

تسويق التأمين الصحي ودوره في اتجاهات تدريسي كلية الآداب / جامعة بغداد: دراسة تحليلية

م.م عقيل جبر علي حمود المحمداوي (*)

المستخلص :

إن أهمية التأمين والحاجة إلى تسويقه ضد الأخطار المرتقبة للأفراد والممتلكات أصبحت حاجة ضرورية لدرء المخاطر ومواجهتها بوسائل معالجة الأخطار وبشكل فاعل، ومنها وسيلة التأمين الصحي. يتمتع تدريسيو كلية الآداب في جامعة بغداد باتجاهات ايجابية نحو تسويق التأمين الصحي.

يستهدف البحث الحالي التعرف على:

- اتجاهات تدريسيي كلية الآداب نحو تسويق التأمين الصحي.
- الفروق الإحصائية في اتجاهات التدريسيين نحو تسويق التأمين الصحي بحسب الجنس

(ذكور – إناث).

ولغرض التحقق من أهداف البحث قام الباحث باختيار عينة مكونة من ١٧٠ تدريسياً من كلية الآداب / جامعة بغداد وأعد لهذا الغرض استبانة مكونة من ٢٦ فقرة تم استخراج الصدق الظاهري لها بعرضها على مجموعة من الخبراء والمختصين واستخرج الثبات بطريقة إعادة الاختبار. وبعد استخدام معادلة الاختبار التائي لعينة واحدة اظهرت النتائج وجود اتجاهات ايجابية لدى تدريسيي كلية الآداب نحو التأمين الصحي. كما لم تظهر فروق ذات دلالة احصائية في اتجاهات التدريسيين حسب الجنس(ذكور-إناث). وفي ضوء نتائج البحث فقد وضع الباحث عدداً من التوصيات والمقترحات.

مما يقتضي والحال ضرورة معالجة الأخطار الصحية التي يتعرض لها أساتذة الجامعات والمعاهد في المؤسسة التعليمية والتصدي لها، بما يحقق نظاماً صحياً متكاملاً وبيئة صحية مناسبة تنعكس إيجاباً على الأمن الصحي للفرد، وتحقق عائداً اقتصادياً اكبر، وتسهم في تعزيز الامن الاقتصادي الفردي

(*) جامعة بغداد / كلية الآداب

والمؤسسي ، وعلى هذا الأساس تناول الباحث في مشكلة بحثه موضوع طبيعة اتجاهات تسويق التأمين الصحي لدى تدريسيي كلية الآداب / دراسة تحليلية، وقد استخدمت الدراسة التحليلية في الوصول إلى الاستنتاجات المرجوة للبحث. اعتمد الباحث منهج البحث التحليلي؛ لأنه المنهج الأنسب لتحقيق أهدافه، وقد قدم الباحث في النهاية مجموعة من التوصيات والمقترحات لتطوير واقع تسويق التأمين الصحي في العراق، والذي يعد أحد أهم مؤشرات التقدم والرقي والازدهار في المجتمعات المتقدمة.

المقدمة :

تعني كلمة الضمان – الكفالة والالتزام – كما جاء في المعجم الوسيط، وعلى الرغم من أن المصطلح المقابل في اللغة الإنجليزية للضمان والتأمين هو مصطلح واحد للكلمتين (INSURANCE) والتأمين كما جاء في المعجم الوسيط هو: (عقد يلتزم أحد طرفيه وهو المؤمن من لدن الطرف الآخر وهو المؤمن له أداء ما يتفق عليه عند طول أجل معين نظير مقابل نقدي معلوم) (ديوانية هشام، التأمين الصحي في سورية ، ٢٠٠٩ : ٥٢) لقد نشأ التأمين الصحي تاريخياً عن التطورات الحاصلة في المطالبات العمالية من طريق تجميع الموارد ورصدها لضمان الحماية من مخاطر المرض، وتوسع وتطور التأمين الصحي مع التطور الصناعي؛ إذ ساد مفهوم مشاركة الخطورة التي تتهدد دخل العامل بسبب المرض، وكانت أول خطوه لولادة التأمين الصحي في ألمانيا عام ١٨٨٣، حيث سنت فيه الدولة قانوناً يقضي بإلزام العمال في صناعة محددة يتقاضون دخلاً أقل من مستوى معين بالاشتراك في صندوق المرض، ويمول هذا الصندوق بمساهمة إلزامية من الموظف وصاحب العمل؛ وفي ضوء ذلك يعرض التأمين الصحي الخسائر الاقتصادية الناشئة عن اتجاهين : نفقات العلاج والاستشفاء أولاً- وخسارة الدخل بسبب المرض أو العوق ثانياً- وتتضمن نفقات العلاج والاستشفاء : نفقات الأطباء والجراحين، والرقاد في المستشفى، ونفقات العلاج والاستشفاء الأخر، وإلى جانب الأمراض يغطي التأمين الصحي أيضاً الحوادث الشخصية المؤدية إلى الوفاة والإصابات البدنية. تتأتى أهمية التأمين الصحي من حيث انه أحد فروع التأمين التي يتوقع لها المزيد من الانتشار والتمويل لزيادة اهتمام الأشخاص بالحصول على الرعاية الصحية المناسبة ومما يزيد الموضوع أهمية أيضاً هو زيادة اهتمام شركات التأمين بهذا النوع الذي يتيح فرصة لتوسيع حجم أعمالها إذا ما طورت وسائل تداولها مع هذا النوع من التأمين.

وعلى وفق ما تقدم جاء هذا البحث الموسوم بـ (تسويق التأمين الصحي ودوره في اتجاهات تدريسيي كلية الآداب جامعة بغداد – دراسة تحليلية) للتمكن من معرفة اتجاهات تسويق التأمين الصحي، ومن ثم تقويم واقع تسويق التأمين الصحي في العراق. وقد تضمن المبحث الأول على منهجية ومفاهيم البحث والرعاية الصحية، وأنواع التأمين الصحي وأشكاله، فضلاً عن التعرف على تجارب التأمين الصحي في بعض دول العام. اما المبحث الثاني فقد احتوى على تسويق الخدمات الصحية ومشكلات تسويق التأمين الصحي في حين تضمن المبحث الثالث الجانب العلمي للباحث بتحليل استمارة الاستبانة والتوصل إلى النتائج والتوصيات وإبداء المقترحات التي تخدم حقل الاختصاص والمعرفة .

المبحث الاول :

الاطار العام للبحث :

اولاً: مشكلة البحث

في سياق الانتقال الى اقتصاد السوق برزت مشكلات الحماية الاجتماعية للسكان بما في ذلك تقديم خدمات التأمين الصحي ، وعلى وفق ذلك فقد اهتمت الكثير من الدول والمجتمعات بكيفية تسويق التأمين الصحي للمواطنين، ولا سيما التدريسيين على اختلاف توجهاتهم وانتماءاتهم، وعلى ما يبدو ان هناك حاجة فعلية وحقيقية لتفعيل التأمين الصحي للارتقاء بمستوى الخدمات الصحية بشكل يعود بالنفع على الدولة والفرد على حد سواء، إذ لا جدال إن تسويق التأمين الصحي يقتضي تطوير الواقع الصحي بطريقة يمكن ان تدفع الفرد الى قبول التأمين الصحي. ويمكن تلخيص مشكلة البحث الحالي بالتساؤل الآتي :

- ما طبيعة اتجاهات التدريسيين في جامعة بغداد - كلية الآداب نحو تسويق التأمين الصحي.

ثانياً: أهداف البحث

- التعرف على اتجاهات تدريسيي كلية الآداب نحو تسويق التأمين الصحي.
- التعرف على الفروق الإحصائية في اتجاهات التدريسيين نحو تسويق التأمين الصحي بحسب الجنس (ذكور - إناث).

ثالثاً: فرضية البحث

- لا توجد فروق ذات دلالة احصائية عند مستوى دلالة 0.5 في اتجاهات تدريسيي كلية الآداب - جامعة بغداد حسب الجنس (ذكور - إناث).
- توجد فروقات ذات دلالة احصائية عند مستوى دلالة 0,5 في اتجاهات تدريسيي كلية الآداب — جامعة بغداد

رابعاً: أهمية البحث

تعود أهمية هذا البحث إلى تناوله موضوعاً يهتم بنحوٍ وافر بالعنصر البشري (الإنسان) الذي بات يشغل اهتمام كثيرٍ من المعنيين والمتخصصين بصورة عامة والأساتذة والتدريسيين بصورة خاصة في عصرنا الحالي. وعلى وفق ذلك فإن أهمية هذا البحث تكاد تتحدد بمعرفة اتجاهات تسويق التأمين الصحي لدى أساتذة الجامعات في كلية الآداب - جامعة بغداد، ومدى الفائدة المرجوة من استخلاص النتائج والاستنتاجات لتعميمه على جامعة بغداد والجامعات والمعاهد العراقية، فضلاً عن زيادة الوعي الصحي والرعاية الصحية والمعرفة التي يمكن تقديمها في مجال الإدارة الصحية وتطوير المفاهيم الاقتصادية، وإدارة المخاطر الصحية، والتعريف أيضاً بوسائل معالجتها والوقاية منها. نظراً لتزايد

وعى واهتمام المرضى والمحتاجين إلى الرعاية الصحية في الحصول على خدمات صحية نوعية تلبي احتياجاتهم وتحقق رغبتهم ؛ مما أدى إلى زيادة المنافسة بين مختلف المؤسسات الصحية العامة والخاصة للحصول على رضا وولاء الزبون (المريض)؛ وهذا ما دفع الى ظهور التسويق الصحي استجابة لمقتضيات التغيير؛ ودعماً للبقاء والاستمرار ، وقد نتج من تطبيق مختلف عناصر المزيج التسويقي على الخدمات الصحية عامة وعلى التأمين الصحي خاصة انعكاسات مهمة على نوعية الخدمات الصحية وجودتها؛ ومن ثم التأثير في قرارات المرضى الشرائية من جهة أخرى .

لاحظ الباحث ان التأمين الصحي في العراق لم يأخذ حيزا كافيا في الدراسات والابحاث وترقية دوره الحقيقي والمكانة اللائقة به بين الأنشطة الاقتصادية الأخرى، على نحو يعود بالفائدة في زيادة الوعي الصحي ومشاركة شركات التأمين الصحي للمؤسسات الصحية في تقديم الخدمات الصحية والعلاجية للزبائن المرضى والمحتاجين للرعاية الصحية؛ لقلة الدعم الحكومي وضعف الوعي التأميني والصحي وتردي الوضع الاقتصادي والأمني للبلاد. مما اقتضى توسيع نطاق البحث في مجال التأمين الصحي.

خامسا : أسلوب البحث

اعتمد الباحث منهج البحث التحليلي؛ لأنه المنهج الأنسب لتحقيق أهدافه المتمثلة في التعرف على اتجاهات تسويق التأمين الصحي وقد كانت أداة البحث استبانة ترسمها الباحث في دراسته وتوصياته ومقترحاته .

سادسا : حدود البحث

يتحدد مجتمع البحث الحالي بتدريسي كلية الآداب — جامعة بغداد للعام الدراسي ٢٠١٤ _ ٢٠١٧.

سابعا : إجراءات البحث

مجتمع البحث — يتكون البحث الحالي من التدريسيين في جامعة بغداد كما يوضع الجدول رقم (١)
(يتألف مجتمع البحث الحالي من التدريسيين في كلية الآداب — جامعة بغداد).

جدول (١)

المجموع	قسم الآثار	قسم الفلسفة	قسم الاجتماع	قسم التاريخ	قسم اللغة العربية	قسم اللغة الانكليزية	قسم الجغرافية	قسم علم النفس	
١١٦	١٦	١٢	١٥	٢٠	٢٣	٦	١٤	١٠	ذكور
١١٣	١٠	١٤	١٠	١٦	٢٢	١٧	١١	١٣	اناث
٢٢٩	٢٢	٢٦	٢٥	٣٦	٥٥	٢٣	٢٥	٢٣	المجموع

عينة البحث :

اختار الباحث عينة بطريقة عشوائية تم اختيار عينة عشوائية طبقية مقدارها (١٧٢) منهم (١١٠) تدريسي و(٦٢) تدريسية من كلية الآداب. وتم اختيار هذه العينة لأنها تمثل العينة الأقرب الى شمول خدمة التأمين الصحي والتي تعبر رأي تدريسيي التعليم العالي عامة، ويتوزعون على المتغير الديمغرافي (الجنس) وكما مبين في الجدول رقم (٢) أدناه :

جدول (٢)

المجموع	قسم الآثار	قسم الفلسفة	قسم الاجتماع	قسم التاريخ	قسم اللغة العربية	قسم اللغة الانكليزية	قسم الجغرافية	قسم علم النفس	
١١٠	١٠	١٦٢	١٥	٢٠	٢٠	٥	١٤	١٠	ذكور
٦٢	٨	٦	٩	١٠	١١	٧	٥	٦	اناث
١٧٢	١٨	٢٢	٢٤	٣٠	٣١	١٢	١٩	١٦	المجموع

أداة البحث :

لغرض التحقق من أهداف البحث الحالي يتطلب وجود استبانة تقيس اتجاهات تدريسي كلية الآداب نحو اتجاهات التسويق لذا قام الباحث بأعداد استبانة لهذا الغرض ، حيث تم توزيع استبانة استطلاعية للتعرف على اتجاهات التدريسيين نحو تسويق التأمين الصحي مكونة من ٣٠ فقرة , بعد ذلك تم عرضها على مجموعة من الخبراء والمختصين, اذ تم حذف ٤ فقرات وتعديل ٣ فقرات أخرى, فأصبحت الاستبانة بصورتها النهائية تكون من (٢٦) فقرة كما في الملحق (٢).

ثامناً: الوسائل الإحصائية :

- معامل ارتباط بيرسون لحساب ثبات الاستبانة، ومعادلة سبيرمان براون لحساب التباين بطريقة التجزئة النصفية
- معادلة الفا كرو نباخ لحساب الثبات .
- الاختبار التائي لعينة واحدة لحساب اتجاهات التدرسيين .
- الاختبار الثاني لعينتين لحساب الفروق حسب الجنس (ذكور- إناث).
- تحليل التباين انوفا Enova .

تاسعاً : مفاهيم البحث :

ان مفهوم الاتجاه Attitude هو بناء افتراضي، وهو يمثل درجة حب الفرد أو كرهه لموضوع معين والاتجاهات عموماً إيجابية أو سلبية لشخص أو مكان أو شيء أو حدث معين، ويمكن أن يتناقض الناس أيضاً ويتعارضون تجاه موضوع معين؛ مما يعني أنهم يمتلكون اتجاهات إيجابية أو سلبية نحو هذا الموضوع في الوقت نفسه.

وتعد الاتجاهات أحكاماً يصدرها الإنسان، وهي تنمو مرتكزة على الأنموذج A.B.C affect ومعرفه behavior (سلوك) cognition حالة مزاجية، وتعد الاستجابة المزاجية استجابة عاطفية تعبر عن درجة تفضيل الفرد لكيان معين ، أما المقصد السلوكي فهو الهيكل السلوكي المتوقع لفرد معين ، وأما الاستجابة المعرفية فهي تقويم إدراكي للكيان يؤسس معتقدات الفرد نحو هذا الكيان، مع الالتفات إلى أن أكثر الاتجاهات تكون إما نتيجة خبرة مباشرة وإما تعلم بالملاحظة من البيئة، والاتجاهات هي عكس الشخصية بتغيير الخبرة (نظرية تقليل التباين المعرفي)، (نظرية التوازن) و(نظرية إدراك الذات والحث)، وبالإمكان تغيير الاتجاهات من طريق الحث وينبغي أن نفهم أيضاً أن تغيير الاتجاهات يعني انه استجابة مباشرة للتواصل بين البشر.

ويعرف كارليونج Carlyoung الاتجاه بأنه استعداد النفس لكي تتفاعل أو تستجيب بطريقة ما، وكثيراً ما تأتي الاتجاهات في أزواج ، فمنها ما يتأتى بشكل واع، ومنها ما يتأتى بشكل غير واع .

ويعرف التسويق بأنه عملية الإدارة الخاصة بتخطيط وتنفيذ وخلق وتسعير وترويج الأفكار أو السلع أو الخدمات اللازمة لإتمام عمليات التبادل والتي تؤدي إلى إشباع حاجات وتحقيق أهداف المنظمات (العامري نجاة، تسويق الخدمات الصحية بسكيكة مصحة أبو القاسم ، رسالة ماجستير ، الجزائر ، ٢٠٠٨ / ٢٠٠٩). وعرفه عباس مرزه بأنه: نشاط الأعمال المنشئ للمنافع المكانية والزمانية والحيازية نتيجة نقل وتوزيع السلع والخدمات وبيعها من أجل تحقيق إشباع الحاجات والرغبات من طريق عمليات التبادل) (مرزه عباس، ٢٠٠٦ : ص ٣٦٨).

ويعرف التأمين الصحي بأنه تأمين ضد مخاطر المرض والآثار المترتبة عليه سواء بتوافر الرعاية الصحية أم المال اللازم لتلك الرعاية الصحية بالتعويض النقدي عند حدوث العجز بسبب المرض

(الجمعية الوطنية الأمريكية للتسويق). (American Marketing (A.M.A) Association) تسويق الخدمات الصحية /دراسة حالة: مصحة أبو القاسم بسكيدة، ص ٤، ٢٠٠٨ / ٢٠٠٩).

ويعرفه (Teaching aid 2004 GOU VPO Irkutsk State Medical University,5) تسويق التأمين الصحي كنظرية ادارة السوق هو تقنية عالمية لأنشطة منظمي الرعاية الصحية المتمثلة بشركات التأمين والعاملين الاطباء والصحيين في مختلف قطاعات الرعاية الصحية . يأخذ بنظر الاعتبار مصالح المنتجين والمستهلكين للخدمات الطبية والصحية . بمساعدة تسويق التأمين الصحي يمكن رؤساء الهيئات والمؤسسات الصحية واطباء الدولة وانظمة الصحة والقطاع الخاص الحصول على المعلومات اللازمة حول الخدمات الصحية ولماذا يسعى المرضى لتلقيها والمبلغ الذي يرغبون دفعه، كيف يحقق المنافسين حتما وجودة اعلى من الخدمات الصحية .

يعرف الباحث تسويق التأمين الصحي : يرتبط مصطلح التسويق بالية السوق في الاقتصاد الحديث وهو مجموعة العمليات التجارية واعمال البيع، يتميز السوق بميزات مثل نوع البضائع المباعة وحجم المبيعات سعة السوق وطريق التداول ومستوى السعر (مرتفع ، او منخفض) في نفس الوقت يفهم السوق بالفعل على انه تجارة كعملية سوق لربط البائع بالمشتري وهو نظام العلاقات الاقتصادية والتجارية بين المشاركين. وهي عملية تبادل السلع (الخدمات) بالمال ، والمال مقابل السلع الخدمات فضلا عن مجال التداول التي يحدث فيها هذه العمليات . ينعكس جوهر ودور سوق التأمين الحديث للسلع والخدمات الصحية الطبية في الوظائف التي يؤديها هذا السوق :

- الانتاج : ضمان استمرارية عملية الانتاج والترفيه الصحي وتوسيع مجموعة الخدمات الصحية والادوية والمعدات الخاصة وغيرها من المنتجات الطبية .

- تنظيم وضمان الحفاظ على قابلية الادارة في مجمع الانتاج في حالة ظهور قطاع خاص غير حكومي فيه. استجابة للتغيرات المستمرة في انتاج واستهلاك المنتجات الطبية والصيدلانية ، يساعد سوق التأمين الصحي على تكييف الانتاج مع هيكل احتياجات السكان . كذلك صيانة مباشرة وتغذية راجعة بين المنتجين والمستهلكين للخدمات الطبية والصحية . واقامة تعاون منفعة متبادل للاطباء مع مصنعي الاجهزة الطبية والادوية . ومن ثم المساهمة في تعزيز وتطوير علاقات الانتاج بالتجارة.

- التسعير : يتكون من حقيقة الجمع بين الطلب والعرض للسلع والخدمات ومقارنتها ، فأن السوق يوازنها وفي نفس الوقت يشكل سعر السوق نتيجة العمليات بين البائع والمشتري ، ويتم دمج وظيفة التسعير مع الوظيفة التنظيمية .

- التحفيز : العمل كأداة فعالة لحفض تكاليف الانتاج والمساهمة في توفير العمالة الاجتماعية وزيادة العمالة المنتجة ويعتمد تنفيذ هذه الوظيفة على حالة المنافسة في الصناعة والتجارة ومستوى اسعار السوق.

التطهير : يفهم او يتجلى ان علاقات السوق تقوي صحة الكيان الاقتصادي للهياكل الطبية والصيدلانية والعلاج من انواع مختلفة من الامراض بشكل جراحي وغيره . عن طريق اجبار رواد الاعمال على تحسين تكنولوجيا الانتاج وخفض التكاليف ، والانخراط في أنشطة المعلومات والتسويق والانخراط في الاعمال الصحية والتعليمية والتدريبية والانفاق الاقتصادي للمواد والموارد المالية والعمالة والوقت وتحسين كفاءة الخدمة والرعاية الصحية .

- تنافسي : يتم التعبير عنه في التنافس المهني والاجتماعي في السوق لتحقيق نتائج عالية في التشخيص والعلاج واعادة تأهيل المرضى ، وفي انتاج الادوية والمنتجات الطبية الاخرى .

التنفيذ الناجح : التنفيذ الناجح للوظائف المدرجة في السوق لا يتم الا في ظروف علاقات السوق المتطورة والمدعومة قانونيا ومتحضرة . مقترنة بشكل موثوق مع تنظيم الدولة للأنشطة التجارية في هذا المجال .

نماذج دراسات سابقة عن موضوع البحث :

دراسة جمعة (١٩٩٨) : كانت الدراسة بعنوان (المشكلات التي تواجه تلاميذ المدارس المستفيدين من خدمات التأمين الصحي ودور الخدمة الاجتماعية في مواجهتها/ دراسة ميدانية على عيادات التأمين الصحي بمدينة الفيوم). هدف تلك الدراسة هو حصر المشكلات التي تواجه تلاميذ المدارس المستفيدين من خدمات التأمين الصحي ، دراسة وصفية تحليلية تعتمد على منهج المسح الاجتماعي وطريقة العينة. وقد أجريت الدراسة الميدانية على عيادات التأمين الصحي، وقد استعانت بعينة من التلاميذ عدده (٦٣٢)، وقد توصلت الدراسة الى عدة نتائج من أهمها عدم وعي التلاميذ بنظام التأمين الصحي ، وانخفاض مستوى الخدمة في التأمين الصحي، وارتفاع رسوم استخراج بطاقة التأمين الصحي، وترجع أهمية هذه الدراسة الى أنها تناولت موضوع التأمين الصحي وهو موضوع بحثنا.

دراسة يكاترينبورغ (٢٠١٢) :

كانت الدراسة بعنوان (تشكيل وتشغيل وتطوير الممارسات الاجتماعية في مجال اتجاهات التأمين الصحي في روسيا) اطروحة دكتوراه في العلوم الاجتماعية والاقتصادية . هدف تلك الدراسة الى الكشف عن اتجاهات البحث الاجتماعي عن التناقضات والاسباب الكامنة وراء ظهورها وتطوير منهج ومفهوم شامل للتغلب عليها لتسويق التأمين الصحي في روسيا وتحديد احتياجات الجهات الفاعلة في ممارسة التأمين الصحي الالزامي في روسيا. اذ تشير المشكلات المتراكمة لأداء وتطوير الممارسة الاجتماعية للتأمين الصحي الالزامي الى الحاجة لتطوير منهجية جديدة لتحليل هذه الظاهرة. المنهج المتبع لدراسة هذا الموضوع هو المنهج الوصفي والمنهج التحليلي، اذ يتجلى لنا المنهج الوصفي من خلال الجانب النظري، وذلك من خلال عرض مختلف المفاهيم والتعاريف لأفكار ومفاهيم المختصين والخبراء في علم الاجتماع والتأمين الصحي تجذب اعمالهم الانتباه الى مجال التأمينات الصحية

والاجتماعية. بينما المنهج التحليلي، فيتجلى لنا في الفصل التطبيقي وذلك من خلال دراسة حالة منظمات حكومية وخاصة صحية. تكمن اهمية الدراسة في التركيز في موضوعات ادخال التسويق في الخدمات الصحية والطبية، الى جانب الموضوعات التقليدية المتعلقة بالمرضى والعاملون في المجال الصحي والطبي، شركات التأمين الصحي، صناديق التأمين الصحي الالزامي الفيدرالي في روسيا. تم تنفيذ تنظيم النموذج الصحي الالزامي في عام ١٩٩١م بإصدار قانون التأمين الحي الالزامي في روسيا دخل حيز التنفيذ في عام ٢٠١١م. يتمثل المبدأ الاساسي في منح مواطني الاتحاد الروسي حقوقاً متساوية عند تلقي الخدمات الصحية والطبية. تكمن اهمية التحليل الاجتماعي للتأمين الصحي الالزامي الى وجود تناقضات ابرزها الحاجة الى تحديد وتبرير السمات والاتجاهات للمزيد من التحديث والتنمية في تسويق التأمين الصحي وتحديث نظام الرعاية الصحية. وتوصلت الدراسة الى عدة نتائج من اهمها الكشف عن مشكلات الاداء لتسويق خدمات شركات التأمين الصحي واقتراح نماذج التطوير وقضايا النمذجة الاقتصادية الحديثة عند المقارنة مع ممارسات الغربية لتسويق التأمين الصحي وكيفية ممارسة بحث اتجاهات التحليل الاجتماعي في مجال التأمين الصحي التطبيقي.

المبحث الثاني : التأمين الصحي :

التطور التاريخي والأهمية والأنواع والإشكال والتجارب الدولية

أولاً: التطور التاريخي للتأمين الصحي

نشأ التأمين الصحي تاريخياً عن التطورات العمالية من طريق تجميع الموارد ورصدها لضمان الحماية من مخاطر المرضى.

فقد شكل حرفيو أوروبا في العصور الوسطى نقابات الصنّاع التي أنشأت صناديق لدعم الأعضاء في أوقات العوز الناتج من المرض، والتي يسهم فيها كل عضو بشكل دوري وقد توسعت وتطورت هذه الصناديق مع التطور الصناعي؛ إذ ساد مفهوم مشاركة الخطورة التي تتهدد دخل العامل بسبب المرض، وبدأت مجموعات العمال والمزارعين في منطقة واحدة بإنشاء صناديق المرض أو جمعيات الدعم التعاونية لهذا الغرض، وجمعت هذه الجمعيات مساهمات المشاركين لتوفير العون والدعم للأعضاء المحتاجين فقط وليس بهدف الربح أو الاستثمار؛ فقد كان المبدأ الأساس لهذه الجمعيات هو التكافل. وفي بداية الأمر وفرت هذه الصناديق والجمعيات الدعم النقدي، والتي أخذت تتعاقد مع مقدمي الرعاية الصحية لرعاية أعضائها، وبعد ذلك طورت خدماتها الطبية الخاصة فبادر أرباب العمل في المهن الخطرة مثل أعمال التنقيب بإلزام العمال بالاشتراك في هذه الجمعيات.

تنبّه القادة السياسيون إلى فوائد تعميم هذه التنظيمات وقد كانت أول خطوة في ألمانيا عام ١٨٨٣م، إذ سنّت الدولة قانوناً يقضي بإلزام العمال في صناعة محددة يتقاضون دخلاً أقل من مستوى معين بالاشتراك في صندوق المرض، ويمول الصندوق بمساهمة إلزامية لكل من الموظف ورب العمل؛ ومن هنا نما التأمين الصحي كآلية للضمان الاجتماعي الإلزامي، وفي عام ١٨٨٧م بدأت النمسا التأمين

الصحي، وتبعتها النرويج عام ١٩٠٢م، ثم بريطانيا عام ١٩١٠، وفرنسا عام ١٩٢١م، وبحلول عام ١٩٣٠م ظهر التأمين الصحي الإلزامي في دول متعددة. لقد بينت منظمة الصحة العالمية أن مفهوم الصحة هو حالة رفاهية جسدية وعقلية واجتماعية كاملة وليست انعدام المرض والإعاقة فقط. ولما كان معيار حضارة المجتمعات وتقدمها قائماً على أساس صحة أفرادها ومستوى الرعاية الصحية التي تؤمنها لهم؛ ولأن صحة الجسد ورفاهيته شرط أساس لتمتع الإنسان بحقوقه الأخرى كاملة؛ فقد جاء الاهتمام والتركيز على التأمين الصحي ليلبي الحاجات الصحية المطلوبة والمتزايدة؛ وليجمع بين الجانبين الإنساني والعملي فيجعل من الصحة مورداً وهدفاً في الوقت عينه. إن الاهتمام المتزايد في التأمين الصحي يأتي متوافقاً مع ما تحظى به الرعاية الصحية من أهمية الإنسان على مستوى العالم. لقد أصبحت الرعاية الصحية للمواطن هاجساً على المستوى العالمي وأرضية لنقاشات سياسية واجتماعية واقتصادية واسعة؛ إذ إن أغلب الحكومات سواء منها التي تتولى إدارة نظام رعاية صحية مباشرة عبر مؤسساتها الطبية أم تلك التي تحاول تحقيق ذلك من خلال نظام تأمين اجتماعي عبر صناديق خاصة، أو أي شكل معتمد آخر ولا تزال تبحث عن تغطية أكفاً ورعاية أكثر شمولاً وعدالة أسعار؛ لتكون قادرة على مواجهة متطلبات الرعاية المتطورة بما يتطلبه الإنفاق الصحي المتزايد، وما يقتضيه من ضبط هذا الإنفاق بين من يحتاج هذه الرعاية ومن يقدمها. وفي هذا الإطار هناك نوع آخر تمارسه شركات التأمين هو التأمين الصحي الخاص.

ثانياً - أهمية التأمين الصحي :

تتجسد أهمية التأمين الصحي فيما يقدمه من فوائد اقتصادية واجتماعية كثيرة يمكن تلخيصها بما يأتي:

١- يعد آلية حيوية للحصول على الرعاية الصحية في بيئة تنزايد فيها تكاليف الرعاية الصحية على نحو مستمر، وقد تفوق تكاليف الرعاية الصحية الزيادة في الأجور؛ مما يجعل أكثر الناس بحاجة إلى المزيد من المساعدة في تغطية النفقات الطبية والصحية، ويقدم التأمين قدراً من الحماية للمستهلكين ولاسيما لذوي الدخل المحدود.

٢- الأشخاص غير المؤمن عليهم يكونون أكثر عرضة لعواقب بعيدة المدى من الأشخاص المؤمن عليهم؛ لأن غير المؤمن عليهم قد يتعرضون لأمراض كان يمكن الوقاية منها، ويكون أكثر عرضة للأمراض المزمنة التي تؤدي إلى أسوأ العواقب الصحية.

٣- غالباً ما يكون الشخص غير المؤمن عليه ليس لديه مصدر معتاد يزوده بالرعاية الصحية أو الطبية. بينما في الحالات المؤمن عليها نجد أن لديه مصدراً معتاداً يذهب إليه عند الحاجة ويسهل له الوصول والحصول على الخدمات الوقائية والصحية عن طريق زيارته المنتظمة، وعلى العكس يحصل للأشخاص غير المؤمن عليهم.

٤- الأشخاص المؤمن عليهم يكونون علاقات اجتماعية مع مزودي الرعاية الصحية نتيجة

لزياراتهم المنتظمة للمصدر المعتاد وتكون حالاتهم المرضية معروفة مما يسهل السيطرة عليها من لدن مزودي الخدمة الصحية.

٥- يعاني الأشخاص غير المؤمن عليهم ظروفًا معقدة ومكلفة طبياً عند تعرضهم للحالات المرضية الخطيرة، وغالباً ما يكونون من ذوي الدخل المحدود الذين يعجزون عن تغطية التكاليف المرتبطة بتلقي الخدمات الصحية.

٦- يضطر الأشخاص غير المؤمن عليهم وأطفالهم إلى الانتظار مدة طويلة في حالات الطوارئ، في الوقت الذي يلتزمون فيه الحصول على الرعاية الصحية الطارئة؛ بعكس المؤمن عليه فهو يحصل على الرعاية الصحية الطارئة بوقت قصير خارج أقسام الطوارئ.

٧- تحقيق العدالة من خلال توافر الخدمات العلاجية على أساس الاحتياج وليس على أساس دخل الفرد؛ وبذلك فإنه يعود بالفائدة على الأشخاص الأكثر مرضاً، والذين هم عادة من غير المتعلمين، ومن أصحاب الدخل الواطئ (8: 2005 : Fernandez).

ثانياً : الرعاية الصحية :

إن من أهم معايير الحياة المتطورة في أي مجتمع واعٍ هي اهتمام المجتمع بصحة الأفراد والمجموعات الذين يشكلون قوام المجتمع وطريقة حياته.

ولذلك فإن الرعاية الصحية وطريقة تقديمها وإدارة الموارد المتاحة لها قد أصبحت قضية سياسية تؤثر في مستقبل الأيام تأثيراً كبيراً في أنظمة الحكم، وتوظف كعامل مهم في اختيار الناس لمن يمثلهم في تلك الأنظمة؛ ولذا تعمل الرعاية الصحية على محورين أساسيين وهما: الوقاية: وهي تبدأ بالإنسان السليم، وتعمل جاهدة من أجل أن تقلل إلى أدنى حد احتمالات وقوع المرض والإصابة وهو واجب الدولة، وعليها أن تتفق لأجل الوقاية، وكذلك المعالجة: وتبدأ بالإنسان المريض، وتجهد أنتعظم احتمالات الشفاء، والذي يشكل قنطار العلاج فيتمثل في محور نشاط التأمين الصحي لدى شركات التأمين التي تحاول ابتكار السياسات والأساليب لمواجهته، وتتخلص فكرة التأمين الصحي، بمبدأ محدد يتمثل في تأمين المواطن ضد العبء المالي الذي يتكبده لمواجهة الخدمة الطبية، فهو تأمين الرعاية الصحية أو تأمين ضد تكاليف الخدمة الطبية (المليجي، ١٩٩٢ : ٢٩). والتأمين الصحي كأنواع التأمين الأخرى (التأمينات العامة والخاصة) وهو عبارة عن وسيلة من طرقها يحاول الناس أن يجتمعوا لمجابهة خطر يهددهم على نحو الجماعة، والخطر في حالة التأمين الصحي هو تكبد نفقات الخدمات الصحية.

ونعني هنا بالتأمين الصحي الحماية التأمينية أو الرعاية الصحية للمريض في العلاج والرعاية الطبية وفي تعويض الأجر في أثناء مدة العجز المؤقت أو التخلف عن العمل بسبب المرض، ويقصد هنا بالمريض كل من أصيب بمرض أو حادث غير إصابات العمل كالإمراض غير الناجمة عن العمل، وتشمل التعويضات والمزايا في هذه الحالة الخدمات الطبية والعلاج والإقامة في المستشفيات، والعمليات الجراحية، وأجور الانتقال بين أماكن العلاج، فضلاً عن صور الأشعة والتحاليل الطبية وصرف الأدوية، والحمل والوضع عند المرأة، وكذلك أجور الإجازات المرضية .

ثالثاً: أنواع التأمين الصحي (Types Of Health insurance) :

ثمة أنواع عدة للتأمين الصحي تقسم بالاعتماد على عوامل عدة، وعلى النحو الآتي :

١- أنواع التأمين الصحي تبعاً لطوعية أو إلزامية الاشتراك فيه.

ينقسم التأمين الصحي تبعاً لطوعية أو إلزامية الاشتراك فيه على صنفين أساسيين: يقسم التأمين الصحي على الأنواع الآتية :

النوع الأول : التأمين الصحي الخاص او التجاري وبنوعية الفردي والجماعي

النوع الثاني : التأمين الصحي الاجتماعي

النوع الثالث : التأمين الصحي التعاوني

النوع الاول - التأمين الصحي الخاص أو التجاري The Private Health Insurance

أحد فروع التأمين الصحي الذي يدار بواسطة هيئات خاصة (شركة التأمين)، وهو تأمين اختياري؛ إذ تقوم هذه الشركات بإبرام عقود التأمين بينها وبين زبائنها (فرد ، جماعة) فيتم بمقتضاها توفير الرعاية الصحية للمؤمن عليهم من طريق التعاقد مع مستشفيات أو عيادات خاصة بتكلفة معقولة نسبياً محددة مسبقاً (قسط التأمين) يستطيع المؤمن عليه تحملها، ويستثنى التأمين الصحي التجاري تغطية الرعاية الصحية الأولية التي يتم توفيرها عادة من لدن أنظمة التأمين الصحي الحكومية. والتأمين الصحي الخاص قائم بصورة مباشرة على القدرة على الدفع، ويرتبط بشكل مباشر بمستوى الخطر الذي يتعرض له المستفيد، أي أن القسط الذي على المؤمن عليه دفعه ينبغي أن يرتبط بالخطر الذي يتعرض له، فقسط التأمين الأعلى ينبغي أن يكون للخطر الأعلى . يدار هذا التأمين من قبل هيئة خاصة (شركة التأمين) لغرض تحقيق الربح يطلق على هذا التأمين (اختياري) إي الأشخاص الذين يرغبون بهذا النوع لهم مطلق الحرية في اختيار التغطية التي تناسبهم والتفاوض على شروط الوثيقة والتأمين الخاص مرتبط مباشرة بمستوى الخطر الذي يتعرض له المستفيد من وثيقة التأمين، أي القسط الذي يتم دفعه من قبل المؤمن مرتبط بالخطر الذي يتعرض له، وان قسط التأمين الأعلى ينبغي أن يكون للخطر الأعلى (Stone , 1993 , 287). إن تلك الشركات التجارية (شركات التأمين) قد ترفض الكثير من الحالات التي تكون تكاليف علاجها كبيرة ونسبه الخطورة عالية، وأحيانا تقبل مثل هذه الحالات ولكن بأقساط عالية , ولهذا السبب تضع شركات التأمين شروط على طالبي التأمين بإجراء الفحوصات قبل إعطائهم الوثيقة التأمينية (عمار , ١٩٩٦ : ٦٤)

إن شركات التأمين لا تقدم هذا النوع من التأمين كخدمة اجتماعية مستحقة للمواطنين، وإنما هي تيسر عملية نقل عبء خطر المرض من كاهل الأفراد أو الجماعة إليها، وتلك العملية مبنية على أسس تجارية بحتة، أي أن الشركة تستهدف تحقيق الربح في نشاطها؛ ومن ثم يتم توقيع الكشف الطبي الدقيق على الراغبين بالتأمين ضد المرض وإثبات لياقتهم الصحية وتحديد أنواع الأمراض التي يؤمنون ضدها، وتختلف أقساط التأمين تبعاً لحجم ونوع الخطر المؤمن ضده، فقسط التأمين للشباب يختلف عنه

للمسننين، وقسط التأمين لتغطية الأمراض العادية يختلف عنه لتغطية أمراض القلب أو السكر أو الفشل الكلوي، وعادةً ما ترفض شركات التأمين تغطية خطر التعرض للأمراض العضال، وكذلك تختلف الأقساط باختلاف مستويات توافر المزايا المطلوب تغطيتها؛ إذ إن التأمين الصحي الخاص بهذا الشكل يمثل وسيلة لنقل عبء خطر المرض ولكن بقدر ما يريد المؤمن من مزايا، ومستوى بقدر ما يدفع قسط الوثيقة التأمينية وقلما تملك شركات التأمين التجارية مستشفيات أو عيادات؛ ومن ثم فإنها تأخذ حالة الوسيط لكي تتمكن من التعاقد مع المناخ في المجتمع من مستشفيات وعيادات (رضوان، ١٩٩٤ : ٣٨). تقوم شركات التأمين بإجراء عقود التأمين الخاص بنوعان هما التأمين الفردي والتأمين الجماعي.

التأمين الصحي الفردي (Individual Health insurance) :

يتم شراء التأمين الفردي من قبل الأفراد بموجب عقد يدفع بموجبه المؤمن له أقساط التأمين المؤمن، مقابل المؤمن بان يدفع مبلغا معيناً دفعة واحدة أو على شكل أقساط ويدفع نفقات العلاج كلها أو بعضها للمؤمن له إن مرض (حيدر، مراد، ٢٠٠٩ : ٨٩)

شركات التأمين تصدر الوثائق الفردية بشروطها واستثناءاتها لتكن واضحة أمام المستفيدين وفق التغطيات التأمينية الفردية الآتية :-

١ - تأمين العمليات والإقامة في المستشفى :

يشمل هذا التأمين مصاريف العمليات الجراحية والإقامة في المستشفى لتغطية الخسائر الكبيرة.

٢ - تأمين العجز : يتم التأمين عن العجز الذي يصيب الأشخاص قبل الوصول إلى سن (٦٥) سنة

(ريجيديا، ٢٠٠٦ : ٦٣٣).

التأمين الصحي الجماعي Group Health Insurance :

هذا النوع من التأمين يعمل على نظام توزيع الأخطار على مجموعة أكبر من المستفيدين. يوفر التأمين الصحي للمجموعة المستفيدة تكاليف الخدمات الصحية والعمليات الجراحية ومصاريف العلاج الأخرى، وتضع شركات التأمين خطة في كيفية تغطية النفقات الصحية وتحديد الأطباء والمستشفيات التي يمكن للمؤمن له أن يعالج فيها والتأكد من الأساليب المتبعة للعلاج لضمان وثيقة تأمين صحية لتحقيق التغطية التأمينية في الوقت والمكان المناسب (ريجيديا، ٢٠٠٦ : ٦٧٧). أن برامج التأمين الصحي هي تلك البرامج التي توفر للمشاركين تغطية المصاريف الطبية التي تتكبدها بسبب التعرض للأمراض المختلفة، وتقوم العديد من الشركات والمؤسسات بتوفير البرامج للعاملين لديها من أجل مساعدتهم على تحمل تكلفة العناية الطبية (عريقات، حربي محمد، عقل سعيد جمعة، ٢٠٠٨ : ٣٧٧) وحينما نتعامل مع خطر ضعف الصحة يجب دراسة إمكانية الانضمام إلى التأمين الصحي الجماعي فمن المؤكد أن يكون المشترك مؤهلاً للمشاركة في هذا التأمين الذي يضمه صاحب العمل، والتأمين الصحي الجماعي مفضل لتغطية الفرد والمجموعة فضلاً عن أن برامج التأمين الصحي الجماعي تقدم

مزايًا ضريبية فعلية للموظفين، ومنها أن اشتراكات صاحب العمل غير خاضعة لضرائب الدخل، ويتم عمل اشتراكات للموظفين قبل خصم الضريبة (فلاح عز الدين، التأمين مبادئه وأنواعه، ٢٠٠٨ : ١٩٠، ١٩١).

النوع الثاني : التأمين الصحي الاجتماعي Social Health Insurance

يدار هذا النوع من التأمين من هيئة حكومية لتقديم الحماية التأمينية لإفراد المجتمع من إخطار الأمراض التي يتعرضون لها لتوفير أفضل الظروف المناسبة والعدالة الاجتماعية بين المواطنين (رضوان، ١٩٩٤ : ٣٩). أن هدف هذا التأمين ليس تحقيق الربح وإنما تساهم الدولة في تقديم خدمة اجتماعية وتفرضه إجباريًا ويشترك في قسطه صاحب العمل والعامل والدولة تلتزم بنسبة كل طرف من هذه الأطراف بحسب قانون كل دولة، وأحيانًا في بعض الدول لا تلتزم بدفع أي التزام مالي، ويقتصر دورها هنا فقط في وضعها للقوانين وكيفية تطبيقها ومراقبتها كما معمول به في دول فرنسا واليابان وبلجيكا (حيدر، مراد، ٢٠٠٩ : ٩٤)،

النوع الثالث :- التأمين الصحي التعاوني Cooperative Health Insurance

التأمين الصحي التعاوني هو ” عقد بين فرد أو مؤسسته مع شركة تأمين يدفع المؤمن له دفع مبلغًا أو عدة أقساط، مقابل أن تلتزم هذه الشركة بدفع مصاريف العلاج، وثمان الأدوية كلها أو بعضها إذا مرض خلال مدة التأمين وفي الأماكن المحددة بالوثيقة. وأن توزع على حمله الوثائق وفق نظام معين“ (الألفي، محمد جبر، ٢٠٠١ : ٤٧٣).

ثانيا : أشكال التأمين الصحي: Forms of Health Insurance

يمكن تصور أشكال التأمين الصحي بما يأتي :

أولاً- طريقة الطرف الثالث :

وهي أسهل الطرائق من حيث التطبيق ويتكون هذا النظام من مؤسسة أو شركة التأمين وجهاز طبي من أطباء ومستشفيات يقدم الخدمة وزبائن مشتركين إن العلاقة في هذا الثالث بين المشترك ومؤسسة التأمين تعاقدية وبينه وبين مقدم الخدمة علاقة مهنية، أما العلاقة بين مقدم الخدمة ومؤسسة التأمين فهي محاسبية .

مميزات هذه الطريقة :

- ١- سهولة التطبيق؛ لأن مؤسسة التأمين تستطيع العمل من دون أن يكون لديها جهاز لتقديم الخدمة، ويتكرر عملها على إرادة العملية ومراقبتها .
- ٢- حرية الاختيار لدى المشترك بحسب حجم الشبكة الطبية المعتمدة لدى المؤسسة وشكل التعاقد .

أما سلبياتها فهي :

١- الكلفة : تكون الكلفة في هذه الطريقة مرتفعة؛ لكي تضمن المؤسسة تحقيق أرباح؛ ولذلك فهي تلجأ إلى خفض السقف، وذلك بتحديد سقف إيقاف متفق عليه لا يمكن تغطية أي تكاليف تزيد عنه، كما أنها ترفع الأراضية؛ وذلك من خلال نسبة تحمّل يدفعها المشترك مباشرة عند تلقي الخدمة فضلاً عن أنها أيضاً تضيق الجدران؛ وذلك من خلال قائمة استثناءات طويلة (حالات مرضية مستثناة من شمولها بالتأمين الصحي) تشمل أحياناً قضايا صحية مهمة كالولادة وأمراض السرطان والتشوهات الخلقية والأمراض المزمنة ، وأيضاً الهدر الناتج عن الإفراط في استخدام الوسائل التشخيصية والعلاجية لأنه من مصلحة مقدم الخدمة، وعلى الرغم من مراقبة مؤسسة التأمين ووضع الضوابط والمشاورة الدائمة بين الطرفين فإن مصلحة مقدم الخدمة هي أن يعرض المشترك وأن يعالج بكل الإمكانيات المتاحة ويساعد على ذلك مطالب المشترك الذي أصبح على دراية واسعة بكثير من الأمور الطبية ، وكذلك عدم التقيد بسياسات علاجية ؛ بسبب أن الأطباء في الشبكة المعتمدة يتمتعون بالحرية المهنية في اختيار أساليب التشخيص والعلاج؛ وليس من السهل مناقشتهم لأنهم يحتمون بمبدأ المسؤولية المهنية، ومن سلبياته صعوبة اشتراك أعداد كبيرة في النظام بسبب ارتفاع الكلفة؛ وكذلك صعوبة خفض قيمة الاشتراك بسبب محدودية العدد، وهذه حلقة مفرغة أصبحت تشكل ظاهرة شائعة .

ثانياً: طريقة الطرفين :

عندما تكون المؤسسة المعنية بالتأمين الصحي قادرة على تقديم الخدمة تصبح العلاقة مقتصرة على طرفين فقط، وهما: المؤسسة والمشارك (الشركة والمشارك)، وهذه الطريقة معتمدة في كثير من أنظمة التأمين الصحي الحكومية المدعومة من الدول، ولكنها غير موجودة في القطاع الخاص في الدول النامية؛ وذلك لصعوبة تطبيقها؛ لأنها تعتمد أساساً على شراكة التأمين ومقدم الخدمة.

سلبيات هذه الطريقة:

ومنها صعوبة التطبيق؛ لان تطبيقها يقتضي خلق علاقة جديدة بين شركات التأمين والأجهزة الطبية، وأيضاً تجديد حرية الاختيار للمشارك، فلا يُتاح له طلب الخدمة في أماكن متعددة، وتخضع طريقة معالجته لسياسات ثابتة .

أما مميزاتا فهي :

١- احتواء التكلفة : وذلك لأن مصلحة مقدم الخدمة انعكست تماماً، وهي أن لا يمرض المشارك، وأن يعالج بأقل التكاليف .

٢- اعتماد سياسات علاجية مبنية على أسس علمية ينتج منها إضافة إلى ضبط التكلفة مستوى عالٍ من المهنية أيضاً .

٣- الشمولية : ضمن هذا البرنامج يمكن توسيع نوعية الحالات المشمولة بالتأمين وعدم استثناء كثير منها.

٤- الاهتمام بمبدأ الوقاية لانسجامه مع مصلحة المؤسسة العلاجية؛ إذ يمكن إدخال المبدأ في السياسات العلاجية كالاهتمام بتنظيم الأسرة، والكشف المبكر عن الأمراض الخبيثة، والمعالجات الجماعية للأمراض المزمنة .

٥- المرونة في اختيار شكل العلاقة بين شركة التأمين ومقدم الخدمة، وتتوافر نماذج عدة لهذه العلاقة يمكن بيانها فيما يأتي :

النموذج الأول :- تمتلك شركة التأمين المستشفيات وتوظف الأطباء والنموذج الثاني هو توظيف شركة التأمين الأطباء وتتعاقد مع المستشفيات، أما النموذج الثالث هو ان تمتلك الشركة المستشفيات وتتعاقد مع الإطفاء، والنموذج الرابع هو ان تمتلك الشركة (شركة التأمين) مستشفيات وتتعاقد مع مستشفيات ، كما توظف الأطباء وتتعاقد مع أطباء من خارج شركة التأمين، إذ تكون العلاقة مع المستشفيات على ثلاثة أشكال (امتلاك أو استئجار ، وتعاقد ، وتحالف)؛ومن أجل توسيع قاعدة التأمين الصحي وتنظيم الرعاية الطبية لابد للنموذج المطلوب اقتراحه واعتماده من أن يتضمن بعض الشروط لإنجاحه وتتمثل فيما يأتي :

أ - أن يكون الاشتراك في تناول ذوي الدخل المحدود مع تحقيق الانخفاض في الكلفة.

ب- أن يكون مقدم الخدمة (الأطباء والمستشفيات) ملتزماً بسياسة شركة التأمين

ج- أن يتحد مقدم الخدمة مع شركة التأمين بصورة أو بأخرى، إذ تصبح مصلحتهما مشتركة مع تحقيق شمولية أوسع لخدمة التأمين. (العجلوني، نائل، ٢٠٠٧، التأمين الصحي الشامل، التأمين العربي، العدد ٩٣، ص ١٦، ١٨).

ثالثاً : تجارب التأمين الصحي في بعض دول العالم :

١ - ألمانيا/ نظام النقاط (Points System) :

تعتمد هذه التجربة على التثبيت المسبق لمجمل أجور الأطباء المقرر دفعها من لدن شركة التأمين؛ ومن ثم فإن عدد الزيارات للأطباء وما ينتج منها من إجراءات لا يؤثر في مجمل الكلفة؛ إذ يتم احتساب ذلك كله على شكل نقاط ؛ ليتم لاحقاً تحديد قيمة النقطة في ضوء مجمل عدد النقاط ، أما فيما يتعلق بالدواء فإن مسؤولية التأمين تنحصر فقط بالدواء الأقل سعراً. وفي هذه الطريقة تضمن أن يصبح مقدم الخدمة شريكاً بالنتائج المالية لعقد التأمين.

٢ - الولايات المتحدة الأمريكية / تحديد مقدم الخدمة والأجور الطبية (Cap; ta tion) :

يعد التأمين الصحي في الولايات المتحدة الأمريكية الأكثر كلفة؛ وعليه سعى المهتمون هناك لإعادة بناء التأمين الصحي بوسائل مختلفة من بينها ما يسمى (Cap; ta tion)، إذ يتم تثبيت أجور الأطباء وبشكل مسبق؛ وذلك بأن تقوم شركة التأمين مع بدء التأمين باختيار الطبيب المعتمد الذي سيقوم المؤمن

عليه بالحصول على خدماته منه فيما لو احتاج إلى ذلك، مقابل مبلغ سنوي ثابت تلتزم شركة التأمين بدفعه للطبيب، بقطع النظر عن عدد الزيارات التي قد يحتاجها المؤمن عليه لهذا الطبيب.

٣- السويد:

وضع مبالغ مسبقة للدفع (Deductible) ذات قيم عالية، إذ يتم تقدير أولياً قبل أن تبدأ مسؤولية التأمين تجاه المؤمن عليه؛ مما يؤدي إلى الحد من أي سوء استعمال قد يقوم به المؤمن عليه .

٤- مصر:

طبيب الرعاية الصحية الأولية (pcp): تقدم الخدمة بداية من طبيب الرعاية الصحية الأولية الذي يكون مهيناً من لدن دافع الفاتورة، ويقوم هذا الطبيب بدوره بمعالجة الحالات ضمن إمكانياته العلمية والفنية، وتحويل الحالات الأخرى إلى ذوي الاختصاص المناسب، وتقدم الخدمات الصحية من خلال ثلاثة مصادر (القطاع الحكومي والقطاع الخاص والقطاع العام).

٥- الجمهورية العربية السورية :

طبق التأمين الصحي في سوريا منذ عام (١٩٦١) ويستلزم من صاحب العمل الذي يستخدم عشرة عمال إلى مئة عامل أن يوفر في مكان عمله صندوق للإسعافات مزود بالأدوية ونقلات للمرضى ومستلزمات الحماية والعلاج ، وإذا زاد عدد عمال المؤسسة على مئة عامل يجب على صاحب العمل أن يعد صناديق للإسعافات بمواصفات معينة على أن يكون لكل مئة عامل صندوق.

٦- الجزائر:

يطبق التأمين الصحي على جميع العاملين بالدولة وإن كان هناك نظام خاص لعمال المناجم والعاملين بالزراعة والمرافق العامة، وبالنسبة للمتقاعدين يطبق عليهم التأمين الصحي على العلاج الطبي

٧- بعض تجارب دول أخرى □ HMO-Health Management Organization :

وهنا تصبح شركة التأمين أو تحالف عدد من شركات التأمين ، هي نفسها مقدمة للخدمة من طريق إنشاء مراكز لتقديم الخدمات الطبية(د. نذير البائع، (٢٠٠٢) ، التأمين الصحي صناعة رابحة بين التحديث وإعادة البناء» مجلة الرائد العربي» العدد ٧٤، ص ٣٥، ٣٤ .

ويمكن أن نستخلص العبر من التجارب السابقة للدول التي لديها تطبيقات ناجحة ومتعثرة في مجال التأمين الصحي بما يلي :

إذ يلاحظ أن هناك تطبيقات ناجحة في بعض البلدان من مثل الدنمارك والنرويج والمملكة المتحدة، في حين حصل هناك تصاعد حاد في التكاليف في بعض بلدان العالم الأخرى، ومنها: فرنسا وألمانيا والولايات المتحدة، وفي الوقت نفسه تواجه الدول التي تمارس التأمين الصحي المتطورة منها وغير المتطورة تحديات كثيرة في مجال تطوير الخدمة الصحية المقدمة للمواطنين، ومدى إمكانية التحكم في

ارتفاع تكلفة الخدمات وما يصاحبه من ارتفاع تكاليف الوسائل التشخيصية العلاجية، وكذلك الزيادة السكانية وما يتطلبه ذلك من زيادة في تقديم الخدمة الصحية؛ وارتفاع متوسط الأعمار نتيجة لتطور الخدمات الصحية والاقتصادية الذي ينتج منه زيادة عدد المسنين الذين يحتاجون إلى الرعاية الصحية أكثر من غيرهم من شرائح العمرية، أما في العراق فإن قطاع التأمين يواجه العديد من التحديات، منها: الزيادة السكانية بنسبة كبيرة، ونقص واضح في الموارد المادية والبشرية المتاحة، وارتفاع الكلفة الاقتصادية للخدمات الصحية، وهناك أيضاً ظروف اقتصادية وأمنية غير مستقرة للبلد فضلاً عن تفاقم المشكلات الصحية، المتمثلة في الأمراض السارية والأمراض المزمنة والحوادث وظروف الأزمة المالية والحروب التي المت بالبلد. مما يقتضي الحال إعادة هيكلة المؤسسة الصحية، وتحقيق رفع مستوى الأداء الإداري والمالي والصحي، والسعي إلى الحصول على مستويات متقدمة في الجودة، وإجراء البحوث الطبية، وتأهيل المختبرات للمساهمة في إيجاد حلول للمشاكل الصحية القائمة.

المبحث الثالث : تسويق التأمين الصحي Marketing Health Insurance

تسخر المنظمات الصحية ذات الشأن وجميع إمكاناتها للظفر برضا عملائها الداخليين والخارجيين، وأصبح من الضروري الاهتمام بنشاط التسويق التأميني فيها إشباعاً لرغبات عملائها الصحية ولاسيما التدرسيين واحتياجاتهم، وكذلك الحرص على تقديم برامج وبدائل تمويلية متنوعة لتمكينهم من الحصول على الخدمات الصحية المتنوعة والمطلوبة بما يتفق وإمكاناتهم الشرائية الحالية، وسيتم التطرق الى مفهوم تسويق التأمين الصحي وتطور التسويق، فضلاً عن مشكلات تسويق التأمين الصحي.

اولا : تسويق التأمين الصحي :

يساعد التسويق في المنظمات الصحية عن طريق البرامج والخطط المصاغة بموضوعية ودقة على رفع فاعليتهم، تلك الفاعلية التي تلامس عند تعزيز عناصر التوجه نحو التسويق، وأيضاً يسعى رجال التسويق في المنظمات الصحية إلى تكوين حزمة من المنافع للسوق المستهدفة من طريق الجذب الكفاء والتبادل الطوعي بين المنفعة والكلفة التي يتحملها الطرفان المتبادلان. ويمكن تعريف تسويق التأمين بأنه «هو فن تلبية حاجيات الزبائن و في نفس الوقت إرضاء مدير المؤسسة (المرود، نوعية، صورة)، ويمكن تعريف تسويق التأمين على أنه "النشاط الذي ينطوي على تحديد أثر الأسواق ربحية في الوقت الحاضر والمستقبل، و تقييم الحاجات الحالية والمستقبلية للعملاء. فهو يتعلق بوضع أهداف المؤسسة و إعداد و تصميم الخطط اللازمة لتحقيق تلك الأهداف. إدارة الخدمات التأمينية بالطريقة التي يمكن بواسطتها تنفيذ تلك الخطط. و تكمن أهمية هذا التعريف في التوازن بين هدف الربحية و رضا العميل حيث راعي التعريف ضرورة وجود نوع من التوازن بين أهداف مؤسسة التأمين و بين حاجات العملاء، و ضمن سياق ذلك فإن ربحية مؤسسة التأمين تنبع من قدرتها على إشباع و تلبية حاجات الأفراد و المؤسسة. (بن عمروش فائزة، ٢٠٠٨: ٦٤). وان التسويق الصحي يعنى باختيار السوق المستهدف، والعمل ضمن هذه الأسواق يتضمن هدفين رئيسيين ومتقاربين، أحدهما يخص المنظمة، والآخر يخص الزبون، فالهدف الأول يشير إلى التوجه الدقيق من

لدى المنظمات الصحية للاستجابة للطلب الحقيقي لذلك السوق المستهدف؛ ومن ثم استجابة دقيقة لحاجات المستهلكين ورغباتهم في ذلك السوق .

أما الهدف الثاني فيتمثل في حصول المستهلك على ما يحتاج إليه من خدمات في الوقت المناسب، وبأقل جهد ممكن، وبالنوعية التي يرغب بها، إذ إن كل شخص يمتلك خصائصه المنفردة مثل (العمر، الجنس، اللغة، أسلوب الحياة، وغيرها) التي تؤثر في قرار الفرد في التوجه نحو تسويق التأمين الصحي ويمكن توحيد هذه الخصائص في مجال تسويق التأمين الصحي والذي يفترض مجموعة من الناس يمتلكون نفس الخصائص التي تجعلهم يشاركون نفس احتياجات المنتج ويمكن شركة التأمين الاستفادة من حملة التسويق الهادف للوصول إلى أهداف الزبائن وتلبي رغباتهم من خلال استخدام الشركة مجاميع مختلفة التي تركز على المنتجات التأمينية بأحسن طريقة ممكنة Langenhoff and Acker, 2008: 26 ، ويستند التسويق على مجموعة من الأدوات تسمى: (المزيج التسويقي Mar-keting mix) وتتمثل في تعميم المنتج، والخدمة، والتسعير، والترويج، والتوزيع، والعمليات، والأفراد، والبيئة المادية، ويتضح جلياً تأثير التأمين الصحي على المزيج التسويقي للخدمات الصحية ومنها تأثير التأمين الصحي على تسعير الخدمات الصحية الذي يترتب على تزايد النسبة المالية التي تتحملها الحكومة من فاتورة الخدمات الصحية والتأمين الصحي يؤدي إلى تناقص تأثير السعر على استخدام المرضى للخدمات الصحية، وإيضاً في اختيارهم للجهة التي تقدم هذه الخدمات، والذي ينتج عن ذلك هو تهيش وإزالة الحوافز السعرية من جانب الزبائن المرضى وزيادة قدرة مقني الخدمات الصحية على تحميل الأسعار المرتفعة إلى طرف ثالث، ومن ثم التوسع في التأمين الصحي وزيادة الطلب على الخدمات الصحية (حيدر مراد، ٢٠٠٩: ١٠١ — ١١٦)، كذلك فإن الغرض من التسويق هو مساعدة المنظمات الصحية على تحقيق أهدافها في البقاء والاستمرارية، وتزويدها بالمرونة اللازمة للعمل في بيئة متغيرة من طريق خدمة أسواقها بصورة أكثر فاعلية؛ وذلك بالتركيز على حاجات ورغبات الأسواق المستهدفة؛ فالتسويق الفاعل موجه نحو المستهلك (Consumer-Oriented).

ثانياً : مشكلات تسويق التأمين الصحي: Problems of Marketing HEALTH Insurance

هنالك ثمة كثير من المشكلات التي تعد عقبات وتحديات تواجه تسويق نظام التأمين الصحي في مراحل انتقال الرعاية الصحية إلى علاقات السوق الاحترافية، وفي حالة عدم السيطرة عليها فإنها تؤدي إلى خلق مشكلات عدة في مراحل تطبيق الرعاية الصحية وإضعاف هذا النظام، وهي كالاتي :

١- الاختيار غير الملائم والمناسب يعد الاختيار غير الملائم حينما يكون عدد المشاركين من المصابين بالأمراض المزمنة، أو المعرضين للإصابة بالحوادث من مثل العاملين في ظروف خطيرة، أو المعرضين للإصابة بالحوادث أكبر من عدد المشاركين الأصحاء ذوي الاحتمالية الأقل للإصابة بالأمراض في برامج التأمين الصحي؛ فينبغي والحال هذه أن يتم اختيار المجموعات المشاركة في هذه البرامج على أساس صفتهم لا على أساس حالتهم الصحية.

٢ - زيادة تكاليف العلاج وتكاليف انتاج الخدمات الصحية يحصل ذلك عندما يقوم بعض الأطباء بتقديم فقرات علاجية أكثر من اللازم للمرضى؛ في الوقت الذي لا يمانع المرضى ما داموا لم يخسروا نفقات إضافية ، ويمكن أن يكون الحل الأمثل لهذه المشكلة من خلال زيادة أسعار أقساط التأمين الصحي.

٣ - هناك مشكلات أخرى تجابه تسويق التأمين الصحي منها وجود كثير من شكاوى العمال حول تدني مستوى الخدمات الصحية التي تقدمها شركات التأمين الصحي، وعدم تقديمها الخدمات التي يحتاجها العامل، وضرورة التحقق من القدرة على تمويل هذه الخدمة، ولاسيما بعد ارتفاع أسعار الأدوية والعلاج.

٤ - أن تسويق التأمين يتعامل مع مقولتين هما «الطلب الكامن» و «الطلب الفعال» ويمثل الطلب الكامن الحاجة الموضوعية لدى المستهلك الى التأمين وتوفر القدرة المالية لديه لشراء سلعة التأمين، ويمثل الطلب الفعال ذلك الطلب الكامن مضافاً إليه الشعور بالحاجة الى التأمين والقدرة على الإقدام على شرائه ، لذا فعلى شركات التأمين ان تعمل جاهدة لكي تنهض بأجهزة تسويق التأمين لتتمكن من تحويل الطلب الكامن الى طلب فعال (الشونة رابحة محمد ، البلداوي علاء عبد الكريم ، ٢٠١٣ : ١٧٦ ، ١٧٧).

٥ - غياب الأدوات الابتكارية في صناعة القرارات التسويقية. فبينما تبنى القرارات الإدارية على المشاركة، تبنى القرارات التسويقية على النقل المباشر من الآخرين وحب الظهور و المعايير الفردية التي تتم غالباً دون إدراك. و لابد أن نؤمن بأن هناك أفراد يفكرون و يمكن أن يقدموا الكثير طالما أنهم يعملون في منظومة المؤسسة الابتكارية تخطيطاً و تنظيمياً.

٦ - اعتبار بحوث التسويق أمر ترفيهي و تكلفة غير مبررة و هذا يعتبر بمثابة إهدار لمنطق الكفاءة التسويقية. فمن المهم عند رسم السياسة التسويقية لخدمة التأمين القيام بدراسة للسوق و العملاء المرتقبين و العالين للوقوف على رغبات العملاء و دراسة دوافع الشراء لديهم.

٧ - إغفال القياس الصحيح لقدرة المنافس، و هذا يستلزم الأخذ في الاعتبار العوامل التالية: حصة المنافس في السوق، و حصته في ذاكرة العملاء، و حصة المنافس في قلوب العملاء.

٨ - البعد الشديد عن مفاهيم الجودة الشاملة، حيث تعتبر جودة المنتج أحد أهم بدائل استراتيجيات التنافس.

٩ - البعد الواضح عن تحقيق الاستفادة السريعة و المطلوبة من أساليب التسويق المباشر و التسويق الإلكتروني عبر شبكات الإنترنت، فالتسويق المباشر مو نظام الاتصال التفاعلي في مجال التسويق يضمن استخدام مجموعة من الوسائل غير التقليدية و التي تحقق استجابة ملموسة بأقل جهد ممكن(مصدر سابق ، ٢٠٠٨ : ٦٨).

المبحث الرابع : نتائج البحث والاستنتاجات والتوصيات

صدق الأداة :

يعني الصدق ان الأداة تكشف عما وضع من اجله ولتحقيق ذلك تم عرض فقرات الأداة على مجموعة من المتخصصين في مجال الاختصاص للحكم على صلاحيتها للكشف عما وضعت من اجله. وجاءت الآراء مجتمعة حول صلاحية الإدارة المعدة في البحث الحالي للكشف عن اتجاهات تسويق التأمين الصحي لدى تدريسي كلية الآداب .

ثبات الأداة :

يعني الثبات هو الاتساق ثم التحقق من ثبات الاستبانة من خلال الاتساق الداخلي . لحساب ثبات الاستبانة تم استخدام معادلة (إلفا كرونباخ) حيث تم توزيع الاستبانة على ٢٠ تدريسيا من غير عينة البحث ، اذ بلغت قيمة معامل الارتباط ٦٧ ٪ وهي قيمة جيدة .

وطريقة التجزئة النصفية وكانت قيمته (٦٤٢) بعد تصحيحه بمعادلة سبيرمان برونان .

اولا —

عرض نتائج:

للتحقق من أهداف البحث قام الباحث بتوزيع الاستبانة على عينة البحث وتم توزيع البيانات كالاتي :

١ - للتحقق من أهداف البحث الأول الذي ينص « اتجاهات تدريسي كلية الآداب نحو تسويق التأمين الصحي في جامعة بغداد » تم استخدام معادلة الاختبار التائية لعينة واحدة ، اذ بلغ متوسط الحسابي لعينة البحث (٩٢ , ٦٢) وانحراف معياري (٣٦ . ٥) والمتوسط الفرضي للاستبانة (٥٢) ودرجة حرية (١٨١) ومستوى دلالة (٠ , ٠٥) ، اذ بلغت القيمة التائية المحسوبة (٤٥ , ٢٧) مع العلم أن القيمة الجدولية ١ , ٩٦

جدول رقم (٣)

المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الفرضي	درجة الحرية	القيمة التائية المحسوبة	القيمة التائية الجدولية	مستوى الدلالة
62.92	5.36	52	181	27.45	1.96	0.05

وهذا يعني أن القيمة التائية المحسوبة هي اكبر من القيمة التائية الجدولية

إي أن عينة البحث باتجاهات ايجابية نحو تسويق التأمين الصحي كما هو في جدول (١)
٢ - للتحقق من هدف البحث الثاني الذي ينص على " التعرف على الفروق الإحصائية في اتجاهات التدريسيين نحو تسويق التأمين الصحي. تحديد المصطلحات (المفاهيم) التأمين الصحي بحسب الجنس (ذكور – إناث) " تم استخدام معادلة الاختبار التائية لعينتين مستقلتين أذ بلغ المتوسط الحسابي

للذكور (٦٦,٩٣٩) وبانحراف معياري (٤,٩٣٤) والمتوسط الحسابي للإناث (٦٦,٨٩٣) وبانحراف معياري (٦,٠٩٤٤) ودرجة حرية (١٨٠) وعند مستوى دلالة (٠,٠٥) اذ بلغت القيمة التائية المحسوبة (٢,٢٥) مع العلم ان القيمة التائية الجدولية البالغة (١,٩٨) .

جدول (٤)

المتوسط الحسابي للذكور	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي للإناث	الانحراف المعياري	درجة الحرية	القيمة التائية المحسوبة	القيمة التائية الجدولية	مستوى الدلالة
٦٦,٩٣	٤,٩٣	٦٦,٨٩	٦,٠٩	١٨٠	٢,٢٥	١,٩٨	٠,٠٥

وهذا يعني أنه لا توجد فروقات ذات دلالة إحصائية كبيرة في اتجاهات تسويق التأمين الصحي بين التدريسيين الذكور والإناث.

ثانياً -

الاستنتاجات :

في ضوء نتائج البحث خلصنا إلى الاستنتاجات الآتية :

١ - يتمتع تدريسيو كلية الآداب في جامعة بغداد لديهم اتجاهات ايجابية نحو تسويق التأمين الصحي.

٢ - لا توجد فروق إحصائية بين التدريسيين في اتجاهات التسويق الصحي بحسب نوع الجنس (ذكور - وإناث) .

٣ - هناك رغبة تميل نحو اتجاهات التدريسيين بإشاعة مفهوم وموضوع تسويق التأمين الصحي والاهتمام بتسويق الخدمات الصحية.

ثالثاً -

التوصيات :

١- يوصي الباحث بضرورة توجه الجامعات والمؤسسات التعليمية نحو التأمين الصحي وتسويقه باليات ووسائل ترويجية مناسبة ومتطورة بشكل يحفظ مكانة التدريسيين اكاديميا واجتماعيا، وعدها حقاً من حقوق عضو الهيئة التدريسية، ولا سيما أن هناك ضعفاً واضحاً للوعي والخدمات الصحية فضلاً عن تردي الوضع الاقتصادي والأمني للبلد .

٢- نظراً لوجود رغبة لدى التدريسيين بإشاعة تسويق التأمين الصحي وانتقال الرعاية الصحية الى علاقات السوق ، وما ينطوي عليه ارتباط التأمين الصحي ارتباطاً مباشراً بصحة أفراد المجتمع وحياتهم؛ مما يستدعي اتخاذ جملة من الإجراءات التي تعزز تسويق التأمين، منها ما يتعلق بنشر

الوعي الصحي والتأميني، ومنها ما يتعلق بتحسين واقع الخدمات الصحية؛ إذ إن القدرة على التشخيص المبكر من لدن مقدم الخدمة يقلل من الأعباء المالية التي تتحملها شركة التأمين.

٣- ضرورة وضع قيود على أسعار الخدمات الطبية ومراقبتها بشكل مستمر للسيطرة على أسعار التأمين لتأثرها بصورة عكسية مع أسعار الخدمات الطبية.

٤- يوصي الباحث بضرورة التوجه إلى دراسات علمية مدروسة وتجارب تأمينية ومنها استراتيجية السلوك المخطط لاختيار زبائن التأمين الصحي ، وأيضاً اعتماد استراتيجيات تسويق التأمين الصحي نحو السوق الهادف، وكذلك أهمية تنامي العلاقة الايجابية بين شركات التأمين ومقدمي الخدمات الصحية .

٥- ضرورة تطبيق برامج للتوعية الصحية توضح للجميع أهمية برامج التأمين الصحي ، كذلك الاهتمام بإعادة تقييم خدمة مزايا التأمين الصحي والتركيز على المزايا الأكثر إفادة والأعم تأثيراً والأقل تكلفة.

٦- أن يقوم المشرع العراقي بسن قانون خاص بالتأمين الصحي للأساتذة مراعيّاً فيه القواعد القانونية الدولية والمحلية وأحكام الدستور وأن يكون أيضاً منسجماً مع متطلبات قانون الخدمة الجامعية (٢٣) لسنة ٢٠٠٨ والتعديلات ، بغية الإفادة منه في تقديم الخدمات الصحية والعلاجية وإجراء العمليات الجراحية حماية صحية لأعضاء الهيئة التدريسية؛ وصولاً لتحقيق جودة التعليم العالي والأمن الصحي.

٧- ضرورة إيجاد قاعدة بيانات دقيقة تساعد مؤسسات التأمين الصحي على تحديد المشمولين بصورة عادلة وتهيئة المنتجين (المستشفيات والدوائر الصحية) اللازمة لتقديم خدماته للزبائن (المرضى والمحتاجين إلى الرعاية الصحية)؛ ومن ثم تستطيع شركات التأمين الصحي أن تحقق التزاماتها المالية بشفافية وأمان بعيداً عن حالات تقدير الخطر غير المدروسة، وإنما مبنية على مؤشرات فنية وتأمينية وإدارية على أساس الخبرة الفنية والاكتوارية.

٨- ضرورة أن تسعى الحكومة إلى بناء استراتيجية تسويق صحية على وفق رؤية استكشافية من طريق السعي الحثيث الى بناء تحالفات وشراكات بين المؤسسات الصحية وشركات التأمين الصحي وتهيئة المتطلبات اللازمة وإصدار التشريعات اللازمة التي تسعى إلى تأطير إجراءات هذه التحالفات والشراكات وضمان سلامتها، والمضي بوثيقة التأمين الصحي للأساتذة والتدريسيين فضلاً عن التوجه لإصدار وثائق تأمين خاصة لتغطية شرائح مهمة أخرى في المجتمع من مثل الحقوقيين والرياضيين وزيادة الوعي الصحي بذلك.

رابعاً -

المقترحات :

١- إجراء دراسة تحليلية للتعرف على اتجاهات تسويق التأمين الصحي لدى التدريسيين وعلاقتها بين المتغيرات الأخرى، مثل : التخصص العلمي، والخبرة الأكاديمية، وسنوات الخدمة .

٢-أجراء دراسة استطلاعية للتعرف على علاقة الوعي الصحي في المؤسسات الصحية باتجاهات العاملين فيها.

٣- اجراء دراسة مقارنة بين التأمين الصحي والخدمة الصحية التي تقدم في المؤسسات العامة.

٤- إجراء دراسة مقارنة بين التأمين الصحي والخدمة الصحية التي تقدم في الجامعات العراقية.

٥- اجراء دراسة منهجية عن نمذجة الاقتصاد الكلي واثاره على تطور التأمين الصحي في العراق .

٦- أجراء دراسة للتعرف على تعزيز الوعي الصحي في المؤسسات الصحية ولا سيما تطبيقات التأمين الصحي في العراق.

٧ - ضرورة تشكيل مجلس/ او هيئة أعلى للتأمين الصحي لكي تسوق الخدمات الصحية من خلال اقتراح مزايا التعاون مع نقابتي الأطباء والصيادلة .

المصادر :

المصادر المحلية والعربية :

١-ديوانية هشام ، التأمين الصحي بداياته,, أهدافه.. واقعه.. في سورية، مجلة الرائد العربي ، العدد ١٠٠- الربع الأول، سوريا - دمشق ٢٠٠٩: ٥٢.

٢-مرزه سعيد عباس ، التأمين النظرية والممارسة ، الطبعة الأولى ، تنضيد في شركة إعادة التأمين العراقية ، ٢٠٠٦ : ٣٦٨

٣-الوردي سليم علي ،إدارة الخطر والتأمين، مكتب الريم ، العراق بغداد ، ١٩٩٩ : ١٨٥- ١٨٦ .

٤-جمعة، بواب شاكر، (١٩٩٨) ، المشكلات التي تواجه تلاميذ المدارس المستفيدين من خدمات التأمين الصحي، دراسة مطبقة على عيادات التأمين الصحي في مدينة الفيوم، المؤتمر العلمي الحادي عشر، جامعة حلوان.

٥-تومي ميلود ، وقشي حبيبة، آليات تطبيق السياسات التسويقية ، مجلة أبحاث اقتصادية وإدارية جامعة محمد خيضر بسكرة، العدد الثاني - ديسمبر ، ٢٠٠٧ : ٣٦ .

٦- العامري نجاة ،تسويق الخدمات الصحية بسكيدة مصحة ابو القاسم ، رسالة ماجستير ، الجزائر ٢٠٠٨/ ٢٠٠٩.

٧- الجمعية الأمريكية للتسويق ، مبادئ إدارة الخطر ، ٢٠٠٥ : ١٩.

٨- عريقات حربي محمد، وعقل سعيد جمعة، التأمين وإدارة الخطر ، دار وائل للنشر - الطبعة الأولى ، الاردن - عمان ، ٢٠٠٨ : ٣٧١ - ٣٧٢ .

٩- المليجي، فؤاد السيد، (١٩٩٢)، نموذج محاسبي مقترح لقياس نشاط التأمين الصحي/ دراسة ميدانية ، مجلة كلية التجارة للبحوث العلمية، جامعة الاسكندرية، المجلد التاسع والعشرون، العدد الثاني مصر.

١٠- ابو بكر عيد احمد، والسيفو وليد اسماعيل ، إدارة الخطر والتأمين، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، الاردن - عمان ، ٢٠٠٩ : ٣٦١ .

١١- العجلوني نائل ، التأمين الصحي الشامل ، مجلة التأمين العربي العدد (٩٣) ، ٢٠٠٧ : ١٦ - ١٨ .

١٢- الباتع نذير ، التأمين الصحي صناعة رابحة بين التحديث وإعادة البناء ، مجلة الرائد العربي - الربع الثاني ، العدد ٧٤ ، ٢٠٠٢ : ٣٤ - ٣٧ .

١٣- الالفي ، محمد جبر ، التأمين الصحي ، الطبعة الأولى، مصر - القاهرة ، ٢٠٠١ : ٤٧٣ .

١٤- جورج رجيديا ، ترجمة البلقيني محمد توفيق ، ومهدي ابراهيم محمد ، مبادئ إدارة الخطر والتأمين ، دار المريخ للنشر ، الطبعة الأولى ، السعودية - الرياض ، ٢٠٠٦ : ٦٧٧ .

١٥- فلاح عز الدين ، التأمين مبادئه وأنواعه ، الطبعة الأولى، دار اسامة للنشر والتوزيع ، الأردن - عمان ، ٢٠٠٨ : ١٩٠ - ١٩١ .

١٦- حيدر مراد ، التأمين الصحي ، الطبعة الأولى ، دار الفكر الجامعي ، مصر . الإسكندرية ، ٢٠٠٩ : ١٠١ - ١١٦ . - الشونة رابحة محمد ، البلداوي علاء عبد الكريم ، معوقات تسويق وثيقة تأمين السيارات التكميلي / بحث استطلاعي في شركة التأمين الوطنية ، مجلة دراسات محاسبية ومالية- المجلد الثامن - العدد ٢٣ - الفصل الثاني ، ٢٠١٣ .

١٧- بن عمروش فائزة ، واقع تسويق الخدمات في شركات التأمين، دراسة حالة: الصندوق الوطني للتعاون الفلاحي (٢٠٠٨) ، الجزائر- جامعة بومرداس .

المصادر الأجنبية :

1_ Fernandez, B. (2005) Health Insurance . Primer Congressional Research Service : Library of Congress Press. Langenhoff, w. and Acker, J.V. (2008) « Analysis and Implications of the

2_ Process for Choosing a health insurance». Cited from (<http://thesis.eur.nl/...van%20%20langenhoff%20thesis%20%20fin...>). Retrieved on 24/6/2016.

Yaskewich. D. M.(2012) «Three Essays on the Health Insurance Coverage of

3_ Young Adults» . Cited from (unknowledge.uky.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1008&content=economic

4_ets. Retrieved on 24/6/2016.

5_ Ministry of Health of the Russian Federation, Fundamentals of Medical Marketin, Teaching aid 2004 GOU VPO Irkutsk State Medical University