

بررسی نظام سلامت در حقوق تأمین اجتماعی ایران و آلمان

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۰۸/۱۵ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۰۹/۲۲ حسین رحمت الهی*

زهرآ میرزایی**

چکیده

امروزه شاید بتوان گفت مراقبت‌های بهداشتی و خدمات مربوط به سلامت در حوزه برنامه‌های نظام تأمین اجتماعی، پذیرفته‌شده‌ترین خدمات این نظام است که کم‌وبیش در بیشتر کشورهای جهان اجرا می‌گردد. علاوه بر وضعیت خاصی که در دوران بیماری (و بارداری) رخ می‌دهد، هزینه‌های اضافی نیز در این دوران بر افراد تحمیل می‌شود. به‌همین دلیل شایستگی این بخش از نظام تأمین اجتماعی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. هرچند نظام سلامت اجراشده در مجموعه تأمین اجتماعی ایران و آلمان در بُعد حقوقی خود، معایب و مزایایی دارد، کشور آلمان به‌دلیل سابقه فراوان در امر بیمه‌های اجتماعی، نظام موفق‌تری در این حوزه دارد. برنامه‌های مرتبط با سلامت در ایران کاستی‌هایی دارد که شایسته است با توجه به تجربیات الگوهای موفق، مشکلات و موانع هنجاری و ساختاری در این زمینه رفع شود تا موجبات توفیق نظام تأمین اجتماعی در بُعد سلامت حاصل گردد.

واژگان کلیدی: تأمین اجتماعی، سلامت، بیماری، بیمه‌های اجتماعی، ایران، آلمان.

*. دانشیار پردیس فارابی دانشگاه تهران، (Hrahmat@ut.ac.ir)

** دانشجوی دکتری حقوق عمومی پردیس فارابی دانشگاه تهران، (Mirzace90@ut.ac.ir)

مقدمه

مقوله تأمین اجتماعی را می‌توان از ابعاد گوناگونی مورد مطالعه قرار داد؛ از جمله اقتصاد تأمین اجتماعی، سیاستگذاری در حوزه تأمین اجتماعی و حقوق تأمین اجتماعی. در زمینه مطالعه حقوقی یک نظام تأمین اجتماعی، آنچه محل بررسی است، قواعد و مقرراتی است که حیطه خدمات و برنامه‌های تأمین اجتماعی را از لحاظ مشمولان، نحوه تأمین مالی، انواع خدمات، میزان پرداختی در قالب کمک و مستمری و... تعیین می‌کند. بررسی تطبیقی دو نظام تأمین اجتماعی از بُعد حقوقی، بدان معناست که قوانین مربوط به تأمین اجتماعی در کشورهای محل تطبیق، در مقایسه با یکدیگر چه کاستی‌ها و مزایایی دارند.

نظام تأمین اجتماعی موجود در هر کشوری، آینه توسعه‌یافتگی و میزان رفاه آن جامعه به حساب می‌آید. کیفیت آنچه در قالب مراقبت‌های بهداشتی و سلامتی در هر کشوری عرضه می‌گردد، کیفیت سلامت افراد جامعه و نیروی انسانی را تعیین می‌کند. مبتنی بر این انگاره که نیروی انسانی سالم مقدمه و بنیان توسعه است، می‌توان مدعی شد یک نظام تأمین اجتماعی کارا در عرصه سلامت گام مهمی در مسیر پریپچ‌وخم توسعه به شمار می‌آید.

کارایی نظام سلامت در یک کشور علاوه بر تضمین سلامت و رشد افراد جامعه، نشانگر ارزش و جایگاه شهروندان در آن جامعه است. اینکه شهروندان در مورد حوادث و سوانحی که سلامت آنان را به مخاطره می‌اندازد و هزینه‌های اضافی بر آنان تحمیل می‌کند، این اطمینان خاطر را داشته باشند که از طریق بیمه‌های همگانی در این زمینه تأمین خواهند بود، نشانه موفقیت و کارایی یک نظام تأمین اجتماعی در حوزه سلامت است. برعکس هنگامی که دغدغه هزینه‌های ناشی از بیماری در یک کشور از اصل آن بیماری مهم‌تر است، طبعاً نشان‌دهنده عدم توفیق و کارایی نظام تأمین

اجتماعی آن خواهد بود.

مسئله اصلی که این پژوهش درصدد پاسخگویی به آن است، تبیین محاسن و کاستی‌های نظام تأمین اجتماعی ایران در حوزه سلامت از بُعد حقوقی است. برای پاسخ به این پرسش از شیوه تطبیقی با یک الگوی موفق انتخاب شده است؛ چراکه این شیوه به ما کمک می‌کند از عرصه نظری صرف کمی فراتر رفته و مفاهیم را در عرصه واقعیت مطالعه نماییم.

آلمان مبدع شیوه بیمه‌های اجتماعی جزء نخستین کشورهایی است که در حوزه بیماری اقدام به تصویب قانون نموده است. به همین جهت تجربه این کشور در این زمینه می‌تواند الگوی ارزشمندی باشد برای رفع کاستی‌های موجود در کشورهایی که در حوزه تأمین اجتماعی در آغاز راه قرار دارند.

۱. مفهوم تأمین اجتماعی^۱

اولین نکته‌ای که در تشریح مفهوم تأمین اجتماعی می‌توان گفت، آنکه تأمین اجتماعی در هر کشوری مطابق مقتضیات بومی همان کشور تبیین می‌گردد. تأمین اجتماعی، مفهومی است انعطاف‌پذیر و منعکس‌کننده ویژگی‌های خاص هر کشور که همواره در طول زمان در معرض تغییرات و پیشرفت‌های مداوم قرار دارد و عوامل ساختاری و فرهنگی ویژگی‌های خاص تأمین اجتماعی در یک کشور را در زمان معینی تعیین می‌کند (Dekker, 2000: 3).

با این حال این امکان وجود دارد که به یک تعریف روشن و حداقلی دست یافت. تأمین اجتماعی از دو واژه «تأمین» به معنای حمایت در مقابل خطرها و «اجتماعی» به معنای رابطه آن با جامعه از ابعاد سنتی، تاریخی، فرهنگی و جغرافیایی تشکیل شده است. تعاریف مختلفی برحسب وضعیت اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی هر کشور می‌توان برای تأمین اجتماعی بیان نمود، اما مفهوم اصلی آن بدان معنی است که اگر در

1. Social Security.

جامعه نوساناتی در کسب درآمد یا تأمین مخارج همچون بارداری، بیماری، ازکارافتادگی، بیکاری، سالمندی (بازنشستگی)، فوت نان‌آور خانواده (بازماندگان) یا سایر موارد ایجاد شود، حمایت از افراد جامعه از نظر تأمین یا جبران کاهش یا قطع درآمد بر عهده نهاد تأمین اجتماعی خواهد بود؛ چنان‌که در تعریف تأمین اجتماعی در مقاوله‌نامه ۱۰۲ سازمان بین‌المللی کار آمده است: «تأمین اجتماعی به‌منزله حمایتی است که جامعه در قبال پریشانی‌های اجتماعی و اقتصادی پدیدآمده، به‌واسطه قطع یا کاهش شدید درآمد افراد ناشی از بیماری، بارداری، حوادث و بیماری‌های ناشی از کار، بیکاری، ازکارافتادگی، سالمندی و فوت و همچنین ناشی از افزایش هزینه‌های درمان و نگهداری خانواده (عائله‌مندی) به اعضای خود ارائه می‌دهد» (پناهی، ۱۳۷۶: ۹۲).

به بیان دیگر، تأمین اجتماعی، تأمین منافع افراد جامعه در قبال پیشامدها و مخاطراتی است که موجب تنزل سطح زندگی آنها گردد؛ پس هدف تأمین اجتماعی، از بین بردن نیاز است (مجتبوی نائینی، ۱۳۷۲: ۱۵). درواقع تأمین اجتماعی، مجموعه‌ای است جامع از طرح‌هایی که شکل‌دهنده همبستگی اجتماعی^۱ در میان افرادی است که با تهدیدهای ناشی از فقدان درآمد یا با هزینه‌های خاصی مواجه هستند (پیترز، ۱۳۸۸: ۶۵).

در مورد گستره نظام تأمین اجتماعی نیز باید گفت که تأمین اجتماعی به صورت افقی و عمودی واجد گستره‌های گوناگونی است. از طرفی، این نظام دارای راهبردهای بیمه‌ای و حمایتی است و از طرف دیگر در داخل همین راهبردهای بیمه‌ای و حمایتی، قلمروهای بسیاری قابل تصور است که یا در جوامع مختلف شکل گرفته و اجرا شده است یا مطابق مصالح و نیازهای هر جامعه، طراحی و مهندسی جدیدی در آنها صورت می‌گیرد. راهبردهای مساعدت اجتماعی، خدمات اجتماعی، بیمه اجتماعی، بیمه احتیاط و بیمه مسئولیت کارفرما، ازجمله این راهبردهاست. نکته قابل ذکر دیگر اینکه مجموعه راهبردهای مذکور در یک کشور باید توانایی جوابگویی به سه اصل بنیادین را داشته

باشد: اصل جامعیت نظام تأمین اجتماعی، اصل کفایت نظام تأمین اجتماعی و اصل فراگیری نظام تأمین اجتماعی (ستاری فر، ۱۳۸۸: ۴۸-۴۹).

نهایتاً باید گفت از نظر اصطلاحی به طور کلی می‌توان برای تأمین اجتماعی دو مفهوم قائل شد: یکی مفهوم عام و کلی که منظور از آن فراهم آوردن کلیه اسباب لازم و ضروری برای زندگی انسان است و به عبارت دیگر پدید آوردن زمینه‌هایی که برطرف‌کننده نیازهای مادی و معنوی افراد باشد، و دیگری در مفهوم خاص و جزئی که مراد تأمین اقتصادی یا به‌طور دقیق‌تر تضمین اقتصادی افراد است (طالب، ۱۳۷۰: ۳۸).

ذکر چند نکته در تعریف مفهوم تأمین اجتماعی ضروری است:

(الف) تأمین اجتماعی مجموعه‌ای از خدمات است که در کشورهای مختلف با توجه به رویکرد موجود در سیستم تأمین اجتماعی، گستره این خدمات متغیر خواهد بود.

(ب) نقطه محوری در تأمین اجتماعی، نوساناتی است که در «درآمد» شهروندان رخ می‌دهد؛ بنابراین خدمات تأمین اجتماعی نیز متناسب با این نوسانات شکل می‌گیرند و درواقع هدف اصلی تأمین اجتماعی حمایت از شهروندان در مقابل این نوسانات است.

(ج) تأمین اجتماعی حاصل این تفکر است که جامعه در قبال کلیت خود مسئول است و این دولت است که به نمایندگی از جامعه، ایفای این تعهد را به عهده دارد و به همین دلیل تأمین اجتماعی همواره در زمره تکالیف دولت قرار دارد.

(د) قلمرو تأمین اجتماعی از کشوری به کشور دیگر متغیر است. در برخی موارد ممکن است حتی سیاست‌های پیشگیری را نیز در بر گیرد و گاه ممکن است حتی در لزوم حداقل‌ها نیز تردید شود. این مسئله به عوامل اقتصادی، سیاسی، اجتماعی، جمعیتی و ... هر سرزمین بستگی دارد. آنچه مهم است اینکه دولت موظف باشد سیستمی از تأمین اجتماعی را طراحی کند که از افراد در مقابل نوسانات درآمدی با شرایط خاصی حمایت کند.

۲. نظام حقوقی سلامت در کشور آلمان

در این بخش، نظام سلامت در کشور آلمان را در دو بخش شرایط برخورداری و کیفیت مزایا بررسی خواهیم نمود. اتحادیه بین‌المللی تأمین اجتماعی (ISSA) تنها نهاد تخصصی بین‌المللی در زمینه تأمین اجتماعی، برنامه‌های این نظام را به پنج دسته کلی تقسیم می‌کند: الف) مستمری بازنشستگی، ازکارافتادگی و بازماندگان؛ ب) مزایای بیماری و بارداری؛ ج) مزایای حوادث ناشی از کار؛ د) حمایت‌های ایام بیکاری؛ ه) مزایای عائله‌مندی. بدین ترتیب مزایای مرتبط با بیماری و بارداری تحت یک عنوان مطالعه می‌گردند.

بیمه بیماری که ازجمله اساسی‌ترین موارد بیمه‌های اجتماعی در همه کشورهاست، شامل دو نوع اقدام می‌گردد: اول جبران خسارت وارده هنگام معالجه یا همان غرامت دستمزد و دوم معالجه و درمان (طالب، همان: ۹۲).

نظام سلامت آلمان بر بیمه‌های اجباری مبتنی است. این نظام سلامت عمری طولانی دارد و توسعه قابل توجهی داشته است. همچنین اصلاحات بنیادینی در ساختار بیمه‌های اجتماعی صورت گرفته است. این سیستم به گونه‌ای مدیریت می‌شود که دستیابی به پوشش جامع نظام سلامت و دسترسی عادلانه به سطح بالای خدمات پیشرفته درمانی محقق شود (Elke, 1998: 61).

ویژگی مهم نظام تأمین خدمات درمانی آلمان که قدیمی‌ترین بخش نظام تأمین اجتماعی این کشور است، وجود صندوق کمک به بیماران است که به حکم قانون تأسیس شده است. نظام خدمات درمانی آلمان برای این طراحی شده است که خدمات درمانی را به‌طور عادلانه به همه مردم ارائه کند و تمام مخارج خدمات درمانی را بدون آنکه نظام بیمه درمانی، تماماً در اختیار دولت باشد، تحت نظارت و کنترل قرار دهد. نتیجه این طرح آن است که در عمل همه مردم آلمان زیر پوشش کامل بیمه خدمات درمانی هستند و از مزایای گوناگونی بهره‌مند که هزینه‌های درمان سرپایی، همه هزینه‌های بیمارستانی، داروهای تجویزی، هزینه‌های دندانپزشکی و ابزارهای پزشکی را

شامل می‌شود. حتی هزینه‌های تفریحات دوره نقاهت یا خستگی از کار را بیمه می‌پردازد. همه آلمانی‌ها در انتخاب دکتر، بیمارستان، داروخانه و مانند آن آزاد هستند. پوشش بیمه‌ای جامعی که همه مردم آلمان را در بر می‌گیرد، محصول نظام بیمه‌ای بسیار سازمان‌یافته‌ای است که در همه موارد تابع قانون و مقررات است و نمی‌شود برچسب خصوصی یا عمومی به آن زد (راینهارت، ۱۳۷۹: ۲۲۷-۲۲۹). البته از جهتی می‌توان ادعا نمود در کشور آلمان، پوشش جمعیت توسط بیمه اجتماعی سلامت صددصد نیست؛ زیرا با افزایش سطح درآمد، فرد می‌تواند از نظام بیمه اجتماعی سلامت خارج شود و به بیمه خصوصی بپیوندد (کارین، ۱۳۸۵: ۱۳۵).

نکته دیگر آنکه مدل آلمانی نظام سلامت به‌گونه‌ای است که در آن مالیات‌های دستمزد از طریق صندوق‌های بیمه سلامت خودگردان برای خرید خدمات، هم از بخش عمومی و هم از بخش خصوصی، تخصیص داده می‌شود (حسن‌زاده، ۱۳۸۴: ۱۶۴).

بیمه اجباری بیماری در کشور آلمان به ۳۲۹ صندوق بیمه‌ای تقسیم شده است که بعضی از آنها به شکل منطقه‌ای و بعضی از آنها به شکل ملی کار می‌کنند. این صندوق‌ها بدون توجه به شکل یا وضعیت استخدام برای همه قابل استفاده است؛ هرچند استثنائاتی برای معدنچیان، ملوانان و مزرعه‌داران وجود دارد (مسعود اصل، ۱۳۸۸: ۱۶۴).

قوانین حاکم بر این بخش از خدمات در آلمان در حال حاضر عبارتند از: قانون مربوط به بیماری (کتاب پنجم قانون اجتماعی^۱) مصوب ۱۹۸۸، قانون زایمان و بارداری^۲ مصوب ۱۹۵۲ و قانون مراقبت‌های طولانی‌مدت^۳ (کتاب یازدهم قانون اجتماعی^۴) مصوب ۱۹۴۴.

حق بیمه لازم برای استحقاق دریافت خدمات سلامت و بارداری بدین گونه است که فرد بیمه‌شده ۸٫۲ درصد از درآمد ماهیانه یا مستمری دریافت خود را جهت حق بیمه

1. Fifth book of Social Code.
2. Maternity Protection Law.
3. Social Long-term insurance.
4. Eleventh book of Social Code.

پرداخت می‌کند. کارفرما ۷,۳ درصد از حقوق پرداختی ماهیانه و پرداخت‌کنندگان مستمری ۷,۳ درصد از مستمری ماهیانه را جهت حق بیمه پرداخت می‌نمایند.^۱ همچنین برای برخورداری از مراقبت‌های طولانی‌مدت، فرد بیمه‌شده ۱,۲۵ درصد از حقوق ماهیانه و مستمری بگیران ۲,۰۵ درصد از مستمری ماهیانه، کارفرما ۱,۲۵ درصد از حقوق پرداختی ماهیانه را جهت حق بیمه مراقبت‌های طولانی‌مدت پرداخت می‌کند. در این زمینه، دولت برای افراد بیکار، کشاورزان و دانش‌آموزانی که طبق قانون حمایتی فدرال مزایا دریافت می‌کنند، حق بیمه پرداخت می‌کند (ISSA and SSA, 2014 : 117). همچنین برای افرادی که بیمه نشده‌اند، تحت شرایطی منطبق بر شرایط بیمه قانونی فدرال، سطحی از پرداخت را انجام می‌دهد. همه مشمولان بیمه قانونی بیماری می‌توانند از خدمت مراقبت‌های طولانی‌مدت استفاده کنند.

در کشور آلمان مقررات عمومی‌ای وجود دارد که براساس آنها همه جمعیت این کشور باید در برابر خطر بیماری بیمه شوند. براساس قانون بیمه بیماری آلمان، افرادی که اجباراً مشمول این بیمه هستند، عبارتند از:

- الف) افراد مشغول به کار و کسانی که مشغول کارآموزی شغلی هستند؛
- ب) مستمری بگیرانی که دوره کافی حق بیمه را طی کرده باشند؛
- ج) افراد بیکاری که مستمری بیمه بیکاری دریافت می‌کنند؛
- د) افراد ناتوان و ازکارافتاده‌ای که در وضعیت استخدام حمایتی هستند؛
- ه) دانش‌آموزان دبیرستانی؛
- و) کشاورزان و اعضای خانواده آنها که به کشاورزان کمک می‌کنند؛
- ز) هنرمندان و نویسندگان؛
- ح) افرادی که هیچ‌یک از حق‌های فوق را برای استفاده از خدمات بهداشتی ندارند (تحت شرایط خاصی).

همسر و فرزندان افراد نامبرده نیز تحت شرایطی بدون پرداخت حق بیمه می‌توانند از

1. <http://www.issa.int/country-details?countryId=DE®ionId=EUR&filtered=false>.

طریق عضویت در بیمه خانواده (عائله‌مندی)، مشمول این خدمات باشند (European Commission, 2013: 10).

۲.۱. شرایط برخورداری از مزایای بیماری و بارداری^۱

جهت برخورداری از مزایای پزشکی، بیماری و بارداری نیازی به سپری شدن حداقل دوره حق بیمه نخواهد بود.

مزایای مراقبت‌های طولانی‌مدت به کسانی پرداخت می‌شود که از یک فرد بیمه‌شده مراقبت می‌کنند با حداقل دو سال سابقه پرداخت حق بیمه در طول ده سال منتهی به استفاده از این مزایا.

میزان مزایا براساس میزان نیاز به مراقبت متغیر است: نیاز به مراقبت جسمی می‌تواند حداقل یک‌بار در روز باشد (مراقبت سطح اول)، یا سه‌بار در روز باشد (مراقبت سطح دوم)، یا نیاز در تمامی ساعات شبانه‌روز باشد (مراقبت سطح سوم). همچنین مراقبان بیمه‌شدگانی که بیماری‌های روانی مثل جنون دارند، شامل همین قاعده هستند (ISSA and SSA, op.cit).

کمک‌هزینه مراقبت طولانی‌مدت نیز به بیمارانی پرداخت می‌گردد که خودشان خدمات مراقبتی را انجام می‌دهند. برای مثال مراقبتی که توسط خویشاوندان به بیمار ارائه می‌گردد (اداره کل روابط عمومی و امور بین‌الملل سازمان تأمین اجتماعی، ۱۳۹۱: ۲۰).

۲.۲. مزایای بیماری و بارداری

در مورد غرامت دستمزد بیماری، کارفرما در شش هفته اول بیماری معادل ۱۰۰ درصد حقوق فرد بیمه‌شده را پرداخت می‌نماید و پس از شش هفته، صندوق بیمه در طول سه سال بیماری، به مدت ۷۸ هفته، ۷۰ درصد از درآمد بیمه‌شده را به وی پرداخت می‌کند (ISSA and SSA, op.cit). بیمه‌شده‌ای که از فرزند بیمار مراقبت

1. sickness and maternity.

می‌نماید، حداکثر به مدت ده روز کاری جهت هر فرزند مزایای بیماری دریافت می‌نماید، اما این مدت برای هر بیمه‌شده به ازای هر سال تقویمی نباید از ۲۵ روز بیشتر گردد (اداره کل روابط عمومی و امور بین الملل سازمان تأمین اجتماعی، ۱۳۹۱: ۱۹).

در مورد بارداری، جهت زنان عضو صندوق بیماری با قرارداد اشتغال، مزایا معادل ۱۰۰ درصد میانگین درآمد خالص در مدت شش هفته قبل و هشت هفته بعد از تاریخ پیش‌بینی شده تولد نوزاد پرداخت می‌گردد. سایر اعضای صندوق، مقدار مشابهی به عنوان مزایای بیماری دریافت می‌نمایند. در صورتی که کل درآمدها بیشتر از حداکثر مزایای بارداری باشد، کارفرما باید مابه‌التفاوتی در قالب یارانه پرداخت نماید. دولت فدرال برای زنانی که عضو صندوق بیماری نیستند، مزایای بارداری برابر با مزایای بیماری می‌پردازد (همان).

به‌طور کلی در کشور آلمان آنچه مراقبت بهداشتی (Health care) نام دارد، موارد زیر را پوشش می‌دهد:

الف) آزمایش‌های پیشگیری؛

ب) مراقبت‌های پزشکی؛

ج) بیماری‌ها، کمک‌های درمانی و ملزومات پزشکی؛

د) خدمات دندانپزشکی؛

ه) مراقبت‌های پرستاری در منزل و امداد خانگی؛

و) معالجه بیمارستانی؛

ز) هزینه سفرهای درمانی (تحت شرایطی) (European Commission, op.cit: 10-12).

همچنین در نظام سلامت کشور آلمان مزایای درمانی کارگران، مجموعه‌ای جداگانه است. مزایای درمانی برای کارگران عبارتند از: پزشکان، بیمارستان‌ها و داروسازان تحت قرارداد مشخصی با صندوق بیماری، مزایای کارگران را ارائه می‌دهند. این مزایا مشتمل است بر مراقبت‌های جامع پزشکی و دندانپزشکی، آزمایش‌های پیشگیری و درمانی، خدمات آزمایشگاهی، مراقبت‌های بارداری که توسط پزشک یا ماما توصیه شده باشد،

خدمات بیمارستانی، جراحی، توانبخشی، ملزومات پزشکی و تجویز دارو. بیمه‌شده برای هر تجویز دارویی ۱۰ درصد هزینه را می‌پردازد و برای درمان‌های شغلی، گفتاردرمانی و مراقبت‌های خانگی فقط ده درصد هزینه را می‌پردازد. در نظام سلامت آلمان افراد تحت تکفل فرد بیمه‌شده دقیقاً از همان مزایای شخص بیمه‌شده بهره‌مند خواهند.

۳. نظام حقوقی سلامت در ایران

بیمه درمان همگانی در حقوق ایران از طریق دو سازمان تأمین اجتماعی و بیمه همگانی خدمات درمانی اجرا می‌شود.

بیمه همگانی (پایه) خدمات درمانی با مشارکت بیمه‌شده، کارفرما و دولت تأمین می‌گردد و توسط سازمان‌های بیمه‌ای مختلف انجام می‌شود. نوع و میزان خدمات و حق بیمه دریافتی و میزان کمک دولت در بیمه پایه درمان توسط قوانین خاص و مصوبات هیئت‌وزیران مشخص می‌شود. بیمه همگانی خدمات درمانی ممکن است اجباری یا اختیاری باشد (بادینی، ۱۳۹۱: ۱۸۴).

مشمولان اجباری قانون تأمین اجتماعی به‌صراحت ماده ۱ این قانون عبارت است از: افرادی که به هر عنوان در مقابل دریافت مزد یا حقوق کار می‌کنند.

مقررات تأمین اجتماعی به‌گونه‌ای است که تمامی افرادی را که در مقابل دریافت مزد یا حقوق کار می‌کنند، مشمول قانون تأمین اجتماعی می‌داند؛ بنابراین اصل بر شمول مقررات تأمین اجتماعی بر کلیه مزدبگیران است، مگر اینکه اشخاص مزدبگیر به موجب مقررات خاص دیگری مشمول حمایت‌های اجتماعی قرار گیرند که در این صورت در حدود حمایت‌های مقرر در آن قوانین از شمول مقررات تأمین اجتماعی خارج هستند (نعیمی و همکاران، ۱۳۸۹: ۵۱).

مصادیق بیمه‌شدگان اجباری قانون تأمین اجتماعی عبارتند از:

- الف) کارگران در مفهوم عام (کلیه مشمولان قانون کار)؛^۱
- ب) کارگران ساختمانی؛^۲
- ج) مشمولان قانون بیمه اجتماعی رانندگان حمل و نقل بار و مسافر بین شهری؛^۳
- د) اتباع بیگانه شاغل در ایران؛^۴
- ه) مستخدمان وزارتخانه‌ها، مؤسسات، شرکت‌های دولتی و مستخدمان مؤسسات وابسته به دولت در هر مورد که از طریق قوانین خاص دیگری از مزایای ماده ۳ تأمین اجتماعی برخوردار نباشند؛
- و) مستخدمان پیمانی؛^۵
- ز) مشمولان قانون حمایت کارمندان در برابر آثار ناشی از پیری و ازکارافتادگی؛
- ح) کارکنان شرکت‌های دولتی؛^۶
- ط) باغداران؛
- ی) دامداران؛
- ک) کارکنان مطبوعات؛
- ل) کارکنان سازمان تأمین اجتماعی (همان: ۵۲-۵۴).
- جهت استفاده از مزایای تأمین اجتماعی مقرر در قانون تأمین اجتماعی برای مشمولان اجباری، جمعاً ۳۰ درصد حقوق، حق بیمه پرداخت می‌گردد که از این میزان، ۷ درصد سهم بیمه‌شده، ۲۰ درصد سهم کارفرما و ۳ درصد سهم دولت می‌باشد.^۷

۱. بند ۳ ماده ۲ قانون تأمین اجتماعی، بند ۵ ماده ۲ قانون تأمین اجتماعی و مواد ۱۳۴، ۴، ۲، ۱۴۸ و ۱۴۹ قانون کار.

۲. قانون بیمه اجباری کارگران ساختمانی مصوب ۱۳۵۲.

۳. قانون بیمه اجتماعی رانندگان حمل و نقل بار و مسافر بین شهری مصوب ۱۳۷۹.

۴. ماده ۵ قانون تأمین اجتماعی و مشروط به شرایط ذکر شده در همان قانون.

۵. آیین نامه استخدام پیمانی مصوب ۱۳۶۸ و اصلاحیه‌های آن.

۶. مقررات استخدامی شرکت‌های دولتی.

۷. ماده ۲۸ قانون تأمین اجتماعی.

۳,۱. شرایط برخورداری از مزایای بیماری و زایمان

به موجب قانون تأمین اجتماعی،^۱ کلیه مشمولان اجباری این قانون و خانواده آنها از زمانی که مشمول مقررات قانون تأمین اجتماعی قرار می گیرند، می توانند از خدمات پزشکی استفاده کنند.

فقط برای برخورداری از خدمات بیماری و نه بارداری، سپری شدن دوره خاصی از پرداخت حق بیمه نیاز نیست و برای استفاده از مزایای بارداری باید دوره‌ای از پرداخت حق بیمه سپری گردد.

۳,۲. مزایای بیماری و زایمان

تعهدات درمانی که درخصوص بیماری‌ها و حوادث برعهده سازمان تأمین اجتماعی قرار دارد، بدین شرح است:^۲

الف) انجام کلیه خدمات کلینیکی، پاراکلینیکی، بیمارستانی اعم از پزشکی و دندانپزشکی؛

ب) انجام کمک‌ها و معاینات طبی و معالجات قبل، حین و بعد از زایمان یا پرداخت وجه نقد به جای کمک‌های مذکور بنا به درخواست بیمه‌شده طبق ضوابط مقرر؛

ج) توانبخشی و تجدید فعالیت بیمه‌شدگان آسیب‌دیده که قدرت کار خود را از دست داده‌اند و اقدام به اشتغال آنان به کارهای مناسب؛

د) تحویل وسایل کمک‌پزشکی (پروتز و اروتز) که به منظور اعاده سلامت یا برای جبران نقص جسمانی یا تقویت یکی از حواس به کار می‌روند.

به صراحت قانون تأمین اجتماعی، خدمات این سازمان به بیمه‌شدگان به دو صورت

۱. ماده ۵۴ قانون تأمین اجتماعی.

۲. مواد ۲ و ۳ آیین‌نامه اجرایی الزام سازمان به اجرای بندهای الف و ب ماده ۳ قانون تأمین اجتماعی مصوب اردیبهشت ۱۳۶۹.

مستقیم و غیرمستقیم صورت می‌گیرد. در درمان غیرمستقیم، بیمه‌شده در انتخاب پزشک، داروخانه، بیمارستان، آزمایشگاه و ... آزادی عمل دارد. علاوه بر خدمات درمانی، در این زمینه طبق شرایطی غرامت دستمزد نیز پرداخت خواهد شد. بیمه‌شدگانی که تحت معالجه یا درمان‌های توانبخشی قرار می‌گیرند، چه ناشی از کار باشد یا غیر از آن؛

- اگر موقتاً قادر به کار نباشند؛

- اگر اشتغال نداشته باشند و مزد دریافت نکنند؛

- اگر محتاج به بستری مطلق باشند؛

مستحق دریافت غرامت دستمزد خواهند بود.^۱ چنانچه بیمه‌شده دارای همسر یا فرزند یا پدر و مادر تحت تکفل باشد میزان غرامت دستمزد مساوی است با سه چهارم آخرین مزد یا حقوق روزانه وی و اگر فاقد افراد تحت تکفل باشد، معادل دوسوم آخرین مزد یا حقوق روزانه وی خواهد بود. اگر بیمه‌شده برای درمان به شهر دیگری اعزام شود، غرامت دستمزد و ۱۰۰ درصد غرامت دستمزد بابت هر روز اقامت به وی پرداخت می‌گردد. همچنین مخارج این مسافرت درمانی پرداخت می‌گردد و در صورت تشخیص لزوم همراه، ۵۰ درصد حقوق یا دستمزد بیمه‌شده به وی پرداخت خواهد شد.^۲

در زمینه خدمات درمانی، همان‌طور که گفته شد، قانون دیگری نیز برای تحت پوشش قرار دادن همه جمعیت کشور تحت عنوان بیمه همگانی خدمات درمانی وجود دارد. این قانون در سال ۱۳۷۳ با اهداف متعددی، از جمله توسعه و تعمیم بیمه خدمات درمانی و زیر پوشش قرار دادن تمام گروه‌ها و افراد جامعه، به‌ویژه نیازمندان و روستاییان به تصویب رسید. مهم‌ترین منبع درآمد سازمان بیمه خدمات درمانی، حق

۱. ماده ۵۹ قانون تأمین اجتماعی.

۲. ماده ۶۲ قانون تأمین اجتماعی.

سرانه است (همان: ۱۹۳).

می توان گفت این قانون در ادامه و برای تکمیل قانون تأمین اجتماعی، به منظور تحت پوشش قرار دادن افراد و اقشاری تصویب شد که در قلمرو تأمین اجتماعی از قلم افتاده بودند.

مشمولان قانون مذکور به قرار زیر هستند:

الف) کارکنان دولت؛

ب) خویش فرمایان و کارفرمایان؛

ج) روستاییان و عشایر؛

د) سایر اقشار.

از میان مشمولان این قانون فقط بیمه درمانی برای کارکنان دولت اجباری است و مابقی به صورت اختیاری تحت پوشش این بیمه قرار خواهند گرفت. مطابق ماده ۱۳ قانون، سهم حق بیمه برای کارمند دولت مساوی ۳۰ درصد از حق بیمه و برای خانواده بیمه شده ۱۰۰ درصد از حق بیمه است.

مطابق با ماده ۱۷ این قانون، کلیه بیمارستان ها، مراکز بهداشتی و درمانی و مراکز تشخیصی و پزشکان کشور موظف به پذیرش و مداوای بیمه شدگان و ارائه و انجام خدمات و مراقبت های پزشکی لازم براساس ضوابط و مقررات این قانون هستند.

در سال ۹۱ مطابق ماده ۳۸ قانون برنامه پنجم توسعه و تجمیع بخش های بیمه درمانی صندوق های بیمه ای در سازمان بیمه خدمات درمانی، سازمان بیمه سلامت ایران رسماً فعالیت خود را آغاز کرد و مأموریت یافت اقدام های لازم را به منظور تمرکز کلیه امور بیمه سلامت در سازمان از طریق تجمیع بخش بیمه درمانی کلیه صندوق های موضوع ماده ۵ قانون مدیریت خدمات کشوری و ماده ۵ قانون محاسبات عمومی کشور با رعایت مفاد ماده ۳۸ قانون برنامه پنجم توسعه را انجام دهد و بیمه سلامت جایگزین بیمه خدمات درمانی شد و ایفای رسالت های آن را برعهده گرفت.

طبق قانون تأمین اجتماعی در مورد مزایای بارداری نیز در صورت وجود شرایطی کمک بارداری به صورت نقدی پرداخت می‌گردد: بیمه‌شده زن یا همسر بیمه‌شده که ظرف یک سال قبل از زایمان سابقه پرداخت حق بیمه شصت روز را داشته باشد؛ عدم اشتغال به کار.

میزان کمک بارداری مساوی است با دوسوم آخرین مزد یا حقوق بیمه‌شده که حداکثر برای مدت ۱۲ هفته جمعاً قبل و بعد از زایمان قابل پرداخت خواهد بود.^۱ در مورد بهره‌مندی از خدمات پزشکی نیز بیمه‌شده زن یا همسر بیمه‌شده مرد در صورتی که در طول مدت یک سال قبل از وضع حمل حق بیمه شصت روز را پرداخته باشد، می‌تواند از کمک‌ها، معاینه‌های طبی و معالجات قبل از زایمان و حین زایمان و بعد از وضع حمل استفاده کند. اگر بیمه‌شده تقاضا کند می‌تواند به جای این خدمات وجه نقد دریافت دارد.^۲

۱. ماده ۶۷ قانون تأمین اجتماعی.

۲. ماده ۶۸ قانون تأمین اجتماعی.

نتیجه

از تطبیق میان نظام حقوقی تأمین اجتماعی در کشور ایران و آلمان در حوزه سلامت، نکات جالب توجهی به دست می‌آید. در ساحت حق بیمه:

الف) سهم بیمه‌شده از حق بیمه لازم برای بهره‌مندی از خدمات تأمین اجتماعی در حوزه سلامت در آلمان، ۸٫۲ درصد حقوق و در ایران ۷ درصد است.

ب) پرداختی حق بیمه توسط کارفرما در کشور آلمان، ۷٫۳ درصد و در ایران ۲۰ درصد است.

ج) سهم دولت از حق بیمه در ایران در مجموع ۳ درصد است؛ درحالی‌که در کشور آلمان دولت با توجه به شرایط و اوضاع، فقط یارانه، کمک و وام پرداخت می‌کند و سهم مشخصی از حق بیمه ندارد.

برای برخورداری از مزایای حوزه سلامت، آنچه تحت عنوان حق بیمه در آلمان از بیمه‌شده دریافت می‌شود، از مجموع همین مبلغ در ایران بیشتر است. این مسئله از زاویه‌ای می‌تواند قابل انتقاد باشد؛ بالا بودن حق بیمه می‌تواند به این معنا باشد که خدمات تأمین اجتماعی و بهره‌مندی از آنان هزینه‌گزافی دارد؛ امری که گاه موجبات اعتراضات مردمی را در کشورهای صنعتی پدید می‌آورد. اما اگر بالا بودن حق بیمه به معنای بالا بودن سطح خدمات باشد، دیگر انتقاد مذکور جایی نخواهد داشت؛ چراکه در کشورهایی که با وجود داشتن اقتصاد غیردولتی اقدام به اجرای نظام رفاهی می‌کنند، بزرگ‌ترین منبع در دسترس برای آنان حق بیمه‌ها و مالیات است.

برعکس، در مورد کارفرما مبلغ پرداختی در ایران بیش از آلمان است.

نکته قابل توجه دیگر آنکه در کشور آلمان میزان حق بیمه پرداختی توسط بیمه‌شده و کارفرما با اختلاف اندکی تقریباً یکسان است؛ دقیقاً برخلاف ایران که سهم بیمه‌شده و کارفرما تفاوت بسیار زیادی دارند. بسیاری معتقدند بالا بودن سهم کارفرما در حق بیمه، علاوه بر آنکه انگیزه‌های سرمایه‌گذاری و کارآفرینی را از کارفرمایان سلب می‌کند، زمینه

را برای بروز اعمال متقلبانه نسبت به قانون از سوی کارفرما (مثل انعقاد قراردادهای ۸۹ روزه و ...) نیز فراهم می‌آورد.

ریشه این تفاوت‌ها را باید در سیاست‌های مربوط به اقتصاد بازار آزاد و اقتصاد دولتی دانست. عدم شراکت اقتصادی دولت در حق بیمه و صرفاً انجام وظایف حمایتی و هماهنگی و نظارتی، بازگوی این مطلب است که اقتصاد کشور آلمان جز اقتضای این را ندارد. اما در نظام تقنینی ایران به دلیل نگرش حمایتی برای بیمه‌شدگان به‌طور کلی و کارگران به‌طور خاص، قوانینی وضع شده که در آن سهم کارفرما از حق بیمه سه برابر سهم بیمه‌شده است. این تفاوت می‌تواند نشان‌دهنده مسئله دیگری نیز باشد و آن اینکه بالا بودن سهم کارفرما، پایین بودن سهم بیمه‌شده و سهم ثابت دولت، بیانگر پایین بودن سطح نظام تأمین اجتماعی ایران است؛ بدین معنا که تأمین اجتماعی در ایران هنوز در مراحل اولیه است و هنوز تلاش می‌کند سطوح اولیه و حداقل‌های ممکن را پوشش دهد؛ به همین دلیل چنین سیاستی را برگزیده است. این در حالی است که بالا بودن حق بیمه در آلمان و تساوی سهم بیمه‌شده و کارفرما به دلیل گستردگی و برخورداری از تنوع بیشتر خدمات رفاهی است.

ثابت بودن سهم دولت از حق بیمه این مزیت را دارد که قابلیت مطالبه را واقعی‌تر می‌کند و تکلیف دولت در این زمینه را کمتر دستخوش سلاقی می‌نماید؛ اما ثابت نبودن هم می‌تواند این مزیت را داشته باشد که با توجه به افزایش هزینه‌ها در موارد خاص، نقش دولت پررنگ‌تر گردد؛ به‌خصوص که پرداختی دولت جنبه وام و کمک دارد، نه جنبه سهم در حق بیمه.

دومین عرصه، در زمینه خدمات و برنامه‌های حوزه بیماری و بارداری است.

الف) در ایران و آلمان خدمات بیماری و بارداری مشتمل بر دو دسته معالجات پزشکی و غرامت دستمزد است.

ب) در هر دو کشور برای استفاده از مزایای بیماری، سابقه پرداخت حق بیمه شرط نیست؛ اما در ایران برای خدمات بارداری شرط پرداخت حق بیمه وجود دارد که در

مورد آلمان این شرط موجود نیست.

براساس آمارهای موجود در قوانین دو کشور این چنین استنباط می شود که جز در موارد اندکی، تفاوت مهمی میان این دو کشور در زمینه خدمات سلامت و بارداری از لحاظ شرایط قانونی وجود ندارد. اما آنچه در عمل اتفاق افتاده است، این چنین نیست. شاید بتوان ادعا کرد بخش سلامت در یک کشور، بارزترین نمود در نظام تأمین اجتماعی را دارد؛ بدین معنا که اگر شهروندان یک جامعه به لحاظ سلامت و بهداشت تأمین باشند، شاید ضعف در ابعاد دیگر تأمین اجتماعی چندان خللی به امنیتشان وارد نسازد. این در حالی است که دغدغه اقتصاد سلامت، مهم ترین مشکل مردم ایران در زمینه تأمین اجتماعی به شمار می رود.

پوشش بیمه قانونی آلمان به گونه ای است که تلاش کرده همه افراد با هر شغل و عنوانی تحت پوشش اجباری قرار گیرند و به خصوص افراد کم درآمد در اولویت باشند؛ چراکه افراد با درآمد بالاتر می توانند تحت پوشش بیمه های اختیاری باشند. اما در ایران افراد و گروه های متعددی از پوشش اجباری خارج اند؛ به خصوص که حق بیمه پوشش اختیاری نیز بیش از پوشش اجباری است. به عبارت روشن تر قانون اصلاً به میزان درآمد افراد در شمول خدمات درمانی توجهی نداشته و به این خدمت از تأمین اجتماعی نیز به چشم سایر خدمات نگریسته است؛ درحالی که سلامت و بهداشت و دغدغه های ناشی از آن می تواند آسیب های عمیق جسمی و روانی فراوانی بر جامعه وارد آورد.

درمجموع می توان گفت حقوق درمانی ای که مردم ایران طبق قوانین دارا می باشند، می تواند مبنای یک نظام متعالی قرار گیرد (البته جز در مواد اندکی مثل تحت پوشش نبودن مراقبت های پیشگیری). آنچه نظام درمان را در ایران ناکارآمد ساخته، غالباً سوء اجرا و فقدان نظارت در عرصه عمل است.

به نظر می رسد اگر اولین گام بهبود نظام حقوقی سلامت در ایران را گام تقنینی بدانیم، راه زیادی پیش روی قانونگذار نیست؛ قانون تأمین اجتماعی در حوزه سلامت در ایران در تطبیق با قانون نظام سلامت پیشرفته ای چون آلمان چندان فاصله فاحشی

ندارد. اما آنچه ضروری است و رسالت قوه قانونگذاری، اصالت دادن به این مهم در رویکردهای تقنینی در برنامه‌های توسعه و اصلاح قوانین عادی است. در این راستا پیشنهادهایی به ترتیب ذیل می‌تواند در مورد نظام تقنینی مطرح گردد:

الف) به نظر می‌رسد باتوجه به اهمیت پیش‌گفته نظام سلامت نسبت به سایر خدمات حوزه رفاه اجتماعی و ناکارآمدی موجود در این زمینه باید همانند کشورهای دیگر، ازجمله آلمان حساب بیمه‌های بهداشتی و درمانی را از سایر خدمات تأمین اجتماعی تفکیک کرد. بدین ترتیب که در حال حاضر حق بیمه دریافتی به‌صورت یک‌پارچه و بدون تفکیک بین خدمات است. حال آنکه لازم است نظام قانونی‌ای طراحی گردد که مطابق آن هرکس، حتی اگر تحت سایر حمایت‌های تأمین اجتماعی نبود، با پرداخت حق بیمه بتواند تحت حمایت‌های بهداشتی درمانی قرار گیرد. خصوصاً در مورد افراد مشمول قانون تأمین اجتماعی که غالباً کارگران هستند و البته افرادی که تحت شمول قانون تأمین اجتماعی نیستند که ضرورت بیشتری نسبت بدانها احساس می‌گردد. بنابراین می‌توان از طراحی یک نظام پایه‌ای همگانی بهداشتی درمانی نام برد که مطابق آن افراد فارغ از وابستگی‌های شغلی و حرفه‌ای و صرفاً به‌دلیل شهروندی تحت پوشش این بیمه قرار گیرند. در طراحی چنین نظامی البته توجه به این نکته بسیار ضروری است که خدمات بیمه پایه‌ای همگانی باید در سطحی خوب و قابل قبول ارائه گردد؛ نه اینکه به نام همگانی بودن ضعیف‌ترین مراکز و خدمات ارائه شوند و در نتیجه افراد به عضویت در آن رغبتی نداشته باشند.

ب) مسئله دیگری که می‌تواند از رهگذر قانونگذاری اصلاح شود، مسئله شرط پرداخت میزان مشخصی از حق بیمه برای برخورداری از خدمات بارداری است. حال آنکه در بیشتر کشورهای موفق در حوزه تأمین اجتماعی بیماری و بارداری به‌صورت یکسان دیده شده و برای هیچ‌کدام پرداخت میزان معینی از حق بیمه شرط نشده است. حال آنکه در ایران برخلاف خدمات مربوط به بیماری، خدمات مربوط به بارداری از ابتدای عضویت در بیمه قابل پرداخت نیست و گذشت زمانی از پرداخت حق بیمه

شرط شده است. وانگهی در جامعه مسلمانی که افزایش جمعیت به عنوان یک ارزش اجتماعی تبلیغ و ترویج می شود، اتخاذ چنین سیاستی حداقل کاری است که می توان برای وصول به این هدف انجام داد. مضافاً بر اینکه پیرو پیشنهاد بند قبلی لازم است خدمات بارداری (شامل مراقبت های دوران بارداری و پس از بارداری) نیز همچون خدمات مربوط به بیماری در مجموعه نظام پایه ای همگانی تأمین اجتماعی لحاظ شده و همچنین منصرف به روابط شغلی و حرفه ای نباشد.

ج) در نظام تقنینی ایران به نام حمایت از کارگر، سنگینی بار حق بیمه بر گرده کارفرما نهاده شده است و این خود یکی از عوامل اصلی کاهش انگیزه کارهای تولیدی تلقی می شود. حال آنکه با توجه به وضعیت اقتصادی کشور ایران و اهمیت مسئله تولید، قانونگذار باید تشویق کارفرمایان به بیمه کردن کارگران و در نتیجه افزایش بهره وری را هدف قرار دهد. حال آنکه در حال حاضر کارفرمایان به بهانه ها و طرق مختلف تلاش می کنند به دلیل زیادی سهم حق بیمه از بیمه کردن کارگران خودداری ورزند. جا دارد اگر دولت خود را مدافع منافع کارگران می داند، سنگینی بار حق بیمه را خود به دوش بکشد یا دست کم کارفرمایان را در این مسیر از طریق کمک و وام یاری رساند. از طرفی می توان در نظام قانونی ترجیحاتی نیز برای برخی مشاغل تولیدی پرمفعت یا ضروری برای جامعه به صورت موردی قائل شد.

د) همه اینها در حالی است که به عقیده نگارنده نظام همگانی و مستقل از روابط حرفه ای مدل مطلوب برای نظام بیمه های بهداشتی است. در این نظام است که می توان ادعا کرد تمام شهروندان از جهت دغدغه های درمانی در آسایش هستند و در مورد افراد واجد روابط حرفه ای، در قالب همین نظام همگانی کارفرمایان می توانند اندکی از بار دولت را در پرداخت حق بیمه بکاهند. همچنین قانونگذار باید به این نکته التفات داشته باشد که همواره هستند کسانی که توان پرداخت حتی کمترین حق بیمه ای را نیز ندارند. شایسته است در این مدل همگانی وجود این افراد نیز دیده شود و چنان نباشد که به واسطه عدم قدرت پرداخت حق بیمه از حداقل های بهداشتی درمانی محروم باشند.

منابع

الف) فارسی

۱. اداره کل روابط عمومی و امور بین الملل سازمان تأمین اجتماعی، تأمین اجتماعی در سراسر جهان: آلمان، ترجمه نفیسه کرمی، ۱۳۹۱.
۲. بادینی، حسن، حقوق تأمین اجتماعی، تهران: دانشگاه تهران، جزوه درسی نیمسال اول سال تحصیلی ۹۱-۹۲.
۳. پناهی، بهرام، «فرایند عملیاتی نظام تأمین اجتماعی»، فصلنامه تأمین اجتماعی، شماره ۱، ۱۳۷۶.
۴. پیترز، دنی، «تأمین اجتماعی مقدمه‌ای بر اصول اساسی»، ترجمه فراز فیروزمندی و سمیره احمدی، تهران: مؤسسه مطالعات و پژوهش‌های حقوقی شهر دانش، چاپ اول، ۱۳۸۸.
۵. حسن‌زاده، علی و سعیده فخیم‌علیزاد، «گزینه‌هایی برای پوشش همگانی مراقبت‌های سلامت در ایران»، فصلنامه تأمین اجتماعی، شماره ۲۲، ۱۳۸۴.
۶. راینهارت، اووه، «نظام خدمات و بیمه درمانی آلمان»، ترجمه عزیز کیاوند، فصلنامه تأمین اجتماعی، شماره ۶، ۱۳۷۹.
۷. ستاری‌فر، محمد، «زمینه تاریخی تأمین اجتماعی»، فصلنامه تأمین اجتماعی، شماره ۱، ۱۳۸۷.
۸. طالب، مهدی، تأمین اجتماعی، مشهد: بنیاد فرهنگی رضوی، چاپ دوم، ۱۳۷۰.
۹. عراقی، عزت‌الله و همکاران، درآمدی بر حقوق تأمین اجتماعی، تهران: مؤسسه عالی پژوهش، ۱۳۸۶.
۱۰. کارین، گای و چریس جیمز، «دستیابی به پوشش فراگیر از طریق بیمه اجتماعی سلامت؛ ویژگی‌های کلیدی طراحی در دوران انتقال»، ترجمه حسن حق‌پرست و علی‌اصغر احمدکیادلیری، فصلنامه تأمین اجتماعی، شماره ۲۴، ۱۳۸۵.

۱۱. مجتبی‌ی نائینی، مهدی، فرهنگ اصطلاحات کار و تأمین اجتماعی، تهران: مؤسسه کار و تأمین اجتماعی، ۱۳۷۲.
۱۲. مسعود اصل، ایروان و همکاران، نظام رفاه اجتماعی در جهان (مطالعه تطبیقی)، تهران: مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی، چاپ اول، ۱۳۸۸.
۱۳. نعیمی، عمران و همکاران، قانون تأمین اجتماعی در نظم حقوقی کنونی، تهران: جنگل، چاپ اول، ۱۳۸۹.

ب) انگلیسی

1. Scheuba, Beatrice, Bismarck's Institutions: A historical perspective on the social security hypothesis, published by Mohr Seibek: 2013, p.77.
2. Dekker, Adriette, 2000, Social Security: a conceptual view, journal of faculty of law, vol 4(1), p.3.
3. ILO, World of Work, magazine of the ilo, no.67, 2009, p.2.
4. Elke, D.r.med, Health care system in the EU: A comparative study, European Parliament, 1998, p.61.
5. ISSA and SSA, Social security programs throughout the world: europe 2014, ssa publication, 2014.
6. European Commission, Your social security rights in Germany, 2013.

ج) سایت

1. <http://www.issa.int/country-details?countryId=DE®ionId=EUR&filtered=false>.