

قانون رقم (11) لسنة 2013

بشأن

الضمان الصحي في إمارة دبي

نحن محمد بن راشد آل مكتوم حاكم دبي

بعد الاطلاع على القانون الاتحادي رقم (6) لسنة 2007 في شأن إنشاء هيئة التأمين وتنظيم أعماله وتعديلاته،

وعلى القانون رقم (3) لسنة 2003 بشأن إنشاء مجلس تنفيذي لإمارة دبي،

وعلى القانون رقم (9) لسنة 2004 بشأن مركز دبي المالي العالمي وتعديلاته،

وعلى القانون رقم (13) لسنة 2007 بإنشاء هيئة الصحة في دبي،

وعلى المرسوم رقم (22) لسنة 2009 بشأن مناطق التطوير الخاصة في إمارة دبي،

وعلى المرسوم رقم (9) لسنة 2012 باعتماد آلية تسعير خدمات هيئة الصحة في دبي،

وعلى التشريعات المنظمة للمناطق الحرة في إمارة دبي،

نُصدر القانون التالي:

اسم القانون

المادة (1)

يُسمى هذا القانون "قانون الضمان الصحي في إمارة دبي رقم (11) لسنة 2013".

التعريفات

المادة (2)

تكون للكلمات والعبارات التالية، حيثما وردت في هذا القانون، المعاني المبينة إزاء كل منها، ما لم يدل سياق النص على غير ذلك:

الدولة : دولة الإمارات العربية المتحدة.

الإمارة : إمارة دبي.

الحكومة : حكومة دبي.

المجلس التنفيذي : المجلس التنفيذي للإمارة.

- الهيئة** : هيئة الصحة في دبي.
- الجهة المعنية** : أية جهة حكومية معنية بتطبيق أحكام هذا القانون.
- المدير العام** : مدير عام الهيئة.
- الضمان الصحي** : تمتع المستفيد بالمنافع الصحية وفقاً لأحكام هذا القانون والقرارات الصادرة بموجبه.
- المستفيد** : الشخص الطبيعي المشمول بالضمان الصحي بموجب أحكام هذا القانون.
- المنافع الصحية** : مجموعة الخدمات الصحية التي يحصل عليها المستفيد بموجب وثيقة الضمان الصحي من خلال مقدم الخدمات الصحية.
- مقدم التغطية** : الجهة التي تتحمل تكلفة المنافع الصحية التي تقدم للمستفيد من قبل مقدم الخدمات الصحية، ويشمل الحكومة وشركة التأمين.
- وثيقة الضمان الصحي** : الوثيقة التي تحدد حقوق وواجبات المستفيد ومقدم التغطية في كل ما يتعلق بالمنافع الصحية.
- التغطية الأساسية** : الحد الأدنى من المنافع الصحية المقرر تقديمها للمقيم وفقاً للقرارات الصادرة بموجب هذا القانون.
- التغطية الإضافية** : المنافع الصحية التي يتم تقديمها للمستفيد زيادة على التغطية الأساسية.
- مقدار المشاركة** : المبلغ المالي المقطوع أو النسبة المئوية التي يتم تحديدها بوثيقة الضمان الصحي والتي يجب على المستفيد سدادها عند حصوله على المنافع الصحية.
- بطاقة الضمان الصحي** : الوثيقة التي يصدرها مقدم التغطية لصالح المستفيد لإبرازها أمام مقدم الخدمات الصحية والتي تثبت اشتراكه بالضمان الصحي خلال فترة التغطية المحددة فيها.
- فترة التغطية** : الفترة الزمنية التي تبدأ من تاريخ سريان وثيقة الضمان الصحي وحتى تاريخ انتهائها.
- مقدم الخدمات الصحية** : المنشأة الصحية الحكومية، والمنشأة الصحية الخاصة المصرح لها بتقديم المنافع الصحية للمستفيد وفقاً لأحكام هذا القانون والقرارات الصادرة بموجبه.

- شبكة مقدمي الخدمات الصحية** : قائمة أسماء وعناوين مقدمي الخدمات الصحية المحددين في وثيقة الضمان الصحي.
- شركة التأمين** : شركة التأمين أو التأمين التكافلي المرخص لها بالدولة بمزاولة أعمال التأمين، والتي يُصرح لها من قبل الهيئة بمزاولة الأنشطة المتعلقة بالضمان الصحي في الإمارة.
- شركة إدارة المطالبات** : المنشأة المرخص لها بالدولة بمزاولة نشاط تسوية المطالبات التأمينية، والتي يُصرح لها من قبل الهيئة بمزاولة أنشطتها المتعلقة بالضمان الصحي في الإمارة.
- وسيط التأمين** : المنشأة المرخص لها بالدولة بمزاولة نشاط الوساطة التأمينية، والتي يُصرح لها من قبل الهيئة بمزاولة نشاط تسويق أو بيع وثائق الضمان الصحي في الإمارة.
- التصريح** : الوثيقة التي تصدر عن الهيئة والتي تتضمن موافقتها على مزاولة أي نشاط يتعلق بالضمان الصحي في الإمارة وذلك وفقاً للشروط والمتطلبات المنصوص عليها في هذا القانون والقرارات الصادرة بموجبه.
- المواطن** : أي شخص طبيعي يحمل جنسية الدولة.
- المقيم** : أي شخص طبيعي لا يحمل جنسية الدولة لديه إقامة سارية صادرة عن الجهة المختصة في الإمارة.
- صاحب العمل** : أي شخص طبيعي أو اعتباري عام أو خاص في الإمارة يستخدم موظفين أو عمال لقاء أجر أياً كان نوعه.
- الكفيل** : أي شخص طبيعي أو اعتباري يكفل وفقاً للتشريعات السارية في الإمارة شخصاً طبيعياً من غير المواطنين، بهدف الزيارة أو الإقامة.
- الزائر** : أي شخص طبيعي يقوم بزيارة الدولة عن طريق الإمارة وفقاً للتشريعات السارية، ويشمل السائح.
- الحالة الطارئة** : الحالة التي تستدعي تدخلاً طبياً فورياً من قبل مقدم الخدمة الصحية لإنقاذ حياة شخص أو زوال الخطر المهدد له.

أهداف القانون

المادة (3)

يهدف هذا القانون إلى تحقيق ما يلي:

- 1- توفير منظومة صحية متكاملة في الإمارة ذات جودة عالية، تتسم بالمرونة والقدرة على التطور والاستجابة لتطلعات المستفيدين.
- 2- إنشاء نظام تمويل صحي يتسم بالكفاءة والاستدامة.
- 3- إيجاد منظومة صحية جاذبة للاستثمارات وتحافظ على تنافسية الإمارة.
- 4- تقديم خدمات صحية ضمن إطار يحمي حقوق كافة الأطراف المشاركة فيها.

نطاق التطبيق

المادة (4)

تسري أحكام هذا القانون على كافة أنحاء الإمارة، بما في ذلك مناطق التطوير الخاصة والمناطق الحرة بما فيها مركز دبي المالي العالمي، وتُطبق أحكامه على الأشخاص والفئات التالية:

- 1- المواطن.
- 2- المقيم.
- 3- الزائر.
- 4- صاحب العمل.
- 5- الكفيل.
- 6- مقدم الخدمات الصحية.
- 7- شركة التأمين.
- 8- شركة إدارة المطالبات.
- 9- وسيط التأمين.
- 10- أي شخص أو فئة أخرى يحددها المجلس التنفيذي بناءً على توصية الهيئة.

اختصاصات الهيئة

المادة (5)

لغايات هذا القانون، يكون للهيئة القيام بالمهام والصلاحيات التالية:

- 1- وضع السياسات والخطط والإجراءات والنظم والمعايير اللازمة لتطبيق أحكام هذا القانون.
- 2- تأهيل وتصنيف شركات التأمين، وشركات إدارة المطالبات، ووسطاء التأمين للعمل في مجال الضمان الصحي في الإمارة وفقاً للمعايير التي تعتمد عليها في هذا الشأن.
- 3- إصدار التصاريح لمقدمي الخدمات الصحية وشركات التأمين وشركات إدارة المطالبات ووسطاء التأمين وأية جهات أخرى ترغب بمزاولة أي نشاط يتعلق بالضمان الصحي في الإمارة، وفقاً للمعايير والشروط التي تحددها الهيئة بموجب القرارات الصادرة عنها في هذا الشأن.
- 4- مراجعة واعتماد آلية تقديم المطالبات وسداد وتسوية المستحقات المالية الناشئة عن الضمان الصحي في الإمارة.
- 5- اعتماد أسعار الخدمات الصحية التي يتم توفيرها من قبل مقدمي الخدمات الصحية، ومراقبة مدى التزامهم بالأسعار المعتمدة.
- 6- اعتماد باقات الضمان الصحي وأسعارها ومقدار المشاركة ونماذج وثائق الضمان الصحي، وفقاً للضوابط والشروط التي تحددها الهيئة بموجب القرارات الصادرة عنها في هذا الشأن.
- 7- وضع أسس وقواعد معالجة وحماية البيانات لدى شركات التأمين وشركات إدارة المطالبات ووسطاء التأمين ومقدمي الخدمات الصحية وأية جهات أخرى تتعامل بهذه البيانات.
- 8- وضع القواعد الخاصة بنقل الضمان الصحي للمستفيد من مقدم تغطية إلى مقدم تغطية آخر.
- 9- التنسيق مع الجهات المعنية في كافة المسائل المتعلقة بالضمان الصحي.
- 10- مراقبة التزام الكافة بأحكام هذا القانون، والقرارات الصادرة بموجبه، واتخاذ التدابير اللازمة بحق المخالفين.
- 11- إعداد ومراقبة تطبيق سياسة وإجراءات البت في الشكاوى والمنازعات المقدمة إليها والناشئة عن الضمان الصحي.
- 12- اعتماد ومراقبة تطبيق سياسة وإجراءات البت في الشكاوى الناشئة عن الضمان الصحي المطبقة من قبل مقدمي الخدمات الصحية وشركات التأمين وشركات إدارة

المطالبات ووسطاء التأمين وأية منشآت يُصرَح لها بمزاولة أي نشاط يتعلق بالضمان الصحي في الإمارة.

- 13- مراقبة نطاق المنافع الصحية، وتكلفة وثائق الضمان الصحي.
- 14- مراقبة تكاليف المنافع الصحية المشمولة بوثيقة الضمان الصحي.
- 15- إصدار الدوريات والنشرات التي توضح السياسات والإرشادات والإجراءات المتعلقة بتنفيذ التشريعات ذات الصلة بالضمان الصحي.
- 16- إعداد الدراسات والبحوث اللازمة لتطوير الضمان الصحي في الإمارة ورفع توصياتها في هذا الشأن إلى المجلس التنفيذي.
- 17- أية مهام أخرى تكون لازمة لتحقيق أهداف هذا القانون.

التصريح

المادة (6)

- أ- يُحظر على أي شخص طبيعي أو اعتباري مزاولة أي من الأنشطة المتعلقة بالضمان الصحي في الإمارة المحددة في هذا القانون أو في القرارات الصادرة بموجبه، إلا بعد الحصول على تصريح بذلك من الهيئة.
- ب- تُحدّد شروط وإجراءات ورسوم إصدار التصريح للأنشطة المتعلقة بالضمان الصحي وفقاً للقرارات الصادرة تنفيذاً لهذا القانون.
- ج- تكون مدة التصريح سنة واحدة قابلة للتجديد لمدد مماثلة، على أن يقدم طلب التجديد خلال (30) ثلاثين يوماً قبل انتهاء مدته.

إلزامية الضمان الصحي ومراحل تطبيقه

المادة (7)

- أ- يجب على الجهات المحددة في المادة (9) من هذا القانون إشراك المواطن والمقيم والزائر بالضمان الصحي، وذلك وفقاً لما يحدده هذا القانون والقرارات الصادرة بموجبه.
- ب- يُحدّد بقرار من رئيس المجلس التنفيذي بناءً على توصية الهيئة مراحل تطبيق الضمان الصحي، على أن يتضمن هذا القرار ما يلي:
 - 1- تاريخ بدء تطبيق كل مرحلة.

- 2- الفئات المستفيدة من الضمان الصحي في كل مرحلة.
- 3- الجهات المسؤولة عن إشراك المستفيدين بالضمان الصحي في كل مرحلة.
- 4- ضوابط وإجراءات تطبيق كل مرحلة.

فئات المستفيدين

المادة (8)

أ- يُقسّم المستفيدون من حيث استحقاقهم للمنافع الصحية إلى الفئات التالية:

- 1- المنافع الصحية لفئة المواطنين، وتشمل توفير الخدمات الصحية الوقائية والعلاجية وفقاً لما تعتمد عليه الهيئة في هذا الشأن.
 - 2- المنافع الصحية لفئة المقيمين، وتشمل الخدمات الصحية التي يلتزم بتوفيرها صاحب العمل أو الكفيل، على أن لا تقل عن التغطية الأساسية، ويجوز لصاحب العمل أو الكفيل توفير تغطية إضافية للمستفيد وأفراد أسرته.
 - 3- المنافع الصحية لفئة الزائرين، وتشمل تقديم الخدمات الصحية في الحالات الطارئة وفقاً لما تعتمد عليه الهيئة بالتنسيق مع الجهات المعنية في هذا الشأن.
- ب- للمجلس التنفيذي إضافة فئات أخرى إلى الفئات المنصوص عليها في الفقرة (أ) من هذه المادة وتحديد نطاق استحقاقهم من المنافع الصحية.
- ج- تُحدّد القرارات الصادرة بموجب هذا القانون المنافع الصحية التفصيلية لكل فئة من الفئات المشار إليها في الفقرة (أ) من هذه المادة.

مسؤولية الاشتراك بالضمان الصحي

المادة (9)

أ- تكون مسؤولية الاشتراك بالضمان الصحي وفقاً لما يلي:

- 1- الحكومة، بالنسبة للمواطن، وفقاً لسياسة الضمان الصحي والضوابط التي تحددها الهيئة بموجب القرارات الصادرة في هذا الشأن.
- 2- صاحب العمل، بالنسبة للعاملين لديه وفقاً لسياسة الضمان الصحي المعمول بها لديه، على أن لا تقل المنافع الصحية المقررة في هذه السياسة عن التغطية الأساسية.

3- الكفيل، بالنسبة لمكفولييه الذين ليس لديهم صاحب عمل، على أن لا تقل المنافع الصحية التي يوفرها لمكفولييه عن التغطية الأساسية.

4- الجهة التي تحددها الهيئة بالتنسيق مع الجهات المختصة بالنسبة للزائر.

- ب- يتم توفير الضمان الصحي لمستحقيه من خلال عقد يتم إبرامه بين الجهات المشار إليها في الفقرة (أ) من هذه المادة مع شركة التأمين أو مع الجهة التي تحددها الهيئة، وذلك وفقاً للمعايير التي تصدر عنها في هذا الشأن.
- ج- تتحمل الجهات المشار إليها في الفقرة (أ) من هذه المادة تكلفة إشراك المستفيد بالضمان الصحي.

التزامات صاحب العمل

المادة (10)

يلتزم صاحب العمل بما يلي:

- 1- إشراك العاملين لديه بالضمان الصحي وفقاً لسياسة الضمان الصحي المعمول بها لديه، وبما يتفق وأحكام هذا القانون والقرارات الصادرة بموجبه.
- 2- تحمّل تكلفة إشراك العاملين لديه بالضمان الصحي، وعدم تحميل هذه التكلفة للمستفيدين.
- 3- التأكد من أن الضمان الصحي للعاملين لديه ساري المفعول طول مدة عملهم لديه.
- 4- تحمّل تكلفة الخدمات الصحية والتدخل الطبي في الحالات الطارئة لأي من العاملين لديه في حال لم يكن لدى أى منهم ضمان صحي وفق أحكام هذا القانون.
- 5- تسليم العاملين لديه بطاقة الضمان الصحي.
- 6- تقديم وثيقة الضمان الصحي عند إصدار أو تجديد الإقامة للعاملين لديه.
- 7- أية التزامات أخرى تُحددها الهيئة بموجب القرارات الصادرة عنها في هذا الشأن.

التزامات الكفيل

المادة (11)

يلتزم الكفيل بما يلي:

- 1- إشراك مكفولييه إن لم يكن لديهم ضمان صحي عن طريق صاحب العمل.

- 2- تحمل تكلفة إشراك مكفوليهِ بالضمان الصحي، وعدم تحميل هذه التكلفة للمستفيدين.
- 3- التأكد من أن الضمان الصحي الخاص بمكفوليهِ ساري المفعول طول مدة إقامتهم أو زيارتهم.
- 4- تحمل تكلفة الخدمات الصحية والتدخل الطبي في الحالات الطارئة لأي شخص على كفالتة في حال لم يكن لديه ضمان صحي وفق أحكام هذا القانون.
- 5- تسليم مكفوليهِ بطاقة الضمان الصحي.
- 6- تقديم وثيقة الضمان الصحي عند إصدار أو تجديد الإقامة أو الزيارة لمكفوليهِ.
- 7- أية التزامات أخرى تُحددها الهيئة بموجب القرارات الصادرة عنها في هذا الشأن.

التزامات المستفيد

المادة (12)

يلتزم المستفيد بما يلي:

- 1- إخطار الجهة المسؤولة عن إشراكه بالضمان الصحي على الفور في حال فقدان أو تلف بطاقة الضمان الصحي الخاصة به.
- 2- عدم إساءة استخدام بطاقة الضمان الصحي بأي شكل من الأشكال، بما في ذلك السماح للغير باستخدامها.
- 3- تسديد مقدار المشاركة وفقاً لما هو محدد بوثيقة الضمان الصحي.
- 4- إبلاغ الهيئة عن أي استغلال أو تلاعب أو إهمال أو تقصير ارتكب بحقه من أي طرف من أطراف منظومة الضمان الصحي.
- 5- الامتناع عن أي تصرف من شأنه الحصول على منافع صحية أو مكاسب مادية بطريقة غير مشروعة.
- 6- أية التزامات أخرى تُحددها الهيئة بموجب القرارات الصادرة عنها في هذا الشأن.

التزامات شركة التأمين

المادة (13)

تلتزم شركة التأمين بما يلي:

- 1- سداد قيمة المنافع الصحية.

- 2- سداد قيمة المنافع الصحية المقدمة من قبل مقدم خدمة صحية لا يندرج ضمن شبكة مقدمي الخدمات الصحية وذلك في الحالات الطارئة وحتى زوال الخطر عن المستفيد.
- 3- تمكين المستفيد من الحصول على حقوقه المحددة بوثيقة الضمان الصحي بكافة الوسائل المتاحة.
- 4- شروط التصريح الممنوح لها وأحكام العقود التي تبرمها مع الجهات ذات العلاقة بالضمان الصحي.
- 5- الآلية المعتمدة من قبل الهيئة في شأن المطالبات المالية المتعلقة بالضمان الصحي.
- 6- أحكام وشروط وثيقة الضمان الصحي، واستخدام النماذج المعتمدة من قبل الهيئة في هذا الشأن.
- 7- إصدار بطاقة الضمان الصحي.
- 8- تزويد المستفيد بشبكة مقدمي الخدمات الصحية، وتحديثها بشكل دوري.
- 9- إبلاغ الهيئة في حال وجود أي تضارب في المصالح، أو أية مصالح مباشرة أو غير مباشرة مع مقدمي الخدمات الصحية.
- 10- إبلاغ الهيئة بأية تجاوزات ترتكب من قبل مقدمي الخدمات الصحية أو أي طرف من أطراف منظومة الضمان الصحي.
- 11- نشر وتوزيع التعليمات والإرشادات والنماذج والوثائق والمنشورات والكتيبات المتعلقة بالضمان الصحي على المستفيدين، وذلك بالتنسيق مع الهيئة.
- 12- الاحتفاظ بالسجلات المالية والإحصائية والتقارير المتعلقة بالمنافع الصحية المقدمة للمستفيد، وذلك وفقاً للمدة التي تحددها الهيئة.
- 13- الاحتفاظ بالسجلات المالية الخاصة بالضمان الصحي، وفصل هذه السجلات عن الأنشطة الأخرى التي تقدمها، وذلك وفقاً للمدة التي تحددها الهيئة.
- 14- المحافظة على خصوصية بيانات المستفيد وسريتها وحمايتها.
- 15- البت في الشكاوى المقدمة إليها وفقاً للآلية المعدة من قبلها والتي تعتمدها الهيئة في هذا الشأن.
- 16- توفير الكادر الفني والإداري المؤهل على نحو يضمن قيامها بواجباتها على الوجه الأمثل.

- 17- إبلاغ الهيئة بأي تغيير أو تعديل يطرأ على أي من البيانات أو الوثائق التي صدر التصريح بالاستناد إليها، خلال (7) سبعة أيام عمل من تاريخ حدوثه، على أن يكون هذا التغيير أو التعديل متفقاً مع أحكام هذا القانون والقرارات الصادرة بموجبه والتشريعات السارية في الإمارة.
- 18- استخدام الاسم التجاري الخاص بها والمحدد في التصريح الصادر لها في جميع تعاملاتها مع الغير.
- 19- تزويد الهيئة بأية معلومات أو بيانات أو إحصائيات تطلبها أو ترى ضرورة الاطلاع عليها تنفيذاً لأحكام هذا القانون والقرارات الصادرة بموجبه، والتعاون مع موظفي الهيئة وتمكينهم من الاطلاع على قواعد بياناتها وسجلاتها.
- 20- الضوابط والشروط والإجراءات المعتمدة بموجب هذا القانون والقرارات والتعليمات واللوائح الصادرة بموجبه، وأحكام التشريعات السارية في الإمارة.
- 21- أية التزامات أخرى تحددها الهيئة بموجب القرارات الصادرة عنها في هذا الشأن.

التزامات شركة إدارة المطالبات

المادة (14)

تلتزم شركة إدارة المطالبات بما يلي:

- 1- الآلية المعتمدة من قبل الهيئة في شأن المطالبات المالية المتعلقة بالضمان الصحي.
- 2- شروط التصريح الممنوح لها وأحكام العقود التي تبرمها مع الجهات ذات العلاقة بالضمان الصحي.
- 3- إبلاغ الهيئة في حال وجود أي تضارب في المصالح، أو أية مصالح مباشرة أو غير مباشرة مع مقدمي الخدمات الصحية.
- 4- إبلاغ الهيئة بأية تجاوزات ترتكب من قبل مقدمي الخدمات الصحية أو شركات التأمين.
- 5- الاحتفاظ بالسجلات المالية والإحصائية والتقارير المتعلقة بالمنافع الصحية المقدمة للمستفيدين، وذلك وفقاً للمدة التي تحددها الهيئة.
- 6- المحافظة على خصوصية بيانات المستفيد وسريتها وحمايتها.
- 7- البت في الشكاوى المقدمة إليها وفقاً للآلية المعدة من قبلها والتي تعتمدها الهيئة في هذا الشأن.

- 8- توفير الكادر الفني والإداري المؤهل على نحو يضمن قيامها بواجباتها على الوجه الأمثل.
- 9- إبلاغ الهيئة بأي تغيير أو تعديل يطرأ على أي من البيانات أو الوثائق التي صدر التصريح بالاستناد إليها، خلال (7) سبعة أيام عمل من تاريخ حدوثه، على أن يكون هذا التغيير أو التعديل متفقاً مع أحكام هذا القانون والقرارات الصادرة بموجبه والتشريعات السارية في الإمارة.
- 10- استخدام الاسم التجاري الخاص بها والمحدد في التصريح الصادر لها في جميع تعاملاتها مع الغير.
- 11- تزويد الهيئة بأية معلومات أو بيانات أو إحصائيات تطلبها أو ترى ضرورة الاطلاع عليها تنفيذاً لأحكام هذا القانون والقرارات الصادرة بموجبه، والتعاون مع موظفي الهيئة وتمكينهم من الاطلاع على قواعد بياناتها وسجلاتها.
- 12- الضوابط والشروط والإجراءات المعتمدة بموجب هذا القانون والقرارات والتعليمات واللوائح الصادرة بموجبه، وأحكام التشريعات السارية في الإمارة.
- 13- أية التزامات أخرى تحددها الهيئة بموجب القرارات الصادرة عنها في هذا الشأن.

التزامات مقدم الخدمات الصحية

المادة (15)

يلتزم مقدم الخدمات الصحية بما يلي:

- 1- تقديم المنافع الصحية وفقاً للمعايير المهنية والأخلاقية المقررة، وطبقاً للأدلة العلاجية المعتمدة من الهيئة.
- 2- السياسات والإجراءات الصادرة عن الهيئة حول كيفية تقديم المنافع الصحية.
- 3- تقديم مطالباته المالية المتعلقة بالضمان الصحي وفقاً للآلية التي تعتمدها الهيئة في هذا الشأن.
- 4- اعتماد قائمة أسعار خدماته الصحية من قبل الهيئة والالتزام بها.
- 5- عدم التلاعب أو الإهمال بالسجلات الطبية أو بالكشوف المالية المتعلقة بالمنافع الصحية المقدمة للمستفيدين.
- 6- تقديم خدماته للمستفيدين طبقاً لوثيقة الضمان الصحي.

- 7- تقديم الخدمات الصحية للمستفيد في الحالات الطارئة وذلك إلى حين زوال الخطر عنه، حتى لو لم يكن من ضمن شبكة مقدمي الخدمات الصحية، دون أن يخل ذلك بحقه في الرجوع على مقدم التغطية لتسديد تكلفة هذه الخدمات.
- 8- حماية المعلومات والبيانات الخاصة بالمستفيدين والحفاظ على سريتها.
- 9- الاحتفاظ بالسجلات والملفات الخاصة بالمستفيدين، وذلك وفقاً للمدة التي تحددها الهيئة.
- 10- تزويد المستفيد بناءً على طلبه بنسخة من تقاريره الطبية من واقع ملفه الطبي أو نسخة من ملفه الطبي.
- 11- مبادئ المنافسة المشروعة، وعدم القيام بأي تصرف من شأنه التحايل على منظومة الضمان الصحي المقررة أو الحصول على مكاسب مادية بطرق غير مشروعة.
- 12- إبلاغ الهيئة في حال وجود أي تضارب في المصالح، أو أية مصالح مباشرة أو غير مباشرة مع مقدمي الخدمات الصحية.
- 13- تزويد الهيئة وشركة التأمين وشركة إدارة المطالبات بالمعلومات والبيانات والوثائق المطلوبة ذات العلاقة بالمنافع الصحية التي قُدمت من قبله للمستفيد.
- 14- إبلاغ الهيئة بأي تغيير أو تعديل يطرأ على أي من البيانات أو الوثائق التي صدر التصريح بالاستناد إليها، خلال (7) سبعة أيام عمل من تاريخ حدوثه، على أن يكون هذا التغيير أو التعديل متفقاً مع أحكام هذا القانون والقرارات الصادرة بموجبه والتشريعات السارية في الإمارة.
- 15- استخدام الاسم التجاري أو المهني الخاص به والمحدد في التصريح الصادر له في جميع تعاملاته مع الغير.
- 16- تزويد الهيئة بأية معلومات أو بيانات أو إحصائيات تطلبها أو ترى ضرورة الاطلاع عليها تنفيذاً لأحكام هذا القانون والقرارات الصادرة بموجبه، بما في ذلك الملف الطبي للمستفيد، والتعاون مع موظفي الهيئة وتمكينهم من الاطلاع على قواعد بياناته وسجلاته.
- 17- الضوابط والشروط والإجراءات المعتمدة بموجب هذا القانون والقرارات والتعليمات واللوائح الصادرة بموجبه، وأحكام التشريعات السارية في الإمارة.
- 18- أية التزامات أخرى تحددها الهيئة بموجب القرارات الصادرة عنها في هذا الشأن.

وثيقة الضمان الصحي

المادة (16)

- أ- تصدر وثيقة الضمان الصحي من مقدم التغطية.
- ب- يجب أن تشمل وثيقة الضمان الصحي على البيانات التالية:
- 1- نطاق المنافع الصحية، والسقف المالي لها، وفترة التغطية.
 - 2- شبكة مقدمي الخدمات الصحية.
 - 3- مقدار المشاركة.
 - 4- إجراءات تسوية المطالبات المالية المتعلقة بالمنافع الصحية المقدمة للمستفيد.
 - 5- آلية تقديم الشكاوى وطرق تسوية المنازعات والتعويضات الناشئة عن الإخلال بوثيقة الضمان الصحي.
 - 6- قواعد الحفاظ على سرية البيانات والمعلومات المتعلقة بالمستفيد وحمايتها.
 - 7- قواعد ومعايير وإجراءات تداول وحفظ المعلومات والبيانات المتعلقة بالضمان الصحي.
 - 8- أية بيانات أخرى ترى الهيئة أهمية تضمينها في وثيقة الضمان الصحي.
- ج- تعتبر وثيقة الضمان الصحي الصادرة وفق النموذج المعتمد من الهيئة المرجع الرئيس في تحديد حقوق وواجبات المستفيد، والجهة المسؤولة عن إشراك المستفيدين بالضمان الصحي وغيرهما من ذوي العلاقة.

صلاحية وثيقة الضمان الصحي

المادة (17)

- أ- تنتهي صلاحية وثيقة الضمان الصحي بانتهاء فترة التغطية الواردة فيها أو بوفاة المستفيد أو بانتهاء علاقته مع الجهة المسؤولة عن إشراكه في الضمان الصحي لأي سبب من الأسباب المقررة قانوناً.
- ب- دون إخلال بالتشريعات السارية في الإمارة، وعلى الرغم مما ورد في الفقرة (أ) من هذه المادة، تستمر صلاحية وثيقة الضمان الصحي بالنسبة للمقيم بعد إلغاء إقامته للمدة المحددة قانوناً.

الإخلال بأحكام وثيقة الضمان الصحي

المادة (18)

يتحمل كل من يخالف أحكام وشروط وثيقة الضمان الصحي أو يُقدّم بيانات غير صحيحة للحصول على المنافع الصحية، سداد القيمة الكلية للخدمات الصحية المقدمة للمستفيد وفقاً للأسعار المعتمدة من قبل الهيئة.

بطاقة الضمان الصحي

المادة (19)

تصدر بطاقة الضمان الصحي للمستفيد من قبل مقدم التغطية، وتُحدّد القرارات الصادرة بموجب هذا القانون شروط إصدار هذه البطاقة والبيانات الواجب إدراجها فيها وآلية تداولها.

استرداد تكلفة المنافع الصحية

المادة (20)

يتحمل مقدم التغطية تكلفة المنافع الصحية المقدمة إلى المُستفيد وفقاً لوثيقة الضمان الصحي، وذلك دون الإخلال بحق مقدم التغطية بالرجوع على الجهة التي تتحمل قانوناً مسؤولية سداد تكلفة تلك المنافع.

تسوية المنازعات

المادة (21)

للهيئة وضع نظام خاص للفصل في المنازعات الناشئة عن الضمان الصحي، وإلزام أطراف الضمان الصحي به وذلك قبل لجوئهم إلى القضاء أو التحكيم.

الرسوم

المادة (22)

تستوفي الهيئة نظير إصدار التصاريح وتقديم الخدمات، الرسوم التي يصدر بتحديداتها قرار من رئيس المجلس التنفيذي.

الجزاءات

المادة (23)

أ- مع عدم الإخلال بأية عقوبة أشد ينص عليها أي تشريع آخر، يُعاقب كل من يخالف أحكام هذا القانون والقرارات الصادرة بموجبه بغرامة مالية لا تقل عن (500) خمسمائة درهم ولا تزيد على (150.000) مائة وخمسين ألف درهم، وتحدد بقرار من رئيس المجلس التنفيذي الغرامات المقررة للأفعال التي ترتكب خلافاً لأحكام هذا القانون.

ب- تضاعف قيمة الغرامة المنصوص عليها في الفقرة (أ) من هذه المادة، في حال معاودة ارتكاب المخالفة ذاتها خلال سنة واحدة من تاريخ ارتكاب المخالفة السابقة لها، وبما لا يزيد على (500.000) خمسمائة ألف درهم.

ج- بالإضافة إلى عقوبة الغرامة المشار إليها في الفقرة (أ) من هذه المادة، يجوز للهيئة اتخاذ واحد أو أكثر من التدابير التالية بحق مرتكب المخالفة:

1- الإنذار.

2- الإيقاف عن مزاولة الأنشطة المتعلقة بالضمان الصحي في الإمارة لمدة لا تزيد على سنتين.

3- إلغاء التصريح.

د- لا يخل توقيع العقوبات والتدابير المشار إليها في هذه المادة بالمسؤولية المدنية أو الجزائية لمرتكب المخالفة عند الاقتضاء.

هـ- للهيئة في الأحوال التي تستدعي ذلك، إبلاغ سلطة الترخيص والجهة المعنية بالأفعال المرتكبة خلافاً لأحكام هذا القانون والقرارات الصادرة بموجبه وبالجزاءات المتخذة بحق مرتكب المخالفة لاتخاذ ما تراه مناسباً في هذا الشأن.

الضبطية القضائية

المادة (24)

تكون لموظفي الهيئة الذين يصدر بتسميتهم قرار من مديرها العام بالتنسيق مع مدير عام دائرة الشؤون القانونية لحكومة دبي، صفة مأموري الضبط القضائي في إثبات الأفعال

التي ترتكب خلافاً لأحكام هذا القانون والقرارات الصادرة بموجبه، ويكون لهم بهذه الصفة تحرير محاضر الضبط اللازمة، والاستعانة بأفراد الشرطة.

التظلم

المادة (25)

لكل ذي مصلحة التظلم خطياً للمدير العام من القرارات والتدابير والإجراءات المتخذة بحقه من قبل الهيئة بموجب أحكام هذا القانون والقرارات الصادرة بموجبه خلال (30) ثلاثين يوماً من تاريخ علمه بالقرار أو التدبير أو الإجراء المتظلم منه، ويتم البت في هذا التظلم خلال (30) ثلاثين يوماً من تاريخ تقديمه من قبل لجنة يشكلها المدير العام لهذه الغاية، ويكون القرار الصادر بشأن هذا التظلم نهائياً.

أيلولة الرسوم والغرامات

المادة (26)

تؤول حصيلة الرسوم والغرامات التي يتم استيفائها وفقاً لأحكام هذا القانون والقرارات الصادرة بموجبه لحساب الخزانة العامة للحكومة.

توفيق الأوضاع

المادة (27)

أ- مع مراعاة أحكام الفقرة (ب) من المادة (7) من هذا القانون، يستمر العمل بوثيقة الضمان الصحي الصادرة قبل العمل بأحكام هذا القانون حتى تاريخ انتهاء مدتها أو بمضي سنة على تاريخ العمل بهذا القانون أيهما أقرب، ويجوز تمديد هذه المدة بقرار من الهيئة.

ب- على جميع أصحاب العمل والكفلاء توفيق أوضاعهم بما يتفق وأحكام هذا القانون والقرارات الصادرة بموجبه خلال سنة من تاريخ إخضاعهم لهذا القانون، وبخلاف ذلك فإنه يكون للهيئة اتخاذ الإجراءات اللازمة بحقهم في هذا الشأن.

إصدار الأذونات والتأشيرات

المادة (28)

تتولى الهيئة التنسيق مع الجهة المختصة بإصدار وتجديد أذونات أو تأشيرات الدخول للدولة عن طريق الإمارة أو الإقامة فيها، وذلك بشأن توفير وثيقة الضمان الصحي لمن صدر الإذن أو التأشيرة لصالحه.

تقديم الدعم

المادة (29)

على كافة الجهات المعنية في الإمارة، كل حسب اختصاصه، تقديم الدعم اللازم للهيئة لتمكينها من القيام بالمهام المنوطة بها بموجب هذا القانون والقرارات الصادرة بموجبه، واتخاذ الإجراءات اللازمة لتنفيذ القرارات التي تصدرها الهيئة تنفيذاً لأحكام هذا القانون.

إصدار القرارات التنفيذية

المادة (30)

يُصدر رئيس المجلس التنفيذي القرارات اللازمة لتنفيذ أحكام هذا القانون، وذلك في غير الأحوال المقرر للهيئة إصدار القرارات بشأنها.

الإلغاءات

المادة (31)

يلغى أي نص في أي تشريع آخر إلى المدى الذي يتعارض فيه وأحكام هذا القانون.

النشر والسريان

المادة (32)

يُنشر هذا القانون في الجريدة الرسمية، ويُعمل به بعد ستين يوماً من تاريخ نشره.

محمد بن راشد آل مكتوم

حاكم دبي

صدر في دبي بتاريخ 24 نوفمبر 2013م

الموافق 20 محرم 1435هـ