

مليون مشترك في «ضمان» للتأمين الصحي 2.5



حوار: سلام أبوشهاب

أكد حمد عبدالله المحياس، الرئيس التنفيذي للشركة الوطنية للضمان الصحي «ضمان»، ضرورة تشديد تدابير الرقابة الأساسية على المطالبات والنفقات الطبية للحد من ظاهرة زيارة عدد كبير من السكان طبييهم بشكل متكرر والإفراط في الاستفادة من مختلف خدمات الرعاية الصحية، مشيراً إلى أن هامش الربح لدى قطاع التأمين الصحي في الدولة منخفض نسبياً مقارنة مع أنواع التأمين الأخرى، ولكن يمكن التحكم في الربح بسهولة نسبياً من خلال الرقابة الصارمة على التكاليف الطبية والتضخم الطبي.

وقال في حوار مع «الخليج» حول إيجابيات نظام التأمين الصحي: «إن احتساب عامل الخطورة التأمينية للفرد أو المؤسسة يكون منسوباً لمجموع المخاطر التي تتحملها الشركة للمؤمن عليهم من مرضى وأصحاء وبالناتج يكون قسم «التأمين أو كلفة البوليصة مهما ارتفع، أقل مما إذا كان محسوباً وحده

:وتالياً نص الحوار

كأول مواطن يتولى الرئيس التنفيذي لأكبر شركة تأمين صحي في الإمارات والمنطقة، ما هي الخطط المستقبلية * والتوسعية ل«ضمان»؟

هذا الإنجاز يشرفني شخصياً لما لهذه المؤسسة من دور في مسيرة نجاحات دولة الإمارات على المستويين - الاقتصادي والطبي، وبالنسبة للشركة الوطنية للضمان الصحي «ضمان»، سعيًا خلال الأشهر القليلة الماضية إلى التكيف وبشكل سريع مع مختلف التغيرات الناتجة عن جائحة كورونا بما يضمن استمرارية توفر جميع خدماتنا ودون انقطاع، حيث إن انسجام عملياتنا بنسبة 100% مع التدابير الجديدة التي فرضتها هذه الظروف دليل على حرصنا الدائم على أن يكون المتعامل محوراً لكافة أعمالنا وتطلعاتنا المستقبلية، وفي خضم هذه الظروف، واصلنا العمل على برنامج التحول الشامل منذ انطلاسته في العام 2019 وانتهينا منه في الوقت المقرر له في الربع الأخير من العام الماضي.

الكلفة التشغيلية

كيف تنظر إلى واقع التأمين الصحي في ظل تزايد الكلفة التشغيلية للخدمات الصحية؟ *

يعتبر سوق الرعاية الصحية في دولة الإمارات العربية المتحدة فريداً وتنافسياً للغاية، مقارنةً بالأسواق الأخرى في - دول مجلس التعاون الخليجي، حيث أسهمت المنافسة بالتأثير في الهوامش الربحية للوثائق التأمينية

ودولة الإمارات تتمتع بمتوسط عمري أصغر سناً مقارنة بالعديد من البلدان الأخرى، وهو ما قد يؤدي إلى الاعتقاد بأن هذا الأمر يعني انخفاض كلفة الرعاية الصحية بسبب المتوسط العمري الذي يؤدي إلى احتياجات صحية أقل، ومع ذلك لدينا عدد كبير من السكان يزورون طبيبهم بشكل متكرر ويفرطون في الاستفادة من مختلف خدمات الرعاية الصحية التي تتساوى مع أوروبا.

مثلاً، تكشف المقارنة من حيث التكاليف مع أوروبا، أن الكلفة الإجمالية للنفقات هي ذاتها، على الرغم من أن الكلفة التشغيلية لأي مؤسسة أقل بكثير هنا في الإمارات، ولا يمكن أن يُعزى هذا المستوى من الإنفاق إلى الطبيعة «المتنامية» للسوق، إذ لا تتطلب خصائص التركيبة السكانية أو كلفة العمليات والاستثمارات في الإمارات هذه المستويات المرتفعة من النفقات، ولذلك من الضروري تشديد تدابير الرقابة الأساسية على المطالبات والنفقات الطبية للحد من هذه الظاهرة.

وعلى وجه العموم، تعتبر هوامش الربحية لدى قطاع التأمين الصحي في الدولة منخفضة نسبياً مقارنة مع أنواع التأمين الأخرى، ولكن يمكن التحكم في الربحية بسهولة نسبياً من خلال الرقابة الصارمة على التكاليف الطبية والتضخم الطبي.

جائحة كورونا

ما هو تأثير تداعيات جائحة كورونا في التأمين الصحي؟ *

بطبيعة الحال، قطاع التأمين كغيره من القطاعات محلياً وعالمياً تأثر بشكل أو بآخر بانتشار جائحة «كوفيد - 19»، - و«ضمان» ليست بمعزل عن هذا الوضع، إلا أنه من المبكر أن نقيّم النطاق الكامل لأثر الجائحة في الشركة.

ولكن ما تم ملاحظته خلال النصف الأول من العام الماضي في أوج الجائحة هو الانخفاض الملحوظ في المطالبات الطبية، على أثر انخفاض زيارات المستشفيات وتأجيل الكشوفات والفحوصات جراء حملات التعقيم على مستوى الدولة، وبالتأكيد احتياج تركيز جهود الطواقم الطبية والمنشآت الصحية على التصدي لهذه الجائحة

وهنا من الواجب لفت الانتباه للأثر العكسي المحتمل لما فرضته الظروف من تأجيل وتأخير في الفحوصات والاستشارات الطبية في البدايات، والتي بطبيعة الحال تنتج عن اكتشاف الأمراض، إما في مرحلة متأخرة، وإما بحدوث تداعيات لن تنجم لولا الجائحة، وهذا بالتأكيد يدعونا كشركة مسؤولة لوضع مخصصات مالية إضافية وتعديل نسب المخاطر التأمينية على وثائقنا توازياً مع توقعاتنا

وعلى الرغم من ذلك، شهدنا تجارب إيجابية، خصوصاً نجاح «ضمان» في تحقيق استمرارية الأعمال وخدمتها للمتعاملين عن بعد بشكل كامل، وتوفير جميع خدماتنا لنحو 2.5 مليون مشترك، وإدارة شبكة المنشآت الصحية المعتمدة لدينا والتي تعتبر الأشمل على مستوى دولة الإمارات بإجمالي يتجاوز ثلاثة آلاف منشأة

2.5 مليون مشترك

ما إجمالي المشتركين في ضمان، وتوزيعهم على الفئات والتي تشمل المعززة والأساسية وثقة؟ *

تحظى «ضمان» بقاعدة متعاملين واسعة ومتميزة على مستوى القطاع، حيث سجلت مع نهاية 2020 ما يقارب 2.5 - مليون مشترك، حيث يبلغ عدد مشتركينا في برامج ثقة 931 ألف مشترك، فيما يبلغ عدد مشتركينا برنامج أبوظبي الأساسي 955 ألف مشترك، والبرامج المعززة 592 ألف مشترك، ونجحت «ضمان» في إضافة 413 ألف مشترك جديد خلال العام 2020، هذه النتائج تؤكد المكانة التي تتمتع بها ضمان على مستوى قطاع التأمين الصحي في دولة الإمارات. وريادية سوق التأمين الصحي، ودليل على حجم الثقة بخدماتنا

أسعار البوالص

يدور الحديث عن مبالغة في أقساط التأمين السنوية لمن يزيد على 50 عاماً، لماذا يتم احتساب أسعار وثائق التأمين * الصحي السنوية بناء على الفئات العمرية، وليس طبيعة ونوعية الأمراض التي يعانيتها الشخص؟

من المهم أن نوضح أن هناك حداً أدنى من المعايير التنظيمية التي تحكم أساسيات تغطية الرعاية الصحية وتكاليفها، - هذا هو الحال في أبوظبي ودبي، حيث يتم العمل وفق نظام قانون التأمين الصحي الإلزامي، وإذا نظرنا إلى أبوظبي كمثال، فإن برنامج أبوظبي الأساسي هو بمثابة الحد الأدنى من حيث التغطية والأقساط التأمينية

العناصر الأخرى التي يتم أخذها بعين الاعتبار في أقساط التأمين للمشاركين الأفراد مرتبطة بالعمر والتاريخ الطبي وتغطية شبكة مزودي الخدمات الطبية والنطاق الجغرافي، وبالتأكيد التضخم الطبي (معدل تضخم أسعار خدمات الرعاية الصحية)، وذلك إلى جانب عناصر فرعية أخرى لضبط نسبة المخاطر التأمينية

أما بالنسبة للأقساط التأمينية المستندة إلى الفئات العمرية، فإنها تخضع لمعايير خاصة بوثائق التأمين الصحي للمؤسسات، وفي مثل هذه الوثائق، ننظر إلى المجموعة بأكملها ونقيم عوامل الخطر المذكورة أعلاه ونفصل بينها حسب العمر، وهنا يكون واضحاً أن سعر التأمين وفقاً للفئات العمرية يكون مفصلاً لكل مؤسسة

وفي الحقيقة، إنه مع تقدم العمر، تزداد احتمالية حدوث المخاطر الصحية، لذلك، وعلى الرغم من أهميتها في حساب قسط التأمين، فإنها ليست العنصر الوحيد، ومن إيجابيات نظام التأمين الصحي هو أن احتساب عامل الخطورة التأمينية للفرد أو المؤسسة يكون منسوباً لمجموع المخاطر التي تتحملها الشركة للمؤمن عليهم من مرضى وأصحاء، وبالتالي يكون المبلغ مهما ارتفع، أقل مما إذا كان محسوباً وحده

تخفيض الأسعار

بعض المنشآت الصحية تشتكي من ضغوط «ضمان» لتخفيض أسعار الخدمات الصحية ويتم بموجبها احتساب * قيمة المطالبات المالية؟

لا يتم احتساب الاستشارات حسب مستوى الطبيب، بل يتم احتسابها وفق درجة أو حدة الحالة المرضية، مع الأخذ – بعين الاعتبار الوقت ومستوى الرعاية اللازمة، فضلاً عن طبيعة زيارة الطبيب التي تتبع تصنيف الحالة «جديدة» أو «مراجعة»، حيث تخضع هذه الأمور للاتفاقيات المبرمة مع مزودي الخدمات الطبية وفقاً للعقد الموحد المعمول به على مستوى الإمارة والذي يترك الاتفاق على التفاصيل بين الطرفين؛ وهما شركة التأمين ومزود الخدمة الصحية

اهتمام الأطباء

بعض الأطباء في القطاع الخاص لا يعطي الوقت الكافي للمريض، بهدف الكشف على أكبر عدد من المرضى * ولتحقيق مزيد من الإيرادات؟

هذا مستوى غير مقبول من الإهمال، وندعو كل مريض في الإمارة للإبلاغ عن أي حالة يقدم فيها الطبيب رعاية غير – كافية، حيث تفخر «ضمان» بجهودها لضبط وتحسين الكلفة بهدف توفير التكاليف على الحكومة وحملة الوثائق كما هو متوقع من قبل أي شركة تأمين مسؤولة، ونحن نقوم بذلك في إطار الاعتراف الكامل بأننا لا نتدخل في تقديم العلاج والرعاية الطبية

ومن الضروري الإشارة إلى أن استشارة الطبيب هي أساس كل رعاية طبية وعلاج، إذ لم توجه «ضمان» أيًا من جهودها لتحسين الكلفة نحو رسوم الاستشارات، لأننا نعتقد أنه من الأفضل توجيه الجهود في هذا الإطار لما فيه مصلحة المشتركين من حملة وثائق التأمين من غير ضرر على تجربتهم العلاجية

هذا النوع من التقصير يجب أن يبلغ عنه لدى السلطات الرقابية الصحية وكذلك شركة التأمين، فبالنسبة لنا، نحن مهتمون بالنظر في الحالات الفردية للبحث في أمرها وكلنا آذان صاغية لها

التوطين

أين وصلت جهود «ضمان» في استقطاب الكوادر الوطنية، وما هي نسبتها في «ضمان»، وما هي الخطة * المستقبلية لزيادتها؟

تلتزم «ضمان» دوماً بإدراج جهود التوطين في محور استراتيجيتنا للموارد البشرية، وقد شكلت نسبة التوطين لأول – مرة لدى الشركة أكثر من الربع خلال العام الماضي، حيث وصلت نسبته اليوم إلى ما يزيد على 26%، حيث إننا مازلنا نوظف نحو ثلث المواطنين العاملين في قطاع التأمين كاملاً على مستوى الدولة

لماذا لا تتوسع «ضمان» خارج إمارة أبوظبي، وفي دول المنطقة، وهل هناك خطة واضحة في هذا الشأن؟ *

توسعت «ضمان» في جميع أنحاء دولة الإمارات العربية المتحدة وأطلقت برامج تأمين من فئة البرامج المعززة بعد - فترة وجيزة من بدء التشغيل في عام 2006، واليوم لانزال نقدم خدماتنا عبر مختلف قنوات الخدمة في جميع أنحاء الدولة، لكننا تحولنا بشكل كبير إلى القنوات الإلكترونية والذكية، وافتتحنا أيضاً في عام 2019 مكتب «ضمان لحلول الرعاية الصحية» بألمانيا لدعم مشتركينا الذين يخضعون للعلاج هناك

العلاج في الخارج

ماذا عن أعداد المرضى الذين وفرت لهم خدمات علاجية في الخارج، وإجمالي النفقات خلال العام الماضي والعام * الجاري لعلاج مرضى في الخارج، وطبيعة الحالات المرضية التي تم علاجها؟

في عام 2020 قمنا بدعم نحو 9100 مريض في 111 دولة، يمثلون 120 جنسية، شكلت إجمالي مطالباتهم الملايين - من الدراهم وكانت مجموعتنا التشخيص الرئيسيتان هما الأورام وأمراض الجهاز التنفسي

زيادة الاستهلاك

هناك مشكلة تتكرر سنوياً مع المشتركين في التأمين الصحي، وهي عبارة تردها «ضمان» عند التجديد «زيادة - استهلاك»، ما يترتب على ذلك مضاعفة أسعار وثائق التأمين، ما حقيقة هذا الأمر؟

يجب ألا ترتفع الأقساط، المتعامل المخلص، أي الذي يتعامل معنا منذ سنوات، على سبيل المثال، سيحصل على قسطه لهذا العام محسوباً مع مراعاة ما دفعه في السنوات السابقة، وبالتالي، لدينا وثائق تأمين في عام 2021 تم تسعيرها أقل من 2020 حتى عندما كانت مطالباتهم في عام 2020 مرتفعة

نحن ندرك أن حالات ارتفاع الأقساط هي أكثر من تلك التي تنخفض، ولكن هذا بسبب عامل مهم، وهو التضخم الطبي، الذي يرتفع باستمرار تماشياً مع مستويات النمو الاقتصادي، علماً أن هذا المؤشر يعتبر بحد ذاته دليلاً على صحة القطاع ونموه ومساهمته الإيجابية في الاقتصاد الوطني

المطالبات

ما إجمالي المطالبات المالية منذ بداية العام، وتوزيعها من حيث مطالبات المنشآت الصحية الحكومية، والمطالبات * من القطاع الصحي الخاص؟

بلغ إجمالي المطالبات المالية التي تلقتها «ضمان» في عام 2020 تقريباً 31 مليون مطالبة، والتي كانت 60% منها - من مزودي الخدمات الطبية في القطاع الخاص، و40% من القطاع العام، ما يؤكد نمو القطاع الخاص الطبي وازدهاره في ظل السياسات الاقتصادية الرشيدة للدولة، وتنوعت هذه المطالبات مثل التأمين الصحي والبرامج الصحية الممولة التي تديرها «ضمان» بإجمالي مليارات الدولارات

مبالغ صرفت بدون حق

ما إجمالي المبالغ المالية التي تم صرفها بدون وجه حق، ونجحت «ضمان» في استرجاعها؟ *

يمكننا هنا التعليق حول نسبة المطالبات من هذا النوع مقارنة بإجمالي المطالبات المستلمة خلال العام، والتي بلغت - نحو 0.1% فقط، وتشكل هذه الحالات أخطاء مكتبية أو إجرائية فيما يخص احتساب وتقديم المطالبات، وفي طبيعة الحال متى ما تم اكتشاف أي حالة اشتباه باحتيال يتم إحالتها للجهات الرقابية

وهنا نود لفت الانتباه إلى أن هنالك تقارير معتمدة تذكر أن متوسط نسبة حالات «الاحتيال والتلاعب والتبذير» في دول مختلفة حول العالم تتراوح بين 5 و25% ونحن، ولله الحمد، بعيدون عن هذا بفضل التدابير الاحترازية والتدقيقية التي نطبقها والقوانين المعمول بها في الإمارات

التدقيق

ما إجمالي العاملين في التدقيق على المطالبات المالية، وما عدد العمليات التي تمر فيها كل مطالبة؟ *

لدينا حوالي 350 موظفاً يقومون بهذا النشاط يومياً، ويشكل المختصون في مجال التدقيق والتحقيق منهم حوالي 40 - موظفاً، وتمرر كافة المطالبات إلكترونياً عبر نظام القواعد الطبية الإلكتروني الذي ابتكرته الشركة في العام 2010، وتمثل وظيفته في تمرير المطالبات الإلكترونية عبر ما يزيد على مليوني قاعدة طبية تشمل أهلية المشترك في الحصول على خدمات علاجية مختلفة، إضافة إلى تناسب الخدمات المقدمة مع عمر وجنس وحالة المريض، إلى آخره من قواعد ذات صلة، وذلك خلا ثوانٍ معدودة، ولدينا أيضاً أنظمة التحليل البياني والتي تتيح لنا النظر أيضاً في أي أنماط مشتبهاً بها، أو غير اعتيادية، كإحالة نسب كبيرة من المرضى لتحاليل معينة أو التوصية لعلاج ما بكثرة، رغم ندر الحالات التي تستدعي له

الاستغلال التأميني

التأمين الصحي فتح المجال أمام نسبة من الكوادر الطبية لإجراء مزيد من الفحوصات والبرامج العلاجية غير * الضرورية، كيف تنظر إلى هذه القضية؟

الاستغلال التأميني وسوء التصرف يجعل من المريض وحالته أمراً ثانوياً للطبيب، ويفتح المجال لأخطاء الممارسات - الطبية والإهمال، فالطبيب له مسؤولياته من خلال هذه المهنة النبيلة، ونحن علينا مسؤوليات متمثلة في حفظ مبالغ أقساط التأمين من خلال وضع أسس لضبطها وتدقيق الدفعات المالية التي صرفت لقاء الخدمات الطبية المغطاة في الوثائق، ونحن في «ضمان» نستخدم نظاماً متطوراً للتحليل البياني التي تظهر أي أنماط مشبوهة للتصدي لهذه الظاهرة