مجلة البحوث المالية والتجارية
المجلد (٢١) – العدد الثالث – يوليو ٢٠٢٠

# الأهمية المتزايدة للتأمين الصحي الشامل في ظل التحولات الاقتصادية المعاصرة بالتطبيق على المملكة العربية السعودية

# The increasing importance of comprehensive health insurance under the contemporary economic transformations- Applying to the Kingdom of Saudi Arabia.

**د/ رجب أبوحمد أمـين**

مدرس بقسم الرياضيات والتأمين

كلية التجارة– جامعة بني سويف

**المُستخلص**

يُعد التأمين الصحي الشامل أحد أهم النظم التي أوصت بها منظمة الصحة العالمية، لأهميته المتزايدة في توفير الرعاية الصحية لجميع أفراد المجتمع، ولذا هدفت الدراسة إلى توضيح الأهمية المتزايده للتأمين الصحي الشامل في ظل التحولات الاقتصادية المعاصرة بالتطبيق على المملكة العربية السعودية، مع التقييم الكمي لنتائج النظام الحالي، وتوصلت الدراسة إلى تزايد أهمية مشاركة القطاع الخاص في تقديم خدمات الرعاية الصحية، خاصة في السنوات الراهنة التي تتجه فيها المملكة لتنويع مصادر الدخل، وأن نظام التأمين الصحي الشامل من أهم المحاور الرئيسة لرؤية المملكة ٢٠٣٠، كما أن نظام التأمين الصحي الشامل يساهم في زيادة فرص العمل المتاحة للمواطنين، كما أظهرت نتائج البحث تزايد معدلات مُطالبات التأمين الصحي بمعدلات أعلى من معدلات تزايد المُطالبات بسوق التأمين السعودي ككل، وأن النموذج الأكفأ في التنبؤ بالأقساط المباشرة والمُطالبات ومعدلات الخسائر هو نموذج الدالة التكعيبية. وأوصت الدراسة بأهمية تقديم خدمات الرعاية الصحية على أُسس عادلة بين المنتفعين وعلى أكبر قدر من الشفافية، ونشر الوعي الصحي بين كافة أفراد المجتمع، وخاصة فكر الطب الوقائي، ووضع معايير عالية الجودة لاعتماد شركات التأمين والمستشفيات المشاركة في تقديم خدمات نظام التأمين الصحي الشامل، لضمان تقديم خدمات الرعاية الصحية بجودة عالية، مع ضرورة العمل على تهيئة المناخ اللازم لعمل شركات التأمين التعاوني في المملكة، وزيادة دورها في تقديم خدمات الرعاية الصحية بأفضل جودة ممكنه. العمل على زيادة التمويل المُقدم من الجهات الحكومية للمستثمرين في القطاع الصحي حتى يمكن المساهمة في النمو المرغوب فيه خلال المرحلة القادمة.

**الكلمات المُفتاحية، التأمين الصحي الشامل.**

# The increasing importance of comprehensive health insurance under the contemporary economic transformations- Applying to the Kingdom of Saudi Arabia.

**Abstract.**

Study aims to explain the increasing importance of the comprehensive health insurance under the contemporary economic transformations, applying it to the Kingdom of Saudi Arabia, with a quantitative evaluation of the results of the current system, and the study concluded that the importance of private insurance sector participation in providing health care services is increasing, especially in the years when the kingdom is going to diversify sources of income. And that the comprehensive health insurance system is one of the main axes of the Kingdom's 2030 vision, the results showed an increase in the rates of health insurance claims at rates higher than the rates of increasing claims in the insurance market as a whole, and that the most efficient model for predicting direct premiums, claims and loss rates during the following years is the model of the cubic function. The study recommended the importance of providing health care services on a fair basis among the beneficiaries and on the greatest degree of transparency while spreading health awareness among all members of society, setting high quality standards for accrediting insurance companies and hospitals participating in providing health insurance system services to ensure the provision of high-quality health care services with the need to work to create the necessary climate for cooperative insurance companies in the K.S.A, and to increase their role in providing health care services with the best possible quality. Work to increase the funding provided by government agencies to investors in the health sector so that it can contribute to the desired growth during the next years.

**Key words: The comprehensive health insurance.**

**1: مُقدمه**

لاريب أن إحساس الفرد بالأمان يمثل الغاية الرئيسة التي يسعى إليها، وأهمها قاطبة إحساسه بالأمان تجاه صحته، فهو يسعى جاهداً لمواجهة مخاطر المرض، وقد وجد في التأمين الصحي ضآلته، ولذا إزدادت أهميته، وحاجة جميع أفراد المجتمع له، باعتباره الوسيلة المُثلى التي من خلالها يمكن مواجهة الأعباء المالية المترتبة على المرض، والتي قد لا يستطيع تحملها بمفرده.

ومن هذا المنطلق جاء نظام التأمين الصحي الشامل أحد أهم الأنظمة التي أوصت بها منظمة الصحة العالمية، لما له من أهمية بالغة في توفير الرعاية الصحية لجميع أفراد المجتمع على أُسس عادلة، وأوضحت أن تمويل خدمات الرعاية الصحية من أهم القضايا الشائكة في التنمية الاقتصادية والإجتماعية للمجتمع، خاصة في ظل التوجهات العالمية الراهنة نحو خصخصة الخدمات الصحية، وزيادة مساهمة شركات التأمين الخاص في تقديم خدمات التامين الصحي الشامل، وهنالك إتفاق في الرأي من منظمة الصحة العالمية والبنك الدولي ومؤسسة تشاتام هاوس أن آلية التمويل الإلزامية تمثل أفضل الأساليب لتمويل نظام التأمين الصحي الشامل.

وبالطبع فإن المملكة العربية السعودية ليست بمعزل أو بمنأى عن التطورات العالمية لقطاع التأمين الصحي، ولذا شهدت السنوات القليلة الراهنة تحولات في قطاع خدمات التأمين الصحي، والتي جاءت انطلاقاً من رؤية المملكة ٢٠٣٠م، ومن أهمها تحول وزارة الصحة إلى نظام الشركات ضمن خطة المملكة لخصخصة قطاع التأمين الصحي، وبمقتضاه تم فصل المستشفيات والمراكز الصحية عن الوزارة وتحويلها إلى شركات حكومية تُقدم خدمات الرعاية الصحية على أُسس الجودة والكفاءة الإنتاجية، في إطارٍ من المنافسة المشروعة بين الشركات المُشاركة في تقديمها، ومنه يتم تفريغ الوزارة للدور الإشرافي والتنظيمي للقطاع الصحي، بهدف تقديم خدمات صحية عالية الجودة في الوقت والمكان المناسبين للمنتفع.

ويتم التحول في قطاع خدمات التأمين الصحي تدريجياً لتحقيق أهداف رؤية المملكة ٢٠٣٠م، ومنها رفع مساهمة القطاع الخاص في تقديم خدمات الرعاية الصحية في إطار نظام تأمين صحي قائم على أُسس مبتكرة في الإدارة والتمويل والتقييم، والفصل بين مشتري الخدمة ومُقدمها، ويتم تمويل النظام على أساس الدفع مقابل الخدمة، بهدف تغطية الإنفاق المشترك على خدمات العلاج، مما يُحتم تفعيل دور مراكز الرعاية الصحية الأولية والتوسع فيها أُفقياً لتغطية كافة المناطق الجغرافية بالمملكة.

**1-1: مشكلة البحث**

- التزايد الواضح في تكلفة العلاج والعمليات الجراحية، ومعدلات الإصابة بالأمراض المُزمنه.
- كيفية مد مظلة التأمين الصحي لكافة أفراد المجتمع.

- وجود فجوات في جودة الخدمات الصحية المُقدمة للمنتفعين (المؤمن عليهم).
- النظام الحالي يركز على الموارد والموظفين بدلاً من التركيز على المريض كمحور رئيس.
- وجود فئات من أفراد المجتمع والأجانب خارج مظلة التأمين الصحي الحالي.

**1-2: أهداف البحث**

- التقييم الكمي لنتائج نظام التأمين الصحي الراهن بالمملكة.
- إبراز أهمية التأمين الصحي الشامل في نمو الاقتصاد والتنمية بمحوريها الاقتصادي والإجتماعي.
- توضيح أهمية التأمين الصحي الشامل كخيار استرتيجي للمملكة خلال السنوات الراهنة.

**1-3: أهمية البحث**

- تأتي الأهمية من أهمية التأمين الصحي ذاته في حماية الفرد لمواجهة الأعباء المالية المترتبة على المرض، والتي قد لايستطيع تحملها بمفرده، خاصة في ظل السنوات الراهنة.
- إستحوذ التأمين الصحي بالمملكة على النصيب الأكبر في سوق التأمين السعودي من حيث الأقساط والمُطالبات، حيث أن الأقساط تمثل ٥٦,٨% من إجمالي أقساط قطاع التأمين بالمملكة والمُطالبات٦٤,٧% من إجمالي مُطالبات السوق وذلك لعام ٢٠١٨م.
- دراسة كمية لنتائج التأمين الصحي الراهن بالمملكة وتوضيح النموذج الإحصائي للتنبؤ بها.

**1-4: الدراسات السابقة**

- دراسة العمير(٢٠٠٢) هدفت إلى تقييم الوضع الراهن للتأمين الصحي التعاوني في المملكة، وماهي الرؤية المستقبلية وأثره على الاقتصاد السعودي، وتوصلت لنتائج أهمها أن الضمان الصحي التعاوني من المصادر التي ستشكل رافداً مهما من روافد الدخل مما يزيد من إسهامها في الناتج المحلي الإجمالي لدعم الاقتصاد الوطني ضمن منظومة تشجعها الدولة لفتح قنوات لمداخيل أخرى جديدة، وأوصى الباحث بإتاحة الفرصة للقطاع الصحي الخاص للقيام بدور أكثر فعالية والإستفادة من طاقته التشغيلية بهدف رفع مستوى الخدمات الصحية وتقديمها بجودة عالية في إطارمعايير الجودة الصحية بالمملكة، وتطبيق برامج توعية صحية، وضع الخطط والبرامج التي تساهم في الإستفادة من إشتراكات التأمين الصحي وزيادة إسهامه في الناتج المحلي الإجمالي بما يترك أثراً إيجابياً على الاقتصاد الوطني.
- هدفت دراسة محمد (٢٠٠٧). إلى معرفة أهداف التأمين الصحي ومدى فعاليته كآلية تمويلية بديلة في تمويل الخدمات الصحية، وأوصت الباحثة بضرورة تحسين الخدمات الصحية وتوسيع مراكز الخدمات الصحية، وشمول مظلة التأمين الصحي لطلاب المدارس والعمال، بالإضافة إلى شموله للأدوية ذات الأسعار المرتفعة.
- دراسة Albejaidi (2010) إهتمت بنظام الرعاية الصحية بالمملكة من ناحية المستوى وتطوير هيكلها بهدف تحقيق الجودة الشاملة لها، وذلك لمواكبة التحديات المُستقبلية، مما

استلزم معه الأمر تحديث القطاع الصحي والبنية التحتية للرعاية الصحية، وأوصى الباحث بضرورة تخصيص أموال خاصة لوزارة الصحة لتحقيق الجودة الشاملة في جميع مرافق الرعاية الصحية، بالإضافة إلى ضرورة إنشاء نظام معلومات الجودة الصحية في جميع المناطق، بما يساهم في مواجهة المشكلات التي قد تواجه نظم الرعاية الصحية بالمملكة.

- هدفت دراسة أخرى إلى إبراز أهمية التأمين الصحي الشامل في تحقيق التنمية المُستدامة، وأظهر الباحثان أن نظام التأمين الصحي الشامل يعتبر حق من حقوق المواطنة، وأوصيا بضرورة إستخدام الأساليب الحديثة في تقديم خدمات الرعاية الصحية، بما يحقق رضاء المنتفعين والحماية من المخاطر المتزايدة (لدين و البليدة،٢٠١٣).
- دراسة محمد و أسعد (٢٠١٨). هدفت إلى توضيح أهمية التأمين الصحي الشامل كخيار استراتيجي تنموي للسنوات القادمة، مع دراسة لواقع التأمين الصحي الحكومي الراهن، وتوصل الباحثان إلى إنخفاض جودة الخدمات المُقدمة في النظام الحالي، وعدم رضاء المشتركين عن الخدمات الصحية المُقدمة، وأن الدول التي طبقت نظام التأمين الصحي الشامل الإلزامي حققت تحسناً نوعياً في أنظمتها الصحية، وأوصي الباحثان بضرورة تطبيق نظام التأمين الصحي الشامل، مع دعم من الدولة والمنتفعين، في ظل خطة شاملة للنظام ومتابعة تنفيذ الأداء، وضرورة توافر الكوادر البشرية المؤهلة والمُتخصصة.

**تعقيب الباحث**

من الدراسة الإستطلاعية للبحوث العلمية والدراسات الخاصة بالتأمين الصحي الشامل لوحظ المحدودية، ولم ينل التأمين الصحي الشامل حظاً وافراً من البحوث والدراسات، ولذا حاول الباحث إظهار أهمية تطبيقة خلال السنوات الراهنة كمنظومة تأمينية شاملة، تشمل مظلته جميع أفراد المجتمع مع التوسع في الخدمات الصحية التي يقدمها، خاصة مع تزايد معدلات الخسارة بنظام التأمين الصحي الراهن، مبرزاً أهميته كأحد محاور رؤية المملكة ٢٠٣٠، وأنه يُلائم أهدافها، خاصة مع الإتجاه لتنويع مصادر الدخل وزيادة مشاركة القطاع الخاص في التنمية الاقتصادية.

**1-5: فرضيات البحث**

- أهمية تطوير قطاع التأمين الصحي للنمو الاقتصادي والتنمية بشقيها الاجتماعي والاقتصادي.
- التأمين الصحي الشامل خيار استراتيجي لتمويل خدمات الرعاية الصحية لرؤية ٢٠٣٠.
- إرتفاع كفاءة نظام التأمين الصحي الشامل وإتفاقها مع التوجهات العالمية.
- الحاجة لوجود استراتيجية تنموية صحية تتلائم مع رؤية المملكة ٢٠٣٠.
- وجود علاقة معنوية بين الأقساط المباشرة وبين مُطالبات السنة التالية.

**1-6: منهج البحث**

- المنهج الإستنباطي: ويتمثل في الكتب والبحوث العلمية والشبكة العنكبوتية.
- المنهج الإستقرائي: اعتمد الباحث على التحليل الإحصائي للبيانات الخاصة بنتائج التأمين الصحي الإلزامي والخاص والمنشورة بالتقرير السنوي لمؤسسة النقد العربي السعودي – الإدارة العامة للرقابة على التأمين.

**1-7: حدود البحث**

– الحدود الزمنية: نتائج التأمين الصحي بالمملكة خلال الفترة من ٢٠٠٩ إلى ٢٠١٨م.

– الحدود المكانية: التقارير السنوية للتأمين الصحي بالمملكة العربية السعودية.

**1-8: خطة البحث:** ينقسم البحث إلى أقسام ثلاث وهي المُقدمة يليها الإطار النظري ثم الإطار التطبيقي ويُختتم بالنتائج والتوصيات.

## 2: الإطار النظري للبحث

باتت صناعة التأمين أحد أهم ركائز التنمية الاقتصادية، خاصة لما تشهده السنوات الراهنة من زخم وتحديات اقتصادية على المستويين المحلي والعالمي، مما إستلزم إصلاحات جوهرية للقطاع المالي بالمملكة بما يُلائم ويحقق أهداف رؤية٢٠٣٠، وإستجابة لذلك جاءت رؤية الاستراتيجية لقطاع التأمين بوجه عام ولقطاع التأمين الصحي خاصة، بهدف مواكبة الإصلاحات الاقتصادية والإنفتاح الاقتصادي الذي يعتمد على تنويع مصادر الدخل خلال السنوات القادمة.

ولاغرو في ذلك فالتأمين، بوجه عام، له دوران أساسان في نمو الاقتصاد والتنمية الاقتصادية، فهو يقوم بالدور الرئيس المنوط به وهو تقديم الحماية التأمينة في مواجهة الأعباء المالية المترتبة على تحقق الخطر المؤمن منه، يُضاف لذلك الدور الاقتصادي الذي يأتي من الطبيعة الفنية الخاصة به، والتي تُمكنه من القيام بالدور التمويلي والإستثماري في مشروعات التنمية الاقتصادية، بما يتوافر من أموال تكون مُتاحة للإستثمار، ومنه جاء القول أن التأمين والإستثمار وجهان لعملة واحدة، فالتأمين يمثل أحد أقطاب المثلث التمويلي لاقتصاد أية دولة أياً كان توجهها الاقتصادي، بجانب البنوك وسوق الأوراق المالية، وتزداد تلك الأهمية خاصة في ظل التحول الاقتصادي للمملكة إلى اقتصاد قائم على تنويع مصادر الدخل.

وكنتيجة حتمية لتلك التغيرات جاءت الاستراتيجية الخاصة بتطوير قطاع التأمين الصحي بما يُساهم في تحقيق أهداف رؤية ٢٠٣٠، والتي تهدف إلى العمل على تحسين الرعاية الصحية التي يحصل عليها الفرد، بما يؤدي إلى زيادة مساهمته في معدلات النمو الاقتصادي ورفع مستوى إنتاجيته. ولذا شهدت السنوات القليلة المُنصرمة تحولاً ملحوظاً في نظام التأمين الصحي بالمملكة بعد صدور موافقة خادم الحرمين الشريفين على تحول وزارة الصحة في أدائها إلى نظام الشركات في إطار خطة تهدف إلى خصخصة القطاع الصحي بالمملكة والعمل ببرنامج التأمين الصحي

الشامل بموجب الأمر السامي رقم ١٧٧٦١ بتاريخ ١٤٣٦/٤/٢٩هـ، بهدف التوسع في تقديم خدمات التأمين الصحي ومد مظلته لجميع الموجودين بالمملكة، بما فيهم الحجاج والمُعتَمرين والزوار، بالإضافة إلى التوسع في تقديم خدمات الرعاية الصحية الأولية، وهو ما يعرف بالتوسع الأفقي والرأسي.

وجاءت تلك التحولات إنطلاقاً من رؤية٢٠٣٠م، والتي فيها برنامج التحول المؤسِس لمرافق الرعاية الصحية وبرنامج الضمان الصحي، وشراء الخدمات الصحية ومساهمة القطاع الخاص في تقديم الخدمات الصحية، ونموذج الرعاية الصحية الجديد والصحة الإلكترونية. كما أوضحت الرؤية ضرورة إعطاء الصحة العامة أولوية في كل الأنظمة والتشريعات، بهدف مكافحة الأمراض والوقاية منها، وذلك كله من خلال الإستفادة المُثلى من المستشفيات والمراكز الطبية، بالإضافة إلى تحقيق درجة عالية من التنسيق والتكامل بين خدمات الرعاية الصحية المُقدمة للمنتفع (المؤمن عليه).

وفي سبيل تحقيق أهداف رؤية المملكة ٢٠٣٠م للقطاع الصحي تقوم وزارة الصحة بنقل تقديم الخدمات الصحية بشكلٍ تدريجيٍ إلى شركات حكومية، بهدف تقديم أفضل خدمة صحية ممكنه للمنتفع في ظل مناخ تنافسي شفاف، لتحقيق أهداف الرؤية في القطاع الخاص والتي منها:

- تعزيز الوقاية ضد المخاطر الصحية ، وتعزيز السلامة المرورية.
- تسهيل الحصول على الخدمات الصحية، مع تحسين جودتها وكفاءتها.

ولمواكبة تلك التطورات ولتحقيق أهداف رؤية ٢٠٣٠م لقطاع التأمين الصحي تتسارع شركات التأمين لتطوير استراتيجياتها ومنتجاتها، بما يمكنها من إستثمار الفرص الواعدة في سوق التأمين الصحي، خلال السنوات القادمة، باعتبار أن صناعة التأمين تمثل عنصراً رئيساً في القطاع المالي غير المصرفي الذي يؤدي دوراً واضحاً في النمو الاقتصادي، كما يتضح فيما يلي.

**2-1: العلاقة بين القطاع المالي والنمو الاقتصادي.**

تناول العديد من الباحثين أهمية ودور القطاع المالي غير المصرفي في النمو الاقتصادي حيث أوضحا Rajan& Zingales (1996) في دراستهما أن القطاع المالي غير المصرفي يساهم في النمو الاقتصادي للعديد من الأسباب منها:-

- تخفيض تكلفة الحصول على تمويل الأنشطة الرأسمالية.
- المساهمة بتمويل تأسيس الشركات الرائدة لتقديم منتجات إبتكارية بهدف التنمية الاقتصادية.
- عدم كفاءة القطاع المالي يؤثر بشكل رئيس ومباشر في قدرة الاقتصاد على توجه الإستثمارات نحو الشركات ذات القيمة المضافة العالية، ومنه التأثير في النمو والتنمية الاقتصادية. وجاءت تأكيداً لما أبرزته دراسة King& Levin (1993) والتي أوضحت تأثير القطاع المالي على معدل النمو الاقتصادي وخلُصت الدراسة إلى أن المستوى الأعلى

من التطور المالي مرتبط ايجابياً بمستويات أعلى من النمو الاقتصادي ويُعد مؤشراً ايجابياً للتنبؤ بمعدلات نمو للاقتصاد.

وأكد(2001) Lensink ذلك في دراسته الخاصة بتطور القطاع المالي وأثره على الأداء الاقتصادي، وتوصل إلى أنه كلما إرتفع مستوى تطور القطاع المالي أدى إلى مستوى اقتصادي أفضل، أي هنالك علاقة ايجابة بين تطور القطاع المالي ومستوى الأداء الاقتصادي، كما أكد أن تطور الخدمات المالية يؤدي بشكلٍ ايجابي لتفادي الجوانب السلبية التي قد تأتي من عدم التأكد لبعض السياسات الاقتصادية، فهو يؤدي دوراً هاماً في علاج الآثار السلبية الاقتصادية والاجتماعية خاصة في مراحل التحول الاقتصادي.

وهو ما أوضحه (2012) Zhang أن هنالك علاقة ايجابية بين التطور في القطاع المالي وزيادة إنشاء مشروعات الأعمال وزيادة معدلات تطورها مما يترك أثراً ايجابياً على المجتمع ككل. وأظهر (2016) Levine في دراسته أن الإطار القانوني للنظام المالي بالدولة يمثل المُحدد الرئيس في تحديد العلاقة بين مكونات القطاع المالي للدولة، وبين أنه يجب أن تكون العلاقة بين القطاع المصرفي والقطاع غير المصرفي علاقة تكاملية في تقديم الخدمات المالية اللازمة للنمو الاقتصادي للدولة، وجاء هذا تأكيداً لما أوضحه سابقاً (1996) Rajan& Zingales حيث أوضحا أن الاعتماد على القطاع المصرفي بصورة أكبر من قطاع الخدمات المالية غير المصرفية يؤدي إلى تأثير سلبي، استناداً إلى أن التمويل المصرفي لايساهم بشكلٍ فاعل في تمويل المشروعات الجديدة ذات المخاطر المُصاحبة لطبيعة تلك المشروعات، خاصة إذا كانت تُقدِم منتجات جديده مبتكرة، مما يحد ذلك من التنمية الاقتصادية والنمو الاقتصادي. وهذا ما أكده أيضاً Hellwing (1998) ، (2015) Sahay حيث أوضحت الدراستان أن سيطرة القطاع المصرفي بشكل أكبر من القطاع المالي غير المصرفي يؤدي إلى تأثير سلبي على النشاط الاقتصادي، وأن قدرة القطاع المالي في التأثير على النمو الاقتصادي تقل بزيادة حجم القطاع المصرفي على حساب القطاع المالي غير المصرفي.

وهو ماأكده (2016) Langfield حيث بين في دراسته أن الإهتمام بتطوير القطاع المصرفي دون القطاع غير المصرفي أدى إلى زيادة المخاطر النظامية وإنخفاض في معدلات النمو الاقتصادي نتيجة حدوث إختلال وإنخفاض في توجيه المدخرات وتمويل المشروعات بشكل فعال، وهذا يؤدي إلى تأثير سلبي على النمو الاقتصادي بالدولة.

وهو ما أوضحه (2012) Gurgul حيث أظهر أهمية القطاع المالي غير المصرفي للنشاط الاقتصادي، وأن هنالك علاقة سببية إيجابية بين تطور وتحسن القطاع المالي غير المصرفي ومستوى النمو الاقتصادي للدولة، في الأجلين القصير والطويل. كما أوضح أن النمو الاقتصادي هو الذي يؤدي إلى نمو القطاع المصرفي وليس العكس. وهذا ما أكده (2017) Durusu حيث

بين أهمية القطاع المالي غير المصرفي في النمو الاقتصادي، وأوصى بضرورة الإهتمام بتطويره، مما يساهم في إحداث نمواً اقتصادياً بشكل أسرع، حيث يوفر القطاع المالي غير المصرفي خدمات إدارة المخاطر والتأمين لكل فئات المجتمع وهذا ايضاً ما توصل إليه Demirguc (2009).

مما سبق تبين مدى أهمية تطور القطاع المالي غير المصرفي ومنه قطاع التأمين، خاصة في ظل التحولات الاقتصادية الراهنة بالمملكة، الذي يهدف إلى تنويع مصادر الدخل، بما يستوجب وضع استراتيجية مُتكاملة وشاملة لقطاع التأمين، وخاصة منظومة التأمين الصحي، وهذا ما حذت إليه رؤية المملكة٢٠٣٠م، مما يساهم بشكلٍ فاعل في حماية الاقتصاد من الأزمات المالية والمحافظة على استقراره، ومنه تتحقق التنمية الشاملة (الاقتصادية والاجتماعية).

ومما لاريب فيه أن التوسع في نطاق الخدمات المالية غير المصرفية ومنها قطاع التأمين يساهم بشكل فاعل في دعم الاقتصاد ونموه بشكل أكثر كفاءة (كما سلف توضيحه). ومن أهم محاوره التوسع في مظلة التأمين الصحي وذلك بالإتجاه نحو التأمين الصحي الشامل والذي يهدف إلى مد مظلته لجميع أفراد المجتمع، باعتبارهم الدُعامة الرئيسة في التنمية الاقتصادية والإجتماعية للدولة، وأن صحة الفرد من الحقوق الأساسية له، وله الحق في الحصول على الخدمات الصحية بأفضل جودة وكفاءة ممكنه، وهذا بالطبع يستلزم تقديم مزايا تأمينية غير تقليدية وتقديم أفضل تغطية ممكنه لجميع أفراد المجتمع، وهو مايُعرف بالتوسع الأفقي والرأسي لنظام التأمين الصحي.

ومما سلف ذكره تتحقق صحة الفرض الخاص بأهمية تطوير قطاع التأمين الصحي، لما له من دور رئيس في التنمية، بشقيها الاقتصادي والاجتماعي ، ولما له من أثر واضح في النمو الاقتصادي، ومجابهة الأعباء المالية المترتبة على الأمراض خاصة في ظل السنوات الراهنة. وهذا التطور في النظام الراهن، يستلزم أُطراً تشريعية تهدف في المقام الأول إلى تعظيم الملاءة المالية لشركات التأمين، التي يمكنها مزاولة التأمين الصحي، بما يضمن حماية حقوق المنتفع، لذا يتناول الباحث فيما يلي ماهية التأمين الصحي ومنه التأمين الصحي الشامل.

### 2-2: ماهية التأمين الصحي

#### 2-2-1: مفهوم التأمين الصحي

التأمين الصحي أحد فروع التأمين ويقوم على الفكرة الأساسية لجوهر صناعة التأمين، وهي توزيع الأعباء المالية للخطر الذي يتعرض له بعض أفراد المجموعة على جميع أفرادها المعرضين لنفس الخطر، في إطار من التعاون المُنظَم بينهم، من خلال النظم التشريعية والفنية لصناعة التأمين. فالتأمين الصحي يُعرَّف على أنه "ذلك النوع من التأمين الذي يهتم بالأخطار الصحية والأمراض التي تواجه الفرد" وهو بهذا يُغطي تكاليف الفحص الطبي والتشخيص والعلاج.

ويُعرَّف على أنه" نظام تكافل يضمن تقديم الخدمة الصحية لمجموعة من المشتركين مقابل قسط تأميني، استناداً للعوامل التي تؤثر في حساب القسط (أسعد، ٢٠١٨)، وتم تعريفه ايضاً بأنه

"تنظيم اقتصادي اجتماعي يهدف إلى تيسير الخدمة الطبية دون أن يقف العائق المالي حاجزاً بين الفرد وبين امكانية حصوله على الخدمة الصحية، باعتبار أنه ليس تأميناً ضد المرض وإنما تأميناً ضد تكلفة الخدمة الطبية" (موساوي، ٢٠١٠م).

وعرفته منظمة الصحة العالمية بأنه "وسيلة لدفع بعض أو كل تكلفة الرعاية الصحية، فهو يحمي المؤمن عليهم من دفع التكلفة العالية للعلاج، ومنه فإن أساس التأمين الصحي قيام المنتفع (المؤمن عليه) بدفع إشتراك مُنتظم لمؤسسة إدارية تكون هي المسئولة عن إدارة تلك المدفوعات في إطار نظام لدفع نفقات العلاج إلى مُقدمي الخدمة الصحية".

**2-2-2: أهم عناصر التأمين الصحي**

**أ- أطراف نظام التأمين الصحي**

- مؤسسة التأمين وهذه إما مؤسسة حكومية مثل وزارة الصحة، أو خاصة مثل شركات التأمين، التي تزاول التأمين الصحي، ومُقدمي الخدمات الصحية المُصرح لهم وفقاً للأنظمة والقواعد ذات العلاقة والمُعتمدين، وشركات إدارة مُطالبات التأمين الصحي، وتشمل تقديم الخدمات الصحية بمستوياتها المختلفة.
- المنتفع (المؤمن عليهم).

**ب- التغطية التأمينية:** وتشمل الأمراض المُغطاه والعلاج مع توضيح أهم الأمراض والأدوية والعمليات الجراحية المُستثناه من التغطية.

**ج- عقد التأمين الصحي** أو ما يُعرف بوثيقة التأمين.

**2-2-3: أهم أهداف نظام التأمين الصحي الشامل**

هنالك العديد من الأهداف المرغوبه من إتباع منظومة التأمين الصحي الشامل ومنها:

- بث الإطمئنان الإجتماعي لدى المنتفعين من الخدمات الصحية التي يقدمها النظام.
- المساواة في إمكانية الحصول على الخدمات الصحية وتحقيق نوعاً من العدالة النسبية.
- إتاحة الخدمات الصحية ذات الجودة المناسبة لجميع أفراد المجتمع.
- توفير خدمات الرعاية الصحية ومحاولة إزالة عائق التكلفة بين المريض والخدمة الطبية.
- المساهمة في توفير فرص عمل جديدة في شركات ومؤسسات التأمين الصحي.
- توفير موارد مالية لتمويل نفقات الرعاية الطبية، خاصة في ظل التزايد الواضح في تكلفتها.
- تحسين جودة الخدمات الصحية بما فيها القائمين على تقديمها.
- الإتجاه للإستخدام الأمثل للموارد والأعمال الفنية التي تساهم في تقديم الخدمات الصحية.
- التركيز على الأولويات الصحية الرئيسة (الأمراض السارية، الصحة الإنجابية والأطفال).
- توفير خدمة طبية متكاملة بأقل تكلفة ممكنة.

**2-2-4: أهمية نظام التأمين الصحي الشامل**

**2-2-4-1: المنتفع**

تزداد الأهمية النسبية لحاجة الفرد لخدمات التأمين الصحي خاصة في السنوات الراهنة التي تشهد إرتفاعاً ملحوظاً في تكلفة العلاج أو الأعباء المالية المترتبة على خطر المرض بوجه عام (تكلفة التشخيص، الأدوية، العمليات الجراحية، الإقامة بالمستشفى ....)، كما أن إحتياج الفرد لأن يَحيا حياة كريمة صحية مطلب فِطري وحق له لا يحتاج لتبرير، خاصة في ظل تنوع الأمراض في السنوات الراهنة، يضاف لذلك أن حصوله على الخدمات الصحية من خلال نظام تأميني شامل له ولأفراد أسرته يُحقق له نوعاً من الإطمئنان الإجتماعي، ويُولد لديه شعوراً بالإنتماء والعطاء لجهة عمله ومجتمه، وتزداد تلك الأهمية خاصة في السنوات الراهنة للعديد من الأسباب منها:

- تنوع وتزايد الأمراض المعاصرة، مع التزايد الواضح في تكلفة الخدمات الطبية.
- عدم قدرة الفرد على التنبؤ بالمرض أو تكلفته ومن ثم صعوبة إمكانية مواجهة الأعباء المالية المترتبة عليه.

**2-2-4-2: بالنسبة لجهة العمل**

من الأمور المنطقية والمُتعارف عليها أن العامل الصحي الذي لا يُعاني من المرض والذي يشعر بالإطمئنان تجاه عدم تكبده لنفقات علاجه ومن يعول يُولِد لديه إحساس بالإستقرار والإنتماء لجهة عمله، مما يكون له أثراً ايجابياً على إنتاجيته، بالإضافة للحد من الخسائر الناجمة عن إنقطاع العمل بسبب المرض. كما أن شعوره بأن جهة عمله تُقدم له خدمات التأمين الصحي يُساهم في رضاه الوظيفي ويُعزز إرتباطه بجهة عمله ويؤدي إلى زيادة إنتاجيته، يضاف لذلك الأثر الإيجابي المرغوب في التقليل من الأضرار أو الخسائر الناجمة عن زيادة معدلات دوران العمالة والإنقطاع الجزئي عن العمل بسبب المرض.

**2-2-4-3: بالنسبة للمجتمع بوجه عام**

يساهم نظام التأمين الصحي الشامل الفاعل في زيادة إنتاجية الأفراد وإنخفاض معدلات الإنقطاع عن العمل بسبب المرض، مما يساهم في زيادة الناتج القومي والنمو الاقتصادي، يضاف لذلك أنه يساهم في التشجيع على الإستثمارات الصحية بما يؤثر ايجابياً في التنمية الاقتصادية والاجتماعية للمجتمع بوجه عام.

**2-2-5: أنواع التأمين الصحي**

يمكن تقسيم أنواع التأمين الصحي بحسب الجهة التي تُقدمه إلى:

- التأمين الصحي الحكومي: وهو الذي تُقدمه وتديره وزارة الصحة، مُمُثلة للدولة، ويتم تمويله من الدولة ويمكن تمويله من الرسوم أو الضرائب أو الإثنين معاً بالإضافة إلى مساهمة الدولة، ومنه فإن كل فرد يدفع ضريبة يحق له أن يحصل على خدمة الرعاية.

- نظام التأمين الصحي الخاص: ويشمل التأمن الصحي التجاري وغير التجاري، التأمين الصحي التجاري هو الذي يتم الحصول عليه من خلال شركات التأمين التجارية، وتهدف للربح، أما التأمين الصحي الخاص غير التجاري فهو الذي تُقدمه مؤسسات تعاونية وهيئات تطوعية لاتهدف للربح.

**2-3: تجارب بعض الدول في نظام التأمين الصحي**

ظهر مفهوم التأمين الصحي بداية في ألمانيا عام ١٨٨٣م، ثم في إنجلترا عام ١٩١١م، وتوالى إنتشاره في بعض الدول الأوروبية (http:://www.Aleqtisadiah.com) وظهر كأحد فروع نظام التأمين الإجتماعي الذي يهتم بتقديم خدمات الرعاية الصحية للأفراد المشمولين به، وتوالى في دول أخرى خاصة بعد الإعلان العالمي لحقوق الإنسان الصادر عام ١٩٤٩، وبينت المادة الثانية منه أنه يجب على الدولة إتخاذ تدابير لضمان تمتع جميع المواطنين بمستوى معيشي مناسب، فيما يتعلق بالمأكل والمسكن والعناية الطبية والخدمات الإجتماعية الضرورية، فهي عناصر أساسية لمستوى المعيشة اللآئق. وتم تناول حق الفرد في الصحة في المادة الثانية عشرة من العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية الصادر عام ١٩٦٦، والتي أوضحت أنه يحق لكل إنسان التمتع بأعلى مستوى من الصحة الجسدية والعقلية ما أمكن. ولم يغب الأمر ذاته عن منظمة الصحة العالمية حيث أوضحت أن هنالك عناصر أساسية تتعلق بالحق في الرعاية الصحية، وهي أن تكون متاحة، عادلة، مُباحة، بتكلفة مناسبه، مقبولة، بنوعية جديدة، ترتبط بالتخصص الطبي، كما بينت أن نظام التأمين الصحي ما هو إلا وسيلة لتغطية تكلفة الرعاية الصحية.

وظهر تناول أهمية توفير خدمات الرعاية الصحية، في الإتفاقيات التي دعا إليها مؤتمر العمل الدولي، وتم بلورتها من خلال الإتفاقيات الصادرة عن منظمة العمل الدولية خاصة الإتفاقية رقم ١٠٢لسنة ١٩٩٢، والتي شملت التأمين الصحي كأحد أنواع التأمين بهدف الحماية الإجتماعية.

وليست الدول العربية بمنأى عن ذلك، حيث جاءت الإتفاقية العربية رقم ٣ لسنة ١٩٧١م الصادرة عن منظمة العمل العربية، وأوضحت أن التأمين الصحي أحد فروع الضمان الاجتماعي، ويُستمد هذا المفهوم من المعايير الدولية وإتفاقيات جنيف ومؤتمرات العمل العربية والدولية.

ويمكن تناول نظام التأمين الصحي في بعض الدول فيما يلي:

**2-3-1: نظام التأمين الصحي باليابان**

ظهر في أوائل عشرنييات القرن المُنصرم، وبدأ كتأمين صحي على العمال والمستخدمين، ثم توالى دخول أفراد المجتمع بعد تأسيس وزارة الصحة والرفاه اليابانية سنة١٩٣٨، واهتمت بالعمل على تطبيق نظام التأمين الصحي، ومع تزايد الطلب على خدمات الرعاية الصحية عكفت الدولة على تطويرها واتساع مظلة التأمين الصحي لتشمل كافة مواطني الدولة والمقيمين، استناداً إلى أن

الرعاية الصحية حق لكل إنسان، وأن نجاح النظام وإستمراريته يحتاج إلى تمويل لإستمرار تقديم الخدمات الصحية، ويتم ذلك من خلال إشتراكات الأفراد والدعم من الدولة (Tetsuo,2002).

وشمل التأمين الصحي أنواعاً ثلاث هي:

- التأمين الصحي الوطني: ويشمل جميع العاملين خارج القطاع الرسمي مثل المزارعين، العاملين بالمشروعات الصغيرة ومتناهية الصغر، المتقاعدين، الأجانب، طلاب الجامعات.
- التأمين العمالي: ويغطي العمال غير المشمولين بموجب التأمين الوطني.
- التأمين الصحي لكبار السن وهو يشمل تغطية كبار السن وهم مايربو عمرهم عن ٧٠ عاماً أو المعوقين الذين عمرهم من ٦٥:٦٩وتم تغطية هذه الشريحة المجتمعية في ١٩٨٣م.

**2-3-1-1: كيفية تقديم خدمات الرعاية الصحية**

يتم تقديم خدمات الرعاية الصحية من خلال المراكز والمستشفيات الصحية التابعة للدولة، وهو ما يعرف بالأسلوب المباشر على أُسس الكفاية والعدالة، بهدف شمولها للمنتفعين أياً كان موقعهم الجغرافي، بأفضل كفاءة ممكنة مع وجود نوعاً من التكامل بين خدمات الرعاية الصحية، من خلال التكامل بين المستشفيات (عامة، خاصة، جامعي) والعيادات العامة والمستوصفات والعيادات المتخصصة بهدف تقديم أفضل رعاية صحية (Tetsuo,2003) ومنه فإن اليابان تُطبق مايُعرف بنظام التأمين الصحي الشامل في تقديم خدمات الرعاية الصحية لجميع أفراد المجتمع.

**2-3-2: التأمين الصحي باستراليا**

يُغطي نظام التأمين الصحي باستراليا جميع أفراد المجتمع (مواطنيين ومقيمين)، أي تُطبق نظام التأمين الصحي الشامل، وتكون أُولى أولويات الحكومة وضع السياسات والنظم التي يمكن من خلالها تقديم خدمات الرعاية الصحية ومنها التأمين الصحي من خلال إدارة حكومية مستقلة. ويتم تقديم خدمات الرعاية الصحية من خلال حق إختيار المنتفع (المؤمن عليه) بين أكثر من نظام صحي للحصول على الرعاية الصحية المناسبة (Francesca,2003). ويتم تقديم خدمات الرعاية الصحية من خلال النظم التالية:

- نظام التأمين الصحي الحكومي: وفي هذا النظام تختص الدولة بمهام التأمين الصحي والإشراف والرقابة عليه، استناداً إلى فكرة أن الدولة هي المسئولة عن تقديم كافة خدمات الرعاية الصحية لجميع أفراد المجتمع. وكانت بداية ظهوره في سبعنييات القرن المُنصرم (1973)، وشمل جميع الخدمات الصحية التي تقدمها المستشفيات الحكومية والمراكز الصحية مجاناً، ويشمل جميع المُقيمين بالدولة ويتم تمويله من خلال الضرائب.
- نظام التأمين الصحي الخاص أو الإختياري: ووفقاً لهذا النظام يحصل المنتفع على خدمات الرعاية الصحية عن طريق شركات التأمين التجارية في مقابل أقساط، وهذا النظام يُتيح حرية الإختيار بشكلٍ أوسع وفقاً لخدمات الرعاية الصحية المتاحة، كما تتوقف قيمة المنفعة

على قيمة الإشتراك الذي يدفعه المنتفع، بالإضافة إلى أنه يمكنه الحصول على خدمات الرعاية الصحية التي يتم تقديمها بمراكز الرعاية الصحية والمستشفيات التابعة للدولة.

**2-3-2-1: كيفية تقديم خدمات الرعاية الطبية**

يتم تقديم خدمات الرعاية الصحية وفقاً للأسلوب المزدوج الذي يعتمد بشكل أساس على مشاركة القطاع الخاص والدولة في تقديم خدمات الرعاية الصحية كما يلي:

- تُقدم الدولة خدمات التأمين الصحي، أو ما يعرف بالتأمين الصحي الحكومي، ممثلة في إدارة الصحة والمسنيين، من خلال المراكز والمؤسسات الصحية الحكومية في نظام متكامل.
- تقديم خدمات الرعاية الصحية من خلال القطاع الخاص ويكون للمنتفع حق إختيار الخدمة المناسبة، من خلال مراكز الرعاية الصحية المتاحة للحصول على أفضل خدمة صحية.

**2-3-2-2: الفئات المشمولة بالنظام**

بداية يجب التفرقة بين التأمين الصحي الحكومي والتأمين الصحي الخاص، حيث أن نظام التأمين الحكومي يشمل جميع أفراد المجتمع سواء المواطنين أو الأشخاص الذين تنطبق عليهم قواعد قانون الهجرة 1958، أوالذين يتمتعون بالمواطنة الكاملة والأشخاص حاملي إقامة مؤقتة، الأطفال، الطلاب (مدارس وجامعات)، كما أنه يشمل جميع المواطنين دون التقيد بشرائح إجتماعية أو جغرافية. والتأمين الصحي الخاص يتم تقديمه بشكل رئيس للأجانب ويكون بمقابل مالي.

**2-3-3: التأمين الصحي بجمهورية مصر العربية**

ظهر خلال السنوات القليلة المُنصرمة مفهوم نظام التأمين الصحي الشامل، وهو نظام تكافلي يهدف إلى تغطية جميع المواطنين من الميلاد وحتى الوفاة، ويتم تطبيقه تدريجياً في مناطق جغرافية محددة بحسب مراحل تطبيق النظام، ويتم تقديم خدماته في حالة المرض وإصابات العمل بكافة مستويات الرعاية الصحية على أُسس عادلة بين المؤمن عليهم، مع وجود آلية تسمح للمنتفع بالإخنيار بين مُقدمي الخدمات الصحية، بهدف الحصول على أفضل خدمة صحية متاحة، ولا يشمل النظام خدمات الصحة العامة والخدمات الوقائية وخدمات تنظيم الأسرة والخدمات الإسعافية والكوارث الطبيعية والأوبئة، حيث أن هذه الخدمات تختص بها أجهزة أخرى بالدولة.

يعتمد النظام في تقديم خدماته عن طريق التعاقد مع مُقدمي الخدمات الصحية وفقاً لمعايير الجودة الشاملة التي تُحددها الهيئة العامة للاعتماد والرقابة، مع التزام الدولة برفع جودة وكفاءة المنشآت الصحية التابعة لها، حتى تحصل على الاعتماد من حيث البنية الأساسية والقوى البشرية والتدريب والتجهيزات، مع مراعاة أنه يستمر حق المؤمن عليهم في الإنتفاع بخدمات التأمين الصحي المقررة وفقاً للقوانين المعمول بها وقت صدور قانون التأمين الصحي الشامل، حتى بداية التطبيق لهم، على أن يوقف العمل لهم بكافة القوانين والقرارات المتعلقة بنظام التأمين الصحي، اعتباراً من تاريخ التطبيق الفعلي لقانون التأمين الصحي الشامل، والذي جاء بهدف التغلب على

التحديات التي تواجه نظام التأمين الصحي المعمول به قبل ٢٠١٧م، وأهم أهدافه الرئيسة التوجه نحو تغطية صحية شاملة لجميع أفراد المجتمع، من منطلق الفكرة الخاصة بأن لكل مواطن الحق في الصحة والرعاية الصحية الشاملة بمعايير جيدة، وهذا ما نصت عليه المادة الثامنة عشر بالدستور المصري الراهن. ولتحقيق أهداف نظام التأمين الصحي الشامل، تم تشكيل جهات للفصل بين توفير خدمات الرعاية الصحية وبين عمليات التجميع والشراء والإشراف على الجودة لإدارة النظام، الذي يعتمد بشكل رئيس على نظام تكنولوجيا المعلومات بشكل مُتكامل، من خلال:

- الهيئة العامة للتأمين الصحي الشامل وهي تمثل المشتري.
- الهيئة العامة للرعاية الصحية وتمثل مُقدم الخدمة.
- الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية وهي المسؤولة عن ضمان الجودة والاعتماد.
- الهيئة المصرية للشراء الموحد والتي تم إضافتها بقانون لاحق.

**2-3-3-1: تمويل نظام التأمين الصحي الشامل**

**2-3-3-1-1: الهيئة العامة للتأمين الصحي الشامل تتمثل مواردها فيما يلي:**

- حصة المؤمن عليهم والمُعَالين، وحصة أصحاب الأعمال، التزامات الخزانه العامه.
- عائد استثمار أموال الهيئة العامة. – مقابل الخدمات الأخرى التي تقدمها الهيئة .
- المنح الخارجية والداخلية والقروض التي تُقدمها الحكومة لصالح النظام.
- المساهمات: ما يؤديه المنتفع، مع إعفاء غير القادرين وذوي الأمراض المزمنة والأورام.
- الهبات والإعانات والوصايا، بالإضافة لمصادر أخرى تفرضها الدولة لصالح النظام.
- بالنسبة للمؤمن عليهم غير الخاضعين لنظام التأمين الإجتماعي يلتزم العامل لدى نفسه والمهني والحرفي من غير ذوي الرواتب المنتظمة، ورب الأسرة غير الخاضع لقوانين التأمين الإجتماعي، بسداد إشتراكه وإشتراك الزوجه غير العاملة أو ليس لها دخل ثابت والمُعالين، وفي حالة وفاة العائل يلتزم صاحب الولاية بسداد الإشتراكات.
- تلتزم الجمعية الزراعية بتحصيل وتوريد الإشتراكات من المؤمن عليهم العاملين بالزراعة.

**2-3-3-1-2: مصادر تمويل الهيئة العامة للرعاية الصحية**

- مقابل الخدمات الطبية التي تقدمها وأية خدمات طبية إضافية أوغير طبية.
- القروض والهبات والمنح والإعانات والتبرعات والوصايا التي يقبلها مجلس الإدارة.

**2-3-3-1-3: مصادر تمويل الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية**

- مقابل الخدمات التي تقدمها، القروض، الهبات والمنح والإعانات والتبرعات والوصايا.
- عائد استثمار أموالها، بالإضافة إلى ما تُخصصه الدولة أو أية جهة أخرى لدعمها.

**2-3-3-2: مستويات الرعاية الصحية وفقاً لنظام التأمين الصحي الشامل:**

- **المستوى الأول:** وهو يمثل خط الدفاع الأول ضد المرض، فهو يهتم بالجانب الوقائي والإحالة وتعزيز الصحة ومكافحة انتشار المرض في مرحلة ما قبل الإصابة ويشمل:
  - خدمات الرعاية الصحية الأساسية من وحدات ومراكز صحة الأسرة المُعتمده.
  - خدمات طبيب الأسرة والممارس العام والأطباء المتخصصين وأطباء الأسنان.
  - الخدمات التشخيصية، والتي تحددها الهيئة العامة للتأمين الصحي الشامل.
- **المستوى الثاني:** ويشمل مرحلة تشخيص المرض وعلاجه.
- **المستوى الثالث:** ويشمل مرحلة إعادة التأهيل للحالات الخاصة.

**2-3-3-3: الخدمات الصحية التي يقدمها نظام التأمين الصحي الشامل:**

- خدمات الرعاية الصحية الأولية، العلاج والإقامة بالمستشفى، المصحة أو المركز المتخصص.
- خدمات أخرى: خدمات خاصة بالعاملين والمستحقين للمعاش، خدمات خاصة بالطلاب.
- خدمة الدواء: يتم صرف الأدوية والعلاج الدوائي والكيميائي وغيره داخل وخارج المستشفيات، ويمكن علاج المنتفع خارج الدولة في الحالات التي يستحيل علاجها من خدمات النظام.

**2-3-4: نظام التأمين الصحي بالمملكة العربية السعودية**

شهد نظام التأمين الصحي بالمملكة تطوراً ملحوظاً خلال السنوات القليلة المُنصَرمة، كنتيجة لإنعكاس رؤية ٢٠٣٠م، ومن أهمها خصخصة المؤسسات الصحية والإتجاه نحو نظام التأمين الصحي الشامل، وذلك وفقاً لما جاء بتوصيات مجلس الشئون الاقتصادية والتنمية بالمملكة، وتم تأييدها بالأمر السامي رقم ١٧٧٢٦هـ بتاريخ ١٤٣٦/٤/٢٩هـ وأهم التوصيات مايلي:

- التوسع في تقديم خدمات التأمين الصحي والرعاية الصحية الأولية بهدف توفير تأمين صحي لجميع الأفراد بما في ذلك الحجاج والمُعتمرين والزوار القادمين إلى المملكة.
- تحويل المراكز الطبية المتخصصة ومراكز الأبحاث إلى مؤسسات غير ربحية.
- العمل على خصخصة القطاع الصحي وتحويل المستشفيات الحكومية إلى شركة قابضة.

وهذا ما تناوله الأمر السامي رقم ٤٦٧٠٨ بتاريخ ١٤٣٨/١٠/١٢هـ، بتأسيس شركة حكومية قابضة ومجموعة شركات تابعة لها مملوكة لوزارة الصحة، مع إعطاء الصحة العامة أولوية بكل الأنظمة والتشريعات، بهدف مكافحة الأمراض والوقاية منها، وتسعى الدولة للإستفادة المُثلى من المستشفيات والمراكز الطبية في تحسين جودة الخدمات الصحية بشقيها العلاجي والوقائي، والإهتمام بضرورة التكامل والتنسيق بين خدمات الرعاية الصحية والإجتماعية، ووفقاً لرؤية ٢٠٣٠ يتم نقل مهمة تقديم الخدمات الصحية تدريجياً إلى شبكة من الشركات الحكومية، بهدف تقديم أفضل خدمة صحية ممكنة، وبما يتيح خيارات أوسع للمنتفع لحصوله على الخدمة الصحية بأفضل جودة، بالإضافة لتعزيز الوقاية ضد المخاطر الصحية والسلامة المرورية.

**ويرى الباحث** أن التحول لنظام التأمين الصحي الشامل بالمملكة جاء للعديد من الأسباب المتزايدة الأهمية خلال السنوات الراهنة ومنها:-

- تزايد عدد السكان والتوزيع العمري لهم بالإضافة إلى التزايد في أعداد الحجاج والمعتمرين.
- تزايد معدلات الإصابة بالأمراض غير المُعدية والأمرض المُزمنة.
- الإهتمام بالأمراض التي تصيب العاملين والمسنين.
- الإهتمام بتحقيق العدالة الإجتماعية والمساواة في تقديم الخدمات الصحية والرعاية الأولية.
- إتجاه الدولة وفقاً لأهداف رؤية ٢٠٣٠ بالإهتمام بالمريض، باعتباره المحور الرئيس للنظام.
- الإتجاه نحو إستخدام النظم الإلكترونية بشكل أساس لتوفير نظم معلومات رقمية مُتكاملة.
- تشهد الفترة الراهنة وأهداف المرحلة القادمة ضرورة تنويع مصادر الدخل بالمملكة.
- الإهتمام بترسيخ مفهوم التنمية الشاملة والمُستدامة لدى مُقدمي خدمات الرعاية الصحية.
- الإهتمام بضرورة توفير الكوادر البشرية المُؤهلة لتقديم أفضل خدمة صحية ممكنه.
- الإتجاه نحو استخدام مقاييس شاملة بما يُلبي احتياجات ورغبات المؤمن عليهم.
- تحقيق أهداف رؤية المملكة ٢٠٣٠م والتي منها:
  - الإرتقاء بالخدمات الصحية وجودتها، وتقديمها في إطار من التنافسية والشفافية.
  - تطوير أنظمة تقديم الرعاية الصحية من خلال الجودة والتكامل بين الخدمات الصحية.
  - تطوير القيمة من خلال احتواء التكاليف وتحسين النتائج وتوجيه الإستثمارات.
  - تقديم الرعاية على أساس القيمة وتطوير طرق العلاج والرعاية الصحية على المستوى الفردي (القيمة الفردية)، والتعرف على احتياجات المرضى (القيمة التخصيصية).

ويؤدي التمويل المالي الدور الرئيس على أساس القيمة، وتقوم الرعاية الصحية القائمة على أساس القيمة على عناصر رئيسة وهي:

- قياس منهجي لتوزيع الموارد لفئات خاصة من المستفدين.
- قياس المُخرجات الصحية التي تهم المرضى والتكاليف اللازمة لتحقيق تلك النتائج.
- التتبع المستمر للمُخرجات والتكاليف لنطاق سكاني محدد.

### 2-3-4-1: أهم المحاور الأساسية لإستراتيجية التحول الصحي بالمملكة

- التأكيد على التغطية الصحية الشاملة لجميع المواطنين والمقيمين والزوار بأفضل جودة.
- إنشاء برنامج الضمان الصحي، بهدف تقديم الخدمات الصحية للمواطنين مجاناً.
- تحديد مجموعة المنافع الصحية الأساسية وفقاً لمعايير جودة محددة.
- إنشاء نظام التأمين الصحي التكميلي وإضافة مزايا أخرى للخدمات الصحية الأساسية.
- زيادة مساهمة شركات التأمين الصحي التجارية وبما يحقق قيمة إضافية للمنتفع.
- دراسة وتحليل الإنفاق الصحي بهدف ترشيد عملية توزيع الموارد بطريقة فعالة وعادلة.

- الإتجاه نحو برنامج نموذج رعاية محوره الأساس المريض.
- توفير الجانب المعرفي للمستفيدين بهدف نشر الوعي الصحي بينهم.
- بناء النظام الصحي بشكل متكامل محوره الأساس المستفيد.
- الحفاظ على الصحة العامة والإهتمام بالشق الوقائي بدلاً من الإقتصار على العلاج.
- توفير علاج مناسب للإحتياج الفعلي للمريض وتزويده بالمعرفة الصحية.

**2-3-4-2: مراحل التحول الصحي بالمملكة**

يشمل برنامج التحول الصحي وفقاً لرؤية المملكة ٢٠٣٠م مراحل ثلاث وهي:-

- **المرحلة الأولى:** إتسمت هذه المرحلة بما يلي:
  - من ٢٠١٨: ٢٠٢٠، الإهتمام بشكل رئيس ببناء الإمكانات ومؤسسات الرعاية.
  - الإهتمام بشراء الخدمة من خلال برنامج حكومي وتغطية الأشخاص المشمولين به.
  - تقديم الخدمات الصحية من خلال الشركات الإقليمية والتجمعات للشركة القابضة.
  - التطبيق التدريجي جغرافياً (المنطقة الشرقية، الرياض، مكة المُكرمة، القصيم).
  - سداد المستحقات المالية لمزودي الخدمات الصحية.
  - وحود خيارات متعددة للدفع، بالنسبة للتجمعات الصحية حسب عدد المستفيدين منها.
  - آليات تقاسم المخاطر، مثل أوبئة الأمراض المُعدية أو الكوارث الكبرى.
- **المرحلة الثانية:** وتبدأ من عام ٢٠٢١م وتنتهي بنهاية عام ٢٠٢٥م. وتهتم بالتحول المؤسسي، وتشمل مؤسسات الرعاية المتكاملة مع إعادة تصميم وزارة الصحة، و يتم إدراج الصحة في جميع السياسات وتنفيذ إصلاحات خاصة فيما يتعلق بالقوى العاملة والحوكمة الرقمية وحوكمة نظم المعلومات، والسماح بشراء التأمين الصحي التكميلي.
- **المرحلة الثالثة:** تبدأ من عام ٢٠٢٦م إلى عام ٢٠٣٠م. وتهدف بشكل أساس إلى تطوير برنامج الضمان الصحي وشراء الخدمات الصحية للوصول إلى تأمين صحي حكومي شامل مع مشاركة القطاع الخاص، بهدف تمديد النظام ليشمل جميع المواطنين والمقيمين والزوار في المملكة، بالإضافة إلى إتاحة شراء التأمين الصحي التكميلي.

ونتيجة لما سبق وإنطلاقاً من رؤية ٢٠٣٠م تم اعتماد وثيقة الضمان الصحي التعاوني بموجب القرار الوزاري رقم (١/١٨/٣ر) بتاريخ ١٤٣٩/٥/١٢هـ، وتمثل الحد الأساس من التغطية التأمينية المُقَدمة للمنتفعين وتغطي العاملين، المُعالين، وإذا كان الشخص مُعَرَف كمُعال وهو أيضاً مؤهل للتأمين بوصفه عاملاً فإن تمتعه بالتأمين بصفته مُعالاً سوف يتوقف بموجب هذه الوثيقة، ويلتزم حامل الوثيقة بسداد إشتراك التأمين عن كل شخص مؤمن له عند بداية التغطية.

**2-3-4-3: المنافع التي تقدمها وثيقة الضمان الصحي التعاوني**

- جميع مصاريف الكشف الطبي والتشخيص والعلاج والأدوية وفقاً لجدول الوثيقة.

- جميع مصاريف التنويم بالمستشفى والعمليات الجراحية وجراحة ومعالجة اليوم الواحد والحمل والولادة (مع تغطية المواليد الجدد على وثيقة الأم بحد أقصى ثلاثين يوماً).
- معالجة أمراض الأسنان واللثة وتشمل تكاليف تنظيف لمرة واحدة خلال مدة الوثيقة.
- الإجراءات الوقائية مثل التطعيمات، ورعاية الأمومة والطفولة.
- الحالات النفسية الحادة والغير حادة وفق حدود المنفعه المُحدد بجدول الوثيقة.
- الحالات المرضية المُعدية والتي تحتاج إلى عزل بالمستشفى والتي تحددها وزارة الصحة.
- حالات التلف في صمامات القلب المُكتسبة، وحالات الزهايمر وفق حدود المنفعة بالوثيقة.
- البرنامج الوطني للفحص المبكر لحديثي الولادة للحد من الإعاقة السمعية.
- حالات التوحد، تكاليف معالجة الصدفية، وفق حدود المنفعة الوارد بجدول الوثيقة.
- تكاليف حليب الأطفال للرضع المحتاجين إليه طبياً حتى عمر ٢٤ شهراً.
- تكاليف تغطية برنامج التحصينات لفيروس الإلتهاب التنفسي المخلوي (RSV) للأطفال.
- تكاليف تغطية عملية جراحة السمنة المفرطة عن طريق عملية تكميم المعدة فقط، في حالة تجاوز كتلة الجسم ٤٥ (BMI) وفق حدود المنفعة الوارد بجدول الوثيقة.
- مصاريف تجهيز وإعادة جثمان الشخص المؤمن عليه إلى موطنه الأصلي.

**2-3-4-4: أهم الإستثناءات الواردة بوثيقة الضمان الصحي التعاوني**

- الإصابة التي يسببها الشخص لنفسه مُتعمداً، أو تساقط الشعر أو الصلع.
- الأمراض التي تنشأ نتيجة إساءة إستخدام الأدوية أو المنشطات أو الكحول أو المخدرات.
- الجراحات التجميلية إلا إذا كانت نتيجة لإصابة جسدية عرضية مُغطاة بالوثيقة.
- المعالجة التي يحصل عليها الشخص بدون مقابل.
- الإستجمام وبرامج الصحة البدنية العامة والعلاج في دور الرعاية الإجتماعية.
- الإصابة أو العِله النى تنشأ كنتيجة مباشرة لمهنة المؤمن عليه.
- معالجة الأمراض التناسلية أو التي تنتقل بالإتصال الجنسي المُتعارف عليه طبياً.
- مصاريف علاج الفترة اللاحقة لتشخيص فيروس نقص المناعة البشرية HIV أو مشتقاتها.
- تكاليف زرع الأسنان، تركيبها، جسور ثابتة، متحركة، التقويم، ويستثنى ما نتج عن حادث.
- إختبارات وعمليات تصحيح النظر أو السمع والوسائل البصرية أو السمعية المساعدة.
- مصاريف إنتقال الشخص المؤمن عليه داخل وبين مدن المملكة بوسائل نقل غير مرخصة.
- إختبارات الحساسية مهما كانت طبيعتها بخلاف تلك المتعلقة بوصف أدوية العلاج.
- الأجهزة والوسائل والعقاقير والإجراءات أو المعالجة بالهرمونات.
- حالات الضعف أو التشوه الخَلقي إلا إذا كانت تشكل خطورة على حياة المؤمن عليه.

- أي تكاليف أو مصاريف يتكبدها المُرافق للمؤمن عليه أثناء تنويمه أو إقامته بالمستشفى، فيما عدا نفقة الإقامة والإعاشة بالمستشفى لمُرافق واحد، كمُرافق الأم لطفلها حتى سن الثانية عشرة، أو حيثما تقتضي الضرورة الطبية حسب تقدير الطبيب المعالج.
- تكاليف معالجة البثور (حَب الشباب). وأدوية ووسائل العلاج بالطب البديل.
- حالة زرع الأعضاء المنقولة والنخاع العظمي أو زرع الأعضاء الإصطناعية البديلة، بشكل كلي أو جزئي، والأطراف الصناعية والأطراف المساعدة.
- التغيرات الطبيعية لسن اليأس للمؤمن عليها ويشمل ذلك تغيرات الطمث.
- المنافع الصحية وإعادة الجثمان إلى الموطن الأصلي في حالة المُطالبات الناشئة عن:
  - الحرب، الغزو، أعمال العدوان الأجنبي، الإشعاعات الأيونية أو التلوث بالنشاط الإشعاعي أو أية نفايات نووية، الشغب، الإضراب، الإرهاب أو ما يشابها من أعمال.
  - الخصائص المُشعة أو السامة أو المتفجرة أو أية خصائص خطرة أخرى لأية تجمعات نوبية أو مُركباتها النووية.
  - مشاركة المؤمن له في خدمة القوات المسلحة أو الشرطة أو عملياتها.
  - الحوادث أو التفاعلات الكيماوية أو البيولوجية أو البكتريولجية، إذا كانت هذه الحوادث أو التفاعلات ناتجة عن إصابات عمل أو بسبب مخاطر مهنية.

مما سبق كله يتضح مدى الأهمية المتزايدة لنظام التأمين الصحي الشامل، خاصة في ظل التحولات الاقتصادية الراهنة للمملكة، والتي تهدف بشكل أساس إلى تنويع مصادر الدخل وزيادة مشاركة القطاع الخاص في النمو الاقتصادي والإجتماعي، وأنه يمثل أحد المحاور الرئيسة لرؤية ٢٠٣٠م، وأنه يُحقق التطور المرغوب فيه، والذي يتماشي مع النداءات العالمية للقطاع الصحي بشقيه الأفقي والرأسي. ومنه يتحقق صحة الفرض الثاني الخاص بأهمية التحول إلى نظام التأمين الصحي الشامل كخيار إستراتيجي للسنوات الراهنة والمقبلة، والفرض الثالث الخاص بإرتفاع كفاءة النظام وإتفاقه مع التوجهات العالمية، وبما يتماشى مع التحولات الاقتصادية التي تشهدها المملكة، ولما يحققه من مزاياه تتفق مع المرحلة الراهنة التي تشهد تحولاً اقتصادياً للنظام الاقتصادي بالمملكة، والذي يهدف بشكل أساس إلى تنويع مصادر الدخل، وزيادة مساهمة القطاع القطاع الخاص في تقديم خدمات الرعاية الصحية، كما أن نظام التأمين الصحي الشامل بموجبه يتم تغطية جميع أفراد المجتمع، بالإضافة الى التنوع الرأسي في التغطيات التأمينية التي يقدمها.

## 3: الإطار التطبيقي للبحث

يستخدم الباحث بعضاً من الأساليب الإحصائية التي منها يمكن تحقيق أهداف البحث ومنها:

١- التحليل الإحصائي لتحديد النموذج الكفء لإمكانية التنبؤ بالمتغيرات التي يتم تناولها، وقد تم إجراء التحليل الإحصائي للبيانات باستخدام البرنامج الإحصائي SPSS/PC) بهدف

الوصول إلى النموذج الأنسب والذي يمكن منه التنبؤ باتجاهات المتغير، والذي يُسمى بالنموذج الأكفأ ويكون إختياره استناداً إلى الأُسس التالية:

أ- معامل التحديد ($R^2$): وهو يوضح فعالية النموذج ككل ويأخذ القيم $0 \leq R2 \leq 1$، وهو يبين النسبة التي يمكن تفسيرها للمتغير التابع عن طريق المتغير المستقل (الزمن)، أي قدرة الزمن في تفسير المتغير محل الدراسة، وكلما اقتربت القيمة من الواحد الصحيح كلما كان ذلك مؤشراً على كفاءة وفاعلية النموذج في التنبؤ بالقيم المستقبلية للمتغير، وكلما اقتربت من الصفر كانت مؤشراً على ضَعف النموذج وعدم فاعليته في التنبؤ، والنسبة المُتممه للواحد الصحيح ترجع لعوامل أخرى غير الزمن مثل الخطأ العشوائي أو أية متغيرات أخرى سياسية أواقتصادية..... .

ب- معامل الإرتباط (R) وهو يوضح قوة وإتجاه العلاقة بين المتغيرين، الزمن (X) كمتغير مستقل والمتغير محل الدراسة كمتغير تابع ( y ) ويأخذ القيم $-1 \leq R \leq 1$ .

ج- اختبار معنوية معادلة الإنحدار Model fitting of data وكلما كانت قيمة F كبيرة وقيمة مستوى المعنوية .Sig صغيرة جداً كان مؤشراً على قدرة الزمن كمتغير مستقل في التنبؤ.

٢ – الإنحدار الخطي البسيط لدراسة العلاقة بين الأقساط ومُطالبات السنة التالية .

**3-1: تطور إجمالي أقساط التأمين الصحي وإجمالي أقساط سوق التأمين السعودي ككل**

جدول١: تطور إجمالي أقساط التأمين الصحي ونسبتها إلى إجمالي أقساط السوق

القيمة بالمليون ريال سعودي

| بيان / السنة | التأمين الصحي | | السوق ككل | | نسبة التأمين الصحي إلى السوق ككل % | نسبة التأمين الصحي إلى السوق بعد استبعاد أقساط التأمين الصحي |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | الأقساط المباشرة | معدل التغير % | الأقساط المباشرة | معدل التغير % | | |
| 2009 | 7292.0 | — | 14610.1 | — | 49.9 | 99.64% |
| 2010 | 8690.1 | 19.2 | 16387.4 | 12.2 | 53.3 | 112.90% |
| 2011 | 9708.4 | 11.7 | 18503.6 | 12.9 | 52.5 | 110.38% |
| 2012 | 11285.4 | 16.3 | 21173.8 | 14.4 | 53.3 | 114.13% |
| 2013 | 12895.0 | 14.3 | 25239.5 | 19.4 | 51.1 | 104.46% |
| 2014 | 15720.5 | 21.9 | 30482.2 | 20.8 | 51.6 | 106.50% |
| 2015 | 18966.8 | 21.7 | 36496.3 | 19.7 | 52 | 108.20% |
| 2016 | 18630.3 | (2) | 36855.3 | .01 | 50.5 | 102.22% |
| 2017 | 19035.6 | 2.2 | 36503.2 | (1) | 52.1 | 108.98% |
| 2018 | 19883.4 | 4.2 | 35014.5 | (4) | 56.8 | 131.41% |
| **الوسط الحسابي** | **14210.7** | **12.2** | **27126.59** | **10.5** | **52.3** | **109.88%** |
| **الإنحراف المعياري** | **4816.56** | **8.8** | **9001.14** | **9.66** | **1.93** | **8.81%** |
| **معامل الاختلاف** | **34%** | **73%** | **34%** | **92%** | **4%** | **8%** |

المصدر: مؤسسة النقد العربي السعودي، الإدارة العامة للرقابة على شركات التأمين، تقرير سوق التأمين السعودي، السنوات ٢٠١٠:٢٠١٨.

تبين من الجدول السابق تطور إجمالي الأقساط المُكتتبة للتأمين الصحي، خلال فترة الدراسة، حيث بلغ المتوسط 14210.75 مليون ريال بإنحراف معياري 4816.56 مليون ريال بمعامل إختلاف 34%، مما يعني أن هنالك درجة تجانس 66%، درجة مُنخفضة، وهذا يعني أن متوسط الزيادة السنوية في إجمالي الأقساط المُكتتبة غير مُتقاربة إلى حد ما، وبالنظر للبيانات الموضحة بالجدول يمكن أن يعزو ذلك للإنخفاض الواضح في إجمالي الأقساط المُكتتبة لعام 2016 حيث أن هنالك إنخفاض فيها عن عام 2015 وما قبله، حيث بلغ معدل التغير(2%)، سالب، كما يتبين أيضا إنخفاض معدلات الزيادة لعامي 2017، 2018 عن مثيله في السنوات السابقة، وإن كانت درجة تجانس تغير إجمالي أقساط التأمين الصحي تتعادل مع درجة تجانس التغير في إجمالي الأقساط بالسوق ككل، وبلغ متوسط الزيادة السنوية لأقساط التأمين الصحي 12.2% بينما هو 10.5% بالنسبة لإجمالي السوق السعودي مما يعني أن متوسط الزيادة السنوية لأقساط التأمين الصحي تزيد عنها مما في السوق.

### 3-2: تطور إجمالي مُطالبات التأمين الصحي وإجمالي مُطالبات سوق التأمين ككل.

**جدول ٢: تطور إجمالي مُطالبات التأمين الصحي ونسبتها إلى إجمالي مُطالبات سوق التأمين**

القيمة بالمليون ريال سعودي

| بيان / السنة | التأمين الصحي | | السوق | | نسبة مُطالبات التأمين الصحي إلى مُطالبات السوق % | إجمالي مُطالبات السوق بعد استبعاد مُطالبات التأمين الصحي | | نسبة مُطالبات التأمين الصحي إلى مُطالبات السوق بعد استبعاد مُطالبات التأمين الصحي |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | المُطالبات المدفوعة | معدل التغير % | المُطالبات المدفوعة | معدل التغير % | | المُطالبات المدفوعة | معدل التغير % | |
| 2009 | 4010.0 | --- | 7255.4 | --- | 55 | 3245.4 | ----- | 123.6% |
| 2010 | 5440.2 | 36 | 8513.8 | 18 | 64 | 3073.6 | (5.3) | 177% |
| 2011 | 7297.4 | 35 | 11485.3 | 35 | 64 | 4187.9 | 36.3 | 174.2 % |
| 2012 | 8511.8 | 17 | 13615.3 | 19 | 63 | 5103.5 | 21.9 | 166.8% |
| 2013 | 10405.2 | 23 | 16995.5 | 25 | 61 | 6590.3 | 29.1 | 157.9% |
| 2014 | 11567.2 | 12 | 20313.7 | 20 | 56.9 | 8764.5 | 33 | 132% |
| 2015 | 13106.1 | 14 | 24517.6 | 21 | 53.5 | 11411.5 | 30.2 | 114.8% |
| 2016 | 14547.8 | 11 | 26069.2 | 7 | 55.8 | 11521.4 | 1 | 126.3% |
| 2017 | 15479.2 | 7 | 26556.0 | 3 | 58.3 | 11076.8 | (4) | 139.7% |
| 2018 | 17628.9 | 14 | 27236.8 | 3 | 64.7 | 11757.6 | 6 | 149.9% |
| **الوسط الحسابي** | **10799.4** | **18.8** | **25918.3** | **16.8** | **59.62** | **7973.25** | **16.47** | **146.22%** |
| **الإنحراف المعياري** | **4484.21** | **10.4** | **21934.5** | **10.7** | **4.22** | **3659.52** | **16.9** | **22%** |
| **معامل الاختلاف** | **42%** | **56%** | **85%** | **64%** | **7%** | **45.9%** | **102%** | **15%** |

المصدر: مؤسسة النقد العربي السعودي، الإدارة العامة للرقابة على شركات التأمين، تقرير سوق التأمين السعودي، السنوات 2009: 2018.

**تبين من الجدول السابق مايلي:**

- بلغ متوسط المُطالبات10799.38مليون ريال بإنحراف معياري 4484.21 مليون ريال وبمعامل إختلاف42%، وهذا يعني تجانس ضعيف، أي أن هنالك تفاوت واضح في قيم المُطالبات للتأمين الصحي خلال سنوات الدراسة، وهذا بالطبع له آثار غير مرغوبة، حيث أن التفاوت في

قيم المُطالبات المتوقعة قد يُعرض النظام لخسائر أو هزات مالية قد يصعب مواجهتها، أي قد يؤدي للإفلاس الإكتواري للنظام، وهو عدم كفاية الأقساط المباشرة لسداد المُطالبات، ويتأكد ذلك من زيادة متوسط معدل التغير للأقساط (12.2%) عنه في المُطالبات (18.8%)، كما يتضح أيضاً أن متوسط الزيادة السنوية لإجمالي المُطالبات % 18.8 في حين أنها 16.8% في السوق، مما يعني أن مُطالبات التأمين الصحي تتزايد بمعدلات أعلى من معدلات تزايد المُطالبات في سوق التأمين ككل، كما بلغ متوسط نسبة إجمالي مُطالبات التأمين الصحي إلى إجمالي المُطالبات للسوق 59.6% بإنحراف معياري 4.2% ومعامل إختلاف 7%، مما يدل على التقارب النسبي لنسبة مُطالبات التأمين الصحي من إجمالي المُطالبات للسوق، هنالك ثبات نسبي في نسبة مُطالبات التأمين الصحي إلى إجمالي المُطالبات بالسوق.

- مُطالبات التأمين الصحي أكبر من مُطالبات قطاعات التأمين الأخرى، حيث بلغ متوسط نسبة مُطالبات التأمين الصحي إلى إجمالي مُطالبات السوق بالقطاعات الأخرى146.2% بإنحراف معياري 22% ومعامل إختلاف 15%، مما يعني هنالك ثبات نسبي في نسبة مُطالبات التأمين الصحي إلى إجمالي مُطالبات القطاعات الأخرى، حيث تبلغ درجة التجانس 85%، في حين يبلغ متوسط نسبة أقساط التأمين الصحي إلى إجمالي أقساط القطاعات التأمينية الأخرى بالسوق (إجمالي الأقساط بالسوق بعد استبعاد أقساط التأمين الصحي) 109.88%، وهي أقل منها للمُطالبات، مما يعني أن التأمين الصحي يحقق معدلات خسائر أعلى من مثيلتها بقطاعات التأمين الأخرى بالسوق. وهذا يعني أن المُطالبات تتزايد بمعدلات أكبر من مثيلتها في قطاعات التأمين الأخرى. وهذا مؤشراً على زيادة معدلات الخسارة للتأمين الصحي. وهذا يتضح بالجدول التالي:

**جدول ٣: نسبة أقساط ومُطالبات التأمين الصحي إلى السوق بعد استبعاد أقساط ومُطالبات التأمين الصحي**

| بيان / السنة | أقساط التأمين الصحي إلى السوق بعد استبعاد أقساط التأمين الصحي منه | نسبة مُطالبات التأمين الصحي إلى مُطالبات السوق بعد استبعاد مُطالبات التأمين الصحي منه |
|---|---|---|
| 2009 | 99.64% | 123.6% |
| 2010 | 112.90% | 177% |
| 2011 | 110.38% | 174.2 % |
| 2012 | 114.13% | 166.8% |
| 2013 | 104.46% | 157.9% |
| 2014 | 106.50% | 132% |
| 2015 | 108.20% | 114.8% |
| 2016 | 102.22% | 126.3% |
| 2017 | 108.98% | 139.7% |
| 2018 | 131.41% | 149.9% |
| الوسط الحسابي | 109.88% | 146.22% |
| الإنحراف المعياري | 8.81% | 22% |
| معامل الاختلاف | 8% | 15% |

المصدر: إعداد الباحث استناداً إلى تقرير سوق التأمين السعودي، السنوات 2009: 2018.

ومما سبق يمكن القول أن هذا مؤشر يؤكد إحتياج سوق التأمين السعودي لإستراتيجية جديدة للتأمين الصحي وهي الإتجاه نحو التأمين الصحي الشامل، في أقرب وقت ممكن.

**3-3: تطور معدل الخسارة للتأمين الصحي في سوق التأمين السعودي.**

جدول ٤: تطور معدل الخسارة للتأمين الصحي خلال الفترة من 2009: 2018

القيمة بالمليون ريال سعودي

| بيان / السنة | إجمالي المُطالبات المدفوعة | | إجمالي الأقساط المكتتب بها | | معدل الخسائر % |
|---|---|---|---|---|---|
| | المُطالبات المدفوعة | معدل التغير % | الأقساط المُكتتب بها | معدل التغير% | |
| 2009 | 4010.0 | ----- | 7292.0 | — | 55 |
| 2010 | 5440.2 | 36 | 8690.1 | 19.2 | 62.6 |
| 2011 | 7297.4 | 35 | 9708.4 | 11.7 | 75.2 |
| 2012 | 8511.8 | 17 | 11285.4 | 16.3 | 75.4 |
| 2013 | 10405.2 | 23 | 12895.0 | 14.3 | 80.7 |
| 2014 | 11567.2 | 12 | 15720.5 | 21.9 | 73.6 |
| 2015 | 13106.1 | 14 | 18966.8 | 21.7 | 69.1 |
| 2016 | 14547.8 | 11 | 18630.3 | (2) | 78.1 |
| 2017 | 15479.2 | 7 | 19035.6 | 2.2 | 81.3 |
| 2018 | 17628.9 | 14 | 19883.4 | 4.2 | 88.7 |
| الوسط الحسابي | 10799.4 | 18.78 | 14210.8 | 12.2 | 73.97 |
| **الإنحراف المعياري** | 4484.21 | 10.44 | 4816.56 | 8.8 | 9.72 |
| معامل الاختلاف | 42% | 56% | 34% | 73% | 13% |

المصدر: مؤسسة النقد العربي السعودي، الإدارة العامة للرقابة على شركات التأمين، تقرير سوق التأمين السعودي، السنوات 2009: 2018.

تبين من الجدول السابق أن متوسط معدلات الخسائر، 74% وإنحراف معياري 9.72% ودرجة تجانس 87%، وهذا يزيد عن المعدل النمطي المتعارف عليه في صناعة التأمين، وهو ألا يتجاوز 70%، ومن المُلاحظ من الجدول السابق أن معدلات الخسائر للسنوات الثلاث الأخيرة تجاوزت هذا الحد، حيث وصلت 88.7% لسنة 2018، مما يشير إلى إرتفاع معدلات الخسائر لنظام التأمين الصحي بالمملكة، وهنالك تفاوت نسبي بها. وبإجراء تحليل للنماذج الإحصائية، للمتغيرات محل الدراسة، للوصول الى النموذج الأكفأ الذي منه يمكن التنبؤ للسنوات التالية.

١- النموذج الإحصائي الأكفأ للتنبوء بالأقساط المباشرة للتأمين الصحي.

تبين من جدول١، بملحق البحث، أن النموذج الأكفأ في التنبؤ بالأقساط المباشرة خلال السنوات التالية، استناداً إلى ما تم توضيحه سلفاً لإختيار النموذج الأكفأ، هو نموذج الدالة التكعيبية، حيث بها معامل التحديد 98% وقيمة F تساوي 118.40 ودرجة المعنوية 0.00 أقل من 1% وتأخذ الصورة:

$$y = 7753.850 - 780.756X + 584.947X^2 - 38.907 X^3$$

ثم نموذج الدالة التربيعية حيث به معامل التحديد 96.1% وقيمة F =86.2 ومستوى المعنوية 0.00 أقل من1% ويأخذ الصورة $y = 4415.615 + 2180.079\ X - 57.021X^2$

يليه نموذج الدالة الخطية حيث به معامل التحديد 95.3% وقيمة F تساوي 161.39 ودرجة المعنوية 0.00 أقل من 1%. ويأخذ الصورة $y = 5670.073 + 1552.850\ X$

ومنه يمكن التنبؤ بالأقساط المباشرة باعتبار أن y تمثل الأقساط المباشرة وأن x تمثل الزمن.

٢- النموذج الإحصائي الكُفء للتنبوء بمُطالبات التأمين الصحي في السوق السعودي.

تبين من جدول٢، بملحق البحث، أن النموذج الأكفأ في التنبؤ بالمُطالبات خلال السنوات التالية، استناداً إلى ما تم توضيحه سلفاً لإختيارالنموذج الأكفأ، هو نموذج الدالة التكعيبية، حيث بها معامل التحديد 99.8% وقيمة F تساوي 939.82 ودرجة المعنوية 0.000 أقل من 1% وتأخذ الصورة:

$$y = 2066.413 + 1915.653X - 79.369\ X2 + 4.141\ X3$$

ثم نموذج الدالة التربيعية حيث به معامل التحديد 99.8% وقيمة F =1445 ومستوى المعنوية 0.000 أقل من1% ويأخذ الصورة $y = 2421.688 + 1600.543\ X - 11.047\ X2$

يليه نموذج دالة القوى حيث به معامل التحديد 99% وقيمة F تساوي 760.82 ودرجة المعنوية 0.00 أقل من 1%. ويأخذ الصورة:

$$\text{Log } y = \text{Log } 3674.655 + 0.652 \text{ Log } X$$

ومنه يمكن التنبؤ بالمُطالبات خلال السنوات التالية باعتبار أن y تمثل المُطالبات وأن x الزمن.

٣- النموذج الإحصائي الكُفء للتنبؤ بمعدلات الخسائر لنظام التأمين الصحي السعودي.

تبين من جدول٣، بملحق البحث، أن النموذج الأكفأ في التنبؤ بمعدلات الخسائر هو نموذج الدالة التكعيبية، حيث بها معامل التحديد 90.7% وقيمة F تساوي 19.482 ودرجة المعنوية 0.002 وهي أقل من 1% وتأخذ الصورة:

$$y = 33.17 + 24.51\ X - 4.476\ X^2 + 0.259\ X^3$$

**3-4: إستخدام تحليل الإنحدار لمعرفة العلاقة بين الأقساط المُكتتبة والمُطالبات للسنة التالية.**

جدول ٥: العلاقة بين الأقساط المُكتتبة ومُطالبات السنة التالية القيمة بالمليون ريال سعودي

| السنة / بيان | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| الأقساط | 48052.2 | 7292.0 | 8690.1 | 9708.4 | 11285.4 | 12895.0 | 15720.5 | 18966.8 | 18630.3 | 15479.2 | 19883 |
| المطالبات | 4010.0 | 5440.2 | 7297.4 | 8511.8 | 10405.2 | 11567.2 | 13106.1 | 14547.8 | 19035.6 | 17628.9 | --- |

المصدر: اعداد الباحث استناداً إلى مؤسسة النقد العربي السعودي، الإدارة العامة للرقابة على شركات التأمين، تقرير سوق التأمين السعودي،

يمكن إستخدام تحليل الإنحدار الخطي البسيط لمعرفة مدى تأثير الأقساط المباشرة، كمتغير مستقل (x)، على المُطالبات للسنة التالية، كمتغيرتابع (y)، باعتبار أن أقساط 2008م تؤثر في مُطالبات 2009، السنة التالية مباشرة، ومنه تأخذ معادلة الإنحدار الصورة $Y = a + b\ x \pm Syx$

**تبين من جدول٤ بملحق البحث ما يلي:**

- العلاقة الخطية بين الأقساط المُكتتبة كمتغير مستقل (x) والمُطالبات للسنة التالية كمتغير تابع (y) تأخذ الصورة: $Y = 12004.85 - 0.071\ X$

وجود علاقة ضعيفة جداً بين الأقساط المُكتتبة والمُطالبات للسنة التالية، حيث أن قيمة معامل الأقساط المكتتبة (0.071 –) وهي غير معنوية حيث أن مستوى المعنوية (0.608) أكبر من 5%. وهذا يتأكد من معامل التحديد حيث قيمته 3.4%، وهي قيمة صغيرة جداً، مما يعني أن التغير في المُطالبات يرجع إلى عوامل أخرى غير التغير في الأقساط المُكتتبة، كما يتأكد من معامل الإرتباط حيث قيمته 18.6%، مما يمكن معه القول أنه لاتوجد علاقة مؤثرة بين إجمالي الأقساط المُكتتبة وإجمالي مُطالبات السنة التالية، أي علاقة ضعيفة جداً، وهذا مؤشر على أن إجمالي الأقساط المكتتبة قد لا تكفي لسداد مُطالبات السنة التالية، مما يعني أنه قد يكون هنالك معدلات خسائر لايتحملها النظام، أو ما يُعرف بالإفلاس الإكتواري للنظام.

ومنه يمكن **للباحث** القول بأهمية الإتجاه نحو التأمين الصحي الشامل، خلال السنوات الراهنة، وتطبيقه على كافة مناطق المملكة، حيث بمقتضاه يتم تغطية كافة أفراد المجتمع، مما يُمكِن من توزيع الأعباء المالية المترتبة على مواجهة خطر المرض على جميع أفراد المجتمع، الذي به يتحقق الجوهر الأساس الذي تقوم عليه صناعة التأمين، وهو قانون الأعداد الكبيرة، وهذا يؤكد الفرض الخاص بأن التأمين الصحي الشامل يمثل خيار استراتجي لنظام التأمين الصحي بالمملكة العربية السعودية، خلال السنوات الراهنة.

## 4: النتائج والتوصيات

### 4-1: النتائج

- تزايد تكلفة خدمات الرعاية الصحية خلال السنوات القليلة المُنصرمة مما جعل منها عبء مالي ثقيل على الدولة أياً كان توجهها الاقتصادي.
- تزايد أهمية مشاركة القطاع الخاص في تقديم خدمات الرعاية الصحية، خاصة في السنوات الراهنة التي تتجه فيها المملكة لتنويع مصادر الدخل.
- نظام التأمين الصحي الشامل من أهم المحاور الرئيسة لرؤية المملكة ٢٠٣٠م.
- تطبيق نظام التأمين الصحي الشامل يساهم في زيادة فرص العمل المتاحة للمواطنين.
- استقلالية تمويل نفقات التأمين الصحي الشامل، حيث يعتمد التمويل على معايير الدفع مقابل الخدمة، وليس على أساس الميزانيات، مما يساهم في تقديم الخدمة الصحية بأفضل جودة.
- تحقق الفرض الخاص بأن التأمين الصحي الشامل خيار استراتيجي خاصة في ظل التحولات الاقتصادية الراهنة بالمملكة.
- بلغ متوسط نسبة أقساط التأمين الصحي إلى إجمالي الأقساط بالسوق 52.2%.
- بلغ متوسط معدل التغير لإجمالي الأقساط المُكتتبة للتأمين الصحي، 12.2% بدرجة تجانس 27%، في حين بلغ 10.5% للسوق ككل بدرجة تجانس 8%، مما يوضح أن هنالك تشتت واضح في معدلات التغير للأقساط المباشرة لنظام التأمين الصحي السعودي.
- بلغ متوسط معدل التغير في المُطالبات للتأمين الصحي 18.78% بانحراف معياري10.4% ودرجة تجانس 48% بينما بلغ متوسط معدلات التغير في المُطالبات بالسوق 16.8% بإنحراف معياري 10.7% ودرجة تجانس 36%.
- تزايد مُطالبات التأمين الصحي بمعدلات أعلى من معدلات تزايد الأقساط مما قد يُعرض النظام للإفلاس الإكتواري.
- تزايد مُطالبات التأمين الصحي بمعدلات أعلى من معدلات تزايد المُطالبات بالسوق ككل.
- بلغ متوسط نسبة مُطالبات التأمين الصحي إلى إجمالي مُطالبات السوق بالقطاعات الأخرى 146.22% بإنحراف معياري 22% ومعامل إختلاف 15%.
- متوسط معدلات الخسائر، 74% وإنحراف معياري 9.72% ودرجة تجانس 87%.
- النموذج الأكفأ في التنبؤ بالأقساط المباشرة والمُطالبات وبمعدلات الخسائر هو نموذج الدالة التكعيبية.
- نظام التأمين الصحي الشامل يمثل أحد أهم مصادر تنويع الدخل ويتفق مع رؤية ٢٠٣٠م.

**4-2: التوصيات**

- تقديم خدمات الرعاية الصحية على أُسس عادلة بين المنتفعين وعلى أكبر قدر من الشفافية.
- نشر الوعي الصحي بين كافة أفراد المجتمع وخاصة فكر الطب الوقائي.
- إستخدام التقنية التكنولوجية الحديثة لتوفير قاعدة بيانات لعناصر نظام التأمين الصحي الشامل.
- إدخال مقاييس تبين مدى تلبية أداء نظام التأمين الصحي الشامل لإحتياجات أفراد المجتمع.
- تقديم خدمات الرعاية الصحية على أساس القيمة.
- الإهتمام ببرامج التوعية الصحية، وما هو الأسلوب الأمثل للإستفادة دون المبالغة في طلب خدمات علاجية غير ضرورية.
- الإستفادة من إشتراكات نظام التأمين الصحي الشامل بما ينعكس إيجاباً على مستوى الخدمات الصحية المُقدمة.
- ضرورة وضع معايير موحدة لممارسة وإدارة الخدمات الصحية لتحقيق العدالة بين المنتفعين.
- وضع معايير عالية الجودة لاعتماد شركات التأمين والمستشفيات المشاركة في تقديم خدمات نظام التأمين الصحي الشامل لضمان تقديم خدمات الرعاية الصحية بجودة عالية.
- العمل على رفع مستوى جودة الخدمات الصحية، والتنوع فيها، بما يُعرف بالتوسع الرأسي.
- العمل على تهيئة المناخ اللازم لعمل شركات التأمين التعاوني في المملكة وزيادة دورها في تقديم خدمات الرعاية الصحية بأفضل جودة ممكنه، في ضوء معايير الجودة المتفق عليها.
- تفعيل دور مراكز الرعاية الصحية الأولية في ظل نظام التأمين الصحي الشامل.
- العمل على زيادة التمويل المُقدم من الجهات الحكومية للمستثمرين في القطاع الصحي.
- ضرورة الإسراع في تطبيق نظام التأمين الصحي الشامل، على مستوى المملكة ككل.

**4-3: بحوث مُقترحه**

ولما كان للباحثين الآوائل، ولا سيما من تناولوا، بالبحث والتحليل، التأمين الصحي الشامل، الفضل في السبق لهذا المجال الخصب، وفي ضوء ما إرتآه الباحث مُفيداً في إستكمال العطاء للراغبين في البحث حول هذا الموضوع، يقترح الباحث تغطية الموضوعات التالية:

- أساليب تمويل نظام التأمين الصحي الشامل ومنها:
  - أسلوب التمويل الكامل. أسلوب التمويل الجزئي. أسلوب الموازنة.
- دراسة تحليلية للإستثناءات الواردة في الوثيقة النمطية ومدى التغطية التأمينية لها.
- التأمين الصحي التعاوني الشامل وأثره على التنمية الاقتصادية للمجتمع.
- امكانية تغطية الأمراض المُعدية بنظام التأمين الصحي الشامل.

## المراجع

### المراجع العربية:

العمير، صالح بن ناصر (٢٠٠٢). التأمين الصحي التعاوني وأثره على الاقتصاد السعودي، ندوة الرؤية المستقبلية للاقتصاد السعودي، الرياض، ١٩-٢٣ أكتوبر.

باسل أسعد؛ أسامة محمد(٢٠١٨). التأمين الصحي الإلزامي الشامل كخيار استراتيجي في عملية التنمية الصحية المستقبلية، مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية، مجلد ٤٠، عدد ٤.

عبد الإله ساعاتي (١٤٢٤هـ). الضمان الصحي التعاوني في المملكة العربية السعودية بين النظرية والتطبيق، مطبعة المحمودية.

محمد، مي بشير (٢٠٠٧). أثر التأمين الصحي على تقليل تكلفة العلاج في ولاية النيل الأبيض، جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا، كلية العلوم، رسالة ماجستير، السودان.

مراكشي، محمد؛ جامعة، البليدة (٢٠١٣). ترقية خدمات التأمين الصحي في الجزائر، مجلة الاقتصاد الجديد، العدد: ٨ – سبتمبر ٢٠١٣.

موساوي، عمر(٢٠١٠). الإبداع في المنتجات التأمينية ودورة في تحريك النمو في الأسواق الصاعدة، الملتقى الدولي السابع حول الصناعات التأمينية، جامعة حسيبه بن بو علي بالشلف، كلية العلوم الاقتصادية، الجزائر.

قاسم، محمد حسين (٢٠٠٣). قانون التامين الاجتماعي، دار الجامعة الجديدة للنشر، الأسكندرية.

وثيقة الضمان الصحي التعاوني والمعتمدة بموجب القرار الوزاري (١/١٨/٣ر) بتاريخ ١٤٣٩/٥/١٢هـ، المملكة العربية السعودية.

اللآئحة التنفيذية لقانون التامين الصحي الشامل رقم ٢ لسنة ٢٠١٨م، الصادرة بقرار رئيس مجلس الوزراء رقم ٩٠٩ لسنة ٢٠١٨م، الجريدة الرسمية،جمهورية مصر العربية، العدد ١٨ مكرر(أ) بتاريخ ٨/٥/ ٢٠١٨م.

جمهورية مصر العربية، قانون رقم٢ لسنة ٢٠١٨م بشأن إصدار قانون نظام التأمين الصحي الشامل، الجريدة الرسمية،

العدد ٢ تابع (ب) بتاريخ ٢٠١٨/١/١١م.

**المراجع الأجنبية:**

Albejaidi, Fahd Mohammed (2010). Healthcare System in Saudi Arabia: An Analysis of Structure, Total Quality Management and Future Challenges, Journal of Alternative Perspectives in the Social Sciences () Vol 2, No 2, 794-818.

Demirgüç -Kunt, A. and Levine, R., 2009. Finance and inequality: Theory and evidence. Annual Review of Financial Economics, 1(1), pp.287-318.

Durusu-Ciftci, D., Ispir, M.S. and Yetkiner, H., 2017. Financial development and economic growth: Some theory and more evidence. Journal of Policy Modeling, 39(2), pp.290-306.

Francesca Colombo Nicole Tapay (2003), Private Health Insurance in - Australia. Case Study. OECD Health Working Papers No. 8. AndrePascal. 75775Paris, CEDEX16. France. copyright OCED.

Gurgul, H. and Lach, L., 2012. Financial development and economic growth in Poland in transition: causality analysis. Finance a Uver, 62(4).

Hellwig, M., 1998. On the economics and politics of corporate finance and corporate control. Rationalitätskonzepte, Entscheidungsverhalten und ökonomische Modellierung, 98.

King, R.G. and Levine, R., 1993. Finance and growth: Schumpeter might be right. The quarterly journal of economics, 108(3), pp.717-737.

KSA MoH VRO, Business Case for the Health System Reform Component of the Kingdom of Saudi Arabia's Vision 2030 Program, May 2017.

Langfield, S. and Pagano, M., 2016. Bank bias in Europe: effects on systemic risk and growth. Economic Policy, 31(85), pp.51-106.

Lensink, R., 2001. Financial development, uncertainty and economic growth. De Economist, 149(3), pp.299-312.

Levine, R., 2016. Financial development and growth: where do we stand? Studios de Economies, 26(2), pp. pp-113.

Rajan, R.G. and Zingales, L., 1996. Financial dependence and growth (No. w5758). National bureau of economic research.

Sahay, R., Čihák, M., N'Diaye, P. and Barajas, A., 2015. Rethinking financial deepening: Stability and growth in emerging markets. Revista de Economía Institucional, 17(33), pp.73-107.

Tetsuo Fukawa. (2002) Public Health Insurance in Japan.. The - International Bank for Reconstruction1818 H Street, N. w.Washington, D.C.20433.U. S. A

Zhang, J., Wang, L. and Wang, S., 2012. Financial development and economic growth: recent evidence from China, Journal of Comparative Economics, 40 (3).

**مواقع الكترونية تم الرجوع إليها:**

http:://www.Aleqtisadiah.com.

http://www. healthinsite. gov. au/content/topic_map/topic_map.

cfm.http://www.phiac. gov. au/insurenotsure/surchargesincentives/lifetime.

Australia: Health and welfare— Encyclopaedia Britannica.

## ملحق

جدول ١: النموذج الإحصائي الكُفء للتنبوء بالأقساط المباشرة للتأمين الصحي.

| Equations | Model Summary | | | | | Parameter Estimates | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | $R^2$ | F | df1 | Df2 | Sig. | Constant | b1 | b2 | b3 |
| Linear | .953 | 161.3 | 1 | 8 | .000 | 5670.073 | 1552.850 | | |
| Logarithmic | .883 | 60.646 | 1 | 8 | .000 | 4882.078 | 6176.124 | | |
| Inverse | .636 | 13.995 | 1 | 8 | .006 | 18269.451 | -13857.1 | | |
| Quadratic | .961. | 86.23 | 2 | 7 | .000 | 4415.615 | 2180.08 | -57.02 | |
| Cubic | 983 | 118.4 | 3 | 6 | .000 | 7753.850 | -780.7 | 584.95 | -38.9 |
| Compound | .943 | 131.3 | 1 | 8 | .000 | 6993.941 | 1.126 | | |
| Power | .940 | 124.5 | 1 | 8 | .000 | 6415.789 | .488 | | |
| S | .735 | 22.16 | 1 | 8 | .002 | 9.838 | -1.141 | | |
| Growth | .943. | 131.3 | 1 | 8 | .000 | 8.853 | .118 | | |
| Exponential | 943 | 131.3 | 1 | 8 | .000 | 6993.941 | .118 | | |
| Logistic | .943 | 131.36 | 1 | 8 | .000 | | | | |

المصدر: نتائج تشغيل برنامج SPSS.

جدول 2: النموذج الإحصائي الكُفء للتنبوء بالمُطالبات للتأمين الصحي.

| Equations | Model Summary | | | | | Parameter Estimates | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | $R^2$ | F | df1 | Df2 | Sig. | Constant | b1 | b2 | b3 |
| Logarithmic | .915 | 86.222 | 1 | 8 | .000 | 1960.359 | 5851.946 | | |
| Inverse | .670 | 16.229 | 1 | 87 | .004 | 14676.285 | -13236.417 | | |
| Quadratic | .998 | 1445.0 | 2 | 6 | .000 | 2421.688 | 1600.543 | -11.05 | |
| Cubic | .998 | 939.82 | 3 | 8 | .000 | 2066.413 | 1915.653 | -79.37 | 4.14 |
| Linear | .997 | 2877.7 | 11 | 8 | .000 | 2664.713 | 1479.030 | | |
| Compound | .948 | 147.32 | 1 | 8 | .000 | 4204.965 | 1.167 | | |
| Power | .990 | 760.82 | 1 | 8 | .000 | 3674.655 | .652 | | |
| S | .830 | 39.193 | 1 | 8 | .000 | 9.656 | -1.579 | | |
| Exponential | .948 | 147.32 | 1 | 8 | .000 | 4204.965 | .155 | | |
| Logistic | .948 | 147.3 | 11 | | .000 | .000 | .857 | | |

المصدر: نتائج تشغيل برنامج SPSS.

جدول ٣: النموذج الإحصائي الكفء للتنبؤ بمعدلات الخسائر لنظام التأمين الصحي

| Equations | Model Summary | | | | | Parameter Estimates | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | $R^2$ | F | df1 | Df2 | Sig. | Constant | b1 | b2 | b3 |
| Linear | .6.730 | 14.056 | 1 | 8 | .006 | 59.880 | 2.562 | | |
| Logarithmic | .715 | 21.600 | 1 | 8 | .002 | 56.868 | 11.323 | | |
| Inverse | .663 | 20.030 | 1 | 8 | .002 | 82.646 | -29.622 | | |
| Quadratic | .907 | 6.89519 | 2 | 7 | .022 | 55.380 | 4.812 | -.205 | |
| Cubic | .625 | .482 | 3 | 6 | .002 | 33.170 | 24.511 | -4.476 | .259 |
| Compound | .751 | 13.309 | 1 | 8 | .007 | 60.127 | 1.037 | | |
| Power | .767 | 24.136 | 1 | 8 | .001 | 57.280 | .164 | | |
| S | .625 | 26.390 | 1 | 8 | .001 | 4.424 | -.438 | | |
| Exponential | .625 | 13.309 | 1 | 8 | .007 | 60.127 | .036 | | |
| Logistic | | 13.309 | 1 | 8 | .007 | .017 | .964 | | |

المصدر: نتائج تشغيل برنامج SPSS.

جدول ٤: تحليل الإنحدار للعلاقة بين إجمالي الأقساط المُكتتبة وإجمالي مُطالبات السنة التالية

| Model | Unstandardized Coefficients | | Standardized Coefficients | t | Sig. |
|---|---|---|---|---|---|
| | B | Std. Error | Beta | | |
| 1 (Constant) | 12004.85 | 2698.412 | | 4.449 | .002 |
| X | -.071 | .133 | -.186 | -.534 | .608 |

| Model | R | $R^2$ | Adjusted R Square | Std. Error |
|---|---|---|---|---|
| 1 | .186 | .034 | -.086 | 4673.67063 |

المصدر: نتائج تشغيل البرنامج الإحصائي SPSS