بسم الله الرحمن الرحيم

التامين الطبى فى السودان المشاكل والحلول

إعداد / بله إبراهيم العجب

مساعد المدير العام

شركة البركة للتأمين

مقدمة :

التأمين الطبي (او كما قد يرد باسم التامين الصحي من خلال السياق في هذا البحث) عبارة عن اتفاق بين طرفين يتحمل فيه الطرف الأول النفقـــات المترتبة على الخدمات العلاجية المقدمة للطرف الثاني (فرداً كان أو جماعة) مقابل مبلغ محدد، يتم دفعة جملة واحدة أو على هيئة أقساط.

ويقوم التأمين الصحي أساساً على مفهوم توزيع الخطر المتوقع الذي قد يواجهه الفرد، مما يؤدي إلى تخفيف الأعباء والتكاليف المترتبة عند معالجة الحالات المرضية الطارئة أو العادية التي يتعرض لها المؤمن عليهم، وهو بذلك نظام إجتماعي يقوم على التعاون والتكافل بين الأفراد لتحمل ما يعجز عن تحمله أحدهم بمفرده، وشركات التأمين تنظم الاستفادة من توزيع الخطر لقاء أجر معلوم.

بداية التجربة :

صدرت أول وثيقة تأمين صحي على مستوى العالم في ألمانيا عام 1883، أما فيما يتعلق بالعالم العربي فان أول وثيقة كتبت باللغة العربية لتأمين العلاج الطبي ظهرت عام 1957 في مصر بين الشركة المتحدة للتأمين وبنك الإسكندرية، كما صدرت وثيقة أخرى في نفس العام بين شركة مصر للتأمين وشركة اسوستاندر للخدمات البترولي

مشروعيته:

أقرت المجامع الفقهية التأمين التعاوني الإسلامي في عدد من الاجتماعات الفقهية ومنها:

- المؤتمر العالمي الأول للاقتصاد الإسلامي في مكة المكرمة عام 1976م.
- قرار هيئة كبار العلماء في المملكة العربية السعودية الرياض عام 1977م.
- فتوى هيئة الرقابة الشرعية- بنك فيصل الإسلامي- السودان.
- مجلس المجمع الفقهي برابطة العالم الإسلامي 1389 هجرية.
- الاجتماع الفقهي الذي عقد في عمان بحضور 37 شخصية إسلامية عالميةً من 16 دولة إسلامية برعاية شركة البركة والبنك الإسلامي الأردني 1996م.

التأصيل الشرعي:

سابقاً للتأمين بعقود طويلة نجد الإسلام يحث على مبدأ التكافل والتعاون حيث يقول تعالى في محكم كتابه: (وتعاونوا على البر والتقوى ولا تعاونوا على الإثم والعدوان)، كما امتدح النبي صلى الله عليه وسلم التعاون القائم على مشاركة الجميع في درء الخطر حيث يقول في الحديث الذي رواه أبو موسى الأشعري: (إن الأشعريين إذا أرملوا في الغزو أو قل طعام عيالهم بالمدينة جمعوا ما كان عندهم في ثوب واحد ثم اقتسموه بينهم في إناء واحد بالسوية فهم مني وأنا منهم) أخرجه البخاري، وقد حمل الفقهاء التأمين الصحي على انه يندرج تحت حكم الجعالة، وهي اسم لما يجعله الإنسان لغيره، و في اصطلاح الفقهاء هي: (التزام عوض معلوم على عمل معين معلوم أو مجهول)، ومن أدلة مشروعية الجعالة قوله تعالى (ولمن جاء به حمل بعير و أنا به زعيم)، وحديث أبي سعيد الخدري في الصحيحين في قصة الرقية على سيد الحي لما لدغته حية وطلب أهل الحي من الصحابة رقية سيدهم وكانوا استضافوهم قبل فأبوا أن يضيفوهم، فقال أبو سعيد: لا نرقيه حتى تجعلوا لنا جعلاً، فجاعلوهم على قطيع من الغنم، فقرأ عليه أبو سعيد سورة الفاتحة فشفي من ساعته كأنما نشط من عقال، فلما رجعوا إلى رسول الله صلى الله عليه وسلم ومعهم الغنم وأخبروه تبسم وقال: (ما أدراك أنها رقية، أضربوا لي معكم بسهم) وحديث

أبي قتادة في الصحيحين أن النبي صلي الله عليه وسلم قال يوم حنين (من قتل قتيلاً له عليه بينه فله سلبه) ووجه الاستدلال تعيين الجعل (السلب) وعدم تعيين المجعول (المقتول) ولا المجعول له (القاتل).

والجعالة من المعاملات التي كانت موجودة في الجاهلية ولما جاء الإسلام أقرها فصار ذلك تشريعاً، وعمل بها صحابة رسول الله صلى الله عليه وسلم، وعقد الجعالة يجوز على عمل مجهول وينعقد مع وجود الجهالة والغرر اليسيرين.

والتأمين الصحي معاوضة مال بمنفعة قائمة أو محتملة، وهذا من باب العقود على المنافع المباحة، ووجود الجهالة والغرر اليسيرين لا يبطلانه، وعقود المعاوضات في الشريعة مبينه على جلب المصالح ودرء المفاسد وغالب مبناها الاجتهاد، بخلاف العبادات فان مبناها الإتباع والتوقيف.

كما أن أحكام العاقلة في الشريعة الإسلامية تعتبر نوعاً من التكافل والتعاون بين مجموعة من الأشخاص لمواجهة التزامات يشق على أحدهم منفرداً تحملها.

أهدافه:

1. إزالة العائق المالي بين المريض وحصوله على الخدمة الطبية.
2. توفير خدمة طبية متكاملة للمواطن بجودة عالية وكلفة مقبولة.
3. تحسين مستوى الخدمات الطبية المقدمة من خلال توفير مصادر مالية ثابتة ومستمرة.
4. الحث على مزيد من التنويع والمنافسة في تقديم الخدمات الطبية.
5. رفع مستوى الرضى الوظيفي .

أهميته:

نشأت أهمية التأمين الصحي مع تزايد كلفة الرعاية الصحية، وخصوصاً مع تزايد الضغوط الاقتصادية على المجتمعات وعلى الأفراد على حد سواء، مما حدا بأكثر من 150 دولة إلى تطبيق نظام التأمين الصحي في بلدانها، وذلك عندما أصبح من غير الممكن –عملياً – توفير الخدمات العلاجية المجانية، و دعا ذلك إلى إيجاد آلية تضمن الحصول على الخدمة مع محدودية القدرة، وبالتالي كان لابد من مواجهة الأعباء المتزايدة بالتعاون بين الحكومة وأرباب العمل والموظفين، و لأن الواقع يتجه إلى تحميل المسؤولية المالية على الأفراد فيبقى التساؤل كيف يمكن تحقيق ذلك إذا لم تتوفر لدى الأفراد المقدرة المالية على تحمل المسؤولية المالية لهذه الرعاية، وبسبب ذلك كان توجه الدول إلى نظام التأمين الصحي الخاص للتخفيف من الأعباء الملقاة على الحكومات فقاموا بخصخصة هذه الخدمات من خلال شركات التأمين، ويوجد تنامي متزايد في معدلات الإنفاق الصحي (عبر التامين الصحي الخاص) في معظم دول العالم المتقدم حيث يصل إلى 5% سنوياً في كل من أمريكا وبريطانيا واليابان.

وقد أثبتت التجارب العملية أن العناية الطبية المجانية تشتمل على سوء استعمال وإسراف في استخدام المرافق الطبية والمعدات والأدوية، مما يمثل ضغطاً على ميزانيات الدول، حتى أن بعض مسؤولي قطاع العناية الطبية في دول مجلس التعاون أشاروا إلي ظاهرة اتخاذ بعض السيدات في العيادات الخاصة أمكنة للإجتماع والالتقاء مع الصديقات بقصد تبادل الحديث، وكمبرر للخروج من المنزل ولإثبات وجودهن في العيادات يحملن معهن ما أمكن من الأدوية لهن ولأولادهن وبالطبع لايستعملن تلك الأدوية، أما مع تغير الأوضاع الاقتصادية فقد أصبح من الصعب المحافظة على مجانية الخدمات الصحية العلاجية، حتى أن معظم دول الخليج بدأت تتقاضى رسوماً مقابل الخدمات الطبية التي تقدمها وخصوصاً من المغتربين، وبدأت بانتهاج مبدأ التأمين الصحي و بلغت الأقساط التأمينية فيها مئات الملايين من الدولارات.

أسباب حدوث تزايد في كلفة الرعاية الصحية:

- زيادة حجم الاستثمارات الاقتصادية في الرعاية الصحية وخصوصاً المستشفيات الكبرى.

- ظهور التقنيات الحديثة و تطور التكنولوجيا الطبية والذي ينعكس على أجور الخدمات الصحية.

- إجراء عمليات جراحية حديثة ذات كلف عالية.

- زيادة كلفة الأدوية، (لتغطية نفقات تسويق عالية، وكذلك نسب أرباح عالية)، إضافة إلى قوانين الحماية والاحتكار للأدوية الجديدة، وكل هذا على حساب الفاتورة الطبية.

- زيادة الوعي الصحي، وبالتالي زيادة الاهتمام بالحصول على الرعاية الصحية.

- زيادة العرض، حيث أن الطلب على الخدمات الصحية يزيد بزيادة عرض هذه الخدمات، بعكس الخدمات الأخرى التي يقل الطلب عليها بزيادة العرض .

- زيادة معدلات الأعمار، وما ينشأ عن ذلك من زيادة في الإنفاق على الأمراض المزمنة وأمراض الشيخوخة حيث أن المسنين (فوق 65سنة) غالباً مايستهلكون خدمات صحية تصل إلى ثلاثة أو أربعة أضعاف غير المسنين.

الأهمية الاقتصادية للتأمين الطبي :

- صحة الإنسان الذهنية والحيوية هي العامل الأساسي لكل قدراته الإنتاجية، والقدرة على تحمل أعباء الرعاية الصحية تعتمد على ما يتيحه الاقتصاد الوطني من إمكانات واعتمادات خاصة بتنمية الموارد والطاقات في قطاع الصحة والدواء.

- أصبح الاهتمام بصحة المواطن أولوية قصوى ليس لاعتبارات إنسانية أو اجتماعية فحسب إنما لاعتبارات اقتصادية بحته، فهو من أساسيات التنمية البشرية وهدفاً من أهدافها، لأن الاهتمام بالصحة يعتبر اهتماماً بالتنمية.

- أصبح ينظر للاستثمار في القطاع الصحي - بشكل سليم – استثماراً في رأس المال البشري، وذلك نتيجة لما يسببه النمو الصحي من زيادة في إنتاجية رأس المال البشري وبالتالي من زيادة في معدل النمو الاقتصادي.

- التقليل من الخسائر الناجمة من مرض العمال وانقطاعهم عن العمل بسببه.

الأهمية الاجتماعية للتأمين الطبي:

• التأكيد على حق الفرد في الحصول على الخدمات الصحية وتحقيق العدالة والمساواة، وصولاً إلى الهدف الأساسي المتمثل في توفير الصحة للجميع.

• تعميق مبدأ المشاركة بين الدولة والمواطن وبين صاحب العمل والموظف وبين الموظفين أنفسهم.

• التأثير الإيجابي على الفرد عند حدوث اطمئنان اجتماعي.

• بدون التأمين الطبي لن يتمكن من دفع تكاليف المعالجة الباهظة (خصوصاً العمليات الجراحية الكبرى) سوى عدد قليل من الأفراد القادرين على الدفع، وبالتالي فإن التامين الصحي بما فيه من آلية تكافلية يمكن الأفراد من تلقي الخدمات اللازمة ذات الكلفة العالية بمبالغ معقولة.

• يساعد التأمين الطبي أصحاب العمل على أداء التزامهم الأدبي - والقانوني في معظم دول العالم- تجاه العاملين لديهم.

والتأمين الصحي يعني أيضاً أنه مقابل قسط معلوم مسبقاً يمكن للفرد والمؤسسة تجنب خسائر محتملة تؤدي لأثار اقتصادية واجتماعية وخيمة، وبالتالي فمن الأهمية بمكان وجود قسط معلوم بمكن احتسابه ووضعه ضمن الميزانية المرصودة مسبقاً، وبالتالي فان التأمين أحد الطرق الأكثر فعالية في التعامل مع الأخطار.

لايزال السودان واحداً من أكبر الدول مساحة في أفريقيا حتى بعد انقسام جزأيه الشمالي والجنوبي، وهو واحد من أكثر البلدان كثافة سكانية في المنطقة، وهو موطن لأكثر من 37.9 مليون شخص .مع هذا الارتفاع في عدد السكان ووضع القضايا السياسية التي ابتليت بها البلاد مع الحرب والعداء على مدى السنوات ال 25 الماضية في الاعتبار أصبح الاهتمام بالرعاية الصحية ثانوياً في خضم الأمور الأخرى التي قد تعتقدها الحكومة أكثر إلحاحاً وأجدر بالاهتمام.

السودان لا يزال لديه طريق طويل ليقطعه لتحقيق أهدافه التنموية للألفية وإقامة نظام الرعاية الصحية الكافية بالكفاءة التي يستفيد منها كل فرد في البلاد.

الوضع الصحي في الآونة الأخيرة :

مع تزايد شيخوخة السكان على نحو مطرد، يواجه السودان عبئاً مزدوجاً بسبب الأمراض خصوصاً مع ارتفاع معدلات الأمراض المنقولة وغير المنقولة.

- أظهر مسح الأسر السودانية لعام 2010 أن 26.8٪ من الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 5-59 شهراً كانوا مصابين بالإسهال، في حين كان 18.7٪ من الأطفال مشتبه بإصابتهم بالالتهاب الرئوي في الأسبوعين الذين سبقا المسح.
- تفاقم سوء التغذية بسبب نقص البروتينات ونقص المغذيات الدقيقة سبب مشكلة كبيرة بين الأطفال دون سن الخامسة، حيث أن 12.6٪ و 15.7٪ منهم يعانون من الهزال الشديد والتقزم، على التوالي. إن نقص المغذيات الدقيقة الأكثر شيوعا هي اليود والحديد وفيتامين أ.
- فيما يتعلق بالأهداف الإنمائية للألفية، لا يزال 73 [المدى: 59-88) [كلا الجنسين) من أصل كل 1000 طفل يولدون لا يعيشون ليروا عيد ميلادهم الخامس .معدل وفيات الأمهات لكل 100000 ولادة حية تقدر ب 730 [380-1400] حالة وفاة لكل 100000 ولادة حية في عام 2010 .
- تم تحقيق الهدف الإنمائي للألفية للملاريا، على الرغم من ذلك إلا أن الملاريا لا تزال مشكلة صحية كبيرة. في عام 2010، أدت الملاريا إلى وفاة 23 شخصاً في كل 100000 من السكان؛ في حين تم الإبلاغ عن ما مجموعه أكثر من 1.6 مليون حالة.

- المعدل السنوي لحالات الدرن الجديدة لعام 2010 هو 119 لكل 100000، نصفهم نتيجة مسحته إيجابية. كشف حالات الدرن بمعدل 35٪ هو أقل بكثير من الهدف 70٪، ولكن نجاح العلاج بنسبة 82٪ قريب جداً من هدف منظمة الصحة العالمية بنسبة 85٪. وفيما يتعلق بفيروس نقص المناعة البشري و متلازمة نقص المناعة المكتسب) الإيدز(، فإن نسبة تفشي المرض منخفضة بين عموم السكان بمعدل انتشار يقدر ب 0.24٪ حيث أن المرض يتركز في ولايتين قط .
- حدث تزايد للمنشات الصحية خلال العقد الماضي ولكنه تزايد كمي وليس نوعي، حيث لازالت المؤشرات الصحية دون المستوى المقبول مقارنة بالدول النامية الأخرى ومن مظاهر ذلك ما يلي:
- 1. تدني فرص الحصول على الخدمات الصحية:
- تعتبر فرصة الحصول على الخدمات الصحية منخفضة في السودان بأكمله، لكنها في الريف أكثر انخفاضاً حيث يعتبر حوالي 75% من سكان الريف محرومين من الخدمات الصحية، مع الأخذ في الاعتبار أن أكثر من 75% من سكان اليمن يعيشون في الريف وبالتالي فإن حوالي نصف السكان شبه محرومين من أي نوع من الخدمات الصحية، دون وجود نظام فعال للإحالة.
- 2. انخفاض حجم ونوع الخدمات الصحية المقدمة:
- مع أن الخدمات الصحية لا تغطي سوى نسبة ضئيلة من السكان (وأكثرالمنشأت الصحية متركزة في المدن)، ومع ذلك فإن مستوى الخدمات المقدمة متواضع جداً ولا يلبي الاحتياجات الصحية للمجتمع.
- لازال السودان يعاني من بعض الأمراض الوبائية وفي مقدمتها مرض الملاريا الذي يصيب مئات الآلاف سنوياً مخلفاً ألاف القتلى وخصوصاً بين الأطفال والأمهات والحوامل، ولذلك لازال معدل الوفيات في السودان عالي .

- **خصوصيات التأمين الصحي:**

1. يتعامل مع الإنسان بما لديه من تباينات: المتلقي للخدمة، والمستفيد من عوائدها.
2. قرار حدوث المطالبة وحجمها يحدث من المستفيدين منها.
3. تفشي ظاهرة سوء الاستخدام وكثافة المطالبات.
4. بحاجة إلى خبرات نادرة، لخضوعه لمتغيرات عديدة ومستمرة تتماشى مع التطور الطبي المستمر، ونتيجة لندرة هذه الخبرات فكلف التشغيل باهظة.
5. تنوع الشروط التعاقدية.
6. حداثة هذه العلم و محدودية الخبرات المتراكمة في الأسواق العربية مما يؤدي للجوء إلى انتهاج سياسة التجربة والخطأ.
7. مقاومة فكرة التأمين الصحي (لمبررات شرعية أو نفسية أو نتيجة للجهل بفوائد التأمين الصحي، مع صعوبة تغيير قناعات الناس).
8. دخول شركات التأمين في تنافس مع المستشفيات التي تقدم الخدمات مباشرة.

التأمين الطبي وهيئة الرقابة على التأمين :

- اصبح فرع التامين الطبي تحت اشراف ورقابة قاسية من جانب هيئة الرقابة على التامين منذ العام 2015 بعد النتائج المالية السيئة لهذا النوع من التأمين بالاضافة الى المعاناة فى ايجاد اتفاقيات اعادة تامين بشروط معقولة وذلك لان النتائج المالية غير سارة، سواء لشركات التأمين أو لشركات الإعادة، ولذلك كان من الطبيعي أن تتجنب عدد من شركات التأمين إصدار عقود تأمين صحي، لاسيما أن معظم شركات التأمين عجزت أن تغطي مصروفاتها، بل تجاوز الأمر ذلك بحدوث خسائر، ويرجع السبب في حدوث هذه الخسائر ما تشهده صناعة التأمين الصحي من سوء استخدام للخدمات الطبية المقدمة من خلال التأمين الطبي ،

سوء استخدام التأمين الصحي:

- أوضحت الدراسات أن معظم سوء الاستعمال ناتج عن مقدمي الخدمة، سواء كانوا أطباء أو مستشفيات أو صيدليات أو مراكز تشخيصية وما شابهها، كما يساهم المستفيدون من الخدمات الصحية (المؤمن عليهم)، بحوالي خمس الممارسات المسببة لسوء الاستخدام

اولاً : سوء الاستخدام من جانب مقدم الخدمة :

نوع التجـــــــاوز	أطباء	مستشفيات	صيدليات	مراكز تشخيص
اللجوء لوسائل التشخيص بدلاً عن مهارة الطب	*	*		*
استخدام عدة وسائل مجتمعة دون داع	*	*		*

المغالاة في الأجور والأسعار	*	*	*	*
التعمد بإطالة أمد المعالجة	*	*		*
معالجة حالات خارجة عن الاختصاص	*	*		*
إدخال حالات للمستشفى دون مبرر طبي	*	*		
القيام بعمليات جراحية دون مبرر علمي	*	*		
وصف الأدوية الأكثر كلفة دون ضرورة	*	*	*	*
تعمد كتابة أدوية لا علاقة لها بالتشخيص	*	*		
المبالغة في احتساب كميات الأدوية المستخدمة أثناء التشافي		*		
التلاعب بقيمة الأدوية		*	*	
التلاعب بكميات الأدوية الموصوفة		*	*	
موافقة المؤمنين على مقايضة الأدوية الموصوفة بمواد تجميلية أو ببدل مالي وغيره		*	*	
استبدال الأدوية الموصوفة بأدوية شبيهة أقل كلفة وتسجيل قيمة الدواء الموصوف		*	*	
تسجيل جلسات علاج أكثر مما هو حقيقي ومنفذ	*	*		*
معالجة شخص غير مغطي تأمينياً باخر مغطى	*	*	*	*
تعدد الاستشارات الطبية بشكل غير مبرر لحالات مرضية واضحة	*	*		
لقيام بإجراءات تشخيصية لا داعي لها داخل العيادة	*			
تسجيل أسعار وأجور لأجهزة لم تستخدم للمريض والمبالغة في قيمة هذه الأجور (أكثر من قيمتها (		*		
تقديم مطالبات غير مفصلة ودون إرفاق تقارير طبية		*		
عدم إجراء الفحوصات المطلوبة كاملة والمطالبة بكامل		*	*	

القيمة				
عقد صفقات بين الأطباء والمراكز التشخيصية والتأهيلية لتشغيلها بأكثر من حاجة المرضى	*	*		*
مطالبات لإجراءات غير منفذه	*	*	*	*
تكثيف استخدام وسائل التقنية الأكثر كلفة دون ضرورة	*	*		*

- **ثانياً: بسبب المستفيدين:**
- 1. تكرار الزيارات للجهات الطبية دون مبرر وبالتالي استحداث نفقات إضافية.
- (قد يكون سبب تكرار الزيارة بسبب هاجس المرض أو الوسواس)
- 2. التنقل ما بين الأطباء حتى بين أطباء الاختصاص الواحد دون مبرر.
- 3. الإيحاء للأطباء باستخدام الأدوية والإجراءات الأكثر كلفة دون الحاجة الطبية لها.
- 4. الرغبة العارمة لدخول المستشفى لحالات لا تستدعي ذلك لأسباب شخصية مثل جلب الاهتمام وغيره.
- 5. زيارة الطبيب لمرض وهمي بغرض الحصول على إجازة مرضية.
- 6. إعطاء الفرصة لأناس غير مشمولين في التأمين لانتحال شخصية المستفيدين وبالتالي الحصول على الخدمات دون وجه حق.
- 7. الحصول على الخدمات الطبية لحالات غير مغطاة تأمينياً تحت غطاء خدمات مشمولة وتحايل المشترك مع الجهات الطبية.
- 8. استبدال الأدوية الموصوفة بمستحضرات تجميل وحليب وغير ذلك أو ببدل مالي.
- 9. عدم وضوح مفهوم التأمين الصحي لدى الكثيرين من المستفيدين، مع الأخذ في الاعتبار أن الكثيرين سيوافقون على أهمية التأمين الصحي لكنهم غالباً لا يوافقون على التأمين الصحي لاعتبارات عديدة.

- 10. الرغبة في الاستفادة والحصول على أقصى منافع حتى دون وجه حق.
- 11. إنشاء علاقات (مصالح متبادلة) مع الأطراف الأخرى.

ثالثاً: بسبب شركات التأمين:

- 1. عدم وجود تعاون في تبادل المعلومات التفصيلية بين شركات التأمين الصحي ومقدمي الخدمات الصحية مما يؤدي إلى خسائر كبيرة لشركات التأمين.

2 عدم توفر معلومات إحصائية كافية لدى شركات التأمين تمكنها من إصدار عقود تأمين صحي مبنية على أسس علمية صحية صحيحة.

3. عدم توفر الكوادر الفنية والعلمية المؤهلة لدى شركات التأمين.

4. التقصير في رفع الوعي التأميني لدى المجتمع بما فيهم مقدمي الخدمات.

5. سوء استخدام الخدمات والمنافع (سواء من المنتفع أو الجهة الطبية) يؤدي الى ارتفاع كلف.

رابعاً : معوقات بسبب الجهات الرسمية والنقابية:

1. عدم وجود قوانين وتشريعات تحث على التأمين الصحي أو تلزم به.

2. التقصير في تحديد الأجور الطبية والتقصير في الإشراف على مقدمي الخدمات الصحية (ضعف أو انعدام الرقابة السليمة)

3. التقصير في محاسبة مقدمي الخدمة ممن يثبت استغلالهم أو تكرار أخطاؤهم

4. سلبية النقابات الطبية، وعدم اتحاد كلمتها و تبنيها لأي دور في التامين الطبي.

5. انحياز الحكومة للتامين الصحي الحكومي

6. عدم وجود بروتوكول صادر من وزارة الصحة .

الحـــلول :

أولاً: الدور الحكومي والنقابي:

- وضع تشريعات تحث على التأمين الصحي و تطبيقه بشكل مناسب ومنصف.
- السعي لشمولية التأمين الصحي لكافة المواطنين مما يؤدي لزوال احتمال انتحال شخصية المؤمن من قبل شخص غير مؤمن.
- وضع أجور للإجراءات والخدمات الطبية، بمشاركة وزارة الصحة والنقابات المعنية، ومقدمي الخدمة، وشركات التأمين الصحي وجمعيات حماية المستهلك، وكذلك وضع تسعيرة للأدوية.
- وضع تشريعات حازمة للإشراف والرقابة الفنية على مقدمي الخدمات الصحية عبر وزارة الصحة والنقابات الفاعلة، والتركيز على معايير الجودة لدى مقدمي الخدمات الصحية (في القطاعين العام والخاص)
- توعية المواطنين عن أهمية التأمين الصحي وفوائده و إدراج ذلك ضمن المناهج المدرسية والجامعية مع بيان مشروعيته للناس.
- دعم و تعزيز الوضع الصحي من خلال:

- تعزيز الأنشطة الوقائية وذلك يتطلب رفع مخصصات الإنفاق الصحي.
- رفع مستوى الأداء الإداري لوزارة الصحة العامة والسكان.

- الإشراف والرقابة على مقدمي الخدمات الصحية عبر وزارة الصحة والنقابات الفاعلة، والتركيز على معايير الجودة في تقييم الخدمات المقدمة في القطاعين العام والخاص على حد سواء.
- توفير الدعم الحكومي لبعض التغطيات التي يتحاشاها التأمين الصحي الخاص مثل أمراض السرطان والفشل الكلوي وما شابهها.

ثانياً: دور شركات التأمين:

- التوعية : سواء لحاملي بوليصة التأمين أو لمقدمي الخدمات الطبية (مع إيضاح الآثار الايجابية عند سلامة الإجراءات وانخفاض خسائر شركات التأمين وكذلك إيضاح الأضرار الناتجة إذا حدث عكس ذلك)
- إعداد العقود: إعداد عقود تأمين سليمة وواضحة، توضح حقوق المؤمنين ومقدمي الخدمات الطبية.
- البحث و التطوير: الاستفادة من الإحصاءات والبيانات في صناعة وتطوير القرارات الإستراتيجية.
- إدارة النفقات: استحداث مؤسسات متخصصة لإدارة النفقات للقيام بمراقبة سوء الاستخدام.

ثالثاً:دور شركات إدارة النفقات الطبية:

1. الاختيار السليم للجهات الطبية المعتمدة ضمن معايير علمية موضوعية بعيداً عن أي اعتبارات شخصية أو الخضوع للعلاقات الأمزجة والارتقاء الفني بهذه الجهات.

2. إيجاد كوادر علمية وفنية متخصصة ومدربة تتعامل بحرفية عالية وقادرة على التكيف مع المستجدات والمتغيرات الطبية والتقنية.

- 3. تطبيق آليات صحيحة في تقديم الخدمات الصحية بما في ذلك مراقبة إدخال المرضى إلى المستشفيات والحد من وصول المرضى إلى الاختصاصين الفرعيين دون إحالة.
- 4. استخدام التقنيات الحديثة في إدارة النفقات الطبية عبر الرقابة الآلية وفق الشروط التعاقدية المتنوعة، ومنع أي تجاوزات بحيث يتم الإطلاع على المطالبات قبل حدوثها لإخضاعها لشروط التعاقد واتخاذ القرار آلياً باستخدام آلية الاتصال المناسبة.
- 5. تطبيق شروط عقود التأمين الموقعة بين المستفيدين وشركات التأمين بشكل دقيق ومحايد.
- 6. الترشيد في الإنفاق على الخدمات الصحية تحقيقاً لمبدأ تقديم أقصى درجة من الكفاية بأقل كلفة ممكنة.
- 7. إعداد إحصاءات تشمل معدلات الكلفة لكل فئة عمرية، ولكل مرض، ولكل منطقة جغرافية، ولكل مهنة، وفي ذلك ايجابيات على المستوى الوطني (للخطط الصحية الإستراتيجية) وصناعياً (معرفة حجم استهلاك الأدوية والمستلزمات).

رابعاً:دور مقدمي الخدمة :

- إنشاء علاقة تعاقدية واضحة مع شركات التأمين الصحي وشركات إدارة النفقات الطبية.
- إصدار تعليمات تؤدي إلى وضوح آليات تقديم الخدمات الطبية للمرضى المؤمنين.
- الالتزام باستخدام الترميزات الدولية International Coding مثل CPT, ICD10, ICD9 وغير ذلك، مما يساعد في الحصول على إحصاءات دقيقة.

- العمل على إبقاء أقساط التأمين في أقل مستوى ممكن وذلك من خلال التأكد من تقديم الخدمة الطبية اللازمة فقط.
- إرفاق التفاصيل ونتائج الفحوصات والإجراءات التشخيصية.

آلية ضبط النفقات:

1. الاتفاق مع مقدمي الخدمة على تكاليف محددة للإجراءات والأدوية والمستلزمات وغيرها.

2. وجود ملف مركزي دائم لكل مريض ومراقبة تكرار الإجراءات والزيارات وصرف الأدوية

. ضبط آلية المعالجة داخل وخارج المستشفيات:

- مطابقة الإجراء مع اختصاص الطبيب، ومطابقة الإجراء مع إجراء أخر، و مراقبة الفترة مابين إجراء وأخر وكذلك مراقبة الإجراءات التي لا تتكرر.
- مطابقة الإجراء مع الاختصاص ومع التشخيص ثم مطابقتها جميعاً مع الدواء المنصرف مع مراقبة كمية الإجراءات والمستلزمات مع وضع الحالة المرضية.

- مطابقة الإجراء الطبي مع العمر والجنس.
- مراقبة حق الطبيب بالقيام بإجراء أو فحص أو صرف دواء معين.
- مراقبة معدل أيام الإقامة ومعدل الكلفة لكل حالة مرضية .

ضبط آلية صرف الدواء:

- مراقبة توافق الدواء مع الجنس و العمر.
- مراقبة الفترات ما بين الأدوية.
- مراقبة توافق الدواء مع غيره من الأدوية.
- مراقبة أسعار وكميات الأدوية الموصوفة.
- تحديد السعر الذي تتحمله شركة التأمين لكل اسم علمي من أسماء الأدوية.

من وسائل إيقاف سوء استخدام المستفيدين:

- تحميل المريض نسبة من الكلفة.
- وجود حدود أو أسقف للمنافع (أجور- وصفات - خدمات) لإحداث رقابة ذاتية (ومراقبة ذلك آلياً).
- من الآليات المنفذة في بلدان أخرى: وضع مبالغ مسبقة الدفع ذات قيم عالية قبل أن تبدأ مسؤولية شركة التأمين وذلك للحد من سوء الاستخدام، (يصعب تنفيذها محلياً، لأن

المبلغ المطلوب دفعه قد يكون معوقاً حقيقي أمام تلقي المريض للخدمة الطبية التي يحتاجها).

من الآليات المساندة في ضبط نفقات المعالجة:

- الحصول على حق الاطلاع على ملف المريض.
- الحق في الحصول على رأي طبي ثاني عند الحاجة.
- تكثيف الدورات المتخصصة لمقدمي الخدمات.
- تطبيق أليه تؤدي إلى مشاركة الجهات الطبية في تحمل أية زيادات.
- بناء قناعات لدى مقدمي الخدمة أن علاقتهم مع دافعي الفواتير أكثر استمراراً من علاقتهم بالمرض.

أهمية تنامي العلاقة الإيجابية بين شركات التأمين ومقدمي الخدمات الطبية:

- شركات التأمين قادرة على ضخ أعداد كبيرة من المرضى
- قدرة شركات التأمين على تحمل نفقات الإجراءات الطبية المكلفة دون تأثر بتذبذب الوضع الاقتصادي للإفراد.
- استفادة مقدمي الخدمة من الإحصاءات والخبرات المتوفرة لدى شركات التأمين الصحي.

المجلس الاستشاري كالية لجمع الاطراف الثلاثة

الاطراف الثلاثة المنوط بهم اصلاح حال سوق التامين الطبي وترسيخ اسس الممارسة الراشدة هم شركات التامين –مقدمي الخدمة – والحكومة لذلك لابد من تكوين مجلس استشاري للتامين الطبي يضم الاطراف الثالثة .

1- شركات التامين :

يبلغ عدد المشتركين لدي شركات التامين الطبي حوالى ال500,000 مشترك وهو عدد لا يستهان به بالنسبة لاصحاب المرافق الطبيه الخاصة لان كل هذا العدد يتلقي العلاج بمستشفيات القطاع الخاص لذلك يعتبر التامين الطبي سوق مهم بالنسبة لمقدمي الخدمة الطبية .

2- مقدمي الخدمة :

هم الطرف المتهم من قبل شركات التامين بانه السبب الاول لخسائر التامين الطبي لذلك لابد ان يتم تمثيلهم فى هذا المجلس وان يساهمو فى تقنين الممارسة الراشدة للتامين الطبي .

3- الدور الحكومي :

نقترح ان يكون الدور الحكومي ممثلاً بوزارة الصحة الاتحادية وهيئة الرقابة على التامين .

ثم ماذا بعد ؟!! :

نامل ان يقود هذا التعاون الى تطبيق تجربة مجلس الضمان الصحي بالمملكة العربية السعودية وهى تجربة جديرة بان يحتذى بها فى سوق التامين الطبي فى السودان ومن ابرز ملامح دور مجلس الضمان الصحي التعاوني :

اولاً : الإشـراف عـلى تطـبيق النظام

1. الرقابة على شمولية التغطية التأمينية الصحية .
2. تأهيل شركات التأمين لممارسة أعمال التأمين الصحي .
3. اعتماد مقدمي الخدمات الصحية .
4. أصداد اللائحة المالية لإيرادات المجلس ومصروفاته .
5. حل الخلافات الخاصة بتسوية مبالغ المطالبات بين مقدمي الخدمة وشركات التأمين.وضع معايير الخدمة الطبية اللازمة لقيام شركات التأمين الصحي بسرعة الرد على مقدمي الخدمه بتحمل تكاليف العلاج .
6. منح الاستثناءات لشركات التأمين الصحي للتعاقد مع أطباء غير السعوديين لغرض مراقبة مدى التزام مقدمي الخدمة باشتراطات العلاج في حدود فعالية التكلفة .
7. دراسة الشكاوى التي تنشأ بين أطراف العلاقة التأمينية وإحالتها إلى لجنة مخالفات النظام .
8. تحصيل قيمة الجزاءات المالية الخاصه بمخالفة أحكام نظام الضمان الصحي .
9. تحديد المخصصات الفنية المتعارف عليها بالتنسيق مع الجهات الرقابية الأخرى والزام شركات التأمين بها .
10. الإشراف على صندوق الضمان الصحي التعاوني القائم على تحويل جزء من فائض عمليات التأمين والمحتسب على ضوء نتائج عمليات شركة التأمين .
11. مراجعة أقساط التأمين والتصريح بالموافقة لشركات التأمين على القسط إذا أختلفت قيمة القسط عما تقدمت به الشركة في خطة العمل .
12. إيضاح وتفسير اللائحة التنفيذية .

13. نشر المعلومات العامة حول أنشطة شركات التأمين ألمؤهله .
14. نشر الجداول والبيانات الإحصائية المتعلقة بالتأمين الصحي في المملكة سنوياً .

ثانياً: الإشراف والرقابة على شركات التأمين:

1. سحب تأهيل ممارسة أعمال التأمين الصحي في الحالات التالية :
   - أخلال شركة التأمين باشتراطات التأهيل .
   - عدم استخدام التأهيل خلال (12) شهرا .
   - تخلي شركة التأمين عن التأهيل صراحة .
   - توقف الشركة عن ممارسة أعمالها لمدة (6) أشهر.
2. حماية مصالح المستفيدين بما تراه الأمانة العامة ضرورياً مثل تعديل خطة العمل لأي شركة تأمين صحي .
3. الحصول من الجهة الرقابية الأخرى على المعلومات والبيانات والتي تتعلق بمسائل عمل التأمين الصحي مثل طلب النماذج التي تستخدمها شركة التأمين الصحي في مراسلاتها مع أطراف العلاقة ألتأمينيه .
4. المراجعة والتدقيق على جميع شركات التأمين الصحي في نطاق اختصاصات المجلس والطلب من الجهات الرقابية الأخرى القيام بذلك .
5. التحفظ على أي من المسؤولين التنفيذيين في أي من شركات التأمين الصحي .
6. اتخاذ الإجراءات اللازمة بعد الإطلاع على أي خلل ما يرفع من الجهة الرقابية الأخرى المسؤولة عن التأكد من ملاءة الشركة وكفاية رأس مالها وسلامة أصولها ومخصصاتها الفنية وقدرتها على الوفاء بالتزامها نحو المستفيدين .
7. المحافظة على سرية المعلومات الخاصة بشركات التأمين ولا تستخدم إلا في الأغراض الرسمية المحددة في اللائحة .

ثالثاً : الإشراف والرقابة على مقدمي الخدمة:

1. تحديد المقابل المالي لاعتماد مقدمي الخدمة الصحية .
2. تحديد المقابل المالي لإعفاء الجهات التي تمتلك مرافق طبية من التغطية التأمينية أو جزء منها.
3. اقتراح عقد خدمات استرشادي بين مقدمي الخدمة وشركات التأمين .
4. تحديد الاشتراطات الواجب توفرها في المرفق الصحي للمحافظة على جودة الخدمات الصحية المقدمه وذلك بالتعاون مع المؤسسات الصحية الحكومية ذات القدرة .
5. مراقبة توفر معايير متطلبات الجوده والتزام مقدم الخدمة بالتعاقد (عن طريق الأمانة) مع مكتب استشاري خاص لتقييم مدى التزامه بمتطلبات الجوده النوعيه .
6. تقييم عقود الخدمات الصحية والمبرمة بين شركات التأمين ومقدمي الخدمات ومراقبة التزام العقود بالمحافظة على ضوابط الجوده النوعيه .
7. إلغاء اعتماد مقدمي الخدمة في الحالات التالية :
    - سحب ترخيص المرفق الصحي من قبل وزارة الصحة .
    - عدم الالتزام التعاقدي لمقدم الخدمة.

الخاتمة:

- خلاصة القول أن نجاح صناعة التأمين الصحي يرتبط بتحقيق معادلة تضمن:
- • حصول المؤمن على خدمة جيدة
- • وحصول مقدمي الخدمة على حقوقهم المنصفة
- • وحصول شركات التأمين على نتائج مالية معقولة
- (وواجبنا جميعاً أن نسعى لتحقيق هذه المعادلة)

إعداد : بله ابراهيم العجب – شركة البركة للتامين

مراجع ومصادر :-

- د. عادل أحمد يحيى العماد (محاضرة ألقيت في مؤسسة العفيف يوم الأربعاء الموافق 2005/04/13م)
- ورقة تجربة التامين الطبي في السودان – هيئة الرقابة على التامين بالتعاون مع اتحاد شركات التامين/ اعداد : د. ايهاب علي حسن – أ. مهدي مبارك – د. نزار خالد – اتحاد المصارف 2015/6/10
- مهام مجلس الضمان الصحي – من الشبكة العنكبوتية (الانترنت)
- الشبكة العنكبوتية