



دور قطاع التأمين التجاري في منظومة التأمين الصحي الشامل الحكومي

إعداد

د. إنجي فاروق أحمد مراد

أستاذ بقسم الإحصاء والرياضة والتأمين

كلية التجارة، جامعة أسيوط

المجلة العلمية للدراسات والبحوث المالية والتجارية

كلية التجارة – جامعة دمياط

المجلد الخامس - العدد الثاني - الجزء الرابع - يوليو ٢٠٢٤

التوثيق المقترح وفقاً لنظام APA:

مراد، إنجي فاروق أحمد (٢٠٢٤). دور قطاع التأمين التجاري في منظومة التأمين الصحي الشامل الحكومي. المجلة العلمية للدراسات والبحوث المالية والتجارية، كلية التجارة، جامعة دمياط، ٥(٢)، ٤٤-٣٣.

رابط المجلة: <https://cfdj.journals.ekb.eg/>

دور قطاع التأمين التجاري في منظومة التأمين الصحي الشامل الحكومي

د. إنجي فاروق أحمد مراد

ملخص البحث

استهدفت هذه الدراسة تسليط الضوء حول الوضع الراهن لنظام التأمين الصحي الشامل الحكومي في مصر، وكذلك التعرف على مفهوم النظام، وأهدافه، ومبادئه، وأهميته، والخدمات التي يشملها، وهيئات إدارة النظام، ومصادر تمويله، ومراحل ومتطلبات تطبيقه، ومزاياه، والتحديات التي تواجه تطبيقه، والدراسات السابقة في هذا المجال، بالإضافة إلى محاولة مساعدة منظومة التأمين الصحي الشامل الحكومي في مصر على تبني فكرة مشاركة قطاع التأمين التجاري لها وذلك من واقع تجارب بعض الدول في هذا المجال والاستفادة منها، كما هدفت إلى إبراز دور قطاع التأمين التجاري في النهوض بمنظومة التأمين الصحي الشامل الحكومي في مصر من خلال استعراض مزايا المشاركة بين قطاع التأمين التجاري، ومنظومة التأمين الصحي الشامل الحكومي وذلك لإظهار نقاط القوة في المشاركة بين القطاعين التجاري والحكومي لتحقيق التغطية الصحية الشاملة.

وقد تم وضع رؤية مستقبلية حول كيفية مشاركة قطاع التأمين التجاري في منظومة التأمين الصحي الشامل الحكومي في مصر. وتوصلت الدراسة إلى بعض التحديات المحتملة التي تواجه مشاركة قطاع التأمين التجاري في منظومة التأمين الصحي الشامل وذلك لإظهار نقاط الضعف في المشاركة بين القطاعين، ومحاولة علاجها؛ لتحقيق التغطية الصحية الشاملة.

الكلمات المفتاحية: قطاع التأمين التجاري - نظام التأمين الصحي الشامل الحكومي - المشاركة بين القطاعين التجاري والحكومي - التغطية الصحية الشاملة.

١- المقدمة:

إن إحساس الفرد بالأمان يمثل الغاية الرئيسة التي يسعى إليها، وأهمها قاطبة إحساسه بالأمان تجاه صحته، فهو يسعى جاهداً لمواجهة الأعباء المالية المترتبة على مرضه والتي قد لا يستطيع تحملها بمفرده خاصة في ظل ارتفاع تكلفة الرعاية الصحية في السنوات الراهنة؛ لذا ازدادت أهمية التأمين الصحي وحاجة جميع أفراد المجتمع له باعتباره الوسيلة المثلى التي يمكن من خلالها مواجهة مخاطر المرض (Samuel et al., 2020).

ومن هذا المنطلق جاء نظام التأمين الصحي الشامل كأحد أهم الأنظمة التي أوصت بها منظمة الصحة العالمية، لما له من أهمية بالغة في توفير الرعاية الصحية لجميع أفراد المجتمع على أسس عادلة، مع تقليص الأعباء المالية الناتجة عن هذه الرعاية، كما أوضحت المنظمة أن تمويل خدمات الرعاية الصحية من أهم القضايا الشائعة في التنمية الاقتصادية والاجتماعية للمجتمع، خاصة في ظل التوجهات العالمية الراهنة نحو خصخصة الخدمات الصحية، وزيادة مساهمة القطاع الخاص التجاري في تقديم خدمات التأمين الصحي الشامل الحكومي وذلك للحد من الضغط الواقع

على القطاع الحكومي، وتحسين فرص الحصول على رعاية صحية جيدة، والنهوض بالتغطية الصحية الشاملة وتحقيق الأمن الصحي (Salawu et al., 2021).

وبناءً عليه يستعرض الباحث رؤيته المستقبلية فيما يتعلق بدور قطاع التأمين التجاري في منظومة التأمين الصحي الشامل الحكومي بجمهورية مصر العربية

٢- مشكلة البحث:

لا يزال نقص البيانات عن حجم الخدمات الصحية وتوزيعها وأنواعها، وأداء مقدمي الخدمات، والمنتفعين، والعملاء المستهدفين واحتياجاتهم التي تستلزم تطوير المنتجات، يمثل تحديًا كبيرًا أمام دخول قطاع التأمين التجاري في منظومة التأمين الصحي الشامل الحكومي؛ لأن البيانات الدقيقة والموثوق بها هي الشرط الأول لتخطيط مشاركة هذه المنظومة مع قطاع التأمين التجاري، واتخاذ القرارات التي تستند على هذه البيانات (Banzon et al., 2022).

وعلى الرغم من التركيز على دور قطاع التأمين التجاري في الرؤية الصحية في جمهورية مصر العربية، إلا أن "هذه الرؤى لن تستكمل بخطى تنفيذية تكتيكية لإشراك هذا القطاع في منظومة التأمين الصحي الشامل الحكومي وذلك بسبب محدودية الموارد، وضعف قدرات الحكومة على تصميم استراتيجيات وأطر عمل وخطط فعالة، كما لا توجد حتى الآن آلية واضحة لنقل المعارف بين القطاعين الحكومي والتجاري" (منظمة الصحة العالمية، ٢٠٢٢).

ومما سبق يمكن بلورة مشكلة البحث في تحديد ماهية التعاون بين القطاعين الحكومي والتجاري، وكيفية الشراكة بينها لتحقيق التغطية الصحية الشاملة

Universal Health Coverage (UHC).

٣- هدف البحث:

يسعى البحث إلى تحقيق الغايات التالية:

- ١/٣ تسليط الضوء حول الوضع الراهن لنظام التأمين الصحي الشامل في مصر.
- ٢/٣ التعرف على مفهوم التأمين الصحي الشامل الحكومي، وأهدافه، ومبادئه، وأهميته، والخدمات التي يشملها النظام، وهيئات إدارة النظام، ومصادر تمويله، ومراحل ومتطلبات تطبيقه، ومزاياه، وتحدياته، والدراسات السابقة في هذا المجال.
- ٣/٣ محاولة مساعدة منظومة التأمين الصحي الشامل الحكومي في مصر على تبني فكرة مشاركة قطاع التأمين التجاري لها، وذلك من واقع تجارب بعض الدول في هذا المجال والاستفادة منها.
- ٤/٣ إبراز دور قطاع التأمين التجاري في النهوض بمنظومة التأمين الصحي الشامل الحكومي.
- ٥/٣ وضع رؤية مستقبلية حول كيفية مشاركة قطاع التأمين التجاري في منظومة التأمين الصحي الشامل الحكومي في مصر.

٤ - أهمية البحث:

تتبع أهمية البحث من الآتي:

١/٤ أهمية نظام التأمين الصحي الشامل حيث يوفر التغطية الصحية الشاملة الجيدة لكافة أفراد المجتمع دون تحمل أي أعباء مالية عند دفع مقابل هذه الخدمات، ويساهم في زيادة فرص العمل المتاحة للمواطنين، وبناءً عليه يمكن تلخيص أهمية نظام التأمين الصحي الشامل بالنسبة لكل من:

١/١/٤ المنتفع: تزداد الأهمية النسبية لحاجة الفرد لخدمات التأمين الصحي خاصة في السنوات الراهنة التي تشهد ارتفاعاً ملحوظاً في تكلفة العلاج أو الأعباء المالية المترتبة على خطر المرض بوجه عام؛ وكذلك تنوع وزيادة الأمراض المعاصرة، وعدم قدرة الفرد على التنبؤ بالمرض وتكلفته، ومن ثم صعوبة إمكانية مواجهة تلك الأعباء المالية المترتبة عليه، يضاف لذلك أن حصوله على الخدمات الصحية من خلال نظام تأميني شامل له ولأفراد أسرته يُحقق له نوعاً من الاطمئنان الاجتماعي، ويولد لديه شعوراً بالانتماء والعطاء لجهة عمله ومجتمعته (Awoonor-Williams *et al.*, 2022).

٢/١/٤ جهة العمل: من الأمور المنطقية والمتعارف عليها أن العامل السليم الذي لا يعاني من المرض والذي يشعر بالاطمئنان تجاه عدم تحمله لنفقات علاجه ومن يعول يُولد لديه إحساس بالاستقرار والانتماء لجهة عمله، مما يكون له أثراً إيجابياً على إنتاجيته، بالإضافة للحد من الخسائر الناجمة عن انقطاع العمل بسبب المرض. كما أن شعوره بأن جهة عمله تُقدم له خدمات التأمين الصحي الشامل يُساهم في رضاه الوظيفي ويعزز ارتباطه بجهة عمله، ويؤدي إلى زيادة إنتاجيته، يضاف لذلك الأثر الإيجابي المرغوب في التقليل من الأضرار أو الخسائر الناجمة عن زيادة معدلات دوران العمالة والانقطاع الجزئي عن العمل بسبب المرض (Etiaba *et al.*, 2018).

٣/١/٤ المجتمع بوجه عام: يساهم نظام التأمين الصحي الشامل الفاعل في انخفاض معدلات الانقطاع عن العمل بسبب المرض، وزيادة إنتاجية الأفراد، مما يساهم في زيادة الناتج القومي والنمو الاقتصادي، يضاف لذلك أنه يساهم في التشجيع على الاستثمارات الصحية بما يؤثر إيجابياً في التنمية الاقتصادية والاجتماعية للمجتمع بوجه عام (Bayked *et al.*, 2023).

٢/٤ أهمية مشاركة قطاع التأمين التجاري لمنظومة التأمين الصحي الشامل الحكومي في تقديم خدمات الرعاية الصحية بأفضل جودة ممكنة، وتحقيق التغطية الصحية الشاملة.

٥- نظام التأمين الصحي الشامل الحكومي :

تعتبر التغطية الصحية الشاملة هدفاً رئيساً ضمن أهداف التنمية المستدامة على المستوى العالمي، وقد تبنت مصر هذا الهدف ضمن رؤية مصر للتنمية المستدامة ٢٠٣٠ بما يحقق حصول جميع المواطنين على الخدمات الصحية التي يحتاجون إليها بسهولة، على أن تكفل الدولة المواطنين غير القادرين على تحمل تكلفة هذه الخدمات (عبد الفتاح وآخرون، ٢٠٢٢).

وبناءً عليه تناول الباحث ما يلي:

١/٥ الوضع الراهن لنظام التأمين الصحي الشامل الحكومي في مصر:

تُعد مصر واحدة من الدول القليلة ذات الدخل المنخفض والمتوسط في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا التي أصدرت قانون رقم (٢) لسنة ٢٠١٨ خاص بنظام التأمين الصحي الشامل بهدف تحقيق التغطية الصحية الشاملة، ومنذ ذلك الحين أطلقت الحكومة المصرية العديد من مبادرات الصحة العامة بتكلفة إجمالية قدرها ١٤,٢ مليار جنيه مصري (حوالي ٩,٤ مليون دولار أمريكي) (Young & Post, 2023).

كما أكد الأستاذ الدكتور محمد معيط وزير المالية ورئيس الهيئة العامة للتأمين الصحي الشامل في الملتقى الإقليمي السابع للتأمين الطبي والرعاية الصحية، والذي أقيم بالقاهرة يناير ٢٠٢٢ على أنه تم تخصيص ١٧,١ مليار جنيه مصري دعمًا إضافيًا للقطاع الصحي في العام المالي ٢٠٢١/٢٠٢٠ نظرًا لجائحة كورونا، واستهدفت زيادات مستدامة في مخصصات قطاع الصحة بلغت حوالي ٢٧٥,٦ مليار جنيه خلال العام المالي ٢٠٢١/٢٠٢٢ بزيادة قدرها ١٧,١ مليار جنيه مقارنة بالعام المالي ٢٠٢٠/٢٠٢١، مع التركيز على تعزيز الاستثمارات في القطاع الصحي حيث بلغت تكلفة الاستثمارات الكلية في عام ٢٠٢١/٢٠٢٢ نحو ٦٤,٤ مليار جنيه. وقد تم تطوير ١٣٢ وحدة رعاية في ٩ محافظات ضمن مبادرة حياة كريمة، وإنشاء ٢٠ مركز لتجميع البلازما ضمن مبادرة المشروع القومي للاكتفاء الذاتي من مشتقات البلازما، وتنفيذ ٧ مستشفيات جامعية جديدة لتعزيز استكمال تطبيق منظومة التأمين الصحي الشامل في مصر التي تستهدف نقل المخاطر المالية للمرض من جيوب المواطنين إلى تلك المنظومة الجديدة لتخفيض معدلات الفقر، وقد شملت التغطية ٣ آلاف خدمة صحية، منها التدخل الجراحي، وعلاج الأورام، وزراعة الأعضاء ... وغيرها.

واستنادًا إلى أحدث البيانات بلغت نسبة الإنفاق من الجيب للأسر المصرية Out-of-Pocket (OOP) ٦٢,٦٪ من إجمالي الإنفاق الصحي في مصر في عام ٢٠١٨، وهذه النسبة كانت مرتفعة مقارنة بالدول الأخرى ذات الدخل المنخفض والمتوسط Low and Middle Income Countries (LMICs)، حيث بلغ متوسط الإنفاق من الجيب فيها ٣٣,٧٪ في نفس العام، بينما في عام ٢٠٢٠ انخفضت هذه النسبة قليلاً في مصر، حيث بلغت ٥٩,٣٪، أي أصبح هناك اتجاه تنازلي في نسبة الإنفاق من الجيب منذ صدور قانون التأمين الصحي الشامل (Ahmed et al., 2020; World Bank, 2023).

ووفقًا لتقديرات عام ٢٠٢٢ ألتحق حوالي ٢,٧ مليون نسمة من سكان بورسعيد والأقصر والإسماعيلية بالنظام الجديد، وتم التعاقد مع ١٦٢ منشأة صحية (عامّة وخاصة) لتقديم الخدمات الصحية، وحقق هذا النظام إيرادات بلغت ٧٢,٨ مليار جنيه، وفي المقابل كانت تكلفة الفرد الواحد في ظل التأمين الصحي الشامل من ١٣٠٠:٤٠٠٠ جنيه (Fasseeh et al., 2022).

وبناءً عليه بلغ مؤشر تغطية خدمات التغطية الصحية الشاملة بمصر ٦٩,٨٪، وهو أعلى قليلاً من المتوسط العالمي البالغ ٦٦٪ (World Health Organization, 2022).

٢/٥ مفهوم نظام التأمين الصحي الشامل الحكومي:

نظام التأمين الصحي الشامل الحكومي هو نظام إلزامي يقوم على التكافل الاجتماعي ويهدف إلى تغطية جميع المواطنين من الميلاد وحتى الوفاة، وتكون الأسرة هي وحدة التغطية التأمينية الرئيسية داخل النظام، ويطبق تدريجيًا في مناطق جغرافية محددة بحسب مراحل تطبيق النظام، ويتم تقديم خدماته في حالة المرض وإصابات العمل بكافة مستويات الرعاية الصحية على أسس عادلة بين المؤمن عليهم مع وجود آلية تسمح للمتفعين بالاختيار بين مقدمي 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، كما تتحمل الدولة أعباءه عن غير القادرين طبقًا لضوابط الإعفاء التي يصدر بتحديدتها قرار من رئيس مجلس الوزراء، ويقوم هذا النظام على أساس فصل التمويل عن تقديم الخدمة، ولا يجوز للهيئة العامة للتأمين الصحي الشامل تقديم خدمات علاجية أو الاشتراك في تقديمها (محمد، ٢٠١٩).

٣/٥ أهداف نظام التأمين الصحي الشامل (Nandi & Schneider, 2020):

- هناك العديد من الأهداف المترتبة على تطبيق نظام التأمين الصحي الشامل، ومنها ما يلي:
- بث الاطمئنان الاجتماعي لدى المتفعين من الخدمات الصحية التي يقدمها النظام.
- المساواة في إمكانية الحصول على الخدمات الصحية وتحقيق نوعًا من العدالة النسبية.
- إتاحة الخدمات الصحية ذات الجودة المناسبة لجميع أفراد المجتمع في جميع مراحل حياتهم.
- توفير خدمات الرعاية الصحية ومحاولة إزالة عائق التكلفة بين المريض والخدمة الصحية.
- توفير موارد مالية لتمويل نفقات الرعاية الصحية، خاصة في ظل التزايد الواضح في تكلفتها.
- تحسين جودة الخدمات الصحية بما فيها القائمين على تقديمها.
- الاتجاه للاستخدام الأمثل للموارد والأعمال الفنية التي تساهم في تقديم الخدمات الصحية.
- توفير خدمة صحية متكاملة بأقل تكلفة ممكنة.

٤/٥ مبادئ نظام التأمين الصحي الشامل في مصر: (غنام، ٢٠٢١)

١/٤/٥ التضامن والتشاركية بين شرائح المجتمع المختلفة والدولة.

٢/٤/٥ الفصل بين مقدم الخدمة، وجهة التمويل، وجهة الرقابة والاعتماد والجودة، لتحقيق نظام حوكمة رشيدة للمنظومة يتم فيها الفصل بين الوظائف المختلفة، وضمان المحاسبة والمساءلة حولها، وضمان الجودة والشمول من خلالها، وتدعيم الاستخدام الأمثل للموارد وحسن إدارتها واستدامتها؛ وذلك من خلال إنشاء ثلاث هيئات رئيصة تتولى إدارة المنظومة الجديدة، مع تبني آليات عديدة لقياس مستوى أداء الخدمة الصحية، ورضا المواطن عنها، وضمان جودتها، والهيئات الثلاث الجديدة التي أنشأها القانون هي: (نجيب، ٢٠١٩)

- الهيئة العامة للتأمين الصحي الشامل: هيئة تتولى إدارة وتمويل النظام وشراء الخدمات الصحية نيابة عن المواطنين المشتركين في النظام.

- الهيئة العامة للرعاية الصحية: هيئة لتقديم الرعاية والخدمات الصحية والإشراف على مقدمي الخدمة.

- الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية: هيئة للرقابة واعتماد ضمان جودة الخدمات المقدمة.

٣/٤/٥ إلزامية قانون التأمين الصحي الشامل الجديد، وتطبيقه على جميع المصريين من جميع الفئات داخل جمهورية مصر العربية، بالإضافة إلى أن الإلزامية ستمنع تخرج opt out الفئات الأغنى، وبالتالي ضمانة الاستدامة المالية للمنظمة.

٤/٤/٥ الاعتماد على الأسرة كوحدة للتغطية في النظام.

٥/٤/٥ ضمان الحصول على الخدمات الصحية بجودة عالية.

٦/٤/٥ اعتماد النظام الجديد على الرعاية الصحية الأولية (PHC) Primary Health Care، وطب الأسرة، كمدخل أساسي للنظام.

٧/٤/٥ تقديم خدمات الرعاية الصحية والعلاجية على جميع مستويات الخدمة الثلاثة.

وقد نصت اللائحة التنفيذية للقانون رقم (٢) لسنة ٢٠١٨، مادة (١) على أن الرعاية الصحية تتكون من ثلاثة مستويات، هي كالتالي:

المستوى الأول: هو خط الدفاع الأول ضد المرض، ويهتم بالجانب الوقائي والإحالة وتعزيز الصحة ومكافحة انتشار المرض في مرحلة ما قبل الإصابة به، وتتولى العيادات المجمعمة والمرافق الصحية تقديم خدمات الرعاية الصحية الأولية، وهي خدمة شاملة تهتم بصحة الفرد والمجتمع.

المستوى الثاني: ويشمل مرحلة تشخيص المرض وعلاجه، وتتولاه المستشفيات باختلاف مستوياتها.

المستوى الثالث: ويشمل مرحلة إعادة التأهيل للحالات الخاصة من المرض، وتتولاه مراكز الكلى التخصصية، ومراكز القلب، والمراكز ذات الطبيعة المماثلة.

٥/٥ أهمية نظام التأمين الصحي الشامل:

يكتسب نظام التأمين الصحي الشامل أهمية بالغة في تدعيم الرعاية الصحية وبنائها بناءً سليماً على مستوى المؤمن، والمؤمن له، والخدمات الطبية المقدمة في إطاره، وهو نموذج فعال في إزالة كثير من العقبات في سبيل إحداث توازن على مستوى الإنفاق وعلى مستوى الأفراد والحكومات، وهو النظام الإيجابي الذي لا بد أن تقتدي به الدول في سبيل بناء نظام صحي فعال لمواجهة الأخطار محتملة الوقوع، لكن بشرط تفعيله تفعيلاً إيجابياً وعلاج كل الثغرات الممكنة الحدوث في هذا النظام لتلافي الأزمات في سياسة الإنفاق الصحي وقت الأزمات الاقتصادية الحرجة التي تقع فيها الدول (Debie et al., 2022)؛ وتتجلى أهمية هذا النظام في الآتي:

(Doshmangir et al., 2021)

١/٥/٥ توفير كل ما يحتاجه أصحاب الوظائف والمهن من الرعاية الصحية في مجالات متنوعة؛ وذلك للتخفيف عنهم والتسهيل عليهم في الحصول على الرعاية الصحية في وقت قياسي، وهذا العمل له أثره الإيجابي على شعورهم بالرضا تجاه هذه الرعاية.

٢/٥/٥ تمكين الأفراد من أداء عملهم بدون قصور أو تعب.

٣/٥/٥ أصبح قياس تقدّم المجتمعات بمدى صحة أفرادها؛ لذلك توفر المجتمعات الرعاية الصحية لأبنائها، وتعمل على حمايتهم من الإصابة بالأمراض.

٤/٥/٥ يحقق العدالة والمساواة بين أفراد المجتمع المتوازن.

٦/٥ الخدمات التي يشملها نظام التأمين الصحي الشامل في مصر: (نجيب، ٢٠١٨)

١/٦/٥ يطبق القانون الجديد على الخدمات الصحية التأمينية الناتجة عن المرض وتلك الناتجة عن إصابات العمل وتشمل الخدمات الصحية التأمينية التي تقدم للمؤمن عليهم داخل جمهورية مصر العربية الخدمات العلاجية، أو التأهيلية، أو الفحوصات الطبية، أو المعملية، ويجوز بناء على عرض اللجان المختصة بها إضافة خدمات أخرى إلى الخدمات المشار إليها وذلك بمراعاة الحفاظ على التوازن المالي والاكتواري للنظام.

وتقدم هذه الخدمات من خلال:

١/١/٦/٥ طبيب الأسرة أو الممارس العام في جهات العلاج المحددة.

٢/١/٦/٥ الأطباء المتخصصون بما في ذلك ما يتعلق بطب وجراحة الفم والأسنان.

٣/١/٦/٥ الرعاية الطبية المنزلية عند الاقتضاء.

٤/١/٦/٥ العلاج والإقامة بالمستشفى أو المركز المتخصص وإجراء العمليات الجراحية وأنواع العلاج الأخرى.

٥/١/٦/٥ الفحص بالتصوير الطبي والفحوصات المعملية وغيرها من الفحوصات الطبية وما في حكمها.

٦/١/٦/٥ الخدمات التأهيلية والأجهزة التعويضية طبقاً للقوائم الأساسية التي تصدر عن اللجان المتخصصة بالهيئة.

٧/١/٦/٥ تحرير الوصفات الطبية وصرف الأدوية اللازمة للعلاج طبقاً للقوائم الأساسية والتكميلية التي تصدر عن اللجان المتخصصة بالهيئة، وكذلك عمل التقارير الطبية اللازمة.

٨/١/٦/٥ الكشف الطبي المبدئي لكل مرشح للعمل؛ للتحقق من لياقته الصحية والنفسية.

٩/١/٦/٥ العلاج بالخارج لمن يستحيل علاجه من خلال الخدمات المقدمة داخل جمهورية مصر العربية، وهذا بناءً على تقرير يصدر من لجنة مختصة بهذا الشأن، وتشكل بمعرفة الهيئة وتوضح اللائحة التنفيذية إجراءاتها وضوابطها.

٢/٦/٥ لا يطبق القانون الجديد على خدمات الصحة العامة، والخدمات الوقائية، والخدمات الإسعافية، وخدمات تنظيم الأسرة، والخدمات الصحية الخاصة بتغطية الكوارث بكافة أنواعها، والأوبئة، وما يماثلها من خدمات تلتزم بتقديمها سائر أجهزة الدولة مجاناً.

٧/٥ مصادر تمويل نظام التأمين الصحي الشامل في مصر:

١/٧/٥ مصادر تمويل الهيئة العامة للتأمين الصحي الشامل:

وفقاً للقانون رقم (٢) لسنة ٢٠١٨، مادة (٤٠) تتكون مصادر تمويل الهيئة العامة للتأمين الشامل مما يلي:

١/١/٧/٥ حصة المؤمن عليهم والمعاليين.

٢/١/٧/٥ حصة أصحاب الأعمال.

٣/١/٧/٥ المساهمات.

٤/١/٧/٥ عائد استثمار أموال الهيئة

٥/١/٧/٥ التزامات الخزانة العامة عن غير القادرين.

٦/١/٧/٥ مقابل الخدمات الأخرى التي تقدمها الهيئة.

٧/١/٧/٥ المنح الخارجية والداخلية والقروض التي تعقدها الحكومة لصالح الهيئة.

٨/١/٧/٥ الهبات والإعانات والتبرعات.

٩/١/٧/٥ مصادر أخرى: وهي المبالغ التي يتم تحصيلها لصالح تمويل النظام.

٢/٧/٥ مصادر تمويل الهيئة العامة للرعاية الصحية:

وفقاً للقانون رقم (٢) لسنة ٢٠١٨، مادة (٤٥) تتكون موارد هيئة الرعاية من المصادر الآتية:

١/٢/٧/٥ مقابل الخدمات الطبية التي تقدمها هيئة الرعاية وفقاً لقائمة أسعار الخدمات التي تقرها الهيئة.

٢/٢/٧/٥ أي إيرادات ومقابل أي خدمات طبية إضافية، أو أي خدمات غير طبية تقدمها هيئة الرعاية، وذلك وفقاً لما يقره مجلس إدارتها.

٣/٢/٧/٥ القروض التي تعقدها الدولة لصالح هيئة الرعاية.

٤/٢/٧/٥ الهبات والمنح والإعانات والتبرعات والوصايا التي يقبلها مجلس إدارة هيئة الرعاية وفقاً للقواعد المقررة في هذا الشأن.

٥/٢/٧/٥ عائد استثمار أموال هيئة الرعاية وفقاً للقواعد المقررة في هذا الشأن.

٦/٢/٧/٥ ما تخصصه الدولة أو أي جهة أخرى من أموال وأصول لدعم هيئة الرعاية.

٣/٧/٥ مصادر تمويل الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية:

وفقاً للقانون رقم (٢) لسنة ٢٠١٨، مادة (٤٦) تتكون موارد هيئة الاعتماد والرقابة الصحية من المصادر الآتية:

١/٣/٧/٥ مقابل الخدمات التي تقدمها هيئة الاعتماد والرقابة الصحية وفقاً لما يقره مجلس إدارتها.

٢/٣/٧/٥ القروض التي تعقدها الدولة لصالح هيئة الاعتماد والرقابة.

٣/٣/٧/٥ عائد استثمار أموال هيئة الاعتماد والرقابة.

٤/٣/٧/٥ ما تخصصه الدولة لهيئة الاعتماد والرقابة من أموال وأصول.

٥/٣/٧/٥ أي إيرادات أخرى يقرها مجلس إدارتها تتعلق بنشاط هيئة الاعتماد والرقابة.

٦/٣/٧/٥ المنح والهبات والتبرعات والإعانات والوصايا التي يقبلها مجلس الإدارة وفقاً للقواعد المقررة في هذا الشأن.

٨/٥ مراحل تطبيق نظام التأمين الصحي الشامل الحكومي في مصر:

بدأت الخطوات التنفيذية لمشروع التأمين الصحي الشامل من حيث إصدار قانون رقم (٢) لسنة ٢٠١٨ لتنظيم المنظومة التأمينية الصحية، وتبعته، لائحته التنفيذية رقم (٩٠٩) لسنة ٢٠١٨ مستهدفين العدالة الاجتماعية في الحصول على الخدمة الصحية بشكل لائق ومتطور، وتنفيذ نظام تأميني شامل وتكافلي، حيث تقوم الدولة بتحمل نفقات غير القادرين، والذين تم إدراجهم في ست فئات وفقاً لقانون التأمين الصحي الشامل ليحصلوا على خدمة طبية متميزة دون مقابل ودون الإشارة لهم بأنهم غير قادرين.

وقد ضمت الفئات غير القادرة تلك المستحقة للدعم النقدي من برنامج تكافل وكرامة والضمان الاجتماعي، بالإضافة إلى الأفراد العاطلين عن العمل وأسره، وضمت القائمة أيضاً ذوي الإعاقة العاجزين عن الكسب وليس لهم مصدر دخل، والأفراد أو الأسر القاطنين في مناطق جغرافية محددة، الأكثر تعرضاً للكوارث المختلفة، والأفراد الذين لا يكفي متوسط إجمالي دخلهم للوفاء باحتياجاتهم أو احتياجات الأسرة الأساسية. وتم تطبيق النظام تدريجياً على ست مراحل تصل إلى من ١٠ : ١٥ سنة لضمان جودة التنفيذ، وبالطبع فإن التدرج في التطبيق على عدة مراحل يعطي صانع القرار فرصة جيدة للتعلم من الأخطاء، ومن ثم تلافيها (زيدان، ٢٠٢١).

ووفقاً للجدول الذي أعلنته الهيئة العامة للرعاية الصحية، فإن مراحل تطبيق نظام التأمين الصحي الشامل في مصر هي على النحو التالي: (غنام، وعزب، ٢٠٢١)

- **المرحلة الأولى:** بدأ تنفيذ المشروع في محافظة بورسعيد بدعم جزئي قدره ٤٠٠ مليون دولار من البنك الدولي بعد رفع كفاءة المستشفيات ورفع البنية التحتية الصحية (Young & Post, 2023). كما توسعت خطة التأمين الشامل لتصل إلى عدد واسع من المحافظات المصرية المستهدفة في المرحلة الأولى وتشمل (الإسماعيلية - السويس - جنوب سيناء - شمال سيناء).

- المرحلة الثانية: وتشمل محافظات: البحر الأحمر، ومطروح، وقنا، والأقصر، وأسوان.
- المرحلة الثالثة: وتضم محافظات: الإسكندرية، والبحيرة، ودمياط، وسوهاج، وكفر الشيخ.
- المرحلة الرابعة: وتضم محافظات: بني سويف، وأسيوط، والمنيا، والوادي الجديد، والفيوم.
- المرحلة الخامسة: وتضم محافظات: الدقهلية، والشرقية، والغربية، والمنوفية.
- المرحلة السادسة: وتضم محافظات: القاهرة، والجيزة، والقليوبية.

٩/٥ متطلبات تطبيق نظام التأمين الصحي الشامل في مصر وفقاً لمحاور التأهيل:

تنص اللائحة التنفيذية لقانون التأمين الصحي الشامل وفقاً للمادة الخامسة على إعداد خطة تنفيذية زمنية بقرار من الوزير المختص بالصحة لشمول التطبيق جميع محافظات الجمهورية، بحد أقصى خمسة عشر عاماً وفقاً لمحاور التأهيل الآتية:

١/٩/٥ البنية التحتية: من حيث كفاءة الوحدات وضمان تناسبها مع كثافة العمل المطلوب منها، والحالة الإنشائية لها، ومدى مناسبتها لأداء الوظيفة المطلوبة منها سواء كانت طبية أو إدارية أو فنية وتكامل مكوناتها.

٢/٩/٥ التجهيزات: وتشمل المعدات والتجهيزات الطبية وغير الطبية من حيث الكفاءة والكفاية والحالة الفنية لها.

٣/٩/٥ نظام العمل: من خلال عمل أدلة لكافة الإجراءات ومخطط لسير جميع العمليات سواء مسار المريض أو المستندات أو غيرها من علاقات العمل اللازمة لمرونة وسهولة حصول المتعامل على الخدمة.

٤/٩/٥ القوى البشرية: وتشمل أعضاء المهن الطبية والفنيين والإداريين وغيرهم من القوى البشرية المطلوبة.

٥/٩/٥ الملاءمة المالية: من خلال بحث مدى توافر الموارد المالية المقررة وكفايتها لتغطية كل مرحلة وكل محافظة، وذلك من خلال حصر ودراسة الخصائص السكانية والديموجرافية لكل محافظة، ومتوسطات الدخول، ومعدلات المرض، ونسب غير القادرين، وغيرها من العناصر التي تؤثر على الاستدامة المالية للنظام.

١٠/٥ مزايا تطبيق نظام التأمين الصحي الشامل الحكومي في مصر: (زيدان، ٢٠٢١)

١/١٠/٥ توفير مظلة صحية آمنة لكافة المواطنين خاصة أن حوالي ٥٠٪ من المصريين لا يتمتعون بأية تغطية تأمينية.

٢/١٠/٥ تخفيف الأعباء المالية على المواطنين بشأن الإنفاق الصحي حيث تبين أن ما يقرب من ٦٠٪ من إجمالي الإنفاق على الرعاية الصحية والخدمات هو إنفاق ذاتي من دخل الأفراد، الأمر الذي انعكس على زيادة العبء المادي على الأسرة المصرية.

٣/١٠/٥ يُعد قفزة نوعية هائلة وطموح لإصلاح النظام الصحي كأداة تشريعية.

١١/٥ تحديات تطبيق نظام التأمين الصحي الشامل الحكومي في مصر:

بناءً على نتائج دراستين استطلاعتين قام بهما كل من ممثلي لجنة الرعاية الصحية والمركز المصري لبحوث الرأي العام "بصيرة"، بالتطبيق على محافظة بورسعيد لتقييم تجربة نظام التأمين الصحي الشامل الحكومي في مصر، وبناءً على مقابلة شخصية مع وكيل أول وزارة الصحة في الهيئة العامة للتأمين الصحي بأسسوط (سابقاً)، ومكالمة تليفونية مع نائب رئيس الهيئة العامة للتأمين الصحي الشامل ببورسعيد، تم التوصل إلى العديد من المعوقات والتحديات التي تواجه تطبيق النظام الجديد، وتتطلب ضرورة مشاركة قطاع التأمين التجاري في منظومة التأمين الصحي الشامل الحكومي، وفيما يلي نستعرض بعض منها:

١/١١/٥ ضعف كفاءة القوى البشرية بوزارة الصحة، حيث تحتاج إلى برامج تأهيل وتدريب مكثفة ومعقدة، لكي تتماشى مع النظام الجديد الذي يتطلب ميكنة المكاتب، وتسجيل بيانات جميع المواطنين، وعمل ملفات إلكترونية للمرضى، فضلاً عن توفير أجهزة كمبيوتر، ونظم معلوماتية لقواعد البيانات، والتدريب الجيد على استخدامها (الدمرداش، ٢٠١٩).

٢/١١/٥ عدم فهم الكوادر البشرية بشكل جيد لمبادئ التأمين والموافقات وتقديم المطالبات والتسويات، وعدم الكفاءة في إدارة النظام.

٣/١١/٥ وجود عجز كبير في القوى البشرية من الأطباء خاصة طبيب الأسرة الذي يعمل داخل الوحدة الصحية، ويعتبر بمثابة النواة وعصب المنظومة الجديدة، حيث يقوم بتحويل من تستدعي حالته الصحية من المرضى إلى الأخصائيين في المستشفيات بحيث لن يذهب المريض إلى أي مستشفى بدون جواب التحويل الصادر من طبيب الأسرة، مع وجود صعوبة وتعقيد في إجراءات التحويل، والانتظار لفترات طويلة للحصول على الخدمة، بالإضافة إلى سوء عملية التسجيل والفحص الأولي رغم وجود مناطق انتظار متعددة.

٤/١١/٥ ضرورة الاتصال بالخط الساخن للحصول على الخدمة والذي يكون دائماً مشغول، أو يترك المتصل لفترة زمنية طويلة تصل إلى أكثر من ساعة، مع إعطاء مواعيد للكشف دون التنسيق مع الوحدات الصحية، وهذا يقف عائقاً أمام حصول المريض على الخدمة في الوقت المناسب.

٥/١١/٥ يجب إعادة النظر في هيكل أجور الأطباء وزيادة الحوافز المالية حتى لا يفضلون السفر والعمل بالخارج، وهذا سوف يزيد من التحديات التمويلية للمنظومة الجديدة (علي، ٢٠٢٠).

٦/١١/٥ ضرورة رفع كفاءة المستشفيات واستيفائها معايير الجودة والاعتماد طبقاً للمؤشرات الدولية والعالمية، ورفع البنية التحتية الصحية بالقدر الكافي، وهذا يحتاج إلى تمويل ضخم (الدمرداش، ٢٠١٩).

٧/١١/٥ عدم وجود رؤية واضحة لأسس التسعير ونقص القدرة على الحصول على الأسعار الفعلية لخدمات الرعاية الصحية لاستخدامها في تحديد التعريفات العادلة لهذه الخدمات

ولتطبيق الاستخدام الفعال للموارد وضمان استدامة النظام الجديد (El-Agamy, 2022).

٨/١١/٥ رسوم ومساهمات المؤمن عليهم والمعالين طبقاً للقانون أحياناً تمثل عائقاً مالياً لفئات كثيرة من المجتمع والتي لم يذكر قانون التأمين الصحي الشامل آلية واضحة لضمهم تحت فئات غير القادرين على سبيل المثال العمالة غير المنتظمة أو الموسمية.

٩/١١/٥ وجود قطاع غير رسمي كبير صعب الوصول إليه.

١٠/١١/٥ وجود خدمات صحية غير متكاملة مثل خدمات الأسنان، حيث لا يوجد علاج لحشو العصب.

١١/١١/٥ لا يغطي التأمين الشامل زيارة الأطباء في عياداتهم الخاصة، حيث ارتفعت كشوفاتهم وخصوصاً بعد تطبيق النظام الجديد.

١٢/١١/٥ وجود خدمات صحية غير مغطاه بالنظام الشامل على سبيل المثال جراحات التجميل حتى ولو ناتجة عن حادث، وبعض التحاليل، والأدوية الخاصة بالغدة الدرقية.

٦- الدراسات السابقة:

١/٦ الدراسات العربية:

أكدت دراسة (محمد، وأسعد، ٢٠١٨) على أن نظام التأمين الصحي الشامل من أهم الأنظمة التي توصي بها منظمة الصحة العالمية لما لهذا النظام من أهمية كبيرة في توفير خدمات الرعاية الصحية لجميع المواطنين بشكل عادل بقدر الإمكان، وهدفت الدراسة إلى بيان واقع نظام التأمين الصحي الحكومي، ومعرفة سلبياته واقتراح نموذج للتأمين الصحي الشامل يمكن تطبيقه في الجمهورية العربية السورية يراعى الواقع الحالي. وتوصلت النتائج إلى عدم فعالية وعدالة نظام التأمين الصحي الحكومي الحالي، ووجود قبول ورضا جماهيري حول فكرة التأمين الصحي الشامل وأقساطه المقترحة، كما توصلت إلى أهمية نظام التأمين المقترح في حماية التمويل المناسب لقطاع الخدمات الصحية حيث من الممكن أن يشكل النموذج المقترح أساساً لاستراتيجية تنمية صحية مستقلة.

وهدفت دراسة (الدمرداش، ٢٠١٩) إلى تشخيص الوضع الصحي في مصر بصفة عامة، مع التركيز على كيفية تغطية تكاليف الرعاية الصحية ومحاولة تقديم بعض المقترحات التي يمكن أن تسهم في الوصول إلى التغطية الصحية الشاملة بناءً على تجارب الدول الأخرى التي حققت نجاحاً ملحوظاً بشأن توفير التغطية الصحية الشاملة لمواطنيها على سبيل المثال تجربة المملكة المتحدة، وتجربة ألمانيا التي حققت تغطية إلزامية بنسبة ٨٩٪، كما قدمت تقييماً للقانون للوقوف على مدى توافقه مع مقترحات الإصلاح المشتقة من تجارب الدول الأخرى، وتوصلت الدراسة إلى بعض التحديات التي تواجه تطبيق القانون، والتي قد تكون السبب في تأجيل تطبيقه، وقدمت بعض المقترحات لمواجهة هذه التحديات.

كما ألفت دراسة (عثمان ، ٢٠١٩) الضوء على الوضع الراهن للتأمين الصحي التعاوني بالمملكة العربية السعودية؛ وكذلك معوقات الرعاية الصحية في المملكة، وإبراز دور التأمين الصحي التعاوني الشامل في رؤية المملكة ٢٠٣٠، بالإضافة إلى تسليط الضوء على مزايا التأمين الصحي الشامل، وأهميته، وأهدافه. وتوصلت الدراسة إلى أن هناك مكاسب كثيرة سوف تنتج من تطبيق التأمين الصحي التعاوني الشامل في المملكة العربية السعودية على كل من السعوديين والمقيمين، أهمها:

- ارتفاع مستوى الرعاية الصحية نتيجة التنافس الشديد بين شركات التأمين الطبي؛ في استقطاب أكبر عدد ممكن من المستفيدين.
- زيادة إنتاجية الفرد؛ ومن ثم زيادة معدل النمو الاقتصادي في كل المشروعات داخل المملكة.
- الحد من استنزاف العملات الأجنبية، في حالة انخفاض نفقات العلاج الباهظة، التي كان يدفعها بعض المستفيدين للعلاج في الخارج، وعدم سفرهم وتلقي العلاج داخل المملكة، وذلك بعد أن يجدوا الرعاية الصحية في أعلى مستوى.

وتناولت دراسة (علي، ٢٠٢٠) تحديات ومتطلبات نظام التأمين الصحي الجديد الذي بدأ تطبيقه عام ٢٠١٩ لتطوير القطاع الصحي في مصر، وهدفت إلى البحث كحالة للكشف عن أسباب ضعف كيان التأمين الصحي الحالي، ومبررات إصدار قانون لتخفيف العبء العلاجي على المؤمن عليهم، وتوفير العلاج للشرائح الضعيفة. وتوصلت الدراسة إلى أن نظام التأمين الصحي الجديد يعمل وفق خطط مدروسة مسبقاً وغالبية المرضى يرغبون في تطبيق أسس الجودة للوصول إلى الرضا عن الخدمات المقدمة، كما توصلت إلى أن النظام لم يطبق بطريقة سليمة لوجود تشوهات يرغب الجميع في تصحيحها، وأوضحت الدراسة وجود أجهزة طبية حديثة تستخدم في العلاج وكشفت عن الدور الفعال للنظام الجديد في علاج المرضى دون تحميلهم أي أعباء مادية من خلال تحويلهم إلى مستشفيات متخصصة، والقيام بتحمل تكاليف العلاج.

كما هدفت دراسة (أمين، ٢٠٢٠) إلى توضيح الأهمية المتزايدة للتأمين الصحي التعاوني الشامل في ظل التحولات الاقتصادية المعاصرة بالتطبيق على المملكة العربية السعودية. 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 التعاوني الشامل من أهم المحاور الرئيسة لرؤية المملكة ٢٠٣٠، ويساهم في زيادة فرص العمل المتاحة للمواطنين، كما أظهرت النتائج تزايد معدلات مطالبات التأمين الصحي بمعدلات أعلى من معدلات تزايد المطالبات بسوق التأمين السعودي ككل.

وأكدت دراسة (عبد الفتاح، وآخرون، ٢٠٢٢) على أن التحدي الأكبر الذي يواجه قطاع التأمين الصحي الشامل هو تقديم الخدمة الصحية للمرضى بجودة عالية، وتكلفة منخفضة، والحفاظ على استمرار تقديم الخدمة الصحية في المستقبل بنفس المستوى من الجودة أو زيادتها وبأقل تكلفة ممكنة، وهذا يتطلب تطوير نظم التكاليف التقليدية القائمة والتي تمثل عائقاً أمام تحسين جودة الخدمة الصحية وخفض التكلفة. ويتمثل الهدف الرئيس لهذه الدراسة في تحليل دور مدخل تكلفة مسار تدفق القيمة لتلافي أوجه القصور في نظم التكاليف التقليدية المطبقة في قطاع التأمين الصحي، ودعم نظم

إدارة الجودة الشاملة، وزيادة كفاءته وفعاليته. وتوصلت الدراسة إلى أن الاعتماد على مدخل تكلفة مسار تدفق القيمة يدعم نظام إدارة الجودة الشاملة، حيث أنه يساعد في تحقيق دقة القياس التكاليفي لتحسين عملية اتخاذ القرارات، والتحسين المستمر لجودة أداء الخدمة الصحية، وزيادة جودة الخدمات الصحية.

وأخيرًا هدفت دراسة (محمد، ٢٠٢٢) إلى إلقاء الضوء على أهمية الشراكة بين القطاعين العام والخاص على مستوى البنية التحتية والاقتصاد ككل، ودورها في القطاع الصحي لتحقيق التغطية الصحية الشاملة؛ وكذلك دور القطاع الصحي الخاص في تحقيق التغطية الشاملة بالجزائر. وتوصلت الدراسة إلى أن الشراكة بين القطاعين يجب أن تحددها القوانين والتنظيمات التي تتماشى مع أهداف كل قطاع، كما أن الشراكة في القطاع الصحي تلعب دورًا مهمًا في تقديم الخدمات الصحية، بالإضافة إلى أن القطاع الصحي الجزائري شهد عدة تطورات فيما يتعلق بهذه الشراكة. كما توصلت الدراسة إلى أن القطاع الصحي الخاص في الجزائر ساهم بشكل ملموس في تحقيق التغطية الصحية الشاملة ولكن توجد عدة تحديات فيما يخص الشراكة بين القطاعين في المجال الصحي في الجزائر يجب العمل على تجاوزها.

٢/٦ الدراسات الأجنبية:

هدفت دراسة (Umeh, 2018) إلى مراجعة التحديات التي تواجه التغطية الصحية الشاملة في غانا، وكينيا، ونيجيريا، وتنزانيا، واقترحت تغييرات في البرامج أو السياسات التي قد تعزز التغطية الصحية الشاملة. وتوصلت الدراسة إلى بعض التحديات التي تواجه التغطية الصحية الشاملة في هذه البلدان ومنها: (١) أن عدد كبير من السكان يعيشون في فقر مدقع وغير قادرين على دفع الأقساط، (٢) وجود قطاع غير رسمي كبير بدون تأمين، (٣) ارتفاع معدل التسرب من نظام التأمين، (٤) انخفاض نسبة المدفوعات، (٥) لا يوجد إعفاء للفقراء المدقعين وتوجد صعوبة في تحديدهم، (٦) عدم الكفاءة في إدارة نظام التأمين، (٧) عدم وجود تأييد من أصحاب المصلحة الأساسيين، (٨) عدم ملائمة البنية التحتية الصحية وتدني مستوى الرعاية الصحية.

وأشارت دراسة (Kumar, 2019) إلى إعادة تصور التغطية الصحية الشاملة بسيريلانكا وتعزيز الرعاية الصحية الأولية، وتوفير حزمة الخدمات الأساسية وذلك من خلال التحول من نظام الرعاية الصحية المجاني الممول والمقدم من قبل القطاع العام إلى نظام رعاية مشتركة مختلط بين القطاعين العام والخاص. وتوصلت الدراسة إلى أن الشراكة بين القطاعين العام والخاص لم تحقق المكاسب المتوقعة في حقوق الملكية والكفاءة ولا تعالج العجز الحالي في الرعاية الصحية العامة، وأن توسع دور القطاع الخاص في تقديم الرعاية الصحية سوف يؤدي إلى استهلاك أموال عامة بشكل كبير، وتوجيه الموارد النادرة بعيدًا عن القطاع العام الضعيف باستمرار. كما توصلت إلى أن الشراكة بين القطاعين العام والخاص كاستراتيجية لتنمية قطاع الصحة أكثر فاعلية في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل.

كما أشارت دراسة (Mao et al., 2020) إلى التقدم الذي أحرزته الصين وفيتنام نحو التغطية الصحية الشاملة من خلال الإصلاحات التي قامت بها الحكومة في مجال التأمين الصحي. وهدفت الدراسة إلى قياس الأبعاد الثلاثة لمنظمة الصحة العالمية للتغطية الصحية الشاملة، وهي التغطية السكانية، وتغطية الخدمات الصحية الأساسية، والتغطية المالية. وتوصلت الدراسة إلى قيام الصين بزيادة التغطية السكانية وذلك من خلال الالتزام السياسي والدعم المالي الحكومي المكثف لتوسيع التغطية وشمولها جميع السكان، وقامت فيتنام بتوسيع نطاق التغطية السكانية تدريجيًا، من

خلال إعطاء الأولوية للفقراء ومن هم بالقرب من خط الفقر بطريقة تدريجية. كما قامت الصين بزيادة حزم خدمات التأمين المتباينة عبر المناطق الجغرافية، حيث تم تحديد تغطية خدمات محدودة في المناطق الأقل نمواً، وركزت فيتنام على توفير حزم خدمات عالمية وشاملة لجميع المتحقيين بالنظام، كما توصلت إلى أن الالتزام السياسي والموارد المالية المستدامة والقدرات الإدارية من العوامل الدافعة القوية لتحقيق التغطية الصحية الشاملة وذلك من خلال إعادة هيكلة منظومة التأمين الصحي وتقديم الخدمات الصحية الأساسية لكل المستفيدين، وتقديم الإعانات الحكومية لغير القادرين لكي تساعد على تحقيق الصحة للجميع.

وهدفت دراسة (Baek *et al.*, 2021) إلى إلقاء الضوء على مجموعتين من السكان في كوريا، المجموعة الأولى التي لديها التأمين الصحي الوطني فقط، والمجموعة الثانية التي لديها التأمين الصحي الوطني والتأمين الخاص الإضافي. وتوصلت الدراسة إلى أن معدلات الوفاة في المجموعة التي لديها تأمين صحي وطني مع تأمين صحي إضافي خاص أقل من معدلات الوفاة في المجموعة التي لديها تأمين صحي وطني فقط. كما توصلت الدراسة الاستقصائية إلى أن هناك تباينات واختلافات صحية داخل التأمين الصحي الوطني في إطار التغطية الصحية الشاملة.

كما أكدت دراسة (Derakhshani *et al.*, 2021) على تسليط الضوء على العوامل المؤثرة على تحقيق التغطية الصحية الشاملة، وهذا ساعد على إجراء تحليل شامل للنظام الصحي، وتحديد نقاط القوة، ونقاط الضعف ومحاولة علاجها، وتصميم الإجراءات الجديدة والمخططة في هذا الاتجاه لتسريع تحقيق هذه التغطية. وتوصلت الدراسة إلى أن هناك ١٠٥ عامل من العوامل المؤثرة على التغطية الشاملة تم تصنيفهم تحت ٧ أبعاد، وهم: (١٩ عامل تحت بُعد التمويل، ٧ عوامل تحت بُعد نظام الدفع، ٢٣ عامل تحت بُعد المنظمة، ٣٣ تحت بُعد التنظيم والإشراف، و ١١ تحت بُعد السلوك، و ١٢ تحت ... أخرى). وتوصلت أيضاً إلى أن غالبية العوامل المحددة مرتبطة ببعد التنظيم والإشراف، بينما كان بُعد نظام الدفع يتضمن أقل العوامل. وأخيراً توصلت إلى أن الالتزام السياسي أثناء الاضطرابات السياسية، والاهتمام الشديد بالعلاج، ونظام التقاعد، والدفع نقدًا، والحماية من التكاليف الباهظة، والنمو الاقتصادي، وتحديد أولويات الخدمات والنظام الصحي، تعتبر كلها عوامل مؤثرة في تحقيق التغطية الصحية الشاملة.

وقدمت دراسة (Kanti *et al.*, 2022) لمحة عن مساهمة المرافق الصحية التي تدعمها الشراكة بين القطاعين العام والخاص في تحقيق التغطية الصحية الشاملة (UHC) في تنزانيا وتحديدًا في منطقة كليمنجارو. وتوصلت الدراسة إلى أن درجة مؤشر المتوسط غير المرجح لتوافر الخدمة قد بلغت ٤٦,٥٩٪ في المرافق الصحية المدعومة بنظام الشراكة بين القطاعين العام والخاص، في مقابل ٢٩,١٤٪ في المرافق الصحية غير المدعومة بنظام الشراكة، بينما حققت المرافق الصحية المدعومة بنظام الشراكة ٨٧٪ وفقًا لدرجة مؤشر جاهزية الخدمات العامة في مقابل المرافق الصحية غير المدعومة بالنظام التي حققت ٨٢٪، وهذا يعني أنه من خلال دعم الشراكة بين القطاعين العام والخاص، يمكن تسريع التقدم نحو تحقيق التغطية الصحية الشاملة. كما توصلت إلى عدم وجود ارتباط معنوي بين الوصول إلى الخدمات في المرافق الصحية الحكومية المدعومة من الشراكة بين القطاعين العام والخاص من خلال جودة تقديم الخدمة المدركة والقدرة على تحمل تكاليف الخدمة.

وأخيرًا استعرضت دراسة (Gharace et al., 2023) تجربة تطبيق الشراكة بين القطاعين العام والخاص (PPP) لتوفير الرعاية الصحية الأولية (PHC) في مقاطعة أنريجان الشرقية بايران، وهدفت الدراسة إلى التحرك نحو التغطية الصحية الشاملة (UHC) باستخدام جميع الموارد المتعلقة بالصحة، كما أكدت على أن إحدى الاستراتيجيات الرئيسية لتحقيق التغطية الصحية الشاملة هي الشراكة بين القطاعين العام والخاص. وتوصلت الدراسة إلى أن أهم نقطة من نقاط القوة في هذه الاستراتيجية هي تحسين الوصول إلى الخدمات لاسيما في المناطق المهمشة، بينما تمثلت نقطة الضعف الرئيسية في عدم توفير البنية التحتية قبل تنفيذ الخطة. كما توصلت إلى أهم التحديات التي واجهت هذه الاستراتيجية وهي عدم الاستدامة المالية، والسياسية، والتنظيمية؛ وكذلك ضعف التعاون من قبل المنظمات الأخرى. وتوصلت الدراسة أيضًا إلى أن الشراكة بين القطاعين العام والخاص في الرعاية الصحية الأولية في أنريجان هي استراتيجية فعالة لتوفير العوامل الاجتماعية وتنفيذ الممارسات الأسرية وتعزيز النظام الصحي وتحقيق التغطية الصحية الشاملة.

٣/٦ التعليق على الدراسات السابقة:

١/٣/٦ تناولت الدراسات العربية والأجنبية مفهوم نظام التأمين الصحي الشامل، وأهميته، ومزاياه، ومبادئه، ومتطلباته، وتحدياته، والعوامل المؤثرة عليه، وقدمت بعض المقترحات والإصلاحات للوصول إلى التغطية الصحية الشاملة، كما ألفت الضوء على أهمية مشاركة القطاع الخاص مع القطاع العام في تقديم خدمات الرعاية الصحية وتحقيق التغطية الشاملة.

٢/٣/٦ لم تتناول الدراسات السابقة كيفية دخول قطاع التأمين التجاري مع القطاع الصحي الحكومي لتحقيق التغطية الصحية الشاملة، الأمر الذي يدل على وجود فجوة بحثية في هذا المجال، ويُعد أمرًا جديدًا يضيف جانب من المعرفة إلى المكتبة العربية عمومًا والمصرية على وجه الخصوص.

وبناءً على ما سبق فإن الدراسة الحالية سوف تقوم بتحديد كيفية دخول قطاع التأمين التجاري المتمثل في شركات التأمين الطبي المتخصصة مع منظومة التأمين الصحي الشامل الحكومي لمشاركتها في تقديم الخدمة الصحية التأمينية وتحقيق التغطية الصحية الشاملة في مصر.

٧- تجارب بعض الدول في التغطية الصحية الشاملة والاستفادة منها في جمهورية مصر العربية:

توجد العديد من التجارب العالمية الناجحة في الشراكة بين القطاعين العام والخاص لتحقيق التغطية الصحية الشاملة، والاستفادة منها في جمهورية مصر العربية، ومنها ما يلي:

١/٧ تجربة دول منظمة التعاون الاقتصادي: تمتلك غالبية دول منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية وثائق تأمين صحي خاص (PHI) تكمل وتزيد عن الخدمات التي تغطيها البرامج العامة. كما توفر بعض البلدان، مثل أيرلندا، والمملكة المتحدة، وأسبانيا تأمين صحي خاص كبديل للتغطية العامة (تأمين مزدوج)، بينما في فرنسا يوجد التأمين الصحي الخاص كمكمل ويزيد عن عمليات السداد من قبل نظام الضمان الاجتماعي. وفي كندا يلعب (PHI) دورًا إضافيًا فقط ويُحظر عمومًا تغطية خدمات المستشفيات والأطباء المدرجة بالفعل في النظام العام (Young & Post, 2023).

٢/٧ تجربة أستراليا: يوجد في أستراليا برنامج تأمين صحي عام شامل (Medicare) مُدار حكوميًا ويتم تمويله من خلال الإيرادات الضريبية العامة والرسوم الحكومية، ويوفر هذا البرنامج الرعاية مجانًا في المستشفى وتغطية كبيرة لخدمات الطبيب والأدوية للمواطنين الأستراليين والمقيمين، كما تشتري الأسر الأسترالية ذات الدخل المرتفع تأمينًا تكميليًا خاصًا لدفع تكاليف الرعاية في المستشفيات الخاصة وخدمات طب الأسنان وغيرها من الخدمات، وتمنح الحكومة الفيدرالية خصمًا على هذه الأقساط وتفرض أيضًا عقوبة ضريبية على تلك الأسر التي لا تشتري تأمينًا خاصًا (Tikkanen et al., 2020).

٣/٧ تجربة هولندا: بدأ تنفيذ قانون التأمين الصحي الجديد (التأمين الصحي الاجتماعي) في الأول من يناير عام ٢٠٠٦، حيث يقدم هذا القانون نظامًا تأمينيًا صحيًا إجباريًا لجميع السكان تقوم على تنفيذه وإدارته شركات تأمين خاصة غير هادفة للربح، وباختصار يقدم هذا القانون رعاية صحية للمؤمن عليهم تخضع لاختبارات الكفاءة، ومعايير الجودة، والحاجة لآليات التمويل الجماعي، التي تختلف باختلاف نوع الرعاية العلاجية (قصيرة أم طويلة الأجل، أساسية أم فندقية)، كما تقدم شركات التأمين الهادفة للربح تأمينًا خاصًا اختياريًا إضافيًا على سبيل المثال رعاية الأسنان (Kroneman et al., 2016).

٤/٧ تجربة ليبيريا: قامت وزارة الصحة في ليبيريا بتطوير وإطلاق أول استراتيجية لمشاركة القطاع الخاص في تقديم رعاية صحية أساسية عالية الجودة. وللإستراتيجية أربعة أهداف يتم تنفيذها بشكل مشترك من قبل أصحاب المصلحة من القطاعين العام والخاص، وهي: (١) توسيع الوصول إلى الخدمات الصحية واختيارها، (٢) تحسين جودة الرعاية المقدمة من قبل القطاع الخاص، (٣) تعزيز الحماية المالية، (٤) إنشاء بيئة مواتية لمشاركة القطاع الخاص (Young & Post, 2023).

٥/٧ تجربة ألمانيا: يغطي التأمين الصحي الإلزامي في ألمانيا ما يقرب من ٨٦٪ من السكان، ويوفر تغطية للمرضى الداخليين، ومرضى العيادات الخارجية والصحة النفسية، وتغطية للأدوية التي تحتاج لتركيبات، ويتم التعامل معه من قبل شركات التأمين غير الحكومية المعروفة باسم صناديق المرض، وهي غير هادفة للربح، والحكومة ليس لها أي دور في التقديم المباشر للرعاية الصحية، ويتم تمويله من خلال مساهمات الأجر العامة (١٤,٦٪) ومساهمة تكميلية مخصصة (١٪ من الأجر في المتوسط)، يتقاسمها كل من أصحاب الأعمال والعمال، وتطبق المدفوعات المشتركة على خدمات المرضى الداخليين والأدوية، كما يتيح للألمان الذين يكسبون أكثر من ٦٨٠٠٠ دولار الانسحاب منه واختيار التأمين الخاص بدلاً من التأمين الصحي الإلزامي. وتتم تغطية خدمات الرعاية طويلة الأجل بشكل منفصل بموجب تأمين الرعاية طويلة الأجل الإلزامي في ألمانيا، وتعالج المستشفيات والأطباء جميع المرضى بغض النظر عن نوع التأمين الذي لديهم (Mossialos et al., 2016).

٦/٧ تجربة اليابان: يغطي التأمين الصحي النظامي Statuary Health Insurance System (SHIS) في اليابان ٩٨,٣٪ من السكان، بينما يغطي برنامج المساعدات الاجتماعية العامة المقدم للفقراء النسبة المتبقية وهي ١,٧٪. يتكون نظام (SHIS) من نوعين من التأمين الإلزامي، هما:

١- الخطط القائمة على العمالة وتغطي حوالي ٥٩٪ من السكان.

٢- خطط التأمين على أساس الإقامة والتي تشمل خطط التأمين الصحي للمواطنين غير العاملين الذين تبلغ أعمارهم ٧٤ عامًا أو أقل (٢٧٪ من السكان)، والتأمين الصحي لخطط المسنين والتي تغطي تلقائيًا جميع البالغين ٧٥ عامًا فأكثر (١٢,٣٪) من السكان.

ويتم تقديم خدمات الرعاية الصحية من خلال المراكز والمستشفيات الصحية التابعة للدولة، وهو ما يعرف بالأسلوب المباشر على أسس الكفاية والعدالة، بهدف شمولها للمنتفعين أيًا كان موقعهم الجغرافي، بأفضل كفاءة ممكنة مع وجود نوعًا من التكامل بين خدمات الرعاية الصحية، من خلال التكامل بين المستشفيات (عامة، خاصة، جامعي)، والعيادات العامة، والمستوصفات، والعيادات المتخصصة؛ بهدف تقديم أفضل رعاية صحية، كما يمتلك أكثر من ٧٠٪ من سكان اليابان تأمينًا صحيًا خاصًا اختياريًا تكميليًا وإضافيًا بجانب التأمين الصحي العام، ومنه فإن اليابان تطبق ما يُعرف بنظام التأمين الصحي الشامل في تقديم خدمات الرعاية الصحية لجميع أفراد المجتمع (Tikkanen et al., 2020).

٧/٧ تجربة الإمارات: أصدرت حكومة دبي القانون رقم (٢٢) لعام ٢٠١٥ لإنشاء إطار تنظيمي للشراكات بين القطاعين العام والخاص Public-Private Partnerships (PPPs)، ويهدف هذا القانون إلى زيادة مشاركة القطاع الخاص مع القطاع العام في مشاريع التنمية والاستثمار في مختلف المجالات، وهو مثال على كيفية استخدام الشراكة بين القطاعين العام والخاص لتوفير تغطية تأمينية للمجتمعات المهمشة التي غالبًا ما يتم استبعادها من النماذج التقليدية (Young & Post, 2023).

٨/٧ تجربة سنغافورة: حققت سنغافورة تغطية صحية شاملة من خلال نظام تمويل مختلط متعدد الطبقات ويعرف هذا النظام باسم (3Ms) ويشمل البرامج التالية:

- MediShield Life: وهو تأمين رعاية صحية أساسي شامل، وإلزامي للمواطنين والمقيمين الدائمين، ويوفر حماية مدى الحياة ضد فواتير المستشفى الكبيرة، واختيار علاجات العيادات الخارجية المكلفة، ولا يغطي التأمين الأمراض الكارثية.
- MediSave: وهو برنامج ادخار طبي وطني، يساعد في تغطية المدفوعات من الجيب (OOP) ويتكون من مساهمات الأجر الشخصي وصاحب العمل (٨٪، ١٠,٥٪ اعتمادًا على العمر)، وهو إلزامي على جميع المواطنين العاملين والمقيمين الدائمين، ومعفي من الضرائب والفائدة (من ٤٪ إلى ٥٪) لدفع نفقات الرعاية الصحية لأفراد الأسرة.
- MediFund: وهو شبكة الأمان الحكومية للسنغافوريين المحتاجين الذين لا يستطيعون تغطية نفقاتهم الشخصية حتى مع نظام MediSave.

- كما تقدم شركات التأمين الخاص الهادفة للربح للمواطنين تغطيات تكميلية وإضافية (Tikkanen et al., 2020).

٩/٧ تجربة الهند: هناك العديد من خطط التأمين الصحي العام في الهند، حيث يوجد مخطط حماية الصحة الوطني، الذي يوفر حماية للأفراد ذوي الدخل المنخفض، ويغطي خدمات الرعاية الصحية ذات المستوى الثاني والثالث، ورعاية المرضى الداخليين، والرعاية ما بعد المستشفى، ويتم تمويل النظام من الضرائب التي على الدخل، ومن خلال الحكومة المركزية وحكومة الولايات، وهناك نظام التأمين الحكومي للموظفين، ويشمل موظفي الخدمة المدنية، وموظفي الدفاع والسكك الحديدية، وموظفي القطاع العام، وكبار السن في الدولة، ويوفر هذا النظام تغطية ضد العجز والوفاة وإصابات العمل، ويساهم في تمويله الموظفين وأصحاب الأعمال بنسبة ٧٥٪، ٣,٢٥٪ على التوالي، وتساهم الحكومة بالنسبة المتبقية، كما يوجد مخطط التأمين الصحي على المزارعين، وهو من أنجح المخططات في الهند، وهو نظام حكومي يدار من خلال شركة التأمين على الحياة، ويوفر تغطية ضد الوفاة والعجز من سن ١٨ سنة : ٥٩ سنة، ويقدم حماية من المخاطر المالية المترتبة على ١٦٠٠ جراحة من خلال ٩٠ مستشفى، كما يتيح العلاج مجاناً في العيادات الخارجية، بالإضافة إلى أية خدمات تشخيصية تنتج عن إجراء جراحة يتم تخفيض ٥٠٪ من التكاليف، ويوجد أيضاً تأمين صحي خاص، حيث أن هناك ٣٦٪ من الأفراد المؤمن عليهم بخطط تأمين صحي عام لديهم تأمين خاص يغطي دخول المستشفى فقط ويسمح القانون للأفراد غير المؤهلين لخطط التأمين الصحي العام بشراء تأمين خاص واعتمدت شركات التأمين الصحي في ريف الهند على ضرورة توفير حزمة أصغر من المنتجات المبتكرة بالتزامن مع الاحتياجات في الريف ومستوى الوعي فيه مع تصميم نظام كفاء لتقديم الخدمات (Tikkanen et al., 2020)

٩/٧ الدروس المستفادة من تجارب البلدان السابقة:

وصلت البلدان إلى التغطية الصحية الشاملة باستخدام مسارات مختلفة وأنظمة صحية شديدة التنوع، ومع ذلك أظهر المسار نحو التغطية الصحية الشاملة بعض سمات النجاح الشائعة، وتشمل هذه:

١/٩/٧ تعديل خطط التأمين الصحي وفقاً للظروف المحلية لكل بلد.

٢/٩/٧ الاعتماد على المعرفة الموجودة في التعامل مع أنظمة التأمين المختلفة وتقوية الهياكل القائمة.

٣/٩/٧ بناء الثقة بين القطاعين العام والخاص من خلال التواصل والحوار والشراكات المستمرة.

٤/٩/٧ تحديد المجالات التي يمكن للقطاع الخاص أن يساهم فيها في ظل نظام التغطية الصحية الشاملة وإدراك أن تحقيق التغطية الشاملة يستغرق وقتاً طويلاً.

٥/٩/٧ التوازن بين الترويج لصناعة جديدة مع السياسات الداعمة مع ضمان التنظيم الواسع وحماية المستهلك.

٨- دور قطاع التأمين التجاري في النهوض بمنظومة التأمين الصحي الشامل الحكومي:

قد تكون شركات التأمين الطبي في وضع أفضل من الحكومة لتقديم خدمات تأمينية معينة، وقادرة على المساهمة في التمويل الصحي، ومن ناحية أخرى هناك حاجة ملحة لدعم مسؤولية الحكومة عن حاجة مواطنيها؛ لذلك تعتبر شركات التأمين الطبي المتخصصة شريكاً أصيلاً في منظومة التأمين الصحي الشامل الحكومي، نظراً لخبراتها الكبيرة، وتطور بنيتها التكنولوجية والمعلوماتية، وتنوع شبكاتها الطبية، وضمان الكفاءة المستدامة، بالإضافة إلى أنها لها صوت قوي في تسعير الخدمات الطبية، وجعل أسعار التعاقد جاذبه ومحفزة (أبو المجد، ٢٠٢٢)، كما أن الشراكة بين القطاعين العام والخاص تحت مظلة التأمين الصحي الشامل توفر فرص واعدة للاستثمارات الطبية الخاصة على نحو يسهم في إصلاح القطاع الصحي بمصر، والحد من معدلات الفقر.

وقد أكد الأستاذ الدكتور محمد معيط وزير المالية ورئيس الهيئة العامة للتأمين الصحي الشامل في الملتقى الإقليمي السابع للتأمين الطبي والرعاية الصحية تحت عنوان "التأمين الطبي: الشراكة بين القطاعين العام والخاص" والذي أقيم بالقاهرة يناير ٢٠٢٢ على أن التعديلات المرتقبة للقانون الجديد سوف تتضمن آلية تنظيم عمل شركات التأمين الطبي المتخصصة وشركات الرعاية الصحية سواء من خلال تقديم بعض الخدمات المكمل للخدمات الصحية التي تقدمها الدولة أو المشاركة في إدارة المنظومة. كما أكد سيادته أيضاً في المؤتمر تحت عنوان: (تفعيل دور القطاع الخاص في تطوير برنامج التغطية الصحية الشاملة بمصر)، والذي انعقد بالقاهرة في مايو ٢٠٢٣ على أن اشتراك القطاع الطبي الخاص مع الحكومة في وضع تسعيرة عادلة يضمن جودة الخدمة المقدمة، ويهيئ مناخ محفز يجذب المزيد من الاستثمارات الطبية الخاصة، ويضمن إحداث التوازن بين القطاعين.

بناءً على ما سبق يستعرض الباحث العديد من مزايا مشاركة قطاع التأمين التجاري في منظومة التأمين الصحي الشامل الحكومي وذلك لإظهار نقاط القوة في المشاركة بين القطاعين التجاري والحكومي لتحقيق التغطية الصحية الشاملة، ومنها ما يلي (أبو المجد، ٢٠٢٢)، (Young & Post, 2023):

١/٨ تستطيع شركات التأمين الطبي وشركات الرعاية الصحية إدخال التكنولوجيا الحديثة في إعداد السجلات الطبية الإلكترونية ونظم المطالبات الإلكترونية في المنظومة الجديدة نظراً لكفاءة القوى البشرية المؤهلة والمدربة في هذا المجال.

٢/٨ تعمل شركات التأمين الطبي الخاص ضمن المنظومة الجديدة على تعزيز اختيار المرضى لمقدمي الخدمات، والخدمات الطبية، والمشاركة في التكاليف، وتعزيز وصول المرضى إلى الخدمة الطبية في الوقت المناسب، وتقليل فترات الانتظار بما يؤدي إلى تحسين النتائج الصحية، وهذا يعتمد على معايير ممارسات شركات التأمين فضلاً عن استراتيجياتها.

٣/٨ يمكن لشركات التأمين الطبي الخاص تعزيز تقديم خدمة طبية تأمينية عالية الجودة إذا استخدمت أدوات للتأثير على تقديم الخدمة الطبية، مثل التعاقد الانتقائي على أساس مؤشرات الجودة، وهذا يرجع إلى التنافس الشديد بين شركات التأمين في استقطاب أكبر عدد ممكن من المنتفعين وذلك عند دخولها في المنظومة الجديدة.

٤/٨ تتميز شركات التأمين الطبي المتخصصة بخبرتها الكبيرة وبنيتها التكنولوجية والمعلوماتية المتطورة وشبكاتنا الطبية المتنوعة والتي هي على أعلى مستوى؛ لذلك تعتبر شريكاً أصيلاً في المنظومة الجديدة.

٥/٨ تصمم شركات التأمين الطبي الخاص عند دخولها في المنظومة الجديدة أفساط التأمين وفقاً للاحتياجات الفردية من خلال مستويات مختلفة من تقاسم التكاليف والمزايا التي تغطيها الوثائق المختلفة.

٦/٨ تستطيع شركات التأمين الطبي وضع تسعيرة عادلة للخدمات الطبية المقدمة وجعل أسعار التعاقد جاذبة ومحفزة نظراً لخبراتها الكبيرة في هذا المجال مما يضمن جودة الخدمة المقدمة في المنظومة الجديدة.

٧/٨ تستطيع شركات التأمين الطبي الخاص أن توفر العديد من الخدمات المكملة ضمن منظومة التأمين الصحي الشامل الحكومي، على سبيل المثال رفع درجة الإقامة بالمستشفى، وسداد فروق أسعار المساهمات التي يتحملها المريض، وعمليات الاسترداد النقدي، والتقليل من قوائم الانتظار، والسماح بالعلاج خارج الشبكة الطبية المتعاقدة مقابل أن تتحمل شركة التأمين الطبي نسبة ١٠٪ عند إجراء العميل فحوصات وأشعة وتحاليل وعلاج لدى مقدمي خدمات غير متعاقدين مع المنظومة الجديدة؛ وذلك نظير سداد اشتراك لدى شركة التأمين الخاص، والسماح أيضاً بالعلاج خارج البلاد.

٨/٨ دخول شركات التأمين الطبي المتخصصة في المنظومة الجديدة يلغي أو يخفض من التحملات الخاصة بالمؤمن عليهم سواء من حيث دفع جزء من الكشف لكل طبيب، أو على إجمالي قيمة الدواء؛ وذلك لما لها من خبرة كبيرة في هذا المجال.

٩/٨ توفر شركات التأمين الطبي الخاص للمنتفعين خياراً إضافياً فيما يتعلق بتمويل رعايتهم الطبية حيث تستطيع شركات التأمين تقديم مجموعة من التغطيات المتنوعة والمستثناه من تغطيات المنظومة الجديدة مع مزايا مختلفة مما يرفع من درجة رضا المواطن عن المنظومة.

١٠/٨ تستطيع شركات التأمين الطبي الخاص تقديم تأمين مزدوج حيث تسمح الهيئة للمواطن أن يكون مؤمناً عليه صحياً إلزامياً لديها، وفي الوقت نفسه يمكنه الاشتراك في التأمين الطبي الخاص.

٩- رؤية مستقبلية حول كيفية مشاركة قطاع التأمين التجاري في منظومة التأمين الصحي الشامل الحكومي في مصر:

تتكون الرؤية المستقبلية من ثلاث مراحل مقترحة يمكن أن تستخدم دليلاً لواضعي السياسات ومتخذي القرارات بهذا الشأن، وهي كالتالي:

١/٩ المرحلة التحضيرية: وتتمثل في:

١/١/٩ إدراك أهمية مشاركة قطاع التأمين التجاري لتوسيع نطاق تغطية الخدمات الطبية في سياق التغطية الصحية الشاملة، والاستعداد لمواجهة التحديات المحتملة.

٢/١/٩ تعزيز المشاركة بين قطاع التأمين التجاري والهيئة العامة للتأمين الصحي الشامل الحكومي، وهذه المشاركة تتجاوز تنظيم القطاع التجاري، وتتطلب نهجاً شاملاً يلزم اتباع الآتي:

١/٢/١/٩ وضع إطار عمل يأخذ في الحسبان الأهداف المراد تحقيقها، والاستراتيجيات التي يتعين اعتمادها، وأدوار ومسئوليات كل من المنظومة الجديدة وقطاع التأمين التجاري، ومسئوليات الشركاء في التنمية.

٢/٢/١/٩ تحديد القواعد ووضع أطر سياسية وقانونية وتنظيمية وفق الهياكل المناسبة للمشاركة.

٣/١/٩ تحديد المجالات التي يمكن لقطاع التأمين التجاري أن يساهم فيها، وتحديد الفجوات التي يمكن أن يسدها.

٤/١/٩ التوجيه الدقيق والتقييم التعاوني الأولي بين شركات التأمين التجاري والهيئة العامة للتأمين الصحي الشامل.

٥/١/٩ تحديد شركات التأمين التجاري المناسبة للمشاركة.

٢/٩ **مرحلة التنفيذ:** تتكون من طرق إشراك شركات التأمين الطبي المتخصصة في منظومة التأمين الصحي الشامل، حيث يتم وضع خيارات استراتيجية لمشاركة شركات التأمين الطبي في منظومة التأمين الصحي الشامل ووضع تقسيمات متفق عليها في العمل وذلك للاستفادة من نقاط القوة الجماعية لهذين القطاعين المختلفين، ولتبادل الخبرات والمعلومات، والمساءلة المتبادلة، ووضع القرار المشترك، وتحقيق الأهداف المشتركة.

وبناءً عليه يتم تصنيف الأنظمة التي يمكن أن تتبعها شركات التأمين الطبي المتخصصة كأحدى آليات التمويل في منظومة التأمين الصحي الشامل الحكومي إلى أربعة أنظمة، وهي كالتالي:

١/٢/٩ **التأمين الطبي الخاص المزدوج (Duplicate Private Medical Insurance):**

ذو التمويل الخاص الموازي، ويقدم هذا النوع من التأمين مجموعة معينة من التغطيات، بحيث يكون المواطن مؤمناً عليه تأميناً صحياً إلزامياً من قبل الهيئة، وفي الوقت نفسه يمكنه اختيارياً الاشتراك في وثائق التأمين الطبي الخاص لدى شركات التأمين الطبي المتخصصة، ثم تحدث تسوية مالية بين شركات التأمين ومنظومة التأمين الصحي الشامل الحكومي.

٢/٢/٩ **التأمين الطبي الخاص التكميلي (Complementary PMI):** ذو الدفع المشترك،

ويقدم هذا النوع من التأمين مجموعة من الخدمات التي يتم توفيرها في نظام ممول من الهيئة، ويتم تمويل الجزء المتبقي من المدفوعات من خلال التأمين الطبي التكميلي وسد الفجوة، وفي هذه الحالة يقوم العميل بدفع اشتراك لشركة التأمين الطبي بما يزيد عن قيمة اشتراكه في نظام التأمين الشامل الحكومي في مقابل أن تغطي شركة التأمين العميل بالكامل وتقوم باسترداد تعويضات الجزء المغطى بالتأمين الصحي الشامل من الهيئة وبذلك تعتبر الهيئة كمعيد تأمين

لشركة التأمين، أي أن الدفع المشترك للتأمين الصحي العام يمثل جزءًا كبيرًا من الإنفاق الطبي الخاص على سبيل المثال رعاية الأسنان التي تدفع الدولة جزء منها بسبب مصاريفها المرتفعة.

٣/٢/٩ التأمين الطبي الخاص الأولي (Primary PMI): ذو التمويل الخاص القائم على المجموعات، وهي مجموعات سكانية معينة غير مؤهلة لتغطيات التأمين الصحي الشامل الحكومي على سبيل المثال الطبقات المهمشة من المجتمع والعمالة غير المنتظمة أو الموسمية حيث لا يوجد حتى الآن آلية صريحة لضم هذه الفئات في نظام التأمين الصحي الشامل وذلك لعدم خضوعهم لأي نظام تأميني، وفي هذه الحالة يمكن الاعتماد على التأمين الطبي الخاص الأولي وذلك من خلال مدى إمكانية تطبيق بعض مبادئ التأمين متناهي الصغر في شركات التأمين الطبي المتخصصة، والذي استفادت منه الكثير من الدول النامية على سبيل المثال الهند.

٤/٢/٩ التأمين الطبي الخاص الإضافي (Supplementary PMI): ذو التمويل الخاص القطاعي حيث يتم تقديم بعض الخدمات الطبية فقط من خلال أنظمة ممولة من قبل قطاع التأمين الطبي الخاص، ولكنها مستثناه من تغطية الهيئة على سبيل المثال العمليات التجميلية حتى ولو كانت ناتجة عن حادث.

٣/٩ مرحلة التقييم:

١/٣/٩ المتابعة والتقييم؛ لتحقيق المساواة والتعلم المستمر من أجل التحسين المستمر لعملية التخطيط واتخاذ إجراءات تصحيحية في الوقت المناسب حسب الحاجة.

٢/٣/٩ الرقابة على تنفيذ ما تم تخطيطه، بالإضافة إلى التأكد من حصول كافة المشتركين على حقوقهم بشكل عادل وبما يحقق المساواة والشفافية، وتصحيح الانحراف عما هو مخطط بشكل سريع.

٣/٣/٩ جمع البيانات المستمر وتبادلها لتحسين تقديم الخدمة الطبية التأمينية.

٤/٣/٩ تحليل السياسات والتنظيمات.

٥/٣/٩ ضمان تنفيذ الآليات التنظيمية للنظم الطبية التأمينية بفاعلية في شركات التأمين الطبي الخاص.

٦/٣/٩ تقييم النتائج وتحديد ما إذا كان هناك تحديات من جراء هذه المشاركة، ومحاولة مواجهتها إن وجدت.

١٠- نتائج البحث:

توصلت الدراسة إلى بعض التحديات المحتملة التي تواجه مشاركة قطاع التأمين التجاري في منظومة التأمين الصحي الشامل الحكومي وذلك لإظهار نقاط الضعف في المشاركة بين القطاعين التجاري والحكومي، وهي كالتالي:

١/١٠ عدم كفاية الإطار التنظيمي لإدماج قطاع التأمين التجاري بشكل فعال في هيكل منظومة التأمين الصحي الشامل.

٢/١٠ عدم وجود آلية لتنظيم عمل شركات التأمين الطبي المتخصصة في المنظومة الجديدة.

٣/١٠ عدم وجود استراتيجية قائمة على الأدلة حول دور ومساهمة قطاع التأمين التجاري في تحقيق التغطية الصحية الشاملة.

- ٤/١٠ حوافز محدودة للاستثمار، ومبادرات مشاركة شركات التأمين الطبي المتخصصة للمنظومة الصحية الشاملة لم يتم تفعيلها حتى الآن.
- ٥/١٠ تعتبر المشكلات المتعلقة بتسعير وهوامش أسعار الخدمات العلاجية مثبطة لشركات التأمين الطبي الخاص لتكون جزءاً من النظام الجديد، حيث أنه في حالة رغبة المؤمن عليه الحصول على خدمة طبية من إحدى شركات التأمين الطبي المتعاقدة مع النظام، فإن عدم وجود قائمة أسعار محددة ومتعارف عليها تمنع حدوث التسويات المالية بين شركة التأمين الطبي والهيئة العامة للتأمين الصحي الشامل بطريقة سليمة، مع عدم قدرة الشركة على استرداد القيمة المناسبة للخدمة المقدمة.
- ٦/١٠ أتمتة غير مكتملة لنظام المعلومات الصحية بما في ذلك الفواتير والمطالبات وعمليات الترميز والتدقيق نتيجة غياب دور المفوتر والمبرمج الطبي في المنظومة الجديدة لتتبع تكاليف الرعاية الطبية، ومساءلة مقدمي الخدمة، والتأكد من صحة المطالبات ومعالجتها، وضمان الدفع المناسب، وهذا يعتبر معوق أمام مشاركة شركات التأمين الطبي في المنظومة الجديدة.
- ٧/١٠ لا يوجد بروتوكول واضح لإدارة برامج التأمين الصحي ولا لإدارة المطالبات المالية بالنسبة لكل من الهيئة العامة للتأمين الصحي الشامل الحكومي، وشركات التأمين الطبي المتخصصة، وشركات الرعاية الصحية، وهذا يقف عائق أمام دخول شركات التأمين في المنظومة الجديدة.
- ٨/١٠ عدم وجود قواعد بيانات دقيقة عن المواطنين، وعدم وعي المواطنين بالدور الذي يلعبه قطاع التأمين التجاري في منظومة التأمين الصحي الشامل، مما يعرقل من عمل شركات التأمين الطبي بالمنظومة الجديدة.
- ٩/١٠ عدم كفاية المعلومات عن الخدمات العلاجية ومقدمي الخدمة والمنتفعين من الأسباب الرئيسية التي لا تزال شركات التأمين لا تفعل شيئاً يذكر في هذا المجال.
- ١٠/١٠ القانون لا يتيح فرصة للأفراد وأصحاب الأعمال للاشتراك في برامج تأمين إضافية لدى شركات التأمين الطبي مقابل الإعفاء من جزء من اشتراك التأمين الصحي الشامل كتشجيع لمشاركة قطاع التأمين التجاري في منظومة التأمين الصحي الشامل الحكومي لتحقيق التغطية الصحية الشاملة.
- ١١/١٠ لا توجد خطة واضحة لضم شركات التأمين الطبي المتخصصة في منظومة التأمين الصحي الشامل، وليس من المؤكد أن يحدث ذلك مستقبلاً.
- ١١- توصيات الباحث:**
- تتلخص توصيات الباحث في وضع الحلول ومحاولة معالجة نقاط الضعف في المشاركة بين القطاعين التجاري والحكومي لتحقيق التغطية الصحية الشاملة، وهي كالتالي:
- ١/١١ ضرورة وضع إطار تنظيمي كاف يسمح بإدماج قطاع التأمين التجاري بشكل فعال مع هيكل المنظومة الجديدة.
- ٢/١١ ضرورة وجود آلية لتنظيم عمل شركات التأمين الطبي في المنظومة الجديدة.

- ٣/١١ ضرورة التأكيد على الأدوار الإضافية والتكميلية التي تقوم بها شركات التأمين الطبي الخاص، وحزم المزايا الخاصة بكل منها لمطابقة النظام الجديد.
- ٤/١١ السماح لشركات التأمين الطبي بتقديم تغطية تأمينية للمواطنين عن طريق نظام القوائم الطبية حيث تقوم هيئة التأمين الصحي الشامل بتسديد قيمتها لشركات التأمين الطبي طبقاً لاختيار المواطن لشركة التأمين التي يرغب في التعامل معها، وبموجب هذه القسيمة الطبية يتمتع المواطن بحزمة من المنافع والمزايا الطبية التي تقدمها شركة التأمين الطبي في صورة وثيقة تأمين طبي له ولعائلته، وبهذه الطريقة سيوفر النظام الجديد الخدمات التأمينية والطبية بالجودة المناسبة، وتحسين معايير تقديم الخدمة، وتعزيز فرص التميز وجودة الأداء بين شركات التأمين المختلفة بما يرفع من مستوى المنافسة، ويدفع المواطنين لاختيار الشركات التي تقدم خدمة تأمينية أفضل، كما يتيح هذا النظام للمواطن طبقاً لرغبته شراء منافع تأمينية إضافية وتكميلية من شركة التأمين الطبي نظير اشتراك إضافي يقوم بسداده للشركة.
- ٥/١١ يجب على هيئة التأمين الصحي الشامل التعاقد مع شركات التأمين الطبي المتخصصة كحامل للخطر لتغطية قطاعات أو محافظات معينة أو فئات معينة من المجتمع.
- ٦/١١ تفعيل مبادرات المشاركة بين شركات التأمين الطبي المتخصصة والمنظومة الجديدة لتحقيق التغطية الصحية الشاملة.
- ٧/١١ الاستعانة بشركات التأمين الطبي في وضع أسس واضحة لتسعير الخدمات الطبية واتباع الطرق العلمية في التسعير، وفي عملية تقدير الخطر لما لها من خبرة كبيرة في هذا المجال.
- ٨/١١ قيام الهيئة بعمل عقود ولائحة أسعار موحدة مع مقدمي الخدمة بنظام Package وتسمح لشركات التأمين بالتعاقد مع مقدمي الخدمة بنفس الأسعار.
- ٩/١١ يجب أن تسمح الهيئة لشركات التأمين الطبي، وشركات الرعاية الصحية، بإدارة المطالبات آلياً في المنظومة الجديدة للمساعدة في تحسين كفاءة وجودة الرعاية الطبية من خلال برنامج الفواتير الطبية والذي يعمم تطبيقه على جميع مرافق الرعاية الصحية في منظومة Universal Health Insurance System (UHIS)، لمنع الاحتيال وردعه واكتشافه ومراجعة أداء مقدمي الخدمة.
- ١٠/١١ السماح لشركات التأمين الطبي بتقديم خدمات إدارة برامج الرعاية الصحية نيابة عن الهيئة لما لها من خبرة كبيرة في هذا المجال تتمثل في الكوادر الفنية والمالية وذلك من خلال توفير نظم التسجيل وإدارة المطالبات والتسويات المالية التي ما بين الهيئة من جهة، ومقدمي الخدمات الطبية وشركات التأمين من جهة أخرى، وهذا من شأنه يخفف عن كاهل الهيئة عبء التعامل مع الآلاف من أصحاب الأعمال ومقدمي الخدمات الطبية، فضلاً عن ملايين المستفيدين واختزال كل هذا في التعامل مع عدد محدد من شركات التأمين.
- ١١/١١ قيام الدولة بمنح شركات التأمين نظام حاسب آلي موحد لإدخال بيانات العملاء (إصدار وتعويضات) يسمح بالمراجعة الفنية والمالية آلياً مع الهيئة والشبكة الطبية ولكن بأسعار تعاقد الهيئة مع الشبكة وذلك مقابل مصروفات إدارية يتم الاتفاق عليها.
- ١٢/١١ رفع مستوى التعاون بين شركات التأمين الطبي، وشركات الرعاية الصحية، والهيئة العامة للتأمين الصحي الشامل لتقديم خدمة متكاملة للمنتفعين لتشمل عملية إدارة ومراجعة المطالبات، وخدمة العملاء، ومراكز الاتصالات، وإصدار الموافقات.

- ١٣/١١ ضرورة تضافر كافة أطراف منظومة التأمين الصحي المتمثلة في هيئة التأمين الصحي الشامل، وشركات التأمين الطبي، وشركات الرعاية الصحية، ومقدمي الخدمة من أجل الارتقاء بمستوى الخدمة المقدمة للمواطنين.
- ١٤/١١ قيام الدولة بعمل قواعد بيانات دقيقة عن المواطنين، مع زيادة وعي المواطنين بالدور الذي يلعبه قطاع التأمين التجاري في منظومة التأمين الصحي الشامل الحكومي.
- ١٥/١١ ضرورة توافر بيانات دقيقة حول الخدمات الطبية، ومقدمي الخدمات، والمنفذين، والعملاء المستهدفين واحتياجاتهم التي تستلزم تطوير المنتجات، واتباع طرق علمية في التسعير وفي عملية تقدير الخطر ووضع أسعار عادلة، مع تشجيع قنوات التوزيع الإلكترونية للوصول بفاعلية إلى العملاء.
- ١٦/١١ يجب إعفاء الأشخاص وأصحاب الأعمال من دفع أجر الاشتراك في حالة التحاقهم ببرامج التأمين الطبي الخاص وذلك لتخفيف العبء المالي عليهم، وتقليل المخاطر من ناحية، ولتشجيع هذه التغطيات من ناحية أخرى، على أن تساهم شركات التأمين الطبي في تمويل المشروع بنسبة ١٪ من صافي رسوم الأقساط (مقترح الاتحاد المصري للتأمين).
- ١٧/١١ ضرورة وضع خطة واضحة لضم شركات التأمين الطبي المتخصصة في منظومة التأمين الصحي الشامل، والعمل على تنفيذها.
- ١٨/١١ دراسة إمكانية تطبيق بعض مبادئ التأمين متناهي الصغر في شركات التأمين الطبي في مصر والذي استفادت منه الكثير من الدول النامية مثل الهند، وكينيا، ونيجيريا ... وغيرها، وذلك لتغطية المجموعات السكانية غير المؤهلة لتغطيات المنظومة الجديدة والطبقات المهمشة من المجتمع.
- ١٩/١١ ضرورة رفع مستوى الجاهزية لدى أطراف الصناعة من شركات التأمين الطبي، وشركات الرعاية الصحية، ومقدمي الخدمات الطبية، ووسطاء التأمين، والهيئة العامة للتأمين الصحي الشامل على نحو يسمح بالبدء الفوري في تفعيل متطلبات التحول الرقمي.
- ٢٠/١١ ضرورة قيام شركات التأمين الطبي وشركات الرعاية الصحية بوضع نظام إلكتروني لتقديم الخدمة الطبية للمواطنين بشكل متطور، وربط بيانات المنتفع من الخدمة لدى جميع الجهات الفاعلة بالنظام، والسماح لها بعمل شبكة طبية مصغرة مكونة من مجموعة من أطباء الأسرة للكشف عن بعد (Online)، وهذا سوف يسهل تحويل المواطنين إلى الأخصائيين أو إلى أقرب المستشفيات بشكل إلكتروني، ويسهل من تقديم الخدمة، ويسرع الحصول عليها، ويقلل من قوائم الانتظار.
- ٢١/١١ ضرورة توحيد نظام الحاسب الآلي على شركات التأمين الطبي وإلزامها بوجود نظام (online system) حتى تتمكن الهيئة من متابعة شركات التأمين والتأكد من التزامها بتأدية الخدمة الطبية التأمينية للمواطن بالشكل المطلوب؛ وكذلك يخول للهيئة حق الإطلاع على كافة التقارير والبيانات بشكل مباشر من خلال هذا النظام دون تدخل أو اعتراض من شركة التأمين.

قائمة المراجع

أولاً - المراجع العربية:

- أبو المجد، إيهاب. (٢٠٢٢). التأمين الطبي: الشراكة بين القطاعين العام والخاص، دور شركات الرعاية الصحية والهيئة العامة للتأمين الصحي الشامل. الملتقى الإقليمي السابع للتأمين الطبي والرعاية الصحية، القاهرة، ٣٠-٣١ يناير.
- 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 بور سعيد، ٢١ (٣) ٢٢٩-٢٦١.
- الدمرداش، هاني محمد علي. (٢٠١٩). نحو تغطية صحية شاملة في مصر: دراسة مقارنة. *مجلة التجارة والتمويل*، كلية التجارة، جامعة طنطا، (١)، ٦٦-١٠٠.
- زيدان، رنا. (٢٠٢١). سياسات تطوير المنظومة الصحية في الجمهورية الجديدة. *مجلة الديمقراطية*، مؤسسة الأهرام، ٢١ (٨٣)، ٥١-٥٣.
- عبدالفتاح، وليد محمد، وعبدالدايم، صفاء محمد، والجارحي، هناء عبده. (٢٠٢٢). دراسة تحليلية لاستخدام مدخل تكلفة مسار تدفق القيمة في دعم نظام الجودة الشاملة في قطاع التأمين الصحي. *المجلة العلمية للدراسات التجارية والبيئية*، كلية التجارة بالإسماعيلية، جامعة قناة السويس، ١٣ (٣)، ٦٢٨-٦٥٤.
- عثمان، محمد عبدالمولى. (٢٠١٩). التأمين الصحي التعاوني الشامل ودوره في رؤية المملكة ٢٠٣٠. *مجلة مكاشفات*، مركز البحوث والتواصل المعرفي، ١ (٤)، ٢-٣٠.
- علي، شريف السيد محمد. (٢٠٢٠). تحديات تطبيق نظام التأمين الصحي الشامل ومتطلبات تطويره في مصر: دراسة تطبيقية في مدينة بور سعيد. *مجلة كلية الآداب والعلوم الإنسانية*، كلية الآداب والعلوم الإنسانية، جامعة قناة السويس، (٣٥)، ٢٩٠-٣٧٢.
- غنام، علاء. (٢٠٢١). نظام التأمين الصحي الشامل وبناء الإنسان المصري. آفاق استراتيجية، مركز المعلومات ودعم اتخاذ القرار التابع لمجلس الوزراء المصري، (٣)، ١-٥.
- غنام، علاء، وعزب، أحمد. (٢٠٢١). التأمين الصحي الشامل: نظرة مقارنة. *مجلة الديمقراطية*، مؤسسة الأهرام، ٢١ (٨١)، ٥٥-٥٨.
- محمد، أسامة، وأسعد، باسل. (٢٠١٨). التأمين الصحي الإلزامي الشامل خيار استراتيجي في عملية التنمية الصحية المستقبلية: دراسة تحليلية في محافظة اللاذقية. *مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية* - سلسلة الآداب والعلوم الإنسانية، جامعة تشرين، ٤٠ (٤)، ٣٦٣-٣٨٠.
- محمد، خيرى. (٢٠٢٢). أهمية الشراكة بين القطاعين العام والخاص في تحقيق التغطية الصحية الشاملة في الجزائر. *مجلة الاقتصاد*، ١٣ (٢)، ٥٣٦-٥٥٦.

محمد، عيد سعيد. (٢٠١٩). قانون التأمين الصحي الشامل الصادر بالقانون رقم ٢ لسنة ٢٠١٨ وأثر المساهمة التكافلية المقررة بموجبه على المجتمع الضريبي. *إدارة الأعمال*، جمعية إدارة الأعمال العربية، (١٦٥)، ٤٨-٤٩.

نجيب، سامي. (٢٠١٨). تطورات تأمينية جوهريّة مع بداية ٢٠١٨: بدء سريان التأمين الصحي الشامل، ٤١٧٠ جنيه الحد الأقصى للأجر التأميني، ٥٠٠ جنيه معاش شهري للمشغلات بالمنزل. *إدارة الأعمال*، جمعية إدارة الأعمال العربية، (١٦٠)، ٥٤-٥٥.

نجيب، سامي. (٢٠١٩). ثلاث هيئات للتطبيق التدريجي لنظام التأمين الصحي الشامل. *إدارة الأعمال*، جمعية إدارة الأعمال العربية، (١٦٧)، ٧٢-٧٣.

جمهورية مصر العربية، قانون رقم ٢ لسنة ٢٠١٨ بشأن إصدار قانون نظام التأمين الصحي الشامل، الجريدة الرسمية، العدد ٢ تابع (ب) بتاريخ ٢٠١٨/١/١١.

اللائحة التنفيذية للتأمين 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 ٢٠١٨/٥/٨.

تقرير منظمة الصحة العالمية. (٢٠٢٢). تقرير مرحلي عن المشاركة مع القطاع الخاص للنهوض بالتغطية الصحية الشاملة. اللجنة الإقليمية لشرق المتوسط، الدورة التاسعة والستون.

هيئة التأمين الصحي الشامل، وجامعة نورث إيسترن الأمريكية، وجلوب ميد. (٢٠٢٣). تفعيل دور القطاع الخاص في تطوير برنامج التغطية الصحية الشاملة. مؤتمر بالقاهرة، في ١٧ مايو.

ثانياً – المراجع الأجنبية:

Ahmed, Y., Ramadan, R. and Sakr, M. (2020). Equity of health-care financing: a progressively analysis for Egypt. *Journal of Humanities and Applied Social Science*.

Awoonor-Williams, J., Apanga, S., Bawah, A., Phillips J. and Kachur, P. (2022). Using Health Systems and Policy Research to Achieve Universal Health Coverage in Ghana. *Global Health: Science and Practice*, 10, 1-16.

Baek, E., Oh, J. and Kwon, E. (2021). The Effect of Additional Private Health Insurance on Mortality in the Context of Universal Public Health Insurance. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18, 1-10.

Banzon, E. (2022). Health Insurance for Advancing Universal Health Coverage. Disentangling its Complexities, In Siddiqi, S., Mataria, A., Rouleau, R. and Iqbal M. (Eds.), Making Helth

-
- Systems Work in Law and Middle Income Countries, Textbook for Public Health Practitioners, Cambridge, Cambridge University, 261–276.
- Bayked, E., Toleha, H., Kebede, S., Workneh, B. and Kahissay, S. (2023). The Impact of community–Based Health Insurance on Universal Health Coverage in Ethiopia: A Systematic Review and Meta–Analysis. *Global Health Action*, 16, 1-17.
- Debie, A., Khatri R. and Assefa, Y. (2022). Successes and Challenges of Health Systems Governance Towards Universal Health Coverage and Global Health Security: A Narrative Review and Synthesis of the Literature. *Health Research Policy and Systems*, 20-50.
- Derakhshani, N., Maleki, M., Poursaghari H. and Azami-Aghdash, S. (2021). The Influential Factors for Achieving Universal Health Coverage in Iran: A Multimethod study. *BMC Health Services Research*, 21-724.
- Doshmangir, L., Bazyar, M., Rashidian M. and Gordeev, V. (2021). Iran Health Insurance System in Transition: Equity Concerns and Steps to Achieve Universal Health Coverage. *International Journal for Equity in Health*, 20-37.
- El-Agamy, A., Ismail, H., Hassan, H., Gouda, R. and El-Sayed, S. (2022). Redesigning Price Setting under the Universal Health Insurance in Egypt. AUC knowledge Fountain.
- Etiaba, E., Onwujekwe, O., Honda, A., Ibe, O., Uzochukwu, B. and Hanson, K. (2018). Strategic Purchasing for Universal Health Coverage: Examining the Purchaser–Provider Relationship within a Social Health Insurance Scheme in Nigeria. *BMJ Global Health*, 1-9.
- Fasseeh, A., El-Ezbawy, B., Adly, W., El-Shahawy, R., George, M., Abaza, S., El-Shalakani, A. and Kalo, Z. (2022). Healthcare financing in Egypt: a systematic literature review. *Journal of the Egyptian Public Health Association*. 97 (1), 1–11.
- Gharaee, H., Aghdash, S., Farahbakhsh, M., Karamouz, M., Nosratnejad, S. and Tabriz J. (2023). Public–Private Partnership in Primary

-
- Health Care: An Experience from Iran. *Primary Health Care Research & Development*, 24 (5), 1-16.
- Kanti, K., Kim, K. and Mikidadi, M. (2022). Public–Private Partnership Supported Health Facilities and Progress Towards Attainment of Universal Health Coverage in Kilimanjaro, Tanzania, Rwanda. *Journal of Medicine and Health Sciences*, 5 (20), 216-232.
- Kroneman, M., Boerma, W., Berg, M., Groenewegen, P. Jong, J. and Ginneken, E. (2016). The Netherlands: Health System Review. *Health Systems in Transition*, 18 (2), 1-239.
- Kumar, R. (2019). Public–Private Partnerships for Universal Health Coverage? The Future of "Free Health", in Srilanka. *Globalization and Health*, 15, 1-75.
- Mao, W., Tang, Y., Tran, T., Pender, M., Khanh P. and Tang, S. (2020). Advancing Universal Health Coverage in China and Vietnam: Lessons for other Countries. *BMC Public Health*, 20-1791.
- Mossialos, E., Wenzl, M., Osborn R. and Samak, D. (2016). International Profiles of Health Care Systems, Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health.
- Nandi, S. and Schneider, H. (2020). Using an Equity–Based Framework for Evaluating Publicly Funded Health Insurance Programmers as an Instrument of UHC in Chhattisgarh State, India. *Health Research Policy and Systems*, 18-50.
- Salawu, M., Onwujekwe, O. and Fawole, O. (2021). Innovative Strategies of Strengthen Health Service Delivery for Universal Health Coverage in Africa–A Scoping Literature Review. *SEEJPH*, 1-15.
- Samuel, J., Flores W. and Frisancho, A. (2020). Social Exclusion and Universal Health Coverage: Health Care Rights and Citizen–led Accountability in Guatemala and Peru. *International Journal for Equity in Health*, 19-216.
- Tikkanen R., Osborn, R, Mossialos, E., Djordjevic, A. and Wharton, G. (2020). International Profiles of Health Care Systems. London School of Economics and Political Science, December, 1-228.

-
- Umeh, C. (2018). Challenges Toward Achieving Universal Health Coverage in Ghana, Kenya, Nigeria, and Tanzania. John Wiley & Sons, Ltd, *Int. J. Health Plan Mgmt.*, 33, 794-805.
- World Bank (2023). Egypt, Arab Republic. Retrieved from <https://data.worldbank.org/country/EG>.
- World Health Organization (WHO). (2022). UHC service coverage index (SDG 3.8.1). Retrieved from [https://www.who-int/data/maternal-newborn-child-adolescent-ageing/indicator-explorer-new/mca/uhc-service-coverage-index-\(sdg.3.8.1\)](https://www.who.int/data/maternal-newborn-child-adolescent-ageing/indicator-explorer-new/mca/uhc-service-coverage-index-(sdg.3.8.1))
- Young, G. and Post, B. (2023). Harnessing the Role of the Private Sector in Advancing the Universal Health Coverage (UHC) Agenda in Egypt. Universal Health Insurance Authority (UHIA), Northeastern University Globe Med, *Policy Research Report*, May, 1-48.

The Role of the Commercial Insurance Sector in the State Universal Health Insurance System

Dr. Engy Farouk Morad

Abstract

This study aimed to shed light on the current status of the government comprehensive health insurance system in Egypt, as well as to identify the concept of the system, its objectives, principles and importance, the services it includes, the system's management bodies, its sources of funding, the stages and requirements of its application and its advantages, the challenges facing its application, and previous studies in this field. In addition to trying to help the government comprehensive health insurance system in Egypt adopt the idea of the commercial insurance sector participating in it, based on the experiences of some countries in this field and benefiting from them. It also aimed to highlight the role of the commercial insurance sector in promoting the comprehensive government health insurance system in Egypt by reviewing the advantages of participation between the commercial insurance sector and the government comprehensive health insurance system in order to demonstrate the strengths of participation between the commercial and government sectors to achieve comprehensive health coverage.

A future vision was developed on how the commercial insurance sector can participate in the government comprehensive health insurance system in Egypt. The study found some potential challenges facing the commercial insurance sector's participation in the comprehensive health insurance system in order to show the weak points in participation between the two sectors, and attempt to address them to achieve health coverage overall.

Key words: Commercial Insurance Sector – State Universal Insurance System – A Partnership between the Commercial and Government Sectors – Universal Health Coverage.