



مجلس التأمين الصحي التعاوني
Council of Cooperative Health Insurance

سياسة سلوكيات قطاع التأمين الصحي الخاص

(الاحتياال، سوء الالستخدام، والإهمال)

الفهرس

٣	الباب الأول
٣	البند الأول: المقدمة:
٣	البند الثاني: الغرض:
٣	البند الثالث: نطاق التطبيق:
٤	الباب الثاني
٤	البند الرابع: التعريفات:
٦	الباب الثالث
٦	البند الخامس: الحد الأدنى من الإجراءات الواجب اتخاذها من قبل أطراف العلاقة التأمينية:
٩	الباب الرابع
٩	البند السادس: المؤشرات الاستدلالية لممارسة الاحتيايل والإهمال وإساءة الاستخدام من قبل شركات التأمين وشركات إدارة المطالبات الطبية TPA:
٩	البند السابع: المؤشرات الاستدلالية لممارسة الاحتيايل والإهمال وإساءة الاستخدام من قبل مقدمي الخدمة:
١٠	البند الثامن: المؤشرات الاستدلالية لممارسة الاحتيايل والإهمال وإساءة الاستخدام من قبل الممارسين الصحيين:
١٠	البند التاسع: المؤشرات الاستدلالية لممارسة الاحتيايل والإهمال وإساءة الاستخدام من قبل صاحب العمل (حامل الوثيقة):
١١	البند العاشر: المؤشرات الاستدلالية لممارسة الاحتيايل والإهمال وإساءة الاستخدام من قبل المؤمن لهم (المستفيدين):
١٢	الباب الخامس
١٢	البند الحادي عشر: الإجراءات النظامية التي يجب اتخاذها من قبل أطراف العلاقة التأمينية في حال وجود شبهة احتيايل أو إهمال أو سوء استخدام:
١٥	الباب السادس
١٥	البند الثاني عشر: سريان اعتماد السياسة وتعديلها:
١٦	النموذج رقم (١)

الباب الأول

البند الأول: المقدمة:

استنادًا إلى الأدوات النظامية أدناه وبناءً على دراسة مكثفة لقطاع التأمين الصحي الخاص من خلال حصر وتحديد التحديات والدروس المستفادة، تم إعداد هذه السياسة وتحديد الخطوات القادمة:

١. نظام الضمان الصحي التعاوني الصادر بالمرسوم ملكي رقم (م/١٠) بتاريخ ١٤٢٠/٥/١ هـ ولائحته التنفيذية المعتمدة بموجب قرار وزاري رقم (٩/٣٥/١/ض) وتاريخ ١٤٣٥/٤/١٣ هـ.
٢. نظام مزاوله المهن الصحية الصادر بالمرسوم الملكي رقم (م/٥٩) وتاريخ ١٤٢٦/١١/٤ هـ ولائحته التنفيذية الصادرة بالقرار الوزاري رقم (٤٠٨٠٤٨٩) وتاريخ ١٤٣٩/١/٢ هـ.
٣. نظام مكافحة التزوير الصادر بالمرسوم ملكي رقم (م/١١٤) وتاريخ 1380/11/26 هـ.
٤. النظام الجزائي لجرائم التزوير الصادر بالمرسوم ملكي رقم (م/١١) تاريخ 1435/2/18 هـ.
٥. اللائحة التنظيمية لسلوكيات سوق التأمين للبنك المركزي السعودي.
٦. تعاميم وإجراءات وقرارات الأمانة العامة للمجلس.

البند الثاني: الغرض:

الغرض من السياسة هو ترسيخ معايير عالية لممارسة العمل في قطاع التأمين الصحي الخاص بطريقة تضمن حق سلسلة الأطراف المرتبطة ابتداءً من شركات التأمين وانتهاءً بالمستفيدين، من خلال وضع حد أدنى للإجراءات التي يجب أن يلتزم بها أطراف العلاقة التأمينية بهدف الحد من عمليات الاحتيال والإهمال وإساءة الاستخدام، وتحديد المؤشرات الاستدلالية - على سبيل المثال لا الحصر - لكشف الاحتيال.

البند الثالث: نطاق التطبيق:

تنطبق أحكام هذه السياسة على كل مما يلي:

- أ. شركات التأمين المؤهلة من قبل مجلس الضمان الصحي التعاوني.
- ب. مقدمي الخدمات الصحية المعتمدين من قبل مجلس الضمان الصحي التعاوني.
- ج. الممارسين الصحيين.
- د. صاحب العمل (حامل الوثيقة).
- هـ. المؤمن له (المستفيد).
- و. شركات إدارة المطالبات.
- ز. شركة إدارة دورة الإيرادات (RCM).

الباب الثاني

البند الرابع: التعريفات:

يقصد بالكلمات والعبارات الآتية أينما وردت في هذه السياسة المعاني الموضحة أمامها ما لم يقتض السياق خلاف ذلك:

المجلس	: مجلس الضمان الصحي التعاوني.
الأمانة العامة	: الامانة العامة للمجلس.
النظام	: نظام الضمان الصحي التعاوني الصادر بالمرسوم الملكي رقم (م/١٠) وتاريخ ١٤٢٠/٥/١ هـ
اللائحة	: اللائحة التنفيذية للمجلس الصادرة بموجب القرار الوزاري رقم (٩/٣٥/١/ض) وتاريخ ١٤٣٥/٤/١٣ هـ.
الأمين	: أمين عام المجلس.
السياسة	: سياسة سلوكيات قطاع التأمين الصحي الخاص.
البنك	: البنك المركزي السعودي.
الاحتيال	: قيام أي طرف من أطراف العلاقة التأمينية بالخداع المتعمد الذي ينتج عنه الحصول على منافع أو أموال أو تقديم مزايا مستثناة أو تتجاوز الحدود المسموح بها إلى الفرد أو الجهة.
الإهمال	: تقديم إجراءات تأمينية/طبية بدون توجي مقدارا معقولاً من الحذر المتعارف عليه تأمينياً وطبياً، والذي كان سبباً في حدوث ضرر مادي أو معنوي لأحد الأطراف التأمينية لم يكن ليحصل لولا تصرف المتسبب بالإهمال على النحو الذي تصرفه.
سوء استخدام	: قيام أي طرف من أطراف العلاقة التأمينية بممارسات قد تؤدي إلى الحصول على منافع أو مزايا غير مخولين للحصول عليها ولكن بدون قصد التدليس والاحتتيال أو تعمد الكذب وتشويه الحقائق بغرض الحصول على المنفعة.
التأمين الصحي	: التأمين الصحي الذي يقرره النظام ولائحته التنفيذية وتمارسه شركات التأمين التعاوني المرخص لها بالعمل في المملكة وفقاً لنظام مراقبة شركات التأمين.
الوثيقة	: وثيقة الضمان الصحي التعاوني الأساسية التي اعتمدها المجلس والملحقة باللائحة والتي تتضمن التحديدات والمنافع والاستثناءات والشروط العامة وتصدر من شركة التأمين بموجب طلب تأمين يقدم من صاحب العمل (حامل الوثيقة).
شركة التأمين	: شركة التأمين التعاوني المصرح لها بالعمل في المملكة من قبل البنك والمؤهلة لممارسة أعمال الضمان الصحي التعاوني من قبل المجلس.

- شركات تسوية المطالبات التأمينية والمصرح لها بالعمل في المملكة من قبل البنك والمؤهلة لممارسة إدارة مطالبات الضمان الصحي التعاوني من قبل المجلس وتقع في حكم شركات التأمين في هذه السياسة.
- شركة إدارة مطالبات التأمين الصحي (TPA)
- الشركات المتخصصة بإدارة دورة الإيرادات وبالفوترة والتميز الطبي وإعداد وإصدار المطالبات التأمينية نيابة عن مقدم الخدمة التي تم ترخيصها واعتمادها من قبل المجلس.
- شركة إدارة دورة الإيرادات (RCM)
- المرفق الصحي (الحكومي/ غير الحكومي) المصرح له بتقديم الخدمات الصحية في المملكة وفقاً للأنظمة والقواعد ذات العلاقة والمعتمد من المجلس، وعلى سبيل المثال: مستشفى، مركز تشخيص، عيادة، صيدلية، مختبر، مركز علاج طبيعي أو مركز علاج بالإشعاع.
- مقدم الخدمة
- المنافع الصحية الأساسية المتاحة للمستفيد والمحددة بالوثيقة.
- التغطية التأمينية
- الشخص الطبيعي أو الاعتباري الذي يستخدم عاملاً أو أكثر.
- صاحب العمل
- الشخص الطبيعي أو الاعتباري الذي صدرت الوثيقة باسمه.
- حامل الوثيقة
- هو الشخص الطبيعي (أو الأشخاص الطبيعيين) الذي تقررت التغطية التأمينية لصالحه بموجب الوثيقة.
- المؤمن له (المستفيد)
- كل من يرخص له بمزاولة المهن الصحية التي تشمل الفئات الآتية: الأطباء البشريين، وأطباء الأسنان، والصيدلة الأخصائيين، والفنيين الصحيين في (الأشعة، والتمريض، والتخدير، والمختبر، والصيدلية، والبصريات، والوبائيات، والأطراف الصناعية، والعلاج الطبيعي، ورعاية الأسنان وتركيبها، والتصوير الطبي، والعلاج النووي، وأجهزة الليزر، والعمليات)، والأخصائيين النفسيين والاجتماعيين وأخصائي التغذية والصحة العامة، والقبالة، والإسعاف، ومعالجة النطق والسمع، والتأهيل الحرفي، والعلاج الحرفي، والفيزياء الطبية، وغير ذلك من المهن الصحية الأخرى التي يتم الاتفاق عليها بين وزير الصحة والخدمة المدنية (سابقاً) والهيئة السعودية للتخصصات الصحية.
- الممارسين الصحيين
- شركة التأمين، شركة إدارة مطالبات التأمين الصحي، شركة إدارة دورة الإيرادات، مقدم الخدمة، الممارسين الصحيين، صاحب العمل (حامل الوثيقة) والمؤمن له (المستفيد).
- أطراف العلاقة التأمينية

الباب الثالث

الضوابط والإجراءات الواجب إتباعها للحد من الاحتيال والإهمال وإساءة الاستخدام

البند الخامس: الحد الأدنى من الإجراءات الواجب اتخاذها من قبل أطراف العلاقة التأمينية:

١. شركات التأمين وشركات إدارة مطالبات التأمين الصحي (TPA):

- أ. وضع خطة استراتيجية تحدد إجراءات واضحة وشاملة لتقييم المطالبات، حيث يتم تفصيل الخطوات الضرورية للتحقق من وقائع المطالبة وصحتها والتحقق من مؤشرات الاحتيال لمكافحة، ويتم إقرارها من مجلس إدارة الشركة.
- ب. إنشاء إدارة/وحدة إدارية داخلية مختصة بمكافحة الاحتيال والتعامل مع حالات إساءة الاستخدام والإهمال.
- ج. توفير أنظمة معلوماتية داخلية متطورة تمكن من سرعة الرد على طلبات الموافقات الطبية.
- د. وجود دليل إجرائي وآلية تصعيد واضحة لكافة المطالبات المنطوية على شبهة احتيال أو سوء استخدام أو إهمال.
- هـ. وجود آلية إجرائية واضحة معتمدة بين مقدم الخدمة وشركة التأمين لضمان تبادل المعلومات للتبليغ عن حالات الاحتيال وسوء الاستخدام أو الإهمال.
- و. مراجعة السياسات والإجراءات الحالية والتأكد من شمولها المعايير المطلوبة.
- ز. القيام بدورات تدريبية وبرامج متخصصة بالإضافة إلى حملات توعوية للطواقم الطبي والإداري بشكل دوري للتحذير من خطورة الاحتيال أو الإهمال أو إساءة الاستخدام وأبرز مؤشرات.
- ح. القيام بحملات توعوية للمؤمن لهم وإبلاغهم بسياسات الشركة لمكافحة الاحتيال وسوء الاستخدام أو الإهمال وبتبغات تقديم معلومات مغلوطة أو غير دقيقة.
- ط. تعيين ضابط اتصال يمثل الجهة للتواصل مع المجلس وتزويد المجلس بمعلوماته.
- ي. أن تحتفظ شركات التأمين بسجلات مفصلة عن وقوع الاحتيال الممارس من قبل المؤمن لهم، على أن تتضمن السجلات الحد الأدنى من تفاصيل المعلومات التالية:

- نوع الاحتيال.
- التقنية أو التكنولوجيا المستخدمة لارتكاب الاحتيال.
- الضعف في الرقابة الداخلية وإجراءاتها.
- ملف عن مرتكبي الاحتيال وخلفيتهم السابقة.
- رصد الاحتيال.

ويجب إحالة هذه السجلات إلى الجهة المختصة عند الطلب.

٢. مقدمي الخدمة وشركة إدارة دورة الإيرادات (RCM):

- أ. وضع سياسة داخلية لكيفية التعامل مع حالات الاحتيال والإهمال وإساءة الاستخدام بالإضافة لمراجعة الحالة والتأكد من شمولها المعايير المطلوبة.
- ب. توفير أنظمة معلوماتية داخلية مطورة تمكن من سرعة الرد على استفسارات وملاحظات شركات التأمين (إن وجد) حول طلب الموافقة.

- ج. توقيع المدير التنفيذي للمنشأة على تعهد بصحة كافة الفواتير التي تصدر المنشأة التي يتبع لها.
- د. توفير أنظمة معلوماتية داخلية مطورة تمكن من رصد حالات الاحتيال وسوء الاستخدام والحد من حالات الإهمال.
- هـ. عدم الإفراط بتقديم خدمات صحية للمرضى دون حاجة المريض لها لغرض الكسب المادي والاقتصر على ما تتطلبه حاجة العلاج الضرورية وفقا للأدلة الاكلينيكية المعتمدة من المجلس.
- و. توعية وتحفيز الممارسين بعدم رفع طلبات الخدمات الصحية والعلاجات الطبية غير الضرورية للحالة الطبية.
- ز. توفير طاقم إداري لديه الحد الأدنى من الخبرة اللازمة لمراجعة وتقييم المطالبة قبل تقديمها لشركة التأمين.
- ح. القيام بدورات تدريبية وبرامج متخصصة بالإضافة إلى حملات توعوية للطواقم الطبي والإداري للتحذير من خطورة السماح أو المساهمة بالاحتيال أو الإهمال أو إساءة الاستخدام.
- ط. تعيين ضابط اتصال يمثل الجهة للتواصل مع المجلس وإخطار المجلس بمعلوماته.
- ي. السماح لشركات التأمين بزيارة مقدم الخدمة وتسهيل الاطلاع على ملفات المؤمن لهم والفواتير والخدمات المقدمة وهذا يعتبر اجراء مهم لبناء ملف كامل عن الحالات المشتبه بها ودعمها بالأدلة ان وجدت.
- ك. القيام بكافة اجراءات العناية الواجبة للتأكد من هويات المؤمن لهم قبل تقديم الخدمة.
- ل. العمل على تدريب العاملين على طلب الموافقات ليكونوا على دراية تامة ببنود اللائحة التنفيذية لمجلس الضمان وجداول المزايا للشركات لطلب الخدمات المغطاة فقط وتجنب طلب الخدمات المستثناة لتحسين تجربة العميل وفعالية إدارة العمليات.

٣. الممارس الصحي:

- أ. ممارسة المهنة لمصلحة صحة المريض دون تغليب للمصلحة الشخصية لغرض الكسب المادي أو أي نوع من أنواع الاستغلال.
- ب. عدم الإفراط بتقديم خدمات صحية أو أدوية للمريض دون حاجة المريض لها والاقتصر على ما تتطلبه حاجة العلاج الضرورية.
- ج. التأكد من صحة وسلامة تقارير المرضى من أي معلومات غير صحيحة أو أي نوع من أنواع الاحتيال.
- د. ذكر كافة البيانات والمعلومات الخاصة بحالة المريض بشكل دقيق ومفصل ومستجدات الحالة وإرفاق كافة التقارير.

٤. صاحب العمل وحامل الوثيقة كل فيما يخصه:

- أ. يقوم صاحب العمل بشرح وإيضاح الوثيقة وحدود التغطية للمؤمن لهم (المستفيدين) وذلك من خلال الوسائل المناسبة مثل المطويات، والشرح المباشر عبر ورش عمل، والمواقع الالكترونية، ولا يحق لصاحب العمل إخفاء معلومات عن المؤمن لهم فيما يخص اسم شركة التأمين والشبكة الطبية ومنافع الوثيقة.
- ب. توعية الموظفين والتأكيد عليهم والتابعين لهم من المؤمن عليهم بضرورة تجنبهم الأفعال التي تعد احتيال أو إهمال أو إساءة استخدام.
- ج. المبادرة وعدم التأخر عن إضافة المؤمن لهم سواء موظفين أو تابعين وعدم إضافة الغير مستحقين نظامًا، والتحديث بشكل آني وآلي لحالة المؤمن لهم الاجتماعية.

د. تزويد شركات التأمين بالمعلومات الضرورية واللازمة والصحيحة بما في ذلك نماذج الإفصاح الطبي وبيانات الاتصال للمؤمن لهم.

هـ. تعيين ضابط اتصال يمثل الجهة للتواصل مع المجلس وإخطار المجلس بمعلوماته.

و. المؤمن له (المستفيد):

أ. الالتزام بعدم المطالبة بمنافع بموجب الوثيقة إلا إذا كانت هذه المنافع من التغطيات المنصوص عليها في الوثيقة، أو من التغطيات الإضافية التي تم حصوله عليها وفقاً للمادة الثامنة من النظام.

ب. الالتزام بالكشف أو التصريح عن المطالبات التي تكون نتيجة لإصابة العمل أو الأمراض المهنية أو حوادث مركبات.

ج. عدم الإفراط بطلب خدمات صحية دون الحاجة لها والاقتصار على ما تتطلبه حاجة العلاج الضرورية.

د. إشعار صاحب العمل (حامل الوثيقة) بأي تحديث على الحالة الاجتماعية بشكل فوري.

هـ. الالتزام بتعبئة نموذج الإفصاح الطبي وإضافة البيانات بشكل صحيح وعدم إخفاءها.

و. التعهد بعدم استخدام التأمين من قبل غير المؤمن لهم.

ز. الالتزام بإبراز الهويات لمقدم الخدمة قبل الحصول على الخدمة.

الباب الرابع

المؤشرات الاستدلالية

البند السادس: المؤشرات الاستدلالية لممارسة الاحتيايل والإهمال وإساءة الاستخدام من قبل شركات التأمين وشركات إدارة

المطالبات الطبية TPA:

- عدم الالتزام باشتراطات إصدار الوثيقة والاضافة والحذف.
- حوالات مباشرة لسداد الوثائق من المؤمن لهم وليس من حساب صاحب العمل (حامل الوثيقة).
- التأمين بغرض الربط الإلكتروني مع الجهات ذات العلاقة.
- إلزام مقدمي الخدمة بمتوسط تكلفة للمؤمن له.
- تأخر الشركة في تسوية المطالبات المستحقة بشكل متكرر دون وجود مسوغات واضحة.
- تكرار تقارير المرفوضات.
- عدد الموافقات الطبية المرفوضة للحالات الطارئة.
- عدد الموافقات التي يتم إلغاؤها خلال مدة لا تتجاوز الثلاثين (٣٠) يوماً من اعتمادها بدون طلب مقدم الخدمة.
- مؤشر لمبالغ التحمل التي يدفعها المريض في العيادات الخارجية أو الطوارئ.
- عدد الموافقات الطبية التي يتم رفضها للوصفة الطبية.
- تضارب المصالح بين المدراء وأعضاء فريق العمل والشركات الخارجية والمتعاقدين.
- ارتفاع معدلات الشكاوى.

البند السابع: المؤشرات الاستدلالية لممارسة الاحتيايل والإهمال وإساءة الاستخدام من قبل مقدمي الخدمة:

- تعديل الصفات الطبية أو التشخيص والاقطاع منها.
- احتواء الوثائق على تهجئة خاطئة أو سوء استعمال للمصطلحات الطبية.
- استخدام أرقام تعريف غير صحيحة.
- عدم وجود الطبيب في نفس المنطقة الجغرافية للمطالب.
- وجود تشخيصات غير صحيحة أو متضاربة من مقدمي خدمات صحية مختلفين.
- عدم تماشي العلاج المقدم للمطالب مع التشخيص أو سجل المريض.
- عدم تماشي الاختصاص الطبي للطبيب مع حالة التشخيص الصادر عنه.
- التعاون لاستخدام هوية المؤمن له لشخص آخر.
- تقديم خدمات غير مغطاة، على سبيل المثال (الأسنان - النظارات).
- إرسال نتائج التحاليل أو الأشعة الطبية لأغلب المطالبات الطبية بنفس النتائج ومن نفس الدكتور المعالج.
- إخفاء حقائق جوهرية كعدم توضيح سبب ومكان الإصابة (إصابة عمل- حادث مروري او جنائي).

- تقديم مطالبات لشركات التأمين من خلال فروع غير معتمدة، أو تقديم مطالبات لخدمات تم التعاون فيها مع مقدمي خدمة غير معتمدين من المجلس مثل: المختبرات والأشعة وغيرها.
- تسريب بيانات المؤمن لهم.
- ارتفاع بحجم المطالبات عن الخدمات المقدمة بشكل ملحوظ.
- تأخر مستمر في تقديم السجلات المطلوبة للحالات والخدمات المقدمة لشركات التأمين والمؤمن لهم.
- التأخر في إضافة ضريبة القيمة المضافة للمطالبة الأصلية عند الرفع.
- تنويم المريض مع عدم حاجته لذلك ودون مبرر طبي.
- المبالغة في صرف الأدوية والإجراءات الطبية الأخرى كالتحاليل والأشعة.
- استخدام الوسائل التقنية الأكثر كلفة دون ضرورة طبية.
- إصدار فواتير كشف جديدة أثناء فترة المراجعة المجانية.
- الزيادة المستمرة في مبالغ التحمل التي يدفعها المريض في العيادات الخارجية أو الطوارئ.
- مؤشر لمبالغ التحمل التي يدفعها المريض في العيادات الخارجية أو الطوارئ.
- عدد الموافقات الطبية التي يتم رفضها للوصفة الطبية.

البند الثامن: المؤشرات الاستدلالية لممارسة الاحتيال والإهمال وإساءة الاستخدام من قبل الممارسين الصحيين:

- علاج الممارس الصحي أو صرف أدوية لحالات خارجه عن تخصصه الطبي.
- عدم تناسب الأدوية المصروفة مع الحالات المشخصة.
- زيادة مبالغة في كمية العلاج التي تحتاجها الحالة المشخصة.
- تكرار التشخيص الطبي من الممارس الصحي لحالات متعددة.
- زيادة في كميات الأدوية المصروفة من الممارس الصحي.

البند التاسع: المؤشرات الاستدلالية لممارسة الاحتيال والإهمال وإساءة الاستخدام من قبل صاحب العمل (حامل الوثيقة):

- تكرار الموافقات والمطالبات من نفس مقدم الخدمة الصحية على وثيقة تأمين واحدة.
- عدد المؤمن لهم المضافين بعد تاريخ استحقاقهم للتأمين بفترة طويلة.
- وجود وثائق تأمين بدون أي مطالبات.
- عدم تزويد المؤمن لهم بمنافع الوثيقة وشبكة مقدمي الخدمة الصحية.
- عدم إضافة المستفيد ورفع بياناته بشكل فوري لدى المجلس في تاريخ استحقاقه للتأمين.
- إنشاء عيادة داخلية بالاتفاق مع أحد مقدمي الخدمة الصحية داخل منشأة صاحب العمل.
- وجود توقيعات متشابهة على نموذج الإفصاح الطبي.



البند العاشر: المؤشرات الاستدلالية لممارسة الاحتيايل والإهمال وإساءة الاستخدام من قبل المؤمن لهم (المستفيدين):

- تغيير الأطباء أو مقدمي الخدمة من قبل المؤمن لهم بشكل مستمر.
- ادعاء المؤمن له الإعاقة ويكون في نفس الوقت موظفًا ناشطًا في عمله أو يمارس رياضة أو هواية بدنية.
- في حال اختلاق المؤمن له إصابات إضافية ويزعم بأنها مرتبطة بالإصابة الأولية أو المرض الأساسي حين قرب انتهاء المطالبة.
- في حال ادعاء إصابة أو مرض المؤمن له قبل وقت قصير من وقوع مشكلة في العمل (على سبيل المثال لا الحصر إجراء انضباطي، أو إنزال مرتبة، أو صرف من العمل، أو رفض العمل، أو إنهاء عقد العمل، أو تقليل عدد الموظفين).
- طلب استشارة أكثر من مقدم خدمة لنفس الحالة.
- تصرفات توجي بانتحال شخصية المؤمن له.
- ارتفاع معدلات صرف الأدوية مع عدم اتفاقها مع الخطة العلاجية والسجلات الطبية.
- عدد كبير أو كل الفواتير العلاجية من نفس مقدم الخدمة وعادةً تكون في نفس التواريخ.
- تغيير البيانات الشخصية بشكل متكرر، ومن ذلك (رقم الجوال- العنوان).

الباب الخامس

الإجراءات النظامية الواجب اتخاذها

البند الحادي عشر: الإجراءات النظامية التي يجب اتخاذها من قبل أطراف العلاقة التأمينية في حال وجود شبهة احتيال أو إهمال أو سوء استخدام:

أولاً: في حال تم تكييف الفعل على أنه شبهة احتيال من قبل أحد أطراف العلاقة التأمينية باستثناء الممارس الصحي:

١- بعد استنفاد إجراءات التواصل الداخلية بين الأطراف، تُحال الحالة إلى جهة الضبط حيث يتم رفعها لمركز الشرطة ليتم إحالتها للنيابة العامة لاتخاذ إجراءات الاستدعاء والتحقيق المطلوبة تمهيداً لإقامة الدعوى أمام المحكمة الجزائية المختصة في حال ثبوت الحالة، مع تزويد المجلس بنسخة تفصيلية لهذه الشكوى من خلال تعبئة النموذج رقم (١) وإرساله عبر البريد الإلكتروني الموحد (Supervision@cchi.gov.sa) تحت موضوع (شكوى احتيال)، وتكون مسؤولية شركة التأمين وشركة إدارة المطالبات ومقدم الخدمة قائمة في جميع الأحوال في حالة قيام أحد موظفيهم أو أعضائهم بالاحتيال أو التزوير عند تقديم الخدمة.

٢- في حال تم تكييف الفعل على أنه جريمة تزوير أو ذات ارتباط جنائي، فإن مرتكب الفعل يكون عرضةً للمساءلة والعقوبة وفقاً لنظام مكافحة التزوير الصادر بالمرسوم ملكي رقم (م/١٤) وتاريخ 1380/11/26هـ، والنظام الجزائي لجرائم التزوير الصادر بالمرسوم ملكي رقم (م/١١) تاريخ 1435/2/18هـ، تكون الجزاءات المترتبة على الجرائم المتعلقة بالشك الجنائي كالتالي:

- كل موظف أو مكلف بخدمة عامة أو مهنة طبية أو صحية أعطي وثيقة أو شهادة أو بياناً لشخص آخر على خلاف الحقيقة، وترتب على ذلك جلب منفعة غير مشروعة أو إلحاق ضرر بأحد الناس يعاقب بالسجن من خمسة عشر يوماً إلى سنة.
- من زوّر خاتم جهة غير عامة، يعاقب بالسجن مدة لا تتجاوز ثلاث سنوات وبغرامة لا تزيد على ثلاث مائة ألف ريال، أو بإحدى هاتين العقوبتين.
- من زوّر أوراقاً تجارية أو مالية أو الأوراق الخاصة بالمصارف، أو وثائق تأمين؛ يعاقب بالسجن من سنة إلى خمس سنوات وبغرامة لا تزيد على أربع مائة ألف ريال.
- من زوّر أو منح (بحسب اختصاصه) تقريراً أو شهادة طبية على خلاف الحقيقة مع علمه بذلك؛ يعاقب بالسجن مدة لا تتجاوز سنة وبغرامة لا تزيد على مائة ألف ريال، أو بإحدى هاتين العقوبتين.
- كل منشأة خاصة تعمل في المملكة ثبت أن مديرها أو أحد منسوبيها ارتكب جريمة من الجرائم المنصوص عليها في النظام الجزائي لجرائم التزوير، لمصلحتها وبعلم منها، تعاقب بغرامة لا تزيد على عشرة ملايين ريال، وبالحرمان من

التعاقد من سنتين إلى خمس سنوات مع أي جهة عامة، وذلك دون الإخلال بأي عقوبة نص عليها هذا النظام في حق الشخص ذي الصفة الطبيعية مرتكب الجريمة.

• من اشترك - بطريق الاتفاق أو التحريض أو المساعدة - في ارتكاب أي من الجرائم المنصوص عليها في النظام الجزائي لجرائم التزوير، يعاقب بالعقوبة نفسها المقررة لتلك الجريمة.

٣- بعد إحالة الحالة للمجلس وثبوتها، يعد الاحتيال إخلالاً جوهرياً بشروط العلاقة التعاقدية بين شركة التأمين ومقدم الخدمة ويحق بناءً عليه للطرف المتضرر إلغاء عقد الخدمات الصحية مع مراعاة مهلة الإنذار المحددة، وكذلك شروط الإلغاء المنصوص عليها في العقد المبرم بينهما.

ثانياً: في حال كانت الحالة إساءة استخدام أو إهمال من قبل أحد أطراف العلاقة التأمينية باستثناء الممارس الصحي:

- ١- يتم رفع الحالة للأمانة العامة للمجلس للتحقيق في الحالة وفي حالة ثبوتها وبحسب جسامتها يتم اتخاذ الآتي:
 - في حال كان إساءة الاستخدام أو الإهمال صادر من مقدم خدمة يجوز للمجلس إيقاف أو إلغاء الاعتماد مع مراعاة تكرار المخالفة.
 - في حال كان إساءة الاستخدام أو الإهمال صادر من شركة التأمين يجوز للمجلس إيقاف أو إلغاء التأهيل مع مراعاة تكرار المخالفة.
 - في حال كان إساءة الاستخدام أو الإهمال صادر من المؤمن له (المستفيد) يجوز للمجلس مخاطبة صاحب العمل (حامل الوثيقة) بطلب إجراء تحقيق والرفع بنتائجه للمجلس وفي حال عدم التعاون يتم التصعيد لوزارة الموارد البشرية والتنمية الاجتماعية والشرطة.
- ٢- يجوز للمجلس إبلاغ لجنة مخالفات المؤسسات الصحية الخاصة التابعة لوزارة الصحة عند توافر معلومات موثقة حول ثبوت مخالفات في حق أيًا من مقدمي الخدمة المعتمدين.
- ٣- يحق للمجلس في حالة وجود تجاوزات لدى شركة التأمين أو مقدم خدمات الرعاية الصحية، إيقافه لفترة زمنية محددة عن مزاوله أعمال الضمان الصحي التعاوني.
- ٤- كما يحق للمجلس اتخاذ كافة الإجراءات اللازمة لضمان حماية أطراف العلاقة التأمينية.

ثالثاً: في حال تم تكييف الفعل على أنه شبهة احتيال أو إساءة استخدام أو إهمال من قبل الممارس الصحي:

- ١- في حال تم تكييف الفعل على أنه شبهة احتيال يتم رفع الحالة لمركز الشرطة ليتم إحالتها للنياحة العامة لاتخاذ إجراءات الاستدعاء والتحقيق المطلوبة، مع تزويد المجلس بنسخة تفصيلية لهذه الشكوى من خلال تعبئة النموذج رقم (١) وإرساله عبر البريد الإلكتروني الموحد (Supervision@cchi.gov.sa) تحت موضوع (شكوى احتيال).

- ٢- في حال تم تكييف الفعل على أنه جريمة جنائية، فإن مرتكب الفعل يكون عرضة للمسائلة والعقوبة وفقاً لنظام مزاوله المهني الصحية الصادر بالمرسوم الملكي رقم م/٥٩ بتاريخ ٤ / ١١ / ١٤٢٦هـ وقرار مجلس الوزراء رقم ٢٧٦ بتاريخ ٣ / ١١ / ١٤٢٦ / ولائحته التنفيذية الصادرة بالقرار الوزاري رقم (٤٠٨٠٤٨٩) وتاريخ ١/٢/١٤٣٩هـ تكون الجزاءات المترتبة على الجرائم المتعلقة بالشق الجنائي كالتالي: " مع عدم الإخلال بأي عقوبة أشد منصوص عليها في أنظمة أخرى، يعاقب بالسجن مدة لا تتجاوز ستة أشهر، وبغرامة لا تزيد عن مائة ألف ريال، أو بإحدى هاتين العقوبتين".
- ٣- في حال تم تكييف الفعل على أنه إساءة استخدام أو إهمال يكون الممارس الصحي محلاً للمساءلة التأديبية إذا أخل بأحد واجباته المنصوص عليها في نظام مزاوله المهني الصحية بناءً على المادة رقم ٣١ والمادة رقم ٣٢ من نظام مزاوله المهني الصحية.

رابعاً: يلتزم كل من أطراف العلاقة بالتأمين الصحي بأن تكون جميع التعاملات فيما بينهم حقيقية ودقيقة ووفقاً لما تنص عليه الأنظمة واللوائح ذات العلاقة.

خامساً: تقع المسؤولية على شركة التأمين وشركة إدارة المطالبات ومقدم الخدمة في حالة قيام أحد موظفيهم أو ممثلهم بالإهمال أو إساءة الاستخدام أو الاحتيال أو التزوير عند تقديم الخدمة.

الباب السادس

البند الثاني عشر: سريان اعتماد السياسة وتعديلها:

- ١- تعد هذا السياسة سارية من تاريخ اعتمادها من الأمين العام للمجلس، ولا يجوز تعديلها أو الإضافة عليها إلا بقرار يصدر عنه.
- ٢- يتم مراجعة السياسة كل ثلاثة سنوات من قبل الأمانة العامة للمجلس أو متى ما دعت الحاجة لذلك، ويتم الرفع بالملاحظات ومقترحات التحديث عليها للأمين للدراسة والإقرار.



النموذج رقم (١)

بيانات الأطراف

اسم مقدم الشكوى: رقم الهوية: رقم التواصل: المنطقة:

بيانات الطرف الآخر: رقم التواصل: المنطقة:

موضوع الشكوى

تفاصيل الشكوى

التوقيع: