الباب الثالث

أخلاقيات التأمين الصحي

د. محمد سعيد حسن الغامدي

استشاري طب الأسرة

كيف تستشهد بهذا الفصل

الغامدي، محمد سعيد حسن. «أخلاقيات التأمين الصحي». موقع فقه وأخلاقيات مهنة الطب، 1448هـ/2026م.

حقوق النشر والترخيص

© 1448هـ/2026م د. محمد سعيد حسن الغامدي. جميع الحقوق محفوظة للمؤلف. هذا الملف متاح مجانًا للقراءة والتنزيل والمشاركة برخصة المشاع الإبداعي: نَسب المصنف، غير تجاري، منع الاشتقاق 4.0 الدولية (CC BY-NC-ND 4.0). نرحّب بتداوله ونشره كما هو مع ذكر مصدره، ونرجو ألّا يُباع وألّا يُغيَّر نصّه.

للتواصل

dmshgg@gmail.com

الفصل التاسع عشر

أخلاقيات التأمين الصحي

تجميع الخطر وما يشتريه القسط • الضرورة الطبية والموافقة المسبقة ورفض المطالبات • حكم التأمين الصحي فقهًا بين التعاوني والتجاري • نظام الضمان الصحي التعاوني ووثيقة الضمان الأساسية وانتقال الإشراف إلى هيئة التأمين • حماية المريض وملاءة الشركة معًا • أربع حالات تطبيقية ومواقف متكررة

محتويات الفصل

- خلاصة الفصل
- تمهيد
- أولًا: الركن الطبي
- ثانيًا: الركن الأخلاقي
- ثالثًا: الركن الفقهي
- رابعًا: الركن النظامي
- خامسًا: أدوات عملية
- سادسًا: الحالات التطبيقية
- سابعًا: النتائج والتوصيات
- ثامنًا: الخاتمة
- أسئلة المراجعة والنقاش
- المراجع

بطاقة الفصل — الباب الثالث: الفريق والمؤسسة والتمويل • الجمهور المقصود: الأطباء وسائر الممارسين الصحيين، وإدارات المطالبات والموافقات في المنشآت، والعاملون في شركات التأمين ومراجعو الضرورة الطبية فيها، وأعضاء لجان الأخلاقيات، وصانعو السياسات الصحية • الفصل الأم لـ: التأمين الصحي وحكمه الفقهي (قرار هيئة كبار العلماء رقم 51، والقرار الخامس للمجمع الفقهي الإسلامي في دورته الأولى، وقرارات مجمع الفقه الإسلامي الدولي 9 (9/2) و149 (7/16) و200 (6/21))، والموافقة المسبقة، ورفض المطالبات، والضرورة الطبية في التأمين، ونظام الضمان الصحي التعاوني ووثيقة الضمان الأساسية • يحيل إلى: الفصول 2، 4، 8، 9، 10، 13، 17، 18، 37 • تاريخ القطع: 31 أكتوبر 2026م

CC BY-NC-ND 4.0

خلاصة الفصل

التأمين الصحي ليس وعدًا بعلاج غير محدود، ولا رخصة مالية لرفض العلاج. هو آلية لتجميع الخطر وشراء الخدمات في حدود عقد وقواعد عامة. ويصلح أخلاقيًا حين تكون الحاجة الطبية والدليل والعدالة أساس القرار، ويفسد حين يتحول نقص المعلومات أو البطء أو تعارض الربح إلى ضرر يمكن تجنبه.

ويعالج الفصل التأمين بنموذج الأركان الأربعة. ففي الركن الطبي يميز الضرورة السريرية من رغبة الطبيب ومن الموافقة المالية، ويعرض ما تقوله الدراسات عن أثر الموافقة المسبقة والمشاركة في الكلفة في تأخير العلاج وانقطاعه. وفي الركن الأخلاقي يوازن بين الإحسان والعدالة والتضامن والرعاية المسؤولة للمال المشترك، ويجيب عن سؤال: متى يكون رفض العلاج بسبب الكلفة مشروعًا؟ وفي الركن الفقهي يبسط قرارات المجامع والهيئات في التأمين التعاوني والتجاري والتأمين الصحي، ويبين أن الحكم يتبع حقيقة العقد لا اسمه. وفي الركن النظامي يعرض نظام الضمان الصحي التعاوني، ووثيقة الضمان الأساسية ومهل الموافقة فيها، وانتقال اختصاصات التأمين الصحي إلى هيئة التأمين، وقنوات الشكوى، وإطار الملاءة.

وينتهي الفصل إلى أن الرفض أربعة أنواع لكل منها علاجه: رفض لعدم الضرورة الطبية، ورفض لأن الخدمة خارج المنفعة أو تجاوزت حدها، ورفض إداري لنقص مستند أو ترميز، ورفض شبكي. وخلطها في عبارة «غير مغطى» يحرم المريض والطبيب من اعتراض مفهوم. والكلفة اعتبار مشروع لأنها مال مشترك، لكنها لا تكفي وحدها لرفض حالة فردية؛ فيلزم معيار معلن، ودليل متناسب، وبديل فعال متاح، وقرار سريع مسبَّب، واستثناء للحالة المختلفة، واعتراض مستقل، وحماية للطوارئ واستمرارية العلاج. وحماية ملاءة الشركة لا تكون بتأخير العلاج الضروري، بل بالتسعير والاحتياطيات وإعادة التأمين وتقييم التقنيات والشراء القائم على القيمة وضبط الاحتيال.

الكلمات المفتاحية: التأمين الصحي؛ الضمان الصحي التعاوني؛ الموافقة المسبقة؛ الضرورة الطبية؛ رفض المطالبات؛ المشاركة في الكلفة؛ الملاءة المالية؛ التأمين التعاوني والتجاري؛ مجمع الفقه الإسلامي الدولي؛ هيئة التأمين؛ مجلس الضمان الصحي.

تمهيد

موضوع الفصل وسياقه المحلي

القسط لا يشتري نتيجة صحية مضمونة، وإنما ينقل خطر النفقات غير المتوقعة من الفرد إلى وعاء جماعي. فتُجمع أقساط كثيرة لتمويل حاجات أقل عددًا وأعلى كلفة. ولذلك يجتمع في العقد أمران: حق فردي ناشئ عن التغطية، وأمانة جماعية تقتضي ألا تُهدر أموال المشتركين في تدخل لا ينفع. ثم ينشأ التوتر الأخلاقي حين تكون الشركة في الوقت نفسه مفسِّرة للوثيقة، ومقيِّمة للحاجة، ودافعة للكلفة؛ فهي الخصم والحكم في آن.

ويجمع النظام الصحي السعودي بين رعاية عامة تمولها الحكومة، وضمان صحي خاص إلزامي لفئات يحددها النظام. وقد صدر نظام الضمان الصحي التعاوني بمرسوم ملكي، بناءً على قرار مجلس الوزراء رقم (71) وتاريخ 27/4/1420هـ، ونصت مادته السابعة على الخدمات الأساسية

CC BY-NC-ND 4.0

التي تغطيها الوثيقة، وأجازت مادته الثامنة توسيعها بملاحق إضافية بكلفة إضافية [1]. وتحدد وثيقة الضمان الأساسية وجدول منافعها الحد الأدنى الذي لا يجوز النزول عنه [2].

ثم أنشئت هيئة التأمين بقرار مجلس الوزراء رقم (85) وتاريخ 28/1/1445هـ، وقد نص القرار على أن تمارس الهيئة الاختصاصات المتعلقة بقطاع التأمين الواردة في نظام الضمان الصحي التعاوني، وأن تضع آلية للتنسيق مع مجلس الضمان الصحي لنقلها خلال مدة لا تتجاوز ثلاث سنوات [4]. وجعل تنظيم الهيئة من أهدافها تنظيم قطاع التأمين والإشراف والرقابة عليه، وحماية حقوق المؤمن لهم، واستقرار القطاع [5]. ثم أعلنت الهيئة انتقال اختصاصات التأمين الصحي إليها في 4 مارس 2024م، فصارت شكاوى التأمين الصحي تُرفع منذ ذلك التاريخ عبر قنواتها [6، 7].

والتأمين الصحي أكبر فروع السوق السعودي. ففي عام 2025م بلغت أقساطه المكتتبة نحو 47.8 مليار ريال، وعدد المؤمن لهم نحو 14.47 مليونًا، ونسبة المطالبات الإجمالية 83.0%، والنسبة المجمعة الصافية 96.1% بعد أن كانت 94.7% في العام السابق [8]. ونسبة مجمعة قريبة من 100% تعني أن هامش الاكتتاب ضيق؛ ولكنها لا تبيح أن يُنقل عبء الاستدامة إلى المريض بقرار مبهم، بل تدعو إلى تسعير أدق واحتياطيات وإدارة قيمة ووقاية.

الدراسات السابقة وما يضيفه الفصل

أثر التغطية في الصحة. في تجربة أوريغون العشوائية بالقرعة زاد اكتساب تأمين ميديكيد استعمالَ الخدمات وتشخيصَ السكري وعلاجه، وخفض الاكتئاب والضغط المالي، من غير تحسن ذي دلالة في مؤشرات ضغط الدم والكوليسترول والسكر التراكمي خلال نحو سنتين [9]. فما الدرس؟ أن التغطية أداة وصول وحماية مالية، وأن النتيجة السريرية تحتاج إلى تصميم خدمة ووقاية واستمرارية. ووجدت دراسة شبه تجريبية لإصلاح ماساتشوستس انخفاض الوفيات الكلية 2.9% والوفيات القابلة للتأثر بالرعاية 4.5%، وقدّرت أن نحو 830 بالغًا يكتسبون التأمين لمنع وفاة واحدة سنويًا [10]. ولكن التصميم رصدي لا يثبت السببية الكاملة، فيُنقل الرقم إلى سياق آخر بحذر.

أثر الموافقة المسبقة. في دراسة Kyle وKeating على مستفيدي ميديكير ممن يتناولون أدوية سرطان فموية قائمة، ارتبط فرض موافقة مسبقة جديدة بارتفاع احتمال التوقف عن الدواء خلال 120 يومًا، وبتأخر صرف الوصفة التالية نحو عشرة أيام [11]. وفي مسح Chino وزملائها لـ 178 مريض سرطان مروا بتجربة الموافقة المسبقة، أفاد 69% بتأخير، وكان التأخير أسبوعين فأكثر لدى 73% ممن تأخروا، ولم يتلق 22% الرعاية الموصى بها بسبب التأخير أو الرفض [12]. على أن العينة غير احتمالية وذاتية الإبلاغ، فلا تُعمم نسبها على المرضى جميعًا.

المشاركة في الكلفة والقيود الدوائية. راجعت دراسة منهجية 44 بحثًا في الأدوية التخصصية، فوجدت أن انخفاض المشاركة في الكلفة يرتبط بالتزام أعلى وانقطاع أقل، وأن الموافقة المسبقة تؤخر بدء العلاج، ودعت إلى دراسة الأثر الطويل في النتائج الصحية [13]. ووجدت مراجعة أخرى أن القيود على قوائم الأدوية تخفض الاستعمال والإنفاق الدوائي، ولكن بعض هذا الوفر يقابله ارتفاع في استعمال الخدمات والكلفة الطبية، مع ارتباطها بانخفاض الالتزام وبنتائج سلبية لدى المرضى [14]. فالتوفير القصير لا يثبت قيمة صحية؛ فقد يخرج المال من باب الصيدلية ليعود من باب الطوارئ والتنويم.

CC BY-NC-ND 4.0

خفض الرعاية منخفضة القيمة. خلصت مراجعة منهجية إلى أن أقوى التدخلات في خفض الرعاية منخفضة القيمة هي المتعددة المكونات، الموجهة إلى الطبيب والمريض معًا، كدعم القرار السريري والتغذية الراجعة، وأن فعالية قيود شركات التأمين والدفع مقابل الأداء ما زالت تحتاج إلى مزيد بحث [15].

الدليل المحلي. حللت دراسة سعودية منشورة سنة 2025م مطالبات مرفوضة في مركز طبي أكاديمي، فكان من أبرز أسباب الرفض الخدمات غير المشمولة بالوثيقة، والأخطاء التقنية في النظام، ونقص التوثيق الطبي، وارتبط الرفض بعمر المريض وكلفة الخدمة ونوع القسم وشهر تقديم المطالبة [16]. ودلالتها أن التوثيق الصادق الدقيق مسؤولية أخلاقية ونظامية معًا، وأن جزءًا من الرفض خلل إداري يمكن تصحيحه، لا خلاف سريري.

ما يضيفه الفصل. تتناول الدراسات السابقة أثر أداة واحدة، أو تناقش التأمين اقتصاديًا أو فقهيًا كلًّا على حدة. ويضيف الفصل ثلاثة أمور: تصنيفًا للرفض يربط كل نوع بعلاجه؛ وجمعًا لقرارات المجامع والهيئات في التأمين بصيغها وتواريخها في موضع واحد، مع بيان أثرها في التطبيق السعودي؛ وأدوات عملية تحفظ حق المريض وملاءة الصندوق معًا.

المشكلة والسؤال المركزي

المشكلة أن قرار التغطية مالي في ظاهره، سريري في أثره. فتأخير موافقة قد يعني انقطاع دواء، ورفض تحويل قد يعني فوات نافذة علاج، وحدُّ فرعي بلا إنذار قد يعني توقف غسيل كلوي. وفي الجهة الأخرى، فإن قبول كل طلب بلا معيار يستنزف مال المشتركين، ويرفع القسط على الأصحاء والمرضى معًا.

والسؤال المركزي: كيف يُتخذ قرار التغطية بحيث يحمي المريض من الضرر الذي يمكن تجنبه، ويحفظ المال المشترك من الهدر، ويبقى مشروعًا فقهيًا ومنضبطًا نظاميًا؟ والقاعدة الجامعة التي يدافع عنها الفصل: لا تسأل أولًا «هل الخدمة غالية؟»، بل اسأل «هل هي لازمة وفعالة لهذا المريض؟ وهل يشملها الحد التعاقدي أو النظامي؟ وهل يوجد بديل مكافئ أقل كلفة؟ وما الضرر المتوقع من التأخير؟». ثم يُتخذ القرار في مسار معلن قابل للمراجعة.

الأهداف والحدود

يهدف الفصل إلى أن يميز القارئ أنواع الرفض الأربعة وعلاج كل منها، وأن يعد طلب موافقة يجيب عن أسئلة الضرورة، وأن يعرف حكم التأمين الصحي فقهًا وقرارات المجامع فيه، وأن يعرف حقوق المؤمن له ومهل الموافقة وقنوات الشكوى في النظام السعودي، ثم أن يطبق ذلك كله على حالات واقعية.

ولا يتناول الفصل التأمين ضد الأخطاء المهنية الطبية (انظر الفصل 10، المبحث رابعًا)، ولا تفصيل حوافز الشركات وتضارب المصالح (انظر الفصل 18)، ولا تصميم مكافآت العاملين في المنشأة (انظر الفصل 17)، ولا معايير الأولوية وتوزيع الموارد الشحيحة على مستوى النظام (انظر الفصل 37). وواجب العلاج الإسعافي دون اشتراط المقابل مبسوط في الفصل 9، ويكتفي هذا الفصل بأثره في مسار الموافقة. ونموذج الأركان الأربعة وبواباته الخمس في الفصل 4 فلا يعاد شرحه.

CC BY-NC-ND 4.0

أولًا: الركن الطبي

1-1 الضرورة الطبية ليست رغبة الطبيب ولا الموافقة المالية

يحدد الركن الطبي التشخيص والهدف العلاجي والدليل والبدائل والزمن الآمن. وقد تكون الخدمة مفيدة غير لازمة، أو لازمة ولها بديل مكافئ أقل كلفة، أو لازمة لا تحتمل التأخير، أو تجريبية لم تُحسم فائدتها. لذلك ينبغي أن يجيب طلب الموافقة عن ستة أسئلة: ما الخطر؟ ما الهدف؟ ما الدليل؟ ما البديل؟ ما أثر التأخير؟ وما معيار نجاح التدخل أو إيقافه؟

ولا يجوز للطبيب أن يجعل الموافقة المالية حكمًا سريريًا، فيترك علاجًا لازمًا لأن الشركة لم ترد بعد. ولا يجوز لشركة التأمين أن تجعل حدًا ماليًا إنكارًا للضرورة. فالطبيب يوثق الحاجة والبدائل والزمن، والشركة تقرر التغطية بتسبيب، ويتعاون الطرفان على بديل مأمون حين لا تنطبق المنفعة.

1-2 الطوارئ تسبق المسار المالي

إذا كان التأخير يهدد الحياة أو العضو أو يوقع عجزًا، بدأت الرعاية واستُكمل المسار المالي بالتوازي أو بعد الاستقرار. وتعفي وثيقة الضمان الأساسية العلاج الطبي الطارئ من نسبة التحمل [3]، فلا يُحمَّل المريض في الطارئ نسبة تحمل ولا دفعة مقدمة بسبب تأخر الموافقة. وواجب العلاج الإسعافي دون اشتراط المقابل مقدمًا، وحكم المنشأة التي تعلق الإسعاف على ضمان مالي، مبسوطان في الفصل 9 (المبحث ثانيًا، 2-4؛ والحالة 9/1).

1-3 الموافقة المسبقة: منفعة محتملة وضرر محتمل

قد تمنع الموافقة المسبقة فحصًا مكررًا أو دواءً غير مناسب أو إجراءً منخفض القيمة، وتدفع إلى بديل آمن أقل كلفة. لكنها تضر إذا قامت على قواعد غير معلنة، أو تكررت طلباتها، أو راجعها من لا يملك الخبرة المناسبة، أو طُبقت آليًا بلا تمييز للحالة المختلفة، أو استغرق القرار زمنًا يتجاوز نافذة العلاج. والدراسات المعروضة في التمهيد تبين أن هذا الضرر قابل للقياس: انقطاع دواء قائم، وتأخير أيام، وحرمان بعض المرضى من الرعاية الموصى بها [11، 12].

والأصل أن تتناسب شدة الإجراء مع كلفة الخدمة وخطرها وعدم اليقين فيها، وأن تعفى الخدمات الراسخة عالية القيمة، والمقدمون ذوو السجل الموثوق، من الاحتكاك المتكرر.

1-4 مثال التصوير منخفض القيمة

ليس كل رفض طبي ضارًا. فالكلية الأمريكية للأطباء توصي بقصر التصوير في ألم أسفل الظهر على من لديه عجز عصبي شديد متفاقم، أو علامات تدل على سبب خطير أو محدد، وتقرر أن التصوير الروتيني لغيرهم لا يحقق فائدة سريرية معتبرة وقد يجر إلى ضرر [17]. فإذا طُبق معيار كهذا بتسبيب، مع إعادة التقييم عند ظهور علامة خطر، كان الرفض حماية للمريض وللوعاء المشترك معًا (انظر الحالة 19/1).

CC BY-NC-ND 4.0

1-5 حدود دور الطبيب

الطبيب شاهد خبير على الحاجة، لا ممثل مبيعات للمستشفى ولا موظف مطالبات للشركة. واجبه وصف الحقيقة والبدائل والزمن وخطر التأخير، وعدم تغيير التشخيص أو تضخيمه للحصول على تغطية. وإذا هدد التأخير المريض، صعّد طبيًا ونظاميًا، وأمّن الرعاية الآمنة الممكنة.

ثانيًا: الركن الأخلاقي

2-1 تجميع الخطر وحوافزه البنيوية

بيّن Arrow في بحثه المؤسس لاقتصاديات الصحة أن عدم اليقين في وقوع المرض وفي نتيجة العلاج هو ما يجعل الرعاية الصحية سوقًا لا تشبه غيرها، وأن التأمين جواب عن عدم اليقين هذا، ولكنه يخلق حوافز خاصة به [18]. ومن هذه الحوافز: الخطر الأخلاقي، أي زيادة الاستهلاك لأن الفرد لا يدفع الكلفة كاملة؛ والاختيار العكسي، أي ميل الأعلى خطرًا إلى شراء التغطية الأوسع؛ وانتقاء المخاطر، أي سعي الجهة الدافعة إلى جذب الأصحاء وإبعاد مرتفعي الكلفة. وليست هذه اتهامات أخلاقية للأشخاص، بل حوافز في بنية السوق نفسها تحتاج إلى تصميم منصف.

ولذلك توصي منظمة الصحة العالمية بتجمعات أكبر لا أصغر، وبمزيج خطر أكثر تنوعًا داخل التجمع، وبالتجمع الإلزامي لا الاختياري، وتعد التجزؤ سببًا لعدم الكفاءة؛ لأنه يحد من إعادة توزيع الأموال المدفوعة مقدمًا ومن توزيع الخطر [19]. وهذا لا يصدر حكمًا شرعيًا بذاته، ولكنه يبين أثر التصميم في تحقيق مقصد التكافل.

جدول: نماذج التأمين الصحي ومسائلها الأخلاقية

النموذج	فكرته المختصرة	أهم المسائل الأخلاقية
تمويل ضريبي عام	تجمع الدولة الإيرادات وتشتري الرعاية للجميع أو لفئات محددة.	أولوية الإنفاق، وقوائم الانتظار، والعدالة بين المناطق، وشفافية الترشيد.
تأمين اجتماعي إلزامي	اشتراكات مرتبطة بالعمل والأجر في صناديق عامة أو شبه عامة، مع حزمة أساسية.	التضامن بين الأصحاء والمرضى، وتعديل المخاطر، وحماية غير القادر.
تعاوني أو تكافلي	اشتراكات في صندوق مستقل للتعاون وجبر الضرر، تديره شركة بأجر أو مضاربة.	استقلال الصندوق، وملكية الفائض، والرقابة الشرعية، والإفصاح عن المصروفات.
تجاري ربحي	الشركة تتحمل الخطر مقابل قسط وتسعى إلى عائد للمساهمين.	تعارض الربح مع دفع المطالبات، والانتقاء، ووضوح الاستثناءات.
صاحب عمل ممول ذاتيًا	المنشأة تتحمل المطالبات وتستعين بمدير مطالبات خارجي.	فصل القرار السريري عن مصلحة صاحب العمل، وسرية الموظف، وخطر المطالبة

CC BY-NC-ND 4.0

النموذج	فكرته المختصرة	أهم المسائل الأخلاقية
		الكبيرة.
رعاية مدارة وشبكات	تعاقد انتقائي وإحالة وموافقة مسبقة وشبكات متفاوتة.	كفاية الشبكة، وحرية الاختيار، واستمرارية العلاج، وحوافز المقدمين.
تعويض نقدي عن أمراض محددة	مبلغ ثابت عند حدث محدد، لا شراء مباشر لكل خدمة.	الفرق بين التعويض والتغطية العلاجية، وتجنب التسويق المضلل.

2-2 الوثيقة والشبكة والموافقة ليست شيئًا واحدًا

الوثيقة تحدد المنافع والاستثناءات والحدود ونسب التحمل وإجراءات المطالبة. والشبكة تحدد من يقدم الخدمة وبأي مسار، ويجب أن تكون كافية جغرافيًا وتخصصيًا. والموافقة المسبقة أداة إجرائية للتحقق، لا منفعة مستقلة، ولا حكم نهائي على الضرورة. والتسعير يقدر الخطر قبل العقد، وأما الفصل في المطالبة فيطبق الوثيقة بعد وقوع الحاجة؛ فإذا خُلط بينهما انفتح باب الانتقاء بعد المرض. والترميز لغة إدارية، فلا يجوز أن يطغى خطؤه القابل للتصحيح على حقيقة حالة طبية عاجلة.

2-3 خمسة مبادئ متزاحمة

- **الإحسان وعدم الضرر:** تمويل الخدمة النافعة، ومنع تأخير يسبب تدهورًا، وعدم دفع تدخل ضعيف الدليل قد يضر المريض.
- **العدالة:** الحالات المتشابهة تُعامل بمعيار واحد، مع استثناء معلل حين تختلف الحالة سريريًا.
- **الاستقلال:** يعرف المريض ما يغطيه العقد وأسباب الرفض وبدائله، ولا يُقدَّم له الوعد الطبي كأنه وعد مالي.
- **التضامن:** الأقساط وعاء مشترك يساند مرتفعي الحاجة، لا سوق ينتقي الأصحاء.
- **الرعاية المسؤولة للموارد:** الكلفة فرصة علاج لمرضى آخرين، لكنها تُدار بمعايير القيمة لا بالحرمان الخفي.

2-4 هل رفض العلاج بسبب الكلفة غير أخلاقي دائمًا؟

ليس دائمًا. فلا يستطيع نظام تمويل أن يشتري كل تدخل مهما كان أثره أو سعره. وقد يكون عدم التمويل منصفًا إذا كان الدليل ضعيفًا، أو المنفعة هامشية جدًا، أو وُجد بديل مكافئ أقل كلفة، أو كان القرار جزءًا من حزمة عامة معلنة طُبقت على الجميع. ولكنه يصير غير أخلاقي إذا كان غرضه الحقيقي تحسين الربح بعد أن تحقق الخطر، أو طُبق على مريض بعينه بقاعدة غير معلنة، أو استند إلى تشخيص آلي خاطئ، أو لم يعرض بديلًا، أو تجاهل الضرر الزمني، أو استهدف مرضًا أو إعاقة أو عمرًا بلا مبرر سريري.

CC BY-NC-ND 4.0



شكل: متى يكون عدم تمويل العلاج منصفًا، ومتى يصير غير أخلاقي؟ والقاعدة الجامعة في قرار التغطية.

وصاغ Daniels وSabin معيار «المساءلة عن المعقولية» لقرارات تحديد الموارد، وجعلاه في شروط أربعة: علانية أسباب القرار، وارتباطها بأدلة وقيم يقبلها أصحاب المصلحة المنصفون، وإتاحة الاعتراض والمراجعة، ووجود جهة تضمن تطبيق الشروط الثلاثة [20]. ويضيف الفصل شرطين للرعاية المؤمَّنة: مهلة تتناسب مع الخطر السريري، وقرارًا يحدد البديل أو مسار الأمان عند الرفض. وتفصيل ترتيب الأولويات وتوزيع الموارد الشحيحة على مستوى النظام في الفصل 37.

وهذا اختبار أخلاقي من سبعة أسئلة، تضعه أمام كل قرار رفض: هل القاعدة معلنة؟ هل تستند إلى دليل؟ هل تطبق على المتشابهين؟ هل راعت أثر الزمن؟ هل يوجد بديل فعال متاح؟ هل يمكن الاعتراض أمام مراجع مستقل؟ وهل يقاس ما حدث للمريض بعد القرار؟ فإذا سقطت هذه الأسئلة لم يكفِ التوفير المالي مبررًا.



CC BY-NC-ND 4.0

شكل: معيار «المساءلة عن المعقولية» في قرار الرفض: شروطه الأربعة، وشرطان يضيفهما الفصل للرعاية المؤمَّنة.

2-5 المشاركة في الكلفة: جرعة لا حاجز

التحمل قد يقلل الاستعمال الهامشي، ولكنه لا يميز بذاته بين خدمة نافعة وأخرى قليلة القيمة، ويثقل على منخفض الدخل والمريض المزمن أكثر من غيرهما. ولذلك يدعو تصميم التأمين القائم على القيمة إلى خفض التحمل في الخدمات عالية المنفعة، كالأدوية المثبتة للمرض المزمن، ورفعه بحذر في الخدمات منخفضة القيمة [21]. وتؤيد المراجعة المنهجية في الأدوية التخصصية أن المشاركة المرتفعة تزيد ترك الدواء وانقطاعه [13]؛ فلا تُختزل المشاركة في الكلفة في شعار توفير.

2-6 تضارب المصالح والشفافية

لشركة التأمين مصلحة مشروعة في الاستمرار والربح المنظم، ولمقدم الخدمة مصلحة مالية في زيادة النشاط، وللمريض ميل إلى أقصى احتمال للعلاج ولو كان ضعيفًا، ولصاحب العمل ميل إلى خفض القسط؛ فكل طرف يشد الحبل إلى جهته. والحل ليس اتهام طرف بعينه، بل فصل الوظائف: معيار تغطية منشور، ومراجعة سريرية مستقلة، وإفصاح عن الحوافز، وتدقيق قرارات الرفض والقبول معًا، وقياس الضرر بعد القرار، وعقود لا تكافئ عدد الرفض ولا حجم الخدمة الخام. وقواعد تضارب المصالح في العلاقة بالشركات، ومنها ألا يرتبط دخل الممارس بقبول خدمة أو رفضها لمريض بعينه، مبسوطة في الفصل 18.

ثالثًا: الركن الفقهي

3-1 التكييف: بين التعاون والمعاوضة

الأصل المقاصدي في التأمين الصحي حفظ النفس والمال ورفع الحرج، مع الوفاء بالعقود ومنع أكل المال بالباطل. والحكم التفصيلي يتبع حقيقة العقد لا اسمه: هل الأقساط تبرعات لصندوق مستقل يملكه المشتركون وتديره شركة بأجر أو مضاربة؟ أم معاوضة احتمالية تملك فيها الشركة القسط مقابل التزام غير معلوم؟ وهل توجد رقابة شرعية وفصل للحسابات وسياسة للفائض والعجز وإعادة التأمين؟ فالقرار الفقهي لا يُستخرج من بطاقة التأمين، بل من قراءة العقد وملكية الأقساط واستقلال الصندوق وأجر الإدارة والاستثمار والرقابة.

3-2 قرارات المجامع والهيئات في التأمين

قرار هيئة كبار العلماء رقم (51) وتاريخ 4/4/1397هـ. قررت فيه الهيئة جواز التأمين التعاوني بديلًا عن التأمين التجاري [22]. وهو القرار الذي أحال إليه نظام الضمان الصحي التعاوني (انظر 3-3).

القرار الخامس للمجمع الفقهي الإسلامي برابطة العالم الإسلامي في دورته الأولى (1398هـ). قرر المجمع بالأكثرية تحريم التأمين بجميع أنواعه، سواء أكان على النفس

CC BY-NC-ND 4.0

أم على البضائع التجارية أم غير ذلك، وقرر بالإجماع الموافقة على قرار هيئة كبار العلماء رقم (51) في جواز التأمين التعاوني بدلًا عن التأمين التجاري المحرم [23].

قرار مجمع الفقه الإسلامي الدولي 9 (9/2) بشأن التأمين وإعادة التأمين. صدر في الدورة الثانية بجدة، 10–16 ربيع الآخر 1406هـ (22–28 ديسمبر 1985م)، ونصه:

> «أولًا: أن عقد التأمين التجاري ذي القسط الثابت الذي تتعامل به شركات التأمين التجاري عقد فيه غرر كبير مفسد للعقد. ولذا فهو حرام شرعًا. ثانيًا: أن العقد البديل الذي يحترم أصول التعامل الإسلامي هو عقد التأمين التعاوني القائم على أساس التبرع والتعاون، وكذلك الحال بالنسبة لإعادة التأمين القائم على أساس التأمين التعاوني.» [24]

ودعا القرار في بنده الثالث الدول الإسلامية إلى إقامة مؤسسات للتأمين التعاوني ولإعادة التأمين التعاوني [24].

قرار مجمع الفقه الإسلامي الدولي 149 (7/16) بشأن التأمين الصحي. صدر في الدورة السادسة عشرة بدبي، 30 صفر–5 ربيع الأول 1426هـ (9–14 أبريل 2005م). وعرّف عقد التأمين الصحي بأنه اتفاق يلتزم بموجبه شخص أو مؤسسة تتعهد برعايته بدفع مبلغ محدد أو عدد من الأقساط لجهة معينة، على أن تلتزم تلك الجهة بتغطية العلاج أو تكاليفه خلال مدة معينة. ثم فصّل حكمه:

> «أ- إذا كان التأمين الصحي مباشرًا مع المؤسسة العلاجية فإنه جائز شرعًا بالضوابط التي تجعل الغرر يسيرًا مغتفرًا ... ب- إذا كان التأمين الصحي عن طريق شركة تأمين إسلامي (تعاوني أو تكافلي) تزاول نشاطها وفق الضوابط الشرعية ... فهو جائز ... ج- إذا كان التأمين الصحي عن طريق شركة تأمين تجاري فهو غير جائز.» [25]

ونص القرار على أن تقوم الجهات المختصة بالإشراف والرقابة على عمليات التأمين الصحي بما يحقق العدالة ويرفع الغبن والاستغلال ويحمي المستأمنين، وأوصى بدعوة الحكومات الإسلامية والجمعيات الخيرية ومؤسسات الأوقاف إلى توفير التأمين الصحي مجانًا أو بمقابل مناسب لغير القادرين [25].

قرار مجمع الفقه الإسلامي الدولي 200 (6/21) بشأن الأحكام والضوابط الشرعية لأسس التأمين التعاوني. صدر في الدورة الحادية والعشرين بالرياض، 15–19 محرم 1435هـ (18–22 نوفمبر 2013م). ووصف التأمين التعاوني بأنه عقد جديد أساسه التعاون المنضبط بالضوابط الشرعية، وعرّفه بأنه اشتراك مجموعة أشخاص يتعرضون لخطر أو أخطار معينة، على أن يدفع كل منهم مبلغًا معينًا على سبيل التعاون لصندوق غير هادف للربح. وفصّل الفروق بينه وبين التجاري: وجود صندوق مستقل، وإدارة الشركة له وكالةً لا أصالةً، وملكية المشتركين للأقساط، وحكم الفائض وعوائد الاستثمار وموجودات التصفية، والالتزام بالرقابة الشرعية [26].

3-3 حكم التأمين الصحي في التطبيق السعودي

نصت المادة السابعة عشرة من نظام الضمان الصحي التعاوني على تطبيق الضمان عن طريق شركات تأمين تعاونية سعودية مؤهلة تعمل بأسلوب التأمين التعاوني «على غرار ما تقوم به الشركة الوطنية للتأمين التعاوني ووفقًا لما ورد في قرار هيئة كبار العلماء رقم (51) وتاريخ

CC BY-NC-ND 4.0

4/4/1397هـ» [1]. وهذه إحالة نظامية مهمة تبين أن المنظم قصد الصيغة التعاونية التي أقرتها الهيئة.

ويرى المؤلف أن هذه الإحالة لا تغني وحدها عن فحص التطبيق العملي: فالاسم النظامي «تعاوني» لا يحسم تفاصيل التكييف، والمعتبر ما قرره المجمع الدولي في القرار 200 (6/21) من استقلال الصندوق وملكية المشتركين وضوابط الفائض والرقابة الشرعية [26]. وحظ الممارس والمريض من هذا الخلاف الفقهي محدود في الموقف السريري: فالتأمين الإلزامي واقع نظامي، وحفظ النفس لا يؤجل لأجل تكييف العقد. وفي منازعة علاجية عاجلة يُفصل أولًا بين إنقاذ النفس وتسوية الحق المالي لاحقًا.

3-4 القواعد الفقهية الحاكمة للرفض والتمويل

أصول القواعد الكلية وأدلتها مبسوطة في الفصل 2، ويكفي هنا أثرها في قرار التغطية:

- **«لا ضرر ولا ضرار»:** لا يؤخَّر إنقاذ لازم لمنازعة مالية، ولا يُلقى على الصندوق عبء غير منضبط يضر مجموع المشتركين.
- **«الضرر يزال» و«الضرر لا يزال بمثله»:** يزال ضرر المريض بوسيلة لا تنقل ضررًا مساويًا إلى المرضى الآخرين إذا وجد بديل مكافئ.
- **«المشقة تجلب التيسير» و«الضرورة تقدر بقدرها»:** الاستثناء السريري ممكن، لكنه موثق ومحدود بالحاجة.
- **الوكالة والضمان:** في التأمين التعاوني يقع التزام التغطية على صندوق المشتركين، والشركة وكيلة في إدارته لا تضمن إلا ما نشأ عن تعديها أو تفريطها [26]؛ وتضييق الوعد بعد وقوع الخطر، أو بيع منفعة لا يقدر الصندوق على الوفاء بها، تفريط في الوكالة. فإن كان النموذج تجاريًا في حقيقته لزم الشركة ما التزمت به بقاعدة «الغنم بالغرم».
- **«المعروف عرفًا كالمشروط شرطًا»:** الأعراف الفنية تكمل العقد ولا تناقض نصه ولا تسقط حقًا أساسيًا فيه، ولذلك يلزم وضوح العقد.
- **ترتيب المقاصد:** حفظ النفس مقدم في الطوارئ، وحفظ المال معتبر في اختيار البديل المكافئ ومنع التكرار والاحتيال.

3-5 التكافل خارج العقد

أوصى القرار 149 (7/16) بأن توفر الحكومات والجمعيات الخيرية والأوقاف التأمين الصحي لغير القادرين [25]. ويُبنى على ذلك أن الزكاة والوقف والصناديق الخيرية لا ينبغي أن تصير بديلًا دائمًا عن التزام تعاقدي صحيح، لكنها تسد فجوة غير القادر والمنافع الكارثية النادرة. والتأمين الذاتي قد يناسب منشأة كبيرة ذات احتياطيات وخبرة فنية وإعادة تأمين للمطالبات الكبيرة، لكنه خطر على الفرد أو الصندوق الصغير إذا جاءت مطالبة كارثية.

رابعًا: الركن النظامي

4-1 النصوص الحاكمة

جدول: النصوص النظامية المؤثرة في التأمين الصحي

CC BY-NC-ND 4.0

النص	رقمه وتاريخه	أثره العملي
نظام الضمان الصحي التعاوني	صدر بمرسوم ملكي، بناءً على قرار مجلس الوزراء رقم (71) وتاريخ 27/4/1420هـ	الخدمات الأساسية (م7)، والملاحق الإضافية (م8)، والتطبيق بأسلوب التأمين التعاوني (م17) [1].
نظام مراقبة شركات التأمين التعاوني	المرسوم الملكي رقم (م/32) وتاريخ 2/6/1424هـ، وتعديلاته بالمرسومين (م/30) و(م/12)	رأس مال مدفوع لا يقل عن 300 مليون ريال، واحتياطي نظامي، واحتياطيات فنية لكل فرع [27].
قرار إنشاء هيئة التأمين	قرار مجلس الوزراء رقم (85) وتاريخ 28/1/1445هـ	ممارسة الهيئة اختصاصات قطاع التأمين الواردة في نظام الضمان الصحي التعاوني ونقلها من مجلس الضمان الصحي [4].
تنظيم هيئة التأمين	الصادر مع قرار الإنشاء	التنظيم والإشراف والرقابة، وحماية المؤمن لهم، واستقرار القطاع [5].
وثيقة الضمان الأساسية وجدول منافعها	مطبقة في نسختها المحدثة من 1 أكتوبر 2022م	الحد السنوي ونسب التحمل والشبكة ومهل الموافقة والطوارئ [2، 3، 7].

4-2 انتقال الإشراف إلى هيئة التأمين

قبل إنشاء هيئة التأمين كان مجلس الضمان الصحي يتولى تطبيق نظام الضمان الصحي التعاوني والإشراف على وثيقته. ثم نص قرار مجلس الوزراء رقم (85) على أن تمارس الهيئة جميع الاختصاصات والمسؤوليات المتعلقة بقطاع التأمين الواردة في نظام الضمان الصحي التعاوني، وأن تضع آلية للتنسيق مع مجلس الضمان الصحي لنقلها خلال مدة لا تتجاوز ثلاث سنوات من تاريخ القرار [4]. وأعلنت الهيئة بدء ممارستها اختصاصات التأمين الصحي في 4 مارس 2024م، وتوجيه شكاوى التأمين الصحي إليها منذ ذلك التاريخ [6، 7].

وأثر ذلك عمليًا أن الشكوى من شركة التأمين في موافقة أو مطالبة أو شبكة ترفع اليوم إلى هيئة التأمين. أما المستندات الصحية التي أصدرها مجلس الضمان الصحي، كالوثيقة الأساسية وجدول منافعها، فهي مرجع المنافع والالتزامات ما لم تُعدَّل بالطريق النظامي [2، 3].

4-3 الحد الأدنى في الوثيقة الأساسية

لا يوجد سلم نظامي موحد لفئات أعلى بأسماء ثابتة. فالدرجة الدنيا هي منافع الوثيقة الأساسية الإلزامية، وما فوقها ترتيبات تعاقدية تزيد الشبكة أو نوع الغرفة أو تخفض التحمل أو تضيف منافع، وقد تسمى ذهبية أو تنفيذية أو بحروف بحسب الشركة. ولا يجوز أن تجعل التسمية التسويقية الفئة الأدنى أقل من الحد النظامي.

CC BY-NC-ND 4.0

جدول: مختارات من جدول منافع الوثيقة الأساسية

المنفعة	الحد أو التحمل	ملاحظة تطبيقية
الحد السنوي الإجمالي	مليون ريال لكل مؤمن له في مدة الوثيقة	الحدود الفرعية داخلة فيه.
العلاج الطبي الطارئ	لا يُستقطع منه أي نسبة تحمل	لا تتوقف رعاية الطارئ على الموافقة.
التنويم	لا نسبة تحمل	يُستثنى مع الطوارئ من نسبة التحمل [7].
زيارة الرعاية الأولية	نسبة تحمل من 0 إلى 5%	تعزز بوابة الرعاية الأولية والإحالة.
الاختصاصي بعد إحالة	نسبة تحمل من 0 إلى 10%	الإحالة من الرعاية الأولية أو الطوارئ.
الاختصاصي بلا إحالة	نسبة تحمل من 0 إلى 50%	أداة لتوجيه المسار، لا مانع عند الحاجة العاجلة.

والمصدر جدول المنافع المنشور [3]. وأُدرجت زراعة الكلى ورُفع الحد الأعلى لغسيل الكلى في النسخة المحدثة [2]. وسائر الحدود الفرعية (كالأمومة والصحة النفسية والغسيل الكلوي والأسنان) تُقرأ من جدول المنافع النافذ نفسه عند الحاجة، لأنها حدود قصوى مشروطة بالاستطباب والإجراءات، لا وعد باستحقاق كل خدمة.

كيف تُقرأ «الدرجة العليا»؟ لا يكفي اسم الفئة. تقارَن: الحدود الفرعية، واتساع الشبكة داخل المدن وخارجها، ومستوى المستشفى، ونوع الغرفة، واشتراط الإحالة، ونسب التحمل، والدواء، والحمل والأسنان والصحة النفسية، والعلاج خارج الشبكة وخارج المملكة، وإدارة الأمراض المزمنة، والاستثناءات وفترات الانتظار. والجودة الأخلاقية تقاس أيضًا بسرعة القرار ووضوح الاعتراض، لا بسعر القسط وحده.

4-4 الموافقة المسبقة والشبكة والرفض

تلزم الوثيقة الأساسية مقدم الخدمة بإرسال طلب الموافقة خلال 15 دقيقة كحد أقصى، وتلزم شركة التأمين بالرد خلال مدة لا تزيد على 60 دقيقة من استلامه. وإذا استفسرت الشركة أجاب مقدم الخدمة خلال 30 دقيقة، ولا تتجاوز إجراءات طلب الموافقة كاملة 60 دقيقة [7]. وهذه مهلة قرار، لا مبرر لتعطيل الطوارئ. ونقص الملف يقتضي طلب استكمال محدد، لا رفضًا عامًا ولا حلقة أسئلة متتابعة تتجاوز المهلة.

وتلزم الوثيقة الشركة بشبكة كافية لمقدمي الخدمة في المناطق ومستويات الرعاية، ومنها مراكز تخصصية كمراكز الحوادث، والقلب والجلطات، والأورام، والعناية الحرجة لحديثي الولادة [7]. ولا يكفي وجود اسم مستشفى في القائمة إذا كان الوصول العملي أو الموعد أو التخصص غير متاح في الزمن الطبي المناسب.

CC BY-NC-ND 4.0

ويجب أن يـذكر الـرفض سـببه. ومن حـق المسـتفيد أن يعـرف: هـل السـبب عـدم اسـتحقاق، أو استثناء، أو تجاوز حد، أو نقص مستند، أو عدم ضرورة، أو خروج عن الشبكة؟ وإذا كان الخطـأ في الترميز أو المستند، وجب أن يحدد المطلوب لتصحيحه.

4-5 الشكوى والاعتراض

تُرفع شكاوى التـأمين الصـحي إلى هيئـة التـأمين عـبر منصـة (icare.ia.gov.sa) iCare أو خـط حماية العملاء 8001240551. ومن أراد الاعتراض على نتيجة شكوى فمسـاره لجـان الفصـل في المنازعات والمخالفات التأمينية [6].

4-6 الملاءة ليست شأنًا داخليًا

يلزم نظام مراقبة شركات التأمين التعاوني الشـركة بـرأس مـال مـدفوع لا يقـل عن 300 مليـون ريال، وباحتياطي نظامي يُقتطع من الأرباح، وباحتياطيات فنية لفـروع التـأمين [27]. وأعلنت هيئـة التأمين الانتقال إلى إطار رأس المال المبني على المخاطر إلزاميًا من 1 يناير 2027م، مع مرحلة تطبيق موازٍ تبدأ في يناير 2026م تحسب فيهـا الشـركات ملاءتهـا بالإطـارين [28]. فالإطـار عنـد تاريخ القطع في مرحلة انتقالية معلنـة. وأثـره الأخلاقي أن ضـعف الملاءة يُكتشـف مبكـرًا فيعـالج، بدل أن يظهر فجأة في تعليق المطالبات وحرمان المرضى.

4-7 منتج بلا موافقات مسبقة للعيادات الخارجية

في 20 أغسـطس 2026م وجهت هيئـة التـأمين شـركات التـأمين الصـحي إلى توفـير منتج جديـد يغطي العلاج في العيادات الخارجية دون موافقـات طبيـة مسـبقة، خيـارًا إضـافيًا لأصـحاب العمـل وحملة الوثائق، ابتداءً من 1 نوفمبر 2026م [29]. وهو عنـد تـاريخ القطـع اتجـاه تنظيمي لم يبـدأ نفاذه. وقيمته الأخلاقية تقاس بنتائجه وأسعاره واستثناءاته، لا بإلغاء الإجراء وحده.

خامسًا: أدوات عملية

5-1 متى يكون الرفض مشروعًا ومتى يكون ضارًا؟

جدول: أنواع قرارات الرفض وضوابطها

نوع القرار	قد يكون مشروعًا عندما	يصبح غير مقبول عندما	الاستجابة الصحيحة
غير ضروري طبيًا	لا توجد علامة استطباب، أو يخالف دليلًا معتبرًا مع بديل آمن.	تُستعمل قاعدة عامة رغم اختلاف المريض، أو يراجعه غير مختص.	تسبيب سريري، ومراجعة نظير، واستثناء موثق.
خارج المنفعة	الاستثناء واضح سابق للعقد وغير مخالف للحد الإلزامي.	كان غامضًا، أو أضيف بعد المرض، أو قُدم المنتج بصورة مضللة.	إيضاح النص والبدائل والاعتراض، والتحقق من الحد النظامي.
تجاوز حد مالي	الحد صحيح معلن،	يوقف علاجًا متصلًا	إنذار مبكر، وتنسيق

CC BY-NC-ND 4.0

نوع القرار	قد يكون مشروعًا عندما	يصبح غير مقبول عندما	الاستجابة الصحيحة
	والخدمة غير طارئة، ولها مسار بديل.	فجأة، أو يهدد الحياة بلا انتقال آمن.	إحالة، وتمويل كارثي أو عام، واستمرارية.
خارج الشبكة	يوجد بديل مكافئ متاح في زمن ومكان معقولين.	الشبكة ناقصة، أو الموعد يؤخر علاجًا حساسًا للزمن.	على الشركة ترتيب بديل مكافئ أو تغطية خارج الشبكة.
نقص مستند	المطلوب جوهري محدد يمكن استكماله دون خطر.	تتكرر الطلبات، أو لا يحدد النقص، أو تنتهي المهلة برفض آلي.	قائمة نواقص واحدة، واتصال مباشر، وعدم تعطيل الطوارئ.
بديل أقل كلفة	البديل مكافئ متاح، ولا مانع ولا فشل سابق.	يُفرض تسلسل «جرّب وافشل» رغم مانع أو خطر معروف.	استثناء سريع مبني على التاريخ المرضي.
تجريبي أو ضعيف الدليل	الفائدة غير مثبتة أو الخطر غير متناسب.	يُصنف علاج معياري تجريبيًا بقاعدة قديمة.	تحديث دوري، ولجنة تقنيات، ووصول مُدار عند عدم اليقين.
اشتباه احتيال	توجد مؤشرات موضوعية، ويستمر علاج المريض الآمن.	يعاقَب المريض قبل التحقيق، أو يعمم الاشتباه على فئة.	تدقيق مستقل، وحق الرد، وفصل المطالبة عن الإنقاذ.

5-2 عند إعداد طلب الموافقة

1. اكتب التشخيص بدرجته وخطورته، لا اسم المرض فقط، وأرفق النتيجة أو العلامة التي تحقق معيار الاستطباب.
2. حدد هدف الخدمة وما الذي سيتغير في الخطة بناءً على نتيجتها؛ فالفحص الذي لا يغير القرار أسهل رفضًا.
3. اذكر البدائل التي جُربت ونتائجها، وموانع البديل الأرخص، ولا تكتب «لا بديل» بلا شرح.
4. ضع مهلة سريرية: فوري، أو خلال ساعات، أو أيام، أو روتيني، واذكر الضرر المحدد من التأخير.
5. أرفق إرشادًا مختصرًا مناسبًا للحالة، ولا تغرق الطلب بمقالات لا تجيب عن السؤال.

5-3 عند وصول الرفض

1. صنف الرفض: طبي، أو تعاقدي، أو حد مالي، أو شبكة، أو نقص بيانات. ولا تبدأ الاعتراض قبل معرفة الفئة.
2. اطلب السبب الرسمي والمعيار والبديل والمهلة، وصحح الترميز أو النقص مرة واحدة بملف مرتب.
3. إن كان الخلاف سريريًا فاطلب مراجعة نظير إلى نظير، وبيّن الفارق الذي يجعل الحالة استثناءً.

CC BY-NC-ND 4.0

4. إن كان التأخير خطـرًا فعّـل المسـار العاجـل، ووثـق الاتصـالات والأوقـات، وقـدم الرعايـة الإسعافية أو الجسرية الممكنة.
5. اشرح للمريض الحقيقة: توصية الطبيب، وموقف التغطية، والبـدائل، والاعـتراض، والكلفـة المتوقعة، ولا تجعله ساعي بريد بين الجهتين (وأصول الصدق مع المريض في الفصل 8).
6. لا تغيّـر التشـخيص ولا تضـخم الخطـر لتجـاوز النظـام؛ فـذلك يعـرّض المـريض والطـبيب والمنشأة للمساءلة ويهدم الثقة.

5-4 مصفوفة القرار السريع

جدول: خمسة أسئلة قبل منازعة التغطية

السؤال	إذا كانت الإجابة نعم	إذا كانت الإجابة لا
هل توجد حالة طارئة أو نافذة زمنية قصيرة؟	ابدأ المسار الإسعافي أو العاجل ولا تنتظر الروتين.	استكمل الوثائق والتقييم المعتاد.
هل الخدمة لازمة بدليل مناسب؟	انتقل إلى سؤال المنفعة والبديل.	أعد النظر سريريًا قبل منازعة التغطية.
هل تشملها الوثيقة والحد؟	اطلب التنفيذ أو صحح الإجراء.	تحقق من الحد الإلزامي والملحق والاستثناء.
هل يوجد بديل مكافئ متاح؟	استعمله إذا لم يضر ولم يخالف تفضيلًا معتبرًا.	اطلب استثناءً معللًا أو تمويلًا بديلًا.
هل الرفض مسبَّب قابل للاعتراض؟	اتبع المسار وحدد نقطة الخلاف.	صعّد حمايةً للحق الإجرائي.

5-5 حلول تحفظ المريض وملاءة الصندوق

على مستوى الحزمة والتمويل. حزمة أساسية واضحة مبنية على العبء المرضي والدليل والقيمة، مع مراجعة معلنة دورية يشارك فيها المرضى والأطباء والاقتصاديون والفقهاء والقانونيون. وتجمع إلزامي واسع مع دعم أقساط غير القادرين، بدل صناديق اختيارية صغيرة يتركها الأصحاء عند ارتفاع السعر [19]. وتعديل للمخاطر يعوض الخطط التي تضم مرضى أعلى كلفة فيضعف حافز انتقاء الأصحاء. وإعادة تأمين أو صندوق للمطالبات الكارثية والأدوية فائقة الكلفة، يحمي الشركة الصغيرة من مطالبة نادرة ويحمي المريض من أن يصير «خطرًا غير مرغوب».

على مستوى شراء الخدمة. تقييم مستقل للتقنيات الصحية يفصل المنفعة السريرية عن التفاوض السعري، ويعلن السبب والدليل وموعد المراجعة. ففي إنجلترا إذا أوصى المعهد الوطني للصحة والرعاية المتميزة (NICE) بعلاج خيارًا متاحًا، وجب على الخدمة الصحية الوطنية توفيره خلال ثلاثة أشهر من النشر ما لم يُنص على غير ذلك، ومن فئات توصياته الاستعمال مع وصول مُدار [30]. ثم شراء قائم على القيمة، وقوائم دوائية مرنة مع استثناء سريع عند المانع أو الفشل، وشبكات كافية ومراكز تميز للحالات المعقدة، ووقاية وإدارة للأمراض المزمنة.

CC BY-NC-ND 4.0

على مستوى الموافقات والاعتراض. إعفاء الطوارئ والخدمات عالية القيمة والمقدمين ذوي نسب القبول المرتفعة، مع تدقيق لاحق لعينة. وبوابة رقمية موحدة تذكر فورًا: هل تحتاج الخدمة موافقة؟ وما المستندات؟ وما المهلة؟ وما حالة الطلب؟ وسبب رفض قابل للتنفيذ لا رمز مبهم. وقد ألزمت قاعدة أمريكية صدرت في 2024م فئات من الدافعين بإصدار القرار العاجل خلال 72 ساعة والعادي خلال 7 أيام تقويمية، وببيان سبب محدد للرفض، وبنشر مؤشرات الموافقة المسبقة علنًا [31]؛ وهي فكرة شفافية يستفاد منها دون نسخ نظام مختلف. ومسار «تمويل فردي استثنائي» للحالة المختلفة عن القاعدة، على غرار طلبات التمويل الفردي في الخدمة الصحية الوطنية الإنجليزية التي تنظر فيها لجنة مستقلة لم تشارك في علاج المريض، من أطباء وممرضين وخبراء صحة عامة وصيادلة وأعضاء من عامة الناس [32].

على مستوى الهدر والاحتيال. الهدر والاحتيال يضران المرضى لأنهما يرفعان القسط ويستنزفان الصندوق، لكن مكافحتهما تحتاج فصلًا بين الخطأ والغلو والاحتيال المتعمد: تحليلات تكشف النمط، ثم مراجعة بشرية، وإشعار الطرف، وحق الرد، وعدم وقف العلاج الضروري. ويُحاسب مقدم الخدمة على الفوترة الكاذبة، كما تُحاسب الشركة على الرفض الآلي المتكرر وتضارب حوافز من يراجعون الطلبات.

جدول: المشكلة المالية وأداة حلها

المشكلة المالية	أداة الحل	حماية المريض	حماية الملاءة
مطالبة نادرة فائقة الكلفة	إعادة التأمين أو صندوق كارثي	لا يُرفض المريض لأنه استثناء مالي.	حد أقصى معلوم لخسارة الخطة.
انتقاء المرضى	تعديل المخاطر والتسجيل المفتوح	لا يعاقَب المرض المزمن أو الإعاقة.	تعويض عادل لمحفظة أعلى خطرًا.
تقنية غالية غير يقينية	تقييم تقنيات ووصول مُدار	وصول مشروط بمتابعة وأهلية واضحة.	دفع مرتبط بالنتيجة أو بدليل لاحق.
خدمة منخفضة القيمة	إرشاد وقرار مشترك وتدقيق موجه	يبقى الاستثناء للحالة المختلفة.	خفض إنفاق بلا رفض شامل.
تأخر إداري	أتمتة معيارية وقرار فوري للطلبات البسيطة	زمن أقل وسبب واضح.	كلفة تشغيل أقل.
ضعف شركة	احتياطيات ورأس مال مبني على المخاطر واختبار ضغط	استمرارية المطالبات والتحويل المنظم.	تدخل مبكر بدل تعثر مفاجئ.

5-6 قائمة تحقق قبل إغلاق أي قرار رفض

- وُصف التشخيص والهدف والضرورة والبدائل ودرجة الاستعجال.
- حُدد نص المنفعة أو الاستثناء أو الحد، ولم يكتف القرار بعبارة عامة.
- راجعت الحالة جهة مؤهلة سريريًا حين كان الخلاف طبيًا.

CC BY-NC-ND 4.0

- ذُكر أثر التأخير، وفُصلت الطوارئ عن الإجراء المالي.
- عُرض بديل فعال متاح فعلًا، لا بديل نظري خارج المنطقة أو بعد فوات النافذة.
- أُعطي السبب كتابةً مع مسار الاعتراض ووسيلة الاتصال والمهلة.
- لم يُطلب من الطبيب تغيير التشخيص، ولم يطلب الطبيب خدمة غير لازمة لتجاوز العقد.
- خُطط لاستمرارية الدواء أو التنويم أو الانتقال عند بلوغ حد أو تغيير شبكة.
- اتُّخذ القرار بقاعدة تصلح لمريض آخر مماثل ويمكن شرحها علنًا.
- رُصدت النتيجة: هل عاد المريض إلى الطوارئ، أو انقطع علاجه، أو انقلب القرار في الاعتراض؟

سادسًا: الحالات التطبيقية

لا تُحل الحالات الآتية بعبارة واحدة تُلقى، مثل «الشركة ملزمة» أو «العقد شريعة المتعاقدين». وإنما يبدأ التحليل من حالة المريض، ثم القيم، ثم الحكم الفقهي، ثم النص النظامي، وينتهي بقرار قابل للتنفيذ يذكر المسؤول والزمن والبديل.

الحالة الأولى: رنين مغناطيسي لألم أسفل الظهر بلا علامات خطر

الوقائع. موظف في الخامسة والثلاثين يشكو ألمًا في أسفل الظهر منذ خمسة أيام، بعد أن حمل صندوقًا، بلا ضعف عصبي ولا خدر في منطقة السرج ولا اضطراب في التبول ولا حمى ولا نقص وزن ولا سوابق سرطان. طلب طبيب الأسرة رنينًا مغناطيسيًا تحت إلحاح المريض، فهو يخشى «الانزلاق الغضروفي» ويريد العودة إلى عمله. فرفضت الشركة الطلب وأحالت إلى مسار العلاج التحفظي، والمريض غاضب، يطلب من الطبيب «كتابة ما يلزم».

البوابات. الاستقرار الإسعافي: لا حالة طارئة ولا علامة إنذار. الأمن: لا خطر. القدرة على القرار: المريض قادر. صاحب الصفة: المريض في قراره العلاجي، والشركة في قرار التغطية وفق معيار معلن. السؤال المطلوب تقريره: هل يُنازَع الرفض، أم يُقبل مع خطة تحفظية وشروط لإعادة الطلب؟

الركن الطبي. توصي الكلية الأمريكية للأطباء بأن يُقصر التصوير على من لديه عجز عصبي شديد متفاقم أو علامات سبب خطير، وتقرر أن التصوير الروتيني لغيرهم لا يحقق فائدة سريرية معتبرة وقد يجر إلى ضرر [17]؛ فقد يكشف تغيرات عرضية شائعة تقود إلى تدخلات غير لازمة. وأكثر هذه الحالات يتحسن بالعلاج التحفظي خلال أسابيع.

الركن الأخلاقي. الرفض هنا يحمي المريض من ضرر محتمل، ويحمي الوعاء المشترك من إنفاق منخفض القيمة، إذا كان المعيار محدثًا ومعلنًا. والإحسان إلى المريض يا أخي الطبيب لا يكون بأن تجيبه إلى ما يطلب، بل بأن تشرح له سبب عدم الحاجة، وتخفف ألمه، وتعطيه علامات الإنذار التي تغيّر القرار.

الركن الفقهي. منع الضرر والهدر معتبر، والبديل التحفظي يحقق المقصود غالبًا. ولا يستحق المريض خدمة لا يدل عليها الطب لمجرد وجود التغطية. و«كتابة ما يلزم» بتضخيم الأعراض كذب وغش لا يحل.

CC BY-NC-ND 4.0

الركن النظامي. يجوز للشركة تطبيق معيار ضرورة معلن مع تسبيب، ولا يجوز لها رفض الطلب إذا أعيد بعلامة تغيّر الاستطباب. وللمريض حق الشكوى إلى هيئة التأمين إن رأى الرفض بلا معيار [6].

القرار المهني الموزون. يقبل الطبيب الرفض قبولًا مؤقتًا مشروطًا بغياب علامات الخطر، ويضع خطة تحفظية من مسكن مناسب وحركة متدرجة وتقييم لعودة آمنة إلى العمل، ويكتب للمريض قائمة علامات الإنذار ويحدد موعد مراجعة؛ لأن التصوير في هذه المرحلة لا يغير العلاج ولا يحسّن النتيجة، وقد يضر. ويُعاد النظر إذا ظهر ضعف عصبي متفاقم، أو احتباس بول، أو حمى، أو اشتباه جدي بسبب خطير، أو استمر الألم رغم علاج تحفظي مناسب، فيُعاد الطلب عاجلًا بالعلامة الجديدة.

الدرس. الرفض الطبي المسبَّب بمعيار محدث قد يكون إحسانًا، بشرط أن يبقى باب إعادة التقييم مفتوحًا عند تغير الحالة. وتقابلها الحالة 18/4 (حافز لخفض الإحالات والفحوص)، حيث يصير الرفض ثمرة حافز مالي لا معيار سريري (انظر الفصل 18، المبحث سادسًا).

الحالة الثانية: جراحة تخصصية لطفل ولا مقدم قادر داخل الشبكة

الوقائع. طفل في الرابعة شُخّص بحالة جراحية تحتاج إلى تدخل تخصصي خلال أسبوعين، وتأخيره يزيد التعقيد ويقلل فرصة الإصلاح الكامل. وفي شبكة الوثيقة مستشفى في المنطقة، ولكنه لا يملك الجراح المختص، وأقرب موعد لديه بعد ثلاثة أشهر. فطلبت الأسرة التحويل إلى مستشفى تخصصي خارج الشبكة في المدينة المجاورة، فرفضت الشركة بحجة أن «الخدمة متاحة داخل الشبكة».

البوابات. الاستقرار الإسعافي: الطفل مستقر الآن، لكن للعلاج نافذة زمنية محددة. الأمن: لا خطر. القدرة على القرار: الطفل قاصر. صاحب الصفة: الوالدان في القرار العلاجي، والشركة ملزمة بتوفير الشبكة. السؤال المطلوب تقريره: هل يكفي وجود الاسم في الشبكة، ومن يتحمل كلفة البديل حين لا يتاح العلاج داخلها في الزمن الطبي المناسب؟

الركن الطبي. التوافر على الورق لا يساوي وصولًا. فيحدد الجراح المعالج كتابةً النافذة الزمنية الآمنة، وأقرب مركز قادر فعلًا، وخطر التأخير المحدد.

الركن الأخلاقي. بيع شبكة لا يمكن استعمالها إخلال بالوفاء والعدالة، ولا ينبغي أن يدفع الطفل ثمن قصور في التعاقد. ولا يُطلب من الأسرة أن تختار بين علاج متأخر وكلفة لا تطيقها.

الركن الفقهي. الوفاء بالعقد واجب. والتزام الوثيقة بشبكة قادرة التزام على صندوق المشتركين، والشركة وكيلة في إدارته، تضمن ما نشأ عن تعديها أو تفريطها [26]؛ وبيع شبكة غير قادرة تفريط في الوكالة. فإن كان النموذج تجاريًا في حقيقته لزم الشركة الوفاء بما التزمت به، «الغنم بالغرم». ولا يُكلَّف المشترك بما يعجز عنه نتيجة قصور مدير الصندوق.

الركن النظامي. تلزم الوثيقة الأساسية الشركة بشبكة كافية تشمل المراكز التخصصية [7]. فإذا لم يوجد مقدم قادر في الزمن الطبي المناسب، لزم الشركة ترتيب بديل مكافئ أو تحمل الخدمة خارج الشبكة. وللأسرة رفع شكوى عاجلة إلى هيئة التأمين [6].

القرار المهني الموزون. يوثق الفريق المعالج عدم قدرة المستشفى الشبكي والموعد المتاح والنافذة الآمنة، ويرفع طلبًا عاجلًا للتحويل إلى البديل المكافئ الأقرب، وتتواصل إدارة المطالبات مع الشركة مباشرة، وتُرفع شكوى عاجلة إن لم يصدر القرار في مهلته؛ لأن الشبكة الاسمية لا

CC BY-NC-ND 4.0

تفي بالتزام التغطية، والتأخير يضر الطفل ضررًا محددًا. واستُبعد تحميل الأسرة الفرق لأنه نقل لقصور الشبكة إلى أضعف الأطراف. ويُعاد النظر إذا رتبت الشركة مقدمًا مكافئًا داخل الشبكة أو خارجها قبل انقضاء النافذة، فيُقبل ويُنقل الطفل إليه.

الدرس. الشبكة تقاس بقدرتها على العلاج في الزمن الطبي المناسب، لا بعدد الأسماء المكتوبة في قائمتها.

الحالة الثالثة: غسيل كلوي يقترب من الحد الفرعي

الوقائع. مواطن في الخامسة والأربعين يعمل في شركة خاصة، يتلقى غسيلًا دمويًا ثلاث مرات في الأسبوع منذ ثمانية أشهر، وهو على قائمة تقييم زراعة الكلى. ثم أبلغته الشركة أن الحد الفرعي للغسيل في وثيقته سيُستنفد خلال شهرين، وأن الجلسات بعد ذلك على نفقته. وهو لا يملك المال، ولا يعرف بديلًا، ويخشى أن يُطرد من الوحدة.

البوابات. الاستقرار الإسعافي: مستقر ما دام الغسيل مستمرًا، وانقطاعه يحوّل حالته إلى طارئة خلال أيام. الأمن: لا خطر. القدرة على القرار: قادر. صاحب الصفة: المريض، وصاحب العمل بوصفه حامل الوثيقة، والشركة، والمنشأة. السؤال المطلوب تقريره: كيف يُمنع انقطاع علاج منقذ للحياة مع احترام حد تعاقدي صحيح؟

الركن الطبي. إيقاف الغسيل يؤدي في مدة قصيرة إلى فرط بوتاسيوم الدم واحتباس السوائل ثم الوفاة. فلا بد من استمرار الجلسات، مع تسريع تقييم الزراعة، ومراجعة كفاءة الغسيل والبدائل.

الركن الأخلاقي. الحد المالي لا يمحو الحاجة. والإنصاف يقتضي إنذارًا مبكرًا، ومسار انتقال، وتمويلًا للمطالبات الكارثية، لا أن يُفاجأ المريض عند باب الوحدة. والعلاج المزمن عالي الكلفة هو المثال الأوضح على أن الصندوق الصغير لا يصلح لتحمل هذا الخطر وحده [19].

الركن الفقهي. حفظ النفس، والتعاون على البر، وتحريم إلقاء المريض إلى التهلكة. وقد أوصى القرار 149 (7/16) بتوفير التأمين الصحي لغير القادرين من الحكومات والجمعيات الخيرية والأوقاف [25]. وفي المقابل تراجع الفوترة والجدوى دون مساس بالجلسة اللازمة.

الركن النظامي. الحد الفرعي المنشور في جدول المنافع ملزم للطرفين [2]. ولا يجيز الحد قطع الرعاية الطارئة، وواجب العلاج الإسعافي قائم إذا تحولت الحالة إلى طارئة (انظر الفصل 9، المبحث ثانيًا). ويلزم تنسيق الحقوق قبل الاستنفاد: ملحق أعلى لدى صاحب العمل، أو برنامج حكومي، أو جهة خيرية.

القرار المهني الموزون. تستمر الجلسات دون انقطاع، وتبدأ المنشأة فورًا مسار انتقال منظم: مراجعة المطالبات المحتسبة على الحد، ومخاطبة صاحب العمل في ملحق أعلى، والإحالة المبكرة إلى برنامج حكومي أو جهة خيرية، وتسريع تقييم الزراعة، دون إلزام الصندوق بما يتجاوز حده التعاقدي؛ لأن انقطاع الغسيل مهلك، والحد صحيح لكن تنفيذه بلا انتقال ضرر متوقع. ويُعاد النظر إذا ثبت خطأ في احتساب المطالبات على الحد، فيُطلب التصحيح، أو أصبحت الزراعة ممكنة، فيُعاد ترتيب المسار كله.

الدرس. الحد المالي المعلن قد يكون صحيحًا، ولكن تنفيذه بلا إنذار مبكر ولا انتقال آمن ضرر يمكن تجنبه.

CC BY-NC-ND 4.0

الحالة الرابعة: طلب تغيير الترميز للحصول على الموافقة

الوقائع. امـرأة في الخمسـين تتـابع في عيـادة الباطنـة، طلبت لهـا طبيبتهـا فحصًـا غـير عاجـل، فرفضته الشركة لأن التشخيص المكتوب لا يحقق معيار الاستطباب. فاقترح موظف المطالبات أن تكتب الطبيبة تشخيصًا أشد «ليمر الطلب»، بحجة أن الفحص مفيد وأن الشركة «تـرفض دائمًـا». والمريضة لا تعلم بشيء من هذا، والطبيبة تحت ضغط عدد الطلبات المرفوضة في تقييم القسم.

البوابـات. الاسـتقرار الإسـعافي: الحالـة غـير عاجلـة. الأمن: لا خطـر جسـدي، لكن الضـغط المؤسسي قائم. القدرة على القرار: المريضة قادرة. صاحب الصفة: الطبيبـة في صـدق التوثيـق، والمريضة في قرار علاجها ومعرفة موقف التغطية. السؤال المطلـوب تقريـره: هـل يجـوز تعـديل التشخيص لتجاوز الرفض، وما المسار المشروع إن كان الفحص لازمًا؟

الركن الطبي. قـد يكـون الفحص لازمًـا وقـد لا يكـون، والحكم فيـه لمعيـار الاسـتطباب. ولكن التشخيص غير الصحيح يلوث السجل، ويبقى أثره في علاج المريضة لاحقًـا، وفي تأمينهـا ووثائقهـا، ويمنع تقييمًا صحيحًا لها ولغيرها.

الـركن الأخلاقي. الغايـة لا تـبرر الخـداع. والكـذب في التوثيـق ينقـل الـنزاع المؤسسـي إلى المريضة نفسها، ويخلق بيانـات مضـللة، ويهـدم الثقـة بين المنشـأة والـدافع، فيزيـد التـدقيق على المرضى جميعًا.

الركن الفقهي. الصدق والأمانة والوفاء بالعقد واجبة، وتغيير التشخيص شهادة بغير الحق وأخـذ لمال الصندوق بالباطل. و«الضرر لا يزال بمثله»، فيُسلك الاعتراض المشروع.

الركن النظامي. الترميز غير الصحيح قد يكوّن مطالبة غـير مسـتحقة ومخالفـة مهنيـة، وأحكـام تعـديل السـجل ومسـؤوليته مبسـوطة في الفصـل 10 (الحالـة 10/3). وللطبيبـة حـق الاعـتراض والتصعيد عبر المسار النظامي، لا تزوير السبب.

القرار المهني الموزون. ترفض الطبيبـة تغيـير التشـخيص، وتعيـد تقـييم الحاجـة إلى الفحص، فإن كان لازمًا أعادت الطلب بالتشـخيص الصـحيح والعلامـات والموانـع والنافـذة الزمنيـة، وطلبت مراجعة نظير إلى نظير، ثم شكوى عند اللزوم. وتبلغ المريضـة بموقـف التغطيـة وبـدائلها، وترفـع الواقعة إلى إدارة الجودة أو الالتزام بقدر الحاجـة دون اتهـام علـني للموظـف؛ لأن صـدق السـجل شرط لسلامة المريضة ولمشروعية المطالبة، والمسار المشـروع متـاح. ويُعـاد النظـر إذا ظهـرت علامة سريرية جديدة تحقق المعيار، فتُوثق بتاريخها ويُعاد الطلب بها.

الدرس. إصلاح الرفض يكون بالدليل والاعتراض، لا بتغيير الحقيقة في التشخيص أو الترميز.

وهذه قرارات حالات الفصل مجموعةً في جدول واحد: ما نفعل، ولماذا، ومتى يُعاد النظر.

جدول: الحالات في سطر

الحالة	نفعل	لأن	ويُعاد النظر إذا
رُفض رنين لألم أسفل الظهر منذ أيام بعد حمل صندوق، بلا علامات خطر، والمريض يطلب	قبول الرفض قبولًا مؤقتًا مشروطًا بغياب علامات الخطر، وخطة تحفظية بمسكن وحركة	التصوير في هذه المرحلة لا يغير العلاج ولا يحسّن النتيجة، وقد يضر	ظهر ضعف عصبي متفاقم أو احتباس بول أو حمى أو اشتباه جدي بسبب خطير، أو استمر الألم

CC BY-NC-ND 4.0

الحالة	نفعل	لأن	ويُعاد النظر إذا
«كتابة ما يلزم»	متدرجة وعودة آمنة للعمل، وقائمة علامات إنذار مكتوبة، وموعد مراجعة		رغم علاج تحفظي مناسب: يُعاد الطلب عاجلًا
طفل يحتاج جراحة تخصصية خلال أسبوعين، والمستشفى الشبكي بلا جراح مختص؛ رُفض التحويل لأن «الخدمة متاحة داخل الشبكة»	توثيق عجز المستشفى الشبكي والموعد والنافذة الآمنة، وطلب عاجل للتحويل إلى البديل المكافئ الأقرب، وتواصل مباشر مع الشركة، وشكوى عاجلة إن فاتت المهلة؛ دون تحميل الأسرة الفرق	الشبكة الاسمية لا تفي بالتزام التغطية، والتأخير يضر الطفل ضررًا محددًا	رتبت الشركة مقدمًا مكافئًا داخل الشبكة أو خارجها قبل انقضاء النافذة، فيُقبل ويُنقل الطفل إليه
مريض غسيل دموي يقترب من استنفاد الحد الفرعي، ولا مال له ولا بديل يعرفه	استمرار الجلسات دون انقطاع، ومسار انتقال فوري: مراجعة المطالبات المحتسبة، ومخاطبة صاحب العمل، وإحالة مبكرة لبرنامج حكومي أو خيري، وتسريع تقييم الزراعة؛ دون إلزام الصندوق بما يتجاوز حده	انقطاع الغسيل مهلك، والحد صحيح لكن تنفيذه بلا انتقال ضرر متوقع	ثبت خطأ في احتساب المطالبات على الحد (يُطلب التصحيح)، أو أصبحت الزراعة ممكنة (يُعاد ترتيب المسار كله)
موظف مطالبات يقترح على الطبيبة كتابة تشخيص أشد «ليمر الطلب» بعد رفض فحص غير عاجل	رفض تغيير التشخيص، وإعادة تقييم الحاجة، وإعادة الطلب بالتشخيص الصحيح ومراجعة نظير إلى نظير ثم شكوى، وإبلاغ المريضة بموقف التغطية وبدائلها، ورفع الواقعة للجودة دون اتهام علني	صدق السجل شرط لسلامة المريضة ولمشروعية المطالبة، والمسار المشروع متاح	ظهرت علامة سريرية جديدة تحقق المعيار، فتُوثق بتاريخها ويُعاد الطلب بها

CC BY-NC-ND 4.0

مواقف متكررة

ألم صدري حاد والموافقة لم تصل. يُعالَج المريض فورًا، ويُخطَر الدافع في الوقت نفسه، ويُوثق معيار الطوارئ والتوقيت، ولا يُحمَّل المريض دفعة مقدمة لأن الموافقة تأخرت؛ فمهلة الموافقة لا توقف الإنقاذ، والطوارئ في الوثيقة بلا تحمل [3، 7]. وتحليل الحالة كاملًا في الفصل 9 (الحالة 9/1: ألم صدري ومنشأة تطلب ضمانًا ماليًا).

رفض فحص أو دواء بعبارة «غير مغطى» بلا معيار. يُطلب السبب الرسمي ونص المعيار كتابةً، ويُرفع اعتراض مرفق بالإرشاد وخطة العلاج، ويُطلب اتصال اختصاصي باختصاصي. فإن بقي الرفض بلا معيار معتبر، رُفعت شكوى إلى هيئة التأمين [6]، وأمّنت المنشأة مسارًا مؤقتًا لا يفوّت نافذة العلاج. الضابط: الرفض قرار مسبَّب داخل مهلة، لا رمز مبهم يُلقى في وجه المريض.

شرط «جرّب وافشل» مع مانع موثق. لا يُلزَم المريض بأن يجرب دواءً سبق له معه تفاعل موثق، أو له فيه خطر معروف بحكم مرضه. فيُقبل الاستثناء بعد تحقق مختصر من السجل، ويوثق المانع ونتيجة العلاج السابق، وإن وُجد مكافئ آخر مأمون نوقش مع المريض بقرار مشترك. الضابط: التسلسل العلاجي يصلح للمريض النمطي، والعدالة تتيح استثناءً سريعًا للمريض المختلف.

قبول التنويم ورفض الغرفة الخاصة. يستمر التنويم في الغرفة المغطاة؛ فنوع الغرفة ميزة راحة، لا جوهر علاج، ما لم يوجد استطباب عزل. فإن أثبت الطبيب ضرورة العزل أُعيد الطلب طبيًا، وإلا اختار المريض الترقية على نفقته بعد بيان الفرق، بلا ضغط. الضابط: لا يُضخَّم الاستطباب لتغيير فئة الإقامة، ولا تُربط جودة الرعاية بترفها.

علاج فائق الكلفة ودليله متوسط. لا يعد الطبيب بما لا يملك، ولا ترفض الشركة آليًا لمجرد السعر. وإنما يُرفع الملف إلى لجنة تقنيات مستقلة سريعة، تفحص التشخيص والأهلية والبدائل ومقدار المنفعة وعدم اليقين، ويُبحث الوصول المُدار أو الدفع المرتبط بالنتيجة. فإن لم تثبت قيمة كافية رُفض بتسبيب، مع رعاية معيارية ودعم للأسرة ومراجعة عند دليل جديد. وإذا تنازعت الأسرة والفريق في جدوى العلاج أصلًا، فمسار التشاور الأخلاقي في الفصل 13. الضابط: المال المشترك أمانة، والوصول المشروط أولى من الرفض الأعمى.

اقتراب مريض نفسي من الحد الفرعي. يُستعمل المتبقي بكفاءة، ويبدأ انتقال مبكر إلى خدمة عامة أو برنامج مساند قبل الاستنفاد لا بعده، ولا تتوقف الأدوية الأساسية ولا المتابعة قبل تسليم سريري فعلي، ويُعترض إذا كانت الحالة طارئة أو حُسبت خدمات خطأً. الضابط: الحد المعلن قد يكون صحيحًا، ولكن تنفيذه بلا استمرارية ضرر متوقع، وللطوارئ حكمها.

سابعًا: النتائج والتوصيات

النتائج

1. التأمين الصحي تجميع للخطر وشراء للخدمة، لا وعد بعلاج غير محدود ولا رخصة للرفض. وقرار التغطية مالي في ظاهره، سريري في أثره.

CC BY-NC-ND 4.0

2. للتغطية أثر ثابت في الوصول والحماية المالية، وأثرها في النتائج الصحية يتوقف على تصميم الخدمة [9، 10]. والموافقة المسبقة قد تؤخر العلاج أو تقطعه تأخيرًا قابلًا للقياس [11، 12]، والمشاركة المرتفعة في الكلفة تزيد ترك الدواء [13].
3. الرفض أربعة أنواع رئيسة: طبي، وتعاقدي أو حدي، وإداري، وشبكي؛ ولكل نوع علاجه، وخلطها يضيع حق الاعتراض.
4. رفض العلاج بسبب الكلفة قد يكون منصفًا إذا قام على قاعدة معلنة ودليل وبديل ومهلة واعتراض مستقل، ويصبح ظلمًا إذا كان تحسينًا للربح بعد تحقق الخطر أو قاعدة خفية.
5. أجازت هيئة كبار العلماء في قرارها رقم 51 التأمين التعاوني بديلًا عن التجاري، وحرّم المجمع الفقهي الإسلامي في قراره الخامس بالأكثرية التأمين بجميع أنواعه ووافق بالإجماع على قرار الهيئة، وحرّم مجمع الفقه الإسلامي الدولي في القرار 9 (9/2) التأمين التجاري ذا القسط الثابت وجعل التعاوني بديله، وفضّل القرار 149 (7/16) حكم التأمين الصحي، وضبط القرار 200 (6/21) أسس التعاوني [22–26].
6. أحال نظام الضمان الصحي التعاوني في مادته السابعة عشرة إلى قرار هيئة كبار العلماء رقم 51، وانتقلت الاختصاصات المتعلقة بقطاع التأمين في نظام الضمان الصحي التعاوني إلى هيئة التأمين بقرار مجلس الوزراء رقم (85) وتاريخ 28/1/1445هـ، وبدأت ممارستها في 4 مارس 2024م [1، 4، 6].
7. تحدد الوثيقة الأساسية مهلة 60 دقيقة لدورة الموافقة، وتعفي الطوارئ من التحمل، وتلزم بشبكة تخصصية كافية [3، 7].
8. حماية الملاءة تكون بالتسعير والاحتياطيات ورأس المال المبني على المخاطر وإعادة التأمين وتقييم التقنيات، لا بتأخير العلاج الضروري [27، 28].

التوصيات

للممارس: أن يكتب طلب الموافقة بالتشخيص ودرجته والاستطباب والبدائل والنافذة الزمنية، وأن يصنف الرفض قبل الاعتراض عليه، وأن يرفض تغيير الحقيقة في التشخيص أو الترميز، وأن يصعّد الخلاف السريري بمراجعة نظير لا بتحميل المريض عبء النزاع، وأن يبدأ علاج الطارئ دون انتظار الموافقة.

للمنشأة وشركة التأمين: أن تنشر الشركة دليل تغطية بلغة مفهومة ومعايير ضرورة محدثة وقائمة موافقات، وأن تفصل مراجعة الضرورة عن الهدف التجاري المباشر، فلا تكافئ موظفًا على عدد الرفض، وأن تنشئ مراجعة نظير ومسارًا عاجلًا يعمل على مدار الساعة. وأن تراجع المنشأة أسباب الرفض الإداري فيها بانتظام، وتدرب على التوثيق والترميز الصحيحين، وتضع مسار انتقال للمرضى المزمنين قبل بلوغ الحدود. وأن تنشر الجهة المنظمة مؤشرات مدة القرار ونسب الرفض والانقلاب بعد الاعتراض، وتتحقق من كفاية الشبكة فعلًا لا اسمًا.

للمريض وصاحب العمل: أن يقرأ جدول المنافع والشبكة ونوع الغرفة ونسب التحمل والاستثناءات قبل الاسم التسويقي للفئة، وأن يطلب سبب الرفض كتابةً ويعترض في مهلته، وألا يقبل وثيقة زيارة أو سفر تقتصر على الطوارئ ومخاطر محددة بديلًا عن التغطية الشاملة.

للتعليم والبحث: أن يُعلَّم طلاب العلوم الصحية الفرق بين الضرورة الطبية والتغطية، وكتابة طلب الموافقة، وحقوق المؤمن له، وأن تُجرى دراسات سعودية متعددة المراكز لأسباب الرفض

CC BY-NC-ND 4.0

ومدته وأثره في النتائج السريرية، وأن يُقاس أثر منتج العيادات الخارجية بلا موافقات مسبقة بعد تطبيقه.

ثامنًا: الخاتمة

وبعد، فالتأمين الصحي عقد، ولكنه أيضًا بنية أخلاقية لتوزيع الخطر. والشركة مؤسسة مالية، ولكنها حين تفصل في فحص أو دواء أو تنويم تمس الجسد والوقت والفرصة، فلا يكفيها منطق الحساب وحده. والطبيب صاحب رسالة، ولكنه يتصرف في مال جماعي، فلا يكفيه حسن النية إذا طلب ما لا ينفع. والجهة المنظمة توازن بين حق قائم اليوم وسوق يجب أن يبقى غدًا.

والقرار المهني الموزون لا يعد المريض بكل شيء، ولا يتركه وحيدًا أمام عبارة «غير مغطى». إنه يعترف بحدود الموارد، ويجعلها حدودًا عامة شفافة قابلة للاعتراض، ويحمي الطوارئ والاستمرارية والحالات المختلفة، ويطلب البديل الأقل كلفة حين يكون مكافئًا حقًا. وبذلك تكون الملاءة وسيلة للوفاء الطويل لا ذريعة للرفض القصير، وتكون الرعاية اللازمة حقًا منظمًا لا مطالبة مفتوحة.

أسئلة المراجعة والنقاش

1. ما الفرق بين الضرورة الطبية والتغطية التأمينية؟ ولماذا لا يجوز أن تصير الموافقة المالية حكمًا سريريًا؟
2. عدّد أنواع الرفض الأربعة، واذكر لكل نوع الاستجابة الصحيحة التي يقتضيها.
3. ما الذي تثبته تجربة أوريغون ودراسة ماساتشوستس عن أثر التأمين، وما حدود كل منهما المنهجية؟
4. قارن بين القرار 9 (9/2) والقرار 149 (7/16) في حكم التأمين الصحي، وبيّن ما أضافه القرار 200 (6/21) من ضوابط للتأمين التعاوني.
5. ما دلالة إحالة المادة السابعة عشرة من نظام الضمان الصحي التعاوني إلى قرار هيئة كبار العلماء رقم 51؟ وهل تغني عن فحص التطبيق العملي؟
6. رُفض طلب موافقة لمريض بعبارة «غير مغطى» بعد 90 دقيقة من إرساله. ما المهلة التي تقررها الوثيقة الأساسية، وما خطواتك بالترتيب، وإلى أي جهة ترفع الشكوى؟
7. طبّق شروط «المساءلة عن المعقولية» على قرار شركة برفض دواء فائق الكلفة لمرض نادر، وأضف الشرطين اللذين يقترحهما الفصل.
8. مريض على غسيل كلوي يقترب من حده الفرعي. من يتحمل مسؤولية كل خطوة في مسار الانتقال، ومتى تبدأ؟

المراجع

[1] نظام الضمان الصحي التعاوني، الصادر بالمرسوم الملكي رقم (م/10) وتاريخ 1/5/1420هـ، بناءً على قرار مجلس الوزراء رقم (71) وتاريخ 27/4/1420هـ، وتعديلاته؛ وقد آلت الاختصاصات الرقابية على التأمين الصحي إلى هيئة التأمين بقرار مجلس الوزراء رقم (85) وتاريخ 28/1/1445هـ. النص العربي منشور في قاعدة سياسات الهجرة لدى لجنة الأمم المتحدة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا (الإسكوا). migrationpolicy.unescwa.org

CC BY-NC-ND 4.0

[2] صحيفة عكاظ. «الضمان الصحي» يبدأ تطبيق حزمة المنافع وحدود التغطية التأمينية المحدثة ودليل الأدوية التأمينية. 2 أكتوبر 2022م. okaz.com.sa

[3] مجلس الضمان الصحي. جدول منافع وثيقة الضمان الصحي الأساسية. chi.gov.sa

[4] قرار مجلس الوزراء رقم (85) وتاريخ 28/1/1445هـ بالموافقة على إنشاء هيئة باسم «هيئة التأمين». جريدة أم القرى. uqn.gov.sa

[5] تنظيم هيئة التأمين، الصادر بقرار مجلس الوزراء رقم (85) وتاريخ 28/1/1445هـ. جريدة أم القرى. uqn.gov.sa

[6] هيئة التأمين. الأسئلة الشائعة: قنوات شكاوى التأمين الصحي ومنصة iCare والاعتراض أمام لجان الفصل في المنازعات والمخالفات التأمينية. تاريخ الاطلاع: 29 سبتمبر 2026م. ia.gov.sa

[7] مجلس الضمان الصحي. وثيقة الضمان الصحي الأساسية: التعريفات والأحكام والشبكة وإجراءات الموافقة. chi.gov.sa

[8] Insurance Authority. The Saudi Insurance Market Report 2025. Riyadh: Insurance Authority. ia.gov.sa

[9] Baicker K, Taubman SL, Allen HL, Bernstein M, Gruber JH, Newhouse JP, et al. The Oregon experiment — effects of Medicaid on clinical outcomes. N Engl J Med. 2013;368(18):1713–22. doi:10.1056/NEJMsa1212321

[10] Sommers BD, Long SK, Baicker K. Changes in mortality after Massachusetts health care reform: a quasi-experimental study. Ann Intern Med. 2014;160(9):585–93. doi:10.7326/M13-2275

[11] Kyle MA, Keating NL. Prior authorization and association with delayed or discontinued prescription fills. J Clin Oncol. Published online 2023 Dec 12. doi:10.1200/JCO.23.01693

[12] Chino F, Baez A, Elkins IB, Aviki EM, Ghazal LV, Thom B. The patient experience of prior authorization for cancer care. JAMA Netw Open. 2023;6(10):e2338182. doi:10.1001/jamanetworkopen.2023.38182

[13] Ismail WW, Witry MJ, Urmie JM. The association between cost sharing, prior authorization, and specialty drug utilization: a systematic review. J Manag Care Spec Pharm. 2023;29(5):449–63. doi:10.18553/jmcp.2023.29.5.449

[14] Park Y, Raza S, George A, Agrawal R, Ko J. The effect of formulary restrictions on patient and payer outcomes: a systematic literature review. J Manag Care Spec Pharm. 2017;23(8):893–901. doi:10.18553/jmcp.2017.23.8.893

CC BY-NC-ND 4.0

Colla CH, Mainor AJ, Hargreaves C, Sequist T, Morden N. Interventions [15] aimed at reducing use of low-value health services: a systematic review. Med Care Res Rev. 2017;74(5):507–50. doi:10.1177/1077558716656970

Al-Kahtani NK, Subbarayalu AV, Alshakhs M, Al-Ansary NFS, AL- [16] Abdulwahab M, Aljafar Z, et al. Health insurance claims management systems: potential factors affecting their decisions. Insurance Markets and Companies. 2025;16(2):112–23. doi:10.21511/ins.16(2).2025.09

Chou R, Qaseem A, Owens DK, Shekelle P; Clinical Guidelines Committee [17] of the American College of Physicians. Diagnostic imaging for low back pain: advice for high-value health care from the American College of Physicians. Ann Intern Med. 2011;154(3):181–9. https://doi.org/10.7326/0003-4819-154-3-201102010-00008

Arrow KJ. Uncertainty and the welfare economics of medical care. Am [18] Econ Rev. 1963;53(5):941–73. casbs.stanford.edu

World Health Organization. Pooling revenues and reducing [19] fragmentation. Geneva: World Health Organization. تـاريخ الاطلاع: 29 سـبتمبر 2026م. who.int

Daniels N. Accountability for reasonableness. BMJ. [20] 2000;321(7272):1300–1. https://doi.org/10.1136/bmj.321.7272.1300

Chernew ME, Rosen AB, Fendrick AM. Value-based insurance design. [21] Health Aff (Millwood). 2007;26(2):w195–203. https://doi.org/10.1377/hlthaff.26.2.w195

[22] هيئة كبار العلماء. القرار رقم (51) وتاريخ 4/4/1397هـ في جواز التأمين التعـاوني بـدلًا من التأمين التجاري. أحالت إليه المادة السابعة عشـرة من نظـام الضـمان الصـحي التعـاوني، وذكـره الشيخ عبد العزيز بن باز في فتوى «حكم التأمين التعاوني والتجاري». binbaz.org.sa

[23] المجمع الفقهي الإسلامي برابطة العالم الإسلامي. القرار الخامس في الـدورة الأولى، مكـة المكرمة، 1398هـ، بشأن التأمين بأنواعه. في: قرارات المجمع الفقهي الإسـلامي برابطـة العـالم الإسلامي: الدورات من الأولى إلى السادسة عشرة، القرارات من الأول إلى الخامس والتسعين (1398–1422هـ / 1977–2002م). مكـة المكرمـة: رابطـة العـالم الإسـلامي، المجمـع الفقهي الإسلامي، 2002م. ص 35؛ ونقله الموسوعة الفقهية بموقع الدرر السنية. dorar.net

[24] مجمع الفقه الإسلامي الدولي. قـرار رقم 9 (9/2) بشـأن التـأمين وإعـادة التـأمين. الـدورة الثانية، جدة، 10–16 ربيع الآخر 1406هـ / 22–28 ديسمبر 1985م. iifa-aifi.org

[25] مجمـع الفقـه الإسـلامي الـدولي. قـرار رقم 149 (7/16) بشـأن التـأمين الصـحي. الـدورة السادسة عشرة، دبي، 30 صفر–5 ربيع الأول 1426هـ / 9–14 أبريل 2005م. iifa-aifi.org

[26] مجمع الفقه الإسلامي الدولي. قرار رقم 200 (6/21) بشأن الأحكام والضوابط الشرعية لأسس التأمين التعاوني. الدورة الحادية والعشرون، الرياض، 15–19 محرم 1435هـ / 18–22 نوفمبر 2013م. iifa-aifi.org

[27] نظام مراقبة شركات التأمين التعاوني، الصادر بالمرسوم الملكي رقم (م/32) وتاريخ 2/6/1424هـ، وتعديلاته بالمرسومين الملكيين رقم (م/30) وتاريخ 27/5/1434هـ ورقم (م/12) وتاريخ 23/1/1443هـ. نسخة وزارة الاستثمار. misa.gov.sa

[28] هيئة التأمين. هيئة التأمين تعلن عن الانتقال إلى إطار رأس المال المبني على المخاطر. 5 أبريل 2026م. ia.gov.sa

[29] هيئة التأمين. هيئة التأمين تعلن عن منتج تأمين صحي جديد بدون موافقات طبية للعلاج بالعيادات الخارجية. 20 أغسطس 2026م. تاريخ الاطلاع: 29 سبتمبر 2026م. ia.gov.sa

[30] National Institute for Health and Care Excellence. NICE technology appraisal guidance. London: NICE. تاريخ الاطلاع: 29 سبتمبر 2026م. nice.org.uk

[31] Centers for Medicare & Medicaid Services. CMS Interoperability and Prior Authorization Final Rule (CMS-0057-F). Baltimore: CMS; 2024. cms.gov

[32] NHS England. Individual funding requests for specialised services. تاريخ الاطلاع: 29 سبتمبر 2026م. england.nhs.uk

CC BY-NC-ND 4.0