

أثر التوسع في التغطية التأمينية على الإستدامة المالية لنظام التأمين الصحي الشامل في مصر

The impact of expanding insurance coverage on the financial sustainability of the Universal health insurance system in Egypt

شريف حسام الدين محمد شوقي

مدرس مساعد بقسم التأمين والعلوم الاكتوارية - كلية التجارة - جامعة القاهرة

إشراف

أ.د/ سعد السعيد عبد الرازق

أستاذ التأمين والعلوم الاكتوارية - كلية التجارة - جامعة القاهرة

الملخص:

تهدف هذه الدراسة إلى تقييم أثر خطط التوسع نحو التغطية التأمينية الشاملة لنظام التأمين الصحي الشامل في مصر على معدلات ومستويات الاستخدام للخدمات الصحية وتكاليف الخدمات الصحية والإيرادات والنفقات المتوقعة للنظام ومدى قدرة المصادر التمويلية للنظام على مواجهة التكاليف والنفقات المتوقعة وذلك لضمان قدرته على الإستدامة المالية طويلة الأجل حيث تم مقارنة مجموعة من السيناريوهات المختلفة التي تتعلق بالخطط الزمنية والخاصة بالتوسع في تطبيق النظام على باقي محافظات الجمهورية.

وتوصلت الدراسة إلى إن سيناريوهات التغطية التأمينية لنظام التأمين الصحي الشامل لها تأثير كبير على مستويات الاستخدام، وخاصة فيما يتعلق بخدمات المرضى الخارجيين، وتؤثر تكاليف الخدمات الصحية الناتجة عن زيادة عدد الإستخدامات للخدمات الصحية بشكل كبير وكذلك معدلات النمو المتسارعة للتكاليف على إستدامة النظام حيث كلما زادت معدلات النمو في التكاليف بشكل أكبر من معدلات النمو في

الإيرادات سوف ينتهي بحدوث عجز لدى النظام لذا توصي الدراسة بأن يتم التوسع بالتغطية التأمينية للنظام بطريقة معقولة حتى يستطيع النظام الإعتماد على موارده المالية سواء من الإستثمارات أو من الموارد المالية الأخرى غير المرتبطة بالإشتراكات ومن ثم ضمان قدرة النظام على الإستدامة المالية.

الكلمات المفتاحية

التأمين الصحي الشامل، التغطية التأمينية الشاملة، الرعاية الصحية، الإستدامة المالية، تحليل السيناريو.

Abstract:

This study aims to evaluate the impact of expansion plans towards Universal coverage for the Universal health insurance system in Egypt on the rates and levels of use of health services, costs of health services, expected revenues and expenditures of the system, and the extent to which the system's funding sources are able to meet the expected costs and expenditures in order to ensure its ability to sustain financially in the long term. A set of different scenarios related to the time plans and those related to expanding the application of the system to the rest of the governorates of the republic were compared.

The study concluded that the insurance coverage scenarios for the Universal health insurance system have a significant impact on the levels of use, especially with regard to outpatient services. The costs of health services resulting from the increase in the number of uses of health services significantly affect the

sustainability of the system, as well as the accelerated growth rates of costs. The more the growth rates in costs exceed the growth rates in revenues, the system will end up with a deficit. Therefore, the study recommends that the insurance coverage of the system be expanded in a reasonable manner so that the system can rely on its financial resources, whether from investments or from other financial resources not related to subscriptions, and thus ensure the system's ability to sustain financially.

Keywords:

Universal Health Insurance, Universal Health Coverage, Healthcare, Financial Sustainability, Scenario Analysis.

١ - مقدمة:

حازت التغطية الصحية الشاملة بإهتمام غالية الدول، ووفقاً لمنظمة الصحة العالمية فهي تعد عملية ذات ثلاثة أبعاد وهما (مجموعة الخدمات المغطاة (تغطية الخدمة)، ونسبة التكاليف المغطاة من خلال التأمين (التغطية المالية)، ونسبة السكان المشمولين داخل التغطية التأمينية)، وهناك حاجة ملحة لضمان الإستدامة المالية لنظام التأمين الصحي الشامل من خلال تحديد آليات التمويل والتدابير اللازمة لدعمها، وتقييم التحديات التي تواجه الإستدامة المالية وإقتراح الحلول المناسبة للتغلب على تلك التحديات والفجوات الرئيسية المتعلقة بالإستدامة المالية.

يعتمد تطبيق نظام التأمين الصحي الشامل للوصول إلى التغطية التأمينية الشاملة على تقسيم المجتمع إلى مناطق جغرافية (المحافظات) ويتم التطبيق وفقاً لنطاق جغرافي محدد يتمثل في مجموعة من المحافظات ثم يليها مجموعة أخرى من المحافظات وذلك إلى أن يصل للتغطية التأمينية الشاملة.

وتتمثل مشكلة عدم شمولية نظام التأمين الصحي الإجتماعي لجميع الأفراد أحد أهم التحديات التي واجهت نظام التأمين الصحي الشامل وطريقة مد الحماية التأمينية لتشمل جميع المواطنين وتوفير الخدمات الصحية الجيدة والمستدامة في الاجل الطويل حيث بلغت حجم التغطية التأمينية في عام ٢٠١٨/٢٠١٩ وذلك قبل تطبيق نظام التأمين الصحي الشامل نحو ٥٨% فقط من إجمالي عدد السكان ولم يتمكن النظام السابق من الوصول إلى التغطية التأمينية الشاملة رغم جميع المحاولات المبذولة للتوسع بحجم التغطية التأمينية، حيث تطور عدد المؤمن عليهم لدى التأمين الصحي الإجتماعي خلال الاربع عقود الماضية من ٣,٢ مليون فرد في عام ١٩٨٥ وهو ما يمثل نسبة ٧% من عدد السكان ليرتفع الى ٥٦,٨٨ مليون فرد عام ٢٠١٩/٢٠١٨ بنسبة تغطية ٥٨% من إجمالي عدد السكان (الهيئة العامة للتأمين الصحي، التقرير الإحصائي السنوي، ٢٠٢٠).

تمتلك مصر المقومات لتقديم الخدمات الصحية سواء المتعلقة بمقدمي الخدمات الصحية من القطاع الحكومي، والقطاع الخاص حيث بلغت عدد المستشفيات في عام ٢٠٢١ نحو ١٨٠٩ مستشفى (٦٦٤ بالقطاع الحكومي، ١١٤٥ بالقطاع الخاص)، وبلغ عدد المنشآت العلاجية ٥٣٨٨ منشأة (٤٩٨٦ بالقطاع الحكومي، ٤٠٢ بالقطاع الخاص)، وكذلك المقومات المتعلقة بالعاملين بالمهن الطبية من أطباء وصيادلة وهيئة تمريض حيث بلغ إجمالي عدد العاملين من الطاقم الطبي بالقطاع الحكومي والقطاع الخاص نحو ٤٣٩,٨٧٥ ألف فرد (١٣٠,٨٨ ألف طبيب بشري، ٣٤,٤ ألف طبيب أسنان، ٥٨,٤ صيدلي، ٢١٦,٣ ممرض)، ويبلغ متوسط عدد السكان للأطباء البشريين ٧٨٠ نسمة/طبيب أى بمعدل ١٢,٨ طبيب لكل ١٠ آلاف فرد ومتوسط عدد الأسرة ١١,٥ سرير لكل ١٠ آلاف فرد، ولكن في ظل معدلات النمو المتسارعة في عدد السكان نجد أنه أصبح من الضروري توسيع نطاق الخدمات الصحية من خلال زيادة عدد المستشفيات والأطباء لتلبية الاحتياجات والطلب المتزايد على الخدمات الصحية للمواطنين وتقديم رعاية صحية فعالة وكافية وتحسين مؤشرات

الصحة العامة (الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء، النشرة السنوية لإحصاء الخدمات الصحية والعلاج على نفقة الدولة في الداخل، ٢٠٢٣)

تعددت القوانين المنظمة للتأمين الصحي الاجتماعي والتي أغفلت العديد من شرائح المجتمع مثل فئات العمالة غير المنتظمة وأصحاب المهن الحرة وعمال الزراعة والصيادين وأصحاب الأعمال وربات البيوت والعاطلين عن العمل وغيرهم حيث إعتد نظام التأمين الصحي الاجتماعي على تقسيم المجتمع إلى فئات بناء على العديد من العوامل منها العمر والوظيفة والدخل وفق قوانين منظمة لكل فئة وتعد وحدة القياس داخل نظام التأمين الصحي الاجتماعي هي الفرد وليس الأسرة مما أدى إلى ظهور العديد من المشكلات منها عدم القدرة على تغطية جميع أفراد الأسرة وبالتالي عدم الوصول لجميع أفراد المجتمع، بالإضافة لضعف البنية التحتية للمستشفيات والوحدات الصحية التابعة لنظام التأمين الصحي الاجتماعي وعدم توافر الكوادر الطبية الكافية ذات الكفاءة العالية وظهور قوائم إنتظار طويلة للحصول على الخدمات الصحية من قبل النظام، وكذلك عدم لجوء عدد كبير من المؤمن عليهم لنظام التأمين الصحي بسبب انخفاض جودة الخدمات الصحية المقدمة.

كما تشكل إمكانية الوصول الجغرافي إلى المرافق الصحية عائقاً كبيراً، خاصة في الدول النامية حيث يمكن تجنب أكثر من نصف الوفيات بسبب عدم الاستفادة من الخدمات الصحية، وتعتبر المسافة التي يقطعها الأفراد للوصول إلى هذه الخدمات أحد أهم التحديات، وهناك العديد من التغييرات التدريجية اللازمة لتسريع تغطية الخدمات الصحية وتوفير الحماية المالية من خطر المرض، والتي تحتاج إلى فهم لأسباب فشل أنظمة الرعاية الصحية المتعلقة بإمكانية الوصول الجغرافي، ومدى جودة الخدمات ومدى ثقة المؤمن عليهم في نظام التأمين أو الرعاية الصحية، والاستثمار بشكل منهجي في تحسين جودة نظام الرعاية الصحية مما يتطلب لمعالجة هذه القيود تحولاً في تمويل الخدمات الصحية وطرق تقديمها (World Health Organization, 2021).

لذا نجد أن هناك تحدى كبير أمام نظام التأمين الصحي الشامل للتغلب على هذه المشكلات وتوفير الخدمات الصحية بالجودة والكفاءة المناسبة والوصول إلى التغطية التأمينية لجميع الأفراد؛ الأمر الذي يتطلب دراسة أثر التعديلات التي جاء بها النظام الجديد للوصول إلى التغطية التأمينية الشاملة وأثرها على قدرة النظام على الإستدامة في الإجل الطويل.

ويستخدم تحليل السيناريو في فهم العواقب أو النتائج المحتملة لمجموعة من الأحداث المستقبلية غير المؤكدة من خلال إنشاء وتحليل السيناريوهات، لاستكشاف مجموعة من البدائل المستقبلية، في ظل إفتراضات مختلفة حول العوامل الرئيسية للتغيير، وحتى يمكن لصناع القرار فهم النتائج المرتبطة باتخاذ أحد القرارات المتعلقة بالنظام والمخاطر والفرص المرتبطة بها بشكل أفضل، وهذا النهج ذو أهمية خاصة في مجال الرعاية الصحية، حيث يمكن للعوامل الإقتصادية والسياسة والتكنولوجية والإجتماعية والبيئية أن تؤثر بشكل كبير على مسار الإنفاق الصحي، وخاصة عند تداخل العديد من العوامل مثل العوامل الديموغرافية، والعوامل الإقتصادية، وبالتالي فإنه من خلال تحليل السيناريوهات المحتملة يمكن تقييم المخاطر والفرص المرتبطة بكل سيناريو، والتخطيط المناسب لتطبيق النظام بطريقة أكثر مرونة وقدرة على التكيف مع التغيرات المستقبلية.

٢- مشكلة البحث:

يترتب على التوسع في التغطية التأمينية لنظام التأمين الصحي الشامل حدوث زيادة كبيره في مستويات وعدد الإستخدامات للخدمات الصحية المقدمة للمؤمن عليهم، سواء لخدمات العيادات الخارجية Outpatient services أو لخدمات المرضى الداخليين Inpatient Services؛ الأمر الذى يتطلب وجود مصادر تمويلية كافية ومستدامة لتغطية تكاليف تقديم الخدمات الصحية داخل النظام.

ويعد الوصول إلى التغطية التأمينية الشاملة من أكبر التحديات التي تواجه نظم التأمين الصحية حيث لا تكفي الموارد المالية المرتبطة بالإشتراكات من مواجهة التكاليف المرتفعة لتقديم الخدمات الصحية والتي تحتاج عادة لوجود مصادر تمويلية أخرى لدى النظام لمواجهة معدلات النمو المستمرة لهذه التكاليف والتي تتطلب أن يكون جملة الإيرادات المحصلة من المصادر التمويلية المختلفة كافية لمواجهة التكاليف والنفقات المختلفة للنظام والتي تضمن إستمرارية النظام في الأجل الطويل.

أدى إرتفاع معدلات التضخم على مدار السنوات من ٢٠١٧ وحتى عام ٢٠٢٣ إلى تآكل الدخول الفعلية وإرتفاع معدلات الفقر حيث وصلت نسبة الفقر في مصر إلى ٣٢,٥% في السنة المالية ٢٠١٨ مقارنة ب ٢٨,٥% في عام ٢٠١٥ مع تركيز المعدلات المرتفعة للفقر في المناطق الريفية بصعيد مصر ولا تزال المناطق الريفية في صعيد مصر متخلفة عن المناطق الأخرى وتصل معدلات الفقر إلى ٦٠% في بعض المحافظات (الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء، ٢٠٢٣)، مما سيؤدي ذلك إلى زيادة عدد الأفراد غير القادرين والمطلوب دخولهم للنظام في ظل تحمل الدولة لإشتراكات هذه الفئة من المؤمن عليهم.

وقد يتطلب النظام لتمويل التغطية التأمينية الشاملة تكوين إحتياطات كبيرة في السنوات الأولى من تطبيق النظام من خلال الموارد المالية غير المرتبطة بالإشتراكات (مثل المساهمات التكافلية من الشركات أو المؤسسات، والضرائب المخصصة للنظام) والتي يمكن الإستناد أو الإعتماد عليها فيما بعد للإنفاق على النظام وإستثمارها بشكل جيد لتساعد على زيادة الموارد المالية للنظام، أو إدخال مصادر تمويلية إضافية من خلال زيادة معدل الضريبة المخصصة للنظام أو زيادة معدلات الدفع المشترك للحصول على الخدمات الصحية أو زيادة معدلات الإشتراكات، وهناك مجموعة من التحديات التي تركز عليها الدراسة وهي:

- عدم قدرة الإيرادات المحصلة من الإشتراكات على مواجهة تكاليف الخدمات الصحية المقدمة للمؤمن عليهم داخل النظام مما يؤدي إلى تآكل حجم الفائض المتراكم لدى النظام وذلك مع الزيادة في حجم التغطية التأمينية للسكان.
- وجود علاقة بين حجم الفائض المتراكم لدى النظام وحجم العائد من الإستثمارات حيث كلما إنخفض حجم الفائض المتراكم لدى النظام كلما إنخفض حجم العائد من الأموال المتاحة للإستثمار والذي يعد أحد الموارد الرئيسية للنظام والتي تدعم قدرة النظام على الإستدامة المالية.
- وجود نسبة كبيرة من العمالة غير المنتظمة والعمالة الموسمية، بجانب وجود شريحة من السكان غير القادرين على دفع الإشتراكات ومن المفترض أن الدولة سوف تتحمل إشتراكات هذه الشريحة من السكان والتي تمثل عبء على ميزانية الدولة.

٣- هدف البحث:

يهدف هذا البحث إلى تقييم تأثير الخطط المحتملة للتوسع نحو التغطية التأمينية الشاملة لنظام التأمين الصحي الشامل في مصر على معدلات ومستويات الإستخدام للخدمات الصحية وتكاليف الخدمات الصحية والإيرادات والنفقات المتوقعة للنظام ومدى قدرة مصادره التمويلية على مواجهة التكاليف والنفقات المتوقعة للنظام وذلك لضمان قدرته على الإستدامة المالية طويلة الأجل وهذا من خلال مقارنة سيناريوهات مختلفة تتعلق بالخطط الزمنية الخاصة بالتوسع في تطبيق النظام على باقي محافظات الجمهورية، ودور الموارد المالية غير المرتبطة بالإشتراكات في تكوين الإحتياجات لدى النظام في السنوات الأولى من التطبيق نظراً لإنخفاض عدد المؤمن عليهم خلال هذه الفترة وبالتالي تكون تكاليف الخدمات الصحية أقل كثيراً عن جملة الموارد المالية الخاصة بنظام التأمين الصحي الشامل.

٤ - أهمية البحث:

يعد نظام التأمين الصحي الشامل من أهم القضايا التي تهم جميع أفراد المجتمع وتحظى بأهمية كبيرة من قبل الدولة والباحثين والمستفيدين من النظام ويعد فهم طبيعة وطريقة توزيع الموارد المالية وإحتواء وترشيد التكاليف الخاصة بالنظام مع الزيادة في كفاءة وفاعلية النظام أمراً ضرورياً لضمان الإستدامة المالية للنظام، كما يساعد وضع الخطط المستقبلية لتطوير وتوفير التغطية التأمينية الشاملة لجميع أفراد المجتمع داخل نظام التأمين الصحي الشامل في تعزيز قدرة النظام على الإستدامة المالية.

ويساهم هذا البحث في تحديد الآثار المالية المتوقعة لتوسيع التغطية التأمينية لنظام التأمين الصحي الشامل لكي يساعد على اتخاذ القرارات المستنيرة بشأن السياسات المالية والاستراتيجيات المستقبلية التي تحقق التوازن بين تقديم الخدمات الصحية لجميع الأفراد وبين الحفاظ على الإستدامة المالية للنظام، كما يساعد هذا البحث في قياس أثر ودور كل من المصادر التمويلة المختلفة الخاصة بالنظام والإستفادة من الطبيعة الخاصة بكل مصدر تمويلي لتعظيم الموارد المالية للنظام، وتحليل كيفية تأثير التغيرات الديموغرافية والاقتصادية على النظام، وتحقيق فهم أعمق للآثار المالية لتوسيع التغطية التأمينية وضمان استمرار تقديم الخدمات الصحية لجميع المواطنين بكفاءة وفاعلية.

ويساعد تحليل السيناريوهات المتعلقة بخطط التوسع نحو التغطية التأمينية الشاملة لنظام التأمين الصحي الشامل على التفكير على نطاق أوسع في المستقبل المحتمل، والنظر في مجموعة أوسع من الاحتمالات، وتحديد المخاطر والفرص المحتملة عبر السيناريوهات المختلفة، والسماح لصناع القرار بتطوير إستراتيجيات أكثر قوة للتعامل مع حالة عدم اليقين، وإتخاذ قرارات أكثر إستنارة ودراسة مجموعة واسعة من القرارات والمتعلقة بتطوير السياسات وتخصيص الموارد وإستراتيجيات الاستثمار، كما يعد تحليل السيناريو مفيداً بشكل خاص في دراسة نظام التأمين

الصحي الشامل في مصر وخاصة في ظل المتغيرات التي تتسم بعدم اليقين، حيث تكون طرق التنبؤ التقليدية غير كافية.

٥- حدود البحث:

تقتصر حدود الدراسة على البيانات المالية والإحصائية المتاحة والمتعلقة بنظام التأمين الصحي الشامل، والمتغيرات المتعلقة بالدراسة والتي تم الحصول عليها من عدة مصادر مثل البيانات المنشورة من قبل البنك الدولي ومنظمة الصحة العالمية والهيئة العامة للتأمين الصحي الشامل ووزارة المالية والجهاز المركزي للتعبئة العامة والأحصاء والتي تتعلق بالمتغيرات الخاصة بالدراسة خلال الفترة من عام ١٩٩٠ إلى عام ٢٠٢٣.

٦- منهجية البحث:

يقوم البحث على كل من المنهج الاستقرائي ذلك من خلال الاطلاع على بعض المراجع العلمية المتاحة سواء كانت رسائل أو دوريات أو مؤتمرات أو إصدارات عن منظمات مهنية متخصصة في مجال التأمين الصحي وكذلك على منهج تحليل المحتوى وذلك من خلال تحليل الأفكار والعلاقات والجوانب العلمية الأساسية والفرعية التي اشتملت عليها تلك الدراسات المتعلقة بموضوع البحث من خلال جمع البيانات الخاصة بنظم التأمين الصحي الشامل.

والتركيز على النماذج المالية والإكتوارية المستخدمة في قياس قدرة أنظمة التأمين الصحي على الإستدامة المالية حيث هناك العديد من النماذج المالية والإكتوارية الخاصة بأنظمة الرعاية الصحية وأنظمة التأمين الصحي الإجتماعية والتي تختلف في درجة تفصيلها أو تجميعها فمنها ما هو يقتصر على تحليل الوضع الراهن ومنها ما يقوم بتقييم الأثار المالية من خلال التنبؤات المستقبلية للنظام ومنها ما يقوم بتقييم الأثر المالي في حالة إجراء بعض التعديلات على النظام من أمثلة هذه النماذج نموذج التقييم الإكتواري للمنافع قصيرة الأجل لنظام الضمان الإجتماعي الوطني Cichon, M., Yamabana, H., Normand, C., Weber, A., Dror,

D., & Preker, A., 1999 و نموذج ميزانية منظمة الصحة العالمية لوزارات الصحة (نموذج SIMFIN) (Carrin, G., Perrot, J., Abrial, M., Abi-) (Salleh, D., & World Health Organization., 1998 و النموذج الإكتواري الخطي Simple Linear Actuarial Model (Lavado, R. F., Schieber,) (G., Aftab, A., Tsaturyan, S., & Huitzing, H. A., 2020 و ذلك في توفيق النموذج الذى يتناسب مع طبيعة نظام التأمين الصحي الشامل في مصر بهدف إجراء التقديرات الخاصة بالعوامل المؤثرة على حساب حجم الإيرادات والنفقات الإجمالية للنظام وقياس قدرة النظام على الإستدامة المالية في ظل السيناريوهات المختلفة.

٧- الدراسات السابقة:

إهتمت العديد من الدراسات السابقة بالقضايا المختلفة المتعلقة بنظم التأمين الصحي ومنها من تناول دراسة التحديات والمعوقات التي تواجه تطبيق نظام التأمين الصحي والوصول إلى التغطية التأمينية الشاملة ومنها من إهتم بالنواحي المالية والإكتوارية المتعلقة بالإستدامة المالية للنظام ومنها من حاول تقييم النظام من حيث جودة الخدمات المقدمة للمرضى المؤمن عليهم وقدرته على إستيعاب أعداد المؤمن عليهم.

فقد هدفت دراسة (Nyandekwe M., Nzayirambaho M., Kakoma J. B., 2020) إلى تقييم التحديات التي تواجه الإستدامة المالية للتأمين الصحي المجتمعي في رواندا واقتراح الحلول المناسبة لمواجهة هذه التحديات، من خلال مجموعة من الأساليب المختلطة الكمية والنوعية والتحليلية وقد توصلت الدراسة إلى وجود مجموعة من التحديات حيث وجد أن هناك عدم توازن في توزيع المخاطر في نظام التأمين الصحي الإجتماعي حيث لا يتم توزيع التكاليف الصحية بشكل متساوي بين جميع المؤمن عليهم بالنظام، مما يؤدي إلى عبء مالي أكبر على بعض الفئات، كذلك كشفت عن إرتفاع تكلفة تقديم الرعاية الصحية للفرد وأنها تفوق الدخل المتاح من الأقساط والمساهمات الأخرى، والإرتفاع المستمر في تكاليف الرعاية الصحية مما يخلق ضغط كبير على النظام بالإضافة لوجود صعوبات في تحصيل الموارد،

وأيضاً لعدم قدرة إستفادة النظام من الزيادة في عدد المؤمن عليهم حيث لا تنخفض تكاليف تقديم الخدمات للفرد بنفس النسبة مما يؤدي إلى زيادة التكاليف المتوسطة.

واقترحت الدراسة بأن يتم زيادة التمويل للنظام من خلال توفير المزيد من التمويل سواء من الحكومة أو من مصادر أخرى والانتقال من نظام الدفع لمقدمي الخدمات الصحية مقابل كل خدمة إلى نظام يحفز على تقديم رعاية صحية ذات جودة عالية وفعالة من حيث التكلفة.

بينما هدفت دراسة (Fenny, A. P., Yates, R., & Thompson, R., 2021) إلى التحقق من مدى كفاءة وفاعلية خطط التأمين الصحي الإجتماعي وما إذا كانت تغطي جميع الفئات وتحديد كيفية تطبيق هذه الخطط وذلك في كل من غانا ورواندا وتنزانيا وكينيا وأثيوبيا وكيفية الحد من الحواجز المالية وضمان توفير تغطية جغرافية واسعة في أفريقيا، وقد توصلت الدراسة إلى أن كل دولة من الدول المختارة تعتمد على تعدد أنظمة التأمين الصحي حيث تستهدف كل منها مجموعات مختلفة وتبدأ العديد من خطط أو برامج التأمين الصحي الإجتماعي بتغطية القطاع الرسمي أولاً على أمل تغطية مجموعات أخرى في القطاع غير الرسمي في مرحلة لاحقة، وأن تغطية التأمين الصحي للمجموعات الفقيرة منخفضة للغاية، حيث لا تحقق آليات الإستهداف لتغطية الفقراء في شكل إعفاءات وتنازلات أي نتائج مرغوبة، وأن قدرة برامج التأمين الصحي الإجتماعي على تغطية جميع المجموعات محدودة في الدول المختارة وبالتالي فإن الإعتماد فقط على أنظمة التأمين الصحي الإجتماعي لتحقيق التغطية الصحية الشاملة قد لا يكون معقولاً في أفريقيا.

في حين أن دراسة (عبد المقصود ؛ محمد أحمد، ٢٠٢٣) هدفت إلى دراسة أهمية التكامل بين الإستدامة المالية والحوكمة الرقمية لنظام التأمين الصحي الشامل من خلال إستكشاف دور الحوكمة في بيئة رقمية تدعم الإستدامة الكلية عبر الإستدامة المالية لنظام التأمين الصحي الشامل، وذلك من خلال توزيع قائمة إستقصاء على عينة قصدية مكونة من ٣٢٥ مفردة من العاملين بالهيئة العامة

للتأمين الصحي الشامل وكذلك للعاملين بوزارة المالية وأيضاً للعاملين بالقطاع الصحي من ذوى الصلة بالهيئة، وتم اعتبار أن الحوكمة الرقمية هي المتغير المستقل بينما تم اعتبار الإستدامة هي المتغير التابع، وقد توصلت الدراسة إلى أنه يمكن تحقيق الإستدامة الكلية للنظام من خلال تحقيق الإستدامة المالية وهي من خلال دعم تطبيق الحوكمة في بيئة رقمية وقد تبين وجود علاقة ذات تأثير منعوي بين نظم المراجعة الداخلية ونظام معلومات يتسم بالشفافية ونظام معلومات يتسم بالإفصاح عن التقارير، وبين مؤشرات الإستدامة المالية بصفة عامة واوصت الدراسة بضرورة تعزيز الاستفادة من الحوكمة في ظل بيئة الاعمال الرقمية.

بينما هدفت دراسة (أبو غنيمة ؛ عصام عبدالمحسن زكريا، ٢٠٢٣) إلى التعرف على أهم التطورات في منظومة التأمين الصحي في مصر، والتعرف على مدى قدرة مؤسسات الدولة في تحصيل البنود الخاصة بمصادر تمويل النظام لضمان الإستدامة المالية لنظام التأمين الصحي الشامل في مصر ودور التنوع في مصادر التمويل وأثرها على الإستدامة المالية، وقد توصلت الدراسة أن تنوع مصادر تمويل النظام يؤثر بشكل إيجابي على الإستدامة المالية وأنه توجد علاقة بين تنوع وسائل تحصيل مصادر تمويل منظومة التأمين الصحي الشامل على تحقيق الإستدامة المالية.

وهدف دراسة (Tshering, U., Sharma, J., Tshering, D., & Dendup, T., 2024) إلى معالجة نظام الرعاية الصحية في بوتان الذي يعتمد تمويله في المقام الأول على الحكومة وتعزيز تحقيق التغطية الصحية الشاملة من خلال خيارين سياسيين حيث يركز الخيار الأول على الهدف المتمثل في تحسين النتائج الصحية وتعزيز الإستدامة المالية من خلال الاستفادة من الضرائب الصحية، بينما يركز الخيار الثاني على تعزيز التقييم المنهجي للتكنولوجيا الصحية في النظام الصحي.

وقد أوصت الدراسة بأهمية الاستفادة من الضرائب الصحية لتقليل التكاليف المجتمعية وتكاليف الرعاية الصحية وتعزيز الإستدامة المالية في قطاع الصحة والاستفادة من ضريبة السلع والخدمات وخاصة في ظل ارتفاع معدل إستهلاك التبغ والكحول، وكذلك لضرورة النظر في تخصيص ضرائب الصحة لتمويل مجموعة أوسع من برامج

الصحة العامة ومن الناحية الأخرى ضرورة دمج تقييم التكنولوجيا الصحية في عمليات صنع السياسات وإتخاذ القرار وذلك لتخصيص الموارد بشكل فعال في التغطية الصحية الشاملة، والعمل على تعزيز وحوكمة تقييم التكنولوجيا الصحية وإنشاء لجنة متعددة التخصصات لتقييم التكنولوجيا الصحية لضمان إتخاذ القرارات المستنيرة للتخصيص الأمثل للموارد وإستخدامها بشكل فعال للمساعدة في تحسين القدرة على الإستدامة المالية، وتسريع التقدم نحو تحقيق التغطية الصحية الشاملة.

٨- خطة البحث:

تم تقسيم خطة البحث إلى محورين وهما:

٨-١ الملامح الرئيسية لنظام التأمين الصحي الشامل ومصادر تمويله والمزايا التي يقدمها للمؤمن عليهم.

٨-٢ تقييم أثر التوسع في التغطية التأمينية لنظام التأمين الصحي الشامل على الإستدامة المالية.

٨-١ الملامح الرئيسية لنظام التأمين الصحي الشامل ومصادر تمويله والمزايا التي يقدمها للمؤمن عليهم:

قام الباحث بإستعراض لدور التأمين الصحي الشامل في توفير التغطية التأمينية لجميع أفراد المجتمع والتي كانت أحد أكبر المشكلات التي يحاول هذا النظام التغلب عليها كذلك إستعراض لأهم الملامح الرئيسية لنظام التأمين الصحي الشامل من حيث مصادر التمويل الخاصة بالنظام والمزايا التي يقدمها النظام للمؤمن عليهم وذلك من خلال النقاط التالية:

٨-١-١ دور التأمين الصحي الشامل في توفير التغطية التأمينية الشاملة للمجتمع:

تعد عدم شمولية التغطية التأمينية لجميع الأفراد أحد أهم التحديات التي واجهت نظام التأمين الصحي الإجتماعي لذا جاء نظام التأمين الصحي الشامل (قانون ٢ لسنة ٢٠١٨) للتغلب على هذا التحدي ومد مظلة التأمين لتشمل جميع المواطنين وتوفير خدمة رعاية صحية جيدة ومستدامة في الأجل الطويل حيث بلغت حجم التغطية التأمينية في عام

٢٠١٩/٢٠١٨ وقبل تطبيق نظام التأمين الصحي الشامل نحو ٥٨% فقط من إجمالي عدد السكان ولم يستطع النظام السابق من الوصول إلى التغطية التأمينية الشاملة حيث تطور عدد المؤمن عليهم لدى التأمين الصحي الإجتماعي خلال الأربع عقود الماضية من ٣,٢ مليون فرد في عام ١٩٨٥ وهو ما يمثل نسبة ٧% من عدد السكان في ذلك العام ليرتفع الى ٥٦,٨٨ مليون فرد عام ٢٠١٩/٢٠١٨ بنسبة تغطية ٥٨% من إجمالي السكان - (الهيئة العامة للتأمين الصحي، التقرير الاحصائي السنوي، ٢٠٢٠)

وترجع مشكلة عدم شمولية النظام وعدم الوصول إلى التغطية التأمينية الشاملة إلى العديد من الأسباب منها تعدد القوانين المنظمة للتأمين الصحي التي أغفلت العديد من شرائح المجتمع مثل فئات العمالة غير المنتظمة ومن في حكمهم من أصحاب المهن الحرة وعمال الزراعة والصيادين وأصحاب الأعمال وربات البيوت والعاملون في الخارج والعاطلين عن العمل حيث يعتمد نظام التأمين الصحي الإجتماعي على تقسيم المجتمع إلى فئات بناء على العديد من العوامل منها العمر والوظيفة والدخل وفقاً لقوانين منظمة لكل فئة وهما (القوى العاملة، المواليد، طلاب المدارس، المرأة المعيلة، وأصحاب المعاشات والأرامل)، وتعد وحدة القياس داخل نظام التأمين الصحي الإجتماعي هي الفرد وليس الأسرة مما أدى إلى ظهور العديد من المشكلات منها عدم القدرة على تغطية جميع أفراد الأسرة وبالتالي عدم الوصول لجميع أفراد المجتمع.

يحاول نظام التأمين الصحي الشامل التوسع في نسبة التغطية التأمينية للأفراد المؤمن عليهم داخل كل محافظة حيث تراوحت نسب التغطية التأمينية بالنسبة للمحافظات في عام ٢٠١٩ وفقاً لنظام التأمين الصحي الإجتماعي بين ٥٠,١% في محافظة الفيوم وحتى ١٢٢% في محافظة البحر الأحمر و ٢٢٣,٦% في محافظة جنوب سيناء^(١) وبلغت نسبة التغطية التأمينية للنظام ككل ٥٨% فقط من عدد السكان، وفيما يلي بيان بأعداد المنتفعين بالتأمين الصحي ونسبة التغطية التأمينية في محافظات

(١) ارتفاع نسبة التغطية لمحافظة جنوب سيناء والبحر الأحمر يرجع إلي التأمين علي الوافدين العاملين بالمحافظتين.

الجمهورية في عام ٢٠١٨/٢٠١٩، ويوجد بمحافظة القاهرة أكبر عدد من المنتفعين (٦,٣ مليون نسمة) يليها محافظتى الشرقية (٤,٠٦ مليون نسمة) ثم محافظة الأسكندرية (٤,٠٥ مليون نسمة).

أما بالنسبة للمحافظات التي لديها أقل عدد من المنتفعين هي محافظة الوادي الجديد وهي أقل المحافظات من حيث عدد المنتفعين (١٧٧,٩ ألف نسمة) ثم يليها محافظة جنوب سيناء (٢٣٦,٨٨ ألف نسمة) ثم محافظة شمال سيناء (٣٢٢,٧٧ ألف نسمة) ثم محافظة مرسى مطروح (٣٧٣,٦٣ ألف نسمة) ثم محافظة السويس (٤٤٤,٠٨ ألف نسمة)، أما بالنسبة لنسب التغطية التأمينية نجد أن محافظة جنوب سيناء تأتي في المرتبة الأولى بنسبة تغطية ٢٢٣,٦ % يليها محافظة البحر الأحمر بنسبة تغطية ١٢٢ % ثم محافظة مرسى مطروح بنسبة ٨٠,٩ % ثم محافظة الأسكندرية بنسبة ٧٦,٤ % ويأتى في المرتبة الأخيرة من حيث نسبة التغطية محافظتى سوهاج بنسبة تغطية ٥٣ % ومحافظة الفيوم بنسبة تغطية ٥٠,١ % (الجهاز المركزى للتعبئة العامة والاحصاء، الهيئة العامة للتأمين الصحي، التقرير الاحصائي السنوي، ٢٠١٩).

وبالتالى يتضح أن نظام التأمين الصحي لا يوفر التغطية التأمينية الشاملة على جميع أفراد المجتمع في أى من المحافظات بخلاف محافظتى البحر الأحمر وجنوب سيناء ويستهدف نظام التأمين الصحي الشامل من خلال المنهجية المبنية على التطبيق وفقا للمناطق الجغرافية (المحافظات) إلى توفير التغطية التأمينية الشاملة لجميع شرائح المجتمع وخاصة الفئات من غير القادرين ومن العمالة بالقطاع غير الرسمي.

إستطاع نظام التأمين الصحي الشامل إحراز تقدماً نحو توفير الخدمات الصحية المتكاملة والتي يتم تقديمها من خلال مجموعة من المستشفيات من القطاع الحكومي والقطاع الخاص والمراكز والوحدات الصحية التابعة للنظام والتي تم توفيرها للمواطنين في ثلاث محافظات وهي محافظة بورسعيد ومحافظة الأقصر ومحافظة الإسماعيلية حيث بلغ عدد المسجلين بالنظام في محافظة بورسعيد ٧٨٦,٩٤ ألف فرد بنسبة تغطية تأمينية (٩١,٥٨ % من عدد سكان المحافظة) وفي محافظة الأقصر ١,١٩ مليون فرد بنسبة تغطية تأمينية (٨٧,٣١ % من عدد سكان المحافظة)

وفي محافظة الإسماعيلية ٩٠٦,٥٣ ألف فرد بنسبة تغطية تأمينية ٦٣,٢٩% من عدد سكان المحافظة) وبلغت نسبة التغطية التأمينية للثلاث محافظات ٧٨,٦٥% من عدد سكان تلك المحافظات (الموقع الرسمي للهيئة العامة للتأمين الصحي الشامل، ٢٠٢٣). وبالنسبة لخدمات مرضى العيادات الداخلية تختلف متوسط مدة الإقامة بالمستشفيات ووحدات ومراكز التأمين الصحي الشامل حسب كل تخصص، حيث بلغ متوسط مدة الإقامة للمريض بالمستشفيات ٣,٢٨ يوم وذلك في عام ٢٠٢٠ ويختلف هذا المتوسط حسب التخصصات المختلفة، أما بالنسبة لخدمات مرضى العيادات الخارجية كانت النسبة الأكبر للمرضى بقسم الإستقبال والطوارئ يليها المرضى بقسم الباطنة وبلغ متوسط معدل الإستخدام لخدمات الرعاية الصحية بالعيادات الخارجية نحو ١,٥٥٨ مرة لكل مريض، ونلاحظ أن النسبة الأكبر للمرضى بقسم الإستقبال والطوارئ حيث وصل إجمالي عدد المرضى إلى ٤٠٥ ألف مريض بنسبة تبلغ ٣٦,٠٧% يليها المرضى بقسم الباطنة بإجمالي عدد المرضى ٣٢٦,٧ ألف مريض بنسبة تبلغ ٢٩,١% (الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء، النشرة السنوية لإحصاء الخدمات الصحية والعلاج على نفقة الدولة في الخارج والداخل، ٢٠٢٠).

٨-١-٢ مصادر تمويل نظام التأمين الصحي الشامل:

يتم تمويل النظام من خلال عدة مصادر (الإشتراكات، والرسوم والضرائب المخصصة للنظام، والمساهمات التي يسدها المستفيدون عند الحصول على الخدمة، والعائد الناتج من إستثمار الأموال والإحتياطيات التي قد تتوافر للهيئة وغيرها من المصادر الأخرى)، ويتم تحصيل الإيرادات من خلال العديد من الجهات (وزارة الصحة والسكان، ووزارة المالية، ووزارة النقل، ووزارة الداخلية، وصندوق التأمين الإجتماعي، والهيئة العامة للتأمين الصحي الشامل ومقدمي الخدمات، وغيرهم من الجهات الأخرى)، ويمكن إستعراض المصادر الرئيسية الخاصة بتمويل نظام التأمين الصحي الشامل فيما يلي:

٨-١-٢-١ الإشتراكات المؤمن عليهم وأصحاب الاعمال، والتزامات الخزانة العامة عن غير القادرين:

يلتزم كلاً من المؤمن عليهم وأصحاب الأعمال بنسب إشتراكات محددة، وتختلف هذه النسب حسب الفئة التي يتبعها المؤمن عليهم سواء كانوا عاملين بالقطاع الحكومي أو بقطاع الأعمال العام أو الخاص أو أصحاب المهن الحرة أو أصحاب المعاشات أو الأرمال، وتعتبر الأسرة هي وحدة التغطية التأمينية داخل النظام والاساس في تحديد قيمة الإشتراكات وتحمل الخزانة العامة إشتراكات الأفراد من غير القادرين وهم الأسر التي يتم تحديدهم وفق معايير وعناصر الإستهداف إسترشاداً بالحد الأدنى للأجور ومعدلات التضخم، ويتم تعديلها دورياً على فترات لا تزيد عن ثلاثة أعوام.

ويوضح الجدول التالي إشتراكات نظام التأمين الصحي الشامل في مصر والنسبة التي يتحملها المؤمن عليهم ونسبة صاحب العمل والنسبة التي تتحملها الخزانة العامة لغير القادرين:

جدول (١) إشتراكات نظام التأمين الصحي الشامل في مصر

الفئة	الإشتراك	المعالون
العاملين ومن في حكمهم الخاضعون لقانون التأمين الإجتماعي وفقا لاحكام القانون ٧٩ لسنة ١٩٧٥.	١% من أجر الاشتراك التأميني بالإضافة إلى ٤% حصة صاحب العمل عن إشتراكات العاملين لديهم (٣% نظير تأمين المرض + ١% نظير تأمين إصابات العمل) من الأجر المؤمن عليه وبحد أدنى ٥٠ جنيه شهريا	٣% عن الزوجة غير العاملة أو التي ليس لها دخل ثابت، و ١% عن كل معال أو ابن.
أصحاب العمل الحر	٥% من الأجر التأميني أو من الأجر وفقا للإقرار الضريبي أو الحد الأقصى للأجر التأميني أيهما أكبر.	
أصحاب الإعاقة التامة والمتقاعدون من قطاع العمل غير الرسمي	٥% من الأجر التأميني وبحيث لا يزيد مجموع ما يسدده الفرد عن جميع أفراد الأسرة عن ٧% وتحمل الخزانة العامة فرق التكلفة.	
أصحاب المعاشات	٢% من قيمة المعاش الشهري	
الأرامل والمستحقون للمعاشات	٢% من قيمة المعاش الشهري	
الإشتراكات التي تتحملها الخزانة العامة عن الفئات غير القادرة.	٥% من الحد الأدنى للأجور الذي أعلنت عنه الحكومة على المستوى القومي عن كل فرد من غير القادرين.	

المصدر: قانون التأمين الصحي الشامل (قانون ٢ لسنة ٢٠١٨) واللائحة التنفيذية.

يتضح من الجدول السابق:

يتحمل المؤمن عليهم من العاملون الخاضعون لقانون التأمين الإجتماعي رقم ٧٩ لسنة ١٩٧٥ ١% من أجر الإشتراك و ٣% عن الزوجة غير العاملة أو التي ليس لهم دخل ثابت، و ١% عن كل معال أو ابن حتى الإلتحاق بالعمل أو زواج الإناث، ويتحمل صاحب العمل ٤% من أجر الإشتراك للعامل المؤمن عليه حسب قوانين التأمينات الإجتماعية (٣% مقابل تأمين المرض والعلاج، و ١% مقابل إصابات العمل).

أما بالنسبة لأصحاب العمل الحر وهم المؤمن عليهم ومن في حكمهم الخاضعون لقانون التأمين الإجتماعي رقم ١٠٨ لسنة ١٩٧٦ مثل الأفراد الذين يزاولون لحساب أنفسهم نشاطاً تجارياً أو صناعياً أو زراعياً والحرفيون وأعضاء المهن الحرة، وأعضاء المهن الحرة من غير الخاضعين لقانوني رقم ٧٩ لسنة ١٩٧٥ ورقم ١٠٨ لسنة ١٩٧٦، يتحمل كل مؤمن عليه ٥% من الأجر التأميني المسدد عنه إشتراكات التأمينات الإجتماعية أو من الأجر وفقاً للإقرار الضريبي أو الحد الأقصى للأجر التأميني أيهما أكبر و ٣% عن الزوجة غير العاملة أو التي ليس لهم دخل ثابت و ١% عن كل معال أو ابن (حتى الإلتحاق بالعمل أو زواج الإناث)، وبالنسبة للمصريون العاملون بالخارج يحق لهم الدخول بشكل إختياري في نظام التأمين الصحي الشامل بنفس الإشتراكات.

أما بالنسبة لأصحاب الإعاقة التامة والمتقاعدون من قطاع العمل غير الرسمي وهم المؤمن عليهم من العمال الخاضعون لقانون التأمين الإجتماعي الشامل الصادر بقانون رقم ١١٢ لسنة ١٩٨٠، يتحمل كلاً منهم ٥% من الأجر التأميني فقط و ٣% عن الزوجة غير العاملة أو التي ليس لها دخل ثابت، و ١% عن كل معال أو ابن وبحيث لا يزيد مجموع ما يسدده الفرد عن كل الأسرة على ٧% وتتحمل الخزانة العامة فرق التكلفة.

وبالنسبة للأرامل والمستحقون للمعاشات يتحمل المؤمن عليه إشتراك قدره ٢% من قيمة المعاش الشهري، ويتحمل أصحاب المعاشات إشتراك قدره ٢% من المعاش الشهري و ٣% عن الزوجة غير العاملة أو التي ليس لها دخل ثابت، و ١%

عن كل معال أو ابن، وتقوم الخزانة العامة بتحمل إشتراكات المؤمن عليهم من غير القادرين، حيث تتحمل نسبة ٥% من الحد الأدنى للأجور شهرياً عن كل مؤمن عليه.

٨-١-٢-٢ المساهمات:

وهي المبالغ التي يسدها المؤمن عليه عند الإستفادة من الخدمات الصحية، ويتم إعفاء غير القادرين من دفع هذه المساهمات وكذلك أصحاب الأمراض المزمنة والأورام، مثل الرسوم أو نسب المساهمة التي يتحملها المؤمن عليه عند الحصول على الدواء أو إجراء الأشعات أو التحاليل أو عند الإقامة بالأقسام الداخلية للمستشفى. وتساعد هذه المساهمات في تحسين إيرادات نظام التأمين الصحي الشامل وهو ما يتم مراجعتها بشكل دوري من حيث القيم والحد الأقصى لكل بند حتى تتناسب مع التكاليف المستقبلية الخاصة بتلك الخدمات وضمان قدرة النظام على الإستدامة المالية.

٨-١-٢-٣ الرسوم والضرائب المخصصة للنظام:

هناك مجموعة من الرسوم والضرائب التي تم تخصيصها لتمويل نظام التأمين الصحي الشامل لتساعد على تدعيم قدرته على الإستدامة المالية ويعد التوسع في تلك المصادر التمويلية أحد النقاط المؤثرة على قدرة النظام على توفير الخدمات الصحية بالجودة والفاعلية المطلوبة ومن بين هذه الرسوم أو الضرائب وأهمها هي الرسوم على السجائر ومشتقات التبغ وكذلك رسوم الطرق السريعة على جميع أنواع السيارات وأيضاً الرسوم على رخص القيادة ورخص السيارات ورسوم تعاقد مقدمي الخدمات الصحية مع نظام التأمين الصحي الشامل وإستخراج التراخيص و المساهمات التكافلية التي تتحملها كلاً من المنشآت الفردية والشركات والهيئات العامة الإقتصادية بالإضافة لضريبة الدمغة على الطلبات التي تقدم إلى الهيئة العامة للتأمين الصحي الشامل والهيئة العامة للرعاية الصحية والهيئة العامة للإعتماد والرقابة الصحية (قانون التأمين الصحي الشامل، ولائحته التنفيذية).

٨-١-٢-٤ العائد من استثمار أموال الهيئة:

تقوم الهيئة باستثمار الفوائض والأموال المتاحة لديها وفقاً للمحددات الإستثمارية وقواعد الاستثمار الصادرة عن هيئة الرقابة المالية بشأن استثمار أموال صناديق المعاشات الخاصة وذلك بهدف تحقيق أقصى عائد ممكن وبأقل درجة خطورة ممكنة. بالإضافة للموارد المالية الأخرى التي يحصل عليها النظام من خلال مقابل الخدمات الأخرى التي تقدمها الهيئة بخلاف ما يتضمنها القانون والمنح الخارجية والداخلية والقروض التي تعقدها الحكومة لصالح الهيئة والهبات والإعانات والتبرعات التي يقبلها مجلس إدارة الهيئة وفقاً للقواعد المقررة.

٨-٢ تقييم أثر التوسع في التغطية التأمينية لنظام التأمين الصحي الشامل على الإستدامة المالية:

قام الباحث بتقييم أثر التوسع في نطاق التغطية التأمينية لنظام التأمين الصحي الشامل على الأفراد للوصول إلى التغطية التأمينية الشاملة من خلال التوسع جغرافياً وتوفير التغطية التأمينية تدريجياً على باقي محافظات الجمهورية لتشمل جميع المحافظات، ولكي يتم تقييم أثر التوسع في التغطية التأمينية للأفراد وزيادة عدد المؤمن عليهم على الإستدامة المالية لنظام التأمين الصحي الشامل، تم دراسة تأثير كل من السيناريوهات التالية على قدرة النظام على الإستدامة المالية:

السيناريو الأول (سيناريو النمو المتباطئ): يفترض في هذا السيناريو أن يحدث تقدم بطيء نحو التغطية التأمينية الشاملة حيث يتم توسيع نطاق التغطية بشكل تدريجي ليشمل ١٨ محافظة على مدار ١٠ سنوات، على أن يتم الوصول للتغطية التأمينية لجميع المحافظات عام ٢٠٣٧ مما يتيح للنظام الصحي تكييف التمويل والموارد ببطء، وكذلك الوقت اللازم لضبط النفقات وزيادة الإيرادات.

السيناريو الثاني (سيناريو النمو المتوازن أو المعتدل): في هذا السيناريو يتم التوسع في التغطية التأمينية بشكل تدريجي ومعتدل ليشمل ٢٠ محافظة على مدار ١٠ سنوات، على أن يتم الوصول بالتغطية التأمينية لجميع المحافظات عام ٢٠٣٥ وذلك

لمحاولة التوسع في التغطية التأمينية بشكل أكبر من السيناريو الأول وفي نفس الوقت يستطيع توفير الفرصة أمام النظام لتكوين الإحتياطيات اللازمة له من خلال الموارد المالية غير المرتبطة بالإشتراكات، وضبط وترشيد التكاليف اللازمة لتوفير البنية الأساسية للنظام داخل المحافظات والتوسع في حجم التغطية التأمينية بما لا يسبب ضغطاً كبيراً على النظام.

السيناريو الثالث (سيناريو النمو المتسارع): في هذا السيناريو يتم تحقيق تقدم سريع نحو التغطية الشاملة للوصول إلى نسبة تغطية تأمينية عالية للنظام ليشمل جميع المحافظات خلال ١٠ سنوات مما يتطلب توفير الموارد المالية الكافية منذ البداية لتدعيم النظام، ولكنه قد يؤدي إلى وفورات طويلة الأجل من خلال تحسين صحة السكان وتقليل تكاليف العلاج المستقبلي، وفيه تلتزم الدولة بتوفير دعماً مالياً كبيراً لتحقيق التغطية الشاملة، ويوضح الجدول التالي الإطار الزمني لتطبيق نظام التأمين الصحي الشامل وفقاً لكل سيناريو:

جدول (٢) الإطار الزمني لتطبيق نظام التأمين الصحي الشامل وفقاً لكل سيناريو

السيناريو الثالث	السيناريو الثاني	السيناريو الأول	السنوات
بورسعيد، الأقصر، الإسماعيلية	بورسعيد، الأقصر، الإسماعيلية	بورسعيد، الأقصر، الإسماعيلية	٢٠٢٢ ٢٠٢٣
جنوب سيناء، أسوان	جنوب سيناء، أسوان	جنوب سيناء	٢٠٢٤
السويس، المنيا	السويس	أسوان	٢٠٢٥
قنا، مطروح، البحر الأحمر	المنيا، قنا	السويس	٢٠٢٦
شمال سيناء، البحيرة، كفر الشيخ	مطروح، البحر الأحمر	المنيا، قنا	٢٠٢٧
دمياط، سوهاج، الوادي الجديد	شمال سيناء، البحيرة	مطروح، البحر الأحمر	٢٠٢٨
الأسكندرية، أسيوط، الفيوم	كفر الشيخ، دمياط	شمال سيناء، البحيرة	٢٠٢٩
بني سويف، الغربية، المنوفية	سوهاج، الوادي الجديد	كفر الشيخ، دمياط	٢٠٣٠
الدقهلية، الشرقية، الجيزة	الأسكندرية، أسيوط	سوهاج، الوادي الجديد	٢٠٣١
القليوبية، القاهرة	الفيوم، بني سويف	الأسكندرية، أسيوط	٢٠٣٢
-	الغربية، المنوفية	الفيوم، بني سويف	٢٠٣٣
-	الدقهلية، الشرقية، الجيزة	الغربية، المنوفية	٢٠٣٤
-	القليوبية، القاهرة	الدقهلية، الشرقية	٢٠٣٥
-	-	الجيزة	٢٠٣٦
-	-	القليوبية، القاهرة	٢٠٣٧

المصدر: من إعداد الباحث.

يتضح من الجدول السابق أنه بحلول عام ٢٠٣٢ من المفترض وفقاً للسيناريو الأول أن يوفر النظام التغطية التأمينية لعدد ١٨ محافظة بينما يفترض السيناريو الثاني أن يقوم النظام بتوفير التغطية التأمينية لعدد ٢٠ محافظة أما السيناريو الثالث يفترض أن يتم توفير التغطية التأمينية لجميع المحافظات بحلول عام ٢٠٣٢ وتقوم المنهجية على حساب كلاً من التقديرات السكانية، وتقديرات قوة العمل وفقاً للمحافظات ووفقاً للقطاعات، ومعدلات نمو الأجور، ومعدلات التضخم، ومعدلات الإستخدام للخدمات الصحية، وتكاليف الخدمات الصحية لكل حالة، والإعتماد على معدلات الإشتراكات الخاصة بالنظام ونسب المساهمات التي يتحملها المؤمن عليهم عند الإستفادة من الخدمات الصحية، ومصادر التمويل المختلفة للنظام للتنبؤ بالإيرادات المتوقعة، والإعتماد على معدلات الإستخدام للخدمات الصحية وتكاليف الخدمات الصحية لكل حالة ونسبة النفقات الإدارية والتكاليف الأخرى للنظام من أجل الوصول إلى التكاليف الإجمالية المتوقعة خلال الفترة (٢٠٢٣-٢٠٣٢) وتحديد قدرة النظام على الإستدامة المالية في ظل ثلاث سيناريوهات مختلفة.

٨-٢-١ التغطية التأمينية للمؤمن عليهم وفقاً للتطبيق التدريجي للنظام وفقاً لكل سيناريو:

قام الباحث بإجراء التقديرات السكانية والقوى العاملة بإستخدام طريقة المكونات أو الأفواج بناء على التعدادات السكانية ومتوسط نسب المساهمة بالقوى العاملة المعلنة من قبل الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء للفترة من عام ١٩٩٠ وحتى عام ٢٠٢١، وقد تم تقسيم السكان داخل كل محافظة إلى ٦ فئات وهم (العاملين بالقطاع الحكومي والعام، العاملين بالقطاع الخاص، العاملين لحسابهم الخاص، المعالين من قبل العاملين لحسابهم الخاص، المتقاعدين وأصحاب المعاشات، المعالين الآخرين) بناء على البيانات الخاصة بأعداد قوة العمل والتوزيع النسبي للعاملين وفقاً للقطاعات ووفقاً للمحافظات وذلك لسلسلة زمنية للفترة من عام ١٩٩٠ وحتى عام ٢٠٢١ (النشرة السنوية المجمع لبحث القوى العاملة، الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء) والتنبؤ بنسب العاملين بكل قطاع وأعداد أصحاب المعاشات

ونسب المعالين للفترة من عام ٢٠٢٢ وحتى عام ٢٠٣٢ وذلك من خلال إستخدام نماذج الإنحدار الذاتي المتكامل والمتوسط المتحرك AutoRegressive Integrated Moving Average (ARIMA) ويوضح الجدول التالي نتائج التحليل الوصفي للمتغيرات المتعلقة بالتقديرات السكانية وتقديرات القوى العاملة:

جدول (٣) نتائج التحليل الوصفي للمتغيرات المتعلقة بالتقديرات السكانية وتقديرات قوة العمل خلال الفترة من عام ٢٠٢٢ وحتى عام ٢٠٣٢

نسب المعالين من الأطفال من إجمالي عدد المعالين	نسب الافراد خارج قوة العمل	نسب العاملين لدى أنفسهم	نسب العاملين بالقطاع الخاص	نسب العاملين بالقطاع الحكومي	معدل التغير السنوي لعدد أصحاب المعاشات	معدل التغير السنوي لقوة العمل	معدل التغير السنوي لعدد السكان	المتغيرات
50.8482	60.2818	28.4960	54.3464	17.1576	2.6402	2.0975	1.5356	Mean
2.3900	0.9284	1.9919	3.1319	1.1551	0.1341	0.1344	0.0974	Std. Dev.
(0.9737)	(0.9376)	(0.7373)	(0.9987)	(1.3310)	(1.1276)	0.2398	(1.5424)	Kurtosis
(0.4147)	(0.4740)	(0.3127)	0.1470	0.1364	0.2689	0.5106	0.1743	Skewness
46.7166	58.6525	25.0986	49.5808	15.5254	2.4595	1.8896	1.4119	Minimum
53.9363	61.4386	31.5403	59.3761	18.8789	2.8570	2.3490	1.6687	Maximum

المصدر: من إعداد الباحث.

وقد قام الباحث بحساب متوسط نسب العاملين بكل قطاع وفقاً للمحافظات للفترة من عام ٢٠٠٥ وحتى عام ٢٠٢١ وذلك لإستخدامها في تقدير أعداد المؤمن عليهم وفقاً للتدرج في حجم التغطية التأمينية وفقاً للمحافظات.

وفي ضوء الإطار الزمني لتطبيق التأمين الصحي الشامل بشكل تدريجي على محافظات الجمهورية وفقاً لكل سيناريو فقد إستخدم الباحث النسب الخاصة بكل فئة من فئات العاملين وأصحاب المعاشات والمعالين والعاطلين عن العمل وفقاً للمحافظات لتصميم السيناريوهات الخاصة بالتدرج في التغطية التأمينية وتقدير الأعداد المتوقعة للمؤمن عليهم لكل فئة ونسب التغطية التأمينية ونسب المعفيين من دفع الإشتراكات من المؤمن عليهم سنوياً وذلك لكل من العاملين بكل قطاع (القطاع

الحكومي/ القطاع الخاص/ العاملين لدى أنفسهم) أو لأصحاب المعاشات أو للمعاليين، وحساب حجم التغطية التأمينية لنظام التأمين الصحي الشامل في كل سنة، ومن ثم يمكن توضيح الأعداد المتوقعة للمؤمن عليهم ونسبة التغطية التأمينية من إجمالي عدد السكان خلال الفترة من عام ٢٠٢٢ وحتى عام ٢٠٣٢ وفقاً لكل سيناريو من خلال الجدول التالي:

جدول (٤) الأعداد المتوقعة للمؤمن عليهم خلال الفترة من عام ٢٠٢٢ وحتى عام ٢٠٣٢ وفقاً للثلاث سيناريوهات

(الأعداد بالآلاف)

السنوات	السيناريو الأول		السيناريو الثاني		السيناريو الثالث	
	عدد المؤمن عليهم	نسبة التغطية التأمينية %	عدد المؤمن عليهم	نسبة التغطية التأمينية %	عدد المؤمن عليهم	نسبة التغطية التأمينية %
2022	1986.928	1.91	1986.928	1.91	1986.928	1.91
2023	2154.285	2.04	2154.285	2.04	2154.285	2.04
2024	2229.773	2.07	3284.228	3.06	3284.228	3.06
2025	3339.234	3.06	3763.549	3.45	9276.048	8.49
2026	4459.389	4.02	14209.677	12.81	14925.668	13.45
2027	14422.931	12.80	15150.136	13.45	29986.451	26.62
2028	15370.090	13.44	25769.985	22.53	36490.975	31.91
2029	26101.285	22.49	32219.678	27.76	49271.809	42.46
2030	32613.416	27.70	37416.570	31.78	65512.739	55.65
2031	37865.542	31.71	46295.727	38.77	88610.004	74.21
2032	46899.050	38.73	55941.683	46.20	103630.462	85.58

المصدر: من إعداد الباحث.

يوضح الجدول السابق الأعداد المتوقعة للمؤمن عليهم وفقاً لكل سيناريو، وكذلك نسب التغطية التأمينية للسكان داخل النظام لكل عام خلال الفترة من عام ٢٠٢٢ وحتى عام ٢٠٣٢، وقد تم تقدير هذه الأعداد بناء على النسب الخاصة بكل فئة داخل كل محافظة والتدرج في التغطية التأمينية للسكان بكل محافظة ودخولها ضمن نظام التأمين الصحي الشامل.

ومن المفترض أن هناك مجموعة من الأفراد من غير القادرين والمعفيين من دفع الاشتراكات وفقاً للضوابط التي حددها نظام التأمين الصحي الشامل وقرار رئيس مجلس الوزراء رقم ٤٥٨٦ لسنة ٢٠٢٣، وفي ضوء النسب التي يسمح بها النظام لتوفير التغطية التأمينية لغير القادرين التي تتراوح بين ٣٠% إلى ٣٥% من عدد السكان المؤمن عليهم قام الباحث بتقدير عدد المؤمن عليهم من غير القادرين للفترة من عام ٢٠٢٢ وحتى عام ٢٠٣٢ ويمكن توضيح أعداد المؤمن عليهم من غير القادرين والمعفيين من دفع الاشتراكات وفقاً لكل سيناريو من خلال الجدول التالي:

جدول (٥) أعداد المؤمن عليهم من غير القادرين والمعفيين من دفع الاشتراكات وفقاً لكل سيناريو خلال الفترة من عام ٢٠٢٢ وحتى عام ٢٠٣٢ (الأعداد بالآلاف)

السنوات	السيناريو الأول		السيناريو الثاني		السيناريو الثالث	
	عدد المؤمن عليهم	النسبة %	عدد المؤمن عليهم	النسبة %	عدد المؤمن عليهم	النسبة %
2022	526.955	26.52	526.955	26.52	526.955	26.52
2023	565.595	26.25	565.595	26.25	565.595	26.25
2024	607.750	27.26	951.262	28.96	951.262	28.96
2025	884.893	26.50	978.298	25.99	3050.423	32.88
2026	1208.132	27.09	4,623.080	32.53	4835.565	32.40
2027	4663.820	32.34	4,878.178	32.20	10570.916	35.25
2028	4913.530	31.97	8,895.556	34.52	12593.812	34.51
2029	8946.148	34.27	11,102.033	34.46	16242.035	32.96
2030	11147.895	34.18	12,717.758	33.99	21504.629	32.83
2031	12754.668	33.68	14,857.017	32.09	28227.084	31.86
2032	14888.332	31.75	18,103.285	32.36	31304.314	30.21
المتوسط	-	30.16455	-	30.89727	-	31.3300
الانحراف المعياري	-	3.40246	-	3.34513	-	3.00046

المصدر: من إعداد الباحث.

يوضح الجدول السابق الأعداد المتوقعة للمؤمن عليهم من غير القادرين وفقاً لكل سيناريو، ونسبتهم من إجمالي عدد المؤمن عليهم داخل النظام لكل عام خلال الفترة من عام ٢٠٢٢ وحتى عام ٢٠٣٢.

٢-٢-٨ تقديرات الإيرادات من الاشتراكات:

إعتمد الباحث على بيانات معدلات النمو السنوية لاجور العاملين بالقطاع العام والعاملين بالقطاع الخاص وجملة العاملين لسلسلة زمنية للفترة من عام ١٩٨٦ وحتى عام ٢٠٢١ وإستخدامها في التنبؤ بمعدلات النمو المتوقعة خلال الفترة من عام ٢٠٢٢ وحتى عام ٢٠٣٢، وبيانات المعاشات التقاعدية لأصحاب المعاشات والمستحقين للتنبؤ بمعدلات النمو السنوية للمعاشات التقاعدية، بإستخدام نماذج الإنحدار الذاتي المتكامل والمتوسط المتحرك (ARIMA) والإعتماد على معيار معلومات Akaike Information Criterion (AIC) في إختيار النموذج المناسب لطبيعة البيانات حيث يعد من أكثر المقاييس العالمية للمقارنة بين النماذج المختلفة للتنبؤ بالسلاسل الزمنية (Montgomery, D. C., Jennings, C. L., & Kulahci, M., 2015) وذلك لتقدير متوسط الأجور السنوية لكل من العاملين بالقطاع الحكومي والعاملين بالقطاع الخاص وأصحاب المعاشات.

ويوضح الجدول التالي نتائج التحليل الوصفي للمتغيرات المتعلقة بالأجور والمعاشات السنوية للمؤمن عليهم:

جدول (٦) نتائج التحليل الوصفي للمتغيرات المتعلقة بتقديرات الأجور والمرتبات والمعاشات السنوية للمؤمن عليهم بالنظام خلال الفترة من عام ٢٠٢٢ وحتى عام ٢٠٣٢

المتغيرات	الاجور السنوية للعاملين بالقطاع الحكومي	الأجور السنوية للعاملين بالقطاع الخاص	المعاشات السنوية التقاعدية لأصحاب المعاشات	مساهمات الدولة عن كل فرد من غير القادرين
Mean	210,938.47	89,202.66	45,897.84	2634.137
Std. Dev.	83,775.14	25,505.08	12,652.02	726.1157
Kurtosis	(0.87)	(1.45)	(0.47)	-0.4728
Skewness	0.46	0.26	(0.28)	-0.28391
Minimum	102,215.00	57,716.00	23,000.00	1320
Maximum	358,452.64	127,447.11	64,740.23	3715.526

المصدر: من إعداد الباحث.

تم إستخدام متوسطات الأجور والمعاشات المتوقعة في حساب حجم الإيرادات المتوقعة من الاشتراكات للمؤمن عليهم مقابل دخولهم لنظام التأمين الصحي الشامل وهي

إما في صورة نسبة من متوسط الأجر الحقيقي أو المعاش والتي تم تحديدها بناء على قانون التأمين الصحي الشامل ولائحته التنفيذية، أو في صورة مبلغ يتغير بشكل سنوي، وبالتالي يمكن الحصول على جملة الإيرادات من الاشتراكات من خلال جملة الاشتراكات المحصلة من فئات (العاملين بالقطاع الحكومي، العاملين بالقطاع الخاص، أصحاب المعاشات، العاملين لدى أنفسهم، والمعالين البالغين، والمعالين الأطفال).

٨-٢-٣ تقديرات الإيرادات من الإستثمارات:

في حالة توافر فائض لدى النظام فإنه يتم إستثماره ويضاف عائد هذه الإستثمارات إلى إجمالي إيرادات النظام، ويتوقف زيادة أو إنخفاض حجم الأموال المتاحة للإستثمار سنوياً بمقدار الفائض أو العجز الذي يحققه النظام نهاية كل سنة وقد قام الباحث بإفترض ثبات معدل العائد على الإستثمار عند ١١,٤% بناء على النتائج التي حققها النظام خلال السنوات الماضية.

٨-٢-٤ الإيرادات الأخرى:

تشمل الإيرادات أو الموارد الأخرى الخاصة بالنظام جميع العناصر الأخرى للإيرادات ومنها المساهمات التكافلية من الشركات والمؤسسات والهيئات العامة ومن الضرائب والرسوم وغيرها من الموارد المخصصة للنظام إلى جانب المنح المحلية أو الخارجية، وقد تم الحصول على البيانات المتعلقة بهذه الإيرادات من واقع الحسابات الختامية الخاصة بالنظام منذ بداية تطبيق النظام وحتى عام ٢٠٢٢.

وتم التعبير عن هذه الإيرادات كمبلغ يتزايد بمعدلات النمو السنوية المتوقعة للنتائج المحلي الإجمالي وذلك للإيرادات الأخرى للنظام، وقد إعتد الباحث على التقديرات المتوقعة من قبل أحد الوكالات العالمية وهى وكالة فيتش للحصول على التوقعات الخاصة بالنتائج المحلي الإجمالي والتوقعات الخاصة بمعدلات التضخم لمصر ويوضح الجدول التالي نتائج التحليل الوصفي للمتغيرات المتعلقة ومعدلات

النمو السنوية المتوقعة للناتج المحلي الإجمالي ومعدلات التضخم للفترة من عام ٢٠٢٢ وحتى عام ٢٠٣٢:

جدول (٧) نتائج التحليل الوصفي للمتغيرات المتعلقة بمعدلات التضخم ومعدلات النمو السنوية للناتج المحلي الإجمالي المتوقعة للفترة من عام ٢٠٢٢ وحتى عام ٢٠٣٢

المتغيرات	معدلات التضخم	معدلات النمو في الناتج المحلي الإجمالي
Mean	10.83636	13.84658
Std. Dev.	8.910474	4.835534
Kurtosis	6.607833	2.295847
Skewness	2.578275	1.856896
Minimum	7	11.16545
Maximum	35.4	24.73318

المصدر: من إعداد الباحث.

٨-٢-٥ مساهمات الدولة لغير القادرين والمعفيين من سداد الاشتراكات من المؤمن عليهم: تلتزم الدولة بتحمل المساهمات عن غير القادرين والمعفيين من سداد الاشتراكات من المؤمن عليهم بواقع ٥% من الحد الأدنى للأجور وتم تقديرهم بناء على أعداد غير القادرين من المعالين (من كبار السن ومن الأطفال) ومن العاملين وتوزيعهم داخل المحافظات والتدرج في التغطية التأمينية على باقي محافظات الجمهورية، وفي ضوء الضوابط التي حددها نظام التأمين الصحي الشامل (قرار رئيس مجلس الوزراء رقم ٤٥٨٦ لسنة ٢٠٢٣) بشأن تحديد غير القادرين وضوابط إعفائهم من أعباء نظام التأمين الصحي الشامل.

٨-٢-٦ إجمالي إيرادات نظام التأمين الصحي الشامل:

وتتمثل إجمالي إيرادات نظام التأمين الصحي الشامل في مجموع الإيرادات من الاشتراكات والإيرادات من الإستثمارات والإيرادات من مساهمات الدولة عن المعفيين بالإضافة للإيرادات من الموارد الأخرى.

٨-٢-٧ معدلات الإستخدام لخدمات الرعاية الصحية:

تم تقسيم خدمات الرعاية الصحية إلى فئتين (خدمات مرضى العيادات الداخلية، خدمات مرضى العيادات الخارجية) وبالنسبة لكل مجموعة من السكان يتم تحديد معدلات

الإستخدام للمؤمن عليهم وفي ضوء النتائج التي حققها نظام التأمين الصحي الشامل خلال الفترة من عام ٢٠١٩ وحتى عام ٢٠٢٢ والتي تتعلق بمعدلات الإستخدام للخدمات الصحية فقد تم الإفتراض بأن تظل معدلات الإستخدام للعيادات الخارجية ثابتة عند مستوى ٧% أى ٠,٠٧ مره لكل فرد سنوياً طوال الفترة من عام ٢٠٢٢ إلى عام ٢٠٣٢ لجميع فئات المؤمن عليهم، أما بالنسبة لمرضى العيادات الداخلية فقد تم إفتراض بأن تظل معدلات الإستخدام ثابتة عند مستوى ٤٣٥,٥% أى ما يعادل ٤,٣٥٥ مرة لكل فرد في السنة طوال الفترة من عام ٢٠٢٢ إلى عام ٢٠٣٢ وبناء على أعداد المؤمن عليهم داخل النظام وفقاً لكل سيناريو ومعدل الإستخدام للخدمات الصحية لكل فرد تم حساب عدد الإستخدامات لكل نوع خدمة من الخدمات الصحية للمؤمن عليهم عن كل نوع خدمة من الخدمات الصحية ويوضح الجدول التالي عدد الإستخدامات المتوقعة للخدمات الصحية وفقاً لكل نوع خدمة خلال الفترة من عام ٢٠٢٢ وحتى عام ٢٠٣٢:

جدول (٨) الإستخدامات المتوقعة لخدمات الرعاية الصحية من قبل المؤمن عليهم في نظام التأمين الصحي الشامل خلال الفترة من عام ٢٠٢٢ وحتى عام ٢٠٣٢ (الأعداد بالآلاف)

السيناريو الأول		السيناريو الثاني		السيناريو الثالث		عدد الإستخدامات للخدمات الصحية السنوات
العيادات الخارجية	العيادات الداخلية	العيادات الخارجية	العيادات الداخلية	العيادات الخارجية	العيادات الداخلية	
8653.07	139.08	8653.07	139.08	8653.07	139.08	2022
9381.91	150.80	9381.91	150.80	9381.91	150.80	2023
14302.81	229.90	14302.81	229.90	9710.66	156.08	2024
40397.19	649.32	16390.26	263.45	14542.36	233.75	2025
65001.28	1044.80	61883.14	994.68	19420.64	312.16	2026
130590.99	2099.05	65978.84	1060.51	62811.86	1009.61	2027
158918.20	2554.37	112228.28	1803.90	66936.74	1075.91	2028
214578.73	3449.03	140316.70	2255.38	113671.10	1827.09	2029
285307.98	4585.89	162949.16	2619.16	142031.43	2282.94	2030
385896.57	6202.70	201617.89	3240.70	164904.44	2650.59	2031
451310.66	7254.13	243626.03	3915.92	204245.36	3282.93	2032

المصدر: من إعداد الباحث.

يتضح من الجدول السابق أنه من المتوقع أن يرتفع عدد إستخدامات خدمات العيادات الداخلية من ١٣٩,٠٨ ألف في عام ٢٠٢٢ ليصل إلى ٣,٢٨ مليون مره في عام ٢٠٣٢ وذلك في ظل السيناريو الأول بينما ترتفع لتصل إلى ٣,٩٢ مليون مره في ظل السيناريو الثاني في حين أنها ترتفع لتصل إلى ٧,٢٥ مليون مره في ظل السيناريو الثالث.

أما بالنسبة لعدد إستخدامات خدمات العيادات الخارجية فمن المتوقع أن ترتفع عدد الإستخدامات من ٨,٦٥ مليون مره في عام ٢٠٢٢ إلى ٢٠٤,٢٤٥ مليون مره في عام ٢٠٣٢ وذلك في ظل السيناريو الأول بينما نجد أنها ترتفع لتصل إلى ٢٤٣,٦٣ مليون مره وذلك في ظل السيناريو الثاني، في حين أنها ترتفع لتصل إلى ٤٥١,٣١ مليون مره وذلك في ظل السيناريو الثالث.

٨-٢-٨ تكاليف الخدمات الصحية:

يتم تحديد متوسط التكاليف لخدمات الرعاية الصحية لكل فئة (خدمات مرضى العيادات الداخلية، وخدمات مرضى العيادات الخارجية) تم إدخال متوسط التكلفة لكل فئة من خدمات الرعاية الصحية في سنة الأساس وهي ٢٦٩,٥٣٢ جنيه عن كل خدمة من الخدمات الخارجية، و٦٢٢٩,٧٣ عن كل خدمة من الخدمات الداخلية بناء على البيانات المجمعة عن متوسط تكاليف الخدمات الصحية من قبل مقدمي الرعاية الصحية بالقطاع الخاص ومتوسط تكاليف علاج المرضى حسب نوع كل خدمة من قبل المستشفيات التابعة لوزارة الصحة والنتائج الفعلية عن متوسط تكاليف الخدمات الصحية بنظام التأمين الصحي الشامل، وحيث أنه من المتوقع أن تزداد تكاليف الخدمات الصحية لذا فقد تم ربط هذه الزيادة بمعدلات التضخم السنوية وحيث أن معدلات التضخم لقطاع الخدمات والرعاية الصحية عادة ما تكون أعلى من معدلات التضخم للسوق ككل نظراً لطبيعة التكنولوجيا المستخدمة في ذلك القطاع لذا فقد إقترح الباحث بأن يأخذ نسبة للتحوط بحيث يتم زيادة تكاليف الخدمات الصحية سنوياً بنسب التضخم المتوقعة بالإضافة لنسبة للتحوط

وهي ١% وذلك عند تقدير متوسط تكاليف الخدمات الصحية المتوقعة سنوياً ومن ثم الوصول الى إجمالي تكاليف الخدمات الصحية.

ومن المفترض أن يكون هناك مساهمات يتحملها المؤمن عليهم عند الإستفادة من بعض الخدمات الصحية التي يقدمها النظام بالإضافة لوجود بعض أنواع الخدمات لا تتطلب تحمل المؤمن عليهم من الدفع المشترك مقابل الخدمة لذا فإنه تم حساب معدل المساهمة للدفع المشترك في ضوء نتائج أو خبرة النظام خلال السنوات السابقة وقد قام الباحث بإفترض ثبات معدلات المساهمة للدفع المشترك عن كل نوع خدمة من الخدمات الصحية ٥% من متوسط تكلفة الخدمة على أن لا يتحملها المؤمن عليهم من غير القادرين.

٨-٢-٩ التكاليف أو النفقات الإدارية والتكاليف الإجمالية لنظام التأمين الصحي الشامل:

من المفترض أن هناك نفقات أو تكاليف إدارية يتحملها النظام وقد تم الإفتراض بأنها عبارة عن نسبة من تكاليف الخدمات الصحية للمؤمن عليهم وعادة ما تقل هذه النسبة مع الإستمرار في تطبيق النظام، لذا قام الباحث بإفترض هذه النسبة وهي ١٠% من تكاليف الخدمات الصحية للسنوات الخمسة الأولى ثم تنخفض إلى ٥% خلال الخمس سنوات التالية الأخرى.

٨-٢-١٠ تقديرات النموذج:

قام الباحث بتقدير الإيرادات والنفقات المتوقعة بالإعتماد على نتائج التقديرات السابقة والفروض التي تم إستخدامها في السيناريوهات الثلاثة وفيما يلي النتائج الخاصة بكل سيناريو:

أ-نتائج السيناريو الأول:

وفقاً لهذا السيناريو فإنه يفترض توفير تغطية تأمينية لعدد ١٨ محافظة من إجمالي محافظات الجمهورية وتم تحديدهم وفق الإطار الزمني لتطبيق نظام التأمين الصحي الشامل وفقاً لكل سيناريو من السيناريوهات الثلاثة، وبالتالي فإنه من المتوقع أن تزداد التغطية التأمينية للسكان من ١,٩١% في عام ٢٠٢٢ إلى ٣٨,٧٣% من

السكان في عام ٢٠٣٢ وأن يزداد متوسط تكلفة الفرد في النظام من ١٧٠٥ جنيه في عام ٢٠٢٢ إلى ٥٠٥٥ جنيه في عام ٢٠٣٢، ويوضح الجدولين التاليين إجمالي الإيرادات والنفقات المتوقعة لنظام التأمين الصحي الشامل خلال الفترة من عام ٢٠٢٢ وحتى عام ٢٠٣٢ والفائض أو العجز بكل عام وفقاً للسيناريو الأول:

جدول (٩) الإيرادات والنفقات المتوقعة لنظام التأمين الصحي الشامل خلال الفترة من عام ٢٠٢٢ وحتى عام ٢٠٢٧ والفائض أو العجز بكل عام وفقاً للسيناريو الأول (الأعداد بالآلاف)

2027	2026	2025	2024	2023	2022	
						أولاً: الإيرادات
23,373,275.15	8,997,516.22	6,547,425.90	4,085,681.23	3,493,437.66	2,961,814.19	الإشتراكات
25,725,472.54	20,192,790.16	15,427,710.65	11,410,027.91	8,201,664.95	5,656,149.66	عائد الاستثمارات طويلة وقصيرة الأجل
34,692,582.12	31,193,641.38	28,060,555.08	24,712,223.38	20,462,329.25	16,404,880.00	الإيرادات الأخرى (المساهمات التكافلية، التحويلات من الضرائب، .. وغيرها من الإيرادات الأخرى)
12,355,012.76	2,991,108.83	2,047,503.70	1,293,688.35	1,010,875.88	695,581.23	الدعم من الحكومة أو الجهات الأخرى
96,146,342.57	63,375,056.58	52,083,195.33	41,501,620.86	33,168,307.73	25,718,425.08	إجمالي الإيرادات
51.71	21.68	25.50	25.12	28.97	-	معدل النمو في الإيرادات (%)
						ثانياً: النفقات (التكاليف)
47,273,747.72	13,493,413.64	9,349,320.27	5,689,808.90	4,567,975.43	3,081,221.46	تكاليف خدمات الرعاية الصحية
2,363,687.39	1,349,341.36	934,932.03	568,980.89	456,797.54	308,122.15	التكاليف الأخرى (التكاليف الإدارية وغيرها من التكاليف)
49,637,435.11	14,842,755.00	10,284,252.30	6,258,789.79	5,024,772.97	3,389,343.61	إجمالي النفقات (التكاليف)
234.42	44.33	64.32	24.56	48.25	-	معدل النمو في التكاليف (%)
46,508,907.46	48,532,301.58	41,798,943.03	35,242,831.07	28,143,534.76	22,329,081.47	الفائض أو العجز السنوي
48.37	76.58	80.25	84.92	84.85	86.82	الفائض أو العجز كنسبة من إجمالي الإيرادات (%)

المصدر: من إعداد الباحث.

جدول (١٠) الإيرادات والنفقات المتوقعة لنظام التأمين الصحي الشامل خلال الفترة من عام ٢٠٢٨ وحتى عام ٢٠٣٢ والفائض أو العجز بكل عام وفقا للسيناريو الأول

(الأعداد بالآلاف)

2032	2031	2030	2029	2028	
					أولاً: الإيرادات
117,984,062.05	78,769,364.12	64,742,134.29	46,443,014.30	26,960,064.00	الإشتراكات
53,766,356.74	48,366,589.83	42,674,676.38	37,114,555.97	31,027,487.99	عائد الاستثمارات طويلة وقصيرة الأجل
59,536,797.58	53,390,066.33	47,898,066.02	42,991,558.33	38,608,207.86	الإيرادات الأخرى (المساهمات التكافلية، التحويلات من الضريبة، وغيرها من الإيرادات الأخرى)
55,317,987.96	44,290,005.43	36,178,092.69	27,133,454.05	13,927,681.86	الدعم من الحكومة أو الجهات الأخرى
286,605,204.33	224,816,025.71	191,492,969.37	153,682,582.66	110,523,441.71	إجمالي الإيرادات
27.48	17.40	24.60	39.05	14.95	معدل النمو في الإيرادات (%)
					ثانياً: النفقات (التكاليف)
225,797,981.50	168,999,666.06	134,822,765.72	99,913,901.53	54,407,722.37	تكاليف خدمات الرعاية الصحية
11,289,899.07	8,449,983.30	6,741,138.29	4,995,695.08	2,720,386.12	التكاليف الأخرى (التكاليف الإدارية وغيرها من التكاليف)
237,087,880.57	177,449,649.36	141,563,904.01	104,909,596.61	57,128,108.49	إجمالي النفقات (التكاليف)
33.61	25.35	34.94	83.64	15.09	معدل النمو في التكاليف (%)
49,517,323.76	47,366,376.35	49,929,065.36	48,772,986.05	53,395,333.22	الفائض أو العجز السنوي
17.28	21.07	26.07	31.74	48.31	الفائض أو العجز كنسبة من إجمالي الإيرادات (%)

المصدر: من إعداد الباحث.

يتضح من الجدولين السابقين:

أولاً: بالنسبة للإيرادات:

نجد أنه من المتوقع أن تزداد إجمالي الإيرادات المتوقعة للنظام من ٢٥,٧٢ مليار جنيه في عام ٢٠٢٢ لتصل إلى ٢٨٦,٦ مليار جنيه في عام ٢٠٣٢، وأن يبلغ متوسط معدل النمو السنوي للإيرادات طوال الفترة من عام ٢٠٢٣ وحتى عام ٢٠٣٢ نسبة ٢٧,٦٥% حيث نجد أن معدل نمو الإيرادات إرتفع من ٢٨,٩٧% عام ٢٠٢٣ ليصل إلى ٥١,٧١% عام ٢٠٢٧ ثم إنخفض بعدها إلى ١٤,٩٥% عام ٢٠٢٨ ثم إرتفع بعدها ليصل إلى ٢٧,٤٨% عام ٢٠٣٢.

وتساهم الإستثمارات بنحو ٢٢% من إجمالي الإيرادات في عام ٢٠٢٢ وتتزايد نسبة مساهمة الإستثمارات من إجمالي الإيرادات لتصل إلى ٣١,٨٦% عام ٢٠٢٦ وتكون أقل مساهمة لها بنسبة ١٨,٧٦% عام ٢٠٣٢ بمتوسط نسبة مساهمة في الإيرادات ٢٥,٢% من إجمالي الإيرادات للفترة من عام ٢٠٢٢ وحتى عام ٢٠٣٢.

ثانياً: بالنسبة للنفقات أو التكاليف:

نجد أنه من المتوقع أن حدوث زيادة تدريجية في التكاليف أو النفقات الإجمالية للنظام حيث ترتفع من ٣,٣٩ مليار جنيه في عام ٢٠٢٢ لتصل إلى ٢٣٧,١ مليار جنيه عام ٢٠٣٢، وأن يرتفع معدل النمو السنوي في التكاليف أو النفقات من ٤٨,٢٥% في عام ٢٠٢٣ ليصل إلى أعلى نسبة له وهي ٢٣٤,٤٢% في عام ٢٠٢٧ ثم ينخفض بعدها إلى ١٥,٠٩% في عام ٢٠٢٨ بمتوسط معدل نمو سنوي قدره ٤١,٥٦% للفترة من عام ٢٠٢٣ وحتى ٢٠٣٢ كما يتضح زيادة معدلات النمو في النفقات بمعدلات أعلى من معدلات النمو في الإيرادات مما يشكل تهديد للإستدامة المالية للنظام في الأجل الطويل.

ثالثاً: بالنسبة للفائض أو العجز:

نجد أنه وفقاً لهذا السيناريو من المتوقع أن يستمر النظام في تحقيق فائض خلال الفترة من عام ٢٠٢٢ وحتى عام ٢٠٣٢ حيث يمكن تحقيق فائض يبلغ ٢٢,٣ مليار جنيه في عام ٢٠٢٢ وهو ما يمثل ٨٦,٨٢% من إجمالي إيرادات النظام

ويستمر هذا الفائض في التزايد ليصل إلى ٤٩,٥ مليار جنيه عام ٢٠٣٢ وهو ما يمثل ١٧,٢٨% من إجمالي إيرادات النظام وبالتالي فإن هذا السيناريو يستطيع الحفاظ على توازن النظام من الناحية المالية ويسمح بتكوين فائض لدى النظام يستطيع بها تعظيم العائد من الإستثمارات وكذلك مواجهة أى أزمات مالية قد يتعرض لها النظام.

ولكن من المتوقع أن يستمر إنخفاض الفائض كنسبة من إجمالي الإيرادات تدريجياً حيث ينخفض من ٨٦,٨٢% خلال عام ٢٠٢٢ ليصل إلى ١٧,٢٨% في عام ٢٠٣٢ ويرجع ذلك إلى إنخفاض دور الموارد المالية غير القائمة على الإشتراكات بشكل تدريجي بالإضافة للزيادة في تكاليف الخدمات الصحية وزيادة عدد إستخدامات المؤمن عليهم للخدمات الصحية.

وبالتالي فإنه في ظل الافتراضات الخاصة بالنموذج وفي ظل السيناريو الأول تم الوصول إلى النتائج السابقة وتبين أن نظام التأمين الصحي الشامل يستطيع تحقيق التوازن المالي في الأجل الطويل وتحقيق الإستدامة المالية إلا أنه لا يحقق الهدف الرئيسي من الوصول إلى التغطية التأمينية الشاملة لذا كان لابد من دراسة باقي السيناريوهات للوصول إلى التغطية التأمينية التى تضم أكبر عدد من المؤمن عليهم دون حدوث عجز مالي لدى النظام.

ب- نتائج السيناريو الثاني:

وفقاً لهذا السيناريو فإنه يفترض أن تظل كافة الافتراضات التى إعتد عليها السيناريو الأول فيما عدا أنه سيتم توفير التغطية التأمينية لعدد ٢٠ محافظة من إجمالى محافظات الجمهورية وتم تحديدهم وفق الإطار الزمنى لتطبيق نظام التأمين الصحي الشامل وفقاً لكل سيناريو من السيناريوهات الثلاثة، وبالتالي فإنه من المتوقع أن تزداد التغطية التأمينية للسكان من ١,٩١% في عام ٢٠٢٢ إلى ٤٦,٢% من السكان في عام ٢٠٣٢، ويوضح الجدولين التاليين إجمالي الإيرادات والنفقات المتوقعة لنظام التأمين الصحي الشامل خلال الفترة من عام ٢٠٢٢ وحتى عام ٢٠٣٢ والفائض أو العجز بكل عام وفقاً للسيناريو الثاني:

جدول (١١) الإيرادات والنفقات المتوقعة لنظام التأمين الصحي الشامل خلال الفترة من عام ٢٠٢٢ وحتى عام ٢٠٢٧ والفائض أو العجز بكل عام وفقا للسيناريو الثاني (الأعداد بالآلاف)

أثر التوسع في التغطية التأمينية على الإستدامة المالية لنظام التأمين الصحي الشامل في مصر

شريف حسام الدين محمد شوقي

2027	2026	2025	2024	2023	2022	
						أولاً: الإيرادات
24,759,777.79	21,832,969.46	7,516,072.00	5,741,266.13	3,493,437.66	2,961,814.19	الإشتراكات
24,340,343.26	20,105,421.46	15,361,460.51	11,410,027.91	8,201,664.95	5,656,149.66	عائد الاستثمارات طويلة وقصيرة الأجل
34,692,582.12	31,193,641.38	28,060,555.08	24,712,223.38	20,462,329.25	16,404,880.00	الإيرادات الأخرى (المساهمات التكافلية، التحويلات من الضرائب، وغيرها من الإيرادات الأخرى)
12,922,872.83	11,445,876.24	2,263,629.09	2,024,903.51	1,010,875.88	695,581.23	الدعم من الحكومة أو الجهات الأخرى
96,715,576.00	84,577,908.54	53,201,716.68	43,888,420.92	33,168,307.73	25,718,425.08	إجمالي الإيرادات
14.35	58.98	21.22	32.32	28.97	-	معدل النمو في الإيرادات (%)
						ثانياً: النفقات (التكاليف)
49,653,765.70	43,117,701.56	10,534,567.40	8,387,937.68	4,567,975.43	3,081,221.46	تكاليف خدمات الرعاية الصحية
2,482,688.28	4,311,770.16	1,053,456.74	838,793.77	456,797.54	308,122.15	التكاليف الأخرى (التكاليف الإدارية وغيرها من التكاليف)
52,136,453.98	47,429,471.72	11,588,024.14	9,226,731.45	5,024,772.97	3,389,343.61	إجمالي النفقات (التكاليف)
9.92	309.30	25.59	83.62	48.25	-	معدل النمو في التكاليف (%)
44,579,122.02	37,148,436.82	41,613,692.54	34,661,689.48	28,143,534.76	22,329,081.47	الفائض أو العجز السنوي
46.09	43.92	78.22	78.98	84.85	86.82	الفائض أو العجز كنسبة من إجمالي الإيرادات (%)

المصدر: من إعداد الباحث.

جدول (١٢) الإيرادات والنفقات المتوقعة لنظام التأمين الصحي الشامل خلال الفترة من عام ٢٠٢٨ وحتى عام ٢٠٣٢ والفائض أو العجز بكل عام وفقا للسيناريو الثاني (الأعداد بالآلف)

2032	2031	2030	2029	2028	
					أولاً: الإيرادات
135,660,766.29	104,148,718.86	75,171,201.55	56,619,004.40	39,318,467.17	الإشتراكات
46,360,737.49	42,399,143.85	37,861,195.13	33,601,000.86	29,422,363.17	عائد الاستثمارات طويلة وقصيرة الأجل
59,536,797.58	53,390,066.33	47,898,066.02	42,991,558.33	38,608,207.86	الإيرادات الأخرى (المساهمات التكافئية، التحويلات من الضرائب، وغيرهما من الإيرادات الأخرى)
67,263,230.52	51,590,317.37	41,272,744.47	33,672,202.51	25,214,962.00	الدعم من الحكومة أو الجهات الأخرى
308,821,531.90	251,528,246.40	202,203,207.17	166,883,766.10	132,564,000.20	إجمالي الإيرادات
22.78	24.39	21.16	25.89	37.07	معدل النمو في الإيرادات (%)
					ثانياً: النفقات (التكاليف)
269,420,038.53	206,454,690.44	154,663,466.15	123,346,324.67	91,342,174.86	تكاليف خدمات الرعاية الصحية
13,471,001.93	10,322,734.52	7,733,173.31	6,167,316.23	4,567,108.74	التكاليف الأخرى (التكاليف الإدارية وغيرها من التكاليف)
282,891,040.46	216,777,424.96	162,396,639.46	129,513,640.90	95,909,283.60	إجمالي النفقات (التكاليف)
30.50	33.49	25.39	35.04	83.96	معدل النمو في التكاليف (%)
25,930,491.44	34,750,821.44	39,806,567.71	37,370,125.20	36,654,716.60	الفائض أو العجز السنوي
8.40	13.82	19.69	22.39	27.65	الفائض أو العجز كنسبة من إجمالي الإيرادات (%)

المصدر: من إعداد الباحث.

يتضح من الجدولين السابقين:

أولاً: بالنسبة للإيرادات:

نجد أنه من المتوقع أن تزداد الإيرادات المتوقعة للنظام من ٢٥,٧٢ مليار جنيه في عام ٢٠٢٢ إلى ٣٠٨,٨٢ مليار جنيه في عام ٢٠٣٢، ويرجع السبب الرئيسي من وجود إختلاف في الإيرادات بين هذا السيناريو والسيناريو السابق إلى

إنضمام عدد أكبر من المؤمن عليهم داخل النظام خلال الفترة من عام ٢٠٢٢ وحتى عام ٢٠٣٢ ومن ثم زيادة حصيلة الاشتراكات من المؤمن عليهم داخل النظام. ووفقاً لهذا السيناريو نجد أن متوسط معدل النمو السنوي للإيرادات طوال الفترة من عام ٢٠٢٣ وحتى عام ٢٠٣٢ يبلغ ٢٨,٧١% حيث نجد أن معدل نمو الإيرادات إرتفع من ٢٨,٩٧% عام ٢٠٢٣ ليصل إلى أعلى معدل نمو وهو ٥٨,٩٨% عام ٢٠٢٦ ثم إنخفض بعدها إلى ١٤,٣٥% عام ٢٠٢٧ ثم إرتفع بعدها ليصل إلى ٢٢,٧٨% عام ٢٠٣٢. في حين يبلغ حجم العائد من الإستثمارات نحو ٥,٦٦ مليار جنيه وهو ما يعادل ٢٢% من إجمالي الإيرادات في عام ٢٠٢٢ وتتزايد الإيرادات من الإستثمارات لتبلغ أعلى قيمة لها وهي ٤٦,٣٦ مليار جنيه وهو ما يعادل ١٥,٠١% من إجمالي الإيرادات وذلك في عام ٢٠٣٢.

تتزايد نسب مساهمة العائد من الإستثمارات من إجمالي الإيرادات لترتفع من ٢٢% عام ٢٠٢٢ لتصل إلى أعلى نسبة لها وهي ٢٨,٨٧% عام ٢٠٢٥ وتكون أقل مساهمة لها بنسبة ١٥,٠١% عام ٢٠٣٢ بمتوسط نسبة مساهمة في الإيرادات ٢٢,١٣% من إجمالي الإيرادات للفترة من عام ٢٠٢٢ وحتى عام ٢٠٣٢ وبمقارنة هذا السيناريو مع السيناريو السابق نجد أن نسب مساهمة العائد من الإستثمارات من إجمالي الإيرادات وفقاً للسيناريو الأول تفوق نسب مساهمة العائد من الإستثمارات من إجمالي الإيرادات في جميع السنوات ويرجع ذلك لإنخفاض حجم الأموال المتاحة للإستثمار في السيناريو الثاني عن حجم الأموال المتاحة للإستثمار بالسيناريو الأول نتيجة إستهلاك جزء من الفائض المتراكم في تغطية تكاليف الخدمات الصحية للمؤمن عليهم.

ثانياً: بالنسبة للنفقات أو التكاليف:

تتزايد حجم النفقات الإجمالية المتوقعة للنظام من ٣,٣٩ مليار جنيه في عام ٢٠٢٢ لتصل إلى ٢٨٢,٨٩ مليار جنيه في عام ٢٠٣٢، وبالتالي نجد إختلاف في حجم إجمالي النفقات بين السيناريو الأول والثاني نتيجة زيادة عدد المؤمن عليهم ومن ثم زيادة عدد الإستخدامات للخدمات الصحية وبالتالي إرتفاع النفقات أو التكاليف الإجمالية الخاصة بالنظام.

ونجد أنه من المتوقع أن يرتفع معدل النمو السنوي في النفقات في ظل السيناريو الثاني من ٤٨,٢٥% في عام ٢٠٢٣ ليصل إلى أعلى نسبة له وهي ٣٠,٩٣% في عام ٢٠٢٦ ثم ينخفض بعدها إلى ٩,٩٢% في عام ٢٠٢٧، بمتوسط معدل نمو سنوي قدره ٦٨,٥١% كما يتضح زيادة معدلات النمو في النفقات بمعدلات أعلى من معدلات النمو في الإيرادات.

ثالثاً: بالنسبة للفائض أو العجز:

من المتوقع أن يحقق النظام فائض طوال الفترة من عام ٢٠٢٢ وحتى عام ٢٠٣٢ حيث نجد أن النظام يستطيع تحقيق فائض قيمته ٢٢,٣ مليار جنيه في عام ٢٠٢٢ ويستمر هذا الفائض في التزايد ليصل إلى ٤١,٦ مليار جنيه في عام ٢٠٢٥ ثم يواصل النظام في تحقيق فائض ولكن مع وجود تذبذب خلال السنوات التالية حيث ينخفض الفائض إلى ٣٧,١٥ في عام ٢٠٢٦ إلى أن يصل في عام ٢٠٣٢ إلى ٢٥,٩٣ مليار جنيه، وبالتالي نجد أن السيناريو الثاني يستطيع الحفاظ على التوازن المالي للنظام وضمان الإستدامة المالية للنظام، ولكن نجد أن الفائض المحقق وفقاً لهذا السيناريو يقل عن مقدار الفائض وفقاً للسيناريو الأول وهذا يعني أن دخول أعداد أكبر من المؤمن عليهم أدت إلى إستهلاك الفائض من قبل النظام لمواجهة التكاليف أو النفقات الخاصة بالنظام.

في حين أنه من المتوقع أن يستمر إنخفاض الفائض كنسبة من إجمالي الإيرادات تدريجياً حيث ينخفض من ٨٦,٨٢% خلال عام ٢٠٢٢ ليصل إلى ٨,٤% في عام ٢٠٣٢ ويرجع ذلك إلى إنخفاض دور الموارد المالية غير القائمة على الإستثمارات بشكل تدريجي بالإضافة للزيادة في تكاليف الخدمات الصحية وزيادة عدد إستخدامات المؤمن عليهم للخدمات الصحية.

وبالتالي فإنه في ظل السيناريو الثاني نجد أن نظام التأمين الصحي الشامل يستطيع تحقيق التوازن المالي في الأجل الطويل وتحقيق الإستدامة المالية وأنه إستطاع توفير التغطية التأمينية لعدد أكبر من المحافظات مع الإستمرار في التوازن المالي للنظام ولكن يتطلب الوصول إلى التغطية التأمينية الشاملة لذا كان لابد من

دراسة باقي السيناريوهات للوصول إلى التغطية التأمينية التي تضم أكبر عدد من المؤمن عليهم دون حدوث عجز مالي لدى النظام.

ج- نتائج السيناريو الثالث:

وفقاً لهذا السيناريو فإنه يفترض أن تظل كافة الافتراضات التي إعتد عليها السيناريو الأول والثاني فيما عدا أنه سيتم توفير التغطية التأمينية لعدد ٢٧ محافظة من إجمالي محافظات الجمهورية وفق الإطار الزمني لتطبيق نظام التأمين الصحي الشامل وفقاً لكل سيناريو من السيناريوهات الثلاثة، وبالتالي فإنه من المتوقع أن تزداد التغطية التأمينية للسكان من ١,٩١% في عام ٢٠٢٢ إلى ٨٥,٥٨% من السكان في عام ٢٠٣٢، ويوضح الجدولين التاليين إجمالي الإيرادات والنفقات المتوقعة لنظام التأمين الصحي الشامل خلال الفترة من عام ٢٠٢٢ وحتى عام ٢٠٣٢ والفائض أو العجز بكل عام وفقاً للسيناريو الثالث:

جدول (١٣) الإيرادات والنفقات المتوقعة لنظام التأمين الصحي الشامل خلال الفترة من عام ٢٠٢٢ وحتى عام ٢٠٢٧ والفائض أو العجز بكل عام وفقاً للسيناريو الثالث
(الأعداد بالآلاف)

2027	2026	2025	2024	2023	2022	
						أولاً: الإيرادات
41,357,089.25	23,124,492.20	14,079,065.70	5,741,266.13	3,493,437.66	2,961,814.19	الإشتراكات
23,549,384.81	19,453,604.82	15,361,460.51	11,410,027.91	8,201,664.95	5,656,149.66	عائد الاستثمارات طويلة وقصير الأجل
34,692,582.12	31,193,641.38	28,060,555.08	24,712,223.38	20,462,329.25	16,404,880.00	الإيرادات الأخرى (المساهمات التوظيفية، التحويلات من الضرائب، وغيرها من الإيرادات الأخرى)
28,003,613.95	11,971,950.66	7,058,200.26	2,024,903.51	1,010,875.88	695,581.23	الدعم من الحكومة أو الجهات الأخرى
127,602,670.14	85,743,689.06	64,559,281.55	43,888,420.92	33,168,307.73	25,718,425.08	إجمالي الإيرادات
48.82	32.81	47.10	32.32	28.97	-	معدل النمو في الإيرادات (%)
						ثانياً: النفقات (التكاليف)
98,434,307.48	45,287,085.81	26,057,526.21	8,387,937.68	4,567,975.43	3,081,221.46	تكاليف خدمات الرعاية الصحية
4,921,715.37	4,528,708.58	2,605,752.62	838,793.77	456,797.54	308,122.15	التكاليف الأخرى (التكاليف الإدارية وغيرها من التكاليف)
103,356,022.85	49,815,794.39	28,663,278.83	9,226,731.45	5,024,772.97	3,389,343.61	إجمالي النفقات (التكاليف)
107.48	73.80	210.65	83.62	48.25	-	معدل النمو في التكاليف (%)
24,246,647.28	35,927,894.67	35,896,002.72	34,661,689.48	28,143,534.76	22,329,081.47	الفائض أو العجز السنوي
19.00	41.90	55.60	78.98	84.85	86.82	الفائض أو العجز كنسبة من إجمالي الإيرادات (%)

المصدر: من إعداد الباحث.

جدول (١٤) الإيرادات والنفقات المتوقعة لنظام التأمين الصحي الشامل خلال الفترة من عام ٢٠٢٨ وحتى عام ٢٠٣٢ والفائض أو العجز بكل عام وفقاً للسيناريو الثالث (الأعداد بالآلاف)

2032	2031	2030	2029	2028	
					أولاً: الإيرادات
281,444,528.07	202,402,757.81	140,300,928.81	93,456,996.82	55,620,717.87	الإشتراكات
27,587,453.29	31,011,920.51	30,517,626.37	28,642,606.01	26,313,502.60	عائد الاستثمارات طويلة وقصيرة الأجل
59,536,797.58	53,390,066.33	47,898,066.02	42,991,558.33	38,608,207.86	الإيرادات الأخرى (المساهمات التكافلية، التحويلات من الضرائب، وغيرهما من الإيرادات الأخرى)
116,312,001.60	98,017,264.03	69,788,642.62	49,261,707.84	35,697,881.37	الدعم من الحكومة أو الجهات الأخرى
484,880,780.54	384,822,008.67	288,505,263.82	214,352,869.00	156,240,309.70	إجمالي الإيرادات
26.00	33.38	34.59	37.19	22.44	معدل النمو في الإيرادات (%)
					ثانياً: النفقات (التكاليف)
498,537,200.03	395,105,899.78	270,637,476.51	188,481,259.05	129,342,455.28	تكاليف خدمات الرعاية الصحية
24,926,860.00	19,755,294.99	13,531,873.83	9,424,062.95	6,467,122.76	التكاليف الأخرى (التكاليف الإدارية وغيرهما من التكاليف)
523,464,060.03	414,861,194.76	284,169,350.33	197,905,322.00	135,809,578.04	إجمالي النفقات (التكاليف)
26.18	45.99	43.59	45.72	31.40	معدل النمو في التكاليف (%)
(38,583,279.50)	(30,039,186.09)	4,335,913.48	16,447,547.00	20,430,731.66	الفائض أو العجز السنوي
(7.96)	(7.81)	1.50	7.67	13.08	الفائض أو العجز كنسبة من إجمالي الإيرادات (%)

المصدر: من إعداد الباحث.

يتضح من الجدولين السابقين:

أولاً: بالنسبة للإيرادات:

نجد أنه من المتوقع أن تزداد الإيرادات المتوقعة للنظام من ٢٥,٧٢ مليار جنيه في عام ٢٠٢٢ إلى ٤٨٤,٨٨ مليار جنيه في عام ٢٠٣٢، مما يلاحظ وجود اختلاف كبير بين هذا السيناريو عن السيناريوهين السابقين حيث أدى زيادة عدد المؤمن عليهم المشمولين داخل النظام بشكل متزايد ومتسارع إلى النمو السريع في الإيرادات الخاصة بالإشتراكات.

ووفقاً لهذا السيناريو نجد أن متوسط معدل النمو السنوي للإيرادات طوال الفترة من عام ٢٠٢٣ وحتى عام ٢٠٣٢ يبلغ ٣٤,٣٦% وهو أكبر من متوسط معدل النمو وفقاً للسيناريو الأول البالغ ٢٧,٦٥% وكذلك وفقاً للسيناريو الثاني البالغ ٢٨,٧١% وترجع هذه الزيادة إلى دور الإيرادات من الإشتراكات والتي ساعدت على تحسين معدلات النمو لإجمالي الإيرادات وفقاً للسيناريو الثالث، ونجد أن معدل نمو الإيرادات ارتفع من ٢٨,٩٧% عام ٢٠٢٣ ليصل إلى أعلى معدل نمو وهو ٤٨,٨٢% عام ٢٠٢٧ ثم إنخفض بعدها إلى ٢٢,٤٤% عام ٢٠٢٨ ثم ارتفع بعدها ليصل إلى ٢٦% عام ٢٠٣٢.

هناك تزايد مستمر في حجم الإيرادات من الإستثمارات حتى عام ٢٠٣١ حيث يرتفع حجم العائد من الإستثمارات من ٥,٦٦ مليار جنيه وهو ما يعادل ٢٢% من إجمالي الإيرادات في عام ٢٠٢٢ ليلعب أعلى قيمة له وهو ٣١,٠١ مليار جنيه وهو ما يعادل ٨,٠٦% من إجمالي الإيرادات وذلك في عام ٢٠٣١ ثم ينخفض إلى ٢٧,٥٩ مليار جنيه وهو ما يعادل ٥,٦٩% من إجمالي الإيرادات وذلك في عام ٢٠٣٢.

أما بالنسبة لنسب مساهمة العائد من الإستثمارات من إجمالي الإيرادات نجد أنها ترتفع من ٢٢% عام ٢٠٢٢ لتصل إلى أعلى نسبة لها وهي ٢٦% عام ٢٠٢٤ وتكون أقل مساهمة بنسبة ٥,٦٩% عام ٢٠٣٢ بمتوسط نسبة مساهمة في الإيرادات ١٧,٤٧% من إجمالي الإيرادات للفترة من عام ٢٠٢٢ وحتى عام ٢٠٣٢.

وبمقارنة هذا السيناريو مع السيناريوهين السابقين نجد أن نسب مساهمة العائد من الإستثمارات من إجمالي الإيرادات وفقاً لهذا السيناريو تقل عن نسب مساهمة العائد من الإستثمارات من إجمالي الإيرادات بجميع السنوات لكل من السيناريوهين السابقين ويرجع ذلك لإنخفاض حجم الأموال المتاحة للإستثمار في السيناريو الثالث عن حجم الأموال المتاحة للإستثمار بالسيناريو الأول والثاني نتيجة إستهلاك جزء أكبر من الفائض المتراكم في تغطية تكاليف الخدمات الصحية للمؤمن عليهم وفقاً للسيناريو الثالث مقارنة بالسيناريو الثاني.

ثانياً: بالنسبة للنفقات أو التكاليف:

تتزايد حجم النفقات الإجمالية المتوقعة للنظام من ٣,٣٩ مليار جنيه في عام ٢٠٢٢ لتصل إلى ٥٢٣,٤٦ مليار جنيه في عام ٢٠٣٢، وبالتالي يعتبر هذا السيناريو هو الأكبر من حيث إجمالي حجم النفقات نظراً لتوفيره للتغطية التأمينية للعدد الأكبر من المؤمن عليهم ونتيجة إستخدامات الخدمات الصحية المرتبطة بدخول المؤمن عليهم داخل النظام والتي تؤدي لإرتفاع إجمالي النفقات الخاصة بالنظام.

ونجد أنه من المتوقع أن يرتفع معدل النمو السنوي في النفقات في ظل السيناريو الثالث من ٤٨,٢٥% في عام ٢٠٢٣ ليصل إلى أعلى نسبة له وهي ٢١٠,٦٥% في عام ٢٠٢٥ ثم ينخفض بعدها إلى ٧٣,٨% في عام ٢٠٢٦، بمتوسط معدل نمو سنوي ٧١,٦٧% خلال الفترة من عام ٢٠٢٣ وحتى عام ٢٠٣٢ وهو يعتبر الأعلى مقارنة بالسيناريوهين السابقين حيث بلغ متوسط معدل النمو السنوي في التكاليف أو النفقات للسيناريو الأول ٤١,٥٦% وللسيناريو الثاني ٦٨,٥١% وبالتالي يعد السيناريو الثالث هو الأصعب من حيث التحدي القائم على قدرة الموارد المالية والإيرادات الخاصة بالنظام لمواجهة الإرتفاع المتزايد في التكاليف لضمان إستمرارية النظام وضمان قدرته على تحقيق الإستدامة المالية، وخاصة في ظل زيادة معدلات النمو في النفقات عن معدلات النمو في الإيرادات حيث سيؤدي بالنهاية إلى تعثر النظام.

ثالثاً: بالنسبة للفائض أو العجز:

من المتوقع أن يحقق النظام فائض كبير خلال السنوات الأولى من تطبيق النظام نظراً لزيادة إجمالي الإيرادات عن إجمالي حجم النفقات ويرجع هذا لوجود موارد مالية للنظام غير قائمة على الإشتراكات تستطيع تمويل النظام بدون دخول أعداد كبيرة ضمن النظام مما يؤدي إلى تحقيق فائض لعدم وجود إستخدامات كثيرة للخدمات الصحية من قبل المؤمن عليهم، ولكن مع دخول باقي المحافظات تدريجياً ضمن التغطية التأمينية للنظام ومع زيادة الطلب على الخدمات الصحية سوف يؤدي ذلك إلى حدوث نمو كبير في تكاليف الخدمات الصحية والتي تؤدي إلى تزايد معدلات

نمو التكاليف أو النفقات بمعدلات أعلى من معدلات النمو في الإيرادات مما سيؤدي إلى إستهلاك الفائض لدى النظام.

وفي ظل السيناريو الثالث نجد أن النظام يستطيع تحقيق فائض قيمته ٢٢,٣ مليار جنيه في عام ٢٠٢٢ وهو ما يمثل ٨٦,٨٢% من إجمالي الإيرادات ويستمر هذا الفائض في التزايد ليصل إلى ٣٥,٩٣ مليار جنيه في عام ٢٠٢٦ ومن بعدها يبدأ هذا الفائض في الانخفاض تدريجياً ليصل إلى ٤,٣٣٦ مليار جنيه عام ٢٠٣٠ وهو ما يمثل ١,٥% من إجمالي الإيرادات وبعدها يبدأ النظام في تحقيق عجز في عامي ٢٠٣١ و ٢٠٣٢ ويصل هذا العجز إلى ٣٨,٥٨ مليار جنيه وهو ما يمثل ٧,٩٧% من إجمالي الإيرادات.

ومن المتوقع أن يستمر إنخفاض الفائض كنسبة من إجمالي الإيرادات تدريجياً حيث ينخفض من ٨٦,٨٢% خلال عام ٢٠٢٢ ليصل إلى ١,٥% في عام ٢٠٣٠ بعدها يتحول هذا الفائض إلى عجزاً في عام ٢٠٣١ ويمثل ٧,٨١% من إجمالي الإيرادات ويصل إلى ٧,٩٦% في عام ٢٠٣٢، ويرجع ذلك إلى إنخفاض دور الموارد المالية غير القائمة على الإشتراكات بشكل تدريجي بالإضافة للزيادة في تكاليف الخدمات الصحية وزيادة عدد إستخدامات المؤمن عليهم للخدمات الصحية.

وبالتالي فإنه في ظل السيناريو الثالث نجد أن نظام التأمين الصحي الشامل لا يستطيع تحقيق التوازن المالي في الأجل الطويل وتحقيق الإستدامة المالية في ظل محاولة الإسراع في دخول جميع المحافظات داخل النظام لتوفير التغطية التأمينية الشاملة وخاصة عند دخول المحافظات الأكثر سكاناً وهي محافظتى القاهرة والجيزة حيث يتطلب إما زيادة الموارد المالية من خلال البحث عن مصادر تمويلية جديدة أو من خلال مراجعة المصادر التمويلية الحالية حتى تتناسب مع متطلبات النظام وحجم التكاليف المطلوبة لتوفير التغطية التأمينية للمؤمن عليهم ومواجهة الإرتفاع المتزايد في تكاليف الخدمات الصحية والمستلزمات الطبية، أو من خلال إعطاء مهلة للنظام في تكوين إحتياطي ناتجة عن زيادة الإيرادات الاجمالية للنظام عن إجمالي النفقات وهذا من خلال التمهّل في دخول أعداد أكبر من المؤمن عليهم مما يحافظ على

معدلات إستخدام للخدمات الصحية بشكل معقول مع حصول النظام على موارد مالية من المصادر التمويلية غير المرتبطة بالإشتراكات مما يحقق فوائض كبيرة والتي يمكن إستغلالها في الإستثمارات المناسبة لتحقيق أعلى عوائد إستثمارية ممكنة. وبالتالي فإنه بالرغم من ضرورة توفير التغطية التأمينية لجميع الأفراد والوصول إلى التغطية التأمينية الشاملة لأكثر عدد من السكان إلا أن هذا الهدف يعد من أكبر التحديات التي يواجهها النظام نظراً للتكاليف والنفقات المرتبطة بتحقيق هذا الهدف ومدى قدرة النظام على توفير الموارد المالية لتمويل النظام حيث لا يمكن التسرع في التوسع نحو التغطية التأمينية لجميع الأفراد إلا من خلال رؤية عن قدرة النظام على إستدامته المالية طويلة الأجل من خلال قدرة الإيرادات في مواجهه التكاليف أو النفقات الخاصة بالنظام، وفي ظل الإفتراضات التي إعتمدت عليها الدراسة وفي ظل السيناريو الأول والثاني فإن نظام التأمين الصحي الشامل يستطيع تحقيق الإستدامة المالية والتوازن المالي خلال الفتره من عام ٢٠٢٢ وحتى عام ٢٠٣٢، إلا أنه يرحح توفير التغطية التأمينية لعدد ٢٠ محافظة من إجمالى محافظات الجمهورية خلال تلك الفترة، مع ضرورة الإستعداد لأى تذبذب يحدث في الظروف الإقتصادية للدولة، لذا لابد من الإستمرار في توفير مصادر تمويله مستدامه للنظام والترشيد في التكاليف دون التأثير على جودة الخدمات الصحية المقدمة للمؤمن عليهم.

٩- النتائج:

- يعد عدد المؤمن عليهم داخل النظام أحد العوامل الرئيسية المؤثرة في حجم الإيرادات وحجم النفقات الخاصة بالنظام حيث كلما زاد عدد المؤمن عليهم كلما زادت تكاليف الخدمات الصحية الخاصة بالنظام وكذلك حجم الإيرادات من الإشتراكات ألا أن الزيادة في التكاليف تفوق الزيادة في الإيرادات من الإشتراكات.
- أظهرت نتائج السيناريو الثالث وجود فائض بالنظام حتى عام ٢٠٣٠ وذلك عند حجم تغطية سكانية ٥٥,٦٥% من عدد السكان بعدها يبدأ النظام في أن يعاني من

- العجز وهو عند الدخول في حجم تغطية سكانية ٧٤,٢١% ولكن مع وجود فائض من السنوات السابقة فهو يستطيع أن يواجه ذلك العجز حتى عام ٢٠٣٢.
- بالنسبة لكل من السيناريو الأول والثاني أظهرت النتائج وجود فائض في جميع السنوات ويرجع ذلك إلى دور الإيرادات غير المرتبطة بالإشتراكات في مواجهة التكاليف أو النفقات الخاصة بالنظام والتي تجعل معدلات النمو في الإيرادات تفوق معدلات النمو في التكاليف وهذا يساهم بشكل مزدوج في تحقيق الإستدامة المالية للنظام من خلال مساهمة هذه الإيرادات في تغطية تكاليف الخدمات الصحية للمؤمن عليهم ومن الناحية الأخرى في تحقيق فائض متراكم لدى النظام ومن خلال إستثمار هذا الفائض يمكن تحقيق عائد إضافي من الإستثمارات ومن ثم الإستمرار في تحقيق نمو أعلى في الإيرادات عن معدلات النمو في التكاليف الخاصة بالنظام.
 - تؤثر نسبة السكان المشمولين داخل النظام من خلال التطبيق التدريجي على باقي محافظات الجمهورية خلال الفترة من عام ٢٠٢٢ إلى عام ٢٠٣٢ على قدرة النظام على تحقيق الإستدامة المالية حيث تظهر النتائج الخاصة بكل سيناريو من سيناريوهات التدرج في تطبيق النظام أنه من المتوقع من التطبيق المتسارع لتنفيذ النظام على جميع المحافظات (السيناريو الثالث) أن يحدث عجز ناتج عن عدم كفاية الإيرادات في مواجهة التكاليف أو النفقات الخاصة بالنظام يحدث تظهر النتائج وجود عجز محتمل في عامي ٢٠٣١ و عام ٢٠٣٢ وهو بداية من الوصول إلى نسبة تغطية تأمينية ٧٤,٢١% من عدد السكان بعام ٢٠٣٢ لذا من الضروري عدم الوصول إلى هذه النسبة من التغطية إلا من خلال إما زيادة الموارد الخاصة بالنظام أو التمهل في التوسع نحو تطبيق النظام حتى يستطيع تكوين الإحتياجات الكافية والتي يمكن من خلال إستثمارها من زيادة الموارد المالية للنظام.
 - تظهر النتائج أن تطبيق وفقاً للسيناريو الأول وهو الوصول إلى نسبة تغطية تأمينية ٣٨,٧٣% من عدد السكان وكذلك السيناريو الثاني وهو الوصول إلى نسبة تغطية تأمينية ٤٦,٢% من عدد السكان وذلك بعام ٢٠٣٢ إلى وجود إستقرار للنظام وأن الموارد المالية أو الإيرادات كافية لمواجهة التكاليف أو

النفقات الخاصة بالنظام وبالتالي قدرة النظام على الإستدامة المالية طوال الفترة من عام ٢٠٢٢ وحتى عام ٢٠٣٢.

- من أهم العوامل المؤثرة على الإستدامة المالية هما معدلات التضخم وأسعار الصرف حيث تؤثر تلك العوامل بشكل كبير على معدلات النمو في تكاليف الخدمات الصحية وعلى تكاليف شراء الأدوية والمستلزمات الطبية من الخارج.
- تساهم الإيرادات غير القائمة على الإشتراكات مثل المساهمات التكافلية والضرائب والرسوم المخصصة للنظام في نجاح النظام بشكل كبير والتي تضمن للنظام إستمراريته ولكن يقل دورها مع الزيادة المستمرة في أعداد المؤمن عليهم والتوسع في تطبيق النظام على باقي محافظات الجمهورية، نظراً للارتفاع المستمر في تكاليف الخدمات الصحية بالإضافة لزيادة عدد الإستخدامات للخدمات الصحية من قبل المؤمن عليهم.
- هناك علاقة بين الفترة الزمنية لتنفيذ نظام التأمين الصحي الشامل على جميع المحافظات وقدرة النظام على تحقيق الفائض أو التوازن بين الإيرادات والنفقات الخاصة بالنظام نظراً لضعف الموارد من الإشتراكات أمام الزيادة في تكاليف الخدمات الصحية المقدمة من قبل النظام.

١٠- التوصيات:

- ضرورة إجراء تقييم دوري للوضع المالي للنظام وتحليل أثر كل مصدر من المصادر التمويلية على الإستدامة المالية للنظام في الاجل الطويل بما في ذلك الإيرادات والنفقات ومستوى الالتزامات المستقبلية مع تقييم كفاءة الإنفاق الصحي، والبحث المستمر عن سبل لتحسينها.
- ضرورة مراجعة العوامل التي تؤثر على الإستدامة المالية للنظام، مثل العوامل الديموغرافية والاقتصادية والتكنولوجية لضمان استمرارية وفعالية النظام على المدى الطويل، وللتمكن من توقع التحديات المالية المحتملة وإتخاذ الإجراءات الوقائية اللازمة لتجنبها والتي قد تتسبب في فشل النظام.

- يجب البحث عن مصادر تمويل إضافية للنظام، من خلال زيادة معدلات الاشتراكات أو فرض ضرائب جديدة مخصصة للنظام، أو زيادة نسب المساهمات التي يتحملها المؤمن عليهم عند الاستفادة أو الحصول على الخدمات الصحية، مع البحث المستمر عن المصادر التمويلية المستدامة لضمان الإستدامة المالية للنظام.
- ضرورة التوسع في التغطية التأمينية بشكل تدريجي، مع التركيز على المحافظات الأكثر احتياجاً للرعاية الصحية، والتي تعاني من نقص في الخدمات الصحية، مع مراعاة أثر العوامل الديموغرافية والعوامل الاقتصادية على الإستدامة المالية للنظام.
- إجراء تقييم دوري للأثر الذي يحدثه التوسع في التغطية التأمينية للنظام، على الإستدامة المالية وتحسين مستوى الرعاية الصحية والصحة العامة، وتعديل الخطط والسياسات بناءً على نتائج التقييم لضمان نجاح وإستمرارية النظام.

المراجع العربية:

- أبو غنيمه ؛ عصام عبد المحسن زكريا، (٢٠٢٣)، " أثر تنوع مصادر تمويل منظومة التأمين الصحي الشامل على تحقيق الإستدامة المالية"، المجلة العلمية للدراسات التجارية والبيئية، كلية التجارة، جامعة قناة السويس.
- الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء، الكتاب الإحصائي السنوي.
- الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء ، النشرة السنوية لإحصاءات الخدمات الإجتماعية.
- الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء ، المسح الصحي للأسرة المصرية.
- الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء ، النشرة السنوية المراجعة لبحث القوى العاملة.
- الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء ، النشرة السنوية لإحصاءات التوظيف والأجور وساعات العمل.
- الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء ، النشرة السنوية لإحصاءات الخدمات الإجتماعية.
- الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء ، النشرة السنوية لإحصاءات الخدمات الصحية والعلاج على نفقة الدولة في الخارج والداخل.
- الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء ، النشرة السنوية للحساب الختامي للدولة طبقاً للتصنيف الوظيفي للحكومة.
- الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء ، النشرة السنوية للموازنة العامة للدولة طبقاً للتصنيف الوظيفي للحكومة.

-
- الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء ، بحث الدخل والإنفاق والإستهلاك.
 - الهيئة العامة للتأمين الصحي ، الكتاب الإحصائي السنوي.
 - أمين، رجب أبو حمد. (٢٠٢٠)، "الأهمية المتزايدة للتأمين الصحي الشامل في ظل التحولات الاقتصادية المعاصرة بالتطبيق على المملكة العربية السعودية" مجلة البحوث المالية والتجارية، كلية التجارة، جامعة بورسعيد، ٢١ (٣).
 - عبد المقصود ؛ محمد أحمد، (٢٠٢٣)، "تأثير التكامل بين الإستدامة المالية والحوكمة الرقمية علي تحسين أداء منظومة التأمين الصحي الشامل بجمهورية مصر العربية"، المجلة العلمية للدراسات التجارية والبيئية، كلية التجارة، جامعة قناة السويس.
 - علي، شريف السيد محمد. (٢٠٢٠)، "تحديات تطبيق نظام التأمين الصحي الشامل ومتطلبات تطويره في مصر: دراسة تطبيقية في مدينة بورسعيد"، مجلة كلية الآداب والعلوم الإنسانية، كلية الآداب والعلوم الإنسانية، جامعة قناة السويس، (٣٥).

المراجع الأجنبية:

- Barua, B., Timmermans, I., Nason, I., & Esmail, N. (2016). **Comparing Performance of Universal Health Care Countries**, Fraser Institute.
- Besseling, P., & Shestalova, V. (2011). **Forecasting public health expenditures in the Netherlands**. The Netherlands Bureau for Economic Policy Analysis CPB Background Document.
- Carmichael, G. A. (2016). **Fundamentals of demographic analysis: Concepts, measures and methods**. Switzerland: Springer, pp 365:374.
- Carrin, G., Perrot, J., Abrial, M., Abi-Salleh, D., & World Health Organization. (1998). **SimFin: a simulation model of financial needs and government budget options for the functioning of the health system**, (No. WHO/ICO/MESD. 21). Geneva: World Health Organization.
- Cichon, M., Yamabana, H., Normand, C., Weber, A., Dror, D., & Preker, A. (1999). **Modelling in health care finance: A compendium**

-
- of quantitative techniques for health care financing.** International Labour Organization.
- Cichon, M., Hagemeyer, K., & Scholz, W. (2001). **Social budgeting in transition economies.** International Social Security Review, 54(2- 3).
 - Chaabouni, S., & Abednnadher, C. (2013). **Modelling and forecasting of Tunisia's health expenditures using artificial neural network and ARDL models.** International Journal of Medical Science and Public Health.
 - Fenny, A. P., Yates, R., & Thompson, R. (2021). **Strategies for financing social health insurance schemes for providing universal health care: a comparative analysis of five countries.** Global Health Action, 14(1).
 - Hasanovna, B. N. (2019). **Models of Financing and Organization of Health Care System-International Experience.** International Journal of Management Science and Business Administration, 5(5).
 - Huitzing, H. A., Javier, X., Lavado, R. F., & Aftab, A. (2020). **Manual on the Simple Linear Actuarial Model.** Asian Development Bank.
 - Lavado, R. F., Schieber, G., Aftab, A., Tsaturyan, S., & Huitzing, H. A. (2020). **An Actuarial Model for Costing Universal Health Coverage In Armenia.** Asian Development Bank.
 - Lorenzoni, L., Morgan, D., Murakami, Y., & James, C. (2015). **Public expenditure projections for health and long-term care for China until 2030.**
 - Nyandekwe, M., Nzayirambaho, M., & Kakoma, J. B. (2020). **Universal health insurance in Rwanda: major challenges and solutions for financial sustainability case study of Rwanda community-based health insurance part I.** Pan African Medical Journal, 37(1).

-
- Ogbimi, R.I. (2007), **Stewardship: a conceptual imperative for managerial effectiveness in the Nigerian health system**. Annals of Ibadan Postgraduate Medicine.
 - Tshering, U., Sharma, J., Tshering, D., & Dendup, T. (2024). **Improving Sustainable Financing for Universal Health Coverage in Bhutan: Exploring Policy Options and Financial Strategies**. *Public Health Challenges*, 3(3).
 - Usoroh, E. E. (2012). **Achieving universal health coverage in Nigeria: The National Health Insurance Scheme as a tool**. Master thesis, Royal Tropical Institute, University of Amsterdam.
 - World Bank Group. (2018). **Transforming Egypt's Healthcare System Project**.
 - World Health Organization. (2021). **Primary health care on the road to universal health coverage: 2019 global monitoring report**.
 - World Health Organization, (2024), **Global Health Expenditure Database**.