

شرکتهای مادر تخصصی، مراکز آموزشی و پژوهشی وابسته

به استناد بند ۴-۳-۱-۵ از ضوابط مدیریت امور بیمه ای وزارت نیرو منضم به بخشنامه شماره ۵۴۹۹۶/۵۰/۱۰۰ مورخ ۸۶/۷/۲۲ و در اجرای بخشنامه ابلاغی وزیر محترم نیرو در ارتباط با قرارداد بیمه تامین و حفظ سلامت کارکنان صنعت آب و برق به شماره ۹۶/۲۱۵۹۶/۵۰/۱۰۰ مورخ ۱۳۹۶/۴/۴، بدینوسیله روش اجرایی قرارداد گروهی بیمه تامین و حفظ سلامت کارکنان صنعت آب و برق جهت اطلاع و اجرا ابلاغ می گردد.

کلیه شرکتهای زیرمجموعه که مشمول موافقت نامه با سازمان تامین اجتماعی می باشند، می توانند بر اساس اعتبارات مصوب، پس از طرح و تصویب در هیات مدیره شرکت، نسبت به انعقاد قرارداد با شرکت بیمه گر منتخب و با رعایت دقیق موارد ذیل، اقدام نمایند:

۱- به استناد بخشنامه مذکور، قرارداد شرکتهای بیمه گر متقاضی اجرای قرارداد تامین و حفظ سلامت کارکنان صنعت آب و برق (ضمن بررسی شرایط اجرا) و تفاهم نامه آن بیمه گر به طور جداگانه ارسال خواهد شد و به این منظور آن شرکت و شرکتهای زیرمجموعه می توانند جهت تسریع در اطلاع رسانی به سایت دفتر توسعه منابع انسانی به <http://hrd.moe.gov.ir> مراجعه نمایند.

۲- استفاده از کارشناسان آگاه به جزئیات قرارداد به منظور پیگیری و دفاع از حقوق بیمه شدگان و آگاه کردن آنان از حقوق خود (بدین منظور شرکتهای می توانند از مطالب سایت دفتر توسعه منابع انسانی وزارت نیرو به آدرس فوق الذکر بهره برداری و ابهامات احتمالی را بر طرف نمایند. همچنین شرکتهای می توانند به منظور اعتلای سطح آگاهی و دانش کارشناسان، دوره آموزشی ابلاغی طی نامه شماره ۹۶/۱۸۳۶۵/۵۱۰ مورخ ۹۶/۳/۷ با عنوان مدل بیمه های اشخاص گروهی و بازنشستگی در صنعت آب و برق با کد ۸۰۶۵ را برگزار و اجرا نمایند).

۳- شرکتهای در انتخاب بیمه گر طبق تفاهم نامه های ارسالی از سوی این معاونت (برای هر شرکت بیمه گر) مختار می باشند اما لازم است در فرآیند انتخاب بیمه گر طرف قرارداد موارد ذیل رعایت گردد:

۱-۳- بررسی نحوه عملکرد شرکت بیمه گر و شعب مربوطه در خدمات رسانی به استناد بخشنامه مقام محترم وزارت (کلیه شرکتهای مشمول طرح درمان وزارت نیرو در انتخاب و انعقاد قرارداد جدید با بیمه گران، لازم است شاخصهایی چون میزان سهم بیمه گر در قرارداد درمان دوره قبل، میزان رضایتمندی از بیمه گر در صنعت آب و برق، نحوه اجرای قرارداد در دوره ۹۷-۹۶، سطح توانگری مالی شرکت بیمه گر مطابق با گزارش بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران را در نظر داشته باشند).

۲-۳- بررسی شرایط درمانی طرف قرارداد بیمه گر بر اساس درجه و امتیاز (کیفیت و سرعت خدمات رسانی درمانی و اورژانسی)، نحوه توزیع و گستردگی مراکز درمانی طرف قرارداد در شهر و استان ذی ربط با بیمه گر؛ شامل مراکز بیمارستانی، پزشکی، سونوگرافی، آزمایشگاهی، داروخانه ای و ...، حفظ کمیته مراکز درمانی حداقل در سطح مورد انتظار، اطلاع داشتن از جزئیات قرارداد بیمه گر با مراکز مذکور، فراهم نمودن شرایط ویژه (VIP) برای عقد قرارداد با مراکز درمانی (بیمارستانی، پاراکلینیکی و...) منتخب شرکت (بیمه گزار) با رعایت بند ۱۴-۸ قرارداد و ماده ۹ مقررات گوناگون قرارداد (فصل سوم)

- ۳-۳- بررسی نحوه اجرای قرارداد در دوره ۹۶-۹۷ با توجه به پاسخ شرکت‌های بیمه‌گر در خصوص معیارهایی که در نامه شماره ۹۶/۱۹۰۱۸/۵۰۰ مورخ ۱۳۹۶/۳/۱۳ این معاونت اشاره شده است (پاسخ شرکت‌های بیمه‌گر در خصوص این معیارها متعاقباً اعلام خواهد شد). لازم به توضیح است که اجرای صحیح و به موقع این معیارها توسط شرکت بیمه‌گر، در طی دوره قرارداد راستی آزمایی خواهد شد (به استناد بخشنامه مقام محترم وزارت).
- ۳-۴- بررسی شیوه اجرایی ماده ۱۰ و ۱۱ از مقررات گوناگون
- ۳-۵- امکان صدور معرفی‌نامه در حداقل زمان ممکن حتی در روزهای تعطیل
- ۳-۶- امکان برخورداری از سیستم‌های پشتیبانی و جوابگویی به سئوالات در تمامی ساعات شبانه‌روز
- ۳-۷- با عنایت به اینکه شرایط قانونی فسخ قرارداد در آیین‌نامه‌ها از جمله ماده ۱۴ آیین‌نامه شماره ۷۴ درمان ذکر گردیده، بنابراین ضرورت دارد شرکت‌ها ضمن اشراف بر موضوع، در صورت عدم رعایت شرایط توافق شده توسط بیمه‌گر، ضمانت‌های اجرایی لازم را قبلاً در قرارداد فی‌مابین در نظر گرفته باشند (فسخ قرارداد از سوی بیمه‌گر به دلیل افزایش ریسک نیاز به مجوز بیمه مرکزی و تائید وزارت نیرو دارد).
- ۳-۸- ایجاد شرایط ویژه توسط بیمه‌گر به منظور ترغیب بیمه‌شدگان به اقدامات پیشگیری و درمان در مراحل اولیه بیماری
- ۳-۹- ملزم نمودن بیمه‌گر طرف قرارداد به تسویه حساب هزینه درمانی پرداخت شده توسط بیمه‌شدگان، در حداقل زمان ممکن
- ۴- در بخش اول قرارداد: توجه به بندهای ۴-۶، ۳-۵ و تبصره‌های ذیل بند ۱-۵، ماده ۶ (و ماده ۳ از مقررات گوناگون مرتبط با ماده ۶)، تبصره‌های ذیل ماده ۸، افزایشات سقف هزینه دندانپزشکی، جزء (ج) و (د) از تبصره بند ۱-۸، بند ۲-۸، بند ۸-۸ و اطلاع‌رسانی در خصوص آنها.
- ۵- طبق بند ۲ از صورتجلسه مورخ ۱۳۸۹/۵/۱۱ (تصویر پیوست) با شرکت‌های بیمه‌گر، نحوه محاسبه فرانشیز هزینه‌های پاراکلینیکی، ویزیت و دارو: نخست فرانشیز از هزینه واقعی بیمه‌شده کسر شده و چنانچه مابقی از سقف تعهدات بیمه‌گر بالاتر باشد سقف بطور کامل به بیمه‌شده پرداخت می‌گردد، در غیر اینصورت لازم است مابقی (که کمتر از سقف می‌باشد) به بیمه‌شده پرداخت گردد. شایان ذکر است در تعهدات دندانپزشکی آخرین تعرفه ابلاغی سندیکای بیمه‌گران ملاک عمل بیمه‌گران می‌باشد. توجه شود که هزینه عینک، شیر خشک موضوع بند ۷ از ماده ۱۱ استثنائات و وسایل کمک پزشکی که در خارج از بدن کار گذاشته می‌شود مانند سمعک، واکر و ... شامل فرانشیز نمی‌شود.
- ۶- در صورت مراجعه بیمه‌شده به مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه‌گر (بر طبق شرایط قرارداد) صرفاً فرانشیز از بیمه‌شده کسر می‌گردد و سایر هزینه‌ها در تعهد بیمه‌گر است. همچنین در صورت مراجعه بیمه‌شده به مراکز تشخیصی - درمانی ملکی سازمان تامین اجتماعی فرانشیز یا سهم بیمه‌شده صفر خواهد بود.
- ۷- تنظیم فرم مربوط به مرخصی استعلاجی، مرخصی بدون حقوق، ماموریت و ... بیمه‌شدگان به منظور آگاهی بیمه‌گزار و بیمه‌گر از وضعیت بیمه‌شدگان مذکور.
- ۸- شرکت‌های مشمول طرح، موظفند ضمن اعمال نظارت مستمر و مؤثر بر چگونگی اجرای طرح، گزارشی از عملکرد شرکت بیمه‌گر به همراه میزان حق بیمه پرداختی، خسارات دریافتی و سایر اطلاعات ذی‌ربط را بر اساس جداول آماری مورد درخواست، تهیه و به دفتر توسعه منابع انسانی ارسال نمایند.

۹- به منظور محاسبات دقیق بیمه‌ای جهت برآوردی از حق بیمه برای دوره آتی، وزارت نیرو اجرای به موقع تبصره ۲ از ماده ۷ قرارداد در بخش اول را پیگیری خواهد نمود.

۱۰- همانطور که در ابتدای قرارداد اشاره شده است این قرارداد در دو بخش منفک از یکدیگر قابل اجرا بوده و پوشش درمانی به بازنشستگان در بخش یک به منزله الزام به پوشش بخش دوم (بیمه عمر و حوادث) برای وی نمی‌شود و بالعکس.

۱۱- طبق توافقات به عمل آمده در خصوص نرخ و شرایط، کلیه قراردادهای بیمه‌ای گروهی در بخش وسیله نقلیه موتوری (مسئولیت مدنی در قبال شخص ثالث و بدنه) و آتش‌سوزی که متعاقباً ابلاغ خواهد شد، بیمه‌گزاران می‌توانند اینگونه قراردادها را با شرکتهای بیمه‌گر مجری قرارداد بیمه تامین و حفظ سلامت کارکنان به صورت تجمیعی اجرا نمایند.

۱۲- به استناد مواد قانونی، شرکت موظف است فرزندان کارکنان انان را که به گواهی شاغل و بر اساس تعهدنامه پیوست هیچگونه دفترچه بیمه درمانی نداشته و جزو خانواده آنها تلقی می‌شوند، همانند افراد تحت تکفل فرض نماید و در این راستا برای شوهر بیمه‌شده نیز که معاش او از طرف بیمه‌شده اصلی انجام شده و بالای شصت سال سن دارد و به تأیید مراجع ذیصلاح از کارافتاده تلقی می‌شود همانند افراد تحت تکفل دفترچه بیمه درمانی صادر نماید. همچنین فرزندان ذکور کارکنان شاغل، بازنشسته و از کارافتاده تحت پوشش، با ارائه مدارک مثبت مبنی بر اشتغال به تحصیل مستمر در یکی از دانشگاهها و موسسات آموزش عالی، بدون سقف سنی از پوشش درمانی برخوردار خواهند بود.

۱۳- به منظور ارائه خدمات بهتر در بخشهای مختلف درمانی، شرکت موظف است از شرکتهای بیمه‌گر مجری قرارداد بیمه جامع تامین و حفظ سلامت کارکنان شماره تلفن ۲۴ ساعته‌ای که پاسخگو و معرف به روز مراکز درمانی طرف قرارداد و ارائه دهنده معرفی‌نامه به لحظه جهت بستری شدن بیمه‌شدگان می‌باشد را طلب نماید.

۱۴- در صورت انتقال، ماموریت و یا هر گونه حالتی که سبب انتقال تعهدات جبران خدمت (دریافت حقوق و مزایا) بیمه‌شده از شرکت مبدأ شود (بیمه‌شده از بیمه‌نامه تامین و حفظ سلامت کارکنان صنعت آب و برق شرکت مبدأ منفک شود)، با توجه به مفاد قرارداد می‌بایست تا زمانی که پرداخت حقوق و مزایای شخص به عهده شرکت بیمه‌گزار است حق بیمه پرداخت شود و در صورت منفک شدن وی از شرکت (به هر شکل) پرداخت حق بیمه توسط آن شرکت بیمه‌گزار صورت نمی‌گیرد.

۱۵- مبنای محاسبه و منابع حق بیمه‌ها به شرح ذیل خواهد بود:

۱- ۱۵- مبلغ پانصد و هشتاد هزار (۵۸۰/۰۰۰) ریال ماهانه به ازای هر بیمه‌شده، که از محل ۴ درصد حقوق، مزد و مزایای مشمول کسر حق بیمه کل شاغلین در هر ماه با روش ذیل محاسبه و در اختیار بیمه‌گر قرار گیرد.

۱-۱- ۱۵- مبلغ ۴ درصد حقوق، مزد و مزایای مشمول کسر حق بیمه کل شاغلین به صورت تجمیعی در هر ماه بابت پوشش درمان همگانی

۲- ۱۵- سهم هر بیمه‌شده از بابت ارائه خدمات مازاد بر بیمه همگانی (g) و مصوبات مربوطه که توسط بیمه‌شده اصلی برای خود و افراد تحت تکفل پرداخت می‌شود، به شرح ذیل محاسبه می‌گردد:

تعداد کل بیمه‌شدگان اصلی (شاغلین) شرکت در ماه = a

جمع کل حقوق ماهانه مشمول کسر حق بیمه شاغلین در شرکت = p

جمع افراد تحت تکفل بیمه‌شدگان اصلی (شاغلین) $b =$

جمع مبلغ قابل پرداخت (ریال) به بیمه‌گر به عنوان حق بیمه درمان بیمه‌شدگان در ماه $c =$

$$c = (580000) \times (a+b)$$

مبلغ (ریال) قابل محاسبه بابت ۴ درصد حقوق و مزایای مآخذ کسر حق بیمه شاغلین در ماه $f =$

$$f = (\%4) \times p$$


بنابراین سهم هر بیمه‌شده (g) در ماه بابت حق بیمه ماهانه به ازای ارائه خدمات مازاد برابر خواهد بود با :

$$\text{سهم هر بیمه‌شده بابت پوشش درمان تکمیلی} \begin{cases} g = \frac{c-f}{a+b}, & f < c \\ g = 0, & f \geq c \end{cases} \begin{matrix} \text{اگر} \\ \text{اگر} \end{matrix}$$

۲-۱۵- مبلغ دو میلیون و هفتصد و پنجاه هزار (۲/۷۵۰/۰۰۰) ریال ماهانه به ازای هر یک از شاغلین به عنوان حق بیمه مسئولیت ناشی از کار کارفرما بابت پوشش تعهدات ماده ۶۶ قانون تأمین اجتماعی در بخش درمان ۳-۱۵- همکاران عزیز بازنشسته، از کارافتاده، مستمری‌بگیر و وظیفه‌بگیران و افراد تحت تکفل آنان می‌توانند از قرارداد درمان گروهی همانند شاغلین (بجز در موارد دندانپزشکی و عینک) بهره‌مند گردند که حق بیمه مربوطه، به میزان پانصد و بیست هزار (۵۲۰/۰۰۰) ریال به ازای هر نفر و با رضایت وی توسط بیمه‌شده اصلی (بازنشسته) پرداخت می‌گردد.

تبصره: در مورد بازنشستگان اناث، فرزندان که از طرف بیمه‌شده اصلی دارای دفترچه درمانی بیمه‌گر اول باشند می‌توانند از پوشش بیمه‌ای بخش بازنشستگان استفاده نمایند.

بدیهی است تداوم و انعقاد قرارداد بیمه در سال آتی مشروط به رضایتمندی همکاران از عملکرد شرکت بیمه‌گر خواهد بود و لازم است تا کلیه شرکتهای زیرمجموعه به وسیله روشی که از طریق دفتر توسعه منابع انسانی و شرکتهای مادر تخصصی ذی‌ربط اعلام می‌گردد در نظر سنجی شرکت نمایند.


علی اکبر مهاجری
معاون وزیر در امور تحقیقات و منابع انسانی

رونوشت :

سعاونت پشتیبانی ، حقوقی و امور مجلس

- دفتر توسعه منابع انسانی