

تحديات التأمين الصحي وأثرها على جودة الخدمة المقدمة

في سوق التأمين السورية

(دراسة ميدانية)

الباحثة: ديما الديك¹

المخلص

الاقتصاد هو علم البدائل، ولما كان الهدف العام لتنظيم التأمين هو تقليل الهدر وتعظيم الفائدة من الإنفاق، فهو أحد هذه البدائل، ويعتبر التأمين الصحي نوع من أنواع التأمين تقوم بموجبه شركة التأمين بدفع نفقات العلاج الطبية للمؤمن له وذلك مقابل قسط سنوي يقوم المؤمن له بتسديده لشركة التأمين. وتتألف عملية التأمين الصحي من أربعة أطراف أساسية: شركة التأمين، شركة إدارة النفقات الطبية، مقدمي الخدمة الطبية والمؤمن لهم. في هذا البحث سنقوم بدراسة تأثير العناصر الأربعة المحددة لعملية التأمين الصحي والتحديات المرتبطة بها على جودة الخدمة الصحية المقدمة في سوق التأمين السورية، بالإضافة إلى الوقوف على درجة انسجام أقساط التأمين الصحي مع دخل المواطن في المجتمع السوري، وأهم متطلبات نجاح هذا المنتج. ولتطبيق هذه الدراسة تم إعداد استمارة استبيان، حيث تم توزيعها على عينة عشوائية من مجتمع الدراسة الذي يشمل موظفي قطاع التأمين الصحي من شركات تأمين وشركات إدارة نفقات الطبية وزبائن شركات التأمين ومزودي الخدمات الطبية، حيث تم توزيع 100 استمارة، و تم استخدام التحليل الإحصائي لمعالجة البيانات وذلك باستخدام البرنامج الإحصائي SPSS الإصدار 18، وفي الختام تم التوصل إلى عدد من النتائج والتي كان من أهمها ضعف دور شركات التأمين في تحسين مستوى جودة خدمة التأمين الصحي المقدمة، وتم تقديم سلة من التوصيات والمقترحات التي تكفل ضمان تغطية تأمينية أكبر عدد ممكن من شرائح المجتمع وبخدمة ذات جودة عالية.

الكلمات المفتاحية: شركة التأمين - شركة إدارة النفقات الطبية - مقدموا الخدمات الطبية - الزبائن - الجودة

¹ ماجستير علوم مالية ومصرفية - قسم التأمين والمصارف - جامعة دمشق - سوريا

Challenges of Medical Insurance and Their Effect on Quality of Presented Services in Syrian Insurance Field Study-Market

Abstract

Economic is the science of alternatives, and as the main goal of insurance organization is to stop the waste and expand the interest of expenditure, so it is one of these alternatives. The medical insurance is considered one kind of insurance, whereby the operation of it consists of four main parties, the insurance company, the third party administrator, the medical providers and insureds, in this paper we will examine the impact of the four elements which specified the operation of medical insurance and the challenges related to them on the quality of presented medical service in Syrian insurance market. For this purpose, a questionnaire was designed and distributed to random sample from the society of this study, 100 questionnaires was distributed and statistical analysis was used to process the data using SPSS program version 18, at the end some of results are concluded, the most important one was the weak role of the insurance companies in improving the quality of presented service, and recommendations are presented in a way that assure a wide medical coverage for the maximum categories of society at a high quality level of the service.

Keywords: Insurance Company, Third Party Administrator, Medical Providers, Customers, Quality.

1- مقدمة :

يواجه تأمين الرعاية الصحية في العالم أجمع الكثير من التحديات في ظل العديد من المتغيرات، لاسيما المتغيرات الاقتصادية والاجتماعية والبيئية، الأمر الذي يستوجب المراجعة المستمرة والاستعداد لمواجهتها وفق منهج علمي، حيث ارتفعت تكاليف الخدمات الصحية وأصبح العالم ينفق عليها سنوياً أكثر من 3 تريليون دولار، مما دفع بالدول للبحث عن بدائل لتمويل الخدمات الصحية والمحافظة على جودتها والسعي لتطويرها، فكان التأمين الصحي هو البديل الأمثل لذلك .

وتبرز تلك التحديات جليةً في دول العالم الفقيرة منها والغنية، خصوصاً عند اللجوء إلى تطوير الخدمات الصحية المقدمة للمواطنين في إطار السعي لتحقيق التغطية الشاملة ورفع مستوى المهنة المتعارف عليه والتحكم في ارتفاع تكلفة الخدمات.

يضاف لذلك الارتفاع في تكاليف الوسائل التشخيصية والعلاجية، وما تتطلبه الزيادة السكانية من زيادة في الخدمات الصحية، كما أن الارتفاع في متوسط الأعمار نتيجة لتطور كل من الخدمات الصحية والوعي الصحي وتحسن المستوى المعيشي قد أدى إلى زيادة عدد المسنين وبالتالي ضرورة تقديم رعاية صحية غالباً ما تكون ذات تكلفة عالية.

يعتبر قطاع التأمين في سورية بشكل عام وقطاع التأمين الصحي بشكل خاص أحد القطاعات الاستثمارية الواعدة، وذلك بعد تحريره من قبل الدولة والسماح للقطاع الخاص بالدخول والاستثمار فيه، ولقد فاقت النتائج التي حققها قطاع التأمين وقطاع التأمين الصحي كل التوقعات حيث بلغت أقساط التأمين الصحي 81 مليون في عام 2006 وهو العام الأول لبداية أعمال التأمين الخاص في سورية وشكلت نسبة 1.1% من حجم أقساط القطاع ككل، ومع نهاية عام 2014 بلغت أقساط التأمين الصحي 5 مليارات بنسبة 36% من إجمالي أقساط التأمين، محققة بذلك نسبة نمو 6073% وكان ذلك نتيجة الخطوة التي اتخذتها الدولة في تأمين عمال القطاع الإداري عن طريق المؤسسة العامة السورية للتأمين، كما ساهمت هذه الخطوة في تسليط الضوء بشكل أكثر على المشاكل التي يعاني منها هذا القطاع بسبب زيادة شريحة المؤمن لهم وبالتالي إيصال شكاوي جميع الأطراف إلى الجهات المختصة للعمل على إيجاد الحلول المناسبة لها، وساهم ذلك أيضاً في رفع تسعيرة التأمين الصحي بحيث أصبح سعر المؤسسة العامة دليلاً للشركات يمكن أن تتحرك من خلاله زيادة ونقصاناً ولكن بنسب قليلة ومحدودة، الأمر الذي أدى إلى إنقاذ التأمين الصحي من الأسعار التي وصلها نتيجة المنافسة التي قامت على تكسير الأسعار² .

2- مشكلة البحث:

تتلخص المشكلة بكيفية ضمان غطاء صحي نوعي في ظل الظروف الاقتصادية والاجتماعية السائدة في سورية وبوجود تحديات أمام سوق التأمين السورية وبذلك فإن مشكلة البحث تتلخص في التساؤلات التالية:

1- ما هو مستوى جودة الخدمات الصحية التي يقدمها التأمين الصحي في سوريا؟

2- ما مدى الدور الذي تمارسه شركات التأمين في تحديد مستوى جودة الخدمة المقدمة؟

² موقع هيئة الإشراف على التأمين - التقارير السنوية لعامي (2006-2014).

- 3- هل تمارس شركات إدارة النفقات الطبية دوراً في تحسين مستوى جودة خدمة التأمين الصحي؟
 - 4- هل يمارس مقدموا الخدمة الصحية دوراً سلبياً في التأثير على مستوى جودة خدمة التأمين الصحي؟
 - 5- هل للزبائن دور في تحديد مستوى جودة الخدمة الصحية المقدمة لهم؟
 - 6- هل تتناسب أقساط التأمين الصحي مع دخل الفرد في سوريا؟ وهل تعكس مدى جودة الخدمة المقدمة؟
- 3- أهمية البحث وأهدافه:

3-1 أهمية البحث:

- تتبع أهمية هذا البحث من الفوائد التي يقدمها التأمين الصحي على كل من:
- 1- ميزانية الدولة من حيث تخفيض العبء المالي عن كاهله.
 - 2- قطاع الخدمات الصحية من حيث تحسين نوعية الخدمات المقدمة للقطاعات المختلفة.
 - 3- المواطن بحد ذاته من حيث رفع مستوى الرعاية الصحية له و إزالة العبء المالي عنه وخلق نوع من العدالة الاجتماعية بين المواطنين.
 - 4- أرباب العمل في القطاع الخاص من حيث عدم رغبتهم بتحمل مسؤولية الرعاية الصحية اتجاه العاملين.

وتبدو هذه الأهمية بشكل خاص في سورية إذ أن واقع الرعاية الصحية فيها يعد من أهم الأسباب للاهتمام بالتأمين الصحي حيث أن الخدمات الصحية تقع بمعظمها على كاهل الدولة وتشكل عبئاً كبيراً يحد من التطور النوعي في الخدمات، كما أن صناديق التأمين الصحي للنقابات ذات موارد مادية محدودة وبالتالي منافع تأمين محدودة.

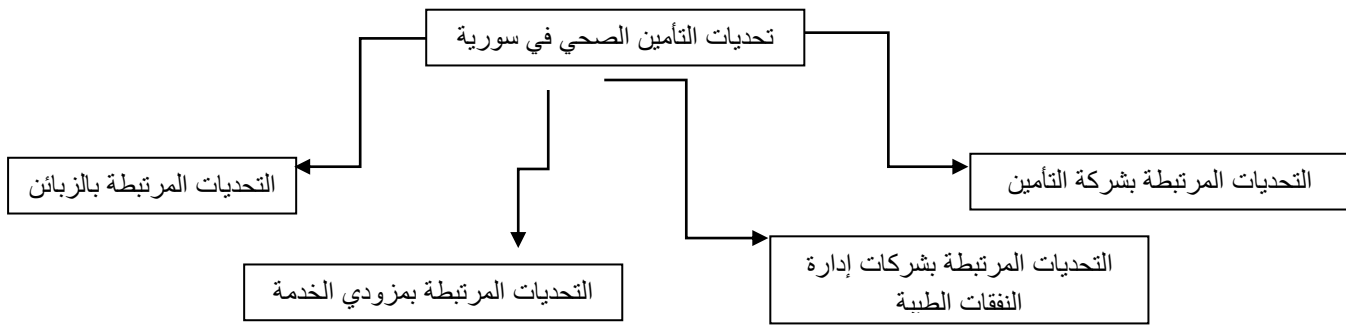
3-2 أهداف البحث:

إن الهدف من هذا البحث هو دراسة مدى تأثير كل من شركات التأمين، شركات إدارة النفقات الطبية، مقدمي الخدمات الطبية والزبائن على جودة الخدمة المقدمة في السوق السورية، ومدى عدالة أقساط التأمين الصحي.

4- فرضيات البحث:

1. تعتبر الخدمات التي يقدمها التأمين الصحي في السوق السورية ذات جودة منخفضة.
2. إن شركات التأمين لا تلعب دوراً ملحوظاً في تحسين مستوى جودة خدمات التأمين الصحي.
3. إن مستوى جودة خدمات التأمين الصحي المقدمة في السوق السورية يعكس ضعفاً في الدور الذي تقوم به شركات إدارة النفقات الطبية.
4. يعكس مستوى جودة خدمات التأمين الصحي المقدمة في السوق السورية ضعفاً في الدور الذي يقوم به مقدموا الخدمات الطبية.
5. إن مستوى جودة خدمات التأمين الصحي المقدمة في السوق السورية يتأثر سلباً بالدور الذي يلعبه الزبائن أنفسهم.
6. تعتبر أقساط التأمين الصحي في السوق السورية مرتفعة جداً وهي لا تتعكس في مستوى ما يقدم من خدمات صحية.

5- نموذج و متغيرات البحث:



(الشكل رقم (1) نموذج البحث)

(المصدر: من إعداد الباحث)

6- منهجية البحث:

اعتمد في منهجية البحث جانبان نظري وميداني:

أولاً: الجانب النظري:

يعتمد على المنهج الوصفي التحليلي لما توفر من مراجع ودوريات وأدبيات وبيانات تتعلق بالتأمين الصحي والجوانب المحيطة به من واقع تجربة سوق التأمين السورية.

ثانياً: الجانب الميداني:

تم إعداد استمارة استبيان من أجل جمع البيانات لتحقيق أغراض البحث، حيث تم توزيعها على مجتمع البحث الذي يشمل شركات التأمين العاملة في السوق السورية، مقدمي الخدمات الصحية من مشافي، مخابر، صيدليات وأطباء، شركات إدارة النفقات الطبية ومجموعة من زبائن شركات التأمين تم انتقاؤهم بطريقة عشوائية من مدينة دمشق، بالإضافة إلى اختبار سلسلة من الفرضيات التي تعكس محددات جودة خدمات التأمين الصحي.

7- الدراسات السابقة:

1- دراسة (خوري ، 2008) بعنوان : " إدارة العلاقة بين شركات التأمين الصحي و الزبائن من خلال شركات TPA "

هدفت هذه الدراسة إلى بيان إدارة العلاقة بين شركات التأمين الصحي و الزبائن من خلال شركات ال TPA وهي شركة تتولى إدارة العلاج الطبي ومعالجة المطالبات نيابة عن شركة التأمين وتمثلها أمام مقدم الخدمة الطبية وتراقب تنفيذ الشروط والقواعد المنصوص عليها في وثيقة التأمين الصحي، حيث تناولت الدراسة الهدف من إنشاء هذه الشركات وعلاقتها مع أطراف عملية التأمين الصحي والتزامات هذه الشركة تجاه شركة التأمين والتي تتمثل في تخفيف العبء الإداري و خفض تكاليف الخدمة الطبية، والتزاماتها نحو العميل في تطبيق معايير

الجودة الطبية والرقابة وضمان وصول الخدمة إلى مستحقيها، والتزامها نحو مقدم الخدمة الطبية في تعظيم حجم وسرعة الحصول على مستحقاته، وتوصلت هذه الدراسة إلى تحديد مقياس النجاح في سوق التأمين الذي يقدر وفقاً لمدى استمرارية العلاقة مع الزبون، كما تم تحديد الدور الرئيسي لل TPA في تنظيم آلية التعامل بين شركات التأمين ومقدمي الخدمات كون العلاقة الربحية بينهم عكسية فازدياد الأعمال يؤدي إلى ربح مقدمي الخدمات وخسارة شركات التأمين، وبالتالي فإن على شركات التأمين دعم ال TPA للمحافظة على علاقة جيدة مع مقدمي الخدمات والتفكير بحوافز معينة تقدم لمقدمي الخدمات، واعتماد مبدأ التكيف وفقاً لحاجات الزبون قبل اصدار البوليصه ومبدأ تكيف الزبون مع الشبكة بعد إصدار البوليصه.

2- دراسة (المصالحة ، 2010) بعنوان : " أهمية دور مقدم الخدمة الطبية في عملية التأمين الصحي "

تناولت هذه الدراسة دور مقدم الخدمة الطبية ومعادلة الضبط والجودة، وأثر التأمين الصحي في ترقية وتطوير الخدمة الطبية، وأكدت على أن علاقة شركات التأمين الصحي مع الجهات الطبية يجب أن تكون على أسس واضحة وصحيحة بدون معوقات وتكليف بالإجراءات وزيادة الضوابط المفروضة على الجهات الطبية، وذلك حتى تتمكن هذه الجهات من تطوير الخدمة الطبية وتقديم أفضل الرعاية الصحية، ولكي يكون للتأمين الصحي دور في ترقية وتطوير الخدمة الطبية يجب أن تكون اتفاقيات التأمين الصحي منصفة بحق الجهات مقدمي الخدمة الطبية، والأصل أن تكون العلاقة بين شركات التأمين والجهات الطبية مبنية على مصلحة ومنفعة متبادلة أساسها هو استقطاب الجهات الطبية لعدد أكبر من المرضى والمراجعين وهذا بالتالي يعود عليها بالأثر المالي، ومن أجل ترقية وتطوير الخدمة الطبية يجب أن تعمل شركات التأمين الصحي على خلق روح التنافس بين الجهات الطبية مقدمي الخدمة، وأكدت هذه الدراسة بأنه حتى يكون للتأمين الصحي أثر في تطوير الخدمة الطبية يجب أن لا يكون شعار شركات التأمين تحقيق أرباح بأقل التكاليف مما يؤثر على الجهة الطبية مقدمة الخدمة سلباً ويدفع البعض للتمييز بين المريض النقدي والمريض المؤمن.

كما يجب أن يكون هناك تنسيق وتآلف بين التأمين الصحي ومقدمي الخدمة الطبية، فكل منهم يغطي الآخر أمام المنتفع، فإذا كان هذا التنسيق يحقق مصالحهم معا فيستطيع عندئذ مقدم الخدمة أن يعكس صورة حسنة عن التأمين الصحي.

كما تطرقت الدراسة إلى المشكلة التي تقضي بأن التأمين الصحي يتبع سياسة زيادة الربح عن طريق تخفيض التكاليف، بينما يقوم مقدم الخدمة الطبية باتباع سياسة تقديم أفضل ما لديه من رعاية طبية لاستقطاب عدد أكبر من المراجعين مما يزيد من العائد المادي، وبالتالي فإن مقدم الخدمة يلجأ إلى العلاج مهما كان الأعلى سعراً أو الأقل لكن يكون الأكثر فعالية واستجابة ليكسب رضا العميل ورفع السمعة الجيدة لمقدم الخدمة، ولكن سياسة التوفير التي تتبعها شركات التأمين منبثقة من مشكلة الأقساط المتدنية والتي برأيها سوف تؤدي بالشركة إلى خسائر غير متوقعة فتعمل على اتباع العلاج بأقل التكاليف

وبالنتيجة فإن المعادلة بالمحصلة يجب أن تنتهي برضا العميل لأن رضا العميل هو الذي سوف يجعله يرضى قداماً مع التأمين الصحي ويجعله يتوجه إلى مقدمي الخدمة الأفضل، وبالتالي توصلت الدراسة أنه إذا أردنا بالمحصلة الجمع بين هذه الأمور للتأمين الصحي ومقدم الخدمة سوف نقع في تضارب، الأمر الذي يتوجب إعادة تقسيم العلاقة والارتكاز على معايير والتزام الطرفين بها بما يتحقق مع المصلحة المشتركة.

- الجانب النظري للبحث :

أبرز تحديات التأمين الصحي في سورية:

يواجه سوق التأمين الصحي في سورية عدداً من التحديات ترتبط بجميع أطراف العملية التأمينية، وقد انعكست هذه التحديات على مستوى جودة الخدمة المقدمة وكانت سبباً في تحقيق خسائر في نتائج أعمال التأمين الصحي لشركات التأمين، وتمثلت هذه التحديات بما يلي:

أولاً: التحديات المرتبطة بشركات التأمين:³

يعد الوعي التأميني أحد معوقات صناعة التأمين العربية بشكل عام وليس في سورية فحسب، ويعرف المعهد القانوني للتأمين بلندن الوعي التأميني ، بأنه : إدراك الفرد للمخاطر التي يتعرض لها في حياته وحاجته للحماية التأمينية التي توفرها شركات التأمين من خلال ما تقدمه من منتجات لتغطية الخسائر التي يتعرض لها في أمواله وممتلكاته وحياته، ويعود ضعف الوعي هذا حقيقة إلى جملة من الأسباب والعوامل أهمها أسباب تتعلق بطبيعة الأفراد من حيث العادات التي تحكم الاتجاه نحو الادخار، والرغبات التي يحرصون على تحقيقها مثل الحفاظ على مستوى معيشة معين، أو المفاهيم التي يعتمدون عليها في نظرهم للتأمين، وتأثير المعتقدات الدينية على ما يتخذونه من مواقف.

ولا شك أن الوعي التأميني لا زال دون المستوى المطلوب في بلدنا، فتقافة التأمين جديدة على المواطن السوري الذي لا يعرف منها إلا التأمين الإلزامي دون أن يعي معناه بعد أن عاشت السوق السورية حوالي 50 سنة من الحصرية للمؤسسة السورية للتأمين، هذه الحصرية وادت حصرية على الثقافة التأمينية عند كافة طبقات الشعب، فقد أدى احتكار الدولة الطويل للعمل التأميني إلى غياب المفهوم الحقيقي للتأمين باعتباره وسيلة استثمارية لمواجهة الخطر وانحصار تواجده في الأذهان كمجرد ورقة مطلوبة ضمن سلسلة أوراق لازمة لاستكمال أي معاملة.

إلا أن احتكار الدولة ليس بالسبب الوحيد وراء ضعف أو غياب الوعي التأميني في سورية، فإن فكرة دفع أقساط عن خدمة غير ملموسة و منافعها المستقبلية قد لا تتحقق، ومشكلة عدم الثقة بشركات التأمين في دفع المطالبات، جميعها عوامل ساهمت في ضعف الوعي التأميني لدى المواطنين.

وفي التأمين الصحي فإن العلاج المجاني الذي تقدمه الدولة للمواطنين له تأثير و لو بسيط على ثقافة التأمين الصحي بشكل عام بالرغم من نمو هذا النوع من التأمين في الفترة الأخيرة، فالدور الذي تقوم به الدولة في تقديم العلاج المجاني ثمين و لكن على المواطن المتوسط الحال فما فوق أن يعي أهمية هذا العلاج للفئات الفقيرة والتي تحتاجه بالفعل أكثر من غيرها، وهنا على الفئات الأكثر قدرة أن تتوجه للتأمين الصحي لأنه لن يشكل عبئاً كبيراً عليهم وسيؤمن لهم العلاج الضروري في حال تعرضهم للمرض وبالتالي لن يأخذوا حق غيرهم بالعلاج المجاني والذي يشكل عبئاً كبيراً على عاتق الدولة و خاصة فيما يتعلق بالأمراض طويلة أمد العلاج و المكلفة مادياً.

د.ابراهيم ، فتح الله : " التأمين الصحي" ندوة التأمين الصحي - بيروت (2019)³

ولعل هذه الفكرة السلبية حول نظرة الأفراد لهذا القطاع، يمكن أن نردها ببساطة إلى قصور الوعي التأميني، وهذا القصور ليس مجرد عقبة بسيطة أمام شركات التأمين وإنما سيخلق صعوبات حقيقية أمام عملها يجعلها بحاجة إلى الانتظار ربما لسنوات لتستطيع توعية المجتمع حول أهمية هذا القطاع، كما يحملها مسؤولية بث هذه التوعية وهو ما سيكلفها الكثير في وقت ما زالت فيه بحاجة على ترسيخ وجودها.

لذلك بات من الضروري اليوم على شركات التأمين القيام بحملات ترويج لخدماتها سواء عن طريق الإعلام المرئي أو المسموع أو المقروء إضافة إلى وكلاء ووسطاء هذه الشركات في كافة المحافظات، ويجب أن يكون هناك رسالة واضحة للجمهور السوري سواء كانوا مستهلكين أو شركات أو رجال أعمال أو مشروعات استثمارية للخروج من العقلية الإجبارية التي كان ينظر بها للتأمين إلى العقلية الخدمائية الاختيارية.

وتعاني شركات التأمين من نقص الكوادر الإدارية والفنية المتميزة المختصة بالتأمين الصحي للقيام بعمليات الاكتتاب والتسعير وتسوية المطالبات والتسويق، إذ عليها أن تستعين بالخبرات الخارجية وأن تدرّب الشباب السوريين وهذا ما سوف يزيد من النفقات العامة ويؤثر على جودة الخدمة المقدمة في السوق، وطبعاً انعكس ذلك على طريقة شرح شروط واستثناءات وثيقة التأمين الصحي للمؤمن لهم والتي تعتبر معقدة وغير واضحة بشكل عام.⁴

كما أن عدم اهتمام الكثير من أفراد الجهاز التسويقي لترويج المزيد من عمليات التأمين الصحي الفردي أو الجماعي لصعوبة تسويقها أو ضآلة قيمة العمولة المستحقة، على الرغم من اعتباره من المنتجات التأمينية الجديدة التي تجذب انتباه كثير من العملاء المتوقعين، انعكس سلباً على انتشار هذا النوع من التأمين.

ومن أهم التحديات التي واجهت وتواجه شركات التأمين اليوم المنافسة في سوق حديث العهد، حيث أن المنافسة منحصرة بالدرجة الأولى بالتسعير والتساهل في شروط الاكتتاب لجذب المزيد من العملاء المرتقبين دون مراعاة عنصر الاختيار الجيد الذي يكون في صالح شركات التأمين، هذه المنافسة شكلت ضغوطات كبيرة على عمل كل شركة حيث أدت إلى خدمة متواضعة من جانب، ومن جانب آخر زادت نسب الخسارة.

وفي ظل هذه المنافسة أصبح من الصعب إقناع طالبي التأمين بأن هناك سعر أدنى معين يجب الحفاظ عليه والتنازل عنه يشكل خطر على استمرارية إمكانية أداء العمل بشكل جيد، خاصة وأن منتجات التأمين الصحي في السوق السورية متشابهة إلى حد كبير.

إن التنافس حالة صحية لا يمكن إلغاؤها أو الاستغناء عنها، بل أنه شرط من شروط العمل الاستثماري الناجح والذي يصب أولاً في مصلحة الزبون، إلا أن المنافسة في الأسعار بمعنى تكسيها أمر يفترض تجنبه، والأفضل اعتماد المنافسة في تقديم الخدمة لأنها المعيار الصحيح للمقارنة بين عمل الشركات على المدى البعيد، وإذا كان معروفاً أن المنتجات التأمينية واحدة تقريباً عند مختلف الشركات وبالتالي فإن الخدمة الحقيقية ستكون ليس عند البيع وإنما بعده.

⁴ أ. شويري، جان: " تطورات و مستقبل التأمين الصحي في العالم العربي " المؤتمر العام السادس و العشرون للاتحاد العام العربي للتأمين

ويجب أن تفكر شركات التأمين بأمر مهم قبل أن تقوم بتخفيض أسعارها وهو الصعوبات والتشددات التي ستواجهها من قبل معيدي التأمين عند تجديد اتفاقياتها وهذا ما سيؤثر سلباً على نتائج أعمال كل شركة.

ثانياً: التحديات المرتبطة بشركات إدارة النفقات الطبية:⁵

ساهمت شركات إدارة النفقات الطبية في رفع درجة الوعي بالتأمين الصحي وذلك من خلال قيامها بدورات تدريبية متكررة لموظفي شركات التأمين عن قواعد الاكتتاب، كما عقدت الكثير من الندوات والمحاضرات لمقدمي الخدمة الطبية المشتركين في شبكة التأمين الصحي وذلك لشرح كيفية استخدام النظام المعلوماتي الخاص به.

وقبل وجود شركات إدارة النفقات الطبية كان هناك مبالغة في الإجراءات الطبية المفروضة من قبل مقدمي الخدمة، حيث كانت هذه الجهات غير خاضعة للرقابة، وقد ساهمت هذه الشركات في ضبط الإجراءات الطبية وتخفيض التكاليف على شركات التأمين، حيث خضعت جميع الإجراءات المطلوبة من الأطباء إلى مراقبة شركة الإدارة وحتى في بعض الأحيان إلى الموافقة عليها، وبالتالي تم رفض الكثير من الإجراءات الطبية المبالغ فيها والتي لم يكن هناك داعي طبي لها.

إن أهمية هذا الضبط لم تساهم فقط في تخفيض التكلفة على شركة التأمين بل كان كذلك في مصلحة صحة المؤمن له، بالرغم من اعتراض بعض الأطباء على تدخل شركات الإدارة في طريقة معالجتهم للمرضى. ومع زيادة أعداد المشمولين بالتأمين الصحي وخاصة بعد صدور قرار تأمين موظفي الدولة كان على شركات الإدارة التوسع في انتشار الشبكة الطبية لمقدمي الخدمات ليشمل جميع المحافظات والمناطق السورية، وكان هذا شرط لتعاقد المؤسسة السورية للتأمين مع شركة الإدارة، وبالتالي شكل هذا الأمر تحدياً أمام شركات الإدارة التي كانت شبكاتها الطبية غير منتشرة جغرافياً، كما توجب على شركات الإدارة زيادة عدد كادرها الوظيفي وتوفير التدريب والتأهيل المناسب لهم خلال وقت قصير وذلك للمحافظة على مستوى جودة الخدمة المقدمة.

ثالثاً: التحديات المرتبطة بمقدمي الخدمة الصحية:

يعتبر مقدم الخدمة الطبية الواجهة الأساسية في عملية التأمين الصحي وطريقة تعامله مع حامل بطاقة التأمين الصحي ينعكس على جودة العملية بأكملها، وقد شهدت الفترة الأولى من التأمين توجه من شركات الإدارة إلى مقدمي الخدمات الطبية لإقناعهم بالانضمام إلى الشبكة الطبية والآن وبعد مرور سنوات على بداية التأمين الصحي وبعد زيادة عدد المشمولين بالتأمين الصحي انعكست المعادلة ليصبح مقدمي الخدمات هم من يتقدمون بالطلبات إلى شركات الإدارة لضمهم إلى شبكتها.

طبعاً هناك بعض الشروط التي يجب أن يحققها مقدم الخدمة ليتم قبوله ضمن الشبكة الطبية مثل الخبرة العلمية والعملية وتوافر التجهيزات الفنية والتكنولوجية ولكن يواجه بعض مقدمي الخدمة الطبية صعوبة في

⁵ مجلة التأمين و المعرفة - العدد السادس عشر " واقع التأمين الصحي " (2018).

استخدام البرامج الحاسوبية الخاصة بالتأمين الصحي بالإضافة إلى بطء سرعة الاتصال بشبكة الانترنت مما تسبب في حدوث إرباكات في استقبال المؤمنین وتأخيراً في بعض الأحيان في الحصول على الموافقات بالنسبة للإجراءات التي تحتاج إلى الموافقات.

كما أن تطبيق التكنولوجيا في أعمال التأمين الصحي مهم جداً . وعمل الشركات لا يمكن أن يتم دون استخدامها فغيابها يؤدي إلى وجود عدد من السلبيات منها⁶ :

- عدم التمكن من إجراء لتدقيق الفوري على الأعمال الطبية.
- عدم التمكن من إعطاء الموافقات الصحيحة.
- عدم وصول المعلومات بالوقت المناسب.
- انعدام المتابعة الفعالة على تغطيات المؤمن له.
- انعدام المراقبة الفعالة على أعمال مقدمي الخدمات الصحية.
- كلفة إدارية عالية و هدر للوقت و الجهد لجميع الأطراف.
- عدم وجود معلومات طبية موحدة و دقيقة.
- عدم إمكانية تقديم خدمة ممتازة و سريعة.

كما تم الاتفاق مقدماً بين شركة الإدارة ومقدمي الخدمات على فترة دفع المطالبات تتراوح عادة بين شهر إلى ثلاثة أشهر وخلال هذه الفترة تقوم شركات الإدارة بمراجعة المطالبات وتدقيقها وتحصيلها من شركة التأمين ليتم دفعها إلى مقدم الخدمة، ولكن عادة ما تتأخر شركة الإدارة بالدفع إلى أكثر من الفترة المحددة في العقد مما ينعكس في طريقة تعامل مقدم الخدمة مع حامل بطاقة التأمين واحتجاجهم بأن الشركة لا تدفع أجورهم وما إلى ذلك، مما يؤدي في النهاية إلى انسحاب مقدم الخدمة من الشبكة الطبية أو يضطر المؤمن له إلى دفع ثمن العلاج للحصول على خدمة جيدة، طبعاً إن هذه المسألة لم تؤثر على جميع مقدمي الخدمات بنفس الدرجة.

ويتم التعاقد بين مدير النفقات الطبية ومقدم الخدمة الطبية على أساس أسعار وزارة الصحة والتي تعتبر منخفضة مقارنة بالأسعار المتداولة في المراكز الطبية، كما يتم أيضاً تطبيق نسبة من الاقتطاعات على هذه الأسعار لصالح النقابات وشركة الإدارة وبالتالي فإن هذه الأسعار المنخفضة تدفع ببعض مقدمي الخدمات الطبية إلى رفضهم الانتساب إلى الشبكة الطبية.

رابعاً: التحديات المرتبطة بالمؤمن لهم:

كما ذكرنا سابقاً فإن الدور بنشر الوعي التأميني يقع على عاتق شركات التأمين والجهات الناظمة لعمل التأمين في السوق ولكن ذلك طبعاً غير كاف أمام عدم إدراك المواطن لأهمية التأمين الصحي في حياته وعدم وضعه ضمن سلم أولوياته بالرغم من الارتفاع المستمر لتكاليف العلاج الطبي.

كما أن ضعف الدخل الفردي لدى شريحة واسعة من المجتمع يقف عائقاً في وجه انتشار التأمين الصحي، وخاصة تلك الشريحة التي ترى في التأمين نوعاً من النفقات الثانوية والترفيهية التي يمكن الاستغناء عنها أمام

⁶ محاضرة أ.سمير نحاس مدير شركة غلوب مد سوريا لإدارة الخدمات الطبية بعنوان " التأمين الصحي والتكنولوجيا " الملتقى العربي للتأمين الصحي دمشق 4-5 / 2008/5

نفقات الحياة المختلفة، ذلك أن انخفاض مستوى دخل المواطن يجعله يرى في التأمين مجرد كمالية أو نوع من الرفاهية الزائدة لا لزوم لها، خاصة وأن أقساط التأمين الصحي في سوريا تتناسب مع الفئة المتوسطة الدخل، وبالتالي يجب البحث لإيجاد المنتج المناسب بالسعر المناسب للزبائن ذوي الدخل المحدود بحيث تكون الأقساط معقولة و مقبولة وتدفع الناس لطلب شراء التأمين.

ومازال بعض الناس يعتقدون بأن هناك تشابه بين التأمين والقمار ويمتنعون عن شرائه بجميع أنواعه بما فيها التأمين الصحي ولاقتناعهم بأنه يخالف أحكام الشريعة، ولكن ومع وجود شركتان للتأمين في سوريا تعملان وفقاً للنظام التكافلي، فإن هذا العائق يجب أن يزول أمام هذه الشريحة من المجتمع في شرائها للتأمين الصحي. إن عدم وعي المؤمن له بأهمية التأمين الصحي لا يقتصر على شرائه فقط وإنما على استخدامه أيضاً، فإن إهمال المؤمن له في تعيّنته لطلب التأمين وقراءته لشروط واستثناءات الوثيقة يؤثر على جودة الخدمة المقدمة له، فمثلاً إن من بعض أسباب عدم تغطية شركة التأمين لمطالبات تتعلق بحالات صحية موجودة لدى المؤمن له قبل دخوله في عقد التأمين كان نتيجة عدم تصريح المؤمن له عن هذه الحالات في طلب التأمين، كما أن عدم وعي المؤمن له بكيفية استخدامه لبطاقة التأمين، بالرغم من تزويده بكتيب إرشادي عن ذلك، أدى في كثير من الأحيان إلى عدم حصوله على الخدمة بالجودة المطلوبة.

كما أن استغلال المؤمن له لبطاقة التأمين الصحي في محاولة منه لاسترجاع ثمن الأقساط التي دفعها لشركة التأمين يؤثر على جودة الخدمة المقدمة له، كما يؤدي إلى ارتفاع نسبة الخسارة مما يتسبب في رفع الأقساط عند التجديد أو تخفيض في التغطيات المقدمة وتدهور مستوى الخدمات الصحية.

- الجانب العملي للبحث :

استخدمت الباحثة المنهج الوصفي، والذي يعتمد على تجميع الحقائق والمعلومات، ثم مقارنتها وتحليلها وتفسيرها للوصول إلى تعميمات مقبولة، ثم من خلال التحليل الإحصائي تم اختبار فرضيات البحث الموضوعية لقياس مجموعة من المحاور التي تم عرضها في الجانب النظري، ولتحقيق هدف البحث بالوقوف على أهم التحديات التي تواجه قطاع التأمين الصحي في سوريا، تم تصميم استبيان مؤلف من 24 سؤال وزع على العينة العشوائية التي تم اختيارها من مجتمع البحث، حيث تم استعادة 95 استمارة من أصل الـ 100 الموزعة، أي بنسبة استرداد 95%.

يتكون مجتمع البحث من موظفي مديريات ودوائر التأمين الصحي العاملين في شركات التأمين السورية وموظفي شركات إدارة النفقات الطبية ومقدمي الخدمة المنتسبين إلى شبكة مقدمي الخدمات الطبية وحملة وثائق التأمين الصحي (المؤمن لهم) الذين تجمعهم خصائص واحدة بالنسبة لموضوع الدراسة على اعتبار أنهم يشكلون أطراف عملية التأمين الصحي، وتم اختيار عينة عشوائية من هذا المجتمع من مدينة دمشق مؤلفة من 100 مفردة موزعة بالتساوي بين أطراف عملية التأمين الصحي.

للتأكد من الصدق المنطقي للاستبيان، قامت الباحثة بعرض الاستبيان على المختصين والخبراء في مجال التأمين الصحي وطلب منهم إبداء الرأي والحكم على مدى شمول الاستبيان ووضوح فقراته وسلامته وتغطيته لفرضيات البحث، وتم إجراء التعديلات المطلوبة والمقدمة قبل أن يأخذ الاستبيان شكله النهائي، وتم تفرغ استمارات الاستبيان و معالجتها عن طريق استخدام البرنامج الإحصائي SPSS الإصدار 18.

اختبار كرونباخ ألفا للمصداقية Cronbach alpha:

بغرض التحقق من ثبات أداة البحث Reliability تم احتساب معامل الثبات ألفا كرونباخ Cronbach's Alpha الذي يقيس التباين العام لفقرات الاستبيان والتباين الخاص لكل فقرة من فقرات الاستبيان بالإضافة إلى وسط الاستبيان ككل، فكانت قيمة ألفا للاستبيان 0.891 ، بمعنى أنه لو شاركت عينة أخرى في الإجابة على فقرات الاستبيان، فإن احتمال الحصول على نفس النتائج هو 89.1%، مما يدل على وجود درجة ثبات جيدة لأداة القياس المستخدمة، بحيث زادت قيمة معامل الثبات عن 60% وهي أقل نسبة إحصائياً لاختبار ثبات أدوات الدراسة، ولقد تم حساب معامل ألفا كرونباخ لكل فقرة من فقرات الاستبيان Scale if Item Deleted

(الجدول رقم (1) اختبار كرونباخ ألفا للمصداقية)

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
0.891	24

(المصدر: من إعداد الباحث)

حيث يتيح هذا الاختيار إمكانية معرفة إلى أي مدى يتحسن أو ينقص معامل الثبات بحذف كل مفردة من مفردات الاستبيان وعليه فقد تبين أن جميع مفردات الاستبيان تنقص معامل الثبات بحذفها، فهي عبارات جيدة لا يمكن الاستغناء عنها، وبالتالي لم يتم حذف أي فقرة من الاستبيان.

ويمكن عرض المعلومات العامة لعينة البحث من خلال الجدول التالي:

(الجدول رقم (2) توزيع عينة البحث حسب المعلومات العامة)

النسبة المئوية	العدد	مواصفات العينة
		طبيعة العمل
26%	25	موظف في شركة تأمين
23%	22	مقدم خدمة طبية
24%	23	زبون شركة تأمين (مؤمن له)
26%	25	موظف في شركة إدارة نفقات طبية
100%	95	المجموع
		سنوات الخبرة في مجال العمل
38%	36	أقل من 3 سنوات
45%	43	من 3-10 سنوات
7%	7	من 11-15 سنة
9%	9	أكثر من 16 سنة
100%	95	المجموع
		المؤهل العلمي
8%	8	ثانوية عامة
57%	54	بكالوريوس
16%	15	دبلوم
17%	16	ماجستير

2%	2	دكتوراه
100%	95	المجموع
		الفئة العمرية
81%	77	35-22 سنة
13%	12	45-36 سنة
3%	3	55-46 سنة
3%	3	56+ سنة
100%	95	المجموع
		الجنس
53%	50	1- ذكر
47%	45	2- أنثى
100%	95	المجموع

(المصدر: من إعداد الباحث)

- اختبار الفرضيات :

اختبار الفرضية الأولى:

تم اعتماد السؤال الأول لاختبار الفرضية الأولى، حيث يتبين لنا أنه ليس هناك فروق معنوية إحصائياً وذلك عند مستوى دلالة 0.05 بين المتوسط العام لإجابات أفراد العينة والمتوسط الفرضي المستخدم في الدراسة، بدليل أن مستوى المعنوية 0.565 أكبر من 0.05 أي أن قيمة الاختبار t المحسوبة أصغر من الجدولية، وبالتالي لا يوجد ما يكفٍ لرفض فرضية العدم، وما يدعم هذه النتيجة اقتراب متوسط الفرضية والبالغ 3.0632 من المتوسط الفرضي 3، أي أن متوسط الإجابة لا يختلف كثيراً عن متوسط الاختبار إحصائياً أو معنوياً وبالتالي هناك حياد أو عدم إدراك لمحتوى الفرضية وبالتالي لم نتكمن من اعتبار بأن الخدمات التي يقدمها التأمين الصحي في السوق السورية ذات جودة منخفضة.

(الجدول رقم (3) نتائج التحليل الإحصائي SPSS)

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
H1	95	3.0632	1.08971	0.11180

One-Sample Test

	Test Value = 3					
	T	Df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
H1	0.565	94	0.573	0.06316	- 0.1588-	0.2851

(المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على نتائج البرنامج الإحصائي SPSS الإصدار 18)

اختبار الفرضية الثانية:

تم تجميع الأسئلة من (2-6) لاختبار الفرضية الثانية، حيث تبين لنا أن هناك فروقاً معنوية إحصائياً وذلك عند مستوى دلالة 0.05 بين المتوسط العام لإجابات أفراد العينة والمتوسط الفرضي المستخدم في الدراسة، بدليل أن مستوى المعنوية 0.000 أقل من 0.05 ، وبالتالي نرفض فرضية العدم، ولمعرفة إن كان هناك اتفاق لأفراد العينة مع نص الفرضية نقارن المتوسط العام لأراء أفراد العينة مع المتوسط الفرضي فنجد أنه قد بلغ 2.6021 وهو أقل من 3 وعلى اعتبار أن الفرضية بصيغة النفي فبالتالي هناك اتفاق لأفراد العينة على أن شركات التأمين لا تمارس دوراً ملحوظاً في التأثير على تحسين جودة خدمة التأمين الصحي المقدمة، إضافة إلى ذلك نلاحظ وجود درجة توافق واضحة بين الإجابات، حيث تشير قيمة الانحراف المعياري المنخفضة 0.648 إلى انخفاض درجة التشتت في الآراء، وبالتالي فإن هذا المتوسط يمثل آراء جميع أفراد العينة تمثيلاً صحيحاً.

(الجدول رقم (4) نتائج التحليل الإحصائي SPSS)

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
H2	95	2.6021	0.64807	0.06649

One-Sample Test

	Test Value = 3					
	T	Df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
H2	-5.984-	94	0.000	-.39789-	-.5299-	-.2659-

(المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على نتائج البرنامج الإحصائي SPSS الإصدار 18)

اختبار الفرضية الثالثة:

تم تجميع الأسئلة من (7-11) لاختبار الفرضية الثالثة، حيث تبين لنا أن هناك فروقاً معنوية إحصائياً وذلك عند مستوى دلالة 0.05 بين المتوسط العام لإجابات أفراد العينة والمتوسط الفرضي المستخدم في الدراسة، بدليل أن مستوى المعنوية 0.019 أقل من 0.05 ، وبالتالي نرفض فرضية العدم، ولمعرفة إن كان هناك اتفاق لأفراد العينة مع نص الفرضية نقارن المتوسط العام لأراء أفراد العينة مع المتوسط الفرضي فنجد أنه قد بلغ 3.1726 وهو أكبر من 3 وعلى اعتبار أن نص الفرضية بصيغة النفي فبالتالي هناك عدم اتفاق لأفراد العينة على أن الدور الذي تمارسه شركات إدارة النفقات الطبية ضعيف وينعكس سلباً على مستوى جودة الخدمة المقدمة إضافة إلى ذلك نلاحظ وجود درجة توافق واضحة بين الإجابات، حيث تشير قيمة الانحراف المعياري المنخفضة 0.706 إلى انخفاض درجة التشتت في الآراء.

(الجدول رقم (5) نتائج التحليل الإحصائي SPSS)

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
H3	95	3.1726	0.70657	0.07249

One-Sample Test

	Test Value = 3					
	T	Df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
H3	2.381	94	0.019	0.17263	0.0287	0.3166

(المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على نتائج البرنامج الإحصائي SPSS الإصدار 18)

اختبار الفرضية الرابعة:

تم تجميع الأسئلة من (12-17) لاختبار الفرضية الرابعة، حيث يتبين لنا أنه ليس هناك فروق معنوية إحصائية و ذلك عند مستوى دلالة 0.05 بين المتوسط العام لإجابات أفراد العينة والمتوسط الفرضي المستخدم في الدراسة، بدليل أن مستوى المعنوية 0.888 أكبر من 0.05 ، وبالتالي نقبل فرضية العدم، وما يدعم هذه النتيجة أن متوسط الفرضية والبالغ 3.0088 يقترب من المتوسط الفرضي 3 وبالتالي متوسط الإجابة لا يختلف عن متوسط الاختبار إحصائياً أو معنوياً أي أن هناك حياد أو عدم إدراك لمحتوى الفرضية وبالتالي لم تتمكن من التأكد بأن مستوى جودة خدمات التأمين الصحي في السوق السورية يعكس ضعفاً في الدور الذي يقوم به مقدمو الخدمة الطبية.

(الجدول رقم (6) نتائج التحليل الإحصائي SPSS)

One-Sample Statistics.

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
H4	95	3.0088	0.60795	0.06237

One-Sample Test

	Test Value = 3					
	T	Df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
H4	.141	94	0.888	0.00877	-.1151-	.1326

(المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على نتائج البرنامج الإحصائي SPSS الإصدار 18)

اختبار الفرضية الخامسة:

تم تجميع الأسئلة من (18-22) لاختبار الفرضية الخامسة، حيث يتبين لنا أن هناك فروق معنوية إحصائياً و ذلك عند مستوى دلالة 0.05 بين المتوسط العام لإجابات أفراد العينة والمتوسط الفرضي المستخدم في الدراسة، بدليل أن مستوى المعنوية 0.000 أقل من 0.05 ، وبالتالي نرفض فرضية العدم، ولمعرفة إن كان هناك اتفاق لأفراد العينة مع نص الفرضية نقارن المتوسط العام لآراء أفراد العينة مع المتوسط الفرضي فنجد أنه قد بلغ 2.2211 وهو أقل من 3 وعلى اعتبار أن نص الفرضية سلمي فبالنتالي هناك اتفاق لأفراد العينة على أن الزبائن يمارسون دوراً سلبياً في التأثير على جودة خدمة التأمين الصحي المقدمة لهم إضافة إلى ذلك نلاحظ وجود درجة توافق واضحة بين الإجابات، حيث تشير قيمة الانحراف المعياري المنخفضة 0.62940 إلى انخفاض درجة التشتت في الآراء، وبالتالي فإن هذا المتوسط يمثل آراء جميع أفراد العينة تمثيلاً صحيحاً.

(الجدول رقم (7) نتائج التحليل الإحصائي SPSS)

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
H5	95	2.2211	.62940	.06458

One-Sample Test

	Test Value = 3					
	T	Df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
H5	-12.063-	94	0.000	-.77895-	-.9072-	-.6507-

(المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على نتائج البرنامج الإحصائي SPSS الإصدار 18)

اختبار الفرضية السادسة :

تم تجميع الأسئلة من (23-24) لاختبار الفرضية السادسة، حيث يتبين لنا أنه ليس هناك فروق معنوية إحصائياً وذلك عند مستوى دلالة 0.05 بين المتوسط العام لإجابات أفراد العينة والمتوسط الفرضي المستخدم في الدراسة، بدليل أن مستوى المعنوية 0.189 أكبر من 0.05 ، وبالتالي لا يوجد ما يكفي لرفض فرضية العدم، وما يدعم هذه النتيجة أن متوسط الفرضية والبالغ 2.8947 يقترب من المتوسط الفرضي 3 وبالتالي متوسط الإجابة لا يختلف عن متوسط الاختبار إحصائياً أو معنوياً أي أن هناك حياد أو عدم إدراك لمحتوى الفرضية، وبالتالي لم يتمكن من التأكد على أن أقساط التأمين الصحي في السوق السورية مرتفعة جداً وهي لا تنعكس في مستوى ما يقدم من خدمات صحية.

(الجدول رقم (8) نتائج التحليل الإحصائي (SPSS))

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
H6	95	2.8947	0.77492	.07951

One-Sample Test

	Test Value = 3					
	T	Df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
H6	-1.324-	94	0.189	-.10526-	-.2631-	.0526

(المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على نتائج البرنامج الإحصائي SPSS الإصدار 18)

النتائج والتوصيات:

النتائج:

هدف البحث إلى التعرف على تحديات التأمين الصحي في السوق السورية، ومن خلال الدراسة العملية فقد تم التوصل إلى النتائج التالية:

1- لم يتم التمكن من الحكم على مستوى جودة الخدمات التي يقدمها التأمين الصحي فيما إذا كانت منخفضة أو جيدة.

2- لم تلعب شركات التأمين دوراً إيجابياً في تحسين مستوى جودة الخدمات التي يقدمها التأمين الصحي وذلك نتيجة ما يلي:

أ- لم يكن لشركات التأمين دوراً فاعلاً في نشر الوعي بأهمية التأمين الصحي لدى الأفراد.

ب- إن عدم وجود كوادر بشرية فنية مختصة بالتأمين الصحي في شركات التأمين، انعكس سلباً على جودة الخدمة المقدمة.

ت- لا تقدم شركات التأمين شرح كاف للمؤمن لهم عن الشروط العامة والاستثناءات لوثيقة التأمين الصحي والتي تعتبر غير واضحة بشكل عام.

ث- المنافسة القوية بين شركات التأمين أدت إلى تخفيض أسعار التأمين الصحي، وبالتالي انخفاض جودة الخدمات المقدمة.

ج- لم يتم التأكد من أن عدم توافر البيانات المالية والصحية لدى شركات التأمين أدى إلى بناء أفساط التأمين الصحي على أسس غير فنية.

3- كان لشركات إدارة النفقات الطبية دوراً ملحوظاً في تحسين مستوى جودة خدمات التأمين الصحي وذلك للأسباب التالية:

أ- إن لشركات إدارة النفقات الطبية دور في رفع درجة الوعي لدى أطراف عملية التأمين الصحي من خلال الندوات والدورات التدريبية.

ب- ساهمت شركات إدارة النفقات الطبية في ضبط الإجراءات الطبية وتخفيض التكاليف على شركة التأمين.

ت- لم يتم التمكن من التأكيد بأن دور شركة إدارة النفقات الطبية كان غير حيادياً في عملية التأمين الصحي، وبأنها كانت دائماً تقف في صف شركة التأمين على حساب المؤمن له ومقدم الخدمة الطبية.

ث- أيضاً لم نتمكن من الحكم بأن أداء شركات إدارة النفقات الطبية تراجع، وانعكس على جودة الخدمة المقدمة مع زيادة أعداد المشمولين بالتأمين الصحي.

ج- إن عدم تغطية شبكة مقدمي الخدمات الطبية المتعاقدة مع شركات الإدارة لجميع المناطق والنواحي، ساهم في عدم وصول خدمات التأمين الصحي لجميع المؤمن لهم.

4- لم يتم التأكيد من نوع الدور الذي يمارسه مقدم الخدمة في التأثير على مستوى جودة خدمات التأمين الصحي، وتم التوصل إلى النتائج التالية المتعلقة بمقدم الخدمة:

أ- يعتبر مقدم الخدمة الطبية الواجهة الأساسية في عملية التأمين الصحي، وله الدور الأكبر في التأثير على جودة الخدمة المقدمة في التأمين الصحي.

ب- يرفض مقدمو الخدمة الطبية الانضمام إلى شبكة التأمين الصحي بسبب تعقيد إجراءات التأمين والتأخر في الحصول على أتعابهم.

ت- إن الأسعار المخفضة لشبكة التأمين والمفروضة على مقدمي الخدمة الطبية تؤثر بشكل سلبي على جودة الخدمة المقدمة من قبلهم.

ث- لم يتم التأكيد من أن مقدم الخدمة الطبية يتعامل مع حامل بطاقة التأمين الصحي على أنه مواطن من الدرجة الثانية.

ج- لم يتم التحقق من أن زيادة عدد المؤمنین أدى إلى تردي الخدمة المقدمة من قبل الجهات الطبية بالرغم من زيادة دخلهم من التأمين الصحي.

ح- لم يتم إثبات فعالية تطبيق التكنولوجيا باستخدام شبكة الانترنت من قبل مقدمي الخدمة الطبية في تسريع إجراءات التأمين و في عملية الحصول على الموافقات الطبية.

5- يمارس المؤمن لهم دوراً سلبياً في التأثير على مستوى جودة خدمات التأمين الصحي المقدمة لهم وتم التوصل إلى ما يلي:

أ- لا يشعر المواطن السوري بأهمية التأمين الصحي في حياته، حتى أنه لا يميز الفرق بين التأمين الصحي والتأمينات الاجتماعية.

ب- بالرغم من الارتفاع المستمر في تكاليف الخدمة الطبية فإن ذلك لم يؤد إلى رفع درجة الوعي لدى المواطن بأهمية شراء وثيقة تأمين صحي.

ت- ليس للعامل الديني أثر في امتناع المواطن عن شراء وثيقة تأمين صحي.

ث- إن ضعف وعي المؤمن له بأهمية الإجابة على أسئلة استمارة طلب التأمين الصحي، وبكيفية استخدامه لبطاقة التأمين، انعكس سلباً على جودة الخدمة المقدمة له.

ج- إن سوء استخدام التأمين الصحي من قبل المؤمن له، ينعكس سلباً عليه بارتفاع أقساط التأمين عند التجديد.

6- لم يتم التأكد من أن أقساط التأمين الصحي مرتفعة و لا تنعكس في مستوى ما يقدم من خدمات صحية.

التوصيات:

بناء على النتائج السابقة التي تم التوصل إليها، يمكن أن نقدم بعض التوصيات المقترحة للتطبيق من قبل جميع الأطراف المشاركة في عملية التأمين الصحي وذلك لضمان نجاح هذا النوع من التأمين والارتقاء بالخدمة المقدمة إلى المستوى المطلوب:

1- على شركات التأمين الاهتمام بتنمية مهارات الكوادر الإدارية والفنية والتسويقية العاملة لديها، وتوعية موظفي خدمة الزبائن على شروط عقد التأمين الصحي وتغطياته واستثناءاته، لشرحها بشكل تفصيلي للزبائن.

2- ضرورة اعتماد قواعد الاكتتاب الصحيح وتبني أسعار علمية وإحصائية، واعتماد مبدأ المنافسة الإيجابية وذلك من خلال سرعة تسديد حقوق الجهات الطبية والمؤمنين.

3- أهمية قيام شركات إدارة النفقات الطبية بعقد جلسات حوار بين شركات التأمين ومقدمي الخدمة العلاجية، حتى تكون العلاقة بينهما متوازنة وليست متقاطعة، والاستمرار بالقيام بالندوات لمقدمي الخدمة الطبية لتوعيتهم بأهمية التقيد بإجراءات التأمين الصحي وتدريبهم على استخدام نظم المعلومات الخاصة بالتأمين الصحي.

4- ضرورة اهتمام شركات الإدارة باختيار جهات مقدمي الخدمة الطبية طبقاً لمعايير الجودة والحرص على التعاقد مع مقدمي الخدمات في كافة المناطق والأرياف، والالتزام بتطبيق شروط العقود مع مقدمي الخدمة الطبية وخاصة ما يتعلق منها بالمدّة الزمنية لتسديد أجورهم.

5- على مزودي الخدمة الطبية التعامل مع حامل بطاقة التأمين الصحي بطريقة جيدة وتقديم الخدمة الطبية بكفاءة عالية وبالتالي المساهمة في نشر الوعي التأميني بين المواطنين، والتركيز على رضا العميل الذي يدفع إلى زيادة حجم العمل لدى الجهات الطبية وبالتالي ارتفاع المردود المادي.

6- التأكيد على ضرورة مشاركة المؤمن له في النفقات وذلك بوضع سقف لتغطية الخدمات وفرض نسبة تحمل تؤدي إلى إحداث رقابة ذاتية، وعدم إساءة استخدام المزايا والمنافع التي تقدمها وثائق التأمين الصحي.

المراجع:

المراجع العربية :

- 1 العجمي، حسين. *التأمين الصحي*. مركز الدراسات المالية والمصرفية BIBF. البحرين (2015).
- 2 خوري، رامي. *إدارة العلاقة بين شركات التأمين الصحي والزبائن من خلال شركات TPA*. دراسة أعدت لنيل شهادة MBA من المعهد العالي لإدارة الأعمال HIBA. دمشق (2018).
- 3 ديواني، هشام. *التأمين الصحي في سورية*. ملتقى التأمين الصحي الأول. دمشق (2018).
- 4 مطر جي، مروان. *أهمية شركات إدارة الخدمات والنفقات الطبية*. مجلة المصارف والتأمين. العدد 13-14 (2010).
- 5 نحاس، سمير. *التأمين الصحي والتكنولوجيا*. الملتقى العربي للتأمين الصحي. دمشق (2018).
- 6 منشورات هيئة الإشراف على التأمين - التقارير الربعية والسنوية من عام 2006 إلى عام 2014
- 7 د. قزمان، عادل : " العلاقة العقدية بين المؤمن والمؤمن له " ملتقى التأمين الصحي الأول - دمشق 2018 .
- 8 د. ابراهيم ، فتح الله : " التأمين الصحي " ندوة التأمين الصحي - بيروت (2017) .
- 9 أ. شويري ، جان : " تطورات ومستقبل التأمين الصحي في العالم العربي " المؤتمر العام السادس والعشرون للاتحاد العام العربي للتأمين - مصر (2016) .
- 10 مجلة التأمين والمعرفة - العدد السادس عشر " واقع التأمين الصحي " . (2013)
- 11 هاربيت أي .جونز : " تأمين الحياة والصحي ووثائق دفعات الحياة " - الطبعة الثالثة ، ترجمة مركز رويل للتدريب القانوني و الدراسات عن جمعية إدارة مكتب التأمين على الحياة LOMA: Life Office Management Association - 2008 .
- 12- هاربيت أي .جونز : " عمليات شركات التأمين " الطبعة الثانية ، ترجمة مركز رويل للتدريب القانوني و الدراسات عن جمعية إدارة مكتب التأمين على الحياة LOMA: Life Office Management Association - 2018 .

المراجع الأجنبية :

- 1- LIM, Gillian. *Health Insurance in Asia*. Asia Insurance Review Ins Communications Pte Ltd. Singapore. 2009
- 2- Bolts, Nuts. *Health Insurance An Introduction to Health Insurance Operation*. Health Insurance Association of America. Washington DC. 2015.
- 3- *The Health Insurance Primary: An Introduction to How Health Insurance Works*. Health Insurance Association of America. Washington DC. 2015.
- 4- The Malaysian Insurance Institute : *An Introduction to Healthcare Insurance*. 2017
- 5- LOMA , Life Office Management Association : *Insurance Administration* , Fourth Edition .2019

ملحق رقم (1): استمارة الاستبيان

جامعة دمشق

كلية الاقتصاد

قسم المصارف والتأمين

السيد / السيدة :

تقوم الباحثة بإعداد دراسة حول : (تحديات التأمين الصحي وأثرها على جودة الخدمة المقدمة في سوق التأمين السورية) - دراسة مقارنة ضمن سوق التأمين السورية .

إن مساهمتك الكريمة في الإجابة عن أسئلة هذا الاستقصاء بدقة وحياد سيساعد الباحثة في الوصول إلى نتائج البحث المرجوة ، علماً أن المعلومات التي سيتم الحصول عليها ستستخدم فقط ضمن إطار علمي أكاديمي.

الباحثة: ديما أحمد رضا الديك

يرجى قراءة فقرات الاستبيان بدقة و وضع إشارة (√) أمام الإجابة التي تعكس الواقع فعلاً :

أولاً : البيانات الشخصية و الوظيفية :

الجنس :					<input type="checkbox"/> ذكر		<input type="checkbox"/> أنثى							
العمر :					<input type="checkbox"/> 35-22 سنة		<input type="checkbox"/> 45-36 سنة		<input type="checkbox"/> 55-46 سنة		<input type="checkbox"/> أكثر من 56 سنة			
طبيعة العمل :					<input type="checkbox"/> موظف في شركة تأمين		<input type="checkbox"/> مقدم خدمة طبية		<input type="checkbox"/> موظف في شركة إدارة نفقات طبية		<input type="checkbox"/> غير ذلك			
المؤهل العلمي :					<input type="checkbox"/> دكتوراه		<input type="checkbox"/> ماجستير		<input type="checkbox"/> دبلوم		<input type="checkbox"/> بكالوريوس		<input type="checkbox"/> ثانوية عامة	
الخبرة العملية :					<input type="checkbox"/> أقل من 3 سنوات		<input type="checkbox"/> بين 3 و 10 سنوات		<input type="checkbox"/> بين 10 و 15 سنوات		<input type="checkbox"/> أكثر من 16 سنة			

ثانياً :

الرقم	الوصف	موافق جداً	موافق	غير متأكد	غير موافق	غير موافق إطلاقاً
1	إن مستوى جودة الخدمات الطبية التي يقدمها التأمين الصحي منخفض .					
2	لم تلعب شركات التأمين دوراً فعالاً في نشر الوعي بأهمية التأمين الصحي لدى المواطنين .					
3	إن عدم وجود كوادر بشرية فنية مختصة بالتأمين الصحي في شركات التأمين، انعكس سلباً على جودة الخدمة المقدمة .					
4	لا تقدم شركات التأمين شرح كاف للمؤمن لهم عن الشروط العامة والاستثناءات لوثيقة التأمين الصحي والتي تعتبر غير واضحة بشكل عام.					
5	إن عدم توفر البيانات المالية والصحية لدى شركات التأمين أدى إلى بناء أقساط التأمين الصحي على أسس غير فنية .					
6	المنافسة القوية بين شركات التأمين أدت إلى تخفيض أسعار التأمين الصحي و بالتالي انخفاض جودة الخدمات الطبية .					
7	كان لشركات إدارة النفقات الطبية دور في رفع درجة الوعي لدى أطراف عملية التأمين الصحي من خلال الندوات والدورات التدريبية .					
8	ساهمت شركات إدارة النفقات الطبية في ضبط الإجراءات الطبية وتخفيض التكاليف على شركة التأمين .					
9	لم يكن دور شركة إدارة النفقات الطبية حيادياً في عملية التأمين الصحي و إنما كانت دائماً تقف في صف شركة التأمين على حساب المؤمن له ومقدم الخدمة الطبية.					
10	إن عدم تغطية شبكة مقدمي الخدمات الطبية المتعاقدة مع شركات الإدارة لجميع المناطق و النواحي، ساهم في عدم وصول خدمات التأمين الصحي لجميع المؤمن لهم.					
11	مع زيادة أعداد المشمولين بالتأمين الصحي تراجع أداء شركات إدارة النفقات الطبية ، و انعكس ذلك على جودة الخدمة المقدمة.					
12	يعتبر مقدم الخدمة الطبية الواجهة الأساسية في عملية التأمين الصحي ، وله الدور الأكبر في التأثير على جودة الخدمة المقدمة في التأمين الصحي.					

				يرفض مقدمو الخدمة الطبية الانضمام إلى شبكة التأمين الصحي بسبب تعقيد إجراءات التأمين والتأخر في الحصول على أتعابهم .	13
				إن الأسعار المخفضة لشبكة التأمين والمفروضة على مقدمي الخدمة الطبية تؤثر بشكل سلبي على جودة الخدمة المقدمة من قبلهم .	14
				يتم التعامل مع حامل بطاقة التأمين الصحي على أنه مواطن من الدرجة الثانية من قبل مقدمي الخدمة الطبية.	15
				بالرغم من زيادة إيراد مقدم الخدمة الطبية من التأمين الصحي بزيادة عدد المؤمنین إلا أن ذلك أدى إلى تردي الخدمة المقدمة لهم .	16
				إن تطبيق التكنولوجيا باستخدام شبكة الانترنت من قبل مقدمي الخدمة الطبية لم يسرع في إجراءات التأمين وفي عملية الحصول على الموافقات الطبية .	17
				لا يشعر المواطن السوري بأهمية التأمين الصحي في حياته، حتى أنه لا يميز الفرق بين التأمين الصحي والتأمينات الاجتماعية.	18
				بالرغم من الارتفاع المستمر في تكاليف الخدمة الطبية فإن ذلك لم يؤدي إلى رفع درجة الوعي لدى المواطن بأهمية شراء وثيقة تأمين صحي .	19
				ليس للعامل الديني أثر في امتناع المواطن عن شراء وثيقة تأمين صحي .	20
				إن ضعف وعي المؤمن له بأهمية الإجابة على أسئلة استمارة طلب التأمين الصحي، وبكيفية استخدامه لبطاقة التأمين ، انعكس سلباً على جودة الخدمة المقدمة له .	21
				إن سوء استخدام التأمين الصحي من قبل المؤمن له ، ينعكس سلباً عليه بارتفاع أقساط التأمين عند التجديد .	22
				إن أقساط التأمين الصحي المقدمة في السوق السورية مرتفعة ولا تتناسب مع دخل المواطن .	23
				إن أقساط التأمين الصحي لا تنعكس في مستوى جودة الخدمة المقدمة .	24

