الهيئة العامة لسوق المال

قرار

رقم ٢٠١٩/٧٨

بإصدار قواعد التأمين الصحي

استنادا إلى قانون شركات التأمين الصادر بالمرسوم السلطاني رقم ٧٩/١٢ ،
وإلى المرسوم السلطاني رقم ٢٠٠٤/٩٠ بنقل اختصاصات التأمين من وزارة التجارة والصناعة إلى الهيئة العامة لسوق المال ،
وإلى اللائحة التنفيذية لقانون شركات التأمين الصادرة بالقرار الوزاري رقم ٨٠/٥ ،
وإلى القرار رقم خ/٢٠٠٧/٣١ بشأن تنظيم متطلبات ترخيص مزاولة أعمال التأمين ،
وإلى نموذج الوثيقة الموحدة للتأمين الصحي الصادرة بالقرار رقم ٢٠١٩/٣٤ ،
وبناء على ما تقتضيه المصلحة العامة ،

تقرر

المادة الأولى

يعمل في شأن التأمين الصحي ، بأحكام القواعد المرفقة .

المادة الثانية

يستمر العمل بوثائق التأمين الصحي السارية قبل تاريخ العمل بأحكام هذا القرار لحين انتهاء مدتها ، كما تسري أحكام هذا القرار ونموذج الوثيقة الموحدة للتأمين الصحي فيما لم يرد بشأنه نص خاص في تلك الوثائق .

المادة الثالثة

يصدر الرئيس التنفيذي للهيئة العامة لسوق المال النماذج والقرارات والتعليمات اللازمة لتنفيذ أحكام هذا القرار .

المادة الرابعة

يلغى كل ما يخالف هذا القرار ، والقواعد المرفقة ، أو يتعارض مع أحكامهما .

المادة الخامسة

ينشر هذا القرار في الجريدة الرسمية ، ويعمل به من اليوم التالي لتاريخ نشره .

صدر في : ٣ من صفر ١٤٤١هـ
الموافق : ٢ من أكتوبر ٢٠١٩م

عبدالله بن سالم بن عبدالله السالمي
الرئيس التنفيذي للهيئة العامة لسوق المال

قواعـــد التأمـين الصـــحي

الفصـل الأول

التعريفـات والأحكـام العامـة

المـادة (١)

في تطبيق أحكام هذه القواعد يكون للكلمات والعبارات الآتية المعنى المبين قرين كل منها ، ما لم يقتض سياق النص معنى آخر :

١ - الهيئـــة :

الهيئة العامة لسوق المال .

٢ - الـــوزارة :

وزارة الصحة .

٣ - الرئيس التنفيذي :

الرئيس التنفيذي للهيئة .

٤ - الترخيص :

القرار الصادر من الهيئة بالموافقة على مزاولة نشاط التأمين الصحي .

٥ - الوثيقـــة :

الوثيقة الموحدة للتأمين الصحي وملاحقها .

٦ - الشركـــة :

شركة التأمين المرخصة من قبل الهيئة .

٧ - المؤمـــن :

شركة التأمين المرخص لها بمزاولة نشاط التأمين الصحي في السلطنة .

٨ - المؤمـن عليـه :

الشخص الطبيعي أو العامل أو المعال الذي يؤدي إليه المؤمن ما التزم به بموجب أحكام الوثيقة .

٩ - المؤمـن لـه :

الشخص الطبيعي أو الاعتباري الذي يلتزم بدفع قسط التأمين ، وتصدر الوثيقة باسمه لصالح المؤمن عليه .

١٠ - شركة إدارة مطالبات التأمين الصحي :

الشركة المرخصة من قبل الهيئة لممارسة أعمال إدارة مطالبات التأمين الصحي بين مقدمي الخدمات التأمينية والخدمات الصحية .

١١ - التغطيـة التأمينية :

المنافع الصحية الأساسية والمزايا الاختياريـة المتاحـة ، والمتفـق عليهـا تفصيـلا بين المؤمن ، والمؤمن له لصالح المؤمن عليه بموجب الوثيقة .

١٢ - قسط التأمين :

مبلغ من المال يلتزم المؤمن له بسداده مقابل التزام المؤمن بتحمل تكاليف الرعاية الصحية للمؤمن عليه بموجب الوثيقة .

١٣ - العـامـل :

أي شخص طبيعي يزاول العمل فعليا لدى المؤمن له ، ومسجل بتلك الصفة في سجلاته .

١٤ - مقدم الخدمة الصحية :

المرفق الصحي المعتمد من وزارة الصحة ، والمرخص له بتقديم خدمات التأمين الصحي في السلطنة وفقا للأنظمة المعمول بها .

١٥ - شبكة مقدمي الخدمة الصحية :

مجموعة مقدمي الخدمة الصحية المعتمدين ، والمحددين من قبل المؤمن لتقديم خدمة الرعاية الصحية للمؤمن عليه .

١٦ - أطراف العلاقة التأمينية :

المؤمن ، والمؤمن عليه ، والمؤمن له ، ومقدم الخدمة الصحية ، وشركة إدارة مطالبات التأمين الصحي (TPA) .

١٧ - اللجنـــة :

اللجنة المختصة بفض منازعات التأمين الصحي .

المادة (٢)

تحدد الوثيقة حدود التغطية التأمينية شريطة ألا تقل التغطية عن الحد الأدنى من الخدمات الصحية الأساسية التي يجب أن يتمتع بها المؤمن عليه .

المادة (٣)

يحظر على أي شركة مزاولة نشاط التأمين الصحي إلا بعد الحصول على ترخيص بذلك من الهيئة وفقا لأحكام هذه القواعد .

المادة (٤)

لا يجوز لمقدم الخدمة الصحية تقديم خدمة التأمين الصحي إلا بعد استيفاء متطلبات القيد في السجل لدى الهيئة ، وسداد الرسوم المقررة .

المادة (٥)

يجوز للمؤمن له إلغاء الوثيقة في أي وقت ، بموجب إخطار كتابي يرسل للمؤمن قبل (٣٠) ثلاثين يوم عمل على الأقل من تاريخ الإلغاء ، وفي هذه الحالة يكون المؤمن ملزما خلال (٣٠) ثلاثين يوم عمل من تاريخ الإلغاء بأن يعيد للمؤمن له الجزء المتبقي من قسط التأمين عن كل مؤمن عليه لم ينتفع بالتغطية التأمينية ، ويتم احتساب الجزء المتبقي من قسط التأمين وفقا للمعادلة المنصوص عليها في الوثيقة .

المادة (٦)

لا يجوز للمؤمن تملك أو تشغيل أو إدارة مقدم خدمة صحية أو شركة إدارة مطالبات التأمين الصحي ، كما لا يجوز لمقدم الخدمة الصحية تملك حصص في شركات مرخص لها بمزاولة نشاط التأمين الصحي أو شركات سمسرة التأمين ، أو وكلاء شركات التأمين الممارسين للنشاط ذاته أو شركات إدارة مطالبات التأمين الصحي ، إلا وفقا للاشتراطات والضوابط التي يصدرها الرئيس التنفيذي في هذا الشأن .

المادة (٧)

يجب الاتفاق بين المؤمن ، والمؤمن له على تحديد قيمة قسط التأمين على أن يكون هذا القسط متوافقا مع معدلات أسعار سوق التأمين الصحي في السلطنة ، ومبنيا على أسس اكتوارية ، وفنية ، وموضوعية .

المادة (٨)

تنتهي التغطية التأمينية في أي من الحالات الآتية :

١ - انتهاء فترة سريان الوثيقة .

٢ - استنفاد الحد الأقصى من المنفعة حسب الوثيقة .

٣ - وفاة المؤمن عليه .

٤ - مغادرة المؤمن عليه الأجنبي للسلطنة نهائيا .

٥ - انتقال خدمة المؤمن عليه من المؤمن له إلى مؤمن له آخر .

المادة (٩)

يجب على المؤمن الاحتفاظ بنسبة لا تقل عن (٤٠٪) أربعين بالمائة من صافي أقساط التأمين الصحي داخل السلطنة .

المادة (١٠)

يخول موظفو الهيئة الذين يصدر بتحديدهم قرار من السلطة المختصة وفقا للقوانين النافذة بالاتفاق مع الرئيس التنفيذي ، صفة الضبطية القضائية في نطاق تطبيق أحكام هذه القواعد والقرارات والتعليمات المنفذة لها ، وذلك فيما يقع بالمخالفة لأحكامها .

المادة (١١)

لا تسمع الدعاوى التي تنشأ عن المنازعات بين أطراف العلاقة التأمينية بعد انقضاء سنة من انتهاء مدة الوثيقة ، وينقطع التقادم باتخاذ أي إجراء من إجراءات المطالبة الواردة في هذه القواعد .

المادة (١٢)

تلتزم الجهات المخاطبة بأحكام هذه القواعد بتطبيق نظام الربط الإلكتروني لنظام التأمين الصحي وفقا للنماذج والقرارات التي تصدرها الهيئة في هذا الشأن .

الفصـل الثانـي

ترخيص مزاولة نشاط التأمين الصحي

المـادة (١٣)

مع عدم الإخلال بالأحكام الواردة في القرار رقم خ/٢٠٠٧/٣١ بشأن تنظيم متطلبات ترخيص مزاولة أعمال التأمين المشار إليه ، يشترط للحصول على الترخيص التقدم بطلب إلى الهيئة وفقا للنموذج المعد لهذا الغرض ، مرفقا به المستندات الآتية :

١ - استراتيجية معتمدة من مجلس إدارة الشركة لمزاولة نشاط التأمين الصحي ، متضمنة الآتي :

أ - الهيكل التنظيمي للشركة ، موضحا به المستوى التنظيمـي لإدارة نشـاط التأمين الصحي ، وصلاحياتـه ، وآليـات عملـه .

ب - دراسـة اكتواريـة لتقييـم الوضـع المالـي للشركة والتدفقات المالية المتوقعة للسنوات الثلاث القادمة .

ج - سياسة خدمة العملاء ، وضمان الجودة .

د - سياسة الاكتتاب ، والتسعير .

هـ - سياسة التعامل مع الكوارث ، والأزمات .

و - سياسة تقنية المعلومات ، وأمن وسرية البيانات .

ز - سياسة إدارة مطالبات التأمين الصحي .

ح - ترتيبات إعادة التأمين لنشاط التأمين الصحي .

ط - سياسة إدارة مخاطر التأمين الصحي .

٢ - إقرار من الشركة بالتزامها بالبنود الآتية وفقا للتعاميم التي تصدرها الهيئة :

أ - تعيين مدير مختص بأعمال التأمين الصحي .

ب - تعيين كادر فني ، وإداري .

ج - توافر نظام إلكتروني .

٣ - نسخة من الاتفاقيات المبرمة مع مقدمي الخدمة الصحية .

٤ - نسخة من الاتفاقيات المبرمة مع شركة إدارة مطالبات التأمين الصحي(TPA) ، إن وجدت .

٥ - إيصال سداد رسم دراسة طلب الترخيص .

٦ - أي مستندات أخرى تطلبها الهيئة .

المادة (١٤)

تتولى الهيئة دراسة طلب الترخيص خلال (٦٠) ستين يوما من تاريخ تقديمه ، وفي حالة عدم استيفاء الطلب لأي من المستندات المطلوبة ، يتم إخطار مقدم الطلب بذلك لاستيفائها خلال (٣٠) ثلاثين يوما من تاريخ الإخطار .
وفي حالة عدم الاستيفاء خلال المدة المشار إليها يعد الطلب ملغى . ولا يجوز للشركة التقدم بطلب آخر إلا بعد مضي (٩٠) تسعين يوما من تاريخ إلغاء الطلب السابق .

المادة (١٥)

يصدر الرئيس التنفيذي قرارا بالترخيص خلال (٦٠) ستين يوما من تاريخ استيفاء المستندات المطلوبة ، ويعتبر مضي المدة المشار إليها دون إصدار الترخيص قرارا بالرفض .

المادة (١٦)

يجوز للهيئة في إطار تنظيم قطاع التأمين الصحي التوقف عن إصدار تراخيص جديدة للفترات التي تراها مناسبة ، على أن يكون قرارها في هذا الخصوص مسببا .

المادة (١٧)

تنشئ الهيئة سجلا خاصا لقيد الشركات المرخصة لمزاولة نشاط التأمين الصحي ، ويشتمل السجل على رقم القيد ، واسم الشركة ، ورقم الترخيص ، ومدته ، ومكانه .

المادة (١٨)

تكون مدة الترخيص (٢) سنتين ، قابلة للتجديد لمدة أو لمدد أخرى مماثلة ، بناء على طلب يقدم من الشركة قبل (٣٠) ثلاثين يوما على الأقل من تاريخ انتهاء الترخيص ، وذلك وفقا للنموذج المعد لهذا الغرض .

الفصـل الثالـث

التزامات أطراف العلاقة التأمينية

المادة (١٩)

يلتزم المؤمن بالآتي :

١ - التعاقد مع مقدم الخدمة الصحية المقيد في سجلات الهيئة .

٢ - تمكين المؤمن عليه من الحصول على حقوقه المحددة في الوثيقة بكافة الوسائل المتاحة ، والمحافظة على سرية بياناته وحمايتها .

٣ - سداد النفقات القابلة للاستعاضة وفقا لأحكام الوثيقة خلال مدة لا تزيد على (١٥) خمسة عشر يوما من تاريخ استكمال المستندات المؤيدة للمطالبة .

٤ - إخطار المؤمن عليه أو المؤمن له بالتعليمات والإرشادات المتعلقة بالتأمين الصحي وتزويده بالنماذج والوثائق والمنشورات والكتيبات التي تصدر في شأن التأمين الصحي .

٥ - إبلاغ الهيئة عند تحقق أي من الحالتين الآتيتين :

أ - التجاوزات التي ترتكب من قبل أطراف العلاقة التأمينية الأخرى ، أو في حالة وجود أي تضارب في المصالح ، أو أي مصالح مباشرة أو غير مباشرة مع مقدم الخدمة الصحية .

ب - التغيير أو التعديل الذي يطرأ على أي من المستندات التي صدر بموجبها الترخيص ، وذلك خلال (٧) سبعة أيام من تاريخ حدوثه ، وتزويد الهيئة بأي معلومات أو بيانات أو إحصائيات تطلبها أو ترى ضرورة الاطلاع عليها ، بما فيها قواعد البيانات والسجلات وعقود التأمين الصحي التي تكون قد أبرمتها .

٦ - الاحتفاظ بالسجلات المالية الخاصة بالتأمين الصحي لمدة (١٠) عشر سنوات ، وتوفير الإحصائيات والتقارير المتعلقة بالتغطية التأمينية المقدمة للمؤمن عليه عند طلبها من الهيئة .

٧ - سداد قيمة المصاريف الطبية لمقدم الخدمة الصحية خلال (٤٥) خمسة وأربعين يوما من تاريخ تسلم المطالبة ، ما لم يوجد اتفاق آخر بين الطرفين .

٨ - التعاقد مع شركة إدارة مطالبات التأمين الصحي (TPA) ، ويستثنى من ذلك المؤمن الذي لديه نظام مستقل لإدارة تلك المطالبات .

المادة (٢٠)

يلتزم المؤمن له بالآتي :

١ - سداد الأقساط التأمينية المستحقة للمؤمن خلال المواعيد المتفق عليها معه .

٢ - إخطار المؤمن كتابة بأي تغيرات يرغب في إجرائها على الوثيقة سواء بالإضافة ، أو الحذف وفقا للأحكام والإجراءات المنصوص عليها في الوثيقة .

٣ - إخطار المؤمن كتابة في حالة إلغاء إقامة المؤمن عليه الأجنبي ، ومغادرته السلطنة لإعادة احتساب قسط التأمين المسترجع وفقا لأحكام الوثيقة .

المادة (٢١)

يلتزم المؤمن عليه بالآتي :

١ - التقيد بتلقي الخدمات العلاجية لدى شبكة مقدمي الخدمة الصحية ، وتستثنى من ذلك الحالات الآتية :

أ - الحالات الطارئة التي تتطلب سرعة تلقي العلاج سواء حدثت بشكل مفاجئ ، أو نتيجة تفاقم حالة تنتج عنها حالة مرضية تتطلب تدخلا طبيا عاجلا ، مع تعذر وجود مقدم الخدمة الصحية في المنطقة الموجود بها المؤمن عليه .

ب - عدم توفر العلاج لدى شبكة مقدمي الخدمة الصحية ، شريطة أن يكون العلاج ضمن حدود التغطية التأمينية .

ج - عدم وجود شبكة مقدمي الخدمة الصحية في المنطقة التي يوجد بها المؤمن عليه .

٢ - إبلاغ المؤمن له على الفور في حال فقدان أو تلف بطاقة التأمين الصحي الخاصة به ، وعدم إساءة استخدامها بأي شكل من الأشكال ، بما في ذلك السماح للغير باستخدامها .

٣ - إبلاغ المؤمن له أو المؤمن عن أي استغلال أو تلاعب أو إهمال أو تقصير من قبل مقدم الخدمة الصحية .

٤ - الامتناع عن ارتكاب أي تصرف من شأنه الحصول على منافع صحية أو مكاسب مادية بطريقة غير مشروعة .

٥ - إعادة الكشف الطبي بناء على طلب المؤمن ، وتمكين المؤمن من الاطلاع على كافة البيانات والمستندات المتعلقة بالمطالبة التأمينية ، على أن يتحمل المؤمن تكاليف إعادة الكشف الطبي .

٦ - تزويد المؤمن بالمستندات المؤيدة للمطالبة خلال مدة لا تزيد على (١٢٠) مائة وعشرين يوم عمل من تكبد تلك النفقات في حالة العلاج خارج شبكة مقدمي الخدمة الصحية .

المادة (٢٢)

يلتزم مقدم الخدمة الصحية بالآتي :

١ - تقديم العلاج والفحوصات الطبية للمؤمن عليه طبقا لأحكام الوثيقة ، وعدم الإهمال أو التلاعب بالسجلات الطبية ، أو بالكشوفات المالية المتعلقة بالمنافع الصحية المقدمة للمؤمن عليه .

٢ - عدم تحميل المؤمن تكاليف الاستشارة أو العلاج الذي يقدم بواسطة الاستشاري دون أن يسبق ذلك قرار بالإحالة من الطبيب المرخص .

٣ - التحقق من هوية المؤمن عليه قبل تقديم الخدمة العلاجية ، ويسقط حقه في المطالبة التأمينية في حال ثبت أنه تم تقديم خدمة علاجية لغير المؤمن عليه .

٤ - تقديم مطالباته المالية المتعلقة بالتأمين الصحي إلى المؤمن وفق الآلية المتفق عليها ، وأن يبلغ الهيئة بأي تغيير أو تعديل يطرأ على أي من متطلبات قيده في السجل خلال (٧) سبعة أيام عمل من تاريخ حدوثه .

٥ - الالتزام بمبادئ المنافسة المشروعة ، وعدم القيام بأي تصرف من شأنه التحايل على منظومة التأمين الصحي أو الحصول على مكاسب مادية بطرق غير مشروعة ، وإبلاغ الهيئة في حال وجود أي تضارب في المصالح أو أي مصالح مباشرة أو غير مباشرة مع أطراف العلاقة التأمينية .

٦ - تزويد الهيئة بالمعلومات والبيانات والوثائق المطلوبة ذات العلاقة بالمنافع الصحية التي قدمت من قبله للمؤمن عليه متى ما طلبت ذلك ، وتزويد الهيئة بأي معلومات أو بيانات أو إحصائيات تطلبها أو ترى ضرورة الاطلاع عليها .

٧ - الالتزام بالأحكام والمواعيد المقررة في الوثيقة فيما يتعلق بالعلاقة مع المؤمن ، وتزويده بالمعلومات الخاصة بالمؤمن عليه في الحالات التي تتطلب ذلك .

الفصـــل الرابـــع

لجنة فض منازعات التأمين الصحي

المـادة (٢٣)

تشكل بقرار من الرئيس التنفيذي لجنة تختص بفض المنازعات التي تنشأ عن مزاولة نشاط التأمين الصحي ، ويحدد القرار الصادر بتشكيلها رئيس اللجنة ونائبه وأمين سرها وأعضاءها .

المـادة (٢٤)

تختص اللجنة بالآتي :

١ - النظر في المنازعات الناشئة بين أي من أطراف العلاقة التأمينية .

٢ - البت في المطالبات التي تكون قد رفضت ، أو أرجعت ، أو تم الخصم فيها من قبل شركة التأمين .

٣ - أي مسائل أخرى يرى الرئيس التنفيذي عرضها على اللجنة .

المـادة (٢٥)

يعد أمين سر اللجنة بيانا بالمنازعات المطلوب عرضها على اللجنة ، مرفقا به مذكرة تفصيلية لكل منازعة ، على أن يقوم بتوزيع نسخة منها على كل من رئيس اللجنة ، وأعضائها قبل الاجتماع بـ (٣) ثلاثة أيام على الأقل ، ما لم يكن اجتماعها للنظر في أمر عاجل ، بناء على طلب من الرئيس التنفيذي .

المـادة (٢٦)

تجتمع اللجنة بناء على دعوة من رئيسها أو نائبه ، ويكون انعقاد اللجنة صحيحا بحضور أغلبية أعضائها ، على أن يكون من بينهم رئيس اللجنة أو نائبه ، وتكون مداولاتها سرية ، وتصدر اللجنة قراراتها بأغلبية أصوات الأعضاء الحاضرين ، فإذا تساوت الأصوات رجح الجانب الذي منه رئيس الاجتماع .

ولا يجوز لرئيس اللجنة ، وأي من أعضائها حضور مداولاتها والتصويت إذا كان الموضوع المعروض عليها خاصا به شخصيا ، أو بزوجه ، أو أحد أقاربه حتى الدرجة الرابعة .

المـادة (٢٧)

يدون أمين سر اللجنة محاضر اجتماعاتها ، ويجب أن تتضمن هذه المحاضر بيانا بأسماء الأعضاء الحاضرين ، والأعضاء الذين تخلفوا عن الحضور ، والموضوعات التي عرضت على اللجنة ، وما دار بشأنها من مداولات ، وما اتخذ فيها من قرارات ، ويتم التوقيع على المحاضر من قبل رئيس الاجتماع ، وأعضائها الحاضرين ، وأمين سرها .

المـادة (٢٨)

تصدر اللجنة قراراتها خلال (٣٠) ثلاثين يوما من تاريخ عرض الموضوعات عليـها ، وعلى أمين سر اللجنة إخطار ذوي الشأن بقرار اللجنة كتابة خلال (٧) سبعة أيام عمل على الأكثر من تاريخ صدور القرار .

المـادة (٢٩)

يحق لذوي الشأن التظلم من قرار اللجنة إلى الرئيس التنفيذي خلال (٦٠) ستين يوما مـن تاريـخ إخطاره ، أو علمه به علما يقينيا ، ويجب البت فيه خلال (٣٠) ثلاثين يوما من تاريخ تقديمه ، ويعتبر مضي المدة المشار إليها دون رد بمثابة رفض للتظلم .

الفصـل الخامـس

الجـزاءات الإداريـة

المـادة (٣٠)

مع عدم الإخلال بالعقوبات الجزائية المقررة بموجب قانون شركات التأمين المشار إليه ، يجوز للهيئة اتخاذ إجراء أو أكثر من الإجراءات الآتية في حالة مخالفة أحكام هذه القواعد :

أ - الإنذار .

ب - فرض غرامة إدارية لا تقل عن (١٠٠٠) ألف ريال عماني ، ولا تزيد على (٥٠٠٠) خمسة آلاف ريال عماني .

ج - وقف الترخيص مؤقتا لمدة لا تزيد على (٦) ستة أشهر .

د - إلغاء الترخيص .

هـ - شطب قيد مقدم الخدمة الصحية .

الفصـــل الســـادس

الرســـوم

المـادة (٣١)

تستوفي الهيئة الرسوم الآتية :

م	نـــوع الرســـم	مقدار الرسم بالريال العماني
١	دراسـة طلـب الترخيـص	(١٥٠٠) ألف وخمسمائة
٢	قيد نشاط التأمين الصحي	(٢٠٠٠) ألفان
٣	تجديد قيد نشاط التأمين الصحي	(٢٠٠٠) ألفان
٤	تعديل البيانات	(٢٠) عشرون
٥	طلب الاطلاع على الأوراق والسجلات	(٢٠) عشرون
٦	طلب صور أو مستخرجات	(٢٠) عشرون
٧	قيد مقدم خدمة صحية	(٢٠٠) مائتان
٨	تجديد قيد مقدم خدمة صحية	(٢٠٠) مائتان

المـادة (٣٢)

يقوم الرئيس التنفيذي - في حالة التأخر في تجديد القيد وفق المواعيد الزمنية المحددة - بفرض غرامة إدارية بواقع (٥٪) خمسة بالمائة من مقدار الرسم المستحق عن كل أسبوع تأخير .