

قرار إداري رقم (78) لسنة 2022
بإصدار اللائحة التنفيذية للقانون رقم (11) لسنة 2013

بشأن
الضمان الصحي في إمارة دبي

مدير عام هيئة الصحة في دبي

بعد الاطلاع على القانون رقم (11) لسنة 2013 بشأن الضمان الصحي في إمارة دبي،
وعلى القانون رقم (28) لسنة 2015 بشأن مركز دبي للإحصاء،
وعلى القانون رقم (6) لسنة 2018 بشأن هيئة الصحة في دبي وتعديلاته،
وعلى القانون رقم (13) لسنة 2021 بإنشاء مؤسسة دبي الصحية الأكاديمية،
وعلى المرسوم رقم (17) لسنة 2018 بإنشاء المؤسسات التابعة لهيئة الصحة في دبي وتحديد
اختصاصاتها،
وعلى المرسوم رقم (2) لسنة 2021 بتعيين مدير عام هيئة الصحة في دبي،
وعلى القرار رقم (8) لسنة 2022 بشأن تطبيق قانون الضمان الصحي داخل مدينة دبي
الطبية،
وعلى قرار المجلس التنفيذي رقم (7) لسنة 2016 باعتماد الرسوم والغرامات الخاصة بالضمان
الصحي في إمارة دبي،
وعلى قرار المجلس التنفيذي رقم (6) لسنة 2017 باعتماد مراحل تطبيق الضمان الصحي
في إمارة دبي،
وعلى قرار المجلس التنفيذي رقم (18) لسنة 2018 باعتماد الهيكل التنظيمي لهيئة الصحة
في دبي،
قررنا ما يلي:

التعريفات

المادة (1)

تكون للكلمات والعبارات التالية، حيثما وردت في هذا القرار، المعاني المبينة إزاء كل منها، ما
لم يدل سياق النص على غير ذلك:
الدولة : دولة الإمارات العربية المتحدة.

الإمارة	: إمارة دبي.
الحكومة	: حكومة دبي.
الهيئة	: هيئة الصحة في دبي.
المؤسسة	: مؤسسة دبي للضمان الصحي، التابعة للهيئة.
القانون	: القانون رقم (11) لسنة 2013 بشأن الضمان الصحي في إمارة دبي.
الجهة المعنية	: أي جهة حكومية معنوية بتطبيق أحكام القانون والقرارات الصادرة بموجبه.
الضمان الصحي	: تمتع المستفيد بالمنافع الصحية وفقاً لأحكام القانون والقرارات الصادرة بموجبه.
المستفيد	: الشخص الطبيعي المشمول بالضمان الصحي بموجب أحكام 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 مقدم الخدمات الصحية، ويشمل الحكومة وشركة التأمين.
وثيقة الضمان الصحي	: الوثيقة التي تحدد حقوق وواجبات المستفيد ومقدم التغطية فيما يتعلق بالمنافع الصحية.
التغطية الأساسية	: الحد الأدنى من المنافع الصحية المقرر تقديمها للمقيم وفقاً للقرارات الصادرة بموجب القانون.
التغطية الإضافية	: المنافع الصحية التي يتم تقديمها للمستفيد زيادة على التغطية الأساسية.
مقدار المشاركة	: المبلغ المالي المقطوع أو النسبة المئوية التي يتم تحديدها في وثيقة 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 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 بمزاولة أعمال التأمين في الدولة، والتي يُصرح لها من المؤسسة بمزاولة الأنشطة المتعلقة بالضمان الصحي في الإمارة.
- شركة إدارة المطالبات : المنشأة المرخص لها بمزاولة نشاط تسوية المطالبات التأمينية في الدولة، والتي يُصرح لها من المؤسسة بمزاولة أنشطتها المتعلقة بالضمان الصحي في الإمارة.
- وسيط التأمين : المنشأة المرخص لها بمزاولة نشاط الوساطة التأمينية في الدولة، والتي يُصرح لها من المؤسسة بمزاولة نشاط تسويق أو بيع وثائق الضمان الصحي في الإمارة.
- التصريح : الوثيقة التي تصدر عن المؤسسة والتي تتضمن موافقتها على مزاولة أي نشاط يتعلق بالضمان الصحي في الإمارة وذلك وفقاً للشروط والمتطلبات المنصوص عليها في القانون والقرارات الصادرة بموجبه.
- المواطن : أي شخص طبيعي يحمل جنسية الدولة.
- المقيم : أي شخص طبيعي لا يحمل جنسية الدولة، ولديه 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.
- العامل : أي شخص يعمل لدى صاحب العمل، مقابل 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 مقدم الخدمة الصحية لإنقاذ حياة شخص أو زوال الخطر المهدد له.
- الدراسات الاكتوارية : تحديد المخاطر في مجال تمويل الضمان الصحي، عن طريق استخدام الإحصاءات، والأساليب الحسابية المتعارف عليها، واقتراح الحلول المناسبة لتقليل تلك المخاطر والحدّ من النتائج السلبية المترتبة عليها.
- ذو الدخل المحدود : كل من يتقاضى راتباً إجمالياً شهرياً يقل عن الحد الأدنى الذي تحدده المؤسسة بموجب القرارات الصادرة عنها في هذا الشأن.

- جهة الاشتراك : أي من الجهات المسؤولة عن إشراك المستفيد بالضمان الصحي وفقاً لأحكام القانون.
- مندوب الضمان الصحي : الشخص الطبيعي المكلف بالقيام بعملية تسويق أو بيع وثائق الضمان الصحي بالنيابة عن شركات التأمين، وإرشاد المستفيدين فيما يخص الضمان الصحي والمنافع الصحية والفروقات بين المنافع المعروضة.

شروط التصريح لشركة التأمين

المادة (2)

يُشترط لإصدار التصريح لشركة التأمين، كمقدم للتغطية الأساسية أو التغطية الإضافية، أن يُقدّم الشخص المخوّل بتمثيلها قانوناً طلب الحصول على التصريح إلى المؤسسة، وفقاً للنموذج المعتمد لديها لهذه الغاية، مستوفياً الشروط المطلوبة ومعززاً بالبيانات والمستندات المحددة في الموقع الإلكتروني للهيئة.

التزامات شركات التأمين المصرّح لها بتقديم
التغطية التأمينية من غير التغطية الأساسية

المادة (3)

بالإضافة إلى الالتزامات المنصوص عليها في القانون والقرارات الصادرة بموجبه والتشريعات السارية في الإمارة، يجب على شركة التأمين المصرّح لها بتقديم التغطية التأمينية من غير التغطية الأساسية، الالتزام بما يلي:

1. توفير شبكة من مقدمي الخدمات الصحية للمستفيدين، موزعة بشكل متوازن من الناحية الجغرافية على مستوى الدولة، وأن يتم اعتماد هذه الشبكة من المؤسسة.
2. عدم ممارسة أي شكل من أشكال الضغط المباشر أو غير المباشر على المستفيد لتعديل أي من المنافع الصحية المشمولة بالتغطية التي تم التعاقد معه عليها.
3. عدم دفع أي عمولات أو تقديم أي منافع مادية أو معنوية لشركات إدارة المطالبات أو لوسطاء التأمين أو مقدمي الخدمات الصحية، أو إثيان أي عمل من شأنه التأثير على واجباتهم أو التزاماتهم، أو يُنشئ تعارضاً في المصالح أو يثير الشبهة حول تعارض المصالح بأي شكل من الأشكال.
4. استخدام أنظمة المطالبات التأمينية التي تحددها المؤسسة.
5. ضوابط تسعير وثائق الضمان الصحي المعتمدة من المؤسسة.
6. تحمل المسؤوليات الملقاة على عاتقها حتى لو تعاقدت مع شركة إدارة المطالبات، بغرض إدارة المطالبات التأمينية الخاصة بوثائق الضمان الصحي الصادرة عنها.
7. عدم تقاضي أو فرض أي رسوم أو بدلات مالية على الشكاوى المقدمة إليها بشأن الضمان الصحي.
8. تزويد جهة الاشتراك بما يثبت بدء فترة التغطية، والمعلومات الأساسية للتغطية التأمينية، بحسب ما هو محدد بوثيقة الضمان الصحي والاشتراطات المعتمدة من المؤسسة في هذا الشأن.
9. إشعار جهة الاشتراك بتجديد وثيقة الضمان الصحي قبل (30) ثلاثين يوماً على الأقل من تاريخ انتهائها، على أن يتضمن الإشعار قيمة القسط وأي تغييرات في وثيقة الضمان الصحي المجددة.
10. توفير التغطية التأمينية للمستفيد ودفع جميع المطالبات المترتبة على ذلك، قبل إصدار بطاقة الضمان الصحي أو تفعيل بطاقة الهوية كآلية بديلة عن بطاقة الضمان الصحي.
11. تقديم التقارير الدورية، في المواعيد التي تحددها المؤسسة، حول مستوى الأداء والفعالية، على أن تتضمن هذه التقارير الوقت المستغرق لإصدار الموافقات المسبقة على تقديم المنافع الصحية، وعدد ونسبة الحالات التي تجاوزت السقف السنوي للتغطية، والتسويات المالية المدفوعة، وأي بيانات أخرى تطلبها المؤسسة.
12. الإطار الزمني المحدد من المؤسسة فيما يتعلق بدورة المطالبات التأمينية، وإصدار الموافقات التأمينية، والمدفوعات المترتبة على تقديم المنافع الصحية.

التزامات شركة التأمين المصرح لها بتقديم التغطية الأساسية

المادة (4)

بالإضافة إلى الالتزامات المنصوص عليها في القانون والقرارات الصادرة بموجبه والتشريعات السارية في الإمارة، يجب على شركة التأمين المصرح لها بتقديم التغطية الأساسية لذوي الدخل المحدود أو أي فئة أخرى تحددها المؤسسة، الالتزام بما يلي:

1. تقديم تقرير سنوي للمؤسسة، يوضح عدد الشكاوى المقدمة لشركة التأمين، مبيّن فيه عدد الشكاوى التي تم حلها والشكاوى التي لا تزال معلقة وأسباب هذا التعليق، وتزويد المؤسسة كذلك بأي تفاصيل تتعلق بالشكاوى في حال طلبها منها.
2. تقديم التقارير الدورية، في المواعيد التي تحددها المؤسسة، حول مستوى الأداء والفعالية، على أن تتضمن هذه التقارير الوقت المستغرق لإصدار الموافقات المسبقة على تقديم المنافع الصحية، وعدد ونسبة الحالات التي تجاوزت السقف السنوي للتغطية، والتسويات المالية المدفوعة، وأي بيانات أخرى تطلبها المؤسسة.
3. تقديم تقرير ربع سنوي يبين حالة التسويات المالية مع مقدمي الخدمات الصحية وفقاً للتوجيهات والضوابط الصادرة من المؤسسة والآليات التي تحددها.
4. تقديم دراسة اكتوارية سنوية للمؤسسة، توضح نسبة إعادة التأمين، فيما يتعلق ببرامج المنافع الصحية الخاصة بكل سنة.
5. تزويد المؤسسة بتقارير مالية ربع سنوية، وكذلك تقرير مالي في نهاية السنة المالية، بالإضافة إلى أي تقارير مالية تطلبها عن أي فترة من فترات التغطية التأمينية.
6. عدم رفض أي طلب لتوفير التغطية الأساسية، بدون عذر مبرر تقبله المؤسسة.
7. عدم فرض أي مبالغ إضافية تزيد على المبالغ المحددة لها من المؤسسة، لتوفير التغطية الأساسية أو أي من الخدمات التي تقدمها.
8. استخدام أنظمة المطالبات التأمينية التي تحددها المؤسسة.
9. تقديم طلب مكتوب للمؤسسة قبل (30) ثلاثين يوماً على الأقل من التاريخ الذي ترغب فيه بالتوقف عن توفير التغطية الأساسية، مشفوعاً بمبررات وأسباب هذا الطلب، وتعهد كتابي بالاستمرار بتوفير التغطية الأساسية لجميع الوثائق الصادرة عنها لحين تاريخ انتهائها.
10. عدم دفع أي عمولات أو تقديم أي منافع مادية أو معنوية لشركات إدارة المطالبات أو لوسطاء التأمين أو مقدمي الخدمات الصحية، أو إتيان أي عمل من شأنه أن يؤثر على

- واجباتهم أو التزاماتهم، أو ينشئ تعارضاً في المصالح أو يثير الشبهة حول تعارض المصالح بأي شكل من الأشكال.
11. ضوابط تسعير وثائق التأمين المعتمدة من المؤسسة.
12. عدم تطبيق تسعيرات معدلة على العقود بعد تجديدها، إلا بعد الحصول على موافقة المؤسسة المسبقة على ذلك.
13. التعهد بعدم تقديم طلب الحصول على التصريح بتقديم التغطية الأساسية، في حال تم إلغاء التصريح الصادر لها بناءً على طلبها، إلا بعد مرور (5) خمس سنوات من تاريخ إلغاء التصريح.
14. تحمل المسؤوليات الملقاة على عاتقها حتى لو تعاقدت مع شركة إدارة المطالبات، بغرض إدارة المطالبات التأمينية الخاصة بوثائق الضمان الصحي الصادرة عنها.
15. عدم تقاضي أو فرض أي رسوم أو بدلات مالية على الشكاوى المقدمة إليها بشأن الضمان الصحي.
16. الإطار الزمني المحدد من المؤسسة فيما يتعلق بدورة المطالبات التأمينية، وإصدار الموافقات التأمينية، والمدفوعات المترتبة على تقديم المنافع الصحية.

تحويل وثائق الضمان الصحي

المادة (5)

- أ- لا يجوز لشركة التأمين أن تحول وثائق الضمان الصحي التي أصدرتها إلى شركة تأمين أخرى، إلا بعد الحصول على موافقة كتابية مسبقة من المؤسسة، ويتم إصدار هذه الموافقة وفقاً للإجراءات والضوابط التالية:
1. تقديم طلب تحويل وثائق الضمان الصحي إلى المؤسسة، مبيّن فيه أسبابه ومبرراته.
 2. تقديم ما يثبت أن شركة التأمين طالبة التحويل، قد أوفت بالتزاماتها عن جميع وثائق الضمان الصحي التي أصدرتها.
 3. الإعلان مرتين على نفقتها، بعد صدور الموافقة من المؤسسة، برغبتها في تحويل وثائق الضمان الصحي التي أصدرتها لشركة تأمين أخرى، وذلك في صحيفتين محليتين إحداهما تصدر باللغة العربية والأخرى باللغة الإنجليزية، على أن يفصل بين كل إعلان في الصحيفة الواحدة فاصل زمني مدته (15) خمسة عشر يوماً، شريطة أن يتضمن الإعلان الإشارة إلى حق كل شخص صدرت له وثيقة الضمان

الصحي أو كل ذي مصلحة، في تقديم اعتراض لدى المؤسسة على هذا التحويل خلال (45) خمسة وأربعين يوماً من تاريخ آخر إعلان.

ب- تُصدر المؤسسة قرارها بالموافقة على طلب تحويل وثائق الضمان الصحي، بعد التحقق من وفاء شركة التأمين بالتزاماتها، ولم يتم الاعتراض على طلب التحويل خلال المدة المشار إليها في البند (3) من الفقرة (أ) من هذه المادة، على أن يتم نشر هذه الموافقة بالطريقة التي تحددها المؤسسة، وذلك خلال شهر من تاريخ صدور القرار بالموافقة على طلب التحويل، ويحتج بقرار التحويل ضد كل شخص صدرت له وثيقة الضمان الصحي أو كل ذي مصلحة، وتنتقل الحقوق التي لشركة التأمين طالبة التحويل إلى شركة التأمين التي تمت الموافقة على تحويل وثائق الضمان الصحي إليها.

ج- على الرغم مما ورد في الفقرة (ب) من هذه المادة، يجوز للمؤسسة إصدار قرارها بالموافقة على تحويل وثائق الضمان الصحي في أي من الحالات التالية:

1. صدور قرار نهائي من المؤسسة برفض الاعتراض.
2. تنازل المعارض عن اعتراضه لأي سبب كان.
3. استيفاء مبلغ من الشركة يعادل التزاماتها قبل المعارض.

طلب إلغاء التصريح لشركة التأمين

المادة (6)

أ- تُطبق الإجراءات والضوابط المنصوص عليها في المادة (5) من هذا القرار، على شركة التأمين التي تطلب إلغاء التصريح.

ب- يراعى عند دراسة طلب شركة التأمين بإلغاء التصريح الصادر لها الضوابط التالية:

1. أن تثبت شركة التأمين وفاءها بجميع التزاماتها المتعلقة بوثائق الضمان الصحي التي أصدرتها، أو أنه تمت الموافقة لها من المؤسسة على تحويل هذه الوثائق إلى شركة تأمين أخرى.

2. تكون شركة التأمين مسؤولة عن جميع وثائق الضمان الصحي التي أبرمت عقودها داخل الدولة قبل إلغاء التصريح، وتستمر التزاماتها حيالها قائمة إلى حين انتهاء مدة تلك الوثائق.

ج- مع عدم الإخلال بما ورد في البند (13) من المادة (4) من هذا القرار، يجوز لشركة التأمين التي تمت الموافقة لها على إلغاء التصريح، التقدم بطلبه مرة أخرى بعد مضي

سنة واحدة من تاريخ إلغاء التصريح، ويجوز للمؤسسة إلغاء هذه المدة أو تخفيضها لأسباب مبررة تقدمها شركة التأمين.

د- يعتبر في حكم طلب إلغاء التصريح، انتهاء التصريح دون تجديده بعد مضي (30) ثلاثين يوماً على انتهاء صلاحيته.

التصريح لشركة إدارة المطالبات

المادة (7)

يُشترط لإصدار التصريح لشركة إدارة المطالبات، أن يُقدّم الشخص المخوّل بتمثيلها قانوناً طلب الحصول على التصريح إلى المؤسسة، وفقاً للنموذج المعتمد لديها لهذه الغاية، مستوفياً للشروط المطلوبة، ومعززاً بالبيانات والمستندات المحددة في الموقع الإلكتروني للهيئة.

التزامات شركة إدارة المطالبات

المادة (8)

بالإضافة إلى الالتزامات المنصوص عليها في القانون والقرارات الصادرة بموجبه والتشريعات السارية في الإمارة، يجب على شركة إدارة المطالبات الالتزام بما يلي:

1. الامتناع عن القيام بأي تصرف من شأنه إهدار حقوق المستفيد، بما في ذلك الخدمات المشمولة بوثيقة الضمان الصحي الصادرة له، أو زيادة الأعباء المالية عليه، بخلاف ما هو محدد بوثيقة الضمان الصحي.
2. عدم دفع أي عمولات أو تقديم أي منافع مادية أو معنوية لمقدمي الخدمات الصحية أو لوسطاء التأمين أو إتيان أي عمل من شأنه أن يؤثر على واجباتهم أو التزاماتهم، أو ينشئ تعارضاً في المصالح أو يثير الشبهة حول تعارض المصالح بأي شكل من الأشكال.
3. استخدام أنظمة المطالبات التأمينية التي تحددها المؤسسة.
4. التضامن في المسؤوليات الملقاة على عاتق شركة التأمين التي تعاقدت معها بغرض إدارة مطالباتها التأمينية.
5. عدم تقاضي أو فرض أي رسوم أو بدلات مالية على الشكاوى المقدمة إليها بشأن الضمان الصحي.
6. الإطار الزمني المحدد من المؤسسة فيما يتعلق بدورة المطالبات التأمينية، وإصدار الموافقات التأمينية، والمدفوعات المترتبة على تقديم المنافع الصحية.

تصريح وسيط التأمين

المادة (9)

يُشترط لإصدار التصريح لوسيط التأمين، أن يُقدّم الشخص المخوّل بتمثيلها قانوناً طلب الحصول على التصريح إلى المؤسسة، وفقاً للنموذج المعتمد لديها لهذه الغاية، مستوفياً للشروط المطلوبة، ومعززاً بالبيانات والمستندات المحددة في الموقع الإلكتروني للهيئة.

التزامات وسيط التأمين

المادة (10)

بالإضافة إلى الالتزامات المنصوص عليها في القانون والقرارات الصادرة بموجبه والتشريعات السارية في الإمارة، يجب على وسيط التأمين الالتزام بما يلي:

1. الاحتفاظ بسجل إلكتروني خاص بالعاملين لديه، وبمندوبي الضمان الصحي المتعاقد معهم، يتضمن بيان أسمائهم ومؤهلاتهم وخبراتهم ذات الصلة بأعمال الضمان الصحي.
2. عدم الاستعانة بأي شخص كمندوب ضمان صحي، قبل حصول هذا الشخص على تصريح مندوب ضمان صحي صادر عن المؤسسة.
3. تسليم مشتري وثيقة الضمان الصحي عرض أسعار، موضح فيه مقابل خدماته وخدمات شركته وكيفية سداد هذا البذل.
4. استخدام أنظمة المطالبات التأمينية التي تحددها المؤسسة.
5. دفع جميع المطالبات التأمينية المستحقة على المستفيد، عن الفترة التي يتأخر فيها عن إشراك المستفيد بالضمان الصحي.

تصريح مندوب الضمان الصحي

المادة (11)

يُشترط لإصدار تصريح مندوب ضمان صحي، أن يُقوم الشخص الطبيعي الراغب بالحصول على هذا التصريح بتقديم طلبه إلى المؤسسة، وفقاً للنموذج المعتمد لديها لهذه الغاية، مستوفياً للشروط المطلوبة، ومعززاً بالبيانات والمستندات المحددة في الموقع الإلكتروني للهيئة.

التصريح لمقدم الخدمات الصحية المادة (12)

يُشترط لإصدار تصريح مقدم الخدمات الصحية، أن يُقدّم الشخص المخوّل بتمثيله قانوناً طلب الحصول على التصريح إلى المؤسسة، وفقاً للنموذج المعتمد لديها لهذه الغاية، مستوفياً للشروط المطلوبة، ومعززاً بالبيانات والمستندات المحددة في الموقع الإلكتروني للهيئة.

التزامات مقدم الخدمات الصحية المادة (13)

بالإضافة إلى الالتزامات المنصوص عليها في القانون والقرارات الصادرة بموجبه والتشريعات السارية في الإمارة، يجب على مقدم الخدمات الصحية الالتزام بما يلي:

1. عدم تعديل أسعار الخدمات الصحية قبل الحصول على موافقة المؤسسة المسبقة على ذلك، ويتم إصدار هذه الموافقة وفقاً للشروط والإجراءات المعتمدة لديها في هذا الشأن.
2. أن يقوم بتقديم الخدمات الصحية للمستفيد، وفقاً لمنظومة الضمان الصحي، وطبقاً للمعايير المعتمدة لدى الهيئة، وبما يتماشى مع الأصول الطبية المتعارف عليها في هذا الشأن.
3. عدم التوقف عن تقديم الخدمات الصحية وفقاً لمنظومة الضمان الصحي، إلا بعد الحصول على موافقة المؤسسة المسبقة على ذلك، ويتم إصدار هذه الموافقة وفقاً للإجراءات والضوابط التالية:
 - أ- تقديم طلب التوقف عن تقديم الخدمات الصحية وفقاً لمنظومة الضمان الصحي، سواءً بشكل دائم أو مؤقت إلى المؤسسة، مبيّن فيه أسباب ومبررات هذا الطلب، ومدته إذا كان مؤقتاً.
 - ب- الإعلان مرتين على نفقته، بعد صدور الموافقة له من المؤسسة، برغبته في التوقف عن تقديم الخدمات الصحية وفقاً لمنظومة الضمان الصحي، وذلك في صحيفتين محليتين إحداهما تصدر باللغة العربية والأخرى باللغة الإنجليزية، على أن يفصل بين كل إعلان في الصحيفة الواحدة فاصل زمني مدته (7) سبعة أيام، شريطة أن يتضمن الإعلان إقرار بشأن تصفية الالتزامات.
4. استخدام أنظمة المطالبات التأمينية التي تحددها المؤسسة.
5. عدم دفع أي عمولات أو تقديم أي منافع مادية أو معنوية لشركات إدارة المطالبات أو لوسطاء التأمين أو لمقدم خدمة صحية آخر أو لأي من أطراف منظومة الضمان

الصحي، أو إثبات أي عمل من شأنه أن يؤثر على واجباتهم أو التزاماتهم أو ينشئ تعارضاً في المصالح أو يثير الشبهة حول تعارض المصالح بأي شكل من الأشكال.

6. عدم المشاركة بأي طريقة كانت بالعمل بصفة وسيط في بيع أو تسويق وثائق الضمان الصحي.

التعاقد بين شركة التأمين وشركة إدارة المطالبات

المادة (14)

يجب أن يشمل العقد المبرم بين شركة التأمين وشركة إدارة المطالبات، جميع المسائل المرتبطة بتنظيم العلاقة بين طرفيه بشكل واضح وصريح، وعلى وجه الخصوص ما يلي:

1. تحديد الخدمات الصحية محل العقد.
2. تحويل شركة التأمين لشركة إدارة المطالبات بعقد الاتفاقيات مع مقدمي الخدمات الصحية بالنيابة عنها.
3. تحديد حقوق والتزامات كل من شركة التأمين وشركة إدارة المطالبات في العقود التي تبرمها شركة إدارة المطالبات مع مقدمي الخدمات الصحية بالنيابة عن شركة التأمين.
4. تحديد الملفات والدفاتر والسجلات التي يجب أن تمسكها شركة إدارة المطالبات بشكل منظم، ومنح شركة التأمين الحق بالاطلاع عليها، وكيفية الحصول على نسخ عنها.
5. مدة تسوية المطالبات ودفعها.
6. الضوابط والإجراءات التي تحكم إدارة الأموال الخاصة بالتعاقد.
7. تحديد المعلومات المتعلقة بالتقارير الإحصائية التي تعدها شركة إدارة المطالبات بشكل دوري لحساب شركة التأمين.
8. تفاصيل الأتعاب أو المخصصات المالية المقدمة لشركة إدارة المطالبات من شركة التأمين، بما في ذلك كيفية احتساب هذه الأتعاب أو المخصصات.
9. الجهة المسؤولة عن التعامل مع الشكاوى المقدمة من أي طرف ذي مصلحة تتعلق بموضوع العقد المبرم.
10. التزام شركة التأمين بسداد المطالبات المالية المستحقة لمقدمي الخدمات الصحية في الوقت المتفق عليه بين مقدم الخدمة الصحية وشركة إدارة المطالبات.
11. مستويات الخدمة ومؤشرات الأداء للخدمات المزمع تقديمها من قبلها.
12. أي بيانات أخرى تحددها المؤسسة.

التعاقد بين مقدم الخدمات الصحية وشركة التأمين أو شركة إدارة المطالبات المادة (15)

يجب أن يشتمل العقد المبرم بين مقدم الخدمات الصحية وشركة التأمين أو شركة إدارة المطالبات، جميع المسائل المتعلقة بتنظيم العلاقة بين طرفيه بشكل واضح وصريح، وعلى وجه الخصوص ما يلي:

1. إجراءات وآليات سداد المقابل المادي للخدمات الصحية.
2. الإجراءات الخاصة بالتحقق من هوية المستفيد والحصول على الموافقة على تقديم الخدمات الصحية له.
3. تكلفة الخدمات الصحية الواجب على مقدم الخدمات الصحية تقديمها.
4. التزام شركة التأمين بسداد المطالبات المالية على الخدمات الصحية المستحقة لمقدمي الخدمات الصحية في الوقت المتفق عليه.
5. عدم قيام شركات التأمين وشركات إدارة المطالبات باستيفاء أي مبالغ من مقدمي الخدمات الصحية نظير الانضمام إلى شبكة مقدمي الخدمات الصحية لديها، وفي حال كانت هناك أي مبالغ مقابل خدمات إضافية، فيجب أن تكون شركة التأمين أو شركة إدارة المطالبات مرخصة لتقديم هذه الخدمات من الجهة المعنية.
6. أي بيانات أخرى تحددها المؤسسة.

التعاقد بين شركة التأمين وجهة الاشتراك المادة (16)

- أ- يجب أن يشتمل العقد المبرم بين شركة التأمين وجهة الاشتراك، جميع المسائل المتعلقة بتنظيم العلاقة بينهما بشكل واضح وصريح، وعلى وجه الخصوص ما يلي:
1. قيمة العقد وآلية الدفع.
 2. تفاصيل التغطية التي يجب تضمينها وثيقة الضمان الصحي، وعلى وجه الخصوص، الخدمات الصحية المشمولة، مقدمي الخدمات الصحية، التغطية الجغرافية، الأسقف المالية لوثيقة الضمان الصحي والخدمات الصحية، مقدار المشاركة، وأي منافع أخرى سيتم تقديمها للمستفيد.
 3. آلية تسليم المستفيد ما يثبت إشراكه بالضمان الصحي.
 4. أسماء المستفيدين وفئة تغطية الضمان الصحي الخاصة بكل مستفيد.
 5. الإجراءات المتبعة في حال إلغاء وثيقة الضمان الصحي.

6. آلية تجديد العقد أو التعديل على أي من بنوده.
7. إشعار جهة الاشتراك بتجديد وثيقة الضمان الصحي قبل (30) ثلاثين يوماً على الأقل من تاريخ انتهائها، ويتعين أن يتضمن هذا الإشعار قيمة القسط وأي تغييرات في الوثيقة المجددة.
8. أي بيانات أخرى تحددها المؤسسة.
- ب- يجب على شركة التأمين تزويد جهة الاشتراك بوثيقة الضمان الصحي خلال (14) أربعة عشر يوماً من تاريخ إبرام العقد بينهما، سواءً بصيغة ورقية أو إلكترونية، وفي حال لم يتم تسليم وثيقة الضمان الصحي خلال هذه المهلة، فإنه يجوز لجهة الاشتراك إلغاء العقد، واسترداد أي مبالغ دفعت من قبلها لشركة التأمين، إضافةً إلى تحميل شركة التأمين أي تكاليف تكبدتها أو تكبدها المستفيدون للعلاج خلال فترة التأخر عن تسليم وثيقة الضمان الصحي.
- ج- تُمنح جهة الاشتراك فترة تجريبية لا تزيد على (14) أربعة عشر يوماً من التاريخ والوقت الذي بدأ فيه سريان وثيقة الضمان الصحي، ويجوز لجهة الاشتراك تضمين العقد حقها بالعدول عنه، دون إبداء الأسباب، واسترداد أي مبالغ دفعت من قبلها لشركة التأمين، على أن يراعى عند العدول ما يلي:
1. عدم حصول أي من المستفيدين بموجب وثيقة الضمان الصحي محل العقد على أي منفعة واردة فيها قبل العدول عن العقد، أو رد المبالغ التي تحملتها شركة التأمين.
 2. إعادة جميع بطاقات الضمان الصحي وقت العدول.

البيانات العامة الواجب إدراجها في عقود الضمان الصحي

المادة (17)

- بالإضافة إلى البيانات التي يجب أن تشتمل عليها العقود المتعلقة بمنظومة الضمان الصحي، المقررة بموجب القانون وهذا القرار والتشريعات السارية في الإمارة، يجب أن تتضمن هذه العقود البيانات والأحكام الأساسية التالية:
1. بيانات أطراف العقد.
 2. حقوق والتزامات أطراف العقد.
 3. مدة سريان العقد والحالات الموجبة لإلغائه أو إنهائه.
 4. شروط وإجراءات إنهاء العقد.

5. إجراءات تجديد العقد.
6. آلية الحفاظ على سرية البيانات والمعلومات.
7. الإجراءات الخاصة بتلقي الشكاوى والبت فيها.
8. إجراءات فض المنازعات، بحيث يتم النص في العقد على وجوب إحالة كافة النزاعات التي قد تنشأ بين الأطراف إلى المؤسسة للفصل فيها أو للوصول إلى حل توافقي بين أطراف النزاع، وذلك قبل اللجوء إلى القضاء أو التحكيم.
9. أي بيانات أخرى تحددها المؤسسة.

التزامات المستفيد

المادة (18)

- بالإضافة إلى الالتزامات المنصوص عليها في القانون والقرارات الصادرة بموجبه والتشريعات السارية في الإمارة، يجب على المستفيد الالتزام بما يلي:
1. إخطار شركة التأمين بتاريخه المرضي الكامل والصحيح، وتزويدها بأي معلومات أو بيانات لغايات توفير وثيقة الضمان الصحي له.
 2. عدم إساءة استخدام خدمات الضمان الصحي أو ارتكاب أي فعل بأي شكل من الأشكال للحصول على منفعة مادية أو معنوية سواء له أو للغير.
 3. عدم التعاون مع أي جهة لاستغلال التغطية التأمينية أو التحايل على منظومة 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. الإفصاح عن أي ضمان صحي آخر لديه أو لدى أحد أفراد عائلته المشمولين بالضمان الصحي على النحو المحدد في القانون.
 6. عدم الجمع بين أي من باقات الضمان الصحي المقررة بموجب القانون، وأي ضمان صحي آخر، ويجوز للمؤسسة السماح للمستفيد بالجمع بين أكثر من باقة للضمان الصحي، وفقاً للضوابط والإجراءات المعتمدة لديها في هذا الشأن.

باقات الضمان الصحي

المادة (19)

أولاً: تحدد أنواع باقات الضمان الصحي، والمنافع الصحية المقررة لفئات المستفيدين، وترقيتها، على النحو التالي:

1- باقة المواطن:

أ- تغطية الخدمات الصحية العلاجية والوقائية لدى مقدمي الخدمات الصحية في القطاعين العام والخاص، التي تعتمدها المؤسسة، وفقاً لسياسة الضمان الصحي المعتمدة في هذا الشأن.

ب- الاستفادة من الضمان الصحي الحكومي، وذلك بالقدر الذي تزيد فيه قيمة التغطية التأمينية الممنوحة له من جهة عمله، بما يوازي قيمة التغطية الحكومية للمواطن.

ج- جواز ترقية باقة الضمان الصحي الحكومية المخصصة له، وذلك من خلال قيامه أو قيام جهة الاشتراك بشراء باقة ضمان صحي تضيف مزايا على باقته الحكومية.

2- باقة المقيم:

أ- تغطية الخدمات الصحية، بما لا يقل عن التغطية الأساسية المحددة من المؤسسة، ما لم تقوم جهة الاشتراك بتوفير تغطية إضافية له ولأفراد أسرته.

ب- جواز ترقية باقة الضمان الصحي المقررة له، وذلك من خلال قيامه أو قيام جهة الاشتراك بشراء باقة ضمان صحي تضيف مزايا على باقته.

3- باقة الزائر:

أ- تغطية الخدمات الصحية بما لا يقل عن التغطية الأساسية المحددة من المؤسسة، ما لم تقوم جهة الاشتراك بتوفير تغطية إضافية له ولأفراد أسرته.

ب- جواز ترقية باقة الضمان الصحي المقررة له، وذلك من خلال قيامه أو قيام جهة الاشتراك بشراء باقة ضمان صحي تضيف مزايا على باقته.

ثانياً: تقوم المؤسسة بشكل دوري بمراجعة باقات الضمان الصحي بحسب احتياجات الأفراد والمواصفات الصحية، بما في ذلك مراجعة المنافع الصحية المقررة لكل باقة.

وثيقة الضمان الصحي

المادة (20)

أ- يشترط في وثيقة الضمان الصحي، ما يلي:

1. أن يتم صياغتها بطريقة واضحة، تمكن الأفراد العاديين من فهم دلالتها، وأن تتضمن تعريفات دقيقة للمصطلحات المستخدمة، مع ذكر أمثلة توضيحية عند اللزوم.
2. أن يتم كتابتها باللغتين العربية والإنجليزية كحد أدنى، ويكون النص العربي هو المعتبر في حال وجود تعارض بينه وبين النصوص الأخرى.
3. أن يتم تزويد المستفيد بنسخة عنها وبكافة ملحقاتها، وأن يتم إثبات هذا التسليم بالآلية التي تحددها شركة التأمين.
4. أن يتم تضمينها بالإضافة إلى البيانات المنصوص عليها في القانون، البيانات التالية:

أ- نوع وثيقة الضمان الصحي أو الباقية.

ب- إجراءات إلغاء أو تجديد وثيقة الضمان الصحي.

ج- التزامات المستفيد.

ب- يجوز أن تتضمن وثيقة الضمان الصحي استثناء تغطية الحالات المرضية السابقة على تغطية المستفيد بالضمان الصحي، على ألا تتجاوز مدة الاستثناء من التغطية (6) ستة أشهر تبدأ من تاريخ سريان أول وثيقة ضمان صحي يحصل عليها، ما لم تكن الحالة المرضية من ضمن الحالات الطارئة.

ج- يستمر العمل بوثائق الضمان الصحي الصادرة قبل تاريخ العمل بأحكام هذا القرار إلى حين انتهاء مدة سريانها أو لمدة سنة واحدة بعد تاريخ العمل بأحكام هذا القرار، أيهما أقرب.

د- تكون مدة صلاحية وثيقة الضمان الصحي سنة واحدة، ويجوز للهيئة تحديد مدة أطول لبعض وثائق الضمان الصحي، وفي حال إلغاء وثيقة الضمان الصحي قبل مضي مدة صلاحيتها دون وجود خلاف قائم بين شركة التأمين وجهة الاشتراك، فإنه يتوجب على شركة التأمين إرجاع جزء من قيمة وثيقة الضمان الصحي بحسب المعادلة المعتمدة لدى المؤسسة في هذا الشأن.

بطاقة الضمان الصحي

المادة (21)

تصدر بطاقة الضمان الصحي للمستفيد، من مقدم التغطية، سواءً بشكل تقليدي أو إلكتروني، على أن تتضمن هذه البطاقة البيانات والمعلومات التالية:

1. اسم المستفيد.

2. جنسية المستفيد.
3. تاريخ ميلاد المستفيد.
4. رقم بطاقة الضمان الصحي.
5. رقم وثيقة الضمان الصحي.
6. اسم مقدم التغطية.
7. تاريخ الصلاحية.
8. اسم شبكة مقدمي الخدمات الصحية.
9. الفئة.
10. مقدار المشاركة.
11. أي بيانات أخرى تحددها المؤسسة.

مطالبات الضمان الصحي المادة (22)

- أ- على مقدمي الخدمات الصحية تقديم مطالباتهم المتعلقة بالضمان الصحي، وفقاً للإجراءات والتعليمات والأنظمة المعتمدة لدى المؤسسة في هذا الشأن.
- ب- على شركات التأمين الرد على المطالبات المتعلقة بالضمان الصحي، وفقاً للإجراءات والتعليمات والأنظمة المعتمدة لدى المؤسسة في هذا الشأن.

آلية تسعير الخدمات الصحية المادة (23)

- أ- يجب على مقدم الخدمات الصحية الالتزام بقائمة الأسعار المقدمة من طرفه عند طلب الحصول على التصريح، ولا يجوز له تغيير هذه القائمة إلا بعد مضي سنة واحدة على الأقل من الموعد المعلن من المؤسسة لتقديم قوائم الأسعار، وأن يكون طلب تغيير الأسعار المقدم إلى المؤسسة معززاً بالبيانات التحليلية والإحصائية حسب الجداول المعدة من قبلها في هذا الشأن، ويتم البت في هذا الطلب خلال (60) ستين يوماً من تاريخ تقديمه.
- ب- تعتمد المؤسسة آلية تسعير الخدمات الصحية، وتقوم بتعميمها على مقدمي الخدمات الصحية للتقيّد بها، ويراعى عند وضع هذه الآلية ما يلي:
 1. أن تشمل مقدمي الخدمات الصحية، فيما عدا الصيدليات ومقدمي خدمات النظارات.

2. الحصول على الموافقة المسبقة من المؤسسة للتفاوض مع شركات التأمين وشركات إدارة المطالبات على زيادة الأسعار السنوية الإجمالية بالنسب المتغيرة سنوياً، وتحدد هذه الأسعار بالتعاون بين المؤسسة ومركز دبي للإحصاء.
3. دراسة وضع السوق من أن لآخر بالتعاون مع شركات التأمين وشركات إدارة المطالبات ومقدمي الخدمات الصحية لتطوير نموذج أسعار ملائم في الأحوال التي تستدعي ذلك.
4. التقيد بالإجراءات المعتمدة لدى المؤسسة لاعتماد وتعديل أسعار الخدمات الصحية، وعلى وجه الخصوص ما يلي:
 - أ- تقديم طلب زيادة الأسعار، وفقاً للنموذج المعتمد لدى المؤسسة لهذه الغاية.
 - ب- استيفاء المتطلبات والإجراءات التالية:
 1. التسجيل ومتابعة الطلب من خلال الأنظمة المعتمدة لدى المؤسسة.
 2. استخدام نظام الوصفات الطبية المعتمد لدى المؤسسة.
 3. مراعاة الحصول على الحد الأدنى من المؤشرات المطلوبة من الهيئة.
 4. عدم وجود دفعات مالية معلقة مع المؤسسة.
 5. إعطاء معلومات عن الأسعار المطلوبة للمساعدة في تقدير الأسعار المستقبلية، وذلك بالنسبة لبعض مقدمي الخدمات الصحية الذين تحددهم المؤسسة.
 6. أي متطلبات أو إجراءات أخرى تحددها المؤسسة.
- ج- يتم دراسة طلب زيادة أسعار الخدمات الصحية وإخطار مقدمه بقبول الطلب من عدمه، من خلال الأنظمة المعتمدة لدى المؤسسة في هذا الشأن.
- د- لا يتم النظر في أي طلب غير مستكمل للإجراءات والبيانات المحددة في هذه المادة.

آلية اعتماد أسعار باقات الضمان الصحي

المادة (24)

- أ- على شركات التأمين تسجيل جميع باقاتها الحالية والمستقبلية لدى المؤسسة لغايات اعتمادها، وذلك قبل تسويقها في الإمارة.
- ب- يجب أن تلي باقات الضمان الصحي المسجلة كحد أدنى مستوى المنافع الصحية التي يجب أن تشملها التغطية الأساسية كما هو محدد من المؤسسة.

- ج- على شركات التأمين تعديل المنافع الصحية لجميع باقات الضمان الصحي الخاصة بالمقيمين السابقة على تاريخ العمل بالقانون، وذلك لضمان توافقها مع باقة التغطية الأساسية خلال المدة التي تحددها المؤسسة.
- د- يكون لشركات التأمين سنوياً، تحديد مستوى الأسعار في برامج الضمان الصحي للتغطية الإضافية، شريطة التقيد بما يلي:
1. الشروط التي تضعها المؤسسة لتنظيم مستوى أسعار باقات الضمان الصحي المختلفة.
 2. عدم رفع أسعار باقات الضمان الصحي خلال السنة قبل الحصول على موافقة المؤسسة المسبقة على ذلك.
 3. عدم رفع سعر وثيقة الضمان الصحي السارية المفعول.
 4. تجديد التغطية المحددة بوثيقة الضمان الصحي للمستفيد، وفقاً للضوابط التي تحددها المؤسسة.
 5. عدم تغيير إجراءات سداد المبالغ مقابل الخدمات الصحية خلال فترة سريان وثيقة الضمان الصحي، إلا بعد تقديم شركة التأمين إشعاراً كتابياً لجهة الاشتراك، ومضي (30) ثلاثين يوماً على إصدار الإشعار، على أن يشتمل طلب التغيير على الأسباب والمبررات الموجبة لذلك التغيير.
- هـ- على المقيمين الذين ليس لديهم صاحب عمل أو كفيل الحصول على تأمين صحي قبل نهاية الموعد الذي تحدده المؤسسة.

أسس وقواعد حماية البيانات المتعلقة بالضمان الصحي

المادة (25)

- أ- مع عدم الإخلال بأحكام التشريعات السارية في الإمارة، يجب الالتزام بسرية المعلومات والبيانات الواردة في السجلات ذات الصلة بالضمان الصحي والخدمات الصحية المقدمة إلى المستفيدين من الضمان الصحي، ويجوز بناءً على طلب الفئات التالية السماح لها بالاطلاع على تلك البيانات والمعلومات:
1. المستفيد أو من يمثله قانوناً.
 2. الجهات القضائية.
 3. الهيئة، وذلك لأغراض تطبيق أحكام القانون والقرارات الصادرة بموجبه.

- ب- يجب على الفئات المشار إليها في الفقرة (أ) من هذه المادة، المحافظة على سرية المعلومات والبيانات الواردة في السجلات ذات الصلة بالضمان الصحي والخدمات الصحية المقدمة للمستفيدين، واستعمالها في الغرض الذي تم طلبها لأجله.
- ج- يجب على أطراف منظومة الضمان الصحي التقيّد بسياسات التعامل مع البيانات الشخصية والمالية التي تصدرها المؤسسة.
- د- مع عدم الإخلال بأي مدة أطول منصوص عليها في التشريعات السارية في الإمارة، يجب على مقدمي الخدمات الصحية حفظ سجلات المستفيد الصحية إلكترونياً أو ورقياً، لمدة لا تقل عن (25) خمس وعشرين سنة من تاريخ آخر إجراء صحي تم إجراؤه للمستفيد، أو من تاريخ انتهاء آخر وثيقة ضمان صحي، أيهما أبعد.
- هـ- يحق للمستفيد في حال اكتشافه أي خطأ في ملفه أو سجله الصحي، أن يطلب تصحيح هذا الخطأ من مقدم الخدمات الصحية دون سداد أي مبلغ مقابل ذلك التعديل.
- و- تحدد المؤسسة أنواع التقارير التي يجب تقديمها إليها من شركات التأمين ومقدمي الخدمات الصحية ووسطاء التأمين وشركات إدارة المطالبات، ويجب على هذه الجهات تزويد المؤسسة بالتقارير المطلوبة وفقاً للمواعيد والطريقة التي تحددها.

إلغاء أو نقل وثيقة الضمان الصحي

المادة (26)

- أ- تُطبق القواعد التالية بشأن طلب إلغاء أو نقل التغطية المقررة بموجب وثيقة الضمان الصحي:
1. إذا طلب المقيم إلغاء وثيقة الضمان الصحي الخاصة به، فعليه تقديم ما يثبت شموله بالتغطية تحت وثيقة ضمان صحي أخرى أو تقديم إثبات إلغاء تصريح إقامته في الدولة.
 2. إذا طلب الكفيل إلغاء وثيقة الضمان الصحي الخاصة بالمقيم الذي على كفالتة، فعليه تقديم ما يثبت شموله بالتغطية تحت وثيقة ضمان صحي أخرى أو تقديم إثبات إلغاء أو نقل إقامته لكفيل آخر أو إلغاء تصريح إقامته في الدولة.
 3. إذا طلب العامل إلغاء وثيقة الضمان الصحي الخاصة به، وهو لا يزال على رأس عمله، فيجب إثبات شمول العامل بالتغطية تحت وثيقة ضمان صحي أخرى من صاحب العمل، وعلى جهة الاشتراك الاستمرار بتغطية المستفيد بالضمان الصحي

- في حال إلغاء إقامته لفترة (30) ثلاثين يوماً من تاريخ الإلغاء أو حتى مغادرة المستفيد للدولة، أيهما أقرب.
- ب- تُلغى وثيقة الضمان الصحي بوفاة المستفيد، وتبقى شركة التأمين مسؤولة عن أي التزامات مالية مستحقة بموجب هذه الوثيقة.
- ج- يجب أن تراعى في وثائق الضمان الصحي التي يتم إصدارها عوضاً عن وثائق الضمان الصحي الملغاة، المنصوص عليها في هذه المادة، القواعد التالية:
1. ألا نقل التغطية المقررة بموجب وثيقة الضمان الصحي الجديدة عن التغطية قبل الإلغاء.
 2. ألا يتم إلغاء أو استبدال وثيقة الضمان الصحي القديمة قبل بدء سريان وثيقة الضمان الصحي البديلة.
 3. الحصول على موافقة المؤسسة المسبقة عند رغبة شركة التأمين في نقل التزاماتها ذات الصلة بوثيقة الضمان الصحي الصادرة عنها إلى شركة تأمين أخرى.
- د- على شركة التأمين التنسيق مع المؤسسة عند إلغاء وثيقة الضمان الصحي لأي سبب من الأسباب، عدا الاحتيال من طرف المستفيد، ورد جزء من قيمة وثيقة الضمان الصحي، بما يتناسب مع الفترة المتبقية للوثيقة، وبما يتوافق مع الضوابط المعتمدة لدى المؤسسة في هذا الشأن.

الرقابة والتفتيش

المادة (27)

- أ- تُصدر المؤسسة التعميم الدورية التي توضح المعايير الواجب الالتزام بها من أطراف منظومة الضمان الصحي، بما فيها معايير إنشاء قواعد البيانات الخاصة بمقدمي الخدمات الصحية.
- ب- يكون للمؤسسة في سبيل ضمان التطبيق السليم لمنظومة الضمان الصحي في الإمارة، الرقابة والتفتيش على أطراف منظومة الضمان الصحي، وذلك للتحقق من التزامهم بأحكام القانون والقرارات الصادرة بموجبه، وبالتعميم الصادرة عنها.
- ج- بالإضافة إلى الصلاحيات المخولة لهم بموجب التشريعات السارية، يكون لموظفي الهيئة المخولين صفة الضبطية القضائية في إثبات الأفعال التي تقع بالمخالفة لأحكام القانون، الصلاحيات التالية:

1. طلب أيّ معلومات أو مستندات من المشمولين بأحكام القانون، وذلك لتمكينهم من أداء واجباتهم الوظيفية على أكمل وجه في ضمان حسن تنفيذ وإدارة ومراقبة منظومة الضمان الصحي.
2. التحقيق في الشكاوى الخاصة بالضمان الصحي المُحالة إليهم واتخاذ الإجراءات اللازمة بشأنها.
3. تحرير محاضر الضبط بحق المخالفين، وفقاً للنماذج المعدة لهذه الغاية، على أن تتضمن هذه المحاضر البيانات الأساسية التالية:
 - أ- اسم مأمور الضبط القضائي ورقمه الوظيفي.
 - ب- تاريخ وزمان ومكان الواقعة محل المخالفة.
 - ج- أقوال الشهود أو الخبراء عن الوقائع المرتبطة بالمخالفة التي تم ضبطها.
 - د- تفاصيل الوقائع المتعلقة بالمخالفة المرتكبة.
 - هـ- توقيع المحضر من مأمور الضبط القضائي.
 - و- توقيع المحضر من الشهود أو الخبراء، أو الأشخاص الذين تم سماع أقوالهم أو سؤالهم أو تم الاستعانة بهم، بما في ذلك المترجمين، مع ذكر اسم ولقب وسن ومهنة وجنسية ومحل إقامة وما يثبت شخصية ورقم هوية هؤلاء الأشخاص.
 - ز- رفع نتائج أعمال الرقابة والتفتيش إلى المؤسسة، للعلم والتوجيه بما تراه مناسباً في ضوء ذلك.
 - ح- المحافظة على سرية البيانات والمعلومات المتعلقة بأعمال الرقابة والتفتيش والشكاوى، وعدم السماح للغير بالاطلاع عليها، باستثناء السلطات المختصة بذلك قانوناً، وفي الأحوال التي تجيزها التشريعات السارية في الإمارة.
 - ط- الاستعانة بالجهات الحكومية المعنية، بما في ذلك أفراد الشرطة عند الاقتضاء.

الشكاوى والمنازعات

المادة (28)

- أ- تتولى المؤسسة النظر في الشكاوى المقدمة بشأن الخدمات الصحية المتعلقة بمنظومة الضمان الصحي أو وثائق الضمان الصحي.
- ب- يشترط في الشكاوى المقدمة إلى المؤسسة، ما يلي:
 1. أن تتضمن البيانات الشخصية للشاكي.

2. توضيح التفاصيل المتعلقة بموضوع الشكوى، بما في ذلك تحديد طلبات الشاكي وصياغتها بشكل واضح ودقيق.
 3. أن يرفق بها كافة المستندات التي تؤيد الشكوى.
 4. أن تكون مكتوبة باللغة العربية أو باللغتين العربية والإنجليزية معاً.
 5. أي متطلبات أخرى تحددها المؤسسة.
- ج- على المؤسسة، بعد تقديم الشكوى إليها من ذوي العلاقة، القيام بما يلي:
1. استلام الشكوى وتسجيلها لديها، وإشعار مقدمها بذلك.
 2. الاستعانة بمن تراه مناسباً من موظفي الهيئة وغيرهم، لتزويدها بالرأي حول مضمون الشكوى في الأحوال التي تستدعي ذلك.
 3. القيام بما تراه لازماً من تفتيش أو تدقيق أو معاينة أو فحص للشكوى.
 4. إخطار الجهة المشكو ضدها بالشكوى وبالمستندات المؤيدة لها، والطلب منها موافقتها بردها على الشكوى خلال الفترة التي تحددها المؤسسة.
 5. تكليف أحد موظفي الهيئة لإجراء التدقيق أو المعاينة إذا اقتضى الأمر ذلك.
 6. الاطلاع على البيانات المتاحة من قواعد بيانات الهيئة عند الحاجة، وطلب أي سجلات أو مستندات من مقدمي الخدمات الصحية أو شركات التأمين أو شركات إدارة المطالبات أو وسيط التأمين، تكون ضرورية للنظر بالشكوى واتخاذ اللازم بشأنها.
- د- لا يتم النظر في الشكاوى المقدمة إلى المؤسسة في أي من الحالات التالية:
1. إذا كان قد سبق الفصل في موضوع الشكوى.
 2. إذا كان موضوع الشكوى منظوراً أمام الجهات القضائية، أو صدر بشأنه حكم بات من المحكمة المختصة.
 3. مضي سنة واحدة على نشوء موضوع الشكوى.
 4. انعدام الصفة أو المصلحة في الشاكي.
 5. إذا لم تكن الشكوى مكتوبة باللغة العربية أو باللغتين العربية والإنجليزية معاً.
- هـ- تشكل بقرار من مدير عام الهيئة اللجنتان التاليتان:
1. لجنة تسوية وحل منازعات الضمان الصحي.
 2. لجنة تظلمات الضمان الصحي.
- على أن يحدد في قرار تشكيل هاتين اللجنتين اختصاصاتهما وآلية عملهما.

الحالات الطارئة المادة (29)

أ- تصنف الحالات الطارئة استناداً على أعراض المرض الظاهرة على المستفيد وليس على التشخيص المبدئي أو النهائي للطبيب، بحيث تكون هذه الأعراض شديدة للغاية على المريض مما يستدعي معه الحاجة الماسة لحصوله على رعاية صحية فورية، كأن يحدث له مرض مفاجئ أو إصابة أو حالة طبية حرجة تتجلى بأعراض حادة شديدة، بما في ذلك الألم الشديد بحسب تقييم الطبيب المختص بالحالة الصحية، التي تتطلب التدخل الطبي الفوري، بحيث لو أهملت وتركت حالته هذه دون علاج قد تؤدي بحياته، أو تضعه في حالة صحية خطيرة، أو اعتلال في أي من وظائف جسمه، أو تؤدي إلى توقف بعض أعضاء أو أجزاء جسده، أو إلى تشوهات خطيرة، أو تشكل خطراً جسيماً على حياة الجنين.

ب- يندرج انتهاء الحالة الطارئة ضمن أحد التصنيفات التالية:

1. حالة مستقرة تصلح للنقل: وتعني أن حالة المستفيد مستقرة إلى درجة أنه يمكن نقله إلى مقدم خدمات صحية بديل يندرج ضمن شبكة مقدمي الخدمات الصحية، وذلك دون أن تكون هنالك معارضة طبية على نقله أو يثبت أن نقله سيتسبب في ضرر أو تهديد لصحته أو يشكل خطراً جسيماً على حياة الجنين.

2. حالة مستقرة لا تصلح للنقل: وتعني أن حالة المريض مستقرة من خلال العلامات الحيوية للجسم ولكن لا تسمح بما يكفي لنقله إلى مقدم خدمات صحية بديل، ويجوز بموافقة المؤسسة نقل المريض للعلاج الإضافي إلى مقدم خدمة صحية متخصص شريطة عدم وجود معارضة طبية على نقله وألا يكون من شأن نقله إلحاق ضرر به أو تهديد لصحته أو وجود خطر جسيم على حياة الجنين.

ج- تلتزم جهة الاشتراك بسداد القيمة الفعلية لتكاليف العلاج في الحالات الطارئة، إذا كان المريض من ضمن الأشخاص الذين يجب على هذه الجهة إشراكهم في الضمان الصحي، وكان غير مشمول بالضمان الصحي.

أحكام عامة المادة (30)

- أ- يتم تحميل المستفيد جميع النفقات الناتجة عن مكوثه لدى مقدم الخدمات الصحية، بعد قيام الطبيب المعالج بإصدار قرار بخروج المستفيد من مقر مقدم الخدمات الصحية الذي يتلقى فيه العلاج، وفقاً للأدلة العلاجية المعتمدة في هذا الشأن.
- ب- يلتزم مقدم الخدمات الصحية بتقديم الخدمات الصحية للمستفيد في الحالات الطارئة حتى تستقر حالته، حتى وإن لم يكن من ضمن شبكة مقدمي الخدمات الصحية المتعاقد مع شركة التأمين، ويحق لمقدم الخدمات الصحية الرجوع على شركة التأمين المصدرة لوثيقة الضمان الصحي للمستفيد لسداد تكلفة الخدمات الصحية التي تم تقديمها في هذه الحالة.
- ج- يحق لشركة التأمين، وفقاً للضوابط والشروط والإجراءات المعتمدة لدى المؤسسة في هذا الشأن، استرداد ما قامت بسداده من تكاليف عن خدمات صحية قدمت للمستفيد، كان من الواجب سداده من جهة أخرى.
- د- لا يجوز تجديد أو إلغاء أي تصريح صادر من المؤسسة للعمل في منظومة الضمان الصحي، إلا بعد سداد كافة الغرامات المقررة وفق أحكام القانون والقرارات الصادرة بموجبه.
- هـ- تلتزم كافة أطراف منظومة الضمان الصحي في الإمارة باتباع المعايير الدولية بشأن الموافقات الطبية بهدف المحافظة على صحة وحياة المرضى وبما يتوافق مع مصلحة وسير العمل بمنظومة الضمان الصحي في الإمارة.

إصدار ونشر القرارات التنفيذية المادة (31)

تتولى المؤسسة إصدار ونشر القرارات الصادرة تنفيذاً لأحكام هذا القرار في الموقع الإلكتروني للهيئة، ولا تكون هذه القرارات ملزمة للمخاطبين بأحكامها إلا بعد (30) ثلاثين يوماً من تاريخ نشرها، ما لم ينص القرار المنشور على الموقع الإلكتروني للهيئة على موعد آخر.

النشر والسريان
المادة (32)

يُنشر هذا القرار في الجريدة الرسمية، ويُعمل به من تاريخ نشره.

عوض صغير الكتبي
المدير العام

صدر في دبي بتاريخ 26 أكتوبر 2022م
الموافق 1 ربيع الآخر 1444هـ