

کمیسیون‌های پزشکی، محور عدالت بیمه‌ای

کمیسیون‌ها با بررسی دقیق پرونده‌های از کارافتادگی و استعلاجی، دقت علمی و شفافیت تصمیم‌گیری را تضمین می‌کنند تا حقوق بیمه‌شدگان بدون سوءاستفاده از منابع سازمان محقق شود



همانند بررسی پرونده‌های از کارافتادگی، بر مبنای دقت علمی و عدالت انجام می‌شود. دکتر علیرضا رضانی توضیح داد که مرخصی استعلاجی کوتاه‌مدت تا سه روز نیازمند بررسی نیست، اما مرخصی‌های طولانی‌تر بین ۱۰ روز تا دو ماه توسط پزشکان معتمد تأیید می‌شوند. موارد استعلاجی بیش از دو ماه یا شرایط خاص مانند رانندگان، به دقت و بررسی شورای پزشکی نیاز دارد. این فرآیند تضمین می‌کند که بیمه‌شدگان در دوران بیماری، دستمزد و حقوق قانونی خود را دریافت کنند.

مسیر تشکیل پرونده از کارافتادگی

مسیر تشکیل پرونده از کارافتادگی بیمه‌شدگان، آغازگر یک فرایند دقیق و حقوقی در کمیسیون‌های پزشکی تأمین اجتماعی است. بیمه‌شده‌ای که به دلیل بیماری یا ناتوانی شغلی به مرز از کارافتادگی رسیده، نخست با ارائه مدارک پزشکی خود به شعبه بیمه، کارگزاری، کافی‌نت یا سامانه غیرحضور سازمان، درخواست خود را ثبت می‌کند.

دکتر محمدرضا عبدالله‌پور، رئیس اداره شورا و کمیسیون‌های پزشکی استان مازندران، توضیح می‌دهد؛ شعب بیمه پس از دریافت مدارک، بلافاصله فرم استعلام از پزشک معالج را برای بیمه‌شده ارسال می‌کنند. پس از تکمیل این فرم توسط پزشک معالج، بیمه‌شده آن را مجدداً در سامانه بارگذاری می‌کند تا فرایند بررسی آغاز شود. در این مرحله، سابقه بیمه‌پردازی و مدارک پزشکی حداکثر ظرف ۱۰ روز از نظر تکمیل بودن اقدامات تشخیصی و درمانی و انطباق با آیین‌نامه پذیرش در کمیسیون پزشکی، بازبینی می‌شود. در صورت کامل بودن مدارک، گواهی‌ها و مستندات برای ارزیابی کارشناسی به کمیسیون پزشکی ارسال می‌شود. از جمله این مدارک می‌توان به گواهی پایان درمان از سوی پزشک معالج و داشتن حداقل یک سال سابقه بیمه‌پردازی توسط متقاضی اشاره کرد؛ به‌طوری‌که در این مورد، بیمه‌شده رابطه تعهدی خود را با سازمان تأمین اجتماعی حفظ کرده باشد.

بررسی تخصصی و صدور رأی نهایی

اداره شورا و کمیسیون‌های پزشکی، پرونده بیمه‌شده را از نظر هویتی و راستی‌آزمایی مدارک پزشکی بررسی کرده و آن را به کمیسیون پزشکی تخصصی ارائه می‌دهد. در این فرایند، صحت اسناد و انطباق آن‌ها با

جایگاه بیمه‌شده را از منظر قانونی مشخص می‌کند. مطابق ماده ۳ قانون تأمین اجتماعی، از کارافتادگی یکی از حقوق بنیادین بیمه‌شدگان است و ماده ۲ آن، انواع از کارافتادگی را شامل کلی، جزئی و غرامت مقطوع نقص عضو تعریف می‌کند. از کارافتادگی کلی زمانی محقق می‌شود که فرد نتواند بیش از یک سوم درآمد سابق خود را با کار قبلی یا شغلی دیگر کسب کند. از کارافتادگی جزئی کاهش نسبی توان کاری را نشان می‌دهد و غرامت مقطوع، جبران یک‌باره نقص عضو و کاهش درآمد است.

دکتر علیرضا رضانی، رئیس کمیسیون و شورای پزشکی استان ایلام، با تأکید بر دقت علمی کمیسیون‌ها، توضیح داد: «در حوادث شغلی، کاهش توان کار بین ۱۰ تا ۳۳ درصد مستلزم پرداخت غرامت مقطوع یک‌باره است؛ کاهش بین ۳۳ تا ۶۶ درصد، از کارافتادگی جزئی و بیش از ۶۶ درصد، از کارافتادگی کلی محسوب می‌شود و غرامت مادام‌العمر به بیمه‌شده تعلق می‌گیرد.» وی افزود، در موارد غیرحادثه‌ای، تنها کاهش توان بیش از ۶۶ درصد سبب شناخته شدن فرد به عنوان از کارافتاده می‌شود.

نقش کمیسیون‌ها در تعیین وضعیت فرزندان تحت تکفل نیز حیاتی است. رضانی توضیح داد: «فرزندان ذکور پس از رسیدن به سن قانونی و دختران در صورت ازدواج یا اشتغال، عموماً از تکفل والدین خارج می‌شوند، اما فرزندی که بیماری یا اختلالات مزمن دارند و بیش از ۶۶ درصد از توان کار آن‌ها کاسته شده است، همچنان تحت تکفل باقی می‌مانند و از مزایای قانونی بهره‌مند می‌شوند.»

در این چارچوب، کمیسیون‌های پزشکی نه تنها وظیفه رسیدگی دارند، بلکه پاسدار عدالت و حافظ منابع سازمان تأمین اجتماعی هستند؛ جایی که هر تصمیم، وزن مالی و اجتماعی قابل توجهی دارد و هر رأی صادره، بازتابی از دقت، دانش و تعهد بی‌چون‌وچرا به حق بیمه‌شدگان است. این کمیسیون‌ها، واقعاً «ترازوی عدالت» هستند که سره را از ناسره جدا می‌کنند و نشان می‌دهند که در قلب تأمین اجتماعی، عدالت تنها یک شعار نیست، بلکه عملیاتی ملموس و مسئولانه است.

غرامت دستمزد ایام بیماری

رسیدگی به مرخصی‌های استعلاجی، بخشی جدایی‌ناپذیر از وظایف شوراهای پزشکی است و

کمیسیون‌های پزشکی، ترازوی عدالت تأمین اجتماعی و محور اجرای دقیق حق بیمه‌شدگان به شمار می‌رود. این کمیسیون‌ها، زیر نظر مدیریت‌های درمان در هر استان، پرونده بیمه‌شدگانی را که بر اثر بیماری یا حوادث شغلی دچار از کارافتادگی شده‌اند، با دقتی خستگی‌ناپذیر بررسی می‌کنند تا رأی نهایی، پس از عبور از فیلترهای سخت‌گیرانه راستی‌آزمایی، بر مبنای عدالت صادر شود. روند رسیدگی از لحظه درخواست بیمه‌شده برای برخورداری از مزایای از کارافتادگی یا مرخصی‌های استعلاجی طولانی آغاز می‌شود؛ مراجعه به شعب بیمه، ارائه مدارک پزشکی و ارسال پرونده به صورت الکترونیکی، تنها نخستین گام در این مسیر دقیق است. ساختار کمیسیون‌ها متشکل از تیمی مجرب از پزشکان متخصص و فوق تخصص است؛ رئیس جلسه، پزشک مشاور و اعضای تخصصی بر اساس نوع بیماری پرونده‌ها را مورد ارزیابی قرار می‌دهند.

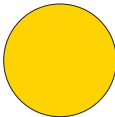
به گفته دکتر علیرضا رضانی، رئیس کمیسیون و شورای پزشکی مدیریت درمان استان ایلام، هر استان دارای رئیس اداره کمیسیون، دبیران و کارشناسانی است که با توجه به جمعیت تحت پوشش، فعالیت می‌کنند و پزشکان متخصص و فوق تخصص در جلسات تخصصی، با دقت علمی پرونده‌ها را بررسی می‌کنند تا عدالت تأمین اجتماعی به معنای واقعی محقق شود.

شمشیر دوله عدالت پزشکی

کمیسیون‌ها و شوراهای پزشکی تأمین اجتماعی، قلب تپنده عدالت بیمه‌ای و محور تصمیم‌گیری درباره حق و حقوق بیمه‌شدگان به شمار می‌روند. آن‌ها نه تنها پرونده‌های بیمه‌شدگانی را که در اثر بیماری یا حوادث شغلی از کارافتاده‌اند بررسی می‌کنند، بلکه با دقتی علمی و بی‌تردید، سره را از ناسره جدا کرده و تضمین می‌کنند که منابع سازمان در مسیر درست و به نفع مستحقان واقعی صرف شود. وظایف کمیسیون‌ها بر چهار محور اصلی استوار است: نخست، بررسی دقیق از کارافتادگی ناشی از حوادث کار؛ دوم، رسیدگی به از کارافتادگی‌های غیرحادثه‌ای و بیماری‌های مزمن؛ سوم، تعیین وضعیت فرزندان تحت تکفل بیمه‌شدگان که به دلیل ناتوانی قادر به کار کردن نیستند؛ و چهارم، ارزیابی و تأیید مرخصی‌های استعلاجی بلندمدت، که تنها با تأیید شورای پزشکی قانونی استغ اما در مرکز این فرایند، «درجه از کارافتادگی» قرار دارد؛ شاخصی که

یادداشت

O P I N I O N



علی مقصودیان

مدیریت درمان منطقه کاشان

از مراجعه حضوری تارآی الکترونیک

بخش قابل توجهی از خدمات تأمین اجتماعی، از کمک هزینه وسایل پزشکی و استراحت‌های درمانی گرفته تا تغییر شغل و از کارافتادگی ناشی از حوادث و بیماری‌ها، از مسیر شوراها و کمیسیون‌های پزشکی تحقق می‌یابد. این نهادها با اتکا به دانش پزشکی و چارچوب‌های قانونی، ارزیابی پرونده‌ها را انجام می‌دهند و بدون بررسی دقیق کارشناسی، تمیز دادن حق از ناحق ممکن نیست. هر تصمیم، تلفیقی است از ضرورت‌های علمی برای راستی‌آزمایی بیماری‌ها و الزامات فنی تطبیق با قوانین و آیین‌نامه‌های تأمین اجتماعی. بررسی مدارک، معاینات بالینی، تطبیق سوابق بیمه‌ای و تحلیل مدارک تکمیلی، همگی در قالب فرآیندی دقیق و چند مرحله‌ای انجام می‌شوند تا اطمینان حاصل شود که حقوق بیمه‌شدگان به‌طور منصفانه احقاق می‌شود و کوچک‌ترین اجحافی رخ نمی‌دهد.

پیش از دهه ۹۰، روند ارائه خدمات غالباً حضوری بود و بیمه‌شدگان ناگزیر بودند برای ثبت درخواست‌ها و ارائه مستندات، کیلومترها راه طی کنند و به شعب و مراجع پزشکی مراجعه حضوری داشته باشند. این روش، علاوه بر ایجاد کندی در رسیدگی‌ها، موجب فرسایش شغلی کارکنان و نارضایتی بیمه‌شدگان می‌شد و گاه بیمه‌شدگان مجبور بودند روزها و هفته‌ها منتظر بررسی پرونده خود باشند. افزایش جمعیت تحت پوشش و پیچیدگی پرونده‌ها ضرورت تحول در نحوه ارائه خدمات را آشکار ساخت.

این نیاز، بستری برای ورود فناوری اطلاعاتی و خدمات غیرحضور فراهم کرد و امکان ارائه خدمات از طریق اینترنت و فضای مجازی مهیا گردید، روندی که با مدیریت دکتر مصطفی سالاری در دوره نخست مدیرعاملی سرعت و شفافیت بیشتری یافت و پایه‌گذار تحول دیجیتال در سازمان شد. اجرای خدمات غیرحضور، به ویژه در حوزه کمیسیون‌های

پزشکی، اثرات ملموسی بر سرعت و دقت فرآیندها داشته است. حذف جایجایی فیزیکی پرونده‌ها، احتمال گم شدن یا ناقص ماندن مدارک را کاهش داد و امکان رسیدگی سریع‌تر و بدون دخالت دست را فراهم کرد. همچنین، پیاده‌سازی سامانه‌های هوشمند برای ثبت مدارک، پیگیری وضعیت پرونده و دریافت نتیجه رأی، تجربه‌ای یکپارچه و قابل اعتماد برای بیمه‌شدگان ایجاد کرده است.

طرح اخیر سازمان برای غیرحضور کردن ۲۰ خدمت عمده، گامی مهم در تکمیل پازل خدمات الکترونیک است و پس از اجرای پایلوت در چند استان، به سطح ملی گسترش خواهد یافت. این تغییر، علاوه بر کاهش فشار بر کارکنان، امکان دسترسی برابر بیمه‌شدگان در سراسر کشور به خدمات تخصصی را نیز فراهم می‌آورد و شفافیت و پاسخگویی را تقویت می‌کند. با وجود پیشرفت خدمات غیرحضور، ماهیت قضאותی و بالینی شوراها و کمیسیون‌های پزشکی مانع حذف کامل حضور بیمه‌شدگان است. بررسی مدارک، معاینات بالینی و داوری کارشناسی همچنان نیازمند حضور مستقیم است. تجربه کرونا نشان داد حتی در شرایط اضطراری، معاینات حضوری با رعایت پروتکل‌ها ضروری است.

سالانه صدرلی

روزنامه نگار

۶۶

کمیسیون‌های

پزشکی با

تکیه بر دانش

تخصصی و

بررسی دقیق

پرونده‌ها،

نه تنها حقوق

بیمه‌شدگان

را تضمین

می‌کنند، بلکه

منابع سازمان

تأمین اجتماعی

را از هر گونه

سوءاستفاده

محافظت

می‌کنند