

إدارة التأمين الطبي



الف ص ل	قائمة الموضوعات	رقم الصفحة
1	مقدمة في التأمين الصحي	3
2	مفهوم التأمين الصحي	10
3	المصطلحات الإجرائية للتأمين الصحي	19
4	المكونات الأساسية لنظم التأمين الصحي	24
5	أنواع التأمين الصحي	29
6	المبادئ القانونية والشرعية لعقد التأمين	36
7	نظام الضمان الصحي السعودي	45
8	الترميز الطبي للأمراض	55
9	تجارب دول في التأمين الصحي	66
10	عرض تطبيقي لوثيقة تأمين صحي مفصلة	75
11	التدريب والتنمية في المؤسسات الصحية	78

الفصل الأول: مقدمة في التأمين الصحي

العناوين الرئيسية

- ❖ مقدمة
- ❖ تعريفات تتعلق بالتأمين
- ❖ نشأة التأمين الصحي
- ❖ التأمين الصحي في العالم
- ❖ رؤية التأمين الصحي
- ❖ رسالة التأمين الصحي
- ❖ التأمين الصحي التعاوني في المملكة العربية السعودية
- ❖ مبررات ودوافع تطبيق التأمين الصحي
- ❖ أهمية التأمين الصحي وفوائده

مقدمة

إن نظام التأمين الصحي هو أحد الأنظمة الصحية المهمة التي تعمل على خدمة قطاع كبير من المواطنين وتقدم أفضل مستوى من الخدمات الصحية لهم، وكما يتضح من خلال دراسة نظام الضمان الصحي السعودي رقم 83 لسنة 2004 فإنه نظام تكافلي تعتمد فيه الفئات غير المنتجة من الأطفال والنساء غير العاملات والشيوخ على الموارد المتاحة للفئات المحتاجة للرعاية على شكل خدمات صحية تقدم للمشمولين بالنظام بهدف الارتقاء بصحة الفرد بشكل خاص وبصحة السكان بشكل عام من خلال التدخل بتوجيه البرامج الصحية ضمن القنوات المتعددة الوقائية والعلاجية وإعادة التأهيل ضمن إطار دقيق وواضح تحكمه الأنظمة والتعليمات واللوائح .

ولم يتوقف دور التأمين الصحي عند معالجة منتسبيه بل تخطى ذلك وأصبح أكثر شمولاً وعطاء في مجالات الحياة المختلفة , لذلك نراه يتناول في بعض مواده التركيز على استباق المرض بتقديم الخدمات الوقائية كالتطعيم ضد الأمراض حسب برامج خاصة بذلك

تعريفات تتعلق بالتأمين

تعريف التأمين

التأمين في اللغة العربية مشتق من الأمن وهو طمأنينة النفس وزوال الخوف ويعرف التأمين على أنه عملية نقل الخطر (الآثار المادية له) من عاتق شخص (سواءً في نفسه أو ممتلكاته) ويطلق عليه مصطلح "المؤمن له" إلى شركة التأمين

ويطلق عليها مصطلح "المؤمن" مقابل مبلغ معين يتفق عليه (قسط التأمين) يستحق بموجبه تعويضاً من شركة التأمين إذا تحقق الضرر المؤمن منه وفقاً لشروط الوثيقة.

تعريف التأمين الصحي

التأمين الصحي: هو وسيلة لدفع بعض أو كل تكاليف الرعاية الصحية ويشكل حماية للأشخاص المؤمن عليهم من دفع تكاليف العلاج المرتفعة في حالة المرض .

- وهو نظام يجسد مفهوم التكامل والتعاون من قبل المجموعة مع الفرد في تحمل تكاليف العناية الصحية. أي يستهدف توزيع عبء التكلفة على أكبر عدد ممكن بدلاً من أن يتحملها فرداً واحداً .

التعريف القانوني للتأمين:

هو عقد بين طرفين يلتزم المؤمن "شركة التأمين" بمقتضاه بدفع تعويض للمؤمن له "طالب التأمين" عند وقوع حادث معين ويتعهد الثاني بسداد القسط.

التعريف الفني للتأمين:

هو وسيلة لتعويض الفرد عن الخسارة التي تحل به نتيجة لوقوع الخطر .

تعريف وثيقة التأمين

هي عقد بين طرفين يتعهد فيه الطرف الأول "المؤمن" نظير مقابل "قسط التأمين" بأن يدفع للطرف الثاني "المؤمن له" مبلغاً من المال أو ما يعادله في صورة عينية "العوض المالي" عند حدوث حادث يسبب خسارة لمصالح المؤمن عليه .

تعريف عقد التأمين:

اتفاق يلتزم بمقتضاه الطرف الأول (المؤمن) أن يؤدي إلى الطرف الثاني (المؤمن له) الذي اشترط التأمين لصالحه، مبلغاً من المال، أو إيراداً أو مرتباً، أو أي عوض مالي آخر (مبلغ التأمين). في حال وقوع الحادث أو تحقق الخطر المبين بالعقد وذلك نظير قسط أو أية دفعة مالية أخرى يؤديها المؤمن له للمؤمن.

تعريف المؤمن:

شركة التأمين أو فرع شركة التأمين الأجنبية التي حصلت على إجازة لمزاولة أعمال التأمين بموجب أحكام القانون. وتقوم بتغطية قيمة التأمين لطالب التأمين ضد خطر معين.

تعريف المؤمن له:

الشخص الذي أبرم عقد التأمين مع المؤمن، أو المستفيد الذي اكتسب حقوق عقد التأمين ابتداء أو حولت إليه بصورة قانونية.

أو هو الطرف (شخص أو شركة) الذي يتعرض لخطر في شخصه أو في ماله، فيعتمد إلى طلب التأمين ضد هذا من المؤمن (شركة التأمين)، يؤدي لها القسط المتفق عليه مقابل التزامها بدفع مبلغ معين عند تحقق الخطر.

نشأة التأمين الصحي

نشأ التأمين الصحي تاريخيا مع التطورات العمالية من خلال تجميع الموارد ورصدها لضمان الحماية من مخاطر المرض وكانت أول خطوة في ألمانيا عام ١٨٨٣ م حيث سنت الدولة قانونا يقضى بإلزام العمال في صناعة محددة ممن يتقاضون دخلا أقل من مستوى معين ألزمتهم بالاشتراك في صندوق المرض؛ ويمول الصندوق بالمساهمة الإلزامية لكل من الموظف ورب العمل .

ومن هنا نما التأمين الصحي كآلية للضمان الاجتماعي الإلزامي، وفي عام ١٨٨٧ م بدأت النمسا التأمين الصحي، وتبعها النرويج عام ١٩٠٢ م ثم بريطانيا عام ١٩١٠ م، وفرنسا عام ١٩٢١ م؛ وبحلول عام 1930 م عم التأمين الصحي الإلزامي معظم الدول الصناعية في أوروبا تحت مسمى تأمين المرض والأمومة.

- بعد إنشاء منظمة العمل الدولية تغيرت نظرة مواطني الدول الأوروبية للرعاية الطبية ونظروا لها على أن التأمين الصحي حق أساسي واضح لكل مواطن .

وفي عام 1944م وجهت منظمة العمل الدولية نداء خاصا بالرعاية الطبية إلى الحكومات كي تلبي احتياجات الأفراد من الرعاية الصحية لمنع نمو المرض وتخفيف المعاناة عند الاصابه بالمرض والوقاية الصحية

-في بداية القرن العشرين توسع التأمين الصحي في اغلب الدول الصناعية في أوروبا وذلك تحت مسمى التأمين ضد المرض والشيخوخة.

أهم الأسباب التي أدت إلى تطبيق نظام التأمين الصحي في أواخر الأربعينيات وبداية الخمسينيات ما يلي:

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

التأمين الصحي في العالم:

أصبح التأمين الصحي إلزامياً بشكل كامل في جميع الدول الأوروبية مثل السويد والدانمرك وألمانيا وفرنسا والنرويج وبلجيكا ، وكذلك في كندا . وأصبح يغطي معظم خدمات الرعاية الصحية في الولايات المتحدة، وكافة خدمات الرعاية الصحية في عدد من الدول الآسيوية مثل اليابان وسنغافورة. كما أصبح يغطي بشكل إلزامي جميع العاملين الحكوميين والعاملين في القطاع العام والمصانع الخاصة في مصر وتونس والجزائر والمغرب والكويت. وتتجه كافة دول العالم الآن لاعتماد التأمين الصحي كوسيلة رئيسة لتوفير خدمات الرعاية الصحية للسكان وقد طبق نظام الضمان الصحي في حوالي ١٠٠ دولة من دول العالم.

- أما في المملكة العربية السعودية توالت الدراسات حول البدائل المتاحة في هذا الصدد ، حتى كانت موافقة مجلس الشورى على تطبيق نظام الضمان الصحي التعاوني في 30 شوال من العام 1417 هجري.
- وصدر قرار مجلس الوزراء الموقر بهذا الشأن في : 1420/4/27 هجري وصدور المرسوم الملكي بالموافقة على النظام في : 1420/5/1 هجري.
- وفي شعبان 1423 هجري صدر قرار مجلس الوزراء القاضي بتطبيق نظام الضمان الصحي التعاوني على كافة السعوديين العاملين في شركات ومؤسسات القطاع الخاص ومؤسسات الأفراد المبرمة معهم عقود عمل.

- ومن مميزات نظام الضمان الصحي التعاوني الإسهام في تطوير الخدمات الصحية وتنظيمها في المملكة ، إضافة إلى تخفيف العبء على المرافق الحكومية وحل مشكلة سوء استخدام الخدمات المتاحة (مجاناً) وتفعيل دور الرعاية الصحية الأولية.

كما سيسهم في تطوير القطاع الصحي الخاص ويخلق فرصاً استثمارية واسعة نتيجة للارتفاع المتوقع في الطلب على خدمات القطاع الخاص ، إضافة لخلق فرص وظيفية أمام الباحثين عن وظائف، سواء في مستشفيات ومستوصفات القطاع الخاص أو في شركات الضمان الصحي التعاوني .

ولقد صدرت اللائحة التنفيذية للنظام بقرار معالي وزير الصحة رقم 23/460/ص وتاريخ 1423/3/27 هجري شاملة معلومات تفصيلية دقيقة منها ما يتعلق بمجلس الضمان الصحي التعاوني ودوره ووظائفه ، ومنها ما يتعلق بشركات التأمين ، ومنها ما يتعلق بموفري الخدمة الطبية ، هذا إضافة إلى ما يتعلق بالمستفيدين من الخدمة وهم المرضى .

رؤية التأمين الصحي

رؤية التأمين الصحي هي بأن يقدم خدمات صحية رائدة ومتميزة لمستفيدي التأمين الصحي المدني .

رسالة التأمين الصحي

هي تحسين وتعزيز صحة كافة مستفيدي التأمين الصحي المدني من خلال تمكينهم من الحصول على الخدمة الصحية المتميزة بما يتماشى مع احتياجاتهم بعدالة وشفافية .

التأمين الصحي التعاوني في المملكة العربية السعودية

رغم أن المملكة عرفت التأمين مبكراً مع دخول شركات النفط العالمية إلا أن التنظيمات الرسمية المنظمة والمقننة لصناعة التأمين في المملكة لم تبدأ إلا في عام ١٤٢٠ هـ مع صدور نظام الضمان الصحي التعاوني الذي تبعه بعد نحو عامين صدور نظام التأمين الإلزامي على رخص قيادة السيارات ولقد بني النظامان على قرار هيئة كبار العلماء وقرار مجلس الشورى.

مبررات ودوافع تطبيق التأمين الصحي:

هناك العديد من الأسباب التي دعت المملكة إلى تطبيق نظام التأمين الصحي التعاوني وهي كالتالي:

• ارتفاع تكاليف الخدمات الصحية

تكاليف الخدمات الصحية بازدياد مستمر، الأمر الذي يصعب تماماً أن تقوم أي دولة بتوفير الخدمات الصحية دون مقابل ودون ضوابط مهما كان ثراء الدولة، وهي إن استطاعت ذلك في فترة معينة لن تستطيع الاستمرار في ذلك في فترات أخرى، وبالتالي يصبح من الضروري أن تطبق بدائل لتمويل هذه الخدمات المكلفة.

• الظروف الاقتصادية الراهنة :

يمر العالم في معظمه بمرحلة اقتصادية متراجعة تستوجب تقنين وترشيد الإنفاق العام، والمملكة جزء من هذا العالم يعاني مما تعانيه.

• تزايد الطلب وارتفاع معدلات استهلاك الخدمات الصحية :

يعود ارتفاع حجم الطلب ومعدلات استهلاك الخدمات الصحية إلى عدة عوامل أهمها:

○ الارتفاع الكبير في معدل النمو السكاني بالمملكة والذي يبلغ ٣,٧%

- سنوياً، ويعد من أعلى معدلات النمو السكاني في العالم.
- تغير نمط الحياة التي أصبحت تتسم بالكسل والخمول وقله الحركة.
- سلبيات المدنية الحديثة من حيث نوعية الغذاء والازدحام السكاني والتلوث البيئي وضوضاء المدينة الكبيرة وضغوط الحياة فيها.
- ظهور احتياجات صحية جديدة نتيجة لذلك، مثل الزيادة في الأمراض المزمنة العالية الكلفة) مثل أمراض القلب والسكر والضغط والسرطان وغيرها.
- عدم وجود معايير لتقنين الاستخدام.
- مجانية الخدمات الصحية الأمر الذي قد يؤدي إلى الإفراط في استخدام هذه الخدمات وربما إساءة استخدامها.

● تخفيف الضغط على المرافق العامة :

إن تطبيق نظام التأمين الصحي يقود إلى تخفيف الضغط على المرافق الصحية العامة حيث يتيح مجالات رحبة لمساهمة القطاع الصحي الخاص.

● المحافظة على جودة الخدمات الصحية :

وذلك من خلال توفير مورد للتمويل وتخفيف الضغط على خدمات المرافق الصحية العامة

● مواكبة التقنيات الطبية الحديثة.

أهمية التأمين الصحي وفوائده

يعتبر التأمين الصحي أحد أهم أنواع التأمين وأكثره ارتباطاً وحساسية بأفراد المجتمع ومنظّماته وذلك نتيجة لما له من اثر ايجابي في توفير الأمان، الادخار، حماية الأسرة، الوقاية من الأمراض ومساهمته في التنمية الاقتصادية حيث تنبع أهمية التأمين الصحي من عدة عوامل اجتماعية واقتصادية يمكن ذكر بعضها:

أهمية التأمين الصحي بالنسبة للفرد:

- توفير الأمن والأمان من المخاطر.
- نقل التكلفة العالية من الفرد إلى المجموعة.
- تهتم بذوي الدخول الضعيفة والمتوسطة وتقديم الخدمة الصحية متى احتاجها الفرد وأسرته.
- وسيلة ادخار فعالة للأفراد.
- تحقيق الاستقرار النفسي والاجتماعي والاقتصادي لفئات العمال والموظفين.

أهمية التأمين الصحي بالنسبة للمجتمع :

- تحقيق الرفاهية للمجتمع و تحقيق العدل الاجتماعي .
- يسهم في تحسين الخدمة الصحية للفقراء.
- أن زيادة الانخراط في التأمين الصحي سوف يسهم في تحسين الصحة بالنسبة للفرد والمجتمع والبيئة وتحقيق التنمية للمجتمعات .
- يوفر فرص العمل في مرافق تقديم الخدمات الصحية أو مؤسسات التأمين نفسها .

أهمية التأمين الصحي بالنسبة للدولة :

- يسهم في تحقيق أهداف السياسة الصحية .
- رفع مؤشر الوضع الصحي .
- يلعب دورا كبيرا في الاستثمار في القطاع الصحي , التمويل و تقديم الخدمة والرقابة .
- يعمل على زيادة الإنتاج بسبب الاستقرار في العمل .

الفصل الثاني: مفهوم التأمين الصحي

العناوين الرئيسية

- ❖ مقدمة
- ❖ مفهوم التأمين الصحي
- ❖ فلسفة التأمين الصحي
- ❖ أطراف منظومة ممارسة التأمين الصحي
- ❖ أهداف التأمين الصحي
- ❖ أهداف تطبيق التأمين الصحي في المملكة العربية السعودية
- ❖ عناصر التأمين الصحي
- ❖ مصادر تمويل التأمين الصحي
- ❖ مشاكل تواجه التأمين الصحي
- ❖ أهم المزايا التي يمنحها التأمين الصحي
- ❖ أنواع تغطية التأمين الصحي
- ❖ العوامل المؤثرة في التأمين الصحي
- ❖ أهم المعوقات التي تواجه التأمين الصحي بشكل عام

مقدمة

التأمين الصحي هو أحد أنواع التأمين ضد مخاطر الظروف الصحية لدى الفرد، ويشمل تكاليف فحصه وتشخيصه وعلاجه، ودعمه النفسي والجسدي. كما قد يتضمن تغطية بدل انقطاعه عن العمل لفترة معينة أو عجزه الدائم. وهو أحد الطرق لإيصال الرعاية الصحية للأفراد والمجموعات.

مفهوم التأمين الصحي:

التأمين الصحي: كلمة مكونة من كلمتين: الأولى التأمين

التأمين في اللغة العربية مشتق من الأمن وهو طمأنينة النفس وزوال الخوف ويعرف التأمين على أنه عملية نقل الخطر (الآثار المادية له) من عائق شخص (سواءً في نفسه أو ممتلكاته) ويطلق عليه مصطلح "المؤمن له" إلى شركة التأمين ويطلق عليها مصطلح "المؤمن" مقابل مبلغ معين يتفق عليه (قسط التأمين) يستحق بموجبه تعويضاً من شركة التأمين إذا تحقق الضرر المؤمن منه وفقاً لشروط الوثيقة.

الثانية الصحي فهو نسبة إلى الصحة، ويقصد بالصحة هنا: كل المقومات البدنية والعقلية والوجدانية التي تتطلبها النفس البشرية لكي تستقيم على طريق الدين والدنيا وكان الأطباء الغربيون في السابق يعرفون الصحة بأنها مجرد انتفاء المرض، ثم تراجعوا عن هذا المفهوم ليشمل المعافاة الكاملة من كل الأمراض البدنية والنفسية وغيرها.

التأمين الصحي هو نظام يتم من خلاله جمع جزء من المال من المستفيدين في صورة أقساط سنوية تدفع مقابل توفير الرعاية الصحية لهم عند حاجتهم لذلك خلال سنة التعاقد. وتقوم الشركات التي تمارس هذا النوع من التأمين باعتماد مبدأ توزيع الخطر على المشتركين كأساس في ممارسة النشاط.

فلسفة التأمين الصحي

تتمثل في أن التأمين الصحي يحقق التوازن بين التكاليف الباهظة للخدمة في القطاع الصحي الخاص والتي لا يستطيع المواطن العادي تحملها وبين مستوى مترجع في خدمات القطاع الصحي العام نتيجة لنقص الموارد وزيادة الطلب، وتقوم فلسفة التأمين الصحي على مبدأ تجميع المخاطر، وتعني جمع مخاطر الإصابة بالمرض التي تصيب المجتمع أو مجموعة معينة، وتقاسمها بين الأفراد بشكل متساو، وذلك

عبر جمع الأموال اللازمة لعلاج هذه المخاطرة المجموعة بشكل متساو، ثم توزيعها على الأفراد حسب حاجتهم للعلاج مما يؤدي إلى تخفيف الأعباء والتكاليف المترتبة عند معالجة الحالات المرضية التي يتعرض لها المؤمن عليهم ويضمن وصول الرعاية الصحية لجميع محتاجيها مقابل مبلغ يسير من المال وثابت يدفعه جميع الأفراد المشتركين بالتأمين وهو بذلك نظام اجتماعي يقوم على التعاون والتكافل بين الأفراد لتحمل ما يعجز عن تحمله أحدهم بمفرده، وشركات التأمين تنظم الاستفادة من توزيع الخطر لقاء أجر معلوم لتوفر ملاذ أفضل لتأمين رعاية صحية شاملة، وتُقدّم هذا البرنامج مؤسسات حكومية أو شركات خاصة، أو كيانات غير ربحية

أطراف منظومة ممارسة التأمين الصحي

وتتم ممارسة التأمين الصحي في إطار منظومة ثلاثية الأطراف تتمثل في:

- ❖ المستفيد (المؤمن له)
 - ❖ شركة التأمين (المؤمن)
 - ❖ المستشفى أو المستوصف (مقدم الخدمة الصحية)
- إن تنظيم العلاقة بين الأطراف الثلاثة مع تطوير أسلوب التعامل بينهم ، ومراقبته يساعد في الارتقاء بمستوى الخدمة الصحية، وضمان حصول جميع الأطراف على حقوقهم.

أهداف التأمين الصحي

- ❖ توفير الرعاية الصحية للأفراد والمجموعات.
- ❖ تأمين تكاليف الرعاية الصحية للأفراد والمجموعات.
- ❖ توزيع تكاليف الرعاية الصحية على الأفراد، بحيث يدفع الجميع حصة متساوية، وبذلك فإن الأشخاص الأصحاء الذين لا يعانون من المرض يغطون تكاليف علاج الأشخاص المرضى.
- ❖ حماية الفرد من نقص الرعاية الصحية التي تنتج عن فقر الشخص أو عدم قدرته على دفع تكاليف العلاج، مما يؤدي إلى عدم حصوله على الرعاية الصحية وتدهور صحته.
- ❖ إدارة موارد التأمين الصحية المالية بشكل يضمن استمراره للأجيال القادمة، وقد يشمل ذلك استثمارها في مشاريع قد لا تكون في الجانب الصحي.
- ❖ تحسين مستوى الخدمات الطبية المقدمة من خلال توفير مصادر مالية ثابتة ومستمرة والحث على مزيد من التنويع والمنافسة في تقديم الخدمات الطبية

أهداف تطبيق التأمين الصحي في المملكة العربية السعودية:

تطبق المملكة العربية السعودية التأمين الصحي التعاوني لتحقيق عدة أهداف كالتالي:

١. أهداف اجتماعية:

❖ **تحقيق مبدأ التكافل الاجتماعي:** يحقق تطبيق نظام التأمين الصحي مبدأ التكافل الاجتماعي، حيث يتوزع في ظله عبء تحمل تكاليف الخدمة الصحية التي يحتاجها الفرد على مجموعة من الأفراد، ويحقق مشاركة الفرد وصاحب العمل والمجتمع ككل في تحمل تكاليف العلاج.

❖ **توفير فرص عمل:** يساهم نمو وازدهار القطاع الصحي الخاص الناتج عن تطبيق التأمين الصحي في خلق وتوفير فرص وظيفية أمام الباحثين عن وظائف، سواء في مستشفيات ومستوصفات القطاع الخاص أو في شركات التأمين الصحي.

❖ **غطاء صحي بمنهج إسلامي:** يؤمن نظام التأمين الصحي غطاء صحيا وفقا لمنهج إسلامي وبالتالي يوفر الشعور بالأمان والاستقرار والحماية من الوقوع في مخاطر مالية كبيرة ومفاجئة قد ينوء عاتق الفرد بتحملها منفردا عند لجوئه للاستشفاء في مؤسسات القطاع الخاص العلاجية.

٢. أهداف اقتصادية

❖ **توفير مصدر للتمويل:** يوفر نظام التأمين الصحي التعاوني مصدرا فعالا ومناسبا لتمويل الخدمات الصحية العامة.

❖ **ترشيد الإنفاق وتحسين الكفاءة:** ومن ضمن ما يستهدف تطبيق هذا النظام ترشيد الإنفاق وتحسين الكفاءة في ظل تخفيف العبء والضغط عن خدمات المستشفيات العامة وتوفير الموارد اللازمة لتطوير خدماته، ووجود شركات التأمين كجهة رقابية جديدة على جودة الخدمة وتكلفتها.

٣. أهداف تنموية:

❖ **تطوير القطاع الصحي الخاص:** يسهم تطبيق نظام التأمين الصحي في نمو القطاع الصحي الخاص وازدهاره حيث يخلق فرصا استثمارية واسعة تظهر نتيجة للارتفاع المتوقع في الطلب على خدمات القطاع الصحي الخاص ولاسيما في المناطق التي لا تتوفر فيها مستشفيات ومستوصفات أهلية خاصة، وبذلك يسهم تطبيق هذا النظام في إنشاء المزيد من المستشفيات والمستوصفات الخاصة، كما يشجع على إنشاء شركات وطنية للتأمين الصحي.

❖ **توفير الخدمات الصحية بأسعار مناسبة:** يسهم تطبيق التأمين الصحي التعاوني في توفير الخدمة العلاجية الخاصة بأسعار مناسبة (قسط التأمين) لا يمكن مقارنتها بما تتقاضاه المستشفيات الخاصة فعليا على خدماته، خارج نظام التأمين.

❖ **تحسين المؤشرات الصحية:** يؤدي تطبيق نظام التأمين الصحي إلى نمو القطاع الخاص وتوفر المستشفيات والمستوصفات الخاصة، وذلك يؤدي تبعا إلى تحسين المؤشرات والإحصائيات الحيوية من حيث معدل الأسرة إلى عدد السكان ومعدلات القوى العاملة الصحية إلى عدد السكان وغيرها.

❖ **تحسين المستوى الصحي للسكان:** يسهم تطبيق هذا النظام في تحسن المستوى الصحي العام حيث يتيح المدخل إلى الخدمة الصحية ويقضي على جانب التردد من المراجعة للمستشفى الخاص خوفا من ارتفاع التكاليف.

عناصر التأمين الصحي

❖ **الطرف الأول وهو مؤسسة التأمين،** والتي قد تكون حكومية مثل وزارة الصحة أو خاصة مثل شركات التأمين الصحي الربحية، أو دولية مثل وكالة الشرق الأدنى لتشغيل وإغاثة اللاجئين الفلسطينيين "الأونروا".

❖ **الطرف الثاني وهو المنتفع،** وقد يكون الفرد بشخصه عندما يشترك في التأمين، أو يكون معه عائلته. كما قد يكون العقد ضمن شركة أو مؤسسة أكبر، إذ يشترك الشخص مثلا ضمن مجموعة الموظفين الموجودين في الشركة التي يعمل فيها والذين لديهم تأمين صحي مع مؤسسة معينة.

❖ **العقد،** ويوضح مقدار الاقتطاع المالي للتأمين وأسس، والذي قد يكون شهريا ثابتا، كما قد يشمل اقتطاعا بنسبة معينة من تكاليف الإجراء الطبي عند حدوثه، مثل أن يدفع الفرد 10% من كشف الطبيب، أو 5% من رسوم المستشفى.

- ❖ **طبيعية التغطية**، وتشمل الأمراض المشمولة بالعلاج والإجراءات المغطاة. فمثلاً بعض شركات التأمين ترفض تغطية عمليات تصحيح البصر وتعهده إجراء تجميليا، وينطبق هذا أيضا على علاجات تقويم الأسنان.
- ❖ **مقدم الرعاية الصحية**، والذي قد يكون المؤسسات الحكومية التابعة للحكومة كمراكز ومستشفيات وزارة الصحة. وقد تكون مؤسسات صحية خاصة كالمستشفيات الخاصة. ويعتمد ذلك على العقد الموقع بين الطرفين. فمثلاً قد يشترط عقد التأمين الصحي أن يكون العلاج فقط في المستشفيات الحكومية .

مصادر تمويل التأمين الصحي

- **الفرد نفسه**، وهذا عبر المبلغ الذي يقطع منه على أسس شهرية أو حسب العلاج.
- **الحكومة**، إذ تغطي هي تكاليف التأمين، وعادة يكون من أموال الضرائب، كما قد تغطي كاملاً تكاليف الأفراد الذين لا يملكون دفع تحملهم الشخصي من التأمين الصحي كالفقراء.
- **المؤسسات الخاصة**، إذ قد تدفع هي جزءاً من تكاليف تأمين موظفيها الصحي، فيما يدفعون هم المتبقي.
- **المنظمات الدولية**، فمثلاً تدفع الأمم المتحدة تكاليف علاج اللاجئين الفلسطينيين في الأونروا. وتحصل الأمم المتحدة على التمويل من الدول المانحة والمؤسسات الدولية الأخرى.
- **الهبات والمنح** التي قد تكون من الأفراد أو المؤسسات، وقد تكون مادية أو عينية كالمستلزمات الطبية والمباني.

مشاكل تواجه التأمين الصحي

- ❖ **عدم شمول التأمين الصحي** لكل شرائح المجتمع، ويؤدي ذلك إلى تعريض هذه الفئة المحرومة من التأمين الصحي لمخاطر العوز والمرض بسبب قيامها بتحمل تكاليف علاجها، كما يزيد من مخاطر تطور المرض لديها بسبب عدم قدرتها على دفع تكاليف العلاج مما قد يحرمها من العلاج وقد يؤدي إلى تفاقم المرض وربما الموت.
- ❖ **زيادة الحمل على صناديق التأمين الصحي الحكومية** أو الخاصة بسبب ارتفاع تكاليف المعالجة وعدم وجود تمويل كاف.
- ❖ **زيادة الضغوط المالية على الأفراد** نتيجة زيادة الاقتطاعات المالية من دخولهم للتأمين الصحي.
- ❖ **تراجع مستويات التأمين الصحي**.

- ❖ نقص الشفافية قد يؤدي إلى سوء توزيع وإدارة موارد التأمين الصحي، وقد يرتبط ذلك بالفساد، ويفاقمه عدم وجود نظام رقابة فعال وآليات للمساءلة القانونية، وافتقار التشريعات المناسبة.
- ❖ التلاعب من قبل الأفراد المؤمنين، مثل تزوير الفواتير والعلاجات أو علاج شخص غير مؤمن على بطاقة التأمين الصحي، مما يلقي حملاً إضافياً على صندوق التأمين. ويتطلب منع ذلك وجود نظام رقابة وتدقيق ملائم.
- ❖ الحروب والمجاعات والحوادث الطبيعية تؤدي إلى تدفق اللاجئين على المناطق المجاورة مما يزيد الضغط على الموارد الصحية في المناطق المتأثرة. كما أن تفشي الأمراض والأوبئة نتيجة ظروف نقص معايير النظافة في تجمعات اللاجئين والمخيمات يؤدي إلى مزيد من الضغط المادي ونقص الموارد اللازمة للتعامل مع الوضع.
- ❖ ارتفاع نسبة الشيخوخة والأمراض المزمنة في المجتمع نتيجة ارتفاع معدل أعمار الناس يترافق مع زيادة تكاليف رعاية كبار السن والأمراض التي يعانون منها مثل داء السكري وأمراض الجهاز التنفسي ومرض القلب، وهذا أيضاً يزيد من الضغط على التأمين الصحي

أهم المزايا التي يمنحها التأمين الصحي:

- 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.

أنواع تغطية التأمين الصحي

تختلف وثائق التأمين الصحية المتاحة في الأسواق من حيث تغطيتها للمصاريف التشخيصية والعلاجية، ومن الناحية القانونية والشرعية فإنه لابد ويتم تصنيف تغطية التأمين الصحي إلى أنواع مختلفة من التأمينات الصحية، التي يمكن تقديمها في عقود منفصلة أو كمجموعة بنود في عقد واحد :

- ١- تأمين المصاريف الطبية الأساسية :ويطلق عليه في بعض الأحيان، تأمين مصاريف رعاية الأطباء، حيث يتم دفع أتعاب رعاية في المستشفى. ويقوم هذا التأمين برد مدفوعات أصحاب وثائق التأمين عن تكاليف الإقامة بالمستشفى، وكذلك تغطية زيارات العيادات بالمستشفى. ويغطي أيضاً هذا النوع من الوثائق التكاليف

المصاحبة للتأمين من الوجبات الغذائية ومصاريف أخرى متنوعة، ولكن لا تغطي هذه الوثائق خدمات الأطباء الجراحين، فهذه الخدمات لها وثائق تأمين منفصلة

٢- تأمين مصاريف التنويم بالمستشفى: أن يتم التأمين على المؤمن عليه ضد النفقات الضرورية بالمستشفى، ويعد هذا النوع من التغطية الأكثر انتشاراً بين أشكال حماية التأمين الصحي، ويتم تطبيقه عادةً للتنويم بالمستشفى بسبب مرض أو حادث.

٣- تأمين ضد المصاريف الجراحية: تغطي بوليصة تأمين "مصاريف الجراحة الأساسية" تكاليف خدمات الطبيب الجراح ومصاريف التخدير ونقل الدم وإجراءات التشخيص وأنواعاً أخرى وكذلك الرعاية الطبية بعد العملية الجراحية.

٤- تأمين المصاريف الطبية الكبرى: ففي حالات صحية بسيطة يمكن تغطية المريض بتكاليف اقتصادية معقولة من خلال استخدام وثائق تأمينية لتغطية المصاريف الطبية الأساسية، ولكن مع تزايد وتطور التقنيات الطبية ومعدات التشخيص وارتفاع أسعارها، أصبح العلاج - وخاصة طویل المدة - ذا تأثير اقتصادي سلبي على الأسرة. ولمواجهة تلك التكاليف، قامت شركات التأمين بتقديم بوليصة التأمين ضد "المصاريف الطبية الكبرى" لمواجهة المطالب المالية لمثل هذه الحوادث المفجعة والأمراض المكلفة. وهناك إجراءات علاجية يمكن أن تكون مكلفة، بشكل كبير، للشخص العادي مثل غسيل الكلى، وجراحة القلب المفتوح، وجراحة المخ وعلاج السرطان. وتكون تغطية المصاريف الطبية الكبرى "متاحة لمثل هذه الأنواع من التكاليف الطبية المرتفعة التكلفة.

٥ - تأمين المصاريف الطبية الإضافية والمتنوعة: يقصد بالمصاريف الإضافية والمتنوعة للمستشفى تلك المصاريف التي تشمل تكلفة الخدمات الإضافية، التي لم ترد في بنود بوليصة التأمين الأساسية. ويتم التأمين على التكاليف الإضافية للإقامة بالمستشفى بموجب تغطية المصاريف الطبية المتنوعة. وتشمل هذه المصاريف - ولكن ليس بالضرورة أن تكون محدودة - الأشعة، واختبارات التشخيص، أتعاب المختبر، وخدمات الإسعاف، والأدوية، والعقاقير، وخدمات التمريض، وزيارات الطبيب أثناء التنويم والزيارات المنزلية حسب بنود الاتفاق.

٦- تأمين الدخل عند العجز: وهو ذلك التأمين الذي يقدم الدخل البديل عندما يفقد المؤمن عليه راتبه أو أجره بسبب العجز، ويقصد بالعجز عدم القدرة على أداء العمل الذي كان يمارسه، ولا يغطي هذا النوع من التأمين النفقات الطبية المصاحبة للعجز، ولكنه يضمن للمؤمن عليه انسياب مدفوعات دورية عند إصابته بالعجز.

العوامل المؤثرة في التأمين الصحي:

وتتأثر إدارة التأمين الصحي بعدة عوامل أهمها:

- ❖ عدد المستفيدين
- ❖ الحالة الصحية للمجتمع ككل في ظل ظروف مجتمعية خاصة تشمل التوزيع العمري لفئات السكان، والمعدلات المرضية
- ❖ معدلات الإقامة بالمستشفى
- ❖ توزيع السكان على المناطق
- ❖ نوع برامج التأمين الصحي المطلوبة

❖ إن ممارسة التأمين الصحي بتلك الكيفية تحد من التقلبات المفاجئة للمصروفات العلاجية التي يمكن أن يتعرض لها الفرد أو الجماعة عند تعرضهم لحالة مرضية طارئة، و يتيح لهم إمكانية مراجعة المستشفيات الخاصة في أي وقت للحصول على الخدمة الصحية اللازمة دون سداد فاتورة العلاج، حيث تتولى شركة التأمين عملية الدفع للمستشفى وفقاً لنظام يتم الاتفاق عليه بين الطرفين، كما أن التأمين الصحي يعتبر أحد الأهداف الرئيسية " لإدارة المخاطر " في أي منشأة ، حيث يمثل أهم البدائل لتمويل الأخطار التي تواجه المنشأة.

أهم المعوقات التي تواجه التأمين الصحي بشكل عام

- ❖ ارتفاع تكلفة الرعاية الصحية.
- ❖ وجود العديد من المواطنين بدون تأمين صحي.
- ❖ التباين في مستوى الخدمة الصحية.
- ❖ عدم كفاءة النظام.

الفصل الثالث : المصطلحات الاجرائية للتأمين الصحي

أهداف الفصل : يهدف هذا الفصل إلى ما يلي :

1- تعريف الطالب بالمصطلحات المتداولة في مجال التأمين الصحي واستيعابها بشكل جيد .

2- مساعدة الطالب على تطبيق نظام التأمين الصحي بشكل واضح من خلال الفهم الدقيق لهذه المصطلحات

المقدمة :

من المعروف إن لكل موضوع أو تخصص مصطلحاته الخاصة المتداولة والتي تساعد على فهم الموضوع بصورة واضحة وإزالة الغموض أثناء عملية التطبيق ، وستناول في هذا الفصل مجموعة من المصطلحات التي تخص التأمين الصحي وتطبيقات المتداولة على أرض الواقع

المصطلحات الإجرائية في التأمين الصحي :

نستعرض فيما يلي المصطلحات والمفاهيم المستخدمة في التأمين والتي من شأنها ان تحد من الغموض أثناء تطبيق أنظمة التأمين الصحي :

- 1) الحادث :إصابة عرضية أو حَدَث عَرَضِي غير مُتَوَقَّع يقع خلال مدة التأمين.
- 2) العلة :المرض أو الداء الذي يصيب الشخص المؤمن له، ويتطلب بالضرورة الحصول على معالجة طبية من طبيب مرخص قبل وخلال مدة التأمين .
- 3) الحساسية :تحسس الفرد، بصفة خاصة، لأنواع معينة من الغذاء، الطقس، غبار الطَّلَع 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 يتسبَّب في حالات مثل الربو، سوء الهضم، الحكاك،، الأكزيما، الصداع.
- 4) المستفيد(المؤمن له): الشخص المشمول بالنظام (الموظف أو المُعال) المدرج في جدول الأشخاص المؤمن لهم المرفق بهذه الوثيقة .

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

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

(7) التشوُّه الخلقي: الخلل الوظيفي أو الكيميائي أو البنائي الذي يكون موجوداً عادة قبل الولادة سواء بالوراثة أو نتيجة للعوامل البيئية حسب العرف الطبي .

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

(9) نسبة الاقتطاع/ التحمّل (المشاركة في الدفع): (هي النسبة المحددة في جدول الوثيقة التي يدفعها المستفيد (المؤمن له) عند زيارة طبيب العيادات الخارجية شاملةً جميع ما يقوم به الطبيب من مشورة وما يطلبه من فحوصات مخبرية وأشعة وأدوية وأي مستلزمات علاجية وكذلك زيارة المتابعة والتحويل لنفس العلة وليس لكل إجراء على حده .

(10) الموظف: أي شخص يزاول العمل فعلياً لدى حامل الوثيقة ومسجل بتلك الصفة في سجلاته .

(11) المُعال:

أ -الزوج / الزوجات المسجلون بهذه الصفة في سجلات حامل الوثيقة .

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

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

(13) أساس التقيد المباشر أو على حساب الشركة: تسهيلات عدم الدفع الموفرة للأشخاص المؤمن لهم لدى مقدم أو مقدّم الخدمة المعيّنين من قبل الشركة حيث يتم وفقاً لذلك قيد جميع تلك المصاريف مباشرة على حساب الشركة .

14) تاريخ الابتداء: 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 لإضافة أو حذف شخص مؤمن له 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، ومقبول من حامل الوثيقة والشركة ومرخص له بالعمل كمستشفى وفقاً للأنظمة المعمول بها لتقديم المعالجة التي قد يطالب بالتعويض عن تكاليفها وإن تعبير المستشفى في هذه الوثيقة لن يشمل الفنادق أو دور النماة أو الضيافة أو الإستراحات أو دور النقاهة أو المصحات أو أماكن رعاية الأشخاص المتحفظ 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 بناءً على تحويل من طبيب مرخص .

19) التأمين: البَيِّنَةُ الدالة على قيام التغطية التأمينية بموجب هذه الوثيقة مع جدولها وملاحقها أو مرفقاتها.

20) الطبيب المرخص: مُزاوِل مهنة الطب بعد حصوله على المؤهل والمرخص له قانوناً بمزاولة مهنة الطب ويكون مؤهلاً ومقبولاً 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 له وذلك قبل تطبيق أي اقتطاعات / تحمّلات .

22) مقدم الخدمة: المرفق الصحي (الحكومي / غير الحكومي) المعتمد والمرخص له وفقاً للأنظمة المعمول بها، بتقديم الخدمات الطبية، وعلى سبيل المثال مستشفى أو مركز تشخيص أو عيادة أو صيدلية أو مختبر أو مركز علاج طبيعي أو مركز علاج بالإشعاع.

23) 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 .

(24) المعالجة في العيادات الخارجية: تردد الشخص المؤمن له على العيادات الخارجية بغرض التشخيص أو المعالجة الطبية من علة .

(25) الشركة: شركة التأمين المصرح لها بالعمل من قبل المؤسسة والتي تم تأهيلها لممارسة أعمال التأمين.

(26) شبكة مقدمي الخدمة المعتمدة: هي مجموعة مقدمي الخدمة الصحية المعتمدين والمحددن من قبل شركة التأمين لتقديم الخدمة لصاحب العمل/ حامل الوثيقة ويتم ذلك بالقيود مباشرة على حساب شركة التأمين عند إبراز المؤمن له 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 الاشتراك المبيّن في جدول الوثيقة .

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

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

(30) المصاريف الطبية المعقولة والمعتادة:

أ -المصاريف الطبية التي تتوافق مع مستوى الأتعاب التي يتقاضاها غالبية الأطباء المرخصين أو المستشفيات في على أن تكون تلك الأتعاب نظير معالجة حالة مماثلة وأن يكون أولئك الأطباء المرخصون أو المستشفيات مماثلين تأهيلاً ومنزلةً لمن قدموا المعالجة .

ب-المعالجة الطبية التي لا تختلف جذرياً عما يعتبره الطبيب المرخص مقبولاً باعتباره عادياً وطبيعياً بالنسبة لأي علة معينة تتم المطالبة بالمصاريف الطبية المتعلقة بها بموجب وثيقة التأمين.

(31) أساس تعويض البدل: الأسلوب المتبع لتعويض حامل الوثيقة عن النفقات القابلة للاستعاضة التي يتحملها الشخص المؤمن له ويقدم عنها مطالبة، وذلك بعد تطبيق الاقتطاع/التحمل .

(32) مصاريف إعادة رفات المتوفى إلى موطنه الأصلي: جميع مصاريف تجهيز وإعادة جثمان الشخص المؤمن له إلى موطنه الأصلي المذكور في عقد العمل.

(33) الأخطار الشخصية: أي ممارسه يقوم بها الشخص لنشاطات متعارف على أنها منطوية على مخاطر التعرض للإصابة بمرض أو حادث، أو متوقع أن تحدث مضاعفه لمرض أو إصابة سابقه .

(34) الاحتيال: التضليل المتعمد من قبل شخص أو جهة بغرض استغلال الرعاية الصحية وتشويه الحقائق، أو الخداع المتعمد الذي ينتج عنه الحصول على منافع أو تقديم مزايا مستثناة أو تتجاوز الحدود المسموح بها إلى الفرد أو الجهة .

(35) إساءة الاستخدام: ممارسات غير متعمده من قبل أفراد أو جهات قد تؤدي إلى الحصول على منافع أو مزايا غير مخولين للحصول عليها ولكن بدون قصد التدليس والاحتيال أو تعمد الكذب وتشويه الحقائق بغرض الحصول على المنفعة.

(36) الوسائط الخارجية العنيفة: أي وسائط ينتج عنها حادث أو إصابة للمؤمن له .

(37) الحالات النفسية الحادة: اضطراب في التفكير أو المزاج أو الإدراك أو الذاكرة أو القدرات العقلية بعضها أو كلها، يكون هذا الاضطراب شديداً إذا سبب خللاً في أي اثنين من الوظائف التالية:

1- حسن التقدير (تقدير الأمور حسنهما أو سوءها ليس بصحته وخطأه وإنما بطريقة إتخاذ القرار).

2- السلوك الإنساني.

3- القدرة على تمييز الواقع.

4 - مواجهة متطلبات الحياة الاعتيادية.

(38) إعادة التأهيل (العلاج الطبيعي): جزء مكمل للرعاية الصحية الشاملة وتطبيقاتها من أجل إعادة الشخص الذي يعاني من ضعف مستمر إلى أفضل مستوى من الأداء في حياته الأسرية والاجتماعية والذي بدوره سيزيد من فاعلية نظام الرعاية الصحية الذي يمكن أن يقاس بالتكلفة وتحليل المنافع.

الفصل الرابع: المكونات الأساسية لنظم التأمين الصحي

المكونات الأساسية لنظم التأمين الصحي:

عند التخطيط لأي نظام للتأمين الصحي يجب أن تؤخذ في الاعتبار ثمانية عناصر لمكونات النظام ، وإذا أهملت بعض جوانبه سيؤثر ذلك حتماً في فعالية وكفاءة هذا النظام ، وتشتمل هذه العناصر على المكونات التالية

- تحديد المستفيدين (التغطية السكانية)
- تحديد مدى شمولية الخدمات المقدمة
- تحديد تكلفة النظام
- تحديد طرق التمويل
- تحديد طرق تقديم الخدمات
- تحديد طرق دفع المطالبات المالية لمقدمي الخدمة
- تحديد تبعية النظام
- إدارة النظام

1. تحديد المستفيدين (التغطية السكانية):

يجب أن يراعى عند تحديد الفئات التي سيطبق عليها النظام التدرج في التغطية وفقاً لمدى توافر التمويل اللازم والمنشآت والتجهيزات والكوادر الصحية القادرة على تطبيق النظام بفعالية وكفاءة ، كما يجب أن يؤخذ في الاعتبار الظروف السياسية والاقتصادية والاجتماعية السائدة في المجتمع .

يجب أن يراعى عند تحديد الفئات التي سيطبق عليها النظام التدرج في التغطية وفقاً لمدى توفر الأتي:

1- التمويل اللازم

يعتبر التمويل وتوفير الدعم المالي من الأمور الهامة لتنفيذ برامج التأمين الصحي في أي دولة لاسيما أن الخدمات الصحية تكلفتها عالية جداز

2- المنشآت

توفر المنشآت والمرافق الصحية أمر في غاية الأهمية لتقديم الخدمات الصحية والطبية ولا يمكن أن ينجح برنامج التأمين الصحي بدون توفر عدد كاف من المنشآت والمرافق الصحية في كافة أرجاء العالم

3- التجهيزات

المرافق الصحية تحتاج إلى تجهيزات متعددة سواء الطبي أو غير الطبي لتتمكن المؤسسة من تقديم خدماتها الصحية والطبية لأفراد المجتمع

4- الكوادر الصحية القادرة على تطبيق النظام بفعالية وكفاءة.

كما يجب أن يؤخذ في الاعتبار الظروف السياسية والاقتصادية والاجتماعية السائدة في المجتمع من الأنسب أن يتم البدء بمجموعة خدمات أقل يمكن زيادة مدى شموليتها مستقبلاً. عند تحديد الشمولية يؤخذ أوليات هذه الخدمات مع وضع أولوية متقدمة لخدمات الرعاية الصحية الأساسية. يجب مراعاة مدى فعالية تكلفة التدخلات الطبية ومدى توفرها أو إمكانية توفرها

2. تحديد مدى شمولية الخدمات المقدمة:

نظراً لأن تطبيق نظام التأمين الصحي في أي مجتمع يؤدي إلى تغييرات اقتصادية واجتماعية وصحية كبيرة فإن من المهم التدرج في التطبيق لضمان النجاح فإن يتم البدء بمجموعة خدمات أقل يمكن زيادة مدى شموليتها مستقبلاً أفضل من البدء بخدمات أشمل يتعذر تقليصها فيما بعد .

ويؤخذ في الاعتبار عند تحديد مدى شمولية الخدمات المقدمة أولويات هذه الخدمات مع وضع أولوية متقدمة لخدمات الرعاية الصحية الأساسية . كما يجب أن يراعى مدى تكلفة الخدمات الصحية (cost effectiveness) ومدى توافرها أو إمكانية توفيرها.

3. تحديد تكلفة النظام:

تحديد تكلفة النظام على المدى القريب والمدى البعيد للوقوف على إمكانية تنفيذه والاستمرار فيه من عدمه . ويشمل ذلك حساب تكلفة مدخلات النظام وعملياته.

4. تحديد طرق التمويل:-

هناك عدة طرق للتمويل وفقاً لظروف كل مجتمع ، ومنها:

1. ميزانية الدولة (الضرائب العامة والخاصة ، والثروات الطبيعية ، والموارد الأخرى).
2. اشتراكات يتحملها الأفراد المؤمن عليهم.
3. اشتراكات يتحملها أرباب الأعمال.
4. اشتراكات يتعاون في تحملها كل من أرباب الأعمال والأفراد والعاملين لديهم.

5. تحديد طرق تقديم الخدمات:

❖ نظم التأمين الصحي الاجتماعي:

وهو تأمين إجباري بحكم القانون قد ينفذ من خلال هيئة مركزية واحدة تتبعها هيئات فرعية ، أو أكثر من هيئة للتأمين الصحي ولكل منها فروع تنتشر جغرافياً لتغطي بالخدمة التأمينية فئة متجانسة من الأفراد وتقدم خدماتها بإحدى الطرق التالية:

- تقديم الخدمات من قبل مستشفيات تتبع الدولة.
- تقديم الخدمات من قبل القطاع الخاص بالتعاقد مع الدولة.

❖ نظم التأمين الصحي الخاص:

- تعاقد أرباب الأعمال أو الأفراد أو كليهما معاً مع شركات التأمين الخاصة والتي تقوم بدورها بالتعاقد مع مجموعة من المنشآت الصحية والأطباء لتقديم الخدمات الصحية للمستفيدين الذين تم تحصيل اشتراكات سنوية / شهرية منهم نظير ذلك ، وتقوم شركات التأمين بسداد المطالبات المالية للمنشآت الصحية وفقاً لنصوص العقود بينهم.
- تكوين منظمات محلية للحفاظ على الصحة (Health Maintenance Organizations) تملك كل منها أو تتعاقد مع مجموعة من المنشآت الصحية والأطباء لتقديم حزمة شاملة من خدمات التأمين الصحي للمستفيدين مقابل اشتراك سنوي / شهري ، وبذلك يتم ضمان تكامل الخدمات وجودتها وكفاءة استخدامها من خلال إتباع نظام للتحويل بين المستويات المختلفة للخدمة وفقاً للحاجة الفعلية للمريض مع رقابة استخدام هذه الخدمات.

6. تحديد طرق دفع المطالبات المالية لمقدمي الخدمة:

❖ في حالة التأمين الاجتماعي:

تختلف طرق دفع المطالبات وفقاً لنوعية التأمين ، وذلك على النحو التالي:

- ميزانية مبنية على عدد من المؤمن عليهم ومتوسطات استعمال الخدمات وتكلفتها محاسبة الأطباء بالحالة (بحد أقصى أو بدون) ، بالفترة ، بالساعة ، بالتشخيص أو بالراتب الشهري.

❖ في حالة التأمين الخاص:

- تعويض المريض وفقاً للفواتير التي يقدمها في حدود شروط بوليصة التأمين إذا كانت شركة التأمين تعطيه الحق في الذهاب لأي مستشفى أو طبيب.
- دفع المطالبات المالية مباشرة للمنشآت الصحية أو الأطباء وفقاً للعقود المبرمة بينهم إذا كان على المريض الذهاب لمجموعة محددة من المستشفيات أو الأطباء طبقاً لشروط وثيقة التأمين.

7- تحديد تبعية النظام:

لاشك أن من المهم تحديد الجهة التي سوف يتبعها النظام ، وإذا كانت جهة حكومية هل تكون وزارة أم هيئة تابعة لوزارة أم هيئة مستقلة.

8- إدارة النظام:

ولها دور هام في نجاح تطبيق أي نظام وتتطلب وضع مجموعة من النظم الفرعية وتدريب العاملين عليها بصفة مستمرة ، ويشتمل ذلك على نظم السجلات الطبية للمرضى ، نظم المعلومات ، النظم المحاسبية ، نظم ضمان جودة الخدمة ، نظم رقابة الاستخدام واكتشاف حالات الانحراف ، والنظم الإلكترونية.

الوضع الراهن للتأمين الصحي في المملكة:

يشكل التأمين الصحي أحد أهم البدائل المتاحة لاحتواء التكاليف المتصاعدة للخدمات الصحية وتمويل هذه الخدمات ، وقد شملت أهداف وسياسات خطط التنمية المتعاقبة الإشارة إلى تطبيق أسلوب مناسب للضمان الصحي التعاوني يلتزم به القطاع الخاص في علاج مكفوليهِ ، وتتمثل فلسفة الضمان الصحي في أنه يحقق التوازن بين التكاليف الباهظة للخدمة الصحية في القطاع الصحي الخاص والتي لا يستطيع المواطن العادي أو المقيم تحملها وبين مستوى مترجع في خدمات القطاع الصحي نتيجة لنقص الموارد وتزايد الطلب.

وتتوفر في المملكة ثلاثة أنواع من التأمين الصحي ، وذلك على النحو التالي:

1- التأمينات الاجتماعية:

وتقدم المؤسسة العامة للتأمينات تأميناً يشتمل على فرع المخاطر المهنية وفرع التعويضات . والفرع الأول يقدم تأميناً ضد إصابات العمل للخاضعين لهذا النظام يشارك فيه عمال شركات القطاع الخاص بموجب مساهمة تبلغ نسبتها (2%) من الراتب ويتحملها أرباب العمل

2- الضمان الصحي التعاوني:

ويشترك فيه ثلاثة أطراف هم شركات التأمين ومقدم الخدمة ، والمؤمن عليه ، حيث يطبق نظام الضمان الصحي التعاوني على الأطراف الثلاثة بما في ذلك حد التغطية والمنافع التي حددها النظام كحد أدنى.

3- التأمين الصحي الخاص:

حيث تقدم بعض شركات التأمين أنواعاً مختلفة من البرامج التأمينية التي تتجاوز الحدود الموضحة في النظام . ولقد تطور قطاع التأمين في المملكة تطوراً كبيراً خلال السنوات القليلة

الماضية بعد صدور نظام الضمان الصحي التعاوني ونظام مراقبة شركات التأمين .. وشهد القطاع معدلات نمو كبيرة في عام 2006م مقارنة بعام 2005م بلغت نسبتها (35%) .

الفصل الخامس: أنواع التأمين الصحي

المقدمة :

إن نظام التأمين الصحي هو أحد الأنظمة الصحية المهمة التي تعمل على خدمة قطاع كبير من المواطنين وتقدم أفضل مستوى من الخدمات الصحية لهم ولم يتوقف دور التأمين الصحي عند معالجة منتسبيه بل تخطى ذلك وأصبح أكثر شمولاً وعطاء في مجالات الحياة المختلفة , لذلك نراه يتناول في بعض مواده التركيز على استباق المرض بتقديم الخدمات الوقائية كالتطعيم ضد الأمراض حسب برامج خاصة بذلك .

يعتبر التأمين الصحي فرعاً من فروع التأمين الاجتماعي، إذ تعرفه منظمة الصحة العالمية بأنه "بعض أو كل تكلفة الرعاية الصحية الواجبة للمريض المشترك في النظام حين يمرض ، فهو يحمى المؤمن عليه من دفع التكلفة العالية للعلاج في أحوال المرض وأساس التأمين الصحي هو قيام المشترك المؤمن عليه بدفع اشتراك منتظم لمؤسسة إدارية و هي الهيئة العامة للتأمين الصحي التي تُعد هي المسؤولة عن إدارة تلك المدفوعات داخل إطار نظام يقوم بدفع نفقات العلاج عنه حين يمرض إلى مقدمي الخدمة الصحية، التأمين الصحي عبارة عن اتفاق بين طرفين يتحمل فيه الطرف الأول النفقات المترتبة على الخدمات العلاجية المقدمة للطرف الثاني (فرداً كان أو جماعة) مقابل مبلغ محدد، يتم دفعه جملة واحدة أو على هيئة أقساط

❖ مبادئ التأمين الصحي

- ترسيخ مفهوم وفلسفة ومبادئ التأمين الصحي كآلية من آليات التكافل الاجتماعي لتحقيق شمولية التغطية السكانية والخدمات الطبية لكافة شرائح المجتمع بجميع فئاتهم العمرية ومقدراتهم الاقتصادية وتركيباتهم الاجتماعية وأحوالهم الصحية المتباينة لتحقيق التكافل، العدالة والمساواة في المجتمع.
- مُشاطرة المخاطر الصحية بين أصحاب الاحتياجات الكبيرة والاحتياجات الصغيرة مستنداً على القيم والأعراف الاجتماعية الرشيدة.

- الكفاءة الإدارية تحقق التوظيف الأمثل لموارد المشروع المالية والمادية والبشرية واستخدام التكنولوجيا الملائمة ونظام المعلومات الفاعل يساعدان على تحقيقها.
- علمية النظام ومرونة التشريع والتطبيق يحققان غايات التأمين الصحي.

أنواع التأمين

أولاً : تقسيم التأمين من حيث طبيعة الغرض من التأمين

- 1- تأمينات الأشخاص :
-وتشمل التأمين ضد الأخطار التي يتعرض لها الأشخاص وتصيبهم مباشرة في حياتهم أو صحتهم أو أعضائهم .
-مثال ذلك: التأمين ضد الحوادث الشخصية، التأمين ضد المرض، التأمين ضد البطالة، التأمين ضد الوفاة (مع مراعاة أن خطر الوفاة هنا هو الوفاة في سن مبكر).

ثانياً: التقسيم من حيث موضوع التأمين والخطر المؤمن منه

- 1- تأمينات الممتلكات :
-وتشمل التأمين ضد الأخطار التي تصيب ممتلكات الأشخاص موضوع التأمين .
-ومثال ذلك: التأمين ضد الحريق، التأمين ضد السرقة، التأمين البحري، التأمين على الماشية، وغيرها.
- 2- تأمينات المسؤولية المدنية :
-وتشمل التأمين ضد الأخطار التي قد يتعرض لها الفرد أو المنشأة نتيجة التصرفات الخاطئة للغير أو العكس .
-ومثال ذلك: تأمين المسؤولية المدنية لأصحاب السيارات والسفن والطائرات، تأمين إصابات العمل وأمراض المهنة، تأمين المسؤولية المهنية (مهندسين، أطباء، صيادلة،....).

ثالثاً: التقسيم من حيث إمكانية تحديد الخسائر والتعويض اللازم

- 1- التأمين النقدي :
-حيث يكون من الصعب تقدير الخسائر المالية المترتبة نتيجة وقوع الخطر .
-ومثال ذلك: تأمين الحياة حيث أنه من الصعب تحديد مقابل الوفاة حيث أنها مسألة نسبية وشخصية بحتة، لذلك يتم الاتفاق على دفع مبلغ معين عند تحقق الوفاة وهو مبلغ التأمين، مقابل أن يدفع المؤمن له الأقساط المحددة، وهنا نجد أن التعويض لا يرتبط أساساً بالخسارة المحققة ولا حجمها

- 2- تأمينات الخسائر :
- حيث لا يوجد أي صعوبة في تحديد الخسارة المحققة فهي تخضع لمتغيرات قابلة للقياس الكمي، وبذلك يمكن تحديد مبلغ التأمين اللازم باستخدام الطرق المتاحة أو المتطورة .
- ومثال ذلك: تأمينات الحريق والحوادث والسطو والسرقة وغير ذلك من تأمينات الممتلكات

رابعاً: التقسيم على أساس عقد التأمين

- 1- العقود الاختيارية :
- حيث يبرم العقد بين الطرفين بطريقة اختيارية، حيث يكون للفرد أو المنشأة مطلق الحرية والتصرف وبمحض الإرادة في الإقدام على هذه العملية، كما أن لشركة التأمين الحق في قبول أو رفض العملية التأمينية .
- وتكون الحاجة الملحة والمصلحة الفردية هي الدافع القوي للإقدام على مثل هذه التأمينات وقد يطلق عليه بالتأمين الخاص أو التجاري .
- ومثال ذلك: العقود التأمينية المتعلقة بتأمين الحريق، السرقة، الحوادث، التأمين البحري، وغيرها
- 2- العقود الإجبارية :
- حيث يكون أساس التعاقد هو الإلزام، حيث تلزم الدولة الأفراد والمنشآت بالقيام بهذا النوع من التأمين بدافع المصلحة العامة ولحماية الطبقات ذات الدخل المحدود .
- ومثال ذلك: التأمينات الاجتماعية المتعلقة بالعجز (كلي أو جزئي) أو المرض أو الشيخوخة أو البطالة أو الوفاة أو إصابات العمل، والتأمين الصحي، والتأمين الإجباري للسيارات.

خامساً: التقسيم العملي للتأمين

ويأتي هذا التقسيم من واقع العمل التأميني:

- التأمين على الحياة.
- التأمين الصحي.
- تأمين الأموال (الادخار).
- التأمين ضد أخطار الحريق والأخطار المتحالفة معها.
- التأمين ضد أخطار النقل والمسئوليات المتعلقة بها.
- التأمين ضد أخطار الحوادث والمسئولية المدنية.
- التأمين على أجسام السفن وآلاتها والمسئوليات المتعلقة بها.
- التأمين على أجسام الطائرات وآلاتها والمسئوليات المتعلقة بها.
- تأمين المركبات والمسئوليات المتعلقة بها.
- التأمين ضد أخطار المهنة.

أنواع التأمين الصحي :

1- التأمين الصحي التجاري (التأمين من المرض)، وهو التأمين ذو الأقساط
وهو عقد بين فرد أو مؤسسة وبين شركة تأمين تجاري، تلتزم شركة التأمين بمقتضاه أن تدفع مبلغاً معيناً دفعة واحدة أو على أقساط، وبأن ترد مصروفات العلاج وثلث الأدوية كلها أو بعضها من المستفيد من التأمين إذا مرض خلال مدة محددة، وذلك في مقابل التزام المؤمن له بدفع أقساط التأمين المتفق عليها. وتكاد تتفق الآراء على عدم مشروعية هذا النوع من التأمين، لأنه عمل تجاري يقصد من ورائه الربح.

2- التأمين الصحي التعاوني.
وهو عقد بين فرد أو مؤسسة وبين شركة تأمين تعاوني ينص على أن يدفع المؤمن له مبلغاً أو عدة أقساط، مقابل أن تلتزم هذه الشركة بأن تدفع له مصاريف العلاج وثلث الأدوية كلها أو بعضها إذا مرض خلال مدة التأمين، وفي الأماكن المحددة بالوثيقة، وبأن توزع على حملة الوثائق وفق نظام معين كل أو بعض الفائض الصافي السنوي الناتج من عمليات التأمين.

3- التأمين الصحي التبادلي،
وهو اتفاق بين مجموعة على التبرع بمقادير متساوية أو متفاوتة بغرض علاج من يمرض منهم من هذه الأموال وتقوم به في الغالب جمعيات خيرية لتأمين المنتسبين إليها من غوائل المرض على سبيل التبرع.

4- التأمين الصحي المباشر، وهو عقد بين طرفين: يلتزم به الطرف الأول (المستشفى) بعلاج الطرف الثاني (فرداً كان أو مؤسسة) من مرض معين أو الوقاية من المرض عامة، مقابل مبلغ مالي محدد يدفعه إلى الطرف الأول دفعة واحدة أو على أقساط

5- التأمين الصحي الاجتماعي: وهو الذي تقوم به الدولة لمصلحة الموظفين والعمال، فتؤمنهم من إصابة المرض والشيخوخة، ويسهم في دعمه كل من المستفيدين وأرباب العمل والدولة بنسب محددة، ويكون في الغالب إجبارياً، ولا يقصد منه ورائه تحقيق الربح، وقد يسمى التأمين على الدخل والعناية الطبية، والهدف منه المحافظة على الدخل المكتسب من العمل إذا ما انقطع المؤمن عليه عنه بسبب المرض المهني، وكذلك تحمل التبعات المالية أو جُلها أو بعضها التي يحتاج لها المريض بسبب زيارة الأطباء ونفقات العلاج والأدوية والإقامة بالمستشفى وما يتبع ذلك من عمليات ونقاهاة وغيرها.

- بعض الدول الرأسمالية وبعض الدول العربية لديها تأمين صحي قومي يقدم العناية الطبية للمواطنين وقد يمتد للمقيمين والأجانب، وهذه الدول تموله من الميزانية العامة، ويتميز هذا النظام بأن المريض لا يدفع أقساطاً مسبقة للحصول على الرعاية الصحية، كما أن بعض الدول تفرض رسوماً قليلة، وإذا كانت هذه الرسوم في مقدور الجميع فلا يخرج هذا النوع عن التأمين القومي.
- ويصرف في التأمين الاجتماعي معاش المريض، وهو يختلف باختلاف الدول في مقدار نسبته المئوية من الراتب الأساسي.
- وبعض الدول تجعل هذا النوع إجبارياً من خلال هيئة مركزية تتبعها هيئات فرعية.

أنواع التأمينات الصحية العامة

1- التأمين من المرض:

ويقصد به التأمين على المرض، وقد يسمى التأمين على الدخل والعناية الطبية، حيث يدفع المستأمن أقساط التأمين لشركة التأمين في حين تتعهد الشركة في حالة إذا مرض المؤمن له أثناء فترة التأمين بأن يدفع له مبلغ معين دفعة واحدة أو على أقساط حسب الاتفاق، وبأن يرد له مصروفات العلاج والتشخيص والأدوية كلها أو بعضها حسب العقد.

2- التأمين من الإصابات:

وفيه يلتزم المؤمن عليه بدفع الأقساط للشركة مقابل التعهد بدفع مبلغ التأمين إذا وقع على حياته أو جسمه إصابات جسيمة بسبب خارج عن إرادته مما قد يتسبب في العجز المؤقت أو الكلي أو حتى الموت، وفيه تلتزم الشركة بدفع مصاريف العلاج والتشخيص والأدوية كلها أو بعضها حسب العقد، وهذا النوع يسمى التأمين المركب؛ لأنه مركب من نوعين من أنواع التأمين وهما:-

أ- التأمين على الأشخاص ب- والتأمين على الأضرار

3- التأمين الصحي من حيث التصنيف: وهو نوعان:

- ❖ تأمين دخل ضد فقدان الدخل: وهو تأمين ضد فقدان الدخل بسبب مرض أو إصابة أو عدم القدرة على ممارسة العمل.

❖ تأمين التكلفة الطبية:

ويوفر هذا النوع تكاليف الرعاية الطبية الناتجة عن مرض أو إصابة، وهو نوعان أيضاً: أ- العقود التعويضية ب- وعقود الخدمة

4- التأمين الصحي من حيث جهة التنفيذ:

أ- التأمين الصحي التعاوني الذي تقوم به الشركات.

ب- التأمين الصحي الذي تقوم به الحكومات، وهذا مصنف من ضمن التأمين الاجتماعي.

ج- التأمين الصحي الذي تقوم به الجمعيات والهيئات التعاونية.

د- التأمين الذاتي ” وهو الذي يقوم به الشخص نفسه أو المؤسسة نفسها من خلال الادخار والاستثمار لجزء من الدخل لوقت الحاجة.

5- أنواع التأمين الصحي من حيث الشريحة المستهدفة:

1. النوع التأمين الصحي الفردي: وهو عقد تتفق فيه الشركة مع فرد، وفيها يتقدم بطلب التأمين، وليس بالضرورة أن توافق الشركة عليه، فهي تدرس حالته وتقرر تقدير مصلحتها الذاتية واحتمال الربح والخسارة بحسب حالة الشخص الصحية، وعند الموافقة يختار وثائق ذات معايير عامة أو من حقه أن يختار منافع محددة ضد أشياء محددة.

2. النوع التأمين الصحي الجماعي: وهو عقد تعقده شركة التأمين مع مجموعة بعقد واحد كعمال شركة معينة أو موظفي بنك، وخاصة المؤسسات التي لديها عمالة كبيرة، وفي هذه الحالة يتولى صاحب المؤسسة دفع الأقساط أو اقتطاعها من الراتب، وعادة يتم من دون توقيع مع الأفراد، ومن دون الحاجة لما يثبت قابليتهم للتأمين، وهذا النوع أقل كلفة من الأول.

○ الفرق بين النوعين:

أ- التأمين الجماعي يقدم الحماية للعاملين ولأسرهم في الغالب، أما التأمين الفردي فلا يشمل الأسرة إلا إذا طلب إضافتهم وتحمل التكاليف الإضافية لهذا.

ب- التأمين الفردي أكثر كلفة، بينما الجماعي أقل كلفة؛ لأنه يجعل شركة التأمين تتحمل لأجل كثرة العدد وتخفيض القسط، كما أن متوسط المستوى الصحي في التأمين الجماعي يكون عادة أعلى من متوسط الحالة الصحية للفرد فتتخفص الكلفة الفعلية على الشركة وبالتالي ينخفض القسط والكلفة المقدرة للتأمين الصحي .

ج- التأمين الجماعي: هو عقد بين الشركة وصاحب العمل لكن يستفيد منه الموظفون، بينما في التأمين الفردي: بين الشركة والفرد.

د- ومن ناحية بنود العقد والأحقية في التغطية فيه تشابه من حيث التجديد والإلغاء وشروط القسط وانتهاء التغطية وحدها.

هـ - التأمين الجماعي أقل مرونة بالنسبة للشروط الخاصة بكل فرد، بخلاف التأمين الفردي والذي يضع متطلباته فقط من التأمين.

و - في التأمين الجماعي لا يمكن إلغاء العقد من الطرف المستفيد منه، بخلاف التأمين الفردي فيمكنه ذلك.

ع- يتشابه النوعان في طريقة الدفع، فقد يكون شهرياً أو ربع سنوي أو كل سنة بحسب الاتفاق .

المجالات المستثناة من التأمين:

- حالات الانتحار
- السرقة أو الخطف أو تعاطي المخدرات
- الأمراض الوبائية
- الأمراض ذات التكلفة الباهظة مثل السرطان أو الايدز
- المنشآت أو وسائل النقل العسكرية
- الأضرار الناتجة عن العمليات الحربية
- الأضرار الناتجة عن الكوارث الطبيعية
- الأخطار التي تحققت بالفعل قبل التأمين

الفصل السادس: المبادئ القانونية والشرعية لعقد التأمين

الأهداف :

يهدف هذا الفصل لتحقيق الأهداف التالية:

- تعريف الطالب بأهمية الجانب القانوني في تنظيم مؤسسات التأمين الصحي.
- تعريف الطالب بشروط إنشاء المرافق الصحية وشروط ممارسة أعمال الضمان الصحي.
- تعريف الطالب بالأركان الأساسية لعقد التأمين ومشروعية الضمان الصحي.
- تعريف الطالب بمفهوم إعادة التأمين الصحي.

المقدمة :

يعتبر الجانب القانوني غاية في الأهمية في تنظيم مؤسسات التأمين أو الضمان الصحي حيث يوضح شروط إنشاء المرافق الصحية، وشروط ممارسة أعمال الضمان الصحي، كذلك يبين الفصل الأركان الأساسية لعقد التأمين، كما يبين مشروعية الضمان الصحي التعاوني من الجانب الشرعي، كذلك خصائص عقد التأمين ومفهوم إعادة التأمين.

المبادئ القانونية والشرعية لعقد التأمين

شروط تقديم الخدمات الصحية في المملكة العربية السعودية

- ❖ أن يكون مرفق الرعاية الصحية مرخصاً من قبل وزارة الصحة السعودية ومعتمداً من الأمانة العامة لتقديم خدمات الضمان الصحي.
- ❖ العاملون في المرفق مسجلون في الهيئة السعودية للتخصصات الطبية.
- ❖ استيفاء الحد الأدنى من متطلبات الجودة.

شروط ممارسة أعمال الضمان الصحي السعودي

- ❖ أن تكون شركة التأمين سعودية.
- ❖ تعمل بأسلوب التأمين التعاوني.
- ❖ مرخصة بمزاولة أعمال التأمين.
- ❖ مؤهلة من قبل الأمانة العامة.

الأركان الأساسية لعقد التأمين

1. عقد التأمين.
2. أطراف التعاقد.
3. قسط التأمين.
4. مدة التأمين.
5. مبلغ التأمين.
6. مكونات وثائق التأمين.
7. الاستثناءات.
8. الشروط العامة.
9. التظهيرات والملاحق.
10. الاقتطاعات.

أولاً: عقد التأمين

تعريفه :

”اتفاق يلتزم بمقتضاه الطرف الأول (المؤمن) Insurer أن يؤدي إلى الطرف الثاني (المؤمن له) Insured الذي اشترط التأمين لصالحه، مبلغاً من المال، أو إيراداً أو مرتباً، أو أي عوض مالي آخر (مبلغ التأمين sum

(insured) في حال وقوع الحادث أو تحقق الخطر المبين بالعقد وذلك نظير قسط أو أية دفعة مالية أخرى يؤديها المؤمن له للمؤمن.

شروط انعقاد عقد التأمين :

1. الإيجاب والقبول.
2. العوض.
3. الأهلية القانونية.
4. الغاية المشروعة.

1- الإيجاب والقبول:

- والإيجاب هنا يأتي من طالب التأمين عندما يقوم بتعبئة طلب التأمين، والقبول يأتي من شركة التأمين أو وكيلها عندما يصدر العقد.
- ويجوز لوكيل شركة التأمين أن يصدر مذكرة اتفاق على تأمين ريثما تقوم الشركة بإصدار العقد المطلوب، وتكون هذه المذكرة بمثابة وثيقة تأمين مؤقتة تعطى على سبيل حماية للمؤمن له، وتكون ملزمة لشركة التأمين لأنها تمثل قبول الشركة للتأمين الذي طلبه طالب التأمين.
- وقد يكون الإيجاب والقبول شفهيًا وليس خطيًا، إلا أنه من الصعب في هذه الحالة إذا حدث نزاع ما إثبات وجود العقد أو إثبات شروط هذا العقد.

2- العوض :

- العوض هو قيمة الشيء الذي يعطيه طرفا التعاقد فيما تعاقدوا عليه، فالمؤمن له يدفع القسط الأول أو يتعهد بدفعه بالإضافة إلى موافقته على الالتزام بشروط وأحكام عقد التأمين.
- وأما شركة التأمين فتتعهد بعمل أمر معين ينص عليه العقد مثل التعويض عن خسارة مغطاة بعقد التأمين، أو تقديم خدمات معينة .

3- الأهلية القانونية:

- وهي تعني أنه يتوجب أن يكون طرفا العقد مؤهلين من الناحية القانونية لإبرام العقد.
- إن معظم الأشخاص البالغين مؤهلون لإبرام عقود تأمين كما أن الأشخاص الاعتباريين مؤهلون أيضاً لإبرام عقود التأمين إذا توافرت لهم صلاحية ذلك.

4- الغاية المشروعة :

بمعنى أنه لا يجوز التأمين على شيء غير قانوني أو غير أخلاقي يخالف المصلحة العامة، كالتأمين على المخدرات أو المهربات أو غيرها.

الجانب الشرعي

مشروعية الضمان الصحي التعاوني

نص قرار هيئة كبار العلماء

رقم (51) وتاريخ 1397/4/4هـ

إن التأمين التعاوني من عقود التبرع التي يقصد بها أصالة التعاون علي تفتيت الأخطار والاشتراك في تحمل المسؤولية عند نزول الكوارث و ذلك عن طريق إسهام أشخاص بمبالغ نقدية تخصص لتعويض من يصيبه الضرر، فجماعة التأمين لا يستهدفون تجاره ولا ربحاً من أموال غيرهم ، وإنما يقصدون توزيع الأخطار بينهم والتعاون علي تحمل الضرر.

السمات القانونية المميزة لعقود التأمين

- ❖ عقد غرر
- ❖ عقد إنفرادي
- ❖ عقد مشروط
- ❖ عقد شخصي
- ❖ عقد إذعان

1- عقد غرر :

وهي تلك العقود التي لا يتكافأ أو يتناسب فيها ما يدفعه وما يأخذه بالمقابل فرقاء العقد، فهي تعتمد على المصادفة، وقد يأخذ أحد الفرقاء أكثر بكثير مما يدفع، وفي المقابل قد يستمر الشخص نفسه في دفع الأقساط لسنوات عديدة دون أن تتعرض صحته لأي ضرر، وبذلك تكون شركة التأمين قد استلمت أقساطاً عديدة دون دفع أي تعويض .

ومع أن أساس عقود الغرر المصادفة أو وقوع حدث عرضي مفاجئ، فإن عقد التأمين ليس مقامرة. إذ أن المقامرة تخلق احتمالاً جديداً لم يكن موجوداً قبل الدخول في عملية المقامرة وهو احتمال الربح أو الخسارة، بعكس التأمين الذي يتعلق بمعالجة خطر موجود قبل إجراء التأمين.

وعلى الرغم من أن التأمين والمقامرة من عقود الغرر، إلا أن التأمين ليس مقامرة لأنه لا ينطوي على خلق احتمال أو خطر جديد مثل المقامرة.

2- عقد إنفرادي :

أي أنه ملزم قانونياً لطرف واحد هو شركة التأمين التي تتعهد بدفع التعويض في حالة تحقق الخسارة أو تتعهد بتقديم خدمات معينة للمؤمن له، وفيما يتعلق بالمؤمن له فإنه غير ملزم قانونياً بعد أن يصبح عقد التأمين ساري المفعول أن يستمر في دفع الأقساط المترتبة عليه، أو الالتزام بشروط وأحكام عقد التأمين. فإذا استمر المؤمن له في دفع الأقساط المترتبة عليه وفي الالتزام بشروط وأحكام عقد التأمين، فإن شركة التأمين ملزمة قانونياً بحمايته عند وقوع الخطر المغطى بعقد التأمين ودفع التعويض الذي تنص عليه شروط عقد التأمين.

3- عقد مشروط :

أي أن التزام المؤمن بدفع التعويض الذي تنص عليه شروط عقد التأمين مشروط بالالتزام المؤمن له بشروط وأحكام عقد التأمين، ومع أن المؤمن له غير ملزم قانونياً بالالتزام بشروط وأحكام عقد التأمين، إلا أنه يتوجب عليه الالتزام بها إذا أراد أن يحصل على التعويض الذي ينص عليه العقد، إذ أن المؤمن لديه غير ملزم قانونياً بدفع التعويض إذا أخل المؤمن له بشروط وأحكام العقد.

4- عقد شخصي :

أي أنه يتم بين المؤمن والمؤمن له شخصياً وحيث أن عقد التأمين عقد شخصي يتوجب أن يكون طالب التأمين مقبولاً من المؤمن من حيث شخصه وأخلاقه ووضعه المالي وحيث أن عقد التأمين عقد شخصي فإنه لا يجوز تحويله إلى شخص آخر دون موافقة المؤمن ومن ناحية ثانية فإن عقد تأمين الحياة ليس عقداً شخصياً، ويجوز تحويله إلى شخص آخر دون موافقة شركة التأمين، إلا إذا نصت شروط عقد تأمين الحياة على إعلام الشركة بذلك وأخذ موافقتها.

5- عقد إذعان :

ويعني ذلك أن على المؤمن له أن يقبل شروط وأحكام عقد التأمين كما يعده المؤمن، ولا يحق للمؤمن له أن يصر على إضافة أو حذف شروط من نصوص العقد، مع أنه من الممكن تعديل شروط عقد التأمين بوساطة التظهير، إلا أن التظهير أيضاً يقوم بإعداده المؤمن وعلى المؤمن له أن

يقبله وفي مثل هذا الوضع ينتهي الأمر بقبول وثيقة التأمين كما هي أو رفضها كما هي، إلا أن الشك في أي شرط من شروط عقد التأمين يفسر لمصلحة المؤمن له.

ثانياً: أطراف التعاقد

- الطرف الأول: هو المؤمن وهو الهيئة أو الجهة التي تتولى دفع مبلغ التأمين عند تحقق الخطر المؤمن عليه.
- الطرف الثاني: هو المؤمن له وهو الشخص الطبيعي أو المعنوي (الفرد أو الشركة) الذي يطلب التأمين لصالحه ضد خطر معين، ويدفع مقابل ذلك قسط التأمين.

ثالثاً: قسط التأمين

- هو ما يقوم بدفعه المؤمن له إلى المؤمن، وذلك مقابل أن يقوم المؤمن بالتغطية التأمينية للشخص أو الشيء موضوع التأمين من الخطر المؤمن ضده.
- ويختلف حساب هذا القسط من فرع تأمين إلى آخر، وسيتم الحديث عن حساب أقساط التأمين لاحقاً.

رابعاً: مدة التأمين

- وهو التاريخ المحدد في وثيقة التأمين من وقت بدء سريانها وحتى تاريخ انتهاءها والمتفق عليه من قبل الطرفين.
- ويقصد بها الفترة الزمنية التي لو وقع الخطر المؤمن ضده خلالها يستحق المؤمن له التغطية التأمينية المتفق عليها وفقاً لحجم الخسارة المتحققة.

خامساً: مبلغ التأمين

- ويمثل التزام المؤمن للمؤمن له أو المستفيد عند تحقق الخطر المؤمن ضده.
- وقد ينص في الوثيقة على مبلغ التأمين صراحة كما هو الحال في التأمينات النقدية (تأمينات الحياة).

سادساً: مكونات وثائق التأمين

- إن وثائق التأمين هي وثائق معقدة، وقد تختلف في بعض شروطها وأحكامها، إلا أن مكوناتها الأساسية ثابتة. حيث أن وثائق التأمين تتألف من خمسة مكونات هي:

أ. البيانات.

ب. التعريفات.

ج. اتفاقية التأمين.

د. الاستثناءات.

هـ. الشروط العامة.

أ. البيانات :

- إن الجزء الأول من وثيقة التأمين يتضمن البيانات المتعلقة بالامتلاكات أو النشاطات المؤمن عليها، وتساعد هذه البيانات شركة التأمين على تقييم الخطر ووضع السعر المناسب، كما يشمل هذا الجزء البيانات الشخصية للمؤمن له، وموقع الامتلاكات المؤمن عليها، ومدة الحماية، وقيمة التأمين، ومقدار القسط، وحجم الاقتطاعات (إن وجدت)، وغيرها من المعلومات.
- وفيما يتعلق بتأمين الحياة، فإن الجزء الخاص بالبيانات يتضمن اسم المؤمن له، وتاريخ ولادته، ومقدار القسط، وتاريخ إصدار عقد التأمين، ورقم العقد، وغير ذلك من المعلومات.
- وعلى كل حال ليس بالضرورة أن تكون هذه البيانات على الصفحة الأولى من وثيقة التأمين.

ب. التعريفات :

- وتحتوي وثائق التأمين بالإضافة إلى البيانات على تعريفات لبعض الكلمات والمصطلحات والعبارات التي تتكرر خلال نصوص الوثيقة، والتي يتوجب أن تحمل نفس المعنى أينما وردت في النص، فكلمة "الشركة" على سبيل المثال تعني شركة التأمين المؤمن لديها والمذكور اسمها في جدول الوثيقة.

ج. اتفاقية التأمين :

يحتوي هذا الجزء على تعهد شركة التأمين بتعويض الأضرار الناتجة عن الأخطار المغطاة بوثيقة التأمين، والحالات التي يتم فيها هذا التعويض.

وتوجد طريقتان لمنح الغطاء التأميني في وثائق التأمين:

- أ- طريقة الأخطار المسماة:

هنا يتم تسمية أو ذكر الأخطار التي يشملها عقد التأمين، وكل خطر غير مذكور في عقد التأمين يعتبر غير مغطى.

ب- طريقة التأمين الشامل:

هنا يشمل جميع الأخطار ما عدا الأخطار التي تنص وثيقة التأمين على اعتبارها مستثناة، وفي هذه الحالة فإن كل خطر غير مستثنى في وثيقة التأمين يكون مشمولاً بالتغطية التأمينية.

سابعا: الاستثناءات :

يحتوي هذا الجزء على ما تريد الشركة أن تلتزم به فيما يتعلق بالتأمين، فقد تستثني شركة التأمين تغطية أخطار معينة أو أضرار معينة أو ممتلكات معينة، فعلى سبيل المثال قد تستثني وثيقة التأمين من أخطار محددة مثل أمراض السرطان وجراحات التجميل وتقويم الأسنان وعلى كل حال فإن الجزء الخاص بالاستثناءات جزء مهم جداً من وثيقة التأمين ينبغي الإطلاع عليه وفهمه فهماً تاماً.

ثامنا: الشروط العامة :

يتضمن هذا الجزء واجبات وحقوق فرقاء العقد، إن معظم نصوص هذا الجزء هي نصوص موحدة في جميع وثائق التأمين، وتتعلق بواجبات المؤمن له، وحقوق الشركة عند وقوع الهلاك أو الضرر على الأموال المؤمن عليها، كما تتضمن هذه النصوص الشروط الخاصة بالإلغاء والحلول في الحقوق، وغيرها من الشروط.

تاسعا: التظهيرات والملاحق

تحتوي وثائق التأمين في كثير من الأحيان على تظهيرات أو ملاحق. وتستخدم هذه التظهيرات والملاحق لإضافة شروط جديدة على عقد التأمين أو إلغاء أو تعديل بعض شروط الوثيقة.

والتظهير أو الملحق مصطلحان لهما نفس المعنى، وكلاهما يؤدي مهمة إضافية أو إلغاء أو تعديل شروط في وثيقة التأمين.

عاشراً: الاقتطاعات

- الاقتطاعات مصطلح يعني حسم مبلغ معين من التعويض

- القابل للدفع بموجب شروط وثيقة التأمين.
- وقد تكون الاقتطاعات إجبارية تفرضها شركة التأمين على المؤمن له، وقد تكون اختيارية أي بناء على طلب المؤمن له، وفي كلا الحالتين يستطيع المؤمن له أن يطلب زيادة قيمتها لقاء تخفيض في قسط التأمين .

• مفهوم إعادة التأمين:

-هي عملية داخلية بين هيئتين من هيئات التأمين تقوم الهيئة الأولى بالتنازل عن كل أو جزء من الخطر الذي سبق ان قبلته إلى الهيئة الثانية التي تتعهد بتحمل كل أو جزء من التعويض الناشئ عن تحقق الخطر مقابل مبلغ تدفعه الهيئة الأولى إلى الهيئة الثانية ويعرف بقسط إعادة التأمين .

• أهمية إعادة التأمين:

-تعتبر وسيلة فعالة لخفض الخطر لدى شركات التأمين والحد من الخسائر التي يمكن أن تتعرض لها شركات التأمين الاصلية التي تقوم بالتأمين المباشر من خلال اقتسام الخطر بين اكبر عدد ممكن من شركات التأمين.

الفصل السابع: نظام الضمان الصحي السعودي

المقدمة والأهداف

المقدمة :

يتناول هذا الفصل نظام الضمان الصحي السعودي والمراحل التاريخية التي مر بها الضمان الصحي السعودي كذلك مشروعية الضمان الصحي السعودي كأحد المواضيع الشرعية الهامة ،كما تطرق الفصل إلى أنواع الضمان الصحي السعودي ومهام وأعمال شركات إدارة مطالبات الضمان الصحي .

ويستعرض هذا الفصل أيضا النفقات القابلة وغير القابلة للاستعاضة في نظام الضمان الصحي السعودي ،كذلك التحديات والعوامل المساعدة لنجاح الضمان الصحي السعودي .

الأهداف :

يهدف هذا الفصل لتحقيق الأهداف التالية:

- تعريف الطالب بالتطور التاريخي للنظام الصحي السعودي.
- تعريف الطالب بالجانب الشرعي للضمان الصحي السعودي.
- تعريف الطالب بأهمية الضمان الصحي السعودي.
- تعريف الطالب بأنواع الضمان الصحي السعودي.

التأمين الصحي في المملكة

البدايات الأولى لنظام التأمين الصحي

- عندما تأسست المملكة العربية السعودية لم تكن هناك مرافق صحية بالمفهوم الصحيح سوى بعض المستشفيات مثل:
 - مستشفى القبان وأنشئ عام 1282 هـ.
 - مستشفى جياذ بمكة المكرمة وأنشئ عام 1288 هـ.
 - مستشفى باب شريف أنشئ في جدة عام 1308 هـ.
 - إضافة إلى مستوصف صغير في المدينة المنورة.
- عندما دخل المغفور له بإذن الله الملك عبدالعزيز آل سعود الحجاز أمر بإنشاء دائرة الصحة في مكة المكرمة عام 1926 م.
- في عام 1345 هـ أصدر الملك عبد العزيز أمره بتغيير مسمى دائرة الصحة إلى مديرية الصحة العامة والإسعاف وقد أصدرت المديرية عدة أنظمة منها:
 - نظام ترخيص بيع الأدوية وصدر في 1345/12/7 هـ.
 - نظام علاج المرضى من الحجاز وصدر في 1345/10/23 هـ.
 - نظام تسجيل الوفيات من الحجاج وصدر في 1346 هـ.
 - نظام التطعيم ضد الجدري وصدر في عام 1346 هـ.
 - نظام الطبابة والصيدلة وصدر في 1347/1/21 هـ.
 - نظام المأمورين الصحيين وصدر في 1349/8/18 هـ.
 - أنشأت وزارة الصحة السعودية في 1370/8/26 هـ وعين الأمير عبد الله الفيصل وزير للصحة كأول وزير لوزارة صحة سعودية .

مشروعية الضمان الصحي التعاوني

قرار هيئة كبار العلماء رقم (51) وتاريخ 1397/4/4 هـ :
إن التأمين التعاوني هو عقد من عقود التبرع التي يقصد بها أصالة التعاون على تفتيت الأخطار والاشتراك في تحمل المسؤولية عند نزول الكوارث وذلك عن طريق إسهام أشخاص بمبالغ نقدية تخصص لتعويض من يصيبه الضرر، فجماعة التأمين لا يستهدفون تجارة ولا ربحاً من أموال غيرهم، وإنما يقصدون توزيع الأخطار بينهم والتعاون على تحمل الضرر.

حجم سوق التأمين بالمملكة ...

- بلغ اجمالي اشتراكات التأمين في المملكة عام 1999م (2.9) مليار ريال.
- تمثل نحو 29% من إجمالي أقساط التأمين في العالم العربي.
- يقدر الحجم الافتراضي لسوق التأمين الصحي في المملكة بعشرة مليارات ريال سعودي.
- وقد بلغ حجم سوق التأمين الصحي في المملكة في نفس السنة (807.4) مليون ريال
- وتضاعف هذا المبلغ في السنوات السبع الأخيرة.

مفهوم الضمان الصحي التعاوني ...

- هو نظام يجسد مفهوم التكافل والتعاون من المجموعة مع الفرد في تحمل تكاليف العناية الصحية التي يحتاجها
- يستهدف توزيع عبء التكلفة على أكبر عدد ممكن من الأفراد بدلاً من تحملها شخص واحد
- يحقق المشاركة من المجموعة مع الفرد ومن صاحب العمل مع العامل..

دوافع تطبيق الضمان الصحي ...

- تزايد تكاليف الخدمات الصحية
- الظروف الاقتصادية الراهنة
- تزايد الطلب وارتفاع معدلات استهلاك الخدمات الصحية
- تخفيف الضغط على المرافق العامة
- المحافظة على جودة الخدمات الصحية
- مواكبة التقنيات الطبية الحديثة
- المحافظة على العمر الافتراضي للمنشآت والأجهزة الطبية

أهداف تطبيق نظام الضمان الصحي التعاوني ...

- ❖ تحقيق مبدأ التكافل الاجتماعي
- ❖ توفير مصدر للتمويل
- ❖ غطاء صحي بمنهج إسلامي
- ❖ ترشيد الإنفاق وتحسين الكفاءة
- ❖ تطوير القطاع الصحي الخاص
- ❖ توفير فرص عمل
- ❖ توفير الخدمات الصحية بأسعار مناسبة

- ❖ تحسين المؤشرات الصحية
- ❖ تحسين المستوى الصحي للسكان
- ❖ إيقاف تصدير الأموال إلى الخارج
- ❖ زيادة الاستثمار وجذب الاستثمارات الأجنبية
- ❖ تلبية متطلبات منظمة التجارة العالمية

مميزات نظام الضمان الصحي التعاوني

- الإسهام في تطوير الخدمات الصحية وتنظيمها في المملكة.
- تخفيف العبء على المرافق الحكومية.
- حل مشكلة سوء استخدام الخدمات المتاحة (مجاناً) وتفعيل دور الرعاية الصحية الأولية.
- كما سيسهم في تطوير القطاع الصحي الخاص ويخلق فرصاً استثمارية واسعة نتيجة للارتفاع المتوقع في الطلب على خدمات القطاع الخاص.
- خلق فرص وظيفية أمام الباحثين عن وظائف، سواءاً في مستشفيات ومستوصفات القطاع الخاص أو في شركات الضمان الصحي التعاوني.

متطلبات تطبيق الضمان الصحي ...

- ضرورة تنفيذ حملة توعية مبني على استراتيجيات علمية مدروسة
- يتوجب إيجاد نظام للرقابة على جودة الخدمات المقدمة وفق النظام
- ضرورة توفير نظام معلومات متكامل عن الجهات المقدمة للخدمة والفئات المستفيدة وشركات الضمان الصحي التعاوني
- ضرورة التدرج في تطبيق النظام باعتباره تغيير صحية واجتماعية كبيرة
- ضرورة تصنيف المستشفيات الخاصة وفق معايير معينة إلى درجات
- تشجيع إنشاء شركات ضمان صحي تعاوني
- ضرورة مراعاة الخصوصية الاجتماعية والثقافية والاقتصادية

أنواع الضمان الصحي في المملكة العربية السعودية

أولاً: نظام التأمين الصحي الخاص
 نظام التأمين الخاص يشمل الآتي: تعاقد أرباب الأعمال أو الأفراد أو كليهما معاً مع شركات التأمين الخاصة والتي تقوم بدورها بالتعاقد مع مجموعة من المنشآت الصحية والأطباء لتقديم الخدمات الصحية للمستفيدين الذين تم تحصيل اشتراكات سنوية / شهرية منهم نظير ذلك، وتقوم شركات التأمين بسداد المطالبات المالية للمنشآت الصحية وفقاً لنصوص العقود بينهم.

○ تكوين منظمات محلية للحفاظ على الصحة تملك كل منها أو تتعاقد مع مجموعة من المنشآت الصحية والأطباء لتقديم حزمة شاملة من خدمات التأمين الصحي للمستفيدين مقابل اشتراك سنوي / شهري ، وبذلك يتم ضمان تكامل الخدمات وجودتها وكفاءة استخدامها من خلال إتباع نظام للتحويل بين المستويات المختلفة للخدمة وفقاً للحاجة الفعلية للمريض مع رقابة استخدام هذه الخدمات .

ثانياً: نظام التأمين الصحي الاجتماعي/ الإلزامي

- ❖ ويشمل هذا النوع من التأمين الأنواع التي يكون فيها الشخص المعرض للخطر ملزماً بالتأمين ضده، إما بحكم القانون أو بأي حكم آخر .
- ❖ وهذه التأمينات غالباً ما يفرضها القانون لأغراض اجتماعية لخدمة قطاعات واسعة من المواطنين، كالعمال والموظفين، حماية لهم وضماناً لمستقبل عائلاتهم ومثال ذلك: تأمين معاشات التقاعد، تأمين العجز وإصابات العمل، التأمين الصحي.
- ❖ وهو تأمين إجباري بحكم القانون قد ينفذ من خلال هيئة مركزية واحدة تتبعها هيئات فرعية ، أو أكثر من هيئة للتأمين الصحي ولكل منها فروع تنتشر جغرافياً لتغطي بالخدمة التأمينية فئة متجانسة من الأفراد وتقدم خدماتها بإحدى الطرق التالية:

- تقديم الخدمات من قبل مستشفيات تتبع الدولة.
- تقديم الخدمات من قبل القطاع الخاص بالتعاقد مع الدولة.

ثالثاً: التأمين المباشر

- ❖ يتمثل هذا بقيام بعض الشركات والمؤسسات بالتعاقد مباشرة مع المستشفيات للتأمين على منسوبيها صحياً.
- ❖ أو أن يقوم الأفراد بالحصول على تأمين صحي من شركات التأمين أو المستشفيات مباشرة مقابل مبلغ معين من المال.
- مثال على ذلك: قيام شركة تويوتا بالتأمين على منسوبيها من خلال عقود تأمينية مع المستشفيات الخاصة والعامة والأطباء أيضاً.

قراءات في نظام الضمان الصحي السعودي

في شعبان 1423 هجري صدر قرار مجلس الوزراء القاضي بتطبيق نظام الضمان الصحي التعاوني على كافة السعوديين العاملين في شركات ومؤسسات القطاع الخاص ومؤسسات الأفراد المبرمة معهم عقود عمل.

ولقد صدرت اللائحة التنفيذية للنظام بقرار معالي وزير الصحة رقم 23/460/ص وتاريخ 1423/3/27 هجري شاملة معلومات تفصيلية دقيقة منها ما يتعلق بمجلس الضمان الصحي التعاوني ودوره ووظائفه، ومنها ما يتعلق بشركات التأمين، ومنها ما يتعلق بموفري الخدمة الطبية، هذا إضافة إلى ما يتعلق بالمستفيدين من الخدمة وهم المرضى.

قرارات في نظام الضمان الصحي السعودي

أولاً: مهام وأعمال شركات إدارة مطالبات التأمين الصحي

المادة (6):

تمارس شركة إدارة مطالبات التأمين الصحي المهام الرئيسية التالية: أي أعمال تتعلق بمطالبات التأمين الصحي والتي تتطلب وجود تخصصات معينة للقيام بفحص ودراسة المطالبات التي تنشأ ويترتب على حدوثها دفع تعويضات لحامل الوثيقة من قبل شركة التأمين.

أي أعمال تتعلق بإدارة البرامج الطبية الصادرة من شركات التأمين الصحي/مقدم الخدمة والتي تخضع لنظام الضمان الصحي التعاوني كحد أدنى (و/أو) تطويرها، بالإضافة إلى الدراسات الإكتوارية، التدريب ضمن مجال عمل الشركة، الأبحاث، (و/أو) أية أعمال تدخل ضمن نشاط الشركة.

تقدير التعويضات الناشئة عن تكلفة خدمة الحالات الطارئة المقدمة خارج الشبكة مقارنة بقيمة التكلفة الفعلية للخدمة الصحية المقدمة داخل الشبكة سواء داخل (و/أو) خارج المملكة العربية السعودية.

القيام بأعمال التسويات المالية للمطالبات المستلمة وغير المستلمة من مقدم الخدمة (و/أو) شركة التأمين (و/أو) حامل الوثيقة.

المادة (7):

متابعة إصدار المطالبات الطبية من قبل مقدمي الخدمة، على النحو التالي: يكون استلام المطالبة من مركز تقديم الخدمة (و/أو) مناولة من المريض أو من ينوب عنه وذلك عند حصوله على خدمات خارج الشبكة.

التأكد من أن الخدمة المقدمة مغطاة ضمن الوثيقة قبل إصدار أي مطالبة.

متابعة رفع المطالبات من قبل مقدم الخدمة لشركة إدارة مطالبات التأمين الصحي والمتعلقة بكافة الخدمات الصحية المقدمة للمؤمن.

متابعة إنهاء إجراءات إصدار المطالبات من مقدم الخدمة عن الخدمات الصحية المقدمة للمؤمن عليهم

المادة (8):

يحق لشركة إدارة المطالبات الطبية إجراء التحقيق إذا دعت الحاجة لذلك (كمراجعة

ملف المريض في مركز تقديم الخدمة) من قبل فنيي التسوية (و/أو) الأطباء المعتمدين لدى شركة مطالبات التأمين الصحي (و/أو) شركة التأمين باستخدام كافة الوسائل الممكنة بما في ذلك السجلات الرسمية التابعة لمقدم الخدمة، وذلك وفق ما ورد في نظام الضمان الصحي التعاوني واللائحة التنفيذية لهذا النظام والتعليمات الصادرة عن المجلس.

المادة (9):

على مقدم الخدمة المطالبة بمستحققاته المترتبة على علاج المستفيدين وبالشكل المتفق عليه مع شركة إدارة المطالبات الطبية خلال مدة لا تزيد عن 90 يوماً من تاريخ الاستحقاق

المادة (10):

في حال وجود أي مخالفة يرتكبها أحد الأطراف يحق للطرف الذي ارتكبت في حقه هذه المخالفة إشعار الأمانة العامة بذلك

المادة (11):

إعداد تقارير إحصائية ربع أو نصف سنوية أو سنوية من قبل شركة إدارة مطالبات التأمين الصحي وتوضح هذه التقارير مؤشرات احتواء التكاليف لتقديم الخدمة الصحية وكذلك إجمالي المطالبات المدفوعة والمؤجلة والجاري إنهاؤها، ويتم تزويد المجلس بنسخة من هذه التقارير خلال (15) يوم عمل من تاريخ صدور هذه التقارير (و/أو) في أي وقت يطلب المجلس ذلك

ثانياً: ضوابط ممارسة أعمال إدارة مطالبات التأمين الصحي

المادة (12):

تتولى ممارسة أعمال إدارة مطالبات التأمين الصحي شركات إدارة المطالبات المصرح لها بالعمل في المملكة بمزاولة تسوية المطالبات التأمينية بموجب نظام مراقبة شركات التأمين التعاوني، والمؤهلة من المجلس لممارسة أعمال إدارة مطالبات التأمين الصحي.

النفقات القابلة للاستعاضة / المنافع

تشمل النفقات القابلة للاستعاضة ما يلي :

أولاً: المنافع الصحية وتشمل الآتي:

- ❖ جميع مصاريف الكشف الطبي والتشخيص والعلاج والأدوية، وفقاً لجدول الوثيقة.
- ❖ جميع مصاريف التنويم بالمستشفى بما في ذلك العمليات الجراحية وجراحة أو معالجة اليوم الواحد والحمل والولادة.
- ❖ معالجة أمراض الأسنان واللثة.

- ❖ الإجراءات الوقائية مثل التطعيمات بما في ذلك التطعيمات الموسمية، ورعاية الأمومة والطفولة وذلك وفق التعليمات الصادرة عن وزارة الصحة (الواردة في الملحق المرفق الخاص بهذه الوثيقة).
- ❖ الحالات النفسية الحادة وفق حدود المنفعة المحددة في جدول الوثيقة.
- ❖ الحالات المرضية المعدية والتي تحتاج إلى عزل بالمستشفى والتي تحددها وزارة الصحة.

ثانياً: مصاريف تجهيز وإعادة جثمان الشخص المؤمن له إلى موطنه الأصلي المذكور في عقد العمل.

🇸🇦 الحالة الأولى:

- ❖ هذه الوثيقة لن تغطي المطالبات التي تنشأ عما يلي:
- ❖ الإصابة التي يسببها الشخص لنفسه متعمداً.
- ❖ الأمراض التي تنشأ بفعل إساءة استعمال بعض الأدوية أو المنشطات أو المهذّنات أو بفعل تعاطي المواد الكحولية أو المخدرات أو ما شابه ذلك.
- ❖ الجراحة أو المعالجة التجميلية إلا إذا استدعتها إصابة جسدية عرضية غير مستثناة في هذا القسم.
- ❖ 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).
- ❖ معالجة الحمل والولادة للمرأة المتعاقد معها على أساس أنها غير متزوجة.
- ❖ المعالجة التي يتلقاها الشخص المؤمن له بدون مقابل مثل امراض السرطان.
- ❖ الإستجمام وبرامج الصحة البدنية العامة والعلاج في دور الرعاية الإجتماعية.
- ❖ أي علة أو إصابة تنشأ كنتيجة مباشرة لمهنة الشخص المؤمن له.
- ❖ معالجة الأمراض التناسلية أو التي تنتقل بالاتصال الجنسي المتعارف عليها طبياً.
- ❖ 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).
- ❖ جميع التكاليف المتعلقة بزرع الأسنان أو تركيب الأسنان الاصطناعية أو الجسور الثابتة أو المتحركة أو التقويم باستثناء تلك التي تسببت عن وسائط خارجية عنيفة.

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

الحالة الثانية:

- ❖ هذه الوثيقة لن تغطي المنافع الصحية وإعادة الجثمان إلى الموطن الأصلي في حالة المطالبات الناشئة مباشرة عن:
- ❖ الحرب، الغزو، أعمال العدو الأجني، أعمال العدوان (سواء أعلنت الحرب أم لم تعلن)، الحرب الأهلية.
- ❖ الإشعاعات الأيونية أو التلوث بالنشاط الإشعاعي من أي وقود نووي أو أية نفايات نووية ناتجة عن احتراق وقود نووي.
- ❖ الخصائص المشعة أو السامة أو المتفجرة أو أي خصائص خطيرة أخرى لأي تجمعات نووية أو لأي من مركباتها النووية.
- ❖ مزاولة الشخص المؤمن له أو مشاركته في خدمة القوات المسلحة أو الشرطة أو عملياتها.
- ❖ أعمال الشغب، الإضراب، الإرهاب أو ما يشابهها من أعمال.

التحديات المستقبلية لنظام الضمان الصحي

- ❖ التزام شركات التأمين بمبدأ التأمين التعاوني.
- ❖ مدى تجاوب الأفراد والمؤسسات الصغيرة.
- ❖ التسعيرة الحرة لأسعار الخدمات الصحية الخاصة.
- ❖ عدم توفر الخدمات الطبية.
- ❖ المنازعات والمشاكل وإستراتيجية وضع الحلول.
- ❖ الإفراط وسوء استخدام الخدمات الصحية.
- ❖ إستراتيجية الإشراف والرقابة على شركات التأمين ومقدمي الخدمات الصحية.
- ❖ الالتزام بمعايير وضمان جودة الخدمات الصحية.
- ❖ الوعي بفوائد التغطية التأمينية الصحية.
- ❖ عدم توفر الكفاءات والخبرات في علوم التأمين الصحي.
- ❖ غياب المنافسة بين مقدمي الخدمات الطبية مما يزيد من تكاليف المعالجة للمؤمنين.
- ❖ ضعف التنسيق والتعاون بين مقدمي الخدمات الطبية وشركات التأمين.

عوامل مساعدة لإنجاح نظام الضمان الصحي

- ❖ تحديد نوع وفئة الشريحة السكانية التي يطبق عليها النظام.
- ❖ وجود وثيقة موحدة للتأمين الصحي.
- ❖ الإشراف والبرامج الرقابية المالية والفنية على شركات التأمين ومقدمي الخدمات الصحية.
- ❖ ضرورة وفاء شركات التأمين بواجباتها اتجاه المؤمن عليهم.
- ❖ تحوّل بعض مقدمي الخدمات الصحية الحكومية إلى مؤسسات ومشاركاتها في تقديم الخدمة بمقابل مالي.
- ❖ توسع الاستثمار في القطاع الصحي الخاص.

الفصل الثامن :الترميز الطبي للأمراض

المقدمة :

يعتبر الترميز الطبي للأمراض من الأمور الهامة والرئيسية والتي تساعد على تحليل وتصنيف الحالات المرضية داخل المستشفى، كما يساعد على إعداد الإحصائيات الطبية لكافة الحالات المرضية التي تراجع المؤسسة الصحية بمختلف أنواعها، كما يمكن استخدام الترميز الطبي في تصنيف الوفيات وأسبابها وتسويق تكاليف مطالبات التأمين الصحي، إضافة إلى استخداماته في مجال البحث العلمي والتحليل والتقييم والمقارنة لكافة بيانات المرضى المراجعين للمؤسسة الصحية .

الأهداف :

يهدف هذا الفصل إلى تحقيق الأهداف التالية: تعريف الطالب بأهمية الترميز والتصنيف الطبي.

- تعريف الطالب بآلية الترميز والتصنيف الطبي.
- تعريف الطالب باستخدام الترميز الطبي والتصنيف الدولي للأمراض.

تعريف الترميز الطبي :

الترميز الطبي هو تحويل الأوصاف اللفظية للأمراض والإصابات والإجراءات إلى رموز رقمية و أبجدية، ثم اختيار الرمز الطبي الصحيح للتشخيص أو الإجراءات الطبية الأخرى حسب التصنيف الطبي المناسب (ICD9-ICD10) ويقومون بإدخال تلك المعلومات في قاعدة البيانات لاستخدامها فيما بعد في الأبحاث والاستخدامات الأخرى وفي السعودية أصدر مجلس الضمان الصحي التعاوني قراره بالإلزام جميع شركات التأمين الصحي و مقدمي الخدمات الصحية باستخدام نظام الترميز الطبي الاسترالي .

الإصدار المستخدم في المملكة:

المملكة تستخدم الإصدار العاشر وعن طريق دولة استراليا التي تتميز بنظامها عن بقية الدول حيث تم استخدامه في أكثر من ٨ دول.

كيف بدأت قصة الترميز الطبي الأسترالي في المملكة؟

في إطار الجهود التي تقوم بها وزارة الصحة في المملكة العربية السعودية لتجويد الخدمات الطبية والارتقاء بمستوى أداء المرافق الصحية فقد قررت الوزارة تطبيق نظام الترميز الطبي الأسترالي (ICD-10-AM) على كافة المستشفيات والمرافق الصحية، وذلك بناءً على الاتفاقية الموقعة بين حكومة المملكة العربية السعودية وحكومة أستراليا والتي ستنجح تحويل المعلومات الطبية إلى رموز.

كيف تم الاتفاق على الرموز الطبية وما هو النظام المستخدم في عملية الترميز الطبي؟

المنظمات الصحية في العالم تفهرس البيانات الصحية بناء على نظام تصنيف معين يسمى "التصنيف الدولي للأمراض".

ان غالبية دول العالم المتقدمة تستخدم التحديث العاشر الذي صدر في عام ١٩٩٠ وتم البدء في استخدامه عام. يرجع تاريخ التصنيف (الترميز) الطبي الى القرن السابع عشر الميلادي وتحديدًا عندما طور الإحصائي الانجليزي (John Graunt) وثيقة لندن للوفيات.(London Bills of Mortality) كانت تستخدم هذه الوثيقة لتسجيل نسبة الأطفال الذين يموتون قبل بلوغ سن السادسة. في عام ١٩٤٨ أصبحت منظمة الصحة العالمية مسؤولة عن تحديث نظام التصنيف الطبي كل عشر سنوات حيث انها بدأت بتحديث الاصدار السابع منه, في عام ١٩٥٧. مازالت منظمة الصحة العالمية هي الجهة المسؤولة عن نظام التصنيف الطبي.

هدف الترميز الطبي :

الترميز الطبي يهدف إلى تصنيف الأمراض والتدخلات العلاجية وتشخيص الحالة الصحية العامة لفئات المرضى على شكل شفرات تتكون من ستة أرقام و هو عبارة عن كود محدد على مستوى العالم، وقامت منظمة الصحة العالمية بإنشاء وثيقته الأساسية و يراجع بشكل دوري لتلبية احتياجات مقدمي الخدمة الصحية و ليوأكب المستجندات في علوم الأمراض.

من الضروري توثيق تشخيص المريض ونتائج الفحوصات وحتى العلاج، وذلك لضمان رعاية عالية الجودة، وعدم مواجهة أي مشاكل أو عقبات في الزيارات المستقبلية، وهذا مهم بشكل خاص لأن هناك المئات من ملايين الزيارات والإجراءات الطبية سنويًا

استخدامات الترميز الطبي

يستخدم الترميز الطبي في ما يلي:

- يستخدم لتصنيف الوفيات (أسباب الوفاة) والمعلومات عن الوفاة.
- تستخدم هذه الرموز الطبية للمطالبات وتسديد التكاليف، خاصة مطالبات التأمين الصحي.
- تقيم الإجراءات الطبية ونتائج الرعاية الصحية.
- يستخدم في بعض المؤسسات الطبية في إدارة الجودة.
- يستخدم في التخطيط والأمور الإدارية والأبحاث والتعليم.
- يسمح بالتسجيل والتحليل والتقييم والمقارنة بين بيانات الوفيات والمعلومات المرضية التي جمعت من دول مختلفة أو مناطق مختلفة لنفس الدولة.
- كما يسمح التصنيف بترجمة تشخيصات الأمراض والحالات الصحية إلى رموز يسهل معها تخزينها واسترجاعها وتحليل هذه البيانات.

المجالات التي يستخدم فيها الترميز الطبي:

- تخطيط الخدمات الصحية
- تخصيص الموارد
- إدارة الحالات الصحية
- وضع المعايير السريرية
- الإحصائيات الصحية
- الدراسات الوبائية

- التعليم والبحث العلمي
- الأبحاث السريرية
- التمويل والسداد ومراجعة الحسابات

أهم فوائد الترميز :

- تحديد الأولويات الصحية
- تتبع أسباب الوفاة الشائعة في المجتمع.
- تعزيز الإحصائيات الصحية وفق المعايير العالمية .
- قياس الأداء الصحي.
- تقييم مدى جودة الرعاية الصحية المقدمة و المخرجات الصحية.
- دعم الحركة البحثية في المجال الطبي و تحديد أولوياتها.
- تشكيل أساس علمي و مهني للحسابات الطبية و الإنفاق الصحي .

يحتاج المرمز الطبي أن يكون لديه المعرفة العالية في :

1. المصطلحات الطبية.
2. التشريح ووظائف الأعضاء.
3. التحليل المخبري.
4. تطور المرض.
5. العمليات الجراحية.
6. علم الصيدلة

أنواع الترميز الطبي دولياً.

يضم الترميز الطبي العديد من التصنيفات وهي عبارة عن أنظمة ترميز دولية شهيرة تستخدم نظام ترميز رقمي أو أبجدي رقمي ونذكر منها ما يأتي :

- الترميز الدولي للرعاية الأولية : (ICPC-2) وهو نظام ترميز عالمي خاص بالرعاية الأولية أنشأ في العام 1987 في المملكة المتحدة وهو يتكون من 17 فصلاً منها فصل فئة الدم.
- الترميز الفرنسي للإجراءات السريرية : (CCAM) وهو تصنيف طبي يستخدم في المستشفيات والعيادات الصحية، يتكون من أربعة حروف وثلاثة أرقام يرمز كل منها إلى معلومة صحية محددة.
- نظام ترميز الإجراءات المشتركة للرعاية الصحية : (HCPCS) وهو نظام مستمد من قانون الرابطة الطبية الأمريكية وهو ينقسم إلى ثلاثة مستويات مختلفة.

- التصنيف الدولي للأمراض (ICD) وهو نظام ترميز عالمي من إنشاء منظمة الصحة العالمية، يتكون من إصدارات مختلفة منها ICD6 ، ICD10-CM و ICPM.

دور المرمز الطبي

- هو الوصف الصحيح للتشخيص والإصابات وتحويلها إلى رموز طبية حسب ما ورد في الملف الطبي للمريض. تبدأ طريقة الترميز بمراجعة كاملة للملف الطبي للمريض بالإضافة لمراجعة السجلات الطبية الإلكترونية إذا كانت متوفرة وذلك لتلخيص المعلومات ذات الصلة

برنامج الترميز الطبي الوطني الموحد

برنامج الترميز الطبي الوطني الموحد هو برنامج تكوين في المملكة العربية السعودية مقدم من وزارة الصحة بالتعاون مع الهيئة السعودية للتخصصات الصحية، وهو برنامج لتكوين مرمز طبي أو ما يسمى بفني معلوماتية صحية، وهو تكوين يتضمن المهام الآتية :

- قراءة وتحليل السجلات الطبية الخاصة بالمرضى خلال فترة التنويم بالمستشفى.
 - ترميز المعلومات الشاملة للمريض باستخدام نظام التصنيف الدولي.
 - التأكد من صحة المعلومات وتوفيرها كاملة باستشارة الطبيب المسؤول.
 - تقييم محتوى السجل الطبي ورفع النواقص والمشاكل إلى الإدارة.
 - المشاركة في تحسين جودة الخدمات الصحية والرعاية الطبية في المملكة.
 - المشاركة في التدقيق الطبي والأبحاث العلمية الخاصة بمجال الصحة.
- كما يتطلب تكوين برنامج الترميز الطبي الوطني الموحد الشروط الأكاديمية الآتية :

- شهادة البكالوريوس في التخصصات العلمية كالأحياء والكيمياء والفيزياء.
- حد أدنى للدرجة الشاملة لاختبار اللغة الإنجليزية (ILETS) لا يقل عن 4.5.
- أن يكون المتقدم سعودي الجنسية.

المهارات اللازمة لمهنة الترميز الطبي

إذا كان الشخص يريد ان يصبح محترفاً ، فسيحتاج إلى بعض الخصائص والمهارات الأساسية، بما في ذلك :

- معرفة مهارات الكمبيوتر الأساسية ومعرفة استخدام الكمبيوتر والبرامج المتخصصة.
- السرية والنزاهة ضروريان أيضاً للنجاح في هذه المهنة، حيث سيتعامل الشخص مع المعلومات الشخصية للمرضى.
- إن الدقة هي مفتاح هذه المهنة، حيث تؤدي الإغفالات أو الأخطاء الصغيرة إلى تأخير أو رفض الطلبات.
- سيحتاج فني الترميز إلى التفكير التحليلي، لأن قدرته على تحليل جميع العوامل ضرورية.
- معرفة العديد من العلوم الطبية والمصطلحات، وقد يكون من الضروري أن يكون ناجحاً في هذه المهنة لفهم التشخيص والعلاج من أجل ترميز العناصر بشكل صحيح.

أساسيات الترميز الطبي

يُستخدم مجال الترميز الطبي لإدارة الفواتير والمدفوعات الخاصة بالرعاية الصحية، وتشمل أساسياته ما يلي :

- ترميز الخدمات والإجراءات والتشخيصات والعلاجات بشكل صحيح.
- تحضير وإرسال الفواتير أو طلبات السداد.
- تصحيح الطلبات المرفوضة.
- تتبع المدفوعات.
- تتبع المرضى وشركات التأمين على الفواتير المستحقة.

الفوائد الطبية التي يقدمها التصنيف الطبي:

التوحيد القياسي

الكتابة في الملف الطبي دائماً تكون باللغة الانجليزية وباستخدام المصطلحات الطبية. كثير من الأمراض لها أكثر من مسمى، وجود عدة مسميات لمرض معين يجعل من حصر عدد المرضى المصابين به صعب جداً. استخدام الترميز الطبي في هذه الحالة يجعل من عملية الحصر ممكنة.

المماثلة

الترميز الطبي يساعد شركات التأمين على استخدام رمز معين للأغراض المستخدمة أو الإجراءات الطبية التي تتم خلال زيارة المؤمن عليه وذلك لتسهيل التعامل بين شركات التأمين والمنشأة الصحية.

التعويض

الرموز الطبية تستخدم في مسألة التعويض او دفع تكاليف العمليات او الفحوصات الطبية.

مثال: عندما يقوم الطبيب بالكشف على مريض ويكتب اسم التشخيص. يقوم فني الترميز الطبي بتحويل التشخيص الطبي الى رموز متفق عليها ومن ثم يقوم بإرسال نموذج معين يحمل الرموز الطبية إلى شركة التأمين التي بدورها تقوم بمراجعة الرموز والتأكد من ان الرموز صحيحة ومن ثم تقوم بالدفع او التعويض للمريض.

تقييم الرعاية

الترميز الطبي يساعد المنظومات الصحية على تقديم خدماتها بشكل أفضل. مثال: وجود الترميز يساعد أقسام العمليات على معرفة الإجراءات الأكثر في التنفيذ ومن ثم تنسيق جهودها وعملها لمواكبة الاحتياجات .

الإحصاء

يستخدم الترميز الطبي في تسهيل إجراء الإحصاء الداخلي والخارجي في المنظمات الصحية.

مثال الإحصاء الخارجي: هو معرفة عدد المرضى الذين استقبلتهم المنظمة الصحية بسبب الحوادث او بسبب إصابات متعلقة بإجراءات العمل.

مثال الإحصاء الداخلي: هو استخدام الترميز الطبي في معرفة عدد المرضى الذين تم معالجتهم بسبب أخطاء طبية او بسبب إصابة او تشخيص أصيب به خلال تنويمه داخل المستشفى.

الإحصاءات الداخلية او الخارجية غالبا ترسل الى جهات حكومية كوزارة الصحة او المنظمات الصحية الخاصة التي تهتم بتطوير أداء المراكز الصحية او المستشفيات.

الأبحاث السريرية

الترميز الطبي يساعد على إتمام الأبحاث الطبية والسريرية. مثال: عند اهتمام احد الأطباء بإجراء بحث معين على مرضى السكري فإنه يتواصل مع فني الترميز الذي يقوم بدوره بالبحث عن الرمز التابع لمرض السكري ومن ثم التواصل مع الطبيب الراغب بأجراء البحث.

التبليغ

الترميز الطبي يساعد وزارة الصحة على سبيل المثال على معرفة أسباب الوفيات في كل منشأة صحية.

التسويق

الترميز الطبي يساعد المنظومات الصحية على تسويق خدماتها بشكل أفضل. مثال: الترميز الطبي يساعد وزارة الصحة على معرفة المناطق التي يكثر بها مرضى الفشل الكلوي. هذه المعلومات تساعد الوزارة على الانتشار حسب الاحتياج لا الاجتهاد. أيضا الترميز الطبي يساعد وزارة الصحة على معرفة أكثر الأمراض انتشارا ومن ثم تقوم بحملات توعية تثقيفية للمرضى.

ICD-9: جدول(3): أبواب التصنيف الدولي للأمراض

الرقم	المجموعات " الأبواب "	الرقم الرمزي
	الأمراض المعدية والطفيلية (Infections and Parasitic Diseases)	001 – 139
	الأورام (Neoplasm's)	140 – 239
	الأمراض الهرمونية والغذائية والحيوية واضطرابات المناعة Endocrine Nutritional and Metabolic Diseases' and Immunity Disorders	240 – 279
	أمراض الدم و أعضاء تكوين الدم (diseases of the blood and blood –forming organs)	280_289
	الاضطرابات العقلية (mental disorders)	290-319
	أمراض الجهاز العصبي والأعضاء الحسية (diseases of the nervous system and sense organs)	320-389
	أمراض الدورة الدموية (diseases of the circulatory syste)	390-459

460-519	أمراض الجهاز التنفسي (diseases of the respiratory system)	
520-579	أمراض الجهاز الهضمي (diseases of the digestive system)	
580-629	أمراض الجهاز البولي والتناسلي (diseases of the genitourinary system)	
630-679	مضاعفات الحمل والولادة والنفاس (complication of pregnancy , child birth , and the puer-perium)	
680-709	أمراض الجلد والأنسجة تحت جلدية (diseases of the skin and subcutaneous tissue)	
710_739	أمراض الجهاز العضلي العظمي والأنسجة الضامة (diseases of the musculoskeletal system and connective tissue)	
710-759	التشوهات الخلقية (congenital anomalies)	
760-779	بعض الحالات المتعلقة بالولادة (certain condition originating in the prenatal period)	
780-799	الأعراض والحالات غير المشخصة وبشكل واضح – (symptoms , sign, and ill defined condition)	
800-999	الإصابات والتسمم (injury and injury)	الـ

		جزء الثاني : Volume 2 (ICD.9 C
--	--	--

جدول(4): تصنيف العمليات الجراحية وفق أجهزة الجسم المختلفة.

الرقم الرمزي	اسم المجموعة	الرقم
01-05	عمليات الجهاز العصبي (operation on the nervous system)	
06-07	عمليات الغدد الصماء (operation on the endocrine system)	
08-16	عمليات العيون (operation on the eye)	
18-16	عمليات الأذن (operation on the ear)	
21-29	عمليات الأنف والفم والحنجرة , (operation on the nose , mouth and pharynx)	
30-34	عمليات الجهاز التنفسي (operation on the respiratory system)	
35-39	عمليات القلب والأوعية الدموية (operation on the cardiovascular system)	
40-41	عمليات الجهاز الدموي والأوعية اللمفاوية (operation on the hemic and lymphatic)	

42-54	عمليات الجهاز الهضمي (operation on the digestive system)	
55-59	عمليات الجهاز البولي (operation on urinary system)	
60-64	عمليات الجهاز التناسلي للرجل (operation on the male genital organs)	
65-71	عمليات الجهاز التناسلي للمرأة (operation on the female genital organs)	
72-75	عمليات وإجراءات الولادة (obstetrical procedures)	
76-84	عمليات الجهاز العضلي العظمي (operation on the musculoskeletal)	
85-86	العمليات المرتبطة بالجلد (operation on the integumentary system)	
87-99	إجراءات تشخيصية وعلاجية متفرقة (miscellaneous diagnostic and therapeutic procedures)	

❖ الملخص:

- يمكن تلخيص هذا الفصل بما يلي:
- الترميز الطبي هو تحويل الأوصاف اللفظية للأمراض والإصابات والإجراءات إلى رموز رقمية ليتم استخدامها كقاعدة بيانات بغرض التحليل الإحصائي وتصنيف الحالات المرضية وتسديد تكاليف مطالبات التأمين الصحي، وتقييم الإجراءات الطبية، كما يستخدم في إدارة الجودة إضافة إلى التخطيط والأمور الإدارية الأخرى.

- كما يقوم المرمز الطبي بالوصف الصحيح لتشخيص الإصابات وتحويلها إلى رموز طبية حسب ما ورد في الملف الطبي للمريض من خلال المراجعة الدقيقة لمحتويات الملف الطبي.
- وهناك نوعان من التصنيفات النوع الأول يتعلق بتشخيص الحالة المرضية كما يحتوي على معلومات إكلينيكية مثل وصف شكل الورم مثلاً.
- أما النوع الثاني من التصنيفات فيتعلق بالمشاكل الصحية ويحتوي على الإجراءات الطبية والجراحية للأمراض وأسباب استخدام الموارد الصحية.
- كما تناول هذا الفصل أمثلة عملية لترميز بعض الأمراض.

الفصل التاسع: تجارب بعض الدول في التأمين الصحي

أولاً: الولايات المتحدة الأمريكية

التأمين الصحي في الولايات المتحدة الأمريكية

- تنعدم النظرة إلى الرعاية الصحية كأحد الحقوق المدنية للمواطن في النظام الأمريكي الذي يعتمد أساساً على التأمين الطبي الخاص مع مساعدة حكومية فيدرالية لغير القادرين وكبار السن والمتقاعدين من القوات المسلحة.

المساعدات المقدمة من قبل الحكومة لغير القادرين وكبار السن ...

- برنامج الرعاية الطبية لرعاية كبار السن فوق 65 سنة وذوي العجز الخطير (Medicare).
- برنامج المساعدة الطبية لرعاية الفقراء وغير القادرين (Medicaid).
- برنامج المحاربين القدماء (VA) ويتولى أمر الإنفاق الصحي على المتقاعدين من القوات المسلحة.

التأمين في الآونة الأخيرة ...

- نتيجة للارتفاع الحاد في تكاليف الخدمات الصحية ظهرت عدة مشاريع للرعاية الصحية المدارة اقتصادياً لتحل محل التأمين الصحي التقليدي

تشتمل خطط الرعاية الصحية المدارة اقتصادياً ...

- منظمات الحفاظ على الصحة (Health Maintenance Organizations)
- منظمات الرعاية المفضلة (Preferred Provider Organizations)

منظمات الحفاظ على الصحة (Health Maintenance Organizations)

- خطة تأمينية توفر من خلالها خدمات شاملة للمشاركين بأسعار محددة مسبقاً.
- أثبتت فعاليتها في ضبط التزايد المطرد في أسعار الخدمات الصحية مقارنة بالطرق التقليدية.

منظمات الرعاية المفضلة (Preferred Provider Organizations)

- خطة تأمينية تمنح المشتركين الفرصة للاختيار بين عدد من مقدمي الخدمة
- يكون الدفع في مقابل الخدمة المقدمة مع وضع ضوابط لتقليل النفقات
- تكون أقل في حال مراجعة المرضى لأطباء ومستشفيات معينة
- وبالنسبة للذين لا تتم تغطيتهم بإحدى هذه الطرق أو بالتأمين الخاص يتعرضون لمخاطر صحية شديدة
- يوجد أكثر من 35 مليون أمريكي دون أي حماية مالية من تكاليف الرعاية الصحية أو تغطية تأمينية صحية

محاور اختلاف الأمريكيين وعدم رضاهم عن النظام الحالي في التأمين الصحي:

- نظام تأمين خاص إلزامي إلى أرباب العمل مع تأمين الدولة
- برنامج يتطلب من أرباب العمل توفير التأمين لموظفيهم أو دفع ضريبة على الدخل مع تأمين الدولة
- برنامج اعتمادات ضريبية مرتبطة بالدخل للأفراد ومستقلة عن أرباب عملهم
- نظام تأميني حكومي كامل

مشروع الرئيس السابق بيل كلنتون لإصلاح أنظمة التأمين الصحي ...

- تغطية جميع المواطنين بمظلة التأمين الصحي
- توفير حرية الاختيار بين عدة خطط تأمينية
- التمويل من خلال مشاركة أرباب العمل والعاملين في التكلفة
- ضمان جودة الخدمة المقدمة
- سهولة التطبيق

ثانياً: كندا

1. يشتمل النظام الصحي الكندي على 5 مبادئ:
2. العمومية: توفير جميع الخدمات الصحية المتاحة لجميع السكان المؤمن عليهم وبشروط موحدة
3. الشمولية: تقديم جميع الخدمات الصحية المؤمن عليها التي يوفرها الممارسون الطبيون وأطباء الأسنان والخدمات الصحية الأخرى
4. المتاحية: توفير إمكانية الوصول إلى خدمات الأطباء والمستشفيات بدون حواجز مالية أو التحيز على أساس الدخل أو العمر أو الوضع الصحي
5. التجاوبية: ضمان التغطية عند غياب المواطن من مكان إقامته أو سفره في أرجاء البلاد .
6. الإدارة العامة: تفعيل النظام بواسطة جهاز حكومي تحدده الحكومة المحلية وعلى أساس غير ربحي .

- يتميز التأمين الصحي الوطني باتجاهه نحو اللامركزية ويمول من الميزانية العامة للدولة من حصيلة الضرائب العامة
- تشريع تمويل البرنامج ينص على أن المساهمة الفيدرالية نحو برامج تأمين الرعاية الصحية في المناطق بمبالغ نقدية ونقاط ضريبية على أساس عدد السكان

مسئولية الحكومة الفيدرالية

- وضع المبادئ والمعايير الوطنية للنظام الصحي والعمل على تحقيقها
- المساعدة في تمويل الخدمات الصحية للمقاطعات
- توفير الخدمات الصحية الوقائية للأفراد سكان المحميات وأفراد القوات المسلحة ونزلاء السجون

وتنحصر مسؤولية حكومات المقاطعات في ...

- تقديم وإدارة الخدمات الصحية
- تخطيط وتمويل وتقويم خدمات المستشفيات والأطباء والكوادر الصحية المساعدة
- إدارة بعض الجوانب المتعلقة بالصحة العامة

ثالثاً: فرنسا

- تبعاً لمنظمة الصحة العالمية أن فرنسا لديها أفضل خدمات صحية وأكثرها متاحة بمتوسط تكلفة الفرد يعد الرابع على مستوى العالم
- وجاء ترتيب فرنسا الأول على العالم فيما يتعلق بفعالية النظام الصحي

يعتمد النظام الصحي الفرنسي على ...

- عمومية التغطية من خلال نظام حكومي يغطي المخاطر والتعويضات.
- متاحة الرعاية وحرية الاختيار للمريض.
- التعاون بين القطاعين العام والخاص فيما يتعلق بالمستشفيات وتمويل الخدمات الصحية.

نظام التأمين الصحي الفرنسي

يتميز نظام التأمين الصحي الوطني الفرنسي بالمرركزية إذ يدار بواسطة هيئة الضمان الاجتماعي ويعتمد على وزارة الشؤون الاجتماعية والتكافل الاجتماعي في أمور التمويل وعلى وزارة الصحة في النواحي الإدارية

خصائص النظام الفرنسي ...

- حرية الخيار للمستفيد وبدون أي محدودية في الوصول إلى الممارسين العاملين
- يشمل كل من الطبيب العام وأخصائي الوخز بالإبر الصينية وأطباء الأطفال وكذلك إمكانية الذهاب مباشرة إلى الاختصاصي مثل الطبيب النفسي وأخصائي أمراض النساء وغيرهم
- إمكانية الذهاب إلى الممارسين مثل أطباء الأسنان وجراحي أخصائي رعاية القدم والقبالات واسترجاع رسوم خدماتهم من الضمان الاجتماعي
- إمكانية الذهاب إلى المستشفى دون تحويل من الطبيب
- في ظل ضمان تأمين المرض المعمول به يدفع المريض رسوم الطبيب ويتم تعويضه من خلال الضمان الاجتماعي
- وكذلك يتم تعويض رسوم خدمات الأشعة وخدمات الفحوص المخبرية والعلاج الطبيعي وعلاج النطق وخدمات التمريض

رابعاً: السويد

- تغطي تأمينات الاجتماعية في السويد جميع السكان والمقيمين، ويندرج تحت هذه المظلة 3 أقسام رئيسية تدار من قبل المجلس الوطني للتأمينات الاجتماعية:
- يوجه خدماته إلى الآباء والأطفال
- للمرضى والمصابين بالعجز
- يوجه خدماته لكبار السن والأرامل من النساء والرجال

هدف التأمين الاجتماعي السويدي ...

- توفير الضمان الاقتصادي للسكان.
- العمل على إعادة توزيع الثروة بين الفترات المختلفة في حياة الفرد وبين المجموعات المختلفة من السكان عن طريق دفع مبالغ تتناسب الدخل في حالات انقطاع الدخل في حال المرض والحوادث ... إلخ.
- يتحتم على الفرد الذين يتجاوز دخلهم الشهري (23000 sek) اتمام تغطيتهم التأمينية بالاشتراك في نوع آخر من التأمين ليضمنوا توفير دخلهم بالكامل في حالة انقطاعه لأي سبب من الأسباب.
- يندرج النظام الوطني في السويد تحت مظلة التأمينات الاجتماعية.

- يتم تنظيم الخدمات الصحية والطبية في برنامج شامل موحد متسق يعم البلاد بكاملها.
- يوفر الرعاية الصحية لكل فرد من أفراد المجتمع.
- يمتاز بالمساواة في إتاحة الخدمات لجميع السكان.
- يتميز النظام باعتماده على المشاركة في التكلفة من قبل المرضى الذين يدفعون حوالي 20% من التكلفة.
- ويتم وتمويل النظام من الضرائب التصاعدية على الرواتب التي تجبئها 26 هيئة إقليمية تتولى الرعاية الطبية والاشتراكات التي يدفعها المستفيدون.
- بالإضافة إلى الدعم المالي الذي تقدمه الحكومة المركزية نفسها.

خامساً: اليابان

- بدأت الحكومة اليابانية في إدخال نظام التأمين الصحي عام 1972م وامتدت التغطية التأمينية لتشمل جميع السكان في 1961م.
- وازدادت شمولية التغطية لتوفر منافع أكثر للمشاركين وانخفضت نسب المشاركة في التكلفة التي يدفعها المؤمن عليهم.
- قلت الفروق بين الخطط التأمينية المختلفة وأصبح لكبار السن الحق في التمتع بجميع الخدمات المغطاة بدون دفع نسب المشاركة في التكلفة
- تضمن برامج التأمين العامة والخاصة في اليابان الرعاية الصحية لجميع المواطنين.
- للمرضى حرية اختيار العلاج في أي مستشفى أو عيادة يختارونها.
- يحظى الأطفال خلال السنة الأولى من العمر برعاية صحية مجانية.

يوجد في اليابان 3 مجموعات للخطط التأمينية ..

المجموعة الأولى:

- تشمل التأمين المدار بواسطة المجتمع
- وتقدم خدماتها للعاملين في الشركات الكبيرة وأسرههم
- تشمل نوع من التأمين التبادلي يقدم خدماته للعاملين في القطاع العام بواسطة منظمات تأمين خدمية

المجموعة الثانية:

- تشمل التأمين الصحي المدار بواسطة الحكومة
- تقدم خدماتها للعاملين في الشركات الصغيرة

المجموعة الثالثة:

- تشمل التأمين على أصحاب الأعمال الخاصة من غير العاملين في الحكومة والمتقاعدين
- وفقاً لنظام التأمين يتحتم على كل فرد أن ينضم لأحد الخطط التأمينية السالفة الذكر.
- رغم اختلاف مستوى دخل المؤمن عليه في كل المجموعات إلا أنهم يتمتعون بنفس المزايا بالنسبة للخدمات التي يغطيها التأمين.
- يتم تمويل النظام التأميني الياباني من خلال أقسام التأمين التي يدفعها المشتركون أو تدفع عنهم.
- إضافة إلى الدعم الحكومي الذي يغطي بعض المنافع وتكاليف التشغيل
- يتمتع برنامج موظفي الأعمال التجارية الصغيرة بدعم أكبر من موظفي الشركات الكبرى.
- تتفاوت قيمة القسط التأميني الذي يدفعه المشترك من برنامج لآخر إلا أنه بصفة عامة يكون بمساهمة مشتركة متساوية من رب العمل والموظف بما لا يتعدى 8.5% من راتب الموظف.
- تحدد بعض أقساط البرامج وفقاً لعدد أفراد الأسرة ومستوى دخله.

دور الحكومة اليابانية في الخدمات الصحية ...

- تقوم الحكومة اليابانية بوضع أسعار محددة للخدمات الصحية المختلفة ووضع الضوابط الصارمة لعدم الإخلال بهذه الأسعار.
- تقوم بالمراجعة الدورية لهذه الأسعار بناءً على نسب التضخم السنوي.
- يشرف على نظم التأمين المجلس المركزي للتأمين الاجتماعي الطبي.

سادساً: بريطانيا

- بدأت دولة الرفاهية الحديثة في بريطانيا مع صدور القانون الوطني للتأمين في 1911م.
- تم إنشاء نظام تأمين اجباري على الطبقة العاملة مما قوض الحركة العمالية لمساعدة النفس.
- جاء تقرير "Beveridge" ليزيد من المكاسب التي تحققت مع بداية القرن الماضي.
- وكان من أهم توصيات التقرير إنشاء خدمات صحية وطنية.

عناصر الخدمات الصحية الوطنية ...

- ضمان توفير الفرص المتساوية لجميع السكان للحصول على الخدمات الصحية بصرف النظر عن الإمكانات المالية أو العمر أو الوظيفة.

- فصل العناية بالصحة عن الإمكانيات الشخصية وتقديم الخدمة الصحية مجاناً.
- توفير خدمات شاملة تغطي جميع أوجه الطب الوقائي والعلاجي.
- وضعت هذه المبادئ في صورة تشريعية في قانون الخدمة الصحية الوطنية.
- تم منح وزير الصحة السلطة لنقل ملكية أي مستشفى يراها مناسبة إلى الملكية العامة للدولة.
- تم تنظيم المستشفيات تحت مظلة المجالس الصحية المحلية كنظام شامل للخدمة الصحية المجانية.
- يشبه هذا النظام في بعض جوانبه النظم الصحية الموجودة ببعض البلدان العربية التي تقدم الخدمة الصحية مجاناً.
- يتم تمويل النظام بنسبة 90% من حصة الضرائب العامة والباقي من ضريبة الضمان الاجتماعي.

أقسام الخدمة الصحية الوطنية ...

خدمات الرعاية الصحية المتخصصة:

- تقدم عن طريق الاختصاصيين.
- يتم التحويل من قبل الممارس العام إلا في الحالات الطارئة.

الممارس العام:

- نقطة اتصال المريض بالنظام.
- للمريض الحرية في قبول أو رفض الخدمة.
- وله الحرية في اختيار الممارس العام الذي يرغبه.

التأمين الصحي في مصر:

تعتبر مصر أكبر الدول العربية، ومن أقدمها في تنظيم التأمين، ويمكن تلخيص نشأة التأمين في مصر في الفقرات التالية:

أقدم شركة أهلية مصرية للتأمين كانت عام 1900 م مع شراكة أجنبية بنسبة 80%، وقد تزامن ذلك مع فتوى من شركة تأمين أجنبية بسؤال وجه منها لمحمد عبده والذي أفتى بالجواز مما شجع على انتشار التأمين- حسب ما فهموا منه.-

في عام 1943 م أنشئت شركة تأمين يغلب عليها أنها مصرية وهي شركة مصر للتأمين.

وصلت فروع شركات التأمين الأجنبية في مصر عام 1955 م مائة وخمسة وعشرين فرعاً، وبلغت الشركات الوطنية منها 12 شركة.

قبل حرب السويس كان هناك 13 شركة مصرية و137 شركة تأمين أجنبية.

1957 وبسبب العدوان الثلاثي على مصر تم إيقاف تراخيص الشركات الأجنبية وحولت باقي الهيئات لهيئات محلية ومُصِّرت الشركات بحيث أعطيت الشركات الأجنبية مهلة لتتحول لشركة مصرية محلية.

1961 م تم تأمين جميع شركات التأمين ثم دمجت وصارت ثلاث شركات مؤممة.

ثم بعد الانفتاح الاقتصادي وسقوط أنظمة التأمين نشأت عدة شركات تأمين أهلية، ثم نشأت بعد ذلك شركات إعادة تأمين أهلية.

التأمين الصحي في المملكة العربية السعودية:

يتم في المملكة العربية السعودية تقديم الخدمات الصحية مجاناً من خلال المستشفيات الحكومية والمراكز الصحية المنتشرة في كل القرى والمدن الرئيسية، كما ويتزامن مع ذلك تقديم التأمين الصحي من القطاع الخاص من خلال مجموعة من الشركات المرخصة، كما ويوجد شركات تأمين تجارية أخرى عاملة.

وتتحمل الدولة في المملكة العربية السعودية العبء الأكبر من ميزانية الضمان الصحي حيث شكلت المخصصات المالية للتنمية الصحية والاجتماعية في الخطط الخمسية 405.5 مليار ريال، وهناك زيادة مضطردة 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%. 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 الاجتماعية والصحية في المملكة وظهور متغيرات جديدة، أثرت بشكل مباشر على وضع الخدمات الصحية وطرق تقديمها وزيادة العبء على موارد وزارة الصحة.

قد أوليت مؤسسات الرعاية الصحية عناية فائقة ودعماً كبيراً مكنتها في فترة قصيرة من النهوض والتطور كمّاً ونوعاً، حيث قفز عدد المستشفيات خلال ثلاثين عاماً من 70 مستشفى عام 1390هـ إلى 182 مستشفى في عام 1420هـ وعدد الأسرة في المستشفيات من 7734 سريراً إلى 37358 سريراً خلال الفترة نفسها كما زاد عدد المراكز الصحية من 215 مركزاً صحياً في جميع مناطق المملكة إلى 1737 مركزاً صحياً بالإضافة إلى الكثير من العيادات والمراكز الطبية الخاصة في كثير من مدن المملكة، ومع ذلك فلا يتوقع أن تفي بحجم الزيادة السكانية مع زيادة عدد المقيمين.

وقد طرحت الوزارة فكرة لتطبيق نظام التأمين الصحي تتلخص في خصخصة المستشفيات الحكومية مع إعطاء المواطنين وثيقة تأمين صحي مجانية مدعومة من الصندوق الوطني التعاوني والذي يستلم ميزانيته من وزارة المالية والتي كانت تدفع لوزارة الصحة، وقد تم رفع المقترح لشعبة الخبراء للموافقة عليه.

الفصل العاشر: عرض تطبيقي لوثيقة تأمين صحي مفصلة

تعريف وثيقة التأمين

هي عقد بين طرفين يتعهد فيه الطرف الأول "المؤمن" نظير مقابل "قسط التأمين" بأن يدفع للطرف الثاني "المؤمن له" مبلغاً من المال أو ما يعادله في صورة عينية" العوض المالي "عند حدوث حادث يسبب خسارة لمصالح المؤمن عليه .

مكونات وثائق التأمين

إن وثائق التأمين هي وثائق معقدة، وقد تختلف في بعض شروطها وأحكامها، إلا أن مكوناتها الأساسية ثابتة. حيث أن وثائق التأمين تتألف من خمسة مكونات هي:

أ. البيانات.

ب. التعريفات.

ج. اتفاقية التأمين.

د. الاستثناءات.

هـ. الشروط العامة.

أ. البيانات :

إن الجزء الأول من وثيقة التأمين يتضمن البيانات المتعلقة بالملوكات أو النشاطات المؤمن عليها، وتساعد هذه البيانات شركة التأمين على تقييم الخطر ووضع السعر المناسب، كما يشمل هذا الجزء البيانات الشخصية للمؤمن له، وموقع الملوكات المؤمن عليها، ومدة الحماية، وقيمة التأمين، ومقدار القسط، وحجم الاقتطاعات (إن وجدت)، وغيرها من المعلومات.

وفيما يتعلق بتأمين الحياة، فإن الجزء الخاص بالبيانات يتضمن اسم المؤمن له، وتاريخ ولادته، ومقدار القسط، وتاريخ إصدار عقد التأمين، ورقم العقد، وغير ذلك من المعلومات. وعلى كل حال ليس بالضرورة أن تكون هذه البيانات على الصفحة الأولى من وثيقة التأمين.

ب. التعريفات :

وتحتوي وثائق التأمين بالإضافة إلى البيانات على تعريفات لبعض الكلمات والمصطلحات والعبارات التي تتكرر خلال نصوص الوثيقة، والتي يتوجب أن تحمل نفس المعنى أينما وردت في النص، فكلمة "الشركة" على سبيل المثال تعني شركة التأمين المؤمن لديها والمذكور اسمها في جدول الوثيقة.

ج. اتفاقية التأمين :

يحتوي هذا الجزء على تعهد شركة التأمين بتعويض الأضرار الناتجة عن الأخطار المغطاة بوثيقة التأمين، والحالات التي يتم فيها هذا التعويض.

وتوجد طريقتان لمنح الغطاء التأميني في وثائق التأمين:

أ- طريقة الأخطار المسماة:

هنا يتم تسمية أو ذكر الأخطار التي يشملها عقد التأمين، وكل خطر غير مذكور في عقد التأمين يعتبر غير مغطى.

ب- طريقة التأمين الشامل:

هنا يشمل جميع الأخطار ما عدا الأخطار التي تنص وثيقة التأمين على اعتبارها مستثناة، وفي هذه الحالة فإن كل خطر غير مستثنى في وثيقة التأمين يكون مشمولاً بالتغطية التأمينية.

د. الاستثناءات :

يحتوي هذا الجزء على ما تريد الشركة أن تلتزم به فيما يتعلق بالتأمين، فقد تستثني شركة التأمين تغطية أخطار معينة أو أضرار معينة أو ممتلكات معينة، فعلى سبيل المثال قد تستثني وثيقة التأمين من أخطار محددة مثل امراض السرطان وجراحات التجميل ووتقويم الاسنان. وعلى كل حال فإن الجزء الخاص بالاستثناءات جزء مهم جداً من وثيقة التأمين ينبغي الإطلاع عليه وفهمه فهماً تاماً.

هـ. الشروط العامة :

يتضمن هذا الجزء واجبات وحقوق فرقاء العقد، إن معظم نصوص هذا الجزء هي نصوص موحدة في جميع وثائق التأمين، وتتعلق بواجبات المؤمن له،

وحقوق الشركة عند وقوع الهلاك أو الضرر على الأموال المؤمن عليها، كما تتضمن هذه النصوص الشروط الخاصة بالإلغاء والحلول في الحقوق، وغيرها من الشروط.

التطهيرات والملاحق

تحتوي وثائق التأمين في كثير من الأحيان على تطهيرات أو ملاحق. وتستخدم هذه التطهيرات والملاحق لإضافة شروط جديدة على عقد التأمين أو إلغاء أو تعديل بعض شروط الوثيقة.

والتطهير أو الملحق مصطلحان لهما نفس المعنى، وكلاهما يؤدي مهمة إضافة أو إلغاء أو تعديل شروط في وثيقة التأمين.

الاقتطاعات

الاقتطاعات مصطلح يعني حسم مبلغ معين من التعويض القابل للدفع بموجب شروط وثيقة التأمين. وقد تكون الاقتطاعات إجبارية تفرضها شركة التأمين على المؤمن له، وقد تكون اختيارية أي بناء على طلب المؤمن له، وفي كلا الحالتين يستطيع المؤمن له أن يطلب زيادة قيمتها لقاء تخفيض في قسط التأمين .

الفصل الحادي عشر: التدريب والتنمية في المؤسسات الصحية

تعريف التدريب

التدريب هو نشاط منظم ومخطط ومراقب يتم تصميمه من أجل زيادة وتحسين الأداء الوظيفي.

أهداف التدريب:

- المنظمة: تحسين الربحية، تحسين سمعة المنظمة وصورتها، تخفيض تكاليف الانتاج.
- الأفراد: زيادة فعالية القرارات، يساعد على الثقة بالنفس.
- العلاقات الانسانية: تحسين وسائل الاتصال، ينمي الاحساس بأهمية العمل الجماعي.

أهداف التدريب: تهدف عملية التدريب الى:

- تزويد العاملين بالمعرفة والمهارات الادارية المطلوبة التي يحتاجون اليها لرفع كفاءتهم ومهاراتهم العلمية.
- رفع كفاءة أداء العاملين من أجل إتقان الأعمال المسندة إليهم ورفع إنتاجيتهم العملية.
- تقليل الصعوبات والمشاكل الادارية والفنية التي تعيق تقدم سير العمل.

أهمية التدريب: التدريب عملية إدارية تهدف الى رفع كفاءة ومهارات العاملين في الأعمال المناطة بهم للوصول الى أداء أحسن وإنتاجية أفضل وهو عملية مستمرة لا تتوقف مدى الحياة.

مهام إدارة التدريب:

تضع ادارة التدريب الخطط وتنسق الأعمال وتضع البرامج المناسبة لحاجات العمل حسب تخصصات الأفراد ومن مهامها:

- ادارة وتنسيق أنشطة التدريب ووضع الأهداف والسياسات والاجراءات التي تحدد موضوع التدريب والمتدربين ومتطلباته المادية والبشرية وتحديد الزمان والمكان لانعقاد التدريب.

- التأكد من مطابقة برامج التدريب لمعايير الجودة الشاملة وتقييم الدورات لمعرفة تحقيق الأهداف من التدريب.
- تقييم المتدربين قبل الدورة وبعدها لمعرفة مدى تحقق الفائدة من الدورة والاحتفاظ بسجلات المتدربين للرجوع إليها.
- حل المشاكل وتذليل الصعوبات التي تواجه المتدربين في استكمال متطلبات الدورات التدريبية كالمكان والمواصلات ووسائل الايضاح.
- التعامل عن قرب مع ادارة شؤون الموظفين والتنسيق معها لمعرفة نعية التدريب المطلوب للعمل. .
- استقطاب المدربين الأكفاء من داخل المستشفى او التعاقد مع الجهات التدريبية المتخصصة من خارج المستشفى لتنفيذ الدورات المطلوبة.

أنواع التدريب:

- **التدريب على رأس العمل** يقوم به رؤساء الأقسام والمتخصصين من داخل الادارة او من خارجها، وغالبا يأخذ الطابع العملي أكثر لا من النظري، وهو من الأساليب شائعة الاستخدام.
- **التدريب في قاعات دراسية** يتيح هذا النوع من التدريب فرصة تدريب أكبر عدد ممكن بأقل عدد من المدربين.
- **التدريب خارج العمل** يتم في مراكز متخصصة مثل الجامعات أو المعاهد ويهدف الى التعريف بأسلوب جديد يختلف عن الأسلوب الموجود.
- **التدريب في الهيئات الدولية المتخصصة** يوجد مراكز عالمية لها شهره ويتم ارسال دورات للاستفادة من معرفة جديده او نقل تقنية حديثة.

وسائل التدريب:

المحاضرات العلمية التي يقدمها المحاضرون الزائرون والمحليون.

الندوات والمؤتمرات العلمية والادارية التي تطرح من أجل معالجة مواضيع معينة.

الدورات العلمية التي يرسل العاملين لحضورها من خلال الانتظام في فصول تدريبية.

نقاش ورش العمل

الاجتماعات التي تعقد من أجل التعريف بموضوع جديد وادخال خدمة حديثة من أجل استيعابها وفهم ادارتها.

دواعي التدريب:

- تدريب العاملين الجدد على مهام عملهم قبل اسنادها لهم لكي يتمكنوا من اتقان العمل وتقليل فرصة حدوث أخطاء في التنفيذ.
- تدريب العاملين الذين تنقصهم المهارة وتظهر حاجتهم للتدريب.
- تدريب العاملين الذين سيتم نقلهم لمزاولة أعمال جديدة تختلف عن أعمالهم السابقة.
- تدريب العاملين من أجل تقنية جديدة لم تكن موجودة من قبل.

التحضير للدورات:

المرحلة الأولى:

قبل الدورة بوقت كاف

- تحديد موضوع الدورة وموعدها والفئة الموجهة لها وتخصصات المدربين.
- استكمال تحضيرات الامكانيات المادية والبشرية والموافقة عليها.
- تحديد مكان انعقادها ثم الاعلان عنها.

المرحلة الثانية:

تسبق الدورة بوقت قصير

- التأكد من برامج التدريب ابلاغ المدربين والمتدربين رسميا بالمواعيد.
- تخصيص الأماكن.
- التأكد من توفر الوسائل المساعدة للتدريب.

المرحلة الثالثة: أثناء التدريب

- تحديد المسؤولين عن جلسات التدريب
 - التأكد من ترتيب المواضيع
- المرحلة الرابعة: (تتم بعد انتهاء الدورة) لتحليل نتائج تقييم الدورة.

التدريب على المهارات:

يتم تعلم المهارات من خلال عدة طرق منها:

- التقليد: وهو أن يجيد المتدرب الشيء بعد أن رأى المدرب يؤديه.
- التحكم: وهو أن يؤدي المتدرب الشيء تحت إشراف مدرب متخصص.

التلقائية: وهو أن يستطيع المتدرب بنفسه أن يؤدي الشيء بعد أن يجتاز مرحلة التحكم وفق المعايير التي تقاس بالسرعة في إنجاز العمل وبالتأكيد من دقة المعايير، وبكيفية الوصول إلى الهدف.

مهام المدرب:

- العلم والمعرفة وتوفر التأهيل العلمي الكافي والفهم التام للموضوع الذي سيتم التدريب عليه.
- أن يكون قدوة حسنة ومثال يحتذى في حسن الخلق والانضباط السلوكي.
- أن يكون مخلصا في إيصال رسالة التدريب إلى المتدربين بكل جديده وأمانه.
- أن يتوفر لديه التخصص والخبرة الكافية في مجال التدريب لكي يتمكن من إيصال المعلومات للمتدربين.

تقييم البرامج:

- يهدف إلى تحديد فائدة البرامج التدريبية وصحة الأهداف وملائمة البرنامج لمستويات المتدربين وطبيعة عملهم.
- مدى قابلية إعادة تنفيذ البرنامج والتوسع في تنفيذه مستقبلا.
- ملائمة الوسائل التدريبية التي تم استخدامها
- مدى رضا المتدربين عن البرنامج واستيعاب مواضيع التدريب.
- التأكد من دقة التنفيذ من القائمين على التدريب

التنمية

تعريف تنمية الموارد البشرية

هي زيادة القدرات، والمهارات، والمعرفة الخاصة بالقوى العاملة التي لديها القدرة على العمل في شتى المجالات؛ حيث يتم اختيارها من خلال القيام باختبارات مختلفة.

أهمية تنمية الموارد البشرية إن الهدف من عمليات الموارد البشرية هو:

زيادة ثقافة الفرد، وتطور مبادئه وقيمه، من أجل زيادة القدرة على التكيف مع البيئة التي تُحيط به، مما يساهم في زيادة فعاليته الكلية، وتنقسم أهمية تنمية الموارد البشرية إلى ثلاثة أقسام هي:

أهمية تنمية الموارد البشرية على مستوى العاملين إن العمل في مفهوم تنمية الموارد البشرية، يساعد على تحقيق العديد من المنافع للأفراد، منها ما يلي:

- توفير المناخ المناسب من أجل زيادة إنتاج الفرد.
 - العمل على إخراج القوى التي تدفع الأفراد من أجل تحقيق ذاتهم.
 - المساعدة على إشباع احتياجات الأفراد الأساسية، مما يجعلهم يرغبون في إيجاد الأعمال التي تتحدى قدراتهم.
 - معرفة الفروق الفردية لدى الأفراد، مما يساعد على الاستفادة من ذلك الأمر في إتمام المهام، من خلال التكاليفات التي تتناسب مع تلك الفروق.
 - تنمية الأفراد، مما يساعد على زيادة قدرتهم ورغبتهم في تحمل المسؤوليات.
- أهمية تنمية الموارد البشرية على مستوى جماعات العمل تتلخص أهمية تنمية الموارد البشرية على مستوى الجماعة بنقطتين، هما:**

- تساعد على بث روح التعاون لدى جماعات العمل، وذلك حتى يتمكنوا من تحسين كفاءة الإنتاج، والاستفادة من الموارد.
 - تساعد على رفع قدرة الجماعة في تحليل المشاكل، ثم وضع الحلول الملائمة لها.
- أهمية تنمية الموارد البشرية على مستوى المنظمة تتلخص أهمية تنمية الموارد البشرية على مستوى المنظمة بنقطتين، هما:**

- تساعد نجاح تنمية الموارد البشرية في أحد أجزاء المنظمة على تطبيقها على ما تبقى من الأجزاء الأخرى من المنظمة.
 - تساعد تنمية الموارد البشرية على زيادة فاعلية المنظمة وقدرتها على مواجهة المنافسات التي حولها.
- مداخل تنمية الموارد البشرية**

هناك ثلاثة مداخل للتنمية البشرية، ويختلف كل مدخل في أبعاده، وفلسفته، بالإضافة إلى الأدوات الخاصة به، وفي الآتي نذكر هذه المداخل:

المدخل الفردي: في فلسفة هذا المدخل يتم التركيز على الفرد كوسيلة من أجل التطوير داخل المنظمة، وعليه فإنّ هذا المدخل يستلزم عدة أمور، منها:

- النظر إلى الفرد بوصفه المتغيّر المستقلّ، أم المنظمة فهي تابعة له في عملية التطوير.
- استخدام جميع المداخل التي تؤدي إلى تغيير الفرد، مما يساهم في عملية التنمية.

المدخل التنظيمي: يركز هذا المدخل في فلسفته على أنّ عملية التطوير يجب أن تتركز حول تهيئة النظام من أجل حدوث التطور، وهذا الأمر يحتاج إلى عدة مستلزمات، منها:

- التركيز على الوظائف المختصة بالتنظيم، سواء كان على مستوى المنظمة أو على مستوى الإدارات.
 - النظر إلى الأفراد بوصفهم متغيراً تابعاً، وعليه فإنّ أي تغيير في المنظمة سيؤدي إلى تغيير على مستوى الأفراد.
 - التركيز على بيئة المنظمة، والتي يجب أن تسمح بالابتكار، والتطوير.
- المدخل الجماعي:** تتمثل فلسفة المدخل الجماعي في عدة نقاط، منها:

- عدم التركيز على الفرد فقط؛ حيث يجب التركيز على الجماعة بشكل أكبر.
 - الافتراض بوجود قوى متكافئة فيما بين أطراف التغيير.
 - التميز بالشمولية؛ حيث إنه يحقق أفضل النتائج في أغلب الأحوال.
- الصعوبات التي واجهت تنمية الموارد البشرية**

واجهت تنمية الموارد البشرية العديد من الصعوبات من أجل تحقيق تنمية مستدامة من أجل الموارد والكفاءات، وقد تمثلت تلك الصعوبات فيما يلي:

- الاتجاه نحو عولمة الأسواق: هي من أهم العوامل التي تزيد من اهتمام المؤسسات المحلية والدولية وقد ازداد اتجاه المؤسسات نحو الأسواق العالمية لأن تلك المؤسسات مُنظمة حتى تتلاءم مع الأسواق المحلية.
- تنويع مزيج الموارد البشرية: من الممكن أن تضم الشركات ذات النشاط الدولي عدداً من العاملين ذوي الجنسيات المتعددة، ومن مختلف الأعمار والثقافات، وهذا الأمر يعني وجود اختلاف في المهارات والقدرات، مما يتطلب إيجاد مزيد من التنمية والتدريب.
- اتجاه المؤسسات للتصغير: تتجه المؤسسات الاقتصادية إلى التقليل من المستويات التنظيمية، وتسريح العمالة الزائدة، وتخفيض حجم العمليات، وهنا تكون وظيفة الموارد البشرية هي تدريب وتنمية مهارات العمالة الموجودة، بما يتناسب مع طبيعة المتغيرات الخاصة بالنشاط.
- إعادة هندسة العمليات في المؤسسات: لجأ عدد كبير من المؤسسات إلى القيام بتغييرات هيكلية في عملياتها ولهذا يجب أن يخضع الأفراد لبرامج تدريبية تختص بمعرفة مدى أهمية التغيير والدوافع الخاصة به.
- الاتجاه نحو اللامركزية: تقتضي ظروف التنافس بين المؤسسات مشاركة الكفاءات البشرية والموارد في جميع مستويات التنظيم المختلفة، ويتم ذلك عن طريق زيادة الهامش الخاص في التدخل بالكفاءات من أجل تحليل المشاكل، وتقديم الاقتراحات لحلها، والاحتكاك مع العميل، ولهذا تجب تنمية

مهارات العاملين الخاصة في التفاعل مع المشاكل بشتى أنواعها، مع التسيير والتفاوض من خلال المشاركة.

أوجه الشبه والاختلاف بين التدريب والتنمية.

أ- التدريب

ب- التنمية الإدارية

الأهداف

كلاهما يسعى لزيادة المعرفة والمهارات والقدرات لدى الأفراد

الموضوعات

أ-يركز على نطاق محدود من المهارات

ب-تتسم بالتوسع والتشعب في المهارات

الاستمرارية

أ-لفترة محددة ولتحقيق هدف معين

ب-عملية مستمرة لا تتوقف

التنمية الذاتية

أ-يقدم للأفراد وقت بروز الحاجة

ب-تنمية المديرين لا تتوقف على برامج المنظمة ولكنهم مسئولون هم أنفسهم عن

تنمية قدراتهم الشخصية

المدة

أ-مدته قصيرة

ب-فترات طويلة

طرق التدريب والتطوير

أ-يركز على المهارات الفنية .

ب-يركز على زيادة المهارات الفكرية للإداريين