ISSN: 2663-5798 || Arab Journal for Scientific Publishing

المجلد التاسع – العدد الحادي والتسعون
تاريخ الإصدار: 2 – أيّار – 2026م
www.ajsp.net

"الإسناد الزمني للمطالبة التأمينية في وثيقة التأمين ضد الأخطاء المهنية الطبية: دراسة تحليلية تطبيقية في النظام السعودي"

إعداد الباحثة:

أسماء محمد عبداللطيف الحربي

محاضر في القانون المدني بكلية الحقوق –جامعة الملك عبدالعزيز– جدة– المملكة العربية السعودية

1447هـ–2026م

Received: 20/04/2026 | Revised: 21/04/2026 | Accepted: 28/04/2026 | Published: 02/05/2026

Abstract:

This research addresses the trigger of coverage in the medical professional liability insurance policy. Its central problem lies in identifying the temporal criterion for allocating a claim to the applicable policy. This issue arises where there is a temporal separation between the relevant stages. These stages include the occurrence of the medical professional error, the making of the claim or filing of a complaint, notification to the insurer, and the issuance of a final judgment or formal settlement. This issue is examined in light of Saudi law and the policy's temporal mechanisms, such as the duration of coverage, the retroactive date, and the extended reporting period, in order to mitigate coverage disputes between policies and insurance companies. The research adopts an applied analytical methodology, surveying the Law of Practicing Healthcare Professions and its Executive Regulations, the Model Policy Form for Medical Professional Liability Insurance, and the relevant applications of the Committees for Resolution of Insurance Disputes and Violations, subsequently analyzing them to derive the rules governing the trigger of coverage. The research concludes that the time stages associated with the claim vary in their impact; the occurrence of the medical professional error pertains to the basis of liability, the emergence of the claim or filing of the complaint initiates the procedural track, and the notification to the insurer activates the coverage, whereas the obligation for indemnity is established by the final judgment or the approval of a settlement. It further concluded that the applicable policy is determined based on the type of coverage and its conditions; under Occurrence Basis Coverage, the occurrence of the error during the policy period is the governing factor. In contrast, Claims-made Basis Coverage requires the error to occur within the timeframe recognized by the policy, the emergence of the claim, and notification to the insurer within the prescribed timeframe or during the Extended Reporting Period, if applicable. The research clarified that the Retroactive Date extends coverage to medical professional errors occurring prior to the inception of the policy, whereas the Extended Reporting Period provides a subsequent grace period to report a claim that arose during the policy term, or an incident or circumstance that may lead to an covered claim. The research recommends incorporating an explanatory provision into the Model Policy Form for Medical Professional Liability Insurance addressing the impact of temporal separation between stages, and issuing a regulatory guide for the integrated interpretation of temporal provisions. Additionally, it proposes establishing a unified minimum for the Extended Reporting Period and mandating insurers to provide the insured with a summary of the influential temporal data upon policy issuance, renewal, or when switching between insurance companies.

Keywords: Trigger of Coverage, Model Policy Form for Medical Professional Liability Insurance, Claims-made Basis Coverage, Occurrence Basis Coverage

ملخص البحث

هدفت الدراسة الحالية إلى دراسة العلاقة بين الإدارة الإلكترونية بأبعادها يتناول هذا البحث الإسناد الزمني للمطالبة التأمينية في وثيقة التأمين ضد الأخطاء المهنية الطبية. وتتمثل إشكاليته بتحديد الضابط الزمني الذي تُسند بموجبه المطالبة إلى الوثيقة المختصة، عند تباعد المراحل الزمنية المؤثرة فيها، وبخاصة وقوع الخطأ المهني الطبي، ونشوء المطالبة أو قيد الشكوى، وتبليغ شركة التأمين، وصدور الحكم النهائي أو إقرار التسوية. ويبحث ذلك في ضوء الأحكام النظامية السعودية وأدوات الوثيقة الزمنية، كمدة السريان، والأثر الرجعي، ومدة التبليغ الممتدة، بما يحد من تنازع التغطية بين الوثائق وشركات

المجلد التاسع – العدد الحادي والتسعون
تاريخ الإصدار: 2 – أيّار – 2026م
www.ajsp.net

ISSN: 2663-5798 || Arab Journal for Scientific Publishing

التأمين. واعتمد البحث المنهج التحليلي التطبيقي، باستقراء نظام مزاولة المهن الصحية ولائحته التنفيذية، والصيغة النموذجية لوثيقة التأمين ضد الأخطاء المهنية الطبية، وتطبيقات لجان الفصل في المنازعات والمخالفات التأمينية ذات الصلة، ثم تحليلها لاستخلاص القواعد الحاكمة للإسناد الزمني. وخلص البحث إلى أن المراحل الزمنية المرتبطة بالمطالبة تختلف في أثرها؛ إذ يرتبط وقوع الخطأ المهني الطبي بأساس المسؤولية، ويفتح نشوء المطالبة أو قيد الشكوى المسار الإجرائي، ويبدأ تبليغ شركة التأمين المسار التأميني، بينما يستقر الالتزام بالتعويض بالحكم النهائي أو إقرار التسوية. كما انتهى إلى أن الوثيقة المختصة تتحدد بحسب نوع التغطية وشروطها؛ ففي التغطية على أساس وقوع الحادث تكون العبرة بوقوع الخطأ أثناء مدة السريان، أما التغطية على أساس الإبلاغ عن المطالبة فتستلزم وقوع الخطأ في النطاق الزمني الذي تعتد به الوثيقة، ونشوء المطالبة، وإبلاغ الشركة بها في الميعاد المقرر أو خلال مدة التبليغ الممتدة متى كانت مضافة. وبيَّن البحث أن الأثر الرجعي يمد الحماية إلى أخطاء مهنية طبية سابقة على بدء السريان، بينما يتيح تمديد مدة التبليغ مهلة لاحقة للإبلاغ عن مطالبة نشأت خلال مدة السريان، أو عن حادث أو ظرف قد يؤدي إلى مطالبة مقبولة. ويوصي البحث بتضمين الصيغة النموذجية حكمًا إيضاحيًا ينص على أثر تباعد المراحل الزمنية، وإصدار دليل تنظيمي يفسر الأحكام الزمنية تفسيرًا تكامليًا، مع تقرير حد أدنى موحد لمدة التبليغ الممتدة، وإلزام شركات التأمين بتزويد المؤمن له بملخص للبيانات الزمنية المؤثرة عند إصدار الوثيقة أو تجديدها أو الانتقال بين الشركات.

الكلمات المفتاحية: الإسناد الزمني للمطالبة التأمينية، الصيغة النموذجية لوثيقة التأمين ضد الأخطاء المهنية الطبية، التغطية على أساس الإبلاغ عن المطالبة، التغطية على أساس وقوع الحادث، الأثر الرجعي، تمديد مدة التبليغ عن المطالبات، النظام السعودي.

How to Cite This Article

الحربي، أ. م. ع. (2026). الإسناد الزمني للمطالبة التأمينية في وثيقة التأمين ضد الأخطاء المهنية الطبية: دراسة تحليلية تطبيقية في النظام السعودي. المجلة العربية للنشر العلمي (AJSP)، 9(91)، (563 – 614).

AJSP | Vol. 9 | Issue 91 | DOI: https://doi.org/10.36571/ajsp.91 AJSP ORCID: https://orcid.org/0009-0005-8048-2082

المقدمة:

الحمدُ للهِ وحده، والصلاةُ والسلامُ على مَن لا نبيَّ بعده. أمَّا بعد:

يُعد تأمين المسؤولية المهنية أداةً أساسية لحماية أصحاب المهن من الأعباء المالية الناشئة عن الخطأ أو الإهمال أثناء العمل. وتتأكد أهميته في المجال الطبي لما للأخطاء الطبية[1] من أثرٍ مباشرٍ في حياة المرضى وسلامتهم، ولِما تُحدِثه من تبعاتٍ ماليةٍ جسيمة على الممارس الصحي[2] ومرافق الرعاية الصحية[3].

[1] عرَّفت المادة (27) من نظام مزاولة المهن الصحية «الخطأ الطبي» بأنَّه: كل خطأ مهني صحي صدر من الممارس الصحي وترتب عليه ضررٌ للمريض يلتزمُ من ارتكبه بالتعويض، وعددت على سبيل المثال لا الحصر: الخطأ في العلاج أو نقص المتابعة، الجهلَ بأمورٍ فنيةٍ يُفترض بمن في مثل تخصصه الإلمامُ بها، التقصير في الرقابة والإشراف، وعدم استشارة من تستدعي حالته ذلك.

بينما عرفت الصيغةُ النموذجية لوثيقة التأمين «الأخطاء المهنية الطبية» بأنها: كل ضررٍ بدني، أو ذهني، أو مرضٍ، أو وفاةٍ تصيب مريضًا بسبب إهمالٍ أو خطأٍ أو تقصيرٍ من المؤمن له أثناء ممارسته لمهنته بما فيها الطوارئ، الزيارات المنزلية، والرعاية عن بُعد داخل المملكة العربية السعودية.

[2] يُقصَد بـ«الممارس الصحي» وفق المادة الأولى من نظام مزاولة المهن الصحية ولائحته التنفيذية: كلُّ مَن رُخص له بمزاولة مهنةٍ صحية (أطباء، صيادلة، اختصاصيون وفنيون...إلخ)، مع جواز إضافة مهنٍ أخرى بقرارٍ لاحق بعد التنسيق مع الجهات المختصة. ويؤدي هذا الاتساع المفهومي إلى ازدياد المخاطر التأمينية وتنوّع صور الخطأ وتباين درجات الخطر بين التخصصات؛ الأمر الذي يقتضي إحكام ضبط النطاق الزمني للتغطية.

[3] الخطأ قد ينسب للممارس الصحي (مثل نسيان شاش جراحي) أو للمنشأة كخطأ تنظيمي (مثل قصور التعقيم)، وقد تجتمع المسؤوليتان معًا.

ويُظهر ذلك ما تشير إليه إحصاءاتُ وزارةِ الصحةِ السعودية؛ إذ بلغ عدد قضايا الأخطاء الطبية المعروضة على الهيئات الصحية الشرعية[4] 9,305 قضية في عام 2019م، و9,434 قضية في 2020م، ثم 12,425 قضية في 2021م، وبلغ 18,658 قضية في عام 2022م[5]، ويؤكّد هذا المنحى التصاعدي الحاجةَ إلى إطارٍ تأميني فعال يوازن بين حقوق المرضى ومتطلبات حماية الممارسين الصحيين (وزارة الصحة، 2019م، 2020م، 2021م، 2022م).

وتحقيقًا لذلك أرست المملكةُ العربية السعودية أساسًا تنظيميًا واضحًا؛ إذ ألزمت الأطباء وأطباء الأسنان بالاشتراك في التأمين التعاوني ضد الأخطاء المهنية الطبية، بما يعكس توجه المنظِّم السعودي إلى إدارة مخاطر العمل الطبي على نحوٍ مؤسسي يوازن بين مصلحة المريض في التعويض ومصلحة الممارس الصحي في الحماية من تبعات المسؤولية[6].

غير أن التطبيق العملي لهذه الوثيقة يثير إشكالًا زمنيًا دقيقًا عند تباعد التواريخ المرتبطة بالمطالبة التأمينية ووقوع كلٍّ منها في نطاق زمني مغاير. وعندئذ يثور التساؤل عن التاريخ الذي يصلح ضابطًا للإسناد الزمني، وبناءً عليه عن الوثيقة المختصة بالتغطية. ويتأثر تحديد هذا الضابط بما تقرره الوثيقة من أدوات زمنية، كمدة السريان، والأثر الرجعي، وتمديد مدة التبليغ. ومن هنا يسعى البحث إلى تحديد ضابط الإسناد الزمني للمطالبة التأمينية في النظام السعودي، مع تحليل التطبيقات القضائية ذات الصلة؛ بما يفضي إلى تعيينٍ أدق للوثيقة المختصة بالتغطية.

مشكلة البحث:

تتمثل مشكلة هذا البحث في ضبط الإسناد الزمني للمطالبة التأمينية في وثيقة التأمين ضد الأخطاء المهنية الطبية، عند تباعد التواريخ المرتبطة بها، لما لذلك من أثر في تحديد نطاق التغطية وتعيين الوثيقة المختصة. فالمطالبة التأمينية في هذا النوع من التأمين ترتبط بعدة تواريخ متعاقبة، تبدأ بتاريخ وقوع الخطأ المهني الطبي، ثم تاريخ قيد الشكوى الطبية أو نشوء المطالبة، ثم تاريخ تبليغ شركة التأمين، وقد تنتهي بتاريخ الحكم القضائي النهائي أو إقرار التسوية.

فإذا اجتمعت هذه التواريخ في مدة سريان وثيقة واحدة، كان الأصل أن تُسند المطالبة إليها، متى كانت مستوفية لشروط الوثيقة وداخلة في حدودها. غير أن الإشكال يظهر عندما تتباعد هذه التواريخ وتقع في أكثر من نطاق زمني، كما في حالات تعاقب الوثائق، أو تبدل شركة التأمين، أو انقطاع التغطية التأمينية، أو ما يماثلها من أسباب التباعد الزمني.

وعندئذ يثور التساؤل حول التاريخ الذي يصلح ضابطًا للإسناد الزمني، وبناءً عليه حول الوثيقة المختصة. ولا يكفي في هذه الحالة ترتيب التواريخ زمنيًا أو المفاضلة بينها؛ إذ يتأثر الإسناد الزمني بنوع التغطية التي تقوم عليها الوثيقة، وبما تتضمنه من أدوات زمنية، وفي مقدمتها مدة سريان الوثيقة، وتاريخ الأثر الرجعي، وتمديد مدة التبليغ عن المطالبات، واشتراط التبليغ خلال مدة الوثيقة أو خلال مدة التبليغ الممتدة.

---

[4] نُقِل اختصاصُ نظرِ قضايا الأخطاء الطبية من الهيئات الصحية الشرعية إلى القضاء العام ممثلًا في المحاكم العامة (دوائر الأخطاء المهنية الصحية)، وذلك بموجب تعميم المجلس الأعلى للقضاء المؤرَّخ في 2021/02/17م؛ توحيدًا لمرجعية الاختصاص وتسريعًا للفصل.

[5] ويترتب على نقل الاختصاص المشار إليه في الهامش السابق عدمُ إدراج بيانات ما بعد عام 2022م ضمن السلسلة الإحصائية ذاتها على نحوٍ مباشر؛ لاختلاف الجهة المختصة بنظر قضايا الأخطاء الطبية وتوثيقها إحصائيًا بعد انتقال الاختصاص.

[6] استحدث نظام مزاولة المهن الصحية —الذي ألغى نظام مزاولة مهنة الطب البشري وطب الأسنان، ونظام مزاولة مهنة الصيدلة والاتجار بالأدوية والمستحضرات الطبية— مادة جديدة هي المادة (41) التي لم تكن واردة في النظامين الملغيين. وقد فصلت اللائحة التنفيذية لهذه المادة أحكامها في اثنتي عشرة فقرة مرقّمة من (41-1) إلى (41-12)، تناولت تنظيم المسائل المتصلة بإلزامية الاشتراك في التأمين وضوابطه.

ومن ثم يثور التساؤل الرئيس للبحث: ما الضابط الزمني الذي تُسند بموجبه المطالبة التأمينية إلى الوثيقة المختصة في التأمين ضد الأخطاء المهنية الطبية عند تباعد التواريخ المرتبطة بها؟ وعليه، تنحصر مشكلة البحث في تقويم مدى كفاية الأحكام النظامية في النظام السعودي لضبط الإسناد الزمني للمطالبة التأمينية، بما يكفل تعيين الوثيقة المختصة، ويحد من تداخل التغطية، وفجواتها، وتنازع المسؤولية بين الوثائق وشركات التأمين.

أهمية البحث:

تنبع **الأهمية النظرية** لهذا البحث من تحليل ضوابط الإسناد الزمني للمطالبة التأمينية في التأمين ضد الأخطاء المهنية الطبية، عند عدم اجتماع التواريخ المؤثرة خلال مدة سريان وثيقة واحدة. ويسهم البحث في بيان الأساس النظامي الذي تُسند بموجبه المطالبة إلى الوثيقة المختصة، بما يوضح أثر البعد الزمني في تحديد نطاق التغطية التأمينية وحدود التزام شركة التأمين. كما تبرز أهميته في استجلاء أثر الأدوات الزمنية المنظمة للوثيقة، وفي مقدمتها مدة سريان الوثيقة، وتاريخ الأثر الرجعي، وتمديد مدة التبليغ عن المطالبات، بما يدعم البناء النظري للتغطية الزمنية في هذا النوع من التأمين.

وتتجلى **الأهمية العملية** للبحث في أثره على استقرار المراكز النظامية للأطراف المعنية بالمطالبة التأمينية، من خلال توضيح الحدود الزمنية التي يتوقف عليها قيام التغطية أو انتفاؤها. فمن جهة **المريض** المتضرر، يسهم البحث في إيضاح الأساس الذي تُسند بموجبه المطالبة إلى الوثيقة المختصة، دون إخلال بحقه في التعويض متى ثبتت المسؤولية وتوافرت شروط الوثيقة. ومن جهة **الممارس الصحي**، بوصفه مؤمنًا له، يعينه البحث على إدراك حدود التغطية التأمينية عند بدء الوثيقة، أو انتهائها، أو تعاقبها، أو تبدل شركة التأمين، بما يقلل مخاطر انقطاع التغطية ويعزز استقرار مركزه المهني. كما يفيد شركة التأمين في ضبط إدارة المطالبات وفق مدد الوثيقة وشروطها، والحد من تنازع الإسناد بين الوثائق أو إدراج المطالبات واستبعادها على غير أساس زمني منضبط. وينعكس ذلك على **المنازعات التأمينية** من خلال تقليل أسباب النزاع، وتعزيز اتساق الأحكام القضائية، وضبط الإجراءات المرتبطة بتلقي المطالبات وفحصها وإسنادها إلى الوثيقة المختصة.

أسئلة البحث:

انطلاقًا من مشكلة البحث وتساؤله الرئيس، يثير هذا البحث التساؤلات الفرعية الآتية:

1. ما المقصود بضابط الإسناد الزمني للمطالبة التأمينية في وثيقة التأمين ضد الأخطاء المهنية الطبية؟
2. ما التواريخ المؤثرة في مسار المطالبة التأمينية في هذا النوع من التأمين، وما التاريخ المعتد به في كل مرحلة، وما القيمة النظامية لكلٍّ منها؟
3. ما نوعا التغطية الزمنية في وثائق التأمين ضد الأخطاء المهنية الطبية، وما أثر كلٍّ منهما في إسناد المطالبة التأمينية؟
4. ما أبرز أسباب تباعد التواريخ المؤثرة في المطالبة التأمينية في التأمين ضد الأخطاء المهنية الطبية، وما أثر هذا التباعد في تعيين الوثيقة المختصة؟
5. متى تبدأ التغطية التأمينية ومتى تنتهي في هذا النوع من التأمين، وما أثر مدة سريان الوثيقة، وتاريخ الأثر الرجعي، وانتهاء الوثيقة، وتمديد مدة التبليغ عن المطالبات في قيام التغطية وإسناد المطالبة إلى الوثيقة المختصة؟
6. ما اتجاه القضاء التأميني في المملكة العربية السعودية بشأن تحديد ضابط الإسناد الزمني للمطالبات التأمينية الناشئة عن الأخطاء المهنية الطبية، وما القواعد التي يمكن استخلاصها من تطبيقاته؟

أهداف البحث:

وبناءً على هذه التساؤلات، يهدف هذا البحث إلى تحقيق جملة من الأهداف، من أبرزها ما يلي:

1. بيان المقصود بضابط الإسناد الزمني للمطالبة التأمينية في وثيقة التأمين ضد الأخطاء المهنية الطبية.
2. تحديد التواريخ المؤثرة في مسار المطالبة التأمينية، وبيان التاريخ المعتد به في كل مرحلة، والقيمة النظامية لكلٍّ منها.
3. بيان أبرز أسباب تباعد التواريخ المؤثرة في المطالبة التأمينية في التأمين ضد الأخطاء المهنية الطبية، وتحليل أثر هذا التباعد في تعيين الوثيقة المختصة.
4. توضيح نوعي التغطية الزمنية في وثائق التأمين ضد الأخطاء المهنية الطبية، وبيان أثر كلٍّ منهما في إسناد المطالبة التأمينية.
5. بيان بداية التغطية التأمينية ونهايتها، وتحليل أثر مدة سريان الوثيقة، وتاريخ الأثر الرجعي، وانتهاء الوثيقة، وتمديد مدة التبليغ عن المطالبات في قيام التغطية وإسناد المطالبة إلى الوثيقة المختصة.
6. استقراء اتجاه القضاء التأميني في المملكة العربية السعودية بشأن ضابط الإسناد الزمني للمطالبات التأمينية الناشئة عن الأخطاء المهنية الطبية، واستخلاص القواعد المستفادة من تطبيقاته.

منهجية البحث:

يعتمد هذا البحث المنهج **التحليلي التطبيقي**؛ إذ **يستقرئ** الأحكام المنظمة للتأمين ضد الأخطاء المهنية الطبية في النظام السعودي، وبصفة خاصة أحكام المادة (41) من نظام مزاولة المهن الصحية، وما ورد تفصيلًا لها في اللائحة التنفيذية ضمن الفقرات من (41-1) إلى (41-12)، والصيغة النموذجية لوثيقة التأمين ضد الأخطاء المهنية الطبية[7]، مع الرجوع عند الاقتضاء إلى بعض القواعد العامة في نظام المعاملات المدنية بالقدر الذي يخدم موضوع الإسناد الزمني للمطالبة التأمينية. ثم **يُحلِّل** هذه الأحكام لاستخلاص ضوابط الإسناد الزمني للمطالبة التأمينية، وبيان أثرها في تعيين الوثيقة المختصة بالتغطية عند تباعد التواريخ المرتبطة بالمطالبة.

وفي **الجانب التطبيقي**، يُحلِّل البحث خلاصة ما استقرَّ عليه القضاء التأميني في المملكة العربية السعودية ممثلًا في لجان الفصل في المنازعات والمخالفات التأمينية[8] في المنازعات ذات الصلة؛ للكشف عن الكيفية التي عالج بها القضاء التأميني هذه الإشكالية، والضوابط الزمنية التي استقر عليها التسبيب القضائي في قبول المطالبة أو ردها، بما يُضفي بعدًا عمليًا يُكمل التحليل النظري ويُعزِّز نتائجه. وبما أنَّ موضوع الدراسة يرتبط بالإسناد الزمني، فقد تضمَّن البحث أمثلةً تطبيقيةً مؤرَّخة ترسم التسلسل الزمني للمطالبة التأمينية، وتُبين أثر اختلاف هذه التواريخ في سريان التغطية وإجراءات المطالبة.

الدراسات السابقة:

[7] الصيغة النموذجية لوثيقة التأمين ضد الأخطاء المهنية الطبية صادرة عن البنك المركزي السعودي بقرار المحافظ (1/س/443) بتاريخ 2021/09/27م؛ وتحدِّدُ الحدَّ الأدنى لشروطِ التغطية وتمنعُ خفضَ حدودِها، وتُنظِّم الأثرَ الرجعي، وتُجيز تمديدَ مُهلة الإبلاغ بالمطالبة، ويَضبط جدولُ الوثيقة مجالَ الممارسة والتخصّصات وحدودَ المسؤولية؛ ويجدر التنويه إلى أنّه اعتبارًا من 2023/11/23م، بدأت هيئةُ التأمين مباشرةَ أعمالها بوصفها المرجعية التنظيمية الموحَّدة لقطاع التأمين، استنادًا إلى قرارِ مجلسِ الوزراء رقم (85) بتاريخ 2023/08/15م، مع استمرار العمل باللوائح السابقة الصادرة عن البنك المركزي السعودي ومجلسِ الضمان الصحي إلى حين صدور ما ينسخها.

[8] إن ما يصدر عن قضاء لجان الفصل في المنازعات والمخالفات التأمينية، باعتباره قضاءً متخصصًا ومستقلًا بموجب نظام مراقبة شركات التأمين التعاوني الصادر بالمرسوم الملكي رقم (م/32) وتاريخ 2003/07/31م وتعديلاته، يُشكّل ثروة قضائية وتأمينية. وقد خُصصت لذلك مدونة السوابق القضائية التأمينية التي تُعنى بنشر قرارات اللجنة الاستئنافية تعزيزًا لاستقرار مخرجات قضاء التأمين، وإثراءً للباحثين والمختصين، وتقريبًا للاجتهاد في الوقائع المتماثلة بما يسهم في خدمة القضاء التأميني والحد من أمد التقاضي.

لم يتضح –في حدود ما أمكن الاطلاع عليه– وجود دراسة مستقلة عن ضابط الإسناد الزمني للمطالبة التأمينية في وثيقة التأمين ضد الأخطاء المهنية الطبية، وإنما وردت المسألة ضمن دراسات أوسع عن تأمين المسؤولية الطبية. ومن أبرزها:

أولًا: د. أحمد عبد الكريم موسى الصرايرة، التأمين من المسؤولية المدنية الناتجة عن الأخطاء الطبية: دراسة مقارنة، أطروحة دكتوراه، جامعة عمّان العربية، 2007م: تناولت هذه الأطروحة تأمين المسؤولية الطبية في إطار مقارن، وأبرزت البعد الزمني لوثيقة التأمين من خلال تحليل أثر الشروط المحددة لمدة التغطية في اتساع الحماية التأمينية أو تضيقها. كما عرضت أساسين زمنيين لقيام التغطية، هما: أساس الواقعة وأساس المطالبة، وما يترتب على كلٍّ منهما من نتائج عملية. وتفيد هذه الدراسة البحث الحالي في بيان أثر اختلاف الأساس الزمني للتغطية، غير أنها تناولت الموضوع في إطار النظام الأردني ومقارنته ببعض الأنظمة القانونية الأخرى، دون بيان موقف النظام السعودي أو تطبيقاته القضائية، ودون إفراد ضابط الإسناد الزمني للمطالبة التأمينية بدراسة مستقلة.

ثانيًا: أ. صالح بن محمد بن مشعل العتيبي، الأخطاء الطبية وتقدير التعويض عنها في النظام السعودي: دراسة تطبيقية، رسالة ماجستير، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، 2015: ركزت هذه الرسالة على تقدير التعويض عن الأخطاء الطبية في النظام السعودي، من خلال دراسة النصوص النظامية والتطبيقات القضائية ذات الصلة. وقد تناولت، في سياق بحث شروط التغطية، بعض الحالات المؤثرة في نطاق التأمين، مثل انتهاء مدة الوثيقة، وإلغائها، وانتهاء عقد العمل، ووفاة المستفيد، كما تعرضت لمسألة عدم سماع الدعوى وآثارها في المطالبة بالتعويض. وتلتقي هذه الدراسة مع البحث الحالي في اعتمادها على النظام السعودي وتعرضها لبعض الحدود الزمنية للتغطية، غير أن غايتها الرئيسة تنصرف إلى تقدير التعويض وضوابطه، لا إلى تحديد ضابط الإسناد الزمني للمطالبة التأمينية أو تعيين الوثيقة المختصة عند تباعد التواريخ المرتبطة بالمطالبة.

ثالثًا: د. محمد بن عبد المحسن القرشي، التأمين ضد المسؤولية المدنية للطبيب: دراسة مقارنة، مجلة كلية الحقوق للبحوث القانونية والاقتصادية – جامعة الإسكندرية، 2023م: بحثت هذه الدراسة التأمين ضد المسؤولية المدنية للطبيب في إطار مقارن، من خلال عرض موقف المنظم السعودي ومقارنته بمواقف بعض الأنظمة القانونية الأخرى، بما يكشف أوجه الاتفاق والاختلاف في تنظيم التأمين من الأخطاء الطبية. كما تناولت مسائل نطاق التغطية وشروطها في سياق التحليل المقارن. وتلتقي هذه الدراسة مع البحث الحالي في اتصالها بالتأمين من المسؤولية الطبية في النظام السعودي، غير أنها لم تُخصّص الإسناد الزمني للمطالبة التأمينية بوصفه إشكالية مستقلة، ولم تتوسع في استقراء التطبيقات القضائية المتعلقة بتعيين الوثيقة المختصة عند تباعد التواريخ المؤثرة في المطالبة.

خلاصة الدراسات السابقة يتبين من الدراسات السابقة أنها أسهمت في بيان الأحكام العامة للتأمين من المسؤولية الطبية ونطاق التغطية التأمينية، إلا أنها لم تفرد ضابط الإسناد الزمني للمطالبة التأمينية إلى الوثيقة المختصة بدراسة مستقلة في النظام السعودي، ولا سيما عند تباعد التواريخ المؤثرة في المطالبة. ومن هنا تتمثل خصوصية البحث الحالي في تناول هذه المسألة من خلال تحليل الأحكام النظامية والصيغة النموذجية لوثيقة التأمين ضد الأخطاء المهنية الطبية، وربطها بالتطبيقات القضائية ذات الصلة، بما يسهم في ضبط الإسناد الزمني للمطالبة وتعيين الوثيقة المختصة.

تقسيم البحث:

قُسِّم هذا البحث إلى مبحث تمهيدي وثلاثة مباحث رئيسة، يشتمل كل مبحث منها على مطلبين، وذلك على النحو الآتي:

المبحث التمهيدي: الإطار المفاهيمي والزمني للمطالبة التأمينية في التأمين ضد الأخطاء المهنية الطبية

المطلب الأول: المفاهيم الأساسية لضابط الإسناد الزمني والمطالبة التأمينية في التأمين ضد الأخطاء المهنية الطبية

المطلب الثاني: التواريخ المؤثرة في مسار المطالبة التأمينية وأسباب تباعدها

المبحث الأول: أنواع التغطية الزمنية وأثرها في إسناد المطالبة التأمينية

المطلب الأول: التغطية على أساس الحادث

المطلب الثاني: التغطية على أساس الإبلاغ عن المطالبة

المبحث الثاني: الأدوات الزمنية للوثيقة وأثرها في قيام التغطية وانتهائها

المطلب الأول: مدة سريان الوثيقة وتاريخ الأثر الرجعي وأثرهما في بدء التغطية

المطلب الثاني: انتهاء الوثيقة وتمديد مدة التبليغ عن المطالبات وأثرهما في إسناد المطالبة

المبحث الثالث: التطبيقات القضائية في الإسناد الزمني للمطالبة التأمينية في التأمين ضد الأخطاء المهنية الطبية

المطلب الأول: التطبيقات القضائية في تحديد التاريخ المعتد به للإسناد الزمني للمطالبة التأمينية

المطلب الثاني: التطبيقات القضائية في تعاقب الوثائق وأثر الإبلاغ عن المطالبة في تعيين الوثيقة المختصة

المبحث التمهيدي: الإطار المفاهيمي والزمني للمطالبة التأمينية في التأمين ضد الأخطاء المهنية الطبية:

يُعنى هذا المبحث ببيان الإطار المفاهيمي والزمني الذي يقوم عليه بحث الإسناد الزمني للمطالبة التأمينية في التأمين ضد الأخطاء المهنية الطبية؛ إذ يتوقف تحديد الوثيقة المختصة على وضوح المفاهيم المرتبطة بالمطالبة والتغطية، وعلى ضبط التواريخ المؤثرة في مسارها. ومن ثم يتناول **المطلب الأول** المفاهيم الأساسية ذات الصلة، وفي مقدمتها التأمين ضد الأخطاء المهنية الطبية، والمطالبة التأمينية، وضابط الإسناد الزمني. أما **المطلب الثاني** فيُخصَّص لبيان التواريخ المؤثرة في مسار المطالبة التأمينية وأسباب تباعدها، ابتداءً من وقوع الخطأ المهني الطبي، مرورًا بقيد الشكوى أو نشوء المطالبة، ومن ثم تبليغ شركة التأمين، وانتهاءً بالحكم القضائي النهائي أو إقرار التسوية؛ تمهيدًا لبحث أثر هذه التواريخ في تعيين الوثيقة المختصة.

المطلب الأول: المفاهيم الأساسية لضابط الإسناد الزمني والمطالبة التأمينية في التأمين ضد الأخطاء المهنية الطبية:

يعرض هذا المطلب المفاهيم الأساسية التي يقوم عليها البحث، وذلك من خلال بيان المقصود بالتأمين ضد الأخطاء المهنية الطبية، والإسناد الزمني للمطالبة التأمينية، والنطاق الزمني للوثيقة؛ تمهيدًا لبيان أثر هذه المفاهيم في تعيين الوثيقة المختصة عند تباعد التواريخ المرتبطة بالمطالبة.

الفرع الأول: التأمين ضد الأخطاء المهنية الطبية:

قرَّرَ المنظِّمُ السعودي في المادة (41) من نظام مزاولة المهن الصحية إلزام الأطباء وأطباء الأسنان العاملين في المؤسسات الصحية العامة والخاصة بالاشتراك في التأمين التعاوني ضد الأخطاء المهنية الطبية، من غير أن يضع تعريفًا خاصًا لهذا العقد[9]. وباستقراء المادة المذكورة، ولائحتها التنفيذية، والصيغة النموذجية لوثيقة التأمين ضد الأخطاء المهنية الطبية، **يمكن تعريف هذا العقد بأنه:** عقد

[9] لا يضع نظام مزاولة المهن الصحية ولا لائحته التنفيذية تعريفًا اصطلاحيًا خاصًا لعقد التأمين ضد الأخطاء المهنية الطبية، وإنما ينصان على إلزامية التأمين، وآثار التغطية، وبعض الأحكام المرتبطة بها.

تأمين تعاوني يبرمه الممارس الصحي[10] مع شركة تأمين مرخَّص لها، تلتزم بموجبه الشركة، مقابل قسط، بتعويض المؤمن له عمَّا يترتب قانونًا عليه دفعه للغير بسبب خطأ مهني طبي مشمول بالتغطية، وذلك وفق شروط الوثيقة وحدودها. وعلى ذلك، فإن من أبرز ما يميز هذا التأمين أنه يؤكد قيام المسؤولية ولا ينفيها؛ فيبقى الخطأ منسوبًا إلى مرتكبه وتظل المسؤولية في ذمته[11]، غير أنّ عبءَ التعويض ينتقل—في حدود الوثيقة—إلى شركة التأمين[12]، مع بقاء حق الرجوع أو الحلول وفق ما تقرره الأنظمة والوثيقة[13](صالح والحسين، 2021م، ص154). ومن ثمَّ فإنه يحقق توازنًا بين حماية المريض في حقه الخاص، وحماية الممارس الصحي من الأعباء المالية المترتبة على الخطأ المهني، مع بقاء ضمان المؤسسة الصحية لسداد التعويض عند عدم توافر التغطية أو عدم كفايتها في الأحوال التي قررها النظام (بن صغير، 2019م، ص492).

الفرع الثاني: المطالبة التأمينية وضابط الإسناد الزمني:

تُعد المطالبة التأمينية محلّ الإسناد الزمني في هذا البحث؛ إذ لا يكفي الوقوف عند تاريخ وقوع الخطأ المهني الطبي، بل يلزم تحديد التاريخ الذي تُربط به المطالبة عند بحث انطباق الوثيقة من حيث الزمان. وقد عرّفت الصيغة النموذجية لوثيقة التأمين ضد الأخطاء المهنية الطبية «**مطالبة**» بأنها طلب تعويض من الشركة عن الأضرار أو الخسائر الناتجة عن الأخطاء المهنية الطبية المغطاة بموجب الوثيقة (الصيغة النموذجية لوثيقة التأمين ضد الأخطاء المهنية الطبية، 2021م، المادة الثانية، الفقرة 6). ويقصد **بضابط الإسناد الزمني** للمطالبة التأمينية: الأساس الذي يُحدد بموجبه التاريخ المعتد به في ربط المطالبة بوثيقة معينة، متى تباعدت التواريخ المؤثرة فيها، أو تعاقبت الوثائق، أو اختلفت مدد سريانها. فوظيفة هذا الضابط لا تنحصر في إثبات زمن الخطأ المهني الطبي، وإنما تمتد إلى تعيين الوثيقة المختصة من الناحية الزمنية، وبيان ما إذا كانت المطالبة داخلة في حدود التغطية التأمينية المقررة.

---

[10] الأصل في الصيغة النموذجية أن المؤمن له هو الممارس الصحي الذي أبرم الوثيقة مع الشركة، لا المؤسسة الصحية؛ وتؤيد اللائحة التنفيذية هذا الاتجاه بإلزام الطبيب أو طبيب الأسنان بإبرام الوثيقة، ودفع الأقساط، وإصدار شهادة التأمين باسمه. أما المؤسسة الصحية فلا تظهر في هذه النصوص بوصفها مؤمنًا له، وإنما بوصفها ضامنة لسداد التعويض عند عدم توافر التغطية التأمينية أو عدم كفايتها، مع حقها في الرجوع على الممارس الصحي بما دفعته عنه. ولا يغير من ذلك ما قد تتولاه المؤسسة الصحية من ترتيبات إدارية أو مالية تكفل التزام الممارس بالتأمين؛ إذ تظل صفة المؤمن له للممارس الصحي كما حدّدتها الصيغة النموذجية (الصيغة النموذجية، المادة الثانية؛ نظام مزاولة المهن الصحية، المادة 41؛ اللائحة التنفيذية لنظام مزاولة المهن الصحية، البنود 2-41، 3-41، 4-41، 5-41، 10-41).

[11] ومثالًا على ذلك، أجرى طبيبٌ عمليةً جراحيةً لمريض، إلا أنه وقع خطأ غير عمدي ترتب عليه ضرر للمريض. طُولِب الطبيب بالتعويض؛ فتدخلت شركة التأمين وسددت التعويض في حدود الوثيقة. تبقى المسؤولية منسوبةً للطبيب، لكن عبء السداد تتحمله الشركة.

[12] مثال توضيحي: إذا صدر حكم قضائي نهائي بإلزام طبيب جراح بدفع 400,000 ريال لمريضه بسبب خطأ مهني طبي، وكانت وثيقته سارية وحد التغطية 500,000 ريال، التزمت الشركة بأداء مبلغ الحكم وتكاليف الدفاع في حدود الحد المتفق عليه. أما إذا بلغ الحكم 650,000 ريال، وحد التغطية 500,000 ريال، جاز لصاحب الحق الخاص مطالبة المؤسسة الصحية التابعة للطبيب بفرق التعويض إذا لم تكفِ التغطية، مع حق المؤسسة في الرجوع على الممارس بما دفعته عنه (اللائحة التنفيذية لنظام مزاولة المهن الصحية، البند 10-41). وتستند هذه الحدود إلى الجدول المرفق بالصيغة النموذجية؛ إذ يورد —على سبيل المثال— حدودَ المسؤولية بواقع 100,000 ريال للتمريض، و300,000 ريال للطبيب غير الجرّاح وأطباء الأسنان، و500,000 ريال للجراحة والتخدير، والنساء والولادة، والأطفال.

[13] الأصل عدم رجوع الشركة على المؤمن له في المطالبات المشمولة صحيحًا بالوثيقة، ويُستثنى من ذلك الحالاتُ المنصوصُ عليها في الصيغة النموذجية؛ كالاحتيال، أو الإدلاء بإقراراتٍ كاذبة، أو إضرار الشركة —ومنه إقرارُ المسؤولية أو السدادُ دون موافقتها— إذ يترتّب على ذلك سقوطُ حقّ المؤمن له بموجب الوثيقة، ويجوز للشركة —استنادًا إلى هذا السقوط والقواعد العامة— مطالبة المؤمن له برد ما دفعته (الصيغة النموذجية، المادة 1/8/ج، والمادة 2/8).

وعلى هذا الأساس، يختلف ضابط الإسناد الزمني عن النطاق الزمني للتغطية؛ فالنطاق الزمني يبيّن حدود الحماية التي تقررها الوثيقة من حيث الزمن، أما ضابط الإسناد فيحدد التاريخ الذي تُنسب إليه المطالبة داخل تلك الحدود. وبذلك يكون ضبط الإسناد الزمني خطوة لازمة لتحديد قيام التغطية التأمينية أو انتفائها عند تباعد التواريخ المرتبطة بالمطالبة.

المطلب الثاني: التواريخ المؤثرة في مسار المطالبة التأمينية وأسباب تباعدها:

يُعنى هذا المطلب ببيان البعد الزمني للمطالبة التأمينية في وثيقة التأمين ضد الأخطاء المهنية الطبية؛ إذ لا يتوقف الإسناد الزمني على تاريخ واحد، بل على تمييز التواريخ المؤثرة في مسار المطالبة، وتحديد التاريخ المعتد به في كل مرحلة، وبيان القيمة النظامية لكل منها. ولذلك يتناول هذا المطلب: **أولًا** التواريخ المؤثرة في مسار المطالبة التأمينية وقيمتها النظامية، ابتداءً من تاريخ وقوع الخطأ المهني الطبي، مرورًا بتاريخ قيد الشكوى الطبية أو نشوء المطالبة تجاه المؤمن له، وتاريخ تبليغ شركة التأمين بالمطالبة، وانتهاءً بتاريخ الحكم القضائي النهائي أو إقرار التسوية. ويتناول **ثانيًا** أسباب تباعد هذه التواريخ، لما يترتب على ذلك من أثر في تعيين الوثيقة المختصة وقيام التغطية التأمينية أو انتفائها.

أولًا: التواريخ المؤثرة في مسار المطالبة التأمينية وقيمتها النظامية:

يقتضي ضبط الإسناد الزمني للمطالبة التأمينية التمييز بين التواريخ التي تمر بها المطالبة، وبيان وظيفة كل تاريخ وقيمته النظامية في تحديد الوثيقة المختصة بالتغطية، وذلك على النحو الآتي:

1) **تاريخ وقوع الخطأ المهني الطبي:** يُعد هذا التاريخ الحلقة الأولى في التسلسل الزمني للمطالبة التأمينية؛ وتُربط به التواريخ اللاحقة، كقيد الشكوى، وتبليغ الشركة بالمطالبة، وصدور الحكم القضائي النهائي أو إقرار التسوية.

ويُقصد به التاريخ والوقت اللذان وقع فيهما الفعل أو الامتناع المهني المدَّعى به والمنسوب إلى الممارس الصحي أثناء تقديم الرعاية؛ سواء تمثَّل في فعلٍ إيجابي، كإعطاء جرعة دوائية غير مناسبة، أم في امتناعٍ عن إجراءٍ لازم، كعدم طلب فحصٍ عاجل رغم وجود مؤشرات تستوجبه (جستنية، 2010م، ص4487).

وتتمثل القيمة النظامية لهذا التاريخ في كونه متصلًا بالواقعة المنشئة للمسؤولية، وبداية فحص مدى وقوع الخطأ داخل الحدود الزمنية التي تقررها الوثيقة. والتاريخ المعتد به في هذه المرحلة هو تاريخ الفعل أو الامتناع الذي تكوَّن به الخطأ المهني الطبي. فإذا تعذر تحديده بدقة، اعتُمد أقرب تاريخ ثابت يمكن استخلاصه من السجلات الطبية أو القرائن القضائية. (وزارة الصحة، 2022م، نظام المعلومات الصحية (السجلات الطبية)، ص 1–2).

ومثال ذلك ما قضت به المحكمة في دعوى إصابة بفيروس التهاب الكبد (سي) بعد عملية منظار المرارة؛ إذ ثبت تاريخ التدخل الجراحي، ثم ظهر التشخيص بعد نحو شهر بما يوافق طبيًا فترة حضانة الفيروس، ولم يثبت في الأوراق سبب بديل راجح (لا عمليات أخرى، ولا نقل دم..)، فطبقت المحكمة قاعدة «إضافة الحادث إلى أقرب أزمانه»، وأضافت الواقعة إلى زمن العملية، وقضت بالتعويض (ديوان المظالم، 2016م، ص 447–449).

وعند تعدد الإجراءات الطبية، تكون العبرة بتاريخ الإجراء أو الامتناع الذي تُنسب إليه الواقعة المنشئة للضرر، لا بمجرد تاريخ ظهور الأثر أو تاريخ تبليغ الشركة بالمطالبة. وفي الوقائع المستمرة أو المتكررة يُعتد بتاريخ انتهاء الامتناع أو بتاريخ آخر فعل اكتمل به الخطأ. وتطبيقًا لذلك: إذا أثبت سجل إعطاء الدواء وملاحظات التمريض أن المريض تلقى في 2026/06/14م عند الساعة 18:00 جرعةً أعلى من المسموح بها من أحد المضادات، وظهرت عليه في 2026/06/16م أعراض سُمّية دوائية (كقيءٍ مستمر وارتفاعٍ ملحوظٍ في إنزيمات الكبد)، ثم أُبلِغت شركة التأمين بالمطالبة في 2026/06/17م، فإن تاريخ وقوع

الخطأ المهني الطبي يكون 2026/06/14م عند الساعة 18:00؛ لأنه تاريخ الفعل الموثق المنشئ للخطأ، ولو تأخر ظهور الضرر أو الإبلاغ عنه.

2) **تاريخ قيد الشكوى الطبية أو نشوء المطالبة تجاه المؤمن له:** يُقصد به اليوم والوقت اللذان تُقيَّد فيهما شكوى المريض أو من يمثله لدى الجهة المختصة، عبر الوسيلة المعتمدة لاستقبال الشكاوى، ويُثبت عادةً برقم الشكوى وتاريخها[14]. أو التاريخ الذي يتلقى فيه المؤمن له مطالبة أو إخطارًا يستهدف إلى إلزامه بالمسؤولية عن خطأ مهني طبي. وتظهر أهمية هذا التاريخ في أنه ينقل الواقعة من نطاق الحدث الطبي إلى نطاق المطالبة أو الشكوى، ويفتح المسار الإجرائي لفحصها، غير أن هذا التاريخ يظل مستقلًّا عن تاريخ الإبلاغ عن المطالبة إلى شركة التأمين؛ فلا يُغني عن التزام المؤمن له بإبلاغ الشركة وفقًا لشروط الوثيقة، كما لا يُعد بذاته دليلًا نهائيًا على المسؤولية. وتتمثل القيمة النظامية لهذا التاريخ في أنه يحدد بداية تحرك المطالبة تجاه المؤمن له، وينبه إلى وجوب التعامل معها وفق الالتزامات التي تقررها الوثيقة. وعند تعدد المراسلات أو الطلبات، تكون العبرة بأول تاريخ قُيِّدت فيه الشكوى رسميًّا، لا بتاريخ الاستفسارات السابقة أو استكمال المستندات اللاحقة.

فإذا تقدَم المريض بشكواه عبر القناة المعتمدة بتاريخ 2026/04/05م، وقُيدت برقم شكوى في اليوم نفسه، ثم استكمل تقاريره الطبية بتاريخ 2026/04/10م، كان التاريخ المعتد به هو 2026/04/05م؛ لأنه تاريخ القيد الرسمي للشكوى، أما الاستفسارات أو البلاغات غير المقيدة رسميًا فلا يُعتدُ بها تاريخًا للشكوى.

3) **تاريخ تبليغ شركة التأمين بالمطالبة:** يقصد به اليوم والوقت اللذان يصل فيهما إلى الشركة بلاغُ المؤمن له بالمطالبة، أو بالحادث أو الظرف الذي قد يؤدي إلى مطالبة، خلال فترة سريان الوثيقة. وترجع أهمية هذا التاريخ إلى أن الصيغة النموذجية أوجبت على المؤمن له تبليغ الشركة في أقرب وقت ممكن. وتتمثل القيمة النظامية لهذا التاريخ في أنه يفعِّل المسار التأميني للمطالبة، ويرتبط بتحقق شرط التبليغ وتمكين الشركة من فحص المطالبة وإدارتها. ولذلك، لا يكفي قيد الشكوى الطبية أو علم المؤمن له بها ما لم يثبت تبليغ الشركة وفق أحكام الوثيقة.

والتاريخ المعتد به في هذه المرحلة هو أول تاريخ ثابت لوصول تبليغ مستوفٍ إلى الشركة، وفق الوسيلة أو القناة التي تقررها الوثيقة أو جدولها عند وجودها. ويُستدل عليه عمليًا برقم المطالبة، أو تاريخ قيدها لدى الشركة، أو إشعار الاستلام الإلكتروني، أو ما يقوم مقام ذلك من دليل يثبت واقعة الوصول. أمَّا استكمال التقارير والفواتير وسائر المرفقات، فهو من إجراءات معالجة المطالبة والتعاون بشأنها، ولا يغيّر تاريخ التبليغ المثبت ابتداءً (الصيغة النموذجية، 2021م، المادة 2، الفقرة 6؛ المادة 5، الفقرة 1). فإذا وصل إلى الشركة بتاريخ 2026/05/10م تبليغ أولي من المؤمن له يتضمن ما يكفي لتحديد هويته والواقعة محل المطالبة، ثم استُكملت التقارير في 2026/05/15م، كانت العبرة بتاريخ 2026/05/10م؛ لأنه تاريخ وصول التبليغ، لا تاريخ استكمال المستندات. أمَّا إذا اشترطت الوثيقة أو جدولها صراحةً وسيلةً أو نموذجًا معينًا للتبليغ، كانت العبرة بأول تبليغٍ مستوفٍ لذلك الشرط. وتطبيقًا لذلك، إذا نصت الوثيقة على أن التبليغ لا يكون إلا عبر بوابة إلكترونية محددة، ثم أرسل المؤمن له تبليغًا أوليًّا عبر وسيلة غير معتمدة بتاريخ 2026/06/08م، وأتمَّ التبليغ عبر البوابة بتاريخ 2026/06/10م، كانت العبرة بتاريخ 2026/06/10م؛ لأنه أول تبليغٍ مستوفٍ لما اشترطته الوثيقة.

[14] يؤيد ذلك ما نصت عليه اللائحة التنفيذية لنظام مزاولة المهن الصحية في البند (1–40/أ)، إذ أجازت لمن أصابه ضرر من الخطأ المهني الصحي أن يتقدم بحقه الخاص إلى المرفق الصحي أو إلى مدير الشؤون الصحية ذات العلاقة، مع تعبئة نموذج «رفع شكوى طبية»، وهو نموذج يتضمن حقلي «رقم الشكوى» و«تاريخ الشكوى».

4) **تاريخ الحكم القضائي النهائي أو إقرار التسوية:** يقصد به اليوم والوقت اللذان يصدر فيهما الحكم القضائي النهائي في الحق الخاص المتعلق بالمطالبة، أو تُقر فيه التسوية التي تنتهي بها المنازعة وفق أحكام الوثيقة.

وتظهر أهمية هذا التاريخ في أن الصيغة النموذجية عرَّفت التعويض بأنه المبلغ الذي تدفعه الشركة بناءً على حكم قضائي بحق المؤمن له عن الخطأ المهني الطبي، متضمنًا تكاليف الدفاع في حدود التغطية التأمينية، كما منحت الشركة حق إدارة مفاوضات التسوية أو إجراءاتها بشرط موافقة المؤمن له. وتتمثل القيمة النظامية لهذا التاريخ في أنه يحدد مرحلة استقرار الالتزام المالي، وبيان ما تلتزم به الشركة في حدود التغطية التأمينية.

والتاريخ المعتد به في هذه المرحلة هو تاريخ الحكم القضائي النهائي، أو تاريخ إقرار التسوية متى تمت وفق أحكام الوثيقة (الصيغة النموذجية، 2021م، المادة 4؛ المادة 5، الفقرة 2).

وتطبيقًا لذلك: إذا أوصت الشركة بتسوية مقدارها 120,000 ريال ووافق المؤمن له عليها، جاز صرف المبلغ بالتسوية دون انتظار حكم قضائي نهائي. أما إذا رفض المؤمن له هذه التسوية، واستمرت الدعوى، ثم صدر لاحقًا حكم بمبلغ 200,000 ريال، وكانت تكاليف الدفاع التي جرت بموافقة الشركة حتى تاريخ الرفض 20,000 ريال، فلا تزيد مسؤولية الشركة على 140,000 ريال؛ وهو مجموع مبلغ التسوية المقترحة وتكاليف الدفاع حتى تاريخ الرفض، مع مراعاة حد التغطية التأمينية المبين في جدول الوثيقة.

ثانيًا: أسباب تباعد التواريخ المؤثرة في المطالبة التأمينية:

لا ترجع مشكلة تباعد التواريخ إلى سبب واحد، وإنما قد تنشأ عن عدة أسباب، من أبرزها ما يأتي:

1) **تأخر ظهور الضرر أو تأخر نسبة الضرر إلى الخطأ المهني الطبي:** قد يقع الخطأ المهني الطبي في تاريخ معين، ولا تظهر آثاره إلا بعد مدة. وقد يظهر الضرر، ولكن تتأخر نسبته إلى خطأ مهني طبي بسبب تعدد الإجراءات الطبية، أو تعدد المؤسسات الصحية، أو الحاجة إلى تقرير فني يحدد سبب الضرر وعلاقته بالإجراء الطبي. وفي هذه الحالة لا يكون تاريخ علم المتضرر بذاته تاريخًا معتدًا به في إسناد المطالبة تأمينيًا، وإنما يفسر سبب تأخر الشكوى أو المطالبة عن تاريخ وقوع الخطأ.
2) **تأخر قيد الشكوى الطبية:** قد يظهر الضرر أو يثور الاشتباه في الخطأ، ومع ذلك يتأخر قيد الشكوى الطبية بسبب انتظار تقرير طبي، أو استكمال العلاج، أو عدم وضوح الجهة، أو الإجراء محل المسؤولية. ويختلف هذا السبب عن السبب السابق؛ فالأول يتعلق بتأخر ظهور الضرر أو تأخر نسبته فنيًا إلى الخطأ، أما هذا السبب فيتعلق بتأخر مباشرة الإجراء الرسمي للشكوى بعد وجود ما يدعو إليها.
3) **تأخر تبليغ الشركة بالمطالبة:** قد تُقيد الشكوى الطبية أو تصل المطالبة إلى المؤمن له، ثم يتأخر تبليغ الشركة بها. ويؤدي ذلك إلى تباعد تاريخ بدء المسار الإجرائي للشكوى عن تاريخ بدء المسار التأميني أمام الشركة. ولا يكفي قيد الشكوى الطبية، بذاته، لاعتبار الشركة مبلغة بالمطالبة؛ لأن التعامل التأميني مع المطالبة يبدأ من تاريخ وصول التبليغ إلى الشركة على وجه معتبر وفق الوثيقة.
4) **تعاقب الوثائق أو اختلاف مدد سريانها:**

قد يقع الخطأ المهني الطبي أثناء مدة سريان وثيقة، ثم تظهر المطالبة أو يتم تبليغ الشركة بها أثناء مدة سريان وثيقة أخرى. وفي هذه الحالة يثور البحث عن الوثيقة التي تُسند إليها المطالبة من الناحية الزمنية.

5) **تبدل شركة التأمين:** قد تتعاقب الوثائق مع تغير الشركة، فيقع الخطأ أثناء وثيقة صادرة من شركة، ثم تظهر المطالبة أو يتم تبليغها أثناء وثيقة صادرة من شركة أخرى. ويؤدي ذلك إلى احتمال تنازع الإسناد بين الوثائق والشركات، بحسب التاريخ المعتد به في ربط المطالبة بالوثيقة المختصة.

6) **انقطاع التغطية التأمينية:**

قد تنتهي وثيقة ولا تبدأ الوثيقة التالية مباشرة، فتوجد مدة فاصلة بين الوثيقتين لا تقوم فيها تغطية تأمينية. فإذا وقع أحد التواريخ المؤثرة في الإسناد أثناء هذه المدة، ثار النزاع حول مدى قيام التغطية التأمينية أو انتفائها.

7) **ارتباط المطالبة بخطأ سابق على تاريخ سريان الوثيقة:**

قد تُقدم المطالبة أو يتم تبليغ الشركة بها أثناء مدة سريان وثيقة قائمة، بينما يكون الخطأ المهني الطبي قد وقع قبل بدء سريانها. وفي هذه الحالة يلزم فحص الحدود الزمنية التي تقررها الوثيقة لتحديد ما إذا كانت المطالبة داخلة في نطاقها الزمني أم خارجة عنها.

خلاصة ما تقدم في هذا المبحث يتبين أن الإسناد الزمني للمطالبة التأمينية في التأمين ضد الأخطاء المهنية الطبية يقوم على فهم طبيعة المطالبة بوصفها محلًّا للإسناد، وتمييزها عن النطاق الزمني للتغطية الذي ترسمه الوثيقة. كما يتضح أن التواريخ المؤثرة في مسار المطالبة لا تؤدي وظيفة واحدة؛ فتاريخ وقوع الخطأ المهني الطبي يتصل بالواقعة المنشئة للمسؤولية، وتاريخ قيد الشكوى أو نشوء المطالبة تجاه المؤمن له يتصل ببدء المسار الإجرائي للمطالبة،

وتاريخ تبليغ الشركة يفعِّل المسار التأميني وفق الوثيقة، أما تاريخ الحكم القضائي النهائي أو إقرار التسوية فيتصل باستقرار مبلغ التعويض وآلية الوفاء به. وبناءً على اختلاف القيمة النظامية لهذه التواريخ، لا يصح التعامل معها بوصفها تؤدي وظيفة واحدة في الإسناد الزمني. كما أن الإشكال لا ينشأ من تعدد هذه التواريخ، وإنما من تباعدها بسبب تأخر ظهور الضرر أو نسبته إلى الخطأ، أو تأخر الشكوى، أو التبليغ، أو تعاقب الوثائق، أو تبدل شركة التأمين، أو انقطاع التغطية؛ الأمر الذي يمهد لبحث أثر أنواع التغطية الزمنية وأثرها في إسناد المطالبة التأمينية.

المبحث الأول: أنواع التغطية الزمنية وأثرها في إسناد المطالبة التأمينية:

بعد أن تبيّن في المبحث التمهيدي الإطار المفاهيمي للمطالبة التأمينية والتواريخ المؤثرة في مسارها، يتناول هذا المبحث أثر نوع التغطية الزمنية في تحديد الوثيقة المختصة. إذ يختلف ضابط الإسناد باختلاف ما إذا كانت التغطية قائمة على أساس وقوع الحادث، أو على أساس الإبلاغ عن المطالبة.

وبناءً على ذلك يتناول **المطلب الأول** التغطية على أساس وقوع الحادث، ويُخصَّص **المطلب الثاني** للتغطية على أساس الإبلاغ عن المطالبة، في ضوء ما تقرره النصوص النظامية السعودية في كلٍّ منهما.

المطلب الأول: التغطية على أساس وقوع الحادث:

تُعَدُّ التغطية على أساس وقوع الحادث من أبرز أنماط التغطية الزمنية في التأمين ضد الأخطاء المهنية الطبية، وتقوم –في أصلها– على ضابط زمني واضح، هو تاريخ وقوع الخطأ المهني الطبي. ومن ثمَّ يتناول هذا المطلب مفهوم هذا النمط وضابط الإسناد فيه، ثم يُبيِّن آثاره وحدود امتداده، وأخيرًا يوضح الدلالة النظامية على الاعتداد بتاريخ وقوع الخطأ المهني الطبي في هذا السياق.

الفرع الأول: مفهوم التغطية على أساس وقوع الحادث وضابط الإسناد فيها:

يُقصد بالتغطية على أساس وقوع الحادث، في الفقه التأميني المقارن، الصيغة التي ينعقد فيها الإسناد الزمني على تاريخ وقوع الخطأ المهني الطبي المشمول بالتغطية خلال مدة الوثيقة؛ فتُنسب المطالبة إلى الوثيقة السارية وقت وقوع الخطأ المهني الطبي، ولو تأخر ظهور الضرر، أو تقديم المطالبة، أو صدور الحكم النهائي. وبذلك تكون العبرة في هذا النمط بتاريخ وقوع الخطأ المهني الطبي المنشئ للمسؤولية، لا بتاريخ المطالبة به (Born & Boyer, 2011, pp. 139–162; Boyer & Gobert, 2011, pp. 251–277; Johnson, 1991, pp. 1570–1572; OECD, 2006, pp. 40–41).

ويمتاز هذا النمط، من حيث البناء الزمني، ببساطة ضابط الإسناد ووضوحه؛ إذ يقوم على تاريخ واحد محدد، بما ييسر تعيين الوثيقة المختصة ابتداءً، ويحد من التردد في ربط المطالبة بها. كما تُعد هذه الصيغة الأقدم في تأمين المسؤولية المهنية، لسبقها التاريخي لصيغة «الإبلاغ عن المطالبة»[15] (عبد الرزاق السنهوري، 1994م، ص 123؛ Baker, 2005, pp. 393–438; Danzon, 1985, p. 42; Danzon, 1991, pp. 51–69; Sage, 2004, pp. 10–21; Sage, 2005, pp. 463–484).

وتطبيقًا لذلك: إذا كانت لدى طبيب وثيقة تأمين ضد الأخطاء المهنية الطبية قائمة على أساس وقوع الحادث، سارية من 2024/01/01م إلى 2024/12/31م، ووقع الخطأ المهني الطبي في 2024/06/15م، ثم لم ينكشف الضرر للمريضة ولم يتبين لها المسؤول عنه إلا في 2028/01/10م، ثم تقدمت بشكوى لدى الجهة المختصة في 2028/02/20م، وأبلغ المؤمن له الشركة في 2028/03/01م، فإن المطالبة تُنسب —من حيث الإسناد الزمني— إلى وثيقة 2024م؛ لأن الخطأ المهني الطبي وقع أثناء سريانها، وذلك مع مراعاة حدود التغطية وسائر الالتزامات التي تفرضها الوثيقة.

الفرع الثاني: آثار التغطية على أساس وقوع الحادث وحدود امتدادها:

يترتب على هذا النمط أثر مهم هو أن تأخر انكشاف الضرر أو تأخر تقديم المطالبة لا يؤدي –في صورته المقارنة– إلى نقل الإسناد إلى وثيقة لاحقة؛ لأن الصلة بين التغطية والوثيقة تنعقد من وقت وقوع الخطأ المهني الطبي لا من وقت ظهور أثره. ولهذا السبب لا تظهر فيه، في الأصل، الحاجة إلى تغطية لاحقة مستقلة من نوع «ذيل التأمين»[16]، على النحو الذي يثور في الوثائق المبنية على الإبلاغ عن المطالبة. ويُحسب لهذا النمط أنه يحقق قدرًا أكبر من اليقين في تعيين الوثيقة المختصة، وإن كان يقابل هذه المزية بقاء شركة التأمين معرضة –من الناحية العملية– لمطالبات قد يتأخر ظهورها سنوات بعد انتهاء الوثيقة (OECD، 2006م، ص 40–41؛ Wormley وآخرون، 2007م، ص 274–277).

---

[15] تاريخيًا، تُعدُّ وثائق التأمين على أساس وقوع الحادث الصيغة الأقدم في تأمين المسؤولية. ثم بدأ التوسع في وثائق التأمين على أساس الإبلاغ عن المطالبة، ولا سيما في التأمين ضد المسؤولية الطبية في الولايات المتحدة خلال أزمة منتصف سبعينيات القرن العشرين؛ وهي أزمة ارتفعت فيها الأقساط، وتشددت فيها شروط التغطية، وأصبح الحصول على التأمين أصعب لبعض الممارسين. وفي هذا السياق، أعلنت شركة سانت بول للتأمين البحري والحريق (St. Paul Fire & Marine Insurance Co.) في أبريل 1975م أنها لن تجدد تغطية المسؤولية الطبية على أساس وقوع الحادث، وستعرض بدلًا منها تغطية على أساس الإبلاغ عن المطالبة (National Association of Insurance Commissioners [NAIC], 2004, p. 8; St. Paul Fire & Marine Insurance Co. v. Barry, 438 U.S. 531, 1978).

[16] يُقصد بذيل التأمين (Tail coverage)، ويقابله في النظام السعودي «تمديد مدة التبليغ عن المطالبات» (Extended Reporting Period)، المنفعة التي تخوّل المؤمَّن له، بعد انتهاء وثيقة التأمين ضد الأخطاء المهنية الطبية أو إلغائها، التبليغ عن مطالبة نشأت خلال مدة سريانها. ولا تُنشئ هذه المنفعة تغطيةً لخطأ مهني طبي يقع بعد انتهاء الوثيقة، وإنما يقتصر أثرها على إتاحة التبليغ المتأخر عن مطالبة ناشئة عن خطأ سابق؛ ولذلك ترتبط في مجال التأمين ضد الأخطاء المهنية الطبية بالوثائق المبنية على الإبلاغ عن المطالبة، ولا تظهر الحاجة إليها في وثائق التغطية على أساس وقوع الحادث؛ لأن هذا النمط يسند التغطية إلى تاريخ وقوع الخطأ المهني الطبي خلال مدة الوثيقة، بغض النظر عن وقت تقديم المطالبة.

غير أن انعقاد التغطية على أساس وقوع الحادث لا يعني بقاء دعوى التعويض مسموعة بلا قيد زمني؛ إذ يقضي نظام المعاملات المدنية بألا تُسمع دعوى التعويض الناشئة عن الفعل الضار بانقضاء ثلاث سنوات من تاريخ علم المتضرر بوقوع الضرر وبالمسؤول عنه، وفي جميع الأحوال بانقضاء عشر سنوات من تاريخ وقوع الضرر. كما يقرر النظام أن الحق لا ينقضي بمرور الزمن، وإنما لا تُسمع الدعوى به على المنكر بعد مضي المدة المقررة (نظام المعاملات المدنية، 2023م، المادة 1/143؛ المادة 295). ومن ثم، فالعبرة في الحد الأقصى ليست بتاريخ وقوع الخطأ المهني الطبي لذاته، وإنما بتاريخ وقوع الضرر متى تأخر تحققه عن السلوك المسبب له. وهذه التفرقة مهمة؛ لأنها تمنع الخلط بين قيام التغطية من ناحية، وسماع دعوى التعويض من ناحية أخرى فإذا افترض –في المثال السابق– أن الضرر قد تحقق يوم العملية نفسها في 2024/06/15م، ثم علمت به المريضة وبالمسؤول عنه في 2028/01/10م، فإن دعوى التعويض لا تُسمع –كأصل عام– إذا رُفعت بعد 2031/01/10م لانقضاء ثلاث سنوات من تاريخ العلم، كما لا تُسمع –في جميع الأحوال– إذا رُفعت بعد 2034/06/15م لانقضاء عشر سنوات من تاريخ وقوع الضرر.

وإذا كانت دعوى التعويض ناشئة عن جريمة، فإنها تبقى مسموعة ما دامت الدعوى الجزائية لم يمتنع سماعها. غير أن بقاء الدعوى مسموعة لا يكفي وحده لانعقاد التغطية التأمينية؛ إذ تستثني الصيغة النموذجية من نطاق التغطية الأخطاء المهنية الطبية الصادرة من المؤمن له الذي لا يحمل ترخيصًا صالحًا ونافذًا طوال مدة التغطية التأمينية، فضلًا عن الأفعال المخالفة للأنظمة واللوائح ذات الصلة، والعمل الإجرامي، وسوء السلوك المتعمد. ومن ثم، فإذا كان الوصف الجزائي للواقعة ناشئًا – مثلًا – عن مزاولة المهنة دون ترخيص، بقيت المسؤولية من الناحية التأمينية خارج نطاق التغطية (نظام المعاملات المدنية، 2023م، المادة 143؛ الصيغة النموذجية، 2021م، المادة الرابعة/1 و5 و9؛ المادة الخامسة/1).

الفرع الثالث: الاعتداد بتاريخ وقوع الخطأ المهني الطبي في النظام السعودي وأثره عند تعاقب الوثائق:

يستند الاعتداد بتاريخ وقوع الخطأ المهني الطبي في هذا النمط إلى أساس نظامي صريح في اللائحة التنفيذية لنظام مزاولة المهن الصحية؛ إذ قررت أن التغطية التأمينية للممارس الصحي تشمل جميع التعويضات الناشئة عن الأخطاء الطبية التي وقعت أثناء فترة التغطية التأمينية، كما قررت أن وقت صدور الحكم النهائي لا ينال من أحقية دفع التعويض عن الخطأ الطبي الواقع خلالها (نظام مزاولة المهن الصحية، 2005م، البند 7–41). وتكشف هذه الصياغة عن دلالة مهمة، مؤداها أن المنظِّم السعودي لم يجعل العبرة في أصل الاستحقاق بتاريخ المطالبة، ولا بتاريخ الحكم النهائي، وإنما بتاريخ وقوع الخطأ المهني الطبي أثناء فترة التغطية. ويُحمد في هذا النص أنه جاء واضحًا في تقرير نقطة البدء الزمنية التي يُعتد بها في هذا السياق؛ إذ حال دون الخلط بين وقت وقوع الخطأ ووقت الفصل القضائي فيه، وهو خلط قد يفضي –لولا هذا النص– إلى اضطراب في تعيين الوثيقة المختصة كلما تأخر نظر النزاع أو امتدت إجراءات المطالبة. كما أن ربط التغطية بوقوع الخطأ أثناء فترة التغطية ينسجم مع المنطق التأميني في هذا النمط، لأنه يجعل الإسناد متصلًا بالفعل المنشئ للمسؤولية لا بالمرحلة الإجرائية اللاحقة عليه. وتظهر ثمرة هذا الأصل بوجه أوضح عند تعاقب الوثائق؛ إذ لا يكفي انكشاف الضرر، أو قيد الشكوى، أو تقديم المطالبة في ظل وثيقة لاحقة لنقل الإسناد إليها ابتداءً، بل يبدأ النظر –في هذا النمط– من الوثيقة التي وقع الخطأ المهني الطبي أثناء سريانها؛ لأنها الوثيقة التي يتصل بها الإسناد من حيث الأصل.

غير أن حدود هذا النص يجب أن تُفهم على وجهها الصحيح؛ إذ إنه يقرر أصل الاعتداد بتاريخ وقوع الخطأ المهني الطبي، لكنه لا يستغرق –بذاته– جميع عناصر البناء الزمني للتغطية في الوثيقة محل الدراسة. ولذلك، فإن الاعتماد عليه وحده لا يكفي لاستخلاص الموقف النهائي للمنظِّم السعودي من التغطية الزمنية في وثيقة التأمين ضد الأخطاء المهنية الطبية، ما دامت الصيغة النموذجية قد أضافت أحكامًا أخرى مؤثرة يتصل بعضها بالمطالبة وبعضها بالتبليغ وبعضها بالأثر الرجعي وتمديد مدة التبليغ. ومن ثم، فإن هذا

النص يصلح في هذا الموضع لتقرير نقطة البدء في الإسناد في نمط وقوع الحادث، دون أن يغني ذلك عن استكمال النظر في سائر الأحكام الزمنية المنظمة للتغطية، على النحو الذي سيأتي بيانه في المطلب الثاني من هذا المبحث، ثم في المبحث الثاني من الدراسة.

المطلب الثاني: التغطية على أساس الإبلاغ عن المطالبة:

تُعَد التغطية على أساس الإبلاغ عن المطالبة من أبرز أنماط التغطية الزمنية في تأمين المسؤولية، وتكتسب أهمية خاصة في مجال التأمين ضد الأخطاء المهنية الطبية؛ إذ أفرد لها المنظِّم السعودي أحكامًا في الصيغة النموذجية لوثيقة التأمين ضد الأخطاء المهنية الطبية. ومن ثمَّ يتناول هذا المطلب مفهوم هذا النمط وضابط الإسناد فيه، ثم يبيّن الشروط العامة اللازمة لقيام التغطية على أساسه، وأخيرًا صور الإبلاغ الواجب وأحكامه في الصيغة النموذجية.

الفرع الأول: مفهوم التغطية على أساس الإبلاغ عن المطالبة وضابط الإسناد فيها:

يُقصد بالتغطية على أساس الإبلاغ عن المطالبة الصيغة التي لا يكفي فيها مجرد وقوع الخطأ المهني الطبي خلال النطاق الزمني المقبول، بل يلزم معها أن تنشأ المطالبة خلال مدة سريان الوثيقة، وأن يُبلّغ المؤمن له الشركة بها في الميعاد الذي تعتد به الوثيقة. ومن ثم، فإن الإسناد في هذا النمط لا يقوم على تاريخ وقوع الخطأ المهني الطبي وحده، وإنما ينعقد على اجتماع عناصر زمنية متعددة، يتقدمها وقوع الخطأ الطبي في النطاق الزمني المقبول، ثم نشوء المطالبة، ثم تبليغ الشركة بها في الوقت المقرر. ويفترق هذا النمط عن التغطية على أساس وقوع الحادث في أن الأخيرة تقوم نقطة الإسناد فيها على تاريخ وقوع الخطأ المهني الطبي، فتُنسب المطالبة إلى الوثيقة السارية وقت وقوعه ولو تأخر ظهور الضرر أو المطالبة به، أما التغطية على أساس الإبلاغ عن المطالبة فتبقي لوقوع الخطأ المهني الطبي أهميته، لكنها لا تكتفي به وحده، بل تجعل نشوء المطالبة وتبليغ الشركة بها عنصرين لازمين لقيام التغطية. ولذلك كان هذا النمط أكثر تركيبًا من حيث البناء الزمني من نمط وقوع الحادث (تأمين المسؤولية المهنية، 2025م، ص 73، 80، 104–105). وتطبيقًا لذلك: إذا كانت لدى طبيب وثيقة تأمين ضد الأخطاء المهنية الطبية قائمة على أساس الإبلاغ عن المطالبة، سارية من 2025/01/01م إلى 2025/12/31م، ووقع الخطأ المهني الطبي في 2025/09/15م، ثم تلقى المؤمن له خلال مدة السريان مطالبة من المتضرر بالتعويض عن هذا الخطأ، وأبلغ الشركة بها في الميعاد المقرر، انعقدت التغطية متى استوفت المطالبة سائر شروط الوثيقة. أما إذا وقع الخطأ خلال النطاق الزمني المقبول، ولكن المطالبة لم تنشأ إلا بعد انتهاء السريان، أو نشأت خلاله ولم يُبلّغ المؤمن له الشركة بها في الوقت المعتبر، فإن وقوع الخطأ وحده لا يكفي لانعقاد التغطية.

الفرع الثاني: الشروط العامة لقيام التغطية على أساس الإبلاغ عن المطالبة:

تقوم التغطية على أساس الإبلاغ عن المطالبة على ثلاثة شروط مترابطة، لا يغني أحدها عن الآخر.

الشرط الأول: أن يقع الخطأ المهني الطبي في النطاق الزمني الذي تعتد به الوثيقة: ويقصد بذلك أن يقع الخطأ المهني الطبي خلال مدة سريان الوثيقة، أو اعتبارًا من التاريخ الرجعي إذا أثبت جدول الوثيقة[17] أثرًا رجعيًا. ويُقصد بالأثر الرجعي، في هذا الموضع، التاريخ المثبت في جدول الوثيقة الذي تبدأ الوثيقة اعتبارًا منه في الاعتداد بالأخطاء المهنية الطبية السابقة على بدء سريانها. وعلى ذلك، يظل الخطأ الواقع قبل هذا الحد الزمني خارج نطاق التغطية، ولو نشأت المطالبة لاحقًا وأُبلغت بها الشركة (الصيغة النموذجية، 2021م، المادة الثانية/14–18؛ المادة الرابعة/5).

[17] يُقصد بجدول الوثيقة الجزء المشتمل على البيانات الخاصة بالوثيقة، وعلى الأخص بيانات المؤمن له، وتاريخ السريان، وحدود التغطية، والبيانات الزمنية المؤثرة في نطاقها، وهو جزء لا يتجزأ منها وفق الصيغة النموذجية لوثيقة التأمين ضد الأخطاء المهنية الطبية (الصيغة النموذجية، 2021م، المادة الثانية/18؛ المادة الثالثة).

الشرط الثاني: أن تنشأ المطالبة خلال المدة التي تعتد بها الوثيقة: ويقصد بذلك أن توجد خلال مدة سريان الوثيقة مطالبة معتبرة متصلة بالخطأ المهني الطبي، وفق مدلول المطالبة في الصيغة النموذجية. ولا يكفي في هذا النمط وقوع الخطأ المهني الطبي داخل النطاق الزمني المقبول ما لم تنشأ المطالبة خلال المدة التي تعتد بها الوثيقة. وعلى ذلك، فإذا لم تنشأ المطالبة إلا بعد انقضاء مدة السريان، ظلت خارج نطاق التغطية، ولو كان الخطأ المهني الطبي قد وقع في النطاق الزمني المقبول (الصيغة النموذجية، 2021م، المادة الثانية/6؛ المادة الخامسة/1/ب/3).

الشرط الثالث: أن يُبلَّغ عن المطالبة إلى الشركة في الميعاد المقرر: ويقصد بذلك أن يصل إلى الشركة، خلال مدة سريان الوثيقة أو خلال مدة التمديد إذا نُصَّ عليها، تبليغُ المؤمن له بالمطالبة الناشئة عن الخطأ المهني الطبي. ويُقصد بتمديد مدة التبليغ، في هذا الموضع، المهلة الإضافية التي تلي انتهاء الوثيقة أو إلغاءها، وتُخصَّص للتبليغ عن مطالبات نشأت خلال مدة سريانها، من غير أن تمتد إلى تغطية أخطاء مهنية طبية تقع بعد انتهائها. ولا يكفي في هذا النمط مجرد نشوء المطالبة خلال المدة التي تعتد بها الوثيقة، بل لا بد كذلك من وصول تبليغها إلى الشركة في الميعاد المعتبر. وعلى ذلك، فإذا لم يصل التبليغ إلا بعد انقضاء هذا الميعاد، بقيت المطالبة خارج نطاق التغطية، ولو كانت قد نشأت خلال مدة السريان. (الصيغة النموذجية، 2021م، المادة الثانية/9؛ المادة الخامسة/1/أ؛ المادة السادسة).

وعلى هذا، فإن التغطية على أساس الإبلاغ عن المطالبة لا تقوم إلا باجتماع هذه الشروط الثلاثة: وقوع الخطأ المهني الطبي في النطاق الزمني المعتبر، ونشوء المطالبة خلال المدة التي تعتد بها الوثيقة، وتبليغ الشركة بها في الميعاد المقرر. وهي شروط مترابطة لا يغني تحقق أحدها عن تخلف غيره. ومن ثم، فإن اختلال أي منها يحول دون انعقاد التغطية على هذا الأساس، ولو توافرت سائر العناصر الأخرى. أما ما يتصل بالتفصيل الزمني لهذه الشروط، من حيث بداية السريان، والأثر الرجعي، وتمديد مدة التبليغ، وأثر كل ذلك في قبول المطالبة أو استبعادها، فسيأتي بيانه في المبحث التالي.

الفرع الثالث: صور الإبلاغ الواجب وأحكامه في الصيغة النموذجية:

لا يقتصر واجب الإبلاغ في هذا النمط على المطالبة الصريحة بالتعويض، بل يتسع لصور متعددة رتبت الوثيقة على قيامها التزام المؤمن له بإبلاغ الشركة. وهذا من المواضع التي يظهر فيها حُسن صياغة النظام السعودي؛ إذ لم يقصر الإبلاغ على الدعوى القضائية أو على الطلب الصريح بالتعويض، بل بسطه إلى مرحلة أسبق، بما يمكِّن الشركة من متابعة الخطر وإدارة الدفاع والتسوية منذ بدايته. ويمكن رد هذه الصور إلى خمس حالات رئيسة على النحو الآتي[18]:

الحالة الأولى: وقوع حادث أو ظرف قد يؤدي إلى مطالبة مقبولة:

المقصود بهذه الحالة أن واجب التبليغ قد ينعقد قبل نشوء المطالبة في صورتها النهائية، متى وجدت واقعة أو ظروف جدية من شأنها أن تفضي إلى مطالبة لاحقة. وتكمن أهميتها في أن النظام السعودي لم ينتظر اكتمال النزاع، بل اعتد بمرحلة الخطر المحتمل نفسها، وهو اتجاه محمود؛ لأنه يحقق حماية مبكرة لمصلحة الشركة والمؤمن له معًا. وتطبيقًا لذلك: إذا اكتشف الطبيب بعد تدخل جراحي احتمال ترك أداة أو مادة داخل جسم المريض، فإن مجرد هذا الظرف –قبل صدور مطالبة صريحة– يكفي لوجوب تبليغ الشركة، لأن بقاء الأمر دون تبليغ قد يحول الظرف المحتمل إلى مطالبة فعلية لاحقة.

[18] وردت صور الإبلاغ الواجب في الصيغة النموذجية لوثيقة التأمين ضد الأخطاء المهنية الطبية على خمس حالات: الأولى في المادة الخامسة/1/أ، وأما الحالات الأربع الأخرى ففي المادة الخامسة/1/ب/1–4، مع تعريف الحقيقة الجوهرية في المادة الثانية/17 (البنك المركزي السعودي، 2021م).

الحالة الثانية: استلام المؤمن له إخطارًا من أي شخص بهدف إلزامه بالمسؤولية عن خطأ مهني طبي: وهذه الحالة أدق من مجرد الشكوى العامة؛ لأنها تفترض وجود إخطار موجه إلى المؤمن له نفسه، يرمي إلى تحميله المسؤولية عن الخطأ المهني الطبي. ويُحمد في النظام السعودي هنا أنه التفت إلى اللحظة التي يبدأ فيها النزاع في التوجه نحو شخص المؤمن له، ولو قبل رفع الدعوى أو اكتمال المطالبة بمعناها النهائي. وتطبيقًا لذلك: إذا تلقى الطبيب خطابًا من المريض أو من وكيله النظامي يطالبه فيه بالتعويض عما لحقه من ضرر بسبب علاج سابق، انعقد واجب التبليغ من تاريخ استلام هذا الخطاب.

الحالة الثالثة: أي سلوك أو ظرف يُحتمل أن يكون باعثًا لإقامة مطالبة ضد المؤمن له عن خطأ مهني طبي:

وهذه الصورة أوسع من الحالة الأولى؛ لأنها لا تقف عند حادث أو ظرف خارجي فحسب، بل تشمل أيضًا ما يصدر من المؤمن له أو يحيط به من ملابسات قد تكون منطلقًا لمطالبة لاحقة. وهذه سعة تحمد للنظام السعودي من جهة مواكبتها للواقع العملي في المنازعات الطبية، غير أنه يؤخذ على العبارة –من حيث الصياغة– اتساعها الشديد؛ لأنها تترك مجالًا تقديريًا واسعًا في تحديد ما إذا كان السلوك أو الظرف محتملًا فعلًا لإقامة مطالبة. غير أن هذا الاتساع يظل مفهومًا في ضوء الطبيعة الوقائية لهذا النمط. وتطبيقًا لذلك: إذا تبيَّن للطبيب أن نتيجة خزعة لم تُتابع في وقتها، ثم ترتب على ذلك تأخر في تشخيص الحالة، فإن هذا الظرف –ولو قبل مطالبة المريض فعليًا– يدخل في دائرة ما يُحتمل أن يكون باعثًا لإقامة مطالبة، ويستوجب التبليغ.

الحالة الرابعة: كل مطالبة، أو طلب حضور، أو استدعاء، أو أمر محكمة:

وهذه الصورة تمثل أوضح درجات النزاع؛ إذ لم يعد الأمر مجرد ظرف محتمل أو إخطار أولي، بل انتقل إلى مرحلة إجرائية رسمية أو مطالبة قائمة. وهنا يَبلُغ واجب التبليغ أعلى درجات وضوحه؛ لأن الوثيقة تتوقع من المؤمن له أن ينقل إلى الشركة كل ما من شأنه ترتيب موقف دفاعي منظم. ويتميز النظام السعودي هنا بحسن الجمع بين المطالبة والإجراء الرسمي في بند واحد؛ لأنه ينظر إلى كليهما بوصفهما كاشفين عن نزاع قائم يتعين على الشركة أن تُحاط به دون تأخير. وتطبيقًا لذلك: إذا تبلَّغ الطبيب استدعاءً من الجهة المختصة أو أمرًا قضائيًا بالحضور في شأن واقعة طبية معينة، تعين عليه تبليغ الشركة بذلك من تاريخ علمه به، ولا يسوغ له تأخير التبليغ إلى حين صدور قرار نهائي أو حكم.

الحالة الخامسة: أي تغيير في الحقيقة الجوهرية:

وتكشف هذه الحالة أن واجب التبليغ في هذا النمط لا يقتصر على الوقائع المنشئة للمطالبة، بل يمتد إلى ما يطرأ على المعطيات الجوهرية التي تؤثر في تقييم الخطر أو في موقف الشركة من التغطية. وهذه إضافة مهمة في النظام السعودي؛ لأنها تجعل التبليغ أداة متابعة مستمرة للعلاقة التأمينية، لا مجرد وسيلة لاحقة عند وقوع النزاع. ومع ذلك، فإن التعبير عن هذه الحالة بصيغة "أي تغيير في الحقيقة الجوهرية" يقتضي من الباحث –ومن التطبيق العملي– قدرًا من التحرز؛ لأن مفهوم الحقيقة الجوهرية بطبيعته يحتاج إلى تفسير منضبط حتى لا يتسع على نحو يرهق المؤمن له بما لا تحتمله طبيعة الوثيقة. وتطبيقًا لذلك: إذا تبين للمؤمن له أن بيانات جوهرية سبق الإفصاح عنها عند التعاقد قد تغيرت على نحو مؤثر في الخطر المؤمن ضده، وجب عليه تبليغ الشركة بهذا التغيير، ولو لم تكن هناك مطالبة قائمة في ذلك الوقت.

أثر الإخلال بواجب التبليغ:

لما كانت الصيغة النموذجية قد أوجبت على المؤمَّن له تبليغ الشركة في أقرب وقت ممكن، وعلى أن يكون التبليغ خلال مدة سريان الوثيقة أو وفق أحكام تمديد مدة التبليغ عن المطالبات، فإن الإخلال بهذا الواجب لا يُعد مجرد مخالفة شكلية، بل يمس عنصرًا جوهريًا في هذا النمط من التغطية (الصيغة النموذجية، 2021م، المادة 5/1/أ–ب؛ المادة 5/2/أ؛ المادة 6). فالتغطية على أساس الإبلاغ عن المطالبة لا يكفي فيها وقوع الخطأ المهني الطبي، ولا نشوء المطالبة وحده، بل يلزم كذلك وصول التبليغ إلى الشركة في الميعاد الذي

تعتد به الوثيقة. ومن ثم، فإذا تخلف هذا الشرط، تأثر مركز المؤمَّن له التعاقدي، وجاز للشركة التمسك بعدم شمول المطالبة بالتغطية متى كان التبليغ قد وقع خارج المدة المعتبرة. كما يترتب على التأخر في التبليغ إضعاف قدرة الشركة على مباشرة الدفاع، وتعيين المحامي، وإدارة مفاوضات التسوية، ومباشرة ما خولته لها الوثيقة من صلاحيات في شأن المطالبة. وعلى ذلك، فإن واجب التبليغ في هذا النمط ليس التزامًا ثانويًا، بل عنصر لازم في قيام التغطية وفي تمكين الشركة من ممارسة حقوقها المرتبطة بالدفاع وتسوية المطالبات .

وخلاصة ما تقدم في هذا المبحث أن التمييز بين التغطية على أساس وقوع الحادث والتغطية على أساس الإبلاغ عن المطالبة يُعد مدخلًا لازمًا لضبط الإسناد الزمني للمطالبة التأمينية. فالتغطية على أساس وقوع الحادث تجعل العبرة، في الأصل، بتاريخ وقوع الخطأ المهني الطبي، أما التغطية على أساس الإبلاغ عن المطالبة فتُبقي لهذا التاريخ أثره، لكنها لا تجعله وحده كافيًا لقيام التغطية؛ إذ يلزم كذلك نشوء المطالبة والإبلاغ عنها وفق ما تقرره الوثيقة.

وقد تبين أن واجب الإبلاغ في وثيقة التأمين ضد الأخطاء المهنية الطبية لا يقتصر على مرحلة النزاع المكتمل، بل يمتد إلى مرحلة أسبق متى وجدت مؤشرات جدية قد تفضي إلى مطالبة أو تؤثر في الخطر المؤمن ضده. وبذلك لا يكون الإبلاغ مجرد إجراء لاحق على المطالبة، وإنما عنصرًا داخلًا في البناء الزمني والوظيفي للتغطية على أساس الإبلاغ عن المطالبة. ومن ثم، فإن اختلاف نوع التغطية الزمنية وطبيعة واجب الإبلاغ ينعكس على تعيين الوثيقة المختصة، ويمهد لبحث الأدوات الزمنية للوثيقة، وفي مقدمتها مدة سريان الوثيقة، وتاريخ الأثر الرجعي، وتمديد مدة التبليغ عن المطالبات.

المبحث الثاني: الأدوات الزمنية للوثيقة وأثرها في قيام التغطية وانتهائها:

بعد بيان نوعي التغطية الزمنية في التأمين ضد الأخطاء المهنية الطبية، ينتقل البحث إلى مسألة أكثر دقة، هي تحديد الحدود الزمنية التي تدخل بها الأخطاء المهنية الطبية في نطاق الحماية التأمينية أو تخرج منه. فالإشكال هنا لا يقف عند ثبوت الخطأ المهني الطبي، بل يمتد إلى موقعه الزمني بالنسبة إلى الوثيقة: متى تبدأ الحماية التأمينية، ومتى تنتهي، وما أثر تأخر قيد الشكوى الطبية أو الإبلاغ عن المطالبة إلى شركة التأمين في تعيين الوثيقة المختصة وقيام التغطية التأمينية أو انتفائها. وتزداد أهمية ذلك لاختلاف بناء الوثيقة الزمني، سواء قامت على أساس وقوع الحادث أم على أساس الإبلاغ عن المطالبة. لذلك ينقسم هذا المبحث إلى مطلبين: **الأول** في بداية التغطية التأمينية، **والثاني** في نهايتها.

المطلب الأول: مدة سريان الوثيقة وتاريخ الأثر الرجعي وأثرهما في بدء التغطية:

يقتضي تحديد بداية التغطية التأمينية الرجوع إلى الحدين الزمنيين اللذين ترسمهما الوثيقة، وهما: تاريخ السريان، وتاريخ الأثر الرجعي عند النص عليه. فتاريخ السريان يمثل البداية الأصلية للحماية، أما الأثر الرجعي فيتيح في الوثائق القائمة على الإبلاغ عن المطالبة امتداد التغطية إلى أخطاء مهنية طبية سابقة على بدء السريان في الحدود التي تقررها الوثيقة. وتظهر أهمية ذلك عند تباعد تاريخ وقوع الخطأ المهني الطبي عن تاريخ نشوء المطالبة أو الإبلاغ عنها؛ إذ لا يكفي وقوع المطالبة في مدة لاحقة لقيام التغطية، ما لم يكن الخطأ داخل النطاق الزمني الذي تعتد به الوثيقة.

وعلى هذا الأساس، يُقسَّم هذا المطلب إلى فرعين: الأول لبيان تاريخ السريان وأثره في تحديد بداية الحماية التأمينية، والثاني لبحث تاريخ الأثر الرجعي من حيث مفهومه وأنواعه وقيوده.

الفرع الأول: تاريخ السريان وأثره في تحديد بداية الحماية التأمينية:

تاريخ سريان الوثيقة هو التاريخ المثبت في جدول الوثيقة الذي تبدأ عنده الحماية التأمينية فعليًا. ولا يقف أثر هذا التاريخ عند حد البيان الشكلي، بل يؤدي وظيفة حاسمة في الفصل بين ما يدخل في نطاق التغطية وما يظل خارجها. ولذلك فالأصل أن الخطأ المهني الطبي الذي يقع قبل هذا التاريخ لا يكون مشمولًا بالحماية؛ لأن الوثيقة لا تمتد من حيث الأصل إلى أخطاء مهنية طبية سابقة على بدء سريانها (الصيغة النموذجية، 2021م، المادة الثانية/18؛ المادة الثالثة).

ويتضح حرص المنظم السعودي في هذا الموضع في أنه لم يترك بداية الحماية للتقدير أو للاستنتاج العملي، بل ربطها ببيان مثبت في جدول الوثيقة، وجعل هذا الجدول جزءًا لا يتجزأ منها، بما يكفل ضبط النطاق الزمني لبدء الحماية التأمينية ويحد من المنازعة بشأنه. ويتحدد أثر تاريخ سريان الوثيقة بحسب الأساس الزمني الذي تقوم عليه التغطية؛ ولذلك يمكن تقسيمه إلى صورتين: **أولًا** تاريخ السريان في الوثائق القائمة على أساس وقوع الحادث، **وثانيًا** تاريخ السريان في الوثائق القائمة على أساس الإبلاغ عن المطالبة.

أولًا: تاريخ السريان في الوثائق القائمة على أساس وقوع الحادث: في هذا النوع من الوثائق، تكون العبرة من حيث الإسناد بوقوع الخطأ المهني الطبي أثناء مدة سريان الوثيقة، أي أن تاريخ السريان يمثل الحد الزمني الأول الذي يجب أن يقع بعده الخطأ المهني الطبي حتى يدخل في نطاق الحماية (تأمين المسؤولية المهنية، 2025م، ص80).

وعلى ذلك، فإذا وقع الخطأ المهني الطبي قبل بدء سريان الوثيقة، لم يدخل —من حيث الأصل— في نطاق الحماية التأمينية، ولو نشأت المطالبة أو جرى الإبلاغ عنها إلى شركة التأمين بعد دخول الوثيقة حيز النفاذ. فالعبرة في هذا النمط بتاريخ وقوع الخطأ المهني الطبي ذاته، لا بتاريخ نشوء المطالبة أو الإبلاغ عنها. وتطبيقًا لذلك، إذا كانت الوثيقة قائمة على أساس وقوع الحادث وسارية من 2026/02/01م إلى 2026/12/31م، ووقع الخطأ المهني الطبي في 2026/02/05م، ثم قُيدت الشكوى الطبية أو نشأت المطالبة في 2027/01/10م، فإن المطالبة تُسند من حيث الأصل إلى هذه الوثيقة؛ لأن الخطأ وقع أثناء مدة سريانها. أما إذا وقع الخطأ المهني الطبي في 2026/01/25م، أي قبل بدء السريان، فإن المطالبة تبقى خارج نطاق التغطية، ولو قُيدت الشكوى أو نشأت المطالبة بعد دخول الوثيقة حيز النفاذ. ويظهر من ذلك أن العبرة في هذا النمط بتاريخ وقوع الخطأ المهني الطبي، لا بتاريخ قيد الشكوى أو نشوء المطالبة.

ثانيًا: تاريخ السريان في الوثائق القائمة على أساس الإبلاغ عن المطالبة: لا يختلف مبدأ بدء السريان في هذا النوع من الوثائق من حيث الأصل؛ إذ تبدأ الحماية من التاريخ المثبت في جدول الوثيقة. غير أن أثر هذا التاريخ هنا لا يكفي وحده لتحديد الماضي المغطى، بل يجب أن يُقرأ مقترنًا بتاريخ الأثر الرجعي إن وُجد؛ لأن التغطية في هذا النمط لا تقوم على مجرد وقوع الخطأ أثناء مدة السريان، وإنما تتأثر أيضًا بالنطاق الزمني الذي يمتد إليه الأثر الرجعي. ومن ثم تتأكد أهمية التمييز بين السريان بوصفه بداية أصلية للحماية، وبين الأثر الرجعي بوصفه امتدادًا استثنائيًا لها إلى الماضي (الصيغة النموذجية، 2021م، المادة الثانية/16؛ المادة الثالثة؛ تأمين المسؤولية المهنية، 2025م، ص80).

وتطبيقًا لذلك، إذا كانت لدى طبيب وثيقة تأمين ضد الأخطاء المهنية الطبية قائمة على أساس الإبلاغ عن المطالبة، ويبدأ سريانها من 2026/02/01م إلى 2026/12/31م، ووقع الخطأ المهني الطبي في 2026/01/25م، ثم نشأت المطالبة في 2026/04/01م، وأُبلغت بها شركة التأمين في 2026/04/10م، فإن المطالبة تظل خارج نطاق التغطية إذا خلا جدول الوثيقة من أثر رجعي يشمل تاريخ الخطأ؛ لأن الخطأ المهني الطبي سبق بدء السريان. أما إذا وقع الخطأ المهني الطبي في 2026/02/15م، ونشأت المطالبة في 2026/04/01م، وأُبلغت بها شركة التأمين في 2026/11/20م، فإن الخطأ يدخل من حيث المبدأ في النطاق الزمني للحماية، على أن يظل قبول المطالبة متوقفًا على استيفاء بقية شروط الوثيقة. ويكشف هذا المثال أن تاريخ السريان يمثل الحد الزمني الأول لدخول

الخطأ المهني الطبي في نطاق الحماية، لكنه لا يستقل وحده بتحديد التغطية في وثائق الإبلاغ عن المطالبة دون النظر إلى الأثر الرجعي وبقية الشروط الزمنية.

الفرع الثاني: تاريخ الأثر الرجعي مفهومه وأنواعه وقيوده:

يُقصد بتاريخ الأثر الرجعي التاريخُ المثبَت في جدول الوثيقة الذي يُعتد اعتبارًا منه بالأخطاء المهنية الطبية السابقة على بدء سريان الوثيقة في وثائق الإبلاغ عن المطالبة. ومؤدى ذلك أن الماضي لا يدخل في نطاق الحماية على إطلاقه، بل في الحدود التي تعينها الوثيقة صراحة؛ فما وقع قبل هذا التاريخ يبقى خارج نطاق التغطية، ولو نشأت المطالبة وأُبلغت بها الشركة لاحقًا، وما وقع اعتبارًا منه يدخل من حيث الأصل في الماضي المغطى، مع بقاء وجوب استيفاء بقية شروط الوثيقة (الصيغة النموذجية، 2021م، المادة الثانية؛ المادة الثالثة).

ويتجلى حرص المنظم السعودي في هذا الموضع في أنه لم يكتفِ بالإشارة إلى الأثر الرجعي على سبيل الإجمال، بل فرَّق بين التأمين بأثر رجعي إلزامي والتأمين بأثر رجعي إضافي، وعرّف تاريخ الأثر الرجعي، وأوجب إثبات نوعه وتاريخه في جدول الوثيقة؛ بما يضبط بداية الماضي المغطى ويحد من المنازعة بشأنها؛ ولأجل بيان الحكم الزمني للأثر الرجعي يقسم هذا الفرع إلى محورين رئيسين: **أولهما** أنواع الأثر الرجعي، **وثانيهما** القيود الحاكمة له.

أولًا: أنواع الأثر الرجعي:

يتخذ الأثر الرجعي في وثائق التأمين ضد الأخطاء المهنية الطبية القائمة على أساس الإبلاغ عن المطالبة صورتين: أثرًا رجعيًا إلزاميًا يثبت بحكم الاستمرارية في التغطية، وأثرًا رجعيًا إضافيًا يقوم على اتفاق صريح بين طرفي الوثيقة.

1- **الأثر الرجعي الإلزامي:** هو الامتداد الزمني الذي تلتزم به الشركة بحكم الاستمرارية في التغطية، فيرجع –متى تحققت شروطه– إلى تاريخ سريان أول وثيقة أُبرمت للمؤمن له، سواء أصدرتها الشركة الحالية أم شركة سابقة. وتظهر أهميته في أنه يحفظ الماضي المغطى عند استمرار العلاقة التأمينية من غير انقطاع مؤثر، ويحول دون ضياع الحماية عن أخطاء مهنية طبية وقعت في فترة سابقة لمجرد تجديد الوثيقة أو انتقال المؤمن له إلى شركة أخرى. ويُحسب للمنظم السعودي في هذا الموضع أنه لم يكتفِ بتقرير المبدأ، بل قرنه بضوابط زمنية صريحة تحد من الغموض في التطبيق (الصيغة النموذجية، 2021م، المادة الثالثة). ويتحقق الأثر الرجعي الإلزامي في حالتين:

الحالة الأولى: استمرارية متصلة دون فجوة: تتحقق هذه الحالة إذا انتهت الوثيقة السابقة وبدأت الوثيقة اللاحقة مباشرة، من غير أن يفصل بينهما انقطاع في التغطية. وعندئذٍ يثبت الأثر الرجعي الإلزامي من تاريخ سريان أول وثيقة أُبرمت للمؤمن له، وتدخل الأخطاء المهنية الطبية الواقعة بعد ذلك التاريخ في الماضي المغطى، مع بقاء وجوب استيفاء بقية شروط الوثيقة (الصيغة النموذجية، 2021م، المادة الثالثة).

وتبرز أهمية النص النظامي السعودي هنا في أنه لم يربط حفظ الماضي المغطى بالشركة ذاتها، بل مدَّه –بشروطه– إلى حال الانتقال إلى شركة أخرى متى بقي التسلسل الزمني التأميني متصلًا. وتطبيقًا لذلك: إذا سرت وثيقة أولى من 2026/01/01م إلى 2026/12/31م، ثم بدأت الوثيقة التالية في 2027/01/01م، ووقع الخطأ المهني الطبي في 2026/12/20م، ثم نشأت المطالبة في 2027/02/10م، وأُبلغت الشركة بها في 2027/02/15م، فإن المطالبة تدخل –من حيث المبدأ– في نطاق الأثر الرجعي الإلزامي للوثيقة الجديدة؛ لأن التغطية استمرت دون انقطاع، ولأن الخطأ وقع بعد بداية أول وثيقة في السلسلة.

الحالة الثانية: استمرارية مع فجوة قصيرة لا تتجاوز أربعة عشر يومًا تقويميًا[19]: تتحقق هذه الحالة إذا وقع بين انتهاء الوثيقة السابقة وبداية الوثيقة اللاحقة فاصل زمني قصير لا يتجاوز أربعة عشر يومًا تقويميًا. وفي هذه الصورة يبقى الأثر الرجعي الإلزامي محفوظًا من تاريخ سريان أول وثيقة في السلسلة، سواء كانت الوثيقة اللاحقة مع الشركة نفسها أم مع شركة أخرى. غير أن حفظ الاستمرارية هنا لا يعني أن أيام الفجوة تُعد بالنسبة إلى الوثيقة الجديدة مدة سريان صالحة للتبليغ؛ إذ إن التبليغ في هذا النمط يظل محكومًا بمدة سريان الوثيقة أو بتمديد مدة التبليغ وفق أحكامه الخاصة. ومن ثم، فالحكم الذي تقرره الفجوة القصيرة يتعلق بحفظ الماضي المغطى، لا بإنشاء نافذة تبليغ مستقلة خلال أيام الفاصل (الصيغة النموذجية، 2021م، المادة الثالثة/أولًا/2؛ المادة الخامسة/1/أ؛ المادة الثانية/9).

وتطبيقًا لذلك: إذا سرت الوثيقة الأولى من 2026/01/01م إلى 2026/12/31م، وبدأت الوثيقة التالية في 2027/01/10م، بحيث قامت فجوة مقدارها تسعة أيام تقويمية، ووقع الخطأ المهني الطبي في 2027/01/05م خلال هذه الفجوة، فإن الاستمرارية تبقى محفوظة؛ لأن الفاصل لم يتجاوز الحد الذي اعتد به النظام، ويظل الأثر الرجعي الإلزامي ممتدًا إلى 2026/01/01م. فإذا لم تنشأ المطالبة إلا في 2027/03/01م، وأُبلغت الشركة بها في 2027/03/05م بعد بدء الوثيقة الجديدة، كان هذا هو التبليغ الصحيح في هذه الصورة؛ لأنه وقع خلال مدة سريان الوثيقة اللاحقة التي حفظت الأثر الرجعي. أما لو وُجِّه التبليغ في 2027/01/08م، أي أثناء أيام الفجوة نفسها، فلا يستقيم اعتباره تبليغًا منتجًا لأثره على أساس الوثيقة الجديدة؛ لأن هذه الوثيقة لم تكن قد بدأت بعد.

ولا يغير من ذلك وجود تمديد مدة التبليغ في الوثيقة السابقة إلا في حدود وظيفته النظامية؛ لأنه –بحسب تعريفه– يخص التبليغ عن مطالبات نشأت خلال مدة سريان الوثيقة السابقة، لا عن مطالبة ناشئة عن خطأ مهني طبي وقع بعد انتهائها أثناء الفجوة. ولذلك، ففي المثال المتقدم لا يكون الطريق الصحيح للتبليغ هو الاتكاء على أيام الفجوة نفسها، ولا على تمديد الوثيقة السابقة، وإنما التبليغ بعد بدء الوثيقة اللاحقة، متى كانت هذه الوثيقة قد حفظت الأثر الرجعي الإلزامي. أما إذا جاوز الانقطاع أربعة عشر يومًا تقويميًا، فإن الاستمرارية تنقطع، وتبدأ التغطية –من حيث الأصل– من تاريخ سريان الوثيقة الجديدة، ولا يمتد الأثر الرجعي الإلزامي تلقائيًا إلى الماضي[20] (الصيغة النموذجية، 2021م، المادة الثالثة).

ويكشف هذا الحكم عن دقة تنظيمية واضحة؛ لأنه يرسم حدًا فاصلًا بين الاستمرارية والانقطاع المؤثر. غير أن هذه الدقة على وجاهتها قد تُفضي إلى صعوبة عملية لدى المؤمن له غير المتخصص؛ إذ قد لا يدرك أن فجوة زمنية يسيرة في ظاهرها قد ترتب أثرًا جوهريًا في الماضي المغطى، وأن تجاوز حد الأربعة عشر يومًا تقويميًا بيوم واحد فقط قد يبدل وضعه التأميني تبدلًا كاملًا. ومن ثم تبرز الحاجة العملية إلى إيضاح أثر الفجوة الزمنية للمؤمن له عند التجديد أو الانتقال بين شركات التأمين، حتى لا يبقى وضوح النص حبيس الصياغة النظامية دون أن ينعكس فهمًا واعيًا في التطبيق العملي.

---

[19] استعملت الصيغة النموذجية لوثيقة التأمين ضد الأخطاء المهنية الطبية لفظ «يوم تقويمي» عند تنظيم الفجوة بين الوثائق، من غير أن تضع له تعريفًا مستقلًا في مادة التعاريف. ويُستأنس في بيان معناه بما قرره البنك المركزي السعودي في مبادئ وقواعد حماية عملاء المؤسسات المالية، في قسم التعاريف، من أن اليوم هو «يوم تقويمي ويشمل إجازة نهاية الأسبوع والعطل الرسمية»، وبما قرره نظام الشركات في مادته الأولى من أن اليوم هو «اليوم التقويمي، سواء أكان يوم عمل أم لا». وعليه، يُقصد بالأيام التقويمية جميع الأيام المتتابعة في التقويم من غير استثناء لعطلات نهاية الأسبوع أو العطل الرسمية.

[20] مثال: سرت الوثيقة الأولى من 2026/01/01م إلى 2026/12/31م، وبدأت الوثيقة التالية في 2027/01/16م، بحيث قامت فجوة مقدارها خمسة عشر يومًا تقويميًا. فإذا وقع الخطأ المهني الطبي في 2027/01/05م خلال هذه الفجوة، فإن الاستمرارية تُعدُّ منقطعة؛ لأن الفاصل تجاوز الحد الذي اعتدَّ به النظام، ومن ثم لا تسري التغطية إلا اعتبارًا من 2027/01/16م، وتكون المطالبة الناشئة عن ذلك الخطأ خارج نطاق التغطية، ما لم يُتفق في الوثيقة اللاحقة على أثر رجعي إضافي يشمل تاريخ 2027/01/05م، وهو ما سيأتي بيانه في الفقرة الثانية.

2- الأثر الرجعي الإضافي:

الأثر الرجعي الإضافي هو تغطية تأمينية تمنحها الشركة للمؤمن له باتفاق صريح عن مدة سابقة على تاريخ سريان الوثيقة. ويُقصد بتاريخ الأثر الرجعي في هذه الصورة تاريخ بداية التأمين بالأثر الرجعي الإضافي، لا تاريخ بدء سريان الوثيقة نفسها. وتظهر أهمية هذه الصورة عند وجود انقطاع يتجاوز أربعة عشر يومًا تقويميًا؛ إذ يبدأ الأصل من تاريخ سريان الوثيقة الجديدة، مع بقاء الخيار للشركة –باتفاق صريح– في منح أثر رجعي إضافي يعود إلى تاريخ أول وثيقة أو إلى تاريخ آخر متفق عليه (الصيغة النموذجية، 2021م، المادة الثانية؛ المادة الثالثة). ويُحسب للمنظم السعودي هنا أنه لم يجعل الأثر الرجعي الإضافي مفترضًا أو مستنتجًا ضمنًا، بل علّقه على اتفاق صريح، وأوجب إثبات نوعه وتاريخه في جدول الوثيقة، وهو ما يعزز الشفافية ويضبط نطاق الماضي المغطى على نحو لا يترك مجالًا واسعًا للنزاع. وتطبيقًا لذلك: إذا سرت وثيقة سابقة من 2026/01/01م إلى 2026/12/31م، ثم بدأت وثيقة جديدة في 2027/01/16م بعد انقطاع تجاوز أربعة عشر يومًا، واتفق الطرفان على أثر رجعي إضافي يبدأ من 2026/01/01م وأُثبت ذلك في جدول الوثيقة، ثم وقع الخطأ المهني الطبي في 2027/01/05م، ونشأت المطالبة في 2027/03/01م، وأُبلغت الشركة بها في 2027/03/05م، فإن المطالبة تدخل –من حيث المبدأ– في نطاق الماضي المغطى؛ لأن الخطأ وقع بعد التاريخ الرجعي المثبت، ولأن بقية العناصر الزمنية تحققت في المدة التي تعتد بها الوثيقة. أما إذا خلا الجدول من بيان نوع الأثر الرجعي أو تاريخه، فلا محل للاعتداد بالأثر الرجعي الإضافي.

ثانيًا: القيود الحاكمة للأثر الرجعي:

وبعد بيان أنواع الأثر الرجعي، يلزم بيان القيود الحاكمة له؛ لأن الأثر الرجعي —سواء كان إلزاميًا أم إضافيًا— لا يعمل على إطلاقه، بل تحده ضوابط تمنع التوسع في الماضي المغطى على نحو يجاوز الغاية التأمينية. وتتمثل أهم هذه القيود فيما يأتي:

القيد الأول: شرط عدم العلم عند الإبرام: مقتضى هذا القيد أن الشركة لا تكون ملزمة بالتعويض عن خطأ مهني طبي حدث خلال فترة الأثر الرجعي إلا إذا كان ذلك الخطأ غير معلوم للمؤمن له عند إبرام الوثيقة معها. وهذا القيد يسري على الأثر الرجعي بنوعيه؛ لأن مناطه لا يتصل بطبيعة الأثر الرجعي، بل بانتفاء العلم السابق لدى المؤمن له (الصيغة النموذجية، 2021، المادة الثالثة). وتكمن أهميته في أنه يمنع اتخاذ التأمين وسيلة لتدارك خطر معلوم سلفًا، ويصون الوظيفة التأمينية من الانحراف عن غايتها، كما يحول دون تحميل الشركة خطرًا لم يدخل في تقديرها عند التعاقد.

وتطبيقًا لذلك: إذا انتهت وثيقة الطبيب في 2026/12/31م، وبدأت وثيقته التالية في 2027/01/01م بما يحفظ الأثر الرجعي –إلزاميًا كان أم إضافيًا– إلى 2026/01/01م، وكان الطبيب قد تلقى قبل إبرام الوثيقة الجديدة، بتاريخ 2026/12/20م، شكوى مكتوبة أو تقرير حادثة يتعلق بخطأ مهني طبي وقع في 2026/03/10م، ثم نشأت المطالبة لاحقًا وأُبلغت بها الشركة في 2027/02/02م، فإن المطالبة تُستبعد؛ لأن العلم السابق عند الإبرام يمنع الاستفادة من الأثر الرجعي، ولو كان مثبتًا في الجدول.

القيد الثاني: عدم انتقال الأثر الرجعي الإضافي إلى الوثيقة الجديدة ما لم يُتفق عليه صراحة: مقتضى هذا القيد أن الشركة غير ملزمة، عند إبرام المؤمن له وثيقة جديدة معها، بحمل الأثر الرجعي الإضافي الذي مُنح له في وثائق سابقة، ما لم يُتفق على ذلك صراحة ويُثبت في جدول الوثيقة (الصيغة النموذجية، 2021م، المادة الثالثة).

ومحل هذا القيد هو الأثر الرجعي الإضافي وحده؛ أما الأثر الرجعي الإلزامي فيرتبط بالاستمرارية على النحو الذي رسمته الوثيقة، ولا يتوقف على تبني الشركة الجديدة منحة إضافية سابقة. وتبرز أهمية هذا القيد في أنه يحسم مسألة عملية متكررة عند انتقال المؤمن له بين الشركات، ويمنع التوسع غير المنضبط في امتداد الحماية إلى ماضٍ لم ترض الشركة الجديدة على تحمله. كما أنها تعكس احترام

المنظم السعودي لفكرة الرضا التعاقدي في تحمل الخطر الإضافي؛ فلا يُفترض هذا الامتداد لمجرد وجود وثيقة لاحقة، بل يُبنى على اتفاق صريح جديد.

وتطبيقًا لذلك: إذا بدأت طبيبة وثيقتها لدى شركة «أ» في 2026/06/01م، ومنحتها «أ» أثرًا رجعيًا إضافيًا إلى 2026/01/01م وأثبتته في جدول الوثيقة، ثم انتقلت إلى شركة «ب» في 2027/01/01م باستمرارية متصلة، فإن شركة «ب» لا تلتزم إلا بالأثر الرجعي الإلزامي من 2026/06/01م، ما لم تتفق صراحة على حمل الامتداد الإضافي الأقدم. فإذا وقع الخطأ المهني الطبي في 2026/03/10م، ونشأت المطالبة في 2027/02/05م، وأُبلغت بها شركة «ب» في 2027/02/10م، استُبعدت المطالبة؛ لأن الخطأ سابق على الحد الذي يغطيه الأثر الرجعي الإلزامي لدى «ب»، ولا ينتقل إليها الأثر الرجعي الإضافي الذي منحته «أ» تلقائيًا.

ويترتب على هذين القيدين أن الأخطاء المهنية الطبية السابقة على بدء السريان، عند عدم تقرير أثر رجعي، أو السابقة على التاريخ الرجعي المثبت عند تقريره، تبقى خارج نطاق التغطية (الصيغة النموذجية، 2021م، المادة الرابعة/5).

المطلب الثاني: انتهاء الوثيقة وتمديد مدة التبليغ عن المطالبات وأثرهما في إسناد المطالبة:

يتناول هذا المطلب أثر انتهاء الوثيقة أو إلغائها في المطالبات المرتبطة بخطأ مهني طبي سابق، متى تباعد تاريخ وقوع الخطأ عن تاريخ نشوء المطالبة أو الإبلاغ عنها إلى شركة التأمين. وتظهر أهمية هذه المسألة في وثائق الإبلاغ عن المطالبة؛ لأن الحماية فيها لا ترتبط بوقت وقوع الخطأ وحده، بل تتأثر كذلك بميعاد نشوء المطالبة وميعاد الإبلاغ عنها. ومن ثم يقتضي البحث بيان أسباب انتهاء التغطية من جهة، والأحكام التي قد تسمح بالإبلاغ بعد انتهاء الوثيقة أو إلغائها من جهة أخرى، وبخاصة تمديد مدة التبليغ عن المطالبات. ولهذا ينقسم هذا المطلب إلى فرعين:

الأول لبيان أسباب انتهاء التغطية وأثر كل سبب في المطالبات المرتبطة بخطأ سابق، **والثاني** لبحث تمديد مدة التبليغ عن المطالبات وأثره في استمرار إمكان الإبلاغ بعد انتهاء الوثيقة أو إلغائها.

الفرع الأول: أسباب انتهاء التغطية التأمينية وأثرها في المطالبات المرتبطة بخطأ سابق:

يُستفاد من اللائحة التنفيذية لنظام مزاولة المهن الصحية أن التغطية التأمينية تنتهي بخمس حالات: وفاة المستفيد، وانتهاء مدة الوثيقة، وإلغائها، وانتهاء عقد العمل مع المؤمن له، والتوقف أو الإيقاف عن مزاولة المهن الصحية. وتبرز أهمية هذا النص في تحديده أسباب انتهاء التغطية التأمينية على سبيل الحصر؛ نظرًا لما يترتب على انتهائها من زوال الحماية التأمينية، وهو أثر يقتضي أن تكون أسبابه منصوصًا عليها نظامًا على نحوٍ صريح، دون جواز التوسع فيها تفسيرًا أو قياسًا.

الحالة الأولى: وفاة المستفيد: نصت اللائحة التنفيذية على انتهاء التغطية التأمينية بوفاة المستفيد. غير أن إطلاق لفظ «المستفيد» في هذا الموضع يوقع في اللبس؛ إذ قد ينصرف الذهن منه إلى المريض أو ورثته، في حين أن سياق اللائحة يفيد أن المراد به هو المؤمن له، أي الممارس الصحي المشمول بالحماية التأمينية. ووجه ذلك أن الوفاة وردت ضمن أسباب أخرى لانتهاء التغطية لا تتعلق إلا بالممارس الصحي، مثل انتهاء مدة الوثيقة أو إلغائها، وانتهاء عقد العمل، والتوقف أو الإيقاف عن مزاولة المهن الصحية (اللائحة التنفيذية، 2017م، المادة 41، الفقرة 8).

وعلى هذا، فإن وفاة المؤمَّن له تُنهي التغطية بالنسبة إلى ما يستجد بعدها من ممارسة مهنية، لكنها لا تُسقط الحماية التأمينية عن خطأ مهني طبي وقع قبل الوفاة أثناء سريان الوثيقة؛ لأن العبرة في أصل الاستحقاق بوقوع الخطأ المهني الطبي خلال مدة التغطية (اللائحة التنفيذية، 2017م، المادة 41، الفقرة 7).

وتطبيقًا لذلك: إذا وقع خطأ مهني طبي بتاريخ 2026/03/10م أثناء سريان الوثيقة، ثم توفي المؤمن له بتاريخ 2026/04/20م، فإن المطالبة الناشئة عن ذلك الخطأ تبقى داخلة في نطاق التغطية، ولو صدر الحكم النهائي بعد الوفاة؛ لأن العبرة بتاريخ وقوع الخطأ المهني الطبي لا بتاريخ الفصل فيه.

أما وفاة المريض فلا تعد سببًا لانتهاء الوثيقة أصلًا؛ لأنه ليس هو المؤمن له في هذا السياق، وإنما يترتب على وفاته انتقال الحق الخاص –عند ثبوت سببه– إلى ورثته. ومثال ذلك أن يُجري الممارس الصحي المؤمن له عملية جراحية خلال مدة سريان الوثيقة، ثم يتوفى المريض لاحقًا بسبب خطأ مهني طبي وقع في ذلك الإجراء؛ ففي هذه الحالة يبقى لورثته حق المطالبة بالتعويض، لأن مناط الشمول التأميني هو وقوع الخطأ المهني الطبي خلال مدة التغطية.

الحالة الثانية: انتهاء مدة الوثيقة:

يقصد بانتهاء مدة الوثيقة انقضاء المدة المحددة لسريان التغطية التأمينية دون تجديد، ويترتب على ذلك انتهاء الحماية بالنسبة إلى الأخطاء المهنية الطبية التي تقع بعد هذا التاريخ (اللائحة التنفيذية، 2017م، المادة 41، الفقرة 8).

غير أن أثر هذا الانتهاء يختلف باختلاف نوع التغطية؛ ففي وثائق وقوع الحادث تظل المطالبة مشمولة متى وقع الخطأ المهني الطبي أثناء مدة سريان الوثيقة، ولو قُيدت الشكوى أو نشأت المطالبة بعد انتهائها؛ لأن مناط الإسناد في هذا النوع هو تاريخ وقوع الخطأ ذاته. أما في وثائق الإبلاغ عن المطالبة، فإن انتهاء مدة الوثيقة يرتب أثرًا أشد؛ إذ لا يكفي فيها وقوع الخطأ المهني الطبي أثناء السريان، بل يلزم كذلك أن تنشأ المطالبة وأن يقع الإبلاغ عنها خلال المدة التي تعتد بها الوثيقة (الصرايرة، 2007م، ص 132–142؛ تأمين المسؤولية المهنية، 2025م، ص 80). ولذلك يُحسب للصيغة النموذجية أنها لم تترك المؤمن له في مواجهة هذا الأثر دون تنظيمٍ مكمل، بل أحاطته بوسيلتين تحدَّان من الفراغ الزمني: الأولى إثبات نوع الأثر الرجعي وتاريخه صراحةً في جدول الوثيقة؛ والثانية تنظيم منفعة تمديد مدة التبليغ عن المطالبات بوصفها مدةً إضافية تبدأ من تاريخ انتهاء الوثيقة أو إلغائها (الصيغة النموذجية، 2021م، المادة الثانية/9 و16 و18).

ووجه الاستدلال من ذلك أن المنظم السعودي أدرك أن انتهاء الوثيقة في هذا النمط قد يفضي إلى خروج مطالبة ناشئة عن خطأ مهني طبي سابق من نطاق التغطية، فاستحدث أدوات تحفظ الماضي المُغطَّى أو تمتد بها مهلة التبليغ، من غير أن يغيّر ذلك من الأصل، وهو أن المطالبة التي تنشأ ويقع التبليغ بها خارج المدة المعتبرة تخرج عن نطاق التغطية.

وتطبيقًا لذلك: إذا وقع الخطأ المهني الطبي في 2025/06/01م، وانتهت الوثيقة في 2025/12/31م، ولم تنشأ المطالبة ولم يقع التبليغ بها إلا في 2026/02/20م، بقيت المطالبة مشمولة إذا كانت الوثيقة قائمة على وقوع الحادث؛ لأن الخطأ وقع أثناء السريان، أما إذا كانت قائمة على الإبلاغ عن المطالبة، فإنها تخرج عن نطاق التغطية ما لم تكن مهلة التبليغ قد امتدت وفقًا لأحكام الوثيقة.

الحالة الثالثة: انتهاء عقد العمل مع المؤمن له: عدَّت اللائحة التنفيذية انتهاء عقد العمل مع المؤمن له أحد أسباب انتهاء التغطية التأمينية. ويثير هذا النص إشكالًا من جهتين. أما الجهة الأولى فتقوم على أن اقتران انتهاء عقد العمل بعبارة المؤمن له قد يوقع في لبسٍ في تعيين من تثبت له هذه الصفة؛ ذلك أن عقد العمل ينعقد مع المؤسسة الصحية، فيحتمل ظاهر العبارة أن تكون هذه المؤسسة داخلة في وصف المؤمن له، أو أن صفة المؤمن له تتحدد ابتداءً بعلاقة العمل معها. ويؤخذ على هذا التعبير أنه يخلط بين رابطة العمل والرابطة التأمينية. والأدق نظامًا أن المؤمن له هو الممارس الصحي الذي يبرم الوثيقة مع شركة التأمين، ويلتزم بسداد القسط، وتصدر شهادة التأمين باسمه، وهو ما قررته اللائحة التنفيذية، ثم أكدته الصيغة النموذجية صراحةً بتعريف المؤمن له بأنه الممارس الصحي الذي أبرم الوثيقة مع الشركة. أما المؤسسة الصحية، فلم يمنحها المنظم صفة المؤمن له، وإنما رتب عليها التزامًا بالضمان عند عدم

توافر التغطية التأمينية أو عدم كفايتها، مع حقها في الرجوع على الممارس الصحي بما دفعته عنه؛ ومن ثم، فإن هذا الضمان لا يغير من شخصية المؤمن له، ولا ينقل إلى المؤسسة الصحية مركزه في العلاقة التأمينية.

وأما الجهة الثانية، فمؤداها أن هذا النص قد يفهم منه أن استحقاق التعويض عن الخطأ المهني الطبي، أو بقاء الأثر القانوني للتغطية بالنسبة إليه، متوقف على استمرار علاقة العمل مع المؤسسة الصحية. وهذا فهم لا تسنده النصوص النظامية الأخرى؛ ذلك أن اللائحة قررت أن التغطية التأمينية تشمل جميع التعويضات الناشئة عن الأخطاء الطبية التي وقعت أثناء فترة التغطية التأمينية، وأن وقت صدور الحكم النهائي لا ينال من أحقية دفع التعويض عن الخطأ الواقع خلال تلك الفترة. كما أن الصيغة النموذجية عرَّفت الأخطاء المهنية الطبية بما يربطها بالفعل الضار الصادر من المؤمن له في نطاق تأدية وظيفته أو مهنته، وهو ربط يتصل بزمان وقوع الخطأ ووصف النشاط المهني، لا ببقاء الرابطة الوظيفية مع مؤسسة صحية بعينها. وعلى ذلك، فإن انتهاء علاقة العمل لا يصلح بذاته معيارًا لنفي استحقاق التعويض عن خطأ مهني طبي وقع خلال سريان الوثيقة (اللائحة التنفيذية، 2017م، المادة 41، الفقرة 7؛ الصيغة النموذجية، 2021م، المادة 2، الفقرة 4). وخلاصة ذلك أن موضع النقد في هذا النص لا ينحصر في صياغته، بل يمتد إلى إدراج انتهاء عقد العمل سببًا مستقلًا لانتهاء التغطية التأمينية، مع أن اتساق سائر النصوص النظامية يفضي إلى أن المعيار الحاكم لقيام التغطية هو سريان الوثيقة وقت وقوع الخطأ المهني الطبي.

الحالة الرابعة: التوقف أو الإيقاف عن مزاولة المهن الصحية:

عدَّت اللائحة التنفيذية التوقف أو الإيقاف عن مزاولة المهن الصحية من أسباب انتهاء التغطية التأمينية (اللائحة التنفيذية، 2017م، المادة 41، الفقرة 8). تدل صياغة هذا البند بحرف العطف «أو» على أن التوقف والإيقاف ليسا وصفين لحالة واحدة، بل سببان مستقلان رتب المنظِّم على كلٍّ منهما الأثر نفسه. ومن ثم، يقتضي النظر في هذا البند تحديد المقصود بكلٍ منهما، ثم بيان أثره في التغطية التأمينية.

أولًا: التوقف عن مزاولة المهن الصحية: لا يرد في نظام مزاولة المهن الصحية أو لائحته التنفيذية تعريفٌ اصطلاحيٌ مباشر للتوقف عن مزاولة المهن الصحية، غير أن ذلك لا يحول دون استظهار معناه من النصوص الأقرب إليه. فقد استعمل النظام تعبير «الانقطاع عن مزاولة المهنة»، ورتب عليه أنه لا يجوز لمن انقطع عن مزاولتها مدة سنتين متتاليتين –لغير أغراض الدراسة والتدريب– العودة إليها إلا بعد تجديد الترخيص. كما تعتمد الهيئة السعودية للتخصصات الصحية في تنظيمها المهني تعبير «الانقطاع عن الممارسة المهنية» للمنقطعين سنتين فأكثر (نظام مزاولة المهن الصحية، 2005م، المادة الثالثة/1؛ الهيئة السعودية للتخصصات الصحية، 2017م، القواعد التنفيذية للائحة العامة للتصنيف والتسجيل المهني، ص 16). ووجه الاستدلال من هذين النصين هو أن المنظِّم يعامل الانقطاع عن المزاولة بوصفه حالة مهنية مستقلة تترتب عليها آثار نظامية. وعلى هذا الأساس، يُفهم التوقف على أنه الانقطاع الفعلي عن مباشرة المهنة الصحية على نحو يخرج الممارس الصحي من دائرة المزاولة على وجه يعتد به نظامًا، لا مجرد الانقطاع العارض كالإجازة أو الغياب القصير.

ويُحسب للمنظم السعودي أن نصوصه وفرت من القرائن ما يكفي لاستظهار هذا المعنى من غير حاجة إلى تعريف مستقل، وإن كان يؤخذ على لفظ «التوقف» أنه أوسع في ظاهره من المدلول الذي يقتضيه السياق النظامي، الأمر الذي يوجب حمله على الانقطاع الحقيقي لا على الانقطاع العارض ويظهر من إدراج التوقف ضمن أسباب انتهاء التغطية أن المنظِّم قصد إلى قصر التغطية التأمينية على الخطر الناشئ عن مزاولة مهنية قائمة فعلًا؛ فإذا زالت المزاولة بالتوقف، زال بالنسبة إلى المستقبل محل الخطر المؤمن منه، فلم يعد ثمة محل لاستمرار التغطية عما يستجد بعد ذلك. ويترتب على هذا التفسير أن أثر التوقف ينصرف إلى ما يستجد بعد تحققه، ولا يمتد إلى الخطأ المهني الطبي الذي وقع قبله أثناء سريان الوثيقة؛ لأن اللائحة التنفيذية قررت أن التغطية التأمينية تشمل جميع التعويضات الناشئة عن

الأخطاء الطبية التي وقعت أثناء فترة التغطية، وأن وقت صدور الحكم النهائي لا ينال من أحقية دفع التعويض. وتظهر قيمة هذا الحكم في أنه يربط الحماية التأمينية بزمن وقوع الخطأ المهني الطبي، لا بتاريخ التوقف اللاحق. ومثال ذلك: إذا توقف طبيب نهائيًا عن استقبال المرضى ابتداءً من 2026/07/01م، ثم قُدمت مطالبة ناشئة عن خطأ مهني طبي وقع في 2026/06/15م خلال سريان الوثيقة، بقي هذا الخطأ داخل نطاق التغطية؛ لأن العبرة بتاريخ وقوعه، لا بتاريخ التوقف الذي تحقق بعده.

ثانيًا: الإيقاف عن مزاولة المهن الصحية: أما الإيقاف، فمدلوله أوضح من جهة النص عليه صراحة في نظام مزاولة المهن الصحية على أن لوزير الصحة أن يأمر بالإيقاف المؤقت عن مزاولة المهنة الصحية في حق أي ممارس صحي مرخص له إذا وجدت أدلة أو قرائن دالة على مخالفة تكون عقوبتها –عند ثبوتها– إلغاء الترخيص[21]. كما قررت اللائحة التنفيذية أن اقتراح هذا الإيقاف يكون من مدير الشؤون الصحية المختص، أو الرؤساء التنفيذيين للتجمعات الصحية، أو المديرين التنفيذيين بالمدن الطبية والمستشفيات التخصصية، أو الوكيل المساعد للالتزام أو من في حكمهم. وأثبت النظام للممارس الصحي حق التظلم من قرار الإيقاف لدى ديوان المظالم خلال ثلاثين يومًا من تاريخ إبلاغه، كما أوجب على وزير الصحة اتخاذ ما يلزم لاستمرار تلقي المرضى ما يحتاجونه من رعاية صحية متى كان الإيقاف المؤقت قد يفضي إلى الإضرار بهم (نظام مزاولة المهن الصحية، 2005م، المادة 39؛ اللائحة التنفيذية، 2017م، المادة 39، الفقرة 1).

ويُحسب لهذا النص أنه حدد سلطة الأمر بالإيقاف، والجهة المقترِحة له، وسببه، وطبيعته المؤقتة، وضمانة التظلم منه. ومؤدى ذلك أن الإيقاف ليس مجرد انقطاع واقعي عن العمل، ولا عقوبة تأديبية نهائية، بل إجراء مؤقت يمنع الممارس الصحي من مزاولة المهنة إلى حين الفصل في المخالفة. ويظهر من إدراج الإيقاف ضمن أسباب انتهاء التغطية أن المنظِّم لم يكتفِ بالنظر إلى وجود الممارسة في الواقع، بل اعتد كذلك بمشروعيتها النظامية؛ فإذا زالت هذه المشروعية بقرار إيقاف مؤقت، لم يعد ملائمًا أن تستمر التغطية بالنسبة إلى ما يستجد بعده. ويترتب على ذلك أن انتهاء التغطية بسبب الإيقاف لا يستند إلى زوال الممارسة فعلًا، وإنما إلى زوال مشروعيتها طوال مدة الإيقاف. غير أن هذا الأثر لا يمتد إلى الخطأ المهني الطبي السابق على قرار الإيقاف إذا وقع أثناء سريان الوثيقة.

ومثال ذلك: إذا صدر قرار بإيقاف طبيب جراحة مؤقتًا عن مزاولة المهنة بتاريخ 2026/09/01م، ثم قُدمت مطالبة ناشئة عن عملية أجراها في 2026/08/20م أثناء سريان الوثيقة، فإن قرار الإيقاف اللاحق لا ينفي شمول ذلك الخطأ بالتغطية؛ لأن الخطأ وقع قبل الإيقاف وفي زمن كانت فيه المزاولة مشروعة.

وخلاصة ذلك أن المنظم أحسن حين اعتدَّ بالتوقف والإيقاف سببين مستقلين لانتهاء التغطية؛ لأن أحدهما يتعلق بزوال المزاولة فعلًا، والآخر يتعلق بزوال مشروعيتها نظامًا. ويترتب على ذلك أن العبرة في بقاء الحماية التأمينية هي بوقوع الخطأ المهني الطبي أثناء مدة السريان، فلا يؤثر التوقف أو الإيقاف إلا فيما يقع بعد تحققهما، دون الخطأ السابق الذي وقع في مدة التغطية.

الحالة الخامسة: إلغاء وثيقة التأمين ضد الأخطاء المهنية الطبية:

عدَّت اللائحة التنفيذية إلغاء وثيقة التأمين ضد الأخطاء المهنية الطبية من أسباب انتهاء التغطية التأمينية، ويقصد به إنهاء سريان الوثيقة قبل انقضاء مدة التغطية المبينة في جدولها (اللائحة التنفيذية، 2017م، المادة 41، الفقرة 8).

غير أن أحكام الإلغاء تختلف بحسب ما إذا كان التأمين إلزاميًا أو غير إلزامي.

[21] قد تقوم الأدلة أو القرائن الدالة على المخالفة –بحسب ظروف كل حالة– على مؤشرات تفيد ارتكاب مخالفة جسيمة من المخالفات التي قد تنتهي عقوبتها تأديبيًا إلى إلغاء الترخيص، ومن أمثلتها: إجراء العمليات الجراحية التجريبية وغير المسبوقة على الإنسان بالمخالفة للقواعد المنظمة لذلك، أو إجراء التجارب أو البحوث العلمية غير المعتمدة على المريض.

أولًا: الإلغاء في التأمين الإلزامي: قرر نظام مزاولة المهن الصحية أن يكون الاشتراك في التأمين التعاوني ضد الأخطاء المهنية الطبية إلزاميًا على الأطباء وأطباء الأسنان العاملين في المؤسسات الصحية العامة والخاصة، مع إمكان شمول فئات أخرى من الممارسين الصحيين بقرار من مجلس الوزراء بناءً على اقتراح وزير الصحة (نظام مزاولة المهن الصحية، 2005م، المادة 41). ثم صدر قرار مجلس الوزراء فامتد نطاق الإلزام إلى فئات إضافية من الممارسين الصحيين[22] (قرار مجلس الوزراء رقم 300، 2022م). ويستدل من ذلك على أن الخضوع للتأمين الإلزامي لا يثبت على وجه الإطلاق لكل من يزاول مهنة صحية، وإنما يقتصر على الفئات التي حددها النص النظامي والقرارات الصادرة استنادًا إليه. ويكشف ذلك عن مسلكٍ تنظيمي يقوم على التدرج المنضبط في توسيع دائرة التأمين الإلزامي، مع الدقة في تعيين المخاطبين به؛ إذ لم يعمم نظام مزاولة المهن الصحية هذا الإلزام على جميع الممارسين الصحيين منذ البداية، ولم يربطه بوصف مهني عام يحتمل التوسع في تفسيره، بل قصره ابتداءً على الأطباء وأطباء الأسنان العاملين في المؤسسات الصحية العامة والخاصة، ثم أجاز امتداده إلى فئات أخرى بقرار من مجلس الوزراء.

ويُستفاد من هذا أن المنظم راعى تفاوت المهن الصحية من حيث درجة الاتصال بخطر الخطأ المهني الطبي وما قد ينشأ عنه من مسؤولية، بحيث يبدأ الإلزام بالفئات الأوثق اتصالًا بهذا الخطر، ثم يمتد إلى غيرها بقرار لاحق إذا قام ما يبرر ذلك تنظيمًا. كما يُنبئ هذا المسلك باتجاهٍ نحو التوسع في الإلزام بالتأمين ليشمل سائر فئات الممارسين الصحيين، بما يعزز الحماية التأمينية في نطاق المسؤولية المهنية الصحية[23] (الحربي، 2022م، ص 2–4).

ومتى دخل الممارس الصحي في نطاق التأمين الإلزامي، لم يعد إلغاء الوثيقة خاضعًا لمحض إرادة المؤمن له أو الشركة؛ لأن المقصود من الإلزام ليس مجرد إبرام الوثيقة، وإنما استمرار التغطية التأمينية طوال المدة التي أوجبها المنظّم. ولهذا جاءت الصيغة النموذجية أكثر تحديدًا، فنصت على أنه لا يحق للمؤمن له أو الشركة إلغاء الوثيقة، في حال إلزامية التأمين، إلا في حالتين: وجود وثيقة تأمين بديلة تغطي الفترة المتبقية من الوثيقة المراد إلغاؤها، أو انتهاء أو إنهاء رخصة الممارس لأي سبب (الصيغة النموذجية، 2021م، المادة 7، الفقرة 1). ووجه الاستدلال من هذا النص أن الإلغاء في التأمين الإلزامي ليس وسيلة لإنهاء العلاقة التأمينية متى شاء أحد طرفيها، وإنما طريق منظم لاستبدال الوثيقة أو لإنهائها عند زوال موجب الإلزام، من غير أن يترتب على ذلك انقطاع في الحماية التأمينية.

وتطبيقًا لذلك: إذا كانت وثيقة ممارس صحي يخضع للتأمين الإلزامي سارية من 2026/01/01م إلى 2026/12/31م، وطلب إلغاءها في 2026/03/15م من غير إبرام وثيقة بديلة تغطي المدة المتبقية، فلا ينتج طلب الإلغاء أثره؛ لأن قبوله يؤدي إلى فراغ في التغطية، كما أن موجب الإلزام ما زال قائمًا وهو ما يمنعه النص صراحة.

---

[22] قرار مجلس الوزراء رقم (300) بتاريخ 2022/11/15م، المتضمن شمول التأمين التعاوني الإلزامي ضد الأخطاء المهنية الطبية للممارسين الصحيين العاملين في تخصصات: التمريض، والصيدلة، والتخدير، والقبالة، والمختبرات، والأشعة التشخيصية، وتقنية الأشعة التشخيصية، والإسعاف (الخدمات الطبية الطارئة)، والعلاج الطبيعي، والنطق والتخاطب، والعلاج التنفسي، والتغذية (التغذية العلاجية الوريدية)، وتروية القلب، والسمعيات، وتجبير العظام، وسحب الدم، والبصريات، وفني غرف العمليات.

[23] ويُستأنس في تأكيد هذا الاتجاه بما طرحته وزارة الصحة عبر منصة «استطلاع» من مشروع تعديل المادة الحادية والأربعين من نظام مزاولة المهن الصحية؛ إذ اتجه المشروع إلى توسيع نطاق الإلزام بالتأمين التعاوني ضد الأخطاء المهنية الطبية ليشمل جميع الممارسين الصحيين، بعد أن كان الإلزام مقصورًا ابتداءً على الأطباء وأطباء الأسنان، ثم امتد لاحقًا إلى بعض الفئات الأخرى بقرار من مجلس الوزراء. وقد طُرح المشروع للمشورة خلال المدة من 2025/05/25م إلى 2025/07/03م، وهو ما يكشف عن اتجاه تنظيمي نحو توسيع نطاق الإلزام بالتأمين.

أما إذا أبرم وثيقة أخرى تغطي المدة الباقية اتصالًا يمنع الانقطاع جاز الإلغاء وأعيد إليه الجزء غير المنقضي من القسط وفق الآلية المحددة في الوثيقة. ويوضح هذا المثال الفكرة الحاكمة في هذا الموضع، وهي أن معيار الجواز ليس مجرد صدور طلب الإلغاء، بل ألا ينشأ عن الإلغاء فراغ في التغطية التأمينية.

ولا يعارض هذا ما قررته اللائحة التنفيذية من جواز تغيير شركة التأمين، شريطة توجيه خطاب إلى الشركة قبل شهر على الأقل من تاريخ الإلغاء المطلوب، واحتساب الجزء المعاد من القسط التأميني على أساس نسبي متفق عليه في الوثيقة[24] (اللائحة التنفيذية لنظام مزاولة المهن الصحية، 2017م، المادة 41، الفقرة 9).

فالقراءة الصحيحة تقتضي الجمع بين النصين، لا إعمال أحدهما بمعزل عن الآخر؛ إذ تعالج اللائحة التنفيذية إجراء تغيير شركة التأمين والأثر المالي المترتب عليه، في حين تقصر الصيغة النموذجية جواز إلغاء الوثيقة على حالتين محددتين. وبناءً على ذلك، لا يكفي مجرد الإشعار السابق لصحة الإلغاء، ما لم توجد وثيقة بديلة تغطي المدة المتبقية، أو تنتهِ رخصة الممارس أو تُنهى. وهذه نتيجة منسجمة مع الغاية من الإلزام؛ إذ لو اكتفي بالإشعار وحده لأمكن إلغاء الوثيقة مع بقاء الممارس خاضعًا للتأمين الإلزامي، وهو ما يناقض مقصود النص.

ويؤخذ على هذا التنظيم أن أحكام الإلغاء في التأمين الإلزامي تفرقت بين مصدرين: فاللائحة التنفيذية نظمت تغيير شركة التأمين والإشعار السابق واحتساب الجزء المعاد من القسط، في حين تناولت الصيغة النموذجية حالات الإلغاء الجائز عند إلزامية التأمين. وهذا التفرق قد يحدث لبسًا إذا قرئت اللائحة وحدها؛ إذ قد يفهم منها أن الإشعار السابق كافٍ بذاته، مع أن الصيغة النموذجية أضافت قيدًا موضوعيًا لا يقوم الإلغاء بدونه. ومع ذلك، تكشف الصياغة في مجموعها عن قدر معتبر من الإحكام؛ لأنها تُخضع الإلغاء في التأمين الإلزامي لغاية استمرار الحماية التأمينية، لا لحرية الأطراف في الإلغاء.

ثانيًا: إذا كان التأمين غير إلزامي:

إذا لم يكن الممارس الصحي وقت طلب الإلغاء داخلًا في الفئات الخاضعة للتأمين الإلزامي المحددة بالنظام والقرارات الصادرة استنادًا إليه ثبت للمؤمن له حق إلغاء الوثيقة في أي وقت. ومدلول هذا الحكم أن الحرية التعاقدية تعود هنا إلى أصلها؛ لأن المنظم لم يعد بصدد حماية التزام نظامي مستمر، بل بصدد علاقة تأمينية اختيارية يجوز للمؤمن له إنهاؤها. غير أن إطلاق حق الإلغاء لا يعني إطلاق آثاره المالية؛ إذ أبقت المادة نفسها استرداد الجزء غير المنقضي من القسط خاضعًا للأحكام المقررة في الوثيقة، واستثنت من هذا الاسترداد حالة وجود مطالبة متعلقة بالوثيقة المراد إلغاؤها تزيد قيمتها على المبلغ المفترض رده. ويترتب على ذلك لزوم التمييز بين مسألتين: صحة الإلغاء من جهة، والتصفية المالية المترتبة عليه من جهة أخرى؛ فالأولى تثبت بمجرد انتفاء صفة الإلزام، أما الثانية فقد تتأثر بوجود مطالبة قائمة (الصيغة النموذجية، 2021م، المادة 7، الفقرة 2). وتطبيقًا لذلك: إذا كانت الوثيقة سارية من 2026/01/01م إلى 2026/12/31م، وطلب المؤمن له غير الخاضع للتأمين الإلزامي إلغاءها في 2026/03/15م، وكان المبلغ المفترض رده أربعة آلاف ريال، ثم وجدت مطالبة ناشئة عن خطأ مهني طبي تبلغ اثني عشر ألف ريال، صح الإلغاء، لكن لا يستحق المؤمن له رد الجزء غير المنقضي من القسط؛ لأن أثر المطالبة ينصرف هنا إلى الاسترداد المالي لا إلى أصل حق الإلغاء.

[24] تفيد الصيغة النموذجية أن طريقة احتساب القسط المسترجع وآلية رده واحدة متى وقع الإلغاء صحيحًا، سواء كان التأمين إلزاميًا أو غير إلزامي؛ إذ يتم رد المبلغ المستحق عن المدة غير المنقضية خلال ثلاثة أيام عمل، ويحتسب على أساس زمني نسبي بعد خصم الرسوم الإدارية والمقابل المالي لمنفعة تمديد مدة التبليغ عن المطالبات –إن وجدت– مع استثناء حالة وجود مطالبة تتجاوز قيمة مبلغ الاسترداد. غير أن توحيد الأثر المالي لا يعني توحيد نطاق جواز الإلغاء؛ لأن هذا النطاق يظل مقيدًا في التأمين الإلزامي وموسعًا في غيره.

ويظهر الفرق بين الحالتين في أن المنظم شدد في التأمين الإلزامي، فمنع إلغاء الوثيقة من جانب المؤمن له والشركة معًا إلا في الحالتين اللتين حددتهما الصيغة النموذجية؛ لأن الغاية هي ليست مجرد قيام العلاقة التعاقدية، بل ضمان استمرار التغطية التأمينية ما دام موجب الإلزام قائمًا. أما في التأمين غير الإلزامي، فقد اقتصر الحكم على تقرير حق المؤمن له في إلغاء الوثيقة، من غير اشتراط وثيقة بديلة أو بقاء سبب خاص يبرر الإنهاء. وتتجلى دقة المنظم في هذه التفرقة؛ إذ قُدمت في التأمين الإلزامي مصلحة استمرار التغطية التأمينية على حرية طرفي العقد في الإنهاء، في حين عادت في التأمين غير الإلزامي الحرية التعاقدية إلى أصلها، مع الإبقاء على تنظيم الأثر المالي المترتب على الإلغاء. ويُحسب للمنظم السعودي هنا أنه لم يسوِّ بين الحالتين، بل أقام التفرقة على أساس وجود الإلزام النظامي من عدمه، فجعل حكم الإلغاء متسقًا مع الغاية من التأمين في كل حالة.

الفرع الثاني: تمديد مدة التبليغ عن المطالبات وأثره في الإبلاغ بعد انتهاء الوثيقة أو إلغائها:

إذا كان انتهاء الوثيقة أو إلغاؤها يضع حدًّا لسريان التغطية التأمينية من حيث الأصل، فإن ذلك لا يحسم وحده مسألة المطالبات المرتبطة بخطأ مهني طبي وقع أثناء سريان الوثيقة، ثم تأخر الإبلاغ عنه. وتظهر أهمية هذه المسألة بوجه خاص في وثائق الإبلاغ عن المطالبة؛ لأن الحماية فيها لا ترتبط بوقوع الخطأ المهني الطبي فحسب، بل تتأثر أيضًا بميعاد نشوء المطالبة وميعاد الإبلاغ عنها. ومن هنا تبرز أهمية تمديد مدة التبليغ عن المطالبات بوصفه الأداة التي تنظِّم استمرار الحماية في هذه المرحلة، وتحدد مدى إمكان الإبلاغ بعد انتهاء الوثيقة أو إلغائها.

أولًا: الطبيعة النظامية لتمديد مدة التبليغ عن المطالبات ووظيفته:

تظهر أهمية تمديد مدة التبليغ عن المطالبات بوجه خاص في وثائق الإبلاغ عن المطالبة عند انتهاء الوثيقة أو إلغائها قبل إتمام الإبلاغ عن مطالبة نشأت خلال مدة سريانها. ويقتضي بحث هذه المنفعة بيان تعريفها، ووظيفتها، وطبيعتها الاتفاقية، وتمييزها عن الأثر الرجعي، ومدى شمولها للتبليغ الوقائي عن الحادث أو الظرف المحتمل.

1- **التعريف النظامي:** عرَّفت الصيغة النموذجية تمديد مدة التبليغ عن المطالبات بأنه المنفعة التي تسمح للمؤمَّن له بمدة إضافية للتبليغ عن أي مطالبة نشأت خلال مدة سريان الوثيقة، تبدأ من تاريخ انتهاء الوثيقة أو إلغائها وتنتهي بانتهاء مدة التبليغ الممتدة (الصيغة النموذجية، 2021م، المادة 2، الفقرة 9). ويكشف هذا التعريف أن التمديد من خصائص الوثائق المبنية على الإبلاغ عن المطالبة، ولا تظهر له حاجة في وثائق وقوع الحادث؛ لأن التغطية في هذا النوع الأخير ترتبط بوقوع الخطأ المهني الطبي أثناء مدة السريان، لا بنشوء المطالبة أو تبليغها خلالها.

ولذلك لا تدعو الحاجة فيه إلى مهلة لاحقة مستقلة لحفظ حق التبليغ بعد انتهاء الوثيقة، بخلاف وثائق الإبلاغ عن المطالبة التي قد تتوقف الحماية فيها على مراعاة هذا القيد الزمني. ويُحسب للمنظِّم السعودي في هذا الموضع أنه لم يكتف ببيان ماهية هذه المنفعة، بل حدَّد بدايتها ونهايتها تحديدًا صريحًا، فجعل تبدأ من تاريخ انتهاء الوثيقة أو إلغائها، ونهايتها بانقضاء مدة التبليغ الممتدة، بما يزيل اللبس بين مدة السريان الأصلية والمدة اللاحقة المخصصة للتبليغ.

2- الوظيفة النظامية لتمديد مدة التبليغ:

تتمثل الوظيفة النظامية لتمديد مدة التبليغ في إتاحة مهلة لاحقة للإبلاغ عن مطالبة نشأت خلال مدة سريان الوثيقة، بحيث لا يفوت على المؤمن له إمكان الإبلاغ لمجرد أن هذا الإجراء تم بعد انتهاء الوثيقة أو إلغائها (الصيغة النموذجية، 2021م، المادة 2، الفقرة 9؛ المادة 5، الفقرة 1/أ؛ المادة 6، الفقرة 1). ومن ثم، فإن التمديد لا يعالج زمن وقوع الخطأ المهني الطبي، ولا يوسع نطاق الأخطاء المهنية الطبية المشمولة بالتغطية، وإنما ينصرف إلى ميعاد الإبلاغ عن المطالبة.

وتظهر أهميته عندما تنشأ المطالبة خلال مدة السريان، ثم يتأخر الإبلاغ عنها إلى ما بعد انتهاء الوثيقة، متى كانت منفعة التمديد مضافة وفق أحكام الوثيقة. وهنا تأتي وظيفة التمديد في حفظ ميعاد التبليغ متى كانت المطالبة قد نشأت في الوقت الذي تعتد به الوثيقة من غير أن يتحول ذلك إلى تغطية جديدة، وتمكّن شركة التأمين من تلقي المطالبة في مهلة محددة ومعلومة، وتحد من المنازعات المتصلة بفوات ميعاد التبليغ. وتُحسب للمنظِّم السعودي دقته في هذا الموضع؛ لأنه ضبط وظيفة التمديد بربطها صراحةً بمهلة التبليغ بعد انتهاء الوثيقة، فحال دون الخلط بينها وبين مدة التغطية الأصلية أو اعتبارها وسيلة لمد الحماية إلى ما لا تشمله الوثيقة

ويعضد هذا الفهم على سبيل الاستئناس ما قررته اللائحة التنفيذية لنظام مزاولة المهن الصحية في الأحكام المتعلقة بطلب رفع قرار تأجيل السفر أو المنع منه عن الممارس الصحي؛ إذ أوجبت إرفاق وثيقة تأمين سارية وقت الإجراء الطبي محل الشكوى، وإثبات إبلاغ شركة التأمين بالشكوى الطبية المرفوعة ضده. وتكمن دلالة هذا النص في أنه يُبرز الإبلاغ إلى شركة التأمين بوصفه واقعة نظامية معتبرة، لا مجرد إجراء داخلي بين المؤمَّن له والشركة، وهو ما يعزز في هذا البحث أهمية العناية الزمنية بميعاد التبليغ، ولا سيما عند تباعد تاريخ نشوء المطالبة عن تاريخ الإبلاغ عنها إلى شركة التأمين (اللائحة التنفيذية لمزاولة المهن الصحية، 1439هـ، البند 2-40/أ-ب).

ومثال ذلك: انتهت وثيقة طبيب في 2026/12/31م، وكان الخطأ المهني الطبي قد وقع أثناء سريانها في 2026/08/01م، ثم نشأت المطالبة في 2026/12/28م، وأُبلغت بها شركة التأمين في 2027/01/10م خلال مدة التبليغ الممتدة المضافة إلى الوثيقة. ففي هذه الصورة ينصرف أثر التمديد إلى حفظ صحة الإبلاغ رغم وقوعه بعد انتهاء السريان؛ لأن المطالبة نشأت قبل انتهاء الوثيقة، بينما اقتصر التأخر على الإبلاغ عنها.

3- الطبيعة الاتفاقية لتمديد مدة التبليغ وعدم تلقائيته: لا يُعد تمديد مدة التبليغ أثرًا تلقائيًا لمجرد انتهاء الوثيقة أو إلغائها، بل هو منفعة اتفاقية إضافية لا تقوم إلا إذا أُدرجت صراحةً في الوثيقة أو في جدولها. ووجه الاستدلال على ذلك أن الصيغة النموذجية لم تجعل هذه المنفعة ملازمة لكل وثيقة، وإنما ربطت أحكام التبليغ بعد انتهاء السريان بتمديد مدة التبليغ المبين في الوثيقة وجدولها. ويؤيد ذلك أيضًا أن الصيغة النموذجية، رغم تنظيمها أصل هذه المنفعة وإيجابها عرضها على المؤمَّن له، لم تضع في متنها حدًا أدنى ولا حدًا أقصى لمدة التمديد، بل تركت وجوده وتعيين مدته لما يثبت في الوثيقة أو في جدولها بحسب ما يتفق عليه الطرفان وما تقتضيه الأحوال. كما خصص جدول الوثيقة خانة مستقلة لتمديد مدة التبليغ «إن وجدت»، ونصت أحكام الإلغاء على خصم المقابل المالي لهذه المنفعة عند احتساب القسط المعاد إذا كانت مضافة (الصيغة النموذجية، 2021م، المادة 6، الفقرة 1؛ المادة 7، الفقرة 1؛ جدول الوثيقة).

وتدل هذه العناصر، مجتمعة، على أن التمديد لا يثبت بقوة النظام لمجرد انتهاء السريان أو إلغاء الوثيقة، وإنما يثبت بطريق الاتفاق التعاقدي الصريح، وجودًا ومدةً ومقابلًا ماليًا. ومثال ذلك: إذا نص جدول الوثيقة على تمديد مدة التبليغ لمدة ستين يومًا من تاريخ انتهاء السريان، كانت هذه هي المدة الملزمة التي يُعتد بها، أما إذا خلا الجدول من النص على التمديد أو على

مدته، فلا يجوز افتراض مدة لم يثبتها التعاقد. ويُحسب للتنظيم السعودي هنا أنه وحَد أصل الفكرة وآثارها الرئيسة، وترك مقدارها الزمني لما يثبت في الوثيقة بحسب طبيعة الخطر وظروف التغطية، غير أن هذا المسلك لا يخلو من مأخذ؛ إذ يفضي إلى تفاوت في مستوى الحماية بين المؤمن لهم تبعًا لاختلاف ما يدرج في الوثائق من مدد وشروط، وكان يمكن تلافي جانب من هذا التفاوت بتقرير حد أدنى موحد للتمديد مع إبقاء المجال مفتوحًا لما يزيد عليه اتفاقًا.

وتتأكد أهمية هذا البناء الاتفاقي عند تباعد تاريخ نشوء المطالبة عن تاريخ الإبلاغ عنها إلى شركة التأمين؛ إذ قد تنشأ المطالبة أثناء مدة سريان الوثيقة، ثم يقع الإبلاغ عنها بعد انتهائها. وفي هذه الحالة لا يكفي مجرد انتهاء الوثيقة لفتح مدة تبليغ جديدة، بل يلزم ثبوت منفعة تمديد مدة التبليغ في الوثيقة أو جدولها.

ومثال ذلك :إذا انتهت وثيقة طبيبة في 2026/12/31م، ووقع الخطأ المهني الطبي أثناء سريانها في 2026/09/01م، ونشأت المطالبة في 2026/12/28م، ثم أُبلغت بها شركة التأمين في 2027/01/10م، فإن صحة هذا الإبلاغ بعد انتهاء السريان تتوقف على ثبوت منفعة تمديد مدة التبليغ في الوثيقة أو جدولها. أما إذا خلا الجدول من إثبات هذه المنفعة، فلا يُعتد بهذا الإبلاغ بوصفه واقعًا في مدة تبليغ ممتدة.

4- **التمييز بين تمديد مدة التبليغ عن المطالبات والأثر الرجعي:** يجب التمييز بين تمديد مدة التبليغ عن المطالبات والأثر الرجعي؛ لأن كليهما يتعلق بالزمن، غير أن محل كلٍ منهما ووظيفته مختلفان. فتمديد مدة التبليغ ينصرف إلى ميعاد الإبلاغ بعد انتهاء الوثيقة أو إلغائها، ويقصد به إتاحة مهلة إضافية للتبليغ عن مطالبة نشأت خلال مدة سريان الوثيقة. أما الأثر الرجعي فينصرف إلى زمن وقوع الخطأ المهني الطبي قبل بدء سريان الوثيقة، ويحدد ما إذا كان هذا الخطأ يدخل في الماضي المغطى أو يبقى خارجه. ومن ثم، فإن وظيفة التمديد هي حفظ إمكان التبليغ بعد انتهاء السريان، في حين أن وظيفة الأثر الرجعي هي تحديد الحد الزمني الذي تبدأ منه الوثيقة الاعتداد بالأخطاء المهنية الطبية السابقة. ويترتب على هذا التمييز أن التمديد لا يوسّع نطاق الأخطاء المهنية الطبية المشمولة بالتغطية، كما أن الأثر الرجعي لا يغني عن مراعاة ميعاد التبليغ (الصيغة النموذجية، 2021م، المادة 2، الفقرات 9 و14–16؛ المادة 3؛ المادة 6، الفقرتان 1 و2).

وتتأكد أهمية هذا التمييز عند تباعد تاريخ وقوع الخطأ المهني الطبي عن تاريخ نشوء المطالبة أو الإبلاغ عنها؛ فقد يكون محل الإشكال هو وقوع الخطأ قبل بدء السريان، فيُبحث الأثر الرجعي، وقد يكون محل الإشكال هو تأخر الإبلاغ بعد انتهاء الوثيقة، فيُبحث تمديد مدة التبليغ.

ومثال ذلك: إذا بدأت وثيقة طبيب في 2027/01/01م، وثبت في جدولها تاريخ أثر رجعي هو 2026/01/01م، ووقع الخطأ المهني الطبي في 2026/06/15م، ثم نشأت المطالبة وأُبلغت بها شركة التأمين في 2027/03/20م، فإن شمول هذا الخطأ بالحماية يرجع إلى الأثر الرجعي؛ لأن الإشكال متعلق بزمن وقوع الخطأ قبل بدء السريان. أما إذا وقع خطأ مهني طبي آخر في 2027/11/15م أثناء سريان الوثيقة نفسها، ثم نشأت المطالبة قبل انتهائها، وتأخر الإبلاغ عنها إلى ما بعد 2027/12/31م، وكانت الوثيقة متضمنة منفعة تمديد مدة التبليغ حتى 2028/03/31م، فإن محل البحث يكون هو تمديد مدة التبليغ؛ لأن الإشكال هنا متعلق بميعاد الإبلاغ بعد انتهاء السريان، لا بزمن وقوع الخطأ.

5- **مدى شمول مدة التمديد للتبليغ الوقائي عن الحادث أو الظرف المحتمل:** الثابت من تعريف تمديد مدة التبليغ عن المطالبات أن وظيفة هذه المنفعة تنصرف إلى إتاحة مهلة لاحقة للتبليغ عن المطالبة الناشئة خلال السريان إذا تأخر إبلاغ الشركة بها إلى ما بعد انتهاء الوثيقة أو إلغائها. غير أن هذا التعريف لا يكفي وحده لبيان ما إذا كان أثر التمديد يقتصر على المطالبة

الناشئة خلال السريان، أم يمتد كذلك إلى التبليغ –خلال السريان أو وفق أحكام التمديد– عن أي حادث أو ظرف قد يؤدي إلى مطالبة مقبولة. وينشأ هذا الإشكال من أن تعريف التمديد اقتصر في ظاهره على المطالبة الناشئة خلال السريان، في حين جاء حكم الإبلاغ أوسع من ذلك (الصيغة النموذجية، 2021م، المادة 2، الفقرة 9).

والأقرب أن التمديد يشمل الصورتين معًا: المطالبة الناشئة خلال السريان، والتبليغ عن أي حادث أو ظرف قد يؤدي إلى مطالبة مقبولة متى ظهر خلال مدة السريان. ويستند هذا الترجيح إلى ثلاثة أمور مترابطة. أولها أن نص الإبلاغ أجاز التبليغ وفق أحكام التمديد عن أي حادث أو ظرف قد يؤدي إلى مطالبة مقبولة، ولم يقصر ذلك على المطالبة الناشئة خلال السريان. وثانيها أن المسؤولية الطبية لا تبدأ دائمًا بمطالبة مكتملة؛ فقد تسبقها مؤشرات جدية تكشف عن احتمال قيام مطالبة لاحقة، كقيد شكوى أولية، أو صدور تقرير طبي مبدئي، أو ظهور معطيات علاجية محددة تتصل بإجراء طبي سابق. ومن ثم فإن قصر التمديد على المطالبة المكتملة قد يضعف وظيفة الإبلاغ الوقائي التي تقررها الوثيقة.

وثالثها أن هذا الفهم هو الأوفق بجمع النصوص ورد بعضها إلى بعض؛ إذ يبقى تعريف التمديد على معناه الأصلي، ويُستفاد من حكم الإبلاغ أن أثره يمتد أيضًا إلى التبليغ الوقائي متى تحققت شروطه. ويُحسب للمنظم السعودي في هذا الموضع أنه لم يقف عند المطالبة الناشئة خلال السريان وحدها، بل راعى كذلك المرحلة السابقة عليها متى كشفت عن احتمال جدي لمطالبة لاحقة. غير أن الأخذ بهذا الفهم لا يعني الاعتداد بكل احتمال مجرد. فالتبليغ الذي ينتج أثره في هذا المقام هو التبليغ عن أي حادث أو ظرف قد يؤدي إلى مطالبة مقبولة إذا كان قد ظهر أو عُلِم به خلال مدة السريان، وكان متصلًا بخطأ مهني طبي يدخل في نطاق التغطية التأمينية، وكان إبلاغ الشركة به محددًا بما يكفي لبيان معالمه وتمكينها من متابعة الموقف وإعداد الدفاع. أما الاحتمال العام الذي لا يستند إلى واقعة معينة، أو الأمر الذي لم يظهر إلا بعد انتهاء الوثيقة، فلا يكفيان للقول بشمول التمديد لهما. وتظهر قيمة هذا القيد في أنه يحافظ على وظيفة التمديد بوصفه وسيلة لتدارك تأخر الإبلاغ، من غير أن يتحول إلى مدخل للتوسع في التغطية على غير ما قصده النص.

ويتضح ذلك بمثال مؤداه أن طبيبًا أجرى إجراءً طبيًا في 2026/11/10م أثناء سريان الوثيقة، ثم قُيدت قبل انتهاء الوثيقة شكوى أولية أو صدر تقرير فني مبدئي يتصل بذلك الإجراء ويحتمل أن يفضي إلى مطالبة، وانتهت الوثيقة في 2026/12/31م قبل اكتمال المطالبة، ثم أبلغ المؤمن له شركة التأمين في 2027/01/10م بتلك الوقائع إبلاغًا واضحًا ومحددًا. ففي هذه الصورة يعتد بالإبلاغ إذا كانت منفعة التمديد مضافة إلى الوثيقة، متى كان ما أُبلغت به الشركة داخلًا في حكم حادث أو ظرف قد يؤدي إلى مطالبة مقبولة وظهر خلال مدة السريان.

وبذلك يتبين أن الصيغة النموذجية لا تقف في هذا الموضع عند المطالبة الناشئة خلال السريان وحدها، بل يمتد أثر التمديد فيها أيضًا إلى التبليغ عن أي حادث أو ظرف قد يؤدي إلى مطالبة مقبولة متى ظهر خلال مدة السريان، وكان التبليغ عنه مستوفيًا لما اشترطته الوثيقة. وعلى هذا، يقتضي التطبيق السليم قراءة تعريف التمديد وحكم الإبلاغ معًا؛ لأن اقتصار الأول على المطالبة الناشئة خلال السريان، مع ورود الثاني بصياغة أوسع تشمل أي حادث أو ظرف قد يؤدي إلى مطالبة مقبولة، قد يوقع غير المتخصص في لبس إذا قُرئ كل منهما منفصلًا.

ثانيًا: إلزام الشركة بعرض منفعة تمديد مدة التبليغ عن المطالبات وحالاته وآثاره:

أوجبت الصيغة النموذجية على الشركة أن تعرض على المؤمَّن له خيار إضافة منفعة تمديد مدة التبليغ عن المطالبات، وأن توضح له أهميتها، كما أوجبت أن يقع التبليغ عن المطالبة خلال مدة سريان الوثيقة، أو وفق أحكام التمديد المبينة في الوثيقة وجدولها. ويدل ذلك على أن المنظِّم السعودي لم يجعل هذه المنفعة ملازمة لكل وثيقة، بل ألزم الشركة بعرضها وبيان أثرها، مع بقاء ثبوتها متوقفًا على

إدراجها صراحة في الوثيقة أو جدولها. وتظهر قيمة هذا الحكم في التمييز بين التزام الشركة بعرض المنفعة وشرح أهميتها، وبين ثبوت المنفعة ذاتها في العلاقة التعاقدية؛ فالشركة لا تُلزم بإدراج التمديد في جميع الوثائق، لكنها تُلزم بتمكين المؤمَّن له من العلم به واختياره. وتظهر أهمية هذه المنفعة عندما تنشأ المطالبة خلال مدة سريان الوثيقة، ثم يتأخر الإبلاغ عنها إلى ما بعد انتهاء الوثيقة أو إلغائها. ففي هذه الحالة لا يكون محل النظر هو استمرار الوثيقة بعد انتهائها، وإنما التحقق من إضافة منفعة التمديد ومدى كفايتها لقبول الإبلاغ اللاحق. أما إذا لم تنشأ المطالبة إلا بعد انتهاء الوثيقة، فلا يكفي التمديد بذاته لإدخالها في نطاق الحماية. ومثال ذلك: لو وقع الخطأ المهني الطبي في 2025/06/15م، ثم نشأت المطالبة في 2025/12/28م، وانتهت الوثيقة في 2025/12/31م، ثم أبلغ المؤمَّن له الشركة في 2026/01/10م، فإن أثر التمديد ينصرف إلى حفظ ميعاد الإبلاغ متى كانت هذه المنفعة مضافة إلى الوثيقة. أما إذا لم تكن مضافة، عاد الحكم إلى الأصل، وهو وجوب الإبلاغ عن المطالبة خلال المدة التي تعتد بها الوثيقة.

وقد أوجبت الصيغة النموذجية على الشركة عرض منفعة تمديد مدة التبليغ عن المطالبات وبيان أهميتها، خاصة في أربع حالات: تقاعد المؤمن له، وانتهاء أو إنهاء ترخيصه بممارسة المهنة الصحية، وانتهاء أو إنهاء تعاقده مع مقدمي الخدمة الصحية، وإلغاء الوثيقة (الصيغة النموذجية، 2021م، المادة 6، الفقرة 1؛ المادة 7، الفقرتان 1 و2).

ويُفهم من ذلك أن المنظِّم ربط وجوب العرض بالحالات التي يزداد فيها احتمال زوال الأساس المهني الذي تقوم عليه التغطية، أو انتهاء الوثيقة قبل إتمام الإبلاغ عن مطالبة متصلة بخطأ مهني طبي سابق وقع خلال مدة السريان. ومن ثم، تتضح دقة التنظيم في أنه لم يكتف ببيان أصل المنفعة، بل ربطها بمواضع الحاجة العملية إليها، دون أن يجعلها امتدادًا تلقائيًا للتغطية أو سببًا لإدخال أخطاء لاحقة في نطاق الوثيقة.

الحالة الأولى: تقاعد المؤمن له عن العمل:

يدل ذكر تقاعد المؤمَّن له ضمن الحالات التي يجب فيها عرض منفعة تمديد مدة التبليغ وشرح أهميتها على أن المنظِّم اعتد به بوصفه حالة عملية قد تفضي إلى انتهاء العلاقة المهنية أو التوقف عن مزاولة المهنة الصحية، لا بوصفه سببًا مستقلًا لانتهاء التغطية بذاته. ذلك أن اللائحة التنفيذية ربطت انتهاء التغطية بانتهاء عقد العمل مع المؤمَّن له، أو التوقف أو الإيقاف عن مزاولة المهن الصحية، أو انتهاء مدة الوثيقة، أو إلغائها، أو وفاة المستفيد (الصيغة النموذجية، 2021م، المادة 6، الفقرة 1؛ اللائحة التنفيذية، 2017م، المادة 41، الفقرة 8). وعليه، فالتقاعد لا يرتب أثره النظامي بمجرد وصفه الوظيفي، وإنما بقدر ما يفضي فعلًا إلى أحد أسباب انتهاء التغطية. فإذا تقاعد الممارس الصحي من جهة عمله واستمر في مزاولة المهنة لدى جهة أخرى مع بقاء ترخيصه المهني، فلا يكفي التقاعد وحده للقول بانتهاء التغطية. ومن ثم، فالأدق أن يُربط الحكم بانتهاء العلاقة المهنية أو بالتوقف عن المزاولة، متى تحقق أحدهما. ومثال ذلك أن يُحال طبيب إلى التقاعد في 2025/12/31م، ويكون الخطأ المهني الطبي قد وقع في 2025/10/15م، ثم تنشأ مطالبة مرتبطة به في 2025/12/28م، ويجري الإبلاغ عنها إلى شركة التأمين في 2026/01/10م. ففي هذه الصورة تظهر أهمية عرض منفعة التمديد؛ لأن المطالبة نشأت قبل انتهاء الوثيقة، بينما وقع الإبلاغ عنها بعد انتهاء العلاقة المهنية.

الحالة الثانية: انتهاء أو إنهاء ترخيص المؤمن له لممارسة المهنة الصحية:

تتأكد أهمية هذه الحالة لأن الترخيص هو السند النظامي لمزاولة المهنة الصحية؛ فزواله لا يقتصر أثره على العلاقة الوظيفية، بل يمس أصل مشروعية الممارسة. ولذلك كان انتهاء الترخيص أو إنهاؤه أوضح اتصالًا بأسباب انتهاء التغطية من حالة التقاعد؛ لأنه يؤدي في الواقع إلى التوقف أو الإيقاف عن مزاولة المهنة الصحية، وهو أحد أسباب انتهاء التغطية في اللائحة التنفيذية (الصيغة النموذجية، 2021م، المادة 6، الفقرة 1؛ اللائحة التنفيذية، 2017م، المادة 41، الفقرة 8).

وتظهر دقة المنظم هنا في جمعه بين الحكم المهني والحكم التأميني؛ فزوال الترخيص يؤثر في مركز الممارس من جهة مشروعية المزاولة، وفي الوقت نفسه يجعل منفعة التمديد ذات أهمية خاصة من جهة مهلة الإبلاغ عن مطالبة سابقة على هذا الزوال.

ومثال ذلك أن ينتهي ترخيص ممارس صحي في 2026/06/30م، وكانت وثيقته سارية حتى هذا التاريخ، ووقع خطأ مهني طبي في 2026/05/01م، ثم نشأت مطالبة مرتبطة بهذا الخطأ في 2026/06/25م، وجرى الإبلاغ عن المطالبة إلى شركة التأمين في 2026/07/10م. ففي هذه الصورة لا يكون البحث في تغطية خطأ جديد يقع بعد انتهاء الترخيص، وإنما في مدى إمكان قبول الإبلاغ اللاحق عن مطالبة نشأت خلال مدة سريان الوثيقة، متى كانت منفعة التمديد مضافة إليها.

الحالة الثالثة: انتهاء أو إنهاء تعاقد المؤمن له مع مقدم الخدمة الصحية[25]:

تظهر أهمية هذه الحالة في أن انتهاء تعاقد المؤمَّن له مع الجهة الصحية التي يباشر العمل من خلالها قد يترتب عليه انتهاء العلاقة المهنية التي كانت التغطية تقوم عليها.

ولذلك أوجبت الصيغة النموذجية عرض منفعة تمديد مدة التبليغ في هذه الحالة؛ حتى لا يترتب على انتهاء العلاقة المهنية فوات ميعاد الإبلاغ عن مطالبة سابقة متصلة بخطأ وقع أثناء مدة سريان الوثيقة (الصيغة النموذجية، 2021م، المادة 6، الفقرة 1؛ اللائحة التنفيذية، 2017م، المادة 41، الفقرة 8). ووجه الدلالة أن المنظِّم لم يقف عند السبب النظامي بصيغته المجردة، بل التفت إلى صورته العملية، وهي انتهاء العلاقة التي يباشر المؤمَّن له المهنة في نطاقها. فالمقصود هنا ليس استمرار التغطية بعد زوال العلاقة المهنية، وإنما بقاء إمكان الإبلاغ عن مطالبة نشأت قبل انتهائها، متى كانت منفعة التمديد مضافة إلى الوثيقة. ومثال ذلك أن ينتهي تعاقد طبيب مع مستشفى خاص في 2026/08/31م، وكانت وثيقته قائمة خلال مدة هذا التعاقد، ووقع خطأ مهني طبي في 2026/07/10م، ثم نشأت مطالبة مرتبطة بهذا الخطأ في 2026/08/25م، وجرى الإبلاغ عن المطالبة إلى شركة التأمين في 2026/09/05م. ففي هذه الصورة لا ينصرف النظر إلى استمرار التغطية بعد انتهاء العلاقة المهنية، ولا إلى خطأ يقع بعد انتهاء التعاقد، وإنما إلى ما إذا كانت منفعة التمديد مضافة إلى الوثيقة بما يتيح قبول الإبلاغ عن مطالبة نشأت قبل انتهاء تلك العلاقة.

الحالة الرابعة: إلغاء الوثيقة: إلغاء الوثيقة من الحالات التي تنتهي بها التغطية التأمينية، ولذلك أوجبت الصيغة النموذجية على الشركة، عند تحقق هذه الحالة، عرض منفعة تمديد مدة التبليغ وشرح أهميتها. ومدلول ذلك أن المنظِّم لم يقف عند أثر الإلغاء في إنهاء الوثيقة، بل اعتد أيضًا بما قد يترتب عليه من حاجة المؤمَّن له إلى الإبلاغ عن مطالبة سابقة، متى كانت منفعة التمديد مضافة إلى الوثيقة (الصيغة النموذجية، 2021م، المادة 6، الفقرة 1؛ اللائحة التنفيذية، 2017م، المادة 41، الفقرة 8).

وعلى هذا الأساس، فإن إلزام الشركة بعرض منفعة التمديد عند الإلغاء يُعد حكمًا مكملًا لأثر انتهاء التغطية؛ لأنه يحدد ما إذا كان للمؤمَّن له، بعد زوال الوثيقة، أن يبلغ الشركة عن مطالبة نشأت قبل الإلغاء في مدة إضافية متفق عليها. ولا يعني ذلك إبقاء الوثيقة قائمة بعد الإلغاء، وإنما حفظ أثر الإبلاغ متى تحققت شروط التمديد. ومثال ذلك أن يقع خطأ مهني طبي في 2025/11/01م أثناء سريان الوثيقة، ثم تنشأ مطالبة مرتبطة به في 2025/12/20م، وتُلغى الوثيقة في 2025/12/31م، ويجري الإبلاغ عن المطالبة إلى شركة التأمين في 2026/01/15م. ففي هذه الصورة لا يكون محل البحث هو استمرار الوثيقة بعد إلغائها، وإنما ما إذا كانت منفعة

[25] ورد في الصيغة النموذجية، في المادة السادسة/1/ج، في النص باللغة العربية: «إنهاء أو انتهاء تعاقد المؤمن مع مقدمي الخدمة الصحية»، بينما ورد في النص باللغة الإنجليزية: "Expiry or termination of the Insured's contract with medical service providers". ويظهر من مقابلة النصين، ومن تعريفات الوثيقة، وسياق الحالات الواردة في المادة السادسة، أن المقصود هو «المؤمن له» لا «المؤمن»؛ وعليه فالأدق أن تكون العبارة: «انتهاء أو إنهاء تعاقد المؤمن له مع مقدمي الخدمة الصحية».

تمديد مدة التبليغ قد أضيفت إلى الوثيقة بما يسمح بقبول الإبلاغ بعد الإلغاء عن مطالبة نشأت قبل انتهائها. أما إذا لم تكن هذه المنفعة مضافة، عاد الحكم إلى الأصل، وهو وجوب الإبلاغ عن المطالبة خلال المدة التي تعتد بها الوثيقة.

خلاصة ذلك أن الحالات الأربع التي خصتها الصيغة النموذجية بوجوب عرض منفعة تمديد مدة التبليغ لا تُفهم على أنها واردة على سبيل الحصر؛ لأن عبارة «خصوصًا في الحالات الآتية» لا تدل على قصر الحكم على هذه الصور الأربع، وإنما تفيد أن هذه الحالات أشد احتياجًا إلى عرض المنفعة وشرح أهميتها من غيرها. ويؤيد ذلك أن التعداد الوارد في الصيغة لا يطابق أسباب انتهاء التغطية في اللائحة التنفيذية؛ فاللائحة تربط انتهاء التغطية بوفاة المستفيد، وانتهاء مدة الوثيقة أو إلغائها، وانتهاء عقد العمل مع المؤمَّن له، والتوقف أو الإيقاف عن مزاولة المهن الصحية، في حين يذكر النص التقاعد، وانتهاء الترخيص، وانتهاء التعاقد، وإلغاء الوثيقة. ولو كان المقصود حصر الحالات التي يجب فيها عرض المنفعة، لكان مقتضى ذلك أن يستوعب النص جميع الصور التي يتحقق فيها الخطر الزمني نفسه، وهو ما لم يقع؛ إذ أغفل انتهاء مدة الوثيقة، مع أن تعريف منفعة التمديد نفسه يرتبط بانتهاء الوثيقة أو إلغائها، كما أدرج التقاعد، مع أنه ليس سببًا مستقلًا في اللائحة، بل حالة عملية قد تفضي إلى أحد أسبابها. وهذه المغايرة تضعف دلالة الحصر، وتُقوّي أن المقصود هو بيان الحالات التي تتأكد فيها أهمية العرض. ومن ثم، فالعبرة في تفسير النص ليست بالمطابقة اللفظية بين التعدادين، بل بتحقق العلة المشتركة بينها، وهي قيام سبب يؤدي إلى انتهاء التغطية التأمينية أو إلى زوال الأساس المهني الذي تقوم عليه، على نحو يعرّض المؤمَّن له لخطر فوات ميعاد التبليغ عن مطالبة سابقة على هذا الانتهاء. فلو انتهت الوثيقة بانقضاء مدتها في 2024/12/31م، وكانت المطالبة قد نشأت في 2024/12/28م، ثم جرى التبليغ عنها في 2025/01/05م، فإن أهمية عرض منفعة التمديد تتأكد في هذه الصورة، مع أنها لم ترد ضمن الحالات الأربع.

ثالثًا: الانتقال بين شركات التأمين وعلاقته بمدة التمديد:

قررت الصيغة النموذجية حكمًا خاصًا عند تعاقب الوثائق بين شركتين؛ فإذا أضاف المؤمن له منفعة تمديد مدة التبليغ عن المطالبات، ثم انتقل إلى شركة تأمين أخرى من غير انقطاع يتجاوز الشهرين، بقيت مسؤولية التعويض عن المطالبة على الشركة التي أصدرت الوثيقة الأولى التي تضمن جدولها هذه المنفعة، متى كان الخطأ المهني الطبي قد وقع أثناء سريان تلك الوثيقة (الصيغة النموذجية، 2021م، المادة 6، الفقرة 2). ووجه الاستدلال من هذا الحكم أن المنظم لم يجعل مجرد إبرام وثيقة لاحقة سببًا كافيًا لنقل المطالبة إلى الشركة الجديدة، بل أبقى الإسناد إلى الشركة الأولى ما دام الخطأ المهني الطبي قد تحقق في ظل وثيقتها، وما دام الانتقال قد وقع خلال المدة التي اعتد بها النص. وتظهر أهمية هذا الحكم في أنه يحول دون تنازع الشركات المتعاقبة في المسؤولية عن المطالبة الواحدة، ويكفل قدرًا من الاستقرار في المركز التأميني للمؤمن له عند انتقاله من شركة إلى أخرى. فلو وقع الخطأ المهني الطبي في 2026/10/10م أثناء سريان الوثيقة الأولى، ثم نشأت المطالبة في 2026/12/20م، وانتقل المؤمن له إلى شركة جديدة في 2027/01/20م، ثم أبلغ بالمطالبة خلال المدة الممتدة، فإن بقاء المسؤولية على الشركة الأولى هو الأثر الذي يرتبه هذا الحكم؛ لأن العبرة هنا ليست بتاريخ بدء الوثيقة الجديدة، وإنما بتعيين الشركة الملزمة بالتعويض عن خطأ وقع في ظل الوثيقة السابقة.

غير أن حد الشهرين لا يدل على مدة التمديد نفسها، ولا يجوز الخلط بين الأمرين. فالصيغة النموذجية لم تضع في متنها مدة موحدة لتمديد مدة التبليغ، وإنما عرّفت هذه المنفعة تعريفًا عامًا، ثم تركت بيان وجودها ومدتها لما يثبت في جدول الوثيقة، الذي أفرد لها خانة مستقلة بعنوان: «تمديد مدة التبليغ عن المطالبات (إن وجدت)». ومن ثم، فإن الشهرين الواردين في النص ليسا مدة التمديد، بل حدًّا زمنيًا يتعلق ببقاء إسناد المسؤولية إلى الشركة الأولى عند انتقال المؤمن له إلى شركة أخرى. وتظهر دقة المنظم السعودي في هذا التفريق؛ لأنه يفصل بين مدة المنفعة بوصفها عنصرًا تعاقديًا يثبت في الجدول، وبين أثر تعاقب الوثائق بوصفه حكمًا تنظيميًا مستقلًا.

غير أنه يؤخذ على الصياغة أن هذا الفصل لم يبرز بعبارة كاشفة مانعة، وهو ما قد يوهم أن الشهرين هما المدة النظامية الموحدة للتمديد، مع أن النص لا يدل على ذلك (الصيغة النموذجية، 2021م، المادة الثانية/9، المادة السادسة/2، جدول الوثيقة).

ويختلف هذا الحكم عن الأحكام التي سبق بيانها بشأن الانقطاع الذي لا يجاوز أو يجاوز أربعة عشر يومًا؛ لأن كلًّا منهما يعالج مسألة زمنية مختلفة. وقد سبق بيان أن الانقطاع إذا لم يجاوز أربعة عشر يومًا تقويميًا أوجب الأثر الرجعي الإلزامي، أما إذا زاد الانقطاع على أربعة عشر يومًا تقويميًا، فإن بداية التغطية تكون من تاريخ سريان الوثيقة الجديدة، ولا يمتد أثرها إلى الماضي إلا إذا قررت الشركة أثرًا رجعيًا إضافيًا وأثبتته في جدول الوثيقة. ومن ثم، فإن حد الشهرين يتعلق بتحديد الشركة التي تبقى مسؤولة عن المطالبة عند تعاقب الوثائق مع وجود منفعة التمديد، أما حد الأربعة عشر يومًا فيتعلق بمدى رجوع الوثيقة الجديدة إلى الماضي من حيث بدء التغطية التأمينية فيها (الصيغة النموذجية، 2021م، المادة 3؛ المادة 6، الفقرة 2).

وبعبارة أوضح الشهران يجيبان عن سؤال: من هي الشركة الملزمة بالتعويض؟ أما الأربعة عشر يومًا فتجيب عن سؤال آخر: من أي تاريخ تبدأ التغطية في الوثيقة الجديدة، وهل تمتد إلى ما قبل سريانها؟ وليس بين المدتين تعارض؛ لأن كل واحدة منهما تؤدي وظيفة نظامية مستقلة. ويُحسب للمنظم السعودي في هذا الموضع أنه ميَّز بين انتقال المسؤولية بين الشركتين وبين الامتداد الزمني للتغطية في الوثيقة الجديدة، غير أن اختلاف الحدين الزمنيَّين –الشهرين وأربعة عشر يومًا– قد يوقع غير المتخصص في لبس ما لم يُقرأ النصان معًا قراءة تكاملية .

ويظهر أثر هذه التفرقة بوضوح في المثال الآتي: إذا انتهت الوثيقة الأولى في 2026/12/31م، وكانت متضمنة لمنفعة تمديد مدة التبليغ، ثم بدأت الوثيقة الجديدة في 2027/01/20م، فإن الانقطاع هنا يزيد على أربعة عشر يومًا، لكنه لا يتجاوز الشهرين. فإذا وقع الخطأ المهني الطبي في 2026/10/10م أثناء سريان الوثيقة الأولى، ونشأت المطالبة في 2026/12/20م، ثم جرى التبليغ في 2027/01/25م، ترتب على هذه الواقعة نتيجتان مختلفتان لا تعارض بينهما: الأولى أن الوثيقة الجديدة لا تمتد –بحكم الانقطاع الذي جاوز أربعة عشر يومًا– إلى ذلك الخطأ على سبيل الأثر الرجعي الإلزامي؛ والثانية أن مسؤولية التعويض قد تبقى على الشركة الأولى، لأن الخطأ وقع أثناء سريان وثيقتها، ولأن الانتقال إلى الشركة الجديدة لم يتجاوز الشهرين، ولأن التبليغ وقع خلال المدة الممتدة. فعدم امتداد التغطية في الوثيقة الجديدة إلى الماضي لا يعني انتقال المطالبة إليها، كما أن وجود وثيقة جديدة لا يكفي وحده لإسقاط مسؤولية الشركة الأولى.

وهذا من المواضع التي يُحسب فيها للمنظم السعودي أنه أقام لكل مسألة ضابطها الخاص، فلم يخلط بين زمن وقوع الخطأ المهني الطبي، وزمن نشوء المطالبة، وزمن التبليغ، وزمن بدء التغطية في الوثيقة اللاحقة. وتتأكد أهمية هذا التفريق عند تعاقب الوثائق والانتقال بين شركات التأمين؛ لأن مدة الشهرين تتعلق بتحديد الشركة التي تبقى مسؤولة عن المطالبة عند وجود منفعة تمديد مدة التبليغ، بينما تتعلق مدة الأربعة عشر يومًا بحفظ الأثر الرجعي الإلزامي في الوثيقة الجديدة. ومن ثم، فإن الخلط بين المدتين قد يؤدي إلى اضطراب في تعيين الوثيقة المختصة؛ فتمديد مدة التبليغ يعالج ميعاد الإبلاغ عن مطالبة مرتبطة بوثيقة سابقة، أما الأثر الرجعي فيعالج سبق وقوع الخطأ المهني الطبي على بدء سريان الوثيقة الجديدة.

وخلاصة ما تقدم في هذا المبحث أن الأدوات الزمنية للوثيقة تؤدي دورًا حاسمًا في تحديد نطاق التغطية التأمينية بدايةً ونهايةً. فمن جهة البداية، تظل العبرة بتاريخ وقوع الخطأ المهني الطبي بالنسبة إلى تاريخ سريان الوثيقة أو تاريخ الأثر الرجعي المثبت في جدولها؛ فما وقع قبل هذين الحدين يبقى خارج نطاق التغطية، وما وقع بعدهما يخضع لبقية الشروط التي تحكم نوع الوثيقة. ومن جهة النهاية، فإن أسباب انتهاء التغطية، كوفاة المؤمن له، وانتهاء مدة الوثيقة، وإلغائها، وانتهاء عقد العمل معه، والتوقف أو الإيقاف عن مزاولة

المهنة، تنهي الحماية بالنسبة إلى ما يستجد بعدها، لكنها لا تمحو أثرها عن خطأ مهني طبي وقع أثناء مدة السريان. غير أن أثر الانتهاء يختلف بحسب نوع الوثيقة؛ ففي وثائق وقوع الحادث تبقى العبرة بوقت وقوع الخطأ المهني الطبي، أما في وثائق الإبلاغ عن المطالبة فلا يكفي وقوع الخطأ وحده، بل يلزم أن تنشأ المطالبة وأن يقع الإبلاغ عنها خلال المدة التي تعتد بها الوثيقة أو خلال مدة التبليغ الممتدة متى كانت مضافة إليها. وبذلك يتحدد الإسناد الزمني للمطالبة من خلال مجموع هذه العناصر: تاريخ وقوع الخطأ، وتاريخ السريان أو الأثر الرجعي، وسبب انتهاء التغطية، ونوع الوثيقة، ووقت نشوء المطالبة والإبلاغ عنها؛ تمهيدًا لبحث التطبيقات القضائية في تعيين الوثيقة المختصة.

المبحث الثالث: التطبيقات القضائية في الإسناد الزمني للمطالبة التأمينية في التأمين ضد الأخطاء المهنية الطبية:

بعد أن تبيَّن في المبحث السابق أثر الأدوات الزمنية للوثيقة في قيام التغطية التأمينية وانتهائها، يثور التساؤل عن كيفية تطبيق هذه الضوابط في المنازعات القضائية عند تباعد التواريخ المرتبطة بالمطالبة التأمينية. وعليه، يُعنى هذا المبحث بتحليل التطبيقات القضائية ذات الصلة بالإسناد الزمني للمطالبة التأمينية في التأمين ضد الأخطاء المهنية الطبية، وذلك لبيان التاريخ الذي اعتدت به اللجان في تعيين الوثيقة المختصة، والتمييز بين تاريخ وقوع الخطأ المهني الطبي، والتواريخ اللاحقة عليه، كقيد الشكوى، والإبلاغ عن المطالبة إلى شركة التأمين، وصدور الحكم القضائي النهائي.

ويُقسم هذا المبحث إلى مطلبين: يتناول **المطلب الأول** التطبيقات القضائية المتعلقة بتحديد التاريخ المعتد به للإسناد الزمني للمطالبة التأمينية، أما **المطلب الثاني** فيتناول التطبيقات القضائية المتعلقة بتعاقب الوثائق وأثر الإبلاغ عن المطالبة في تعيين الوثيقة المختصة. ومن خلال هذين المطلبين يتضح اتجاه اللجان في التمييز بين التاريخ المنشئ للمسؤولية، والتواريخ اللاحقة ذات الطبيعة الكاشفة أو الإجرائية.

المطلب الأول: التطبيقات القضائية في تحديد التاريخ المعتد به للإسناد الزمني للمطالبة التأمينية:

يتناول هذا المطلب التطبيقات القضائية التي رجّحت تاريخ وقوع الخطأ المهني الطبي بوصفه التاريخ الأبرز في إسناد المطالبة التأمينية إلى الوثيقة المختصة. ويعرض **الفرع الأول** حالة وقع فيها الخطأ أثناء مدة سريان الوثيقة، ثم ثار الخلاف حول أثر تاريخ الشكوى في التغطية. أما **الفرع الثاني** فيعرض حالة وقع فيها الخطأ قبل بدء سريان الوثيقة، مع تمسك المؤمن له بتواريخ لاحقة، كقيد الشكوى وصدور القرار. ومن خلال هاتين الصورتين يتضح أثر التمييز بين تاريخ الخطأ المهني الطبي بوصفه التاريخ المنشئ للمسؤولية، وبين التواريخ اللاحقة ذات الطبيعة الكاشفة أو الإجرائية.

الفرع الأول: الإسناد الزمني للمطالبة التأمينية بين تاريخ الخطأ المهني الطبي وتاريخ الشكوى:

يتناول هذا الفرع تطبيقًا قضائيًا ثار فيه الخلاف حول التاريخ المعتد به في إسناد المطالبة التأمينية إلى الوثيقة المختصة: هل هو تاريخ وقوع الخطأ المهني الطبي أم تاريخ الشكوى؟ وتظهر أهمية هذه القضية في تمييزها بين الشكوى والحكم والسداد بوصفها تواريخ لاحقة كاشفة أو إجرائية، وبين تاريخ الخطأ المهني الطبي بوصفه التاريخ المنشئ للمسؤولية.

أولًا: ملخص الدعوى:

تتلخص وقائع الدعوى في أن المدعية وهي طبيبة مشمولة بوثيقة تأمين ضد أخطاء ممارسة المهن الطبية صادرة عن الشركة المدعى عليها وكانت سارية من 2015/07/17م إلى 2016/07/16م، قد باشرت بتاريخ 2015/08/01م علاج مريضة حامل، وأثناء العملية القيصرية توفي الجنين، ثم تدهورت حالة المريضة بسبب مضاعفات ونزيف حتى توفيت في الساعة الحادية عشرة مساءً من اليوم ذاته. وبعد عرض الواقعة على الهيئة الصحية الشرعية، صدر بتاريخ 2017/05/03م قرار بإلزام المدعية بدفع مبلغ (37,500) ريال لورثة

المتوفاة، ومبلغ (3,750) ريال غُرّةً للجنين، ثم صادقت محكمة الاستئناف على القرار. وبتاريخ 2017/11/30م سددت المدعية مبلغ (41,250) ريال تنفيذًا للحكم، ثم طالبت شركة التأمين بتغطية كامل المبلغ، إلا أن الشركة رفضت التغطية، وتمسكت بدفعين رئيسين: أولهما أن ما يُعتدُّ به كتاريخ للخطأ الطبي هو تاريخ خطاب الشكوى المرسل من الهيئة الصحية الشرعية لا تاريخ المعالجة، وحتى تندرج المطالبة تحت التغطية التأمينية وفقاً للأثر الرجعي يجب أن تقع المعالجة وخطاب الشكوى المرسل من قبل الهيئة الصحية الشرعية تحت وثيقة تأمين واحدة[26]، وثانيهما أن الضرر تحقق على المجني عليها بعد انقضاء سريان الوثيقة؛ مما يؤدي إلى انعدام التغطية التأمينية. غير أن اللجنة ردَّت على هذين الدفعين، وقررت بأن تحديد تاريخ نشوء الحق الخاص للمجني عليها بالخطأ الطبي مرتبط بواقعة الخطأ الطبي ذاتها وليس بتاريخ الشكوى، كما أنه لم يثبت لديها أن الأضرار التي لحقت بالمجني عليها نتجت بعد انقضاء سريان الوثيقة مع المدعى عليها. وبناءً على ذلك، انتهت اللجنة إلى ثبوت حق المدعية في مطالبة شركة التأمين بمبلغ التعويض الذي تكبدته تنفيذًا لقرار الهيئة الصحية الشرعية، فقضت بإلزام المدعى عليها بدفع مبلغ (41,250) ريالًا للمدعية، ثم قررت اللجنة الاستئنافية تأييد قرار اللجنة الابتدائية فيما انتهى إليه (الأمانة العامة للجان الفصل في المنازعات والمخالفات التأمينية، 2020/2019أ، ص. 845–850).

ثانيًا: تحليل القضية:

تنصرف هذه القضية إلى تحديد الضابط الزمني الذي يُعوَّل عليه في إسناد المطالبة التأمينية إلى الوثيقة المختصة: هل هو تاريخ وقوع الخطأ المهني الطبي أم تاريخ خطاب الشكوى. ويتضح من دفوع شركة التأمين أن الخلاف لم ينصرف إلى نفي وقوع الخطأ أثناء مدة سريان الوثيقة، وإنما في التاريخ المعتد به لهذا الإسناد؛ إذ دفعت بأن العبرة بتاريخ خطاب الشكوى المرسل من الهيئة الصحية الشرعية، لا بتاريخ المعالجة التي وقع خلالها الخطأ المهني الطبي، مع تمسكها بأن دخول المطالبة التأمينية في نطاق التغطية يقتضي أن تقع المعالجة وخطاب الشكوى تحت وثيقة واحدة. ومؤدى هذا الدفع نقل الإسناد الزمني من تاريخ الخطأ المهني الطبي إلى تاريخ لاحق، مع أن الخطأ وقع بتاريخ 2015/08/01م أثناء سريان الوثيقة الممتدة من 2015/07/17م إلى 2016/07/16م.

وكان ما انتهت إليه اللجنة سديدًا حين لم تأخذ بهذا التكييف، وقررت أن تحديد تاريخ نشوء الحق الخاص للمجني عليها مرتبط بواقعة الخطأ الطبي ذاتها لا بتاريخ الشكوى؛ لأن الشكوى إجراء لاحق لتحريك المطالبة، وليست الواقعة المنشئة للمسؤولية. وتظهر سلامة هذا التسبيب في أنه لم يسمح بتحويل الشكوى من إجراء لاحق إلى ضابط يترتب عليه قيام التغطية أو نفيها؛ إذ لو أُخذ بهذا الدفع لأمكن إخراج مطالبات من نطاق الوثيقة لا لوقوع الخطأ خارج مدة السريان، بل لمجرد تأخر الشكوى أو امتداد إجراءاتها. كما أن ما أخذت به اللجنة يتفق مع ما نص عليه البند (7–41) من اللائحة التنفيذية لنظام مزاولة المهن الصحية من أن: «تشمل التغطية التأمينية للممارس الصحي جميع التعويضات الناشئة عن الأخطاء الطبية التي وقعت أثناء فترة التغطية التأمينية»، كما قرر البند نفسه أن وقت صدور الحكم النهائي لا ينال من أحقية دفع التعويض الناتج عن الخطأ الطبي الواقع أثناء فترة التغطية. ويُعد هذا المسلك أكثر اتساقًا مع طبيعة المسؤولية الطبية؛ لأن الحق الخاص لا ينشأ بالشكوى، بل ينشأ بالفعل الضار متى تحققت أركانه. وعلى هذا الأساس، فإن تاريخ الشكوى، والحكم النهائي، وسداد المبلغ المحكوم به، تواريخ لاحقة ذات طبيعة كاشفة أو إجرائية، ولا تصلح بذاتها لنقل الإسناد الزمني للمطالبة من تاريخ الخطأ المهني الطبي إلى تاريخ آخر.

[26] المقصود بـ«خطاب الشكوى» الذي تتمسَّك به المدعى عليها هو إشعار تصدره الهيئة الصحية الشرعية إلى مقدِّم الخدمة المشكوّ في حقّه (الممارس الصحي أو جهة عمله) بوجود الشكوى وبدء إجراءاتها، وليس قرارها النهائي.

ومع أن اللجنة لم تصرح بنوع الوثيقة، وهل تقوم على أساس وقوع الحادث أم على أساس الإبلاغ عن المطالبة، فإن تسبيبها ودفوع الشركة يدلان على أن التغطية في هذه الدعوى على أساس وقوع الحادث؛ لأن اللجنة رتبت التغطية على وقوع الخطأ المهني الطبي أثناء مدة السريان، ولم تجعل تاريخ الشكوى أو الحكم أو السداد شرطًا مستقلًا لقيامها.

ويقوي هذا الفهم أن الشركة لم تتمسك بشرط تعاقدي صريح يربط التغطية بتاريخ الشكوى أو يوجب تقديم المطالبة أو التبليغ عنها خلال مدة معينة، مع أن مثل هذا الشرط لو كان ثابتًا في الوثيقة، لكان التمسك به أولى وأظهر في خدمة دفاعها من الاكتفاء بالقول إن العبرة بتاريخ الشكوى. ويجدر التنبيه أيضًا إلى أن القرار محلّ التحليل صدر قبل الصيغة النموذجية الحالية لوثيقة التأمين ضد الأخطاء المهنية الطبية؛ ومن ثم لا وجه للاستناد، في تحليل هذا القرار، إلى ما استحدثته تلك الصيغة من تفصيلات زمنية متعلقة بالتبليغ أو التمديد، ما لم تكن واردةً صراحةً في الوثيقة محلّ النزاع[27].

أما دفع الشركة بانعدام التغطية التأمينية لتحقق الضرر بعد انقضاء سريان الوثيقة، فهذا الدفع لا تؤيده وقائع الدعوى؛ لأن النتيجة الضارة تحققت في اليوم نفسه الذي وقع فيه الخطأ المهني الطبي. فالضرر بالنسبة إلى الجنين تحقق أثناء العملية القيصرية، أما بالنسبة إلى المريضة فقد تحقق في اليوم نفسه بعد تدهور حالتها حتى وفاتها عند الساعة الحادية عشرة مساءً. ومن ثم لا يتعلق النزاع هنا بضرر كامن أو متراخٍ ظهر بعد مدة طويلة، وإنما بمحاولة فصل تاريخ الشكوى عن تاريخ الخطأ، رغم اتصال الضرر زمنيًا بالخطأ الطبي محل المساءلة. ولذلك كان ما قررته اللجنة من أنه لم يثبت لديها أن الأضرار التي لحقت بالمجني عليها نتجت بعد انقضاء سريان الوثيقة متفقًا مع الثابت في الأوراق، كما يكشف عن أن هذا الدفع لا يكفي فيه مجرد الادعاء بتأخر الضرر، بل يتوقف على قيام الدليل.

ومن هذه الجهة تحديدًا تظهر أهمية القضية بالنسبة إلى موضوع البحث؛ إذ تقرر، في حدود وقائعها ووثيقتها، أن تأخر الشكوى أو صدور الحكم القضائي النهائي لا يغيّر من تاريخ الإسناد الزمني متى كان الخطأ المهني الطبي قد وقع أثناء مدة سريان الوثيقة، ولم يثبت شرط تعاقدي صريح يجعل الاعتداد بتاريخ لاحق. وبذلك تصلح هذه السابقة للاستدلال على مركزية تاريخ وقوع الخطأ المهني الطبي في تعيين الوثيقة المختصة، وعلى ضرورة التمييز بين التاريخ المنشئ للمسؤولية والتواريخ اللاحقة ذات الطبيعة الإجرائية أو الكاشفة.

ويُستخلص من هذه القضية، في حدود وقائعها وتسبيبها، القواعد الآتية:

- أن اللجنة رجحت تاريخ وقوع الخطأ المهني الطبي بوصفه التاريخ المعتد به في إسناد المطالبة التأمينية إلى الوثيقة المختصة، لا تاريخ الشكوى.
- أن تاريخ الشكوى، وتاريخ الحكم القضائي النهائي، وتاريخ السداد، تواريخ لاحقة ذات أثر كاشف أو إجرائي، ولا يترتب عليها بذاتها نقل المطالبة إلى خارج الوثيقة التي وقع الخطأ المهني الطبي في ظلها.
- أن تأخر الشكوى أو المطالبة لا يكفي، في مثل هذه الوقائع، لنفي التغطية متى ثبت أن الخطأ المهني الطبي وقع أثناء مدة سريان الوثيقة، ولم يثبت شرط تعاقدي صريح يقضي بخلاف ذلك.
- أن الدفع بتحقق الضرر بعد انتهاء مدة سريان الوثيقة لا يكفي فيه مجرد الادعاء، بل يتوقف على قيام الدليل.

[27] صـــدر القرار محل التحليل خلال العامين 1440–1441هـــــ، الموافقين للفترة من 2018/09/11م إلى 2020/08/19م، أي قبل إعلان البنك المركزي السعودي الصيغةَ النموذجية في 2021/09/30م، على أن يبدأ سريانها في 2022/01/01م؛ ومن ثم كان اعتماد اللجنة على تاريخ وقوع الخطأ المهني الطبي في هذه القضية متفقًا مع ما ثبت في أوراقها ودفوع أطرافها.

- أن تسبيب اللجنة، في هذه القضية، يقرب الوثيقة من وثائق وقوع الحادث، أو يدل على الأقل على عدم ثبوت شرط تعاقدي صريح يجعل قيام التغطية مرتبطًا بتاريخ الشكوى أو بتاريخ الإبلاغ عن المطالبة.

الفرع الثاني: الإسناد الزمني للمطالبة التأمينية عند وقوع الخطأ قبل بدء سريان الوثيقة:

يتناول هذا الفرع تطبيقًا قضائيًا ثار فيه الخلاف حول مدى إمكان إسناد المطالبة إلى وثيقة بدأ سريانها بعد وقوع الخطأ المهني الطبي، استنادًا إلى تواريخ لاحقة كقيد الشكوى أو صدور القرار. وتبرز أهمية هذه القضية في تأكيد أثر تاريخ وقوع الخطأ المهني الطبي في تحديد الوثيقة المختصة، متى لم يثبت وجود وثيقة سابقة أو امتداد زمني صريح يشمل تاريخ الخطأ.

أولًا: ملخص الدعوى:

تتلخص وقائع هذه الدعوى في أن المدعي وهو طبيب مؤمَّن له بموجب وثيقة تأمين أخطاء ممارسة المهن الطبية صادرة عن الشركة المدعى عليها، كانت وثيقته سارية من 2017/07/17م إلى 2020/07/16م، قد قام بتاريخ 2017/07/04م بإجراء عملية إزالة المياه البيضاء (بالفاكو) مع زرع عدسة بالعين اليسرى؛ ونَتَجَ عنه خطأٌ طبي للمريضة. ثم صدر بتاريخ 2017/12/26م قرار من الهيئة الصحية الشرعية بإدانته في الحق الخاص وإلزامه بدفع مبلغ قدره (75,000) ريال تمثل دية منفعة العين اليسرى. وعلى إثر ذلك أقام المدعي دعواه طالبًا إلزام الشركة المدعى عليها بدفع مبلغ (75,000) ريال، إضافة إلى أتعاب المحاماة وقدرها (20,000) ريال، إلا أن الشركة رفضت التغطية، وتمسكت بأن الإجراء حدث قبل بداية وثيقة التأمين وبناءً عليه تم رفض طلب المدعي. وفي المقابل دفع المدّعي بأن الخطأ لم يتحقق إلا بتاريخ 2017/12/26م (تاريخ قرار الهيئة)، وأن سريان الوثيقة يبدأ 2017/07/17م؛ أي أن المتضررة تقدمت بالشكوى أثناء سريان الوثيقة.

وبعد نظر الدعوى ثبت للجنة قيام علاقةٍ تأمينية بوثيقة تأمين أخطاء ممارسة المهن الطبية، وأن سريان الوثيقة محل النزاع يبدأ في 2017/07/17م وينتهي في 2020/07/16م. كما ثبت من تقارير العلاج أن المدعي أجرى عملية إزالة المياه البيضاء (بالفاكو) مع زرع عدسة بالعين اليسرى للمريضة بتاريخ 2017/07/04م، وهو التاريخ الذي ترتّب عليه الضرر والحق الخاص المقرّر لاحقًا بقرار الهيئة الصحية الشرعية. كما تَبين للجنة أن تاريخ الإجراء الطبي المكوِّن للخطأ يسبق بدء سريان الوثيقة بثلاثة عشر (13) يومًا، وهو الأمر الذي يُخرج هذا الخطأ الطبي عن التغطية التأمينية التي بدأت بتاريخ لاحق على وقوع الخطأ من جانب المدعي، حيث أنه لا يمكن إلزام شركة التأمين بتغطية حادث وقع قبل بدء وثيقة التأمين الصادرة عنها، كما أن الوثيقة المقدمة من المدعي لا تغطي فترة وقوع الخطأ الطبي، ولم يقدّم المدعي أية وثائق أخرى سابقة على هذه الوثيقة أو ما يدلّ على امتدادٍ زمني للتغطية يشمل تلك الفترة، بما ينتفي معه السند التأميني لتحميل الشركة مبالغ التعويض أو أتعاب المحاماة. قررت اللجنة الابتدائية ردّ الدعوى، وبعد ذلك تقدّم المدِّعي بلائحة تظلُّم إلى اللجنة الاستئنافية، مبيّنًا فيها أنَّ العبرة في شمول التغطية التأمينية للخطأ الطبي ليست بتاريخ وقوع الخطأ وإنّما بتاريخ حدوث الضرر ومضاعفاته؛ وبنظر الدعوى من قبل اللجنة الاستئنافية، قرّرت تأييد قرار اللجنة الابتدائية فيما انتهى إليه (الأمانة العامة للجان الفصل في المنازعات والمخالفات التأمينية، 2020/2019، ص. 851–854).

ثانيًا: تحليل القضية:

تنصرف هذه القضية إلى تحديد الضابط الزمني الذي يُعوَّل عليه في إسناد المطالبة التأمينية إلى الوثيقة المختصة: هل هو تاريخ وقوع الخطأ المهني الطبي، أم تاريخ حدوث الضرر ومضاعفاته، أم تاريخ تقديم الشكوى، أم تاريخ صدور القرار؟ وقد كشفت وقائع الدعوى أن العملية التي وقع فيها الخطأ المهني الطبي أُجريت بتاريخ 2017/07/04م، في حين لم يبدأ سريان الوثيقة إلا بتاريخ 2017/07/17م. ومن ثم، لم يكن الخلاف في تاريخ الإجراء الطبي نفسه، وإنما في إمكان تعليق الإسناد على تواريخ لاحقة عليه، رغم سبق الخطأ لبدء

السريان. وهذه هي نقطة الحسم في الدعوى؛ لأن الجواب عنها هو الذي يحدد ما إذا كانت المطالبة تدخل في نطاق الوثيقة أو تظل خارجة عنه.

وقد جاء ما انتهت إليه اللجنة قائمًا على الاعتداد بتاريخ وقوع الخطأ المهني الطبي؛ لا بتاريخ حدوث الضرر ومضاعفاته، ولا بتاريخ الشكوى، ولا بتاريخ صدور قرار الهيئة الصحية الشرعية. وهذا الاتجاه سليم؛ لأن الواقعة المنشئة للمسؤولية هي الخطأ المهني الطبي ذاته، أما ما يليه من ضرر أو شكوى أو قرار فليس إلا أثرًا أو إجراءً لاحقًا عليه. كما أن هذا التكييف يتفق مع ما قررته اللائحة التنفيذية لنظام مزاولة المهن الصحية في البند (7–41) من أن: «تشمل التغطية التأمينية للممارس الصحي جميع التعويضات الناشئة عن الأخطاء الطبية التي وقعت أثناء فترة التغطية التأمينية، ولا ينال وقت صدور الحكم النهائي من أحقية دفع التعويض الناتج عن الخطأ الطبي الواقع أثناء فترة التغطية التأمينية»؛ ومقتضى ذلك أن العبرة بوقت وقوع الخطأ داخل مدة التغطية، لا بوقت الحكم ولا بما يتصل به من تواريخ لاحقة.

وبهذا يتبين أن ما تمسك به المدعي من أن الخطأ لم يتحقق إلا بتاريخ 2017/12/26م (تاريخ صدور قرار الهيئة)، أو أن المتضررة تقدمت بالشكوى أثناء سريان الوثيقة، لا يكفي لنقل الإسناد الزمني إلى الوثيقة اللاحقة. فالقرار لا ينشئ الخطأ، وإنما يكشف عن ثبوته ويحدد أثره المالي، والشكوى لا تنقل واقعة الخطأ الطبي من تاريخها إلى تاريخ تقديمها. وكذلك لا يصلح تاريخ حدوث الضرر ومضاعفاته، في مثل هذه الدعوى، بديلًا عن تاريخ وقوع الخطأ المهني الطبي؛ لأن الضرر أثر مترتب على الخطأ، لا الواقعة المنشئة للمسؤولية التأمينية. واعتماد تاريخ ظهوره من غير نص صريح يفضي إلى إدخال أخطاء سابقة على بدء السريان في وثائق لاحقة، مع أن الخطر المؤمن منه يجب أن يكون محددًا زمنيًا عند التعاقد.

ويؤيد ذلك أن اللجنة لم تكتفِ بإثبات سبق الخطأ على بدء السريان، بل تحققت أيضًا من عدم وجود سند زمني آخر يمكن أن يمد التغطية إلى تاريخ الواقعة، فلم تجد في ملف الدعوى وثيقة سابقة تغطي تلك الفترة، ولا نصًا صريحًا يقرر أثرًا رجعيًا يشمل تاريخ 2017/07/04م. ومن ثم، فإن الفارق الزمني بين تاريخ العملية وتاريخ بدء الوثيقة، وإن بدا يسيرًا، كان حاسمًا في هذه الدعوى؛ لأن التغطية لا تنعقد للأخطاء السابقة على بدء السريان ما لم يثبت سند تعاقدي صريح بخلاف ذلك. وهنا يظهر أثر عبء الإثبات؛ إذ كان على المدعي، بوصفه طالب التغطية، أن يثبت دخول الواقعة في مدة السريان أو وجود امتداد زمني يشملها، فلما خلا الملف من ذلك انتفى الأساس الزمني للمطالبة. أما طلب أتعاب المحاماة، فقد تبع الطلب الأصلي في المصير؛ إذ لما انتهت اللجنة إلى انتفاء الأساس الزمني لالتزام شركة التأمين، تعين تبعًا لذلك رد ما بُني عليه من طلبات تابعة. وهذه نتيجة منطقية؛ لأن الطلب التابع لا يستقل عن أصل الالتزام الذي يتفرع عنه.

وتبرز قيمة هذه القضية بالنسبة إلى موضوع البحث من زاوية محددة؛ فهي لا تمثل تطبيقًا مباشرًا للضرر الطبي متأخر الظهور، وإنما تكشف أهمية التمييز بين تاريخ وقوع الخطأ المهني الطبي وبين التواريخ اللاحقة عليه. ففي القضية الأولى كان الخطأ داخل مدة السريان، فلم يؤثر تأخر الشكوى أو القرار في قيام التغطية. أما هنا فقد وقع الخطأ قبل بدء السريان، فلم تنفع التواريخ اللاحقة في إنشاء تغطية لم تكن قائمة وقت وقوعه. ومن ثم، تفيد هذه السابقة في تأكيد أن التواريخ اللاحقة لا تكون صالحة، في مثل هذه الوقائع، لنقل الإسناد الزمني عن تاريخ الخطأ المهني الطبي، ما لم يثبت في الوثيقة نص تعاقدي صريح يقضي بخلاف ذلك.

ويُستخلص من هذه القضية، في حدود وقائعها وتسبيبها، ما يأتي:

- أن وقوع الخطأ المهني الطبي قبل بدء سريان الوثيقة يخرج المطالبة من نطاق التغطية، ولو قُيدت الشكوى أو صدر القرار أثناء مدة السريان.

- أن تاريخ حدوث الضرر ومضاعفاته، وتاريخ الشكوى، وتاريخ القرار، تواريخ لاحقة لا تنشئ بذاتها تغطية تأمينية لخطأ سبق بدء الوثيقة.
- أن الفجوة الزمنية السابقة على بدء السريان، ولو كانت يسيرة، تكون مؤثرة متى وقع الخطأ خلالها ولم يثبت وجود وثيقة سابقة أو أثر رجعي صريح يشملها.
- أن عبء إثبات دخول الواقعة في مدة السريان، أو ثبوت امتداد زمني للتغطية، يقع على طالب التغطية التأمينية.
- أن الطلبات التابعة، كأتعاب المحاماة، تتبع الطلب الأصلي وجودًا وعدمًا؛ فإذا انتفى الأساس الزمني لالتزام شركة التأمين، انتفى تبعًا لذلك ما بُني عليه من طلبات.

المطلب الثاني: التطبيقات القضائية في تعاقب الوثائق وأثر الإبلاغ عن المطالبة في تعيين الوثيقة المختصة:

يتناول هذا المطلب التطبيقات القضائية التي عالجت أثر تعاقب الوثائق والإبلاغ عن المطالبة في تحديد الوثيقة المختصة. فيعرض **الفرع الأول** حالة تعاقبت فيها وثيقتان، فوقع الخطأ أثناء سريان إحداهما، بينما تحقق العلم والإبلاغ في ظل وثيقة لاحقة. أما **الفرع الثاني** فيبحث أثر مخالفة مهلة الإبلاغ عن المطالبة متى كان الخطأ واقعًا أثناء مدة سريان الوثيقة. ومن خلال هاتين القضيتين يتضح أن الإبلاغ عن المطالبة لا يُنظر إليه دائمًا بوصفه ضابطًا مستقلًا للإسناد، وإنما يتحدد أثره بحسب نص الوثيقة ووقائع العلم والتأخر وأثره في مركز شركة التأمين.

الفرع الأول: الإسناد الزمني للمطالبة التأمينية عند تعاقب الوثائق وتأخر العلم والإبلاغ عن المطالبة:

يتناول هذا الفرع تطبيقًا قضائيًا ثار فيه الخلاف حول التاريخ المعتد به في إسناد المطالبة التأمينية إلى الوثيقة المختصة عند تعاقب وثيقتين: هل هو تاريخ وقوع الخطأ المهني الطبي، أم تاريخ العلم بالشكوى، أم تاريخ الإخطار بالمطالبة؟ وتبرز أهمية هذه القضية في أن الخطأ وقع أثناء سريان الوثيقة الأولى، بينما تحقق العلم والإخطار في ظل الوثيقة اللاحقة؛ مما يجعل النزاع منصبًا على تعيين الوثيقة الواجبة التطبيق. وتكشف القضية عن التمييز بين الخطأ المهني الطبي بوصفه الواقعة المنشئة للمسؤولية، وبين ما يلحقه من إجراءات لاحقة، كالعلم بالشكوى أو الإخطار بالمطالبة.

أولًا: ملخص الدعوى:

تتلخص وقائع هذه الدعوى في أن المدعية وهي ممارِسة صحية مؤمَّن لها بموجب وثيقتين للتأمين ضد أخطاء ممارسة المهن الطبية، كانت قد أبرمت وثيقة مع المدعى عليها الثانية تغطي المدة من 2012/01/14م إلى 2015/01/13م، ثم أبرمت وثيقة لاحقة مع المدعى عليها الأولى تغطي المدة من 2015/01/16م إلى 2018/01/15م. وخلال مدة الوثيقة الصادرة من المدعى عليها الثانية وقع خطآن طبيان منسوبان إلى المدعية؛ أولهما بتاريخ 2013/12/12م أثناء ولادة إحدى المريضات، والثاني بتاريخ 2014/10/26م أثناء ولادة مريضة أخرى. إلا أن علم المدعية بالشكويين كان لاحقًا؛ إذ أُبلغت بشكوى واقعة 2014/10/26م بتاريخ 2015/03/04م، ثم أُبلغت بالشكوى المتعلقة بواقعة 2013/12/12م بتاريخ 2015/07/29م. وعلى إثر ذلك تقدمت المدعية إلى الشركتين بطلب الحصول على خطاب كفالة غرم وأداء[28] لتقديمه للجهات المعنية بسبب منعها من السفر في القضيتين، إلا أن الشركتين رفضتا. فتمسكت

[28] يقصد بـــ «خطاب كفالة غرم وأداء» في ممارسات سوق التأمين السعودي وتعاملات لجان الفصل في المنازعات والمخالفات التأمينية تعهدٌ خطي يصدر عادةً من المؤمن لصالح الجهة المختصة أو المتضرر، يكفل بموجبه أداء ما قد يقضى به نهائيا في المطالبة محل النزاع ضمن حدود مبلغ التأمين وشروط الوثيقة. وهو إجراء ضماني ذي طبيعة إجرائية احترازية يهدف إلى حماية حق الغير وتمكين إدارة المطالبة ريثما يفصل في أساس المسؤولية؛ ولا يعد إقرارًا بالمسؤولية أو وفاءً موضوعيا بالمبلغ المطالب به، كما لا ينشئ تغطية من عدمها، بل يتحرك داخل نطاق التغطية القائم ظاهرًا وبما لا يجاوز حدود الوثيقة (السقف، التحمل، الاستثناءات).

المدعى عليها الأولى برفض المطالبة التأمينية لوقوع الخطأين قبل بدء سريان وثيقتها، في حين تمسكت المدعى عليها الثانية بأن المدعية تقدمت بطلبها بتاريخ 2015/03/30م بعد انتهاء سريان وثيقتها، وأن ذلك مخالف لبند الشروط العامة الذي يعلّق مسؤولية الشركة على قيام مطالبة ضد المؤمن له يكون قد قُدم بشأنها إخطار خلال مدة التأمين المبينة في الجدول.

وبعد نظر الدعوى، ثبت للجنة أن واقعتَي الخطأ وقعتا أثناء سريان وثيقة المدعى عليها الثانية وقبل بدء سريان وثيقة المدعى عليها الأولى، كما خلصت إلى أن تاريخ الخسارة يُسند إلى تاريخ وقوع الخطأ المهني الطبي وما ترتب عليه من ضرر تجاه الغير، وأنه لم يثبت إخلال المدعية بتنفيذ التزاماتها التعاقدية الموضحة في وثيقة التأمين فيما يتعلق بوقت إخطار شركة التأمين بمطالبة المؤمن له من قبل المضرور؛ لكون علمها بالخطأ لم يتحقق إلا بعد انتهاء الوثيقة.

وبناءً على ذلك قررت اللجنة رد الدعوى عن المدعى عليها الأولى لانعدام التغطية التأمينية، وإلزام المدعى عليها الثانية بإصدار خطاب كفالة غرم وأداء للمدعية عن الخطأين الطبيين، تنفيذًا لالتزاماتها التعاقدية الناشئة عن الوثيقة الصادرة منها، ثم أيدت اللجنة الاستئنافية ما انتهى إليه القرار الابتدائي (الأمانة العامة للجان الفصل في المنازعات والمخالفات التأمينية، 2016، ص. 57–59).

ثانيًا: تحليل القضية:

تنصرف هذه القضية إلى تحديد الضابط الزمني الذي يُعوَّل عليه عند تعاقب وثيقتين للتأمين ضد الأخطاء المهنية الطبية: هل تُسند المطالبة التأمينية إلى الوثيقة التي وقع الخطأ المهني الطبي أثناء سريانها، أم إلى الوثيقة التي تحقق خلالها العلم بالشكوى والإخطار بالمطالبة؟ وقد نشأ الإشكال لأن الخطأين الطبيين وقعا أثناء سريان الوثيقة الصادرة من المدعى عليها الثانية، بينما لم تعلم المدعية بالشكويين ولم تتقدم بطلب خطاب كفالة غرم وأداء إلا بعد انتهاء تلك الوثيقة وأثناء سريان الوثيقة الصادرة من المدعى عليها الأولى. وبذلك لم يكن الخلاف في تاريخ وقوع الخطأ المهني الطبي، وإنما في أثر التواريخ اللاحقة له، كالعلم بالشكوى والإخطار بالمطالبة، في تعيين الوثيقة المختصة.

وقد تناولت اللجنة هذا التعاقب الزمني بعد الوقوف على مدد الوثيقتين وشروطهما العامة، فميّزت بين ثلاثة تواريخ ذات أثر في تعيين الوثيقة المختصة: تاريخ وقوع الخطأ المهني الطبي، وتاريخ العلم بالشكوى، وتاريخ الإخطار لشركة التأمين. ثم قررت أن «تاريخ الخسارة» في هذا النوع من التأمين يُسند إلى تاريخ وقوع الخطأ المهني الطبي وما ترتب عليه من ضرر تجاه الغير، لا إلى تاريخ العلم أو الإخطار. ومقتضى ذلك أن جهة التغطية تتحدد ابتداءً بالوثيقة التي وقع الخطأ أثناء سريانها، لا بالوثيقة التي ظهر خلالها العلم أو طُلب فيها الإخطار. وعلى هذا الأساس، انتفت مسؤولية المدعى عليها الأولى؛ لأن الخطأين وقعا قبل بدء سريان وثيقتها، فلا يكفي تحقق العلم بالشكوى أو طلب الإخطار أثناء مدتها لإدخال المطالبة في نطاق تغطيتها. وفي المقابل، ثبت أن الخطأين وقعا أثناء سريان الوثيقة الصادرة من المدعى عليها الثانية، فبقيت هي الوثيقة المختصة من حيث الأصل، ولو كان العلم بالشكوى والإخطار قد تحققا بعد انتهائها. وبهذا أبقت اللجنة الإسناد الزمني معقودًا على الواقعة المنشئة للمسؤولية، لا على ما تلاها من إجراءات.

أما دفع المدعى عليها الثانية بأن طلب الكفالة والإخطار جاءا بعد انتهاء مدة التأمين، فلم تعتبره اللجنة سببًا كافيًا لنفي التغطية؛ لأنها فرّقت بين تاريخ وقوع الخطأ وهو مناط الإسناد الزمني، وبين واجب الإخطار وهو التزام لاحق يبدأ أثره من تاريخ العلم. ولما لم يثبت أن المدعية كانت عالمة بالخطأ أو بالشكوى خلال مدة الوثيقة ثم تراخت في الإخطار، لم ترَ اللجنة إخلالًا تعاقديًا يبرر سقوط التغطية. ومؤدى ذلك أن تأخر الإخطار في هذه الدعوى لم ينشأ عن تقصير من المدعية، بل عن تأخر علمها بالواقعة، ولذلك لم ترتب اللجنة عليه سقوط التغطية، ولم تعتبره سببًا لنقل المطالبة إلى الوثيقة اللاحقة.

وقد استندت المدعى عليها الثانية إلى شرط الإخطار الوارد في الوثيقة، ومؤداه أن مسؤولية الشركة تقوم عند وجود مطالبة ضد المؤمَّن له قُدِّم بشأنها إخطار خلال مدة التأمين. وظاهر هذا الشرط قد يفيد أن الإخطار أثناء السريان عنصر مؤثر في ترتيب التغطية. غير أن

اللجنة لم تفهمه في هذه الدعوى على أنه شرط مستقل يؤدي بمجرده إلى سقوط التغطية متى حصل الإخطار بعد انتهاء الوثيقة، بل ربطت أثره بثبوت العلم. فمتى لم يثبت أن المؤمَّن لها علمت بالخطأ أو بالشكوى أثناء مدة الوثيقة ثم قصّرت في الإخطار، فإن التأخر لا يُنسب إليها، ولا يصلح وحده سببًا لإسقاط التغطية عن خطأ وقع أثناء السريان. وبهذا أبقت اللجنة شرط الإخطار في نطاقه الإجرائي المتصل بإدارة المطالبة وتمكين شركة التأمين من الدفاع، ولم تجعله ضابطًا بديلًا للإسناد الزمني.

ويؤيد هذا التفسير، من جهة القواعد العامة، أن الشك في مدلول الشرط لا يحمل على معنى يهدر حق المؤمَّن لها في التغطية متى وقع الخطأ أثناء السريان، ما لم يتضمن الشرط نصًا صريحًا لا يحتمل إلا سقوط التغطية عند فوات الإخطار ولو انتفى العلم. ويتفق ذلك مع المادة (104) من نظام المعاملات المدنية، التي تقرر أن الشك يُفسر لمصلحة من يتحمل عبء الالتزام أو الشرط، ويُفسر في عقود الإذعان لمصلحة الطرف المذعن. وبتطبيق ذلك على الواقعة، فإن عدم ثبوت علم المدعية السابق بالخطأ أو بالشكوى يجعل التمسك بشرط الإخطار على وجهٍ مسقط للتغطية غير قائم على دلالة تعاقدية كافية. ومع ذلك، فإن هذا الفهم يجب أن يظل مقيدًا بسياق هذه القضية ووثيقتها؛ لأن القرار محل التحليل سابق على الصيغة النموذجية الحالية لوثيقة التأمين ضد الأخطاء المهنية الطبية، التي أعلن البنك المركزي السعودي إصدارها في 2021/09/30م وبدء العمل بها اعتبارًا من 2022/01/01م. ولذلك لا يصح حمل هذا القرار على ما استحدثته الصيغة النموذجية اللاحقة من تنظيم أكثر تفصيلًا للأثر الرجعي، وتمديد مدة التبليغ، وآثار الإبلاغ عن المطالبة، ما لم تكن هذه الأحكام مضمَّنة صراحة في الوثيقة محل النزاع. ومن ثم فقيمة القرار هنا تظل مرتبطة بظروفه الزمنية وبنصوص الوثيقة التي نُظر النزاع في ظلها.

وتظهر أهمية هذه القضية بالنسبة إلى موضوع البحث في أنها تطبق ضابط تاريخ وقوع الخطأ المهني الطبي في صورة أكثر تعقيدًا من الصور السابقة، وهي صورة تعاقب الوثائق وتباعد زمن الخطأ عن زمن العلم والإخطار. فهي تؤكد أن الوثيقة اللاحقة لا تتحمل مطالبة ناشئة عن خطأ سابق على سريانها لمجرد أن العلم أو الإخطار تحققا خلالها، كما تؤكد أن الوثيقة السابقة لا تخرج من التغطية لمجرد وقوع الإخطار بعد انتهائها، متى ثبت أن الخطأ وقع أثناء سريانها ولم يثبت إخلال المؤمَّن لها بواجب الإخطار بعد العلم. وبهذا تكشف القضية أن تعاقب الوثائق لا يغير، بذاته، من ضابط الإسناد الزمني، وإنما يظل هذا الضابط مرتبطًا بتاريخ وقوع الخطأ المهني الطبي ما لم يرد نص تعاقدي صريح يقضي بخلاف ذلك.

ويُستخلص من هذه القضية، في حدود وقائعها وتسبيبها، ما يأتي:

- أن الضابط الذي رجحته اللجنة عند تعاقب الوثائق هو تاريخ وقوع الخطأ المهني الطبي، لا تاريخ العلم بالشكوى ولا تاريخ الإخطار بالمطالبة.
- أن الوثيقة الصادرة من المدعى عليها الأولى لا تتحمل مطالبة ناشئة عن خطأ وقع قبل بدء سريانها، ولو تحقق العلم أو قُدم الإخطار أثناء مدتها.
- أن الوثيقة الصادرة من المدعى عليها الثانية لا تخرج من التغطية لمجرد وقوع الإخطار بعد انتهائها، متى ثبت أن الخطأ وقع أثناء سريانها ولم يثبت إخلال المؤمَّن لها بواجب الإخطار بعد العلم.
- أن واجب الإخطار يبدأ أثره العملي من تاريخ العلم، ولا يصلح وحده لنقل الإسناد الزمني من وثيقة إلى أخرى، إلا إذا نصت الوثيقة صراحة على خلاف ذلك.
- أن هذا القرار يُفهم في حدود سياقه الزمني ووثيقته، ولا يصح تعميمه على الوثائق اللاحقة التي تنظم صراحة الأثر الرجعي وتمديد مدة التبليغ وأثر الإبلاغ على نحو أكثر تفصيلًا.

الفرع الثاني: أثر مخالفة مهلة الإبلاغ عن المطالبة في التغطية التأمينية:

يتناول هذا الفرع تطبيقًا قضائيًا ثار فيه الخلاف حول أثر الإخطار المتأخر بالمطالبة في وثيقة التأمين ضد الأخطاء المهنية الطبية: هل تكفي مخالفة مهلة الإخطار لاستبعاد المطالبة من نطاق التغطية، أم يتوقف ذلك على ملابسات التأخر وأثره في مركز شركة التأمين؟ وتبرز أهمية هذه القضية في التمييز بين وقوع الخطأ المهني الطبي بوصفه الأساس الزمني للتغطية، وبين الإخطار بالمطالبة بوصفه التزامًا لاحقًا يتصل بإدارة المطالبة والدفاع عنها.

أولًا: ملخص الدعوى:

تتلخص وقائع هذه الدعوى في أن المدعي وهو طبيب مؤمَّن له بموجب وثيقة تأمين أخطاء المهن الطبية صادرة عن الشركة المدعى عليها، وكانت سارية من 2012/09/15م إلى 2013/10/30م، قد وقع منه بتاريخ 2012/10/07م خطأ طبي أثناء مزاولته مهنته الصحية، تمثل في تأخير توليد طفل بعملية قيصرية عاجلة، مما انتهى إلى وفاته. ثم صدر خطاب من وزارة الصحة بتاريخ 2012/11/12م يتعلق بالحادث. وبتاريخ 2015/04/06م أصدرت الهيئة الصحية الشرعية قرارًا بإلزام المدعي في الحق الخاص بدفع مبلغ (300,000) ريال عن خطئه في تأخير توليد الطفل، وقررت في الحق العام وجود تقصير وأخطاء علاجية مهنية من جانبه بسبب جهله بأمور فنية. وبتاريخ 2015/05/31م حرر المدعي شيكًا بمبلغ (300,000) ريال باسم والد الطفل المتوفى، وأرفق المخالصة النهائية مع وكيل ورثة الطفل.

وبعد عرض الدعوى على اللجنة، انحصر طلب المدعي في إلزام المدعى عليها بسداد مبلغ وقدره (300,000) ريال يمثل ما حُكم به عليه من الهيئة الصحية الشرعية نتيجة الخطأ الطبي المرتكب أثناء مزاولة المهنة، تأسيسًا على أن لديه وثيقة تأمين أخطاء المهن الطبية صادرة من المدعى عليها وسارية وقت وقوع الخطأ الطبي. وفي المقابل، رفضت المدعى عليها التغطية التأمينية، وتمسكت بأن رفض التغطية التأمينية بسبب مخالفة المدعي لأحكام وشروط وثيقة التأمين والتي تنص على أنه يجب تبليغ شركة التأمين خلال ثلاث أيام عند وقوع الحادث، وحيث أن الحادث وقع بتاريخ 2012/10/07م، وصدر خطاب وزارة الصحة بتاريخ 2012/11/12م، إلا أنه لم يتم إبلاغ المدعى عليها إلا بتاريخ 2014/04/29م الأمر الذي يكون معه مطالبة المدعي غير داخلة في نطاق التغطية التأمينية. وبعد نظر الدعوى، ثبت للجنة قيام علاقة تأمينية بموجب وثيقة تأمين أخطاء المهن الطبية صادرة عن المدعى عليها، وأن سريان الوثيقة يشمل تاريخ الواقعة محل الدعوى 2012/10/07م. وردّت اللجنة على دفع الشركة المتعلق بالإبلاغ خلال ثلاثة أيام، وقررت أن المدعي لم يكن على علم بالحادثة؛ إذ غادر المملكة العربية السعودية قبل علمه بها، ولم يبلّغ بها إلا لاحقًا. كما قررت أن ما استندت إليه الشركة إجراء تنظيمي عند وجود مطالبة، وليس استثناءً يخرج الواقعة من نطاق التغطية.

كما لم يثبت للجنة أن مخالفة شرط الإبلاغ كان لها أثر في زيادة الأضرار أو في إضاعة فرصة الشركة في متابعة الحادث والحد من الخسائر، وثبت لديها أن المدعي اتخذ الإجراءات اللازمة لدرء المسؤولية عن نفسه، بما في ذلك الطعن على قرار الهيئة الصحية الشرعية. وبناءً على ذلك، قضت اللجنة بإلزام المدعى عليها بدفع مبلغ (300,000) ريال للمدعي تعويضًا له عما دفعه لورثة الطفل المتوفى، مع الإشارة إلى حق الشركة في مطالبة شركة تأمين أخرى بالجزء المستحق عليها وفق مبدأ المشاركة إذا ثبتت تغطية موازية، ثم أيدت اللجنة الاستئنافية القرار الابتدائي فيما انتهى إليه (الأمانة العامة للجان الفصل في المنازعات والمخالفات التأمينية، 2016، ص. 57–59).

ثانيًا: تحليل القضية:

تنصرف هذه القضية إلى بيان أثر مخالفة مهلة الإخطار في وثيقة تأمين أخطاء المهن الطبية، إذ ثبت من الأوراق أن الخطأ وقع بتاريخ 2012/10/07م أثناء سريان الوثيقة الممتدة من 2012/09/15م إلى 2013/10/30م. ومن ثم فإن أصل التغطية قائم من جهة السريان الزمني، أما محل النزاع فينحصر في مدى كفاية التأخر في الإخطار لاستبعاد المطالبة من نطاق التغطية. وقد تركز دفاع المدعى عليها

على أن المدعي خالف شرطًا في الوثيقة يوجب تبليغ الشركة خلال ثلاثة أيام من وقوع الحادث، وأن الحادث وقع في 2012/10/07م، وصدر خطاب وزارة الصحة في 2012/11/12م، بينما لم يتم إبلاغ الشركة إلا في 2014/04/29م؛ ومن ثم رأت أن المطالبة غير مغطاة تأمينيًا.

غير أن اللجنة لم تتعامل مع هذا الشرط بوصفه استثناءً يخرج الواقعة من نطاق التغطية، وإنما بوصفه إجراءً تنظيميًا عند وجود مطالبة. ويترتب على هذا التكييف التمييز بين الشرط الذي يحدد أصل الخطر المؤمن منه، والشرط الذي ينظم تنفيذ الالتزامات الناشئة عن الوثيقة بعد وقوع ذلك الخطر. فالخطأ المهني الطبي هو الواقعة المنشئة للمسؤولية، وقد ثبت وقوعه أثناء السريان، أما الإخطار فهو التزام لاحق يتصل بتمكين شركة التأمين من متابعة الحادث وإدارة المطالبة والدفاع عنها. ولذلك لم ترَ اللجنة أن مجرد فوات مهلة الإخطار كافٍ بذاته لاستبعاد المطالبة من نطاق التغطية.

ويتعزز هذا التكييف من جهة العلم بالحادث؛ إذ قررت اللجنة أن المدعي لم يكن على علم بالواقعة، لأنه غادر المملكة العربية السعودية قبل علمه بها، ولم يُبلَّغ بها إلا لاحقًا. ومؤدى ذلك أن التأخر في الإخطار لم يكن ناشئًا عن تقصير ثابت من جانبه، لأن واجب الإخطار لا يمكن مؤاخذة المؤمن له به قبل علمه بما يوجب الإبلاغ.

وعلى هذا الأساس، ربطت اللجنة بدء الأثر العملي لشرط الإخطار بثبوت العلم، لا بمجرد تاريخ وقوع الحادث في ذاته. وهذه نقطة مهمة في هذا النوع من المنازعات؛ لأنها تمنع ترتيب أثر قانوني جسيم على المؤمن له في وقت لم يكن متمكنًا فيه من تنفيذ ما أوجبته الوثيقة. كما لم تكتفِ اللجنة بعدم ثبوت العلم، بل نظرت كذلك في أثر التأخر نفسه، فقررت أنه لم يثبت أن مخالفة شرط الإبلاغ كان لها أثر في زيادة الأضرار أو في إضاعة فرصة الشركة في متابعة الحادث والحد من الخسائر. وبذلك لم تجعل اللجنة مجرد فوات مهلة الإخطار سببًا كافيًا لاستبعاد المطالبة من نطاق التغطية، ما دام لم يثبت علم المدعي بما يوجب الإخطار في الوقت المناسب، ولم يثبت أن التأخر أضر بمركز شركة التأمين أو فوّت عليها فرصة متابعة الحادث والحد من الخسائر. وهذا يعني أن الشركة، متى تمسكت بالتأخر في الإخطار سببًا لرفض التغطية، لا يكفيها مجرد إثبات فوات المدة، بل يلزمها أن تبين كيف أثّر ذلك التأخر في مركزها، أو حرمها من فرصة حقيقية في التحقيق أو الدفاع أو الحد من الخسارة. ولما لم تقم الشركة هذا الدليل، سقط دفعها من هذه الجهة.

ويؤكد هذا الاتجاه ما ثبت في الأوراق من أن المدعي لم يقف موقفًا سلبيًا من المطالبة، بل اتخذ الإجراءات اللازمة لدرء المسؤولية عن نفسه، بما في ذلك الطعن على قرار الهيئة الصحية الشرعية.

وهذه الوقائع تضعف القول بأن تأخر الإخطار كان سببًا في تعطيل إدارة الخطر أو في تفاقم المسؤولية، وتدعم ما انتهت إليه اللجنة من أن المخالفة الإجرائية لم تنتج أثرًا ضارًا يبرر حرمان المؤمن له من التغطية. ومن ثم فإن القرار لم يكتفِ بالنظر إلى الشرط في صيغته المجردة، بل وزنه في ضوء سلوك المؤمن له ووظيفة الإخطار والنتيجة العملية المترتبة على التأخر.

ولا يغير من ذلك احتمال وجود تغطية موازية؛ لأن إشارة اللجنة إلى مبدأ المشاركة تعني أن وجود شركة تأمين أخرى —إن ثبت— لا يعفي المدعى عليها من الوفاء تجاه المؤمن له متى ثبت دخول الواقعة في نطاق وثيقتها، وإنما يفتح لها بعد ذلك طريق الرجوع على شركة التأمين الأخرى بالجزء المستحق عليها وفق مبدأ المشاركة. وبذلك حافظت اللجنة على حق المؤمن له في الرجوع على الشركة التي ثبتت تغطيتها، مع ترك تسوية العلاقة بين شركات التأمين —إن ثبت تعدد التغطية— لمسار المشاركة أو الرجوع فيما بينها. ويجدر التنبيه إلى أن القرار محل التحليل سابق على الصيغة النموذجية الحالية لوثيقة التأمين ضد الأخطاء المهنية الطبية، التي بدأ العمل بها في 2022/01/01م، ونظمت التبليغ وتمديد مدة التبليغ على نحو أكثر تفصيلًا. لذلك تُفهم هذه السابقة في حدود وثيقتها ووقائعها، فلا يصح تعميمها على الوثائق اللاحقة التي تشترط التبليغ خلال مدة السريان أو ضمن مدة التمديد، ما لم يُفحص نص الوثيقة محل النزاع.

وعليه، فإن قيمة هذه السابقة لا تكمن في تحديد الضابط الزمني لأصل التغطية، لأن هذا الضابط كان واضحًا هنا بوقوع الخطأ أثناء السريان، وإنما في ضبط أثر الإخطار بعد قيام أصل التغطية. فهي تؤكد أن الإخطار، في مثل هذه الوثيقة ووفق وقائع هذه الدعوى، ليس تاريخًا بديلًا للإسناد الزمني للمطالبة، ولا سببًا تلقائيًا لاستبعادها، بل التزام لاحق يتصل بتنفيذ الوثيقة، ويتوقف أثر مخالفته على ثبوت العلم، وقيام الضرر الفعلي على شركة التأمين بسبب التأخر. ومن هذه الجهة تفيد هذه القضية في موضوع البحث؛ لأنها تمنع الخلط بين قيام التغطية من ناحية، وبين آثار الإخطار اللاحق من ناحية أخرى، وتقرر أن التأخر في الإخطار لا يعد بذاته سببًا لإهدار الحماية عن خطأ مهني طبي وقع أثناء سريان الوثيقة ما لم يثبت ما يبرر ذلك.

ويُستخلص من هذه القضية، في حدود وقائعها وتسبيبها، ما يأتي:

- أن وقوع الخطأ المهني الطبي أثناء سريان الوثيقة هو الأساس في قيام التغطية التأمينية من حيث الزمن، ولا يكفي مجرد التأخر في الإخطار لاستبعاد المطالبة من نطاقها.
- أن شرط الإخطار فُسِّر في هذه الدعوى بوصفه التزامًا لاحقًا يتصل بتنفيذ الوثيقة وإدارة المطالبة، لا استثناءً مسقطًا للتغطية بمجرد فوات الميعاد.
- أن التأخر في الإخطار لا ينتج أثره في استبعاد المطالبة إلا إذا ثبت علم المؤمن له بما يوجب الإخطار، أو ثبت أن التأخر أضر بمركز شركة التأمين في متابعة الحادث أو الحد من الخسارة.
- أن عبء إثبات الأثر الضار للتأخر في الإخطار يقع على شركة التأمين متى تمسكت به سببًا لرفض التغطية.
- أن وجود تغطية موازية —إن ثبت— لا يمنع رجوع المؤمن له على الشركة التي ثبت شمول وثيقتها للواقعة، مع احتفاظها بحق المشاركة أو الرجوع على شركة التأمين الأخرى.
- أن هذه السابقة تُفهم في حدود وثيقتها ووقائعها، ولا يصح تعميمها على الوثائق اللاحقة التي نظمت التبليغ وتمديد مدة التبليغ على نحو أكثر تفصيلًا.

خلاصة ما تقدم في هذا المبحث أن التطبيقات القضائية محل الدراسة اتجهت، في حدود وقائعها والوثائق التي نُظرت في ظلها، إلى الاعتداد بتاريخ وقوع الخطأ المهني الطبي بوصفه التاريخ الأبرز في إسناد المطالبة التأمينية إلى الوثيقة المختصة. فإذا وقع الخطأ أثناء مدة سريان الوثيقة، لم تكن التواريخ اللاحقة، كقيد الشكوى أو صدور الحكم القضائي النهائي أو سداد مبلغ التعويض، كافية بذاتها لنقل المطالبة إلى وثيقة أخرى أو إخراجها من الوثيقة التي وقع الخطأ في ظلها. أما إذا وقع الخطأ قبل بدء سريان الوثيقة، فإن هذه التواريخ اللاحقة لا تنشئ تغطية لم تكن قائمة وقت وقوعه، ما لم يثبت سند زمني صريح في الوثيقة يقضي بخلاف ذلك. كما تبين أن تعاقب الوثائق لا يغيّر، بذاته، ضابط الإسناد الزمني؛ إذ بقيت العبرة في التطبيقات محل الدراسة بالوثيقة التي وقع الخطأ المهني الطبي أثناء سريانها، لا بمجرد تحقق العلم أو الإبلاغ عن المطالبة في ظل وثيقة لاحقة. أما الإبلاغ عن المطالبة، فقد تعاملت معه اللجان في بعض الوقائع بوصفه التزامًا لاحقًا يتصل بإدارة المطالبة وتمكين شركة التأمين من الدفاع، لا بوصفه ضابطًا مستقلًا لنقل الإسناد الزمني، ما لم يثبت نص تعاقدي صريح يجعل له هذا الأثر. ومع ذلك، تبقى هذه النتائج مقيدة بسياقها الزمني والوثائق محل النزاع، ولا سيما أن بعض التطبيقات محل الدراسة سابقة على الصيغة النموذجية الحالية لوثيقة التأمين ضد الأخطاء المهنية الطبية، التي نظمت المطالبة، والإبلاغ عنها، وتمديد مدة التبليغ عن المطالبات على نحو أكثر تفصيلًا. ومن ثم، فإن قيمة هذه التطبيقات تكمن في إبراز اتجاه قضائي مهم في التمييز بين تاريخ وقوع الخطأ المهني الطبي والتواريخ اللاحقة عليه، مع ضرورة قراءة هذا الاتجاه في ضوء شروط الوثيقة محل النزاع والأحكام النظامية الواجبة التطبيق.

الخاتمة:

في ختام هذا البحث، يتبين أن الإسناد الزمني للمطالبة التأمينية في وثيقة التأمين ضد الأخطاء المهنية الطبية ليس مسألة شكلية تتعلق بترتيب التواريخ، بل هو ضابط جوهري لتعيين الوثيقة المختصة وتحديد مدى قيام التغطية التأمينية أو انتفائها. فالمطالبة قد تمر بعدة تواريخ مؤثرة، كوقوع الخطأ المهني الطبي، وقيد الشكوى أو نشوء المطالبة، والإبلاغ عنها إلى شركة التأمين، وصدور الحكم القضائي النهائي أو إقرار التسوية، غير أن هذه التواريخ لا تؤدي وظيفة واحدة، ولا يصح التعامل معها على أنها متساوية الأثر في الإسناد الزمني. وقد أظهر البحث أن تحديد الوثيقة المختصة يتطلب قراءة متكاملة تجمع بين نوع التغطية الزمنية التي تقوم عليها الوثيقة، وبين أدواتها الزمنية، وفي مقدمتها مدة سريان الوثيقة، وتاريخ الأثر الرجعي، وتمديد مدة التبليغ عن المطالبات. فلكل أداة من هذه الأدوات وظيفة مستقلة؛ إذ يحدد السريان بداية الحماية، ويعالج الأثر الرجعي امتدادها إلى أخطاء سابقة في الحدود المقررة، بينما يقتصر تمديد مدة التبليغ على إتاحة مهلة لاحقة للإبلاغ دون أن يتحول إلى امتداد للتغطية أو بديل عن الأثر الرجعي.

كما بيّن البحث أن التطبيقات القضائية محل الدراسة تبرز أهمية التمييز بين تاريخ وقوع الخطأ المهني الطبي والتواريخ اللاحقة عليه، مع ضرورة قراءة تلك التطبيقات في ضوء وقائعها وشروط الوثائق التي صدرت في ظلها. ومن ثم، فإن ضبط الإسناد الزمني للمطالبة التأمينية يسهم في الحد من تداخل التغطية، وفجواتها، وتنازع المسؤولية بين الوثائق وشركات التأمين، ويعزز استقرار المراكز النظامية للمريض المتضرر، والممارس الصحي المؤمن له، وشركة التأمين.

النتائج:

خلصت الدراسة إلى النتائج الآتية:

1) أن الإشكال في الإسناد الزمني للمطالبة التأمينية لا ينشأ من تعدد التواريخ المرتبطة بالمطالبة، وإنما من تباعدها ووقوعها في نطاقات زمنية مختلفة، بما يقتضي تحديد التاريخ المعتد به في ربط المطالبة بالوثيقة المختصة.
2) أن التواريخ المؤثرة في مسار المطالبة التأمينية لا تؤدي وظيفة نظامية واحدة؛ فتاريخ وقوع الخطأ المهني الطبي يتصل بالواقعة المنشئة للمسؤولية، وتاريخ قيد الشكوى أو نشوء المطالبة يتصل ببدء المسار الإجرائي، وتاريخ الإبلاغ عن المطالبة إلى شركة التأمين يفعِّل المسار التأميني، أما تاريخ الحكم القضائي النهائي أو إقرار التسوية فيتصل باستقرار الالتزام بالتعويض.
3) أن التغطية على أساس وقوع الحادث تجعل العبرة، في الأصل، بتاريخ وقوع الخطأ المهني الطبي أثناء مدة سريان الوثيقة؛ فلا تنقل التواريخ اللاحقة، كقيد الشكوى أو نشوء المطالبة أو صدور الحكم القضائي النهائي، المطالبة إلى وثيقة أخرى، متى كان الخطأ قد وقع في مدة سريان الوثيقة واستوفت المطالبة شروط الوثيقة وحدودها.
4) أن التغطية على أساس الإبلاغ عن المطالبة لا تكتفي بوقوع الخطأ المهني الطبي داخل النطاق الزمني المعتبر، بل تشترط كذلك نشوء المطالبة والإبلاغ عنها إلى شركة التأمين خلال المدة التي تعتد بها الوثيقة أو خلال مدة التبليغ الممتدة متى كانت مضافة إليها.
5) أن واجب الإبلاغ في الصيغة النموذجية لا يقتصر على المطالبة الصريحة بالتعويض، بل يمتد إلى الحادث أو الظرف الذي قد يؤدي إلى مطالبة مقبولة، وإلى الإخطار بالمسؤولية، والإجراءات الرسمية، وتغير الحقيقة الجوهرية؛ بما يجعل الإبلاغ عنصرًا وقائيًا مؤثرًا في البناء الزمني للتغطية، لا مجرد إجراء لاحق على اكتمال النزاع.

6) أن تاريخ سريان الوثيقة يمثل الحد الأساسي لبداية الحماية التأمينية، في حين يمثل تاريخ الأثر الرجعي امتدادًا استثنائيًا إلى أخطاء مهنية طبية سابقة على بدء السريان، متى ثبت هذا الأثر في جدول الوثيقة واستوفى قيوده.

7) أن الأثر الرجعي الإلزامي يرتبط باستمرارية التغطية دون انقطاع، أو مع فجوة لا تتجاوز أربعة عشر يومًا تقويميًا، أما الأثر الرجعي الإضافي فلا يثبت إلا باتفاق صريح يبيّن نوعه وتاريخه في جدول الوثيقة، ولا ينتقل إلى الوثيقة الجديدة تلقائيًا.

8) أن تمديد مدة التبليغ عن المطالبات منفعة اتفاقية لا تثبت تلقائيًا بمجرد انتهاء الوثيقة أو إلغائها، ولا تعد امتدادًا لمدة سريان الوثيقة أو أثرًا رجعيًا، وإنما تنحصر وظيفتها في حفظ إمكان الإبلاغ عن مطالبة، أو عن حادث أو ظرف قد يؤدي إلى مطالبة مقبولة، في الحدود التي تقررها الوثيقة.

9) أن التطبيقات القضائية محل الدراسة، في حدود وقائعها وشروط وثائقها، اتجهت إلى الاعتداد بتاريخ وقوع الخطأ المهني الطبي بوصفه التاريخ الأبرز في أصل الإسناد الزمني للمطالبة التأمينية. أما الإبلاغ عن المطالبة فقد تعاملت معه اللجان، في بعض الوقائع، بوصفه التزامًا لاحقًا يتصل بإدارة المطالبة وتمكين شركة التأمين من الدفاع، لا بوصفه ضابطًا مستقلًا لنقل الإسناد الزمني، ما لم يثبت نص تعاقدي صريح يجعل له هذا الأثر.

التوصيات:

توصي الدراسة بما يأتي:

1) أن تُضمَّن الصيغة النموذجية حكمًا إيضاحيًا يبين أثر تباعد التواريخ المؤثرة في المطالبة التأمينية، وبخاصة عندما يقع الخطأ المهني الطبي في مدة، وتنشأ المطالبة أو يجري الإبلاغ عنها إلى شركة التأمين في مدة أخرى.

2) أن تصدر هيئة التأمين دليلًا تنظيميًا للصيغة النموذجية لوثيقة التأمين ضد الأخطاء المهنية الطبية، يوضح وظائف الأدوات الزمنية للوثيقة، ويميز بين تاريخ السريان، وتاريخ الأثر الرجعي، وتمديد مدة التبليغ عن المطالبات، وأثر استمرارية التغطية وتعاقب الوثائق في تعيين الشركة المسؤولة، مع التأكيد على أن تمديد مدة التبليغ لا يعد امتدادًا لمدة سريان الوثيقة، ولا بديلًا عن الأثر الرجعي، وإنما يقتصر على إتاحة مهلة لاحقة للإبلاغ وفق حدود الوثيقة.

3) أن تدرس هيئة التأمين تقرير حد أدنى موحد لمدة تمديد التبليغ عن المطالبات في الصيغة النموذجية لوثيقة التأمين ضد الأخطاء المهنية الطبية، مع جواز الاتفاق على مدة أطول، وذلك بعد دراسة تراعي طبيعة هذا النوع من التأمين ومخاطره؛ بما يحد من التفاوت بين المؤمن لهم، ويقلل المنازعات المرتبطة بفوات ميعاد الإبلاغ بعد انتهاء الوثيقة أو إلغائها.

4) أن تعدل وزارة الصحة الفقرة الخاصة بانتهاء التغطية في اللائحة التنفيذية للمادة (41) من نظام مزاولة المهن الصحية، بالنص صراحة على أن المقصود بلفظ «المستفيد» في حالة الوفاة هو الممارس الصحي المؤمن له، لا المريض أو ورثته، وبإعادة صياغة حكم انتهاء عقد العمل بما لا يفيد سقوط التغطية عن الأخطاء المهنية الطبية التي وقعت أثناء مدة سريان الوثيقة.

5) أن تراعي لجان الفصل في المنازعات والمخالفات التأمينية، عند نظر المنازعات المتعلقة بوثائق التأمين ضد الأخطاء المهنية الطبية المبرمة وفق الصيغة النموذجية الحالية، خصوصية الأحكام الزمنية الواردة فيها، ولا سيما أثر نشوء المطالبة والإبلاغ عنها في الميعاد المعتبر في تعيين الوثيقة المختصة ودخول المطالبة في نطاق التغطية، مع مراعاة الفروق بين الوثائق السابقة والصيغة النموذجية الحالية.

6) أن تقرر هيئة التأمين التزام شركات التأمين بتسليم المؤمن له ملخصًا مكتوبًا عند إصدار الوثيقة أو تجديدها أو الانتقال بين شركات التأمين أو إلغائها، يوضح تاريخ السريان، وتاريخ الأثر الرجعي ونوعه، ومدة التبليغ الممتدة إن وجدت، وأثر الانقطاع الذي يجاوز أربعة عشر يومًا تقويميًا، وأثر الانتقال بين الشركات في تعيين الشركة المسؤولة، مع إثبات اطلاع المؤمن له على هذا الملخص في ملف الوثيقة.

7) أن تُدرج الأحكام الأساسية للتأمين ضد الأخطاء المهنية الطبية، ولا سيما ضوابط مدة سريان الوثيقة، وتاريخ الأثر الرجعي، والإبلاغ عن المطالبة، وتمديد مدة التبليغ عن المطالبات، ضمن برامج التعليم المهني المستمر والتدريب المهني للممارسين الصحيين، بما يعزز وعيهم بالتزاماتهم التأمينية ويحد من المنازعات الناشئة عن الجهل بأحكام الوثيقة وفجوات التغطية.

وفي الختام، نحمد الله تعالى على إتمام هذا البحث، ونسأله أن يكون قد حقق الأهداف المرجوة منه، وأن يكون إضافة نافعة في موضوعه، والله ولي التوفيق.

المراجع:

البنك المركزي السعودي. (2021). الصيغة النموذجية لوثيقة التأمين ضد الأخطاء المهنية الطبية. الرياض: البنك المركزي السعودي.

المجلس الأعلى للقضاء. (2021). التعميم رقم (1712/ت) بتاريخ 2021/03/01م بشأن قرار المجلس الأعلى للقضاء رقم (9/3/42) المتعلق بنقل اختصاص الهيئات الصحية الشرعية إلى القضاء العام.

مجلس الوزراء. (2014). قواعد وإجراءات عمل لجان الفصل في المنازعات والمخالفات التأمينية، الصادرة بقرار مجلس الوزراء رقم (190) وتاريخ 2014/03/10م.

مجلس الوزراء. (2022). قرار مجلس الوزراء رقم (300) وتاريخ 2022/11/15م بشأن تطبيق التأمين التعاوني ضد الأخطاء المهنية الطبية بصفة إلزامية على فئات من الممارسين الصحيين.

مجلس الوزراء. (2023). تنظيم هيئة التأمين، الصادر بقرار مجلس الوزراء رقم (85) وتاريخ 2023/08/15م.

هيئة الخبراء بمجلس الوزراء. (2003). نظام مراقبة شركات التأمين التعاوني، الصادر بالمرسوم الملكي رقم (م/32) وتاريخ 2003/07/31م.

هيئة الخبراء بمجلس الوزراء. (2005). نظام مزاولة المهن الصحية، الصادر بالمرسوم الملكي رقم (م/59) وتاريخ 2005/12/06م.

هيئة الخبراء بمجلس الوزراء. (2022). نظام الشركات، الصادر بالمرسوم الملكي رقم (م/132) وتاريخ 2022/06/30م.

هيئة الخبراء بمجلس الوزراء. (2023). نظام المعاملات المدنية، الصادر بالمرسوم الملكي رقم (م/191) وتاريخ 2023/06/18م.

وزارة الصحة. (2017). اللائحة التنفيذية لنظام مزاولة المهن الصحية. الرياض: وزارة الصحة.

البنك المركزي السعودي. (2022). مبادئ وقواعد حماية عملاء المؤسسات المالية. الرياض: البنك المركزي السعودي.

وزارة الصحة. (2025). مشروع تعديل المادة الحادية والأربعين من نظام مزاولة المهن الصحية. منصة استطلاع.

الهيئة السعودية للتخصصات الصحية. (2017). القواعد التنفيذية للائحة العامة للتصنيف والتسجيل المهني. الرياض: الهيئة السعودية للتخصصات الصحية.

وزارة الصحة. (2022). نظام المعلومات الصحية (السجلات الطبية) (مرفق 5 من مرفقات اللائحة التنفيذية لتراخيص المؤسسات الصحية الخاصة، رقم الإصدار 4). الرياض: وزارة الصحة.

الأكاديمية المالية. (2025). تأمين المسؤولية المهنية [مادة تدريبية؛ تقديم خالد ممدوح حمزة أحمد]. الرياض: الأكاديمية المالية.

وزارة الصحة (المملكة العربية السعودية). (2019). الكتاب الإحصائي السنوي لعام 2019. الرياض: وزارة الصحة.

وزارة الصحة (المملكة العربية السعودية). (2020). الكتاب الإحصائي السنوي لعام 2020. الرياض: وزارة الصحة.

وزارة الصحة (المملكة العربية السعودية). (2021). الكتاب الإحصائي السنوي لعام 2021. الرياض: وزارة الصحة.

وزارة الصحة (المملكة العربية السعودية). (2022). الكتاب الإحصائي السنوي لعام 2022. الرياض: وزارة الصحة.

الحربي، أسماء بنت محمد. (2022م). التأمين الإلزامي من المسؤولية المدنية عن الأخطاء الطبية في ضوء الأنظمة السعودية: دراسة تأصيلية مقارنة [رسالة ماجستير، جامعة الملك عبدالعزيز، كلية الحقوق، قسم القانون الخاص].

السنهوري، عبد الرزاق. (1994). الوسيط في شرح القانون المدني الجديد: الجزء السابع، المجلد الثاني: عقود الغرر وعقد التأمين (ط. 2، تنقيح مصطفى الفقي). القاهرة: دار النهضة العربية.

الصرايرة، أحمد عبد الكريم موسى. (2007). التأمين من المسؤولية المدنية الناتجة عن الأخطاء الطبية: دراسة مقارنة [أطروحة دكتوراه، جامعة عمّان العربية].

العتيبي، صالح بن محمد بن مشعل. (2015). الأخطاء الطبية وتقدير التعويض عنها في النظام السعودي: دراسة تطبيقية [رسالة ماجستير، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية].

ابن صغير، مراد. (2019). توجيه فكرة التأمين عن أضرار العلاج في المجال الطبي: دراسة مقارنة بين نظامي المسؤولية في التشريعين الجزائري والإماراتي. مجلة كلية القانون الكويتية العالمية، 7(3)، 481–524.

جستنية، هالة بنت محمد بن حسين. (2010). الخطأ الطبي في الميزان. السجل العلمي لمؤتمر الفقه الإسلامي الثاني: قضايا طبية معاصرة، 5، 4475–4540.

صالح، فواز، والحسين، علي برهو. (2021). نحو تأمين إلزامي على المسؤولية المدنية للطبيب. مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية – سلسلة العلوم الاقتصادية والقانونية، 43(5)، 149–163.

القرشي، محمد بن عبد المحسن. (2023). التأمين ضد المسؤولية المدنية للطبيب: دراسة مقارنة. مجلة الحقوق للبحوث القانونية والاقتصادية، العدد 2، الجزء 1، 74–112.

ديوان المظالم. (2016). المحكمة الإدارية بجدة: حكم مؤيد استئنافًا — مهن ومؤسسات صحية؛ مزاولة مهن صحية؛ تعويض؛ خطأ طبي؛ إصابة بفيروس؛ العمل بالقرينة؛ إضافة الحادث إلى أقرب أزمانه. مجموعة أحكام المحاكم الإدارية، 437–449.

الأمانة العامة للجان الفصل في المنازعات والمخالفات التأمينية. (2020/2019). السابقة القضائية السادسة عشرة بعد المائة: تاريخ وقوع الخطأ الطبي هو المعتبر في تحديد المطالبات المغطاة بموجب وثيقة تأمين أخطاء ممارسة المهن الطبية، رقم الدعوى: 400763أ/ج، رقم القرار الابتدائي: 286ج/1440هـ، رقم القرار الاستئنافي: 368أ/1441هـ. في مدونة السوابق القضائية التأمينية للجنة الاستئنافية: وثيقة تأمين أخطاء ممارسة المهن الطبية، ص. 845–850.

الأمانة العامة للجان الفصل في المنازعات والمخالفات التأمينية. (2020/2019). السابقة القضائية السابعة عشرة بعد المائة: تاريخ حدوث الضرر الناتج عن الأخطاء الطبية ومضاعفاته لا عبرة له في تقرير شمول تلك الأخطاء بالتغطية التأمينية، رقم الدعوى:

400120أج، رقم القرار الابتدائي: 282ج/1440هـ، رقم القرار الاستئنافي: 249أ/1441هـ. في مدونة السوابق القضائية التأمينية للجنة الاستئنافية: وثيقة تأمين أخطاء ممارسة المهن الطبية، ص. 851–854.

الأمانة العامة للجان الفصل في المنازعات والمخالفات التأمينية. (2016). قرار اللجنة الابتدائية بجدة في الدعوى رقم 370582 بشأن تعاقب وثيقتي تأمين أخطاء ممارسة المهن الطبية، رقم القرار الابتدائي: 238ج/1437هـ، تاريخ القرار الابتدائي: 2016/04/20م، رقم القرار الاستئنافي المؤيد: 253أ/1437هـ. في مدونة السوابق القضائية التأمينية للجنة الاستئنافية: وثيقة تأمين أخطاء ممارسة المهن الطبية، ص. 57–59.

الأمانة العامة للجان الفصل في المنازعات والمخالفات التأمينية. (2017). قرار اللجنة الابتدائية بالدمام في الدعوى رقم 360936 بشأن التغطية التأمينية والإخطار في وثيقة تأمين أخطاء المهن الطبية، رقم القرار الابتدائي: 149د/1438هـ، تاريخ القرار الابتدائي: 2017/04/04م، رقم القرار الاستئنافي المؤيد: 296أ/1438هـ. في مدونة السوابق القضائية التأمينية للجنة الاستئنافية: وثيقة تأمين أخطاء ممارسة المهن الطبية، ص. 82–94.

المراجع الأجنبية:

Baker, T. (2005). Medical malpractice and the insurance underwriting cycle. DePaul Law Review, 54(2), 393–438.

Born, P., & Boyer, M. M. (2011). Claims-made and reported policies and insurer profitability in medical malpractice. Journal of Risk and Insurance, 78(1), 139–162. doi: 10.1111/j.1539-6975.2010. 01370.x

Boyer, M. M., & Gobert, K. (2011). Professional liability insurance contracts: Claims-made versus occurrence policies. Assurances et Gestion des Risques / Insurance and Risk Management, 79(3–4), 251–277. doi: 10.7202/1091877ar

Danzon, P. M. (1985). Medical malpractice: Theory, evidence, and public policy. Harvard University Press.

Danzon, P. M. (1991). Liability for medical malpractice. Journal of Economic Perspectives, 5(3), 51–69. doi: 10.1257/jep.5.3.51

Johnson, I. D. (1991). Occurrence vs claims-made medical professional liability insurance policies: Fundamental differences in the concept of coverage. JAMA, 266(11), 1570–1572.

National Association of Insurance Commissioners [NAIC]. (2004). Medical Malpractice Insurance Report: A Study of Market Conditions and Potential Solutions to the Recent Crisis. NAIC.

OECD. (2006). Medical malpractice: Prevention, insurance and coverage options. Policy Issues in Insurance, No. 11. OECD Publishing. doi: 10.1787/9789264029057-en

Sage, W. M. (2004). The forgotten third: Liability insurance and the medical malpractice crisis. Health Affairs, 23(4), 10–21. doi: 10.1377/hlthaff.23.4.10

Sage, W. M. (2005). Medical malpractice insurance and the emperor's clothes. DePaul Law Review, 54(2), 463–484.

Wormley, J. M., Anderson, R., & Legant, P. (2007). Malpractice insurance: What you need to know. Journal of Oncology Practice, 3(5), 274–277. doi: 10.1200/JOP.0756501

السوابق القضائية الأجنبية:

St. Paul Fire & Marine Insurance Co. v. Barry, 438 U.S. 531 (1978).

حقوق الطبع والنشر © 2026 محفوظة لـ: المجلة العربية للنشر العلمي(AJSP)