موسوعة التشريعات الصحية

الكتاب الثاني: تشريعات الضمان الصحي

دائرة الصحة
DEPARTMENT OF HEALTH

www.doh.gov.ae
dohSocial

دائـــــرة الـصـــحـــة
DEPARTMENT OF HEALTH

موسوعة التشريعات الصحية

الكتاب الثاني: تشـريعات الضمان الصحي

www.doh.gov.ae | @DoHSocial

موسوعة التشريعات الصحية

الكتاب الثاني: تشـريعات الضمـان الصحــي

الرقم الدولي للكتاب (ISBN)
978-9948-25-063-0
موافقة المجلس الوطني للإعلام
دولة الإمارات العربية المتحدة
إذن طباعة رقم MC-03-01-7471487
16 September 2020

جميع الحقوق محفوظة، لا يسمح بإعادة إصدار هذا الكتاب أو تخزينه في نطاق استعادة المعلومات أو نقله بأي طريقة أو شكل من الأشكال من دون إذن خطي مسبق من دائرة الصحة.

الإصدار الثاني – يوليو 2020

الكتاب الثاني:

تشـريعات الضمـان الصحـي

صاحب السمو الشيخ خليفة بن زايد آل نهيان

رئيس دولة الإمارات العربية المتحدة

HIS HIGHNESS SHEIKH KHALIFA BIN ZAYED AL NAHYAN

PRESIDENT OF THE UNITED ARAB EMIRATES

صاحب السمو الشيخ محمد بن زايد آل نهيان

ولي عهد أبوظبي نائب القائد الأعلى للقوات المسلحة

HIS HIGHNESS SHEIKH MOHAMED BIN ZAYED AL NAHYAN

CROWN PRINCE OF ABU DHABI AND DEPUTY SUPREME COMMANDER OF THE UAE ARMED FORCES

مقدمة

يعد إصدار دائرة الصحة – أبوظبي لموسوعة التشريعات الصحية في طبعتها الثانية، ترجمةً لطموحات حكومة أبوظبي في تقديم أفضل الخدمات للمتعاملين وإتاحة المعرفة التنظيمية والتشريعية، وأولى خطوات الدائرة نحو الرقمنة التشريعية في المجال الصحي لتحقيق رؤيتها نحو «أبوظبي مجتمع معافىً» تعزيزاً لرفاهية وسعادة المجتمع.

ويأتي إصدار **«تشريعات الضمان الصحي»** في هذا الكتاب الثاني من الموسوعة ليعكس الأهمية الاستراتيجية والحيوية لقطاع الضمان الصحي في تعزيز الكفاءة والتنافسية العالمية لهذا القطاع، وحماية المشتركين في الضمان الصحي، وتوفير الرعاية الصحية الملائمة، وتعزيز السلامة الاقتصادية لهم، إضافة إلى دعم القطاع الخاص وتشجيع دوره الفعال في الإمارة عبر منظومة قوانين وقرارات ولوائح تنظيمية واسترشادية لتوفير أرقى مستويات خدمات الرعاية الصحية، وحوكمة آلياتها ونطاق عملها في الإمارة.

وتشمل تشريعات الضمان الصحي كل ما يرتبط بهذا القطاع الحيوي من حيث القانون المنظم له وتعديلات بعض أحكامه، ولائحته التنفيذية وتعديلاتها، وتطبيق الضمان الصحي على المواطنين ومن في حكمهم.

وستسعى الدائرة لتعزيز منظومة تشريعات الضمان الصحي بمزيد من المساهمات والمبادرات لمواكبة توجه العالم نحو استدامة جودة الحياة، ووضع إمارة أبوظبي على الخريطة الدولية في جودة الرعاية الصحية وسلامة المريض.

ختاماً، نود أن نعرب عن عميق الامتنان للتوجيهات والثقة الغالية لمعالي رئيس الدائرة ومتابعة ودعم واهتمام سعادة وكيل الدائرة، كما نتقدم بالشكر والتقدير لشركاء الدائرة وكافة الزملاء أعضاء فريق العمل بالموسوعة، ومسؤولي الوحدات التنظيمية داخل الدائرة لجهودهم ومشاركتهم الفاعلة في إنجاز هذا الكتاب ضمن الموسوعة، متطلعين إلى العمل سوياً نحو مزيد من التطوير والتحديث لتعزيز منظومة التشريعات الصحية في إمارة أبوظبي.

المستشار/ مشعل أحمد الهاملي

مدير دائرة الشؤون القانونية

أبوظبي – يوليو 2020

قانون رقم (23) لسنة 2005
بشأن الضمان الصحي بإمارة أبو ظبي

نحن خليفة بن زايد آل نهيان، حاكم أبو ظبي،

– بعد الاطلاع على القانون رقم (1) لسنة 1974 بإعادة تنظيم الجهاز الحكومي في إمارة أبو ظبي وتعديلاته،

– وعلى القانون رقم (2) لسنة 1971 في شأن المجلس الاستشاري الوطني وتعديلاته،

– وعلى القانون رقم (8) لسنة 2001 بإنشاء الهيئة العامة للخدمات الصحية لإمارة أبو ظبي،

– وعلى القانون رقم (1) لسنة 2004 بإصدار قانون الخدمة المدنية في إمارة أبوظبي،

– وعلى القانون الاتحادي رقم (5) لسنة 1985 بإصدار قانون المعاملات المدنية وتعديلاته،

– وعلى القانون الاتحادي رقم (8) لسنة 1980 في شأن علاقات العمل وتعديلاته،

– وعلى القانون الاتحادي رقم (9) لسنة 1984 في شأن شركات ووكلاء التأمين وتعديلاته،

– وعلى القانون الاتحادي رقم (21) لسنة 2001 بشأن إصدار قانون الخدمة المدنية في الحكومة الاتحادية،

– وبناءً على ما عرض على المجلس التنفيذي، وموافقة المجلس عليه،

– أصدرنا القانون الآتي:

الباب الأول
في التعاريف

مادة (1)

يكون للكلمات والعبارات التالية المعاني الواردة قرين كل منها ما لم يدل السياق على خلاف ذلك:

الدولة	:	دولة الإمارات العربية المتحدة.
الإمارة	:	إمارة أبو ظبي.
المجلس التنفيذي	:	المجلس التنفيذي لإمارة أبو ظبي.
الهيئة	:	الهيئة العامة للخدمات الصحية لإمارة أبو ظبي.
المواطن	:	كل من يحمل جنسية دولة الإمارات العربية المتحدة.
غير المواطن المقيم	:	كل من لا يحمل جنسية دولة الإمارات العربية المتحدة ويعمل في نطاق إمارة أبو ظبي بأجر أيًا كان نوعه، أو يقيم بكفالة أحد الأشخاص الطبيعيين أو الاعتباريين داخل الإمارة.
صاحب العمل	:	كل شخص طبيعي أو اعتباري يستخدم في نطاق الإمارة موظفين أو عمالاً لقاء أجر أيًا كان نوعه.
الكفيل	:	كل من يكفل غير المواطن المقيم.
المؤمن لديه	:	إحدى شركات التأمين العاملة بالدولة والمرخص لها من الهيئة بتقديم خدمات الضمان الصحي.
العلاقة التأمينية	:	العلاقة التعاقدية بين شركات التأمين المرخص لها بالعمل في مجال الضمان الصحي وبين صاحب العمل أو الكفيل لتقديم خدمات العلاج الطبي للمؤمن عليهم.
المؤمن عليه	:	من تم الاشتراك عنه في نظام الضمان الصحي.
الضمان الصحي	:	الخدمة العلاجية التي يقدمها مقدمو خدمات العلاج عبر منشآتها الصحية للمؤمن عليهم بموجب وثيقة الضمان الصحي.

مقدمو خدمات العلاج الطبي : المنشآت الصحية التابعة للقطاع الحكومي أو الخاص المرخص لها من الهيئة بتقديم خدمات العلاج الطبي.

وثيقة الضمان الصحي : الوثيقة التي يبرمها صاحب العمل أو الكفيل مع الشركة المؤمن لديها بغرض تقديم خدمات الضمان الصحي للمؤمن عليه.

الباب الثاني
في نطاق سريان القانون

مادة (2)

يسري نظام الضمان الصحي على غير المواطنين المقيمين في إمارة أبو ظبي وأسرهم وفقًا لأحكام هذا القانون. ويجوز تطبيقه على المواطنين بالإمارة بقرار من المجلس التنفيذي.

وتحدد اللائحة التنفيذية لهذا القانون أحكام الضمان الصحي للقادمين بتأشيرة زيارة على كفالة ذويهم.

مادة (3)

يستثنى من تطبيق نظام الضمان الصحي المنصوص عليه في هذا القانون الفئات الآتية:

1. موظفو المؤسسات والشركات العاملة في الإمارة ممن تملك منشآت طبية خاصة مرخصًا لها من الهيئة لتقديم خدمات العلاج الطبي، على أن يصدر بهذا الاستثناء قرار من الهيئة.
2. زوجة المواطن غير المواطنة.
3. أبناء المواطنة المتزوجة من غير مواطن.
4. القادمون للإمارة بتأشيرة سياحة.
5. الفئات الأخرى التي يصدر باستثنائها قرار من الهيئة، بعد موافقة المجلس التنفيذي.

مادة (4)

مـع مراعـاة ما هو منصوص عليـه في المادتين (2)، (3) مـن هذا القانون يكون الاشتراك في نظام الضمان الصحي إلزاميًا لغير المواطنين المقيمين في الإمارة وأسرهم، ويكون اختياريًا بالنسبة لغيرهم.

مادة (5)

يلتزم صاحب العمل بالاشتراك في نظام الضمان الصحي عن جميع العاملين لديه وأسرهم في حدود زوجة الموظف أو العامل وثلاثة من أبنائه ممن لم يبلغوا سن الثامنة عشرة كما يلتزم الكفيل بالاشتراك في هذا النظام عمن يكفلهم ممن لا يشملهم الاشتراك من جهات العمل وذلك من تاريخ وصولهم إلى الدولة، ولا يجوز منح غير المواطن إقامة أو تجديدها، كما لا يجوز استخدامه إلا بعد الاشتراك عنه في نظام الضمان الصحي.

الباب الثالث

في شركات الضمان الصحي

مادة (6)

تتولى الشركات المرخص لها من الهيئة بالعمل في مجال الضمان الصحي تقديم خدماتها لغير المواطنين المقيمين وأسرهم ولمن يرغب من غيرهم.

وتحدد اللائحة التنفيذية قواعد وشروط الترخيص.

مادة (7)

تلتزم شركات الضمان الصحي بالوفاء بقيمة علاج المؤمن عليهم وسداده إلى مقدمي خدمات العلاج الطبي.

مادة (8)

لا يجـوز لشـركات الضمـان الصحي تملـك أو إدارة أو الاشـتراك فـي إدارة المؤسسـات العلاجيـة أو تقديـم أية خدمـات علاجية كما لا يجـوز لمقدمي خدمات العلاج الطبي تملك أو إدارة أو الاشتراك في إدارة تلك الشركات.

الباب الرابع
في مقدمو خدمات العلاج الطبي

مادة (9)

تتولى المنشآت الصحية التابعة للقطاع الحكومي والقطاع الخاص تقديم خدمات العلاج الطبي للمؤمن عليهم الخاضعين لنظام الضمان الصحي، ولا يجوز لمنشآت القطاع الخاص تولي ذلك إلا بترخيص من الهيئة، وتخضع لرقابتها فيما تقدمه من خدمات في إطار نظام الضمان الصحي.

وتحدد اللائحة التنفيذية المنشأة التي يعالج بها كل مؤمن عليه.

مادة (10)

يلتزم مقدمو خدمات العلاج الطبي تقديم هذه الخدمات وفقًا للمعايير المهنية والأخلاقية المقررة وطبقًا للأساليب الطبية المتعارف عليها مع الأخذ في الاعتبار ما يتحقق من تقدم علمي في هذا الشأن.

مادة (11)

يلتزم مقدمو خدمات العلاج الطبي بتقديم العلاج اللازم للمؤمن عليهم في حالات الطوارئ ثم الرجوع على الشركات المؤمن لديها بتكلفة هذا العلاج لتسديد قيمته.

الباب الخامس
في خدمات العلاج الطبي

مادة (12)

يشمل الضمان الصحي الإلزامي المنصوص عليه في هذا القانون تقديم خدمات العلاج الطبي التالية:

1. الفحص والعلاج والرعاية الصحية الأولية في العيادات والمراكز لدى الأطباء العاملين والاختصاصيين.

2. الفحوصات المخبرية والأشعة.
3. الإقامة والعلاج في المستشفيات.
4. العلاج العادي للأسنان واللثة عدا خدمات التقويم والتركيبات الصناعية.
5. الأدوية اللازمة لعلاج الحالة.
6. نفقات إقامة مرافق واحد للمريض في الحالات الحرجة.

ويجوز للهيئة – بعد موافقة المجلس التنفيذي – حذف أو إضافة خدمات أخرى كلما دعت الحاجة إلى ذلك، وتحدد اللائحة التنفيذية للهيئة نوعية خدمات العلاج الطبي التي تقدم للمؤمن عليهم.

مادة (13)

لا يشمل الضمان الصحي خدمات العلاج الطبي الآتية:

1. الإصابة التي يسببها الشخص لنفسه متعمدًا.
2. الأمراض التي تنشأ بفعل استعمال المنشطات أو المهدئات بدون وصفة طبية أو بسبب تعاطي المواد الكحولية أو المخدرات أو ما يماثلها.
3. الجراحة التجميلية إلا إذا استدعتها إصابة عرضية جسيمة.
4. الفحوص الشاملة واللقاحات والعقاقير والوسائل الوقائية التي لا تتطلبها معالجة طبية منصوص عليها في وثيقة الضمان.
5. علاج الحمل والولادة للمرأة التي تم الاشتراك عنها بوصفها غير متزوجة.
6. الاستجمام وبرامج الصحة البدنية العامة.
7. علاج أي مرض أو إصابة تنشأ كنتيجة مباشرة لمهنة الشخص المؤمن عليه (إصابات العمل).
8. معالجة الأمراض التناسلية التي تنتقل بالاتصال الجنسي وفقًا للمتعارف عليه طبيًا.

9. مصاريف علاج الفترة اللاحقة لتشخيص (فيروس نقص المناعة البشرية).
10. جميع التكاليف المتعلقة بزرع أو تركيب الأسنان الاصطناعية أو الجسور الثابتة أو المتحركة أو التقويم باستثناء تلك التي تسببت عن وسائط خارجية عنيفة.
11. اختبارات تصحيح النظر والسمع والوسائل البصرية أو السمعية المساعدة ما لم تكن مطلوبة بأمر الطبيب المعالج.
12. مصاريف انتقال الشخص المؤمن عليه بوسائل نقل غير سيارات الإسعاف المحلية المرخص لها.
13. علاج تساقط الشعر أو الصلع أو الشعر المستعار.
14. العلاج النفسي أو علاج الاضطرابات العقلية أو العصبية ما عدا الحالات الحادة.
15. اختبارات الحساسية مهما كانت طبيعتها بخلاف تلك المتعلقة بالأدوية أو التشخيص أو العلاج.
16. الأجهزة والوسائل والعقاقير والإجراءات أو المعالجة بالهرمونات بهدف تنظيم النسل أو منع الحمل أو حدوثه أو علاج العقم أو العجز الجنسي أو نقص الخصوبة، أو التخصيب بواسطة الأنابيب أو أية وسائل أخرى للتلقيح الصناعي.
17. علاج أي ضعف أو تشوه خلقي موجود قبل بداية سريان الوثيقة ولايشكل خطورة على الحياة.
18. حالات زرع الأعضاء.
19. علاج الحالات المرضية التي تستدعي العلاج خارج الدولة.

مع عدم الإخلال بأحكام المادة (12) من هذا القانون يجوز للهيئة بعد موافقة المجلس التنفيذي، إضافة أو حذف خدمات أخرى كلما دعت الحاجة لذلك.

الباب السادس
في وثائق الضمان الصحي

مادة (14)

تحدد اللائحة التنفيذية أساليب التعاقد بين شركات الضمان الصحي ومقدمي خدمات العلاج الطبي على أن تشمل بوجه خاص العناصر التالية:

1. حدود الخدمات، وأسقف الأسعار، والتكلفة المالية للخدمات.
2. ما قد يدفعه المؤمن عليه عند كل مراجعة.
3. طرق تسوية المنازعات والتعويضات الناشئة عن الإخلال بعقود أو وثائق الضمان.

وفي كل الأحوال تخضع هذه العقود لرقابة الهيئة.

مادة (15)

يجوز للمنشآت الصحية الحكومية التابعة للهيئة التعاقد مباشرة مع المؤمن لديهم من أجل تقديم خدمات العلاج الطبي المشمولة بالضمان الصحي والغير مشمولة وذلك للمؤمن عليهم.

مادة (16)

تعتمد الهيئة قيمة وثيقة الضمان الصحي الإلزامي، وعلى الشركات المؤمن لديها تزويد المؤمن عليهم ببطاقات الضمان وبالإرشادات التوضيحية لنطاق التغطية العلاجية وحدودها، ونوعية خدمات العلاج الطبي المشمولة أو غير المشمولة بالوثيقة.

مادة (17)

يجوز إضافة خدمات علاج طبي أخرى غير الواردة في وثيقة الضمان الصحي الإلزامي وذلك بوثائق ضمان أخرى اختيارية، يتم الاتفاق على نوعها وشروط تقديمها بين المؤمن لديهم ومقدمي خدمات العلاج الطبي.

مادة (18)

تعتمد الهيئة أسعار خدمات العلاج الطبي المعروضة من مقدمي هذه الخدمات سواءً الحكومي أو الخاص وتكون الأسعار المحددة نهائية ولا يجوز تعديلها طوال مدة سريان الوثيقة.

مادة (19)

يبدأ تقديم خدمات العلاج الطبي من تاريخ بدء سريان وثيقة الضمان، وتنتهي بوفاة المؤمن عليه أو بانتهاء مدة الوثيقة.

مادة (20)

في حالة إخلال المؤمن لديه أو المؤمن عليه بأحكام وثيقة الضمان أو في حالة تقديم أية بيانات غير صحيحة، يلتزم المسؤول عن ذلك بسداد قيمة خدمات العلاج الطبي المقدمة للمؤمن عليه وفقًا لأسعار خدمات العلاج الطبي المقررة لغير حاملي وثائق الضمان الصحي.

الباب السابع

في الأحكام العامة

مادة (21)

تعتبر ملفات علاج المؤمن عليهم وجميع البيانات الخاصة بها سرية ولا يجوز اطلاع الغير عليها، ويحتفظ مقدمو خدمات العلاج الطبي بهذه الملفات لمدة سنتين من تاريخ انتهاء آخر علاج، ولا يجوز للشركات المؤمن لديها أو أية جهة أخرى أو المؤمن عليهم تسلم تلك الملفات، ويستثنى من ذلك السلطات القضائية والجهات الأخرى التي يحددها القانون.

مادة (22)

تكون الهيئة العامة للخدمات الصحية لإمارة أبو ظبي هي الجهة المختصة بمتابعة تنفيذ أحكام هذا القانون وعليها إصدار القرارات اللازمة في هذا الشأن بعد اعتمادها من المجلس التنفيذي.

مادة (23)

يصدر وزير العدل بالاتفاق مع رئيس الهيئة قرارًا بتحديد موظفي الهيئة ممن لهم صفة مأموري الضبط القضائي في مجال التفتيش على المنشآت المرخص لها بمزاولة العلاج بنظام الضمان الصحي للتحقق من التزامها بأحكام القوانين.

مادة (24) *

1. يعاقب بغرامة لا تقل عن (300/-) درهم (ثلاثمائة درهم) كل صاحب عمل أو كفيل امتنع عن الاشتراك في نظام الضمان الصحي أو امتنع عن تجديد وثيقة الضمان الصحي، وذلك عن كل شهر لا يتم الاشتراك عنه في وثيقة الضمان الصحي، وتتعدد العقوبة بتعدد الأشخاص الذين وقعت بشأنهم المخالفة.
2. بمراعاة ما ورد بالبند (1) من هذه المادة ومع عدم الإخلال بأية عقوبة أشد ينص عليها قانون آخر يعاقب بغرامة لا تقل عن (5.000) درهم (خمسة آلاف درهم) ولا تزيد على (20.000) درهم (عشرون ألف درهم) كل من يخالف أحكام هذا القانون.

مادة (25)

يصدر المجلس التنفيذي اللائحة التنفيذية لهذا القانون بناءً على اقتراح من الهيئة العامة للخدمات الصحية لإمارة أبو ظبي.

مادة (26)

يُلغى كل حكم يخالف أو يتعارض مع أحكام هذا القانون أو لائحته التنفيذية.

مادة (27)

يُنشر هذا القانون في الجريدة الرسمية، ويُعمل به بعد مضي أربعة أشهر من تاريخ نشره.

خليفة بن زايد آل نهيان

حاكم أبو ظبي

صدر عنا في أبو ظبي،

بتاريخ: 10 سبتمبر 2005م.

الموافق: 6 شعبان 1426هـ.

---

* عُدلت المادة (24) بموجب القانون رقم 22 لسنة 2018 بتعديل بعض أحكام القانون رقم 23 لسنة 2005 بشأن الضمان الصحي بإمارة أبوظبي .

قانون رقم (22) لسنة 2018
بتعديل بعض أحكام القانون رقم (23) لسنة 2005
بشأن الضمان الصحي بإمارة أبوظبي

نحن خليفة بن زايد آل نهيان، حاكم أبوظبي.

- بعد الاطلاع على القانون رقم (1) لسنة 1974 بإعادة تنظيم الجهاز الحكومي في إمارة أبوظبي وتعديلاته.
- وعلى القانون رقم (2) لسنة 1971، في شأن المجلس الاستشاري الوطني وتعديلاته،
- وعلى القانون رقم (23) لسنة 2005 بشأن الضمان الصحي بإمارة أبوظبي.*
- وعلى القانون رقم (10) لسنة 2018 بشأن إنشاء دائرة الصحة.
- وعلى قرار رئيس المجلس التنفيذي رقم (25) لسنة 2006 بإصدار اللائحة التنفيذية للقانون رقم (23) لسنة 2005 بشأن الضمان الصحي بإمارة أبوظبي وتعديلاته.
- وعلى قرار رئيس المجلس التنفيذي رقم(25) لسنة 2018 بشأن اختصاصات إضافية لدائرة الصحة.
- وبناءً على ما عُرض على المجلس التنفيذي, وموافقة المجلس عليه.
- **أصدرنا القانون الآتي:**

المادة الأولى

يستبدل بنص المادة (24) من القانون رقم (23) لسنة 2005 المشار إليه, النص التالي:

1. مع عدم الإخلال بأي عقوبة أشد ينص عليها قانون آخر, تفرض غرامة إدارية لا تزيد على (10,000,000) عشرة ملايين درهم على كل من

يخالف أحكام هذا القانون ولوائحه التنظيمية والتنفيذية والنظم والسياسات والقرارات والتعاميم المنفذة له.

2. تتولى دائرة الصحة تحصيل الغرامات الإدارية, ويصدر رئيس الدائرة بعد موافقة المجلس التنفيذي جدولاً يحدد المخالفات والغرامات الإدارية المقررة لكل منها, وبما لا يتجاوز الغرامة المنصوص عليها في هذه المادة.
3. مع مراعاة البند (1) من هذه المادة, يجوز للدائرة حال تعدد المخالفات وكانت من النوع الواحد أن تضع حداً أقصى للغرامة الإدارية على هذه المخالفات.
4. للدائرة عرض التصالح على المخالف وفقاً للإجراءات والضوابط المتبعة لديها بموجب أحكام القانون رقم (10) لسنة 2018 المشار إليه.
5. للدائرة فرض أي من الجزاءات الإدارية المقررة لديها على المخالف الذي له حق التظلم منها وفقاً لأحكام القانون رقم (10) لسنة 2018 المشار إليه.

المادة الثانية

يستمر العمل بالمخالفات والغرامات وفق أحكام قرار رئيس المجلس التنفيذي رقم (25) لسنة 2006 المشار إليه, وذلك لحين صدور جدول آخر بالمخالفات والغرامات الإدارية.

المادة الثالثة

يُنشر هذا القانون في الجريدة الرسمية, ويُعمل به من تاريخ نشره.

خليفة بن زايد آل نهيان

حاكم أبوظبي

صدر عنا في أبوظبي:
بتاريخ: 22– نوفمبر– 2018م
الموافق: 14– ربيع الأول– 1440هـ

قرار رئيس المجلس التنفيذي رقم (25) لسنة 2006
بإصدار اللائحة التنفيذية للقانون رقم (23) لسنة 2005
بشأن الضمان الصحي بإمارة أبو ظبي

نحن محمد بن زايد آل نهيان، ولي العهد، رئيس المجلس التنفيذي،

– بعد الاطلاع على القانون رقم (1) لسنة 1974 بإعادة تنظيم الجهاز الحكومي في إمارة أبو ظبي وتعديلاته،

– وعلى القانون رقم (8) لسنة 2001 بإنشاء الهيئة العامة للخدمات الصحية لإمارة أبوظبي،

– وعلى القانون رقم (23) لسنة 2005 بشأن الضمان الصحي بإمارة أبوظبي،

– وعلى القانون الاتحادي رقم (8) لسنة 1980 في شأن تنظيم علاقات العمل، وتعديلاته،

– وعلى المرسوم الأميري رقم (39) لسنة 2005 في شأن تأسيس الشركة الوطنية للضمان الصحي (شركة مساهمة عامة)،

– وبناءً على ما عرض على المجلس التنفيذي، وموافقة المجلس عليه، أصدرنا القرار الآتي:

المادة الأولى:

يُعمل بالأحكام المرفقة بهذا القرار، بإصدار اللائحة التنفيذية للقانون رقم (23) لسنة 2005 بشأن الضمان الصحي بإمارة أبو ظبي.

المادة الثانية:

يُنفذ هذا القرار من تاريخ صدوره، ويُنشر في الجريدة الرسمية.

محمد بن زايد آل نهيان
ولي العهد – رئيس المجلس التنفيذي

صدر عنا في أبو ظبي،
بتاريخ: 4 يونيو 2006م،
الموافق: 8 جمادى الأولى 1427هـ.

اللائحة التنفيذية للقانون رقم (23) لعام 2005 بشأن الضمان الصحي بإمارة أبوظبي

الباب الأول

في التعاريف

مادة (1)

في تطبيق أحكام هذه اللائحة يقصد بالكلمات والعبارات التالية المعاني الموضحة قرين كل منها، ما لم يدل سياق النص على غير ذلك

الدولة	:	دولة الإمارات العربية المتحدة
الإمارة	:	إمارة أبوظبي
المجلس التنفيذي	:	المجلس التنفيذي لإمارة أبوظبي
قانون الضمان الصحي	:	القانون رقم (23) لسنة 2005 بشأن الضمان الصحي بإمارة أبوظبي
الهيئة	:	الهيئة العامة للخدمات الصحية لإمارة أبوظبي
شركة الضمان الصحي المعتمدة	:	أي شركة تأمين وطنية أو أجنبية تمارس نشاط الضمان الصحي في الدولة، ومرخص لها من قبل الهيئة لتقديم الضمان الصحي وفقاً لبرنامج الضمان الصحي.
مقدمو خدمات العلاج الطبي المعتمد	:	المنشآت الصحية الحكومية والخاصة التي تضم المستشفيات والمراكز الطبية والعيادات والمختبرات ومراكز التشخيص ومراكز إعادة التأهيل والصيدليات والمرخص لها من قبل الهيئة لتقديم خدمات العلاج الطبي في الإمارة في مجال الضمان الصحي.
المبلغ أو / نسبة التحمل	:	المبلغ أو النسبة الواجب على المؤمن عليه سدادها عند طلب الفحص أو العلاج المشمول بوثيقة الضمان أو عند صرف الأدوية أو إجراء الفحوص الطبية.

صاحب العمل	:	كل شخص طبيعي أو اعتباري يوظف وافدين مقيمين في الإمارة، بما في ذلك الوافدين المقيمين بموجب تصاريح عمل أو إقامة.
وثيقة الضمان الصحي الأساسية	:	هي الوثيقة التي يتم بموجبها تقديم خدمات العلاج الطبي الأساسية للفئات المحددة في اللائحة.
وثيقة الضمان الصحي المعززة	:	هي الوثيقة التي يتم بموجبها تقديم خدمات العلاج الطبي الأساسية وأية خدمات علاجية أخرى يرى المؤمن إضافتها لخدمات العلاج الطبي الأساسية وفق ما هو محدد في اللائحة.
المؤمن عليه	:	كل شخص مؤمّن عليه بموجب وثيقة ضمان صحي، وفقا لقانون الضمان الصحي.
الوافد المقيم	:	أي شخص من غير مواطني الدولة يدخل الإمارة بغرض العمل أو الإقامة بموجب تأشيرة عمل أو إقامة دائمة أو مؤقتة صادرة من الدولة. كما يشمل مصطلح وافد مقيم أسر ومكفولي الوافدين المقيمين الذين يدخلون الإمارة بغرض الإقامة.
الكفيل	:	أي شخص طبيعي أو اعتباري يكفل وافد مقيم بغرض الإقامة أو العمل في الإمارة سواء بصفة مؤقتة أو دائمة.
برنامج الضمان الصحي	:	الخطة التنفيذية والإجرائية والالتزامات المقررة بموجب قانون الضمان الصحي ولائحته التنفيذية والواجب على الأطراف المشتركة في الضمان الصحي العمل بموجبها.
المواطن	:	الشخص الطبيعي الحائز على جنسية الدولة وفقاً لأحكام القوانين النافذة.
معايير تقييم المخاطر	:	الحالة الجسمانية للشخص المؤمن عليه، والتي تشمل السن والجنس والجنسية والمهنة والحالة الطبية والعقلية، لأجل تحديد نطاق التغطية التأمينية ومستويات أقساط التأمين التي يجب الوفاء بها.

عقود تقديم خدمات العلاج الطبي	:	العقود المبرمة بين مقدمي خدمات العلاج الطبي المعتمدين وشركة الضمان الصحي المعتمدة المتضمنة الأحكام والشروط التي يقوم مقدم العلاج الطبي المعتمد بموجبها بتقديم خدمات العلاج الطبي إلى الأشخاص المؤمن عليهم وفقاً لبرنامج الضمان الصحي
المستثنى	:	هو الملتزم بالاشتراك في برنامج الضمان الصحي الأساسية بموجب قانون الضمان الصحي، ولكن يتم إعفاءه من كل أو بعض شروط الضمان الصحي الأساسية بموجب قرار إعفاء ساري المفعول.
خدمات العلاج الطبي المستثناة	:	قائمة الاستثناءات من التغطية الخاصة بخدمات العلاج الطبي الأساسية التي يتم تقديمها بموجب وثيقة الضمان الصحي المعززة وفق الجدول رقم (2).
خدمات العلاج الطبي خارج نطاق الضمان الصحي	:	قائمة الخدمات المحددة بالجدول رقم (3) المرفق باللائحة
الوسيط	:	كل شخص طبيعي أو اعتباري مرخص له من قبل السلطات المختصة بالدولة بالعمل في مجال الوساطة التأمينية، ويتم الترخيص له من قبل الهيئة للعمل كوسيط في مجال تسويق أو وساطة أو بيع وثائق الضمان الصحي مقابل أتعاب أو عمولة سواء كانت مدفوعة من قبل أي شركة ضمان معتمدة أو المؤمن عليه أو المؤمن.
شركة إدارة مطالبات الضمان الصحي	:	الشركات المرخص لها في الإمارة في مزاولة إدارة مطالبات التأمين.
أقساط التأمين	:	التكلفة التي يتم الوفاء بها من المؤمن عليه مقابل حصوله على وثيقة الضمان الصحي.

إشعار المخالفة : الإشعار الذي تصدره الهيئة لأي شخص أو جهة موضح فيه تفاصيل المخالفة التي يرتكبها ذلك الشخص أو تلك الجهة لقانون الضمان الصحي أو لائحته التنفيذية.

الحالات الطبية الطارئة : كل إصابة بالمؤمن عليه نتيجة حادث عارض لا دخل له في حدوثه أو حالة صحية طارئة تستدعي التدخل العلاجي الفوري.

الشكوى : التظلم الخطي من عدم الوفاء بأي التزام خاص ببرنامج الضمان الصحي، والتي تودع لدى الهيئة عملاً بأحكام هذه اللائحة.

خدمات العلاج الطبي الأساسية : الحد الأدنى من خدمات العلاج الطبي الوارد تفصيلها في الجدول رقم (1) والواجب تقديمها للمؤمن عليه بموجب أية وثيقة من وثائق الضمان الصحي المعتمدة باللائحة.

الباب الثاني

في الهيئة

مادة (2)

تقوم الهيئة بوضع السياسات والإجراءات والمعايير اللازمة لتنفيذ قانون الضمان الصحي ولائحته التنفيذية، والواجب على شركات الضمان الصحي ومقدمي خدمات العلاج الطبي وأصحاب الأعمال والكفلاء المؤمن عليهم، الالتزام والعمل بموجبها، ولها على وجه الخصوص ما يلي:

- تطبيق وتنسيق ومراقبة برنامج الضمان الصحي.
- ترخيص مقدمي خدمات العلاج الطبي وشركات الضمان الصحي والوسطاء وشركات إدارة مطالبات الضمان الصحي، والإشراف على أعمالهم في هذا المجال.

- تحديد وتحصيل رسوم ترخيص مقدمي خدمات العلاج الطبي وشركات الضمان المعتمدين والوسطاء وشركات إدارة مطالبات الضمان الصحي، وتحديد وتحصيل الغرامات عن مخالفات برنامج الضمان الصحي.
- اعتماد آلية إعداد الفواتير، وسداد وتسوية المستحقات المترتبة على تنفيذ برنامج الضمان الصحي.
- تحديد المعايير والشروط والإجراءات المطلوب توافرها في مقدمي خدمات العلاج الطبي، وشركات الضمان الصحي، والوسطاء، وشركات إدارة مطالبات الضمان الصحي (الشريك الثالث) الراغبين في العمل في برنامج الضمان الصحي.
- إعداد وتطبيق ومراقبة سياسات وإجراءات البت في الشكاوى والمنازعات.
- مراقبة نطاق الخدمات وتكلفة وثائق الضمان الصحي.
- إعداد النماذج و الإقرارات اللازمة لتنفيذ برنامج الضمان الصحي.
- اعتماد ومراقبة تكاليف خدمات العلاج الطبي المشمولة بوثيقة الضمان الصحي الأساسية.
- مراقبة تكاليف خدمات العلاج الطبي المشمولة بوثيقة الضمان الصحي المعززة.
- تعيين ومراقبة مأموري الضبط القضائي، والعمل مع الهيئات والمؤسسات والشركات الحكومية الاتحادية والمحلية وشبه الحكومية ومؤسسات القطاع الخاص لضمان الالتزام بالقانون ولائحته التنفيذية.
- إجراء التحقيقات اللازمة ذات الصلة، بالتعاون مع الهيئات والمؤسسات الحكومية الاتحادية والمحلية، للتأكد من تنفيذ برنامج الضمان الصحي وفقاً للقانون ولائحته التنفيذية.
- رفع تقارير إلى المجلس التنفيذي مع التوصيات الخاصة بجميع الأمور التي تخص برنامج الضمان الصحي.
- إعداد الدراسات والبحوث اللازمة لتحديث برنامج الضمان الصحي.
- القيام بأية مهام أخرى تكون في نطاق برنامج الضمان الصحي.

مادة (3)

تسعى الهيئة من خلال تنفيذ مهامها إلى تحقيق الأهداف التالية:

– تبني سياسة فعالة ومنافسة في مجال الضمان الصحي.

– حماية مصالح كافة المشاركين في برنامج الضمان الصحي.

– التأكد من الاستفادة القصوى من أقساط الضمان الصحي، مقابل مستوى الخدمات المقدمة في برنامج الضمان الصحي.

– تعزيز مستوى السلامة لكافة المشاركين في برنامج الضمان الصحي.

– إصدار دوريات توضح سياستها وإرشاداتها وإجراءاتها، فيما يتعلق بتنفيذ برنامج الضمان الصحي.

الباب الثالث

في برنامج الضمان الصحي ونطاق تطبيقه وطلب الإعفاء منه

مادة (4)

1. يحدد برنامج الضمان الصحي المتطلبات الواجب توافرها لكافة الوافدين المقيمين في الإمارة، للحصول على خدمات العلاج الطبي الأساسية المحددة في الجدول رقم (1) المرفق باللائحة.
2. يسري الضمان الصحي على الفئات التالية:–

– الوافدون المقيمون في الإمارة سواء للعمل أو الإقامة.

– أسر ومكفولي جميع الوافدين المقيمين بالإمارة.

– الأشخاص المكفولين من قبل الوافد المقيم بالإمارة.

3. يستثنى من تطبيق الضمان الصحي الفئات التالية، مع استمرار علاجهم بموجب نظام البطاقات الصحية المعتمد بالهيئة:–

– المواطنون.

- زوجة المواطن غير المواطنة.
- أبناء المواطنة المتزوجة من غير المواطن.
- مواطنو دول مجلس التعاون الخليجي المقيمين بالإمارة.
- حملة جوازات سفر الدولة المقيمين في الإمارة طوال مدة سريان الجواز.
- المقيمون في الإمارة والصادر لهم مرسوم اتحادي بمنحهم جنسية الدولة، ولم يحصلوا على خلاصة قيد الهوية.
- كل من تمنحه الهيئة إعفاء من كل أو بعض متطلبات برنامج الضمان الصحي.
- أية فئات أخرى يتم استثناؤها من تطبيق الضمان الصحي بموجب قرارات صادرة من الهيئة بعد موافقة المجلس التنفيذي

4. للمجلس التنفيذي أن يصدر قراراً بتطبيق الضمان الصحي على الفئات المستثناة.

ويجوز لتلك الفئات الاشتراك في الضمان الصحي.

5. يجوز لغير المقيمين أو العاملين (مواطن/غير مواطن) في الإمارة، الاشتراك في برنامج الضمان الصحي ويكون اشتراكهم بغير الوثيقة الأساسية.

6. يلتزم الكفلاء بالاشتراك في برنامج الضمان الصحي للقادمين على كفالتهم بتأشيرة زيارة، إذا كانت مدة الزيارة تزيد على شهرين، وذلك بموجب الوثيقة المخصصة لذلك.

7. يستثنى الحاصلون على بطاقة صحية صادرة من الهيئة قبل 2006/7/1 (بالنسبة للقطاعات الحكومية الاتحادية أو المحلية وشبه الحكومية وشركات القطاع الخاص التي يزيد عدد عمالها على 1000 عامل) وقبل 2007/1/1 (بالنسبة لباقي الفئات) من الاشتراك في برنامج الضمان الصحي طوال مدة سريان البطاقة.

مادة (5)

1. يجوز لأي شخص طبيعي أو اعتباري يكون مُلزماً بتوفير ضمان صحي إلزامي لنفسه أو لآخرين بموجب برنامج الضمان الصحي، أن يتقدم بطلب خطي على النموذج المعد لذلك إلى الهيئة،لإعفائه من كل أو بعض خدمات العلاج الطبي الأساسية.
2. يجب أن يتضمن طلب الإعفاء على ما يلي:

– بيانات مقدم الطلب.

– خدمات العلاج الطبي الأساسية التي يكون مقدم الطلب ملتزماً بتقديمها.

– البيانات الشاملة عن خدمات العلاج الطبي المتوفرة لدى مقدم الطلب.

– البيانات الشاملة لخدمات العلاج الطبي المطلوب الإعفاء منها.

3. على الهيئة التأكد من مدى قدرة مقدم الطلب على توفير خدمات العلاج الطبي الأساسية.
4. للهيئة الحق في طلب بيانات إضافية حسبما تراه ضروريا من مقدم الطلب، ويجوز لها طلب معاينة المنشآت الطبية التابعة لها.
5. للهيئة بعد الموافقة على طلب الإعفاء إصدار شهادة إعفاء لمقدم الطلب تنص على مدى ونطاق الإعفاء المطلوب.
6. تعتبر شهادة الإعفاء الصادرة وفقاً لأحكام هذه المادة سارية المفعول لمدة لا تتجاوز 12 شهراً، وعلى مقدم الطلب تجديدها سنوياً على النموذج المعد من قِبل الهيئة.
7. على الهيئة إخطار الجهات المعنية بالإمارة، بقائمة بالإعفاءات الممنوحة وفقاً لهذه اللائحة.
8. تحدد الهيئة المعايير والاشتراطات الواجب توافرها في المنشآت الطبية الخاصة المملوكة للمؤسسات أو الشركات العاملة في الإمارة، حتى يمكن إعفائها من كل أو بعض من برنامج الضمان الصحي.

الباب الرابع

في وثائق الضمان الصحي وإثبات مستوى دخل المؤمن عليه

مادة (6)

1. وثائق الضمان الصحي هي الوثائق التي يتم بموجبها تقديم خدمات العلاج الطبي الأساسية الواردة في الجدول رقم (1) كحد أدنى، وأية خدمات علاج طبي أخرى يرى المؤمن إضافتها من خدمات العلاج الطبي المستثناة.
2. تنقسم وثائق الضمان الصحي إلى ثلاثة أنواع من الوثائق وفقاً لما يلي:

(أ) وثيقة الضمان الصحي الأساسية وتنتفع بها فقط الفئتان التاليتان:

– ذوي الدخل المحدود ومكفوليهم ممن يتقاضون رواتب إجمالية تقل عن 3000 درهم شهرياً مع توفير سكن. أو 4000 درهم شهرياً بدون سكن

– مكفولو الوافد المقيم، الذين لا يشملهم الضمان الصحي من قِبل صاحب العمل.

(ب) وثيقة الضمان الصحي للحالات الطارئة، وينتفع بها الفئتين التاليتين:

– القادمون للإمارة بتأشيرة زيارة.

– الأبناء المكفولين من الأب أو الأم وغير مقيمين إقامة دائمة داخل الدولة، شريطة تقديم مستند موثق يفيد ذلك.

(ج) وثيقة الضمان الصحي المعززة وينتفع بها باقي الفئات.

3. يجوز إضافة خدمات علاج طبي أخرى لخدمات العلاج الطبي الأساسية الواردة في الجدول رقم (1) على أن يتم الاتفاق على قيمة هذه الإضافات بين المؤمنين وشركات الضمان الصحي ومقدمي خدمات العلاج الطبي المعتمدين.

4. تكون مدة وثيقة الضمان الصحي سنة ميلادية، ولا يجوز استرداد أي جزء من قيمة وثيقة الضمان الصحي الأساسية بعد إبرامها، أما بالنسبة لوثائق الضمان الصحي المعززة فيتم الاتفاق بين المؤمن وشركات الضمان الصحي على الحالات والشروط والإجراءات التي يتم بموجبها استرداد جزء من هذه الوثائق.
5. تحدد قيمة وثيقة الضمان الصحي الأساسية بقرار من المجلس التنفيذي بناءً على طلب الهيئة.
6. يشترط أن تتضمن كل وثيقة ضمان صحي على البيانات التالية:

– خدمات العلاج الطبي الأساسية وفق ما هو وارد في الجدول رقم (1) كحد أدنى.

– خدمات العلاج الطبي المستثناة وفق ماهو وارد في الجدول رقم (2).

– خدمات العلاج الطبي التي يرى المؤمن إضافتها من خدمات العلاج الطبي المستثناة إلى خدمات العلاج الطبي الأساسية.

– مبلغ أو نسبة التحمل الواجب على المؤمن عليه سدادها عند طلب الفحص أو العلاج الطبي المشمول بوثيقة الضمان الصحي أو الأدوية أو الفحوصات الطبية.

– الحد الأقصى لقيمة خدمات العلاج الطبي التي تتحملها شركة الضمان الصحي بموجب وثيقة الضمان الصحي.

– قائمة خدمات العلاج الطبي المستثناة.

– طرق بحث الشكاوى وحل المنازعات.

7. تتضمن وثيقة الضمان الصحي للزائرين والأبناء المكفولين والغير مقيمين داخل الدولة خدمات العلاج الطبي للحالات الطارئة فقط، ويتم تحديد قيمتها حسب مدة الزيارة أو الإقامة داخل الدولة، طبقاً لسعر السوق.
8. يجب أن تتضمن وثيقة الضمان الصحي بياناً بالإعفاءات الممنوحة في مجال خدمات العلاج الطبي الأساسية مع النص على تخفيض قيمة الوثيقة بما يعادل هذه الإعفاءات المقررة.

9. تكتب نصوص وثيقة الضمان الصحي باللغة العربية مع ترجمة لها إلى اللغة الإنجليزية، ويعتبر النص العربي هو النص الرسمي الذي يعتد به عند حدوث أي نزاع.
10. لا يجوز علاج الأمراض الرئيسية مرتفعة التكاليف والمصاب بها المؤمن عليه – (القادم للإقامة أو العمل لأول مرة أو المقيم في الإمارة من غير الحاصلين على بطاقات صحية سارية المفعول) – بموجب وثيقة الضمان الصحي الأساسية إلا بعد ستة أشهر من تاريخ بدء سريان الوثيقة وتحدد الهيئة نوعية هذه الأمراض.
11. يستمر العمل بوثائق التأمين الصحي الصادرة قبل العمل بهذه اللائحة طوال مدة سريان الوثيقة أو لمدة سنة من تاريخ العمل باللائحة أيهما أقل ويجوز تجديدها بالشروط الواردة في برنامج الضمان الصحي.
12. تقوم شركات الضمان المعتمدة بتزويد الأشخاص المؤمن عليهم ببطاقات تتضمن تفاصيل وثيقة الضمان الصحي.
13. على شركة الضمان الصحي المعتمدة إصدار إشعار تجديد وثيقة الضمان قبل 30 يوماً من تاريخ انتهائها ويتعين أن يتضمن الإشعار قيمة القسط وأية تغييرات في الوثيقة المجددة.
14. يشترط ثبوت اللياقة الصحية للعمل أو الإقامة، قبل الاشتراك في برنامج الضمان الصحي.

المادة (7)

1. يلتزم أصحاب العمل والكفلاء بتزويد شركة الضمان الصحي المعتمدة بإقرار كتابي يفيد إجمالي الدخل الشهري النقدي للمؤمن عليه، وعلى أن يوقع عليه من المؤمن عليه، ومن صاحب العمل أو الكفيل المخول بالتوقيع.
2. يجوز لشركة الضمان المعتمدة أو الهيئة أن تطلب أي إثبات إضافي حول الدخل الشهري للمؤمن عليه.
3. على كافة الجهات المعنية في الإمارة تقديم ما يطلب منها من قِبل الهيئة، أو من يفوض من قِبلها من مستندات مؤكدة لصحة قيمة

الدخل الشهري للمؤمن عليه.

4. يعد أي إقرار لإثبات الدخل الشهري مخالفاً للحقيقة مخالفة يستوجب توقيع الغرامة المقررة وفق الجدول المرفق.
5. على شركات الضمان الصحي المعتمدة عدم إصدار وثائق الضمان الصحي الأساسية، إلا بعد إثبات مستوى دخل المؤمن عليه.

الباب الخامس

في خدمات العلاج الطبي الأساسية والحالات الطارئة والمستثناة

مادة (8)

1. يحدد الجدول رقم (1) المرفق باللائحة خدمات العلاج الطبي الأساسية الواجب توفيرها لكل وافد مقيم بالإمارة.
2. يحق لأية شركة ضمان صحي معتمدة تحديد غطاء الضمان الصحي المقدم بموجب وثيقة الضمان الصحي بما يتجاوز جدول خدمات العلاج الطبي الأساسية.
3. تكون التغطية التأمينية لخدمات العلاج الطبي الأساسية بموجب وثيقة ضمان واحدة.
4. يجوز استثناءً من أحكام البند السابق التأمين على خدمات الفحص والعلاج بالمستشفيات فقط، وتكون قيمة الوثيقة في هذه الحالة 50% من قيمة الوثيقة الأصلية سواء كانت وثيقة أساسية أو وثيقة معززة.
5. على الهيئة أن تنشر أسعار خدمات العلاج الطبي الأساسية وأية تعديلات تطرأ عليها في الجريدة الرسمية للإمارة.

مادة (9)

1. يلتزم مقدمو خدمات العلاج الطبي المعتمدون بتقديم خدمات العلاج الطبي إلى كل شخص مؤمن عليه أو غير مؤمن عليه في الحالات

الطبية الطارئة، ويحق لهم استرداد قيمة خدمات العلاج الطبي هذه من شركة الضمان المعتمدة، وفقاً لوثيقة الضمان الصحي في وقت لاحق إذا كان مؤمناً عليه.

2. يلتزم الكفيل أو صاحب العمل بسـداد القيمة الفعلية لتكاليف العلاج في الحالات الطبية الطارئة، إذا كان المصاب غير مؤمن عليه.
3. لا يجوز لأية منشأة طبية حكومية أو خاصة الامتناع عن تقديم خدمات العلاج الطبي في الحالات الطارئة، وإلا كانت مخالفة لقانون الضمان الصحي.
4. إذا كان المصاب في حادث مؤمن عليه ضد هذا الحادث لدى إحدى شركات التأمين بالدولة بأية وثيقة تأمين أخرى، يكون استرداد قيمة خدمات العلاج الطبي الناتجة عن الحادث من قِبل هذه الشركة.

مادة (10)

1. يحدد الجدول رقم (2) المرفق باللائحة خدمات العلاج الطبي المستثناة والتي لا تشتمل عليها وثيقة الضمان الصحي الأساسية.
2. مع مراعاة الاستثناءات المنصوص عليها في هذه اللائحة، لن تتضمن وثيقة الضمان الصحي الأساسية أي من خدمات العلاج الطبي المستثناة.
3. لشركة الضمان الصحي المعتمدة الحق في توسيع غطاء الضمان الصحي المقدم بموجب وثيقة الضمان الصحي الأساسية لتقديم الغطاء التأميني لخدمات العلاج الطبي المستثناة مقابل أقساط حسب سعر السوق على أن تتحول الوثيقة الأساسية في هذه الحالة إلى وثيقة ضمان معززة.

الباب السادس

في التزامات صاحب العمل والكفيل بتوفير الضمان الصحي

مادة (11)

1. يكون صاحب العمل المسؤول قبل الكفيل عن توفير مظلة الضمان

الصحي الأساسية لموظفيه ومن يعولهم حتى ولو لم تكن إقامتهم عليه، ويتحمل مسؤولية التأكد من تغطية الموظف أو العامل والمعالين منه في وثائق ضمان صحية سارية في كافة الأوقات.

2. إذا كان للموظف أكثر من زوجة واحدة على كفالته فإن عليه إبلاغ صاحب العمل كتابة عن أي من الزوجات يتم شمولها بالضمان الصحي من قِبل صاحب العمل، وفي حالة عدم الإبلاغ تعتبر زوجة الموظف الأولى هي الزوجة المشمولة بالضمان الصحي.

3. مع مراعاة أحكام البند رقم (7) من المادة السادسة، إذا كان للموظف أكثر من ثلاثة من الأبناء تقل أعمارهم عن 18 سنة على كفالته، يكون صاحب العمل مسؤولاً عن الثلاثة الأول المقيمين بالدولة بصفة دائمة من الأبناء للموظف حسب تسلسل بدء تواريخ ميلادهم من الأكبر إلى الأصغر، وفي حالة بلوغ أحد الأبناء سن الثامنة عشرة يحل بعده الابن التالي سناً وهكذا تباعاً.

4. يكون صاحب العمل المسؤول عن تكلفة وثائق الضمان الصحي الأساسية للموظف ومن يعولهم ولا يجوز له احتساب تكلفة هذه الوثائق، أو أي جزء منها على موظفيه.

5. يكون صاحب العمل مسؤولاً عن تكلفة خدمات العلاج الطبي المقدمة للموظفين ومن يعولهم وإن لم يشترك في نظام الضمان الصحي.

6. لا يجوز للجهات المعنية في الإمارة تجديد الرخصة التجارية لأصحاب الأعمال إلا بعد تقديمهم ما يثبت الاشتراك في الضمان الصحي عن العاملين لديهم عن المدة السابقة التي تستحق الاشتراك عنها.

7. على الجهات المعنية سواء كانت اتحادية أو محلية وضع آلية للتأكد من الالتزام بقانون الضمان الصحي، من المخاطبين بأحكامه.

8. وعلى كافة الجهات في الإمارة التي يثبت لديها وجود مخالفات لقانون الضمان الصحي إخطار الهيئة بها.

9. لا يسمح لصاحب العمل التقدم بطلب تصريح عمل لأي موظف بدون تقديم إثبات الاشتراك في برنامج الضمان الصحي.

10. ويشكل عدم التزام صاحب العمل بأحكام هذه المادة مخالفة لقانون الضمان الصحي وفق ما هو مبين في جدول المخالفات المرفق.

المادة (12)

1. يكون الكفيل مسؤولاً عن حصول كافة الوافدين المقيمين تحت كفالته على وثائق ضمان صحي سارية المفعول في جميع الأوقات.
2. يتحمل الكفيل تكلفة وثائق الضمان الصحي الأساسية ويتحمل المسؤولية الشخصية عن تكلفة جميع خدمات العلاج الطبي المقدمة إلى أي أشخاص تحت كفالته في حالة ما إذا كان هؤلاء الأشخاص لا تغطيهم وثيقة ضمان صحي سارية المفعول.
3. على الكفيل الالتزام بتقديم وثائق الضمان الصحي عند إصدار أو تجديد الإقامات.
4. على كافة إدارات الجنسية والإقامة في الإمارة عدم إصدار أو تجديد أية إقامات ما لم تقدم وثيقة الضمان الصحي مع الطلب.
5. لا تجدد الإقامات إلا في حالة تقديم ما يثبت الاشتراك في برنامج الضمان الصحي عن المدة السابقة التي تستحق الاشتراك عنها.
6. لا يجوز للكفيل احتساب تكلفة وثيقة الضمان الصحي الأساسية أو أي جزء منها على مكفوليه.
7. يبدأ التزام صاحب العمل والكفيل في الاشتراكات في برنامج الضمان الصحي بالنسبة للموظف أو المكفول بعد سبعة أيام (عمل) من تاريخ وصول الموظف أو المكفول إلى الإمارة أو من تاريخ حصوله على بطاقة الفحص الطبي أيهما أقل.
8. على إدارات الجنسية والإقامة في الإمارة وضع آلية الرقابة على تنفيذ برنامج الضمان الصحي.
9. يشكل إخفاق الكفيل في الالتزام بأحكام هذه المادة مخالفة لقانون الضمان الصحي وفق ما هو موضح في جدول المخالفات المرفق.

الباب السابع

في شركات الضمان الصحي

مادة (13)

1. على شركة التأمين المرخص لها بالعمل داخل الإمارة التي ترغب في تقديم خدمات الضمان الصحي وفقاً لبرنامج الضمان الصحي، التقدم بطلب إلى الهيئة لتسجيلها كشركة ضمان صحي معتمدة على النموذج المعد لذلك في الهيئة، على أن يتضمن الطلب ما يلي:

– صورة من الرخصة المعتمدة من الجهات المعنية في الدولة للعمل في مجال التأمين بالإمارة.

– تفاصيل كاملة ونسخ مبدئية من وثائق الضمان الصحي المقترحة.

– تفاصيل كاملة ونسخ مبدئية من نماذج الطلبات والمطالبات والوثائق الأخرى ذات الصلة التي ينوي مقدم الطلب استخدامها في اكتتاب وثائق الضمان الصحي وفقاً لبرنامج الضمان الصحي.

– العقود المقترح العمل بموجبها في مجالات خدمات العلاج الطبي وشركات الضمان الصحي والوسطاء في بيع وثائق الضمان الصحي وشركات إدارة مطالبات الضمان الصحي.

– نموذج بطاقات الضمان الصحي .

– النظام الآلي لإجراءات التسويات المالية المترتبة على تنفيذ برنامج الضمان الصحي.

– البيانات الشاملة لإجراءات تسوية المنازعات التي ستطبقها شركة الضمان الصحي المعتمدة للتعامل مع أية شكاوى أو منازعات تنشأ مع المؤمن عليه.

– أية وثائق أو متطلبات أخرى ذات الصلة التي قد تحددها الهيئة مستقبلاً.

2. لن يكون لأية شركة تأمين أو هيئة أخرى غير مسجلة لدى الهيئة كشركة ضمان صحي معتمدة، الحق في إصدار أية وثيقة من وثائق الضمان الصحي وفقاً لقانون الضمان الصحي.

3. يتعين أن يكون الطلب المقدم إلى الهيئة للتسجيل كشركة ضمان معتمدة موقعاً من المخول قانوناً بذلك مع إرفاق سند ذلك.
4. على الهيئة البت في الطلب المستوفي الشروط القانونية المقررة في هذا الشأن خلال ستين يوما، ويجوز أن تطلب من مقدم الطلب عند الضرورة تقديم مستندات أو بيانات أخرى، ويتعين على الهيئة إخطار مقدم الطلب بقرارها كتابياً.
5. للهيئة أن تطلب من الجهات المعنية تزويدها بكل ما تحتاجه من معلومات أو مستندات حسب ما تراه ضرورياً بغرض البت في الطلب.
6. على الهيئة بعد الموافقة على طلب تسجيل شركة الضمان الصحي إصدار شهادة بذلك.
7. تكون مدة الترخيص(سنة) قابلة للتجديد بنفس الشروط.
8. تقوم الهيئة بنشر قائمة تضم أسماء شركات الضمان الصحي المعتمدة وكذلك الشركاء المرخص لهم بموجب هذه اللائحة، على أن تُنشر هذه القائمة في الجريدة الرسمية للإمارة.
9. يكون للهيئة متابعة أنشطة شركات الضمان الصحي المعتمدة خلال مدة سريان الترخيص للتأكد من التزام هذه الشركات ببرنامج الضمان الصحي، وللهيئة اتخاذ أية إجراءات تراها ضرورية ضدها.
10. لا يجوز لشركات الضمان الصحي طلب إلغاء ترخيص العمل في برنامج الضمان الصحي، إلا بعد موافقة الهيئة ثم الإعلان عن ذلك في الصحف باللغة العربية والإنجليزية مرتين مع إعطاء مهلة لمدة شهر لتصفية التزامات هذه الشركات.

المادة (14)

1. يجوز لشركات الضمان الصحي المعتمدة التعاقد مع شركات أخرى مسجلة، وفقاً للقوانين السارية بغرض إدارة شؤون الضمان الصحي.
2. تكون شركة الضمان الصحي وشركة إدارة مطالبات الضمان الصحي متضامنتين معاً في تنفيذ كافة الالتزامات المقررة على شركة الضمان الصحي.

3. تصدر تراخيص عمل شركات إدارة مطالبات الضمان الصحي من قِبل الهيئة وفق الاشتراطات المقررة للترخيص لشركات الضمان الصحي.
4. لا يجوز لشركات إدارة مطالبات الضمان الصحي المعتمدة امتلاك أو إدارة أو الاشتراك في إدارة أي من مرافق مقدمي خدمات العلاج الطبي.

المادة (15)

1. على شركة الضمان الصحي المعتمدة القيام بواجباتها على الوجه الأمثل، وأن تعمل وتتوخى الحرص والإخلاص في سياق مشاركتها في برنامج الضمان الصحي، وأن تتولى تنفيذ عملياتها في كافة الأوقات وفقاً للمعايير المقبولة دولياً.
2. تتحمل شركة الضمان الصحي المعتمدة المسؤولية عن أعمال وكلائها بما في ذلك الخدمات المقدمة، أو التي يتكفل بها طرف ثالث كما لو قامت شركة الضمان الصحي المعتمدة بهذه الأعمال بنفسها.
3. على شركة الضمان الصحي المعتمدة البت في الشكاوى والمنازعات المرفوعة إليها بالطرق القانونية.
4. لا يجوز لشركة الضمان الصحي المعتمدة امتلاك أو إدارة أو الاشتراك في إدارة أي من مرافق خدمات العلاج الطبي المعتمدة، كما لا يجوز لأية شركة ضمان صحي معتمدة تقديم أي خدمات علاج طبي، سواء فيما يتعلق ببرنامج الضمان الصحي أو خلافه.
5. لا يجوز لشركة الضمان الصحي المعتمدة أن يكون لها مصلحة مع مقدمي خدمات العلاج الطبي المعتمدين، أو أي وسيط مما يتضارب مع حسن أداء واجبات الشركة وتمتد شروط هذا الحكم إلى إدارتها العليا.
6. على شركات الضمان الصحي المعتمدة اتخاذ الإجراءات العاجلة لتجنب حدوث أي تضارب للمصالح نشأ أو قد ينشأ، كما يجب عليها إخطار الهيئة عن الأمور التي أدت إلى حدوث ذلك التضارب كتابة لتمكين الهيئة من التحقيق في ذلك.
7. يجوز للهيئة بموجب إشعار خطي إلى شركة الضمان الصحي المعتمدة

أن تطلب منها عرض حساباتها وسجلاتها لغرض المعاينة والتدقيق، لضمان التأكد من الوفاء بالتزاماتها المقررة في برنامج الضمان الصحي.

8. للهيئة الحق في اتخاذ الإجراءات التي تراها ضرورية لتنفيذ نتائج أي تحقيق في أي تضارب محتمل أو فعلي للمصالح.

ويشكل الإخلال بأحكام هذه المادة مخالفة لأحكام قانون الضمان الصحي، ويؤدي إلى فرض غرامة أو تعليق أو إلغاء ترخيص الهيئة لشركة الضمان الصحي المعتمدة.

مادة (16)

1. يجوز للوسيط المسجل قانوناً للعمل كوسيط في مجال التأمين لدى السلطات المختصة في الدولة، أن يتقدم للهيئة بطلب للعمل في مجال الضمان الصحي، ولا يجوز لهذا الوسيط العمل في مجال الضمان الصحي، إلا بعد الترخيص له من قبل الهيئة.
2. يلتزم جميع الوسطاء المعتمدين لدى الهيئة بالقيام بأعمالهم وفقاً لقانون التأمين في الدولة.
3. لا يجوز للوسيط أن يشارك في تسويق أو التوسط أو بيع وثائق الضمان الصحي، إلا إذا كانت الوثيقة صادرة عن شركة ضمان صحي معتمدة.
4. لا يجوز للوسيط قبول أية مكافأة أو عمولة أو رسوم من مقدم خدمات العلاج الطبي مقابل خدماته.
5. لا يجوز للوسيط المعتمد امتلاك أو إدارة أو الاشتراك في إدارة أي من مرافق مقدمي خدمات العلاج الطبي المعتمد أو شركات الضمان الصحي المعتمدة.
6. يجب على شركات الضمان الصحي المعتمدة عند استلامها لطلب كتابي من الهيئة أن تقدم جميع السجلات والتفاصيل الخاصة بتعاملاتها من جميع الوسطاء المعتمدين من قبل الهيئة.
7. لا يجوز لمقدم العلاج الطبي دفع أية عمولات أو مقابل أتعاب للوسطاء المعتمدين، وفي حالة قيامه بذلك يكون مخالفاً لقانون الضمان الصحي.

8. على كافة المرخص لهم للعمل كوسطاء في مجال الضمان الصحي، تقديم تقرير سنوي للهيئة عن كافة أعمالهم على النموذج المعد لذلك من قِبل الهيئة.

9.– أية شركة ضمان صحي تتعامل مع وسيط بدون الترخيص له من قِبل الهيئة، يعتبر كلاهما مخالفاً لقانون الضمان الصحي.

الباب الثامن:

في شروط ترخيص مقدمي خدمات العلاج الطبي والتزاماتهم وعقود تقديم تلك الخدمات

مادة (17)

1. تتقدم الجهة التي ترغب في تقديم خدمات العلاج الطبي وفقاً لبرنامج الضمان الصحي، بطلب إلى الهيئة ليتم تسجيلها كمقدم خدمات علاج طبي معتمد، على النموذج المعد لذلك من قبل الهيئة على أن يرفق بالطلب المستندات التالية:

– صورة من الترخيص المعتمد بالعمل في المجال الطبي الخاص في الإمارة.

– تفاصيل خدمات العلاج الطبي التي يسعى مقدم الطلب لاعتمادها كمقدم خدمات علاج طبي معتمد.

– وثيقة تأمين عن المسؤولية الطبية للعاملين لديه.

– تفاصيل كاملة بقائمة الأسعار المقترحة من قِبل مقدم خدمات العلاج الطبي التي يسعى لاعتمادها من الهيئة.

– النظام الآلي لإعداد الفواتير وإجراءات التسويات المالية المترتبة على تنفيذ برنامج الضمان الصحي.

– الوثائق الأخرى ذات الصلة التي تحددها الهيئة من وقت لآخر.

2. يعتبر جميع مقدمي خدمات العلاج الطبي الحكوميين التابعين للهيئة معتمدين كمقدمي خدمات علاج طبي في برنامج الضمان الصحي، اعتبارا من 2006/7/1 ولمدة سنة ميلادية، وعلى هذه المنشآت التقدم

للهيئة في نهاية المدة للحصول على تراخيص جديدة.

3. لا يحق لأي مقدم خدمات علاج طبي غير معتمد من الهيئة، تقديم خدمات العلاج الطبي بموجب برنامج الضمان الصحي.
4. يكون الطلب المقدم إلى الهيئة للتسجيل كمقدم خدمات علاج طبي موقعاً من قِبل المسؤول المخول قانوناً بذلك، على أن يقدم سنده.
5. على الهيئة الالتزام بالبت في الطلب المستوفي لكافة الشروط القانونية المقررة في هذا الشأن خلال ستين يوماً، ويجوز أن تطلب من مقدم الطلب عند الضرورة، تقديم مستندات أو بيانات أخرى، ويتعين على الهيئة إخطار مقدم الطلب بقرارها كتابياً.
6. على كافة الجهات المختصة بالإمارة تزويد الهيئة بكافة البيانات والمعلومات والمستندات اللازمة للبت في الطلب.
7. على الهيئة بعد الموافقة على طلب التسجيل كمقدم خدمات علاج طبي معتمد إصدار شهادة بذلك.
8. تكون مدة الترخيص سنة قابلة للتجديد بنفس الشروط.
9. تقوم الهيئة بمتابعة نشاطات مقدمي خدمات العلاج الطبي المعتمدين خلال مدة سريان الترخيص للتأكد من التزامهم ببرنامج الضمان الصحي، وللهيئة اتخاذ أية إجراءات تراها ضرورية ضدهم حال مخالفتهم لبرنامج الضمان الصحي مع فرض الغرامات أو تعليق أو إنهاء صلاحية ترخيص العمل في مجال الضمان الصحي إذا تطلب الأمر ذلك.
10. على مقدمي خدمات العلاج الطبي المعتمدين الالتزام بسياسات وإجراءات الهيئة المتعلقة بكيفية تقديم خدمات العلاج الطبي.
11. على الهيئة التدقيق في مدى التزام مقدمي خدمات العلاج الطبي بالسياسات والإجراءات القانونية، وإذا ثبت لها ما يخالف ذلك عليها اتخاذ الإجراءات القانونية المقررة في هذا الشأن.
12. تلتزم الهيئة بنشر قائمة تتضمن أسماء مقدمي خدمات العلاج الطبي المعتمدين، على أن يُنشر ذلك في الجريدة الرسمية للإمارة.

13. لا يجوز لمقدمي خدمات العلاج الطبي طلب إلغاء الترخيص للعمل في برنامج الضمان الصحي، إلا بموافقة الهيئة، ثم الإعلان في الصحف باللغة العربية والإنجليزية مرتين مع إعطاء مهلة شهرين لتصفية التزاماتهم.

المادة (18)

1. على مقدم خدمات العلاج الطبي المعتمد القيام بواجباته على الوجه الأكمل، وأن يعمل ويتوخى الحرص والإخلاص في سياق تنفيذه برنامج الضمان الصحي، وعليه تقديم خدمات العلاج الطبي في كافة الأوقات وفقاً للمعايير الدولية.
2. لا يجوز لمقدم خدمات العلاج الطبي المعتمد أن تكون لديه أية مصالح سواء عن طريق الامتلاك أو الإدارة أو المشاركة في شركة الضمان الصحي المعتمدة أو الوسطاء، كما لا يجوز له أن يشارك بأية طريقة كانت بالعمل بصفة وسيط في بيع أو تسويق وثائق الضمان الصحي.
3. لا يجوز لأي مقدم خدمات علاج طبي معتمد أن يكون له مصلحة، أو أن يكون مشارك في ملكية أو خلاف ذلك لدى شركة الضمان الصحي المعتمدة، أو أي وسيط مما يتعارض مع حسن أداء واجبات مقدم خدمات العلاج الطبي، وتمتد شروط هذا الحكم إلى الإدارة العليا لمقدم خدمات العلاج الطبي.
4. على مقدم خدمات العلاج الطبي المعتمد اتخاذ الإجراءات المناسبة لتجنب وتفادي أي تضارب مصالح ناشئة وعليه فوراً إخطار الهيئة كتابياً عن الأمور المؤدية لحدوث ذلك التضارب لتمكينها من التحقيق في تلك المسألة.
5. يجوز للهيئة بموجب إخطار كتابي موجه إلى مقدم خدمات العلاج الطبي المعتمد أن تطلب منه أن يعرض لغرض المعاينة والتدقيق حساباته وسجلاته، للتأكد من الوفاء بالتزاماته المقررة في برنامج الضمان الصحي.
6. للهيئة الحق في اتخاذ الإجراءات التي تراها مناسبة فيما أسفر عنه أي تحقيق في أي تضارب محتمل للمصالح. ويُشكل الإخلال بأحكام هذه المادة مخالفة لقانون الضمان الصحي ولائحته التنفيذية.

مادة (19)

1. على مقدمي خدمات العلاج الطبي الحكوميين التابعين للهيئة التعاقد فقط مع الشركة الوطنية للضمان الصحي (ضمان) بموجب عقود ووثائق ضمان، وذلك لمدة خمس سنوات اعتباراً من 2006/7/1، ويجوز زيادة أو تقصير المدة بقرار من المجلس التنفيذي.
2. تتولى الشركة الوطنية للضمان الصحي (ضمان) دون غيرها القيام بخدمات الضمان الصحي الأساسية والاختيارية لجميع موظفي الحكومة وأفراد أسرهم (اتحادي / محلي)، وكذلك موظفي الهيئات والمؤسسات والشركات المملوكة بالكامل للحكومة وأفراد أسرهم (اتحادي/محلي)، وذلك لمدة عشر سنوات من تاريخ العمل بهذه اللائحة، ويجوز بقرار من المجلس التنفيذي إطالة هذه المدة أو تقصيرها.
3. تلتزم شركة الضمان المعتمدة بإبرام عقود مع مقدمي خدمات العلاج الطبي المعتمدين، على أن تتضمن البيانات التالية:

– أطراف العقد.

– مدة العقد.

– واجبات والتزامات شركة الضمان الصحي المعتمدة.

– واجبات والتزامات مقدم خدمات العلاج الطبي المعتمد.

– إجراءات سداد مقابل خدمات العلاج الطبي.

– إجراءات التعريف على الأشخاص المؤمن عليهم، بالإضافة إلى إجراءات الاعتماد.

– إجراءات حل الشكاوى والمنازعات.

– شروط إنهاء العقد.

– متطلبات السرية بالنسبة لسجلات وملفات الأشخاص المؤمن عليهم.

– حجم الخدمات وسقف الأسعار وتكلفة خدمات العلاج الطبي الأساسية الواجب على مقدم خدمات العلاج الطبي المعتمد تقديمها.

– مبلغ أو/ نسبة التحمل الواجب على المؤمن عليه سدادها عند

طلب العلاج الطبي المشمول بالوثيقة أو عند صرف الأدوية أو إجراء الفحوص المخبرية أو التشخيص بالأشعة.

4. تخضع كافة العقود لرقابة واعتماد الهيئة، ويجوز لها إدخال ما تراه من تعديلات عليها قبل اعتمادها، ولا يجوز العمل بأي عقد في هذا المجال قبل اعتماده من قبل الهيئة.
5. يلتزم طرفي العقد خلال ثلاثون يوماً بتقديم كافة الإيضاحات والبيانات التي تطلبها الهيئة في سبيل مراجعتها وتدقيقها على هذه العقود، ويعتبر التأخير عن هذا الموعد مخالفة لقانون الضمان الصحي تستوجب العقوبة المقررة وفق اللائحة.
6. على شركات الضمان الصحي المعتمدة، ومقدمو خدمات العلاج الطبي المعتمدون بعد التوقيع على العقود، إيداع نسخ منها لدى الهيئة مصحوبة بأي تعديلات تطرأ عليها.

الباب التاسع

في مأموري الضبط القضائي

مادة (20)

1. على الهيئة التقدم إلى وزير العدل لمنح صفة الضبطية القضائية لموظفي الهيئة العاملين على تنفيذ قانون الضمان الصحي في الإمارة.
2. يكون تعيين مأموري الضبط القضائي بغرض مساعدة الهيئة في أداء دورها الخاص بتنفيذ وإدارة ومراقبة برنامج الضمان الصحي.
3. على الهيئة إصدار بطاقة هوية لمأموري الضبط القضائي والذي يتعين عليهم حملها في جميع الأوقات، ويجب تقديمها عندما يطلب منه ذلك حال ممارسة مهامه.
4. على مأموري الضبط القضائي التحقيق في الشكاوى المحالة إليهم والخاصة ببرنامج الضمان الصحي والتي تتعلق بأعمال وظائفهم وفقاً للقوانين السارية.

5. على مأموري الضبط القضائي إعداد تقرير كتابي بشأن التحقيقات التي تُجرى وذلك على النموذج المعد لذلك، من قِبل الهيئة ويتعين أن يتضمن النموذج ما يلي:

– اسم مأمور الضبط القضائي الذي حقق الشكوى.

– تفاصيل كاملة عن إجراءات التحقيق التي باشرها وفقاً للقوانين السارية.

– تحديد المخالفة التي وقعت خروجاً على أحكام قانون الضمان الصحي أو لائحته التنفيذية.

– أية وقائع أخرى ذات صلة بالواقعة محل التحقيق.

– تاريخ إنهاء التقرير.

6. يلتزم مأموري الضبط القضائي بالتوقيع على النموذج المحدد في البند السابق، وعليهم رفع نتائج تحقيقاتهم إلى وحدة الشكاوى بالهيئة خلال سبعة أيام من استكمال إجراءات التحقيق.

7. يلتزم مأمورو الضبط القضائي بالمحافظة على كافة المعلومات والأسرار المتعلقة بفحص الشكوى ولا يجوز لغير السلطات المختصة قانوناً الاطلاع عليها.

الباب العاشر:

في الشكاوى والمنازعات وقرار المخالفة

مادة (21)

1. على الهيئة إنشاء وحدة للشكاوى، للمساعدة في التحقيق في الشكاوى والمنازعات التي تنشأ بين المشاركين في برنامج الضمان الصحي.

2. لا يجوز لمكتب الشكاوى بالهيئة النظر في شكوى مقدمة من المؤمن عليه بشأن الخدمات الصحية المقدمة له أو وثيقة المؤمن بالضمان الصحي إلا في الحالتين التاليتين:

– استنفاذ طرق حل النزاع بين المؤمن عليه وشركة الضمان الصحي المعتمدة، وفق نظام شركة الضمان .

– استنفاذ طرق حل النزاع بين المؤمن عليه ومقدمي خدمات العلاج الطبي المعتمدين، وفق نظام حل المنازعات لدى مقدمي خدمات العلاج الطبي.

3. تعد الهيئة النماذج والإجراءات التي يتم بموجبها تقديم الشكاوى.

4. تعد الهيئة قائمة الرسوم المقررة لفحص الشكاوى وطرق تحصيلها.

5. يشترط في الشكاوى المقدمة للهيئة الشروط التالية:

– أن تكون كتابية وعلى النموذج المعد لذلك، وموقعاً عليها من الشاكي.

– أن تكون مصحوبة بالرسوم المقررة.

– أن يرفق بها كافة المستندات المطلوبة التي تؤيد الشكوى.

– موضوع الشكوى وطلبات الشاكي تفصيلاً.

– أن تكون باللغة العربية أو الإنجليزية.

6. تتولى وحدة الشكاوى المهام التالية:

– استلام واستكمال الإجراءات الشكلية للشكوى.

– إحالة الشكوى إلى التحقيق إذا اقتضى الأمر ذلك.

– تكليف مأموري الضبط القضائي بما تراه من تحقيق أو معاينة أو فحص.

– أية أعمال أخرى تتعلق بمهام اختصاصاتها.

– رفع توصياتها إلى الهيئة، لاتخاذ ما تراه بشأن ما أسفر عنه فحص الشكوى.

7. عند استلام شكوى ضد أي مقدم خدمة أو شركة ضمان معتمدة، يجوز لوحدة الشكاوى ما يلي:

– إبلاغ مقدم خدمات العلاج الطبي المعتمد أو شركة الضمان المعتمدة بطبيعة الشكوى، وتزويدهما بأية وثائق حسب ما تراه وحدة الشكاوى ضرورياً وفق تقديرها.

– مطالبة مقدم خدمات العلاج الطبي المعتمد أو شركة الضمان المعتمدة بموافاة وحدة الشكاوى بردهم مشفوعاً بكافة الوثائق ذات الصلة بالشكوى خلال 14 يوما من استلام الطلب، ويجوز لوحدة الشكاوى تمديد هذه الفترة بما لا يجاوز 28 يوماً.

– إحالة الموضوع إلى مأموري الضبط القضائي لإجراء التحقيق، إذا اقتضى الأمر ذلك.

– طلب أية سجلات أو مستندات من مقدمي العلاج الطبي وشركة الضمان تكون ضرورية لفحص الشكوى.

8. يتقيد مقدمو خدمات العلاج الطبي المعتمدين أو شركة الضمان المعتمدة بكافة الطلبات المسلمة إليهم من وحدة الشكاوى.

9. يجوز لوحدة الشكاوى التعامل مع الشكوى بواسطة:

– إجراء التحقيق.

– إحالة الشكوى إلى مأموري الضبط القضائي.

– إبلاغ كافة الأطراف المعنية بالشكوى، وطلب المستندات ذات الصلة بها.

– اتخاذ قرار يتعلق بالنتائج أو تقرير مأموري الضبط القضائي والتوصية بالإجراءات التي على الهيئة اتخاذها بصدد الشكوى، بما في ذلك إصدار إشعار المخالفة.

– تحويل الشكوى إلى الجهات الاتحادية أو المحلية ذات الصلة للتحقيق.

10. يجوز لوحدة الشكاوى عدم نظر الشكوى في الحالات التالية:

– أن يكون قد سبق الفصل في موضوع الشكوى.

– إذا أوصى تقرير مأموري الضبط القضائي بذلك.

– ألا يكون للشاكي صفة أو مصلحة في الشكوى.

– أن يكشف بحث الشكوى مبدئياً عن كيديتها.

– إذا كانت الشكوى غير مقدمة على النموذج المعد لذلك، أو لم تسدد بشأنها الرسوم المقررة.

11. لوحدة الشكاوى عدم اتخاذ أية إجراءات بخصوص الشكوى إذا كانت الواقعة التي تتعلق بها قد حدثت منذ أكثر من 12 شهراً.
12. تقوم وحدة الشكاوى بإبلاغ الشاكي كتابياً خلال شهر من استلام الشكوى بالإجراء الذي اتخذته.
13. يحق للشاكي أن يطلب من وحدة الشكاوى موافاته بما قامت به من إجراءات لفحص شكواه خلال ثلاثين يوماً من تقديمها.
14. يتعين أن تتضمن عقود مقدمي خدمات العلاج الطبي وعقود شركات الضمان الصحي نصاً بإحالة المنازعات بين الأطراف إلى وحدة الشكاوى في الهيئة أولاً، للوصول إلى حل توفيقي، ولن تكون أية إجراءات أخرى لحل النزاع نافذة ومؤثرة إلا عند استيفاء كافة إجراءات فحص الشكاوى المنصوص عليها في اللائحة.
15. يجوز لوحدة الشكاوى إحالة الشكوى إلى هيئة أخرى للتحقيق فيها، إن رأت وجهاً لذلك، وعلى أن تبلغ الشاكي كتابياً بتلك الإحالة.
16. لا يجوز لأي من مقدمي خدمات العلاج الطبي أو شركات الضمان الصحي أو الوسطاء أو شركة إدارة مطالبات الضمان الصحي تقاضي أو فرض أية رسوم على الشكاوى المقدمة لها بشأن الضمان الصحي.

المادة (22)

1. يتم إصدار قرار المخالفة على النموذج المعد لذلك على أن يتضمن البيانات التالية:

– رقم مسلسل وتاريخ إصدار القرار.

– الاسم الكامل وعنوان الشخص أو الهيئة التي يتم توجيه القرار إليها.

– تفاصيل المخالفة.

– أحكام قانون الضمان الصحي و / أو لائحته التنفيذية التي تم مخالفتها.

– نوع الجزاء المقرر بشأن المخالفة.

– الإجراءات التصحيحية المطلوبة من الشخص أو الجهة التي وجه إليها قرار المخالفة بتنفيذها، والفترة الزمنية المطلوبة للتصحيح والدليل

المطلوب تقديمه إلى الهيئة كإثبات لهذه الإجراءات التصحيحية.

– تحديد المكان والطريقة التي سيتم بها دفع الغرامة المالية.

– التفاصيل الخاصة بالفترة الزمنية والإجراء المتخذ للطعن في قرار المخالفة حسب ما هو مبين في هذه اللائحة.

2. يتم تسليم قرار المخالفة إما عن طريق البريد المسجل إلى الشخص أو الجهة الموجه إليها أو إلى الشخص أو الجهة مباشرة على أن تحتفظ الهيئة بإثبات لهذا التسليم.

3. في حالة توقيع غرامة مالية يتم تسديد هذه الغرامة إلى الهيئة وفقاً لنظم الهيئة المالية.

4. في حالة عدم دفع الغرامة خلال الفترة المحددة في قرار المخالفة على الهيئة إخطار السلطات القضائية بالدولة لاتخاذ الإجراءات القانونية.

5. للشخص أو الجهة الموجه إليها المخالفة التظلم من قرار المخالفة كتابياً، ويسلم إلى وحدة الشكاوى وفقاً للإجراءات المبينة في هذه اللائحة خلال سبعة أيام من تاريخ استلام قرار المخالفة، وعلى وحدة الشكاوى البت في التظلم خلال شهر من تاريخ تقديمه، على أن تتبع كافة الإجراءات المقررة لبحث الشكوى عند بحث التظلم.

6. لا يجوز تجديد أو إلغاء أية تصريح صادر من الهيئة للعمل في برنامج الضمان الصحي، إلا بعد سداد كافة الغرامات المقررة وفق أحكام هذه اللائحة.

الباب الحادي عشر

في الأحكام العامة

مادة (23)

1. تعتبر جميع ملفات وسجلات علاج المرضى ذات الصلة بخدمات العلاج الطبي المقدمة إلى الأشخاص المؤمن عليهم في سرية تامة، ولا يتم الاطلاع عليها من طرف آخر إلا في الحالات التالية:

– عند تقديم المؤمن عليه طلب كتابي ينص صراحة على الاطلاع على هذه الملفات أو السجلات لطرف آخر.

– بموجب أمر من إحدى السلطات القضائية أو الشرطة أو الهيئة.

– عندما يكون الكشف عن الملفات أو السجلات مرتبطاً بأغراض هذه اللائحة، ويتعين على الشخص المطّلع الاحتفاظ بسرية البيانات.

2. يحتفظ مقدمو خدمات العلاج الطبي بسجلات وملفات علاج المؤمن عليهم لدى المنشآت العلاجية لمدة سنتين من تاريخ انتهاء آخر وثيقة ضمان صحي، أو آخر علاج أيهما أبعد، ولا يجوز التخلص منها نهائياً إلا بعد خمس سنوات من تاريخ آخر علاج.

3. يحق للمؤمن عليه في حالة تغير مقدم خدمات العلاج الطبي لأي سبب من الأسباب، طلب صورة كاملة من ملفه العلاجي أو سجلاته وإيداعها لدى مقدم خدمات العلاج الطبي الجديد.

مادة (24)

1. تحدد الهيئة أنواع التقارير المطلوبة من شركات الضمان الصحي ومقدمي خدمات العلاج الطبي المعتمدين والوسطاء وشركات إدارة مطالبات الضمان الصحي.

2. على الجهات المحددة في البند السابق تقديم التقارير المطلوبة منهم على النماذج المعدة لذلك من قِبل الهيئة كل ثلاثة أشهر.

3. يعد التأخير في تقديم التقارير المطلوبة وفق أحكام هذه المادة مخالفة لأحكام قانون الضمان الصحي.

مادة (25)

تختص الهيئة بإجراء الدراسات وإعداد الفتاوى في كافة الشؤون الفنية والطبية والعلاجية والمالية والقانونية التي تتطلبها حاجة العمل في مجال تطبيق قانون الضمان الصحي ولائحته التنفيذية.

مادة (26)

يبدأ سريان الضمان الصحي على الفئات التالية، اعتباراً من التاريخ المحدد قرين كل منها:

1. الجهات والهيئات والمؤسسات الحكومية الاتحادية والمحلية والشركات

الحكومية وشبه الحكومية وشركات القطاع الخاص التي يزيد عدد موظفيها عن 1000 موظف 2006/7/1.

2. باقي الفئات 2007/1/1.

مادة (27)

تلتزم الحكومة بتقديم كافة خدمات العلاج الطبي في حالات الإصابات أو الأمراض التي تصيب المؤمن عليه نتيجة العمليات العسكرية أو الحروب أو الأعمال الإرهابية أو الطاقة النووية أو التلوث الكيميائي أو الكوارث الطبيعية أو في حالات تفشي الأوبئة.

مادة (28)

للهيئة تعديل أحكام هذه اللائحة، وكافة الجداول المرفقة، على أن يعتمد ذلك من المجلس التنفيذي.

الجدول رقم (1)

خدمات العلاج الطبي الأساسية

ويحـدد هذا الجدول خدمـات العلاج الطبي الأساسـية المغطـاة بوثيقة الضمان الصحي الأساسية.

أولا: الحد الأقصى لسقف الخدمات العلاجية الأساسية سنوياً:

250.000 ألف درهم ـ مائتان وخمسون ألف درهم ـ للفرد الواحد.

ثانيا: التغطية الجغرافية:

1. داخل حدود إمارة أبوظبي يتم تغطية خدمات الضمان الصحي الأساسية من خلال شبكة معتمدة من مقدمي خدمات العلاج الطبي المرخص لهم من قبل الهيئة.
2. في الإمارات الأخرى يتم تغطية خدمات الطوارىء فقط.

ثالثا: خدمات العلاج الطبي الأساسية للإقامة بالمستشفيات المعتمدة:

1. الإقامة داخل المستشفى لتقديم خدمات العلاج الطبي على أن تكون في العنابر 2 سرير أو أكثر بشرط الموافقة المسبقة على ذلك من شركة الضمان المعتمدة.
2. الفحص والتشخيص والعلاج والجراحات في المستشفيات للحالات غير الحرجة يشترط الموافقة المسبقة من قبل الشركة المؤمن لديها على ذلك.
3. خدمات العلاج الطبي للحالات الطارئة.
4. خدمات نقل حالات الطوارىء داخل إمارة أبوظبي من خلال جهات معتمدة.
5. قيمة تكاليف إقامة مُرافق للطفل المؤمن عليه حتى سن العاشرة بحد أقصى (100) درهم في اليوم الواحد.
6. قيمة تكاليف إقامة مُرافق واحد للمريض معه في نفس الغرفة في الحالات الحرجة بناءً على توصية الطبيب المعالج ويشترط الموافقة

المسبقة من قبل شركة الضمان المؤمن لديها وبحد أقصى 100 درهم في اليوم الواحد.

7. خدمات الإقامة في المستشفيات للولادة بكافة أنواعها بشرط الموافقة المسبقة من شركة الضمان الصحي المعتمدة على أن تسدد المريضة 500 درهم عن كل حالة ولادة.

رابعا: خدمات العلاج الطبي الأساسية في العيادات الخارجية للمستشفيات والمراكز الصحية المعتمدة:

1. خدمات الفحص والتشخيص والعلاج لدى الأطباء العامين في العيادات والمراكز الصحية المحددة لعلاج المؤمن عليه على أن يسدد المؤمن عليه مبلغ 20 درهماً عن كل كشف جديد في كل مرة وسداد 10 دراهم عن كل كشف جديد لدى الأطباء الأخصائيين أو الاستشاريين، بشرط أن يتم تحويله إليهم من الأطباء العامين، وتعفى المراجعات إذا تمت خلال سبعة أيام من تاريخ الفحص الأول من رسوم الكشف.
2. خدمات الفحوصات المخبرية على أن يسدد عن الفحص مبلغ وقدره (10) دراهم بشرط أن يتم في المنشآت العلاجية المحددة لعلاج المؤمن عليه.
3. خدمات التشخيص بالأشعة بكافة أنواعها على أن يسدد عن التشخيص مبلغ وقدره 10 درهم وبشرط أن تتم في المنشآت العلاجية المحددة لعلاج المؤمن عليه وبالنسبة للفحص بالرنين المغناطيسي والأشعة المقطعية وتنظير البطن يشترط الحصول على موافقة شركة الضمان المؤمن لديها مسبقا، في الحالات غير الطارئة.
4. خدمات العلاج الطبيعي للحالات العلاجية شرط الموافقة المسبقة من شركة الضمان الصحي المعتمدة على ذلك.
5. 70% من قيمة الأدوية في الوصفة الطبية وبحد أقصى 1500 درهم سنوياً، على أن يسدد المريض 30% من قيمة كل وصفة طبية، وفي حالة زيادة قيمة الوصفة الطبية على 500 درهم، يطلب موافقة شركة الضمان الصحي المسبقة لصرف الدواء.

6. خدمات الفحص والتشخيص والعلاج لدى الأطباء العامين لأمراض النساء والحمل في المراكز والعيادات المحددة لعلاج المؤمن عليها، على أن تسدد المؤمن عليها مبلغ 20 درهماً عن كل كشف جديد في كل مرة وسداد (10) دراهم عن كل كشف جديد لدى الأطباء الأخصائيين والاستشاريين، بشرط أن يتم تحويل المؤمن عليها بواسطة الأطباء العامين، وتعفى المراجعات إذا تمت خلال سبعة أيام من تاريخ الفحص الأول من رسوم الكشف.

خامسا: خدمات علاج طبي أساسية مؤجلة:

1. خدمات التشخيص والعلاج لكافة أمراض الأسنان واللثة ما عدا الحالات الطارئة.
2. مستلزمات السمع والأبصار وتصحيح النظر بالجراحات والليزر ما عدا الحالات الطارئة.

سادسا: يحدد بقرار من الهيئة الفترة الزمنية الواجب على شركة الضمان الصحي الالتزام خلالها بإصدار الموافقة المبدئية على تقديم خدمات العلاج الطبي الأساسية المعلق تقديمها مسبقاً على موافقة شركة الضمان الصحي.

الجدول رقم (2)

خدمات العلاج الطبي المستثناة التي يتم تقديمها بموجب وثيقة الضمان الصحي المعززة

يحدد هذا الجدول خدمات العلاج الطبي غير الأساسية (المستثناة):

1. الخدمات الصحية غير الضرورية طبياً.
2. تكاليف خدمات علاج الأسنان والأسنان الصناعية وتقويم الأسنان.
3. الرعاية الخاصة المنزلية، التمريض الخاص، الرعاية لأجل السفر.
4. الرعاية الخاصة وتشمل:

– الرعاية التي ليست لغرض العلاج الطبي.

– الخدمات الصحية التي لا تؤدي إلى تحسن في حالة المريض أو التي لا يحدث بسببها تغير في حالته الصحية.

5. الخدمات التي لا تتطلب خدمة مستمرة من كادر طبي متخصص.
6. خدمات الراحة والمتطلبات الشخصية (التلفزيون/ قص الشعر/ الخدمات التجميلية/ خدمة الضيوف/ الخدمات المماثلة ومستلزماتها).
7. العمليات التجميلية لتحسين المظهر الخارجي للجسم وكذلك عمليات استبدال الثدي الصناعي وتعتبر العمليات التجميلية لتحسين وظيفة العضو المصاب في حالات الإصابة والمرض أو التشوهات الخلقية وكذلك عمليات إعادة بناء الثدي بعد الجراحات السرطانية ضمن خدمات العلاج الطبي الأساسية.
8. العلاج الجراحي وغير الجراحي المتعلق بالبدانة بما فيها البدانة المفرطة وأي برامج أو خدمات أو مستلزمات أخرى للتحكم في الوزن.
9. خدمات العلاج الطبي المستخدمة لأغراض التجارب والفحوصات والأبحاث غير المعترف بها طبياً وكذلك الأجهزة والمعدات والحميات الصيدلانية.
10. خدمات العلاج الطبي التي تتم خارج الشبكة المعتمدة من مقدمي خدمات العلاج الطبي المرخص لهم من قِبل الهيئة عدا حالات العلاج الطبي الطارئ.
11. خدمات العلاج الطبي أو التكاليف الناتجة عنهما لعلاج أمراض تساقط الشعر في منطقة معينة/ الصلع/ تساقط الشعر الطبيعي/ قشر الشعر/ الشعر المستعار.
12. الخدمات والمستلزمات الخاصة ببرامج الإقلاع عن التدخين وعلاج إدمان النكوتين.
13. سحب عينة من السائل الأمنيوسي (ما حول الجنين) لغير ضرورة طبية.
14. علاج وخدمات وجراحات التحويل الجنسي والعقم والتعقيم.
15. علاج وخدمات منع الحمل.
16. الخدمات العلاجية الخاصة بالخصوبة والعقم (دوالي الحبل المنوي/ تعدد أكياس المبيض/ تكيس المبيض/ اضطرابات الهرمون/ الاضطرابات والضعف الجنسي).

17. الأجهزة التعويضية والمعدات الطبية المستهلكة إلا في حالة الحصول على موافقة شركة الضمان.
18. التكاليف والمستلزمات والمهمات المتعلقة بممارسة الأنشطة الخطرة وعلى سبيل المثال (كافة أشكال رياضة الطيران/ رياضة سباق السيارات/ سباقات الرياضات المائية/ رياضات تسلق الجبال/ رياضات ركوب الخيل/ الرياضات العنيفة مثل الجودو والملاكمة والمصارعة/ رياضات ألعاب القفز/ الأنشطة الرياضية للمحترفين).
19. العلاج باستخدام هرمونات النمو.
20. التكاليف المتعلقة باختبارات السمع وتصحيح النظر والأجهزة التعويضية أو المساعدة السمعية والبصرية.
21. أمراض الصحة العقلية سواء العلاج بالعيادات الخارجية أو التنويم بالمستشفى ما لم تكن حالة اضطراب عقلي مؤقت أو رد فعل حاد للإجهاد.
22. مستلزمات علاج المرضى المتضمنة (الجوارب المرنة وضمادات الحرير والشاش والإبر وأشرطة فحص السكري والمنتجات المماثلة لها، الأدوية والعلاج غير الموصوف باستثناء المستلزمات الناتجة عن خدمات العلاج الطبي المقدمة في حالات الطوارئ).
23. الخدمات الوقائية، بما في ذلك اللقاحات والتطعيمات واختبار الحساسية وإزالة التحسس، وأي فحوصات بدنية أو نفسية أو التي تتعلق بالطب النفسي أو الأبحاث التي تجرى أثناء هذه الفحوصات.
24. الخدمات المقدمة من قِبل أي مقدم خدمة علاجية له صلة بالمريض مثل الشخص المؤمن عليه أو أحد أعضاء عائلة الشخص المؤمن عليه، بما في ذلك الزوج أو الزوجة أو الأخ أو الأخت أو الوالدين أو الطفل.
25. التغذية المعوية (عن طريق الأنابيب) والأغذية الإضافية أو الأغذية الخاصة لتعويض الأملاح في الجسم، ما لم تكن لازمة للعلاج الطبي بالقسم الداخلي للمستشفى.
26. خدمات العلاج الطبي الخاصة بتعديل ارتخاء أربطة العمود الفقري أو

تشخيص وعلاج الهيكل العظمي بأي طريقة باستثناء علاج الكسور وخلع الأطراف.

27. خدمات العلاج الطبي بالوخز بالإبر الصينية والضغط الإبري والتنويم المغناطيسي والرولفينج والعلاج بالتدليك، والعلاج بالعطور وكافة أشكال العلاج بالطب البديل.

28. كافة خدمات العلاج والتشخيص الخاصة بطفل الأنابيب ونقل الأجنة أو نقل البويضات أو الحيوانات المنوية.

29. خدمات التشخيص والعلاج الطبي الاختيارية لتصحيح النظر.

30. انحراف الحاجز الأنفي والاستئصال الجزئي لقرنية الأنف.

31. خدمات العلاج الطبي للأمراض المزمنة التي تحتاج إلى غسيل كلوي أو غسيل بيروتوني وكذلك الفحوصات والإجراءات الطبية الخاصة بها.

32. خدمات العلاج الطبي والفحوصات لمرضى التهاب الكبد الوبائي عدا مرضى الالتهاب (أ).

33. العيوب والأمراض الخلقية لحديثي الولادة والتشوهات ما لم تكن مهددة للحياة.

34. خدمات العلاج الطبي لعتة الشيخوخة ومرض الزهايمر.

35. الإخلاء الطبي الجوي أو الأرضي عدا الحالات الطارئة أو خدمات النقل غير المرخصة.

36. خدمات العلاج الطبي للختان.

37. العلاج بالقسم الداخلي للمستشفى دون الموافقة المسبقة من شركة الضمان بما فيها حالات العلاج الطارئة التي لم يتم الإخطار بإدخالها المستشفى خلال أربعة وعشرون ساعة من تاريخ دخولها.

38. أي علاج أو فحوصات أو إجراءات أخرى للمرضى المنومين بالمستشفى، والتي يمكن إجراؤها في العيادة الخارجية دون الإخلال بصحة المؤمن عليه.

39. أية فحوصات أو خدمات علاجية لأغراض غير طبية (فحوصات للعمل أو السفر أو الترخيص أو التأمين).

40. المستلزمات غير الطبية أو العلاجية مثال: غسول الفم/ معجون الأسنان/ مواد التعقيم/ وصفات الحليب/ ملحقات الأغذية/ منتجات العناية بالبشرة/ الشامبو/ الفيتامينات المتعددة (ما لم يتم وصفها كعلاج بديل لحالات نقص الفيتامين الشائع) وجميع المعدات التي لا تستخدم بشكل أساسي في تحسين الحالات المرضية أو الإصابات، على سبيل المثال لا الحصر تلك التي تتعلق بمكيفات الهواء أو أنظمة تنظيف الهواء وأقواس الدعم والأصناف ومعدات التمارين والمستلزمات الصحية للنظافة الشخصية.
41. أكثر من استشارة أو متابعة مع المتخصص الطبي في اليوم الواحد ما لم يتم تحويله من قبل الطبيب.
42. خدمات تشخيص وعلاج زراعة الأعضاء والأنسجة للمتبرع والمستقبل.
43. خدمات وبرامج التثقيف للمعاقين.

الجدول رقم (3)

خدمات العلاج الطبي خارج نطاق الضمان الصحي

1. الإصابات أو الأمراض التي تصيب المؤمن عليه نتيجة أية عمليات عسكرية أياً كان نوعها.
2. الإصابات أو الأمراض التي تصيب المؤمن عليه نتيجة الحروب بكافة أنواعها أو الإصابات الناتجة عن الأعمال الإرهابية.
3. خدمات العلاج الطبي للإصابات والحوادث الناتجة عن الطاقة النووية أو التلوث الكيميائي.
4. الإصابات الناتجة عن الكوارث الطبيعية، وعلى سبيل المثال (الهزات الأرضية/ الزلازل/ الأعاصير/ الزوابع/ أي نوع آخر من الكوارث الطبيعية).
5. الإصابات الناتجة عن الأفعال الإجرامية التي يقوم بها المؤمن عليه أو مقاومة السلطة.
6. خدمات العلاج الطبي لمرضى الإيدز ومضاعفاته.
7. خدمات العلاج الطبي لإصابات وأمراض العمل المحددة وفقاً للقانون

الاتحادي رقم (8) لسنة 1980 في شأن تنظيم علاقات العمل وتعديلاته والقوانين السارية في هذا الشأن.

8. جميع الحالات الناتجة عن استخدام الكحوليات أو العقاقير المخدرة أو مواد الهلوسة.
9. أية فحوصات أو علاج غير مقرر من طبيب.
10. الإصابات الناتجة عن محاولات الانتحار والإصابات التي يسببها الشخص لنفسه.
11. خدمات تشخيص وعلاج مضاعفات الأمراض المستثناة.
12. جميع خدمات العلاج الطبي في حالات تفشي الأوبئة المعترف بها دولياً أو محلياً.
13. جميع الأمراض الجنسية الرئيسية الناتجة عن الاتصال الجنسي وتحدد قائمتها الهيئة العامة للخدمات الصحية.

الجدول رقم (4)

المخالفات والغرامات

يحدد هذا الجدول أنواع المخالفات بأحكام برنامج الضمان الصحي والغرامة المقررة عن كل مخالفة:

م	المخالفة	الغرامة
1	عدم الاشتراك أو تجديد الاشتراك من قبل صاحب العمل أو الكفيل في برنامج الضمان الصحي لمن يعمل لديه أو يكون مقيم تحت كفالته.	300/- درهم (ثلاثمائة درهم) شهريا عن كل شخص لم يتم الاشتراك عنه.
2	عدم تجديد الترخيص خلال شهر من تاريخ انتهاء الترخيص، لمن رخص إليه للعمل في برنامج الضمان الصحي.	10,000/- درهم (عشرة آلاف درهم) شهريا عن كل ترخيص.

م	المخالفة	الغرامة
3	قيام صاحب العمل أو الكفيل باسترداد أي جزء من قيمة وثيقة الضمان الصحي من المؤمن عليه.	10,000/- درهم (عشرة آلاف درهم) عن كل شخص مع إعادة المبلغ المقتطع للمؤمن عليه.
4	قيام أي شخص طبيعي أو اعتباري غير مرخص له من قبل الهيئة بعرض أو بيع وثائق الضمان الصحي.	10,000/- درهم (عشرة آلاف درهم) عن كل وثيقة يتم بيعها.
5	قيام أية شركة ضمان صحي أو مقدم خدمات علاج طبي أو وسيط أو شركة إدارة خدمات الضمان الصحي بالعمل في مجال الضمان الصحي بدون الترخيص له من قبل الهيئة.	20,000/- درهم (عشرون ألف درهم) عن كل مخالفة.
6	قيام أية شركة ضمان صحي أو مقدم خدمات علاج طبي أو وسيط أو شركة مطالبات الضمان الصحي بالتعامل مع الأخرى بدون أن يكون الطرفين مرخص لهما من قبل الهيئة في الاشتراك في برنامج الضمان الصحي.	20,000/- درهم (عشرون ألف درهم) من كل طرف.
7	قيام أي شركة ضمان صحي أو مقدم خدمات علاج طبي أو وسيط أو شركة إدارة مطالبات ضمان صحي مرخص لها بالتعامل مع طرف ثاني غير مرخص له بالعمل في مجال الضمان الصحي.	20,000 /- درهم (عشرون ألف درهم) من كل طرف.

م	المخالفة	الغرامة
8	إصدار أية وثيقة ضمان صحي تغطي خدمات طبية أقل من خدمات العلاج الطبي الأساسية دون موافقة الهيئة.	20,000/- درهم (عشرون ألف درهم) عن كل وثيقة.
9	عدم التزام شركة الضمان أو مقدم خدمات العلاج الطبي المعتمدين أو الوسطاء أو شركات إدارة مطالبات ضمان صحي بتقديم التقارير المطلوبة من قبل الهيئة في المواعيد المحددة.	5,000/- درهم (خمسة آلاف درهم) عن كل حالة.
10	قيام شركات الضمان الصحي أو مقدمي خدمات العلاج الطبي المعتمدون بالتعاون فيما بينهم والعمل ضمن برنامج الضمان الصحي بدون عقد معتمد من الهيئة.	20,000/- درهم (عشرون ألف درهم) عن كل طرف في التعامل.
11	المساهمة في التملك أو إدارة أو وجود أية مصالح لشركة ضمان صحي معتمدة أو وسيط أو شركة إدارة مطالبات ضمان صحي في أو مع أي من مقدمي خدمات العلاج الطبي.	20,000/- درهم (عشرون ألف درهم) مع مهلة (6) أشهر لتصحيح المخالفة، ثم إلغاء الرخصة في حالة استمرار المخالفة.
12	المساهمة في التملك أو إدارة أو وجود أية مصالح لمقدم خدمات العلاج الطبي المعتمد في شركة الضمان الصحي المعتمدة أو وسيط، أو شركة إدارة مطالبات ضمان صحي.	20,000/- درهم (عشرون ألف درهم) مع مهلة (6) أشهر لتصحيح المخالفة، ثم إلغاء الرخصة في حالة استمرار المخالفة.

م	المخالفة	الغرامة
13	التلاعب أو الإهمال في ملفات أو سجلات المرضى طوال المدة المقرر الاحتفاظ بها.	5,000/- درهم (خمسة آلاف درهم) عن كل ملف أو سجل.
14	فرض أية غرامات أو مخالفات من قبل مقدمي خدمات العلاج الطبي أو شركات الضمان الصحي أو أصحاب الأعمال أو الكفلاء أو الوسطاء أو شركات إدارة مطالبات الضمان الصحي.	10,000/- درهم (عشرة آلاف درهم) عن كل حالة.
15	تقديم أية تسويات مالية خاصة ببرنامج الضمان الصحي تكون مضللة أو غير صحيحة.	20,000/- درهم (عشرون ألف درهم) عن كل تسوية.
16	عدم التزام شركة الضمان الصحي المعتمدة بالشروط التي يجب توافرها في وثائق الضمان الصحي.	20,000/- درهم (عشرون ألف درهم) عن كل وثيقة ضمان.
17	عدم تقيد مقدم خدمات العلاج الطبي المعتمد بأسعار خدمات العلاج الطبي الأساسية ومبلغ أو نسبة التحمل المعتمدة من الهيئة.	20,000 / - درهم (عشرون ألف درهم) عن كل شخص.
18	عدم التقيد بأسعار وثائق الضمان الصحي الأساسية المعتمدة من قِبل الهيئة أو إدخال أية تعديلات أو إضافات عليها.	20,000 / - درهم (عشرون ألف درهم) عن كل وثيقة ضمان.
19	عدم التقيد بنطاق الاستثناءات المقررة من قِبل الهيئة.	5,000 / - درهم (خمسة آلاف درهم) عن كل شخص.

م	المخالفة	الغرامة
20	عدم التقيد بمقتضيات سرية المعلومات فيما يتعلق بملفات وسجلات المؤمن عليهم.	– / 20,000 درهم (عشرون ألف درهم) عن كل ملف أو سجل.
21	تقديم معلومات غير صحيحة أو مضللة بشأن أي طلب مقدم للحصول على تصريح للعمل في مجال برنامج الضمان الصحي .	– / 20,000 درهم (عشرون ألف درهم).
22	تقديم معلومات غير صحيحة أو مضللة بشأن طلب الحصول على خدمات علاج طبي غير معتمدة بموجب الوثيقة.	– / 5,000 درهم (خمسة آلاف درهم) عن كل شخص.
23	تقديم معلومات غير صحيحة أو مضللة بشأن إجمالي الدخل الشهري للمؤمن عليه.	– / 15,000 درهم (خمسة عشر درهم) عن كل شخص.
24	عدم تقديم نموذج وثيقة الضمان الصحي المعززة للمراجعة من قِبل الهيئة.	– / 20,000 درهم (عشرون ألف درهم).
25	إدخال أية تعديلات على وثيقة الضمان الصحي بعد اعتمادها أو مراجعتها من قبل الهيئة.	– / 20,000 درهم (عشرون ألف درهم) عن كل وثيقة.
26	تضمين طلب الإعفاء من برنامج الضمان الصحي أية بيانات أو معلومات أو مستندات يثبت عدم صحتها.	– / 15,000 درهم (خمسة عشر ألف درهم) عن المخالفة.
27	تقديم معلومات غير صحيحة أو مضللة بشأن أية عقود خاصة ببرنامج الضمان الصحي.	– / 20,000 درهم (عشرون ألف درهم) عن كل عقد، مع إعطاء مهلة (15) يومًا لتصحيح هذه المخالفة.

م	المخالفة	الغرامة
28	عدم التقيد بطلب الهيئة تقديم أية معلومات أو مستندات أو بيانات تتعلق ببرنامج الضمان الصحي في الموعد المحدد لتقديمها.	إمهال مدة أسبوع لتلبية الطلب مع فرض غرامة – / 5,000 درهم (خمسة آلاف درهم) عن كل أسبوع تأخير بعد المهلة المحددة.
29	التعرض أو عدم تمكين مأموري الضبط القضائي من أداء عملهم، أو الاعتداء عليهم.	إحالة الأمر للسلطات القضائية.
30	التأخير في الاشتراك في برنامج الضمان الصحي عن سبعة أيام من تاريخ وصول المكفول أول مرة أو من تاريخ الكشف الطبي أيهما أقل.	– / 100 درهم (مائة درهم) عن كل أسبوع.
31	الامتناع أو التراخي في تقديم خدمات العلاج الطبي في الحالات الطارئة.	– / 20,000 درهم (عشرون ألف درهم) عن كل حالة وفي حالة التكرار يلغى الترخيص.
32	عدم إعلان شركات الضمان الصحي في الصحف مرتين عن الرغبة في إلغاء التصريح الممنوح له من قبل الهيئة.	– / 20,000 درهم (عشرون ألف درهم) مع تحمله بكافة الأضرار التي قد تنتج عن ذلك.
33	انسحاب شركة الضمان الصحي أو مقدمي خدمات العلاج الطبي من العمل في برنامج الضمان الصحي بعد الترخيص لها بدون موافقة مسبقة من الهيئة.	– / 20,000 درهم (عشرون ألف درهم) عن كل وثيقة متعاقد معه بشأنها مع عدم الإخلال بمطالبته بالتعويضات اللازمة.
34	عدم الرد على أية شكوى مقدمة خلال ثلاثين يومًا من تاريخ تقديمها.	– / 5,000 درهم (خمسة آلاف درهم) عن كل شكوى لم يرد عليها.

م	المخالفة	الغرامة
35	عدم الالتزام بالقواعد والأصول المقررة في تسويق أو التوسط أو بيع وثائق الضمان الصحي.	– / 10,000 درهم (عشرة آلاف درهم) عن كل مخالفة.
36	قيام مقدم خدمات العلاج الطبي المعتمد بدفع أية عمولات أو أتعاب أو أية مقابل للوسطاء.	– / 10,000 درهم (عشرة آلاف درهم) عن كل مخالفة.
37	عدم تجديد شهادة الإعفاء من برنامج الضمان الصحي في موعد أقصاه شهر من تاريخ انتهاء مدة الإعفاء.	– / 5,000 درهم (خمسة آلاف درهم) عن كل شهر تأخير.
38	الرفض أو الامتناع أو التأخير من جانب شركة الضمان الصحي المعتمدة بدون سند أو مبرر عن منح الموافقة على تقديم أية خدمات علاج طبي موقوف تقديمها للمؤمن عليه إلا بعد موافقة شركة الضمان الصحي.	– / 20,000 درهم (عشرون ألف درهم) عن كل حالة، مع عدم الإخلال بحق المؤمن عليه في التعويض.
39	قيام مقدم خدمات العلاج الطبي المعتمد بحجب أو تقديم معلومات أو بيانات غير صحيحة عن حالة المؤمن عليه بغرض تضليل شركة الضمان الصحي المعتمدة في إعطاء الموافقة على تقديم خدمات العلاج الطبي الأساسية.	– / 20,000 درهم (عشرون ألف درهم) عن كل حالة مؤمن عليها.

م	المخالفة	الغرامة
40	تقديم شكوى كيدية أو مضللة من قِبل أي مرخص له للعمل في برنامج الضمان الصحي الآخر.	– / 10,000 درهم (عشرة آلاف درهم) عن كل شكوى.
41	تقديم شكوى كيدية من قِبل المؤمن أو المؤمن عليه.	– / 2,000 درهم (ألفا درهم) عن كل شكوى.

الجدول رقم (5)
الرسوم

يحدد هذا الجدول الرسوم المقررة على طلبات الترخيص للعمل في برنامج الضمان الصحي ورسوم فحص الشكاوى والتظلمات.

أولاً: رسوم طلبات الترخيص السنوية:

م	نوع الطلب	الرسم المقرر
1	رسم الطلب عند الترخيص لأول مرة المقدم للهيئة من المحددة فئاتهم في البنود (3، 4، 10) من هذا الجدول.	– / 1,000 درهم (ألف درهم لا يسترد).
2	رسم الطلب عند الترخيص لأول مرة المقدم للهيئة من المحددة فئاتهم في البنود (5، 6، 7، 8) من هذا الجدول.	– / 2,000 درهم (ألفا درهم لا يسترد).
3	رسم ترخيص أو تجديد ترخيص (عيادة طبيب/ مجمع عيادات/ مركز صحي/ صيدلية/ مركز رعاية اليوم الواحد).	– / 2,000 درهم (ألفا درهم) عن كل طبيب/ صيدلي.

م	نوع الطلب	الرسم المقرر
4	رسم ترخيص أو تجديد ترخيص (مركز علاج طبيعي/ مختبر طبي/ مركز تشخيص تصوير إشعاعي).	– / 5,000 درهم (خمسة آلاف درهم).
5	رسم ترخيص مستشفى.	– / 400 درهم (أربعمائة درهم) عن كل سرير، وبحد أدنى خمسة آلاف درهم.
6	رسوم ترخيص شركة ضمان صحي.	– / 150,000 درهم (مائة وخمسون ألف درهم).
7	رسم ترخيص وسيط.	– / 20,000 درهم (عشرون ألف درهم).
8	رسم ترخيص شركة إدارة مطالبات الضمان الصحي.	– / 20,000 درهم (عشرون ألف درهم).
9	رسم تجديد ترخيص للمحددة فئاتهم في البنود (5, 6, 7, 8).	75% من قيمة الترخيص الأول.
10	رسم الإعفاء لأول مرة أو تجديد الإعفاء من بعض أو كل خدمات العلاج الطبي الأساسية.	– / 5,000 درهم (خمسة آلاف درهم) عن كل طلب.
11	رسم طلب إلغاء الترخيص من العمل في برنامج الضمان الصحي للفئات المحددة في البنود (3، 4، 7، 8).	– / 2,000 درهم (ألفا درهم).
12	رسم طلب إلغاء الترخيص من العمل في برنامج الضمان الصحي للفئات المحددة في البنود (5، 6).	– / 5,000 درهم (خمسة آلاف درهم).

ثانيًا: جدول رسوم تقديم شكاوى أو التظلمات إلى الهيئة، ورسوم التدقيق:

م	نوع الطلب	الرسم المقرر
1	رسم تقديم شكوى أو التظلم من قرار المخالفة من مريض أو شخص طبيعي كفيل.	– / 100 درهم (مائة درهم).
2	رسم تقديم شكوى أو تظلم من قرار المخالفة من صاحب العمل أو مقدمي خدمات العلاج الطبي أو شركات الضمان الصحي أو الوسيط أو شركات إدارة مطالبات الضمان الصحي.	– / 2,000 درهم (ألفا درهم).
3	رسوم التدقيق في الشكاوى أو التظلمات من قرار المخالفة المقدمة من شركات الضمان الصحي أو مقدمي خدمات العلاج الطبي أو الوسطاء أو شركات إدارة خدمات الضمان الصحي بواسطة فريق عمل.	– / 10,000 درهم (عشرة آلاف درهم) من مقدم الشكوى ثم يتحملها بعد ذلك من تثبت بحقه الشكوى.

قرار رئيس المجلس التنفيذي رقم (83) لسنة 2007 في شأن تطبيق الضمان الصحي على المواطنين ومن في حكمهم في إمارة أبو ظبي

نحن محمد بن زايد آل نهيان، ولي العهد رئيس المجلس التنفيذي.

– بعد الاطلاع على القانون رقم (1) لسنة 1974 بإعادة تنظيم الجهاز الحكومي في إمارة أبو ظبي وتعديلاته.

– وعلى القانون رقم (23) لسنة 2005 بشأن الضمان الصحي بإمارة أبوظبي.

– وعلى القانون رقم (1) لسنة 2007 بشأن إنشاء هيئة الصحة – أبوظبي.

– وعلى المرسوم الأميري رقم (39) لسنة 2005 في شأن تأسيس الشركة الوطنية للضمان الصحي.

– وعلى المرسوم الأميري رقم (10) لسنة 2007 في شأن تأسيس شركة أبو ظبي للخدمات الصحية.

– وعلى قرار رئيس المجلس التنفيذي رقم (25) لسنة 2006 بإصدار اللائحة التنفيذية للقانون رقم (23) لسنة 2005.

– وبناء على ما عرض على المجلس التنفيذي وموافقة المجلس عليه.

– أصدرنا القرار الآتي:–

المادة الأولى

يعمل بالأحكام المرفقة بهذا القرار في شأن تطبيق الضمان الصحي على مواطني إمارة أبو ظبي ومن في حكمهم.

المادة الثانية

تسري أحكام قرار رئيس المجلس التنفيذي رقم (25) لسنة 2006 بإصدار

اللائحة التنفيذية للقانون (33) لسنة 2005 المشار إليه، على المشمولين بأحكام هذا القرار، وذلك فيما لم يرد بشأنه نص خاص وبما لا يتعارض مع الأحكام المرفقة بهذا القرار.

المادة الثالثة

يُنفذ هذا القرار ويعمل به اعتباراً من الأول من يناير 2008 ، ويُنشر في الجريدة الرسمية.

محمد بن زايد آل نهيان

ولي العهد

رئيس المجلس التنفيذي

صدر عنا في أبو ظبي

بتاريخ: 13 ديسمبر 2007 م

الموافق: 4 ذو الحجة 1428 هـ

أحكام الضمان الصحي للمواطنين ومن في حكمهم في إمارة أبو ظبي

الفصل الأول

نطاق التطبيق

مادة (1)

مع عدم الإخلال بأحكام القانون رقم (23) لسنة 2005 ولائحته التنفيذية الصادرة بقرار رئيس المجلس التنفيذي رقم (25) لسنة 2006، تسري أحكام الضمان الصحي وفقاً لهذا القرار على الفئات التالية:

1. مواطنو دولة الإمارات العربية المتحدة.
2. أفراد أسرة المواطن والمواطنة غير المواطنين ممكن يكونوا على كفالة أحدهما من غير حاملي جنسية دولة الإمارات العربية المتحدة.
3. حملة المراسيم الاتحادية المقيمين أو العاملين في إمارة أبوظبي.

مادة (2)

تسري أحكام قانون الضمان الصحي رقم (23) لسنة 2005 ولائحته التنفيذية على ما يلي:

1. حاملو جوازات سفر دولة الإمارات العربية المتحدة وأسرهم من المقيمين أو العاملين في إمارة أبوظبي.
2. مواطنو دول مجلس التعاون الخليجي وأسرهم من المقيمين أو العاملين في إمارة أبوظبي.
3. فئة من لا يحملون أوراقاً ثبوتية وأسرهم من المقيمين أو العاملين في إمارة أبوظبي.

الفصل الثاني

خدمات العلاج الطبي

مادة (3)

– يشمل نظام الضمان الصحي المطبق وفقاً لأحكام هذا القرار، تقديم الخدمات الصحية والعلاجية التالية:–

1. تغطية جميع الخدمات الصحية والعلاجية المطبقة حالياً في المستشفيات والمراكز والعيادات التابعة للهيئة.
2. تغطية خدمات الطوارئ في جميع أنحاء العالم.
3. تغطية تكاليف إعادة الجثمان.
4. الإقامة في المنشأة الصحية بغرفة فردية.
5. الموافقة المسبقة المطلوبة لخدمات الاستشفاء، والتنويم، وطب الأسنان، وبعض الخدمات التشخيصية الخارجية، والرأي الطبي الآخر.
6. نسبة 10% من قيمة الخدمات العلاجية المقدمة خارج إمارة أبوظبي.

– تقديم الخدمات الصحية والعلاجية يشمل المنشآت الصحية الحكومية والخاصة.

مادة (4)

تكون التغطية الجغرافية لكافة الخدمات الصحية والعلاجية التي تقدم بموجب هذا القرار داخل دولة الإمارات العربية المتحدة.

مادة (5)

تحدد الشركة الوطنية للضمان الصحي «ضمان» منافع التغطية التي تقدم بموجب هذا القرار لفئات المواطنين ومن في حكمهم.

مادة (6)

إذا رغب المشمول بأحكام هذا القرار في الحصول على منافع أكثر أو

تغطية جغرافية أشمل مما هو محدد في المادتين (3) و(4) من هذه الأحكام، يتحمل قيمة وثيقة ضمان صحي إضافية من إحدى شركات الضمان.

مادة (7)

يصدر رئيس الهيئة قراراً بتنظيم المنافع وحظر الازدواج بين المنافع الواردة بأحكام هذا القرار، وأية منافع أخرى يقررها أي نظام صحي أو علاجي آخر.

الفصل الثالث

نظام الضمان الصحي للمواطنين

مادة (8)

تتولى الشركة الوطنية للضمان الصحي «ضمان» تنفيذ الضمان الصحي للمواطنين ومن في حكمهم المشمولين بأحكام هذا القرار، وفق نظام شركات إدارة المطالبات.

مادة (9)

تتولى هيئة الصحة – أبو ظبي بالاشتراك مع الشركة الوطنية للضمان الصحي «ضمان» وشركة أبو ظبي للخدمات الصحية «صحة» وضع آلية وإجراءات وضوابط تنفيذ أحكام هذا القرار.

الفصل الرابع

التسويات المالية

مادة (10)

تتولى الدائرة المالية التسويات المالية الخاصة بالخدمات الصحية والعلاجية المقدمة للفئات المحددة في المادة رقم (1) من هذه الأحكام ووفق المقترح المقدم من الشركة الوطنية للضمان الصحي «ضمان».

قرار رئيس المجلس التنفيذي رقم (47) لسنة 2008
بتعديل بعض أحكام القرار (25) لسنة 2006
بإصدار اللائحة التنفيذية للقانون رقم (23) لسنة 2005
بشأن الضمان الصحي بإمارة أبو ظبي

نحن محمد بن زايد آل نهيان ولي العهد رئيس المجلس التنفيذي.

- بعد الاطلاع على القانون رقم (1) لسنة 1974 بإعادة تنظيم الجهاز الحكومي في إمارة أبو ظبي وتعديلاته.
- وعلى القانون رقم (1) لسنة 2007 بشأن إنشاء هيئة الصحة – أبوظبي.
- وعلى القانون رقم (23) لسنة 2005 بشأن الضمان الصحي بإمارة أبوظبي.
- وعلى المرسوم الأميري رقم (39) لسنة 2005 في شأن تأسيس الشركة الوطنية للضمان الصحي (شركة مساهمة عامة).
- وعلى قرار رئيس المجلس التنفيذي رقم (25) لسنة 2006 بإصدار اللائحة التنفيذية للقانون رقم (23) لسنة 2005 بشأن الضمان الصحي بإمارة أبوظبي.
- وبناء على ما عرض على المجلس التنفيذي، وموافقة المجلس عليه.
- **أصدرنا القرار الآتي:**

المادة الأولى

يستبدل بنص الفقرة (أ) من البند 3 من المادة (6) من قرار رئيس المجلس التنفيذي رقم (25) لسنة 2006 بإصدار اللائحة التنفيذية للقانون رقم (23) لسنة 2005 بشأن الضمان الصحي بإمارة أبو ظبي، النص الآتي: –

1. وثيقة الضمان الصحي الأساسية وتنتفع بها فقط الفئات التالية: –

– ذوو الدخل المحدود ومكفولوهم ممن يتقاضون رواتب إجمالية وفقاً لما يلي:

4000 درهم شهرياً مع توفير سكن، أو

5000 درهم شهرياً بدون سكن.

– مكفولو الوافد المقيم الذين لا يشملهم الضمان الصحي من قبل صاحب العمل.

– غير المواطنين من المعوزين والحالات الإنسانية الحرجة، على أن تضع الهيئة الضوابط اللازمة لذلك.

المادة الثانية

اعتباراً من أول يوليو 2008 ينتهي الحق الحصري للشركة الوطنية للضمان الصحي (ضمان) المتعلق بتقديم خدمات الضمان الصحي الإلزامي والاختياري لجميع موظفي الحكومة من غير المواطنين ومن في حكمهم وأفراد أسرهم المقيمين، والمقرر بموجب البند (1) من المادة (4) من المرسوم الأميري رقم (39) لسنة 2005 المشار إليه، والبند (3) من المادة (19) من قرار رئيس المجلس التنفيذي رقم (25) لسنة 2006 المشار إليه.

المادة الثالثة

يلغى كل نص أو حكم يخالف أحكام هذا القرار.

المادة الرابعة

ينفذ هذا القرار من تاريخ صدوره، ويُنشر في الجريدة الرسمية.

محمد بن زايد آل نهيان
ولي العهد
رئيس المجلس التنفيذي

صدر عنا في أبو ظبي
بتاريخ: 19 يونيو 2008 م
الموافق: 15 جمادى الآخرة 1429 هـ

القـرار رقـم (CO- 014/10)
بتعـديل بعـض أحكام القرار (25) لسنة 2006
بإصدار اللائحة التنفيذية للقانون رقم (23) لسنة 2005
بشأن الضمان الصحي بإمارة أبوظبي

رئيس الهيئة:

- بعد الاطلاع على القانون رقم (2007/1) بشأن إنشاء هيئة الصحة- أبوظبي.
- وعلى القانون رقم (23) لسنة 2005 بشأن الضمان الصحي بإمارة أبوظبي.
- وعلى المرسوم الأميري رقم (2008/8).
- وعلى قرار رئيس المجلس التنفيذي رقم (25) لسنة 2006 بإصدار اللائحة التنفيذية للقانون رقم (23) لسنة 2005 بشأن الضمان الصحي بإمارة أبوظبي.
- وعلى قرار اللجنة التنفيذية بالأمانة العامة للمجلس التنفيذي رقم (4 جـ /2010) بتاريخ 2010/2/24 بشأن إضافة خدمات العلاج الطبي لإصابات وأمراض العمل إلى منافع وثيقة الضمان الصحي الأساسية.
- وبناءً على مقتضيات المصلحة العامة.

تقرر ما يلي:

المادة الأولى

يلغى البند رقم (7) من الجدول رقم (3) المرفق بالقرار رقم (25) لسنة 2006 بإصدار اللائحة التنفيذية لقانون الضمان الصحي رقم (23) لسنة 2005.

المادة الثانية

يضاف إلى البند ثالثاً من الجدول رقم (1) المشتمل على خدمات العلاج

الطبي الأساسية المرفق بالقرار رقم (25) لسنة 2006 بإصدار اللائحة التنفيذية لقانون الضمان الصحي رقم (23) لسنة 2005 بند برقم (8) يتضمن الآتي:

8 – خدمات العلاج الطبي لإصابات وأمراض العمل المحددة في القانون رقم (8) لسنة 1980 في شأن علاقات العمل وتعديلاته والقوانين والقرارات السارية في هذا الشأن.

المادة الثالثة

تسري أحكام هذا التعديل على وثائق الضمان الأساسية التي تصدر أو تجدد بعد تاريخ نفاذ هذا القرار.

المادة الرابعة

يلغى كل نص أو حكم يخالف أحكام هذا القرار.

المادة الخامسة

يعمل بهذا القرار اعتباراً من تاريخ صدوره ويبلغ لمن يلزم لتنفيذ أحكامه.

د. أحمد مبارك المزروعي

رئيس الهيئة

صدر بتاريخ: 2010/03/22

القـرار رقـم (CO-19/10)
بتعـديل بعـض أحكام القرار (25) لسنة 2006
بإصدار اللائحة التنفيذية للقانون رقم (23) لسنة 2005
بشأن الضمان الصحي بإمارة أبوظبي

رئيس الهيئة:

– بعد الاطلاع على القانون رقم (2007/1) بشأن إنشاء هيئة الصحة– أبوظبي.

– وعلى القانون رقم (23) لسنة 2005 بشأن الضمان الصحي بإمارة أبوظبي.

– وعلى المرسوم الأميري رقم (2008/8).

– وعلى قرار رئيس المجلس التنفيذي رقم (25) لسنة 2006 بإصدار اللائحة التنفيذية للقانون رقم (23) لسنة 2005 بشأن الضمان الصحي بإمارة أبوظبي.

– وعلى قرار اللجنة التنفيذية بالأمانة العامة للمجلس التنفيذي رقم (4 جـ /2010) بتاريخ 2010/2/24 بشأن إضافة خدمات العلاج الطبي لإصابات وأمراض العمل إلى منافع وثيقة الضمان الصحي الأساسية.

– وعلى القرار رقم (CO–014/10) بتاريخ 2010/03/22 بإضافة خدمات العلاج الطبي لإصابات وأمراض العمل إلى وثيقة الضمان الصحي الأساسية.

– وبناءً على مقتضيات المصلحة العامة.

تقرر ما يلي:

المادة الأولى

يضاف إلى البند رابعاً من الجدول رقم (1) المشتمل على خدمات العلاج الطبي الأساسية المرفق بالقرار رقم (25) لسنة 2006 بإصدار اللائحة

التنفيذية لقانون الضمان الصحي رقم (23) لسنة 2005 بند برقم (7) يتضمن الآتي:

7 – خدمات العلاج الطبي لإصابات وأمراض العمل المحددة في القانون رقم (8) لسنة 1980 في شأن علاقات العمل وتعديلاته والقوانين والقرارات السارية في هذا الشأن.

المادة الثانية

تسري أحكام هذا التعديل على وثائق الضمان الأساسية التي تصدر أو تجدد بعد تاريخ نفاذ القرار رقم (CO–014/10).

المادة الثالثة

يعمل بهذا القرار اعتباراً من تاريخ 2010/03/22 ويبلغ لمن يلزم لتنفيذ أحكامه.

د. أحمد مبارك المزروعي

رئيس الهيئة

صدر بتاريخ: 2010/05/24

الخاتمة

بحمد اللّه وتوفيقه تم الإصدار الثاني لموسوعة التشريعات الصحية لدائرة الصحة – أبوظبي ليتم إطلاقها في العام 2020.

أصالة عن نفسي وعن كافة أعضاء فريق العمل في مشروع الموسوعة التشريعية الصحية، أتوجه بالشكر على الثقة الغالية التي أولاها معالي رئيس دائرة الصحة – أبوظبي، واهتمام ومتابعة سعادة وكيل الدائرة، بتقديم كافة سبل الدعم والتحفيز على مدار مراحل العمل وحتى الإصدار الثاني للموسوعة.

كما أثمّن جهود زملائي فريق العمل للجهود المميزة والعمل الدؤوب كي يرى هذا العمل الموسوعي النور في إصداره الحالي.

ختاماً، نتطلع إلى العمل سوياً مع الشركاء نحو المزيد من المبادرات التي تحقق رؤية الدائرة الواعدة في أن تصبح إمارة أبوظبي «مجتمع معافى يتمتع بحياة صحية وسليمة» عبر تقديم منظومة خدمات ورعاية صحية متميزة ومستدامة تحقق رفاهية وسعادة المجتمع.

المستشار/ مشعل أحمد الهاملي

مدير دائرة الشؤون القانونية

أبوظبي – يوليو 2020

الفهرس

م	عنوان التشريع	صفحة
مقدمة		9
1	قانون رقم(23) لسنة 2005 بشأن الضمان الصحي بإمارة أبوظبي ولائحته التنفيذية	11
2	قانون رقم (22) لسنة 2018 بتعديل بعض أحكام القانون رقم (23) لسنة 2005 بشأن الضمان الصحي بإمارة أبوظبي	21
3	قرار رئيس المجلس التنفيذي رقم (25) لسنة 2006 بإصدار اللائحة التنفيذية للقانون رقم (23) لسنة 2005 بشأن الضمان الصحي بإمارة أبوظبي	23
4	قرار رئيس المجلس التنفيذي رقم (83) لسنة 2007 في شأن تطبيق الضمان الصحي على المواطنين ومن في حكمهم – في إمارة أبوظبي	72
5	قرار رئيس المجلس التنفيذي رقم (47) لسنة 2008 بتعديل بعض أحكام القرار (25) لسنة 2006 بإصدار اللائحة التنفيذية للقانون رقم (23) لسنة 2005 بشأن الضمان الصحي بإمارة أبوظبي	77
6	القرار رقم (CO–014/10) بتعديل بعض أحكام القرار (25) لسنة 2006 بإصدار اللائحة التنفيذية للقانون رقم (23) لسنة 2005 بشأن الضمان الصحي بإمارة أبوظبي	79
7	القرار رقم (CO–019/10) بتعديل بعض أحكام القرار (25) لسنة 2006 بإصدار اللائحة التنفيذية للقانون رقم (23) لسنة 2005 بشأن الضمان الصحي بإمارة أبوظبي	81
الخاتمة		83

دائـــــرة الـصـــحـــة

DEPARTMENT OF HEALTH

www.doh.gov.ae | @DoHSocial

إعداد وإخراج

CMI
رواد التميز الإداري الدوليون
Corporate Excellence
Masters International

Tel. : +971 50 266 4646 - Abu Dhabi - U. A. E.
E-mail: projects@cmiexcellence.com
Website: www.cmiexcellence.com

طبع لدى

Printing Press FUTURE L.L.C.
مطبعة المستقبل ذ.م.م.

Tel. : +971 2 4483266 - Abu Dhabi - U. A. E.
E-mail: sales@futurepp.com

الإصدار الثاني 2020