اللائحة التنفيذية (المعدلة) لنظام الضمان الصحي التعاوني بالمملكة العربية السعودية

نبذة عن الوثيقةنص اللائحة التنفيذية الصادرة بموجب القرار الوزاري رقم (6131/ 30/ 1/ ض) وتاريخ 08-06-1430هـ
نوع الوثيقة / لائحة
حالة الوثيقة / وثيقة سارية
تاريخ الإصدار1430-06-08هـ

الفصل الأول
التعريفات

المادة (1): يقصد بالمصطلحات الآتية المعاني الموضحة قرين كل منها:
1. النظام: نظام الضمان الصحي التعاوني في المملكة العربية السعودية.
2. المجلس: مجلس الضمان الصحي التعاوني المنشأ بموجب أحكام المادة الرابعة من النظام.
3. الأمانة العامة: الجهاز التنفيذي للمجلس.
4. المؤسسة: مؤسسة النقد العربي السعودي.
5. التأمينات الاجتماعية: التأمينات المطبقة بموجب نظام التأمينات الاجتماعية، وتقوم بتنفيذها المؤسسة العامة للتأمينات الاجتماعية.
6. التأمين الصحي: هو الضمان الصحي التعاوني المُشار إليه في النظام.
7. صاحب العمل أو الكفيل: الشخص الطبيعي أو المعنوي الذي يستخدم عاملاً أو أكثر.
8. حامل الوثيقة: الشخص الطبيعي أو المعنوي الذي صدرت الوثيقة باسمه.
9. المؤمن له (المستفيد): هو الشخص المشمول بالنظام والمؤمن له لدى شركة تأمين.
10. المعال / المعالين: الزوج أو الزوجه والأولاد الذكور تحت سن الثامنة عشرة والبنات غير المتزوجات.
11. شركة التأمين: شركة التأمين التعاوني المصرح لها بالعمل في المملكة العربية السعودية من قبل المؤسسة والتي تم تأهيلها لممارسة أعمال الضمان الصحي التعاوني من قبل المجلس.
12. مقدم الخدمة: المرفق الصحي (الحكومي/غير الحكومي) المعتمد من المجلس، وفقاً للأنظمة المعمول بها، بتقديم الخدمات الصحية في المملكة وعلى سبيل المثال، مستشفى أو مركز تشخيص أو عيادة أو صيدلية أو مختبر أو مركز علاج طبيعي أو مركز علاج بالإشعاع.
13. شبكة مقدمي الخدمة المعتمده: هي مجموعة مقدمي الخدمة الصحية المعتمدين من مجلس الضمان الصحي التعاوني المحددين من قبل شركة التأمين الصحي لتقديم الخدمة لصاحب العمل/ حامل الوثيقة ويتم ذلك بالقيد مباشرة على حساب شركة التأمين عند إبراز المؤمن له بطاقة تأمين سارية المفعول على أن تتضمن هذه الشبكة مستويات الرعاية الصحية الثلاثة:
- المستوى الأول لتقديم الخدمات الصحية (الرعاية الصحية الأولية).
- المستوى الثاني لتقديم الخدمات الصحية (المستشفيات العامة).
- المستوى الثالث لتقديم الخدمات الصحية (المستشفيات التخصصية أو المرجعية).
14. شركة إدارة مطالبات التأمين الصحي: شركات تسوية المطالبات التأمينية والمصرح لها بالعمل في المملكة العربية السعودية من قبل المؤسسة والتي تم تأهيليها لممارسة إدارة مطالبات الضمان الصحي التعاوني من قبل المجلس.
15. الوثيقة: هي وثيقة الضمان الصحي التعاوني الأساسية التي اعتمدها المجلس الملحقة بهذه اللائحة والتي تتضمن التحديات والمنافع والاستثناءات والشروط العامة وتصدر من شركة التأمين بموجب طلب تأمين يقدم من صاحب العمل (حامل الوثيقة).

16. القسط (الاشتراك): هو المبلغ الواجب الأداء للشركة من قبل حامل الوثيقة مقابل التغطية التأمينية التي توفرها الوثيقة خلال مدة التأمين.
17. التغطية التأمينية: هي المنافع الصحية الأساسية المتاحة للمستفيد المحددة بوثيقة التأمين المرفقة بهذه اللائحة.
18. المنفعة: تعني نفقات توفير الخدمة الصحية التي تشملها التغطية التأمينية ضمن الحدود المبينة في جدول الوثيقة.
19. نسبة الاقتطاع / التحمل (المشاركة في الدفع): هي الجزء الواجب الأداء (المحدد في جدول الوثيقة) الذي يجب أن يسدده المستفيد (المؤمن له) عند زيارة الطبيب.
20. الحالة الطارئة: العلاج الطبي الذي تقتضيه الضرورة الطبية للمستفيد إثر وقوع حادث، أو حالة صحية طارئة تستدعي التدخل الطبي السريع.
21. المطالبة: هي مجموعة المستندات المالية والطبية التي يقدمها مقدم الخدمة (وفي بعض الحالات المؤمن له أو حامل الوثيقة) إلى شركة التأمين لتحصيل تكاليف الخدمات الصحية التي حصل عيها المؤمن له.
22. الاحتيال: التضليل المتعمد من قبل شخص أو جهة بغرض استغلال الرعاية الصحية وتشويه الحقائق، أو الخداع المتعمد الذي ينتج عنه الحصول على منافع أو تقديم مزايا مستثناه أو تتجاوز الحدود المسموح بها إلى الفرد أو الجهة.
23. إساءة الاستخدام: ممارسات غير متعمده من قبل أفراد أو جهات قد تؤدي إلى الحصول على منافع أو مزايا غير مخولين للحصول عليها ولكن بدون قصد التدليس والاحتيال أو تعتمد الكذب وتشويه الحقائق بغرض الحصول على المنفعة.
24. العقد الاسترشادي لتقديم خدمات الرعاية الصحية: هو عقد عمل معتمد من المجلس يمكن لأطراف العلاقة التأمينية، الاستعانة به لتنظيم العلاقة بين الشركة ومقدم الخدمة مع مراعاة ما ورد في نص المادة رقم (78) من هذه اللائحة.

الفصل الثاني: المستفيدون (المؤمن له)

المادة (2): تخضع للضمان الصحي الفئات التالية:
1. جميع الأشخاص غير السعوديين العاملين في غير القطاع الحكومي.
2. جميع الأشخاص الذين لا يعملون في غير القطاع الحكومي، المقيمين في المملكة.
3. أفراد الأسرة الذين يعولهم الأشخاص المحددة صفتهم في الفقرتين (1) و (2) من هذه المادة الحاصلون على رخصة إقامة في المملكة.
4. جميع السعوديين العاملين في قطاع الشركات والمؤسسات الخاصة والأفراد المبرمه معهم عقود عمل أو ما يفيد بالعمل وطرق تثبيته بصرف النظر عن شكل الأجر الذي يتقاضونه.
5. أفراد اسر السعوديين المشار إليهم في الفقرة (4) من هذه المادة بحسب ما يحدد مجلس الضمان الصحي التعاوني.

المادة (3):
يُستثنى من الضمان الصحي المنصوص عليه في المادة (٢) من هذه اللائحة:
1. جميع الموظفين من غير السعوديين العاملين لدى أجهزة ومؤسسات حكومية ويلزم من لا ينص عقد عمله على توفير الخدمة الصحية بالحصول على تغطية تأمينية وفقاً لوثائق الضمان المعتمدة.
2. أفراد الأسرة الذين يعولهم الموظفون المحددة صفتهم في الفقرة (١) من هذه المادة .
ويجب أن يكون نطاق العلاج الموضح في الفقرة أعلاه مطابقاً على الأقل لأحكام المادة (7) من النظام ومتفقاً مع مستوى الجودة الوارد في الفصل التاسع من هذه اللائحة.

الفصل الثالث: التغطية التأمينية بموجب النظام

المادة (4):
أ. يلتزم صاحب العمل بإبرام وثيقة تأمين صحي مع إحدى شركات التأمين تغطي العاملين تحت كفالته بالمملكة أو أي عاملين جدد تحت كفالته وكذلك بقية العاملين لديه الخاضعين لهذا النظام.

ب. لا يعفى أصحاب الشركات والمؤسسات التي تملك منشآت طبية خاصة من الاشتراك في نظام الضمان الصحي التعاوني، وعليهم الحصول على التغطية التأمينية المنصوص عليها في وثيقة الضمان الصحي التعاوني كحد أدنى، وذلك عن طريق شركات تأمين صحي مؤهلة من المجلس.
ج. لا يسمح لشركات التأمين المؤهلة من المجلس برفض أي طلب لتقديم الضمان الصحي التعاوني سواءً بشكل مباشر أو غير مباشر.
د. لا يسمح لشركات التأمين المؤهلة من المجلس برفض أي طلب لتقديم الضمان الصحي التعاوني سواءً بشكل مباشر أو غير مباشر.
هـ. 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.

المادة (5):
تصدر شركة التأمين شهادة إلى صاحب العمل (حامل الوثيقة) تفيد بالتأمين على منسوبيه لتقديمها إلى الجهة المختصة بإصدار رخص الإقامة وتجديدها وجدد المجلس محتوى الشهادة.

المادة (6):
في حالة عدم صدور رخصة الإقامة للمستفيد يتم شطب اسمه من وثيقة الضمان الصحي التعاوني من تاريخ خروجه النهائي، ويحتسب القسط المستحق عن مدة التأمين حسب الأسس المنصوص عليها في الوثيقة.

المادة (7):
يتم تسليم المستفيد نسخة من الوثيقة، والتي يجب أن لا تقل التغطية الصحية فيها عن الغطاء الأساسي المنصوص عليه في النظام.

المادة (8):
يجوز لصاحب العمل أن يغير شركة التأمين قبل شهر على الأقل من تاريخ الإلغاء المطلوب ويوجه صوره منه إلى المجلس، ويحسب الجزء المعاد من القسط التأمين بتاريخ الإلغاء وإبرام وثيقة تأمين أخرى لتوفير التغطية التأمينية بحيث تبدأ من تاريخ اليوم التالي لإلغاء الوثيقة.

المادة (9):
عند انتقال شخص خاضع للضمان الصحي التعاوني للعمل لدى صاحب عمل آخر يلتزم صاحب العمل الجديد بالتأمين عليه من تاريخ انتقاله، وتقديم شهادة التأمين كأحد مسوغات نقل الكفالة.

المادة (10):
تشمل التغطية التأمينية للضمان الصحي المنافع المنصوص عليها في المادة (7) من النظام ونطاق الأحكام الواردة في الفصل الرابع من هذه اللائحة وتحدد الوثيقة المدة الزمنية للعلاج والحدود القصوى لمبلغ التغطية التأمينية والتحديدات والمنافع والاستثناءات والشروط العامة للتغطية التأمينية.

المادة (11):
تشمل منافع التغطية التأمينية الحمل والولادة لمن تم التعاقد معهم على أساس (عقد متزوج) ضمن الحدود الموضحة في الوثيقة.

المادة (12):
تنحصر التغطية التأمينية للضمان الصحي الإلزامي في الخدمات المقدمة في المملكة العربية السعودية التي توفرها شبكة مقدمي الخدمات المعتمدين التي ترتبط معها شركة التأمين بعقود خدمات صحية.

المادة (13):
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 وصولة.

المادة (14):
تنتهي التغطية التأمينية بوفاة المستفيد أو عند انتهاء مدة الوثيقة أو إلغائها أو عند مغادرة المستفيد للملكة نهائياً.

<u>الفصل الرابع: المنافع (المنافع العينية ورد التكلفة)</u>

المادة (15): يحصل المستفيد على المنافع المحددة في الوثيقة على النحو التالي:
1. التشخيص والعلاج لدى مقدمي الخدمة المعتمدين على أن يتحمل المستفيد مبلغ الاقتطاع / التحمل (إن وجد) المحدد في الوثيقة مشاركة في الدفع.
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 في متناول المستفيد أو رفض شركة التأمين توفير الخدمة له بغير 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 (16):
يبدأ الحق في المطالبة بالمنافع اعتباراً من بداية التغطية التأمينية وفقاً لأحكام المادة (13) من هذه اللائحة.

المادة (17):
لا تكون هناك أية مدد انتظار دون أحقية في المنافع في بداية التأمين ويشتمل تقديم المنافع بعد بداية التغطية التأمينية على الحالات التي ترجع نشأتها للمدة السابقة لبداية التغطية التأمينية.

المادة (18):
ينتهي الحق في الاستفادة من المنافع بإنتهاء التغطية التأمينية وفقاً لأحكام المادة (14) من هذه اللائحة، ويشمل ذلك حالات التأمين التي لم يبت فيها، ويكون العامل الحاسم في التزام الخدمة من جانب شركة التأمين هو تاريخ الاستفادة من مقدم الخدمات قبل من المستفيد.

المادة (19):
تغطي منافع التأمين التطعيمات واللقاحات الأساسية للأطفال حتى سن الالتحاق بالمدرسة حسب قرارات وزارة الصحة، والحالات المرضية التي تحتاج إلى عزل بالمستشفى والتي يتعين أن يقوم بتقديمها مقدم خدمات متعاقد معه.

المادة (20):
يتم تقديم الخدمة الصحية والعلاج الطبي من قبل شركة مقدمي الخدمة المعتمين المدرجين في القائمة المرفقة بوثيقة التأمين المسلمة للمستفيدين والمعتمد من شركة التأمين وحامل الوثيقة.

المادة (21):
تشمل التغطية التأمينية نفقة الإقامة والإعاشة في المستشفيات لمرافق واحد للمستفيد كمرافقة الأم لطفلها حتى سن الثانية عشرة أو حيثما تقتضي ذلك الضرورة الطبية حسب تقدير الطبيب المعالج.

المادة (**22**):

تغطي في حالات الطوارئ فقط تكاليف نقل المستفيدين من المرضى أو الحوامل لأقرب موقع ملائم لتلقي العلاج، ويكون النقل بواسطة خدمات سيارات إسعاف مرخصة أو تابعة لهيئة الهلال الأحمر السعودي.

المادة (23):
يلزم كل مستفيد عند تلقي الخدمة بدفع مبلغ الاقتطاع/ التحمل (إن وجد) لدى مقدمي الخدمة وذلك حسب ما هو منصوص عليه في جدول الوثيقة عدا في الحالات الإسعافية والتنويم.

المادة (24):
في حال أن نص العقد على المشاركة في الدفع والاستقطاع لا يجوز لمقدم الخدمة الطبية التنازل عن مبلغ المشاركة في الدفع.

المادة (25):
يجب تسديد المشاركة في الدفع من قبل المستفيد لمقدم الخدمة الصحية مقابل الحصول على سند استلام.

المادة (26):
لا يحق للمستفيدين المطالبة بمنافع بموجب الوثيقة إلا إذا كانت هذه المنافع من التغطيات الأساسية المنصوص عليها في الوثيقة، أو في التغطيات الإضافية التي تم حصولهم عليها وفقاً للمادة الثامنة من نظام الضمان الصحي التعاوني.

المادة (27):
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 (28):
إذا قامت شركة التأمين بتوفير تلك الخدمات الصحية، واتضح فيما بعد أن فرع الأخطار المهنية في المؤسسة العامة للتأمينات الاجتماعية هو الذي يجب أن يغطي تلك الخدمات، فلشركة التأمين أن توجه طلب التعويض عما تحملته من نفقات إلى المؤسسة العامة للتأمينات الاجتماعية.

المادة (29):
إذا قامت المؤسسة بالعامة للتأمينات الاجتماعية بتقديم خدمات صحية لشخص يرتبط بعد تأمين مع شركة التأمين صحي على الرغم من كون الأخيرة ملزمة بتفوير تلك الخدمات فإن شركة التأمين تلتزم بتعويض المؤسسة العامة للتأمينات الاجتماعية عن المصروفات التي نشأت في هذا الصدد، ضمن حدود الوثيقة.

المادة (30):
للمؤسسة العامة للتأمينات الاجتماعية وشركة التأمين إبرام عقد مشترك بينهما ينص على اتخاذ إجراءات محددة للوفاء بالخدمات الواردة في المادة (28) والمادة (29) من هذه اللائحة.

المادة (31):
لشركة التأمين الرجوع على الغير الذي تسبب في الأضرار التي عوض المستفيد عنها عملاً بمبدأ الحلول.

الفصل الخامس: ضوابط الالتزامات المالية

المادة (32):
أ. تلتزم كل شركة تأمين بما تقرره المؤسسة من مخصصات فنية متعارف عليها في قطاع التأمين الصحي.
ب. تقوم المؤسسة بإفادة المجلس خطياً عند وجود أي ملاحظات على أداء شركات التأمين الصحي أو شركات إدارة مطالبات التأمين الصحي المؤهلة من قبل المجلس.

المادة (33):
أ. يتم تحديد قسط التأمين الصحي بالاتفاق بين شركة التأمين وصاحب العمل.
ب. يجب على شركة التأمين عند تحديد قيمة أقساط التأمين الصحي الالتزام بما يلي:
- أن تكون الأسعار عادلة وغير مبالغ فيها.
- أن تكون حسب قواعد الاكتتاب بحيث لا تؤدي إلى هبوط / زيادة أسعار منتجات الشركة عن المستوى المقبول فنياً.
- تزويد المؤسسة بالأسس المستخدمة في تحديد الأسعار، ولا يجوز للشركة الاعتماد فقط على الأسعار التي تطبقها الشركات الأخرى.
ج. يكون حد المنفعة الأقصى لكل مستفيد مائتين وخمسون الف ريال سعودي فقط.

المادة (34):
يلتزم صاحب العمل بدفع الأقساط عن موظفيه المتعاقد معهم ومعاليهم لشركة التأمين التي يختارها لهذا الغرض، ويسري هذا الحكم على الأشخاص غير العاملين أو الأفراد الذين يعولونهم، ويكون صاحب العمل هو وحده المسئول عن دفع الأقساط التي يجب أن تسدد في بداية كل سنة تأمينية ما لم يتفق على غير ذلك.

المادة (35):
في حالة عدم سداد الأقساط في الأوقات المتفق عليها يجوز لشركة التأمين إلغاء الوثيقة وعلى شركة التأمين إشعار الأمانة العامة وشبكة مقدمي الخدمة المعتمدة بذلك.

المادة (36):
يكون المقابل المالي لمجلس الضمان الصحي التعاوني للإشراف على تطبيق نظام الضمان الصحي التعاوني بواقع واحد بالمائة من أقساط التأمين الصحي الذي تحصل عليه شركات التأمين المؤهلة حسب القوائم المالية المدققة للسنة السابقة، على أن يتم النظر في ملائمة هذه النسبة وإمكانية تخفيضها بعد مرور ثلاث سنوات من التطبيق بالتنسيق مع المؤسسة.

المادة (37):
ينشا صندوق الضمان 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 (38):
يتم تمويل المجلس من خلال ما يلي:
1. المقابل المالي للتأهيل والتجديد السنوي لشركة التأمين.
2. المقابل المالي للتأهيل والتجديد السنوي لشركات إدارة مطالبات التأمين الصحي.
3. المقابل المالي للإعتماد السنوي لمقدمي الخدمات الصحية الحكومية وغير الحكومية.
4. المقابل المالي لمجلس الضمان الصحي التعاوني للإشراف على تطبيق نظام الضمان الصحي التعاوني بواقع واحد بالمائة من أقساط التأمين الصحي الذي تحصل عليه شركات التأمين المؤهلة حسب القوائم المالية المدققة للسنة السابقة.
5. الغرامات المالية الأخرى المستحقة للمجلس وكذلك التي تقضي بها لجنة مخالفات أحكام نظام الضمان الصحي التعاوني والمحددة في المادة (101) من هذه اللائحة.
6. التبرعات والهبات وعوائد الاستثمار.

7. المبالغ المالية المحصلة من أي مصادر أخرى مثل إصدار المجلات والكتيبات أو الأعمال الاستشارية أو التدريبية التي قد يقوم بها المجلس.

الفصل السادس: ممارسة أعمال التأمين الصحي

أولاً: شركات التأمين:

المادة (39):
تتولى ممارسة أعمال الضمان الصحي شركات التأمين التعاوني المصرح لها بمزاولة أعمال التأمين في المملكة بموجب نظام مراقبة شركات التأمين التعاوني ولائحته التنفيذية.

المادة (40):
لا يسمح لشركات التأمين بممارسة أعمال الضمان الصحي إلا بعد تأهيلها من قبل المجلس، ويكون التأهيل مقيداً بمدة ثلاث سنوات قابلة للتجديد لمدد أخرى مماثله.

المادة (41):
يتم تأهيل شركات التأمين التعاوني (المصرح لها بممارسة أعمال التأمين في المملكة) لممارسة التأمين الصحي بناء على طلب يتم تقديمه لهذا الغرض، وللمجلس تحديد ما يراه من تفاصيل تتعلق بطبيعة ونطاق البيانات التي يتعين تضمينها في الطلبات في حدود ما يلزم لذلك، وعلى المجلس البت في طلب التأهيل خلال تسعين يوما من تاريخ تقديم الطلب.

المادة (42):
للمجلس أن يختار من الشركات المتقدمة تلك التي يتوفر فيها التالي:
1. التصريح بممارسة أعمال التأمين.
2. الجهاز الفني والإداري والطبي وكذلك أنظمة الموافقات ومعالجة المطالبات وتسديد المستحقات، ويمكن تنفيذه هذه المهمات عبر التعاقد مع شركة إدارة مطالبات مؤهلة من المجلس.

المادة (43):
تلتزم شركة التأمين بتقديم المستندات التالية ضمن طلبها للحصول على التأهيل:
1. اسم وعنوان الشركة.
2. النظام الأساسي أو عقد التأسيس.
3. أسماء رئيس وأعضاء مجلس الإدارة والعضو المنتدب والإدارة التنفيذية.
4. الحسابات السنوية المدققة من قبل محاسب قانوني للسنوات الثلاث السابقة لتقديم الطلب (للشركة القائمة).
5. إفادة خطية من المؤسسة تؤكد عدم وجود أي ملاحظات على أداء شركة التأمين (للشركة القائمة).

المادة (44):
على شركة التأمين الصحي إحاطة المجلس قبل إجراء أي تعديل جوهري على خطة عمل الشركة فيما يخص التأمين الصحي.

المادة (45):
يجوز رفض تأهيل شركة التأمين بموجب خطاب يبين 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 الواء بتعهداتها بصورة دائمة.
3. في حالة عدم دفع الرسوم المقررة لمنح التأهيل أو تجديده المحدد في المادة (46) من هذه اللائحة.

المادة (46):
أ. يتقاضى امجلس مقابلاً مالياً لتأهيل شركات التأمين مقداره مائة وخمسون الف ريال سعودي فقط.
ب. يتقاضى المجلس مقابل مالياً لتجديد التأهيل لشركات التأمين الصحي التعاوني مقداره خمسون الف ريال سعودي عن كل سنة ويلزم بعد انقضاء مدة الثلاث سنوات الأولى إعادة التأهيل.

المادة (47):
تعتبر وثيقة التأمين الصحي سارية المفعول من تاريخ دفع القسط التأميني ما لم يشر خطياً لخلاف ذلك.

المادة (48):
تعتبر شركة التأمين مسئولة بشكل مباشر أمام صاحب العمل عن أي التزامات أو غرامات تنشأ عليه نتيجة عدم التزام شركة التأمين بما ورد في المادة رقم (47) والمادة رقم (50) الواردة في هذه اللائحة.

المادة (49):
لا يحق لشركة التأمين رفع أسماء الأشخاص المؤمن عليهم لنظام الشبكة الوطنية للضمان الصحي إلا بعد التأكد من دفع القسط التأميني المشار إليه في الوثيقة.

المادة (50):
يجب على شركة التأمين رفع أسماء الأشخاص المؤمن عليهم لنظام الشبكة الوطنية للضمان الصحي خلال 48 ساعة من تاريخ سيان وثيقة التأمين وبعد تحقق ما ذكر في المادة (49) من هذه اللائحة.

المادة (51):
لا ترتبط التغطية التأمينية للمستفيدين بإصدار بطاقات التأمين لهم، حيث تعتبر شركة التأمين مسئولة عن كافة المطالبات الطبية من تاريخ سريان وثيقة التأمين الصحي وينبغي على شركة التأمين إصدار البطاقات خلال خمسة أيام عمل على الأكل من تاريخ سريان الوثيقة.

ثانياً مقدمي الخدمة:

المادة (52):
يقوم المجلس باعتماد مقدمي خدمات الرعاية الصحية (الحكومية / غير الحكومية في حدود الشروط التالية:
1. أن يكون مرفق الرعاية الصحية في القطاع الخاص قد تم ترخيصه من وزارة الصحية.
2. أن يكون الأفراد القائمون على توفير الرعاية الصحية قد تم تسجيلهم من الهيئة السعودية للتخصصات الصحية.
3. أن يكون مرفق الرعاية الصحية (الحكومي/ غير الحكومي) مستوفياً الإجراءات المتعلقة بالمحافظة على الجودة النوعية وفقاً للقرارات والتعليمات الصادرة عن المجلس المركزي لاعتماد المنشآت الصحية.

المادة (53):

يتم اعتماد مقدمي خدمات الرعاية الصحية بموجب إشعار كتابي صادر عن أمانة المجلس، ويتعين تسديد المقابل المالي السنوي حسب الجدول المعتمد من قبل الأمانة العامة لهذا الغرض (الوارد في الملحق المرفق الخاص بهذه اللائحة).

المادة (54):
يجدد المجلس المقابل المالي المقرر في كل حالة وفقاً للمادة (53)، كما يحدد المجلس المقابل بالمالي لبقية مقدمي الخدمة مثل مركز تشخيص، صيدلية مختبر.

المادة (55):
يجوز للمجلس سحب اعتماد مقدم الخدمة في الحالات التالية:
1. إلغاء أو سحب الترخيص من قبل وزارة الصحة.
2. حصول المجلس على معلومات تشير إلى عدم قدرة مقدم الخدمة على الحفاظ على صحة المستفيدين.
3. في حالة تورط مقدم الخدمات بحالات تحايل أو إساءة إستخدام.
4. في حال عدم تقديم ما يقيد بتطبيق معايير ومتطلبات الجودة كما في الفصل التاسع من هذه اللائحة.
5. في حال عدم دفع المقابل المالي للإعتماد / تجديد الاعتماد.
ويقوم المجلس في هذه الحالة بإخطار الشركة بذلك.

المادة (56):
في حال لم يقم مقدم الخدمة بطلب تجديد الاعتماد وخلال السنة التالية وتقدم للأمانة العامة بعد مضي سنه أو أكثر بطلب الإعتماد فإنه يجوز للمجلس المطالبه بالتسيد عن الفترة الماضية بغض النظر عن مدتها ما لم يثبت رسمياً ومن خلال محاسب قانوني معتمد يفيد بعد وجود أي علاقة أو دخل خلال المدة المذكورة مع شركات التأمين الصحي على أن تقوم الأمانة العامة وفقاً لطريقتها بالتأكد من ذلك ويجوز للأمانة العامة رفضي أي تقرير متى ما شك في صحته.

<u>الفصل السابع: الإشراف على أطراف العلاقة التأمينية (أهداف ونطاق الإشراف)</u>

المادة (57):
يتولى المجلس الرقابة على شمولية التغطية التأمينية الصحية، والتأكد من قيام أطراف العلاقة التأمينية الصحية بتنفيذ المهمات والمسؤوليات المناطة بهم بموجب هذه اللائحة.

المادة (58):
يجوز للمجلس طلب أي معلومات وبيانات من المؤسسة وشركات التأمين والجهات الأخرى المعنية حول جميع مسائل العمل المتعلقة بالتأمين الصحي، وللمجلس في حالات فردية وخاصة فيما يتعلق بالبنود العامة للتأمين الصحي أن يطلب النماذج وغير ذلك من المطبوعات التي تستخدما شركة التأمين الصحي في مراسلاتها مع أصحاب العمل والأشخاص المستفيدين ومقدمي الخدمات وكذلك العقود الموقعة مع شركة إدارة مطالبات التأمين الصحي.

المادة (59):
يقوم المجلس أو من يعينهم خلال مدد منتظمة أو في أي وقت بالتحقق من إجراءات وضوابط تطبيق التغطية التأمينية على جميع شركات التأمين العاملة في المجال الصحي في جميع اختصاصات المجلس.

المادة (60):

يحق للمجلس إبداء التحفظ على أي من المسؤولين أو المدراء التنفيذيين في شركات التأمين في نطاق اختصاصات المجلس بالتنسيق مع المؤسسة والجهات ذات العلاقة بالمخالفات.

المادة (61):
يجوز للمجلس سحب تأهيل شركة التأمين الذي يثبت إخلالها باشتراطات التأهيل، وتلزم الشركة بالوفاء بإلتزاماتها القائمة ويسري ذلك أيضاً إذا توقفت شركة التأمين عن الإستمرار في ممارسة أعمالها دون أن يكون التأهيل قد تم سحبه.

المادة (62):
يجوز للمجلس كذلك سحب تأهيل ممارسة أعمال التأمين الصحي إذا لم تستخدم شركة التأمين التأهيل خلال إثنى عشرة شهراً أو إذا أبدت صراحة تخليها عن التأهيل أو توقفت عن الاستمرار في ممارسة أعمالها لمدة ستة أشهر بدون مبرر يقبله المجلس.

المادة (63):
فيما عدا الحالات المشار إليها في المادتين (61) و (62) يتم التنسيق مع الجهات المعنية حول سحب التأهيل.

المادة (64):
يحق للأمانة العامة إلغاء اعتماد المرفق الصحي في حال عدم الإلتزام بضوابط الإعتماد أو تجديده أو ثبوت ما يفيد الإحتيال أو إساءة الاستخدام.

المادة (65):
يقوم المجلس بتوفير بيانات ومعلومات أساسية إحصائية حلو الضمان الصحي كما يجوز له توفير بيانات ومعلومات احصائية إضافية بمقبل حول الضمان الصحي التعاوني.

الفصل الثامن: العلاقات بين أطراف العلاقة التأمينية

المادة (66):
يحدد المجلس اشتراطات تصميم بطاقة التأمين الصحي ومحتوياتها بالاتفاق المشترك مع شركات التأمين ومقدمي الخدمات الصحية.

المادة (67):
يلتزم كل من شركات التأمين وشركات إدارة مطالبات التأمين الصحي ومقدمو الخدمات الصحية (الحكومية وغير الحكومية) وأصحاب المهن الحرة العاملين ي مجال الضمان الصحي التعاوني بمراعاة ما يلي:
1. تقديم الخدمات وفقاً للمعايير المهنية والأخلاقية المقبولة عامة، التي تتفق والأساليب الطبية والحديثة المقبولة والمتعارف عليها مع الأخذ بعين الاعتبار ما يتحقق من تقدم في مجال الطب، ولا يجوز لمقدمي الخدمات التقدم بمطالبات لشركات التأمين لتقديم خدمات لا تتوافق مع أشير إليه أعلاه.
2. أن تكون الإجراءات الطبية مقصورة على ما تتطلبه حاجه العلاج الضرورية.

المادة (68):
على اطراف العلاقة التأمينية وهم حملة الوثائق وشركات التأمين الصحي ومقدمو الخدمات الصحية وشركات إدارة مطالبات التأمين الصحي كل فيما يخصه إتباع المعايير المهنية المتعارف عليها في تنفيذ ما يلي:
1. تسديد الأقساط في وقتها من قبل حملة الوثائق إلى شركات التأمين.

2. سرعة إعطاء الموافقات من قبل شركات التأمين إلى مقدمي الخدمة على تقديم العلاج للمستفيدين، وسرعة تسوية مطالبات مقدمي الخدمة على تقديم العلاج للمستفيدين، وسرعة تسوية مطالبات مقدمي الخدمة.
3. سرعة وسهولة توفير الخدمة العلاجية من قبل مقدمي الخدمة للمستفيدين، وسرعة قيام مقدمي الخدمة العلاجية من قبل شركات التأمين بتسوية المستحقات.
4. متابعة وإنهاء المطالبات الطبية من قبل شركات إدارة المطالبات المؤهلة من المجلس وفق القواعد المنظمة المقرة من المجلس لهذا الغرض.

المادة (69):
لا يسمح لشركات التأمين الصحي وشركات إدارة مطالبات التأمين الصحي بتملك أو تشغيل مرافق لغرض الرعاية الصحية للمؤمن عليهم وكذلك لا يسمح للمرافق الصحية الخاصة بامتلاك شركات تأمين صحي.

المادة (70):
طرفا التعاقد في وثيقة التأمين هما حامل الوثيقة (صاحب العمل) وشركة التأمين.

المادة (71):
على صاحب العمل تزيد شركة التأمين بجميع المعلومات التي تطلبها الشركة، وإذا توفر 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 وإطلاع ممثلي المجلس في مقر صاحب العمل على تلك المستندات.

المادة (72):
يقوم صاحب العمل بشرح وإيضاح الوثيقة وحدود التغطية للمستفيدين المشمولين بها.

المادة (73):
مع عدم الإخلال بما تقضي به الأنظمة والتعليمات يقوم صاحب العمل بتنفيذ الجزاءات المقرة نظاماً بحق المستفيد الذي يثبت عليه إساءة الاستخدام أو التحايل.

المادة (74):
تكون المسؤولية على مقدم الخدمة في حالة قيام أحد موظفيه أو أعضائه بالاحتيال أو إساءة الاستخدام أو التزوير عند تقديم الخدمة.

المادة (75):
على صاحب العمل إعادة بطاقات التأمين إلى شركة التأمين عند ترك المستفيد العمل لديه أو عند انتهاء مدة وثيقة التأمين، ويكون مسئولاً عن أية مصايف تنشأ نتيجة عدم الإلتزام بهذا الشرط.

المادة (76):
تقوم شركة التأمين في سبيل الوفاء بالتزاماتها نحو توفير المنافع بإبرام عقود خدمات صحية مع مقدمي خدمة معتمدين من المجلس.

المادة (77):
في الحالات الطارئة فقط يمكن تلقي العلاج لدى الأخصائيين والمستشفيات دون إحالة من مرفق رعاية أوليه، ويسري هذا الحكم أيضاً على العلاج بواسطة مقدمي خدمات ممن لم توقع معهم شركة التأمين عقوداً للخدمات الصحية، وفي حالة عدم موافقة شركة التأمين على مواصلة العلاج في هذا المركز فيتم نقلهم بعد استقرار حالتهم الصحية إلى أحد مراكز شبكة مقدمي الخدمة المعتمدة.

المادة (78):
يمكن لأطراف العلاقة التأمينية الإستعانة بعقد الخدمات الصحية الاسترشادي 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 (98) و (99) من هذه اللائحة.
3. التزام مقدم الخدمة بمراعاة متطلبات فعالية التكلفة وفقاً لأحكام المادة (67) من هذه اللائحة وأن يهيئ ما يقدمه من علاج ووصفات طبية بما يتفق مع ذلك.
4. مقدار الأجور 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 (79):
على مقدم الخدمة التحقق من هوية المستفيد، وفي حالة قيام مقدم الخدمة بعلاج شخص من غير المستفيدين فإنه يتحمل تكاليف هذا العلاج.

المادة (80):
على مقدم الخدمة المطالبة بمستحقاته المترتبة على علاج المستفيد وبالشكل المتفق عليه مع شركة التأمين خلال مدة لا تزيد عن 90 يوماً.

المادة (81):
على أطراف العلاقة التأمينية الالتزام بنظام الترميز الطبي المعتمد من المجلس (NDC/AR-DRG/ ICD-10 AM)، وذلك في وصف الحالة والعلاج وتكلفتها والمطالبة بالمستحقات والالتزام بذلك حسب التوقيت الذي يحدده المجلس.

المادة (82):
يجوز لمقدم الخدمة إلغاء عقد تقديم الخدمات الصحية مع شركة التأمين مع ملاحظة شروط الإلغاء في حالة التأخر في سداد مستحقاته أو تجاوز الرفض من شركة التأمين الحد المسموح به بين الطرفين، وفي هذه الحالة على شركة التأمين إبلاغ أصحاب العمل بذلك.

المادة (83):
على شركة التأمين عند بدء سريات التغطية التأمينية تزويد حامل الوثيقة ببطاقات التأمين للمستفيدين وكذلك كتيبات توضيحية تتضمن الوثيقة ونطاق التغطية التأمينية وحدودها وشبكة مقدمي الخدمات المعتمدة، وعلى صاحب العمل تسليمها بشكل رسمي وفعلي عند بدء التغطية التأمينية للمستفيدين، وعلى شركة التأمين إبلاغ شبكة مقدمي الخدمات المعتمدة بانضمام حامل الوثيقة إلى التغطية التأمينية وكذلك التغطيات الإضافية إن وجدت.

المادة (84):
على شركة التأمين وحامل الوثيقة مراعاة ظروف المستفيدين وذلك بتقديم شبكة مقدم خدمة تتناسب مع إحتياجات المستفيدين ومواقع عملهم، بشكل لا يضطرون معه للحصول على الخدمة من مقدم خدمة خارج الشبكة.

المادة (85):
يجب على مقدم الخدمة طلب الموافقة من الشركة على الإجراء الطبي عند الضرورة لذلك وبأسرع وقت ممكن.

المادة (86):

باستثناء الحالات الطارئة، يجب على شركة التأمين الرد على طلب الموافقة على تحمل تكاليف العلاج خلال ستين دقيقة.

المادة (87):
على شركة التأمين أن تعين لديها بصورة فردية أو جماعية أطباء بدرجة أخصائيون فما فوق مرخص لهم من قبل الهيئة السعودية للتخصصات الصحية للتحقق من اشتراطات العلاج في حدود فعالية التكلفة الموضحة في المادة (67) من هذه اللائحة أثناء علاج أحد المستفيدين، وتكون الأفضلية للسعوديين.

المادة (88):
يكون للأطباء المعينين 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 علاج المستفيدين.

المادة (89):
يلتزم مقدم الخدمة أو المؤمن لهم بتزويد الأطباء العاملين في شركات التأمين بجميع المعلومات المطلوبة، وأن يضعوا تحت تصرفهم كافة المستندات اللازمة للقيام بأعمال المراقبة وفقاً لأحكام المادة (87) من هذه اللائحة، ويجوز للأطباء دخول عنابر المستشفى ومكاتب الإشراف الطبي والملفات الطبية لمستشفى مرخص عولج فيه أحد المستفيدين، أو يجري فيه علاجه وذلك حينما تقتضي الضرورة لإنجاز مهمات المراقبة المستندة إليهم بالتنسيق مع الجهة المعنية.

المادة (90):
يخضع الأطباء العاملون في شركات التأمين لنظام الهيئة السعودية للتخصصات الصحية.

المادة (91):
على شركة التأمين سداد مستحقات مقدمي الخدمة في مدة لا تزيد عن ستين يوماً من تاريخ المطالبة.

المادة (92):
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 (93):
يحق لشركة التأمين طلب المعلومات المتعلقة بتفاصيل الحالة الطارئة والالتزامات المترتبة عليها من المستفيد أو مقدم الخدمة.

المادة (94):
يلتزم المستفيد بأن يتم إعادة الكشف عليه من قبل طبيب مرخص نظاماً تحدده شركة التأمين، إذا رغبت الشركة في ذلك وتتحمل في هذه الحالة تكاليف الكشف.

المادة (95):
يلتزم المستفيد عند طلب العلاج بتقديم بطاقة التأمين وإثبات الهوية لمقدم الخدمات الذي يعيدها إليه بعد تسجيل البيانات اللازمة للعلاج.

المادة (96):
أ. على المستفيد أن يقوم بمراجعة أحد مرافق الرعاية الأولية أو أحد الأطباء العاملين ضمن 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 لنفي 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 بالهوية.

المادة (97):
تقتصر التوصية بالتنويم بالمستشفيات على الحالات التي يكون فيها علاج المستفيد بالعيادة الخارجية غر 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 الفرق في تكلفة العلاج.

الفصل التاسع: ضمان جودة الخدمات المقدمة

المادة (98):
يحق للمجلس التأكد من تحقق الاشتراطات والمعايير الواجب توافرها لدى مقدمي الخدمات الصحية وفق معايير المجلس المركزي لاعتماد المنشآت الصحية.

المادة (99):
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 إنذار 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 الجودة النوعية.

المادة (100):
يلتزم مقدمو الخدمات الصحية المعتمدين من قبل المجلس بالقيام كل ثلاث سنوات بتقديم تقرير للمجلس يوضح مدى التزامهم بمتطلبات الجودة النوعية وفق المعايير المقررة من مجلس الخدمات الصحية في المملكة العربية السعودية، وفي حال إخلالهم بهذا الشرط فيحق للمجلس إلغاء الاعتماد.

الفصل العاشر: الجزاءات وتسوية المنازعات

المادة (101):
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 وإقرار الجزاء المناسب ويوقع هذا الجزاء بقرار من رئيس المجلس ويجوز التظلم من هذا القرار أما ديوان المظالم خلال ستين يوماً من تاريخ إبلاغه.

المادة (102):
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 (103):
تقوم الأمانة العامة للمجلس بإحالة الشكوى المقدمة إلى اللجنة التي تنظر في مخالفات أحكام هذا النظام، وفق إختصاصات هذه اللجنة.

المادة (104):
يقوم المجلس بإعداد اللائحة المنظمة لكيفية عمل لجنة مخالفات أحكام النظام.

المادة (105):
تورد قيمة الجزاءات المالية الخاصة بمخالفة أحكام هذا النظام وكذلك الغرامات المحددة في المادتين (101)و (106) إلى المجلس وحسب ما تنص عليه اللائحة المالية.

المادة (106):
إذا ثبت للجنة أن الشكوى غير صحيحة ولا تستند على أي مسوغ مقبول، فسيكون لها اتخاذ الإجراءات النظامية للازمة أو اقتراح الجزاء المناسب في حق الشاكي.

المادة (107):
على شركات التأمين أن تنشأ وحدة لقبول ومعالجة الشكاوى الواردة من المستفيدين، وفي حالة تعذر ذلك تحال إلى لجنة الفصل في المنازعات والمخالفات التأمينية.

الفصل الحادى عشر: الأحكام العامة

المادة (108):
لا يسمح لأعضاء المجلس أو منسوبي الأمانة العامة بإفشاء المعلومات السرية التي يحصلون عليها أثناء أو بعد تركهم العضوية أو العمل، في سياق القيام بتنفيذ هذه اللائحة، ويسري هذا الحكم بالنسبة لأي شخص آخر يكون قد ألم بهذه المعلومات في سياق التقارير الرسمية.

المادة (109):
للمجلس استخدام المعلومات المشار إليها في المادة (108) بحيث يقتصر استخدامها على الأغراض التالية:
1. فحص الطلب المقدم من شركة التأمين للحصول على التأهيل أو تجديد التأهيل.
2. التوجيهات الصادرة من المجلس.
3. ملاحقة أي مخالفات للإلتزامات الناشئة عن عقد التأمين وفقاً للمادة (14) من النظام.
4. في إطار إجراءات فحص الشكاوى المقدمة بشأن قرار اتخذته إحدى شركات التأمين.
5. في إطار إجراءات النظر والبت في المخالفات وفقاً للمادة (14) من النظام.

المادة (110):
تطبق هذه اللائحة على أصحاب العمل حسب ما يصدره المجلس من قرارات وتعليمات وخطط تنفيذية متعلقة بهذا الشأن.

المادة (111):
على جميع شركات التأمين الالتزام كحد أدنى بالوثائق المعتمدة من مجلس الضمان دعت الحاجة، ويصدر بذلك قرار من معالي رئيس المجلس.

المادة (112):
يقوم المجلس بمراجعة وإجراءات التعديلات على هذه اللائحة كل ثلاث سنوات أو كلما دعت الحاجة، ويصدر بذلك قرار من معالي رئيس المجلس.

المادة (113):
تصدر هذه اللائحة المعدلة للائحة السابقة بقرار من معالي رئيس المجلس ويبدأ تطبيقه بعد مرور (30 يوم) من تاريخ نشرها في الجريدة الرسمية.

الفصل الثاني عشر: الملاحق

المادة (114):

يحتوي هذا الملحق على جميع المستندات التي أشير إليها في بعض مواد هذه اللائحة وذلك كما يلي:

1. قرار مجلس الوزراء الموقر رقم (206) في 15-05-1423هـ القاضي بتطبيق نظام الضمان الصحي التعاوني على السعوديين العاملين في القطاع الخاص وأفراد أسرهم.
2. قرار مجلس الوزراء الموقر رقم (222) وتاريخ 25-07-1429هـ القاضي بالموافقة على إعادة تشكيل لجنة الفصل في المنازعات والمخالفات التأمينية.
3. معايير طلب الموافقة للحصول على الخدمة الطبية.
4. نموذج العقد الاسترشادي لتقديم خدمات الرعاية الصحية.
5. المقابل المالي السنوي لإعتماد مقدمي خدمات الرعاية الصحية من المجلس.