



تعليمات التأمين الصحي

صندوق التأمين الصحي

جامعة بيرزيت

مقدمة:

يتعرض الإنسان بين الحين والآخر لوعكات صحية ما بين خفيفة وشديدة، وهي بالإضافة لكونها متعبة ومزعجة فهي كذلك مرهقة مادياً ومعنوياً للمريض ولأسرته.

وقد قامت إدارة جامعة بيرزيت بالتعاون مع نقابة العاملين في الجامعة بإنشاء صندوق للتأمين الصحي تشرف على إدارته لجنة ممثلة للطرفين، وقد قامت اللجنة بتطوير فكرة التأمين لتتناسب وواقع العاملين الذين يتقل كاهلهم عناء مرضهم أو مرض أحد أفراد أسرتهم، بحيث تخفف عنهم الجزء المادي الذي قد يتعرض له نتيجة المرض.

اعتمدت اللجنة نخبة ممتازة من الأطباء في مختلف التخصصات ومجموعة كبيرة من المرافق الطبية، وما على المؤمن عند زيارته لأي من هذه المرافق سوى إبراز بطاقة التأمين الصحي السارية المفعول ليحصل على جميع الخدمات الطبية التي يحتاجها.

لقد أنشئ هذا الصندوق لخدمة الجميع وخاصة الحالات المرضية الصعبة، لذا نرجو أن نعمل معاً على المحافظة على أموال الصندوق وحمايتها من سوء الاستخدام لأن ذلك يعود على الجميع بالفائدة، وأن يتعامل كل مؤمن مع التأمين بمسؤولية وأمانة وأن يتذكر أن أي عجز بالصندوق سينعكس سلباً على الجميع.

المادة (1): التسمية والنفاذ:

تسمى هذه التعليمات "تعليمات التأمين الصحي لصندوق التأمين الصحي لموظفي جامعة بيرزيت ويعمل بها من تاريخ إقرارها".

المادة (2): تعريفات:

يكون للألفاظ والعبارات الواردة في هذه التعليمات المعاني المحددة لها فيما يلي، إلا إذا دلت القرينة على خلاف ذلك:

الجامعة: جامعة بيرزيت

الصندوق: صندوق التأمين الصحي في جامعة بيرزيت

الموظف: كل شخص يعين من المرجع المختص في الجامعة للعمل فيها على أساس التفرغ الكامل.

المشترك: الموظف الذي وافقت اللجنة على انضمامه إلى صندوق التأمين الصحي.

المنتفع: المشترك وكل شخص من عائلة المشترك وافقت اللجنة على انضمامه إلى صندوق التأمين الصحي، ويشمل على وجه التحديد الزوج والأبناء الذين يعيّلهم المشترك والوالدين.

اللجنة: لجنة صندوق التأمين الصحي للعاملين في جامعة بيرزيت.

السنة المالية: تبدأ السنة المالية في اليوم الأول من شهر أيلول من كل سنة وتنتهي في اليوم الأخير من شهر آب من السنة التي تليها.

المادة (3): الصندوق:

يقدم الصندوق برنامج تأمين صحي لخدمة الموظفين لدى الجامعة، ويتم الإشراف عليه وتنفيذه من قبل لجنة يطلق عليها لجنة صندوق التأمين الصحي.

المادة (4): تشكيل اللجنة:

1. تتكون لجنة صندوق التأمين الصحي من سبعة أعضاء، ثلاثة أعضاء يتم انتخابهم من قبل الهيئة العامة للمشاركين، وثلاثة أعضاء مندوبين عن الجامعة (طبيب الجامعة، دائرة الموارد البشرية، دائرة المالية)، وعضو هيئة إدارية في نقابة العاملين.
2. يقوم أعضاء اللجنة بانتخاب رئيسا ونائبا للرئيس في أول اجتماع تعقده اللجنة.

المادة (5): مهام لجنة صندوق التأمين الصحي:

تتولى لجنة التأمين الصحي المهام والصلاحيات التالية:

1. تحديد أسس الاستفادة من الخدمات الصحية التي يشملها التأمين الصحي والعمل على تنظيمها وتحسينها.
2. قبول اعتماد الجهات الطبية المختلفة، وكذلك اتخاذ القرارات المتعلقة بوقف التعامل مع أي منها.
3. قبول اشتراكات الموظفين والمنتفعين من أفراد أسرهم، وكذلك إلغاء تأمين المشترك والمنتفع المخالف للتعليمات.
4. تحديد رسوم الاشتراك السنوية وتحديد السقف المالي الأعلى لالتزام الصندوق.
5. إعداد التقرير السنوي عن أعمال الصندوق وعرضه على الهيئة العامة للمشاركين.
6. وضع أية تعليمات فرعية تراها ضرورية لتسيير أعمال الصندوق وإدارته.
7. يحق للجنة التأمين البت في المشاكل المترتبة على التأمين وتعد قراراتها نهائية في هذا المجال بما في ذلك تفسير هذه التعليمات وتعديلها وإصدار أية أحكام تتعلق بالتأمين الصحي لم ترد في هذه التعليمات.

المادة (6): اجتماعات اللجنة:

1. تعقد اللجنة اجتماعاتها بشكل دوري مرة واحدة كل شهر، أو بناءً على دعوة رئيس اللجنة أو كلما دعت الحاجة لذلك، وتصدر اللجنة قراراتها بالأغلبية المطلقة لأعضائها.
2. تدون قرارات اللجنة (محاضر الاجتماعات) في سجل خاص وتوقع من قبل رئيس ومقرر اللجنة، ويحفظ السجل لدى مكتب لجنة التأمين الصحي.

المادة (7): إجراءات اعتماد الجهات الطبية:

1. أن يكون لديه خبرة ما بين 3 - 5 سنوات.
2. أن يكون حاصلًا على شهادة مزاولة المهنة من وزارة الصحة الفلسطينية ونقابة الأطباء.

المادة (8): ينطبق برنامج التأمين الصحي على كل من:

1. موظفو الجامعة المتفرغين من أكاديميين وإداريين وعمال، شريطة إنتهاء فترة التجربة بالنسبة للموظفين الإداريين.
2. عمال المياومة بعد مرور عام على تعيينهم وبشكل منفرد.
3. زوج الموظف وأولاده غير المتزوجين بحيث يكون التأمين إجبارياً لمن هم دون سن 18 عاماً واختيارياً لمن هم فوق ذلك.
4. المتقاعد من موظفي الجامعة والذي تقاعد اعتباراً من 2003/9/1 والمنتفعون من عائلته، ويشمل ذلك الزوج والأبناء غير المتزوجين شريطة أن يكون قد مضى على اشتراكهم في صندوق التأمين الصحي خمسة سنوات متواصلة قبل التقاعد، على أن يتحمل كل منتفع منهم كامل قسط التأمين.
5. والدي المشترك شريطة مرور 3 سنوات على اشتراكه بصندوق التأمين الصحي.

المادة (9): أحكام عامة:

1. يكون التأمين إما فردياً أو عائلياً.
2. إذا زاد عمر المتقدم عن 50 عاماً وكان لائقاً صحياً، فيحق للجنة التأمين الصحي الموافقة على طلبه شرط أن يقوم بدفع مجموع رسوم الاشتراك الكاملة عن كل عام فوق الخمسين لمرة واحدة قبل منحه حق الاشتراك.
3. أي موظف أو عضو هيئة تدريسية يخرج في إجازة (إيفاد، علمية، شخصية) عليه إبلاغ لجنة التأمين الصحي عن إجازته، ليتم عمل أحد الخيارين التاليين:

أ- تجميد تأمينه عن فترة غيابه، وحال رغبته في العودة للتأمين ثانية فور عودته لمزاولة عمله، يعامل كأى مشترك جديد في التأمين الصحي.

ب- أن يستمر بدفع قسطه في التأمين حسب طبيعة إجازته، ويعامل كمن هو على رأس عمله.

4. أي موظف أو عضو هيئة تدريسية ترك التأمين لفترة طويلة (تزيد عن السنة)، أو قرر الانسحاب من التأمين، لن يعاد قبوله في التأمين إلا بعد عمل كافة الفحوصات اللازمة ويعامل كأى مشترك جديد في صندوق التأمين الصحي.

المادة (10): التمويل:

1. مساهمة الجامعة السنوية.
2. رسوم الاشتراك الشهرية التي يتم اقتطاعها من الموظفين المشتركين عنهم وعن المنتفعين من أفراد أسرهم.
3. رسوم الاشتراكات السنوية التي يتم تحصيلها من المنتفعين الآخرين.
4. تبرعات الشركات العامة والمؤسسات والجمعيات الخيرية.

المادة (11): الاشتراك في صندوق التأمين الصحي:

1. يكون اشتراك الموظف في صندوق التأمين الصحي وفقا للإجراءات التالية:
 - أ. تعبئة نموذج الاشتراك المعد لهذه الغاية.
 - ب. إجراء الفحوصات الطبية التي يطلبها طبيب الجامعة.
 - ت. أن يتم الاشتراك خلال السنة المالية الأولى لتعيينه وبعد انتهاء فترة التجربة مباشرة.
 - ث. يجب على المشترك أن يتقدم بطلب اشتراك لكل منتفع من خدمات الصندوق، وفي حال كان المنتفع مولودا جديدا يجب تقديم الطلب خلال شهر واحد من تاريخ ميلاده.
 - ج. تسري خدمات الصندوق على المنتفع اعتبارا من مطلع الشهر التالي لموافقة اللجنة على طلب الاشتراك.
2. لموظفي الجامعة القدامى الاشتراك في صندوق التأمين الصحي خلال الشهر الأول من بداية العام الدراسي فقط.
3. على المشترك أن يقدم أية فواتير خاصة بالدورة التأمينية للعام الماضي خلال مدة لا تتجاوز نهاية الشهر الأول من الدورة التأمينية للعام الجديد، وإلا فإنه لن يتم دفع أي فاتورة تقدم بعد التاريخ المشار إليه.

المادة (12): رسوم الاشتراك:

- يتم استيفاء الرسوم من المشتركين الذين وافقت اللجنة على اشتراكهم وفقا لما يلي:
1. إذا اشترك بالصندوق خلال الثلث الأول من العام الدراسي تستوفى منه الرسوم السنوية كاملة.

2. إذا اشترك بالصندوق خلال الثلث الثاني تُستوفى منه الرسوم عن ثمانية أشهر .
3. إذا اشترك بالصندوق خلال الثلث الأخير تُستوفى منه الرسوم عن أربعة أشهر .

المادة (13): تغطية صندوق التأمين الصحي:

يغطي صندوق التأمين الصحي كلا من الآتي:

1. كشفية الطبيب العام والأخصائي حسب القائمة المعتمدة. بحيث لا تتخطى 12 كشفية سنويا.
2. جزء من ثمن الوصفات الطبية وفق النسب التي تحددها اللجنة من حين لآخر.
3. التحليلات ألمخبريه والأشعة وصور التلفزيون والمناظير وتخطيط القلب والرأس المصاحبة للحالة المرضية بما فيها الفحوصات التشخيصية للأمراض غير المشمولة بالتأمين لغاية تشخيص المرض.
4. يسمح لكل منتفع بإجراء فحص فيتامين أ12، مرة واحدة خلال السنة المالية، ويستثنى من ذلك المصابين بنقص فيتامين B12 حيث يسمح لهم بإجراء هذا الفحص مرتين بحد أقصى خلال السنة المالية. ويشترط في الحالتين حصول المنتفع على النموذج الخاص بذلك من لجنة صندوق التأمين الصحي.
5. العمليات الجراحية والمعالجة والإقامة في المستشفيات من الدرجة الثانية ويتحمل المنتفع فرق السعر في حال رغب الإقامة في الدرجة الأولى.
6. نفقات الحمل والولادة وتشمل الزيارات أثناء الحمل والفحوصات اللازمة والأدوية بنفس نسبة المساهمة المحددة، كما يتم تقديم منحة ولادة شريطة مرور عام على الأقل على اشتراك الأم في صندوق التأمين الصحي. على النحو التالي:

- منحة الولادة الطبيعية بسقف أعلى لا يتجاوز مبلغ 1000 شيكل من قيمة الفاتورة.
 - منحة الولادة القيصرية بسقف أعلى لا يتجاوز مبلغ 2500 شيكل من قيمة الفاتورة.
 - تتم معاملة المضاعفات الناجمة عن الولادة معاملة المريض العادي.
7. سيارات الإسعاف في الحالات الطارئة فقط، وشريطة أن يكون ذلك من خلال مؤسسة الهلال الأحمر أو من خلال أية جهة طبية أخرى بحيث تعتمد تسعيرة مؤسسة الهلال الأحمر.
 8. علاج الأسنان ويقتصر على الخلع العادي، الحشو العادي وصور الأشعة اللازمة للأسنان والوصفة الطبية، والعمليات الجراحية للفك والأسنان والقلع الجراحي لضرس العقل ويتحمل المؤمن تكاليف العلاج لغير ذلك.
 9. الإجهاض إذا اقتضت الضرورة الطبية ذلك.
 10. القسطرة، وتركيب الشبكات بحيث يغطي الصندوق 1000 دولار أمريكي بحد أقصى عن الشبكة الواحدة.
 11. العلاج الطبيعي: تغطية جزء من العلاج الطبيعي للحالات التي تحدث نتيجة مرض معين، بحيث يغطي 10 جلسات فقط كحد أقصى في السنة بقيمة 40 شيكل للجلسة الواحدة.

12. يستثنى مما سبق والدي المشترك وزوج/ة المتوفي (المنتفعون من عائلة المتوفى من موظفي الجامعة السابقين، ويشمل ذلك الزوج /ة فقط شريطة ان يكون قد مضى على اشتراكهم في صندوق التأمين عشرة سنوات متواصلة قبل الوفاة، على أن يتحمل/ تتحمل كامل قسط التأمين) ، حيث ذلك:

- أ- يشمل ذلك تغطية كشفية الطبيب.
- ب- والإقامة في المستشفيات بدون عمليات بنسبة تغطية 70% من قيمة الفاتورة بعد الخصم الممنوح للتأمين.
- ج- 70% العمليات الجراحية للأمراض التي يغطيها التأمين الصحي الخاص بجامعة بيرزيت.

المادة (14): لا يشمل التأمين كلاً من الآتي:

1. ثمن العدسات اللاصقة والنظارات والسماعات.
2. الإصابات الناتجة عن حوادث السير وحوادث الرياضة
3. الإصابات الناتجة عن حوادث العمل (مغطاة من بوليصة التأمين ضد الحوادث)
4. عمليات التجميل وعلاجات النمش وحب الشباب والكلف والفحوصات المصاحبة لها.
5. المواصلات من وإلى الوحدات الصحية وإقامة المرافق مع المريض في المستشفى.
6. الفحوصات الدورية غير المصاحبة لحالة مرضية والأدوية الوقائية.
7. التطعيم ضد الأمراض وعملية الختان وخاصة إبرة Anti D.
8. العقم وما يترتب عليه وموانع الحمل والإجهاض غير المشروع.
9. حاضنات المواليد الجدد. وفي حال كان الاشتراك في التأمين عائلياً وكان هنالك حاجة ماسة إلى استخدام الحاضنات، يتقدم صاحب الشأن بطلب رسمي مرفق بتقرير طبي إلى لجنة التأمين الصحي لاتخاذ القرار المناسب في ضوء المعطيات.
10. الأمراض العقلية والنفسية.
11. الأدوية الخاصة بالوالدين / زوج /ة المتوفي والتحليل المخبرية والأشعة .
12. أضرار الحروب والأوبئة والمخدرات والكحول وإيقاع الشخص الأذى بنفسه.
13. المكملات الغذائية ومواد التجميل.
14. الإصابات الناتجة عن أعمال الشغب والفوضى والنزاعات الشخصية.
15. علاج مرض السرطان.
16. الأجهزة والمعدات الطبية بجميع أنواعها والأطراف الصناعية.
17. العمليات الجراحية قبل مضي ثلاثة أشهر من بداية سريان مفعول التأمين (يربط ذلك بملف العمليات).

18. العمليات التي كان المؤمن بحاجة إلى إجرائها قبل بداية التأمين. والأمراض السابقة لاشتراكه في التأمين ويوقع المؤمن على تعهد بذلك.
19. معالجة مرضى نقص المناعة المكتسبة.
20. علاج مرض الفشل الكلوي.
21. الإقامة في المستشفيات بسبب مضاعفات الحمل.
22. فحص القلب والشرابين بالمواد المشعة والرنين المغناطيسي.
23. علاج ضعف البصر والفحوصات المصاحبة له.
24. أية أمراض وعلاجات أخرى مغطاة بتأمينات أخرى.
25. زراعة الأعضاء البشرية كزراعة الكلى والكبد والقرنية، وزراعة الأعضاء الاصطناعية الداخلية كالمفاصل.
26. العمليات الجراحية وفحوصات العاهات الخلقية وعلاج الأمراض الوراثية وتشوهات الجنين.
27. كافة فحوصات المناعة والفحوصات الجينية.

المادة (15): مدة سريان التأمين الصحي:

يسري التأمين الصحي لمدة سنة ويجدد تلقائياً ما لم يُشعر المشترك اللجنة خطياً برغبته في الانسحاب قبل أسبوعين من نهاية السنة المالية.

المادة (16): كيفية تقديم خدمات التأمين الصحي:

1. يقدم التأمين الخدمات الصحية في المستشفيات والمختبرات وعيادات الأطباء المحددة من قبل لجنة التأمين والمعلن عنها في الملحق الخاص بتعليمات التأمين الصحي والقابلة للتعديل من وقت لآخر، ويتم ذلك من خلال إبراز بطاقة التأمين الخاصة بالمشترك، ويقع عبء تعبئة النماذج المطلوبة على الجهة المعالجة، كما يتم صرف الوصفات الطبية من الصيدليات التي ترغب بذلك.
2. في حالة العلاج بالخارج وفي غير الحالات الطارئة فإنه يتوجب على المؤمن الحصول على موافقة لجنة التأمين، ويقوم الصندوق بتغطية نفقات العلاج ضمن السقف المحدد للعلاج في هذه التعليمات ويتكلفت ذات العلاج في المراكز المعتمدة في الوطن أو أيهما أقل لمصلحة الصندوق.
3. في حال العلاج بالخارج فإنه يتوجب على المؤمن تقديم فواتير رسمية مختومة وأصلية مكتوبة بإحدى اللغتين العربية أو الإنجليزية.

المادة (17): عدم توافر الخدمات الطبية في المرافق المعتمدة:

1. إذا لم تتوفر الخدمة اللازمة في المرافق الطبية المعتمدة يجوز تحويل الحالة إلى مرافق أخرى بقرار من اللجنة بناء على توصية طبيب مختص.
2. إذا تعرض المؤمن لأي مرض خلال السفر، تتم تغطية المعالجة بقرار من لجنة التأمين الصحي بعد دراسة الحالة المرضية.
3. يجوز في الحالات الطارئة والتي يتعذر فيها الحصول على موافقة اللجنة (لسبب مشروع تقبله اللجنة) مراجعة جهات طبية غير معتمدة، ويتولى الصندوق دفع كلفة العلاج شريطة أن لا تتجاوز هذه الكلفة الحد الأقصى المنفق عليه مع الجهات الطبية المعتمدة من قبل اللجنة.

المادة (18): السقف المالي السنوي للمشارك:

يكون السقف المالي السنوي للتأمين الصحي 10000 دينار اردنياً منها 1000 دينار للزيارات العادية للطبيب والأدوية والفحوصات العادية.

المادة (19): تحديد رسوم التأمين الصحي وتحصيلها:

1. تحدد رسوم التأمين سنوياً بقرار من لجنة التأمين.
2. تحصل الرسوم على اثنتي عشرة دفعة أو أقل ابتداءً من راتب شهر أيلول وتستقطع مباشرة من قبل الدائرة المالية ليجري تحويلها شهرياً إلى حساب صندوق التأمين الصحي.
3. تحصل الرسوم عن الوالدين على دفعتين الأولى تكون في بداية السنة التأمينية والدفعة الثانية تكون في منتصفها.
4. تحصل الرسوم عن المنتفعين الآخرين في بداية السنة التأمينية دفعة واحدة.

المادة (20): مساهمة الجامعة في صندوق التأمين الصحي:

تقوم الجامعة بتحويل مساهمتها إلى حساب التأمين الصحي حسب الاتفاق المبرم بين نقابة العاملين والجامعة.

المادة (21): دفع المستحقات المترتبة على الصندوق:

يتولى الصندوق دفع المستحقات المترتبة عليه للجهات الطبية المعتمدة شهرياً.

المادة (22): فقدان المشترك حقه في التأمين الصحي:

يفقد المشترك حقه في التأمين الصحي من تاريخ انسحابه من التأمين أو إلغاء التأمين لأي سبب من الأسباب أو استقالته أو إنهاء خدمته في الجامعة.

المادة (23): يلغى التأمين الصحي للمشارك حكماً في الحالات التالية:

1. انتهاء خدمة المشترك لأي سبب من الأسباب، ما لم يكن له حق الاستمرار بالتأمين بموجب هذه التعليمات.
2. إساءة استعمال البطاقة من المشترك أو المنتفعين معه أو تقديم بيانات غير صحيحة، وفي هذه الحالة يجب استيفاء كامل الأقساط ويتحمل المشترك جميع المسؤوليات القانونية والإدارية بالإضافة إلى تحمله قيمة العلاج مضاعفة.
3. وفاة المشترك أو المنتفع ما لم يكن لزوجته حق الاستمرار بالاشتراك وفقاً لهذه التعليمات.
4. زوال أحد شروط التأمين، وتقع على المشترك مسؤولية الإبلاغ عن زوال أي شرط من شروط التأمين ويكون تحت طائلة المسؤولية القانونية والمالية وتحمله كامل نفقات المعالجة مهما كان مصدرها أو سببها (مضاعفة).

مادة (24): شروط عامة:

- على المؤمن أن يبرز بطاقة التأمين الصحي الشخصية عند زيارته أيأ من المرافق الطبية المعتمدة من قبل اللجنة، وتجدد هذه البطاقة سنوياً.
- على المؤمن التقيد بالتعليمات التي تصدرها لجنة التأمين وبالأسلوب الموضوع من قبلها للحصول على الخدمات الطبية والعلاج من الأطباء والمرافق الطبية الأخرى المشار إليها في هذه التعليمات، وتقوم اللجنة من حين لآخر بإضافة أو إنقاص عدد المرافق الطبية تبعاً لما تقتضيه الحاجة.
- لا يجوز إضافة مشتركين جدد خلال السنة المالية، ويستثنى من ذلك المواليد الجدد أو الموظفين الذين يعينون خلال السنة، ويتم ذلك بعد إشعار اللجنة خطياً وموافقتها على ذلك، وينحصر التزام اللجنة تجاه المشترك بدءاً بتاريخ سريان مفعول التأمين.
- يحق للجنة التأمين أن تلغي التأمين فوراً إذا أسيء استعماله من قبل المؤمن.
- مساهمة المؤمن في الوصفة الطبية خمسون بالمائة (50%) من قيمة الوصفة.
- لا يجوز الاستفادة من تأمينين مختلفين لنفس الغرض.
- يحق للجنة صندوق التأمين الصحي تحويل المريض إلى طبيب أخصائي آخر في حال وجد لبس في تقرير الطبيب المقدم من قبل المريض (المؤمن) للجنة الصندوق .
- يحق للجنة صندوق التأمين الصحي اتخاذ القرارات الخاصة بالحالات المرضية للمؤمنين والتي لم تذكر في نص هذه التعليمات، وذلك كلّ وفقاً للحالة نفسها.

المادة (25): الإلغاءات:

تلغى أية تعليمات أو قرارات سابقة تتعلق بالتأمين الصحي للعاملين في الجامعة.