیر می‌باشد:

ماده ۹- ارقام فوق برای سال ۱۳۷۷ به شرح ذیل می باشد :
 سرانه بیمه خدمات خویش فرمایان با فرانشیز ۲۵٪ خدمات سرپایی و بستری ۲۰۰۰۰ a سرانه بیمه خدمات درمانی خویش فرمایان با فرانشیز ۲۵٪ خدمات بستری ۱۳۲۵۰
 $5\% = 1X$

$10\% = 2X$

^۲ . تبصره ۱ ماده ۹ به موجب مصوبه «اصلاح تبصره (۱) ماده (۹) اصلاحی آیین‌نامه اجرایی بیمه خدمات درمانی خویش‌فرمایان» مصوب ۱۳۸۴/۰۲/۱۴، ابلاغی به شماره ۸۵۹۳/ت/۳۱۰۴۳ مورخ ۱۳۸۴/۰۲/۱۸ اصلاح شده‌است. متن سابق ماده به شرح زیر می‌باشد:

تبصره - به منظور ترغیب افراد به پوشش بیمه درمان سازمان بیمه خدمات درمانی می‌تواند در صورت بیمه گروهی و با شرایط خاص بیمه شون‌گان، تسهیلاتی برای بیمه خویش فرمایان منظور نماید.

^۳ . تبصره ۲ به موجب مصوبه «اصلاح ماده (۹) اصلاحی آیین نامه اجرایی بیمه خدمات درمانی خویش فرمایان» مصوب ۱۳۸۲/۰۱/۲۴ الحاق شده است.

تبصره ۳- (الحاقی ۱۳۸۴/۰۴/۲۱) به منظور ترغیب افراد به پوشش بیمه درمان، سازمان بیمه خدمات درمانی می‌تواند در صورت بیمه گروهی و با شرایط خاص بیمه شوندگان تسهیلاتی را برای بیمه خویش فرمایان منظور نماید.^۱

تعیین ضوابط مربوط به حداقل شمول و سطح خدمات پزشکی و دارو و لیست خدمات فوق تخصصی مشمول بیمه های مضاعف (مکمل)
مصوب ۱۳۸۳/۰۱/۲۶ با اصلاحات بعدی

شماره ابلاغ: ۳۴۸۵/ت/۲۸۰۶۶ه

شماره انتشار: ۱۷۲۲۹

تاریخ ابلاغ: ۱۳۸۳/۰۲/۰۲

تاریخ روزنامه رسمی: ۱۳۸۳/۰۲/۰۹

هیئت وزیران در جلسه مورخ ۱۳۸۳/۱/۲۶ بنا به پیشنهاد شماره ۱۷۹۴۲ مورخ ۵/۱۱/۱۳۸۱ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و تأیید شورای عالی بیمه خدمات درمانی کشور و به استناد ماده (۱۰) قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور - مصوب ۱۳۷۳ - تصویب نمود:

ضوابط مربوط به حداقل شمول و سطح خدمات پزشکی و دارو و لیست خدمات فوق تخصصی مشمول بیمه‌های مضاعف (مکمل) به شرح ذیل تعیین می‌گردد:

۱- خدمات درمانی برای تحت پوشش قراردادن افراد مشمول توسط سازمانهای بیمه‌گر به دو سطح خدمات درمانی همگانی و خدمات مکمل تقسیم می‌گردد.

۲- خدمات درمانی همگانی عبارت از خدماتی است که لزوماً حیاتی و درمانی بوده و در ازای حق سرانه معمول به بیمه‌شدگان ارائه می‌شود.

^۱ تبصره ۳ به موجب مصوبه «اصلاح ماده (۹) اصلاحی آیین نامه اجرایی بیمه خدمات درمانی خویش فرمایان» مصوب ۱۳۸۲/۰۱/۲۴ الحاق شده است.

- ۳ - خدمات درمانی مکمل به شرح زیر می‌باشد:
- ۱ - خدمات و تجهیزات برای عینک طبی.
 - ۲ - خدمات و تجهیزات برای سمعک.
 - ۳ - خدمات و تجهیزات برای دست‌دندان.
 - ۴ - خدمات و تجهیزات برای وسائل کمک‌درمانی از قبیل عصا و واکر که فهرست آن توسط شورای عالی بیمه خدمات درمانی کشور ارائه خواهد شد.
 - ۵ - خدمات و تجهیزات برای تعویض مفاصل از جمله Total Hip.
 - ۶ - خدمات و تجهیزات برای پیوند اعضا در صورت نیاز به استثنای پیوند کلیه.
 - ۷ - خدمات و تجهیزات برای contact Lenses.
 - ۸ - خدمات و تجهیزات برای اعمال فوق تخصصی.
 - ۹ - خدمات و تجهیزات برای کلیه داروهای موجود در فارماکوپه رسمی کشور که در تعهد بیمه‌ها نیست.
 - ۱۰ - کلیه خدمات جدیدی که وارد بازار بخش سلامت می‌گردد تا زمان تصمیم‌گیری در مراجع مربوط.
 - ۱۱ - کلیه خدمات کار درمانی، گفتار درمانی، روان درمانی، گروه درمانی، خانواده درمانی و غیره.
 - ۱۲ - تهیه کپسول اکسیژن و متعلقات آن.
 - ۱۳ - خدمات پرستاری در منزل.
 - ۱۴ - خدمات حمل و نقل با آمبولانس.
 - ۱۵ - فرانشیز خدمات قابل ارائه (بخش دولتی و بخش خصوصی).
 - ۱۶ - مابه‌التفاوت بخش خصوصی و دولتی براساس تعرفه‌های مصوب هیئت وزیران.
 - ۱۷ - هتلینگ اطاق یک تخته و دو تخته (بخش دولتی - بخش خصوصی).

- ۱۸ - خدمات دندانپزشکی به غیر از کشیدن دندان و بروساژ^۱.
- ۱۹ - خدمات پزشک همراه.
- ۲۰ - خدمات ویزیت در منزل.
- ۲۱ - خدمات آمبولانس هوایی.
- ۲۲ - خدمات لیزیک (چشم - پوست).
- ۲۳ - واکسنهای غیر از برنامه کشوری.
- ۲۴ - خدمات نقاهتگاهی مربوط به بیماران مزمن روانی.
- ۲۵ - خدمات ترک اعتیاد.
- ۲۶ - داروهای گیاهی.
- ۲۷ - تزریق سرپایی در مطب.
- ۲۸ - خدمات ناشی از ضرب و جرح.
- ۲۹ - خدمات تصویربرداری جدید.
- ۳۰ - خدمات فناوری جدید تا زمان تصمیم‌گیری در مراجع مربوط.
- ۳۱ - خدمات توان‌بخشی در منزل.
- ۳۲ - خدمات آزمایشگاهی جدید تا زمان تصمیم‌گیری در مراجع مربوط.
- ۴ - (اصلاحی ۱۳۸۳/۰۴/۲۳) علاوه بر خدماتی که تا زمان تصویب این تصویب‌نامه مشمول خدمات بیمه همگانی است، خدماتی که پس از این به پیشنهاد شورای عالی بیمه خدمات درمانی کشور و تصویب هیئت وزیران به فهرست خدمات درمانی همگانی برای تمامی گروههای تحت پوشش بیمه ای مربوط که قانوناً و یا

^۱ . برخی از خدمات دندانپزشکی به موجب مصوبه « شمول خدمات دندان پزشکی به تعهدات بیمه پایه سازمان های بیمه گر» مورخ ۱۳۹۲/۱۱/۲۳ مصوب هیات وزیران، مشمول تعهدات بیمه پایه سازمان های بیمه گر قرار گرفته است.

براساس قرارداد بر عهده آنها واگذار شده اضافه می‌گردد، نیز مشمول و باید با سرانه مصوب خدمات درمانی تأمین گردد.^۱

۵ - سازمانهای بیمه‌گر موظف به ارائه خدمات درمانی همگانی برای تمامی گروههای تحت پوشش بیمه‌ای مربوط که قانوناً و یا براساس قرارداد بر عهده آنها واگذار شده می‌باشند و باید با سرانه مصوب خدمات درمانی را تأمین نمایند.

۶ - به‌منظور تأمین خدمات درمانی مکمل در سازمانهای بیمه خدمات درمانی کشور و سازمان تدمین اجتماعی و دیگر مؤسسات بیمه دولتی لازم است صندوق جداگانه‌ای تشکیل شود که محاسبات مربوط به بیمه خدمات درمانی مکمل و فعالیتهای مربوط در آن متمرکز گردد.

^۱ به موجب مصوبه « اصلاح تصویب نامه ضوابط مربوط به حداقل شمول و سطح خدمات پزشکی و دارو مشمول بیمه های مضاعف » مصوب ۱۳۸۳/۰۴/۲۳ هیات وزیران، ابلاغی به شماره ۲۱۸۸۵/ت/۳۱۰۳۸-هـ مورخ ۱۳۸۳/۰۴/۲۸ اصلاح شده است. متن سابق ماده به شرح زیر می‌باشد:

۴- علاوه بر خدماتی که تا زمان تصویب این تصویب‌نامه مشمول خدمات بیمه همگانی است، خدماتی که پس از این به استناد مصوبات شورای عالی بیمه خدمات درمانی کشور به فهرست خدمات درمانی همگانی برای تمامی گروههای تحت پوشش بیمه‌ای مربوط که قانوناً و یا براساس قرارداد بر عهده آنها واگذار شده اضافه می‌گردد، نیز مشمول و باید با سرانه مصوب خدمات درمانی تأمین گردد.

آیین نامه چگونگی ارائه خدمات درمانی به کارکنان وظیفه و عائله تحت تکفل
آنها
مصوب ۱۳۸۴/۰۴/۰۸

شماره ابلاغ: ۲۲۰۱۵/ت/۳۱۵۳۵هـ

شماره انتشار: ۱۷۵۷۹

تاریخ ابلاغ: ۱۳۸۴/۰۴/۱۳

تاریخ روزنامه رسمی: ۱۳۸۴/۰۴/۱۵

هیأت وزیران در جلسه مورخ ۱۳۸۴/۴/۸ بنا به پیشنهاد شماره ۱۲/۳۸/۱۰۸/۲۴۲۰۴ مورخ ۱۳۸۳/۷/۱۳ و وزارت دفاع و پشتیبانی نیروهای مسلح و به استناد تبصره (۲) ماده (۴) قانون اساسنامه سازمان تأمین خدمات درمانی پرسنل نیروهای مسلح جمهوری اسلامی ایران - مصوب ۱۳۷۲ - آیین نامه چگونگی ارائه خدمات درمانی به کارکنان و وظیفه و عائله تحت تکفل آنها را به شرح زیر تصویب نمود:

ماده ۱ - سازمان تأمین خدمات درمانی نیروهای مسلح وابسته به وزارت دفاع و پشتیبانی نیروهای مسلح که در این آیین نامه «سازمان» نامیده می شود، موظف است کلیه کارکنان وظیفه و عائله تحت تکفل آنها را در صورتی که تحت پوشش هیچیک از سازمانهای بیمه گر نباشند، تحت پوشش خدمات بیمه درمانی قرار دهد.

ماده ۲ - بیمه شدگان موضوع این آیین نامه از خدمات سرپایی، اورژانس و بستری تمامی بیمارستانها و مراکز درمانی طرف قرارداد برخوردار می شوند.

ماده ۳ - کلیه درمانگاههای پادگانها و مراکز نظامی موظفاند خدمات سرپایی و اورژانس را به کلیه کارکنان وظیفه اعم از بیمه شده و بیمه نشده ارائه نمایند.

ماده ۴ - حق بیمه سرانه درمان کارکنان وظیفه و عائله تحت تکفل آنها (بیمه اولیه) مانند حق بیمه درمان کارکنان پایور و عائله تحت تکفل آنها می باشد که همه ساله بر اساس آماری که وزارت دفاع و پشتیبانی نیروهای مسلح ارائه

می‌نماید، توسط سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور در لایحه بودجه سالانه برای سازمان منظور خواهد شد.

تبصره - سهم بیمه کارکنان وظیفه و عایله تحت تکف آنها معادل یک پنجم حق بیمه سرانه است که توسط یگان محل خدمت از حقوق ماهانه آنها کسر و به حساب سازمان واریز می‌گردد و پرداخت بقیه حق بیمه سرانه بر عهده دولت می‌باشد.

ماده ۵ - عایله تحت تکفل کارکنان وظیفه در طول مدت خدمت دوره ضرورت سرپرست، همانند عایله تحت تکفل کارکنان پایور نیروهای مسلح تحت پوشش بیمه درمانی سازمان هستند و به این افراد دفترچه بیمه درمانی که مدت اعتبار آن تا پایان خدمت دوره ضرورت سرپرست قابل تمدید است تحویل داده می‌شود. در صورت مکانیزه شدن سیستم ارایه خدمات درمانی در سازمان، دفترچه درمانی در ابتدای شروع خدمت برای کل مدت دوره ضرورت تحویل داده می‌شود.

تبصره ۱ - نیروهای مسلح و وزارت دفاع و پشتیبانی نیروهای مسلح موظفاند در زمان تحویل کارت پایان خدمت دوره ضرورت به کارکنان وظیفه، دفترچه درمانی آنها و عایله تحت تکفل را دریافت نمایند و به سازمان تحویل دهند.

تبصره ۲ - ادامه درمان قیود خدمتی کارکنان وظیفه مانند بیماری و مجروحیت ناشی از اجرای مأموریت و خدمت، تا زمانی که به تشخیص شورای پزشکی نیروی مربوط، مشکل آنها از نظر درمانی مرتفع گردد، برعهده سازمان می‌باشد و دفترچه بیمه درمان این افراد در قبال پرداخت حق بیمه سرانه تا پایان دوره درمان اعتبار خواهد داشت.

ماده ۶ - مراکز آموزش کارکنان وظیفه در نیروهای مسلح و وزارت دفاع و پشتیبانی نیروهای مسلح موظفاند پس از پذیرش کارکنان وظیفه با ارسال یک برگ از دفترچه آماده به خدمت آنان با رعایت سلسله مراتب سازمانی، با سازمان هماهنگی لازم را جهت صدور دفترچه درمانی کارکنان وظیفه و عائله تحت تکفل به عمل

آورند به طوری که حداکثر ظرف دو هفته از تاریخ درخواست، دفترچه بیمه درمانی صادر شود.

تبصره - یگان محل خدمت کارکنان وظیفه موظف است با رعایت سلسله مراتب سازمانی برای صدور دفترچه خدمات درمانی شخص و عایله تحت تکفل وی که قبلاً دفترچه درمانی دریافت نکرده‌اند، هماهنگیهای لازم را با سازمان به عمل آورد. ماده ۷- دستورالعملهای مورد نیاز این آیین‌نامه پس از تهیه توسط سازمان ظرف سه ماه به تصویب شورای عالی سازمان می‌رسد و با امضای وزیر دفاع و پشتیبانی نیروهای مسلح و با رعایت سلسله مراتب سازمانی ابلاغ می‌شود.

از آیین نامه اجرایی ماده (۷) قانون هدفمند کردن یارانه ها

مصوب ۱۳۸۹/۰۱/۳۱

وزیران عضو کار گروه بررسی آیین نامه های قانون هدفمند کردن یارانه ها در جلسه مورخ ۱۳۸۹/۰۱/۳۱ بنا به پیشنهاد مشترک وزارتخانه های امور اقتصادی و دارایی و رفاه و تأمین اجتماعی و معاونت برنامه ریزی و نظارت راهبردی رییس جمهور و به استناد تبصره (۱) ماده (۷) قانون یادشده - مصوب ۱۳۸۸-، آیین نامه اجرایی ماده (۷) قانون مزبور را به شرح زیر موافقت نمودند:

ماده ۱۱ - آن بخش از اعتبارات موضوع این آیین نامه که برای گسترش و تقویت نظام جامع تأمین اجتماعی اختصاص می یابد، توسط سازمان برای اجرای بندهای زیر قابل تخصیص است:

الف - بیمه درمان

۱- افزایش بسته خدمتی بیمه های پایه درمان

۲ - افزایش بسته خدمتی درخصوص پوشش دارویی و درمان بیماری های خاص و صعب العلاج.

تبصره ۱- در راستای کاهش پرداخت هزینه های خدمات سلامت توسط مردم، سازمان می تواند از محل منابع موضوع این ماده نسبت به افزایش سطح تعهدات سازمان های بیمه گر در زمینه تعرفه خدمات پزشکی بخش خصوصی اقدام نماید.

تبصره ۲- میزان پوشش هزینه های بندهای فوق و همچنین میزان پوشش تعرفه ها و در صورت لزوم تعیین تعرفه خدمات پزشکی بخش خصوصی، سالانه با توجه به منابع مصوب با پیشنهاد سازمان به تصویب مجمع عمومی سازمان مزبور می رسد.

مصوبه شورای عالی رفاه و تامین اجتماعی در مورد مجاز بودن سازمان بیمه سلامت ایران در خصوص محول نمودن برخی از امور اجرایی و تصدی گری خود بر اساس ضوابط به موسسات کارگزاری
مصوب ۱۳۹۴/۰۹/۱۶

شماره ابلاغ : ۱۵۸۶۵

تاریخ ابلاغ: ۱۳۹۵/۰۲/۰۱

شورای عالی رفاه و تامین اجتماعی در جلسه مورخ ۱۶/ ۹/ ۱۳۹۴ که تصمیمات آن به استناد ماده (۱۳) و بند الف ماده ۱۵ قانون ساختار نظام جامع رفاه و تامین اجتماعی به تصویب اکثریت وزرای عضو شورا و به تأیید رئیس جمهور محترم رسیده است ، تصویب نمود :

به استناد بند (۴) و تبصره (۱) ماده (۱۲) قانون ساختار نظام جامع رفاه و تامین اجتماعی سازمان بیمه سلامت ایران می تواند امور اجرائی و تصدی گری خود را در زمینه تولید و ارائه خدمات و تعهدات بیمه ای بر اساس ضوابط پیوست که ممهور به مهر دبیرخانه شورای عالی رفاه و تامین اجتماعی می باشد ، براساس اولویت بندهای سازمان به موسسات کارگزاری محول نماید .

این مصوبه باستناد اختیارات موضوع ماده (۴) آئین نامه داخلی شورا (تصویب نامه شماره ۵۴۱۶۹ /ت/ ۳۱۴۷۴ هـ مورخ ۲۴ / ۹/ ۱۳۸۳ هیات وزیران) جهت اجرا ابلاغ می گردد .

ضوابط قراردادها

۱- سازمان بیمه سلامت ایران می تواند کلیه امور تصدی گری قابل واگذاری خود را در زمینه تولید و ارائه خدمات و تعهدات قانونی مربوطه (شامل بیمه گری،

- رسیدگی به اسناد و نظارت) را به موسسات واجد صلاحیت مطروحه در بند (۴) ماده (۱۲) قانون ساختار رفاه و تامین اجتماعی واگذار نماید.
- ۲- ضوابط مربوط به تشخیص صلاحیت متقاضیان کارگزاری و پذیرش آنها به‌عنوان کارگزار سازمان، تعیین قلمرو و مسئولیت کارگزاران و همچنین نظارت در جریان فعالیت آنها برعهده سازمان بیمه سلامت می باشد.
- ۳- نمونه قراردادها و دستورالعمل های مورد نیاز به تصویب هیئت مدیره سازمان بیمه سلامت خواهد رسید.
- ۴- سازمان می تواند ضمانت نامه های قانونی خاص را جهت تضمین ارائه خدمات از موسسات اخذ نماید.
- ۵- حق الزحمه و بهاء خدمات به استناد موضوع ساماندهی کمیته تخصصی اداری (به موجب مواد چهل و پنج مصوبه شماره ۱۱۸۵۲ / ۹۳ / ۲۰۶ مورخ ۵ / ۹ / ۹۳ / شورای عالی اداری) از وظایف کمیته ساختار و فناوری های مدیریتی سازمان می باشد.

تصویب نامه در خصوص تکلیف سازمان بیمه سلامت ایران نسبت به پوشش و
ارائه خدمات بیمه ای
مصوب ۱۳۹۶/۰۳/۲۸

شماره ابلاغ: ۳۷۹۹۱/ت۴۸۰۴۸هـ

شماره انتشار: ۲۱۰۶۵

تاریخ ابلاغ: ۱۳۹۶/۰۴/۰۳

تاریخ روزنامه رسمی: ۱۳۹۶/۰۴/۱۷

هیأت وزیران در جلسه ۲۸/۳/۱۳۹۶ به پیشنهاد مشترک وزارتخانه های تعاون، کار و رفاه اجتماعی و بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان برنامه و بودجه کشور و به استناد اصل یکصد و سی و هشتم قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران تصویب کرد:

۱ - سازمان بیمه سلامت ایران مکلف است نسبت به پوشش و ارائه خدمات بیمه ای به شرح زیر اقدام نماید:

الف - سهم مشارکت بیمه شده افرادی که در وضعیت فعلی تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی (ره) و سازمان بهزیستی کشور قرار دارند رایگان خواهد بود.

ب - سهم مشارکت بیمه شده افرادی که در وضعیت فعلی تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی (ره) و سازمان بهزیستی کشور قرار ندارند با تشخیص کمیته امداد امام خمینی (ره) و سازمان بهزیستی کشور و صدور معرفی نامه برای سازمان بیمه سلامت ایران رایگان خواهد بود.

ج - تعیین سهم مشارکت سایر افراد بر اساس آزمون وسیع توسط وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی و به صورت تعیین سهم حق بیمه از (۱۵) درصد تا (۱۰۰) درصد سرانه حق بیمه خدمات درمانی مصوب هر سال می باشد.

د - ارائه خدمات (به جز دارو) به افرادی که به صورت یارانه از منابع دولتی تحت پوشش بیمه همگانی قرار دارند محدود به مراکز دولتی (سرپایی و بستری) و حتی الامکان از طریق نظام ارجاع می باشد.

۲ - سازمان برنامه و بودجه در اجرای این تصویب نامه نسبت به جابجایی اعتبارات مربوط از کمیته امداد امام خمینی (ره) و سازمان بهزیستی کشور به سازمان بیمه سلامت ایران اقدام می کند.

آیین نامه اجرایی فصل سوم قانون جامع خدمات رسانی به ایثارگران
مصوب ۱۳۹۶/۱۰/۲۰ با اصلاحات بعدی

شماره ابلاغ: ۱۳۶۷۲۶/ت/۵۵۲۷۴۰هـ

شماره انتشار: ۲۱۲۳۱

تاریخ ابلاغ: ۱۳۹۶/۱۰/۳۰

تاریخ روزنامه رسمی: ۱۳۹۶/۱۱/۰۷

هیأت وزیران در جلسه ۱۳۹۶/۱۰/۲۰ به پیشنهاد مشترک بنیاد شهید و امور ایثارگران و وزارتخانه های تعاون، کار و رفاه اجتماعی، بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دفاع و پشتیبانی نیروهای مسلح و ستاد کل نیروهای مسلح و به استناد تبصره ماده (۲۰) قانون جامع خدمات رسانی به ایثارگران - مصوب ۱۳۹۱ -، آیین نامه اجرایی فصل سوم قانون مذکور را به شرح زیر تصویب کرد:

ماده ۱ - در این آیین نامه اصطلاحات زیردر معانی مشروح مربوط به کارمی روند:

الف - قانون: قانون جامع خدمات رسانی به ایثارگران - مصوب ۱۳۹۱ -

ب - بنیاد: بنیاد شهید و امور ایثارگران

پ - افراد مشمول:

۱- والدین، همسر و فرزند شهید، مفقود الاثر و اسیر

۲- جانبازان و افراد تحت تکفل آنان

۳- آزادگان و افراد تحت تکفل آنان

ت - دستگاه های اجرایی: دستگاه های موضوع ماده (۲) قانون

ث - هزینه های بهداشتی - درمانی پایه: صد درصد هزینه های بهداشتی - درمانی که در قالب بیمه پایه سلامت بر اساس سرانه مصوب دولت، تأمین و پرداخت می شود.

ج - هزینه های بهداشتی - درمانی مکمل و خاص: صد درصد هزینه های بهداشتی - درمانی که در قالب بیمه مکمل و درمان خاص (خدماتی که مشمول

قوانین بیمه همگانی و تکمیلی نمی گردند) در چارچوب آیین نامه اجرایی ماده (۱۲) قانون، تأمین و پرداخت می شود.

ماده ۲ - (اصلاحی ۱۳۹۷/۰۷/۱۱)^۱ کلیه دستگاه های اجرایی موظفاند از محل اعتبارات مصوب و در قالب تخصیص اعتبار ابلاغی نسبت به تأمین و پرداخت هزینه بیمه درمان تکمیلی ایثارگران و افراد تحت تکفل ایشان اعم از شاغل یا بازنشسته در دستگاه مربوط اقدام کنند.

تبصره- ارایه خدمات بیمه بهداشتی - درمانی پایه، مکمل و خاص به افراد مشمول در چارچوب آیین نامه اجرایی ماده (۱۲) قانون مجاز خواهد بود.

ماده ۳ - بنیاد موظف است ضمن تهیه و تأمین امکانات بهداشتی، درمانی، تشخیصی، توانبخشی، آموزشی، پیشگیری، دارو و تجهیزات مورد نیاز برای گروه های ویژه جانبازان شیمیایی، اعصاب و روان، نخاعی و اندام های مصنوعی داخلی و خارجی جانبازان، جهت ارایه امکانات مناسب تر، از ظرفیت بخش های دولتی و غیردولتی از طریق عقد قرارداد خرید خدمت از مراکز یاد شده استفاده کند.

تبصره ۱ - وزارتخانه های بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و تعاون، کار و رفاه اجتماعی مکلفند حسب درخواست بنیاد و با رعایت مقررات نسبت به صدور مجوزهای لازم برای توسعه یا تأمین مراکز تحت پوشش همکاری نمایند.

تبصره ۲ - بنیاد موظف است به منظور بهینه سازی مراکز درمانی و توانبخشی جانبازان شیمیایی، اعصاب و روان و نخاعی وابسته به خود و آسیب شناسی موانع

۱. به موجب مصوبه اصلاح ماده (۲) آیین نامه اجرایی فصل سوم قانون جامع خدمات رسانی به ایثارگران مصوب ۱۳۹۷/۰۷/۱۱ هیات وزیران ابلاغی به شماره ۹۲۱۳۸/ت/۵۵۷۸۳-هـ مورخ ۱۳۹۷/۰۷/۱۴ اصلاح شده است. متن سابق ماده به شرح زیر می باشد:

ماده ۲- تأمین صد در صد (۱۰۰٪) هزینه بهداشتی- درمانی افراد مشمول شاغل و بازنشسته دستگاه های اجرایی و افراد تحت تکفل آنان پس از پرداخت هزینه های متعلق به بیمه پایه در قالب مکمل بر عهده بنیاد است.

تبصره- ارایه خدمات بیمه بهداشتی- درمانی پایه، مکمل و خاص به افراد مشمول در چارچوب آیین نامه اجرای ماده (۱۲) قانون مجاز خواهد بود.

عملکردی این مراکز، با همکاری سازمان های اداری و استخدامی کشور و برنامه و بودجه کشور، ساز و کار ارتقای کارکرد آنها برای تحقق اهداف مندرج در ماده (۱۴) قانون را تهیه و اجرایی نماید. بنیاد می تواند با اولویت استفاده از ظرفیت بخش های دولتی و غیردولتی موجود، در صورت ضرورت با تأیید سازمان های اداری و استخدامی کشور و برنامه و بودجه کشور و تصویب هیئت وزیران نسبت به توسعه یا تأسیس مراکز یاد شده اقدام نماید.

ماده ۴ - سازمان بهزیستی کشور موظف است با اولویت در ارایه خدمات به فرزندان معلول ایثارگران از محل اعتبارات مصوب سازمان یاد شده اقدام نماید.

ماده ۵ - وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است نسبت به واکسیناسیون خاص رایگان افراد مشمول ماده (۱۵) قانون در مراکز منتخب بهداشتی - درمانی با هماهنگی و معرفی بنیاد اقدام نماید.

ماده ۶ - بنیاد موظف است با اولویت استفاده از ظرفیت پزشکان متخصص مورد نیاز جانبازان برای درمان در داخل کشور، در صورت ضرورت نسبت به اعزام جانبازانی که امکان درمان آنها در داخل کشور وجود ندارد به کشورهای دارای امکانات و تخصص های لازم حسب تشخیص و نظر کمیسیون پزشکی و تأیید شورای عالی پزشکی بنیاد و با رعایت دستورالعمل های مربوط اقدام نماید.

تبصره - بنیاد موظف است پس از تأیید شورای عالی پزشکی بنیاد در طول دوره درمان جانباز و در صورت نیاز، نسبت به راهنمایی و تعیین همراه و نیز تامین محل اسکان آنان اقدام نماید.

ماده ۷ - بیمارستان ها و تمامی مراکز پزشکی درمانی دولتی، عمومی غیردولتی و خصوصی موظفاند ظرف شش ماه پس از درخواست بنیاد نسخه ای از اسناد و مدارک پزشکی و سوابق درمانی موجود مربوط به مجروحیت رزمندگان و مصدومان دفاع مقدس در سطح کشور را به بنیاد ارایه نمایند.

تبصره - بنیاد موظف است با همکاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به منظور حفظ اسناد و مدارک و سابقه مجروحیت و تمرکز اطلاعات و آمار مجروحان دوران دفاع مقدس نسبت به ایجاد بانک جامع اطلاعات پزشکی و

پیراپزشکی و تشکیل پرونده سلامت ایثارگران اقدام نماید . دستگاههای اجرایی موظفاند اسناد و اطلاعات پزشکی مربوط را به بنیاد ارایه نمایند.

ماده ۸ - بنیاد موظف است به منظور ارایه خدمات مشاوره ای و مددکاری، پیشگیری و درمان جهت ارتقای سطح سلامت و تأمین بهداشت روانی ایثارگران و خانواده آنها، با رعایت مقررات مربوط و اخذ مجوزهای لازم، نسبت به ایجاد مراکز مشاوره و مددکاری ایثارگران اقدام نماید.

دستورالعمل نحوه فعالیت مراکز موضوع این ماده ظرف سه ماه از تاریخ ابلاغ این آیین نامه توسط بنیاد با همکاری و هماهنگی وزارتخانه های بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تعاون، کار و رفاه اجتماعی، آموزش و پرورش و ورزش و جوانان و سازمان بهزیستی کشور تهیه و ابلاغ می شود.

ماده ۹- مفاد این آیین نامه در خصوص افراد مشمول شاغل و بازنشسته و نیروهای مسلح از طریق سازمان ذی ربط اجرا می شود.

ماده ۱۰- سازمان برنامه و بودجه کشور موظف است اعتبار لازم برای اجرای این آیین نامه را در لوائح بودجه سنواتی پیش بینی و بر اساس قوانین مربوط تأمین و به بنیاد و سایر دستگاه های ذی ربط بر اساس تکالیف مقرر در این آیین نامه و سایر مقررات مربوط پرداخت نماید.

آیین نامه اجرایی ماده (۱۲) قانون جامع خدمات رسانی به ایثارگران

مصوب ۱۳۹۶/۱۰/۲۰

شماره ابلاغ: ۱۳۴۲۳۸/ت۵۳۱۶۵هـ

شماره انتشار: ۲۱۲۲۸

تاریخ ابلاغ: ۲۵/۱۰/۱۳۹۶

تاریخ روزنامه رسمی: ۰۳/۱۱/۱۳۹۶

هیأت وزیران در جلسه ۱۳۹۶/ ۱۰/ ۲۰ به پیشنهاد مشترک بنیاد شهید و امور ایثارگران، ستاد کل نیروهای مسلح و وزارت دفاع و پشتیبانی نیروهای مسلح و به استناد ماده (۱۲) قانون جامع خدمات رسانی به ایثارگران - مصوب ۱۳۹۱ -، آیین نامه اجرایی ماده یاد شده را به شرح زیر تصویب کرد:

ماده ۱ - در این آیین نامه اصطلاحات زیر در معانی مشروح مربوط به کار می روند:

الف - بنیاد: بنیاد شهید و امور ایثارگران

ب - قانون: قانون جامع خدمات رسانی به ایثارگران - مصوب ۱۳۹۱ -

پ - دستگاه ها: دستگاه های موضوع ماده (۲) قانون

ت - بیمه پایه: خدماتی که در چارچوب قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور - مصوب ۱۳۷۳ -، مصوبات شورای عالی بیمه سلامت کشور و هیأت وزیران تعیین می گردد.

ث - بیمه تکمیلی: هزینه خدمات بهداشتی و درمانی که خارج از تعهدات بیمه پایه است.

ماده ۲ - افراد مشمول این آیین نامه شامل گروه های ذیل می باشد:

الف - والدین، همسر و فرزند شهید، مفقودالثر و اسیر

ب - جانبازان و افراد تحت تکفل آنان

پ - آزادگان و افراد تحت تکفل آنان

ماده ۳ - سرانه بیمه سلامت پایه هر ساله با پیشنهاد شورای عالی بیمه سلامت کشور توسط هیأت وزیران تصویب و سرانه بیمه تکمیلی حداکثر تا سقف (۵/ ۲) برابر بیمه پایه تعیین می گردد.

ماده ۴ - تعرفه خدمات تشخیصی، درمانی بیمه شدگان طبق تعرفه های مصوب هیأت وزیران در بخش های دولتی، عمومی غیردولتی و خصوصی می باشد.

ماده ۵ - حدود خدمات بهداشتی و درمانی بر اساس بیمه پایه و تکمیلی به شرح جدول ذیل تعیین می شود:

شرح خدمات	بیمه پایه	بیمه تکمیلی
بستری - جراحی	*	*
کلینیک و پاراکلینیک (ویزیت، خدمات سرپایی، دارو، توانبخشی، تصویربرداری و آزمایشات)	*	*
دندانپزشکی	*	ندارد
تجهیزات پزشکی (جراحی و توانبخشی)	*	*
انواع خدمات توانبخشی	*	*

ماده ۶ - خدمات بهداشتی و درمانی که هزینه های آن مطابق مقررات دستگاه ذی ربط قابل پرداخت نبوده و در تعهد صندوق های بیمه درمانی (بیمه پایه - تکمیلی) نیز نمی باشد مطابق ضوابطی که توسط بنیاد، وزارت دفاع و پشتیبانی نیروهای مسلح و ستاد کل نیروهای مسلح تهیه و ابلاغ می شود، صرفاً برای جانبازان، والدین شهدا و همسر و فرزندان شهدای دارای بیماری صعب العلاج و همسر و فرزندان تحت تکفل جانبازان و آزادگان دارای بیماری صعب العلاج در چارچوب

کتاب ارزش نسبی خدمات سلامت و سقف اعتبارات مصوب مربوط قابل ارایه می باشد.

ماده ۷ - به منظور اجرای این آیین نامه، بنیاد و ستاد کل نیروهای مسلح و وزارت دفاع و پشتیبانی نیروهای مسلح با هماهنگی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظفاند حداکثر ظرف سه ماه پس از ابلاغ این آیین نامه دستورالعمل‌ها و ضوابط جاری خود را متناسب با احکام این آیین نامه بازنگری و ابلاغ نمایند.

ماده ۸ - سازمان برنامه و بودجه کشور موظف است ظرف شش ماه پس از ابلاغ این آیین نامه تمهیدات لازم برای جلوگیری از پرداخت مضاعف سرانه خدمات بهداشتی و درمانی به ایثارگران موضوع این آیین نامه را تهیه و اجرا نماید.

آیین نامه اجرایی قانون تعرفه گذاری خدمات پرستاری و تعدیل کارانه های
پرستاری مصوب ۱۴۰۰/۰۵/۰۶

شماره ابلاغ: ۴۸۹۵۸/ت/۵۹۰۰۱هـ

شماره انتشار: ۲۲۲۴۸

تاریخ ابلاغ: ۱۴۰۰/۰۵/۰۹

تاریخ روزنامه رسمی: ۱۴۰۰/۰۵/۱۴

هیئت وزیران در جلسه ۱۴۰۰/۰۵/۰۶ به پیشنهاد مشترک وزارتخانه های بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و تعاون، کار و رفاه اجتماعی و سازمان نظام پرستاری جمهوری اسلامی ایران و تأیید شورای عالی بیمه سلامت کشور و به استناد تبصره (۲) ماده واحده قانون تعرفه گذاری خدمات پرستاری و تعدیل کارانه های پرستاری - مصوب ۱۳۸۶ -، آیین نامه اجرایی قانون یاد شده را به شرح زیر تصویب کرد:

ماده ۱ - در این آیین نامه اصطلاحات زیر در معانی مشروح مربوط به کار می روند:
۱ - قانون: قانون تعرفه گذاری خدمات پرستاری و تعدیل کارانه های پرستاری - مصوب ۱۳۸۶ -.

۲ - وزارت: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.

۳ - گروه (کادر) پرستاری: دانش آموختگان رشته های پرستاری، اتاق عمل، هوشبری و فوریت های پزشکی (در مقاطع مختلف) و رده های وابسته پرستاری با هرگونه رابطه استخدامی (اعم از رسمی، پیمانی، تبصره ای، شرکتی، طرحی).

۴ - مراکز: کلیه مراکز بهداشتی و درمانی کشور اعم از دولتی، عمومی غیردولتی، خصوصی و خیریه و موقوفه.

۵ - تعرفه خدمات پرستاری: مبلغی که متناسب با آرایه خدمات و مراقبت های پرستاری و بر اساس شرح وظایف و استاندارد بسته های خدمات تشخیصی و درمانی گروه (کادر) پرستاری تعیین می گردد.

- ماده ۲ - وزارت موظف است استاندارد بسته های خدمات تشخیصی و درمانی گروه (کادر) پرستاری را تعیین و ابلاغ نماید.
- تبصره ۱ - سازمان نظام پرستاری جمهوری اسلامی ایران مکلف است در اجرای بند (۵) ماده (۳) قانون ایجاد سازمان نظام پرستاری جمهوری اسلامی ایران - مصوب ۱۳۸۰- در تدوین استانداردهای مذکور همکاری نماید.
- تبصره ۲ - وزارت موظف است استانداردهای فوق را حسب ضرورت بازنگری و ابلاغ نماید.
- ماده ۳ - کلیه مراکز مکلف به رعایت استاندارد بسته های خدمات تشخیصی و درمانی گروه (کادر) پرستاری می باشند.
- ماده ۴ - شورای عالی بیمه سلامت کشور مکلف است هر ساله بر اساس بند (الف) ماده (۹) قانون احکام دائمی برنامه های توسعه کشور - مصوب ۱۳۹۵- نسبت به تعیین تعرفه خدمات پرستاری اقدام و پس از تأیید سازمان برنامه و بودجه کشور، قبل از پایان هر سال برای سال بعد جهت تصویب به هیئت وزیران ارایه نماید.
- تبصره ۱ - ارزش نسبی خدمات پرستاری به پیشنهاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سازمان برنامه و بودجه کشور و سازمان نظام پرستاری جمهوری اسلامی ایران، توسط شورای عالی بیمه سلامت کشور تعیین و پس از تأیید سازمان برنامه و بودجه کشور و تصویب هیئت وزیران قابل اجرا است.
- تبصره ۲ - برای خدمات شایع (گلوبال)، ملاک محاسبات تخت روز برای محاسبات تعرفه پرستاری، تخت روز اعلامی در جدول شایع (گلوبال) می باشد و برای خدمات اتاق عمل، زمان استاندارد اعلامی برای عمل می باشد.
- تبصره ۳ - کلیه مراکز مکلف به رعایت تعرفه های تعیین شده می باشند.
- ماده ۵ - کلیه مراکز مکلفند پس از ابلاغ تعرفه سالانه خدمات گروه (کادر) پرستاری موضوع قانون، کارانه گروه (کادر) یاد شده را براساس تعرفه های مصوب محاسبه و پرداخت نمایند. دستورالعمل نحوه توزیع در بخش دولتی - دانشگاهی توسط وزارت ظرف سه ماه پس از تصویب این آیین نامه ابلاغ خواهد شد.

ماده ۶ - منابع اعتباری مورد نیاز برای اجرای این آیین نامه مطابق مفاد تبصره بند (ث) ماده (۷۴) قانون برنامه پنجساله ششم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران - مصوب ۱۳۹۵- از محل منابع بودجه عمومی دولت تامین می گردد.

تبصره - اجرای این آیین نامه نباید بار مالی جدید به سازمان های بیمه گر پایه ایجاد نماید.

ماده ۷ - سازمان ها و شرکت های بیمه پایه و تکمیلی سلامت مکلفند نسبت به پوشش این خدمات اقدام نمایند.

ماده ۸ - به منظور عملیاتی شدن تعرفه گذاری خدمات پرستاری در سرفصل های صورتحساب متحدالشکل ردیفی مستقل با عنوان خدمات مراقبت های پرستاری اضافه که متناسب با تعرفه های این آیین نامه محاسبه می گردد.

آیین نامه پرداخت اعضای هیأت علمی و پزشکان درمانی تمام وقت مصوب

۱۴۰۰/۰۵/۲۴

شماره ابلاغ : ۵۶۷۲۸/ت/۵۹۰۷۳هـ

شماره انتشار : ۲۲۲۶۵

تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۰/۰۶/۰۲

تاریخ روزنامه رسمی : ۱۴۰۰/۰۶/۰۶

هیئت وزیران در جلسه ۱۴۰۰/۵/۲۴ به پیشنهاد مشترک وزارتخانه های بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی و تعاون ، کار و رفاه اجتماعی و سازمان برنامه و بودجه کشور و تأیید شورای عالی بیمه سلامت کشور و به استناد بند (الف) ماده (۹) قانون احکام دائمی برنامه های توسعه کشور - مصوب سال ۱۳۹۵ - آیین نامه پرداخت اعضای هیئت علمی و پزشکان درمانی تمام وقت را به شرح زیر تصویب کرد :

ماده ۱ - در این آیین نامه، اصطلاحات زیر در معانی مشروح مربوط به کار می روند:

۱ - اعضای تمام وقت جغرافیایی: اعضای هیأت علمی، پزشکان، پزشکان دارای مدرک دکترای تخصصی در علوم پایه (MD-PH.D) و دکترای تخصصی (PHD) که به صورت تمام وقت در مراکز بهداشتی - درمانی، آموزشی - درمانی و مراکز درمانی دولتی دانشگاهی محل خدمت خود اشتغال داشته و حق انجام فعالیت انتفاعی درمانی در قالب مطب و یا مراکز درمانی (خیریه و موقوفه، خصوصی، دولتی غیردانشگاهی و عمومی غیردولتی) در خارج از مراکز دانشگاهی را ندارند.

تبصره ۱ - در صورت جابه جایی پزشکان تمام وقت جغرافیایی بین بیمارستان های زیر مجموعه چند دانشگاه در استان محل خدمت خود و پزشکان درمانی تمام وقت بین بیمارستان های زیر مجموعه چند دانشگاه در استان محل خدمت خود و سایر استان های مجاور با مجوز دانشگاه مبدا و پذیرش دانشگاه مقصد با تعرفه دولتی و ارایه مجوز از معاونت درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش

پزشکی قبل از ارسال اسناد به بیمه های پایه، پزشک تمام وقت محسوب شده و اسناد ارسالی براساس ضریب ریالی جز حرفه ای پزشکان تمام وقت محاسبه و پرداخت می گردد.

تبصره ۲ - پزشکان تمام وقت جغرافیایی شاغل در مراکز درمانی مناطق محروم دانشگاه های علوم پزشکی در صورت فعالیت در بیمارستان های عمومی غیردولتی (مانند سازمان تأمین اجتماعی و نیروهای مسلح) و سایر مراکزی که با تعرفه دولتی ارائه خدمت می کنند با کسب مجوز مکتوب از معاونت درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی همچنان تمام وقت جغرافیایی محسوب می شوند.

تبصره ۳ - پزشکان تمام وقت جغرافیایی شاغل در مراکز درمانی مناطق محروم دانشگاه های علوم پزشکی کشور در صورت فعالیت در مراکز تشخیصی و درمانی سازمان تأمین اجتماعی و نیروهای مسلح در صورت پرداخت معادل تعرفه دولتی به پزشکان مذکور توسط این مراکز و همچنین با کسب مجوز مکتوب از معاونت درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی همچنان تمام وقت جغرافیایی محسوب می گردند و اسناد ایشان در بخش دولتی بر اساس ضریب ریالی جزء حرفه ای پزشکان تمام وقت که به طور سالانه توسط هیأت وزیران ابلاغ می گردد، پرداخت می شود.

تبصره ۴ - در کلیه بخش های برون سپاری یا درون سپاری شده مراکز دانشگاهی تا زمانی که پزشکان شاغل در این بخش ها شرایط تمام وقتی در این آیین نامه را رعایت می نمایند (با پیوست استانداردهای مربوط)، سازمان های بیمه گر پایه ملزم به پرداخت ضریب ریالی جزء حرفه ای تمام وقت جغرافیایی برای کلیه خدمات و مراقبت های سلامت برای پزشکان مذکور خواهند بود.

تبصره ۵ - اسناد پزشکان تمام وقت جغرافیایی در صورت ارائه خدمت در مراکز با تعرفه غیردولتی (شامل عمومی غیردولتی، خیریه و خصوصی) صرفاً به بیماران مشکوک یا قطعی مبتلا به کووید - ۱۹ تا زمان اعلام رسمی شورای عالی بیمه

سلامت کشور، در صورت تایید معاونت درمان دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی مربوط با اولویت شهرستان و مناطق محروم همچنان توسط سازمان های بیمه گر پایه بر اساس ضریب ریالی جزء حرفه ای پزشکان تمام وقت محاسبه و پرداخت می گردد و در بخش مقصد نیز صرفاً با ضریب ریالی غیر تمام وقت توسط سازمان های بیمه گر پایه پرداخت می گردد.

۲ - جزء حرفه ای: در مواردی که در ستون «واحد ارزش نسبی» کتاب ارزش نسبی خدمات سلامت برای خدمات یک ارزش نسبی درج شده است، عدد مربوط نشان دهنده جزء حرفه ای خدمت می باشد. برای برخی دیگر از خدمات که سه ارزش نسبی درج شده است، ارزش نسبی میانی، نشان دهنده جزء حرفه ای خدمت مربوط است.

۳ - ضریب ریالی پزشکان تمام وقت جغرافیایی: ضریب ریالی جزء حرفه ای خدمات و مراقبت های سلامت برای پزشکان تمام وقت جغرافیایی که به طور سالانه توسط هیأت وزیران تصویب و ابلاغ می شود.

۴ - سازمان های بیمه گر پایه: سازمان های بیمه گر پایه شامل سازمان تامین اجتماعی، سازمان بیمه سلامت ایران و سازمان بیمه خدمات درمانی نیروهای مسلح است.

ماده ۲ - حق الزحمه پزشکان بالینی تمام وقت جغرافیایی عبارت است از حاصلضرب ارزش نسبی جزء حرفه ای کلیه خدمات ارائه شده توسط پزشکان بالینی درمانی و هیأت علمی شامل گروه های تخصصی، دوره تکمیلی تخصصی (فلوشیپ) و فوق تخصصی داخلی، جراحی و بیهوشی در ضریب ریالی جزء حرفه ای پزشکان تمام وقت جغرافیایی.

تبصره ۱ - برای متخصصین داروساز بالینی تمام وقت جغرافیایی، صرفاً برای خدمات تخصصی مربوط، ضریب ریالی تمام وقت جغرافیایی قابل محاسبه و پرداخت است.

تبصره ۲ - اسناد پزشکی متخصصین پرتودرمانی (رادיותרپی) تمام وقت جغرافیایی مانند پزشکان تمام وقت بالینی بر اساس ضریب ریالی جزء حرفه ای

کلیه خدمات و مراقبت های سلامت برای پزشکان تمام وقت جغرافیایی مصوب هیأت وزیران قابل محاسبه و پرداخت است.

تبصره ۳ - جهت پرداخت ضریب ریالی تمام وقت جغرافیایی در خدمات دیالیز و شیمی درمانی، انجام یک ارزیابی توسط پزشک در طول ارائه خدمت دیالیز /همودیالیز و یک ارزیابی توسط پزشک در طی جلسه تجویز شیمی درمانی، کافی است.

ماده ۳ - تعرفه پزشکان تمام وقت جغرافیایی شاغل در بخش های پیراپزشکی (پاراکلینیک) شامل بخش رادیولوژی، آزمایشگاه (تشخیصی طبی، آسیب شناسی (پاتولوژی) و ژنتیک) و پزشکی هسته ای، به شرح زیر محاسبه و پرداخت می گردد:

۱ - بخش رادیولوژی: جزء حرفه ای کلیه خدمات سونوگرافی، سی تی اسکن، ام آر آی (MRI) و آنژیوگرافی عروق محیطی براساس گزارش ممهور به مهر پزشک تمام وقت جغرافیایی، بر اساس ضریب ریالی جزء حرفه ای پزشکان تمام وقت محاسبه و پرداخت می گردد.

تبصره - پرداخت به پزشکان درمانی و اعضای هیأت علمی متخصص رادیولوژی تمام وقت جغرافیایی در خصوص خدمات دوراپزشکی (تله مدیسین) (تصویربرداری)، با رعایت موارد زیر جهت خدمات تصویربرداری ام آر آی (MRI) و سی تی اسکن (CT scan) توسط سازمان های بیمه گر پایه، قابل محاسبه و پرداخت است:

الف - معاونت درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است فهرست پزشکان تمام وقت جغرافیایی (مشمول تبصره این بند) را به طور مکتوب به سازمان های بیمه گر پایه ابلاغ و در صورت تغییر در فهرست مذکور، تغییرات را به صورت ماهانه به سازمان های بیمه گر پایه ابلاغ نماید.

ب - ضمیمه کردن یک نسخه از گزارش مربوط به اسناد مثبتته پرونده بیمار الزامی می باشد.

پ - دسترسی به سامانه بایگانی و ارتباطات تصویر (PACS) مشابه سایر اسناد مثبت، جهت راستی آزمایی اسناد مثبت، مربوط، توسط مراکز ارائه دهنده خدمت با رعایت اصل محرمانگی اطلاعات در اختیار کارشناس ناظر سازمان های بیمه گر پایه قرار می گیرد.

۲ - پزشکی هسته ای: جزء حرفه ای کلیه خدمات پزشکی هسته ای گزارش ممه‌ور به مهر پزشک تمام وقت جغرافیایی، بر اساس ضریب ریالی جزء حرفه ای کلیه خدمات و مراقبت های سلامت پزشکان تمام وقت مصوب سالانه هیأت وزیران محاسبه و پرداخت می شود.

۳ - آسیب شناسی (پاتولوژی) و ژنتیک: جزء حرفه ای کلیه خدمات آسیب شناسی (پاتولوژی) و ژنتیک گزارش ممه‌ور به مهر پزشک تمام وقت جغرافیایی، بر اساس ضریب ریالی جزء حرفه ای کلیه خدمات و مراقبت های سلامت برای پزشکان تمام وقت مصوب سالانه هیأت وزیران محاسبه و پرداخت می شود.

۴ - خدمات آزمایشگاه تشخیصی - طبی: در خصوص خدمات آزمایشگاه تشخیصی - طبی ملاک پرداخت اسناد به صورت تمام وقت جغرافیایی اطلاعات ثبت شده در سامانه نسخه الکترونیک می باشد. چنانچه ارائه خدمت در سامانه های نسخه الکترونیک توسط پزشک تمام وقت انجام شده و ثبت شده باشد، مشمول پرداخت تمام وقت و در غیر این صورت مشمول پرداخت غیرتمام وقت خواهد شد.

تبصره - خدمات ارائه شده توسط سازمان انتقال خون مرتبط با فرآورده های خونی شامل تمام وقت جغرافیایی نمی باشد.

۵ - خدمات رادیوگرافی: در خصوص اسناد رادیوگرافی، پرداخت اسناد به صورت تمام وقت جغرافیایی منوط به داشتن گزارش خدمات مربوط می باشد و در صورت عدم ارائه گزارش اسناد به صورت ضریب ریالی پزشکان غیرتمام وقت محاسبه و پرداخت می گردد.

تبصره - پرداخت اسناد بخش های پیراپزشکی (پاراکلینیک) برای دکترای تخصصی (PHD) پیراپزشکی (پاراکلینیک) تنها برای خدماتی که مرتبط با حیطه

تخصصی فرد می باشد، ضریب ریالی جزء حرفه ای تمام وقت جغرافیایی پرداخت می گردد. فهرست خدمات مرتبط با حوزه های تخصصی مختلف توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (آزمایشگاه مرجع سلامت) اعلام می گردد.

ماده ۴ - در بخش های پارامدیکال مانند واحدهای توانبخشی شامل فیزیوتراپی، کاردرمانی، بینایی سنجی، شنوایی شناسی و همچنین تغذیه، روانشناس بالینی یا سلامت و سایر موارد مشابه، صرفاً برای ارایه کنندگان دارای مدرک دکترای تخصصی (PHD) که به صورت تمام وقت جغرافیایی فعالیت می کنند، ضریب تمام وقت جغرافیایی محاسبه و پرداخت می گردد.

ماده ۵ - مرجع تعیین کننده پزشکان درمانی و اعضای هیأت علمی تمام وقت جغرافیایی، دانشگاه های علوم پزشکی خواهند بود و مسئولیت تشخیص و صحت تمام وقت جغرافیایی بودن پزشکان درمانی و اعضای هیأت علمی به عهده ریاست دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی مربوط می باشد.

ماده ۶ - نحوه اعلام اسامی پزشکان درمانی و اعضای هیأت علمی تمام وقت به شرح زیر است:

۱ - دانشگاه های علوم پزشکی پس از بررسی و احراز شرایط پزشکان بالینی تمام وقت جغرافیایی شامل پزشکان متخصص، دوره تکمیلی تخصصی (فلوشیپ) و فوق تخصص و همچنین افراد دارای مدرک دکترای تخصصی (PHD) پیراپزشکی (پاراکلینیک) و پارامدیکال و دکترای حرفه ای علوم آزمایشگاهی باید مشخصات ایشان را که شامل نام و نام خانوادگی، شماره نظام پزشکی، نوع تخصص، تصویر حکم حقوقی یا رابطه قرارداد پزشک با ذکر درجه علمی، ضبط پروانه مطب و گواهی ریاست دانشگاه مبنی بر تمام وقت بودن را رسماً یا از طریق سامانه های ماشینی (مکانیزه) به سازمان های بیمه گر پایه اعلام نمایند.

۲ - دانشگاه باید پزشکان درمانی و اعضای هیأت علمی تمام وقت جغرافیایی جدید را به محض احراز شرایط به سازمان های بیمه گر پایه معرفی نماید. همچنین دانشگاه های علوم پزشکی موظفاند به محض حذف شرایط تمام وقت

هر یک از اعضای هیأت علمی یا پزشکان درمانی تایید شده قبلی، مراتب روزانه به سازمان های بیمه گر پایه اطلاع دهند و اسناد از تاریخ صدور گواهی خروج از تمام وقتی بر اساس ضریب ریالی پزشکان غیر تمام وقت قابل پرداخت خواهد بود.

تبصره ۱ - برای پزشکان قراردادی که متقاضی فعالیت به صورت تمام وقت جغرافیایی می باشند، در صورت داشتن پروانه مطب ارایه گواهی مبنی بر ضبط یا تحویل پروانه به همراه سایر مستندات الزامی است.

تبصره ۲ - در خصوص تمام وقتی پزشکان سرباز که صرفاً در دانشگاه علوم پزشکی فعالیت می کنند، چنانچه موارد گفته شده در این ماده رعایت گردد، پرداخت تمام وقت جغرافیایی به پزشکان مذکور مجاز است.

ماده ۷ - در صورت احراز موارد مغایر با شرایط تعیین شده برای پزشکان درمانی و اعضای هیأت علمی تمام وقت جغرافیایی، اقدامات نظارتی زیر به ترتیب قابل انجام است:

۱ - شصت درصد (۶۰٪) جزء حرفه ای تمام وقتی جغرافیایی از زمان شروع تخلف و یا اسناد یک سال گذشته پزشک مربوط (در صورت عدم احراز زمان شروع تخلف)، غیرقابل پرداخت است. تمام کارانه وی نیز در طول این مدت از سوی مراکز درمانی دانشگاهی قابل پرداخت نیست.

۲ - در صورت عدم اخذ پروانه مطب معتبر از پزشک، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی درجه اعتباربخشی بیمارستان مقصد را به مدت یک سال یک درجه کاهش میدهد و پرداخت توسط سازمان های بیمه گر پایه و تکمیلی با تعرفه پایین تر، قابل محاسبه و اخذ می باشد.

۳ - در صورت فعالیت در مراکز جراحی محدود و مراکز تشخیصی درمانی سرپایی پروانه مسئول فنی مرکز مربوط توسط وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ابطال می گردد و سازمان های بیمه گر پایه و تکمیلی نسبت به تعلیق قرارداد با مرکز مربوط اقدام نمایند.

۴ - تذکر کتبی به بیمارستان مبدا و معرفی پزشک مربوط از سوی دانشگاه محل خدمت به هیأت تخلفات اداری کارکنان یا اعضای هیأت علمی یا لغو قرارداد حسب نوع رابطه استخدامی.

تبصره ۱ - سازمان های بیمه گر پایه موظفاند به طرق مختلف از جمله گزارش ناظرین بیمارستانی، بررسی اسناد پزشکی، بازرسین سازمان، ارتباط با سایر بیمه های پایه و تکمیلی و بررسی اسناد خسارت متفرقه نسبت به عدم اشتغال پزشکان موضوع این ماده در خارج از مراکز دانشگاهی اطمینان حاصل نمایند.

تبصره ۲ - از زمان ابلاغ این آیین نامه، دانشگاه های علوم پزشکی مکلفند در صورتی که دارای پزشک تمام وقت با پروانه مطب هستند، پروانه وی را ضبط و گواهی ضبط را ضمیمه اسناد تمام وقتی جغرافیایی نمایند.

ماده ۸ - برای کلیه خدمات بستری و سرپایی (درمانی، تشخیصی، پیراپزشکی (پاراکلینیکی) و توانبخشی) که توسط پزشکان درمانی و اعضای هیأت علمی تمام وقت جغرافیایی در بخش دولتی ارائه می شوند، جزء حرفه ای خدمات تحت پوشش سازمان های بیمه گر پایه با اعمال ضریب ریالی جزء حرفه ای پزشکان تمام وقت قابل محاسبه و پرداخت است. پرداخت تمام وقت جغرافیایی تنها به سهم سازمان های بیمه گر پایه و تکمیلی تعلق می گیرد و مبنای پرداخت بیمار برای کلیه خدمات، ارزش نسبی پایه هر خدمت (ضریب پزشکان غیرتمام وقت جغرافیایی) می باشد.

تبصره - در موارد شایع (گلوبال) در صورت تمام وقت بودن هر یک از پزشکان ارائه دهنده خدمات، صرفاً بابت حق العمل جراحی، بیهوشی و معاینه (ویزیت) اولیه نوزاد تازه متولد شده، ارزش نسبی با اعمال ضریب ریالی جزء حرفه ای پزشکان تمام وقت محاسبه و به سرجمع هزینه شایع (گلوبال) اضافه می گردد.

ماده ۹ - ضرایب مربوط به تعرفه های ترجیحی مناطق محروم از طرف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی اعلام و به جزء حرفه ای کلیه خدمات بستری بالای شش ساعت (درج اقامت (هتلینگ) در صورتحساب بیمار) ارائه شده توسط

پزشکان درمانی و اعضای هیأت علمی تمام وقت جغرافیایی و غیرتمام وقت تا حداکثر (۲) برابر ارزش نسبی مربوط (با احتساب سهم بیمه پایه) حسب درجه محرومیت منطقه اضافه می شود. به عبارت دیگر سهم سازمان های بیمه گر پایه برای پزشکان غیرتمام وقت جغرافیایی در ضریب محرومیت منطقه ضرب و بخش تعرفه ترجیحی مناطق محروم محاسبه می گردد.

تبصره ۱ - جزء فنی مشمول ضریب تعرفه ترجیحی نمی گردد.
 تبصره ۲ - ملاک محاسبه تعرفه ترجیحی مناطق محروم برای پزشکان تمام وقت جغرافیایی و غیرتمام وقت، ضریب ریالی پزشکان غیرتمام وقت می باشد.
 تبصره ۳ - تغییر در ضرایب تعرفه ترجیحی به پیشنهاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و تایید شورای عالی بیمه سلامت کشور و تصویب هیأت وزیران انجام می گردد.

تبصره ۴ - برای خدمات پیراپزشکی (پاراکلینیک) اسناد بستری، پرداخت ضریب تعرفه ترجیحی مناطق محروم، بر حسب درجه محرومیت منطقه به استثنای خدمات آزمایشگاه تشخیصی - طبی و رادیوگرافی قابل محاسبه و پرداخت خواهد بود.

ماده ۱۰ - مراکز دانشگاهی می توانند از کلیه افراد در صورت ارایه خدمات توسط پزشکان تمام وقت جغرافیایی با اعمال ضریب تمام وقتی، تعرفه مربوط را اخذ نمایند.

تبصره ۱ - خدمات خارج از پوشش بیمه و خدمات جراحی زیبایی ارایه شده توسط پزشکان تمام وقت جغرافیایی با اعمال ضریب تمام وقت جغرافیایی اعمال می گردد.

تبصره ۲ - در تخت های با خدمات رفاهی ویژه در بخش دولتی، بر اساس مصوبه هیأت وزیران سقف تعهد بیمه های تکمیلی حداکثر تا سقف تعرفه خصوصی می باشد و در هر صورت سقف پرداختی بیمه های تکمیلی نباید از سقف تعرفه مذکور بالاتر محاسبه و درخواست گردد.

ماده ۱۱ - خدمات دندانپزشکی مشمول این آیین نامه نمی باشد و مطابق مصوبه هیأت وزیران و دستورالعمل رسیدگی به اسناد خدمات دندانپزشکی محاسبه و پرداخت می گردد.

ماده ۱۲ - این آیین نامه برای کلیه سازمان های بیمه گر پایه و مراکز دانشگاهی لازم الاجرا می باشد.

تصویب نامه در خصوص محاسبه ضریب ریالی پزشکان و اعضای هیأت علمی
تمام وقت جغرافیایی جهت خدمات ارائه شده در بخش اورژانس مصوب
۱۴۰۰/۰۵/۲۴

شماره ابلاغ: ۵۵۷۲۳/ت/۵۹۰۷۳ هـ

تاریخ ابلاغ: ۱۴۰۰/۰۵/۳۱

هیأت وزیران در جلسه ۲۴ / ۵ / ۱۴۰۰ به پیشنهاد مشترک وزارتخانه های بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و تعاون، کار و رفاه اجتماعی و سازمان برنامه و بودجه کشور و تأیید شورای عالی بیمه سلامت کشور و به استناد بند (الف) ماده (۹) قانون احکام دائمی برنامه های توسعه کشور - مصوب سال ۱۳۹۵ - تصویب کرد:

به منظور کاهش تقاضای القایی خدمات در بخش اورژانس، کاهش ماندگاری بیماران و ارتقای تعیین تکلیف بیماران بستری زیر شش ساعت، مشروط به رعایت استانداردهای ابلاغی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و تعیین مصادیق در سطوح مختلف بهره مندی از درمان (تریاز) به استثنای سطح پنج بهره مندی از درمان (تریاز)، جزء حرفه ای خدمات ارائه شده در بخش اورژانس برای پزشکان و اعضای هیأت علمی تمام وقت جغرافیایی با ضریب ریالی تمام وقت بستری محاسبه می گردد.

تصویب نامه در خصوص پوشش بیمه های پایه برای خدمات نازایی و ناباروری
مصوب ۱۴۰۰/۰۵/۲۴

شماره ابلاغ : ۵۶۷۲۶/ت/۵۹۰۷۳هـ

شماره انتشار : ۲۲۲۶۵

تاریخ ابلاغ: ۱۴۰۰/۰۶/۰۲

تاریخ روزنامه رسمی : ۱۴۰۰/۰۶/۰۶

هیأت وزیران در جلسه ۲۴ / ۵ / ۱۴۰۰ به پیشنهاد مشترک وزارتخانه های بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و تعاون، کار و رفاه اجتماعی و سازمان برنامه و بودجه کشور و تأیید شورای عالی بیمه سلامت کشور و به استناد بند (الف) ماده (۹) قانون احکام دائمی برنامه های توسعه کشور - مصوب ۱۳۹۵ - تصویب کرد:

- ۱ - خدمات نازایی و ناباروری تحت پوشش بیمه های پایه قرار می گیرد.
- ۲ - وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است استانداردهای ارایه خدمات مذکور را تدوین و ابلاغ نماید.
- ۳ - دبیرخانه شورای عالی بیمه سلامت کشور مکلف است دستورالعمل خرید راهبردی خدمات موضوع این تصویب نامه را ابلاغ نماید.
- ۴ - بار مالی مورد نیاز برای اجرای این تصویب نامه از محل منابع مرتبط با ارایه خدمات نازایی و ناباروری در اختیار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تأمین و به سازمان های بیمه گر پایه انتقال یابد.

بخش پنجم

اساسنامه

اساسنامه صندوق تأمین اجتماعی
مصوب ۱۳۹۸/۰۴/۲۰ با اصلاحات بعدی

شماره ابلاغ: ۹۷۸۶۳/ت/۴۲۴۹۶هـ

شماره انتشار: ۱۹۰۵۰

تاریخ ابلاغ: ۱۳۸۹/۰۵/۰۳

تاریخ روزنامه رسمی: ۱۳۸۹/۰۵/۰۶

هیأت وزیران در جلسه مورخ ۲۰ /۴/ ۱۳۸۹ بنا به پیشنهاد وزارت رفاه و تأمین اجتماعی و تأیید شورای عالی رفاه و تأمین اجتماعی و به استناد ماده (۱۷) قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی - مصوب ۱۳۸۳ - اساسنامه صندوق تأمین اجتماعی را به شرح زیر تصویب نمود:

ماده ۱- سازمان تأمین اجتماعی موضوع ماده (۱) قانون تأمین اجتماعی - مصوب ۱۳۵۴- که به موجب تبصره (۲) ماده (۱۲) قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی به صندوق تأمین اجتماعی تغییر نام یافته است، از این پس بر اساس مفاد این اساسنامه و سایر قوانین و مقررات مربوط اداره می شود.

ماده ۲- هدف صندوق تأمین اجتماعی که در این اساسنامه به اختصار صندوق نامیده می شود، اجرا، تعمیم و گسترش انواع بیمه های اجتماعی و درمانی و استقرار نظام هماهنگ متناسب با اهداف نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی و تمرکز وجوه و درآمدهای موضوع قانون تأمین اجتماعی با به کارگیری اصول محاسبات بیمه ای در حوزه بیمه و رعایت اصول بنگاه داری و اقتصادی در حوزه سرمایه گذاری با بهره گیری از وجوه و ذخایر در اختیار صندوق می باشد.

ماده ۳- موضوع فعالیت صندوق در راستای تحقق اهداف بیمه ای مقرر در قوانین و مقررات مربوط از جمله قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی و قانون تأمین اجتماعی همچون بازنشستگی، بیکاری، حوادث و بیماری ها، غرامت دستمزد، مستمری از کارافتادگی و بازماندگان و همچنین خدمات درمانی و

تشکیل، اداره و نظارت بر بخش های بیمه های اجتماعی و درمانی و فعالیت های اقتصادی (شرکت های سرمایه گذاری تحت پوشش) مربوط می باشد.

ماده ۴- صندوق دارای شخصیت حقوقی و استقلال مالی می باشد و به صورت مؤسسه عمومی غیر دولتی زیر مجموعه وزارت رفاه و تأمین اجتماعی طبق مقررات این اساسنامه و سایر قوانین و مقررات مربوط اداره خواهد شد.

ماده ۵- مرکز اصلی صندوق در تهران است و می تواند در تهران و سایر مناطق کشور از طریق شعب و نمایندگی ها یا از طریق واگذاری برخی از امور به کارگزاری ها با رعایت تبصره (۱) ماده (۱۲) قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی نسبت به انجام وظایف قانونی خود اقدام نماید.

تبصره ۱- امکان جا بجایی مرکز اصلی صندوق در اختیار هیأت امنای می باشد.

تبصره ۲- صندوق مجاز است با رعایت قوانین و مقررات مربوط بر حسب ضرورت نسبت به تأسیس شعبه یا نمایندگی در خارج از کشور اقدام نماید.

ماده ۶- ارکان صندوق به شرح زیر است :

الف - هیأت امنای

ب - هیأت مدیره

پ - مدیر عامل

ت - هیأت نظارت

ماده ۷ - تعداد اعضای هیأت امنای صندوق بر اساس قانون اصلاح ماده (۱۱۳) قانون مدیریت خدمات کشوری و چگونگی تعیین مدیریت سازمان تأمین اجتماعی و صندوق های بازنشستگی و بیمه های درمانی - مصوب ۱۳۸۸- که از جمله مسؤولیت هیأت امنای صندوق را عهده دار است جمعاً نه نفر بوده و به صورت زیر تعیین می گردند:

الف - شش نفر با پیشنهاد وزیر رفاه و تأمین اجتماعی و تصویب شورای عالی رفاه و تأمین اجتماعی

- ب - سه نفر باقی مانده مطابق جزء (۲) بند (الف) ماده (۱۷) قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی
- تبصره ۱- اعضای هیأت امنا برای مدت چهار سال انتخاب می شوند و جایگزینی پیش از موعد و تجدید انتخاب آنها بلامانع است و حکم انتصاب رئیس و اعضای هیأت امنا توسط وزیر رفاه و تأمین اجتماعی صادر می شود.
- تبصره ۲- چنانچه هر یک از اعضای هیأت امنا بر کنار ، فوت یا استعفا نماید یا بیش از سه جلسه متوالی با تشخیص رئیس هیأت امنا بدون عذر موجه غیبت کند، جانشین او برای بقیه مدت مقرر به نحو مذکور در این ماده انتخاب خواهد شد.
- تبصره ۳- جلسات هیأت امنا حداقل با حضور شش نفر از اعضا رسمیت یافته و تصمیمات آن با رأی موافق حداقل پنج عضو حاضر قطعیت خواهد یافت.
- تبصره ۴- در صورتی که یکی از اعضای هیأت امنا شخص وزیر رفاه و تأمین اجتماعی باشد، ریاست هیأت امنا به عهده وی خواهد بود.
- ماده ۸ - وظایف و اختیارات هیأت امنا به شرح زیر می باشد:
- الف - تصویب خط مشی و راهبردهای کلان صندوق
- ب - تصویب برنامه و بودجه، صورت های مالی و عملکرد سالانه صندوق
- پ - نصب و عزل اعضای هیأت مدیره و هیأت نظارت
- تبصره - نصب و عزل مدیر عامل صندوق با پیشنهاد هیأت امنا و تأیید و حکم وزیر رفاه و تأمین اجتماعی انجام می پذیرد.
- ت - تعیین حقوق و مزایا و پاداش اعضای هیأت مدیره، مدیر عامل و حق الزحمه هیأت نظارت در حدودی که شورای حقوق و دستمزد (با رعایت ماده ۷۴ قانون مدیریت خدمات کشوری) تعیین می نماید.
- ث - تصویب آیین نامه های مالی، معاملاتی، اداری ، استخدامی و سایر آیین نامه های مورد نیاز صندوق

ج - تصویب شاخص های عملکرد بر اساس اهداف و راهبردهایی که توسط هیأت مدیره تدوین و پیشنهاد می گردد.

چ - بررسی و تصویب تشکیلات کلان صندوق به پیشنهاد هیأت مدیره

ح - پیشنهاد اصلاح اساسنامه به وزارت رفاه و تأمین اجتماعی جهت بررسی و در صورت تأیید، ارسال آن جهت تصویب نهایی در هیأت وزیران.

خ - بررسی و اتخاذ تصمیم درخصوص سایر مواردی که بنا به پیشنهاد هیأت مدیره صندوق در هیأت امنای مطرح می شود.

د - پیشنهاد تغییر یا اصلاح قوانین و مقررات بازنشستگی (از جمله نرخ حق بیمه و سن بازنشستگی) بر اساس شاخص های جمعیتی امید به زندگی و محاسبات بیمه ای جهت تصویب در هیأت وزیران و سیر مراحل قانونی.

تبصره ۱- نحوه تشکیل و اداره جلسات هیأت امنای به موجب آیین نامه ای خواهد بود که پس از تشکیل اولین جلسه به تصویب هیأت امنای می رسد.

تبصره ۲- مدیر عامل و اعضای هیأت مدیره با دعوت هیأت امنای بدون حق رأی در جلسات هیأت امنای شرکت می کنند.

تبصره ۳- هیأت امنای برای بررسی و اظهار نظر درخصوص مسائل صندوق می تواند کارگروه های تخصصی داشته باشد. ترتیب تشکیل جلسات کارگروه های تخصصی طبق آیین نامه ای خواهد بود که ظرف سه ماه پس از تشکیل اولین جلسه به تصویب هیأت امنای می رسد.

ماده ۹- (اصلاحی ۱۳۹۱/۰۳/۰۷) اعضای هیأت مدیره صندوق مطابق بند (ب) و تبصره (۱) ماده (۱۷) قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی متشکل از پنج یا هفت نفر دارای تخصص و تجارب مختلف مورد نیاز می باشد که از سوی

- هیأت امنای برای مدت چهار سال انتخاب خواهند شد و انتخاب مجدد آنها بلامانع می باشد.^۱
- تبصره ۱- صدور احکام اعضای هیأت مدیره به عهده وزیر رفاه و تأمین اجتماعی است.
- تبصره ۲- هیأت مدیره در اولین جلسه از بین اعضای خود یک نفر را به عنوان رئیس، یک نفر نایب رئیس و یک نفر منشی انتخاب می نماید.
- ماده ۱۰- وظایف رئیس هیأت مدیره به شرح زیر است:
- الف - دعوت از اعضای هیأت مدیره جهت تشکیل جلسات
- ب - اداره جلسات هیأت مدیره
- پ - انعکاس پیشنهادهای هیأت مدیره به هیأت امنای و ابلاغ مصوبات هیأت امنای و هیأت مدیره به مدیر عامل.
- تبصره - در غیاب رئیس هیأت مدیره، تمامی وظایف را نایب رئیس برعهده دارد.
- ت - مکاتبه لازم با دستگاه ها و مراجع ذی صلاح.
- ماده ۱۱- مدت عضویت اعضای هیأت مدیره چهار سال است. تجدید انتخاب یا جایگزینی قبل از موعد آنان به ترتیب مقرر در این اساسنامه خواهد بود.
- تبصره ۱- تا زمان انتخاب اعضای هیأت مدیره جدید، هیأت مدیره قبلی در سمت خود انجام وظیفه خواهند نمود.
- تبصره ۲- در صورت استعفا، عزل یا فوت هر یک از اعضای هیأت مدیره، هیأت امنای به ترتیب مقرر در این اساسنامه، ظرف یک ماه جانشین وی را تعیین می نماید.
- ماده ۱۲ - وظایف و اختیارات هیأت مدیره به شرح زیر است:
- الف - بررسی و تدوین خط مشی، راهبردهای کلان و برنامه های اجرایی لازم برای دستیابی به اهداف صندوق جهت آرایه به هیأت امنای

۱ . به موجب مصوبه «اصلاح ماده (۹) اساسنامه صندوق تأمین اجتماعی» مصوب ۱۳۹۱/۰۳/۰۷ هیات وزیران، ابلاغی به شماره ۵۵۸۹۳/ت۴۲۴۹۶هـ مورخ ۱۳۹۱/۰۳/۲۳ اصلاح شده است.

- ب - تدوین برنامه عملیاتی با رعایت اصول بهره‌وری جهت تحصیل اهداف راهبردی و خط مشی به صورت سالانه و پنج ساله
- پ - بررسی و تدوین بودجه، صورت‌های مالی و عملکرد سالانه صندوق جهت ارائه به هیأت امناء
- ت - بررسی و تدوین آیین‌نامه‌های مالی، معاملاتی، اداری و استخدامی و سایر آیین‌نامه‌ها و ضوابط مورد نیاز و ارائه آنها به هیأت امناء
- ث - بررسی و تدوین ساختار و تشکیلات کلان صندوق و ارائه آن به هیأت امناء و تصویب تشکیلات تفصیلی صندوق براساس اصول و معیارهای ابلاغی هیأت امناء
- ج - بررسی و تأیید نحوه استفاده و بهره‌برداری از وجوه و ذخایر صندوق و پیشنهاد آن به هیأت امناء
- چ - تعیین اعضای هیأت مدیره شرکت‌ها و مؤسسات تابع بدون واسطه و هلدینگ‌های زیرمجموعه جهت صدور حکم توسط مدیر عامل پس از تأیید وزیر رفاه و تأمین اجتماعی
- ح - نظارت بر عملکرد شرکت‌ها و مؤسسات تابع صندوق و ارائه گزارش به هیأت امناء
- خ - انجام سایر امور لازم برای صندوق در چارچوب این اساسنامه و قوانین و مقررات مربوط
- د - پیشنهاد ضوابط مربوط به قرارداد‌های بیمه‌های تکمیلی و سایر قرارداد‌های توافقی به هیأت امناء
- ذ - انتخاب نمایندگان صندوق جهت حضور در جلسات مجامع مؤسسات و شرکت‌هایی که تمام یا قسمتی از سهام آنها متعلق به صندوق می‌باشد.
- ر - تفریغ بودجه سال قبل تا پایان خرداد هر سال و ارائه آن به همراه ارزیابی عملکرد صندوق به هیأت امناء

- تبصره - هیأت مدیره می تواند در صورت لزوم بخشی از اختیارات خود را به مدیر عامل تفویض نماید. این واگذاری رافع مسؤلیت هیأت مدیره نخواهد بود.
- ماده ۱۳ - جلسات هیأت مدیره با حضور حداقل چهار نفر از اعضا رسمیت یافته و تصمیمات آنان با رأی موافق حداقل سه نفر از اعضای حاضر معتبر خواهد بود.
- تبصره - نحوه تشکیل و اداره جلسات هیأت مدیره به موجب آیین نامه ای خواهد بود که به تصویب هیأت مدیره می رسد.
- ماده ۱۴ - نصب و عزل مدیر عامل با پیشنهاد هیأت امناء و تأیید و حکم وزیر رفاه و تأمین اجتماعی برای مدت چهار سال صورت می گیرد.
- تبصره - در صورت ضرورت، وزیر رفاه و تأمین اجتماعی می تواند برای حداکثر شش ماه به منظور انجام مسؤلیت های مدیر عامل صندوق، سرپرست تعیین و منصوب نماید.
- ماده ۱۵ - وظایف و اختیارات مدیر عامل به شرح زیر است:
- الف - اداره امور جاری صندوق در چارچوب قوانین و مقررات، خطی مشی ها، برنامه ها و دستورالعمل های مصوب هیأت امناء و هیأت مدیره.
- ب - تهیه و تنظیم برنامه و بودجه، گزارش ها و صورت های مالی و عملکرد صندوق جهت ارائه به هیأت مدیره.
- پ - استقرار و عملیاتی نمودن ساختار و تشکیلات مصوب.
- ت - نظارت بر عملکرد شرکت ها و مؤسسات تابع صندوق و ارائه گزارش به هیأت مدیره.
- ث - پاسخگویی به هیأت مدیره در خصوص مأموریت های محول شده.
- ج - صدور احکام نصب و عزل اعضای هیأت مدیره شرکت ها و مؤسسات تحت پوشش پس از تصویب هیأت مدیره صندوق.
- چ - صدور احکام نصب و عزل مدیر عامل شرکت ها و مؤسسات تحت پوشش بی واسطه پس از پیشنهاد هیأت مدیره آن شرکت ها و تصویب هیأت مدیره صندوق.

- ح - نصب و عزل معاون مدیر عامل و مدیران استانی.
- تبصره ۱- نصب و عزل مذکور در این ماده پس از تأیید وزیر رفاه و تأمین اجتماعی امکان پذیراست.
- تبصره ۲- مدیر عامل در مقابل اشخاص حقیقی و حقوقی در مراجع قانونی، نماینده صندوق می باشد و می تواند این اختیار را شخصاً یا به وسیله نمایندگان یا وکلایی که تعیین می کند، اعمال نماید. این تفویض، رافع مسؤولیت های قانونی وی نخواهد بود.
- تبصره ۳- مکاتبات، قراردادهای و اسناد تعهد آور صندوق در چارچوب ضوابط، مقررات و آیین نامه های مربوط با امضای مدیر عامل و با مهر صندوق معتبر خواهد بود.
- تبصره ۴- مدیر عامل می تواند با مسؤولیت خود، قسمتی از وظایف و اختیاراتش را به مدیران اجرایی صندوق تفویض نماید.
- تبصره ۵- چک های صادرشده با امضای مدیر عامل و مدیر مالی و مهر صندوق معتبر خواهد بود.
- ماده ۱۶- اعضای هیأت نظارت مرکب از سه نفر دارای تخصص ها و تجارب مختلف مورد نیاز می باشد که از سوی هیأت امنای برای مدت چهارسال انتخاب خواهند شد و انتخاب مجدد آنها بلامانع می باشد.
- تبصره ۱- هیأت نظارت حق هیچگونه دخالتی در امور اجرایی صندوق نخواهد داشت و در اجرای وظایف خود جهت دریافت اطلاعات مورد نیاز و رسیدگی به دفاتر و مدارک باید از طریق مدیر عامل اقدام نماید.
- تبصره ۲- مدیر عامل موظف است هر گونه مدارک یا توضیحاتی را که مورد درخواست کتبی هیأت نظارت باشد، در مهلت های قانونی یا تعیین شده در اختیار آنان قرار دهد.

تبصره ۳- اداره امور داخلی هیأت نظارت و طرز تشکیل جلسات آن و نحوه انجام رسیدگی طبق آیین نامه ای خواهد بود که توسط هیأت یاد شده تدوین و تصویب خواهد شد.

تبصره ۴- انتخاب رئیس هیأت نظارت از بین اعضای هیأت نظارت، به عهده رئیس هیأت امنای صندوق می باشد.

تبصره ۵- صدور احکام اعضا و رئیس هیأت نظارت به عهده وزیر رفاه و تأمین اجتماعی می باشد.

تبصره ۶- وظایف بازرس قانونی به عهده سازمان حسابرسی می باشد که گزارش خود را به هیأت نظارت جهت بررسی و اظهار نظر ارایه خواهد نمود.

ماده ۱۷- وظایف و اختیارات هیأت نظارت به شرح زیر است:

الف - نظارت بر حسن اجرای مفاد اساسنامه و تطبیق عملیات صندوق با مقررات قانونی

ب - اظهار نظر در خصوص ترازنامه و عملکرد تنظیمی قبل از طرح در هیأت امنای

پ - اظهار نظر در خصوص گزارش بازرس قانونی و ارایه به هیأت امنای

ت - انجام سایر وظایفی که به موجب این اساسنامه یا قوانین و مقررات در صلاحیت هیأت نظارت می باشد.

تبصره - چنانچه هیأت نظارت در اداره امور صندوق عملی خلاف قوانین و مقررات یا مغایر مفاد این اساسنامه مشاهده نماید، مراتب را به هیأت مدیره اعلام و هیأت مدیره ظرف پانزده روز پاسخ مکتوب را اعلام می کند و هیأت نظارت پس از بررسی، گزارش نهایی را به اطلاع هیأت امنای خواهد رساند.

ماده ۱۸- سال مالی صندوق از اول فروردین هر سال آغاز و در پایان اسفند همان سال خاتمه می یابد.

تبصره - متناسب با سال مالی مذکور جهت تهیه تراز تلفیقی، سال مالی مؤسسات و شرکت های متعلق وابسته اصلاح می گردد.

- ماده ۱۹- دارایی‌ها و درآمدهای صندوق به شرح زیر است:
- الف - وجوه و دارایی‌های موجود و منافع حاصل از سرمایه‌گذاری‌های صندوق
- ب - حق بیمه‌های دریافتی و دریافتنی شامل سهم بیمه‌شدگان، کارفرمایان و دولت
- پ - وجوه حاصل از خسارات، جرایم و جزایهای نقدی موضوع قوانین و مقررات مربوط یا احکام قطعی دادگاه‌ها
- ت - هدایا و کمک‌های اشخاص حقیقی و حقوقی اعم از داخل یا خارج کشور
- ث - بدهی‌ها، کمک‌ها و تعهدات قانونی دولت به صندوق
- ج - سایر منابعی که بر اساس ماده (۷) قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی یا قوانین و مقررات مربوط قابل جذب توسط صندوق باشد.
- چ - ما به التفاوت سهم درمان مشمولان قانون تأمین اجتماعی موضوع تبصره (۱) ماده (۹) قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور - مصوب ۱۳۷۳-
- ماده ۲۰- هیأت مدیره مکلف است تا پایان آذر هر سال بودجه پیشنهادی صندوق را برای سال بعد تنظیم و به هیأت امنای ارائه نماید. هیأت امنای موظف است تا پایان بهمن همان سال، بودجه سال بعد را تصویب و به هیأت مدیره ابلاغ نماید.
- ماده ۲۱- ترازنامه سالانه و گزارش مالی صندوق باید تا پایان تیر جهت ارائه به مراجع قانونی ذی ربط تهیه و تسلیم گردد. گزارش مالی سالانه صندوق مشتمل بر صورت‌های مالی تلفیقی حسابرسی شده به همراه گزارش هیأت مدیره در مورد فعالیت و وضعیت عمومی صندوق در سال مورد گزارش باید تا پایان آبان به هیأت نظارت و هیأت امنای ارسال گردد.
- تبصره ۱- صورت‌های مالی تلفیقی سالیانه صندوق باید با رعایت استانداردهای حسابداری که توسط مرجع ذیصلاح قانونی تدوین شده یا می‌شود، تهیه و ارائه گردد.

تبصره ۲- تصویب صورت های مالی صندوق توسط هیأت امنای به منزله مفاسد حساب مدیر عامل و اعضای هیأت مدیره برای عملکرد سال مورد نظر می باشد.

تبصره ۳- هیأت نظارت مکلف است نسخه ای از نظرات خود در مورد ترازنامه سالانه و گزارش های مالی و صورت دارایی ها و بدهی ها را ظرف پانزده روز از تاریخ دریافت آن به هیأت مدیره تسلیم نماید.

تبصره ۴ - هیأت مدیره موظف است ظرف پانزده روز از تاریخ وصول نظرات هیأت نظارت، آن را بررسی و توجیهات خود را به هیأت امنای تقدیم کند.

ماده ۲۲- هیأت امنای صندوق موظف است ظرف یک ماه از تاریخ وصول گزارش عملکرد سالانه و صورت های مالی و تلفیقی، تصمیم مقتضی اتخاذ نماید.

ماده ۲۳ - هیأت مدیره مکلف است در مقاطع زمانی مناسب (هر سه سال حداقل یک بار) گزارش محاسبات فنی (بیمه ای) صندوق را که توسط کارشناسان واجد صلاحیت حرفه ای تهیه گردیده است به همراه گزارش مالی تلفیقی به هیأت امنای ارائه نماید.

ماده ۲۴ - آیین نامه های مالی، معاملاتی، اداری و استخدامی به همراه آیین نامه های نحوه تشکیل و اداره جلسات هیأت مدیره و هیأت نظارت و سایر آیین نامه های مورد نیاز صندوق باید ظرف شش ماه پس از ابلاغ این اساسنامه توسط هیأت مدیره صندوق تدوین و به تصویب هیأت امنای برسد.

تبصره - تا زمانی که آیین نامه های مذکور به تصویب نرسیده اند، آیین نامه های موجود به قوت خود باقی می باشد.

ماده ۲۵ - اعضای هیأت امنای، هیأت مدیره، هیأت نظارت و مدیر عامل و اعضای درجه یک خانواده آنان نمی توانند در معاملاتی که با صندوق یا به حساب صندوق انجام می پذیرد، به طور مستقیم یا غیر مستقیم سهام یا شریک باشند.

تبصره ۱- اعضای هیأت امنای، هیأت نظارت، هیأت مدیره و مدیر عامل در صورت فعالیت در رشته های پزشکی با مجوز هیأت امنای در خصوص عقد قرارداد درمانی

خارج از وقت اداری جهت ارائه خدمات به بیمه شدگان تحت پوشش صندوق
مشمول حکم این ماده نمی باشند.

تبصره ۲ - پرداخت حق بیمه توسط اشخاص حقیقی و حقوقی به صندوق معامله
محسوب نمی شود.

اساسنامه سازمان بیمه سلامت ایران
مصوب ۱۳۹۰/۱۱/۰۹ با اصلاحات بعدی

شماره ابلاغ: ۱۰۲۸۲۸/ت/۴۷۶۴۴هـ

شماره انتشار: ۱۹۸۸۵

تاریخ ابلاغ: ۲۲/۰۵/۱۳۹۱

تاریخ روزنامه رسمی: ۲۲/۰۳/۱۳۹۲

هیئت وزیران در جلسه مورخ ۱۳۹۰/۱۱/۰۹ بنا به پیشنهاد معاونت برنامه ریزی و نظارت راهبردی رییس جمهور و به استناد بند (ب) ماده (۳۸) قانون برنامه پنجساله پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران - مصوب سال ۱۳۸۹ - «اساسنامه سازمان بیمه سلامت ایران» را به شرح زیر تصویب نمود:

فصل اول - تعاریف و مفاهیم

ماده ۱ - در این اساسنامه اصطلاحات زیر در معانی مشروح مربوط به کار می روند:

الف - حق بیمه: مبلغی است که بر مبنای خدمات مورد تعهد به مشمولین بیمه سلامت برای هر خانوار در یک ماه تعیین می گردد.

ب - پرونده الکترونیک سلامت: پرونده الکترونیک سلامت مبتنی بر شناسه (کد) ملی که برای هر ایرانی ایجاد می شود و همه اطلاعات مربوط به سلامت وی، قبل از تولد تا پس از مرگ، در آن ثبت می شود و با استفاده از رمز عبور و الزامات امنیتی لازم و حفظ حریم خصوصی، امکان دسترسی به این اطلاعات توسط وی یا پزشک معالج او در سراسر کشور به وجود می آید.

ج - کارگزار: نمایندگی شرکت و یا سازمان بیمه که مجوز قانونی داشته و برای قراردادهای بیمه ای، بازاریابی، مذاکره و قرارداد منعقد نموده و خدمات بیمه گذاری را برای بیمه گر انجام می دهد.

د - نظام ارایه خدمات سلامت: نظام ارایه تمام خدمات پیشگیری، درمانی و توانبخشی است که در سه سطح به شرح زیر ارایه می شود:

۱ - سطح اول (خدمات پایه سلامت): شامل ارتقای سلامت، پیشگیری، درمانهای اولیه، تأمین دارو و دیگر اقلام پزشکی، خدمات پاراکلینیک، تدبیر فوریته‌ها، ثبت اطلاعات در پرونده سلامت، ارجاع و پیگیری بیمار می باشد. نخستین تماس فرد با نظام سلامت از طریق پزشک خانواده یا گروه سلامت (به‌عنوان مسئول سطح اول) صورت می گیرد.

۲ - سطح دوم: شامل خدمات تخصصی و توانبخشی سرپایی یا بستری، تأمین دارو و دیگر اقلام پزشکی و خدمات پاراکلینیک مورد نیاز می باشد. اطلاعات مربوط به این سطح توسط ارائه کنندگان خدمات در اختیار مسئول سطح اول قرار می گیرد.

۳ - سطح سوم: شامل خدمات فوق تخصصی و توانبخشی سرپایی یا بستری دارای اولویت، تأمین دارو و دیگر اقلام پزشکی و خدمات پاراکلینیک می باشد. بازخورد خدمات این سطح در اختیار سطح ارجاع کننده قرار می گیرد.

ه - بیمه سلامت: شامل تأمین کلیه خدمات سطوح سه گانه مندرج در بند «د» در چارچوب مقررات بیمه پایه و بیمه مکمل می باشد. شرکتهای بیمه تجاری و غیرتجاری فقط با رعایت قوانین و مقررات مربوط و مصوبات شورای عالی مجاز به ارائه خدمات بیمه سلامت (پایه و مکمل) می باشند.

و - بیمه پایه سلامت: تأمین بخشی از خدمات سطوح سه گانه مندرج در نظام ارائه خدمات سلامت است که دامنه شمول آن بر اساس بند (ز) ماده (۳۸) قانون^۱ تعیین می شود.

ز - بیمه تکمیلی: آن دسته از خدمات بیمه سلامت که خارج از تعهدات بسته بیمه پایه سلامت بوده و با انعقاد قراردادهای انفرادی یا گروهی بین بیمه شده و بیمه گر و پرداخت حق بیمه توسط بیمه شده انجام می پذیرد و دولت در قبال آن تعهد مالی ندارد، اما موظف به پشتیبانی حقوقی و قانونی لازم می باشد.

۱ . در حال حاضر بند (ج) ماده ۷۴ قانون برنامه پنجساله ششم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران (۱۴۰۰ - ۱۳۹۶) مصوب ۱۳۹۵/۱۲/۱۴

ح - نظام ارجاع: فرایندهایی که نحوه ارتباط فرد با نظام سلامت و استفاده وی از سطوح سه گانه خدمات این نظام را تعیین می کند. اطلاعات مربوط به استفاده فرد از خدمات نظام سلامت در پرونده سلامت شخص نزد پزشک خانواده یا گروه سلامت ثبت می شود.

ط - پزشک خانواده: فردی با حداقل مدرک دکترای پزشکی عمومی و دارای مجوز معتبر کار پزشکی که علاوه بر ارائه خدمات سطح اول (خدمات پایه سلامت)، مسئولیت تداوم خدمات و اداره گروه سلامت را بر عهده دارد.

ی - گروه سلامت: گروهی از صاحبان دانش و مهارت در حوزه خدمات بهداشتی، درمانی و توانبخشی که با مسئولیت پزشک خانواده بسته خدمات پایه سلامت را در اختیار افراد قرار می دهند.

ک - قانون: قانون برنامه پنجساله پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران

ل - سازمان: سازمان بیمه سلامت ایران

م - شورای عالی: شورای عالی بیمه سلامت کشور

ن - معاونت: معاونت برنامه ریزی و نظارت راهبردی رییس جمهور^۱

ماده ۲ - سازمان از ادغام بخش های بیمه درمانی کلیه صندوق های موضوع ماده (۵) قانون مدیریت خدمات کشوری و ماده (۵) قانون محاسبات عمومی کشور در سازمان (صندوق) بیمه خدمات درمانی، تأسیس و بر اساس مفاد این اساسنامه، قانون، قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی و سایر قوانین مربوط اداره می شود و کلیه امور، وظایف و فعالیتهای مربوط به بیمه سلامت در این سازمان متمرکز می گردد.

تبصره - خدمات بیمه پایه سلامت صندوق های مستثنی شده در ماده (۳۸) قانون حسب توافق و تصویب شورای عالی در مقابل پرداخت حق بیمه معادل بندهای (۱) و (۲) بند (د) ماده (۳۸) قانون^۱ به این سازمان واگذار می شود.

^۱ . سازمان برنامه و بودجه

ماده ۳ - سازمان دارای شخصیت حقوقی و استقلال مالی و اداری است و به صورت شرکت دولتی اداره می شود و مدت فعالیت آن نامحدود است.

ماده ۴ - مرکز اصلی صندوق در تهران است و می تواند در تهران و سایر مناطق کشور از طریق شعب و نمایندگی ها یا از طریق واگذاری برخی از امور به کارگزاری ها با رعایت تبصره (۱) ماده (۱۲) قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی نسبت به انجام وظایف قانونی خود اقدام نماید.

تبصره ۱ - امکان جابجایی مرکز اصلی صندوق در اختیار مجمع عمومی^۲ می باشد.

تبصره ۲ - صندوق مجاز است با رعایت قوانین و مقررات مربوط برحسب ضرورت نسبت به تأسیس شعبه یا نمایندگی در خارج از کشور اقدام نماید.

ماده ۵ - سرمایه اولیه سازمان مبلغ دو میلیارد ریال است که به دوپست هزار سهم ده هزار ریالی تقسیم می شود و تمامی آن پرداخت شده و متعلق به دولت است.

تبصره ۱ - داراییها، تعهدات، اموال منقول و غیرمنقول، منابع انسانی، مالی و اعتباری، امکانات، ساختمان ها و تجهیزات مربوط به بخشهای بیمه درمان کلیه صندوقها با رعایت تبصره های (۲) و (۴) بند (ب) ماده (۳۸) قانون به سازمان منتقل می گردد.

تبصره ۲ - دارایی ها، اموال منقول و غیرمنقول کلیه صندوقهای موضوع ماده (۲) این اساسنامه، حداکثر تا یک سال پس از ابلاغ اساسنامه، ارزیابی و به سرمایه سازمان اضافه می شود.

فصل دوم - وظایف و اختیارات

^۱ . در حال حاضر بند (ب) ماده ۷۰ قانون برنامه پنجساله ششم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران (۱۴۰۰ - ۱۳۹۶) مصوب ۱۳۹۵/۱۲/۱۴

^۲ . به موجب بند ۱ مصوبه « اصلاح اساسنامه سازمان بیمه سلامت ایران» مصوب ۱۳۹۶/۰۲/۱۳ هیات وزیران اصلاح که به شماره ۴۰۵۵۹/ت/۴۰۵۵۹-۵۴۲۲۰ مورخ ۱۳۹۶/۰۴/۱۱ ابلاغ گردید، در کلیه مواد اساسنامه، عبارت «هیأت امنا» به عبارت «مجمع عمومی» اصلاح گردید.

- ماده ۶ - موضوع فعالیت سازمان اتخاذ تمهیدات و تأمین امکانات و اجرای بیمه همگانی پایه سلامت برای کلیه اتباع ایرانی بر اساس قوانین و مقررات می باشد.
- ماده ۷ - وظایف و اختیارات سازمان به شرح زیر می باشد:
- الف - (اصلاحی ۱۳/۰۲/۱۳۹۶) عقد قرارداد ارایه خدمات بیمه پایه سلامت و دریافت حق بیمه از مشمولان بر اساس بند (ب) ماده (۷۰) قانون برنامه پنجساله ششم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران (۱۴۰۰ - ۱۳۹۶).^۱
- ب - پرداخت به اشخاص حقیقی و حقوقی ذینفع براساس سرانه ها و هزینه های ارایه خدمات و مراقبتهای بسته خدمات بیمه پایه سلامت بیمه شدگان تحت پوشش، در چارچوب قوانین و مقررات مربوط.
- ج - خرید راهبردی خدمات سلامت با رعایت برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع، سطح بندی خدمات و بر اساس سیاستهای مصوب.
- د - حفظ حقوق بیمه شدگان و ایجاد رقابت و کارایی در ارایه خدمات بیمه از طریق نظارت بر کمیت و کیفیت ارایه خدمات و مراقبتهای بسته بیمه پایه سلامت به طور مستقیم و یا از طریق مؤسسه های ذی صلاح در چارچوب مفاد قراردادهای منعقد و انعقاد و یا فسخ قرارداد بر اساس ارزیابیهای انجام شده در چارچوب قوانین و مقررات مربوط.
- ه - بررسی، مطالعه و تحقیق کاربردی در زمینه امور بیمه سلامت.

۱. این بند به موجب بند ۲ مصوبه « اصلاح اساسنامه سازمان بیمه سلامت ایران » مصوب ۱۳/۰۲/۱۳۹۶ هیات وزیران اصلاح و به شماره ۴۰۵۵۹/ت/۵۴۲۲۰ هـ مورخ ۱۳۹۶/۰۴/۱۱ ابلاغ گردید. متن سابق بند به شرح زیر می باشد:

الف - عقد قرارداد ارائه خدمات بیمه پایه سلامت و دریافت حق بیمه از مشمولان براساس بند (د) ماده

و - همکاری در ساماندهی ارایه خدمات بیمه سلامت به صورت یکپارچه و مبتنی بر فناوری اطلاعات در تعامل با سامانه «پرونده الکترونیک سلامت» با نهادهای قانونی مربوط.

ز - اعمال استانداردها، پروتکل‌ها و راهنماهای بالینی مصوب در قراردادهای منعقدۀ با واحدهای ارایه خدمات و مراقبتهای سلامت.

ح - عقد قرارداد با کارگزاران به منظور برون سپاری امور تصدی‌گری.

ط - انجام اقدامات قانونی لازم برای وصول حق بیمه پایه سلامت.

ی - نظارت بر ارایه خدمات بیمه تکمیلی سلامت و دریافت حق بیمه تکمیلی.

ک - برنامه ریزی و نظارت به منظور برقراری تراز منابع و مصارف سازمان با رعایت قوانین و مقررات مربوط.

ل - تعیین ضوابط مربوط به انعقاد و فسخ قرارداد با اشخاص حقیقی و حقوقی و بیمه شدگان با رعایت قوانین و مقررات برای پیشنهاد به مجمع عمومی.

م - تعیین ضوابط مربوط به تنظیم و بررسی اسناد و مدارک پزشکان، گروهها و مؤسسات پزشکی طرف قرارداد برای پیشنهاد به مجمع عمومی.

ن - احراز صلاحیت مراکز تشخیصی و درمانی به منظور عقد قرارداد در چارچوب قوانین و مقررات مربوط.

س - اقامه دعوی در مراجع قانونی.

ع - سایر وظایفی که با رعایت قوانین و مقررات مربوط از طرف شورای عالی تعیین می‌شود.

فصل سوم - ارکان

ماده ۸ - سازمان دارای ارکان زیر است:

الف - مجمع عمومی

ب - هیئت مدیره

ج - مدیرعامل

د - هیئت نظارت

الف- مجمع عمومی

ماده ۹ - (اصلاحی ۱۳۹۶/۰۲/۱۳) مجمع عمومی مرکب از اعضای زیر است:

الف - وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (رییس مجمع)

ب - وزیر امور اقتصادی و دارایی

ج - وزیر تعاون، کار و رفاه اجتماعی

د - رئیس سازمان بودجه و کشور

ه - رئیس سازمان اداری و استخدامی کشور^۱

ماده ۱۰ - وظایف و اختیارات مجمع عمومی عبارتست از:

الف - تصویب خط مشی و سیاست‌های اجرایی و برنامه عملیاتی سازمان.

ب - تصویب بودجه، ترازنامه، حساب سود و زیان و صورتهای مالی سالانه سازمان.

ج - انتخاب اعضاء و عزل و موافقت با استعفای اعضای هیئت مدیره و هیئت نظارت و تعیین حقوق و مزایای آنها با رعایت قوانین مربوط.

د - تصویب آیین نامه اداری و استخدامی، مالی و معاملاتی سازمان با رعایت قوانین و مقررات.

ه - رسیدگی و اظهار نظر نسبت به گزارش عملکرد سازمان.

و - اتخاذ تصمیم در خصوص افزایش سرمایه سازمان و ارایه به مراجع قانونی برای تصویب.

ز - تصویب ضوابط مربوط به انعقاد و فسخ قرارداد با اشخاص حقیقی و حقوقی با پیشنهاد هیئت مدیره .

۱. این ماده به موجب بند ۳ مصوبه « اصلاح اساسنامه سازمان بیمه سلامت ایران » مصوب ۱۳۹۶/۰۲/۱۳ هیات وزیران اصلاح و به شماره ۴۰۵۵۹/ت/۵۴۲۲۰هـ مورخ ۱۳۹۶/۰۴/۱۱ ابلاغ گردید. متن سابق ماده به شرح زیر می‌باشد:

ماده ۹- ترکیب هیئت امنای مطابق ماده واحده قانون اصلاح ماده (۱۱۳) قانون مدیریت خدمات کشوری و چگونگی تعیین مدیریت سازمان تأمین اجتماعی و صندوق های بازنشستگی و بیمه های درمانی - مصوب ۱۳۸۸ - تعیین می شود.

ح - ارایه پیشنهاد اصلاح اساسنامه به مراجع ذی ربط.
ط - سایر مواردی که به موجب قوانین و مقررات در صلاحیت مجمع عمومی است.

ب - هیئت مدیره

ماده ۱۱- (اصلاحی ۱۳/۰۲/۱۳۹۶) اعضای هیئت مدیره متشکل از سه تا پنج نفر می باشد که با پیشنهاد وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی پس از تأیید مجمع عمومی با ابلاغ رییس مجمع عمومی منصوب خواهند شد.^۱
تبصره - جلسات هیئت مدیره با حضور حداقل سه نفر رسمیت می یابد و تصمیمات آن با رعایت قوانین و مقررات مربوط با اکثریت آرا حاضرین معتبر و قابل اجرا است.

ماده ۱۲ - وظایف و اختیارات هیئت مدیره به شرح زیر می باشد:

الف - پیشنهاد سیاستها، خط مشی و برنامه های اجرایی سازمان جهت تصویب در مجمع عمومی.

ب - بررسی و تأیید گزارش عملکرد، ترازنامه، بودجه سالانه، حساب سود و زیان و صورتهای مالی سازمان و ارایه گزارش به مجمع عمومی.

ج - بررسی و تأیید ضوابط و آیین نامه های اداری و استخدامی، مالی و معاملاتی و سایر مقررات و آیین نامه ها بر اساس مفاد قوانین و مقررات و مندرجات این اساسنامه و پیشنهاد آن جهت تصویب مجمع عمومی و طی مراحل قانونی.

۱. این ماده به موجب بند ۴ مصوبه « اصلاح اساسنامه سازمان بیمه سلامت ایران » مصوب ۱۳/۰۲/۱۳۹۶ هیات وزیران اصلاح و به شماره ۴۰۵۵۹/ت/۵۴۲۲۰ هـ مورخ ۱۳۹۶/۰۴/۱۱ ابلاغ گردید. متن سابق ماده به شرح زیر می باشد:

ماده ۱۱- اعضای هیئت مدیره متشکل از (۵) نفر می باشند که با رعایت مفاد ماده (۱۷) قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی انتخاب می گردند.

- د - پیشنهاد ساختار و تشکیلات سازمانی (کلان و تفصیلی) به مراجع قانونی برای تصویب.
- ه - پیشنهاد ضوابط مربوط به عقد و لغو قرارداد بیمه پایه و تکمیلی با اشخاص حقیقی و حقوقی با رعایت قوانین و مقررات مربوط به مجمع عمومی.
- و - تعیین ضوابط مربوط به نحوه تنظیم و بررسی اسناد مالی پزشکان، گروهها و مؤسسات پزشکی طرف قرارداد به منظور تطبیق اسناد مذکور با ضوابط و تعرفه های مصوب جهت پرداخت هزینه ها به اشخاص حقیقی و حقوقی با رعایت قوانین و مقررات. مربوط.
- ز - سایر اختیاراتی که به موجب این اساسنامه بر عهده مجمع عمومی نیست و مطابق لایحه قانونی اصلاح قسمتی از قانون تجارت بر عهده هیئت مدیره است.
- ح - اتخاذ تدابیر عملیاتی لازم جهت اجرای مصوبات مجمع عمومی.
- ج - مدیرعامل
- ماده ۱۳- (اصلاحی ۱۳/۰۲/۱۳۹۶) مدیر عامل، بالاترین مقام اجرایی سازمان است که با پیشنهاد وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تصویب مجمع عمومی و تأیید و حکم رییس مجمع عمومی منصوب می شود.^۱
- تبصره - انتخاب مجدد مدیرعامل بلامانع است.
- ماده ۱۴ - وظایف و اختیارات مدیرعامل به شرح زیر می باشد:
- الف - اجرای تصمیمات هیئت مدیره.
- ب - تهیه گزارش فعالیتها، عملکرد دوره ای (سه ماهه و سالیانه)، ترازنامه و حساب سود و زیان جهت ارائه به هیئت مدیره.

۱. این ماده به موجب بند ۵ مصوبه «اصلاح اساسنامه سازمان بیمه سلامت ایران» مصوب ۱۳۹۶/۰۲/۱۳ هیات وزیران اصلاح و به شماره ۴۰۵۵۹/ت/۵۴۲۲۰ مورخ ۱۳۹۶/۰۴/۱۱ ابلاغ گردید. متن سابق ماده به شرح زیر می باشد:

ماده ۱۳- مدیرعامل بالاترین مقام اجرایی سازمان است که مطابق بند (ج) ماده واحده قانون اصلاح ماده (۱۱۳) قانون مدیریت خدمات کشوری و چگونگی تعیین مدیریت سازمان تأمین اجتماعی و صندوق

بازنشستگی و بیمه های درمانی - مصوب ۱۳۸۸ - انتخاب می گردد.

- ج - اداره امور جاری در چارچوب قوانین مربوط و مقررات این اساسنامه.
- د - تهیه و تنظیم بودجه سالانه جهت ارائه به هیئت مدیره.
- ه - تهیه و تدوین آیین نامه‌ها و ضوابط لازم جهت ارائه به هیئت مدیره.
- و - نمایندگی سازمان در کلیه مراجع قانونی با حق توکیل و تعیین نماینده قضایی و حقوقی با رعایت قوانین و مقررات مربوط.
- ز - نصب و عزل مدیران واحدهای ستادی و استانی.
- ح - استفاده از خدمات مشاوره‌ای و تخصصی اشخاص حقیقی و حقوقی با پرداخت حق الزحمه آنها برابر ضوابط و مقررات مصوب مجمع عمومی.
- ط - عقد قراردادهای لازم با شرکتهای بیمه‌ای و کارگزاری، اشخاص حقیقی و حقوقی به منظور ارائه خدمات بیمه‌ای به افراد مشمول.
- ی - تهیه و تدوین ساختار و تشکیلات سازمان جهت ارائه به هیئت مدیره و استقرار و عملیاتی نمودن آن پس از تصویب مراجع ذیصلاح.
- تبصره ۱ - مدیرعامل می‌تواند قسمتی از اختیارات خود را با رعایت قوانین و مقررات به هر یک از کارکنان سازمان به جز اعضای هیئت مدیره تفویض نماید.
- تبصره ۲ - کلیه اسناد تعهد آور و اوراق بهادار، چکها و اسناد بانکی و قراردادهای سازمان با امضاء مدیرعامل و یک نفر از اعضای هیئت مدیره و ذیحساب و با مهر سازمان معتبر خواهد بود.
- د - هیئت نظارت
- ماده ۱۵ - هیئت نظارت مطابق بند «د» ماده (۱۷) قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی تعیین و انجام وظیفه می‌نماید.
- تبصره ۱ - مدیرعامل می‌تواند قسمتی از اختیارات خود را با رعایت قوانین و مقررات به هر یک از کارکنان سازمان به جز اعضای هیئت مدیره تفویض نماید.
- تبصره ۲ - هرگاه بازرس قانونی (حسابرس) در جریان رسیدگی و تطبیق عملیات شرکت اشتباهات یا تخلفات یا سایر موارد را مشاهده کند، باید گزارش مربوط را برای رسیدگی، اصلاح و رفع اشتباه و تعقیب متخلفان به مدیرعامل و

هیئت مدیره و هیئت نظارت شرکت اطلاع دهد و در هر حال مراتب را به مجمع عمومی گزارش نماید.

تبصره ۳ - ترازنامه، حساب سود و زیان، صورت داراییها و بدهی های سازمان باید پس از پایان سال مالی حداکثر تا پایان خردادماه به بازرس قانونی (حسابرس) داده شود تا پس از رسیدگی با گزارش وی به هیئت نظارت ارایه شود.

فصل چهارم - امور مالی و منابع مالی

ماده ۱۶ - منابع درآمدی سازمان عبارت است از:

الف - حق بیمه های دریافتی.

ب - کمکها و هدایای اشخاص حقیقی و حقوقی.

ج - منابع حاصل از هدفمندی یارانه ها.

د - وجوه حاصل از خسارات، جرایم و جزاهای نقدی با رعایت قوانین و مقررات مربوط یا احکام قطعی دادگاه ها.

ه - درآمدهای حاصل از محل ثبت و صدور دفترچه بیمه شدگان.

و - منابع حاصل از وقف در قلمروهای نظام تأمین اجتماعی.

ز - منابع حاصل از خمس، زکات و سایر وجوه شرعی در قلمروهای نظام تأمین اجتماعی با مجوز مراجع تقلید.

ح - منابع حاصل از صدقات و نذورات در قلمروهای نظام تأمین اجتماعی.

ط - سایر درآمدهای متفرقه.

ماده ۱۷ - عملکرد مالی و سال مالی سازمان به شرح زیر تعیین می شود:

الف - سال مالی سازمان، به استثناء سال اول که از تاریخ ابلاغ اساسنامه می باشد از اول فروردین ماه هر سال تا پایان اسفندماه همان سال است.

ب - صورتهای مالی سالانه سازمان باید با رعایت استانداردهای حسابداری که توسط مراجع صالح قانونی تدوین شده، تهیه و ارایه گردد.

ج - تصویب صورتهای مالی سازمان توسط مجمع عمومی به منزله مفاصاحساب مدیرعامل و اعضای هیئت مدیره برای عملکرد سال مورد نظر می باشد.

این اساسنامه به موجب نامه شماره ۴۷۰۵۰/۳۰/۹۱ مورخ ۳/۴/۱۳۹۱ شورای
نگهبان به تأیید رسیده است.

از اساسنامه کمیته امداد امام خمینی (ره)

مصوب ۱۳۹۴/۰۱/۱۵

ماده ۶ - وظایف امداد امام عبارت است از: (...)
۴- ایجاد تسهیلات لازم در جهت سلامت خانواده های نیازمند و تأمین خدمات بهداشتی و درمانی و اقدام به بیمه های درمانی و اجتماعی آنان در حد امکانات و قوانین و مقررات مربوطه.

اساسنامه صندوق بیماری های خاص و صعب العلاج مصوب ۱۴۰۱/۰۵/۰۵
اصلاحات بعدی

شماره ابلاغ: ۱۱۲۰۷/ت/۵۹۸۸۰هـ

تاریخ ابلاغ: ۱۴۰۱/۰۶/۲۷

هیئت وزیران در جلسه ۱۴۰۱/۵/۵ به پیشنهاد شماره ۱۰۰/۱۲۶ مورخ ۱۴۰۱/۲/۱۹ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و به استناد بند (ن) تبصره (۱۷) ماده واحده قانون بودجه سال ۱۴۰۱ کل کشور، اساسنامه صندوق بیماری-های خاص و صعب-العلاج را به شرح زیر تصویب کرد:

ماده ۱- در این اساسنامه، اصطلاحات زیر در معانی مشروح مربوط به کار می روند:

۱- وزارت: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.

۲- سازمان: سازمان بیمه سلامت ایران.

۳- مشمولین: بیماران مبتلا به بیماری های خاص و صعب العلاج که فهرست اسامی این بیماری ها از طریق وزارت به سازمان ابلاغ می گردد.

تبصره - افراد فاقد هرگونه بیمه های پایه سلامت، ابتدا باید بر اساس بند (۱) ماده (۷۰) قانون برنامه پنجساله ششم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران - مصوب ۱۳۹۵ - تحت پوشش یکی از سازمان های بیمه گر قرار گیرند.

۴- پایگاه اطلاعات: سامانه نرم افزاری مشتمل بر فهرست مشخصات، نوع بیماری یا ناتوانی، نوع بیمه پایه و تکمیلی سلامت مشمولین و فهرست دارو، خدمات و کالاهای سلامت محور مورد تعهد و منابع و مصارف مالی صندوق که ذیل پرونده الکترونیک سلامت ایجاد می شود.

ماده ۲- به منظور تأمین مالی مطلوب خدمات، دارو و کالاهای سلامت محور برای مشمولین، ارتقاء پوشش بیمه ای و بهبود محافظت مالی از آنان در قبال بخشی از هزینه های سلامت، صندوق بیماری های خاص و صعب العلاج که از این

پس به اختصار "صندوق" نامیده می شود، با شخصیت حقوقی مستقل در ساختار سازمان با استفاده از نیروی انسانی و امکانات موجود سازمان و بدون توسعه تشکیلات و ایجاد نمایندگی و شعبه تشکیل و طبق مفاد این اساسنامه اداره می شود.

ماده ۳ (اصلاحی ۱۴۰۱/۰۸/۰۸) - سرمایه اولیه صندوق مبلغ ده میلیارد (۱۰۰۰/۰۰۰/۰۰۰) ریال می باشد که از محل منابع داخلی سازمان مطابق قوانین و مقررات مربوط تأمین می شود و صد در صد (۱۰۰٪) کل سهم آن متعلق به دولت (سازمان بیمه سلامت ایران) می باشد.^۱

تبصره ۱- مدت فعالیت صندوق نامحدود و در سازمان مستقر است.
تبصره ۲- کلیه امور معاملاتی صندوق، تابع آیین نامه معاملاتی جاری در سازمان است.

ماده ۴- موضوع فعالیت صندوق فراهم کردن امکان دریافت تسهیلات قرض الحسنه برای مشمولین از طریق بانک های عامل، فراهم آوردن زمینه تأمین مالی بهینه داروها، تجهیزات پزشکی، کالاها و خدمات سلامت محور مرتبط با بیماری خاص و صعب العلاج مشتمل بر خدمات ارتقاء سلامت، خدمات پیشگیرانه، خدمات تشخیصی و درمانی، خدمات بازتوانی و توانبخشی و مراقبت های دوره ای و تسکینی، خدمات پرستاری و درمان در منزل آنان و نظایر آن که فهرست آن به تصویب وزارت خواهد رسید، با استفاده از پایگاه اطلاعات و به منظور بهبود محافظت مالی برای مشمولین در قبال بخشی از هزینه های سلامت می باشد.

۱. به موجب مصوبه «اصلاح تصویب نامه شماره ۱۱۲۰۵۷/ت/۵۹۸۸۰هـ مورخ ۲۷/۰۶/۱۴۰۱ با موضوع (اساسنامه صندوق بیماری های خاص و صعب العلاج)» مصوب ۱۴۰۱/۰۸/۰۸ هیات وزیران، و ابلاغی به شماره ۱۴۶۴۳۵/ت/۶۰۵۴۳هـ مورخ ۱۴۰۱/۰۸/۱۶ اصلاح شده است. متن سابق ماده به شرح زیر می باشد: ماده ۳- سرمایه اولیه صندوق مبلغ ده میلیارد (۱۰۰۰۰۰۰۰۰) ریال می باشد که از محل منابع داخلی سازمان تأمین می شود و صددرصد (۱۰۰٪) کل سهم آن متعلق به دولت (سازمان بیمه سلامت ایران) می باشد.

ماده ۵- وزارت موظف است فهرست بیماری های خاص و صعب العلاج موضوع این اساسنامه را ظرف یک ماه از تاریخ ابلاغ این اساسنامه تعیین و اعلام نماید. تبصره ۱- در صورت وجود استانداردهای ارائه و خرید دارو، خدمات و مراقبت های سلامت و کالاهای سلامت محور تحت پوشش صندوق، رعایت آنها الزامی است.

تبصره ۲- مزایای این صندوق، مازاد بر تعهدات بیمه پایه و تکمیلی بیمه شده بوده و بیمه گرهای پایه و تکمیلی مجاز به کاهش تعهدات خود نمی باشند. ماده ۶- پرداخت هرگونه حقوق، مزایا، پاداش، بکارگیری نیروی انسانی، هزینه های اداری و پشتیبانی و امثال آن از محل منابع این صندوق ممنوع می باشد. ماده ۷- ارکان صندوق، همان ارکان سازمان به شرح مواد (۸) تا (۱۵) اساسنامه سازمان، موضوع تصویب نامه شماره ۱۰۲۸۲۸ / ت / ۴۷۶۴۴ هـ مورخ ۲۲ / ۵ / ۱۳۹۱ و اصلاحات بعدی آن می باشد.

تبصره - مدیرعامل صندوق به عنوان بالاترین مقام اجرایی صندوق، همان مدیرعامل سازمان می باشد.

ماده ۸- منابع مالی و درآمدی صندوق به شرح زیر است:

۱- منابع مالی حاصل از تجمیع منابع مالی و اعتبارات پیش بینی شده در ردیف های مربوط به درمان بیماران خاص و صعب العلاج تحت عنوان صندوق مندرج در قوانین بودجه سنواتی.

۲- کمک ها و هدایای اشخاص حقیقی و حقوقی با رعایت قوانین مربوط.

۳- منابع حاصل از خمس، زکات و سایر وجوه شرعی با مجوز مراجع تقلید.

۴- منابع حاصل از صدقات و نذورات.

۵- منابع حاصل از وقف.

۶- سایر درآمدهای متفرقه در چهارچوب قوانین و مقررات مربوط.

ماده ۹- عملکرد مالی و سال مالی صندوق به شرح زیر تعیین می شود:

- ۱- سال مالی صندوق، به استثناء سال اول که از تاریخ ابلاغ اساسنامه می باشد از اول فروردین ماه هر سال تا پایان اسفند ماه همان سال است.
 - ۲- صورت های مالی سالانه صندوق باید با رعایت استانداردهای حسابداری که توسط مراجع صالح قانونی تدوین شده، تهیه و ارایه گردد.
 - ۳- تصویب صورت های مالی صندوق توسط مجمع عمومی به منزله مفاسد حساب مدیرعامل و اعضای هیئت مدیره برای عملکرد سال مورد نظر می باشد. تبصره - مدیرعامل مجاز است حداکثر به میزان پنج درصد (۵٪) اعتبارات مصوب صندوق را بدون رعایت ضوابط موضوع این اساسنامه و مطابق ضوابط اعلامی از سوی وزارت به مشمولین نیازمند پرداخت نماید تا زمینه محافظت مالی مناسب تری را برای مشمولین نیازمند فراهم آورد.
- این اساسنامه به موجب نامه شماره ۳۲۹۹۲/ ۱۰۲/ مورخ ۱۹/ ۶/ ۱۴۰۱ شورای نگهبان تأیید شده است.

بخش هشتم

آرایی، هیئت عمومی دیوان عدالت اداری

تاریخ: ۲۵ فروردین ۱۳۷۵

شماره دادنامه: ۷۵/۸

کلاس پرونده: ۱۰۰/۷۳

موضوع رأی: رد درخواست ابطال بخشنامه شماره (۴) درمان سازمان تأمین اجتماعی (در خصوص استفاده کلیه بیمه شدگان از کلیه خدمات پزشکی که وفق قسمت موخره همان ماده عبارتند از خدمات سرپایی، بیمارستان دارویی و آزمایشگاهی) مورخ ۱۳۷۳/۰۱/۲۵

شاکلی: خانم صغری علیخانی

مقدمه:

شاکلیه به شرح دادخواست تقدیمی اعلام داشته‌اند: به موجب ماده ۵۴ قانون تأمین اجتماعی کلیه بیمه‌شدگان از زمان بیمه شدن مستحق استفاده از کلیه خدمات پزشکی که وفق قسمت موخره همان ماده عبارتند از خدمات سرپایی، بیمارستان دارویی و آزمایشگاهی می‌باشند و با در نظر داشتن این که صاحبان حرف و مشاغل آزاد نیز مطابق بند ۲ ماده ۴ قانون مذکور از جمله مشمولان تأمین اجتماعی و مستفید از مزایای مقرر خواهند بود، بدون هیچ‌گونه سبب قانونی یا اصدار بخشنامه ای به شماره (۴) درمان در سال ۷۰ به کلیه واحدهای اداری خود در سراسر کشور، بیمه شدگان حرف و مشاغل آزاد را تا یکسال محروم از خدمات بیمارستانی کرده‌اند، بدین‌گونه که تا (۶) ماه به‌طور مطلق حق استفاده و بهره‌مندی از درمان‌های بیمارستانی را ندارند و از (۶) ماه تا یکسال فقط از بیمارستان‌های وابسته به سازمان می‌توانند استفاده کنند. با عنایت به مراتب تردیدی در مغایرت حقوقی - شرعی بخشنامه فوق‌الاشعار باقی نمی‌ماند. درخواست رسیدگی و ابطال آن را دارد.

رئیس هیأت مدیره و مدیرعامل سازمان تأمین اجتماعی طی نامه شماره ۱۳۸۹۹/د/۴۳- ۱۳۷۴/۱۱/۱۲ اعلام داشته‌اند: بپیوست یک برگ تصویر دستور اداری شماره ۵۱/۲۵۸۰۳ مورخ ۱۳۷۴/۹/۷ مبنی بر لغو بخشنامه شماره ۴ درمان ارسال می‌گردد. با عنایت به این که برابر مندرجات دستور مزبور خواسته شاکی اجابت گردیده، بدین ترتیب تقاضای صدور رأی مبنی بر رد شکواییه یاد شده را دارد.

هیأت عمومی دیوان عدالت اداری در تاریخ فوق به ریاست حجت‌الاسلام و المسلمین اسماعیل فردوسی‌پور و با حضور رؤسای شعب دیوان تشکیل و پس از بحث و بررسی و انجام مشاوره با اتفاق آراء به شرح آتی مبادرت به صدور رأی می‌نماید.

رای هیات عمومی:

نظر به پاسخ رسیده که ضمن آن اعلام شده، بخشنامه مورد اعتراض لغو گردیده است. لذا به لحاظ انتفاء موضوع شکایت موردی برای اظهارنظر وجود ندارد.

تاریخ: ۲۰ مرداد ۱۳۷۵

شماره دادنامه: ۷۵/۷۲

کلاس پرونده: ۷۱/۷۴

موضوع رأی: عدم ابطال بخشنامه شماره ۶/۱۸۸۵-۶۹/۲/۱-۶۹ معاون امور درمان وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی. (در خصوص اختیارات قانونی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در تعیین نرخ هزینه خدمات درمانی و تعیین میزان مشارکت بیمه شده و سازمان خدمات درمانی در پرداخت هزینه خدمات درمانی در حد تعرفه های مربوط) مورخ ۱۳۷۵/۰۵/۲۰

شاکی: آقای اکبر بیکس فهادان

مقدمه:

شاکی طی دادخواست تقدیمی اعلام داشته است، با توجه به اصل ۲۹ قانون اساسی در مورد برخورداری ملت از بیمه همگانی جهت نیل به این امر مهم به استحضار می‌رساند با توجه به تقبل سازمان طبق مصوبات مجلس مبنی بر پرداخت ۹۰٪ کلیه هزینه های بیمارستانی از طرف بیمه خدمات درمانی در سال ۱۳۷۰ به علت ناراحتی قلبی مورد عمل جراحی قلب قرار گرفته‌ام کل هزینه‌ای که بر اثر این عمل متحمل شده‌ام بیش از یک میلیون تومان بوده و متأسفانه آنچه صورت‌حساب در اختیارم قرار داده‌اند مبلغ ۴۲۱۸۳۲۰۶ ریال می‌باشد از آن‌جا که عمل مذکور مشمول مقررات ۸ گانه مستثنی از موضوع بیمه می‌باشد خواننده فقط ۱۵۰۰۰۰۰ ریال آن را پرداخت کرده است. به نظر می‌رسد بخشنامه شماره ۶/۱۸۸۵-۶۹/۲/۱۸-۶۹ (۹۰٪ کلیه خدمات بیمارستانی را لغو نموده و سقف جدید به مبلغ ۱۵۰۰۰۰۰ ریال برای بیمه خدمات درمانی و جراحی قلب تعیین نموده با توجه به این که بخشنامه مزبور بر خلاف قانون و خارج از صلاحیت قانونی صادر شده از محضر دیوان تقاضای ابطال آن را دارم. در پایان نظر قضات محترم دیوان عدالت اداری را به پاسخ استفساریه اینجانب از مقام معظم رهبری و مرجع عالیقدر شیعیان جهان که به شماره ۱۸۶۹۹ ثبت و در ذیل آن مرقوم گردیده جلب می

نمایم که تغییر در قرارداد باید به توافق طرفین باشد و غیر از آن هر نظر غیرشرعی می‌باشد و به لحاظ همین امر باعث از دست رفتن حقوق حقه‌ام گردیده، لذا عنایتاً خواستارم تا با لغو بخشنامه غیر شرعی ۶/۱۸۸۵-۶۹/۲/۱۸ حق از دست رفته‌ام بازآید. مدیر کل دفتر امور حقوقی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی در پاسخ به شکایت مذکور طی نامه شماره ۹/۵۳۵۷/ف-۱۳۷۴/۹/۱ اعلام داشته‌اند، بخشنامه مورد شکایت بر اساس مصوبه مورخ ۶۷/۳/۱۰ شورای فنی سازمان تأمین خدمات درمانی مستخدمین دولت و تأیید مجمع عمومی سازمان مذکور صورت گرفته است. نظربه این که کلیه کارکنان دولت مشمول مقررات قانون بیمه خدمات درمانی کارمندان دولت مصوب سال ۵۱ و اساسنامه مذکور بوده‌اند و طبق قوانین مذکور ضوابط مربوط به تعرفه‌ها و... با تأیید شورای فنی سازمان و تصویب مجمع عمومی قابل اجراء و اعمال می‌باشد و پرداخت‌ها در حدود مصوبات این مجامع صورت می‌گیرد و پرداخت ۹۰٪ هزینه بیمارستانی مشروط به رعایت ضوابط در خصوص این امر و مراجعه بیمه شده به مراکز درمانی طرف قرارداد با بیمه می‌باشد و ارتباطی به مراجعه بیمه شده به بخش خصوصی که طرف قرارداد یا سازمان نبوده‌اند نیست و در این موارد صرفاً هزینه‌های درمانی طبق تعرفه پرداخت خواهد شد. دبیر محترم شورای نگهبان در خصوص ادعای شاکی مبنی بر خلاف شرع بودن بخشنامه مورد شکایت طی نامه شماره ۷۵/۲۱/۰۵۷۳-۱۳۷۵/۳/۲۶ اعلام داشته‌اند، موضوع ادعای خلاف شرع بخشنامه شماره ۶/۱۸۸۵-۶۹/۲/۱۸ معاون امور درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در جلسه مورخ ۱۳۷۵/۳/۲۴ فقهای شورای نگهبان مطرح و نظر آقایان فقها بدین شرح اعلام می‌گردد: چنانچه بخشنامه مذکور مغایر قانون است، خلاف موازین شرع انور است و گرنه مغایر موازین شرع نیست.

هیأت عمومی دیوان عدالت اداری در تاریخ فوق به ریاست حجت‌الاسلام و المسلمین اسماعیل فردوسی‌پور و با حضور رؤسای شعب دیوان تشکیل و پس از بحث و بررسی و انجام مشاوره با اکثریت آراء به شرح آتی مبادرت به صدور رأی می‌نماید.

رای هیات عمومی:

با توجه به اختیارات قانونی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در تعیین نرخ هزینه خدمات درمانی و همچنین اختیار مقرر در ماده ۶ قانون تأمین خدمات درمانی مستخدمین دولت در خصوص تعیین میزان مشارکت بیمه شده و سازمان خدمات درمانی در پرداخت هزینه خدمات درمانی در حد تعرفه‌های مربوط، بخشنامه مورد اعتراض مغایر قانون تشخیص داده نمی‌شود.

تاریخ: ۳۱ شهریور ۱۳۷۵

شماره دادنامه: ۷۵/۱۳۱

کلاس پرونده: ۵۶/۷۵

موضوع رأی: عدم ابطال بخشنامه شماره ۱۱۰۰/۱۹۹۷-۷۵/۲/۳۰ سازمان بیمه خدمات درمانی. (در خصوص پرداخت حق بیمه خدمات درمان برای مدتی که همسر یا فرزند یا پدر و مادر کارمند از مزایای بیمه استفاده نکرده‌اند)

شاکی: آقای ولی‌اله اسلمی اقلیدی

مقدمه:

شاکی طی دادخواست تقدیمی اعلام داشته‌اند، سازمان خدمات درمانی طی بخشنامه ۱۱۰۰/۱۹۹۷ مورخ ۱۳۷۵/۲/۳۰ در پاسخ در مورد مبنای کسر حق بیمه اعلام داشته مبنای وصول حق بیمه کارمند تاریخ استخدام همسر از دواج و فرزندان تاریخ تولد می‌باشد شکایت این است که آیا دریافت حق بیمه برای مدتی که همسر یا فرزند یا پدر و مادر کارمند از مزایای بیمه استفاده نکرده‌اند قانونی و شرعی است. بنابه مراتب استدعای رسیدگی و لغو بخشنامه صادره را دارد. رئیس هیأت مدیره و مدیرعامل سازمان بیمه خدمات درمانی در پاسخ به شکایت مذکور طی نامه شماره ۱۰۰۰/۹۱۵ مورخ ۱۳۷۵/۶/۲۰ اعلام داشته‌اند، اولاً بر خلاف ادعای شاکی محتوای نامه ۱۱۰۰/۱۹۹۷-۱۳۷۵/۲/۳۰ بخشنامه نبوده بلکه صرفاً نامه اداری است بنابراین اساساً قابل طرح در هیأت عمومی به نظر نمی‌رسد ثانیاً حسب مواد ۱، ۷، ۸ قانون تأمین خدمات درمانی مستخدمین دولت مصوب سال ۱۳۵۱ که از قواعد آمره و مربوط به نظم عمومی است تأمین خدمات درمانی کارکنان دولت از سوی وزارتخانه‌ها و سازمان‌های دولتی و همچنین کسر سهمی کارکنان و افراد خانواده آنان از بابت خدمات مذکور از حقوق ماهیانه توسط دولت الزام

قانونی است و این حکم قانونی مشروط به استفاده کارمند یا افراد تحت تکفل او از بیمه خدمات درمانی نشده است. بر اساس مقررات آمره مذکور کارکنان دولت مکلفند ولادت فرزندان خود تا اولاد سوم را به مراجع دولتی ذیربط اعلام تا حق سرانه آنان در اجرای دستور قانونی فوق دایر به تأمین خدمات درمانی از حقوق کارکنان یاد شده کسر گردد. حال چنانچه کارمندی به موقع به این تکلیف عمل ننموده باشد رافع مسئولیت قانونی سازمان دولتی در کسر حق سرانه نخواهد بود. علیهذا نظریه مندرج در نامه مورد شکایت به استناد حکم قانونی فوق و در راستای اجرای قانون یاد شده اعلام گردیده و تخلفی از مقررات قانونی به عمل نیامده است. هیأت عمومی دیوان عدالت اداری در تاریخ فوق به ریاست حجت‌الاسلام و المسلمین اسماعیل فردوسی‌پور و با حضور رؤسای شعب دیوان تشکیل و پس از بحث و بررسی و انجام مشاوره با اکثریت آراء به شرح آتی مبادرت به صدور رأی می‌نماید.

رای هیات عمومی:

با توجه به تکلیف مقرر در ماده ۸ قانون بیمه خدمات درمانی مصوب ۱۳۵۱ و الزام سازمان مزبور به ارائه خدمات درمانی نسبت به مستخدم دولت و همسر و فرزندان و افراد تحت تکفل وی و لزوم کسر حق بیمه مقرر در قانون مزبور مصوبه مورد اعتراض خلاف قانون تشخیص نگردید.

تاریخ: ۲۶ اردیبهشت ۱۳۷۷

شماره دادنامه: ۷۷/۴۵

کلاس پرونده: ۶۲/۷۶

موضوع رأی: ابطال بند ۶ بخشنامه شماره ۱۶۸۹-۷۱/۲/۲۸ وزیر بهداشت درمان و آموزش پزشکی. (در خصوص میزان سرانه تأمین خدمات درمانی و نیز حدود این خدمات و تعهدات سازمان در قبال خدمات درمانی) مورخ ۱۳۷۷/۰۲/۲۶

شاکای آقای جلیل مجد

مقدمه:

شاکای طی دادخواست تقدیمی اعلام داشته‌اند، مبلغ هشتصد هزار ریال بابت هزینه لیزر عمل جراحی پروستات پرداخت کردم ولی اداره اسناد پزشکی بدون هیچ‌گونه مستند و قانونی از پرداخت هزینه مربوطه خودداری می‌نماید و می‌گویند هزینه لیزر به عهده آن اداره نمی‌باشد در صورتی که مواردی که هزینه آن به عهده بیمه گر نمی‌باشد از طرف خودشان در پشت جلد کلیه دفترچه‌های بیمه قید گردیده که شامل هزینه لیزر نمی‌باشد. بنابه مراتب درخواست ابطال بند ۶ بخشنامه شماره ۱۶۸۹-۷۱/۲/۲۸ وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی را دارم. رئیس هیأت مدیره و مدیرعامل سازمان بیمه خدمات درمانی در پاسخ به شکایت مذکور طی نامه شماره ۱۰۰۰/۱۳۰۴۱-۷۶/۱۲/۲۷ اعلام داشته‌اند، مفاد و مدلول بخشنامه مورد شکایت هیچ‌گونه مغایرت و تضادی با قوانین موضوعه ندارد و بلکه به لحاظ ضوابط فنی و مصالح و امکانات و اعتبارات موجود تدوین شده و درج آن از جمله عدم شمول بیمه نسبت به هزینه‌های لیزری در دفترچه‌های بیمه فی‌الواقع به صورت قرارداد ارائه و مورد موافقت طرف بیمه واقع شده است علیهذا نظر به این که اولاً بخشنامه مخالفتی با قانون ندارد و وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

با اختیارات قانونی مبادرت به تدوین آن نموده است. ثانیاً مقررات بخشنامه به لحاظ فنی و درمان تنظیم یافته است. ثالثاً مقررات بخشنامه عملاً به صورت قرارداد مورد موافقت بیمه شونده‌گان قرار می‌گیرد. بنابراین اعتراض مجدد شاکی وارد نبوده، رد شکایت مشارالیه مورد استدعاست.

هیأت عمومی دیوان عدالت اداری در تاریخ فوق به ریاست آیت‌الله موسوی تبریزی و با حضور رؤسای شعب دیوان تشکیل و پس از استماع توضیحات نمایندگان سازمان بیمه خدمات درمانی و بحث و بررسی انجام مشاوره با اکثریت آراء به شرح آتی مبادرت به صدور رأی می‌نماید.

رای هیات عمومی:

طبق ماده ۶ قانون تأمین خدمات درمانی مستخدمین دولت مصوب ۱۳۵۱ و مقررات اصلاحی بعدی میزان سرانه تأمین خدمات درمانی و نیز حدود این خدمات و تعهدات سازمان در قبال خدمات درمانی مذکور به پیشنهاد مراجع اداری و فنی و تخصصی مربوط و تصویب هیأت وزیران محول شده است. بنابراین اتخاذ تصمیم وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی در خصوص خدمات لیزری، که از وظایف خاص مراجع پیش‌بینی شده در قانون می‌باشد خارج از حدود اختیار وزارت مذکور در وضع مقررات دولتی تشخیص و به استناد قسمت دوم ماده ۲۵ قانون دیوان ابطال می‌گردد.

تاریخ: ۳ مرداد ۱۳۷۷

شماره دادنامه: ۷۷/۸۸

کلاس پرونده: ۲۶۰/۷۶

موضوع رأی: رد درخواست ابطال بخشنامه های شماره ۴۰۱/۳۳۸۴۰ مورخ ۷۲/۱۲/۷ شرکت ملی پخش فرآورده های نفتی و ۷۱۲۷/۹ مورخ ۷۲/۶/۱۱ سرپرستی شعب بانک ملی استان همدان. (در خصوص تعرفه خدمات کمک دندانپزشکان تجربی) مورخ ۱۳۷۷/۰۵/۰۳

شاکی: انجمن کمک دندانپزشکان تجربی ایران

مقدمه:

شاکی طی دادخواست تقدیمی اعلام داشته‌اند، انجمن کمک دندانپزشکان تجربی برابر مصوبه ۵۳/۱۱/۲۲ و آیین‌نامه اجرایی آن تحت عنوان «قانون اشتغال کمک دندانپزشکان تجربی» مجاز به انجام خدمات دندانپزشکی و دندانسازی تحت نظارت وزارت بهداشتی سابق در سراسر کشور می‌باشند، مع‌الوصف اخیراً از سوی طرف شکایت‌های فوق اقدام به ابلاغ بخشنامه‌هایی مبنی بر پرداخت ۵۰٪ تعرفه خدمات دندانپزشکان عمومی نموده است. علیهذا ابطال آنها را خواستار است. امور حقوقی وزارت نفت در پاسخ به شکایت مذکور طی نامه شماره ح/د/۴۰۳-۶۶۵/۴۰۱۷ مورخ ۷۶/۳/۲۱ اعلام داشته‌اند، بهداری و بهداشت و صنعت نفت هزینه‌های خدمات دندانپزشکی را که طبق قانون انجام آن توسط دندانپزشکان تجربی مجاز شناخته شده، طبق تعرفه اعلام شده از سوی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی پرداخت می‌نماید. اداره حقوقی بانک ملی ایران نیز در پاسخ به شکایت مذکور طی نامه شماره ۳۰۷۶/۱/۴ مورخ ۷۷/۳/۲۳ اعلام داشته‌اند: بخشنامه

۷۱۲۷/۹ مورخ ۷۲/۶/۱۱ این بانک بر اساس مفاد مصوبه «تعرفه خدمات دندانپزشکی عمومی» وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی صادر شده است. هیأت عمومی دیوان عدالت اداری در تاریخ فوق به ریاست آیت‌الله موسوی تبریزی و با حضور رؤسای شعب دیوان تشکیل و پس از بحث و بررسی انجام مشاوره با اکثریت آراء به شرح آتی مبادرت به صدور رأی می‌نماید.

رای هیات عمومی:

نظر به این که دوفقره بخشنامه مورداعتراض به شماره ۴۰۱/۳۳۸۴۰ مورخ ۷۴/۱۲/۷ و ۷۱۲۷/۹ مورخ ۷۲/۶/۱۱ مستقلاً متضمن وضع قاعده آمره‌ای نیست، و در نتیجه واجد وصف مقررات دولتی موضوع دولتی موضوع ماده ۲۵ قانون دیوان عدالت اداری نمی‌باشد، قابل طرح تشخیص نگردید.

تاریخ: ۷ آذر ۱۳۷۷

شماره دادنامه: ۷۷/۱۸۷

کلاس پرونده: ۱۹۳/۷۶

موضوع رأی: عدم ابطال دستورالعمل شماره ۳۰۰۳/۸۰۴۰ مورخ ۱۳۷۵/۶/۱۹ اداره کل بیمه خدمات درمانی استان مازندران (در خصوص مسئولیت و اختیار وضع ضوابط و قواعد مربوط به انعقاد عقد بیمه با اشخاص و نحوه بررسی مدارک و اسناد پزشکی بیمه شوندهگان) مورخ ۱۳۷۷/۰۹/۰۷

شاکای: آقای محمدرسول بهره‌ور

مقدمه:

شاکای طی دادخواست تقدیمی اعلام داشته است، در تاریخ ۱۳۷۵/۶/۱۱ دچار شکستگی استخوان مچ و ساق پا گردیدم. در تاریخ ۱۳۷۵/۱۲/۲۷ با در دست داشتن مدارک مربوطه جهت اخذ هزینه درمان به اداره خوانده مراجعه اما اعلام داشتند با توجه به دستورالعمل شماره ۳۰۰۳/۸۰۴۰ مورخ ۱۳۷۵/۶/۱۹ چون پذیرش آن از دو ماه گذشته است قابل پرداخت نمی‌باشد. اینجانب پس از ترخیص از بیمارستان حداقل تا شش ماه مطلقاً قادر به حرکت نبودم، تا ظرف دو ماه جهت دریافت هزینه درمان به اداره خوانده مراجعه نمایم. ثانیاً، با توجه به نظریه مورخ ۱۳۶۱/۱۱/۲۷ شورای محترم نگهبان، مرور زمان مسقط حق را مخالف با موازین شرع تشخیص داده‌اند. بنا به مراتب دستورالعمل مورد شکایت فاقد اعتبار شرعی و قانونی بوده، بناءً علیهذا ابطال آن مورد تقاضاست. رئیس هیأت مدیره و مدیرعامل سازمان بیمه خدمات درمانی در پاسخ به شکایت مذکور طی نامه شماره ۱۰۰۰/۵۰۹۹ مورخ ۱۳۷۶/۶/۲۳ اعلام داشته‌اند، شاکای طی شکایت خود ابطال دستورالعمل شماره ۳۰۰۳/۸۰۴۰ مورخ ۱۳۷۵/۶/۱۹ را خواستار گردیده است،

شماره یاد شده صرفاً نامه اداری است و دستورالعمل تلقی نمی‌شود. ضوابط مورد اشاره از جمله لزوم مراجعه بیمه‌گذار ظرف دو ماه از تاریخ ترخیص از بیمارستان که در دفترچه‌های سازمان بیمه خدمات درمانی مندرج است فی‌الواقع به‌عنوان ضوابط مقرر و مورد قبول طرفین بیمه و نوعی شرط ضمن عقد است که بیمه‌گذار با آگاهی و موافقت و رضایت نسبت به آن طرف قرارداد بیمه واقع شده است و اعتراض بعدی نسبت به آن مسموع نیست. ضوابط مذکور برای بهبود امور رعایت و حفظ نظم و جلوگیری از هرگونه سوءاستفاده احتمالی منظور شده است، هیچ‌گونه مغایرت و مخالفتی با قوانین موضوعه ندارد، تا قابل ابطال باشد. بنا به مراتب رد شکایت مطروحه مورد استدعاست. دبیر محترم شورای نگهبان نیز در خصوص ادعای خلاف شرع بودن دستورالعمل مورد شکایت طی نامه شماره ۷۷/۲۱/۳۲۵۴ مورخ ۱۳۷۷/۵/۲۶ اعلام داشته‌اند: دستورالعمل شماره ۳۰۰۳/۸۰۴۰ مورخ ۱۳۷۵/۶/۱۹ ادراه کل بیمه خدمات درمانی استان مازندران از مصادیق مرور زمان نبوده و بنابراین خلاف شرع نیست.

هیأت عمومی دیوان عدالت اداری در تاریخ فوق به ریاست آیت‌الله موسوی تبریزی و با حضور رؤسای شعب دیوان تشکیل و پس از استماع توضیحات نماینده سازمان بیمه خدمات درمانی و بحث و بررسی انجام مشاوره با اکثریت آراء به شرح آتی مبادرت به صدور رأی می‌نماید.

رای هیات عمومی:

با عنایت به ماده ۷ اساسنامه سازمان بیمه خدمات درمانی مصوب ۱۳۷۳/۱۲/۲۴ در اجرای ماده ۵ قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور به تصویب هیأت

وزیران رسید. مسئولیت و اختیار وضع ضوابط و قواعد مربوط به انعقاد عقد بیمه با اشخاص و نحوه بررسی مدارک و اسناد پزشکی بیمه شوندگان به سازمان مذکور محول شده که بخشی از مقررات مزبور به طرق مقتضی از جمله درج در دفترچه های بیمه به اطلاع بیمه شوندگان رسیده و معتبر است. نظر به این که دستورالعمل مورد اعتراض طبق نظریه مورخ ۱۳۷۷/۵/۲۶ فقهای محترم شورای نگهبان مغایر احکام شرع شناخته نشده است، بنابه جهات فوق الذکر مغایرتی هم با قانون ندارد، و موجبی برای ابطال آن وجود ندارد.

تاریخ: ۱۹ دی ۱۳۷۸

شماره دادنامه: ۷۸/۳۶۴

کلاس پرونده: ۷۱/۷۶

موضوع رأی: ابطال بخشنامه ۴۷۳ فنی سازمان تأمین اجتماعی و بخشنامه شماره ۱۲۵۰۳/ن مورخ ۱۳۶۰/۵/۱۷ وزارت کار و امور اجتماعی (در خصوص احتساب ایام بیماری کارگران مشمول قانون کار جزو سابقه خدمت آنان) مورخ ۱۳۷۸/۱۰/۱۹

شاکی: دفتر حقوقی وزارت راه و ترابری

مقدمه:

شاکی طی دادخواست تقدیمی اعلام داشته است:

- ۱- بخشنامه ۴۷۳ فنی که مورد استناد سازمان تأمین اجتماعی در مطالبه مابه‌التفاوت غرامت از اداره کل راه و ترابری گیلان قرار گرفته است سازمان مذکور مرخصی سالیانه روزهای جمعه و تعطیل و ایام بیکاری کارگر را که جزء سابقه کار وی قلمداد می‌گردد مفهوم آن را به نحوی مقلوب نموده که مسئله پرداخت غرامت و یا مابه‌التفاوت غرامت را مشمول حال کارفرمایان ساخته است.
- ۲- همان‌طور که مستحضرید کارگر در زمان اشتغال حقوق و مزد و یا کارمزد و امثالهم دریافت می‌نماید و دریافت هرگونه وجهی در زمان بیماری و یا بروز حوادث تحت عنوان غرامت است که به عهده سازمان تأمین اجتماعی است در حالیکه سازمان مذکور غرامت را به نحوی محاسبه می‌نماید که تعدادی از آن را به عهده کارفرما قرار می‌دهد، در صورتی که چنین اقدامی وجاهت قانونی ندارد.
- ۳- مورد استناد قانونی سازمان تأمین اجتماعی ماده ۶۳ قانون مذکور است و در این ماده موردی برای اخذ وجهی تحت عنوان غرامت و یا مابه‌التفاوت غرامت وجود ندارد.

۴- در ماده ۵۹ قانون مارالذکر (... شرط عدم اشتغال به کار و عدم دریافت مزد یا حقوق استحقاق دریافت غرامت را ایجاب می‌نماید...) بنابراین کارفرما، تا زمانی که کارگر مشغول به کار است حقوق یا مزد و یا دستمزد پرداخت می‌نماید و در غیر این صورت تکلیفی بر وی متصور نیست. بنابه مراتب فوق‌الذکر ابطال بخشنامه‌های ۴۷۳ فنی سازمان تأمین اجتماعی و ۱۲۵۰۳/ن مورخ ۱۳۶۰/۵/۱۷ وزارت کار مورد درخواست است.

رئیس هیأت مدیره و مدیرعامل سازمان تأمین اجتماعی در پاسخ به شکایت مذکور طی نامه شماره ۷۱۰۰/د/۱۰۹۲۵ مورخ ۳۷۷/۹/۲۹ اعلام داشته‌اند:

۱- برابر مصوبه شماره ۶۲۶۰۲ مورخ ۵۷/۷/۱۷ هیأت وزیران و همچنین مصوبه شماره ۵۹۷۸ مورخ ۱۳۵۹/۴/۱۵ شورای انقلاب اسلامی مبنی بر الحاق یک تبصره به بند یک تصویب‌نامه یاد شده هیأت وزیران از اول تیر ماه ۱۳۵۹ روزهای جمعه و تعطیل رسمی کارگری و مرخصی سالیانه و ایام بیماری کارگرانی که به موجب تشخیص این سازمان قادر به کار نباشند جزء روزهای کار آنان محسوب گردیده و از طرفی به موجب همان مصوبه، کارفرمایان موظف به پرداخت کمک هزینه مسکن و خوار و بار در حق کارگران خود گردیده‌اند.

از آنجا که برابر بند ۹ ماده ۲ قانون تأمین اجتماعی مصوب تیر ماده ۱۳۵۴ که مقرر می‌دارد «غرامت دستمزد به وجوهی اطلاق می‌شود که در ایام بارداری، بیماری و عدم توانائی موقت اشتغال به کار و عدم دریافت مزد یا حقوق به حکم این قانون به جای مزد یا حقوق به بیمه شده پرداخت می‌شود» پرداخت غرامت در قانون اخیرالذکر برای پرداخت مزایای قانونی مندرج در قانون کار از جمله کمک

هزینه مسکن خوار و بار و غیره در دوران بیماری و به‌عنوان غرامت برای این سازمان مقرر نگردیده است.

۲- محاسبات به عمل آمده توسط واحدهای اجرائی سازمان تنها در چارچوب بند سوم و چهارم از ماده ۶۲ قانون برای بیمه شدگان و دارای همسر و فرزند و پدر و مادر تحت تکفل به میزان سه‌چهارم و در غیر این صورت دوسوم مزد یا حقوق روزانه و پس از احراز شرایط مقرر در کلیه مواد قانونی یاد شده اقدام به پرداخت غرامت دستمزد ایام بیماری می‌نماید و بدین ترتیب کلیه ادعاهای شاکی فاقد وجهت قانونی است.

لازم به توضیح است که این سازمان با توجه به دستورالعمل شماره ۱۲۵۰۳ مورخ ۱۳۷۰/۵/۱۷ وزارت کار و امور اجتماعی و برای مشخص شدن میزان دقیق استحقاقی بیمه شده در حال استراحت، میزان عدم استفاده وی از کمکهای قانونی مقرر در قانون کار از طریق واحدهای اجرائی به کارفرما اعلام می‌نماید. بنابراین از آنجا که برابر مقررات جاری این سازمان خصوصاً ماده ۶۳ قانون تأمین اجتماعی به‌عنوان قانون حاکم بر روابط این سازمان با افراد موضوع قانون و مصوبات مذکور هیأت محترم وزیران و شورای انقلاب کلیه ادعاهای شاکی فاقد مبنا می‌باشد و اقدامات این سازمان در چارچوب مقررات فوق‌الذکر صورت پذیرفته است.

مدیرکل دفتر تنظیم و نظارت روابط کار در پاسخ به شکایت مذکور طی نامه شماره ۱۲۱۹۰/ت مورخ ۱۳۷۸/۴/۱۲ اعلام داشته‌اند، به موجب تبصره الحاقی به بند یک تصمیم نامه شماره ۶۲۶۰۲ مورخ ۱۳۵۸/۷/۷ هیأت وزیران (در خصوص برقراری کمک هزینه مسکن به نسبت روزهای کار در ماه) مصوب ۱۳۵۹/۳/۳۱ کمیسیون شماره ۲ شورای انقلاب که مقرر می‌دارد «روزهای جمعه و تعطیل رسمی کارگری

و مرخصی سالانه و ایام بیماری کارگرانی که به موجب تشخیص سازمان تأمین اجتماعی قادر به کار نباشند جزء روزهای کار آنان محسوب می‌گردد»

اصولاً کارفرما مشابه دیگر روزهای کار مکلف به پرداخت و تأدیه کلیه مزایای مربوط به روزهای کار مورد نظر در تبصره مذکور نیز بوده و صرفاً در مواردی که سازمان تأمین اجتماعی به جانشینی کارفرما پرداخت تمام یا قسمتی از این پرداختها را متکفل می‌گردد این تکلیف صرفاً تا میزان پرداختی از سوی سازمان تأمین اجتماعی از عهده کارفرما ساقط می‌گردد. دستورالعمل مورد شکایت دقیقاً بر همین مبنا اصدار یافته و مغایر با مقررات قانونی به نظر نمی‌رسد.

هیأت عمومی دیوان عدالت اداری در تاریخ فوق به ریاست حجت‌الاسلام والمسلمین دری‌نجف‌آبادی و با حضور رؤسای شعب بدوی و رؤسا و مستشاران شعب تجدیدنظر دیوان تشکیل و پس از استماع توضیحات نمایندگان وزارت کار و امور اجتماعی و سازمان تأمین اجتماعی و بحث و بررسی و انجام مشاوره با اکثریت آراء به شرح آتی مبادرت به صدور رأی می‌نماید.

رأی هیأت عمومی:

طبق ماده ۵۹ قانون تأمین اجتماعی مصوب ۱۳۵۴، بیمه شدگانی که تحت معالجه و یا درمانهای توانبخشی قرار می‌گیرند و بنابه تشخیص سازمان تأمین خدمات درمانی موقتاً قادر به کار نیستند به شرط عدم اشتغال به کار و عدم دریافت مزد یا حقوق استحقاق دریافت غرامت دستمزد را با رعایت شرایط مندرج در ماده مذکور و به نسبتهای مقرر در قانون فوق‌الذکر خواهند داشت و چون احتساب ایام بیماری کارگران مشمول قانون کار جزو سابقه خدمت آنان براساس تبصره الحاقی به بند یک تصویب‌نامه شماره ۶۲۶۰۲ مورخ ۱۳۵۷/۷/۱۷ هیأت وزیران ملازمه‌ای به

تکلیف کارفرما به پرداخت مابه‌التفاوت کمک هزینه مسکن و خوار و بار به کارگر مشمول قانون کار در مدت بیماری ندارد. بنابراین بخشنامه شماره ۱۲۵۰۳/ن مورخ ۱۳۶۰/۵/۱۷ وزارت کار و امور اجتماعی و همچنین بخشنامه شماره ۴۷۳ فنی سازمان تأمین اجتماعی متضمن تکلیف کارفرما به پرداخت مابه‌التفاوت کمک هزینه‌های مزبور خلاق قانون تشخیص داده می‌شود و به استناد قسمت دوم ماده ۲۵ قانون دیوان عدالت اداری ابطال می‌گردد.

تاریخ: ۸ اسفند ۱۳۷۸

شماره دادنامه: ۷۸/۳۹۷

کلاس پرونده: ۲۷۴/۷۶

موضوع رأی: عدم ابطال قسمت هائی از مصوبات جلسات مورخ ۱۳۷۴/۳/۲۱ و ۱۳۷۵/۱۰/۲ و ۱۳۷۶/۹/۲۳ هیأت وزیران. (در خصوص ابطال مصوبه مخالف با قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور) مورخ ۱۳۸۷/۱۲/۰۸

شاکی: آقای محمدعلی فلاح تفتی

مقدمه:

شاکی طی دادخواست تقدیمی اعلام داشته‌است، نظر به این که مصوبات مورد شکایت به استناد مواد ۸ و ۹ قانون بیمه همگانی به تصویب رسیده و نظر به این که به استناد رأی مورخ ۱۳۷۶/۹/۲۹ شماره دادنامه ۱۴۰ کلاس پرونده ۱۵۶/۷۶ هیأت عمومی دیوان تعرفه‌های تعیین شده منحصراً در محدوده قرارداد بیمه بین طرفین را قانونی دانسته در صورتی که در بند ۴ مصوبه ۱۳۷۶/۹/۲۳ و بند ۴ مصوبه ۱۳۷۵/۱۰/۲ و قسمتی از تبصره ۶ مصوبه جلسه ۱۳۷۴/۳/۲۱ آن را مطلق و الزام‌آور ابلاغ کرده است. لذا تقاضای طرح در هیأت عمومی و ابطال آن را دارد.

معاون دفتر امور حقوقی دولت در پاسخ به شکایت مذکور طی نامه شماره ۲۵۲ مورخ ۱۳۷۸/۱/۱۲ اعلام داشته‌اند در شکایت شاکی هیچ‌گونه مستند قانونی که مفاد مصوبات مورد نظر با آن قوانین در تغایر باشد ذکر نشده و در ثانی استناد به آراء هیأت عمومی دیوان عدالت اداری که هر دو رأی حاکی از رد دعاوی مطروحه توسط شاکی بوده است نمی‌تواند مستند ابطال مصوبات مورد نظر قرار گیرد.

با توجه به قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور مصوب ۱۳۷۳ (از جمله مواد ۸ و ۹ آن) تصویب‌نامه‌های مورد نظر در مقام تبیین و از شمول آئین‌نامه‌های

معنونه به تصویب رسیده و در هر حال پزشکانی که مایل به انعقاد قرارداد در اجرای قانون مربوط و آیین‌نامه اجرائی آن می‌باشند اصولاً با تمایل خود اقدام به انعقاد قرارداد می‌نمایند.

هیأت عمومی دیوان عدالت اداری در تاریخ فوق به ریاست حجت‌الاسلام والمسلمین درینجف‌آبادی و با حضور رؤسای شعب بدوی و رؤسا و مستشاران شعب تجدیدنظر دیوان تشکیل و پس از بحث و بررسی و انجام مشاوره با اکثریت آراء به شرح آتی مبادرت به صدور رأی می‌نماید.

رأی هیأت عمومی:

مصوبات مورد اعتراض مبنی بر اختیار تعیین حق ویزیت پزشکان مایل به انعقاد قرارداد در اجرای خدمات بیمه درمانی کشور است و متضمن وضع قاعده الزام‌آوری در خصوص مطلق حق ویزیت پزشکان کشور نیست. بنابراین مغایر با قانون تشخیص نگردید.

تاریخ: ۱۴ فروردین ۱۳۷۹

شماره دادنامه: ۷۹/۱

کلاسه پرونده: ۲۱۰/۷۷

موضوع رأی: عدم ابطال دستورالعمل سازمان تأمین اجتماعی در اخذ فرانشیز

مورخ ۱۳۷۹/۰۱/۱۴

شاکی: آقای محمدعلی فلاح تفتی

مقدمه:

شاکی طی دادخواست تقدیمی اعلام داشته است، سازمان تأمین اجتماعی از اول تیرماه ۱۳۷۷ طی دستورالعملی وصول فرانشیز را منحصرأ از بیمه شدگان مشاغل آزاد اجباری کرده و سایر بیمه شدگان از پرداخت فرانشیز در این موارد معاف هستند. با توجه به این که همه در برابر قانون مساوی‌اند و سازمان قانوناً در وصول فرانشیز از مشاغل آزاد و اختیار ویژه‌ای ندارد. لذا تقاضای ابطال دستورالعملی که وصول فرانشیز را منحصرأ از بیمه‌شدگان مشاغل آزاد و الزامی کرده دارم.

معاون حقوقی و امور مجلس سازمان تأمین اجتماعی در پاسخ به شکایت مذکور طی نامه شماره ۷۱۰۰/د/۶۷۶۳ مورخ ۱۳۷۸/۵/۵ اعلام داشته‌اند:

الف) بند (ب) ماده ۴ قانون تأمین اجتماعی مصوب تیرماه ۱۳۵۴ صاحبان حرف و مشاغل آزاد را مشمول قانون مذکور دانسته است.

ب) ماده واحده اصلاح بند (ب) و تبصره ۳ ماده ۴ قانون تأمین اجتماعی مصوب ۱۳۶۵/۷/۳ سازمان را مکلف به بیمه نمودن صاحبان حرف و مشاغل آزاد به صورت اختیاری در برابر تمام یا قسمتی از مزایای قانونی تأمین اجتماعی به موجب آیین نامه مصوب هیأت دولت نموده است.

ج) با تصویب قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور مصوب ۱۳۷۳ مسئله فرانشیز مطرح که ضمن تعریف آن در بند ۷ ماده یک قانون مذکور فرانشیز را قسمتی از هزینه درمان شناخته که باید در زمان دریافت خدمات درمانی توسط بیمه شده پرداخت گردد و نهایتاً براساس تبصره سوم مصوبه مورخ ۱۳۷۴/۵/۴ هیأت محترم وزیران نرخ آن را معین نموده است.

د) تبصره ۷ مصوبه اخیرالذکر به صراحت بیمه شدگان مشمول قانون تأمین اجتماعی را که به مراکز درمانی متعلق به سازمان تأمین اجتماعی مراجعه می نمایند فقط تا پایان سال ۱۳۷۴ از پرداخت فرانشیز معاف نموده است.

ه) سازمان تأمین اجتماعی علی‌رغم این که می‌توانسته از اول سال ۱۳۷۵ مبادرت به دریافت فرانشیز نماید ولی به‌منظور رعایت حال این گونه افراد این اقدام را متوقف و از ۱۳۷۷/۴/۱ باگذشت بیش از سه سال از تاریخ تصویب نسبت به اخذ فرانشیز موضوع اعتراض شاکی اقدام نموده است.

با امعان نظر به مطالب معروضه اقدام سازمان در راستای قانون و مصوبات هیأت محترم وزیران بوده و علت تفکیک نیز استفاده اختیاری این دسته از بیمه شدگان است که مخیر به انتخاب درمان نیز می‌باشند استدعای رد شکایت را می‌نماید.

هیأت عمومی دیوان عدالت اداری در تاریخ فوق به ریاست حجت‌الاسلام والمسلمین دری‌نجف‌آبادی و با حضور رؤسای شعب بدوی و رؤسا و مستشاران شعب تجدیدنظر تشکیل و پس از بحث و بررسی و انجام مشاوره با اکثریت آراء به شرح آتی مبادرت به صدور رأی می‌نماید.

رای هیأت عمومی:

نظر به این که مصوبات مورد اعتراض بر مبنای اصول و موازین قانونی تنظیم شده و متضمن نفی حق ثابت مکتسبی نیست مغایر قانون تشخیص نگردید.

تاریخ: ۱۱ شهریور ۱۳۸۰

شماره دادنامه: ۸۰/۱۸۹

کلاس پرونده: ۵۵/۷۹

موضوع رأی: عدم ابطال مصوبه شماره ۵۱۲/ش مورخ ۱۳۷۸/۴/۲۳ شورای اسلامی شهر همدان.

شاکی: مجمع امور صنفی تولیدی و خدمات فنی همدان (اخذ عوارض جهت حمل زباله)

مقدمه:

شاکی طی دادخواست تقدیمی اعلام داشته است، نظر به این که شهرداری همدان از واحدهای صنفی عوارض کسب دریافت می‌دارد و در قبال آن می‌بایست به واحدهای صنفی خدمات بدهد و از منازل عوارض نوسازی دریافت دارد و باید خدمات و تسهیلات فراهم آورد، بنابراین اخذ مبالغی جهت حمل زباله توسط شهرداری همدان از منازل و واحدهای صنفی مورد اعتراض واحدهای صنفی می‌باشد لذا ابطال مصوبه شورای شهر همدان به شماره ۵۱۲/ش مورخ ۱۳۷۸/۴/۲۳ مورد تقاضا است.

رئیس شورای اسلامی شهر همدان در پاسخ به شکایت مذکور طی نامه شماره ۹۲۷/ش مورخ ۱۳۸۰/۳/۳۰ اعلام داشته‌اند شهرداری همدان به استناد بند ۲۶ ماده ۵۵ قانون شهرداری‌ها طی نامه شماره ۲۳۸ مورخ ۱۳۷۸/۳/۱۸ پیشنهاد برقراری و میزان نرخ عوارض خدمات محل زباله در سطح شهر را به شورای اسلامی شهر اعلام و این شورا نیز مستنداً به بند ۱۶ ماده ۱۷۱ قانون تشکیلات، وظایف و انتخابات شوراهای اسلامی کشور برابر مجوز شماره ۵۱۲/ش مورخ ۱۳۷۸/۴/۲۳ با پیشنهاد واصله موافقت می‌نماید. فلذا همان‌گونه که بیان شد مجوز شورای اسلامی

شهر همدان در راستای انجام وظایف محوله قانونی اصدار یافته و هیچ خدشه و ایرادی به آن وارد نبوده و منطبق و مطابق مواد قانونی فوق‌الاشعار می‌باشد. هیأت عمومی دیوان عدالت اداری در تاریخ فوق به ریاست حجت‌الاسلام والمسلمین دری‌نجف‌آبادی و با حضور رؤسای شعب بدوی و رؤسا و مستشاران شعب تجدیدنظر تشکیل و پس از بحث و بررسی و انجام مشاوره با اکثریت آراء به شرح آتی مبادرت به صدور رأی می‌نماید.

رای هیات عمومی:

طبق بند ۱۶ ماده ۷۱ قانون تشکیلات، وظایف و انتخابات شوراهای اسلامی کشور «تصویب لوایح برقراری یا لغو عوارض شهر و همچنین تغییر نوع و میزان آن با در نظر گرفتن سیاست عمومی دولت که از سوی وزارت کشور اعلام می‌شود.» از جمله وظایف و اختیارات شورای اسلامی شهر است. بنابراین مصوبه شماره ۵۱۲/ش مورخ ۱۳۷۸/۴/۲۳ شورای اسلامی شهر همدان در خصوص اخذ عوارض جمع‌آوری و حمل زباله که به تجویز قانونگذار و با رعایت مقررات مربوط وضع و تصویب شده است مغایرتی با قانون و حدود اختیارات شورای مذکور ندارد.

تاریخ: ۱۸ شهریور ۱۳۸۰

شماره دادنامه: ۸۰/۱۹۳

کلاس پرونده: ۴۱۰/۷۸

موضوع رأی: ابطال بخشنامه شماره ۱۷ مستمری‌ها سازمان تأمین اجتماعی. (در خصوص برقراری مستمری برای از کار افتادگان) مورخ ۱۳۸۰/۰۶/۱۸

شاکی: آقای هوشنگ جعفرزاده صابری

مقدمه: شاکی طی دادخواست تقدیمی اعلام داشته است، به موجب بخشنامه شماره ۱۷ مستمری‌ها

برای استفاده کنندگان از مزایای از کارافتادگی کلی غیر ناشی از کار موضوع ماده ۷۵ قانون تأمین اجتماعی شرایطی را ایجاد نموده که اجرای ماده ۷۵ را سد نموده زیرا به موجب بند یک و ۲ این بخشنامه خلاف قانون برای ارسال و فرستادن پرونده بیمه شده و از کارافتادگی کلی غیرناشی از کار که طبق نظر پزشک معالج از کارافتاده کلی می‌باشد (ماده ۷۰ قانون تأمین اجتماعی) وجود آن دو پیش شرط ضروری است و اگر بیمه شده آن پیش شرط‌های بخشنامه را نداشته باشد پرونده وی به کمیسیون موضوع ماده ۹۱ قانون تأمین اجتماعی فرستاده نمی‌شود. آن دو پیش شرط عبارت است از:

۱. به‌عنوان حقوق بگیر در کارگاه مشمول تأمین اجتماعی اشتغال به کار داشته و لذا با پرداخت حق بیمه ارتباط وی با سازمان برقرار و حق استفاده از حمایت‌های مقرر در قانون را داشته باشد.

۲. طبق مدارک مستند و متقن درمانی در حال استراحت پزشکی و یا استراحت توأم با درمان بوده و تبع آن از غرامت دستمزد ایام بیماری استفاده نماید.

سازمان تأمین اجتماعی با دستاویز قرار دادن این بخشنامه خلاف قانون شرط ارسال دوباره پرونده به کمیسیون را اشتغال مجدد بیمه شده از کارافتاده کلی قرار داده است. بنا به دلایل ذیل تقاضای ابطال بخشنامه شماره ۱۷ مستمری‌ها سازمان تأمین اجتماعی را دارم.

۱. ماده ۷۰ قانون تأمین اجتماعی در فصل ششم (از کارافتادگی) که در مقام بیان است، تنها شرط ارسال پرونده به کمیسیون موضوع ماده ۹۱ را نظریه پزشک معالج و انجام خدمات توانبخشی معرفی کرده و لاغیر.

۲. ماده ۷۰ و ۷۵ قانون تأمین اجتماعی به قدری صریح و روشن است که نیازی به صدور بخشنامه پیرامون آن وجود ندارد. ضمناً قانون هم چنین اجازه‌ای را تجویز نکرده است.

۳. با توجه به اختیارات چهارگانه رئیس هیأت مدیره سازمان در ماده ۲۶ قانون تأمین اجتماعی صدور این بخشنامه از سوی وی در قالب هیچ یک از شقوق چهارگانه نمی‌گنجد و قطعاً از اختیارات قانونی خویش در مانحن فیه تجاوز کرده است. بنا به مراتب فوق تقاضای ابطال بخشنامه شماره ۱۷ مستمری‌ها را دارم.

معاون حقوقی و امور مجلس سازمان تأمین اجتماعی در پاسخ به شکایت مذکور طی نامه شماره ۱۷۶۵۹/۵/۷۱۰۰ مورخ ۱۳۸۰/۵/۲۱ اعلام داشته‌اند، حکم اصلی و محوری بخشنامه معترض‌عنه عبارت است از لزوم پیوستگی و ارتباط بیمه شده با سازمان هنگام معرفی فرد به کمیسیون پزشکی موضوع ماده ۹۱ قانون تأمین اجتماعی مصوب ۱۳۵۴ جهت تعیین میزان از کار افتادگی کلی غیر ناشی از کار.

حالات احصاء شده در بخشنامه در واقع به‌عنوان مصادیق منحصر ارتباط بیمه شده با سازمان تأمین اجتماعی بوده و ارتباط پیوستگی بیمه شده با سازمان در خارج از

حالات و صور مذکور قابل تصور نمی‌باشد. البته لازم به توضیح است از آن جا که حالات اول یعنی اشتغال در واقع به‌عنوان مصداق بارز و اصلی این ارتباط می‌باشد، می‌توان بقیه حالات را در حکم اشتغال دانست. در خصوص این که آیا شرط مربوط به «لزوم ارتباط و پیوستگی بیمه شده با سازمان هنگام معرفی به کمیسیون‌های پزشکی ماده ۹۱ قانون» در مقام یک شرط جدیدالتأسیس و جدیدالوضع توسط سازمان تلقی می‌شود یا این که ذکر شرط یاد شده در بخشنامه صرفاً جنبه اعلام داشته و هیچ‌گونه وضع، تأسیس یا قانونگذاری جدید از سوی سازمان به عمل نیامده است.

با عنایت به مبانی منطقی و حقوقی تفسیر قوانین، بخشنامه مورد بحث چیزی جزء اعلام شرط موجود در قانون تأمین اجتماعی نبوده و هیچ (تقنینی) صورت نگرفته است و به اصطلاح علمای حقوق بخشنامه در رابطه با شرط یاد شده (جنبه اعلامی) داشته است و نه (جنبه تأسیسی) دلایل این برداشت و استنتاج به قرار ذیل می‌باشد.

اولاً مطابق بند یک ماده ۲ قانون تأمین اجتماعی (بیمه شده) شخصی است که رأساً مشمول مقررات تأمین اجتماعی بوده و با پرداخت مبالغی به‌عنوان حق بیمه حق استفاده از مزایای مقرر در قانون را دارد. بنابراین معلوم می‌شود که در تعریف بیمه شده (اشتغال عملی) از ارکان اصلی تعریف اخذ شده و با فقدان آن، وصف کارگر از یک فرد قابل زوال می‌باشد.

ثانیاً بند ۱۳ ماده ۲ قانون تأمین اجتماعی در تعریف از کارافتادگی کلی مقرر می‌دارد، عبارت است از کاهش قدرت کار بیمه شده به نحوی که نتواند با اشتغال به کار سابق یا کار دیگری بیش از یک سوم درآمد قبلی خود را به دست آورد. از قید (بنحوی که) استفاده می‌شود که نوعی افتراان زمانی عرفی بین کاهش قدرت کار

(پیدایش از کارافتادگی) و اشتغال در زمان قبل از کاهش یاد شده لحاظ گردیده است و این خود دلیل گواه این است که فرد بیمه شده باید بلافاصله (عرفاً) قبل از دست دادن قدرت کار اشتغال عملی داشته باشد.

ثالثاً قانونگذار جهت استفاده از مزایای ماده ۷۵ قانون تأمین اجتماعی دو شرط قائل گردیده است.

اول: دارا بودن حداقل حق بیمه یک سال کار ظرف ده سال قبل از وقوع حادثه غیرناشی از کار یا بیماری.

دوم: دارا بودن حق بیمه حداقل ۹۰ روز کار ظرف یک سال قبل از وقوع حادثه یا بیماری منجر به از کارافتادگی.

باتوجه به شرط دوم کشف می‌گردد که بیمه شده در ظرف یک سال قبل از این که از کارافتاده کلی شناخته شود، باید حداقل سه ماه اشتغال عملی داشته باشد والا فرض پرداخت حق بیمه ۹۰ روز بدون اشتغال عملی متصور نمی‌باشد. در خصوص ادعای شاکی:

۱. مبنی بر ایجاد شرط جدید اعلام می‌دارد، خود ماده ۷۵ لزوم ارتباط بیمه شده با سازمان را در ظرف یک سال قبل از حادثه یا بیماری منتهی به از کارافتادگی صراحتاً بیان کرده است.

۲. الزام سازمان به اشتغال، آری چنانچه فردی با توجه به مجموع قوانین و مقررات بخواهد از مزایایی از قبیل مزایای مقرر در ماده ۷۵ قانون بهره‌مند گردد لاجرم باید شرایط قانونی آن را نیز دارا باشد و با هیچ تعبیر اجبار قلمداد نمی‌گردد. با توجه به جمیع جهات فوق استدعای رسیدگی و صدور حکم مبنی بر رد شکایت یاد شده را می‌نماید.

هیأت عمومی دیوان عدالت اداری در تاریخ فوق به ریاست حجت‌الاسلام والمسلمین مقدسی فرد معاون قضایی دیوان و با حضور رؤسای شعب بدوی و رؤسا و مستشاران شعب تجدیدنظر تشکیل و پس از بحث و بررسی و انجام مشاوره با اکثریت آراء به شرح آتی مبادرت به صدور رأی می‌نماید.

رای هیات عمومی:

نظر به این که شرایط معرفی بیمه شدگان مشمول قانون تأمین اجتماعی مصوب ۱۳۵۴ به کمیسیون‌های پزشکی مذکور در ماده ۹۱ آن قانون و برخورداری آنان از مستمری از کارافتادگی به شرح مقرر در مادتين ۷۰ و ۷۵ این قانون تعیین شده است و حدود وظایف و اختیارات رئیس هیأت مدیره و مدیرعامل سازمان تأمین اجتماعی به شرح مندرج در ماده ۲۶ قانون فوق‌الذکر متضمن جواز وضع مقررات خاص در خصوص مورد نیست، بنابراین مدلول بخشنامه شماره ۱۷ مستمری‌ها خارج از حدود اختیارات مقام مزبور را در این زمینه تشخیص داده می‌شود و به استناد قسمت دوم ماده ۲۵ قانون دیوان عدالت اداری بخشنامه فوق‌الاشعار ابطال می‌گردد.

تاریخ: ۲۹ مهر ۱۳۸۰

شماره دادنامه: ۸۰/۲۴۲

کلاس پرونده: ۲/۸۰

موضوع رأی: ابطال بخشنامه شماره ۱۱/۸۰۱/۸۰۷/۲۸ م مورخ ۱۳۷۹/۲/۳۱ سازمان
تأمین خدمات درمانی پرسنل نیروهای مسلح جمهوری اسلامی ایران. (در
خصوص اعتبار نسخ سال های پیشین) مورخ ۱۳۸۰/۰۷/۲۹

شاکی: آقای اسداله صداقت

مقدمه:

شاکی طی دادخواست تقدیمی اعلام داشته‌اند، اداره بیمه خدمات درمانی نیروهای مسلح با صدور بخشنامه‌ای اعلام داشته است که نسخ سال ۱۳۷۸ تا ۱۳۷۹/۲/۱۵ اعتبار داشته و بعد از تاریخ ۱۳۷۹/۲/۱۵ از درجه اعتبار ساقط است. با صدور این بخشنامه به‌طور یقین اهداف بیمه خدمات درمانی نقض گردیده است. زیرا تصور فرمایید چنان‌چه شخصی در تاریخ ۱۳۷۸/۱۲/۲۹ با پرداخت هزینه‌های بیمارستان بیمار خود را ترخیص نماید و بعد از تعطیلات یعنی در سال ۷۹ فقط ۴۵ روز فرصت داشته‌اند تا درصدی از هزینه‌های متقبل شده را دریافت نماید. با این ترتیب امر بیمه خدمات درمانی که اجباری نیز می‌باشد عبث و بیهوده خواهد بود.

این در حالی است که اداره بیمه نیروهای مسلح می‌بایستی با توجه به این که هزینه‌های انجام شده در سال ۱۳۷۸ صورت گرفته جهت پرداخت اسنادی که در سال ۱۳۷۹ ارائه می‌شود سند دیونی صادر نماید. علیهذا با توجه به این که بخشنامه اداره خوانده مخالف نفس وجودی بیمه خدمات درمانی است زیرا حق

بیمه خدمات درمانی است زیرا حق بیمه شامل مرور زمان نمی‌شود صدور رأی بر ابطال آن را تقاضا می‌نماید.

مدیرعامل سازمان خدمات درمانی پرسنل نیروهای مسلح جمهوری اسلامی ایران در پاسخ به شکایت مذکور طی نامه شماره ۸۰۵/۹/۱۴/۹/۲۸ مورخ ۱۳۸۰/۲/۲۳ اعلام داشته‌اند:

۱. سازمان خدمات درمانی نیروهای مسلح تاکنون علی‌رغم امکانات محدود بهترین خدمات را به بیماران ارائه داده و هزینه‌ها را نیز براساس قوانین بیمه و بخشنامه‌های موجود سهم بیمار را می‌پردازند.

۲. بیماران مراجعه کننده به ادارات کل چهارگانه تهران پس از تکمیل و ارائه مدارک خود امکان دریافت هزینه‌ها را طبق تعرفه دارند.

۳. شاکای در مهلت‌های مقرر اعلام شده برابر ضوابط مراجعه نکرده و چنانچه طلبی هم از بابت سال ۱۳۷۸ داشته فقط تا ۱۳۷۹/۲/۳۱ قابل پرداخت بود و نامبرده می‌توانست طلب خود را دریافت نماید.

هیأت عمومی دیوان عدالت اداری در تاریخ فوق به ریاست حجت‌الاسلام والمسلمین دری‌نجف‌آبادی و با حضور رؤسای شعب بدوی و رؤسا و مستشاران شعب تجدیدنظر تشکیل و پس از بحث و بررسی و انجام مشاوره با اکثریت آراء به شرح آتی مبادرت به صدور رأی می‌نماید.

رای هیات عمومی:

با عنایت به وظایف و مسئولیت‌های سازمان تأمین خدمات درمانی پرسنل نیروهای مسلح جمهوری اسلامی ایران در زمینه بررسی اسناد و مدارک پزشکی و درمانی بیماران نیروهای مذکور به‌منظور پرداخت هزینه‌های انجام شده با رعایت

تعرفه‌های مربوط و این که وضع قاعده آمره در خصوص تعیین تاریخ خاص برای قبول و ثبت اسناد مذکور احتیاج به حکم قانونگذار دارد.

بخشنامه شماره ۱۳۷۹/۲/۳۱/۰۷/۰۱/۱۱/۸۰ م مورخ ۱۳۷۹/۲/۳۱ سازمان تأمین خدمات درمانی پرسنل نیروهای مسلح مبنی بر عدم قبول و ثبت اسناد ارائه شده پس از ۱۳۷۹/۲/۳۱ خارج از حدود اختیارات آن سازمان در وضع مقررات دولتی تشخیص داده می‌شود و مستنداً به قسمت دوم ماده ۲۵ قانون دیوان عدالت اداری ابطال می‌گردد.

تاریخ: ۱۴ اسفند ۱۳۸۰

شماره دادنامه: ۸۰/۴۲۹

کلاس پرونده: ۳۷/۷۹

موضوع رأی: ابطال بند ۶ صورت جلسه ششصد و هفتاد و چهارمین جلسه هیأت مدیره سازمان تأمین اجتماعی. (در خصوص عدم پرداخت هزینه‌های درمان غیر مستقیم توسط بیمه) مورخ ۱۳۸۰/۱۲/۱۴

شاکی: آقای علی قنبری

مقدمه:

شاکی طی دادخواست تقدیمی اعلام داشته است، اینجانب بیمه شده حرف و مشاغل آزاد سازمان تأمین اجتماعی به علت بیماری قلبی در بیمارستان خاتم‌الانبیاء (ص) تحت عمل جراحی قلب قرار گرفتم. متأسفانه سازمان تأمین اجتماعی علی‌رغم این که با توجه به اصل ۲۹ قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران متولی امور مربوط به بازنشستگی، بیکاری، پیری... خدمات بهداشتی و درمانی می باشد از پرداخت هزینه‌های مذکور مستنداً به بند ۶ صورت جلسه ششصد و هفتاد و چهارمین جلسه هیأت مدیره مورخ ۱۳۷۷/۱۲/۲۳ خودداری می‌نماید.

با توجه به بند (ب) ماده ۴ قانون تأمین اجتماعی سال ۱۳۵۴ صاحبان حرف و مشاغل آزاد مشمول قانون مذکور بوده و سازمان به استناد ماده ۴۸ قانون تأمین اجتماعی ملزم به انجام تعهدات قانونی طبق مقررات به بیمه شدگان خواهد شد. با عنایت به مراتب فوق از آن جا که صورت جلسه مذکور خلاف نص صریح قانون اساسی و قانون تأمین اجتماعی بوده و استفاده از روش درمان غیر مستقیم مستنداً به ماده ۵۵ قانون تأمین اجتماعی به موجب آیین‌نامه‌ای خواهد بود که می‌بایستی

به تصویب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی برسد و صورت جلسه هیأت مدیره سازمان نمی‌تواند ملاک عدم پرداخت هزینه‌های درمان غیر مستقیم قرار گیرد، ابطال آن را تقاضا دارد.

معاون حقوقی و امور مجلس سازمان تأمین اجتماعی در پاسخ به شکایت مذکور طی نامه شماره ۷۱۰۰/د/۲۴۵۲۲ مورخ ۱۳۸۰/۷/۱۴ اعلام داشته‌اند:

۱. ارائه خدمات درمانی سازمان تأمین اجتماعی به بیمه شدگان صرفاً در قالب قوانین و مقررات مربوطه که به تصویب مراجع ذیصلاح رسیده است، انجام می‌گیرد و لذا ارائه خدمات درمانی در خارج از چارچوب یاد شده برای این سازمان مقدور نمی‌باشد، چگونگی ایفای تعهدات درمانی سازمان در قبال بیمه شدگان موضوع بندهای (الف) و (ب) ماده ۳ قانون تأمین اجتماعی مصوب ۱۳۵۴ در قانون الزام سازمان تأمین اجتماعی به اجرای بندهای (الف) و (ب) ماده ۳ قانون تأمین اجتماعی مصوب ۱۳۶۸ مجلس شورای اسلامی و آیین‌نامه‌های اجرایی آن که در تاریخ ۱۳۶۹/۲/۱۲ به تصویب مرجع ذیصلاح رسیده است مشخص شده است.

به موجب بند (ه) تبصره یک ماده واحده قانون اخیرالذکر مقرر شده است، «ه- سازان تأمین اجتماعی می‌تواند در صورت لزوم با عقد قرارداد از خدمات پزشکی بخش خصوصی جهت درمان بیمه شدگان تأمین اجتماعی استفاده نماید.»

۲. همان‌گونه که در بند فوق تصریح شده است، اولاً سازمان در انعقاد قرارداد با بخش خصوصی مخیر است. ثانیاً، استفاده بیمه شدگان از خدمات درمانی بخش خصوصی منوط به داشتن قرارداد سازمان با بخش مذکور شده است و تا سازمان قراردادی با بخش خصوصی منعقد نکرده باشد مجوزی برای استفاده بیمه شدگان از خدمات آنان وجود ندارد.

لذا از آن جا که قانون مذکور و آیین‌نامه اجرایی آن هیچ‌گونه الزامی برای پرداخت هزینه‌های درمانی بیمه‌شدگان که راساً و بدون جهت برای انجام معالجات پزشکی غیر اورژانس که خدمات آن توسط بیمارستان‌های سازمان تأمین اجتماعی ارائه می‌گردد، مراجعه نموده‌اند مقرر نشده است، بنابراین بند ۶ صورت‌جلسه ششصدوهفتادوچهارمین جلسه هیأت مدیره سازمان تأمین اجتماعی در راستای مقررات مذکور و صرفاً از جهت تأکید به بیمه‌شدگان جهت رعایت مقررات مربوطه بوده است و حکم جدیدی از سوی هیأت یاد شده وضع و تأسیس نشده است تا عدم مغایرت آن با قوانین و مقررات مطرح باشد.

۳. علاوه بر مطالبات فوق همان‌گونه که در صدر بند ۶ صورت‌جلسه ششصدوهفتادوچهارمین جلسه هیأت مدیره سازمان نیز مقرر گردیده است، بند ۶ معترض‌عنه به استناد و براساس صورت‌جلسه مورخ ۱۳۷۷/۱۲/۹ شورای عالی خدمات درمانی موضوع ماده ۳ قانون بیمه همگانی و خدمات درمانی مصوب ۱۳۷۳ به تصویب رسیده است. اعضای محترم هیأت عمومی مستحضرند اختیارات شورای عالی خدمات درمانی مذکور مستند به قانون بیمه همگانی خدمات درمانی یاد شده بود و مرجع ذیربط در این خصوص می‌باشد.

هیأت عمومی دیوان عدالت اداری در تاریخ فوق به ریاست حجت‌الاسلام والمسلمین دری‌نجف‌آبادی و با حضور رؤسای شعب بدوی و رؤسا و مستشاران شعب تجدیدنظر تشکیل و پس از بحث و بررسی و انجام مشاوره با اکثریت آراء به شرح آتی مبادرت به صدور رأی می‌نماید.

رای هیات عمومی:

حکم مقرر در ماده واحده قانون الزام سازمان تأمین اجتماعی به اجرای بندهای (الف) و (ب) ماه ۳ قانون تأمین اجتماعی مصوب ۱۳۶۸ مفید الزام سازمان تأمین اجتماعی به تأمین و انجام تعهدات قانونی مربوط به درمان مشمولین قانون تأمین اجتماعی از طریق مطلق بخش‌های دولتی و در صورت نیاز از طریق بخش خصوصی با رعایت تعرفه‌های رسمی مربوط است، و چون ارائه خدمات درمانی مقرر از طریق مراکز درمانی دولتی طرف قرارداد متضمن حصر اطلاق حکم مقنن و تضییق دایره شمول آن است.

بنابراین عبارت «طرف قرارداد» مندرج در شق (ب) بند ۶ مصوبه ششصد و هفتاد و چهارمین جلسه مورخ ۱۳۷۷/۱۲/۲۳ هیأت مدیره سازمان تأمین اجتماعی نسبت به مراکز درمانی دولتی خلاف قانون و خارج از حدود اختیارات هیأت مدیره مذکور در وضع مقررات دولتی تشخیص داده می‌شود و مستنداً به قسمت دوم ماده ۲۵ قانون دیوان عدالت اداری ابطال و از متن بند مزبور حذف می‌گردد.

تاریخ: ۱۴ مهر ۱۳۸۱

شماره دادنامه: ۸۱/۲۴۴

کلاس پرونده: ۱۶۵/۷۹

موضوع رأی: اعلام عدم تعارض آراء صادره از شعب ۶ و ۹ دیوان عدالت اداری.
(در خصوص استفاده از خدمات درمانی سازمان تأمین اجتماعی) مورخ

۱۳۸۱/۰۷/۱۴

شاکی: شرکت سهامی آب منطقه‌ای گیلان

مقدمه:

الف) شعبه ششم در رسیدگی به پرونده کلاس ۶۴۶/۷۷ موضوع شکایت آقای حسین بابایی به طرفیت سازمان آب منطقه‌ای گیلان به خواسته صدور حکم مبنی بر استفاده از خدمات درمانی به سازمان تأمین اجتماعی به شرح دادنامه شماره ۱۵۳۷ مورخ ۱۳۷۸/۸/۲۵ حکم به بطلان شکایت شاکی صادر نموده است.

ب) شعبه نهم در رسیدگی به پرونده کلاس ۳۸۵/۷۸ موضوع شکایت آقای محمدحسن یعقوبی به طرفیت شرکت سهامی آب منطقه‌ای گیلان به خواسته احقاق حق به شرح دادنامه شماره ۱۱۲۱ مورخ ۱۳۷۸/۷/۱۸ شکایت شاکی را رد نموده است.

ج- ۱) شعبه ششم در رسیدگی به پرونده کلاس ۶۴۷/۷۷ موضوع شکایت آقای نبی‌الله محمدی به طرفیت سازمان آب منطقه‌ای شمال (گیلان) به خواسته صدور حکم مبنی بر استفاده از خدمات درمانی سازمان تأمین اجتماعی به شرح دادنامه شماره ۱۲۱ مورخ ۱۳۷۹/۱/۲۴ حکم بر الزام سازمان طرف شکایت به شمول تأمین اجتماعی از جهت دفترچه بیمه صادر نموده است.

ج ۲- شعبه دوم تجدیدنظر در رسیدگی به پرونده کلاسه ت ۶۸۳/۷۹/۲ موضوع تقاضای تجدیدنظر شرکت سهامی آب منطقه‌ای گیلان به خواسته تجدیدنظر در دادنامه شماره ۱۲۱ مورخ ۱۳۷۹/۱/۲۴ صادره از شعبه ششم در پرونده کلاسه ۶۴۷/۷۷ به شرح دادنامه شماره ۱۲۶ مورخ ۱۳۸۱/۲/۱۱ ضمن فسخ دادنامه تجدیدنظر خواسته شکایت تجدیدنظر خوانده را غیر وارد تشخیص و حکم به رد آن صادر نموده است.

هیأت عمومی دیوان عدالت اداری در تاریخ فوق به ریاست حجت‌الاسلام والمسلمین دری‌نجف‌آبادی و با حضور رؤسای شعب بدوی و رؤسا و مستشاران شعب تجدیدنظر تشکیل و پس از بحث و بررسی و انجام مشاوره با اکثریت آراء به شرح آتی مبادرت به صدور رأی می‌نماید.

رای هیات عمومی:

با عنایت به این که دادنامه شماره ۱۲۱ مورخ ۱۳۷۹/۱/۲۴ شعبه ششم بدوی دیوان به شرح دادنامه قطعی شماره ۱۲۶ مورخ ۱۳۸۱/۲/۱۱ شعبه دوم تجدیدنظر دیوان فسخ و شکایت شاکی رد شده است، بنابراین تناقضی بین آراء قطعی فوق‌الذکر نمی‌باشد و موردی برای رسیدگی و اتخاذ تصمیم نسبت به موضوع در قلمرو ماده ۲۰ اصلاحی قانون دیوان عدالت اداری وجود ندارد.

تاریخ: ۲۶ آبان ۱۳۸۱

شماره دادنامه: ۸۱/۳۰۱

کلاس پرونده: ۳۶۰/۸۰

موضوع رأی: ابطال بخشنامه شماره ۲۸۲/ف/۲/امورخ/۱۲/۳/۱۳۸۰ شرکت بیمه ایران. (در خصوص هزینه معالجه صدمات بدنی و جرح) مورخ ۱۳۸۱/۰۸/۲۶

شاکی: آقای جمشید نور شرق دهآقانی

مقدمه:

شاکی طی دادخواست تقدیمی اعلام داشته است، شرکت بیمه ایران در مقام صدور بیمه نامه شخص ثالث، سه نوع بیمه نامه عرضه می‌نماید که نرخ آنها و پوشش بیمه‌ای که ارائه می‌گردد متفاوت می‌باشد. بیمه نامه‌ای که ارزانترین نوع از میان سه قسم مزبور تلقی می‌گردد، بیمه نامه‌ای است که بر مبنای نرخ بیمه نامه شخص ثالث قبل از افزایش نرخ‌های اخیر، عرضه می‌گردد پوشش بیمه‌ای این مبلغ ۸۰،۰۰۰،۰۰۰ ریال خسارت جانی و ۲/۰۰۰/۰۰۰ ریال خسارت مالی است. در مورد این بیمه نامه از بیمه گذار دریافت می‌نماید. در متن تعهد نامه تصریح گردیده است که منظور از میزان خسارت بدنی مذکور در ماده یک قانون تأمین اجتماعی و جبران هزینه معالجه صدمات بدنی و یا جرح حاصل از حوادث رانندگی و همچنین جبران زیان‌های نقص عضو، از کارافتادگی دائم و یا مطلق یا نسبی یا فوت ناشی از حوادث مشمول بیمه‌ای برای شخص ثالث است و تابع قوانین و مقررات دیه نمی‌باشد بنا به مفاد صریح تعهد نامه مزبور شرکت بیمه ایران تعهد خود در برابر بیمه گزار را از شمول قانون دیات خارج و بر مبنای آیین‌نامه اجرایی قانون بیمه اجباری شخص ثالث مصوب ۱۳۴۷ استوار ساخته است هدف از تنظیم و اخذ چنین تعهد نامه‌ای رفع مسئولیت شرکت بیمه در برابر دیه جرح می‌باشد،

چراکه در قانون فوق‌الذکر به لحاظ تاریخ تصویب آن عنوان قانونی دیه وجود نداشته و صرفاً به خسارت بدنی و یا جرح ناشی از حوادث رانندگی اشاره شده است بنابه مراتب فوق‌الذکر و نظر به این که بخشنامه شرکت بیمه ایران که منجر به اخذ چنین تعهدی شده است به‌منظور خارج نمودن رابطه قراردادی با بیمه گزار از شمول قوانین و مقررات لازم‌الاتباع دیات و خلاف قانون بوده تقاضای ابطال بخشنامه مورد شکایت را دارد. دفتر حقوقی و امور قراردادهای شرکت بیمه ایران در پاسخ به شکایت مذکور طی نامه شماره ۵/۷۰۱۳/۲۷۳۹ مورخ ۱۳۸۱/۲/۱۸ و شماره ۵/۷۰۱۳/۹۰۹۸ مورخ ۱۳۸۱/۵/۳۰ اعلام داشته‌اند، مطابق قانون بیمه شخص ثالث مسئولیت مدنی دارندگان وسایل نقلیه موتوری زمینی مصوب ۱۳۴۷ و آیین‌نامه اجرایی آن مصوب ۱۳۴۸ دارندگان وسایل نقلیه موتوری زمینی مکلف شده‌اند مسئولیت بدنی خود را در رابطه با خسارات ناشی از حوادث مرتبط با وسیله نقلیه را بیمه نمایند و مطابق ماده ۶ قانون مذکور تعیین نرخ حق بیمه و مبلغ موردتعهد بیمه‌گر به عهده هیئت وزیران می‌باشد بر این اساس دارندگان وسایل نقلیه موتوری زمینی در صورت بروز حادثه و ایجاد خسارت اعم از مالی و یا بدنی جهت جبران خسارت وارده به زیان دیده از طریق شرکت بیمه‌گر خود اقدام می‌نمایند و در مواردی که دیه‌ای وجود دارد عموماً حکم دیه صادره از مرجع قضایی توسط شرکت‌های بیمه ملاک عمل برای پرداخت غرامت (با رعایت شرایط و سقف ریالی مندرج در بیمه‌نامه) قرار می‌گیرد. همان‌طوری که اعلام شد مبلغ خسارت مورد تعهد شرکت بیمه توسط هیئت وزیران معین می‌گردد و از طرف دیگر مبلغ ریالی دیه هر ساله توسط قوه قضاییه معین و ابلاغ می‌شود که در عمل ممکن است مبلغ مصوب هیئت وزیران و مبلغ ابلاغی قوه قضاییه با یکدیگر منطبق نباشد.

تعدادی از بیمه گزاران در موقع صدور بیمه نامه برای پرداخت حق بیمه به میزان کمتر درخواست صدور همان بیمه نامه اجباری با تعهد هشتاد میلیون ریال را دارند بدون توجه به عواقب آن که در صورت وقوع حادثه پوشش کامل را نخواهند داشت به منظور توجیه بیشتر این گونه بیمه گزاران، شرکت بیمه علاوه بر توضیحات حضوری و شفاهی از جهت رعایت احتیاط کامل در یک مقطع زمانی از این گونه بیمه گزاران تقاضای تکمیل و امضای تعهد نامه را نموده است و حسب اطلاع در حال حاضر اصراری بر اخذ این تعهد نامه وجود ندارد و موضوع منتفی است.

هیأت عمومی دیوان عدالت اداری در تاریخ فوق به ریاست حجت الاسلام والمسلمین دری نجف آبادی و با حضور رؤسای شعب بدوی و رؤسا و مستشاران شعب تجدیدنظر تشکیل و پس از بحث و بررسی و انجام مشاوره با اکثریت آراء به شرح آتی مبادرت به صدور رأی می نماید.

رای هیات عمومی:

حکم مقرر در ماده یک قانون بیمه اجباری مسئولیت مدنی دارندگان وسایل نقلیه موتوری زمینی در مقابل شخص ثالث مصوب ۱۳۴۷ مصرح در مسئولیت مدنی دارندگان وسایل نقلیه موتوری زمینی در قبال مطلق خسارات بدنی و مالی ناشی از حوادث وسایل نقلیه مزبور به اشخاص ثالث و الزام آنان به انعقاد قرارداد بیمه با شرکت های بیمه ذیصلاح است و به موجب مادتين ۶ و ۸ قانون مذکور بیمه گر مسئول جبران کلیه خسارات وارده به اشخاص ثالث شناخته شده و در انعقاد قرارداد بیمه ملزم به رعایت حکم صریح مقنن در این باب است. بنابراین بخشنامه شماره ۲۸۲/ف/۱/۲ مورخ ۱۳۸۰/۳/۱۲ شرکت بیمه سهامی بیمه ایران که بالزام بیمه گزار به تنظیم تعهدنامه خاص متضمن عدم ضرورت انعقاد قرارداد بیمه نسبت

به کلیه خسارات مصرح در قانون از جمله دیه مربوط و نفی تکلیف قانونی بیمه‌گر به جبران کلیه خسارات وارده به اشخاص ثالث می‌باشد. معایر قانون تشخیص داده می‌شود و به استناد قسمت دوم ماده ۲۵ قانون دیوان عدالت اداری ابطال می‌گردد.

تاریخ: ۲۹ دی ۱۳۸۱

شماره دادنامه: ۳۸۵-۸۱/۳۸۴

کلاس پرونده: ۲۳۴/۷۸ و ۲۲۱

موضوع رأی: ابطال بخشنامه ۹۶۶/ک مورخ ۱۳۷۸/۱/۲۸ معاون درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (در خصوص افزایش تعرفه پزشکان بخش خصوصی) مورخ ۱۳۸۱/۱۰/۲۹

شاکی: آقای رضا جهاندار دوست - آقای محمدرضا داش محمدی

مقدمه:

شاکی طی دادخواست تقدیمی اعلام داشته است، معاون درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی طی نامه شماره ۹۶۶/ک مورخ ۱۳۷۸/۱/۲۸ به کلیه دانشگاه های علوم پزشکی سراسر کشور مجوز افزایش تعرفه پزشکان بخش خصوصی را با توجه به نامه شماره ۱۵/۲۷۱۷۱ مورخ ۱۳۷۷/۱۲/۲۶ سازمان نظام پزشکی ابلاغ نمود. مطابق ماده ۸ قانون بیمه همگانی خدمات درمانی مصوب ۱۳۷۳/۸/۳ «تعرفه های خدمات تشخیصی و درمانی بر اساس قیمت های واقعی و نرخ سرانه حق بیمه درمانی مصوب به پیشنهاد مشترک سازمان برنامه و بودجه و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با تأیید شورای عالی بیمه به تصویب هیئت دولت خواهد رسید.» با توجه به قوانین نه معاونت درمان وزارت بهداشت و نه سازمان نظام پزشکی طبق قوانین خود نمی توانند نسبت به افزایش تعرفه اقدام نمایند. سازمان نظام پزشکی طی نامه فوق الذکر تعرفه های پزشکی را برای پزشکان عمومی ۸۰۰۰ ریال، متخصص ۱۵۰۰۰ ریال و فوق تخصص ۲۰۰۰۰ ریال اعلام نموده است. معاون درمان وزارت بهداشت ضمن تأیید آن پرداخت مابه التفاوت بخش دولتی و خصوصی را از تعهد سازمان بیمه گر خارج دانسته است. با

عنايت به دلایل فوق خواهشمنداست نسبت به لغو نامه شماره ۹۶۶/ک مورخ ۱۳۷۸/۱/۲۸ اقدام فرمایید سرپرست دفتر حقوقی و امور مجلس وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در پاسخ به شکایت مذکور طی نامه های شماره ۲۲۶۷/ن مورخ ۸۱/۳/۲۸ و ۳۰۵۱/ن مورخ ۱۳۸۱/۴/۵ اعلام داشته‌اند، بخشنامه شماره ۱۵/۲۷۱۷۱ مورخ ۱۳۷۷/۲/۲۱ سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران و نامه شماره ۹۶۶/ک مورخ ۱۳۷۸/۱/۲۸ معاون وقت درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در خصوص تعرفه های سال ۱۳۷۸ می‌باشد که تا پایان همان سال لازم‌الاجراء بوده است. مطابق قانون مربوط به تنظیم هزینه های بهداشتی درمانی مصوب سال ۱۳۵۹ و بند ۱۵ ماده یک قانون تشکیلات و وظایف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مصوب ۱۳۶۷ تعیین تعرفه های خدمات بهداشتی درمانی در بخش دولتی و غیردولتی از وظایف وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی می‌باشد. لذا با عنایت به مراتب معروضه و نظر به این که بخشنامه مورد استناد شاکی به شرح فوق‌الذکر تا پایان سال ۱۳۷۸ اعتبار داشته و براساس تعیین تعرفه های خدمات بهداشتی درمانی از وظایف و اختیارات قانونی این وزارتخانه می‌باشد لذا مطالب عنوان شده از طرف شاکی بی‌وجه بوده و استدعا دارد نسبت به صدور حکم شایسته مبنی بر رد شکایت مطروحه اقدام فرمایند.

هیأت عمومی دیوان عدالت اداری در تاریخ فوق به ریاست حجت‌الاسلام والمسلمین دری‌نجف‌آبادی و با حضور رؤسای شعب بدوی و رؤسا و مستشاران شعب تجدیدنظر تشکیل و پس از بحث و بررسی و انجام مشاوره با اکثریت آراء به شرح آتی مبادرت به صدور رأی می‌نماید.

رای هیات عمومی:

به صراحت ماده ۸ قانون بیه همگانی مصوب ۱۳۷۳ تهیه و تنظیم و پیشنهاد تعرفه های خدمات تشخیصی و درمانی بر اساس قیمت های واقعی و نرخ سرانه حق بیمه درمانی مصوب به عهده هیأت وزیران محول شده است. بنابراین بخشنامه شماره ۹۶۶/ک مورخ ۱۳۷۸/۱/۲۸ معاون درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی که بدون رعایت تشریفات قانونی و پیشنهاد و تأیید و تصویب مراجع ذیصلاح در قلمرو وظایف و اختیارات مقرر در ماده فوق الذکر تنظیم شده است، مغایر قانون و خارج از حدود اختیارات معاون درمان وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی در وضع مقررات دولتی تشخیص داده می شود و مستنداً به قسمت دوم ماده ۲۵ قانون دیوان عدالت اداری ابطال می گردد.

تاریخ: ۱۳ بهمن ۱۳۸۱

شماره دادنامه: ۴۱۰/۸۱-۴۱۱

کلاس پرونده: ۴۷۳/۰-۴۱۲

موضوع رأی: عدم ابطال دستور اداری شماره ۳/۲۷۵۷۱-۵۰۱۰ مورخ ۱۳۷۷/۱۲/۲۵ و ۳/۳۸۷۵-۵۰۱۰ مورخ ۱۳۷۸/۲/۱۹ سازمان تأمین اجتماعی. (در خصوص افزایش حق سرانه درمان صاحبان حرف و مشاغل آزاد) مورخ ۱۳۸۱/۱۱/۱۳

شاکلی: ۱. مجمع امور صنفی تولیدی و خدمات فنی تبریز ۲. آقای رضا

عابدی

مقدمه:

مجمع امور صنفی تولیدی و خدمات فنی تبریز در دادخواست تقدیمی اعلام داشته است، شکایت این مجمع در رابطه با ابطال دستورهای اداری شماره ۳/۲۷۵۷۱-۵۰۱۰ مورخ ۱۳۷۷/۱۲/۲۵ و ۳/۳۸۷۵-۵۰۱۰ مورخ ۱۳۷۸/۲/۱۹ سازمان تأمین اجتماعی که به استناد بند ۵ تصویب‌نامه مورخ ۱۳۷۷/۱۲/۲۶ هیأت وزیران در جهت افزایش حق سرانه درمان صاحبان حرف و مشاغل آزاد و عدم استفاده از بیمارستان خصوصی و همچنین حذف امکان استفاده از مزایای کمک‌های قانونی از قبیل اورترز - پروتز - هزینه کفن و دفن - عینک صادر شده می‌باشد همچنین افزایش حق سرانه درمان با تجمیع حق بیمه بازنشستگی و از کارافتادگی و فوت در هر سال بیشتر از حداقل دستمزد همان سال می‌باشد درحالی که در سال عقد قرارداد و سال‌های بعد قطعاً حق بیمه مربوط به حداقل دستمزد را پرداخت می‌کردیم. عطف به ماسبق نمودن دستور اداری و همچنین تخلف از موضوع قرارداد فیما بین توسط سازمان تأمین اجتماعی حسب ماده ۱۰ قانون مدنی پس از صدور

دستورهای اداری فوق و مصوبه هیئت وزیران مبنای قانونی ندارد مهمتر این که مواد ۳ و ۲۹ قانون تأمین اجتماعی تاکنون تغییر نکرده است بنابه مراتب ابطال دستورهای فوق‌الذکر مورد تقاضا است.

آقای رضا عابدی در دادخواست تقدیمی اعلام داشته است، اینجانب ۵۸ ساله حدود ۸ سال حق بیمه را به‌عنوان بیمه صاحبان حرف و مشاغل آزاد بحساب سازمان تأمین اجتماعی بندرتراکم‌ن پرداخته‌ام. اخیراً سازمان تأمین اجتماعی به موجب دستوراداری شماره ۵۰۱۰/۳/۳۸۷۵ مورخ ۱۳۷۸/۲/۱۹ اعلام نموده که اینجانب مشمول بند ۳ قسمت الف دستور اداری بوده و از دریافت حق بیمه خودداری می‌نمایند چون ۵۸ سال سن داشته و دارای سابقه پرداخت حق بیمه از تاریخ ۱۳۷۰/۹/۱۴ میباشم از آنجا که مقررات نسبت به ماقبل خود اثر ندارد ابطال بند ۳ قسمت الف دستور اداری فوق‌الذکر را تقاضا دارم معاون حقوقی و امور مجلس سازمان تأمین اجتماعی در پاسخ به شکایت مذکور طی نامه شماره ۷۱۰۰/۳۲۹۴۴ مورخ ۸۱/۱۰/۲۹ اعلام داشته‌اند، صرفنظر از این که دستورهای اداری معترض عنها متکی و مستند به قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور مصوب ۱۳۷۲ مجلس شورای اسلامی و مصوبات نافذ و معتبر هیئت وزیران و شورای عالی بیمه خدمات درمانی بوده و درجای خود قابل دفاع می‌باشد. نظر به این که ارتباط صاحبان حرف و مشاغل آزاد با سازمان تأمین اجتماعی از طریق عقد قرارداد محقق و عملی می‌شود و ماهیتاً و طبعاً قراردادی است و به عبارت دیگر روابط حقوقی و بیمه‌ای سازمان با این گونه افراد مبتنی بر قرارداد می‌باشد.

هیأت عمومی دیوان عدالت اداری در تاریخ فوق به ریاست حجت‌الاسلام والمسلمین دری‌نجف‌آبادی و با حضور رؤسای شعب بدوی و رؤسا و مستشاران شعب

تجدیدنظر تشکیل و پس از بحث و بررسی و انجام مشاوره با اکثریت آراء به شرح آتی مبادرت به صدور رأی می‌نماید.

رای هیات عمومی:

نظر به این که تعیین شرایط مربوط به عقد بیمه بین سازمان تأمین اجتماعی و صاحبان حرف و مشاغل آزاد از جمله در زمینه شرایط سنی داوطلبان بیمه اختیاری و تعیین میزان حق سرانه در باب بیمه شدگان مذکور ضرورت استفاده بیمه شدگان از خدمات درمانی مراکز درمانی ملکی و متعلقه و یا مراکز آموزشی درمانی تحت پوشش دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی و نیروهای مسلح از وظایف و اختیارات قانونی سازمان مذکور است. بنابراین بخشنامه مورد اعتراض شاکیان در موارد عنوان شده مغایرتی با قانون ندارد و خارج از حدود اختیارات قانونی سازمان مذکور نمی‌باشد.

تاریخ: ۰۳ خرداد ۱۳۸۳

شماره دادنامه: ۸۳/۷۱

کلاس پرونده: ۳۴۹/۸۲

موضوع رأی: ابطال دستورالعمل سازمان تأمین خدمات درمانی پرسنل نیروهای مسلح جمهوری اسلامی ایران در خصوص دریافت مبلغ ۸۰,۰۰۰ ریال بابت جریمه مفقود شدن دفاتر درمانی مورخ ۱۳۸۳/۰۳/۰۳

شاکی: آقای محمود خادم ثامنی

مقدمه:

شاکی طی شکایت نامه تقدیمی اعلام داشته است، سازمان تأمین خدمات درمانی نیروهای مسلح در رابطه با دفترچه خدمات درمانی فرزندم که مفقود گردیده مبلغ ۸۰,۰۰۰ ریال جهت صدور المثنی مطالبه می‌نماید. این مبلغ به‌عنوان جریمه مفقود شدن دفتر درمانی اخذ می‌گردد که دستورالعمل مورد شکایت از جمله دستورالعمل شماره ۴ مورخ ۸۲/۱/۲۳ و تایید و تنفیذ آن توسط مدیرعامل سازمان خدمات درمانی ارتش و جاهت قانونی ندارد و خارج از حدود اختیارات مرجع تصویب می‌باشد. معاون حقوقی و امور مجلس وزارت دفاع در پاسخ به شکایت مذکور طی نامه شماره ۴۰۱/۱۵۷/۴۰۱۱۶۸/۲۴۳۱۰ مورخ ۸۳/۳/۶ مبادرت به ارسال تصویر نامه شماره ۵۵/۶۴۶۳/ب/الف مورخ ۸۲/۱۲/۱۶ سازمان تأمین خدمات درمانی پرسنل نیروهای مسلح نموده است. در این نامه آمده است، هزینه صدور دفترچه خدمات درمانی - اخذ مبالغ صدور المثنی از منابع مالی سازمان (موضوع فصل سوم قانون اساسنامه سازمان) مستند به قانون بودجه سال ۷۲ که وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی را مکلف نموده تا بابت صدور دفترچه بیمه درمانی و دفاتر المثنی مبالغی را دریافت نماید. همچنین مصوبه شماره

۸۰/۴/۳ هیأت مدیره سازمان که توجهاً در جلسه شماره ۸۸۲ مورخ ۸۲/۵/۲۲ هیأت مدیره مبالغ آن نیز تقلیل یافته است می‌باشد. همچنین جبران خسارت سوء استفاده و قبول هزینه ناشی از تخلفات از دفترچه‌های مفقودی (موضوع تعهدنامه) ناظر به موردی است که دفاتر مذکور در اثر تقصیر بیمه شده مفقود گردیده باشد و علی‌الاصول شمول جبران خسارت و اخذ هزینه بابت صدور دفاتر المثنی در حوادث قهری و غیر قابل پیش‌بینی تسری نمی‌یابد. بدیهی است در صورتی که عوامل سودجو و متخلف غیر از بیمه شدگان موجبات ضرر و زیان را در این خصوص فراهم آورند با آنها نیز برخورد قانونی خواهد شد. علیهذا با عنایت به موارد مطروحه و نظر به این که هر یک از اوراق دفترچه درمانی در اختیار، دارای ارزش ریالی نامحدود بوده اتخاذ تصمیمات و تمهیدات پیش‌بینی شده فوق در راستای جلوگیری از سوء استفاده‌های احتمالی و عدم تضییع حقوق تحت پوشش و بیت‌المال می‌باشد. هیأت عمومی دیوان عدالت اداری در تاریخ فوق به ریاست حجت‌الاسلام والمسلمین دری‌نجف‌آبادی و با حضور رؤسای شعب بدوی و رؤسا و مستشاران شعب تجدیدنظر تشکیل و پس از بحث و بررسی و انجام مشاوره با اکثریت آراء به شرح آتی مبادرت به صدور رأی می‌نماید.

رأی هیأت عمومی:

طبق حکم صریح مقرر در ماده ۱۴ قانون وصول برخی از درآمدهای دولت و مصرف آن در موارد معین مصوب ۷۳ هزینه صدور هر دفترچه بیمه درمانی مشمولین قانون تأمین خدمات درمانی مستخدمین دولت مبلغ ۲۵۰ ریال و هزینه صدور هر دفترچه المثنی مبلغ ۱۰۰۰ ریال تعیین شده است. بنابراین بند ۷ دستورالعمل

شماره ۸۰/۲/۰۱/۵۲/د مورخ ۸۰/۴/۱۳ مدیرعامل سازمان تأمین خدمات درمانی نیروهای مسلح جمهوری اسلامی ایران که هزینه صدور المثنی دفترچه بیمه را برای بار اول ۸۰,۰۰۰ ریال و برای بار دوم مبلغ ۱۵۰,۰۰۰ ریال تعیین کرده است خلاف حکم صریح مقنن و خارج از حدود اختیارات سازمان مزبور در وضع مقررات دولتی تشخیص داده می‌شود و به استناد قسمت دوم ماده ۲۵ قانون دیوان عدالت اداری ابطال می‌گردد.

تاریخ: ۲۵ مرداد ۱۳۸۳

شماره دادنامه: ۸۳/۲۰۵

کلاسه پرونده: ۹۶/۷۴

موضوع رأی: عدم ابطال تبصره ۲ ماده ۱۰ آیین نامه اجرائی قانون الزام سازمان به اجرای بندهای (الف و ب) ماده ۳ قانون تأمین اجتماعی. (در خصوص پرداخت هزینه درمان بر اساس تعرفه های مصوب) مورخ ۱۳۸۳/۰۵/۲۵

شاکی: آقای مظفر احدی

مقدمه:

شاکی به شرح دادخواست تقدیمی اعلام داشته است، طبق بند (د) و (ه) قانون الزام سازمان تأمین اجتماعی به اجرای بندهای (الف و ب) ماده ۳ قانون تأمین اجتماعی مصوب ۶۸/۸/۲۱ مجلس شورای اسلامی، سازمان تأمین اجتماعی مکلف شده است در صورت مراجعه بیمه شده تأمین اجتماعی به مراکز درمانی وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی هزینه های انجام شده را بر اساس تعرفه های مصوب پرداخت نموده و در صورت مراجعه بیمه شده تأمین اجتماعی به بخش خصوصی طرف قرارداد هزینه های مربوطه را طبق تعرفه های مصوب پرداخت نماید. طبق تبصره ۲ ماده ۱۰ آیین نامه اجرائی قانون مذکور بیمه شدگان تأمین اجتماعی که راساً به بخش خصوصی طرف قرارداد مراجعه می نمایند موظف به پرداخت فرانشیز از ۱۰٪ تا ۲۵٪ شده اند. با توجه به این که طبق این تبصره سازمان تأمین اجتماعی مطابق تعرفه های مصوب هزینه های درمانی را پرداخت نمی کند و قسمتی از آن را از بیمه شده اخذ می نمایند لذا این موضوع مطابق با بندهای (د) و (ه) قانون مزبور نبوده و درخواست ابطال تبصره ۲ ماده ۱۰ آیین نامه اجرائی را دارم. معاون دفتر امور حقوقی دولت در پاسخ به شکایت مذکور

طی نامه شماره ۱۰۳۵۷ مورخ ۸۳/۵/۶ اعلام داشته‌اند، مطابق ماده واحده قانون الزام سازمان تأمین اجتماعی به اجرای بندهای (الف و ب) ماده ۳ قانون تأمین اجتماعی تکلیف سازمان تأمین اجتماعی به تعهدات درمانی بخش خصوصی مطلق نبوده بلکه مقید به حالت (نیاز) است. بنابراین مادامی که خود سازمان بتواند از طریق واحدهای درمانی در اختیار (به روش مستقیم) تعهدات درمانی بیمه شده را تقبل نماید دلیلی بر مراجعه به بخش خصوصی (روش غیر مستقیم) نمی‌باشد تبصره (۲) ماده (۱۰) آیین‌نامه اجرائی این قانون نیز «پرداخت فرانشیز» را در مورد بیمارانی الزامی دانسته است که بدون توجه به «صورت نیاز» مذکور در قانون «راساً» به واحدهای درمانی بخش خصوصی مراجعه می‌نمایند. هیأت عمومی دیوان عدالت اداری در تاریخ فوق به ریاست حجت‌الاسلام والمسلمین دری‌نجف‌آبادی و با حضور رؤسای شعب بدوی و رؤسا و مستشاران شعب تجدیدنظر تشکیل و پس از بحث و بررسی و انجام مشاوره با اکثریت آراء به شرح آتی مبادرت به صدور رأی می‌نماید.

رأی هیأت عمومی:

طبق بند (د) ماده واحده قانون الزام سازمان تأمین اجتماعی به اجرای بندهای (الف و ب) ماده ۳ قانون تأمین اجتماعی مصوب ۱۳۶۸ «کلیه واحدهای درمانی وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلفند نسبت به پذیرش بیماران بیمه شده تأمین اجتماعی اقدام و هزینه‌های انجام شده را بر اساس تعرفه‌های مصوب از سازمان تأمین اجتماعی دریاف نمایند.» نظر به تکلیف مقرر در بند مذکور و جواز استفاده از خدمات پزشکی بخش خصوصی از طریق عقد قرارداد با آنها و الزام سازمان تأمین اجتماعی به پرداخت هزینه‌های مربوط بر اساس تعرفه‌های مصوب

مورد عمل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تبصره ۲ ماده ۱۰ آیین‌نامه اجرائی قانون فوق‌الذکر که مقرر داشته «بیماران مشمول تأمین اجتماعی که رسماً به بخش خصوصی طرف قرارداد مراجعه می‌نمایند موظف به پرداخت فرانشیز می‌باشند» مغایرتی با قانون ندارد.

تاریخ: ۲۶ مهر ۱۳۸۳

شماره دادنامه: ۸۳/۳۶۱

کلاس پرونده: ۷۸۷/۸۲

موضوع رأی: ابطال بخشنامه شماره ۱/۵۲۳۱ مورخ ۸۲/۲/۶ سازمان بازنشستگی
کشوری. (در خصوص بیمه خدمات درمانی) مورخ ۱۳۸۳/۰۷/۲۶

شاکی: آقای محمد نصیری

مقدمه:

شاکی در دادخواست تقدیمی اعلام داشته است، فرزندم کارمند شبکه بهداشت شهرستان ساوه که متکلف امور مالی بنده بوده در سال ۷۱ در بخش بوزان ساوه فوت نموده نظر به این که اولاً مطابق ماده ۸۶ قانون استخدام کشوری پدر متوفی در صورتی که در زمان حیات فرزندش تحت تکفل فرزند بوده باشد قانوناً مستحق دریافت مستمری است و ثانیاً بنا به صراحت بند ۹ فصل ۹ مقررات سازمان بازنشستگی کشوری برای احراز تحت تکفل بودن پدر صرفاً تاییدیه نیروی انتظامی محل ملاک عمل خواهد بود ولاغیر. اما سازمان بازنشستگی با استناد به رویه داخلی خود برقراری مستمری برای والدین را منوط به ارائه دفترچه بیمه نموده و مستمری را تنها به نفع همسر و فرزندان آن مرحوم برقرار نموده با فوت همسر و فرزند ذکور آن مرحوم در سانحه اتومبیل و ازدواج دخترش برقراری مستمری را بنام خودم درخواست نمودم که پس از اخذ تاییدیه نیروی انتظامی و طی مراحل قانونی مستمری به نفع بنده برقرار گردید که این حکم توسط بازنشستگی با همان استدلال غیر قانونی لغو گردید. سازمان بازنشستگی کشوری با تکیه بر مواضع غیر قانونی خود و با استناد به بخشنامه شماره ۱/۵۲۳۱ که اتفاقاً در سال ۸۲ صادر شده برقراری مستمری برای والدین متوفی را منوط به ارائه تصویر دفترچه بیمه

دانسته است. نظر به این که مخالفت بخشنامه با قانون محرز است ابطال این بخشنامه مورد تقاضا است. مدیر امور حقوقی سازمان بازنشستگی کشوری در پاسخ به شکایت مذکور طی نامه شماره ۲۰/۶۱۱۸۸ مورخ ۲۲/۱۰/۸۲ اعلام داشته‌اند، ماده ۸۶ قانون استخدام کشوری علاوه بر احصاء ورثه شرایط پرداخت حقوق وظیفه به هر یک از ورثه را نیز تبیین نموده در صدر ماده مزبور برقراری حقوق وظیفه جهت والدین مستخدم متوفی منوط به آن دانسته شده که پدر و مادر در زمان حیات فرزندشان (مستخدم متوفی) تحت کفالت وی بوده باشند. بدیهی است احراز کفالت موصوف یک امر اجرائی است که نحوه و روش آن در حیطه دستگاه اجرائی مربوطه (سازمان بازنشستگی کشوری) است تا با اتخاذ روشهای گوناگون در هر زمان نظر قانونگذار دائر بر تحت الکفاله بودن والدین را تأمین نماید. از طرفی به طوری که استحضار دارند متولی امر بیمه درمان کارکنان مشمول قانون استخدام کشوری سازمان بیمه خدمات درمانی می‌باشد. مطابق مقررات مورد عمل آن سازمان کارکنان مورد بحث می‌توانند با پرداخت حق بیمه برای والدین خود درخواست دفترچه بیمه خدمات درمانی کنند بر همین اساس و به منظور اتخاذ روشی واحد و تسهیل امور این سازمان هم وجود دفترچه خدمات درمانی برای والدین را نشانه‌ای از کفالت والدین توسط فرزندشان دانسته و بر همان مبنا برای والدین مستخدم متوفی حقوق وظیفه برقرار و پرداخت می‌کند. بنابراین به طوری که ملاحظه می‌فرمایند و در مقدمه بخشنامه شماره ۱/۵۲۳۱ مورخ ۲۶/۲/۸۲ این سازمان هم تصریح شده فی الواقع هدف از بخشنامه تسریع و تسهیل برقراری حقوق وظیفه ورثه مستخدمین متوفی می‌باشد و مدارک مورد درخواست نیز حداقل مدارکی است که برای شناسائی ورثه مستحق دریافت حقوق وظیفه موضوع ماده

۸۶ مرقوم می‌تواند مورد عمل قرار گیرد. بناء علیهذا بخشنامه یاد شده در حدود اختیارات اجرائی این سازمان و مطابق ماده قانونی یاد شده صحیح بوده و تخلفی از مقررات مشهود نمی‌باشد به همین سبب استدعای رد خواسته مشارالیه را دارد. هیأت عمومی دیوان عدالت اداری در تاریخ فوق به ریاست حجت‌الاسلام‌والمسلمین رازینی و با حضور رؤسای شعب بدوی و رؤسا و مستشاران شعب تجدیدنظر تشکیل و پس از بحث و بررسی و انجام مشاوره با اکثریت آراء به شرح آتی مبادرت به صدور رأی می‌نماید.

رأی هیأت عمومی:

نظر به این که قانونگذار به شرح ماده ۸۶ لایحه قانونی استخدام کشوری استحقاق پدر و مادر تحت الکفاله مستخدم متوفی را به استفاده از حقوق وظیفه ماهانه مورد تأکید قرار داده است و با عنایت به این که احراز تحت الکفاله بودن اشخاص مذکور منحصر به داشتن دفترچه بیمه خدمات درمانی مأخوذه توسط مستخدم متوفی نیست، بنابراین بند ۵ بخشنامه شماره ۱/۵۲۳۱ مورخ ۸۲/۲/۶ سازمان بازنشستگی کشوری که با توجه به سیاق عبارات آن بخشنامه مفهوم احراز تحت الکفاله بودن والدین مستخدم متوفی منحصرأ از طریق ارائه تصویر دفترچه بیمه خدمات درمانی آنان و نتیجتاً نافی اعتبار اسناد و مدارک معتبر در خصوص مورد است خارج از حدود اختیارات سازمان مذکور در وضع مقررات دولتی تشخیص داده می‌شود و به تجویز قسمت دوم ماده ۲۵ قانون دیوان عدالت اداری ابطال می‌گردد.

تاریخ: ۲۶ آبان ۱۳۸۳

شماره دادنامه: ۸۳/۴۱۵

کلاس پرونده: ۴۱۴/۸۳

موضوع رأی: رد درخواست ابطال مصوبه سازمان بیمه خدمات درمانی اصفهان.
(در خصوص عدم احتساب داروی مورد نیاز وی بر مبنای تعرفه بیمه توسط
داروخانه) مورخ ۱۳۸۳/۰۸/۲۶

شاکی: آقای کاظم ربیعی

مقدمه:

شاکی طی دادخواست تقدیمی اعلام داشته است، در تاریخ ۸۳/۴/۲۱ به پزشک آقای دکتر مواظب مراجعه کردم بعد از رفتن به داروخانه نسخه را آزاد حساب کرده‌اند. با توجه به این که حق بیمه می‌پردازیم و این امر خلاف قانون می‌باشد خواهان رسیدگی به این موضوع و رفع محدودیت را می‌باشم. سازمان بیمه خدمات درمانی در پاسخ به شکایت مذکور طی نامه شماره ۱۰۰۱/۲۸۷۱۴ مورخ ۸۳/۷/۲۲ اعلام داشته‌اند، پس از احراز تخلفات پزشک مورد نظر به موجب ابلاغ مورخ ۸۲/۶/۴ و از تاریخ ۸۲/۶/۱۰ با ایشان لغو قرارداد گردیده است در نتیجه تجویز دارو در دفترچه شاکی از ناحیه پزشک مورد اشاره غیر قانونی بوده است. هیأت عمومی دیوان عدالت اداری در تاریخ فوق به ریاست حجت‌الاسلام والمسلمین رازینی و با حضور رؤسای شعب بدوی و رؤسا و مستشاران شعب تجدیدنظر تشکیل و پس از بحث و بررسی و انجام مشاوره با اکثریت آراء به شرح آتی مبادرت به صدور رأی می‌نماید.

رأی هیأت عمومی:

اعتراض شاکی نسبت به عدم احتساب داروی مورد نیاز وی بر مبنای تعرفه بیمه توسط داروخانه بر اساس دستور سازمان خدمات درمانی بیمه اصفهان جنبه موردی داشته و از مصادیق تصویب‌نامه‌ها و آیین‌نامه‌ها و مقررات عام و کلی موضوع ماده ۲۵ قانون دیوان عدالت اداری نیست. بنابراین قابل طرح و اتخاذ تصمیم در هیأت عمومی نمی‌باشد.

تاریخ: ۲۲ آذر ۱۳۸۳

شماره دادنامه: ۸۳/۴۶۱

کلاسه پرونده: ۴۲۶/۸۳

موضوع رأی: تقاضای ابطال بخشنامه سازمان بیمه خدمات درمانی اصفهان. (در خصوص عدم احتساب داروی مورد نیاز وی بر مبنای تعرفه بیمه توسط داروخانه) مورخ ۱۳۸۳/۰۹/۲۲

شاکی: خانم ایران سادات آقامیری

مقدمه:

شاکی به شرح دادخواست تقدیمی اعلام داشته است، بعد از مراجعه به دکتر در ۸۳/۴/۱۶ و مراجعه به آزمایشگاه نسخه اینجانب آزاد حساب گردید. خواستار رسیدگی به این امر غیر قانونی و لغو بخشنامه‌های شورای بیمه‌گری استان می‌باشم. مدیرکل روابط عمومی، حقوقی و دفتر هیأت مدیره سازمان بیمه خدمات درمانی در پاسخ به شکایت مذکور طی نامه شماره ۱۰۰۱/۳۲۶۹۱ مورخ ۸۳/۸/۲۰ اعلام داشته‌اند پس از احراز تخلفات پزشک مورد نظر شاکی از تاریخ ۸۲/۶/۱۰ با ایشان لغو قرارداد گردیده است و در تاریخ مراجعه شاکی به پزشک (۸۳/۴/۱۶) هیچگونه قراردادی پزشک با اداره کل شهرستان نداشته است و تجویز دارو و غیره در دفترچه شاکیه از ناحیه پزشک مورد اشاره غیر قانونی بوده است. هیأت عمومی دیوان عدالت اداری در تاریخ فوق و با حضور رؤسای شعب بدوی و رؤسا و مستشاران شعب تجدیدنظر تشکیل و پس از بحث و بررسی و انجام مشاوره با اکثریت آراء به شرح آتی مبادرت به صدور رأی می‌نماید.

رأی هیأت عمومی:

هیأت عمومی دیوان به شرح دادنامه شماره ۴۱۵ مورخ ۸۳/۸/۲۶ اعتراض شاکی نسبت به عدم احتساب داوری مورد نیاز وی بر مبنای تعرفه توسط داروخانه براساس دستور سازمان خدمات درمانی بیمه اصفهان را از مصادیق ماده ۲۵ قانون دیوان عدالت اداری ندانسته و در نتیجه قابل رسیدگی و اتخاذ تصمیم در هیأت عمومی دیوان تشخیص نداده است. بنابراین اعتراض به خواسته فوق‌الذکر و در همان زمینه قابل رسیدگی و اتخاذ تصمیم مجدد در هیأت عمومی دیوان نمی‌باشد و شکایت شاکی در این باب مشمول مدلول دادنامه فوق‌الذکر است و پرونده جهت رسیدگی به شکایت شاکی در خصوص مورد به شعبه نهم اعاده می‌شود.

تاریخ: ۰۶ دی ۱۳۸۳

شماره دادنامه: ۶۲/۴۹۶

کلاسه پرونده: ۱۱۶/۷۴

موضوع رأی: ابطال دستور العمل شماره ۱۹۰۶۴ مورخ ۲۲/۱۲/۷۲ سازمان تامین اجتماعی در مورد اصلاح ماده ۱۰ آئین نامه اجرایی قانون الزام سازمان تامین اجتماعی به اجرای بندهای الف و ب ماده ۳ قانون تامین اجتماعی مصوب اسفند ماه ۱۳۷۲. (در خصوص پذیرش بیماران بیمه شده تامین اجتماعی و دریافت هزینه های انجام شده را براساس تعرفه های مصوب از سازمان تامین اجتماعی) مورخ ۱۳۸۳/۱۰/۰۶

شاکی: آقای سید رضا...

مقدمه:

شاکی به شرح دادخواست تقدیمی اعلام داشته است. طبق بند (د) تبصره یک ماده واحده قانون الزام سازمان تامین اجتماعی به اجرای بندهای الف و ب ماده ۳ قانون تامین اجتماعی مقرر می دارد (کلیه واحدهای درمانی وابسته به وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی مکلفند نسبت به پذیرش بیماران بیمه شده تامین اجتماعی اقدام و هزینه های انجام شده را براساس تعرفه های مصوب از سازمان تامین اجتماعی دریافت نمایند) از اسفند ماه ۱۳۷۲ ماده ۱۰ آیین نامه قانون فوق الاشاره تغییر و مقرر گردیده از تاریخ ۱۳۷۲/۱۲/۲۱ در صورت مراجعه بیمه شده اقدام نماید. اصلاحیه مذکور بعد از مدتی با توجه به خلاف قانون بودن آن لغو گردید لکن کماکان دستور اداری صادره از سازمان تامین اجتماعی برخلاف قانون الزام اجراء و از بیمه شده فرانشیز اخذ می گردد لذا درخواست ابطال آنرا دارد.

مدیر کل دفتر امور حقوقی و دعاوی سازمان تامین اجتماعی در پاسخ به شکایت مذکور طی نامه شماره ۷۱۰۰/۳۷۸۰ مورخ ۱۳۸۱/۲/۱۱ اعلام داشته اند به نظر می

رسد با توجه به اخطاریه ۱۳۷۰/۷/۱۹ در پرونده کلاسه ۱۱۶/۶۴ عنوان مدیر کل امور حقوقی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، طرف شکایت پرونده کلاسه فوق این سازمان نباشد.

هیات عمومی دیوان عدالت اداری در تاریخ فوق با حضور روسای شعب بدوی و روسا و مستشاران شعب تجدید نظر تشکیل و پس از بحث و بررسی و انجام مشاوره با اکثریت آراء به شرح آتی مبادرت به صدور رای می نماید.

رای هیات عمومی :

مطابق بند (د) قانون الزام سازمان تامین اجتماعی به اجرای بندهای الف و ب ماده ۳ قانون تامین اجتماعی مصوب ۱۳۶۸ کلیه واحدهای درمانی وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلفند نسبت به پذیرش بیماران بیمه شده تامین اجتماعی اقدام و هزینه های انجام شده را براساس تعرفه های مصوب از سازمان تامین اجتماعی دریافت نمایند. نظر به این که اصلاحیه ماده ۱۰ آیین نامه اجرایی قانون الزام سازمان تامین اجتماعی به اجرای بنده الف و ب ماده ۳ قانون تامین اجتماعی در خصوص درمان مستقیم منحصراً در واحدهای سازمان تامین اجتماعی اعم از ملکی و استیجاری مغایر کلیات و اطلاق حکم مقنن بوده و به همین جهت براساس مصوبه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، وزارت امور اقتصادی و دارایی و وزارت کار و امور اجتماعی ملغی و کان لم یکن گردیده است لذا این قسمت به دلیل منتفی شدن موضوع تقاضا قابل طرح در هیات عمومی نیست لکن مصوبه شماره ۱۹۰۶۴ مورخ ۷۲/۱۲/۲۲ سازمان تامین اجتماعی که براساس ماده ۱۰ مذکور تنظیم شده و علیرغم نسخ و لغو آن کماکان مجری است.

به لحاظ مغایرت با حکم صریح مقنن به شرح بند (د) قانون فوق الذکر مستندا به قسمت دوم ماده ۲۵ قانون دیوان عدالت اداری ابطال می گردد.

تاریخ: ۲۱ فروردین ۱۳۸۴

شماره دادنامه: ۶۲/۲۲

کلاس پرونده: ۳۸۳/۸۱

موضوع رأی: عدم ابطال بخشنامه شماره ۵۰۱۵/۸۱ مورخ ۱۳۷۹/۱/۱۷ معاون فنی و درآمد سازمان تأمین اجتماعی. (در خصوص پرداخت حق بیمه بیمه شدگان اختیاری در قبال برخورداری از خدمات درمانی) مورخ ۱۳۸۴/۰۱/۲۱

شاکی: آقای عباس فرنیان

مقدمه:

شاکی به شرح دادخواست تقدیمی اعلام داشته است، اینجانب به مدت ۶۰۰ روز دارای سابقه پرداخت حق بیمه از طریق عقد قرارداد بیمه حرف و مشاغل آزاد بوده‌ام و از بهار سال ۷۱ لغایت بهمن سال ۱۳۷۹ از طریق اشتغال در کارگاه خبازی سابقه پرداخت حق بیمه کارگری داشته‌ام و از ۱۳۷۹/۱۲/۱ با داشتن مجموعه ۶۰ سال سن و بیش از ۱۰ سال حق بیمه بازنشسته شدم و به مدت ۱۱ سال از مستمری اینجانب ۲٪ حق درمان کسر می‌گردید.

سازمان تأمین اجتماعی بدون مستند قانونی اعلام نموده اگر مجموع سوابق بیمه اجباری هر مستمری بگیر بازنشسته ۱۰ سال تمام باشد باید ۲٪ درمان از مستمری کسر گردد و در غیر آن اگر مجموع سوابق پرداخت حق بیمه مشاغل آزاد و بیمه اجباری ۱۰ سال باشد بایستی جهت استفاده از درمان به ازاء هر جلد دفترچه ۱۷۵۰۰ ریال از مستمری کسر شود. اینک چون اینجانب به استناد بند اول از ماده ۲ قانون تأمین اجتماعی در ۸ سال آخر خدمتم بیمه شده بوده‌ام و به استناد بند ۴ از ماده ۲ دارای کارفرما بوده‌ام و به استناد ماده ۳۶ قانون مذکور حق بیمه‌های مقرر نیز پرداخت شده است لهذا طبق مصوبات مجلس مشمول اجرای

ماده ۸۹ قانون تأمین اجتماعی قرار خواهم گرفت و درخواست ابطال بخشنامه شماره ۵۰۱۵/۸۱ مورخ ۱۳۷۹/۱/۱۷ را دارم.

مدیرکل دفتر امور حقوقی و دعاوی سازمان تأمین اجتماعی در پاسخ به شکایت مذکور طی نامه شماره ۷۱۰۰/۳۲۳۲۱ مورخ ۱۳۸۳/۱۱/۱۴ اعلام داشته‌اند، اگرچه کلیه کسانی که به موجب قانون تأمین اجتماعی یا قوانین سابق بیمه‌های اجتماعی بازنشسته یا از کار افتاده شده‌اند با پرداخت ۲٪ مستمری دریافتی از خدمات درمانی ناظر به حوادث و بیماریها و... برخوردار می‌شوند، اما حقیقت آن است که شاکي از این دسته نبوده بلکه دارای موقعیت بیمه‌ای حرف و مشاغل آزاد بوده است.

بر این اساس کلیه کسانی که دارای قرارداد بیمه‌ای حرف و مشاغل آزاد بوده‌اند علاوه بر پرداخت حق بیمه موضوع آیین‌نامه اجرائی بیمه صاحبان حرف و مشاغل آزاد مصوب ۱۳۶۶/۷/۲۹ هیأت وزیران می‌بایست با توجه به مفاد ماده ۲۹ قانون تأمین اجتماعی نسبت به پرداخت حق بیمه به میزان ۹٪ از مأخذ محاسبه شده (وفق ماده ۲۸ آن قانون) اقدام نمایند تا از مزایای موضوع قانون تأمین اجتماعی برخوردار گردند. این روش نسبت به کلیه بیمه شدگان حرف و مشاغل آزاد تا زمان تصویب قانون بیمه همگانی درمانی مصوب ۱۳۷۳ جاری بوده است. با تصویب قانون فوق‌الذکر مطابق بند ۵ ماده یک آن قانون صاحبان حرف و مشاغل آزاد از لحاظ نحوه دریافت خدمات درمانی مشمول مقررات آن قانون قرار گرفته و مکلف به پرداخت سرانه درمان خود و اعضای خانواده خویش می‌باشند. این موضوع در ماده ۱۳ و بند ۴ آن ماده به این ترتیب مورد تصریح قرار گرفته است «سهم

مشمولان این قانون از حق بیمه سرانه خدمات درمانی بر حسب گروه های شغلی به ترتیب زیر خواهد بود.

۴- صاحبان حرف و مشاغل آزاد تا ۱۰۰٪ حق بیمه سرانه به پیشنهاد شورای عالی و تصویب هیأت وزیران» بر این اساس بند ۷ دستور اداری شماره ۵۰۱۵/۸۱ که مقرر می‌دارد «افرادی که مستمری آنان با احتساب مدت پرداخت حق بیمه حرف و مشاغل آزاد با بیمه اختیاری از تاریخ ۱۳۷۸/۳/۱ به بعد برقرار گردیده و یا می‌گردد و سابقه پرداخت حق بیمه آنان بدون در نظر گرفتن سابقه بیمه حرف و مشاغل آزاد و بیمه اختیاری کمتر از ۱۰ سال می‌باشد از تاریخ ۱۳۷۹/۱/۱ کسر حق سرانه از مستمری آنان در صورت گزینش درمان سازمان الزامی خواهد بود.» هیچگونه مغایرتی با موازین قانون فوق الذکر ندارد.

لذا از شاکی نیز که از جمله مشمولین مقررات فوق‌الذکر است می‌بایست وفق موازین مذکور سرانه درمان کسر شود. با این وجود چنانچه افرادی حداقل شرط لازم (۱۰ سال پرداخت حق بیمه) را با احتساب سوابق دوران بیمه حرف و مشاغل آزاد توأم با انتخاب درمان (قبل از تاریخ ۷۴/۱/۱) و سوابق پرداخت حق بیمه اجباری را داشته باشند، می‌توانند از مزیت موضوع ماده ۸۹ قانون تأمین اجتماعی (استفاده از خدمات درمانی با کسر ۲٪ مستمری متعلقه) برخوردار گردند.

هیأت عمومی دیوان عدالت اداری در تاریخ فوق با حضور رؤسای شعب بدوی و رؤسا و مستشاران شعب تجدیدنظر تشکیل و پس از بحث و بررسی و انجام مشاوره با اکثریت آراء به شرح آتی مبادرت به صدور رأی می‌نماید.

رأی هیأت عمومی:

نظر باین که بیمه شدگان اختیاری از طریق حرف و مشاغل آزاد علاوه بر پرداخت حق بیمه براساس آیین‌نامه اجرائی بیمه صاحبان حرف و مشاغل آزاد مصوب ۱۳۶۶ هیأت وزیران در قبال برخورداری از خدمات درمانی موظف به پرداخت حق بیمه مقرر در ماده ۲۹ قانون تأمین اجتماعی بوده‌اند و از تاریخ اجرای قانون بیمه همگانی مصوب ۱۳۷۳ به شرح بند ۵ ماده یک قانون مذکور مشمول مقررات قانون اخیرالذکر می‌باشند، بنابراین مفاد بخشنامه شماره ۵۰۱۵/۸۱ مورخ ۱۳۷۹/۱/۱۷ معاون فنی و درآمد سازمان تأمین اجتماعی در قسمت مورد اعتراض شاکی مغایرتی با قانون ندارد. لذا تقاضای شاکی مردود اعلام می‌شود.

تاریخ: ۱۳ شهریور ۱۳۸۴

شماره دادنامه: ۸۴/۲۷۰

کلاس پرونده: ۲۲۴/۸۱

موضوع رأی: عدم ابطال دستورالعمل شماره ۵۰۱۰/۳/۳۸۷۵ مورخ ۱۳۷۸/۲/۱۹ سازمان تأمین اجتماعی. (در خصوص چگونگی انجام بیمه و نرخ حق بیمه و همچنین میزان مزایای مربوط به بیمه شدگان اختیاری و صاحبان حرف و مشاغل آزاد) مورخ ۱۳۸۴/۰۶/۱۳

شاکی: آقای عظیم عظیمی راد

مقدمه:

شاکی به شرح دادخواست تقدیمی اعلام داشته است، به موجب قرارداد تنظیمی با سازمان تأمین اجتماعی تحت پوشش کامل بیمه صاحبان حرف و مشاغل آزاد آن سازمان قرار گرفتم تا تاریخ ۱۳۷۷/۱۲/۲۹ نیز از کلیه مزایای قانونی آن به خصوص درمان رایگان بهره‌مند بودم.

سازمان تأمین اجتماعی در سال ۱۳۷۸ در اقدامی مغایر قانون با صدور دستور اداری شماره ۳۸۷۵ مورخ ۱۳۷۸/۲/۱۹ علی‌رغم آنکه در بند ۵ خود تنفیذ قراردادهای منعقد شده قبل از تاریخ ۱۳۷۸/۳/۱ را معتبر اعلام می‌نماید لیکن در بند ۴-۱ خود علاوه بر نقض بند ۵ مفاد قرارداد تنظیمی با بیمه شدگان حرف و مشاغل آزاد آیین‌نامه و قانون مربوط را نیز نادیده گرفته و اعلام می‌نماید «کسانی که بعد از ۱۳۷۴/۱/۱ در ردیف مستمری بگیران قرار گرفته یا می‌گیرند هرچند درمان بیمه پردازی امر درمان مورد قرارداد آنان بود یا نبوده باشد در صورت تمایل به استفاده از درمان سازمان مطابق بند ۳-۱ خدمات درمانی به آنان ارائه می‌گردد.» در حالی که در بند ۳-۱ آمده است «در خصوص نحوه استفاده از درمان آنان که به هنگام ارتباط با سازمان فاقد قرارداد درمان بوده‌اند از طریق کسر حق

سرانه درمان اقدام گردد» بند ۴-۱ مورد شکایت ضمن آن که تاریخ اجرای آن را به چهار سال قبل معطوف می‌نماید، خلاف قانون نیز می‌باشد. لذا ابطال بند ۴-۱ دستور اداری شماره ۳۸۷۵ مورخ ۱۳۷۸/۲/۱۹ سازمان تأمین اجتماعی مورد تقاضا است.

مدیرکل دفتر امور حقوقی و دعاوی سازمان تأمین اجتماعی در پاسخ به شکایت مذکور طی نامه شماره ۷۱۰۰/۷۰۳۵ مورخ ۱۳۸۴/۲/۲۱ اعلام داشته‌اند:

حکم ماده ۸۹ قانون تأمین اجتماعی مبنی بر پرداخت ۲٪ از مستمری دریافتی جهت استفاده از خدمات درمانی ناظر به بیمه شدگان اجباری است و بیمه شدگان اختیاری و صاحبان حرف و مشاغل آزاد را دربر نمی‌گیرد. در مورد بیمه شدگان اختیاری و صاحبان حرف و مشاغل آزاد به موجب ماده واحده قانون اصلاح بند (ب) و تبصره ۳ ماده ۴ قانون تأمین اجتماعی مصوب ۱۳۶۵/۶/۳۰ چگونگی انجام بیمه و نرخ حق بیمه و همچنین میزان مزایای مربوط به موجب آیین‌نامه مصوب هیأت دولت و مستقل از مشمولان اجباری قانون تأمین اجتماعی خواهد بود.

همچنین به صراحت بند ۴ ماده ۱۳ قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور مصوب ۱۳۷۳/۸/۳ صاحبان حرف و مشاغل آزاد موظف به پرداخت حق بیمه سرانه شده‌اند. برطبق این قانون صراحتاً مشمولان قانون تأمین اجتماعی (مندرج در بند ۲) از صاحبان حرف و مشاغل آزاد (مندرج در بند ۴) تفکیک شده‌اند و حق بیمه مشمولان دسته اخیر تا ۱۰۰٪ حق بیمه سرانه تعیین گردیده است و واضح است که کلیه کسانی که پس از تاریخ تصویب این قانون که ۳ آبان ۱۳۷۳ می‌باشد در زمره مستمری بگیران قرار گرفته‌اند می‌باید مشمول این حکم قانونی قرار گرفته و برای بیمه درمان حق بیمه سرانه پرداخت نمایند.

لذا دستور اداری مورد اعتراض مطابق با موازین قانونی و دارای جنبه ارفاق آمیز نیز هست بنابراین علیرغم آن که تاریخ تصویب دستور اداری مذکور ۱۳۷۸/۱۲/۱۹ است اما در واقع در جهت اجرای قانونی است که در سال ۱۳۷۳ تصویب شده و شامل تمام کسانی که از آن تاریخ به بعد از طریق بیمه صاحبان حرف و مشاغل آزاد مستمری بگیر شده‌اند نیز می‌گردد.

هیأت عمومی دیوان عدالت اداری در تاریخ فوق با حضور رؤسای شعب بدوی و رؤسا و مستشاران شعب تجدیدنظر تشکیل و پس از بحث و بررسی و انجام مشاوره با اکثریت آراء به شرح آتی مبادرت به صدور رأی می‌نماید.

رأی هیات عمومی:

نظر به وجوه تمایز و افتراق مقررات بیمه کارگران و کارمندان مشمول مقررات بیمه و تأمین اجتماعی با ضوابط مربوط به بیمه صاحبان مشاغل و حرف آزاد و این که چگونگی انجام بیمه و نرخ حق بیمه و همچنین میزان مزایای مربوط به بیمه شدگان اختیاری و صاحبان حرف و مشاغل آزاد حسب ماده واحده قانون اصلاح بند (ب) و تبصره ۳ ماده ۴ قانون تأمین اجتماعی مصوب ۱۳۶۵ مشمول آیین‌نامه مصوب هیأت وزیران و مستقل و مجزا از مشمولان اجباری قانون تأمین اجتماعی اعلام شده و در نتیجه ماده ۸۹ قانون تأمین اجتماعی در خصوص پرداخت حق بیمه به میزان ۲٪ از مستمری دریافتی منصرف از موارد بیمه اختیاری می‌باشد و این که سهم مشمولان صاحبان حرف و مشاغل آزاد در مورد حق بیمه به شرح بند ۴ ماده ۱۳ قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور تا ۱۰۰٪ حق بیمه سرانه به پیشنهاد شورای عالی و تصویب هیأت وزیران مجاز اعلام گردیده است، بند ۴-۱

مصوبه مورخ ۱۳۷۸/۲/۱۹ سازمان تأمین اجتماعی مغایرتی با قانون ندارد و خارج از حدود اختیارات سازمان مزبور در وضع ضوابط مربوط نمی‌باشد.

تاریخ: ۲۸ آبان ۱۳۸۴

شماره دادنامه: ۸۴/۴۴۴

کلاس پرونده: ۱۱۵/۸۲

موضوع رأی: رد درخواست ابطال دستورالعمل‌های شماره ۵۰۰۰/۱۱۰۴۷۴ مورخ

۵۰۰۰/۱۱۷۳۹۵ مورخ ۱۳۸۱/۴/۲۵ و ۵۰۰۱/۳۶۸۲۶ مورخ ۱۳۸۰/۱۲/۲۷

۱۳۸۱/۱۲/۲۸ سازمان تأمین اجتماعی. (در خصوص حمایت‌های درمانی سازمان

تأمین اجتماعی نسبت به بیمه شده اصلی و خانواده او) مورخ ۱۳۸۴/۰۸/۲۸

شاکلی: کانون کارگران بازنشسته استان اصفهان و کمیته بیمه و درمان

خانه کارگر کانون شوراها

مقدمه:

شکات به شرح دادخواست تقدیمی اعلام داشته‌اند، در ماده ۵۸ قانون تأمین اجتماعی آمده است «افراد خانواده بیمه شده که از کمک‌های مقرر در ماده ۵۴ این قانون استفاده می‌نمایند...» بند ۳ اعلام می‌دارد که فرزندان بیمه شده که دارای یکی از شرایط زیر باشند... و قانون فرزندان اناث مصوب ۱۳۶۳/۱۰/۲ مجلس شورای اسلامی و بخشنامه‌های ۵۶۴ و ۵۶۷ و بخشنامه ۱۱ مستمری‌ها بوده که معاونت فنی درآمد و عضو هیأت مدیره با صدور دستورالعمل‌های اداری شماره ۵۰۰۱/۳۶۸۲۶ مورخ ۱۳۸۱/۴/۲۵ و ۵۰۰۰/۱۱۰۴۷۴ مورخ ۱۳۸۰/۱۲/۲۷ و ۵۰۰۰/۱۱۷۳۹۵ مورخ ۱۳۸۱/۱۲/۲۸ به ترتیب در پاسخ به سؤال ۲ و سؤال ۹ و بند (الف) قسمت سوم صفحه آخر دستور اداری خلاف مقررات قانونی بخشنامه صادر گردیده که به این ترتیب موجب تضییع حق عده‌ای از افراد واجد شرایط مستمری بگیر گردید. با توجه به مراتب برای جلوگیری از این بی‌توجهی به قانون تقاضای رسیدگی و لغو بخشنامه‌های مورد شکایت را دارد.

مدیرکل دفتر امور حقوقی و دعاوی سازمان تأمین اجتماعی در پاسخ به شکایت مذکور طی نامه شماره ۷۱۰۰/۲۴۶۴۶ مورخ ۱۳۸۴/۷/۱۹ اعلام داشته‌اند، از جمع بین مواد ۵۴ و ۵۸ قانون تأمین اجتماعی این نتیجه حاصل می‌گردد که حمایت‌های درمانی سازمان تأمین اجتماعی در مرحله اول شخص بیمه شده (بیمه شده اصلی) و در مرحله دوم بیمه شدگان تبعی را که خانواده بیمه شده اصلی می‌باشند در برمی‌گیرد.

قانونگذار در خصوص شخص بیمه شده اصلی هیچ‌گونه شرطی جهت برخورداری از حمایت‌های درمانی مقرر در قانون تأمین اجتماعی پیش‌بینی ننموده است لیکن بیمه شدگان تبعی (همسر و فرزندان و پدر و مادر بیمه شده) را صرفاً در صورت دارا بودن شرایط خاصی مشمول حمایت درمانی سازمان می‌داند که در بندهای مختلف ماده ۵۸ قانون تأمین اجتماعی این شرایط به صراحت بیان گردید است. سازمان تأمین اجتماعی به‌عنوان تنها دستگاه مجری قانون تأمین اجتماعی بوده و باید به گونه‌ای عمل نماید که نه اجحافی در حق بیمه شدگان روا دارد و نه منابع و منافع سازمان که حاصل حق بیمه‌های قشر مولد و زحمتکش جامعه است مورد تهدید قرار گیرد. بدین منظور و به‌منظور جلوگیری از تشتت اجرای قانون در سطح کشور بعضاً ابهامات و سؤالات مطروحه در ستاد مرکزی به صورت یک مکاتبه ارشادی به واحدها ابلاغ می‌گردد.

از جمله این مکاتبات، ابهامات پیش آمده در خصوص نحوه اجرای بندهای ماده ۵۸ قانون تأمین اجتماعی بوده است، بدین توضیح که چنانچه یکی از بیمه شدگان تبعی برای مدتی شرط مندرج در ماده ۵۸ قانون تأمین اجتماعی را دارا بوده و از دفترچه درمانی سازمان استفاده می‌نموده است و بعداً فاقد آن شرط گردیده باشد

و حمایت مذکور را از دست بدهد و پس از مدتی مجدداً شرط مذکور را به دست آورد آیا مجدداً می‌تواند دارای دفترچه درمانی شده و از حمایت درمانی سازمان برخوردار گردد یا خیر؟ این سؤال و ابهامات در خصوص فرزندان ذکور و اناث بیمه شدگان به کرات مطرح گردیده است که در نهایت پاسخ منفی به صورت مکتوب به واحدهای سازمان در کل کشور اعلام شده و شکات همین پاسخ‌ها را به‌عنوان دستور اداری تلقی و خواستار ابطال آنها گردیده‌اند.

علیرغم این که تصمیمات قبلی سازمان در خصوص عدم برقراری مجدد حمایت درمانی از فرزندان بیمه شدگان که شرایط مندرج در ماده ۵۸ قانون تأمین اجتماعی را از دست داده و مجدداً واجد گردیده‌اند خلاف ماده قانونی مذکور نبوده است لیکن تأکید ارکان تصمیم‌گیری سازمان در سال‌های اخیر بر توسعه و گسترش روزافزون سیاستهای حمایتی از بیمه شدگان اصلی و تبعی به‌عنوان اقشار زحمتکش مولد جامعه موجب گردید تأمین اجتماعی در تاریخ ۱۳۸۴/۵/۵ به موجب دستور اداری شماره ۵۰۳۰/۳۸۷۶۴ دستورات اداری سابق را که در خصوص موضوع مانحن فیه صادر گردیده بود لغو نموده و برقراری مجدد حمایت‌های درمانی را در خصوص فرزندان بیمه شدگان که به هر دلیل شرایط مقرر در ماده ۵۸ قانون تأمین اجتماعی را از دست داده و سپس مجدداً شرایط مذکور در آن ماده را کسب نموده‌اند تقبل گردد. و در حال حاضر چنانچه فرزند بیمه شده پس از قطع حمایت درمانی سازمان به دلیل از دست دادن شرایط مندرج در ماده ۵۸ قانون تأمین اجتماعی دوباره واجد آن شرایط گردد مجدداً از حمایت‌های درمانی مقرر در قانون تأمین اجتماعی برخوردار خواهند شد.

هیأت عمومی دیوان عدالت اداری در تاریخ فوق با حضور رؤسای شعب بدوی و رؤسا و مستشاران شعب تجدیدنظر تشکیل و پس از بحث و بررسی و انجام مشاوره با اکثریت آراء به شرح آتی مبادرت به صدور رأی می‌نماید.

رأی هیات عمومی:

نظر به این که سازمان تأمین اجتماعی با تنظیم و صدور بخشنامه شماره ۵۰۳۰/۳۸۷۶۴ مورخ ۸۴/۵/۵ تحت عنوان نحوه ارائه تعهدات قانونی به فرزندان اناث و ذکور نسبت به انجام درخواستهای شاکیان اقدام نموده و به شرح قسمت اخیر آن بخشنامه کلیه بخشنامه‌ها و دستورالعمل‌های مغایر را لغو و بلااثر اعلام داشته و با این کیفیت موضوع بخشنامه‌های مورد اعتراض منتفی گردیده است، بنابراین موردی برای رسیدگی و اتخاذ تصمیم در زمینه اعتراض شاکی نسبت به به بخشنامه‌های منسوخه فوق‌الذکر باقی نیست.

تاریخ: ۶ آذر ۱۳۸۴

شماره دادنامه: ۸۴/۴۴۷

کلاس پرونده: ۶۳۴/۸۲

موضوع رأی: ابطال مصوبه شماره ۶۰۲/۱۸۲۷۸۰ مورخ ۱۳۸۱/۱۱/۲۸ مدیرکل حقوقی سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور. (در خصوص تأمین صددرصد هزینه بیمه همگانی و مکمل جانبازان و درمان خاص آنها (صدمات ناشی از مجروحیت توسط دولت) مورخ ۱۳۸۴/۰۹/۰۶

شاکی: سازمان امور جانبازان استان یزد

مقدمه:

شاکی به شرح دادخواست تقدیمی اعلام داشته‌اند، نظر به صراحت مفاد بند (ج) و (الف) ماده ۳۷ قانون برنامه سوم توسعه و ماده یک قانون تنظیم خانواده مبنی بر پرداخت وجه بازنشستگی و همچنین صددرصد هزینه بیمه همگانی، تکمیلی و خاص جانبازان توسط دولت و ضرورت اجرای مفاد آن با توجه به شرایط خاص جسمانی و روحی جانبازان و افراد تحت پوشش و تکفل آنان و با عنایت به مفاد قانون تسهیلات استخدامی و اجتماعی جانبازان مصوب ۱۳۷۴/۳/۳۱ و آیین‌نامه‌های آن متأسفانه بندهای مذکور تاکنون به اجراء در نیامده و وجوهی که برابر مفاد آن می‌بایست توسط دولت پرداخت گردد از حقوق و مزایای جانبازان کارمند کسر می‌گردیده است.

با عنایت به این که کلیه مصوبات هیأت وزیران و سایر بخشنامه‌ها و دستورالعمل‌ها و... می‌باید مطابق مفاد و روح قانون باشد و نظریه شماره ۶۰۲/۱۸۲۷۸۰ مورخ ۱۳۸۱/۱۱/۲۸ مغایر با مفاد قانون بوده، لذا تقاضای ابطال نظریه مذکور را دارد.

سرپرست دفتر حقوقی و امور مجلس سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور در پاسخ به شکایت مذکور طی نامه شماره ۱۶۰۲/۱۵۳۶۵۴ مورخ ۱۳۸۲/۸/۲۴ اعلام داشته‌اند:

متعاقب صدور نامه شماره ۱۶۰۲/۱۸۲۷۸۰ مورخ ۱۳۸۲/۱۱/۲۸ این دفتر، مجدداً در زمینه ماده ۳۷ قانون برنامه سوم بررسی‌های همه‌جانبه به عمل آمد و نهایتاً این نتیجه حاصل گردید که در اجرای بند (ج) ماده مذکور، پرداخت کسور بازنشستگی سهم جانبازان شاغل در دستگاه‌های دولتی به عهده دولت (دستگاه اجرایی متبوع جانباز) می‌باشد و بر همین اساس نیز تاکنون به مراجع استعلام‌کننده پاسخ داده شده است. بنابراین در حال حاضر دستگاه‌های اجرایی مکلفند کسور بازنشستگی جانبازان خود (سهم کارمند) را به نحو مقتضی تأمین و پرداخت نمایند. با توجه به موارد فوق خواسته شاکی محقق شده است.

هیأت عمومی دیوان عدالت اداری در تاریخ فوق با حضور رؤسای شعب بدوی و رؤسا و مستشاران شعب تجدیدنظر تشکیل و پس از بحث و بررسی و انجام مشاوره با اکثریت آراء به شرح آتی مبادرت به صدور رأی می‌نماید.

رأی هیات عمومی:

به صراحت بند (ج) ماده ۳۷ قانون برنامه سوم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران (تأمین صددرصد هزینه بیمه همگانی و مکمل جانبازان و درمان خاص آنها (صدمات ناشی از مجروحیت بر عهده دولت می‌باشد). بنابراین مفاد مصوبه شماره ۱۶۰۲/۱۸۲۷۸۰ مورخ ۱۳۸۲/۱۱/۲۸ مدیرکل دفتر حقوقی سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور در قسمتی که متضمن نفی معافیت جانبازان شاغل در دستگاه‌های دولتی از پرداخت حق بیمه و کسور بازنشستگی

سهم کارمند یا بیمه شده می‌باشد مغایر هدف و حکم صریح قانونگذار است. بنابراین به استناد قسمت دوم ماده ۲۵ قانون دیوان عدالت اداری مصوبه مزبور ابطال می‌شود.

تاریخ: ۲۵ دی ۱۳۸۴

شماره دادنامه: ۸۴/۵۹۲-۵۹۱

کلاس پرونده: ۸۴/۳۷-۸۳/۵۶۵

موضوع رأی: رد درخواست ابطال مصوبه شماره ۶/۱۴۵۴۵۹ مورخ ۱۳۸۱/۱۱/۶ شورای عالی بیمه خدمات درمانی. (در خصوص عدم پرداخت هزینه های درمانی توسط سازمان اسناد پزشکی با استناد به مصوبه شورای عالی بیمه خدمات درمانی) مورخ ۱۳۸۴/۱۰/۲۵

شاکی: آقای علی نقی کوچک زاده و آقای ایوب سلیم زاده بناب

مقدمه:

شکات به شرح دادخواست های تقدیمی اعلام داشته اند، سازمان اسناد پزشکی با استناد به مصوبه

شماره ۶/۱۴۵۴۵۹ مورخ ۱۳۸۱/۱۱/۶ شورای عالی بیمه خدمات درمانی از پرداخت هزینه درمانی متعلقه خودداری می نماید. پرداخت هزینه درمان از توان یک کارمند بازنشسته خارج است لذا ابطال مصوبه مورد شکایت را تقاضا دارد.

مدیرکل روابط عمومی و امور بین الملل و سرپرست اداره کل حقوقی سازمان بیمه خدمت درمانی در پاسخ به شکایت آقای علی نقی کوچک زاده طی نامه شماره ۱۰۰۱/۴۰۳۶ مورخ ۱۳۸۳/۱۰/۸ اعلام داشته اند، بیمارستانی که شاکی به آن مراجعه کرده طرف قرارداد با این سازمان نمی باشد و بیماری مشارالیه غیر اورژانسی تشخیص داده شده است.

هیأت عمومی دیوان عدالت اداری در تاریخ فوق با حضور رؤسای شعب بدوی و رؤسا و مستشاران شعب تجدیدنظر تشکیل و پس از بحث و بررسی و انجام مشاوره با اکثریت آراء به شرح آتی مبادرت به صدور رأی می نماید.

رأی هیات عمومی:

به موجب ماده ۲۵ قانون دیوان عدالت تصویب‌نامه‌ها، آیین‌نامه‌ها و سایر مقررات دولتی از جهت مغایرت آنها با احکام شرع یا قانون و یا خارج بودن از حدود اختیارات قوه مجریه قابل اعتراض و رسیدگی در هیأت عمومی دیوان است. نظر به این که اعتراض شاکی متضمن علل و جهات مقرر در ماده فوق الذکر نمی‌باشد، بنابراین اعتراض به کیفیت مطروحه قابل طرح و رسیدگی و امعان نظر در هیأت عمومی دیوان نیست.

تاریخ: ۲ بهمن ۱۳۸۴

شماره دادنامه: ۸۴/۶۱۷

کلاس پرونده: ۳۲۳/۸۳

موضوع رأی: رد درخواست ابطال بخشنامه شماره ۱۱۰۰/۴۰۴۱۰ مورخ ۱۳۸۲/۲/۸ سازمان بیمه خدمات درمانی. (در خصوص نرخ سرانه بیمه شدگان)
مورخ ۱۳۸۴/۱۱/۰۲

شاکی: آقای علی اصغر خلیلی

مقدمه:

شاکی به شرح دادخواست تقدیمی و لایحه تکمیلی آن اعلام داشته‌اند، مطابق بند ۲ بخشنامه مورد شکایت «... حق بیمه سرانه فرزندان چهارم به بعد معادل ۱۰۰ درصد سرانه مصوب به میزان ۱۸۱۷۰ ریال می‌باشد. متأسفانه امور مالی دادگستری با برداشت اشتباه از بند ۲ دستورالعمل مذکور دو نفر از فرزندان این جانب که یکی در سال ۷۴ و دیگری با فراغت از تحصیل از پوشش بیمه‌ای خارج شده‌اند را جزء افراد تحت پوشش بیمه‌ای تلقی و فرزند چهارم تحت پوشش بیمه‌ام را فرزند ششم محسوب و به اشتباه ماهانه از حقوق بازنشستگی‌ام مبالغی مازاد کسر می‌نماید. با عنایت به مراتب اقدام شایسته جهت رفع این اشتباه را دارم.

مدیرکل روابط عمومی حقوقی و دفتر هیأت مدیره سازمان بیمه خدمات درمانی در پاسخ به شکایت مذکور طی نامه ۱۰۰۱/۳۲۶۸۳ مورخ ۱۳۸۳/۸/۳۰ اعلام داشته‌اند، مصوبه مورد شکایت مطابق مصوبه هیأت وزیران در خصوص نرخ سرانه بیمه شدگان تنظیم شده است و ابطال آن به منزله نقض مقررات قانونی تلقی می‌شود و کلیات ادعای خواهان متوجه اداری و مالی دادگستری فیروزکوه می‌باشد.

هیأت عمومی دیوان عدالت اداری در تاریخ فوق با حضور رؤسای شعب بدوی و رؤسا و مستشاران شعب تجدیدنظر تشکیل و پس از بحث و بررسی و انجام مشاوره با اکثریت آراء به شرح آتی مبادر به صدور رأی می‌نماید.

رأی هیات عمومی:

با عنایت به وظایف و مسئولیت های دیوان عدالت اداری به شرح مقرر در قانون دیوان عدالت اداری اعتراض شاکی نسبت به اقدامات امور مالی دادگستری براساس مصوبه هیأت وزیران که از مصادیق وظایف فوق‌الذکر به شمار نمی‌رود، قابل طرح و رسیدگی و اتخاذ تصمیم در هیأت عمومی دیوان نمی‌باشد.

تاریخ: ۱۶ بهمن ۱۳۸۴

شماره دادنامه: ۸۴/۶۴۳

کلاسه پرونده: ۱۳۶/۸۱

موضوع رأی: رد درخواست ابطال بخشنامه سازمان تأمین اجتماعی در مورد
وصول حق سرانه بجای حق درمان از مستمری بازنشستگی مورخ ۱۳۸۴/۱۱/۱۶

شاکی: آقای قربانعلی بیطرف

مقدمه:

شاکی به شرح دادخواست تقدیمی اعلام داشته است، طبق ماده ۸۹ قانون تأمین اجتماعی، سازمان تأمین اجتماعی موظف است با کسری ۲٪ از مبلغ مستمری نسبت به ارائه خدمات درمانی جهت مستمری بگیران اقدام نماید. در صورتی که سازمان در سال ۱۳۷۹ با صدور دستورالعملی در مورد بیمه شدگان حذف و مشاغل آزاد و اختیاری اعلام داشته که به جای کسر ۲٪ مستمری حق سرانه درمان کسر نموده و خدمات درمانی ارائه شود. این دستورالعمل خلاف ماده ۸۹ قانون مذکور می‌باشد که ابطال آن مورد تقاضا است.

مدیرکل دفتر حقوقی و دعاوی سازمان تأمین اجتماعی در پاسخ به شکایت مذکور طی نامه شماره ۷۱۰۰/۳۸۰۱۶ مورخ ۱۳۸۴/۱۱/۱۵ اعلام داشته‌اند، شرایط بیمه شدن و نیز نحوه ارائه مزایای سازمان به بیمه شدگان اختیاری با بیمه شدگان اجباری متفاوت می‌باشد و آنچه در ماده ۸۹ قانون تأمین اجتماعی بیان گردیده است مربوط به بازنشستگی بیمه شدگان اجباری است. بازنشستگی که بیمه شدن اختیاری بوده‌اند می‌باید مطابق آیین‌نامه‌های مربوط از مزایای درمان استفاده نمایند. این سازمان در اجرای تبصره ماده ۸ قانون تأمین اجتماعی و آیین‌نامه

اجرائی مربوط دستور اداری شماره ۵۰۵۱/۸۱ مورخ ۱۳۷۹/۱/۷ را صادر نموده است.

هیأت عمومی دیوان عدالت اداری در تاریخ فوق با حضور رؤسای شعب بدوی و رؤسا و مستشاران شعب تجدیدنظر تشکیل و پس از بحث و بررسی و انجام مشاوره با اکثریت آراء به شرح آتی مبادر به صدور رأی می‌نماید.

رأی هیات عمومی:

با عنایت به این که بخشنامه مورد اعتراض شاکی در خصوص بیمه اختیاری تنظیم شده و تابع شرایط مندرج در قرارداد عقد بیمه منعقد بین بیمه گر و بیمه گذار است و متضمن وضع قواعد آمره‌ای نمی‌باشد، بنابراین بخشنامه مذکور از مصادیق مقررات مندرج در ماده ۲۵ قانون دیوان عدالت اداری محسوب نمی‌شود و رسیدگی و اتخاذ تصمیم در زمینه اعتراض نسبت به آن در هیأت عمومی دیوان موردی ندارد.

تاریخ: ۱۳ اسفند ۱۳۸۴

شماره دادنامه: ۸۴/۸۱۱

کلاس پرونده: ۷۴۰/۸۳

موضوع رأی: رد درخواست ابطال بخشنامه شماره ۱۱۳۰/۴۹۳۶۲/ب مورخ

۱۳۸۴/۱۲/۱۳ سازمان بیمه خدمات درمانی کشور مورخ ۱۳۸۱/۱۲/۲

شاکی: سازمان بازرسی کل کشور

مقدمه:

پس از ثبت دادخواست به شماره ۸۴۶۵۶ مورخ ۱۳۸۳/۱۲/۳ و ارجاع پرونده به هیأت عمومی و ثبت آن به کلاس فوق الذکر و پس از انجام تشریفات مقدماتی، پرونده تحت نظر است که با توجه به محتویات پرونده ختم رسیدگی را اعلام و به استناد تبصره الحاقی به ماده ۲۰ آئین دادرسی دیوان به شرح بین‌الهللین «در صورتی که در دادخواست‌های موضوع ماده ۲۵ قانون به دلیل الغاء یا اصلاح مصوبه مورد شکایت از سوی مقام یا مرجع صادر کننده یا صدور رأی قبلی از سوی هیأت عمومی در مورد آن یا استرداد دادخواست و امثال آن موضوع رسیدگی منتفی باشد، مدیر دفتر موضوع را به رئیس یا معاون دیوان منعکس می‌کند و با احراز موارد فوق از سوی رئیس یا معاون دیوان قرار رد دادخواست صادر خواهد شد.» به شرح آتی مبادرت به صدور قرار می‌نماید.

قرار هیأت عمومی:

نظر به این که حسب پاسخ شماره ۱۰۰/۱۵۰۲۷۳ مورخ ۱۳۸۴/۱۰/۱۲ مدیرکل روابط عمومی و امور بین‌الملل و سرپرست مدیریت حقوقی سازمان بیمه خدمات درمانی بخشنامه مورد شکایت با صدور بخشنامه شماره ۱۱۳۰/۲۵۷/ب مورخ ۱۳۸۴/۱/۱۵ لغو شده است لذا موضوع شکایت منتفی و موجبی برای ادامه

رسیدگی وجود ندارد و قرار رد دادخواست مستنداً به تبصره الحاقی به ماده ۲۰ آیین دادرسی دیوان صادر و اعلام می‌گردد.

تاریخ: ۱۴ اسفند ۱۳۸۴

شماره دادنامه: ۸۴/۸۲۰

کلاسه پرونده: ۷۷۲/۸۳

موضوع رأی: رد درخواست ابطال بخشنامه شماره ۱۱۰۰/۴۱۷۲۷ مورخ ۱۳۸۱/۱۰/۱۰ سازمان بیمه خدماتی درمانی. (در خصوص خارج کردن تعهد پرداخت هزینه‌های بستری بیش از شش ماه در سال سازمان بیمه خدمات درمانی) مورخ ۱۳۸۴/۱۲/۱۴

شاکی: آقای علیرضا جلالی

مقدمه:

شاکی به شرح دادخواست تقدیمی اعلام داشته است، سازمان بیمه خدمات درمانی با صدور بخشنامه مورد شکایت هزینه بستری بیماران روانی بیش از دو ماه تا پایان شش ماه در سال به‌عنوان بیماری مزمن در تعهد سازمان قرار گرفته ولیکن هزینه‌های بستری بیش از شش ماه در سال را سازمان از تعهد خویش خارج نموده است. اجرای این بخشنامه اشخاص را دچار مشکلات عدیده نموده است لذا ابطال آن مورد تقاضا است.

مدیرکل روابط عمومی و امور بین‌الملل و سرپرست اداره کل حقوقی سازمان بیمه خدمات درمانی در پاسخ به شکایت مذکور طی نامه شماره ۱۰۰۱/۸۳۳۵ مورخ ۱۳۸۴/۲/۲۶ اعلام داشته‌اند، هزینه بیماران Endstage و بستری بیش از شش ماه در سال که در حکم نگهداری بوده برابر بخشنامه شماره ۲۲۱۰ مورخ ۱۳۸۱/۱۲/۲۵ مقام وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی از طریق سازمان بهزیستی و از محل اعتبارات متمرکز وزارتخانه فوق تأمین می‌گردد. همچنین براساس مصوبه شماره ۲۸۰۶۶/ت/۳۴۸۵ مورخ ۱۳۸۳/۲/۲ هیأت وزیران، خدمات

نقاهتگاهی بیماران مزمن روانی مشمول تعهدات بیمه‌های مضاعف (مکمل) بوده و در تعهد سازمان های بیمه‌گر پایه نمی‌باشد.

هیأت عمومی دیوان عدالت اداری در تاریخ فوق با حضور رؤسای شعب بدوی و رؤسا و مستشاران شعب تجدیدنظر تشکیل و پس بحث و بررسی و انجام مشاوره با اکثریت آراء به شرح آتی مبادرت به صدور رأی می‌نماید.

رأی هیات عمومی:

نظر به این که اعتراض شاکی به بخشنامه شماره ۱۱۰۰/۴۱۷۲۷ مورخ ۱۳۸۱/۱۰/۱۰ متضمن اعلام مغایرت آن با هیچ یک از عناوین مقرر در ماده ۲۵ قانون دیوان عدالت اداری نیست، بنابراین اعتراض به کیفیت مطروحه قابل رسیدگی و اتخاذ تصمیم در هیأت عمومی دیوان نمی‌باشد.

تاریخ: ۷ خرداد ۱۳۸۵

شماره دادنامه: ۸۵/۱۱۴

کلاسه پرونده: ۲/۸۲

موضوع رأی: رد درخواست ابطال بخشنامه در خصوص تقاضای محرومیت از حقوق اجتماعی (بیمه) و اعاده حقوق. (در خصوص بیمه کارگران قالیباف) مورخ

۱۳۸۵/۰۳/۰۷

شاکی: آقای مجید گرامی عباس آباد

مقدمه:

شاکی به شرح دادخواست تقدیمی اعلام داشته است، اخیراً بخشنامه‌ای از سوی سازمان تأمین اجتماعی مبنی بر محرومیت قشر عظیمی از کارگران زحمتکش قالیباف از حق بیمه به سازمان های مربوطه اعلام گردیده است. با توجه به اصل سی و چهارم قانون اساسی، دادخواهی حق مسلم هر فرد است و هر کس می‌تواند به منظور دادخواهی به دادگاه های صالح رجوع نماید و همچنین اصل بیست و نهم قانون اساسی که برخورداری از تأمین اجتماعی از نظر بازنشستگی، بیکاری، پیری، از کارافتادگی، بی‌سرپرستی، در راه ماندگی، حوادث و سوانح و نیاز به خدمات بهداشتی و درمانی و امر مراقبتهای پزشکی به صورت بیمه و غیره حقی است همگانی، لذا از دیوان عدالت اداری خواستار ابطال بخشنامه مربوطه می‌باشم. معاون حقوقی و امور مجلس سازمان تأمین اجتماعی در پاسخ به شکایت مذکور طی نامه شماره ۷۱۰۰/۱۰۸۶۳ مورخ ۱۳۸۲/۴/۱۶ اعلام داشته‌اند، ۱- شکایت شاکی به نحو مطروحه از مصادیق بارز و کلی و مجمل بوده که به لحاظ موازین دادرسی قابلیت رسیدگی و پاسخگویی ندارد. ۲- علیرغم طرح ایراد فوق الذکر، اگر منظور شاکی این است که قشر قالیبافان فاقد نظام حمایتی می‌باشند به استحضار می‌رساند، ادعای مذکور فاقد

دلیل می‌باشد، زیرا با تصویب قانون بیمه بازنشستگی، فوت و از کارافتادگی بافندگان قالی، قالیچه، گلیم و زیلو مصوب ۱۳۷۶، مشمولین قانون یاد شده در چهارچوب ضوابط قانونی فوق می‌توانند به واحدهای اجرائی سازمان مراجعه و درخواست خود را جهت بیمه شدن ارائه نمایند. هیأت عمومی دیوان عدالت اداری در تاریخ فوق با حضور رؤسای شعب بدوی و رؤسا و مستشاران شعب تجدیدنظر تشکیل و پس از بحث و بررسی و انجام مشاوره با اکثریت آراء به شرح آتی مبادرت به صدور رأی می‌نماید.

رأی هیأت عمومی:

نظر به این که از طرف شاکی بخشنامه مورد اعتراض ارائه نشده و مشخصات آن نیز تعیین نگردیده و سازمان تأمین اجتماعی نیز منکر وجود بخشنامه‌ای در مورد قالی‌بافان گردیده است، بنابراین با این کیفیت رسیدگی و اتخاذ تصمیم به موضوع شکایت در قلمرو ماده ۲۵ قانون دیوان عدالت اداری موردی ندارد.

تاریخ: ۱ مرداد ۱۳۸۵

شماره دادنامه: ۸۵/۲۶۲

کلاس پرونده: ۳۰۱/۸۵

موضوع رأی: نقض رأی صادره در پرونده کلاس ۲۰۰۲/۸۴ شعبه دوازدهم تجدیدنظر دیوان عدالت اداری. (در خصوص عدم اعطاء اختیار تعیین تاریخ شروع بیماری شخص بیمه شده به کمیسیون مقرر در ماده ۹۱ قانون تأمین اجتماعی) مورخ ۱۳۸۵/۰۵/۰۱

شاکی: رئیس و مستشار شعبه دوازدهم تجدیدنظر دیوان عدالت اداری

مقدمه:

رئیس و مستشار شعبه دوازدهم تجدیدنظر دیوان در نامه تقدیمی اعلام داشته‌اند، پرونده کلاس ۲۰۰۲/۸۴ مربوط به آقای سلیمان رجبی در این شعبه رسیدگی و رأی بدوی نقض شد. با عنایت به این که طی رأی هیأت عمومی دیوان در تاریخ ۸۵/۲/۱۷ مبنی بر اصلاح دادنامه شماره ۶۱ مورخ ۱۳۷۷/۳/۲۳ هیأت عمومی که بر طبق آن قید تاریخ از دادنامه مزبور حذف گردیده است، می‌بایست مفاد دادنامه جدید هیأت عمومی مورد توجه قرار می‌گرفت که در آن صورت نقض رأی بدوی وجاهت قانونی پیدا نمی‌کرد و شعبه از این جهت دچار اشتباه گردیده است. علیهذا با اعلام اشتباه مستدعی است پرونده طبق تبصره یک الحاقی به ماده ۱۸ قانون دیوان عدالت اداری در هیأت عمومی مطرح و رسیدگی شود. هیأت عمومی دیوان عدالت اداری در تاریخ فوق با حضور رؤسای شعب بدوی و رؤسا و مستشاران شعب تجدیدنظر تشکیل و پس از بحث و بررسی و انجام مشاوره با اکثریت آراء به شرح آتی مبادرت به صدور رأی می‌نماید.

رأی هیأت عمومی:

نظر به مشروح مورخ آقایان رئیس و مستشار شعبه دوازدهم تجدیدنظر دیوان و این که در اجرای ماده ۵۳ آیین دادرسی دیوان و بنابه درخواست بیست تن از قضات دیوان دادنامه شماره ۶۱ مورخ ۱۳۷۷/۳/۲۳ مورد رسیدگی و بررسی مجدد قرار گرفته دادنامه شماره ۷۹ مورخ ۱۳۸۵/۲/۱۷ به نظر اکثریت اعضاء هیأت عمومی دیوان به لحاظ عدم اعطاء اختیار تعیین تاریخ شروع بیماری شخص بیمه شده به کمیسیون مقرر در ماده ۹۱ قانون تأمین اجتماعی کلمه «تاریخ» از متن دادنامه ۶۱ مورخ ۱۳۷۷/۳/۲۳ حذف شده، وقوع اشتباه در مدلول دادنامه قطعی شماره ۱۵۷ مورخ ۱۳۸۵/۱/۳۰ شعبه دوازدهم تجدیدنظر دیوان در پرونده کلاسه ۲۰۰۲/۸۴ محرز به نظر می‌رسد. بنابراین دادنامه مزبور مستنداً به تبصره‌های یک و ۳ الحاقی به ماده ۱۸ قانون دیوان نقض می‌شود.

تاریخ: ۲۶ شهریور ۱۳۸۵

شماره دادنامه: ۴۶۷-۸۵/۴۶۸

کلاس پرونده: ۷۴۷/۸۲-۷۴۹

موضوع رأی: رد درخواست ابطال بخشنامه‌های شماره ۱۱۰۸ مورخ ۱۳۸۲/۵/۴ و ۳۲۶۹ مورخ ۱۳۷۹/۱۰/۳ و ۲۰۶۵ مورخ ۱۳۸۲/۸/۱۳ اداره تأمین اجتماعی کاشان، ابطال ماده ۴ قرارداد منعقد با اداره کل بیمه خدمات درمانی استان اصفهان، ابطال بخشنامه‌های شماره ۱۳۷۶/۱۳/۲۳/۱۳۰۳ مورخ ۱۳۸۲/۶/۲۶ اداره بیمه خدمات درمانی کاشان و ۶۴۴۷/۱۲/۱۳۰۳ مورخ ۱۳۸۲/۶/۱۵ اداره کل بیمه خدمات درمانی استان اصفهان. (در خصوص تعیین سقف برای سطح خدمات پزشکی و ایجاد محدودیت در پذیرش نسخ توسط بیمه خدمات درمانی) مورخ ۱۳۸۵/۰۶/۲۶

شاکي: آقای حسین موسوی

مقدمه:

۱- برابر ماده ۴ قرارداد همکاری بیمه خدمات درمانی با پزشک، نهاد مذکور حق فسخ یک جانبه برای خود قائل شده است که امری است تحمیلی ۲- با عنایت به ماده ۱۰ قانون بیمه خدمات درمانی سقفی برای سطح خدمات پزشکی تعیین نگردیده است. مگر این که این امر به پیشنهاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و تایید شورای عالی و تصویب هیأت وزیران رسیده باشد. در حالی که هر ساله ابلاغیه‌هایی مبنی بر سقف مجاز تقریر نسخه صادر و مازاد آن را موکول به تایید خود می‌نمایند. ۳- باز هم سازمان به مواد فوق اشاره بسنده ننموده و با توسل به قدرت اقدام به تعیین سقف پذیرش نموده است و حداکثر ویزیت مجاز اینجانب را صد نفر در ماه تعیین نموده است، غیر قانونی می‌باشد. ۴- طرف شکایت طی ابلاغیه‌های متعدد (نامه‌های ۱۱۰۸ مورخ ۱۳۸۲/۵/۴ و اداره تأمین اجتماعی

کاشان و ۱۳۰۳/۲۳/۱۳۷۶ مورخ ۱۳۸۲/۶/۲۶ اداره بیمه خدمات درمانی کاشان) بیمه گزاران را در صورتی که بهای داروهایشان از سقف خاصی تجاوز نماید ملزم به اخذ تایید از سازمان می‌نماید این در حالی است که از چند جهت موجب زیان و خسران می‌باشد در درجه اول شخص بیمار به داروهای مورد نیاز پس از مدتی (اخذ تاییدیه) دسترسی پیدا می‌کند که در مورد بیمارهای اورژانسی باعث تشدید بیماری می‌شود و پزشک نیز در تجویز داروهای مناسب به حال بیمار محدود می‌شود با عنایت به مراتب تقاضای ابطال بخشنامه‌های مورد شکایت را دارد. ۱- مدیرکل اداره بیمه خدمات درمانی استان اصفهان در پاسخ به شکایت مذکور طی نامه شماره ۱۳۰۳/۱۲/۵۷۴۶ مورخ ۱۳۸۳/۵/۲۴ اعلام داشته‌اند، این اداره کل با توجه به دستورالعمل‌های موجود اقدام به فسخ قرارداد همکاری با نامبرده از تاریخ ۱۳۸۲/۴/۱۵ نموده است و با توجه به درخواست شاکی در تاریخ ۱۳۸۲/۶/۱۱ اقدام به برقراری مجدد قرارداد همکاری حداکثر یکصد برگ ویزیت در ماه نموده است. ۲- مدیرکل روابط عمومی، امور حقوقی سازمان بیمه خدمات درمانی در پاسخ به شکایت شاکی طی نامه شماره ۰۰۱/۲۲۱۱۲ مورخ ۱۳۸۳/۶/۳ اعلام داشته‌اند، اعلام سقف تایید نسخه دارویی و شمول تعهدات سازمان‌های بیمه‌گر در خصوص داروهای موضوع نامه‌های شماره ۱۳۰۳/۲۳/۱۱۹۶ مورخ ۱۳۸۰/۸/۱۳ و ۱۳۰۳/۲۳/۱۳۷۶ مورخ ۱۳۸۲/۶/۲۶ براساس دستورالعمل‌های این سازمان بوده است. ۳- مدیرکل دفتر امور حقوقی و دعاوی سازمان تأمین اجتماعی در پاسخ به شکایت مذکور طی نامه

شماره ۷۱۰۰/۲۰۸۳۱ مورخ ۱۳۸۳/۸/۵ اعلام داشته‌اند، نامه مورد اعتراض شاکی به شماره ۱۷۱/۲/۱۱۰۸ مورخ ۱۳۸۲/۵/۴ دفتر اسناد پزشکی تأمین اجتماعی کاشان مستنداً به بخشنامه شماره ۴۰۲/۳۵۶۱۷ مورخ ۱۳۸۲/۴/۲۱ معاون درمان

سازمان تأمین اجتماعی صادر شده است. هیأت عمومی دیوان عدالت اداری در تاریخ فوق با حضور رؤسای شعب بدوی و رؤسا و مستشاران شعب تجدیدنظر تشکیل و پس از بحث و بررسی و انجام مشاوره با اکثریت آراء به شرح آتی مبادرت به صدور رأی می‌نماید.

رأی هیأت عمومی:

با توجه به وظایف و مسئولیت‌های قانونی سازمان تأمین اجتماعی در خصوص پرداخت بخشی از هزینه‌های دارویی و درمانی بیمه شدگان و این که وضع قاعده آمره در جهت محدودیت تکلیف قانونی مذکور منوط به حکم مقنن و یا مأذون از قبل قانونگذار است، بنابراین مفاد نامه شماره ۱۱۰۸ مورخ ۱۳۸۲/۵/۴ رئیس دفتر اسناد پزشکی تأمین اجتماعی کاشان و نامه شماره ۱۳۰۳/۲۳/۱۳۷۶ مورخ ۱۳۸۲/۶/۲۶ رئیس اداره بیمه خدمات درمانی شهرستان کاشان که نتیجتاً متضمن ایجاد محدودیت در پذیرش نسخ دفترچه‌های خدمات درمانی بیمه شدگان سازمان تأمین اجتماعی و ضرورت تأیید آنها از طرف آن سازمان در صورت تجاوز بهای نسخ مزبور از سقف تعیین شده در نامه‌های فوق الذکر است، خارج از حدود اختیارات قانونی مراجع فوق الذکر است. لذا مستنداً به قسمت دوم ماده ۲۵ قانون دیوان عدالت اداری ابطال می‌شوند. سایر موارد اعتراض بلحاظ این که مفید وضع مقررات آمره عام و کلی نیست و از مصادیق مقررات دولتی موضوع ماده فوق الذکر محسوب نمی‌شود قابل رسیدگی و امعان نظر در هیأت عمومی نمی‌باشد.

تاریخ: ۲ مهر ۱۳۸۵

شماره دادنامه: ۴۸۵ الی ۸۵/۴۸۱

کلاس پرونده: -۱۰۰۷ ۸۲/۴۷۵ و -۴۰۲ ۸۴/۸۲ ۷۷۴

موضوع رأی: ابطال مصوبه هفتاد و پنجمین جلسه شورای عالی بیمه خدمات درمانی مورخ ۱۳۸۱/۱۰/۲۲ موضوع بخشنامه شماره ۶/۱۴۵۴۵۹/س مورخ ۱۳۸۱/۱۱/۶ دبیر شورای عالی بیمه خدمات درمانی و بخشنامه ۳۶۱/۱۰۰۶/د/ب مورخ ۱۳۷۹/۱/۲۹ رئیس شورای عالی فنی سازمان بیمه خدمات درمانی. (در خصوص عدم ادای حقوق قانونی بیمه شدگان دولت توسط، سازمان بیمه خدمات درمانی کارکنان دولت) مورخ ۱۳۸۵/۰۷/۰۲

شاکی: ۱- نماینده حقوقی بنیاد شهید ۲- کانون بازنشستگان وزارت امور اقتصادی و دارائی - آقایان ۳- غلامرضا محمدعلی پور ۴- مجید فرنی ۵-

تقی براتیچی

مقدمه:

۱- شکات به شرح دادخواست های تقدیمی اعلام داشته‌اند، سازمان بیمه خدمات درمانی کارکنان دولت با استناد به مصوبات هفتاد و پنجمین جلسه شورای عالی بیمه خدماتی درمانی که مقرر می‌دارد «پرداخت خسارت های متفرقه به جز موارد اورژانس و استثنائی توسط سازمان های بیمه‌گر صورت نپذیرد» از ادای حقوق قانونی بیمه شدگان دولت ممانعت به عمل آورده است در حالی که طبق ماده ۱۷ قانون بیمه همگانی که مقرر می‌دارد «کلیه بیمارستان ها، مراکز بهداشتی و درمانی و مراکز تشخیصی و پزشکی کشور موظف به پذیرش و مداوای بیمه شدگان و ارائه و انجام خدمات و مراقبت‌های پزشکی لازم بر اساس ضوابط و مقررات این قانون هستند.» سازمان بیمه خدمات درمانی در اجرای مصوبه مورد شکایت از پرداخت هزینه‌های درمانی و پزشکی مشمولین قانون فوق که در بیمارستان ها و مراکز

پزشکی و تشخیصی و درمانی غیر دولتی تحت مداوا و معالجه قرار می‌گیرند خودداری می‌نماید. از آنجا که به موجب قانون مذکور استثنائی در مورد واحدهای پزشکی و درمانی دولتی و غیر دولتی به عمل نیامده است بنابراین انحصار این امر برای مراکز دولتی مغایر قانون می‌باشد. همچنین با عنایت به مصوبه هیأت وزیران در خصوص ضوابط تعیین حداقل مشمول و سطح خدمات پزشکی و دارویی مورد تعهد بیمه خدمات درمانی مصوب ۱۳۷۴/۳/۲۴ بیمه شدگان در انتخاب پزشک معالج خود اعم از عمومی و متخصص مخیر می‌باشند. شورای عالی بیمه خدمات درمانی کشور در تصویب مورد شکایت از حدود اختیارات قانونی خود فراتر رفته است. بنابه مراتب ابطال بخشنامه ۶/۱۴۵۴۵۹/س مورخ ۱۳۸۱/۱۱/۶ دبیر شورای عالی خدمات درمانی بلحاظ مغایرت با موازین شرعی و قانونی مورد تقاضا است. ۲- آقای تقی براتچی ضمن درخواست ابطال بخشنامه شماره ۶/۱۴۵۴۵۹/س مورخ ۱۳۸۱/۱۱/۶ دبیر شورای عالی بیمه خدمات درمانی اعلام داشته است، پس از عمل جراحی پا که به صورت اورژانس انجام شد و بهبودی با مراجعات مکرر به سازمان بیمه خدمات درمانی جهت دریافت قسمتی از هزینه‌های جراحی اعلام داشتند که به علت تأخیر در ارائه مدارک (حداکثر شش ماه) به استناد بخشنامه شماره ۱۰۰۶/۳۶۱/د/ب مورخ ۱۳۷۹/۱/۲۹ رئیس شورای عالی فنی سازمان بیمه خدمات درمانی از پذیرفتن مدارک مربوط معذوریم. این بخشنامه با موازین شرعی مغایرت داشته همچنین با قوانین مربوط به مرور زمان تطبیق نمی‌نماید لذا درخواست ابطال بخشنامه ۱۰۰۶/۳۶۱/د/ب مورخ ۱۳۷۹/۱/۲۹ را دارد. ۱- مدیرکل دفتر حقوقی و امور مجلس و معاون توسعه مدیریت و منابع وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی در پاسخ در خصوص قسمت اول شکایت به شرح نامه‌های شماره

۱۷۰۷۶۶/ح/ن مورخ ۱۳۸۲/۱۱/۶ و ۱۱۴۷۳۴/ح/ن مورخ ۱۳۸۴/۵/۲۲ اعلام داشته‌اند، ۱-الف- به منظور ایجاد شرایط لازم برای تحت پوشش قرار دادن تمام گروه‌ها و افراد جامعه که متقاضی بیمه خدمات درمانی هستند، قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور در تاریخ ۱۳۷۲/۸/۳ به تصویب رسیده است و از تاریخ تصویب قانون بیمه خدمات درمانی بر اساس ضوابط قانونی مقرر ارائه و اجرا می‌گردد. با عنایت به ماده ۱۰ قانون بیمه همگانی خدمات درمانی، حداقل شمول و سطح خدمات پزشکی و دارو در زمره تعهدات سازمان‌های بیمه گر پایه قرار گرفته و ارائه آن در قالب نظام بیمه خدمات درمانی، تعریف شده است. همچنین وظیفه سیاستگذاری، برنامه‌ریزی، ایجاد هماهنگی، نظارت و ارزشیابی سطح کمی و کیفی بیمه خدمات درمانی به عهده شورای عالی بیمه خدمات درمانی، با ترکیبی کاملاً فرابخشی و متشکل از معاون رئیس جمهور، رئیس سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور، وزراء بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، اقتصادی و دارایی، کار و امور اجتماعی، دو نماینده مجلس، رئیس کل سازمان نظام پزشکی و مدیران عامل سازمان‌های بیمه گر گذاشته شده و ماده ۱۷ این قانون نیز کلیه بیمارستان‌ها و مراکز بهداشتی درمانی را به پذیرش و ارائه خدمت به بیمه شدگان براساس مقررات مصرح در قانون مذکور ملزم نموده است و در صورت درخواست سازمان‌ها و شرکت‌های بیمه گر با آنها قراردادهای همکاری منعقد نمایند. تاکید می‌گردد سازمان‌های بیمه گر در خصوص عقد قرارداد با مؤسسات تشخیص درمانی موظف به رعایت قانون بیمه همگانی و مصوبات شورای عالی بیمه خدمات درمانی کشور می‌باشند. ۱-ب- مراکز درمانی خصوصی گاهی علیرغم الزامات قانونی و درخواست‌های سازمان‌های بیمه گر مبادرت به عقد قرارداد بیمه نمی‌نمایند، لذا بیمه شدگانی که براساس ماده یک تصویب نامه شماره ۵۳/۱۴ مورخ ۱۳۷۴/۵/۲

هیأت وزیران تحت عنوان «ضوابط تعیین حداقل شمول و سطح خدمات پزشکی و دارویی مورد تعهد خدمات درمانی» مخیر به انتخاب پزشکان طرف قرارداد با بیمه می‌باشند به پزشکانی که طرف قرار داد با بیمه نیستند مراجعه و پس از انجام خدمات درمانی و پرداخت هزینه‌های مربوطه به مرکز درمانی و یا پزشک معالج جهت استفاده از مزایای بیمه به سازمان‌های ذیربط مراجعه می‌نمایند و به دلیل عدم وجود قرارداد فی‌مابین مرکز و یا پزشک با شرکها و سازمان‌های بیمه گر قانوناً امکان انجام خواسته این افراد فراهم نمی‌شود. ضمناً به استناد ماده چهارم مصوبه مذکور موارد اورژانسی از ممنوعیت پرداخت خسارت متفرقه مستثنی گردیده‌اند. این در حالی است که پیش از مصوبه مورد شکایت بخش قابل توجهی از پرداخت‌های سازمان‌های بیمه گر به هزینه‌هایی تعلق گرفته که بیمه شدگان در مراکز درمانی فاقد قرارداد همکاری ایجاد کرده و این میزان با گسترش فعالیت‌های غیر اصولی بیمه‌های مازاد (که عمدتاً توسط شرکتهای بیمه تجاری ارائه می‌شود) به شکل قابل توجهی رو به افزایش بوده است. با این تفاسیل و با توجه به این که بسیاری از خدمات درمانی، در موسسات درمانی طرف قرارداد قابل ارائه به بیمه شدگان است، پیشنهاد محدود شدن هزینه‌های درمانی بیمه شدگان به مؤسسات طرف قرارداد در هفتاد و پنجمین جلسه شورای عالی بیمه خدمات مطرح و با استناد قانونی و علمی فوق به تصویب اعضاء رسیده است. اجرای این مصوبه مستند به قانون و در شرایط فعلی دارای محاسنی چون بسترسازی مناسب برای اجرای سطح بندی خدمات و نظام ارجاع، تعدیل قیمت‌ها در بازار آشفته بیمه‌های مازاد، افزایش ضریب اشتغال تخت، استفاده بهینه از امکانات و بهبود کیفیت خدمات در بیمارستهای دولتی و صرفه جویی منابع و منطقی‌سازی مصرف درمان به دنبال

دارد و استمرار آن موجبات دسترسی عادلانه به خدمات بهداشتی درمانی در بخش درمانی جامعه را فراهم می‌آورد، که در این خصوص تنها اهرم اجرائی ماده ۱۷ قانون بیمه همگانی و ماده یکم دستورالعمل اجرائی آن به استناد مفاد یک و ۴ مصوبه شماره ۵۳۱۴/ت/۱۴۹۹۳/ه مورخ ۱۳۷۴/۵/۲ و همچنین ماده ۲ قانون بیمه همگانی مصوبه شماره ۷۵ مورخ ۱۳۸۱/۱۰/۲۲ شورای عالی بیمه خدمات درمانی می‌باشد که به موجب بخشنامه شماره ۱۴۵۴۵۹/س مورخ ۱۳۸۱/۱۱/۶ معاونت سلامت به اطلاع واحدهای ذیربط رسیده است. النهایه نظر به مطالب معروضه در عملکرد دستگاه‌های اداری ذیربط این وزارتخانه تخلفی از قوانین و مقررات مصوب مشهود نمی‌باشد و رد شکایت بلا وجه مطروحه مورد تقاضا است. ۲- معاون بیمه درمان و قائم مقام مدیرعامل سازمان بیمه خدمات درمانی در پاسخ به شکایت شاکی به خواسته ابطال بخشنامه شماره ۱۰۰۶/۳۶۱/د/ب مورخ ۱۳۷۹/۱/۲۹ طی نامه شماره ۱۰۰/۱۲۰۰۴۴ مورخ ۱۳۸۵/۵/۱۵ اعلام داشته‌اند، الف- مجوز تنظیم بخشنامه یاد شده متعاقب بند ۱۰ مصوبه هیأت مدیره وقت این سازمان آنهم به استناد آیین نامه شورای فنی سازمان می‌باشد. همچنین بر اساس بند ۲-۱۱ آیین نامه شورای فنی سازمان این شورا مسئولیت تدوین مقررات جدید را دارد. ب- از آنجائی که کلیات بخشنامه مورد نظر در خصوص ارسال اسناد هزینه‌های بیماری مقید به زمان می‌باشد که مورد اعتراض شاکی است و از حیث مرور زمان مستنداً به نظریه دبیر شورای نگهبان ارائه شده است می‌بایست اذعان داشت، مقوله مرور زمان در قوانین موضوعه اساساً یک بحث کلی است و ناظر به دعوی عمومی است که فرد مدعی در چارچوب قانون ملزم به رعایت آن می‌باشد. لیکن قید زمان خاص برای ارسال اسناد هزینه در این سازمان و نوعاً سازمان‌های بیمه‌ای واجد ایراد قانونی نیست به این معنی که از آنجائی که این سازمان دارای بودجه دولتی است

مطابق ضوابط و مقررات مالی دارای قانونی خاص است و تعیین زمان خاص برای ارسال مدارک بیماری توسط بیمه شدگان می‌بایست حداکثر در انقضاء سال زمان بستری ارائه شود. صدور بخشنامه مورد بحث با استفاده از موضوع ماده ۳۳ قانون آیین نامه مالی و محاسباتی و معاملاتی دیوان محاسبات کشور مصوب ۱۳۷۲/۶/۹ می‌باشد. بنابه مراتب تقاضای رد شکایت شاکی را دارد. دبیر محترم شورای نگهبان در خصوص ادعای خلاف شرع بودن بخشنامه‌های شماره ۱۰۰۶/۳۶۱/د/ب مورخ ۱۳۷۹/۱/۲۹ شورای فنی سازمان بیمه خدمات درمانی و ۱۴۵۴۵۹/۶/س مورخ ۱۳۸۱/۱۱/۶ دبیر شورای عالی بیمه خدمات درمانی طی نامه شماره ۸۵/۳۰/۱۵۴۴۰ مورخ ۱۳۸۵/۲/۲۸ اعلام داشته‌اند، ۱- بخشنامه شماره ۱۴۵۴۵۹/۶/س مورخ ۱۳۸۱/۱۱/۶ که مانع پرداخت خسارت‌های متفرقه به جزء در موارد اورژانسی و استثنائی شده است، خلاف موازین شرع تشخیص داده نشد و در صورت اختلاف در اورژانسی بودن باید به کارشناسان مربوط مراجعه شود. ۲- بخشنامه شماره ۱۰۰۶/۳۶۱/د/ب مورخ ۱۳۷۹/۱/۲۹ از این نظر که مدت شش ماه را شرط پذیرش اسناد هزینه خسارت متفرقه توسط سازمان بیمه خدمات درمانی قرار داده است، خلاف موازین شرع شناخته نشد. هیأت عمومی دیوان عدالت اداری در تاریخ فوق با حضور رؤسای شعب بدوی و رؤسا و مستشاران شعب تجدیدنظر تشکیل و پس از بحث و بررسی و انجام مشاوره با اکثریت آراء به شرح آتی مبادرت به صدور رأی می‌نماید.

رأی هیأت عمومی:

الف- اعتراض نسبت به بخشنامه شماره ۳۰۰۳/۸۰۴۰ مورخ ۱۳۷۵/۶/۱۹ اداره کل بیمه خدمات درمانی استان مازندران از حیث تعیین مدت ارائه اسناد و مدارک

پزشکی حداکثر به مدت ۲ ماه قبلاً مورد رسیدگی قرار گرفته و با توجه به نظریه فقهای محترم شورای نگهبان و اعضاء هیأت عمومی دیوان مغایر احکام اسلامی و مغایر قوانین و مقررات شناخته نشده است. بنابراین اعتراض شاکی به بخشنامه شماره ۱۰۰۶/۳۶۱/د/ب مورخ ۱۳۷۹/۱/۲۹ شورای عالی فنی سازمان بیمه خدمات درمانی از جهت این که مدت ارائه اسناد مزبور را شش ماه تعیین نموده با توجه به ماده ۷ اساسنامه سازمان بیمه خدمات درمانی مصوب ۱۳۷۳/۱۲/۲۴ که مسئولیت و اختیار وضع ضوابط و قواعد مربوط به انعقاد عقد بیمه با اشخاص و نحوه بررسی مدارک و اسناد پزشکی بیمه شوندگان را به سازمان مذکور محول نموده، موجه نیست در نتیجه مصوبه فوق الاشعار مغایرتی با قانون ندارد. ب- نظر به وظایف و مسئولیت های قانونی سازمان بیمه خدمات درمانی در قبال بیمه شدگان و الزام آن سازمان به تأمین و پرداخت بخشی از هزینه های دارویی و درمانی اشخاص بیمه شده و عنایت به مدلول ماده ۱۷ قانون بیمه همگانی مصوب ۱۳۷۳ که علی الاطلاق و بدون هر قید و شرطی کلیه بیمارستان ها، مراکز بهداشتی و درمانی و مراکز تشخیصی و پزشکان کشور را موظف به پذیرش و مداوای بیمه شدگان و ارائه و انجام خدمات و مراقبتهای پزشکی لازم براساس ضوابط و مقررات قانون مزبور کرده و مفید جواز مراجعه بیماران بیمه شده به مطلق بیمارستان ها، مراکز بهداشتی و درمانی و مراکز تشخیصی و پزشکان کشور به انتخاب خود می باشد، بنابراین مفاد مصوبه شورای عالی بیمه خدمات درمانی که تحت شماره ۱۴۵۴۵۹/۶/س مورخ ۱۳۸۱/۱۱/۶ به مدیرعامل سازمان بیمه خدمات درمانی کشور ابلاغ شده و مقرر داشته «پرداخت خسارت های متفرقه به جز در موارد اورژانس و استثنائی توسط سازمان های بیمه گر صورت نپذیرد» و نتیجتاً سبب ایجاد محدودیت حق بیمه شدگان در جهت انتخاب بیمارستان، مراکز بهداشتی و درمانی و مراکز تشخیصی و

پزشکان کشور و نفی مسئولیت مطلق آن سازمان در تأمین و پرداخت بلاکید و شرط هزینه‌های پزشکی، داروئی و درمانی بیمه شدگان است، مغایر هدف و حکم مقنن تشخیص داده می‌شود و مستنداً به قسمت دوم ماده ۲۵ قانون دیوان عدالت اداری ابطال می‌گردد.

تاریخ: ۳۰ مهر ۱۳۸۵

شماره دادنامه: ۵۳۵-۸۵/۵۳۶

کلاس پرونده: ۸۲/۸۹۱۸۳/۳۱۰-

موضوع رأی: ابطال بند ۲ قسمت (الف) بخشنامه شماره ۱۴ امور بیمه شدگان، ابطال دستور اداری شماره ۵۲/۶۰۱۳۵ مورخ ۱۳۸۰/۷/۱۵ و ابطال بند (الف) بخشنامه شماره یک جدید بازرسی کارگاه ها. (در خصوص نحوه پرداخت غرامت دستمزد کارگرانی که در استراحت پزشکی بسر می‌برند) مورخ ۱۳۸۵/۰۷/۳۰

شاکی: سازمان بازرسی کل کشور

مقدمه:

معاون امور فرهنگی و اجتماعی سازمان بازرسی کل کشور طی شکایتنامه‌های شماره ۲/۶/۲۷۸۱۲ مورخ ۱۳۸۲/۱۰/۷ و ۶/۱۰/۷۹۱ مورخ ۱۳۸۳/۴/۱۴ اعلام داشته‌اند، به پیوست نسخه‌ای از گزارش تنظیمی دفتر بازرسی استان فارس پیرامون عملکرد اداره کل تأمین اجتماعی استان مذکور ارسال می‌گردد. حسب بررسی‌های معموله توسط بازرسان این سازمان، ۱- قسمتی از بخشنامه شماره ۱۴ امور بیمه شدگان سازمان تأمین اجتماعی در خصوص نحوه پرداخت غرامت دستمزد کارگرانی که در استراحت پزشکی بسر می‌برند مغایر نص صریح ماده ۶۲ قانون تأمین اجتماعی ۲- بخشنامه شماره ۵۲/۶۰۱۳۵ مورخ ۱۳۸۰/۷/۱۵ مدیرکل درآمد حق بیمه سازمان تأمین اجتماعی بر خلاف بند (ب) و تبصره ۷ قانون بیمه بیکاری ۳- بند (الف) بخشنامه شماره یک جدید بازرسی کارگاه ها (۵۲-۶/۳۵۸۲۱) مورخ ۱۳۸۱/۴/۱۹ در رابطه با عدم بازرسی از کارگاه هایی که فعالیت پیمانکاری دارند بر خلاف مواد ۴۷ و ۱۰۲ قانون تأمین اجتماعی، تشخیص و ابطال آنها مورد تقاضا قرار گرفته است. در گزارش بازرسان سازمان بازرسی کل کشور آمده است، ۱- طبق ماده ۶۲ قانون تأمین اجتماعی غرامت دستمزد تا زمانی که بیمه شده

طبق نظریه کمیسیون پزشکی از کار افتاده کلی نگردیده قابل پرداخت می‌باشد. لیکن در بخشنامه شماره ۱۴ امور بیمه شدگان (بند ۲ قسمت الف) پرداخت غرامت دستمزد منوط به دایر بودن کارگاه در دوران استراحت و نقاهت بیمه شده و برقراری مزد توسط کارفرما می‌باشد. یعنی کسانی که توسط پزشک چند ماه استراحت پزشکی برای آنان توصیه و تجویز شده چنانچه درحین استراحت کارگاهی که در آن مشغول به کار بوده‌اند، تعطیل گردد، غرامت دستمزد صرفاً تا زمان دایر بودن و فعالیت کارگاه پرداخت می‌گردد و مابقی استراحت پزشکی کارگر در رابطه با غرامت دستمزد باطل می‌باشد. ۲- طبق بند (و) تبصره ماده ۷ قانون بیمه بیکاری مصوب ۱۳۶۹ مجلس شورای اسلامی میزان مقرری بیمه بیکاری مشخص گردیده که در بند (ب) آمده است «میزان مقرری روزانه بیمه شده بیکار معادل ۵۵٪ متوسط مزد یا حقوق و یا کار مزدروزانه بیمه شده می‌باشد» و تبصره یک ماده ۷ اعلام می‌دارد «متوسط مزد یا حقوق روزانه بیمه شده بیکار به‌منظور محاسبه مقرری بیمه بیکاری عبارت است از جمع کل دریافتی بیمه شده که به مآخذ آن حق بیمه دریافت شده در آخرین ۹۰ روز قبل از شروع بیکاری تقسیم بر روزهای کار و...» اما در دستور اداری ۵۲۰/۶۰۱۳۵ مورخ ۱۳۸۰/۷/۱۵ مدیرکل درآمد حق بیمه سازمان تأمین اجتماعی آمده که واحدهای اجرائی در زمان استخراج و تعیین دستمزد می‌بایست حقوق و مزایای مبنای کسر حق بیمه را حداقل برای یکسال قبل از تاریخ بیکاری بیمه شده استخراج و کنترل نمایند و چنانچه افزایش خارج از ضوابط مقرر در بخشنامه‌های حداقل دستمزد باشد مراتب را جهت بررسی در کمیته دستمزد به اداره کل درآمد حق بیمه ارسال نمایند و نهایتاً با اعمال فرمول خاصی که در دستور مذکور آمده است منتج به دریافت مقرر

کمتر از مبلغی که به صراحت در قانون مشخص گردیده توسط مضمولین می‌شود.

۳- بر اساس ماده ۴۷ قانون تأمین اجتماعی، بازرسان سازمان حق مراجعه به تمام کارگاه های مشمول قانون را دارند و می‌توانند از آنها بازرسی نمایند و طبق ماده ۱۰۲ همان قانون بازرسان سازمان در حکم ضابط دادگستری می‌باشند و این دو ماده قانونی بر این موضوع دلالت دارند که بازرسان سازمان می‌توانند از پیمانکاری ها هم بازرسی به عمل آورند لیکن بر اساس بند (الف) بخشنامه شماره یک جدید بازرسی کارگاه ها، کارگاه های پیمانکاری از شمول بازرسی معاف می‌باشند. بنابه مراتب ابطال بند ۲ قسمت (الف) بخشنامه شماره ۱۴ امور بیمه شدگان، دستور اداری شماره ۵۲/۶۰۱۳۵ مورخ ۱۳۸۰/۷/۱۵ و بند (الف) بخشنامه شماره یک جدید بازرسی کارگاه ها مورد تقاضا است. مدیرکل دفتر امور حقوقی و دعاوی سازمان تأمین اجتماعی در پاسخ به شکایت مذکور طی نامه شماره ۷۱۰۰/۲۱۹۳۳ مورخ ۱۳۸۳/۸/۱۲ اعلام داشته‌اند ۱- در رابطه با لغو دستور اداری ۵۲/۶۰۱۳۵ به استحضار می‌رساند که با عنایت به دادنامه شماره ۹۸ مورخ ۱۳۸۲/۳/۴ هیأت عمومی دیوان عدالت اداری، طی دستور اداری شماره ۵۲/۵۰۷۸۰ مورخ ۱۳۸۲/۶/۲ نسبت به لغو آن اقدام گردیده است. ۲- در خصوص ابطال بند (الف) بخشنامه شماره یک جدید بازرسی کارگاه ها: در بند (الف) بخشنامه موصوف، سیاستگذاری خاصی جهت بازرسی از کارگاه ها صورت گرفته است. از سوی دیگر مفاد ماده ۴۷ ناظر به یک تکلیف و یک حق است. در ماده مذکور «کارفرمایان مکلفند صورت مزد و حقوق و مزایای بیمه شدگان... را در موقع مراجعه بازرسی سازمان در اختیار او بگذارند. بازرسان سازمان می‌توانند از تمام یا قسمتی از دفاتر مذکور رونوشت تهیه... نمایند. بازرسان سازمان حق دارند کارگاه های مشمول قانون را مورد بازرسی قرار دهند» چنانکه ملاحظه می‌شود در ماده مذکور اصل بر اعتماد به

کارفرمایان و تکلیف آنها به ارسال صورت مزد و حقوق... و شناخت حق بازرسی برای بازرسان سازمان جهت مراجعه به کارگاه ها است و از این جهت مفاد بند (الف) بخشنامه شماره یک جدید بازرسی کارگاه ها در آن جهت که ناظر به عدم ضرورت بازرسی از آن دسته کارگاه هائی که دارای سوابق ثبت در ارسال صورت مزد و حقوق بیمه شدگان می باشند و... است، با ماده ۴۷ قانون تأمین اجتماعی تعارضی نداشته، در هر حال نافی حق سیاست گذاری سازمان جهت بازرسی از کارگاه های مذکور در موارد ضروری نیست. ۳- در خصوص ابطال قسمتی از بخشنامه شماره ۱۴ امور بیمه شدگان: با دقت در ماده ۶۲ قانون تأمین اجتماعی، آشکار می شود که ماده مذکور صراحتاً یا ضمناً فاقد حکم مورد ادعا سازمان بازرسی کل کشور است. قابل توجه است که وفق بند ۲ ماده ۶۲ قانون تأمین اجتماعی تشخیص مدت پرداخت غرامت دستمزد و تعیین توانائی یا عدم توانائی بیمه شده جهت انجام کار با سازمان تأمین اجتماعی است. لیکن آنچه که در اینجا محل نزاع و اختلاف است تعیین مفهوم «غرامت دستمزد» است که وفق بند ۹ ماده ۲ قانون تأمین اجتماعی «به وجوهی اطلاق می شود که در ایام بیماری یا بارداری در صورت عدم توانایی اشتغال به کار و عدم دریافت مزد یا حقوق به بیمه شده پرداخت می شود.» آنچه که محل تردید است، آنکه در کارگاه های فصلی و مدت معین در غیر فصل کار و خارج از مدت تعیین شده مزد یا حقوق برای بیمه شده مترتب نیست و به همین دلیل پیش بینی پرداخت دستمزد نشده است. با این وجود در رابطه با آن دسته از بیمه شدگانی که در این کارگاه ها به بیماری صعب العلاج مبتلا شده و یا دچار حادثه گردند و استراحت آنان به فصل غیر کار و خارج از مدت تعیین شده برای مزد ادامه یابد نیز غرامت دستمزد ایام بیکاری پرداخت

می‌شود. با عنایت به مراتب فوق رد خواسته‌های شاکی مورد تقاضا است. هیأت عمومی دیوان عدالت اداری در تاریخ فوق با حضور رؤسای شعب بدوی و رؤسا و مستشاران شعب تجدیدنظر تشکیل و پس از بحث و بررسی و انجام مشاوره با اکثریت آراء به شرح آتی مبادرت به صدور رأی می‌نماید.

رأی هیأت عمومی:

الف- شکایت نسبت به بخشنامه شماره ۵۲/۶۰۱۳۵ مورخ ۱۳۸۰/۷/۱۵ سازمان تأمین اجتماعی قبلاً مورد رسیدگی قرار گرفته و به شرح دادنامه شماره ۹۸ مورخ ۱۳۸۲/۳/۴ هیأت عمومی دیوان ابطال گردیده و حسب دستور اداری شماره ۵۲/۵۰۷۸۰ مورخ ۱۳۸۲/۶/۲ و در اجرای دادنامه فوق الذکر بخشنامه مورد اعتراض لغو شده است. بنابراین شکایت سالبه به انتفاء موضوع می‌باشد و موردی برای رسیدگی و اظهار نظر مجدد نسبت به بخشنامه مذکور وجود ندارد و موضوع شکایت در این قسمت مشمول مدلول دادنامه فوق الذکر است. ب- با توجه به سیاق عبارات ماده ۴۷ قانون تأمین اجتماعی در باب تکلیف کارفرمایان مبنی بر ارائه اسناد و مدارک مربوط به حقوق و دستمزد و مزایای بیمه شدگان به بازرسان سازمان مزبور و جواز بازرسی کارگاه‌های مشمول قانون توسط بازرسان سازمان تأمین اجتماعی و ضمانت اجرای تخلف کارفرمایان از اجرای مقررات ماده ۱۰۲ قانون فوق‌الاشعار، بند (الف) بخشنامه شماره یک جدید بازرسی کارگاه‌ها در قسمت مورد شکایت مغایرتی با قانون ندارد و خارج از حدود اختیارات قانونی مربوط نمی‌باشد. ج- با توجه به عموم و اطلاق ماده ۶۲ قانون تأمین اجتماعی که مقرر داشته است «مدت پرداخت غرامت دستمزد ایام بیماری و میزان آن به شرح زیر می‌باشد: ۱- غرامت دستمزد از اولین روزی که بیمه شده بر اثر حادثه یا

بیماری حرفه‌ای و به موجب تشخیص سازمان قادر به کار نباشد پرداخت خواهد شد. در مواردی که عدم اشتغال به کار و معالجه به سبب بیماری باشد در صورتی که بیمار در بیمارستان بستری نشود غرامت دستمزد از روز چهارم پرداخت خواهد شد. ۲- پرداخت غرامت دستمزد تا زمانی که بیمه شده به تشخیص سازمان قادر به کار نبوده و به موجب مقررات این قانون از کار افتاده شناخته نشده باشد ادامه خواهد یافت. ۳- غرامت دستمزد بیمه شده‌ای که دارای همسر یا فرزند یا پدر و مادر تحت تکفل باشد به میزان سه چهارم آخرین مزد یا حقوق روزانه او پرداخت می‌گردد. ۴- غرامت دستمزد بیمه شده‌ای که همسر یا فرزند یا پدر و مادر تحت تکفل نداشته باشد معادل دو سوم آخرین مزد یا حقوق روزانه او می‌باشد مگر این که بیمه شده به هزینه سازمان بستری شود که در این صورت غرامت دستمزد معادل یک دوم آخرین مزد یا حقوق روزانه وی خواهد بود. ۵- هرگاه بیمه شده‌ای را برای معالجه به شهرستان دیگری اعزام دارد و درمان او را به‌طور سرپایی انجام دهد علاوه بر غرامت دستمزد متعلق، معادل صددرصد غرامت دستمزد روزانه هم بابت هزینه هر روز اقامت او پرداخت خواهد شد. در صورتی که به تشخیص پزشک معالج مادام که بیمار احتیاج به همراه داشته باشد علاوه بر مخارج مسافرت معادل ۵۰٪ حقوق یا دستمزد بیمه شده نیز به همراه بیمار از طرف سازمان پرداخت خواهد شد.» مفاد بند ۲ قسمت (الف) بخشنامه شماره ۱۴ فنی سازمان تأمین اجتماعی که پرداخت غرامت دستمزد ایام بیماری را علی‌الاطلاق مقید و مشروط به عدم بازخرید و یا مستغفی نبودن و یا اخراج و... بیمه شده و منوط به برقراری مزد برای وی کرده است، مغایر قانون تشخیص داده می‌شود و مستنداً به قسمت دوم ماده ۲۵ قانون دیوان عدالت اداری ابطال می‌گردد.

تاریخ: ۲۶ آذر ۱۳۸۵

شماره دادنامه: ۸۵/۶۸۴

کلاس پرونده: ۱۲۱/۸۳

موضوع رأی: ابطال مصوبه جلسه هفتاد و پنجم شورای عالی بیمه خدمات درمانی کشور و دستورالعمل شماره ۵۳۱۵۱/۱۰۰۰/ب مورخ ۱۳۸۱/۱۲/۲۹ سازمان بیمه خدمات درمانی کشور. (در خصوص عدم پرداخت هزینه‌های خدمات درمانی بستری بیمه شدگان را در مراکز فاقد قرارداد همکاری با سازمان بیمه خدمات درمانی جز در موارد اورژانس) مورخ ۱۳۸۵/۰۹/۲۶

شاکی: اداره کل حقوقی، املاک و حمایت قضائی وزارت آموزش و پرورش

مقدمه:

شاکی به شرح دادخواست تقدیمی اعلام داشته است، به استناد ماده ۱۹۳ قانون برنامه سوم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران، به‌منظور تأمین و توزیع متعادل خدمات درمانی بستری مناسب با نیاز در نقاط مختلف کشور با در نظر گرفتن دو عامل مهم قابل دسترسی بودن خدمات برای آحاد مردم و جلوگیری از سرمایه‌گذاری‌های خارج از حد نیاز و... توسط دولت صورت خواهد گرفت که متولی این امر نیز وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می‌باشد و ضمناً با عنایت به مواد ۲ و ۳ و ۴ قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور مصوب ۱۳۷۳/۸/۳ مجلس شورای اسلامی دولت موظف است شرایط لازم را برای تحت پوشش قرار دادن تمام گروه‌ها و افراد جامعه که متقاضی بیمه خدمات درمانی هستند فراهم نماید و یکی از وظایف شورای عالی خدمات درمانی کشور، توسعه و تعمیم بیمه خدمات درمانی می‌باشد. حالیه با توجه به این که ماده ۱۷ قانون مارالذکر کلیه بیمارستان‌ها، مراکز بهداشتی و درمانی، مراکز تشخیص و پزشکان کشور را موظف به پذیرش و مداوای بیمه شدگان و ارائه و انجام خدمات و

مراقبت‌های پزشکی لازم براساس ضوابط و مقررات قانون دانسته، علیهذا شورای عالی بیمه خدمات درمانی کشور علی‌رغم مفاد صریح قوانین مذکور که هدف از آن عمومیت بخشیدن به بیمه خدمات درمانی برای آحاد ملت و قابل دسترسی بودن خدمات برای همه بیمه شدگان می‌باشد، در جلسه هفتاد و پنجم مورخ ۱۳۸۱/۱۰/۲۲ تصویب نموده است «پرداخت خسارت‌های متفرقه به جز در موارد اورژانس و استثنائی توسط سازمان‌های بیمه‌گر صورت نپذیرد» و سازمان بیمه خدمات درمانی کشور به استناد مصوبه مذکور طی دستورالعمل شماره ۱۳۸۱/۱۲/۲۹ اب مورخ ۱۳۸۱/۱۲/۲۹ از ابتدای سال ۱۳۸۲ پرداخت هزینه‌های خدمات درمانی بستری بیمه شدگان را در مراکز فاقد قرارداد همکاری با سازمان مذکور جز در موارد اورژانس ممنوع نموده است. لذا به دلیل مخالفت مصوبه و دستورالعمل فوق‌الذکر با قوانین مارالذکر ابطال آنها را تقاضا دارد. مدیرکل روابط عمومی، حقوقی سازمان بیمه خدمات درمانی در پاسخ به شکایت مذکور طی نامه شماره ۰۰۱/۳۲۷۰۱ مورخ ۱۳۸۳/۸/۳۰ اعلام داشته‌اند، مادتين ۲ و ۳ قانون بیمه همگانی خدمات درمانی در خصوص تشکیلات و اهداف شورای عالی بیمه خدمات درمانی است که از این حیث با خواسته خواهان مرتبط نیست. ثانیاً، ماده ۴ قانون موصوف و ماده ۱۹۳ قانون برنامه سوم توسعه در خصوص تحت پوشش قراردادن بیمه شدگان کشور است که از این جهت نیز خواننده دعوی تقریباً تمامی افراد جامعه را زیر پوشش بیمه قرار داده است که از این نظر ادعای خواهان فاقد وجهت قانونی است. ثالثاً، اگرچه مدلول ماده ۱۷ قانون بیمه همگانی خدمات درمانی (که خواهان نیز به آن استناد نموده است) ارائه خدمات را به صورت کلی مقرر نموده است، لیکن در انتهای جمله این ماده قانونی عبارت (براساس ضوابط و

مقررات) این قانون درج گردیده است، به این معنی که تمامی مستندات پیوست دادخواست خواهان در واقع همان ضوابط و مقرراتی می‌باشند که توسط شورای عالی بیمه خدمات درمانی تصویب شده است. هیأت عمومی دیوان عدالت اداری در تاریخ فوق با حضور رؤسای شعب بدوی و رؤسا و مستشاران شعب تجدیدنظر تشکیل و پس از بحث و بررسی و انجام مشاوره با اکثریت آراء به شرح آتی مبادرت به صدور رأی می‌نماید.

رأی هیأت عمومی:

نظر به این که مصوبه هفتاد و پنجمین جلسه شورای عالی بیمه خدمات درمانی به شرح بند (ب) دادنامه شماره ۴۸۱ الی ۴۸۵ مورخ ۱۳۸۵/۷/۲ هیأت عمومی دیوان بلحاظ مغایرت با ماده ۱۷ قانون بیمه همگانی مصوب ۱۳۷۳ از جهت ایجاد محدودیت حق بیمه شدگان به منظور انتخاب بیمارستان مراکز بهداشتی و درمانی و مراکز تشخیصی و پزشکان کشور و نفی مسئولیت مطلق سازمان خدمات درمانی در تأمین و پرداخت بلاقید و شرط هزینه‌های پزشکی، داروئی و درمانی بیمه شدگان خلاف قانون شناخته شده و ابطال گردیده است، دستورالعمل شماره ۱۰۰۰/۵۳۱۵۱/ب مورخ ۱۳۸۱/۱۲/۲۹ مدیرعامل سازمان بیمه خدمات درمانی کشور که ملهم از مصوبه فوق‌الذکر و در جهت اجرای آن است مغایر هدف و حکم مقنن به شرح ماده ۱۷ قانون فوق‌الذکر تشخیص داده می‌شود و مستنداً به قسمت دوم ماده ۲۵ قانون دیوان عدالت اداری ابطال می‌گردد.

تاریخ: ۲۶ آذر ۱۳۸۵

شماره دادنامه: ۸۵/۶۸۴

کلاسه پرونده: ۱۲۱/۸۳

موضوع رأی: ابطال مصوبه جلسه هفتاد و پنجم شورای عالی بیمه خدمات درمانی کشور و دستورالعمل شماره ۵۳۱۵۱/۱۰۰۰/ب مورخ ۱۳۸۱/۱۲/۲۹ سازمان بیمه خدمات درمانی کشور. (در خصوص عدم پرداخت هزینه‌های خدمات درمانی بستری بیمه شدگان را در مراکز فاقد قرارداد همکاری با سازمان بیمه خدمات درمانی جز در موارد اورژانس) مورخ ۱۳۸۵/۰۹/۲۶

شاکی: اداره کل حقوقی، املاک و حمایت قضائی وزارت آموزش و پرورش

مقدمه:

شاکی به شرح دادخواست تقدیمی اعلام داشته است، به استناد ماده ۱۹۳ قانون برنامه سوم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران، به منظور تأمین و توزیع متعادل خدمات درمانی بستری مناسب با نیاز در نقاط مختلف کشور با در نظر گرفتن دو عامل مهم قابل دسترسی بودن خدمات برای آحاد مردم و جلوگیری از سرمایه گذاری های خارج از حد نیاز و... توسط دولت صورت خواهد گرفت که متولی این امر نیز وزارت بهداشت، درمان و آموزش و پزشکی می باشد و ضمناً با عنایت به مواد ۲ و ۳ و ۴ قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور مصوب ۱۳۷۳/۸/۳ مجلس شورای اسلامی دولت موظف است شرایط لازم را برای تحت پوشش قرار دادن تمام گروه ها و افراد جامعه که متقاضی بیمه خدمات درمانی هستند فراهم نماید و یکی از وظایف شورای عالی خدمات درمانی کشور، توسعه و تعمیم بیمه خدمات درمانی می باشد. حالیه با توجه به این که ماده ۱۷ قانون مارالذکر کلیه بیمارستان ها، مراکز بهداشتی و درمانی، مراکز تشخیص و پزشکان کشور را موظف به پذیرش و مداوای بیمه شدگان و ارائه و انجام خدمات و

مراقبت‌های پزشکی لازم براساس ضوابط و مقررات قانون دانسته، علیهذا شورای عالی بیمه خدمات درمانی کشور علی‌رغم مفاد صریح قوانین مذکور که هدف از آن عمومیت بخشیدن به بیمه خدمات درمانی برای آحاد ملت و قابل دسترسی بودن خدمات برای همه بیمه شدگان می‌باشد، در جلسه هفتاد و پنجم مورخ ۱۳۸۱/۱۰/۲۲ تصویب نموده است «پرداخت خسارت‌های متفرقه به جز در موارد اورژانس و استثنائی توسط سازمان‌های بیمه‌گر صورت نپذیرد» و سازمان بیمه خدمات درمانی کشور به استناد مصوبه مذکور طی دستورالعمل شماره ۱۰۰۰/۵۳۱۵۱/ب مورخ ۱۳۸۱/۱۲/۲۹ از ابتدای سال ۱۳۸۲ پرداخت هزینه‌های خدمات درمانی بستری بیمه شدگان را در مراکز فاقد قرارداد همکاری با سازمان مذکور جز در موارد اورژانس ممنوع نموده است. لذا به دلیل مخالفت مصوبه و دستورالعمل فوق‌الذکر با قوانین مارالذکر ابطال آنها را تقاضا دارد. مدیرکل روابط عمومی، حقوقی سازمان بیمه خدمات درمانی در پاسخ به شکایت مذکور طی نامه شماره ۰۰۱/۳۲۷۰۱ مورخ ۱۳۸۳/۸/۳۰ اعلام داشته‌اند، مادتين ۲ و ۳ قانون بیمه همگانی خدمات درمانی در خصوص تشکیلات و اهداف شورای عالی بیمه خدمات درمانی است که از این حیث با خواسته خواهان مرتبط نیست. ثانیاً، ماده ۴ قانون موصوف و ماده ۱۹۳ قانون برنامه سوم توسعه در خصوص تحت پوشش قراردادن بیمه شدگان کشور است که از این جهت نیز خوانده دعوی تقریباً تمامی افراد جامعه را زیر پوشش بیمه قرار داده است که از این نظر ادعای خواهان فاقد وجهت قانونی است. ثالثاً، اگرچه مدلول ماده ۱۷ قانون بیمه همگانی خدمات درمانی (که خواهان نیز به آن استناد نموده است) ارائه خدمات را به صورت کلی مقرر نموده است، لیکن در انتهای جمله این ماده قانونی عبارت (براساس ضوابط و مقررات) این قانون درج گردیده است، به این معنی که تمامی مستندات پیوست

دادخواست خواهان در واقع همان ضوابط و مقرراتی می‌باشند که توسط شورای عالی بیمه خدمات درمانی تصویب شده است. هیأت عمومی دیوان عدالت اداری در تاریخ فوق با حضور رؤسای شعب بدوی و رؤسا و مستشاران شعب تجدیدنظر تشکیل و پس از بحث و بررسی و انجام مشاوره با اکثریت آراء به شرح آتی مبادرت به صدور رأی می‌نماید.

رأی هیأت عمومی:

نظر به این که مصوبه هفتاد و پنجمین جلسه شورای عالی بیمه خدمات درمانی به شرح بند (ب) دادنامه شماره ۴۸۱ الی ۴۸۵ مورخ ۱۳۸۵/۷/۲ هیأت عمومی دیوان بلحاظ مغایرت با ماده ۱۷ قانون بیمه همگانی مصوب ۱۳۷۳ از جهت ایجاد محدودیت حق بیمه شدگان به‌منظور انتخاب بیمارستان مراکز بهداشتی و درمانی و مراکز تشخیصی و پزشکان کشور و نفی مسئولیت مطلق سازمان خدمات درمانی در تأمین و پرداخت بلاقید و شرط هزینه‌های پزشکی، دارویی و درمانی بیمه شدگان خلاف قانون شناخته شده و ابطال گردیده است، دستورالعمل شماره ۱۳۸۱/۱۲/۲۹ مدیرعامل سازمان بیمه خدمات درمانی کشور که ملهم از مصوبه فوق‌الذکر و در جهت اجرای آن است مغایر هدف و حکم مقنن به شرح ماده ۱۷ قانون فوق‌الذکر تشخیص داده می‌شود و مستنداً به قسمت دوم ماده ۲۵ قانون دیوان عدالت اداری ابطال می‌گردد.

تاریخ: ۳ دی ۱۳۸۵

شماره دادنامه: ۸۵/۶۸۶

کلاس پرونده: ۷۷۲/۸۵

موضوع رأی: اعلام تعارض آراء صادره از شعب ۴، ۸، ۹ و ۱۱ تجدیدنظر دیوان عدالت اداری. (در خصوص خواسته الزام به پرداخت هزینه‌های درمان) مورخ ۱۳۸۵/۱۰/۰۳

شاکی: سازمان بیمه خدمات درمانی

مقدمه:

الف-۱- شعبه چهارم در رسیدگی به پرونده کلاس ۲۱/۸۳ موضوع شکایت آقای سیدکمال لعلی به طرفیت، سازمان بیمه خدمات درمانی به خواسته پرداخت هزینه عمل جراحی همسر به شرح دادنامه شماره ۳۷۷ مورخ ۱۳۸۴/۲/۱۴ چنین رأی صادر نموده است، نظر به این که خواسته شاکی برابر رأی شماره ۴۲۹ مورخ ۱۳۸۰/۱۲/۱۲ و ۴۹۶ مورخ ۱۳۸۳/۱۰/۶ هیأت عمومی دیوان عدالت اداری قانونی می‌باشد و منحصر نمودن درمان به واحدهای سازمان و مراکز دولتی ابطال گردیده است لذا حکم به ورود شکایت شاکی و الزام به پرداخت هزینه درمانی مورد مطالبه تعرفه خدمات درمانی صادر و اعلام می‌نماید. الف-۲- شعبه یازدهم تجدیدنظر در رسیدگی به پرونده کلاس ۶۱۳/۸۴ موضوع تقاضای تجدیدنظر سازمان بیمه خدمات درمانی کشور نسبت به دادنامه شماره ۳۷۷ مورخ ۱۳۸۴/۲/۱۴ شعبه چهارم دیوان به شرح دادنامه شماره ۲۰۷۳ مورخ ۱۳۸۴/۷/۱۲ دادنامه بدوی را عیناً تایید نموده است. ب-۱- شعبه چهارم در رسیدگی به پرونده کلاس ۱۵۵۰/۸۳ مورخ ۱۳۸۴/۷/۱۲ موضوع شکایت آقای ابراهیم ملکی‌پور به طرفیت، اداره کل بیمه خدمات درمانی استان تهران به خواسته، پرداخت هزینه درمانی (آنژیوگرافی قلبی و غیره)

به شرح دادنامه شماره ۳۱۶ مورخ ۱۳۸۴/۲/۱۲ با استناد به رأی شماره ۴۹۶ مورخ ۱۳۸۳/۱/۶ هیأت عمومی دیوان شکایت شاکی را وارد دانسته و حکم به ورود شکایت صادر نموده است. ب-۲- شعبه چهارم تجدیدنظر در رسیدگی به پرونده کلاسه ۳۸۳/۸۴ موضوع تقاضای تجدیدنظر اداره کل بیمه خدمات درمانی استان تهران نسبت به دادنامه شماره ۳۱۶ مورخ ۱۳۸۴/۲/۱۲ شعبه چهارم دیوان به شرح دادنامه شماره ۱۳۴۲ مورخ ۱۳۸۴/۶/۱۵ چنین رأی صادر نموده است، اداره طرف شکایت مستند به اظهار نظر معاونت سلامت و دبیر شورای عالی بیمه خدمات درمانی از پرداخت هزینه آنژیوگرافی امتناع نموده است در حالی که اولاً هزینه آنژیوگرافی از خسارت های مندرج در اظهار نظر مذکور نیست. ثانیاً متفرقه محسوب نمی شود بلکه انجام آنژیوگرافی از ملزومات تشخیص بیماری وانسداد رگ های قلب است که با تشخیص مذکور موجبات جراحی قلب فراهم می گردد در هر حال امتناع از پرداخت هزینه آنژیوگرافی وسیله اداره طرف شکایت مستند به مقررات قانونی نبوده از شمول دستور معاونت درمان خارج است، لذا ضمن رد تجدیدنظر خواهی دادنامه تجدیدنظر خواسته تایید می گردد. ج-۱- شعبه چهارم در رسیدگی به پرونده کلاسه ۴۰۵/۸۴ موضوع شکایت آقای احمد افشار وثوقی به طرفیت سازمان بیمه خدمات درمانی به خواسته الزام به پرداخت هزینه های درمان و مداوای قلب در بیمارستان دی به شرح دادنامه شماره ۱۰۸ مورخ ۱۳۸۵/۱/۲۹ چنین رأی صادر نموده است، طبق بخشنامه شماره ۶/۱۴۵۴۵۹س مورخ ۱۳۸۱/۱۱/۶ صادره از سوی سازمان بیمه خدمات درمانی پرداخت خسارت های متفرقه به جز در موارد اورژانس و استثنایی توسط سازمان های بیمه گر صورت نمی پذیرد و دلیلی بر وضعیت اورژانس و استثنایی ارائه نگردیده است به علاوه

هزینه‌های بیمارستانی به شرط طرف قرارداد بودن قابل پرداخت است که بیمارستان دی طرف قرارداد نمی‌باشد. بنابه مراتب مذکور دادخواست مطروحه غیر موجه تشخیص و حکم به رد آن صادر و اعلام می‌شود. ج-۲- شعبه نهم تجدیدنظر در رسیدگی به پرونده کلاسه ۴۶۵/۸۵ موضوع تقاضای تجدیدنظر آقای احمد افشاروثوقی نسبت به دادنامه شماره ۱۰۸ مورخ ۱۳۸۵/۱/۲۹ به شرح دادنامه شماره ۴۶۳ مورخ ۱۳۸۵/۴/۵ دادنامه بدوی را عیناً تایید نموده است. د-۱- شعبه پانزدهم در رسیدگی به پرونده کلاسه ۱۵۶۶/۸۴ موضوع شکایت آقای حمیدرضا صنعتی به طرفیت، سازمان بیمه خدمات درمانی هرمزگان به خواسته، الزام سازمان مشتکی عنه به پرداخت هزینه‌های درمانی و بیمارستانی به شرح دادنامه شماره ۱۵۶/۲ مورخ ۱۳۸۵/۱/۲۸ چنین رأی صادر نموده است،... نوع هزینه درمانی انجام شده از موارد عدم شمول تعهدات بیمه‌ای سازمان مستثنی گردیده مؤید این حقیقت است که سازمان مشتکی عنه تقبل پرداخت هزینه‌های درمانی موصوف را که به صورت پذیرش به صورت اورژانس به علت شکستگی زانوی شاکی بستری و تحت درمان قرار گرفته و مورد تایید واقع شده و بدیهی است در حالت و وضعیت اورژانس بیمار رجوع به بیمارستان طرف قرارداد با بیمه خدمات درمانی متعذر و دشوار می‌نماید به همین جهت بنابه مراتب هزینه‌های موضوع مطالبه از تعهدات قانونی سازمان مشتکی عنه محسوب گردیده که در نتیجه حکم به ورود شکایت و الزام سازمان خواننده به پرداخت هزینه‌های موضوع خواسته به تایید حسابداری مربوطه در حد تعهدات قانونی سازمان بیمه خدمات درمانی در حق شاکی صادر و اعلام می‌دارد. د-۲- شعبه هشتم تجدیدنظر در رسیدگی به پرونده کلاسه ۳۷۸/۸۵ موضوع تقاضای تجدیدنظر سازمان بیمه خدمات درمانی نسبت به دادنامه شماره ۱۵۶/۲ مورخ ۱۳۸۵/۱/۲۸ شعبه پانزدهم دیوان به شرح دادنامه شماره ۵۹۱ مورخ

۸۵/۵/۷ با رد تجدیدنظر خواهی دادنامه بدوی را عیناً تایید و استوار نموده است. ه-
 ۱- شعبه بیست و چهارم در رسیدگی به پرونده کلاسه ۱۱۸۵/۸۳ موضوع شکایت آقای سیداحمد رفیعی به طرفیت، اداره کل بیمه خدمات درمانی استان تهران به خواسته، اعتراض به تصمیم کمیسیون فنی در مورد عدم تایید استحقاق به دریافت خسارت عمل جراحی قلب به شرح دادنامه شماره ۷۸۹ مورخ ۱۳۸۳/۵/۳۰ چنین رأی صادر نموده است،... ثانیاً خواسته شاکی ورود در موضوعی است که داخل در تعریف بخشنامه شماره ۱۴۵۴۵۹/۶/س مورخ ۱۳۸۱/۱۱/۶ استنادی خوانده نمی‌باشد. ثالثاً هزینه‌های پرداختی شاکی که در حال حاضر مدعی دریافت آن بوده و خوانده از تایید و پرداخت آن استنکاف دارد، خارج از جمله خسارت های متفرقه و لیکن در حیطه موارد اورژانس و استثنائی مذکور در جلسه ۷۵ شورای عالی بیمه خدمات درمانی می‌باشد و بر این اساس و استدلال ضمن صدور حکم به ورود خواسته ضمن نقض تصمیم کمیسیون مورد نظر خوانده را موظف به تایید و پرداخت هزینه یاد شده می‌نماید. ه-۲- شعبه یازدهم تجدیدنظر در رسیدگی به پرونده کلاسه ۱۳۲۷/۸۳ موضوع تقاضای تجدیدنظر سازمان بیمه خدمات درمانی کشور نسبت به دادنامه شماره ۷۸۹ مورخ ۱۳۸۳/۵/۳ به شرح دادنامه شماره ۱۰۷۶ مورخ ۱۳۸۳/۱۱/۲۷ دادنامه بدوی را عیناً تایید و استوار نموده است. هیأت عمومی دیوان عدالت اداری در تاریخ فوق با حضور رؤسای شعب بدوی و رؤسا و مستشاران شعب تجدیدنظر تشکیل و پس از بحث و بررسی و انجام مشاوره با اکثریت آراء به شرح آتی مبادرت به صدور رأی می‌نماید.

رأی هیأت عمومی:

مطابق ماده ۵ قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور مصوب ۱۳۷۳، سازمان بیمه خدمات درمانی به منظور تأمین موجبات و امکانات بیمه خدمات درمانی افراد مشمول قانون مزبور تشکیل و موظف گردیده است که در قبال دریافت حق سرانه درمانی نسبت به پرداخت سهمیه آن سازمان براساس تعرفه‌ها و ضوابط قانونی مربوط اقدام نماید و برابر ماده ۱۷ قانون فوق الذکر «کلیه بیمارستان‌ها، مراکز بهداشتی و درمانی و مراکز تشخیصی و پزشکان کشور موظف به پذیرش و مداوای بیمه شدگان و ارائه و انجام خدمات و مراقبت‌های پزشکی لازم بر اساس ضوابط و مقررات این قانون هستند.» نظر به مراتب فوق الذکر و این که مصوبه هفتاد و پنجمین جلسه شورای عالی بیمه خدمات درمانی مورخ ۱۳۸۱/۱۰/۲۲ موضوع بخشنامه شماره ۶/۱۴۵۴۵۹/س مورخ ۱۳۸۱/۱۱/۶ دبیر شورای عالی بیمه خدمات درمانی در خصوص عدم تعهد سازمان به پرداخت هزینه‌ها و مخارج بیمارستان‌ها و مراکز پزشکی فاقد قرارداد با سازمان به استثناء موارد اورژانس به شرح دادنامه شماره ۴۸۱ الی ۴۸۵ مورخ ۱۳۸۵/۷/۲ خلاف قانون تشخیص داده شده و ابطال گردیده است، بنابراین دادنامه‌های شماره ۲۰۷۳ مورخ ۱۳۸۴/۷/۱۲ و ۱۰۷۶ مورخ ۱۳۸۳/۱۱/۲۷ شعبه یازدهم تجدیدنظر، ۱۳۴۲ مورخ ۱۳۸۴/۶/۱۵ شعبه چهارم تجدیدنظر، ۵۹۱ مورخ ۱۳۸۵/۵/۷ شعبه هشتم تجدیدنظر مبنی بر الزام سازمان بیمه خدمات درمانی به پرداخت مخارج و هزینه‌های درمانی مربوط در حد تعرفه‌های مصوب صحیح و موافق قانون تشخیص داده می‌شود. این رأی به استناد قسمت اخیر ماده ۲۰ اصلاحی قانون دیوان عدالت اداری برای شعب دیوان و سایر مراجع مربوط در موارد مشابه لازم‌الاتباع است.

تاریخ: ۳ دی ۱۳۸۵

شماره دادنامه: ۸۵/۶۸۵

کلاس پرونده: ۷۱۰/۸۵

موضوع رأی: اعلام تعارض آراء صادره از شعب ۲ و ۶ تجدیدنظر دیوان عدالت اداری. (در خصوص الزام سازمان سازمان بیمه خدمات درمانی به پرداخت هزینه‌های درمانی و بیمارستانی) مورخ ۱۳۸۵/۱۰/۰۳

شاکی: رئیس شعبه پانزدهم دیوان عدالت اداری

مقدمه:

الف-۱- شعبه پانزدهم در رسیدگی به پرونده کلاسه ۲۵۸/۸۴ موضوع شکایت آقای غلامرضا صدقی به طرفیت سازمان بیمه خدمات درمانی به خواسته، الزام سازمان مشتکی عنه به پرداخت هزینه‌های درمانی و بیمارستانی به شرح دادنامه شماره ۱۴۵/۲ مورخ ۱۳۸۵/۱/۲۸ چنین رأی صادر نموده است، شاکی خواستار الزام سازمان خوانده به پرداخت هزینه‌های درمانی عمل جراحی دیسک کمر در مورخ ۱۳۸۳/۹/۹ گردیده و متقابلاً سازمان مزبور با ارسال جوابیه مطالبه وجه را خارج از صلاحیت این دیوان و ماهیتاً نیز اجابت خواسته وی را از تعهدات بیمه‌ای سازمان متبوع خارج دانسته و تقاضای رد آن را به عمل آورده اینک این شعبه دیوان اولاً از حیث ایراد شکلی چون خواسته مذکوره از منظر خودداری سازمان بیمه خدمات درمانی از ایفاء وظیفه قانونی خود مطرح گردیده نه صرفاً مطالبه وجه بلکه وجه موضوع خواسته در قالب اجرای وظایف سازمانی تأدیه می‌شود که قانونگذار آن را تجویز و تکلیف نموده فلذا با مردود دانستن ایراد مطروحه و ثانیاً با توجه به شکایت معنونه و مستندات ابرازی شاکی از جمله تایید پزشک معالج مشعر بر انجام عمل اورژانسی جراحی دیسک کمر خصوصاً تعهدات قانونی سازمان

مندرج در دفترچه بیمه خدمات درمانی بیمه شده... مؤید این حقیقت است که سازمان مشتکی عنه تقبل پرداخت هزینه‌های درمانی موصوف را که به صورت اورژانسی نیز شاکی بستری و تحت درمان قرار گرفته و مورد تایید واقع شده و بدیهی است در حالت و وضعیت اورژانس بیمار، رجوع به بیمارستان طرف قرارداد با بیمه خدمات درمانی متعذر و دشوار می‌نماید به همین جهت بنا به مراتب هزینه‌های موضوع مطالبه از تعهدات قانونی سازمان مشتکی عنه محسوب گردیده که در نتیجه استحقاق شاکی به مطالبه و استیفاء هزینه‌های درمانی موضوع خواسته که سازمان بیمه خدمات درمانی با عدم پرداخت آن و استتکاف از اجابت تعهدات قانونی‌اش موجبات تضییع حق بیمه وی را فراهم نموده مقرون به صحت و محرز و ثابت تشخیص و مستنداً به مواد یک و ۱۰ قانون بیمه همگانی خدمات درمانی مصوب ۱۳۸۳/۸/۳ و شق (پ) بند یک ماده ۱۱ قانون دیوان عدالت اداری حکم به ورود شکایت و الزام سازمان بیمه خدمات درمانی خوانده به پرداخت هزینه‌های موضوع خواسته به تایید حسابداری مربوطه در حد تعهدات قانونی سازمان بیمه خدمات درمانی در حق مشارالیه صادر و اعلام می‌دارد. الف-۲- شعبه دوم تجدیدنظر در رسیدگی به پرونده کلاسه ت ۹۱۷/۸۵/۲ موضوع تقاضای تجدیدنظر سازمان بیمه خدمات درمانی نسبت به دادنامه شماره ۱۴۵/۲ مورخ ۱۳۸۵/۱/۲۸ شعبه پانزدهم دیوان به شرح دادنامه شماره ۷۹۰ مورخ ۱۳۸۵/۵/۲۱ چنین رأی صادر نموده است، قطع نظر از این که اصولاً و علی‌القاعده تعیین پزشک معالج و بیمارستان با بیمار است و سازمان نمی‌تواند یک جانبه این امر را به بیمار تحمیل نماید نظر به این که حسب محتویات پرونده تجدیدنظر خوانده به صورت اورژانسی و شدت درد و فوریت عمل جراحی به بیمارستان انتقال داده شده است و بخشنامه شماره ۶/۱۴۵۴۵۹/س مورخ ۱۳۸۱/۱۱/۶ استنادی تجدیدنظر خواه موارد

اورژانس و استثنائی را از خسارت های متفرقه مجزا و مستثنی نموده است بنابراین تجدیدنظر خوانده استحقاق دریافت خسارت را براساس ضوابط و مقررات سازمان تجدیدنظر خواه داشته است. بنا به جهات مذکور نظر به این که دادنامه تجدیدنظر خواهی خواسته به جهات و دلائل مقیده در آن صادر شده و از طرف تجدیدنظر خواه اعتراض مؤثری نشده و دلیلی که فسخ رأی صادره را ایجاب نماید ارائه نکرده است، علیهذا دادنامه تجدیدنظر خواسته خالی از اشکال تشخیص و با رد اعتراض تایید می شود. ب-۱- شعبه پانزدهم در رسیدگی به پرونده کلاسه ۲۶۷۲/۸۴ موضوع شکایت آقای عبدالله رضائی راد به طرفیت، سازمان بیمه خدمات درمانی به خواسته، الزام سازمان مشتکی عنه به پرداخت هزینه های درمانی و بیمارستانی به شرح دادنامه شماره ۳۸۲/۲ مورخ ۱۳۸۵/۲/۱۶ چنین رأی صادر نموده است، خواسته شاکی به شرح دادخواست تقدیمی علیه سازمان خوانده خواستار الزام سازمان مذکور به پرداخت هزینه های درمانی ناشی از دردهای شدید منجر به علت تب مالت گردیده و متقابلاً سازمان مزبور با ارسال جوابیه مطالبه وجه را خارج از صلاحیت این دیوان و ماهیتاً نیز اجابت خواسته شاکی را از تعهدات بیمه های سازمان متبوع خارج دانسته و تقاضای رد آن را به عمل آورده اینک این شعبه دیوان اولاً از حیث ایراد شکلی چون خواسته مذکور از منظر خودداری سازمان بیمه خدمات درمانی از ایفاء وظیفه قانونی خود مطرح گردیده نه صرفاً مطالبه وجه بلکه وجه موضوع خواسته در قالب اجرای وظایف سازمانی تادیه می شود که قانونگذار آن را تجویز و تکلیف نموده فلذا با مردود دانستن ایراد مطروحه ثانیاً با توجه به شکایت معنونه و مستندات ابرازی شاکی از جمله تایید و تصدیق پزشک معالج... خصوصاً تعهدات قانونی سازمان مندرج در دفترچه بیمه خدمات درمانی

بیمه شده که نوع هزینه درمانی انجام شده از موارد اعلام شمول بیمه‌ای سازمان مستثنی گردیده موید این حقیقت است که سازمان مشتکی عنه تقبل پرداخت هزینه‌های درمانی موصوف را که به صورت اورژانسی نیز شاکی بستری و تحت درمان قرار گرفته و مورد تایید واقع شده... حکم به ورود شکایت و الزام سازمان بیمه خدمات درمانی خوانده به پرداخت هزینه‌های موضوع خواسته به تایید حسابداری مربوطه در حد تعهدات قانونی سازمان بیمه خدمات درمانی در حق مشارالیه صادر و اعلام می‌دارد. ب-۲- شعبه ششم تجدیدنظر در رسیدگی به پرونده کلاسه ۱۰۲۷/۸۵ موضوع تقاضای تجدیدنظر سازمان بیمه خدمات درمانی نسبت به دادنامه شماره ۳۸۲/۲ مورخ ۱۳۸۵/۲/۱۶ شعبه ۱۵ بدوی دیوان به شرح دادنامه شماره ۹۵۲ مورخ ۱۳۸۵/۸/۹ چنین رأی صادر نموده است، اعتراض تجدیدنظر خواه به دادنامه تجدیدنظر خواسته وارد است زیرا موضوع شکایت و خواسته شاکی الزام مشتکی عنه به پرداخت (هزینه درمانی و بیمارستانی) ناشی از قرارداد فی مابین سازمان تجدیدنظر خواه و تجدیدنظر خوانده (شاکی پرونده بدوی) بوده است و این قبیل شکایت‌ها با توجه به رأی‌های فوق‌الاشعار صادره از هیأت عمومی دیوان عدالت اداری خارج از حدود صلاحیت رسیدگی دیوان بوده و در صلاحیت رسیدگی محاکم عمومی دادگستری می‌باشد، بناء علیهذا شعبه بدوی دیوان در مقام رسیدگی و اصدار دادنامه معترض علیه دقت و توجه کافی به امر مذکور ننموده است لذا دادنامه مزبور مخدوش و قابل نقض است ضمن اعلام ورود اعتراض و تجدیدنظر خواهی و نقض دادنامه مذکور قرار عدم صلاحیت رسیدگی دیوان به صلاحیت محاکم عمومی دادگستری تهران صادر و اعلام می‌گردد. هیأت عمومی دیوان عدالت اداری در تاریخ فوق با حضور رؤسای شعب بدوی و رؤسا و

مستشاران شعب تجدیدنظر تشکیل و پس از بحث و بررسی و انجام مشاوره با اکثریت آراء به شرح آتی مبادرت به صدور رأی می‌نماید.

رأی هیأت عمومی:

عمومات احکام مقرر در مواد ۲ و ۵ و قسمت اخیر ماده ۱۵ قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور مصوب ۱۳۷۳/۸/۳ در باب تکلیف دولت در زمینه تدارک شرایط لازم برای استفاده افراد جامعه از خدمات درمانی و تشکیل سازمان بیمه خدمات درمانی به منظور تحقق هدف مقنن در جهت تأمین موجبات و امکانات بیمه خدمات درمانی کارکنان دولت و سایر افراد مشمول قانون به ویژه تکلیف دستگاه‌های ذیربط مبنی بر انعقاد قرارداد رأساً با سازمان بیمه خدمات درمانی و کسر حق سرانه خدمات درمانی از حقوق کارکنان دولت و پرداخت آن به سازمان مزبور مبین آن است که ماهیت رابطه حقوقی مستخدمان دولت با سازمان بیمه خدمات درمانی مبتنی بر الزامات قانونی بوده و ناشی از توافق و تراضی و عقد قرارداد مستقل و مستقیم بین مستخدم دولت و سازمان مذکور نیست. بنابراین شکایت مستخدم دولت از خودداری و امتناع سازمان بیمه خدمات درمانی از ایفاء وظایف و مسئولیت‌های قانونی مربوط در خصوص تأمین و پرداخت هزینه‌های پرداختی مستخدم دولت به مطلق بیمارستان‌ها، مراکز پزشکی، مراکز بهداشتی درمان و مراکز تشخیص و پزشکان در حد ضوابط و تعرفه‌های قانونی مربوط از نوع دعاوی داخل در صلاحیت دیوان عدالت اداری محسوب می‌شود و در نتیجه دادنامه شماره ۷۹۰ مورخ ۸۵/۵/۲۱ شعبه دوم تجدیدنظر مبنی بر تایید دادنامه بدوی در حدی که مفید این معنی است موافق اصول و موازین قانونی تشخیص داده می‌شود.

این رأی به استناد قسمت اخیر ماده ۲۰ اصلاحی قانون دیوان عدالت اداری برای شعب دیوان و سایر مراجع ذیربط در موارد مشابه لازم‌الاتباع است.

تاریخ: ۳ دی ۱۳۸۵

شماره دادنامه: ۸۵/۶۸۵

کلاسه پرونده: ۷۱۰/۸۵

موضوع رأی: اعلام تعارض آراء صادره از شعب ۲ و ۶ تجدیدنظر دیوان عدالت اداری. (در خصوص الزام سازمان سازمان بیمه خدمات درمانی به پرداخت هزینه‌های درمانی و بیمارستانی) مورخ ۱۳۸۵/۱۰/۰۳

شاکی: رئیس شعبه پانزدهم دیوان عدالت اداری

مقدمه:

الف-۱- شعبه پانزدهم در رسیدگی به پرونده کلاسه ۲۵۸/۸۴ موضوع شکایت آقای غلامرضا صدقی به طرفیت سازمان بیمه خدمات درمانی به خواسته، الزام سازمان مشتکی عنه به پرداخت هزینه‌های درمانی و بیمارستانی به شرح دادنامه شماره ۱۴۵/۲ مورخ ۱۳۸۵/۱/۲۸ چنین رأی صادر نموده است، شاکی خواستار الزام سازمان خوانده به پرداخت هزینه‌های درمانی عمل جراحی دیسک کمر در مورخ ۱۳۸۳/۹/۹ گردیده و متقابلاً سازمان مزبور با ارسال جوابیه مطالبه وجه را خارج از صلاحیت این دیوان و ماهیتاً نیز اجابت خواسته وی را از تعهدات بیمه‌ای سازمان متبوع خارج دانسته و تقاضای رد آن را به عمل آورده اینک این شعبه دیوان اولاً از حیث ایراد شکلی چون خواسته مذکوره از منظر خودداری سازمان بیمه خدمات درمانی از ایفاء وظیفه قانونی خود مطرح گردیده نه صرفاً مطالبه وجه بلکه وجه موضوع خواسته در قالب اجرای وظایف سازمانی تأدیه می‌شود که قانونگذار آن را تجویز و تکلیف نموده فلذا با مردود دانستن ایراد مطروحه و ثانیاً با توجه به شکایت معنونه و مستندات ابرازی شاکی از جمله تایید پزشک معالج مشعر بر انجام عمل اورژانسی جراحی دیسک کمر خصوصاً تعهدات قانونی سازمان

مندرج در دفترچه بیمه خدمات درمانی بیمه شده... مؤید این حقیقت است که سازمان مشتکی عنه تقبل پرداخت هزینه‌های درمانی موصوف را که به صورت اورژانسی نیز شاکی بستری و تحت درمان قرار گرفته و مورد تایید واقع شده و بدیهی است در حالت و وضعیت اورژانس بیمار، رجوع به بیمارستان طرف قرارداد با بیمه خدمات درمانی متعذر و دشوار می‌نماید به همین جهت بنا به مراتب هزینه‌های موضوع مطالبه از تعهدات قانونی سازمان مشتکی عنه محسوب گردیده که در نتیجه استحقاق شاکی به مطالبه و استیفاء هزینه‌های درمانی موضوع خواسته که سازمان بیمه خدمات درمانی با عدم پرداخت آن و استنکاف از اجابت تعهدات قانونی‌اش موجبات تضییع حق بیمه وی را فراهم نموده مقرون به صحت و محرز و ثابت تشخیص و مستنداً به مواد یک و ۱۰ قانون بیمه همگانی خدمات درمانی مصوب ۱۳۸۳/۸/۳ و شق (پ) بند یک ماده ۱۱ قانون دیوان عدالت اداری حکم به ورود شکایت و الزام سازمان بیمه خدمات درمانی خواننده به پرداخت هزینه‌های موضوع خواسته به تایید حسابداری مربوطه در حد تعهدات قانونی سازمان بیمه خدمات درمانی در حق مشارالیه صادر و اعلام می‌دارد. الف-۲- شعبه دوم تجدیدنظر در رسیدگی به پرونده کلاسه ت ۹۱۷/۸۵/۲ موضوع تقاضای تجدیدنظر سازمان بیمه خدمات درمانی نسبت به دادنامه شماره ۱۴۵/۲ مورخ ۱۳۸۵/۱/۲۸ شعبه پانزدهم دیوان به شرح دادنامه شماره ۷۹۰ مورخ ۱۳۸۵/۵/۲۱ چنین رأی صادر نموده است، قطع نظر از این که اصولاً و علی‌القاعده تعیین پزشک معالج و بیمارستان با بیمار است و سازمان نمی‌تواند یک جانبه این امر را به بیمار تحمیل نماید نظر به این که حسب محتویات پرونده تجدیدنظر خواننده به صورت اورژانسی و شدت درد و فوریت عمل جراحی به بیمارستان انتقال داده شده است و بخشنامه شماره ۶/۱۴۵۴۵۹/س مورخ ۱۳۸۱/۱۱/۶ استنادی تجدیدنظر خواه موارد

اورژانس و استثنائی را از خسارت های متفرقه مجزا و مستثنی نموده است بنابراین تجدیدنظر خوانده استحقاق دریافت خسارت را براساس ضوابط و مقررات سازمان تجدیدنظر خواه داشته است. بنا به جهات مذکور نظر به این که دادنامه تجدیدنظر خواهی به جهات و دلایل مقیده در آن صادر شده و از طرف تجدیدنظر خواه اعتراض مؤثری نشده و دلیلی که فسخ رأی صادره را ایجاب نماید ارائه نکرده است، علیهذا دادنامه تجدیدنظر خواسته خالی از اشکال تشخیص و با رد اعتراض تایید می شود. ب-۱- شعبه پانزدهم در رسیدگی به پرونده کلاسه ۲۶۷۲/۸۴ موضوع شکایت آقای عبدالله رضائی راد به طرفیت، سازمان بیمه خدمات درمانی به خواسته، الزام سازمان مشتکی عنه به پرداخت هزینه های درمانی و بیمارستانی به شرح دادنامه شماره ۳۸۲/۲ مورخ ۱۳۸۵/۲/۱۶ چنین رأی صادر نموده است، خواسته شاکی به شرح دادخواست تقدیمی علیه سازمان خوانده خواستار الزام سازمان مذکور به پرداخت هزینه های درمانی ناشی از دردهای شدید منجر به علت تب مالت گردیده و متقابلاً سازمان مزبور با ارسال جوابیه مطالبه وجه را خارج از صلاحیت این دیوان و ماهیتاً نیز اجابت خواسته شاکی را از تعهدات بیمه های سازمان متبوع خارج دانسته و تقاضای رد آن را به عمل آورده اینک این شعبه دیوان اولاً از حیث ایراد شکلی چون خواسته مذکور از منظر خودداری سازمان بیمه خدمات درمانی از ایفاء وظیفه قانونی خود مطرح گردیده نه صرفاً مطالبه وجه بلکه وجه موضوع خواسته در قالب اجرای وظایف سازمانی تادیه می شود که قانونگذار آن را تجویز و تکلیف نموده فلذا با مردود دانستن ایراد مطروحه ثانیاً با توجه به شکایت معنونه و مستندات ابرازی شاکی از جمله تایید و تصدیق پزشک معالج... خصوصاً تعهدات قانونی سازمان مندرج در دفترچه بیمه خدمات درمانی

بیمه شده که نوع هزینه درمانی انجام شده از موارد اعلام شمول بیمه‌ای سازمان مستثنی گردیده موید این حقیقت است که سازمان مشتکی عنه تقبل پرداخت هزینه‌های درمانی موصوف را که به صورت اورژانسی نیز شاکی بستری و تحت درمان قرار گرفته و مورد تایید واقع شده... حکم به ورود شکایت و الزام سازمان بیمه خدمات درمانی خوانده به پرداخت هزینه‌های موضوع خواسته به تایید حسابداری مربوطه در حد تعهدات قانونی سازمان بیمه خدمات درمانی در حق مشارالیه صادر و اعلام می‌دارد. ب-۲- شعبه ششم تجدیدنظر در رسیدگی به پرونده کلاسه ۱۰۲۷/۸۵ موضوع تقاضای تجدیدنظر سازمان بیمه خدمات درمانی نسبت به دادنامه شماره ۳۸۲/۲ مورخ ۱۳۸۵/۲/۱۶ شعبه ۱۵ بدوی دیوان به شرح دادنامه شماره ۹۵۲ مورخ ۱۳۸۵/۸/۹ چنین رأی صادر نموده است، اعتراض تجدیدنظر خواه به دادنامه تجدیدنظر خواسته وارد است زیرا موضوع شکایت و خواسته شاکی الزام مشتکی عنه به پرداخت (هزینه درمانی و بیمارستانی) ناشی از قرارداد فی مابین سازمان تجدیدنظر خواه و تجدیدنظر خوانده (شاکی پرونده بدوی) بوده است و این قبیل شکایت‌ها با توجه به رأی‌های فوق‌الاشعار صادره از هیأت عمومی دیوان عدالت اداری خارج از حدود صلاحیت رسیدگی دیوان بوده و در صلاحیت رسیدگی محاکم عمومی دادگستری می‌باشد، بناء علیهذا شعبه بدوی دیوان در مقام رسیدگی و اصدار دادنامه معترض علیه دقت و توجه کافی به امر مذکور ننموده است لذا دادنامه مزبور مخدوش و قابل نقض است ضمن اعلام ورود اعتراض و تجدیدنظر خواهی و نقض دادنامه مذکور قرار عدم صلاحیت رسیدگی دیوان به صلاحیت محاکم عمومی دادگستری تهران صادر و اعلام می‌گردد. هیأت عمومی دیوان عدالت اداری در تاریخ فوق با حضور رؤسای شعب بدوی و رؤسا و

مستشاران شعب تجدیدنظر تشکیل و پس از بحث و بررسی و انجام مشاوره با اکثریت آراء به شرح آتی مبادرت به صدور رأی می‌نماید.

رأی هیأت عمومی:

عمومات احکام مقرر در مواد ۲ و ۵ و قسمت اخیر ماده ۱۵ قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور مصوب ۱۳۷۳/۸/۳ در باب تکلیف دولت در زمینه تدارک شرایط لازم برای استفاده افراد جامعه از خدمات درمانی و تشکیل سازمان بیمه خدمات درمانی به‌منظور تحقق هدف مقنن در جهت تأمین موجبات و امکانات بیمه خدمات درمانی کارکنان دولت و سایر افراد مشمول قانون به ویژه تکلیف دستگاه‌های ذیربط مبنی بر انعقاد قرارداد رأساً با سازمان بیمه خدمات درمانی و کسر حق سرانه خدمات درمانی از حقوق کارکنان دولت و پرداخت آن به سازمان مزبور مبین آن است که ماهیت رابطه حقوقی مستخدمان دولت با سازمان بیمه خدمات درمانی مبتنی بر الزامات قانونی بوده و ناشی از توافق و تراضی و عقد قرارداد مستقل و مستقیم بین مستخدم دولت و سازمان مذکور نیست. بنابراین شکایت مستخدم دولت از خودداری و امتناع سازمان بیمه خدمات درمانی از ایفاء وظایف و مسئولیت‌های قانونی مربوط در خصوص تأمین و پرداخت هزینه‌های پرداختی مستخدم دولت به مطلق بیمارستان‌ها، مراکز پزشکی، مراکز بهداشتی درمان و مراکز تشخیص و پزشکان در حد ضوابط و تعرفه‌های قانونی مربوط از نوع دعاوی داخل در صلاحیت دیوان عدالت اداری محسوب می‌شود و در نتیجه دادنامه شماره ۷۹۰ مورخ ۸۵/۵/۲۱ شعبه دوم تجدیدنظر مبنی بر تایید دادنامه بدوی در حدی که مفید این

معنی است موافق اصول و موازین قانونی تشخیص داده می‌شود. این رأی به استناد قسمت اخیر ماده ۲۰ اصلاحی قانون دیوان عدالت اداری برای شعب دیوان و سایر مراجع ذیربط در موارد مشابه لازم‌الاتباع است.

تاریخ: ۲ اردیبهشت ۱۳۸۶

شماره دادنامه: ۸۶/۵۴

کلاسه پرونده: ۳۵۱/۸۳

موضوع رأی: عدم ابطال بخشنامه شماره ۱۱۰۷۴۹۵/ب مورخ ۸۳/۲ معاون بیمه و درمان سازمان بیمه خدمات درمانی. (در خصوص حدود وظایف و اختیارات و الزامات قانونی سازمان بیمه خدمات درمانی در تأمین و پرداخت هزینه خدمات درمانی واجدین شرایط با توجه به تعرفه‌ها و ضوابط قانونی) مورخ ۱۳۸۶/۰۲/۰۲

شاکی: بیمارستان پیمانیه

مقدمه:

شاکی به شرح دادخواست تقدیمی اعلام داشته است، به موجب مقررات و ضوابط موجود تمامی بیمارستان‌ها مکلف به پذیرش بیماران اورژانس می‌باشند و در حالی که بیمارستان‌ها با چالش طرح خودگردانی و محدودیت اعتباری روبرو می‌باشند، سازمان‌های بیمه‌گر به بهانه‌های مختلف از پرداخت خدمات ارائه شده به مصدومین خودداری می‌نمایند. لذا با استناد به قوانین موجود، بیمه همگانی، برنامه‌های توسعه، قوانین سالانه بودجه، قانون مجازات اسلامی، قانون تأمین خدمات درمانی مصوب سال ۱۳۵۱ و اساسنامه سازمان تأمین خدمات درمانی مصوب ۱۳۵۱/۱۲/۲۷ و سایر قوانین و مصوبه‌های هیأت وزیران در این خصوص، معاون بیمه و درمان سازمان بیمه خدمات درمانی در خصوص عدم تعهد پرداخت هزینه‌های جراحات ناشی از ضرب و جرح و نزاع‌ها اعم از مشخص بودن یا نبودن ضارب با قوانین موجود کشور مغایرت داشته و صرفاً جهت گریز از پرداخت قسمتی از مطالبات بیمارستان‌ها صادر شده است. در پایان ابطال بخشنامه فوق‌الذکر مورد تقاضا است. مدیرکل روابط عمومی، حقوقی و دفتر هیأت مدیره سازمان بیمه

خدمات درمانی در پاسخ به شکایت مذکور طی نامه شماره ۱۰۰۱/۲۸۲۰۳ مورخ ۱۳۸۳/۷/۲۰ اعلام داشته‌اند: ۱- با عنایت به موضوع مصوبه شماره ۲۴۸۵/ت/۲۸۰۶۶ ه به تاریخ ۱۳۸۳/۲/۲ هیأت وزیران در خصوص ضوابط مربوط به چگونگی حداقل سطح خدمات پزشکی مشمول بیمه‌های مضاعف (مکمل) در توضیح خدمات درمانی مکمل بندهای ۳ و ۲۸ صراحتاً مورد را در قبال پرداخت هزینه‌های ناشی از ضرب و جرح معاف نموده است. ۲- مستنداً به بند (الف) ماده ۷ اساسنامه این سازمان تعیین ضوابط مربوط به انعقاد قرارداد با اشخاص را از اختیارات شورای عالی بیمه خدمات درمانی لحاظ نموده است و نهایتاً ابهامی در موضوع بخشنامه معاونت درمان مورد اشاره شاکی وجود ندارد. ۳- در خصوص ادعای شاکی بر مصوبه هیأت وزیران در خصوص بند (ب) تبصره ۱۰ قانون بودجه کل کشور در سال ۱۳۸۲ که اشعار بر پرداخت هزینه‌های مربوط به درمان بیمه شده دارد باید اذعان نمود که تفسیر شاکی مالاینطق بوده و غیر قابل پذیرش و با توجه به نص قانون بودجه کل کشور در سال ۱۳۸۳ که در بند (ب) از تبصره ۱۰ همان عبارت (کلیه شرکت های بیمه گرد تجاری مکلفند بر مبنای قرارداد منعقد شده با بیمه شده) را تکرار نموده و به استناد ماده ۵ قانون بیمه همگانی خدمات درمانی این سازمان را از شمول شرکت های تجاری احصاء شده در قانون خارج و به‌عنوان شرکت دولتی معرفی می‌نماید. بنابراین این سازمان از الزام قانون بودجه کل کشور خارج است و همچنین در ادامه تبصره ۱۰ قانون بودجه مورد اشاره به... مبنای قرارداد با بیمه شده... اشاره دارد که با استناد به مشخصاً ثابت می‌نماید که بر مبنای قرارداد این سازمان از پرداخت هزینه‌های مربوط به ضرب و جرح معاف می‌باشد. هیأت عمومی دیوان عدالت اداری در تاریخ فوق با حضور رؤسا و مستشاران و دادرسان علی‌البدل شعب دیوان تشکیل و پس از بحث و

بررسی و انجام مشاوره با اکثریت آراء به شرح آتی مبادرت به صدور رأی می‌نماید.

رأی هیأت عمومی:

علاوه بر این که حکم مقرر در بند (ب) تبصره ۱۰ قانون بودجه سال ۱۳۸۲ کل کشور مبنی بر الزام تمامی بیمارستان‌ها و مراکز درمانی اعم از خصوصی و دولتی به پذیرش مصدومان ناشی از حوادث و سوانح ملازمه‌ای با الزام سازمان بیمه خدمات درمانی به پرداخت هزینه‌های درمانی خارج از قلمرو قراردادهای و تعهدات قانونی مربوط ندارد، اساساً با عنایت به مندرجات لایحه جوابیه سازمان مزبور و حدود وظایف و اختیارات و الزامات قانونی آن سازمان در تأمین و پرداخت هزینه خدمات درمانی واجدین شرایط با توجه به تعرفه‌ها و ضوابط قانونی مربوط، بخشنامه شماره ۱۱۰۷۴۹۵/ب معاون بیمه و درمان سازمان بیمه خدمات درمانی در قسمت مورد اعتراض مغایرتی با قانون ندارد و خارج از حدود اختیارات سازمان بیمه خدمات درمانی نمی‌باشد.

تاریخ: ۲۶ اردیبهشت ۱۳۸۶

شماره دادنامه: ۸۶/۱۲۵

کلاس پرونده: ۲۸۷/۸۳

موضوع رأی: رد درخواست ابطال مصوبه هفتادو پنجمین جلسه شورای عالی
بیمه خدمات درمانی موضوع بخشنامه شماره ۶/۱۴۵۴۵۹/س مورخ ۱۳۸۱/۱۱/۶
مورخ ۱۳۸۶/۰۲/۲۶

شاکی: آقای محمدمهدی ناظمیان

مقدمه:

پس از ثبت دادخواست به شماره ۲۸۴۰۴ مورخ ۱۳۸۳/۴/۲۳ و ارجاع پرونده به هیأت عمومی و ثبت آن به کلاس فوق‌الذکر و پس از انجام تشریفات مقدماتی، پرونده تحت نظر است که با توجه به محتویات پرونده ختم رسیدگی را اعلام و به استناد ماده ۳۹ قانون دیوان عدالت اداری به شرح بین‌الهیالین «در مواردی که به تشخیص رییس دیوان، رسیدگی به درخواست ابطال مصوبه موضوعاً منتفی باشد، مانند موارد استرداد درخواست از سوی متقاضی یا وجود رأی قبلی دیوان در مورد مصوبه، رییس دیوان قرار رد درخواست را صادر می‌کند. این قرار قطعی است.» به شرح آتی مبادرت به صدور قرار می‌نماید.

قرار هیأت عمومی:

نظر به این که موضوع شکایت آقای محمدمهدی ناظمیان بخواسته ابطال مصوبه هفتادو پنجمین جلسه شورای عالی بیمه خدمات درمانی موضوع بخشنامه شماره ۶/۱۴۵۴۵۹/س مورخ ۱۳۸۱/۱۱/۶ دبیر شورای عالی بیمه خدمات درمانی قبلاً مورد رسیدگی قرار گرفته و منتهی به صدور دادنامه شماره ۴۸۱ الی ۴۸۵ مورخ ۱۳۸۵/۷/۲ گردیده است لذا موضوع آن مختومه بوده و موجبی برای رسیدگی

مجدد وجود ندارد و مورد تابع رأی قبلی هیأت عمومی دیوان است و مستنداً به ماده ۳۹ قانون دیوان عدالت اداری قرار رد دادخواست صادر و اعلام می‌گردد.

تاریخ: ۲۰ خرداد ۱۳۸۶

شماره دادنامه: ۸۶/۱۸۵

کلاسه پرونده: ۹۲۰/۸۲

موضوع رأی: ابطال بخشنامه شماره ۲/۱۶۰۲/۲۶۱۴ مورخ ۱۳۸۲/۸/۱۷ معاون طرح ها و برنامه‌های قوه قضائیه. (در خصوص تأمین صد درصد هزینه بیمه همگانی و مکمل جانبازان و درمان خاص آنها (صدمات ناشی از مجروحیت) توسط دولت) مورخ ۱۳۸۶/۰۳/۲۰

شاکی: آقای حسین کشاورز

مقدمه:

شاکی به شرح دادخواست تقدیمی اعلام داشته است، طبق بند (ج) ماده ۳۷ قانون برنامه سوم توسعه اقتصادی و اجتماعی تأمین ۱۰۰ درصد هزینه بیمه همگانی و مکمل جانبازان و درمان خاص آنها بر عهده دولت می‌باشد. حال متأسفانه معاون طرح ها و برنامه‌های قوه قضائیه به موجب نامه فوق‌الذکر به دادگستری های استان اعلام نموده چون اعتبار لازم توسط سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی علی‌رغم مکاتبات عدیده به قوه قضائیه داده نشده، بند (ج) ماده ۳۷ قانون مارالذکر قابل اجراء نمی‌باشد. از آنجا که صدور بخشنامه یا اقدام دیگری بر خلاف قوانین از طرف دیگر ادارات و سازمان ها بعید به نظر نمی‌رسد ولی برای دستگاه قضایی که به مسائل حقوقی و قضایی و قوانین مصوب آگاه بوده چنین اقدامی جای بسی تأسف دارد. فلذا چون نامه فوق‌الذکر خلاف قوانین بوده و از طرفی قوانین و مقررات رسیدگی به مشکلات جانبازان را در اولویت قرار داده جهت جلوگیری از تضییع بیشتر حقوق، تقاضای رسیدگی و ابطال نامه فوق‌الذکر را دارم. مستشار اداره کل حقوقی و تدوین قوانین قوه قضائیه در پاسخ به شکایت مذکور طی نامه شماره ۷/۱۰۳۳۵

مورخ ۱۳۸۲/۱۲/۱۴ اعلام داشته‌اند، در نامه یاد شده هیچگاه حقوق شاکی نفی نگردیده و چون اجرای تعهدات دستگاه دولتی در مورد مطالبات کارمندان مستلزم تأمین اعتبار بوده است، بنابراین مادام که اعتبار لازم در اختیار دستگاه دولتی مربوطه قرار نگرفته باشد، عمل به تعهدات ممکن نیست و امر مالایطاق هم خلاف عقل است، لذا شکایت نامبرده متضمن نفی بدیهیات است و به همین جهت رد آن تقاضا می‌شود. هیأت عمومی دیوان عدالت اداری در تاریخ فوق با حضور رؤسا و مستشاران و دادرسان علی‌البدل شعب دیوان تشکیل و پس از بحث و بررسی و انجام مشاوره با اکثریت آراء به شرح آتی مبادرت به صدور رأی می‌نماید.

رأی هیأت عمومی:

به صراحت بند (ج) ماده ۳۷ قانون برنامه سوم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران مصوب ۱۳۷۹، تأمین صددرصد هزینه بیمه همگانی و مکمل جانبازان و درمان خاص آنها (صدمات ناشی از مجروحیت) بر عهده دولت می‌باشد. نظر به این که مدلول حکم مقنن به شرح فوق‌الذکر مفید تکلیف دولت در تأمین اعتبار لازم است و این که اجرای حکم مقنن منوط و مشروط به وجود و تأمین اعتبار نشده است و به حکم قانون دولت ملزم به تأمین اعتبار لازم برای اجرای حکم قانونگذار است، لذا مفاد بخشنامه شماره ۱۳۸۲/۷/۱۸ مورخ ۲/۱۶۰۲/۲۶۱۴ معاون طرح‌ها و برنامه‌های قوه قضاییه که اساس اجرای حکم قانونگذار را منوط و موکول به تأمین اعتبار کرده است، مغایر صریح قانون و خارج از حدود اختیارات معاون طرح‌ها و برنامه‌های قوه قضاییه در وضع مقررات دولتی تشخیص داده می‌شود و مستنداً به ماده ۴۲ قانون دیوان عدالت اداری مصوب ۱۳۸۵ حکم به ابطال بخشنامه مزبور صادر می‌شود و طبق

قسمت اخیر ماده ۲۰ قانون فوق‌الذکر اثر این رأی از تاریخ تصویب بخشنامه مورد اعتراض (۱۳۸۲/۸/۱۷) است.

تاریخ: ۲۶ اردیبهشت ۱۳۸۶

شماره دادنامه: ۸۶/۱۲۵

کلاس پرونده: ۲۸۷/۸۳

موضوع رأی: رد درخواست ابطال مصوبه هفتادو پنجمین جلسه شورای عالی بیمه خدمات درمانی موضوع بخشنامه شماره ۱۳۸۱/۱۱/۶/س مورخ ۱۳۸۱/۱۱/۶ مورخ ۱۳۸۶/۰۲/۲۶

شاکي: آقای محمدمهدی ناظمیان

مقدمه:

پس از ثبت دادخواست به شماره ۲۸۴۰۴ مورخ ۱۳۸۳/۴/۲۳ و ارجاع پرونده به هیأت عمومی و ثبت آن به کلاس فوق‌الذکر و پس از انجام تشریفات مقدماتی، پرونده تحت نظر است که با توجه به محتویات پرونده ختم رسیدگی را اعلام و به استناد ماده ۳۹ قانون دیوان عدالت اداری به شرح بین‌الهلالین «در مواردی که به تشخیص رییس دیوان، رسیدگی به درخواست ابطال مصوبه موضوعاً منتفی باشد، مانند موارد استرداد درخواست از سوی متقاضی یا وجود رأی قبلی دیوان در مورد مصوبه، رییس دیوان قرار رد درخواست را صادر می‌کند. این قرار قطعی است.» به شرح آتی مبادرت به صدور قرار می‌نماید.

قرار هیأت عمومی:

نظر به این که موضوع شکایت آقای محمدمهدی ناظمیان بخواسته ابطال مصوبه هفتادو پنجمین جلسه شورای عالی بیمه خدمات درمانی موضوع بخشنامه شماره ۱۳۸۱/۱۱/۶/س مورخ ۱۳۸۱/۱۱/۶ دبیر شورای عالی بیمه خدمات درمانی قبلاً مورد رسیدگی قرار گرفته و منتهی به صدور دادنامه شماره ۴۸۱ الی ۴۸۵ مورخ ۱۳۸۵/۷/۲ گردیده است لذا موضوع آن مختومه بوده و موجبی برای رسیدگی

مجدد وجود ندارد و مورد تابع رأی قبلی هیأت عمومی دیوان است و مستنداً به ماده ۳۹ قانون دیوان عدالت اداری قرار رد دادخواست صادر و اعلام می‌گردد.

تاریخ: ۲۰ خرداد ۱۳۸۶

شماره دادنامه: ۸۶/۱۸۵

کلاسه پرونده: ۹۲۰/۸۲

موضوع رأی: ابطال بخشنامه شماره ۲/۱۶۰۲/۲۶۱۴ مورخ ۱۳۸۲/۸/۱۷ معاون طرح ها و برنامه‌های قوه قضائیه. (در خصوص تأمین صد درصد هزینه بیمه همگانی و مکمل جانبازان و درمان خاص آنها (صدمات ناشی از مجروحیت) توسط دولت) مورخ ۱۳۸۶/۰۳/۲۰

شاکي: آقای حسین کشاورز

مقدمه:

شاکي به شرح دادخواست تقدیمی اعلام داشته است، طبق بند (ج) ماده ۳۷ قانون برنامه سوم توسعه اقتصادی و اجتماعی تأمین ۱۰۰ درصد هزینه بیمه همگانی و مکمل جانبازان و درمان خاص آنها بر عهده دولت می‌باشد. حال متأسفانه معاون طرح ها و برنامه‌های قوه قضائیه به موجب نامه فوق‌الذکر به دادگستری های استان اعلام نموده چون اعتبار لازم توسط سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی علی‌رغم مکاتبات عدیده به قوه قضائیه داده نشده، بند (ج) ماده ۳۷ قانون مارالذکر قابل اجراء نمی‌باشد. از آنجا که صدور بخشنامه یا اقدام دیگری بر خلاف قوانین از طرف دیگر ادارات و سازمان ها بعید به نظر نمی‌رسد ولی برای دستگاه قضایی که به مسائل حقوقی و قضایی و قوانین مصوب آگاه بوده چنین اقدامی جای بسی تأسف دارد. فلذا چون نامه فوق‌الذکر خلاف قوانین بوده و از طرفی قوانین و مقررات رسیدگی به مشکلات جانبازان را در اولویت قرار داده جهت جلوگیری از تضییع بیشتر حقوق، تقاضای رسیدگی و ابطال نامه فوق‌الذکر را دارم. مستشار اداره کل حقوقی و تدوین قوانین قوه قضائیه در پاسخ به شکایت مذکور طی نامه شماره ۷/۱۰۳۳۵

مورخ ۱۳۸۲/۱۲/۱۴ اعلام داشته‌اند، در نامه یاد شده هیچگاه حقوق شاکی نفی نگردیده و چون اجرای تعهدات دستگاه دولتی در مورد مطالبات کارمندان مستلزم تأمین اعتبار بوده است، بنابراین مادام که اعتبار لازم در اختیار دستگاه دولتی مربوطه قرار نگرفته باشد، عمل به تعهدات ممکن نیست و امر مالایطاق هم خلاف عقل است، لذا شکایت نامبرده متضمن نفی بدیهیات است و به همین جهت رد آن تقاضا می‌شود. هیأت عمومی دیوان عدالت اداری در تاریخ فوق با حضور رؤسا و مستشاران و دادرسان علی‌البدل شعب دیوان تشکیل و پس از بحث و بررسی و انجام مشاوره با اکثریت آراء به شرح آتی مبادرت به صدور رأی می‌نماید.

رأی هیأت عمومی:

به صراحت بند (ج) ماده ۳۷ قانون برنامه سوم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران مصوب ۱۳۷۹، تأمین صددرصد هزینه بیمه همگانی و مکمل جانبازان و درمان خاص آنها (صدمات ناشی از مجروحیت) بر عهده دولت می‌باشد. نظر به این که مدلول حکم مقنن به شرح فوق‌الذکر مفید تکلیف دولت در تأمین اعتبار لازم است و این که اجرای حکم مقنن منوط و مشروط به وجود و تأمین اعتبار نشده است و به حکم قانون دولت ملزم به تأمین اعتبار لازم برای اجرای حکم قانونگذار است، لذا مفاد بخشنامه شماره ۲/۱۶۰۲/۲۶۱۴ مورخ ۱۳۸۲/۷/۱۸ معاون طرح‌ها و برنامه‌های قوه قضاییه که اساس اجرای حکم قانونگذار را منوط و موکول به تأمین اعتبار کرده است، مغایر صریح قانون و خارج از حدود اختیارات معاون طرح‌ها و برنامه‌های قوه قضاییه در وضع مقررات دولتی تشخیص داده می‌شود و مستنداً به ماده ۴۲ قانون دیوان عدالت اداری مصوب ۱۳۸۵ حکم به ابطال بخشنامه مزبور صادر می‌شود و طبق

قسمت اخیر ماده ۲۰ قانون فوق‌الذکر اثر این رأی از تاریخ تصویب بخشنامه مورد اعتراض (۱۳۸۲/۸/۱۷) است.

تاریخ: ۳ تیر ۱۳۸۶

شماره دادنامه: ۸۶/۲۰۱

کلاس پرونده: ۷۰۱/۸۳

موضوع رأی: ابطال بخشنامه شماره ۱۱۰۰/۲۳۲۷۸/پ مورخ ۱۳۸۳/۶/۱۱ معاون بیمه و درمان سازمان بیمه خدمات درمانی کشور (در خصوص الزام وزارت بهداشت به پرداخت هزینه‌های درمان کلیه مصدومان ترافیکی، جاده‌ای و رانندگی بدون هیچ‌گونه قید و شرطی) مورخ ۱۳۸۶/۰۴/۰۳

شاکی: آقای سید محمد حسین مکی

مقدمه:

شاکی به شرح دادخواست تقدیمی اعلام داشته است، با توجه به ماده ۴ قانون بیمه همگانی و خدمات درمانی مصوب ۱۳۷۳ که دولت را موظف به بیمه خدمات درمانی تمامی اقشار، خصوصاً مردم محروم نموده و با در نظر گرفتن ماده ۴ از آیین‌نامه اجرائی ماده ۱۰ قانون بیمه همگانی و خدمات درمانی مصوب ۱۳۷۴ هیأت وزیران که پرداخت هزینه‌های بیمارستانی بیماران اورژانسی را (با احتساب فرانشیز) جزو تعهدات بیمه خدمات درمانی دانسته و نیز با عنایت به تبصره ماده ۱۹۳ قانون برنامه سوم توسعه که دولت موظف گردیده بدون قید و شرط بیماران حادثه‌دیده را بدون دریافت هزینه در مراکز حوادث و سوانح تحت پوشش درمانی قرار دهد و به همین طریق در تبصره ۱۰ قانون بودجه ۱۳۸۳ کل کشور نیز مورد تاکید قرار گرفته است و بر اساس اهمیت موضوع در ماده ۹۲ قانون برنامه چهارم توسعه نیز هزینه‌های مصدومین حوادث رانندگی به عهده وزارت بهداشت و سازمان های بیمه گر پایه گذار شده است. به رغم تأکیدات قانونی فوق‌الذکر، معاونت بیمه و درمان سازمان بیمه خدمات درمانی کشور در شهریورماه سال جاری با ابلاغ بخشنامه شماره ۱۱۰۰/۲۳۲۷۸/پ مورخ ۱۳۸۳/۶/۱۱ مصدومانی را که در حادثه

رانندگی دچار سانحه شده و مقصر می‌باشند استفاده از بیمه خدمات درمانی را برای آنان مشروط و مقید به داشتن گواهینامه رانندگی دانسته و در غیر این صورت از تعهد سازمان خارج دانسته است. با عنایت به مراتب ابطال بخشنامه فوق‌الذکر مورد تقاضا است. مدیرکل روابط عمومی و امور بین‌الملل و سرپرست اداره کل حقوقی سازمان بیمه خدمات درمانی در پاسخ به شکایت مذکور طی نامه شماره ۱۰۰/۱۵۱۲۲۸ مورخ ۱۳۸۳/۱۲/۱۳ اعلام داشته‌اند، پرداخت هزینه‌های درمانی به مصدومین ناشی از حوادث رانندگی عقلاً و منطقاً می‌بایست با مدارک مثبت ناشی از تصادف رانندگی همراه باشد. اسناد مثبت تصادف همانا کروکی محل حادثه است تا برای بیمه‌گر، حادثه تصادف و جراحات بیمار مسلم گردد. مطابق نامه شماره ۱۱۱۰/۳۷۴۹۴ مورخ ۱۳۸۳/۹/۲۱ اداره کل نظارت و ارزشیابی سازمان، پرونده مصدومین ناشی از حوادث رانندگی در صورت ارائه استشهادیه و تایید شورای فنی اداره کل سازمان و در صورت ارائه کروکی راهنمایی و رانندگی با ذکر علل مورد بررسی قرار خواهد گرفت.

هیأت عمومی دیوان عدالت اداری در تاریخ فوق با حضور رؤسا و مستشاران و دادرسان علی‌البدل شعب دیوان تشکیل و پس از بحث و بررسی و انجام مشاوره با اکثریت آراء به شرح آتی مبادرت به صدور رأی می‌نماید.

رأی هیأت عمومی:

حکم مقرر در ماده ۹۲ قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران در باب الزام وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به درمان فوری و بدون قید و شرط مصدومین حوادث و سوانح رانندگی در مراکز خدمات بهداشتی و درمانی مصرح در تأمین منابع مالی لازم برای ارائه خدمات

مذکور از طریق واریز ۱۰٪ حق بیمه شخص ثالث، سرنشین و مازاد توسط شرکت های بیمه تجاری به حساب درآمدهای اختصاصی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می باشد و به صراحت قسمت اخیر ماده مزبور هزینه های درمان کلیه مصدومان ترافیکی، جاده ای و رانندگی بدون هیچ گونه قید و شرطی از محل وجوه واریز شده باید پرداخت شود. بنا به مراتب فوق الذکر و عنایت به وظایف و مسئولیت های قانونی سازمان خدمات درمانی در خصوص ارائه خدمات درمانی لازم و تأمین هزینه های آن با رعایت ضوابط و مقررات مربوط، قسمت اخیر بند یک بخشنامه شماره ۱۱۰۰/۲۳۲۷۸/پ مورخ ۱۳۸۳/۶/۱۱ معاون بیمه و درمان سازمان بیمه خدمات درمانی که با وضع قاعده آمره نبودن کרוکی اداره راهنمایی و رانندگی از صحنه تصادف و همچنین نداشتن گواهینامه رانندگی را موجب خروج تعهدات سازمان از پرداخت هزینه های درمانی اشخاص مصدوم مذکور اعلام داشته است، مغایر قانون و خارج از حدود سازمان بیمه خدمات درمانی در وضع مقررات دولتی تشخیص داده می شود و به استناد بند یک ماده ۱۹ و ماده ۴۲ قانون دیوان عدالت اداری مصوب ۱۳۸۵ ابطال می گردد.

تاریخ: ۱۷ تیر ۱۳۸۶

شماره دادنامه: ۸۶/۲۴۴

کلاس پرونده: ۲۰۶/۸۴

موضوع رأی: عدم ابطال ذیل قسمت (ب) بند ۲ تصویب‌نامه شماره ۴۲۸۱/ت/۳۲۶۶۱ مورخ ۸۴/۲/۳۱ هیأت وزیران (در خصوص اعتراض به تبعیض بین بیمه شده اجباری و اختیاری در پرداخت فرانشیز) مورخ ۱۳۸۶/۰۴/۱۷

شاکی: آقای محمد علی فلاح تفتی

مقدمه:

شاکی به شرح دادخواست تقدیمی اعلام داشته است، در ذیل تبصره (ب) بند ۲ تصویب‌نامه شماره ۴۲۸۱/ت/۳۲۶۶۱ ه مورخ ۸۴/۲/۳۱ آمده است «بیمه‌شدگان اجباری مشمول قانون تأمین اجتماعی که به مراکز درمانی متعلق به سازمان تأمین اجتماعی مراجعه نمایند از پرداخت فرانشیز موضوع این تصویب‌نامه معاف می‌باشند.» مفهوم دیگر این عبارت این است که بیمه‌شدگان اختیاری تأمین اجتماعی از این حق محروم می‌باشند. که این یک تبعیض آشکار بوده و قانونی به نظر نمی‌رسد، زیرا طبق قانون مصوب ۱۳۶۵، سازمان تأمین اجتماعی مکلف است طبق مقررات عام مشاغل آزاد را بیمه نماید. به علاوه طبق ماده ۲ آیین‌نامه اجرائی قانون الزام تأمین اجتماعی به اجرای بندهای (الف) و (ب) ماده ۳ قانون تأمین اجتماعی مصوب ۱۳۶۹، تعهدات سازمان تأمین اجتماعی در امور بهداشت، درمان برای بیمه‌شدگان اختیاری و اجباری فرقی ندارد. بنابراین ذیل قسمت (ب) بند ۲ تصویب‌نامه شماره ۴۲۸۱/ت/۳۲۶۶۱ ه مورخ ۱۳۸۴/۲/۳۱ هیأت وزیران از این جهت که معافیت فرانشیز را منحصر به بیمه‌شدگان اجباری کرده و بیمه‌شدگان مشاغل آزاد را از این معافیت محروم کرده یک نوع تبعیض آشکار غیر موجه بوده و

لذا تقاضای ابطال آن را دارم. مدیرکل دفتر امور حقوقی دولت در پاسخ به شکایت مذکور طی نامه شماره ۷۹۷۴۰ مورخ ۱۳۸۴/۱۲/۱۴ مبادرت به ارسال تصویر نظریه تفصیلی شماره ۱۱۰۰/۱۵۸۳۰ مورخ ۱۳۸۴/۹/۲ وزارت رفاه و تأمین اجتماعی و نظریه شماره ۳۰۰۶۴۴/ح/ن مورخ ۱۳۸۴/۱۱/۲۹ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی نموده است. الف- مدیرکل دفتر امور حقوقی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در لایحه تقدیمی اعلام داشته‌اند، ۱- به استناد ماده واحده قانون اصلاح بند (ب) و تبصره ۳ ماده ۴ قانون تأمین اجتماعی مصوب تیرماه ۱۳۵۴ سازمان تأمین اجتماعی مکلف است با استفاده از مقررات عام قانون مذکور، صاحبان حرف و مشاغل آزاد را به صورت اختیاری در برابر تمام یا قسمتی از مزایای قانون تأمین اجتماعی بیمه نماید. ۲- به استناد ماده یک آیین‌نامه اجرائی قانون اصلاح بند (ب) و تبصره ۳ ماده ۴ قانون تأمین اجتماعی صاحبان حرف و مشاغل آزاد مشتمل بر کارفرمایان خویش‌فرما می‌باشند و در همین راستا و به استناد ماده ۵۴ و ۵۵ قانون تأمین اجتماعی کلیه بیمه‌شدگان در صورت ابتلا به بیماری و مصدوم شدن در اثر حوادث می‌توانند از خدمات پزشکی مورد تعهد سازمان تأمین اجتماعی و با اولویت درمان به روشن مستقیم استفاده نمایند. ۳- به استناد تبصره یک ماده ۴ آیین‌نامه بیمه اختیاری مصوب ۱۳۶۶/۸/۸ شورای فنی تأمین اجتماعی، بیمه‌شدگان می‌توانند با پرداخت حق بیمه به میزان مشخص در ماده ۲۹ قانون تأمین اجتماعی و تغییرات بعدی آن از حمایت‌های موضوع بندهای (الف) و (ب) ماده ۳ قانون مذکور استفاده نمایند. ب- سرپرست اداره کل حقوقی، قوانین و مقررات وزارت رفاه و تأمین اجتماعی در پاسخ به شکایت مذکور طی نامه شماره ۱۱۰۰/۱۵۸۳۰ مورخ ۱۳۸۴/۹/۲ اعلام داشته‌اند، عبارت مورد نظر از تصویب‌نامه مذکور که شاکی تقاضای ابطال آن را کرده به شرح زیر است «بیمه‌شدگان اجباری

مشمول قانون تأمین اجتماعی که به مراکز درمانی متعلق به سازمان تأمین اجتماعی مراجعه نمایند از پرداخت فرانشیز موضوع این تصویب‌نامه معاف می‌باشند.» ادعای شاکی مبنی بر مخالف قانون بودن عبارت مذکور به دلایل زیر صحیح نمی‌باشد. ۱- به موجب تبصره یک ماده ۴ آیین‌نامه اجرائی قانون اصلاح بند (ب) و تبصره ۳ ماده ۴ قانون تأمین اجتماعی، صاحبان حرف و مشاغل آزاد می‌توانند با پرداخت حق بیمه مقرر در ماده ۲۹ قانون تأمین اجتماعی «از حمایت‌های موضوع بندهای (الف) و (ب) ماده ۳ قانون تأمین اجتماعی استفاده نمایند.» این تبصره و مفاد بندهای (الف) و (ب) ماده ۳ قانون تأمین اجتماعی هیچ‌گونه دلالتی بر ایجاد حقی برای بیمه‌شدگان حرف و مشاغل آزاد مبنی بر عدم ضرورت پرداخت فرانشیز در مواردی که به بیمارستان‌های متعلق به سازمان تأمین اجتماعی مراجعه می‌نمایند، ندارد. ۲- ماده ۹ آیین‌نامه مذکور و به ویژه مقررات قانون تأمین اجتماعی نفیاً یا اثباتاً فاقد حکمی در خصوص موضوع مورد نظر هستند. ۳- در سال ۱۳۷۳ با تصویب قانون بیمه همگانی خدمات درمانی ضوابط و مقررات جدید و خاصی در خصوص بیمه درمانی به تصویب می‌رسد و از جمله به موجب ماده ۲ این قانون شورای عالی بیمه خدمات درمانی برای انجام وظایفی از جمله «اعمال وظایف سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی ... نظارت و ارزشیابی سطح کمی و کیفی خدمات درمانی» تشکیل گردید. از سوی دیگر صاحبان حرف و مشاغل آزاد یکی از گروه‌های شغلی موضوع مواد قانون بیمه همگانی خدمات درمانی (مانند مواد ۹ و ۱۳) می‌باشند و به صراحت ماده ۹ قانون مذکور هیأت وزیران مجاز و بلکه مکلف است که میزان فرانشیز قابل پرداخت توسط بیمه‌شدگان را بر اساس متن پیشنهادی و تایید شده شورای عالی بیمه خدمات درمانی تصویب نماید و بر این مبنا اتخاذ تصمیم در خصوص فرانشیز

صاحبان حرف و مشاغل آزاد صورت گرفته است. هیأت عمومی دیوان عدالت اداری در تاریخ فوق با حضور رؤسا و مستشاران و دادرسان علی‌البدل شعب دیوان تشکیل و پس از بحث و بررسی و انجام مشاوره با اکثریت آراء به شرح آتی مبادرت به صدور رأی می‌نماید.

رأی هیأت عمومی:

علاوه بر اینکه اعتراض شاکی نسبت به ذیل قسمت (ب) بند ۲ تصویب‌نامه شماره ۴۲۸۱/ت/۳۲۶۶۱ مورخ ۱۳۸۴/۲/۳۱ هیأت وزیران متضمن ادعای مخالفت آن با قانون خاصی نیست، اساساً بیمه اختیاری تابع شرایط و تعهدات بیمه‌گر و بیمه‌گذار بر اساس قرارداد منعقد شده است و تصویب‌نامه هیأت وزیران در قسمت مورد اعتراض با عنایت به میزان تعرفه‌های مقرر بابت خدمات درمانی تعیین فرانشیز (سه‌میه اشخاص بیمه شده) مغایرتی با قانون ندارد و خارج از حدود اختیارات نیز نمی‌باشد.

تاریخ: ۲ مرداد ۱۳۸۶

شماره دادنامه: ۳۰۸/۸۶

کلاسه پرونده: ۸۴/۲۰۷

موضوع رأی: ابطال بخشنامه ۴۰۲۰/۹۹۰۸۲ مورخ ۱۳۸۲/۱۰/۲۹ سازمان تأمین اجتماعی (در خصوص الزام تأمین و انجام تعهدات قانونی مربوط به درمان مشمولین قانون تأمین اجتماعی از طریق مطلق بخش‌های دولتی و در صورت نیاز از طریق بخش خصوصی با رعایت تعرفه‌های رسمی مربوطه) مورخ ۱۳۸۶/۰۵/۰۲

شاکی: آقای محمدرضا قاسمی

مقدمه:

شاکی طی دادخواست تقدیمی اعلام داشته است، جهت اخذ هزینه درمان همسرم به تأمین اجتماعی مراجعه کردم، تأمین اجتماعی استان تهران به استناد بخشنامه شماره ۴۰۲۰/۹۹۰۸۲ مورخ ۸۲/۱۰/۲۹ از پرداخت هزینه مذکور خودداری ورزیده، با توجه به اینکه بخشنامه فوق‌الاشاره به استناد موارد ذیل برخلاف قانون و مقررات می‌باشد، تقاضای ابطال آن را دارم. ۱- طبق رأی شماره ۴۲۹ مورخ ۸۰/۱۲/۱۴ هیأت عمومی دیوان عدالت اداری، تأمین اجتماعی ملزم به تأمین و انجام تعهدات قانونی مربوط به درمان مشمولین قانون تأمین اجتماعی از طریق مطلق بخش‌های دولتی و در صورت نیاز از طریق بخش خصوصی با رعایت تعرفه‌های رسمی مربوطه است. فلذا حصر مراجعه مشمولین به مراکز درمانی طرف قرارداد با تأمین اجتماعی مغایر قانون تشخیص و ابطال شده که بخشنامه فوق نیز در راستای همان بند ۶ صورت جلسه ششصد و هفتاد و چهارمین جلسه هیأت مدیره سازمان تأمین اجتماعی است که با رأی فوق ابطال گردیده است. ۲- حکم مقرر در ماده واحده قانون الزام سازمان تأمین اجتماعی به اجرای بندهای (الف - ب) ماده ۳ قانون تأمین اجتماعی مصوب ۱۳۶۸ سازمان مذکور را موظف نموده که تمام مشمولین را

تحت پوشش درمانی قرار دهد که اطلاق آن مفید الزام سازمان به انجام تعهدات قانونی و تامین درمان مشمولین از طریق کلیه بخش‌های دولتی و در صورت نیاز از طریق بخش خصوصی است، که حصر مذکور بخشنامه مغایر با این قانون نیز می‌باشد. بنابراین تقاضای ابطال بخشنامه شماره ۴۰۲۰/۹۹۰۸۲ مورخ ۸۲/۱۰/۲۹ را خواستارم. مدیرکل دفتر امور حقوقی و دعاوی سازمان تامین اجتماعی در پاسخ به شکایت مذکور طی نامه‌های ۷۱۰۰/۱۳۶۴۷ مورخ ۸۵/۴/۷ و ۷۱۰۰/۱۲۱۴۹ مورخ ۱۳۸۶/۴/۱۷ اعلام داشته‌اند، ۱- طبق مقررات قانون «الزام سازمان تامین اجتماعی به اجرای بندهای (الف) و (ب) ماده ۳ قانون تامین اجتماعی (مصوب ۶۸/۸/۲۱) و نیز به موجب ماده ۱۰ آیین‌نامه اجرائی قانون مزبور مصوب ۱۳۶۹» پرداخت هزینه‌های درمانی در مراکز خصوصی، تنها در صورتی به عهده این سازمان خواهد بود که سازمان، با آن مراکز قرارداد منعقد کرده باشد. این نکته طی بند (ه) تبصره یک «قانون الزام» نیز صریحاً مورد اشاره قرار گرفته است. به موجب این بند «سازمان تامین اجتماعی می‌تواند در صورت لزوم با عقد قرارداد از خدمات پزشکی بخش خصوصی جهت درمان بیمه‌شدگان تامین اجتماعی استفاده نموده و هزینه‌های مربوطه را طبق تعرفه‌های مصوب پرداخت نماید» تنها استثنای وارد بر این قاعده، مراجعه اورژانسی مشمولین تامین اجتماعی به مراکز درمانی بخش خصوصی است که پس از تایید اورژانسی بودن طبق ضوابط شورای عالی تامین اجتماعی هزینه درمان بر عهده سازمان تامین اجتماعی خواهد بود. ۲- در بخشنامه ۴۰۲۰/۹۹۰۸۲ مورخ ۸۲/۱۰/۲۹ قیدی که مخصص و یا ناسخ تمام یا برخی از مقررات ناظر بر تعهد سازمان به ارائه خدمات درمانی از طریق مراکز درمانی دولتی باشد، ملاحظه نمی‌گردد و اساساً موضوع این بخشنامه تبیین چگونگی پرداخت هزینه درمان بیماران بیمه شده در واحد خسارت متفرقه است و در هیچ‌یک از

موارد خسارات متفرقه نیز تزییقی از حیث مراجعه افراد به واحدهای درمانی دولتی دیده نمی‌شود. لذا با عنایت به اینکه بخشنامه مورد اعتراض متضمن هیچ گونه اقدام تقنینی نبوده و هدف از صدور آن ارائه راهکارهای اجرائی جهت پرداخت هزینه‌های درمانی به بیمه‌شدگان با رعایت قانون الزام سازمان تأمین اجتماعی ... و آیین‌نامه اجرائی مربوطه است؛ استناد به دادنامه شماره ۴۲۹ مورخ ۸۰/۱۲/۱۴ هیأت عمومی دیوان عدالت اداری جهت اثبات ادعای خلاف قانون بودن بخشنامه سازمان خالی از وجه و مردود می‌باشد. ۳- شاکي مدعی شده است که به موجب قانون الزام سازمان تأمین اجتماعی ... مصوب ۶۸، سازمان تأمین اجتماعی مکلف گردیده که کلیه مشمولین را (فارغ از هرگونه قید و شرط) تحت پوشش قرار دهد و بخشنامه مغایر با قانون است. در این خصوص ضمن تأکید بر مراتب معروضه در بند مارالذکر به استحضار می‌رساند، حسب قانون الزام سازمان تأمین اجتماعی ... مصوب ۱۳۶۸ و ماده ۱۰ آیین‌نامه اجرایی این قانون مصوب ۶۹ پرداخت هزینه‌های درمانی مراجعه‌کنندگان به مراکز درمانی خصوصی صرفاً در مواردی به عهده سازمان تأمین اجتماعی خواهد بود که سازمان با آن مراکز قرارداد منعقد نموده باشد و یا مورد از موارد اورژانس بوده و این امر به تأیید سازمان رسیده باشد. علی‌ایحال با توجه به اینکه شروط مذکور به موجب قانون و آیین‌نامه وضع گردیده‌اند لذا هرگونه تغییر در آن‌ها نیز می‌بایست به موجب وضع قانونی موخر صورت پذیرد و با عنایت به اینکه تاکنون هیچ مقرر قانونی مبنی بر الزام بدون قید و شرط سازمان تأمین اجتماعی به پرداخت هزینه‌های درمانی بیمه‌شدگانی که از طریق درمان غیر مستقیم (به واسطه خرید خدمت پزشکان و گروه‌های پزشکی بیمارستان‌های بخش خصوصی) تحت درمان قرار می‌گیرند، وضع نشده است، لذا ادعای مغایرت بخشنامه

۴۰۲۰/۹۹۰۸۲ مورخ ۸۲/۱۰/۲۹ با قانون، با این استدلال که بخشنامه مذکور اطلاق موجود در ماده واحده قانون الزام سازمان تامین اجتماعی ... را تهدید نموده است، موجه نمی‌باشد. ۴- به موجب «قانون الزام سازمان‌های بیمه گر به پرداخت خسارت‌های متفرقه مصوب ۸۵/۷/۱۶ صرفاً در خصوص پرداخت هزینه‌های درمان بستری بیماران بیمه شده» سازمان تامین اجتماعی به‌عنوان یکی از سازمان‌های بیمه‌گر، مکلف گردیده که از تاریخ تصویب قانون مذکور، نسبت به پرداخت هزینه‌های مذکور به میزان تعرفه‌های دولتی در بخش‌های مختلف دولتی، خصوصی و خیریه (به صورت مطلق) اقدام نماید. لذا پذیرش صحت ادعای شاکی مبنی بر حصری نبودن تعهد سازمان در قبال هزینه‌های درمانی - مستنداً به قانون الزام سازمان ... مصوب ۶۸ - نتیجه‌ای نخواهد داشت جز قبول واهی و بی‌اثر بودن قانون «الزام سازمان‌های بیمه‌گر...» مصوب ۱۳۸۵. بنابراین شکایت شاکی از نقطه‌نظر تصویب قانون اخیرالذکر نیز با ایراد مواجه است. هیأت عمومی دیوان عدالت اداری در تاریخ فوق با حضور رؤسا و مستشاران و دادرسان علی‌البدل شعب دیوان تشکیل و پس از بحث و بررسی و انجام مشاوره با اکثریت آراء به شرح آتی مبادرت به صدور رأی می‌نماید.

رأی هیأت عمومی:

حکم مقرر در ماده ۱۷ قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور مصرح در تکلیف مطلق بیمارستان‌ها، مراکز بهداشتی و درمانی و مراکز تشخیص و پزشکان کشور (اعم از آزاد یا طرف قرارداد با سازمان تامین اجتماعی) به پذیرش و مداوای بیمه شدگان و نتیجتاً مفید الزام سازمان تامین اجتماعی به انجام وظایف و مسئولیت‌ها و اهداف مقرر در ماده ۵ قانون مذکور از جمله پرداخت هزینه‌های درمانی بیمه

شدگان به مراکز درمانی و پزشکان غیر طرف قرارداد با آن سازمان در حدود تعرفه‌های قانونی مربوط است که در دادنامه‌های شماره ۴۸۱ الی ۴۸۵ مورخ ۱۳۸۵/۷/۲ و ۶۸۴ مورخ ۱۳۸۵/۹/۲۶ نیز مورد تاکید قرار گرفته است. بنابراین بخشنامه شماره ۴۰۲۰/۹۹۰۸۲ مورخ ۱۳۸۲/۱۰/۲۹ سازمان تأمین اجتماعی در قسمت مورد اعتراض و در حد نفی مسئولیت آن سازمان در زمینه پرداخت تعرفه هزینه‌های درمانی به پزشکان و مراکز غیر طرف قرارداد با سازمان مغایر هدف و حکم مقنن و خارج از حدود اختیارات سازمان تأمین اجتماعی در وضع مقررات دولتی تشخیص داده می‌شود و مستنداً به قسمت دوم اصل ۱۷۰ قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران و بند یک ماده ۱۹ و ماده ۴۲ قانون دیوان عدالت اداری ابطال می‌گردد.

تاریخ: ۴ شهریور ۱۳۸۶

شماره دادنامه: ۸۶/۳۹۷

کلاس پرونده: ۵۰۵/۸۵

موضوع رأی: رد درخواست ابطال بند ۳ تصویب‌نامه شماره ۶۶۰۷۰/ت/۳۴۳۴۳ ه
 مورخ ۱۳۸۵/۶/۷ هیأت وزیران و بخشنامه شماره ۶/۷۹۷۳۹/س مورخ
 ۱۳۸۵/۶/۸ معاون سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (در خصوص
 مرجع تعیین تعرفه درمانی در بخش خصوصی) مورخ ۱۳۸۶/۰۶/۰۴

شاکی: سازمان نظام پزشکی

مقدمه:

شاکی به شرح دادخواست و لایحه تکمیلی آن اعلام داشته است، هیأت وزیران طی بند ۳ مصوبه شماره ۶۶۰۷۰/ت/۳۴۳۴۳ ه مورخ ۱۳۸۵/۶/۷ در اقدامی فراقانونی تعرفه‌های مصوب و ابلاغی سازمان نظام پزشکی را لغو و متعاقباً اقدام به تصویب تعرفه درمانی بخش خصوصی نموده است که متأسفانه معاون سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی نیز طی بند ۳ بخشنامه شماره ۶/۷۹۷۳۹/س مورخ ۱۳۸۵/۶/۸ این مصوبه را جهت اجراء به مراجع ذیربط ابلاغ نموده است. از آنجا که مطابق ماده ۳ قانون سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی مصوب ۱۳۸۳/۱/۲۵ مجلس شورای اسلامی و ۱۳۸۳/۸/۱۶ مجمع تشخیص مصلحت نظام، وظیفه تعیین تعرفه‌ها در بخش غیر دولتی مطلقاً به سازمان نظام پزشکی واگذار گردیده است و مصوبه هیأت وزیران و بخشنامه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی برخلاف تصریح قانونگذار موجب سلب اختیار و وظیفه این سازمان گردیده است و خارج از وظایف دستگاه‌های اجرائی می‌باشد. لذا مستنداً به مواد ۱۱ و ۲۵ قانون دیوان عدالت اداری و اصول ۱۷۰ و ۱۷۳ قانون اساسی تقاضای ابطال بند ۳ مصوبه و بند ۳ بخشنامه مذکور را دارد. معاون دفتر امور حقوقی دولت در پاسخ به

شکایت مذکور طی نامه شماره ۱۴۲۱۶۴ مورخ ۱۳۸۵/۱۱/۲ مبادرت به ارسال تصویر نظریه شماره ۱۶۰۴/۱۵۲۸۱۲ مورخ ۱۳۸۵/۱۰/۱۲ سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی و نظریه شماره ۱۳۹۰۶۴ مورخ ۱۳۸۵/۱۰/۲۷ معاونت امور حقوقی ریاست جمهوری نموده است. الف- در نامه شماره ۱۶۰۴/۱۵۲۸۱۲ مورخ ۱۳۸۵/۱۰/۱۲ مدیرکل دفتر حقوقی و دبیرخانه هیأت عالی نظارت سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور آمده است، مطابق قسمت اخیر بند (ک) ماده ۳ قانون سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران مصوب ۸۳/۱/۲۵ مجلس شورای اسلامی اصلاحی مورخ ۸۳/۸/۱۶ مجمع تشخیص مصلحت نظام، «تعیین تعرفه‌های خدمات بهداشتی و درمانی بخش غیر دولتی» از جمله وظایف و اختیارات سازمان مزبور به شمار می‌رود، لیکن به نظر این دفتر، دولت می‌تواند با استفاده از اختیار حاصله از تبصره ۳ ماده واحده قانون اصلاح قانون تعزیرات حکومتی مصوب ۷۳/۷/۱۹ مجمع تشخیص مصلحت نظام، تصمیمات متخذه از سوی سازمان یاد شده در مورد قیمت تعرفه خدمات فوق‌الذکر را اصلاح نماید. ب- معاون امور حقوقی ریاست جمهوری در نامه شماره ۱۳۹۰۶۴ مورخ ۸۵/۱۰/۲۷ اعلام داشته‌اند، با عنایت به تبصره ۳ ماده واحده قانون اصلاح قانون تعزیرات حکومتی مصوب ۱۳۷۳ مجمع تشخیص مصلحت نظام که مقرر می‌دارد، «برای وصول به اهداف مقرر در این قانون دولت می‌تواند در موارد لزوم تصمیمات مراجع قیمت‌گذاری و تعیین شبکه‌های توزیع را هماهنگ و اصلاح نماید.» و با عنایت به نظریه شماره ۵۳۱۸ مورخ ۷۳/۷/۲۴ شورای محترم نگهبان (در خصوص عدم امکان رد، ابطال و نقض و فسخ مصوبات مجمع تشخیص مصلحت نظام توسط هیچ‌یک از مراجع قانونگذاری) اصولاً مجلس شورای اسلامی با تصویب بند (ن) ماده ۳ قانون نظام

پزشکی در مقام آن نبوده است که مصوبه مجمع تشخیص مصلحت نظام را اصلاح نماید در غیر این صورت مصوبه مجلس مورد ایراد شورای نگهبان قرار می‌گرفت. ج- مشاور وزیر و مدیرکل دفتر امور حقوقی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در نامه شماره ۳۱۰۲۷۲/ح/ن مورخ ۸۵/۹/۲۰ اعلام داشته‌اند، ۱- به استناد تبصره ۳ ماده واحده قانون اصلاح قانون تعزیرات حکومتی مصوب ۱۳۷۳ در ماده ۳ تصویب‌نامه شماره ۳۴۳۴۳/ت/۶۶۰۷۰ ه مورخ ۸۵/۶/۷ تعیین تعرفه‌های درمانی سال ۱۳۸۵ را به کار گروه منتخب ریاست جمهوری تفویض و واگذار و بر این مبنا نیز تعرفه‌های درمانی جهت اعمال در کلیه واحدهای درمانی تعیین و به موجب بخشنامه یاد شده به‌منظور اجرا ابلاغ گردیده است. با عنایت به مفاد ماده واحده قانون اصلاح قانون تعزیرات حکومتی مصوب ۱۳۷۳ که به‌منظور نظارت و کنترل دولت بر امور اقتصادی و لزوم هماهنگی مراجع قیمت‌گذاری و توزیع کالا و اجرای مقررات و ضوابط مربوط به آن کلیه امور تعزیرات حکومتی بخش دولتی و غیر دولتی اعم از امور بازرسی و نظارت و رسیدگی و صدور حکم قطعی و اجرای آن را به دولت محول کرده است و به‌منظور حفظ انسجام امور قیمت‌گذاری و تاثیر هر یک از قیمت‌های تعیین شده در قیمت سایر کالاها و خدمات و نهایتاً حفظ اقتدار دولت در امور اقتصادی به لحاظ عهده‌دار بودن وظیفه پاسخگوئی در قبال مردم و نمایندگان مردم در مجلس شورای اسلامی امکان تفکیک در امر قیمت‌گذاری جدید در بخش دولتی و چه در بخش خصوصی قانوناً وجود ندارد. ۲- ماده ۳ قانون تشکیل سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران مصوب سال ۱۳۸۳ که از طرف سازمان شاکی به‌عنوان مستند ابراز و بر اساس آن خواستار ابطال تصویب‌نامه و بخشنامه معترض‌عنه گردیده‌اند، مفاداً عبارت است از تعیین وظایف و اختیارات سازمان نظام پزشکی و بند (ک) ماده اخیر مقرر داشته که «اظهار نظر و مشارکت

فعال به هنگام تعیین یا تجدیدنظر در تعرفه‌های خدمات بهداشتی و درمانی بخش دولتی و تعیین تعرفه‌ها در بخش غیردولتی به طوری که ملاحظه می‌فرمایید مفاد بند (ک) ماده مورد بحث در ارتباط با قانون اصلاح قانون تعزیرات حکومتی مصوب ۱۳۷۳ و اطلاق و عمومیت آن به شرحی که مذکور افتاد ماده ۳ و قانون تشکیل سازمان نظام پزشکی و بند (ک) آن نمی‌تواند دایر شمول ماده واحده قانون اصلاح قانون تعزیرات را محدود نماید. ۳- قانون تشکیل سازمان نظام پزشکی کشور در مرحله تصویب از طرف شورای محترم نگهبان مورد ایراد قانون اساسی قرار گرفت که به علت عدم رفع ایرادات وارده طرح به مجمع محترم تشخیص مصلحت نظام ارجاع و بدون توجه به کلیت ایرادات مورد بحث صرفاً در یک مورد بررسی معمول و سایر ایرادات مورد بررسی و اتخاذ تصمیم واقع نشد که ایراد قانون اساسی در مورد آن‌ها در حال حاضر نیز موجود است و مرتفع نگردیده و لازم به توضیح است که ماده ۳ قانون اخیر از زمره موارد اختلافی نبوده لذا آن ماده را می‌توان از مصوبات مجلس شورای اسلامی محسوب کرد نه مصوبه مجمع تشخیص مصلحت نظام و چون مطابق نظریه تفسیری شماره ۵۳۱۸ مورخ ۷۲/۷/۲۴ شورای نگهبان مقرر گردیده که هیچ‌یک از مراجع قانونگذاری حق رد و ابطال و نقض و فسخ مصوبات مجمع تشخیص مصلحت نظام را ندارند. لذا به فرض حاکمیت ماده ۳ قانون تشکیل سازمان نظام پزشکی نسبت به تبصره ۳ ماده واحده قانون اصلاح تعزیرات حکومتی چون ماده ۳ مصوب مجلس شورای اسلامی است، لذا مصوبه آن مرجع قانونگذاری قانوناً موجب نقض و نسخ مصوبه مجمع تشخیص مصلحت نظام در مانحن‌فیه نخواهد بود. ۴- مطابق اصل ۱۰۷ و ۱۳۸ قانون اساسی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قانوناً عهده‌دار اجرای مقررات مصوب هیأت

وزیران بوده لذا تصویب‌نامه شماره ۶۶۰۷۰/ت/۳۴۳۴۳ مورخ ۸۵/۶/۷ از زمره مقرراتی است که پس از تصویب برای این وزارتخانه نیز براساس اختیار تفویض شده در اصل ۱۳۸ قانون اساسی اصدار یافته و بدین جهت نه تنها هیچ‌گونه عمل خلاف مقررات صورت نگرفته بلکه وفق اختیار و جواز حاصل از قانون اساسی مبادرت به تدوین و صدور بخشنامه نموده است. هیأت عمومی دیوان عدالت اداری در تاریخ فوق با حضور رؤسا و مستشاران و دادرسان علی‌البدل شعب دیوان تشکیل و پس از بحث و بررسی و انجام مشاوره با اکثریت آراء به شرح آتی مبادرت به صدور رأی می‌نماید.

رأی هیأت عمومی:

تعرفه درمانی بخش خصوصی موضوع تصویب‌نامه شماره ۶۶۰۷۰/ت/۳۴۳۴۳ مورخ ۱۳۸۵/۶/۷ هیأت وزیران که مورد اعتراض قرار گرفته در سال ۱۳۸۵ قابل اجراء بوده و با انقضای سال مزبور اعتبار و قابلیت اجرائی آن منتفی گردیده است. بنابراین مصوبه مذکور و بخشنامه صادره بر اساس آن به لحاظ انتفاء موضوع اعتراض قابل رسیدگی و اتخاذ تصمیم نمی‌باشد.

تاریخ: ۸ مهر ۱۳۸۶

شماره دادنامه: ۸۶/۵۰۲

کلاس پرونده: ۷۶۸/۸۴

موضوع رأی: ابطال بخشنامه ۱۱۰۰/۱۹۵۶ مورخ ۷۷/۱۲/۲۶ سازمان تامین اجتماعی (در خصوص ارائه خدمات درمانی به مشمولان تأمین اجتماعی در موارد اورژانسی) مورخ ۱۳۸۶/۰۷/۰۸

شاکی: آقای علی اکبر عجمی کاشانی

مقدمه:

شاکی به شرح دادخواست تقدیمی اعلام داشته است، به موجب ماده ۱۴۸ قانون کار بیمه شده‌ام طبق بند ۲ ماده ۲ قانون تامین اجتماعی خانواده بیمه شده نیز می‌تواند از مزایای مقرر در قانون استفاده نمایند و طبق تبصره ۳ از فصل چهارم آیین‌نامه اجرائی قانون الزام سازمان تأمین اجتماعی به اجرای بندهای (الف) و (ب) ماده ۳ قانون تأمین اجتماعی کل هزینه درمان مشمولین تأمین اجتماعی که به‌طور اورژانس به بخش خصوصی مراجعه می‌نمایند، پس از تایید اورژانس بودن طبق ضوابط شورای عالی تأمین اجتماعی به عهده سازمان می‌باشد. همسر اینجانب دچار حمله قلبی شد و با توجه به سکتته قلبی ایشان به نزدیک‌ترین بیمارستان به محل سکونت منتقل شد، اما به علت نبودن جا در CCU با دادن تعهد کتبی نامبرده را به بیمارستان پارس که پزشک معالج ایشان در آن بیمارستان هستند منتقل شدند، پس از بستری شدن در اورژانس و شور و مشورت پزشکان عمل قلب الزامی تشخیص داده شد. پس از تحویل مدارک به تأمین اجتماعی با اشاره به بخشنامه شماره ۱۱۰۰/۱۹۵۶ مورخ ۷۷/۱۲/۲۶ اعلام نمودند، عمل اورژانسی نبوده و هزینه‌های درمانی را نپذیرفتند. لذا با عنایت به مطالب فوق‌الذکر و نظر به اینکه

در تبصره ۳ از فصل چهارم آیین‌نامه اجرائی قانون الزام سازمان تامین اجتماعی که اعلام می‌دارد (کل هزینه درمان مشمولین تامین اجتماعی که به‌طور اورژانس به بخش خصوصی مراجعه نمایند) حکم واقع شده و اینکه بخشنامه صادره توسط هیأت مدیره سازمان تامین اجتماعی، خلاف قانون می‌باشد، تقاضای ابطال بخشنامه شماره ۱۱۰۰/۱۹۵۶ مورخ ۷۷/۱۲/۲۶ سازمان تامین اجتماعی را دارم. دفتر امور حقوقی و دعاوی سازمان تامین اجتماعی طی نامه شماره ۷۱۰۰/۳۵۷۳۴ مورخ ۸۵/۹/۱۳ در پاسخ به شکایت فوق اعلام داشته‌اند، طبق قانون الزام سازمان تامین اجتماعی به اجرای بندهای (الف) و (ب) ماده ۳ قانون تامین اجتماعی (مصوب ۶۸/۸/۲۱) و نیز به موجب ماده ۱۰ آیین‌نامه اجرائی قانون مزبور، ارائه خدمات درمانی به مشمولان تامین اجتماعی به دو روش درمان مستقیم و غیر مستقیم تقسیم شده است که در روش درمان غیر مستقیم که از طریق خرید خدمت پزشکان و گروه‌های پزشکی بیمارستان‌های بخش خصوصی صورت می‌گیرد. ۱- مشمولینی که با معرفی سازمان طبق ضوابط مقرر به بخش خصوصی طرف قرارداد مراجعه می‌نمایند از پرداخت هزینه درمانی معاف خواهند بود. ۲- بیماران مشمول تامین اجتماعی که «رأساً» به بخش خصوصی طرف قرارداد مراجعه می‌کنند موظف به پرداخت فرانشیز هستند (تبصره بند الف ماده ۱۰ آیین‌نامه اجرائی قانون الزام سازمان تامین اجتماعی به اجرای بندهای الف و ب ماده ۳ قانون تامین اجتماعی) ۳- طبق تبصره ۳ ماده ۱۰ آیین‌نامه مذکور مشمولین که به‌طور اورژانس به بخش خصوصی مراجعه می‌نمایند، پس از تایید اورژانس بودن، هزینه درمان آن‌ها به عهده سازمان خواهد بود. با توجه به مطالب مذکور به موجب بند (ه) تبصره ۱ قانون الزام، سازمان تامین اجتماعی می‌تواند در صورت لزوم با عقد قرارداد از خدمات پزشکی بخش خصوصی جهت درمان بیمه

شدگان تأمین اجتماعی استفاده نموده و هزینه‌های مربوط را طبق تعرفه‌های مصوب ... پرداخت نماید» تنها استثنای وارد بر این قاعده، مراجعه اورژانسی مضمولین تأمین اجتماعی به مراکز درمانی بخش خصوصی است که پس از تایید اورژانسی بودن طبق ضوابط شورای عالی تأمین اجتماعی هزینه درمان بر عهده سازمان تأمین اجتماعی خواهد بود که بخشنامه مورد شکایت شاکی در همین معنا صادر شده است. بر اساس بخشنامه شماره ۴۰۲۰/۲۷۴۲۱ مورخ ۷۹/۳/۱۱، اصلاحی بند (ب) بخشنامه ۱۱۰۰/۱۹۵۶ مورخ ۷۷/۱۲/۲۶ بیمه‌شدگان مشاغل آزاد و بیمه اختیاری در صورت مراجعه و بستری شدن در مراکز طرف قرارداد، اعم از مراکز درمانی دولتی و خصوصی، در کلیه موارد هزینه درمان آنان بر عهده سازمان خواهد بود. بنا به مطالب مذکور رد شکایت مطروحه مورد استدعا است. هیأت عمومی دیوان عدالت اداری در تاریخ فوق با حضور رؤسا و مستشاران و دادرسان علی‌البدل شعب دیوان تشکیل و پس از بحث و بررسی و انجام مشاوره با اکثریت آراء به شرح آتی مبادرت به صدور رأی می‌نماید.

رأی هیأت عمومی:

نظر به اینکه اولاً حسب ماده واحده قانون الزام سازمان‌های بیمه‌گر درمانی به پرداخت خسارت‌های متفرقه مصوب ۸۵/۷/۱۶ سازمان‌های بیمه‌گر از تاریخ تصویب قانون موظف به پرداخت هزینه‌های درمانی بیماران بیمه شده به میزان تعرفه دولتی در بخش‌های مختلف اعم از دولتی، خصوصی و خیریه می‌باشند. ثانیاً طبق ماده ۱۷ قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور مصوب ۷۳/۸/۳ کلیه

بیمارستان‌ها، مراکز بهداشتی و درمانی و مراکز تشخیص و پزشکان کشور موظف به پذیرش و مداوای بیمه‌شدگان و ارائه و انجام خدمات و مراقبت‌های پزشکی لازم بر اساس ضوابط و مقررات این قانون هستند. علیهذا بخشنامه شماره ۱۱۰۰/۱۹۵۶۱ مورخ ۷۷/۱۲/۲۶ سازمان تأمین اجتماعی از این جهت که بیمه‌شدگان را جهت دریافت خدمات پزشکی ملزم به مراجعه به مراکز طرف قرارداد سازمان می‌نماید، خلاف قانون و خارج از حدود اختیارات است و به استناد بند یک ماده ۱۹ قانون دیوان عدالت اداری مصوب ۱۳۸۵ ابطال می‌گردد.

تاریخ: ۸ مهر ۱۳۸۶

شماره دادنامه: ۵۰۶/۸۶

کلاس پرونده: ۸۴/۱۳۳

موضوع رأی: عدم ابطال نظریه ۱۵۰/ف/۲۱۱۴۳ مورخ ۱۳۸۲/۵/۱۹ تامین اجتماعی استان فارس و نظریه شماره ۵۹۵۹۳ مورخ ۱۳۸۲/۶/۲۵ اداره کل امور فنی بیمه شدگان سازمان تامین اجتماعی (در خصوص پرداخت حقوق و مزایای ایام بیماری و بارداری کارکنان) مورخ ۱۳۸۶/۰۷/۰۸

شاکی: شرکت صنایع الکترونیک شیراز

مقدمه:

شاکی به شرح دادخواست تقدیمی اعلام داشته است، در زمان تصویب آیین‌نامه استخدامی شرکت صنایع الکترونیک شیراز فقط یک صندوق بیمه و بازنشستگی خاص کارکنان وجود داشته است و هیچ‌یک از کارکنان در آن زمان مشمول صندوق تامین اجتماعی نبوده‌اند. در سال ۱۳۷۰ توافقنامه با سازمان تامین اجتماعی منعقد گردید و تعهدات مندرج در ماده ۳ قانون تامین اجتماعی به امضاء طرفین رسیده است و در این راستا هر صندوقی که کسور بیمه و بازنشستگی را دریافت می‌دارد، مکلف است علاوه بر اینکه به بیمه‌شدگان خدمات ارائه می‌دهد، حقوق و مزایای ایام بیماری و بارداری بیمه‌شدگان را نیز پرداخت نماید. اما نظرات مورد شکایت در خصوص عدم پرداخت حقوق و مزایای ایام بیماری و بارداری کارکنان رسمی و قراردادی و کارگران شرکت خلاف قانون بوده و خارج از حدود اختیارات می‌باشد لذا ابطال آن‌ها مورد تقاضا است. مدیرکل دفتر امور حقوقی و دعوی سازمان تامین اجتماعی در پاسخ به شکایت مذکور طی نامه شماره ۳۵۰۵/۷۱۰۰ مورخ ۸/۳/۸۶ اعلام داشته‌اند، این سازمان با توجه به ماده ۶۴ قانون

تأمین اجتماعی و مواد ۵-۸ و ۵-۹ و ۱۲-۹ آیین‌نامه استخدامی شرکت صنایع الکترونیک شیراز نسبت به غرامت دستمزد ایام بیماری و ایام استراحت بارداری بانوان کارمند و نیز غرامت دستمزد بیماری و حوادث غیر ناشی از کار کارکنان موقت آن شرکت تا ۲۴ روز تکلیفی بر عهده ندارد. حکم ماده ۶۴ قانون تأمین اجتماعی حکمی است امری و هرگونه توافق بر خلاف آن بلااثر و باطل است. هیأت عمومی دیوان عدالت اداری در تاریخ فوق با حضور رؤسا و مستشاران و دادرسان علی‌البدل شعب دیوان تشکیل و پس از بحث و بررسی و انجام مشاوره با اکثریت آراء به شرح آتی مبادرت به صدور رأی می‌نماید.

رأی هیأت عمومی:

با توجه به اصلاح اساسنامه شرکت صنایع الکترونیک در سال ۱۳۸۴ و با توجه به نامه شماره ۲۱۸۸/۵۱۴ مورخ ۱۳۸۶/۱/۱۸ سازمان تأمین اجتماعی که متضمن انجام خواسته شرکت صنایع الکترونیک شیراز در خصوص اجرای تعهدات سازمان تأمین اجتماعی نسبت به پرداخت غرامت دستمزد ایام بیماری و بارداری بیمه شدگان است، شکایت و اعتراض نسبت به مصوبات شماره ۲۱۱۴۳/ف/۱۵۰ مورخ ۱۳۸۲/۵/۱۹ و ۵۹۵۹۳ مورخ ۱۳۸۲/۶/۲۵ سالبه به انتفاء موضوع است و با این وصف موردی برای رسیدگی و اتخاذ تصمیم در زمینه اعتراض شاکی در هیأت عمومی دیوان وجود ندارد.

تاریخ: ۳۰ مهر ۱۳۸۶

شماره دادنامه: ۸۶/۶۰۰

کلاس پرونده: ۳۶۸/۸۴

موضوع رأی: رد درخواست ابطال بخشنامه شماره ۱۱۰۰/۱۳۶۸۱ مورخ ۸۳/۴/۱۳
موضوع راهبر نوین عقد قرارداد با مراکز درمانی و ارائه‌کننده خدمات تشخیص
درمانی مورخ ۱۳۸۶/۰۷/۳۰

شاکی: معاونت نظارت و بازرسی امور فرهنگی و اجتماعی سازمان بازرسی

کل کشور

گردشکار:

شاکی به خواسته فوق دادخواستی به طرفیت معاونت بیمه و درمان سازمان بیمه خدمات درمانی تقدیم دیوان نموده که پس از ثبت به شماره ۴۰۱۳۴ مورخ ۸۴/۵/۲۳ به هیأت عمومی دیوان عدالت اداری ارجاع و به کلاس فوق ثبت گردیده است. تشریفات قانونی در خصوص پرونده فوق معمول و پرونده تحت نظر است. ملاحظه می‌شود خواسته مشمول ماده ۳۹ قانون دیوان عدالت اداری بوده ضمن اعلام ختم رسیدگی به شرح آتی مبادرت به صدور قرار می‌نماید.

قرار هیأت عمومی:

در خصوص شکایت معاونت نظارت و بازرسی امور فرهنگی و اجتماعی سازمان بازرسی کل کشور به خواسته ابطال بخشنامه شماره ۱۱۰۰/۱۳۶۸۱ موضوع راهبر نوین عقد قرارداد با مراکز درمانی و ارائه‌کننده خدمات تشخیص درمانی به طرفیت معاونت بیمه و درمان سازمان بیمه خدمات نظر به اینکه بخشنامه فوق لغو و بخشنامه شماره ۸۴/۳/۹/ح/م مورخ ۸۴/۳/۹ جایگزین آن گردیده است و مورد شکایت موضوعاً منتفی شده است بنابراین موجبی برای رسیدگی وجود ندارد به

استناد ماده ۳۹ قانون دیوان عدالت اداری مصوب ۱۳۸۵ قرار رد درخواست صادر و اعلام می‌گردد. قرار صادره قطعی است.

تاریخ: ۱۸ آذر ۱۳۸۶

شماره دادنامه: ۹۹۸/۸۶

کلاسه پرونده: ۸۲/۵۸۳

موضوع رأی: عدم ابطال بند ۹-۲ دستورالعمل اجرائی بیمه مکمل نیروهای مسلح سازمان خدمات درمانی نیروهای مسلح جمهوری اسلامی ایران (در خصوص عدم پرداخت هزینه‌های درمانی بیماری همسر بیمه شده) مورخ ۱۳۸۶/۰۹/۱۸

شاکی: آقای اله کرم فرهمند صابر

مقدمه:

شاکی به شرح دادخواست و لایحه تکمیلی آن اعلام داشته‌اند، سازمان خدمات درمانی نیروهای مسلح به موجب بند ۲-۹ دستورالعمل مورد شکایت و بدون هیچ گونه مستند قانونی از پرداخت هزینه‌های درمانی بیماری همسر خودداری می‌نمایند و اعلام می‌نمایند، هزینه‌های ویزیت سرپائی دارو به عهده آن اداره نمی‌باشد. در صورتی که ماهیانه مبلغ ۲۴۲۲۸ ریال بابت بیمه درمانی و مبلغ ۱۸۶۰۰ ریال بابت بیمه مکمل پرداخت می‌نمایم. بنا به مراتب ابطال بند ۲-۹ دستورالعمل فوق‌الذکر را دارم. مدیرعامل سازمان خدمات درمانی نیروهای مسلح جمهوری اسلامی ایران در پاسخ به شکایت مذکور طی نامه شماره ۵۴۸۸/۵۵/ب/الف مورخ ۱۱/۹/۱۳۸۲ اعلام داشته‌اند، ۱- براساس ضوابط بیمه همگانی (مصوب شورای عالی بیمه کشور) کلیه خدمات و اعمال نازائی جزو تعهدات سازمان‌های بیمه اولیه نمی‌باشد. ۲- بدیهی است تعیین حدود تعهدات سیستم‌های بیمه براساس حق بیمه و سرانه در نظر گرفته شده و اعتبارات موجود کارشناسی و تعیین می‌گردد و افزایش سطح و شمول تعهدات بیمه مکمل در حیطه اختیارات

ستاد کل نیروهای مسلح و منوط به امکان تامین اعتبارات لازم خواهد بود. دبیر محترم شورای نگهبان در خصوص ادعای خلاف شرع بودن بند ۲-۹ بخشنامه مورد شکایت طی نامه شماره ۲۱۴۹۰/۳۰/۸۶ مورخ ۱۶/۳/۱۳۸۶ اعلام داشته‌اند، موضوع بند ۲-۹ بخشنامه شماره ۱۴۰/۱/۹۰۲ مورخ ۳۱/۳/۱۳۷۹ سازمان خدمات درمانی نیروهای مسلح در جلسه مورخ ۱۶/۳/۱۳۸۶ فقهای شورای نگهبان مورد بحث و بررسی قرار گرفت و خلاف موازین شرع شناخته نشد. هیأت عمومی دیوان عدالت اداری در تاریخ فوق با حضور رؤسا و مستشاران و دادرسان علی‌البدل شعب دیوان تشکیل و پس از بحث و بررسی و انجام مشاوره با اکثریت آراء به شرح آتی مبادرت به صدور رأی می‌نماید.

رأی هیأت عمومی:

اولاً، فقهای محترم شورای نگهبان به شرح نظریه شماره ۲۱۴۹۰/۳۰/۸۶ مورخ ۱۶/۳/۱۳۸۶ بند ۲-۹ دستورالعمل شماره ۱۴۰/۱/۹۰۲ مورخ ۳۱/۳/۱۳۷۹ سازمان خدمات درمانی نیروهای مسلح را خلاف موازین شرع ندانسته‌اند. بنابراین موردی برای ابطال بند مزبور در اجرای ماده ۴۱ قانون دیوان عدالت اداری مصوب ۱۳۸۵ وجود ندارد. ثانیاً اعتراض نسبت به تصویب‌نامه‌ها و آیین‌نامه‌ها و سایر نظامات دولتی به شرط اعلام مخالفت آن‌ها با احکام شرع یا قانون یا خارج بودن آن‌ها از حدود اختیارات قوه مجریه با تعیین مشخصات کامل قوانین مورد ادعا قابل رسیدگی و اتخاذ تصمیم در هیأت عمومی دیوان است. نظر به اینکه اعتراض شاکی نسبت به بند ۲-۹ دستورالعمل فوق‌الذکر متضمن اعلام مغایرت آن با قانون خاصی نیست، بنابراین اعتراض به جهت مذکور قابل رسیدگی در هیأت عمومی دیوان نیز نمی‌باشد.

تاریخ: ۲۳ دی ۱۳۸۶

شماره دادنامه: ۸۶/۱۲۱۹

کلاسه پرونده: ۶۰۹/۸۴

موضوع رأی: عدم ابطال دستورالعمل شماره ۴۰۲۰/۳۴۱۳۲ مورخ ۱۳۸۴/۴/۲۱ سازمان تامین اجتماعی. (در خصوص تعیین دامنه تعهدات درمانی و حداقل شمول و سطوح خدمات پزشکی و دارویی که انجام و ارائه آن در نظام خدمات درمانی بر عهده سازمان‌های بیمه گر می باشد) مورخ ۱۳۸۶/۱۰/۲۳

شاکا: آقای علی اکبر احمدی

مقدمه:

شاکا به شرح دادخواست تقدیمی اعلام داشته است، با توجه به ابتلا به بیماری هپاتیت C و عوارض کبدی پزشک استفاده از آمپول پگاسیس را ضروری دانسته و تجویز نموده است. پس از چند مرحله تهیه داروی مزبور در تاریخ ۱۳۸۴/۴/۱۸ از تایید نسخه خودداری و استفاده از داروی مشابه پیشنهاد گردید. این اقدام مستند به دستورالعمل شماره ۴۰۲۰/۳۴۱۳۲ مورخ ۱۳۸۴/۴/۲۱ مدیرکل درمان غیر مستقیم سازمان تامین اجتماعی بوده و با توجه به اینکه دستورالعمل مذکور خلاف مواد ۳ و ۵۴ قانون تامین اجتماعی می باشد، ابطال آن مورد تقاضا است. مدیرکل دفتر امور حقوقی و دعاوی سازمان تامین اجتماعی در پاسخ به شکایت مذکور طی نامه شماره ۷۱۰۰/۲۳۸۴۶ مورخ ۱۳۸۶/۷/۲۸ اعلام داشته‌اند، ماده ۱۰ قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور تعیین دامنه تعهدات درمانی و حداقل شمول و سطوح خدمات پزشکی و دارویی را که انجام و ارائه آن در نظام خدمات درمانی بر عهده سازمان‌های بیمه گر از جمله سازمان تامین اجتماعی قرار می‌گیرد به مصوبات شورای عالی بیمه خدمات درمانی و هیأت وزیران واگذار نموده است و داروی مورد نظر شاکا

در هیچ‌یک از لیست‌های مصوب نامبرده نشده است. هیأت عمومی دیوان عدالت اداری در تاریخ فوق با حضور رؤسا و مستشاران و دادرسان علی‌البدل شعب دیوان تشکیل و پس از بحث و بررسی و انجام مشاوره با اکثریت آراء به شرح آتی مبادرت به صدور رأی می‌نماید.

رأی هیأت عمومی:

به موجب حکم مقنن در ماده ۱۰ قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور مصوب ۱۳۷۳/۸/۳ تعیین و اعلام حداقل شمول و سطح خدمات پزشکی و داروئی احصاء شده در ماده مذکور منوط و موكول به پیشنهاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و تایید شورای عالی و تصویب هیأت وزیران گردیده است و با عنایت به اینکه دستورالعمل شماره ۴۰۲۰/۳۴۱۳۲ مورخ ۱۳۸۴/۴/۲۱ مورد شکایت در انطباق با مصوبات مراجع ذیصلاح مذکور در ماده ۱۰ فوق‌الاشاره تنظیم و صادر گردیده است و عدول یا تجاوز از حکم و هدف قانونگذار در آن مشهود نمی‌باشد، لذا مغایرتی با قانون ندارد و قابل ابطال نمی‌باشد.

تاریخ: ۱۸ فروردین ۱۳۸۷

شماره دادنامه: ۸۷/۶

کلاس پرونده: ۹۱۶/۸۵

موضوع رأی: ابطال بخشنامه شماره ۴۸۹۸۶/ک/۴۰۱۰ مورخ ۸۱/۶/۳ مدیرکل
درمان مستقیم سازمان تأمین اجتماعی. (در خصوص اعتراض به رأی کمیسیون
پزشکی در مورد از کارافتادگی کلی) مورخ ۱۳۸۷/۰۱/۱۸

شاکی: آقای کیومرث پرهیزکار

مقدمه:

شاکی به شرح دادخواست تقدیمی و لایحه تکمیلی اعلام داشته است، به استناد ماده ۷۰ قانون سازمان تأمین اجتماعی با تأیید و معرفی پزشکان معالج مبنی بر غیر قابل علاج و غیر قابل درمان بودن بیماری‌ها به کمیسیون پزشکی ماده ۹۱ سازمان معرفی شدم اعضای کمیسیون پزشکی تعداد ده بیماری را تأیید کرده‌اند ولی اعلام داشته‌اند از کارافتادگی کلی تلقی نمی‌شود. در این رابطه باید به استناد ماده ۹ آیین‌نامه اجرایی کمیسیون‌های پزشکی به رأی کمیسیون بدوی اعتراض کنم لذا از مدیریت درمان درخواست نمودم که نظر پزشکان را در مورد بیماری‌ها به بنده اعلام کرده تا بتوانم در کمیسیون تجدیدنظر اعتراض کنم. مدیریت درمان برابر بخشنامه شماره ۴۸۹۸۶/ک/۴۰۱۰ مورخ ۱۳۸۱/۶/۳ از اعلام درصد بیماری‌های مزبور به اینجانب خودداری می‌نمایند در حالی که مطابق ماده ۹۱ قانون تأمین اجتماعی که اعلام می‌دارد، ترتیب تشکیل و تعیین اعضا و ترتیب رسیدگی و صدور رأی براساس جدول میزان از کارافتادگی طبق آیین‌نامه‌ای خواهد بود که به پیشنهاد سازمان به تصویب شورای عالی می‌رسد که در این مورد جدول مذکور که مطابق ماده ۹۱ به تصویب رسیده حاکی از این است که کمیسیون‌های پزشکی که

مطابق ماده ۹۱ تشکیل گردیده باید درصد نقص عضو و میزان از کارافتادگی را مطابق ماده ۷۰ به صراحت در آراء کمیسیون‌های پزشکی ذکر کند. لذا تقاضای ابطال بخشنامه مدیریت درمان را دارم. مدیرکل دفتر امور حقوقی و دعاوی سازمان تأمین اجتماعی در پاسخ به شکایت فوق طی لایحه شماره ۳۶۴۹۰ مورخ ۸۶/۱۱/۱۴ اعلام داشته‌اند، مستنداً به ماده ۹۱ قانون تأمین اجتماعی، تعیین میزان از کارافتادگی بر عهده کمیسیون‌های بدوی و تجدیدنظر پزشکی می‌باشد و ترتیب تشکیل و تعیین اعضاء و ترتیب رسیدگی و صدور رأی براساس جدول میزان از کارافتادگی طبق آیین‌نامه‌ای خواهد بود که به پیشنهاد سازمان به تصویب شورای عالی می‌رسد. لذا بنابه اختیار قانونی تفویض شده مبنی بر تعیین جدول میزان از کارافتادگی پس از بررسی‌های کارشناسی و اخذ نظرات پزشکان متخصص شاغل در سازمان و خارج از آن و همچنین اساتید علوم پزشکی در دانشگاه‌های معتبر سراسر کشور نهایتاً در تاریخ ۱۳۸۲/۳/۱۰ کتابچه‌ای جهت تعیین درصد نقص عضو و از کارافتادگی در سیصدو بیست و نهمین جلسه شورای عالی تأمین اجتماعی تصویب گردید که در حال حاضر نیز ملاک عمل می‌باشد. بنابه شرح مصوبه مذکور، چنانچه بیمه شده‌ای دارای ۲ یا چند نقص عضو باشد، به‌منظور تعیین جمع ترکیبی درصد نقص اعضا و مشخص نمودن نتیجه نهایی درصد نقص اعضا از جدول مذکور استفاده می‌شود. جمع درصد نقص عضو طبق مصوبه شورای عالی سازمان جمع ۵۲٪ نیست بلکه برآورد ترکیبی نقص عضو و بیماری محاسبه می‌گردد. هیأت عمومی دیوان عدالت اداری در تاریخ فوق با حضور رؤسا و مستشاران و دادرسان علی‌البدل شعب دیوان تشکیل و پس از بحث و بررسی و انجام مشاوره با اکثریت آراء به شرح آتی مبادرت به صدور رأی می‌نماید.

رأی هیأت عمومی:

طبق بند (الف) ماده ۷۰ قانون تأمین اجتماعی مصوب ۱۳۵۴ هرگاه درجه کاهش قدرت کار بیمه شده شصت و شش درصد و بیشتر باشد از کارافتاده کلی شناخته می‌شود و با رعایت مقررات مربوط از حقوق قانونی مترتب بر آن برخوردار می‌گردد و در ماده ۹۱ آن قانون تعیین میزان از کارافتادگی جسمی و روحی بیمه شدگان و افراد خانواده آن‌ها به ترتیب مقرر در آیین‌نامه مصوب شورای عالی تأمین اجتماعی به عهده کمیسیون‌های بدوی و تجدیدنظر پزشکی محول شده است. نظر به اهداف مقنن در خصوص ضرورت حمایت از بیمه شدگان و افراد خانواده آنان در مقام برخورداری از حقوق قانونی مربوط و لزوم اطلاع و آگاهی شخص بیمه شده از میزان درجه کاهش قدرت کار تعیین شده توسط کمیسیون پزشکی و اعتراض نسبت به آن در صورت اقتضاء، قسمت آخر بخشنامه شماره ۴۸۹۸۶/ک/۴۰۱۰ مورخ ۱۳۸۱/۶/۳ سازمان تأمین اجتماعی که مقرر داشته در زمانی که بیمه شدگان به دلیل بیماری عادی به کمیسیون پزشکی مراجعه نموده و در حد از کارافتاده کلی نمی‌باشند از هرگونه تخصیص درصد به آنان احتراز گردد. به لحاظ اینکه مفهوم اجتناب سازمان از اعلام کاهش درجه قدرت کار به شخص بیمه شده و نتیجتاً عدم اطلاع او در این خصوص است خلاف قانون و خارج از حدود اختیارات قانونی مربوط تشخیص داده می‌شود و به استناد اصل ۱۷۰ قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران و ماده یک و بند یک ماده ۱۹ و ماده ۴۲ قانون دیوان عدالت اداری مصوب ۱۳۸۵ ابطال می‌شود.

تاریخ: ۳۰ تیر ۱۳۸۷

شماره دادنامه: ۸۷/۲۷۵

کلاس پرونده: ۵۲۷/۸۶

موضوع رأی: عدم ابطال بند ۵۴ بخشنامه شماره ۹ کارهای سخت و زیان آور مورخ ۱۳۸۱/۲/۲۹ سازمان تامین اجتماعی.

شاکی: آقای حسن حسامی و رجوی

مقدمه:

شاکی به شرح دادخواست تقدیمی اعلام داشته است، با داشتن ۲۶ سال سابقه پرداخت حق بیمه در کارهای سخت و زیان آور به استناد اصلاح تبصره ۲ ماده ۷۶ قانون تامین اجتماعی مصوب ۱۳۸۰/۷/۱۴ مجمع تشخیص مصلحت نظام جهت برخورداری از بازنشستگی درخواست خود را به سازمان تامین اجتماعی شعبه ۲ تبریز تقدیم نموده ولی مسئولین اعلام نموده‌اند، برطبق بند ۵۴ بخشنامه شماره ۹ کارهای سخت و زیان آور مورخ ۱۳۸۱/۸/۲۹ به علت وجود نام پیمانکاری در سوابق واریزی حق بیمه از سال ۷۷ به بعد امکان بهره‌مندی از بازنشستگی سخت و زیان آور میسر نمی‌باشد. با عنایت به متن لایحه اصلاح تبصره ۲ ماده ۷۶ قانون تصریح شده افرادی که حداقل ۲۰ سال متوالی یا ۲۵ سال متناوب در کارهای سخت و زیان آور (مخل سلامت) اشتغال داشته باشند و در هر مورد حق بیمه مدت مزبور را به سازمان پرداخته باشند، می‌توانند تقاضای مستمری بازنشستگی نمایند، و عیناً در ماده ۱۴ آیین‌نامه اجرایی بند ۵ جزء (ب) ماده واحده قانون مذکور اعلام نموده بیمه شدگانی که حداقل ۲۰ سال سابقه کار متوالی یا ۲۵ سال سابقه کار متناوب و پرداخت حق بیمه در کارهای سخت و زیان آور را دارا باشند، بدون شرط سنی می‌توانند درخواست بازنشستگی از سازمان تامین اجتماعی نمایند

و همچنین در ماده ۱۶ همان آیین‌نامه، کارفرما را مکلف نموده پس از احراز شرایط بازنشستگی معادل ۴ درصد میزان مستمری برقراری به نسبت سنوات اشتغال او در مشاغل سخت و زیان آور او را که سازمان تامین اجتماعی محاسبه و مطالبه می‌گردد، به طوری که به سازمان مزبور پرداخت نماید. کارفرمایان شرکت‌های تولیدی نیز برای اخراج کارگران برخی از قسمت‌های کارگاه‌ها از سیاست تغییر نام کارفرما به جهت قراردادی نمودن آن‌ها از طریق تنظیم و انعقاد قراردادهای صوری با اشخاص حقیقی و حقوقی از رسمی به قراردادی موقت تغییر داده تا بتوانند بودن کوچک‌ترین مقاومت نسبت به اخراج کارگران اقدام نمایند و با تغییر نام کارفرما به پیمانکار مبالغی را دریافت می‌نمایند. هدف مقنن از تصویب قانون فوق سخت و زیان آور بودن شغل است نه شخصیت کارفرما لذا تقاضای ابطال بند ۵۴ بخشنامه شماره ۹ کارهای سخت و زیان آور را دارد. مدیر کل تامین اجتماعی آذربایجان شرقی در پاسخ طی نامه شماره ۰۰۱۳۷۸ مورخ ۱۳۸۶/۲/۲ اعلام داشته است، با عنایت به بند (ب) تبصره ماده واحده قانون اصلاح تبصره ۲ الحاقی ماده ۷۶ قانون اصلاح مواد ۷۲ و ۷۷ و تبصره ماده ۷۶ قانون تامین اجتماعی مصوب ۵۴ و الحاق دو تبصره به ماده ۷۶ مصوب ۱۳۷۱/۱۲/۱۶ مجلس شورای اسلامی و طبق شق پنجم بند (ب) ماده واحده قانون مرقوم مراحل صدور حکم بازنشستگی متقاضیان قانون مذکور برابر مادتين ۷ و ۸ و ۹ و ۱۲ و ۱۳ و ۱۴ آیین‌نامه اجرائی بند ۵ جزء (ب) ماده واحده قانون اصلاح تبصره ۲ الحاقی ماده ۷۶ مصوب ۱۳۸۰/۱۲/۲۲ هیأت وزیران از لحاظ تعیین سخت و زیان آور مشاغل، نحوه احراز توالی و تناوب اشتغال در کارهای سخت و زیان آور و تشخیص شرایط بازنشستگی در کارهای سخت و زیان آور به ترتیب در کمیته‌های استانی متشکل از اعضای

موضوع ماده ۸ آیین‌نامه قانون موصوف و شورای واحدهای اجرائی سازمان تامین اجتماعی انجام می‌پذیرد. همچنین با ملاحظه پرونده بیمه‌ای شاکی طبق نظر کمیته استانی مشاغل شاکی از تاریخ ۱۳۷۳/۸/۷ لغایت ۱۳۷۷/۵/۱ از حیث سخت و زیان آور بودن مورد تایید قرار نگرفته و بدان جهت موجبات بهره مندی بازنشستگی در کارهای سخت و زیان آور را احراز نموده است و همچنین پیمان کارفرمای متبوعه شاکی به اتمام رسیده و پیمانکار از تامین اجتماعی شعبه مربوط مفاسد حساب اخذ نموده وصول ۴ درصد (موضوع ماده ۱۶ آیین‌نامه موصوف) مقرر از پیمانکار به لحاظ اتمام پیمان و فقدان هرگونه بدهی فاقد وجاهت قانونی است لذا تقاضای رد شکایت شاکی را دارد. هیأت عمومی دیوان عدالت اداری در تاریخ فوق با حضور رؤسا و مستشاران و دادرسان علی‌البدل شعب دیوان تشکیل و پس از بحث و بررسی و انجام مشاوره با اکثریت آراء به شرح آتی مبادرت به صدور رأی می‌نماید.

رأی هیأت عمومی:

احکام قانونگذار در خصوص تمایز مشاغل سخت و زیان آور از سایر مشاغل از جمله بند (ب) تبصره ماده واحده قانون اصلاح تبصره ۲ الحاقی ماده ۷۶ قانون اصلاح مواد ۷۲ و ۷۷ و تبصره ماده ۷۶ قانون تأمین اجتماعی مصوب ۱۳۵۴ و الحاق دو تبصره به ماده ۷۶ مصوب ۱۳۷۱/۱۲/۱۶ مجلس شورای اسلامی در باب استحقاق شاغلین کارهای سخت و زیان آور به استفاده از مستمری بازنشستگی با داشتن ۲۰ سال متوالی یا ۲۵ سال متناوب سابقه خدمت با پرداخت حق بیمه، مصرح در آن است که افراد مذکور عملاً به کارهای سخت و زیان آور (مخل سلامت) اشتغال

داشته باشند و مطابق شق ۵ بند (ب) ماده واحده قانون مذکور، تشخیص مشاغل سخت و زیان آور و نحوه احراز توالی و تناوب اشتغال به موجب آیین نامه‌ای خواهد بود که حداکثر ظرف ۴ ماه توسط سازمان تأمین اجتماعی و وزارتخانه‌های کار و امور اجتماعی و بهداشت درمان و آموزش پزشکی تهیه و به تصویب هیأت وزیران می‌رسد. نظر به اینکه مفاد بند ۵۴ بخشنامه شماره ۹ کارهای سخت و زیان آور مورخ ۱۳۸۱/۲/۲۹ سازمان تأمین اجتماعی نافی حکم مقنن در باب حقوق خاص افراد شاغل در کارهای سخت و زیان آور نیست و منحصرأً متضمن عدم تسری آن به حق بیمه پیمان است بنابراین مصوبه مورد اعتراض به جهت مذکور مغایرتی با قانون ندارد.

تاریخ: ۳ آذر ۱۳۸۷

شماره دادنامه: ۸۷/۵۹۱

کلاس پرونده: ۱۰۳/۸۷

موضوع رأی: رد درخواست ابطال تصویب‌نامه شماره ۱۴۲۷۵/ت/۲۴۰۰۹ ه مورخ ۱۳۸۰/۴/۴ هیأت وزیران. (در خصوص اعتراض به خارج کردن ۱۳۱ قلم دارو از پوشش بیمه) مورخ ۱۳۸۷/۰۹/۰۳

شاکی: آقای احمدرضا جهان اندیش

مقدمه:

شاکی به شرح دادخواست تقدیمی اعلام داشته است، قانونگذار در اجرای اصل ۲۹ قانون اساسی در بخش دارو و درمان سالانه مبلغ قابل توجهی را به‌عنوان یارانه تصویب و در اختیار دستگاه‌های اجرائی ذیربط قرار می‌دهد. با عنایت به بند یک ماده ۲ و بند (الف) ماده ۳ قانون تأمین اجتماعی و ماده واحده قانون استفساریه بند (الف) تبصره ۱۰ قانون بودجه سال ۱۳۷۷ کل کشور و ماده یک قانون بیمه همگانی خدمات درمانی مصوب ۱۳۷۷ در خصوص پرداخت حق بیمه و استفاده از خدمات پزشکی تحت هر عنوان آموزش پزشکی قرار می‌گیرد. اما تصویب‌نامه شماره ۱۴۲۷۵/ت/۲۴۰۰۹ ه مورخ ۱۳۸۰/۴/۴ مصوب هیأت وزیران برخلاف قوانین مذکور تعداد ۱۳۱ قلم از داروهای مجاز و مورد لزوم بیماران بیمه شده را که بعضاً بسیار حیاتی نیز می‌باشند غیر بیمه‌ای تلقی نموده است. این مصوبه در آن قسمت ها و ردیف‌هایی که داروی مجاز و مورد لزوم بیمار بیمه شده را شامل ۱۳۱ قلم دارو و غیر بیمه‌ای تلقی نموده مغایر قانون و با بند یک از ماده ۲ و بند (الف) از ماده ۳ و ماده ۵۴ قانون تأمین اجتماعی مصوب ۱۳۵۴/۴/۳ و اصلاحیه‌های بعدی آن و ماده واحده قانون استفساریه بند (الف) تبصره ۱۰ قانون بودجه سال ۱۳۷۷

کل کشور و ماده یک قانون بیمه همگانی خدمات درمانی مصوب ۱۳۷۷/۱/۲۵ و اصل ۲۹ قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران مخالفت دارد. زیرا بدینوسیله بیمار بیمه شده که در هنگام بروز بیماری، بایستی در تامین و بیمه باشد از حقوق ثابت و مکتسب خویش که همان دریافت داروی مورد لزوم به صورت بیمه‌ای می‌باشد، عملاً محروم گردیده است لذا با استناد به اصل ۱۷۰ قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران، تقاضای ابطال آن قسمت‌ها و ردیف‌های مصوبه که جمعاً تعداد ۱۳۱ قلم داروی مجاز و مورد لزوم بیمه شدگان را غیر بیمه‌ی تلقی نموده می‌نمایم. مشاور و مدیرکل دفتر امور حقوقی دولت در پاسخ به شکایت مذکور مبنی بر ابطال تصویب‌نامه فوق طی شماره ۴۴۶۴/۱۰۶۸۰۷ مورخ ۱۳۸۷/۶/۲۷ اعلام داشته‌اند، ۱- صرفنظر از اینکه مصوبه، یاد شده به تصریح عبارت مندرج در آن برای اجرا در سال ۱۳۸۰ صادر گردیده، مستنداً صدور مصوبه، ماده ۱۰ قانون بیمه همگانی خدمات درمانی است که صراحتاً تصویب «حداقل شمول و سطح خدمات پزشکی و دارو ... که انجام و ارائه آن در نظام بیمه خدمات درمانی به عهده سازمان‌های بیمه‌گر قرار می‌گیرد» را بر عهده هیأت وزیران قرار داده است. ۲- همانطور که در نامه سازمان بیمه خدمات درمانی تصریح شده، ظاهراً شاکی قبلاً هم دادخواست مشابهی به طرفیت معاونت غذا و داروی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به دیوان عدالت اداری ارائه نموده که در جریان تصمیم‌گیری است. هیأت عمومی دیوان در تاریخ فوق با حضور رؤسا و مستشاران و دادرسان علی‌البدل در تاریخ فوق تشکیل و پس از بحث و بررسی و انجام مشاوره با اکثریت آراء به شرح آتی مبادرت به صدور رأی می‌نماید.

رأی هیأت عمومی:

مصوبه شماره ۱۴۲۷۵/ت/۲۴۰۰۹ هـ مورخ ۱۳۸۰/۴/۴ هیأت وزیران که بر اساس پیشنهاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و در مقام اجرای ماده ۱۰ قانون بیمه همگانی خدمات درمانی مصوب ۱۳۷۳ تنظیم و تصویب شده مبین اعلام و ابلاغ فهرست داروهای مورد تعهد سازمان‌های بیمه‌گر در سال ۱۳۸۰ است که با انقضای مدت اعتبار و قابلیت اجرایی آن، موضوع اعتراض نسبت به مصوبه مزبور سالبه به انتفاء موضوع است و موردی برای رسیدگی و اتخاذ تصمیم در قلمرو ماده ۴۲ قانون دیوان عدالت اداری مصوب ۱۳۸۵ وجود ندارد.

تاریخ: ۲۹ دی ۱۳۸۷

شماره دادنامه: ۷۳۰ الی ۸۷/۷۳۵

کلاس پرونده: ۱۹۷/۸۷، ۳۸۰، ۷۴۸، ۷۷۵، ۷۷۶، ۷۷۷

موضوع رأی: عدم ابطال مصوبه شماره ۳۵۵۰۰/ت/۳۹۹۵۹/ک مورخ ۸/۳/۸۷
موضوع تصویب تعرفه‌های تشخیصی و درمانی در بخش غیردولتی مورخ
۱۳۸۷/۲۱۰

شاکلی: ۱- انجمن پزشکان عمومی ایران ۲- شرکت درمانی و بهداشتی
مهرداد (سهامی خاص) ۳- انجمن دکترای علوم آزمایشگاهی تشخیص طبی
۴- انجمن علمی زیست شناسی ایران ۵- انجمن پزشکی هسته‌ای ایران
۶- انجمن علمی متخصصین علوم آزمایشگاهی

مقدمه:

شکات به شرح دادخواست‌های تقدیمی اعلام داشته‌اند، بنابه تصریح بند (ک) ماده ۳ قانون تشکیل سازمان نظام پزشکی سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران، اظهار نظر و مشارکت فعال به هنگام تعیین یا تجدیدنظر در تعرفه‌های خدمات بهداشتی و درمانی بخش دولتی و تعیین تعرفه‌ها در بخش غیردولتی براساس ضوابط بند ۸ ماده یک قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور مصوب ۱۳۷۳/۸/۳۰ (تعیین تعرفه‌های اخیر بر مبنای قیمت واقعی خدمات که عبارت است از قیمت تمام شده خدمات به اضافه سود سرمایه) از وظایف و اختیارات سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران می‌باشد. در اجرای قانون مذکور، شورای عالی نظام پزشکی به موجب مصوبه ابلاغی شماره ۱/۵۷۴ مورخ ۱۵/۱/۸۷ نسبت به تعیین تعرفه‌های خدمات تشخیصی و درمانی بخش خصوصی اقدام می‌نماید که متأسفانه به موجب تصویب‌نامه شماره ۳۵۵۰۰/ت/۳۹۹۵۹/ک مورخ

۱۳۸۷/۳/۸ کمیسیون موضوع اصل ۱۳۸ قانون اساسی، وزیران کارگروه ساماندهی بیمه پایه همگانی برخلاف قانون تشکیل سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی مبادرت به تعیین تعرفه‌های خدمات بهداشتی و درمانی بخش غیردولتی به‌عنوان اصلاحیه تعرفه‌های اعلامی توسط سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران و لغو ضمنی مصوبه سازمان نظام پزشکی می‌نماید. با توجه به مراتب فوق از آنجا که مصوبه مذکور برخلاف قانون و خارج از اختیارات کارگروه و غیرواقعی و موجب ورود ضرر به جامعه پزشکی و با توجه به عدم افزایش سرانه درمان بار آن به دوش بیماران و مردم خواهد بود، متقاضی رسیدگی و ابطال مصوبه مذکور می‌باشد. دفتر امور حقوقی دولت در پاسخ به شکایت مذکور طی نامه شماره ۴۹۵۱/۱۶۸۸۷۷ مورخ ۸۷/۹/۲۰ مبادرت به ارسال تصویر نظریه شماره ۱۶۱۸۵/ص/۸۷ مورخ ۸۷/۹/۱۱ مدیرکل دفتر برنامه‌ریزی بیمه درمانی و رئیس دبیرخانه شورای عالی بیمه خدمات درمانی کشور (وزارت رفاه و تأمین اجتماعی) نموده، در این نامه آمده است، طبق بند (ک) ماده ۳ قانون سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران مصوب سال ۱۳۸۳، اظهار نظر و مشارکت فعال به هنگام تعیین یا تجدیدنظر در تعرفه‌های خدمات بهداشتی و درمانی بخش دولتی و تعیین تعرفه‌ها در بخش غیردولتی براساس ضوابط بند ۸ ماده ۱ قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور مصوب ۱۳۷۳/۸/۳ و همکاری با مراجع ذیصلاح در اجرای آن از وظایف آن سازمان می‌باشد و براساس بند ۸ ماده ۱ قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور، قیمت واقعی خدمات عبارت است از، قیمت تمام شده خدمات به اضافه سود سرمایه (دارائی‌های ثابت و استهلاک منظور نخواهد شد). با عنایت به مستندات قانونی فوق‌الذکر، توجه به نکات ذیل ضروری است: ۱- سازمان مذکور در تعیین تعرفه‌های بخش خصوصی ملزم به رعایت ضوابط بند ۸ ماده ۱ قانون بیمه همگانی خدمات

درمانی کشور مصوب ۱۳۷۳/۸/۳ می‌باشد. در صورتی که در تعیین تعرفه‌های مذکور به این جزء قانونی توجهی نشده است و تاکنون مستنداتی در خصوص نحوه محاسبه قیمت تمام شده و سود سرمایه از سوی آن سازمان ارائه نشده است. ۲- سازمان نظام پزشکی اگرچه سازمانی صنفی بوده و مدافع منافع و حقوق صنفی پزشکان می‌باشد لیکن براساس بند (د) ماده ۲ قانون سازمان «حفظ و حمایت از حقوق بیماران» نیز از وظایف سازمان مذکور می‌باشد که در تعرفه‌های اعلامی از سوی آن سازمان توجهی به این موضوع نشده است و رشد تعرفه‌های مذکور در برخی سرفصل‌ها بسیار بالا بوده است. بدیهی است رشد بیش از حد سرفصل‌های تعرفه خدمات، اختلاف بین تعرفه‌های خصوصی با دولتی را به حدی افزایش داده است که تعرفه برخی از خدمات در بخش خصوصی به بیش از ده برابر تعرفه دولتی رسیده و این اخیر مستقیماً منجر به افت کمی و کیفی خدمات قابل ارائه در بخش دولتی خواهد شد که اکثر بیمه‌شدگان سازمان‌های بیمه‌گر به آن‌ها مراجعه می‌نمایند. ۳- سازمان نظام پزشکی با علم به میزان رشد تعرفه‌های بخش دولتی در سال جاری و بدون ارائه هرگونه مستندی به این شورا در زمینه چگونگی تعیین تعرفه‌ها در بخش خصوصی، به‌طور یک طرفه اقدام به تعیین تعرفه‌هایی نمود که نتیجه آن افزایش پرداخت از جیب مردم تا حدود ۹۰ درصد بوده است که به همین لحاظ دولت در جهت ایجاد تعادل نسبی در بازار سلامت و با عنایت به قانون تعزیرات حکومتی تعرفه‌های مذکور را اصلاح نموده است. مشاور وزیر و مدیرکل دفتر امور حقوقی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی نیز در پاسخ به شکایت مذکور طی نامه شماره ۳۰۴۱۸۰/ح/ن مورخ ۸۷/۸/۱۵ اعلام داشته‌اند، قانون بیمه همگانی خدمات درمانی در بیان ضوابط تعیین تعرفه‌های خدمات تشخیصی و

درمانی به موجب ماده ۸ مقرر داشته است «تعرفه‌های خدمات تشخیصی و درمانی براساس قیمت‌های واقعی و نرخ سرانه حق بیمه درمانی مصوب به پیشنهاد مشترک سازمان برنامه و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با تأیید شورای عالی به تصویب هیأت وزیران خواهد رسید» بند (ک) ماده ۳ قانون اخیرالذکر در خصوص تعیین تعرفه‌های خدمات بهداشتی و درمانی ضوابطی را معین کرده و با تفکیک تعرفه‌های بخش دولتی و خصوصی اظهارنظر و مشارکت فعال به هنگام تعیین یا تجدیدنظر در تعرفه‌های خدمات بهداشتی درمانی بخش دولتی و تعیین تعرفه‌ها در بخش غیردولتی براساس ضوابط بند ۸ ماده یک قانون بیمه همگانی خدمات درمانی مصوب ۷۳/۸/۳ و همکاری با مراجع ذیصلاح در اجرای آن از زمره وظایف و اختیارات سازمان نظام پزشکی اعلام داشته است که موضوع مرجع ذیصلاح تعیین و تصویب هزینه‌ها در بخش دولتی همانند زمان قبل از تصویب قانون تشکیل سازمان براساس ماده ۸ قانون بیمه همگانی به تصویب هیأت وزیران رسیده و به مورد اجرا گذاشته شده و می‌شود ولی سازمان نظام پزشکی با برداشت خلاف مقررات، مندرجات بند (ک) ماده ۳ قانون مزبور را مستند تصویب تعرفه‌ها در بخش خصوصی قرار داده و علیرغم ایراد قانونی و اعتراض وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی راساً در این خصوص اقدام می‌کرده است به لحاظ افزایش بی‌رویه تعرفه‌ها اشکالاتی عدیده ایجاد و بازتاب‌های زیادی بین اقشار مختلف جامعه بالاخص بیماران و منتفعین از خدمات درمانی بخش خصوصی بوجود آورده لذا با توجه به اینکه قانونگذار در بند (ک) ماده ۳ قانون اخیرالذکر از اصطلاح و عنوان (تعیین) نام برده نه تصویب و قانون تشکیل سازمان نظام پزشکی حتی با وجود موخرالتصویب بودن نسبت به قانون بیمه همگانی مؤثر در امر تصویب تعرفه‌ها نبوده و تصویب تعرفه‌ها صرفاً با تصویب هیأت وزیران قابلیت اجرا پیدا

می‌نماید و سازمان نظام پزشکی جز تعیین و تعرفه‌های بخش غیردولتی آن هم بالحاظ ضوابط بند ۸ ماده یک قانون بیمه همگانی قانوناً اختیاری ندارد و بند (ک) موصوف جواز تعیین تعرفه‌های خدمات تشخیصی و درمانی بخش خصوصی است نه تصویب آن و اقدام سازمان نظام پزشکی در تعیین تعرفه‌های اخیر منطبق با ضوابط قانونی نبوده و از طریق تصویب‌نامه مورخ ۸۷/۳/۸ هیأت وزیران مبنی بر تعیین تعرفه‌ها وفق موازین قانونی صورت گرفته است و مطالب مذکور در دادخواست تقدیمی راجع به مغایرت تصویب‌نامه با مقررات یا موازین قانونی مطابقت ندارد. معاون امور حقوقی ریاست جمهوری در خصوص دادخواست سازمان نظام پزشکی طی نامه شماره ۱۰۵۱۹۲۵ مورخ ۸۵/۱۱/۱۸ اعلام داشته‌اند، ۱- همانگونه که اداره حقوقی قوه قضائیه نیز در نظریه شماره ۷/۸۲۷۱ مورخ ۱۳۷۳/۱۲/۱۸ اعلام نموده است، قانون اصلاح قانون تعزیرات حکومتی مصوب ۱۳۷۳ مجمع تشخیص مصلحت نظام که مقرر داشته است «... کلیه امور تعزیرات حکومتی بخش دولتی و غیردولتی ... به دولت محول می‌گردد ... تا براساس جرائم و مجازات‌های مقرر در قانون تعزیرات حکومتی مصوب ۱۳۶۷ اقدام نماید.» ناظر به هر دو قانونی است که در تاریخ ۱۳۶۷/۱۲/۲۳ تحت عنوان قانون تعزیرات حکومتی (یکی در خصوص امور بهداشتی و درمانی و دیگری برای سایر امور) به تصویب مجمع تشخیص مصلحت نظام رسیده است. لذا تبصره ۲ ماده واحده قانون مذکور نیز که اختیار هماهنگ سازی و اصلاح تصمیمات مراجع قیمت گذاری را به دولت داده است، ناظر به کلیه کالاها و خدمات موضوع در هر قانون است، عنایت دارند. براساس ماده ۴ قانون تعزیرات حکومتی امور بهداشتی و درمانی و تبصره ۴ آن میزان حق العلاج بیماران از طریق وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی اعلام

می‌گردد و دریافت اضافه از نرخ‌های اعلامی از سوی وزارت مذکور جرم محسوب و برای آن مجازات تعیین شده است، و بند (ک) ماده ۳ قانون سازمان نظام پزشکی مصوب ۱۳۸۳ در مقام اصلاح مصوبات مجمع تشخیص نیست والا با ایراد شورای نگهبان مواجه می‌گردید. هیأت وزیران براساس اختیارات حاصله از تبصره ۳ ماده واحده قانون اصلاح تعزیرات حکومتی مجمع تشخیص مصلحت نظام، بنابه دلایل زیر نسبت به اصلاح تعرفه‌های خدمات تشخیصی و درمانی بخش خصوصی اقدام نموده است: الف- به موجب بند (ک) ماده ۳ قانون سازمان نظام پزشکی اختیار سازمان مذکور در تعیین تعرفه بخش غیردولتی محدود به رعایت بند ۸ ماده یک قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور مصوب ۱۳۷۳/۸/۳ می‌باشد. بنابراین و با توجه به ماده ۸ قانون بیمه همگانی خدمات درمانی تفاوت تعرفه‌های غیردولتی با تعرفه‌های دولتی نباید بیش از ما به ازاء سود سرمایه و استهلاک باشد در حالی که تعرفه‌های مصوب سازمان نظام پزشکی چند برابر تعرفه‌های دولتی بوده است و لذا دولت نسبت به اصلاح آن اقدام نموده است. ب- به موجب ماده ۹۰ قانون برنامه چهارم توسعه: «توزیع منابع و امکانات بهداشتی و درمانی باید به نحوی صورت گیرد که شاخص مشارکت عادلانه مردم به ۹۰ درصد ارتقاء یابد و سهم مردم از هزینه‌های سلامت حداکثر از سی درصد افزایش نیابد...». درحالی که اعمال تعرفه‌های مورد نظر سازمان نظام پزشکی که موجب چند برابر شدن هزینه‌های درمانی می‌گردد که در این صورت یا باید حق بیمه سرانه خدمات درمانی به‌طور غیرمتعارف افزایش یابد یا اینکه فرانشیز (قسمتی از هزینه درمانی که بیمه شده باید زمان دریافت خدمات درمانی پرداخت نماید) بند ۷ ماده یک قانون بیمه همگانی خدمات درمانی دچار افزایش غیرمتعارف خواهد شد که برخلاف ماده ۹۰ قانون برنامه چهارم می‌باشد و موجب کاهش جدی اثربخشی خدمات صندوق‌های

بیمه‌ای و نارضایتی مردم خواهد شد. به موجب ماده ۹ قانون بیمه همگانی خدمات درمانی، حق بیمه سرانه خدمات درمانی برای گروه‌های تحت پوشش بیمه خدمات درمانی و میزان فرانشیز قابل پرداخت توسط بیمه شونده‌گان با در نظر داشتن سطح درآمد گروه‌های بیمه شونده و وضعیت اقتصادی و اجتماعی... به تصویب هیأت وزیران خواهد رسید. بنا به مراتب رد شکایت مورد تقاضا است. هیأت عمومی دیوان عدالت اداری در تاریخ فوق با حضور رؤسا و مستشاران و دادرسان علی‌البدل شعب دیوان تشکیل و پس از استماع توضیحات رئیس سازمان نظام پزشکی وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، نماینده دفتر امور حقوقی دولت و عده ای از پزشکان کشور به شرح آتی مبادرت به صدور رأی می‌نماید.

رأی هیأت عمومی:

طبق بند (ک) ماده ۳ قانون تشکیل سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران «اظهار نظر و مشارکت فعال به هنگام تعیین یا تجدیدنظر در تعرفه‌های خدمات بهداشتی و درمانی بخش دولتی و تعیین تعرفه‌ها در بخش غیردولتی براساس ضوابط بند ۸ ماده یک قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور مصوب ۱۳۷۳ و همکاری با مراجع ذیصلاح در اجرای آن» در زمره وظایف و اختیارات سازمان نظام پزشکی قلمداد شده است و سیاق عبارات حکم مذکور و مشروح مذاکرات مجلس شورای اسلامی و عدم تصویب پیشنهاد حذف عبارت «تعیین تعرفه‌ها در» بخش غیردولتی، مفید اختصاص صلاحیت تعیین تعرفه‌های خدمات بهداشتی و درمانی در بخش غیردولتی به سازمان نظام پزشکی است که مورد تأیید و تصدیق وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در جلسه مورخ ۸۷/۱۰/۲۹ هیأت عمومی نیز قرار گرفته است. لیکن به صراحت قسمت آخر بند (ک) ماده ۳ قانون مزبور اعمال

اختیار و تکلیف قانونی فوق‌الذکر، مقید و مشروط به رعایت ضوابط مقرر در بند ۸ ماده یک قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور مصوب ۱۳۷۳ موضوع قیمت واقعی خدمات به شرح بند مذکور است که تعیین آن با رعایت مقررات مربوط به عهده دولت می‌باشد. بنابه مراتب فوق‌الذکر و ضرورت احراز رعایت قیمت واقعی خدمات در تعیین تعرفه‌های خدمات بهداشتی و درمانی در بخش غیردولتی، توسط سازمان نظام پزشکی، مصوبه مورد اعتراض که با این هدف تنظیم و تصویب شده است، مغایرتی باقانون ندارد و خارج از حدود اختیارات قوه مجریه در وضع مقررات دولتی نمی‌باشد.

تاریخ: ۱۸ مرداد ۱۳۸۸

شماره دادنامه: ۸۸/۴۱۲

کلاسه پرونده: ۶۵۳/۸۷

موضوع رأی: ابطال بند ۳/۱ دستورالعمل شماره ۵۲/۳۰۳۸۰ مورخ ۱۳۷۵/۸/۲۸ سازمان تأمین اجتماعی. (در خصوص احتساب مدت خدمت در جبهه و مدت معالجه جانبازان از لحاظ محاسبه حقوق بازنشستگی) مورخ ۱۳۸۸/۰۵/۱۸

شاکی: آقای محمدرضا رضوانی

گردشکار:

شاکی به شرح دادخواست تقدیمی اعلام نموده است، به موجب ماده ۶ قانون تسهیلات استخدامی و اجتماعی جانبازان انقلاب اسلامی مصوب ۱۳۷۴/۳/۳۱ مجلس شورای اسلامی و تبصره آن، کلیه دستگاه‌های مشمول این قانون مکلف به پرداخت کسورات بازنشستگی سهم مستخدم و کارفرما برای مدت خدمت در جبهه و مدت معالجه جانبازان بر اساس استعلام از «مراجع» ذیربط گردیده‌اند. سازمان تأمین اجتماعی در اجرای این قانون اقدام به صدور دستورالعمل شماره ۵۲/۳۰۳۸۰ مورخ ۱۳۷۵/۸/۲۸ می‌نمایند، که با دقت نظر در بند ۳/۱ آن ملاحظه می‌گردد، بخشی از مفاد مندرج در آن ارائه گواهی خدمت در جبهه توسط واحد بسیج سپاه پاسداران انقلاب اسلامی که منحصر و محدود فقط به یک «مراجع» گردیده در مغایرت و تناقض کاملاً بارز و آشکار با نظر قانونگذار، اصل، روح و خواسته قانون بوده و موجب محرومیت و تضییع حق و حقوق بخش اعظم و قشر کثیری از بیمه شدگان جانباز انقلاب اسلامی مشمول قانون و بیمه‌های تأمین اجتماعی که از سوی سایر نهادها و ارگان‌های نظامی و انتظامی و جهاد سازندگی به جبهه‌های جنگ تحمیلی اعزام گردیده‌اند، شده است. لذا در راستای حمایت و تأمین شرایط

لازم جهت کلیه جانبازان قانونگذار به استناد مجموعه قوانین و ضوابط جاری و لازم‌الاجراء نظام مقدس جمهوری اسلامی در متن ماده ۶ قانون تسهیلات استخدامی و اجتماعی جانبازان مصوب ۱۳۷۴/۳/۳۱ تمامی دستگاه‌ها و واحدهای مشمول این قانون را مکلف به افزودن مدت خدمت در جبهه و معالجه جانباز از هر نظر به سنوات خدمت قابل قبول بازنشستگی بدون پرداخت کسور بازنشستگی نموده است، که این امر الزاماً از طریق استعلام از مراجع ذیربط صورت خواهد پذیرفت و مجلس شورای اسلامی طی طرح استفساریه قانون اصلاح تبصره ماده ۱۴ قانون کار و الحاق یک تبصره به آن مصوب ۱۳۸۳/۱/۳۰ به نوعی دیگر اشاره دارد که کلیه مشمولین قانون تأمین اجتماعی که به هر نحو به سازمان تأمین اجتماعی حق بیمه خود را می‌پردازند مشمول قانون مذکور می‌باشند. لیکن ملاحظه می‌گردد، سازمان تأمین اجتماعی در مغایرت و خلاف نظر قانونگذار با صدور دستورالعمل شماره فوق‌الذکر در طی بند ۳/۱ فقط گواهی‌های ارائه شده از یک مرجع منفرد و خاص را مد نظر و ملاک عمل قرار داده و در اجراء قانون اقدام می‌نماید و گواهی و مدارک ارائه شده سایر مراجع را مورد پذیرش و قبول قرار نداده است. این در حالی است که مراجع مسئول و متولی امور جنگ، اعزام نیرو، صدور گواهی‌های مربوطه جهت رزمندگان اسلام و کلیه ایثارگران نظام مقدس جمهوری اسلامی مختلف و متعدد می‌باشند و در این ارتباط فقط و فقط یک واحد و یا یک مرجع مسئول و متولی کلیه امور نبوده و نمی‌باشد. لذا متقاضی ابطال بند ۳/۱ دستورالعمل فوق‌الذکر می‌باشد. سرپرست دفتر امور حقوقی و دعوای سازمان تأمین اجتماعی در پاسخ به شکایت مذکور طی نامه شماره ۷۸۴۴ مورخ ۱۳۸۸/۳/۱۰ اعلام داشته‌اند، ۱- قانون اصلاح تبصره ماده ۱۴ قانون کار و الحاق یک تبصره به آن مصوب ۱۳۸۳/۱/۳۰ مقرر نموده است، ماده واحده - تبصره ماده

۱۴ قانون کار مصوب ۱۳۶۸/۷/۲ به‌عنوان تبصره یک به شرح ذیل اصلاح و تبصره دیگری به آن الحاق می‌گردد: تبصره یک: مدت خدمت نظام وظیفه شاغلین مشمول قانون کار یا شرکت داوطلبانه آنان در جبهه قبل از اشتغال و یا حین اشتغال جزء سوابق خدمتی آنان نزد سازمان تأمین اجتماعی محسوب می‌گردد. اعتبار مورد نیاز برای اجرای این قانون از محل دریافت میانگین حق بیمه دو سال آخر فرد بیمه شده تأمین می‌گردد. تبصره ۲: آن دسته از بیمه شدگانی که مشمول اصلاحیه تبصره ۲ ماده ۷۶ قانون تأمین اجتماعی مصوب ۱۳۸۰/۷/۱۴ مجمع تشخیص مصلحت نظام هستند به شرط آن که خدمت نظام وظیفه خود را در جبهه‌های نبرد حق علیه باطل طی نموده یا حضور داوطلبانه در جبهه داشته باشند، سوابق خدمتی آنان جزء کارهای سخت و زیان‌آور محسوب می‌شود. ماده ۶ قانون تسهیلات استخدامی جانبازان انقلاب اسلامی مصوب ۱۳۷۴/۳/۳۱ نیز مدت خدمت جبهه را براساس استعلام از مراجع ذیربط جزء سنوات خدمت قابل قبول دانسته است، منتهی مراجع ذیربط را احصاء ننموده است. ۲- در اجرای قانون یاد شده و در جهت تنظیم رابطه نیروهای مسلح با سازمان تأمین اجتماعی ستاد کل نیروهای مسلح مبادرت به صدور دستورالعمل شماره ۱/۱/۰۱۶/۷۱۶/م/۴/ن مورخ ۱۳۸۵/۱/۱۵ نموده و در متن آن هدف از تنظیم دستورالعمل مذکور را علاوه بر تنظیم رابطه نیروهای مسلح با سازمان تأمین اجتماعی، تعیین مراجع و نحوه صدور گواهی‌های مورد نیاز خدمت دوره ضرورت و یا حضور داوطلبانه افراد در جبهه ذکر نموده است و در ادامه در بخش تعاریف، نیروهای مسلح جایگزین ستاد کل نیروهای مسلح ارتش جمهوری اسلامی ایران، سپاه پاسداران انقلاب اسلامی، نیروی انتظامی، وزارت دفاع و پشتیبانی نیروهای مسلح و سازمان‌های وابسته

گردیده است و در بخش دستورات هماهنگی نیز مقرر گردیده: الف- گواهی مبنی بر حضور داوطلبانه افراد در جبهه صرفاً بایستی از طریق نیروی مقاومت بسیج سپاه پاسداران صادر گردد. ب- نیروهای مسلح صرفاً مجاز به صدور گواهی انجام خدمت وظیفه عمومی می‌باشند. ج- سازمان بایستی گواهی‌های صادره از نیروهای مسلح را صرفاً در مورد انجام خدمت وظیفه عمومی و گواهی‌های صادره از نیروهای مقاومت بسیج سپاه را صرفاً در مورد حضور داوطلبانه در جبهه‌های نبرد ملاک احتساب حق بیمه و بازنشستگی قرار دهد. لذا سازمان تأمین اجتماعی وفق دستورالعمل یاد شده موظف به پذیرش گواهی داوطلبانه در جبهه‌های نبرد حق علیه باطل بیمه شدگانی می‌باشد که از ناحیه نیروی مقاومت بسیج سپاه پاسداران انقلاب اسلامی صادر گردیده است. بنابراین سازمان در اجرای قانون مزبور و دستورالعمل یاد شده مبادرت به صدور بخشنامه شماره ۵۰۰۰/۱۱۱۶۰۸ مورخ ۱۳۸۴/۱۲/۲۱ مراتب را جهت اجرا به کلیه واحدهای اجرایی ابلاغ نموده است. ۳- شاکی مدعی است که در ماده ۶ قانون تسهیلات استخدامی و اجتماعی جانبازان انقلاب اسلامی مصوب ۱۳۷۴/۳/۳۱ مجلس شورای اسلامی مدت خدمت در جبهه و مدت معالجه جانبازان را منوط به استعلام از مراجع ذیربط نموده که این امر در بخشنامه معترض‌عنه منحصر و محدود به یک مرجع گردیده است. در این ارتباط لازم به ذکر است دستورالعمل صادره از ناحیه ستاد کل نیروهای مسلح، کلیه نیروهای ذیربط را شامل گردیده که عبارتند از: ستاد کل، آجا، سپاه و نیروهای انتظامی و سازمان‌های تابعه وزارت دفاع و پشتیبانی نیروهای مسلح و سازمان‌های تابعه که مجازند گواهی مربوط به کارکنان وظیفه سازمان متبوعه خود را صادر نمایند. بنابراین ملاحظه می‌گردد مرجع صالح جهت صدور گواهی حضور در جبهه بر حسب اینکه افراد در چه قالبی

به جبهه اعزام شده‌اند، مطابق دستورالعمل ستاد کل نیروهای مسلح که مرجع صالح جهت تشخیص این امور است، متفاوت می‌باشد. در هر حال، مرجع صالح جهت صدور گواهی حضور داوطلبانه در جبهه، نیروهای مقاومت بسیج سپاه پاسداران بوده و صرفاً صدور گواهی مبنی بر حضور داوطلبانه افراد در جبهه از سوی مرجع مذکور برای سازمان طبق دستورالعمل ستاد کل نیروهای مسلح قابل پذیرش می‌باشد. بنابراین ادعای شاکی و جاهت قانونی ندارد. هیأت عمومی دیوان عدالت اداری در تاریخ فوق با حضور رؤسا و مستشاران و دادرسان علی‌البدل شعب دیوان تشکیل و پس از بحث و بررسی و انجام مشاوره با اکثریت آراء به شرح آتی مبادرت به صدور رأی می‌نماید.

رأی هیأت عمومی:

قانونگذار به صراحت ماده ۶ قانون تسهیلات استخدامی و اجتماعی جانبازان مصوب ۱۳۷۴ دستگاه‌های مشمول قانون را مکلف کرده است که مدت خدمت در جبهه و مدت معالجه جانبازان را از طریق استعلام از مراجع ذیربط احراز و به مدت خدمت مشمولین قانون از لحاظ بازنشستگی اضافه کنند. بنابراین بند ۳/۱ دستورالعمل شماره ۵۲/۳۰۳۸۰ مورخ ۱۳۷۵/۸/۲۸ سازمان تأمین اجتماعی که احتساب ایام خدمت در جبهه را منحصرأً از طریق استعلام از واحد بسیج سپاه پاسداران انقلاب اسلامی اعلام داشته و با این کیفیت دایره شمول قانون را مضییق و محدود ساخته است، مغایر حکم صریح مقنن تشخیص داده می‌شود و مستنداً به قسمت دوم اصل ۱۷۰ قانون اساسی و ماده یک و بند یک ماده ۱۹ و ماده ۴۲ قانون دیوان عدالت اداری ابطال می‌گردد.

تاریخ: ۶ اردیبهشت ۱۳۸۹

شماره دادنامه: ۸۹/۱۹

کلاس پرونده: ۵۶۷/۸۸

موضوع رأی: عدم ابطال آیین‌نامه ادامه بیمه بطور اختیاری در قسمت تعیین نرخ

حق بیمه به میزان ۲۶ درصد مورخ ۱۳۸۹/۰۲/۰۶

شاکی: آقای علی علیایی

گردشکار:

وکیل شاکی به شرح دادخواست تقدیمی و لایحه تکمیلی آن اعلام داشته است، با توجه به اینکه نوع بیمه اختیاری در سابق ۱۲ درصد، ۱۴ درصد، ۱۶ درصد و ... بوده و متقاضی بیمه اختیاری که اکثراً از بیمه شده‌های بیکار می‌باشند، جهت تداوم بیمه‌شان یکی از درصدهای بیمه اختیاری را با توجه به بودجه و هزینه و وضعیت زندگی خود انتخاب می‌کردند ولی متأسفانه حدود ۳ سال است که بالاجبار به صورت تک نرخ فقط ۲۶ درصد شده است و نرخ دیگری وجود ندارد و با اسم بیمه اختیاری نیز مغایرت دارد و نرخی برای اختیار در انتخاب متقاضی بیمه اختیاری وجود ندارد و با توجه به وضع مالی متقاضیان این نوع بیمه اجحاف و دور از انصاف و عدالت می‌باشد و مغایر اصل ۵۶ قانون اساسی است. لذا متقاضی ابطال ماده ۲ آیین‌نامه ادامه بیمه به‌طور اختیاری در قسمت تعیین نرخ حق بیمه به میزان ۲۶ درصد می‌باشم. دفتر حقوقی سازمان تأمین اجتماعی در پاسخ به شکایت شاکی طی نامه شماره ۷۱۰۰/۳۰۸۴۳ مورخ ۱۳۸۸/۱۱/۶ اعلام داشته است: الف- ماده ۸ قانون تأمین اجتماعی مقرر نموده که بیمه افراد و شاغلین فعالیت‌هایی که تا تاریخ تصویب این قانون به نحوی از انحاء مشمول مقررات قانون بیمه‌های اجتماعی یا قانون بیمه‌های اجتماعی روستائیان قرار گرفته‌اند با توجه به مقررات این قانون

ادامه خواهد یافت. تبصره - شرایط مربوط به ادامه تمام و یا قسمتی از بیمه‌های مقرر در این قانون برای کسانی که به علتی غیر از علل مندرج در این قانون از ردیف بیمه شدگان خارج شوند به‌موجب آیین‌نامه مربوطه تعیین خواهدگردید و به‌هر حال پرداخت کلیه حق بیمه در این قبیل موارد به عهده بیمه شده خواهد بود. ب- برابر بند یک ماده ۱۱ قانون بیمه‌های اجتماعی کارگران مصوب ۱۳۳۹ تصویب آیین‌نامه مصرح در این قانون، به استثنای آیین‌نامه‌هایی که تصویب آن‌ها به مراجع دیگری محول شده است طبق ماده ۹ از بخش دوم اساسنامه سازمان تأمین اجتماعی مصوب ۱۳۵۸/۶/۱۵ هیأت وزیران، تصویب آیین‌نامه‌های اجرایی طبق مقررات قانون تأمین اجتماعی یا سایر قوانین به شورای عالی تأمین اجتماعی محول شده است که به استناد مواد فوق‌الذکر سازمان تأمین اجتماعی از سال ۱۳۴۱ با توجه به شرایط و اختیارات قانونی و با امعان نظر به مفاد تبصره ۳ ماده ۲۸ قانون تأمین اجتماعی، آیین‌نامه متعددی را از جمله ۱- آیین‌نامه بیمه اختیاری مصوب ۱۳۴۱/۱۲/۲۶ شورای عالی تأمین اجتماعی ۲- آیین‌نامه بیمه اختیاری مصوب ۱۳۵۵/۲/۴ شورای عالی تأمین اجتماعی ۳- آیین‌نامه بیمه اختیاری مصوب ۱۳۶۴/۸/۸ شورای عالی تأمین اجتماعی ۴- آیین‌نامه بیمه اختیاری مصوب ۱۳۸۰/۱۰/۸ شورای عالی تأمین اجتماعی ۵- آیین‌نامه ادامه بیمه بطور اختیاری مصوب ۱۳۸۵/۶/۲۶ و اصلاحیه مورخ ۱۳۸۶/۱۱/۲۰ شورای عالی تأمین اجتماعی، در این خصوص با توجه به شرایط زمانی تصویب و مورد اجراء قرار داده است، که آیین‌نامه مورد نظر شاکی آیین‌نامه اخیرالذکر می‌باشد، طبق آیین‌نامه ادامه بیمه بطور اختیاری مصوب ۱۳۸۵/۶/۲۶ و اصلاحیه مورخ ۱۳۸۶/۱۱/۲۰ شورای عالی تأمین اجتماعی افرادی که به عللی غیر از علل مندرج در قانون تأمین اجتماعی

مصوب اردیبهشت ۱۳۳۹ و قانون تأمین اجتماعی مصوب تیر ماه ۱۳۵۴ از ردیف بیمه شدگان خارج شده یا بشوند در صورتی که طبق قوانین فوق‌الذکر مشمول بیمه بازنشستگی باشند با دارا بودن حداقل ۳۰ روز سابقه پرداخت حق بیمه می‌توانند با توجه به مقررات این آیین‌نامه با پرداخت ۲۶ درصد بابت حق بیمه از تعهدات قانون تأمین اجتماعی شامل بازنشستگی، فوت و از کارافتادگی برخوردار شوند. با توجه به اینکه یکی از اهداف اصلی سازمان تأمین اجتماعی تعمیم و توسعه پوشش بیمه‌ای به اقشار مختلف جامعه بوده است، لذا با تصویب و اجرای آیین‌نامه بیمه اختیاری مصوب ۱۳۸۰/۱۰/۸ شورای عالی تأمین اجتماعی و وضع شرایط محدود کننده به لحاظ سن ورود به سیستم بیمه‌ای با دستمزد مبنای پرداخت حق بیمه و تبدیل نرخ‌های پرداخت حق بیمه به ۲۱ درصد و اخذ سرانه درمان و فرانشیز در هنگام استفاده از حمایت درمانی، تعداد بیمه شدگان موصوف رو به کاهش نهاد که با هدف و رسالت سازمان که همانا تعمیم پوشش هرچه بیشتر بیمه به اقشار جامعه می‌باشد، مغایر بوده، لذا در همین راستا و اخذ بازخوردهای آن به استناد اختیارات قانونی مورد اشاره و تقاضای مکرر بیمه شدگان اختیاری مبنی بر ارائه تسهیلات یکسان با بیمه شدگان اجباری و برخورداری آنان از حمایت‌های تأمین اجتماعی همانند سایر بیمه شدگان عادی سازمان، شورای عالی تأمین اجتماعی در مورخ ۱۳۸۵/۶/۲۶ آیین‌نامه اجرایی جدید ادامه بیمه به‌طور اختیاری را تصویب و در تاریخ ۱۳۸۶/۱۱/۲۰ با اصلاح آن حداقل سابقه مورد نیاز برای انعقاد قرارداد ادامه بیمه به‌طور اختیاری را از ۳۶۰ روز به ۳۰ روز کاهش داده که طیف وسیعتری را در دایره مشمولین قرار داده و رضایتمندی ویژه‌ای را حاصل نموده است از جمله معاینات پزشکی، معافیت از کسر حق سرانه درمان از مستمری بگیران بیمه اختیاری، پرداخت هزینه کفن و دفن، پرداخت هزینه‌های وسایل

کمک پزشکی از قبیل عینک، دندان، سمعک، و ... و همچنین معافیت از پرداخت فرانشیز درمانی در مراکز درمانی ملکی سازمان را جهت کلیه بیمه شدگان اختیاری و مستمری بگیران مربوطه همانند سایر بیمه شدگان و مستمری بگیران عادی سازمان که نرخ تعیین شده نیز متناسب با تعهدات مربوطه لحاظ گردیده است. لازم به توضیح است، با توجه به اختیارات قانونی، شورای عالی تأمین اجتماعی مجاز به تعیین شرایط افراد متقاضی و نرخ حق بیمه قابل پرداخت می‌باشد که نرخ تعیین شده علیرغم ارائه کلیه تعهدات و به‌منظور تشویق افراد متقاضی حتی ۱ درصد کمتر از نرخ حق بیمه مقرر در ماده ۲۸ قانون تأمین اجتماعی در نظر گرفته شده است. ج- با توجه به اینکه علاوه بر آیین‌نامه بیمه اختیاری روش دیگری جهت انعقاد بیمه اختیاری در قالب بیمه صاحبان حرف و مشاغل آزاد وجود داشته که دارای شرایط مشابه با ادامه بیمه اختیاری بوده و افراد به صرف خود اظهاری نیز می‌توانند مشمول این نظام شوند و میزان نرخ حق بیمه آن نیز همانند آیین‌نامه سابق ادامه بیمه به صورت اختیاری است در نتیجه این قبیل افراد که خواهان حق بیمه کمتر و به نسبت تعهدات دریافتی می‌باشند، می‌توانند درخواست انعقاد قرارداد بیمه صاحبان حرف و مشاغل آزاد نمایند. با عنایت به مراتب فوق و اینکه آیین‌نامه معترض‌عنه بر اساس قانون مقررات جاری سازمان و در اجرای مصوبه شورای عالی تأمین اجتماعی در خصوص ادامه بیمه بطور اختیاری تنظیم گردیده که قبلاً نیز در مورد مشابه در هیأت عمومی دیوان عدالت اداری مطرح و به موجب دادنامه شماره ۴۱۱ و ۴۱۰ مورخ ۱۳۸۱/۱۱/۱۳ مورد تأیید قرار گرفته است. لذا اقدام سازمان نیز براساس تبصره ماده ۸ قانون تأمین اجتماعی دارای مبنای قانونی و ضابطه تعیین شده از ناحیه شورای عالی تأمین اجتماعی

می‌باشد در نتیجه شکایت شاکی وارد نبوده و رد شکایت مطروحه مورد استدعا است. هیأت عمومی دیوان در تاریخ فوق با حضور رؤسا و مستشاران و دادرسان علی‌البدل شعب دیوان تشکیل و پس از بحث و بررسی و انجام مشاوره با اکثریت آراء به شرح آتی مبادرت به صدور رأی می‌نماید.

رأی هیأت عمومی:

نظر به اینکه عنوان بیمه اختیاری مذکور در آیین‌نامه ادامه بیمه به‌طور اختیاری، صرفاً موید اختیار اشخاص در انعقاد یا عدم انعقاد قرارداد بیمه براساس مقررات بیمه اختیاری و صاحبان حرف و مشاغل آزاد می‌باشد و دلالتی بر اختیار اشخاص در تعیین انواع خدمات با نرخ‌های متغیر ۱۲ درصد الی ۱۸ درصد ندارد، بنابراین ماده ۲ آیین‌نامه ادامه بیمه به‌طور اختیاری، موضوع تبصره ماده ۸ قانون تأمین اجتماعی مصوب ۱۳۸۵/۶/۲۶ و اصلاحیه مصوب ۱۳۸۶/۱۱/۲۰، که حق بیمه را ۲۶ درصد اعلام کرده است، با مفاد تبصره ماده ۸ قانون تأمین اجتماعی و اصل ۵۶ قانون اساسی که مورد استناد شاکی بوده، مغایرتی ندارد و قابل ابطال نمی‌باشد.

تاریخ: ۲۷ شهریور ۱۳۸۹

شماره دادنامه: ۸۹/۲۴۳

کلاس پرونده: ۶۹۰/۸۷

موضوع رأی: رد درخواست ابطال بخشنامه شماره ۱۱۰۰/۴۱۴۸/ب مورخ ۸۲/۲/۹

شورای عالی فنی سازمان بیمه خدمات درمانی مورخ ۱۳۸۹/۰۶/۲۷

شاکی: آقای حسن خورشیدفر

گردشکار:

شاکی به خواسته فوق دادخواستی تقدیم دیوان نموده که پس از ثبت به هیأت عمومی دیوان عدالت اداری ارجاع و به کلاس فوق ثبت گردیده است. تشریفات قانونی در خصوص پرونده فوق معمول و پرونده تحت نظر است. ملاحظه می‌شود، خواسته مشمول ماده ۳۹ قانون دیوان عدالت اداری بوده، ضمن اعلام ختم رسیدگی به شرح آتی مبادرت به صدور قرار می‌نماید.

قرار دیوان :

در مورد شکایت آقای حسن خورشیدفر به طرفیت سازمان بیمه خدمات درمانی و به خواسته ابطال بخشنامه شماره ۱۱۰۰/۴۱۴۸/ب مورخ ۸۲/۲/۹ شورای عالی فنی سازمان بیمه خدمات درمانی، با عنایت به اینکه اولاً به موجب نامه شماره ۸۹/۳۰/۳۸۱۳۷ مورخ ۸۹/۲/۸ شورای محترم نگهبان مصوبه مورد شکایت خلاف موازین شرع انور تشخیص نگردیده است و ثانیاً مصوبه مذکور به موجب نامه شماره ۱۱۲۰/۲۵۸۶/۲۴۶۷۵ مورخ ۸۷/۱۱/۲۶ سازمان بیمه خدمات درمانی و بر اساس مصوبات جلسه ۲۷۱ مورخ ۸۷/۱۰/۲۴ شورای عالی فنی سازمان بیمه خدمات درمانی اصلاح گردیده و مورد شکایت موضوعاً منتفی شده است، بنابراین موجبی

برای رسیدگی وجود ندارد و به استناد ماده ۳۹ قانون دیوان عدالت اداری مصوب ۱۳۸۵ قرار رد درخواست صادر و اعلام می‌گردد. قرار صادره قطعی است.

تاریخ: ۱۶ اسفند ۱۳۸۹

شماره دادنامه: ۶۰۳

کلاسه پرونده: ۳۰۱/۸۸

موضوع رأی: عدم ابطال نامه‌های شماره ۱۴/۵۳۰۴ مورخ ۸۶/۴/۳ وزارت کشور و
 ۱۴۶۵۷ مورخ ۸۴/۵/۲ بیمه مرکزی ایران (در خصوص ارائه خدمات بیمه‌ای به
 اتباع بیگانه فاقد مجوز کار) مورخ ۱۳۸۹/۱۲/۱۶

شاکی: شرکت بالاگر با وکالت ۱- خانم نسرين ذوالفقاری ۲- آقای منصور

ده نمکی

گردشکار:

وکلاي شاکی به موجب دادخواست تقدیمی اشعار داشته‌اند: طبق مفاد نامه شماره ۱۴/۵۳۰۴ مورخ ۸۶/۴/۳ مشاور وزارت کشور و مدیرکل امور اتباع و مهاجرین خارجی آن وزارتخانه، به رئیس کل بیمه مرکزی ایران اعلام گردیده از ارائه خدمات بیمه‌ای به اتباع بیگانه فاقد مجوز کار از اداره کل اشتغال اتباع خارجی وزارت کار و امور اجتماعی خودداری شود. بیمه مرکزی ایران نیز طبق نامه شماره ۱۴۶۵۷ مورخ ۸۶/۵/۲، مفاد نامه وزارت کشور را جهت بررسی و اعلام نتیجه به بیمه مرکزی ابلاغ نموده است. وکیل شاکی در اعتراض به نامه‌های مذکور اعلام نموده وزارت کشور در ممنوعیت ارائه خدمات بیمه‌ای به اتباع بیگانه فاقد مجوز کار، مواد ۱۲۰ و ۱۲۲ قانون کار است که در مدلول مواد مزبور ممنوعیتی برای این منظور وضع نگردیده و در ماده ۱۸۱ قانون کار و بند (ج) ماده ۱۱ قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت، ضمانت اجرای به کارگیری اتباع بیگانه فاقد پروانه کار تعیین و مشخص شده است. همچنین از مواد مذکور ممنوعیت عدم ارائه خدمات بیمه‌ای احراز نمی‌شود. بنابراین مفاد نامه‌های مذکور خلاف قانون و خارج از حدود

اختیارات صادرکنندگان آن بوده و ابطال نامه‌های موصوف تقاضا است. وزارت کشور در پاسخ به شکایت شاکی به موجب لایحه شماره ۱۱۹۳۶۸/۶۱ مورخ ۱۳۸۹/۸/۸ و با استناد به ماده واحده اصلاح ماده ۵ قانون تأمین اجتماعی مصوب سال ۱۳۵۸ و مواد ۱۲۰ و ۱۲۲ قانون کار، ممنوعیت ارائه خدمات بیمه‌ای به اتباع بیگانه فاقد مجوز کار را قانونی اعلام و خواستار رد شکایت مطروحه گردیده است. بیمه مرکزی ایران نیز در لایحه تقدیمی اعلام داشته طبق مواد ۱۲۰ و ۱۸۱ قانون کار و بند (ج) ماده ۱۱ قانون تنظیم بخشی از مقررات دولت اشتغال به کار اتباع بیگانه فاقد پروانه اقامت و پروانه کار ممنوع بوده و تخلف کارفرمایان از مقررات مزبور موجب محکومیت آنان به تحمل حبس و جریمه خواهد شد. لذا در پی درخواست وزارت کشور و وزارت کار و امور اجتماعی در اجرای مقررات مزبور بیمه مرکزی ایران طی نامه شماره ۲۶۸۶۵ مورخ ۸۶/۸/۱۴ به شرکت‌های بیمه اعلام نموده است با درج ماده‌ای در شرایط خصوصی بیمه نامه‌های مسئولیت حرفه‌ای کارفرمایان و قراردادهای بیمه عمر حوادث و درمان گروهی که منعقد می‌نمایند پرداخت خسارت بابت کارکنان غیر ایرانی فاقد پروانه اقامت با حق کار مشخص یا پروانه کار را از دامنه شمول بیمه نامه‌های مربوطه خارج نمایند که با توجه به اینکه بیمه مرکزی ایران در این خصوص مطابق موازین قانونی عمل نموده رد شکایت شاکی مورد تقاضا قرار گرفته است.

هیأت عمومی دیوان عدالت اداری در تاریخ فوق با حضور رؤسا، مستشاران و دادرسان علی‌البدل شعب دیوان تشکیل و پس از بحث و بررسی و انجام مشاوره با اکثریت آراء به شرح آتی مبادرت به صدور رأی می‌نماید.

رأی هیأت عمومی:

نظر به اینکه به موجب ماده پنج قانون تأمین اجتماعی اصلاحی ۱۳۵۸/۶/۲۷ شورای انقلاب جمهوری اسلامی ایران «بیمه اتباع بیگانه که طبق قوانین و مقررات مربوط در ایران به کار اشتغال دارند تابع مقررات این قانون خواهد بود» و به موجب مواد ۱۲۲ و ۱۲۰ قانون کار مصوب ۱۳۶۹، اشتغال اتباع بیگانه منوط به داشتن روادید ورود با حق کار مشخص و اخذ پروانه کار می‌باشد و از طرفی به موجب بند (ج) ماده ۱۱ قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت مصوب ۱۳۸۰/۱۱/۲۷، و ماده ۱۸۱ قانون کار، اشتغال اتباع بیگانه فاقد پروانه کار جرم محسوب می‌شود، بنابراین ارائه خدمات بیمه‌ای به اتباع بیگانه که مطابق قانون کار حق اشتغال در کشور را ندارند ممنوع می‌باشد.

با توجه به مراتب فوق، نامه شماره ۱۴/۵۳۰۴ مورخ ۱۳۸۶/۴/۳ مدیرکل اتباع و مهاجرین خارجی و دبیر شورای هماهنگی اجرایی اتباع بیگانه در وزارت کشور، مبنی بر ممنوعیت ارائه خدمات بیمه‌ای به اتباع بیگانه فاقد مجوز اشتغال در کشور و مفاد نامه شماره ۱۴۶۵۷ مورخ ۱۳۸۶/۵/۲ بیمه مرکزی ایران، در مقام ابلاغ نامه وزارت کشور، مغایرتی با قانون ندارد و از آنجا که وزارت کشور متکفل امور مربوط به اقامت اتباع بیگانه در کشور نیز می‌باشد، مقرر معترض‌عنه در حدود اختیارات مرجع صادر کننده بوده و قابل ابطال تشخیص نگردید.

تاریخ: ۲۶ دی ۱۳۹۰

شماره دادنامه: ۴۶۳

کلاس پرونده: ۶۴۴/۸۸

موضوع رأی: ابطال بخشنامه‌های شماره ۱۳۸۵/۹/۱۳-م/۲/۳۰۲/۰۲/۴ و ۱۳۸۰/۱/۲۶-م/۲/۳۰۲/۰۲/۳۷
مدیرعامل سازمان تامین خدمات درمانی
نیروهای مسلح جمهوری اسلامی ایران در خصوص عدم پرداخت اضافه کسر
شده بیمه درمانی مورخ ۱۳۹۰/۱۰/۲۶

شاکی: آقای مسلم فرهد

گردش کار:

آقای مسلم فرهد به موجب دادخواستی، ابطال بخشنامه‌های شماره ۱۳۸۵/۹/۱۳-م/۲/۳۰۲/۰۲/۳۷ و ۱۳۸۰/۱/۲۶-م/۲/۳۰۲/۰۲/۴ مدیرعامل سازمان تامین خدمات درمانی نیروهای مسلح جمهوری اسلامی ایران را خواستار شده است و در جهت تبیین خواسته، توضیح داده است که علی‌رغم این که پدرش تحت تکفل وی بوده است و مدتی است از فوت وی سپری می‌شود لیکن کماکان بابت مرحوم پدرش حق بیمه کسر می‌شود. استرداد وجوه اضافه گرفته شده به استناد بخشنامه‌های مورد اشاره میسر نیست و عدم استرداد وجوه اضافی اکل مال به باطل است و با مواد ۳۰۳ و ۳۰۲ و ۲۶۵ قانون مدنی مغایرت دارد.

متن بخشنامه‌های مورد اعتراض به قرار زیر است:

متن بخشنامه شماره ۱۳۸۰/۱/۲۶-م/۲/۳۰۲/۰۲/۴

« به پیوست تصویر مصوبه شماره ۱۳۷۹/۸/۸-ه/۹۰/۱/۰۲/۵/۱۶ هیأت مدیره سازمان در خصوص استرداد حق بیمه ارسال می‌شود. دستور فرمایید به شرح ذیل اقدام فرمایند.

- ۱- استرداد حق بیمه منحصرأً مربوط به کارکنان بازنشسته ن. م. جا است.
- ۲- حداکثر سقف اختیار تفویض شده به مدیران کل مبلغ پانصد هزار ریال است. حق بیمه اضافه کسر شده از سال ۱۳۷۳ قابل محاسبه و استرداد خواهد بود.
- ۳- استرداد حق بیمه از زمان ابطال دفاتر درمانی و تایید مدیریت کامپیوتر برای تاریخ ابطال است.
- تبصره: جرایم متعلقه و سوء استفاده غیر مجاز باید از افراد کسر شود و حق بیمه اضافه کسر شده قبل از ابطال قابل استرداد نیست.
- ۴- در مورد حق بیمه اضافه کسر شده شاغلان، باید از طریق یگان‌های مربوطه به اصلاح آن اقدام شود.
- ۵- در مورد اصلاح حق بیمه بازنشستگان همانند دستورالعمل شماره ۱۳۷۸/۶/۱۰-د/م/۱۶۰۳/۰۱/۱۷ بند ۱ و ۲ گیرندگان تصویر پیوست اقدام شود.
- ۶- مدارک مورد نیاز برای پرداخت اضافه کسر شده:
 - ۱- رسید ابطالی دفترچه درمانی یا تایید تاریخ ابطال دفترچه توسط مد کامپیوتر
 - ۲- فیش‌های حقوقی اضافه کسر شده هر سال دو فقره (۶ ماهه اول و ۶ ماهه دوم)
 - ۳- فیش حقوقی اصلاح شده و فیش حقوقی یک ماه قبل از اصلاح
 - ۴- تصویر صفحه اول دفترچه درمانی سرپرست
 - ۵- در صورتی که فیش‌های حقوقی مورد بند دو در دسترس نباشد با توجه به تاریخ ابطال حق بیمه از سال ۱۳۷۳ تا پایان سال ۱۳۸۰ به شرح زیر بابت یک جلد

دفترچه درمانی محاسبه می‌شود. سال ۷۳ مبلغ ۲۵۰ ریال، سال ۷۴ مبلغ ۸۴۰ ریال، سال ۷۵ مبلغ ۹۷۲ ریال، سال ۷۶ مبلغ ۱۱۲۰ ریال، سال ۷۷ مبلغ ۱۵۸۸ ریال، سال ۷۸ مبلغ ۲۳۷۶ ریال، سال ۷۹ مبلغ ۳۲۴۰ ریال و سال ۱۳۸۰ مبلغ ۳۷۲۶ ریال.

توضیح: استرداد درآمدهای مربوط به سال ۱۳۸۰ به کد ۶۷۷۰۰۱۰ برگشت از درآمد حق بیمه منظور خواهد شد.

۷- استرداد حق بیمه قبل از سال جاری در سرفصل سود و زیان سنواتی کد ۵۷۰۰۰۳۰ اعمال حساب خواهد شد.

۸- استرداد حق بیمه شامل حق بیمه مکمل نخواهد بود.»

متن بخشنامه شماره ۱۳۸۵/۹/۱۳-م/۲/۳۰۲/۰۲/۳۷

« نظر به این که اضافه کسر شده بیمه درمانی از طریق یگان‌های پردازنده حق بیمه اعمال می‌شود. دستور فرمایید کلیه شعب از تاریخ ۱۳۸۵/۹/۱۵ به بعد هیچ گونه وجهی بابت استرداد اضافه کسر شده بازنشستگان پرداخت نکنند و افراد یاد شده را به یگان‌های مربوط به خود راهنمایی تا از طریق یگان مربوطه نسبت به رسیدگی اقدام شود.»

در پاسخ به شکایت یاد شده، مدیرعامل سازمان تامین خدمات درمانی نیروهای مسلح در لایحه شماره ۱۳۸۵/۹/۱۳-م/۲/۳۰۲/۰۲/۳۷ ب/۸۸۲۴/۲۱۸۶۰-۴۰۵۵/۶/۲۸ اعلام کرده است که:

« با احترام، بدین وسیله تصاویر بخشنامه‌های شماره ۱۳۸۵/۹/۱۳-م/۲/۳۰۲/۰۲/۳۷ مورخ ۱۳۸۵/۹/۱۳ در خصوص استرداد حق بیمه اضافه کسر شده بازنشستگان جهت بهره‌برداری به پیوست تقدیم می‌شود. لازم به

توضیح است اخیراً سازمان با توافق و هماهنگی سازمان بازنشستگی نیروهای مسلح، ساز و کارهای نرم افزاری پیش‌بینی و پیاده کرده است تا به محض ابطال دفترچه‌های افراد خارج از شمول، بلافاصله کسر حق بیمه توسط ادارات بازنشستگی قطع و افزایش آن در فیش حقوقی ماه بعد منظور شود. متعاقب آن اضافات کسر شده گذشته توسط ادارات کل محاسبه و نقداً پرداخت می‌شود.»

قائم مقام دبیر شورای نگهبان، در خصوص ادعای مغایرت بخشنامه شماره ۱۳۸۰/۱/۲۶-م/ح با شرع به موجب نامه شماره ۸۹/۳۰/۴۰۲۸۹-۱۳۸۹/۸/۴ اعلام کرده است که:

« بند (۳) بخشنامه خلاف موازین شرع شناخته شد و بند (۴) بخشنامه نیز از جهت محدود نمودن حق استرداد به زمان ابطال شدن دفترچه که مفهوم آن عدم استرداد اضافه کسر شده قبل از ابطال و بعد از موت شخص است خلاف موازین شرع شناخته شد، این اشکال در تبصره این بند نیز جاری است، بنابراین عدم استرداد وجوه در موارد مذکور اشکال دارد.»

همچنین به موجب نامه شماره ۹۰/۳۰/۴۴۷۸۵-۱۳۹۰/۹/۲۳ اعلام کرده است که:

« بخشنامه شماره ۱۳۸۵/۹/۱۳ مورخ ۱۳۸۵/۹/۱۳ چون متضمن دستوری مبنی بر عدم پرداخت نیست، خلاف موازین شرع شناخته نشد.»

هیأت عمومی دیوان عدالت اداری در تاریخ یاد شده با حضور رؤسا، مستشاران و دادرسان علی‌البدل شعب دیوان تشکیل شد. پس از بحث و بررسی، با اکثریت آراء به شرح آینده به صدور رأی مبادرت می‌کند.

رأی هیأت عمومی:

الف: با توجه به نامه شماره ۸۹/۳۰/۴۰۲۸۹ مورخ ۱۳۸۹/۸/۴ قائم مقام دبیر شورای نگهبان، بندهای ۳ و ۴ و تبصره بند ۴ بخشنامه شماره ۴/۲/۳۰۲/۰۲/۴ مورخ ۱۳۸۰/۱/۲۶ مدیرعامل وقت سازمان تامین خدمات درمانی کارکنان نیروهای مسلح جمهوری اسلامی ایران به علت مغایرت با موازین شرعی در اجرای بند یک ماده ۱۹ و مواد ۴۱ و ۴۲ قانون دیوان عدالت اداری از تاریخ صدور ابطال می‌شود.

ب: با توجه به نامه شماره ۴۴۷۸۵/۳۰/۹۰ مورخ ۱۳۹۰/۹/۲۳ قائم مقام دبیر شورای نگهبان، بخشنامه شماره ۴/۲/۳۰۲/۰۲/۳۷ مورخ ۱۳۸۵/۹/۱۳ مدیرعامل وقت سازمان تامین خدمات درمانی کارکنان نیروهای مسلح جمهوری اسلامی ایران از نظر شرعی قابل ابطال نیست. لیکن به لحاظ این که مبالغ اضافه کسر شده تحت عنوان حق بیمه کسر و به حساب درآمد صندوق تامین اجتماعی نیروهای مسلح واریز شده است و طبق مواد ۳۰۱ و ۳۰۳ قانون مدنی کسی که مالی را من غیر حق دریافت کرده است ضامن عین و منافع آن است و آن مال قابل استرداد خواهد بود، بنابراین بخشنامه مورد اعتراض که مفید عدم تکلیف صندوق تامین اجتماعی در استرداد کسورات اضافه دریافتی است، مغایر قوانین مذکور و ماده ۴۹ قانون محاسبات عمومی تشخیص داده می‌شود و به استناد بند یک ماده ۱۹ و مواد ۲۰ و ۴۲ قانون دیوان عدالت اداری از تاریخ تصویب ابطال می‌شود.

تاریخ: ۲۴ بهمن ۱۳۹۰

کلاس پرونده: ۱۶۳/۸۹

موضوع رأی: عدم ابطال دستور اداری شماره ۵۰۲۰/۸۴۰۲۶ مورخ ۱۳۸۰/۱۰/۵ حوزه معاونت فنی و درآمد سازمان تامین اجتماعی درباره تغییر تکلیف کارفرما نسبت به پرداخت حق بیمه مورخ ۱۳۹۰/۱۱/۲۴

شاکي: خانم معصومه رحمانی

گردش کار:

خواسته شاکي برابر دادخواست تقدیمی، ابطال دستور اداری شماره ۵۰۲۰/۸۴۰۲۶ مورخ ۱۳۸۰/۱۰/۵ حوزه معاونت فنی و درآمد سازمان تامین اجتماعی است و توضیح داده است که با عنایت به قانون و مقررات تامین اجتماعی، کارفرما مکلف به پرداخت حق بیمه و سازمان نیز تکلیف به انجام تعهدات قانونی دارد. به دلیل این که دستور اداری معترضٌ عنه مغایر قانون تامین اجتماعی است ابطال آن مورد استدعاست.

سرپرست دفتر امور حقوقی و دعاوی سازمان تامین اجتماعی به موجب لایحه شماره ۳۴۴۱-۱۳۸۹/۱۰/۷ اعلام کرده است که:

« ۱- طبق ماده ۳۹ قانون تامین اجتماعی، کارفرما مکلف است حق بیمه هر ماه را حداکثر تا آخرین روز ماه بعد به سازمان بپردازد و همچنین صورت مزد یا حقوق بیمه شدگان را به ترتیبی که در آیین‌نامه طرز تنظیم و ارسال صورت مزد مصوب شورای عالی تامین، صرف نظر از ساعات انجام کار و با توجه به روزهای واقعی کارکرد و با رعایت حداقل و حداکثر دستمزد مشمول کسر حق بیمه به سازمان تسلیم دارد.

۲- در پاسخ به ادعای شاکی در خصوص بندهای ۲ و ۴ دستورالعمل معترض^۱ عنه، به استحضار می‌رساند بر اساس توافق نامه‌های مورخ آذر ماه ۱۳۷۴ و ۱۳۸۰/۸/۱۵ فی‌مابین سازمان نظام پزشکی کشور و سازمان تامین اجتماعی مقرر شده است، که کلیه پزشکان و دندان پزشکان دارای مطب باید همه ماهه صورت مزد حقوق (لیست) و حق بیمه افراد شاغل در مطب خود را بر مبنای تعداد روزهای کارکرد در مطب (مشروط بر این که کمتر از ۱۵ روز نباشد) و با رعایت حداقل دستمزد روزانه به شعبه تامین اجتماعی مربوطه ارسال و پرداخت کنند که در این ارتباط بخشنامه معترض عنه تنظیم شد. لیکن به دلیل ابطال توافق نامه مشابه (دادنامه) فی‌مابین آموزش و پرورش و این سازمان در خصوص تعیین روزهای کارکرد از ناحیه هیأت عمومی دیوان عدالت اداری و این که توافق نامه فی‌مابین سازمان نظام پزشکی کشور و سازمان در تاریخ ۱۳۸۳/۱/۱ به بعد تمدید نشده است در نتیجه سازمان با این قبیل افراد نیز مطابق با سایر بیمه شدگان رفتار می‌کند که این اقدام مطابق قوانین و مقررات است.

۳- ماده ۹۲ قانون نظام صنفی چنین بیان داشته است «سازمان تامین اجتماعی فقط در صورت شکایت هر یک از کارکنان واحدهای صنفی مبنی بر عدم پرداخت حق بیمه و در مدت همکاری توسط افراد صنفی می‌تواند به نظر بازرس با مندرجات دفاتر قانونی فرد صنفی، استناد و حق بیمه را دریافت کند. این مبلغ در صورت احراز تخلف فرد صنفی، معادل حق بیمه پرداخت نشده شاکی شاغل و جریمه‌ای به مبلغ دو برابر آن خواهد بود. چنانچه مبلغ جریمه کمتر از یک صد هزار ریال باشد جریمه نقدی معادل یک صد هزار ریال خواهد بود.»

با عنایت به مراتب یاد شده و قانون مذکور و مصوبه شماره ۱۱۰۰/۲۰۷۸۱ مورخ ۱۳۸۱/۳/۷ هیأت مدیره سازمان تامین اجتماعی مبنی بر طرح بهبود بازرسی از کارگاه‌ها و تعامل بیشتر با کارفرمایان، کلیه دستورالعمل‌ها و بخشنامه‌های مربوط به انجام بازرسی، پلاک برداری، بازرسی‌های کشفی، شناسایی کارگاه‌ها و ... در بخشنامه یک بازرسی کارگاه‌ها تلخیص و در تاریخ ۱۳۸۱/۴/۱۹ به کلیه واحدهای اجرایی ابلاغ شده است بر اساس بخشنامه مذکور در خصوص کارگاه‌هایی که لیست مزد و حقوق کارگران شاغل را ارسال می‌دارند، انجام بازرسی از کارگاه‌ها منحصرأً بابت تطابق لیست‌های ارسالی کارفرما بوده است و در صورت تطبیق این موضوع هیچ‌گونه تفاوت حق بیمه‌ای محاسبه و وصول نمی‌شود.

بنابراین بند ۲ بخشنامه معترض‌انه موضوعیت ندارد و کلیه پزشکان و دندان پزشکان دارای مطب، لیست و حق بیمه کارکنان شاغل را با توجه به روزهای واقعی کارکرد و با رعایت دستمزد مشمول کسر حق بیمه به سازمان ارسال و پرداخت می‌کنند. ضمناً لازم به ذکر است چنانچه در هر دوره‌ای کارفرما از ارسال لیست و پرداخت حق بیمه کارکنان شاغل خودداری ورزد بازرسی از کارگاه به‌طور مرتب و هر سه ماه یک بار انجام و مفاد گزارش‌های مزبور مبنای محاسبه حق بیمه دوره و ایجاد سابقه قرار می‌گیرد.

۴- در پاسخ به ادعای شاکی در خصوص بند ۸ دستورالعمل‌های معترض‌انه اعلام می‌دارد:

وفق ماده ۲۹ قانون تامین اجتماعی مقرر شده است که: « نه درصد از مأخذ محاسبه حق بیمه مذکور در ماده ۲۸ این قانون حسب مورد برای تامین هزینه‌های

ناشی از موارد مذکور در بندهای الف و ب ماده ۳ این قانون تخصیص می‌یابد و بقیه به سایر تعهدات اختصاص خواهد یافت.»

تبصره: غرامت دستمزد ایام بیماری بیمه شدگان که از طرف کارفرما پرداخت نمی‌شود به عهده سازمان است.

در این راستا دستور اداری شماره ۲۰۴۴/۹۵۵۲۹ مورخ ۱۳۸۴/۱۱/۳ حوزه فنی و درآمد با موضوع بهبود فرآیند تامین اعتبار دفاتر درمانی بیمه شدگان/مستمری بگیران و افراد تحت تکفل آنان صادر و به واحدهای اجرایی ابلاغ شده است.

بر اساس بند یک جدول تنظیمی در صفحه اول دستور اداری مقرر شده است که چنانچه بیمه شده‌ای ظرف شش ماه قبل از تاریخ درخواست حداکثر یک ماه سابقه پرداخت حق بیمه داشته باشد دفترچه درمانی وی به مدت شش ماه تامین اعتبار خواهد شد. بنابراین ملاحظه می‌فرمایید که چنانچه بیمه شده‌ای یک روز سابقه پرداخت حق بیمه داشته باشد نیز دفتر درمانی وی به مدت شش ماه تامین اعتبار می‌شود.

لذا با توجه به دستور اداری یاد شده و این که توافق نامه فی‌مابین سازمان نظام پزشکی کشور و سازمان تامین اجتماعی از تاریخ ۱۳۸۳/۱/۱ به بعد تمدید نشده است و بند ۸ بخشنامه معترض^۱ عنه نیز در اجرای موافقت نامه موصوف تنظیم شده است، بنابراین بند موصوف بی‌اثر بوده و قابل اجرا نیست.

با عنایت به مراتب فوق و در اجرای ماده ۴۷ قانون تامین اجتماعی و ماده ۹۲ قانون نظام صنفی و در راستای ایجاد تعامل سازنده و اعتمادسازی فی‌مابین سازمان و کارفرمایان، در دوره‌ای که کارفرمایان نسبت به ارسال صورت مزد و حقوق

کارگران اقدام می‌کنند از محاسبه و مطالبه مابه‌التفاوت حق بیمه خودداری و بخشنامه شماره یک جدید بازرسی لازم‌الرعايه است که این امر موجب بلااثر شدن توافق نامه مربوط به مطب پزشکان و دندان پزشکان شده است و اجرای مفاد بخشنامه معترض^۱ عنه موضوعیت ندارد و اقدامات سازمان تامین اجتماعی مطابق با موازین قانونی بوده است و ادعای شاکی بلا دلیل است، رد شکایت شاکی مورد استدعاست.»

هیأت عمومی دیوان عدالت اداری در تاریخ یاد شده با حضور رؤسا، مستشاران و دادرسان علی‌البدل شعب دیوان تشکیل شد. پس از بحث و بررسی، با اکثریت آراء به شرح آینده به صدور رأی مبادرت می‌کند.

رأی هیأت عمومی:

نظر به این که دستور اداری شماره ۵۰۲۰/۸۴۰۲۶-۵/۱۰/۱۳۸۰ حوزه معاونت فنی و درآمد سازمان تامین اجتماعی با قوانین مورد استناد شاکی مغایرتی ندارد، قابل ابطال تشخیص داده نشد.

تاریخ: ۲۸ فروردین ۱۳۹۱

شماره دادنامه: ۲۹

کلاس پرونده: ۹۰/۲۵۸

موضوع رأی: اعلام تعارض در آراء صادر شده از شعب دیوان عدالت اداری (در خصوص الزام وزارت آموزش و پرورش به پرداخت ۷۵ درصد هزینه‌های درمانی مستخدمان دولت که در مأموریت خارج از کشور به سر می‌برند) مورخ

۱۳۹۱/۰۱/۲۸

شاکی: حسن وسکری

گردش کار: آقای حسن وسکری به موجب دادخواستی اعلام کرده است که شعب دیوان عدالت اداری در خصوص دادخواست هایی به طرفیت وزارت آموزش و پرورش و به خواسته الزام به پرداخت ۷۵٪ هزینه درمان معلمان که در مأموریت خارج از کشور به سر می‌برند (موضوع تصویب نامه شماره ۲۰/۱۲۵۴۱۵/ت/۱۴۴۹۰ هـ مورخ ۱۳۷۵/۱۱/۲۸) آراء متعارض صادر کرده‌اند رفع تعارض و صدور رأی وحدت رویه را خواستار شده است.

گردش کار پرونده‌ها از این قرار است که:

متعاقب دادخواست اشخاص به طرفیت وزارت آموزش و پرورش به خواسته الزام به پرداخت ۷۵٪ هزینه درمانی که در مأموریت خارج از کشور بر آنها تحمیل شده است و آن را پرداخت کرده‌اند، وزارت آموزش و پرورش دفاع کرده است به لحاظ نداشتن اعتبار، امکان اجابت خواسته شکات را ندارد. شعب چهارم و اول دیوان عدالت اداری به موجب دادنامه‌های شماره ۷۲۳-۱۳۸۶/۶/۱۹ و ۲۱۵۷-۱۳۸۶/۱۰/۴ با این استدلال که مطابق رأی شماره ۱۶۴-۱۳۷۰/۱۲/۲۰ هیأت عمومی دیوان عدالت اداری، عدم تأمین اعتبار حق مسلم مستخدمان را از بین نمی‌برد حکم به وارد دانستن شکایت و الزام وزارت آموزش و پرورش به پرداخت هزینه‌های مربوط صادر کرده‌اند اما شعبه دوم دیوان عدالت اداری در رسیدگی به خواسته‌ای مشابه، استدلال وزارت آموزش و پرورش

مبنی بر این که به لحاظ عدم وجود اعتبار اجابت خواسته محقق نشده است، شکایت شاکی را غیر قابل استماع دانسته و قرار رد صادر کرده است.

هیأت عمومی دیوان عدالت اداری در تاریخ یاد شده با حضور رؤسا، مستشاران و دادرسان شعب دیوان تشکیل شد. پس از بحث و بررسی، با اکثریت آراء به شرح آئینده به صدور رأی مبادرت می‌کند.

رأی هیأت عمومی

اولاً: تعارض در آراء مذکور محرز است.

ثانیاً: نظر به این که بر اساس مصوبه شماره ۱۲۵۴۱۵/۲۰/ت/۱۴۴۹۰-هـ- ۱۳۷۵/۱۱/۲۸ هیأت وزیران مقرر شده است که: «کلیه وزارتخانه ها، سازمانها و موسسات دولتی که مقررات خاصی در زمینه بیمه مأموران ثابت خارج از کشور ندارند، موظفاند آن دسته از کارکنان خود را که برای مدت بیش از سه ماه به مأموریت خارج از کشور اعزام می‌شوند، همچنین افراد تحت تکفل آنان را - در صورت همراه بودنشان- نزد شرکت‌های بیمه معتبر در کشور محل اقامت آنان بیمه کنند. در صورتی که در کشور محل مأموریت چنین شرکت‌هایی وجود نداشته باشد، اشخاص یاد شده برای دریافت هزینه‌های مربوط و برخورداری از تسهیلات موضوع این تصویب نامه، باید اصل اسناد هزینه معالجه و مراجعه به مراکز درمانی کشور محل اقامت خود را پس از تایید نمایندگی جمهوری اسلامی ایران در محل یاد شده برای دستگاه دولتی متبوع خود ارسال کنند. از مجموع حق بیمه یا هزینه معالجه، هفتاد و پنج درصد توسط دستگاه دولتی و باقی مانده آن توسط مأمور پرداخت می‌شود» و مطابق رأی شماره ۱۶۴-۱۳۷۰/۱۲/۲۰- هیأت عمومی دیوان عدالت اداری، عدم تامین اعتبار مسقط حق مسلم مستخدمان دولت نیست و اصل مأموریت به خارج از کشور شکات نیز مصون از اعتراض مانده است، بنابراین آراء شعب اول و چهارم دیوان عدالت اداری که با توجه به مصوبه مذکور هیأت وزیران بر وارد دانستن شکایت و الزام وزارت آموزش و پرورش به پرداخت ۷۵٪ هزینه

های درمانی مستخدمان دولت که در مأموریت خارج از کشور به سر می‌برند صادر شده است صحیح و موافق مقررات است. این رأی به استناد بند ۲ ماده ۱۹ و ماده ۴۳ قانون دیوان عدالت اداری مصوب ۱۳۸۵ برای شعب دیوان و سایر مراجع اداری مربوط در موارد مشابه لازم‌الاتباع است.

تاریخ: ۶ آذر ۱۳۹۱

شماره دادنامه: ۶۱۳

کلاس پرونده: ۸۹/۳۲۲

موضوع رأی: ابطال بند ۴ بخشنامه شماره ۵/۳۱/۱۶۰-د/۱۳/۱۱/۱۳ سازمان بیمه خدمات درمانی پرسنل نیروهای مسلح جمهوری اسلامی ایران مورخ
۱۳۹۱/۰۹/۰۶

شاکی: یداله خواصی و خانم زهرا پوربنا

گردش کار: به موجب بخشنامه شماره ۵/۳۱/۱۶۰-د/۱۳/۱۱/۱۳ سازمان بیمه خدمات درمانی پرسنل نیروهای مسلح جمهوری اسلامی ایران مقرر شده است که:
"به منظور ایجاد وحدت رویه و یکنواختی در شیوه پرداخت هزینه‌های درمانی بیمه شدگان سازمان در بخش روز پرداخت، بدین وسیله ضمایم مورد نیاز در پرونده‌های بستری مراکز درمانی غیر طرف قرارداد به شرح ذیل اعلام می‌شوند:

۱-.....

۲-.....

۳-.....

۴- صورت حساب: ارائه اصل صورت حساب بیمارستانی با مهر بیمارستان و حسابداری به همراه درج تاریخ بستری و ترخیص بیمار و نوع اتاق"

آقای یداله خواصی به موجب دادخواستی اعلام کرده است که بند ۴ بخشنامه مذکور مغایر قواعد شرعی است و همچنین با مواد ۴۱۹ و ۲۲۰ و ۱۰ قانون مدنی نیز مغایرت دارد و ابطال آن را خواستار شده و در جهت تبیین خواسته توضیح داده است که الزام به ارائه اصل صورت حساب هزینه‌های درمانی در جایی که رونوشت برابر اصل آن موجود است و دسترسی به اصل سند به هر دلیلی وجود ندارد، موجب تضییع حقوق اشخاص است.

در پاسخ به شکایت مذکور، مدیر عامل سازمان بیمه خدمات درمانی پرسنل نیروهای مسلح جمهوری اسلامی ایران به موجب لایحه شماره ۱۳۸۹/۶/۱۵-۴۰۵۵/ب/۸۹۲۴/۲۵۶۱۶ توضیح داده است که:

" الف- سازمان به منظور یکنواختی در شیوه پرداخت هزینه‌های درمانی بیمارانی که در بیمارستانهای غیر طرف قرارداد (خصوصی) بستری و هزینه‌های درمان را شخصاً پرداخت می‌نمایند بخشنامه‌ای تحت عنوان ضمایم‌پرونده‌های بستری مراکز درمانی غیر طرف قرارداد به شرح پیوست صادر کرده است. (در بیمارستانهای طرف قرارداد، هزینه‌های درمانی مستقیماً توسط سازمان پرداخت می‌شود و نیازی به ارائه مدارک و اسناد هزینه از جانب بیمار یا تحت پوشش نیست.)

ب- بیمار یا سرپرست می‌تواند پس از پرداخت هزینه‌های درمانی در مراکز غیر طرف قرارداد برای جبران هزینه‌های پرداختی حسب بند ۴ بخشنامه فوق اصل صورت حساب بیمارستان ممه‌ور به مهر بیمارستان و حسابداری ... را به یکی از شعب سازمان در سراسر کشور ارائه و تسلیم نماید تا هزینه‌های قابل پرداخت حسب تعرفه دولتی محاسبه و به حساب سرپرست واریز شود. توضیح این که در دستگاه‌های دولتی هزینه‌ها در قبال ارائه و تسلیم اصول مدارک قابل پرداخت است. در موارد استثنایی چنانچه فردی مدعی در دست نبودن اصول مدارک باشد (به هر دلیلی مفقودی، سرقت، از بین رفتن و ...) می‌تواند با مراجعه به ستاد مرکزی سازمان در تهران طی شرایطی هزینه‌ها را دریافت نماید.

با عنایت به مراتب معنونه، نظر به این که مفاد بخشنامه صادر شده، شیوه پرداخت هزینه‌های درمانی بیمه شدگان سازمان را در مراکز درمانی غیر طرف قرارداد تبیین کرده است و مغایرتی با قانون ندارد استدعای رسیدگی و رد درخواست خواهانها مورد تقاضاست."

در ارتباط با ادعای شکات، مبنی بر مغایرت بند ۴ بخشنامه شماره ۳۱/۱۶۰-د/۱۳۸۱/۱۱/۱۳ سازمان بیمه خدمات درمانی نیروی مسلح با موازین شرعی، قائم

مقام دبیر شورای نگهبان به موجب نامه شماره ۹۱/۳۰/۴۷۴۱۷-۱۳۹۱/۴/۲۸ اعلام کرده است که:

" بند ۴ بخشنامه مذکور، مبنی بر لزوم ارائه اصل صورت حساب نه فتوکپی آن، خلاف موازین شرع شناخته نشد. "

هیأت عمومی دیوان عدالت اداری در تاریخ یاد شده با حضور رؤسا، مستشاران و دادرسان شعب دیوان تشکیل شد. پس از بحث و بررسی، با اکثریت آراء به شرح آینده به صدور رأی مبادرت می‌کند.

رأی هیأت عمومی

اولاً: با توجه به نظر فقهای محترم شورای نگهبان که طی نامه شماره ۹۱/۳۰/۴۷۴۱۷-۱۳۹۱/۴/۲۸ قائم مقام دبیر شورای نگهبان اعلام شده است، بند ۴ بخشنامه شماره ۵/۳۱/۱۶۰-۱۳۸۸/۱۱/۱۳ سازمان تامین خدماتی درمانی پرسنل نیروهای مسلح جمهوری اسلامی ایران، با لحاظ ماده ۴۱ قانون دیوان عدالت اداری از نظر شرعی قابل ابطال نیست.

ثانیاً: نظر به این که ایجاد حق و تکلیف از وظایف مقنن است و تکلیف به ارائه اصول و مدارک مستند ادعا فقط در ماده ۹۶ قانون آیین دادرسی دادگاههای عمومی و انقلاب در امور مدنی مصوب سال ۱۳۷۹ در فرض ایراد خواننده دعوا مورد حکم مقنن قرار گرفته است، بنابراین بند ۴ بخشنامه شماره ۵/۳۱/۱۶۰-۱۳۸۸/۱۱/۱۳ سازمان تامین خدماتی درمانی پرسنل نیروهای مسلح جمهوری اسلامی ایران که ارائه اصل مدارک و مستندات را الزامی دانسته است خارج از حدود اختیارات صادر کننده بخشنامه و مغایر قانون می‌باشد و با استناد به بند ۱ ماده ۱۹ و ماده ۴۲ قانون دیوان عدالت اداری حکم به ابطال آن صادر و اعلام می‌شود.

تاریخ: ۲ بهمن ۱۳۹۱

شماره دادنامه: ۸۰۱

کلاس پرونده: ۷۹۶/۹۰

موضوع رأی: ابطال جدول‌های نرخ تعرفه پزشکی تعیین شده توسط استانداری

یزد در سال ۱۳۹۰ مورخ ۱۳۹۱/۱۱/۰۲

شاکی: محمدعلی فلاح تفتی

گردش کار: شاکی به موجب دادخواستی، ابطال جدول‌های نرخ تعرفه پزشکی تعیین شده توسط استانداری یزد در سال ۱۳۹۰ را خواستار شده و در جهت تبیین خواسته اعلام کرده است که:

" با سلام و احترام، به استحضار می‌رساند که استانداری یزد در حالی به عده‌ای از پزشکان متخصص عضو هیأت علمی با روشی تبعیض آمیز و ناروا به استناد عناوین استاد و دانشیار دارای فلوشیپ به آنها بنا حق تعرفه ویزیت اضافه تری نسبت به پزشکان متخصص همتراز، هم رشته، هم دوره شان تعیین کرده که حتی خود دولت نه در تعیین تعرفه بخش خصوصی و نه در تعیین تعرفه بخش دولتی هیچ توجهی به عناوین این عده نکرده است زیرا اصولاً دولت با کار کردن پزشکان عضو هیأت علمی در بخش خصوصی موافق نیست و ترجیح می‌دهد که تمام وقت در خدمت خودش باشند به همین جهت منحصراً به پزشکان متخصص تمام وقت جغرافیایی خودش حق ویزیت را به عناوین هیأت علمی ربط داده نه به تمام پزشکان عضو هیأت علمی، با مراجعه به دستورالعمل و جدول تعیین تعرفه بخش خصوصی و تعیین تعرفه بخش دولتی توسط هیأت دولت موید این موضوع است به‌طور کلی همان طوری که استحضار دارید تعیین تعرفه پزشکان در بخش خصوصی طبق قانون نظام پزشکی در اختیار شورای عالی نظام پزشکی بود. ولی خدا را شکر طبق قانون برنامه پنجم توسعه از اول سال ۱۳۹۰ این اختیار از نظام پزشکی سلب و در اختیار دولت قرار گرفت و هیأت دولت امسال طی دستورالعمل و جدول ۴۶۷۷۲ - ۱۳۹۰/۱۱/۳ ت ۶۵۱۵۷ سقفی را تعیین کرد و در استانها

استانداریه‌ها را مسؤول تایید و تصویب نهایی تعیین تعرفه پزشکان در بخش خصوصی کرد بنابراین گر چه تعرفه مربوط به بخش خصوصی است ولی چون تایید و تصویب نهایی به عهده هیأت دولت یا نماینده او در شهرستانها (استاندار) می باشد، بنابراین رسیدگی به شکایات در مورد آن در صلاحیت هیأت عمومی دیوان عدالت اداری است و از آن جا که با روشی تردید آمیز و تبعیض آمیز در یزد در تعیین تعرفه بخش خصوصی عده‌ای از پزشکان متخصص عضو هیأت علمی را در ردیف پزشکان فوق تخصص گنجانیده و با این ترفند در واقع تعرفه اضافه تری برای آنها تعیین کرده است بدون این که این حق به سایر پزشکان متخصصی که هم‌تراز هم رشته و هم دوره اینها هستند داده شود. لذا این روش علاوه بر این که مطابق روش هیأت دولت نیست و باعث می‌شود که تعرفه عده‌ای از متخصصین از سقف تعیین شده توسط دولت عبور کند که خوبخود غیر قانونی است به علاوه با اصل تساوی عموم در برابر قانون اصل ۲۰ قانون اساسی و نیز با رفع تبعیضات ناروا و ایجاد امکانات عادلانه برای همه در تمام زمینه‌های مادی و معنوی بند ۹ اصل ۳ قانون اساسی مغایر است و از آن جایی که باعث خسارت جبران ناپذیر عمومی می شود تقاضای رسیدگی خارج از نوبت و صدور حکم بر ابطال این روش و الزام به تعیین تعرفه پزشکان متخصص طبق روش و در محدوده سقف تعیین شده هیأت دولت و بدون توجه و استناد به عناوین هیأت علمی را دارم که با الزام به حذف عبارت «و دانشجویان و اساتید دارای فلوشیپ» که در بند اول جدول تعیین تعرفه پزشکان آزاد یزد آورده شده که این بند قاعدتاً باید عیناً مطابق بند سوم جدول هیأت دولت باشد نه یک کلمه کمتر نه یک کلمه بیشتر، بنابراین عبارت ذکر شده اضافه تر از جدول هیأت دولت بوده و همین عبارت باعث افزایش تبعیض آمیز تعرفه عده‌ای از پزشکان متخصص در بخش خصوصی در یزد شده است. ضمن این که ردیف نگارش و تنظیم بندهای جدول مطابق نوشته‌های هیأت دولت هم از نظر اداری هم از نظر سلسله مراتب که از پایین به بالا (یعنی از پزشک عمومی به پزشک متخصص و بعد پزشک فوق تخصص است) صحیح تر است در حالی که

جدول تنظیم شده در یزد برعکس است از بالا به پایین و بهر حال به‌طور کلی عبارت «و دانشیاران و اساتید دارای فلوشیپ» در مصوبه و جدول هیأت دولت وجود ندارد ولی در یزد با گنجاندن این عبارت در ردیف «فوق تخصصها و روان پزشکان» در بند اول جدول یزد به واقع با این شگرد این عده از متخصصین را در ردیف فوق تخصصها گنجانیده است و در واقع به‌طور غیر مستقیم به نیت اصلی خودشان که دادن حق ویزیت اضافه تر به عده‌ای از پزشکان متخصص استان بود رسیدند. شاید هم به خیال خودشان به شکلی نامحسوس برای عده‌ای از متخصصین حق ویزیت اضافه تر از حد تعیین شده هیأت دولت تعیین کردند؟ در حالی که دانشیاران و اساتید با یا بدون فلوشیپ نسبت به پزشکان متخصص دیگر هم‌تراز، هم ردیف، هم رشته، هم مدرک و هم سابقه همان پزشک متخصص محسوب می‌شوند نه بیشتر و این عناوین در حقیقت نشان دهنده نوعی سابقه کار است که سابقه و تجربه متخصص پزشکان استخدام شده در دانشگاه (به اصطلاح اعضای هیأت علمی) نیست در حالی که با این روش در حقیقت فقط برای عده‌ای از پزشکان متخصص که در استخدام دانشگاه (عنوان داران) در تعیین حق ویزیت سابقه کار را به حساب آورده‌اند ولی برای سایر پزشکان متخصص هم‌ترازانشان به دلیل نداشتن عناوین (فقط به دلیل نوع استخدام این عناوین دانشیار و استادیار را ندارند) سابقه کار در تعیین نوع ویزیت دخالت داده نشده به علاوه به‌طور کلی چون از حد تعیین شده هیأت دولت و در نتیجه از حداکثر تعرفه پزشکان متخصص تجاوز کرده غیر قانونی است. به‌طور خلاصه این تبعیض اعمال شده که با گنجانیدن عبارت ذکر شده در جدول یزد به وجود آمده است و باعث افزایش ویزیت عده‌ای از پزشکان متخصص استان شده ولی برای سایر هم‌ترازانشان نشده با اصول ۲۰، ۱۹ و ۳ قانون اساسی مغایر است و لذا تقاضای محکومیت این روش و الزام به حذف عبارت «و دانشیاران و اساتید دارای فلوشیپ» در جدول حق ویزیت پزشکان در بخش خصوصی یزد و اصلاح فوری و اعلان تعرفه پزشکان متخصص با سابقه کار برابر به‌طور برابر و یکسان و در محدوده تعیین شده با هیأت دولت در استان یزد را دارم.

توضیحات تکمیلی: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی شامل سه بخش یا سه معاونت است معاونت بهداشتی و معاونت درمانی و معاونت آموزشی که از نام هر کدام مسؤولیت آنها هم معلوم می‌شود از جمله این که کار معاونت آموزشی در رابطه با امور آموزش پزشکی است که اعضا کادر آموزشی را اصطلاحاً اعضای هیأت علمی و کادر آموزشی را اصطلاحاً کادر علمی و سلسله مراتب اداری و سوابق کاری آنها را با عناوین استادیار و دانشیار و استاد نامگذاری کرده و آنها را هم مراتب و درجات علمی می‌نامند واضح است مفهوم و معنی این علمی نامیدنها این نیست که سایر معاونین یا پزشکان یا سایر معاونتها غیر علمی‌اند یا علمشان کمتر از اینهاست، ضمناً علاوه بر این که از نظر اداری عناوین و القاب سنگین رنگین علمی به جای آموزشی بدین‌ها داده‌اند. از جهت تقویت آموزش پزشکی حقوق و امتیازات خیلی بیشتر قانونی و حتی در بعضی موارد غیر قانونی (نظیر سهمیه فرزندان اعضا هیأت علمی در کنکور دانشگاه‌ها که به استناد آن اعضا هیأت علمی فرزندان خود را که در کنکور در شهرستانهای دور افتاده و در رشته‌های پایین پذیرفته شده‌اند علاوه بر انتقال به شهرهای بزرگ و دانشگاه‌های معتبر و از رشته‌های پایین مثل دامپزشکی به رشته‌های بالاتر مثل دندانپزشکی یا پزشکی منتقل می‌کند و تا به حال دو نوبت هیأت عمومی دیوان عدالت اداری آن را از مصادیق بارز تبعیض ناروا دانسته و آن را باطل و غیر قانونی اعلام کرده ولی هنوز هم ادامه دارد) هم به آنها می‌دهند که واضح است دادن این امتیازات باعث ایجاد حق نمی‌شود بلکه سبب دین می‌شود یعنی اینها مدیون مردمند نه طلبکار، زیرا مخارج این امتیازات از بیت المال تامین و پرداخت می‌شود ضمناً باز هم برای تقویت بعد آموزشی در بیمارستانهای دولتی حق ویزیت اینها (یعنی تعرف دولتی) را به تناسب عناوین به اصطلاح علمی یعنی عناوین استادیار یا دانشیار یا استاد بودن «که این عناوین به واقع نشان دهنده سابقه کار آنهاست که کسب سابقه و تجربه، اختصاص به پزشکی که در کادر آموزش کار می‌کنند و عناوین دانشیار و استاد را دارند ندارد بلکه شامل تمام پزشکان متخصص می‌شود تازه اگر قرار باشد سابقه کار در تعیین

حق ویزیت دخیل شود منطقاً سابقه کار پزشکی که در کادر درمانی کار می‌کنند و عناوین دانشیار و استاد را هم ندارند در تعیین حق ویزیت موثرتر باید باشد زیرا ویزیت بیمار یک کار اختصاصی درمانی است نه یک کار آموزشی! پر واضح است پزشکی که سابقه و تجربه کار درمانی بیشتری داشته باشد در درمان بیماران کارآیی بیشتری دارد نه آنها که کارهای آموزشی بیشتری کرده‌اند» تعیین می‌کنند که البته دولت حق دارد از بودجه خودش به کارمند خودش هر امتیازی که صلاح می‌داند بدهد ولی این که دولت در بخش دولتی به این افراد حق ویزیت بیشتری برای تقویت بعد آموزشی می‌دهد دلیل نمی‌شود یا ایجاد حق نمی‌کند که اینها در بخش خصوصی (در مطب) هم از مردم حق ویزیت اضافه تری مطالبه کنند به عبارت دیگر این امتیازاتی که دولت از بیت المال به آنها داده برایشان ایجاد حق نمی‌کند بلکه سبب دین می‌شود بنابراین در بخش خصوصی اگر این دین را بخواهند به حساب آورند باید حق ویزیت کمتری نسبت به سایرین برایشان تعیین کنند زیرا این دیون مانند نوعی یارانه است. عرفاً هم در کشور و در ارائه خدمات عمومی در جامعه همه کسانی که به نوعی از دولت در رابطه با کارشان یارانه می‌گیرند در ارائه خدمات عمومی قیمت کمتری می‌گیرند نه بیشتر با یاد آوری این که حتی خود دولت (نماینده دولت یعنی استانداری که جای خود دارد) هم قانوناً حق ندارد به مردم بگوید به اینها که این عناوین را دارند در بخش خصوصی حق ویزیت بیشتری بدهید زیرا این عناوین در حقیقت نشان دهنده نوعی سابقه کار خاص آموزشی دولتی است بدیهی است کسب سابقه و تجربه منحصر به اعضای کادر آموزشی یا با اصطلاح اعضای هیأت علمی نیست یا مختص محیط محدودی به نام دانشگاه یا به‌طور کلی منحصر به کار دولتی نیست بلکه هر کسی در هر کاری که انجام بدهد به تدریج صاحب تجربه و مهارت شده به همین دلیل هر شاگردی در هر رشته‌ای و در هر جایی معمولاً در نهایت تبدیل به استاد می‌شود. استاد یک مفهوم عام بین المللی دارد اختصاص به دانشگاه یا محیط دانشگاه ندارد. بنابراین اگر سابقه کار در تعیین حق ویزیت دخیل باشد ارجحیت با آنهاست که سابقه کار درمانی بیشتر دارند نه آنها که سابقه کار آموزشی و عناوین دانشیار و

استاد دارند! ضمناً پزشک استادیار و پزشک دانشیار و پزشک استاد نسبت به پزشک متخصص همتراز، هم رشته، هم مدرک و هم سابقه که عناوین را ندارند، همان پزشک متخصص است نه بیشتر ضمن این که گذراندن یک دوره کوتاه مدت اختیاری با یا بدون رانت! به نام فلوشیپ هیچ پزشک متخصصی را در ردیف فوق تخصص قرار نمی‌دهد. بلکه همان پزشک متخصص باقی می‌ماند و با پزشک فوق تخصص خیلی خیلی فاصله دارد کما این که همین متخصصین دارای عناوین و فلوشیپ اگر بخواهند از طریق قانونی مدرک فوق تخصص بگیرند همانند سایر متخصصین که این عناوین و فلوشیپ ندارند باید در کنکور فوق تخصص شرکت کند و اگر قبول شود همان شرایط و همان دوره که دیگر متخصصین می‌گذرانند عیناً به همان مدت مثل دیگران باید بگذرانند و این عناوین با یا بدون فلوشیپ در این رابطه هیچ امتیازی محسوب نمی‌شود. به‌طور کلی یک مسافرت گردشی آموزشی (یا تفریحی علمی) یا به قول دانشگاهیان سفر علمی که هم فال و هم تماشا است و با مساعدت و معرفی دانشگاه و اگر در خارج از کشور باشد معمولاً با استفاده از ارز دولتی که طی آن یک پزشک متخصص (که در استخدام دانشگاه است و با توجه به مدت سابقه کارش عناوین استادیار، دانشیار یا استاد را می‌گیرد) با اختیار خودش در یک شهر دیگر (در داخلی یا خارج کشور) در یک بیمارستان دیگر در یک بخش اختصاصی در یک مدت محدودی کار می‌کند و پس از آن گواهی کارکرد می‌گیرد یک دوره کوتاه مدت تکمیلی اختیاری است! این را اسمش گذاشتند فلوشیپ! که امتیازات و مزایای آن توسط دانشگاه پرداخت شده یا می‌شود و مستقیماً ربطی به مردم یا بخش خصوصی ندارد با توجه به این که بودجه پرداخت امتیازات و مزایای آن از بیت المال پرداخت می‌شود آیا برای دارنده آن نسبت به مردم ایجاد حق می‌کند؟ یا سبب دین می‌شود؟ مطمئناً ایجاد حق نمی‌کند! آیا دانشگاه علوم پزشکی یزد حتی یک مورد می‌تواند معرفی کند که بدون مساعدت و همراهی دانشگاه چنین دوره کوتاه مدتی را گذرانیده باشد؟ ضمناً با توجه به این که این عناوین در تهران به مراتب بیشتر از یزد وجود داشته و وجود

دارد ولی هیأت دولت به آن استناد نکرده در شهرهای بزرگ دیگر هم بیشتر از یزد این عناوین وجود دارد ولی به آنها استناد نشده است که حتی اگر استناد هم می شد مجوزی برای یزد محسوب نمی شد زیرا استانها در محدوده دستورالعمل و طرز کار هیأت دولت باید تعیین ویزیت نمایند هنگامی که هیأت دولت چنین کاری نکرده و حتی اگر می کرد قانونی نبود و تمام ایراداتی که فعلاً به یزد وارد است به او وارد می شد، در یزد چرا؟ مخلص کلام استناد به این عناوین و گنجاندن دانشیار و استاد با فلوشیپ در ردیف اول جدول تعرفه پزشکان در بخش خصوصی در یزد یعنی به نحوی تردید آمیز و رندانه گروهی از متخصصین را در ردیف فوق تخصصها گنجاندن و با این شیوه در واقع حق ویزیت عده ای از متخصصین را بیشتر از سایر متخصصین که هم رشته، هم مدرک، هم سابقه و هم دوره و شاید بالاتر از عنوان داران هم باشند ولی به دلیل نوع استخدام این عناوین را ندارند علاوه بر این که با مصوبه هیأت دولت مغایر است با اصل ۲۰، ۱۹ و ۳ قانون اساسی یعنی با تساوی عموم در برابر قانون و رفع تبعیضات ناروا مغایر است. به قرار اطلاع معادل حقوق و مزایا و فوق العاده ای که اعضای هیأت علمی دانشگاهها می گیرند (غیر از سهمیه فرزندان هیأت علمی در کنکور) فقط قضات دادگستری می گیرند و کارمندان دیگر دولت معمولاً چنین حقوق و مزایایی ندارند با ذکر این که قضات تا زمان بازنشستگی بعد از کار اداری نه کار انتفاعی انجام می دهند قانوناً هم حق آن را ندارند ولی پزشکان اعضای هیأت علمی بیشترین وقتشان بعد از کار اداری در کارهای انتفاعی خصوصی می گذرد که اگر قرار باشد بین کار دانشگاهی و کار خصوصی یکی را انتخاب کند کار خصوصی را ترجیح می دهند! به عبارت دیگر حقوق و مزایای حدوداً تمام وقتی می گیرند ولی عملاً از نیمه وقت هم کمتر کار می کنند تازه بعضیها دو قورت و نیمشان هم باقی است. جالب این که با وجود همه اینها استانداری یزد با تعیین حق ویزیت اضافه تر برای آنها در حقیقت به نوعی کارشان در بخش خصوصی را مورد حمایت قرار داده است که این روش علاوه بر مغایرت با دستورالعمل و جدول تعیین حق ویزیت در بخش خصوصی مصوب هیأت دولت به شماره ۴۶۷۷۲-۱۳۹۰/۳/۱۱ با سیاست کلی دولت در این باره که در

جهت فول تایم کردن کامل و واقعی اعضای هیأت علمی هست مغایر هست. در حالی که دولت این امتیازات را می‌دهد که اینها فرصت تحقیق و مطالعه داشته باشند تا در تدریس بازدهی بیشتری در آموزش دانشجویان داشته باشد در حالی که اگر بررسی شود درصد زیادی از اعضای هیأت علمی چنان درگیر کارهای خصوصی هستند که معمولاً فرصت مطالعه مگر در ساعات اداری و آن هم در خود دانشگاه پیدا نمی‌کنند. به همین جهت از سال گذشته دولت سعی دارد آنها را عملاً تمام وقت کند که با مقاومت شدید آنها مواجه شده ضمناً گرچه سال گذشته شورای عالی نظام پزشکی که اکثریت اعضای مؤثر آن را اعضای هیأت علمی تشکیل می‌دهند در تعیین ویزیت در بخش خصوصی بناحق عناوین دانشیار و استاد استناد می‌کرد (چه که خودشان هم ذی نفع بوده اند) ولی خوشبختانه امسال اختیار تعیین تعرفه از نظام پزشکی گرفته شد و در اختیار هیأت دولت قرار گرفت و در تعیین حق ویزیت در بخش خصوصی بر این عناوین استناد نکرده بلکه برای همه متخصصین و همه فوق تخصصها بدون توجه به این عناوین حق ویزیت یکسان و برابر را تعیین کرده ولی در کمال تعجب استانداری یزد روش مترک و ناحق گذشته نظام پزشکی را احیا کرده و از روش برحق امسال هیأت دولت تجاوز کرده است؟ ضمناً همان طوری که به استاندار یزد نوشتم به‌عنوان مثال، پزشکی که در ارتش خدمت می‌کند به تدریج صاحب عناوین سروان، سرگرد و سرهنگ می‌شود که سرگرد معادل دانشیار و سرهنگ معادل استاد در دانشگاه است آیا هرگز دیده یا شنیده اید یا برایتان قابل قبول است که یکی پزشک به دلیل درجه سرهنگی (این درجه به دلیل نوع استخدامش کسب کرده) حق ویزیت بیشتری را برایش در بخش خصوصی تعیین کنند؟ مسلماً خیر چرا؟ چون حق و حقوق و درجه او با اداره و سازمان خودش که ارتش است می‌باشد همان جا پرداخت شده یا می‌شود مستقیماً ربطی به مردم یا بخش خصوصی ندارد عناوین دانشیار و استاد با یا بدون فلوشیپ هم همین طور است آنچه که مربوط به عناوین می‌شود یا داخل دانشگاه پرداخت شده یا می‌شود مستقیماً ربطی به مردم یا بخش خصوصی ندارد

کما این که دولت هم در بخش خصوصی به این عناوین استناد نکرده است آیا در تهران این عناوین وجود نداشت؟ آیا هیأت دولت نمی‌توانست به این عناوین استناد کند؟ مخلص کلام این عناوین سنگین و رنگین دانشیار و استاد و امثالهم در حقیقت نشان دهنده نوعی سابقه کار است نه بیشتر بنابراین نباید خدای نخواستہ باعث اغوا شود زیرا پزشکان متخصص دیگری در استان در حال فعالیت هستند که سابقه کارشان از این عنوان داران خیلی بیشتر و علمشان هم کمتر نیست ولی به دلیل نوع استخدام این عناوین را ندارند. بنابراین اگر در نظر است که برای پزشکان متخصص با سابقه در تعیین ویزیت در بخش خصوصی سابقه کاری در نظر گرفته شود بایستی یک ملاک سنجش واحد و همه گیر و همه شمول (مانند پزشکان عمومی که پانزده سال سابقه کار برای همه بدون استثنا در نظر گرفته اند) در نظر گرفت نه عناوین دانشگاهی یعنی قانون همه یا هیچ. در عین حال از محدوده تعیین شده هیأت دولت نباید عبور کند. گرچه انتظار این است که این پرونده خارج از نوبت رسیدگی شود ولی به‌طور کلی هر چقدر هم طول بکشد اظهار نظر در مورد آن مشمول مرور زمان نمی‌شود! زیرا روش ناحق استناد به عناوین دانشیار و استاد در تعیین ویزیت پزشکان متخصص در بخش خصوصی و تعیین تعرفه اضافه تر برای این متخصصین بدون این که این تعرفه به پزشکان متخصص دیگر همتراز، هم سابقه، هم دوره و هم رشته با اینها داده شود از حدود سه سال پیش توسط نظام پزشکی شروع و از دو سال پیش اعمال شده ولی امسال که خوشبختانه تعیین تعرفه نظام پزشکی سلب و در اختیار دولت قرار گرفت با وجود این که خود دولت این روش ناحق را کنار گذاشته ولی در کمال تعجب و ناپاوری نماینده او (استاندار یزد) این رویه ناحق نظام پزشکی را باز هم در یزد تأیید و ادامه داده با توجه به این که تعرفه پزشکان سال به سال معین می‌شود و با توجه به این که رسیدگی به پرونده‌ها در دیوان هم حدوداً یک سال یا بیشتر طول می‌کشد و لذا اگر قرار باشد هر دادخواست برای همان سال ارزش داشته باشد بنابراین هیچ وقت به‌طور عادی از طریق دیوان عدالت اداری نمی‌توان به دادخواهی رسید. ضمناً موضوع اصلی دادخواست رسیدگی به این رویه است برای صنف پزشک در بخش

خصوصی، نه فقط برای امسال بلکه به طور کلی. بنابراین به طور کلی هر زمان که در مورد این روبه اظهار نظر قضایی بشود دیر نیست زیرا با این اظهار نظر برای همیشه تکلیف این روبه تبعیض آمیز در بخش خصوصی مشخص خواهد شد و لذا انتظار این است که تحت هیچ عنوان از اظهار نظر قضایی در این مورد خودداری نکنند البته دخالت دادن عناوین در بخش دولتی ایرادی نداشته و ندارد فقط در بخش خصوصی روبه بیجا بی مورد ناحق و ناروا است ضمناً قبل از تقدیم این دادخواست طی نامه مورخ ۱۳۹۰/۶/۸ کپی پیوست از هیأت دولت درخواست کردم در این مورد دخالت کند که تا به حال پاسخ یا نتیجه‌ای نگرفتم. "

در پاسخ به این شکایت، معاون سیاسی امنیتی استانداری یزد به موجب لایحه شماره ۱۱۲۴۶/۲-م/۱۳۹۰/۱۱/۲۷ توضیح داده است که:

" احتراماً، در پاسخ دادخواست آقای دکتر محمدعلی فلاح تفتی موضوع پرونده کلاسه ۹۰۰۹۹۸۹۰۰۰۶۰۴۷ آن هیأت اعلام می‌دارد که تعیین تعرفه‌های مورد ادعای شاکی پس از تشکیل جلساتی با حضور تیمی متشکل از دانشگاه علوم پزشکی و بیمه خدمات درمانی و سازمان نظام پزشکی یزد و پس از مطالعات و بررسیهای همه جانبه به استناد بند ۳ تصویب نامه شماره ۶۵۱۵۷/ت/۶۷۷۲-هـ-۱۳۹۰/۳/۲۸ هیأت دولت بوده است که تصویر صورت جلسه آن مورخ ۱۳۹۰/۵/۱ پیوست است.

علت این که تعرفه پزشکان استاد و دانشیار دارای فلوشیپ در ردیف پزشکان فوق تخصص قرار گرفته است بنا به دلایلی بوده است که اهم آن به شرح زیر است:

۱- سابقه تعیین تعرفه‌های بخش خصوصی در سال ۱۳۸۹ از طرف دولت که پزشکان دارای فلوشیپ و استاد و دانشیار را در ردیف پزشکان فوق تخصص قلمداد کرده است گرچه این امر در تعرفه‌گزاری سال جاری مسکوت مانده است.

۲- در تعرفه مصوب استان یزد فقط اساتید و دانشیارانی که دارای فلوشیپ بوده‌اند در این ردیف قرار گرفتند نه هر استاد و دانشیاری و این امر برای تقویت انگیزه بیشتر آنها در امر درمان بیماران بوده است.

زیرا این قبیل پزشکان حداقل دارای بیست سال سابقه کار بوده و حداقل ۶ ماه تا یکسال دوره‌هایی را اضافه بر تخصص خود در مراکز دیگر با تایید وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی گذرانده‌اند که این امر قطعاً مستلزم تعطیل مطب آنها برای مدتی و تحمل هزینه‌هایی همراه با افزایش معلومات آنها بوده است که می‌تواند وجه تمایز آنها با سایر پزشکان مشابه و تا حدودی تازه کار باشد.

۳- اشتغال این قبیل پزشکان متخصص در امر تدریس و تهیه مقدمات و آمادگی برای این امر زمان بیشتری را در شبانه روز از اوقات فراغت آنان می‌گیرد لذا فرصت کمتری برای حضور در مطب داشته و مریض کمتری را ویزیت می‌نمایند.

۴- علاوه بر این آنها توافق کرده‌اند که از بیماران بستری هزینه کمتری بگیرند که در مجموعه میزان تعرفه‌ها در استان یزد کمتر از سایر استانها تعیین شده است: به‌عنوان مثال هزینه اطاق سه تخته سقف اعلامی دولت ۱۰۵۰۰۰ تومان بوده که در یزد ۷۵۰۰۰ تومان تعیین شده است و ضریب K داخلی در کشور ۳۲۰۰۰ ریال تعیین شده که در یزد این ضریب بیشتر از ۲۲۰۰۰ ریال نیست.

بنا به مراتب فوق در تصویب این بند از تعرفه مورد تقاضای شاکی هیچ گونه تبعیض ناروایی برخلاف اصول مورد استناد از قانون اساسی صورت نگرفته است و تقاضای رد شکایت می‌شود."

هیأت عمومی دیوان عدالت اداری در تاریخ یاد شده با حضور رؤسا، مستشاران و دادرسان شعب دیوان تشکیل شد. پس از بحث و بررسی، با اکثریت آراء به شرح آینده به صدور رأی مبادرت می‌کند.

رأی هیأت عمومی

مطابق بند هـ ماده ۳۸ قانون برنامه پنج ساله پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران مصوب ۱۳۸۹/۱۰/۱۵ مقرر شده است که: «شورای عالی بیمه سلامت، مکلف است هر ساله قبل از شروع سال جدید نسبت به بازنگری ارزش نسبی و تعیین تعرفه خدمات سلامت برای کلیه ارائه دهندگان خدمات بهداشتی، درمان و تشخیص در کشور اعم از دولتی و غیر دولتی و خصوصی با رعایت اصل تعادل منابع و مصارف و قیمت واقعی در جهت تقویت رفتارهای مناسب بهداشتی، درمانی و مبانی محاسباتی واحد و یکسان در شرایط رقابتی و بر اساس بند ۸ ماده ۱ و مواد ۹ و ۸ قانون بیمه همگانی خدمات درمانی اقدام و مراتب را پس از تایید معاونت جهت تصویب به هیأت وزیران ارائه نماید». با توجه به حکم قانونی مذکور، اقدام استانداری یزد در خصوص تعیین نرخ تعرفه پزشکان استان یزد در سال ۱۳۹۰ دخالت در صلاحیتها و اختیارات شورای عالی بیمه سلامت و مراجع مصرح در قانون یاد شده است و از اختیارات استانداری یزد خارج است. بنابراین با استناد به بند ۱ ماده ۱۹ و ماده ۴۲ قانون دیوان عدالت اداری حکم به ابطال نرخ تعرفه پزشکی در سال ۱۳۹۰ صادر می شود.

تاریخ: ۱۹ فروردین ۱۳۹۲

شماره دادنامه: ۳۰

کلاس پرونده: ۸۸/۷۷۹

موضوع رأی: ابطال بند ۳ بخشنامه شماره ۶۰۴ فنی سازمان تأمین اجتماعی به لحاظ اینکه تاریخ از کار افتادگی بیمه شده را تاریخ تشکیل کمیسیون پزشکی تعیین کرده است. مورخ ۱۳۹۲/۰۱/۱۹

شاکی: کیومرث پرهیزکار و خانم شهناز شکوهی

گردش کار: آقای کیومرث پرهیزکار و خانم شهناز شکوهی به موجب دادخواستی ابطال بند ۳ بخشنامه شماره ۶۰۴ فنی سازمان تأمین اجتماعی از تاریخ تصویب را خواستار شده‌اند و در جهت تبیین خواسته خویش توضیح داده‌اند که:

" احتراماً اینجانبان کیومرث پرهیزکار بیمه شده شماره ۸۳۰۳۷۵۴۷ و شهناز شکوهی بیمه شده شماره ۸۳۰۶۱۱۶۴ به استناد بند ۱ ماده ۱۹ قانون دیوان عدالت اداری، بهدلیل تصمیمات و اقدامات خلاف قانون و سوء استفاده از اختیارات و تخلف از اجرای قوانین و مقررات سازمان تأمین اجتماعی که به موجب تضييع حقوق اشخاص شده است. از ریاست محترم به دلایل مشروحه ذیل خواستار حذف عبارت (تاریخ تأیید از کارافتادگی) که بعد از عبارت «و برای از کارافتادگی تاریخ تشکیل کمیسیون پزشکی» در بند ۳ بخشنامه شماره ۶۰۴ فنی مورخ ۱۳۶۹/۴/۳۰ سازمان تأمین اجتماعی آمده است را داریم. سازمان تأمین اجتماعی با سوء استفاده از اختیارات به وسیله بند ۳ بخشنامه شماره ۶۰۴ با ذکر عنوان (تاریخ تأیید از کارافتادگی) از این جهات موجب تضييع حقوق بیمه شدگانی شده است که در کمیسیونهای پزشکی موضوع ماده ۹۱ شرکت می‌کنند و می‌خواهند به استناد ماده ۷۵ از مستمری از کارافتادگی ناشی از کار ماهانه بهره مند شوند. که اینجانبان از این امر مستثنی نمی‌باشیم زیرا... بیمه شده بعد از این که در خود بیماری و ناتوانی را احساس می‌کند که دیگر قادر به انجام کارهای محوله و روزمره در محیط کار خود نمی‌باشد. به استناد ماده ۷۰ قانون تأمین اجتماعی جهت بررسی و تأیید و معرفی و

صدور گواهی لازم مبنی بر غیر قابل درمان بودن بیماری و از کارافتادگی کلی به پزشک معالج و معرف مراجعه می‌کند و چنانچه پزشک معالج و معرف شرایط بیمار را در حد از کارافتادگی کلی تشخیص دهد، اقدام به صدور گواهی لازم همراه با مستندات و مدارک پزشکی لازم جهت معرفی به کمیسیون ماده ۹۱ (تأمین اجتماعی) می‌نماید بیمه شده بیمار، بعد از طی مراحل قانونی به کمیسیون پزشکی موضوع ماده ۹۱ سازمان تأمین اجتماعی معرفی می‌شود به استناد ماده ۹۱ پزشکان کمیسیون برای تعیین میزان از کارافتادگی جسمی و روحی بیمه شدگان و افراد خانواده آنها کمیسیون بدوی و تجدیدنظر تشکیل و مبادرت به صدور رأی بر اساس جدول میزان از کارافتادگی تأمین اجتماعی می‌نماید. حال چنانچه بیمه شده با جمع ترکیبی ۶۶٪ و بیشتر از کارافتاده کلی تلقی شود به استناد بند ۱ ماده ۷۰ سازمان تأمین اجتماعی در روز تشکیل کمیسیون از کار افتاده کلی تلقی می‌شود و چنانچه شرایط ماده ۷۵ را دارا باشد مستمری از کارافتادگی کلی به او تعلق می‌گیرد و چنانچه در روز تشکیل کمیسیون شرایط ماده ۷۵ را نداشته باشد به او تعلق نمی‌گیرد. چرا که بیماری، نقص عضو و از کارافتادگی در اختیار بیمار نمی‌باشد و حتی پزشک هم از آن بی اطلاع است. حال سازمان تأمین اجتماعی با سوء استفاده از اختیاراتی که در صدور بخشنامه برای خود قائل است مبادرت به صدور بخشنامه ۶۰۴ که در بند ۳ آن عبارت (تاریخ تایید از کارافتادگی) یعنی تاریخی غیر از تاریخ تشکیل کمیسیون را به منظور تزییع حقوق بیمه شده آورده است که هر وقت بخواهد سلیقه‌ای بیمه شده‌ای که توسط پزشک معالج و به استناد ماده ۷۰ از کارافتادگی کلی تلقی شده به کمیسیون ماده ۹۱ معرفی شده و اعضای کمیسیون بیمه شده را از کارافتاده کلی تلقی کردند خارج از اختیارات تصریح شده در ماده ۹۱ توسط اعضای کمیسیون پزشکی تاریخی را به‌عنوان تاریخ از کارافتادگی قید نمایند که بیمه شده از مزایای ماده ۷۵ محروم نمایند و چون می‌خواهند خلاف ماده ۹۱ به پزشکان اختیاراتی دهند که قانونگذار چنین اختیاری را مبنی بر تعیین تاریخ به پزشکان عضو کمیسیون ماده ۹۱ نداده است بلکه پزشکان فقط حق تعیین میزان از

کارافتادگی بیمه شده را دارند. لذا قید تاریخ تأیید از کارافتادگی توسط پزشکان کمیسیون خلاف ماده ۹۱ و ۷۵ قانون تأمین اجتماعی است. در مورد بیمه شدگانی که به استناد بند ۱ ماده ۷۰ از کارافتادگی کلی به آنها تعلق می‌گیرد. غیر از راه خطا و گریز و تضییع حقوق بیمه شده نمی‌تواند توجیهی دیگر داشته باشد. لذا از ریاست دیوان عدالت اداری درخواست می‌شود حکم بهابطال و حذف عبارت تاریخ تأیید از کارافتادگی از بند ۳ بخشنامه شماره ۶۰۴ فنی تأمین اجتماعی از تاریخ تصویب ۱۳۶۹/۴/۳۰ و تأیید تاریخ تشکیل کمیسیون به‌عنوان تاریخ از کارافتادگی صادر بفرمایند تا سازمان از بازگرداندن حقوق بیمه شدگانی که حق آنها قبلاً تضییع شده است به استناد ماده ۳۰ قانون دیوان عدالت اداری سوء استفاده نکند و اعلام کند که تاریخ اجرای مصوبات هیأت عمومی بعد از تصویب مصوبه است و بیمه شدگان به حق ضایع شده خود دست یابند."

متن مصوبه مورد اعتراض به قرار زیر است:

"طبق تصویب دویست و بیست و نهمین جلسه شورای عالی تأمین اجتماعی مورخ ۱۳۶۹/۳/۵ مقرر گردید سوابق پرداخت حق بیمه جزئی بیمه شدگان به بیمه کامل تبدیل شود، لذا در اجرای مصوبه مذکور توجه واحدهای اجرایی را به موارد زیر جلب می‌نماید:

۱- سوابق پرداخت حق بیمه جزئی به سابقه‌ای اطلاق می‌شود که حق بیمه مربوط حسب مقررات قانونی بر اساس نرخهای جزئی ۵٪ - ۸/۵٪ - ۹٪ - ۱۱٪ و ... که به لحاظ استفاده از مستمریهای بازنشستگی و از کارافتادگی و فوت مؤثر نبوده است پرداخت شده باشد.

۲- سوابق پرداخت حق بیمه متقاضیانی قابل تبدیل می‌باشد که سوابق آنان بر اساس لیستهای مربوط و یا گزارشات بازرسی محرز شده باشد.

۳- بیمه شدگانی که تاریخ حدوث وقایع سه گانه (بازنشستگی، از کارافتادگی و فوت) آنان قبل از تاریخ تصویب شورای عالی تأمین اجتماعی (۱۳۶۹/۳/۵) می‌باشد

از شمول این بخشنامه خارج می‌باشند. بدیهی است تاریخ حدوث وقایع سه گانه، تاریخ استحقاق دریافت مستمری می‌باشد که برای بازنشستگی تاریخ تقاضا یا ترک کار هر کدام موخر باشد و برای از کارافتادگی تاریخ تشکیل کمیسیون پزشکی (تاریخ تایید از کارافتادگی) و برای بازماندگان تاریخ فوت خواهد بود."

در پاسخ به شکایت مذکور، سرپرست دفتر امور حقوقی و دعاوی سازمان تامین اجتماعی به موجب لایحه شماره ۷۱۰۰/۱۶۶ - ۱۳۸۹/۱/۱۰ توضیح داده است که:

" ۱- بخشنامه معترضانه در ارتباط با موضوع تبدیل سوابق پرداخت حق بیمه نرخ جزئی بیمه شدگان به نرخ بیمه کامل است در حالی که شاکی خواستار حذف عبارت (تاریخ تایید از کارافتادگی که بعد از عبارت «و برای از کارافتادگی تاریخ تشکیل کمیسیون پزشکی») آمده است، می‌باشد و با طرح موضوع وارد مبحث از کارافتادگی و اقدامات و رویه سازمان شده که نادرست و خلاف واقع است زیرا اقدامات سازمان پیرامون از کارافتادگی بر مبنای بندهای ۷، ۱۴، ۱۳ و ۱۷ ماده ۲ و مواد ۷۰ و ۹۱ قانون تامین اجتماعی و آیین نامه‌های اجرایی مربوط صورت می‌پذیرد.

در بخشنامه موصوف هیچ گونه ضابطه یا مقرراتی جهت از کارافتادگی بیمه شده در خصوص کمیسیونهای پزشکی موضوع ماده ۹۱ قانون تامین اجتماعی از جمله تاریخ شروع و ابتلاء به بیماری منجر به از کارافتادگی، تعیین تکلیف نشده است و در این ارتباط لازم به ذکر است که بر اساس رویه سازمان «تاریخ تایید از کارافتادگی» ناظر بر حالت و مرحله‌ای از بیماری است که بر اثر تشدید بیماری، علایم و آثار و عدم توانایی اشتغال به کار ظاهر و در یک دوره زمانی بیمه شده را به سوی، ناتوانی دایمی (از کارافتادگی کلی) سوق می‌دهد.

۲- موضوع بخشنامه معترضانه (تبدیل سوابق پرداخت حق بیمه نرخ جزئی به کامل) به شرح ذیل است:

قبل از تصویب قانون تامین اجتماعی مصوب سال ۱۳۵۴ و بر اساس مقررات مربوطه و مأخذ حق بیمه علاوه بر نرخ حق بیمه کامل که متضمن برخورداری بیمه شدگان از کلیه مزایای مندرج در قوانین مربوطه بوده است، حق بیمه‌های جزئی و ناقص نیز با نرخهای متفاوت برای گروههایی از بیمه شدگان در نظر گرفته شده بود (نرخهای ۵٪، ۸/۵٪، ۹٪ و ...) این دسته از بیمه شدگان بر اساس نرخهای پرداخت حق بیمه منحصرأ می‌توانستند از مزایای مربوط به حوادث و بیماری ناشی از کار استفاده نمایند لذا بر اساس ضوابط قانونی مقرر این گونه سوابق در زمره سوابق پرداخت حق بیمه جهت استفاده از مزایای بازنشستگی، از کارافتادگی و فوت غیر ناشی از کار محسوب نمی‌گردید.

سازمان در جهت رفع مشکل این گونه بیمه شدگان و به منظور مساعدت به آنها و نه الزام قانونی، مبادرت به تصویب مصوبه دویست و بیست و نهمین جلسه شورای عالی تامین اجتماعی جهت تبدیل سوابق پرداخت حق بیمه جزئی به بیمه کامل، کرده‌اند که به موجب آن مقرر شده که سوابق پرداخت حق بیمه جزئی بیمه شدگان به ترتیبات پیش بینی شده است در آن به بیمه کامل تبدیل شود تا بیمه شدگان مزبور بتوانند از سوابق موصوف برای احراز شرایط بازنشستگی، از کارافتادگی و فوت بهره مند شوند.

۳- بخشنامه معترض^۳ عنه در اجرای مصوبه شورای عالی تنظیم گردید، که در بند ۳ بخشنامه مزبور مشمولان تصمیمات متخذه در شورای عالی تصریح شده است که بر اساس آن بیمه شدگانی مشمول می‌باشند که قبل از تاریخ تصویب مصوب (۱۳۶۹/۳/۵) بازنشسته، از کارافتاده یا فوت نشده باشند و درج این موضوع در بند ۳ بخشنامه ۶۰۴ فنی منطبق با مصوبه شورای عالی صورت گرفته و صرفاً جهت تبیین بهره مندی از مصوبه یاد شده و تعیین دایره شمول آن است که این امر به موجب اختیارات شورای عالی تامین اجتماعی بوده تا بیمه شدگان مشمول بتواند در صورت احراز شرایط و تاریخ بهره مندی از مستمریهای سه گانه یاد شده از مواد ۷۰، ۷۶، ۷۷ و ۸۰ قانون تامین اجتماعی استفاده نمایند.

بنابراین ملاحظه می‌فرمایید که بند ۳ بخشنامه ۶۰۴ فنی متضمن وضع و قاعده آمره در خصوص ضوابط و مقرراتی مربوط به کمیسیونهای پزشکی جهت تعیین تاریخ از کارافتادگی نمی‌باشد و در این راستا هیچ پرونده‌ای نمی‌توان یافت که به استناد بخشنامه معترض^۱ عنه در خصوص از کارافتادگی یا برقراری مستمری از کارافتادگی اقدامی صورت پذیرفته باشد تا منجر به تضييع حقوق بیمه شده شود.

با عنایت به مراتب فوق و این که بخشنامه معترض^۲ عنه در بدو امر بر اساس مصوبه شورای عالی تامین اجتماعی و کمک و ارفاق به بیمه شدگانی است که حق بیمه جزئی آنان به بیمه کامل تبدیل می‌شود، طراحی و تنظیم شده است و شاکیان نیز هیچ دلیل قانونی مبنی بر این که سازمان الزامی به انجام این امور دارد را ارائه نکرده است و اساساً موضوع شکایت شاکی و مفاد آن ارتباطی با بخشنامه معترض^۳ عنه ندارد فلذا رد شکایت مطرح شده مورد استدعاست."

هیأت عمومی دیوان عدالت اداری در تاریخ یاد شده با حضور رؤسا، مستشاران و دادرسان شعب دیوان تشکیل شد. پس از بحث و بررسی، با اکثریت آراء به شرح آینده به صدور رأی مبادرت می‌کند.

رأی هیأت عمومی

مطابق ماده ۹۱ قانون تأمین اجتماعی کمیسیونهای پزشکی می‌بایست در خصوص از کارافتادگی بیمه شدگان اظهار نظر نمایند و حق تعیین تاریخ از کارافتادگی را ندارند و سازمان تأمین اجتماعی مکلف به برقراری مستمری در صورت دارا بودن شرایط ماده ۷۵ است در نتیجه سازمان تأمین اجتماعی و کمیسیونهای پزشکی نمی‌توانند تاریخ از کارافتادگی را تعیین نمایند، بنابراین بند ۳ بخشنامه شماره ۶۰۴ مورخ ۱۳۶۹/۲/۳۰ سازمان تأمین اجتماعی که تاریخ از کارافتادگی را تاریخ تشکیل کمیسیون پزشکی تعیین کرده خلاف مواد مذکور و خارج از حدود اختیارات است و به استناد بند ۱ ماده ۱۹ و مادتين ۲۰ و ۴۲ قانون دیوان عدالت اداری از تاریخ صدور ابطال می‌شود.

تاریخ: ۱۶ تیر ۱۳۹۳

شماره دادنامه: ۶۸۳

کلاس پرونده: ۲۸۴/۹۳

موضوع رأی: ابطال اعمال ماده ۹۲ قانون تشکیلات و آیین دادرسی دیوان عدالت اداری مصوب سال ۱۳۹۲ نسبت به ردیف‌های (الف) و (ب) بند ۴ مصوبه شماره ۲۱۴۶۳/ت/۵۰۳-هـ-۱۳۹۳/۲/۳۰ هیأت وزیران. (در خصوص تعرفه خدمات حرفه‌ای داروسازان در بخش خصوصی در سال ۱۳۹۳) مصوب ۱۳۹۳/۰۴/۱۶

شاکی:

موضوع: اعمال ماده ۹۲ قانون تشکیلات و آیین دادرسی دیوان عدالت اداری مصوب سال ۱۳۹۲ نسبت به ردیف‌های الف و ب بند ۴ مصوبه شماره ۲۱۴۶۳/ت/۵۰۳-هـ-۱۳۹۳/۲/۳۰ هیأت وزیران.

گردش کار: به موجب بند ۴ مصوبه شماره ۲۱۴۶۳/ت/۵۰۳-هـ-۱۳۹۳/۲/۳۰ هیأت وزیران، تعرفه خدمات حرفه‌ای داروسازان در بخش خصوصی در سال ۱۳۹۳ تعیین شده است.

متن مصوبه مورد اعتراض به شرح ذیل است:

«۴- تعرفه خدمات حرفه‌ای داروسازان در بخش خصوصی در سال ۱۳۹۳ به شرح ذیل تعیین می‌گردد:

الف- تعرفه خدمات حرفه‌ای داروساز به شرط رعایت شرح وظایف ابلاغی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی برای داروسازان معادل شانزده هزار (۱۶۰۰۰) ریال در ساعات روز و نوزده هزار (۱۹۰۰۰) ریال در ساعات شب و ایام تعطیل مصوب و در نسخ کمتر از (۱۹۰۰۰) ریال، هشت هزار (۸۰۰۰) ریال می‌باشد.

ب- تعرفه خدمات حرفه‌ای داروساز جهت داروهای بدون نسخه (OTC) که فهرست آنها توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی اعلام می‌گردد، پانزده درصد بهای هر نسخه و حداکثر تا سقف هشت هزار (۸۰۰۰) ریال تعیین می‌گردد.»

رئیس دیوان عدالت اداری با این استدلال که مقرر مذکور، مغایر رأی شماره ۱۹۹-۱۳۸۸/۳/۳ هیأت عمومی دیوان عدالت اداری است، در اجرای ماده ۹۲ قانون تشکیلات و آیین دادرسی دیوان عدالت اداری مصوب سال ۱۳۹۲ موضوع را به هیأت عمومی ارجاع می‌کند.

متن رأی شماره ۱۹۹-۱۳۸۸/۳/۳ هیأت عمومی دیوان عدالت اداری به قرار زیر است:

« حکم مقرر در ماده ۸ قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور مصوب ۱۳۷۳ مصرح در تعیین تعرفه خدمات تشخیصی و درمانی بر اساس ضوابط قانونی مربوط است. نظر به این که وظایف و مسؤولیت‌های قانونی مسئول فنی داروخانه از مصادیق خدمات تشخیصی و درمانی محسوب نمی‌شود، بنابراین مصوبه شماره ۷۱۸۵۸/ت/۳۲۳۱۹ ه مورخ ۱۳۸۳/۱۲/۹ هیات وزیران که تکالیف مسئول فنی داروخانه را در زمره امور تشخیصی و درمانی قلمداد کرده و آنان را در قبال ارائه دارو ذی حق به دریافت مبلغ مشخصی به‌عنوان حق ارائه خدمات فنی اعلام داشته اند، به لحاظ عدم انطباق با مصادیق مقرر در ماده ۸ قانون مذکور خلاف قانون و خارج از حدود اختیارات قوه مجریه در وضع مقررات دولتی تشخیص داده می‌شود و با استناد به قسمت دوم اصل ۱۷۰ قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران و ماده یک و بند یک ماده ۱۹ و ماده ۴۲ قانون دیوان عدالت اداری مصوب سال ۱۳۸۵ ابطال می‌شود. »

در اجرای حکم ماده ۹۲ قانون تشکیلات و آیین دادرسی دیوان عدالت اداری مصوب سال ۱۳۹۲، از معاون امور حقوقی دولت (حوزه معاونت حقوقی رئیس

جمهوری)، برای شرکت در جلسه ۱۳۹۳/۴/۱۶ هیأت عمومی دعوت به عمل آمده است.

به موجب نامه شماره ۴۰۴۲۴-۱۳۹۳/۴/۱۵ معاون امور حقوقی دولت (حوزه معاونت حقوقی رئیس جمهوری)، مشاور معاون امور حقوقی دولت (حوزه معاونت حقوقی رئیس جمهوری)، مدیرکل نظارت و ارزیابی دارو و مواد مخدر وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، کارشناس دفتر حقوقی وزارت مذکور و یکی از کارشناسان شاخص‌های درمانی وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی در جلسه مورخ ۱۳۹۳/۴/۱۶ هیأت عمومی دیوان عدالت اداری شرکت کردند.

نمایندگان معرفی شده، با استناد به بند هـ ماده ۳۸ قانون برنامه پنج ساله پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران در تعیین تعرفه خدمات سلامت و همچنین حکم مقرر در بند ۱۵ ماده ۱ قانون تشکیلات و وظایف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مصوب سال ۱۳۶۷ در تعیین مبانی محاسبه هزینه‌های خدمات تشخیصی و درمانی، دارویی، بهزیستی ... به‌عنوان وظیفه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تصویب تعرفه خدمات حرفه‌ای داروسازان در بخش خصوصی در سال ۱۳۹۳ را منطبق با مقررات اعلام کردند.

هیأت عمومی دیوان عدالت اداری با ترکیب رؤسا، مستشاران و دادرسان شعب دیوان و همچنین با حضور نمایندگان معرفی شده و استماع اظهارات آنان پس از بحث و بررسی، با اکثریت آراء به شرح ذیل مبادرت به صدور رأی می‌نماید.

رأی هیأت عمومی

مطابق ماده ۹۲ قانون تشکیلات و آیین دادرسی دیوان عدالت اداری مصوب سال ۱۳۹۲ مقرر شده است چنانچه مصوبه‌ای در هیأت عمومی ابطال شود، رعایت مفاد رأی هیأت عمومی در مصوبات بعدی الزامی است و به موجب رأی شماره ۱۹۹-۱۳۸۸/۳/۳ هیأت عمومی دیوان عدالت اداری، مصوبه شماره ۷/۱۸۵۸/ت/۳۲۳۱۹-هـ-۱۳۸۳/۱۲/۹ هیأت وزیران در تعیین تعرفه حق فنی ارائه دارو در داروخانه‌ها به

لحاظ این که مغایر ماده ۸ قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور مصوب سال ۱۳۷۳ است ابطال شده است، بنابراین رعایت مفاد رأی هیأت عمومی در مصوبات بعدی هیأت وزیران الزامی بوده است. نظر به این که در ردیف های الف و ب بند ۴ مصوبه شماره ۲۱۴۶۳/ت/۵۰۳-۵۵هـ- ۱۳۹۳/۲/۳۰ هیأت وزیران، با تلقی تکالیف مسؤول فنی داروخانه‌ها در زمره امور تشخیصی و درمانی، تعرفه خدمات حرفه‌ای داروسازان تصویب شده است به جهت این که اولاً: بندهای مذکور مغایر مفاد رأی شماره ۱۳۸۸/۳/۳-۱۹۹ هیأت عمومی دیوان عدالت اداری می‌باشد. ثانیاً: بند ۱۵ ماده ۱ قانون تشکیلات و وظایف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مصوب سال ۱۳۶۷، ناظر بر تعیین مبانی محاسبه هزینه‌های خدمات تشخیصی، درمانی و دارویی و بهزیستی به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است و تعیین مبانی غیر از تجویز تعیین مبالغی تحت عنوان تعرفه خدمات حرفه‌ای یا فنی داروسازان می‌باشد. ثالثاً: در بند هـ ماده ۳۸ قانون برنامه پنج ساله پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران که مبنای صدور مصوبه مورد اعتراض می‌باشد تعیین تعرفه سلامت صرفاً برای ارائه دهندگان خدمات بهداشت، درمان و تشخیص مورد حکم قرار گرفته است و راجع به تعیین تعرفه اخذ مبالغی به عنوان حق فنی یا خدمات حرفه‌ای توسط داروخانه‌ها که خدمات آنها از مصادیق خدمات تشخیصی، درمانی محسوب نمی‌شود متضمن حکمی نیست. ضمن این که طبق ماده ۲۲۶ قانون برنامه پنجم مورد اشاره «احکام قوانین و مقرراتی که لغو یا اصلاح آنها مستلزم ذکر یا تصریح نام است در صورت مغایرت با احکام این قانون در طول برنامه موقوف الاجرا» قلمداد شده است. بنا به مراتب، مقرره مورد اعتراض مستنداً به بند ۱ ماده ۱۲ و ماده ۸۸ قانون تشکیلات و آیین دادرسی دیوان عدالت اداری مصوب سال ۱۳۹۲ ابطال می‌شود.

تاریخ: ۵ آبان ۱۳۹۳

شماره دادنامه: ۱۲۸۷

کلاس پرونده: ۵۶۶/۹۱

موضوع رأی: ابطال نامه شماره ۲۳۶۲۷۴-۱۳۹۰/۱۱/۱۸-۱۳ شعبه ۱۳ تامین اجتماعی تهران (در خصوص الزام شرکت بهره برداری راه آهن شهری تهران و حومه به پرداخت مابه التفاوت حق بیمه جانبازان) مورخ ۱۳۹۳/۰۸/۰۵

شاکی: شرکت بهره برداری راه آهن شهری تهران و حومه

گردش کار: شرکت بهره برداری راه آهن شهری تهران و حومه به موجب دادخواستی ابطال نامه شماره ۲۳۶۲۷۴-۱۳۹۰/۱۱/۱۸-۱۳ شعبه ۱۳ تامین اجتماعی تهران را خواستار شده و در جهت تبیین خواسته اعلام کرده است که:

« ۱- شعبه ۱۳ تامین اجتماعی تهران طی نامه شماره ۲۳۶۲۷۴-۱۳۹۰/۱۱/۱۸-۱۳ شعبه ۱۳ تامین اجتماعی تهران را خواستار شده و در جهت تبیین خواسته اعلام کرده است که: شرکت بهره برداری راه آهن شهری تهران و حومه را با توجه به بند ج ماده ۳۷ قانون برنامه سوم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران ملزم به پرداخت مابه التفاوت حق بیمه جانبازان کرده است.

۲- بند ج ماده ۳۷ قانون سوم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران بیان می‌دارد تامین صد در صد هزینه بیمه همگانی و مکمل جانبازان و درمان خاص آنها بر عهده دولت است.

۳- در بخشنامه‌ای که معاون رئیس جمهور و رئیس سازمان تامین اجتماعی در مورخ ۱۳۸۲/۱/۱۴ به شماره ۲۱۴۶۳۴/۱۰۱ صادر کرده است پرداخت حق دولت را بر عهده سازمانها، بانکها و موسسات دولتی قرار داده تا از محل عملیات اجرایی نسبت به پرداخت آن اقدام نمایند.

۴- شرکت بهره برداری راه آهن شهری تهران و حومه به استناد ماده واحده تعریفی سازمانها و موسسات عمومی غیر دولتی یکی از شرکتهای مشمول این ماده بوده و خارج از شرکتهای و موسسات دولتی است که دولت بتواند برای آنها تعیین تکلیف نماید.

۵- متاسفانه سازمان تامین اجتماعی در نامه مورخ ۱۳۹۰/۱۱/۱۸ این شرکت را ملزم به پرداخت حق بیمه جانبازان خود به استناد بند ج ماده ۳۷ قانون برنامه سوم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران کرده و از این رهگذر مبلغی بالغ بر یک میلیارد ریال این شرکت را متحمل ضرر و زیان کرده است.

لذا شرکت بهره برداری راه آهن شهری تهران و حومه به استناد ماده ۱۹ قانون دیوان عدالت اداری درخواست ابطال نامه شماره ۲۳۶۲۷۴-۱۳۹۰/۱۱/۱۸ شعبه ۱۳ تامین اجتماعی تهران را از آن نهاد قانونی دارد. »

متعاقباً مدیر امور حقوقی شرکت بهره برداری راه آهن شهری تهران و حومه به موجب لایحه شماره ۸۷۱۸-۱۳۹۱/۳/۶ اعلام کرده است که:

« ریاست محترم دیوان عدالت اداری

موضوع: درخواست ابطال مصوبه سازمان تامین اجتماعی

با سلام و احترام

به استحضار می‌رساند شعبه ۱۳ تامین اجتماعی تهران طی نامه شماره ۲۳۶۲۷۴-۱۳۹۰/۱۱/۱۸ شرکت بهره برداری راه آهن شهری تهران و حومه را با توجه به بند ج ماده ۳۷ قانون برنامه سوم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران (که بیان می‌دارد، تامین صد در صد هزینه بیمه همگانی و مکمل جانبازان و درمان خاص آنها بر عهده دولت است.) ملزم به پرداخت مابه التفاوت حق بیمه جانبازان کرده است. در همین ارتباط مطالب زیر را معروض می‌دارد:

۱- در بخشنامه‌ای که معاون رئیس جمهور و رئیس سازمان تامین اجتماعی در مورخ ۱۳۸۲/۱/۱۴ به شماره ۲۱۴۶۳۴/۱۰۱ صادر کرده است پرداخت حق دولت را بر عهده سازمانها، بانکها و موسسات دولتی قرار داده است تا از محل عملیات اجرایی نسبت به پرداخت آن اقدام نمایند.

۲- شرکت بهره برداری راه آهن شهری تهران و حومه به استناد ماده واحده تعریف سازمانها و موسسات عمومی غیر دولتی یکی از شرکتهای مشمول این ماده بوده و خارج از شرکتهای و موسسات دولتی است که دولت بتواند برای آنها تعیین تکلیف نماید.

۳- متاسفانه سازمان تامین اجتماعی در بخشنامه مورخ ۱۳۹۰/۱۱/۱۸ این شرکت را ملزم به پرداخت حق بیمه جانبازان خود به استناد بند ج ماده ۳۷ قانون برنامه سوم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران کرده و از این رهگذر مبلغی بالغ بر یک میلیارد ریال این شرکت را متحمل ضرر و زیان کرده است.

لذا شرکت بهره برداری راه آهن شهری تهران و حومه به استناد ماده ۱۹ قانون دیوان عدالت اداری درخواست ابطال این مصوبه را از آن نهاد قانونی دارد.

در پایان به استناد ماده ۳۲ قانون آیین دادرسی دادگاههای عمومی و انقلاب در امور مدنی آقای شاهرخ شریفی به شماره ملی ۳۷۶۱۹۸۴۹۳۶ به عنوان نماینده حقوقی شرکت بهره برداری راه آهن شهری تهران و حومه جهت ارائه توضیحات و شرکت در جلسات به آن مرجع معرفی می‌شوند. »

متن مقرر مورد اعتراض شاکی به قرار زیر است:

« از: سازمان تامین اجتماعی اداره کل تهران بزرگ

به: شرکت بهره برداری راه آهن شهری تهران

واقع در خیابان انقلاب اسلامی- تقاطع حافظ پ ۹۵۶ - ۰۱۳۴۳۷۰۰۰۴

با سلام:

احتراماً، با توجه به دستورالعمل شماره ۱۰۱/۲۱۴۶۳۴ سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور در اجرای مفاد بند ج ماده ۳۷ قانون برنامه سوم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران مبنی بر تامین صد در صد هزینه بیمه همگانی جانبازان و مکمل جانبازان و درمان خاص آنها که بر عهده دولت می‌باشد و

با توجه به این که شرکت مترو از جمله شرکت‌هایی است که مشمول مقررات عمومی و در زمره شرکت‌هایی قرار دارد که از محل هزینه عملیات جاری خود نسبت به پرداخت کسورات بازنشستگی سهم کارکنان مشمول بند فوق یاد شده می‌باشد. لذا خواهشمند است نسبت به پرداخت مابه التفاوت حق بیمه جانبازان به سازمان اقدام لازم صورت پذیرد. »

مفاد نامه شماره ۱۰۱/۲۱۴۶۳۴-۱۳۸۲/۱/۱۴ نیز به شرح زیر است:

« باسمه تعالی

بخشنامه به دستگاه‌های اجرایی

در اجرای مفاد بند «ج» ماده ۳۷ قانون برنامه سوم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران مبنی بر تامین صد در صد (۱۰۰٪) هزینه بیمه همگانی و مکمل جانبازان و درمان خاص آنها (صدمات ناشی از مجروحیت) بر عهده دولت می‌باشد. ضروری است اقدام لازم در خصوص موارد زیر صورت گیرد:

۱- دستگاه‌های اجرایی محلی و استانی در سال‌های ۱۳۸۳ و ۱۳۸۴ از محل اعتبارات مصوب و در قالب تخصیص اعتبار ابلاغی نسبت به تامین و پرداخت کسورات بازنشستگی سهم کارکنان مشمول بند «ج» ماده ۳۷ یاد شده اقدام نمایند.

۲- شرکت‌های دولتی، بانکها و موسسات انتفاعی وابسته به دولت از جمله شرکت‌هایی که مشمول قوانین و مقررات عمومی به آنها مستلزم ذکر نام یا تصریح نام است. مندرج در ماده ۱۱ قانون برنامه سوم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران از محل هزینه عملیات جاری خود نسبت به پرداخت کسورات بازنشستگی سهم کارکنان مشمول بند «ج» ماده ۳۷ یاد شده، اقدام نمایند. - معاون رئیس جمهور و رئیس سازمان»

در پاسخ به شکایت شاکی، مدیرکل دفتر امور حقوقی و دعاوی سازمان تامین اجتماعی به موجب لایحه شماره ۱۳۹۲/۸/۲۸-۷۱۰۰/۹۱/۳۵۳۸ توضیح داده است که:

« ۱- در بند یک دادخواست ارائه شده شرکت مذکور، بدون ورود به ماهیت دعوا درخواست ابطال نامه شماره ۲۳۶۲۷۴-۱۳۹۰/۱۱/۱۸ شعبه تامین اجتماعی تهران را کرده است.

۲- در بندهای ۲ و ۳ دادخواست مزبور، مدعی است طبق بند ج ماده ۳۷ قانون برنامه سوم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران تامین صد در صد هزینه همگانی و مکمل جانبازان و درمان خاص آنها بر عهده دولت است که در این ارتباط معاون رئیس جمهور و رئیس سازمان تامین اجتماعی طی بخشنامه شماره ۱۱۰۱/۲۱۴۶۳۴-۱۳۸۲/۱/۱۴ پرداخت حق دولت را بر عهده سازمانها و بانکها و موسسات دولتی قرار داده است تا از محل هزینه محاسبات جاری نسبت به پرداخت آن اقدام نمایند. در این ارتباط لازم به ذکر است که طبق بند ج ماده ۳۷ قانون برنامه سوم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران مقرر شده که تامین صد در صد (۱۰۰٪) هزینه بیمه همگانی و مکمل جانبازان و درمان خاص آنها (صدمات ناشی از مجروحیت) بر عهده دولت است. در این راستا و در اجرای بند ج ماده ۳۷ قانون برنامه سوم توسعه در خصوص جانبازان، معاون رئیس جمهور و رئیس سازمان تامین اجتماعی طی بخشنامه یاد شده مقرر کرده که دستگاه‌های مندرج در بند یک بخشنامه مذکور و شرکت‌های دولتی، بانکها و موسسات انتفاعی وابسته به دولت از جمله شرکت‌هایی که شمول قوانین و مقررات عمومی بر آنها مستلزم ذکر نام است به ترتیب از محل اعتبارات مصوب و محل هزینه عملیات جاری خود نسبت به کسورات بازنشستگی سهم کارکنان جانباز مشمول اقدام نمایند و از طرفی وفق تبصره ذیل ماده (۶) قانون تسهیلات استخدامی و اجتماعی جانبازان انقلاب اسلامی مقرر شده که پرداخت کسور بازنشستگی سهم مستخدم و کارفرما برای طی دوره فوق در دستگاه‌های دولتی

مشمول این قانون، به عهده دستگاه مربوط و در دستگاه‌های غیر دولتی از جمله واحدهای تحت پوشش قانون کار به عهده دولت است که اعتبار مربوط طی ردیف جداگانه همه ساله در بودجه کل کشور پیش بینی تا به صندوق‌های ذی‌ربط واريز شود.

از طرف دیگر وفق مواد ۲۶ و ۲۹ قانون برنامه پنجم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی می‌باید بار مالی ناشی از اجرای قانون تامین شود، زیرا ایجاد هر گونه تعهد بیمه‌ای و بار مالی خارج از بودجه سنواتی برای صندوقها ممنوع است.

با توجه به مفاد مواد یاد شده و این که پرداخت کسورات بازنشستگی سهم جانبازان و کارفرما در دستگاه‌های دولتی مشمول این قانون به عهده دستگاه اجرایی متبوع جانبازان است و در دستگاه‌های غیر دولتی از جمله واحدهای تحت پوشش قانون کار به عهده دولت است. بنابراین در حال حاضر دستگاه‌های اجرایی مکلفند کسور بازنشستگی سهم جانباز خود (سهم کارمند) را به نحو مقتضی تامین و پرداخت نمایند و نیز در بخش غیر دولتی نیز سهم مزبور به عهده دولت است. بنابراین ملاحظه می‌فرمایید که نامه معترض^۳ عنه منطبق با مقررات یاد شده است.

۳- در بند ۴ شرح دادخواست ارائه شده، شاکی عنوان کرده که شرکت بهره برداری راه آهن شهری تهران و حومه به استناد ماده واحده تعریف، سازمان‌ها و موسسات عمومی غیر دولتی یکی از شرکت‌های مشمول این ماده بوده و خارج از شرکت‌ها و موسسات دولتی است که دولت بتواند برای آنها تعیین تکلیف نماید.

در این ارتباط لازم به ذکر است که همان طور که شرکت اذعان کرده، طبق ماده ۴ اساسنامه شرکت راه آهن شهری تهران و حومه سرمایه اولیه شرکت مزبور کلاً متعلق به شهرداری است و از طرفی برابر بند (۱) ماده واحده قانون فهرست نهادها و موسسات عمومی غیر دولتی مصوب ۱۳۷۳/۴/۱۹ شهرداری و شرکت‌های تابعه آن مادام که بیش از ۵۰ درصد سهام و سرمایه آن متعلق به شهرداریها باشد در

زمره نهادها و موسسات عمومی غیر دولتی هستند. ضمن آن که صورت سود و زیان شرکت بهره برداری، ردیف ۵۲۰۰۰۰۲۵ بودجه سال ۱۳۸۹ و همچنین ردیف ۵۲۰۰۰۰۲۱ مبین این امر است که از طریق شهرداری و دولت، بودجه و یارانه دریافت می‌نماید، ضمن این که نهادهای عمومی غیر دولتی وفق ماده ۵ قانون مدیریت خدمات کشوری دستگاه اجرایی محسوب می‌شوند که طبق بند ۱ بخشنامه ۱۰۱/۲۱۴۶۳۴-۱۳۸۲/۱/۱۴ سازمان مدیریت و بند ج ماده (۳۷) قانون برنامه سوم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران و بند (ب) ماده ۴۴ قانون برنامه پنجم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران مقرر شده که صد در صد هزینه‌های درمانی ایثارگران شاغل و بازنشسته به عهده دستگاه اجرایی است. که از این حیث خواسته شاکي قابل رد است.

۴- با عنایت به بند ۳ لایحه دفاعیه و بر اساس تکالیف قانونی مزبور شعبه ۱۳ این سازمان طی نامه شماره ۲۳۶۲۷۴-۱۳۹۰/۱۱/۱۸ (نامه معترض‌انه) مراتب را به شرکت اعلام تا موضوع در هنگام تهیه و تنظیم لیست و حق بیمه جانبازان آن کارگاه رعایت شود لیکن کارفرما از وظایف قانونی خود استنکاف و این امر موجب کسری پرداخت حق بیمه و اعلام بدهی وفق مواد ۳۰، ۳۶، ۳۹، ۴۰ قانون تامین اجتماعی شده است.

۵- در قسمت آخر (بند ۵) دادخواست ارائه شده، شرکت مدعی گردیده، «از این رهگذر مبلغی بالغ بر یک میلیارد ریال این شرکت متحمل ضرر و زیان شده است» در این ارتباط لازم به توضیح است، تعداد جانبازان معرفی شده از سوی آن شرکت کمتر از یکصد و بیست نفر است و حق بیمه مطالبه شده مربوط به تاخیر و عدم ارسال لیست و پرداخت حق بیمه در فاصله زمانی فروردین تا آبان سال ۱۳۹۰ کلیه کارکنان شرکت اعم از جانباز و غیر جانباز است که موضوع توسط شعبه در هنگام مراجعه حضوری نمایندگان شرکت اعلام شده است. بدیهی است هفت درصد سهم ۱۱۷ جانباز بر اساس دستمزد سال قبل در دوره مزبور نمی‌تواند یک

میلیارد ریال شود، ضمن آن که از بابت بدهی موصوف نیز تاکنون مبلغی پرداخت نشده است لیکن این سازمان به استناد ماده ۳۶ قانون نسبت به ارائه تعهدات خود به کارکنان شرکت (جانباز و غیر جانباز) اقدام می‌نماید و هیچ گونه ضرر مالی آن شرکت متحمل نشده است، بلکه تکالیف قانونی خود را بر عهده این سازمان قرار داده است.

با عنایت به مراتب فوق و این که نامه معترض^۲ عنه مشمول آیین نامه و دستور اداری که با طی روند تشریفات خاص تصویب می‌شود نیست و از این حیث خواسته شاکی قابل طرح در شعب دیوان عدالت اداری بوده و نیز نامه معترض عنه وفق بند ج ماده ۳۷ قانون برنامه سوم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران و ماده ۴۴ قانون برنامه پنجم توسعه و تبصره ذیل ماده (۶) قانون تسهیلات استخدامی و اجتماعی جانبازان انقلاب اسلامی مصوب ۱۳۷۴/۳/۳۱ تنظیم شده است و ادعای شاکی همان طور که در بخش دفاعیات ماهوی تشریح شده بلا دلیل است و اقدامات سازمان وفق قوانین و مقررات مربوطه صورت می‌پذیرد، رد شکایت شاکی مورد استدعاست.»

هیأت عمومی دیوان عدالت اداری در تاریخ یاد شده با حضور رؤسا، مستشاران و دادرسان شعب دیوان تشکیل شد. پس از بحث و بررسی، با اکثریت آراء به شرح آینده به صدور رأی مبادرت می‌کند.

رأی هیأت عمومی

به موجب بند (ج) ماده ۳۷ قانون برنامه سوم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران مصوب سال ۱۳۷۹، تامین صد در صد هزینه بیمه همگانی و مکمل جانبازان و درمان خاص آنها (صدمات ناشی از مجروحیت) بر عهده دولت محول شده است. نظر به اینکه تکلیف حکم مذکور متوجه دولت است و شرکت بهره برداری راه آهن شهری تهران و حومه دولت نیست تا مواجه با تکلیفی باشد، بنابراین مفاد مقرر شماره ۲۳۶۲۷۴-۱۳۹۰/۱۱/۱۸ شعبه سیزده اداره کل تامین

اجتماعی تهران بزرگ مغایر حکم مقنن است و به استناد بند ۱ ماده ۱۲ و مواد ۱۳ و ۸۸ قانون تشکیلات و آیین دادرسی دیوان عدالت اداری مصوب سال ۱۳۹۲، از تاریخ تصویب ابطال می‌شود.

تاریخ: ۱۹ آبان ۱۳۹۳

شماره دادنامه: ۱۳۱۱ الی ۱۳۱۸

کلاس پرونده: ۲۴۶/۹۳-۹۶۱/۹۲، ۵۴۶، ۴۶۱، ۲۱۰، ۱۵۳-۱۴۰۰/۹۱، ۱۲۶۵

موضوع رأی: عدم ابطال مواد (۱) تا (۴) آیین نامه اجرایی قانون اصلاح بند (ب) ماده (۴۴) قانون برنامه پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران موضوع تصویب نامه شماره ۱۹۷۲۸۴/ت/۴۷۶۸۴هـ-۱۳۹۱/۱۰/۹ هیأت وزیران (در خصوص تامین صد در صد (۱۰۰٪) هزینه‌های درمانی ایثارگران شاغل و افراد تحت تکفل آنان توسط دستگاه اجرایی مربوطه و هزینه درمانی ایثارگران غیر شاغل و افراد تحت تکفل آنان توسط بنیاد شهید و امور ایثارگران) مورخ ۱۳۹۳/۰۸/۱۹

شاکی: ۱- محمدرضا دلاوری ۲- علی اکبر باقری ۳- علی محمدزاده ۴- حمیدرضا احمدی بفرولی ۵- علی شرف بیانی ۶- رحیم بهادری ۷- رجبعلی رهبری گروه ۸- مجید گودرزی

گردش کار: شاکیان به موجب دادخواست‌هایی جداگانه ابطال مواد (۱) تا (۴) آیین نامه اجرایی قانون اصلاح بند (ب) ماده (۴۴) قانون برنامه پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران موضوع تصویب نامه شماره ۱۹۷۲۸۴/ت/۴۷۶۸۴هـ-۱۳۹۱/۱۰/۹ هیأت وزیران را خواستار شده‌اند خلاصه دادخواست کلیه شکات به قرار زیر است:

« هیأت وزیران در راستای تدوین آیین نامه بند ب ماده ۴۴ قانون برنامه پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران مصوبه‌ای را به تصویب رسانده است که بند بند آن مخالف قانون و حتی خارج از حیطه اختیارات ایشان و در مواردی خلاف نظر مبارک حضرت امام (ره) است که در ذیل به شرح آن می‌پردازم.

در بند ب ماده ۴۴ قانون برنامه پنجم توسعه آمده است: «تامین صد در صد (۱۰۰٪) هزینه‌های درمانی ایثارگران شاغل و افراد تحت تکفل آنان بر عهده دستگاه اجرایی مربوطه و هزینه درمانی ایثارگران غیر شاغل و افراد تحت تکفل آنان بر عهده بنیاد شهید و امور ایثارگران است.»

این در حالی است که در ماده ۱ آیین نامه اجرایی بند ب ماده ۴۴ قانون برنامه پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران ایثارگران را صرفاً جانبازان و آزادگان و افراد تحت تکفل قانونی آنان (والدین، همسر و فرزندان) و والدین، همسران و فرزندان شهدا تعریف کرده است که این موضوع خلاف ماده ۴۴ قانون برنامه پنجم توسعه است که در آن با نهادن ویرگول ایثارگران را از پدر، مادر، همسر و فرزندان شهدا جدا کرده و با صراحت آمده است که ایثارگران، پدر، مادر، همسر و فرزندان شهدا و همچنین جانبازان، آزادگان و افراد تحت تکفل آنان می‌باشد را عنوان کرده است. از طرف دیگر با صراحت تمام در ذیل بند ز ماده ۴۴ قانون برنامه پنجم توسعه با محدود نکردن طیف ایثارگران، ایشان را اعم از جانبازان، آزادگان، رزمندگان و فرزندان شهدا دانسته است.

منظور این که ایثارگر به رزمنده‌ای که در جبهه‌های نبرد حق علیه باطل بوده و نیز جانبازان و آزادگان و افراد تحت تکفل قانونی ایشان و فرزند و همسر ایشان و خانواده معظم شهدا خطاب می‌شود و حذف رزمندگان از طیف وسیع ایثارگران آن چنان که در ماده ۱ آیین نامه اجرایی آمده است نه تنها خارج از حیطه اختیارات هیأت وزیران است بلکه برخلاف ماده ۴۴ قانون برنامه پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران و نیز بند ز ماده ۴۴ قانون مذکور و ماده ۶۰ همین قانون نیز بوده است و از بیانات حضرت امام (ره) نیز چنین استفاده می‌شود که ایثارگران شامل «زجر کشیده‌ها و جبهه رفته‌ها و شهید و اسیر و مفقود و مجروح داده‌ها نیز می‌باشد» و لذا ابطال آن از ضروریات و مسلمات قانونی و حقوقی و شرعی است.

ماده ۲ آیین نامه اجرایی قانون برنامه پنجم توسعه به جای ارائه راهکار برای عملی سازی بند ب ماده ۴۴ قانون برنامه پنجم توسعه یعنی «تامین صد در صد (۱۰۰٪) هزینه‌های درمانی ایثارگران شاغل و افراد تحت تکفل آنان بر عهده دستگاه اجرایی مربوطه و هزینه درمانی ایثارگران غیر شاغل و افراد تحت تکفل آنان بر عهده بنیاد شهید و امور ایثارگران است.» باز هم به تفسیر این ماده قانونی مصوب مجلس شورای اسلامی کرده است که آن را محدود به سرانه بیمه پایه و تکمیلی و هزینه

های خاص مرتبط با درمان می‌داند. امری که اصولاً خارج از صلاحیت ایشان است چرا که تفسیر قانون مصوب مجلس شورای اسلامی صرفاً بر عهده مجلس شورای اسلامی است نه هیچ فرد و یا افراد دیگری. جا دارد در این زمینه توضیحاتی داده شود:

۱- اگر منظور قانونگذار بیمه پایه و یا تکمیلی بود که اولاً: در بخش مربوط به بیمه سلامت آن را می‌آورد! امری که به استناد بند الف ماده ۳۸ قانون برنامه پنجم توسعه آمده است که: دولت مکلف است بیمه همگانی و اجباری پایه سلامت را تا پایان سال اول برنامه تعیین و ابلاغ نماید و این امر شامل تمامی مردم می‌شود و امتیازی برای ایثارگران نیست و اگر منظور بیمه صرف بود که ادامه می‌داد پرداخت حق بیمه ایثارگران شاغل و افراد تحت تکفل ایشان بر عهده دستگاه اجرایی و ایثارگران غیر شاغل بر عهده بنیاد شهید و امور ایثارگران است امری که قانونگذار با توجه به این موضوع که ایثارگران اصولاً از برنامه سوم توسعه تا کنون از پرداخت حق بیمه پایه و تکمیلی معاف بوده و هستند لزومی نمی‌دیده است که به این امر تاکید نماید و لذا هیأت وزیران به جای نوشتن آیین نامه اجرایی بند ب ماده ۴۴ به تفسیر آن پرداخته به این شیوه که «منظور از پرداخت هزینه درمان صرفاً پرداخت هزینه بیمه پایه و تکمیلی است مرتکب نوعی تغییر قانون و جایگزینی آن با پرداخت ۱۰۰٪ هزینه درمان است که خود نوعی قانونگذاری و خارج بودن از صلاحیت هیأت وزیران است.

۲- اگر منظور قانونگذار از بند ب ماده ۴۴ قانون برنامه پنجم توسعه قسمت دوم ماده ۲ آیین نامه اجرایی بود که اذعان می‌دارد «پرداخت هزینه‌های مرتبط با درمان بر طبق دستورالعمل و مقررات بنیاد شهید و امور ایثارگران» اصولاً این ماده آیین نامه با پرداخت هزینه افراد تحت تکفل ایثارگران و بیماریهای احتمالی ایشان که قطعاً مربوط به جنگ نیست چه ارتباطی دارد؟ و افراد تحت تکفل ایثارگر شاغل و بازنشسته دستگاه‌های حکومتی چه ربطی با دستورالعمل‌های بنیاد شهید و امور ایثارگران داشتند و دارند؟

ملاحظه می‌فرمایید که هیأت وزیران بدون توجه به بند ب ماده ۴۴ قانون برنامه پنجم توسعه برای این بند آیین نامه‌ای نوشته است که گویی خود قانون دیگری است و مصوبه‌ای است خارج از متن بند ب ماده ۴۴ قانون برنامه پنجم توسعه و لذا ابطال آن به دلیل بی ارتباط بودن با بند ب ماده ۴۴ و خلاف قانون بودن آن مورد استدعاست.

بند ۱ ماده ۲ آیین نامه اجرایی دو قید برای پرداخت هزینه دارویی ایثارگران و با نادیده گرفتن افراد تحت تکفل ایشان که در بند ب ماده ۴۴ قانون برنامه پنجم توسعه آمده است و بدون قید و شرط پرداخت هزینه درمان ایثارگران و افراد تحت تکفل ایشان را اگر ایثارگر شاغل باشد بر عهده دستگاه مربوطه به صورت ۱۰۰٪ گذاشته آورده است که عبارتند از:

۱- پرداخت هزینه دارو منوط به این است که در فهرست دارویی کشور باشد.

۲- داروهای مورد نیاز وارداتی منوط به ضوابط بنیاد شهید و امور ایثارگران است.

توضیحاتی چند در این زمینه لازم است:

اولاً: بند ب ماده ۴۴ قانون برنامه پنجم توسعه بدون هیچ قید و شرطی پرداخت هزینه درمان (که پرداخت هزینه دارو جزئی از آن است) را ایثارگران و افراد تحت تکفل ایشان را در مورد شاغلان بر عهده دستگاه‌های مربوطه گذاشته و به صورت مطلق و عام و کلی صحبت کرده و در مورد ایثارگر و خانواده تحت تکفلش قانون وضع شده است و اصولاً نیازی به تایید و یا عدم تایید بنیاد شهید و امور ایثارگران را منظور نکرده است.

ثانیاً: با توجه به قید افراد تحت تکفل ایثارگر در بند ب ماده ۴۴ و کلی بودن این ماده قانونی، محدود کردن آن به فهرست دارویی کشور و یا تایید بنیاد شهید و امور ایثارگران خود نوعی قانون نویسی است نه آیین نامه نویسی! امری که در صلاحیت هیأت وزیران نیست و اختیار چنین امری را ندارند.

ثالثاً: بنیاد شهید و امور ایثارگران صرفاً مکلف به پرداخت هزینه درمان ایثارگران غیر شاغل و افراد تحت تکفل ایشان شده است و نقش تایید و یا تعیین نوع دارو را ندارد. شاید آیین نامه نویسان بند ب ماده ۴۴ را فقط مختص جانبازان مجروح، محتاج درمان می‌دانند که اقدام به تهیه چنین آیین نامه تاسف باری کرده‌اند!

رابعاً: اگر ایثارگری دچار نارحتی قلبی شد و در بیمارستان بستری گردید با این هزینه سنگین بیمارستانی و حقوق نامتناسب با تورم جاری در کشور اگر بند ب ماده ۴۴ به آن شیوه‌ای که هست اجرا نشود، ایثارگر بیمار از کجا هزینه بیمارستانی خود را بپردازد و تا به کی به دنبال بنیاد شهید و امور ایثارگران بگردد تا ایشان قبول کنند داروها همان بوده است که مورد تایید ایشان است!

بند ۲ ماده ۲ آیین نامه اجرایی بند ب ماده ۴۴ قانون برنامه پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران اذعان دارد: خدمات دندان پزشکی عمومی و تخصصی برای جانبازان با مجروحیت فک و دندان طبق درصد تعیین شده از سوی کمیسیون پزشکی بنیاد شهید و امور ایثارگران است.

نیاز به هیچ گونه توضیحی نیست که این امر یعنی مخالفت صریح و واضح با بند ب ماده ۴۴ قانون برنامه پنجم توسعه که اذعان دارد «تامین صد درد صد (۱۰۰٪) هزینه‌های درمانی ایثارگران شاغل و افراد تحت تکفل آنان بر عهده دستگاه اجرایی مربوطه و هزینه درمانی ایثارگران غیر شاغل و افراد تحت تکفل آنان بر عهده بنیاد شهید و امور ایثارگران است.»

هزینه خدمات دندان پزشکی سایر ایثارگران و حتی جانبازان بدون ضایعات ناشی از مجروحیت دندان و فک و نیز افراد تحت تکفل افراد ایثارگران چگونه و از چه منبعی باید پرداخت شود؟

بند ب ماده ۴۴ قانون برنامه پنجم توسعه به قدری روشن و واضح و کلی است که نمی‌توان آن را بخش بخش کرد و در هر قسمتی نیز برای آن محدودیت قایل شد

و لذا این آیین‌نامه در این بخش و در کلیتش در تضاد با روح قانونی است که این آیین‌نامه برای آن نوشته شده است.

هیأت وزیران در سایر بندها و مواد آیین‌نامه اجرایی نیز مرتکب این اشتباه فاحش شده و حتی بیماریها را هم برای ایثارگران و افراد تحت تکفل ایشان تعیین کرده‌اند و خارج از آن را نمی‌پذیرند این موارد در بندهای ۴ و ۷ و ۸ و ۹ به صراحت آمده است که ابطال آن از بدیهیات است و تضاد آن با بند ب ماده ۴۴ قانون برنامه پنجم توسعه از واضحات و خارج بودن آن از صلاحیت این هیأت وزیران آشکارا بیرون است.

اگر چه امید است سایر موارد در دعوتی که از این جانب برای دفاع از شکایت خود که مشکل اقبشار بسیاری از ایثارگران را در کشور حل می‌کند مطرح نمایم امید است قضات صرفاً به بند ب ماده ۴۴ قانون برنامه پنجم توسعه دقت لازم را مبذول دارند تا به این نکته برسند که اصولاً این بند به قدری صریح و واضح نوشته شده است و کلی است که اصولاً نیاز به نوشتن هیچ آیین‌نامه‌ای ندارد چه برسد به آیین‌نامه‌ای که به روح این بند ماده قانونی مخالف است و اصولاً به گونه‌ای تفسیر به رأی غیر قانونی آن است و نوعی قانون نویسی است که در صلاحیت هیأت وزیران نیست و به ابطال کلیه مواد ۱، ۲، ۳ و ۳ [۴] و بندهای ماده ۲ مطرح شده در آیین‌نامه اجرایی بند ب ماده ۴۴ قانون برنامه پنجم توسعه رأی دهند. در خصوص سایر موارد و دلایل ابطال آن حضوراً توضیح خواهم داد اگر چه دعوت هم نکنند قضات با بررسی دقیق خود رأی به ابطال این آیین‌نامه در کلیتش صادر خواهند کرد.»

متن آیین‌نامه اجرایی مورد اعتراض به شرح زیر است:

« هیأت وزیران در جلسه مورخ ۱۳۹۱/۹/۲۹ بنا به پیشنهاد بنیاد شهید و امور ایثارگران و به استناد اصل ۱۳۸ قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران، آیین‌نامه اجرایی قانون اصلاح بند (ب) ماده (۴۴) قانون برنامه پنج ساله پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران مصوب ۱۳۹۰ را به شرح زیر تصویب کرد:

آیین نامه اجرایی قانون اصلاح بند (ب) ماده (۴۴) قانون برنامه پنج ساله پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران

ماده ۱- ایثارگران مشمول این آیین نامه، جانبازان و آزادگان و افراد تحت تکفل قانونی آنان (والدین، همسر و فرزندان) و والدین، همسران و فرزندان شهدا می باشند.

ماده ۲- هزینه‌های درمان شامل سرانه بیمه پایه و تکمیلی و هزینه‌های خاص مرتبط با درمان منطبق با مقررات و دستورالعمل‌های بنیاد شهید و امور ایثارگران خواهد بود. هزینه‌های خاص مرتبط با درمان شامل موارد زیر می‌باشد:

۱- پرداخت هزینه‌های دارویی منطبق با فهرست دارویی کشور (فارماکوپه) با اولویت استفاده از خدمات بیمه گر اول و پرداخت هزینه دارویی خاص و وارداتی مورد نیاز افراد مشمول ماده (۱) طبق ضوابط بنیاد شهید و امور ایثارگران.

۲- خدمات دندانپزشکی عمومی و تخصصی برای جانبازان با مجروحیت فک و دندان طبق درصد تعیین شده از سوی کمیسیون پزشکی بنیاد شهید و امور ایثارگران.

۳- هزینه‌های اعزام به خارج صرفاً جهت شخص جانباز و آزاده و تنها در مواردی که شورای عالی اعزام به خارج بنیاد مذکور با اعزام بیمار موافقت می‌نماید.

۴- هزینه درمان مبتلایان به سوء مصرف مواد و ام ام تی (متادون درمانی)

۵- هزینه ایاب و ذهاب درمانی، اقامت و سفرهای صرفاً درمانی در مواردی که پیگیری و اقدام درمانی در سطح شهرستان یا استان میسر نباشد.

۶- پرداخت هدیه ایثار به افراد اهدا کننده عضو به ایثارگران در موارد پیوند کبد، کلیه، مغز استخوان، قرنیه و اهدای تخمک.

۷- هزینه ارتز و پروتز و تعمیر و تعویض قطعات مربوط و وسایل جانبی آن و کفش طبی.

- ۸- هزینه تجهیزات پزشکی و توانبخشی اعم از عینک، لنز، سمعک، عصا، واکر، دوچرخه ثابت، انواع تخت و تشک معمولی و موج، انواع ویلچر، کپسول اکسیژن و هزینه شارژ آن، اکسیژن ساز، سی، پپ و بی، پپ، متناسب با شرایط بالینی بیمار.
- ۹- پرداخت هزینه لوازم مصرفی درمانی از قبیل کیسه کلتومی، کیسه یوروستومی، لوازم سونداژ، کیسه ادار، لوازم پانسمان مربوط و لوازم بهداشتی.
- ۱۰- هزینه آمبولانس درون شهری و برون شهری در موارد اضطراری.

ماده ۳- پراخت سرانه بیمه پایه و تکمیلی و هزینه‌های خاص مرتبط با درمان برای ایثارگران شاغل و بازنشسته (موضوع ماده (۱) این آیین نامه) بر عهده دستگاه پرداخت کننده حقوق یا مستمری (اعم از دستگاه‌های موضوع ماده (۲۲۲) قانون برنامه پنجم توسعه و شرکت‌ها و موسسات مشمول اصل (۴۴) قانون اساسی) و ایثارگران غیر شاغل (موضوع ماده (۱) این آیین نامه) بر عهده بنیاد شهید و امور ایثارگران است.

ماده ۴- نظارت بر حسن اجرای این آیین نامه بر عهده بنیاد شهید و امور ایثارگران می‌باشد. - معاون اول رئیس جمهور»

در پاسخ به شکایت مذکور، معاون امور حقوقی دولت (حوزه معاونت حقوقی رئیس جمهور)، به موجب لایحه شماره ۱۸۴۰/۹۵۸۷۸-۱۳۹۲/۴/۲۵ توضیح داده است که:

«سلام علیکم،

با احترام، بازگشت به پرونده‌های شماره ۱۲۶۵/۹۱ موضوع دادخواست آقای مجید گودرزی و ۱۴۰۰/۹۱ موضوع دادخواست آقای رجبعلی رهبری گروه و ۱۵۳/۹۲ موضوع دادخواست آقای محمدرضا دلاوری و ۲۱۰/۹۲ موضوع دادخواست آقای علی محمدزاده به خواسته ابطال مواد (۱) تا (۴) آیین نامه اجرایی قانون اصلاح بند (ب) ماده (۴۴) قانون برنامه پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران (موضوع تصویب نامه شماره ۱۹۷۲۸۴/ت/۴۷۶۸۴هـ- ۱۳۹۱/۱۰/۹)، ضمن ارسال تصویر نامه شماره

از احکام مورد شکایت اعلام می‌دارد: ۱۳۹۲/۱/۲۶-۵۴۰۶/۸۲۰/۳۸ بنیاد شهید و امور ایثارگران متضمن برخی دفاعیات

۱- همان گونه که مستحضرند اختیار هیأت وزیران جهت تصویب آیین‌نامه اجرایی قانون محدود به موارد مصرح در هر قانون نیست بلکه بر اساس اصل ۱۳۸ قانون اساسی هیأت وزیران صلاحیت عام وضع آیین‌نامه اجرایی قانون را دارد لذا درخواست ابطال آیین‌نامه به ادعای عدم پیش‌بینی لزوم وضع آیین‌نامه اجرایی در بند (ب) ماده (۴۴) قانون برنامه پنجم فاقد وجهت است.

۲- مزید استحضار بر اساس ماده (۱۳) قانون جامع خدمات رسانی به ایثارگران مصوب ۱۳۹۱/۱۰/۲ مجمع تشخیص مصلحت نظام، «تامین صد در صد هزینه بهداشتی درمانی به صورت بیمه سلامت، بیمه همگانی، بیمه مکمل و بیمه خاص خدماتی که مشمول قوانین بیمه همگانی و تکمیلی نمی‌گردند) خانواده شاهد، جانبازان، آزادگان و افراد تحت تکفل آنها بر عهده دولت بوده و اعتبارات آن هر ساله در قوانین بودجه سنواتی منظور می‌گردد.»

از سوی دیگر در بند (۲) ماده (۷۶) همین قانون، بند (ب) ماده (۴۴) قانون برنامه پنجم اصلاحی مصوب ۱۳۹۰/۶/۷ غیر قابل استناد اعلام شده است.

۳- صرف نظر از واقعیت فوق، آیین‌نامه مورد شکایت مغایرتی با قوانین موضوعه نداشته است زیرا در بند (ب) ماده (۴۴) قانون برنامه پنجم و ماده (۱۳) قانون نظام جامع خدمات رسانی با ذکر اشخاص مشمول حکم، «رزمندگان» به‌عنوان افراد مشمول ذکر نشده‌اند لذا عدم ذکر رزمندگان در آیین‌نامه ایرادی نداشته است.

۴- برخلاف تصور شکات، پرداخت هزینه‌های درمانی مندرج در آیین‌نامه محدود به هزینه‌های موضوع بندهای ماده (۲) نیست زیرا حسب قسمت اخیر فراز نخست این ماده، بندهای مندرج در این ماده صرفاً مربوط به هزینه‌های خاص مرتبط با درمان است و لذا هزینه‌های بیمه پایه و تکمیلی خارج از موارد بندهای ۱ تا ۱۰ ماده (۲) است.

۵- برخلاف تصور شاکی پرونده ۱۲۶۵/۹۱، بند (۱) ماده (۲) آیین نامه متضمن پرداخت هزینه‌های موضوع بند (۱) صرفاً بر اساس ضوابط بنیاد شهید است و هیچ گونه دلالتی جهت موکول بودن پرداخت به تاییدیه بنیاد شهید ندارد. عنایت دارند بر اساس جزء (۲) بند (ج) ماده (۵) قانون اساسنامه بنیاد شهید و امور ایثارگران مصوب ۱۳۷۷ و اصلاحیه آن مصوب ۱۳۸۷، بنیاد شهید و امور ایثارگران وظیفه تامین بهداشت و درمان ایثارگران را بر عهده دارد و وضع دستورالعمل توسط این بنیاد جهت اجرای قوانین و مقررات مربوط به درمان قانونی بوده لذا ارجاع به این ضوابط نیز قانونی و در جهت تسهیل اجرای قانون است.

۶- ارجاع بند (۱) ماده (۲) به فهرست دارویی کشور نیز قانونی و منطقی است زیرا چنانچه اقلامی در این فهرست نباشد اساساً دارو تلقی نمی‌شود تا مشمول قانون یاد شده باشد و در واقع ارجاع به این فهرست در مقام تبیین قانون و اجرای آن بوده است.

لازم به ذکر است تصویب نامه مزبور در اجرای قانون نحوه اجرای اصول (۸۵) و (۱۳۸) قانون اساسی مورد بررسی رئیس مجلس قرار گرفته صرفاً برخی از بخش‌های بندهای «۲ و ۳» ماده (۲) آیین‌نامه به موجب نامه شماره ۱۱۳۸هـ/ب-۱۳۹۲/۱/۲۰ رئیس مجلس مورد ایراد واقع شده است و در خصوص موضوعات موضوع شکایات پرونده‌های مطروح ایرادی مطرح نشده است. با عنایت به مراتب فوق استدعای رد شکایات مطروح را دارد.»

متن نامه شماره ۱۳۹۲/۱/۲۶-۵۴۰۶/۸۲۰/۳۸ بنیاد شهید و امور ایثارگران به قرار زیر است:

« احتراماً، بازگشت به نامه شماره ۱۳۹۱/۱۲/۲۶-۱۸۴۰۰/۲۳۸۳۱۴۷ در خصوص اختطاریه شماره ۱۲۶۵/۹۱ - ۱۳۹۱/۱۱/۱۷ دفتر هیأت عمومی دیوان عدالت اداری با موضوع دادخواست ابطال آیین نامه اجرایی قانون اصلاح بند (ب) ماده ۴۴ قانون برنامه پنجم توسعه (موضوع تصویب نامه شماره ۱۹۷۲۸۴/ت/۴۷۶۸۴هـ- ۱۳۹۱/۱۰/۹) نکات زیر را به استحضار می‌رساند:

۱- همان گونه در مقدمه تصویب نامه مزبور اشاره شده، هیأت وزیران با استفاده از اختیارات مصرح در اصل ۱۳۸ قانون اساسی، به منظور تبیین و تامین شرایط اجرای قانون اقدام به وضع آیین نامه اجرایی آن کرده است.

۲- چنان که در دادخواست تقدیمی اشاره شده، ماده ۴۴ قانون برنامه پنجم توسعه، ناظر بر ایثارگران، اعم از والدین، همسران و فرزندان شهدا و جانبازان و آزادگان و افراد تحت تکفل آنان و رزمندگان است. لیکن با کمی دقت در بندهای ذیل آن مشخص می‌شود، هر کدام از آنها تکلیف خاصی را برای بخشی از ایثارگران مشخص کرده است. به طوری که در بندهای (و)، (ز)، (ط) و (ی) با آوردن عبارت رزمندگان در کنار سایر ایثارگران، خدمات و تسهیلاتی را برای آنان پیش بینی کرده، به ویژه آن که در بند (ح) توجه خاصی به تامین معیشت و پوشش بیمه‌ای آنان داشته است. بنابراین واضح است که مقصود از ایثارگران مورد نظر در بند (ب) صرفاً اعضای درجه یک خانواده‌های معظم شهدا و جانبازان و آزادگان و افراد تحت تکفل آنان هستند و سوابق قبلی موضوع در قوانین برنامه سوم و چهارم توسعه نیز بیانگر و تصدیق کننده همین معنا است.

۳- همان طور که شاکی هم اشاره کرده، بر اساس فصول مربوط به سلامت و بیمه سلامت در مواد ۳۲ تا ۳۸ و به خصوص بند الف ماده اخیرالذکر، نظام بیمه و سلامت کشور بر پایه بیمه همگانی و اجباری و نیز شق اخیر تبصره (۵) ماده مزبور، بیمه تکمیلی است که ضمن تعریف آن، پرداخت حق سرانه متعلقه را بر عهده بیمه شده گذارده است. چنان که می‌دانیم، اقتضای مدیریت صحیح و کارآمد منابع و اعتبارات، صرف هزینه کمتر و دستیابی به بهره‌وری بیشتر است، که به همین منظور آیین نامه موصوف نه تنها کلی گویی و ابهام اجرایی قانون را رفع کرده، بلکه باعث ساماندهی و روشن کردن مسیر ارائه خدمات درمانی از طریق قانونی و جاری کشور (بیمه همگانی اجباری و تکمیلی) شده و علاوه بر آن تامین و پرداخت هزینه‌های خاص درمانی ایثارگران را نیز بر عهده بنیاد و دستگاه اجرایی ذی ربط گذاشته است. بنابراین در صورت بروز هر گونه بیماری، اعم از جزئی و بیماری‌های

سخت و خاص کلیه هزینه‌های مربوطه ابتدا از طریق بیمه همگانی و مازاد بر آن از طریق بیمه تکمیلی طلایی و هزینه‌های مازاد بر پوشش بیمه‌ها، مطابق ضوابط بنیاد از طریق دستگاه‌ها و بنیاد، قابل پرداخت خواهد بود. در این راستا هزینه‌های دندان پزشکی درمانی جانبازان با مجروحیت فک و دندان به‌طور کامل تحت پوشش درمان خاص قرار می‌گیرد.

۴- یکی از نکات مهم مورد توجه در آیین نامه موصوف که بر گرفته از ضوابط داخلی بنیاد نیز می‌باشد، پرداخت هزینه‌های ایاب و ذهاب است که باعث شده تا ایثارگران نیازمند درمان در خارج از شهر و استان خود، با دغدغه تامین هزینه‌های سفر و اسکان مواجه نباشند. مراتب برای استحضار و بهره برداری مقتضی حضورتان اعلامی شود.»

هیأت عمومی دیوان عدالت اداری در تاریخ یاد شده با حضور رؤسا، مستشاران و دادرسان شعب دیوان تشکیل شد. پس از بحث و بررسی، با اکثریت آراء به شرح آینده به صدور رأی مبادرت می‌کند.

رأی هیأت عمومی

نظر به این که به موجب بند ۲ ماده ۷۶ قانون جامع خدمات رسانی به ایثارگران مصوب سال ۱۳۹۱، بند ب ماده ۴۴ قانون برنامه پنج ساله پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران اصلاحی ۱۳۹۰/۶/۷، غیر قابل استناد اعلام شده است، بنابراین آیین نامه اجرایی بند ب ماده ۴۴ قانون یاد شده موضوع تصویب نامه شماره ۱۳۹۱/۱۰/۹-هـ/۴۷۶۸۴ هیأت وزیران، به تبع غیر قابل استناد بودن ماده ۴۴ قانون برنامه پنج ساله پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران قابلیت اجرایی ندارد و در نتیجه موضوع شکایت و خواسته شاکیان به لحاظ انتفای موضوع، قابل رسیدگی و اتخاذ تصمیم در هیأت عمومی دیوان عدالت اداری تشخیص نمی‌شود.

تاریخ: ۲۰ بهمن ۱۳۹۴

شماره دادنامه: ۱۲۶۱

کلاسه پرونده: ۹۴/۴۰۳

موضوع رأی: ابطال بند ۲۰ صورت جلسه مورخ ۱۳۸۵/۱۲/۲۲ هیئت امنای دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران (در خصوص اتخاذ تصمیم در مورد چگونگی ارائه خدمات درمانی) مورخ ۱۳۹۴/۱۱/۲۰

شاکای: سازمان بازرسی کل کشور

مقدمه:

معاون حقوقی و نظارت همگانی سازمان بازرسی کل کشور به موجب شکایت نامه شماره ۴۸۷۴۶-۱۳۹۴/۳/۲۰- اعلام کرده است که:

"حضرت حجت الاسلام والمسلمین جناب آقای منتظری

رئیس محترم دیوان عدالت اداری

سلام علیکم:

احتراماً، به پیوست تصویری از گزارش اداره کل بازرسی امور بهداشت و درمان و مستندات مرتبط با آن راجع به مغایرت صورت جلسه هیئت امناء دانشگاه علوم پزشکی تهران که در کمیسیون تطبیق مصوبات دستگاه های اداری با قانون این سازمان مطرح و تأیید گشته است ارسال می شود به حکایت گزارش مذکور:

هیئت امناء دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی تهران به موجب بند (۲۰) صورت جلسه مورخ ۱۳۸۵/۱۲/۲۲ مقرر نموده است: «دانشگاه مجاز است با بهبود استاندارد بخش های ارائه خدمات درمانی و تشخیصی خود و ایجاد بخش های مستقل (تا سقف ۱۰٪ تخت های مصوب دانشگاه) با شرکت های

خصوصی و سازمان‌های بیمه‌ای (مکمل) و سایر متقاضیان بر اساس قیمت تمام شده و توافقی قرارداد منعقد نموده و به ذی‌نفعان ارائه خدمت نماید»

ریاست محترم دانشگاه علوم پزشکی یاد شده (حسب نامه شماره ۱۱۱۶/ص/۹۱-۱۳۹۱/۵/۲) توجیه قانونی مفاد بند موصوف از صورت‌جلسه اخیرالذکر را بند «ب» ماده ۲۰ قانون برنامه پنجم توسعه اعلام نموده است.

بند «ب» ماده ۲۰ قانون برنامه پنجم توسعه عنوان می‌دارد: «دانشگاه‌ها، مراکز و مؤسسات آموزش عالی و پژوهشی و فرهنگستان‌هایی که دارای مجوز از شورای گسترش آموزش عالی وزارتخانه‌های علوم تحقیقات و فناوری و بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سایر مراجع قانونی ذی‌ربط می‌باشند، بدون الزام به رعایت قوانین و مقررات عمومی حاکم بر دستگاه‌های دولتی به‌ویژه قانون محاسبات عمومی، قانون مدیریت خدمات کشوری، قانون برگزاری مناقصات و اصلاحات و الحاقات بعدی آن‌ها و فقط در چهارچوب مصوبات و آیین‌نامه‌های مالی، معاملاتی و اداری - استخدامی - تشکیلاتی مصوب هیئت امناء که حسب مورد به تأیید وزراء علوم، تحقیقات و فناوری و بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و در مورد فرهنگستان‌ها به تأیید رئیس‌جمهور می‌رسد عمل می‌نمایند. اعضای هیئت علمی ستادی وزارتخانه‌های علوم، تحقیقات و فناوری و بهداشت، درمان و آموزش پزشکی نیز مشمول حکم این بند هستند. حکم این بند شامل مصوبات، تصمیمات و آیین‌نامه‌های قبلی نیز می‌گردد و مصوبات یاد شده مادام که اصلاح نگردیده به قوت خود باقی هستند».

وفق بند «۹» اصل سوم قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران، دولت موظف به «رفع تبعیضات ناروا و ایجاد امکانات عادلانه برای همه در تمام زمینه‌های مادی و معنوی» شده است و در همین راستا برابر بند «۷» ماده «۱» قانون «تشکیلات و وظایف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی» مصوب ۱۳۶۹ و اصلاحات بعدی،

از جمله وظایف وزارتخانه مزبور «فراهم نمودن تسهیلات لازم برای برخورداری همگان از خدمات درمانی در حدود امکانات از طریق ایجاد و گسترش مراکز درمانی دولتی و بهبود استان دارد آن‌ها و ...» عنوان شده است.

بنا به مراتب فوق بند ۲۰ صورت جلسه مبحث عنه عملاً منجر به تنزل کیفیت و کمیت و کاهش سطح امکانات بهداشتی و خدمات درمانی بخش دولتی شده و وسایل و تجهیزات و به‌ویژه پرسنل و کادر درمانی اعم از پزشکان و پرستاران بخش دولتی را تحت الشعاع قرار داده و موجبات تضعیف خدمت‌رسانی به اقشار مستضعف جامعه (که توان برخورداری از بخش‌های بهداشتی و درمانی خصوصی و غیردولتی را دارا نیستند) فراهم نموده و مغایر با بند ۹ اصل سوم قانون اساسی و بند (۷) ماده (۱) قانون تشکیلات و وظایف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می‌باشد.

همچنین برابر اذعان رئیس دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی تهران (مندرج در نامه شماره ۱۱۱۶/ص/۹۱-۱۳۹۱/۵/۲) «در مورد کادر درمانی نیز بخش‌های خاص، قسمتی از بیمارستان است و کادر درمانی این بخش‌ها نیز از کادر درمانی بیمارستان‌ها تأمین می‌شود و وظایف آن‌ها مشابه وظایف سایر کادر درمانی بر اساس شرح وظایف مصوب است. اعضای هیئت علمی نیز بر اساس تمایل بیماران (و داشتن بیمه تکمیلی یا تمایل به استفاده از شرایط فیزیکی مطلوب‌تر بیمارستانی) آن‌ها را در بخش‌های خاص یا عادی بستری می‌نمایند»

با این وصف، اقدام دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی تهران (برابر اذعان مسئولان مربوطه) در ایجاد و راه‌اندازی بخش‌های vi p که منجر به حضور اعضای هیئت علمی این دانشگاه در وقت اداری در بخش‌های غیردولتی گردیده، علاوه بر مغایرت‌های قانونی مارالذکر، مواجه با حکم تبصره (۲) ماده (۳۲) قانون

برنامه پنجم توسعه (مبنی بر ممنوعیت فعالیت پزشکی پزشکان شاغل در بخش دولتی و عمومی غیردولتی در بخش‌های خصوصی و خیریه و نیز فعالیت کارکنان بخش دولتی بهداشتی و درمانی در بخش غیردولتی درمانی، تشخیصی و آموزشی) می‌باشد.

با عنایت به مطالب فوق‌الذکر، بند ۲۰ صورت‌جلسه مورخ ۱۳۸۵/۱۲/۲۲ هیئت امناء دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی تهران مغایر با قوانین و مقررات فوق‌الذکر تشخیص می‌گردد.

خواهشمند است دستور فرمایید در اجرای تبصره (۲) ماده (۲) قانون تشکیل این سازمان موضوع در هیئت عمومی آن دیوان مطرح و به‌طور فوق‌العاده و خارج از نوبت مورد رسیدگی قرار گیرد. موجب امتنان است که از تصمیم متخذه این سازمان را مطلع فرمایند."

متن بند ۲۰ صورت‌جلسه مورد اعتراض به قرار زیر است:

۲۰) دانشگاه مجاز است با بهبود استان دارد بخش‌های ارائه خدمات درمانی و تشخیصی خود و ایجاد بخش‌های مستقل (تا سقف ۱۰٪ تخت‌های مصوب دانشگاه) با شرکت‌های خصوصی و سازمان‌های بیمه‌ای (مکمل) و سایر متقاضیان بر اساس قیمت تمام شده و توافقی قرارداد منعقد نموده و به ذی‌نفعان ارائه خدمت نماید."

در پاسخ به شکایت شاکي، معاون توسعه مدیریت و برنامه‌ریزی منابع دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران به‌موجب لایحه شماره ۱۱۰۳۰/۱۱۰/ص/۹۴-۱۳۹۴/۶/۱ توضیح داده است که:

"با سلام و احترام:

عطف به نامه مورخ ۱۳۹۴/۴/۲۳ دفتر آن هیئت محترم منضم به تصویر نامه شماره ۴۸۷۴۶-۱۳۹۴/۳/۲۰ معاونت حقوقی و نظارت همگانی سازمان بازرسی کل کشور و تصاویر سایر سوابق راجع به پرونده شماره ۱۹۲۰۰۰۰۰۹۴۰۹۹۸۰۹۰۰۰۰ که در تاریخ ۱۳۹۴/۵/۱۳ به این دانشگاه وصل شده است، در پاسخ‌گویی به مطالب عنوان شده از معاونت مذکور در مورد بند ۲۰ مصوبه مورخ ۱۳۸۵/۱۲/۲۲ هیئت امناء دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران در مهلت مقرر مراتب ذیل را به آگاهی می‌رساند:

۱- بر اساس مقررات ذی‌ربط، هیئت امناء دانشگاه‌ها و مؤسسات آموزش عالی به لحاظ وضعیت خاص همواره واجد اختیارات ویژه در تدوین و تصویب ضوابط جهت اداره مؤسسات تابعه خود بوده‌اند، ولی از آنجاکه قانون‌گذار محترم نظر به استقلال دانشگاه‌ها و مؤسسات آموزش عالی و اعطاء اختیارات وافی به هیئت‌های امناء داشته، این مهم را در قوانین برنامه توسعه چهارم و پنجم مد نظر قرار داده و به‌موجب بند الف ماده ۴۹ قانون برنامه چهارم توسعه و بند به ماده ۲۰ قانون برنامه پنج‌ساله پنجم لحاظ فرموده است، به‌نحوی که از تاریخ تصویب قانون اولیه فوق در سال ۱۳۸۵، هیئت‌های امناء مجاز گردیده‌اند بدون الزام به رعایت قوانین و مقررات عمومی حاکم بر دستگاه‌های دولتی مبادرت به تدوین و تصویب مقررات نمایند. لذا بند ۲۰ مصوبه مورخ ۱۳۸۵/۱۲/۲۲ هیئت امناء این دانشگاه، فارغ از این‌که هیچ‌گونه مغایرت با قوانین و مقررات ندارد، بر اساس اختیارات قانونی حاصل از بند الف ماده ۴۹ قانون برنامه چهارم تصویب گردیده و خدشه‌ای بر اعتبار آن وارد نمی‌باشد.

۲- معاونت حقوقی و نظارت همگانی سازمان بازرسی کل کشور مبنای نظریه خود را در مورد مغایرت مصوبه مورد بحث با مقررات مفاد تبصره ۲ ماده ۳۲ قانون برنامه پنج‌ساله پنجم توسعه اعلام داشته است، این استدلال فاقد هرگونه توجیه قانونی

می‌باشد، زیرا اول این‌که مصوبه یاد شده در تاریخ ۱۳۸۵/۱۲/۲۲ یعنی زمان حاکمیت قانون برنامه چهارم توسعه به تصویب رسیده و در آن تاریخ ماده ۳۲ قانون برنامه پنج‌ساله پنجم و تبصره استنادی به تصویب نرسیده بوده و موجودیت نداشته است تا مغایرتی فی‌مابین مصوبه هیئت امناء دانشگاه و تبصره ماده اخیر ایجاد شده باشد و دوم به‌طوری‌که ملاحظه می‌فرمایند با مندرجات تبصره، نظر قانون‌گذار محترم به ممنوعیت اشتغال پزشکان شاغل به خدمت در واحدهای دولتی و عمومی غیردولتی در مراکز تشخیصی، آموزشی و درمانی و بیمارستان بخش خصوصی و خیریه بوده و این ممنوعیت شامل ارائه خدمات پزشکی در واحدهای دولتی نمی‌باشد و بند ۲۰ مصوبه فوق‌الاشعار که جواز ارائه خدمات اعضای هیئت علمی را در واحدهای درمانی زیر مجموعه دانشگاه صادر کرده است منصرف از ممنوعیت مورد بحث است، مضافاً این‌که در زمان حاکمیت قانون برنامه چهارم توسعه و تصویب مصوبه مذکور، چنین ممنوعیتی وجود نداشته است."

در پاسخ به شکایت مذکور، معاون آموزشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران به‌موجب لایحه شماره ۱۴۰/۹۰۲۷/ص/۹۴-۱۳۹۴/۹/۲۵ توضیح داده است که:

"با سلام و احترام:

در پاسخ به دعوت‌نامه شماره ۹۴/پ/۵۶-۱۳۹۴/۹/۲۳ با موضوع شکایت سازمان بازرسی کل کشور به خواسته ابطال بند ۲۰ صورت‌جلسه مورخ ۱۳۸۵/۱۲/۲۲ هیئت امنای این دانشگاه، ضمن ارسال تصویر صورت‌جلسه مذکور به استحضار می‌رساند موضوع بند ۲۰ مربوط به حوزه معاونت آموزشی نبوده و اجرا و پیگیری و نظارت آن نیز با این امور نمی‌باشد و همچنین تاکنون دادخواستی نیز در این زمینه به این حوزه واصل نشده است. با عنایت به مراتب پیش‌گفته خواهشمند

است دستور فرمایند مراتب از طریق حوزه مربوطه پیگیری و جهت ادای توضیح از ایشان دعوت به عمل آید. پیشاپیش از حسن توجه شما سپاسگزارم."

هیئت عمومی دیوان عدالت اداری در تاریخ ۱۳۹۴/۱۱/۲۰ با حضور رئیس و معاونین دیوان عدالت اداری و رؤسا و مستشاران و دادرسان شعب دیوان تشکیل شد و پس از بحث و بررسی با اکثریت آراء به شرح زیر به صدور رأی مبادرت کرده است.

رأی هیئت عمومی:

با توجه به اینکه موضوع مصوبه مورد اعتراض، اتخاذ تصمیم در مورد چگونگی ارائه خدمات درمانی است و این امر از حدود اختیارات مندرج در بند الف ماده ۴۹ قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران مصوب سال ۱۳۸۳، خارج است و به علاوه هیئت امناء اجازه تعیین تعرفه برای بخش دولتی را ندارد در نتیجه بند ۲۰ بیست و چهارمین نشست هیئت امنای دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران مورخ ۱۳۸۵/۱۲/۲۲ با ماده ۸ قانون بیمه همگانی خدمات درمانی مصوب سال ۱۳۷۳ و ماده ۴ قانون تغییرات حکومتی امور بهداشتی درمانی مصوب سال ۱۳۶۷ مغایر است و از حدود اختیارات هیئت امناء نیز خارج است. بنابراین بند ۲ مصوبه مورد اعتراض مستند به بند ۱ ماده ۱۲ و ماده ۸۸ قانون تشکیلات و آیین دادرسی دیوان عدالت اداری مصوب سال ۱۳۹۲ ابطال می شود.

تاریخ: ۱۸ اسفند ۱۳۹۴

شماره دادنامه: ۱۳۱۷

کلاس پرونده: ۹۴/۱۰۲۷

موضوع رأی: عدم ابطال بخشنامه شماره ۲۵۸۶۹۲۱-۱۶/۳/۱۳۹۴ دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی البرز(در خصوص تعرفه پزشکان در بخش خصوصی) مورخ ۱۳۹۴/۱۲/۱۸

شاکی: آقای حمیدرضا میرزایی

مقدمه:

شاکی به موجب دادخواستی ابطال بخشنامه شماره ۲۵۸۶۹۲۱-۱۶/۳/۱۳۹۴ دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی البرز را خواستار شده و در جهت تبیین خواسته اعلام کرده است که:

"ریاست محترم عالی دیوان عدالت اداری با سلام و اهداء ادب

احتراماً اینجانب حمیدرضا میرزایی به وکالت از جانب شکات صدراالشعار به استحضار آن عالی مقام می‌رساند: مطابق ماده ۹۲ از قانون دیوان عدالت اداری مقرر شده است چنانچه مصوبه‌ای در هیئت محترم عمومی ابطال شود، رعایت مفاد رأی هیئت عمومی در مصوبات بعدی الزامی است، در موضوع مانحن فیه هیئت محترم عمومی در رأی شماره ۳۸۴ و ۳۸۵-۲۹/۱۰/۱۳۸۱ مرجع تصویب‌کننده تعرفه پزشکان در بخش خصوصی را فاقد صلاحیت دانسته و مصوبه‌اش را باطل نموده است. مجدداً در سال ۱۳۹۱ هیئت عمومی در رأی شماره ۸۰۱ استان داری یزد را نیز فاقد صلاحیت تصویب شناخته و مصوبه‌اش را ابطال می‌نماید.

حالیه با توجه به این نکته قانونی مهم که قضات محترم هیئت عمومی دیوان عدالت اداری متفقاً تنها مرجع صالح تصویب تعرفه پزشکان را هیئت دولت می‌دانند و سایر مراجع زیر مجموعه دولت اعم از وزیر، معاونان، استان داران، مدیران کل و

... را فاقد صلاحیت و اختیارات قانونی تصویب تعرفه می‌دانند. بدواً تقاضای صدور دستور موقت و سپس ابطال تصویب‌نامه تعرفه پزشکان استان البرز را دارد.

مصوبه متنازع فیه باعث گردیده تا رادیولوژیست‌ها در بخش سونوگرافی و دانسیتومتری توان ارائه خدمت به بیماران را از دست بدهند و به تبع آن بیمار نیز سرگردان شده و برای درمان چاره‌ای جز عزیمت به تهران برای سونوگرافی و دانسیتومتری را نداشته باشد. مضاف بر این‌که در هر مجموعه تصویربرداری تعداد قابل توجهی کارمند ارتزاق می‌نمایند که باوجوداین مصوبه غیرقانونی عملاً کار خویش را از دست خواهند داد، چراکه این تعرفه تنها هزینه‌های خود دستگاه سونوگرافی و دانسیتومتری را برای ادامه کار با آن می‌دهد.

دانشگاه علوم پزشکی البرز تنها دانشگاهی است که در کل دانشگاه‌های کشور با وصف علم و اطلاع از فاقد بودن صلاحیت تصویب مبادرت به انشاء بخشنامه غیرقانونی نموده است.

در انتها با توجه به این موضوع که مصوبه متنازع فیه موجب مشقت برای بیماران و تعدیل نیروی کار انسانی در این شرایط اقتصادی گردیده استدعا دادرسی فوری را دارد".

متن بخشنامه مورد اعتراض به قرار زیر است:

"روسای محترم بیمارستان‌های خصوصی و تأمین اجتماعی

روسای محترم بیمارستان‌های دولتی

ریاست محترم سازمان نظام پزشکی کرج

مدیرکل محترم بیمه سلامت استان البرز

مدیر محترم درمان سازمان تأمین اجتماعی استان البرز

مدیرکل محترم بیمه نیروهای مسلح استان البرز

ریاست محترم اداره بهداشت و درمان استان البرز

با سلام:

احتراماً با عنایت به مصوبه مورخ ۱۳۹۴/۳/۱۰ کمیته پنج نفره تعیین تعرفه‌های بخش خصوصی استان بدین‌وسیله سقف ضریب ریالی انواع K در استان البرز و از ابتدای سال ۱۳۹۴ به شرح ذیل جهت استحضار و اقدام لازم ارسال می‌گردد:

-ضرایب k کلیه خدمات و مراقبت‌های سلامت در بخش خصوصی (جراحی، بیهوشی، داخلی و فیزیوتراپی) بر مبنای k واحد سیصد و پنجاه هزار ریال (۳۵۰۰۰۰) محاسبه گردد.

-ضریب ریالی k در خدمات و مراقبت‌های سلامت که در کتاب ارزش نسبی خدمات و مراقبت‌های سلامت با علامت (#) مشخص شده‌اند اعم از این‌که در بخش سرپایی یا بستری بخش خصوصی ارائه شوند، یکسان و یا ضریب ریالی تعدیل شده صد و هشتادوپنج هزار ریال (۱۸۵/۰۰۰) محاسبه گردد.

-خدمات پاراکلینیک کتاب ارزش نسبی خدمات و مراقبت‌های سلامت (کدهای ۷ و ۸ کتاب) که با علامت (#) مشخص شده‌اند به استثنای انواع خدمات سونوگرافی و دانسیتومتری در بخش خصوصی با ضریب ریالی یکصد و هفتاد هزار ریال (۱۷۰/۰۰۰) و برای سایر خدمات کدهای ۷ و ۸ کتاب یاد شده بر مبنای k واحد سیصد و پنجاه هزار ریال (۳۵۰۰۰۰) محاسبه می‌گردد. لازم به ذکر است که در خصوص انواع خدمات سونوگرافی و دانسیتومتریها ضریب ریالی صد و چهل هزار ریال (۱۴۰/۰۰۰) مبنای محاسبات خواهد بود. - رئیس دانشگاه "

متن رأی شماره ۸۰۱ - ۱۳۹۱/۱۱/۲ هیئت عمومی به قرار زیر است:

"مطابق بند هـ ماده ۳۸ قانون برنامه پنج ساله پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران مصوب ۱۳۸۹/۱۰/۱۵ مقرر شده است که: «شورای عالی بیمه سلامت، مکلف است هر ساله قبل از شروع سال جدید نسبت به بازنگری ارزش نسبی و تعیین تعرفه خدمات سلامت برای کلیه ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی، درمان و تشخیص در کشور اعم از دولتی و غیردولتی و خصوصی با رعایت اصل تعادل منابع و مصارف و قیمت واقعی در جهت تقویت رفتارهای مناسب بهداشتی، درمانی و مبانی محاسباتی واحد و یکسان در شرایط رقابتی و بر اساس بند ۸ ماده ۱ و مواد ۹ و ۸ قانون بیمه همگانی خدمات درمانی اقدام و مراتب را پس از تأیید معاونت جهت تصویب به هیئت‌وزیران ارائه نماید». با توجه به حکم قانونی مذکور، اقدام استان داری یزد در خصوص تعیین نرخ تعرفه پزشکان استان یزد در سال ۱۳۹۰ دخالت در صلاحیت‌ها و اختیارات شورای عالی بیمه سلامت و مراجع مصرح در قانون یاد شده است و از اختیارات استان داری یزد خارج است. بنابراین با استناد به بند ۱ ماده ۱۹ و ماده ۴۲ قانون دیوان عدالت اداری حکم به ابطال نرخ تعرفه پزشکی در سال ۱۳۹۰ صادر می‌شود".

در اجرای ماده ۹۲ قانون تشکیلات و آیین دادرسی دیوان عدالت اداری از دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی البرز خواسته شد نماینده خود را به جلسه معرفی کنند. در همین راستا آقای درفشی رئیس دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی استان البرز و آقای کلانتری معاون درمان دانشگاه و خانم دستگاه مدیر حقوقی دانشگاه در جلسه هیئت عمومی شرکت کردند.

هیئت عمومی دیوان عدالت اداری در تاریخ ۱۳۹۴/۱۱/۱۸ با حضور رئیس و معاونین دیوان عدالت اداری و رؤسا و مستشاران و دادرسان شعب دیوان و نیز با

حضور نمایندگان معرفی شده تشکیل شد و پس از بحث و بررسی با اکثریت آراء به شرح زیر به صدور رأی مبادرت کرده است.

رأی هیئت عمومی:

در آراء شماره ۸۰۱-۱۳۹۱/۱۱/۲ و ۳۸۵-۳۸۴-۱۳۸۱/۱۰/۲۹ هیئت عمومی دیوان عدالت اداری به ترتیب بخشنامه‌های استان دار یزد و معاون درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در تصویب تعرفه‌های خدمات تشخیصی درمانی به علت عدم تصویب توسط هیئت‌وزیران ابطال شده بود. نظر به این‌که بخشنامه شماره ۲۵۸۶۹۲۱-۱۳۹۴/۳/۱۶ رئیس دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی البرز متضمن ابلاغ مصوبه مورخ ۱۳۹۴/۳/۱۰ کمیته پنج نفره موضوع بند ۴ مصوبه شماره ۵۱۷۷۵/ت/۱۷۶۲۰ هـ-۱۳۹۴/۲/۱۶ هیئت‌وزیران است و در مصوبه مذکور هیئت‌وزیران سقف تعرفه‌های خدمات تشخیصی و درمانی در بخش خصوصی در سال ۱۳۹۴ تعیین شده است و در بند ۴ آن تعیین سقف ضرایب ریالی خدمات تشخیصی و درمانی در بخش خصوصی در سال ۱۳۹۴ در مراکز استان‌ها و شهرستان‌های تابعه به کارگروهی محول شده است، بنابراین چون مصوبه هیئت‌وزیران در تعیین تعرفه موجود است بخشنامه مورد اعتراض در قالب ماده ۹۲ قانون تشکیلات و آیین دادرسی دیوان عدالت اداری قابل ابطال تشخیص نشد.

تاریخ: ۱۱ آبان ۱۳۹۵

شماره دادنامه: ۵۱۹

کلاس پرونده: ۴۰۴/۹۵

موضوع رأی: پرداخت ۲ درصد از مستمری جانبازان برای برخورداری از خدمات
درمانی بر عهده دولت است مورخ ۱۳۹۵/۰۸/۱۱

شاکی: آقای محمدعلی زاهدی فرد

مقدمه:

آقای محمدعلی زاهدی فرد به موجب لایحه شماره ۹۰۰۰/۲۱۱/۱۲۵۷۴/۲۰۰ اعلام کرده است:

ریاست محترم دیوان عدالت اداری سلام علیکم:

احتراماً به استحضار می‌رساند اینجانب محمدعلی زاهدی شاکی دادنامه شماره ۱۳۹۰/۳/۲۲-۹۰۰-۰۹۸۳ صادره از شعبه محترم ۱۵ دیوان عدالت اداری در خصوص خواسته اینجانب مبنی بر عدم کسر حق بیمه از حقوق بازنشستگی به میزان ۲٪ موضوع بند (ج) ماده ۳۷ قانون برنامه سوم توسعه که جانبازان را از پرداخت حق بیمه معاف دانسته، متأسفانه دادنامه اصداری به رد خواسته بنده می‌باشد درحالی‌که سایر همکاران در موضوع واحد (خواسته فوق‌الاشعار) طی دادنامه‌های پیوست حکم به ورود شکایت آنان صادر گردیده که به شرح ذیل می‌باشد.

الف- دادنامه شماره ۹۰۰-۰۵۰۴ مورخ ۱۳۹۰/۲/۱۳ اصداری از همان شعبه ۱۵ دیوان عدالت اداری

ب- دادنامه شماره ۹۱۰-۰۴۴۳ مورخ ۱۳۹۱/۲/۲۳ اصداری از شعبه ۱۷ دیوان عدالت اداری

ج- دادنامه ۰۱۴۴-۹۰۰ مورخ ۱۳۹۰/۱/۲۲ اصداری از شعبه ۱۶ دیوان عدالت اداری

د- دادنامه شماره ۰۲۴۶-۹۱۰ مورخ ۱۳۹۱/۱/۲۷ اصداری از شعبه ۱۶ دیوان عدالت اداری، حالیه با توجه به تعارض آراء در موضوع واحد به تجویز ماده ۴۳ قانون دیوان عدالت اداری تقاضای رسیدگی و ارجاع به هیئت عمومی دیوان عدالت اداری را دارم.

گردش کار پرونده‌ها و مشروح آراء به قرار زیر است:

الف: شعبه ۱۵ دیوان عدالت اداری در رسیدگی به پرونده شماره ۸۶۲۹۱۰۰۰۹۹۸۰۸۹۰۰ با موضوع دادخواست آقای محمدعلی زاهدی فر به طرفیت سازمان تأمین اجتماعی و به خواسته عدم کسر دو درصد حق بیمه درمان از حقوق مستمری به موجب دادنامه شماره ۰۹۸۳۰۰۹۱۵۰۰۹۹۷۰۹۰۱۳۹۰/۳/۲۲-۹۰۰۹۹۷۰۹۰۱۵۰۰۹۸۳ به شرح ذیل به انشاء رأی مبادرت کرده است:

در خصوص شکایت شاکی به طرفیت سازمان تأمین اجتماعی خوزستان به خواسته عدم کسر حقوق بیمه ۲٪ درمان از حقوق و مستمری با عنایت به لایحه دفاعیه طرف شکایت که اجمالاً بیان گردیده با توجه به این که قانون مزبور مربوط به دوره اشتغال بوده و پس از بازنشستگی از شمول قانون مذکور خارج و مشمول مقررات ماده ۸۹ قانون تأمین اجتماعی بوده و پرداخت دو درصد جهت خدمات درمانی به عهده بازنشسته می‌باشد و با توجه به این که اقدامات سازمان در راستای ماده ۸۹ قانون بوده فلذا شکایت غیر وارد تشخیص و حکم به رد آن صادر و اعلام می‌گردد. این رأی قطعی است.

ب: شعبه ۱۵ دیوان عدالت اداری در رسیدگی به پرونده شماره ۰۷۸۳۹۲۰۰۰۹۹۸۰۸۹۰۰ با موضوع دادخواست آقای غلامعلی ستوده مهر به

طرفیت سازمان تأمین اجتماعی و به خواسته الزام به کسر حق بیمه بازنشستگی به موجب دادنامه شماره ۹۰۰۹۹۷۰۹۰۱۵۰۰۵۰۴-۱۳۹۰/۲/۱۳ به شرح ذیل به انشاء رأی مبادرت کرده است:

شکایت شاکی دائر بر الزام به استرداد و کسر یک دوم حقوق مستمری به استناد ماده ۳۷ قانون برنامه سوم به شرح دادخواست تقدیمی با توجه به محتویات پرونده و مستندات ارائه شده در خور پذیرش می‌باشد زیرا سازمان طرف شکایت در لایحه دفاعیه خواسته شاکی را پذیرفته است لذا شکایت مطروحه را وارد تشخیص داده رأی به ورود شکایت صادر و اعلام می‌نماید. رأی صادره قطعی است.

ج: شعبه ۱۶ دیوان عدالت اداری در رسیدگی به پرونده شماره ۹۰۰۹۹۸۰۹۰۰۰۶۳۲۷۲ با موضوع دادخواست آقای فریدون شایق به طرفیت سازمان تأمین اجتماعی و به خواسته عدم کسر حق بیمه از حقوق و مستمری بازنشستگی به موجب دادنامه شماره ۹۰۰۹۹۷۰۹۰۱۶۰۰۲۴۶-۱۳۹۱/۱/۲۷ به شرح ذیل به انشاء رأی مبادرت کرده است:

نظر به این که طبق بند ج ماده ۳۷ قانون برنامه سوم توسعه و تبصره ماده ۹۹ قانون برنامه چهارم توسعه کلیه جانبازان اعم از شاغل و بازنشسته از پرداخت حق بیمه معاف می‌باشند لذا کسر ۲٪ از حقوق بازنشستگی شاکی به نظر خلاف قانون تشخیص و حکم به ورود شکایت صادر و اعلام می‌گردد. رأی صادره مستنداً به ماده ۷ قانون دیوان عدالت اداری قطعی است.

د: شعبه ۱۶ دیوان عدالت اداری در رسیدگی به پرونده شماره ۸۹۰۹۹۸۰۹۰۰۰۶۷۵۸۳ با موضوع دادخواست آقای هوشنگ متوسل به طرفیت سازمان تأمین اجتماعی استان خوزستان و به خواسته کسر حق بیمه از حقوق و

مستمری بازنشستگی به موجب دادنامه شماره ۹۰۰۹۹۷۰۹۰۱۶۰۰۱۴۴-۱۳۹۰/۱/۲۲ به شرح ذیل به انشاء رأی مبادرت کرده است:

با توجه به عدم وصول پاسخ علی‌رغم انقضاء مهلت قانونی و با اجازه حاصله از ماده ۲۲ قانون دیوان عدالت اداری و نظر به این که بند ج ماده ۳۷ قانون برنامه سوم توسعه به طور کل دریافت حق بیمه از جانبازان را صحیح ندانسته و جانبازان انقلاب اسلامی را از پرداخت حق بیمه معاف دانسته فرقی بین جانباز بازنشسته و شاغل ندانسته و در طول برنامه سوم و چهارم توسعه حاکم بوده و کسر حق درمان ۲ درصد از حقوق بازنشسته جانباز فاقد وجهت قانونی است، علی‌هذا حکم به ورود شکایت و معافیت شاکی از پرداخت حق درمان در زمان بازنشستگی صادر و اعلام می‌گردد، رأی صادره وفق ماده ۷ قانون دیوان عدالت اداری قطعی می‌باشد.

هـ: شعبه ۱۷ دیوان عدالت اداری در رسیدگی به پرونده شماره ۹۰۰۹۹۸۰۹۰۰۰۵۹۳۷۹ با موضوع دادخواست آقای حسین حیدری منش به طرفیت اداره کل تأمین اجتماعی و به خواسته اعتراض به کسر حق بیمه از حقوق مستمری بازنشستگی به موجب دادنامه شماره ۹۱۰۹۹۷۰۹۰۱۷۰۰۴۴۳-۱۳۹۱/۲/۲۳ به شرح ذیل به انشاء رأی مبادرت کرده است:

نظر به این که بند ج ماده ۳۷ قانون برنامه سوم توسعه (که در طول برنامه چهارم نیز حاکم بوده) جانبازان را از پرداخت حق بیمه معاف دانسته و تفاوتی در این خصوص بین جانباز شاغل قائل نشده بنابراین ضمن رد دفاع طرف شکایت و به استناد مقررات ذکر شده و مواد ۷ و ۱۴ قانون دیوان عدالت اداری رأی به ورود شکایت شاکی صادر و اعلام می‌گردد. رأی صادره قطعی است.

هیئت عمومی دیوان عدالت اداری در تاریخ ۱۳۹۵/۸/۱۱ با حضور رئیس و معاونین دیوان عدالت اداری و رؤسا و مستشاران و دادرسان شعب دیوان تشکیل شد و پس از بحث و بررسی با اکثریت آراء به شرح زیر به صدور رأی مبادرت کرده است.

رأی هیئت عمومی:

الف- تعارض در آراء مندرج در گردش کار محرز می‌باشد.

ب- طبق بند ج ماده ۳۷ قانون برنامه سوم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران مصوب سال ۱۳۷۹، تأمین صد در صد (۱۰۰٪) هزینه بیمه همگانی و مکمل جانبازان و درمان خاص آن‌ها (صدمات ناشی از مجروحیت) بر عهده دولت قرار گرفته است و در بند الف ماده ۳۷ همان قانون بیمه درمان از مصادیق خدمات بیمه همگانی تعیین شده است. بنابراین پرداخت ۲ درصد از مستمری اشخاص موضوع ماده ۸۹ قانون تأمین اجتماعی برای برخورداری از خدمات درمانی مذکور در بندهای الف و ب ماده ۳ این قانون در مورد جانبازان بر عهده دولت است. با توجه به مراتب در خصوص دادخواست جانبازان به طرفیت سازمان تأمین اجتماعی و به خواسته اعتراض به کسر ۲ درصد مستمری مذکور در ماده ۸۹ قانون تأمین اجتماعی از این جهت که دولت مکلف به پرداخت آن است، رأی شعبه پانزدهم دیوان عدالت اداری به شماره دادنامه ۵۰۴-۱۳۹۰/۲/۱۳ و آراء شماره ۱۴۴-۹۰۹۹۷۰۹۰۱۶۰۰۲۴۶ و ۱۳۹۰/۱/۲۲-۹۰۹۹۷۰۹۰۱۶۰۰۲۴۶-۹۱۰۹۹۷۰۹۰۱۶۰۰۲۴۶ و رأی شعبه شانزدهم دیوان عدالت اداری و رأی شماره ۴۴۳-۹۱۰۹۹۷۰۹۰۱۷۰۴۴۳-۱۳۹۱/۲/۲۳ شعبه هفدهم دیوان عدالت اداری که اخذ ۲ درصد مذکور از جانبازان را با قانون منطبق ندانسته و پرداخت آن از وظایف دولت تعیین شده است و در نتیجه حکم بر وارد دانستن شکایت صادر کرده‌اند صحیح و موافق مقررات تشخیص شد. این رأی به استناد بند ۲ ماده ۱۲ و ماده ۸۹ قانون

تشکیلات و آیین دادرسی دیوان عدالت اداری مصوب سال ۱۳۹۲، برای شعب دیوان عدالت اداری و سایر مراجع اداری مربوط در موارد مشابه لازم الاتباع است.

تاریخ: ۱۳ تیر ۱۳۹۶

شماره دادنامه: ۳۱۸

کلاس پرونده: ۵۱۵/۹۴

موضوع رأی: عدم ابطال بخشنامه مورخ ۱۳۹۳/۱۰/۱۶ سازمان بیمه خدمات درمانی نیروهای مسلح (در خصوص تأمین صد درصد هزینه درمانی ایثارگران شاغل و افراد تحت تکفل آنان) مورخ ۱۳۹۶/۰۴/۱۳

شاکی: آقای حمید امین نگارشی

مقدمه:

شاکی به موجب دادخواستی ابطال بخشنامه مورخ ۱۳۹۳/۱۰/۱۶ سازمان بیمه خدمات درمانی نیروهای مسلح را خواستار شده و در جهت تبیین خواسته اعلام کرده است که:

" ریاست محترم دیوان عدالت اداری

پس از عرض سلام و ادب محترماً به استحضار آن مقام عالی می‌رساند:

۱- اینجانب حمید امین نگارشی از پرسنل نیروهای مسلح و جانباز جنگ تحمیلی می‌باشم.

۲- طبق دستور معاونت ارکان و امور مشترک - معاونت نیروی انسانی (دفتر خدمات طرح حکمت) به شماره ۱۱/۵/۹۲/۱۵/۰۱/۱۳ ن-۱۳۹۱/۴/۱۹ و دستورالعمل قمر بنی‌هاشم (علمدار و جانباز عاشورا) تهیه و تدوین معاونت نیروی انسانی ستاد کل نیروهای مسلح دفتر خدمات و طرح حکمت اردیبهشت ماه ۱۳۹۱ پرداخت (۱۰۰٪) صد درصد هزینه‌های درمانی جانبازان شاغل و بازنشسته نیروهای مسلح و افراد تحت تکفل آن‌ها باید توسط سازمان بیمه خدمات درمانی نیروهای مسلح پرداخت شود؟

۳- متأسفانه طبق بخشنامه سازمان بیمه خدمات درمانی نیروهای مسلح از تاریخ ۱۳۹۳/۱۰/۱۶ هزینه مابه‌التفاوت داروی ایرانی و خارجی و خدمات کایر و پراکتیک و فیزیوتراپی در منزل و ... عائله جانبازان قابل پرداخت نمی‌باشد؟

۴- با توجه به اینکه کلیه هزینه‌های درمانی عائله جانبازان تحت تکفل آن به دوش جانبازان عزیز می‌باشد؟ لذا از آن مقام خواهشمند است دستور فرمایید با توجه به مغایرت بخشنامه سازمان نیروهای مسلح بیمه درمانی تاریخ ۱۳۹۳/۱۰/۱۶ با قانون و دستورالعمل ستاد کل نیروهای مسلح تقاضای اقدامات لازم و بایسته در مورد ابطال بخشنامه سازمان بیمه درمانی تاریخ ۱۳۹۳/۱۰/۱۶ و احقاق حق و ضرر و زیان و پرداخت کلیه هزینه دادرسی را دارم."

در پاسخ به اخطار رفع نقضی که از طرف دفتر هیئت عمومی دیوان عدالت اداری برای شاکی ارسال شده بود، به‌موجب لایحه شماره ه/۷۱۳-۶/۷-۱۳۹۴ ثبت دفتر اندیکاتور هیئت عمومی شده پاسخ داده است که:

" ریاست محترم هیئت عمومی دیوان عدالت اداری

پس از عرض سلام و ادب

محترماً به استحضار آن مقام عالی می‌رساند اینجانب جانباز حمید امین نگارشی خواهان پرونده کلاسه ۵۱۵/۹۴-۵/۲۶-۱۳۹۴ پیرو رفع نقض ابلاغیه ۱۳۹۴/۶/۴ جهت اطلاع و آگاهی جنابعالی:

۱- طبق بند ب ماده ۴۴ قانون پنجم توسعه کشور ۱۳۹۱/۱/۱ و بنا به حکم بند ۱۲۲ قانون بودجه سال ۱۳۹۰ اشاره شده در دستور معاونت ارکان و امور مشترک- معاونت نیروی انسانی (دفتر خدمات طرح حکمت) به شماره ۱۱/د/۹۲/۱۵/۰۱/۱۳ به شماره ۱۳۹۱/۴/۱۹- و دستورالعمل قمر بنی‌هاشم.

۲- طبق فصل اول الف و ب ماده ۱ و ۲ دستورالعمل قمر بنی‌هاشم ۱۳۹۱ پرداخت صددرصد (۱۰۰٪) هزینه‌های درمانی جانبازان شاغل و بازنشسته نیروهای مسلح و افراد تحت تکفل آن‌ها باید توسط سازمان بیمه خدمات درمانی نیروهای مسلح پرداخت شود. اما متأسفانه طبق بخشنامه سازمان بیمه خدمات درمانی نیروهای مسلح ۴۸۵۵/۶/۳۱/۱۵۰۹-۱۳۹۳/۱۰/۱۶ از مورخ ۱۳۹۳/۱۰/۱۶ هزینه مابه‌التفاوت داروی ایرانی و خارجی و خدمات کایرو پراکتیک و فیزیوتراپی در منزل و ... عائله جانبازان قابل پرداخت نمی‌باشد که این بخشنامه مغایر با قانون اشاره شده دارد، لذا از آن مقام خواهشمند است دستور فرمایید نسبت به ابطال بخشنامه مذکور اقدامات لازم و بایسته مبذول و احقاق حق فرمایید."

در اجرای ماده ۸۴ قانون تشکیلات و آیین دادرسی دیوان عدالت اداری مصوب سال ۱۳۹۲ پرونده به هیئت تخصصی اداری و استخدامی دیوان عدالت اداری ارجاع می‌شود و هیئت مذکور در خصوص اعتراض شاکی مبنی بر عدم پرداخت هزینه فیزیوتراپی عائله جانباز و هزینه‌های کایرو پراکتیک، به‌موجب دادنامه شماره ۱۳۹۵/۳/۱۰-۳۳ رأی به رد شکایت صادر کرد. رأی مذکور به علت عدم اعتراض از سوی رئیس دیوان عدالت اداری و یا ده نفر از قضات دیوان عدالت اداری قطعیت یافت.

رسیدگی به اعتراض شاکی نسبت به عدم پرداخت هزینه داروهای خارجی عائله جانبازان در دستور کار هیئت عمومی قرار گرفت.

متن مصوبه مورد اعتراض به قرار زیر است:

۳- لازم به ذکر است در خصوص نحوه تعهد داروهای خارجی منحصراً برندهای مندرج در جدول پیوست شماره ۳ برای شخص جانباز با رعایت ضوابط و مقررات

مربوطه در تعهد می‌باشد بدیهی است داروهای مذکور مشمول عائله جانبازان نمی‌گردد."

در پاسخ به شکایت مذکور، رئیس حقوقی سازمان تأمین اجتماعی نیروهای مسلح به موجب لایحه شماره ۸/۲/۱۳۹۵-۴۸۰۵/۹۵/۹۵/۱۱۱۵۴۵/۲۳۱۶۶ توضیح داده است که:

"بازگشت به شماره ۵۱۵/۹۴-۱۳۹۵/۱/۳۱ و پیرو شماره ۱۳۹۴/۱۰/۱۲-۴۸۰۵/۹۴/۱۱۱۵۴۵/۲۰/۴۶۵۳

سلام‌علیکم

با احترام، پیرو جلسه مورخ ۱۳۹۵/۲/۵ هیئت تخصصی اداری و استخدامی دیوان عدالت اداری در ارتباط با ابطال بخشنامه شماره ۴۸۵۵/د/۳۱/۱۵۰۹-۱۳۹۳/۱۰/۱۶ سازمان بیمه خدمات درمانی نیروهای مسلح با وجود توضیحات نماینده اعزامی در محضر هیئت مراتب زیر جهت مزید استحضار تقدیم می‌گردد:

مستحضرید که اختیارات فرماندهی کل قوا محدود به موارد مطروحه در قانون نیروهای مسلح نبوده و نظر و دستور معظم له ملاک اصلی در انجام کلیه امورات در نیروهای مسلح خواهد بود (برگرفته از مواد ۱۹۹ و ۲۲۸ قوانین و مقررات استخدامی ارتش و سپاه) که ستاد فرماندهی کل قوا مآذون از جانب معظم له در پی اجرای بند ب ماده ۴۴ قانون برنامه ۵ ساله پنجم توسعه که مقرر می‌دارد: «صد درصد (۱۰۰٪) هزینه‌های درمانی ایثارگران شاغل و بازنشسته و افراد تحت تکفل آنان به عهده دستگاه اجرایی و صد درصد (۱۰۰٪) هزینه‌های درمانی ایثارگران غیر شاغل و افراد تحت تکفل آنان به عهده بنیاد شهید و امور ایثارگران است.» در اردیبهشت ماه سال ۱۳۹۱ (سال اجرای قانون) بدو دستورالعمل قمر بنی‌هاشم ابوالفضل (ع) علمدار و جانباز عاشورا را تهیه و تدوین و ابلاغ و در مواد ۱۵ و ۱۶ همان دستورالعمل مجوز تهیه دستورالعمل اجرایی را به معاونت‌های مرتبط همان ستاد تفویض نموده است.

معاونت‌های مرتبط ستاد کل پیرو تهیه و تدوین دستورالعمل‌های اجرایی مصوباتی را هم به این سازمان ابلاغ نموده‌اند که دستورالعمل (بخشنامه شماره فوق) سازمان خدمات درمانی نیروهای مسلح منبعث و منطبق بر مبنای مفاد دستورالعمل‌ها و مصوبات ابلاغی ستاد کل نیروهای مسلح تهیه شده است.

مستند و مبنای قانونی دستورالعمل سازمان خصوصاً بندهای اشاره شده خواهان بند ۸ صورت جلسه نشست کمیته راهبری پرداخت هزینه درمان جانبازان نیروهای مسلح (مستند به دستورالعمل قمر بنی‌هاشم (ع) که مقرر نموده: «به‌منظور کنترل هزینه درمان جانبازان، ساخت (سازمان خدمات درمانی نیروهای مسلح) می‌تواند از این تاریخ به بعد بسته خدمات درمانی جانبازان را بر اساس بسته خدمات درمانی بنیاد شهید و امور ایثارگران تعریف و تدوین نماید...» و یا بند ۷ بخشنامه شماره ۱۳۹۳/۱۲/۵-آ/۵۲/۱۱/۰۱/۲۱ رئیس ارکان و امور مشترک نیروهای مسلح که مقرر نموده: «در سال ۱۳۹۳ باید در تنظیم و ارائه بسته خدمات درمانی نیروهای مسلح (در هر ۳ حوزه پایه، مکمل و جانبازان) به نحوی مدیریت شد که هیچ‌گونه بدهی در ساخت ایجاد نشود».

بدین‌وسیله روگرفت لیست بسته خدمات متعلق به بنیاد شهید و امور ایثارگران مرتبط با درخواست سه‌گانه خواهان به پیوست تقدیم می‌گردد که نشان می‌دهد در بسته خدماتی بنیاد:

اولاً: خدمات درمانی جانبازان معزز متفاوت از خانواده آنهاست.

ثانیاً: دریافت خدمات سه‌گانه درخواستی خواهان به گروه دوم یعنی خانواده جانبازان ۶۹ درصد تعلق نمی‌گیرد. با عنایت به مراتب معروضه نظر به عدم مغایرت مفاد دستورالعمل تهیه شده سازمان بیمه خدمات درمانی نیروهای مسلح (بخشنامه فوق) با دستورالعمل‌ها و مصوبات ابلاغی ستاد کل نیروهای مسلح منبعث از نظر و

دستور مقام معظم رهبری و فرماندهی معظم کل قوا و انطباق آن‌ها، با تقدیم رو گرفت مستندات مطروحه در متن با استدعای تدقیق در مفاد مرتب معروضه و مستندات تقدیم، رد شکایت خواهان مورد تقاضاست."

هیئت عمومی دیوان عدالت اداری در تاریخ ۱۳۹۶/۴/۱۳ با حضور رئیس و معاونین دیوان عدالت اداری و رؤسا و مستشاران و دادرسان شعب دیوان تشکیل شد و پس از بحث و بررسی با اکثریت آراء به شرح زیر به صدور رأی مبادرت کرده است.

رأی هیئت عمومی:

نظر به اینکه بند ب ماده ۴۴ قانون برنامه پنج‌ساله پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران مصوب سال ۱۳۸۹، موضوع تأمین صد درصد هزینه درمانی ایثارگران شاغل و افراد تحت تکفل آنان توسط دستگاه اجرایی مربوطه و تأمین هزینه درمانی ایثارگران شاغل و افراد تحت تکفل آنان توسط بنیاد شهید و امور ایثارگران به موجب ماده ۷۶ قانون جامع خدمات‌رسانی به ایثارگران مصوب سال ۱۳۹۱ غیر قابل استناد اعلام شده است، بنابراین در حال حاضر و به کیفیت مذکور موجبی جهت ابطال بخشنامه مورد شکایت وجود ندارد.

تاریخ: ۲۷ تیر ۱۳۹۶

شماره دادنامه: ۳۸۳

کلاسه پرونده: ۹۴/۳۰۱

موضوع رأی: عدم صلاحیت دیوان برای رسیدگی به قواعدی که موجد وضع قاعده آمره نمی‌باشد (در خصوص هزینه های درمان و هزینه بیمه تکمیلی شاغلین و بازنشستگان ایثارگر و افراد تحت تکفل آنها) ۱۳۹۶/۰۴/۲۷

شاکی: آقای نبی اله سلیمی

مقدمه:

آقای نبی اله سلیمی به موجب دادخواستی ابطال بخشنامه شماره ۱۳۹۳/۷/۶-۲۲۰/۸۲۰/۱۲۸۴۲ مدیرکل بنیاد شهید و امور ایثارگران استان مازندران را خواستار شده و در جهت تبیین خواسته اعلام کرده است که:

" احتراماً، با التفات و استناد به بخشنامه‌های شماره ۲۲۰/۸۲۰/۱۲۸۴۲ بنیاد شهید و امور ایثارگران و با استناد به بخشنامه شماره ۲/۱۵۳/۸۵۸ دیوان محاسبات و همچنین با استناد به ماده ۱۹ قانون برنامه‌بودجه بند (و) و ماده ۲۲۴ قانون برنامه‌بودجه پنج‌ساله پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران تقاضای ابطال بخشنامه شماره ۱۳۹۳/۷/۶-۲۲۰/۸۲۰/۱۲۸۴۲ مدیرکل بنیاد شهید و امور ایثارگران استان مازندران به جهت تناقض تاریخ بیمه تکمیلی با بودجه بخشنامه دیوان محاسبات که در بودجه سال ۱۳۹۳ از اول سال قید گردیده اما بنیاد شهید و امور ایثارگران مورخ ۱۳۹۳/۶/۱ اعلام نموده یعنی قبل از این تاریخ هزینه از سیستم اداره محل کار خارج شد اما به بیمه شده پرداخت نگردیده است. لذا بنیاد شهید برخلاف ردیف بودجه سال ۱۳۹۳ بخشنامه گردیده عمل نموده است. لذا با تقدیم دادخواست تقاضای ابطال بخشنامه فوق‌الذکر و همچنین الزام بنیاد شهید و امور

ایثارگران به عقد قرارداد از اول سال ۱۳۹۳ و پرداخت هزینه‌های درمانی تکمیلی با توجه به ردیف بودجه بخشنامه دیوان محاسبات مورد استدعاست."

متن بخشنامه مورد اعتراض به قرار زیر است:

"مدیرکل محترم

سلام‌علیکم

احتراماً به استحضار می‌رساند از آنجا که قرارداد جدید بیمه تکمیلی از تاریخ ۱۳۹۳/۶/۱ آغاز گردید، به استناد بند «ج» از تبصره ۱۶ قانون بودجه سال ۱۳۹۳، مقرر گردید تا بیمه تکمیلی شاغلین ایثارگر در دستگاه‌های دولتی (به‌غیر از لشکری) از طریق بنیاد شهید و امور ایثارگران انجام گردد. لذا خواهشمند است به ایثارگران شاغل و بازنشسته در آن دستگاه اعلام فرمایید تا جهت ثبت اطلاعات مورد نیاز و افراد تحت تکفلشان به بنیاد شهید شهرستانی که دارای پرونده می‌باشند مراجعه نمایند. -مدیرکل بنیاد شهید و امور ایثارگران استان مازندران"

در پاسخ به شکایت مذکور، دفتر امور حقوقی معاونت حقوقی و امور مجلس بنیاد شهید و امور ایثارگران به‌موجب لایحه شماره ۱۳۹۴/۵/۱۹-۵۴۰۷/۸۵۰/۴۸۷۸ توضیح داده است که:

"اولاً: بر اساس قانون اصلاح بند (ب) ماده (۴۴) قانون برنامه پنج‌ساله پنجم توسعه کشور صد در صد هزینه‌های درمانی ایثارگران شاغل و بازنشسته و افراد تحت تکفل آنان بر عهده دستگاه اجرایی و صد در صد هزینه‌های درمانی ایثارگران غیر شاغل و افراد تحت تکفل آن‌ها به عهده این نهاد می‌باشد.

ثانیاً: به استناد بند (ج) تبصره ۱۶ قانون بودجه سال ۱۳۹۳ کل کشور که اشعار داشته دولت مکلف است صد در صد هزینه‌های درمانی ایثارگران بازنشسته و شاغل

در دستگاه‌های اجرایی و افراد تحت تکفل آنان اعم از خدمات درمان و بیمه تکمیلی را توسط بنیاد شهید و امور ایثارگران پرداخت نماید. معاونت برنامه‌ریزی و نظارت راهبردی رئیس‌جمهور مکلف است اعتبار مورد نیاز (درمان ایثارگران) را از سرجمع اعتبارات دستگاه‌های اجرایی و صندوق‌های بازنشستگی کسر و به بنیاد شهید و امور ایثارگران اختصاص دهد.

ثالثاً: با توجه به صراحت قانون متأسفانه تا تاریخ ۱۳۹۳/۶/۱ معاونت برنامه‌ریزی و نظارت راهبردی رئیس‌جمهور به وظیفه قانونی خود عمل نکرده و اعتبارات مذکور را به این نهاد تخصیص نداده که به دلیل عدم تحقق این موضوع و عدم توان بنیاد در پرداخت این هزینه‌ها با درخواست بنیاد، مجلس در خصوص اجرای بند (ج) و پرداخت هزینه‌های درمانی ایثارگران شاغل و بازنشسته توسط دستگاه‌های اجرایی کمافی سابق، طی استفساریه ای تحت عنوان قانون تفسیر بند (ج) تبصره ۱۶ قانون بودجه سال ۱۳۹۳ که در تاریخ ۱۳۹۳/۴/۲ به تائید شورای نگهبان رسیده است، اعلام می‌دارد: حکم بند (ج) تبصره ۱۶ قانون بودجه سال ۱۳۹۳ کل کشور مانع از ارائه خدمات بهداشتی و درمانی متعارف دستگاه‌های اجرایی موضوع ماده (۵) قانون مدیریت خدمات کشوری و صندوق‌های بازنشستگی به کارکنان شاغل و بازنشستگان ایثارگران تحت پوشش خود نمی‌شود.

بنابراین به دلایل یاد شده که در واقع موانع قانونی بوده و رفع آن از عهده این نهاد خارج، قانون‌گذار خود راه‌حل موضوع را با توجه به قانون تفسیر فوق‌الذکر اعلام نموده است. لذا اقدام بنیاد در این مورد کاملاً قانونی بوده و تخلف و یا قصوری در انجام تکالیف خود نداشته همچنین بخشنامه معترض عنه نیز بر همین مبنا صادر گردیده است. با عنایت به مراتب فوق رد دادخواست شاکی و عدم ابطال بخشنامه شماره ۱۳۹۳/۷/۶-۲۲۰/۸۲۰/۱۲۸۴۲ مدیرکل بنیاد شهید و امور ایثارگران استان مازندران از آن مرجع مورد استدعاست.

هیئت عمومی دیوان عدالت اداری در تاریخ ۱۳۹۶/۴/۲۷ با حضور رئیس و معاونین دیوان عدالت اداری و رؤسا و مستشاران و دادرسان شعب دیوان تشکیل شد و پس از بحث و بررسی با اکثریت آراء به شرح زیر به صدور رأی مبادرت کرده است.

رأی هیئت عمومی:

مطابق بند ۱ ماده ۱۲ قانون تشکیلات و آیین دادرسی دیوان عدالت اداری مصوب سال ۱۳۹۲، رسیدگی به شکایات، تظلمات و اعتراضات اشخاص حقیقی یا حقوقی از آیین‌نامه‌ها و سایر نظامات و مقررات دولتی و شهرداری‌ها و مؤسسات عمومی غیردولتی در مواردی که مقررات مذکور به علت مغایرت با شرع یا قانون و یا عدم صلاحیت مرجع مربوط یا تجاوز و یا سوءاستفاده از اختیارات یا تخلف در اجرای قوانین و مقررات یا خودداری از انجام وظایفی که موجب تضییع حقوق اشخاص می‌شود، از جمله صلاحیت‌ها و وظایف هیئت عمومی دیوان عدالت اداری است. نظر به اینکه بخشنامه مورد شکایت متضمن وضع قاعده آمره مستقلی نیست و در آن صرفاً به عملیات اجرایی بیمه تکمیلی از طریق بنیاد شهید و امور ایثارگران اشاره شده است، بنابراین موضوع قابل رسیدگی و اتخاذ تصمیم در هیئت عمومی دیوان عدالت اداری تشخیص نشد.

تاریخ: ۱۰ مرداد ۱۳۹۶

شماره دادنامه: ۶۱۸/۹۴

کلاس پرونده: ۴۳۲

موضوع رأی: ابطال قسمتی از بخشنامه شماره ۹۲۵۳-۱۳۹۰/۷/۹ سازمان امور مالیاتی کشور (خصوص مشمولیت مالیات بر ارزش افزوده به بیمه تکمیلی درمان) ۱۳۹۶/۰۵/۱۰

شاکی: اداره کل منابع طبیعی و آبخیزداری استان گلستان

مقدمه:

اداره کل منابع طبیعی و آبخیزداری استان گلستان به موجب دادخواستی ابطال قسمتی از بخشنامه شماره ۹۲۵۳-۱۳۹۰/۷/۹ سازمان امور مالیاتی کشور در خصوص مشمولیت مالیات بر ارزش افزوده به بیمه تکمیلی درمان را خواستار شده و در جهت تبیین خواسته اعلام کرده است که:

" با سلام و احترام به استحضار قضات محترم و عالی قدر می‌رساند:

سازمان امور مالیاتی کشور بخشنامه‌ای را تنظیم و به واحدهای مالیاتی سراسر کشور ارسال نموده است که وفق آن می‌بایست از اشخاصی که از بیمه تکمیلی درمان استفاده می‌نمایند مالیات بر ارزش افزوده دریافت نمایند که به دلایل ذیل برخلاف نص بند ۹ ماده ۱۲ قانون مالیات بر ارزش افزوده و نقض غرض قانون‌گذار محترم و اصل ۲۹ قانون اساسی می‌باشد:

۱- در بند ۹ ماده ۱۲ قانون اخیرالذکر انواع دارو، لوازم مصرفی درمانی، خدمات درمانی (انسانی، حیوانی و گیاهی) و خدمات توان‌بخشی و حمایتی مورد تأکید و تعمیم قرار گرفته است که نشانگر قصد و اراده قانون‌گذار در شمولیت آن نسبت به انواع بیمه‌ها و خدمات درمانی دارد.

۲- وفق ماده ۳ همین قانون «ارزش افزوده در این قانون، تفاوت بین ارزش کالاها و خدمات عرضه شده با ارزش کالاها و خدمات خریداری یا تحصیل شده در یک دوره معین می‌باشد.» از همین رو مواردی را نیز در فصول هشتم و نهم این قانون از شمول این مالیات خارج نموده است از جمله مالیات بخش درمان می‌باشد چه بسا با تعریف ماده ۳ در واقع مال افزوده‌ای یا خدمات افزوده‌ای دریافت نمی‌دارد بلکه برعکس آنچه شرکت ارائه‌کننده بیمه تکمیلی پرداخت می‌کند وجهی است که بابت هزینه غیرقابل برگشت شخص بیمار به بیمارستان در بیمارستان‌ها و مراکز درمانی طرف قرارداد می‌باشد.

۳- با توجه به اینکه مقام معظم رهبری (مدظله) فرموده‌اند «ما می‌خواهیم اگر کسی در خانواده‌ای مریض شد، آن خانواده جز رنج بیماررداری، رنج دیگری نداشته باشد.» لذا از آنجا که فرامین معظم له دستور حکومتی محسوب می‌گردد لذا تفسیر اخیر سازمان در بخشنامه موصوف برخلاف دستور گفته شده می‌باشد.

۴- طبق اصل ۲۹ قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران دولت مکلف به تأمین مواردی از جمله خدمات بهداشتی درمانی و ... می‌باشد و حال که شخص جهت ایام بیماری خود اقدام به تأمین این خدمات نموده است اخذ مالیاتی، آن هم با عنوان مالیات بر ارزش افزوده که مؤدی آن مصرف‌کننده می‌باشد برخلاف اصل اخیر به نظر می‌رسد.

۵- وفق بند ۹ ماده ۱۲ قانون که به کلمه «انواع ... خدمات...» اشاره گردیده است لذا هرگونه تفسیر به اینکه خدمات بیمه تکمیلی درمان خارج از این بند می‌باشد تفسیر به رأی و برخلاف نص عام قانونی می‌باشد. زیرا سیاق قانونگذاری به گونه‌ای است که به همه انواع خدمات تعمیم و سرایت دارد.

۶- ضمن این که با توجه به این که در بخشنامه مربوط به معافیت مالیاتی حق بیمه سهم کارگر شماره ۲۱۱- ۷/۱۱/۱۳۸۳- ۴۳۸۵/۱۹۴۱۸- سازمان امور اقتصادی و دارایی هرگونه پرداخت حق بیمه درمانی و مکمل درمان از پرداخت مالیات بر حقوق خارج می باشد لذا این تفسیر سازمان معارض با نظر قبلی در این بخشنامه می باشد."

متن بخشنامه مورد اعتراض به قرار زیر است:

" نظر به اینکه در اجرای مقررات قانون مالیات بر ارزش افزوده توسط فعالان اقتصادی که به ارائه خدمات درمانی، خدمات توان بخشی و حمایت از طریق انعقاد قرارداد اشتغال دارند، سؤالاتی مطرح گردید، لذا به منظور اجرای صحیح قانون و همچنین اتخاذ رویه واحد برای مؤدیان و ادارات امور مالیاتی مقرر می دارد:

وفق مقررات بند (۹) ماده (۱۲) قانون مالیات بر ارزش افزوده، عرضه و واردات انواع دارو لوازم مصرفی درمانی و همچنین ارائه خدمات درمانی (انسانی، حیوانی و گیاهی) و خدمات توان بخشی و حمایتی مشمول مالیات و عوارض ارزش افزوده نمی باشد، از آنجا که ارائه خدمات درمانی که از طریق انعقاد قرارداد به نیابت از طرف کارفرمایان (شبکه های بهداشت و درمان دانشکده های پزشکی و خدمات بهداشتی استانها، بیمارستانها و مراکز درمانی) به صورت غیرمستقیم و با واسطه ارائه می شوند، نیز مشمول مقررات بند (۹) ماده (۱۲) قانون خواهد بود و از پرداخت مالیات و عوارض معاف است. همچنین ارائه خدمات تشخیص و درمان بیماری، اورژانس و حمل بیمار به وسیله آمبولانس در قالب قرارداد، نیز از پرداخت مالیات و عوارض ارزش افزوده معاف می باشد.

لازم به ذکر است که با توجه به بند (۹) ماده (۱۲) قانون موصوف، شمول این معافیت منحصر به ارائه خدمات درمانی (انسانی، حیوانی و گیاهی) و خدمات

توانبخشی و حمایتی بوده و قابل تسری به سایر خدمات از قبیل خدمات بیمه درمان و تکمیل درمان، ارائه خدمات مدیریت و نظارت بر امور درمانی و همچنین قراردادهای تأمین نیروی انسانی (اعم از پزشک و دیگر کارکنان) نخواهد بود."

در پاسخ به شکایت مذکور، مدیرکل حقوقی سازمان امور مالیاتی کشور به موجب لایحه شماره ۲۱۲/۳۳۸۶ د ۱۵/۹/۱۳۹۴ نامه شماره ۵/۲۶۰/۶۳۱۸-۱۳۹۴/۸/۳۰ را ارسال کرده است که متن آن به قرار زیر است:

" با سلام و احترام

۱- به استناد قانون مالیات بر ارزش افزوده، عرضه کالاها و ارائه خدمات در ایران و همچنین واردات آنها (به استثنای موارد معاف مصرح در ماده ۱۲ قانون) صرف نظر از خصوصی یا دولتی تلقی شدن اشخاص بر اساس ترتیبات پیش‌بینی شده در قانون و دستورالعمل‌های صادره مشمول مالیات و عوارض می‌باشد که به استناد بند (۹) ماده (۱۲) قانون مذکور صرفاً ارائه خدمات درمانی به بیماران از طرف مراکز درمانی معاف می‌باشد و معافیت مذکور قابل تسری به استفاده‌کنندگان از خدمات بیمه‌ای نمی‌باشد.

۲- منظور از خدمات درمانی موضوع بند (۹) ماده (۱۲) خدماتی است که از سوی موسسه یا پزشک ارائه‌دهنده خدمت درمان به بیمار ارائه می‌شود و شامل کلیه خدمات تشخیصی، پیشگیری و درمان می‌باشد. بدیهی است خدمات بیمه درمان اعم از اختیاری یا اجباری صرفاً خدمات تأمین هزینه درمان بوده و نمی‌توان از آن به‌عنوان خدمات درمانی نام برد.

۳- به موجب مفاد ماده (۵) قانون یاد شده و همچنین مفاد بخشنامه شماره ۱۳۸۷/۸/۲۸-۸۶۸۸۲ سازمان امور مالیاتی کشور، ارائه انواع خدمات بیمه‌ای از جمله بیمه تکمیل درمان از سوی مشمولین ثبت‌نام در نظام مالیات بر ارزش افزوده

نیز مشمول پرداخت مالیات و عوارض موضوع قانون مذکور می‌باشد که بر این اساس کلیه اشخاص مشمول نظام مالیات بر ارزش افزوده از جمله شرکت‌های بیمه‌گر تجاری هنگام ارائه خدمات بیمه‌ای مکلفند مالیات و عوارض متعلقه را بر اساس ضوابط و مقررات مذکور از دریافت‌کنندگان خدمات مطالبه نمایند و خریداران خدمات (کارفرمایان) فوق، موظف به پرداخت مالیات و عوارض این قانون خواهند بود.

۴- به استناد ماده (۳) قانون مالیات بر ارزش افزوده، ارزش افزوده در این قانون تفاوت بین ارزش کالاها و خدمات عرضه شده با ارزش کالاها و خدمات خریداری یا تحصیل شده در یک دوره معین می‌باشد و در این راستا چنانچه ارزش کالاها و خدمات خریداری شده و به تبع آن مالیات و عوارض پرداختی در یک دوره معین بیشتر از کالاها و خدمات عرضه شده و مالیات و عوارض متعلقه باشد، مابه‌التفاوت تحت عنوان اضافه پرداختی و با رعایت مقررات قانونی حسب مورد به مؤدی مسترد و یا به‌عنوان اعتبار مالیاتی دوره بعدی لحاظ می‌گردد. لذا تعریف ارزش افزوده در این قانون یکسان با تعریف سود ناویژه (فروش پس از کسر بهای تمام شده) و همچنین اصل وضع هزینه‌های هر دوره از درآمد و یا فروش همان دوره که پس از کنترل نهایی روی صورتحساب‌ها صورت گرفته مشخص می‌گردد، نمی‌باشد و مد نظر قانون‌گذار نخواهد بود.

۵- به‌موجب مقررات بند (۱۰) ماده (۱۲) قانون مذکور، ارائه خدمات مشمول مالیات بر درآمد حقوق موضوع قانون مالیات‌های مستقیم از مالیات و عوارض موضوع این قانون معاف می‌باشد. بر این اساس معافیت موضوع مذکور تحت عنوان «خدمات مشمول مالیات بر درآمد حقوق موضوع قانون مالیات‌های مستقیم» در شرایطی موضوعیت دارد که خدمات یاد شده، به‌صورت مستقیم و بی‌واسطه از

طرف پرسنل به کارفرما ارائه گردیده و لیست‌های مالیاتی و بیمه، توسط کارفرما به واحد ذی‌ربط مالیاتی و بیمه‌ای ارسال گردد.

۶- به موجب قسمت اخیر اصل (۵۱) قانون اساسی «موارد معافیت و بخشودگی و تخفیف مالیاتی به موجب قانون مشخص می‌گردد» لذا اعمال هرگونه معافیت از شمول مالیات و عوارض مستلزم تصویب مراجع ذیصلاح قانونی می‌باشد.

۷- در این چارچوب تصریح می‌نماید ترتیبات مقرر در قانون مالیات بر ارزش‌افزوده مستقل از مقررات قانون مالیات‌های مستقیم بوده و در صورتی که فعالیت‌های فوق‌الذکر مشمول معافیت قانون مالیات‌های مستقیم گردد این معافیت موجبی برای عدم اجرای صحیح مقررات قانون مالیات بر ارزش‌افزوده از سوی مؤدیان این نظام مالیاتی نمی‌باشد.

خاطر نشان می‌گردد ترتیبات مقرر در بخشنامه شماره ۹۲۵۳-۱۳۹۰/۷/۹ منطبق با موازین و مصرحات قانونی صادر شده است و خواسته ابطال قسمتی از بخشنامه مذکور فاقد محمل قانونی می‌باشد.

رای هیئت عمومی:

هیئت عمومی دیوان عدالت اداری در تاریخ ۱۳۹۶/۵/۱۰ با حضور رئیس و معاونین دیوان عدالت اداری و رؤسا و مستشاران و دادرسان شعب دیوان تشکیل شد و پس از بحث و بررسی با اکثریت آراء به شرح زیر به صدور رأی مبادرت کرده است.

مطابق بند ۹ ماده ۱۲ قانون مالیات بر ارزش‌افزوده، انواع دارو و لوازم مصرفی درمانی، خدماتی درمانی (انسانی، حیوانی و گیاهی) و خدمات توانبخشی و حمایتی از پرداخت مالیات بر ارزش‌افزوده معاف اعلام شده است. نظر به اینکه در سطر آخر بخشنامه مورد اعتراض، پرداخت خدمات بیمه، درمان و تکمیل درمان از معافیت

مذکور در حکم قانون پیش گفته خارج شده است، بنابراین این قسمت از بخشنامه مغایر قانون یاد شده بوده و تصویب آن از حدود اختیارات سازمان امور مالیاتی خارج می‌باشد و مستند به بند ۱ ماده ۱۲ و ماده ۸۸ قانون تشکیلات و آیین دادرسی دیوان عدالت اداری مصوب سال ۱۳۹۲ ابطال می‌شود. اعضاء هیئت عمومی دیوان عدالت اداری با اعمال ماده ۱۳ قانون اخیرالذکر و تسری ابطال بخشنامه به زمان تصویب آن فقط نسبت به پرداخت‌کنندگان مستقیم مالیات بر ارزش افزوده موافقت کردند.

تاریخ: ۲۳ آبان ۱۳۹۶

شماره دادنامه: ۸۱۷

کلاس پرونده: ۹۵/۹۸۷

موضوع رأی: عدم ابطال نامه شماره ۱۳۹۴/۱۲/۵-۲۸۸۰/۱/۱۶۰۴۵۴-۱۳۹۴/۱۲/۵
حقوقی رئیس جمهور (در خصوص تعلق شرکت آتیه ساز حافظ به بیمه سلامت)
مورخ ۱۳۹۶/۰۸/۲۳

شاکی: سازمان بازرسی کل کشور

گردش کار:

سازمان بازرسی کل کشور به موجب شکایتنامه ای ابطال نامه شماره ۵/۱۲/۱۳۹۴-۲۸۸۰/۱/۱۶۰۴۵۴-۱۳۹۴/۱۲/۵ معاونت حقوقی رئیس جمهور را خواستار شده و در جهت تبیین خواسته اعلام کرده است که:

" سرپرست امور هماهنگی و رفع اختلافات حقوقی دستگاههای اجرایی که زیر مجموعه معاونت حقوقی رئیس جمهور است طی نامه شماره ۲۸۸۰/۱/۱۶۰۴۵۳-۱۳۹۴/۱۲/۵ عدم شمول تعریف شرکتهای دولتی را به شرکت آتیه سازان حافظ اعلام نموده است و نامه شماره ۵۸۸۸/۲۰۸۶۵-۹/۳/۱۳۸۶-۱۳۹۴/۱۲/۵ دفتر هماهنگی و نظارت بر امور حقوقی دستگاههای اجرایی را اصلاح کرده است. این در حالی است که:

اولاً: سازمان بیمه خدمات درمانی بنا به اساسنامه شماره ۲/۲۱۷۷۸/ت/۱۴۸۶۱-هـ-۱۳۷۴/۲/۲۲ مصوب هیئت وزیران به صورت شرکت دولتی تشکیل و صد در صد سهام آن متعلق به دولت و وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می باشد. (شرکت دولتی موضوع ماده (۴) قانون محاسبات عمومی مصوب ۱۳۶۶).

ثانیاً: اساسنامه شرکت سرمایه گذاری سازمان بیمه خدمات درمانی در تاریخ ۲۹/۵/۱۳۷۹ به تصویب مجمع عمومی شرکت رسیده است. (شرکت دولتی مشمول تعریف قسمت دوم ماده (۴) قانون محاسبات عمومی) این شرکت تابع سازمان

مندرج در بند ۱ است. (صد درصد سهام این شرکت متعلق به سازمان بیمه خدمات درمانی است).

ثالثاً: صد در صد سهام شرکتهای آتیه سازان حافظ و دارویی فارما شیمی نیز متعلق به سازمان بیمه خدمات درمانی است.

رابعاً: طبق مصوبه شماره ۱۰۲۸۲۸/ت/۴۷۶۴۴-هـ-۲۲/۵/۱۳۹۱ هیئت وزیران سازمان بیمه سلامت ایران به استناد بند (ب) ماده (۲۸) قانون برنامه پنجم توسعه ... از ادغام بخش درمانی صندوقهای بیمه موضوع ماده (۵) قانون مدیریت خدمات کشوری و سازمان بیمه خدمات درمانی به صورت شرکت دولتی تشکیل شده است. به عبارتی به جای سازمان بیمه خدمات درمانی اینک سازمان بیمه سلامت ایران وجود دارد و تمامی وظایف و اموال و تعهدات و حقوق آن به سازمان اخیرالذکر منتقل شده است. لذا در تعلق شرکتهای سه گانه (سرمایه گذاری سازمان بیمه خدمات درمانی، آتیه سازان حافظ و دارویی فارما شیمی) به سازمان بیمه سلامت ایران ابهام و تردیدی وجود ندارد.

خامساً: اساسنامه مورد استناد، اساسنامه سازمان سلامت خواهد بود و اساسنامه سازمان بیمه خدمات درمان بعد از تشکیل سازمان جدید قابلیت استناد ندارد.

سادساً: دفتر هماهنگی و نظارت بر امور حقوقی دستگاههای اجرایی حوزه معاون حقوقی و امور مجلس ریاست جمهوری طی اظهار نظر شماره ۲۰۸۶۵-۹/۳/۱۳۸۶ شرکت آتیه ساز حافظ را شرکت دولتی دانسته است.

همان طوری که در بالا ذکر شد در دولتی بودن شرکتهای سرمایه گذاری سازمان بیمه خدمات درمانی (شرکت بیمه سلامت فعلی، آتیه سازان حافظ و دارویی فارما شیمی) به سازمان بیمه سلامت ایران شکی وجود ندارد و استناد به بند (ح) ماده (۷) اساسنامه سازمان خدمات درمانی و این که سرمایه شرکت از محل دو نهم باقی

مانده حق سرانه تأمین شده است، محمل قانونی ندارد و این گونه استدلال برای خروج شرکت مباحث عنه و دیگر شرکتهای تابع سازمان سلامت ایران از شمول تعریف دولتی بودن، اجتهاد در مقابل نص است. ضمن اینکه در حال حاضر اساسنامه سازمان سلامت ایران حاکمیت دارد، نه اساسنامه ای که فاقد اعتبار است. بنابراین تصمیم سرپرست امور هماهنگی و رفع اختلافات حقوق دستگاههای اجرایی به شرح نامه صدرالذکر برخلاف قانون بوده و در اجرای تبصره (۲) بند (د) ماده (۲) قانون تشکیل سازمان بازرسی کل کشور درخواست ابطال آن را دارد. "

متن نامه شماره ۴۵۳/۱۶۰۱/۲۸۸۰-۲۸۸۰/۱۲/۱۳۹۴ معاونت حقوقی رئیس جمهور به قرار زیر است:

" جناب آقای دکتر ادیانی

مدیرعامل محترم شرکت آتیه سازان حافظ

با سلام و احترام

عطف به نامه شماره ۱۵۶/م/ح/ص/۹۴-۳/۱۱/۱۳۹۴ در خصوص استعلام از دولتی یا خصوصی بودن آن شرکت اعلام می دارد:

در صورتی که محل تأمین سرمایه جهت تشکیل شرکت آتیه سازان حافظ، مطابق بند «ح» ماده (۷) اساسنامه آن سازمان، از محل دو نهم (۲/۹) حق سرانه بیمه درمانی بوده است، از آنجا که مطابق اصول و موازین حقوقی و بیمه ای وجوه پرداختی به عنوان حق بیمه به سازمان بیمه خدمات درمانی در زمره دارایی خود سازمان محسوب نشده و در مالکیت سازمان قرار نمی گیرد بلکه سازمان، مدیریت این وجوه و منافع را بر عهده دارد و از منظر مدیریت و اداره وجوه و ذخایر، مبادرت به سرمایه گذاری آنها در جهت حفظ منافع بیمه شدگان نموده است و با عنایت به اینکه مستندات قانونی متعددی با ابتدای بر این مطلب تنظیم

شده و حاکی از آن است، از جمله قوانین و مقررات ناظر بر نقل و انتقال حق بیمه و بازنشستگی و به خصوص بند «د» ماده (۷) قانون ساختار نظام جامع و رفاه و تأمین اجتماعی که مقرر می‌دارد:

ماده ۷- اصول و سیاستهای مالی نظام جامع تأمین اجتماعی به شرح زیر می‌باشد: « - وجوه، اموال، ذخائر و داراییهای صندوقهای بیمه اجتماعی و درمانی در حکم اموال عمومی بوده و مالکیت آن مشاع و متعلق به همه نسلهای جامعه تحت پوشش است...» و نیز بنا به ملاک و مبنای تبصره ماده (۴) قانون محاسبات عمومی کشور که مقرر می‌دارد: « تبصره- شرکتهایی که از طریق مضاربه و مزارعه و امثال اینها به منظور به کار انداختن سپرده های اشخاص نزد بانکها و موسسات اعتباری و شرکتهای بیمه ایجاد شده یا می شوند از نظر این قانون شرکت دولتی شناخته نمی شوند.» همچنین با توجه به اینکه بر اساس مبانی و مستندات یاد شده و دولتی نبودن شرکت فوق، مفاد ماده (۱) قانون محاسبات عمومی کشور در مورد بودجه شرکتهای دولتی به درستی در مورد آن شرکت رعایت نشده است.

بنابراین همین طور که در نظرات مشابه این معاونت از جمله تحلیل مندرج در نظریه شماره ۱۰/۱۱/۱۳۹۴-۲۷۸۱۹/۱۴۶۷۶۱ در مورد شرکت سرمایه گذاری سازمان بیمه خدمات درمانی آمده است، شرکت آتیه سازان حافظ در صورت تأمین سرمایه آن از محل یاد شده مشمول تعریف قانونی شرکت دولتی (ماده ۴ قانون محاسبات عمومی کشور و ماده ۴ قانون مدیریت خدمات کشوری) نبوده و در چارچوب مستندات قانونی مربوط به تشکیل شرکتهای دولتی تشکیل نشده است، ضمناً در صورت محقق بودن شرایط مندرج در این نظریه که منبعث از مستندات قانونی فوق می باشد، این نظریه ملاک و مبنا قرار گرفته و نظریه شماره ۹/۳/۱۳۸۶-۵۸۸/۲۰۸۶۵ در حدود مغایرت با این نظریه اصلاح می‌گردد. "

در پاسخ به شکایت مذکور، سرپرست معاونت امور حقوقی دولت به موجب لایحه شماره ۴/۳/۱۳۹۶-۳۲۱۵۵/۲۴۹۱۸ توضیح داده است که:

" ۱- همان گونه که در مفاد نامه مورد نظر مشاهده می گردد، با تصویب بند (د) ماده ۷ قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی (مصوب ۱۳۸۳) که مقرر می دارد: « وجوه، اموال، ذخائر و داراییهای صندوقهای بیمه اجتماعی و درمانی در حکم اموال عمومی بوده و مالکیت آن مشاع و متعلق به همه نسلهای جامعه تحت پوشش است. هرگونه تصرف دولت در این اموال و رابطه مالی دولت با صندوقهای موصوف در چارچوب قوانین و مقررات مورد عمل صندوقها خواهد بود.» مالکیت موارد یاد شده متعلق به دولت نبوده بلکه دولت صرفاً به نمایندگی از سوی آحاد بیمه شدگان و نیز وظیفه قانونی محوله مبنی بر عهده دار بودن مسئولیت تأمین اجتماعی (بند د ماده ۶ همان قانون)، وظیفه اداره آن را بر عهده دارد. بدیهی است، صرف تشکیل شرکت دولتی برای اداره وجوه و اموال مزبور موجب دولتی شدن این اموال نبوده بلکه صرفاً سرمایه اولیه سازمان بیمه سلامت (ماده ۵ اساسنامه) و سایر داراییهایی که بر اساس موازین شرعی و قانونی در مالکیت دولت بوده و به صورت موقت یا امانی در استفاده این سازمان است، متعلق به دولت می باشد. در ضمن در ماده ۳ اساسنامه سازمان بیمه سلامت نیز صرفاً به نحوه اداره این سازمان به صورت شرکت دولتی تصریح گردیده و بدیهی است دولت جهت اداره امور بیمه درمان ناگزیر از تطبیق وضعیت سازمان آن با یکی از دستگاههای اجرایی است که در مانحن فیه به صورت شرکت دولتی ایجاد شده است.

۲- علاوه بر موارد معنونه، به صراحت مقرر در تبصره ماده ۴ قانون محاسبات عمومی کشور، « شرکتهایی که از طریق مضاربه و مزارعه و امثال اینها به منظور به کار انداختن سپرده های اشخاص نزد بانکها و موسسات اعتباری و شرکتهای بیمه ایجاد شده یا می شوند از نظر این قانون شرکت دولتی شناخته نمی شوند.»

۳- مفاد نامه مورد اشاره به صورت مطلق شرکت آتیه سازان حافظ و سایر شرکتهای مربوط به سازمان بیمه سلامت را از شمول تعریف شرکت دولتی خارج ننموده بلکه این خروج مقید به « تأمین سرمایه این شرکتها از محل اموال عمومی موضوع بند د ماده ۷ قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی » گردیده است لذا متن نامه مغایرتی با موازین قانونی ندارد.

۴- لازم به ذکر است دولتی نمودن شرکتهای مربوط به سازمان بیمه سلامت که از محل وجوه و اموال بیمه شدگان است، علاوه بر ایرادات شرعی مربوطه، موجب الزام قانونی دیگر در تکلیف دولت به واگذاری آنها به بخش غیر دولتی (برابر مفاد قانون نحوه اجرای اصل ۴۴ قانون اساسی) و در نتیجه واریز وجوه حاصل از فروش به حساب خزانه کل کشور خواهد شد که مغایر با موازین قانونی موصوف و مصالح و منافع قانونی بیمه شدگان و نسلهای تحت پوشش آن سازمان است. "

هیئت عمومی دیوان عدالت اداری در تاریخ ۲۳/۸/۱۳۹۶ با حضور رئیس و معاونین دیوان عدالت اداری و رؤسا و مستشاران و دادرسان شعب دیوان تشکیل شد و پس از بحث و بررسی با اکثریت آراء به شرح زیر به صدور رأی مبادرت کرده است.

رأی هیئت عمومی

مطابق بند ۱ ماده ۱۲ قانون تشکیلات و آیین دادرسی دیوان عدالت اداری مصوب سال ۱۳۹۲، رسیدگی به شکایات، تظلمات و اعتراضات اشخاص حقیقی یا حقوقی از آیین نامه ها و سایر نظامات و مقررات دولتی و شهرداریها و موسسات عمومی غیر دولتی در مواردی که مقررات مذکور به علت مغایرت با شرع یا قانون و یا عدم صلاحیت مرجع مربوط یا تجاوز و یا سوء استفاده از اختیارات یا تخلف در اجرای قوانین و مقررات یا خودداری از انجام وظایفی که موجب تضییع حقوق اشخاص می

شود، از جمله صلاحیتها و وظایف هیئت عمومی دیوان عدالت اداری است. با عنایت به اینکه نامه مورد شکایت در مقام پاسخ به نامه مدیرعامل شرکت آتیه سازان حافظ صادر شده و نامه مذکور متضمن وضع قاعده الزام آور نیست، بنابراین قابل طرح و اتخاذ تصمیم در هیئت عمومی دیوان عدالت اداری تشخیص نشد.

تاریخ: ۲۴ بهمن ۱۳۹۶

شماره دادنامه: ۱۲۱۶

کلاس پرونده: ۹۵/۱۲۱۹

موضوع رأی: عدم صلاحیت هیئت عمومی دیوان عدالت اداری در رسیدگی به
خواسته الزام هیئت وزیران به تعیین تعرفه فلوشیپ روان پزشکی مورخ

۱۳۹۶/۱۱/۲۴

شاکی: آقای مسلم ابوالحسن زاده

گردش کار:

شاکی به موجب دادخواستی ابطال مصوبه شماره ۳۲۵۱۳/ت ۵۳۰۳۸ هـ- ۱۳۹۵/۳/۲۰ هیئت وزیران را خواستار شده و در جهت تبیین خواسته اعلام کرده است که: «این جانب دکتر مسلم ابوالحسن زاده فارغ‌التحصیل رشته فلوشیپ (تکمیلی تخصصی) طب روان‌تنی در اسفند ماه سال ۱۳۹۰، از دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران می‌باشم و در مطب خصوصی و بیمارستان‌های دولتی شهر اردبیل طبابت می‌کنم. طبق قانون تعیین تعرفه درمانی و حق ویزیت این جانب همانند سایر رشته‌های طبی به عهده شورای عالی بیمه سلامت مستقر در وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی است که پس از تصویب در هیئت دولت قابلیت اجرا پیدا می‌کند. برای پنج سال متوالی به علت قصور این شورا و عدم تعیین تعرفه درمانی و حق ویزیت مستقل و شفاف و در بندی جداگانه برای رشته من (فلوشیپ طب روان‌تنی) از ابتدای سال ۱۳۹۱ تاکنون پرداختی حق ویزیت و مشاوره این جانب از بابت ویزیت و مشاوره بیماران سرپایی و بستری در بیمارستان‌های دولتی و خصوصی از طرف سازمان‌های بیمه‌گر درمانی (از جمله خدمات درمانی و تأمین اجتماعی) و دانشگاه‌های علوم پزشکی و بیمارستان‌ها با تعرفه درمانی متخصص روان‌پزشکی (یک رده پایین‌تر از مدرک من) پرداخت شده است و از این بابت این جانب در ۵ سال گذشته متحمل خسارت مادی و معنوی

شده‌ام. با عنایت به اینکه ماهیت ویزیت و مشاوره روان‌پزشکی به علت زمان بر بودن از ماهیت ویزیت سایر رشته‌های تخصصی و فلوشیپی و فوق تخصصی طبی جداست قانون‌گذار جهت حق ویزیت متخصص و فوق تخصص روان‌پزشکی در بندهایی جداگانه تعرفه‌ای مستقل از سایر رشته‌های طبی تعیین و ابلاغ نموده است (بند ۳ و ۴ مصوبه هیئت‌وزیران) ولی به علت قصور شورای عالی بیمه سلامت برای فلوشیپ طب روان‌تنی تا به امروز هیچ نوع تعرفه درمانی مستقل و شفاف نداریم. درحالی‌که طبق بند ۳ مصوبه هیئت‌وزیران تعرفه فلوشیپ و فوق تخصصی کلیه رشته‌های طبی مساوی اعلام شده است عدالت حکم می‌کند که تعرفه درمانی فلوشیپ و فوق تخصص روان‌پزشکی نیز به‌طور مساوی تعیین و اعلام گردد کاری که تا به حال عملی نشده است با عنایت به موارد فوق و با توجه به مدارک ضمیمه شده و از جمله مکاتبات معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی اردبیل و ریاست نظام پزشکی اردبیل که اذعان به مبهم بودن و در واقع نبودن تعرفه برای فلوشیپ‌های طب روان‌تنی نموده‌اند خواستار الزام طرف شکایت (وزارت تعاون و کار) به تعیین تعرفه درمانی مستقل و شفاف و برابر با فوق تخصص روان‌پزشکی و پرداخت خسارت به این‌جانب از بابت مابه‌التفاوت تعرفه متخصص روان‌پزشکی با فلوشیپ روان‌پزشکی در ۵ سال گذشته می‌باشم.»

در پاسخ به اخطار رفع نقضی که از طرف دفتر هیئت عمومی دیوان عدالت اداری برای شاکی ارسال شده بود، توضیح داده است که:

«هیئت محترم عمومی دیوان عدالت اداری

با سلام احتراماً عطف به نامه آن هیئت به شماره پرونده ۹۵۰۹۹۸۰۹۰۵۸۰۰۰۰۰۷۶۸ به کلاس پرونده ۱۲۱۹/۹۵-۱۳۹۵/۱۱/۲ در مورد رفع نقص دادخواست این‌جانب به استحضار می‌رساند:

۱- مصوبه مورد شکایت این‌جانب مصوبه ۳۲۵۱۳/ت/۵۳۰۳۸ هـ-۱۳۹۵/۳/۲۰ هیئت‌وزیران می‌باشد.

۲- مصوبه مورد شکایت مغایر با بند ه ماده ۳۸ قانون برنامه پنجم توسعه و بند ۸ ماده ۱ و مواد ۸ و ۹ قانون بیمه همگانی می‌باشد که ارزش‌گذاری نسبی و تعیین تعرفه خدمت سلامت بخش‌های دولتی- خصوصی و غیردولتی را وظیفه ذاتی شورای عالی بیمه سلامت می‌داند. درحالی‌که شورای مورد اشاره با عدم تعیین تعرفه مستقل و شفاف و در بندهای جداگانه برای رشته فلوشیپ (تکمیلی تخصصی) طب روان‌تنی مرتکب سهل‌انگاری و نادیده گرفتن حق دارندگان مدرک این رشته برای پنج سال متوالی شده است.»

متن مصوبه مورد اعتراض به قرار زیر است: «به استناد مصوبه ۳۲۵۱۳/ت/۳۸۰۳۸ هـ-۱۳۹۵/۳/۲۰ هیئت‌وزیران، کارگروه ۵ نفره موضوع بند ۵ این مصوبه در تاریخ ۱۳۹۵/۳/۲۶ ساعت ۱۳ در محل دانشگاه علوم پزشکی تشکیل و تعرفه‌های ویزیت پزشکان و کارشناسان پروانه دار استان اردبیل در بخش خصوصی سال ۱۳۹۵ را به شرح زیر تعیین نمود:

ردیف	گروه پزشکی	تعرفه (ریال)
۱	پزشکان عمومی - دندانپزشکان عمومی و PhD پروانه دار	۲۲۰/۰۰۰
۲	پزشکان و دندانپزشکان متخصص، PhD-MD	۳۴۵/۰۰۰
۳	پزشکان فوق تخصص، متخصص روان‌پزشکی و فلوشیپ	۴۳۰/۰۰۰
۴	پزشک فوق تخصص روان‌پزشکی	۴۹۰/۰۰۰
۵	کارشناس ارشد پروانه دار	۱۸۵/۰۰۰
۶	کارشناس پروانه دار	۱۶۰/۰۰۰

تبصره ۱: پزشکان روان‌پزشک و فوق تخصص در صورتی می‌توانند از تعرفه‌های مذکور استفاده کنند که مدارک آن‌ها توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تأیید و در پروانه مطب درج شده باشد.

تبصره ۲: کارشناس ارشد و PhD پروانه دار در صورتی می‌توانند از تعرفه‌های کارشناسی ارشد یا PhD استفاده کنند که کارشناسی ارشد و PhD ثبت شده آن‌ها مرتبط با رشته کارشناسی بوده و در پروانه فعالیت درج شده باشد.

تبصره ۳: متوسط زمان ویزیت برای پزشکان عمومی حداقل ۱۵ دقیقه، برای پزشکان متخصص حداقل ۲۰ دقیقه، برای پزشکان فوق تخصص ۲۵ دقیقه و روان‌پزشکان حداقل ۳۰ دقیقه می‌شود.

تبصره ۴: پزشکان عمومی با سابقه بیش از ۱۵ سال کار بالینی، مجاز به دریافت معادل ۱۵ درصد علاوه بر تعرفه می‌باشند.

تبصره ۵: ویزیت دسته‌جمعی و حضور سایر بیماران در اتاق معاینه در زمان ویزیت بیمار ممنوعیت دارد.

تبصره ۶: تعرفه بخش‌های وابسته به سازمان‌ها و نهادهای عمومی غیردولتی و مؤسسات دولتی غیر از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مشمول تعرفه‌های فوق نبوده، طی مصوبه ۳۲۵۰۸/ت/۵۳۰۳۸ هـ-۱۳۹۵/۲/۲۰ هیئت‌وزیران ابلاغ گردیده است. بدیهی است همکاران کمافی السابق بیماران بی‌بضاعت و تحت پوشش نهادهای حمایتی را مد نظر قرار می‌دهند.»

طرف شکایت علیرغم ارسال و ابلاغ نسخه دوم دادخواست و ضمایم آن تا زمان رسیدگی به پرونده هیچ‌گونه پاسخی ارسال نکرده است.

هیئت عمومی دیوان عدالت اداری در تاریخ ۱۳۹۶/۱۱/۲۴ با حضور رئیس و معاونین دیوان عدالت اداری و رؤسا و مستشاران و دادرسان شعب دیوان تشکیل شد و پس از بحث و بررسی با اکثریت آراء به شرح زیر به صدور رأی مبادرت کرده است.

رأی هیئت عمومی

مطابق بند ۱ ماده ۱۲ قانون تشکیلات و آیین دادرسی دیوان عدالت اداری مصوب سال ۱۳۹۲ رسیدگی به شکایات، تظلمات و اعتراضات اشخاص حقیقی یا حقوقی

از آیین‌نامه‌ها و سایر نظامات و مقررات دولتی و شهرداری‌ها و مؤسسات عمومی غیردولتی در مواردی که مقررات مذکور به علت مغایرت با شرع یا قانون و یا عدم صلاحیت مرجع مربوط یا تجاوز و یا سوءاستفاده از اختیارات یا تخلف در اجرای قوانین و مقررات یا خودداری از انجام وظایفی که موجب تضییع حقوق اشخاص می‌شود، از جمله صلاحیت‌ها و وظایف هیئت عمومی دیوان عدالت اداری است. نظر به اینکه خواسته شاکی اعتراض به ترک فعل و عدم انجام وظیفه قانونی است و این خواسته از مصادیق مغایرت مصوبه با شرع یا قانون و یا عدم صلاحیت مرجع مربوط نمی‌باشد، بنابراین موضوع شکایت و خواسته مبنی بر الزام هیئت‌وزیران به تعیین تعرفه فلوشیپ روان‌پزشکی قابل رسیدگی و اتخاذ تصمیم در هیئت عمومی دیوان عدالت اداری تشخیص نشد.

تاریخ: ۲۲ اسفند ۱۳۹۶

شماره دادنامه: ۱۲۸۹

کلاس پرونده: ۹۵/۷۰۶

موضوع رأی: ابطال بخشنامه شماره ۱۰۵۰۹۰/۹۵-۱۳۹۵/۳/۳۰ سازمان بیمه سلامت ایران (در خصوص پوشش شمول بیمه‌ای خدمات روان‌پزشکی به موجب ویرایش دوم کتاب ارزش نسبی خدمات سلامت) مورخ ۱۳۹۶/۱۲/۲۲

شاکی: آقای مهدی حامدی

گردش کار:

آقای مهدی حامدی به موجب دادخواستی ابطال بخشنامه شماره ۹۵/۱۰۵۰۹۰-۱۳۹۵/۳/۳۰ سازمان بیمه سلامت ایران را خواستار شده و در جهت تبیین خواسته اعلام کرده است که: «در تاریخ ۱۳۹۴/۱/۲۳ ویرایش دوم کتاب ارزش نسبی خدمات سلامت طی تصویب‌نامه ۵۳۷۹/ت/۵۱۷۰۰ هـ هیئت‌وزیران ابلاغ گردید که از تاریخ ۱۳۹۴/۱/۱ برای کلیه ارائه‌دهندگان خدمات سلامت در بخش‌های دولتی، عمومی غیردولتی، خصوصی و سازمان‌های بیمه‌گر پایه و تکمیلی لازم‌الاجرا می‌باشد. در این کتاب خدمات روان‌پزشکی به‌وضوح و بدون هیچ‌گونه ابهامی آورده شده‌اند. این خدمات بدون ستاره می‌باشند و طبق صفحه اول کتاب ارزش نسبی خدمات فاقد ستاره، دارای پوشش بیمه‌ای می‌باشند متأسفانه سازمان بیمه سلامت ایران به‌عنوان یکی از چهار سازمان بیمه‌گر پایه تاکنون از پذیرش این خدمات سرباز زده است و اعلام کرده است که هزینه این خدمات را تقبل نمی‌نماید. حتی در شهرستان بناب واقع در استان آذربایجان شرقی اداره بیمه آن شهرستان بدون ارائه هیچ‌گونه توضیحی از پذیرش اسناد مربوط به این خدمات سرباز زده است که این موضوع صورت‌جلسه شده و به اطلاع معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی تبریز رسانده شده است.

معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی تبریز بارها از سازمان بیمه سلامت استان آذربایجان شرقی طی نامه‌های شماره ۵/۷۳۰۰۱-۱۷/۶/۱۳۹۴، ۵/۸۹۳۸۹-

۱۳۹۴/۷/۲۳، ۱۳۹۴/۹/۳۰-۵/۱۱۸۳۰۱ و ۱۳۹۴/۱۰/۲۳-۵/۱۲۸۸۶۲ خواسته است که طبق کتاب ارزش نسبی خدمات سلامت، این خدمات را تحت پوشش قرار دهند. تنها دلیلی که به صورت شفاهی سازمان بیمه سلامت برای عدم پرداخت هزینه خدمات روان‌پزشکی عنوان نموده است، عدم وجود دستورالعمل برای کدهای مذکور است که کدهای مذکور فاقد راهنمای بالینی و استاندارد از جانب وزارت بهداشت برای پرداخت می‌باشد؛ که معاونت درمان وزارت بهداشت در نامه ۴۰۰/۹۶۷۱-د-۱۳۹۵/۳/۲۹ تصریح کرده است کدهای مذکور فاقد راهنمای بالینی بوده و عدم پوشش بیمه‌ای این خدمات بر خلاف مصوبه هیئت‌وزیران می‌باشد. در نهایت در دستورالعمل داخلی به شماره ۹۵/۱۰۵۰۹۰ که سازمان بیمه سلامت ایران در تاریخ ۳۰/۳/۱۳۹۵ به نمایندگی‌های تحت پوشش خود ابلاغ نمود، این خدمات را به صورت کاملاً محدود و با اعمال سلیقه شخصی خود قبول کرده است. به‌عنوان مثال در بند شماره ۳ این بخشنامه آمده که کد ۹۰۰۰۴۵ فقط به‌عنوان ویزیت روز اول بستری در بیماران بستری روانی قابل پرداخت است و طبقاً به صورت سرپایی قابل پرداخت نمی‌باشد. در حالی که در صفحه ۶۳ ویرایش دوم کتاب ارزش نسبی مصوبه هیئت‌وزیران اشاره‌ای به سرپایی یا بستری بودن این خدمت نکرده است و طبقاً به صورت سرپایی و بستری قابل پرداخت می‌باشد.

در بند شماره پنج این دستورالعمل پرداخت کدهای ۹۰۰۰۵۰، ۹۰۰۰۵۱، ۹۰۰۰۹۱، ۹۰۰۰۹۳ فقط در بیمارستان‌های روان‌پزشکی و یا بیمارستان‌های دارای بخش روان میسر دانسته است. در حالی که در شرح کدهای ذکر شده در صفحه ۳۶ و ۶۳ ویرایش دوم کتاب ارزش نسبی اشاره‌ای به اینکه این خدمات منحصراً در بخش روان‌پزشکی قابل انجام است نشده است.

در بند ۶ دستورالعمل عنوان شده کد ۹۰۰۰۹۶ تنها به صورت بستری در بخش روان‌پزشکی قابل پرداخت است و به صورت سرپایی قابل پرداخت نمی‌باشد که با شرح کد ذکر شده در صفحه ۳۶ کتاب ارزش نسبی در تناقض است.

در بند ۷ این دستورالعمل پرداخت کدهای ۹۰۰۱۰۰، ۹۰۰۱۰۵ و ۹۰۰۱۱۰ (که در ویرایش اول کتاب ارزش نسبی آمده، ولی در ویرایش دوم کتاب بدون تغییر مانده است) منحصراً منوط به بستری بخش روان‌پزشکی کرده است. درحالی‌که در صفحه ۴۷۶ ویرایش اول کتاب ارزش نسبی اشاره‌ای به منحصر بودن این خدمات به صورت بستری نکرده است.

درحالی‌که سازمان بیمه تأمین اجتماعی (دیگر سازمان بیمه‌گر پایه)، طبق بخش‌نامه شماره ۱۳۹۵/۵/۲۳-۴۰۲۰/۹۵/۱۰۸۶ پرداخت خدمات روان‌پزشکی را طبق کتاب ارزش نسبی خدمات کاملاً پذیرفته است (به صورت بستری و سرپایی و در تمامی بیمارستان‌ها اعم از اینکه دارا یا فاقد بخش روان‌پزشکی باشند) و در استان آذربایجان شرقی اسناد مذکور را پذیرفته و طبق کتاب ارزش نسبی پرداخت نموده است. عدم پوشش بیمه‌ای خدمات مذکور باعث ایجاد مشکلات فراوان در بیمارستان‌ها و مراکز درمانی بالاخص مراکز دولتی شده است. از طرفی این خدمات برای درمان بیماران روان‌پزشکی لازم است. از طرف دیگر عدم پرداخت هزینه این خدمات از جانب سازمان‌های بیمه‌گر پایه باعث ضرر مراکز درمانی شده و منجر به عدم ارائه خدمات مذکور از جانب روان‌پزشکان می‌شود که در نتیجه بیماران مراجعه‌کننده به مراکز دولتی متضرر می‌شوند، چرا که توان مالی مراجعه به بخش خصوصی را ندارند. نهایتاً مستدعی است دستور فرمایید به دلیل مغایرت بخشنامه داخلی سازمان بیمه سلامت ایران به شماره ۹۵/۱۰۵۰۹۰ با ویرایش اول و دوم کتاب ارزش نسبی خدمات سلامت مصوبه هیئت‌وزیران نسبت به پرداخت مطالبات خدمات روان‌پزشکی ارائه شده توسط این جانب در بیمارستان‌های شهرستان بناب و ملکان از تاریخ ۱۳۹۴/۰۱/۰۱ طبق مصوبه هیئت‌وزیران به بیمارستان‌های مذکور توسط سازمان بیمه سلامت ایران، اقدام لازم را مبذول نمایید.»

شاکی به موجب لایحه تکمیلی که به شماره ۱۳۹۵/۱۲/۲۸-۲۱۲۲ ثبت دفتر اندیکاتور هیئت عمومی دیوان عدالت اداری شده اعلام کرده است که:

«ریاست محترم هیئت عمومی دیوان عدالت اداری

با سلام و عرض ادب

احتراماً پیرو شکوائیه قبلی به شماره پرونده ۹۵۰۹۹۸۰۹۰۵۸۰۰۴۵۳ با ردیف فرعی یک به کلاسه پرونده ۷۰۶/۹۵ مبنی بر مغایرت بخشنامه داخلی سازمان بیمه سلامت ایران به شماره ۹۵/۱۰۵۰۹۰-۳/۳۰-۱۳۹۵ با ویرایش اول و دوم کتاب ارزش نسبی خدمات سلامت مصوبه هیئت وزیران و پرداخت خدمات روان‌پزشکی از تاریخ ۱/۱/۱۳۹۴ به بیمارستان‌های بناب و ملکان طبق مصوبه هیئت وزیران که به آن هیئت ارجاع داده شده است، نظر به اینکه دستورالعمل جدیدی تحت شماره ۴۰۰/۳۴۵۷۲-د-۱۳۹۵/۱۱/۱۳ از طرف معاونت درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در خصوص استانداردهای روان‌پزشکی صادر شده که با بخشنامه داخلی سازمان بیمه سلامت ایران نیز در تضاد می‌باشد. این استانداردها به تمامی دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور و سازمان‌های بیمه‌گر پایه از جمله سازمان بیمه سلامت ایران ابلاغ شده است. ولی کماکان سازمان بیمه سلامت ایران از قبول تعهد بیمه‌ای آن سرباز می‌زند و به‌صورت سلیقه‌ای با خدمات موردنظر برخورد می‌نماید. لذا به پیوست در دو برگ دستورالعمل استانداردهای تعیین شده وزارت بهداشت به انضمام موارد مطروحه جهت مزید استحضار تقدیم می‌گردد. به‌عنوان مثال در بند شماره ۳ این بخشنامه سازمان بیمه سلامت ایران آمده که کد ۹۰۰۰۴۵ فقط به‌عنوان ویزیت روز اول بستری در بیماران بستری روانی قابل پرداخت است و طبعاً به‌صورت سرپایی قابل پرداخت نمی‌باشد. درحالی‌که در صفحه ۲ و ۳ استاندارد کد ۹۰۰۰۴۵ «تحت عنوان مصاحبه و معاینه تشخیصی روان‌پزشکی به ازای هر جلسه (عمل مستقل)» ابلاغی وزارت بهداشت، واضحاً چنین عنوان شده است: «۳- در شرایط بستری، مصاحبه و معاینه تشخیصی روان‌پزشکی اولیه بیمار در هر بار بستری شامل این کد می‌شود. ۴- در شرایط سرپایی، در موارد زیر این خدمت لحاظ می‌شود: اولین مراجعه به هر روانپزشک اگر فاصله آخرین مراجعه بیمار به

همان پزشک با مراجعه فعلی بیش از یک سال باشد.» لذا این خدمت به صورت سرپایی نیز در شرایط فوق قابل پرداخت می‌باشد.

در بند شماره پنج بخشنامه سازمان بیمه سلامت ایران پرداخت کدهای ۹۰۰۰۵۰، ۹۰۰۰۵۱، ۹۰۰۰۹۱، ۹۰۰۰۹۳ فقط در بیمارستان‌های روان‌پزشکی و یا بیمارستان‌های دارای بخش روان میسر دانسته است. درحالی‌که در صفحه ۲ استاندارد کدهای ۹۰۰۰۵۰ «(روان درمانی فردی، با رویکردهایی مانند تحلیلی، شناختی، رفتاری، شناختی-رفتاری، حمایتی و هیپنوتراپی، توسط روانپزشک، به ازای هر جلسه ۳۰ دقیقه‌ای (عمل مستقل)»، ۹۰۰۰۵۱ «(روان درمانی فردی، با رویکردهایی مانند تحلیلی، شناختی، رفتاری، شناختی-رفتاری، حمایتی و هیپنوتراپی، توسط روانپزشک، به ازای هر جلسه بیش از ۳۰ دقیقه (عمل مستقل)»، ۹۰۰۰۹۱ «(خانواده درمانی، زوج درمانی، درمان زناشویی و سکس تراپی تا ۳۰ دقیقه، توسط روانپزشک (عمل مستقل)»، ۹۰۰۰۹۳ «(خانواده درمانی، زوج درمانی، درمان زناشویی و سکس تراپی بیش از ۳۰ دقیقه، توسط روانپزشک)» ابلاغی وزارت بهداشت، واضحاً چنین عنوان شده است: «این خدمت می‌تواند در عرصه‌های بستری (بخش و بیمارستان عمومی یا روان‌پزشکی یا مراکز نگهداری و بازتوانی)، سرپایی یا جامعه نگر، در بخش دولتی، عمومی غیردولتی یا خصوصی انجام شود.» بنابراین این خدمات در تمامی بیمارستان‌ها (اعم از روان‌پزشکی یا عمومی)، کلینیک‌ها و ... قابل پرداخت است.

در بند ۶ دستورالعمل سازمان بیمه سلامت ایران عنوان شده کد ۹۰۰۰۹۶ تنها به صورت بستری در بخش روان‌پزشکی قابل پرداخت است و به صورت سرپایی قابل پرداخت نمی‌باشد. درحالی‌که در صفحه ۲ استاندارد کد ۹۰۰۰۹۶ تحت عنوان گروه‌درمانی با رویکردهایی مانند تحلیلی، شناختی، رفتاری، شناختی-رفتاری، حمایتی، توسط روانپزشک، به ازای هر جلسه به ازای هر نفر، در گروه‌های ۸ تا ۱۲ نفر، ابلاغی وزارت بهداشت، واضحاً چنین عنوان شده است: «این خدمت می‌تواند

در عرصه‌های بستری (بخش و بیمارستان عمومی یا روان‌پزشکی یا مراکز نگهداری و بازتوانی) یا سرپایی، در بخش دولتی، عمومی غیردولتی یا خصوصی انجام شود.» بنابراین این خدمت به صورت سرپایی و بستری در بیمارستان‌های عمومی و روان‌پزشکی قابل پرداخت است. مستدعی است امر مقرر فرمایند در مورد شکوائیه مربوطه موارد فوق نیز مورد عنایت آن هیئت قرار گیرد.»

متن بخشنامه مورد اعتراض به قرار زیر است:

«نظر به سؤالات مکرر ادارات کل در خصوص کدهای روانشناسی و با عنایت به تشکیل جلسات فی‌مابین در محل دبیرخانه شورای عالی بیمه در ارتباط با شفاف‌سازی نحوه پرداخت کدهای مذکور تا اطلاع ثانوی و تعیین تکلیف نهایی، مقتضی است براساس شرایط ذیل نسبت به رسیدگی اسناد هزینه‌های مربوطه اقدام گردد.

۱- ویزیت بیمار توسط روانپزشکان در بخش سرپایی، بر اساس تعرفه مصوب هیئت دولت قابل پرداخت می‌باشد.

۲- با توجه به عدم وجود قرارداد با روانشناسان، امکان پرداخت ویزیت و خرید خدمت از این گروه از پیراپزشکان تا اطلاع ثانوی، وجود ندارد.

۳- کد ۹۰۰۰۴۵ به‌عنوان ویزیت روز اول بستری در اسناد بستری بیماران روانی قابل پرداخت می‌باشد.

۴- کد ۹۰۰۰۴۶ به‌عنوان مشاوره بستری بیماران روانی تنها در اسناد بستری قابل محاسبه و پرداخت بوده و

همزمان با کد ۹۰۰۰۴۵ غیر قابل پرداخت می‌باشد.

۵- کدهای ۹۰۰۰۵۰ و ۹۰۰۰۵۱ و ۹۰۰۰۹۱ و ۹۰۰۰۹۳ در موارد بستری و جهت بیماران حاد روانی (در بیمارستان‌های روان‌پزشکی و یا بخش روان‌پزشکی) حداکثر هفته‌ای دو جلسه جهت هر بیمار و یا احتساب پرداخت ویزیت بستری

همزمان قابل محاسبه خواهند بود و در موارد سرپائی حداکثر یک جلسه در هفته و بدون محاسبه ویزیت همزمان قابل پرداخت می‌باشند.

۶- کد ۹۰۰۰۹۶ تنها در بیماران بستری (در بیمارستان‌های روان‌پزشکی و یا بخش روان‌پزشکی) به صورت تنها و یا ترکیبی با جلسات روان‌درمانی فردی تنها دو جلسه در هفته در تعهد سازمان‌های بیمه‌گر می‌باشد.

۷- کدهای ۹۰۰۱۰۰ و ۹۰۰۱۰۵ و ۹۰۰۱۱۰ تنها برای رسیدگی به تشخیص در بیماران روانی در بخش بستری به همراه سایر سرفصل‌های هزینه‌ای اسناد بستری، قابل محاسبه و پرداخت می‌باشد.

۸- کلیه کدهای یاد شده به غیر از مجموعه تستهای روانشناسی بایستی شخصاً توسط روانپزشک ارائه گردند و تنها تستهای روانشناسی با نظارت و تأیید روانپزشک قابل محاسبه و پرداخت می‌باشند.»

در پاسخ به شکایت مذکور، مدیرکل دفتر حقوقی و امور مجلس وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی به موجب لایحه شماره ۹۶/۴۳۷۹۳۲-۹۶-۱۸/۱۱/۱۳۹۶ توضیح داده است که:

«دفاع تکمیلی:

۱- چنانچه آن مرجع مستحضر می‌باشند، تعهدات این سازمان وفق مستندات ذیل منحصراً محدود به تعرفه‌ها و خدمات مصوبات هیئت‌وزیران می‌باشد و مازاد بر بیمه پایه در تعهدات بیمه‌های تکمیلی و تجاری است.

۲- ماده (۱۰) قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور مقرر می‌دارد: «حداقل شمول و سطح خدمات پزشکی و دارو شامل خدمات پزشکی اورژانس، عمومی و تخصصی (سرپایی و بستری) که انجام و ارائه آن در نظام بیمه

خدمات درمانی به عهده سازمان‌های بیمه‌گر قرار می‌گیرد و لیست خدمات فوق تخصصی که مشمول بیمه‌های مضاعف (مکمل) می‌باشد به پیشنهاد وزارت

بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و تائید شورای عالی و تصویب هیئت‌وزیران تعیین و اعلام می‌شود.»

۳- ماده (۸) قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور مقرر می‌دارد: «تعرفه‌های خدمات تشخیصی و درمانی بر اساس قیمت‌های واقعی و نرخ سرانه حق بیمه درمانی مصوب به پیشنهاد مشترک سازمان برنامه‌وبودجه و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با تائید شورای عالی به تصویب هیئت‌وزیران خواهد رسید که در این راستا هیئت‌وزیران سالانه و پس از جری تشریفات قانونی اخیرالذکر مبادرت به تصویب نرخ خدمات تشخیصی می‌نماید. پر واضح است که این سازمان صرفاً بر مبنای تعرفه‌های مصوب مجاز به پرداخت خواهد بود و هرگونه اقدام مغایر با رویه مذکور نقض قوانین و مقررات و موجد مسئولیت برای این سازمان خواهد بود.

۴- بر اساس بند «ز» ماده (۳۸) قانون برنامه پنجم توسعه «سازمان بیمه سلامت ایران مکلف است با رعایت نظام ارجاع و سطح‌بندی خدمات بر اساس سیاست‌های مصوب نسبت به خرید راهبردی خدمات سلامت از بخش‌های دولتی و غیردولتی اقدام نماید.»

۵- حسب مفاد ماده (۴) آیین‌نامه اجرایی بند «ز» ماده (۳۸) قانون برنامه پنجم توسعه، «سازمان موظف است نسبت به خرید راهبردی خدمات سلامت با کیفیت، مطابق استانداردهای مصوب و مورد تعهد بیمه پایه سلامت از مراکز و فروشندگان کالاهای سلامت ... اقدام نموده و این اقدام در قالب حفظ فضای رقابتی تولید و واردات کالا و خدمات بخش سلامت و عدم ایجاد انحصار و بدون ورود مستقیم در تولید و عرضه کالا و خدمات توسط سازمان باشد.

۶- مطابق ماده (۶) آیین‌نامه اجرایی بند «ز» ماده (۳۸) قانون مزبور «ملاک تعهد سازمان‌های بیمه‌گر، فهرست خدمات مورد تعهد بیمه پایه سلامت بر اساس مصوبات هیئت‌وزیران می‌باشد.»

۷- با استناد به ماده (۸) آیین‌نامه اجرایی بند «ز» ماده (۳۸) قانون برنامه پنجم توسعه «وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است نسبت به تهیه و تدوین راهنماهای بالینی و استانداردهای خدمات نظام سلامت به‌منظور ارتقای کیفیت خدمات مورد تعهد بیمه پایه سلامت، هر ساله در خصوص حداقل پنجاه مورد اقدام نماید. سازمان موظف است با رعایت راهنماهای بالینی اعلام شده نسبت به خرید راهبردی خدمات اقدام نماید.» و بر اساس تبصره ماده مزبور «ورود خدمات نوین به فهرست خدمات مورد تعهد بیمه پایه سلامت منوط به تدوین راهنماهای بالینی و استانداردهای خدمات مربوط می‌باشد.»

علی‌هذا با عنایت به بخشنامه شماره ۲۰۳۰۷/ک-۲۶/۱۱/۱۳۷۸ معاونت وقت درمان و دبیر شورای عالی بیمه خدمات درمانی، مجموعه تستهای مورد استفاده جهت ارزیابی بالینی، شخصیت و هوش منحصراً در شرایطی قابل پرداخت خواهند بود که در راستای رسیدن به تشخیص صحیح بیماران روانی بوده و در مواردی که جنبه screening دارند (قابلیت‌های تحصیلی دانش آموزان و سایر بیماران نوروتیک) در تعهد پرداخت قرار دارند. از این‌رو مجموعه تستهای مذکور صرفاً در مراکز بیمارستانی روان‌پزشکی و یا دارای بخش‌های روان و به‌ضمیمه اسناد بستری قابل پذیرش و محاسبه بوده و در موارد سرپایی و کلینیک‌های روان‌پزشکی به علت عدم امکان کنترل موارد screening قابل پرداخت نخواهند بود.

با عنایت به موارد یاد شده و امعان نظر به اینکه هرگونه تغییر در کدهای روان‌پزشکی مندرج در کتاب «ارزش نسبی خدمات و مراقبت‌های سلامت» نیازمند ابلاغ راهنمای بالینی از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می‌باشد و این امر نیز تاکنون توسط آن وزارتخانه ارائه نشده است، لذا تا زمان تحقق این امر از سوی مرجع یاد شده اقدامی در جهت اجابت خواسته شاکی متصور نخواهد بود. بدین حیث رد دعوی خواهان از آن مرجع مورد استدعاست. شایان ذکر است با توجه به سیاست‌های خرید راهبردی سازمان، خدمات مذکور در دادخواست که

پیش‌ازاین به‌صورت بستری پرداخت می‌شده است همچنان در بخش بستری بیمارستان‌های روان‌پزشکی و یا بیمارستان‌های دارای بخش روان قابل پرداخت می‌باشد. پیشاپیش از تدقیق نظر و بذل توجه ویژه حضرت‌عالی به مفاد این لایحه، لوائح قبلی، دلایل و مستندات ابرازی و اهتمام به حفظ حقوق حق دولت و بیمه‌شدگان معزز این سازمان، نهایت تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.»

هیئت عمومی دیوان عدالت اداری در تاریخ ۱۳۹۶/۱۲/۲۲ با حضور رئیس و معاونین دیوان عدالت اداری و رؤسا و مستشاران و دادرسان شعب دیوان تشکیل شد و پس از بحث و بررسی با اکثریت آراء به شرح زیر به صدور رأی مبادرت کرده است.

رأی هیئت عمومی

با عنایت به تکلیف مقرر در بند (ز) ماده ۳۸ قانون برنامه پنج‌ساله پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران و مفاد ماده ۶ آیین‌نامه اجرایی بند مذکور مصوب سال ۱۳۹۳ هیئت‌وزیران که حسب آن ملاک تعهد سازمان‌های بیمه‌گر (از جمله سازمان بیمه سلامت) فهرست خدمات مورد تعهد بیمه پایه سلامت بر اساس مصوبات هیئت‌وزیران اعلام شده است و همچنین با توجه به مفاد ماده ۷ آیین‌نامه مذکور که بازنگری در فهرست خدمات مورد تعهد بیمه پایه سلامت را به پیشنهاد بیمه سلامت و تصویب هیئت‌وزیران موکول کرده است و با عنایت به مفاد بند ۱ تصویب‌نامه ۵۳۷۹/ت/۵۱۷۰۰ هـ-۱۳۹۴/۱/۲۳ هیئت‌وزیران که کتاب ارزش نسبی خدمات سلامت پیوست آن را برای سازمان‌های بیمه‌گر پایه، لازم‌الاجرا دانسته است و با لحاظ اینکه مفاد ماده ۸ آیین‌نامه پیش گفته، متضمن اعطای اختیاری به سازمان بیمه سلامت برای تغییر در فهرست خدمات مورد تعهد بیمه سلامت نیست، بنابراین بخشنامه مورد شکایت به لحاظ محدود کردن خدمات مورد تعهد مقرر در کتاب ارزش نسبی خدمات مصوب هیئت‌وزیران خارج از حدود اختیار

مرجع تصویب‌کننده وضع شده و با استناد به بند ۱ ماده ۱۲ و ماده ۸۸ قانون تشکیلات و آیین دادرسی دیوان عدالت اداری مصوب سال ۱۳۹۲ ابطال می‌شود.

تاریخ: ۱۲ شهریور ۱۳۹۷

شماره دادنامه: ۸۲ الی ۲۷۳

کلاسه پرونده: ۵۳۵/۹۶، ۶۵۶/۹۶، ۱۱۲۹/۹۶، ۶۵۵/۹۶، ۱۷۳۱/۹۶، ۱۶۵/۹۶، ۱۶۶/۹۶،
 ۱۶۷/۹۶، ۱۶۸/۹۶، ۱۶۹/۹۶، ۱۷۰/۹۶، ۱۷۱/۹۶، ۱۷۲/۹۶، ۱۷۳/۹۶، ۱۷۴/۹۶، ۱۷۵/۹۶،
 ۱۷۶/۹۶، ۱۷۷/۹۶، ۱۷۸/۹۶، ۱۷۹/۹۶، ۱۸۰/۹۶، ۱۸۱/۹۶، ۱۸۲/۹۶، ۱۸۳/۹۶، ۱۸۴/۹۶،
 ۱۸۵/۹۶، ۱۸۶/۹۶، ۱۸۷/۹۶، ۱۸۸/۹۶، ۱۸۹/۹۶، ۱۹۰/۹۶، ۱۹۱/۹۶، ۱۹۲/۹۶، ۱۹۳/۹۶،
 ۱۹۴/۹۶، ۱۹۵/۹۶، ۱۹۶/۹۶، ۱۹۷/۹۶، ۱۹۸/۹۶، ۱۹۹/۹۶، ۲۰۰/۹۶، ۲۰۱/۹۶، ۲۰۲/۹۶،
 ۲۰۳/۹۶، ۲۰۴/۹۶، ۲۰۵/۹۶، ۲۰۶/۹۶، ۲۰۷/۹۶، ۲۰۸/۹۶، ۲۰۹/۹۶، ۲۱۰/۹۶، ۲۱۱/۹۶،
 ۲۱۲/۹۶، ۲۱۳/۹۶، ۲۱۴/۹۶، ۲۱۵/۹۶، ۲۱۶/۹۶، ۲۱۷/۹۶، ۲۱۸/۹۶، ۲۱۹/۹۶، ۲۲۰/۹۶،
 ۲۲۱/۹۶، ۲۲۲/۹۶، ۲۲۳/۹۶، ۲۲۴/۹۶، ۲۲۵/۹۶، ۲۲۶/۹۶، ۲۲۷/۹۶، ۲۲۸/۹۶،
 ۲۲۹/۹۶، ۲۳۰/۹۶، ۲۳۱/۹۶، ۲۳۲/۹۶، ۲۳۳/۹۶، ۲۳۴/۹۶، ۲۳۵/۹۶، ۲۳۶/۹۶،
 ۲۳۷/۹۶، ۲۳۸/۹۶، ۲۳۹/۹۶، ۲۴۰/۹۶، ۲۴۱/۹۶، ۲۴۲/۹۶، ۲۴۳/۹۶، ۲۴۴/۹۶،
 ۲۴۵/۹۶، ۲۴۶/۹۶، ۲۴۷/۹۶، ۲۴۸/۹۶، ۲۴۹/۹۶، ۲۵۰/۹۶، ۲۵۱/۹۶، ۲۵۲/۹۶،
 ۲۵۳/۹۶، ۲۵۴/۹۶، ۲۵۵/۹۶، ۲۵۶/۹۶، ۲۵۷/۹۶، ۲۵۸/۹۶، ۲۵۹/۹۶، ۲۶۰/۹۶،
 ۲۶۱/۹۶، ۲۶۲/۹۶، ۲۶۳/۹۶، ۲۶۴/۹۶، ۲۶۵/۹۶، ۲۶۶/۹۶، ۲۶۷/۹۶، ۲۶۸/۹۶،
 ۲۶۹/۹۶، ۲۷۰/۹۶، ۲۷۱/۹۶، ۲۷۲/۹۶، ۲۷۳/۹۶، ۲۷۴/۹۶، ۲۷۵/۹۶، ۲۷۶/۹۶،
 ۲۷۷/۹۶، ۲۷۸/۹۶، ۲۷۹/۹۶، ۲۸۰/۹۶، ۲۸۱/۹۶، ۲۸۲/۹۶، ۲۸۳/۹۶، ۲۸۴/۹۶،
 ۲۸۵/۹۶، ۲۸۶/۹۶، ۲۸۷/۹۶، ۲۸۸/۹۶، ۲۸۹/۹۶، ۲۹۰/۹۶، ۲۹۱/۹۶، ۲۹۲/۹۶،
 ۲۹۳/۹۶، ۲۹۴/۹۶، ۲۹۵/۹۶، ۲۹۶/۹۶، ۲۹۷/۹۶، ۲۹۸/۹۶، ۲۹۹/۹۶، ۳۰۰/۹۶،
 ۳۰۱/۹۶، ۳۰۲/۹۶، ۳۰۳/۹۶، ۳۰۴/۹۶، ۳۰۵/۹۶، ۳۰۶/۹۶، ۳۰۷/۹۶، ۳۰۸/۹۶، ۳۰۹/۹۶،
 ۳۱۰/۹۶، ۳۱۱/۹۶، ۳۱۲/۹۶، ۳۱۳/۹۶، ۳۱۴/۹۶، ۳۱۵/۹۶، ۳۱۶/۹۶، ۳۱۷/۹۶،
 ۳۱۸/۹۶، ۳۱۹/۹۶، ۳۲۰/۹۶، ۳۲۱/۹۶، ۳۲۲/۹۶

موضوع رای: عدم ابطال بند ۱ مصوبه شماره ۱۳۹۶/۳/۲۱-۵۴۲۴۰/۳۷۲۹۳

هیئت وزیران (در خصوص کاهش تعرفه بیهوشی) مورخ ۱۳۹۷/۰۶/۱۲

شاکیان: ۱- حجت‌الله جلوداری ۲- مریم السادات مصلائی ۳- آقای سیدرضا ساداتی به وکالت از (محمد عاشوری کیپورچالی- سید سعیدجهانبخش- مهدی فتحی) ۴- فاطمه فرهودی ۵- سمیه بنی یعقوب (حسن تقی زاده- محسن چیت سازی- امیرحسین نجفی ابرندآبادی- علی اکبر محمدشاهی- لادن محمدی- علی فیض- کاظم محمودی نشلی- غلامرضا رضوان- علی عموشاهی) ۶- کیوان نیکنام ۷- حمید زنده نام ۸- هاله وظیفه‌شناس ۹- نگار ورناصری ۱۰- محمدرضا قندی زاده دزفولی ۱۱- فرهمند کلانتری ۱۲- محمدرضا درودیان ۱۳- حسین باقرشاهی ۱۴- پرستو آریانا ۱۵- محمد مهدی دادرسی ۱۶- علی حسنی گورگانی ۱۷- آناهید ملکی ۱۸- سینا دهدشتی ها ۱۹- نوذر نساغیان ۲۰- محمدرضا مهاجر ۲۱- لیلا سعیدی نیا ۲۲- مهران نوئین اصفهانی ۲۳- ابراهیم اسپهبدی ۲۴- نازلی اربابی ۲۵- علیرضا سلیمی نیا ۲۶- رضا باغبانیان ۲۷- فاطمه جواهر فروش زاده ۲۸- سارا جریر احمدی ۲۹- رضا عاطف یکتا ۳۰- افشار اعتمادی آل آقا ۳۱- ساره عبدالهی ۳۲- امیر حدائق ۳۳- سیدخلیل پستهء ۳۴- کامیار خوارزمی ۳۵- ابوالفضل ملاجان ۳۶- مسعود محسنی ۳۷- اصغر جباری ۳۸- محمودعلی یوسفی ۳۹- بهزاد صدری ۴۰- حمید خسرو ضمیری ۴۱- حمیدرضا صانعی ۴۲- نعیمه نعیمی بافقی ۴۳- مرتضی هاشمیان ۴۴- روح اله موحدی نیا ۴۵- رضا پور فلاح کوشالی ۴۶- الهام مقدم خراسانی ۴۷- شروین فرخنده کیش مقدم ۴۸- منصور سلطان زاده ۴۹- محمدرضا قدرتی ۵۰- محسن جمالزاده ۵۱- سیده افسانه فهیم ۵۲- مصطفی فرجی ۵۳- نوید زمانیان ۵۴- فاطر

صائب ۵۵- علیرضا سعدآبادی ۵۶- کاظم کاظم نژاد ۵۷- عبدالرحمن توفیقی راد ۵۸- آرش هروآبادی ۵۹- راضیه همایون ۶۰- حسین محمدی نسب ۶۱- محمد اسماعیلی ۶۲- سیدحسین طراوتی ۶۳- علی تفتیک ۶۴- منصور سیدی ۶۵- مهرداد نوروزی ۶۶- بهمن آیین چهره ۶۷- یداله صابری ۶۸- مینا عبدی ۶۹- مصطفی باقرآبادی‌ها ۷۰- فرانک امانی به وکالت از حمیدرضا ربانیان ۷۱- حمیرا یزدی نژاد ۷۲- کورش نیک نیائی ۷۳- محسن شانه ساززاده ۷۴- حمیده کریمی ۷۵- محسن فلاح اردیزی ۷۶- حسین ستوده ۷۷- ابوالقاسم یوسفی ۷۸- محمدابراهیم زاده معبود ۷۹- محمدرضا فاضل ۸۰- سعید رضوی ۸۱- مهرداد بهزادی ۸۲- فردین رشادکوچصفهانی ۸۳- کامران متقی ۸۴- آرش جعفریه ۸۵- محمد آبروش ۸۶- نرگس رحیمی ۸۷- مسعود نشیبی ۸۸- زهرا سیاح ورگ ۸۹- محمدحسن شمس الاحرار ۹۰- محسن ناسوقی ۹۱- یاشار ایرانپور ۹۲- سارا پور صالحان ۹۳- سعید مالک ۹۴- فرحزاد جنت مکان ۹۵- مریم مخلوق ۹۶- سید محمدرضا رضوی زاده ۹۷- محمد الموتی ۹۸- محمد سلیمانی فر ۹۹- علیرضا اولی پور ۱۰۰- محمدرضا شفاف ۱۰۱- فریبا معتمدی ۱۰۲- علیرضا خواجه نصیری ۱۰۳- آذین میر صدرائی ۱۰۴- امیر حسین نجفی ۱۰۵- بتول غفاری ۱۰۶- حسین کاشانی ۱۰۷- بهرام آریانفر ۱۰۸- حسین علی شریف ۱۰۹- حجت اله بهادری ۱۱۰- نگار ادهمی ۱۱۱- مریم جمشیدی ۱۱۲- سیده‌مجتبی مرعشی ۱۱۳- زهرا رحیمی ۱۱۴- کامران محمودی ۱۱۵- کیهان عظیمی ۱۱۶- محمدرضا لشگری نیا ۱۱۷- الهام شیخ ویسی ۱۱۸- پدرام سهرابی ۱۱۹- فرشته امیری ۱۲۰- لادن محرم زاده ۱۲۱- محمود آقازیارتی ۱۲۲- محمد سعیدی ۱۲۳- الهام مدنی

۱۲۴- کاوه میرمظفری ۱۲۵- ابوالفضل آفریده ۱۲۶- صفیه بهبودی به وکالت از محمد مهدی قیامت ۱۲۷- مجید ارشادی ۱۲۸- مصطفی خواجه احسنی ۱۲۹- محمد غفاری پور ۱۳۰- مهدی ابراهیمی منفرد ۱۳۱- معصومه لطیفی شاهاندشتی ۱۳۲- محسن جوان ۱۳۳- ایران امیرپور ۱۳۴- صاحب آب روشن ۱۳۵- کامبیز اسدی ۱۳۶- فاطمه حاجی محمدی ۱۳۷- محمد قاسمی ۱۳۸- وحیدرضا عشوری ۱۳۹- شیما ترابی ۱۴۰- علیرضا زردان ۱۴۱- بابک فرزاد ۱۴۲- کاوه به آیین ۱۴۳- مریم درخشانی ۱۴۴- مرجان حسن ولی ۱۴۵- احمدرضا مهتدی ۱۴۶- آرش معماریان ۱۴۷- مراد بیات ۱۴۸- امیرحسین اورندی ۱۴۹- سمیه صادقی ۱۵۰- وحید گودرزی ۱۵۱- پوپک پور وحیدی ۱۵۲- شعله نسیون پور ۱۵۳- احسان باستان حق ۱۵۴- محمد دلجوی فرد ۱۵۵- نادرعلی ناظمیان یزدی ۱۵۶- جواد صبائی ۱۵۷- محمدرسول نیکخواه رانکوهی ۱۵۸- اردشیر صدیق افشار ۱۵۹- سیامک توکلی ۱۶۰- مسعود گنجی ۱۶۱- عبدالحسین برادران توکلی ۱۶۲- علی ذبیحی ۱۶۳- مریم نجفیان اشرفی ۱۶۴- ابراهیم صاحبدل ۱۶۵- سوده کوهستانی ۱۶۶- آرزیتا خالوئی پور ۱۶۷- مهشید وزیری ۱۶۸- جعفر وکیلی ۱۶۹- حسین ستاری ۱۷۰- محمد یوسفی ۱۷۱- عماد شفاعی ۱۷۲- مرجان شهبابی ۱۷۳- بابک سبزی وند ۱۷۴- نیکنام باقری ۱۷۵- شیرین سلاجقه ۱۷۶- جعفر صالحی ۱۷۷- سپیده بیگ زاده ۱۷۸- لادن محمدی ۱۷۸- سهی نخعی ۱۷۹- سیدمحمدرضا گوشه ۱۸۰- فرهاد سلطانی ۱۸۱- الهام شیداگلباد ۱۸۲- ربابه داودی ۱۸۳- علی موافق ۱۸۴- سیامک بیانی ۱۸۵- نازنین ابراهیمی ۱۸۶- معصومه علیزاده ۱۸۷- رضا آخوندزاده ۱۸۹- یاشار

تیموریان

گردش کار:

شاکیان همگی به موجب دادخواست‌های جداگانه ولی با متن کاملاً مشابه ابطال بند ۱ مصوبه شماره ۳۷۲۹۳/۵۴۲۴۰-۱۳۹۶/۳/۲۱ هیئت وزیران را خواستار شده‌اند و در جهت تبیین خواسته اعلام کرده‌اند که:

«ریاست محترم دیوان عدالت اداری

با سلام

احتراماً به استحضار می‌رسانم دولت با مصوبه شماره ۳۷۲۹۳/۵۴۲۴۰-۱۳۹۶/۳/۲۱ تصمیم دارد هزینه‌های سوء تدبیر در سیاست‌های بهداشت و درمان را از جیب پزشکان و عمدتاً متخصصین بیهوشی جبران نماید. علی‌هذا با توجه به:

۱- عدم افزایش K بیهوشی طی چند سال گذشته بنا به تصریح رئیس سازمان نظام پزشکی

۲- نرخ تورم سالیانه اعلامی بانک مرکزی

۳- نرخ تورم سالیانه اعلامی مرکز آمار ایران

۴- بالاتر بودن ریسک شغلی متخصصین بیهوشی نسبت به سایر متخصصین با عنایت به جدول ریسک بیمه مرکزی ایران

۵- ضرورت رعایت اصل تداوم حقوق مکتسبه

۶- بند ۹ اصل ۳ قانون اساسی دال بر ممنوعیت تبعیض (مصوبه معنونه، در قیاس متخصصین بیهوشی نسبت به سایر متخصصین، تبعیض ناروا اعمال کرده است)

۷- اصل ۲۰ قانون اساسی

۸- اهمیت مراقبت‌های ویژه و بیهوشی برای کشور چنان بالاست که کشورهای پیشرفته درصد قابل توجهی از تولید ناخالص ملی را برایش لحاظ می‌کنند.

۹- وظیفه ذاتی دولت در کم کردن فشار زندگی و پیروی از آیه ۱۵۷ سوره اعراف (و یضع عنهم اصرهم و الاغلال التي كانت علیهم)

۱۰- ضرورت رعایت اصل انصاف

کاهش تعرفه بیهوشی هیچ توجیه منطقی و قانونی ندارد، لذا تقاضای ابطال بند ۱ مصوبه ۱۳۹۶/۳/۳۱-۵۴۲۴۰/۳۷۲۹۳ هیئت دولت را دارم.»

در پاسخ به اخطار رفع نقضی که از طرف دفتر هیئت عمومی دیوان عدالت اداری برای آقای حجت اله جلوداری ارسال شده بود، به موجب لایحه شماره ۹۸۱ ثبت دفتر اندیکاتور هیئت عمومی شده، پاسخ داده است که:

«دفتر هیئت عمومی دیوان عدالت اداری

سلام علیکم

عطف به اخطاریه رفع نقض پرونده کلاسه ۵۳۵/۹۶ و شماره ۹۶۰۹۹۸۰۹۰۵۸۰۰۴۳۵ به استحضار می‌رسانم در دادخواست ۹ دلیل اشاره به خلاف قانون بودن مصوبه دارند و تنها در یک بند از موضوع شرع مقدس به پرونده نگاه شده است. بدیهی است که شارع مقدس فقط کلیات و اصول را اعلام و تشریح می‌نماید و مصادیقی چون موضوع این پرونده را قید نمی‌نماید. علی‌ای حال یادآور می‌شوم بنده ۱ مصوبه معنونه، مشکلات و موانع بسیاری برای متخصصین بیهوشی به وجود می‌آورد که بروز این مشکلات بر خلاف وظیفه ذاتی دولت اسلامی در کم کردن فشار زندگی است. این وظیفه ذاتی دولت به‌طور صریح در آیه ۱۵۷ سوره اعراف اعلام شده است «و یضع عنهم اصرهم و الاغلال التي كانت علیهم». این آیه دولت اسلامی را موظف می‌کند تا بار گران را از دوش انسان‌ها بردارد و بند و زنجیرها را بگشاید. دولت قول داده بود قفل‌ها را باز کند نه اینکه قفل‌های بیشتری بر امور بزند و هزینه سوء تدبیر در طرح تحول سلامت را از جیب امثال متخصصین بیهوشی بپردازد. ضمناً آیین مذکور عیناً به‌عنوان مستند قانونی

در مقدمه قانون اساسی، بخش شیوه حکومت در اسلام، پاراگراف ۳ خط آخر نیز قرار گرفته است.

حکم شرعی دیگر آیه ۵۸ سوره نساء است «اذا حکمتم بین الناس ان تحکموا بالعدل» این حکم شرعی نیز عیناً و صراحتاً در مقدمه قانون اساسی، بخش قضا در قانون اساسی خط آخر قید شده است. بر این اساس تصمیم گیران باید بین متخصصین، عدالت را رعایت کنند. ضمناً تقاضا داریم به استدلال‌های ۹ گانه خلاف قانون بودن مصوبه نیز دقت لازم به عمل آید. پیشاپیش از بذل توجه و عدالت‌طلبی هیئت سپاسگزاری می‌کنم.»

متن مصوبه مورد اعتراض به قرار زیر است:

«جناب آقای هاشمی وزیر محترم بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

جناب آقای ربیعی وزیر محترم تعاون، کار و رفاه اجتماعی

جناب آقای نویخت معاون محترم رئیس‌جمهور و رئیس سازمان برنامه‌وبودجه کشور

با سلام، پیشنهاد مشترک وزارتخانه‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی-تعاون، کار و رفاه اجتماعی و سازمان برنامه‌وبودجه کشور در خصوص اصلاح کتاب ارزش نسبی خدمات سلامت در جلسه ۱۳۹۶/۳/۲۸ هیئت‌وزیران مطرح و ضمن تصویب اصلاحات زیر مقرر شد سایر تغییرات کتاب یاد شده با تائید وزیران بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و تعاون، کار و رفاه اجتماعی و رئیس سازمان برنامه‌وبودجه کشور ظرف یک ماه با تأکید بر کاهشی بودن و نداشتن بار مالی برای دولت تهیه و نتیجه به‌عنوان مصوبه هیئت‌وزیران ابلاغ شود:

۱- تعرفه خدمات بیهوشی و درد در بخش‌های دولتی، عمومی غیردولتی و خصوصی و خیریه نسبت به ویرایش دوم، بیست‌وپنج درصد (۲۵٪) کاهش یابد.

۲- سرجمع خدمات سونوگرافی، بیست و دو و نیم درصد (۲۲/۵٪) نسبت به ویرایش دوم کاهش می‌یابد.

۳- آنژیوگرافی عروق کرونر (۸) واحد (۵) واحد جزء حرفه‌ای و ۳ واحد جزء فنی) و اکوکاردیوگرافی غیر مادرزادی (کد ۹۰۰۷۸۵) (۱/۵) واحد (۱) واحد جزء حرفه‌ای و ۰/۵ (۱) واحد جزء فنی) کاهش می‌یابد و در خدمت آنژیوپلاستی عروق کرونر (۳) واحد از جزء حرفه‌ای کم و به جزء فنی اضافه می‌شود.

۴- علامت # خدمات ویزیت و مشاوره در بخش بستری و اورژانس اضافه می‌شود و ارزش ضریب ریالی این خدمات در بخش خصوصی، بیست درصد (۲۰٪) بالاتر از ضریب ریالی سایر خدمات سرپایی محاسبه می‌شود.

۵- دو خدمت شیمی درمانی (کدهای ۹۰۱۵۴۰ و ۹۰۱۵۴۵)، سی درصد (۳۰٪) کاهش می‌یابد.

۶- ارزش نسبتی ویتامین (۳) D کدهای ۸۰۱۵۱۰ و ۸۰۱۵۱۵) از (۱/۸) واحد به (۱) واحد کاهش می‌یابد.

۷- بخش دارویی ارزش نسبی خدمات پزشکی هسته‌ای حذف می‌شود. در خصوص ادعای شکات مبنی بر مغایرت مصوبه شماره ۵۴۲۴۰/۳۷۲۹۳-۱۳۹۶/۳/۲۱ هیئت‌وزیران با شرع مقدس اسلام، قائم‌مقام دبیر شورای نگهبان به‌موجب نامه شماره ۹۶/۱۰۲/۴۰۴۷-۱۳۹۶/۱۱/۳ اعلام کرده است که:

«رئیس محترم هیئت عمومی دیوان عدالت اداری

با سلام و تحیت

موضوع بند ۱ مصوبه شماره ۵۴۲۴۰/۳۷۲۹۳-۱۳۹۶/۳/۳۱ هیئت دولت، در جلسه مورخ ۱۳۹۶/۱۰/۲۷ فقهای معظم شورای نگهبان مورد بحث و بررسی قرار گرفت و نظر فقها به شرح ذیل اعلام می‌گردد: «با توجه به اینکه هیئت دولت ظاهراً حق جعل این‌گونه مصوبات را دارد بنابراین مصوبه مذکور خلاف موازین شرع شناخته نشد.»

در پاسخ به شکایت مذکور، سرپرست معاونت امور حقوقی دولت به‌موجب لایحه شماره ۱۳۹۶/۱۲/۱۷-۳۴۱۸۸/۱۶۲۲۷۵ توضیح داده است که:

«جناب آقای دربین

مدیرکل محترم دفتر هیئت عمومی و هیئت‌های تخصصی دیوان عدالت اداری
با سلام و احترام

بازگشت به ابلاغیه شماره ۹۶۰۹۹۸۰۹۰۵۸۰۰۴۳۵ (کلاس ۵۳۵/۹۶)، موضوع
ارسال نسخه دوم درخواست آقای حجت اله جلوداری به خواسته «ابطال بند ۱ نامه
شماره ۱۳۹۶/۳/۳۱-۵۴۲۴۰/۳۷۲۹۳ دبیر هیئت دولت اعلام می‌دارد:

۱- ایراد شکلی مطروحه در نظریات موصوف دایر بر اینکه تصمیم یاد شده (مورد
اعتراض شاکی) صرفاً در مقام بیان و ابلاغ تصمیم داخلی و مقدماتی هیئت دولت
به مبادی ذی‌ربط بوده و به‌عنوان مصوبه نهایی در این زمینه محسوب نمی‌گردد
مورد تأکید است.

۲- همان‌گونه که در نظریات مذکور، اشاره گردیده است، کتاب یاد شده بعد از
گذشت حدود سه دهه و برای اولین بار در سال ۱۳۹۳ مورد بازنگری قرار گرفته و
در ویرایش اول و دوم آن تعرفه خدمات موردنظر شاکی به میزان ۱۲۰ درصد
(بیش از نرخ رسمی تورم) افزایش یافته است. متعاقباً با توجه به اینکه افزایش
نامتعارف مذکور موجب افزایش هزینه‌های غیر ضرور و سازمان‌های بیمه‌گر و مردم
(بدون ارتقاء در کیفیت خدمات) شده است لذا موضوع در هیئت‌وزیران مطرح و
مقرر گردید تعرفه خدمات یاد شده به شرح مقرر در بند (۱) نامه مورد اشاره به
میزان ۲۵ درصد کاهش یابد که در مجموع با لحاظ افزایش‌های قبلی، همچنان این
رقم بیشتر از نرخ رسمی تورم در مجموع سنوات ۱۳۹۳ تاکنون می‌باشد.

۳- در ضمن در رابطه با صلاحیت شورای عالی بیمه سلامت کشور و هیئت‌وزیران
در تائید و تصویب مقررات مربوط به بازنگری ارزش نسبی و تعیین تعرفه خدمات
سلامت (بالاخص با تأکید قانون‌گذار به رعایت اصل تعادل منابع و مصارف و قیمت
واقعی خدمات)، نظر آن مرجع را به مفاد ماده (۹) قانون احکام دائمی برنامه‌های
توسعه کشور (مصوب ۱۳۹۵) به شرح ذیل معطوف می‌دارد:

« ماده ۹- الف- شورای عالی بیمه سلامت کشور مکلف است هر ساله قبل از تصویب بودجه سال بعد در هیئت وزیران نسبت به بازنگری ارزش نسبی و تعیین تعرفه خدمات سلامت برای کلیه ارائه دهندگان خدمات بهداشتی، درمان و تشخیص در کشور اعم از دولتی و غیردولتی و خصوصی با رعایت اصل تعادل منابع و مصارف و قیمت واقعی در جهت تقویت رفتارهای مناسب بهداشتی، درمانی و مبانی محاسباتی واحد و یکسان با حق فنی واقعی یکسان برای بخش دولتی و غیردولتی در شرایط رقابتی و بر اساس بند (۸) ماده (۱) و مواد (۸) و (۹) قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور مصوب ۱۳۷۳/۸/۳ اقدام و مراتب را پس از تأیید سازمان برنامه و بودجه کشور، قبل از پایان هر سال برای سال بعد جهت تصویب به هیئت وزیران ارائه کند. این بند به عنوان یک ماده بعد از ماده (۲) قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور مصوب ۱۳۷۳/۸/۳ الحاق می‌گردد». در خاتمه با توجه به موارد معنونه، صدور تصمیم شایسته مبنی بر رد شکایت مطروحه مورد استدعاست.»

هیئت عمومی دیوان عدالت اداری در تاریخ ۱۳۹۷/۲/۴ با حضور رئیس و معاونین دیوان عدالت اداری و رؤسا و مستشاران و دادرسان شعب دیوان تشکیل شد و پس از بحث و بررسی با اکثریت آراء به شرح زیر به صدور رأی مبادرت کرده است.

رأی هیئت عمومی

الف: با توجه به اینکه مطابق تبصره ۲ ماده ۸۴ و ماده ۸۷ قانون تشکیلات و آیین دادرسی دیوان عدالت اداری مصوب سال ۱۳۹۲ نظر فقهای شورای نگهبان از بعد شرعی برای هیئت عمومی لازم الاتباع است و قائم مقام دبیر شورای نگهبان به موجب نامه شماره ۹۶/۱۰۲/۴۰۴۷-۱۳۹۶/۱۱/۳-۹۶/۱۰۲/۴۰۴۷ اعلام کرده است که فقهای شورای نگهبان بند ۱ مصوبه شماره ۱۳۹۶/۳/۳۱-۵۴۲۴۰/۳۷۲۹۲ هیئت وزیران را خلاف شرع تشخیص نداده‌اند، بنابراین در اجرای احکام قانونی فوق‌الذکر حکم بر عدم ابطال بند ۱ مصوبه مورد اعتراض از بُعد شرعی صادر می‌شود.

ب: مطابق بند الف ماده ۹ قانون احکام دائمی برنامه‌های توسعه کشور مصوب سال ۱۳۹۵، بازنگری ارزش نسبی و تعیین تعرفه خدمات سلامت برای کلیه ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی، درمان و تشخیص در کشور اعم از دولتی و غیردولتی و خصوصی با رعایت اصل تعادل منابع و مصارف و قیمت واقعی در جهت تقویت رفتارهای مناسب بهداشتی، درمانی و مبنای محاسباتی واحد و یکسان با حق فنی واقعی یکسان برای بخش دولتی و غیردولتی در شرایط رقابتی و بر اساس بند ۸ ماده ۱ و مواد ۹ و ۸ قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور مصوب سال ۱۳۷۳ بر عهده هیئت‌وزیران قرار گرفته است. نظر به اینکه بازنگری ارزش نسبی و تعیین تعرفه هم ناظر بر افزایش و هم ناظر بر کاهش تعرفه و ارزش نسبی است و فقط با افزایش ملازمه ندارد و از طرفی مصوبه علاوه بر کاهش تعرفه بیهوشی در موارد دیگر نیز کاهش دارد و از مصادیق تبعیض ناروا نیست و با مقررات مورد استناد شاکیان مغایرت ندارد، بنابراین بند ۱ مصوبه مورد اعتراض مغایر قانون و خارج از حدود اختیارات، تصویب نشد و قابل ابطال تشخیص نشد.

تاریخ: ۲۰ شهریور ۱۳۹۷

شماره دادنامه: ۱۴۰۸

کلاس پرونده: ۸۴۴/۹۶

موضوع رای: ابطال برخی کدهای کتاب ارزش نسبی خدمات سلامت موضوع تصویب‌نامه شماره ۷۰۳۵۸/ت/۵۴۲۴۰-هـ-۱۳۹۶/۶/۹ هیئت‌وزیران (در خصوص حق فنی داروخانه‌ها) مورخ ۱۳۹۷/۰۶/۲۰

شاکی: آقای قاسم لطفیان همدانی

گردش کار:

آقای قاسم لطفیان همدانی به‌موجب دادخواستی ابطال کدهای ۹۰۲۰۱۵، ۹۰۲۰۲۰، ۹۰۲۰۲۱، ۹۰۲۰۲۲، ۹۰۲۰۲۵ و ۹۰۲۰۲۶ از کتاب ارزش نسبی خدمات سلامت موضوع تصویب‌نامه شماره ۷۰۳۵۸/ت/۵۴۲۴۰-هـ-۱۳۹۶/۶/۹ هیئت‌وزیران را خواستار شده و در جهت تبیین خواسته اعلام کرده است که: «با سلام و احترام به استحضار عالی می‌رساند: هیئت‌وزیران در جلسه مورخ ۸/۶/۱۳۹۶ بدون توجه به احکام مکرر آن مرجع اقدام به تصویب مصوبه مورد ادعا در کتاب ارزش نسبی خدمات سلامت نموده که در خصوص حق فنی داروخانه‌ها رعایت احکام صادر نگردیده و خدمات پزشکان داروساز را در ردیف خدمات تشخیصی جهت برخورداری از حق فنی قرار داده است. لذا چون مصوبه مذکور در خصوص خدمات فنی که این بار آن را تغییر و به مدیریت خدمات دارویی تفسیر نموده‌اند مخالف قوانین موجد حق می‌باشد تقاضای ابطال آن از زمان تصویب مورد استدعاست.»

در پی اخطار رفع نقصی که از طرف دفتر هیئت عمومی برای شاکی ارسال شده بود، وی به‌موجب لایحه‌ای که به شماره ۱۷۱۸-۳۰/۸/۱۳۹۶ ثبت دفتر اداره کل امور هیئت عمومی و هیئت‌های تخصصی دیوان عدالت اداری شده اعلام کرده است که:

«هیئت محترم عمومی دیوان عدالت اداری

با سلام احتراماً عطف به اخطاریه رفع نقص ۱۳۹۶/۸/۸ شماره پرونده ۹۶۰۹۹۸۰۹۰۵۸۰۶۳ کلاسه بایگانی ۸۴۴/۹۶ آن هیئت در خصوص موارد نقص دادخواست تقدیمی که در اخطاریه آمده است به شرح ذیل رفع نقص می‌گردد:

۱- مصوبه مورد شکایت با قسمت اخیر اصل ۱۷۰ قانون اساسی مغایرت دارد.
 ۲- مصوبه مورد شکایت در بند ۷ ماده ۱ قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور و مفهوم این قانون مغایرت دارد زیرا فرانشیز را قسمتی از درمان می‌داند که بیمه شده باید در زمان دریافت خدمات درمانی پرداخت نماید حال که فرانشیز قسمتی از هزینه درمان می‌باشد کدام بیمه درمانی حق فنی را جزئی از درمان می‌داند که بتوان نسبت به حق بیمه از خدمات دارویی از کتاب نسبی فرانشیز دریافت و سهم بیمه‌گر را لحاظ نمود؟ مگر نه این است که خوانندگان از اهالی بیمه می‌باشند چرا و چگونه آن را در ردیف فرانشیز درج ننموده‌اند تا آنان که مصوب چنین تزییع حقی شده‌اند خود نیز نسبت به قسمتی از آن برخوردار باشند؟ دلیل آن اظهار من الشمس است زیرا قوه مقننه چنین مجوزی به آن‌ها ارائه ننموده. در بودجه سالیانه لحاظ نمی‌گردد در نتیجه بیمه‌گذار مخالف مستندات ارائه شده مجبور به پرداخت است و دیواری کوتاه‌تر و سست‌تر از دیوار بیمه‌گذار نمی‌توان پیدا نمود؟

۳- وانگهی به استناد ماده ۹ تبصره ذیل آن در قانون مذکور مقنن مابه‌التفاوتی در بودجه سالیانه در نظر خواهد گرفت که موضوع خواسته از شمول آن خارج است.

۴- به پیوست صفحه نخست مصوبه مورد شکایت و استناد به تمامی کتاب مورد شکایت اعلام می‌دارد: در کتاب مذکور تمامی موارد مندرج در آن مورد قبول سازمان‌های بیمه‌گر می‌باشد و هزینه آن را پرداخت می‌نمایند مگر مباحث مورد شکایت که از خدمات تشخیصی نمی‌باشد هر چند در صفحه ارائه شده به حضور و

دستور معاون اول ریاست‌جمهور که کتاب مذکور را بر عموم ارائه‌کنندگان خدمات سلامت در بخش‌های دولتی غیردولتی، خیریه، خصوصی سازمان‌های بیمه‌گر پایه و تکمیلی لازم‌الاجرا اعلام نموده است لیکن هیچ سازمان بیمه‌ای از تمکین از مصوبه مخالف قوانین استنکاف می‌نمایند بار مالی آن بر عهده بیمه‌گذار قرار گرفته است.

۵ - مورد شکایت از موارد سوءاستفاده بیمارستان‌های دولتی می‌باشد زیرا بیمارستان‌های دولتی هم در نوبت‌های کاری حتی صبح‌ها که قطعاً پزشک داروساز کادر ثابت خویش استفاده می‌نمایند از بیماران اداره خویش نیز حق فنی دریافت می‌نمایند مؤید ادعا بیمارستان ابن‌سینا همدان (ارتش) طی پرونده کلاسه شماره ۹۳۰۹۹۸۰۹۰۰۶۰۰۱۴۳ اجرایی شعبه ۵ اجرای احکام دیوان عدالت اداری حتی مخالف طرح حکمت ارتش می‌باشد.

التهایه در صورت نارسایی در پاسخ به ماده ۴ قانون آیین دادرسی دادگاه‌های عمومی و انقلاب و اصل ۱۶۷ قانون اساسی استناد و از قضات به‌منظور صیانت از حقوق جامعه تقاضای یافتن حکم قضیه از منابع معتبر فقهی، قانونی مورد استدعاست.»

متن مقررہ مورد اعتراض به قرار زیر است:

«وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی- وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی، سازمان برنامه‌وبودجه کشور

هیئت‌وزیران در جلسه ۱۳۹۶/۶/۸ به پیشنهاد مشترک وزارتخانه‌های بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تعاون، کار و رفاه اجتماعی و سازمان برنامه‌وبودجه کشور و تأیید شورای عالی بیمه سلامت کشور و به استناد بند (الف) ماده (۹) قانون احکام دائمی برنامه‌های توسعه کشور، مصوب ۱۳۹۵، تصویب کرد: ویرایش سوم کتاب ارزش نسبی خدمات سلامت به شرح پیوست که به مهر دفتر هیئت دولت تأیید شده است، برای کلیه ارائه‌دهندگان خدمات سلامت در بخش‌های دولتی،

عمومی غیردولتی، خیریه، خصوصی و سازمان‌های بیمه‌گر پایه و تکمیلی از تاریخ ابلاغ این تصویب‌نامه لازم‌الاجرا است.

معاون اول رئیس‌جمهور

ارزش پایه بیهوشی	فنی	حرفه‌ای	شرح کد	ویژگی کد	کد ملی
.	۰/۰۲	۰/۰۸	مدیریت خدمات دارویی برای بیماران بستری، به ازای هر روز بستری با رعایت استانداردهای وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (هزینه مکانیزاسیون به صورت جداگانه قابل محاسبه و اخذ نمی‌باشد)	*#	۹۰۲۰۱۵
.	۰/۰۲	۰/۰۸	مدیریت خدمات دارویی برای نسخ سرپایی، به ازای هر نسخه با رعایت استانداردهای وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (این کد برای داروهای OTC قابل گزارش و اخذ نمی‌باشد) (هزینه مکانیزاسیون به صورت جداگانه قابل محاسبه و اخذ نمی‌باشد).	*#	۹۰۲۰۲۰
.	.	۰/۰۱	مدیریت خدمات دارویی برای داروهای OTC (هزینه مکانیزاسیون به صورت جداگانه قابل محاسبه و اخذ نمی‌باشد).	*#	۹۰۲۰۲۱
.	۰/۰۲	۰/۰۸	مدیریت خدمات دارویی برای داروهای ترکیبی، به ازای هر قلم دارو با رعایت استانداردهای وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (هزینه مکانیزاسیون به صورت جداگانه قابل محاسبه و اخذ نمی‌باشد). (این کد با کد ۹۰۲۰۲۰ قابل گزارش و محاسبه نمی‌باشد)	*#	۹۰۲۰۲۲
.		۴/۵	خدمات مدیریت درمان دارویی به درخواست پزشک معالج و حضور رودر روی پزشک داروساز بر بالین بیمار و ارائه مشاوره و انجام مداخلات لازم)	*#	۹۰۲۰۲۵
.		۴	تلفیق دارویی برای بیماران بستری بر اساس استانداردهای ابلاغی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	*#	۹۰۲۰۲۶

در پاسخ به شکایت مذکور، معاونت امور حقوقی دولت [حوزه معاونت حقوقی رئیس‌جمهور] به موجب لایحه شماره ۳۵۲۴۶/۳۷۴۷۸-۱۳۹۷/۳/۲۳ توضیح داده است که:

«جناب آقای دربین

مدیرکل محترم دفتر هیئت عمومی و هیئت‌های تخصصی دیوان عدالت اداری

با سلام و احترام

بازگشت به ابلاغیه شماره ۹۶۰۹۹۸۰۹۰۵۸۰۰۶۳۵ (کلاس ۸۴۴/۹۶)، موضوع ارسال نسخه دوم درخواست آقای قاسم لطفیان همدانی، به خواسته «ابطال تعرفه مدیریت خدمات دارویی موضوع کدهای ۹۰۲۰۱۵، ۹۰۲۰۲۰، ۹۰۲۰۲۲، ۹۰۲۰۲۵ و ۹۰۲۰۲۶ تصویب‌نامه شماره ۷۰۳۵۸/ت ۵۴۲۴۰ هـ-۱۳۹۶/۶/۹ هیئت‌وزیران و ویرایش کتاب سوم ارزش نسبی خدمات سلامت» ضمن ایفاد تصویر نظریه شماره ۱۰۷/۶۲۲۱-د-۱۳۹۶/۱۲/۱۴ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، اعلام می‌دارد:

دفاع ماهوی:

۱- برابر جزء (۶) بند (۹) سیاست‌های کلی نظام سلامت (ابلاغی ۱۳۹۳)، در تدوین حق فنی به‌عنوان یکی از اهداف توسعه کمی و کیفی بیمه‌های بهداشتی و درمانی مقرر گردیده است: «۹- توسعه کمی و کیفی بیمه‌های بهداشتی و درمانی با هدف: ۹-۶- تدوین تعرفه خدمات و مراقبت‌های سلامت مبتنی بر شواهد و بر اساس ارزش‌افزوده با حق فنی واقعی یکسان برای بخش دولتی و غیردولتی.»

۲- در راستای اجرای سیاست‌های کلی یاد شده، برابر ماده (۹) قانون احکام دائمی برنامه‌های توسعه کشور (لازم‌الاجراء از ابتدای سال ۱۳۹۶)، در رابطه با تعیین تعرفه خدمات سلامت و نیز حق فنی واقعی، عنوان می‌گردد: «ماده ۹- الف- شورای عالی بیمه سلامت کشور مکلف است هر ساله قبل از تصویب بودجه سال بعد در هیئت‌وزیران نسبت به بازنگری ارزش نسبی و تعیین تعرفه خدمات سلامت

برای کلیه ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی، درمان و تشخیص در کشور اعم از دولتی و غیردولتی و خصوصی با رعایت اصل تعادل منابع و مصارف و قیمت واقعی در جهت تقویت رفتارهای مناسب بهداشتی، درمانی و مبنای محاسباتی واحد و یکسان با حق فنی واقعی یکسان برای بخش دولتی و غیردولتی در شرایط رقابتی و بر اساس بند (۸) ماده (۱) و مواد (۸) و (۹) قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور مصوب ۱۳۷۳/۸/۳ اقدام و مراتب را پس از تأیید سازمان برنامه‌و بودجه کشور، قبل از پایان هر سال برای سال بعد جهت تصویب به هیئت‌وزیران ارائه کند. این بند به‌عنوان یک ماده بعد از ماده (۲) قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور مصوب ۱۳۷۳/۸/۳ الحاق می‌گردد.» لازم به توضیح است عبارت «حق فنی» در احکام مرتبط قانون برنامه پنجم توسعه (بند ده ماده ۳۸) که مبنای ویرایش کتاب‌های اول و دوم ارزش نسبی خدمات سلامت و همچنین صدور دادنامه شماره ۴۴-۱۳۹۷/۱/۲۸ هیئت عمومی دیوان عدالت اداری بوده است، وجود نداشته و این عبارت در احکام دائمی برنامه‌های توسعه کشور، به شرح فوق مورد تصریح و حکم قانون‌گذار قرار گرفته است.

۳- با توجه به موارد مزبور، هیئت‌وزیران برابر تصویب‌نامه مورد اشاره اقدام به تعیین حق فنی داروخانه‌ها که از مصادیق بارز خدمات سلامت (موضوع بندهای ۴، ۵ و ۱۲ سیاست‌های کلی سلامت، ماده ۱ قانون مربوط به مقررات امور پزشکی و دارویی و مواد خوردنی و آشامیدنی مصوب ۱۳۳۴ و ...) می‌باشد، با عنوان مدیریت خدمات دارویی نموده که کاملاً در چارچوب موازین قانونی مربوطه می‌باشد.

۴- لازم به توضیح است، برابر مصوبات مربوطه (نظیر ماده ۲۴ آیین‌نامه تأسیس و اداره داروخانه‌ها، مصوبه سال ۱۳۹۱ هیئت‌وزیران در تعیین نحوه ارائه خدمات حرفه‌ای در داروخانه‌ها و ...) اهم خدمات دارویی موصوف شامل مواردی از قبیل تشخیص داروی تجویز شده توسط پزشک مربوط، تشخیص اصلی بودن داروی تجویز شده و معتبر بودن تاریخ مصرف آن، ارائه توضیحات لازم به بیمار در

خصوص نحوه مصرف و عوارض داروی مورد نیاز، ساخت داروهای ترکیبی تجویز شده توسط پزشک مربوط و ... می‌باشد. در خاتمه با توجه به موارد معنونه صدور تصمیم شایسته مبنی بر رد شکایت مطروحه مورد استدعاست.

متن نامه شماره ۱۰۷/۶۲۲۱-د/۱۳۹۶/۱۲/۱۴ دفتر امور حقوقی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به قرار زیر است:

«سرکار خانم تقی‌زاده

ریاست محترم امور تنظیم لوایح و تصویب‌نامه‌ها و دفاع از مصوبات دولت

با اهدای سلام

احتراماً در خصوص پرونده کلاسه ۸۴۴/۹۶ موضوع شکایت آقای قاسم لطفیان همدانی به خواسته ابطال کدهای ۹۰۲۰۱۵، ۹۰۲۰۲۰، ۹۰۲۰۲۱، ۹۰۲۰۲۲، ۹۰۲۰۲۵ و ۹۰۲۰۲۶ از کتاب ارزش نسبی خدمات سلامت موضوع تصویب‌نامه شماره ۷۰۳۵۸/ت ۵۴۲۴۰ هـ-۱۳۹۶/۶/۹ هیئت‌وزیران مراتب ذیل به استحضار می‌رسد:

۱- نامبرده در دادخواست تقدیمی با این ادعا که کدهای فوق‌الذکر از مصوبه مذکور با بند ۷ ماده ۱ قانون بیمه همگانی کشور مغایرت دارد و همچنین با اعلام این موضوع که سازمان‌های بیمه از اجرای مصوبه مذکور خودداری می‌نمایند و بار مالی پرداخت هزینه‌های آن بر عهده بیمه‌گذار قرار گرفته است متقاضی ابطال کدهای مورد اشاره در کتاب ارزش نسبی خدمات سلامت شده است.

۲- کتاب ارزش نسبی خدمات سلامت مستند به بند الف ماده ۹ قانون احکام دائمی برنامه‌های توسعه کشور به پیشنهاد مشترک وزارتخانه‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تعاون، کار و رفاه اجتماعی و سازمان برنامه‌وبودجه کشور پس از تأیید شورای عالی بیمه سلامت کشور به تصویب هیئت‌وزیران رسیده است.

۳- مطابق بند (الف) ماده (۹) قانون احکام دائم برنامه‌های توسعه، شورای عالی بیمه سلامت کشور مکلف است هر ساله قبل از شروع سال جدید نسبت به بازنگری

ارزش نسبی و تعیین تعرفه خدمات سلامت برای کلیه ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی، درمان و تشخیصی در کشور اعم از دولتی و غیردولتی و خصوصی اقدام و مراتب را پس از تأیید سازمان برنامه‌بودجه کشور جهت تصویب به هیئت‌وزیران ارائه نماید. لذا تعیین ارزش نسبی و تعرفه خدمات سلامت جهت کلیه ارائه‌دهندگان خدمات سلامت از وظایف اصلی و مؤکد شورای عالی بیمه سلامت کشور می‌باشد و بر این اساس تعیین ارزش نسبی برای مدیریت خدمات دارویی نیز که از جمله خدمات سلامت می‌باشد یکی از تکالیف قانونی شورای مذکور بوده است.

۴- اشاره می‌نماید که این مجموعه به‌طور همه‌جانبه به ساماندهی و ارزش‌گذاری کلیه فعالیت‌های درمانی، تشخیصی و دارویی پرداخته به‌نحوی که به‌عنوان مثال خدمت گزارش پزشکی در دادگاه به ازای هر ساعت با کد ۹۰۱۹۰۰ که به‌طور مستقیم ماهیت تشخیصی و درمانی ندارد نیز در این کتاب دارای کد می‌باشد. بر این است کلیه خدمات دارویی نیز در کتاب مذکور که توسط انجمن پزشکی آمریکا (AMA) به‌طور سالیانه برای کلیه کشورهای دنیا به‌روزرسانی می‌شود، دارای کد مشخص می‌باشند.

۵- لازم به توضیح است وفق بند ۱۵ ماده ۱ قانون تشکیلات و وظایف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تعیین مبانی محاسبه هزینه‌های خدمات تشخیصی و درمانی، دارویی، بهزیستی و تعیین تعرفه‌ها در بخش دولتی و غیردولتی و ... از وظایف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می‌باشد. همچنین برابر بند ۶-۹ سیاست‌های کلی سلامت ابلاغی مقام معظم رهبری نیز تدوین تعرفه خدمات و مراقبت‌های سلامت مبتنی بر شواهد و بر اساس ارزش‌افزوده با حق فنی واقعی یکسان برای بخش دولتی و غیردولتی از وظایف این وزارتخانه اعلام شده است. لذا در این راستا و با توجه به مسئولیت‌های حاکمیتی وزارت متبوع و شفاف‌سازی و صحت‌نهادن بر وظایف تشخیصی درمانی پزشکان

داروساز، در پی تدوین کتاب ارزش نسبی خدمات سلامت کشور بر مبنای استانداردهای جهانی صورت گرفته و بنا بر ماهیت ذاتی خدمات و مسئولیت‌ها و مداخلات الزامی داروسازان و شکل و جایگاه ارائه و با توجه به اینکه خدمات داروسازان در نظامات سلامت جزو ارکان اصلی خدمات تشخیصی درمانی محسوب می‌گردد، استانداردهای لازم در آن طی کدهای خدمتی برای ارائه در مؤسسات مختلف پزشکی مورد تصریح قرار گرفته است.

۶- لازم به ذکر است، از آنجاکه تحویل صحیح دارو به بیمار و راهنمایی بیمار در مورد چگونگی مصرف صحیح داروها اهمیت بسیاری دارد بنابراین خدماتی که توسط دکتر داروساز انجام می‌شود، بخشی از فرایند درمان و تکمیل‌کننده چرخه درمان بیماران می‌باشد. این خدمات در قالب مدیریت خدمات دارویی برای نسخ سرپایی به ازای هر نسخه مطابق استاندارد بین‌المللی تعریف شده است، لازم به ذکر است استاندارد مدیریت خدمات دارویی مطابق قانون توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تدوین و جهت اجرا ابلاغ شده است و رعایت آن در سراسر کشور الزامی می‌باشد. در این راستا به پیوست تصویر پاسخ‌های معاونت غذا و دارو و دبیرخانه شورای عالی بیمه سلامت نیز جهت استحضار و بهره‌برداری به پیوست ایفاد می‌گردد.» هیئت عمومی دیوان عدالت اداری در تاریخ ۱۳۹۷/۶/۲۰ با حضور رئیس و معاونین دیوان عدالت اداری و رؤسا و مستشاران و دادرسان شعب دیوان تشکیل شد و پس از بحث و بررسی با اکثریت آراء به شرح زیر به صدور رأی مبادرت کرده است.

رأی هیأت عمومی

نظر به اینکه در مواد ۷ و ۸ قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور مصوب سال ۱۳۷۳ و بند الف ماده ۹ قانون احکام دائمی برنامه‌های توسعه کشور مصوب سال ۱۳۹۵، هیئت‌وزیران صرفاً برای تعیین تعرفه و ارزش نسبی خدمات در حوزه

خدمات تشخیصی، درمانی واجد اختیارات است و تعیین تعرفه و ارزش نسبی خدمات در حوزه خدمات دارویی خارج از صلاحیت هیئت‌وزیران است و هیئت عمومی دیوان عدالت اداری در موارد مشابه به شرح دادنامه شماره ۴۴-۱۳۹۷/۱/۲۸ رأی به ابطال مصوبه مشابه صادر کرده است، بنابراین کدهای مورد شکایت مغایر قانون و خارج از حدود اختیار مرجع تصویب تشخیص شد و به استناد بند ۱ ماده ۱۲ و مواد ۸۸ و ۱۳ قانون تشکیلات و آیین دادرسی دیوان عدالت اداری مصوب سال ۱۳۹۲ از تاریخ تصویب ابطال می‌شود.

تاریخ: ۱۰ مهر ۱۳۹۷

شماره دادنامه: ۱۵۶۱

کلاسه پرونده: ۱۴۲۰/۹۶

موضوع رای: عدم صلاحیت (در خصوص اعمال محدودیت خدمات بیمه سلامت برای اعضاء خانواده بیمه همگانی) مورخ ۱۳۹۷/۰۷/۱۰

شاکی: آقای مهدی رحیمی

گردش کار:

شاکی به موجب دادخواستی ابطال بخشنامه شماره ۱۳۹۶/۴/۲۴-۹۶/۱۴۵۷۴۴ سازمان بیمه سلامت ایران را خواستار شده و در جهت تبیین خواسته اعلام کرده است که:

«احتراماً به استحضار عالی می‌رساند این جانب مهدی رحیمی دارای دفترچه بیمه درمانی سلامت همگانی از استان همدان می‌باشم که افراد تحت تکفل بنده همسر و دو فرزندم می‌باشند. اخیراً بیمه سلامت همگانی اقدام به صدور دستورالعمل شماره ۱۳۹۶/۷/۳۰-۹۶/۲۷۸۱۶۱ نموده و اداره کل بیمه سلامت استان همدان نیز پیرو آن دستورالعمل اقدام به صدور دستورالعمل شماره ۱۳۹۶/۸/۱-۹۶/۲۷۸۵۳۰ نموده و برابر این دستورالعمل محدودیت‌های بسیاری برای اعضاء خانواده بیمه سلامت همگانی قائل گردیده است از جمله اینکه برابر این بخشنامه دارندگان بیمه سلامت فقط در مراکز دولتی و پزشکان خانواده، مشمول بیمه خواهند بود و در مراکز خصوصی آزاد محاسبه می‌گردد و همچنین در هر روز فقط یک برگه از نسخه دفترچه بیمه را می‌توان استفاده کرد و مازاد بر آن آزاد محاسبه می‌شود و یا اینکه نسخ دارویی فقط به شرط تجویز توسط پزشکان شاغل در مراکز دولتی، دانشگاهی در داروخانه‌های طرف قرارداد قابل پذیرش می‌باشد و در بخشنامه تذکر داده که این مصوبه مشمول بیمه‌شدگان صندوق‌های دیگر این سازمان از جمله کارکنان دولت و روستائیان، سایر اقشار و ایرانیان نمی‌شود و ارائه خدمات به این

بیمه‌شدگان کماکان به قوت خود باقی است و این نکات قابل تأمل است ۱- بیمه‌شدگان بیمه سلامت همگانی جملگی از افراد ضعیف و فقیر جامعه می‌باشند که از هیچ بیمه دیگری برخوردار نیستند. ۲- دولت جمهوری اسلامی ایران با بهانه های ارائه خدمات درمانی از طریق بیمه سلامت و ... یارانه دولتی قریب به ۱۰ میلیون نفر ایرانی را در طی چند سال گذشته به دفعات قطع نموده است. ۳- هدف از طرح بیمه سلامت در دولت یازدهم قرار گرفتن افراد فاقد هرگونه بیمه از جمله اقشار کم درآمد زیر چتر بیمه بود تا هزینه‌های بالای خدمات پزشکی و دارویی به‌عنوان یک سد در مقابل پروسه درمان نباشد. ۴- در سال ۱۳۹۳ جشن بیمه سلامت همگانی از طریق رئیس‌جمهور وقت و فعلی برگزار و رئیس‌جمهور آن را تحقق یک رویای دیرینه عنوان نمود و طی سخنرانی اعلام نمود که رضایتمندی مردم از چند اصل نشأت می‌گیرد که اولین و مهم‌ترین آن‌ها اجرای عدالت است و ... ۵- در طول مدت یک ماه تبلیغات ریاست‌جمهوری، رئیس‌جمهور منتخب در ستادهای انتخاباتی خویش به تأسیس و پایه‌ریزی بیمه سلامت تکیه می‌کرد و با افتخار بیمه سلامت را وسیله تبلیغ خویش برای انتخاب مجدد نموده بود. ۶- در حال حاضر حدود بیش از ۱۱ میلیون نفر تحت بیمه همگانی سلامت می‌باشند از جمله مددجویان کمیته امداد و بهزیستی و... لذا قطعاً محدود شدن خدمات این بیمه‌شدگان به‌ویژه برای آن‌هایی که با بیماری درگیر هستند سخت خواهد بود این بیمه‌شدگان برای دریافت خدمات تنها باید به مراکز دولتی مراجعه نمایند و در هر روز فقط یک نوبت حق بیمار شدن و یا مراجعه به بیمارستان دولتی را دارند به‌طوری‌که مثلاً اگر در صبح فردی دچار سرماخوردگی شود و به بیمارستان دولتی برود دولتی محاسبه می‌شود آن هم فقط ویزیت آن، حال اگر در همان روز و یا یک ساعت بعد دچار شکستگی عضوی شود باید به‌طور آزاد محاسبه شود ... ۷- این بخشنامه کاملاً موجب تبعیض بین اقشار پر درآمد و اقشار ضعیف است چرا که حق استفاده از بخش خصوصی توسط اقشار کم درآمد و ضعیف جامعه نادیده گرفته

شده است و باید دقت داشت که بخش‌های دولتی کمتر از ۴۵٪ از خدمات سلامت را انجام می‌دهند و بیش از ۵۵٪ خدمات پزشکی در ایران در حوزه غیردولتی است و نمی‌توان به این راحتی آن را نادیده گرفت. ۸- این بخشنامه ایرادات فراوانی دارد که موجب تضییع حق اқشار کم درآمد شده است از جمله اینکه محدودیت در دسترسی به امکانات بهداشتی و دارویی برای افراد ضعیف و فقیر جامعه دارد و دیگر اینکه همه داروخانه‌ها از پذیرش نسخه بیمه سلامت امتناع می‌نمایند. ۹- با تصویب این بخشنامه علاوه بر اینکه حق بسیاری از اқشار کم درآمد ضایع گردیده و موجب بی‌عدالتی می‌باشد بابتی برای ورود افراد سودجو و کلاهبرداران در عرصه بهداشت و درمان شده چرا که در طول کمتر از ۲۰ روز که از اجرایی شدن این بخشنامه می‌گذرد افراد سودجو با بهانه‌های واهی و کذب از جمله اینکه دارو را از محل خاصی تهیه نمایند و... اقدام به اخذ وجوه غیر حقه از مردم ضعیف می‌نمایند و قطعاً ادامه آن تالی فاسد خواهد داشت. لذا از آنجاکه این بخشنامه برخلاف اصول مسلم قانون اساسی از جمله بندهای ۹ و ۱۲ اصل ۳ و اصل ۲۰ و اصل ۲۹ قانون اساسی می‌باشد تقاضای ابطال آن را خواستارم بدو با استناد به ماده ۳۴ قانون دیوان عدالت اداری جهت جلوگیری از تضییع حقوق عامه مردم و جلوگیری از ورود خسارت بیشتر به عموم مردم که جبران آن متعسر و در این مورد غیرممکن می‌باشد تقاضای صدور دستور موقت مبنی بر جلوگیری از اجرای بخشنامه‌های مذکور را خواستارم.»

همچنین شاکی به موجب لایحه تکمیلی که به شماره ۹۶-۱۴۲۰-۳ مورخ ۱۳۹۷/۴/۱۰ ثبت دفتر هیئت عمومی و هیئت‌های تخصصی دیوان عدالت اداری شده اعلام کرده است که: «احتراماً این‌جانب مهدی رحیمی شاکی پرونده کلاسه بایگانی ۱۴۲۰/۹۶ مطروحه در هیئت تخصصی، پژوهشی دیوان عدالت اداری به طرفیت سازمان بیمه سلامت ایران به عرض عالی می‌رساند موضوع شکایت این‌جانب ابطال بخشنامه شماره ۱۴۵۷۴۴/۹۶-۱۳۹۶/۴/۲۶ صادره از سازمان بیمه

سلامت ایران در خصوص محدودیت بیمه سلامت همگانی می‌باشد که منجر به صدور بخشنامه‌های استانی به شماره‌های ۹۶/۲۷۸۵۳۰-۱/۱۳۹۶/۸/۱ اداره کل بیمه سلامت استان همدان و ۹۶/۲۷۸۱۶۱-۳۰/۱۳۹۶/۷/۳۰ اداره کل بیمه سلامت استان گیلان و سایر استان‌های کشور گردیده است لذا بدین وسیله اصلاح می‌شود خواسته این‌جانب به‌طور صحیح و شفاف ابطال بخشنامه شماره ۹۶/۱۴۵۷۴۴/۹۶-۱۳۹۶/۴/۲۶ سازمان بیمه سلامت ایران می‌باشد که دلایل و دفاعیات خویش را در شرح شکایت تقدیم آن مقام نموده‌ام که تقاضای رسیدگی را خواستارم.»

متن بخشنامه مورد اعتراض به قرار زیر است:

«اداره کل بیمه سلامت استان

موضوع: بیمه‌شدگان رایگان

با سلام و احترام

با عنایت به نامه شماره ۱/۸۲۲/۱۰/۵-۱۴۹۶/۴/۴ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و ابلاغ تصویب‌نامه هیئت‌وزیران به شماره ۳۷۹۹۱/ت ۵۴۰۴۸ هـ-۱۳۹۶/۴/۳ و با توجه به مفاد بند الف تبصره ۱۷ قانون بودجه سال ۱۳۹۶ کشور، موارد ذیل جهت استحضار و اجرا ابلاغ می‌گردد: از ابتدای مرداد ماه ارائه خدمات سرپایی (به جز دارو) و بستری به بیمه‌شدگانی که به‌صورت یارانه از منابع دولتی و بدون مشارکت بیمه شده در پرداخت حق بیمه تحت پوشش بیمه همگانی قرار دارند محدود به مراکز دولتی دانشگاهی می‌باشد. در مناطقی که طبق اعلام دانشگاه‌های علوم پزشکی، ارائه خدمات تخصصی در بیمارستان‌های دولتی دانشگاهی کافی نباشد، هزینه‌های تشخیصی درمانی بیمه‌شدگان فوق که به بیمارستان‌های غیر دانشگاهی طرف قرارداد مراجعه نمایند در تعهد سازمان می‌باشد. ضروری است ادارات کل استانی نسبت به اطلاع‌رسانی مناسب به مؤسسات و مراکز طرف قرارداد اقدامات لازم را مبذول دارند.»

در پاسخ به شکایت مذکور، مدیرکل دفتر حقوقی و امور مجلس سازمان بیمه سلامت ایران به موجب لایحه شماره ۹۷/۵۵۳۶۸-۱۸/۲/۱۳۹۷ توضیح داده است که:

«ریاست محترم هیئت عمومی دیوان عدالت اداری

توضیحاً موارد ذیل جهت استحضار به حضور اعلام می‌گردد:

اولاً: شاکی در دادخواست تقدیمی به آن شعبه و در بیان خواسته خود به اشتباه به صدور بخشنامه شماره ۹۶/۲۷۸۱۶۱-۱۳۹۶/۷/۳۰ سازمان متبوع که متعاقباً منجر به صدور بخشنامه شماره ۹۶/۲۷۸۵۳۰-۱۳۹۶/۸/۱ از سوی اداره کل بیمه سلامت استان همدان گردیده است اشاره نموده و این در حالیست که بخشنامه یاد شده از سوی اداره کل بیمه سلامت استان گیلان و در راستای نامه شماره ۱۰/۱/۸۲۲-د/۱۳۹۶/۴/۴ مشاور وزیر و مدیرکل حوزه وزارتی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و در رابطه با مفاد تصویب‌نامه شماره ۳۷۹۹۱/ت/۵۴۰۴۸-ه-۱۳۹۶/۴/۳ هیئت‌وزیران صادر گردیده است.

ثانیاً: سازمان متبوع حسب نامه شماره ۱۰/۱/۸۲۲-د/۱۳۹۶/۴/۴ مشاور وزیر و مدیرکل حوزه وزارتی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (در خصوص وظایف سازمان بیمه سلامت ایران و محل تأمین اعتبار مربوطه) که بر اساس تصویب‌نامه شماره ۳۷۹۹۱/ت/۵۴۰۴۸-ه-۱۳۹۶/۴/۳ هیئت‌وزیران صادر و ابلاغ گردیده است ملزم و مکلف به تمکین از مراجع قانونی فرادست خود در موارد مرتبط می‌باشد.

ثالثاً: مستنداً به نامه شماره ۱۰/۱/۸۲۲-د/۱۳۹۶/۴/۴ مشاور وزیر و مدیرکل حوزه وزارتی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و با توجه به بند «الف» تبصره (۱۷) قانون بودجه سال ۱۳۹۶ کشور که مقرر می‌دارد: «به‌منظور رعایت عدالت در سلامت و پایداری منابع، در سال ۱۳۹۶ ارائه بسته خدمات بیمه پایه تعریف شده برای کلیه اقشار که بر اساس آزمون وسیع به‌صورت رایگان تحت پوشش بیمه پایه

سلامت قرار می‌گیرند، حتی الامکان از طریق نظام ارجاع، پزشک خانواده و در مراکز دانشگاهی خواهد بود. بهره‌مندی از سطح خدمات بالاتر اعم از خدمات ارائه شده در مراکز غیردولتی و بیشتر از بسته خدمات بیمه پایه تعریف شده فوق‌الذکر، مستلزم مشارکت مالی بیمه‌شدگان در پرداخت حق سرانه بیمه خواهد بود.» ارائه خدمات سرپایی (به جز دارو) و بستری به بیمه‌شدگانی که به‌صورت یارانه از منابع دولتی و بدون مشارکت بیمه شده در پرداخت حق بیمه تحت پوشش بیمه همگانی قرار دارند محدود به مراکز دولتی دانشگاهی می‌باشد و همچنین در مناطقی که طبق اعلام دانشگاه‌های علوم پزشکی، ارائه خدمات تخصصی در بیمارستان‌های دولتی دانشگاهی کافی نباشد، هزینه‌های تشخیصی درمانی بیمه‌شدگان فوق که به بیمارستان‌های غیر دانشگاهی طرف قرارداد مراجعه نمایند، در تعهد سازمان متبوع می‌باشد.

رابعاً: این سازمان پیرو بخشنامه صادره شماره ۱۴۵۷۴۴-۹۶/۴/۲۶-۱۳۹۶ (در راستای اجرای تصویب‌نامه شماره ۳۷۹۹۱/ت/۵۴۰۴۸ هـ-۱۳۹۶/۴/۳ هیئت‌وزیران) مبادرت به صدور دستورالعمل اجرایی شماره ۱۵۱۳۰۸-۹۶/۴/۲۸-۱۳۹۶ مبنی بر «مراجعات بیمه‌شدگان صندوق بیمه همگانی به بخش دولتی در سال ۱۳۹۶ (موضوع تصویب‌نامه یاد شده هیئت‌وزیران)» نموده است که طی بند (۶) آن ارائه خدمات (به جز دریافت دارو) به بیمه‌شدگان بیمه همگانی اعم از بستری و سرپایی می‌بایست در مراکز دولتی صورت پذیرد.

خامساً: با عنایت به مشکلات عدیده مربوط به عدم کفایت کمی و کیفی خدمات تشخیصی درمانی در برخی از استان‌ها و ضرورت ایجاد و برقراری عدالت در بهره‌مندی از خدمات سلامت و متناسب سازی منابع و مصارف مربوطه و اصلاح رفتار درمانی در بیمه‌شدگانی که سهم حق بیمه آنان توسط دولت تأمین و از بیمه رایگان بهره‌مند می‌شوند، مقرر گردید بیمه‌شدگان صندوق بیمه سلامت همگانی جهت دریافت خدمات بستری و سرپایی (به جز دارو) صرفاً به مراکز دولتی مراجعه

نمایند. النهایه با عنایت به مراتب قانونی معنونه و اقدامات صورت پذیرفته این سازمان در راستای تمکین و اجرای قوانین و مقررات فرادستی، رد خواسته شاکی از آن مقام مورد استدعا می‌باشد.»

هیئت عمومی دیوان عدالت اداری در تاریخ ۱۳۹۷/۷/۱۰ با حضور رئیس و معاونین دیوان عدالت اداری و رؤسا و مستشاران و دادرسان شعب دیوان تشکیل شد و پس از بحث و بررسی با اکثریت آراء به شرح زیر به صدور رأی مبادرت کرده است.

رأی هیأت عمومی

نظر به اینکه بخشنامه شماره ۱۴۵۷۴۴/۹۶-۹۶/۴/۲۶-۱۳۹۶ سازمان بیمه سلامت ایران متضمن وضع قاعده الزام‌آور مستقل نیست و به‌موجب آن مفاد مصوبه شماره ۳۷۹۹۱/ت/۵۴۰۴۸ هـ-۱۳۹۶/۴/۳ هیئت‌وزیران ابلاغ شده است، بنابراین از مقوله مقررات بند ۱ ماده ۱۲ قانون تشکیلات و آیین دادرسی دیوان عدالت اداری مصوب سال ۱۳۹۲ نیست و در نتیجه قابل رسیدگی و صدور رأی در هیئت عمومی دیوان عدالت اداری تشخیص نشد.

تاریخ: ۱۰ مهر ۱۳۹۷

شماره دادنامه: ۱۵۵۹

کلاس پرونده: ۶۵۳/۹۶

موضوع رای: ابطال مواد ۱۴، ۱۳، ۱۲ و ۱۱ از فصل سوم آیین نامه استخدامی

شرکت سرمایه گذاری سازمان بیمه سلامت ایران مورخ ۱۳۹۷/۰۷/۱۰

شاکی: سازمان بازرسی کل کشور

گردش کار:

معاون حقوقی و نظارت همگانی سازمان بازرسی کل کشور و رئیس کمیسیون تطبیق مصوبات دستگاه‌های اداری با قانون در سازمان مذکور به موجب شکایت نامه شماره ۹۱۴۷۵-۴/۵/۱۳۹۶ اعلام کرده است که:

«حضرت حجت‌الاسلام و المسلمین جناب آقای بهرامی

رئیس محترم دیوان عدالت اداری

سلام علیکم

احتراماً به استحضار می‌رساند: آیین نامه استخدامی و آیین نامه مالی و معاملاتی شرکت سرمایه گذاری سازمان بیمه سلامت، در اجرای تبصره (۲) بند (د) ماده (۲) قانون تشکیل سازمان بازرسی کل کشور با قانون تطبیق داده شد که توجه آن جناب را به مطالب زیر معطوف می‌دارد:

آیین نامه استخدامی شرکت سرمایه گذاری در مورخ ۱۳۷۹/۹/۸ به تصویب هیئت مدیره شرکت رسیده و از زمان تصویب تاکنون به عنوان مبنای پرداخت حقوق و مزایا در شرکت موصوف قرار گرفته است به رغم تصویب قانون مدیریت خدمات کشوری در سال ۱۳۸۸ به مفاد آن توجهی نشده است:

الف- عدم اخذ موافقت شورای حقوق و دستمزد برای تائید آیین نامه

وفق ماده ۷۴ قانون مدیریت خدمات کشوری به منظور هماهنگی در تعیین حقوق و مزایا، شرکت سرمایه گذاری مکلف بوده است تا موافقت شورای حقوق و دستمزد

۳۳/۹۵۸/۴۵۲	۱۶/۹۷۹/۲۲۶	-	۱۴/۸۹۴/۰۵۸	مهر
۳۳/۹۵۸/۴۵۲	۱۶/۹۷۹/۲۲۶	-	۱۴/۸۹۴/۰۵۸	آبان
۳۳/۹۵۸/۴۵۲	۱۶/۹۷۹/۲۲۶	۸/۹۳۶/۴۳۵	۱۴/۸۹۴/۰۵۸	آذر
		۲۹/۷۸۸/۱۱۶	۱۴/۸۹۴/۰۵۸	دی
		۲۹/۷۸۸/۱۱۶	۱۴/۸۹۴/۰۵۸	بهمن
		۲۸/۷۹۵/۱۷۹	۱۴/۳۹۷/۵۸۹	سفند
۳۱۲/۴۱۷/۷۵۶	۱۵۶/۲۰۸/۸۷۸	۹۷/۳۰۷/۸۴۶	۱۸۱/۲۱۱/۰۳۹	جمع

مجموع فوق‌العاده از کار انتفاعی دریافتی فی‌المثل توسط معاون راهبردی در سال ۱۳۹۵ تا پایان ماه آذر ۳۱۲/۴۱۷/۷۵۶ ریال بوده است. همچنین مجموع فوق‌العاده محرومیت از کار انتفاعی دریافتی توسط مدیر امور مالی در سال ۱۳۹۵ تا پایان ماه آذر ۱۵۶/۲۰۸/۸۷۸ ریال بوده است. با توجه به موارد فوق‌الذکر درصد قابل توجهی از حقوق و مزایای نامبردگان از محل فوق‌العاده محرومیت از کار انتفاعی حاصل شده است، حال آن‌که در قوانین جاری به این فوق‌العاده هیچ‌گونه اشاره‌ای نشده است. مضافاً اینکه به شرح بخش اول گزارش موافقت شورای حقوق و دستمزد نیز در این خصوص اخذ نشده است. لذا بند ۱۴ آیین‌نامه استخدامی شرکت مغایر با قوانین بالادستی حاکم بر موضوع پرداخت حقوق و مزایا می‌باشد.

ج- پرداخت اضافه‌کاری به‌عنوان فوق‌العاده مستمر

در محاسبه مبلغ هر ساعت اضافه‌کاری در شرکت موصوف کلیه آیتم‌های فوق‌العاده با حقوق مبنا جمع شده و در فرمول محاسبه اضافه‌کار لحاظ می‌شود. این نحوه محاسبه برخلاف قانون است. در ماده ۱ دستورالعمل اجرایی بند (۹) ماده (۶۸) قانون مدیریت خدمات کشوری محاسبه اضافه‌کار بر اساس مجموع امتیازات شغل، شاغل و مدیریت ضربدر ضریب ریال سالی تقسیم بر ۱۷۶ می‌باشد که در آیین‌نامه شرکت موصوف برخلاف قانون مدیریت خدمات کشوری حقوق، فوق‌العاده شغل و فوق‌العاده جذب مبنای محاسبه و پرداخت اضافه‌کار قلمداد می‌گردد که

منجر بر پرداخت‌های نامتعارف و غیرقانونی از این محل شده است. مازاد بر این، بر اساس آیین‌نامه فعلی سقف ساعات اضافه کار کارکنان در ماه ۱۲۰ ساعت بوده و بدون توجه به تعداد ساعات اضافه کاری که کارکنان در دستگاه ورود- خروج ثبت می‌کنند، صرفاً با تشخیص مدیرعامل و به صورت حق ثابت به برخی افراد تعلق می‌گیرد. حال آن‌که پرداخت اضافه کار از جمله فوق‌العاده‌های غیر مستمر محسوب می‌شود و ایجاد حق ثابت از محل این آیتم در فیش حقوقی پرسنل محل اشکال بوده و این وضعیت مغایر با تبصره ماده ۷۶ قانون مدیریت خدمات کشوری می‌باشد. لذا پرداخت آن به صورت فوق‌العاده مستمر غیرقانونی تلقی می‌گردد.

در ماده (۹۹) قانون مدیریت خدمات کشوری و ضوابط اجرایی آیین‌نامه استخدامی پرداخت اضافه کار منوط به انجام کار اضافی شده و تائید و تصویب مدیرعامل صرفاً پس از انجام کار اضافی از اعتبار قانونی برخوردار خواهد بود. حال آن‌که طبق بررسی‌های هیئت بازرسی مشخص شده، برخی کارکنان بدون ثبت ساعات اضافه کاری و تنها با تائید مدیرعامل از این آیتم بهره‌مند شده‌اند. بنا به مراتب و با توجه به اینکه آیین‌نامه استخدامی شرکت مذکور بر خلاف قانون است، ابطال آیین‌نامه مذکور و اعمال ماده ۱۳ قانون دیوان عدالت اداری از آن مقام درخواست می‌گردد. موجب امتنان است از تصمیم متخذه این سازمان را مطلع فرمایید.»

متن آیین‌نامه در قسمت مورد اعتراض به قرار زیر است:

«فصل سوم- حقوق و مزایا

ماده ۱۱- حقوق و مزایای مدیرعامل و اعضای هیئت مدیره با توجه به بازار کار و حجم مسئولیت‌های شرکت از طریق مجمع عمومی تعیین می‌گردد.

ماده ۱۲- حقوق و مزایای کارکنان شرکت به استثنای مشمولین ماده ۱۱ بر اساس جدول پیوست شماره ۱ تعیین و ارتقاء رتبه آنان نیز با توجه به شرایط احراز و مسئولیت‌های پست مورد تصدی و سوابق خدمت و تجربه مکاتبه با پیشنهاد

سرپرست بلافاصل مستخدم و تائید مدیر امور اداری و تصویب مدیرعامل صورت می‌پذیرد.

تبصره: تشخیص رتبه شغلی کارکنان با توجه به تجربه مفید و مدرک تحصیلی مرتبط با شغل مورد تشخیص و ارتقاء به آن بر اساس جدول شماره ۲ تعیین می‌گردد.

ماده ۱۳- فوق‌العاده، اضافه کار ساعتی و مأموریت و سایر هزینه‌های رفاهی کارکنان شرکت طبق ضوابطی که به تائید هیئت مدیره خواهد رسید محاسبه و پرداخت می‌گردد.

تبصره: تا زمانی که ضوابط این ماده تهیه و به تائید هیئت مدیره نرسیده است طبق قانون کار عمل می‌شود.

ماده ۱۴- به مدیران عامل و اعضای هیئت مدیره شرکت‌های تحت پوشش و همچنین مدیران ستادی شرکت ماهیانه معادل حقوق و فوق‌العاده شغل و حق جذب به‌عنوان فوق‌العاده محرومیت از کار انتفاعی با تشخیص مدیرعامل شرکت قابل پرداخت است.»

در پاسخ به شکایت مذکور، وکیل شرکت سرمایه‌گذاری سازمان بیمه خدمات درمانی به‌موجب لایحه شماره ۹۱۳۰۴-۱۳۹۶/۱۱/۱ توضیح داده است که:

«ریاست محترم هیئت عمومی دیوان عدالت اداری

با سلام

احتراماً عطف به نامه شماره ۶۵۳/۹۶-۱۳۹۶/۸/۱۶ دفتر هیئت عمومی دیوان عدالت اداری، ضمن عذرخواهی از تأخیر پاسخ به دلیل روند امور اداری که اشاره خواهد شد ضمن تقدیم وکالت نامه، لایحه دفاعیه شرکت موکل را در خصوص پرونده کلاسه ۶۵۳/۹۶ جهت تشحید ذهن آن مقام، قضات شریف هیئت تخصصی و هیئت عمومی دیوان عدالت اداری در سه قسمت تقدیم حضور می‌گردد. اضافه می‌نماید دفتر هیئت عمومی دیوان عدالت اداری در تاریخ ۱۳۹۶/۸/۱۶ ضمن

ارسال نامه بازرسی کل کشور را به وزارت بهداشت و درمان ابلاغ شده است که دفاعیه خود را اعلام نمایند. سرپرست دفتر حقوقی وزارت یاد شده ابلاغیه دیوان را در تاریخ ۱۳۹۶/۹/۴ به سازمان بیمه سلامت ارسال نموده تا دفاعیه تنظیم گردد، مدیرکل حقوقی این سازمان هم در همین ایام تغییر کرده لذا به همین جهت تهیه لایحه دفاعیه اندکی با تأخیر مواجه شده که امیدوارم عذر ما را موجه تلقی فرمایید. بخش اول: استدلال سازمان بازرسی کل کشور و پاسخ آن سازمان بازرسی کل کشور ضمن بازرسی از سازمان بیمه سلامت به مبالغ پرداختی به مدیران و کارکنان شرکت سرمایه‌گذاری بیمه خدمات درمانی ایراد گرفته و در نهایت به‌موجب نامه شماره ۱۳۹۶/۵/۴-۹۱۴۷۵ تقاضای ابطال آیین‌نامه استخدامی شرکت سرمایه‌گذاری بیمه سلامت را نموده است. استدلال سازمان بازرسی کل کشور این است که پرداخت‌های شرکت سرمایه‌گذاری سازمان سلامت خارج از ماده ۷۴ قانون مدیریت خدمات کشوری است چون برابر این ماده هرگونه پرداخت باید به تصویب شورای حقوق و دستمزد برسد و چنین مصوبه‌ای وجود ندارد. سازمان بازرسی بند ۱۴ آیین‌نامه استخدامی شرکت را مغایر قوانین بالادستی دانسته ولی در نتیجه‌گیری ابطال کل آیین‌نامه را تقاضا کرده است. استدلالی که در گزارش سازمان بازرسی کل کشور آمده است مبتنی بر دولتی بودن این شرکت است لیکن با توجه به مستندات و استدلالهای ذیل، برداشت آن سازمان تضعیف می‌گردد:

۱- عدم مطابقت استدلال و نتیجه‌گیری: همان‌طور که اشاره شد استدلال سازمان بازرسی متمرکز بر مغایر قانون بودن بند ۱۴ آیین‌نامه استخدامی شرکت سرمایه‌گذاری سازمان سلامت است ولی در پایان تقاضای ابطال کل آیین‌نامه شده که حکایت از بی‌دقتی مسئولین سازمان دارد.

۲- عدم شمول ماده ۷۴ به شرکت سرمایه‌گذاری سازمان بیمه سلامت: یکی از ایرادات وارده از نظر سازمان بازرسی کل کشور، عدم اخذ موافقت شورای حقوق و دستمزد برای تأیید آیین‌نامه می‌باشد که در پاسخ به این ایراد باید گفت، به استناد

ماده ۷۴ قانون مدیریت خدمات کشوری کلیه دستگاه‌های اجرایی موظف به اخذ موافقت شورای حقوق و دستمزد می‌باشند و مطابق با ماده ۵ قانون مذکور، منظور از دستگاه اجرایی: کلیه وزارتخانه‌ها، مؤسسات دولتی، مؤسسات یا نهادهای عمومی غیردولتی، شرکت‌های دولتی و کلیه دستگاه‌هایی که شمول قانون بر آن‌ها مستلزم ذکر و یا تصریح نام است از قبیل شرکت ملی نفت ایران، سازمان گسترش و نوسازی صنایع ایران، بانک مرکزی، بانک‌ها و بیمه‌های دولتی، دستگاه اجرایی نامیده می‌شوند. در واقع مراد از مؤسسات یا شرکت‌هایی که شمول قانون بر آن‌ها مستلزم ذکر نام آن‌ها است، مؤسسات یا شرکت‌های دولتی یا عمومی غیردولتی است که عموماً قانونی و به بیان دیگر قوانین و مقررات عمومی دولت شامل آن‌ها نمی‌شود، مگر با ذکر نام آن‌ها در مورد خاص.

مقصود از مقررات عمومی دولت آن دسته از مقررات است که قوه مجریه از جهت نظارتی که بر سازمان‌ها و نهادهای تابعه دارد اعمال می‌کند؛ بنابراین شرکت‌هایی که غیردولتی بوده و مستقیماً از نظارت قوه مجریه خارج هستند (مانند شرکت سرمایه‌گذاری سازمان بیمه سلامت ایران) مشمول قوانین و مقررات عمومی دولتی یا عمومی غیردولتی نبوده و تابع آیین‌نامه‌ها و مقررات اساسنامه خود می‌باشند و زمانی که در آیین‌نامه‌ها و اساسنامه خود در ارتباط با موضوعات خاص مواردی را تعریف یا پیش‌بینی نکرده باشند، ملزم به تبعیت از قوانین و مقررات قانون تجارت بوده و بر طبق اصول بازرگانی اداره می‌شود. در واقع ملاک تشخیص این قبیل مؤسسات و شرکت‌های غیردولتی مقررات قانون تجارت و آیین‌نامه‌ها و اساسنامه آنهاست و اگر این اشخاص حقوقی به موجب قانون خاص به منظور انجام وظایف و خدمات عمومی تشکیل نشده باشند یا با تصویب و تأیید مجلس شورای اسلامی ایجاد یا ملی یا دولتی نشده باشند، غیردولتی محسوب شده و مشمول قانون مدیریت خدمات کشوری نمی‌باشند.

۳- مراجعه به قانون استخدام کشوری در موارد سکوت قانون مدیریت خدمات کشوری

یکی دیگر از ایرادات وارده از نظر سازمان بازرسی کل کشور، اشاره به ماده ۱۲۷ قانون مدیریت خدمات کشوری که مقرر داشته: «کلیه قوانین و مقررات عام و خاص به جز قانون بازنشستگی پیش از موعد کارکنان دولت مصوب ۱۳۸۶/۶/۵ مجلس شورای اسلامی مغایر با این قانون از تاریخ لازم‌الاجرا شدن این قانون لغو می‌گردد.» در پاسخ به این ایراد باید گفت: قانون مدیریت خدمات کشوری مصوب ۱۳۸۶/۷/۸ و قانون استخدام کشوری مصوب ۱۳۴۵/۳/۳۱ را می‌توان دو قانون عام در حوزه روابط اداری-استخدامی به شمار آورد؛ زیرا مطابق موادی چند از قوانین مذکور، تعدادی از وزارتخانه‌ها و سازمان‌ها از شمول مقررات قوانین عام استخدامی خارج و تابع قوانین و مقررات خاص خود گردیده‌اند. نکته دیگر که می‌باید در خصوص قوانین مزبور در نظر بگیریم آن است که با تصویب قانون مدیریت خدمات کشوری، قانون استخدام کشوری تنها در مواردی که مغایر با این قانون است، نسخ شده گردیده است. به بیانی دیگر مطابق با ماده ۱۲۷ قانون مدیریت خدمات کشوری: «کلیه قوانین و مقررات عام و خاص به جز قانون بازنشستگی پیش از موعد کارکنان دولت مصوب ۵/۶/۱۳۸۶ مغایر با این قانون از تاریخ لازم‌الاجرا شدن این قانون لغو می‌گردد»؛ بنابراین می‌توان اذعان داشت در آن مواردی که هر دو قانون حکمی دارند قانون استخدام کشوری نسخ شده و قانون مدیریت خدمات کشوری حاکم است، اما در مواردی که قانون مدیریت خدمات کشوری ساکت است می‌توان به قانون استخدام کشوری مراجعه نمود و مقصود از لغو، نسخ برخی از مواد قانون استخدام کشوری می‌باشد نه آیین‌نامه و اساسنامه شرکت‌های غیردولتی که مطابق با قوانین و مقررات قانون تجارت و اصول بازرگانی تشکیل شده و اداره می‌گردند.

۴- تشخیص رئیس دستگاه در پرداخت اضافه‌کاری

یکی دیگر از ایرادات وارده از نظر سازمان بازرسی کل کشور، پرداخت اضافه کاری به عنوان فوق العاده مستمر و با تائید مدیرعامل شرکت تا سقف ۱۲۰ ساعت است که در پاسخ به این ایراد نیز می توان گفت: مطابق با ماده ۵۹ قانون کار: در شرایط عادی ارجاع کار اضافی به کارگر با شرایط ذیل مجاز است:

الف- موافقت کارگر ب- پرداخت ۴۰٪ اضافه به مزد هر ساعت کار عادی.

در قوانین کار، ساعات کار اصولاً به صورت هفتگی تعیین شده است. به میزان ۳۶ ساعت برای کارگران شاغل در کارهای سخت و زیان آور و زیرزمینی و ۴۴ ساعت برای سایر کارگران. اکنون طبق قانون مدیریت خدمات کشوری، حداکثر اضافه کاری کارمندان، ۱۷۵ ساعت در ماه است، اما پیش از این طبق قانون مصوب سال ۱۳۶۴، حداکثر ساعت اضافه کاری کارمندان در ماه ۱۲۰ ساعت بود! بر اساس قانون مدیریت خدمات کشوری همه کارکنان دولت می توانند تا ۵۰ درصد حقوق و مزایای خود را در قالب اضافه کاری دریافت کنند و ۲۰ درصد کارمندان به تشخیص رئیس دستگاه و با معیار نیاز دستگاه به خدمات آنها از این قاعده مستثنی هستند.

در واقع حتی بر اساس قانون مدیریت خدمات کشوری مبنای انجام و پرداخت حقوق اضافه کاری، تائید و تشخیص رئیس دستگاه می باشد و در شرکت های غیردولتی که در پرداخت حقوق و اضافه کاری بر اساس طرح طبقه بندی مشاغل و مطابق با مدرک تحصیلی از قوانین و مقررات کار تبعیت می کنند (مانند شرکت سرمایه گذاری سازمان بیمه خدمات درمانی)، ارجاع و انجام کار اضافی به کارمندان، اولاً: با موافقت و رضایت آنها بود. ثانیاً: به منظور ایجاد انگیزه لازم در کارمندان و برای اینکه آنها مقدار حقوق و دستمزد پرداختی را با کار انجام شده خود مرتبط و منصفانه بدانند تائید بخشی از ساعات اضافه کاری به مدیرعامل و بعضاً به مدیران کارمندان محول شده است و این امر منافاتی با قانون کار ندارد. در واقع آنچه به عنوان معیار انگیزشی در حقوق و دستمزد به حساب می آید درک عادلانه و

منصفانه بودن حقوق و دستمزد از جانب کارکنان است وجود نظام پرداختی که کارکنان منصفانه بودن آن را به خوبی لمس و حس نمایند از اهم امور در جهت افزایش بهره‌وری به حساب می‌آید.

۵- سایر موارد

در خصوص موارد دیگر مورد اشاره در گزارش بازرسی از قبیل پرداخت مبالغ و جوهری به برخی از مدیران این شرکت به‌عنوان محرومیت از کار انتفاعی و یا نحوه میزان پرداخت حقوق و مزایای مدیرعامل و اعضای هیئت مدیره نیز باید اظهار نمود، چنانچه در بخش شرح مآقع به‌طور مفصل به موضوع غیردولتی بودن این شرکت و ادله و مستندات اثبات آن پرداخت شد، در نتیجه مناط و ملاک عمل و اقدامات نیز اساسنامه شرکت و آیین‌نامه‌ها و دستورالعمل‌های داخلی شرکت که مصوب هیئت مدیره شرکت و بعضاً مصوب مجمع شرکت بوده است و از بدو تأسیس این شرکت بدین صورت عمل می‌شده و تبدیل به رویه شده است و چنانچه تخلف و تخلصی صورت می‌گرفت علی‌القاعده مجمع این شرکت که همانا سازمان بیمه خدمات درمانی (سازمان بیمه سلامت ایران) می‌باشد، علی‌القاعده می‌باید آن را تأیید نمی‌کرد که همواره گزارشات حسابرسی به تأیید مجمع رسیده است و دیگر بر این شرکت از این باب جریم نیست.

بخش دوم: دلایل دولتی نبودن شرکت سرمایه‌گذاری سازمان بیمه سلامت علی‌رغم استدلال سازمان بازرسی کل کشور که پاسخ آن تقدیم گردید به دلایل مشروحه ذیل شرکت ... دولتی نبوده و در زمره شرکت‌های غیردولتی است.

۱- تبصره ذیل ماده ۴ قانون محاسبات عمومی کشور

چنانچه مستحضرید شرکت سازمان بیمه خدمات درمانی بر اساس بند (ح) ماده ۷ اساسنامه سازمان بیمه خدمات درمانی در سال ۱۳۷۸ تشکیل گردید که از جمله وظایف شرکت مذکور انجام سرمایه‌گذاری از محل (۲/۹) باقیمانده حق سرانه بیمه و سایر منابع به‌منظور ایجاد سود و حفظ ارزش وجوه بیش از ۴۰ میلیون نفر بیمه

شده می‌باشد. با این وصف الزاماً باید گفت چنانچه به واسطه سرمایه‌گذاری سازمان بیمه خدمات درمانی بر مبنای بند فوق و از محل ۲/۹ باقیمانده سرانه حق بیمه تشکیل شده باشد، بنا به تصریح تبصره ذیل ماده ۴ قانون محاسبات عمومی کشور دولتی محسوب نخواهد شد.

۲- نامه شماره ۲/۵۱۲/۷۲-۱۳۸۴/۲/۲ هیئت دوم حسابرسی شرکت در دیوان محاسبات

دومین استدلال بر غیردولتی بودن شرکت مفاد نامه حسابرس هیئت دوم حسابرسی شرکت در دیوان محاسبات به شماره ۲/۵۱۲/۷۲-۱۳۸۴/۲/۲ می‌باشد. در این نامه به صراحت عنوان شده است که شرکت سرمایه‌گذاری بیمه خدمات درمانی چنانچه از محل منابع ۲/۹ سرانه بیمه خدمات درمانی موضوع بند (ح) ماده ۷ اساسنامه سازمان تشکیل شده باشد در عداد شرکت‌های دولتی قرار نمی‌گیرد.

۳- نامه ۲۷۸۱۹/۱۴۶۷۶۱-۱۳۹۴/۱۱/۱۰ دفتر امور هماهنگی و رفع اختلافات حقوقی دستگاه‌های اجرایی معاونت حقوقی رئیس‌جمهور

علاوه بر استدلال فوق، دفتر امور هماهنگی و رفع اختلافات حقوقی دستگاه‌های اجرایی معاونت حقوقی رئیس‌جمهور در پاسخ به استعلام مشاور نهاد و دبیر هیئت نظارت به سفرهای خارجی کارکنان دولت در خصوص شرکت سرمایه‌گذاری سازمان بیمه خدمات درمانی در نامه ۲۷۸۱۹/۱۴۶۷۶۱-۱۳۹۴/۱۱/۱۰ به صراحت چنین عنوان می‌نماید (... لذا در صورتی که آورده و سرمایه مربوط به تشکیل شرکت سرمایه‌گذاری سازمان بیمه خدمات درمانی از محل سپرده‌های اشخاص نزد سازمان بیمه خدمات درمانی تأمین شده باشد، شرکت مذکور مشمول استثناء مندرج در تبصره ذیل ماده ۴ قانون محاسبات عمومی کشور قرار گرفته و به‌عنوان شرکت دولتی قلمداد نمی‌گردد)

۴- عدم استفاده از منابع و اعتبارات دولتی

مطلب مهم دیگری که علاوه بر استدلالات فوق الاشعار می‌باشد می‌باید بدان اضافه نموده این است که این شرکت از بدو تأسیس آن تا کنون به هیچ‌عنوان از منابع بودجه عمومی دولت استفاده نکرده و نیز جزء شرکت‌های پیوست ضمیمه بودجه ارسالی به مجلس جهت تصویب بودجه نبوده است و لذا با توجه به ماهیت حقوقی مستقل شرکت و مستندات مربوط به شرکت سرمایه‌گذاری سازمان بیمه خدمات درمانی وفق قانون تجارت تأسیس گردیده و صرفاً تابع اساسنامه شرکت و قانون تجارت حاکم بر کلیه شرکت‌های تجارتي اداره می‌شود.

۵- نبودن در فهرست شرکت‌های دولتی پیوست لوایح بودجه سنواتی از سال ۱۳۹۲ که این شرکت تأسیس گردیده تا کنون هیچ سالی در فهرست شرکت‌های دولتی پیوست لوایح بودجه سنواتی قرار نداشته است که نشانه غیردولتی بودن آن است.

۶- نامه شماره ۱۶۰۴۵۳/۱۶۰۲۸۸۰-۲۸۸۰/۱۲/۵-۱۳۹۴ معاونت حقوقی رئیس‌جمهور همچنین مطابق با استعلام به عمل آمده از معاونت حقوقی رئیس‌جمهور در خصوص ماهیت حقوقی شرکت آتیه سازان به شماره ۲۸۸۰/۱۶۰۴۵۳-۵/۱۲/۱۳۹۴، شرکت آتیه سازان (یکی دیگر از شرکت‌های زیرمجموعه سازمان بیمه سلامت ایران) در صورت تأمین سرمایه از محل یاد شده مشمول تعریف قانونی شرکت دولتی (ماده ۴ قانون مدیریت خدمات کشوری و محاسبات عمومی) نبوده و در چارچوب مستندات قانونی مربوط به شرکت‌های دولتی تشکیل نشده است.

۷- تشکیل شرکت دولتی تنها با اجازه مجلس امکان‌پذیر است بر اساس تبصره ۱ و ۴ قانون برنامه سوم توسعه جمهوری اسلامی ایران که در سال تأسیس این شرکت قانون حاکم و لازم‌الاتباع بوده است، تشکیل شرکت دولتی تنها با اجازه مجلس شورای اسلامی و مشارکت و سرمایه‌گذاری شرکت‌های دولتی با کسب مجوز از هیئت‌وزیران مجاز بوده (به جز سرمایه‌گذاری بانک‌ها، مؤسسات

اعتباری و بیمه‌ها که از این الزام مستثنی شده بودند؛ بنابراین این تأسیس این شرکت در زمره سرمایه‌گذاری بیمه‌ای (متکی به سازمان بیمه خدمات درمانی) قلمداد نمود که وصف دولتی بر آن مترتب نبوده و یک شرکت غیردولتی محسوب می‌شود.

بخش سوم: نتیجه‌گیری

از آنچه در بالا شرح آن رفت روشن می‌شود که شرکت سرمایه‌گذاری سازمان بیمه خدمات درمانی به‌عنوان یک شرکت غیردولتی تابع مقررات لایحه اصلاح قسمتی از قانون تجارت و مقررات قانونی تجارت بوده و مطابق با قوانین حاکم در سال ۱۳۷۸ تشکیل و ثبت شده است و پس از ثبت شخصیت حقوقی پیدا کرده است، بر خلاف شرکت‌های دولتی که با اجازه قانون تشکیل می‌شوند و به‌محض ایجاد دارای شخصیت حقوقی هستند و نیاز به ثبت ندارند. ماهیت این شرکت بر اساس استعلامهای به عمل آمده غیردولتی بوده و با هیچ یک از فاکتورهای تعیین‌کننده دولتی بودن که در قانون مدیریت خدمات کشوری و قانون محاسبات عمومی موجود است منطبق نبوده و تابع آیین‌نامه و اساسنامه و قانون و اصول عرفی و حقوقی قانون تجارت می‌باشد و در استخدام و به کارگیری کارمندان و تعیین حقوق و مزایای آنها از قانون کار تبعیت کرده است که در این رابطه چند فقره از آراء صادره از مراجع ادارات کار (شعب مختلف هیئت‌های تشخیص و حل اختلاف) که حکایت از رابطه استخدامی کارگری و کارفرمایی دارد و نه مقررات استخدامی مؤسسات و شرکت‌های دولتی تقدیم حضور می‌گردد. علی‌هذا خواهشمند است مبتنی بر اسناد و مدارک موجود در پرونده و استدلالهای مطروحه رأی به رد خواسته سازمان بازرسی کل کشور مبنی بر ابطال آیین‌نامه استخدامی شرکت سرمایه‌گذاری سازمان بیمه خدمات درمانی (سازمان بیمه سلامت ایران) صادر گردد تا خدمات‌رسانی به بیماران که درآمد این شرکت کمک حال آنان است با اخلاف مواجه نگردد. در پایان از دقت نظر اعضای آن شعبه سپاسگزاری می‌شود.»

رئیس هیئت مدیره و مدیرعامل سازمان بیمه سلامت ایران نیز به موجب لایحه شماره ۱۳۹۷/۳/۲۸-۹۷/۱۱۵۴۶۴ اعلام کرده است که:

«حجت‌الاسلام و المسلمین جناب آقای بهرامی

رئیس محترم دیوان عدالت اداری

با سلام و تحیت

احتراماً پیرو نامه شماره ۱۳۹۷/۲/۲۶-۹۷/۶۸۲۲۰ در خصوص شکایت سازمان بازرسی کل کشور مبنی بر ابطال فصل سوم آیین‌نامه استخدامی شرکت سرمایه‌گذاری سازمان بیمه خدمات درمانی، اعلام می‌دارد:

برابر تصمیم متخذه در جلسه مورخ ۱۳۹۷/۳/۱ مجمع عمومی فوق‌العاده شرکت سرمایه‌گذاران سازمان بیمه خدمات درمانی (هیئت مدیره سازمان بیمه سلامت ایران)، فصل سوم آیین‌نامه استخدامی شرکت یاد شده، راجع به حقوق و مزایای کارکنان اصلاح و مقرر گردید: «پرداخت حقوق و مزایای مستمر و غیر مستمر کارکنان، مشمول ضوابط و مقررات حاکم بر پرداخت‌ها در سازمان بیمه سلامت ایران در چارچوب قوانین مربوطه می‌باشد». بنا به مراتب فوق از آنجاکه سازمان بیمه سلامت ایران اقدامات قانونی لازم را در ارتباط با موضوع شکایت انجام داده است، موجب امتنان است دستور فرمایید وفق ماده ۸۵ قانون تشکیلات و آیین دادرسی دیوان عدالت اداری قرار رد درخواست صادر شده و پرونده مختومه گردد.»

هیئت عمومی دیوان عدالت اداری در تاریخ ۱۳۹۷/۷/۱۰ با حضور رئیس و معاونین دیوان عدالت اداری و رؤسا و مستشاران و دادرسان شعب دیوان تشکیل شد و پس از بحث و بررسی با اکثریت آراء به شرح زیر به صدور رأی مبادرت کرده است.

رأی هیأت عمومی

اولاً: شرکت سرمایه‌گذاری بیمه خدمات درمانی که با تجویز بند (ح) ماده ۷ اساسنامه سازمان بیمه خدمات درمانی تشکیل شده، سهام آن صد در صد متعلق به سازمان بیمه سلامت ایران به‌عنوان یک سازمان دولتی است و سرمایه در اختیار آن نیز ناشی از حق سرانه درمان (سهام دولت، دستگاه حمایت‌کننده یا بیمه‌گذار و بیمه‌شونده) می‌باشد که وفق ماده ۴ و بند (ب) ماده ۶ اساسنامه سازمان بیمه خدمات درمانی تماماً متعلق به دولت است و با توجه به تعریف ماده ۴ قانون محاسبات عمومی یک شرکت دولتی محسوب و از این حیث مقررات استخدامی و حقوق مزایای کارکنان آن تابع مقررات حاکم بر شرکت‌های دولتی است.

ثانیاً: با توجه به دولتی بودن شرکت مذکور، فصل سوم آیین‌نامه استخدامی شرکت سرمایه‌گذاری بیمه خدمات درمانی که مصوب ۱۳۷۹/۹/۸ هیئت مدیره شرکت است با قوانین حاکم در زمان تصویب آن مغایرت دارد زیرا در وضع این مصوبه موافقت شورای حقوق و دستمزد موضوع ماده ۱۲ قانون مقررات استخدامی شرکت‌های دولتی جهت تعیین حداقل و حداکثر پرداختی به مستخدمین اخذ نشده و تفویض اختیار به هیئت مدیره شرکت جهت تعیین بدون قید و شرط اضافه‌کاری در ماده ۱۳ آیین‌نامه معترض‌عنه مغایر ماده ۷ قانون هماهنگ پرداخت کارکنان دولت ناظر به ماده ۳۹ قانون استخدام کشوری و ماده ۱۹ مقررات استخدامی شرکت‌های دولتی است. از طرفی برقراری فوق‌العاده محرومیت از کار انتفاعی مذکور در ماده ۱۴ آیین‌نامه مورد شکایت فاقد مبنای قانونی و مغایر مواد ۱۲ و ۱۴ مقررات استخدامی شرکت‌های دولتی است و دلیل قانونی بر جواز برقراری آن وجود ندارد.

ثالثاً: علاوه بر مغایرت مصوبه مذکور با قانون به شرح فوق، با توجه به ماده ۵ قانون مدیریت خدمات کشوری، پرداخت حقوق و مزایای کارکنان شرکت‌های دولتی از جمله شرکت مذکور از زمان لازم‌الاجرا شدن قانون مدیریت خدمات کشوری مشمول قانون مذکور بوده و فصل سوم آیین‌نامه مورد اعتراض به جهت مغایرت با

مواد قانونی فصل دهم قانون مدیریت خدمات کشوری به استناد ماده ۱۲۷ قانون یاد شده و عمل به آن تا زمان اصلاحیه تخلف از قوانین و مقررات محسوب می‌شود. با توجه به مراتب فوق و از آنجایی که تقاضای ابطال مصوبه مذکور از تاریخ تصویب، درخواست شده است، لذا به جهت رفع آثار ناشی از اجرای مصوبه معترض‌عنه، مواد ۱۱-۱۲-۱۳-۱۴ فصل سوم آیین‌نامه مورد اعتراض مستند به بند ۱ ماده ۱۲ و مواد ۸۸ و ۱۳ قانون تشکیلات و آیین دادرسی دیوان عدالت اداری مصوب سال ۱۳۹۲ از تاریخ تصویب ابطال می‌شود.

تاریخ: ۲ بهمن ۱۳۹۷

شماره دادنامه: ۱۹۸۰

کلاس پرونده: ۱۴۲۳/۹۶

موضوع رأی: ابطال بند ۲۱ از دفترچه تعرفه عوارض کسب و پیشه در خصوص مطب پزشکان، داروخانه‌ها و حرف پزشکی دیگر و بند ۹ ردیف ۵۹ از تعرفه برقراری عوارض سالیانه پارکینگ موقت برای مشاغل پزشکی مذکور، تعرفه سال ۱۳۹۶ مصوب شورای اسلامی شهر یزد مورخ ۱۳۹۷/۱۱/۰۲

شاکی: سازمان نظام پزشکی و شورای هماهنگی استان یزد با وکالت آقایان احسان موته باریکر سفی و سید محمود موسوی
گردش کار:

شاکی به موجب دادخواستی، ابطال مصوبات شورای اسلامی شهر یزد موضوع صورت جلسه مورخ ۱۳۹۶/۳/۳۰ در خصوص بندهای ۲۱ و ۵۹ دفترچه تعرفه عوارض کسب و پیشه و بهای خدمات پارکینگ موقت پزشکان، داروخانه‌ها و حرف وابسته دیگر را خواستار شده و در جهت تبیین خواسته اعلام کرده است که: «ریاست محترم کل دیوان عدالت اداری؛ با سلام. احتراماً اینجانبان احسان موته و سید محمود موسوی به وکالت از سازمان نظام پزشکی شهر یزد به استحضار عالی می‌رسانیم شورای اسلامی شهرستان یزد به ادعای اجرای قانون و دستورالعمل‌های مربوطه در واقع بر خلاف این نصوص اقدام به تصویب مصوبه‌ای بر خلاف موازین قانونی در خصوص اخذ عوارض سالیانه بابت پارکینگ موقت و کسب و پیشه از پزشکان، داروخانه‌ها، کلینیک‌های درمانی و حرف وابسته نموده موارد و عللی که بزعم اینجانبان غیرقانونی بودن اقدامات مشتکی‌عنه و نتایج بعدی را اثبات می‌نماید ذیلاً معروض می‌گردد.

شهرداری یزد با ارسال اظهاریه برای تعدادی از پزشکان و متصدیان داروخانه‌های استان یزد و کلینیک‌های درمانی از جمله نامه شماره ۹۶۰۰۱۸۶۸۳/۲۳۰-۱۳۹۶/۴/۲۸ به‌عنوان اداره ثبت اسناد و املاک شهرستان یزد درخواست ارسال

پرونده ملکی خانم دکتر سعیده هاشمی نموده تا به صدور اجرائیه نسبت به وصول عوارض سالیانه پارکینگ موقت بر اساس رأی کمیسیون ماده ۷۷ قانون شهرداری اقدام گردد. حال با توجه به مراتب معنونه و در جهت تبیین خواسته اعلام می داریم:

الف: نظر به اینکه شورای اسلامی شهرستان یزد در تصویب ردیف ۵۹ از تعرفه عوارض محلی سال ۱۳۹۶ شهرداری یزد با عنوان آیین نامه اجرایی پارکینگ موقت رعایت مفاد رأی شماره ۳۲۱ الی ۳۲۶-۱۲/۵/۱۳۹۵ صادره از هیئت عمومی دیوان عدالت اداری را ننموده است با این توضیح که در رأی اخیرالذکر هیئت عمومی دیوان مصوبه شورای اسلامی شهر میبد از توابع استان یزد بابت عوارض سالیانه پارکینگ موقت پزشکان و حرف پزشکی ابطال گردیده است لذا شورای اسلامی شهرستان یزد می بایستی مطابق ماده ۹۲ از قانون تشکیلات و آیین دادرسی دیوان عدالت اداری تبعیت کرده و از تصویب ردیف ۵۹ دفترچه تعرفه تحت عنوان آیین نامه اجرایی پارکینگ موقت خودداری می نمود با عنایت به مراتب معنونه ابطال بند ۹ ردیف ۵۹ و تبصره مصوبه یاد شده در اجرای ماده ۹۲ قانون تشکیلات و آیین دادرسی و ماده ۱۳ از قانون فوق الذکر مورد استدعاست.

ب: ابطال اطلاق ردیف ۲۱ از دفترچه تعرفه عوارض کسب و پیشه سال ۹۶ از مطب پزشکان، داروخانه‌ها و حرف وابسته به پزشکی.

نظر به اینکه شورای اسلامی شهرستان یزد در تصویب اطلاق ردیف ۲۱ از تعرفه عوارض سال ۱۳۹۶ از پزشکان و داروخانه‌ها و حرف وابسته به پزشکی از جهت شمول عوارض حق کسب و پیشه از پزشکان و حرف وابسته نیز رعایت مفاد رأی شماره ۹۵۰۱۰۰۹۰۹۰۵۸۷۸-۲/۲۱/۱۳۹۵ صادره از هیئت عمومی دیوان عدالت اداری در ابطال مصوبه شورای اسلامی شهر مشهد و سایر آراء هیئت عمومی در زمینه حذف، کسر و عدم تأمین پارکینگ نگردیده است با این توضیح که در رأی اخیرالذکر هیئت عمومی مصوبه شورای مذکور بابت عوارض حق کسب و پیشه از

پزشکان و حرف وابسته ابطال شده است لذا شورای مذکور می‌بایستی مطابق ماده ۹۲ از قانون تشکیلات دیوان عدالت اداری تبعیت می نمود و از تصویب اطلاق ردیف ۲۱ از تعرفه عوارض حق کسب و پیشه از پزشکان، داروخانه‌ها و حرف وابسته خودداری می نمود حال با توجه به مفاد نامه شماره ۹۶۰۰۴۲۴۰۲-۱۳۹۶/۹/۸ شهرداری یزد که در مقام پاسخ به استعلام شماره ۷/۹۶۰۸۳۳۳۹-۱۳۹۶/۸/۲۵ سازمان نظام پزشکی استان یزد ارسال گردیده است مستند اخذ عوارض کسب و پیشه سال ۱۳۹۶ از پزشکان، داروخانه‌ها و حرف وابسته ردیف ۲۱ از تعرفه عوارض ۹۶ می‌باشد در نتیجه با توجه به مراتب صدرالبیان ابطال اطلاق ردیف ۲۱ از تعرفه یادشده مستنداً به ماده ۹۲ و ۱۳ قانون تشکیلات و آیین دادرسی دیوان عدالت اداری مورد استدعاست.»

آقای احسان موته باریکر سفی به وکالت از شاکی به‌موجب لایحه‌ای که به شماره ۹۶-۱۴۲۳-۱-۱۳۹۷/۳/۵ ثبت دفتر اداره کل امور هیئت عمومی و هیئت های تخصصی دیوان عدالت اداری شده اعلام کرده است که:

«هیئت محترم عمومی دیوان عدالت اداری؛ با سلام. احتراماً در خصوص پرونده کلاسه ۱۴۲۳/۹۶ آن هیئت در ارتباط با شکایت موکل سازمان نظام پزشکی استان یزد نسبت به ابطال تعرفه عوارض محلی سال ۹۵ شورای اسلامی شهر یزد در قسمت‌های اخذ عوارض سالیانه مشاغل از پزشکان و حرف وابسته و اخذ عوارض به‌عنوان پارکینگ موقت به استحضار عالی می‌رساند نظر به اینکه در ستون ضامم و مستندات فرم دادخواست تقدیمی درج شماره رأی ۵۷۷-۱۳۹۶/۶/۲۱ مبتنی بر اشتباه بوده و همان‌طور که در شرح شکایت اعلام شده رأی صحیح ۷۸-۱۳۹۵/۲/۲۱ می‌باشد ضمناً در ارتباط با درخواست ابطال ردیف ۵۹ تعرفه مورد شکایت (پارکینگ موقت) نظر آن هیئت را به دادنامه ۸۱۹-۱۳۹۵/۱۰/۲۰ که در ارتباط با مصوبه شورای اسلامی شهر میبد در اخذ عوارض پارکینگ موقت صادر

شده است و در مفاد آن به دادنامه شماره ۳۲۱ الی ۳۲۶-۱۲/۵/۱۳۹۵ هیئت عمومی اشاره شده است جلب می‌نمایم.»

در پی اخطار رفع نقصی که از طرف دفتر هیئت عمومی دیوان عدالت اداری برای وکیل شاکای آقای احسان موته باریکر سفی ارسال شده بود، وی به موجب لایحه ۱۳۹۷/۵/۱۴ توضیح داده است که:

«مدیر دفتر هیئت عمومی دیوان عدالت اداری؛ با سلام. احتراماً، عطف به اخطاریه رفع نقص شماره ۱۱۷۲-۵۸۰۹۰۵۸۰۹۹۸۰۹۶-۱۴/۵/۱۳۹۷ صادره در پرونده کلاسه ۱۴۲۳/۹۶ آن هیئت مبنی بر اعلام جهات مغایرت بندهای ۲۱ و ۵۹ مصوبه دفترچه عوارض مصوبه شورای اسلامی شهر یزد به استحضار عالی می‌رساند: الف- بند ۲۱ تعرفه عوارض موردنظر به شرح استدلال به عمل آمده در دادخواست مغایر ماده واحده قانون محل پزشکان مصوب سال ۱۳۶۶ و نیز قسمت آخر تبصره ذیل بند ۲۴ ماده ۵۵ قانون شهرداری می‌باشد که در این خصوص مجدداً نظر آن هیئت را به رأی شماره ۷۸-۲/۲۱/۱۳۹۵ آن هیئت که در خصوص مورد مشابه حکم به ابطال مصوبه شورای اسلامی شهر مشهد صادر شده است جلب می‌نماید.

ب- در خصوص بند ۵۹ تعرفه عوارض موردنظر به استحضار می‌رساند از آنجاکه مقنن در تبصره ۵ ماده ۱۰۰ قانون شهرداری تکلیف عدم رعایت پارکینگ یا کسری آن را معین و تخلف را بر اساس رأی کمیسیون های مقرر در آن ماده به پرداخت جریمه محکوم کرده است لذا دریافت عوارض در این خصوص علاوه بر جریمه تعیینی بر خلاف حکم قانون و مراد مقنن است در این قسمت نیز نظر آن هیئت را به مفاد دادنامه شماره ۳۲۶ الی ۳۲۱-۱۲/۵/۱۳۹۵ که در خصوص مورد مشابه حکم بر ابطال مصوبه شورای اسلامی شهر میبد از توابع استان یزد که عوارض پارکینگ موقت، تجاری، بانک‌ها، داروخانه‌ها و مطب پزشکان را ابطال نموده است جلب می‌نماید. حال با توجه به مراتب معنونه و استدلالات قانونی

یادشده و مشروح دادخواست تقدیمی درخواست ابطال بندهای ۲۱ و ۵۹ تعرفه سال ۱۳۹۶ شورای اسلامی شهر یزد مورد استدعاست.»
متن تعرفه مورد اعتراض به شرح زیر است:

«تعرفه عوارض و بهای خدمات سال ۱۳۹۶ شهرداری یزد مصوب شورای اسلامی شهر یزد

۲۱- عوارض سالیانه کلیه مشاغل برای سال ۹۶

الف) عوارض کسب و پیشه بیش از سه دهم درصد از درآمد مشمول مالیات قطعی قبل از کسر بخشودگی محاسبه نگردد.

ب) جهت محاسبه عوارض کسب و پیشه، سال آخرین درآمد مشمول مالیات قطعی شده قبل از کسر بخشودگی، به ازای هر سال ۱۰ درصد به درآمد مشمول اضافه می‌گردد.

محاسبه عوارض برابر فرمول ذیل می‌باشد:

$$K = [(T \times P \times 0,004 \times 0,1) + (D \times 0,003 \times 0,9)] \leq D \times 0,003$$

$K =$ عوارض کسب و پیشه (سالیانه)

$T =$ تعرفه مصوب سال ۱۳۶۶ و فهرست اضافه شده به صورت سالیانه

$P =$ قیمت منطقه ای روز محل

$D =$ درآمد مشمول مالیات قطعی شده قبل از کسر بخشودگی سال جاری

ردیف ۵۹- آیین‌نامه اجرایی پارکینگ موقت:

۱- این آیین‌نامه در اجرای ردیف ۶۲ تعرفه عوارض و بهای خدمات شهرداری تنظیم شده است.

۲- وصولی این ردیف به حساب جداگانه ای واریز و نگهداری خواهد شد.

۳- شهرداری درآمد این ردیف را فقط برای اجاره محل و در جهت احداث پارکینگ موقت هزینه خواهد نمود.

۴- اگر در محلی که این بهای خدمات اخذ می‌شود پارکینگ دائم توسط شهرداری تأمین شده باشد شهرداری می‌تواند بهای خدمات اخذ شده را در محل های دیگر و صرفاً جهت تأمین پارکینگ موقت و یا دائم هزینه نماید.

۵- در بودجه سنواتی معادل درآمد پیش‌بینی شده برای این بهای خدمات باید هزینه اجاره و دیگر هزینه‌های مرتبط با احداث و یا ایجاد پارکینگ دائم در نظر گرفته شود.

۶- اخذ بهای خدمات پارکینگ موقت هیچ‌گونه حقی برای مالک و یا مؤدی در خصوص تثبیت کاربری و امثالهم ایجاد نمی‌کند.

۷- اگر تبدیل و یا تغییر در نوع استفاده از ساختمان به‌گونه‌ای باشد که کسر پارکینگ برای همسایگان مزاحمتی داشته باشد و مورد شکایت واقع شود شهرداری باید برابر ضوابط با آن برخورد نماید.

۸- محاسبه مساحت پارکینگ باید بر اساس ضوابط طرح‌های مصوب ملاک عمل شهرداری باشد.

۹- مؤسسات پولی و مالی و دارخانه‌ها و مطب پزشکان و دیگر واحدهایی که کسر پارکینگ دارند مشمول این تعرفه خواهند شد.

تبصره: داروخانه‌ها و مطب پزشکان که قبل از سال ۱۳۶۵ به‌صورت داروخانه و مطب دایر بوده از پرداخت این بهای خدمات معاف می‌باشند.

۱۰- طبقه‌بندی مطب‌ها بر اساس مراجعات به شرح ذیل می‌باشد:

الف) مطب پزشکان متخصص و فوق تخصص و ... در بلوار طالقانی و کوچه‌های منشعب بر آن و خیابان امام و کوچه برخوردار و کوچه روشن بر اساس ۱۰۰٪ تعرفه این ردیف محاسبه می‌گردد و پزشکان عمومی مشمول این بند بر اساس ۷۵٪ تعرفه می‌باشند.

ب) مطب پزشکان متخصص و فوق تخصص و ... که در سایر معابر هستند مشمول ۷۵٪ و پزشکان عمومی مشمول ۵۰٪ تعرفه فوق می‌باشند.

ج) در صورتی که پزشک عمومی در منطقه‌ای باشد (به غیر از موارد بند الف) که تا شعاع ۱۰۰۰ متری مطب این پزشک، پزشک عمومی دیگری وجود نداشته باشد از پرداخت این بهای خدمات معاف می‌باشد. این آیین‌نامه پس از ابلاغ قابل اجرا می‌باشد.»

طرف شکایت علی‌رغم ارسال و ابلاغ نسخه دوم دادخواست و ضمائم آن تا زمان رسیدگی به پرونده هیچ‌گونه پاسخی ارسال نکرده است.

هیئت عمومی دیوان عدالت اداری در تاریخ ۱۳۹۷/۱۱/۲ با حضور رئیس و معاونین دیوان عدالت اداری و رؤسا و مستشاران و دادرسان شعب دیوان تشکیل شد و پس از بحث و بررسی با اکثریت آراء به شرح زیر به صدور رأی مبادرت کرده است.

رأی هیئت عمومی

الف- با توجه به اینکه در آراء هیئت عمومی دیوان عدالت اداری وضع عوارض به نسبت درآمد مأخذ محاسبه مالیات در محاسبه نحوه میزان عوارض سالیانه مشاغل در مصوبات شوراهای اسلامی شهرها مغایر قانون و خارج از حدود اختیارات تشخیص و ابطال شده است، بنابراین بند ۲۱ با عنوان عوارض سالیانه کلیه مشاغل از تعرفه عوارض و بهای خدمات سال ۱۳۹۶ مصوب شورای اسلامی شهر یزد به دلایل مندرج در رأی شماره ۱۵۵ و ۱۵۶ مورخ ۱۳۹۶/۲/۲۶ هیئت عمومی دیوان عدالت اداری مغایر قانون و خارج از حدود اختیارات قانونی است و مستند به بند ۱ ماده ۱۲ و مواد ۸۸ و ۱۳ قانون تشکیلات و آیین دادرسی دیوان عدالت اداری مصوب سال ۱۳۹۲ از تاریخ تصویب ابطال می‌شود.

ب- با توجه به اینکه در آراء متعدد هیئت عمومی دیوان عدالت اداری وضع عوارض برای کسری، حذف یا عدم تأمین پارکینگ در مصوبات شوراهای اسلامی شهرها مغایر قانون و خارج از حدود اختیارات تشخیص و ابطال شده است، بنابراین ردیف ۵۹ تحت عنوان آیین‌نامه اجرایی پارکینگ موقت از تعرفه عوارض و بهای خدمات سال ۱۳۹۶ مصوب شورای اسلامی شهر یزد به دلایل مندرج در رأی

شماره ۹۷ الی ۱۰۰-۱۶/۲/۱۳۹۲ و رأی شماره ۵۷۳-۱۹/۶/۱۳۹۶ هیئت عمومی دیوان عدالت اداری مغایر قانون و خارج از حدود اختیارات است و مستند به بند ۱ ماده ۱۲ و مواد ۸۸ و ۱۳ قانون تشکیلات و آیین دادرسی دیوان عدالت اداری مصوب سال ۱۳۹۲ از تاریخ تصویب ابطال می‌شود.

تاریخ: ۱۱ تیر ۱۳۹۸

شماره دادنامه: ۵۹۱

کلاس پرونده: ۱۷۱۰/۹۷

موضوع رای: ابطال عبارت «می تواند صرفاً با کسر دو هفتم از سهم حق بیمه پرداختی حقوق بگیران بیمه شده» از بند ۲ بخشنامه شماره ۱۳۸۳/۱۱/۷-۲۱۱/۴۳۸۵/۱۹۴۱۸ رئیس کل سازمان امور مالیاتی کشور (در خصوص هزینه‌های درمانی پرداختی هر مؤدی بابت معالجه) ۱۳۹۸/۰۴/۱۱

شاکی: آقای بهمن زبردست

گردش کار:

شاکی به موجب دادخواستی ابطال عبارت «می تواند صرفاً با کسر دو هفتم از سهم حق بیمه پرداختی حقوق بگیران بیمه شده» از بند ۲ بخشنامه شماره ۱۳۸۳/۱۱/۷-۲۱۱/۴۳۸۵/۱۹۴۱۸ رئیس کل سازمان امور مالیاتی کشور را خواستار شده و در جهت تبیین خواسته اعلام کرده است که:

" با سلام و احترام، ضمن تقدیم بخشنامه شماره ۲۱۱/۴۳۸۵/۱۹۴۱۸-۱۳۸۳/۱۱/۷ رئیس کل سازمان امور مالیاتی کشور، به استحضار می‌رساند بنا به ماده ۱۳۷ قانون مالیاتهای مستقیم، هزینه‌های درمانی پرداختی هر مؤدی بابت معالجه، همچنین حق بیمه پرداختی هر شخص حقیقی به مؤسسات بیمه ایرانی بابت انواع بیمه‌های عمر و زندگی و بیمه‌های درمانی از درآمد مشمول مالیات مؤدی کسر می‌گردد و در این ماده نه ذکری از این که چه سهمی از پرداختی بیمه شدگان تأمین اجتماعی از درآمد مشمول مالیاتشان کسر شود شده نه اختیاری به سازمان مالیاتی جهت تعیین این میزان داده شده اما در بند ۲ بخشنامه مورد اعتراض، بدون ذکر مبنای محاسبه «صرفاً با کسر دو هفتم از سهم حق بیمه پرداختی حقوق بگیران بیمه شده» تأمین اجتماعی موافقت شده، که حتی اگر هم

سازمان امور مالیاتی اختیاری برای تعیین این میزان می داشت، باز هم در مغایرت با ماده ۲۹ قانون تأمین اجتماعی بود که بر مبنای آن «نه درصد از مأخذ محاسبه حق بیمه مذکور در ماده ۲۸ این قانون حسب مورد برای تأمین هزینه‌های ناشی از موارد مذکور در بندهای الف و ب ماده ۳ این قانون (حوادث و بیماریها و بارداری) تخصیص می‌یابد و بقیه به سایر تعهدات اختصاص خواهد یافت.» لذا با عنایت به اینکه تعیین مبنای کسر دو هفتم از سهم حق بیمه پرداختی، اساساً خارج از حدود اختیارات رئیس کل سازمان امور مالیاتی کشور بوده، در مغایرت با ماده ۲۹ قانون تأمین اجتماعی نیز می‌باشد، از آن مقام عالی درخواست ابطال این مبنای کسر غیرقانونی و حذف عبارت «می‌توانند صرفاً با کسر دو هفتم از سهم حق بیمه پرداختی حقوق بگیران بیمه شده» از بند ۲ بخشنامه شماره ۱۳۸۳/۱۱/۷-۲۱۱/۴۳۸۵/۱۹۴۱۸ را دارم."

متن بخشنامه مورد اعتراض به قرار زیر است:

"بخشنامه شماره ۲۱۱/۴۳۸۵/۱۹۴۱۸ در خصوص حق بیمه‌های درمانی و درآمد حقوق

شماره: ۱۳۸۳/۱۱/۷ - ۱۹۴۱۸/۴۳۸۵/۲۱۱

سازمان امور اقتصادی و دارایی استان - شورای عالی مالیاتی - اداره کل امور مالیاتی استان - دفتر فنی مالیاتی - اداره کل - هیئت عالی انتظامی مالیاتی - دفتر - دادستانی انتظامی مالیاتی - دبیرخانه هیئت‌های موضوع ماده ۲۵۱ مکرر - پژوهشکده امور اقتصادی - دانشکده امور اقتصادی - جامعه حسابداران رسمی ایران - سازمان حسابرسی

پیرو بخشنامه شماره ۴۰۰۶/۱۰۰۸۱-۴/۳۰ مورخ ۱۳۸۱/۲/۱ چون در خصوص اجرای حکم ماده ۱۳۷ قانون مالیاتهای مستقیم مصوب اسفند ماه ۱۳۶۶ و

اصلاحیه های بعدی آن خصوصاً حق بیمه پرداختی حقوق بگیران بابت بیمه عمر و بیمه های درمانی که معمولاً به صورت مستمر و اقساط ماهیانه انجام می شود از طرف ادارات امور مالیاتی، کارفرمایان و مؤدیان مالیاتی سوالاتی مطرح شده است، لذا موارد زیر را یادآور می گردد:

۱..... -

۲- کارفرمایان بیمه شدگان سازمان تأمین اجتماعی می توانند صرفاً با کسر دو هفتم از سهم حق بیمه پرداختی حقوق بگیران بیمه شده و کارفرمایان بیمه شدگان سازمان خدمات درمانی و سایر مؤسسات بیمه گر ایرانی نیز می توانند با کسر کل سهم حق بیمه پرداختی حقوق بگیران بیمه شده خود از درآمد حقوق آنان و با قید میزان آن در فهرستهای حقوق، تسلیمی به اداره امور مالیاتی ذی ربط مالیات متعلق را محاسبه نمایند. - رئیس کل سازمان امور مالیاتی "

در پاسخ به شکایت مذکور، مدیرکل دفتر حقوقی سازمان امور مالیاتی کشور به موجب لایحه شماره ۱۵۸۲۷/۱۱۲/ص-۱۷/۱۳۹۷/۷ توضیح داده است که:

" جناب آقای دربین

مدیرکل محترم هیئت عمومی دیوان عدالت اداری

با سلام و احترام

در خصوص کلاسه ۹۷۰۱۷۱۰ و به شماره پرونده ۹۷۰۹۹۸۰۹۰۵۸۰۰۶۹۴ موضوع دادخواست آقای بهمن زبردست به خواسته ابطال عبارت «می توانند صرفاً با کسر دو هفتم از سهم حق بیمه پرداختی حقوق بگیران بیمه شده» بند ۲ بخشنامه شماره ۱۹۴۱۸/۴۳۸۵/۲۱۱/۷-۱۳۸۳/۱۱/۷ سازمان امور مالیاتی کشور، ضمن ارسال

تصویر نامه شماره ۱۳۹۷/۶/۲۷-د/۲۳۲/۳۲۲۶۷ که در پاسخ به دادخواست مشارالیه تهیه گردیده به استحضار می‌رساند:

۱- در خصوص عدم مغایرت بند ۲ بخشنامه مذکور با ماده ۱۳۷ قانون مالیاتهای مستقیم توضیحات به شرح زیر می‌باشد:

بر اساس ماده ۱۳۷ قانون مالیاتهای مستقیم مصوب ۱۳۶۶/۱۲/۳ و اصلاحی مصوب ۱۳۸۰/۱۱/۲۷ «... حق بیمه پرداختی هر شخص حقیقی به مؤسسات بیمه ایرانی بابت انواع بیمه عمر و بیمه‌های درمانی از درآمد مشمول مالیات مؤدی کسر می‌گردد» با عنایت به ماده ۲۸ قانون تأمین اجتماعی «حق بیمه از اول مهر ماه تا پایان سال ۱۳۵۴ به میزان بیست و هشت درصد مزد یا حقوق است که هفت درصد آن بر عهده بیمه شده و هجده درصد آن بر عهده کارفرما و سه درصد به وسیله دولت تأمین خواهد شد.» و حسب تبصره ۱ همان ماده «از اول سال ۱۳۵۵ حق بیمه سهم کارفرما بیست درصد مزد یا حقوق بیمه شده خواهد بود و با احتساب سهم بیمه شده و کمک دولت کل حق بیمه به سی درصد مزد یا حقوق افزایش می‌یابد.» همان‌گونه که در این ماده بیان شده سهم بیمه شده هفت درصد از حق بیمه است. با توجه به نامه شماره ۱۳۸۲/۱۲/۳-۵۰۱۳/۱۰۸۴۱۶ «داره کل امور فنی بیمه شدگان سازمان تأمین اجتماعی از تاریخ ۱۳۵۵/۱/۱ به بعد از ۷۰٪ حق بیمه سهم کارمند ۲ واحد جهت امور درمانی و ۵ واحد به سایر موارد تخصیص می‌یابد. با لحاظ اینکه در ماده ۱۳۷ قانون مالیاتهای مستقیم حق بیمه پرداختی هر شخص بابت بیمه‌های درمانی از درآمد مشمول مالیات مؤدی کسر می‌گردد و با توجه به اینکه صرفاً ۲ واحد از ۷ واحد حق بیمه پرداختی بیمه شده جهت امور درمانی تخصیص می‌یابد، بر اساس بند ۲ بخشنامه شماره ۲۱۱/۴۳۸۵/۱۹۴۱۸-۱۳۸۳/۱۱/۷ مقرر شده است «کارفرمایان بیمه شدگان سازمان تأمین اجتماعی صرفاً با کسر دو هفتم از سهم حق بیمه پرداختی حقوق بگیران بیمه شده از درآمد

آنان و با قید میزان آن در فهرستهای حقوق تسلیمی به اداره امور مالیاتی ذی ربط مالیات متعلق را محاسبه نمایند.

۲- در خصوص عدم مغایرت بند ۲ بخشنامه مذکور با ماده ۲۹ قانون تأمین اجتماعی توضیحات زیر ارائه می شود:

بر اساس ماده ۲۹ قانون تأمین اجتماعی «نه درصد مأخذ محاسبه حق بیمه مذکور در ماده ۲۸ این قانون حسب مورد برای تأمین هزینه های ناشی از موارد مذکور در بندهای الف و ب ماده ۳ این قانون تخصیص می یابد و بقیه به سایر تعهدات اختصاص خواهد یافت.» ۹ درصد مذکور مجموع سهم بیمه شده (۰.۲٪)، کارفرما (۰.۶٪) و دولت (۰.۱٪) مأخذ محاسبه حق بیمه می باشد. نظر به توضیحات مذکور در بند ۱ این لایحه و با توجه به تعیین سهم ۲ درصدی بیمه شده از ۰.۹٪ مأخذ محاسبه حق بیمه که در ماده ۲۹ قانون بدان اشاره شده و به لحاظ اینکه صرفاً ۲ واحد از ۷ واحد سهم بیمه شده جهت تأمین هزینه های ناشی از حوادث، بیماریها و بارداری (درمان) تخصیص یافته، بند ۲ بخشنامه مورد شکایت مغایرتی با مفاد ماده ۲۹ قانون تأمین اجتماعی ندارد.

با لحاظ مراتب فوق و عدم مغایرت بند ۲ بخشنامه شماره ۱۹۴۱۸/۴۳۸۵/۲۱۱-۱۳۸۳/۱۱/۷ با ماده ۱۳۷ قانون مالیاتهای مستقیم و ماده ۲۹ قانون تأمین اجتماعی رسیدگی و صدور رأی شایسته مبنی بر رد شکایت شاکی، مورد درخواست می باشد."

هیئت عمومی دیوان عدالت اداری در تاریخ ۱۳۹۸/۴/۱۱ با حضور معاونین دیوان عدالت اداری و رؤسا و مستشاران و دادرسان شعب دیوان تشکیل شد و پس از بحث و بررسی با اکثریت آراء به شرح زیر به صدور رأی مبادرت کرده است.

رأی هیئت عمومی

بر اساس ماده ۱۳۷ قانون مالیاتهای مستقیم، هزینه‌های درمانی پرداختی هر مؤدی بابت معالجه خود یا همسر و اولاد و پدر و مادر و برادر و خواهر تحت تکفل در یک سال مالیاتی و همچنین حق بیمه پرداختی هر شخص حقیقی به مؤسسات بیمه ایرانی بابت انواع بیمه‌های عمر و زندگی و بیمه‌های درمانی از درآمد مشمول مالیات مؤدی کسر می‌گردد. همچنین به موجب ماده ۲۹ قانون تأمین اجتماعی «نه درصد از مأخذ محاسبه حق بیمه مذکور در ماده ۲۸ این قانون حسب مورد برای تأمین هزینه‌های ناشی از موارد مذکور در بندهای (الف) و (ب) ماده ۳ این قانون تخصیص می‌یابد و بقیه به سایر تعهدات اختصاص خواهد یافت.» بنابه مراتب فوق بند ۲ بخشنامه شماره ۱۹۴۱۸/۴۳۸۵/۲۱۱-۷/۱۱/۱۳۸۳ رئیس کل سازمان امور مالیاتی کشور که بر اساس آن مقرر شده است که کارفرمایان بیمه شدگان سازمان تأمین اجتماعی می‌توانند صرفاً با کسر دو هفتم از سهم حق بیمه پرداختی حقوق بگیران بیمه شده و کارفرمایان بیمه شدگان سازمان خدمات درمانی و سایر مؤسسات بیمه گر ایرانی نیز می‌توانند با کسر کل سهم حق بیمه پرداختی حقوق بگیران بیمه شده خود از درآمد حقوق آنان و با قید میزان آن در فهرستهای حقوق تسلیمی به اداره امور مالیاتی ذی‌ربط، مالیات متعلق را محاسبه نمایند از جهت کسر دو هفتم از سهم حق بیمه پرداختی حقوق بگیران بیمه شده مغایر با حکم مقرر در ماده ۱۳۷ قانون مالیاتهای مستقیم و ماده ۲۹ قانون تأمین اجتماعی است و به استناد بند ۱ ماده ۱۲ و ماده ۸۸ قانون تشکیلات و آیین دادرسی دیوان عدالت اداری مصوب سال ۱۳۹۲ ابطال می‌شود.

تاریخ دادنامه: ۱۰ دی ۱۳۹۸

کلاس پرونده: ۹۸۰۰۰۴۸

شماره دادنامه: ۲۸۹۵

موضوع رأی: اعمال ماده ۹۱ قانون تشکیلات و آیین دادرسی دیوان عدالت اداری
مصوب سال ۱۳۹۲ نسبت به رأی شماره ۴۳۲-۱۰/۵/۱۳۹۶ هیئت عمومی دیوان
عدالت اداری (در خصوص مالیات بر ارزش افزوده خدمات بیمه درمان) مورخ
۱۳۹۸/۱۰/۱۰

شاکی: رئیس سازمان امور مالیاتی کشور

گردش کار:

الف- هیئت عمومی دیوان عدالت اداری به موجب رأی شماره ۴۳۲-۱۰/۵/۱۳۹۶ قسمتی از بخشنامه شماره ۹۲۵۳-۹/۷/۱۳۹۰ سازمان امور مالیاتی کشور را ابطال کرده است.

متن رأی شماره ۴۳۲-۱۰/۵/۱۳۹۶ هیئت عمومی به قرار زیر است:

" مطابق بند ۹ ماده ۱۲ قانون مالیات بر ارزش افزوده، انواع دارو و لوازم مصرفی درمانی، خدماتی درمانی (انسانی، حیوانی و گیاهی) و خدمات توانبخشی و حمایتی از پرداخت مالیات بر ارزش افزوده معاف اعلام شده است. نظر به اینکه در سطر آخر بخشنامه مورد اعتراض، پرداخت خدمات بیمه، درمان و تکمیل درمان از معافیت مذکور در حکم قانون پیش گفته خارج شده است، بنابراین این قسمت از بخشنامه مغایر قانون یاد شده بوده و تصویب آن از حدود اختیارات سازمان امور مالیاتی خارج می باشد و مستند به بند ۱ ماده ۱۲ و ماده ۸۸ قانون تشکیلات و آیین دادرسی دیوان عدالت اداری مصوب سال ۱۳۹۲ ابطال می شود. اعضای هیئت عمومی دیوان عدالت اداری با اعمال ماده ۱۳ قانون اخیرالذکر و تسری

ابطال بخشنامه به زمان تصویب آن فقط نسبت به پرداخت کنندگان مستقیم مالیات بر ارزش افزوده موافقت کردند."

ب- رئیس سازمان امور مالیاتی کشور به موجب لایحه شماره ۱۲۸۳۵/۲۰۰/ص-۱۴/۶/۱۳۹۷ به رئیس دیوان عدالت اداری اعلام می کند که رأی شماره ۴۳۲-۱۰/۵/۱۳۹۶ هیئت عمومی واجد ایراد قانونی است و تقاضا می کند در اجرای ماده ۹۱ قانون تشکیلات و آیین دادرسی دیوان عدالت اداری مصوب سال ۱۳۹۲ رأی مذکور نقض شود.

مفاد لایحه یاد شده به قرار زیر است:

" در خصوص پرونده کلاسه ۶۱۸/۹۴ موضوع دادخواست اداره کل منابع طبیعی و آبخیزداری استان گلستان به طرفیت سازمان امور مالیاتی کشور، به خواسته ابطال قسمتی از بخشنامه شماره ۹۲۵۳-۹/۷/۱۳۹۰ سازمان امور مالیاتی کشور راجع به مشمولیت مالیات بر ارزش افزوده به بیمه تکمیلی درمان که منتهی به صدور دادنامه شماره ۴۳۲-۱۰/۵/۱۳۹۶ هیئت عمومی آن دیوان دایر بر ابطال قسمتی از بخشنامه در خصوص مشمولیت مالیات بر ارزش افزوده به بیمه تکمیلی درمان گردیده است به استحضار می رساند: ضمن استدعای امعان نظر نسبت به توضیحات ذیل الذکر، خواهشمند است دستور فرمایید در اجرای ماده ۹۱ قانون تشکیلات و آیین دادرسی دیوان عدالت اداری با طرح رأی مذکور در هیئت عمومی دیوان عدالت اداری موجبات رسیدگی مجدد فراهم شود.

الف- توضیحات درباره دلایل مغایرت نداشتن بخشنامه با قانون در قسمت مورد شکایت:

۱- خدمات بیمه ای شامل انواع رسته های مختلف بیمه حمل و نقل، بیمه محصولات کشاورزی، بیمه بار، بیمه مسئولیت، بیمه خودرو، بیمه عمر و پس انداز،

بیمه درمان، بیمه مکمل درمان، بیمه فعالیتهای آموزشی و پژوهشی و ... می باشد و معافیت های تعیین شده در ماده ۱۲ قانون مالیات بر ارزش افزوده بابت کالاها و خدمات، به خدمات بیمه ای آنها نظیر خدمات بیمه محصولات کشاورزی، خدمات بیمه درمانی، خدمات بیمه حمل و نقل و بار و ... که به نوعی مرتبط با خدمات و کالاهای معاف تعیین شده در قانون می باشد، قابل تسری نخواهد بود و در صورتی که معافیت تمام یا بخشی از خدمات بیمه ای از جمله خدمات بیمه درمان، خدمات بیمه محصولات کشاورزی، خدمات بیمه حمل و نقل مسافر مد نظر قانونگذار بود، در فصل معافیتهای قانون مالیات بر ارزش افزوده و اصلاحات بعدی آن منظور می گردید. چرا که مطابق اصل ۵۱ قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران موارد معافیت و بخشودگی می بایست به موجب قانون مشخص گردد.

۲- معافیتهای تعیین شده در ماده ۱۲ قانون مالیات بر ارزش افزوده، صرفاً در مقطع عرضه کالاها و ارائه خدمات به خریداران کالا و خدمات موضوعیت دارد و نمی توان معافیت آن کالاها و خدمات را به نهاده ها و خدمات به کار رفته در آنها تسری داد، مگر آن که به موجب قانون صراحتاً در شمار کالاها و خدمات معاف قرار گیرد، بنابراین در چارچوب مفاد این ماده انواع دارو و لوازم مصرفی درمانی، ارائه خدمات درمانی و خدمات توانبخشی و حمایتی از پرداخت مالیات بر ارزش افزوده معاف می باشد و این معافیت به نهاده ها و سایر خدمات و عوامل تولید که در عرضه انواع دارو مصرفی درمانی و ارائه خدمات درمانی و ... به کار رفته، قابل تسری نمی باشد. زیرا صرفاً در مقطع عرضه انواع دارو و ارائه خدمات درمانی توسط مراکز درمانی به بیماران، چنین معافیتی موضوعیت دارد و خدمات بیمه درمان و بیمه تکمیلی درمان که از انواع خدمات بیمه ای می باشد، به لحاظ عدم تصریح در قانون مشمول این معافیت نمی گردد. همان گونه که معافیت خدمات حمل و

نقل مسافر (موضوع بند ۱۲ ماده ۱۲ همان قانون) را نمی توان به خدمات بیمه حمل و نقل عمومی مسافری، قابل تسری دانست.

ب- بیان پیامدهای اعمال شدن ماده ۱۳ قانون تشکیلات و آیین دادرسی دیوان عدالت اداری و معاذیر اجرایی مربوط:

نظر به اینکه مالیات بر ارزش افزوده از انواع مالیاتهای غیرمستقیم تلقی می گردد که مودی (شرکتهای بیمه گر) با وصول آن از اشخاص ثالث به عنوان خریداران خدمات بیمه پس از کسر مالیات و عوارض پرداختی خود به حسابهای مربوط واریز می نمایند از طرفی بابت خدمات مذکور خریداران خدمات بیمه ای نیز خود مادامی که مودی مالیات بر ارزش افزوده باشند، مالیات و عوارض پرداختی را از مالیات و عوارض دریافتی خود کسر می نمایند و صرفاً مانده آن را پرداخت نمایند. در ارتباط با اعمال ماده ۱۳ قانون تشکیلات و آیین دادرسی دیوان عدالت اداری و تسری آن به گذشته نسبت به پرداخت کنندگان مستقیم مالیات بر ارزش افزوده و استرداد مالیاتهای دریافتی موضوع بند ۹ ماده ۱۲ قانون مالیات بر ارزش افزوده به مؤدیان مالیاتی و نهادهای پرداخت کننده به استحضار می رساند: در مورد مودیانی که قبلاً از اعتبار مالیاتی مزبور استفاده کرده اند و یا مودیانی که پرونده مالیات بر ارزش افزوده آنها قطعی شده و بیمه گذارانی که تاکنون در نظام مالیات بر ارزش افزوده فراخوان نشده اند و اعتبار مربوط به آنها وفق تبصره ۵ ماده ۱۷ به عنوان هزینه قابل قبول پرداخت شده است و همچنین در مورد ارگانهایی که از اعتبارات بودجه سنواتی استفاده می نمایند و در سنوات قبل، در محاسبات مربوطه منظور شده است این سازمان از حیث چگونگی اجرای رأی هیئت عمومی دیوان عدالت اداری معاذیر اجرایی فراوان می باشد. با عنایت به مراتب فوق، خواهشمند است دستور فرمایید از نتیجه هرگونه تصمیم اتخاذی درباره درخواست اجرای ماده ۹۱

قانون تشکیلات و آیین دادرسی دیوان عدالت اداری در مورد دادنامه صدرالاشاره این سازمان را آگاه نمایند."

ج- رئیس دیوان عدالت اداری با پذیرش استدلال مذکور در لایحه موصوف، در اجرای ماده ۹۱ قانون تشکیلات و آیین دادرسی دیوان عدالت اداری مصوب سال ۱۳۹۲ به رأی شماره ۴۳۲-۱۰/۵/۱۳۹۶ هیئت عمومی اعتراض می کند.

رسیدگی به موضوع در اجرای ماده ۹۱ قانون تشکیلات و آیین دادرسی دیوان عدالت اداری مصوب سال ۱۳۹۲ در دستور کار هیئت عمومی قرار گرفت.

هیئت عمومی دیوان عدالت اداری در تاریخ ۱۰/۱۰/۱۳۹۸ با حضور رئیس و معاونین دیوان عدالت اداری و رؤسا و مستشاران و دادرسان شعب دیوان تشکیل شد و پس از بحث و بررسی با اکثریت آراء به شرح زیر به صدور رأی مبادرت کرده است.

رأی هیئت عمومی

بر اساس مواد ۱ و ۸ قانون مالیات بر ارزش افزوده مصوب سال ۱۳۸۷، عرضه کالاها و ارائه خدمات در ایران مشمول مالیات بر ارزش افزوده بوده و کلیه اشخاصی که به عرضه کالاها و ارائه خدمات و واردات و صادرات آنها مبادرت می کنند، مودی محسوب می شوند. از سوی دیگر با وجود اینکه به موجب بند ۹ ماده ۱۲ قانون مالیات بر ارزش افزوده، انواع دارو، لوازم مصرفی درمانی، خدمات درمانی و خدمات توانبخشی و حمایتی از پرداخت مالیات بر ارزش افزوده معاف هستند، ولی با توجه به اینکه اموری مانند خدمات بیمه درمان، تکمیل درمان و ارائه خدمات مدیریت و نظارت بر امور درمانی برخلاف موارد مقرر در بند ۹ ماده ۱۲ قانون فوق الذکر ارتباط مستقیمی با روند درمان نداشته و از مصادیق موارد مقرر در بند فوق به شمار نمی آیند، لذا مشمول پرداخت مالیات بر ارزش افزوده می باشند و معافیت

مقرر در بند ۹ ماده ۱۲ قانون مالیات بر ارزش افزوده قابل تسری به آنها نیست. بنا به مراتب فوق، رأی شماره ۴۳۲-۱۰/۵/۱۳۹۶ هیئت عمومی دیوان عدالت اداری که بر اساس آن حکم به ابطال قسمتی از بخشنامه شماره ۹۲۵۳-۱۳۹۰/۷/۹ سازمان امور مالیاتی کشور به دلیل عدم تسری معافیت مقرر در بند ۹ ماده ۱۲ قانون مالیات بر ارزش افزوده به خدمات بیمه درمان، تکمیل درمان و ارائه خدمات مدیریت و نظارت بر امور درمانی صادر شده، با موازین قانونی یاد شده مغایرت دارد و در اجرای حکم ماده ۹۱ قانون تشکیلات و آیین دادرسی دیوان عدالت اداری مصوب سال ۱۳۹۲ ضمن نقض رأی شماره ۴۳۲-۱۰/۵/۱۳۹۶ هیئت عمومی دیوان عدالت اداری، رأی بر عدم ابطال فراز پایانی بخشنامه شماره ۹۲۵۳-۱۳۹۰/۷/۹ سازمان امور مالیاتی که قبلاً ابطال شده بود صادر می شود.

تاریخ دادنامه: ۱۳۹۸ دی ۲۴

شماره دادنامه: ۲۹۸۵

کلاس پرونده: ۹۷۰۲۵۹۷

موضوع رأی: ابطال بخش ۵ از بند «ل» ماده ۱۰ دستورالعمل مورخ ۱۳۹۴/۴/۱۶ شورای عالی بیمه خدمات درمانی و بخش وابسته (بخش استثناء شده در بند «ب» کد ۵۱) مورخ ۱۳۹۸/۱۰/۲۴

شاکی: آقای حمید عطاران

گرددش کار:

شاکی به موجب دادخواستی ابطال بخش ۵ از بند «ل» ماده ۱۰ دستورالعمل مورخ ۱۳۹۴/۴/۱۶ شورای عالی بیمه خدمات درمانی و بخش وابسته (بخش استثناء شده در بند «ب» کد ۵۱) را خواستار شده و در جهت تبیین خواسته اعلام کرده است که:

" اولاً: مطابق با اصول و موازین بدیهی علم پزشکی از گذشته تا کنون و در سراسر دنیا و احادیث و روایات پرداخت هزینه معالجات پزشکی خصوصاً عمل جراحی همواره با احتمال بروز عوارض همراه می باشد که اغلب آنها غیر قابل پیش بینی بوده که پرداخت آن بر عهده سازمان بیمه گر می باشد.

ثانیاً: ماده ۱۷ قانون بیمه همگانی مصوب سال ۷۳ مقرر داشته به کلیه بیمارستانها و مراکز بهداشتی و ... موظف به پذیرش و مداوای بیمه شدگان و ارائه خدمات و مراقبتهای پزشکی لازم بر اساس ضوابط و مقررات این قانون هستند که اطلاق و شمول این ماده کلی بوده و شامل درمان عوارض اعمال جراحی نیز می گردد. بنابراین مقرره مورد شکایت موجب تحدید و تضییع حقوق بیمه شدگان بوده تقاضای ابطال آن مورد تقاضاست "

متن مقرره مورد اعتراض به شرح زیر است:

" دستورالعمل رسیدگی به اسناد بستری بیمه های پایه:

.....

ل- سایر موارد حق العمل:

.....

۵- هزینه های درمانی ناشی از عوارض اعمال جراحی، خارج از شمول تعهدات بیمه پایه می باشد.

کد ۵۱- اعمال جراحی متعدد به وسیله یک یا دو جراح:

ب- جراحیهای متعددی در یک مورد بستری ولی در روزهای متفاوتی از بستری انجام می گردند (به استثنای مواردی که عوارض خود عمل محسوب می گردد) ۱۰۰٪ ارزش نسبی برای تمام اعمال جراحی ارائه شده قابل محاسبه می باشد "

در پاسخ به شکایت مذکور، سرپرست دفتر امور حقوقی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (معاونت حقوقی و امور مجلس) به موجب لایحه شماره ۱۰۷/۱۹۰۴-۱۳۹۷/۱۱/۱ توضیح داده است که:

" ۱- در ارتباط با شکایت نامبرده لازم به ذکر است، برابر ماده ۲ قانون بیمه همگانی، شورای عالی بیمه خدمات درمانی به منظور توسعه و تعمیم بیمه خدمات درمانی و اعمال وظایف سیاستگذاری، برنامه ریزی، ایجاد هماهنگی های اجرایی، هدایت، نظارت و ارزشیابی سطح کمی و کیفی بیمه خدمات درمانی در چهارچوب قانون مذکور در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تشکیل گردیده است.

۲- حسب مفاد نامه شماره ۱۳۹۷/۱۰/۲۲-د/۱۴۲/۳۳۸ دبیرخانه شورای عالی بیمه سلامت کشور، ضوابط و دستورالعمل های یکسان بیمه های پایه (سازمان بیمه سلامت ایران- سازمان بیمه تأمین اجتماعی- کمیته امداد امام خمینی و سازمان بیمه خدمات درمانی نیروهای مسلح) مورد تأیید اکثریت اعضاء شورای عالی بیمه قرار گرفته و در تاریخ ۱۳۹۴/۲/۹ ابلاغ گردیده است.

۳- منظور از عوارض اعمال جراحی در جزء ۵ از بند (ل) ماده ۱۰ دستورالعمل رسیدگی به اسناد بستری بیمه های پایه، خطاهای پزشکی شامل عوارض طبیعی اعمال جراحی نمی باشد و به عبارت دیگر هزینه های مرتبط با عوارض طبیعی اعمال جراحی به طور کامل توسط سازمانهای بیمه گر و بیماران پرداخت می گردد. آنچه هدف جزء ۵ از بند (ل) ماده ۱۰ دستورالعمل مذکور می باشد، عوارض غیر طبیعی اعمال جراحی ناشی از خطاهای پزشکی است که پرداخت آن توسط بیماران و یا بیمه منطقی به نظر نمی رسد. قسمت ۵ بند (ل) ماده ۱۰ دستورالعمل هیچ محدودیتی در زمینه میزان یا نحوه ارائه خدمت و دسترسی بیماران ایجاد نمی کند و صرفاً به معنای این است که عوارض اعمال جراحی یاد شده توسط پزشکان از سوی بیمار و بیمه پرداخت گردد و هزینه های مربوطه بر عهده پزشک معالج و مرکز ارائه دهند خدمت می باشد.

۴- ضمناً ماده ۱۷ قانون بیمه همگانی و آرایبی که شاکی ضمیمه دادخواست نموده است ارتباطی با موضوع شکایت ندارد زیرا مفاد آنها در خصوص الزام بیمارستانها و مراکز بهداشتی درمانی و مراکز تشخیصی و پزشکان به ارائه و انجام خدمات و مراقبتهای پزشکی به بیمه شدگان می باشد و برابر مفاد آراء هیئت عمومی دیوان عدالت اداری محدودیت حق بیمه شدگان در جهت انتخاب بیمارستان مغایر هدف قانونگذار اعلام شده است. با توجه به مراتب فوق رد شکایت بی وجه شاکی از آن مقام مورد تقاضا می باشد."

هیئت عمومی دیوان عدالت اداری در تاریخ ۱۳۹۸/۱۰/۲۴ با حضور معاونین دیوان عدالت اداری و رؤسا و مستشاران و دادرسان شعب دیوان تشکیل شد و پس از بحث و بررسی با اکثریت آراء به شرح زیر به صدور رأی مبادرت کرده است.

رأی هیئت عمومی

نظر به اینکه در ماده ۱۷ قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور کلیه بیمارستانها، مراکز بهداشتی و درمانی و مراکز تشخیصی و پزشکان کشور موظف به پذیرش و مداوای بیمه شدگان و ارائه و انجام خدمات و مراقبتهای پزشکی لازم بر اساس ضوابط و مقررات این قانون هستند، مقررات مورد اعتراض از این جهت که هزینه های درمانی ناشی از عوارض اعمال جراحی را خارج از شمول تعهدات بیمه پایه دانسته است مغایر قانون یاد شده است و مستند به بند ۱ ماده ۱۲ و ماده ۸۸ قانون تشکیلات و آیین دادرسی دیوان عدالت اداری مصوب سال ۱۳۹۲ ابطال می شود.

تاریخ دادنامه: ۸ بهمن ۱۳۹۸

شماره دادنامه: ۳۰۹۶

کلاس پرونده: ۹۸۰۳۸۵۹

موضوع رأی: ابطال «دستورالعمل تعرفه خدمات سرپایی دارویی در داروخانه های دولتی و خصوصی» مصوب وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی که طی شماره ۱۳۹۷/۱۲/۲۶-د/۱۰۱/۴۰۳۳ توسط مشاور وزیر و مدیرکل حوزه وزارتی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به رئیس سازمان غذا و دارو برای اجرا ابلاغ شده است. مورخ ۱۳۹۸/۱۱/۰۸

شاکای آقای مصطفی مجاوری

گردش کار:

الف- آقای مصطفی مجاوری به موجب شکایت نامه ای اعلام کرده است که:

" ریاست محترم دیوان عدالت اداری

سلام علیکم

احتراماً به استحضار می رساند با توجه به اینکه مطابق آراء هیئت عمومی از جمله رأی شماره ۶۸۳-۱۶/۴/۱۳۹۳ دریافت تعرفه حق فنی یا خدمات دارویی از ناحیه داروخانه ها به ازای هر نسخه مغایر قانون اعلام و ابطال شده است و در متن رأی فوق در قسمت ثانیاً صراحتاً ذکر شده که بند ۱۵ ماده ۱ قانون تشکیلات و وظایف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مصوب ۱۳۶۷ ناظر بر تعیین مبانی محاسبه هزینه های خدمات تشخیص، درمان و دارویی و بهزیستی به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است و تعیین مبانی غیر از تجویز تعیین مبالغی تحت عنوان تعرفه خدمات حرفه ای یا فنی داروسازان می باشد. با این وصف وزیر بهداشت به موجب ابلاغیه ای در تاریخ ۱۳۹۷/۱۲/۲۷ و به استناد همان قانون (بند ۱۵ ماده ۱ مرقوم) به داروخانه ها اجازه داده است که مبلغی تحت عنوان تعرفه

خدمات دارویی یعنی همان حق فنی برخلاف صریح آراء قبلی هیئت عمومی از جمله رأی شماره ۶۸۳-۱۷/۴/۱۳۹۳ این بار به ازای هر قلم دارو از بیماران دریافت شود، بنابراین مراتب به حضور تقدیم تا چنانچه موضوع مشمول ماده ۹۲ قانون تشکیلات و آیین دادرسی دیوان عدالت اداری بوده و قابل طرح در هیئت عمومی به صورت فوق العاده در اولین جلسه می باشد دستور فرمایید موضوع در هیئت عمومی مطرح شود در ضمن اصل ابلاغیه در دسترس نبوده که لازم است از ناحیه اداره کل هیئت عمومی از وزارت بهداشت مطالبه شود."

ب- مفاد آراء شماره ۶۸۳-۱۷/۴/۱۳۹۳ و ۱۳۸۸/۳/۳-۱۹۹ هیئت عمومی دیوان عدالت اداری به قرار زیر است:

۱- رأی شماره ۶۸۳-۱۷/۴/۱۳۹۳ هیئت عمومی دیوان عدالت اداری:

مطابق ماده ۹۲ قانون تشکیلات و آیین دادرسی دیوان عدالت اداری مصوب سال ۱۳۹۲ مقرر شده است چنانچه مصوبه ای در هیئت عمومی ابطال شود، رعایت مفاد رأی هیئت عمومی در مصوبات بعدی الزامی است و به موجب رأی شماره ۱۳۸۸/۳/۳-۱۹۹ هیئت عمومی دیوان عدالت اداری، مصوبه شماره ۷/۱۸۵۸ت/۳۲۳۱۹هـ-۱۳۸۳/۱۲/۹ هیئت وزیران در تعیین تعرفه حق فنی ارائه دارو در داروخانه ها به لحاظ این که مغایر ماده ۸ قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور مصوب سال ۱۳۷۳ است ابطال شده است، بنابراین رعایت مفاد رأی هیئت عمومی در مصوبات بعدی هیئت وزیران الزامی بوده است. نظر به این که در ردیف های الف و ب بند ۴ مصوبه شماره ۲/۱۴۶۳ت/۵۰۳-۵۰۳هـ- ۱۳۹۳/۲/۳۰ هیئت وزیران، با تلقی تکالیف مسئول فنی داروخانه ها در زمره امور تشخیصی و درمانی، تعرفه خدمات حرفه ای داروسازان تصویب شده است به جهت این که اولاً: بندهای مذکور مغایر مفاد رأی شماره ۱۳۸۸/۳/۳-۱۹۹ هیئت عمومی دیوان عدالت

اداری می باشد. ثانیاً: بند ۱۵ ماده ۱ قانون تشکیلات و وظایف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مصوب سال ۱۳۶۷، ناظر بر تعیین مبانی محاسبه هزینه های خدمات تشخیصی، درمانی و دارویی و بهزیستی به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است و تعیین مبانی غیر از تجویز تعیین مبالغی تحت عنوان تعرفه خدمات حرفه ای یا فنی داروسازان می باشد. ثالثاً: در بند هـ ماده ۳۸ قانون برنامه پنجساله پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران که مبنای صدور مصوبه مورد اعتراض می باشد تعیین تعرفه سلامت صرفاً برای ارائه دهندگان خدمات بهداشت، درمان و تشخیص مورد حکم قرار گرفته است و راجع به تعیین تعرفه اخذ مبالغی به عنوان حق فنی یا خدمات حرفه ای توسط داروخانه ها که خدمات آنها از مصادیق خدمات تشخیصی، درمانی محسوب نمی شود متضمن حکمی نیست. ضمن این که طبق ماده ۲۲۶ قانون برنامه پنجم مورد اشاره « احکام قوانین و مقرراتی که لغو یا اصلاح آنها مستلزم ذکر یا تصریح نام است در صورت مغایرت با احکام این قانون در طول برنامه موقوف الاجرا» قلمداد شده است. بنا به مراتب، مقرره مورد اعتراض مستنداً به بند ۱ ماده ۱۲ و ماده ۸۸ قانون تشکیلات و آیین دادرسی دیوان عدالت اداری مصوب سال ۱۳۹۲ ابطال می شود."

۲-ب: رأی شماره ۱۹۹-۱۳۸۸/۳/۳ هیئت عمومی دیوان عدالت اداری:

حکم مقرر در ماده ۸ قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور مصوب ۱۳۷۳ مصرح در تعیین تعرفه خدمات تشخیصی و درمانی بر اساس ضوابط قانونی مربوط است. نظر به اینکه وظایف و مسئولیتهای قانونی مسئول فنی داروخانه از مصادیق خدمات تشخیصی و درمانی محسوب نمی شود، بنابر این مصوبه شماره ۷۱۸۵۸/ت/۳۲۳۱۹-هـ-۱۳۸۳/۱۲/۹ هیئت وزیران که تکالیف مسئول فنی داروخانه را در زمره امور تشخیصی و درمانی قلمداد کرده و آنان را در قبال ارائه دارو ذیحق به دریافت مبلغ مشخصی به عنوان حق ارائه خدمات فنی اعلام داشته اند، بلحاظ

عدم انطباق با مصادیق مقرر در ماده ۸ قانون مذکور خلاف قانون و خارج از حدود اختیارات قوه مجریه در وضع مقررات دولتی تشخیص داده می‌شود و با استناد به قسمت دوم اصل ۱۷۰ قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران و ماده یک و بند یک ماده ۱۹ و ماده ۴۲ قانون دیوان عدالت اداری مصوب ۱۳۸۵ ابطال می‌شود."

ج: متن دستورالعمل مورد اعتراض که طی شماره ۱۰۱/۴۰۳۳-د/۱۳۹۷/۱۲/۲۶-۱۳۹۷ ابلاغ شده است به قرار زیر می‌باشد:

"دستورالعمل تعرفه خدمات سرپایی دارویی در داروخانه های دولتی و خصوصی

به استناد بند ۱۵ ماده ۱ قانون تشکیلات و وظایف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مصوب سال ۱۳۶۷، تعرفه خدمات سرپایی دارویی در داروخانه های دولتی و خصوصی به شرح زیر تعیین و ابلاغ می‌شود:

۱- تعرفه خدمات دارویی به ازای هر قلم دارو در نسخه، معادل ۰/۰۸ کای حرفه ای خدمات تشخیص و درمانی تعیین می‌شود. این تعرفه تا سقف ۲ قلم دارو در هر نسخه قابل دریافت می‌باشد در شب و ایام تعطیل ۱۰ درصد به آن اضافه می‌شود.

۲- تعرفه خدمات دارویی برای داروهای بدون نسخه (OTC) به ازای هر قلم دارو معادل ۰/۰۱۵ کای حرفه ای خدمات تشخیصی و درمانی تعیین می‌شود. این مبلغ تا سقف ۳ قلم دارو بدون نسخه برای هر بیمار قابل دریافت می‌باشد.

محاسبه تعرفه خدمات دارویی در بخش خصوصی بر مبنای کای بخش خصوصی و در بخش دولتی بر مبنای کای بخش دولتی خواهد بود. کلیه داروخانه ها ملزم به رعایت این دستورالعمل بوده و دانشگاه ها و دانشکده های علوم پزشکی سراسر

کشور بر حسن انجام آن نظارت خواهند نمود. - وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی "

هیئت عمومی دیوان عدالت اداری در تاریخ ۱۳۹۸/۱۱/۸ با حضور رئیس و معاونین دیوان عدالت اداری و رؤسا و مستشاران و دادرسان شعب دیوان و با حضور نماینده معرفی شده تشکیل شد و پس از بحث و بررسی با اکثریت آراء به شرح زیر به صدور رأی مبادرت کرده است.

رأی هیئت عمومی

مطابق ماده ۹۲ قانون تشکیلات و آیین دادرسی دیوان عدالت اداری مصوب سال ۱۳۹۲ مقرر شده است: چنانچه مصوبه ای در هیئت عمومی ابطال شود مراجع مربوط موظفانند مفاد رأی هیئت عمومی را در تصویب مصوبات بعدی رعایت کنند. هیئت عمومی دیوان عدالت اداری در آراء متعدد از جمله آراء شماره ۶۸۳-۱۳۹۳/۴/۱۶ و ۱۳۸۸/۳/۳-۱۹۹ مصوبات ناظر بر تعیین تعرفه حق فنی داروخانه ها و یا تعرفه ارائه خدمات دارویی را ابطال کرده است، بنابراین مراجع مربوط می بایست آرای هیئت عمومی را در مصوبات بعدی خود رعایت می کردند. نظر به اینکه وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در سال ۱۳۹۷ « دستورالعمل تعرفه خدمات سرپایی دارویی در داروخانه های دولتی و خصوصی» را وضع کرده است و پیش از این به شرح آراء فوق الذکر هیئت عمومی تعیین تعرفه حق فنی داروخانه ها و یا تعرفه ارائه خدمات دارویی و یا عناوین مشابه مغایر قانون تشخیص و ابطال شده است، بنابراین مصوبه مورد اعتراض مبنی بر « دستورالعمل تعرفه خدمات سرپایی دارویی در داروخانه های دولتی و غیر دولتی» به علت مغایرت با آراء هیئت عمومی دیوان عدالت اداری و مستند به بند ۱ ماده ۱۲ و مواد ۹۲ و ۸۸ قانون تشکیلات و آیین دادرسی دیوان عدالت اداری مصوب سال ۱۳۹۲ ابطال می شود.

تاریخ دادنامه: ۲۰ خرداد ۱۳۹۹

شماره دادنامه: ۴۲۶

کلاس پرونده: ۹۷۰۳۲۴۸

موضوع رأی: عدم ابطال بند ۲ تصویب نامه شماره ۱۵۴۶۲۱/ت/۵۱۶۲۵ هـ-
 ۱۳۹۳/۱۲/۱۷ هیئت وزیران (در خصوص پرداخت هزینه تعویض مفصل در
 استنوار تریت اولیه و استنوار تریت ثانویه) مورخ ۱۳۹۹/۰۳/۲۰

شاکی: آقای هاشم مرادی

گردش کار:

شاکی به موجب دادخواستی ابطال بند ۲ تصویب نامه شماره ۱۵۴۶۲۱/ت/۵۱۶۲۵ هـ-۱۳۹۳/۱۲/۱۷ هیئت وزیران را خواستار شده و در جهت تبیین خواسته اعلام کرده است که:

" با توجه به تصویب نامه مذکور و استناد آن به بند (هـ) ماده ۳۸ قانون برنامه پنجساله پنجم توسعه کشور مصوب ۱۳۸۹ که در این ماده به استناد مواد ۸ و ۹ قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور فقط در خصوص تعیین قیمت و تعرفه های خدمات تشخیص و درمان و تعیین سرانه حق بیمه اشاره شده است و در خصوص تعیین مدت زمان بیمه پردازی افراد قبل از تاریخ درمان هیچ گونه مطلبی قید نشده است. در حالی که در بند ۲ تصویب نامه مدت بیمه پردازی پنج ساله جهت درمان و تعویض مفصل در نظر گرفته شده است. لذا اشاره بند ۲ تصویب نامه و تعیین پنج سال سابقه بیمه پردازی خلاف صریح بند (هـ) ماده ۳۸ قانون برنامه پنجساله پنجم، مواد ۸ و ۹ قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور و ماده ۵۵ قانون تأمین اجتماعی و دادنامه های شماره ۴۲۹-۱۴/۱۲/۸۰-۲۰۵ مورخ ۱۳۸۳/۵/۲۵ و ۴۹۶-۲۷/۱۲/۱۳۸۳ هیئت عمومی دیوان عدالت اداری می باشد "

متن مقررره مورد شکایت به شرح زیر است:

"تصویب نامه شماره ۱۵۴۶۲۱/ت۵۱۶۲۵ هـ-۱۳۹۳/۱۲/۱۷:

وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی - سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور

هیئت وزیران در جلسه ۱۳۹۳/۱۲/۶ به پیشنهاد مشترک وزارتخانه های تعاون، کار و رفاه اجتماعی و بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور و تایید شورای عالی بیمه سلامت کشور و به استناد بند (ه) ماده ۳۸ قانون برنامه پنجساله پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران مصوب ۱۳۸۹ تصویب کرد:

۱-.....

۲- پرداخت هزینه تعویض مفصل در استنوارتریت اولیه و استنوارتریت ثانویه ناشی از RA، SLE و AVN، پرتس و سایر انواع بیماریهای کلاژن منوط به پنج سال سابقه بیمه پردازی می باشد.

تبصره- بازنشستگان لشگری، کشوری، مستمری بگیران سازمان تأمین اجتماعی و بیماران خاص و مددجویان کمیته امداد امام (ره) از دوره انتظار مستثنی می باشند."

در پاسخ به شکایت مذکور، مدیرکل دفتر امور حقوقی و دعاوی سازمان تأمین اجتماعی به موجب لایحه شماره ۳۲۰۸/۹۸/۷۱۰۰-۶/۶/۱۳۹۸ توضیح داده است که:

"۱- طبق ماده ۱۰ قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور مصوب ۱۳۷۳/۸/۳ مقرر گردیده که حداقل شمول و سطح خدمات پزشکی و دارو شامل خدمات

پزشکی اورژانس- عمومی و تخصصی که انجام و ارائه آن در نظام بیمه خدمات درمانی به عهده سازمان های بیمه گر قرار می گیرد و لیست خدمات فوق تخصصی که مشمول بیمه های مکمل می باشد به پیشنهاد وزارت بهداشت و تأیید شورای عالی و تصویب هیئت وزیران تعیین و اعلام می شود.

۲- بر اساس بند (ه) ماده ۳۸ قانون برنامه پنجساله پنجم توسعه شورای عالی بیمه سلامت مکلف است هر ساله قبل از شروع سال جدید نسبت به بازنگری ارزش نسبی و تعیین تعرفه خدمات سلامت برای کلیه ارائه دهندگان خدمات بهداشتی، درمان و تشخیص در کشور اعم از دولتی و غیردولتی و خصوصی با رعایت اصل تعادل منابع و مصارف و قیمت واقعی در جهت تقویت رفتار های مناسب بهداشتی- درمانی و مبنای محاسباتی واحد و یکسان و در شرایط رقابتی و براساس بند ۸ ماده ۱ و مواد ۸ و ۹ قانون بیمه همگانی خدمات درمانی اقدام و مراتب را پس از تأیید معاونت جهت تصویب به هیئت وزیران ارائه نماید که مصوبه یاد شده در اجرای بند (ه) ماده ۳۸ به تصویب رسیده که با عنایت به انقضاء برنامه پنجم موجب جهت رسیدگی وجود ندارد.

۳- دادنامه های مورد استناد شاکی در خصوص قراردادهای مربوط به بخش خصوصی است و با موضوع بند ۲ متفاوت می باشد."

متعاقباً معاون امور حقوقی دولت (حوزه معاونت حقوقی رئیس جمهور) به موجب لایحه شماره ۳۹۷/۴-۳۸۴ مورخ ۱۳۹۸/۱۰/۱ توضیح داده است که:

"۱- قانونگذار در ماده ۷۰ قانون برنامه ششم توسعه مقرر داشته « دولت مکلف است به منظور تحقق سیاستهای کلی سلامت تأمین منابع مالی پایدار برای بخش سلامت، توسعه کمی و کیفی بیمه های سلامت و مدیریت منابع سلامت از طریق نظام بیمه با محوریت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تا پایان سال اول

اجرای برنامه های زیر را بر اساس سیاستهای کلی به عمل آورد.» که در بند (الف) ماده ۷۲ نیز که بیان می دارد « دولت نظام سلامت از جمله بیمه سلامت شامل سیاست گذاری اجرایی، برنامه ریزی های راهبردی، ارزشیابی، اعتبار سنجی و نظارت در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی متمرکز می گردد.»

۲- برابر جزء ۶ بند ۹ سیاستهای کلی نظام سلامت (ابلاغی ۱۳۹۳)، تدوین تعرفه خدمات و مراقبت های سلامت به عنوان یکی از اهداف توسعه کمی و کیفی بیمه های بهداشتی و درمانی مقرر گردیده است. که در اجرای سیاستهای کلی یاد شده که بند (ه) ماده ۳۸ قانون برنامه پنجساله پنجم توسعه که در ماده ۹ قانون احکام دائمی برنامه های توسعه کشور (لازم الاجرا از ابتدای سال ۱۳۹۶) مورد تأیید قرار گرفته و استمرار و ثبات یافته است.

۳- بر مبنای اصول قوانین بیمه ای، بهره مندی از مزایای بیمه مستلزم پرداخت وجوهی تحت عنوان حق بیمه است که حسب مورد و به موجب ضوابط مربوط به بیمه، مدت زمانی که پرداخت حق بیمه با استفاده از مزایا و حمایت های بیمه ای بر اساس محاسبات بیمه ای متفاوت خواهد بود لذا منوط نمودن امکان پرداخت هزینه تعویض مفصل به وجود پنج سال سابقه بیمه پردازی امری است منطقی و قانونی و این موضوع در مباحث مربوط به مستمریهای از کار افتادگی یا بازنشستگی (موضوع مواد ۷۲ و ۷۷ قانون تأمین اجتماعی) نیز میزان مستمریهای فوق اشاره را بر مبنای سنوات پرداخت حق بیمه محاسبه نمود، مسبوق به سابقه و منطقی است. لذا با عنایت به اینکه اقدام هیئت وزیران در تصویب مصوبه مورد شکایت و از جمله بند (۲) آن مستند و بر اساس اختیارات صریح قانونی از جمله ماده ۱۰ قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور بوده و در نتیجه هیچ گونه خروجی از اختیارات قانونی صورت نپذیرفته است لذا رد شکایت مطروحه مورد تقاضاست."

هیئت عمومی دیوان عدالت اداری در تاریخ ۱۳۹۹/۳/۲۰ با حضور معاونین دیوان عدالت اداری و رؤسا و مستشاران و دادرسان شعب دیوان تشکیل شد و پس از بحث و بررسی با اکثریت آراء به شرح زیر به صدور رأی مبادرت کرده است.

رأی هیئت عمومی

بر اساس بند «ه» ماده ۳۸ قانون برنامه پنجساله پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران مصوب سال ۱۳۸۹ مقرر گردیده است که شورای عالی بیمه سلامت مکلف است هر سال قبل از شروع سال جدید نسبت به بازنگری ارزش نسبی و تعیین تعرفه خدمات سلامت برای کلیه ارائه دهندگان خدمات بهداشتی، درمان و تشخیص در کشور اعم از دولتی و غیردولتی و خصوصی با رعایت اصل تعادل منابع و مصارف و قیمت واقعی در جهت تقویت رفتارهای مناسب بهداشتی، درمانی و مبانی محاسباتی واحد و یکسان در شرایط رقابتی و بر اساس بند (۸) ماده ۱ و مواد ۸ و ۹ قانون بیمه همگانی خدمات درمانی اقدام و مراتب را پس از تأیید معاونت جهت تصویب به هیئت وزیران ارائه نماید. هیئت وزیران در جلسه مورخ ۱۳۹۳/۱۲/۶ به استناد بند «ه» ماده ۳۸ قانون برنامه پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران مصوب سال ۱۳۸۹ مبادرت به تصویب مصوبه شماره ۱۵۴۶۲۱/ت-۵۱۶۲۵-هـ/۱۳۹۳/۱۲/۱۷ نمود که بر اساس بند ۲ مصوبه مذکور مقرر گردید پرداخت هزینه تعویض مفصل در استنوارتریت اولیه و استنوارتریت ثانویه ناشی از RA.SLE و AVN، پرتس و سایر انواع بیماریهای کلاژن منوط به پنج سال سابقه بیمه پردازی است. بنابه مراتب فوق مقرر فوق بر مبنای صلاحیت قانونی هیئت وزیران به تصویب رسیده و مغایرتی با قوانین ندارد و لذا ابطال نشد.

تاریخ دادنامه: ۰۹ دی ۱۳۹۹

شماره دادنامه: ۱۲۶۴ الی ۱۲۶۷

کلاس پرونده: ۹۹۰۱۰۷۱

موضوع رأی: اعلام تعارض در آراء صادر شده از شعب دیوان عدالت اداری (عدم صلاحیت سازمان تأمین اجتماعی در کسر ۲٪ حق بیمه درمان از مستمری دریافتی جانبازان) مورخ ۱۳۹۹/۱۰/۰۹

شاکی: معاونت نظارت و بازرسی دیوان عدالت اداری، آقایان حمیدرضا رحیمیان و یوسف قاسمی و خانم زهرا علیپور

گردش کار:

در خصوص دادخواست اشخاص به خواسته عدم کسر ۲٪ حق درمان از مستمری ایثارگران و استرداد وجوه دریافتی، شعب دیوان عدالت اداری آراء متفاوت صادر کرده اند، بدین نحو که شعبه ۴۶ بدوی دیوان عدالت اداری به موجب رأی شماره ۹۸۰۹۹۷۰۹۰۲۹۰۰۴۴۷-۱۳۹۸/۱۲/۱۷ که عیناً طی رأی شماره ۹۸۰۹۹۷۰۹۵۵۶۰۱۱۲۲-۱۳۹۸/۴/۱۵ شعبه ۱۵ تجدیدنظر تأیید شده و شعبه ۵۰ بدوی طی رأی شماره ۹۸۰۹۹۷۰۹۰۳۷۰۱۲۷۶-۱۳۹۸/۵/۲۷ که طی رأی شماره ۹۸۰۹۹۷۰۹۵۶۹۰۱۶۹۳-۱۳۹۸/۶/۲۷ شعبه ۲۰ تجدیدنظر تأیید شده و نیز شعبه ۶۶ بدوی دیوان عدالت اداری به موجب رأی شماره ۹۸۰۹۹۷۰۹۰۱۶۰۱۵۴۹-۱۳۹۸/۵/۱ که طی رأی شماره ۹۸۰۹۹۷۰۹۵۶۵۰۱۵۳۹-۱۳۹۸/۷/۳ شعبه ۱۷ تجدیدنظر تأیید شده، با استدلال اینکه طبق بند (ج) ماده ۳۷ قانون برنامه سوم توسعه، بند (ب) ماده ۴۴ برنامه پنجم توسعه و بند (الف) ماده ۱۳ قانون جامع خدمات رسانی به ایثارگران پرداخت صد در صد هزینه درمانی ایثارگران شاغل و بازنشسته و افراد تحت تکفل آنان بر عهده دستگاه اجرایی و بنیاد شهید بوده و عدم ذکر پرداخت حق بیمه در برنامه

ششم توسعه دلالت بر عدم معافیت جانبازان و ایثارگران و فرزندان تحت تکفل آن نمی باشد، لذا رأی به ورود شکایت صادر کرده اند.

ولی شعبه ۱۹ تجدیدنظر در رسیدگی به همان خواسته با موضوع دادخواهی آقایان حمیدرضا رحیمیان و یوسف قاسمی به موجب آراء شماره ۱۳۷۷/۱۳۷۷/۹۵۶۸۰۹۹۷۰۹۸۰۹۹۷۰۹۵۶۸۰۱۳۷۶ و ۱۳۷۶/۱۳۷۶/۹۵۶۸۰۹۹۷۰۹۸۰۹۹۷۰۹۵۶۸۰۱۳۷۷ با استدلال اینکه اجرای ماده ۸۹ قانون تأمین اجتماعی برای جانبازان لغو نگردیده، در برنامه ششم توسعه معافیت از ۲٪ حق بیمه درمان پیش بینی نشده و در بند (ت) ماده ۸۸ برنامه ششم توسعه سرانه بیمه عمر و حوادث پیش بینی شده و با حاکم شدن آن بر ماده ۱۳ قانون جامع و مواد ۵۲ و ۵۹ قانون مذکور عملاً فقط بند (ت) ماده ۸۸ قابلیت اجرایی دارد و عدم اعتبار ۲ درصد توسط دولت این امر را تقویت می نماید. رأی به رد شکایت صادر کرده است.

رئیس دیوان عدالت اداری پس از اطلاع از تعارض آراء، در اجرای ماده ۸۹ قانون تشکیلات و آیین دادرسی دیوان عدالت اداری، موضوع را برای صدور رأی وحدت رویه به هیئت عمومی ارجاع کرده است.

هیئت عمومی دیوان عدالت اداری در تاریخ ۱۳۹۹/۱۰/۹ با حضور رئیس و معاونین دیوان عدالت اداری و رؤسا و مستشاران و دادرسان شعب دیوان تشکیل شد و پس از بحث و بررسی با اکثریت آراء به شرح زیر به صدور رأی مبادرت کرده است.

رأی هیئت عمومی

الف- تعارض در آراء محرز است.

ب- اولاً: مطابق ماده ۸۹ قانون تأمین اجتماعی (مصوب ۱۳۵۴/۴/۳) مقرر شده است افرادی که به موجب قوانین سابق بیمه های اجتماعی یا به موجب این قانون بازنشسته و یا از کار افتاده شده یا می شوند و افراد بلافصل خانواده آنها و همچنین افرادی که مستمری بازماندگان دریافت می دارند، با پرداخت ۲٪ از مستمری دریافتی، از خدمات درمانی توسط سازمان تأمین اجتماعی برخوردار خواهند شد، ولی با توجه به مفهوم بند (ج) ماده ۳۷ قانون برنامه پنجساله سوم توسعه جمهوری اسلامی ایران (مصوب ۱۳۷۹/۱/۱۷) و ماده واحده قانون اصلاح بند (ب) ماده ۴۴ قانون برنامه پنجساله پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران (مصوب ۱۳۸۹/۱۰/۱۵)، جانبازان از پرداخت ۲٪ مذکور معاف می باشند و بند (ت) ماده ۸۸ قانون برنامه پنجساله ششم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران (مصوب ۱۳۹۵/۱۲/۱۴) که در آن اعلام شده سازمان برنامه و بودجه کشور و بنیاد شهید و امور ایثارگران مکلفند نسبت به تأمین و پرداخت صد در صد (۱۰۰٪) سرانه بیمه عمر و حوادث جانبازان فاقد پوشش بیمه عمر و حوادث، وفق بودجه سنواتی اقدام نمایند، با افزودن موارد جدید بیمه ای، هزینه های درمانی قوانین فوق الذکر را ملحوظ قرار داده است.

ثانیاً: ماده ۱۳ قانون جامع خدمات رسانی به ایثارگران (مصوب ۱۳۹۱/۱۰/۲)، طی قانون اصلاح ماده ۱۳ قانون جامع خدمات رسانی به ایثارگران (مصوب ۱۳۹۷/۱۰/۲۴) اصلاح شد، که طبق بند (الف) ماده قانونی اخیر الذکر، صد در صد (۱۰۰٪) هزینه بهداشتی درمانی به صورت بیمه سلامت، بیمه همگانی، بیمه مکمل و بیمه خاص خانواده شاهد، جانبازان، آزادگان و افراد تحت تکفل آنان بر عهده دولت بوده و اعتبارات آن هر ساله بر اساس تعداد و سرانه در قوانین بودجه سنواتی به صورت صد در صد (۱۰۰٪) تخصیص یافته منظور می گردد و طبق بند (ب) قانون مذکور، خدمات بهداشتی و بیمه درمانی مکمل آزادگان، جانبازان، ایثارگران

شاغل و غیرشاغل، بازنشسته و افراد تحت تکفل آنها بر عهده بنیاد شهید و امور ایثارگران قرار داده شده است و ماده ۴۹ قانون الحاق برخی از مواد به قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت (۲) نیز دولت را در اجرای بندهای ماده مذکور مکلف کرده است تا مابه التفاوت خدمات بهداشتی و درمانی ایثارگران برای کلیه هزینه های مرتبط را که مطابق ضوابط آن دستگاه قابل پرداخت نیست و در تعهد صندوق های بیمه درمانی نمی باشد، از اعتبارات مربوطه آن دستگاه کسر و جهت پرداخت به مشمولان، به حساب بنیاد شهید و امور ایثارگران اضافه نماید.

ثالثاً: با عنایت به اینکه واژه «دولت» در قوانین و مقررات مذکور، ظهور در قوه مجریه داشته و قانون اصلاح ماده ۱۳ قانون جامع خدمات رسانی به ایثارگران (مصوب ۱۳۹۷/۱۰/۲۴) نیز دولت را از طریق بنیاد شهید و امور ایثارگران مکلف به پرداخت صد در صد (۱۰۰٪) هزینه بهداشتی درمانی به صورت بیمه سلامت، بیمه همگانی، بیمه مکمل و بیمه خاص کرده است، بنابراین دولت و بنیاد شهید و امور ایثارگران مکلف به پرداخت مبالغ مذکور به سازمان تأمین اجتماعی بوده و سازمان مذکور نیز متعهد به ایفای تعهداتش در رابطه با ارائه خدمات بهداشتی و بیمه درمانی به مشمولین ایثارگر می باشد و عدم پرداخت مبالغ مذکور توسط دولت به سازمان تأمین اجتماعی، نافی تعهدات سازمان نیست.

بنا بر مراتب فوق، از آنجا که دولت مکلف به پرداخت حق بیمه درمان ایثارگران به میزان ۲٪ از دریافتی جانبازان به سازمان تأمین اجتماعی بوده و سازمان دارای صلاحیت کسر مبالغ مذکور نمی باشد، بنابراین دادنامه شماره ۱۵۳۹۰۱۵۶۵۰۹۵۶۵۰۹۹۷۰۹۸۰۷/۳-۱۳۹۸ شعبه ۱۷ تجدیدنظر دیوان عدالت اداری که در تأیید دادنامه شماره ۱۵۴۹۰۱۶۰۹۹۷۰۹۸۰۵/۱-۱۳۹۸ شعبه ۶۶ بدوی دیوان عدالت اداری اصدار یافته و حکم به ورود شکایت صادر کرده است و نیز سایر آراء صادر شده به ورود شکایت در حدی که متضمن عدم صلاحیت سازمان

تأمین اجتماعی در کسر ۰.۲٪ حق بیمه درمان از مستمری دریافتی جانبازان می باشد صحیح و موافق مقررات است. این رأی به استناد بند ۲ ماده ۱۲ و ماده ۸۹ قانون تشکیلات و آیین دادرسی دیوان عدالت اداری مصوب سال ۱۳۹۲ برای شعب دیوان عدالت اداری و سایر مراجع اداری مربوط در موارد مشابه لازم الاتباع است.

تاریخ دادنامه: ۱۲ اسفند ۱۳۹۹

شماره دادنامه: ۹۹۰۹۹۷۰۹۰۵۸۱۱۹۱۵

کلاس پرونده: ۹۸۰۳۰۲۳

موضوع رأی: ابطال نامه شماره ۱۳۹۷/۷/۹-۴۰۲۰/۹۷/۱۳۳۵ مدیرکل درمان غیرمستقیم سازمان تأمین اجتماعی (عدم صلاحیت سازمان تأمین اجتماعی در تعیین حق الزحمه متخصصین بیهوشی در بخش های ویژه) مورخ ۱۳۹۹/۱۲/۱۲

شاکی: آقای محمود گنجی فرد

گردش کار:

شاکی به موجب دادخواستی ابطال نامه شماره ۱۳۹۷/۷/۹-۴۰۲۰/۹۷/۱۳۳۵ مدیرکل درمان غیرمستقیم سازمان تأمین اجتماعی را خواستار شده و در جهت تبیین خواسته اعلام کرده است که:

"به استحضار می رساند تاکنون انجام دو ویزیت روزانه در بخشهای ویژه مورد قبول کلیه سازمانهای بیمه گر بوده و حق الزحمه آنرا پرداخت نموده اند. لکن از سال گذشته سازمان بیمه تأمین اجتماعی طی نامه ای اعلام نموده است که حق الزحمه دو ویزیت در یک روز قابل پرداخت نبوده و بایستی در صورت نیاز به ویزیت دوم، در قالب مشاوره درخواست گردد. انجام ویزیت دوم در قالب مشاوره مشکلات متعددی را در بر دارد از جمله اینکه:

الف) باعث تشدید بروکراسی اداری در روند درمانی شده و قطعاً موجب تأخیر در ویزیت و ارائه خدمات درمانی که در بخشهای ویژه اکثراً حالت اورژانسی نیز دارد، خواهد شد.

ب) بیماران آی سی یو به مدت طولانی بستری می باشند و انجام همه ویزیتها در قالب مشاوره برای تمام روزهای بستری مقدور نبوده و مشمول کسورات خواهند شد.

ج) با توجه به اینکه درخواست و انجام مشاوره ها تابع ضوابط و مقررات خاص می باشد، اینگونه مشاوره های متوالی توسط کارشناسان سازمان به بهانه های مختلف مورد کسورات واقع می شوند.

با امعان نظر به مغایرت واضح این اقدام سازمان تأمین اجتماعی با مفاد نامه شماره ۱۰۰/۳۴۱-۱۳۹۷/۳/۲۴ مقام عالی وزارت (نامه شماره ۴۰/۹۶۱۱-د-۱۳۹۷/۴/۳۱ معاون درمان وزارت) و دستورالعمل یکپارچه سازی رویه سازمانهای بیمه گر در رسیدگی به اسناد پزشکی که طی نامه شماره ۴۰/۲۳۰۲۴-د-۱۳۹۴/۹/۷ توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و طی نامه شماره ۱۳۹۴/۹/۱-۱۶۹۵۶۰ توسط شورای عالی بیمه ابلاغ شده است و همچنین مغایرت این اقدام با شیوه عملکرد سایر سازمانهای بیمه گر، خواهشمند است دستور فرمایید به منظور جلوگیری از بروز عوارض جبران ناپذیر برای بیماران و تضييع حقوق پزشکان و مراکز درمانی و پیشگیری از تک روی و اعمال نظر سلیقه ای سازمانهای بیمه گر نسبت به لغو دستورالعمل فوق الذکر اقدام فرمایید. شایان ذکر است این موضوع مکرراً توسط پزشکان معالج و بیمارستان و دانشگاه علوم پزشکی به سازمان تأمین اجتماعی منعکس شده لکن مسئولین سازمان مذکور بدون ارائه دلیل منطقی صرفاً با استناد به اینکه تابع دستورالعمل ارسالی می باشند از قبول این خواسته قانونی و منطقی پزشکان استنکاف نموده اند."

شاکي در پاسخ به اخطاربه رفع نقص به موجب لايحه مورخ ۱۳۹۸/۹/۱۶ که با شماره ۳-۳۰۲۳-۹۸ در دفتر هیئت عمومی دیوان عدالت اداری به ثبت رسیده، اعلام کرده است که:

"شماره نامه مورد نظر (۱۳۹۷/۷/۹-۴۰۲۰/۹۷/۱۳۳۵) می باشد که توسط دکتر محمد خلخالی مدیر کل درمان غیر مستقیم سازمان تأمین اجتماعی در پاسخ به استعلام دکتر کرخی رئیس دفتر رسیدگی به اسناد پزشکی قم صادر شده و رونوشت آن به کلیه دفاتر اسناد پزشکی ارسال شده تا ملاک عمل قرار گیرد و متأسفانه علی رغم اینکه این نامه از نظر اعتبار مستندات اداری (نسبت به قانون، مصوبه و بخشنامه) در سطح پایین تری می باشد لکن با نادیده گرفتن کلیه مستندات بالادستی که با آن مغایرت دارد (کتاب ارزشهای نسبی خدمات درمان و دستورالعمل رسیدگی به اسناد بستری بیمه های پایه و مکاتبات وزیر بهداشت که رئیس شورای عالی بیمه نیز می باشند و تصاویر آن قبلاً بارگذاری شده است) مورد استفاده قرار گرفته است. به استناد بند (الف) ماده ۹ قانون احکام دائمی برنامه های توسعه کشور مصوب ۱۳۹۵ و به پیشنهاد مشترک وزارتخانه های بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تعاون، کار و رفاه اجتماعی و سازمان برنامه و بودجه کشور و تأیید شورای عالی بیمه سلامت کشور (کتاب ارزش نسبی خدمات سلامت) در هیئت وزیران تصویب و ابلاغ شده است و برای تمام مراکز درمانی دولتی و عمومی غیر دولتی و خصوصی و خیریه و سازمانهای بیمه گر لازم الاجرا می باشد. دستورالعمل رسیدگی به اسناد بیمه های پایه) شیوه نامه اجرایی این کتاب ارزش نسبی خدمات سلامت می باشد که مورد تأیید وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و وزارت رفاه و نیز چهار بیمه پایه می باشد و طی نامه شماره (۱۳۹۴/۶/۹-۴۰۰/۱۳۶۱۲) توسط معاون درمان وزارت بهداشت و نیز طی نامه شماره ۱۳۹۴/۹/۱-۱۶۹۵۶۰ توسط شورای عالی بیمه ابلاغ شده است. بند ۹ و ۱۰ از ماده ۸ فصل سوم (ضوابط و نحوه رسیدگی به پرونده های بیمارستانی) از این دستورالعمل که آنرا در سامانه بارگزاری نموده ام، تسریع دارد که در بخشهای ویژه ای که فاقد پزشک مقیم می باشند (مانند آی سی یوهای شهر بیرجند) علاوه بر

حق الزحمه ویزیت پزشک معالج حق ویزیت پزشک بیهوشی نیز قابل پرداخت است.

با امعان نظریه مطالب پیش گفت، نامه مورد شکایت با مفاد کتاب ارزش نسبی خدمات سلامت و دستورالعمل رسیدگی به اسناد بیمه های پایه (که هر دو از پشتوانه قانونی لازم برخوردارند) مغایر می باشد. از طرفی صدور این نامه خروج از حدود اختیارات محسوب می شود چرا که تغییر مفاد این دستورالعمل (دستورالعمل رسیدگی به اسناد بیمه های پایه) بایستی یا مجدداً به تأیید هیئت وزیران برسد و یا مجدداً شورای عالی بیمه و وزارتخانه های بهداشت و رفاه که برای نوبت اول بر سر این دستورالعمل توافق نموده اند در خصوص اصلاح آن توافق نموده و نتیجه را ابلاغ نمایند. بدیهی است که این امر از حدود اختیارات یکی از مدیران یک سازمان بیمه گر خارج می باشد."

متن مقرر مورد شکایت به شرح زیر است:

"در پاسخ به نامه ۱۳۹۷/۷/۷-۱۶۴/۰۲/۹۷/۲۴۶۹ درخصوص نحوه پرداخت ویزیت متخصصین بیهوشی در بخش های ویژه و با توجه به نامه ۱۳۹۶/۱۱/۱۸-۴۰۲۰/۹۶/۲۳۷۴ این اداره کل به اطلاع می رساند:

۱- در بخش های ویژه کمتر از ۵ تخت در صورت درخواست مشاوره توسط پزشک معالج بیمار از متخصص بیهوشی و یا فوق تخصص ICU هزینه مشاوره طبق ضوابط و مقررات سازمان قابل محاسبه و پرداخت است.

۲- در بخش های ویژه ای که ۵ تخت و بیشتر دارند و فاقد پزشک مقیم می باشند ضمن کسر ۳۰ درصد هزینه مقیمی، در صورت درخواست مشاوره بیهوشی (توسط پزشک معالج) هزینه مشاوره با رعایت ضوابط و مقررات قابل گزارش و اخذ می باشد.

۳- لازم به ذکر است پرداخت دو ویزیت همزمان به دو پزشک به‌عنوان پزشک معالج بیمار در یک روز و جاهت قانونی ندارد."

در پاسخ به شکایت مذکور، مدیر کل امور حقوقی و قوانین سازمان تأمین اجتماعی به موجب لایحه شماره ۱۷۰۰/۹۸/۷۸۱۴ مورخ ۱۳۹۸/۱۲/۲۰ توضیحاتی ارائه داده است که خلاصه آن به شرح زیر است:

"در پاسخ به ادعای شاکی مبنی بر مغایرت نامه معترض عنه با مقررات صادره از وزارتین بهداشت و تعاون تحت عنوان دستورالعمل رسیدگی به اسناد بستری بیمه های پایه؛ باید اشاره شود که در بند ۱۵ از ماده ۶ دستورالعمل مذکور به صراحت آمده است که در بخش های دارای ۵ تخت و بیشتر ۳۰ درصد هزینه هتلینگ منوط به حضور پزشک مقیم و در بخش های زیر ۵ تخت پرداخت هزینه هتلینگ منوط به عدم حضور پزشک مقیم می باشد. مضاف بر آن که در ماده ۸ آن نیز که مورد استناد شاکی قرار گرفته آمده که هزینه ویزیت روزانه پزشک مقیم در ۳۰ درصد هزینه تخت روز لحاظ شده از این رو جداگانه قابل محاسبه نبوده و در مراکزی که فاقد پزشک مقیم در بخش های ویژه می باشند به شرط کسر ۳۰ درصد هزینه پزشک مقیم به متخصص بیهوشی و فوق تخصصی که به‌عنوان مسئول فنی بخش ویژه معرفی شده روزانه یک ویزیت قابل پرداخت است. در عین حال، ویزیت پزشک معالج اگر پزشک مقیم باشد به‌طور جداگانه قابل محاسبه نخواهد بود. بنابراین؛ نامه معترض عنه، که در همین راستا اصدار یافته و مطالبی افزون بر آنچه که در ضوابط مذکور پیش بینی شده ندارد، هیچ گونه مغایرتی با ضوابط مورد اشاره نداشته بلکه اتفاقاً در انطباق با آن نیز قرار دارد و لذا دلیلی بر ابطال آن نمی باشد.

افزون بر آن، دستورالعمل یکپارچه سازی رویه در رسیدگی به اسناد پزشکی نیز به همین ترتیب تحت شرایطی مانند فقدان پزشک مقیم در بخش های ویژه و منوط به کسر ۳۰ درصد هزینه مقیم پرداخت هزینه یک ویزیت در روز را به پزشکی که مسوول فنی بخش ویژه معرفی شده باشد بلامانع دانسته است. با توجه به مراتب از این حیث نیز نامه مورد اعتراض که مبتنی بر شرایط مقرر مذکور صادر شده مغایرتی با قوانین و مقررات حاکم نداشته و حاکی از اقدامی خارج از حدود اختیار نمی باشد که به ابطال آن منتهی شود. به طور کلی هر گونه پرداختی در بخش های دولتی و عمومی به این سبب که از محل بودجه عمومی یا منابع متعلق به عموم هزینه می شود مستلزم نص صریح قانون در پرداخت می باشد در صورتی که شاکی در دادخواست مطروحه به هیچ قانون یا مقرراتی که اجازه پرداخت بیش از یک ویزیت در روز را صادر نموده باشد یا بیمه را مکلف به پرداخت هزینه بیش از یک ویزیت در روز نموده یا از پرداخت هزینه بیش از یک ویزیت در روز در قالب مشاوره منع کرده باشد ننموده بلعکس ضوابط و مقرراتی که با استناد به آنها دعوی خود را طرح کرده اشاره به محدودیت در پرداخت بیش از یک ویزیت در روز داشته و آن را نیز منوط به شرایطی مانند نبود پزشک مقیم در بخش و کسر هزینه هتلینگ نموده است. بنابر این شکایت شاکی و دادخواست وی فاقد وجاهت قانونی است.

مضاف بر آنکه بر طبق بند ۱۶ دستورالعمل رسیدگی به اسناد پزشکی برنامه تحول نظام سلامت ستاد کشوری اجرای برنامه تحول سلامت، اعلام شده که تعداد ویزیت و مشاوره خارج از ضوابط سازمان های بیمه ای، مشمول برنامه نبوده و از بیمار قابل دریافت نمی باشد، بنابر این از آنجا که مطابق ضوابط سازمان و حتی وزارت بهداشت بیش از یک ویزیت در روز در قالب مشاوره باید صورت پذیرد از این رو نیز شکایت شاکی وجاهت قانونی ندارد.

جهت مزید استحضار باید اشاره شود که به‌طور کلی در حال حاضر با توجه به استانداردهای ابلاغی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (پیوست)، بستری و درمان بیماران در بخش ICU به دو صورت انجام می‌گیرد:

الف- بخش مراقبت‌های ویژه بیماران به صورت بسته (Closed Icu) که مسئولیت درمان بیماران بستری شده در این بخش به عهده فوق تخصص‌های ICU است که در رشته‌های تخصصی؛ بیهوشی، داخلی و ریه تحصیل نموده و با طی دوره تکمیلی ۱/۵ الی ۳ ساله موفق به اخذ مدرک فوق تخصصی مذکور می‌شوند، از این رو توانایی علمی و عملی بیشتری جهت مراقبت از بیماران بدحال در این بخش را دارا می‌باشند و در صورت ویزیت بیماران هزینه مطابق مقررات بیمه‌ای به میزان یک ویزیت در روز تأیید و پرداخت می‌شود.

ب- نوع دیگر مراقبت و درمان در بخش مراقبت‌های ویژه بیماران؛ به صورت باز (Open Icu) صورت می‌پذیرد. مسئولیت درمان بیماران بستری شده در این بخش به عهده پزشک معالج بیمار می‌باشد که عموماً جراح مغز و اعصاب، جراح عمومی، داخلی، عفونی و مانند آن و موظف به ویزیت روزانه بیماران خود بوده که هزینه آن طبق ضوابط و مقررات قابل محاسبه و پرداخت می‌باشد و در صورت نیاز پزشک معالج به ویزیت متخصص بیهوشی، یکی از دو حالت زیر متصور است:

-بخش ICU واجد پزشک متخصص بیهوشی مقیم می‌باشد که در این صورت ویزیت بیماران به هر تعداد در ۲۴ ساعت بر عهده ایشان بوده و حق الزحمه نامبردگان در قالب ۳۰٪ هزینه تخت روز (هتلینگ) محاسبه و پرداخت می‌گردد.

-بخش ICU فاقد پزشک متخصص بیهوشی مقیم می‌باشد که در این صورت با کسر ۳۰٪ هزینه تخت روز (هتلینگ) که همان هزینه مقیمی می‌باشد، چنانکه پزشک معالج به مشورت متخصص بیهوشی، حق الزحمه متخصص بیهوشی، در

قالب مشاوره محاسبه و پرداخت می شود. اذعان می دارد؛ تاکنون از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، اقدامی در جهت ابلاغ شناسنامه و استانداردهای اداره بخش ای سی یو (Icu) نیمه بسته یا (Co-management) (i ntenci vi st) به عمل نیامده، از این رو، محاسبه و پرداخت ویزیت در یکی از دو قالب فوق اشاره صورت می پذیرد."

هیئت عمومی دیوان عدالت اداری در تاریخ ۱۳۹۹/۱۲/۱۲ با حضور معاونین دیوان عدالت اداری و رؤسا و مستشاران و دادرسان شعب دیوان تشکیل شد و پس از بحث و بررسی با اکثریت آراء به شرح زیر به صدور رأی مبادرت کرده است.

رأی هیئت عمومی

اولاً: طبق بند (الف) ماده ۹ قانون احکام دائمی برنامه های توسعه کشور (مصوب ۱۳۹۵/۱۱/۱۰) که مقرر می دارد شورای عالی بیمه سلامت کشور مکلف است هر ساله در هیئت وزیران نسبت به بازنگری ارزش نسبی و تعیین تعرفه خدمات سلامت برای کلیه ارائه دهندگان خدمات بهداشت، درمان و تشخیص در کشور اعم از دولتی و غیردولتی و خصوصی اقدام و مراتب را پس از تأیید سازمان برنامه و بودجه کشور، جهت تصویب به هیئت وزیران ارائه کند. شورای عالی بیمه سلامت کشور طی دستورالعمل رسیدگی به اسناد بستری بیمه های پایه (مصوب ۱۳۹۴/۴/۱۶)، ارزش نسبی و تعرفه خدمات برای ارائه دهندگان خدمات بهداشت، درمان و تشخیص را تعیین کرده است. علیهذا صدور نامه در رابطه با حق الزحمه متخصصین بیهوشی در بخش های ویژه، از حدود صلاحیت سازمان تأمین اجتماعی خارج بوده و سازمان صرفاً مکلف به اجرای دستورالعمل رسیدگی به اسناد بستری بیمه های پایه می باشد.

ثانیاً: با توجه به اینکه طبق بند ۹ ماده ۸ دستورالعمل رسیدگی به اسناد بستری بیمه های پایه، پرداخت صرفاً یک ویزیت برای چند پزشک معالج طبق قیوداتی مقرر شده و در تبصره بند ۱۰ ماده ۸ دستورالعمل مذکور نیز بیان شده است در صورتی که پزشکان فوق تخصص و فلوشیپ I CU، پزشک معالج بیمار باشند، چند ویزیت قابل محاسبه می باشد، بنابراین بند ۳ نامه مورد شکایت که علی الاطلاق پرداخت دو ویزیت همزمان به دو پزشک به عنوان پزشک معالج بیمار در یک روز را فاقد وجهت قانونی دانسته است، با دستورالعمل مذکور مغایرت دارد.

بنا به مراتب مذکور، نامه شماره ۴۰۲۰/۹۷/۱۳۳۵ (مورخ ۱۳۹۷/۷/۹) مدیر کل درمان غیرمستقیم سازمان تأمین اجتماعی، خارج از حدود اختیارات مقام صادرکننده وضع و ابلاغ شده و مستند به بند ۱ ماده ۱۲ و ماده ۸۸ قانون تشکیلات و آیین دادرسی دیوان عدالت اداری مصوب سال ۱۳۹۲ ابطال می شود.

تاریخ دادنامه: ۲۸ فروردین ۱۴۰۰

شماره دادنامه: ۱۴۰۰۹۹۷۰۹۰۶۰۱۰۰۲۹

کلاس پرونده: ۹۷۰۱۹۰۷

موضوع رأی: عدم ابطال مواد ۱- ۱۱، ۲- ۱۱، ۴- ۱۱، ۱۷، ۱۸، ۲۱، ۱- ۲۲، ۴۲، ۴۳، ۴۴، ۴۶، ۸۳ و ۸۴ بخشنامه تنقیح و تلخیص به شماره ۱۰۰۰/۹۶/۵۷۴۳ (مورخ ۱۳۹۶/۶/۱ حوزه معاونت فنی و درآمد سازمان تأمین اجتماعی) با موضوع: بازبینی، تجمیع و تلخیص بخشنامه ها و دستورات اداری مستمری ازکارافتادگی
مورخ ۱۴۰۰/۰۱/۲۸

شاکای: علی طاهریان - مهدی باقری

گردش کار:

شاکای دادخواستی به طرفیت هیئت وزیران به خواسته ابطال مواد ۱- ۱۱، ۲- ۱۱، ۴- ۱۱، ۱۷، ۱۸، ۲۱، ۱- ۲۲، ۴۲، ۴۳، ۴۴، ۴۶، ۸۳ و ۸۴ بخشنامه تنقیح و تلخیص به شماره ۱۰۰۰/۹۶/۵۷۴۳ (مورخ ۱۳۹۶/۶/۱ حوزه معاونت فنی و درآمد سازمان تأمین اجتماعی) با موضوع: بازبینی، تجمیع و تلخیص بخشنامه-ها و دستورات اداری مستمری ازکارافتادگی به دیوان عدالت اداری تقدیم کرده که به هیئت عمومی ارجاع شده است. متن مقرره مورد شکایت به قرار زیر می باشد:

۱- ۱۱- از آنجایی که تاریخ تشکیل کمیسیون های پزشکی الزاماً می بایست بعد از تحقق شرایط ماده ۷۰ قانون باشد، بنابراین تاریخ ابتلا به بیماری منجر به ازکارافتادگی، در آرای کمیسیون های پزشکی تجدیدنظر صرفاً مجاز به اظهار نظر در خصوص بیماری، یا بیماری هایی می باشند که کمیسیون های پزشکی بدوی در مورد آن ها اظهار نظر نموده باشند.

۲- ۱۱- تاریخ تحقق ازکارافتادگی در حوادث ناشی از کار، تاریخ خاتمه درمان عوارض ناشی از حادثه و پایان استراحت پزشکی متصل به تاریخ وقوع حادثه تعیین گردیده باشد.

۴- ۱۱- در متن نظریه کمیسیون پزشکی تاریخ ابتلا به بیماری به صورت کامل (روز، ماه و سال) اعلام شده باشد.

۱۷- به منظور تحقق ماده ۷۰ قانون تأمین اجتماعی، تاریخ ابتلا به بیماری یا تاریخ تحقق ازکارافتادگی که توسط کمیسیون های پزشکی تجدیدنظر تعیین می گردند، می بایست همزمان یا قبل از تاریخ تشکیل کمیسیون های بدوی باشد. در غیر این صورت مراتب به عنوان ابهام در رأی محسوب و می بایست از طریق ادارات کل استان ها به کمیسیون های پزشکی جهت رفع ابهام اعاده گردد.

۱۸- با عنایت به عبارت «... قبل از وقوع حادثه غیر ناشی از کار یا ابتلا به بیماری...» در متن ماده ۷۵ قانون و به منظور تعیین احراز شرایط استحقاق بیمه شدگان جهت بهره مندی از حمایت ازکارافتادگی کلی غیرناشی از کار روز ابتلا جزء مهلت مقرر قانونی (طرف یک سال و ده سال) لحاظ نخواهد شد.

۲۱- تاریخ وقوع حادثه غیر ناشی از کار یا تاریخ ابتلا به بیماری منجر به ازکارافتادگی مندرج در نظریه کمیسیون پزشکی ملاک بررسی احراز شرایط ماده ۷۵ قانون و تعیین میزان مستمری خواهد بود.

۱- ۲۲- از آنجایی که مدت دریافت مقرری بیمه بیکاری و دستمزد ایام بیماری جزء سوابق پرداخت حق بیمه محسوب می گردد، در مواردی که بیمه شده کل دوره زمانی ظرف ۷۲۰ روز قبل از ابتلا به بیماری یا وقوع حادثه غیر ناشی از کار را مقرری بیمه بیکاری یا غرامت دستمزد ایام بیماری دریافت نموده باشد، حقوق و مزایای ظرف ۷۲۰ روز زمان اشتغال قبل از شروع بیمه بیکاری یا غرامت دستمزد

ایام بیماری ملاک محاسبه متوسط دستمزد قرار می گیرد (به عبارت دیگر در مواردی که بیمه شده به موجب دریافت مقرری بیمه بیکاری یا غرامت دستمزد ایام بیماری فاقد حتی یک روز پرداخت حق بیمه ظرف ۷۲۰ روز قبل از ابتلا به بیماری یا وقوع حادثه غیر ناشی از کار باشد، حقوق و مزایای ظرف ۷۲۰ روز زمان اشتغال قبل از شروع بیمه بیکاری یا غرامت دستمزد ایام بیماری ملاک محاسبه متوسط دستمزد قرار می گیرد).

۴۲- تاریخ برقراری مستمری از کارافتادگی زمانی است که امکان بررسی تحقق، عدم تحقق، میزان از کارافتادگی و احراز یا عدم احراز شرایط بیمه شده فراهم می گردد. با عنایت به اینکه با تشکیل کمیسیون پزشکی (موضوع ماده ۹۱ قانون) و صدور نظریه کمیسیون پزشکی شرایط فوق مهیا

می گردد، بنابراین تاریخ تشکیل کمیسیون پزشکی تاریخ برقراری مستمری از کارافتادگی کلی غیر ناشی از کار خواهد بود.

۴۳- با توجه به اینکه تشخیص و اعلام از کارافتادگی در زمره وظایف کمیسیون های پزشکی بدوی و تجدیدنظر می باشد و ماهیت کمیسیون های مزبور متفاوت و الزاماً در دو مقطع زمانی مختلف تشکیل می گردد و بر اساس نوع بیماری، از کارافتادگی و سایر عوامل ذی مدخل اقدام به صدور رأی می نمایند، حالات ذیل در خصوص تشخیص و تعیین تاریخ برقراری و پرداخت مستمری متصور می باشد:

در مواقعی که نظریه کمیسیون پزشکی بدوی مستند برقراری مستمری باشد، تاریخ برقراری مستمری از کارافتادگی کلی، برابر با تاریخ تشکیل آخرین کمیسیون پزشکی بدوی که بر اساس آن بیمه شده حائز شرایط برقراری مستمری از کارافتادگی کلی گردیده، خواهد بود.

در مواردی که بیمه شده یا سازمان حسب ضوابط و مقررات قانونی به نظریه کمیسیون پزشکی بدوی اعتراض نموده و بیمه شده بر اساس نظریه کمیسیون پزشکی تجدیدنظر مشمول دریافت حمایت‌های از کارافتادگی گردد، در این موارد و به‌منظور جلوگیری از تضییع حقوق بیمه شدگان نظریه کمیسیون پزشکی تجدیدنظر جایگزین نظریه کمیسیون بدوی گردیده و نظریه کمیسیون پزشکی تجدیدنظر از تاریخ تشکیل کمیسیون پزشکی بدوی که مورد اعتراض قرار گرفته قابل اجرا می‌باشد.

۴۴- نظر به اینکه بیماری‌های منجر به از کارافتادگی معمولاً دارای سیر طبیعی از نهفتگی، ظهور آثار علائم بالینی، پیشرفت و بهبود، رشد و عقب نشینی، تغییر و تثبیت، اوج و در نهایت ایجاد ناتوانی دائمی می‌باشند و حسب ماده ۷۰ قانون، بیمه شدگان در صورتی که طبق نظر پزشک معالج غیر قابل علاج تشخیص داده شوند، پس از انجام خدمات توانبخشی و اعلام نتیجه توانبخشی یا اشتغال در کمیسیون‌های پزشکی موضوع ماده ۹۱ قانون شرکت می‌نمایند، بنابراین تاریخ پرداخت مستمری از کارافتادگی کلی غیر ناشی از کار، تاریخ برقراری مستمری یا ترک کار هر کدام مؤخر باشد خواهد بود.

۴۶- با توجه به اینکه بیمه شدگان از تاریخ وقوع حادثه ناشی از کار مشمول حمایت‌های سازمان قرار می‌گیرد و وفق قانون از حمایت‌های کوتاه مدت (درمان، غیرامت دستمزد ایام بیماری و...) بهره‌مند می‌گردند، لذا به محض پایان حمایت‌های کوتاه مدت، زمان ارائه حمایت‌های بلندمدت از کارافتادگی کلی و جزئی ناشی از کار فرا می‌رسد. در این راستا کمیسیون‌های پزشکی موضوع ماده ۹۱ قانون باید با در نظر گرفتن تاریخ وقوع حادثه و با توجه به مدت استفاده بیمه شده از غرامت دستمزد ایام بیماری متصل به تاریخ وقوع حادثه؛ به گونه‌ای انشاء رأی نمایند که تاریخ تحقق از کارافتادگی افراد حتماً مشخص و در متن رأی قید

گردد به نحوی که بین تاریخ خاتمه درمان بیمه-شده تا تاریخ تعیین شده از سوی کمیسیون های پزشکی به عنوان تاریخ تحقق از کارافتادگی فاصله زمانی وجود نداشته باشد. بنابراین تاریخ پرداخت مستمری از کارافتادگی کلی ناشی از کار برابر خواهد بود با تاریخ تحقق متصل به پایان استراحت پزشکی تعیین شده توسط کمیسیون پزشکی یا ترک کار بیمه شده هر کدام مؤخر باشد.

دلایل شاکی برای ابطال مقرره مورد شکایت :

طبق ماده ۹۱ قانون تأمین اجتماعی، اعضای کمیسیون پزشکی فقط حق اظهار نظر در مورد میزان از کارافتادگی کارکنان مشمول را دارند و مطابق ماده ۷۵ قانون مذکور، بیمه-شده-ای که ظرف ۱۰ سال به شرط ۹۰ روز در سال منتهی به وقوع حادثه ناشی از کار [قانون: غیر ناشی از کار] یا ابتلا به بیماری منجر به از کارافتادگی بیمه پردازی کرده باشد، در صورت از کارافتادگی کلی، مشمول دریافت مستمری از کارافتادگی کلی غیر ناشی از کار می شود. در اغلب آرای کمیسیون ماده ۹۱، کمیسیون ضمن تأیید از کارافتادگی کلی، تاریخ شروع بیماری را نیز تعیین می-نماید، که این امر موجب تضییع حق قانونی بیمه شده می گردد.

رأی هیئت عمومی به شماره ۷۹ (مورخ ۱۳۸۵/۲/۱۷)، کلمه «تاریخ» را از رأی شماره ۶۱ (مورخ ۱۳۷۷/۳/۲۳) به جهت خلاف قانون بودن اقدام سازمان تأمین اجتماعی، حذف می کند. همچنین در رأی هیئت عمومی به شماره ۳۰ (مورخ ۱۳۹۲/۱/۱۹) نیز مجدداً ضمن ابطال بند ۳ بخشنامه شماره ۶۰۴ فنی سازمان تأمین اجتماعی، بیان شده است: « کمیسیون های پزشکی می بایست در خصوص از کارافتادگی بیمه شدگان اظهار نظر نمایند و حق تعیین تاریخ از کارافتادگی را ندارند و سازمان تأمین اجتماعی مکلف به برقراری مستمری در صورت دارا بودن شرایط ماده ۷۵ است؛ در نتیجه سازمان تأمین اجتماعی و کمیسیون های پزشکی نمی توانند تاریخ از کارافتادگی را تعیین نمایند».

بر خلاف آرای مذکور و همچنین قاعده فقهی احترام مال المسلم أو عمله که مبنای آن، حدیث نبوی «حرمة مال المسلم كحرمة دمه» است، سازمان تأمین اجتماعی، بخشنامه مورد شکایت را صادر کرده و در موارد متعددی، اختیار تعیین تاریخ را به کمیسیون های ماده ۹۱ داده است؛ مانند ماده ۴-۱۱ و ۲۱.

در فصل نهم بخشنامه [ماده ۸۳] نیز رأی هیئت عمومی به شماره ۷۹ (مورخ ۱۳۸۵/۲/۱۷) را تفسیر کرده و بیان می دارد که رأی مذکور، نافی صلاحیت کمیسیون های پزشکی به عنوان متخصص امر، در تعیین تاریخ ابتلا به بیماری نیست و در ادامه این ماده، حق تعیین تاریخ ابتلا به بیماری را به کمیسیون های پزشکی داده است.

سازمان تأمین اجتماعی با استفاده از اختیار تصویب بخشنامه های مرتبط، بر خلاف قوانین و مقررات کشور به کمیسیون های پزشکی ماده ۹۱، اختیار تعیین تاریخ برای برقراری مستمری را داده است، که کمیسیون نیز در این بین با تعیین تاریخی به مراتب قبل تر از درخواست فرد از کارافتاده، حقوق اقشار ضعیف جامعه را تضییع می نماید.

در پاسخ به شکایت مذکور، مدیر کل دفتر امور حقوقی و دعاوی سازمان تأمین اجتماعی به موجب لایحه شماره ۷۱۰۰/۹۷/۶۳۱۴ (مورخ ۱۳۹۷/۹/۲۶) به طور خلاصه توضیح داده است که:

شاکي در بخشنامه معترض عنه در هر جا که عبارت تاریخ ابتلا به بیماری درج گردیده است، معترض آن بوده، بدون اینکه دلایل و مستندات خود را در مورد غیرقانونی بودن بندهای مورد شکایت ارائه نموده باشد.

۱. طبق ماده ۷۵ قانون تأمین اجتماعی، اشخاص در صورتی مشمول مستمری از کارافتادگی کلی غیر ناشی از کار قرار می گیرند، که دو شرط را داشته باشند:

شرط اول: پرداخت حق بیمه به مدت یک سال، ظرف ۱۰ سال قبل از تاریخ ابتلا به بیماری منجر به ازکارافتادگی کلی. شرط دوم: پرداخت حق بیمه حداقل ۹۰ روز کار قبل از تاریخ مذکور.

تعیین تاریخ فوق (تاریخ وقوع حادثه یا ابتلا به بیماری منجر به ازکارافتادگی)، مقدمه واجب برای احراز شرایط برقراری مستمری بوده و با توجه به واجب بودن مقدمه ی واجب، تعیین تاریخ شروع بیماری (یا ابتلا به بیماری) منجر به ازکارافتادگی کلی نیز واجب خواهد شود. بنابراین با توجه به ضرورت تعیین تاریخ مذکور، تعیین تاریخ توسط کمیسیون پزشکی نیز به دلایل زیر قابل توجه است:

اولاً؛ طبق ماده ۸ آیین نامه اجرایی کمیسیون های پزشکی بدوی و تجدیدنظر، کمیسیون پزشکی بدوی بر اساس ضوابط قانونی مبادرت به صدور رأی می نماید و مطابق با ماده ۶ آیین نامه مذکور نیز پرونده پزشکی بیمه شده (شامل مدارک کلینیکی و پاراکلینیکی، نظریه پزشک معالج، شرح و سابقه بیماری با قید تاریخ شروع آن و...)، توسط دبیر کمیسیون در دستور کار قرار می گیرد.

همان طور که ملاحظه می فرمایید، طبق موارد فوق الذکر، کمیسیون های پزشکی مکلف به تعیین تاریخ شروع بیماری منجر به ازکارافتادگی می باشند و در صلاحیت تخصصی و فنی آنان است.

ثانیاً؛ مطابق با ماده ۷۰ و ۷۵ قانون یادشده، پرداخت مستمری ازکارافتادگی بر عهده سازمان تأمین اجتماعی است و پرداخت آن نیز منوط به احراز شرایط قانونی می باشد که متوقف بر تعیین تاریخ شروع بیماری منجر به ازکارافتادگی است. تعیین تاریخ نیز نیازمند لوازمی از جمله معاینه پزشکی و بررسی مدارک پزشکی می-باشد؛ بنابراین طبق قاعده فقهی «اذن در شیء، اذن در لوازم آن» سازمان حق

دارد تعیین تاریخ را به کمیسیون های پزشکی ارجاع داده و کمیسیون ها نیز مجاز به تعیین تاریخ می باشند.

ثالثاً؛ در صورت عدم تعیین تاریخ توسط کمیسیون ها، مرجع قانونی دیگری متصور نبوده و در صورت عدم تعیین تاریخ نیز برقراری مستمری میسر نخواهد بود؛ لذا نقض غرض قانونگذار پیش خواهد آمد، که این امر فاقد توجیه قانونی است.

۲. شاکی به موادی از بخشنامه که در آن، عبارت «تاریخ ابتلا به بیماری» درج شده است، اشاره نموده و دلایل و مدارک خود را در خصوص مغایرت آن ها با قانون ذکر نکرده است.

دفاعیه در رابطه با موادی که مورد شکایت قرار گرفته اند:

بند ۱- ۱۱ فصل سوم بخشنامه در فرضی است که تاریخ ابتلا به بیماری بیمه شده باید قبل یا با تشکیل کمیسیون بدوی تعیین شده باشد و کمیسیون های پزشکی تجدیدنظر صرفاً مجاز به اظهار نظر در مورد بیماری یا بیماری هایی می باشند که کمیسیون های بدوی در مورد آن ها اظهار نظر کرده باشند. بنابراین مفاد این بند، در خصوص تعیین نحوه رسیدگی کمیسیون تجدیدنظر در موارد مطروحه بوده و از این جهت خواسته شاکی قابل رد است.

۳. در رابطه با بند ۲- ۱۱ لازم به ذکر است که چنانچه بیمه شده به علت حوادث ناشی از کار دارای استراحت پزشکی بوده و از مزایای کوتاه مدت استفاده می نماید، همزمان نمی تواند از مستمری از کارافتادگی کلی و مزایای کوتاه مدت نیز استفاده کند. لذا در این بند پیش بینی شده که تاریخ از کارافتادگی، پس از تاریخ خاتمه درمان ناشی از حادثه و پایان استراحت پزشکی متصل به تاریخ وقوع حادثه می باشد. بنابراین با توجه به اینکه بیمه شده نمی تواند همزمان از هر دو مزایای مذکور استفاده کند، از این جهت نیز خواسته شاکی قابل رد می باشد.

در مورد بند ۴-۱۱ نیز لازم به ذکر است از آنجا که تاریخ کامل ابتلا به بیماری، در احراز ماده ۷۵ مؤثر می باشد، لذا این بند به منظور جلوگیری از تضییع حقوق بیمه شدگان بوده و از این حیث نیز شکایت شاکی قابل رد می باشد.

۴. در مورد بند ۱۷ بخشنامه نیز باید گفت بند مذکور، نحوه عدم اجرای بند ۱-۱۱ را پیش بینی نموده که در این ارتباط، مراتب به عنوان ابهام در رأی محسوب شده و باید از طریق ادارات کل استان ها به کمیسیون های پزشکی جهت رفع ابهام اعاده گردد. همچنین شکایت در مورد فراز دوم بند ۱۷ نیز قابل رد می باشد.

در ارتباط با بند ۱۸ بخشنامه نیز لازم به توضیح است که عبارت مندرج در بند مذکور (قبل از وقوع حادثه ناشی از کار یا ابتلا به بیماری)، عیناً مطابق با ماده ۷۵ قانون تأمین اجتماعی می باشد، که بیمه شده پس از احراز شرایط ماده ۷۵ می تواند مشمول حمایت مندرج در آن قرار گیرد. بنابراین با توجه به تصریح به قبل از وقوع حادثه غیرناشی از کار یا ابتلا به بیماری در متن قانون، روز ابتلا جزء مهلت مقرر قانونی (ظرف یک سال و ده سال) لحاظ نخواهد شد و خواسته شاکی قابل رد می باشد.

۵. در مورد بند ۲۱ بخشنامه نیز در بند یک لایحه دفاعیه ذکر گردید و بیان شد که در صورتی که کمیسیون های پزشکی صالح به تعیین تاریخ نباشند، مرجع قانونی دیگری متصور برای انجام این امر نمی باشد و در صورت عدم تعیین تاریخ نیز عملاً برقراری مستمری از کارافتادگی کلی میسر نخواهد بود.

۶. در فرض بند ۱-۲۲ بخشنامه، چنانچه بیمه شده در دوره زمانی ظرف ۷۲۰ روز قبل از ابتلا به بیماری یا وقوع حادثه غیرناشی از کار، مقرری بیمه بیکاری یا غرامت دستمزد ایام بیماری را دریافت کرده باشد، به آن دلیل که در محاسبه مستمری از کارافتادگی کلی، پرداخت حق بیمه ظرف ۷۲۰ روز زمان اشتغال قبل از

شروع بیمه بیکاری یا غرامت دستمزد ایام بیکاری ملاک محاسبه متوسط دستمزد قرار می‌گیرد، بنابراین به دلیل اینکه بیمه شده از زمان دریافت مقرری بیمه بیکاری و دستمزد ایام بیماری، پرداخت حق بیمه به سازمان ندارد، محاسبه حقوق و مزایای بیمه شده ظرف ۷۲۰ روز زمان اشتغال قبل از شروع بیمه بیکاری یا غرامت دستمزد ایام بیماری به دلیل یادشده منطبق با قانون (تبصره ۲ ماده ۷۲ قانون تأمین اجتماعی) بوده و شکایت قابل رد می‌باشد.

۷. بند ۴۲ بخشنامه در خصوص اجرای ماده ۹۱ قانون تأمین اجتماعی می‌باشد که در بندهای قبلی مورد بررسی قرار گرفته و منطبق با ماده مذکور است و شکایت قابل رد می‌باشد.

با توجه به مفاد بند ۴۳ و بندهای ذیل آن (۱- ۴۳ و ۲- ۴۳) مشخص می‌گردد که فرض های پیش بینی شده در دو بند اخیرالذکر، منطبق با قانون و به‌منظور جلوگیری از تضییع حقوق بیمه شدگان تنظیم شده و شکایت قابل رد می‌باشد.

۸. در رابطه با بند ۴۴ بخشنامه، لازم به ذکر است که با توجه به سیر طبیعی حالات بیماری منجر به ازکارافتادگی و اینکه حسب ماده ۷۰ قانون تأمین اجتماعی، در صورتی که بیمار طبق نظریه پزشک معالج غیر قابل علاج تشخیص داده شود، تاریخ پرداخت مستمری ازکارافتادگی کلی غیر ناشی از کار، تاریخ برقراری مستمری یا ترک کار هر کدام مؤخر باشد خواهد بود، در انتهای ماده یادشده نیز منظور از ترک کار، این امر دانسته شده است که باید پرونده بیمه شده از هر حیث -از جمله شرایط برقراری- مورد بررسی قرار گیرد، که این امر موجب می‌گردد بیمه شده تا اعلام قطعی و پرداخت مستمری ازکارافتادگی غیرناشی از کار اشتغال به کار داشته باشد، بنابراین بیمه شده نمی‌تواند هنگام اشتغال، از مستمری ازکارافتادگی کلی ناشی از کار و حقوق ایام اشتغال برخوردار گردد. لذا به

این دلیل، هر کدام مؤخر باشد، مبنای تاریخ پرداخت مستمری از کارافتادگی کلی غیرناشی از کار قرار می‌گیرد.

۹. در مورد بند ۴۶ بخشنامه نیز همان طور که در توضیح بند ۴۴ بخشنامه بیان گردید، با عنایت به سیر طبیعی حالات بیماری و اینکه بیمه شده نمی‌تواند همزمان از حمایت‌های «درمان، غرامت دستمزد ایام بیماری و...» و مستمری از کارافتادگی ناشی از کار بهره‌مند گردد، بنابراین تاریخ پرداخت مستمری از کارافتادگی کلی ناشی از کار برابر خواهد بود با تاریخ تحقق متصل به پایان استراحت پزشکی تعیین شده توسط کمیسیون پزشکی یا ترک کار بیمه شده هر کدام مؤخر باشد که در خصوص تاریخ ترک کار نیز در بند ۴۴ بخشنامه تشریح شد و از این جهت نیز شکایت قابل رد می‌باشد.

۱۰. شاکی بندهای ۸۳ (و بندهای ۱ تا ۷ ذیل آن)، ۸۴ (و بندهای ۱ تا ۳ ذیل آن) و ۸۵ بخشنامه را بدون آنکه در ماهیت بندهای مذکور ایراد و مستندات ارائه دهد، مورد شکایت قرار داده است.

بندهای موصوف، در مورد آرای هیئت عمومی و نحوه اجرایی نمودن و تعیین تکلیف آن‌ها می‌باشد.

رأی هیئت عمومی به شماره ۶۱ (مورخ ۱۳۷۷/۳/۲۳) مقرر داشته نظریه کمیسیون‌های پزشکی، در باب بیماری و نوع و تاریخ، امری فنی و تخصصی بوده و قابل امعان نظر قضایی نمی‌باشد. سپس بر مبنای ماده ۵۳ قانون آیین دادرسی دیوان عدالت اداری در خصوص رأی شماره ۶۱، رأی هیئت عمومی به شماره ۷۹ (مورخ ۱۳۸۵/۳/۱۷) صادر می‌شود که واژه «تاریخ» را از رأی شماره ۶۱ حذف کرده است. اما حذف این واژه، نافی صلاحیت کمیسیون‌های پزشکی در تعیین تاریخ ابتلا به بیماری نمی‌باشد.

لذا با توجه به اینکه استدلال قضایی رأی شماره ۷۹، بر مبنای وجود تفاوت بین تاریخ ابتلا و تاریخ شروع بیماری است و بیان داشته است آنچه باید توسط کمیسیون پزشکی تعیین گردد و مبنای احراز شرایط برای برقراری مستمری از کارافتادگی است، ابتلا است و نه تاریخ شروع بیماری. همچنین رأی مذکور، تاریخ شروع بیماری را به دلیل عدم بروز علائم، حتی توسط متخصصین نیز قابل تشخیص ندانسته و اساساً متعرض عدم صلاحیت کمیسیون های پزشکی در تعیین تاریخ ابتلا نشده است. لذا صلاحیت کمیسیون ها را در تعیین تاریخ ابتلا به بیماری تأیید نموده است. بنابراین از جمع بین دو رأی هیئت عمومی این نتایج به دست می آید:

اولاً تعیین تاریخ شروع بیماری (به دلیل عدم امکان تعیین آن به واسطه عدم بروز علائم) از سوی کمیسیون ها امکان پذیر نیست.

ثانیاً آنچه در احراز ماده ۷۵ باید تبیین گردد، آن است که تاریخ ابتلا به بیماری زمانی است که آثار بیماری (درد و ...) بروز یافته باشد.

ثالثاً طبق ماده ۷۵، تاریخ ابتلا به بیماری، شرط لازم برای بررسی احراز یا عدم احراز برای برخورداری از مستمری از کارافتادگی است و تعیین آن در صلاحیت کمیسیون های پزشکی می باشد و در صورت عدم مطابقت آن با قرائن و امارات پرونده، امعان نظر قضایی (با تعیین و ارجاع به کارشناسان متخصص یعنی کمیسیون پزشکی هم عرض) امکان پذیر است.

۱۱. ضمناً اضافه می نماید مطابق با شق دوم ماده واحده قانون تعیین تکلیف تأمین اجتماعی اشخاصی که ۱۰ سال و کمتر حق بیمه پرداخت کرده اند (مصوب ۱۳۹۲/۷/۱۷)، قانونگذار برای حمایت از بیمه شدگانی که از کارافتاده شده اند ولی بنا به هر دلیلی شرایط ماده ۷۵ قانون تأمین اجتماعی جهت مستمری

از کارافتادگی را ندارند، متناسب با سنوات پرداخت حق بیمه و بر اساس قانون مذکور، برای آنان حقوق بازنشستگی پیش بینی نموده است.

در خصوص ادعای مغایرت مصوبه با شرع، قائم مقام دبیر شورای نگهبان به موجب نامه شماره ۹۹/۱۰۲/۲۱۸۰۵ (مورخ ۱۳۹۹/۱۱/۲۶) اعلام کرده است که:

«موضوع مواد ۱- ۱۱، ۲- ۱۱، ۴- ۱۱، ۱۷، ۱۸، ۲۱، ۱- ۲۲، ۴۲، ۴۳، ۴۴، ۴۶، ۸۳ و ۸۴ بخشنامه تنقیح و تلخیص معاونت فنی و درآمد سازمان تأمین اجتماعی در خصوص تاریخ شروع بیماری و تشخیص از کارافتادگی، در جلسه مورخ ۱۳۹۹/۱۰/۱۷ فقهای معظم شورای نگهبان مورد بحث و بررسی قرار گرفت که به شرح ذیل اعلام نظر می گردد:

مصوبه مورد شکایت خلاف موازین شرع نمی باشد، مگر آنکه تعهد معتبری بر خلاف آن از سوی سازمان تأمین اجتماعی به بیمه شده داده شده باشد.»

پرونده شماره ه ع/۹۷۰۱۹۰۷ مبنی بر درخواست ابطال مواد ۱- ۱۱، ۲- ۱۱، ۴- ۱۱، ۱۷، ۱۸، ۲۱، ۱- ۲۲، ۴۲، ۴۳، ۴۴، ۴۶، ۸۳ و ۸۴ بخشنامه تنقیح و تلخیص به شماره ۱۰۰۰/۹۶/۵۷۴۳ (مورخ ۱۳۹۶/۶/۱) حوزه معاونت فنی و درآمد سازمان تأمین اجتماعی- با موضوع: بازبینی، تجمیع و تلخیص بخشنامه ها و دستورات اداری مستمری از کارافتادگی) در جلسه مورخ ۱۴۰۰/۱/۲۳ هیئت تخصصی کار، بیمه و تأمین اجتماعی مورد رسیدگی قرار گرفت و اعضا به اتفاق به شرح زیر اقدام به صدور رأی نمودند:

رأی هیئت تخصصی کار، بیمه و تأمین اجتماعی

نظر به اینکه اولاً مطابق ماده ۹۱ قانون تأمین اجتماعی (مصوب ۱۳۵۴/۴/۳) که بیان می دارد «برای تعیین میزان از کارافتادگی جسمی و روحی بیمه شدگان و افراد

خانواده آن‌ها کمیسیون‌های بدوی و تجدیدنظر پزشکی تشکیل خواهد شد»، صلاحیت تعیین تاریخ ازکارافتادگی از کمیسیون‌های مذکور نفی نشده است و از طرفی تعیین تاریخ در آرای مربوط به تعیین میزان ازکارافتادگی جسمی و روحی بیمه‌شدگان و افراد خانواده آن‌ها ضروری بوده و این اقدام باید توسط نهاد تخصصی آن‌که کمیسیون‌های پزشکی می‌باشند صورت گیرد، بنابراین مواد مورد شکایت که صلاحیت تعیین تاریخ یادشده را برای کمیسیون‌های پزشکی در نظر گرفته است، مغایرتی با قوانین ندارد.

ثانیاً با عنایت به اینکه رأی هیئت عمومی دیوان عدالت اداری به شماره ۷۹ (مورخ ۱۳۸۵/۲/۱۷) با اصلاح رأی قبلی هیئت عمومی به شماره ۶۱ (مورخ ۱۳۷۷/۳/۲۳)، عنوان «تاریخ» را حذف کرده و تعیین تاریخ ازکارافتادگی را صرفاً غیرفنی و غیرتخصصی و قابل امعان نظر قضایی محسوب کرده و کمیسیون‌های پزشکی را از تعیین تاریخ منع نموده و بر اساس رأی وحدت رویه هیئت عمومی دیوان عدالت اداری به شماره ۷۹۳ (مورخ ۱۳۹۸/۶/۲۵) که بیان می‌دارد «کمیسیون‌های پزشکی سازمان تأمین اجتماعی، واجد صلاحیت در تعیین تاریخ ابتلا به بیماری هستند»، علیهذا مواد معترض عنه که به صلاحیت کمیسیون‌های پزشکی در تعیین تاریخ ازکارافتادگی اشاره دارد، مغایر قوانین نمی‌باشد.

ثالثاً با توجه به اینکه شورای محترم نگهبان در نظریه شماره ۹۹/۱۰۲/۲۱۸۰۵ (مورخ ۱۳۹۹/۱۱/۲۶) بیان می‌دارد «مصوبه مورد شکایت خلاف موازین شرع نمی‌باشد، مگر آنکه تعهد معتبری بر خلاف آن از سوی سازمان تأمین اجتماعی به بیمه‌شده داده شده باشد»، بنابراین مواد مورد شکایت خلاف شرع نمی‌باشد.

بنا به مراتب فوق، مواد ۱-۱۱، ۲-۱۱، ۴-۱۱، ۱۷، ۱۸، ۲۱، ۱-۲۲، ۴۲، ۴۳، ۴۴، ۴۶، ۸۳ و ۸۴ بخشنامه تنقیح و تلخیص به شماره ۱۰۰۰/۹۶/۵۷۴۳ (مورخ

۱۳۹۶/۶/۱ حوزه معاونت فنی و درآمد سازمان تأمین اجتماعی - با موضوع: بازبینی، جمع و تلخیص بخشنامه‌ها و دستورات اداری مستمری از کارافتادگی) به اتفاق آرای اعضای هیئت تخصصی کار، بیمه و تأمین اجتماعی مغایر با قوانین و خارج از حدود اختیارات مقام تصویب‌کننده تشخیص نگردید. این رأی به استناد بند ب ماده ۸۴ قانون تشکیلات و آیین دادرسی دیوان عدالت اداری مصوب ۱۳۹۲ ظرف مهلت بیست روز از تاریخ صدور از جانب رئیس محترم دیوان عدالت اداری یا ۱۰ نفر از قضات محترم دیوان عدالت اداری قابل اعتراض است.

تاریخ دادنامه: ۲۸ اردیبهشت ۱۴۰۰

کلاس پرونده: ۹۸۰۲۴۳۱

شماره دادنامه: ۱۴۰۰۹۹۷۰۹۰۵۸۱۰۲۷۹

موضوع رأی: ابطال قسمتی از بخشنامه شماره ۱۳۹۸/۵/۱۴-۲۰۰/۹۸/۴۴ سازمان امور مالیاتی کشور (در خصوص عدم پذیرش حق بیمه‌های عمر و زندگی به‌عنوان هزینه قابل قبول مالیاتی) مورخ ۱۴۰۰/۰۲/۲۸

شاکای: آقای بهمن زبردست

گردش کار: شاکای به موجب دادخواستی ابطال قسمتی از بخشنامه شماره ۱۳۹۸/۵/۱۴-۲۰۰/۹۸/۴۴ سازمان امور مالیاتی کشور را خواستار شده و در جهت تبیین خواسته اعلام کرده است که:

" به استحضار می‌رساند در ماده ۱۳۷ قانون مالیات‌های مستقیم مقرر شده « حق بیمه پرداختی هر شخص حقیقی به موسسات بیمه ایرانی بابت انواع بیمه‌های عمر و زندگی و بیمه‌های درمانی از درآمد مشمول مالیات مودی کسر می‌گردد.» از سیاق جمله چنین بر می‌آید که « حق بیمه پرداختی» « بابت انواع بیمه‌های عمر و زندگی و بیمه‌های درمانی» کلاً یک حکم داشته و به یکسان « از درآمد مشمول مالیات مودی کسر می‌گردد.» پس اگر در بند ۱ بخشنامه مورد اعتراض « کسر حق بیمه‌های پرداختی درمانی حقوق بگیر و افراد تحت تکفل» از « درآمد مشمول مالیات حقوق بیمه‌شدگان سازمان تأمین اجتماعی و سازمان خدمات درمانی و سایر موسسات بیمه‌گر» پذیرفته شده، بالتبع «حق بیمه پرداختی بابت انواع بیمه‌های عمر و زندگی شخص حقوق بگیر» در بند ۱ بخشنامه و عبارت « حق بیمه انواع بیمه‌های عمر و زندگی بابت افراد تحت تکفل مشمول مقررات این ماده نخواهد بود» در تذکر ۱ بند ۳ بخشنامه موجبات تضییع حقوق حقه حقوق بگیرانی که حق بیمه عمر و زندگی بابت افراد تحت تکفلشان می‌پردازند را فراهم

نموده و اجازه کسر این حق بیمه افراد تحت تکفل حقوق بگیر از درآمد مشمول مالیاتش را نداده، آن رامنحصر به کسر حق بیمه عمر و زندگی « شخص حقوق بگیر» نموده است. لذا جهت رفع مغایرت این حکم بخشنامه با متن مصرح ماده ۱۳۷ قانون مالیاتهای مستقیم، نخست از آن مقام عالی درخواست ابطال این حکم بخشنامه شامل حذف و ابطال عبارت « شخص حقوق بگیر» از ابتدای سطر دوم بند ۱ بخشنامه و نیز حذف و ابطال عبارت « حق بیمه انواع بیمه های عمر و زندگی بابت افراد تحت تکفل مشمول مقررات این ماده نخواهد بود» از ابتدای تذکر ۱ بند ۳ بخشنامه را دارم. همچنین در صورت موافقت آن مقام عالی با این ابطال جهت جلوگیری از تضییع حقوق حقوق بگیرانی که حق بیمه عمر و زندگی بابت افراد تحت تکفلشان می پردازند، درخواست اعمال ماده ۱۳ قانون تشکیلات و آیین دادرسی دیوان عدالت اداری و ابطال این موارد را از زمان صدور بخشنامه مورد اعتراض دارم. "

متن مقررہ مورد شکایت به شرح زیر است:

" مخاطبان/ ذینفعان: امور مالیاتی شهر و استان تهران- ادارات کل امور مالیاتی

موضوع: کسر هزینه ها و انواع بیمه های عمر و زندگی و درمانی از درآمد

مشمول مالیات

نظر به اصلاح ماده ۱۳۷ قانون مالیاتهای مستقیم به موجب اصلاحیه مورخ ۱۳۹۴/۴/۳۱ که بر اساس ماده ۱۸۱ آن از ابتدای سال ۱۳۹۵ لازم الاجرا می باشد و جایگزین شدن عبارت « انواع بیمه های عمر و زندگی» به جای عبارت « بیمه عمر» در ماده مذکور، بدین وسیله ضمن ارسال آیین نامه شماره ۶۸ مصوب شورای عالی بیمه در خصوص بیمه های زندگی و اصلاحات بعدی آن مقرر می دارد:

۱- کسر حق بیمه های پرداختی درمانی حقوق بگیر و افراد تحت تکفل و حق بیمه پرداختی بابت انواع بیمه های عمر و زندگی شخص حقوق بگیر از درآمد مشمول مالیات حقوق بیمه شدگان سازمان تأمین اجتماعی و سازمان خدمات درمانی و سایر موسسات بیمه گر که پرداخت حقوق آنان معمولاً به صورت ماهیانه صورت می پذیرد توسط کارفرمایان ذیربط و با ارائه اسناد مربوط فاقد اشکال قانونی است. کارفرمایان بیمه شدگان سازمان تأمین اجتماعی می توانند صرفاً با کسر سهم حق بیمه درمان پرداختی حقوق بگیران بیمه شده از حق بیمه موضوع مواد ۳، ۷، ۲۸ و ۲۹ قانون تأمین اجتماعی و کارفرمایان بیمه شدگان سازمان خدمات درمانی و سایر موسسات بیمه گر ایرانی نیز می توانند با کسر کل سهم حق بیمه پرداختی درمانی حقوق بگیران بیمه شده خود از درآمد مشمول مالیات حقوق آنان و قید میزان آن در فهرستهای حقوق تسلیمی به اداره امور مالیاتی ذیربط و مالیات متعلق را محاسبه نمایند. چنانچه پرداخت کنندگان حقوق برای حقوق بگیران خود با موسسات بیمه ایرانی اقدام به انعقاد قرارداد انواع بیمه های عمر و زندگی و بیمه های درمانی تکمیل نموده و ماهیانه سهم حق بیمه مربوط به حقوق بگیر را از حقوق وی کسر و به موسسات بیمه پرداخت نمایند در این صورت نیز مجاز هستند ضمن درج میزان حق بیمه پرداختی سهم حقوق بگیر در فهرستهای حقوق و ارائه گواهی موسسه بیمه به اداره امور مالیاتی مربوط نسبت به کسر حق بیمه پرداختی از درآمد مشمول مالیات حقوق آنان اقدام نمایند.

۲- مرجع اقدام در خصوص احتساب و کسر هزینه های مذکور در ماده یاد شده همچنین حق بیمه انواع بیمه های عمر و زندگی و بیمه درمانی تکمیلی که حقوق بگیر شخصاً نسبت به انعقاد قرارداد و پرداخت حق بیمه اقدام می نماید از درآمد مشمول مالیات حقوق بگیران، اداره امور مالیاتی دریافت کننده مالیات بر درآمد حقوق آنان خواهد بود و حقوق بگیران می توانند پس از پایان سال انجام هزینه با

ارائه گواهی و اسناد و مدارک تایید شده مربوط به هزینه های مذکور در یک سال مالیاتی از اداره امور مالیاتی دریافت کننده مالیات حقوق استفاده از تسهیلات مقرر در ماده ۱۳۷ را درخواست نمایند.

۳- کسر هزینه ها حق بیمه انواع بیمه های عمر و زندگی و بیمه های درمانی مذکور در ماده یاد شده از مودیان فصل مالیات و درآمد مشاغل و سایر منابع مالیاتی که مالیات آنان به صورت سالانه محاسبه می شود به عهده اداره امور مالیاتی محل تسلیم اظهارنامه منبع مالیاتی مربوط خواهد بود که در این صورت متقاضیان می توانند اسناد و مدارک مربوط به موارد مزبور را پس از پایان سال انجام هزینه تحویل اداره امور مالیاتی موصوف نمایند.

تذکره ۱- حق بیمه انواع بیمه های عمر و زندگی بابت افراد تحت تکفل مشمول مقررات این ماده نخواهد بود و صرفاً حق بیمه پرداختی بابت پوشش خطر اصلی انواع بیمه های عمر و زندگی موضوع بندهای (الف، ب، ج، د) ماده ۲ آیین نامه پیوست قابل کسر از درآمد مشمول مالیات است و حق بیمه های پرداختی مازاد جهت پوشش و تکمیلی خطرات اضافی یا پوشش تکمیلی بیمه های مزبور موضوع تبصره های اصلاحی موضوع آیین نامه شماره ۶۸/۳ پیوست قابل کسر نمی باشد.

تذکره ۲- لازم به ذکر است در صورتی که ضمن رسیدگی به درخواست استفاده از تسهیلات این ماده از طرف حقوق بگیران در اجرای بند ۲ فوق، همچنین رعایت مفاد بخشنامه شماره ۱۹۴۹۴/۲۰۰-۲۱/۸/۱۳۹۰ در خصوص سایر اشخاص حقیقی، مالیاتی قابل استرداد باشد، اضافه پرداختی مالیات در اجرای مواد ۲۴۲ و ۲۴۳ قانون مالیاتهای مستقیم حسب مورد مسترد خواهد شد. بخشنامه شماره ۱۳۸۳/۱۱/۷-۲۱۱/۴۳۸۵/۱۹۴۱۸ لغو می گردد. - رئیس سازمان امور مالیاتی کشور"

در پاسخ به شکایت مذکور، مدیرکل دفتر حقوقی سازمان امور مالیاتی کشور به موجب لایحه شماره ۱۳۹۸/۷/۷-د/۲۱۲/۳۲۷۲۶ توضیح داده است که:

" براساس ماده ۱۳۷ قانون مالیاتهای مستقیم اصلاحی مصوب ۱۳۹۴/۴/۳۱ هزینه های درمانی پرداختی هر مودی بابت معالجه خود و یا همسر، اولاد، پدر، مادر، برادر و خواهر تحت تکفل، قابل کسر از درآمد مشمول مالیات مودی می باشد. همچنین ماده مذکور حق بیمه پرداختی هر شخص حقیقی ایرانی به موسسات بیمه ایرانی بابت بیمه های عمر و زندگی و بیمه های درمانی را نیز قابل کسر از درآمد مشمول مالیات مودی دانسته است. به موجب بند ۱ بخشنامه شماره ۱۳۹۸/۵/۱۴-۲۰۰/۹۸/۴۴ کسر حق بیمه های پرداختی درمانی حقوق بگیر و افراد تحت تکفل از درآمد مشمول مالیات حقوق آنان به عنوان مصداق ماده ۱۳۷ قانون مالیاتهای مستقیم فاقد اشکال تلقی گردیده است. با توجه به اینکه هزینه حق بیمه پرداختی مربوط به بیمه های درمانی تکمیلی اعم از بیمه تکمیلی مودی و یا افراد تحت تکفل، از مصادیق هزینه های درمانی می باشد و قانونگذار با هدف عدم اخذ مالیات از درآمدهای درمانی مودی و افراد تحت تکفل وی، در ماده ۱۳۷ صراحتاً به پذیرش هزینه های درمانی مودی و افراد تحت تکفل اشاره نموده است، بنابراین هزینه های مذکور باید از درآمد مشمول مالیات مودی کسر گردد و در این خصوص تفاوتی میان حق بیمه درمانی مودی و افراد تحت تکفل وجود ندارد. نظر به هدف قانونگذار در ماده ۱۳۷ مبنی بر حمایت از مودیان دارای هزینه های درمانی، کسر وجوه پرداختی بابت حق بیمه های درمانی تکمیلی مودی و افراد تحت تکفل از درآمد مشمول مالیات، موجب ترغیب مودیان به استفاده از بیمه درمانی مذکور می شود و هزینه های درمانی مودی را کاهش می دهد. این امر از کاهش درآمد مشمول مالیات مودی و کاهش درآمدهای مالیاتی ممانعت خواهد نمود.

با توجه به اینکه به موجب تبصره ۲ ماده ۲ آیین نامه شماره ۶۸ مصوب شورای عالی بیمه قبول هزینه معالجات در بیمه نامه های زندگی ممنوع است بنابراین بیمه درمانی به حساب نمی آید و همچنین بیمه های عمر و زندگی بیمه اختیاری بوده و نوعی سرمایه گذاری محسوب می گردد، لذا بیمه یاد شده ارتباطی به هزینه های درمانی ندارد، بدیهی است کسر حق بیمه پرداختی بابت بیمه عمر و زندگی افراد تحت تکفل که در حکم سرمایه گذاری برای ایشان است از درآمد مشمول مالیات مودی مغایر با مفاد ماده ۱۳۷ قانون مالیاتهای مستقیم می باشد. با توجه به موارد فوق به لحاظ عدم مغایرت بخشنامه مورد شکایت با قانون و مقررات رسیدگی و رد شکایت مورد استدعاست."

هیئت عمومی دیوان عدالت اداری در تاریخ ۱۴۰۰/۲/۲۸ با حضور معاونین دیوان عدالت اداری و رؤسا و مستشاران و دادرسان شعب دیوان تشکیل شد و پس از بحث و بررسی با اکثریت آراء به شرح زیر به صدور رأی مبادرت کرده است.

رأی هیئت عمومی

به موجب ماده ۱۳۷ قانون مالیاتهای مستقیم : «هزینه های درمانی پرداختی هر مؤدی بابت معالجه خود یا همسر و اولاد و پدر و مادر و برادر و خواهر تحت تکفل در یک سال مالیاتی به شرط اینکه اگر دریافت کننده مؤسسه درمانی یا پزشک مقیم ایران باشد دریافت وجه را گواهی نماید و چنانچه به تأیید وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به علت فقدان امکانات لازم معالجه در خارج از ایران صورت گرفته است پرداخت هزینه مزبور به گواهی مقامات رسمی دولت جمهوری اسلامی ایران در کشور محل معالجه یا وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی رسیده باشد، همچنین حق بیمه پرداختی هر شخص حقیقی به مؤسسات بیمه ایرانی بابت انواع بیمه های عمر و زندگی و بیمه های درمانی از درآمد مشمول

مالیات مؤدی کسر می‌گردد. در مورد معلولان و بیماران خاص و صعب‌العلاج علاوه بر هزینه‌های مذکور هزینه مراقبت و توانبخشی آنان نیز قابل کسر از درآمد مشمول مالیات معلول یا بیمار یا شخصی که تکفل او را عهده‌دار است، می‌باشد.» نظر به اینکه به موجب حکم این ماده در مورد کسر حق بیمه پرداختی هر شخص حقیقی به مؤسسات بیمه ایرانی از درآمد مشمول مالیات مؤدی، قانونگذار در مقام بیان میان انواع بیمه‌های عمر و زندگی و بیمه‌های درمانی تفاوتی قائل نشده است، بنابراین عبارات مورد شکایت از بخشنامه شماره ۲۰۰/۹۸/۴۴-۱۳۹۸/۵/۱۴ رئیس کل سازمان امور مالیاتی کشور به شرح مندرج در گردش کار از آن جهت که کسر حق بیمه‌های عمر و زندگی از درآمد مشمول مالیات مؤدی را به شخص حقوق بگیر محدود کرده و افراد تحت تکفل وی از حکم قانونگذار مستثنی شده است، خلاف قانون و خارج از حدود اختیار بوده و مستند به بند ۱ ماده ۱۲ و مواد ۱۳ و ۸۸ قانون تشکیلات و آیین دادرسی دیوان عدالت اداری مصوب سال ۱۳۹۲ از تاریخ تصویب ابطال می‌شوند.

تاریخ دادنامه: ۰۴ خرداد ۱۴۰۰

شماره دادنامه: ۱۴۰۰۹۹۷۰۹۰۵۸۱۰۳۴۹

کلاس پرونده: ۹۸۰۰۱۲۸

موضوع رأی: ابطال بخشنامه شماره ۹۷/۶۴۵۵۳۳-۱۳۹۷/۱۱/۱۵ سازمان بیمه سلامت ایران (ایجاد محدودیت در استفاده از بیمه خدمات درمانی برای اشخاص) مورخ ۱۴۰۰/۰۳/۰۴

شاکی: آقای بهروز علیپور

گردش کار: شاکی به موجب دادخواستی ابطال بخشنامه شماره ۹۷/۶۴۵۵۳۳-۱۳۹۷/۱۱/۱۵ سازمان بیمه سلامت ایران را خواستار شده و در جهت تبیین خواسته اعلام کرده است که:

" طبق ماده ۸۵ قانون مدیریت خدمات کشوری، دستگاه-های اجرایی مکلف به بیمه نمودن کارکنان خود تحت پوشش بیمه پایه (خدمات درمانی) و بیمه تکمیلی هستند. بنابراین اقدام سازمان بیمه سلامت در اینکه بیمه -گذار می -تواند در ۲ ماه صرفاً ۱۲ بار بیمار شده و از دفترچه استفاده کند، خلاف قوانین می -باشد. این امر که به علت مشاهده تخلف برخی از بیمه‌گزاران در اختیار دیگران قرار دادن دفترچه، بنابراین محدودیت ۲ ماهه مذکور قرار داده شده است، غیرمنطقی است؛ چرا که نباید به جای برخورد با متخلف، تاوان این تخلف را دیگران بپردازند. بیماری در اختیار خود انسان نیست تا بتواند بیش از ۱۲ بار بیمار نشود. اینجانب به دلیل معلولیت، مکرراً نیاز به مداوا دارم و این امر مستلزم داشتن دفترچه درمان می -باشد. سازمان خدمات درمانی حق دخالت در قانونگذاری و تعیین تعداد دفعات مجاز استفاده از دفترچه، که در حوزه صلاحیت مجلس شورای اسلامی می -باشد را ندارد. با توجه به پرداخت حق بیمه خود و افراد تحت تکفل توسط اینجانب به صورت ماهانه، عدم صدور دفترچه جدید، ممانعت از حق و عملی مجرمانه محسوب می -شود. کاهش تعداد صفحات دفترچه از ۱۸ برگ به ۱۲ برگ، ظلم

آشکار توسط مدیریت بیمه و درمان سازمان بیمه سلامت می -باشد. هرگونه شرطی که برای صدور دفترچه جدید قبل از انقضاء ۲ ماه تعیین شده باشد، خلاف قوانین و عرف و شرع می -باشد. "

در پی اخطار رفع نقصی که از طرف دفتر هیئت عمومی دیوان عدالت اداری برای شاکی ارسال شده بود، وی به موجب نامه ای مورخ ۱۳۹۸/۲/۲۲ پاسخ داده است که:

" عطف به اخطاریه رفع نقص شماره ۹۸۰۰۱۲۸ موضوع پرونده ۹۸۰۰۹۹۸۰۵۸۰۰۰۰۶-۱۳۹۸/۲/۲۲ ابلاغی به اینجانب در تاریخ ۱۳۹۸/۲/۲۱ بدین وسیله به استحضار می رساند:

۱- طبق قاعده فقهی « اوفو بالعهدود» که مبتنی بر قران کریم، سنت و عقل است شرکت بیمه سلامت متعهد است در قبال پرداخت هزینه ماهیانه بیمه درمان از حقوق ماهیانه اینجانب برای بنده و افراد تحت پوشش خودم صدور دفترچه نماید تا در هر لحظه در موقع بیماری بتوانم در هر لحظه جهت معالجه به مراکز پزشکی مراجعه نمایم. عدم صدور دفترچه قبل از انقضاء بخشنامه من درآوردی دو ماهه مقرر در بخشنامه های داخلی بیمه سلامت نقض عهد بوده و خلاف شرع می باشد.

۲- با مراجعه به اداره بیمه سلامت جلفا علیرغم اصرار و درخواست اینجانب، مسئول اداره بیمه سلامت جلفا صرفاً اجازه مطالعه بخشنامه مرقوم در شکواییه اینجانب داد و از دادن کپی بخشنامه استنکاف نمود لذا از محضر ریاست هیئت تقاضای مطالبه کپی بخشنامه از اداره صادر کننده (بیمه سلامت) را دارم. توضیح اینکه اینجانب معلول بوده و مستمراً به همراه داشتن دفترچه درمان نیاز همیشگی بنده می باشد. "

متن مقرر مورد اعتراض به شرح زیر است:

" «با احترام، پیرو بخشنامه شماره ۹۷/۵۸۶۱۴۰-۱۳۹۷/۷/۹ مبنی بر کاهش نسخ دفاتر بیمه از ۱۸ برگ به ۱۲ برگ (به استثناء بیماران خاص) و با عنایت به اینکه این رویه موجب اتمام نسخ در مدت زمان کمتر و به تبع آن افزایش مراجعه بیمه‌شدگان مبتلا به بیماری‌های مزمن و نیازمند مراجعات مکرر برای تعویض دفاتر می‌گردد، از این پس رویه کنترل اوراق دفاتر تعویضی زودتر از ۳ ماه و تأیید استفاده به جا از این اوراق، به زودتر از ۲ ماه تقلیل می‌یابد. ضمناً به منظور تسهیل در تأیید روند تعویض این دفاتر، کنترل و تأیید توسط هر یک از افراد ذیصلاح شامل پزشک معتمد و یا مدیر کل، معاون مدیر کل، رؤسای ادارات اسناد پزشکی و نظارت معتبر می‌باشد.

خاطرنشان می‌نماید، در صورت نیاز، رئیس اداره بیمه گری و درآمد و نیز رؤسای ادارات بیمه سلامت شهرستان‌ها و کارشناسان ناظر مستقر در بیمارستان‌ها نیز می‌توانند با هماهنگی و مشورت یکی از افراد ذیصلاح یادشده، نسبت به تأیید این مورد اقدام نمایند» مدیرکل بیمه گری و درآمد "

در پاسخ به شکایت مذکور، مدیرکل دفتر حقوقی و امور مجلس سازمان بیمه سلامت ایران به موجب نامه شماره ۹۸/۱۰۴۰۵۲-۱۳۹۸/۳/۱۲ توضیح داده است که:

۱- طبق بند «د» و «ک» ماده ۷ اساسنامه سازمان بیمه سلامت ایران (موضوع تصویب‌نامه شماره ۱۰۲۸۲۸/ت/۴۷۶۴۴-هـ-۱۳۹۱/۵/۲۲ هیئت وزیران)، «نظارت بر کمیت و کیفیت ارائه خدمات و مراقبت‌های بسته بیمه پایه سلامت» و «برنامه ریزی و نظارت به منظور برقراری تراز منابع و مصارف»، از وظایف و اختیارات این سازمان بوده و ابلاغ بخشنامه معترض‌عنه خارج از اختیارات نمی‌باشد.

۲- سازمان بیمه سلامت ایران، مطابق ماده ۶ اساسنامه، به اتخاذ تمهیدات و تأمین امکانات و اجرای بیمه همگانی پایه سلامت برای کلیه اتباع ایرانی پرداخته و همواره بر عدم قطع پوشش بیمه درمان افراد تأکید دارد. اما شاکي در برداشتي اشتباه از بخشنامه مورد شکایت، تصور نموده که تعداد دفعات مراجعه بیمه شدگان به مراکز درمانی محدود شده و آنان می‌توانند صرفاً ۱۲ بار در ۲ ماه از دفترچه بیمه سلامت استفاده نمایند. حال آن که بخشنامه مذکور، نه- تنها محدودیتی در رابطه با ایجاد محدودیت برای تعداد دفعات مراجعه بیمه شدگان به مراکز درمانی ایجاد نکرده، بلکه در جهت تدابیر کنترلی برای برقراری تعادل بین منابع و مصارف و تسهیل در روند تعویض دفترچه‌های بیمه می‌باشد. سازمان بیمه سلامت ایران، مطابق با مواد زیر، مکلف به مدیریت منابع مالی خود می‌باشد:

جزء ۷- ۲ سیاست‌های کلی سلامت که به موضوع مدیریت منابع سلامت از طریق نظام بیمه پرداخته است؛

ماده ۷ قانون برنامه ششم توسعه، که به «انطباق بودجه‌های سنواتی با قانون برنامه ششم، انضباط مالی، اصلاح فرایند ماده ۷ ضوابط اجرایی قانون بودجه سال ۱۳۹۸، که طبق آن، دستگاه‌های اجرایی موظف‌اند با رعایت بند «ت» و «ث» ماده ۷ قانون برنامه و در سقف اعتبارات تخصیص‌یافته نسبت به انجام تکالیف قانونی با اولویت هزینه‌های اجتناب ناپذیر اقدام و از ایجاد تعهد مازاد خودداری کنند. یکی از ابزارهای کنترلی برای مدیریت منابع مالی نیز بررسی دفاتر زودتر از موعد است، تا با مقابله با افراد سودجو، هزینه‌های هنگفتی بر سازمان تحمیل نگردد.

۳- فرایند کنترلی مذکور، صرفاً جنبه نظارتی داشته و مانعی بر روند صدور دفترچه نمی‌باشد. صدور دفترچه این دسته از بیمه‌شدگان، به صورت آنی، با تأیید پزشک معتمد، مدیر کل استان، معاون مدیر کل و یا رؤسای ادارات اسناد پزشکی و نظارت

ادارات کل استانی امکان‌پذیر است و محدودیتی برای مراجعه بیمه -شدگان به مراکز درمانی ایجاد نمی‌کند.

۴- میانگین تعداد مراجعات سرپایی هر بیمه -شده به مؤسسات تشخیصی و درمانی طرف قرارداد سازمان، حدود ۱۰ بار در سال است و به این ترتیب، هر دفترچه ۱۲ برگی برای بیش از یک سال قابل بهره برداری می‌باشد و بخشنامه مذکور صرفاً جنبه کنترلی و نظارتی دارد."

در خصوص ادعای شاکی مبنی بر مغایرت بخشنامه مورد اعتراض با شرع مقدس اسلام، قائم مقام دبیر شورای نگهبان به موجب نامه شماره ۱۳۹۹/۸/۱۴-۹۹/۱۰۲/۲۰۴۳۹ اعلام کرده است که:

" موضوع بخشنامه شماره ۱۳۹۷/۱۱/۱۵-۹۷/۶۴۵۵۳۳ سازمان بیمه سلامت ایران در خصوص تعویض زودتر از سه ماه دفترچه بیمه درمانی، در جلسه مورخ ۱۳۹۹/۸/۷ فقهای معظم شورای نگهبان مورد بحث و بررسی قرار گرفت که به شرح ذیل اعلام نظر می‌گردد: « مصوبه مورد شکایت فی نفسه خلاف شرع شناخته نشد. تشخیص قانونی بودن مصوبه بر عهده دیوان عدالت اداری است.» "

هیئت عمومی دیوان عدالت اداری در تاریخ ۱۴۰۰/۳/۴ با حضور رئیس و معاونین دیوان عدالت اداری و رؤسا و مستشاران و دادرسان شعب دیوان تشکیل شد و پس از بحث و بررسی با اکثریت آراء به شرح زیر به صدور رأی مبادرت کرده است.

رأی هیئت عمومی

اولاً: قائم مقام دبیر شورای نگهبان به موجب نامه شماره ۱۳۹۹/۸/۱۴-۹۹/۱۰۲/۲۰۴۳۹ در خصوص جنبه شرعی شکایت مطروحه اعلام کرده است که:

«مصوبه مورد شکایت فی نفسه خلاف شرع شناخته نشد. تشخیص قانونی بودن مصوبه برعهده دیوان عدالت اداری است.» بنابراین در اجرای حکم مقرر در تبصره ۲ ماده ۸۴ و ماده ۸۷ قانون تشکیلات و آیین دادرسی دیوان عدالت اداری مصوب سال ۱۳۹۲ و از جهت تبعیت از نظر فقهای شورای نگهبان، موجبی برای ابطال بخشنامه شماره ۱۳۹۷/۱۱/۱۵-۹۷/۶۴۵۵۳۳ سازمان بیمه سلامت ایران از بعد شرعی وجود ندارد. ثانیاً: براساس اصل بیست و نهم قانون اساسی، برخورداری از تأمین اجتماعی از نظر بازنشستگی، بیکاری، پیری، ازکارافتادگی، بی‌سرپرستی، در راه ماندگی، حوادث و سوانح، نیاز به خدمات بهداشتی، درمانی و مراقبتهای پزشکی به صورت بیمه و غیره، حقی است همگانی و مطابق ماده ۱۷ قانون بیمه همگانی: «کلیه بیمارستانها، مراکز بهداشتی و درمانی و مراکز تشخیصی و پزشکان کشور موظف به پذیرش و مداوای بیمه‌شدگان و ارائه و انجام خدمات و مراقبتهای پزشکی لازم براساس ضوابط و مقررات این قانون هستند.» بنا به مراتب فوق و با توجه به اینکه در بخشنامه معترض -عنه حقوق بیمه- گزاران با کاهش نسخ دفاتر بیمه خدمات درمانی روستاییان از ۱۸ برگ به ۱۲ برگ و تعویض دفترچه‌های بیمه صرفاً پس از کنترل اوراق دفاتر تعویضی و تأیید استفاده بجا از اوراق مذکور زودتر از دو ماه، محدود شده و مقرر شده است که در مواردی که اوراق دفترچه بیمه خدمات درمانی در مهلت کمتر از دو ماه به پایان می‌رسد، تمدید آن منوط به اعمال کنترل و نظارت از ناحیه مقامات ذیصلاح باشد و در این فاصله از صدور دفترچه جدید خودداری می‌گردد، بنابراین بخشنامه شماره ۹۷/۶۴۵۵۳۳-۱۳۹۷/۱۱/۱۵ سازمان بیمه سلامت ایران به جهت ایجاد محدودیت در استفاده از بیمه خدمات درمانی برای اشخاص با اصل بیست و نهم قانون اساسی و ماده ۱۷ قانون بیمه همگانی مغایرت دارد و مستند به بند ۱ ماده ۱۲ و ماده ۸۸ قانون تشکیلات و آیین دادرسی دیوان عدالت اداری مصوب سال ۱۳۹۲ ابطال می‌شود.

تاریخ دادنامه: ۲۵ خرداد ۱۴۰۰

شماره دادنامه: ۱۴۰۰۰۹۹۷۰۹۰۵۸۱۰۹۹۱

کلاس پرونده: ۹۹۰۱۶۲۷

موضوع رأی: اعلام تعارض در آراء صادر شده از شعب دیوان عدالت اداری (در

خصوص هزینه کمک بارداری قانون تأمین اجتماعی) مورخ ۱۴۰۰/۰۳/۲۵

گردش کار: در خصوص خواسته شرایط الزام به پرداخت «کمک بارداری» طبق ماده ۶۷ قانون تأمین اجتماعی به طرفیت سازمان تأمین اجتماعی، شعب دیوان عدالت اداری آراء متفاوتی صادر کرده اند.

گردش کار پرونده ها و مشروح آراء به قرار زیر است:

الف: شعبه ۱۵ بدوی دیوان عدالت اداری در رسیدگی به پرونده شماره ۹۳۰۹۹۸۰۹۰۰۰۶۳۵۳۲ با موضوع دادخواست آقای شهرام زرنشان به طرفیت تأمین اجتماعی استان همدان و به خواسته پرداخت هزینه کمک بارداری به موجب دادنامه شماره ۱۳۹۴/۵/۲۶-۹۴۰۹۹۷۰۹۰۱۵۰۰۹۰۱ به شرح زیر رأی صادر کرده است:

با توجه به مدارک و محتویات پرونده و مستندات ابرازی و همچنین لایحه دفاعیه اداره طرف شکایت و با عنایت به اینکه برابر ماده ۶۷ قانون تأمین اجتماعی اولاً: همسر مرد می بایست بیمه شده باشد. ثانیاً: شرط عدم اشتغال به کار در جهت استفاده از کمک بارداری لحاظ گردیده و شاکی نیز دلیلی دال بر بیمه بودن همسر و عدم اشتغال به کار ایشان ارائه ننموده است لذا مشمول حق استفاده از مزایای مقرر در این ماده (۶۷) نبوده و شکایت مشارالیه نیز قابل پذیرش نمی باشد بر این اساس و مستند به ماده مارالذکر و ماده ۶۳ و ۶۸ قانون تأمین اجتماعی حکم به رد شکایت شاکی صادر و اعلام می گردد. رأی صادره ظرف بیست روز پس از ابلاغ قابل تجدیدنظر خواهی در شعب تجدیدنظر دیوان عدالت اداری خواهد بود.

در اثر تجدیدنظر خواهی از رأی مذکور، شعبه ۶ تجدیدنظر دیوان عدالت اداری به موجب دادنامه شماره ۹۶۰۹۹۷۰۹۵۵۶۰۰۸۴۴-۱۳۹۶/۳/۲۴ با استدلال زیر ضمن نقض چنین رأیی صادر می کند.

تجدیدنظر خواهی نسبت به دادنامه فوق الاشعار وارد و موجه است زیرا مطابق ماده ۶۷ قانون تأمین اجتماعی (بیمه شده زن یا همسر بیمه شده مرد در صورتی که ظرف یک سال قبل از زایمان سابقه پرداخت حق بیمه شصت روز را داشته باشد می تواند به شرط عدم اشتغال به کار از کمک بارداری استفاده نماید) و با توجه به اینکه آقای شهرام زرنشان سابقه پرداخت حق بیمه لازم را قبل از زایمان همسر دارد استحقاق دریافت کمک بارداری را دارند و شرط عدم اشتغال مربوط به همسر می باشد لذا با استناد به ماده ۷۱ قانون تشکیلات دیوان ضمن نقض دادنامه بدوی حکم به ورود شکایت شاکی و پرداخت کمک بارداری صادر می شود. این رأی قطعی است.

ب: شعبه ۲۷ بدوی دیوان عدالت اداری در رسیدگی به پرونده شماره ۹۷۰۹۹۸۰۹۰۰۳۰۳۳۱۰ با موضوع دادخواست آقای حمیدرضا اعظمی طلعت به طرفیت تأمین اجتماعی همدان و به خواسته الزام به پرداخت کمک هزینه بارداری با غرامت دستمزد بابت ایام بارداری و زایمان همسر خود به موجب دادنامه شماره ۱۳۹۸/۱۲/۲۷-۹۸۰۹۹۷۰۹۰۰۳۰۳۸۴۲ به شرح زیر رأی صادر کرده است:

با عنایت به جمیع محتویات پرونده و مذاقه در اظهارات و دفاعیات طرفین و مدارک و مستندات ابرازی و نظر به اینکه با وصف رد و انکار دعوای مطروحه موجهاً از سوی خوانده دلیل و مدرک متقن و یا موجب و مطلب مؤثر و مستندی از جانب شاکی که مثبت ادعای نامبرده و دال بر استحقاق او یا تزییع حقی باشد ارائه و ابراز نگردیده، بنابراین شکایت شاکی را وارد و محرز ندانسته و به استناد مواد ۱۰ و

۱۱ قانون تشکیلات و آیین دادرسی دیوان عدالت اداری حکم به رد آن را صادر و اعلام می نماید. رأی صادر شده به استناد ماده ۶۵ قانون مذکور ظرف مهلت ۲۰ روز از تاریخ ابلاغ به درخواست یکی از طرفین یا وکیل یا قائم مقام و یا نماینده قانونی آنها قابل تجدیدنظر خواهی در شعب تجدیدنظر دیوان عدالت اداری است.

رأی مذکور به موجب رأی شماره ۱۳۹۹/۴/۱۴-۹۹۰۹۹۷۰۹۶۰۰۰۱۰۱۸ شعبه ۳۰ تجدیدنظر دیوان عدالت اداری تأیید شده است.

ج: شعبه ۴۲ بدوی دیوان عدالت اداری نیز به موجب دادنامه شماره ۱۳۹۴/۳/۲۴-۹۴۰۹۹۷۰۹۰۴۲۰۰۵۰۰ با موضوع دادخواست آقای ایمان زهراکار به طرفیت اداره تأمین اجتماعی شهرستان الیگودرز و به خواسته الزام به پرداخت کمک بارداری، قرار رد شکایت صادر کرده است.

هیئت عمومی دیوان عدالت اداری در تاریخ ۱۴۰۰/۳/۲۵ با حضور رئیس و معاونین دیوان عدالت اداری و رؤسا و مستشاران و دادرسان شعب دیوان تشکیل شد و پس از بحث و بررسی با اکثریت آراء به شرح زیر به صدور رأی مبادرت کرده است.

رأی هیئت عمومی

الف- تعارض در آراء محرز است.

ب- براساس ماده ۶۷ قانون تأمین اجتماعی: «بیمه-شده زن یا همسر بیمه-شده مرد در صورتی که ظرف یک سال قبل از زایمان سابقه پرداخت حق بیمه شصت روز را داشته باشد، می تواند به شرط عدم اشتغال به کار، از کمک -بارداری استفاده نماید» و بر مبنای حکم مقرر در این ماده، شخص بیمه شده باید علاوه بر اینکه ظرف یک سال قبل از زایمان خود یا همسرش دارای سابقه پرداخت حق بیمه

شصت روز باشد، اشتغال به کار نیز نداشته باشد و بنابراین چه بیمه‌شده زنی باشد که خود اقدام به بیمه‌پردازی می‌نماید یا مردی باشد که همسرش به تبع او تحت شمول بیمه قرار گرفته است، به‌منظور دریافت کمک بارداری مذکور در ماده ۶۷ قانون تأمین اجتماعی، تحقق شرط عدم اشتغال برای اشخاص مذکور ضروری است و با توجه به مراتب فوق و با عنایت به الزام ماده ۶۷ قانون تأمین اجتماعی به عدم اشتغال شخص بیمه -شده به‌منظور دریافت هزینه کمک بارداری، دادنامه شماره ۱۰۱۸۰۰۹۶۰۰۹۷۰۹۷۰۹۷۰۴/۱۴-۱۳۹۹ (صادره از شعبه ۳۰ تجدیدنظر دیوان عدالت اداری) که در مقام تأیید دادنامه شماره ۳۰۳۸۴۲-۹۸۰۹۹۷۰۹۰۰۳۰۳۸۴۲-۱۳۹۸/۱۲/۲۷ (صادره از شعبه ۲۷ بدوی دیوان عدالت اداری) با پذیرش دادخواست مردی که همسرش به تبع او بیمه شده است، به لحاظ اینکه دلیلی بر عدم اشتغال مرد بیمه پرداز ارائه نشده و به رد شکایت صادر شده است، صحیح و منطبق با موازین قانونی تشخیص داده می‌شود. این رأی به استناد بند ۲ ماده ۱۲ و ماده ۸۹ قانون تشکیلات و آیین دادرسی دیوان عدالت اداری مصوب سال ۱۳۹۲ برای شعب دیوان عدالت اداری و سایر مراجع اداری مربوط در موارد مشابه لازم‌الاتباع است.

تاریخ دادنامه: ۰۵ مرداد ۱۴۰۰

کلاسه پرونده: ۹۹۰۱۹۱۶

شماره دادنامه: ۱۴۰۰۹۹۷۰۹۰۵۸۱۱۳۰۰

موضوع رأی: رای به عدم صلاحیت یا غیر قابل طرح بودن در هیئت عمومی دیوان عدالت اداری در خصوص ابطال نامه های شماره ۱۷۶/۰۱/۹۸/۳۰۷۳-۱۳۹۸/۵/۱۴ و ۱۳۹۸/۵/۱۴-۱۷۶/۰۱/۹۹/۷۹۴ و ۱۳۹۹/۲/۱۷-۱۷۶/۰۱/۹۹/۷۹۴ سازمان تأمین اجتماعی (در خصوص سقف مبلغ تعیین شده بیماران تحت پوشش تأمین اجتماعی در مراکز درمانی سازمان تأمین اجتماعی)

شاکی: امیرعباس صالحی - حسین صالحی

گردش کار: شاکیان به موجب دادخواستی واحد ابطال نامه های شماره ۱۷۶/۰۱/۹۸/۳۰۷۳-۱۳۹۸/۵/۱۴ و ۱۳۹۸/۵/۱۴-۱۷۶/۰۱/۹۹/۷۹۴ و ۱۳۹۹/۲/۱۷-۱۷۶/۰۱/۹۹/۷۹۴ سازمان تأمین اجتماعی را خواستار شده اند و در جهت تبیین خواسته به طور خلاصه اعلام کرده اند که:

"بخشنامه مورد شکایت باعث شده تا کلیه مراکز درمانی و بهداشتی و بیمارستانی و آزمایشگاههای استان هرمزگان فقط در حد سقف مبلغ تعیین شده بیماران تحت پوشش تأمین اجتماعی پذیرش نمایند و در صورت تکمیل شدن سقف تعیین شده، هزینهها به صورت آزاد محاسبه شود. به دلایل زیر، تقاضای ابطال بخشنامه های مورد شکایت مطابق با ماده ۹۲ قانون دیوان عدالت اداری را دارم:

طبق بند (الف) و (ج) ماده ۳ قانون تأمین اجتماعی و قانون الزام سازمان تأمین اجتماعی به اجرای بندهای (الف) و (ب) ماده ۳ قانون تأمین اجتماعی (مصوب ۱۳۶۸/۸/۲۱)، سازمان باید کلیه هزینهها را در حوادث و بیماریها -پرداخت کند و کلیه تعهدات درمانی از بخشهای دولتی و خصوصی را با رعایت تعرفه های رسمی تأمین نماید، که این امر مستندی برای الزام تأمین اجتماعی به پرداخت و

اخذ قرارداد خرید خدمات درمانی و آزمایشگاهی برای افراد تحت پوشش بیمه می‌باشد.

طبق بندهای ذیل ماده ۱ و ماده ۱۷ قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور (مصوب ۱۳۷۳/۸/۳)، بیمه شده و افراد تبعی با پرداخت حق سرانه، از کلیه موارد نیاز درمانی و آزمایشگاهی صرفاً با پرداخت حق فرانشیز بهره مند می‌شوند و عدم پرداخت توسط تأمین اجتماعی، تخلف از وظایف می‌باشد. همچنین طبق ماده ۱۷ قانون مذکور و ماده واحده قانون الزام سازمان های بیمه گر درمانی به پرداخت خسارت های متفرقه (مصوب ۱۳۸۵/۷/۱۶)، تأمین اجتماعی به پرداخت هزینه های درمانی و آزمایشگاهی بدون محدودیت بوده و تعیین محدودیت برای ارائه خدمات به بیمه شدگان، تخلف می‌باشد و منجر به تضییع حقوق بیمه شدگان شده است.

طبق ماده ۵۴ قانون تأمین اجتماعی، بیمه شدگان و افراد خانواده آنها باید در صورت ابتلا به بیماری از خدمات پزشکی شامل کلیه اقدامات درمانی سرپایی و بیمارستانی، داروهای لازم و انجام آزمایشات تشخیص طبی بدون محدودیت بهره مند شوند.

با توجه به آرای وحدت رویه هیئت عمومی دیوان عدالت اداری به شماره ۲۹۸۵-۱۳۹۸/۱۰/۲۴ و شماره ۵۰۲-۱۳۸۶/۷/۸، مطابق با ماده ۹۲ قانون دیوان عدالت اداری و مواد ۱۲، ۸۰، ۸۶ و ۸۸ قانون مذکور، تقاضای ابطال بخشنامه های مورد شکایت می‌گردد.

به دلیل جلوگیری از ورود ضرر و زیان به جامعه کارگری، طبق مواد ۳۴ و ۳۶ قانون دیوان عدالت اداری، صدور دستور موقت نیز مستدعی است. "

متن مقررہ های مورد اعتراض به شرح زیر است:

" ۱- نامه شماره ۱۳۹۸/۵/۱۴-۱۷۶/۰۱/۹۸/۳۰۷۳ سازمان تأمین اجتماعی با موضوع: تعیین سقف ریالی نسخ:

همکار محترم آزمایشگاه سینا آقای دکتر سعید نژاد

«احتراما؛ ضمن آرزوی توفیق روزافزون و تشکر از زحمات شما در امر ارائه خدمات به بیمه -شدگان، به استحضار می -رساند طبق نظر کمیته فنی مورخ ۱۳۹۸/۵/۱۳ از تاریخ ۱۳۹۸/۶/۱ سقف ریالی نسخ به مبلغ ۳۰۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال در ماه برای شما تعیین گردید». - رئیس دفتر رسیدگی به اسناد پزشکی سازمان تأمین اجتماعی استان هرمزگان

۲- نامه شماره ۱۳۹۹/۲/۱۷-۱۷۶/۰۱/۹۹/۷۹۴ سازمان تأمین اجتماعی با موضوع: افزایش سقف ریالی نسخ:

همکار محترم آزمایشگاه سینا بندر لنگه (دکتر احسان مهدی زاده)

«احتراما؛ ضمن آرزوی توفیق روزافزون و تشکر از زحمات شما در امر ارائه خدمات به بیمه -شدگان، به استحضار می -رساند طبق نظر کمیته فنی مورخ ۱۳۹۹/۲/۱۶ سقف ریالی نسخ شما از تاریخ ۱۳۹۹/۳/۱ از ۳۰۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال به مبلغ ۳۵۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال در ماه افزایش یافت».

رئیس دفتر رسیدگی به اسناد پزشکی سازمان تأمین اجتماعی استان هرمزگان "

در پاسخ به شکایت مذکور مدیرکل امور حقوقی و قوانین سازمان تأمین اجتماعی به موجب لایحه شماره ۱۳۹۹/۱۲/۱۳-۷۱۰۰/۹۹/۸۶۴۶ توضیح داده است که:

" شکات به شرح بند (الف) لایحه تقاضای ابطال بخشنامه های معترض عنه رادارد که در این ارتباط بنا به دلایل ذیل استنباط شکات از نامه های معترض عنه صحیح نمی باشد.

۱- طبق بند (ج) ماده ۷۴ قانون برنامه پنجساله ششم توسعه جمهوری اسلامی ایران مجلس شورای اسلامی مقرر گردیده، سازمانها و صندوقهای بیمه گر پایه کشور مکلف به خرید راهبردی خدمات سلامت بر اساس دستورالعملها و راهنماهای بالینی و فهرست رسمی داروهای فاقد نام تجاری (ژنریک) ایران در چهارچوب نظام ملی دارویی کشور همزمان با اجرایی شدن نظام ارجاع مبتنی بر پزشک خانواده در کشور از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و صرفاً از طریق سامانه پرونده الکترونیکی سلامت ایرانیان موضوع بند (الف) این ماده هستند. با عنایت به مفاد بند یاد شده سازمانها و صندوقهای بیمه گر پایه را مکلف به خرید راهبردی خدمات سلامت نموده است، در این راستا سازمان تأمین اجتماعی با توجه به هزینه های روزافزون مدیریت سلامت و ارائه خدمات بهداشتی و درمان و بهره بردن از اصول اقتصاد سلامت و نیز به دلیل محدودیت منابع ناگزیر از مدیریت بازار عرضه و تقاضا و اعمال برخی محدودیتها برای کنترل هزینه ها می باشد. سیاست تعیین سقف مراجعات و مبلغ ریالی برای کنترل تقاضای القایی و استفاده بهینه از منابع محدود ضروری بوده و توسط سازمانهای بیمه گر به طور معمول مورد استفاده می باشد تا با حداقل منابع، حداکثر بهره وری در نظام سلامت را تحقق ببخشند. ضمناً لازم به توضیح است مراکز دانشگاهی و دولتی مشمول سیاست تعیین سقف مراجعات و مبلغ ریالی نمی باشند و بیمه شدگان در خصوص دریافت خدمات تشخیصی درمانی از جمله در موارد ضرر و اورژانس از این مراکز بهره مند می گردند، بنابراین با عنایت به اینکه در شهرستان بندرلنگه علاوه بر تنها آزمایشگاه خصوصی طرف قرارداد، دو آزمایشگاه دیگر دولتی طرف قرارداد نیز وجود دارد که نسبت به پذیرش بیمه شدگان بدون محدودیت اقدام می نماید.

۲- شکات به استناد بندهای (الف) و (ج) ماده ۳ قانون تأمین اجتماعی و قانون الزام سازمان تأمین اجتماعی به اجرای بندهای (الف) و (ب) ماده ۳ قانون تأمین

اجتماعی مصوب ۱۳۶۸/۸/۲۱، سازمان تأمین اجتماعی الزام به انجام تعهدات درمانی، در خصوص حوادث و بیماریها و ملزم به انعقاد قرارداد خرید خدمات درمانی و آزمایشگاهی برای افراد تحت پوشش می باشد و نیز به موجب بندهای ذیل ماده ۱ قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور مصوب ۱۳۷۳ و ماده ۱۷ فرد بیمه شده و افراد تبعی با پرداخت حق سرانه از کلیه موارد مورد نیاز درمانی آزمایشگاهی فقط با پرداخت فرانشیز از درمان بهره مند گردند و تعیین هرگونه محدودیت برای ارائه خدمات به بیمه شدگان تخلف تلقی میگردد و از این حیث تقاضای ابطال بخشنامه های معترض عنه را دارد. بدین وسیله دلایل رد ادعای شاکی به شرح ذیل می باشد:

۱-۲- ماده ۳ قانون تأمین اجتماعی: بر اساس ماده مذکور مشمولین این قانون از موارد مطروحه در بندهای (الف) حوادث و بیماریها، (ب) بارداری، (ج) غرامت دستمزد، (د) از کارافتادگی، (ه) بازنشستگی، (و) مرگ طبق مقررات مربوطه برخوردار خواهند شد و همچنین به موجب قانون الزام سازمان تأمین اجتماعی به اجرای بندهای (الف) و (ب) ماده ۳ قانون تأمین اجتماعی مصوب ۱۳۶۸/۸/۲۱ مقرر گردیده از تاریخ تصویب این قانون انجام تعهدات بندهای (الف) و (ب) ماده ۳ قانون تأمین اجتماعی مصوب تیر ماه ۱۳۵۴ به عهده سازمان تأمین اجتماعی خواهد بود. سازمان مذکور موظف است کلیه تعهدات درمانی مزبور در بخشهای دولتی و در صورت نیاز از بخش خصوصی را با رعایت تعرفه های رسمی تأمین نماید. با عنایت به مفاد قانون الزام و اینکه قانونگذار اولویت انجام تعهدات درمانی در بخشهای دولتی تصریح نموده و در صورت نیاز می بایستی سازمان تأمین اجتماعی از بخش خصوصی با رعایت تعرفه های رسمی جهت انجام تعهدات درمانی تأمین گردد و آیین نامه اجرایی آن نیز در تاریخ اردیبهشت ۱۳۶۹ به تصویب رسیده است. بنابراین ملاحظه می فرمایید که اقدامات سازمان تأمین اجتماعی نیز منطبق

با قوانین یاد شده و در راستای مقررات مربوطه جهت انجام تعهدات مندرج در آن صورت پذیرفته است و با عنایت به تشریح به عمل آمده در بند یک لایحه، بیمه شدگان در خصوص دریافت خدمات تشخیصی درمانی از جمله در موارد ضرور و اورژانس می توانند از مراکز دانشگاهی و دولتی بهره مند گردند. ضمناً لازم به ذکر است که شهرستان بندرلنگه علاوه بر تنها آزمایشگاه خصوصی طرف قرارداد، دو آزمایشگاه دیگر دولتی طرف قرارداد نیز وجود دارد که نسبت به پذیرش بیمه شدگان بدون محدودیت اقدام می نماید بنابراین ملاحظه می فرمایید که اقدامات سازمان منطبق با قوانین یاد شده صورت پذیرفته و ادعای شکات در این خصوص قابل رد می باشد.

۲-۲- شکات در بخشی از دادخواست ارائه شده به بندهای ذیل ماده یک قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور مصوب ۱۳۷۳ و ماده ۱۷ قانون مذکور استناد نموده و عنوان داشته که فرد بیمه شده و افراد تبعی با پرداخت حق سرانه از کلیه موارد مورد نیاز درمانی آزمایشگاهی فقط با پرداخت فرانشیز از درمان بهره مند گردند و تعیین هرگونه محدودیت برای ارائه خدمات به بیمه شدگان تخلف تلقی می گردد و از این حیث تقاضای ابطال بخشنامه معترض عنه را دارد. در ارتباط با موضوع مطروحه لازم به ذکر است که در ماده یک به تعاریف در قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور مصوب ۱۳۷۳/۸/۳ پیش بینی شده ۱- بیمه شده اصلی: فردی است که رأساً مشمول مقررات بیمه خدمات درمانی موضوع این قانون بوده و پس از پرداخت حق سرانه (توسط فرد یا مراجع مشمول در قانون) مشمول استفاده از مزایای خدمات درمانی قرار می گیرد. بنابراین با عنایت به اینکه هدف قانونگذار از وضع قانون مزبور ایجاد شرایط لازم برای افراد نیازمند جامعه که پوشش بیمه ای ندارند و متقاضی بیمه خدمات درمانی هستند فراهم گردد. بنابراین مقررات قانون یاد شده قابل تسری به مشمولین قانون تأمین اجتماعی نمی

باشد که این امر در قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی مصوب ۱۳۸۳/۲/۲۱ جهت رفع همپوشانی مورد تأکید قرار گرفته است. لذا از این حیث نیز موارد مورد استناد شکات محکوم به رد است. با عنایت به مراتب فوق و اینکه اقدامات سازمان وفق قوانین و مقررات مربوطه صورت پذیرفته و ادعای شکات بر اساس موارد مطروحه بلالیل می باشد تقاضای رسیدگی و رد شکایت مطروحه مورد استدعاست."

هیئت عمومی دیوان عدالت اداری در تاریخ ۱۴۰۰/۵/۵ به ریاست معاون قضایی دیوان عدالت اداری در امور هیئت عمومی و با حضور معاونین دیوان عدالت اداری و رؤسا و مستشاران و دادرسان شعب دیوان تشکیل شد و پس از بحث و بررسی با اکثریت آراء به شرح زیر به صدور رأی مبادرت کرده است.

رأی هیئت عمومی

مطابق بند ۱ ماده ۱۲ قانون تشکیلات و آیین دادرسی دیوان عدالت اداری مصوب سال ۱۳۹۲ رسیدگی به شکایات، تظلمات و اعتراضات اشخاص حقیقی یا حقوقی از آیین‌نامه‌ها و سایر نظامات و مقررات دولتی و شهرداریها و مؤسسات عمومی غیردولتی در مواردی که مقررات مذکور به علت مغایرت با شرع یا قانون و یا عدم صلاحیت مرجع مربوط یا تجاوز و یا سوء استفاده از اختیارات یا تخلف در اجرای قوانین و مقررات یا خودداری از انجام وظایف موجب تضییع حقوق اشخاص می شود، از جمله صلاحیتها و وظایف هیئت عمومی دیوان عدالت اداری است. نظر به اینکه نامه شماره ۱۳۹۸/۵/۱۴-۱۷۶/۰۱/۹۸/۳۰۷۳ و نامه شماره ۱۳۹۹/۲/۱۷-۱۷۶/۰۱/۹۹/۷۹۴ سازمان تأمین اجتماعی با موضوع افزایش سقف ریالی نسخ درخصوص آزمایشگاه مشخص و معینی صادر شده و متضمن وضع قاعده عام الشمول نیست؛ بنابراین از مصادیق مقررات موضوع بند ۱ ماده ۱۲ قانون تشکیلات و آیین دادرسی دیوان عدالت اداری مصوب سال ۱۳۹۲ محسوب نمی

شود و رسیدگی به آن در هیئت عمومی دیوان عدالت اداری قابل طرح تشخیص داده نشد و پرونده برای رسیدگی به شعبه دیوان عدالت اداری ارجاع می‌شود.

تاریخ دادنامه: ۰۲ شهریور ۱۴۰۰

شماره دادنامه: ۱۴۰۰۹۹۷۰۹۰۵۸۱۱۴۱۳

کلاس پرونده: ۹۸۰۴۱۰۶

موضوع رأی: ابطال بند ۲ مصوبه شماره ۲۰۵ مورخ ۱۳۹۷/۵/۲۱ شورای عالی
هماهنگی ترابری کشور (در خصوص غیراجباری بودن قراردادهای بیمه
تکمیلی)

شاکی: شرکت حمل و نقل بزرگ سپهر

گردش کار: شاکی به موجب دادخواستی ابطال بند ۲ مصوبه شماره ۲۰۵-
۱۳۹۷/۵/۲۱ شورای عالی هماهنگی ترابری کشور را خواستار شده و در جهت
تبیین خواسته اعلام کرده است که:

"کانون انجمن های صنفی شرکت های حمل و نقل کالا، که بر اساس ماده ۱۳۱
قانون کار به وجود آمده برای دفاع از منافع صنفی اعضا، به طور غیرقانونی اقدام به
انعقاد قرارداد بیمه تکمیلی رانندگان کامیون در کل کشور با شرکت آتیه سازان
حافظ نموده به شماره ۹-۱۴/۵/۱۳۹۷؛ در صورتی که اصولاً رانندگان عضو این
کانون نمی باشند و برای خود انجمن و کانون جداگانه کارگری دارند. شورای عالی
هماهنگی ترابری کشور در تاریخ ۱۳۹۷/۵/۲۱ (یعنی ۷ روز بعد از امضاء آن
قرارداد غیرقانونی) طبق مصوبه شماره ۲۰۵ شرکت های حمل و نقل را موظف به
پرداخت حق بیمه مترتب بر این قرارداد، نموده و در واقع به یک قرارداد غیرقانونی
وجه رسمی و قانونی داده و شرکت ها موظف شده اند حق بیمه قراردادی را که
غیرقانونی است بپردازند و اگر نپردازند، مدیران میانی سازمان راهداری و حمل و
نقل جاده ای با استفاده از «فورس حکومتی» آنها را به تعطیلی می کشانند زیرا
عدم صدور حواله بارنامه به معنی تعطیل شدن یک شرکت است.

از نکات جالب توجه اینکه: ۱- طبق نامه شماره ۱۳۹۷/۴۰۱/۴۴۷۹۱-۹۷/۴۰۱/۴۴۷۹۱ بیمه مرکزی، شرکت آتیه سازان حافظ تحت نظر بیمه مرکزی فعالیت نمی نماید و فعالیت آن به عنوان بیمه گر در بخش بیمه تکمیلی، فاقد مجوز قانونی است. ۲- طبق نامه ۱۳۹۷/۱۱/۲۱ مدیرکل سازمان های کارگری و کارفرمایی وزارت کار، کانون شرکت های حمل و نقل کالا و شرکت آتیه سازان حافظ، فاقد صلاحیت در زمینه انعقاد چنین قراردادی می باشند. ۳- روزانه صدها میلیون تومان پول به دستور مدیران کل استانی، توسط شرکت های حمل و نقل بایستی به حساب کانون- شرکت آتیه سازان حافظ واریز شود، در صورتی که هیچ نوع کنترلی بر آن ندارند."

شاکی در پاسخ به اخطار رفع نقص به موجب لایحه شماره ۹۹/۲۸۰۱-۱۳۹۹/۱/۵ اعلام کرده است که:

" هیچ قانونی وجود ندارد که بیمه تکمیلی درمان را اجباری کرده باشد و شورای عالی هماهنگی ترابری کشور در مقام قانونگذاری نیست. در عین اینکه طبق اصل ۲۶ قانون اساسی، عضویت در کانون اختیاری است، شرکت ها چه الزامی به تبعیت از قراردادهای غیر قانونی آن دارند؟ کانون صنفی انجمن های کارفرمایی شرکت های حمل و نقل که بر اساس ماده ۱۳۱ قانون کار به صورت داوطلبانه و برای دفاع از منافع صنفی اعضا شکل گرفته، نه فضولتاً، نه نیابتاً و نه وکالتاً حق نداشته که از طرف این شرکت و سایر شرکت های حمل و نقل چنین قرارداد تعهدآوری را امضاء کند. حال که از طرف خود امضاء کرده، خودش هم باید حق بیمه را بپردازد. شورای عالی هماهنگی ترابری کشور با این مصوبه خود، با اجباری کردن پرداخت حق بیمه این قرارداد غیرقانونی توسط شرکت ها، به آن وجهه قانونی داده است. مبلغ حق بیمه اخذ شده از شرکت ها در یک سال و نیم گذشته چندین بار تغییر کرده به نحوی که با یک حساب سرانگشتی، در سال دوم قرارداد (یعنی از مرداد

۱۳۹۸ تا مرداد ۱۳۹۹) حدود ۷۰ میلیارد تومان اضافه بر مبلغ قرارداد از شرکت ها اخذ می شود و معلوم نیست این پول کجا می رود. رانندگان و کامیونداران که عموماً به صورت خویش فرما هستند و تابع قانون تأمین اجتماعی می باشند، اگر مایل به بیمه تکمیلی درمان و عمر باشند، باید خود اقدام کنند و کانون مذکور در این زمینه هیچ سمتی ندارد. مزید بر آن که هیچ رابطه کارگری و کارفرمایی بین شرکت های حمل و نقل و کامیونداران و رانندگان وجود ندارد. "

متن مقررہ مورد شکایت به شرح زیر است:

" ۲- پیشنهاد سازمان راهداری و حمل و نقل جاده ای در مورد برقراری پوشش بیمه تکمیلی رانندگان بخش بار برون شهری مطرح گردید و با توجه به گزارش دبیرخانه شورا مبنی بر توافق انجام شده بین سازمان یاد شده و کانون انجمن های صنفی شرکت ها و موسسات حمل و نقل داخلی کالا، به شرح زیر به تصویب رسید: « کلیه شرکت ها و موسسات حمل بار برون شهری موظفاند در موارد انعقاد قرارداد بیمه تکمیلی رانندگان از سوی تشکلهای صنفی کشوری یا استانی شرکت های مذکور، نسبت به پرداخت سهم حق بیمه مربوطه اقدام نمایند. » "

در پاسخ به شکایت مذکور، مدیرکل دفتر حقوقی وزارت راه و شهرسازی به موجب لایحه شماره ۱۳۹۹/۳/۲۴-۲۷۷۷۹/۷۳۰ به طور خلاصه توضیح داده است که:

" الف) مبانی قانونی مصوبه ۲۰۵: طبق بند (الف) ماده ۲ آیین نامه ترکیب شورای عالی هماهنگی ترابری کشور، بررسی و تصویب ضوابط پیشنهادی وزارت راه و ترابری در مورد روابط بین موسسات ترابری و کامیونداران و اتوبوس داران به شورای مذکور محول گردیده است و آن شورا نیز طبق صلاحیت خود اقدام به تصویب بند ۲ مصوبه ۲۰۵ نموده است و در نهایت با انعقاد قرارداد بین کانون

انجمن های صنفی کارفرمایان موسسات و شرکت های حمل و نقل کالاهای داخلی کشور و شرکت بیمه آتیه سازان حافظ، بیمه تکمیلی رانندگان عملیاتی شده است.

ب) عدم انطباق خواسته ستون دادخواست با مندرجات آن: شاکی درخواست ابطال بند ۲ مصوبه ۲۰۵ را کرده است، اما در شرح شکایت خود، دلیلی دال بر غیرقانونی بودن مصوبه مذکور یا صلاحیت شورای عالی هماهنگی ترابری در تصویب آن را ارائه نکرده و صرفاً به نحوه اجرا و انتخاب شرکت بیمه گر بیمه تکمیلی رانندگان و مواردی از این قبیل اشاره کرده است. حال آن که نحوه اجرای مقررات نمی توانند منجر به ابطال آن شوند.

ج) پاسخ به اظهارات شاکی: شرکت بیمه آتیه سازان حافظ، زیر مجموعه سازمان بیمه سلامت ایران (با تأمین از محل منابع مربوط) می باشد و در چارچوب قوانین از جمله قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی و طبق اساسنامه خود از سال ۱۳۸۰ در حوزه بیمه های تکمیلی درمان فعالیت می نماید. سازمان دخالتی در تعیین محاسبه مبالغ و ارزیابی بابت بیمه تکمیلی رانندگان ندارد. این مبالغ طبق هماهنگی به عمل آمده بین « کانون انجمن های صنفی کارفرمایان موسسات و شرکت های حمل و نقل کالای داخلی کشور» و « شرکت بیمه آتیه سازان حافظ» از محل درآمد موسسات و شرکت های حمل و نقل بوده و طبق مصوبه در سامانه مدیریتی کنترل بارنامه از ۱۳۹۷/۵/۱۵ محاسبه می شود.

شاکی بیان کرده که مدیرکل سازمان های کارگری و کارفرمایی وزارت کار، کانون شرکت های حمل و نقل کالا را فاقد صلاحیت در زمینه انعقاد قرارداد بیمه تکمیلی دانسته است. ولی با توجه به اینکه هر صنفی طبق ماده ۱۳۱ قانون کار و اساسنامه خود فعالیت می کند، بنابراین اگر مدیرکل مذکور دلیلی بر این مدعا دارد باید ارائه نماید. شاکی مدعی شده که بیمه گر طرف قرارداد مجوز فعالیت از متولی کار را

ندارد. حال آن که (همان طو رکه ذکر شد) بیمه گر از شرکت های زیرمجموعه بیمه سلامت ایران بوده و در چارچوب قوانین و مقررات فعالیت می کند. شاکی بیان کرده که عدم پرداخت حق بیمه رانندگان توسط شرکت های حمل و نقل منجر به غیرفعال شدن و تعطیلی شرکت های حمل و نقل می شود، حال آن که نامه مورد استناد شاکی (نامه مورخ ۱۳۹۷/۶/۱۹ معاونت حمل و نقل سازمان) صرفاً جنبه اطلاع رسانی داشته و نامه مورخ ۱۳۹۷/۹/۱۴ نیز صرفاً یادآوری می کند که عدم پرداخت حق بیمه به علت اینکه بارنامه های شرکت های حمل و نقل به صورت سیستمی صادر می شود باعث اختلاف در سیستم صدور بارنامه شده و صدور آن را امکان ناپذیر می نماید. در سال ۱۳۸۹ نیز بین کانون انجمن های صنفی کارفرمایان موسسات و شرکت های حمل و نقل داخلی کالای کشور و بیمه ایران، قرارداد بیمه تکمیلی منعقد شده بود. در آنجا کانون مذکور به عنوان کارگزاری عمل می کرد، ولی در قرارداد جدید عنوان کارگزاری از آن سلب شده است و شاید یکی از دلایل بروز اعتراض همین موضوع باشد اما این قضیه مربوط به رابطه قراردادی کانون مذکور و شرکت بیمه می باشد. شایان ذکر است که سازمان راهداری و حمل و نقل جاده ای دارای شخصیت حقوقی می باشد و طبق تصویب نامه شورای عالی اداری به شماره ۵۸۸۲۷۱-۵/۴/۶-۱۳۹۵) کلیه اختیارات مربوط به معاونت راهداری نیز به سازمان مذکور منتقل شده است. "

در اجرای ماده ۸۴ قانون تشکیلات و آیین دادرسی دیوان عدالت اداری پرونده به هیئت تخصصی بیمه، کار و تأمین اجتماعی ارجاع شد و هیئت مذکور پس از انجام بررسی های لازم، به موجب دادنامه شماره ۱۳۳۳-۱۰/۳۰-۱۳۹۹، بند ۲ مصوبه شماره ۲۰۵ شورای عالی هماهنگی ترابری کشور را قابل ابطال تشخیص نداد و رأی به رد شکایت صادر کرد. متعاقباً دادنامه مذکور در تاریخ ۱۳۹۹/۱۱/۱۹ به شرح زیر مورد اعتراض رئیس دیوان عدالت اداری قرار گرفت:

" به موجب نامه معاون حمل- و نقل سازمان راهداری به اعضای هیئت عامل به شماره ۱۳۹۷/۹/۱۴-۱۲۰۲۶۶/۷۴، مبالغ حق بیمه مربوط به بیمه تکمیلی رانندگان بخش کالا، از محل درآمد مؤسسات و شرکت-های حمل- و نقل می- باشد و شرکت-ها باید نسبت به پرداخت آن اقدام نمایند. در حالی که در رأی مورد اعتراض، خلاف این تکلیف استدلال شده است.

۲- مطابق قوانین تجویز انعقاد قرارداد نباید موجب تکلیف به شرکت-های حمل- و نقل گردد. اما عدم تکلیف شرکت-های حمل- و نقل به انعقاد قرارداد، مجوز قانونی می-خواهد که در موضوع مفقود است.

۳- پرداخت حق بیمه تکمیلی درمان طبق هیچ یک از قوانین بیمه کشور بر کارفرمایان تکلیف نشده است و باید بیمه شده اقدام به پرداخت حق بیمه مذکور نماید، مگر اینکه دستگاه اداری دارای ردیف بودجه مربوطه باشد، که شرکت‌های خصوصی از این امر بهره مند نبوده و اعتباری در این مورد دریافت نمی کنند تا در ازای آن اقدام به پرداخت حق بیمه تکمیلی درمان نمایند.

۴- مطابق مقررات، شورای عالی ترافیک اجازه دخالت در امور قراردادهای بیمه ای که دارای قوانین و مقررات خاص هستند، ندارد و تکلیف به پرداخت، نیازمند نص قانونی می باشد؛ حال آن که در رأی مورد اعتراض به صورت استنباطی چنین امری بیان شده است، که با توجه به مدلول و منطوق متن مصوبه، چنین اختیاری حاصل نمی گردد. "

پس از ارجاع پرونده به هیئت تخصصی بیمه، کار و تأمین اجتماعی و رسیدگی مجدد در این هیئت، متعاقب صدور نظریه، موضوع به هیئت عمومی دیوان عدالت اداری ارجاع شد.

هیئت عمومی دیوان عدالت اداری در تاریخ ۱۴۰۰/۶/۲ با حضور رئیس و معاونین دیوان عدالت اداری و رؤسا و مستشاران و دادرسان شعب دیوان تشکیل شد و پس از بحث و بررسی با اکثریت آراء به شرح زیر به صدور رأی مبادرت کرده است.

رأی هیئت عمومی

صرف نظر از آثار مناسب توسعه قراردادهای بیمه تکمیلی که در راستای گسترش بیشتر حمایت‌های بیمه‌ای منعقد می‌شود، انعقاد قراردادهای مزبور جنبه اجباری ندارد و هرچند براساس بند ۲۶ ماده ۵ اساسنامه کانون انجمن‌های صنفی کارفرمایی مؤسسات و شرکتهای حمل و نقل داخلی کالای کشور مصوب ۱۳۹۲/۲/۱۰، «عقد هر نوع قرارداد در قالب انواع توافقات خصوصی و یا جمعی و عقود شرعی معین و غیرمعین اعم از خرید، فروش، صلح، اجاره و...» جزء وظایف و اختیارات کانون انجمن‌های صنفی کارفرمایان، مؤسسات و شرکتهای حمل- و نقل داخلی کالای کشور است، ولی وجود صلاحیت فوق مجوزی برای شورای عالی هماهنگی ترابری کشور ایجاد نمی‌کند تا در فرض انعقاد قرارداد بیمه تکمیلی رانندگان توسط تشکلهای صنفی کشوری یا استانی شرکتهای مذکور، شرکتهای و مؤسسات حمل بار برون شهری را موظف به پرداخت سهم حق بیمه تکمیلی رانندگان نماید. بنا به مراتب فوق، اطلاق حکم مقرر در بند ۲ مصوبه شماره ۲۰۵-۱۳۹۷/۵/۲۱ شورای عالی هماهنگی ترابری کشور در حدی که ناظر بر الزام شرکتهای حمل و نقل به پرداخت حق بیمه تکمیلی رانندگان از محل منابع شرکتهای مذکور است، خارج از حدود اختیار شورای عالی هماهنگی ترابری کشور بوده و در نتیجه رأی شماره ۱۱۳۳۳-۹۹۰۹۹۷۰۹۰۶۰۱۱۳۳۳ هیئت تخصصی بیمه، کار و تأمین اجتماعی دیوان عدالت اداری که در مقام رد شکایت مطروحه به خواسته ابطال بند فوق صادر شده، مستند به بند «ب» ماده ۸۴ قانون تشکیلات و آیین دادرسی

دیوان عدالت اداری مصوب سال ۱۳۹۲ نقض می‌گردد و بر همین اساس اطلاق بند ۲ مصوبه شماره ۲۰۵ مورخ ۱۳۹۷/۵/۲۱ شورای عالی هماهنگی ترابری کشور مستند به بند ۱ ماده ۱۲ و ماده ۸۸ قانون تشکیلات و آیین دادرسی دیوان عدالت اداری مصوب سال ۱۳۹۲ ابطال می‌شود.

تاریخ دادنامه : ۰۲ شهریور ۱۴۰۰
 شماره دادنامه : ۱۴۰۰۰۹۹۷۰۹۰۵۸۱۱۴۱۵
 کلاس پرونده : ۹۹۰۲۶۶۸

موضوع رأی : ابطال عبارت « کارفرمایان بیمه شدگان سازمان تأمین اجتماعی می توانند صرفاً از کسر سهم حق بیمه درمانی پرداختی حقوق بگیران بیمه شده از حقوق بیمه » در بخشنامه شماره ۱۳۹۸/۵/۱۴-۲۰۰/۹۸/۴۴ سازمان امور مالیاتی کشور مورخ ۱۴۰۰/۰۶/۰۲

شاکي: آقای شاهین امیرقاسمی

گردش کار:

شاکي به موجب دادخواستی ابطال عبارت « کارفرمایان بیمه شدگان سازمان تأمین اجتماعی می توانند صرفاً از کسر سهم حق بیمه درمان پرداختی حقوق بگیران بیمه شده از حق بیمه » در بخشنامه شماره ۱۳۹۸/۵/۱۴-۲۰۰/۹۸/۴۴ سازمان امور مالیاتی کشور را خواستار شده و در جهت تبیین خواسته اعلام کرده است که:

" بیمه تأمین اجتماعی به عنوان یک بیمه پایه شناخته شده در جامعه است که ماهیت اجباری دارد و هدف آن ارائه بخشی از خدمات عمومی دولت در حوزه تأمین رفاه اجتماعی است که منابع آن از مالیات جدا شده و در قالب بیمه اجباری از حقوق شاغلان کسر می گردد. حق بیمه پرداختی هر کارگر (منظور کارکنان تحت پوشش تأمین اجتماعی است) معادل ۳۰٪ حقوق وی است که ۲۳٪ آن توسط کارفرما و ۷٪ دیگر را کارگر پرداخت می کند. کل مبلغ بیمه پرداختی سهم کارفرما ۲۳٪ به عنوان هزینه های جاری در دفاتر ثبت و از درآمد مشمول مالیات شرکت کسر می شود. در حقیقت از مبلغ پرداختی سهم شرکت به سازمان تأمین اجتماعی مالیاتی کسر نمی شود. از سهم بیمه پرداختی کارگران ۷٪ به سازمان

تأمین اجتماعی بر طبق بخشنامه شماره ۱۳۹۸/۵/۱۴-۲۰۰/۹۸/۴۴ سازمان امور مالیاتی کشور که بعد از آرای هیئت عمومی دیوان عدالت اداری به شماره دادنامه ۱۳۹۸/۴/۱۱-۵۹۱ صادر گردیده است، فقط بخشی از آن که بابت درمان است قابل کسر از درآمد مشمول مالیات دانسته شده است و باقیمانده به عنوان درآمد کارگر مشمول مالیات می شود. بر طبق بند (ج) ماده ۱۳۹ قانون مالیاتهای مستقیم حق بیمه سهم کارکنان و کارفرما دریافتی سازمان تأمین اجتماعی از پرداخت مالیات معاف است و همان طور که در بند اول شرح شکایت نیز ذکر شده است منابع مالی سازمان تأمین اجتماعی از مالیات جدا شده است ولی سازمان امور مالیاتی کشور قبل از پرداخت سهم بیمه کارگر به سازمان تأمین اجتماعی که جنبه مستمر و اجباری دارد مالیات آن را به عنوان درآمد کارگر کسر می کند. لذا با توجه به موارد ذکر شده از هیئت عمومی دیوان عدالت اداری خواهشمند است که نسبت به تصحیح بخشنامه شماره ۲۰۰/۹۸/۴۴ سازمان امور مالیاتی کشور رأی مقتضی صادر نماید به طوری که در سطر پنجم بند ۱ بخشنامه فوق الذکر جمله « صرفاً با کسر سهم حق بیمه درمان پرداختی حقوق بگیران بیمه شده» حذف شده و به جای آن جمله « با کسر حق بیمه پرداختی حقوق بگیران بیمه شده» جایگزین گردد. "

در پی اخطار رفع نقصی که از طرف دفتر هیئت عمومی و هیأت‌های تخصصی دیوان عدالت اداری برای شاکی ارسال شده بود، وی به موجب نامه مورخ ۱۳۹۹/۱۱/۱۸، ابطال بند ۱ از بخشنامه مورد اعتراض را خواستار شده بود.

متن مقررہ مورد اعتراض به شرح زیر است:

شماره ۱۳۹۸/۵/۱۴-۲۰۰/۹۸/۴

بخشنامه

شماره ۴/۹۸/۲۰-۱۴/۵/۱۳۹۸

۴۴ ۹۸ ۱۳۷ م

مخاطبان/ذینفعان: امور مالیاتی شهر و استان تهران / ادارات کل امور مالیاتی

موضوع: کسر هزینه ها و انواع بیمه‌های عمر و زندگی و درمانی از درآمد مشمول مالیات

نظر به اصلاح ماده ۱۳۷ قانون مالیات‌های مستقیم به موجب اصلاحیه مورخ ۱۳۹۴/۴/۳۱ که بر اساس ماده ۲۸۱ آن از ابتدای سال ۱۳۹۵ لازم الاجرا می باشد و جایگزین شدن عبارت «انواع بیمه های عمر و زندگی» به جای عبارت «بیمه عمر» در ماده مذکور بدین وسیله ضمن ارسال آیین نامه شماره ۶۸ مصوب شورای عالی بیمه در خصوص بیمه های زندگی و اصلاحات بعدی آن مقرر می دارد:

۱- کسر حق بیمه های پرداختی درمانی حقوق بگیر و افراد تحت تکفل و حق بیمه پرداختی بابت انواع بیمه های عمر و زندگی شخص حقوق بگیر از درآمد مشمول مالیات حقوق بیمه شدگان سازمان تأمین اجتماعی و سازمان خدمات درمانی و سایر موسسات بیمه گر که پرداخت حقوق آنان معمولاً به صورت ماهیانه صورت می پذیرد توسط کارفرمایان ذیربط و با ارائه اسناد مربوط فاقد اشکال است. کارفرمایان بیمه شدگان سازمان تأمین اجتماعی می توانند صرفاً با کسر سهم حق بیمه درمان پرداختی حقوق بگیران بیمه شده از حق بیمه موضوع مواد ۳، ۷، ۲۸ و ۲۹ قانون تأمین اجتماعی و کارفرمایان بیمه شدگان سازمان خدمات درمانی و سایر موسسات بیمه گر ایرانی نیز می توانند با کسر کل سهم حق بیمه پرداختی درمانی حقوق بگیران بیمه شده خود از درآمد مشمول مالیات حقوق آنان و قید میزان آن در فهرست های حقوق تسلیمی به اداره امور مالیاتی ذیربط، مالیات متعلق را محاسبه نمایند. "

در پاسخ به شکایت مذکور، مدیرکل دفتر حقوقی و قراردادهای مالیاتی (وزارت امور اقتصادی و دارایی) به موجب لایحه شماره ۱۱۰۶۱۲/۲۰۶۱۱-ص/۱۷/۱۲/۱۳۹۹ توضیح داده است که:

" در خصوص پرونده کلاسه ۹۹۰۲۶۶۸ و به شماره پرونده ۹۹۰۹۹۸۰۹۰۲۲۰۱۲۷۹ موضوع دادخواست آقای شاهین امیرقاسمی به خواسته اصلاح عبارت « صرفاً با کسر سهم حق بیمه درمان پرداختی حقوق بگیران بیمه شده از بند ۱ بخشنامه شماره ۴۴/۹۸/۲۰۰-۱۴/۵/۱۳۹۸، موارد زیر را اعلام می دارد:

الف- ایراد شکلی مربوط به خواسته شاکی: پس از ابلاغ اخطار رفع نقص به شاکی در اجرای بند ۳ ماده ۸۱ قانون تشکیلات و آیین دادرسی دیوان عدالت اداری، ایشان موضوع درخواست خود را اصلاح عبارتی از بند ۱ بخشنامه شماره ۴۴/۹۸/۲۰۰-۱۴/۵/۱۳۹۸ عنوان کرده است، لیکن اصلاح مصوبات دولتی از مصادیق مقرر در بند ۱ ماده ۱۲ قانون پیش گفته از حیث موارد صلاحیت و وظایف هیئت عمومی دیوان عدالت اداری به شمار نمی آید از این روی درخواست نامبرده در هیئت عمومی دیوان قابل رسیدگی نمی باشد.

ب- توضیح درباره مستندات قانونی بند ۱ بخشنامه شماره ۴۴/۹۸/۲۰۰-۱۴/۵/۱۳۹۸: بر اساس ماده ۸۳ قانون مالیاتهای مستقیم « درآمد مشمول مالیات حقوق عبارت است از حقوق (مقرری یا مزد یا حقوق اصلی) و مزایای مربوط به شغل اعم از مستمر یا غیرمستمر قبل از وضع کسور و پس از کسر معافیهای مقرر در این قانون». به موجب مفاد ماده ۱۳۷ قانون مالیاتهای مستقیم: « هزینه های درمانی پرداختی هر مودی بابت معالجه خود و یا همسر، اولاد، پدر، مادر، برادر و خواهر تحت تکفل در یک سال مالیاتی ...، همچنین حق بیمه پرداختی هر شخص

حقیقی به موسسات بیمه ایرانی بابت انواع بیمه های عمر و زندگی و بیمه های درمانی از درآمد مشمول مالیات مودی کسر می‌گردد...»

با توجه به مراتب فوق از آنجا که در ماده ۱۳۷ یاد شده به کسر حق بیمه درمان پرداختی حقوق بگیران اشاره شده است، بنابراین صرفاً حق بیمه مذکور قابل کسر از درآمد مشمول مالیات حقوق خواهد بود و به صراحت ماده ۸۳ صدرالذکر سایر کسورات که در قانون معافیتی برای آن پیش بینی نشده است، قابل کسر از درآمد مشمول مالیات حقوق نمی باشد. ضمناً با توجه به اصل ۵۱ قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران که مقرر می دارد: «هیچ نوع مالیات وضع نمی شود مگر به موجب قانون. موارد معافیت و بخشودگی و تخفیف مالیاتی به موجب قانون مشخص می شود.» کسر کل حق بیمه پرداختی کارکنان از درآمد مشمول مالیات (مازاد بر حق بیمه درمان)، نیازمند تصویب آن از سوی مرجع قانون گذاری می باشد. خاطر نشان می گردد مقررات بند (ج) ماده ۱۳۹ قانون مالیاتهای مستقیم صرفاً ناظر بر اعمال معافیت بر درآمد صندوق های بازنشستگی سازمان بیمه خدمات درمانی و سازمان تأمین اجتماعی و صندوق بیمه اجتماعی کشاورزان، روستاییان و عشایر بوده و فاقد حکم خاص در خصوص مالیات بر درآمد حقوق می باشد. مندرجات صدر بخشنامه مورد اشاره (۱۳۹۸/۵/۱۴-۲۰۰/۹۸/۴۴) نیز به صراحت گویای این نکته است که مقررات بخشنامه مذکور با امعان نظر به اصلاح ماده ۱۳۷ قانون مالیاتهای مستقیم مصوب ۱۳۶۶/۱۲/۳ تدوین شده است. با توجه به توضیحات یاد شده و عدم قابلیت رسیدگی به درخواست اصلاح بخشنامه در هیئت عمومی دیوان عدالت اداری اتخاذ تصمیم شایسته مبنی بر رد درخواست نامبرده مورد استدعاست."

هیئت عمومی دیوان عدالت اداری در تاریخ ۱۴۰۰/۶/۲ با حضور رئیس و معاونین دیوان عدالت اداری و رؤسا و مستشاران و دادرسان شعب دیوان تشکیل

شد و پس از بحث و بررسی با اکثریت آراء به شرح زیر به صدور رأی مبادرت کرده است.

رأی هیئت عمومی

به موجب ماده ۱۳۷ قانون مالیاتهای مستقیم: «هزینه‌های درمانی پرداختی هر مؤدی بابت معالجه خود یا همسر و اولاد و پدر و مادر و برادر و خواهر تحت تکفل در یک سال مالیاتی به شرط اینکه اگر دریافت‌کننده مؤسسه درمانی یا پزشک مقیم ایران باشد دریافت وجه را گواهی نماید و چنانچه به تأیید وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به علت فقدان امکانات لازم معالجه در خارج از ایران صورت گرفته است پرداخت هزینه مزبور به گواهی مقامات رسمی دولت جمهوری اسلامی ایران در کشور محل معالجه یا وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی رسیده باشد، همچنین حق بیمه پرداختی هر شخص حقیقی به مؤسسات بیمه ایرانی بابت انواع بیمه‌های عمر و زندگی و بیمه‌های درمانی از درآمد مشمول مالیات مؤدی کسر می‌گردد. در مورد معلولان و بیماران خاص و صعب‌العلاج علاوه بر هزینه‌های مذکور هزینه مراقبت و توانبخشی آنان نیز قابل کسر از درآمد مشمول مالیات معلول یا بیمار یا شخصی که تکفل او را عهده‌دار است، می‌باشد.» نظر به اینکه به موجب حکم این ماده در مورد کسر حق بیمه پرداختی هر شخص حقیقی به مؤسسات بیمه ایرانی از درآمد مشمول مالیات مؤدی، قانونگذار در مقام بیان میان انواع بیمه‌های عمر و زندگی و بیمه‌های درمانی تفاوتی قائل نشده است و هیئت عمومی دیوان عدالت اداری نیز به موجب رأی شماره ۲۷۹-۱۴۰۰/۲/۲۸ خود این امر را مورد تأیید قرار داده، بنابراین عبارت «کارفرمایان بیمه‌شدگان سازمان تأمین اجتماعی می‌توانند صرفاً با کسر سهم حق بیمه درمان پرداختی حقوق‌بگیران بیمه شده از حق بیمه...» در بخشنامه شماره ۱۳۹۸/۵/۱۴-۲۰۰/۹۸/۴۴ سازمان امور مالیاتی کشور که پذیرش حق بیمه

پرداختی (به‌عنوان کسر از مأخذ مالیات) را منحصر به حق بیمه درمان کرده، خلاف قانون و خارج از حدود اختیار بوده و مستند به بند ۱ ماده ۱۲ و ماده ۸۸ قانون تشکیلات و آیین دادرسی دیوان عدالت اداری مصوب سال ۱۳۹۲ ابطال می‌شود.

تاریخ دادنامه: ۰۶ شهریور ۱۴۰۰

شماره دادنامه: ۱۴۰۰۹۹۷۰۹۰۵۸۱۱۴۴۶

کلاس پرونده: ۹۹۰۲۴۰۱

موضوع رأی: ابطال بندهای ۲ و ۳ نامه شماره ۲۰۰/۴۶۲۲-ص-۱۳۹۹/۴/۲ سازمان

امور مالیاتی کشور مورخ ۱۴۰۰/۰۶/۰۶

شاکی: شرکت بیمه دانا با وکالت آقای امیر یاقوتی

گردش کار:

شاکی به موجب دادخواستی ابطال نامه شماره ۲۰۰/۴۶۲۲-ص-۱۳۹۹/۴/۲ سازمان امور مالیاتی کشور را خواستار شده و در جهت تبیین خواسته اعلام کرده است که:

" به استحضار می رساند وفق مفاد رأی شماره ۴۳۲-۱۰/۵/۱۳۹۶ صادره از سوی هیئت عمومی دیوان عدالت اداری بخشی از بخشنامه سازمان امور مالیاتی کشور که مفاداً حق بیمه خدمت درمان تکمیلی را مشمول مالیات بر ارزش افزوده تلقی نموده بود ابطال گردید و بنابراین از تاریخ صدور رأی مذکور طی قراردادهای بیمه تکمیلی درمان در کلیه صنعت بیمه هیچ وجهی تحت عنوان مالیات بر ارزش افزوده از مودیان دریافت و بالتبع در وجه سازمان امور مالیاتی کشور تادیه نگردید. متعاقباً و با شکایت ریاست سازمان امور مالیاتی کشور در هیئت عمومی دیوان عدالت اداری در تاریخ ۱۳۹۸/۱۰/۲۹ هیئت عمومی به موجب رأی لاحق رأی سابق الصدور هیئت عمومی را مغایر با قانون مالیات بر ارزش افزوده تلقی نموده و حکم به عدم ابطال و ابقاء بخشی از بخشنامه سازمان امور مالیاتی صادر کرد. در رأی سابق الصدور هیئت عمومی دیوان عدالت اداری اشعار داشته بود که مطابق بند ۹ ماده ۱۲ قانون مالیات بر ارزش افزوده، انواع دارو و لوازم مصرفی درمانی، خدماتی درمانی (انسانی، حیوانی و گیاهی) و خدمات توانبخشی و حمایتی از

پرداخت مالیات بر ارزش افزوده معاف اعلام شده است. نظر به اینکه در سطر آخر بخشنامه مورد اعتراض، پرداخت خدمات بیمه، درمان و تکمیل درمان از معافیت مذکور در حکم قانون پیش گفته خارج شده است. بنابراین این قسمت از بخشنامه مغایر قانون یاد شده بوده و تصویب آن از حدود اختیارات سازمان امور مالیاتی خارج می باشد و مستند به بند ۱ ماده ۱۲ و ماده ۸۸ قانون تشکیلات و آیین دادرسی دیوان عدالت اداری مصوب سال ۱۳۹۲ ابطال می شود، اعضاء هیئت عمومی دیوان عدالت اداری با اعمال ماده ۱۳ قانون اخیرالذکر و تسری ابطال بخشنامه به زمان تصویب آن فقط نسبت به پرداخت کنندگان مستقیم مالیات بر ارزش افزوده موافقت کردند. در حال حاضر سازمان امور مالیاتی بدون التفات به قاعده عطف بماسبق نشدن آراء صادره از سوی هیئت عمومی دیوان عدالت اداری طی دستورالعمل معترض عنه اشعار داشته است که چنانچه مراحل حسابرسی و رسیدگی به اعتراض مالیاتی پایان نیافته باشد و پرونده مالیاتی در جریان باشد و بیمه نامه های صادره از تاریخ ۱۳۹۶/۵/۱۰ تا ۱۳۹۸/۱۰/۱۰ مشمول مالیات بر ارزش افزوده می باشد.

چنین تفسیر شدنی از آراء صادره از هیئت عمومی دیوان موجب بی اعتباری آراء اصداری از سوی هیئت عمومی دیوان عدالت اداری است. در تاریخ مندرج در دستورالعمل سازمان امور مالیاتی، رأی سابق الصدور هیئت عمومی دیوان در مقام ابطال و بی اعتباری بخشی از بخشنامه سازمان امور مالیاتی دایر بر شمول درآمد حق بیمه های درمان تکمیلی به مالیات بر ارزش واجد اعتبار بوده و در طول این زمان حق بیمه درمان تکمیلی مشمول مالیات بر ارزش افزوده نبوده است. نظر به مفاد ماده ۸۹ قانون تشکیلات و آیین دادرسی دیوان عدالت اداری مصوب سال ۱۳۹۲ اثر آراء صادره از سوی هیئت عمومی دیوان عدالت اداری مبنی بر بطلان و بی اعتباری مصوبات و بخشنامه ها و ... نسبت به آتیه است و موجب بی اعتباری

آراء سابق نمی شود. با این تصریح رأی شماره ۲۸۹۵-۱۰/۱۰/۱۳۹۸ صادره از سوی هیئت عمومی دیوان عدالت اداری دایر بر بی اعتباری مفاد رأی شماره ۴۳۲-۱۰/۵/۱۳۹۶ سابق الصدور پس از صدور آن لازم الاجرا بوده و تا پیش از لازم الاجرا شدن رأی لاحق به موجب رأی اصداری پیشین وضع و برقراری مالیات بر ارزش افزوده به حق بیمه درمان تکمیلی غیر مجاز و مغایر با مفاد رأی سابق الصدور از سوی هیئت عمومی دیوان است و هر تأویل و تغییری غیر از این موجبات از هم گسیختگی قوت و اعتبار آراء صادره از عالی ترین مرجع اداری خواهد شد و بار شدن تکلیف مالایطاق برای مودیان را سبب می گردد. فلسفه قاعده عطف بماسبق نشدن آراء هیئت عمومی حاوی بطلان و بی اعتباری مصوبات و بخشنامه ها و ... جلوگیری از تزلزل نظام اداری و از هم گسیختگی اعتبار امور دیوانی و جاری است. چرا که با تفسیر حال حاضر سازمان امور مالیاتی و عدم بذل عنایت به مفاد ماده ۸۹ قانون مرقوم حق بیمه درمان تکمیلی قراردادهای بیمه گروهی که به اعتبار مفاد رأی وحدت رویه صادره از سوی هیئت عمومی به شماره ۴۳۲-۱۰/۵/۱۳۹۶ از شمول مالیات بر ارزش افزوده خارج گردید به یک باره و با رأی جدید الصدور از سوی هیئت عمومی دیوان عدالت اداری مشمول مالیات بر ارزش افزوده شد و اقدام سازمان مالیاتی حاکی از الغاء کلیه اعتبارات پیشین و عطف بماسبق تلقی کردن رأی صادره حاضر برخلاف مفاد ماده ۸۹ قانون مزبور و مغایر با سلامت نظام اداری و موجبات تزلزل و از هم گسیختگی اعتبار آراء صادره از هیئت عمومی دیوان عدالت اداری است. لذا با تقدیم این دادخواست استدعای احراز بطلان دستورالعمل معترض عنه را از آن مقام دارد."

متن مقرر مورد شکایت به شرح زیر است:

" جناب آقای دکتر سلیمانی

رئیس کل محترم بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران

با سلام و احترام

بازگشت به نامه شماره ۱۳۰۷۱/۱۰۰/۹۹-۱۳۹۹/۲/۲۱، به استحضار می‌رساند: به موجب دادنامه شماره ۲۸۹۵-۱۰/۱۰/۱۳۹۸ هیئت عمومی دیوان عدالت اداری مبنی بر نقض دادنامه شماره ۴۳۲-۱۰/۵/۱۳۹۶ هیئت مذکور، عدم ابطال فراز پایانی بخشنامه شماره ۹۲۵۳-۹/۷/۱۳۹۰ سازمان امور مالیاتی کشور اعلام و طی بخشنامه

شماره ۱۳/۹۹/۲۱۰-۲۷/۱/۱۳۹۹ ابلاغ گردید. در این چارچوب با توجه به اینکه در فاصله زمانی دادنامه های صدرالاشاره خدمات بیمه درمان و تکمیل درمان از پرداخت مالیات و عوارض موضوع قانون مالیات بر ارزش افزوده معاف اعلام گردیده و با عنایت به نظریه شماره ۲۰۰/۲۳۳/۲۳۰-۹۰۰۰/۲۱-۱۳۹۷/۷/۲۱ معاون حقوقی، پیشگیری و پژوهش دیوان عدالت اداری ابلاغی طی بخشنامه شماره ۱۱۵/۹۷/۲۳۰-۱۴/۸/۱۳۹۷۷ رعایت موارد ذیل در رابطه با پرونده های مالیات بر ارزش افزوده شرکت های بیمه گر در فاصله زمانی ۱۰/۵/۱۳۹۶ لغایت ۱۰/۱۰/۱۳۹۸ الزامی است:

۱- چنانچه حسابرسی یا رسیدگی به اعتراض مالیاتی، قطعی و در زمان حاکمیت بخشنامه سابق (۹۶/۹۷-۲۰۰/۳/۱۳۹۶) تمام مراحل قانونی طی شده باشد، مشمول رای اخیر دیوان عدالت اداری نمی باشد.

۲- چنانچه مراحل حسابرسی و رسیدگی به اعتراض مالیاتی پایان نیافته باشد و پرونده در جریان باشد، استناد به بخشنامه سابق (۹۶/۹۷-۲۰۰/۳/۱۳۹۶) جایز نبوده و بیمه نامه های صادره با موضوع خدمات بیمه درمان و تکمیل درمان در فاصله زمانی ۱۰/۵/۱۳۹۶ لغایت ۱۰/۱۰/۱۳۹۸ مشمول مالیات و عوارض موضوعه

می باشد و شرکتهای مذکور می توانند با توجه به مفاد بند (۱۵) بخشنامه ۲۸۰۰۴-۱۳۸۸/۱۱/۱۲ نسبت به مطالبه مالیات و عوارض موضوعه از بیمه گذاران خود اقدام نمایند.

۳- بیمه گذاران نیز چنانچه بهای خرید بیمه نامه های مزبور را از منابع خود (نه از حقوق پرسنل) پرداخت نمایند، حسب مورد مالیات و عوارض پرداختی به عنوان اعتبار یا هزینه دوره پرداخت آنان محسوب خواهد شد. - رئیس سازمان امور مالیاتی کشور"

در پاسخ به شکایت مذکور، مدیرکل دفتر حقوقی و قراردادهای مالیاتی سازمان امور مالیاتی کشور به موجب لایحه شماره ۱۹۲۹۱-۱۳۹۹/۱۱/۲۰ توضیح داده است که:

" از آنجا که به موجب رأی شماره ۴۳۲-۱۳۹۶/۵/۱۰ هیئت عمومی دیوان عدالت اداری ابطال سطر پایانی بخشنامه شماره ۹۲۵۳-۱۳۹۰/۷/۹ همچنین تسری ابطال بخشنامه به زمان تصویب آن نسبت به پرداخت کنندگان مستقیم مالیات بر ارزش افزوده اعلام شد. سازمان امور مالیاتی کشور متعاقب اعلام ابهام پیش آمده در خصوص عبارت « پرداخت کنندگان مستقیم ... » امعان نظر و رسیدگی مجدد را در ارتباط با رأی مذکور در اجرای ماده ۹۱ قانون تشکیلات و آیین دادرسی دیوان عدالت اداری مورد درخواست قرارداد با جری تشریفات قانونی، النهایه هیئت عمومی دیوان عدالت اداری به موجب دادنامه شماره ۵۸۱۱۲۸۹۵-۹۸۰۹۹۷۰۹۰۵۸۱۱۲۸۹۵-۱۳۹۸/۱۰/۱۰ عدم ابطال فراز پایانی بخشنامه شماره ۹۲۵۳-۱۳۹۰/۷/۹ را با این نتیجه گیری که « رأی شماره ۴۳۲-۱۳۹۶/۵/۱۰ هیئت عمومی که بر اساس آن حکم به ابطال بخشی از بخشنامه شماره ۹۲۵۳-۱۳۹۰/۷/۹ سازمان امور مالیاتی کشور به دلیل عدم تسری معافیت مقرر در بند ۹

ماده ۱۲ قانون مالیات بر ارزش افزوده به خدمات بیمه درمان و تکمیل درمان و ارائه خدمات مدیریت و نظارت بر امور درمانی صادر شده با موازین قانونی یاد شده مغایرت دارد و در اجرای حکم ماده ۹۱ قانون تشکیلات و آیین دادرسی دیوان عدالت اداری مصوب سال ۱۳۹۲ ضمن نقض رأی شماره ۴۳۲-۱۰/۵/۱۳۹۶ هیئت عمومی رأی بر عدم ابطال فراز پایانی بخشنامه شماره ۹۲۵۳-۱۳۹۰/۷/۹ سازمان امور مالیاتی کشور که قبلاً ابطال شده بود صادر می نماید.» با وصف مذکور سازمان امور مالیاتی کشور با لحاظ این نکته که در خلال فاصله زمانی ایجاد شده بین صدور رأی ابطال (دادنامه ۴۳۲-۱۰/۵/۱۳۹۶) تا نقض آن رأی و اعلام عدم ابطال فراز پایانی بخشنامه یاد شده (دادنامه ۵۸۱۱۲۸۹۵-۹۸۰۹۹۷۰۹۰۵۸۱۱۲۸۹۵) با اتخاذ ملاک از مفاد نظریه کمیسیون مشورتی اقتصادی اراضی و شهرسازی دیوان عدالت اداری اعلامی به موجب نامه شماره ۲۰۰/۲۳۳/۲۳۰-۹۰۰۰/۲۱-۱۳۹۷/۷/۲۱ معاون پیشگیری و پژوهش دیوان عدالت اداری به شرح نامه شماره ۲۰۰/۴۶۲۲-۱۳۹۹/۴/۲ به استعلام رئیس کل بیمه مرکزی ایران پاسخ داد. مفاد دادنامه شماره ۴۳۲-۱۰/۵/۱۳۹۶ پرداخت کنندگان مستقیم را در ارتباط با تسری اثر ابطال بخشنامه به زمان تصویب آن ذیحق تلقی کرده بود اشخاص حقوقی مانند شرکت های بیمه گر از شمول حکم مقرر در دادنامه یاد شده خارج تلقی می شوند. (نامه شماره ۶۱۸/۹۴-۱۳۹۷/۲/۱۶ دیوان عدالت اداری) برابر قانون مالیات بر ارزش افزوده شرکت های بیمه گر به وصول مالیات از اشخاص ثالث در ارتباط با ارائه خدمات بیمه درمان و واریز مالیات و عوارض متعلقه پس از کسر مالیات و عوارض پرداختی مکلف می باشند. لذا ذیحق محسوب نمی شوند. از این روی تقاضای ابطال نامه صدرالذکر فاقد وجهت قانونی و رد شکایت شاکی مورد استعدا می باشد."

هیئت عمومی دیوان عدالت اداری در تاریخ ۱۴۰۰/۶/۶ با حضور رئیس و معاونین دیوان عدالت اداری و رؤسا و مستشاران و دادرسان شعب دیوان تشکیل شد و پس از بحث و بررسی با اکثریت آراء به شرح زیر به صدور رأی مبادرت کرده است.

رأی هیئت عمومی

هیئت عمومی دیوان عدالت اداری به موجب دادنامه شماره ۴۳۲ مورخ ۱۳۹۶/۵/۱۰ اعلام کرده است که: «مطابق بند ۹ ماده ۱۲ قانون مالیات بر ارزش افزوده، انواع دارو و لوازم مصرفی درمانی، خدماتی درمانی (انسانی، حیوانی و گیاهی) و خدمات توانبخشی و حمایتی از پرداخت مالیات بر ارزش افزوده معاف اعلام شده است. نظر به اینکه در سطر آخر بخشنامه مورد اعتراض، پرداخت خدمات بیمه، درمان و تکمیل درمان از معافیت مذکور در حکم قانون پیش گفته خارج شده است، بنابراین این قسمت از بخشنامه مغایر قانون یادشده بوده و تصویب آن از حدود اختیارات سازمان امور مالیاتی خارج می‌باشد و مستند به بند ۱ ماده ۱۲ و ماده ۸۸ قانون تشکیلات و آیین دادرسی دیوان عدالت اداری مصوب سال ۱۳۹۲ ابطال می‌شود. اعضای هیئت عمومی دیوان عدالت اداری با اعمال ماده ۱۳ قانون اخیرالذکر و تسری ابطال بخشنامه به زمان تصویب آن فقط نسبت به پرداخت‌کنندگان مستقیم مالیات بر ارزش افزوده موافقت کردند.»

هیئت عمومی دیوان عدالت اداری متعاقباً و به موجب دادنامه شماره ۲۸۹۵ مورخ ۱۳۹۸/۱۰/۱۰ با اعمال ماده ۹۱ قانون تشکیلات و آیین دادرسی دیوان عدالت اداری نسبت به دادنامه شماره ۴۳۲ مورخ ۱۳۹۶/۵/۱۰ هیئت عمومی موافقت کرده و اعلام کرد که: «رأی شماره ۴۳۲ - ۱۳۹۶/۵/۱۰ هیئت عمومی دیوان عدالت اداری که براساس آن حکم به ابطال قسمتی از بخشنامه شماره ۹۲۵۳ مورخ ۱۳۹۰/۷/۹ سازمان امور مالیاتی کشور به دلیل عدم تسری معافیت مقرر در بند ۹

ماده ۱۲ قانون مالیات بر ارزش افزوده به خدمات بیمه درمان، تکمیل درمان و ارائه خدمات مدیریت و نظارت بر امور درمانی صادر شده، با موازین قانونی یادشده مغایرت دارد و در اجرای حکم ماده ۹۱ قانون تشکیلات و آیین دادرسی دیوان عدالت اداری مصوب سال ۱۳۹۲ ضمن نقض رأی شماره ۴۳۲-۱۳۹۶/۵/۱۰ هیئت عمومی دیوان عدالت اداری، رأی بر عدم ابطال فراز پایانی بخشنامه شماره ۹۲۵۳ مورخ ۱۳۹۰/۷/۹ سازمان امور مالیاتی که قبلاً ابطال شده بود، صادر می شود.» با توجه به اینکه دادنامه شماره ۴۳۲ مورخ ۱۳۹۶/۵/۱۰ هیئت عمومی دیوان عدالت اداری از زمان صدور تا زمان اعمال ماده ۹۱ قانون تشکیلات و آیین دادرسی دیوان عدالت اداری نسبت به آن (۱۳۹۸/۱۰/۱۰) حاکمیت داشته و در دوره حاکمیت دادنامه فوق خدمات بیمه، درمان و تکمیل درمان از مالیات بر ارزش افزوده معاف بوده است، بنابراین حکم مقرر در بند ۱ نامه شماره ۴۶۲۲-۲۰۰ مورخ ۱۳۹۹/۴/۲ سازمان امور مالیاتی کشور که براساس آن مقرر شده است که چنانچه حسابرسی یا رسیدگی به اعتراض مالیاتی، قطعی و در زمان حاکمیت بخشنامه سابق (۲۰۰/۹۶/۹۷-۱۳۹۶/۷/۳) تمام مراحل قانونی طی شده باشد، مشمول رأی اخیر دیوان عدالت اداری نمی باشد، با توجه به حیات حقوقی بخشنامه مذکور در دوره زمانی قبل از صدور دادنامه شماره ۲۸۹۵ مورخ ۱۳۹۸/۱۰/۱۰ هیئت عمومی دیوان عدالت اداری خلاف قانون و خارج از اختیار نبوده و ابطال نمی شود. ولی احکام مقرر در بندهای ۲ و ۳ نامه فوق که براساس آن مقرر شده است که چنانچه مراحل حسابرسی و رسیدگی به اعتراض مالیاتی پایان نیافته باشد و پرونده در جریان باشد، استناد به بخشنامه سابق (۲۰۰/۹۶/۹۷-۱۳۹۶/۷/۳) جایز نبوده و بیمه‌نامه‌های صادره با موضوع خدمات بیمه درمان و تکمیل درمان در فاصله زمانی ۱۳۹۶/۵/۱۰ لغایت ۱۳۹۸/۱۰/۱۰ مشمول مالیات و عوارض موضوعه می باشد و شرکتهای مذکور می‌توانند با توجه به مفاد بند (۱۵) بخشنامه ۲۸۰۰۴ مورخ ۱۳۸۸/۱۱/۱۲ نسبت به مطالبه مالیات و عوارض موضوعه از بیمه گذاران

خود اقدام نمایند و بیمه‌گذاران نیز چنانچه بهای خرید بیمه‌نامه‌های مزبور را از منابع خود (نه از حقوق پرسنل) پرداخت نمایند، حسب مورد مالیات و عوارض پرداختی به‌عنوان اعتبار یا هزینه دوره پرداخت آنان محسوب خواهد شد، از جهت آنکه مطالبه مالیات بر ارزش افزوده را درخصوص پرونده‌های مالیاتی جریانی در دوره زمانی حاکمیت دادنامه شماره ۴۳۲ مورخ ۱۳۹۶/۵/۱۰ هیئت عمومی دیوان عدالت اداری تجویز نموده و این در حالی است که اخذ مالیات بر ارزش افزوده در زمان ارائه خدمات باید صورت بگیرد و با لحاظ حکم مقرر در ماده ۲۰ قانون مالیات بر ارزش افزوده مصوب سال ۱۳۸۷ که مقرر داشته است: «مؤدیان مکلفند، مالیات موضوع این قانون را در تاریخ تعلق مالیات، محاسبه و از طرف دیگر معامله وصول نمایند»، چون شرکتهای بیمه‌گر مالیات بر ارزش افزوده وصول نکرده‌اند تا بتوانند آن را به سازمان امور مالیاتی کشور ایصال کنند، بنابراین تکلیف مذکور در بندهای ۲ و ۳ نامه شماره ۴۶۲۲-۲۰۰ مورخ ۱۳۹۹/۴/۲ سازمان امور مالیاتی کشور برای شرکتهای بیمه‌گر مالایطاق خواهد بود و در نتیجه بندهای مذکور مغایر با ماده ۲۰ قانون مالیات بر ارزش افزوده مصوب سال ۱۳۸۷ و خارج از حدود اختیار هستند و مستند به بند ۱ ماده ۱۲ و ماده ۸۸ قانون تشکیلات و آیین دادرسی دیوان عدالت اداری ابطال می‌شوند.

تاریخ دادنامه: ۳۰ شهریور ۱۴۰۰

شماره دادنامه: ۱۴۰۰۹۹۷۰۹۰۵۸۱۱۵۶۸

کلاس پرونده: ۹۹۰۲۳۵۱

موضوع رأی: اعمال ماده ۹۱ قانون تشکیلات و آیین دادرسی دیوان عدالت

اداری نسبت به رأی شماره ۱۴۰۸-۱۳۹۷/۶/۲۰ هیئت عمومی دیوان عدالت

اداری، مورخ ۱۴۰۰/۰۶/۳۰

شاکی: انجمن متخصصین داروسازی بالینی ایران

گردش کار:

۱- رئیس انجمن متخصصین داروسازی بالینی ایران به موجب نامه شماره ۵۴۳/ص/۹۹/۷۰۰۲۰-۱۳۹۹/۸/۱۵ به رئیس دیوان عدالت اداری به طور خلاصه اعلام کرده است که:

" ۱- هیئت عمومی دیوان در دادنامه شماره ۱۴۰۸-۱۳۹۷/۶/۲۰ رأی را مبنی بر ابطال کدهای ۹۰۲۰۱۵، ۹۰۲۰۲۰، ۹۰۲۰۲۱، ۹۰۲۰۲۲، ۹۰۲۰۲۵، ۹۰۲۰۲۶ از کتاب ارزش های نسبی خدمات سلامت، که مربوط به خدمات داروسازی بودند را صادر نمود. در رأی صادره به تفاوت ماهیت خدماتی که از سوی متخصصین داروسازی بالینی (فارماکوتراپی) که در بخش های بالینی مراکز بیمارستانی مستقر بوده و پا به پای پزشکان معالج در امر مدیریت دارویی بیماران همراهی می نمایند توجه نشده و به طور همزمان و احتمالاً ناخواسته کدهای ۹۰۲۰۲۵ و ۹۰۲۰۲۶ نیز که مربوط به خدماتی هست که توسط متخصصین به بیماران بستری در بیمارستان ارائه می شود در کنار سایر کدها ابطال گردید.

۲- متخصصین داروسازی بالینی پس از ۱۰ تحصیلات دانشگاهی (۶ سال دکتری عمومی و ۴ سال دوره تخصصی در بیمارستان ها) در واقع خبرگان دارویی هستند که در کنار پزشکان در امر بهبودی مشارکت مستقیم دارند. این متخصصین با

مشاوره های تخصصی در انتخاب داروی مناسب برای بیمار، مدیریت تداخلات دارویی، تنظیم دوز داروهای بیماران دارای اختلال عملکرد ارگان های حیاتی و با شناسایی، پیشگیری و مدیریت عوارض داروها نقش بسیار موثری در ارتقای خدمات دارویی، بهبودی سریعتر بیماران، افزایش رضایت مندی ایشان، کاهش زمان بستری و ارائه خدمات دارویی هزینه اثربخش دارند.

۳- به این ترتیب ابطال و نادیده گرفتن خدمات متخصصین داروسازی بالینی نه تنها یک عقب گرد و نادیده گرفتن ارزش مادی و معنوی این خدمات هست بلکه با کمال تأسف به طریق اولی در واقع محروم کردن بیماران بستری از دریافت خدماتی است که استحقاق دریافت آنها را دارند و ابطال این خدمات به ویژه می تواند سبب تهدید سلامت بیماران بستری گردد.

۲- متن رأی شماره ۱۴۰۸ - ۱۳۹۷/۶/۲۰ هیئت عمومی دیوان عدالت اداری به قرار زیر است:

" نظر به اینکه در مواد ۷ و ۸ قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور مصوب سال ۱۳۷۳ و بند (الف) ماده ۹ قانون احکام دائمی برنامه های توسعه کشور مصوب سال ۱۳۹۵، هیئت وزیران صرفاً برای تعیین تعرفه و ارزش نسبی خدمات در حوزه خدمات تشخیصی، درمانی واجد اختیارات است و تعیین تعرفه و ارزش نسبی خدمات در حوزه خدمات دارویی خارج از صلاحیت هیئت وزیران است و هیئت عمومی دیوان عدالت اداری در موارد مشابه به شرح دادنامه شماره ۴۴- ۱۳۹۷/۱/۲۸ رأی به ابطال مصوبه مشابه صادر کرده است، بنابراین کدهای مورد شکایت مغایر قانون و خارج از حدود اختیار مرجع تصویب تشخیص شد و به استناد بند ۱ ماده ۱۲ و مواد ۸۸ و ۱۳ قانون تشکیلات و آیین دادرسی دیوان عدالت اداری مصوب سال ۱۳۹۲ از تاریخ تصویب ابطال می شود.

۳- معاونت نظارت و بازرسی دیوان عدالت اداری به موجب گزارش شماره ۹۱/۲۰۰/۴۷۱۱۳۷/۹۰۰۰-۱۳۹۹/۹/۲ اعمال ماده ۹۱ قانون تشکیلات و آیین دادرسی دیوان عدالت اداری نسبت به رأی مذکور به رئیس دیوان عدالت اداری پیشنهاد می کند. استدلال مصرح در نامه معاونت نظارت و بازرسی به طور خلاصه به قرار زیر است:

" ۱- نظر به این که کتاب ارزش نسبی خدمات سلامت مستند به بند (الف) ماده ۹ قانون احکام دائمی برنامه های توسعه کشور به پیشنهاد مشترک وزارتخانه های بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تعاون کار و رفاه اجتماعی و سازمان برنامه و بودجه پس از تأیید شورای عالی بیمه سلامت کشور به تأیید هیئت وزیران می رسد که هر سال قبل از شروع سال جدید نسب به بازنگری آن و تعیین تعرفه خدمات سلامت برای کلیه ارائه دهندگان خدمات بهداشت، درمان جهت تصویب به هیئت وزیران ارائه می گردد.

۲- با توجه به این که متخصصین در امر داروسازی بالینی با مشاوره های تخصصی در انتخاب داروهای مناسب برای بیمار، تنظیم دوز داروی بیماران دارای اختلال عملکرد ارگان های حیاتی و پیشگیری و مدیریت عوارض داروها ایفای نقش دارند و در ارتقای خدمات دارویی و بهبودی بیماران و کاهش زمان بستری بسیار مؤثر می باشند. همچنین متخصصین داروسازی بالینی با حضور در بالین بیمار به درخواست پزشک معالج در ارتقای تجویز و مصرف صحیح داروها نظارت بر مصرف صحیح دارو و جلوگیری از مسمومیت ها کمک شایانی ارائه می دهند.

۳- بنابراین با توجه به مراتب فوق متخصصین داروسازی بالینی با حضور بر بالین بیمار و ارائه خدمات لازم مستقیماً با بیمار سروکار دارند لذا خدمات آنها در مورد خدمات داروهای ترکیبی و مدیریت درمان دارویی به درخواست پزشک معالج از مصادیق امور بالینی و امور تشخیص درمانی تلقی می شود و ابطال کدهای

۹۰۲۰۲۵ و ۹۰۲۰۲۶ و مصوبه هیئت وزیران موجب تضييع حقوق اين اشخاص گردیده و پیشنهاد اعمال ماده ۹۱ قانون تشکيلات و آيين دادرسی ديوان عدالت اداری مورد پیشنهاد است. "

۴- رئيس ديوان عدالت اداری پس از ملاحظه گزارش معاون نظارت و بازرسی ديوان عدالت اداری

موضوع را در اجرای ماده ۸۴ قانون تشکيلات و آيين دادرسی ديوان عدالت اداری جهت بررسی به هیئت تخصصی فرهنگی، آموزشی و پزشکی ارجاع می کند.

۵- رئيس ديوان عدالت اداری پس از ملاحظه نظریه هیئت تخصصی مربوطه و در هامش گزارش مورخ ۱۴۰۰/۶/۸ معاون قضایی ديوان عدالت اداری در امور هیئت عمومی و هیأت های تخصصی در اجرای ماده ۹۱ قانون تشکيلات و آيين دادرسی ديوان عدالت اداری مصوب سال ۱۳۹۲ موضوع را به هیئت عمومی ارجاع می کند.

هیئت عمومی ديوان عدالت اداری در تاریخ ۱۴۰۰/۶/۳۰ با حضور رئيس و معاونین ديوان عدالت اداری و رؤسا و مستشاران و دادرسان شعب ديوان تشکيل شد و پس از بحث و بررسی با اکثریت آراء به شرح زیر به صدور رأی مبادرت کرده است.

رأی هیئت عمومی

اولاً: به موجب بند «الف» ماده ۹ قانون احکام دائمی برنامه های توسعه کشور مصوب سال ۱۳۹۵: «شورای عالی بیمه سلامت کشور مکلف است هر ساله قبل از تصویب بودجه سال بعد در هیئت وزیران نسبت به بازنگری ارزش نسبی و تعیین تعرفه خدمات سلامت برای کلیه ارائه دهندگان خدمات بهداشت، درمان و تشخیص در کشور اعم از دولتی و غیردولتی و خصوصی با رعایت اصل تعادل منابع و مصارف

و قیمت واقعی در جهت تقویت رفتارهای مناسب بهداشتی، درمانی و مبانی محاسباتی واحد و یکسان با حق فنی واقعی یکسان برای بخش دولتی و غیردولتی در شرایط رقابتی و براساس بند (۸) ماده (۱) و مواد (۸) و (۹) قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور مصوب ۱۳۷۳/۸/۳ اقدام و مراتب را پس از تأیید سازمان برنامه و بودجه کشور، قبل از پایان هر سال برای سال بعد جهت تصویب به هیئت وزیران ارائه کند.» ثانیاً: متخصصین در امر داروسازی بالینی با بررسی تاریخچه دارویی بیمار و ارائه مشاوره‌های تخصصی در انتخاب داروهای مناسب برای وی و همچنین تنظیم مقدار مصرف داروی بیماران دارای اختلال عملکرد ارگانهای حیاتی در پیشگیری و مدیریت عوارض جانبی داروها ایفای نقش کرده و در ارتقای خدمات دارویی و بهبودی بیماران و کاهش زمان بستری مؤثر هستند و افزون بر آن متخصصین داروسازی بالینی با حضور بر بالین بیمار به درخواست پزشک معالج و با کمک ارتقای تجویز و مصرف صحیح و منطقی داروها، نظارت بر تغییر مقادیر مصرف دارو و جلوگیری از مسمومیت‌های دارویی به بهبود نتایج و پیامدهای درمانی کمک می‌کنند. ثالثاً: هیئت عمومی دیوان عدالت اداری به موجب دادنامه شماره ۴۴ - ۱۳۹۷/۱/۲۸ و با استناد به اینکه خدمات دارویی مربوط به داروهای ترکیبی از مصادیق تعیین تعرفه و ارزش نسبی در حوزه خدمات بهداشتی، تشخیصی و درمانی است، رأی به عدم ابطال کدهای مربوط به خدمات مزبور صادر کرده است. بنا به مراتب فوق و با توجه به اینکه متخصصین داروسازی بالینی به‌عنوان آخرین حلقه زنجیره درمانی با ارائه خدمات لازم از جمله خدمات داروهای ترکیبی و مدیریت درمان دارویی به درخواست پزشک معالج و از طریق حضور بر بالین بیماران به امور تشخیصی درمانی مبادرت می‌کنند و ابطال کدهای ۹۰۲۰۲۵ و ۹۰۲۰۲۶ موضوع تصویب‌نامه شماره ۷۰۳۵۸/ت/۵۴۲۴۰ هـ - ۱۳۹۶/۶/۹ هیئت‌وزیران موجب تضییع حقوق آنان شده و مغایر با ماده ۹ قانون احکام دائمی برنامه‌های توسعه کشور مصوب سال ۱۳۹۵ است، لذا ضمن اعمال حکم مقرر در

ماده ۹۱ قانون تشکیلات و آیین دادرسی دیوان عدالت اداری مصوب سال ۱۳۹۲ نسبت به رأی شماره ۱۴۰۸ مورخ ۱۳۹۷/۶/۲۰ هیئت عمومی دیوان عدالت اداری، رأی مذکور صرفاً در حدی که متضمن ابطال کدهای ۹۰۲۰۲۵ و ۹۰۲۰۲۶ موضوع تصویب‌نامه شماره ۷۰۳۵۸/ت/۵۴۲۴۰هـ - ۱۳۹۶/۶/۹ هیئت وزیران است، نقض می‌شود و حکم به اعتبار حقوقی کدهای مذکور صادر می‌گردد.

تاریخ دادنامه: ۰۴ آبان ۱۴۰۰

شماره دادنامه: ۱۴۰۰۹۹۷۰۹۰۵۸۱۲۳۰۹

کلاس پرونده: ۹۹۰۳۱۷۱

موضوع رأی: ابطال تصویب نامه شماره ۱۳۲۴۹۶/ت/۵۸۳۸۵-هـ-۱۳۹۹/۱۱/۱۵ هیئت وزیران که متضمن اصلاح تعرفه های خدمات تشخیصی و درمانی بخش خصوصی در سال ۱۳۹۹ است. مورخ ۱۴۰۰/۰۸/۰۴

شاکی: خانم لیلا محمودی

گردش کار:

شاکی به موجب دادخواستی ابطال مصوبه شماره ۱۳۲۴۹۶/ت/۵۸۳۸۵-هـ-۱۳۹۹/۱۱/۱۵ هیئت وزیران مربوط به اصلاح تعرفه های خدمات تشخیصی و درمانی در بخش خصوصی در سال ۱۳۹۹ را خواستار شده و در جهت تبیین خواسته اعلام کرده است که:

" به استناد بند (الف) ماده ۹ قانون احکام دائمی برنامه های توسعه کشور مصوب ۱۳۹۵ شورای عالی بیمه «هرساله» به معنای سالی یک بار آن هم برای سال آینده مجاز به تعیین تعرفه خدمات تشخیصی درمانی می باشد. درحالی که با توجه به مصوبه معترض عنه دولت یک بار ابتدای سال ۱۳۹۹ براساس مصوبه شماره ۱۱۹۳۳/ت/۵۷۶۳۹-هـ مورخ ۱۳۹۹/۲/۱۷ به استناد مصوبه شورای عالی بیمه سلامت در سال ۱۳۹۸، تعرفه های بخش خصوصی را رشد داده است،

لذا نمی تواند در سال جاری مجددا اقدام به رشد تعرفه ها نماید. در ضمن تاریخ اجرای تعرفه ها در بند (۵) مصوبه شماره ۱۱۹۳۳/ت/۵۷۶۳۹-هـ مورخ ۱۳۹۹/۲/۱۷ از اول دی ماه ۱۳۹۹ قید گردیده، لذا مصوبه معترض عنه نمی تواند جایگزین مصوبه مورخ ۱۳۹۹/۲/۱۷ گردد چراکه تاکنون در بخش خصوصی آن تعرفه اجرا گردیده و بیماران براساس آن وجه پرداخت نموده اند. همچنین به

استناد ستون دوم مصوبه معترض عنه که به ظاهر جهت اصلاح مصوبه شماره ۱۱۹۳۳/ت/۵۷۶۳۹ هـ مورخ ۱۳۹۹/۲/۱۷ صادر گردیده باید از ابتدای سال ۱۳۹۹ تا ابتدای دی ماه سال ۱۳۹۹ وجوه و تعرفه های بخش خصوصی بر مبنای تعرفه های سال ۱۳۹۸ از مردم و بیمه های تکمیلی دریافت می گردیده در حالی که این مبالغ براساس مصوبه شماره ۱۱۹۳۳/ت/۵۷۶۳۹ هـ مورخ ۱۳۹۹/۲/۱۷ پرداخت گردیده و امکان بازپرداخت وجوه، وجود ندارد و این امر موجب ظلم مضاعف به بیماران خواهد شد.

متن مصوبه مورد شکایت به شرح زیر است:

" الف- مصوبه شماره ۱۳۲۴۹۶/ت/۵۸۳۸۵ هـ-۱۳۹۹/۱۱/۱۵ هیئت وزیران:

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی- وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی

وزارت دفاع و پشتیبانی نیروهای مسلح- وزارت امور اقتصادی و دارایی

وزارت صنعت، معدن و تجارت- سازمان برنامه و بودجه کشور

هیئت وزیران در جلسه ۱۳۹۹/۱۱/۱ به پیشنهاد مشترک وزارتخانه های بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تعاون، کار و رفاه اجتماعی و سازمان برنامه و بودجه کشور و تأیید شورای عالی بیمه سلامت کشور و به استناد بند (الف) ماده (۹) قانون احکام دائمی برنامه های توسعه کشور- مصوب ۱۳۹۵ - تصویب کرد:

تعرفه های خدمات تشخیصی و درمانی در بخش خصوصی در سال ۱۳۹۹ موضوع تصویب نامه شماره ۱۱۹۳۳/ت/۵۷۶۳۹ هـ مورخ ۱۳۹۹/۲/۱۳ به شرح زیر اصلاح می شود:

۱- جدول بخش (الف) بند (۱) به شرح زیر اصلاح می شود:

ردیف	شرح خدمت	تعرفه/ریال
۱	پزشکان، دندانپزشکان عمومی و دکتری تخصصی در علوم پایه (phd) پروانه دار	۴۰۵/۰۰۰
۲	پزشکان، دندانپزشکان متخصص و پزشک عمومی دارای مدرک دکتری تخصصی در علوم پایه (MD-phD)	۶۱۵/۰۰۰
۳	پزشکان فوق تخصص، دوره تکمیلی تخصصی (فلوشیپ)	۷۸۰/۰۰۰
۴	پزشکان متخصص روان پزشکی	۸۱۹/۰۰۰
۵	پزشکان فوق تخصص روان پزشکی و دوره تکمیلی تخصصی (فلوشیپ) روان پزشکی	۹۲۹/۰۰۰
۶	کارشناس ارشد پروانه دار	۳۳۰/۰۰۰
۷	کارشناس پروانه دار	۲۸۵/۰۰۰

۲- در جزء (۳) بخش (ب) بند (۱): عبارت «ششصد و شصت هزار (۶۶۰/۰۰۰) ریال به عبارت هفتصد و نود و دو هزار (۷۹۲/۰۰۰) ریال» اصلاح می شود.

۳- در جزء (۵) بخش (ب) بند (۱)، عبارت «سیصد و چهل و شش هزار و سیصد (۳۴۶/۳۰۰) ریال به عبارت «چهارصد و شصت و هفت هزار (۴۶۷/۰۰۰) ریال» اصلاح می شود.

۴- جدول موضوع بخش (پ) بند (۱)، به شرح زیر اصلاح می شود: (ارقام به ریال)

ردیف	نوع تخت	درجه اعتبار بخشی بیمارستان			
		یک	دو	سه	چهار
۱	اتاق یک تختی	۱۶,۷۲۱,۷۰۰	۱۳,۳۷۷,۳۶۰	۱۰,۰۳۳,۰۳۰	۶,۶۸۸,۶۸۰
۲	اتاق دو تختی	۱۳,۰۰۴,۸۴۰	۱۰,۴۰۴,۱۵۰	۷,۸۰۳,۴۶۰	۵,۲۰۱,۳۸۰
۳	اتاق سه تختی و بیشتر	۹,۲۸۹,۳۷۰	۷,۴۳۰,۹۴۰	۵,۵۷۳,۹۰۰	۳,۷۱۵,۴۷۰
۴	هزینه همراه	۱,۸۵۷,۰۴۰	۱,۴۸۵,۹۱۰	۱,۱۱۴,۷۸۰	۷۴۲,۲۶۰
۵	بخش نوزادان سالم	۶,۵۰۳,۸۱۰	۵,۲۰۲,۷۷۰	۲,۹۰۱,۷۲۰	۲,۶۰۲,۰۸۰
۶	بخش نوزادان بیمار سطح دوم	۹,۲۸۹,۳۷۰	۷,۴۳۰,۹۴۰	۵,۵۷۳,۹۰۰	۳,۷۱۵,۴۷۰
۷	بخش بیماران روانی	۹,۲۸۹,۳۷۰	۷,۴۳۰,۹۴۰	۵,۵۷۳,۹۰۰	۳,۷۱۵,۴۷۰
۸	بخش بیماران سوختگی	۲۷,۸۶۶,۷۲۰	۲۲,۲۹۲,۸۲۰	۱۶,۷۲۰,۳۱۰	۱۱,۱۴۶,۴۱۰
۹	بخش مراقبت بینایی (Intermediate ICU) مانند بخش مراقبت ویژه بیماران سکته حاد مغزی (SCU)	۱۶,۷۱۸,۹۲۰	۱۳,۳۷۴,۵۸۰	۱۰,۰۳۱,۶۳۰	۶,۶۸۷,۲۹۰

۸,۵۴۵,۷۲۰	۱۲,۸۱۸,۵۸۰	۱۷,۰۹۱,۴۴۰	۲۱,۳۶۴,۳۰۰	بخش مراقبت های ویژه قلبی	۱۰
۶,۶۸۸,۶۸۰	۱۰,۰۳۱,۶۳۰	۱۳,۳۷۵,۹۷۰	۱۶,۷۲۰,۳۱۰	بخش پشتیبان مراقبت های ویژه قلبی	۱۱
۱۳,۳۷۴,۵۸۰	۳۰,۰۶۳,۲۶۰	۲۶,۷۵۰,۵۵۰	۳۳,۴۳۷,۸۴۰	بخش مراقبت های ویژه عمومی، کودکان، نوزادان و ریه	۱۲
۱۴,۸۶۱,۸۸۰	۲۳,۲۹۲,۸۲۰	۲۹,۷۲۳,۷۶۰	۳۷,۱۵۴,۷۰۰	بخش های مراقبت های ویژه سوختگی	۱۳

۵- این تصویب نامه از اول دی ماه ۱۳۹۹ لازم الاجرا است. - معاون اول رئیس جمهور

ب- تصویب نامه شماره ۱۱۹۳۳/ت/۵۷۶۳۹-هـ/۱۳/۲/۱۳۹۹:

تصویب نامه در خصوص تعیین تعرفه خدمات تشخیصی و درمانی در بخش خصوصی در سال ۱۳۹۹

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی

وزارت دفاع و پشتیبانی نیروهای مسلح

وزارت امور اقتصادی و دارایی

وزارت صنعت، معدن و تجارت

سازمان برنامه و بودجه کشور

هیئت‌وزیران در جلسه ۱۳۹۹/۲/۷ به پیشنهاد مشترک وزارتخانه های بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تعاون، کار و رفاه اجتماعی و سازمان برنامه و بودجه کشور و تأیید شورای عالی بیمه سلامت کشور و به استناد بند (الف) ماده (۹) قانون احکام دائمی

برنامه های توسعه کشور- مصوب ۱۳۹۵- تصویب کرد:

۱- تعرفه خدمات تشخیصی و درمانی در بخش خصوصی در سال ۱۳۹۹ به شرح

زیر تعیین می شود:

ردیف	شرح خدمت	تعرفه ریال
۱	پزشکان، دندانپزشکان عمومی و دکتری تخصصی در علوم پایه (phD) پروانه دار	۳۲۴,۰۰۰
۲	پزشکان، دندانپزشکان متخصص و پزشک عمومی دارای مدرک دکتری تخصصی در علوم پایه (MD-phD)	۴۹۲,۰۰۰
۳	پزشکان فوق تخصص، دوره تکمیلی تخصصی (فلوشیپ)	۶۲۴,۰۰۰
۴	پزشکان متخصص روانپزشکی	۶۵۵,۰۰۰
۵	پزشکان فوق تخصص روانپزشکی و دوره تکمیلی تخصصی (فلوشیپ) روان پزشکی	۷۴۳,۰۰۰
۶	کارشناس ارشد پروانه دار	۲۶۴,۰۰۰
۷	کارشناس پروانه دار	۲۲۸,۰۰۰

الف- ارزیابی و معاینه (ویزیت) پزشکان و کارشناسان پروانه دار در بخش سرپایی خصوصی:

تبصره ۱- تعرفه معاینه (ویزیت) پزشکان متخصص، فوق تخصص، دوره تکمیلی تخصصی (فلوشیپ) کودکان و نوزادان، برای گروه سنی زیر (۵) سال، پانزده درصد (۱۵٪) بالاتر از تعرفه معاینه (ویزیت) تعیین شده در ردیفهای (۲) و (۳) جدول

این بند، قابل پرداخت است. اجرای این تبصره صرفاً در قالب نسخه نویسی الکترونیک امکانپذیر است. تا زمان اجرای نسخه نویسی الکترونیک تعرفه بر اساس ردیفهای (۲) و (۳) جدول این بند قابل اخذ می باشد.

تبصره ۲- کلیه مقاطع تحصیلی مندرج در بند (الف) در صورتی می توانند از تعرفه های مذکور استفاده نمایند که عنوان مربوط در پروانه مطب آنها درج شده باشد.

تبصره ۳- کارشناسان ارشد و دکتری تخصصی در علوم پایه (phd) پروانه دار در صورتی می توانند از تعرفه های کارشناسی ارشد و دکتری تخصصی در علوم پایه (phd) استفاده نمایند که کارشناسی ارشد یا دکتری تخصصی در علوم پایه (phd) ثبت شده آنها مرتبط با رشته کارشناسی بوده و در پروانه فعالیت درج شده باشد.

تبصره ۴- پزشکان عمومی با سابقه بیش از پانزده سال کار بالینی، مجاز به دریافت معادل پانزده درصد (۱۵٪) علاوه بر تعرفه مصوب می باشند.

ب- ضرایب تعرفه خدمات تشخیصی و درمانی:

۱- ضریب ریالی ارزش نسبی خدمات دندانپزشکی معادل هفده هزار و پانصد (۱۷/۵۰۰) ریال محاسبه می شود.

۲- ضرایب ریالی کای حرفه ای کلیه خدمات و مراقبت های سلامت بر مبنای کای واحد و معادل چهارصد و سی و دو هزار و ششصد (۴۳۲/۶۰۰) ریال محاسبه می شود.

۳- ضرایب ریالی کای فنی کلیه خدمات و مراقبت های سلامت بر مبنای کای واحد و معادل ششصد و شصت هزار (۶۶۰/۰۰۰) ریال محاسبه می شود.

۴- ضریب ریالی کای حرفه ای خدمات تشخیصی و درمانی مندرج در کتاب ارزش نسبی خدمات سلامت برای خدماتی که با علامت (#) مشخص شده اند و کدهای (۷) و (۸)، اعم از اینکه در بخش سرپایی و یا بستری ارایه شوند، بر مبنای کای واحد و معادل دویست و بیست و شش هزار و هشتصد (۲۲۶/۸۰۰) ریال محاسبه می شود.

۵- ضریب ریالی کای فنی خدمات تشخیصی و درمانی مندرج در کتاب ارزش نسبی خدمات سلامت برای خدماتی که با علامت (#) مشخص شده اند و کدهای (۷) و (۸)، اعم از اینکه در بخش سرپایی و یا بستری ارایه شوند، بر مبنای کای واحد و معادل سیصد و چهل و شش هزار و سیصد (۳۴۶/۳۰۰) ریال محاسبه می شود.

پ- سقف تعرفه های هزینه اقامت (هتلینگ) در بیمارستان های بخش خصوصی در سال ۱۳۹۹، به شرح جدول زیر است: (ارقام ریال)

درجه اعتبار بخشی بیمارستان				نوع تخت	ردیف
چهار	سه	دو	یک		
۴,۸۱۲,۰۰۰	۷,۲۱۸,۰۰۰	۹,۶۲۴,۰۰۰	۱۲,۰۳۰,۰۰۰	اتاق یک تختی	۱
۳,۷۴۲,۰۰۰	۵,۶۱۴,۰۰۰	۷,۴۸۵,۰۰۰	۹,۳۵۶,۰۰۰	اتاق دو تختی	۲
۲,۶۷۳,۰۰۰	۴,۰۱۰,۰۰۰	۵,۳۴۶,۰۰۰	۶,۶۸۳,۰۰۰	اتاق سه تختی و بیشتر	۳
۵۳۴,۰۰۰	۸۰۲,۰۰۰	۱,۰۶۹,۰۰۰	۱,۳۳۶,۰۰۰	هزینه همراه	۴

۱,۸۷۲,۰۰۰	۲,۸۰۷,۰۰۰	۳,۷۴۳,۰۰۰	۴,۶۷۹,۰۰۰	بخش نوزادان سالم	۵
۲,۶۷۳,۰۰۰	۴,۰۱۰,۰۰۰	۵,۳۴۶,۰۰۰	۶,۶۸۳,۰۰۰	بخش نوزادان بیمار سطح دوم	۶
۲,۶۷۳,۰۰۰	۴,۰۱۰,۰۰۰	۵,۳۴۶,۰۰۰	۶,۶۸۳,۰۰۰	بخش بیماران روانی	۷
۸,۰۱۹,۰۰۰	۱۲,۰۲۹,۰۰۰	۱۶,۰۳۸,۰۰۰	۲۰,۰۴۸,۰۰۰	بخش بیماران سوختگی	۸
۴,۸۱۱,۰۰۰	۷,۲۱۷,۰۰۰	۹,۶۲۲,۰۰۰	۱۲,۰۲۸,۰۰۰	بخش مراقبت بینایی (intermediate icu) مانند بخش سکتۀ حاد معزی (SCU)	۹
۶,۱۴۸,۰۰۰	۹,۲۲۲,۰۰۰	۱۲,۲۹۶,۰۰۰	۱۵,۳۷۰,۰۰۰	بخش مراقبت‌های ویژه قلبی	۱۰
۴,۸۱۲,۰۰۰	۷,۲۱۷,۰۰۰	۹,۶۲۳,۰۰۰	۱۲,۰۲۹,۰۰۰	بخش پشتیبان مراقبت‌های ویژه قلبی	۱۱
۹,۶۲۲,۰۰۰	۱۴,۴۳۴,۰۰۰	۱۹,۲۴۵,۰۰۰	۲۴,۰۵۶,۰۰۰	بخش مراقبت‌های ویژه عمومی، کودکان، نوزادان و ریه	۱۲
۱۰,۶۹۲,۰۰۰	۱۶,۰۳۸,۰۰۰	۲۱,۳۸۴,۰۰۰	۲۶,۷۳۰,۰۰۰	بخش‌های مراقبت‌های ویژه سوختگی	۱۳

تبصره- به بیمارستان های درجه یک بخش خصوصی کشور اجازه داده می شود، حداکثر تا ده درصد (۱۰٪) تختهای خود را بر اساس استانداردهای ابلاغی و آیین نامه های نظارتی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در قالب بخش های با خدمات رفاهی ویژه و حداکثر تا دو برابر سقف تعرفه اتاق یک تخته بخش های مربوط اداره نمایند

ت- تعرفه خدمات اعتیاد و سوء مصرف مواد مخدر در بخش خصوصی:

۱- تعرفه های خدمات سرپایی درمان اعتیاد به مواد مخدر و روان گردان در بخش خصوصی به شرح جدول زیر تعیین می شود:

کد ملی - نوع خدمت- دوره درمان- مبلغ/ریال

درمان نگهدارنده با متادون (MMT) (با احتساب هزینه دارو) یک ماهه
۹۵۰۰۰۰ - ۱/۷۸۶/۰۰۰

درمان نگهدارنده با تنتوراپیوم (OPT) با روان درمانی (بدون احتساب هزینه دارو)
یک ماهه ۹۵۰۰۵ - ۲/۰۲۳/۰۰۰

درمان نگهدارنده با تنتوراپیوم (OPT) بدون روان درمانی (بدون احتساب هزینه دارو) یک ماهه ۹۵۰۰۱۰ - ۸۷۲/۰۰۰

درمان نگهدارنده با بوپرونورفین (BMT) (بدون احتساب هزینه دارو) یک ماهه
۹۵۰۰۱۵ - ۹۵۳/۰۰۰

سم زدایی با بوپرونورفین (بدون احتساب هزینه دارو) ۲۱-۸ روزه - ۲/۳۲۴/۰۰۰ -
۹۵۰۰۲۰ -

سم زدایی با کلونیدین (بدون احتساب هزینه دارو) ۱۰-۷ روز- ۱/۸۹۴/۰۰۰ -
۹۵۰۰۲۵

درمان نگهدارنده با نالتروکسون (بدون احتساب هزینه دارو) یک ماهه ۸۹۲/۰۰۰-
۹۵۰۰۳۰

مداخلات روانشناختی فردی (برمبنای الگوی ماتریکس) به ازای هر جلسه حداقل
(۴۵) دقیقه یک جلسه ۴۰۹/۰۰۰-۹۵۰۰۳۵

مداخلات روانشناختی گروهی (برمبنای الگوی ماتریکس) به ازای هر جلسه تا یک
ساعت (به ازای هر نفر) یک جلسه ۱۲۴/۰۰۰-۹۵۰۰۴۰

تبصره ۱- سهم پرداختی سازمان های بیمه گر پایه معادل هفتاد درصد (۷۰٪) تعرفه مصوب بخش دولتی می باشد.

تبصره ۲- بر اساس آیین نامه اجرایی درمان و کاهش اعتیاد معتادان بی بضاعت موضوع تبصره (۲) اصلاحی ماده (۱۵) قانون مبارزه با مواد مخدر- مصوب ۱۳۸۹ - مصوب ستاد مبارزه با مواد مخدر، سهم پرداختی سازمان های بیمه گر پایه در خصوص معتادان بی بضاعت و کودکان معتاد، معادل نود درصد (۹۰٪) تعرفه مصوب بخش دولتی می باشد.

تبصره ۳- هزینه دارو طبق نرخ مصوب سازمان غذا و دارو بر اساس صورتحساب (فاکتور) خرید و متناسب با قوانین پوشش بیمه ای از بیمه و بیمار دریافت می گردد. سقف دوز تحت پوشش بیمه برای داروی دریافتی بوپرونورفین (۶) میلیگرم و داروی ایپوم (۱۷) سیسی به ازای هر بیمار در روز می باشد. این پوشش صرفاً جهت درمان اختلالات مصرف مواد می باشد.

۲- تعرفه مراکز اجتماع درمان مدار (TC و مراکز اقامتی بهبود و بازتوانی افراد با اختلال مصرف مواد (کمپ یا مراکز اقامتی میان مدت) در بخش خصوصی در سال ۱۳۹۹ به شرح جدول زیر تعیین می شود:

مبلغ		عنوان	کد ملی
روزانه	ماهانه		
۶۰۱,۰۰۰	۱۸,۰۴۴,۰۰۰	هزینه فعالیت و ارائه خدمات درمان مراکز اجتماعی درمان مدار (TC) (با ظرفیت ۳۰ نفر مقیم)	۹۵۰۰۵۰
۳۴۷,۰۰۰	۱۰,۴۱۹,۰۰۰	هزینه فعالیت و ارائه خدمات درمانی مراکز اقامتی میان مدت درمان وابستگی به مواد با ظرفیت ۶۰ نفر برای یک دروه ۳۰ روزه	۹۵۰۰۵۵

تبصره ۱- خدمات ارایه شده در مراکز اجتماع درمان مدارد (TC) و مراکز اقامتی بهبود و بازتوانی افراد با اختلال مصرف مواد (کمپ یا مراکز اقامتی میان مدت) مشمول تعهد بیمه پایه نیست.

تبصره ۲- تعرفه های مصوب درمان اعتیاد بخش دولتی در سال ۱۳۹۹ ملاک پرداخت هزینه های درمان اعتیاد ذیل ردیف (۱۶۰۲۰۲۷۰۰۷) سازمان بیمه سلامت ایران خواهد بود.

۳- دستورالعمل اجرایی نحوه ارایه خدمات درمانی به معتادان مواد مخدر و روانگردان به صورت سالانه توسط دبیرخانه شورای عالی بیمه سلامت کشور بازنگری و ابلاغ می شود.

ث- تعرفه خدمات پرستاری در منزل در بخش خصوصی به شرح جدول پیوست که تأیید شده به مهر دفتر هیئت دولت است، تعیین می شود.

۲- سهم سازمان های بیمه گر پایه در خرید خدمات تشخیصی و درمانی از بخش خصوصی در سال ۱۳۹۹ به شرح زیر تعیین می شود: الف- معادل نود درصد (۹۰٪) تعرفه دولتی خدمات تشخیصی و درمانی در بخش بستری.

ب- معادل هفتاد درصد (۷۰٪) تعرفه دولتی خدمات تشخیصی و درمانی در بخش سرپایی و بستری موقت

۳- ارزش های نسبی پایه بیهوشی در کتاب ارزش نسبی خدمات سلامت مطابق ویرایش اول کتاب مذکور موضوع تصویب نامه شماره ۷۴۴۵۰/ت/۵۰۹۸۲-هـ مورخ ۱۳۹۳/۷/۱ و اصلاح بعدی آن موضوع اصلاحیه شماره ۱۵۳۴۳۰/۱۷۰۰ مورخ ۱۳۹۴/۱۱/۲۱ محاسبه و اعمال می گردد. جزییات پایه ارزش نسبی بیهوشی توسط دبیرخانه شورای عالی بیمه سلامت کشور جهت اجرا ابلاغ می گردد.

۴- خدمات روان درمانی فردی و گروهی در کدهای (۹۰۰۰۵۰) تا (۹۰۰۰۹۶) کتاب ارزش نسبی خدمات سلامت، توسط روانپزشک و روانشناس بالینی در بیمارستان بر اساس استاندارد ابلاغی معاونت درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قابل ارایه و پرداخت می باشد.

۵- تعرفه همودیالیز برای بخش خصوصی به شرح جدول زیر می باشد:

ویژگی کد- کد- شرح خدمت- ارزش نسبی - # - ۹۰۰۱۴۰

گلوبال- نارسایی کلیه یا مسمومیت، همودیالیز اولیه (حاد - ۶ جلسه اول) - ۱۷-

- ۹۰۰۱۴۵ گلوبال- همودیالیز مزمن، یک ارزیابی به وسیله پزشک در طی جلسه ارایه خدمت ۱۵-۴-۱۱-

تبصره - ضرایب ریالی جزء حرفه ای معادل بخش دولتی و ضرایب ریالی جزء فنی معادل ضرایب ریالی بخش خصوصی در تعهد سازمان های بیمه گر خواهد بود.

۶- کلیه تعرفه های درج شده در این تصویب نامه به عنوان سقف تعرفه های خدمات تشخیصی و درمانی در بخش خصوصی برای سال ۱۳۹۹ است. در هر استان کارگروهی متشکل از افراد زیر می توانند با در نظر گرفتن شرایط اقتصادی اجتماعی نسبت به تعیین تعرفه های تعدیل شده اقدام نمایند:

الف- رییس دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان

ب- رییس سازمان نظام پزشکی استان

پ- نماینده استاندار

ت- نماینده سازمان های بیمه گر پایه استان

ث- نماینده بیمه مرکزی به عنوان نماینده بیمه های تکمیلی استان

تبصره- در استان هایی که بیش از یک دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی وجود دارد، نماینده دانشگاه مرکز استان در کارگروه مذکور حضور خواهد یافت.

۷- این تصویب نامه از اول فروردین ماه سال ۱۳۹۹ لازم الاجرا است. - معاون اول رئیس جمهور "

در پاسخ به شکایت مذکور، سرپرست معاونت امور حقوقی دولت (معاون حقوقی رئیس جمهور) به موجب لایحه شماره ۵۹۵۰۷- ۱۴۰۰/۶/۹ نامه های شماره

۱۰۷/۴۰۵ - ۱۴۰۰/۲/۲۷ و ۱۰۷/۴۸۱ - ۱۴۰۰/۳/۸ سرپرست اداره کل حقوقی و تنظیم مقررات (معاونت حقوقی، مجلس و امور استانها) وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی را ارسال کرده است که متن آن نامه ها به طور خلاصه به قرار زیر است:

" مدیرکل ارزیابی فناوری و تدوین استاندارد و تعرفه سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی:

۱- افزایش صورت گرفته در مصوبه معترض عنه صرفاً در سرفصل هایی انجام گردید که به دلیل بروز بیماری کرونا هزینه هایی را به مراکز تحمیل نمود که در افزایش تعرفه های آن سال پیش بینی نشده بود. لذا به جهت حمایت مالی از بیماران، هزینه ها در قالب افزایش تعرفه اعمال گردید تا در زمان پرداخت مشمول سهم بیمه (پایه و تکمیلی) بیمار شود و از پرداخت کلیه هزینه ها به طور مستقیم از جیب بیمار پیشگیری شود. همچنین از آنجایی که در سال گذشته به دلیل پیک بیماری کرونا، بار مراجعه مردم به دلیل لغو اعمال جراحی و ... کاهش یافته بود؛ این امر منجر به صرفه جویی و مانده اعتبارات سازمان های بیمه گر شده و با افزایش تعرفه های زمستان ۱۳۹۹، بار مالی جدیدی برای سازمان های بیمه گر ایجاد نگردید. با تصویب مصوبه معترض عنه افزایش تعرفه های سه ماهه آخر سال ۱۳۹۹ صرفاً در بخش خصوصی که از بودجه های عمومی کشور برای جبران بخشی از هزینه های تحمیلی منتفع نمی شوند اعمال گردید. شایان ذکر است بیماران از زمان ابلاغ مصوبه به تاریخ ۱۳۹۹/۱۱/۱۵ مشمول پرداخت ما به التفاوت افزایش سهم بیمار شده اند.

۲- از آنجایی که در موارد بحرانی اعم از بروز حوادث غیر مترقبه، پاندمی ها و ... قوانین جاری و از قبل تنظیم شده پاسخگوی نیاز محیط نمی باشد؛ نظام سلامت

می تواند نسبت به اخذ تصمیمات ویژه جهت حمایت، حفظ و نگهداشت مراکز اقدام نماید که این امر حتی در موارد بحرانی در قوانین بالادستی نیز صورت گرفته است.

دبیر و رئیس دبیرخانه شورای عالی بیمه سلامت:

۱- علی رغم اینکه تعرفه های خدمات تشخیصی و درمانی هر ساله در ماه های ابتدایی سال، تصویب و ابلاغ می گردند، طبیعی است که با توجه به شرایط و مقتضیات بومی کشور و حسب وضعیت سلامت کشور بر اساس روال مندرج در بند (الف) ماده ۹ قانون احکام دائمی برنامه های توسعه کشور، این تعرفه می تواند مورد اصلاح و بازنگری قرار گیرد. که علت این امر در نیمه دوم سال ۱۳۹۹ نیز همه گیری بیماری کرونا و لزوم پوشش تأمین هزینه های حفاظت فردی بوده و این بازنگری جهت جلوگیری از اخذ هزینه های مربوطه از بیماران صورت گرفته است. در مورد قوانین بودجه کل کشور نیز این چنین است همچنین در خصوص تعرفه خدمات تشخیصی و درمانی این موضوع مسبق به سابقه بوده و در سال ۱۳۹۸ تعرفه های بخش خیریه در مرداد ماه همان سال مورد اصلاح قرار گرفت.

۲- در خصوص زمان اجرای مصوبه معترض عنه از اول دی ماه ۱۳۹۹ در حالی که مصوبه معترض عنه در تاریخ ۱۳۹۹/۱۱/۱۵ تصویب گردیده نیز این موضوع مسبق به سابقه بوده و از آنجایی که روند تأیید و تصویب تعرفه ها طولانی می باشد، هر ساله تصویب نامه تعرفه در اردیبهشت ماه یا بعضاً خرداد ماه و در برخی موارد دیرتر اعلام می گردد در حالی که زمان اجرای آنها از اول سال اعلام می گردد و این امر برای بیمه های پایه و تکمیلی محل ابهام نمی باشد و به طور معمول این سازمان ها و شرکت ها نسبت به پرداخت ما به التفاوت اقدام می نمایند و مردم نیز الزاماً از زمان ابلاغ پرداخت نموده و ما به التفاوت پرداخت نمی نمایند."

هیئت عمومی دیوان عدالت اداری در تاریخ ۱۴۰۰/۸/۴ با حضور رئیس و معاونین دیوان عدالت اداری و رؤسا و مستشاران و دادرسان شعب دیوان تشکیل شد و پس از بحث و بررسی با اکثریت آراء به شرح زیر به صدور رأی مبادرت کرده است.

رأی هیئت عمومی

اولاً: به موجب بند (الف) ماده ۹ قانون احکام دائمی برنامه های توسعه کشور مصوب سال ۱۳۹۵: «شورای عالی بیمه سلامت کشور مکلف است هر ساله قبل از تصویب بودجه سال بعد در هیئت وزیران نسبت به بازنگری ارزش نسبی و تعیین تعرفه خدمات سلامت برای کلیه ارائه دهندگان خدمات بهداشتی، درمانی و تشخیصی در کشور اعم از دولتی و غیردولتی و خصوصی با رعایت اصل تعادل منابع و مصارف و قیمت واقعی در جهت تقویت رفتارهای مناسب بهداشتی، درمانی و مبانی محاسباتی واحد و یکسان با حق فنی واقعی یکسان برای بخش دولتی و غیر دولتی در شرایط رقابتی و بر اساس بند ۸ ماده ۱ و مواد ۸ و ۹ قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور مصوب ۱۳۷۳/۸/۳ اقدام و مراتب را پس از تایید سازمان برنامه و بودجه کشور، قبل از پایان هر سال برای سال بعد جهت تصویب به هیئت وزیران ارائه کند.» عبارت «هر ساله» در صدر ماده فوق دلالت بر افزایش تعرفه های پزشکی تنها برای یک بار در سال دارد و از این رو افزایش بیش از یک بار تعرفه ها در سال با سالانه بودن مد نظر قانونگذار مغایرت دارد. ثانیاً: بر اساس اصل ۵۲ قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران، بودجه کل کشور به ترتیبی که در قانون مقرر می شود به صورت سالانه تهیه و تصویب می شود و بر مبنای ماده ۹ قانون احکام دائمی برنامه های توسعه کشور نیز شورای عالی سلامت باید نسبت به بازنگری ارزش نسبی و تعیین تعرفه خدمات سلامت قبل از تصویب بودجه سال بعد اقدام و مراتب را جهت تصویب در هیئت وزیران ارائه دهد. بنابه مراتب فوق و با

عنايت به ايجاد تکليف مذکور براي سازمانهاي بيمه گر (پايه و تکميلي) و الزام مقرر در ماده ۹ قانون احکام دائمي برنامه هاي توسعه کشور نسبت به پيش بيني و تعيين تعرفه خدمات قبل از تصويب بودجه سال بعد، اساساً امکان اصلاح و افزايش تعرفه ها در طول يك سال وجود نداشته و بنا بر اين تصويب نامه شماره ۱۳۲۴۹۶/ت/۵۸۳۸۵هـ- ۱۳۹۹/۱۱/۱۵ هيئت وزيران که متضمن اصلاح تعرفه هاي خدمات تشخيصي و درماني بخش خصوصي در سال ۱۳۹۹ است، خلاف قانون و خارج از حدود اختيار بوده و مستند به بند ۱ ماده ۱۲ و ماده ۸۸ قانون تشکيلات و آيين دادرسي ديوان عدالت اداري مصوب سال ۱۳۹۲ ابطال مي شود.

تاریخ دادنامه: ۲۵ آبان ۱۴۰۰

کلاس پرونده: ۹۹۰۳۲۴۸

شماره دادنامه: ۱۴۰۰۹۹۷۰۹۰۵۸۱۲۳۹۶

موضوع رأی: ابطال دستورالعمل شماره م/۴/۱۷۳/۹۵۹۸۸ - ۱۳۹۷/۱۲/۱
مدیرعامل سازمان بهداشت و درمان صنعت نفت با موضوع ایجاد محدودیت در
ارائه خدمات درمانی به کارکنان شرکت ملی حفاری مورخ ۱۴۰۰/۰۸/۲۵

شاکي: علي رضا خبيري خطيري

گردش کار:

شاکي به موجب دادخواستی ابطال دستورالعمل شماره م ع/۱۷۳/۹۵۹۸۸ مورخ ۱۳۹۷/۱۲/۱ مدیرعامل سازمان بهداشت و درمان صنعت نفت با موضوع ایجاد محدودیت در ارائه خدمات درمانی به کارکنان شرکت ملی حفاری را خواستار شده و در جهت تبیین خواسته اعلام کرده است که:

" ۱- در مجموعه مقررات اداری و استخدامی کارکنان صنعت نفت که مرجع وضع و تفسیر مقررات در مجموعه صنعت نفت می باشد، برای تعریف کارمند آمده است: « کارمند فردی است که مطابق با اصول و مقررات جاری جهت انجام مستمر برای مدت نامحدود و به صورت تمام وقت به موجب قرارداد استخدام رسمی در چارچوب ضوابط مربوطه جهت تصدی یکی از سمتهای سازمانی استخدام گردیده و حق استفاده از کلیه مزایای استخدامی را دارا می باشد.» تاکید می کنم بدون الزام بر شرط خاصی بر استفاده از کلیه مزایای استخدامی تاکید شده است. بر همین اساس اینجانب و دیگر همکاران من در شرکت ملی حفاری ایران صرفاً به واسطه تخصص و دانش در زمینه خاص حفاری چاه های نفت و گاز در شرکت ملی حفاری ایران مشغول به کار می باشیم و مانند دیگر نیروهای شاغل در دیگر شرکتهای فرعی و زیرمجموعه شرکت ملی نفت ایران کلیه کسورات مربوط به بیمه

و بازنشستگی به شکل خودکار و از سوی واحد مالی از حقوقمان کسر می شود و علاوه بر آن به دلیل کار تخصصی و عملیاتی در دکل های حفاری، مشمول آیین نامه نظامهای اداری و استخدامی و حقوق و مزایای کارکنان صنعت نفت ایران می باشیم که به استناد ماده ۱۰ قانون وظایف و اختیارات وزارت نفت مصوب ۱۳۹۱/۲/۱۹ مجلس شورای اسلامی مصوب شده است، در ماده ۳۱ آن با عنوان سلامت کارمندان بیان شده است: « با در نظر داشتن شرایط مخاطره آمیز کار در واحدهای عملیاتی، صنعت نفت برای حفظ و ارتقای سطح سلامت کارمندان شاغل و بازنشسته و خانواده واجد شرایط آنان و دستیابی به استانداردهای قابل قبول بهداشتی، درمانی و سلامت، خدمات بهداشتی، درمانی و اجتماعی مورد نیاز را با استفاده از بیمارستانها و مراکز بهداشتی و درمانی داخل و خارج از صنعت نفت در اختیار آنان قرار می دهد.» لذا با مد نظر قرار دادن موارد فوق، دستورالعمل مدیرعامل سازمان بهداشت و درمان صنعت نفت مبنی بر محدودیت ارائه خدمات درمانی برای کارکنان شرکت ملی حفاری ایران با روح قانون در تضاد کامل است.

۲- بر اساس ماده ۳۹ آیین نامه نظام های اداری و استخدامی کارکنان صنعت نفت، رسیدگی و تصمیم گیری در مورد طرح ها و پیشنهادات ارائه شده بر عهده شورای اداری و استخدامی صنعت نفت می باشد لذا مدیریت سازمان بهداشت و درمان صنعت نفت به لحاظ قانونی نمی تواند و نمی باید مجری مصوبه ای از سوی خود باشد و کارمندان دیگر شرکتهای صنعت نفت را از دستیابی به مزایای مصرح در قانون محروم کند.

۳- با فرض بر اینکه مدیریت شرکت ملی حفاری ایران در انجام تعهد مالی خود در قبال سازمان بهداشت و درمان صنعت نفت، قصوری نداشته است، مرقانونی آن در نظام قانونگذاری کشور پیش بینی شده و معین است. علاوه بر شورای اداری و استخدامی صنعت نفت به ریاست وزیر نفت، نهادها و سازمانهای دیگری نظیر

دیوان محاسبات اداری (اصل ۵۵ قانون اساسی)، سازمان بازرسی کل کشور (اصل ۱۷۴ قانون اساسی) را می توان به عنوان محل رجوع به جهت بررسی مالی معرفی کرد.

۴- به موجب قانون مدنی ماده ۲۳۷ که بیان می دارد در صورت تخلف متعهد در انجام تعهد، تقاضای اجبار به رفاہ و تعهد با رجوع به حاکم صورت می گیرد. در صورتی که دستورالعمل شماره م ع/۱۷۳/۹۵۹۸۸ مدیریت سازمان بهداشت و درمان صنعت نفت با گرو گرفتن سلامت کارکنان شرکت ملی حفاری ایران قصد اجبار مدیریت شرکت ملی حفاری ایران را در اجرای تعهد خود دارد که با مسیر قانونی و رجوع به حاکم و صدور حکم حاکم بر الزام در این زمینه منافات دارد.

لذا بر اساس موارد ذکر شده و اصول بیان شده از قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران از محضر دیوان عدالت اداری خواستار ابطال دستورالعمل شماره م ع/۱۷۳/۹۵۹۸۸ صادر شده از سوی مدیرعامل سازمان بهداشت و درمان صنعت نفت مبنی بر ایجاد محدودیت در ارائه خدمات درمانی به کارکنان شرکت ملی حفاری ایران را دارم. در پایان نظر ریاست دیوان عدالت اداری را به اصل ۴۰ قانون اساسی جلب می کنم که بیان می دارد: «هیچ کس نمی تواند اعمال حق خویش را وسیله اضرار به غیر و یا تجاوز به منافع عمومی قرار دهد» که متاسفانه تصمیم سازمان بهداشت و درمان صنعت نفت مصداق بارز ضرر به نیروهای خدوم شرکت ملی حفاری ایران است. "

متن مقررہ مورد شکایت به شرح زیر است:

" رئیس محترم بهداشت و درمان تهران

رئیس محترم بهداشت و درمان اهواز و ماهشهر

رئیس محترم بهداشت و درمان اصفهان

رئیس محترم بهداشت و درمان آغاچاری

رئیس محترم بهداشت و درمان استان مرکزی و لرستان

رئیس محترم بهداشت و درمان استان بوشهر

رئیس محترم بهداشت و درمان آبادان

رئیس محترم بهداشت و درمان فارس و هرمزگان

رئیس محترم بهداشت و درمان شمال کشور

رئیس محترم بهداشت و درمان گچساران

رئیس محترم بهداشت و درمان شمال شرق کشور

رئیس محترم بهداشت و درمان شمال غرب کشور

رئیس محترم بهداشت و درمان غرب کشور

رئیس محترم بهداشت و درمان مسجد سلیمان

سرپرست محترم بیمارستان صنایع پتروشیمی و مراکز بهداشتی و درمانی

موضوع: ایجاد محدودیت در ارائه خدمات درمانی به کارکنان شرکت ملی حفاری

« با عنایت به اینکه شرکت ملی حفاری نسبت به ایفای تعهدات خود در قبال هزینه های خدمات ارائه شده به کارکنان آن شرکت و خانواده های آنها اقدام ننموده و بدهی های معوق زیادی به این سازمان دارد، مقتضی است از ابتدای اسفند ماه ۱۳۹۷ تا اطلاع ثانوی از پذیرش اسناد درمان غیر مستقیم کارکنان آن

شرکت، ممانعت به عمل آید. بدیهی است هرگونه تغییر در رویه مذکور متعاقباً اعلام خواهد گردید.» - مدیرعامل سازمان بهداشت و درمان صنعت نفت "

در پاسخ به شکایت مذکور، رئیس امور حقوقی سازمان بهداشت و درمان صنعت نفت به موجب لایحه شماره راج/۱۶۶/۳۱۶۹۴-۱۴۰۰/۴/۸ توضیح داده است که:

"مقدمتاً شایان ذکر است، سازمان بهداشت و درمان صنعت نفت به منظور پاسخ گویی به تأمین هزینه های درمانی پرسنل وزارت نفت و شرکتهای تابعه (اصلی و فرعی) اقدام به تهیه طرح ناظم مالی نموده است که نظام نامه فوق به کلیه شرکتهای تابعه ابلاغ و الزام آور می باشد. مطابق ماده ۱ نظام نامه به صراحت مقرر داشته است «کلیه شرکتهای، مدیریتهای، سازمانها و واحدهای تابعه وزارت نفت و از آن جمله خود شرکت نامبرده فوق موظف هستند تنها از خدمات بهداشتی و درمانی شرکت و یا هر طریق دیگری که شرکت تعیین می نماید استفاده کنند وبابت این استفاده سالانه درصدی از بودجه سالانه مصوب حقوق، دستمزد و مزایای کارکنان که به تصویب مجمع عمومی شرکت به هنگام ارائه بودجه سالانه رسیده است را بر اساس ماهانه یک دوازدهم به حسابی که به این منظور به نام شرکت افتتاح و معرفی می گردد واریز نمایند.»

۱- شرکت ملی حفاری که شاکی احدی از پرسنل آن می باشد علی رغم داشتن الزام به منظور تبعیت از نظام نامه مالی شرکت، در چند سال گذشته از پرداخت منظم سرانه درمان کارکنان و خانواده تحت پوشش خود سرباز زده است و هیچ گونه اقدام موثری به منظور پرداخت بدهی های خود به سازمان متبوع به عمل نیاورده است و از طرفی به دلیل وضعیت خاص کشور که نیازمند تهیه تجهیزات پزشکی و دارویی هزینه های بسیار بالایی به سازمان تحمیل می گردد امکان تداوم خدمت رسانی به شرکت حفاری ملی با مشکل مواجه شده است، لکن با این وجود

هیچ گاه خدمات بهداشتی و درمانی که به صورت مستقیم پرسنل تحت پوشش شرکت مذکور را تحت پوشش داشته است قطع نگردیده و تنها هزینه های درمان که به صورت غیرمستقیم و خارج از بیمارستانهای شرکت متبوع انجام شده است را پرداخت نکرده است چرا که رسالت اصلی این سازمان حفظ سلامتی و پوشش هزینه های درمانی و رساندن آن به حداقل ممکن برای پرسنل وزارت نفت و شرکتهای تابعه آن می باشد و این موضوع از اولویتهای سازمان متبوع بوده و قدر مسلم و علی رغم عدم ایفای تعهدات مالی شرکت ملی حفاری سعی نموده است سلامت و پوشش هزینه های درمانی پرسنل شرکت مذکور را با مشکل جدی مواجه نسازد و تنها با یک سری از محدودیتها که آن هم پوشش هزینه های درمان خارج از بیمارستانهای سازمان متبوع می باشد پرسنل شرکت ملی حفاری به صورت موقت مواجه گردیده اند که به طور حتم با پرداخت تعهدات مالی آن شرکت نیز محدودیتهای اعمال شده که در حال حاضر ایفای آن خارج از توان مالی این سازمان می باشد مرتفع می گردد.

۲- دستورالعمل شماره م ع/۹۵۹۸۸/۱۷۳- ۱۳۹۷/۱۲/۱ توسط مدیرعامل وقت جناب آقای دکتر حبیب اله سمیع صادر و ابلاغ گردیده است، علی ایحال به نظر نمی رسد ابطال دستورالعمل مذکور از موارد قابل طرح در هیئت عمومی دیوان عدالت اداری باشد چرا که نامه مذکور در قالب دستور مدیرعامل وقت مطابق با نظام نامه داخلی خود به جهت عدم ایفای تعهدات شرکت خا طی در پرداخت مقرری سالانه خود صادر شده است. همچنین چنانچه موضوع بر فرض قابل طرح در هیئت عمومی باشد علی القاعده ابطال نظام نامه باید درخواست می گردید و نه دستور مدیرعامل که مطابق نظام نامه صادر گردیده است.

علیهذا با عنایت به موارد معنونه و اینکه همچنان پرسنل شرکت ملی حفاری و همچنین شاکی می توانند از خدمات درمانی مستقیم سازمان متبوع بهره مند گردند اتخاذ تصمیم شایسته را از آن مقام استدعا دارد. "

هیئت عمومی دیوان عدالت اداری در تاریخ ۱۴۰۰/۸/۲۵ با حضور رئیس و معاونین دیوان عدالت اداری و رؤسا و مستشاران و دادرسان شعب دیوان تشکیل شد و پس از بحث و بررسی با اکثریت آراء به شرح زیر به صدور رأی مبادرت کرده است.

رأی هیئت عمومی

مطابق ماده ۳۹ آیین-نامه نظام‌های اداری و استخدامی کارکنان صنعت نفت مصوب سال ۱۳۹۳ مقرر شده است که : «به‌منظور نظارت بر حسن اجرای این آیین‌نامه و تقویت اثربخشی آن، رسیدگی و تصمیم‌گیری در مورد طرح‌ها و پیشنهادات ارائه‌شده، انجام تغییرات و تعدیلات مورد نظر مربوط به مقررات اداری و استخدامی صنعت نفت براساس موازین و مبانی حاکم بر مفاد این آیین-نامه و همچنین ارائه پیشنهاد نهایی درخصوص تغییر و اصلاح مفاد آیین-نامه حاضر براساس مفاد ماده ۱۰ قانون، شورایی متشکل از وزیر نفت (رئیس شورا)، معاون توسعه مدیریت و سرمایه انسانی رئیس-جمهور یا نماینده وی، مدیران عامل چهار شرکت اصلی و معاون توسعه سرمایه انسانی و مدیریت وزارت نفت به‌عنوان شورای اداری و استخدامی صنعت نفت تشکیل می-گردد» و به موجب ماده ۲۳۷ قانون مدنی : «هرگاه شرط در ضمن عقد شرط فعل باشد، اثباتاً یا نفیاً کسی که ملتزم به انجام شرط شده است، باید آن را به جا بیاورد و در صورت تخلف طرف معامله می تواند به حاکم رجوع نموده تقاضای اجبار به وفای شرط بنماید.» بنا به مراتب فوق، اولاً: تصویب دستورالعمل شماره م ع/۱۷۳/۹۵۹۸۸-۱۲/۱-۱۳۹۷ مدیرعامل

سازمان بهداشت و درمان صنعت نفت با موضوع ایجاد محدودیت در ارائه خدمات درمانی به کارکنان شرکت ملی حفاری در صلاحیت شورای اداری و استخدامی صنعت نفت بوده و خارج از حدود اختیارات مدیرعامل سازمان بهداشت و درمان صنعت نفت است و ثانیاً: حکم مقرر در دستورالعمل اداری مزبور که براساس آن پس از عدم ایفای تعهدات توسط شرکت ملی حفاری، صرفاً امر به توقف انجام تکلیف سازمان بهداشت و درمان صنعت نفت در پذیرش اسناد درمان غیرمستقیم کارکنان مزبور شده است، با حکم مقرر در ماده ۲۳۷ قانون مدنی مغایرت دارد. بنا به مراتب فوق، دستورالعمل شماره م ع/۱۷۳/۹۵۹۸۸-۱۲/۱-۱۳۹۷ مدیرعامل سازمان بهداشت و درمان صنعت نفت خارج از حدود اختیار و مغایر با قانون است و مستند به بند ۱ ماده ۱۲ و ماده ۸۸ قانون تشکیلات و آیین دادرسی دیوان عدالت اداری مصوب سال ۱۳۹۲ ابطال می‌شود.

تاریخ دادنامه : ۱۳ دی ۱۴۰۱

شماره دادنامه : ۱۴۰۱۰۹۹۷۰۹۰۵۸۱۲۵۷۹

کلاس پرونده : ۰۰۰۰۰۱۹

موضوع رأی: ابطال بند ۱۷ مصوبه مورخ ۱۳۹۴/۶/۲۱ هیئت امنای دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان اصفهان در خصوص افزایش تعرفه خدمات سی تی اسکن ۱۶ و ۶۴ اسلایس مورخ ۱۴۰۱/۱۰/۱۳

شاکای: سازمان بازرسی کل کشور

گردش کار:

معاون حقوقی، نظارت همگانی و امور مجلس سازمان بازرسی کل کشور به موجب شکایت نامه شماره ۳۰۰/۳۳۴۲۲۳ مورخ ۱۳۹۹/۱۱/۲۹ ابطال بند ۱۷ مصوبات هیئت امناء دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی اصفهان مورخ ۱۳۹۴/۶/۲۱ مبنی بر افزایش تعرفه خدمات سی تی اسکن ۱۶ و ۶۴ اسلایس را خواستار شده و اعلام کرده است که:

"طی نامه شماره ۸۶۱۳ مورخ ۱۳۹۴/۸/۵ سرپرست وقت معاونت درمان دانشگاه و رئیس ستاد استانی نظارت بر تعرفه های پزشکی به مراکز درمانی دانشگاهی و غیردانشگاهی (مرکز آموزشی درمانی الزهرا (س)، بیمارستان شهید صدوقی، بیمارستان سینا، مرکز جراحی محدود میلاد و مرکز تصویر برداری جم)، ارزش نسبی سی تی اسکن ۶۴ اسلایس ۶۰ درصد و مولتی اسلایس های کمتر از ۶۴ اسلایس ۳۰ درصد بیش تر از ارزش نسبی سی تی اسکن تک اسلایس تعیین و جهت دریافت از بیماران ابلاغ گردیده است که مطابق با نامه شماره ۱۳۹۹/۹/۱۲ مورخ ۱۳۹۹/۹/۱۲ معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی اصفهان بند ۱۷ مصوبات مورخ ۱۳۹۴/۶/۲۱ هیئت امناء دانشگاه علوم پزشکی و

خدمات بهداشتی و درمانی اصفهان در سال ۱۳۹۹ نیز ملاک عمل مراکز درمانی دانشگاهی و غیردانشگاهی می باشد. این در حالی است که:

اولاً: بر اساس ماده ۸ قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور تعرفه های خدمات تشخیصی و درمانی بر اساس قیمت های واقعی و نرخ سرانه حق بیمه درمانی مصوب، به پیشنهاد مشترک سازمان برنامه و بودجه و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با تأیید شورای عالی بیمه به تصویب هیئت وزیران خواهد رسید.

ثانیاً: مطابق با بند (ه) ماده ۳۸ قانون برنامه پنجم توسعه (۱۳۹۰-۱۳۹۴)، شورای عالی بیمه سلامت مکلف است هر ساله قبل از شروع سال جدید نسبت به بازنگری ارزش نسبی و تعیین تعرفه خدمات سلامت برای کلیه ارائه دهندگان خدمات بهداشت، درمان و تشخیص در کشور اعم از دولتی و غیر دولتی و خصوصی با رعایت اصل تعادل منابع و مصارف و قیمت واقعی در جهت تقویت رفتارهای مناسب بهداشتی، درمانی و مبانی محاسباتی واحد و یکسان در شرایط رقابتی و بر اساس بند ۸ ماده ۱ و مواد ۸ و ۹ قانون بیمه همگانی خدمات درمانی، اقدام و مراتب را پس از تأیید معاونت جهت تصویب به هیئت وزیران ارائه نماید.

ثالثاً: هیئت عمومی دیوان عدالت اداری در موضوع مشابه (تعیین تعرفه توسط هیئت امناء) طی دادنامه شماره ۱۲۶۱ مورخ ۱۳۹۴/۱۱/۲۰، بند ۲۰ صورت جلسه هیئت امنای دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی تهران مبنی بر این که «دانشگاه مجاز است با بهبود استاندارد بخش های ارائه خدمات درمانی و تشخیصی خود و ایجاد بخش های مستقل (تا سقف ۱۰٪) تخت های مصوب دانشگاه) با شرکت های خصوصی و سازمان های بیمه ای (مکمل) و سایر متقاضیان بر اساس قیمت تمام شده و توافقی قرارداد منعقد نموده و به ذی نفعان خدمات ارائه نماید.» را خارج از اختیارات هیئت امناء تشخیص و مغایر با ماده ۸

قانون بیمه همگانی خدمات درمانی و ماده ۴ قانون تعزیرات حکومتی امور بهداشتی درمانی دانسته و ابطال نموده است.

بنا به مراتب بند ۱۷ مصوبات هیئت امناء دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی اصفهان مورخ ۱۳۹۴/۶/۲۱ مبنی بر «افزایش تعرفه خدمات سی تی اسکن ۱۶ و ۶۴ اسلایس» که در حال حاضر نیز ملاک عمل می باشد، مغایر با قوانین یادشده و خارج از حدود اختیارات هیئت امناء دانشگاه موضوع ماده ۷ قانون تشکیل هیئت های امناء دانشگاه ها و مؤسسات آموزش عالی و پژوهشی می باشد. لذا ابطال آن با لحاظ ماده ۱۳ قانون تشکیلات و آیین دادرسی دیوان عدالت اداری (به صورت فوق العاده و خارج از نوبت) مورد تقاضا می باشد.

متن مقرر مورد شکایت به شرح زیر است:

"معاون محترم درمان دانشگاه

با سلام و احترام

پس از حمد خدا و درود و صلوات بر محمد (ص) و آل محمد، با عنایت به ابلاغ مصوبات هیئت امناء مورخ ۱۳۹۴/۶/۲۱ دانشگاه که طی نامه شماره ۹۴/۶۲۵۹/م مورخ ۱۳۹۴/۸/۲۳ مقام عالی وزارت ابلاغ گردیده، ذیلاً متن بند ۱۷ مصوبات جهت اجرا در چارچوب قوانین و مقررات ملاک عمل، ایفاد می گردد. خواهشمند است دستور فرمایید پس از اجرا، نتیجه جهت ارائه گزارش به هیئت امناء به این دبیرخانه منعکس گردد.

«بند ۱۷- با دریافت قیمت تمام شده خدمات سی تی اسکن مولتی اسلایس تا زمان تصویب تعرفه دولتی به شرح ذیل موافقت گردید.»

سی تی اسکن ۱۶ اسلایس

۱۳۰ درصد تعرفه سی تی اسکن اسپیرال

سی تی اسکن ۶۴ اسلایس

۱۶۰ درصد تعرفه سی تی اسکن اسپیرال

- مشاور رئیس دانشگاه و رئیس دبیرخانه دائمی هیئت امناء دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان اصفهان"

در پاسخ به شکایت مذکور، دبیر هیئت های امناء، مجامع و شوراهای وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به موجب لایحه شماره ۱۲۸۹۸ مورخ ۱۴۰۰/۸/۱۶ توضیح داده است که: "به استحضار می رساند موضوع دریافت قیمت تمام شده خدمات تا زمان تصویب تعرفه دولتی یکی از مسائل عدیده مؤسسات در طی سال های گذشته بوده که دانشگاه ها با آن روبرو بوده اند. واقعیت امر نشان از عدم تناسب سرعت پیشرفت تکنولوژی تجهیزات پزشکی و تعرفه گذاری جهت ارائه خدمات آن ها می باشد. لذا زمانی که تجهیزاتی خریداری می شود، یا باید تا زمان تصویب تعرفه دولتی که متأسفانه یک روند بسیار طولانی و زمان بر می باشد صبر کنند که در این صورت منجر به اتمام زمان گارانتی آن تجهیزات، عدم مسئولیت شرکت فروشنده در قبال فروش دستگاه، عدم استفاده از سرمایه هزینه شده و هم بی بهره شدن مردم از ارائه خدمات آن خواهند بود و یا با ارائه خدمات و دریافت هزینه تمام شده تا زمان تصویب تعرفه دولتی مردم از خدمات آن بهره مند گردند و مجبور به پرداخت چند برابر قیمت آن در بخش خصوصی نباشند.

لذا اقدام انجام یافته در مقام تعیین تعرفه خدمات درمانی نبوده بلکه صرفاً به جهت رعایت صرفه و صلاح دانشگاه و جلوگیری از استهلاک تجهیزات و نیز ارائه خدمت به افراد مشمول بوده و بدین جهت صرفاً هزینه تمام شده ملاک عمل قرار گرفته

که نوعاً از تصمیمات مالی و تشکیلاتی است و طبق ماده یک احکام دائمی قوانین برنامه جزو صلاحیت و اختیارات هیئت های امناء می باشد."

سرپرست امور حقوقی و املاک دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی استان اصفهان نیز به موجب لایحه شماره ۱۳۹۸ مورخ ۱۴۰۰/۲/۷ توضیح داده است که:

"به استحضار می رساند، با عنایت به نامه محرمانه شماره ۱۶۵۵۵/م/۱۲/پ مورخ ۱۳۹۹/۱۱/۲۱ رئیس دانشگاه بند ۱۷ مصوبه مورخ ۱۳۹۴/۶/۲۱ هیئت امناء دانشگاه لغو و به کلیه مراکز تحت پوشش ابلاغ گردیده که تا تعیین تکلیف توسط شورای عالی بیمه سلامت، تعرفه طبق کتاب ارزش نسبی دریافت گردد، بنابراین موجبات رسیدگی به درخواست سازمان بازرسی منتفی گردیده و از محضرعالی مستنداً به ماده ۸۵ قانون تشکیلات و آیین دادرسی دیوان عدالت اداری تقاضای رد آن را دارد."

هیئت عمومی دیوان عدالت اداری در تاریخ ۱۳/۱۰/۱۴۰۱ با حضور رئیس و معاونین دیوان عدالت اداری و رؤسا و مستشاران و دادرسان شعب دیوان تشکیل شد و پس از بحث و بررسی با اکثریت آراء به شرح زیر به صدور رأی مبادرت کرده است.

رأی هیئت عمومی

اولاً به موجب ماده ۸ قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور مصوب سال ۱۳۷۳ با اصلاحات و الحاقات بعدی: «تعرفه های خدمات تشخیصی و درمانی براساس قیمت های واقعی و نرخ سرانه حق بیمه درمانی مصوب به پیشنهاد مشترک سازمان برنامه و بودجه و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با تأیید شورای عالی به تصویب هیئت وزیران خواهد رسید.» ثانیاً براساس بند (ه) ماده ۳۸ قانون

برنامه پنجساله پنجم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران مصوب سال ۱۳۸۹: «شورای عالی بیمه سلامت مکلف است هر ساله قبل از شروع سال جدید نسبت به بازنگری ارزش نسبی و تعیین تعرفه خدمات سلامت برای کلیه ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی، درمان و تشخیص در کشور اعم از دولتی و غیردولتی و خصوصی با رعایت اصل تعادل منابع و مصارف و قیمت واقعی در جهت تقویت رفتارهای مناسب بهداشتی، درمانی و مبانی محاسباتی واحد و یکسان در شرایط رقابتی و براساس بند ۸ ماده ۱ و مواد ۸ و ۹ قانون بیمه همگانی خدمات درمانی اقدام و مراتب را پس از تأیید معاونت جهت تصویب به هیئت‌وزیران ارائه نماید.» ثالثاً بر مبنای بند (ب) ماده ۲۰ قانون برنامه پنجساله پنجم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران مصوب سال ۱۳۸۹: «دانشگاه‌ها، مراکز و مؤسسات آموزش عالی و پژوهشی و فرهنگستان‌هایی که دارای مجوز از شورای گسترش آموزش عالی وزارتخانه‌های علوم، تحقیقات و فناوری و بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سایر مراجع قانونی ذیربط می‌باشند، بدون الزام به رعایت قوانین و مقررات عمومی حاکم بر دستگاه‌های دولتی به ویژه قانون محاسبات عمومی، قانون مدیریت خدمات کشوری، قانون برگزاری مناقصات و اصلاحات و الحاقات بعدی آنها و فقط در چهارچوب مصوبات و آیین‌نامه‌های مالی، معاملاتی و اداری - استخدامی - تشکیلاتی مصوب هیئت امنای آنها که حسب مورد به تأیید وزیر علوم، تحقیقات و فناوری و بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و در مورد فرهنگستان‌ها به تأیید رئیس‌جمهور می‌رسد، عمل می‌نمایند...» و براساس موازین قانونی مذکور، تعیین تعرفه خدمات سلامت صرفاً به پیشنهاد مشترک سازمان برنامه و بودجه کشور و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با تأیید شورای عالی بیمه سلامت کشور و تصویب هیئت‌وزیران خواهد بود و این امر اساساً خارج از صلاحیت مقرر در بند (ب) ماده ۲۰ قانون اخیرالذکر دایره اختیار هیأت‌های امنای در تصویب امور مالی، معاملاتی، اداری، استخدامی و تشکیلاتی

بدون متابعت از قوانین و مقررات عمومی حاکم بر دستگاه های دولتی است. بنا به مراتب فوق، بند ۱۷ مصوبه مورخ ۱۳۹۴/۶/۲۱ هیئت امنای دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان اصفهان درخصوص افزایش تعرفه خدمات سی تی اسکن ۱۶ و ۶۴ اسلایس، خارج از حدود اختیار مرجع تصویب کننده آن و خلاف قوانین فوق الذکر است و مستند به بند ۱ ماده ۱۲ و ماده ۸۸ قانون تشکیلات و آیین دادرسی دیوان عدالت اداری مصوب سال ۱۳۹۲ ابطال می شود. با اعمال ماده ۱۳ قانون تشکیلات و آیین دادرسی دیوان عدالت اداری و تسری اثر ابطال بند مذکور به زمان تصویب آن موافقت نشد.