

# التأمين الصحي في الميزان

## توسيع المحفظة التأمينية لتغطية التكلفة المتزايدة وإشراك شرائح جديدة بخدمة التأمين الصحي

على وضع نظام إدارة موحد للمطالبات الإلكترونية وإقرار آلية الدفع خلال شهر واحد لمزود الخدمة. كما تم توفير البنية الإلكترونية اللازمة لتفعيل التعاقد مع شبكة من مقدمي الخدمة الطبية وتم اعتماد آلية جديدة لتوزيع العقود بين الشركات تأخذ بالحسبان مستوى أداء الشركة، والتوزيع الجغرافي وعدد الفروع في المحافظات، ومعدل الخسارة لدى الشركة ثم القدرة على ضبط حالات سوء الاستخدام ومستوى الاستجابة لمتطلبات المؤسسة وتعليماتها، وسرعة معالجة الشكاوى.

الورقيات الخاصة بالمطالبة ويرسلها إلى شركة الإدارة حيث تقوم شركة الإدارة بتجميع المطالبات وإرسالها إلى المؤسسة لدفعها، لتقوم المؤسسة بتدقيق المطالبة والدفع لشركة الإدارة التي تقوم بدورها بالدفع لمزود الخدمة، هذه العملية كانت تأخذ فترة زمنية. وتم العمل على توحيد الشبكة الطبية من خلال البوابة الإلكترونية الموحدة، وإلغاء مفهوم شركة الإدارة من خلال البطاقات الجديدة التي لا تحمل إلا اسم المؤسسة، كما يتم العمل

الوطن

تدير المؤسسة العامة السورية ملف التأمين الصحي في سورية من خلال محفظة تأمينية تضم أكثر من ٦٠٠ ألف مؤمن له، وتتعدد الأطراف التأمينية من المؤمن له ومزود الخدمة وشركة الإدارة والمؤسسة وغيرها من الأطراف الخارجية، وبموجب الآلية المعتمدة قبل ٢٠١٤/٦/١ كان يقوم مزود الخدمة بتقديم الخدمة الطبية بعد أخذ موافقة شركة الإدارة ويقوم بتجميع

### معايير جديدة لمراقبة أطراف عقود التأمين

تهدف إلى دراسة ومعالجة جميع القضايا الفنية الخاصة بمزودي الخدمة.

ومن خلال هذه الاجتماعات، اقترحت المؤسسة تشكيل مجلس أعلى للتأمين الصحي ويتبع مباشرة لرئاسة مجلس الوزراء يضم، في عضويته كلاً من وزارة الصحة ووزارة المالية وهيئة الإشراف على التأمين والمؤسسة العامة السورية للتأمين والنقابات المهنية الطبية ونقابة العمال. ليكون لهذا التواصل صفة الديوممة والتنسيق المباشر وهذا ما ينقص البيئة الخارجية اليوم.

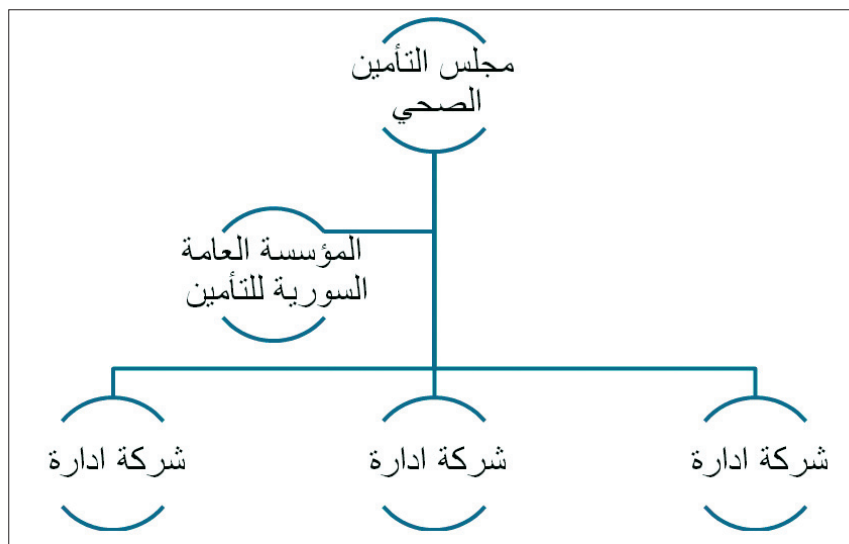
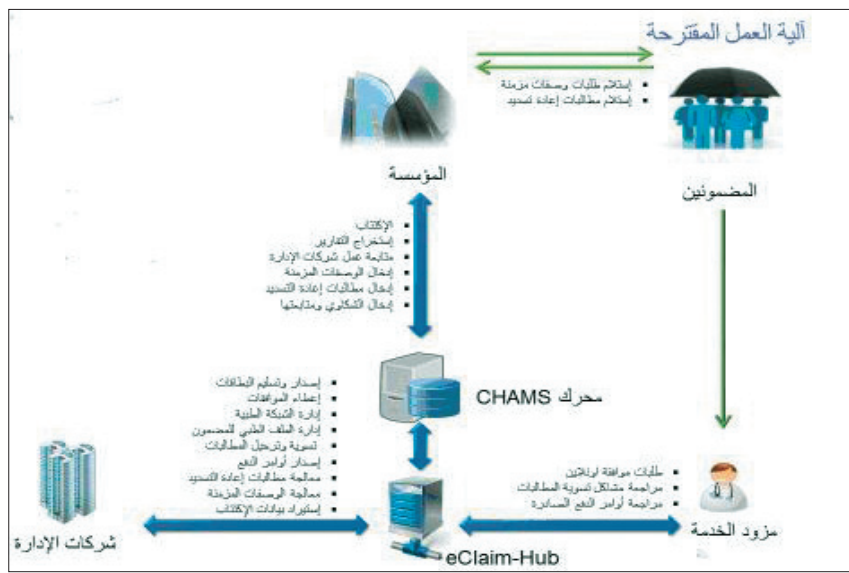
بالإضافة للقيام بإجراء تقييم دقيق لعمل شركات الإدارة وإلغاء التعامل مع أي شركة لا تلبى متطلبات الأداء الأمثل كخطوة أولى وقيام المؤسسة العامة السورية للتأمين بإنشاء شركة إدارة نفقات طبية كخطوة ثانية ينقل العمل إليها تدريجياً.

إلى ذلك، انعكست الأزمة الحالية التي تمر بها سورية على أسعار الخدمات الطبية، ما أدى إلى عدم كفاية حدود التغطية التأمينية لحاجات المؤمن له، بسبب أن سقف الإجراءات خارج المشفى ٥٠٠٠٠ ل.س للمؤمن سنوياً وتشمل زيارة الطبيب والأدوية والأشعة والمخابر لم تعد كافية حيث إن متوسط سعر الوصفة المزممة اليوم نحو ٦٠٠٠ ل.س وسنوياً ٧٢٠٠٠ وهي تفوق سقف التغطية المحدد ببوليصه التأمين والبالغ ٥٠٠٠٠ وهنا فقط للأدوية ولم تأخذ بالحسبان باقي الإجراءات خارج المشفى. علماً بأن المؤسسة رفعت في عام ٢٠١٣ حدود التغطية من ٢٥٠٠٠ إلى ٥٠٠٠٠ وألغت نسبة ١٠٪ (تحمل على المريض عند زيارة الطبيب) من دون تحميل المؤمن له أي عبء إضافي.

كما أن حدود التغطية داخل المشفى المحددة بـ ٣٠٠٠٠٠ لم تعد كافية مع ارتفاع أسعار المستلزمات والأدوية والأكسجين والإقامة حيث رفعت وزارة الصحة أجور الإقامة في عام ٢٠١٤ وازدادت أسعار المستلزمات نتيجة ارتفاع أسعار الصرف. وهو ما حمل المؤمن له فرق قيمة الإجراء من سقف التغطية حيث يبلغ نسبة المؤمن لهم الذين تجاوزوا سقف التغطية داخل المشفى بحوالي ٤٠٪، وسقف البدائل الصناعية المحدد بـ ١٠٠٠٠٠ لم يعد كافياً مع ارتفاع أسعارها نتيجة ارتفاع أسعار الصرف. كل هذه الزيادات وعدم كفاية التغطيات انعكست على رضا المؤمن له عن خدمات التأمين الصحي وقزمت ما تقدمه الحكومة من تغطيات تأمينية أمام ما يدفعه المؤمن له من فرق نتيجة تجاوز السقوف التأمينية.

وقد تحملت المؤسسة كل الزيادات على أسعار الخدمات الطبية منذ عام ٢٠١٠ ولغاية اليوم من دون أي زيادة في القسط التأميني الذي يدفعه المؤمن له والبالغ ٣٠٠٠ ل.س سنوياً والحصة الكاملة التي تدفعها وزارة المالية والمقدرة بـ ٥٠٠٠ ل.س بحيث يصبح مجموع القسط السنوي ٨٠٠٠ ل.س للمؤمن الواحد.

مع العلم أنه لم تتم إضافة الأتعاب الإدارية إلى التكلفة بل اقتصر الأرقام على تكلفة الاستفادة من الخدمة التأمينية بالإضافة إلى أنه لم يتم احتساب تكلفة ارتفاع أسعار الأدوية الأخير والتكلفة المؤكدة لإعادة النظر بالقرار ٧٩/ت الخاصة بالتعرفة الطبية وفق ما تقتضيه الظروف الحالية. ومن ثم لا بد للمؤسسة من توسيع التغطية وإشراك شرائح جديدة بخدمة التأمين الصحي وتوسيع المحفظة التأمينية لتغطية التكلفة المتزايدة.



وزارة الصحة ورفعها بما يتناسب مع التكاليف الحالية. والاتفاق بالالتزام بالقرار التنظيمي ٣٧/ت الخاص بتعرفة تفتيت الحصى عند الحد الأقصى والبالغ ٢٢٠٠٠ ل.س للمؤمني المؤسسة العامة السورية للتأمين. حيث طلبت هذه المراكز رفع التعرفة لحدود حتى ٣٥٠٠٠ حتى ٢٠١٥/٩/١ حيث يصار إلى الاجتماع مجدداً معهم لتعديل الاتفاق ريثما تقوم وزارة الصحة بدراسة التعرفة المناسبة وإقرارها أصولاً. وتم الوصول إلى صيغة اتفاق مع المشافي الفصل المستلزمات وأدوية التخدير عن أجور الجراح المحددة بـ ٣٪ من أجور الجراح وإضافة قيمة الأكسجين في غرفة العناية المشددة. ريثما تتم معالجة مشكلة تعرفة المشافي والقرار ٧٩/ت من وزارة الصحة.

بالإضافة الاتفاق مع نقيب الأطباء بإنشاء خلية فنية مشتركة بين المؤسسة العامة السورية للتأمين والنقابة

قرارات مبنية على معلومات دقيقة وحديثة من خلال توفير الوسائل التكنولوجية لسبر البيانات وتحليل المعطيات. من جهة أخرى قامت المؤسسة استجابة لتوجيهات رئيس مجلس الوزراء وبإشراف ورعاية هيئة الإشراف على التأمين بعقد سلسلة من الاجتماعات مع كل من هيئة المخابر ومجموعة من المشافي الخاصة ومراكز تفتيت الحصى ونقيب الأطباء ومعاون وزير الصحة. هدفها تفعيل حلقة التواصل للوصول إلى أرضية مشتركة لمعالجة جميع معوقات البيئة الخارجية التي تعترض سبل انطلاق المشروع بالشكل الأمثل.

حيث خلصت الاجتماعات إلى الاتفاق على تخفيض سعر الوحدة المخبرية من ١٢٥ إلى ١٠٠ ل.س للمؤمن المؤسسة العامة السورية للتأمين حتى تاريخ ٢٠١٦/١/١ وحتى ذلك التاريخ يصار إلى دراسة أسعار الوحدة المخبرية من

أما مقدمو الخدمات الطبية الذين يشكلون الطرف المستفيد من التأمين الصحي فيقع عليهم عبء الخدمة الطبية وفق بروتوكولات طبية معتمدة، يشوب عملهم مجموعة من المعوقات أهمها: التفاوت في ظروف عمل مزود الخدمة بين الأرياف والمدن وما ينجم عنه من رفض استقبال المؤمن لهم، وضعف شبكة الاتصالات والإنترنت في بعض المناطق، واعتراضهم على عدم الدفع لهم بالوقت المحدد، واعتراضهم على الاقتطاعات من قيمة الفواتير لمصلحة شركات الإدارة، ارتفاع أسعار المستلزمات الطبية والمستلزمات ما جعل الأسعار المعتمدة غير مناسبة لهم، وكثرة الورقيات المطلوبة كوثائق للمطالبات.

كلها عوامل أدت إما إلى عزوف مقدم الخدمة عن استقبال المؤمن لهم، وإما إلى التحايل وسوء الاستخدام (وصفات وهمية - استقبال مرضى وهمي) وغيرها من شراء لبطاقات تأمين أو استئجارها كأساليب لإساءة الاستخدام، ما دفع المؤسسة لتوسيع حلقة التواصل مع مزودي الخدمة من خلال إحداث دائرة مزودي الخدمة (الشبكة الطبية) في مديرية التأمين الصحي التي تعنى بشكاوى مزودي الخدمة تجاه شركة الإدارة أو تجاه المؤمن لهم والاجتماعات الدورية معهم في المحافظات للوقوف على معوقات استقبالهم للمؤمن لهم. إضافة إلى ضبط حالات سوء الاستخدام ووضع مصفوفة للغرامات والحسومات تتناسب مع حالة سوء الاستخدام ومراسلة النقابات التي يتبعون لها بأي إجراء متخذ تجاه مزود الخدمة.

كما تعاني المؤسسة من جهة المؤمن لهم والجهات التابعة لهم عدم تجهيز القوائم الاسمية الخاصة بالمؤمنين لهم في الوقت المحدد، وعدم إدراك الجهات المؤمن لها بألية العمل المتبعة والتواصل مع المؤسسة، وانخفاض مستوى الدخل وانخفاض مستوى الوعي التأميني جعل من البطاقة التأمينية مصدر دخل جديداً للدخل من خلال إساءة الاستخدام وتبديل الأدوية والوصفات الوهمية واعتبار البطاقة التأمينية مصدر دخل إضافي يجب أن يحصل عليه أو السعي إلى إشراك عناصر من عائلته من الاستفادة من البطاقة التأمينية بالتنسيق مع مزود الخدمة.

وتم تطوير النظام المعلوماتي CHAMS انطلاقاً من المعوقات أعلاه وبما لا يعتمد على الوسائل التقليدية في إدارة برامج التأمين الصحي، الهدف من بناء CHAMS هو إيجاد محرك معلوماتي على قدر عال من المرونة والفعالية قادر على خدمة حاجات سوق التأمين الصحي السورية. كان التطلع الأول لبناء محرك CHAMS هو اعتماد التطور التكنولوجي الكبير من أجل تثبيت حلول نوعية قادرة على التأقلم الدائم مع متغيرات السوق السريعة. ووفق النظام الجديد ستكون المؤسسة في صلب العملية التأمينية وقادرة على مراقبة أطراف العملية التأمينية بشكل كامل ودقيق وآلي.

كما تمت إعادة صياغة منهجية العمل وتحديث آليات العمل بما يتناسب مع المرحلة الجديدة ووضع المعايير المطلوبة لمراقبة جميع أطراف عقود التأمين الصحي وتوفير الأدوات التكنولوجية لقياس هذه المعايير.

النقطة الأقوى في هذا النظام الجديد هو إتاحة الفرصة للمؤسسة بالتحكم والسيطرة حيث يمكن المؤسسة من متابعة حسن سير العمل والتدخل عند الضرورة وأتمتة عملية إدارة البيانات والمعلومات وتمكين المؤسسة من اتخاذ