

إشعار تفعيل أحكام المنصة الإلكترونية الموحدة (UniPlat) التحديث الفني رقم 2 لعام 2020 (TU 02-2020)

أنواع معاملات الخدمات المالية في المنصة الإلكترونية الموحدة UniPlat	موضوع هذا التحديث الفني
ينطبق هذا التحديث الفني على جميع المشاركين في سوق التأمين الصحي الذين يقدمون منتجات التأمين الصحي أو خدمات التأمين الصحي أو خدمات الرعاية الصحية في المملكة العربية السعودية	قابلية تطبيق هذا التحديث الفني
وصف أنواع العمليات والمعاملات بين شركات التأمين الصحي ومقدمي الرعاية الصحية التي سيتم معالجتها من خلال نظام الخدمات المالية	الغرض من هذا التحديث الفني
	تاريخ النشر
لا ينطبق	هذه الوثيقة تستبدل
لا ينطبق	تم استبدال هذه الوثيقة بـ
	التاريخ الفعلي لهذا التحديث الفني
	المهلة المخصصة للتنفيذ

أهداف هذا التحديث الفني:

- وصف العمليات المختلفة بين شركات التأمين الصحي ومقدمي خدمات الرعاية الصحية التي سيتم معالجتها من خلال نظام الخدمات المالية
- لا يقصد من هذه الوثيقة أن تكون دليلاً تقنياً مفصلاً، بل لتقديم نبذة عامة إلى شركات التأمين الصحي ومقدمي خدمات الرعاية الصحية فيما يخص المعاملات المدرجة في النظام.

لمحة عامة

ففي ظل عدم وجود نظام مركزي إلكتروني للتأمين الصحي، فإن معظم معاملات التأمين الصحي بين شركات التأمين الصحي ومقدمي خدمات الرعاية الصحية تكون عبر البريد الإلكتروني أو عبر الوثائق الورقية مما يتطلب بشكل ملحوظ تدخلاً يدوياً بالإضافة إلى ضعف في توحيد المعايير القياسية للإجراءات والتميز. وينتج عن ذلك ضعف فعالية العمليات واستهلاكها وقتاً أطول وجهد مكثف.

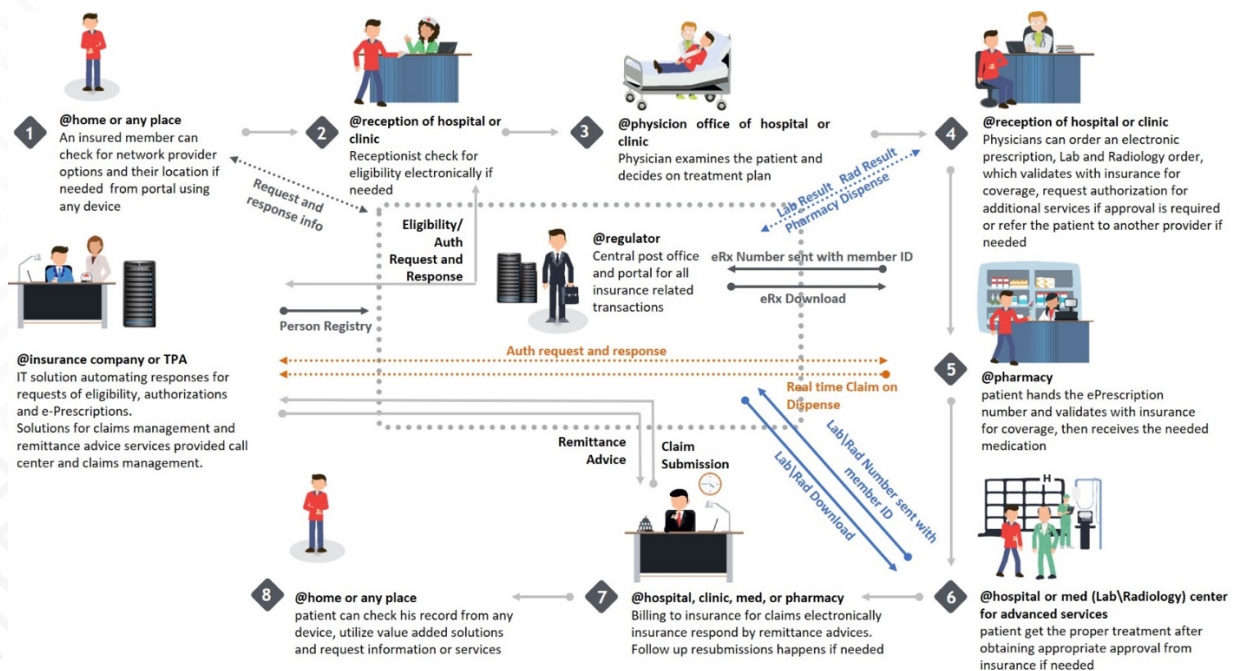
كما أن الوضع الحالي يجعل من الصعب على الهيئات التنظيمية ذات العلاقة جمع البيانات وتحليلها لأغراض الصحة العامة، وتحديد النفقات المالية، وتحديد فرص التدابير الوقائية، وتحقيق نظام تمويل رعاية صحية أكثر كفاءة بشكل عام مع تحسين النتائج السريرية للمرضى والحد من الأخطاء والاحتيال والتبديد وسوء الاستخدام.

لذلك فإن تنفيذ مجموعة من المعاملات المؤتمتة والسريعة والمعتمد عليها بشكل كبير من خلال منصة مركزية (نظام الخدمات المالية) سيساعد على تحقيق الأهداف المذكورة أعلاه بالإضافة إلى تحقيق توفير في التكاليف لكل من شركات التأمين الصحي ومقدمي خدمات الرعاية الصحية.

سيكون معيار الاتصال المستخدم لتبادل البيانات هو HL7-FHIR. ويعد (FHIR) معياراً يصف تنسيق البيانات وعناصرها من خلال واجهة برمجة التطبيقات (API) لتبادل السجلات الصحية الإلكترونية. وقد تم إنشاء المعيار من قبل منظمة المعايير الصحية الدولية Health Level Seven (HL7)

العرض العام لأنواع المعاملات

يقدم الرسم أدناه عرضاً مبسطاً لأنواع المعاملات خلال رحلة المريض التي سيتم معالجتها من خلال نظام الخدمات المالية



المعاملات الأولية المتعلقة بالمطالبات

يوضح الرسم أدناه أنواع المعاملات التي ستندرج ضمن نظام الخدمات المالية

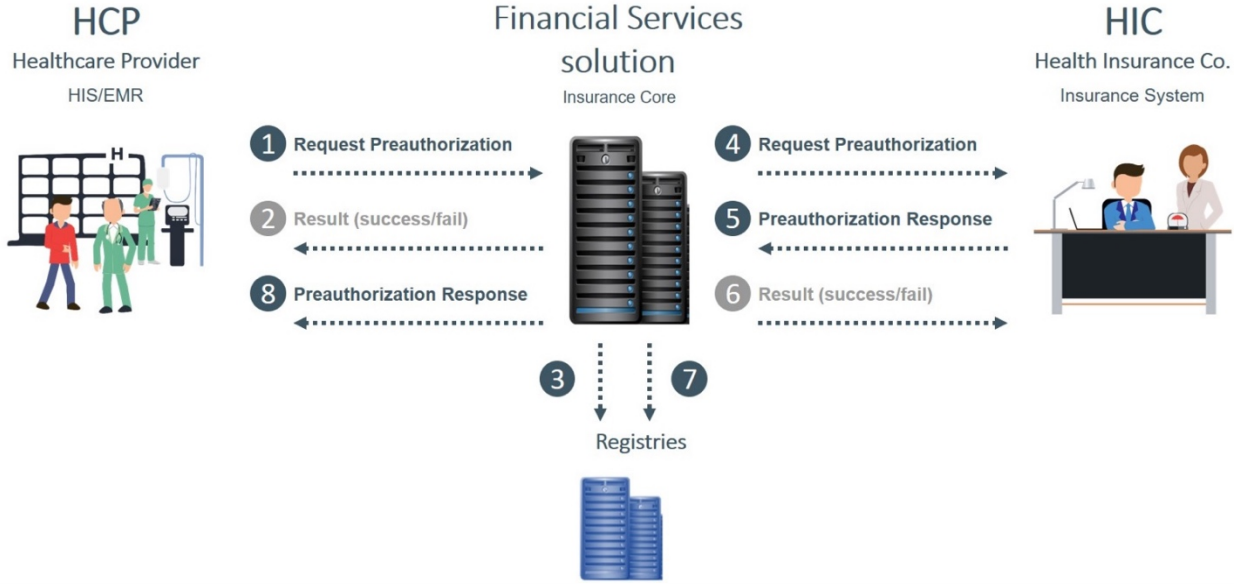
Eligibility	Checks whether policy is in force and provides coverage details to HCP.
Pre-Authorization	Provides HIC with the treatment plan and HCPs with financial certainty.
Claim	Lists the services rendered for adjudication and settlement under the coverage.
Reversal & Re-Adjudication	Supports transaction cancellation and re-processing.
Payment Reconciliation and Notification	Provides bulk payment details to HCPs and settlement notification.
Polling and Status Checking	Support retrieval of deferred responses and determination of transaction status.
Attachments	Electronic submission of supporting documentation.

يوجد أدناه بعض المعاملات التي سيتم تضمينها في عمليات دورة الأعمال الآلية. هذه القائمة ليست شاملة ولكنها تشمل معظم المعاملات الرئيسية:

- عملية التحقق من الأهلية (يتحقق مقدم الخدمة من أهلية المريض للخدمة المطلوبة ويبلغ التأمين مقدم الخدمة بنتيجة فحص الأهلية للخدمة المطلوبة)
- طلب الموافقة المسبق (يطلب المزود الموافقة المسبقة للخدمة المشمولة ويقوم التأمين بإخطار المزود بنتيجة طلب الموافقة المسبق)
- إلغاء طلب الموافقة المسبق (يخطر المزود التأمين بإلغاء طلب الموافقة المسبقة ويؤكد التأمين إلغاء طلب الموافقة المسبقة)
- طلب موافقة مسبق متقدم
- إبطال طلب الموافقة المسبق
- عملية المطالبة (يقدم المزود مطالبة إلى شركة التأمين)
- إعادة المراجعة في عملية المطالبة (يرفض التأمين المطالبة ويعيد مقدم الخدمة تقديم المطالبة بإعادة النظر في المطالبة)
- إبطال عملية المطالبة
- تعديل دورة المطالبة (يتقدم المزود بطلب الإبطال، ويقدم مطالبة منقحة)
- مراجعة عملية المطالبة (يقوم الدافع بإخطار المزود بالمطالبة -أو الفاتورة- المنقحة)
- الاستفسار عن حالة المطالبة (يطلب مقدم الخدمة بتحديث الحالة ويستجيب التأمين)
- عملية الإشعار بالدفع وتأكيداتها (يقوم التأمين بإخطار المزود عن الفاتورة قيد الدفع ويؤكد المزود تلقيه الدفعة)
- طلب الحصول على المستندات الداعمة (يطلب التأمين من المزود تحميل المستندات الداعمة ويستجيب مقدم الخدمة)

عينة من عملية الأعمال التجارية

يوضح الرسم البياني أدناه معاملة نموذجية من حيث عملية الطلب والتحقق والاستجابة. إن العديد من العمليات الموضحة أدناه داخلية للنظام ولن تتطلب مشاركة المستخدم.



المعاملات غير المتعلقة بالمطالبات

هناك عدد من المعاملات الأخرى التي ستتم داخل نظام الخدمات المالية كما هو موضح أدناه:

- التحقق من الأطراف المعنية في نظام الخدمات المالية (سيؤدي ذلك إلى التحقق من بيانات المرضى وشركات التأمين ومقدمي خدمات الرعاية الصحية والممارسين الصحيين حسب السجلات الموجودة داخل النظام والتي تتضمن المعلومات الشخصية وبيانات الترخيص)
- إرسال شبكة مزودي الرعاية الصحية (HCP) (سوف تستخدمها شركات التأمين لإرسال تفاصيل شبكات مقدمي الرعاية الصحية الخاصة بهم إلى سجل البيانات)
- تسجيل مؤسسة معتمدة من خلال بوابة التأهيل الإلكترونية. وسيتمكن الأطراف المعنيون في نظام الخدمات المالية من التسجيل كمؤسسة معتمدة كذلك
- إدارة المنشأة (يسمح لمستخدمي نظام الخدمات المالية بتعديل وتحديث تسجيلهم)
- تسجيل وتتبع الطلبات المرسل إلى الهيئات المنظمة ذات العلاقة
- متابعة ورصد عمليات الغش وإساءة الاستخدام المحتملة وتقريرها.

الجدول الزمني المتوقع للتنفيذ

خلال دراسة السوق سيتم تحديد جاهزية شركات التأمين الصحي ومقدمي خدمات الرعاية الصحية للانضمام للمنصة الإلكترونية الموحدة. تفاصيل دراسة السوق موضحة في التحديث الفني رقم 1 لعام 2020 (TU 01-2020). عند اكتمال دراسة السوق سيعلن مجلس الضمان الصحي مواعيد بداية عملية التأهيل.

في حال وجود أي استفسارات متعلقة بهذا التعميم، يرجى إرسال بريد إلكتروني إلى: Onboarding@cchi.gov.sa أو الإتصال على الرقم الموحد: 920004299

Enabling Provisions Notice pursuant to the implementation of the UniPlat system

Technical Update Number 2 of 2020 (TU 02-2020)

Subject of this Technical Update	Types of UniPlat Financial Services transactions
Applicability of this Technical Update	This Technical Update applies to all health insurance market participants providing health insurance products, health insurance services or healthcare services in the Kingdom of Saudi Arabia
Purpose of this Technical Update	This Technical Update describes the types of transaction business processes and cycles between payers and providers that will be processed through the Financial Services solution
Publication date	
This document replaces	Not applicable
This document has been replaced by	Not applicable
Effective date of this Technical Update	
Grace period for compliance	

Objectives of this Technical Update

- To describe the various transaction business process cycles between payers and providers that will be processed through the Financial Services solution
- This document is not intended to be a detailed technical manual for developers but rather to provide an overview to payers and providers of the transaction business process cycles

Background

In the absence of a centralised electronic health insurance system health insurance transactions between payers and providers are largely email or paper-based requiring significant manual intervention with little standardisation in terminology or process. This results in inefficient, time consuming and labour-intensive processes

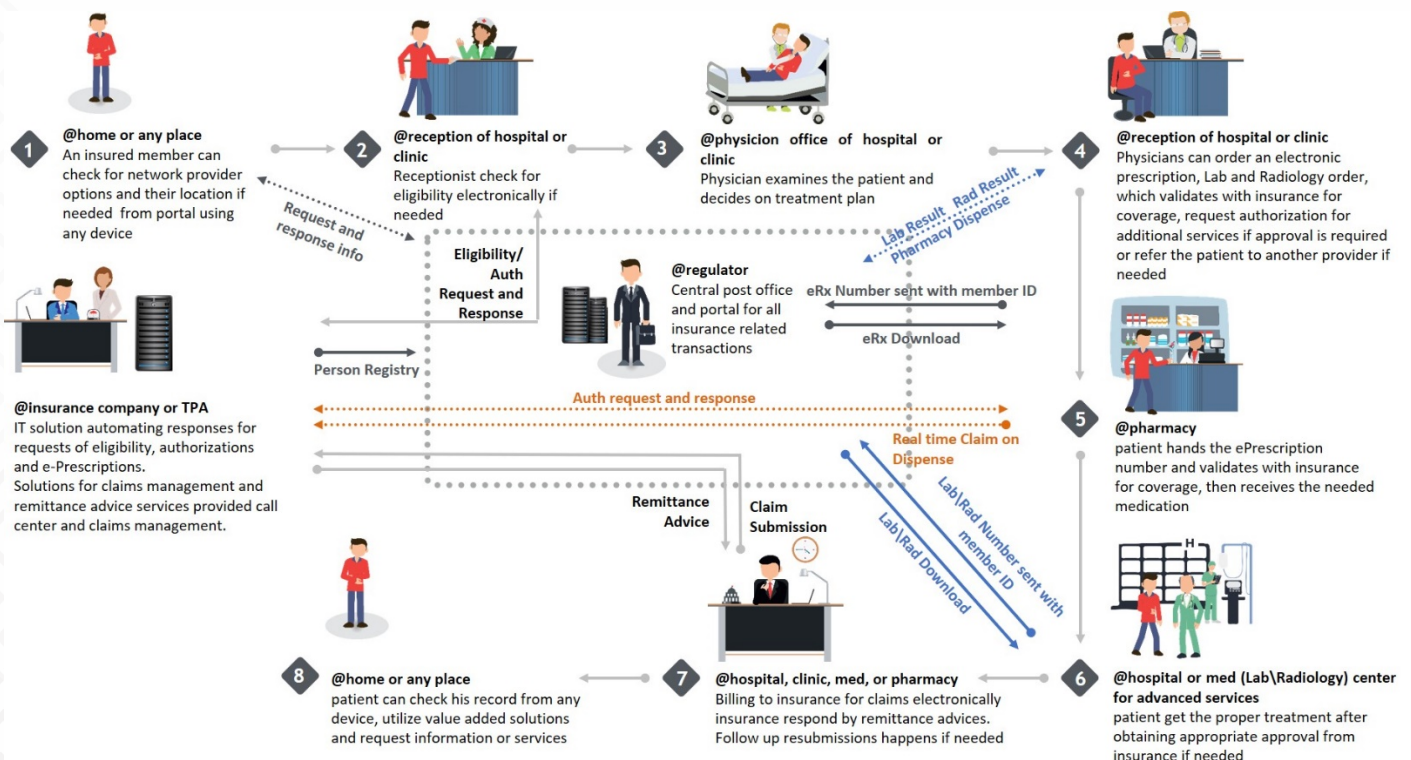
The current system also makes it difficult for health and insurance regulatory bodies to capture and analyse data for the purpose of understanding population health, identifying financial flows, identifying opportunities for preventive measures and generally achieving a more efficient healthcare financing system with improved patient outcomes and a reduction in errors, fraud, waste and abuse

The implementation of a set of automated, swift and heavily validated transactions through a central platform (the Financial Services solution) will help achieve the above objectives as well as produce cost savings for both payers and providers

The communication standard to be used for data exchange is HL7-FHIR. Fast Healthcare Interoperability Resources (FHIR) is a standard describing data formats and elements and an application programming interface (API) for exchanging electronic health records. The standard was created by the Health Level Seven (HL7) International healthcare standards organization

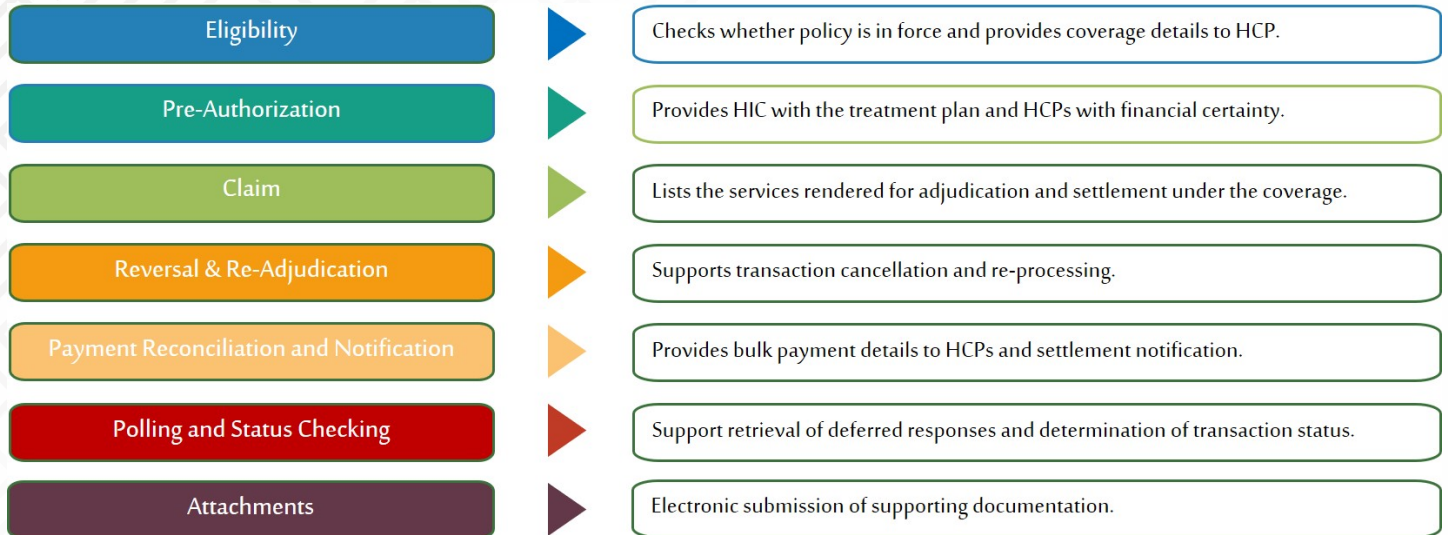
The overall view of transaction flows

The graphic below provides a high-level view of the types of transaction along the patient journey that will be processed through the Financial Services solution



Primary claims related transactions

The graphic below shows the types of transaction that will flow through the Financial Services solution

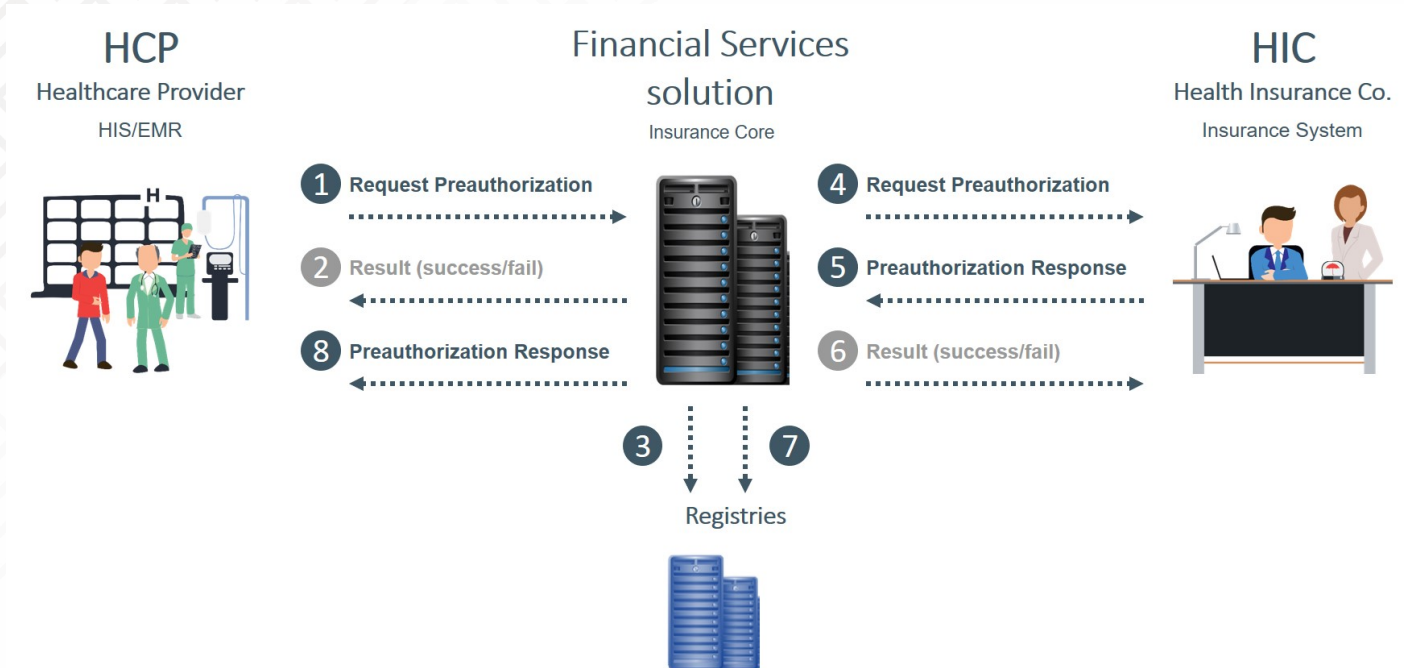


Some of the transactions that will be included in the automated business cycle processes are listed below. This is not an exhaustive list but includes the main transactions:

- Check eligibility cycle (provider checks patient eligibility for service requested and payer notifies provider of eligibility check result for service requested)
- Request pre-authorization (provider requests pre-authorization of covered service and payer notifies provider of outcome of pre-authorization request)
- Cancellation of pre-authorization request (provider notifies payer to cancel pre-authorization request and payer confirms cancellation of pre-authorization request)
- Advanced pre-authorization request
- Nullification of pre-authorization request
- Process claim cycle (provider submits a claim to payer and payer responds)
- Re-adjudication of claim cycle (payer rejects claim and provider resubmits claim for re-adjudication and payer responds)
- Nullification of claim cycle
- Amendment of claim cycle (provider submits nullification request, submits a revised claim and payer responds)
- Revise claim cycle (payer notifies provider of revised claim/invoice)
- Inquire claim status cycle (provider requests status update and payer responds)
- Payment advice and confirmation cycle (payer notifies provider of payment in process and provider confirms payment received)
- Claim supporting documents request (payer requests upload of supporting documents and provider submits)

Sample transaction business cycle

The graphic below illustrates a typical transaction in terms of the process and cycle of request, validations and responses. Many of the processes shown are internal to the system and will not require user involvement



Non-claims related functionalities

There are a number of other transactions that will take place within the Financial Services solution platform as listed below:

- Validation of a Financial Services solution stakeholder (this will validate patients, payers, providers and healthcare professionals against registries held within the system which includes IDs and license records)
- Sending HCP network (payers will use this to send details of their healthcare provider networks to the data registry)
- Registration of an accredited enterprise through the UniPlat Community Portal. Financial Services solution stakeholders will be able to register as an accredited enterprise
- Manage enterprise (allows Financial Services solution stakeholders to amend and update their registration)
- Register and track feedback requests sent to the regulator
- Report and identify possible fraud and abuse

Expected timelines for implementation

A market assessment is being carried out to identify the readiness of payers and providers to “onboard” to the new platform. Details of this assessment survey can be found in Enabling Provision Notice PD 01-2020. Once the survey is completed, CCHI will announce dates for the commencement of onboarding.

For any Inquiries related to this provision, please send an e-mail to the following address:

Onboarding@cchi.gov.sa or contact the unified number: 920004299