مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية _ سلسلة الآداب والعلوم الإنسانية المجلد (40) العدد (4)2018
Tishreen University Journal for Research and Scientific Studies - Arts and Humanities Series Vol. (40) No. (4) 2018

التأمين الصحي الإلزامي الشامل كخيار استراتيجي في عملية التنمية الصحية المستقبلية (دراسة تحليلية في محافظة اللاذقية)

د. أسامة محمد*

د.باسل أسعد**

(تاريخ الإيداع 18 / 4 / 2018. قبل للنشر في 28 / 6 / 2018)

□ ملخّص □

يعد نظام التامين الصحي الشامل من أهم الأنظمة التي توصي بها منظمة الصحة العالمية لما لهذا النظام من أهمية كبيرة في توفير خدمات رعاية صحية لجميع المواطنين بشكل عادل قدر الإمكان. ومن هنا ركز البحث على إشكالية أساسية ترتبط بهذا الموضوع كالآتي: هل نظام التأمين الصحي الشامل خيار مناسب للواقع الراهن في سورية؟، كما هدف البحث إلى بيانواقع نظام التامين الصحي الحكومي ومعرفة سلبياته، واقتراح نموذج للتأمين الصحي الشامل ممكن التطبيق في الجمهورية العربية السورية يراعي الواقع الحالي. المنهج المتبع: المنهج الوصفي التحليلي. كما تم تصميم استبانة وتوزيعها على 450 عامل في القطاع العام بغية قياس درجة رضاهم عن نظام التأمين الصحي الحالي. وتكمن أهمية البحث كونه من الدراسات التي تركز على إمكانية تطبيق نموذج مقترح من الممكن ان يساعد في تأمين الخدمات الصحية الضرورية لكافة المواطنين بشكل عادل في ظل الأزمة الراهنة وانخفاض سوية الدخل وازدياد الطلب على الخدمات الصحية الحكومية. أهم النتائج التي توصل لها البحث كالآتي: عدم فعالية وعدالة نظام التأمين الصحي الحكومي الحالي، وجود قبول ورضا جماهيري حول فكرة التأمين الصحي الشامل وأقساطه المقترحة، أهمية نظام التامين المقترح في تأمين التمويل المناسب لقطاع الخدمات الصحية. من الممكن أن يشكل النموذج المقترح أساسا لإستراتيجية تنموية صحية مستقبلية.

الكلمات المفتاحية: التأمين الصحي، نظام التأمين الصحي، التغطية الصحية.

* أستاذ مساعد – قسم علم الاجتماع–كلية الآداب والعلوم الإنسانية–جامعة تشرين– اللاذقية– سورية.

** دكتوراه – الاقتصاد – كلية الاقتصاد– جامعة تشرين– اللاذقية– سورية.

مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية _ سلسلة الآداب والعلوم الإنسانية المجلد (40) العدد (4)2018
Tishreen University Journal for Research and Scientific Studies – Arts and Humanities Series Vol (40) .No. (4) 2018

Comprehensive Compulsory Health Insurance As A Strategic Option In Future Health Development Process (analytical study in Latakia governorate)

Dr. Osama Mohammad*
Dr. Bassel Asaad**

(Received 18 / 4 / 2018. Accepted 28 / 6 / 2018)

□ ABSTRACT □

The Comprehensive Health Insurance System is one of the most important systems recommended by WHO. This system is of great importance in providing health care services to all citizens as fair as possible. The comprehensive health insurance system is an appropriate option for the current situation in Syria. The aim of the study is to examine the reality of the public health insurance system and its disadvantages, and propose a comprehensive health insurance model that can be applied in the Syrian Arab Republic that takes into consideration the current situation. The method adopted in the study is the analytical descriptive approach. A questionnaire was designed and distributed to 450 workers in the public sector in order to measure their satisfaction with the current health insurance system. The importance of the research is one of the studies that focuses on the possibility of applying a proposed model that can help in providing the necessary health services to all citizens in a fair manner in light of the current crisis of decreasing income level and increasing demand for government health services. The results of the study are as follows: The ineffectiveness and fairness of the current government health insurance system, the acceptance and satisfaction of the public about the comprehensive health insurance and its installments, The importance of the proposed insurance system in securing adequate funding for the health services sector. The proposed model could form the basis for a future health development strategy.

Key words: health insurance, health insurance system, health coverage.

* **Assistant Professor-Department of Sociology- Faculty of Arts-Tishreen University**
** **PhD in Economics**

مقدمة:

إن توفير حزمة واسعة من الخدمات الصحية لجميع السكان في ظل الأزمة الراهنة مكلف جداً، ومن غير الممكن الوصول إليه إلا عبر خطة تنموية صحية تمتد بين خمس إلى عشر سنوات كحد أدنى. كما أن تقدير حجم الأموال اللازمة وطرق الحصول عليها بدقة أمر صعب لأنه يتوقف أولاً على نوع الخدمات المقدمة ومستوى جودتها. ولكن حسب تقديرات مركز الأمن الصحي العالمي التي نشرت في لندن فقد قدر الإنفاق العام الأدنى لتوفير حزمة خدمات ذات أولوية صحية لجميع السكان يبلغ 86 دولاراً للشخص الواحد سنوياً[1] حيث لم يتحقق هذا الشرط الأدنى للتمويل العام في 61 بلداً في عام 2012، حسب تقديرات مركز الأمن الصحي العالمي.

لقد كان موضوع كيفية تمويل البلدان النامية لأنظمتها الصحية إحدى أكثر القضايا المثيرة للجدل في التنمية العالمية. وفي ثمانينيات القرن العشرين، شجعت الجهات المانحة البلدان على الانتقال من تمويل أنظمتها الصحية حكومياً إلى الاعتماد أكثر على التمويل الخاص. وتمثلت المشورة السائدة من البنك الدولي في السنوات السابقة في ضرورة ازدياد اعتماد البلدان على فرض رسوم المستخدم على المرضى.

في حين يقول قلة من الباحثين إن هذه السياسة ساعدت في تحسين جودة الخدمات حيث أظهرت الأدلة على مدى العقدين التاليين بأن رسوم المستخدم خفضت كثيراً الإقبال على الخدمات الصحية الأساسية، ولاسيما من جانب الفقراء. وعندما أدركت المنظمات العالمية كاليونيسيف ومنظمة الصحة العالمية أن رسوم المستخدم أصبحت عائقاً كبيراً أمام الفقراء، حاولت الحد من تأثيرها عبر مبادرة باماكو التي وضعت أنظمة إدارة مجتمعية بقصد إعفاء الفقراء[2]. ولكن ثبتت عدم فعالية هذه الأنظمة أيضاً. ففي غرب أفريقيا، انخفض عدد مرات استخدام خدمات العيادات الخارجية إلى زيارة واحدة للشخص كل خمس سنوات في مطلع الألفية الثالثة نتيجة لتطبيق سياسة رسوم المستخدم على المرضى، وفي السنوات الأخيرة، ظهرت طريقة جديدة لتمويل قطاع الخدمات الصحية والاستثمارات ضمن هذا المجال تتمحور حول فكرة التغطية الصحية الشاملة، وحسب منظمة الصحة العالمية ومؤسسة تشاتام هاوس والبنك الدولي برز إجماع قوي على أن آليات التمويل الإلزامية (من الضرائب العامة وبرامج التأمين الصحي الإلزامي الشامل) هي أفضل طريقة لتمويل قطاع الخدمات الصحية من مختلف جوانبه.[3]

مشكلة البحث:

تتمحور مشكلة البحث بالتساؤل الرئيس الآتي: هل نظام التأمين الصحي الشامل خيار مناسب للواقع الراهن في سورية؟ وبالتالي يمكن تفصيل المشكلة الأساسية إلى مجموعة من الأسئلة كالآتي:

- ما واقع نظام التامين الصحي الحالي؟
- هل يراعي نظام التأمين الصحي الحكومي الحالي العدالة الاجتماعية بين أفراد المجتمع؟
- هل نموذج التأمين الصحي الشامل المقترح يراعي الواقع الراهن في السورية؟
- هل من الممكن اعتبار نظام التأمين الصحي خياراً استراتيجياً تنموياً للمستقبل في سورية؟

أهمية البحث وأهدافه:

أهمية البحث

تنبع أهمية البحث من أهمية دراسة نموذج نظام التأمين الصحي الشامل المقترح، والتي يمكن الاستدلال عليها من خلال المؤشرات الآتية:

1. أهمية بيان واقع نظام التأمين الصحي الحالي.

2. تحديد نموذج ممكن التطبيق للتأمين الصحي يناسب الوقع الراهن.

كما يشكل هذا البحث مساهمة نظرية علمية من خلال دراسة وتحليل واقع نظام التأمين الصحي الحكومي، كما يشكل هذا البحث إضافة عملية بحيث تقدم دليلاً تجريبياً ملموساً على أهمية النموذج المقترح وإمكانية تطبيقه.

أهداف البحث

يهدف البحث إلى الآتي:

- دراسة واقع نظام التامين الصحي الحكومي ومعرفة سلبياته.
- اقتراح نموذج للتأمين الصحي الشامل في الجمهورية العربية السورية يراعي الواقع الحالي.
- استشراف أهمية اختيار نموذج التأمين الشامل كخيار استراتيجي تنموي مستقبلي.

فرضيات البحث

ينطلق البحث من فرضية أساسية وهي زيادة الحاجة لوجود استراتيجية تنموية صحية تتوافق مع الواقع الراهن للأزمة السورية، وينبثق عنها الفرضيات الفرعية الآتية:

- عدم فعالية نظام التأمين الصحي الحكومي المطبق في سورية وعدم عدالته.
- ارتفاع كفاءة نظم التأمين الصحي الشامل وفاعليتها على المستوى العالمي.
- التأمين الصحي الشامل خيار أساسي لتمويل قطاع الخدمات الصحية في الواقع الراهن لسورية.

منهجية البحث

يقع البحث الحالي ضمن إطار الدراسات الوصفية التحليلية التي تعتمد المنهج الوصفي التحليلي الذي يمكن من التوصل إلى معرفة تفصيلية عن واقع قطاع الخدمات الصحية وواقع نظام التأمين الصحي الراهن، وذلك بهدف اقتراح نموذج تأمين صحي شامل يراعي الواقع الراهن للأزمة السورية. إن المنهج الوصفي التحليلي يعتمد على دراسة الواقع أو الظاهرة كما توجد في الواقع ويهتم بوصفها وصفها دقيقاً.[4] وتم استخدام طريقة المسح الاجتماعي بالعينة للتحقق من صحة الفروض، كما تم تصميم نموذج استمارة استبانة مؤلف منقسمين وخمسة أسئلة بغية دراسة نظام التأمين الصحي المقترح، وزع القسم الأول (السؤالين الأولين) من الاستمارة على عينة مؤلفة من 450 مشترك في نظام التامين الصحي الحالي موزعين على (مديرية سياحة اللاذقية، الزراعة، المالية، التربية، الثقافة وجامعة تشرين)، كما وزع القسم الثاني (ثلاثة أسئلة) على عينة عشوائية بسيطة مؤلفة من 450 عائلة من غير المشتركين في نظام التامين الصحي الإلزامي الحكومي.

- عينة الدراسة: تم احتساب عينة الدراسة بالاعتماد على الآتي:

بالاعتماد على جدول Uma Sekaran الذي ينص على انه إذا كان عدد أفراد العينة أقل من 250000 فيكفي 220 عينة للتمثيل وإذا كان أكثر من 1000000 فيكفي 385 عينة لتمثيل. كما أن العدد بين 30–500 عينة كافي لتمثيل أي ظاهرة بشرط أن تكون عدد الاستبانات الموزعة تساوي أو أكثر من عشرة أضعاف أسئلة الاستبيان. وبالتالي تم تقدير حجم العينة بـ 450 مشترك وعائلة.[1]

- الحدود المكانية: محافظة اللاذقية
- الحدود الزمانية: عام 2018.

[1] Uma Skran Research Methods Entire eBook, https://iaear.weebly.com/uploads/2/6/2/5/26257106/research_methods_entiree_book_umasekaram-pdf-130527124352-phpapp02.pdf

مفهوم التأمين الصحي

نظام التأمين الصحي في الجمهورية العربية السورية: جاء المرسوم التشريعي رقم 65 لعام2009 الذي سمح للجهات العامة بإبرام عقود تأمين صحية للعاملين لديها وعائلاتهم حسب أنظمتها مع المؤسسة العامة السورية للتأمين بعد موافقة رئيس مجلس الوزراء بناء على اقتراح الوزير المختص وتصديق وزير المالية. بحيث يكون التأمين على العاملين في القطاع الإداري إلزاميا ويدفع العامل 37.5% من قيمة أقساط التأمين البالغة نحو 8 آلاف ليرة سورية سنويا، في حين تدفع الوزارة المختص 62.5 % للمؤسسة العامة السورية للتأمين أو شركات التأمين الخاصة عن جميع العاملين في القطاع الإداري. (3000 ل.س يدفعها الموظف سنوياً، 5000 ل.س تدفعها الجهة الحكومية عن كل موظف سنوياً).

يعد التأمين الصحي الحكومي أحد أهم أنواع التأمين وأكثره ارتباطا وحساسية بأفراد المجتمع ومنظماته وذلك نتيجة لما له من أثر إيجابي في توفير الأمان، الادخار، حماية الأسرة.

أي أنه نظام تكافل يضمن تقديم الخدمة الصحية لمجموعة من المشتركين مقابل قسط تأميني تحدده شركة التأمين بالاتفاق مع الجهات المسؤولة تبعا لعدة عوامل، يسدد القسط من جميع الأفراد مقابل تقديم الخدمة الصحية المتفق عليها للأفراد المحتاجين.

ولهذا فإن التأمين الصحي هو تنظيم اقتصادي اجتماعي الغرض منه تيسير الخدمة الطبية بدون أن يقف العائق المالي وهو تكلفة الخدمة الطبية الذي يقف في هذه الحالة حاجزاً بين الفرد وبين إمكانية حصوله على الخدمة، لذا فالتأمين ليس تأميناً ضد المرض، وإنما تأمين ضد ارتفاع تكاليف الخدمة الطبية، ولهذا يطلق عليه في بعض الأحيان لفظ (تأمين الرعاية الطبية).[5]

مكونات نظام التأمين الصحي الحكومي الحالي: components of public health insurance system

يتألف نظام التأمين الصحي من عدة مكونات أساسية وهي: [6]

1. إلزامية التأمين الصحي لكافة العاملين في الجهات التي تم اختيارها.
2. تحديد الاشتراك على شكل قسط شهري، إدارة العملية التأمينية.
3. أساليب تمويل التأمين الصحي، وأساليب تنظيم التأمين الصحي.

أهداف التأمين الصحي الحكومي الحالي:

يمكن للتأمين الصحي أن يهدف إلى تحقيق غايات عدة منها: [7]

1. المساهمة في توفير موارد مالية لتمويل نفقات القطاع الصحي الباهظة التكاليف وبالتالي تخفيف الأعباء عن الميزانيات العامة للدولة في علاج العاملين لديها.

2. يكفل التأمين الصحي الاطمئنان الاجتماعي لدى العمال والموظفين،لا سيما إذا كان التأمين الصحي شاملاً للموظف ولأفراد عائلته، ومغطياً لكافة أنواع الأمراض.

3. توفير فرص عمل جديدة في شركات ومؤسسات التأمين الصحية.

الصعوبات التي تواجه التأمين الصحي في سورية:

يمكن تحديد أهم الصعوبات التي تواجه التأمين الصحي في الجمهورية العربية بناء على العديد من الدراسات السابقة المتعلقة بالموضوع كالآتي:

- انخفاض مستوى الرقابة على شركات التأمين الصحي من قبل الجهات الحكومية، مما يدفع بشركات التأمين بإتباع سياسات وآليات عمل غير واضحة وغير متضمنة في عقود التأمين، ومنها: عدم الموافقة على صرف كافة الأدوية، عدم الموافقة على صرف إلا بعض أنواع الأدوية المحددة بأسمائها التجارية، عدم حصول المؤمن عليه على عدد المراجعات للعيادات المنصوص عليها في عقد التامين..الخ.
- انخفاض نسبة تغطية الأمراض من قبل شركة التأمين الصحي للمؤمن عليهم من العاملين في الدولة، حيث أنه من الملاحظ أن الأمراض المغطاة في أنظمة التأمين الصحي الحكومية عادة ما تكون غير ملبية لحاجات المشتركين الصحية.
- محدودية مبالغ الإنفاق من قبل شركة التامين الصحي على المؤمن عليهم من العاملين، فمن الملاحظ وجود مبلغ مالي سنوي وعدد مرات مراجعة للعيادات والمخابر والمشافي لا يمكن تجاوزه.
- فردية التغطية الصحية، حيث أن التغطية تشمل فقط المؤمن عليه ولا تشمل باقي أفراد العائلة.
- عدم وجود كوادر متخصصة في مجال التأمين الصحي في الجهات الحكومية، مما يؤدي لضعف الرقابة والمتابعة من قبل الجهات الحكومية، الأمر الذي يؤدي بدوره لزيادة تهرب الشركات من مسؤولياتها وعدم وضوح آلية القبول والرفض والصرف للطبابة والوصفات والتغطية بالنسبة للمشترك.
- سوء البنية التحتية المخصصة للخدمات اللازمة للتأمين الصحي مما يؤثر على سرعة الحصول على الخدمة.
- حداثة هذا العلم ومحدودية الخبرات في الأسواق المحلية مما يؤدي للجوء إلى انتهاج سياسة التجربة والخطأ.
- خروج الكثير من مقدمي الخدمات (مشافي، صيدلية ..الخ) من الخدمة في العديد من المحافظات وسفر العديد من الكوادر الطبية خارج البلد خلال الأزمة الراهنة مما أثر بشكل سلبي على المشتركين في التأمين الصحي الحكومي.
- صعوبة إيجاد حل فوري للنازحين من بين المحافظات حيث تقتطع أقساط التأمين بشكل مستمر ولا يتمكنون من الحصول على الخدمات في الكثير من الأحيان.
- انخفاض جودة خدمات التأمين الصحي الحالي، وانخفاض رضا العاملين على عمل شركات التأمين الصحي.[8]

عدم عدالة نظام التأمين الصحي الحكومي الحالي:

من خلال القيام ببعض العمليات الحسابية المتعلقة بنظام التامين الصحي الحالي (حسب بيانات المكتب المركزي للإحصاء) يتبين الآتي:

- إجمالي مبلغ المشتركين عام 2010= 600000 موظف × 8000 = 4.8 مليار
- حصة المشتركين من الإجمالي= 600000× 3000 = 1.8 مليار
- حصة الوزارات الحكومية= 600000 × 5000 = 3 مليار
- نسبة المشتركين من إجمالي عدد سكان سورية= 2.9%
- موازنة وزارة الصحة عام 2010= 9.3 مليار ل.س.

والأسئلة الهامة المتعلقة بالتمويل الآتي:

- هل يعقل تغطية 3% من سكان سورية بنسبة تصل إلى 30% من موازنة وزارة الصحة لإجمالي سكان سورية؟
- هل يوجد عدالة في عملية التغطية المذكورة ل .3% من سكان سورية فقط وما هو أساسها؟

نموذج التأمين الصحي الشامل الإلزامي المتدرج المقترح:

إن النموذج المقترح يراعي الوضع الراهن ويسعى لتحسين قطاع الخدمات الصحية في سورية ويتماشى مع واقع الأزمة الراهنة وهو نظام التغطية الصحية الشاملة المتدرجة الإلزامي الذي يعتمد على توفير الخدمات الصحية بشكل تدريجي متساو لكافة المواطنين، بالإضافة إلى تمويل الاستثمارات الصحية المستقبلية في آن واحد. المعتمد على آليات التمويل من الحكومة عن طريق الموازنات والمنح والمساعدات..الخ، بالإضافة إلى الاشتراك الصحي الإلزامي لكافة الأفراد. وذلك للأسباب الآتية:

- عدم إمكانية جذب مصادر تمويل خارجية للاستثمار في قطاع التأمينات والخدمات الصحية في ظل الوضع الراهن. ومحدودية الاستثمارات الداخلية في القطاع الخاص خلال فترة الأزمة.
- محدودية الإيرادات الحكومية، وتوجه وزارة الصحة ووزارة التعليم العالي لتطبيق نظام رسوم المستخدم للمرضى على الخدمات الصحية المقدمة من خلال تحويل العديد من المشافي إلى هيئات عامة، حيث أثبت هذا النظام عدم فاعليته على المستوى العالمي في العديد من الدول الذي طبقته.
- الحاجة إلى مصدر تمويل حقيقي، ممكن تحصيله يتماشى مع الواقع الراهن ومستوى دخل الفرد، والإمكانات الحكومية.

أولا: لماذا نظام التغطية الصحية الشاملة المتدرج إلزامي؟

حاولت عدة بلدان تطبيق التغطية الصحية عبر منح الأولوية لشرائح محددة من السكان. ولعل أحد الشواهد على ذلك قرار اتخذته حكومة زامبيا عام 2006 بتوفير خدمات عامة مجانية لسكان الأرياف فقط، فيما واصلت فرض رسوم على مستخدمي المرافق الصحية في المدن.[9] وقد حاولت حكومات بلدان أخرى تطبيق أهداف الألفية الإنمائية في مجال الصحة عبر تغطية شرائح محددة من السكان كالحوامل، والأطفال دون سن الخامسة، والمصابين بأمراض سارية أو المعرضين للإصابة بها كما تمت تغطية العاملين في القطاع الحكومي بوصفهم فئة لها أولوية في تلقي خدمات صحية تفضيلية، ومن جهة أخرى، حاولت جمعيات خيرية وعدد متزايد من الحكومات تغطية المحرومين والفقراء بشكل انتقائي إدراكا منها بافتقارهم للموارد اللازمة للحصول على رعاية صحية. وفي السنوات الأخيرة، اعتمدت بعض البلدان النامية أنظمة تأمين صحي خاصة للفقراء باستخدام أموال الضرائب وأحيانا المساعدات الخارجية. ولعل برنامج التأمين الصحي الوطني في الهند خير مثال (يغطي 110 مليون مواطن). [10] وتشير تجارب البلدان التي اختارت حصر التغطية بفئات سكانية محددة إلى حدوث حالة من الاستقطاب في الغالب، بمعنى أن التغطية الصحية تعاظمت بالنسبة للأثرياء الذين تشملهم أنظمة تأمين صحي مدعومة حكومياً أو خاصة أو القادرين على دفع رسوم الخدمات الصحية من أموالهم الخاصة. ومع ذلك، هناك محاولات تبذل لتغطية أفقر الفقراء بحزمة خدمات صحية ممولة حكومياً، وإن كانت أقل سخاء. تتجه هذه الطريقة إلى تكوين ما يشار إليه بعبارة "الطبقة المتوسطة الضائعة" التي تشكل في كثير من البلدان النامية الغالبية العظمى من السكان، أي الفئة التي تعيش في أسر عاملة في القطاع غير المنظم، ولذلك اتسمت الإصلاحات في التغطية الصحية الشاملة المحدودة بفئات أو أنواع محددة بأنها:

- غير فعالة: نسبة كبيرة من السكان غير مشمولة بالتغطية.
- غير كفوءة: تتميز الأنظمة المجزأة بتكاليف إدارية مرتفعة.
- غير منصفة: تستفيد الأسر الثرية أكثر من غيرها. [11]

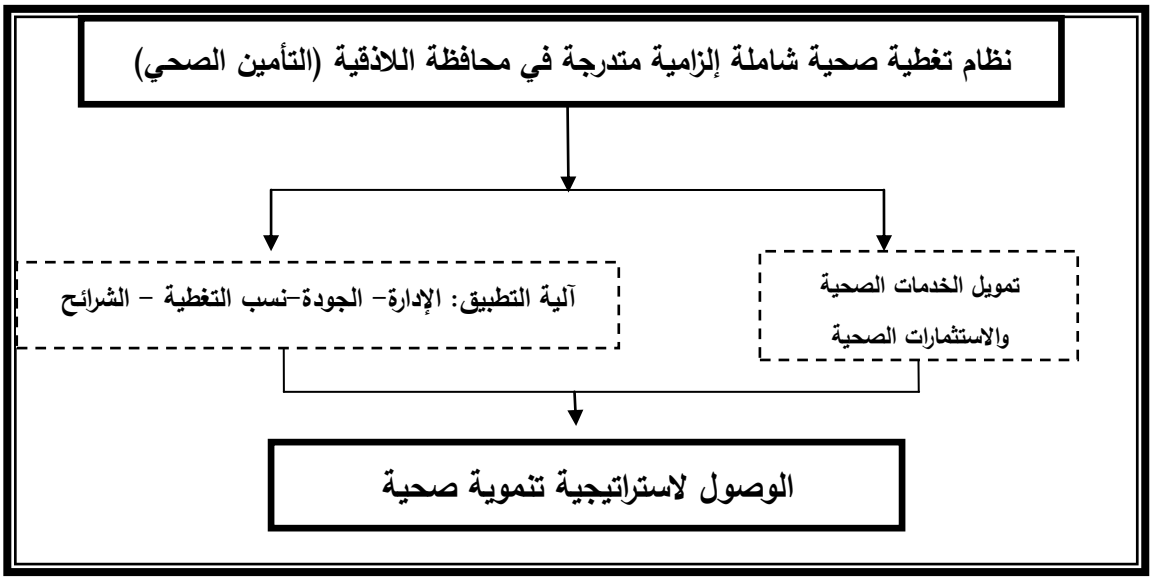
وفي المقابل، نجحت بلدان أخرى في تحقيق تقدم سريع بعد أن ضخت حكوماتها أموالاً طائلة واستطاعت التحرر من الاستراتيجية غير الشاملة نحو الاستراتيجية الشاملة للسكان. ومن هذه الأمثلة الآتي:

- ثمة أمثلة إيجابية كثيرة من بلدان نامية تتقدم بسرعة ونجاح نحو تحقيق مستويات أعلى من التغطية الفعالة باعتماد استراتيجية تغطية جميع السكان. فقد طبقت بلدان مثل تشيلي والبرازيل والمكسيك وتركيا وتايلاند والصين آليات تمويل حكومية إلزامية لسد فجوات التغطية بين فئات السكان، وغالباً ما يشار إلى هذه البلدان باعتبارها أنموذجاً يحتذى في مجال التغطية الصحية الشاملة لأنها حسنت النتائج الصحية، وحدت من عدم المساواة، ورفعت مستويات الحماية المالية مقارنة بنظيراتها.
- لقد زادت نسبة التغطية إلى أكثر من 90% من الأمراض و85% من الاستثمارات الصحية في رواندا بمجرد جعل الاشتراك في النظام الصحي إلزامياً، ودعمت أقساط التأمين العائلية من قبل الحكومة.
- كما حققت الصين معدلات تغطية بلغت نحو 92% بعد إنفاق الحكومة مبلغاً إضافياً على خدمات الرعاية الصحية والاستثمار في هذا المجال قدره 512 مليار دولار.[12]

ثانيا: النموذج المقترح لنظام التغطية الصحية الشاملة الإلزامية المتدرجة (التأمين الصحي):

بناء على رأي خبراء التأمين الصحي في منظمة الصحة العالمية، الاتحاد الأوروبي المتضمن وجوب تطبيق نظم الضمان الصحي على فترات زمنية تصل إلى عشر سنوات مع ضرورة تحديد الفئات التي يغطيها في كل مرحلة، والرسوم، ومصادر التمويل، مع إعطاء القطاع الخاص دوراً هاماً في هذه العملية. يجب اقتراح إصدار قانون شامل للتأمين الصحي يهدف إلى تغطية جميع مواطني الجمهورية العربية السورية وفقا للنموذج المقترح، ومن الممكن أن يطبق بشكل تدريجي على محافظات القطر ويراعي خصوصية كل محافظة وفقا للوضع الراهن، بما يسهم في ترشيد استخدام الموارد المتاحة وتوجيهها وتطوير جودة الخدمات الصحية المقدمة مما يوقف نزيف موازنة الدولة ويحل مشكلة التشتت الحالي في نظام التأمين الصحي لدى القطاع العام ويقدم رؤية لموضوع مجانية العلاج.

مما سبق تم اقتراح نموذج مبدئي لنظام التأمين الصحي كأحد الحلول ممكنة التطبيق، والذي من الممكن أن يساهم في حل العديد من المشكلات المرتبطة بقطاع الخدمات الصحية كالآتي:



الشكل(1) النموذج المقترح للتأمين الصحي في محافظة اللاذقية

المصدر :إعداد الباحثين

1. الشرائح والأمراض الواجب تغطيتها في نظام التأمين الصحي الشامل الإلزامي المتدرج المقترح

إن عملية تحديد الأمراض الواجب تغطيتها كمرحلة أولية من أكثر الأمور تعقيدا وصعوبة، حيث ترتبط هذه العمليات بالعديد من المعطيات، من أهمها: عرض الخدمات الصحية في القطاع العام والخاص، بالإضافة إلى المبالغ الواجب إنفاقها على تقديم الخدمات الصحية. وقد تم تحديد الشرائح والأمراض الواجب تغطيتها بنظام التامين الصحي بالاعتماد على الدراسات السابقة وتجارب بعض الدول، بالإضافة إلى رأي العديد من الأطباء من ذوي الخبرة في مجال التأمين الصحي، حيث تم التوصل إلى مجموعة الأمراض الواجب تغطيتها من قبل نظام التأمين الصحي والتي تمثل حاجة للمواطنين كمرحلة أولى، والجدول(1) الآتي يبين الشرائح الواجب تغطيتها.

جدول (1) الشرائح والفوائد والتحديات لنظام التأمين الصحي الإلزامي المتدرج ذي التغطية الشاملة

التوصيف	تغطية كافة السكان بحزمة خدمات تعتمد على الأولوية، على أن تتزايد نسب التغطية مع مرور الوقت.
الفوائد	تقديم فوائد لجميع المشتركين من خلال تعزيز الفائدة والمساواة.
التحديات	تقديم خدمات ذات جودة عالية.

المصدر: إعداد الباحث بالاعتماد على تقرير منظمة الصحة العالمية ورأي الأطباء في شركة الخدمات المميزة

كما أن الأمراض المقترح تغطيتها بنظام التأمين الصحي ذي التغطية الإلزامية الشاملة المتدرجة قد اشتمل على كافة الأمراض المغطاة بشكل كامل أو جزئي بالإضافة إلى بعض الأمراض غير المغطاة من قبل شركات التأمين المتعاقدة مع العاملين في الدولة السورية منذ عام 2010.

2. اتجاهات التغطية الصحية الشاملة المتدرجة الإلزامية:

من الضروري تحديد الاتجاهات العامة للنظام المقترح وذلك بهدف بيان كافة المعطيات الواجب تحديدها وآليتها وطرق تنفيذها، والجدول الآتي يبين ذلك:

جدول (2) اتجاهات نظام التأمين الصحي الشامل الإلزامي المتدرج

مسار أولي من خلال نظام التغطية الصحية الشاملة المتدرجة					
التوجه	نسبة السكان المشمولين بالتغطية	الجزء المغطى من التمويل الحكومي	حدود التغطية	المشاريع الاستثمارية	سوية الجودة
الشمولية المتدرجة تستهدف الفقراء في البداية من خلال اختيار نوع التدخل(أول خمس سنوات)	%100	منخفض	الجميع (إعفاء الفقراء فقط بنسبة لا تتجاوز 5% من المشتركين)	العيادات الطبية الحكومية الشاملة	رفع سوية الجودة
الشمولية المتدرجة تستهدف زيادة عدد الأمراض المغطاة (بين5 إلى 10 سنوات)	%100	كبير	الجميع (إعفاء الفقراء فقط بنسبة لا تتجاوز 5% من المشتركين)	التوسع بما يتناسب مع الطلب	الحفاظ على سوية الجودة المرتفعة

المصدر:إعداد الباحث بالاعتماد على Global health 2035: a world converging within a generation, The Lancet

بمتابعة الجدول السابق نلاحظ الآتي:

- تمتد الخطة المقترحة لنظام التأمين الصحي لفترة عشر سنوات مستقبلية تحاكي واقع الحرب الراهنة في سورية، كما تقسم الفترة الزمنية إلى فترتين تمتد كل منها إلى خمس سنوات.
- يجب أن يشمل نظام التأمين الصحي الحكومي الإلزامي المتدرج كافة المواطنين دون استثناء، بحزمة مرضية من الخدمات الصحية التي تلبي احتياجات كافة المواطنين، على أن يزيد عدد الأمراض المشمولة خلال المستقبل.

3.حدود التغطية الصحية الشاملة المتدرجة الإلزامية المقترحة :

لتحديد حدود التغطية الواجب اتباعها من قبل نظام التأمين الصحي الشامل، ومن خلال المقابلة مع بعض الأطباء من شركات التأمين الصحية في سورية البالغ عددهم 27 طبيب من أصل 195 طبيب عامل في شركات التأمين الصحي(عينة عشوائية بسيطة تشكل نسبة 13.8% من مجتمع البحث)[2]، تم التوصل إلى حدود التغطية كما هو مبين بالجدول الآتي:

جدول (3) حدود التغطية في لنظام التأمين الصحي الشامل المتدرج الإلزامي في العام الواحد

النوع	إجمالي مبلغ التغطية للمشترك بالعام حسب نوع الخدمة وفقا لعقد التأمين	نسبة تحمل المشترك %	عدد الإحالات
فحوصات داخل المشافي والمختبرات الخاصة	50000 ل.س لكافة خطط العلاج خارج المشفى الحكومية (الفحوصات، التحاليل، صور الأشعة..الخ)	35لكل إحالة	5 إحالات في السنة
فحوصات داخل المشافي الحكومية	6 إحالات في السنة ويدفع رسم مقطوع لكل خدمة(الفحوصات والصور والأشعة والتحاليل،..الخ) تقدر بمبلغ 100 ل.س يدفع عن كل خدمة لمرة واحدة مهما بلغ عددها، وتلغى هذه الرسوم مستقبلا.		
زيارة طبيب في العيادات أو المشافي الخاصة	35000 ل.س لكافة خطط العلاج خارج المشفى الحكومية (زيارة الطبيب في العيادات او المشافي الخاصة)	20لكل إحالة	6 إحالة في السنة
زيارة طبيب في الجهات الحكومية	6 إحالة في السنة ويدفع رسم مقطوع لكل معاينة في مشفى حكومي أو عيادة طبية حكومية أو مركز صحي يقدر بمبلغ 100 ل.س يدفع عن كل زيارة لطبيب ، وتلغى هذه الرسوم مستقبلا.		
الأدوية في الجهات الخاصة	50000 ل.س لكافة خطط العلاج خارج الجهات الحكومية	25 لكل إحالة	6 إحالة في السنة
الأدوية في الجهات الحكومية	يدفع مبلغ مقطوع يقدر بـ20% من تكلفة الدواء، وتلغى هذه الرسوم مستقبلا. ويستثنى من هذه الرسوم الأمراض التالية التي تعد مجانية بالكامل (القصور الكلوي والغسيل، القلب المفتوح والصمامات، بدائل صناعية، الأمراض السرطانية كافة، التلوث الكيميائي والنووي، الأمراض الناتجة عن الكوارث مهما كانت)		
دخول المشافي الخاصة	300000 ل.س لكافة خطط العلاج داخل المشافي الخاصة	35 لكل إحالة	حسب المرض
دخول المشافي الحكومية	3 مرات في العام يدفع رسم مقطوع لكل خدمة يحدد بـ100ل.س بالإضافة إلى 150ل.س عن كل ليلة مبيت، وتلغى هذه الرسوم مستقبلا.		

المصدر: إعداد الباحث بالاعتماد على رأي عينة الأطباء، والأطباء في شركة الخدمات المميزة لإدارة نفقات التأمين الصحي2017

4.سوية الجودة المطلوبة في الخدمات الصحية المقدمة بالنموذج المقترح للتأمين الصحي:

[2]تضمنت الأسئلة الآتي: رأي الأطباء عن نسب التغطية الواجب وضعها في القطاع العام والخاص، عدد الإحالات المسموحة لمراجعة العيادات في القطاع العام والخاص، نسبة تغطية الأدوية للمرضى في القطاع العام والخاص، عدد المرات المسموحة لمراجعة المشافي العامة والخاصة ومبلغ التغطية الصحية.

يعد عامل الجودة من العوامل الأساسية لنجاح هذا النموذج المقترح وبعدم توفر جودة مرضية للخدمات الصحية المقدمة فإن نجاح هذا المقترح من غير الممكن. وحتى يتم رفع سوية جودة الخدمات الصحية المقدمة في المنشآت الحكومية لابد من دراسة الآتي وتحديد تكلفته بدقة عالية:

- دراسة تكاليف الجودة الصحية وتحديدها بدقة عالية لكل منشأة.
- دراسة التعويضات والمكافآت الواجب منحها للعاملين في القطاع الصحي الحكومي والعمل على رفعها بما يتناسب مع معدلات الجودة في العمل الوظيفي المطلوب تحققه.
- قياس مستوى رضا المشتركين عن سوية الخدمة المقدمة بشكل دائم متضمنا كافة مؤشرات الجودة الصحية (الملموسية، الاعتمادية، الأمان، الثقة، التعاطف).
- العمل على تطبيق نظام إدارة الجودة الشاملة للمنشآت الصحية الحكومية.

5.دور وزارة الصحة في نظام التأمين الصحي الإلزامي الشامل المتدرج:

إن الهدف الاجتماعي الحكومي المعتمد على تقديم الخدمات الصحية بشكل مجاني قد بدأ بالتلاشي في سورية من خلال اتخاذ مجموعة من الإجراءات المتعلقة بتحقيق الإيرادات، بالإضافة إلى الانخفاض الكبير الملحوظ في سوية جودة الخدمات الصحية الحكومية المقدمة.

وبالتالي يمكن تحديد متطلبات إنجاح نظام التامين الصحي المقترح بالنقاط الإدارية والقانونية الآتية:

- تحديد جهة واحدة مسؤولة عن إدارة نظام التامين الصحي المقترح وهي وزارة الصحة السورية.
- نقل تبعية المشافي الجامعية إلى وزارة الصحة.
- تأسيس هيئة سورية للتأمين الصحي الإلزامي تتبع لرئاسة مجلس الوزراء، وتشرف على كافة الأمور والعمليات المتعلقة بنظام التأمين الصحي الإلزامي المتدرج الشامل.
- إجراء الدراسات اللازمة لتعديل كافة القوانين والتشريعات.
- التأكيد على الهدف الاجتماعي لنظام التأمين الصحي المقترح، من خلال حق الحصول على المداواة بشكل متساوٍ لكافة المواطنين، والتأكيد على هدف البرنامج الاجتماعي المتمثل بتقديم الخدمات وإنشاء الاستثمارات الصحية وليس الربح.
- تحديد نسبة10-5% من الفقراء بحيث يكونون معفيين بالكامل من دفع الاشتراك في التأمين الصحي بطريقة عادلة مع إمكانية زيادة هذا العدد.
- ربط ضريبة الدخل في القطاع الخاص(أطباء، صيدليات، مختبرات، مشافٍ خاصة) بنظام التأمين الصحي (ربط الضريبة بالبطاقة الصحية وحسمها بشكل مباشر وتحويلها لحساب يفتح لصالح شركة التأمين المقترحة ويعتبر كإيراد للنظام المقترح) لمنع التهرب الضريبي الحاصل في القطاع الخاص الصحي.

6.طريقة إدارة نظام التأمين الصحي الإلزامي الشامل المتدرج المقترح في محافظة اللاذقية:

تعد عملية إدارة نظام التأمين الصحي المقترح من أصعب العمليات كونها تتضمن شقين أساسيين وهم: جزء يتعلق بالخدمات الصحية، وجزء آخر يتعلق بالإنفاق الاستثماري في قطاع الخدمات الصحية. وفي ظل الظروف الراهنة لابد أن تعتمد وزارة الصحة على شركات خاصة متخصصة في هذا المجال بحيث تدير العملية في كل محافظة على حدة، وتتمحور مهام شركة الإدارة بما يأتي:

- تحديد طرق تسديد الاشتراكات وآلية توزيع البطاقات بين المشتركين.

- كيفية تعامل المواطن المشترك بالنظام المقترح بالقطاع العام والقطاع الخاص.
- كيفية إنفاق مبالغ التأمين الصحي المجمع من المشتركين على الخدمات الصحية وعلى الإنفاق الاستثماري في قطاع الخدمات الصحية.
- وضع تسعيرة ثابتة لكافة الخدمات الصحية المقدمة في القطاع الخاص ورسوم القطاع العام.
- إيجاد آلية واضحة للرقابة على تنفيذ العقود المبرمة مع المشتركين وتفادي كافة السلبيات التي يواجهها نظام التأمين الصحي الإلزامي الحكومي المطبق حالياً.
- زيادة مبالغ التعويضات والمكافآت للعاملين في قطاع الخدمات الصحية الحكومي.
- إدارة الموارد البشرية الصحية وإعادة توزيعها بما يتناسب مع ما هو مخطط ويحقق أفضل مصلحة وجودة للخدمات المقدمة.
- الاستفادة من التجهيزات المتوفرة بالمراكز الصحية وصيانتها وإعادة توزيعها بما يحقق الهدف المذكور، ويحد من تكلفة شراء تجهيزات جديدة قدر الإمكان.

7. آلية تمويل قطاع الخدمات الصحية والإنفاق الاستثماري المقترحة:

كما أبدى كافة أفراد عينة الدراسة المذكورة سابقا عن قبولهم لفكرة التأمين الصحي الشامل، وقبولهم لدفع مبلغ تأمين صحي لكل فرد يوازي مبلغ التأمين الصحي الحكومي للعاملين في الدولة، بشرط حصولهم على خدمات صحية حكومية بجودة مرضية، وبعدالة اجتماعية بعيدة عن الفساد والمحسوبية. حيث يقدر وسطي إنفاق العائلة كحد أدنى على الخدمات الصحية بحدود40000 ل.س حسب رأي عينة الدراسة. مما سبق فإن القسط المقترح للتامين الصحي يوازي القسط الحالي الذي يدفعه العامل في الدولة وهو3000 ل.س سنويا.

ومن بيانات المجموعة الإحصائية السورية لعام2010 فقد بلغت الأموال المقدرة في موازنة عام2010 المتعلقة بالقطاع الخدمي الصحي كالآتي:

- وزارة الصحة: 9310395000 ل.س
- خدمات الضمان الاجتماعي: 1363400000 ل.س
- مخصصات المشافي في وزارة التعليم العالي: 6780000000 ل.س[13]

مجموع المبالغ المقدرة للخدمات الصحية خلال عام 2010 = اعتماد وزارة الصحة+خدمات الضمان الاجتماعي+مخصصات المشافي في وزارة التعليم العالي17453795000 ل.س،

وفي حال تم تطبيق نظام التأمين الصحي الشامل على كافة المواطنين بصيغته الحالية وبتغطيته الحالية لكان المبلغ المتوقع تحصيله من أقساط الاشتراك في عام 2010 كالآتي:

مبلغ التأمين الصحي المقدر لكافة سكان سورية عام2010 = 3000[3] ×21000000[4]= 63000000000 ل.س

وفي حال أضيفت المبالغ الحكومية لمبلغ التأمين الصحي المقترح لبلغ المبلغ المخصص للإنفاق والاستثمار في قطاع الخدمات الصحية عام 2010 الآتي: 80453795000. أي ما يقدر بنسبة 10% من إجمالي الموازنة العامة للدولة عام2010، وبحدود1609075900 مليار دولار أمريكي.

مما سبق فإن نظام التأمين الصحي الشامل كان من الممكن تطبيقه قبل الأزمة الراهنة للأسباب التالية:

[3]قسط التأمين الصحي الذي يدفع المشترك في القطاع العام حسب المكتب المركزي للإحصاء.
[4]عدد سكان سورية عام 2010 حسب المكتب المركزي للإحصاء.

- تحسن مستوى دخل الفرد في عام2010، وإمكانية معظم المواطنين من الاشتراك بالنظام الصحي.
- تحقيق العدالة الاجتماعية من خلال عدالة الحصول على الخدمات الصحية للجميع، ومع توفر مبالغ ضخمة جداً فإنه من الممكن تخصيص مبلغ للفقراء بحيث تتكفل الدولة بدفع رسوم الاشتراك عنهم.
- لا تتكفل الدولة بدفع مبلغ5000[5] عن غير المشمولين بنظام التأمين الصحي المطبق حيث تم الحساب على أساس القسط المتوقع3000 ل.س فقط.

من غير الواضح سبب عدم اعتماد نظام التامين الصحي الشامل الإلزامي في قطاع الخدمات الصحية في عام2010، كونه النظام الأمثل والأكثر وفراً على الدولة والأفضل من ناحية العدالة الاجتماعية.

وعلى الرغم من الصعوبات الحالية والحرب الراهنة التي تعصف بالبلاد فإن نظام التأمين الصحي الشامل الإلزامي المتدرج المقترح من أهم الخيارات لبناء استراتيجية صحية تعتمد على تقديم الخدمات الصحية للجميع، وتمويل الإنفاق الاستثماري في قطاع الخدمات الصحية تحاكي الواقع الراهن.

8. مصادر التمويل المقترح للإنفاق الاستثماري في قطاع الخدمات الصحية:

- الاعتمادات الحكومية المخصصة للقطاع الصحي.
- أقساط المشتركين المقترحة3000 ل.س في العام.
- صندوق التأمين الصحي المقترح في البحث= نسبة 10% كضريبة تقتطع من أي خدمة(مراجعة عيادة أو دخول مشفى) في القطاع الخاص وتحول للصندوق.
- الجمعيات الخيرية والهيئات غير الحكومية.
- الهبات والمنح والمساعدات الخارجية.

المناقشة والنتائج:

الدراسة الميدانية المتعلقة بنظام التأمين الصحي المقترح:

تم تصميم نموذج استبانة مؤلف من قسمين يتضمن القسم الأول سؤالين والقسم الثاني ثلاثة أسئلة وبالتالي فإن المجموع خمسة أسئلة بغية دراسة نظام التأمين الصحي المقترح، حيث تم عرض الاستبانة على عدد من المختصين، وتبين صدق الاستبانة بعد إجراء بعض التعديلات عليها، وزع القسم الأول(السؤالين الأولين) من الاستمارة على عينة مؤلفة من 450 مشترك في نظام التامين الصحي الحالي موزعين على (مديرية سياحة اللاذقية، الزراعة، المالية، التربية، جامعة تشرين، مديرية الثقافة)، كما تم استرجاع446 استبانة من الاستبانات الموزعة، وقد تم رفض14 استبانة بسبب بعض الأخطاء ونقص الإجابات وبالتالي فإن العدد الباقي الخاضع للتحليل بلغ 432 استبانة. كما وزع القسم الثاني(ثلاثة أسئلة) على عينة عشوائية بسيطة مؤلفة من 450 عائلة من غير المشتركين في نظام التامين الصحي الإلزامي الحكومي، وقد تم استرداد وقبول كافة الاستبانات.

وقد تم إدخال هذه البيانات إلى برنامج SPSS بغية تحليل البيانات، وتم إجراء اختبار الفا كرونباخ بغية معرفة مصداقية الاستبيان ودرجة الاتساق الداخلي بين الأسئلة ،وكانت نتيجة الاختبار كالآتي:

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.890	5

[5]المبلغ الذي تدفعه الجهة الحكومية عن كل مشترك في نظام التامين الصحي الحالي، حسب المكتب المركزي للإحصاء..

وهذا يعني أنه إذا وزع الاستبيان بمؤشراته المختلفة على عينة أخرى غير عينة الدراسة في أوقات مختلفة فإن هناك احتمال قدره 89% للحصول على النتائج التي تم التوصل إليها.

وقد كانت الأسئلة ونسب الإجابات كما في الجداول الآتية:

❖ **السؤال الأول: المتعلق باستخدام بطاقة التأمين الصحي للمشتركين الحاليين**

هل استخدمت بطاقة التأمين الصحي في عام 2017. وفي حال لا ما هي أسباب عدم الاستخدام.	نعم	لا
نسبة الإجابة	42%	58%

لوحظ أن نسبة42% من المشتركين في نظام التأمين الصحي لم يستخدموا بطاقة التأمين للأسباب التالية:

- عدم وجود حالة مرضية وحاجة لاستخدام البطاقة.
- عدم وجود تغطية للعديد من المشاكل الصحية مثل مرض الأسنان.
- سوء الخدمات وطول فترة الانتظار للحصول على الخدمة من قبل شركات التأمين.
- عدم صرف العديد من الوصفات من قبل شركات التامين مما دفع العديد من المشتركين لعدم استخدام البطاقة الائتمانية في مرات لاحقة.
- توقف العديد من شركات التأمين عن تغطية المستحقات المالية للمشتركين لعدة أشهر لأسباب غير معروفة.

❖ **السؤال الثاني: المتعلق بجودة الخدمات التي تقدمها شركات التامين الصحي:**

ما درجة الرضا عن جودة الخدمات التي تقدمها شركات التأمين الصحي الحالية؟ وفي حال عدم الرضا ما هي الأسباب	مرتفعة	مقبولة	منخفضة
نسبة الإجابة	2%	9%	89%
هل توافق على الاستطباب في القطاع العام دون اللجوء للقطاع الخاص في حال توفر مستوى مقبول ورضا عن جودة الخدمات الصحية المقدمة	مرتفعة	مقبولة	منخفضة
نسبة الإجابة	88%	9%	3%

لوحظ أن نسبة 89% من المشتركين في نظام التأمين الصحي قد أكدوا على انخفاض جودة الخدمات المقدمة من قبل شركات التامين الصحي الحالية وعدم رضاهم عن عمل هذه الشركات للأسباب الآتية:

- التأخر في الحصول على الموافقات من الشركة في حال توفر الخدمات الأساسية من كهرباء وانترنت.
- عدم إمكانية الاعتماد على الشركات في العديد من الحالات الطبية الاستثنائية، حيث تتهرب الشركات من التزاماتها وتقدم مبررات غير واضحة.
- تهرب الشركات من تغطية النازحين على الرغم من استمرار اقتطاع الأقساط من رواتبهم، متذرعة الشركات بكون العقد مبرم لتقديم الخدمة في محافظة المشترك وأي خدمة خارج محافظة المشترك تتطلب موافقات من إدارة شركات التامين.
- عدم وجود ثقة من قبل المشتركين بطريقة عمل شركات التأمين الحالية.
- انخفاض مستوى الرقابة الممارس من قبل الجهات الحكومية على عمل شركات التأمين الصحي الحالية، وهذا ما يؤدي غلى وجود غموض بعمل شركات التامين.
- كما لوحظ قبول نسبة88% من أفراد العينة للاستطباب في القطاع العام دون اللجوء للقطاع الخاص في حال توفر مستوى مقبول ورضا عن جودة الخدمات الصحية المقدمة.

❖ **السؤال الثالث: المتعلق بقبول نظام التأمين الصحي الشامل:**

هل توافق على الاشتراك بنظام التامين الصحي لكافة أفراد العائلة في حال تقديم خدمات صحية عادلة تتصف بجودة عالية. وفي حال الإجابة ما هي الأسباب التي دفعتك للقبول.	نعم	لا
الإجابة	97.3%	2.7%

لوحظ أن نسبة97.3% من عينة الدراسة قد وافقت على الاشتراك بنظام التامين الصحي المقترح لأسباب الآتية:

- الطلب بتحقيق المساواة والعدالة الاجتماعية بين الموظفين وغير الموظفين.
- صعوبة تحمل تكاليف الرعاية الصحية المرتفعة نتيجة الحرب الراهنة.
- وجود حالة من الشعور بالأمان في حال الاشتراك بالتامين الصحي.

❖ **السؤال الرابع: المتعلق بالموافقة على دفع قسط التأمين الصحي المقترح لكل فرد من أفراد العائلة الموافقين على الاشتراك بنظام التامين الصحي:**

هل توافق على تسديد مبلغ 3000 ل.س سنويا عن كل فرد من أفراد العائلة في حال الاشتراك بنظام التامين الصحي.	نعم	لا
الإجابة	92.7%	7.3%

لوحظ أن نسبة92.7% ترى أن القسط المقترح مناسب جداً في ظل الوضع الراهن.

❖ **السؤال الخامس: متعلق بوسطي الإنفاق على الخدمات الصحية (طبابة، دواء) في حال عدم وجود أمراض مزمنة.**

ما هو وسطي المبلغ المصروف سنويا على الخدمات الصحية للعائلة في حال عدم وجود مرض مزمن.	35-45	45-55	55-65	65- 75
الإجابة	91%	5%	3%	1%

مما سبق نلاحظ وجود قبول فكرة التامين الصحي الشامل الإلزامي المقترح، ومن الممكن إيضاح النقاط الأساسية المتعلقة بعملية التمويل والتحصيل كالآتي:

حسب بيانات المحافظة (مكتب الإحصاء) فقد بلغ عدد سكان المحافظة في الشهر الثامن من عام 2017 (2650334مواطن) وعلى اعتبار أن النموذج مقترح لإجمالي سورية فمن الممكن أن نقوم بعملية حسابية بسيطة تتعلق بمحافظة اللاذقية بالاعتماد على عدد السكان الموجود على الرغم من وجود نازحين من خارج المحافظة، كما يقدر المكتب المركزي للإحصاء لوحظ أن نسبة 91% من المواطنين غير مشتركين في نظام التأمين الصحي تنفق بحدود 40000ل.س سنوياً على الطبابة والأدوية في حال عدم وجود أمراض مزمنة.

وسطي عدد أفراد العائلة بـ 6 أشخاص.

المبلغ المتوقع تحصيله من نظام التأمين الصحي المقترح في اللاذقية= عدد السكان × قسط الاشتراك

= = = = = = = = = = = 7.951002000 =3000×2650334

وسطي أقساط العائلة في نظام التأمين المقترح = عدد أفراد العائلة × قسط الاشتراك

= = = = = = = = 18000 =3000×6

وسطي عدد العائلات في اللاذقية = عدد سكان المحافظة ÷ وسطي عدد أفراد العائلة

= = = = = =2650334÷ 6 = 441722

وسطي إنفاق العائلات على الخدمات الصحية = عدد العائلات في اللاذقية × وسطي المبلغ المنفق لكل عائلة حسب رأي العينة = 441722×40000 = 17,668,880,000 (وهو المبلغ المنفق على الخدمات الصحية في اللاذقية).

المبلغ المتوقع تحصيله فيما لو طبق النموذج في اللاذقية كالآتي:

- أقساط التأمين الصحي = 7.951002000
- اعتمادات مديرية الصحة المتعلقة بالاستثمار والأدوية لعام 2017= 1230000000
- اعتماد مشفى تشرين الجامعي المتعلقة بالاستثمار والأدوية لعام 2017= 1367000000
- المبلغ المدفوع من قبل الجهات الحكومية عن العاملين بالدولة المؤمنين= عدد العمال المؤمنين× حصة الجهات الحكومية المدفوعة لكل مشترك = 35750 × 5000 = 178750000.
- الجمعيات والهيئات والمنظمات الصحية غير الحكومية= 1000000000(حسب تقدير مديرية الشؤون الاجتماعية عام 2016).
- الصندوق المقترح للتحصيل الضريبي= 1000000000(حسب تقدير خبراء المالية قسم الخزينة 2016)
- المنح والمساعدات الخارجية من الهيئات والمنظمات العالمية والدول الخارجية.

وسطي المبلغ المتوقع الحصول عليه = 7.951002000+1230000000+1367000000+178750000+1000000000+1000000000=**12726652000**

يشكل وسطي المبلغ المتوقع الحصول عليه من وسطي إنفاق العائلات على قطاع الخدمات الصحية 72%. كما يجب الإشارة إلا أن نظام التأمين المقترح يعمل على رفع جودة الخدمات الصحية في القطاع العام وتحويل القسم الأكبر من الخدمات الصحية إلى القطاع العام وبالتالي فإن نسبة الإنفاق على الخدمات الصحية في القطاع الخاص سوف تنخفض كثيراً، ومن الصعب تحديد المبالغ بدقة إلى حين اعتماد هذا النموذج.

بالنهاية يعد النموذج المقترحة عبارة عن فكرة أولية مدعومة بتوصيات منظمة الصحة العالمية والعديد من الهيئات العالمية الصحية وتجارب العديد من الدول التي حققت تحسن كبير وملحوظ نتيجة لتطبيق أنظمة التامين الصحي الشامل الإلزامي، وفي حال وجود قبول لدى الحكومة بهذا النموذج المقترن مع قبول أولي لعينة من المواطنين لابد من القيام بالعديد من الدراسات وورشات العمل واستشارة أخصائيين من مختلف الاختصاصات المتعلقة بالموضوع (اقتصادية، مالية، اجتماعية، استثمارية..الخ) بغية الوصول غلى الشكل النهائي المتضمن الأمراض المغطاة، قسط الاشتراك. الخ.

الاستنتاجات والتوصيات

الاستنتاجات

- انخفاض جودة الخدمات المقدمة في نظام التامين الصحي الحكومي الإلزامي المطبق حاليا في سورية، وعدم رضا المشتركين عن الخدمات المقدمة في هذه الشركات.
- عدم وجود رقابة فعالة على عمل شركات التأمين الصحي المطبق حاليا في سورية، مما دفع الشركات إلى عدم الالتزام بالعقود الموقعة مع المواطنين.
- حققت الدول التي طبقت نظام التامين الصحي الشامل الإلزامي تحسناً نوعياً في أنظمتها الصحية وفقاً لرأي منظمة الصحة العالمية وأصبحت مثالاً عالمياً يحتذى.

- إن نسبة91% من عينة الدراسة تنفق مبلغا وسطيا يقدر بـ 40000 ل.س على الخدمات الصحية (طبابة + أدوية) في القطاع الخاص سنوياً في حال عدم وجود مرض مزمن.
- وافقت نسبة97.3%من المواطنين على فكرة نظام التامين الصحي الشامل الإلزامي.
- وافقت نسبة 92.7% من المواطنين على قسط التأمين(3000 للفرد) المقترح تحصيله عن كل فرد.
- يشكل النظام المقترح مصدر تمويل هام للخدمات الصحية وهو إحدى الخيارات الممكنة التطبيق والمناسبة للواقع الراهن في ظل انخفاض الإيرادات الحكومية.

التوصيات:

- **الدعم الحكومي اللازم من أعلى المستويات:** إن تطبيق نظام التأمين الصحي المقترح يتطلب دعما حكوميا قويا من أعلى المستويات لهذه الاستراتيجية الصحية التنموية، حيث يتطلب اعتماد نظام التأمين الصحي المقترح تعديل العديد من القوانين والتشريعات والأنظمة اللازمة لتطبيق هذا النظام.
- **الدعم الشعبي للنظام المقترح:**لا يكتفي الدعم الحكومي وحده لهذا النظام، بل يجب أن تتضمن عملية الدعم للنظام المقترح دعم المواطنين لهذا النظام بغية إنجاحه كونه نظام اجتماعي والغاية منه تحقيق المنفعة للمواطنين وليس تحقيق الربح الاقتصادي، كما يجب أن يتم الإعلان بطريقة مختلفة بحيث يشعر المواطن أنه شريك وأن المنفعة المتوقعة أعلى من الأقساط الواجب دفعها.
- **التخطيط الاستراتيجي الحكومي الفعال:**وهنا يجب وضع خطة صحية شاملة تمتد لعشر سنوات، تتضمن الخدمات والتغطية ودرجات تحسنها مستقبلا، بالإضافة إلى خارطة للمشاريع الاستثمارية الواجب تحقيقها خلال الفترة المذكورة، ومبالغ الإنفاق الاستثماري الواجب تأمينها للوصول إلى استراتيجية تنموية صحية تتناسب مع الواقع الراهن.
- **إنشاء مؤسسات إدارية واستثمارية قوية:**إن نجاح نظام التأمين الصحي المقترح يتطلب إدارة قوية لتوجيه إنفاق الأموال على الخدمات الصحية بالشكل الصحيح وبما يحقق أعلى منفعة على المواطنين، بالإضافة إلى التنسيق مع الجهات الحكومية لتحديد المبالغ الواجب تخصيصها للإنفاق الاستثماري. وبناء عليه من الأفضل التعاقد مع شركات خاصة متخصصة في مجال التأمين الصحي في المرحلة الأولى نظرا لعدم توافر كوادر حكومية كافية في مجال التأمين الصحي.
- **متابعة التنفيذ بكفاءة عالية:** لتفادي الوقوع في إشكاليات نظام التأمين الصحي الحكومي المطبق حالياً، لا بد من وجود آلية واضحة للرقابة على تنفيذ ما هو مخطط، بالإضافة إلى حصول كافة المشتركين على حقوقهم بشكل عادل وبما يحقق المساواة والشفافية، وتصحيح الانحراف عما هو مخطط بشكل سريع، والعمل على تنفيذ مفهوم إدارة الجودة الشاملة في القطاع الخدمي الصحي.
- **الموارد البشرية:**إن توفير الكوادر الصحية اللازمة في ظل الوضع الراهن تعتبر من أكثر الأمور دقة وتعقيداً نظراً لهجرة العديد من الكوادر إلى الخارج في وقتنا الحالي، وعلى الرغم من أن الوضع في محافظة اللاذقية أقل تعقيداً إلا أن وضع الكوادر الصحية على مستوى سورية خلال الفترة الراهنة يتطلب إدارة موارد بشرية على درجة عالية من الكفاءة، لإعادة فرز وتعيين الكوادر بما يراعي التوزيع المكاني من خلال التوظيف والتعاقد. كما يجب أن ترافق عملية التعيين والاستقطاب للكوادر الصحية تحديث الأنظمة المتعلقة بالتعويضات والمكافآت.

المراجع:

1. ROTTINGEN, J. A. *Shared Responsibilities for Health Financing, Report of the Centre on Global Health Security*, Working Group on Health Financing, Chatham House, London, 2014, 18.

2. YATES, R. *Universal Healthcare and the Removal of User Fees. The Lancet*, Vol. 373, No. 9680, 2009, 2078–2081

3. Kim, J. Y. *Universal Health Coverage in Emerging Economies*, Speech to Center for Strategic and International Studies Conference, Washington (DC), 2014, 16.

4. بوحوش، عمار. مناهج البحث العلمي: أسس وأساليب، مكتبة المنار، الأردن، 1989، 127.

5. موساوي، عمر.*الإبداع في المنتجات التأمينية ودوره في تحريك النمو في الأسواق الصاعدة*. الملتقى الدولي السابع حول الصناعات التأمينية، جامعة حسيبة بن بوعلي بالشلف، كلية العلوم الاقتصادية، الجزائر،2010،33.

6. نصارة، محمد محمود. *التأمين الصحي الاجتماعي ومقوماته وإستراتيجيته في مصر*، مجلة التأمين الصحي الاجتماعي، الجمعية العلمية للتأمين الصحي الاجتماعي، القاهرة، العدد التاسع، 2008، 12.

7. خليل، محمد حسن. *رؤى مختلفة لفلسفة التأمين الصحي في زمن العولمة*. ورقة عمل ضمن تقرير عن المؤتمر العام الرابع باتجاه التأمين الصحي الاجتماعي الشامل المنعقد في عين شمس، القاهرة، 2003، 9.

8. حبيب محمود، باسل أسعد. *دراسة تحليلية لواقع التأمين الصحي الحكومي من وجهة نظر العاملين في مديرية السياحة باللاذقية*، مجلة جامعة البعث، 2016

9. LAGARDE, M. *Assessing the Effects of Removing User Fees in Zambia and Niger*. *Journal of Health Services Research and Policy*, 2012,6-30.

10. YATES, R.(). *Women and Children First: An Appropriate First Step towards Universal Coverage*. *The Bulletin of the World Health Organization*,88, 2010, 474-475

11. LAGOMARSINO,G. *Moving towards Universal Health Coverage: Health Insurance Reforms in Nine Developing Countries in Africa and Asia*, *The Lancet*, Vol. 380,No. 9845, 2012, 933-943.

12. World Bank, Doing Business Report 2000-2010-2011and2014.

13. المكتب المركزي لإحصاء، المجموعة الإحصائية لعام 2011.http://www.cbssyr.sy/