

ضمان

مجلس الضمان الصحي
Council of Health Insurance

اللائحة التنفيذية لنظام الضمان الصحي التعاوني

والمعتمدة بموجب القرار الوزاري رقم (1/35/9/ض) وتاريخ 1435/4/13هـ

جدول المحتويات:

3	التعريفات
5	المستفيدون
5	التغطية التأمينية بموجب النظام
7	المنافع
8	ضوابط الالتزامات المالية
10	ممارسة أعمال التأمين الصحي
12	الإشراف على أطراف العلاقة التأمينية
15	العلاقات بين أطراف العلاقة التأمينية
19	ضمان جودة الخدمات المقدمة
19	الجزاءات
20	الأحكام العامة
21	الملاحق

الفصل الأول:

التعريفات

التعريفات المادة الأولى: يقصد بالمصطلحات الآتية المعاني الموضحة قرين كل منها:

المملكة العربية السعودية.	المملكة:
نظام الضمان الصحي التعاوني المطبق في المملكة.	النظام:
مجلس الضمان الصحي التعاوني.	المجلس:
وزير الصحة.	رئيس المجلس:
الجهاز التنفيذي للمجلس.	الأمانة العامة:
مؤسسة النقد العربي السعودي.	المؤسسة:
التأمينات المطبقة بموجب نظام التأمينات الاجتماعية، وتقوم بتنفيذها المؤسسة العامة للتأمينات الاجتماعية.	التأمينات الاجتماعية:
يعني التأمين الصحي الذي يقرره النظام ولائحته التنفيذية وتمارسه شركات التأمين التعاوني المرخص لها بالعمل في المملكة وفقاً لنظام مراقبة شركات التأمين.	التأمين الصحي:
وثيقة الضمان الصحي التعاوني الأساسية التي اعتمدها المجلس والملحقة بهذه اللائحة (ملحق رقم 1) والتي تتضمن التحديدات والمنافع والاستثناءات والشروط العامة وتصدر من شركة التأمين بموجب طلب تأمين يقدم من صاحب العمل (حامل الوثيقة).	الوثيقة:
المنافع الصحية الأساسية المتاحة للمستفيد والمحددة بالوثيقة.	التغطية التأمينية:
نفقات توفير الخدمة الصحية التي تشملها التغطية التأمينية ضمن الحدود المبينة في جدول الوثيقة.	المنفعة:
حملة الوثائق وشركات التأمين الصحي وشركات إدارة مطالبات التأمين الصحي (TPA) ومقدمو الخدمة.	أطراف العلاقة التأمينية:
الشخص الطبيعي أو الاعتباري الذي صدرت الوثيقة باسمه.	حامل الوثيقة:
الشخص الطبيعي أو الاعتباري الذي يستخدم عاملاً أو أكثر.	صاحب العمل:
كل شخص طبيعي يعمل لمصلحة صاحب عمل وتحت إدارته أو إشرافه مقابل أجر، ولو كان بعيداً عن نظارته.	العامل:
هو الشخص الطبيعي (أو الأشخاص الطبيعيين) الذي تقررت التغطية لصالحه بموجب الوثيقة.	المؤمن له (المستفيد):
الزوج أو الزوجة والأولاد الذكور حتى سن الخامسة والعشرون والبنات غير المتزوجات إضافة للأيتام المحتضنين لدى الأسر الكافلة المستفيدة من التأمين الصحي الإلزامي.	المعال:
غير السعودي المتزوج بمواطنة سعودية.	زوج مواطنة:
غير السعودية المتزوجة من مواطن سعودي.	زوجة مواطن:
هم الأيتام – من ذوي الظروف الخاصة – مجهولي الأبوين أو معلومي الأم ممن ولدوا على أرض المملكة العربية السعودية وتم إسناد رعايتهم من قبل وزارة الموارد البشرية والتنمية الاجتماعية لأسر كافلة مغطاة بالتأمين الصحي الإلزامي ومازالوا تحت رعاية الأسرة الكافلة.	الأيتام:
ما تحدده الأمانة العامة من بيانات خاصة بحامل الوثيقة أو بالمستفيد، وعلى سبيل المثال (بيانات الهوية الوطنية / بيانات إقامة العامل).	البيانات الأساسية:
شركة التأمين التعاوني المصرح لها بالعمل في المملكة من قبل المؤسسة والتي تم تأهيلها لممارسة أعمال الضمان الصحي التعاوني من قبل المجلس.	شركة التأمين:
شركات تسوية المطالبات التأمينية والمصرح لها بالعمل في المملكة من قبل المؤسسة والتي تم تأهيلها لممارسة إدارة مطالبات الضمان الصحي التعاوني من قبل المجلس.	شركة إدارة مطالبات التأمين الصحي:
	(TPA):
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:

مجموعة مقدمو الخدمة الصحية المعتمدين من المجلس والمحدد من قبل شركة التأمين الصحي لتقديم الخدمات الصحية للمؤمن لهم، ويتم قيد هذه الخدمات مباشرة على حساب شركة التأمين عند إبراز المؤمن له بطاقة تأمين سارية المفعول.

رفض طلب الاعتماد:

جراء يخص فقط مرحلة طلب الاعتماد، عندما يتبين للمجلس عدم صحة أي من المعلومات التي قدمها مقدم الخدمة للمجلس من أجل الحصول على الاعتماد (مثل تزوير بعض الأوراق أو التراخيص المقدمة، أو الإدلاء بمعلومات غير صحيحة أو ما شابه).

إلغاء الاعتماد:

قرار يتم إتخاذه جراء مخالفة جسيمة يرتكبها مقدم الخدمة للنظام ولائحته. العلاج الطبي الطارئ الذي تقتضيه الحالة الطبية للمستفيد إثر وقوع حدث، أو عارض أو حالة صحية طارئة تستدعي التدخل الطبي السريع.

الحالة الطارئة:

برنامج تبادل التعاملات

الخاصة بالتأمين الصحي بين مقدمي الخدمة وشركات التأمين وشركات إدارة المطالبات والمجلس وفق معايير البيانات التأمينية وبطريقة إلكترونية آمنة وموثوق بها.

الإلكترونية (SHIB):

القواعد التنظيمية

لبرنامج التعاملات الإلكترونية (SHIB): القواعد المنظمة لتبادل المعلومات والبيانات والتعاملات الخاصة بالتأمين الصحي بين مقدمي الخدمات الصحية وشركات التأمين وشركات إدارة مطالبات التأمين الصحي (TPA) والمجلس عن طريق هذا البرنامج لسوق التأمين الصحي السعودي المعتمد من قبل المجلس، وتعتبر هذه القواعد جزءاً لا يتجزأ من هذه اللائحة والملحقة بهذه اللائحة (ملحق رقم 8).

لبرنامج التعاملات

الإلكترونية (SHIB):

السجل الذي يتم التعامل معه أو يتم تداوله من قبل الشبكة الوطنية للتأمين الصحي ويشتمل على الحالات التالية:

سجل الوثيقة:

(أ) المفعول: السجل الذي يكون تاريخ إصداره ساري.

(ب) غير المفعول: السجل الذي يكون تاريخ بداية صلاحيته لاحقاً لتاريخ تفعيله أو لم يتم استخدامه في عملية إصدار أو تجديد إقامة.

(ج) المنتهي: السجل الذي انتهت صلاحيته.

(د) الموقوف: السجل الذي تم إيقاف تفعيله من قبل المجلس أو من قبل شركة التأمين لسبب ما.

الشبكة الوطنية للضمان

هي الأجهزة والبرامج والأشخاص الذين يرتبطون من خلالها، لنقل معلومات وبيانات تخص الضمان الصحي التعاوني.

الصحي التعاوني:

هو المبلغ الواجب الأداء لشركة التأمين من قبل حامل الوثيقة مقابل التغطية التأمينية التي توفرها الوثيقة خلال مدة التأمين.

القسط (الاشتراك):

هو الجزء الذي يقوم المستفيد بدفعه عند تلقي الخدمة العلاجية في العيادات الخارجية حسب ما هو منصوص عليه (إن وجد) في جدول الوثيقة، عدا الحالات الطارئة والتنويم.

نسبة التحمل (المشاركة

المصاريف الفعلية المُنْفَعَة مقابل خدمات ومواد وأجهزة غير مستثناة بموجب القسم الثالث من الوثيقة المرفقة بهذه اللائحة (ملحق رقم 1)، على أن يصفها طبيب مُرْحَص بسبب علّة تعرض لها المؤمن له شريطة أن تكون تلك النفقات ضرورية ومعقولة ومعتمدة في الوقت

في الدفع):

النفقات القابلة

والمكان الذي تمت فيه.

للاستعاضة:

طلب مقدم إلى شركة التأمين أو من يمثلها من مقدم خدمة أو المؤمن له أو من حامل الوثيقة، بغرض استعاضة قيمة نفقات الخدمات الصحية المشمولة ضمن تغطية الوثيقة، والمشروع بالمستندات المالية والطبية المؤيدة له.

المطالبة:

لائحة تهدف إلى تنظيم أعمال فرق الزيارات الميدانية الإشرافية لأطراف العلاقة التأمينية للتحقق من التزام كافة الأطراف بالنظام ولوائح التنفيذ والوثيقة الموحدة، والملحقة بهذه

لائحة تنظيم أعمال

الزيارات الميدانية

الإشرافية:

اللائحة (ملحق رقم 7).

فريق عمل يتكون أعضاؤه من منسوبي الأمانة العامة للقيام بزيارة ميدانية إشرافية على أطراف العلاقة التأمينية.

فريق الزيارات الميدانية

الإشرافية:

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.

الاحتيال:

قيام أي طرف من أطراف العلاقة التأمينية بممارسات قد تؤدي إلى الحصول على منافع أو مزايا غير مخولين للحصول عليها ولكن بدون قصد التدليس والاحتيال أو تعمد الكذب وتشويه الحقائق بغرض الحصول على المنفعة.

إساءة الاستخدام:

حدوث سلوكيات من أشخاص أو جهات، بحيث لا تقع هذه السلوكيات تحت تعريف الاحتيال.

التضليل:

العقد الاسترشادي لتقديم خدمات الرعاية الصحية:
هو عقد معتمد من المجلس يمكن لأطراف العلاقة التأمينية، الاستعانة به لتنظيم العلاقة بين الشركة ومقدم الخدمة مع مراعاة ما ورد في نص المادة رقم (95) من هذه اللائحة.

الفصل الثاني: المستفيدون

المادة الثانية: تخضع للضمان الصحي الإلزامي الفئات التالية:

1. العاملين من غير السعوديين في القطاع غير الحكومي.
2. المقيمون في المملكة من غير السعوديين والذين لا يعملون في القطاعين العام أو الخاص، ويستثنى من ذلك الأبناء لأم سعودية من زوج غير سعودي سواء كان الأبناء على كفالة الأب أو على كفالة الأم، كما تستثنى الزوجة غير السعودية المتزوجة من مواطن سعودي.
3. أفراد الأسرة الذين يعولهم الأشخاص الخاضعين للضمان الصحي المحددة صفتهم في الفقرتين (1) و (2) من هذه المادة، الحاصلون على رخصة إقامة في المملكة.
4. جميع السعوديين العاملين في الشركات والمؤسسات الخاصه وما في حكمها والمبرمة معهم عقود عمل بصرف النظر عن شكل الأجر الذي يتقاضونه، ويسري هذا الحكم على الفئات الواردة في الفقرة رقم (2) من هذه المادة.
5. أفراد أسر السعوديين المشار إليهم في الفقرة (4) من هذه المادة وذلك على التفصيل التالي:
1-5 إذا كان العامل ذكراً، يشمل التأمين الصحي زوجته (أو زوجاته) وجميع أولاده دون سن الخامسة والعشرين سنة وبناته غير المتزوجات.

2-5 إذا كانت العاملة متزوجة، يشمل التأمين الصحي زوجها إذا كان يعمل في قطاع حكومي مستثنى من الخضوع للتأمين الصحي الإلزامي أو كان يعمل بقطاع آخر لا يوفر له التأمين الصحي الإلزامي، أو كان لا يعمل. ويشمل التأمين الصحي الزوجة العاملة في هذه الحالة أيضا وأبناءها الذكور حتى سن الخامسة والعشرين سنة والبنات غير المتزوجات.

6. الأيتام المحتضنين لدى الأسر الكافلة المستفيدة من التأمين الصحي الإلزامي.
المادة الثالثة: إذا كان المتقدم بطلب التأمين من غير المشمولين بالنظام، فإنه يحق له الحصول على التأمين الصحي.

المادة الرابعة: مع مراعاة الفئات المنصوص عليها في المادة رقم (2) من هذه اللائحة، يُستثنى من الخضوع للضمان الصحي الإلزامي جميع العاملين غير السعوديين لدى أجهزة ومؤسسات حكومية وأفراد أسرهم وذلك ما لم يكن منصوصاً في عقد العمل أو بموجب لوائح تلك الأجهزة والمؤسسات الحكومية على توفير الخدمة الصحية للعامل غير السعودي ولأسرته.

الفصل الثالث:

التغطية التأمينية بموجب النظام

المادة الخامسة:

- أ) يلتزم صاحب العمل بإبرام وثيقة تأمين صحي مع إحدى شركات التأمين تغطي جميع العاملين لديه الخاضعين لهذا النظام وأفراد أسرهم المشار إليهم في المادة الثانية من هذه اللائحة.
- ب) يخضع للنظام أصحاب الشركات والمؤسسات التي تملك منشآت طبية خاصة، وعليهم الحصول على التغطية التأمينية المنصوص عليها في الوثيقة كحد أدنى للعاملين لديهم، وذلك عن طريق شركات تأمين صحي.

(ج) لا يجوز لشركة التأمين رفض أي طلب للتأمين الصحي طالما كان هذا الطلب متوافقاً مع النظام ولائحته.

(د) تلتزم شركة التأمين المؤمن لديها على منسوبي المؤسسات والشركات التي تملك منشآت طبية خاصة معتمدة بالتعاقد مع المنشأة المعنية لعلاج منسوبي هذه المؤسسات والشركات في نطاق الخدمات الصحية المعتمدة التي تقدمها هذه المنشأة.

(هـ) على صاحب العمل تزويد شركة التأمين بكافة البيانات اللازمة لتسجيل منسوبيه في مركز المعلومات الوطني، اللذين يوجد بينهم علاقة تعاقدية عند بداية سريان الوثيقة، ولا يحق لشركة التأمين بعد صدور الوثيقة إضافة أي مؤمن له لديه رقم تسجيل مختلف إلا من إلتحق بالعمل لدى صاحب العمل بعد إبرام الوثيقة.

(و) على صاحب العمل أن يقدم لشركة التأمين ما يثبت مغادرة المؤمن لهم النهائية للمملكة أو نقل الكفالة أو الوفاة ، لاستبعادهم من الوثيقة.

المادة السادسة: تصدر شركة التأمين شهادة إلى صاحب العمل (حامل الوثيقة) عند الطلب تنفيذ بالتأمين على منسوبيه لتقديمها إلى الجهة المختصة بإصدار رخص الإقامة وتجديدها ويحدد المجلس محتوى الشهادة.

المادة السابعة: في حالة عدم صدور رخصة الإقامة للمستفيد يتم شطب اسمه من الوثيقة من تاريخ خروجه النهائي من المملكة، ويحتسب القسط المستحق عن مدة التأمين حسب الأسس المنصوص عليها في الوثيقة.

المادة الثامنة: يتم تسليم المستفيد نسخة من الوثيقة، والتي يجب أن لا تقل التغطية الصحية فيها عن الغطاء الأساسي المنصوص عليه في النظام.

المادة التاسعة: يجوز لصاحب العمل أن يغير شركة التأمين المتعاقد معها لتوفير التغطية التأمينية، وأن يوجه خطاباً بذلك إلى الشركة قبل 30 يوم عمل على الأقل من تاريخ الإلغاء المطلوب ويوجه صورته منه إلى المجلس، ويحق لصاحب العمل استعادة جزء من القسط الذي يكون سدده لشركة التأمين ويُحسب الجزء المُعاد من القسط التأميني على أساس نسبي كما يلتزم صاحب العمل بإعادة بطاقات التأمين إلى الشركة بحلول تاريخ الإلغاء وإبرام وثيقة تأمين أخرى لتوفير التغطية التأمينية بحيث تبدأ من تاريخ اليوم التالي لإلغاء الوثيقة.

المادة العاشرة: عند إنتقال شخص خاضع لهذا النظام للعمل لدى صاحب عمل آخر يلتزم صاحب العمل الجديد بالتأمين عليه من تاريخ إنتقاله للعمل لديه، ويعتد بهذا الشأن بتاريخ عقد العمل بالنسبة للعاملين السعوديين وللمقيمين المكفولين من أم أو من زوجة سعودية، وبتاريخ نقل الكفالة بالنسبة للعاملين غير السعوديين الآخرين.

المادة الحادية عشر: تشمل التغطية التأمينية المنافع المنصوص عليها في المادة (7) من النظام ونطاق الأحكام الواردة وما ورد في الفصل الرابع من هذه اللائحة وتحدد الوثيقة المدة الزمنية للعلاج والحدود القصوى لمبلغ التغطية التأمينية والتحديدات والمنافع والاستثناءات والشروط العامة للتغطية.

المادة الثانية عشر: تشمل منافع التغطية التأمينية الحمل والولادة لمن تم التعاقد معهم (بغض النظر عن صيغة عقد التوظيف) وذلك ضمن حدود المنفعة الموضحة في الوثيقة.

المادة الثالثة عشر: تشمل التغطية التأمينية علاج الأطفال المولودين عن طريق عمليات الإخصاب الإصطناعي أو المنشطات، ولا تغطي علاجات العقم أو العجز الجنسي أو نقص الخصوبة أو التخصيب الإصطناعي.

المادة الرابعة عشر: تنحصر التغطية التأمينية للضمان الصحي الإلزامي داخل المملكة العربية السعودية في الخدمات المقدمة التي توفرها شبكة مقدمي الخدمة المعتمدة التي ترتبط معها شركة التأمين بعقود خدمات صحية وحسب شروط الوثيقة، أما علاج الحالات الطارئة فيمكن للمؤمن له الحصول عليها خارج شبكة مقدمي الخدمة المعتمدة داخل المملكة.

المادة الخامسة عشر: يلتزم صاحب العمل بإجراء التغطية التأمينية على المستفيد من تاريخ الوصول إلى المملكة وتسليمه بطاقة التأمين خلال مدة لا تتجاوز عشرة أيام عمل من تاريخ وصوله.

المادة السادسة عشر: تنتهي التغطية التأمينية عند إستنفاد حد المنفعة الأقصى للوثيقة أو بوفاة المستفيد أو عند انتهاء مدة الوثيقة أو إلغائها أو عند مغادرة المستفيد للمملكة نهائياً أو عند إنتقاله للعمل لدى صاحب عمل جديد.

المادة السابعة عشر: لا يجوز إلغاء تغطية العامل غير السعودي المتغيب عن العمل إلا بعد إنتهاء علاقته مع صاحب العمل.

الفصل الرابع: المنافع

المادة الثامنة عشر: يحصل المستفيد على المنافع المحددة في الوثيقة على النحو التالي:

1. التشخيص والعلاج لدى مقدم الخدمة على أن يتحمل المستفيد مبلغ نسبة التحمل المتفق عليه (إن وجد).
2. المبالغ المالية لتكاليف العلاج الطبي الضروري والطارئ في حالة تحمله لهذه التكاليف مباشرة، بشرط عدم تمكن شركة التأمين من جعل تلك الخدمة متوفرة بصورة عاجلة وفي متناول المستفيد أو في حالة رفض شركة التأمين توفير الخدمة له بدون وجه حق. ويكون رد التكاليف لمن تحمل نفقات العلاج حسب الحدود المنصوص عليها في الوثيقة وفي الحدود التي تدفعها الشركة لمقدم خدمات ذات مستوى مماثل.
المادة التاسعة عشر: يبدأ الحق في المطالبة بالمنافع اعتباراً من بداية التغطية التأمينية وفقاً لأحكام المادة (15) من هذه اللائحة.

المادة العشرون: لا تكون هناك أية مدد انتظار في المنافع في بداية التأمين، ويشتمل تقديم المنافع بعد بداية التغطية التأمينية على الحالات التي ترجع نشأتها للمدة السابقة لبداية التغطية التأمينية.

المادة الحادية والعشرون: ينتهي الحق في الاستفادة من المنافع بإنهاء التغطية التأمينية وفقاً لأحكام المادة (16) من هذه اللائحة، ويشمل ذلك موافقات التغطية التأمينية التي لا زالت سارية.

المادة الثانية والعشرون: تغطي منافع التأمين تكاليف البرنامج الوطني للفحص المبكر لحديثي الولادة "للحد من الإعاقة" والتطعيمات واللقاحات الأساسية للأطفال، وذلك حسب ما يقره مجلس الخدمات الصحية وحالات الأمراض السارية التي تحتاج إلى عزل بالمستشفى، والتي يتعين أن يقوم بتقديمها مقدم خدمات متعاقد معه.

المادة الثالثة والعشرون: يتم تقديم الخدمة الصحية والعلاج الطبي من قبل شبكة مقدمي الخدمة المعتمدين المدرجين في القائمة المرفقة بوثيقة التأمين المسلمة للمستفيدين والمعتمدة من شركة التأمين وحامل الوثيقة شرط إبلاغ حامل الوثيقة بأي تعديلات تطرأ على الوثيقة والقائمة المرفقة بها.

المادة الرابعة والعشرون: تشمل التغطية التأمينية نفقة الإقامة والإعاشة في المستشفيات لمُرافق واحد للمستفيد كمرافقة الأم لطفها حتى سن الثانية عشرة أو حيثما تقتضي ذلك الضرورة الطبية حسب تقدير الطبيب المعالج.

المادة الخامسة والعشرون: تغطي في حالات الطوارئ فقط تكاليف نقل المستفيدين من المرضى أو الحوامل لأقرب موقع ملائم لتلقي العلاج، ويكون النقل بواسطة خدمات وسائل نقل إسعافية مرخصة.

المادة السادسة والعشرون: يقوم كل مستفيد عند تلقي الخدمة الصحية بدفع مبلغ نسبة التحمل المتفق عليه (إن وجد) وذلك حسب ما هو منصوص عليه في جدول الوثيقة، عدا الحالات الطارئة والتنويم.

المادة السابعة والعشرون: في حال نص العقد المبرم بين شركة التأمين وحامل الوثيقة على نسبة التحمل، لا يجوز لمقدم الخدمة إعفاء المستفيد من سدادها.

المادة الثامنة والعشرون: يجب تسديد مبلغ نسبة التحمل (إن وجد) من قبل المستفيد لمقدم الخدمة مقابل الحصول على سند استلام.

المادة التاسعة والعشرون: لا يحق للمستفيد المطالبة بمنافع بموجب الوثيقة إلا إذا كانت هذه المنافع من التغطيات الأساسية المنصوص عليها في الوثيقة، أو من التغطيات الإضافية التي تم حصوله عليها وفقاً للمادة الثامنة من النظام.

المادة الثلاثون: لا تكون هناك أية مطالبة بخدمات صحية إذا قدمت تلك الخدمات إثر وقوع حادث في محل العمل أو بسبب أمراض مهنية حسب التعريف الوارد في نظام التأمينات الاجتماعية.

المادة الواحدة والثلاثون: إذا قامت شركة التأمين بتوفير تلك الخدمات الصحية، واتضح فيما بعد أن فرع الأخطار المهنية في التأمينات الاجتماعية هو الذي يجب أن يُغطي تلك الخدمات، فلشركة التأمين أن توجه طلب التعويض عما تحملته من نفقات إلى المؤسسة العامة للتأمينات الاجتماعية.

المادة الثانية والثلاثون: إذا قامت المؤسسة العامة للتأمينات الاجتماعية بتقديم خدمات صحية لشخص يرتبط بعقد تأمين مع شركة التأمين وكانت هذه الأخيرة ملزمة بتوفير تلك الخدمات فإن شركة التأمين تلتزم بتعويض المؤسسة العامة للتأمينات الاجتماعية عن المصروفات التي نشأت في هذا الصدد، ضمن حدود الوثيقة مع مراعاة الأسعار المقررة من وزارة الصحة.

المادة الثالثة والثلاثون: للمؤسسة العامة للتأمينات الاجتماعية وشركة التأمين إبرام عقد مشترك بينهما ينص على اتخاذ إجراءات محددة للوفاء بالخدمات الواردة في المادة (31) والمادة (32) من هذه اللائحة.

المادة الرابعة والثلاثون: لشركة التأمين الرجوع على الغير الذي تسبب في الأضرار التي عوضت المستفيد عنها عملاً بمبدأ الحلول والإنابة حيث يحق للشركة أن تحل محل المؤمن له في جميع حقوقه المتعلقة بهذه الأضرار بمجرد إثبات قيام الشركة بتسديد هذه المبالغ دون الحاجة للتفويض أو التوكيل من المؤمن له.

الفصل الخامس:

ضوابط الالتزامات المالية

المادة الخامسة والثلاثون: تقوم المؤسسة بإفادة المجلس خطياً عند وجود أي ملاحظات على أداء شركات التأمين الصحي أو شركات إدارة مطالبات التأمين الصحي المؤهلة من قبل المجلس، بما في ذلك الملاحظات المتعلقة بحالات سحب الترخيص أو إيقافه.

المادة السادسة والثلاثون:

(أ) يتم تحديد قسط التأمين الصحي بالاتفاق بين شركة التأمين وصاحب العمل.
(ب) يجب على شركة التأمين عند تحديد قيمة قسط التأمين الصحي الالتزام بما يلي:

- (1) أن تكون الأسعار متوافقة مع معدلات أسعار سوق التأمين الصحي.
- (2) أن لا يؤدي سعر الوثيقة إلى هبوط أو زيادة أسعار منتجات الشركة المعتمدة من المؤسسة.
- (3) يجب أن تكون قيمة الوثيقة مبررة فنيا وترتكز إلى أسس موضوعية، وأن لا تقل قيمتها بأي حال من الأحوال عن التكلفة الحقيقية للوثيقة وما ترتبه من نفقات علاجية معتادة أو محتملة.
- (4) لا يجوز للشركة الاعتماد فقط كأساس لتحديد قيمة قسط وثيقة التأمين الصحي على الأسعار التي تطبقها الشركات الأخرى.

(ج) يكون الحد الأقصى لمنفعة الوثيقة لكل مستفيد خمسمائة ألف ريال سعودي فقط.

المادة السابعة والثلاثون: يلتزم صاحب العمل بسداد الأقساط عن العاملين لديه ومعاليمهم لشركة التأمين التي يختارها لهذا الغرض. ويكون صاحب العمل هو وحده المسئول عن دفع الأقساط التي يجب أن تسدد في بداية كل سنة تأمينية مالم يتفق على جدولة الأقساط. وبالنسبة للأفراد المقيمين في المملكة دون أن يثبت في حقهم وصف "العامل"، فيقع على عاتقهم الالتزام بسداد قسط التأمين الصحي سواء فيما يخص التأمين الصحي الخاص بهم أو بمعاليمهم.

المادة الثامنة والثلاثون: في حالة عدم سداد الأقساط في الأوقات المتفق عليها يجوز لشركة التأمين إلغاء الوثيقة وعلى شركة التأمين إشعار الأمانة العامة وشبكة مقدمي الخدمة المعتمدة وحامل الوثيقة، بذلك.

المادة التاسعة والثلاثون: يكون المقابل المالي للمجلس للإشراف على تطبيق النظام بواقع واحد بالمائة من إجمالي أقساط التأمين الصحي المكتتبه الذي تحصل عليه شركات التأمين المؤهلة حسب القوائم المالية المدققة للسنة السابقة، على أن يتم النظر في ملائمة هذه النسبة بالتنسيق مع المؤسسة.

المادة الأربعون: يُنشأ صندوق للضمان الصحي التعاوني يكون الهدف منه تغطية المصاريف التي تتجاوز التغطية التأمينية المحددة بموجب وثيقة التأمين، على أن تحدد تبعية هذا الصندوق وتوضع إجراءات وضوابط عمله بما فيها تمويل الصندوق وتحديد المستفيدين منه بالتنسيق فيما بين المجلس والمؤسسة.

المادة الواحدة والأربعون: يتم تمويل مصروفات المجلس من خلال الإيرادات المحصلة من تطبيق النظام وذلك وفقا لما جاء في المادة رقم (6) من النظام وتكون على النحو التالي:

1. المقابل المالي لتأهيل شركات التأمين ومقابل التجديد السنوي.
2. المقابل المالي للتأهيل والتجديد السنوي له والخاص بشركات إدارة مطالبات التأمين الصحي.
3. المقابل المالي للإعتماد السنوي لمقدمي الخدمات الصحية الحكومية وغير الحكومية.
4. المقابل المالي لإشراف المجلس على تطبيق النظام بواقع واحد بالمائة من إجمالي أقساط التأمين الصحي المكتتبه الذي تحصل عليه شركات التأمين المؤهلة حسب القوائم المالية المدققة للسنة السابقة.
5. الغرامات المالية المستحقة للمجلس، والتي تقضي بها لجنة مخالقات أحكام نظام الضمان الصحي التعاوني والمحددة في المادة (14) من النظام.
6. التبرعات والهبات وعوائد الإستثمار.
7. المبالغ المالية المحصلة من أي مصادر تمويل أخرى مثل إصدار المجلات والكتيبات أو الأعمال الإستشارية أو التدريبية التي قد يقوم بها المجلس.

أولاً: شركات التأمين:

المادة الثانية والأربعون: تتولى ممارسة أعمال الضمان الصحي التعاوني شركات التأمين التعاوني المصرح لها بمزاولة أعمال التأمين في المملكة من المؤسسة.

المادة الثالثة والأربعون: لا يسمح لشركات التأمين بممارسة أعمال الضمان الصحي التعاوني إلا بعد تأهيلها من قبل المجلس، ويكون التأهيل مقيداً بمدة ثلاث سنوات قابلة للتجديد لمدد أخرى مماثلة.

المادة الرابعة والأربعون: يتم تأهيل شركات التأمين التعاوني لممارسة التأمين الصحي بناءً على طلب يتم تقديمه لهذا الغرض، وللمجلس تحديد ما يراه من تفاصيل تتعلق بطبيعة ونطاق البيانات التي يتعين تضمينها في هذه الطلبات في حدود ما يلزم لذلك، وعلى المجلس البت في طلب التأهيل خلال تسعين يوماً من تاريخ تقديم الطلب.

المادة الخامسة والأربعون: للمجلس أن يقبل طلب تأهيل الشركات المتقدمة عند توافر الآتي:

1. التصريح بممارسة أعمال التأمين الصحي.
 2. الجهاز الفني والإداري والطبي والتقني وكذلك أنظمة الموافقات ومعالجة المطالبات وتسديد المستحقات، ويمكن تنفيذ هذه المهام عبر التعاقد مع شركة إدارة مطالبات مؤهلة من المجلس.
- المادة السادسة والأربعون:** تلتزم شركة التأمين بتقديم المستندات والبيانات التالية ضمن طلبها للحصول على التأهيل أو عند طلب تجديده:

1. اسم وعنوان الشركة.
2. صورة من النظام الأساسي وصورة من عقد التأسيس.
3. أسماء رئيس وأعضاء مجلس الإدارة والعضو المنتدب والإدارة التنفيذية.
4. خطة عمل الشركة فيما يخص التأمين الصحي.
5. الحسابات السنوية المدققة من قبل محاسب قانوني للسنوات الثلاث السابقة لتقديم الطلب (للشركات القائمة).

المادة السابعة والأربعون: على شركة التأمين إحاطة المجلس قبل إجراء أي تعديل على إجراءات عمل الشركة فيما يخص التأمين الصحي.

المادة الثامنة والأربعون: تلتزم شركة التأمين بإحاطة المجلس بالوثيقة أو الوثائق التي يمضي على إبرامها مدة تعادل أو تزيد على (ثلاثة أشهر) دون أن يأتي عليها مطالبة مالية.

المادة التاسعة والأربعون: يجوز رفض تأهيل أو رفض إعادة تأهيل شركة التأمين بموجب خطاب يبيّن أسباب هذا الرفض وذلك في الحالات التالية:

1. حصول المجلس على معلومات من المؤسسة بعدم كفاءة المديرين التنفيذيين للشركة، وعدم توفر المتطلبات المهنية الضرورية فيهم.
2. حصول المجلس على معلومات من المؤسسة تشير إلى عدم قدرة الشركة على الحفاظ على مصالح المستفيدين على الوجه السليم أو عدم قدرتها على الوفاء بتعهداتها بصورة دائمة.
3. في حالة عدم دفع الرسوم المقررة لمنح التأهيل أو تجديده المحدد في المادة (50) من هذه اللائحة.

المادة الخمسون:

(أ) يتقاضى المجلس مقابلاً مالياً لتأهيل شركات التأمين مقداره مائة وخمسون ألف ريال سعودي فقط عن مدة ثلاث سنوات.

(ب) يتقاضى المجلس مقابلاً مالياً لتجديد التأهيل لشركات التأمين مقداره خمسون ألف ريال سعودي عن كل سنة.

المادة الواحدة والخمسون: تعتبر الوثيقة سارية المفعول من تاريخ دفع القسط التأميني المتفق عليه.

المادة الثانية والخمسون: تعتبر شركة التأمين مسئولة بشكل مباشر أمام صاحب العمل عن أي التزامات أو غرامات تترتب عليه نتيجة عدم التزام شركة التأمين بما ورد في المادة رقم (51) والمادة رقم (53) من هذه اللائحة.

المادة الثالثة والخمسون: يجب على شركة التأمين رفع أسماء الأشخاص المؤمن لهم خلال مدة لا تتجاوز 48 ساعة على نظام الشبكة الوطنية للضمان الصحي بعد التحقق من دفع القسط التأميني المشار إليه في الوثيقة.

المادة الرابعة والخمسون:

دون إخلال بما تضمنته الفقرة (ب) من المادة السادسة والثلاثين من هذه اللائحة، لا يتم اعتماد الوثيقة مباشرة في النظام الآلي للشبكة الوطنية للمجلس إذا كانت قيمة القسط غير مبررة من الناحية الفنية أو غير متوافقة مع معدلات أسعار سوق التأمين الصحي، حتى تقوم شركة التأمين ببيان المعايير والأسباب التي اقتضت احتساب مثل هذه القيمة، ويكون للمجلس قبول هذه المعايير والأسباب ويسمح بتمرير هذه الوثيقة عبر النظام الآلي للبرنامج أو رفضها.

المادة الخامسة والخمسون: يتم الاتفاق على الأسعار في العقد المبرم بين شركة التأمين ومقدم الخدمة، مع مراعاة الأسعار المقررة من قبل وزارة الصحة.

المادة السادسة والخمسون: لا ترتبط التغطية التأمينية للمستفيدين بإصدار بطاقات التأمين لهم، حيث تعتبر شركة التأمين مسئولة عن كافة المطالبات الطبية من تاريخ سريان الوثيقة وينبغي على الشركة إصدار البطاقات خلال خمسة أيام عمل على الأكثر من تاريخ سريان الوثيقة.

المادة السابعة والخمسون: يُلغى تأهيل شركة التأمين التي يثبت انها تعمدت أو سمحت أو سهلت أو ساهمت بشكل مباشر أو غير مباشر في إصدار وثيقة تأمين صحي لا يقابلها خدمات صحية حقيقية، ويصدر قرار إلغاء التأهيل من قبل رئيس المجلس مسبباً من الأمانة العامة ويجوز أن يتضمن القرار النص على مدة معينة تُمنع فيها الشركة من العمل في مجال التأمين الصحي.

ثانياً: مقدمو الخدمة الصحية:

المادة الثامنة والخمسون: يعتمد المجلس مقدمي الخدمات الصحية (الحكومية / غير الحكومية) وفقاً لما يلي:

1. أن يكون مقدم الخدمة في القطاع الخاص قد تم ترخيصه من وزارة الصحة.
2. أن يكون مقدم الخدمة مستوفياً للإجراءات المتعلقة بالمحافظة على الجودة النوعية وفقاً للقرارات والتعليمات الصادرة عن المجلس المركزي لاعتماد المنشآت الصحية.
3. أن تتوفر في مقدم الخدمة ضوابط ومتطلبات التعاملات الالكترونية المقررة من المجلس.

المادة التاسعة والخمسون: تتضمن شبكة مقدمي الخدمة المعتمدة مستويات الخدمات الصحية التالية:

- المستوى الأول (الرعاية الصحية الأولية).
- المستوى الثاني (المستشفيات العامة).
- المستوى الثالث (المستشفيات التخصصية أو المرجعية).
- مراكز تقديم الخدمات الصحية الأخرى المكملة (مثل: مراكز جراحة اليوم الواحد، الصيدليات، مراكز العلاج الطبيعي، محلات النظارات).

المادة الستون: يطبق المُقابل المالي لاعتماد مقدم الخدمة المقر من المجلس في كل حالة وفقاً للمادة (61) من هذه اللائحة.

المادة الواحدة والستون: يتم اعتماد مقدمي الخدمة بموجب إشعار رسمي صادر عن الأمانة العامة، ويتعين تسديد المقابل المالي المستحق حسب الجدول المعتمد لدى الأمانة العامة لهذا الغرض، والملحق بهذه اللائحة (ملحق رقم 3).

المادة الثانية والستون: يجوز للمجلس إيقاف اعتماد مقدم الخدمة في حال طلب مسئولولي مقدم الخدمة ذلك مع احتفاظ مقدم الخدمة برقم السجل لدى المجلس، وتسوية أية مستحقات مالية سابقة للمجلس عليه.

المادة الثالثة والستون: يجوز للمجلس إلغاء اعتماد مقدم الخدمة بموجب قرار من قبل رئيس المجلس، وذلك في الحالات التالية:

1. إلغاء أو سحب ترخيص وزارة الصحة.
2. وجود ما يثبت الإخلال باشتراطات الاعتماد.
3. تزويد المجلس بمعلومات أو بيانات غير صحيحة.
4. حصول المجلس على معلومات تشير إلى عدم قدرة مقدم الخدمة على الحفاظ على صحة المستفيدين.
5. ارتكاب حالات احتيال أو إساءة استخدام أو المساهمة فيها أو تسهيلها أو ثبوت تقصير أو إهمال جسيم.
6. عدم تقديم ما يفيد تطبيق معايير ومتطلبات الجودة المنصوص عليها في الفصل التاسع من هذه اللائحة.
7. عدم دفع المقابل المالي لتجديد الاعتماد.
8. عدم التقيد بضوابط ومتطلبات التعاملات الإلكترونية المقررة من المجلس.
9. رفض أو إعاقة مقدم الخدمة أداء مهام فريق الزيارات الميدانية الإشرافية التابع للمجلس لعمله عند التفتيش عليه.

وفي حال إيقاف أو إلغاء الاعتماد يقوم المجلس بإخطار شركات التأمين وشركات إدارة مطالبات التأمين الصحي (TPA) بذلك.

المادة الرابعة والستون: في حال لم يقم مقدم الخدمة بطلب تجديد الاعتماد خلال السنة التالية وتقدم للأمانة العامة بعد مضي سنة أو أكثر بطلب الإعتماد فإنه يجوز للمجلس المطالبة بالمقابل المالي عن الفتره الماضيه بغض النظر عن مدتها ما لم يثبت رسمياً بعدم وجود أي علاقة خلال المدة المذكورة مع شركات التأمين الصحي وتقوم الأمانة العامة بالتأكد من ذلك ولها رفض أي تقرير متى ما ثبت عدم صحته.

المادة الخامسة والستون: عند توافر معلومات موثقة حول ثبوت مخالفات في حق أياً من مقدمي الخدمة المعتمدين، يجوز للمجلس إبلاغ لجنة مخالفات المؤسسات الصحية الخاصة التابعة لوزارة الصحة والمختصة بمثل هذه المخالفات.

الفصل السابع:

الإشراف على أطراف العلاقة التأمينية

المادة السادسة والستون: يتولى المجلس الرقابة على شمولية التغطية التأمينية الصحية، والتأكد من قيام أطراف العلاقة التأمينية الصحية بتنفيذ المهمات والمسؤوليات المناطة بهم بموجب هذه اللائحة.

المادة السابعة والستون: للمجلس طلب أي معلومات وبيانات من المؤسسة أو أطراف العلاقة التأمينية والجهات الأخرى المعنية حول جميع المعلومات المتعلقة بتطبيق أحكام النظام.

المادة الثامنة والستون: تتم الزيارات الميدانية الإشرافية لأطراف العلاقة التأمينية وفق الضوابط والمعايير المنصوص عليها في لائحة تنظيم أعمال الزيارات الميدانية الإشرافية المقررة من المجلس، والملحقة بهذه اللائحة (ملحق رقم 7).

المادة التاسعة والستون: يجوز لفريق الزيارات الميدانية الإشرافية القيام بزيارة أطراف العلاقة التأمينية (أثناء وقت الدوام الرسمي) دون الحاجة إلى إخطار مسبق من المجلس، ويقوم أعضاء فريق الزيارات الإشرافية بإظهار ما يثبت إنتمائهم للمجلس وتزويد طرف العلاقة بإشعار رسمي يوضح الغرض من الزيارة، وتلتزم أطراف العلاقة التأمينية بالتالي:

1. التعاون مع فريق الزيارات الإشرافية.
 2. تزويد فريق الزيارات الإشرافية بكافة البيانات والمعلومات التي تحقق أهداف الزيارة.
 3. سرعة الرد على الاستفسارات والملاحظات (إن وجدت) حسب ما تحدد الأمانة العامة.
- المادة السبعون:** يحق للمجلس إبداء التحفظ على أي من المسؤولين أو المدراء التنفيذيين في شركات التأمين في نطاق اختصاصات المجلس وبالتنسيق مع المؤسسة والجهات ذات العلاقة.

المادة الواحدة والسبعون: يجوز للمجلس إلغاء تأهيل شركة التأمين وشركة إدارة مطالبات التأمين الصحي (TPA) بموجب قرار من رئيس المجلس، وذلك في الحالات التالية:

1. إلغاء أو سحب الترخيص من قبل المؤسسة.
2. وجود ما يثبت الإخلال باشتراطات التأهيل.
3. تعمد تزويد المجلس بمعلومات أو بيانات غير صحيحة.
4. عدم استخدام شركة التأمين التأهيل خلال اثني عشر شهراً أو إذا أبدت الشركة صراحة تخليها عن التأهيل.
5. التوقف عن الاستمرار في ممارسة أعمالها لمدة ستة أشهر بدون مبرر يقبله المجلس.
6. حصول المجلس على معلومات تشير إلى عدم قدرة شركة التأمين على تقديم الخدمات الصحية للمؤمن لهم بالشكل المطلوب.
7. التورط في حالات احتيال أو إساءة استخدام.
8. عدم دفع المقابل المالي للإشراف على تطبيق النظام.
9. عدم دفع المقابل المالي لإعادة التأهيل أو تجديد التأهيل لشركة التأمين.
10. عدم دفع المقابل المالي لتجديد التأهيل لشركة إدارة مطالبات التأمين الصحي.
11. عدم التقيد بضوابط ومتطلبات التعاملات الالكترونية المقررة من المجلس.
12. عند إمتناع أو إعاقة شركة التأمين أو شركة إدارة مطالبات التأمين الصحي (TPA) فريق الزيارات الميدانية الإشرافية عن أداء مهمته الإشرافية.

المادة الثانية والسبعون: فيما عدا الحالات المشار إليها في المادة (71) من هذه اللائحة، يتم التنسيق مع الجهات المعنية حول إلغاء التأهيل.

المادة الثالثة والسبعون: يحق للمجلس في حالة وجود تجاوزات لدى أي طرف من أطراف العلاقة التأمينية، إيقافه لفترة زمنية محددة عن مزاوله أعمال الضمان الصحي التعاوني مع مراعاة ما ورد في المادة رقم (14) من نظام الضمان الصحي التعاوني.

المادة الرابعة والسبعون: يقوم المجلس بتوفير بيانات ومعلومات أساسية إحصائية حول الضمان الصحي كما يجوز له توفير بيانات ومعلومات إحصائية إضافية بمقابل.

المادة الخامسة والسبعون: تقوم شركة التأمين (قبل قبول طلب التأمين) في حال كان مقدم الطلب شركة أو مؤسسة، بالتحقق من التالي:

1. حصول الشركة أو المؤسسة على سجل تجاري والحصول على نسخة منه.
2. أن خطاب طلب التأمين موقع ومختوم من قبل صاحب العمل.
3. ما يفيد العلاقة التعاقدية وفق الأنظمة الصادرة بهذا الشأن.
4. قائمة بأسماء الأشخاص المراد التأمين لهم مع ضرورة تحقق شركة التأمين من صحة البيانات الأساسية المقدمة من قبل صاحب العمل.
5. سداد القسط المتفق عليه قبل رفع الأسماء على نظام الشبكة الوطنية للضمان الصحي التعاوني.

المادة السادسة والسبعون: تقوم شركة التأمين (قبل قبول طلب التأمين) في حال كان مقدم الطلب ليس ملزماً نظاماً بالقيود في السجل التجاري، بالتحقق من التالي:

1. التحقق من صحة بيانات هوية صاحب العمل والعاملين المراد التأمين لهم، ووضع الاجراءات اللازمة لذلك.
 2. على الشركة الاحتفاظ بسجلات خاصة ببيانات عملائها التي حصلت عليها.
 3. تعبئة كافة نماذج طلب التأمين من خلال مقدم الطلب ويوقع عليها.
 4. سداد القسط المتفق عليه قبل رفع الأسماء على نظام الشبكة الوطنية للضمان الصحي التعاوني.
- المادة السابعة و السبعون:** تلتزم شركة التأمين بما يلي:

1. التحقق من صحة البيانات الأساسية المقدمة لها من قبل مقدم الطلب قبل القيام بالتأمين.
 2. متابعة التزام وسيط التأمين أو وكيل التأمين بمتطلبات واشتراطات التأمين الصحي المنصوص عليها في اللائحة التنفيذية والوثيقة الموحدة.
 3. إذا لم ينطوي سلوك المؤمن له أو حامل الوثيقة على احتيال، فإنه لا يجوز لشركة التأمين رفض التغطية بسبب يرجع إلى عدم دقة أو عدم صحة البيانات الأساسية الخاصة بالمؤمن له.
 4. لا يجوز لشركة التأمين التعامل مع وسيط تأمين أو وكيل تأمين لبيع وتسويق وثائق التأمين الصحي إلا إذا كان مرخصاً له من قبل المؤسسة. وفضلاً عن الإجراءات التي تتخذها مؤسسة النقد بشأن مخالفة هذا الإلتزام، فإن شركة التأمين تكون هي المسؤولة أمام المجلس عن وثائق التأمين الصحي التي تبرمها عن طريق أشخاص أو جهات غير مرخصة ببيع وثائق التأمين الصحي.
- المادة الثامنة والسبعون:** يمكن لشركة التأمين الاستفادة من قواعد البيانات المتوفرة في الشركات المتخصصة على غرار شركة العلم لأمن المعلومات والشركة السعودية للمعلومات الائتمانية (سمة)، بهدف التحقق من صحة المعلومات المرغوب تأكيدها.

المادة التاسعة والسبعون: يتحمل صاحب العمل المسؤولية المترتبة عن أي أضرار ناجمة عن إبرام وثائق تأمين صحي صادرة من جهات غير مرخصة، ويحق للمجلس إتخاذ الإجراءات النظامية عند ثبوت مثل هذه الممارسات.

المادة الثمانون: يلتزم كافة أطراف العلاقة التأمينية بإخطار المجلس في حالة حدوث تجاوزات داخلية (إن وجدت) خلال (15 يوم عمل) من تاريخ اكتشافها.

المادة الواحدة والثمانون: على شركات التأمين ومقدمي الخدمة تكوين وحدة لإستقبال ومعالجة الشكاوى الواردة من المستفيدين وحملة الوثائق، وفي حالة عدم حل الشكاوى يتقدم الشاكي إلى المجلس إذا كانت المخالفة تتعلق بأحكام هذا النظام.

المادة الثانية والثمانون: طرفا التعاقد في وثيقة التأمين هما حامل الوثيقة وشركة التأمين.

المادة الثالثة والثمانون: يقوم صاحب العمل بالتأمين الصحي على منسوبيه من خلال إبرام وثيقة تأمين صحي مع شركة تأمين مؤهلة من المجلس.

المادة الرابعة والثمانون: يزود صاحب العمل شركة التأمين بالبيانات الأساسية التي يتطلبها إبرام الوثيقة وفقاً لما ورد في نموذج الإفصاح الطبي الملحق بهذه اللائحة (ملحق رقم 6)، ويجوز لشركة التأمين طلب بيانات إضافية علاوة على ما هو وارد في هذا النموذج، أو التنازل عن طلب تعبئة كل أو بعض هذه البيانات. وفي جميع الأحوال فإن البيانات الواردة في نموذج الإفصاح أو تلك المتنازل عنها هي التي يعتد بها لتحقيق واجب الإفصاح الذي يتطلبه إبرام الوثيقة، كما أن نموذج الإفصاح هو الذي يعتد به وفقاً لما هو مطلوب في هذه المادة.

المادة الخامسة والثمانون: على صاحب العمل تزويد شركة التأمين بجميع المعلومات التي تطلبها الشركة، وإذا توفرت لشركة التأمين مبررات معقولة للشك في صحة هذه المعلومات يمكن للشركة أن ترفع الأمر للمجلس بعد قيامها بإرفاق ما يثبت ذلك. ويلتزم صاحب العمل بناءً على طلب المجلس بتقديم كافة المستندات المطلوبة.

المادة السادسة والثمانون: يقوم صاحب العمل بشرح وإيضاح الوثيقة وحدود التغطية للمستفيدين المشمولين بها وذلك من خلال الوسائل المناسبة مثل: المطويات، الشرح المباشر، المواقع الإلكترونية.

المادة السابعة والثمانون: مع عدم الإخلال بما تقضي به الأنظمة والتعليمات يتم تنفيذ الجزاءات المقررة نظاماً من قبل الجهات المختصة بحق المستفيد الذي يثبت عليه إساءة الاستخدام أو الاحتيال.

المادة الثامنة والثمانون: يلتزم أطراف العلاقة التأمينية بالمتطلبات الخاصة بتصميم بطاقة التأمين الصحي ومحتوياتها وفق النموذج الملحق بهذه اللائحة (ملحق رقم 5).

المادة التاسعة والثمانون: يلتزم كل من شركات التأمين وشركات إدارة مطالبات التأمين الصحي ومقدمو الخدمات الصحية وأصحاب المهن الحرة العاملين في مجال الضمان الصحي التعاوني بمراعاة ما يلي:

1. تقديم الخدمات وفقاً للمعايير المهنية والأخلاقية المقبولة عامة التي تتفق والأساليب الطبية والحديثة المقبولة والمتعارف عليها، ولا يجوز لمقدمي الخدمة التقدم بمطالبات لشركات التأمين لتقديم خدمات لا تتوافق مع ما أشير إليه أعلاه.

2. أن تكون الإجراءات الطبية مقصورة على ما تتطلبه حاجة العلاج الضرورية.

المادة التسعون: على أطراف العلاقة التأمينية كل فيما يخصه الالتزام بما يلي:

1. دون الإخلال بالمادة (36) من هذه اللائحة، يتم تسديد أقساط شركات التأمين حسب ما يتم الاتفاق عليه.

2. سرعة وسهولة توفير الخدمة العلاجية من قبل مقدمي الخدمة للمستفيدين.

3. إرسال طلب موافقة تحمل تكاليف تقديم العلاج للمستفيدين من قبل مقدم الخدمة إلى شركة التأمين خلال 15 دقيقة كحد أقصى من وقت تعبئة الطبيب المعالج للطلب، مع مراعاة معايير طلب الموافقة على تحمل تكاليف العلاج الملحقة بهذه اللائحة (ملحق رقم 2).

4. الرد من قبل شركات التأمين على طلب مقدم الخدمة الموافقة على تقديم العلاج للمستفيدين خلال 60 دقيقة كحد أقصى من وقت إستلام الطلب، وفي حال عدم الموافقة فيجب توضيح الأسباب رسمياً.

5. الرد من قبل مقدم الخدمة على استفسارات أو ملاحظات شركات التأمين (إن وجدت) حول طلب الموافقة خلال 30 دقيقة كحد أقصى من وقت الاستلام.

6. في حال عدم استلام مقدم الخدمة الرد على طلب الموافقة في المدة المحددة من إرسالها يتم التعامل مع هذه الحالة على أساس الموافقة، وذلك بعد التأكد من أن شركة التأمين استلمت طلب الموافقة أثناء هذه المدة المحددة.
 7. رفع المطالبات من قبل مقدم الخدمة إلى شركة التأمين مباشرة أو إلى شركة إدارة المطالبات (TPA) من خلاله مباشرة أو من خلال شركة إدارة دورة الإيرادات (RCM) بحد أقصى خلال مدة لا تزيد عن 30 يوم من تاريخ الحصول على الخدمة، وذلك ما لم يكن تجاوز تلك المدة قد ارتضته صراحة أو ضمناً شركة التأمين، أو كان راجعاً إلى عذر مقبول.
 8. تسوية و سداد مطالبات مقدم الخدمة المكتملة والمقبولة من قبل شركة التأمين أو شركة إدارة المطالبات خلال مدة لا تزيد عن 30 يوم من تاريخ استلام المطالبات.
 9. رفع المطالبات عن النفقات القابلة للاستعاضة من قبل حامل الوثيقة إلى شركة التأمين وشركة إدارة مطالبات التأمين الصحي (TPA) خلال مدة لا تزيد عن 30 يوم من تاريخ استحقاق المطالبات، ما لم يكن هناك مبرر معقول لتجاوز هذه المدة.
 10. تزويد شركة التأمين من قبل حامل الوثيقة بالمستندات المؤيدة للمطالبات التي تطلبها الشركة خلال مدة لا تزيد عن 30 يوم عمل من تاريخ الطلب.
 11. تعويض حامل الوثيقة من قبل شركة التأمين عن النفقات القابلة للاستعاضة حسب الأسعار السائدة خلال مدة لا تزيد عن 15 يوم عمل من تاريخ إكمال الطلب.
 12. متابعة وإنهاء المطالبات الطبية من قبل شركات إدارة مطالبات التأمين الصحي المؤهلة من المجلس (TPA) لضمان السداد خلال الفترة المحددة في الفقرة أعلاه، وذلك وفق القواعد المنظمة المقررة من المجلس لهذا الغرض.
 13. يقوم مقدم الخدمة بمراجعة المرفوضات وتزويد شركة التأمين بالمستندات المؤيدة للمطالبة بحد أقصى خلال 15 يوم من تاريخ استلام المرفوضات.
 14. تقوم شركة التأمين بمراجعة المستندات وتلتزم بسداد المطالبات المكتملة والمقبولة وعمل مخالصة بحد أقصى خلال 15 يوم من تاريخ استلام المطالبات التي يوجد عليها ملاحظات.
 15. في حال عدم اتفاق الطرفين على التسوية النهائية أو عدم حصول أية تسوية أو تعثرها فسيتم تحويلها لمركز الصلح والتسويات التابع لمجلس الضمان الصحي التعاوني.
- المادة الواحدة والتسعون:** تكون المسؤولية على شركة التأمين ومقدم الخدمة في حالة قيام أحد موظفيهم أو أعضائهم بالاحتيال أو إساءة الاستخدام أو التزوير عند تقديم الخدمة.
- المادة الثانية والتسعون:** على صاحب العمل إعادة بطاقات التأمين إلى شركة التأمين عند ترك المستفيد العمل لديه، ويكون مسؤولاً عن أية مصاريف تنشأ نتيجة عدم الالتزام بهذا الشرط.
- المادة الثالثة والتسعون:** تقوم شركة التأمين في سبيل الوفاء بالتزاماتها نحو توفير منافع الوثيقة بإبرام عقود خدمات صحية مباشرة مع مقدمي خدمة معتمدين من المجلس، أو من خلال تعاقد شركات إدارة المطالبات مع مقدمي الخدمة نيابة عن شركة التأمين، دون الإخلال بمسؤولية شركة التأمين القانونية بمواجهة مقدمي الخدمة.
- المادة الرابعة والتسعون:** في الحالات الطارئة فقط يمكن تلقي العلاج لدى الأخصائيين والمستشفيات دون إحالة من مرفق رعاية أولية، ويسري هذا الحكم أيضاً على العلاج بواسطة مقدمي خدمة ممن لم توقع معهم شركة التأمين عقوداً للخدمات الصحية. وفي حالة عدم موافقة شركة التأمين على مواصلة العلاج في هذا المركز فيتم نقل المستفيد بعد استقرار حالته الصحية إلى أحد مراكز شبكة مقدمي الخدمة المعتمدة. وفي الحالات غير الطارئة يلزم تحويل المستفيد من خلال طبيب عام أو مرفق رعاية أولية.
- المادة الخامسة والتسعون:** يمكن لأطراف العلاقة التأمينية الإستعانة بعقد الخدمات الصحية الاسترشادي الملحق بهذه اللائحة (ملحق رقم 4) المعتمد من المجلس الذي ينظم العلاقة بين الأطراف المعنية على أن يراعي التعاقد على الأقل ما يلي:
1. الحقوق والالتزامات المشتركة والجزاءات الواجبة في حالة الإخلال بها.

2. التزام مقدم الخدمة بمستوى الجودة النوعية وفقاً للشروط والإجراءات الواردة في المادتين (120) و (121) من هذه اللائحة.
 3. التزام مقدم الخدمة بمراعاة متطلبات فعالية التكلفة وفقاً لأحكام المادة (89) من هذه اللائحة وأن يهيئ ما يقدمه من علاج ووصفات طبية بما يتفق مع ذلك.
 4. مقدار الأجر وإجراءات التسوية، وتسوية المبالغ المستحقة عن الوصفات الطبية التي تم صرفها.
 5. الاشتراطات المسبقة لتوجيه الإنذارات ومهلة تلك الإنذارات.
 6. طريقة تسوية المنازعات الناشئة عن عقد الخدمات الصحية.
- المادة السادسة والتسعون:** على مقدم الخدمة التحقق من هوية المستفيد، وفي حالة قيام مقدم الخدمة بعلاج شخص من غير المستفيدين فإن شركة التأمين لا تتحمل نفقة العلاج.

المادة السابعة والتسعون: على مقدم الخدمة المطالبة بمستحقاته المترتبة على علاج المستفيدين وبالشكل المتفق عليه مع شركة التأمين خلال مدة لا تزيد عن 30 يوم ما لم يكن هناك مبرر معقول للتأخير.

المادة الثامنة والتسعون: على شركة التأمين سداد مستحقات مقدمي الخدمة في مدة لا تزيد عن 30 يوم من تاريخ استلام الشركة للمطالبة المكتملة والمقبولة، وإرسال كشف بالمطالبات المرفوضة لمقدم الخدمة مع توضيح أسباب الرفض.

المادة التاسعة والتسعون: على أطراف العلاقة التأمينية الالتزام بنظام الترميز الطبي المعتمد من المجلس (NDC / AR – DRG / ICD-10 AM Version6) وذلك في وصف الحالة والعلاج وتكلفتها والمطالبة بالمستحقات حسب التوقيت الذي يحدده المجلس، وكذلك الالتزام بالقواعد التنظيمية لبرنامج التعاملات الالكترونية (UNIPLAT) المقررة من المجلس والملحقة بهذه اللائحة (ملحق رقم 8).

المادة المائة: يجوز لمقدم الخدمة إلغاء عقد تقديم الخدمات الصحية مع شركة التأمين مع الالتزام بشروط الإلغاء الموضحة في العقد المبرم بينهما وذلك في حالة عدم الرغبة في استمرار العقد أو تأخر شركة التأمين عن سداد مستحقاته أو تجاوز الرفض من شركة التأمين الحد المسموح به بين الطرفين، وفي هذه الحالة على شركة التأمين إبلاغ أصحاب العمل بذلك.

المادة الواحدة بعد المائة: على شركة التأمين عند بدء سريان التغطية التأمينية تزويد حامل الوثيقة ببطاقات التأمين للمستفيدين وكذلك كتيبات توضيحية تتضمن الوثيقة ونطاق التغطية التأمينية وحدودها وشبكة مقدمي الخدمة المعتمدين، وعلى صاحب العمل تسليمها بشكل رسمي وفعلي عند بدء التغطية التأمينية للمستفيدين، وعلى شركة التأمين إبلاغ شبكة مقدمي الخدمة المعتمدين بانضمام حامل الوثيقة إلى التغطية التأمينية وكذلك التغطيات الإضافية إن وجدت.

المادة الثانية بعد المائة: على شركة التأمين وحامل الوثيقة مراعاة ظروف المستفيدين وذلك بتقديم شبكة مقدم خدمة تناسب مع احتياجات المستفيدين ومواقع عملهم، بشكل لا يضطرون معه للحصول على الخدمة من مقدم خدمة خارج الشبكة.

المادة الثالثة بعد المائة: يجب على مقدم الخدمة تقديم الخدمة مباشرة للحالات الطارئة فوراً ودون الحاجة للرجوع إلى شركة التأمين على أن يتم إبلاغ الشركة خلال 24 ساعة من وقت إستقبال الحالة.

المادة الرابعة بعد المائة: على شركة التأمين أن تعين لديها بصورة فردية أو جماعية أطباء بدرجة أخصائيين فما فوق مرخص لهم من قبل الهيئة السعودية للتخصصات الصحية للتحقق من اشتراطات طلب التدخل الطبي في حدود فعالية التكلفة الموضحة في المادة (89) من هذه اللائحة أثناء علاج أحد المستفيدين، وتكون الأفضلية للسعوديين.

(**): (NDC: National Drug Code/ ICD-10 AM V6: International Classification of diseases Coding-Australian Modification10 Version6 / AR-DRG: Australian Refined Diagnoses Related Groups)

المادة الخامسة بعد المائة: يكون للأطباء المعيّنين للعمل لدى شركات التأمين استقلال مهني ولا يخضعون في آرائهم إلا للمقتضيات الطبية في مباشرتهم لمهام المراقبة ولا يحق لهم التدخل في العلاج الطبي، أو علاج المستفيدين.

المادة السادسة بعد المائة: يلتزم مقدم الخدمة أو المؤمن لهم بتزويد الأطباء العاملين في شركات التأمين بجميع المعلومات المطلوبة، وان يضعوا تحت تصرفهم كافة المستندات اللازمة للقيام بأعمال المراقبة وفقاً لأحكام المادة (104) من هذه اللائحة، ويجوز للأطباء دخول عنابر المستشفى ومكاتب الإشراف الطبي والاطلاع على الملفات الطبية لمستشفى مرخص عولج فيه أحد المستفيدين، أو يجري فيه علاجه وذلك حينما تقتضي الضرورة ذلك لإنجاز مهمات المراقبة المسندة إليهم بالتنسيق مع الجهة المعنية.

المادة السابعة بعد المائة: يخضع الأطباء العاملون في شركات التأمين لنظام الهيئة السعودية للتخصصات الصحية.
المادة الثامنة بعد المائة: يجوز لشركة التأمين إلغاء عقد الخدمات الصحية مع أحد مقدمي الخدمة مع مراعاة مهلة الإنذار المحددة، وكذلك شروط الإلغاء المنصوص عليها في العقد المبرم بينهما إذا لمست من مقدم الخدمة إخلالاً بتقديم الخدمة بعد التنسيق مع حامل الوثيقة.

المادة التاسعة بعد المائة: يحق لشركة التأمين طلب المعلومات المتعلقة بتفاصيل الحالة الطارئة والالتزامات المترتبة عليها من المستفيد أو من مقدم الخدمة.

المادة العاشرة بعد المائة: يلتزم المستفيد بأن يتم إعادة الكشف عليه من قبل طبيب ممارس مرخص تحدده شركة التأمين، إذا رغبت الشركة في ذلك وتحمل في هذه الحالة تكاليف الكشف.

المادة الحادية عشر بعد المائة: يلتزم المستفيد عند طلب العلاج بإبراز بطاقة التأمين وإثبات الهوية لمقدم الخدمة الذي يعيدها إليه بعد تسجيل البيانات اللازمة للعلاج.

المادة الثانية عشر بعد المائة: يجب على المستفيد مراعاة الآتي عند طلب الخدمة الصحية:

- أ) على المستفيد أن يقوم بمراجعة أحد مرافق الرعاية الأولية أو أحد الأطباء العاملين ضمن شبكة مقدمي الخدمة المعتمدين ويكون التحويل إلى أخصائي أو استشاري بقرار من الطبيب العام.
- ب) في حالة استمرار حاجة المستفيد الذي سبق تحويله من الطبيب العام لمراجعة الأخصائي أو الاستشاري لنفس المرض الذي حول بسببه، فإنه يحق له ذلك دون الحصول على تحويل من الطبيب.
- ج) يتحمل المستفيد فرق تكاليف الكشف في حالة قيامه مباشرة بمراجعة الطبيب الأخصائي أو الاستشاري كما هو موضح بالوثيقة.

المادة الثالثة عشر بعد المائة: تقتصر التوصية بالتنويم بالمستشفيات على الحالات التي يكون فيها علاج المستفيد بالعيادة الخارجية غير كاف ويمكن الاستفادة من جراحات أو معالجات اليوم الواحد حسب طبيعة الحالة المرضية وفي حالة قيام المستفيد بمراجعة مستشفى غير المستشفى المحدد في أوراق الإحالة فإن المستفيد يلتزم بتحمل فرق تكلفة العلاج.

المادة الرابعة عشر بعد المائة: لا يجوز التعاقد المباشر بين شركة إدارة مطالبات التأمين الصحي (TPA) وحامل الوثيقة لغرض تقديم خدمات التأمين الصحي.

المادة الخامسة عشر بعد المائة: تغطي شركات التأمين تكاليف إجراء عملية جني الأعضاء من المتبرع.

المادة السادسة عشر بعد المائة: لا يحق لشركات التأمين التعاقد مع العيادات الداخلية داخل مقر صاحب العمل ما لم تكن تلك العيادات لديها ترخيص من وزارة الصحة ولديها اعتماد ساري من الأمانة العامة.

المادة السابعة عشر بعد المائة: ملغي.

المادة الثامنة عشر بعد المائة: لا يجوز لأصحاب العمل الاشتراط صراحة أو ضمناً على شركات التأمين الصحي إستعادة مبالغ مالية ناجمة عن تدني أو تقليل تكاليف الخدمات الصحية التي تتحملها هذه الشركات.
المادة التاسعة عشر بعد المائة: على شركة التأمين إشعار الأمانة العامة قبل التعاقد مع أي شركة إدارة مطالبات تأمين صحي (TPA).

الفصل التاسع:

ضمان جودة الخدمات المقدمة

المادة العشرون بعد المائة: يحق للمجلس التأكد من تحقق الاشتراطات والمعايير الواجب توافرها لدى مقدمي الخدمات الصحية وفق معايير المجلس المركزي لاعتماد المنشآت الصحية ومعايير ومتطلبات وضوابط التعاملات الالكترونية المقررة من المجلس.

المادة الحادية والعشرون بعد المائة: تغطي إجراءات المجلس المتعلقة بالمحافظة على الجودة النوعية ما يلي كحد أدنى:

1. المعايير الخاصة بغرف الكشف الطبي لمقدمي الخدمات المعتمدين.
2. التفتيش المنتظم على المستشفيات والعيادات والمستوصفات المعتمدة في مواقعها ودون إشعار مسبق من قبل موظفي المجلس أو من يعينهم من المؤهلين من خارج المجلس.
3. تقييم عقود الخدمات الصحية من حيث تعهدها بالمحافظة على ضوابط الجودة النوعية.
4. متطلبات وضوابط التعاملات الالكترونية المقررة من المجلس.

المادة الثانية والعشرون بعد المائة: يلتزم مقدمو الخدمة المعتمدين من المجلس بالقيام كل ثلاث سنوات بتقديم تقرير للمجلس يوضح مدى التزامهم بمتطلبات الجودة النوعية الذي أقره المجلس المركزي لاعتماد المنشآت الصحية في المملكة، وفي حال إخلالهم بهذا الشرط فيحق للمجلس إلغاء الاعتماد.

الفصل العاشر:

الجزاءات

المادة الثالثة والعشرون بعد المائة: تشكل لجنة أو أكثر للنظر في مخالفات أحكام النظام بقرار من رئيس المجلس بموجب المادة (14) من النظام تسمى لجنة مخالفات نظام الضمان الصحي التعاوني للنظر في مخالفات أحكام النظام وإقتراح الجزاء المناسب ويوقع هذا الجزاء بقرار من رئيس المجلس ويجوز التظلم من هذا القرار أمام ديوان المظالم خلال ستين يوماً من تاريخ إبلاغه.

المادة الرابعة والعشرون بعد المائة: تقدم الشكوى من الطرف المعني كتابة للأمانة العامة خلال تسعين يوماً من تاريخ وقوع الخلاف الذي ترتب عليه موضوع الشكوى ما لم تكن هناك ظروف معقولة حالت دون تقديم الشكوى خلال هذه المدة.

المادة الخامسة والعشرون بعد المائة: تقوم الأمانة العامة للمجلس بإحالة الشكوى المقدمة إلى اللجنة، وإفادة المتقدم بالشكوى خلال 15 يوم عمل من تاريخ قرار البت في الشكوى وفق لائحة لجنة النظر في مخالفات أحكام نظام الضمان الصحي التعاوني الملحقة بهذه اللائحة (ملحق رقم 9).

المادة السادسة والعشرون بعد المائة: تورد قيمة الجزاءات المالية الخاصة بمخالفة أحكام هذا النظام وكذلك الغرامات المحددة في المادتين (123) و (127) إلى المجلس وحسب ما تنص عليه اللائحة المالية.

المادة السابعة والعشرون بعد المائة: إذا تبين للجنة النظر في مخالفات أحكام نظام الضمان الصحي التعاوني أن الشكوى كيدية، فلها اتخاذ الإجراءات النظامية اللازمة.

الفصل الحادي عشر:

الأحكام العامة

المادة الثامنة والعشرون بعد المائة: لا يُسمح لأعضاء المجلس أو منسوبي الأمانة العامة بإفشاء المعلومات السرية التي يحصلون عليها أثناء أو بعد تركهم العضوية أو العمل، ويسري هذا الحكم بالنسبة لأي شخص آخر يكون قد أُمّ بهذه المعلومات في سياق التقارير الرسمية.

المادة التاسعة والعشرون بعد المائة: للمجلس استخدام المعلومات المشار إليها في المادة (127) بحيث يقتصر استخدامها على الأغراض التالية:

1. فحص الطلب المقدم من شركة التأمين أو من شركة إدارة مطالبات التأمين الصحي (TPA) للحصول على التأهيل أو تجديد التأهيل أو من مقدم الخدمة للحصول على الاعتماد أو تجديد الاعتماد.
2. في إطار إجراءات فحص الشكاوى المقدمة للمجلس.
3. في إطار إجراءات النظر والبت في المخالفات وفقاً للمادة (14) من النظام.
4. التوجيهات الصادرة من المجلس.

المادة الثلاثون بعد المائة: تطبق هذه اللائحة على أصحاب العمل حسب ما يصدره المجلس من قرارات وتعليمات وخطط تنفيذية متعلقة بهذا الشأن.

المادة الواحدة والثلاثون بعد المائة: على جميع شركات التأمين الالتزام بإبرام الوثائق المعتمدة من المجلس كحد أدنى لتغطية المستفيدين الذين ينطبق عليهم النظام.

المادة الثانية والثلاثون بعد المائة: يقوم المجلس بمراجعة وإجراء التعديلات على هذه اللائحة كل ثلاث سنوات أو كلما دعت الحاجة، ويصدر بذلك قرار من رئيس المجلس.

المادة الثالثة والثلاثون بعد المائة: تصدر هذه اللائحة المعدلة بقرار من رئيس المجلس ويبدأ تطبيقها بعد مرور (30 يوم) من تاريخ نشرها في الجريدة الرسمية، وفق ضوابط التطبيق المضمنة في قرار اعتمادها.

المادة الرابعة والثلاثون بعد المائة: يحتوي هذا الفصل على مجموعة ملاحق تعتبر جزءاً لا يتجزأ من هذه اللائحة على النحو التالي:

(أ) ملاحق تشمل المستندات التي أشير إليها في بعض مواد هذه اللائحة، كما يلي:
ملحق رقم (1): وثيقة الضمان الصحي التعاوني الموحدة المعتمدة من المجلس.

ملحق رقم (2): معايير طلب الموافقة على تحمل تكاليف العلاج.

ملحق رقم (3): جدول المقابل المالي السنوي لإعتماد مقدمي الخدمات الصحية من المجلس.

ملحق رقم (4): نموذج العقد الإسترشادي لتقديم خدمات الرعاية الصحية.

ملحق رقم (5): نموذج البطاقة التأمينية الموحدة المعتمدة من المجلس.

ملحق رقم (6): نموذج الإفصاح الطبي عن أي معلومات صحية للمؤمن له.

ملحق رقم (7): لائحة تنظيم أعمال الزيارات الميدانية الإشرافية المقررة من المجلس.

ملحق رقم (8): القواعد التنظيمية لبرنامج التعاملات الإلكترونية (UNIPLAT) لسوق التأمين الصحي السعودي.

ملحق رقم (9): لائحة لجنة النظر في مخالفات أحكام نظام الضمان الصحي التعاوني.

(ب) ملاحق تم الاستعانة بها كمراجع أخرى على النحو التالي:

ملحق رقم (10): المرسوم الملكي رقم م/32 في 1424/6/2 هـ القاضي بالموافقة على نظام مراقبة شركات التأمين التعاوني.

ملحق رقم (11): قرار مجلس الوزراء الموقر رقم (240) وتاريخ 1432/10/26 هـ القاضي بالموافقة على نظام المؤسسات الصحية الخاصة.

ملحق رقم (12): قرار مجلس الوزراء رقم (40) في 1427/2/27 هـ القاضي بتطبيق التعاملات الإلكترونية الحكومية.

ملحق رقم (13): قرار مجلس الوزراء رقم (165) في 1432/5/28 هـ القاضي بالموافقة على تنظيم الهيئة الوطنية لمكافحة الفساد.