

اللائحة التنفيذية للقانون رقم (20) لسنة 2010م
بشأن نظام التأمين الصحي
الصادرة بقرار مجلس الوزراء رقم () لسنة 2013م

الباب الأول
أحكام عامة

مادة (1)

تعريفات

في تطبيق أحكام هذه اللائحة يقصد بالعبارات الآتية المعاني المقابلة لها ما لم تدل القرينة على غير ذلك:

- الدولة: دولة ليبيا.
- القانون: قانون نظام التأمين الصحي رقم (20) لسنة 2010م.
- الجهة المختصة: وزارة الاقتصاد.
- الوزير المختص: وزير الاقتصاد.
- الهيئة: هيئة الاشراف على التأمين.
- الرعاية الصحية: الخدمات الوقائية والعلاجية والتأهيلية التي تُعنى بصحة الفرد والمجتمع بمستوياتها الأولية والثانوية والتخصصية.
- التأمين الصحي: هو نظام تمويل خدمات الرعاية الصحية الذي يقوم على التكافل الاجتماعي من خلال اشتراكات إلزامية لجميع فئات المشمولين بهذا النظام قصد تقاسم عبء المرض وتجنب الدفع المباشر للتكاليف.
- المشترك: هو المنتسب لنظام التأمين الصحي الذي قام بدفع قيمة الاشتراك مباشرة أو الذي دفعت عنه تلك القيمة.
- صاحب العمل: هو كل مسؤول تحتم عليه واجبات وظيفته أو مهنته القيام بإجراءات الاشتراك لصالح المشترك.
- الكفيل: أي شخص طبيعي أو اعتباري يكفل شخص للعمل أو الإقامة داخل الدولة.
- المقيم: كل شخص طبيعي حصل على إقامة في الدولة ولا يحمل جنسيتها.
- العامل لحساب نفسه: كل شخص طبيعي صاحب مهنة أو حرفة مرخص له بذلك ويعمل لحساب نفسه.
- حامل الوثيقة: الشخص الطبيعي أو المعنوي الذي صدرت الوثيقة باسمه.
- المنتفع (المؤمن له): هو الشخص المستفيد بالتغطية التأمينية طبقاً لأحكام القانون.

- جهات التأمين: هي أدوات التأمين المحددة بالقانون رقم (3) لسنة 2005م بشأن الإشراف والرقابة على نشاط التأمين، وبالقانون رقم (20) لسنة 2010م بشأن نظام التأمين الصحي.
- المعال / المعالين: الزوج أو الزوجة والأبناء.
- مقدمي خدمات العلاج الطبي: المرافق الصحية العامة والخاصة المعتمدة المرخص لها وفقاً للتشريعات المعمول بها بتقديم الخدمات الطبية في الدولة وعلى سبيل المثال: المستشفيات والمراكز الطبية والمصحات والعيادات والمختبرات ومراكز التشخيص والعلاج بالإشعاع والصيدليات.
- شبكة مقدمي الخدمة المعتمدة: هي مجموعة مقدمي الخدمة الطبية المعتمدين من وزارة الصحة المحددين من قبل جهات التأمين لتقديم الخدمة الطبية لحامل الوثيقة على حساب جهة التأمين عند إبراز المؤمن له بطاقة تأمين سارية المفعول على أن تتضمن هذه الشبكة مستويات الرعاية الصحية الثلاثة:
- **المستوى الأول لتقديم الخدمات الطبية (الرعاية الصحية الأولية):** ويُقصد بها الآتي:
 - نشر التوعية الصحية على مستوى الفرد والأسرة والمجتمع حول المشكلات والأخطار التي تُهدد الصحة وسبل الوقاية منها، والعمل على تغيير أنماط السلوك التي تؤدي إلى المرض.
 - العمل مع الجهات ذات العلاقة لمراقبة إصحاح البيئة وسلامة مياه الشرب والأغذية والاهتمام بالتغذية الصحية السليمة ونشر التوعية عنها.
 - الرعاية الصحية المتكاملة للأم والطفل.
 - التحصين ضد الأمراض المعدية.
 - مكافحة الأمراض المستوطنة الطفيلية والمعدية والحد من انتشارها.
 - التشخيص والعلاج الملائم للأمراض والاصابات الشائعة وإجراء الولادات الطبيعية.
 - توفير الأدوية الأساسية.
- **المستوى الثاني لتقديم الخدمات الطبية (المستشفيات العامة):** وهي الرعاية الصحية التي تُقدمها مستشفيات عامة وأطباء متخصصون.
- **المستوى الثالث لتقديم الخدمات الطبية (المستشفيات التخصصية أو المرجعية):** ويُقصد بها الرعاية الصحية التي يتم تقديمها من قبل مستشفيات متخصصة في أمراض معينة، وتتطلب تجهيزات متقدمة وأطباء ذوي تخصصات عالية ولديهم الخبرة والمهارة الكافية.

- خدمات العلاج الطبي الأساسية: تمثل الحد الأدنى من خدمات العلاج الطبي الواجب تقديمها للمؤمن له وفقاً للمنافع الواردة بوثيقة التأمين الصحي الأساسية والمرفقة بالملحق رقم (1) بهذه اللائحة.
- خدمات العلاج الطبي المستثناة: هي الخدمات المستثناة من خدمات العلاج الطبي الأساسية والتي يجوز تقديمها بموجب وثيقة التأمين الطبي المكمل والمرفقة بالملحق رقم (2) بهذه اللائحة.
- خدمات العلاج الطبي خارج نطاق التأمين الطبي: هي الخدمات التي لا تغطيها وثيقة التأمين الصحي (الأساسية والمكمل) وأوجب القانون بأن تتولى الدولة مباشرة تمويلها والمرفقة بالملحق رقم (3) بهذه اللائحة.
- شركة إدارة مطالبات التأمين الصحي: هي شركات تسوية المطالبات التأمينية والمأذون لها من قبل الجهة المختصة بمزاولة النشاط.
- وثيقة التأمين: هي وثيقة التأمين الصحي التي يحصل عليها كل منتفع والمرفقة بالملحق رقم (4) بهذه اللائحة والتي تتضمن الشروط العامة والمنافع والاستثناءات وتصدر من قبل أداة التأمين بموجب طلب تأمين يُقدم من المشترك أو الجهة التي تنوب عنه في وثيقة تأمين للمشارك أو المنتفعين معه.
- وثيقة التأمين الصحي الأساسية: هي الوثيقة التي يتم بموجبها تقديم خدمات العلاج الطبي الأساسية للمنتفع.
- وثيقة التأمين الصحي المكمل: هي الوثيقة التي بموجبها تقديم خدمات العلاج الطبي غير الأساسية للمنتفع.
- القسط (الاشتراك): هو الحصة الواجبة الأداء لجهة التأمين من قبل حامل الوثيقة مقابل التغطية التأمينية التي توفرها الوثيقة خلال مدة التأمين.
- التغطية التأمينية: هي المنافع الطبية الأساسية المتاحة للمنتفع المحددة بوثيقة التأمين.
- المنفعة: تعني نفقات توفير الخدمة الطبية التي تشملها التغطية التأمينية ضمن الحدود المبينة في جدول الوثيقة.
- نسبة الاقتطاع / التحمل (المشاركة في الدفع): هي الجزء الواجب الأداء (المحدد في الوثيقة) الذي يجب أن يسدده المنتفع (المؤمن له) عند زيارة الطبيب.
- الحالة الطارئة: العلاج الطبي الذي تقتضيه الضرورة الطبية للمنتفع إثر وقوع حادث، أو حالة صحية طارئة تستدعي التدخل الطبي السريع.
- المطالبة: هي مجموعة المستندات المالية والطبية التي يقدمها مقدم خدمة العلاج الطبي (وفي بعض الحالات المؤمن له أو حامل الوثيقة) إلى جهة التأمين لتحويل تكاليف الخدمات الطبية التي حصل عليها المؤمن له.
- المستندات المؤيدة للمطالبة: جميع المستندات التي تثبت وتؤيد عمر الشخص المؤمن له، وجنسيته، وهويته، وسريان التغطية التأمينية، وملابسات ووقوع الحادث الناشئة عنه تلك

- المطالبة، وفساد التكاليف، كما تشمل مستندات أخرى مثل تقرير الشرطة، والفواتير والإيصالات، والوصفات الطبية، وتقرير الطبيب، والإحالة والتوصيات، وأية مستندات أصلية أخرى قد تطلبها الشركة.
- المستفيد من المطالبة: المؤمن له الصادر باسمه مطالبة من مقدمي خدمات العلاج الطبي نظير حصوله على خدمة طبية مقدمة.
 - أطراف العلاقة: جهة التأمين وشركة إدارة مطالبات التأمين الصحي ومقدمي خدمات العلاج الطبي وفق العقود المبرمة بينهم.
 - 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 مستثناة أو تتجاوز الحدود المسموح بها إلى الفرد أو الجهة.
 - إساءة الاستخدام: ممارسات غير متعمدة من قبل أفراد أو جهات 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.
 - الشكوى: التظلم الخطي من عدم الوفاء بأي التزام خاص بنظام التأمين الصحي والتي تقدم إلى الجهات المعنية طبقاً لأحكام هذه اللائحة.
 - عقد إدارة خدمات المطالبات الطبية: هو عقد ينظم العلاقة بين (جهة التأمين / شركة إدارة مطالبات التأمين الصحي) ويحدد حقوق وواجبات كل طرف، ويمثل هذا العقد الحد الأدنى لحقوق المؤمن له الوارد في وثيقة التأمين الصحي لغرض إدارة وتسوية مطالبات التأمين.
 - العقد الاسترشادي لتقديم خدمات العلاج الطبي: هو عقد عمل يمكن لأطراف العلاقة التأمينية الاستعانة به لتنظيم العلاقة بين جهة التأمين ومقدمي خدمات العلاج الطبي مع مراعاة ما ورد في نص المادة (67) من هذه اللائحة والمرفق بالملحق رقم (5) بهذه اللائحة.

الباب الثاني المنتسبون لنظام التأمين الصحي (المؤمن لهم)

مادة (2)

الفئات الخاضعة لنظام التأمين الصحي

يخضع لنظام التأمين الصحي الفئات التالية:

الفئة الأولى/ المواطنون وتشمل:

1. جميع الموظفين العاملين في الجهاز الإداري للدولة، والعاملين في أجهزة الإدارة المحلية، والعاملين في الهيئات، والمؤسسات، والمصالح، والمجالس، والمراكز، والأجهزة العامة، وسائر الجهات العامة الأخرى بما في ذلك: (رجال القضاء والنيابة العامة والشرطة وحرس الجمارك والحرس البلدي).
 2. منتسبي الجيش الوطني والأمن العام.
 3. جميع العاملين في القطاع الخاص: (الشركات وما في حكمها سواء كانت وطنية أم أجنبية).
 4. العاملين لحساب أنفسهم.
 5. المتقاعدين: (المدنيين والعسكريين).
 6. الأرمال والأيتام ومن لا ولي له من ذوي الحاجة للأطفال والعجزة والمسنين والمعوقين ومحدودي الدخل ومن انقطعت بهم سبل العيش.
 7. أسر الشهداء والمفقودين.
 8. أي فئة أخرى تضاف بقرار من مجلس الوزراء.
- وتمتد التغطية التأمينية لتشمل جميع أفراد الأسرة الذين يعولهم المحددة صفتهم في الفئة الأولى من هذه المادة ما لم يكونوا مشمولين بغطاء صحي آخر وملزمين بالانتساب إليه.

الفئة الثانية/ الأجانب المقيمين وتشمل:

1. جميع الأشخاص غير الليبيين المتعاقد معهم للعمل في القطاع العام.
2. جميع الأشخاص غير الليبيين العاملين في القطاع الخاص: (الشركات وما في حكمها سواء كانت وطنية أم أجنبية).
3. جميع الأشخاص غير الليبيين المقيمين في ليبيا.

وتمتد التغطية التأمينية لتشمل جميع أفراد الأسرة الذين يعولهم المحددة صفتهم في الفئة الثانية من هذه المادة ما لم يكونوا مشمولين بغطاء صحي آخر وملزمين بالانتساب إليه، والمصرح لهم بالدخول رسمياً للدولة.

الباب الثالث التغطية التأمينية

مادة (3)

إبرام وثيقة التأمين

يلتزم صاحب العمل بإبرام وثيقة تأمين صحي مع إحدى جهات التأمين تغطي العاملين تحت كفالاته وكذلك بقية العاملين الجدد لديه الخاضعين للقانون.

كما يلتزم بإبرام وثيقة تأمين صحي مع إحدى جهات التأمين بالنسبة للعامل الأجنبي وإعطاء صاحب العمل شهادة تقيّد بالتأمين على المنتسب الأجنبي لتقديمها إلى الجهة المعنية بمنح تأشيرة الإقامة وتجديدها، وفي حالة عدم صدور تأشيرة الإقامة للمنتفع الأجنبي يتم شطب اسمه من وثيقة التأمين الصحي من تاريخ خروجه النهائي، ويحتسب القسط المستحق عن مدة التأمين حسب الأسس المنصوص عليها في الوثيقة.

ولا يجوز منح تأشيرة إقامة للأجنبي إلا بعد الحصول على وثيقة تأمين صحي على أن تغطي مدتها مدة الإقامة.

ويسري هذا الحكم عند تجديد الإقامة، ويلتزم صاحب العمل بسداد أقساط التأمين ويُبطل كل اتفاق يخالف ذلك.

مادة (4)

التغطية التأمينية للشركات والمؤسسات التي تملك مرافق طبية خاصة

لا يُعفى أصحاب الشركات والمؤسسات التي تملك مرافق طبية خاصة من الانتساب في نظام التأمين الصحي، وعليهم الحصول على التغطية التأمينية المنصوص عليها في وثيقة التأمين الصحي كحد أدنى، وذلك عن طريق جهات التأمين.

وتلتزم جهة التأمين المؤمن لديها على منتسبي الشركات والمؤسسات التي تملك مرافق طبية خاصة معتمدة بالتعاقد مع المرفق المعني لعلاج منتسبي هذه الشركات والمؤسسات في نطاق الخدمات الطبية المعتمدة التي يُقدمها هذا المرفق.

مادة (5)

تسليم المنتفع نسخة من وثيقة التأمين
يتم تسليم المنتفع نسخة من وثيقة التأمين الصحي، والتي يجب أن لا تقل التغطية الصحية فيها عن الغطاء الأساسي المنصوص عليه في القانون.

مادة (6)

تغيير جهة التأمين المتعاقد معها
يجوز لصاحب العمل أن يغير جهة التأمين المتعاقد معها لتوفير التغطية التأمينية، على أن يوجه كتاب مسجل بذلك إلى جهة التأمين قبل شهر على الأقل من تاريخ الإلغاء المطلوب، ويحسب الجزء المعاد من القسط التأميني على أساس نسبي، ويلزم صاحب العمل (حامل الوثيقة) بإعادة بطاقات التأمين بتاريخ الإلغاء وإبرام وثيقة تأمين أخرى لتوفير التغطية التأمينية بحيث تبدأ من تاريخ اليوم التالي لإلغاء الوثيقة.
مادة (7)

انتقال شخص خاضع لنظام التأمين الصحي
عند انتقال شخص خاضع لنظام التأمين الصحي للعمل لدى صاحب عمل آخر يلتزم صاحب العمل الجديد بالتأمين عليه من تاريخ انتقاله، وتقديم شهادة التأمين كأحد مسوغات نقل الكفالة.

مادة (8)

شمولية التغطية التأمينية
تشمل التغطية التأمينية لنظام التأمين الصحي المنافع المنصوص عليها في المادة (6) من القانون ونطاق الأحكام الواردة في الباب الرابع من هذه اللائحة.
كما تشمل التغطية التأمينية منافع الحمل والولادة لمن تم التعاقد معهم على أساس (عقد متزوج) ضمن الحدود الموضحة في الوثيقة.
وتحدد الوثيقة المدة الزمنية للعلاج والحدود القصوى لمبلغ التغطية التأمينية والشروط العامة والمنافع والاستثناءات للتغطية التأمينية.

مادة (9)

تقديم الخدمات التأمينية الصحية
تنحصر التغطية التأمينية لنظام التأمين الصحي الإلزامي في الخدمات المقدمة في الدولة التي توفرها شبكة مقدمي خدمة العلاج الطبي المعتمدة التي ترتبط معها جهات التأمين بعقود خدمات طبية.

مادة (10)

توفير التغطية التأمينية

على مقدمي خدمات العلاج الطبي توفير التغطية التأمينية المنصوص عليها في هذه اللائحة إلى جميع الفئات العمرية، وتسري التغطية التأمينية للمواليد الجدد من تاريخ الولادة.

مادة (11)

التغطية التأمينية للمنتفع الأجنبي

يلتزم صاحب العمل بإجراء التغطية التأمينية على المنتفع الأجنبي من تاريخ الوصول إلى الدولة وتسليمه بطاقة التأمين خلال مدة لا تتجاوز عشرة أيام عمل من تاريخ وصوله.

مادة (12)

انتهاء التغطية التأمينية

تنتهي التغطية التأمينية بوفاء المنتفع أو عند انتهاء مدة الوثيقة أو إلغائها.

كما تنتهي التغطية التأمينية بالنسبة للمنتفع الأجنبي عند مغادرته للدولة نهائياً.

الباب الرابع

المنافع (المنافع العينية ورد التكلفة)

مادة (13)

المنافع المحددة في وثيقة التأمين

يحصل المنتفع على المنافع المحددة في الوثيقة على النحو التالي:

1. التشخيص والعلاج لدى مقدمي خدمات العلاج الطبي المعتمدين على أن يتحمل المنتفع 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 جهة التأمين من جعل تلك الخدمة متوفرة بصورة عاجلة في متناول المنتفع أو رفض جهة التأمين توفير الخدمة له بغير وجه حق، ويكون رد التكاليف لمن تحمل نفقات العلاج حسب الحدود المنصوص عليها في الوثيقة وفي الحدود التي تدفعها جهة التأمين لمقدم خدمات علاج طبي ذات مستوى مماثل.

مادة (14)

المطالبة بالمنافع

يبدأ الحق في المطالبة بالمنافع اعتباراً من بداية التغطية التأمينية.

مادة (15)

الأحقية في المنافع

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.

مادة (16)

انتهاء الأحقية في المنافع

ينتهي الحق في الاستفادة من المنافع بانتهاء التغطية التأمينية وفقاً لأحكام المادة (12) من هذه اللائحة، ويشمل ذلك حالات التأمين التي لم يبت فيها، ويكون العامل الحاسم في التزام الخدمة من جانب جهة التأمين هو تاريخ الاستفادة من مقدم خدمات العلاج الطبي من قبل المنتفع.

مادة (17)

تغطية المنافع

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 العلاج الطبي المتعاقد معه.

مادة (18)

المخولين بتقديم الخدمة الطبية والعلاج الطبي

يتم تقديم الخدمة الطبية والعلاج الطبي من قبل شبكة مقدمي الخدمة المعتمدة المدرجين في القائمة المرفقة بوثيقة التأمين المسلمة للمنتفعين والمعتمدة من جهة التأمين وحامل الوثيقة.

مادة (19)

شمولية الخدمات الطبية

تشمل التغطية التأمينية نفقة الإقامة والإعاشة في المستشفيات لمُرافق واحد للمنتفع كمرافقة الأم لطفلها حتى سن الثانية عشرة أو حيثما تقتضي ذلك الضرورة الطبية حسب تقدير الطبيب المعالج.

وتغطي في حالات الطوارئ فقط تكاليف نقل المنتفعين من المرضى أو الحوامل لأقرب موقع ملائم لتلقي العلاج، ويكون النقل بواسطة خدمات سيارات إسعاف مرخصة لذلك.

مادة (20)

المشاركة في الدفع

يلزم كل منتفع عند تلقي الخدمة بدفع مبلغ الاقتطاع / التحمل (إن وجد) لدى مقدمي خدمات العلاج الطبي وذلك حسبما هو منصوص عليه في جدول الوثيقة عدا في الحالات الاسعافية والتنويم.

وفي حال أن نص العقد على المشاركة في الدفع والاستقطاع لا يجوز لمقدم خدمة العلاج الطبي التنازل عن مبلغ المشاركة في الدفع.

مادة (21)

تسديد المشاركة في الدفع

يجب تسديد المشاركة في الدفع من قبل المنتفع لمقدم خدمة العلاج الطبي مقابل الحصول على سند استلام.

مادة (22)

حدود المطالبة بالمنافع

لا يحق للمنتفعين 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 (4) من القانون.

مادة (23)

المطالبات التي لا يغطيها نظام التأمين الصحي

لا تكون هناك أية مطالبة بخدمات طبية إذا قدمت تلك الخدمات إثر وقوع حادث في محل العمل أو بسبب أمراض مهنية حسب التعريف الوارد في قانون الضمان الاجتماعي. وإذا قامت جهة التأمين بتوفير تلك الخدمات الطبية، واتضح فيما بعد أن صندوق الضمان الاجتماعي هو الذي يجب أن يغطي تلك الخدمات، فلجهة التأمين أن توجه طلب التعويض عما تحمّله من نفقات للصندوق.

مادة (24)

تقديم خدمات طبية من جهة لمنتسب لدى جهة تأمين

إذا قام صندوق الضمان الاجتماعي بتقديم خدمات طبية لشخص يرتبط بعقد تأمين مع جهة تأمين صحي على الرغم من كون الأخيرة ملزمة بتوفير تلك الخدمات فإن جهة التأمين تلتزم بتعويض الصندوق عن المصروفات التي نشأت في هذا الصدد، ضمن حدود الوثيقة.

مادة (25)

إبرام عقد مشترك لتقديم خدمات طبية
لصندوق الضمان الاجتماعي وجهة التأمين إبرام عقد مشترك بينهما ينص على اتخاذ
إجراءات محددة للوفاء بالخدمات الواردة في المادة (23) والمادة (24) من هذه اللائحة.

مادة (26)

الرجوع على الغير
لجهة التأمين الرجوع على الغير الذي تسبب في الأضرار التي عوضت المنتفع عنها
عملاً بمبدأ الحلول.

الباب الخامس ضوابط الالتزامات المالية

مادة (27)

قيمة الاشتراك في نظام التأمين الصحي
تحدد قيمة الاشتراك السنوي في نظام التأمين الصحي لصالح المنتسبين في إحدى جهات
التأمين الصحي ونسبة المساهمة فيه قرار من مجلس الوزراء بناء على عرض من وزير
الاقتصاد.

مادة (28)

بدفع الأقساط
يلتزم صاحب العمل بدفع الأقساط عن موظفيه المتعاقد معهم لجهة التأمين التي تختارها لهذا
الغرض، ويسري هذا الحكم على الأشخاص غير العاملين أو الأفراد الذين يعولونهم ويكون
صاحب العمل هو وحده المسؤول عن دفع الأقساط التي يجب أن تُسدد في بداية كل سنة تأمينية
ما لم يتفق على غير ذلك.

مادة (29)

عدم سداد الأقساط
في حالة عدم سداد الأقساط في الأوقات المتفق عليها يجوز لجهة التأمين إلغاء الوثيقة وعلى
جهة التأمين إشعار الهيئة وشبكة مقدمي خدمات العلاج الطبي المعتمدة بذلك.

مادة (30)

- تمويل الخدمات الصحية غير العلاجية
يتم تمويل الخدمات الصحية غير العلاجية من المصادر التالية:
1. ما يُخصص من الميزانية العامة لتغطية نفقات بعض الخدمات الطبية وقيمة اشتراكات التأمين الصحي لبعض الفئات.
 2. ما تنفقه جهات التأمين الصحي مقابل الحصول على الخدمات الطبية لمنتسبيها.
 3. الغرامات المالية الأخرى المستحقة والمحددة في المادة (14) والمادة (15) من القانون.

الباب السادس ممارسة أعمال التأمين الطبي

أولاً: جهات التأمين

مادة (31)

مزاولة أعمال التأمين الطبي
تقتصر مزاولة أعمال التأمين الطبي على جهات التأمين المأذون لها بمزاولة نشاط التأمين في الدولة بموجب القانون رقم (03) لسنة 2005م بشأن الإشراف والرقابة على نشاط التأمين ولائحته التنفيذية، وأحكام القانون.

مادة (32)

سريان وثيقة التأمين الصحي
تعتبر وثيقة التأمين الصحي سارية المفعول من تاريخ دفع القسط التأميني ما لم يشر كتابياً خلاف ذلك.

مادة (33)

مسؤولية جهة التأمين
تُعتبر جهة التأمين مسؤولة بشكل مباشر أمام صاحب العمل عن أي التزامات أو غرامات تنشأ عليه نتيجة عدم التزام جهة التأمين بما ورد في المادة (32) من هذه اللائحة.

مادة (34)

مسؤولية جهة التأمين عن كافة المطالبات الطبية لا ترتبط التغطية التأمينية للمنتفعين بإصدار بطاقات التأمين لهم، حيث تعتبر جهة التأمين مسؤولة عن كافة المطالبات الطبية من تاريخ سريان وثيقة التأمين الصحي، وينبغي على جهة التأمين إصدار البطاقات خلال (05) خمسة أيام عمل على الأكثر من تاريخ سريان الوثيقة.

ثانياً: قنوات تقديم الخدمات الطبية (مقدمي خدمات العلاج الطبي)

مادة (35)

اشتراطات اعتماد شبكة مقدمي خدمات العلاج الطبي تقوم وزارة الصحة باعتماد شبكة مقدمي خدمة العلاج الطبي (العامة والخاصة) في حدود الشروط التالية:

1. أن يكون مرفق الرعاية الصحية في القطاع الخاص قد تم منحه الإذن اللازم لإصدار ترخيص مزاوله النشاط من وزارة الصحة.
2. أن يكون الأفراد القائمون على توفير الرعاية الصحية مرخصاً لهم بمزاولة المهنة.
3. أن يكون مرفق الرعاية الصحية (العام والخاص) مستوفياً الاجراءات المتعلقة بالمحافظة على الجودة النوعية وفقاً للقرارات والتعليمات التي تصدر عن وزارة الصحة.

مادة (36)

اعتماد شبكة مقدمي خدمات العلاج الطبي يتم اعتماد شبكة مقدمي خدمات العلاج الطبي بموجب إخطار كتابي صادر من وزارة الصحة، ويتعين تسديد المقابل المالي السنوي المقرر حسب ما يحدده مجلس الوزراء بناء على اقتراح من وزارة الصحة.

مادة (37)

سحب اعتماد مقدمي خدمات العلاج الطبي يجوز لوزارة الصحة سحب اعتماد مقدم خدمة العلاج الطبي في الحالات التالية:

1. إلغاء أو سحب ترخيص مزاوله النشاط من قبل الجهة المختصة.
2. حصول وزارة الصحة على معلومات تشير إلى عدم مقدرة مقدم خدمة العلاج الطبي على الحفاظ على صحة المنتفعين.
3. في حالة تورط مقدم خدمة العلاج الطبي بحالات تحايل أو إساءة استخدام.

4. في حال عدم تقديم ما يفيد بتطبيق معايير ومتطلبات الجودة كما في الباب العاشر من هذه اللائحة.

5. في حال عدم دفع المقابل المالي للاعتماد / تجديد الاعتماد.
وتقوم وزارة الصحة في هذه الحالة بإخطار جهة التأمين المتعاقد معها مقدم خدمة العلاج الطبي بذلك.

مادة (38)

عدم تجديد اعتماد مقدمي خدمات العلاج الطبي
في حال لم يقدم مقدم خدمة العلاج الطبي بطلب تجديد الاعتماد خلال السنة التالية وتقدم لوزارة الصحة بعد مضي سنة أو أكثر بطلب الاعتماد فإنه يجوز لوزارة الصحة المطالبة بالتسديد عن الفترة الماضية بغض النظر عن مدتها ما لم يثبت رسمياً ومن خلال محاسب قانوني معتمد يفيد بعدم وجود أي علاقة أو دخل خلال المدة المذكورة مع جهات التأمين.
على أن تقوم وزارة الصحة بالتأكد من ذلك ويجوز لها رفض أي تقرير متى ما شك في صحته.

الباب السابع

الإشراف على أطراف العلاقة التأمينية (أهداف ونطاق الإشراف)

مادة (39)

الرقابة على شمولية التغطية التأمينية
تتولى الهيئة الرقابة على شمولية التغطية التأمينية الصحية والتأكد من قيام أطراف العلاقة التأمينية بتنفيذ المهام والمسؤوليات المناطة بهم بموجب هذه اللائحة.

مادة (40)

طلب معلومات وبيانات
يجوز للهيئة طلب أي معلومات وبيانات من جهات التأمين والجهات الأخرى المعنية حول جميع المسائل المتعلقة بنظام التأمين الصحي.
كما لها وفي حالات خاصة فيما يتعلق بالبنود العامة للتأمين الصحي أن تطلب النماذج وغير ذلك من المكاتب التي تستخدمها جهات التأمين مع أصحاب العمل والمنفعين ومقدمي خدمات العلاج الطبي، وكذلك العقود الموقعة مع شركة إدارة مطالبات التأمين الصحي.

مادة (41)

التحقق من إجراءات وضوابط تطبيق التغطية التأمينية
يحق للهيئة خلال مدد منتظمة أو في أي وقت بالتحقق من إجراءات وضوابط تطبيق التغطية
التأمينية على جميع جهات التأمين العاملة في المجال الصحي بالتنسيق مع الجهة المختصة.

مادة (42)

توفير البيانات والمعلومات الأساسية
تقوم الهيئة بتوفير بيانات ومعلومات أساسية احصائية حول التأمين الصحي، كما تقوم بنشر
قائمة بجهات التأمين وشركات إدارة المطالبات التأمينية على موقعها الإلكتروني بشبكة
المعلومات الدولية.

الباب الثامن

شركات إدارة مطالبات التأمين الصحي

مادة (43)

ممارسة شركات إدارة مطالبات التأمين الصحي
تتولى ممارسة أعمال إدارة مطالبات التأمين الصحي شركات مساهمة مؤسسة طبقاً لأحكام
القانون رقم (23) لسنة 2010م بشأن النشاط التجاري، ويكون من ضمن أغراضها نشاط إدارة
مطالبات التأمين الصحي.
على أن يكون من بين المسؤولين عن إدارة الشركة عضوين يكون أحدهم حاصلاً على
مؤهل جامعي في الإدارة، ولديه خبرة لا تقل عن خمس سنوات في أعمال الإدارة أو في
التخصصات الأخرى ذات العلاقة، وآخر متحصل على مؤهل جامعي في الطب العام على
الأقل ولديه خبرة علمية لا تقل عن خمس سنوات على أن يكون أحدهما قائماً بالإدارة الفعلية.

مادة (44)

تسجيل شركات إدارة مطالبات التأمين الصحي والإذن لها بمزاولة النشاط
تُقدم الشركة للهيئة بعد تأسيسها طلباً بتسجيلها والإذن لها بمزاولة النشاط مصحوباً
بالمستندات الآتية:

1. المستند الدال على تسجيل الشركة في السجل التجاري.
2. نسخة من عقد التأسيس مصدقاً عليها من مصلحة الضرائب.
3. نسخة من النظام الأساسي للشركة.

4. شهادة من أحد المصارف المسجلة لدى مصرف ليبيا المركزي تثبت أن الشركة قد قامت بسداد الجزء الواجب أدائه بالكامل.
 5. بيان بأسماء أعضاء مجلس إدارة الشركة والقائمين في الإدارة فيها وملخص سيرتهم الذاتية.
 6. نسخ من نماذج الاتفاقيات التي ستبرمها مع جهات التأمين ومقدمي خدمات العلاج الطبي.
 7. خطة عمل الشركة للسنوات المالية الأولى والثانية متضمنة وصفاً للخدمات والتسهيلات التي تقدمها والخطط المستقبلية لتطوير عملها.
 8. دراسة الجدوى الاقتصادية للشركة.
 9. أية معلومات أو بيانات أو مستندات أخرى قد تطلبها الهيئة لهذا الغرض.
- ويصدر بتسجيل الشركة والإذن لها بمزاولة نشاطها قرار من وزير الاقتصاد خلال شهر من تاريخ استيفاء التسجيل، ويُنشر هذا القرار في الجريدة الرسمية على نفقة الشركة.

مادة (45)

سجلات شركات إدارة مطالبات التأمين الصحي

1. تلتزم الشركة بمسك السجلات الآتية:
 - أ) سجل البرامج الصحية.
 - ب) سجل جهات تقديم خدمات الرعاية الصحية.
 - ج) سجل الوسطاء والوكلاء الإداريين.
 - د) سجل المطالبات.
2. للهيئة أن تلتزم الشركة بمسك سجلات أخرى وفقاً لما تراه ضرورياً لمزاولة النشاط.
3. على الشركة الاحتفاظ بسجلات أو دفاتر أصولية لجميع البيانات المتعلقة بأعمالها والاتفاقيات التي تعقدها مع جهات التأمين الصحي ومقدمي خدمات العلاج الطبي وذلك لكل جهة تأمين على حدى.
4. في حال انتهاء الاتفاقية المبرمة بين شركة إدارة مطالبات التأمين وجهة التأمين لأي سبب تلتزم الشركة بتزويد جهة التأمين بجميع السجلات والدفاتر المذكورة في الفقرة (3) من هذه المادة.
5. على الشركة تزويد الهيئة ببياناتها الختامية للسنة المالية مراجعة حسب الأصول خلال (03) ثلاثة أشهر من تاريخ انتهاء السنة المالية من كل عام.

مادة (46)

مهام شركات إدارة مطالبات التأمين الصحي

تمارس شركة إدارة مطالبات التأمين الصحي المهام الرئيسية التالية:

1. أي أعمال تتعلق بمطالبات التأمين الصحي والتي تتطلب وجود تخصصات معينة للقيام بفحص ودراسة المطالبات التي تنشأ ويترتب على حدوثها دفع تعويضات لحامل الوثيقة من قبل جهة التأمين.
 2. أي أعمال تتعلق بإدارة البرامج الطبية الصادرة من جهات التأمين أو مقدم خدمة العلاج الطبي والتي تخضع للقانون كحد أدنى (و / أو) تطويرها، بالإضافة إلى الدراسات الاكتوارية، والتدريب ضمن مجال عمل الشركة، والأبحاث (و / أو) أية أعمال تدخل ضمن نشاط الشركة.
 3. تقدير التعويضات الناشئة عن تكلفة خدمة الحالات الطارئة المقدمة خارج الشبكة مقارنة بقيمة التكلفة الفعلية للخدمة الطبية المقدمة داخل الشبكة سواء داخل (و / أو) خارج الدولة.
 4. القيام بأعمال التسويات المالية للمطالبات المستلمة أو غير المستلمة من مقدم خدمة العلاج الطبي (و / أو) جهة التأمين (و / أو) حامل الوثيقة.
 5. إعداد نظام محاسبي لإدارة التأمين الصحي وضبط النفقات الطبية وتنفيذها وتسويقها وتطويرها.
 6. إعداد نظام محاسبي لإدارة الخدمات التأمينية وتسويقها وتطويرها.
- مادة (47)

متابعة إصدار المطالبات الطبية من قبل مقدمي خدمات العلاج الطبي تكون متابعة إصدار المطالبات الطبية من قبل مقدمي خدمات العلاج الطبي، على النحو التالي:

1. يكون استلام المطالبة من مركز تقديم خدمة العلاج الطبي (و / أو) مناولة من المريض أو من ينوب عنه وذلك عند حصوله على خدمات خارج الشبكة.
2. التأكد من أن الخدمة المقدمة مغطاة ضمن الوثيقة قبل إصدار أي مطالبة.
3. متابعة رفع المطالبات من قبل مقدم خدمة العلاج الطبي لشركة إدارة مطالبات التأمين الصحي والمتعلقة بكافة الخدمات الطبية المقدمة للمؤمن.
4. متابعة إنهاء إجراءات إصدار المطالبات من مقدم خدمة العلاج الطبي عن الخدمات الطبية المقدمة للمؤمن عليهم.

مادة (48)

إجراء تحقيق

يحق لشركة إدارة المطالبات الطبية إجراء التحقيق إذا دعت الحاجة لذلك (كمراجعة ملف المريض في مركز تقديم خدمة العلاج الطبي) من قبل فنيي التسوية (و / أو) الأطباء المعتمدين لدى شركة مطالبات التأمين الصحي (و / أو) جهة التأمين باستخدام كافة الوسائل

الممكنة بما في ذلك السجلات الرسمية التابعة لمقدم خدمة العلاج الطبي، وذلك وفق ما ورد في القانون وهذه اللائحة.

مادة (49)

المطالبة بالمستحقات

على مقدم خدمة العلاج الطبي المطالبة بمستحقاته المترتبة على علاج المنتفعين وبالشكل المتفق عليه مع شركة إدارة المطالبات الطبية خلال مدة لا تزيد عن (90) تسعون يوماً من تاريخ الاستحقاق.

مادة (50)

تقديم شكوى

في حال وجود أي مخالفة يرتكبها أحد الأطراف يحق للطرف الذي ارتكبت في حقه هذه المخالفة إشعار الهيئة بذلك.

مادة (51)

إعداد تقارير

تعد شركة إدارة مطالبات التأمين الصحي تقارير إحصائية ربع أو نصف سنوية أو سنوية وتوضح هذه التقارير مؤشرات احتواء التكاليف لتقديم الخدمة الطبية وكذلك إجمالي المطالبات المدفوعة والمؤجلة والجاري إنهاؤها، ويتم تزويد الهيئة بنسخة من هذه التقارير خلال (15 يوم عمل من تاريخ صدور هذه التقارير) و / أو في أي وقت تطلب الهيئة ذلك.

مادة (52)

قيد على شركات إدارة مطالبات التأمين الصحي

لا يسمح لأي شركة إدارة مطالبات التأمين الصحي بتملك (أو المساهمة في رأس مال) أو تشغيل أي منشآت طبية أو جهات تأمين صحي.

كما لا يجوز لشركة إدارة مطالبات التأمين الصحي بيع (و / أو) تسويق وثائق تأمين صحي، كما يجب على هذه الشركة إبرام وثائق تأمين صحي مع جهات التأمين للحصول على التغطية التأمينية المنصوص عليها في الوثيقة لمنتسبي شركة إدارة مطالبات التأمين الصحي.

مادة (53)

تعويضات لصالح جهة التأمين

تتولى الشركة إدارة المطالبات الطبية لدى الغير بشأن أي تعويضات لصالح جهة التأمين (و / أو) لصالح المنتفع من الوثيقة الصادرة عن جهة التأمين بموجب عقد مع جهة التأمين.

مادة (54)

إدارة المطالبات الناتجة عن التشخيص والمبالغ المالية

لشركة إدارة مطالبات التأمين الصحي إدارة المطالبات الناتجة عن:

1. التشخيص والعلاج لدى مقدم خدمة العلاج الطبي المعتمدين على أن يتحمل المنتفع مبلغ الاقتطاع / التحمل حسبما يرد في الوثيقة (و / أو) المبالغ التي تزيد عن حدود التغطية.
2. المبالغ المالية لتكاليف العلاج الطبي الضروري والطارئ في حالة تحمله لهذه التكاليف مباشرة، بشرط عدم تمكن جهة التأمين من جعل تلك الخدمة متوفرة بصورة عاجلة في متناول المنتفع أو رفض جهة التأمين توفير الخدمة له بغير وجه حق، ويكون رد التكاليف لمن تحمل نفقات العلاج حسب الحدود المنصوص عليها في الوثيقة وفي الحدود التي تدفعها جهة التأمين لمقدم خدمات ذات مستوى مماثل.

مادة (55)

إدارة المطالبات

لشركة إدارة مطالبات التأمين الصحي البدء في إدارة المطالبات الطبية اعتباراً من تاريخ توقيع عقد إدارة خدمات المطالبات الطبية (ما لم يحدد العقد تاريخاً آخر لذلك).

مادة (56)

مسؤولية شركة إدارة المطالبات

لأغراض تطبيق نظام التأمين الصحي لا تتحمل شركة إدارة مطالبات التأمين الصحي مسؤولية أية مطالبة بخدمات طبية إذا قدمت تلك الخدمات إثر وقوع حادث في محل العمل أو نشوء أمراض مهنية ضمن التعريف الوارد في قانون الضمان الاجتماعي. وإذا قامت جهة التأمين بتوفير تلك الخدمات الطبية، واتضح فيما بعد أن صندوق الضمان الاجتماعي يجب أن يغطي تلك الخدمات، تقوم جهة التأمين بمطالبة صندوق الضمان الاجتماعي بتحمل ما دفعته جهة التأمين من مصروفات، ويُمكن لشركة إدارة مطالبات التأمين الصحي القيام بالتسوية لغرض تحصيل هذا التعويض بموجب تفويض خطي من جهة التأمين.

مادة (57)

إنهاء إجراءات التعويض

تقوم شركة إدارة مطالبات التأمين الصحي بإنهاء إجراءات التعويض ضمن الحدود التي تلتزم بها شركة التأمين في توفير الخدمات غير المشمولة بقانون الضمان الاجتماعي، وإذا قام صندوق الضمان الاجتماعي بتقديم خدمات صحية لشخص يرتبط بعقد تأمين مع جهة تأمين على الرغم من كون الأخيرة ملزمة بتوفير تلك الخدمات فإن جهة التأمين تلتزم بتعويض صندوق الضمان الاجتماعي عن المصروفات التي نشأت في هذا الصدد.

مادة (58)

رقابة شركة إدارة المطالبات

تقوم شركة إدارة مطالبات التأمين الصحي بالتأكد من قيام كل منتفع ينتفع بخدمات طبية بدفع مبلغ الاقتطاع والتحمل بموجب سند استلام صادر عن مقدم خدمة العلاج الطبي، وذلك حسبما هو موضح في الوثيقة عدا في الحالات الاسعافية والتنويم، كما لا يجوز لمقدم خدمة العلاج الطبي التنازل عن مبلغ المشاركة في الدفع حسب نوع الوثيقة، كما يجب على شركة إدارة مطالبات التأمين الصحي بالإبلاغ عن أي مقدم خدمة يُخالف ذلك.

مادة (59)

التزامات شركات إدارة مطالبات التأمين الصحي

تلتزم شركة إدارة مطالبات التأمين الصحي بما يلي:

1. التقيد بالتغطية التأمينية والمنافع حسب وثيقة التأمين الصحي.
2. إبرام عقد إدارة خدمات المطالبات الطبية مع أي جهات شركات التأمين المأذون لها بمزاولة النشاط ومقدمي خدمات العلاج الصحي المعتمدين لأغراض إدارة وتسوية المطالبات الطبية فقط.
3. تقديم الخدمات وفقاً للمعايير المهنية والأخلاقية المقبولة عامة، التي تتفق والأساليب الطبية الحديثة المقبولة والمتعارف عليها مع الأخذ بعين الاعتبار ما يتحقق في مجال الطب، ولا يجوز لشركة إدارة مطالبات التأمين الصحي إدارة خدمات لا تتوافق مع ما أشير إليه أعلاه.
4. أن تكون الاجراءات الطبية مقصورة على ما تتطلبه حاجة العلاج الضرورية لإنجاز المهمة.
5. التقيد بالإجراءات المتعلقة بالمحافظة على الجودة النوعية الصادرة عن وزارة الصحة عند قيام شركة إدارة مطالبات التأمين الصحي بمراجعة المستندات والسجلات ذات العلاقة بالتعويضات الناشئة في شبكة مقدمي الخدمة المعتمدة والمتعاقدة مع جهات التأمين.
6. تنهي شركة إدارة مطالبات التأمين الصحي أي خلاف قد ينشأ بينها وبين أطراف التعاقد بشأن أي مطالبة طبية خلال (30 يوم كحد أقصى) من تاريخ استحقاق المطالبة بشرط عدم تأثر توفير الخدمة للمؤمن عليهم ويمكن الرجوع إلى الهيئة خلال هذه الفترة (و/أو) في أي وقت.
7. التقيد بإجراءات الحذف والإضافة والإلغاء للمؤمن عليهم من قبل جهات التأمين، مع مراعاة ما يصدر عن الهيئة من تعليمات وقرارات بهذا الشأن.

مادة (60)

انتهاء التزامات شركات إدارة مطالبات التأمين الصحي تنتهي التزامات شركة إدارة مطالبات التأمين الصحي بنهاية (و / أو) فسخ عقد إدارة خدمات المطالبات الطبية (و / أو) بنهاية التغطية التأمينية مع ضرورة تسوية جميع المطالبات والوصول إلى تسوية نهائية حتى بعد نهاية التغطية التأمينية حسبما ورد في القانون وأحكام هذه اللائحة.

مادة (61)

إجراءات إلغاء أو إيقاف إذن مزاولة النشاط لشركات إدارة مطالبات التأمين الصحي للجهة المختصة إلغاء أو إيقاف إذن مزاولة النشاط لشركات إدارة مطالبات التأمين الصحي وفق الاجراءات التالية:

1. في حال وجود ملاحظات على أداء إدارة شركة مطالبات التأمين الصحي من قبل الهيئة، توجه الإنذارات كتابياً (لمرتين كحد أقصى) خلال (30) يوماً من تاريخ معرفة و / أو استلام الهيئة الملاحظات على أداء الشركة، ويجب على شركة إدارة مطالبات التأمين الصحي الرد كتابياً واستيفاء أي ملاحظات على أدائها خلال (30 يوم عمل) كحد أقصى من تاريخ الإنذار وخلال (15 يوم عمل) من تاريخ الإنذار الثاني.
2. دراسة رد الشركة وإحالة الدراسة للجهة المختصة بعد توفر شروط إلغاء الإذن الممنوح.
3. تحديد مدة إيقاف الإذن في نص القرار الصادر بحق الشركة حسب حجم ونوع وتأثير الملاحظات على أداء الشركة.
4. في حال إلغاء إذن مزاولة النشاط فإن الشركة تظل ملتزمة بأداء إنهاء أي تكاليف أو تعويضات تقع على عاتق الشركة أو أية حقوق مترتبة عليها.
5. إبلاغ جهات التأمين ومقدمي خدمات العلاج الطبي ووزارة الصحة والجهات ذات العلاقة كتابياً بقرار إيقاف أو إلغاء إذن مزاولة النشاط.
6. الإعلان في موقع الهيئة على شبكة المعلومات الدولية والصحف المحلية عن قرار إيقاف أو إلغاء إذن مزاولة النشاط.

الباب التاسع العلاقات بين أطراف العلاقة التأمينية

مادة (62)

بطاقة التأمين الصحي

تحدد وزارة الصحة اشتراطات تصميم بطاقة التأمين الصحي ومحتوياتها بالاتفاق المشترك مع جهات التأمين ومقدمي خدمات العلاج الطبي.

مادة (63)

التزامات أطراف العلاقة التأمينية

تلتزم كل من جهات التأمين وشركات إدارة مطالبات التأمين الصحي ومقدمو خدمات العلاج الصحي (العامة والخاصة) وأصحاب المهن الحرة العاملين في مجال التأمين الصحي بمراعاة ما يلي:

1. تقديم الخدمات وفقا 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 ما أشير إليه أعلاه.
2. أن تكون الإجراءات الطبية مقصورة على ما تتطلبه حاجة العلاج الضرورية.

مادة (64)

المعايير المهنية لأطراف العلاقة التأمينية

على أطراف العلاقة التأمينية وهم حملة الوثائق وجهات التأمين الصحي ومقدمو خدمات العلاج الصحي 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 جهات التأمين.
2. سرعة إعطاء الموافقات من قبل جهات التأمين إلى مقدمي خدمة العلاج الطبي على تقديم العلاج للمنتفعين، وسرعة تسوية مطالبات مقدمي خدمة العلاج الطبي.
3. سرعة وسهولة توفير الخدمة العلاجية من قبل مقدمي الخدمة للمنتفعين، وسرعة قيام مقدمي خدمة العلاج الطبي بمطالبة جهات التأمين بتسوية المستحقات.
4. متابعة وإنهاء المطالبات الطبية من قبل شركات إدارة المطالبات الطبية.

مادة (65)

قيد على أطراف العلاقة التأمينية

لا يسمح لجهات التأمين وشركات إدارة مطالبات التأمين الصحي بتملك أو تشغيل مرافق لغرض الرعاية الصحية للمؤمن عليهم وكذلك لا يسمح للمرافق الصحية الخاصة بامتلاك شركات تأمين صحي.

مادة (66)

طرفا التعاقد

طرفا التعاقد في وثيقة التأمين هما حامل الوثيقة (صاحب العمل) وجهة التأمين.

مادة (67)

التأكد من صحة هذه المعلومات

على صاحب العمل تزويد جهة التأمين بجميع المعلومات التي تطلبها جهة التأمين، وإذا توفر لجهة التأمين مبررات معقولة للشك في صحة هذه المعلومات يمكن لجهة التأمين أن ترفع الأمر للهيئة بعد قيامها بإرفاق ما يثبت ذلك. ويلتزم صاحب العمل بناءً على طلب الهيئة بتقديم كافة المستندات المطلوبة واطلاع ممثلي الهيئة في مقر صاحب العمل على تلك المستندات.

مادة (68)

شرح وإيضاح وثيقة التأمين

يقوم صاحب العمل بشرح وإيضاح الوثيقة وحدود التغطية للمنتفعين المشمولين بها.

مادة (69)

توقيع الجزاءات

مع عدم الإخلال بما تقضي به الأنظمة والتعليمات يقوم صاحب العمل بتنفيذ الجزاءات المقررة قانوناً بحق المنتفع الذي يثبت عليه إساءة الاستخدام أو التحايل.

مادة (70)

مسؤولية مقدم خدمة العلاج الطبي

تكون المسؤولية على مقدم خدمة العلاج الطبي في حالة قيام أحد موظفيه أو أعضائه بالاحتيايل أو إساءة الاستخدام أو التزوير عند تقديم الخدمة.

مادة (71)

إعادة بطاقات التأمين

على صاحب العمل إعادة بطاقات التأمين إلى جهة التأمين عند ترك المنتفع العمل لديه أو عند انتهاء مدة وثيقة التأمين، ويكون مسئولاً عن أية مصاريف تنشأ نتيجة عدم الالتزام بهذا الشرط.

مادة (72)

الوفاء بالتزامات توفير المنافع

تقوم جهة التأمين في سبيل الوفاء بالتزاماتها نحو توفير المنافع بإبرام عقود خدمات طبية مع مقدمي خدمات العلاج الطبي المعتمدين.

مادة (73)

الإحالة إلى مراكز شبكة مقدمي الخدمة المعتمدة

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

مادة (74)

الاستعانة بعقد الخدمات الطبية الاسترشادي

يمكن لأطراف العلاقة التأمينية الاستعانة بعقد الخدمات الطبية الاسترشادي المرفق بهذه اللائحة 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 خدمة العلاج الطبي بمستوى الجودة النوعية وفقاً للشروط والإجراءات الواردة في المادتين (68) و (69) من هذه اللائحة.
3. التزام مقدم خدمة العلاج الطبي بمراعاة متطلبات فعالية التكلفة وفقاً لأحكام المادة (72) 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 الطبية.

مادة (75)

تنظيم العلاقة بين الأطراف المعنية
على مقدم خدمة العلاج الطبي التحقق من هوية المنتفع، وفي حالة قيام مقدم خدمة العلاج
الطبي بعلاج شخص من غير المنتفعين فإنه يتحمل تكاليف هذا العلاج.

مادة (76)

المطالبة بمستحقات مقدم خدمة العلاج الطبي
على مقدم خدمة العلاج الطبي المطالبة بمستحقاته المترتبة على علاج المنتفعين وبالشكل
المتفق عليه مع جهة التأمين خلال مدة لا تزيد عن (90) تسعون يوماً.

مادة (77)

إلغاء عقد تقديم الخدمات الطبية
يجوز لمقدم خدمة العلاج الطبي إلغاء عقد تقديم الخدمات الطبية مع جهة التأمين مع
ملاحظة شروط الإلغاء في حالة التأخر في سداد مستحقاته أو تجاوز الرفض من جهة التأمين
الحد المسموح به بين الطرفين، وفي هذه الحالة على جهة التأمين إبلاغ أصحاب العمل بذلك.

مادة (78)

تزويد حامل الوثيقة ببطاقات التأمين
على جهة التأمين عند بدء سريان التغطية التأمينية تزويد حامل الوثيقة ببطاقات التأمين
للمنتفعين وكذلك كتيبات توضيحية تتضمن الوثيقة ونطاق التغطية التأمينية وحدودها وشبكة
مقدمي خدمات العلاج الطبي المعتمدة، وعلى صاحب العمل تسليمها بشكل رسمي وفعلي عند
بدء التغطية التأمينية للمنتفعين، وعلى جهة التأمين إبلاغ شبكة مقدمي الخدمات المعتمدة
بانضمام حامل الوثيقة إلى التغطية التأمينية وكذلك التغطيات الإضافية إن وجدت.

مادة (79)

مراعاة ظروف المنتفعين

على جهة التأمين وحامل الوثيقة مراعاة ظروف المنتفعين وذلك بتقديم شبكة مقدمي خدمة علاج طبي تتناسب مع احتياجات المنتفعين ومواقع عملهم، بشكل لا يضطرون معه للحصول على الخدمة من مقدم خدمة خارج الشبكة.

مادة (80)

طلب الموافقة من الشركة على الإجراء الطبي يجب على مقدم خدمة العلاج الطبي طلب الموافقة من الشركة على الإجراء الطبي عند الضرورة لذلك وبأسرع وقت ممكن.

مادة (81)

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

مادة (82)

تعيين أطباء

على جهة التأمين أن تعين لديها بصورة فردية أو جماعية أطباء بدرجة أخصائيون فما فوق مرخص لهم بممارسة المهنة للتحقق من اشتراطات العلاج في حدود فعالية التكلفة الموضحة في المادة (72) من هذه اللائحة أثناء علاج أحد المنتفعين، وتكون الأفضلية للبيبين.

مادة (83)

اشتراطات تعيين أطباء

يكون للأطباء المعيّنين للعمل لدى جهات التأمين استقلال مهني ولا يخضعون في آرائهم إلا للمقتضيات الطبية في مباشرتهم لمهمات المراقبة ولا يحق لهم التدخل في العلاج الطبي، أو علاج المنتفعين.

مادة (84)

مراقبة مقدمي خدمات العلاج الطبي

يلتزم مقدم خدمة العلاج الطبي أو المؤمن لهم بتزويد الأطباء العاملين في جهات التأمين بجميع المعلومات المطلوبة، وأن يضعوا تحت تصرفهم كافة المستندات اللازمة للقيام بأعمال المراقبة وفقاً لأحكام المادة (82) من هذه اللائحة، ويجوز للأطباء دخول عنابر المستشفى ومكاتب الإشراف الطبي والملفات الطبية لمستشفى مرخص عولج فيه أحد المنتفعين، أو يجري فيه علاجه وذلك حينما تقتضي الضرورة لإنجاز مهمات المراقبة المسندة إليهم بالتنسيق مع الجهة المعنية.

مادة (85)

مستحقات مقدمي خدمة العلاج الطبي

تتم التسويات المالية بين أطراف التعاقد وفق القانون واللوائح والتعليمات الصادرة بمقتضاه مع مراعاة ما يلي:

1. تتم إجراءات تحصيل مستحقات إدارة المطالبات الطبية بالاتفاق بين جهة التأمين وشركات إدارة مطالبات التأمين الصحي ومقدمي خدمات العلاج الطبي مع التقيد بما يصدر عن الجهات المختصة والمعنية من تعليمات.
2. تقوم جهة التأمين بسداد مستحقي شركات إدارة مطالبات التأمين الصحي وتكون جهات التأمين المسؤول الأول عن دفع هذه المستحقات، وفق ترتيبات السداد المتفق عليها مع الالتزام بما ورد في هذه اللائحة.
3. في حالة عدم سداد مستحقات شركات إدارة مطالبات التأمين الصحي المترتبة على جهة التأمين، فإنه يحق لشركة إدارة مطالبات التأمين الصحي فسخ عقد إدارة خدمات المطالبات الطبية المبرم مع جهة التأمين.
4. تدرج العمولات ونسب الخصم المتفق عليها مع جهة التأمين ضمن موارد شركات إدارة مطالبات التأمين الصحي مع الالتزام بما ورد في القانون وأحكام هذه اللائحة.
5. على شركة إدارة مطالبات التأمين الصحي إنهاء إجراءات سداد مستحقات مقدمي خدمات العلاج الطبي في مدة لا تزيد عن (60) ستون يوماً من تاريخ استلام المطالبة.

مادة (86)

إلغاء عقد الخدمات الطبية

يجوز لجهة التأمين إلغاء عقد الخدمات الطبية مع أحد مقدمي خدمة العلاج الطبي مع مراعاة مهلة الإنذار المحددة، وكذلك شروط الإلغاء المنصوص عليها في العقد المبرم بينهما إذا لمست من مقدم خدمة العلاج الطبي إخلالاً بتقديم الخدمة بعد التنسيق مع حامل الوثيقة.

مادة (87)

طلب المعلومات المتعلقة بتفاصيل الحالة الطارئة

يحق لجهة التأمين طلب المعلومات المتعلقة بتفاصيل الحالة الطارئة والالتزامات المترتبة عليها من المنتفع أو مقدم خدمة العلاج الطبي.

مادة (88)

إعادة الكشف

يلتزم المنتفع بأن يتم إعادة الكشف عليه من قبل طبيب مرخص قانوناً تحدده جهة التأمين، إذا رغبت جهة التأمين في ذلك وتحمل في هذه الحالة تكاليف الكشف.

مادة (89)

تقديم بطاقة التأمين

يلتزم المنتفع عند طلب العلاج بتقديم بطاقة التأمين وإثبات الهوية لمقدم خدمات العلاج الطبي الذي يعيدها إليه بعد تسجيل البيانات اللازمة للعلاج. ويُعتمد الرقم الوطني كرمز تعريف شخصي في بطاقة التأمين لكل منتفع.

مادة (90)

التزامات المنتفع

1. على المنتفع أن يقوم بمراجعة أحد مرافق الرعاية الأولية أو أحد الأطباء العاملين ضمن مقدمي خدمات العلاج الطبي المعتمدين ويكون التحويل إلى أخصائي أو استشاري بقرار من الطبيب العام.
2. في حالة استمرار حاجة المنتفع الذي سبق تحويله من الطبيب العام لمراجعة الأخصائي أو الاستشاري لنفس المرض الذي حول بسببه فإن يحق له ذلك دون الحصول على تحويل من الطبيب.
3. يتحمل المنتفع فرق تكاليف الكشف في حالة قيامه مباشرة بمراجعة الطبيب الأخصائي أو الاستشاري كما هو موضح بالوثيقة.

مادة (91)

التوصية بالتنويم بالمستشفيات

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

الباب العاشر ضمان جودة الخدمات الطبية

مادة (85)

تحقق الاشتراطات والمعايير
على وزارة الصحة التأكد من تحقق الاشتراطات والمعايير الواجب توافرها لدى مقدمي
خدمات العلاج الطبي وفق المعايير التي تضعها بالخصوص.

مادة (86)

الجودة النوعية
تُغطي إجراءات وزارة الصحة المتعلقة بالمحافظة على الجودة النوعية لمقدمي خدمات
العلاج الطبي ما يلي كحد أدنى:
1. المعايير الخاصة بالكشف الطبي لمقدمي خدمات العلاج الطبي المعتمدين.
2. التفقيش المنتظم على المستشفيات والعيادات والمستوصفات المعتمدة ودون إنذار مسبق.
3. تقديم عقود الخدمات الطبية من حيث تعهدها بالمحافظة على ضوابط الجودة النوعية.

مادة (87)

تقديم تقرير لوزارة الصحة
يلتزم مقدمي خدمات العلاج الطبي المعتمدين من قبل وزارة الصحة بالقيام كل ثلاث سنوات
بتقديم تقرير لوزارة الصحة يوضح مدى التزامهم بمتطلبات الجودة النوعية وفق المعايير
المقررة من وزارة الصحة، وفي حال إخلالهم بهذا الشرط فيحق لوزارة الصحة إلغاء الاعتماد.

مادة (88)

معايير الترميز
تُحدد وزارة الصحة معايير الترميز والتصنيف المعتمدة دولياً لتصنيف الأمراض والخدمات
الصحية.

الباب الحادي عشر الجزاءات وتسوية المنازعات

مادة (89)

لجنة مخالفات نظام التأمين الصحي

تُشكل لجنة أو أكثر للنظر في مخالفات أحكام القانون واللوائح والتعليمات الصادرة بمقتضاه بقرار من الوزير المختص، تُسمى لجنة مخالفات نظام التأمين الصحي برئاسة وزارة الاقتصاد وعضوية مندوبين عن:

- وزارة الصحة.

- وزارة العدل.

- وزارة الداخلية.

- وزارة المالية.

- وزارة العمل والتأهيل.

وتكون مهمتها النظر في مخالفات أحكام القانون وإقرار العقوبة المناسبة، وتوقع العقوبة بقرار من الوزير المختص، ويجوز التظلم من هذا القرار أمام القضاء المختص.

مادة (90)

تقديم الشكوى

تقدم الشكوى من الطرف المعني كتابة للوزير المختص 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.

مادة (91)

إحالة الشكوى

يقوم الوزير المختص بإحالة الشكوى المقدمة إلى اللجنة التي تنتظر في مخالفات نظام التأمين الصحي، وفق اختصاصات هذه اللجنة.

مادة (92)

لائحة تنظيم عمل اللجنة

يُصدر الوزير المختص اللائحة المنظمة لكيفية عمل لجنة مخالفات نظام التأمين الصحي.

مادة (93)

توريد قيمة العقوبات

تُورد قيمة العقوبات المالية الخاصة بمخالفة أحكام قانون نظام التأمين الصحي، وكذلك الغرامات المحددة في المادتين (89) و (90) من القانون إلى الهيئة.

مادة (94)

عدم صحة الشكوى
إذا ثبتت للجنة أن الشكوى غير صحيحة ولا تستند على أي مسوغ مقبول، فسيكون لها اتخاذ الاجراءات اللازمة في اقتراح الجزاء المناسب في حق الشاكي.

مادة (95)

وحدة لقبول ومعالجة الشكاوى
على جهات التأمين أن تنشأ وحدة لقبول ومعالجة الشكاوى الواردة من المنتفعين.

الباب الثاني عشر أحكام ختامية

مادة (96)

عدم إفشاء الأسرار
لا يُسمح لأطراف العلاقات التأمينية إفشاء المعلومات السرية التي يحصلون عليها أثناء أو بعد تركهم العمل، وفي سياق القيام بتنفيذ هذه اللائحة، ويسري هذا الحكم بالنسبة لأي شخص آخر يكون قد أتمّ بهذه المعلومات في سياق التقارير الرسمية.

مادة (97)

استخدام المعلومات
للجهة المختصة استخدام المعلومات المشار إليها في المادة (95) من هذه اللائحة بحيث يقتصر استخدامها على الأغراض التالية:
1. ملاحقة أي مخالفات للالتزامات الناشئة عن عقد التأمين.
2. في إطار إجراءات فحص الشكاوى المقدمة بشأن قرار اتخذته إحدى جهات التأمين.
3. في إطار إجراءات النظر والبت في المخالفات.

مادة (98)

الالتزام بالوثيقة وعقد الخدمات الطبية
على جميع جهات التأمين الالتزام كحد أدنى بالوثيقة وعقد الخدمات الطبية المرفقين بهذه
اللائحة.

مادة (99)

سريان اللائحة التنفيذية
يُعمل بهذه اللائحة بعد مرور (90) ثلاثون يوماً من تاريخ نشرها في الجريدة الرسمية.

الباب الثالث عشر الملاحق

مادة (100)

الملاحق المرفقة باللائحة

تحتوي هذه اللائحة على جميع المستندات التي أُشير إليها في بعض موادها، وذلك كما يلي:

1. خدمات العلاج الطبي الأساسية والمرفقة بالملحق رقم (1) بهذه اللائحة.
2. خدمات العلاج الطبي المستثناة والمرفقة بالملحق رقم (2) بهذه اللائحة.
3. الخدمات الصحية غير العلاجية والمرفقة بالملحق رقم (3) بهذه اللائحة.
4. وثيقة التأمين والمرفقة بالملحق رقم (4) بهذه اللائحة.
5. العقد الاسترشادي لتقديم خدمات العلاج الطبي والمرفق بالملحق رقم (5) بهذه اللائحة.
6. طلب الموافقة على تحمل تكاليف العلاج والمرفق بالملحق رقم (6) بهذه
اللائحة.