إحالة عدد من مقدمي الخدمة الصحية للجنة مخالفات أحكام النظام الضمان الصحي: دفع تكاليف الخدمات العلاجية لحين ورود موافقة شركة التأمين يخالف النظام ؟

المصدر: مجلس الضمان الصحي
تاريخ النشر: 17 ديسمبر 2019

قال مجلس الضمان الصحي التعاوني: "إن قيام مقدم الخدمة الصحية بإلزام المؤمن له بدفع تكاليف الخدمات العلاجية نقداً لحين ورود موافقة شركة التأمين، إجراءٌ يخالفُ اللائحة التنفيذية لنظام الضمان الصحي التعاوني، وشدد المجلس بأنه لا يترتب على المؤمن له المغطى بمنافع وثيقة الضمان الصحي التعاوني الموحدة دفع أي مبالغ مالية عند تلقي خدمات الرعاية الصحية عدا نسبة التحمل المتفق عليها.

وقال المتحدث الرسمي باسم المجلس ياسر المعارك أن المجلس ومن خلال آلياته الرقابية رصد عددا من التجاوزات بقيام بعض مقدمي خدمات الرعاية الصحية بإلزام المؤمن لهم بدفع تكاليف الخدمات العلاجية نقداً لحين ورود موافقة شركة التأمين، وقد تم إحالتهم إلى لجنة مخالفة أحكام نظام الضمان الصحي التعاوني، مشدداً على مقدمي خدمات الرعاية الصحية ضرورة التقيّد بالتعاميم والقرارات الصادرة بهذا الشأن وتقديم الرعاية الصحية للمؤمن لهم بحسب ما ورد باللائحة التنفيذية التي تنصُ على أن الحالات التي تحتاج طلب موافقةٍ هي: المعالجة في عيادة خارجية في حال كانت تكلفة العلاج لمرةٍ واحدة تزيد على (500) ريال أو حالات التنويم، وحالات اليوم الواحد والعمليات الجراحية للحالات،

مؤكدً أن الحالات الطارئة الإسعافية يتم علاجها مباشرة و لا تحتاج إلى موافقة مسبقة من جانب شركة التأمين، على أن يقوم مقدم الخدمة الصحية بإبلاغ شركة التأمين خلال 24 ساعة من استقبال الحالة، وأضاف إلى أنّ مدّة (60) دقيقة هي الفسحة الزمنية الأقصى المتاحة للرد بشأن طلب التغطية التأمينية وإنجاز المعاملة بين شركات التأمين ومقدمي خدمات الرعاية الصحية من مستشفيات ومراكز طبية وأن تأخر وصول رد شركة التأمين الصحي لأكثر من 60 دقيقة يكون بمثابة الموافقة على تغطية نفقات الخدمة الصحية وفقاً لنظام الضمان الصحي التعاوني ولائحته التنفيذية، كما أنّ مقدمي الخدمات الصحية ملزمون بالرد على أي استفسارات أو ملاحظات من قِبَل شركات التأمين الصحي خلال مدة زمنية لا تتجاوز 30 دقيقة من وقت استلامها.