



الأكاديمية العربية الدولية
Arab International Academy

الأكاديمية العربية الدولية

المقررات الجامعية

التأمين الصحي

Health Insurance

أ. د/ ممدوح حمزة أحمد
أستاذ إدارة الخطر والتأمين
وزميل الجمعية الأمريكية لإدارة الخطر والتأمين
2010

مقدمة

لقد تم تصميم برنامج دبلوم التأمين حتى يتم إعداد الطلاب على مستوى عال في مجال التأمين، وقد أخذ في الاعتبار أن يحقق البرنامج متطلبات مؤسسة النقد العربي السعودي بل ويزيد عنها.

ولقد تم دخول التأمين إلى المملكة بشكل رسمي وقانوني في عام 2004 م، ويعتمد نجاح صناعة التأمين على قدرة وخبرة العاملين في هذا المجال. وسوف يساهم هذا القطاع في تشغيل عدد لا بأس به من السعوديين ولكن حتى تنجح هذه

الصناعة فلابد من تطوير المهن المرتبطة بها، وأول خطوة في تطوير هذه المهن هي الفهم والتعلم.

ولقد صمم هذا المنهج - التأمين الصحي - بحيث يقوم الطالب بعد إمامته بالمبادئ الأساسية للتأمين في المقرر السابق الخاص بالمبادئ العلمية والعملية للتأمين، بزيادة مداركه العلمية من خلال الإلمام بمبادئ التأمين الصحي كأحد أهم أنواع التأمين.

ويجب على الدارسين مراعاة أنه قد تم تصميم هذا المنهج ليكون بجوار المحاضرات جنبا إلى جنب الاهتمام بالواجبات إضافة إلى القراءة لبعض المراجع الأخرى في التأمين وذلك حتى يصل الطالب إلى المستوى المرجو منه. وبالطبع هذا سيكون بجانب المناقشة وتكوين مجموعات أثناء المحاضرة وأيضا بجانب قيام المحاضر بالإجابة على أسئلة الدارسين.

ويتضمن الكتاب الدراسي التعريفات والشرح إضافة إلى أسئلة قصيرة لاختبار مدى إستيعاب الطالب للموضوعات التي تم دراستها وتحفز الطالب على التفكير واقتراح الأفكار والحلول وفتح باب المناقشة والحوار حولها.

وفي نهاية كل جزء يوجد مجموعة من الأسئلة التي تختبر معارف الطالب والتي ننصح بحلها قبل الانتقال إلى الجزء التالي لها.

وسوف تحقق كلية اليمامة المستوى العالي من الحرافية والمهنية لخريجي دبلوم التأمين إذا كان لدى الدارس الرغبة في التعليم والتميز حتى يكون إضافة لقطاع التأمين.

وهذا البرنامج صمم لكي تحقق النجاح والتطور في حياتك.

وندعوا الله أن يستقىد الجميع من هذا диплом وتكون بالنسبة له نقطة الانطلاق لمهنة شيقه ومجذبة.

الأهداف التعليمية للمنهج:

إمام الدرس بالمبادئ العلمية والعملية للتأمين الصحي وتوضيح أسلوب ممارسته في المملكة العربية السعودية.

الفصل الأول

التأمين الصحي بالمملكة

مقدمة:

لقد شكلت التنمية الإجتماعية والصحية محوراً أساسياً وثابتاً في جميع الخطط الخمسية السبعة خلال الفترة من 1390هـ-1425هـ (2004م-1970م) حيث بلغت المخصصات المالية للتنمية الصحية والإجتماعية في تلك الخطط 405.5 مليار ريال. ورغم انعكاس زيادة الإنفاق الفعلي على مستوى الخدمات الصحية كماً ونوعاً إلا أنها ظلت دون مستوى الطموح. وربما يرجع ذلك إلى التحديات الكثيرة التي تواجهها برامج التنمية الإجتماعية والصحية في المملكة وظهور متغيرات جديدة،

أثرت بشكل مباشر على وضع الخدمات الصحية وطرق تقديمها وزيادة العبء على موارد وزارة الصحة.

وقد بات ضرورياً البحث عن وسائل جديدة لإدارة المشروعات الصحية الحكومية وإتاحة الفرصة للقطاع الخاص للقيام بدور أكثر فعالية في النشاط الصحي، وفتح قنوات جديدة لتمويل الأنشطة الصحية مثل التأمين الصحي الذي نال اعترافاً رسمياً بعد صدور نظام الضمان الصحي التعاوني الإلزامي على المقيمين في المملكة. كما يفرض هذا الوضع ضرورة صياغة رؤية جديدة لمستقبل الخدمات الصحية على ضوء الدور المتنامي للتأمين الصحي وتأثيراته المتوقعة على مجمل النشاط الصحي وعلى الاقتصاد الوطني حتى عام 1440هـ (2020).

ومما لا شك فيه أن هناك أهمية خاصة للتأمين الصحي على اعتبار أن القطاع الصحي أحد مصادر الدخل المهمة للاقتصاد الوطني، من خلال ما يوفره من سيولة مالية لمقدمي الخدمات الصحية يجعلها أكثر قدرة على مواجهة التكاليف المرتفعة وعلى تقديم خدمات صحية بجودة عالية، و يجعل الطلب على خدماتها يتضاعم ويزداد من قبل المؤمن لهم.

ومع اتجاه المملكة نحو تطبيق الضمان الصحي التعاوني على غير السعوديين (خطوة أولية) يتوقع أن ترتفع مساهمة القطاع الصحي الخاص خاصة أن الغطاء التأميني في تلك المرحلة سيشمل ما يزيد عن 5 ملايين مقيم يضاف إليهم عدد السعوديين المؤمن عليهم. كما أن سلبيات المدنية الحديثة، وارتفاع الوعي الصحي بين أفراد المجتمع السعودي، وجواز الضمان الصحي التعاوني شرعاً تعتبر عوامل يتوقع لها أن تساهم في ارتفاع أعداد المشتركين في برامج الضمان الصحي التعاوني.

وبالنسبة الوضع الصحي خلال السنوات الخمس عشرة السابقة نجد أن هناك زيادة مضطربة في ميزانية وزارة الصحة التي تضطلع بالدور الأكبر في تقديم الرعاية الصحية بالمملكة، كذلك زيادة نسبتها قياساً إلى إجمالي الميزانية السنوية للمملكة من 4.1% إلى 10.2%. كما تطورت الخدمات الصحية بالمملكة بمعدلات معقولة

خلال السنوات الخمس من 1414 هـ إلى 1420 هـ من حيث عدد المستشفيات وعدد الأسرة والقوى العاملة بالقطاع الصحي. ولكن من واقع دراسات تمت في هذا المجال فإن هناك مجموعة من المعوقات التي تشكل عثرة أمام تطور القطاع الصحي وتحدد من قدرته على الانطلاق للوصول إلى مستويات قياسية.

ومن أهم هذه المعوقات:

1-الإدارة الحكومية للقطاع الصحي.

2-زيادة الطلب على الخدمات الصحية.

3-الارتفاع الباهظ في تكاليف تقديم الرعاية الصحية.

4-انخفاض جودة الخدمات الصحية.

5-ضعف مستوى التدريب.

ومن ناحية أخرى فقد تطرقت هذه الدراسات إلى التأمين الصحي الذي تم ممارسته في إطار منظومة ثلاثة الأطراف تتمثل في المستفيد (المؤمن له) وشركة التأمين (المؤمن) والمستشفى أو المستوصف (مقدم الخدمة الصحية) ، وأوضحت أن المملكة العربية السعودية قد عرفت عدة أشكال منه. ورغم أن ممارسة التأمين الصحي الخاص بدأت في المملكة العربية السعودية منذ فترة وجيزة لا تتعدي خمسة عشر عاماً إلا أنه تطور حتى أصبح يحتل المرتبة الأولى في محفظة سوق التأمين السعودي.

وقد صدر قرار مجلس الوزراء السعودي رقم (71) بتاريخ 27 / 4 / 1420 هـ الموافق 11 / 8 / 1999م الخاص بنظام الضمان الصحي التعاوني للمقيمين بالمملكة العربية السعودية وذلك بهدف توفير الرعاية الصحية وتنظيمها لجميع المقيمين غير السعوديين في المملكة.

وهناك مجموعة من المعوقات أمام عملية تطبيق هذا النظام وتشمل:

1-عدم تنظيم سوق التأمين السعودي.

2-التبان في أسعار التأمين الصحي.

3-عملية تأهيل المستشفيات.

أهم المنافع التي ينتظر أن يحققها نظام الضمان الصحي التعاوني للمقيمين بالمملكة: من المتوقع أن يحقق هذا النظام الكثير من المنافع أهمها:

1-دعم الرعاية الصحية في القطاع الخاص.

2-تخفيض العبء عن المستشفيات الحكومية.

3-إتاحة قناة تمويل للقطاع الصحي.

4-تطوير برامج للاستثمار في القطاع الصحي.

5-ترسيخ روح التعاون والتكافل بين فئات المجتمع.

6-تنظيم سوق التأمين السعودي.

7-إتاحة فرص وظيفية جديدة.

8-رفع مستوى جودة الخدمات الصحية.

إن صدور نظام الضمان الصحي التعاوني وبدء تطبيقه يأتي كتطور طبيعي لممارسة التأمين الصحي بالمملكة وزيادة الطلب عليه حيث زادت اشتراكات التأمين الصحي خلال السنوات العشر الماضية بنسبة كبيرة فارتفعت من 62.7 مليون ريال عام 1990م إلى 975.3 مليون ريال عام 2000م ، كما تدرجت الأهمية النسبية للتأمين الصحي خلال السنوات العشر الماضية حيث انتقل من المرتبة الرابعة بنسبة 4.5% من إجمالي اشتراكات السوق عام 1990م إلى المرتبة الأولى بين قائمة أنواع التأمين في السوق بنسبة 30.6% عام 2000م ، وقد شهد سوق التأمين الصحي أيضاً زيادة عدد الممارسين إلى 15 شركة تأمين بعضها متخصص في ممارسة التأمين الصحي فقط والأخرى تمارس هذا النوع من التأمين ضمن محفظتها التأمينية التي تشمل أنواعاً أخرى.

وعلى ضوء المعطيات والحقائق المرتبطة بالتأمين الصحي فقد توقعت الدراسات التي تمت في هذا المجال أن يتطور التأمين الصحي في المملكة خلال العشرين سنة القادمة على مراحلتين، الأولى خلال الفترة (2002-2005) وهي فترة تطبيق نظام الضمان الصحي التعاوني على المقيمين فقط والثانية ما بعد عام 2005 حتى عام 2020 وهي الفترة التي يتوقع أن تشهد شمول النظام لجميع سكان المملكة (سعوديين و مقيمين).

وتقدير اشتراكات نظام الضمان الصحي التعاوني في المرحلة الأولى لتطبيق نظام الضمان الصحي التعاوني والتي ستغطي حوالي 6 مليون مقيم أجنبي، ما بين 5 - 8 مليار ريال ، أما اشتراكات المرحلة الثانية والتي ستغطي جميع سكان المملكة حتى عام 2020م ويقدر عددهم بنحو 33.5 مليون نسمة، فمن المتوقع أن تتراوح تلك الاشتراكات ما بين 83 - 100 مليار ريال. وعلى هذا النحو يتوقع أن يزيد إسهام قطاع التأمين الصحي التعاوني في الناتج المحلي الإجمالي من 0.6% في الوقت الحالي إلى ما يتراوح ما بين 5% و 7% عام 2020م.

وقد توقعت الدراسات التي تمت في هذا المجال أن يؤدي الضمان الصحي التعاوني في المستقبل دوراً مهماً لدعم الاقتصاد الوطني ضمن منظومة تشجعها الدولة لفتح قنوات لمصادر دخل أخرى جديدة تعتبر بدائل للنفط كمصدر رئيس للدخل في المملكة.

إن حق التمتع بالرعاية الصحية المناسبة أمر تكفله كل الاتفاقيات والمواثيق الدولية ذات الصلة، وقد حرص الإعلان العالمي لحقوق الإنسان على تأكيد هذا الحق، حيث نصت المادة (25) من الإعلان على حق كل شخص في مستوى معيشة يكفي لضمان الصحة والرفاهية له ولأسرته، وخاصة على صعيد المأكل والملابس والمسكن والرعاية الصحية.

ويتحقق كثير من خبراء الأنظمة الصحية في العالم على أن هناك عدة عناصر يتكون منها النظام الصحي في أي دولة، وتتخد كأساس لتقويم الرعاية الصحية بهذه الدولة، حيث يعد من أهم هذه العناصر، عنصري الإدارة والتمويل للخدمات الصحية. وعلى

صعيد المملكة العربية السعودية نجد أن تمويل الخدمات الصحية الحكومية يتم من قبل الدولة من خلال بنود ميزانيتها السنوية، وبالتالي فإن تمويل الخدمات الصحية بالمملكة أحادي التمويل، ويوضح الجدول التالي ميزانية وزارة الصحة بالنسبة للميزانية العامة للدولة خلال الفترة 1428/1427-1421/1420 هـ

جدول رقم (1)

ميزانية وزارة الصحة بالنسبة للميزانية العامة للدولة

خلال الفترة 1428/1427-1421/1420 هـ

(القيمة بالألف ريال)

السنة	اجمالي ميزانية الدولة	اجمالي ميزانية وزارة الصحة	نسبية ميزانية وزارة الصحة إلى اجمالي
-------	-----------------------	----------------------------	--------------------------------------

ميزانية الدولة (%)			
6.5	11,939,043	185,000,000	1421/1420
7.1	13,046,528	185,000,000	1422/1421
6.8	13,740,910	202,072,000	1423/1422
6.6	13,857,430	209,000,000	1424/1423
6.4	14,756,530	230,000,000	1425/1424
6	16,870,750	280,000,000	1426/1425
5.9	19,683,700	335,000,000	1427/1426
6	22,808,200	380,000,000	1428/1427

*المصدر: الكتاب الإحصائي السنوي، وزارة الصحة، المملكة العربية السعودية.

ويتضح من الجدول السابق أن المنفق على الخدمات الصحية لا يتجاوز في المتوسط 6.4% من الميزانية العامة للدولة، وأن هذه النسبة لم تتزايد مع معدلات النمو في عدد السكان بالمملكة، كما أن هذه النسبة لم تتزايد مع الارتفاع المستمر لتكلفة الخدمات الصحية، حيث أن هذه النسبة تبلغ في المتوسط 15% في الولايات المتحدة الأمريكية، 11% في كندا وسويسرا، 10% في فرنسا والنمسا، ويرجع تدني هذه النسبة في المملكة إلى تحمل الدولة وحدها عبء الإنفاق على الخدمات الصحية، حيث يؤدي ذلك إلى انخفاض متوسط نصيب الفرد من المنفق على الخدمات الصحية.

ولذلك فإن رؤية وزارة الصحة بالمملكة العربية السعودية لعام 2020 تتمثل في خلق كيان واحد لوضع السياسات الصحية بما في ذلك خدمات التأمين الصحي، وكذلك العمل على تنويع مصادر الإيرادات لتمويل النظام بفاعلية مشتملاً بذلك التمويل عن طريق نظام التأمين الصحي التعاوني. فمعظم الدول تبني مبدأ التعديل في مصادر تمويل الرعاية الصحية، وعليه تشتهر كل من الحكومة وشركات التأمين في عملية التمويل، وتتراوح نسبة مساهمة قطاع التأمين الصحي التجاري في عملية تمويل

الرعاية الصحية مابين 70-95% في كل من اليابان وهولندا وفرنسا وألمانيا وإيطاليا ونيوزيلندا وبريطانيا والسويد، كما تبلغ نسبة مساهمة قطاع التأمين الصحي التجاري حوالي 62% في الولايات المتحدة الأمريكية.

ويتضح مما سبق أن القاسم المشترك في تمويل خدمات الرعاية الصحية في معظم دول العالم المتقدم هو قطاع التأمين ، حيث صدرت أول وثيقة تأمين طبي على مستوى العالم في ألمانيا عام 1883م، أما بالنسبة للعالم العربي فان أول وثيقة لتأمين العلاج الصحي ظهرت عام 1957م في مصر بين الشركة المتحدة للتأمين وبنك الإسكندرية.

أما على مستوى المملكة العربية السعودية فقد أدت النهضة الشاملة التي تشهدها المملكة خلال العقود الأربع الماضية إلى استدام أعداد كبيرة من العمالة الأجنبية بلغت أكثر من سبعة ملايين شخص، ونتيجة لوجود هذا العدد الكبير من المقيمين إضافة إلى ارتفاع معدل النمو السكاني في المملكة (3.7% سنوياً) والذي يعتبر من أعلى المعدلات العالمية ، فقد زاد الطلب على الخدمات الصحية، مما نتج عنه تأثر الخدمات الصحية بالمستشفيات الحكومية وعدم قدرتها على تقديم الرعاية الصحية بمستوى مرضي إضافة إلى ارتفاع تكاليف الرعاية الصحية - في ظل سياسة ترشيد الإنفاق العام وتخفيض المصاريف - مما أدى إلى البحث عن موارد إضافية لتمويل الخدمات الصحية.

ونتيجة لذلك صدر نظام الضمان الصحي التعاوني وفقاً للمرسوم الملكي رقم م/10 بتاريخ 1420/05/01هـ والمبنى على قرار مجلس الوزراء رقم 71 بتاريخ 1420/04/27هـ، والذي يهدف إلى توفير الرعاية الصحية والإشراف على قطاع التأمين الصحي وتنظيمه لجميع سكان المملكة العربية السعودية.

نشأة التأمين الصحي على المستوى الدولي:

في القرون الوسطى، قام أصحاب الحرف في بعض الدول الأوروبية بتشكيل نقابات سعت إلى إنشاء مؤسسات تساعد الأعضاء أوقات محنتهم عند الإصابة بالمرض، حيث كان كل عضو يساهم باشتراك بشكل منتظم من خلال التأمين الاختياري، الذي نما وتوسّع بشكل ملحوظ في أوروبا بعيداً عن التأمين الصحي الإجباري الذي نشأ فيما بعد. وقد نشأت النقابات العمالية بوصفها الرائدة في التمهيد

لذلك النظام، وفي القرن الثامن عشر بدأ تأسيس جمعيات للخدمات التعاونية تحت مسميات مختلفة (مثل جمعيات الصدقة، صناديق أصدقاء المرضى). ومنذ ذلك الحين قامت مجموعات من العمال والمزارعين الصغار بتكوين مؤسسات تعاونية لمواجهة الأمراض، وذلك من خلال دفع إعانات عند المرض أو الشيخوخة. ويفهم أن الغرض نفسه كان وراء التطورات التي تلت فيما يتعلق بالتأمين الصحي. وكانت هذه الجمعيات التعاونية تقوم بتحصيل اشتراكات لتتمكن من توفير الإعانات للأعضاء ذوي الحاجة، وليس بغرض تحقيق ربح لصالح مؤسسة تجارية أو لكسب موارد لغرض الاستثمار. وكانت القاعدة الأساسية لجمعيات الخدمات التعاونية هي تحقيق التكافل والتضامن بين الأعضاء، وحتى تتاح لهم الفرصة للتفرغ لأعمالهم.

وفي عام 1804، بلغ أعضاء جمعيات الصدقة حوالي مليون عضو في بريطانيا، بينما كان عدد السكان حوالي 10 ملايين نسمة. وقاموا في البداية بتقديم إعانات نقدية في حالة مرض أحد الأعضاء، ولكن فيما بعد أصبح الأطباء يقومون بتشخيص المرض وتقديم العلاج. وفي عام 1900 بلغ أعضاء الجمعيات المسجلة 7 ملايين عضو، وربما كان يوجد عدة ملايين غيرهم في جمعيات أخرى غير مسجلة، وكان يحق لأغلبهم الحصول على إعانات نقدية عند العجز، وعلى خدمات الأطباء والأدوية.

وفي عام 1883، قامت الدولة الألمانية بوضع قانون ينص على انضمام العمال، الذين تقل أجورهم عن حد معين إلى المؤسسات الصحية من خلال اشتراك أصحاب العمل بشكل إجباري في هذه المؤسسات، حيث أعطى ذلك النظام إشارة البدء للتأمين الصحي الإجباري كأساس للتأمين الاجتماعي. وكان الاشتراك في هذه الجمعيات إجبارياً لعمال المناجم في ألمانيا عام 1854، حيث تم تنظيم هذه المنافع داخل صناديق، وأسسها في البداية المستشار بسمارك عام 1883م. وقد كان بالفعل تأميناً إجبارياً، وتم تطبيقه في أولى خطواته على المستخدمين المدنيين في بعض الجهات التي كانت تتشكل منها ألمانيا في القرن الثامن عشر، وكانت النسبة الغالبة في المناجم حيث كانت الرعاية الطبية تقدم لعمال المناجم في عدة مقاطعات منذ القرن السادس عشر. وقام أصحاب العمل باستخدام أطبائهم الخصوصيين

وتجهيز مستشفيات صغيرة لهم، كما ساهم عمال المناجم في صندوق التأمين الصحي، ويساهم أصحاب العمل بنصيب من الأرباح. بالإضافة إلى هذه الصناديق، كان يوجد صندوق لتغطية العمال الخاضعين وغير الخاضعين لصناديق التمويل، التي وجدت في الوقت المناسب لتكون أحد الصناديق الرئيسية.

وفي أوائل القرن التاسع عشر، تم إصدار قوانين في بروسيا لتنظيم الخدمات لعمال المناجم والمستخدمين المدنيين. وبعد ثورات عام 1848 تم صدور قانون يسمح للبلديات بإجبار العمال على الالتحاق بصناديق الخدمة الاجتماعية التعاونية للحصول على خدمات طبية. وفي عام 1868م، كان يوجد في بروسيا وحدها أكثر من نصف مليون عضو منتمي لحوالي 4000 صندوق.

ومن الملاحظ أن بداية تطبيق فكرة التأمين الصحي شجعت الكثير من حكومات الدول الأوروبية على تدشين نظام التأمين الصحي، حيث قامت النمسا بإدخال التأمين الصحي عام 1887م. وفي بداية القرن العشرين، توسيع التأمين الصحي في أغلب الدول الصناعية بأوروبا، وذلك تحت مسمى (التأمين ضد المرض والأمومة)، حيث قامت الحكومة النرويجية بتطبيق التأمين الصحي عام 1902م، والمملكة المتحدة عام 1910م، حيث قام القانون بإدخال التأمين الصحي الإجباري للعمال ذوي الدخول البسيطة، مع مساهمات من صاحب العمل. وقد قام زعيم حزب الأحرار ومخطط البرنامج الإجباري بدراسة النظام الألماني، وقام بتهيئته ليتناسب مع البرامج السابقة في بريطانيا. وكانت البواعث لدليها أضيق من بواعث (بسمارك) وكان الإهتمام الرئيسي هو كسب شعبية الطبقة العاملة، وبذلك يكون قد كسب دعماً كبيراً لحزب الأحرار. وأعلن عن رغبته في برنامج يسمح بإنشاء الاتحاد الطبي البريطاني، وطالب بتقديم تنازلات بشأن مكافآت أعلى، وحق كل طبيب في المشاركة والتمثيل بإدارة البرنامج، وتم بالفعل تحقيق كل هذه المطالب. وهكذا كان تدخل الحكومة بالقوة إنقاذاً لأصحاب المهنة من سيطرة جمعيات الصدقة. وبحلول عام 1946م، تم تأسيس الخدمة الصحية الوطنية في بريطانيا، وكان التأمين الخاص محدوداً بشكل كبير قبل عام 1978م.

وفي اليابان ظهر التأمين أول مرة عام 1905م، عندما حاولت جمعية أن تغطي أعضاءها بمنفعة تعاونية. وصدر أول قانون تأمين صحي عام 1922م لتغطية الذين كان يغطيهم قانون المصنع لعام 1905م، وقانون المناجم لعام 1911م حيث كان كل من صاحب العمل والعامل يشتراكان في الدفع للتأمين الصحي بالتساوي. وتم اقتراح تغطية التأمين الصحي الشامل عام 1957م، وتم التعديل عام 1958م فنشأ قانون التأمين الصحي الوطني الشامل.

وفي العشرينيات اعترض الأطباء في فرنسا وطالبوا بأن يتم الدفع بواسطة برامج التأمين، كما أن أهل المهنة لم تكن لديهم رغبة في تطبيق نظام التأمين الصحي الألماني عليهم حيث كان يقضي بالدفع المباشر من المريض إلى الطبيب وليس بواسطة (طرف ثالث) وهو الحكومة أو الضمان الاجتماعي أو مؤمن خاص. ورفض الأطباء الاشتراك في برنامج التأمين الصحي الحكومي ما لم يتم تشغيله على أساس استرداد النفقات. وفي عام 1928 قامت فرنسا بإصدار قانون التأمين الصحي، ولكن تم التنفيذ عام 1930، وكان التأمين الصحي الفرنسي عبارة عن مجموعة من الجمعيات التعاونية، التي كانت متواجدة قبل صدور القانون. وفي بادئ الأمر، كان التأمين لمجموعات ذات مهن مشتركة، وبعد الحرب العالمية الثانية قامت إدارة الضمان الاجتماعي بتمويل مشروع للحكومة لتغطية جميع المواطنين. وقد تم الإذعان لذلك عام 1928 وأصبح المريض يسترد من مدفوعاته 80% من الأجرة المتفق عليها. وكان هذا أمراً خطيراً حيث صار الأطباء أحراراً في تقاضي أتعاب لصالحهم أكثر مما تم التفاوض بشأنها. وقد تم تهيئة نظم مشابهة في بلجيكا، وفي استراليا عام 1930.

ويعود تاريخ بدء تغطية الخدمات الصحية في الولايات المتحدة إلى عام 1798م، عندما قام الكونгрس بتأسيس خدمات مستشفى البحري، وكان يتم اقتطاع إجباري من رواتب البحارة مقابل تقديم خدمات طبية لهم. وفي البداية كانت بوليصة التأمين تقوم بالحماية ضد فقد الدخل المالي بسبب الحوادث أكثر من تغطية الخدمات الطبية. وكانت أول بوليصة هي التي حررتها شركة (فرانكلين) للتأمين الصحي بولاية ماساشوسيتزر عام 1850م. وكان قسط التأمين ببوليصة 15 سنّاً،

يدفع مقابلها مبلغ 200 دولار أمريكي عند الإصابة في حوادث قطارات السكة الحديد والبواخر. وإذا كانت نتيجة الحدث العجز الكلي تدفع保单 مبلغ 400 دولار. وفي عام 1863م، أدخلت شركة التأمين على المسافرين مجال التأمين، وكان لها فضل تطوير التأمين ضد الحوادث. وظهر العديد من المؤمنين بعد سنوات قليلة وقاموا بتطبيقات مماثلة. وخلال الأعوام 1870م إلى 1880م، قامت شركات في صناعات متعددة تشمل المناجم، الأخشاب، طرق السكك الحديدية بتأسيس خطط تغطية الخدمات الطبية. وكانت أول خطة من هذا النوع في عيادة (ويسترن) في (تاكوما) ولاية (وايومي) لتقديم الخدمات التي يحتاجها أعضاؤها، وكانت العيادات تدفع أتعاباً شهرية للأطباء. وفي جميع أنحاء (واشنطن) و(أوريغون) تم تأسيس 20 عيادة مماثلة لمجموعات صناعية تقوم بتقديم الرعاية الطبية للعمال ضد الحوادث الصناعية والأمراض الشائعة. وبشكل عام، يرى الكثير من المؤرخين أن نمو التأمين الصحي كان مرتبطاً بالنمو الصناعي في الولايات المتحدة. في مارس 1899م، قامت شركة (إيتا) للتأمين على الحياة بتقديم خطة صحية من نوع جديد، حيث قاما بتقديم التأمين مع تغطية ضد (الخسارة الناتجة عن العجز الكلي المؤقت، والذي يكون بسبب جميع الأمراض ما عدا السل والأمراض التناследية وإدمان الكحول والأمراض النفسية).

وفي عام 1910م، قامت شركة (مونتجمري وارد) بوضع خطة لعمالها من أجل حمايتهم من الخسارة المالية الناتجة عن المرض أو الإصابة حيث كان ينظر إليها كأول بوليصة تأمين صحي جماعية في الولايات المتحدة. وقام بتحرير هذه البوليصة شركة لندن للضمان والحوادث في نيويورك. وكانت البوليصة تقدم منافع أسبوعية تعادل نصف الراتب الأسبوعي للعامل في حالة عجزه عن العمل بسبب مرض أو إصابة. وكانت الشركة تدفع المنافع مباشرة للعامل ولم تكن تقوم بنظام رد مدفوعات للخدمات الطبية.

وقد كان تأسيس مجموعة التأمين الصحي في البداية بالولايات المتحدة، في بدايات القرن العشرين استجابة للنمو الصناعي في البلاد، والأغلبية كانت للذين يعملون ضمن مجموعات كبيرة. كما كان بسبب ما حققته اتحادات أصحاب العمل

واتحادات العمال من حمايتها للأشخاص الذين يعملون ضد الخسائر غير المتوقعة التي يمكن أن تنتج عن الموت أو العجز المفاجئ.

وكانت هناك معارضة من أهل المهن تطالب بدفع طرف ثالث وأخذت موقفاً سياسياً خطيراً بالولايات المتحدة الأمريكية في العشرينيات. وبعد محاولات عديدة، تم إدخال التأمين الصحي الإجباري، ولكن في حدود ضيق، للرعاية الصحية الطبية للكبار السن عام 1966م، ولم تكن فقط تستخدم نظام رد المدفوعات، كما لم يكن هناك جدول أجر متغير عليه حتى عام 1993م، وبهذا تمكنت الأطباء من تقاضي أجور مناسبة، وأخذين في الحسبان أجورهم المعتادة وكذلك الأجر السائد للأطباء الآخرين في المنطقة.

وفي كندا تم اقتراح التأمين الصحي الشامل عام 1919م، نتيجة لتوارد عدد كبير من موظفي الخدمات، وكذلك بسبب التوسع في اكتشافات الأمراض الصحية. وبعد الحرب العالمية الثانية، عقد مؤتمر عام 1945، ووضعت فيه مسودة لنموذج قريب، إلى حد ما، من النظام الصحي الوطني في المملكة المتحدة.

وبعد هذه الحرب أيضاً قامت الدولة الإيطالية بإنشاء صناديق عديدة، ثم ضمتها في صندوق كبير، وكانت تلك الصناديق حينئذ غير مركبة وداخل أقاليم مستقلة. وتخالف هذه الأقاليم في عائداتها، وفي العقود مع مقدمي الرعاية الصحية، وفي مجموعة المنافع. وبالإضافة إلى الاختلافات الإقليمية، توجد اختلافات بين الاتحادات والمؤسسات التجارية المحلية. إذ تقوم الاتحادات والمؤسسات التجارية المحلية بشراء التأمين لكل أعضائها وتسمح لهم بامتيازات معينة مثل الحصول المبكر على سرير بالمستشفى.

وفي عام 1919م، أنشئت منظمة العمل الدولية حيث كانت سياسات التأمين الصحي من أهم المواضيع التي تمت مناقشتها خلال عقد مؤتمرات ذات صلة بالتأمين ضد الأمراض، وكذلك نشر الأبحاث والدراسات في الموضوع نفسه. وبعد إنشاء منظمة العمل الدولي تغيرت نظرة مواطني الدول الأوروبية للرعاية الصحية ونظروا لها على أنها حق أساسي وواضح لكل مواطن.

وقد بدأت أغلب الدول في تطوير نظام اجتماعي يتناسب مع العادات والتقاليد والأوضاع الاجتماعية، ففي مجال الرعاية الصحية، كان هناك مجال لاختيار العديد من برامج تقديم الخدمة الصحية من حيث الهيكل التنظيمي، طريقة التمويل، توفير الخدمة بأسلوب المشاركة في التكافة. كما يوجد اتجاه شائع نحو التغطية التأمينية الشاملة بغض النظر عن الدخول المالية، وتحقيق التكافل والتضامن بين الدخول والمجموعات المهنية.

ومنذ ذلك الحين، أصبحت الرعاية الطبية مرتبطة بالتقدم العلمي خاصة بعد الزيادة في عدد التقنيات الحديثة وتعقيدها، كما أصبحت أكثر اتساعاً لتشمل عدة جوانب بيئية واجتماعية. وبما أن معدلات الاتساع في عدد المستشفيات أكبر منها في عدد مقدمي الرعاية الصحية، لذا أصبحت هناك حاجة لتنظيم وضبط أنشطتها من خلال تراخيص مهنية قانونية. وفي الوقت نفسه بدأ ظهور فكرة المستشفيات الخيرية الكبيرة والمتطوعين ذوي الصفة الدينية أو هيئة تمريض ذات رسوم قليلة جداً. وفي عام 1944م، وجهت منظمة العمل الدولية نداءً خاصاً بالرعاية الطبية إلى الحكومات كي تلبي احتياج الفرد من الرعاية الصحية بواسطة أعضاء المهن الطبية وذوي العلاقة والتسهيلات الأخرى من خلال تحقيق الشفاء للمريض، ومنع نمو المرض، وتحفيض المعاناة عند الإصابة بمرض، والوقاية الصحية.

وبشكل عام، تلخص أهمية تطبيق نظام التأمين الصحي في انتشار عدد من الحالات المشتركة التي كان يحتمل أن يجدها المرء في أواخر الأربعينيات أو بداية الخمسينيات في أغلب الدول النامية حيث وصفت بخصائص بيئية واجتماعية واقتصادية سيئة، ومنها على سبيل المثال ما يلي:

- 1- انخفاض مستوى معيشة سكان القرى.
- 2- انتشار سوء التغذية والأمراض المعدية بشكل واسع.
- 3- النقص الشديد في أعداد الهيئة الطبية.
- 4- عدم كفاية وسائل النقل.

وفي المقابل، كانت قوانين أغلب الدول الأوروبية لم تبين وسيلة الدفع، حيث اختارت أغلب الجهات التي تتولى الإنفاق نظام (الدفع حسب العدد)، الذي يتم

بموجبه دفع مبلغ شهري عن كل فرد مؤمن عليه. وبعد مرور عدد من السنين ظهر شكل جديد للدفع في النرويج وفرنسا، بحيث يدفع المريض للطبيب مباشرة قيمة الخدمات المقدمة بعد الاستشارة والعلاج وطبقاً لرسوم محددة، وبعد ذلك تقوم إدارة التأمين الاجتماعي برد الجزء الرئيسي من هذه النفقات إلى المريض.

وعندما انتشر قانون التأمين الاجتماعي في أوروبا، أصبحت هناك قناعة لدى البعض من أجل استبدال نظام (الدفع حسب العدد) بنظام (الدفع مقابل الخدمة)، فمثلاً ظلت بريطانيا والدانمارك وهولندا تدفع للأطباء ملغاً شهرياً حسب عدد الأشخاص المؤمن عليهم، أما إيطاليا فقد تحولت إلى نظم (الدفع حسب العدد) عام 1980. وفي جنوب أوروبا، قامت مؤسسات اجتماعية كبيرة، ذات استقلال إداري ومالى، بإدارة نموذج وطني متطور من التأمين الصحي الإجباري. وقد تمت التغطية التأمينية لقطاعات كبيرة من القوى العاملة ضد المرض والشيخوخة، إضافة إلى دفع تعويض نقدي لمن يفقدون دخلهم المالي أثناء المرض أو إصابات العمل أو العجز.

وفي عام 1975م قام حزب العمال الأسترالي بتأسيس ميدي بنك (الفرع الطبي)، وهو برنامج تأمين عام إجباري للرعاية الصحية. وقامت الحكومات المختلفة في المدة من عام 1975م حتى عام 1983م بعدة تغييرات في ذلك النظام.

وفي الولايات المتحدة الأمريكية يتم اتباع طرق مختلفة حول إمكانية قبول سياسة التأمين الصحي الاجتماعي، حيث وضعت الأولويات للتأمين الخاص الذي يشمل برامج مطورة وتتكلف بها جهات لا تسعى للربح أو جهات تجارية. وقد تم اختيار قانون للتأمين الصحي على مستوى فيدرالي، لمجموعات معينة مثل برامج الشيخوخة والفقراء. وكان ذلك من خلال تعديلات في قانون الضمان الاجتماعي لعام 1965م. وامتدت التغطية التأمينية لتشمل الحالات الصعبة من المعاين والحالات المتأخرة من مرضى الكلى. وفي عام 1957م، قامت الدولة الكندية بتشريع قانون تأمين المستشفيات والخدمات التشخيصية، ثم قامت بتشريع قانون التأمين الصحي الوطني الشامل عام 1966م.

إن التطور التاريخي للتأمين الصحي الإجباري في الدول النامية غير معروف بشكل عام، ولكن الواقع التي حدثت في دول أمريكا اللاتينية خلال الخمسين عاماً

الماضية تم تدوينها بشكل جيد. ومنذ عقود قليلة مضت، أخذ تشريع قوانين التأمين الصحي الإجباري في البلاد النامية شكلاً من أشكال السياسات الاجتماعية. وقد حدثت معظم التطورات في التأمين الصحي تدريجياً بالدول النامية، فعلى سبيل المثال، أنشئت نظم التأمين الصحي الإجباري في كوبا عام 1979م، ونيكاراجوا عام 1982، بحيث تغطي قطاعات مختارة من السكان، من خلال نظام الاشتراكات المستقطعة من رواتب العمال وأصحاب العمل. وفي عام 1960، قامت وزارة الصحة التونسية بتشييد وإدارة كل أو أغلب البنية التحتية، وكذلك معالجة المرضى، على أساس أن تقوم إدارات التأمين الاجتماعي بدفع مبلغ إجمالي سنوي إليها. وفي عام 1963، طبقت كل من حكومتي كوريا ولبنان نظام رد جزئي للمصاريف الطبية التي قام بدفعها الأفراد المؤمن عليهم، طبقاً لجدول (أتعاب مقابل الخدمة) تم التفاوض بشأنه رسمياً ومتفق عليه في إدارة التأمين الصحي ومقدمي الخدمات العامة والخاصة.

وفي عام 1978م، عقد المؤتمر العالمي التاريخي حول الرعاية الصحية الأولية في الاتحاد السوفيتي (سابقاً)، وتم فيه وضع تخطيط لمسار جديد للسياسة الصحية بأهداف شاملة مثل الشعار الدولي المعروف (الصحة للجميع) بحلول عام 2000م. وفي عام 1981م، تم وضع استراتيجية صحية شاملة تهدف إلى التشجيع على نشر مفهوم الرعاية الصحية الأولية من أجل احتواء التكاليف في الخدمات الصحية والطبية، وكذلك كيفية تمويلها، حيث كان من تلك المقترنات تطبيق نظام مشابه لنظام التأمين الصحي. وعلى هذا الأساس قامت أغلب الدول النامية بالتصديق الكامل على الأهداف والسياسات المقررة في أma - أta، وتم بذل مجهودات كبيرة لتوفير الموارد وتهيئة الظروف المطلوبة لتحقيق تلك الأهداف.

ومن هذا المنطلق، أجبرت كثير من الحكومات للبحث عن موارد إضافية لتمويل الرعاية الصحية، وهكذا تم التعرف على التأمين الصحي الإجباري في شكل برنامج ضمان اجتماعي، على أنه أحد الاختيارات الواudedة في هذا المجال. وقد تم دعم هذه الفكرة بواسطة الإدارات المتخصصة المؤهلة بالأمم المتحدة، وكذلك بواسطة مؤسسات مالية قيادية دولية مثل البنك الدولي، وبنوك التنمية الإقليمية.

واجبات ومهام مجلس الضمان الصحي التعاوني:

تم تشكيل الأمانة العامة لمجلس الضمان الصحي التعاوني كأداة تنفيذية لتتولى المهام التالية:

- تأهيل شركات التأمين التعاوني لمزاولة أعمال التأمين الصحي.
- اعتماد مقدمي خدمات الرعاية الصحية.
- تحديد فئات المستفيدين من وثيقة التأمين، ومراحل تطبيق النظام.
- إيجاد الحلول للمعوقات والمشاكل.

ولقد تم تصميم وثيقة الضمان الصحي التعاوني الموحدة، والتي عهد بها إلى شركات التأمين التعاونية لتسويقها إلى أصحاب الأعمال، الخاضعين للنظام، وهذه الوثيقة تغطي:

- المصاريف الصحية الأساسية
- مصاريف التويم بالمستشفى
- المصاريف الجراحية
- المصاريف الصحية الكبرى
- المصاريف الصحية الإضافية المتنوعة
- الدخل عند العجز

أهمية دراسة التأمين الصحي:

ويعتبر التأمين الصحي على درجة كبيرة من الأهمية نظراً لاحتياج الجميع سواء مواطنين أو مقيمين على أرض المملكة إلى العلاج مما يتربّ عليه إعطاء هذا الموضوع الاهتمام الكافي من البحث خاصة وأن التجربة مازالت في أطوارها الأولى. ومما لا شك فيه أن هناك أهمية كبيرة للتأمين الصحي والتي تتضمن من الأهمية النسبية لحجم أقساط التأمين الصحي التعاوني مقارنة بباقي فروع التأمين، ويتبّع ذلك على سبيل المثال من الأهمية النسبية لحجم أقساط التأمين الصحي التعاوني لشركة ميدغلف للتأمين التعاوني العاملة بالمملكة كما يوضحها الجدول التالي:

جدول رقم (1)

الأهمية النسبية لحجم أقساط التأمين الصحي التعاوني

لشركة ميدغلف للتأمين التعاوني العاملة بالمملكة

السنوات	فروع التأمين	2004	2005	2006
		%	%	%
طبي		56	37	46
سيارات		17	36	17
حريق		8	6	12
هندسي		7	4	3
مسئولييات		1	3	1
بحري		3	3	3
طيران		4	3	7
حوادث شخصية		2	2	1
حياة		2	6	10

(* المصدر: التقرير السنوي، شركة ميدغلف للتأمين التعاوني، 2004 - 2006)

ويتضح من الجدول السابق الأهمية النسبية لحجم أقساط التأمين الصحي التعاوني حيث يأتي في المرتبة الأولى لهذه الشركة خلال الفترة من سنة 2004 - 2005 ، ويرجع ذلك إلى إجبارية هذا التأمين، مما يستوجب البحث والدراسة والتقويم والتطوير .

وتعد الرعاية الصحية والضمان الصحي من أكثر الموضوعات التي تثير اهتمام المختصين والأطراف ذات العلاقة في الآونة الأخيرة، حيث أصبح حق كل مواطن في الحصول على الرعاية الصحية في وطنه أحد أهم دعائم المجتمع الجوهرية وأساساً لاستقراره، ولقد امتد مفهوم الرعاية الصحية الذي يشمل تقديم الخدمات التشخيصية والعلاجية والتأهيلية للمواطنين ليصبح الحفاظ على الصحة العامة ضمن إطار التنمية البشرية للمجتمع.

أهداف أنظمة التأمين الصحي

هناك مجموعة من الأهداف التي تسعى جميع أنظمة التأمين الصحي في العالم إلى تحقيقها ، والتي من أهمها:

1- التغطية الشاملة الكاملة لكل المواطنين.

2- التغطية العادلة لكل المواطنين.

3- أن تكون هذه التغطية ذات تكلفة معقولة للدولة والمواطنين.

4- أن تتم هذه التغطية الصحية على أساس علمية صحيحة.

ويتضح للمتابعين والمهتمين لنظام الرعاية الصحية في المملكة العربية السعودية ومن الدراسات الإستطلاعية التي قام الباحثين بعملها عن ملامح هذا النظام وخصوصاً فيما يتعلق بطرق التمويل ودراسة نظام الضمان الصحي التعاوني، والتغطية الصحية للفئات منخفضة الدخل، أن هناك عدة مشاكل إدارية تتعلق بإدارة وتقدير نظام الرعاية الصحية بالمملكة وكذلك مشاكل تمويلية تتعلق بتمويل الخدمات الصحية والحسابات الفنية، والتي تواجه كل طرف من أطراف الرعاية الصحية (مقدمي الخدمات الصحية، المستفيدين، شركات التأمين الصحي التعاوني، المؤمن لهم سواء كانوا شركات أو أفراد أو أصحاب أعمال)، مما يؤثر سلباً على مستوى الخدمات الصحية المقدمة للمستفيدين، وكذلك على نجاح واستمرار تقديم الرعاية الصحية بشكل مرضي ومتطور ومتكملاً مع نظام الضمان الصحي التعاوني.

وعليه فإننا نوضح من خلال هذا المقرر أهم المعوقات والتحديات التي تواجه جميع أطراف الرعاية الصحية، وكيفية تطوير عمليات التأمين الصحي التعاوني بالمملكة، وتقديم الحلول المناسبة لهذه المشاكل والمعوقات، بما يؤدي إلى توفير خدمات طبية للمواطنين والمقيمين تتميز بكونها متكاملة وعالية الجودة وبتكلفة مناسبة ، إضافة إلى توضيح كيفية رفع مستوى الرضا الوظيفي، وإزالة العائق المالي بين المريض وحصوله على الخدمات الصحية.

التحديات التي تواجه خدمات الرعاية الصحية بالمملكة

هناك مجموعة من التحديات التي تواجه وتعوق تطور خدمات الرعاية الصحية بالمملكة، والتي يمكن إيجازها في ثلاثة قضايا أو مشاكل، وهي:

1. **إدارة الخدمات الصحية:** من حيث التنسيق أو التكامل بين القطاعات الصحية، والمرونة الإدارية والمالية.

2. **تمويل الخدمات الصحية:** من حيث هيكل تمويل الرعاية الصحية، وحسابات التكلفة، وإجراء الدراسات والحسابات الإكتوارية، وإعانة الفئات منخفضة أو منعدمة الدخل.

3. **نظام المعلومات الصحية:** من حيث عدم وجود نظام يربط بين أطراف علاقة الرعاية الصحية، مما يصعب من اتخاذ القرار الإداري ويفسح المجال للازدواجية في اتخاذ القرارات مما يتربّع عليه إهانة في الموارد.

المشاكل التي تواجه الأطراف ذات العلاقة بالتأمين الصحي التعاوني

تشير الأطراف ذات العلاقة بالتأمين الصحي التعاوني إلى العديد من المشاكل والتي يمكن توضيحها من خلال تحديد المشاكل التي يتعرض لها كل طرف على حدة وذلك على النحو التالي:

أولاً: شركات التأمين:

تشير شركات التأمين إلى عدة مشاكل أثأء ممارستها الفعلية لعمليات التأمين الصحي التعاوني، منها:

1- انخفاض الوعي التأميني لدى المواطنين والمقيمين بمفهوم التأمين الصحي التعاوني والنقطيات المدرجة بالوثيقة، وكذلك بالشروط والاستثناءات الواردة بها.

2- الاحتيال من جانب المستفيدين، والذي يتعلق بسلوكيات المؤمن عليهم وإدعاء المرض (بهدف الحصول على أجازة مرضية في معظم الأحوال).

3- الاحتيال من جانب مقدمي الخدمة الصحية، وذلك بعمل أشعة وفحوصات وتحاليل غير ضرورية مما يؤدي إلى زيادة قيمة المطالبة التي تتحملها شركات التأمين.

4- حدة المنافسة بين شركات التأمين، واستحداث كل منها لمستويات مختلفة من الرعاية الصحية المقدمة للمستفيدين، مما يخلق عدم مساواة بين جمهور المؤمن عليهم، كذلك لجوء بعض شركات التأمين إلى تجزئة القسط على فترات نصف سنوية، أو ثلث سنوية، أو ربع سنوية، والذي ينعكس سلباً على النواحي الفنية الأخرى في التأمين، مثل سياسة إعادة التأمين، والخصصات الفنية، وعمليات الاستثمار.

5- وفقاً لنص المادة 46 من اللائحة التنفيذية لنظام الضمان الصحي التعاوني، والتي تلزم شركات التأمين بأن تقدم لمجلس الضمان الصحي التعاوني خطة عمل تتضمن تقديرأً للإيرادات والمصروفات والخصصات الفنية والنتائج المتوقعة ومخطط لإعادة التأمين للثلاث سنوات اللاحقة ضمن المستندات المطلوبة للتأهيل، مما يلقى على عاتق هذه الشركات عبء استخدام أحدث الأساليب والأدوات الرياضية والإحصائية للتبرؤ بهذه البنود.

6- تختلف أسعار التأمين الصحي التعاوني من شركة تأمين لأخرى لنفس المزايا ومستويات الخدمة المقدمة، مما ينشئ منافسة ضاربة تتعكس سلباً على نتائج عمليات شركات التأمين، وعلى جودة الرعاية الصحية المقدمة.

7- زيادة تكلفة الرعاية الصحية المقدمة والناجمة عن زيادة التكلفة الرأسمالية خصوصاً في المستشفيات الكبرى، وظهور التقنيات الحديثة، وتطور التكنولوجيا الصحية، وزيادة أسعار الأدوية، وزيادة الوعي الصحي.

ثانياً: مقدمي الخدمات الصحية:

يواجه مقدمي الخدمات الصحية عدة مشاكل ذكر منها:

- 1- ندرة بعض التخصصات الصحية على كافة المستويات.
- 2- إنخفاض عدد الأطباء وهيئة التمريض المعاونة.
- 3- زيادة الطلب على الخدمات الصحية نتيجة تزايد معدل النمو السنوي للسكان.

4-ارتفاع أسعار الخدمات الصحية في المستشفيات الخاصة نسبياً عن المستشفيات الحكومية، مما يؤدي إلى اعتقاد بعض المستفيدين بأن هناك اختلاف في مستويات الخدمة الصحية المقدمة.

5-حدوث خلافات مع شركات التأمين، حول قيمة الفاتورة الصحية المؤيدة لحق المطالبة والمقدمة من شركات التأمين، بسبب عدة عوامل إدارية وفنية.

6-عدم وجود معايير جودة لتقدير أداء مقدمي الخدمات الصحية، حيث نجد أن شركة التأمين تتعاقد مع مستشفى معين دون الآخر دون الاعتماد على أسس ومواصفات موضوعية، وهذا يضر بمصلحة المستشفيات الأخرى التي لم تتعاقد معها بالرغم من أنها قد تكون أفضل من المستشفيات التي تشملها قائمة شركة التأمين وهذا يؤدي إلى احتكار خدمات التأمين الصحي لدى عدد محدود من المستشفيات مما يقود إلى تدني مستوى الخدمات الصحية.

ثالثاً: المؤمن لهم (أصحاب الأعمال والأفراد) :

يواجه المؤمن لهم سواء كانوا شركات أو أفراد عدة مشاكل، نذكر منها:

1-قصور في مجال التغطية بموجب وثيقة الضمان الصحي التعاوني الموحدة، ولا بد من إبرام ملاحق إضافية بتكلفة إضافية، لتشمل خدمات تشخيصية وعلاجية أخرى.

2-يعاني المؤمن لهم من ارتفاع التأمين المتفاوتة بين شركات التأمين، وعدم وجود معايير محددة تستخدمنها شركات التأمين في تحديد الأساط.

3-لا تأخذ شركات التأمين في الاعتبار بعض العوامل المؤثرة في درجة الخطورة عند تحديد القسط، مثل درجة خطورة المهنة، ومتوسط أعمار المؤمن عليهم مما يؤدي إلى عدم عدالة القسط.

4-يتحمل المؤمن لهم (صاحب العمل) تكاليف علاج المستفيد من الضمان في الفترة التي تنتهي بين تاريخ استحقاق العلاج وتاريخ الاشتراك في الضمان الصحي التعاوني.

رابعاً: المستفيدين (المؤمن عليهم) : يواجه المستفيدين عدة مشاكل نذكر منها:

1- تسعى معظم المستشفيات والمستوصفات والمراكز الصحية لكسب أكبر عدد ممكн من شركات التأمين بهدف تحقيق ربح أكبر، مما يعمل على تكبد اعداد المراجعين والمرضى بها، و ينعكس ذلك سلباً على جودة الخدمات الصحية المقدمة.

2- وفقاً لنص المادة 16 من اللائحة التنفيذية لنظام الضمان الصحي التعاوني يتحمل المستفيد المبالغ التي تزيد عن حدود تغطية معين، حيث لم يتم تحديد هذه الحدود في ضوء خبرة شركات التأمين لحداثة النظام.

3- يتحمل المستفيد نسبة اقتطاع أو تحمل مقدارها 20% بحد أقصى 100 ريال، في حالات الزيارة للعيادات الخارجية، وعلاج الأسنان، وسماعات الأذن، وعلاج النظر، كما أن هناك حدود قصوى للعديد من أنواع العلاج المختلفة، وهذه الحدود أيضاً لم يتم تحديدها في ضوء خبرة شركات التأمين.

ظاهرة الغش في التأمين والتأمين الصحي بالمملكة

(التحايل التأميني ينتقل من المركبات إلى التأمين الصحي)

أبدى بعض المسؤولون في شركات التأمين قلقهم من صور الغش والاحتيال التي يمارسها بعض العملاء على الشركات، وبينوا أن الاحتيال في سوق التأمين تحول من تأمين المركبات بعد أن تم تطبيق التأمين على المركبة بدلاً من الرخصة إلى التأمين الصحي لاتساع مجال الأخير وعدم وجود معايير دقيقة لهذا النوع من التأمين. مؤكدين أنها تمثل عبئاً كبيراً على سوق التأمين.

وبيتوا أن تلك الممارسات لم تصل إلى حد الظاهرة، مؤكدين أن الغش والاحتيال في التأمين لم تتوقف لكنه انخفض بشكل واضح مع التنظيمات الأخيرة التي تقنن السوق.

وقد أوضح مدير خدمات عملاء في إحدى شركات التأمين أنهم لاحظوا من خلال زيارة بعض المستشفيات والمراكز الصحية وجود بعض التحايل في مجال التأمين الصحي يتمثل في رفع تكلفة علاج المرضى وعمل فحوصات وتحاليل طبية كبيرة

رغم أن بعض الحالات لا تستدعي مثل هذا الإجراء، مشيراً إلى أنه تم مخاطبة المسؤولين في تلك المراكز إلى الاتقاء بمعالجة المريض وفق ما تتطلبه الحالة.

وبين أن الشركة لاحظت وجود فواتير كبيرة ترد إليها من بعض المستوصفات الصحية وعند مقارنة تكلفة العلاج في مراكز أخرى تبين وجود فرق كبير في مبالغ التعويض وهي تقدم نفس مستوى الخدمة.

وأوضح مسئول في شركة تأمين أخرى أن حالات الغش والاحتيال ترتبط بشكل أساسياً إما بأسلوب مقدمي الخدمة أو بسلوك حملة بطاقات التأمين الصحي ، فاما مقدمو الخدمة فإن أكثرهم لا يمنح للمريض أي نسبة حسم في حالة أن لدى المريض بطاقة تأمين طبية رغم أنهم يقدمون حسومات لباقي المرضى الذين يعالجون على حسابهم، مؤكداً أحقية عملاء شركات التأمين بالحسومات التي تمنحها المراكز الصحية لعملائها كونها إحدى عملاء هذه المراكز. وعلى صعيد العملاء فإن حالات الاحتيال تكمن بتقديم بيانات طبية غير صحيحة أو تكون المعلومات لا تتناسب على المؤهلين للحصول على الخدمة والمطالبة بخدمات علاجية لا تتناسب مع سن و الجنس المريض، أو محاولة الاستفادة المادية من خلل فرق تكلفة العلاج.

ومما لا شك فيه أن غياب الضوابط التنظيمية لسوق التأمين السعودية في السابق أدى إلى شروع كثير من الممارسات الخاطئة والتي يمكن تصنيف كثير منها على أنها ممارسات احتيالية وفق الأعراف التأمينية مما أشاع التحايل في التأمين على الرخصة والتأمين الصحي، وعزز من عمليات التحايل، ودعمها عدم وجود نظام قضائي فعال يحمي الحقوق ويرد لها لأصحابها.

ومن لا شك فيه أن ظاهرة التحايل في السوق السعودية قد خفت حدتها مع صدور نظامي الضمان الصحي التعاوني ومراقبة شركات التأمين التعاوني ولاسيما بعد إنشاء مجلس الضمان الصحي التعاوني الذي حاول جاهداً ضبط سوق التأمين الصحي وما أدى إليه نظام مراقبة شركات التأمين التعاوني.

ولا يمكن القول بأن التحايل والغش قد إختفي من السوق لاسيما في التأمين الصحي حيث ما زال يبذل مجلس الضمان الصحي مجهودات حثيثة للقضاء عليه. كما انه

من أبرز صور التحايل بالنسبة للأفراد تعدد وثائق التأمين التي يبرمها العميل عن الخطر الواحد في تأمين الأموال، ومن ثم يقبض العميل مجموعة التعويضات عن الضرر الواحد وذلك بعدد وثائق التأمين.

يضاف إلى ذلك أن الاحتيال يعتبر أحد المعوقات التي تعيق تقدم صناعة التأمين التعاوني ويشكل خطراً كبيراً على كافة القطاعات المالية، حيث تتحمل شركات التأمين وحاملو وثائق التأمين التكاليف المترتبة عن هذا الاحتيال، كما أن الخسائر التي تنتج عن الاحتيال تؤثر على أرباح شركات التأمين وعلى سلامتها وضعها المالي.

ومما لا شك فيه أن المعالجة العلمية لظاهرة الاحتيال بسوق التأمين السعودي لاتزال في بداياتها نظراً لحداثة هذه السوق من الناحية التنظيمية، حيث صدر قانون تنظيم صناعة التأمين في عام 2004م عن مؤسسة النقد العربي السعودي، بالإضافة إلى وجود بعض الاعتبارات التي تحول مرحلياً في الأقل دون انتشارها مثل قلة عدد الذين لديهم تغطيات تأمينية، ووجود الوازع الديني الذي يحد نسبياً من سلوك بعض المتعاملين مع شركات التأمين، إضافة إلى انخفاض الوعي التأميني بشكل عام وما تتطلبه عمليات الاحتيال من فهم دقيق لقواعد التعامل مع شركات التأمين وتفاصيل وشروط الوثائق. وهناك تقرير يشير إلى أن تقرير إحدى الشركات التأمينية يوضح أن المطالبات الاحتيالية وقعت في المنطقة الشرقية تليها المنطقة الوسطى بنسبة 40% ثم المنطقة الغربية بنسبة 9% والمنطقة الشمالية بنسبة 2% وتأتي المنطقة الجنوبية في الترتيب الأخير بنسبة 1%， مضيفاً أنه من اللافت للنظر أن هناك تحولاً من حيث توزيع المطالبات الاحتيالية على مناطق المملكة خلال عام 2004، فقد شكلت مطالبات الاحتيال التي وقعت في المنطقة الشرقية 63% من إجمالي المطالبات المكتشفة.

وبالطبع فإن الآثار السلبية على شركات التأمين جراء الإحتيال تتسبب في كثير من الخسائر المالية نتيجة قيامها بدفع التعويضات المستمرة لمطالبات مالية غير صحيحة أو غير حقيقة، تتراوح نسبتها من 5% ولغاية 10% من التعويضات،

واضطرار الشركات لرفع أسعار التأمين على المؤمن لهم من الأفراد أو المؤسسات لتعويض الخسائر وزيادة نسبة الاحتياطات المالية الأمر الذي يسبب خسارة بعض الزبائن نتيجة فقدان التفاسية القائمة على الأسعار.

وإيقاف التعامل لبعض الشركات لإصدار وبيع بعض أنواع التأمين نتيجة لارتفاع تكلفة التعويضات، الأمر الذي يسبب الخل في الشكل التنظيمي للشركة من ناحية الأنواع التي تعمل فيها.

وكذلك اضطرار شركات التأمين إيقاف التعامل مع بعض مزودي الخدمات الداعمة للخدمة التأمينية كمراكز الصيانة أو الخدمات الصحية من مراكز طبية وصيدليات الأمر الذي يقلل فرص توسيع شبكات الخدمة ما يقلل من المنافسة مع الشركات أو حتى الحصول على أسعار منافسة فكما هو معروف فإن وجود شبكات خدمة أكثر يعني أسعاراً تفضيلية أكثر بمعنى كسر الاحتكار من قبل المزودين للخدمات نفسها.

كما يؤدي ذلك إلى خفض حجم ونوع الاستثمارات نتيجة لزيادة المدفوعات وقلة المردود المالي، حيث أن شركات التأمين تقوم باستثمار جزء كبير من الأقساط التي تحصل عليها في مشاريع متنوعة من أجل تنويع مصادر دخلها، فالتعويضات التي ستدهب لتسديد مطالبات الاحتيال هي في واقع الأمر جزء من مبالغ الاستثمار.

إضافة إلى الخسائر المعنوية التي ستحصل داخل الشركة نفسها نتيجة للشك وتوجيهه اللوم لبعض الموظفين دون غيرهم، الأمر الذي سيسبب اهتزاز ولاء الموظفين في شركتهم وطموحهم وراحتهم النفسية وبالتالي مقدار عطائهم، ونأمل أن هذه الظاهرة سوف تنتهي مع مرور الوقت كما انحصرت ظواهر الاحتيال في الجوانب التأمينية الأخرى.

اقتراحات جديرة بالدراسة بخصوص التأمين الصحي بالمملكة

1- دراسة وتقدير الوضع والنظام الحالي للرعاية الصحية السائدة في المملكة، من حيث الإمكانيات وجودة الخدمة.

2- تقويم وترشيد وتطوير عمليات التأمين الصحي التعاوني، كأحد الوسائل الهامة لتمويل الرعاية الصحية في معظم دول العالم المتقدم بالمشاركة مع المساهمات الحكومية، وتحديد النماذج الإحصائية والأدوات الرياضية والإكتوارية التي تستخدم في التقويم والتتبؤ والتعديل، لمعظم النواحي الفنية لشركات التأمين كأحد أطراف تطوير نظام الرعاية الصحية بالمملكة، وخصوصاً فيما يتعلق بما يلي:

- حساب متوسط تكلفة المواطن أو المقيم من الرعاية الصحية.
- ترشيد عمليات الاكتتاب في الأخطار الصحية.
- تحديد السعر العادل والغير مبالغ فيه للأخطار محل الدراسة.
- تحديد حد الاحتفاظ الأمثل لشركات التأمين محل الدراسة.
- تحديد إجمالي تكلفة الرعاية الصحية علي مستوى المملكة.
- ترشيد سياسة إعادة التأمين، وتسعير عمليات إعادة تأمين تجاوز الخسائر.
- تحديد الخصومات والإضافات المستحقة للقسط مقابل اختلاف درجات الخطورة.

- تحديد مخصص التقلبات في معدلات الخسائر.
- تحديد النسبة المئوية المثلث من فائض عمليات التأمين، والتي سيتم تحويلها إلى صندوق الضمان الصحي التعاوني، تطبيقاً للمبادئ التي يقوم عليها التأمين التعاوني.
- تحديد النسبة المئوية المثلث من فائض عمليات التأمين، والتي سيتم توزيعها على المؤمن لهم، تطبيقاً للمبادئ التي يقوم عليها التأمين التعاوني.
- تحديد الحدود القصوى للتغطيات المختلفة، وكذلك نسبة الاقطاع أو التحمل بما يتفق مع خبرة شركات التأمين محل الدراسة.
- تحديد فترة ثقة لمتوسط تكلفة الرعاية الصحية للمستفيد، لتفادي الخلافات التي تنشأ بين شركة التأمين ومقدمي الخدمات الصحية حول قيمة المطالبة، وكذلك الرعاية الصحية.

3- استحداث آلية أو نظام لتمويل الرعاية الصحية للفئات منخفضة الدخل.

4- وضع آلية لتصميم وبناء نظام معلومات صحي خبير، يقوم بإجراء العمليات الفنية المتعلقة بكافة عمليات التأمين الصحي التعاوني، وربط الأطراف ذات العلاقة بالرعاية الصحية، لمساندة اتخاذ القرار.

5- وضع معايير ومؤشرات موضوعية وفنية لاعتماد كل من شركات التأمين، ومقدمي الخدمة الصحية، لدى مجلس الضمان الصحي التعاوني، والاسترشاد بتجارب الدول المتقدمة الأخرى في هذا المجال.

أسئلة على الفصل الأول

- 1-ما هي أهمية دراسة التأمين الصحي؟
- 2-ما هي أهم أهداف أنظمة التأمين الصحي؟
- 3-وضح مفهوم التأمين الصحي الخاص؟
- 4-وضح أهمية التأمين الصحي التعاوني وأثره على الاقتصاد السعودي؟
- 5-ما هي واجبات ومهام مجلس الضمان الصحي التعاوني؟
- 6-أذكر أهم التحديات التي تواجه خدمات الرعاية الصحية بالمملكة؟
- 7-أذكر أهم هذه المعوقات التي تواجه خدمات الرعاية الصحية بالمملكة؟
- 8-أذكر أهم المشاكل التي تواجه الأطراف ذات العلاقة بالتأمين الطبي التعاوني؟
- 9-بصفتك خبيراً في التأمين بشكل عام وفي التأمين الصحي بشكل خاص ، أذكر بعض الإقتراحات الجديرة بالدراسة فيما يتعلق بالتأمين الصحي بالمملكة؟

الفصل الثاني

التأمين الصحي الاجتماعي

خصائصه - مزاياه - تنظيمه - تكاليفه - معداته

تحديد المؤمن عليهم في التأمين الصحي:

الأصل في التأمين الصحي الاجتماعي هو أن يكون قاصراً على الطبقات الضعيفة في المجتمع ولا يمتد إلى الطبقات الأخرى التي تستطيع أن تحمي نفسها بنفسها إما عن طريق الالتجاء إلى التأمين الخاص مهما ارتفعت تكاليفه أو عن طريق الاعتماد على مدخراتهم الخاصة لمجابهة الخسائر المادية الناشئة عن المرض. ومن المستحسن خصوصاً في المجتمعات التي تتميز بوجود تفاوت كبير في مستويات الدخول أن يكون التأمين الصحي الاجتماعي شاملاً لجميع طبقات الشعب أولاً: حتى تساهم الطبقات ذات الدخول المرتفعة في تكاليف تأمين الطبقات ذات الدخول المنخفضة. وثانياً: لأن فرض التأمين الاجتماعي إجبارياً على الأفراد الذين لا يتجاوز دخلهم حدأً معيناً يدخلنا في مشكلة تحديد الأفراد الخاضعين للتأمين لا سيما وأن دخول الأفراد تتعرض لموجات من الارتفاع والانخفاض من سنة إلى أخرى بل يصعب في حالات كثيرة خاصة في دول العالم الثالث إثبات الدخل (فما يمكن إثباته هو المرتب الثابت من جهة رسمية ، أما باقي الدخل فيصعب إن لم يكن من المستحيل إثباته ، كما أن إثباته مكلف للغاية) وهذا يجعل من العسير فرض الرقابة الكافية لتحديد دائرة المؤمن عليهم.

وهناك طريقة أخرى لتحديد المؤمن عليهم في التأمين الصحي الاجتماعي وذلك بجعل هذا التأمين إجبارياً بالنسبة لكافية الطبقات العاملة والتي يقصد بها الطبقات العاملة بمعناها الواسع، أي أن تشمل كل من يعمل للغير بأجر سواء أكان الغير هيئة عامة أو خاصة أي تشمل جميع العمال والموظفين في المشروعات العامة والخاصة ، وفي هذا خروج عن الهدف الرئيسي للتأمين الاجتماعي لأن الطبقة الضعيفة في المجتمع ليست هي الطبقة التي تعمل لحساب الغير ، فهناك الملايين من يملكون لحسابهم الخاص وظروفهم المادية والإجتماعية أسوأ حالاً من الكثيرين من يعملون لحساب الغير ولكن هذا لا يمنع عند التدرج في التنفيذ من البدء بالطبقة العاملة لسهولة حصرها وسهولة تحديد الاشتراكات وتحصيلها على أن يتم التطبيق على الفئات الأخرى تدريجياً.

وفي بريطانيا نجد أن التأمين الصحي إجبارياً بالنسبة لجميع طبقات الشعب ، وفي ألمانيا الاتحادية نجده إجبارياً بالنسبة لكل من يعمل لحساب الغير وكذلك بالنسبة لبعض الذين يملكون لحسابهم دون تحديد وبالنسبة للبعض الآخر من الذين يملكون لحسابهم فإنهم ينتفعون بالتأمين إذا لم يتجاوز دخلهم حدأً معيناً. أما في سويسرا فلا يوجد قانون للتأمين الصحي إجباري لكافة طبقات الشعب ولكن القانون الفيدرالي في سنة 1911 أعطى للقطاعات الحق في فرض التأمين الصحي إجبارياً بصفة عامة أو إجبارياً على الأفراد الذين لا يتجاوز دخلهم حدأً معيناً ، كما أن من حق المقاطعات إلزام أرباب الأعمال المساهمة في تكاليف التأمين الصحي وفي حالة تنفيذ الشروط الواردة في هذا القانون فإن صندوق التأمين يحصل على إعانة من حكومة الاتحاد وهذا النظام المتبعة في سويسرا لا يصلح للدول التي لم تستكمل بها إمكانيات العلاج.

وفي النرويج يسرى التأمين الصحي على جميع الأفراد المقيمين في النرويج بصرف النظر عن جنسيتهم ولا يستثنى من ذلك سوى الأفراد الذين يقومون بزيارتها لفترة مؤقتة. وينقسم المؤمن عليهم إلى نوعين النوع الأول يشمل الأشخاص المؤمن عليهم بصفة أصلية ويساهمون في الاشتراكات ، والنوع الثاني يشمل المؤمن عليهم بالتبعية

كالأولاد الذين يقل سنهم عن 18 سنة أو الزوجة التي يعولها زوجها أو الزوج الذي تعوله زوجته.

وتوجد أنظمة للتأمين الصحي في بعض الدول العربية وهي جمهورية مصر العربية وتونس والجزائر وليبيا ولبنان.

وفي تونس فيسري التأمين الصحي على العاملين في المنشآت التجارية والصناعية وبعض العاملين في المشروعات الزراعية والجمعيات التعاونية كما يسري التأمين على أفراد أسر المؤمن عليهم إذا كانوا يعولونهم فعلاً ولا يسري التأمين على خدم المنازل وبعض العاملين بالزراعة.

وفي الجزائر يسري التأمين على جميع العاملين بالدولة وإن كان هناك نظام خاص بعمال المناجم، والعاملين بالزراعة والمرافق العامة . كما يسري النظام على أرباب المعاشات بالنسبة للعلاج الصحي فقط (لا يغطي تعويض الدخل خلال فترة المرض أو العجز ومصروفات الجنازة ، ... إلخ).

ويسري التأمين الصحي في ليبيا على العاملين بالمنشآت التجارية والصناعية التي بها 5 عمال فأكثر ويسري على أرباب المعاشات فيما يتعلق بالرعاية الصحية فقط.

وفي لبنان يسري التأمين على جميع العاملين عدا عمال الزراعة ويسري على العاملين بالحكومة من ناحية العلاج الصحي فقط.

مشكلة الخسائر المادية الناتجة عن المرض

والحلول التي اتبعتها الدول المختلفة لمواجهتها

أولاً: طبيعة المشكلة:

يعتبر المرض من أهم أعداء الإنسانية كما يعتبر سبباً من أسباب الفقر ، فكما أن الفقر يؤدي إلى تعرض الناس للكثير من الأمراض ، فإن تعرض الإنسان للمرض قد

يكون من الأسباب التي تؤدي إلى فقره . وتعمل وزارات الصحة في جميع أنحاء العالم على وقاية السكان من الأمراض المختلفة ، ولكن رغم كل الجهد التي تبذل فإننا لا نستطيع أن نمنع المرض ، ومن الظواهر المعروفة ارتفاع نسبة المرض ومعدلات الوفيات بين الطبقات الفقيرة . ولا تقتصر الخسائر الناشئة عن المرض على مجرد تكلفة العلاج بل تتعادها بالنسبة للطبقة العاملة إلى الخسائر المادية الناشئة عن فقد الأفراد لدخولهم أثناء المرض بسبب عجزهم عن أداء أعمالهم خلال هذه الفترة ، كما قد يؤدي المرض إلى عجز الأفراد عن العمل عجزاً دائماً أو بعبارة أخرى إلى فقدانهم القدرة على العمل للأبد أو لوفاتهم في بعض الأحيان .

ويمكن عموماً تقسيم أفراد المجتمع الواحد إلى فئتين: الفئة الأولى وهي فئة القادرين على تحمل أعباء المرض والخسائر الناشئة عنه وهذه الفئة لا تعنينا ، وفئة أخرى تعجز تماماً عن مواجهة كل هذه الخسائر المادية بل حتى تعجز عن تحمل تكلفة العلاج الصحي وهذه الفئة هي التي يجب أن ينظر إليها ، وبعبارة أخرى يتبعن على كل دولة من الدول أن تفكر في الوسيلة التي تستطيع بها أن تيسر لهذه الفئة مواجهة هذا الخطر الداهم وهو خطر المرض .

وخلاصة القول أن المشكلة الأولى التي تصادف كل مجتمع هي مشكلة تحمل الخسائر المادية الناشئة عن المرض نيابة عن الطبقات غير القادرة ، ولكن بالإضافة إلى هذه المشكلة نجد أن الدول النامية تواجهها مشكلة أخرى لا تقل أهمية عن المشكلة السابقة وهي مشكلة عدم توافر إمكانيات العلاج بالقدر الذي يتلائم مع تعداد السكان وفقاً للظروف الصحية السائدة في كل بلد . ومعنى هذا أن البلاد النامية مطالبة بمواجهة مشكلتين: المشكلة الأولى وهي مشكلة الفئات غير القادرة على مواجهة الخسائر المادية الناشئة عن المرض ، والمشكلة الثانية وهي ضرورة العمل على استكمال إمكانيات العلاج ، وأي حلول تقترح في هذا الشأن لابد أن تكون قادرة على حل المشكلتين في آن واحد .

ثانياً: الحلول المختلفة التي اتبعتها دول العالم:

1- قامت معظم دول العالم بتحمل نفقات علاج أفراد القوات المسلحة وإنشاء المستشفيات العسكرية لهذا الغرض. وقد نجحت هذه السياسة إلى حد كبير في حل المشكلة بالنسبة لهذه الفئة.

2- تقوم الحكومات عادة بدفع الأجر والمرتبات لأفراد القوات المسلحة والعاملين بالحكومة أثناء مرضهم.

3- أنشأت الكثير من الدول المستشفيات العامة لعلاج الأفراد إما مجاناً أو بدفع تكاليف بسيطة، ولكن لم تنجح هذه السياسة في حل المشكلة لأن المستشفيات المجانية عجزت دائماً عن مواجهة الطلب المتزايد على الانتفاع بالخدمة الصحية مما أدى إلى هبوط مستوى العلاج الذي تقدمه لا سيماء وأنه لا يوجد عادة ما يحول بين الطبقات القادرة ومحاولة الاستفادة من هذا العلاج المجاني كما أن الأموال التي تخصص للأنفاق على هذه المستشفيات تكون عادة غير كافية لاعتمادها على ميزانيات محددة توجه لهذا الغرض.

4- قيام بعض النقابات أو الهيئات أو الشركات بتقديم بعض الخدمات الصحية للعاملين. ويعيب هذا النظام عدم وجود أساس موحد للخدمة وكذلك عدم استغلال إمكانيات العلاج الاستغلال الكافي في بعض الأحيان ووجود عجز في بعض الأحيان الأخرى لعدم وجود خطة شاملة موحدة للعمل. ولهذا لا يصلح هذا النظام إلا في البلاد التي استكملت إمكانيات العلاج لا سيما وأنه يتميز بارتفاع التكاليف ارتفاعاً كبيراً.

5- وثائق التأمين التجاري: بدأ العالم يفكر في الناحية التأمينية حيث بدأت شركات التأمين في تقديم صوراً مختلفة من الوثائق التأمينية التي تغطي هذا الخطر أو جزءاً منه وبعبارة أخرى بدأ التأمين التجاري أو التأمين الخاص في الدخول في هذا المجال وبمعنى آخر بدأ يشترك في إيجاد الحلول العملية لهذه المشكلة. ولكن التأمين التجاري لم يستطع أن يصل إلى أعمق المشكلة لأن هذا التأمين لا يمكن أن يقدم عليه إلا الأفراد القادرين على تحمل أقساطه ومعظمهم ينتمون إلى الفئة الأولى أي الفئة القادرة.

ويهمنا في هذا الموقف أن نعطي فكرة بسيطة عن فلسفة التأمين التجاري إذ أنه لا يخرج عن كونه وسيلة لتوزيع الخسائر المادية التي تتحقق لدى بعض الأفراد على مجموعة كبيرة من الأفراد كلهم معرضين لخطر المرض وبعبارة أخرى فان كل فرد من الأفراد الذين قبلوا التعاقد مع إحدى شركات التأمين يستبدلون بالخسارة الكبيرة المتوقعة في حالة تعرضهم فعلاً للمرض خسارة بسيطة مؤكدة تتمثل في قسط التأمين الذي يلتزمون بدفعه سواء أصيبوا بأمراض خلال الفترة التأمينية أو لم يصابوا. وهنا يبرز لنا مبدأ التضامن الاجتماعي الذي ترتكز عليه فكرة التأمين والذي يتمثل في التضامن بين جميع الأفراد المعرضين للمرض وبعبارة أخرى فإن الذين لم يصابوا بالمرض خلال فترة معينة قد ساهموا في تكلفة المرض بالنسبة للأفراد الذين أصيبوا فعلاً.

6- التأمين الصحي كتأمين اجتماعي: كان بديهياً أن يفكر المجتمع في وسيلة أخرى أكثر إيجابية ونجاحاً لحل هذه المشكلة بدلاً من التأمين التجاري وهذه الفكرة تبلورت وأدت إلى ظهور ما نسميه بالتأمين الصحي الاجتماعي والذي يجمع بين ثيابه المزايا الخاصة بالتأمين التجاري من حيث فكرة التعاون والتضامن بين أفراد المجتمع الواحد ولكن بصورة أكثر عمقاً كما أنه يتلافى عيوب ترك العلاج في يد المنشآت التي تعالج عاليتها بطرق مختلفة ومتشعبة مما يؤدي إلى ارتفاع تكاليف العلاج وانخفاض مستوى.

التأمين الصحي الاجتماعي والتأمين الصحي التجاري

يختلف التأمين الصحي الاجتماعي عن التأمين الصحي التجاري وغيره من وسائل العلاج الأخرى في بعض النواحي التي يمكن تلخيصها في الأمور التالية:

(أ) أن التأمين الصحي الاجتماعي يعتمد أصلاً على تقدير التكاليف الكلية للخسائر المادية الناشئة عن المرض لأفراد البلد الواحد ثم تقوم الدولة وأرباب الأعمال بتحمل جزء من هذه التكاليف على أن يتم توزيع باقي هذه التكاليف بين الأفراد المؤمن

عليهم لا على أساس درجة الخطر التي يتعرض لها كل فرد ولكن على أساس الدخل الذي يحصل عليه وهنا تتضح لنا فلسفة التأمين الصحي الاجتماعي التي يقوم على تحقيق مبدأ التضامن الاجتماعي المزدوج إذ أن التضامن الاجتماعي في هذه الحالة يمكن النظر إليه من زاويتين مختلفتين فمن ناحية مبدأ التضامن الاجتماعي المزدوج أصلاً في التأمين الخاص الذي يتمثل في توزيع الخسائر المادية التي أصابت فعلاً بعض الأفراد علي عدد كبير من الأفراد كلهم معرضين لنفس الخطر هذا من ناحية ، ومن ناحية أخرى يوجد في التأمين الصحي الاجتماعي تضامن من نوع آخر يتمثل في أن توزيع التكاليف بين الأفراد المعرضين لخطر المرض لا يتم على أساس درجة تعرض الفرد للمرض ولكنه يتم على أساس قدرة الفرد المادية على تحمل هذه التكاليف ، فكل فرد يدفع اشتراكاً بسيطاً يتلائم هذا الاشتراك مع دخله. ولهذا تفرض اشتراكات التأمين الصحي الاجتماعي عادة كنسبة مئوية من الدخل الذي يحصل عليه كل فرد وبهذا يتحقق التضامن الاجتماعي المزدوج الذي هو أساس التأمين الصحي الاجتماعي .

(ب) أن التأمين الصحي الخاص يقدم للأفراد في صورة وثائق تأمينية تختلف من حيث المزايا وبالتالي من حيث الأقساط الواجب دفعها لغطية هذه المزايا ، بينما يقدم التأمين الصحي الاجتماعي مزايا واضحة وموحدة ينص عليها عادة في التشريع الذي يصدر بتنظيمه ، ولا يجوز للهيئة التي تشرف على تنفيذ التأمين الصحي أن تقدم مزايا أقل أو أكثر من التي نص عليها التشريع عند تحديد هذه المزايا يراعي عادة أن التأمين الصحي الاجتماعي يجب أن يقتصر على الضروريات ولا يمتد إلى الكماليات، وهذا هو المفهوم الذي سارت عليه معظم دول العالم. كما تعتبر الخدمة التي يقدمها التأمين الصحي حقاً مكتسباً لكل فرد وليس منحة أو مساعدة اجتماعية، وفي هذا تدعيم لقيمة الفرد واحتراماً لانسانيته فالمنتقى في هذه الحالة يعتبر صاحب حق طبقاً لنصوص التشريع وفي هذا يختلف التأمين الصحي عن نظم العلاج المجاني التي يفترض تقديمها للطبقة المحتاجة فعلاً وتعتبر في حكم المساعدة الاجتماعية من جانب الدولة .

(ج) أن شركات التأمين عندما تقوم بعرض الوثائق التأمينية فإنها لا تهتم عادة بوسائل العلاج ومدى توافرها في المجتمع إذ أن مهمتها تكون عادة قاصرة على الناحية المادية فقط وأما بالنسبة للهيئة التي تتفذ التأمين الصحي الإجتماعي فتكون لها مهمة تخطيطية إذ يتعين عليها أن تعمل على توفير كافة إمكانيات العلاج من أطباء ممارسين وأخصائيين وأسرة بالمستشفيات ... إلخ، وبهذا يضمن كل منتقع وجود إمكانيات العلاج عند تعرضه لخطر المرض.

(د) أن التأمين الصحي الإجتماعي يتيح عادة فرصة العمل لكافة الأطباء على قدم المساواة ولا يفرق بين طبيب وآخر إلا على أساس مؤهلاته وخبرته وكفاءته وفي هذا تحقيق لمبدأ تكافؤ الفرص بين جميع الأطباء وضمان للإستفاده بهم جمياً.

(ه) أن التأمين الصحي الإجتماعي بأسلوبه التخطيطي يمكن أن يطبق تدريجياً حتى يشمل جميع أفراد المجتمع بحيث يقضى في النهاية على المرض كسبب للفقر وبحيث لا تقف الحاجة المادية عقبة أمام علاج الفرد أو أحد أفراد أسرته عندما يداهمها المرض، كل هذا يسير جنباً إلى جنب مع العمل على توفير إمكانيات العلاج طبقاً لمعدلات الأداء الفنية التي يضعها الخبراء المتخصصون من واقع الظروف الصحية للمجتمع.

(و) أن التأمين الصحي التجاري يهدف عادة إلى تحقيق الربح ، أما التأمين الصحي الإجتماعي كما سبق أن أوضحنا ليس له إلا الهدف الإجتماعي وهو حماية الطبقات الضعيفة في المجتمع من أخطار الأمراض التي يتعرضون لها ولا قدرة لهم على حماية أنفسهم منها ، وعندما يمتد ليشمل أيضاً طبقات المجتمع القادرة يكون الهدف هو مساعدة ذوي الدخول المرتفعة في تحمل جزء من تكاليف العلاج لذوي الدخول المنخفضة وهي الفلسفة التي ترتكز عليها فكرة التضامن الإجتماعي التي تعتبر الأساس الأول لنظم التأمينات الإجتماعية كلها.

ومعنى هذا أن الدول تحاول أن تحل مشكلة المرض والعلاج الصحي بالكثير من الأنظمة المتعرقة ، فتارة بالعلاج المجاني للطبقة الفقيرة وتارة أخرى بأنظمة للعلاج الشامل بأجور رمزية ، كما أن الهيئات المختلفة أو النقابات تحاول أيضاً من جانبيها

أن تقدم بعض الحلول لهذه المشكلة ولكن لو نظرنا إلى الأمور نظرة علمية ثاقبة لوجدنا أن نظام التأمين الصحي المتكامل يفوق كل هذه الأنظمة لأنه من ناحية يعتمد في تمويله على أساس ثابتة وتزداد موارد التمويل بزيادة عدد المؤمن عليهم وبهذا تتفافى مشكلة الضغط على الموارد المحدودة كما يحدث عادة بالنسبة للمستشفيات المجانية.

كما أن هذا السبب نفسه هو الذي يمكن التأمين الصحي من القيام بالبحوث الصحية المختلفة على المريض وحالاته ومعدلات التردد ثم يحدد بناء على هذه الدراسات الأعداد المطلوبة من الأطباء وهيئات التمريض لأداء الخدمة الصحية بالمستوى المطلوب من الناحية الفنية وبهذا يمكن وصف التأمين الصحي بأنه نظام المعدلات الموضوعة وهو بهذا يعمل على استكمال كل أوجه النقص إن وجدت وهذا يحتم على التأمين الصحي دائمًا رسم خطط العمل بالنسبة للمستقبل وأخذ معدلات الزيادة في عدد المؤمن عليهم في الحساب. وقيام التأمين الصحي بهذه الوظيفة التخطيطية يجعل الدولة تضع يدها على إمكانيات العلاج المتداولة وتستفيد بها بأقصى طاقة ممكنة. وبهذا أيضاً تتفافى وجود إمكانيات علاجية لا تعلم بأقصى طاقتها في جهة معينة ووجود جهات أخرى تقل فيها إمكانيات العلاج عن المستوى المطلوب.

وإذا نظرنا إلى الموضوع من وجهة اقتصادية لوجدنا أن الهيئة التي تنفذ التأمين الصحي تستفيد من قانون الأعداد الكبيرة ومن كل مزايا الإنتاج الكبير، فهي تعمل على تقديم خدمة العلاج الصحي بأقل تكلفة ممكنة مع المحافظة على مستوى هذه الخدمة . ولكي يكون الموضوع أكثر وضوحاً نقول إنه في حدود اتفاق معين بالنسبة للمنتفع الواحد لا يمكن لأي جهة من الجهات أن تقدم نفس مستوى الخدمة الذي يستطيع التأمين الصحي أن يقدمه. كما أن نظام التأمين الصحي يحقق مبدأ تكافؤ الفرص بين الأطباء والصيادلة وهيئات التمريض فهو يتيح لهم جميعاً فرص العمل بشروط موحدة وبأسس واضحة وبهذا تستفيد الدولة من جهود العاملين في هذا الميدان.

تنظيم التأمين الصحي

يتوقف تنظيم التأمين الصحي على الهيئة التي سوف تقوم بتنفيذها إذ من الممكن أن تقوم شركات التأمين العادلة بتنفيذ التأمين الصحي طبقاً للنظم التي يحددها القانون على أن تتولى الحكومة إعانة شركات التأمين أو أن تكتفى بالإشتراكات المحصلة من المؤمن عليهم ومن أرباب الأعمال ، أو أن تقوم الحكومة بإنشاء هيئة عامة للتأمين الصحي يكون لها فروعاً مختلفة في الأقاليم أو أن تقوم صناديق خاصة بالتأمين الصحي بتنفيذ المشروع على أن يتم تنظيمها جميراً طبقاً للأوضاع التي يحددها القانون.

ففي كثير من بلدان العالم مثل بريطانيا وفرنسا وإيران وإيطاليا والنرويج واليونان ... إلخ تقوم الهيئات الحكومية بتنفيذ التأمين الصحي الإجتماع .

ولكن إذا نظرنا إلى سويسرا فإننا نجد أن التأمين الصحي يتم تنفيذ عن طريق صناديق التأمين الصحي الحكومية وغير الحكومية أي أن هناك صناديق عامة Public Funds وصناديق خاصة Private Funds وبالنسبة للصناديق الخاصة توجد صناديق مفتوحة للجميع Open Funds وصناديق حرفية أو مهنية أو دينية أي صناديق مقيدة Restricted Funds وتقبل الصناديق المفتوحة كل الأفراد وأما الصناديق المقيدة فهي خاصة بأبناء حرف أو مهنة معينة أو دين معين .

ومهما اختلفت أنواع الصناديق فيجب أن يكون معترفاً بها من جانب الحكومة ، ويتم هذا الاعتراف إذا توافرت شروط معينة في الصندوق. فيجب أولاً ألا يهدف إلى الربح ، وثانياً أن تكون هناك معاملة واحدة لكافية أعضاء الصندوق (المؤمن عليهم) سواء من ناحية الحقوق أو الإلتزامات ، وأن تضمن حداً أدنى لمزايا التأمين وأن تقدم الضمان الكافي على القدرة على مواجهة إلتزاماتها المالية.

وتقوم الحكومة الاتحادية بدفع إعانت ل بهذه الصناديق وتقدر الإعانة على أساس عدد الأفراد المؤمن عليهم وطبيعة المزايا التي يمنحها الصندوق بالنسبة للذكور والإناث.

وهذه الطريقة التي تتبعها سويسرا في تنفيذ مشروعات التأمين الصحي نجحت نجاحاً كبيراً في حل المشكلة نظراً لوجود عدد كبير من الصناديق وإتباع نظام الامركزية في التنفيذ وسهولة إشراف كل صندوق على المؤمن عليهم لديه.

وتتبع النرويج أيضاً نظاماً الامركزية لتنظيم التأمين الصحي والذي يضمن العلاج لكل مقيم على أرض النرويج سواء كان نرويجياً أو أجنبياً ما دام يقيم في النرويج بصفة دائمة حيث يوجد 736 صندوق مستقل في إدارته وتنظيمه ولا يحكمه سوى القوانين الوطنية والقواعد التي تضعها مؤسسة التأمين الوطنية . ويبلغ متوسط عدد المشتركين في الصندوق الواحد عدة آلاف ، ولكل صندوق مجلس إدارة مكون من خمسة أعضاء ، ومدير يعين لإدارة الأعمال اليومية العادية ، وتم إدراة كل صندوق على أساس الظروف المتعلقة بالمقاطعة التي يخدمها.

دراسة مقارنة لتكاليف التأمين الصحي على المستوى الدولي

حتى تتم عملية المقارنة بين تكاليف التأمين الصحي بين الدول فقد تم اختيار العناصر الآتية:

- 1-متوسط تكلفة المؤمن عليه الواحد بالعملة الوطنية.
- 2-متوسط تكلفة المؤمن عليه الواحد بالعملة الوطنية بالنسبة لقوة الشرائية الثابتة للعملة أي بإستبعاد أثر التغير في القوة الشرائية للنقد وذلك بتصحيح الأرقام بإستخدام الأرقام القياسية لنفقات المعيشة.
- 3-متوسط تكلفة المؤمن عليه محسوباً بالدولارات وعلى أساس أسعار الصرف السائدة.

4-نسبة متوسط تكلفة المؤمن عليه إلى متوسط نصيب الفرد من الدخل القومي ويمكن حساب هذه التكاليف بالنسبة للمزايا الأساسية ويتم حسابها عادة بالنسبة إلى :

-تكلفة خدمات الأطباء خارج المستشفيات بما فيها الزيارات المنزلية.

-تكلفة الدواء خارج المستشفيات.

-تكلفة الخدمة داخل المستشفيات.

ومما لا شك فيه أن القيام بهذه الدراسات يمكننا من معرفة تطور تكلفة الخدمة المنتفع الواحد في البلد الواحد من سنة لأخرى كما يمكن فصل الزيادة الحقيقة عن الزيادة الناشئة عن التغير في الأسعار.

وقياس متوسط تكلفة المنتفع الواحد في مختلف بلاد العالم بالدولارات هدفه الرئيسي إجراء المقارنات بين الدول المختلفة ، وهذه في الواقع مشكلة لأن سعر الصرف أو بعبارة أوضح العلاقة بين العملة الوطنية والدولار في بعض الدول لا تتحدد على أساس أسعار الخدمات الصحية والدواء في داخل البلد والأسعار المماثلة في الولايات المتحدة (هناك قيمة ثابتة أو رسمية لسعر الصرف لا تعكس القيمة الحقيقة للعملة الوطنية مقابل الدولار) ، ومن ثم فإن المقارنة لن تكون سليمة بالدرجة التي بهدف إليها.

المعدلات الفنية في التأمين الصحي

هناك مجموعة من المعدلات الفنية المتعلقة بالتأمين الصحي التي يجب الإلمام بها وبالتالي التعرض لها والتي من أهمها:

1- معدل المرض: Rate of Sickness

ليس المقصود بمعدل المرض عدد الأشخاص الذين مرضوا خلال سنة واحدة من بلوغهم سن معين من بين عدد من الأحياء يتم ملاحظتهم خلال سنة من بلوغهم هذا السن ، ولكن المقصود بمعدل المرض هو العلاقة بين عدد أسابيع المرض خلال العام ومتوسط عدد الأفراد الذين كانوا معرضين للمرض خلال العام. ومعنى هذا أنه للوصول إلى هذا المعدل يتبعن أولاً معرفة متوسط عدد الأفراد الذين كانوا معرضين للمرض خلال العام (exposed to risk) عند كل عمر من الأعمار وكذلك معرفة إجمالي أسابيع المرض.

أما العلاقة بين عدد الأشخاص الذين مرضوا خلال السنة ومتوسط عدد الأفراد المؤمن عليهم على مدار السنة فيطلق عليها معدل العجز أو عدم القدرة على العمل .Rate of Incapacitation

ونري أن تحديد المعدلات المختلفة ومدلولاتها يتوقف على طبيعة المزايا المقدمة ، فمثلاً في بعض صناديق التأمين الصحي في سويسرا نجد أن الإهتمام يتتركز على معدلات المرض بالمعنى المشار إليه لأن هذه الصناديق قد تكتفي بمنح تعويض نقدي أسبوعي في حالة المرض وعلى هذا فيتم في هذه الصناديق معرفة معدل المرض عند كل عمر من الأعمار وهو يساوي:

$$\frac{\text{عدد اسابيع المرض خلال العام}}{\text{متوسط عدد الافراد المؤمن عليهم خلال العام}} = \text{معدل المرض}$$

وذلك بالنسبة لكل عمر من الأعمار أو لكل فئة من فئات العمر.

ويتم على أساس هذه المعدلات وعلى مقدار التعويض النقدي الذي يمنح عن كل أسبوع من أسابيع المرض تقدير الإشتراكات.

وأما صناديق التأمين الصحي التي تقوم بالعلاج الصحي على مستوى الممارس العام والأخصائي والإقامة داخل المستشفيات وتمنح تعويضاً نقدياً عند العجز المؤقت عن العمل بسبب المرض فالامر يقتضي ضرورة الوصول إلى الكثير من المعدلات من واقع الخبرات السابقة ، وسنتحدث بإختصار عن أهم هذه المعدلات.

2- معدل تكرار المرض: يتم حساب معدل تكرار المرض على النحو التالي:

$$\frac{\text{عدد الحالات المرضية خلال العام}}{\text{متوسط عدد الافراد المؤمن عليهم خلال العام}} = \text{معدل تكرار المرض}$$

ويمكن حساب هذا المعدل بالنسبة للأعمار المختلفة أو فئات الأعمار ، كما يمكن تحديد هذا المعدل بالنسبة للمهن المختلفة إذا كان عدد المؤمن عليهم يسمح بذلك. كما يمكن الوصول إلى هذا المعدل على أساس أنواع الأمراض المختلفة.

وهذا المعدل لا يمكن إتخاذه كأساس لدراسات التكاليف لأن التكاليف لا تتوقف فقط على معدل تكرار المرض ولكن تتوقف أيضاً على متوسط تكلفة الحالة المرضية الواحدة وهذا المتوسط يتم حسابه على النحو التالي:

$$\frac{\text{تكلفة الكالية}}{\text{تكلفة الحالة المرضية الواحدة}} =$$

عدد الحالات المرضية

وبترجح معدل تكرار المرض بمعدل تكلفة الحالة المرضية الواحدة نحصل على متوسط تكلفة المؤمن عليه الواحد.

$$\text{معدل تكرار المرض} \times \text{متوسط تكلفة الحالة المرضية الواحدة} =$$

$$\frac{\text{التكلفه الكليه}}{\text{عدد الحالات المرضيه خلال العام}} = \frac{\text{عدد الحالات المرضيه خلال العام}}{\text{متوسط عدد المؤمن عليهم خلال العام}}$$

$$\frac{\text{التكليف الكليه}}{\text{متوسط عدد المؤمن عليهم}} =$$

3- معدل التردد على الممارس العام:

ويجب أن نفرق هنا بين الحالات المرضية الجديدة التي تعرض على الممارس العام لأول مرة وبين التردد على الممارس أي بين الزيارة الأولى والزيارات الأخرى ، وهذه المعدلات يمكن الحصول عليها بالنسبة لليوم أو الشهر أو السنة ، كما يمكن الحصول عليها حسب فئات الأعمار المختلفة .

$$\text{معدل التردد للحالات الجديدة} = \frac{\text{عدد الزيارات بالنسبة للحالات الجديدة خلال السنة}}{\text{متوسط عدد المؤمن عليهم خلال السنة}}$$

$$\text{والمعدل المؤوي لمتوسط التردد اليومي} =$$

$$\frac{\text{عدد الزيارات بالنسبة للحالات الجديدة خلال السنة}}{\text{متوسط عدد المؤمن عليهم خلال السنة}} = \frac{1}{365} \times 100$$

وبنفس الطريقة يمكن الوصول للمعدل بالنسبة للحالات المترددة وبجمع المعدلين نصل معدل التردد الإجمالي.

ومعدل التردد الإجمالي على الممارس العام يعتد به عند التخطيط للخدمة الصحية وكذلك عند تقدير التكاليف الالازمة لأداء خدمة الممارس العام.

فإذا فرضنا مثلاً معدل التردد الإجمالي على الممارس العام = 2%

وإذا أمكن تقدير متوسط عدد الحالات التي يستطيع الممارس الواحد أن يفحصها يومياً على ضوء دراسات أجريت في هذا الشأن فإنه من الممكن تقدير الاحتياجات الفعلية للممارسين.

مثال:

متوسط عدد الأفراد المؤمن عليهم 300000 الحالات التي يستطيع الممارس أن يفحصها يومياً = 30 حالة معدل التردد (جديد ومتعدد) 2% يومياً.

عدد الأطباء الممارسين الالازمين لأداء الخدمة؟

عدد الزيارات اليومية في المتوسط = $\frac{2}{100} \times 300000 = 6000$ زيارة

عدد الأطباء الممارسين الالازمين = $6000 \div 3 = 200$ طبيب ممارس.

والمعدل = $1500 = 200 \div 300000$

أي أن المعدل هو طبيب ممارس لكل 1500 مؤمن عليه ويمكن الوصول لهذا المعدل مباشرة كما يلي :

$1500 = \frac{100}{2} \times 30$ حالة

وإذا قمنا بتحديد أجر الممارس فإنه من الممكن تقدير متوسط تكلفة المنتفع الواحد من خدمة الممارس العام.

4-معدلات التردد على الأخصائي:

ويمكن بطريقة مماثلة للطريقة السابقة الوصول إلى هذه المعدلات ويمكن قياسها بطريقة إجمالية أي بالنسبة لجميع الأخصائيين في مختلف فروع الطب والجراحة ولكن إذا توافر لدينا عدداً كبيراً من المؤمن عليهم فإنه من المستحسن قياس المعدل بالنسبة للتخصصات المختلفة حتى يمكن التخطيط للمستقبل على أساس واضحة.

5-معدلات شغل الأسرة في المستشفيات:

1/5-الطاقة القصوى للتشغيل:

إن طبيعة العمل بالمستشفيات تقتضى ترك بعض الأسرة لحالات الطوارئ كما أن وقتاً بسيطاً ول يكن يوماً واحداً قد ينقضي بين دخول مريض وخروج مريض، ولهذا يرى البعض أنه عندما يتم استغلال الأسرة في حدود 90% من الطاقة المたاحة فإنه من الممكن القول بأن المستشفى يعمل بأقصى طاقة ممكنة.

وللوصول إلى معدل شغل الأسرة فإنه من الضروري تسجيل عدد الأسرة المشغولة يومياً وفي نهاية العام يمكن الوصول إلى مجموع ما يمكن تسميته سرير يوم (المشغول فعلاً) ولتكن (1) .

وإذا ضربنا عدد الأسرة بالمستشفى أو عدد أيام السنة 365 يوماً أو 366 يوماً نحصل على سرير يوم (الطاقة القصوى) (2) .

وبقسمة (2) على (1) نحصل على معدل شغل الأسرة.

فإذا فرضنا أن عدد الأسرة في المستشفى (متوسط عدد الأسرة خلال السنة) س = 100
وعدد أيام السنة = 365 يوماً

ومجموع عدد السرير يوم المشغول فعلاً = ص

فإن المعدل المئوي لشغل الأسرة =

$$\frac{100}{365} \text{ ص} [] \frac{365}{\text{س}}$$

ويمكن بعد الوصول إلى هذا المعدل تحديد الطاقة الضائعة. ويقتضي الأمر دراسة المصاروفات داخل المستشفيات وتوزيعها بين مصاروفات ثابتة وأخرى متغيرة وذلك لإمكان تحديد تكلفة الطاقة الضائعة (غير المستغلة).

تكلفة خدمة التأمين الصحي الاجتماعي ووسائل تمويله

إن تحديد التكاليف الالزمه لأي مشروع للتأمين الصحي الاجتماعي إنما تتوقف بصفة رئيسية على المزايا التي يمنحها التأمين وكذلك على الظروف الصحية التي تسود المجتمع الذي نرحب في تطبق المشروع عليه. ويرتبط هذان المعاملات بعضهما إرتباطاً وثيقاً لأن تحديد المزايا قد يؤدي إلى زيادة التكاليف أو إلى تخفيضها حسب رغبتنا في التوسع في منح المزايا من عدمه ، كما أن أسلوب التطبيق نفسه يحكم التكاليف إلى حد كبير فمثلا: الأخذ بمبدأ مكافأة الأطباء على أساس نظام الأجر عن كل زيادة Fee for service يؤدي أيضاً إلى زيادة في تكلفة الدواء خارج المستشفيات. كما أن فرض نسبة على المؤمن عليه عند الانتفاع بالخدمة يؤدي بطبيعة الحال إلى تخفيض في تكلفة خدمة التأمين الصحي بنسبة أعلى من النسبة المفروضة على الدواء لأن هذا من شأنه أن يؤدي إلى قلة المستهلك من الدواء.

وعلى هذا وقبل تحديد التكاليف الالزمه للمشروع لابد أولاً من تحديد المزايا التي سيمنحها التأمين كما لا بد من تحديد لأسلوب التطبيق وبصفة خاصة نظام محاسبة الأطباء كما، لا بد من إجراء دراسات حول أتعاب الأطباء سواء تعلق الأمر بالأجور

أو المكافآت أو الأتعاب التي تمنح مقابل كل خدمة على حده ودراسة الحالة الصحية خصوصاً معدلات زيارات الأطباء والتردد عليهم حيث يمكن على ضوء تحديد العدد المطلوب التطبيق عليه تقدير التكاليف الكلية للمشروع.

وبعد تحديد هذه التكاليف تكون الخطوة التالية هي التفكير في وسائل التمويل ، وتسير معظم الهيئات التي تقوم بتنفيذ التأمين الصحي في العالم على نظام الموازنة السنوية بين الإيرادات والمصروفات ، فبعد تحديد التكاليف السنوية على أساس الإحصاءات المتعلقة بالأمراض ومعدلات تكررها ... إلخ يتعين تحديد مصادر التمويل.

مصادر تمويل تكلفة التأمين الصحي:

وتنقسم هذه المصادر إلى:

- 1-الأقساط أو الإشتراكات التي يتم تحصيلها من المؤمن عليهم.
- 2-نصيب المؤمن عليهم في تكاليف العلاج إن وجد.
- 3-نصيب الحكومات سواء مركبة كانت أو محلية.
- 4-حصة رب العمل.
- 5-الرسوم التي تفرض على الزيارات أو على الشهادات الصحية لصالح المشروع.
- 6-عائد الاستثمارات على أموال المشروع.
- 7-أي إعانات أو هبات تمنح للمشروع.

وبند الإعانات أو الهبات التي قد تمنح للمشروع لا يمكن الاعتماد عليه كمصدر من مصادر التمويل، كما يجب أن نوضح أنه بعد حساب التكاليف الكلية للمشروع وبعد خصم الرسوم المختلفة التي تفرض على المؤمن عليهم عند الإنقاص بالخدمة يمكن أولاً تحديد نصيب الحكومة وكذلك أرباب الأعمال في التكاليف ثم بعد ذلك يتم تحديد دخول المؤمن عليهم وبقسمة صافي التكاليف على إجمالي دخول المؤمن عليهم

يمكن الوصول إلى النسبة المئوية من أجر المؤمن عليهم أو من دخولهم التي يجب أن يساهموا بها بصورة إشتراك.

وهذا يعني أن الجانب الأكبر من تكلفة التأمين الصحي كتأمين إجتماعي بصورة إجمالية يتحملها أولاً الدولة ورب العمل والباقي يوزع بين المؤمن عليهم ليس بالتساوي ولا على أساس درجة التعرض لكل منهم للمرض ولكن على أساس نسبة من دخل الفرد أو نسبة من أجره ، وبهذا يتحقق مبدأ التضامن الإجتماعي المزدوج في التأمين الصحي لأن السليم يساهم في تكلفة المريض ولأن ذوى الدخول المرتفعة يساهمون في علاج ذوى الدخول المنخفضة.

وتجدر بالذكر أنه بعد تحديد نصيب الحكومة في التكاليف فإنه بقسمة صافي هذه التكاليف على أجور العاملين وتحديد نسبة الإشتراكات يتم تقسيم النسبة إلى جزء يتحمله صاحب العمل وجزء يتحمله العامل.

وفي حالة تطبيق مشروع التأمين الصحي على مستوى الدولة فإنه من الممكن بعد تحديد صافي التكاليف قسمتها على إجمالي دخول المؤمن عليهم مما كان مصدر هذه الدخول للوصول إلى نسبة الإشتراكات. والأخذ بهذا النظام الأخير لا يمكن تطبيقه إلا إذا أخذت الدولة بنظام الضريبة الموحدة على الدخول.

ويتوقف نصيب الحكومة والمشتركين في نفقات التأمين على النظام السائد في الدولة واتجاهها ، ففي بريطانيا مثلاً تغطي الحكومة على سبيل المثال 90% من تكاليف التأمين الصحي ويدفع المؤمن عليهم وأرباب العمل باقي التكاليف.

وفي بلجيكا يتم توزيع التكاليف بين رب العمل والعامل بنسبة 2 : 1 ، أما في سويسرا فيتم التمويل بصفة أساسية عن طريق اشتراكات المؤمن عليهم ونسبة ضئيلة يتحملها أرباب العمل كما تقوم الحكومة الإتحادية بدفع إعانت للصناديق الخاصة بالتأمين الصحي وتبلغ المصاريف الإدارية عادة 10% من جملة المصاريف.

وفي النرويج يشترك المؤمن عليهم وأرباب الأعمال والحكومات المحلية والحكومة الإتحادية في تمويل التأمين الصحي حيث يتم تحديد قسط التأمين بالنسبة للمشتركين

على أساس دخولهم بحيث يتم تقسيم الدخول إلى فئات مختلفة على أساس تصاعدي ويحدد الاشتراك بالنسبة لكل فئة على أساس تصاعدي أيضاً.

وأياً كان الإتجاه الذي يسير فيه مشروع التأمين الصحي فإن الأمر يتطلب القيام بدراسات إحصائية عن عدد المنتفعين وأجورهم وكذلك عمل دراسات على التوزيع العمري للمنتفعين وأجورهم بعد تقسيمهم إلى إناث وذكور.

أسئلة على الفصل الثاني

1-وضح مفهوم مشكلة الخسائر المادية الناتجة عن المرض؟

2-أذكر أهم الحلول التي إتبعتها الدول المختلفة لمواجهة مشكلة الخسائر المادية الناتجة عن المرض؟

3-أذكر أهم العناصر التي يجب أخذها في الإعتبار عند المقارنة بين تكاليف التأمين الصحي بين الدول المختلفة؟

4-وضح كيف يتم حساب كل من المعدلات التالية:
-معدلات المرض.

-معدل تكرار المرض.

-متوسط تكلفة الحالة المرضية الواحدة.

-معدل التردد للحالات الجديدة.

-المعدل المئوي لمتوسط التردد اليومي.

-عدد الأطباء الممارسين اللازمين.

-معدلات التردد على الأخصائي.

-معدلات شغل الأسرة في المستشفيات.

5-أذكر أهم مصادر تمويل تكلفة التأمين الصحي في معظم دول العالم؟

الفصل الثالث

المزايا التي يمنحها التأمين الصحي

إن الهدف الرئيسي من التأمين الصحي هو تغطية كل أو معظم الخسائر المادية الناشئة عن المرض أو بمعنى آخر القضاء على المرض كسبب من أسباب الفقر. ونوضح فيما يلي أهم المزايا التي يمنحها التأمين الصحي في غالبية الدول.

أهم المزايا التي يمنحها التأمين الصحي:

تحصر أهم المزايا التي يمنحها التأمين الصحي في:

أولاً: تكاليف العلاج الصحي خارج المستشفيات.

ثانياً: العلاج داخل المستشفيات .

ثالثاً: مزايا في حالة الولادة والحمل .

رابعاً: التعويض النقدي في حالة العجز المؤقت.

خامساً: مصروفات الجنازة.

سادساً: الأجهزة التعويضية .

وفيما يلي توضيح لكل نقطة من هذه النقاط.

أولاً: تكاليف العلاج الصحي خارج المستشفيات

العلاج الصحي خارج المستشفيات يشمل أتعاب الأطباء وتكاليف الدواء وكذا يشمل مصروفات التحاليل الصحية والأشعة ،...إلخ .

ويمكن أن يتم التأمين بإحدى طريقتين: فإما أن يتحمل التأمين تكاليف العلاج الصحي بالكامل وإما أن يشترك المؤمن عليهم في تحمل جزء من التكاليف.

إن اشتراك المؤمن عليهم في تحمل جزء من تكاليف العلاج أفضل بكثير من تحمل هيئة التأمين لكل التكاليف لعدة أسباب أهمها:

-أن شعور الإنسان بأنه سيدفع جزءاً من تكاليف العلاج يجعله لا يذهب إلى الطبيب إلا إذا كان في حاجة فعلية إلى خدمات الطبيب وبذلك تلقي الحالات التي يذهب فيها الأفراد إلى الأطباء لأنّه الأسباب وبهذه الطريقة تنجذب سوء استغلال التأمين.

-كما أن إشتراك المريض في تحمل جزء من تكاليف العلاج فيه شيء من الرقابة على الأطباء.

-كما أن الحصيلة الناشئة عن تنفيذ مبدأ المساهمة أو الاشتراك في التكاليف يعتبر مصدراً من مصادر تمويل المشروع.

ولكن يعيّب اشتراك المؤمن عليهم في تحمل جزء من تكاليف العلاج أنها ربما تؤدي إلى عدول ذوى الدخول المحدودة عن استشارة الطبيب لعدم قدرتهم على تحمل جزء من التكاليف. وكعلاج لهذه المشكلة يمكن إلغاء تحمل المؤمن عليهم جزء من تكاليف العلاج بالنسبة لبعض الأمراض المتقطنة الخطيرة .

وأما عن طرق المساهمة في التكاليف فيمكن تحديدها على أساس نسبة مئوية من كافة التكاليف ، وتتراوح هذه النسبة عادة بين 15% ، كما يجوز استخدام طريقة الفرانشيز ، بمعنى أن يتحمل المنتفع مبلغاً محدداً بالنسبة للمرض الواحد على أن تدفع هيئة التأمين ما يزيد عن هذا المبلغ ، وتتميز هذه الطريقة بإستبعاد الكثير من الحالات البسيطة مما يؤدي إلى تخفيض المصروفات الإدارية.

ويمكن اتباع طريقة أخرى هي في الواقع مزيج من الطريقتين السابقتين فبمقتضى هذه الطريقة يساهم المنتفع بنسبة مئوية من تكلفة علاج الحالة الواحدة بحد أدنى وبحد أقصى.

ونرى من الناحية الفنية أن مبدأ مساهمة المؤمن عليه في تكاليف العلاج عند الإنفاق به مبدأ هام بل هو بالنسبة للدواء خارج المستشفيات أمر حيوي ، إذ أنه في حالة التطبيق التدريجي لأي مشروع للتأمين الصحي فإن المؤمن عليه يميل

دائماً إلى محاولة استغلال التأمين وفرض نسبة على الدواء يؤدي إلى الحد من سوء الاستغلال ، كما أنه يعمل على تخفيض التكاليف بنسبة أكبر من النسبة المئوية المفروضة على الدواء كما يمكن تغيير هذه النسبة حسب نوع المجموعات الدوائية فترتفع بالنسبة للأدوية شبة الكمالية وتقل بالنسبة للأدوية الضرورية. كما يمكن إعفاء بعض المرضى منها كلياً خصوصاً بالنسبة للأمراض المزمنة والمتوطنة طبقاً للأسس التي يتم وضعها بواسطة لجنة من الأطباء المتخصصين.

ويلاحظ في الدول النامية أن الموارد المالية لهذه الدول لا تسمح عادة بتطبيق التأمين الصحي دفعه واحدة ولا شك في أن فرض هذه النسبة يساعد على تطبيق التأمين الصحي على أكبر عدد ممكن من الأفراد في حدود الموارد المالية المتاحة.

أنواع الخدمة خارج المستشفيات:

يمكن تقسيم الخدمة خارج المستشفيات إلى البنود التالية:

1- خدمة الممارس العام:

المقصود بالطبيب الممارس العام هو الطبيب الذي لم يتخصص في فرع معين من فروع الطب ويقوم عادة بعلاج الحالات العامة التي لا تحتاج إلى العرض على الطبيب الأخصائي ، وتعتبر خدمة الممارس العام هي المرحلة الأولى من مراحل خدمة التأمين الصحي .

وهناك أنظمة مختلفة في العالم لتقديم خدمة الممارس العام والتي يمكن تلخيصها في الطرق الرئيسية التالية:

الطريقة الأولى: حق المؤمن عليه في اختيار الطبيب المعالج:

ويمكن إتباع إحدى الوسائل التاليتين:

(أ) أن تكون حرية المؤمن عليه في اختيار الطبيب حرية مطلقة بمعنى أنه لا توجد أي قيود على حريته في الإختيار.

(ب) أن تتعاقد هيئة التأمين مع مجموعة كبيرة من الأطباء وتنفق معهم على أساس أسعار معينة ، ويعين على المريض اختيار أحد هؤلاء الأطباء فإذا اختار أحد الأطباء من خارج هذه المجموعة تعين عليه دفع فروق التكاليف. ويتم هذا الاتفاق عادة مع نقابة الأطباء وتعلن التعريفة وكل طبيب الحق في قبول هذه التعريفة والانضمام إلى مجموعة الأطباء الذين يقبلون حالات التأمين الصحي أو رفض هذه التعريفة وعدم القبول لحالات التأمين الصحي. ويستخدم هذا النظام في بعض الدول الأوروبية خصوصاً في سويسرا. وهذا النظام ينطوي على مزايا كبيرة بالنسبة للمنتفعين إذ أنه يعطيمهم الحق في اختيار الطبيب الذي يستريحون لخدماته إلا أنه ينطوي على الكثير من العيوب: فمن ناحية يؤدي هذا النظام إلى زيادة تكلفة هذه الخدمة زيادة كبيرة نظراً لأن الطبيب يتلقى أجراً عادة عن الزيارة الواحدة ومن مصلحته الإكثار من هذه الزيارات ليزيد دخله وإرضاء المنتفعين بإعطائهم كافة الأدوية التي يرغبون في الحصول عليها خصوصاً الفيتامينات والأدوية المقوية مما يؤدي إلى الإسراف أيضاً في تكلفة الدواء خارج المستشفيات. ولهذا نجد أنه من الصعب على الدول النامية التي لا يتوافر بهاوعي التأميني الكافي لدى أفراد الشعب الأخذ بهذا النظام ولهذا إذا رأت إحدى الدول الأخذ به فإنه من الضروري تحويل المؤمن عليه نسبة أيضاً من أتعاب الأطباء .

الطريقة الثانية : نظام القائمة:

بمقتضى هذا النظام يقوم كل مؤمن عليه باختيار طبيب ممارس لمدة سنة بحيث لا يستطيع تغييره طوال هذه السنة ، ويحصل الطبيب الممارس عادة على مبلغ أساسي عن كل مؤمن قيد على قائمته كما يحصل على ميزة إضافية عن كل مريض يزوره لأول مره بعد استبعاد عدد معين من المرضى ول يكن 400 مثلاً لا يتقاضى عنهم أي أجر ، أي أن الطبيب لا يحصل على الأجر الإضافي عن الزيادة إلا اعتباراً من المريض رقم 401 . كما لا يتقاضى أي أجر إضافي عن

حالات التردد. كما يمكن تطبيق هذا النظام بإعطاء مبلغ معين عن كل مؤمن عليه وعدم إعطاء أي أجر عن الزيارات مهما تعددت وفي هذه الحالة يعيب هذا النظام أن الأجر لا يتلائم مع المجهود الفعلي الذي يبذله كل طبيب كما أن هذا النظام يدفع الأطباء إلى محاولة إرضاء المرضى بشتى الوسائل والطرق حتى يواصلون اختيارهم في الأعوام القادمة. والميزة الوحيدة لهذا النظام هي أن المنتفع يختار الطبيب الذي يستريح لخدماته ويتعود عليه ويثق فيه.

الطريقة الثالثة : النظام الإلزامي:

بمقتضى هذا النظام تقوم هيئة التأمين الصحي بتعيين الأطباء ويعتبر الطبيب في حكم الموظف لدى الهيئة ويجب المؤمن عليه على التردد على الطبيب الذي تحدده له الهيئة ويعيب هذه الطريقة القضاء على حرية المؤمن عليه في اختيار الطبيب. وفي الواقع أن هذا العيب لا ينطوي على خطورة كبيرة لا سيما وأن الأمر لا يتعلق هنا بتخصص معين ولكن بخبرة عامة في مجال الطب. كما قد يؤخذ على هذا النظام أيضاً عدم رضاء الأطباء عن المقابل عن الجهد الذي يبذلونها وهذا عيب يمكن تلافيه عن طريق إعطاء أجور مناسبة للأطباء خصوصاً في حالة تفرغهم أو صرف مكافآت تشجيعية للممتازين منهم. ومما لا شك فيه أن هذا النظام يوفر في التكاليف لا سيما إذا أحكمت الرقابة على هؤلاء الأطباء.

2- خدمة الأخصائي:

وفي ظل هذا النظام ستحدث هنا عن مشكلتين أساسيتين :

المشكلة الأولى: طريقة تنظيم الخدمة الصحية:

(أ) أن تتم زيارة الأطباء الأخصائيين في عياداتهم الخاصة وهذا النظام يتميز بتوفير المصروفات الاستثمارية الازمة لإنشاء العيادات على نفقة الهيئة المختصة بتوفيق التأمين الصحي كما أن البعض يرى أن هذا النظام يريح

المنتفعين نفسياً إذ يشعر المريض أنه لا فرق إطلاقاً بين ذهابه للطبيب الإخصائي على نفقته الخاصة أو على نفقه التأمين الصحي.

ولكن يعيّب هذا النّظام أنه يؤدي إلى ضعف رقابة الهيئة على الأطباء الأخصائيين وربما يؤدي إلى وجود تفرقة بين المرضى الخصوصيين ومرضى التأمين الصحي. كما أنه قد لا تتوافر في عيادة الطبيب الخاصة كافة التجهيزات الالزمه طبقاً لأحداث الوسائل العلمية.

(ب) أن يتم إنشاء عيادات شاملة تضم المتخصصين في كافة فروع الطب تحت إشراف ورقابة الهيئة المنفذة للتأمين الصحي على أن يتم تجهيز العيادة الشاملة بأحدث الوسائل الصحية. ويتميّز هذا النّظام بتوفير الوقت والجهد الذي يضيع في بعض الأحيان عندما يضطر المريض للتنقل من عيادة أخصائي معين إلى أخصائي آخر، كما أنه يتلاقي الكثير من العيوب السابق الإشارة إليها بالنسبة للنظام السابق. ومن عيوب هذا النّظام أنه من الصعب في حالة تفويذه الأخذ بمبدأ حرية المؤمن عليه في اختيار الطبيب الأخصائي.

المشكلة الثانية: طريقة مكافأة الأطباء الأخصائيين:

وعند مكافأة الأطباء الأخصائيين يمكن الأخذ بأحد الأنظمة التالية:

(أ) نظام المرتبات الثابتة:

ومعنى هذا منح مرتب ثابت للطبيب الأخصائي، وقد سبق الإشارة إلى عيوب هذا النّظام عند الكلام عن الطبيب الممارس ، إذ أنه يؤدي إلى عدم اهتمام الطبيب بمرضاه لا سيما إذا كان المرتب أقل من المجهود الذي يبذله فعلاً .

(ب) نظام الأجر عن كل زيارة:

وفي ظل هذا النّظام يحصل الطبيب على هذا الأجر عن كل زيارة، وهذا النّظام يضمن لنا درجة كبيرة من العناية الصحية بالمريض ويجد كل من الطبيب والمؤمن عليه مناسباً ولكنه في الواقع يؤدي إلى تحمل هيئة التأمين تكاليف كبيرة نسبياً.

(ج) نظام الفترات المحددة:

ويأخذ بهذا النظام مشروع التأمين الصحي في جمهورية مصر العربية ويعتبر حل وسط بين النظامين السابقين إذ أن الطبيب الأخصائي لا يعتبر موظفاً لدى هيئة التأمين لكنه يعمل لحسابها فترات زمنية معينة وبنقاضي أتعابه عن الفترات الفعلية التي أدى عمله خلالها .

وهذا النظام يؤدي إلى وفر كبير في التكاليف دون مساس كبير بمستوى الخدمة الصحية ، حيث يمكن في أي وقت إستبعاد من لا يبذل الجهد اللازم ولا يلتزم بمخددات وقواعد النظام.

3- خدمة الدواء:

هناك طرق مختلفة لصرف الدواء ، فبعض نظم التأمين الصحي تسمح بصرف الدواء من الصيدليات العادية التي تتعامل معها وهذا النظام يؤدي إلى راحة المنتفعين لتنوع جهات الصرف ولشعورهم بعدم وجود أدوية خاصة بهم. أما في بعض النظم الأخرى فيتم صرف الأدوية بواسطة صيدليات خاصة بالتأمين الصحي ولا ننصح بإتباع هذا النظام إلا إذا أمكن لهيئة التأمين الصحي إنشاء صيدليات في أماكن مختلفة على غرار الصيدليات الخاصة .

وتجدر الإشارة في هذا الصدد إلى أن معظم مشروعات التأمين الصحي في العالم تقوم بعمل قوائم بالأدوية يتم الصرف في حدودها وهذه القوائم تستبعد عادة بعض الأدوية التي يوجد بديل لها أقل تكلفة كما تستبعد بعض الأدوية شبه الكمالية. ولعل أهم نقطة يجب أن تثار هنا هي ضرورة وضع قيود معينة على صرف الأدوية خارج المستشفيات.

الطرق المختلفة التي إتبعتها الدول بالنسبة لصرف الدواء:

إتبعت الدول عدة طرق بالنسبة لصرف الدواء ، وفيما يلي تقدم بياناً بما يتبع في بعض دول العالم المختلفة:

1- النمسا : يقوم الأطباء بوصف جميع الأدوية المسجلة في النمسا ولكن المؤمن عليه يقوم بدفع مبلغ محدد عن كل تذكرة دواء تصرف له ، ومعنى هذا أن النمسا تأخذ بمبدأ دفع مبلغ محدد من كل تذكرة دوائية .

2- بلجيكا : تأخذ بلجيكا بمبدأ مساهمة المنتفع في تكلفة الدواء خارج المستشفيات كما توجد قيود تتعلق بالأدوية الجائز صرفها .

3- تشيكوسلوفاكيا : يقوم التأمين بصرف الدواء مجاناً للمؤمن عليه ولكن لا يجوز كتابة أكثر من دوائيين على تذكرة طبية واحدة .

4- فرنسا : يساهم المنتفع بعشرين في المائة من نفقات الدواء وخفضت هذه النسبة في نهاية عام 1958 إلى 10%

5- ألمانيا الغربية : يقوم المؤمن عليه بدفع مبلغ ثابت (1/2 مارك ألماني) عند كل تذكرة دواء تصرف له .

6- اليونان : يتحمل المريض 20% من تكلفة الدواء خارج المستشفيات وتخفض 10% بالنسبة لمرضى السل .

7- هولندا : توجد قيود تتعلق بأنواع الأدوية التي تصرف خصوصاً بالنسبة للأدوية الجاهزة والأدوية الحديثة .

8- نيوزيلندا : توجد قائمة للأدوية يتم الصرف في حدودها .

9- النرويج : يتحمل المؤمن عليه مبلغاً محدداً بالنسبة لأول تذكرة دواء وعلاوة على ذلك فإن المنتفع يتحمل 25% عن كل تذكرة دواء تصرف له ويستثنى من ذلك فقط بعض الأمراض المزمنة كالسرطان والسل .

9- البرتغال : يوجد تضييق شديد في صرف الأدوية خارج المستشفيات فيقتصر صرف الأدوية على بعض الأمراض المحددة كما تصرف السلفا وما عدا ذلك تصرف باقي الأدوية مع تحمل المؤمن عليه جزء من التكاليف .

10- إسبانيا : تأخذ إسبانيا بنظام قوائم الأدوية ومع ذلك فإن بعض الأدوية لا يجوز صرفها إلا بمعرفة هيئة مختصة للرقابة الصحية .

11- **السويد** : تصرف الأدوية الضرورية بدون مقابل أما بالنسبة لمعظم الأدوية فإذا زادت قيمة الدواء عن 3 كرونـ فإن المريض يتحمل 50% من قيمة الدواء .

12- **سويسرا** : توجد قائمة رسمية للأدوية التي تصرف بمعرفة صناديق التأمين الصحي ورغم ذلك يتحمل المؤمن عليه نسبة تختلف من صندوق لآخر وتتراوح بين 10 ، 25% .

13- **تركيا** : تقوم بصرف الأدوية دون مساعدة من المنتفع ولكن طبقاً لقائمة رسمية لا يجوز الخروج عنها.

14- **بريطانيا** : يلاحظ أنها كانت لا تفرض أي رسوم على الأدوية ولكن بمجرد أن فرضت رسمـاً قدره شلنـاً واحدـاً عن كل تذكرة طبية هبط عدد الأدوية المنصرفة بعد عام 1952 وارتفع قليلاً عام 1955 ثم انخفض مرة ثانية عام 1957 عندما أصبح فرض الرسم لا يتم عن كل تذكرة دوائية ولكن عن كل دواء داخل التذكرة الصحية .

15- **يوغوسلافيا** : رغم أن يوغوسلافيا لا تأخذ بمبدأ المساعدة من جانب المؤمن في تكلفة الدواء إلا أنه طبقاً للقواعد الموضوعة لا يجوز كتابة أكثر من دواء واحد على تذكرة الدواء ومعنى هذا أن المريض يتحمل الأدوية الأخرى التي يحتاج إليها.

ثانياً: العلاج داخل المستشفيات

مقدمة :

إذا كانت حالة المريض تستدعي علاجه داخل إحدى المستشفيات أو إذا كان من الضروري إجراء عملية جراحية له فإن التأمين الصحي يقوم عادة بتغطية كل أو الجانب الأكبر من تكاليف العلاج والدواء وكذلك الإقامة داخل المستشفى ، ولعل المشكلة تحصر في تكاليف الإقامة وهل يجب أن تقتصر مهمة التأمين الصحي

الإجتماعي على تغطية تكاليف الإقامة بالدرجة العامة أم يمكن أن يغطي الإقامة بالدرجات الخاصة أيضاً ، إذ أن هناك رأي قائل بأن مهمة التأمين الصحي الإجتماعي يجب أن تكون قاصرة على الضروريات فقط ومن يرغب في الإقامة في غرفة منفردة في إحدى المستشفيات فعليه أن يتحمل فروق التكاليف .

ولكن هناك حالات يضطر فيها المريض إلى دخوله المستشفى وينزل بإحدى الدرجات الخاصة لعدم وجود مكان مثلاً بالدرجة العامة أو لأنه يحتاج إلى الهدوء التام والراحة مثلاً وهنا يجب أن يغطي التأمين هذه التكاليف مهما كانت قيمتها .

فمثلاً في النرويج نجد أن معظم المستشفيات مستشفيات عامة ويعطي التأمين تكاليف الإقامة بهذه المستشفيات بالكامل ، فإذا ذهب المريض إلى إحدى المستشفيات الخاصة فعليه أن يتحمل فروق التكاليف وأما إذا أجبر الشخص على الذهاب لإحدى المستشفيات الخاصة نظراً لعدم وجود مكان له بالمستشفيات العامة فإن التأمين يغطي كل التكاليف. على أنه يتعين علينا بهذه المناسبة أن نشير إلى حقيقة هامة وهي أن نجاح أي مشروع للتأمين الصحي الإجتماعي مرهون بتواجد العدد اللازم من المستشفيات والأسرة سواء كانت عامة أو متخصصة وكذلك توافر الإمكانيات الخاصة بالعلاج التي يجب أن تختلف من درجة إلى درجة . فالمعنى المقصود عادة بالدرجة العامة ، هو وجود أكثر من سريرين في قاعة واحدة وبالدرجة الثانية وجود سريرين وبالدرجة الأولى وجود سرير واحد مع وجود بعض الفوارق التي يمكن وصفها بأنها كمالية . والخلاصة أن تقسيم المستشفيات إلى درجات يجب ألا يكون أساسه طبيعة العلاج أو توافر الإمكانيات الخاصة بأي حال من الأحوال لأن العلاج السليم حق لجميع المرضى أيًّا كانت الدرجة التي ينتهي إليها .

وفي السويد نجد أن الجمعية المركزية للتأمين الصحي تغطي تكاليف العلاج في حدود الدرجة العامة وتعطي المزايا لمدة لا تزيد عن عامين بالنسبة للمرض الواحد ، كما تغطي تكاليف النقل لأقرب مستشفى. وبالنسبة للعلاج خارج السويد أصبح من الممكن منح إعانة اعتباراً من أول يناير سنة 1956. أما بالنسبة لسويسرا فإنه لا يوجد قانون موحد يحدد ما يدفع في مثل هذه الأحوال لأن قانون التأمين الصحي

ال الصادر في سنة 1911 يحدد الحد الأدنى للمزايا التي يتعين على صندوق التأمين الصحي أن يمنحها ولكن معظم صناديق التأمين الصحي في سويسرا تقدم مزايا أكبر بكثير من الحد الأدنى الذي فرضه القانون ويلاقى هذا تشجيعاً كبيراً من جانب الحكومة الاتحادية.

والحد الأدنى لما يتعين على صندوق التأمين الصحي أن يقدمه هو إما تكاليف العلاج أو دفع تعويض نقدي يومي في حالة المرض على أن هناك صناديق تأمين صحي تقدم العلاج الصحي الكامل وكلك تمنح تعويضاً نقدياً.

أي أن القانون لا يلزم صندوق التأمين الصحي يدفع تكاليف الإقامة داخل المستشفى (أجر السرير والطعام) ورغم ذلك فإن صناديق التأمين الصحي تقوم على الأقل بتحمل هذه التكاليف في الدرجة العامة بالمستشفيات.

وفي بريطانيا نجد أن أقساط التأمين الاجتماعي تشمل جزءاً نظير الخدمات الصحية الوطنية التي تقدم العلاج للأفراد وتشمل العلاج بالمستشفيات، فكما أن لكل فرد في بريطانيا الحق في اختيار الطبيب العام المعالج (الممارس العام) أو الأخصائي فله الحق في العلاج المجاني داخل المستشفيات (يشترك الأفراد في تحمل جزء من تكاليف علاج الأسنان وكذلك أمراض العيون). والحقيقة هي أن الجانب الأكبر من تكاليف العلاج يتم تغطيتها من حصيلة الضرائب وليس حصيلة الأقساط التي تكون جزءاً ضئيلاً من التكاليف مما يجعل نظام التأمين الصحي الاجتماعي في بريطانيا أقرب إلى نظام العلاج المجاني بالكامل منه إلى نظام التأمين الاجتماعي فيما يتعلق بتكاليف العلاج فقط.

طرق اختيار المريض للمستشفى :

قبل الكلام عن اختيار المستشفى هناك نقطة هامة يجب مناقشتها ألا وهي: هل لا بد من إجبار المريض على الذهاب إلى المستشفى إذا كانت حالته تستدعي ذلك أم الأمر متترك لتقديره الشخصي؟ ترى بعض التشريعات حرمان المؤمن عليه من مزايا التأمين إذا رفض الذهاب للمستشفى بناء على أمر الطبيب والهيئة المنفذة للتأمين وتطبيق نفس القاعدة أيضاً في حالة إصراره على مغادرة المستشفى قبل

الميعاد الملائم لحالته . وأما عن اختيار المستشفى فـإما أن تعطى لهيئة التأمين الحق في إلزام المؤمن عليه بالذهاب إلى مستشفى معين في حالة المرض أي تقضي على حق المريض في اختيار المستشفى أو أن يكون للمريض الحق في اختيار أي مستشفى على أن يتحمل هو نفسه فروق التكاليف وهذا النظام الأخير أفضل لأنظمة من ناحية منح الحرية المطلقة للمؤمن عليهم غير أن هذا النظام يعيشه انه لا يشجع هيئة التأمين الصحي على إنشاء المستشفيات الخاصة بها وتنظيمها والإشراف عليها إشرافاً دقيقاً يحول دون استغلال المؤمن لهم لمزايا التأمين الصحي الإستغلال الأمثل. كما أن هذا النظام لا يصلح للدول النامية التي لم تستكمل بها إمكانيات العلاج.

ثالثاً: المزايا التي يمنحها التأمين في حالة الحمل والولادة

إن عملية الحمل والولادة لا تعتبر مرضًا في حد ذاتها ولذلك يرى بعض خبراء التأمين اعتبار هذه العملية وكذلك رعاية الأمومة فرعاً مستقلاً عن فروع التأمين الاجتماعي. ورغم هذا فالمشاهد في الحياة العملية هو أن التأمين الصحي يقوم عادة باعتبار عملية الوضع في حكم المرض من الناحية التأمينية وتغطى تكاليف الرعاية الصحية أثناء الحمل وتكاليف الرعاية الصحية والإقامة بالمستشفى في حالة الوضع بنفس الطريقة التي تغطي بها تكاليف المرض.

وكانت سويسرا أول الدول الصناعية التي أصدرت تشريعات لحماية الأمومة (قانون العمل بالمصنع سنة 1877 الذي منع الأمهات من العمل لفترة تتراوح بين سنة وثمانية أسابيع بعد الوضع) ثم جاء قانون التأمين الصحي الصادر في 1911 الذي اعتبر عملياتي الحمل والوضع في حكم المرض بالنسبة للأمهات اللائي اشتربن في

التأمين الصحي لمدة تسعه أشهر على الأقل قبل الوضع بشرط ألا يتخللها فترات انقطاع عن التأمين الصحي لمدة تزيد على ثلاثة أشهر.

وفي بريطانيا يتم تغطية تكاليف الوضع من دواء وإقامة بالمستشفيات وأجور الأطباء عن طريق التأمين الصحي ولا يقتصر الأمر على ذلك بل يوجد نوعين من التعويضات النقدية: فيوجد أولاً نظام المنحة، وتمنح لجميع النساء في حالة الوضع كما أن هناك التعويض النقدي ويعتبر بمثابة تعويض عن العجز المؤقت عن العمل نتيجة للوضع ولهذا لا يمنح للأمهات المؤمن عليهن من الفئتين الأولى والثانية أى الالاتي يعملن سواء بأجر لحسابهن الخاص وبالتالي يدفعن أقساط للتأمين كما توجد منحة أخرى لللاتي يضعن بمنازلهن أو في أى مكان آخر على حسابهن الخاص.

ولا يوجد ما يمنع من الجمع بين هذه المزايا الثلاث إذا ما توافرت الشروط الخاصة بكل منها. ومعظم هذه الشروط يتعلق بالمدة التي سددت عنها الأقساط.

وفي الترويج تتم تغطية كل نفقات الولادة بواسطة التأمين الصحي سواء للمؤمن عليهن مباشرة أو عن طريق التبعية لأزواجهن ولكن بشرط أن يكون مؤمناً على الأم لمدة عشرة أشهر على الأقل قبل الوضع والغرض من هذه الفترة دائماً هو التأكد من أن الأم لم تكن حاملاً عندما اشتراك في التأمين. وفي حالة حدوث أى مضاعفات فإن التأمين يغطي تكاليف العلاج معتبراً إياها في حكم المرض.

وفي السويد: نجد أن التأمين الصحي يغطي كل السكان وأن هذا التأمين نفسه يغطي كل أم مؤمن عليها والوضع في مستشفيات الولادة مجاناً، كما تعدد الولادة مرضياً من وجهة نظر التأمين الصحي فيما يتعلق بالخدمات الصحية والمعونات النقدية التي تمنح في حالة المرض.

وبالإضافة إلى كل هذا فإن كل الأمهات يحصلن على منحة الوضع ، فكل أم تحصل على 270 كرونة أي ما يوازي 54 دولار سواء كانت تعمل أولاً تعمل ، أما إذا أسفرت عملية الوضع عن أكثر من طفل ترفع هذه المنحة إلى 405 كرونة مهما كان العدد. وفي النظام الانجليزي تضاعف المنحة بحيث أن الأم التي تضع 3 توائم مرة واحدة تحصل على ثلاثة أمثال الأم التي تضع طفلان واحداً.

وبالإضافة إلى هذه المنحة الأساسية التي تمنح لكل الأمهات اللاتي يعملن أو لا يعملن فان هناك منحة أخرى يقتصر منها على الأمهات اللاتي يعملن من أجل الكسب ، فالأم التي تحصل من عملها على دخلا مقداره 1800 كرونة سنوياً على الأقل لها الحق في الحصول على تعويض نفدي عن العجز المؤقت عن العمل بسبب الوضع لمدة 90 يوماً وهو يماثل التعويض النفدي في حالة المرض من حيث القيمة. ولا يقتصر الأمر في السويد على التأمين الاجتماعي بل تأتي المساعدات الإجتماعية بعد ذلك مكملة لهذا النظام ولسد نقص في تشريع التأمين الإجتماعي وهناك الكثير من المنح النقدية التي يمكن الحصول عليها لشراء الغذاء اللازم والملابس الازمة للأطفال والأمهات ... الخ ولكن يشترط الحصول على هذه المنح أن تكون الأم محتاجة فعلا وأن تقدم طلبات للحصول على هذه المنح في ظرف ستين يوماً على الأقل من تاريخ الوضع.

هذا وتعتبر رعاية الأمومة في السويد نموذجا رائعاً للرعاية الإجتماعية في أروع صورها.

وفي المانيا (الغربيّة سابقاً) يشترط لكي تحصل الأم على مزايا تأمين الأمومة أن يكون مؤمناً عليها لمدة عشرة أشهر في خلال السنتين السابقتين لتاريخ الوضع كما يشترط أن يكون من بين هذه الشهور التأمينية العشرة ستة شهور على الأقل في العام السابق للوضع فإذا توافر هذا الشرط فإن تأمين الأمومة يشمل:

(أ) تكاليف العلاج والدواء والقابلة.

(ب) دفع منحة لمواجهة مضاعفات الحمل.

(ج) تعويض نفدي يدفع لمدة عشرة أسابيع منها أربعة أسابيع قبل الوضع " ميعاد الوضع " وستة أسابيع بعد الوضع وهو يعادل من حيث القيمة التعويض النفدي الذي يدفع في حالة المرض.

(د) أجر الرضاعة وتبلغ قيمته نصف التعويض السابق ويدفع طالما أن الأم ترضع طفلها الوليد ولكن لمدة أقصاها 26 أسبوع.

رابعاً: التعويض النقدي عن المرض

نوضح فيما يلي ما هو المقصود بالتعويض النقدي:

المقصود بالتعويض النقدي عن المرض:

المقصود هنا هو التعويض النقدي عن العجز المؤقت عن العمل الناشئ عن المرض. إن الخسائر المادية الناشئة عن المرض لا تقتصر على مجرد تكاليف العلاج ولكنها تمتد إلى الخسائر المادية الناشئة عن إنقطاع المؤمن عليه عن الذهاب إلى عمله بسبب المرض وقد يكون هذا العجز عجزاً عقلياً.

ويجب على التأمين الاجتماعي أن يهتم بهذه الخسائر وأن يوجه لها عناية خصوصاً بالنسبة لهؤلاء الأشخاص الذين يعولون أسرهم ، ولهذا فإن هذا التعويض النقدي لا يخص كل المؤمن عليهم شأنه في ذلك شأن تكاليف العلاج ولكنه يخص الطبقة العاملة فقط وبمعناها الواسع. فمثلا لا يجوز أن يحصل العاطل على هذا التعويض النقدي في حالة عجزه عن العمل أثناء مرضه. وكذلك لا يجوز أن يحصل الذين لا يعملون إطلاقا على هذا التعويض كأرباب المعاشات والأطفال والنساء اللاتي لا يعملن وإن كان هناك رأى قائل بأن ربة البيت إذا مرضت فإن الأسرة تتعرض لخسائر مادية نتيجة مرضها ولكنني لا أرى الأخذ بهذا الرأى لأن الأخذ به يحتاج إلى درجة عالية من الوعى التأميني ويزيد أعباء التأمين الصحي ولكن يمكن منح مبلغاً موحداً كتعويض عن العجز المؤقت الذي يصيب ربة الأسرة. وبالنسبة للطبقات العاملة فإن المشكلة في كثير من بلدان العالم قد حلت تماماً عن طريق إلزام رب العمل بدفع أجور ومرتبات العمال والموظفين أثناء فترة مرضهم على أن يتحملها التأمين الاجتماعي في بعضحيان.

وبالنسبة لبعض موظفي الحكومة فإن الموظف أو العامل يحصل على مرتبه أو اجره خلال فترة المرض بشرط ألا يتجاوز حداً معيناً وبعد هذا الحد يتعرض الدخل أولاً

للتناقص ثم بعد ذلك يحرم العامل أو الموظف من أجره أو مرتبه. وفي التأمين الخاص يكون الهدف من التعويض النقدي هو إحلال كل النقص في الدخل نتيجة المرض أو جزء منه أما في التأمين الاجتماعي يكون الهدف عادة هو تعويض جزء من الدخل وليس الدخل كله أو بمعنى أصح أن التأمين الاجتماعي يهدف أصلاً إلى ضمان حد أدنى لمستوى معيشة الفرد وأسرته في أثناء مرضه ومهما كانت الظروف فيجب ألا يتجاوز التعويض النقدي النقص في الدخل نتيجة المرض ، بل لو كان هناك تأميناً خاصاً يغطي النقص في الدخل بسبب المرض فيجب ألا يتجاوز مجموع ما يحصل عليه المؤمن له النقص في دخله ويتم ذلك عادة بأن يكمل التأمين الاجتماعي ما يدفع عن طريق التأمين الخاص.

فترة الانتظار:

وهي عبارة عن الفترة الأولى أو الأيام الأولى من أيام المرض وتعمل معظم نظم التأمينات الإجتماعية على عدم دفع أي نقود للمؤمن عليه عن هذه الفترة أولاً لأن المفروض هو أن المريض يستطيع من مدخلاته الخاصة أن يتحمل انعدام دخله أو نقصه بضعة أيام بسيطة ، كذلك للعمل على تقليل المصروفات الإدارية ولتجنب حالات سوء استخدام التأمين .

وتخالف هذه الفترة من نظام آخر وتتراوح بين 3 ، 14 يوماً.

العجز المؤقت عن العمل:

إن من أهم الأمور التي يجب أن نعتني بها هو تعريف العجز المؤقت عن العمل بسبب المرض لأن وجود العجز المؤقت هو الشرط الأساسي لمنح التعويض النقدي. والمقصود بالعجز المؤقت هنا هو عجز المؤمن له بصفة مؤقتة عن العمل بسبب المرض، ويقصد بالعمل هنا العمل الذي كان يزاوله المؤمن عليه مباشرة قبل حدوث المرض ، كما يقصد بالعجز إما عدم القدرة على مزاولة العمل إطلاقاً أو أن مزاولة العمل كالمعتاد تؤدي إلى تفاقم المرض ولهذا لا يوجد أى عجز عن العمل بالمعنى التأميني إذا كان السبب هو عدم وجود رغبة لدى المؤمن عليه للعمل به.

ومن ناحية أخرى يعتبر الشخص عاجزاً عن العمل حتى ولو كان في إستطاعته القيام بأي عمل آخر مخالفاً لعمله الأصلي فالمطرب الذي يفقد صوته لبضعة أيام بسبب نزلة بردية يعتبر عاجزاً عن العمل ولا يجوز لهيئة التأمين الصحي أن تطلب منه مزاولة أي عمل آخر وعلى هذا فإن مهنة المؤمن عليه تلعب دوراً كبيراً في تحديد عجزه أو عدم عجزه عن العمل.

تحديد قيمة التعويض النقدي:

تسير بريطانيا على نظام التعويض الموحد Flat Rate System بصرف النظر عن قيمة الدخل الصائم أي أن أجر المؤمن له لا يدخل في الحساب عند تحديد مقدار التعويض النقدي الواجب دفعه.

وأما في النرويج فنجد أن التعويض النقدي يتراوح بين 3 ، 10 كرونة حسب فئة الدخل التي ينتمي لها المؤمن عليه أي أن النظام هنا يرتبط بدخل الفرد من العمل.

وفي السويد يشترط لمنح التعويض النقدي ألا يقل دخل المؤمن عليه من عمله عن 1200 كرونة وأما بالنسبة للنساء المتزوجات اللاتي يعملن في منازلهم (ربات البيوت) فإنهن يحصلن على التعويض النقدي ولكن يشترط عدم حصولهن على معاش من الحكومة.

وتبلغ فترة الانتظار ثلاثة أيام في هذا النظام كما يبلغ الحد الأدنى للتعويض 3 كرونة ويمكن زيادته تبعاً لدخل المؤمن عليه ولكن الحد الأقصى يبلغ 20 كرونة يومياً بالنسبة للتسعين يوماً الأولى ، 12 كرونة يومياً بعد ذلك كما تمنح تعويضات إضافية إذا كان المؤمن عليه يعول أطفالاً أقل من 16 سنة ، وإذا وصل العجز المؤقت إلى درجة 50% يخضع التعويض النقدي إلى النصف.

ويلاحظ أن النظام في السويد يضع حد أدنى للتعويض معأخذ دخل المؤمن له في الحساب ولكن التعويض لا يزداد بنفس نسبة الدخل مراعاة للتضامن الاجتماعي.

وبالإضافة إلى الطرق السابقة فإنه يمكن تحديد التعويض بنسبة مئوية من الدخل الضائع مع وضع حد أدنى لهذا التعويض وأخذ فترة إنتظار معقولة في الحساب لأن هذا من شأنه أن يحد من التمارض مما يؤدي إلى زيادة الإنتاج.

خامساً: مصروفات الجنازة

ويقصد به التعويض الذي تدفعه هيئة التأمين الصحي عند وفاة المؤمن عليه أو أحد أفراد أسرته الذين يعولهم المؤمن عليه وذلك لمواجهة النفقات الضرورية المتعلقة بتشييع الجنازة.

وفكرة المساهمة في مصروفات الجنازة فكرة قديمة وتدلنا ورقة من أوراق البردي على وجود جمعيات في أيام قدماء المصريين أي منذ 4500 عام كانت تقوم بتغطية مصروفات الجنازة الخاصة بأعضاءها بل كانت تتجاوزها بإعطاء مساعدات مالية لورثة المتوفى.

وفي ألمانيا لا تقتصر وظيفة هذا التعويض على مجرد تغطية نفقات الجنازة بل يتجاوزها إلى تغطية نفقات الأسرة خلال الأيام الأولى لوفاة المؤمن عليه.

وأما التعويض النقدي عن وفاة رب الأسرة فإنه لا يدخل في نطاق التأمين الصحي ولكنه يدخل في فرع آخر من فروع التأمينات الإجتماعية وهو تأمين العجز والوفاة والشيخوخة.

سادساً: الأجهزة التعويضية

يقوم التأمين الصحي بتقديم الكثير من الأجهزة التعويضية للمرضى. ويمكن تقسيم هذه الأجهزة من وجهة النظر الإقتصادية إلى أقسام مختلفة:

النوع الأول:

ويشمل الأجهزة الضرورية للعلاج والتي لا يمكن أن يتم العلاج بدونها مثل الأحزمة الساندة للأطراف وأسندة الفتق وغيرها. ومثل هذه الأجهزة لاغنى عنها إطلاقاً من الناحية الصحية إذ أنها ترتبط بالعلاج ومن ثم من الضروري أن يقدمها التأمين الصحي للمؤمن عليه .

النوع الثاني:

ويشمل الأجهزة التي تعمل بصفة أساسية على زيادة الكفاية الإنتاجية للأعضاء المختلفة مثل سماعات الأذن التي تزيد من قدرة الأفراد من السمع والنظارات الصحية وأطقم الأسنان .

النوع الثالث:

وتشمل الأجهزة التي لا تؤدي بصورة مباشرة إلى زيادة الكفاية الإنتاجية للأعضاء الجسم كما لا تعتبر ضرورة أساسية من ضروريات الحياة ومن الأمثلة على ذلك العين الصناعية والشعر المستعار وغيرها.

وتحتفل أنظمة التأمين الصحي في العالم من حيث نظرتها إلى مدى إلتزام الهيئة بصرف هذه الأجهزة وإن كان لا يوجد خلاف حول ضرورة صرف النوع الأول.

أسئلة على الفصل الثالث

- 1-أذكر أهم المزايا التي يمنحها التأمين الصحي في معظم دول العالم؟
- 2-أذكر أهم أنواع الخدمة خارج المستشفيات؟
- 3-أذكر بإيجاز أهم الأنظمة المختلفة في العالم لتقديم خدمة الممارس العام؟
- 4-ما هي أهم المشاكل المرتبطة بخدمة الأخصائي؟
- 5-أذكر المشاكل المتعلقة بإختيار المريض للمستشفى؟
- 6-ما هو المقصود بالتعويض النقدي عن المرض؟
- 7-ما هي أهم عناصر تكاليف التأمين الصحي وما هي مصادر تمويلها؟

الفصل الرابع

واقع التأمين الصحي في العالم آليات التمويل - معوقات التطبيق

مقدمة:

يلعب التأمين الصحي الخاص دوراً هاماً ومتزايداً سواء في البلدان التي تتميز بانخفاض متوسط الدخل فيها أو تلك التي تتميز بارتفاعه ، إلا أن هذا الدور ليس من الواضح بدرجة كافية سواء لدى بعض الباحثين أو لدى متذبذبي القرار السياسي والاقتصادي.

وسوف نوضح فيما بعد كيف يمكن أن يتقوّق التأمين الصحي الخاص على التأمين الصحي العام كلما تم تنظيم سوق التأمين بشكل جيد وتم وضع الأسس الكافية والعادلة للإشراف والرقابة عليه. وقد يخفي على الكثيرين أن التأمين الصحي الخاص قد سبق التأمين الاجتماعي في أوروبا مما سمح لبلدانها بتطوير آليات و هيئات و كوادر ساهمت في إتاحة الرعاية الصحية على نطاق واسع.

لذلك فإن أهمية التأمين الصحي الخاص تبدو بشكل أكبر في الدول النامية ولا بد من استثماره لخدمة الصالح العام بشرط توافر التشريعات الفاعلة والكافية على أن يتم تركيز برامج التأمين الصحي العام على الفقراء والأفراد الأكثر تعرضاً والأشد تأثراً بالمرض.

يضاف إلى ما سبق أنه يمكن الاستفادة من خبرات الدول المتقدمة فيما يتعلق بإعتبار التأمين الصحي العام هو مرحلة انتقالية للتأمين الصحي الخاص بحيث تزيد قدرة التأمين الصحي العام من إدارة وتمويل الرعاية الصحية.

آليات تمويل التأمين الصحي:

إن الشغل الشاغل لتخاذل القرار في أي دولة هو وجود آلية لتمويل علاج المواطنين وتجنيبهم التعرض لأي أزمة مالية نتيجة المرض. وتتمثل آليات التمويل في ثلاثة مصادر:

1. الضرائب
2. الضمان الاجتماعي.
3. التأمين الصحي الخاص (سواء كان نظم لا تهدف إلى الربح، نظم تهدف إلى الربح أو نظم مجتمعية أو خاصة بالمجتمع المدني للتأمين الصحي) (١,٢)
ويختلف التأمين الصحي الخاص عن الضرائب والضمان الاجتماعي (والذين ننظر إليهما على أنهم يهدفان إلى تحقيق العدالة والمساواة بين المواطنين) في أنه:
 1. ليس متاحاً للجميع بل وليس متاحاً بدرجة متساوية.
 2. هناك العديد من المواطنين الذي ليس لديهم تأمين صحي خاص.
 3. مستوى الرعاية يختلف حسب القدرة المالية (الأغنياء يحصلون على مستوى خدمة أعلى).
 4. يزيد التأمين الصحي الخاص من الشعور بعدم المساواة.

وبالرغم من ذلك فإنه عندما يتم إدارته بشكل جيد فإنه يلعب دوراً كبيراً في مسألة المساواة والإتاحة في الدول النامية، ويوضح ذلك مما يلي:

أولاً: يمثل التمويل الفردي out of pocket المصدر الرئيسي والتقليدي لتمويل تكلفة العلاج وهو ما يمثل عبئاً كبيراً على رب الأسرة. ووجود تأمين صحي خاص (بمستوياته المختلفة) يجنب رب الأسرة هذا الإنفاق - بدرجة متفاوتة

- ويوفر له درجة حماية كبيرة سوف يفقدها في حالة عدم توافر نظام للتأمين الصحي الخاص⁽⁴⁾

ثانياً: تتفق العديد من الدول النامية ما قيمته في المتوسط 10 دولار أمريكي⁽⁵⁾ على الرعاية الصحية لكل شخص سنوياً في حين أن الحد الأدنى المطلوب هو 34 دولار أمريكي لتوفير الحد الأدنى للرعاية الصحية⁽⁶⁾

كما يتواجد لدى الدول النامية العديد من القطاعات (المنظمات) غير الرسمية التي تحد من عملية تحصيل الضرائب ، وبالتالي يؤدي ذلك إلى انخفاض حصيلة الضرائب والتي تمثل المصدر الرئيسي لتمويل نظم الرعاية الصحية الإجتماعية. وعندما يتم الإشراف والرقابة على التأمين الصحي الخاص بشكل كفؤ وفعال فإنها تساهم في نشر مفهوم وثقافة فكر العلاج مدفوع الأجر مقدماً بالإضافة إلى تجميع الأخطار وذلك لحين توافر التمويل اللازم للعلاج من خلال الموارد العامة (الدولة). كما تساهم فكرة قيام الأفراد بشراء التأمين الصحي الخاص في توفير التمويل من الموارد العامة لكي تستخدم في تمويل علاج الأفراد الأكثر عرضه للمرض والذين لا يتواجد لديهم التمويل اللازم.

ثالثاً: تاريخياً، فإن تطور نظم التأمين الإجتماعي في العديد من الدول المتقدمة قد بدأ بنظم تأمين خاصة لبعض الجماعات أو النقابات أو الطوائف⁽⁷⁾. ويفيد فهم التطور التاريخي في أن التوسيع التدريجي لنظم الحماية وللمؤسسات الإجتماعية يفيد في توسيع دائرة الحوار في الدول النامية خلال مرحلة تطورها تجاه نظم التأمين العامة.

رابعاً: مازال التأمين الصحي الخاص هاماً حتى بالنسبة للدول التي استطاعت أن توفر وتطبق نظم التأمين الشاملة (العامة) حيث يجب على متخذ القرار في هذه الدول أن يضمن أن النظم الخاصة هي نظم مكملة للنظم العامة المطبقة. وسوف نوضح فيما يلي وضع التأمين الصحي الخاص ومدى انتشاره على مستوى العالم وأهم خصائصه مما يبرر مدى الحاجة إلى

الاهتمام به نظراً للدور الهام الذي يلعبه في حياة الشعوب واستقرار النظم بها.

واقع التأمين الصحي في دول العالم

على الرغم من أن معظم دول العالم لديها أحد أشكال التأمين الصحي الخاص (8) إلا أن البيانات المتعلقة بإجمالي المنفق على التأمين الصحي الخاص، وعدد الأشخاص الذين لديهم تغطية من خلاله ، وقيمة الأقساط أو تأثيرها على نظم الرعاية الصحية لهذه الدول محدودة للغاية. وسوف نعتمد في سردنا التالي على البيانات المنشورة في حسابات التأمين القومية من خلال شبكة المعلومات على الموقع:

<http://www.who.int/bulletin>

ملاحظة: البيانات الموجودة في هذا التقرير ليست متوفرة عن كل الدول وقد لا تعبّر عن الواقع الفعلي في بعض الدول النامية إما لعدم وجود إشراف ورقابة عليه أو للبدء حديثاً في تسجيل البيانات.

مفهوم التأمين الصحي الخاص:

طبقاً لمفهوم منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية OECD Organization for Economic Co-operation and Development والتي تفرق بين التأمين العام والتأمين الخاص طبقاً لمصدر التمويل (9) حيث:

1. التأمين الخاص يتم تمويله من صاحب العمل أو رب المنزل وتدفع الأموال مباشرة إلى هيئة التأمين الخاص.
2. التأمين العام يتم تمويله بواسطة الدولة من خلال ضرائب عامة أو اشتراكات التأمينات الإجتماعية أو الموازنة العامة.

ويتميز التأمين الصحي الخاص في الغالب بأنه اختياري ، وأن الجهة التي تقوم به تهدف إلى الربح وذلك بخلاف التأمين العام أو الاجتماعي الذي غالباً ما يتميز بأنه إجباري ويمول من موارد عامة ويدار بواسطة هيئة عامة.

ومع هذا فإن هناك استثناء لهذه القاعدة (8) فمصطلح التأمين العام يستخدم هنا ليضم جميع الأنظمة التي تتصف بأنها نظم تأمين اجتماعي Social أو نظم تأمين قومية National Insurance .

معايير تقسيم التأمين الصحي:

يمكن أن يتم تقسيم التأمين الصحي (عام أم خاص) طبقاً لمعايير ثلاثة:

1. بحسب ما إذا كان التأمين إجباري أم اختياري.
2. بحسب ما إذا كان يتم تحويل الخطر طبقاً لدرجة الخطورة (كل شخص يساهم حسب درجة خطورته Risk Rated أم التمويل بغض النظر عن الحالة الصحية (جيدة أم سليمة: Community Rated) أو يتم التحويل حسب الدخل (أصحاب الدخول الأكبر يدفعون أكثر من ذوي الدخول المنخفضة – الاشتراك نسبة من الدخل أو لا يوجد اشتراك لذوي الدخول المنخفضة) Income Based.
3. الهيئة التي تدير النظام هل تديره بشكل تجاري - تهدف إلى الربح- أم هيئة خاصة لا تهدف إلى الربح أم هيئة عامة أو شبة عامة.

أهم الملاحظات على التأمين الصحي الخاص:

1. أن التأمين الخاص يكون اختيارياً أما العام فيكون إجبارياً ولكن ليس في جميع الحالات ففي سويسرا وأوروجواي فإن التأمين الخاص إجباري (كما هو الحال بالنسبة للتأمين العام) بينما نجد أن التأمين العام في المكسيك اختيارياً.
2. فيما يتعلق بالاشتراكات نجد أن التأمين الخاص يحدد الاشتراكات حسب درجة الخطورة لكل مشترك Risk Rated أو بغض النظر عن الحالة الصحية .Community Rated

أما الاشتراكات في التأمين العام ف تكون حسب الدخل Income Based ولكن أيضاً ليس في جميع الحالات ، ففي شيلي يمكن للأفراد شراء التأمين الخاص بغض النظر عن الحالة الصحية Community Rated أي ضمن مجموعة بسعر موحد .

3. بالنسبة لإدارة التأمين نجد أنه في كل من استراليا والهند وايرلندا فإن أكبر شركات التأمين الخاصة مملوكة للدولة وأن هناك العديد من نظم التأمينات الإجتماعية والتي تموّل من موارد عامة إلا أنها تدار بواسطة هيئات خاصة.

بالإضافة إلى التقسيمات الثلاثة السابقة فإن التأمين الخاص يمكن أن يقسم بطريقة أخرى حسب الأدوار التي يلعبها بالنسبة لتمويل التأمين الصحي، فحسب مفهوم منظمة التعاون الاقتصادي OECD فإنه يوجد أربعة أنواع للتأمين الصحي: أولي أو أساسي Primary، ومزدوج أو مضاعف Duplicate وتكميلي Complementary وأخيراً إضافي Supplementary ، وبمعنى آخر فإنه يمكن تقسيمهما إلى مجموعتين:

المجموعة الأولى: التأمين الخاص الأساسي أو الأولي Primary Coverage **المجموعة الثانية :** التأمين الخاص الثانوي Secondary Coverage ويضم Duplicate، Complementary and المزدوج والتكميلي والإضافي Supplementary .

المجموعة الأولى: التأمين الخاص الأساسي أو الأولي:

هذا التأمين الخاص هو أبسط أشكال تجميع الأخطار بالنسبة لقطاع من المجتمع ، فعلى سبيل المثال في الولايات المتحدة نجد أن التأمين الخاص يمثل التغطية الأساسية لغير الفقراء الذين يقل عمرهم عن 65 سنة بينما في هولندا نجد أن الأسر غير المؤهلة للتأمين العام من المرضى يشترون التغطية الأساسية ⁽⁷⁾ وفي الغالب نجد أن التغطية الأساسية تغطي تلك الأخطار التي يغطيها التأمين الصحي العام.

المجموعة الثانية: التأمين الثانوي:

هذا التأمين الخاص يكمل التغطية الموجودة في ظل التأمين العام حيث يغطي في الغالب التكاليف التي لا يغطيها التأمين العام مثل: مساهمة (المؤمن عليه) ، تكاليف الأدوية للعيادة الخارجية غير المغطاة أو علاج الأسنان أو قد تعطى ميزة العلاج بشكل أسرع سواء من خلال التأمين العام او الخاص (كما في استراليا وبريطانيا) حيث يستطيع المؤمن عليه طبقاً للتأمين الثانوي أن يحصل على الخدمة بشكل أسرع سواء لدى المتخصصين أو بعض المستشفيات المتافق عليها.

تحليل الوضع الحالي للتأمين الصحي على مستوى العالم

أولاً: تحليل الوضع الحالي للتأمين الصحي حسب مستويات الدخول:

Variation by Income Level

في عام 2001 فإن عدد الدول التي بها تأمين صحي خاص تزيد مساهمته عن 5% من تكاليف الرعاية الصحية قد بلغ 39 دولة (أنظر الجدول) ومن بين هذه الدول فإن ما يقرب من نصفهم (46%) ينتمي لأصحاب الدخول الدنيا (ساحل العاج ،أندونيسيا ، كينيا ، مدغشقر ، مالي ، زمبابوي) أو أقل من الدخول المتوسطة (ألبانيا ، البرازيل ، كولومبيا ، جاميكا ، المغرب ، ناميبيا ، باراجواي ، بيرو ، الفلبين ، جنوب إفريقيا ، تونس ، تركستان) أو أعلى من الدخول المتوسطة (الأرجنتين ، بتسوانا ، شيلي ، لبنان ، بينما ، المملكة العربية السعودية ، وأورجواي) أو من أصحاب الدخول المرتفعة (إستراليا ، النمسا ، البحرين ، بارابادوس ، كندا ، فرنسا ، ألمانيا ، أيرلندا ، هولندا ، نيوزيلندا ، سلوفينيا ، سويسرا ، الولايات المتحدة الأمريكية) . وبالطبع فإن الدور الذي يلعبه التأمين الخاص يختلف حسب درجة ثراء الدولة وحسب تطور مؤسساتها ، ففي الدول التي تتصف بالدخل الدنيا أو المتوسطة فإن التأمين الصحي الخاص يمثل الشكل الوحيد لجمعية الأخطار والذي

يوفِر التغطية للطبقة العاملة، ويختلف هذا بالطبع عن التأمين الذي كان موجوداً في غرب أوروبا في القرن التاسع عشر والذي كان يباع من خلال هيئات التأمين التبادلي **أصحاب العمل واتحادات العمل** Mutual Assouation.

جدول يوضح الدول التي تنفق على التأمين الصحي الخاص ما يزيد عن 5% من المنفق على التأمين الصحي حسب مستويات الدخل

الدول	مستوى الدخل
ساحل العاج، إندونيسيا، كينيا، مدغشقر، مالي، زيمبابوي	أ. الدول ذات مستوى الدخل المنخفض
ألبانيا، البرازيل، كولومبيا، جامايكا، المغرب، ناميبيا، الأوروغواي، بيرو، الغابون، جنوب أفريقيا، تونس، تركستان	ب. الدول ذات مستوى أقل من المتوسط
الإرجنتين، يوتونا، شيلي، لبنان، بنما، المملكة العربية السعودية، أورجواي	ج. الدول ذات مستوى الخل فوق المتوسط
استراليا، النمسا، البحرين، باربادوس، كندا، فرنسا، ألمانيا، أيرلندا، هولندا، نيوزيلندا، سلوفينيا، سويسرا، الولايات المتحدة	د. الدول ذات مستوى الدخل المرتفع

*المصدر *National Health Accounts, 2001, WHO*

* تم الحصول على مجموعات الدول حسب مستوى الدخل من *The world Bank, 2004*

ففي عام 1880م كان 10% من قوة العمل في سويسرا مغطاة بتأمين خاص من خلال جمعيات الأخوة ⁽¹¹⁾ Friendly Societies، وفي ألمانيا نجد أن بسمارك قد أسس أول نظام للتأمين الاجتماعي ووفر الدعم المالي له لعلاج

أمراض المهنـة وإصـابة العمل (بـما فيـها تـغطـية الأمـراض السـابـقة) (12) وـعـلـى العـكـسـ من ذـلـكـ فإنـ التـأـمـينـ الـخـاصـ كانـ يـقـدـمـ التـغـطـيـاتـ الثـانـوـيـةـ أوـ التـكـمـيلـيـةـ فيـ الدـوـلـ الـغـنـيـةـ (أـصـحـابـ الـدـخـولـ الـمـرـتـقـعـةـ) لـنـظـمـ التـأـمـينـ الـعـامـةـ (الـمـمـوـلـةـ مـنـ الدـوـلـ) السـائـدـةـ فـيـهاـ.

وـفـيـ فـرـنـسـاـ نـجـدـ أـنـ 86ـ%ـ مـنـ عـدـدـ السـكـانـ يـشـتـرـيـ تـأـمـينـ خـاصـ لـتـغـطـيـةـ حـصـتـهـ التـيـ يـدـفـعـهـاـ فـيـ التـأـمـينـ الصـحـيـ الـعـامـ بـيـنـماـ فـيـ هـولـنـداـ فـإـنـ أـكـثـرـ مـنـ 90ـ%ـ مـنـ السـكـانـ يـشـتـرـيـ تـأـمـينـ سـوـاءـ لـتـغـطـيـةـ الـأـخـطـارـ الـأـوـلـيـةـ أوـ التـكـمـيلـيـةـ (13)ـ.ـ وـعـمـومـاـ فـإـنـاـ نـجـدـ أـنـ الدـوـلـ ذـاتـ الدـخـولـ الـمـرـتـقـعـةـ تـقـوـمـ بـإـشـرـافـ وـرـقـابـةـ صـارـمـةـ عـلـىـ سـوقـ التـأـمـينـ الصـحـيـ خـاصـةـ بـالـنـسـبـةـ لـتـغـطـيـةـ الـأـخـطـارـ الـأـوـلـيـةـ (14ـوـ15ـوـ16ـ)

ثـانـيـاـ:ـ تـحـلـيلـ الـوـضـعـ الـحـالـيـ لـلـتـأـمـينـ الصـحـيـ حـسـبـ الـمـنـطـقـةـ الـجـفـافـيـةـ:

1. أمريكا اللاتينية:

يـوـجـدـ فـيـ أـمـريـكاـ الـلـاتـينـيـةـ أـكـبـرـ نـسـبـةـ مـنـ الدـوـلـ التـيـ تـتـفـقـ عـلـىـ التـأـمـينـ الصـحـيـ الـخـاصـ مـاـ يـزـيدـ عـنـ 55ـ%ـ مـنـ إـجـمـالـيـ الـمـنـفـقـ عـلـىـ التـأـمـينـ الصـحـيـ.ـ وـقـدـ اـعـمـدـتـ إـسـتـرـاتـيـجـيـاتـ فـيـ الـعـدـيدـ مـنـ دـوـلـ هـذـهـ الـقـارـةـ لـإـصـلـاحـ التـأـمـينـ الصـحـيـ خـالـلـ الـعـقـدـيـنـ الـأـخـيـرـيـنـ عـلـىـ خـطـةـ صـرـيـحةـ لـاستـقـطـابـ الـمـوـارـدـ الـخـاصـةـ وـالـإـعـتـمـادـ عـلـىـ التـأـمـينـ الصـحـيـ الـخـاصـ لـتـضـخـ فـيـ قـطـاعـ التـأـمـينـ الصـحـيـ وـمـنـ بـيـنـ هـذـهـ الـخـطـطـ تـشـجـعـ شـرـكـاتـ التـأـمـينـ الـأـجـنبـيـةـ وـشـرـكـاتـ إـدـارـةـ الرـعـاـيـةـ الصـحـيـةـ عـلـىـ الـاسـتـثـمـارـ فـيـ هـذـاـ الـمـجـالـ إـلـاـ أـنـ الـعـدـيدـ مـنـ هـذـهـ الدـوـلـ لـمـ تـتـجـحـ فـيـ سـنـ التـشـرـيـعـاتـ الـلـازـمـةـ لـلـإـشـرـافـ وـرـقـابـةـ الـكـافـيـةـ وـالـمـنـاسـبـةـ عـلـىـ هـذـهـ الـشـرـكـاتـ وـلـتـحـقـيقـ الـعـدـالـةـ وـالـحـمـاـيـةـ لـلـمـتـعـالـمـيـنـ مـعـهـاـ (17)ـ وـقـدـ بـذـلتـ فـيـ الـأـوـنـةـ الـأـخـيـرـةـ الـعـدـيدـ مـنـ الـمـحاـوـلـاتـ لـتـصـحـيـحـ هـذـهـ الـأـوـضـاعـ إـلـاـ أـنـهـاـ لـمـ تـحـقـقـ الـهـدـفـ الـمـنـشـودـ مـنـهـاـ.

2. أفريقيا والشرق الأوسط:

يـمـثـلـ تـمـوـيلـ التـأـمـينـ الصـحـيـ الـخـاصـ فـيـ أـفـرـيـقيـاـ حـوـالـيـ 20ـ%ـ مـنـ الـمـنـفـقـ

على التأمين الصحي في كل من : ناميبيا، جنوب أفريقيا وزيمبابوي. ويوجد أيضاً سوق أكبر للتأمين الصحي الخاص في كل من بتسوانا، ساحل العاج، كينيا، مدغشقر ومالي. وتنشر بكثرة نظم التأمين الصحي التبادلية أو التعاوية (المجتمعية) في السنغال وبعض الدول الأخرى (12,18).

ولقد بدأت مسألة الخصخصة والتحرير الاقتصادي تلعب دوراً كبيراً في أفريقيا تجاه النظرة إلى القطاع الخاص وإعطائه الحرية والمرونة ليلعب دوراً أكبر في التنمية ولكن تبرز مشكلة ضعف الرقابة على التأمين الخاص مما يتربّ عليه إمكانية استغلال حملة الوثائق وارتفاع الأسعار. ويوجد في شمال أفريقيا والبحرين ولبنان والمغرب وال سعودية وتونس سوق واعد بالنسبة للتأمين الصحي الخاص. كما أن بعض الدول في مرحلة الدراسة بخصوص فتح أسواقها للشركات المحلية والأجنبية لكي تواجه الطلب الكبير على هذا التأمين والذي مصدره تزايد قوة العمل الوافدة والارتفاع في مستويات الدخول.

3. آسيا:

يمثل التأمين الصحي الخاص تحدياً كبيراً حيث توجد في هذه المنطقة من العالم أعلى نسبة إنفاق من الجيب على out of pocket على التأمين الصحي مقارنة بإجمالي المنفق على التأمين الصحي ، لذا يمكن القول بأن هناك فرصة كبيرة في آسيا يمكن أن يلعبها التأمين الصحي الخاص من خلال تجميع الأخطار وزيادة نسبة المشتركين. ولذلك فإنه في ظل نمو التأمين الصحي الخاص بشكل أكبر من التطور الذي يجب أن يصاحبه في مجال الإشراف والرقابة فإنه يمكن أن يؤدي ذلك إلى زيادة الأسعار من ناحية وإلى حدوث ظاهر الانتقاء Cream Enrolling only Skimming Profitable Low-Risk Clients. وعلى الرغم من عدم توافر بيانات عن العديد من هذه الدول فيما يتعلق بالتأمين الصحي الخاص إلا أن التقديرات توضح أن الهند بها أكبر نسبة من المؤمن عليهم تأمين صحي خاص حيث تصل نسبتهم إلى 3,3 % أي 33 مليون مؤمن عليه (20).

وتعتبر الفلبين أكبر دولة في قارة آسيا فيما يتعلق بنسبة المنفق على التأمين الصحي الخاص مقارنة بإجمالي المنفق على التأمين الصحي حيث تبلغ هذه النسبة 10.8 % تليها جمهورية كوريا بنسبة 9.5 % ثم استراليا بنسبة 7.8 % ثم نيوزيلاند بنسبة 6.2 % وأخيراً إندونيسيا بنسبة 6.1 %.

وأخيراً فإن هناك العديد من الدول الآسيوية ومن أمثلتها الصين التي بدأت في فتح أسواقها لنظم التأمين الصحي الخاص بجانب نظم التأمين الصحي المجتمعية والتي تعد من التجارب الناجحة.

4. مناطق أخرى شرق أوروبا ووسط آسيا:

بدأت العديد من دول شرق أوروبا ووسط آسيا في التفكير جدياً في فتح أسواقها للتأمين الصحي الخاص فيما يتعلق بالتغطيات الإضافية أو الثانوية (21) وفي سلوفينيا حيث يوجد واحد من أفضل نظم التأمين الصحي الخاص فقد بلغت نسبة المنفق على التأمين الصحي الخاص 15% من إجمالي المنفق على التأمين الصحي عام 2001 كما في ألبانيا 12% وفي تركستان 7%.

الدول التي تنفق أعلى نسبة على التأمين الصحي الخاص

هناك 7 دول أنفقت في عام 2001 ما يزيد عن 20% من إجمالي المنفق على الصحة من خلال التأمين الصحي الخاص (المصدر: نسبة المنفق على التأمين الصحي الخاص (Natalor Health Accounts 2001, WHO 2004) حيث نجد أن كل دولة من هذه الدول السبع قد استخدم التأمين الصحي الخاص الأولى لتغطية قطاع من المجتمع.

ومن ناحية الأمور المثيرة من البيانات السابقة أن دولة مثل زيمبابوي وهي من الدول التي تتميز بانخفاض متوسط الدخول بها يبلغ متوسط إنفاق كل شخص على الرعاية الصحية مبلغ 142 دولار سنوياً بينما نجد أن أعلى إنفاق على الرعاية الصحية

موجود في الولايات المتحدة الأمريكية حيث يصل إلى 4887 دولار لكل فرد سنوياً
(22)

ويلاحظ على الدول السبع السابقة أن ثلاثة منها هي دول أفريقية متغيرة (ناميبيا، جنوب أفريقيا، زيمبابوي) وأن ثلاثة من أمريكا الجنوبية (البرازيل، شيلي، أوروغواي) وأن هذه الدول ست يهاجر إليها عدد كبير من المواطنين الأوروبيين (23) وربما يكون ذلك هو السبب لارتفاع متوسط نصيب الفرد من المنفق على الرعاية الصحية، ولكن الدول التي في أمريكا الجنوبية قد حصلت على استقلالها قبل الدول الأفريقية وبالتالي تطورت مؤسساتها التأمينية الصحية عبر فترة طويلة ومتزامنة مع التطور في أوروبا بعكس الدول الأفريقية التي نشأت نظمها التأمينية في ظل الاحتلال وبالتالي لم تتطور في ظل الاستقلال إلا منذ عقود قريبة.

كما يجب أن نلاحظ أنه في الدول الثلاثة الأفريقية فإن التأمين الصحي الخاص وإن كانت نسبة المنفق عليه عالية بالنسبة للمنفق على الرعاية الصحية إلا أنها تغطي نسبة بسيطة من السكان (ففي زيمبابوي على سبيل المثال فإن 8% من السكان هم الذين اشتروا تأمين صحي خاص إلا أنهم نسبة ما أنفقوا يمثل 21%) من إجمالي المنفق على الرعاية الصحية (24)

ويستفيد العمل في القطاعات الرسمية بنسبة أكبر من هذا التأمين حيث بلغت نسبتهم 17% من لديهم تأمين صحي خاص (3) ونفس الوضع في ناميبيا حيث يغطي التأمين الصحي الخاص أولئك الذي يعملون في القطاعات الرسمية (25)

أما جنوب أفريقيا فإن لها خبرة تزيد عن مائة عام من التأمين الصحي الخاص ممثلة في التأمين التبادلي Mutual Incuses ويطلق عليه النظم الصحية Medical Schemes أو جمعيات المساعدة الصحية Medical Aid Societies ، والسبة الأكبر المستفيدة من هذه النظم تتتمي لأصحاب الدخول لأقل من عشر متوسط الدخول (من هم دخولهم الأقل 10% من الدخول).

وفي جميع هذه الدول فإن النظم العامة تغطي الفقراء مع الأخذ في الإعتبار وجود اختلاف سواء في نوعية الخدمة أو في سهولة الوصول لها والحصول عليها. وفيما

يتعلق بالإشراف والرقابة على التأمين الصحي الخاص فإن النظم موجودة في جنوب أفريقيا. وفي عام 2002 فقد اقترحت الحكومة إصلاحات جوهرية تهدف إلى التحول إلى تغطية صحية شاملة مما يمهد إلى تطور وتحول التأمين الصحي الخاص إلى نظام تأمين اجتماعي إجباري. (26 ، 27)

وبخلاف الدول شبة الصحراوية ، فإن دول أمريكا اللاتينية الثلاث السابق ذكرها (البرازيل وشيلي وأوراجواي) يوجد بها سوق تأمين صحي خاص أكبر حيث تعتبر أورجواي من الدول الفريدة في نظم التأمين الصحي حيث أن التأمين الصحي الخاص بها إجبارياً ويغطي حوالي 60% من السكان. وهذا النظام يكمله نظام صحي عام (ممول من الدولة) لتغطية الطبقات الفقيرة وتغطية من يزيد عمرهم عن سن معين (المسنين) (28) .

ويجب الأخذ في الاعتبار أن أوراجواي لها خبرة كبيرة في مجال التأمين الصحي والإشراف والرقابة عليه بهدف جعل مؤسسات التأمين الخاص (المؤمنين أو الشركات الخاصة) وسيلة لتحقيق السياسة العامة.

أما في شيلي فإن دور التأمين الصحي الخاص في تمويل الرعاية الصحية واضح ويسمح لهؤلاء الذين يتحملون تكاليفه بأن يختاروا الخروج من نظم التأمين الصحي العامة وشراء التأمين الصحي الخاص (29)

وعلى العكس من ذلك نجد في البرازيل أن التأمين الصحي الخاص قد نما بقوة على الرغم من توجه الدولة نحو إنشاء نظام قومي شامل ممول تمويل عام. ومع هذا فقد نشأ التأمين الصحي الخاص في كل من البرازيل وشيلي في ظل مناخ تبدوا فيه الإشراف والرقابة شبة محدودة مما أدى إلى حدوث فشل كبير لسوق التأمين الخاص خلال التسعينيات مما حدا بهاتين الدولتين إلى فرص رقابة أشد على السوق (30) .

وتعتبر الولايات المتحدة الأمريكية هي الدولة الوحيدة من الدول التي تتميز بمتوسط بالدخل العالية التي تعتمد على التأمين الصحي الخاص لتوفير الرعاية الصحية لمواطنيها حيث يبلغ نسبة السكان الذين يحصلون على رعاية صحية من خلال التأمين الصحي الخاص أكبر من 70% من السكان منهم 64% من خلال نظم

تأمين خاصة بالعمل ⁽³¹⁾ ، ومع هذا فإن متوسط نصيب الفرد من المنفق على الرعاية الصحية العامة لا يختلف كثيراً عن نظيره في دول منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية ويتم تغطية الأشخاص المسنين والعاجزين والفقراء وذلك من خلال برامج خاصة مثل Medicad و Medicare بالإضافة إلى المستشفيات العامة والعيادات المجتمعية.

ويؤخذ في الاعتبار أن سوق التأمين الصحي الخاص الأمريكي هو سوق يخضع لإشراف ورقابة صارمة ومعظم الولايات تفرض نظام التسعير للمجموعة وحسب خبرة المنطقة Community Rating ولا تسمح أن يكون السعر حسب درجة الخطورة بنسبة 100% Fully Risk-Rated.

كما أن 75% من الولايات تفرض على شركات التأمين الخاص توفير التغطية لجماعات معينة بغض النظر عن الحالة الصحية للأفراد ، ولذلك فإن حوالي 50% من الولايات قد أقامت مجمعة تأمين لتغطية التجمعات ذات درجة الخطورة العالية والتي تمول من خلال فرض أسلوب إعادة تقييم القسط آخر العام للمؤمنين بحيث يأخذ جزء من الفائض لديهم لتمويل هذا الخطر.

وعلى الرغم من اختلاف الدول السبع السابقة من حيث متوسط دخل الفرد فإن نسبة من لديهم تأمين صحي خاص ومدى كفاءة وكفاية الإشراف والرقابة فيها يوجد بينهم تشابه في نقطتين هما:

الأولى: أن التأمين الصحي الخاص يقدم التغطية الأولية للعاملين ولأسرهم.

الثانية: أن الأشخاص الأكثر عرضة للخطر يتم تغطيتهم من خلال برامج عامة ممولة.

أهم المعوقات التي تواجه التأمين الصحي بشكل عام

1. ارتفاع تكلفة الرعاية الصحية:

- تزايد التكلفة بشكل كبير عبر الزمن بنسبة تزيد عن نسبة الزيادة في النمو الاقتصادي.
- ارتفاع أقساط التأمين الصحي بنسبة تزيد عن نسبة التضخم.
- تعدد التعاقد التي تؤدي إلى زيادة تكلفة التأمين الصحي ومنها:
- ارتفاع تكلفة العلاج داخل المستشفى وخارجها العيادة الخارجية أو الأطباء أو المستوصفات.
- ارتفاع الأدوية
- ارتفاع كشف الأطباء

2. وجود العديد من المواطنين بدون تأمين صحي:

- وجود العديد من المجموعات بدون تأمين صحي مثل: المغتربين، الشباب، أصحاب الدخول المنخفضة.
- وجود العديد من المواطنين بدون تأمين صحي لعدم القدرة على تحمل تكاليفه
- وجود العديد من المواطنين بدون تأمين صحي لرفض التأمين لهم.
- وجود العديد من المواطنين بدون تأمين صحي لعد قناعتهم بأهمية التأمين الصحي أو بالاحتياج له.
- عدم معرفة العديد من المواطنين بأنهم مشمولين بالتأمين الصحي لهم.

3. التباين في مستوى الخدمة الصحية:

- اختلاف الخدمة الصحية المقدمة حسب المكان والشخص.
- اختلاف الخدمة الصحية المقدمة من دولة لأخرى.
- عدم حصول المواطنين على الخدمة المستوى المطلوب

- عدم التزام الأطباء بالقواعد والممارسات المهنية السليمة لمعالجة الأمراض.

4. عدم كفاءة النظام:

- ارتفاع التكلفة الإدارية للتأمين الصحي نظراً لارتفاع الأجر.
- العديد من الأوراق والنداءات التي يعدها لأداء خدمات كل من مقدم الخدمة المؤمن.
- تكرار العديد من الفحوصات والأدوية.
- الغش وإساءة استخدام النظام بواسطة مقدموا الخدمة المستأمينين.

معوقات التأمين الصحي التي تواجه متخذ القرار في الدول النامية

يعتبر التأمين الصحي الخاص أكثر انتشاراً من التأمين الصحي العام ، والواقع الفعلي يوضح أن العديد من دول العالم النامي يوجد بها برامج تأمين صحي خاص توفر الحماية للطبقة المتوسطة وتقدم حماية مالية لبعض الفقراء بها.

فالعديد من دول العامل المتقدم تستخدم التأمين الخاص لملأ الفراغ في برامج التأمين العامة ولمواجهة الطلب المتزايد على الخدمات الصحية.

فمتخذ القرار في الدول النامية يفكرون فيما إذا كان من الأفضل السماح للتأمين الخاص بالظهور والتطور (إن كان موجوداً) وكيف يمكن إدارة السوق وتنظيمه والإشراف والرقابة عليه.

وهناك العديد من النقاط التي يجب الاستفادة منها من خلال استعراض التجارب الدولية السابقة:

أولاً: لا توجد دولة متوسط الدخل فيها مرتفع أو متوسط تستخدم التأمين الصحي الخاص كتغطية أولية بالنسبة للطبقات الفقيرة أو الأكثر تعرضاً للخطر. فحتى في

الولايات المتحدة والتي بها أكبر سوق للتأمين الخاص في العالم فإن الطبقة الفقيرة والمسenين يتم تغطيتهم من خلال برامج ضخمة ممولة تمويلاً عاماً ، وعليه فإن التأمين الخاص مثله مثل أي برنامج تأمين اجتماعي يوفر فرصة لهؤلاء الذين يعملون لهؤلاء الذي يمكنه تحمل تكاليفه بالمساهمة المباشرة في تكاليفه وبالتالي يقوم التأمين الخاص كميكانيزم لتدبير التمويل الخاص اللازم لمواجهة الطلب المتزايد على نظم الرعاية الصحية.

وفي الدول ذات الموارد المحدودة فإن الملاذ الأول والأخير يكون في استخدام الضرائب لتمويل تكاليف الرعاية الصحية للفقراء.

ثانياً: إن مسؤولية الدولة عن التأمين الصحي هي في غاية الأهمية والحساسية فيما يتعلق بمدى كفاءتها. ففي الدول المتقدمة والتي يلعب التأمين الصحي الخاص فيها دوراً كبيراً ويعطي قطاعاً كبيراً من المجتمع فإن الدولة تتدخل بقوة لضمان الحماية والعدالة للمؤمن عليهم. فمن خلال السياسات والحوافز والإشراف والرقابة فإن هذه الدول تجند أو تميل إلى استخدام التأمين الخاص لتحقيق الأهداف العامة وخاصة (الإتحاد العادلة (8)

ومع التسليم فإن المؤسسات المسؤولة عن القيام بمهمة الإشراف والرقابة على هذه المؤسسات في الدول النامية مازالت مؤسسات ضعيفة إلا أنه يمكن القول بأن مسؤولية الإشراف والرقابة على هذه المؤسسات هو أسهل بكثير من إدارة الدولة للمستشفيات والعيادات العامة بكفاية وكفاءة عالية.

ومن خلال التجارب في كل من ألمانيا والسويد وهولندا يتضح لنا أنه كلما اتجهت الدول نحو تطبيق التغطية الشاملة فإن دور التأمين الصحي الخاص سوف يتغير ، فكلما كان التمويل العام منخفضاً كلما استطاع التأمين الصحي الخاص أن يقوم بدور محوري انتقالي من خلال توفير البنية التحتية والحماية المالية لقطاع معين من المجتمع وبالتالي يسمح هذا بتوجيه الموارد المحدودة من الضرائب إلى الصالح العام وإلى المجموعات الأكثر تعرضاً للخطر والأقل دخلاً.

ومما لا شك فيه أن المؤسسات ونظم المعلومات والمهارات التي تستخدمها الدولة في البداية للإشراف والرقابة على التأمين الصحي الخاص سوف تقيد لاحقاً في الإدارة والإشراف والرقابة على النظم العامة خاصة عندما تتوسع وتشعب هذه النظم التأمينية العامة.

وبغض النظر عما إذا كانت الدولة تأخذ في اعتبارها استخدام التأمين الصحي الخاص كمرحلة انقاليّة (وسيلة للتبؤ بما سيحدث للنظم العامة) تجاه التحول إلى أو تطوير التوسيع في نظم التأمين العامة فإنه لا يمكن إغفال دور التأمين الصحي الخاص الذي يمثل الآن وسيمثل في المستقبل عنصراً فاعلاً في تمويل تكاليف الرعاية الصحية.

وفي النهاية يمكن القول بأن التحدي الأكبر فيما يتعلق بالمقارنة بين نظم التأمين الصحي الخاصة وال العامة هو في طريقة استخدام والتعاطي مع التأمين الصحي الخاص من قبل الدولة.

أنواع التأمين الصحي

1. فردي أو جماعي.

2. عام أو خاص.

التأمين الصحي الفردي:

- يشتريه من ليس لديه عمل.

- يشتريه العمال المتقاعدين.

- يشتريه طلاب الجامعة.

التأمين الصحي الجماعي: يختلف عن الفردي فيما يلي:

- يغطي عدة أشخاص في وثيقة واحدة.
- تكون تكلفته أقل من تكلفة الفردي (نفس الوثيقة).
- عدم الحاجة إلى إثبات الصلاحية التأمينية.
- يتم استخدام التسuir على أساس الخبرة.

أهم خصائص التأمين الجماعي فيما يتعلق بالاكتتاب:

- يجب أن لا يكون الأفراد الراغبين في التأمين قد اجتمعوا فقط لهذا السبب.
- أن يكون هناك تدفق من الأفراد الداخلين في النظام.
- يتم تحديد المزايا طبقاً لمعادلة.
- أن يتم اشتراك نسبة على الأقل من العاملين: للعاملين كل الوقت ،
- أن يكون قد أدى فترة التدريب
- أن يقدم على التغطية خلال فترة معينة بدون صلاحية وإلا يجب الكشف الصحي
- ألا يسدد الأعضاء كل التكلفة (مساهمة صاحب العمل)
- أن يكون من السهل إدارة النظام (البرنامج)

طرق تقديم التأمين الصحي

يتم تقديم التأمين الصحي من خلال:

- 1- شركات التأمين.
- 2- الدولة.
- 3- منظمات المجتمع المدني التي لا تهدف إلى الربح.

- 4- منظمات تهدف إلى الربح.
- 5- تأمين ذاتي من خلال صاحب العمل مع عمل تأمين تجاوز الخسارة.

مفهوم التأمين الصحي الخاص

التأمين الصحي الخاص هو آلية للأشخاص يمكن استخدامها في:

1. حماية أنفسهم من التكاليف المادية الفادحة للرعاية الصحية في حالة تعرضهم للمرض.
2. ضمان وجود حماية عند الحاجة للرعاية الصحية.
3. ضمان وجود حماية لجميع وليس للأغنياء فقط حيث لا يستطيع الغالبية تحملها بـإثناء الأغنياء في حالة التعرض للمرض وخاصة الخطيرة منها.

كيف تعمل منظومة التأمين الصحي

يتم تجميع الخطر لمجموعة كبيرة من الأفراد ثم يتم توزيع الخسارة المحتملة الكبيرة التي يتعرض لها البعض على الكل وبالتالي يصبح نصيب كل عضو صغيراً (وغالباً ما يقوم صاحب العمل بسدادها أو سداد معظمها).

هذه الآلية لتوزيع الخطر تجعل نصيب كل فرد صغيراً وبالتالي محتملاً (تستطيع غالبية الأفراد تحملها).

حصول كل عضو على كارت للعلاج يجعله قادراً على الحصول على الخدمة عند الحاجة إليها لأن تقديم الكارت لمقدم الخدمة يعني أن المريض لديه القدرة على تحمل تكاليف العلاج.

يعلم مقدمي خدمة الرعاية الصحية بأن علاج المريض الذي لديه تغطية صحية يضمن له الحصول على مقابل الخدمة في أسرع وقت (وقت مناسب).

تقدم التغطية الصحية من خلال العديد من المصادر سواء عامة أو خاصة.
التغطية الصحية الخاصة تقدم غالباً من خلال تأمين جماعي يستطيعون الحصول عليه بأنفسهم من خلال تأمين صحي فردي سواء من شركات التأمين أو منظمات تهدف أولاً تهدف للربح أو من الحكومة (بشروط خاصة).

في الغالب يقوم مقدم تغطية التأمين الصحي بتقسيم الأفراد إلى مجموعات متجانسة (مجموعة للأفراد الذين يشترون تأمين فردي، للشركات الصغيرة، للمؤسسات الكبيرة أيضاً (مجموعة لكل تغطية تأمين: برامج تقدم قيم أو نسب تحمل مختلفة)).
يضمن هذا التقسيم عدم تأثير المجموعات المختلفة على بعضها.

الإكتتاب:

ويستخدم مقدموا تغطيات التأمين الصحي عملية الإكتتاب في التبؤ الدقيق بقيمة الخطر لكل مجموعة وبالمستويات المختلفة داخل كل مجموعة.

مفهومه:

الإكتتاب هو العملية التي يستخدمها مقدموا الخدمة التأمينية في تحديد ما إذا كان سيتم قبول طالب التأمين أو رفضه وتحديد الشروط التي سيتم القبول على أساسها وتحديد قسط التأمين.

وتحمّل قوانين بعض الدول رفض مقدمة الخدمة لطالب التأمين بل وقد تمنع تغيير الشروط التي سيتم قبوله على أساسها.

التأمين الصحي الفردي:

حيث يقوم الأفراد بشراء التأمين الصحي بمعرفتهم فإنه يتم تصنيف كل فرد على حدة ودراسة تاريخه الصحي ومطالباته السابقة وبناء على ذلك فإن مقدم الخدمة قد يقرر (حسب قوانين الدولة):

1. رفض التغطية (رفض قبوله).

2. قبول التغطية مع زيادة القسط.
3. قبول التغطية مع استثناء بعض المزايا لبعض الحالات الصحية أو لبعض أطراف الجسم.

الاختيار المعاكس:

يقصد به الاختيار ضد صالح مقدم الخدمة ، ويتجلی ذلك في حرص الأشخاص ذات درجة الخطورة العالية (حالة صحية سيئة) على شراء التأمين أكثر من هم في صحة جيدة ، فإذا نجحوا في الحصول على التأمين بالأسعار العادلة نقول إن الاختيار المعاكس قد حدث

ويختلف سعر التأمين من شخص آخر حسب عدة اعتبارات منها السن، الجنس،
الحالة الصحية، المهنة، الموقع الجغرافي.

فعلى سبيل المثال نجد أن من يزيد عمره عن 50 سنة يكون سعر التأمين لهم يفوق ضعف سعر التأمين لمن هم أقل من 20 سنة.

فإذا لم يتم تغيير القسط مع تغيير الخطر فإن النظام سيساعد على استقطاب ذوي درجة الخطورة العالية وسيبتعد ذوي درجة الخطورة المنخفضة (سيبحثوا عن مؤمن آخر)، مما سيزيد من خسائر الشركة (الخسائر الكلية ستزيد عن المتوقعة لأنها مبنية على أساس وجود المجموعتين) وبالتالي يفشل النظام وهذا شكل آخر من أشكال الاختيار المعاكس

ومن خلال الاكتتاب أيضاً يتم تحويل الشركات التي بها عدد عمال أقل سعراً أعلى بالإضافة إلى تحديد السعر حسب الخبرة السابقة معهم.

من الهام جداً إلا يكون الأفراد قد تجمعوا بهدف التأمين الصحي فقط بل يتم التأمين على العاملين في شركة معينة وبالتالي ستكون الحالة الصحية في الغالب متوسطة للمجموعة ككل وهنا يتم الاعتماد على خبرة المجموعة لكل من حيث : خبرة الخسائر، توزيع الأعمال ، الصناعة التي هم بها، الموقع الجغرافي بدلأً من الاعتماد على خبرة كل فرد على حدة.

وحتى بالنسبة للعاملين بشركة ما فلا بد من التأكد من أن معظمهم إن لم يكن كلهم داخلين في التأمين وإلا فإن اشتراك جزء بسيط منهم يعني تجمع ذوي درجة الخطوة العالية مما يؤدي إلى الاختيار المعاكس.

لذلك يشترط مقدموا الخدمة اشتراك نسبة معينة أو بالإضافة إلى اشتراط مساهمة صاحب العمل بنسبة من الاشتراك حتى يشجع الغالبية على الاشتراك.

هناك ما يعرف بتأثير عنصر حجم المجموعة فوجود ألف مجموعة كل مجموعة في حدود 5 أشخاص تكون أكثر تكلفة وأعلى خطورة من مجموعة واحدة بها 5000 شخص (قد يكون فرد هو الذي يرغب في التأمين نظراً لحالته الصحية وعليه قرر التأمين على المجموعة وخاصة في حالة الشركات الفردية أو العائلية).

أيضاً قد يتم استبعاد المزايا المترتبة على مرض معين ولمدة معينة وذلك للأمراض التي كانت موجودة قبل دخول التأمين والتي تم العلاج منها من قبل ، فالشخص الذي تلقى علاج أو تم تشخيص مرض معين قبل دخول التأمين (تحدد في الوثيقة) يتم استبعاد المزايا لهذا المرض (وذلك يختلف من دولة لأخرى).

وبالطبع تتدخل الدول في التأمين الصحي الخاص من خلال:

- منح الترخيص من عدمة

- تحديد الشكل القانوني للشركة وتمويلها والتزاماتها تجاه المستأمينين

- تحديد الحد الأدنى لرأس المال و مجالات الاستثمار لأموال وتحديد المخصصات وأسس تسوية المطالبات وأسس الاكتتاب والاعلانات والتسويق والشروط الواجب توافرها في الوسطاء وانتهاء التغطية ومدة سداد التعويض.

ويجب مراعاة أنه توجد العديد من الوثائق كل منها يلبي احتياجات مجموعة مختلفة من المستأمينين (شركات صغيرة، شركات كبيرة، أفراد، مناطق معينة، ... الخ).

ضمان وجود التغطية:

في بعض الدول يفرض على شركات التأمين تغطية طالبي التأمين الصحي للمجموعات الصغيرة بغض النظر عن الحالة الصحية وعن التاريخ الصحي أو من حيث المطالبات.

كما أن القانون في بعض الدول قد يحد من قدرة شركات التأمين على تغيير السعر حسب درجة الخطورة من خلال وضع حد أقصى للزيادة.

شرط تغطية أخطار:

تفرض بعض الدول على شركات التأمين تغطية أخطار معينة مثل الاضطرابات العقلية، إدمان المخدرات، عمليات زراعة الثدي.

قد يتم فرض قبول شركات التأمين المستأمينين الذين لديهم أمراض سابقة ولكن بقيود معينة خاصة في حالة التحول من تغطية لدى صاحب عمل إلى تغطية خاصة.

القيود على السعر:

قد تضع بعض الدول حدود على السعر كأن يكون أكبر سعر لا يزيد عن 15% من أقل سعر بالإضافة إلى وضع قيود على العوامل التي يمكن أخذها في الاعتبار لتغيير السعر مثل: الحالة الصحية أو الخبرة السابقة للمطالبات.

التسعيرة الجماعية:

في ظل هذا النظام للتسعير يدفع جميع الأفراد والمشمولين بالتغطية نفس القسط لنفس التغطية الجماعية.

التسعيرة الجماعية المعدلة:

هذا يسمح لشركة التغطية بتغيير السعر ولكن ليس على أساس الحالة الصحية أو الخبرة السابقة للمطالبات ولكن حسب السن أو الجنس أو المنطقة الجغرافية.

شرط حق التجديد:

تعطى الحق للمستأمين بتجديد الوثيقة عند انتهاء مدتتها ولكن مع تعديل السعر حسب السن عند التجديد.

وتسمح بعض الدول لمن يقوم صاحب العمل بإلغاء الوثيقة الجماعية له أو لم يعد يعمل لديه بأن يستمر في التغطية الجماعية أو يحولها إلى وثيقة فردية.

أسئلة على الفصل الرابع

- 1-أذكر أهم آليات تمويل التأمين الصحي في العالم؟
- 2-قارن بين التأمين الصحي الخاص والتأمين الصحي العام طبقاً لمفهوم منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية؟
- 3-ما هي معايير تقسيم التأمين الصحي؟
- 4-قارن بين التأمين الصحي الخاص الأساسي أو الأولي والتأمين الصحي الثانوي أو التكميلي؟
- 5-فيما لا يزيد عن خمسة سطور ، المطلوب: تحليل الوضع الحالي للتأمين الصحي حسب المنطقة الجغرافية تارة وحسب المنطقة الجغرافية تارة أخرى؟
- 6-أذكر أهم معوقات التأمين الصحي التي تواجه متخذ القرار في الدول النامية؟

الفصل الخامس

وثيقة الضمان الصحي التعاوني

تنفيذاً لنظام الضمان الصحي التعاوني الصادر بالمرسوم الملكي رقم م/10 وتاريخ 1420/5/1هـ ولائحته التنفيذية الصادرة بقرار وزير الصحة رقم وتاريخ في هذا الشأن .

وبما أن حامل الوثيقة قد تقدم إلى شركة باسم شركة التأمين

(ويشار إليها فيما بعد بالشركة) بطلب خطي (سيشكل أساساً لهذه الوثيقة وجزءاً لا يتجزأ منها)، بغرض إجراء التأمين الموصوف لاحقاً عليه ومُعاليه أو على موظفيه ومُعاليهم المدرجة أسماؤهم في القائمة المرفقة بهذه الوثيقة والمشار إليهم فيما بعد بالمؤمن عليهم، وقد سدد الإشتراك أو وافق على تسديده.

فإن الشركة تتفق بموجب ما أشير إليه بعاليه مع حامل الوثيقة على تغطية نفقات توفير الرعاية الصحية للمؤمن عليهم بموجب هذه الوثيقة، وإلى المدى وبالطريقة المبينين بها، من خلال شبكة مقدمي الخدمة المعينين من قبل شركة التأمين مع الخصوص في ذلك دوماً لاشتراطات وتعريفات وتحديات وحدود التغطية التي تشتمل عليها هذه الوثيقة وأية ملاحق إضافية (مقرة من مجلس الضمان الصحي التعاوني) يتلقى عليها لاحقاً.

القسم الأول - التعريفات

لأغراض هذا التأمين فإن الكلمات والعبارات والتعابير التالية سوف تفسّر أينما وردت في الوثيقة أو ملاحقها أو مرافقاتها وفقاً للتعریفات الواردة أدناه :-

(1) "الحادث" : إصابة عرضية أو حدث عرضي غير متوقع يقع خلال مدة التأمين.

(2) "العلة" : المرض أو الداء الذي يصيب الشخص المؤمن عليه، ويتطابق بالضرورة الحصول على معالجة طبية من طبيب مرخص، خلال مدة التأمين.

(3) "الحساسية" : تحسس الفرد، بصفة خاصة، لأنواع معينة من الغذاء، الطقس، غبار الطّلع أو أية محدثات أخرى من النباتات، الحشرات، الحيوانات، المعادن، العناصر أو المواد الأخرى، حيث يعاني الفرد ردود فعل بدنية يسببها الإتصال

المباشر أو غير المباشر بتلك المواد مما يتسبب في حالات مثل الريو، سوء الهضم، الحكاك، الحمى القشية، الأكزيما، الصداع.

(4) "المستفيد (المؤمن عليه)" : الشخص المشمول بالنظام (الموظف أو المُعال) المدرج في جدول الأشخاص المؤمن عليهم المرفق بهذه الوثيقة.

(5) "المنفعة" : نفقات توفير الخدمة الصحية التي تشملها التغطية التأمينية ضمن الحدود المبينة في جدول الوثيقة.

(6) القسط (الاشراك) : هو المبلغ المتوجب الدفع من قبل حامل الوثيقة مقابل التغطية التأمينية التي توفرها الوثيقة خلال مدة التأمين.

(7) "التشوه الخلقي" : الخلل الوظيفي أو الكيميائي أو البصري الذي يكون موجوداً عادة قبل الولادة سواء بالوراثة أو نتيجة للعوامل البيئية.

(8) "التغطية التأمينية" : هي المنافع الصحية الأساسية المتاحة للمستفيد المحددة بوثيقة التأمين المرفقة بهذه اللائحة.

(9) "نسبة الاقتطاع/التحمُّل" (المشاركة في الدفع) : هي الجزء الواجب سداده (المحدد في جدول الوثيقة) من قبل المستفيد (المؤمن عليه) في حالة التطبيق في العيادات الخارجية.

(10) "الموظف" : أي شخص يزاول العمل فعلياً لدى حامل الوثيقة ومسجل بتلك الصفة في سجلاته والذي لم يبلغ وقت انضمامه للتغطية التأمينية سن 65 عاماً.

(11) "المُعال" :

أ - الزوج / الزوجات المسجلون بهذه الصفة في سجلات حامل الوثيقة والمقيم إقامة نظامية بالمملكة العربية السعودية.

ب-أولاد الموظف أو أولاد أي من الزوج أو الزوجات أو الأولاد المكفولون نظاماً المقيمين بالمملكة العربية السعودية المعتمدون في إعالتهم على الموظف والمسجلين بتلك الصفة في سجلات حامل الوثيقة.

(12) المستندات المؤيدة للمطالبة : جميع المستندات التي تثبت وتويد عمر الشخص المؤمن عليه وجنسيته وهويته وسريان التغطية التأمينية وملابسات وقوع الحدث الناشئة عنه تلك المطالبة وسداد التكاليف، كما تشمل مستندات أخرى مثل تقرير الشرطة، والفوatis، والإيصالات، والوصفات الصحية، تقرير الطبيب، الإحالة والتوصيات، وأية مستندات أصلية أخرى قد تطلبها الشركة.

(13) أساس التقييد المباشر أو على حساب الشركة : تسهيلات عدم الدفع الموفرة للأشخاص المؤمن عليهم لدى مقدم أو مقدمي الخدمة المعينين من قبل الشركة حيث يتم وفقاً لذلك قيد جميع تلك المصروفات مباشرة على حساب الشركة.

(14) تاريخ الابداء : التاريخ المبين في جدول الوثيقة والذي تبدأ عنده التغطية التأمينية.

(15) تاريخ النفاذ : التاريخ الذي يحدده حامل الوثيقة وتوافق عليه الشركة لبدء تغطية الشخص بموجب هذه الوثيقة أو إضافة أو حذف شخص مؤمن عليه في الوثيقة.

(16) الملحق : مستند تصدره الشركة على نموذج رسمي مؤرخ وموقع عليه من موظف مخول بذلك كدليل على صحة أي تعديل في الوثيقة، بحيث لا يمس التغطية الأساسية، بناءً على طلب خطي من حامل الوثيقة.

(17) المستشفى : مرفق صحي معتمد مقبول من حامل الوثيقة والشركة ومرخص له بالعمل كمستشفى وفقاً للأنظمة المعمول بها لتقديم المعالجة التي قد يطالب بالتعويض عن تكاليفها بموجب هذه الوثيقة. إن تعبير المستشفى في هذه الوثيقة لن يشمل الفنادق أو دور المنامة أو الضيافة أو الإستراحات أو دور النقاهة أو المصحات أو أماكن رعاية الأشخاص المُتحفظ عليهم أو مأوى كبار السن أو المضطربين عقلياً أو أي مكان يُستخدم أساساً لإيواء ومعالجة مدمني المخدرات أو الكحول.

(18) **التنويم في المستشفى** : تسجيل الشخص المؤمن عليه كمريض مُنوم في المستشفى حتى صباح اليوم التالي بناء على تحويل من طبيب مرخص.

(19) **التأمين** : البَيِّنَة الدالة على قيام التغطية التأمينية بموجب هذه الوثيقة مع جدولها وملحقها أو مرفقاتها.

(20) **الطبيب المرخص** : مُزاول مهنة الطب بعد حصوله على المؤهل والمرخص له قانوناً بزاولة مهنة الطب ويكون مؤهلاً ومحبلاً من حامل الوثيقة والشركة لتقديم المعالجة التي يمكن المطالبة بالتعويض عن تكاليفها المادية بموجب هذه الوثيقة.

(21) **حدود التغطية** : الحد الأقصى لمسؤولية الشركة كما هو محدد في جدول الوثيقة بالنسبة لأي شخص مؤمن عليه وذلك قبل تطبيق أي اقتطاعات/تحمّلات .

(22) **مقدم الخدمة** : الشخص أو المرفق الصحي المعتمد والمرخص له، وفقاً للأنظمة المعمول بها، بتقديم الخدمات الصحية في المملكة وعلى سبيل المثال، مستشفى أو مركز تشخيص أو عيادة أو صيدلية أو مختبر أو مركز علاج طبيعي أو علاج بالإشعاع.

(23) **الحمل والولادة** : أي حالة حمل و/أو ولادة ناشئة عن علاقة زوجية شرعية.

(24) **جراحة أو معالجة اليوم الواحد** : الجراحة أو المعالجة التي تتطلب بالضرورة الإعداد المسبق للتنويم في مستشفى أو مركز معالجة ليوم واحد، ولكنها لا تتطلب التنويم حتى اليوم التالي.

(25) **المعالجة في العيادات الخارجية** : تردد الشخص المؤمن عليه على العيادات الخارجية بغرض التشخيص أو المعالجة الصحية من علة.

(26) **شبكة مقدمي الخدمة** : هي مجموعة مقدمي الخدمة الصحية المعتمدين من مجلس الضمان الصحي التعاوني والمحددين من قبل شركة التأمين لتقديم الخدمة لصاحب العمل/ حامل الوثيقة والقيد مباشرة على حساب شركة التأمين

عند إبراز المؤمن عليه بطاقة تأمين سارية المفعول على أن تتضمن هذه الشبكة مستويات الرعاية الصحية الثلاثة:

- المستوى الأول لتقديم الخدمات الصحية (الرعاية الصحية الأولية)
- المستوى الثاني لتقديم الخدمات الصحية (المستشفيات العامة)
- المستوى الثالث لتقديم الخدمات الصحية (المستشفيات التخصصية أو المرجعية)

(27) **مدة سريان المفعول** : عدد الأيام التي ستكون الوثيقة خلالها نافذة المفعول في حالة عدم سداد كامل الإشتراك المبين في الجدول.

(28) **مدة التأمين** : تعني المدة المبينة في جدول الوثيقة التي يبقى فيها التأمين ساري المفعول.

(29) **حامل الوثيقة**: الشخص الصحي أو المعنوي الذي صدرت الوثيقة باسمه.

(30) **المصاريف الصحية المعقولة والمعتادة** :

أ - المصاريف الصحية التي تتوافق مع مستوى الأتعاب التي يتلقاها غالبية الأطباء المُرخصين أو المستشفيات في المملكة على أن تكون تلك الأتعاب نظير معالجة حالة مماثلة وأن يكون أولئك الأطباء المُرخصون أو المستشفيات مماثلين تأهيلًا ومنزلةً لمن قدموا المعالجة.

ب- المعالجة الصحية التي لا تختلف جزيرًا عما يعتبره الطبيب المُرخص مقبولاً باعتباره عاديًّا وطبعيًّا بالنسبة لأي علة معينة تتم المطالبة بالمصاريف الصحية المتعلقة بها بموجب هذه الوثيقة.

(31) **"أساس تعويض البديل"** : الأسلوب المتبوع لتعويض حامل الوثيقة عن النفقات القابلة للاستعاضة التي يتحملها الشخص المؤمن عليه ويقدم عنها مطالبة، وذلك بعد تطبيق الاقطاع/التحمل.

القسم الثاني - النفقات القابلة للاستعاضة/المنافع

لأغراض هذه الوثيقة فإن النفقات القابلة للاستعاضة سوف تعني المصارييف الفعلية المُنفقة مقابل خدمات ومواد وأجهزة، غير مستثناء بموجب القسم الثالث، يصفها طبيب مُرخص بسبب علّة تعرض لها الشخص المؤمن عليه، شريطة أن تكون تلك النفقات ضرورية ومعقولة ومعتادة في الوقت والمكان الذي تمت فيه.

وبناءً عليه سوف تشمل النفقات القابلة للاستعاضة ما يلي :

1 - المنافع الصحية

- أ - جميع مصارييف الكشف الصحي والتشخيص والعلاج والأدوية، وفقاً لجدول الوثيقة.
- ب - جميع مصارييف التقويم بالمستشفى بما في ذلك العمليات الجراحية وجراحة أو معالجة اليوم الواحد والولادة.
- ج - معالجة أمراض الأسنان واللثة.
- د - الإجراءات الوقائية التي تحدها وزارة الصحة مثل التطعيمات، ورعاية الأمومة، والطفولة.
- 2 - مصارييف إعادة جثمان الشخص المؤمن عليه إلى موطنه الأصلي.

القسم الثالث - التحديدات والاستثناءات

- أ - هذه الوثيقة لن تغطي المطالبات التي تنشأ عما يلي:

- (1) الإصابة التي يسببها الشخص لنفسه متعمداً.
- (2) الأمراض التي تنشأ بفعل إساءة استعمال بعض الأدوية أو المنشطات أو المهدئات أو بفعل تعاطي المواد الكحولية أو المخدرات أو ما شابه ذلك.
- (3) الجراحة أو المعالجة التجميلية إلا إذا استدعتها إصابة جسدية عرضية غير مستثناة في هذا القسم.
- (4) الفحوصات الشاملة واللقاحات أو العقاقير أو الوسائل الوقائية التي لا تتطلبها معالجة طبية منصوص عليها في هذه الوثيقة (باستثناء الإجراءات الوقائية التي تحددها وزارة الصحة مثل التطعيمات ورعاية الأمومة والطفولة).
- (5) معالجة الحمل والولادة للمرأة المتعاقد معها على أساس أنها غير متزوجة.
- (6) المعالجة التي يتلقاها الشخص المؤمن عليه بدون مقابل.
- (7) الإستحمام وبرامج الصحة البدنية العامة والعلاج في دور الرعاية الإجتماعية.
- (8) أي علة أو إصابة تنشأ كنتيجة مباشرة لمهنة الشخص المؤمن عليه.
- (9) معالجة الأمراض التناследية أو التي تنتقل بالإتصال الجنسي المتعارف عليها طبياً.
- (10) مصاريف علاج الفترة اللاحقة لتشخيص (فيروس نقص المناعة البشرية) HIV أو العلل ذات الصلة بالـ HIV بما فيها مرض الإيدز (نقص المناعة المكتسبة) أو مشتقاتها أو مرادفاتها أو أشكالها الأخرى.
- (11) جميع التكاليف المتعلقة بزرع الأسنان أو تركيب الأسنان الإصطناعية أو الجسور الثابتة أو المتحركة أو التقويم باستثناء تلك التي تسببت عن وسائل خارجية عنيفة.

(12) اختبارات تصحيح النظر أو السمع والوسائل البصرية أو السمعية المساعدة ما لم تكن مطلوبة بأمر الطبيب المرخص.

(13) مصاريف انتقال الشخص المؤمن عليه بوسائل نقل غير سيارات الإسعاف المحلية المرخص لها أو التابعة لجمعية الهلال الأحمر السعودي.

(14) تساقط الشعر أو الصلع أو الشعر المستعار.

(15) المعالجة النفسية أو الإضطرابات العقلية أو العصبية ما عدا الحالات الحادة.

(16) اختبارات الحساسية مهما كانت طبيعتها بخلاف تلك المتعلقة بالأدوية أو التشخيص أو العلاج.

(17) الأجهزة والوسائل والعقاقير والإجراءات أو المعالجة بالهرمونات بهدف تنظيم النسل أو منع الحمل أو حصوله أو العقم أو العجز الجنسي أو نقص الخصوبة أو التخصيب بواسطة الأنابيب أو أية وسائل أخرى للتلقيح الإصطناعي.

(18) أي ضعف أو تشوه حَلْقِي موجود قبل بداية سريان الوثيقة ولا يشكل خطورة على الحياة.

(19) أي تكاليف أو مصاريف إضافية يتکبدها المرافق للمؤمن عليه أثناء تنويمه أو إقامته بالمستشفى عدا نفقة الإقامة والإعاشرة في المستشفى لمرافق واحد للمؤمن عليه، كمرافق الأم لطفلها حتى سن الثانية عشرة، أو حيثما تقتضي الضرورة الصحية ذلك حسب تقدير الطبيب المعالج.

(20) معالجة البثور (حَبَّ الشباب) أو أية معالجة تتعلق بالسمنة أو البدانة.

(21) حالات زرع الأعضاء المنقوله والنخاع العظمي أو زرع الأعضاء الاصطناعية البديلة التي تحل محل أي عضو بالجسم.

ب-هذه الوثيقة لن تغطي المنافع الصحية وإعادة الجثمان إلى الموطن الأصلي في حالة المطالبات الناشئة مباشرة عن :

- (1) الحرب، الغزو، أعمال العدو الأجنبي، الأعمال العدوان (سواء أعلنت الحرب أم لم تعلن)، الحرب الأهلية.
- (2) الإشعاعات الإيونية أو التلوث بالنشاط الإشعاعي من أي وقود نووي أو أية نفايات نووية ناتجة عن احتراق وقود نووي.
- (3) الخصائص المُشَعَّة أو السامة أو المتفجرة أو أي خصائص خطيرة أخرى لأي تجمعات نووية أو لأي من مركباتها النووية.
- (4) مزاولة الشخص المؤمن عليه أو مشاركته في خدمة القوات المسلحة أو الشرطة أو عملياتها.
- (5) أعمال الشغب، الإضراب، الإرهاب أو ما يشابهها من أعمال.

القسم الرابع - الشروط العامة

- (1) إثبات سريان المفعول.
تمثل هذه الوثيقة الحد الأساسي من التغطية التأمينية المقدمة للأشخاص المؤمن عليهم. ولن تكون هذه الوثيقة سارية المفعول ما لم يُثبت ذلك بجدول موقع عليه من موظف مُخَوَّل رسمياً من الشركة كما ولن يسري مفعول أي إضافة عليها إلا إذا أُثبتت ذلك بملحق مُوقَّع من موظف مُخَوَّل رسمياً من الشركة.
- (2) السجلات والتقارير.

على حامل الوثيقة أن يحتفظ بسجل لجميع الموظفين ومعالיהם المؤمن عليهم بموجب هذه الوثيقة، يحتوي بالنسبة لكل شخص على الاسم الكامل والجنس والอายุ والجنسية والتصنيف وغير ذلك من المعلومات الأساسية التي يمكن أن

يكون لها تأثير على إدارة هذا التأمين وعلى التقرير بشأن معدلات الاشتراك. ويتوارد إتاحة الفرصة للشركة - متى ما رغبت في ذلك - للاطلاع على هذه السجلات والتأكد من صحة المعلومات التي قدمها حامل الوثيقة وتلتزم الشركة، متى ما طلب منها ذلك، بتزويد حامل الوثيقة بأية بيانات قد يرغب الاطلاع عليها بالنسبة للأشخاص المؤمن عليهم.

(3) المؤهلون للتأمين

أ - بالنسبة للموظفين - فإن أي شخص مستوف لتعريف الموظف سوف يكون مؤهلاً للتأمين وفقاً لما نص عليه جدول الوثيقة.

ب- بالنسبة للمعاليين - إن أي شخص مستوف لتعريف المعال سوف يكون مؤهلاً للتأمين وفقاً لما نص عليه جدول الوثيقة على أن يعول ذلك الشخص موظف مؤهلاً.

إذا كان أي شخص معرف كمعال هو أيضاً مؤهلاً للتأمين بوصفه موظفاً فإن تتمتعه بالتأمين بصفته معالاً سوف يتوقف بمقتضى هذه الوثيقة. وعندما يكون كل من الزوج أو الزوجة مقيمين معاً إقامة دائمة ويتمتعان بالتجطية التأمينية بوصفهما موظفين فإن الأولاد سوف يصبحون مؤهلين فقط كمعاليين من قبل الزوج.

(4) سداد الاشتراك

أ - يلتزم حامل الوثيقة بسداد اشتراك التأمين الواجب أداؤه عن كل شخص مؤمن عليه، وذلك عند ابتداء التجطية التأمينية أو حسب ما يتم الاتفاق عليه مع الشركة.

ب- في حالة عدم سداد أي جزء من الاشتراك فإن الوثيقة لن تبقى سارية المفعول لمدة أطول من المدة التي يغطيها الجزء المددي من الإشتراك، في هذه الحالة تكون الشركة ملزمة بإبلاغ مجلس الضمان الصحي التعاوني بذلك.

(5) تواريХ نفاذ التغطية

أ - بالنسبة للموظفين :

يبدأ نفاذ التغطية بالنسبة للموظف الموجود فعلياً على رأس العمل اعتباراً من تاريخ الابتداء المحدد في جدول الوثيقة، وكل شخص يلتحق بالعمل في وقت لاحق سوف تبدأ تغطيته من تاريخ التحاقه بالعمل لدى حامل الوثيقة أو وصولة للمملكة.

ب- بالنسبة للمعاليين :

يبدأ نفاذ التغطية التأمينية بالنسبة للمعاليين من التاريخ الذي أصبح فيه الموظف والمسؤول عن إعالتهم مؤمناً عليه أو في التاريخ الذي اكتسبوا فيه لأول مرة صفة معاليين.

(6) إضافة وحذف "الأشخاص المؤمن عليهم" و "الاشتراكات" المتعلقة بذلك

أ - على حامل الوثيقة أن يعلن فوراً وخطياً للشركة عن كل الموظفين أو المعاليين المراد تغطيتهم بالتأمين بعد تاريخ ابتداء الوثيقة، وتقوم الشركة باحتساب الاشتراك الإضافي الواجب أداءه فوراً عن الأشخاص الذين يتم إدراجهم في جدول الأشخاص المؤمن عليهم وذلك على أساس تناصبي من تاريخ شمولهم بالتحفظية.

ب- على حامل الوثيقة أن يشعر الشركة خطياً خلال ثلاثة أيام من تاريخ الإنتهاء المطلوب عن جميع الأشخاص المؤمن عليهم (الموظفين و/أو المعاليين) الذين تنتهي تغطيتهم التأمينية قبل انتهاء مدة التأمين، ولا يحق للشركة رد الجزء النسبي من الاشتراك المتعلق بهؤلاء الأشخاص عن المدة المتبقية من التأمين ما لم يقم حامل الوثيقة بتزويد الشركة بما يثبت مغادرة الشخص المؤمن عليه للمملكة في حالة المغادرة النهائية، أو ما يثبت شمول المؤمن عليه ببرنامج تغطية تأمينية آخر مقبول من مجلس الضمان الصحي التعاوني في حالة نقل كفالتة.

7) انتهاء التغطية التأمينية للمؤمن عليهم :

أ - بالنسبة للموظفين : ينتهي تلقائياً تأمين أي موظف بموجب هذه الوثيقة في الحالات التالية:

(1) إذا انتهت مدة الوثيقة كما هي محددة في الجدول

(2) في التاريخ الذي يصبح فيه عمر الموظف خمسة وستين عاماً.

(3) لدى استفاد حد المنفعة القصوى الذي تنص عليه الوثيقة.

ب- بالنسبة للمعالين : تنتهي تلقائياً تغطية المعال بموجب هذه الوثيقة في الحالات التالية :

(1) فقدان المعال لصفته التأمينية كمعال وفقاً لأحكام البند 11 (ب) من التعريفات بموجب القسم الأول من الوثيقة.

(2) إذا انتهت مدة الوثيقة كما هي محددة في الجدول.

(3) في التاريخ الذي يصبح فيه عمر المعال خمسة وستين عاماً .

(4) لدى استفاد حد المنفعة القصوى المنصوص عليه بموجب هذه الوثيقة.

ج- يستمر أداء النفقات القابلة للاستعاضة بالنسبة لأى علة جارية أدت إلى استمرار التويم بالمستشفى في تاريخ انتهاء التغطية وذلك للمدة التي تتطلبه العلة شريطة ألا تتجاوز تلك المدة 365 يوماً من تاريخ ابتداء تلك العلة التي استدعت التويم بالمستشفى وفي حدود مبالغ التغطية الواردة في جدول الوثيقة.

د - في حالة إنتهاء هذه الوثيقة لأى سبب يوجب على حامل الوثيقة أن يعيد للشركة على الفور جميع بطاقات التأمين الصحي الصادرة المتعلقة بأساس التقييد المباشر على حساب الشركة لدى شبكة مقدمي الخدمة المعينين، وكذلك الحال بالنسبة لأى شخص مؤمن عليه تنتهي مدة تغطيته، ويكون

حامل الوثيقة مسؤولاً عن تعويض الشركة عن كل المصاريف والنفقات الصحية الناتجة عن تقصيره في التقييد بذلك.

(8) الحلول في الحقوق

أ - يحق للشركة، - ويجب أن تُتاح لها الفرصة - ، من خلال جهة طبية معتمدة، فحص الشخص المؤمن عليه الذي قدمت بشأنه مطالبة عن نفقات قابلة للاستعاذه على حسابها بحد أقصى قدره مرتان، وذلك خلال ستين يوماً من تاريخ تسلم المطالبة.

ب- على حامل الوثيقة أو الشخص المؤمن عليه أن يتعاون ويسمح بالقيام، على نفقة الشركة بالأعمال الضرورية التي تطلبها الشركة في حدود المعقول بقصد تعزيز أية حقوق أو مطالبات أو تعويضات قانونية من الغير .

(9) عدم ازدواجية المنافع:

في حالة المطالبة عن نفقات قابلة للاستعاذه قابلة للأداء لشخص مؤمن عليه بموجب هذه الوثيقة، ويكون مغطى أيضاً، بالنسبة لتلك النفقات ، بموجب أي خطة أو برنامج أو تأمين آخر أو ما شابه ذلك، فعند تكون شركة التأمين مسؤولة عن تغطية تلك النفقات، وتحل محل المؤمن عليه في مطالبة الغير بدفع حصتهم النسبية من تلك المطالبة .

(10) أساس التقييد المباشر على حساب الشركة لدى شبكة مقدمي الخدمة المعينين تصدر الشركة بطاقة تأمين صحي لكل شخص مؤمن عليه يحق له بموجبها تلقي الخدمة الصحية لدى شبكة مقدمي الخدمة المعينين دون أن يطلب منه تسديد نفقات تلك الخدمات.

يرسل مقدمو الخدمة المعينين للشركة، وعلى أساس شهري ، جميع النفقات الصحية المُتکبَّدة بموجب الوثيقة. وتقوم الشركة بتقدير تلك النفقات ومعالجتها، وإشعار حامل الوثيقة عند بلوغ النفقات حد المنفعة القصوى، وفي حالة تجاوز

ذلك الحد يحق للشركة المطالبة برد تلك النفقات خلال مدة لا زيد عن 60 يوماً من تاريخ إبلاغه بها.

وفي حالة عدم تعين حامل الوثيقة برد تلك المصارييف للشركة خلال المدة المحددة يحق للشركة رفع الأمر إلى مجلس الضمان الصحي التعاوني لاتخاذ ما يلزم. وللشركة الحق في حذف أو استبدال أيٍ من أو جميع مقدمي الخدمة المعينين لأغراض هذه الوثيقة، خلال مدة سريانها، شريطة موافقة حامل الوثيقة وتعيين بديلٍ عنهم بنفس المستوى.

(11) الاقطاع/التحمُّل :

مع عدم الإخلال بالتسهيلات الممنوحة بمقتضى القيد المباشر على حساب الشركة، فإنه لشرط ملزم وإجباري أن يقوم الشخص المؤمن عليه بدفع مبلغ الاقطاع/التحمُّل لدى مركز الخدمة، وأي محاولة من جانب الشخص المؤمن عليه للامتناع عن الدفع سوف تعتبر إخلالاً بأحكام الوثيقة وشروطها ويبطل مفعولها بالنسبة لهذا الشخص لحين سداد مبلغ الاقطاع.

(12) أساس تعويض البدل

في الحالات الطارئة يجوز للشخص المؤمن عليه الحصول على المعالجة الصحية الطارئة خارج المراكز والمستشفيات المعتمدة من قبل الشركة، على أساس تعويض البدل، وفي هذه الحالة تقوم الشركة، وفقاً لأحكام الوثيقة وشروطها وتحدياتها واستثناءاتها، بتعويض حامل الوثيقة عن النفقات والمصارييف القابلة للاستعاضة شريطة تزويده الشركة، خلال 30 يوماً من تكبد تلك النفقات، بالمستندات المؤيدة التي تطلبها.

(13) الإلغاء

يجوز لحامل الوثيقة إنهاء هذا التأمين، في أي وقت، بموجب إشعار خطوي يرسل للشركة قبل ثلاثة أيام على الأقل من تاريخ الإنهاء المطلوب. ويُلزم حامل الوثيقة في هذه الحالة بتزويد شركة التأمين بما يثبت :

أ - إبرام وثيقة تأمين أخرى مع شركة مؤهلة ، أو شمول المؤمن عليهم باللغطية الصحية بموجب برنامج تغطية تأمينية آخر مقبول من مجلس الضمان الصحي التعاوني بحيث تبدأ التغطية الجديدة من تاريخ اليوم التالي لإلغاء الوثيقة السابقة وذلك في حالة نقل الكفالة.

ب - مغادرة المؤمن عليهم المملكة في حالة المغادرة النهائية.

وفي هذه الحالة تكون الشركة ملزمة خلال ستين يوماً من تاريخ الإنتهاء بأن تعيد لحامل الوثيقة الجزء المتبقى من الاشتراك عن كل شخص مؤمن عليه لم تتجاوز مطالباته 75% من قيمة الاشتراك السنوي بحيث يتم احتساب الجزء المعد من الاشتراك على أساس تناصبي :

$$\text{الجزء المعد} = \text{الاشتراك السنوي} \div 365.25 \text{ يوماً} \times \text{عدد الأيام المتبقية}$$

وفي حالة توقف حامل الوثيقة عن رد النفقات التي تتجاوز حد المنفعة القصوى خلال المدة المحددة في الشرط رقم (10) من الشروط العامة للوثيقة والمترتبة نتيجة العمل على أساس التقييد المباشر على حساب الشركة، يحق للشركة الامتناع عن رد الاشتراكات القابلة للإعادة، إن وجدت، واستخدامها في المقام الأول للتعويض عن النفقات المدفوعة ل يقدمـي المعالجة والتي كان يتوجب على حامل الوثيقة أداؤها للشركة.

(14) الموافقات :

يتم الرد على طلب الموافقات من قبل شركة التأمين إلى مقدمي الخدمة على تقديم الخدمة الصحية للمستفيدين خلال مدة لا تزيد على ستين دقيقة من وقت طلب الموافقة.

(15) صيغة الجنس

لأغراض هذه الوثيقة فإن الكلمات المستعملة بصيغة المذكر تُعتبر مندرجة كذلك على الإناث.

(16) الإشعارات

أ- كل إشعار أو مخاطبة أخرى للشركة تتطلبها هذه الوثيقة يجب أن تكون مكتوبة أو مطبوعة.

ب- الشركة غير ملزمة بأي حال من الأحوال بإشعار حامل الوثيقة بموعد انتهاء مدة هذه الوثيقة.

(17) التقيد بأحكام الوثيقة

إنه لمن الشروط السابقة لتحقق أي التزام على الشركة أن يكون حامل الوثيقة والأشخاص المؤمن عليهم قد نفذوا وتقيدوا تماماً بجميع الاسترطات والشروط والواجبات والالتزامات الواردة في هذه الوثيقة.

(18) تسوية المنازعات

أي خلاف أو نزاع ينشأ أو يتعلق بهذه الوثيقة يتم الفصل فيه عن طريق مجلس الضمان الصحي التعاوني و اللجان المشكلة بقرار رئيس مجلس الضمان الصحي التعاوني للنظر في مخالفات احكام النظام وذلك وفقاً للمادة (14) من نظام الضمان الصحي التعاوني.

لقدقرأ حامل الوثيقة أحكام هذه الوثيقة مع جدولها ووافق عليها.

..... : التاريخ

توقيع شركة التأمين

توقيع حامل الوثيقة والتاريخ

أسئلة هامة فيما يتعلق بنظام التأمين الصحي بالمملكة

س: شخص مقيم في المملكة ولكنه لا يعمل - هل ينطبق عليه نظام التأمين الصحي؟

ج: نعم - طبقاً للمجموعة الثانية الذين ينطبق عليهم النظام.

س: أفراد أسرة الشخص المقيم في المملكة ويعمل / لا يعمل هل ينطبق عليهم النظام؟

ج: نعم.

س: أفراد أسرة الشخص المقيم في المملكة ويعمل/ لا يعمل هل يقومون بشراء تأمين.

ج: لا ، لأنهم تابعين وبالتالي فإن التغطية التي تشمل المقيم أو التي يشتريها تشملهم أيضاً كتابيين.

س: هل نظام التأمين الصحي ينطبق على جميع المغتربين العاملين في المملكة.

ج: لا - 1. العاملين لدى وتحت كفالة أجهزة الدولة طالما نص العقد على علاجهم في مستشفيات الدولة.

2. العاملين لدى القطاع الخاص الذي يوفر تغطيه صحية في مراقب صحية مؤهلة تابعة لصاحب العمل.

س: ماذا لوم لم ينص عقد العمل للعاملين المغتربين لدى وتحت كفالة أجهزة الدولة على توفير العلاج الصحي في مستشفى حكومي.

ج: في هذه الحالة يجب على جهة العمل أن تشتري لهم تأمين صحي.

س: ما هو الحل إذا كان مستوى الخدمة في المؤسسات التابعة لصاحب العمل أقل جودة من تلك المنصوص عليها في النظام.

ج: يجب توفير نظام بدليل.

س: ماهي الشروط الواجب توافرها في شبكة مقدمي خدمة التأمين الصحي المعتمدين؟

ج: أولاً: أن يكون الحد الأدنى لمستوى الخدمة لا يقل عن ذلك المذكور في النظام.

ثانياً: أن يقدم مستويات الوقاية الصحية الثلاثية:

المستوى الأول: الرعاية الصحية الأولية

المستوى الثاني: المستشفيات العامة

المستوى الثالث: المستشفيات التخصصية

س: من الذي يحدد الجهات المستثناه من النظام لأجهزة ومؤسسات حكومية - أصحاب الأعمال.

ج. مجلس الضمان الصحي.

س: من الذي يقرر مدى مطابقة العلاج الصحي الذي توفره أجهزة ومؤسسات حكومية - أصحاب الأعمال لمستوى ونطاق الخدمات الصحية الواجب توافرها طبقاً للائحة.

ج: مجلس الضمان الصحي.

س: من الذي يقرر ما إذا كان أحد الموظفين أو المرافقين ينطبق عليه النظام أو يستثنى منه.

ج: مجلس الضمان الصحي.

س: هل تستطيع شركة التأمين أن ترفض طلب تأمين صحي.

ج: لا بشرط أن يكون في حدود ملامتها المالية.

س: هل وثيقة التأمين تصدر قبل أم بعد الإقامة.

ج: قبل الإقامة

س: إذن : ماذا إذا صدرت الوثيقة ولم تصدر الإقامة وثم إقرار ترحيل الشخص.

ج: يتم شطب اسمه من الوثيقة من تاريخ خروجه النهائي (ويتم حساب القسط النسبي حسب نصوص الوثيقة).

س: كيف يتأكد المستفيد (العامل وأسرته المعالة) بأن لديه تأمين صحي.

ج: سوف يتسلم نسخة من الوثيقة شهادة/كارت العلاج أو بطاقة التأمين.

س: هل يجب الالتزام حرفيًا بالتعطية الموجودة بنظام التأمين الصحي.

ج: لا بشرط أن يتم توفير تغطية لا تقل عما هو موجود بها (يمكن زيادة المزايا).

س: هل يستطيع صاحب العمل أن يغير شركة التأمين المتعاقد معها - كيف؟

ج: يمكن ذلك بشرط أن يخطر قبل تاريخ الإلغاء بشهر على الأقل وبشرط:

- أن يعيد لها بطاقة التأمين في تاريخ الإلغاء (مع استرداد جزء نسبي من القسط).

- أن يبرم وثيقة جديدة تبدأ من اليوم التالي للإلغاء الوثيقة.

س: كيف يتم نقل عامل إلى كفيل آخر في ظل النظام الجديد للتأمين الصحي؟

ج: يتم عمل وثيقة تأمين من تاريخ انتقاله لصاحب العمل الجديد وتقديم شهادة التأمين كأحد مصوغات نقل الكفالة.

س: ماذا لو احتاج العامل للعلاج خارج المملكة؟

ج: النظام يغطي العامل داخل المملكة فقط بل ومن خلال شبكة مقدمي الخدمة المعتمدين والتي ترتبط معها شركة التأمين بعقود خدمات صحية.

س: متى تبدأ التغطية على العامل القادم من خارج البلاد؟

ج: من تاريخ وصوله للمملكة ويجب تسليم بطاقة التأمين خلال مدة لا تزيد عن 10 أيام.

س: ماذا عن الأطفال الذي تتم ولادتهم بعد التأمين على العامل.

ج: من تاريخ ولادتهم.

س: متى تنتهي التغطية التأمينية على العامل؟

ج: وفاة المستفيد – أو انتهاء مدة الوثيقة – أو إلغائها – أو مغادرة المملكة نهائياً.

س: ماذا لو لم توفر شركة التأمين الخدمة للعلاج بصورة عاجلة أو رفضها لتقديمها بدون وجه حق؟

ج: من حقه العلاج لدى مقدم الخدمة أو مقدم خدمة آخر ذات مستوى مماثل على أن يكون من حقه استرداد التكاليف حسب الحدود المنصوص عليها في الوثيقة.

س: هل توجد فترة انتظار لبداية المنافع؟

ج: لا

س: هل توجد تغطية للحالات المرضية التي نشأت قبل بداية التأمين.

ج: نعم

س: هل توجد تغطية للحالات المرضية التي نشأت قبل بداية التأمين إذا كان المستفيد زائراً للملكة لتلقي العلاج وليس العمل؟

ج: لا

س: متى تنتهي التغطية التأمينية وبالتالي الاستفادة بالمنافع.

ج: بانتهاء الوثيقة إلا إذا كانت هناك منافع بدأت قبل انتهاء الوثيقة فتستكمل.

س: هل من حق المريض النزيل بالمستشفى أن يكون معه مرافق على نفقة التأمين.

ج: لا إنما ذلك حسب القدرة الصحية والتي يقدرها الطبيب المعالج.

س: ماذا عن مرافقة الأم /الأب لأطفاله.

ج: يسمح بذلك إذا كان الطفل أقل من 12 سنة.

س: ما هي حدود تغطية حالات الطوارئ.

ج: تغطى نقل المستفيد لأقرب موقع ملائم للعلاج وبواسطة سيارات إسعاف مرخصة أو تابعة للهلال الأحمر السعودي.

س: إذا كانت تكاليف العلاج في حدود التغطية فهل يسدد المستفيد أي مبلغ.

ج: نعم يسدد حدود التحمل المذكور في الوثيقة ويسدد ما يزيد عن حدود التغطية مقابل إيصال.

س: هل يستطيع مقدم الخدمة إعفاء المستفيد من التحمل سواء بمنحه له كتخفيض أو تحميله على شركة التأمين.

ج: لا.

س: هل إصابة العامل بحادث أثناء العمل أو مرضه بمرض مهني مغطى بهذه الوثيقة؟

ج: لا لأنّه مغطى بالتأمينات الإجتماعية.

س: ماذا إذا تم تغطية أحد الخطرين السابقين بطريق الخطأ من خلال شركة التأمين.

ج: تسترد شركة التأمين هذه المبالغ من المؤسسة العامة للتأمينات الإجتماعية.

س: ماذا إذا تم تغطية مريض بواسطة المؤسسة العامة للتأمينات الإجتماعية واتضح أنه مغطى بوثيقة التأمين.

ج: تعوض شركة التأمين المؤسسة في حدود التزامها بموجب الوثيقة.

س: إذا اتضح أن هناك طرف آخر مسؤول عن إصابة أو مرض المستفيد من التأمين فما هو الحل.

ج: تحل شركة التأمين محل المستفيد في مواجهة الغير في حدود ما سبق أن تكبدته من تكاليف.

س: كيف يتم تحديد قسط التأمين الصحي.

ج/ بمعرفة مجلس الضمان الصحي والمقررون بخطة عمل الشركة.

س: هل تستطيع شركة التأمين تغييره.

ج/ نعم ولكن بعد أخذ موافقة مجلس الضمان، وسيتم مراجعة القسط من وقت لأخر حسب الخبرة.

س: ما هي الحدود القصوى لمنفعة المستفيد

ج: 250000 ريال لكل مستفيد.

س: من المسؤول عن سداد قسط التأمين.

ج/ صاحب العمل مسؤول عن سداد القسط للعامل وللمعالين ولغير العاملين ومعالיהם المسؤول عنهم صاحب العمل.

س: ماذا يحدث إذ لم يسدد صاحب العمل الأقساط في الأوقات المتفق عليها.

ج: تلغى الشركة التأمين وتسحب بطاقات التأمين وتبلغ مجلس الضمان.

س: ماذا يحدث بالنسبة لفائض عمليات التأمين.

ج: يحول جزء منه إلى صندوق الضمان الصحي التعاوني الذي يصدر مجلس الضمان الصحي لائحته وأهدافه.

س: هل يسمح لأي شركة تأمين أن تمارس التأمين الصحي بالمملكة؟

ج/ لا إلا تلك المصرح لها بالعمل بالمملكة فقط ومؤهلة لذلك.

س: إذا كانت الشركة مقيدة بالمملكة هل يسمح لها بممارسة التأمين الصحي مباشرة.

ج. لا إلا إذا حصلت على ممارسة التأمين من مجلس الضمان الصحي والذي يكون لمدة 3 سنوات قابلة للتجديد.

س: هل يسمح لشركة التأمين التي تمارس التأمين الصحي ممارسة الأنواع الأخرى للتأمين؟

ج/ نعم ولكن يجب فصل الحسابات المالية لكل فرع على حدة.

س: هل لمجلس الضمان الصحي الحق في قبول أو رفض تأهيل أي شركة وإصدار القرار في أي وقت يشاء.

ج: للمجلس الحق نعم ولكن لا يؤمن خلال 180 يوم من تاريخ تقديم الطلب والمستندات كاملة.

س: ما هي معايير قبول أو رفض تأهيل الشركات.

ج: يجب أن يتوافر لها:

1. التصريح بممارسة أعمال التأمين.

2. جهاز فني وإداري وطبي وأنظمة للموافقات ومعالجة المطالبات وتسديد المستحقات (مع إمكانية إسناد هذه المهام إلى شركة إدارة مطالبات طبية مرخصة من قبل المجلس).

س: ما هي مبررات رفض تأهيل بعض الشركات؟

ج:

1. حصول المجلس على معلومات من الجهات الرقابية بعدم كفاءة المديرين التنفيذيين للشركة وعدم توفر المتطلبات المهنية الضرورية فيهم.

2. حصول المجلس على معلومات بعدم قدرة الشركة على الحفاظ على مصالح المستفيدين أو الوفاء بتعهداتها بصورة دائمة .

3. عدم سداد رسوم التأهيل أو التجديد.

س ما هو وظيفة الخبير الاكتواري؟

ج: يقدم تقرير للجهة الرقابية يوضح به مدى كفاية المخصصات الصحية لوفاء بالتزاماتها في جميع الأوقات وأن أسعارها كافية وعادلة وغير مبالغ فيها.

س: كيف يتم التأكيد من أعمال الشركة من الناحية المحاسبية؟

ج: لا بد من تقديم حسابات مدققة عن نتائج الأعمال عن العام الماضي من قبل المحاسبين القانونيين مرخص لهم بالعمل في المملكة على أن يقدم خلال الشهور الثلاثة الأولى من السنة المالية.

س: بخلاف ما سبق – كيف يتأكيد مجلس الضمان من قدرة الشركة على الوفاء بالتزاماتها وبمعنى آخر ما هي المستندات التي يجب على شركة التأمين أن تقدمها للمجلس بخلاف تقرير الخبير الاكتواري وتقارير مراقبى الحسابات.

ج: يجب على الشركة أن تقدم للمجلس الإفادات التالية:

1. أن لديها رأس مال عادي حر غير محمل بأعباء يساوي على الأقل هامش الملائمة المالية.

2. أن هامش الملائمة قد تم حسابه بشكل يبين قدرة الشركة على الوفاء بتعهداتها بشكل مستمر.

3. تقديم خطاب ضمان مالي لمجلس الضمان يساوي $1/3$ هامش الملائمة المالية على ألا يقل عن 25 مليون ريال.

س: ما هي المعايير الواجب توافرها في مقدمي الخدمة الصحية غير الحكومية التي يمكن لشركة التأمين التعاقد معهم؟

ج:

1. أن يكون قد تم ترخيصه من وزارة الصحة.
2. أن يكون القائمون بتقديم الرعاية الصحية قد تم تسجيلهم من الهيئة السعودية للتخصصات الصحية.
3. أن يتوافر الحد الأدنى لجودة الرعاية الصحية في المرفق.

س: باختصار شديد، ما هو دور مجلس الضمان الصحي.

ج: الرقابة على التأمين الصحي والتأكد من قيام أطراف العلاقة بتنفيذ التزاماتهم طبقاً للائحة،

س: ما هو موقف المستفيد من التأمين إذا قرر الضمان الصحي سحب تأهيل شركة التأمين أو إذا قررت الشركة التوقف عن ممارسة أعمالها؟

ج: يتم تحويل المستفيدين إلى شركة تأمين أخرى يختارها صاحب العمل.

س: هل توجد مدة محددة لصلاحية التأهيل من تاريخ صدوره حتى ممارسة الشركة العمل؟

ج: 12 شهر إذا كانت شركة حديثة أو قديمة لم تمارس التأمين الصحي من قبل، أما إذا مارست التأمين الصحي ثم توقفت أكثر من 6 شهور ثم أرادت المزاولة فيجب الحصول على التأهيل من جديد.

س: هل يسمح لشركة التأمين أن تمتلك أو تقوم بتشغيل مرافق الرعاية الصحية؟

ج: لا ، لأن هناك تعارض مصالح conflict of interest

س: هل يسمح للمرافق الصحية الخاصة بامتلاك شركات تأمين صحي.

ج: لا ، لأن هناك تعارض مصالح

س: هل يسمح لشركة التأمين بالإطلاع على مستندات صاحب العمل فيما يتعلق بالعاملين؟

ج: نعم في حالة الشك ومن خلال مجلس الضمان الصحي.

س: على من يقع عبء ومسؤولية شرح الوثيقة للمستفيدين.

ج: صاحب العمل.

س: ما هي التزامات صاحب العمل بالنسبة للعامل الذي يترك العمل لديه.

ج: إعادة البطاقة لشركة التأمين سواء عن شركة صاحب العمل أو عند انتهاء الوثيقة وإلا التزم بأي مصروفات تنشأ عن عدم تسليمها.

س: هل يجوز لشركات التأمين التعاقد مع المستشفيات الحكومية لتقديم الرعاية الصحية للمؤمنين لديها من القطاع الخاص؟

ج: نعم بمقابل مادي مثل المستشفيات الخاصة.

س: هل يمكن العلاج لدى أخصائي أو مستشفى أو مرافق الرعاية الأولية.

ج: نعم في حالة الطوارئ.

س: هل يمكن العلاج لدى مقدم خدمة من غير المتعاقد معهم بواسطة شركة التأمين.

ج: نعم في حالة الطوارئ مع حفظ حق شركة التأمين في نقلهم بعد استقرار حالتهم إلى أحد مراكز خدمتها أو أن نتركهم لاستكمال علاجهم.

س: ما هو الحل إذا اتضح بعد علاج أحد الأشخاص أنه من غير المستفيدين.

ج: يجب على مقدم الخدمة التحقق من هوية المستفيد وإلا تتحمل هو تكالفة علاجه وليس شركة التأمين.

س: ما هي المدة المقررة لمطالبة مقدم الخدمة لشركة التأمين بمستحقاته.

ج: خلال 90 يوم من تاريخ استحقاقها.

س: هل من حق مقدم الخدمة إلغاء عقده مع الشركة؟

ج: يكون من حقه إلغاء عقد تقديم الخدمات مع الشركة مع إبلاغ شركة التأمين لصاحب العمل.

س: ما هي التزامات شركة التأمين تجاه صاحب العمل بعد التعاقد معه.

ج: تزويده ببطاقات التأمين للمستفيدين + كتيبات توضيحية تتضمن الوثيقة ونطاق وحجم التغطية وشبكة مقدمي الخدمة.

س: ما هي التزامات شركة التأمين تجاه مقدمي الخدمة.

ج: بخلاف سداد مستحقاتهم المالية خلال المدة المتفق عليها يجب عليها تزويدهم بأسماء المستفيدين وأي مستفيد جديد ينضم للوثيقة بالإضافة إلى التغطيات الإضافية إن وجدت.

س: هل تستطيع شركة التأمين أو حامل الوثيقة أو كليهما إجبار المستفيدين على الذهاب لمقدم خدمة معين بغض النظر عن موقعه.

ج: لا ، لا بد من مراعاة ظروف المستفيدين من حيث قرب مقدم الخدمة لموقع العمل وتوافر الخدمة المطلوبة لديه.

س: هل تلتزم شركة التأمين بالتعاقد مع جميع مقدمي الخدمة المعتمدين لدى مجلس الضمان.

ج: لا بل تخtar منهم من تعتقد أنه سيقدم أفضل خدمة.

س: هل تلتزم شركة التأمين بإستخدام كل مقدمي الخدمة لكل الوثائق.

ج: لا بل يمكن تحديد مجموعة مختلفة من مقدمي الخدمة لكل حامل وثيقة.

س: عند الحاجة إلى الخدمة، ما هي المدة الزمنية التي يجب أن ترد خلالها شركة التأمين على تحمل تكاليف العلاج.

ج: 60 دقيقة وفي حالة الرفض يجب أن يكون كتابياً.

س: هل من حق شركة التأمين مراقبة الخدمة المقدمة من مقدمي الخدمة الصحية.

ج: نعم من خلال تعيين أطباء سعوديين أو غير سعوديين إذا تقرر ذلك لمراقبة مستوى الخدمة، كما يجوز لها الاستعانة بالأخصائيين والاستشاريين السعوديين

العاملين في القطاع العام كغير متفرغين (من حقهم دخول العناصر والإطلاع على المستندات).

س: ما هي المدة التي يجب على شركة التأمين سداد مستحقات مقدمي الخدمة خلالها.

ج: 60 يوم من تاريخ المطالبة.

س: ماذا يحدث في حالة حدوث خلاف بين مقدم الخدمة وشركة التأمين.

ج: الرجوع إلى مجلس الضمان.

س: ماذا يحدث إذ أخل مقدم الخدمة بالخدمة المقدمة.

ج: من حق شركة التأمين إلغاء التعاقد بعد أخذ موافقة حامل الوثيقة وتعيين بديل له بنفس المستوى.

س: هل من حق شركة التأمين الكشف على المستفيد من خلال الطبيب المرخص له والمعتمد من المجلس والذي تعينه الشركة.

ج: نعم على أن تتحمل تكاليف الكشف عليه.

س: هل يستطيع المستفيد الاستفادة من خدمات مقدمي الخدمة طالما معه بطاقة العلاج.

ج: لا بد من تقديم بطاقة العلاج وإثبات الهوية.

س: هل يستطيع المستفيد مراجعة الأخصائي أو الإستشاري مباشرة.

ج: نعم ولكن يتحمل فرق تكاليف الكشف كما هو موضح بالوثيقة (بعد من أن يتم التحويل من طبيب عام بمرافق الرعاية الأولية).

س: هل يستطيع من مراجعة مستشفى غير المحددة في أوراق الإحالة سواء بالعيادة الخارجية أو التويم أو جراحات أو معالجات اليوم الواحد.

ج: يستطيع ذلك طالما لديه قرار إحالة للمستشفى ولكن يتحمل فرق تكلفة العلاج.

س: من الذي يحدد ويقرر الاشتراطات الواجب توافرها للمحافظة على جودة الخدمات المقدمة من مقدمي الخدمة.

ج: مجلس الضمان الصحي مع المستشفيات الصحية الحكومية يحدّدان الحد الأدنى للخدمات ومستوى جودتها ويقوم بالتفتيش المفاجئ عليها. كما يلتزم مقدم الخدمة بتقديم تقرير على نفقة كل 3 سنوات من خلال مكتب استشاري مختص ومعتمد لدى المجلس لتقدير مدى التزام مقدم الخدمة بالجودة المتفق عليها وإذا لم يلتزم بهذا الشرط يمكن إلغاء الاعتماد.

س: ما هي الإجراءات التي يتّخذها المجلس في حالة وجود مخالفات أو ما هو دور لجنة المخالفات بالمجلس.

ج: هي لجنة مكونة من 6 أعضاء للنظر في المخالفات للنظام وتحديد الجزاء المناسب ويجوز التظلم من قراراته خلال 60 يوم أمام ديوان المظالم. وهذه اللجنة تنظر في المخالفات التي تنشأ بين المستفيدين وحملة الوثائق وشركات التأمين ومقدمي الخدمة (تقديم الشكوى خلال 90 يوم من حدوث الخلاف) حيث تحدد اللجنة الجزاء أو الغرامة.

س: ما هي أقصى مدة يمكن عدم التأمين فيها بالنسبة للشركات أو الأفراد التي لديها 100 عامل فأقل؟

ج: 3 سنوات من تاريخ صدور اللائحة.

- سنتان بالنسبة للشركات التي بها أكثر من 100 عامل.

- سنة بالنسبة للشركات التي بها أكثر من 500 عامل.

س: ما هو الموقف للوثائق المصدرة قبل صدور اللائحة.

ج: تستمر الالتزامات ولابد من إنهائها خلال عام من صدور اللائحة مع جواز الاستمرار في التعاقد إذا حصلت شركة التأمين على التأهيل ومقدم الخدمة على الاعتماد.

س: هل تغطي الوثيقة الأمراض الناشئة عن إساءة استعمال بعض الأدوية.

ج: لا.

س: هل تستثنى الجراحات أو المعالجات التجميلية.

ج: نعم ولكن هناك استثناءات كالجراحات التجميلية الناتجة عن إصابة جديدة عرضية.

س: هل من حق الشخص إجراء فحوصات شاملة.

ج: لا ، إلا إذا طلبتها معالجة طبية منصوص عليها في الوثيقة

س: هل معالجة الحمل والولادة مغطاة في جميع الأحوال للمتعاقد معها أو المعالة.

ج: لا ، إذا كان التعاقد على أساس أنها غير متزوجة

س: إذا احتاج إلى العلاج بأحد المستشفيات بلا مقابل فهل يستطيع الرجوع على التأمين بقيمة الخدمة.

ج: لا طالما لم يسدد مقابل بإيصال رسمي ولكن يكون من حق المستشفى الرجوع على التأمين بقيمة الخدمة إذا رغبت.

س: هل يغطي التأمين الأمراض أو الإصابات الناتجة عن العمل.

ج: لا بل تغطي ضمن التأمينات الإجتماعية (تأمين إصابة العمل).

س: هل تغطي الوثيقة الأمراض التassالية التي تنتقل عن طريق الاتصال الجنسي.

ج: لا ولكن تغطي الوثيقة مصاريف التشخيص دون مصاريف العلاج.

س: هل تغطي الوثيقة زرع الإسنان، تركيب الأسنان الصناعية أو الجسور الثابتة أو المتحركة أو التقويم.

ج: لا ، إلا إذا كانت ناتجة عن حادث خارجي عنيف.

س: هل تغطي الوثيقة اختبارات تصحيح النظر أو السمع والوسائل السمعية والبصرية.

ج: لا ، إلا إذا كانت مطلوبة بأمر الطبيب.

س: في حالة نقل المستفيد على المستشفى بسيارة خاصة أو تاكسي فهل يغطيها التأمين.

ج: لا .

س: هل يغطي التأمين تساقط الشعر أو الصلع المستعار.

ج: لا.

س: هل يغطي التأمين المعالجة النفسية والاضطرابات العقلية والعصبية.

ج: لا ، ماعدا الحالات الحادة.

س: هل يغطي التأمين اختبارات الحساسية.

ج: لا ، إلا تلك المتعلقة بالأدوية أو التشخيص أو العلاج.

س: هل تغطي الوثيقة الأجهزة والعقاقير المعالجة بالهرمونات لتنظيم أو منع النسل أو العقم أو العجز الجنسي أو التخصيب...إلخ.

ج: لا.

س: هل تغطي الوثيقة أي ضعف أو تشوّه خلقي موجود قبل بداية التأمين.

ج: لا يغطيه إلا إذا كان يشكل خطورة على حياة المستفيد.

س: هل تغطي الوثيقة تكلفة المرافق في المستشفى.

ج: لا ، إلا في حالتين: الطفل أقل من 12 سنة أو إذا اقتضت الضرورة بحسب رأي الطبيب.

س: هل تغطي الوثيقة معالجة حب الشاب أو السمنة.

ج: لا.

س: هل تغطي الوثيقة حالات زرع الأعضاء أو النخاع العظمي أو زرع الأعضاء الصناعية.

ج: لا.

س: هل تغطي الوثيقة أي منافع صحية ناتجة عن الحروب أو الإرهاب أو الشغب أو الاضطرابات أو المواد المشعة أو المتفجرة.

ج: لا.

س: هل يعاد الجثمان إلى بلد المستفيد على نفقة التأمين إذا توفي نتيجة أحد الحالات السابقة.

ج: لا.

س: ما هو الدليل على وجود تأمين على العاملين لدى أي مؤسسة.

ج: وجود الوثيقة سارية المفعول وبها جدول موقع عليه من موظف مخول من الشركة يوضح المنافع.

س: ما هي السجلات والتقارير التي يجب أن يلتزم بها حامل الوثيقة.

ج: سجلات بأسماء الموظفين ومعاليهم و الجنس وعمر و جنسية كل منهم.

س: إذا كان المعال مؤهل للتأمين بوصفه موظفاً في جهة أخرى أو في نفس الجهة ، ما هو موقفه من التأمين؟

ج: إذا كان المعال موظف في نفس الجهة فإنه يصبح موظفاً مؤمناً عليه ، وإذا كان موظفاً في جهة أخرى فإنه ينتفي عنه وصف المعال والمؤمن عليه ويصبح الأطفال مؤهلين كمعاليين من قبل الزوج.

س: ما هو الموقف إذا لم يسدد صاحب العمل الإشتراك في موعد التجديد.

ج: تبقى الوثيقة سارية مع قيامه بإبلاغ مجلس الضمان الصحي التعاوني

س: متى يبدأ نفاذ الوثيقة للموظف.

ج: من التاريخ المذكور في الوثيقة طالما أنه موجود على رأس العمل في هذا التاريخ أما من ينضم بعد ذلك فمن تاريخ إنضمامه.

س: متى يبدأ نفاذ التغطية للمعاليين.

ج/ من تاريخ إكتساب الموظف العائل لصفة موظف أو من تاريخ إكتسابهم صفة معالين (تاريخ الزواج للزوجة المقيمة إذا تم الزواج بعد بداية التأمين أو من تاريخ وصول الزوجة للملكة سواء كان الزواج حديثاً أم قبل ذلك، وللأبناء من تاريخ وصولهم المملكة أو ولادتهم إذا كان بعد اكتساب الموظف لصفة موظف).

س: مازا إذا تم اكتساب الموظف لصفته موظفاً بعد بدء التأمين.

ج: يجب على حامل الوثيقة (صاحب العمل) إخبار شركة التأمين فوراً وخطياً بأسمائهم وتاريخ انضمامهم وتقوم الشركة بإضافتهم بالجدول وحساب الإشتراك النسبي.

س: ما هي التزامات حامل الوثيقة بالنسبة لـإنتهاء التغطية لبعض الموظفين (فسخ أو انتهاء العقد)؟

ج: يجب ان يخطر الشركة خلال 30 يوم من تاريخ الانتهاء ولا ترد شركة التأمين الجزء النسبي من الاشتراك إلا بعد قيامه بنقل كفالتة إلى عمل آخر أو مغادرته البلاد نهائياً - مع رد الكروت الخاصة بهم.

س: ما هي هي حالات انتهاء التغطية للمؤمن عليهم الموظفين.

ج: انتهاء مدة الوثيقة ، بلوغ الموظف 65 عاماً ، استفاد الحد الأقصى للمنفعة المذكورة بالوثيقة.

س: متى تنتهي التغطية بالنسبة للمعالين؟

ج/ فقدان المعال لصفته كمعال (بلوغ السن للولد ، زواج الإبنة ، الوفاة) ، إنتهاء مدة الوثيقة ،

بلوغه 65 عاماً ، إستفاد الحد الأقصى للمنفعة المذكور بالوثيقة.

س: مازا إذا استمر الموظف أو المعال بالمستشفى (تتويم) إلى ما بعد مدة إنتهاء الوثيقة؟

ج: تستمر التغطية لمدة أقصاها 365 من تاريخ بداية المرض الذي أدى إلى التويم بالمستشفى وإلى أن يستنفد الحد الأقصى للتغطية إيّهما يحدث أولاً.

س: ما هي عدد المرات التي يحق للشركة أن تفحص فيها المستفيد الذي قدمت بشأنه مطالبة (نفقات قابلة للإستعاضة).

ج: مرتان خلال 60 يوم من تاريخ المطالبة.

س: ماذا لو كانت هناك وثيقة أخرى تغطي نفس الشخص؟

ج: تسدد الشركة النفقات ثم يكون من حقها الحول أمام الشركة الثانية لتدفع حصتها النسبية.

س: هل بطاقة التأمين الصحي التي تصدرها شركة التأمين لكل مستفيد تكون بمقابل.

ج: لا.

س: ماذا يحدث لو أن النفقات بلغت الحد الأقصى للمنفعة.

ج: تقوم الشركة بإبلاغ حامل الوثيقة.

س: ماذا لو تجاوزت النفقات الحد الأقصى للمنفعة.

ج: تطالب بها على أن يسددها خلال مدة لا تزيد عن 60 يوم من تاريخ إبلاغه وإلا رفعت الأمر لمجلس الضمان.

س: ماذا يحدث إذا لم يقم المؤمن عليه بسداد مبلغ التحمل (الإقطاع) لدى ترك الخدمة.

ج/ يوقف سريان الوثيقة لحين سداده للمبلغ.

س: ماذا لو قام المؤمن عليه بالعلاج خارج مراكز الخدمة المعتمدة.

ج: يطالب خلال 30 يوم بموجب المستدات المؤيدة بما يسمى تعويض البدل.

س: هل يستطيع حامل الوثيقة إلغائها.

ج: نعم ولكن بشروط:

- إرسال إشعار خطي قبل 30 يوم من تاريخ الإنتهاء المطلوب على أن يثبت للشركة إبرام تأمين آخر مع شركة أخرى مؤهلة أو شمول المؤمن عليهم بالتعطية بموجب برنامج معتمد لدى المجلس بشرط أن تبدأ التعطية في اليوم التالي لـإلغاء التأمين الأول في حالة نقل الكفالة.
- مغادرة المؤمن عليه للمملكة في حالة المغادرة النهائية وهنا يشترط على الشركة إعادة الجزء النسبي من الاشتراك عن كل مؤمن عليه لم تتجاوز مطالباته 75% من الاشتراك السنوي ($\text{الجزء المعد} = \text{الاشتراك السنوي} \times \text{عدد الأيام المتبقية}$) ، على أن تستقطع من هذا المبلغ أي مبالغ تكون مستحقة لها لدى حامل الوثيقة مثل النفقات التي تتجاوز حد المنفعة القصوى.

اللائحة التنفيذية لنظام الضمان الصحي التعاوني

في المملكة العربية السعودية

الفصل الأول : التعريفات

المادة (1) : يقصد بالمصطلحات الآتية المعاني الموضحة قرین كل منها :

- (1) **النظام :** نظام الضمان الصحي التعاوني في المملكة العربية السعودية.
- (2) **المجلس :** مجلس الضمان الصحي التعاوني المنشأ بموجب أحكام المادة الرابعة من النظام.
- (3) **الامانة العامة :** الجهاز التنفيذي للمجلس.
- (4) **الجهة الرقابية :** مجلس الضمان الصحي التعاوني وكذلك الجهات الأخرى التي تحددها الدولة للرقابة على أنشطة التأمين.
- (5) **التأمينات الاجتماعية :** التأمينات المطبقة بموجب نظام التأمينات الاجتماعية، وتقوم بتنفيذها المؤسسة العامة للتأمينات الاجتماعية.
- (6) **صاحب العمل:** الشخص الطبيعي أو المعنوي الذي يستخدم عملاً أو أكثر.
- (7) **حامل الوثيقة:** الشخص الطبيعي أو المعنوي الذي صدرت الوثيقة باسمه.
- (8) **المعال :** الزوج والزوجات والأولاد الذكور تحت سن الثامنة عشرة والبنات غير المتزوجات.
- (9) **شركة التأمين :** شركة التأمين المُرخص لها بالعمل في المملكة التي تم تأهيلها لممارسة أعمال الضمان الصحي التعاوني من قبل المجلس.

(10) **المؤمن عليه(المستفيد)** : هو الشخص المشمول بالنظام والمؤمن عليه لدى شركة تأمين.

(11) **التأمين الصحي**: هو الضمان الصحي التعاوني المشار اليه في النظام.

(12) **الحالة الطارئة** : العلاج الطبي الذي تقتضيه الضرورة الطبية للمستفيد إثر وقوع حادث، أو حالة صحية طارئة تستدعي التدخل الطبي السريع.

(13) **التغطية التأمينية** : هي المنافع الصحية الأساسية المتاحة للمستفيد المحددة بوثيقة التأمين المرفقة بهذه اللائحة.

(14) **الوثيقة** : هي وثيقة الضمان الصحي التعاوني الأساسية التي اعتمدها المجلس الملحق بهذه اللائحة والتي تتضمن التحديات والمنافع والاستثناءات والشروط العامة وتصدر من شركة التأمين بموجب طلب تأمين يقدم من صاحب العمل (حامل الوثيقة).

(15) **القسط (الاشتراك)** : هو المبلغ الواجب الأداء للشركة من قبل حامل الوثيقة مقابل التغطية التأمينية التي توفرها الوثيقة خلال مدة التأمين.

(16) **نسبة الاقطاع/التحمّل (المشاركة في الدفع)**: هي الجزء الواجب الأداء (المحدد في جدول الوثيقة) الذي يجب أن يسدده المستفيد (المؤمن عليه) عند زيارة الطبيب.

(17) **المنفعة** : تعني نفقات توفير الخدمة الصحية التي تشملها التغطية التأمينية ضمن الحدود المبينة في جدول الوثيقة.

(18) **مقدم الخدمة** : الشخص أو المرفق الصحي المعتمد والمرخص له، وفقاً لأنظمة المعمول بها، بتقديم الخدمات الصحية في المملكة وعلى سبيل المثال، مستشفى أو مركز تشخيص أو عيادة أو صيدلية أو مختبر أو مركز علاج طبيعي أو علاج بالإشعاع.

(19) **شبكة مقدمي الخدمة المعتمدة** : هي مجموعة مقدمي الخدمة الصحية المعتمدين من مجلس الضمان الصحي التعاوني المحددين من قبل شركة التأمين الصحي لتقديم الخدمة لصاحب العمل/ حامل الوثيقة ويتم ذلك

بالقيد مباشرةً على حساب شركة التأمين على أن تتضمن هذه الشبكة مستويات الرعاية الصحية الثلاثة:

- المستوى الأول لتقديم الخدمات الصحية (الرعاية الصحية الأولية)
- المستوى الثاني لتقديم الخدمات الصحية (المستشفيات العامة)
- المستوى الثالث لتقديم الخدمات الصحية (المستشفيات التخصصية أو المرجعية).

الفصل الثاني: المستفيدون (المؤمن عليهم)

المادة (2) : تخضع للضمان الصحي الفئات التالية:

- (1) جميع الأشخاص غير السعوديين العاملين بأجر سواء لدى غيرهم أو لحساب أنفسهم دون اعتبار لمستوى دخولهم وطبيعة عملهم ومدة توظيفهم.
- (2) جميع الأشخاص غير السعوديين من غير العاملين المقيمين في المملكة.
- (3) أفراد الأسرة الذين يعولهم الأشخاص المحددة صفتهم في الفقرتين (1) و (2) من هذه المادة، والحاizون على رخصة إقامة في المملكة.

المادة (3) : يستثنى من الضمان الصحي المنصوص عليه في المادة (2) من هذه اللائحة ما يلي:

(1) جميع الموظفين من غير السعوديين العاملين لدى أجهزة ومؤسسات حكومية لا يسمح لها نظامها بإبرام عقود مع مستشفيات خاصة لعلاج موظفيها، طالما كان الموظفون تحت كفالة تلك المؤسسات، ويرتبطون بعقود عمل معها بشرط أن تنص عقودهم على توفير العلاج الطبي في مستشفى حكومي، ويلزم من لا ينص عقد عمله على توفير الخدمة الصحية بالحصول على تغطية تأمينية خاصة تغطي احتياجاته الصحية الأساسية.

(2) جميع الموظفين من غير السعوديين العاملين لدى القطاع الخاص بموجب عقود عمل تنص على توفير العلاج الطبي في المرافق الصحية المؤهلة التابعة لصاحب العمل، وإذا تعذر توفير العلاج في

المرافق المملوكة لصاحب العمل بما في ذلك الحالات الطارئه يلزم صاحب العمل بتوفير التغطية التأمينية التكميلية.

(3) أفراد الأسرة الذين يعولهم الموظفون المحددة صفتهم في الفقرتين (1)، (2) من هذه المادة.

ويجب أن يكون نطاق العلاج الموضح في الفقرات أعلاه مطابقاً على الأقل لأحكام المادة (7) من النظام ومتقناً مع مستوى الجودة الوارد في هذه اللائحة.

المادة (4): يحدد المجلس وفقاً للمادة (3) من اللائحة ما يلي :

(1) الاجهزة والمؤسسات الحكومية .
(2) أصحاب الأعمال ، الذين يوظفون أشخاصاً يتم إعفاؤهم من التأمين الصحي تأسيساً على طلب يتقدون به.
ويقرر المجلس مدى مطابقة العلاج الطبي الذي توفره تلك الاجهزة والمؤسسات الحكومية وأصحاب الأعمال لنطاق ومستوى الخدمات الصحية الواجب توفرها بموجب هذه اللائحة.

(3) الحالات التي لا يتضح فيها بصورة قطعية ما إذا كانت أحكام المادة (3) تسرى بشأن أي من الموظفين أو المرافقين فإن للمجلس أن يتخذ القرار المناسب في هذا الخصوص بناء على طلب من صاحب العمل .

(4) المبررات الداعية لزوال الاستثناء من أحكام الفقرة (2) من هذه المادة، وفي هذه الحالة يخضع الموظفون ومن يعولونهم لأحكام النظام ضمن التحديد أعلاه.

الفصل الثالث : التغطية التأمينية للنظام

المادة (5) : أ- يلتزم صاحب العمل بإبرام وثيقة تأمين صحي مع إحدى شركات التأمين تغطي المستفيدين الموجودين بالمملكة أو أي مستقدمين جدد يخضعون لهذا النظام.

ب- لا يسمح لشركات التأمين المؤهلة برفض أي طلب لإجراء الضمان الصحي التعاوني طالما كان ذلك في حدود ملائتها المالية.

المادة (6) : تصدر شركة التأمين شهادة إلى صاحب العمل (حامل الوثيقة) تقييد بالتأمين على منسوبيه لتقديمها إلى الجهة المختصة بإصدار رخص الإقامة وتجديدها ويحدد المجلس محتوى الشهادة.

المادة (7) : في حالة عدم صدور رخصة الإقامة للمستفيد يتم شطب اسمه من وثيقة الضمان الصحي التعاوني من تاريخ خروجه النهائي، ويحتسب القسط المستحق عن مدة التأمين حسب الأسس المنصوص عليها في الوثيقة.

المادة (8) : يتم تسليم المستفيد نسخة من وثيقة الضمان، والتي يجب أن لا تقل التغطية الصحية فيها عن الغطاء الأساسي المنصوص عليه في النظام.

المادة (9) : يجوز لصاحب العمل أن يغير شركة التأمين المتعاقد معها لتوفير التغطية التأمينية، على أن يوجه خطاباً بذلك إلى شركة التأمين قبل شهر على الأقل من تاريخ الإلغاء المطلوب، ويُحسب الجزء المعد من القسط التأميني على أساس نسبي ويلزم صاحب العمل (حامل الوثيقة) بإعادة بطاقات التأمين بتاريخ الإلغاء وإبرام وثيقة تأمين أخرى لتوفير التغطية التأمينية بحيث تبدأ من تاريخ اليوم التالي للإلغاء الوثيقة.

المادة (10) : عند انتقال شخص خاضع للضمان الصحي التعاوني للعمل لدى صاحب عمل آخر يلتزم صاحب العمل الجديد بالتأمين عليه من تاريخ انتقاله، وتقديم شهادة التأمين كأحد مسوغات نقل الكفالة.

المادة (11) : تشمل التغطية التأمينية للضمان الصحي المنافع المنصوص عليها في المادة (7) من النظام ونطاق الأحكام الواردة في الفصل الرابع من هذه

اللائحة وتحدد الوثيقة المدة الزمنية للعلاج والحدود القصوى لمبلغ التغطية التأمينية والتحديات والمنافع وال الاستثناءات والشروط العامة للتحصص التأمينية.

المادة(12): تشمل منافع التغطية التأمينية الحمل والولادة لمن تم التعاقد معهم على أساس (عقد متزوج) ضمن الحدود الموضحة في الوثيقة.

المادة(13): تتحقق التغطية التأمينية للضمان الصحي في الخدمات المقدمة في المملكة العربية السعودية التي توفرها شبكة مقدمي الخدمات المعتمدة التي ترتبط معها شركة التأمين بعقود خدمات صحية.

المادة(14): يلتزم صاحب العمل بإجراء التغطية التأمينية على المستفيد من تاريخ الوصول إلى المملكة وتسليميه بطاقة التأمين خلال مدة لا تتجاوز عشرة أيام عمل من تاريخ وصوله، أما الأطفال حديثو الولادة من تمت ولادتهم في المملكة العربية السعودية أثناء سريان الوثيقة فتمتد التغطية التأمينية لهم بأثر رجعي اعتبارا من تاريخ الولادة.

المادة(15): تنتهي التغطية التأمينية بوفاة المستفيد أو عند إنتهاء مدة الوثيقة أو إلغائها أو عند مغادرة المستفيد للمملكة نهائياً.

الفصل الرابع : المنافع : (المنافع العينية ورد التكلفة)

المادة (16) : يحصل المستفيد على المنافع المحددة في الوثيقة على النحو التالي :

(1) التشخيص والعلاج لدى مقدم الخدمة على أن يتحمل المستفيد مبلغ الاقتطاع/التحمُّل المحدد في الوثيقة مشاركة في الدفع أو المبالغ التي تزيد عن حدود التغطية.

(2) المبالغ المالية لتكاليف العلاج الطبي الضروري والطارئ في حالة تحمُّله لهذه التكاليف مباشرة، بشرط عدم تمكُّن شركة التأمين من

جعل تلك الخدمة متوفرة بصورة عاجلة في متناول المستفيد أو رفض شركة التأمين توفير الخدمة له بغير وجه حق، ويكون رد التكاليف لمن تحمل نفقات العلاج حسب الحدود المنصوص عليها في الوثيقة وفي الحدود التي تدفعها الشركة لمقدم خدمات ذات مستوى مماثل.

المادة (17): يبدأ الحق في المطالبة بالمنافع اعتباراً من بداية التغطية التأمينية وفقاً لأحكام المادة (14) من هذه اللائحة.

المادة (18): لا تكون هناك أية مدد انتظار دون أحقيبة في المنافع في بداية التأمين ويشتمل تقديم المنافع بعد بداية التغطية التأمينية على الحالات التي ترجع نشأتها للمرة السابقة لبداية التغطية التأمينية، وإذا قدم المستفيد للمملكة لتلقي العلاج من مرض وليس لأجل العمل فلا تمتد التغطية التأمينية للحالات التي كانت نشأتها سابقة على بداية التغطية التأمينية.

المادة (19): ينتهي الحق في الاستفادة من المنافع بانتهاء التغطية التأمينية وفقاً لأحكام المادة (15)، من هذه اللائحة، ويشمل ذلك حالات التأمين التي لم يبيت فيها، ويكون العامل الحاسم في التزام الخدمة من جانب شركة التأمين هو تاريخ الاستفادة من مقدم الخدمات.

المادة (20): تُغطي منافع التأمين التطعيمات واللقاءات الأساسية للأطفال حتى سن الالتحاق بالمدرسة، وحسب قرارات وزارة الصحة، والتي يتعين أن يقوم بإعطائها مقدم خدمات متعاقد معه.

المادة (21): يتم تقديم الخدمة الصحية والعلاج الطبي من قبل شبكة مقدمي الخدمة المدرجين في القائمة المرفقة بوثيقة التأمين المسلمة للمستفيدين المعتمدة من شركة التأمين وحاملي الوثيقة.

المادة(22): تشمل التغطية التأمينية نفقة الإقامة والإعاقة في المستشفيات لمرافق واحد لمستفيد كمرافقه الأم لطفلها حتى سن الثانية عشرة أو حيما تقتضي ذلك الضرورة الطبية حسب تقدير الطبيب المعالج.

المادة(23): تُعطى في حالات الطوارئ فقط تكاليف نقل المستفيدين من المرضى أو الحوامل لأقرب موقع ملائم لتلقي العلاج، ويكون النقل بواسطة خدمات سيارات إسعاف مخصصة أو تابعة لجمعية الهلال الأحمر السعودي.

المادة(24): يُلزم كل مستفيد ينتفع بخدمات طبية أن يشارك في دفع تكاليف العلاج في مراكز الخدمة، وذلك حسبما هو موضح في الوثيقة عدا في الحالات الاصعافية والتنويم.

المادة(25): لا يجوز ل يقدم الخدمة الطبية التنازل عن مبلغ المشاركة في الدفع وذلك إما بإضافته على المبلغ النهائي الواجب دفعه من قبل شركة التأمين أو منحه كتخفيض لمستفيد.

المادة(26): يجب تسديد المشاركة في الدفع من قبل المستفيد ل يقدم الخدمة الصحية مقابل الحصول على سند استلام.

المادة(27): لا يحق لمستفيدين المطالبة بمنافع بموجب الوثيقة إلا إذا كانت هذه المنافع من التغطيات الأساسية المنصوص عليها في الوثيقة، أو في التغطيات الإضافية التي تم حصولهم عليها وفقاً للمادة الثامنة من نظام الضمان الصحي التعاوني.

المادة(28): لا تكون هناك أية مطالبة بخدمات صحية في حالة المرض إذا قدمت تلك الخدمات إثر وقوع حادث في محل العمل أو نشوء أمراض مهنية ضمن التعريف الوارد في نظام التأمينات الاجتماعية.

المادة (29): إذا قامت شركة التأمين بتوفير تلك الخدمات الصحية، واتضح فيما بعد أن فرع الأخطار المهنية في المؤسسة العامة للتأمينات الإجتماعية يجب أن يغطي تلك الخدمات، تلتزم المؤسسة العامة للتأمينات الإجتماعية بتعويض شركة التأمين عما دفعته من مصروفات.

المادة (30): إذا قامت المؤسسة العامة للتأمينات الإجتماعية بتقديم خدمات صحية لشخص يرتبط بعقد تأمين مع شركة تأمين صحي على الرغم من كون الأخيرة ملزمة بتوفير تلك الخدمات فإن شركة التأمين تلتزم بتعويض المؤسسة العامة للتأمينات الإجتماعية عن المصروفات التي نشأت في هذا الصدد، ويكون التعويض ضمن الحدود التي تلتزم بها شركة التأمين في توفير الخدمات غير المشمولة بنظام التأمينات الإجتماعية.

المادة (31): للمؤسسة العامة للتأمينات الإجتماعية وشركة التأمين إبرام عقد مشترك بينهما ينص على اتخاذ إجراءات محددة للوفاء بالخدمات الواردة في المادتين (29) و (30).

المادة (32): إذا كان لدى أحد المستفيدين أية مطالبات لدى الغير تتعلق بتعويضات عن أضرار بسبب مرض أو حادث فإن حقوق المستفيدين تتحول في هذه الحالة إلى شركة التأمين، وذلك فيما يتعلق بالتكاليف التي وقعت على عاتق شركة التأمين نتيجة لتقديم الخدمة الصحية للمستفيد.

الفصل الخامس : تمويل شركات التأمين

المادة(33): تدرج الأقساط والرسوم الإضافية التي يجري تحصيلها وعوائد الاستثمار ضمن موارد شركات التأمين.

المادة(34): تلتزم كل شركة تأمين بما يقرره المجلس، بالتنسيق مع الجهات الرقابية الأخرى، من مخصصات فنية متعارف عليها في قطاع التأمين.

:المادة(35)

أ- يتم تحديد قسط التأمين(الاشراك) بالاتفاق بين شركة التأمين وصاحب العمل.

ب- إذا اختلفت قيمة القسط بما تقدمت به الشركة في خطة العمل تلتزم بأخذ موافقة الأمانة العامة للمجلس على قيمة القسط، ويمكن للمجلس مراجعة القسط من وقت لآخر.

ج- يكون حد المنفعة الأقصى لكل مستفيد مائتين وخمسين ألف ريال سعودي فقط.

المادة(36): يلتزم صاحب العمل بدفع الأقساط عن موظفيه المتعاقد معهم وعن الأفراد الذين يعولونهم لشركة التأمين التي يختارها لهذا الغرض، ويسري هذا الحكم على الأشخاص غير العاملين أو الأفراد الذين يعولونهم، ويكون صاحب العمل هو وحده المسئول عن دفع الأقساط، التي يجب أن تسدد في بداية كل سنة تأمينية ما لم يتلق على غير ذلك.

المادة(37): في حالة عدم سداد الأقساط في الأوقات المتفق عليها يجوز لشركة التأمين الغاء الوثيقة بعد انتهاء فترة سريان مفعول الوثيقة واستعادة بطاقات التأمين وتحصيل القسط المستحق، وعلى شركة التأمين إشعار مجلس الضمان وشبكة مقدمي الخدمة المعتمدين بذلك.

المادة(38) يتم تحويل جزء من فائض عمليات التأمين إلى صندوق الضمان الصحي التعاوني وفق مبادئ التأمين التعاوني، ويحتسب هذا الجزء على ضوء نتائج عمليات شركة التأمين وبعد موافقة الجهات الرقابية الأخرى.

المادة(39): يصدر مجلس الضمان الصحي اللائحة المحددة لأهداف الصندوق المنظمة لأعماله وفقاً للمادة (38).

الفصل السادس : ممارسة أعمال التأمين الصحي

المادة(40): تتولى ممارسة أعمال الضمان الصحي شركات التأمين المصرح لها بمزاولة أعمال التأمين في المملكة، وتسرى أحكام نظام الشركات وغيره من الأنظمة ذات العلاقة السارية في المملكة بالنسبة لأية أحكام لم يتم النص عليها في هذه اللائحة وفي أية لوائح لاحقة يتم إقرارها مستقبلاً.

المادة(41): لا يسمح لشركات التأمين بممارسة أعمال الضمان الصحي إلا بعد تأهيلها من قبل المجلس، ويكون التأهيل مقيداً بمدة ثلاثة سنوات قابلة للتجديد لمدد أخرى مماثلة.

المادة(42):

أ- يتلقى المجلس مقابلاً مالياً لتأهيل شركات التأمين الصحي التعاوني مقداره مائة وخمسون ألف ريال سعودي فقط.

ب- يتلقى المجلس مقابلاً مالياً مقابل التجديد السنوي لشركات التأمين الصحي التعاوني مقداره خمسون ألف ريال سعودي فقط.

المادة(43): يجوز لشركات التأمين العاملة في مجال التأمين الصحي حق ممارسة أعمال أخرى من التأمين على أن يتم الالتزام بفصل الجوانب المالية لأنشطة التأمين الصحي عن غيرها من الأنشطة وحسب ما تقره الجهة الرقابية.

المادة(44): يتم تأهيل شركات التأمين (المصرح لها بممارسة أعمال التأمين في المملكة) لممارسة التأمين الصحي بناء على طلب يتم تقديمها لهذا الغرض، وللمجلس تحديد ما يراه من تفاصيل تتعلق بطبيعة ونطاق البيانات التي يتعين تضمينها في الطلبات في حدود ما يلزم لتقديرها، وعلى المجلس البت في طلب التأهيل خلال مائة وثمانين يوماً من تاريخ تقديم الطلب.

المادة(45): تلتزم شركة التأمين بتقديم المستندات التالية ضمن طلبها للحصول على التأهيل:

- (1) إسم وعنوان الشركة.
- (2) النظام الأساسي أو عقد التأسيس.
- (3) أسماء رئيس وأعضاء مجلس الإدارة والعضو المنتدب والإدارة التنفيذية.
- (4) الحسابات السنوية المدققة من قبل محاسب قانوني للسنوات الثلاث السابقة لتقديم الطلب للشركات القائمة وخطة العمل للشركات الجديدة.
- (5) إسم الخبير الاكتواري المستقل أو الشركة المتخصصة في الدراسات الاكتوارية.
- (6) إسم مراجع الحسابات القانونيين.

المادة(46): يجب أن تتضمن خطة العمل بياناً يتضمن تقديرأً للإيرادات والمصروفات والخصصات الفنية والنتائج المتوقعة للثلاث سنوات اللاحقة لتقديم الطلب حسب النموذج الذي أعده المجلس خصيصاً لذلك، وكذلك مخطط ترتيبات إعادة التأمين.

المادة(47): تلتزم شركة التأمين بإرفاق إفادة من قبل الجهة الرقابية الأخرى بإلتزام الشركة بالحفاظ على الحد الإندي من الملاعة المالية.

المادة(48): للمجلس أن يختار من الشركات المتقدمة تلك التي يتتوفر فيها التالي:

(1) التصرّح بممارسة أعمال التأمين.

(2) الجهاز الفني والإداري والطبي وكذلك أنظمة الموافقات ومعالجة المطالبات وتسديد المستحقات، ويمكن تنفيذ هذه المهام عبر التعاقد مع شركة إدارة مطالبات طبية مرخصة من المجلس.

المادة (49): يجوز الإمتثال عن تأهيل شركة التأمين بموجب خطاب يبين أسباب الامتثال وذلك في الحالات التالية:

(1) حصول المجلس على معلومات من الجهة الرقابية الأخرى بعدم كفاءة المديرين التنفيذيين للشركة، وعدم توفر المتطلبات المهنية الضرورية فيهم.

(2) حصول المجلس على معلومات من الجهة الرقابية الأخرى تشير إلى عدم قدرة الشركة على الحفاظ على مصالح المستفيدين على الوجه السليم أو عدم قدرتها على الوفاء بتعهّداتها بصورة دائمة.

(3) في حالة عدم دفع الرسوم المقررة لمنح التأهيل أو تجديده المحدد في المادة (42) من هذه اللائحة.

المادة (50): تلتزم كل شركة تأمين بالإستعانة بخبير اكتواري أو شركة متخصصة في الخدمات الاكتوارية حسب ما تقرره الجهة الرقابية، بحيث يقدم هذا الخبير للجهة الرقابية تقريراً اكتوارياً عن نشاط التأمين الصحي للشركة موضحاً فيه كفاية المخصصات وسياسة التسعير.

المادة (51): يتعين على الخبير الاكتواري المستقل أن يتأكد من الالتزام بالأساليب التأمينية في حساب اشتراكات التأمين والمخصصات الفنية، وينبغي على الخبير في سياق هذا النشاط أن يقوم بمراجعة المسائل المالية للشركة وتدقيقها خاصة فيما يتعلق بالتأكد في جميع الأوقات من وفاء الشركة بصورة مستمرة بالتعهّدات الناشئة عن وثائق التأمين، وأن الشركة تمتلك تحت تصرفها موجودات مالية كافية في مستوى هامش

الملاة التي حددتها الجهة الرقابية، وإذا أدرك الخبير الاكتواري أن المخصصات المطلوبة لم تعد متوفرة لزم عليه على الفور إشعار الجهة الرقابية.

المادة(52): تلتزم كل شركة تأمين بإعداد حسابات مدققة من قبل مكتبين لمحاسبين قانونيين مرخص لهم بالعمل في المملكة وتقدير أعمال يغطي مجريات السنة السابقة يتم تقديمها للمجلس خلال الشهور الثلاثة الأولى من العام التالي لنهاية السنة المالية لشركة التأمين.

المادة(53): على كل شركة تأمين مرخصة أن تقدم للمجلس إفادة بالتزامها بما يلي:

(1) أن يكون لديها رأس مال عادي حر وغير محمل بأعباء يساوي هامش ملاعتها على الأقل.

(2) إن هامش الملاعة احتسب بشكل يبين قدرة الشركة على الوفاء بتعهداتها بشكل مستمر.

(3) تقديم خطاب ضمان مالي لمجلس الضمان الصحي التعاوني يساوي ثلث هامش الملاعة على أن لا يقل مقدار هذا الضمان عن خمسة وعشرين مليون ريال.

المادة(54): يقوم المجلس باعتماد مقدمي خدمات الرعاية الصحية غير الحكومية في حدود الشروط التالية:

(1) أن يكون مرفق الرعاية الصحية قد تم ترخيصه من وزارة الصحة.

(2) أن يكون الأفراد القائمون على توفير الرعاية الصحية قد تم تسجيلهم من الهيئة السعودية للتخصصات الصحية.

(3) أن يكون مرفق الرعاية الصحية مستوفياً للحد الأدنى من متطلبات الجودة وفقاً للمادتين 109 و 110 من هذه اللائحة.

المادة(55): يتم اعتماد مقدمي خدمات الرعاية الصحية بموجب إشعار كتابي صادر عن المجلس، ويتعين تسديد المقابل المالي السنوي لهذا الغرض للجنس على النحو التالي:

(1) 2.000 ريال سعودي لعيادة طبيب واحد.

(2) 5.000 إلى 10.000 ريال سعودي لمستوصف.

(3) 10.000 إلى 20.000 ريال سعودي لمرافق عمليات اليوم الواحد.

(4) 20.000 إلى 50.000 ريال سعودي للمستشفى طبقاً لعدد الأسرة.

المادة(56): يحدد المجلس المقابل المالي المقرر في كل حالة وفقاً للمادة (55)، كما يحدد المجلس المقابل المالي لبقية مقدمي الخدمة مثل مركز تشخيص، صيدلية، مختبر.

المادة(57): يلغى اعتماد المرفق الصحي اذا قامت وزارة الصحة بسحب ترخيص المرفق، ويتعين على المجلس أن يشعر شركات التأمين كافة بذلك.

الفصل السابع : الإشراف على أطراف العلاقة التأمينية:(أهداف ونطاق الإشراف):

المادة(58): يتولى مجلس الضمان الصحي الرقابة على شمولية التغطية التأمينية الصحية، والتأكد من قيام أطراف العلاقة التأمينية الصحية بتنفيذ المهام والمسؤوليات المنطة بهم بموجب هذه اللائحة.

المادة(59): تقوم الجهة الرقابية بتولى مسؤولية الرقابة على شركات التأمين التي تزاول نشاط التأمين الصحي بحيث تشمل التأكد من ملاءة الشركة

وكفاية رأس مالها وسلامة أصولها ومخصصاتها الفنية وقدرتها على الوفاء بالتزاماتها نحو المستفيدين من تأمينها الصحي، وتقوم الجهة الرقابية باطلاع المجلس على أي خلل قد يطرأ على وضع أي شركة تأمين وفقاً لما سبقت الإشارة إليه في هذه الفقرة.

المادة (60): للمجلس أن يطلب تعديل خطة العمل لشركة من شركات التأمين الصحي قبل إبرام وثائق تأمينية جديدة، وفقاً لما يراه ضرورياً لحماية مصالح المستفيدين، بحيث تمت آثار ذلك بالنسبة لوثائق التأمين القائمة أو الوثائق التي لم يتم إبرامها بعد.

المادة (61): يجوز للمجلس طلب معلومات وبيانات حول جميع مسائل العمل المتعلقة بالتأمين الصحي من الجهة الرقابية. وللمجلس في حالات فردية وخاصة فيما يتعلق بالبنود العامة للتأمين الصحي أن يطلب النماذج وغير ذلك من المطبوعات التي تستخدمها شركة التأمين الصحي في مراسلاتها مع أصحاب العمل والأشخاص المستفيدين ومقدمي الخدمات وكذلك العقود الموقعة مع شركة إدارة مطالبات التأمين الصحي.

المادة (62): يحق للمجلس أو من يعينهم القيام خلال مدد منتظمة أو في أي وقت بإجراء المراجعة والتدقيق على جميع شركات التأمين في نطاق اختصاصات المجلس وكذلك الطلب من الجهات الرقابية الأخرى القيام بذلك وتزويد المجلس ب்�تقدير عن ذلك.

المادة (63): يحق للمجلس التحفظ على أي من المسؤولين التنفيذيين في أي من شركات التأمين وإشعار الجهات الرقابية الأخرى بذلك.

المادة (64): لا يسمح لأعضاء المجلس أو للأشخاص الذين يوظفهم بإفشاء المعلومات السرية التي يحصلون عليها في سياق القيام بتنفيذ هذه

اللائحة، ويسري هذا الحكم بالنسبة لأي شخص آخر يكون قد ألم بهذه المعلومات في سياق التقارير الرسمية، ولا تسري هذه الأحكام على إفشاء المعلومات في عبارات عامة لا يتسعى معها تحديد شركة بعينها من شركات التأمين.

المادة(65): للمجلس استخدام المعلومات المشار إليها في المادة (64) بحيث يقتصر استخدامها على الأغراض التالية:

- (1) فحص الطلب المقدم من شركة التأمين للحصول على التأهيل أو التجديده.
- (2) التوجيهات الصادرة من المجلس.
- (3) ملاحقة أي مخالفات للالتزامات الناشئة عن عقد التأمين وفقاً للمادة 14 من النظام.
- (4) في إطار إجراءات فحص الشكاوى المقدمة بشأن قرار اتخذه إحدى شركات التأمين.
- (5) في إطار إجراءات النظر والبت في المخالفات وفقاً للمادة 14 من النظام.

المادة(66): إن الالتزام بالمحافظة على سرية المعلومات الواردة في المادة (64)

لا يمنع على وجه التحديد من تقديم المعلومات :

- (1) للجهات القضائية أو المحاكم أو الجهات التكميلية الأخرى.
- (2) للأجهزة المسئولة عن تطبيق النظام وفقاً لأحكامه أو الأنظمة الأخرى ذات العلاقة طالما كانت تلك الجهات تطلب المعلومات لغرض إنجاز مهامها على أن تلتزم بضوابط السرية الواردة في المادة (64) من هذه اللائحة.

المادة(67): للجهة الرقابية الأخرى حق الإشراف على تسوية ما يتعلق بالوثائق التأمينية القائمة وذلك في حالة حظر أنشطة شركة التأمين أو توقفها

عن العمل أو في حالة سحب ترخيص ممارستها لأنشطة أعمالها، وعليها التنسيق مع مجلس الضمان الصحي التعاوني في ذلك.

المادة(68): يجوز للمجلس سحب تأهيل ممارسة أعمال التأمين الصحي إذا أخلت شركة التأمين بمتطلبات التأهيل، وفي حالة سحب التأهيل فإن تبعية المستفيدين لدى الشركة تنتقل إلى شركة تأمين يختارها صاحب العمل، ويسري ذلك أيضاً إذا توقفت شركة التأمين عن الإستمرار في ممارسة أعمالها دون أن يكون التأهيل قد تم سحبه.

المادة(69): يجوز للمجلس كذلك سحب تأهيل ممارسة أعمال التأمين الصحي إذا لم تستخدم شركة التأمين التأهيل خلال إثنى عشر شهراً أو إذا أبدت صراحة تخليها عن التأهيل أو توقفت عن الإستمرار في ممارسة أعمالها لمدة ستة أشهر.

المادة(70): فيما عدا الحالات المشار إليها في المادتين (68) و(69) يتم التنسيق مع الجهات المعنية حول سحب التأهيل.

المادة(71): يتم تمويل المجلس من خلال ما يلي :

(1) **المقابل المالي للتأهيل والتجديد السنوي لشركات التأمين.**

(2) **المقابل المالي للإعتماد السنوي لمقدمي الخدمات الصحية غير الحكومية.**

(3) **الم مقابل المالي للإشراف والرقابة على شركات التأمين وذلك بواقع واحد بالمائة من أقساط التأمين الصحي حسب القوائم المالية المدققة للسنة السابقة.**

(4) **الم مقابل المالي الذي يحصل عليه المجلس نظير دراسة إعفاء الجهات التي تمتلك مراقب طبية من التغطية التأمينية أو جزء منها ويحدد المجلس هذا المقابل.**

(5) الغرامات المالية الأخرى المستحقة للمجلس وكذلك التي تقضى بها لجنة مخالفات نظام الضمان الصحي التعاوني والمحددة في المادة (111) من هذه اللائحة.

(6) التبرعات والهبات وعوائد الاستثمار.

(7) المبالغ المالية المحصلة من أي مصادر أخرى مثل إصدار المجالات والكتيبات أو الأعمال الإستشارية أو التدريبية التي قد يقوم بها المجلس.

المادة (72): يقوم المجلس بنشر معلومات عامة حول أنشطة شركات التأمين التي يؤهلها المجلس، ويمكن التنسيق في هذا الصدد مع الجهات الرقابية الأخرى، كما يقوم المجلس متى ما اقتضت الحاجة بتفسير اللائحة التنفيذية للنظام.

المادة (73): يقوم المجلس بنشر ما يراه من جداول وبيانات إحصائية ذات علاقة بالتأمين عن كل سنة عمل دون تحديد لشركات تأمين بعينها.

الفصل الثامن : العلاقات بين أطراف العلاقة التأمينية :

المادة (74): يحدد المجلس اشتراطات تصميم بطاقة التأمين الصحي ومحفوبياتها بالاتفاق المشترك مع شركات التأمين ومقدمي الخدمات الصحية.

المادة (75): تلتزم شركات التأمين ومقدمو الخدمات بمراعاة ما يلي:

(1) تقديم الخدمات وفقاً للمعايير المهنية والأخلاقية المقبولة عامة، التي تتحقق والأساليب الطيبة الحديثة المقبولة والمتعارف عليها مع الأخذ بعين الاعتبار ما يتحقق من تقدم في مجال الطب، ولا

يجوز لمقدمي الخدمات التقدم بمطالبات لشركات التأمين لتقديم خدمات لا تتوافق مع ما أشير إليه بعاليه.

(2) أن تكون الإجراءات الطبية مقصورة على ما تتطلبه حاجة العلاج الضرورية لإنجاز المهمة.

المادة(76): على أطراف العلاقة التأمينية وهم حملة الوثائق وشركات التأمين ومقدمو الخدمات كل فيما يخصه اتباع المعايير المهنية المتعارف عليها في تنفيذ ما يلي :

(1) تسديد الأقساط في وقتها من قبل حملة الوثائق إلى شركات التأمين.

(2) سرعة إعطاء الموافقات من قبل شركات التأمين إلى مقدمي الخدمة على تقديم العلاج للمستفيدين، وسرعة تسوية مطالبات مقدمي الخدمة.

(3) سرعة وسهولة توفير الخدمة العلاجية من قبل مقدمي الخدمة للمستفيدين وسرعة قيام مقدمي الخدمة بمطالبة شركات التأمين بتسوية المستحقات.

المادة(77): لا يسمح لشركات التأمين بمتلك أو تشغيل مرافق لغرض الرعاية الصحية للمؤمن عليهم وكذلك لا يسمح للمرافق الصحية الخاصة بإمتلاك شركات تأمين صحي.

المادة(78): طرفا التعاقد في وثيقة التأمين هما حامل الوثيقة (صاحب العمل) وشركة التأمين.

المادة(79): على صاحب العمل تزويد شركة التأمين بجميع المعلومات التي تطلبها الشركة. و إذا توفر لشركة التأمين مبررات معقولة للشك في صحة

هذه المعلومات يمكن للشركة أن ترفع الأمر لمجلس الضمان الصحي للتحقق من ذلك. ويلتزم صاحب العمل بناءً على طلب المجلس بتقديم المستندات المطلوبة كافة واطلاع ممثلي المجلس في مقر صاحب العمل على تلك المستندات.

المادة(80): يقوم صاحب العمل بشرح وإيضاح الوثيقة وحدود التغطية للمستفيدين المشمولين بها.

المادة(81): مع عدم الالخل بما تقضي به الانظمه و التعليمات ، يقوم صاحب العمل بتنفيذ الجزاءات بحق المستفيد الذي يثبتت عليه نظاماً سوء استخدام الخدمة.

المادة(82): على صاحب العمل إعادة بطاقة التأمين إلى شركة التأمين عند ترك المستفيد العمل لديه أو عند إنتهاء مدة وثيقة التأمين، ويكون مسؤولاً عن أية مصاريف تنشأ نتيجة عدم الالتزام بهذا الشرط.

المادة(83): تقوم شركة التأمين في سبيل الوفاء بالتزاماتها نحو توفير المنافع بإبرام عقود خدمات صحية مع مقدمي خدمة معتمدين. ويجوز للمستشفيات ومرافق الرعاية الصحية الحكومية المتاح دخولها لعموم المراجعين أن تعالج المستفيدين بمقابل مادي تتحمله شركات التأمين.

المادة(84): في الحالات الطارئة فقط يمكن تلقي العلاج لدى الأخصائيين والمستشفيات دون إحالة من مرافق رعاية أولية، ويسري هذا الحكم أيضاً على العلاج بواسطة مقدمي خدمات ممن لم توقع معهم شركة التأمين عقوداً للخدمات الصحية، وفي حالة عدم موافقة شركة التأمين على مواصلة العلاج في هذا المركز فيتم نقلهم بعد استقرار حالتهم الصحية إلى أحد مراكز شبكة مقدمي الخدمة.

المادة(85): تكون المسؤولية على مقدم الخدمة في حالة قيام أحد موظفيه أو أطيائه بالتحايل أو التزوير أو إساءة استخدام تقديم الخدمة.

المادة(86): يتضمن عقد الخدمات الصحية العناصر التالية على الأقل، ويجوز للمجلس اقتراح عقد خدمات استرشادي ينظم العلاقة بين الأطراف المعنية :

- (1) الحقوق والإلتزامات المشتركة والجزاءات الواجبة في حالة الإخلال بها.
- (2) إلتزام مقدمي الخدمة بمستوى الجودة النوعية وفقاً للشروط والإجراءات الواردة في المادتين (109) و(110) من هذه اللائحة.
- (3) إلتزام مقدم الخدمة بمراعاة متطلبات فعالية التكلفة وفقاً لأحكام المادة (75) من هذه اللائحة وأن يهيء ما يقدمه من علاج ووصفات طبية بما يتلقى مع ذلك.
- (4) مقدار الأجرور وإجراءات التسوية، وتسوية المبالغ المستحقة عن الوصفات الطبية التي تم صرفها.
- (5) الاشتراطات المسبقة لتوجيه الإنذارات ومهلة تلك الإنذارات.
- (6) طريقة تسوية النزاعات الناشئة عن عقد الخدمات الصحية.

المادة(87): على مقدم الخدمة التحقق من هوية المستفيد، وفي حالة قيام مقدم الخدمة بعلاج شخص من غير المستفيدين فإنه يتحمل تكاليف هذا العلاج.

المادة(88): على مقدم الخدمة المطالبة بمستحقاته المترتبة على علاج المستفيدين وبالشكل المتفق عليه مع شركة التأمين خلال مدة لا تزيد عن 90 يوماً من تاريخ الإستحقاق.

المادة(89): على مقدم الخدمة الإلتزام بنظام الترميز الذي يصدر عن المجلس وذلك في وصف حالات العلاج وتكلفتها والمطالبة بالمستحقات.

المادة(90): يجوز لمقدم الخدمة إلغاء عقد تقديم الخدمات الصحية مع شركة التأمين مع ملاحظة شروط إلغاء في حالة التأخير في سداد

مستحقاته. وفي هذه الحالة على شركة التأمين إبلاغ أصحاب العمل بذلك.

المادة (91): على شركة التأمين عند بدء سريان التغطية التأمينية تزويد حامل الوثيقة ببطاقات التأمين للمستفيدين وكذلك كتيبات توضيحية تتضمن الوثيقة ونطاق التغطية التأمينية وحدودها وشبكة مقدمي الخدمات المعتمدة، وعلى صاحب العمل تسليمها بشكل رسمي وفعلي عند بدء التغطية التأمينية للمستفيدين. على شركة التأمين إبلاغ شبكة مقدمي الخدمات المعتمدين بانضمام حامل الوثيقة إلى التغطية التأمينية وكذلك التغطيات الإضافية إن وجدت.

المادة (92): على شركة التأمين وحامل الوثيقة مراعاة ظروف المستفيدين وذلك بتقديم شبكة مقدمي خدمة تتناسب مع احتياجات المستفيدين وموقع عملهم، بشكل لا يضطرون معه للحصول على الخدمة من مقدم خدمة خارج الشبكة.

المادة (93): لا تلتزم شركة التأمين بإبرام عقد خدمات صحية مع كل مقدم خدمة معتمد من قبل المجلس، وللشركة أن تختار من بين مقدمي الخدمات المعتمدين من تأنس فيه القدرة على تقديم أفضل الخدمات لتلبية متطلبات عقد الخدمات الصحية.

المادة (94): لا تلتزم شركة التأمين باستخدام كل مقدمي الخدمة المبرم معهم عقود لكل وثيقة.

المادة (95): يجب على شركة التأمين الرد على طلب الموافقة على تحمل تكاليف العلاج خلال ستين دقيقة، وفي حالة عدم الموافقة فيجب توضيح الأسباب كتابياً، ويضع المجلس معايير الخدمة في هذا الشأن.

المادة (96): لشركات التأمين أن تعين لديها بصورة فردية أو جماعية أطباء سعوديين لمراقبة مدى الالتزام باشتراطات العلاج في حدود فعالية التكلفة الموضحة في المادة (75) من هذه اللائحة أثناء علاج أحد

المستفيدين. وفي حالة تعذر تعيين أطباء سعوديين يمكن لشركات التأمين أن تقدم للمجلس بطلب استثناء للتعاقد مع أطباء غير سعوديين؛ أما ما يخص الكفاءات الطبية المتميزة فلا بد أن يكونوا من الأخصائيين والإستشاريين السعوديين. وفي حالة طلب الإستشارات غير المترغبة فعلى شركات التأمين أن تستعين بالأخصائيين والإستشاريين السعوديين العاملين في القطاع العام.

المادة (97): يكون للأطباء المعينين للعمل لدى شركات التأمين استقلال مهني ولا يخضعون في آرائهم إلا للمقتضيات الطبية في مباشرتهم لمهام المراقبة ولا يحق لهم التدخل في العلاج الطبي، أو علاج المستفيدين.

المادة (98): يلتزم مقدمو الخدمات والمستفيدين بتزويد الأطباء العاملين في شركات التأمين بجميع المعلومات المطلوبة، وأن يضعوا تحت تصرفهم كافة المستندات الالزمة ل القيام بأعمال المراقبة وفقاً لأحكام المادة (96) من هذه اللائحة، ويجوز للأطباء دخول عناير المستشفى ومكاتب الإشراف الطبي والملفات الطبية لمستشفى مرخص عولج فيه أحد المستفيدين، أو يجري فيه علاجه وذلك حينما تقتضي الضرورة لإنجاز مهام المراقبة المسندة إليهم بالتنسيق مع المستشفى المعنى.

المادة (99): للمجلس حق الإعتراض على من ثبت عدم أهليته طبياً أو إخلاله بأخلاقيات المهنة.

المادة (100): على شركة التأمين سداد مستحقات مقدمي الخدمة في مدة لا تزيد عن ستين يوماً من تاريخ المطالبة.

المادة (101): على شركة التأمين ومقدمي الخدمة الإنفاق على تسوية مبلغ المطالبات، وفي حالة عدم الإنفاق يمكن لأي منهما إحالة الخلاف إلى مجلس الضمان الصحي التعاوني.

المادة(102): يجوز لشركة التأمين إلغاء عقد الخدمات الصحية مع أحد مقدمي الخدمة مع مراعاة مهلة الإنذار المحددة، وكذلك شروط الإلغاء المنصوص عليها في العقد المبرم بينهما إذا لمست من مقدم الخدمة إخلالاً كاملاً أو جزئياً بتقديم الخدمة بعد موافقة حامل الوثيقة وتعيين بديل عنه بنفس المستوى.

المادة(103): يلتزم المستفيد بتزويد شركة التأمين بجميع المعلومات التي تطلبها لتحديد تفاصيل الحالة الطارئة أو التزامات الخدمات الواقعة على عاتق شركة التأمين ونطاق تلك الإلتزامات.

المادة(104): يلتزم المستفيد بأن يتم الكشف عليه من قبل الطبيب المرخص نظاماً والمعتمد من المجلس الذي تعينه شركة التأمين إذا رغبت الشركة في ذلك وتحمّل في هذه الحالة تكاليف الكشف.

المادة(105): يلتزم المستفيد عند طلب العلاج بتقديم بطاقة التأمين وإثبات الهوية لمقدم الخدمات الذي يعيدها إليه بعد تسجيل البيانات الازمة للعلاج.

المادة(106): يلزم المستفيد بمراجعة أحد مرافق الرعاية الأولية أو الأطباء العاملين ضمن شبكة مقدمي الخدمة المعتمدة له، ويكون التحويل إلى أخصائي أو مستشفى بقرار من الطبيب العام.

المادة(107): يتحمّل المستفيد فرق تكاليف الكشف في حالة قيامه مباشرة بمراجعة الطبيب الأخصائي أو الإستشاري كما هو موضح بالوثيقة.

المادة(108): تقتصر التوصية بالتوسيم بالمستشفيات على الحالات التي يكون فيها علاج المستفيد بالعيادة الخارجية غير كاف ويتبع في هذا الحال الإستفادة من جراحات أو معالجات اليوم الواحد وفي حالة قيام المستفيد بمراجعة مستشفى غير المستشفى المحدد في أوراق الإحالة فإنه يلتزم بتحمّل الفرق في تكلفة العلاج.

الفصل التاسع : ضمان جودة الخدمات المقدمة

المادة(109): يحدد المجلس بالتعاون مع المؤسسات الصحية الحكومية ذات القدرة الإشتراطات الواجب توافرها مسبقاً للمحافظة على جودة الخدمات المقدمة فيما يتعلق بإنفاذ أحكام المادة (16) من النظام.

وفي سياق تحديد الإشتراطات على وجه الخصوص يتعين مراعاة ما يلي:

- (1) توفر الحد الأدنى لمتطلبات الجودة النوعية التي يجب على مقدمي الخدمة التقيد بها.
- (2) إقرار الخدمات التشخيصية والعلاجية التي يتعين توفيرها أو التي يزمع تقديمها على نفقة شركة التأمين.
- (3) إلتزام مقدمي الخدمة بالإجراءات المتعلقة بالمحافظة على الجودة النوعية.

المادة(110): تغطي الإجراءات المتعلقة بالمحافظة على الجودة النوعية ما يلي كحد أدنى:

- (1) المعايير الخاصة بغرف الكشف الطبي لمقدمي الخدمات المعتمدين.
- (2) التقيش المنظم على المستشفيات والعيادات والمستوصفات المعتمدة في مواقعها ودون إنذار مسبق من قبل موظفي المجلس أو من يعينهم من المؤهلين من خارج المجلس.
- (3) تقييم عقود الخدمات الصحية من حيث تعهدها بالمحافظة على ضوابط الجودة النوعية.
- (4) يلتزم مقدمو الخدمة القيام كل ثلاث سنوات وعلى حسابهم الخاص بالتعاقد عن طريق المجلس مع مكتب استشاري مختص لتقييم وقياس مدى إلتزام مقدمي الخدمة بمتطلبات الجودة النوعية

وتزويد المجلس بصورة من التقرير الخاص بذلك وفي حال إخلال مقدم الخدمة بهذا الشرط فيمكن للمجلس إلغاء الاعتماد.

الفصل العاشر : الجزاءات وتسوية المنازعات

المادة(111): تشكل لجنة أو أكثر بقرار من رئيس المجلس مكونة من ستة أعضاء من الجهات المحددة في المادة (14) من النظام تسمى لجنة مخالفات نظام الضمان الصحي التعاوني للنظر في مخالفات أحكام النظام وإقرار الجزاء المناسب و يوقع هذا الجزاء بقرار من رئيس المجلس ويجوز التظلم من هذا القرار أمام ديوان المظالم خلال ستين يوماً من إبلاغه.

المادة(112): تنظر هذه اللجنة في المخالفات التي تنشأ بين المستفيدين وحملة الوثائق وشركات التأمين ومقدمي الخدمات.

المادة(113): تقدم الشكوى من أطراف العلاقة كتابة لأمين عام المجلس خلال تسعين يوماً من تاريخ وقوع الخلاف الذي ترتب عليه موضوع الشكوى.

المادة(114): تقوم الأمانة العامة للمجلس باحالة الشكوى المقدمة إلى اللجنة التي تنظر في مخالفات أحكام هذا النظام.

المادة(115): تورد قيمة الجزاءات المالية الخاصة بمخالفة أحكام هذا النظام وكذلك الغرامات المحددة في المادتين (111) و(116) إلى المجلس وحسب ما تنص عليه اللائحة المالية.

المادة(116): إذا ثبت للجنة أن الشكوى غير صحيحة ولا تستند على أي مسوغ مقبول، فسيكون لها اتخاذ الاجراءات النظامية الازمة او اقتراح الجزاء المناسب في حق الشاكى.

المادة(117): تعقد اللجنة جلسة كل ما دعت الضرورة، ويدفع المجلس مكافأة تبلغ ألف ريال لكل عضو عن كل جلسة على ألا تزيد عن عشرين ألف ريال في السنة لكل عضو.

المادة (118): يقوم المجلس بإعداد الإجراءات التفصيلية لتقديم الشكاوى للجنة.

الفصل الحادي عشر : الأحكام الانتقالية ودخول اللائحة حيز التطبيق.

المادة(119): يتم البدء بإجراءات التأهيل لشركات التأمين الصحي واعتماد مقدمي الخدمات الذين تشملهم أحكام هذا النظام بعد صدور هذه اللائحة.

المادة(120): تطبق هذه اللائحة على أصحاب العمل حسب الجدول التالي :

(1) الشركات والمؤسسات الفردية التي يزيد عدد عمالتها الأجنبية عن خمسمائة شخص خلال عام من تاريخ صدور اللائحة.

(2) الشركات والمؤسسات التي يزيد عدد عمالتها الأجنبية عن مائة شخص خلال عامين من تاريخ صدور اللائحة.

(3) جميع أصحاب الأعمال والأفراد المشمولين بالنظام خلال ثلاثة سنوات من تاريخ صدور اللائحة.

المادة(121): في حالة إبرام وثائق تأمين قبل تطبيق النظام فإن أطراف التعاقد تكون مسؤولة عن إنهاء التزاماتها خلال عام من صدور هذه اللائحة، مع مراعاة ما جاء في المادة (120) من هذه اللائحة ويجوز لهم الاستمرار بنفس الالتزامات إذا حصلوا على موافقة

المجلس بالاستمرار في ترتيباتهم السابقة، ويشترط في هذه الحالة أن تكون شركة التأمين مؤهلة وأن يكون مقدم الخدمة معتمد وأن يكون باستطاعتها موافقة التزاماتها وفقاً لأحكام النظام واللائحة التنفيذية.

المادة(122): يختص المجلس باقتراح تعديل هذه اللائحة، ويصدر بذلك قرار من وزير الصحة.

المادة(123): تصدر هذه اللائحة بقرار من وزير الصحة وتنشر في الجريدة الرسمية وبدأ تطبيقها اعتباراً من بداية تطبيق النظام بعد تسعين يوماً من تاريخ إصدارها.

قائمة المراجع

أولاً: المراجع العربية:

أ- الكتب:

1- التركي محمد الحيدر عبد المحسن، نظام التأمين الصحي التعاوني في المملكة العربية السعودية، معهد الإدارة العامة، الرياض، 2002

2- خالد بن سعد عبد العزيز، التأمين الصحي التعاوني، دار المشورة لاستشارات الرعاية الصحية، الرياض، 2000

3- سلامة عبد الله سلامة، الخطر والتأمين: الأصول العلمية والعملية، الطبعة الرابعة، القاهرة، دار النهضة العربية، 1974

4- عادل عبد الحميد عز، التأمينات الاجتماعية: المبادئ النظرية والتطبيقات العملية، القاهرة، دار النهضة العربية، 1969

5- ممدوح حمزة أحمد، إدارة الخطر والتأمين، القاهرة، دار النهضة العربية، 1994

ب- الدوريات:

1- الكتاب الإحصائي السنوي، وزارة الصحة، المملكة العربية السعودية.

ثانياً: المراجع الأجنبيّة:

A-Books:

- 1- Andrew Fraker et.al., " Social Health Insurance for Developing Nations ", The International Bank for Reconstruction and Development, Washington, 2007
- 2- Angel, Ronald, " Poor Families in America's Health Care Crisis", Cambridge University Press, 2006
- 3- Deboraah Vines et. al., " Comprehensive Health Insurance: Billing, Coding and Reimbursement ", Prentice Hall, New York, 2008
- 4- Ebrary, " Insuring America's Health: Principles and Recommendations ", National Academies Press, 2004
- 5- Harold D. Skipper & Kenneth Black, " life and Health Insurance ", 13TH edition, Prentice Hall, New Jersey, 2000
- 6- Institute of Medicine (USA) Committee on the Consequences of Uninsurance, " Health Insurance in a Family Matter ", National Academy Press, 2002
- 7- Janet I. Beik, " Health Insurance Today: A Practical Approach ", Saunders; first edition, New York, 2006
- 8- Joann C. Rowell & Michelle A. Green, " Understanding Health Insurance: A Guide to Professional Billing", sixth edition, Delmar Inc., Illinois, 2002
- 9- Jonathan J. Pletzke, " Get a Good Deal on Your Health Insurance Without Getting Ripped-off ", Aji Publishing, Chapel Hill, Washington, 2007
- 10-Mechanic, David, " Policy Challenges in Modern Health Care", Rutgers University Press, Ripped 2004
- 11-Neelam Sekhri & William Savedoff, Policy & Practice Private Health Insurance : Implications for Developing Countries, Bulletin of the World Organization , Vol. 83, Feb. 2005.

12-Paul Zane Plizer, " The New Health Insurance Solution: How to Get Cheaper, Better Coverage Without a Traditional Employer Plan ", John Wiley& Sons, Inc., Hoboken, New Jersey, 2007

13-Peter Zweifel, " The Theory of Social Health Insurance (Foundations and Trends in Microeconomics) ", Now Publisher Inc., New Jersey, 2007

14-Richard Bailey, " Underwriting in Insurance and Health Insurance Companies", Life Office Management, Illinois 1985

15-William F. Bluhm, " Individual Health Insurance", Library of Congress, Washington, 2007

B-Periodicals:

1-National Health Accounts, 2001, WHO.

2-The world Bank, 2004.

<http://www.who.int/bulletin>

المحتويات

الصفحة	الموضوع
3	مقدمة
4	الأهداف التعليمية للمقرر
6	الفصل الأول: التأمين الصحي بالمملكة
28	ظاهرة الغش في التأمين الصحي
35	الفصل الثاني: التأمين الصحي الاجتماعي: خصائصه ، مزاياه ، تكاليفه ، تنظيمه
57	الفصل الثالث: المزايا التي يمنحها التأمين الصحي
74	الفصل الرابع: واقع التأمين الصحي في العالم: آليات التمويل -
96	الفصل الخامس: وثيقة الضمان الصحي التعاوني
119	أسئلة هامة فيما يتعلق بنظام التأمين الصحي بالمملكة
157	اللائحة التنفيذية لنظام الضمان الصحي التعاوني في المملكة العربية السعودية
169	قائمة المراجع
172	المحتويات