

مجلس الضمان الصحي التعاوني

The Council of Cooperative Health Insurance
المجلس التعاوني للتأمين الصحي



دور مجلس الضمان الصحي في تعميق مفهوم حقوق المرضى



لمحة تاريخية

• نظراً لتزايد الطلب على الخدمات الصحية المقدمة من وزارة الصحة وعدم قدرتها على مواكبة هذا الطلب بزيادة أعداد المستشفيات والمراكز الصحية بنفس النسبة، إضافة إلى تحديات التمويل... ونظراً لأن نظام الحكم ينص على إلزامية توفير العلاج للمواطنين، وحيث أن نظام العمل منذ الثمانينات الهجرية ينص على وجوب تحمل صاحب العمل علاج موظفيه، فقد أُنْجِه إلى العاملين في القطاع الخاص وفي مرحلته الأولى للعاملين غير السعوديين وذلك بأن يتم تغطيتهم من خلال ضمان صحي يقدم من شركات تأمين صحي تعاونية. ثم صدر قرار المقام السامي بضم السعوديين العاملين في القطاع الخاص وأفراد أسرهم وبدء العمل بذلك في منتصف عام 2009م.

• ويمكن إيجاز هذا النظام في النقاط التالية:

1. توفير الرعاية الصحية للمستفيدين من النظام وأفراد أسرهم
2. يكون التطبيق بالتدرج وعلى مراحل مع ربط التأمين الصحي بالإقامة في الإصدار أو التجديد
3. إنشاء مجلس الضمان الصحي بعضوية ممثلين على مستوى وكيل وزارة من (الداخلية ، الصحة ، العمل ، المالية ، التجارة) ، ممثل عن مجلس الغرف التجارية، ممثل عن شركات التأمين، ممثل عن القطاع الصحي الخاص، ممثلين اثنين عن القطاعات الصحية الحكومية الأخرى
4. تغطي مصروفات المجلس من إيراداته « رغبة في إستقلالية المجلس مالياً وإدارياً »
5. تكمن المهام الرئيسية للمجلس الإشراف على تطبيق النظام إضافة إلى مهام أخرى منها:
 - إعداد اللائحة التنفيذية المنظمة لكافة أعمال التأمين الصحي وتنظيم علاقات الشركاء
 - إصدار القرارات اللازمة لتنظيم الأمور المتغيرة
 - تحديد نسبة مساهمة العامل وصاحب العمل في قيمة الاشتراك
 - تأهيل شركات التأمين لممارسة أعمال التأمين الصحي
 - اعتماد المرافق الصحية لتقديم خدمة التأمين الصحي
6. تتولى وزارة الصحة مراقبة جودة الخدمات الطبية المقدمة





واجبات المجلس وأمانته العامة فيما يخص المؤمن له « المريض »

1 تأهيل شركات التأمين الصحي التعاوني وشركات إدارة المطالبات الطبية TPA

1

2 اعتماد مقدمي خدمات الرعاية الصحية للتأكد من جاهزيتهم للعمل تحت مظلة المجلس للتعاقد مع شركات التأمين الصحي المؤهلة من المجلس

2

3 إعداد جداول لتدرج التطبيق لتمكين الجميع من سهوله الإندراج تحت النظام بدون إرباك.

3

4 متابعة تمتع الشرائح المستهدفة بالتغطية التأمينية .

4

5 متابعة تطبيق معايير الجودة النوعية الوطنية الطبية عبر المجلس المركزي لاعتماد المنشآت الصحية

5





واجبات المجلس وأمانته العامة فيما يخص المؤمن له « المريض »

إعداد وثيقة الضمان الصحي الموحده ومتابعة تطبيقها والإلتزام بها .

6

وضع معايير الموافقات على تحمل تكاليف العلاج ومتابعة الإلتزام بها وتحسينها بشكل مستمر لخدمة المريض

7

وضع النماذج الموحدة للمطالبات والموافقات و الفوترة

8

متابعة النظر والفصل فيما قد ينشأ بين أطراف العلاقة التأمينية من خلافات

9

مواكبة التغيرات والتطورات التي تطرء على حجم ونوعية التغطية الطبية وكذلك تطورات سوق التأمين الصحي

10





بعض إنجازات المجلس منذ بداية التطبيق وحتى الآن (2006-2015)

يوضح الشكل أدناه بعض الحقائق والأرقام

حقائق و أرقام	بداية إلزامية التأمين الصحي في عام 2006م	الوضع الآن	مقدار الزيادة
الحصة السوقية لنشاط التأمين الصحي	32% من إجمالي قطاع التأمين	52% من إجمالي قطاع التأمين	زيادة بمقدار 62.5%
أعداد المؤمن لهم	3,262,169 مؤمن له	10,777,681 مؤمن له	زيادة بمقدار 330%
أعداد السعوديين المؤمن لهم	332,174 سعودي مؤمن له	3,187,084 سعودي مؤمن له	زيادة بمقدار 860%
إجمالي أقساط التأمين	2,222 مليون ريال سعودي	18,169 مليون ريال سعودي	زيادة بمقدار 718%
إجمالي المطالبات الصحية المدفوعة	1,240 مليون ريال سعودي	12,795 مليون ريال سعودي	زيادة بمقدار 932%
شركات التأمين الصحية المؤهلة	23 شركة تأمين	26 شركة تأمين	زيادة بمقدار 13%
مقدمي الخدمة الصحية المعتمدين	989 مقدم خدمة صحية	2,569 مقدم خدمة صحية	زيادة بمقدار 159%
نسبة التغطية التأمينية الصحية لسكان المملكة	12,8 % من السكان	35,6 % من السكان	زيادة بمقدار 177%





دور المجلس في تعميق مفهوم حقوق المرضى

إن الغرض من إنشاء المجلس هو توفير الرعاية الصحية للشرائح المستهدفة من النظام ومن ضمن أهدافه في:

تحقيق وتطوير منافع طبية محددة وموحدة لكافة المؤمن لهم والتي تضمن لهم توفير الرعاية الصحية وتنظيمها و لجميع العاملين بالقطاع الخاص وأسرههم مع مراعاة مفهوم العدالة من حيث تساوي الجميع في مستوى التغطية الطبية المحدده والتي تعتبر على أنها المستقى الطبي الذي لا يمكن القبول بأقل منه

1

مع محاولة دفع مستوى الخدمة الطبية وبالذات عن تخفيف الضغط على المرافق الصحية الحكومية وتعزيز دور القطاع الطبي الخاص من خلال المنافسة على تجويد الخدمة

2



دور المجلس في تعميق مفهوم حقوق المرضى

يقوم المجلس في سبيل هذين الهدفين الرئيسيين لتعميق مفهوم حقوق المريض من خلال الأدوات التالية :



أ) اللائحة التنفيذية

ب) الوثيقة الموحدة

ج) قرارات مجلس الإدارة الدورية

د) الأعمال التنفيذية والإشرافية والرقابية التي تقوم بها إمامه العامه للمجلس

وسنستعرض من خلال هذه الأدوات أهم ما جاء فيها فيما يخص حقوق المريض :-



أ) اللائحة التنفيذية:-

اللائحة التنفيذية التي يصدرها المجلس تعتبر الآلية المنظمة التي عليها تنفذ مواد نظام الضمان الصحي التعاوني، فمن خلالها يتم ضبط آلية تلقي الخدمة للمؤمن له ((المريض))، وآلية التعامل ما بين شركات التأمين وأصحاب العمل، وآلية التعامل ما بين شركات التأمين ومقدمي الخدمة الصحية، وكذلك فئات التطبيق المستهدفة من النظام

مراحل تطوير «تعديل» اللائحة التنفيذية:

1	إقرار اللائحة التنفيذية والوثيقة الموحدة للمرة الأولى في تاريخ 1423/03/27
2	النسخة الثانية بتاريخ 1430/06/08
3	النسخة الثالثة بتاريخ 1435/04/13

وهذه التعديلات تمثل تفاعل ومرونة المجلس في التعاطي مع مستجدات ومتطلبات المؤمن لهم وبما يتوافق مع المتغيرات الطبية وكذلك السعريّة



اللائحة التنفيذية : أمثلة على إهتمام اللائحة بالمؤمن له « المريض »

مواد اللائحة	نص اللائحة
المادة (90)	على أطراف العلاقة التأمينية كل فيما يخصه الالتزام بما يلي: 1. <u>سرعة وسهولة</u> توفير الخدمة العلاجية من قبل مقدمي الخدمة للمستفيدين 2. الرد من قبل شركات التأمين على طلب مقدم الخدمة الموافقة على تقديم العلاج للمستفيدين خلال 60 دقيقة كحد أقصى من وقت استلام الطلب، وفي حال عدم الموافقة فيجب توضيح الأسباب رسمياً. 3. <u>في حال عدم استلام مقدم الخدمة الرد</u> 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.
المادة (94)	في الحالات الطارئة فقط يمكن تلقي العلاج لدى الأخصائيين والمستشفيات دون <u>إحالة</u> 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 (101)	على شركة التأمين عند بدء سريان التغطية التأمينية <u>تزويد حامل الوثيقة ببطاقات التأمين للمستفيدين وكذلك كتيبات توضيحية</u> 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 (103)	يجب على مقدم الخدمة تقديم الخدمة مباشرةً <u>للحالات الطارئة</u> فوراً ودون الحاجة للرجوع إلى شركة التأمين على أن يتم إبلاغ الشركة خلال 24 ساعة من وقت استقبال الحالة.
المادة (105)	يكون للأطباء المعيّنين للعمل لدى شركات التأمين استقلال مهني ولا يخضعون في آرائهم إلا للمقتضيات الطبية في مباشرتهم لمهمات المراقبة ولا يحق لهم التدخل في العلاج الطبي، أو <u>علاج المستفيدين</u>.



ب) الوثيقة الموحدة للضمان الصحي الحالية :

أبرز التغييرات التي طرأت على الوثيقة الموحدة في تعديلاتها الأخيرة والتي تصب في صالح المؤمن له «المريض»:

- رفع حد المنفعة الأقصى للوثيقة إلى (500,000 ريال) بدلاً من (250,000 ريال).
- إضافة منافع جديدة، مثل (السماعات الطبية، عمليات التبرع بالأعضاء، مرض الزهايمر، التوحد، وغيرها).
- رفع سقف عمر الأبناء ليصبح الحد الأقصى (25 سنة) بدلاً عن (18 سنة).
- رفع الحد لبعض منافع التغطيات، مثل تكلفة الاسنان ، العلاج الطبيعي ، النظارات الطبية، تكلفة الزيارات الطبية الإستشارية وغيرها .



المنافع الطبية الموحده و حدود التغطية





ج) بعض قرارات المجلس المتعلقة بالمؤمن له «المريض» :

رقم الجلسة	تاريخ الجلسة	القرار
1 69	1430/01/07 ■	إلزام شركات التأمين بقبول فئات كبار السن و إلغاء شرط العمر من الوثيقة.
2 71	1430/03/04 ■	عدم إلغاء وثيقة التأمين الصحي في حال هروب المكفول ويتم علاجه لحين انتهاء وثيقته الحالية.
3 77	1430/11/20 ■	إلزام شركات التأمين بتغطية قيمة الخدمات العلاجية والتنويم لمرضى انفلونزا الخنازير.
4 83	1432/06/05 ■	بتطبيق نظام الترميز الطبي الاصدار الاسترالي (ICD10-AM) على مقدمي الخدمة الصحية المعتمدين لدى المجلس
5 83	1432/06/05 ■	عدم قبول فحص العيادة الداخلية لدى مقر أصحاب العمل، ما لم يكن مقر العيادة الداخلية مرخص حسب الشروط والضوابط الصادرة من وزارة الصحة.
6 88	1434/01/11 ■	إلزام شركات التأمين بوضع رقم اتصال المجلس في حال الرغبة بتقديم الشكاوي خلف بطاقة التأمين.
7 88	1434/01/11 ■	إلزام مقدمي الخدمة الصحية المعتمدين بعمل لوحة يبين فيها رقم الاتصال بأمانة المجلس و موقع الأمانة على شبكة الانترنت في حال رغب أحد المؤمن لهم في تقديم شكوى للأمانة.



(د) بعض الأعمال التنفيذية للأمانة العامة المتعلقة بالمؤمن له « المريض »
الزيارات والإشرافية و الرقابية تتابع الأمانة العامة عمليات التطبيق من خلال عدة محاور أهمها :

الزيارات الإشرافية

تهدف الزيارات الإشرافية إلى تحسين أداء أعمال أطراف العلاقة التأمينية من خلال تكليف فرق الزيارات الإشرافية بالاطلاع على سياسات وإجراءات العمل لديهم، والعمل على توضيح وشرح نظام الضمان التعاوني ولائحته التنفيذية والوثيقة المعتمدة والموحدة لمنسوبي أطراف العلاقة التأمينية و الاطلاع على إجراءات تقديم الخدمة وآلية معالجة الشكاوي والاستفسارات، وحثهم على تطوير إمكانات منسوبهم العملية، وتذليل صعوبات العمل التي قد تواجه أي من أطراف العلاقة التأمينية.

1,776 زيارة لمقدم خدمة صحية

157 زيارة لشركة تأمين وشركة إدارة مطالبات
صحية

24 حالة إيقاف عن العمل وفق نظام الضمان
الصحي لشركات التأمين وشركات إدارة المطالبات
الصحية والمراكز الصحية والتي خالفت النظام

الزيارات الرقابية:-

تتولى فرق الزيارات في الأمانة العامة الرقابة على أطراف العلاقة التأمينية بهدف التأكد من التزامهم بالعمل وفقاً لنظام الضمان الصحي التعاوني ولائحته التنفيذية والوثائق المعتمدة وقرارات وتعليمات المجلس. كما أن فرق الزيارات الرقابية تقوم برصد وضبط مخالفات أحكام النظام، والتحقق من توفر العناصر البشرية والفنية والتقنية اللازمة للعمل بما يحقق صالح المؤمن له « المريض »

وتهدف هذه الزيارات بشكل عام إلى قيام كل المعنيين بالتأمين الصحي بالقيام بدورهم الرئيس وهو خدمة المؤمن له « المريض »



الخطط المستقبلية للمجلس وأثرها على تعميق مفهوم حقوق المؤمن له « المريض »:

برنامج التعاملات الإلكترونية (SHIB):

هو نظام إلكتروني مصمم بأسلوب أعمال إلى أعمال (B2B) مبني على المعايير الموحدة لتبادل تعاملات التأمين الصحي بكفاءة وفعالية عالية لجميع أطراف العلاقة (مجلس الضمان الصحي، شركات التأمين، مقدمي الخدمة

أهم أهداف المشروع فيما يخص حقوق المريض:

- تقليل عدد الزيارات و مدة الانتظار للمؤمن له في منشآت مقدم الرعاية الصحية من خلال ضمان استقبال ردود المطالبات حسب المدة المعلنة من المجلس (60 دقيقة)
- حماية المؤمن له من التحايل في معاملات التأمين الصحي
- تقليل فترة بت المجلس بشكاوى المؤمن له و ذلك لتوفر قاعدة بيانات بجميع الحالات الخاصة بحالة المؤمن له المتعلقة بالشكوى
- ضمان حقوق المؤمن له من خلال رقابة برنامج (SHIB) على التزام جميع أطراف العلاقة التأمينية باللوائح و الأنظمة التأمينية
- ضمان سرية معلومات المؤمن له أثناء تبادلها بين مقدم الرعاية الصحية و شركات التأمين



Saudi Health Insurance Bus Project



الوضع الحالي

محلات النظارات



مشاكل تحديد هوية
المؤمن له

العيادات الطبية

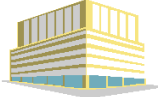


تعدد نقاط الدخول
للبيانات ونقص في
معايير أمن المعلومات

مجمع العيادات



صعوبة الإشراف على
أطراف العلاقة التأمينية



شركات التأمين وإدارة
المطالبات

اختلاف تصميم
الرسائل المتبادلة

صعوبة الحوكمة



الصيدليات

صعوبة استمرارية
الأعمال



المختبرات
الطبية

صعوبة توفير تقارير
ومعلومات

صعوبة اكتشاف
التحليل



المستشفيات

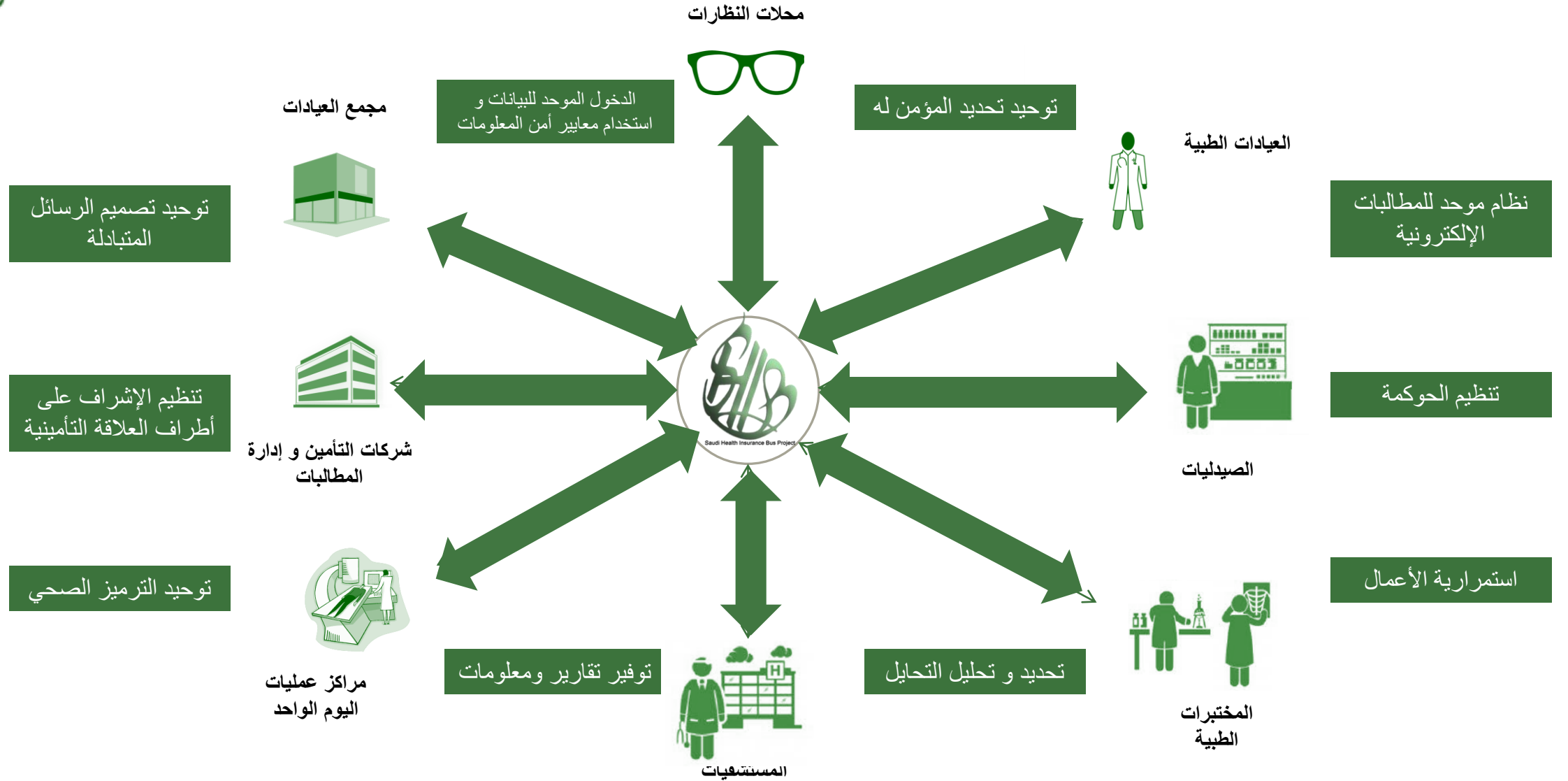
مراكز عمليات
اليوم الواحد



اختلاف المصطلحات و
معايير الترميز



الوضع المستهدف





❖ الخطط الاستراتيجية للمجلس للعام (2020) :

« نستعرض ما يخص المريض مباشرة من المبادرات أو المشاريع »

المبادرات:

- مراجعة تعديل نظام الضمان الصحي الحالي , وتعديل اللائحة التنفيذية والوثيقة الموحدة .
- حوكمة التأمين الصحي لتطبيق أعلى معايير الشفافية.
- التحول الرقمي لجميع أعمال المجلس وأمانته (Digital Transformation) لتسهيل كافة الإجراءات للمؤمن له .
- منظومة خدمة العملاء (Digital Customer experiences) وتغيير مفهوم المريض إلى العميل .
- المشاركة مع وزارة الصحة في تطوير جودة الخدمات وكذلك في ضبط أسعار الخدمات.

❖ تنفيذ كافة المشاريع وخصوصاً التقنية منها لأهمية دور هذه المشاريع في تعزيز مفهوم حقوق المؤمن له « المريض ».

❖ تفعيل التأمين الصحي على الزائرين , العمالة المنزلية , المعتمدين .

❖ تفعيل التأمين الصحي على الشريحة المتبقية من السعوديين العاملين في القطاع الخاص وأفراد أسرهم.



كما يمكن للمعنيين و المهتمين بسوق التأمين الصحي للاستفادة من قنوات الإتصال بالمجلس للرد على الإستفسارات و تلقي المقترحات وتسجيل واستلام الشكاوى بأي وقت ومن أي موقع من خلال حزمة من القنوات و البرامج و منها:

- مركز الاتصال الموحد رقم 920001177 باللغتين العربية والإنجليزية
- الهاتف الثابت رقم: 011/2021300، وفاكس 011/4870071
- البوابة الإلكترونية : www.cchi.gov.sa
- البريد الإلكتروني : Info@cchi.gov.sa

كما يمكن التواصل عن طريق برامج التواصل الإجتماعي عبر العنوان **CCHIKSA** :

CCHIKSA /





شكرا لكم