

# التغطية السكانية بالتأمين الصحي في محافظة الإسكندرية دراسة جغرافية<sup>(١)</sup>

د. شيماء أحمد محمد السيد<sup>(١)</sup>

ملخص:

تمثل التغطية السكانية ببرامج التأمين الصحي إحدى وسائل الأمان الصحي للسكان، كما أنها تُعد أداة مهمة لتجنب حدوث الإنفاق الكارثي على الصحة أو على الأقل خفض معدلات حدوثه، وتأتي أهمية دراسة التغطية التأمينية للسكان بالإسكندرية لرصد واقعها، وتقييم وضعها الحالي خاصة مع قرب تطبيق نظام التأمين الصحي الشامل بالمحافظة، وهدفت الدراسة من خلال الاعتماد على بيانات تعداد عام ٢٠١٧ وبيانات عينة الدراسة ٢٠٢١ إلى تحديد حجم التغطية السكانية بالتأمين الصحي بالإسكندرية وتباينها المكاني بين أقسام المحافظة، وتحديد خصائص التغطية التأمينية وأنواعها، فضلا عن تقييم مدى فاعليتها من خلال مجموعة من المؤشرات، وقد انتهت الدراسة إلى أن التغطية التأمينية تشمل نصف سكان الإسكندرية، وترتفع النسبة لتقترب من الثلثين بمدينة برج العرب الجديدة، في حين تنخفض عن النصف بمعظم أقسام وسط المحافظة، وترتفع نسبة التغطية التأمينية بالمحافظة بين الذكور أكثر من الإناث، وبين صغار وكبار السن عن متوسطي السن، وبين الفئات التعليمية الأعلى والمشتغلين خاصة في القطاعين الحكومي والخاص وبين السكان مرتفعي الدخل، وكانت النسبة الأكبر من التغطية التأمينية بالمحافظة تتبع الهيئة العامة للتأمين الصحي، وعكست مؤشرات فاعلية التغطية التأمينية التي اعتمدت عليها الدراسة وهي (نسبة التغطية التأمينية الحقيقية، مكان تلقي الخدمة، نوع الخدمة المقدمة، مستوى الرضا عن الخدمة) انخفاض فاعلية التغطية التأمينية بين أفراد العينة بالمحافظة. وأوصت الدراسة بضرورة وضع المشكلات التي تواجه السكان المؤمن عليهم في الاعتبار عند البدء في تطبيق التأمين الصحي الشامل بالمحافظة.

**كلمات دالة:** التأمين الصحي، محافظة الإسكندرية، التغطية السكانية، الجغرافيا البشرية.

(المجلة الجغرافية العربية، المجلد (٥٤) العدد (٨١) يونيو ٢٠٢٣، ص ص ٩٩-١٥٤)

(١) أستاذ الجغرافيا البشرية المساعد بكلية التربية - جامعة الإسكندرية.

للتواصل: e-mail: shimaa\_elsayed@alexu.edu.eg

## مقدمة:

يعد نظام التأمين الصحي أحد الوسائل التي تمكن الفرد من مواجهة الأعباء المالية المترتبة على المرض والتي قد لا يستطيع تحملها بمفرده، مما يوفر له الشعور بالأمان تجاه صحته (أمين، ٢٠٢٠، ٢٣٢). ويمثل التأمين الصحي الجزء الذي يختص فقط بتقديم خدمات الرعاية الصحية للأفراد من نظام أشمل وأوسع للتأمين الاجتماعي، وقد بدأت منظمة الأمم المتحدة منذ منتصف القرن العشرين تقريباً في حث الدول على توفير نظم للتأمين الصحي لسكانها استجابة لما ورد في الإعلان العالمي لحقوق الإنسان الصادر عام ١٩٤٨، والذي نصت المادة ٢٥ منه على أنه من حق أي فرد أن يأمن من الكوارث والأزمات في حالات البطالة والمرض والعجز (الأمم المتحدة، ١٩٤٨، ٣)، وهو ما دفع الدولة المصرية إلى إصدار عدد من التشريعات التي بموجبها تم البدء في التطبيق الفعلي لنظام التأمين الصحي عام ١٩٦٤<sup>(١)</sup> للعاملين بالهيئات الحكومية والقطاعين العام والخاص (معهد التخطيط القومي، ٢٠٠٢، ٦٤)، وتتابع في السنوات التالية القوانين والقرارات بهدف توسيع مجال التغطية السكانية وزيادة الفئات المستهدفة بالتأمين الصحي (راجع ملحق ١) حتى بلغت نسبة التغطية السكانية بالتأمين الصحي ٥٢٪ من إجمالي سكان الجمهورية عام ٢٠١٧ (الجهاز المركزي للتعبئة والإحصاء، ٢٠١٩).

وفي أواخر عام ٢٠١٥ أعلنت الأمم المتحدة أهداف التنمية المستدامة كأجندة للتنمية تسعى الدول لتحقيقها بحلول عام ٢٠٣٠، وجاء الهدف الثالث منها متعلقاً بالصحة، ونص على ضمان تمتع جميع السكان بأنماط عيش صحية وبالرفاهية في جميع الأعمار (المجلس التنفيذي، ٢٠١٥، ١٢)، وقد استجابت الحكومة المصرية لهذا الإعلان بإصدار إستراتيجيتها وخطتها للتنمية المستدامة (مصر ٢٠٣٠) متضمنة محوراً خاصاً بالصحة، نص أحد أهداف هذا المحور على تحقيق التغطية الصحية

(١) بدأت الدولة المصرية منذ عام ١٩٢٥ إصدار القوانين بشأن التأمين ضد إصابات وحوادث العمل والإصابة بالأمراض المهنية وصرف التعويضات للمتضررين، وقدمت هذه القوانين بالطريق لتطبيق نظام التأمين الصحي والرعاية الصحية التأمينية بمصر والتي تم إقرارها في الباب الخامس من القانون رقم ٦٣ لعام ١٩٦٤. (معهد التخطيط القومي، ٢٠٠٢، ٦٣-٦٤).

الشاملة<sup>(١)</sup>، الأمر الذي ترتب عليه إصدار أحدث القوانين المتعلقة بالتغطية السكانية لنظام التأمين الصحي في مصر وهو قانون التأمين الصحي الشامل الذي صدر في يناير ٢٠١٨.

ويُعد نظام التأمين الصحي الشامل نظامًا إلزاميًا يستهدف تغطية كافة السكان صحياً في جميع مراحلهم العمرية بحيث تكون الأسرة هي وحدة التغطية التأمينية وليس الفرد، وتكفل الدولة من خلاله توفير الحماية المالية لغير القادرين من السكان، فضلا عن تطوير منظومة المؤسسات القائمة بالفعل على التأمين الصحي وتقديمها لخدمات صحية علاجية وتأهيلية عالية الجودة (الجريدة الرسمية، ٢٠١٨، ١٢-١٣).

### ١. أهمية الدراسة وإطارها المكاني:

يتسم النظام الصحي في مصر بأنه مؤزّع ومجزأ بين عدد من الهيئات والمؤسسات الحكومية والخاصة، فعلى الرغم من أن وزارة الصحة والسكان هي الهيئة المسؤولة عن وضع السياسات الصحية وتنفيذها، إلا أن تقديم الخدمة الصحية للسكان يشترك فيه عددٌ من الجهات والهيئات والمؤسسات والوزارات بخلاف وزارة الصحة، منها وزارة التعليم العالي التي تشرف على قطاع المستشفيات الجامعية، ووزارة التضامن الاجتماعي المسؤولة عن الخدمات الصحية المقدمة من الجمعيات الأهلية ومنظمات المجتمع المدني، فضلا عن الهيئة العامة للتأمين الصحي بقطاعها، هذا بالإضافة إلى الخدمات الصحية الخاصة التي تضم طبياً واسعاً بدأ من مقدمي الطب التقليدي مروراً بالصيدليات والعيادات وحتى المستشفيات والمراكز الطبية (Nassar & El-Saharty, 2010, 164).

ومن بين كل هذه النظم الصحية السائدة، تركز الدراسة على نظام التأمين الصحيين حيث تغطيته السكانية، لما له من أهمية في تقليل العبء الاقتصادي للمرضى وتحسين إمكانية الوصول لخدمات الرعاية الصحية من خلال توفير الحماية من المخاطر المالية للمرضى (Wu, et al, 2018, 2). وقد أشارت دراسة الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء عام ٢٠١٧ إلى وجود علاقة عكسية بين

(١) ينص الهدف الثاني لمحور الصحة بإستراتيجية التنمية المستدامة (مصر ٢٠٣٠) على تحقيق التغطية الصحية الشاملة حتى يتسنى لجميع المصريين الحصول على ما يلزمهم من الخدمات الصحية الآمنة عالية الجودة عند الحاجة دون معاناة مالية لدفع تكاليف هذه الخدمات الصحية. ويتفرع من هذا الهدف ثلاث غايات فرعية وهي كما يلي:  
الأولى: خفض العبء المالي الناتج عن الإنفاق الشخصي المباشر على الخدمات الصحية.  
الثانية: تحقيق وصول منصف لكافة المواطنين للخدمات الصحية اللازمة لهم.  
الثالثة: ضمان توفير الأدوية الأساسية والمستلزمات والتجهيزات الطبية. (وزارة التخطيط والمتابعة والإصلاح الإداري، ٢٠١٩).

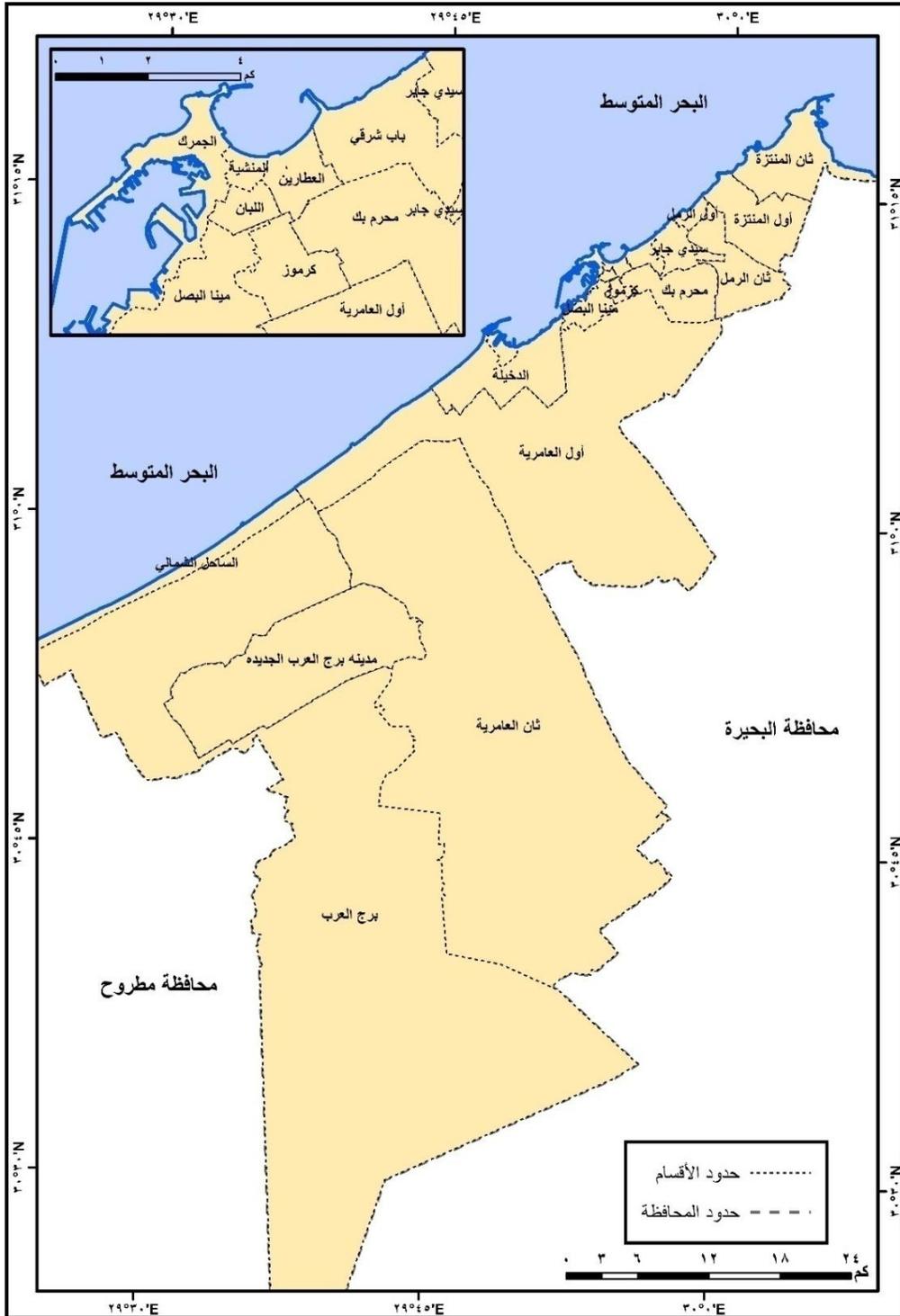
التغطية التأمينية والإنفاق الكارثي على الصحة<sup>(١)</sup> فكلما اتسع مجال التغطية التأمينية تقلصت فرص تعرّض الأسر للإنفاق الكارثي على الصحة والعكس صحيح (الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء، ٢٠١٧، ٧١)، وتعد هذه العلاقة أحد الأسباب التي دفعت الهيئات الدولية وعلى رأسها الأمم المتحدة للعمل على تحقيق التغطية الصحية الشاملة للسكان لتجنب هذه المخاطر.

وتعتمد الدراسة على التقسيم الإداري لمحافظة الإسكندرية الوارد بتعداد عام ٢٠١٧ نظرًا لاعتمادها بشكل أساسي على البيانات الخاصة بالتغطية السكانية بالتأمين الصحي الواردة بالتعداد، وتبعًا لهذا التقسيم تضم المحافظة ١٧ قسمًا إداريًا فضلًا عن مركز ومدينة برج العرب ومدينة برج العرب الجديدة موضحة بالشكل (١).

## ٢. أسباب اختيار الموضوع:

بدأت الدولة المصرية منذ عام ٢٠١٩ مرحلة جديدة من التغطية بنظام التأمين الصحي تزامنًا مع البدء في تنفيذ نظام التأمين الصحي الشامل، الذي من المخطط أن يتم تطبيقه بمحافظة الإسكندرية - التي تشكل الإطار المكاني للدراسة - من محافظات المرحلة الثالثة، والتي من المتوقع أن يبدأ تطبيق نظام التأمين الصحي الشامل بها أوائل عام ٢٠٢٥، ويستغرق تطبيقه ثلاث سنوات (وزارة المالية المصرية، ٢٠٢٠، ٣)، ومن ثم جاء اختيار موضوع الدراسة كمحاولة للوقوف على الوضع القائم للتغطية السكانية بالتأمين الصحي في المحافظة قبل البدء في تطبيق التأمين الصحي الشامل من حيث حجم التغطية السكانية ومدى الاستفادة الفعلية منها وخصائص السكان المؤمن عليهم ومدى رضاهم عن الخدمة التأمينية.

(١) يقصد بالإنفاق الكارثي على الصحة ارتفاع نسبة إنفاق الأسر على خدمات الرعاية الصحية، مما يدفع بعض الأسر إلى الاستغناء عن بعض احتياجاتها الضرورية من الطعام والشراب أو الاقتراض، وهو ما يترتب عليه دخولهم ضمن الأسر الفقيرة أو الأشد فقرًا (الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء، ٢٠١٧، ٦٣).



المصدر: الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء، شبكة المعلومات الجغرافية، فرع الإسكندرية، ٢٠١٧.

شكل (١) التقسيم الإداري لمحافظة الإسكندرية عام ٢٠١٧.

## ٣. الدراسات السابقة:

تتعدد الدراسات التي تناولت التغطية السكانية بالتأمين الصحي، وقد ركز بعضها على التباين الجغرافي في التغطية التأمينية والعوامل الجغرافية المؤثرة في هذا التباين كدراسة "ستون Stone" وزملائه (٢٠١٥) عن الأبعاد المكانية لتغطية التأمين الصحي على مستوى مقاطعات الولايات الأمريكية (Stone, et al, 2015). ودراسة "علي" (٢٠١٧) عن حجم التغطية السكانية ببرامج التأمين الصحي بولاية النيل الأزرق بالسودان، وأنواع التغطية التأمينية السائدة والعوامل الجغرافية المؤثرة فيها ومدى رضا السكان المؤمن عليهم عن خدمات التأمين الصحي المتاحة (علي، ٢٠١٧). ودراسة "خان Khan" وزملائه (٢٠٢١) عن علاقة التغطية السكانية بنظم التأمين الصحي في الهند بالخصائص الديموجرافية والاقتصادية والاجتماعية للسكان (Khan, et al, 2021). ودراسة "بوسما Bousmah" وزملائه (٢٠٢١) عن تغطية برامج التأمين الصحي للسكان بالمناطق الريفية بدولة السنغال ومدى تأثير عاملَي المسافة الجغرافية والوعي بخدمات التأمين الصحي على حجم التغطية السكانية (Bousmah, et al, 2021).

وفي المقابل رصدت بعض الدراسات مدى التغير الذي شهدته التغطية السكانية بنظم التأمين الصحي نتيجة تبني الدول لسياسات جديدة فيما يتعلق بنظم التأمين الصحي القائمة أو تطبيق برامج تأمينية جديدة، ومنها دراسة "Yiengprugsawan" وزملائه (٢٠١٠) عن أثر تطبيق نظام التأمين الصحي الشامل على نمط استخدام الخدمات الصحية بالمناطق الريفية والحضرية بتايلاند (Yiengprugsawan, et al, 2010). ودراسة "سميث Smith" وزميله (٢٠١٥) عن أثر تبني الولايات المتحدة الأمريكية قوانين جديدة للتأمين الصحي على حجم التغطية السكانية وأنواع البرامج التأمينية السائدة (الحكومي والخاص) وخصائص السكان المؤمن عليهم الديموجرافية والاقتصادية والاجتماعية (Smith & Medalia, 2015). ودراسة "وي Wu" وزملائه (٢٠١٨) عن دمج أكثر من برنامج للتأمين الصحي بالصين في برنامج واحد، وتأثير ذلك على التباين الجغرافي للتغطية التأمينية واستفادة السكان من خدمات التأمين الصحي (Wu, et al, 2018). وأيضاً دراسة "بونفرير Bonfrer" وزملائه (٢٠١٨) عن مدى توافر خدمات الرعاية الصحية ومستوى جودتها وحجم الإنفاق الشخصي على هذه الخدمات في ضوء تطبيق أحد برامج التأمين الصحي الاختياري بإحدى الولايات النيجيرية (Bonfrer, et al, 2018).

بينما ركزت بعض الدراسات على رصد فاعلية التغطية ببرامج التأمين الصحي في ضوء بعض المؤشرات، كدراسة "هوينتون Hounton" وزملائه (٢٠١٢) عن تقييم فاعلية نظام التأمين الصحي السائد بدولة بوركينا فاسو بناء على كل من الاستفادة الفعلية بالخدمات الصحية ومعدل الوفيات ومعدل الإصابة بالأمراض الخطيرة (Hounton, et al, 2012). ودراسة كل من "جونج ولي Jung & Lee (٢٠٢١)" عن تقييم فاعلية التغطية بالتأمين الصحي بكوريا الجنوبية ودورها في خفض معدلات الإنفاق الصحي الكارثي للأسر (Jung & Lee, 2021).

وتعد دراسة معهد التخطيط القومي (٢٠٠٢) من أهم الدراسات السابقة في موضوع البحث، والتي ألقت الضوء في جزئها النظري على أقسام القطاع الصحي في مصر وجهات تمويله مع التركيز على قطاع التأمين الصحي الحكومي التابع للهيئة العامة للتأمين الصحي، بينما اهتم الجانب الميداني من الدراسة بعرض نتائج الدراسة الميدانية الاستطلاعية التي ركزت على نظم التأمين الصحي غير التابعة للهيئة العامة للتأمين الصحي، والتي تُقدم من قبل بعض النقابات المهنية والهيئات العامة وشركات التأمين والجمعيات الأهلية، وذلك بهدف الكشف عن الخدمات التي توفرها هذه النظم التأمينية، وتحديد الفئات المنتفعة منها ومصادر تمويلها فضلا عن تقييمها بشكل عام. وانتهت الدراسة إلى مجموعة من النتائج منها أن هناك مجموعة من الفئات السكانية في مصر تقع خارج تغطية التأمين الصحي ومن أهمها السكان الأشد فقراً، فضلا عن انخفاض فاعلية نظام التأمين الصحي في مصر نتيجة مجموعة من العوامل يأتي في مقدمتها كثرة التشريعات المنظمة للتأمين الصحي وتعدد الجهات المسؤولة عن تقديم الخدمة التأمينية وغياب التنسيق فيما بينها، وأوصت الدراسة بضرورة تحقيق الاستفادة القصوى من جميع برامج التأمين الصحي من خلال التكامل بينها (معهد التخطيط القومي، ٢٠٠٢).

ونخلص من عرض الدراسات السابقة إلى أن التغطية السكانية بالتأمين الصحي في محافظة الإسكندرية لم تحظ بالاهتمام والبحث بشكل تفصيلي من منظور جغرافي سواء من حيث حجم التغطية التأمينية وتباينها الجغرافي على رقعة المحافظة والعوامل الجغرافية المؤثرة في هذا التباين وخصائص الفئات المنتفعة بخدمات التأمين الصحي بالمحافظة وأنواع نظم التأمين الصحي السائدة، فضلا عن مدى الاستفادة الفعلية من التغطية التأمينية، وهو ما ركزت عليه هذه الدراسة

كمحاولة لرصد واقع التغطية التأمينية بمحافظة الإسكندرية قبل البدء في تطبيق التأمين الصحي الشامل بالمحافظة.

#### ٤. أهداف الدراسة:

تسعى الدراسة إلى تحقيق الأهداف التالية:

- تحديد حجم التغطية السكانية للتأمين الصحي بمحافظة الإسكندرية من واقع بيانات تعداد عام ٢٠١٧.
- إبراز التباين الجغرافي في التغطية السكانية للتأمين الصحي على مستوى أقسام المحافظة.
- الكشف عن العوامل الجغرافية المؤثرة في التباين الجغرافي للتغطية التأمينية على رقعة المحافظة.
- إبراز الخصائص الديموجرافية والاجتماعية والاقتصادية لأفراد العينة المستفيدين بالتأمين الصحي بمحافظة الإسكندرية.
- رصد الدور الذي تلعبه نظم التأمين الصحي غير التابعة للهيئة العامة للتأمين الصحي في التغطية التأمينية بمحافظة الإسكندرية.
- الكشف عن مدى فاعلية التغطية السكانية بالتأمين الصحي في محافظة الإسكندرية من واقع عينة الدراسة.

#### ٥. فروض الدراسة:

تستند الدراسة إلى عدد من الفروض وهي كما يلي:

- يغطي التأمين الصحي في محافظة الإسكندرية ما يقرب من ثلثي حجم السكان.
- تباين التغطية السكانية بالتأمين الصحي بين أقسام محافظة الإسكندرية بتباين توزيع الفئات السكانية المنتفعة من نظام التأمين الصحي.
- ارتباط التغطية السكانية بالتأمين الصحي بمحافظة الإسكندرية بخصائص ديموجرافية واجتماعية واقتصادية محددة.
- إسهام نظام التأمين الصحي الحكومي بالنسبة الأكبر من التغطية السكانية بالتأمين الصحي بالإسكندرية.
- انخفاض فاعلية التغطية السكانية بالتأمين الصحي في محافظة الإسكندرية.

## ٦. مناهج الدراسة وأساليبها:

اتبعت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي في معالجة موضوع التغطية السكانية بالتأمين الصحي بمحافظة الإسكندرية من حيث حجم التغطية وأنواعها وتباينها الجغرافي والعوامل الجغرافية المؤثرة في هذا التباين وخصائص السكان المؤمن عليهم ومدى فاعلية التغطية التأمينية. أما عن الأساليب، فقد اعتمدت الدراسة على الاستبيان لجمع بيانات عن التغطية التأمينية من عينة الدراسة، والتي تم تفرغها وجدولتها باستخدام برنامج SPSS 22، فضلا عن استخدام بعض أساليب التحليل الإحصائي ومنها معامل الارتباط المتعدد للكشف عن العوامل المؤثرة في التباين الجغرافي للتغطية السكانية بالتأمين الصحي بين أقسام المحافظة، ومؤشر تكافؤ النوع في التغطية التأمينية.

## ٧. مصادر الدراسة:

اعتمدت الدراسة بشكل أساسي على بيانات الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء خاصة بيانات النشرة السنوية للخدمات الصحية عام ١٩٩٦، وبيانات التعداد العام لسكان الجمهورية علم ٢٠١٧، وذلك لرصد تطور حجم التغطية التأمينية بمحافظات الجمهورية، فضلا عن بيانات التعداد العام لسكان محافظة الإسكندرية عام ٢٠١٧ وذلك لدراسة التباين الجغرافي على مستوى الأقسام الإدارية في حجم كل من التغطية التأمينية من جانب، والفئات السكانية التي تدخل تحت مظلة التأمين الصحيين جانب آخر.

ورغم الجهد المبذول لتحسين الإحصاءات المتعلقة بالرعاية الصحية، إلا أنها مازالت تفتقد للدقة والشمول في التسجيل، ويعد الحل المكمل وليس البديل هي المسوح الصحية الميدانية، والتي تتراوح بين مسوح قومية شاملة ومسوح صغيرة محدودة تعتمد على عينات مقصودة من مناطق جغرافية محددة لتعالج موضوعاً بعينه (وهيب، ٢٠٠٥، ١٣٧). ومن ثم اعتمدت الدراسة في جزء منها على عينة قصدية تم فيها الاعتماد على طلاب جامعة الإسكندرية للوصول إلى أسر هؤلاء الطلاب وتوزيع الاستبان على جميع أفراد الأسرة لضمان تمثيل معظم الفئات السكانية بالمحافظة على اختلاف خصائصها الديموجرافية والاقتصادية والاجتماعية، فضلا عن الوصول إلى جميع أنماط الحالة التأمينية للسكان خاصة وأن نظام التأمين الصحي الحالي نظام فردي ومن ثم يمكن أن تضم الأسرة الواحدة أنماط مختلفة للتغطية التأمينية. وقد تم تطبيق نموذج الاستبيان على أفراد العينة خلال

شهري أكتوبر ونوفمبر ٢٠٢١، وبلغ حجم العينة ٥٦١ مفردة. وينقسم الاستبيان إلى ٤ أقسام (ملحق ٣)، يضم القسم الأول البيانات الشخصية كالنوع والسن والحالة التعليمية والحالة الاجتماعية والحالة العملية ودخل الفرد الشهري فضلا عن مكان الإقامة وحالة الفرد التأمينية، في حين حُصص القسم الثاني للسكان المؤمن عليهم ممن يستفيدون فعليًا من خدمات التأمين الصحي لمعرفة حجم الاستفادة الفعلية من التغطية التأمينية، وتحديد نوع الخدمة التي يحصلون عليها ومستوى جودتها ومدى الرضا عنها، وكان القسم الثالث مخصصًا للسكان المؤمن عليهم ولكنهم لا يستفيدون من مؤسسات التأمين الصحي بهدف التعرف على أسباب العزوف عن الاستفادة من التغطية التأمينية والخدمات البديلة لها، وأخيرًا اختص القسم الرابع بالسكان خارج التغطية التأمينية وذلك لمعرفة أسباب عدم حصولهم على التأمين الصحي وأماكن تلقيهم للخدمة الصحية.

#### ٨. مصطلحات الدراسة:

تعتمد الدراسة على ثلاثة مصطلحات رئيسية وهي كما يلي:

- التأمين الصحي Health Insurance: يعرف على أنه تنظيم اقتصادي واجتماعي الغرض منه تيسير حصول الفرد على الخدمة الصحية بدون أن تقف التكلفة المادية للخدمة الصحية عائقًا بين الفرد وحصوله على الخدمة المطلوبة، ومن ثم لا يُعد التأمين الصحي تأمينًا ضد المرض، بل تأمين ضد ارتفاع تكلفة الخدمة الصحية التي يحتاجها الفرد عند إصابته بالمرض، ولذلك يطلق عليه أحيانًا تأمين الرعاية الصحية Health Care insurance. ويوجد نظامان للتأمين الصحي في مصر؛ الأول تأمين صحي يتبع الهيئة العامة للتأمين الصحي، والآخر تأمين صحي من خلال بعض جهات العمل أو النقابات العمالية والمهنية أو الجمعيات الأهلية (معهد التخطيط القومي، ٢٠٠٢، ٥٧-٥٩)، فضلا عن ذلك، فإن تلقي الخدمة الصحية تحت مظلة التأمين الصحي يتم بأسلوبين؛ الأول أسلوب مباشر من خلال مؤسسات صحية أنشئت أساسًا لتقديم خدمات التأمين الصحي سواء تتبع الهيئة العامة للتأمين الصحي مثل مستشفى جمال عبد الناصر بمحافظة الإسكندرية؛ أو تتبع جهات عمل الأفراد مثل مستشفى الشرطة ومستشفى القوات المسلحة والمستشفيات الجامعية وذلك للعاملين في هذه الجهات، أما الأسلوب الثاني فهو غير مباشر من خلال تلقي الخدمة التأمينية بمؤسسات لا تتبع جهة التأمين، ولكنها تعاقدت معها

لتقديم خدمات التأمين الصحي للمشاركين سواء كانت مؤسسات صحية حكومية أو خاصة (خلاف، ٢٠٠٥، ٥٥).

- التغطية السكانية بالتأمين الصحي Population Coverage for health Insurance: ويقصد بها جزء من سكان منطقة ما قد تكون دولة أو محافظة أو مدينة يتمتع بتغطية خدمات الرعاية الصحية ضمن برامج ونظم التأمين الصحي السائدة (OECD, 2021).

- فاعلية التغطية السكانية بالتأمين الصحي Population Coverage Effectiveness for health Insurance: يقصد بالفاعلية مدى تحقق النتائج والتأثير المرجو والأهداف المخططة من نشاط أو تدخل أو خدمة محددة (Burches, et al, 2020, 2). وفي هذه الدراسة يُقصد بفاعلية التغطية السكانية بالتأمين الصحي مدى تحقق أهداف التغطية التأمينية للسكان المتمتعين بها من حيث تردهم فعليًا على مؤسسات التأمين الصحي، وحصولهم على الخدمة الصحية المطلوبة، ومدى رضاهم عنها، بما يمكن من رصد حجم الاستفادة الحقيقية من التغطية التأمينية بالمحافظة وجودتها.

وفي ضوء ما سبق، تضم الدراسة ثلاثة محاور رئيسية، يختص الأول بحجم التغطية السكانية بالتأمين الصحي في محافظة الإسكندرية وتباينها المكاني بين أقسام المحافظة ومحاولة تفسير هذا التباين، ويضم الثاني خصائص التغطية السكانية بالتأمين الصحي فضلًا عن أنواع التغطية التأمينية السائدة، بينما يرصد العنصر الأخير مدى فاعلية التغطية التأمينية بالمحافظة من خلال مؤشرات محددة.

## أولاً: حجم التغطية السكانية بالتأمين الصحي وتباينها الجغرافي بمحافظة الإسكندرية:

تعد التغطية التأمينية الكاملة والشاملة لكل السكان الهدف طويل الأجل لتطبيق نظام التأمين الصحي، في حين يُعد الهدف قصير المدى من تطبيق هذه النظم هو استيعاب بعض الفئات دون غيرها، وتوسيع مجال التغطية تدريجياً بضم فئات جديدة بما يزيد من حجم التغطية السكانية للتأمين الصحي (نورماندووير، ١٩٩٧، ٣٧) وهو ما حدث في حالة نظام التأمين الصحي المصري، ففي عام ١٩٩٦ بلغ حجم التغطية التأمينية ٦.٥ مليون نسمة بما يمثل عُشر السكان تقريباً (١١٪)، ومن خلال تتابع صدور القوانين التي توسع من مجال التغطية التأمينية بإدخال فئات سكانية جديدة تحت مظلة التأمين الصحي كما سبقت الإشارة، ارتفع حجم التغطية السكانية بالتأمين الصحي على مستوى الجمهورية ليشمل ٥٠ مليون نسمة تقريباً عام ٢٠١٧، وهو ما يعادل ٥٢.٣٪ من إجمالي سكان الجمهورية وبمقدار تغير بلغ (+٤١.٣٪) بين عامي المقارنة.

ويوضح جدول (١) أن نسبة التغطية التأمينية قد ارتفعت بجميع محافظات الجمهورية خلال عامي المقارنة، وإن تباين مقدار التغير الموجب من محافظة لأخرى تبعاً للسمات الديموجرافية والاقتصادية والاجتماعية لسكان كل محافظة من المحافظات المصرية، ففي محافظة الإسكندرية بلغ حجم التغطية التأمينية ما يزيد قليلاً عن المليون نسمة عام ١٩٩٦ بنسبة ٣١.٩٪ من إجمالي سكانها بذات العام، واتسع مجال التغطية التأمينية عام ٢٠١٧ ليضم ما يزيد قليلاً عن مليون ونصف المليون نسمة وهو ما يعادل ٥١.٩٪ من سكانها في نفس العام. ورغم اتساع مجال التغطية التأمينية بالمحافظة بين عامي المقارنة، إلا أن ترتيب الإسكندرية بين محافظات الجمهورية قد شهد تغيراً واضحاً بين عامي ١٩٩٦ و٢٠١٧، فبينما احتلت الإسكندرية المرتبة الأولى بين محافظات الجمهورية عام ١٩٩٦ تبعاً لنسبة سكانها المتمتعين بالتغطية التأمينية، تراجعت المحافظة عام ٢٠١٧ للمرتبة الخامسة عشرة وسجلت أقل مقدار تغيير في نسبة التغطية السكانية بالتأمين الصحي بين محافظات الجمهورية بلغ +٢٠٪.

جدول (١) تطور نسبة التغطية السكانية بالتأمين الصحي في محافظات الجمهورية عامي ١٩٩٦، ٢٠١٧

المحافظة	١٩٩٦	٢٠١٧	مقدار التغير
القاهرة	١٤,٩	٥٠,٥	٣٥,٦+
الإسكندرية	٣١,٩	٥١,٩	٢٠+
بورسعيد	٢٤,٣	٥٢,٤	٢٨,١+
السويس	١٢,٣	٥٦,١	٤٣,٨+
دمياط	١١,٦	٤٩,٣	٣٧,٧+
الدقهلية	٨,٣	٥١,١	٤٢,٨+
الشرقية	٨,٦	٥٤,٤	٤٥,٨+
القليوبية	٨,٦	٥٥,٣	٤٦,٧+
كفر الشيخ	٩	٥١,١	٤٢,١+
الغربية	١٤,٧	٥٣,٤	٣٨,٧+
المنوفية	٩,٦	٥٦,٩	٤٧,٤+
البحيرة	٦,٩	٥٠,٣	٤٣,٤+
الإسماعيلية	١١,١	٥٦,٥	٤٥,٤+
الجيزة	١٠,٢	٥٢,٧	٤٢,٥+
بني سويف	٦,٥	٥٢,٦	٤٦,١+
الفيوم	٧,٢	٥٢,٨	٤٥,٦+
المنيا	٦,٦	٥٠,٣	٤٣,٧+
أسيوط	٨	٥١,١	٤٣,١+
سوهاج	٦,٩	٥١	٤٤,١+
قنا	٧,٥	٥٠,٧	٤٣,٢+
أسوان	١٢,٢	٥٠,١	٣٧,٩+
الأقصر	-	٤٨,٤	-
البحر الأحمر	٢٠,٣	٥٧,٧	٣٧,٤+
الوادي الجديد	٢١,٢	٦١,٩	٤٠,٧+
مطروح	٩	٥٠,٨	٤١,٨+
شمال سيناء	١٤,٣	٥٨,٩	٤٤,٦+
جنوب سيناء	١٦,٤	٥٩,٥	٤٣,١+
الجمهورية	١١	٥٢,٣	٤١,٣+

المصدر: النسبة المئوية من إجمالي سكان المحافظة ومقدار التغير من حساب الباحثة بناء على:

- بيانات عام ١٩٩٦ (الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء، ١٩٩٨، ١٢٦).

- بيانات ٢٠١٧ (الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء، ٢٠١٩، ١٠٢ - ١١٠).

ويمكن تفسير تصدر الإسكندرية لمحافظات الجمهورية تبعًا للتغطية التأمينية لسكانها عام

١٩٩٦ بعدد من العوامل يأتي في مقدمتها طبيعة المحافظة الحضرية وكونها ميناءً رئيسيًا، مما

انعكس على تركيز المنشآت التي يزيد عدد العاملين فيها عن ١٠٠ عاملها، ويُعد العاملون في هذه المنشآت من الفئات الأسبق في الحصول على التغطية التأمينية بالجمهورية وفقا لقانون ٩١ لسنة ١٩٥٩ (معهد التخطيط القومي، ٢٠٠٢، ٦٤). وقد بلغ عدد هذه المنشآت بالإسكندرية ٣٧٥ منشأة مقارنة بمحافظة الوادي الجديد<sup>(١)</sup> على سبيل المثال والتي لم يزد عدد هذه المنشآت بها عن ٦٠ منشأة فقط بذات العام (الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء، ١٩٩٧ أ) (الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء، ١٩٩٧ ب)، وبخلاف الطبيعية الحضرية للمحافظة، فإن الطبيعة السكانية بالمحافظة كان لها تأثير في حجم التغطية التأمينية لسكانها، من حيث انخفاض حجم بعض الفئات السكانية التي كانت تقع خارج التغطية التأمينية بالمحافظة عام ١٩٩٦، مثل السكان العاملين في الزراعة الذين بلغت نسبتهم في الإسكندرية ٦.٢٪ عام ١٩٩٦، مقارنة بنسبة هذه الفئة بمحافظة المنوفية التي بلغت ٤٠.٣٪ بذات العام (الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء، ١٩٩٨ ب) (الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء، ١٩٩٨ ج).

ويُعدّ تراجع ترتيب الإسكندرية عام ٢٠١٧ بين محافظات الجمهورية سواء من حيث نسبة التغطية التأمينية لسكانها لتحتل المرتبة الخامسة عشرة، أو من حيث مقدار التغير بين عامي المقارنة لتأتي في الترتيب الأخير بين المحافظات مؤشراً على تباطؤ اتساع مجال التغطية التأمينية بها مقارنة بمحافظات الجمهورية، وهو ما يمكن تفسيره بعدة عوامل؛ منها ما يلي:

- تراجع نسبة المشتغلين من سكان المحافظة ١٥ سنة فأكثر من ٢٩.٦٪ عام ١٩٩٦ إلى ٢٤.٣٪ عام ٢٠١٧ مقارنة بذات النسبة في محافظة الوادي الجديد، والتي ارتفعت قليلا من ٣٠.٣٪ إلى ٣١٪ بعامي المقارنة، وفي محافظة المنوفية التي شهدت انخفاضا محدودا في نسبة المشتغلين من ٢٨.٤٪ عام ١٩٩٦ إلى ٢٧.٥٪ عام ٢٠١٧.
- توسيع مجال التغطية التأمينية بضم فئات نقل نسبتها في الإسكندرية عن مثيلتها في محافظات الجمهورية الأخرى، منها الطلاب بمراحل التعليم المدرسي والتي بلغت نسبتهم من إجمالي سكان الإسكندرية ٢٣.٨٪ عام ٢٠١٧، مقارنة بنسبتهم من إجمالي سكان محافظتي الوادي الجديد

(١) اعتمد هذا الجزء من الدراسة على مقارنة الإسكندرية بمحافظتي الوادي الجديد والمنوفية؛ لأن الأولى تصدرت المحافظات المصرية عام ٢٠١٧ من حيث نسبة التغطية السكانية بالتأمين الصحي التي بلغت ٦١.٩٪ من إجمالي سكان المحافظة، والثانية سجلت أعلى مقدار تغير في نسبة التغطية التأمينية بين عامي المقارنة بلغ (٤٧.٤٪)، راجع جدول (١).

(٢٩.٢٪) والمنوفية (٢٨.٥٪) بذات العام، فضل عن ضمالعلمين في الزراعة والذي قد أحدث قفزة في حجم التغطية السكانية بنظام التأمين الصحي بالمحافظات الريفية مقارنة بمثلتها الحضرية ومنها الإسكندرية.

- ارتفاع نسبة تسرب الطلاب من التعليم بالإسكندرية لتصل إلى ١٠.٢٪ عام ٢٠١٧، بينما بلغت النسبة ٧.٢٪ بمحافظة الوادي الجديد و٧.٧٪ بالمنوفية بنفس العام، حيث يعد الطلاب المتسربون من مراحل التعليم المدرسي أحد الفئات التي تقع خارج التغطية التأمينية (معهد التخطيط القومي، ٢٠٠٢، ١٣٩).

وتتشابه بيانات عينة الدراسة عام ٢٠٢١ مع بيانات التعداد الخاصة بالتغطية التأمينية عام ٢٠١٧، حيث بلغت نسبة التغطية التأمينية بين أفراد العينة ٥١.٥٪. وبمقارنة نسبة التغطية التأمينية في الإسكندرية بمثلتها في محافظات أو ولايات ببعض دول العالم نلاحظ أنها تقترب من التغطية التأمينية بولاية النيل الأزرق بالسودان، والتي بلغت نسبتها ٥١٪ عام ٢٠١٥ (علي، ٢٠١٧، ٧٩)، في حين تقل كثيراً عن مثلتها بجميع الولايات الأمريكية والتي تراوحت نسبة التغطية التأمينية لسكانها عام ٢٠١٤ ما بين ٩٧٪ في ولاية ماساتشوستس و٨١٪ بولاية تكساس (Smith & Medalia, 2015, 26)، ومما لا شك فيه أن هذا التشابه أو التباين إنما يرجع في الأساس إلى مدى الاختلاف في النظم التأمينية السائدة والتشريعات المنظمة لها والفئات المستهدفة بالتغطية فيما بين الإسكندرية والمحافظات أو الولايات بالدول الأخرى.

وداخل الإسكندرية تتباين الأقسام الإدارية في حجم تغطية التأمين الصحي لسكانها عام ٢٠١٧، والتي تراوحت بين ٥٩.٧٪ بمدينة برج العرب الجديدة و٤٢.٤٪ بقسم المنشية، وبصفة عامة ترتفع نسبة التغطية التأمينية عن المتوسط العام للمحافظة أو تتساوى معه في ستة أقسام بينما تقل نسبة التغطية عن متوسط المحافظة في ١٣ قسم، ويمكن تصنيف أقسام المحافظة تبعاً لنسبة التغطية التأمينية التي يوضحها جدول (٢) و(شكل ٢) إلى ثلاث فئات كما يلي:

- الأولى (أقسام تزيد نسبة التغطية التأمينية بها عن ٥٣٪):

وهي خمسة أقسام تمثل ٢٦.٤٪ من أقسام المحافظة، تضم ما يزيد عن ثلث سكان الإسكندرية (٣٥.٧٪) وثلث السكان المؤمن عليهم (٣٧.٦٪)، وتقع هذه الأقسام بشمال المحافظة

سواء من جهة الشرق (أول المنتزه، وأول الرمل، وسيدي جابر وباب شرقي) أو في أقصى الغرب (مدينة برج العرب الجديدة). وتتراوح نسب التغطية التأمينية بأقسام هذه الفئة بين ٥٩.٧% بمدينة برج العرب الجديدة و ٥٣.٩% بأول المنتزه.

- الثانية (أقسام تتراوح نسبة التغطية التأمينية بها بين ٥٠% و ٥٣%):

وتتمثل في سبعة أقسام بما يعادل ٣٦.٨% من أقسام المحافظة، تستحوذ على ٤٣.٤% من إجمالي سكان الإسكندرية و ٤٢.٩% من السكان المؤمن عليهم بالمحافظة، وتتوزع أقسام هذه الفئة على رقعة المحافظة من شرقها (ثاني المنتزه وثاني الرمل) ووسطها (العطارين ومحرم بك) وحتى غربها (الدخيلة وثاني العامرية والساحل الشمالي)، وتتراوح نسبة التغطية التأمينية بهذه الفئة بين ٥١.٩% بقسم الدخيلة و ٥٠.٥% بقسمي محرم بك وثاني العامرية.

- الثالثة (أقسام تقل نسبة التغطية التأمينية بها عن ٥٠%):

وتشمل سبعة أقسام أيضًا بنسبة ٣٧.٨% من أقسام الإسكندرية، وتستوعب خمس سكان المحافظة (٢٠.٩%) وتقريبًا خمس السكان المؤمن عليهم (١٩.٥%)، وتميل أقسام هذه الفئة للتركز بوسط المحافظة (كرموز، واللبان، والمنشية، والجمرك) وغربها (ميناء البصل، وأول العامرية، ومركز ومدينة برج العرب)، وتتراوح نسبة التغطية التأمينية بأقسام الفئة الثالثة بين ٤٩.٨% بقسمي الجمرك وميناء البصل و ٤٢.٤% بقسم المنشية.

وتكشف الفئات السابقة مدى التباين المكاني في نسبة التغطية السكانية بالتأمين الصحي بين أقسام محافظة الإسكندرية، والذي يعد انعكاسًا للتباين في توزيع إجمالي السكان أولاً، وتوزيع الفئات السكانية التي تدخل ضمن التغطية التأمينية ثانيًا كالسكان المشتغلين، والأطفال دون السن المدرسي والسكان الملتحقين بمراحل التعليم المدرسي، والأرامل من النساء، وهو ما تؤيده نتائج معامل الارتباط المتعدد، حيث كانت العلاقات جميعها طردية قوية بين التغطية التأمينية من جانب ومن جانب آخر توزيع إجمالي السكان (٠.٩٩٩+)، والسكان المشتغلين ١٥ سنة فأكثر (٠.٩٨٩+)، السكان

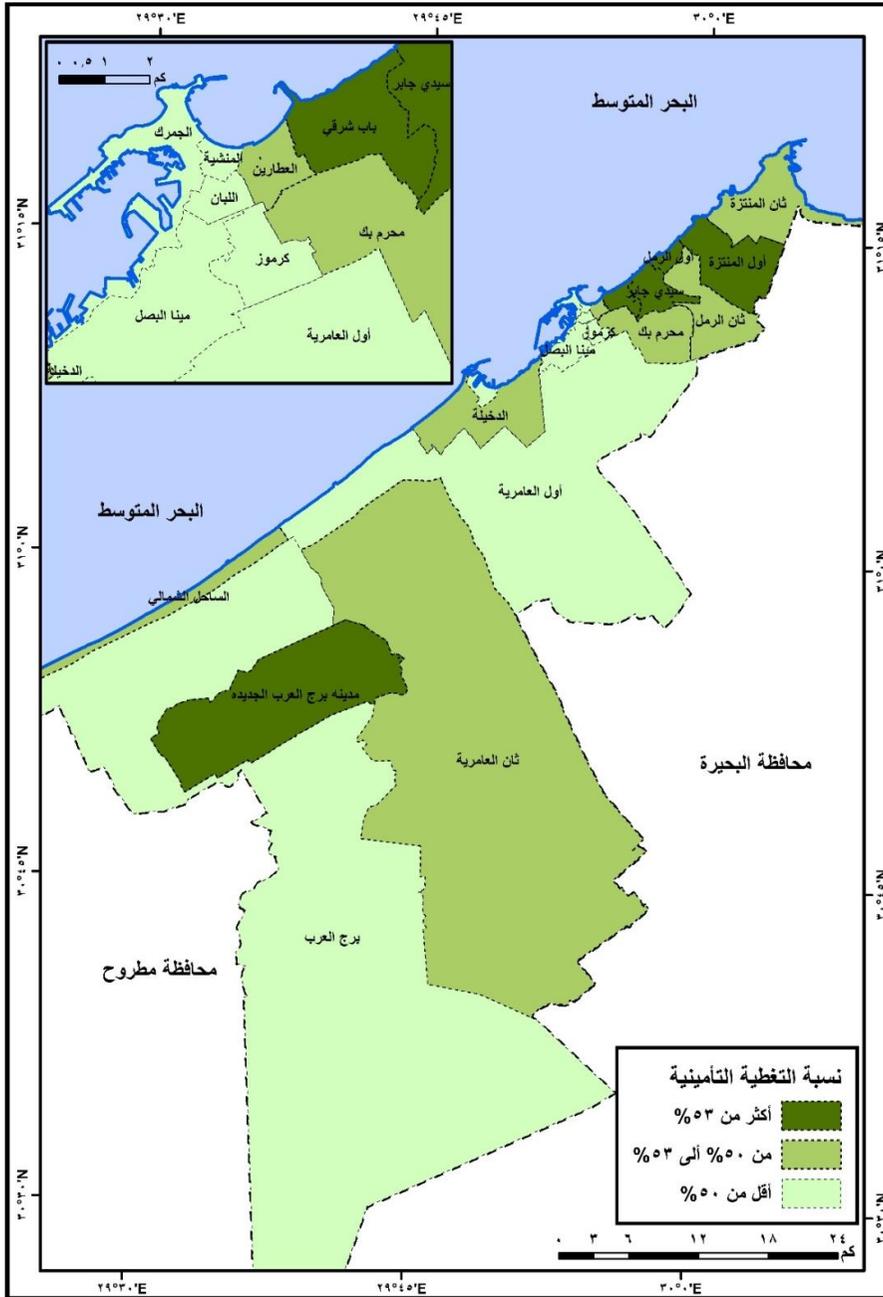
الملتحقين بمراحل التعليم المدرسي (+٠.٩٩٨)، والأطفال دون السن المدرسي (أقل من ٤ سنوات<sup>(١)</sup>) (+٠.٩٧١) وتوزيع الأرامل من الإناث (+٠.٩٥١).

جدول (٢) نسبة التغطية السكانية للتأمين الصحي بأقسام محافظة الإسكندرية عام ٢٠١٧

القسم	% من إجمالي سكان القسم	القسم	% من إجمالي سكان القسم
أول المنتزه	٥٣,٩	المنشية	٤٢,٤
ثاني المنتزه	٥١,٧	الجمرك	٤٩,٨
أول الرمل	٥٥,٨	مينا البصل	٤٩,٨
ثاني الرمل	٥١,٤	الدخيلة	٥١,٩
سيدي جابر	٥٥,٧	أول العامرية	٤٩,٣
باب شرقي	٥٤,٥	ثاني العامرية	٥٠,٥
العطارين	٥١	مركز ومدينة برج العرب	٤٦,٣
محرم بك	٥٠,٥	مدينة برج العرب الجديدة	٥٩,٧
كرموز	٤٥,٦	الساحل الشمالي	٥١,٤
اللبان	٤٥,٤	إجمالي المحافظة	٥١,٩

المصدر: الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء، ٢٠١٩ب، ٦٣-٦٩.

(١) يشمل قانون التأمين على طلاب مراحل التعليم المدرسي مرحلة رياض الأطفال التي تبدأ تقريبا من سن ٤ سنوات(الجريدة الرسمية، ٣٠ يوليو ١٩٩٢).



المصدر: جدول (٢).

شكل (٢) التباين المكاني في التغطية السكانية للتأمين الصحي بأقسام محافظة الإسكندرية عام ٢٠١٧

ونخلص من العرض السابق أن تغطية التأمين الصحي في محافظة الإسكندرية تستوعب ما

يزيد قليلا عن نصف سكان المحافظة تبعًا لتعداد عام ٢٠١٧، وعينة الدراسة عام ٢٠٢١، وتتباين

هذه النسبة بين أقسام المحافظة تبعًا لتباين توزيع الفئات التي تقع داخل التغطية التأمينية.

## ثانياً: خصائص السكان المستفيدين بالتأمين الصحي في محافظة الإسكندرية:

يتيح التعداد السكاني للمحافظة عام ٢٠١٧ القليل من البيانات عن خصائص التغطية السكانية للتأمين الصحي بالإسكندرية، حيث تقتصر البيانات المتاحة به على التركيب النوعي للسكان المؤمن عليهم (ذكر - أنثى)، ومن ثم سيتم الاعتماد على بيانات العينة في دراسة بقية خصائص السكان المؤمن عليهم والتي يوضحها ملحق (٤). وفيما يلي عرض لأهم خصائص التغطية السكانية بالتأمين الصحي في المحافظة:

### ١. الخصائص النوعية:

تعكس بيانات التغطية التأمينية تبعاً للنوع بالإسكندرية والتي يوضحها جدول (٣) ارتفاع معدل التغطية التأمينية بين الذكور عن مثيله بين الإناث على مستوى إجمالي المحافظة وجميع أقسامها، حيث تراوحت نسبة التغطية للذكور ما بين ٦٦.٣% بمدينة برج العرب الجديدة - وهي أعلى نسبة تغطية بالمحافظة عامة سواء على مستوى الذكور أو الإناث أو إجمالي السكان - و٤٧.٢% بقسم المنشية وبمتوسط عام للذكور بالمحافظة بلغ ٥٧.٨%، في حين تراوحت النسبة للإناث ما بين ٥٢.٥% بمدينة برج العرب الجديدة و٣٧.٧% بقسم المنشية - وهي أدنى نسبة سُجلت في المحافظة عامة سواء على مستوى الذكور أو الإناث أو الإجمالي - وبمتوسط عام للإناث بالمحافظة بلغ قدره ٤٥.٨%.

وقد انعكس هذا التفاوت في نسبة التغطية التأمينية للذكور والإناث على نسبة النوع للتغطية من جانب ومؤشر تكافؤ النوع للتغطية التأمينية والذي يعد أحد مؤشرات قياس المساواة بين الذكور والإناث من جانب آخر، فمن حيث نسبة النوع للتغطية التأمينية كانت في جميع الأقسام لصالح الذكور بمتوسط عام للمحافظة بلغ ١٣٤ ذكر لكل ١٠٠ أنثى، وترتفع النسبة عن المتوسط العام للمحافظة بثمانية أقسام تتركز في الأغلب بشمالها وهي أقسام أول الرمل، سيدي جابر، باب شرقي، العطارين، كرموز، الجمرک، مدينة برج العرب الجديدة، الساحل الشمالي، وسُجلت أعلى نسبة بقسمي الساحل الشمالي والجمرك وبلغت ١٦٢ و١٤٧ ذكر لكل ١٠٠ أنثى على الترتيب. في المقابل تقل النسبة عن المتوسط العام للمحافظة في ثمان أقسام أيضاً وهي أول المنتزه، ثان المنتزه، المنشية، اللبان، مينا البصل، أول العامرية، ثان العامرية، مركز ومدينة برج العرب، وبلغت أدنى

نسبة بقسم ثاني العامرية ومركز ومدينة برج العرب ١٢٤ ذكر لكل ١٠٠ أنثى، في حين تساوت نسبة النوع بأقسام ثاني الرمل ومحرم بك والدخيلة مع المتوسط العام للمحافظة (شكل ٣).

جدول (٣) التركيب النوعي ونسبة النوع ومؤشر تكافؤ النوع للتغطية السكانية بالتأمين الصحي بأقسام

محافظة الإسكندرية عام ٢٠١٧

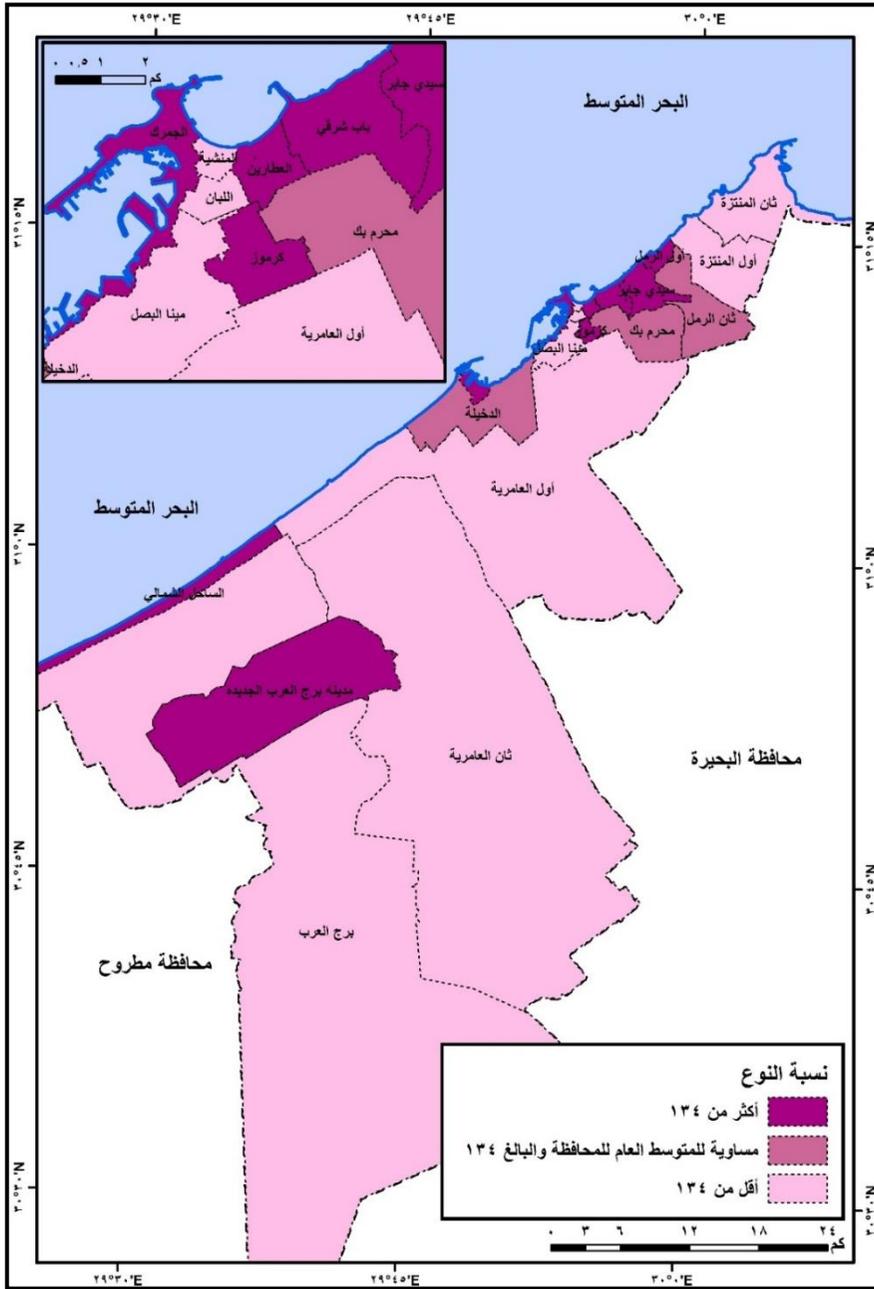
مؤشر تكافؤ النوع للتغطية التأمينية (*)	نسبة النوع للتغطية التأمينية	السكان المؤمن عليهم		القسم
		% من إجمالي الإناث	% من إجمالي الذكور	
٠,٨١	١٣٢	٤٨,٠	٥٩,٤	أول المنتزه
٠,٨٠	١٣٢	٤٦,٠	٥٧,٢	ثاني المنتزه
٠,٧٣	١٤٢	٤٧,٠	٦٤,٤	أول الرمل
٠,٧٨	١٣٤	٤٤,٩	٥٧,٥	ثاني الرمل
٠,٧٤	١٤٤	٤٧,١	٦٣,٧	سيدي جابر
٠,٧١	١٤٢	٤٥,١	٦٣,٩	باب شرقي
٠,٦٩	١٤٤	٤١,٦	٦٠,٤	العطارين
٠,٧٧	١٣٤	٤٣,٨	٥٧,١	محرم بك
٠,٧٤	١٤٢	٣٨,٦	٥٢,٢	كرموز
٠,٧٦	١٣١	٣٩,٢	٥١,٦	الليان
٠,٨٠	١٢٣	٣٧,٧	٤٧,٢	المنشية
٠,٧١	١٤٧	٤١,٣	٥٨,٠	الجمرك
٠,٨١	١٣٠	٤٤,٣	٥٥,٠	ميناء البصل
٠,٧٩	١٣٤	٤٥,٧	٥٧,٨	الدخيلة
٠,٨٦	١٢٦	٤٥,٤	٥٢,٨	أول العامرية
٠,٨٩	١٢٤	٤٧,٤	٥٣,٣	ثاني العامرية
٠,٨٩	١٢٤	٤٣,٥	٤٨,٨	مركز ومدينة برج العرب
٠,٧٩	١٣٩	٥٢,٥	٦٦,٣	مدينة برج العرب الجديدة
٠,٦٧	١٦٢	٤١,٠	٦١,٠	الساحل الشمالي
٠,٧٩	١٣٤	٤٥,٨	٥٧,٨	إجمالي المحافظة

المصدر: النسب والمؤشر من حساب الباحثة بناء على بيانات الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء، ٢٠١٩ ب.

\* مؤشر تكافؤ النوع = نسبة التغطية التأمينية بين الإناث/ نسبة التغطية التأمينية بين الذكور

إذا قلت قيمة المؤشر عن ١ يكون المؤشر لصالح الذكور وإذا زادت عن ١ يكون المؤشر لصالح الإناث.

(الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء، ٢٠١٣، ٤٨).



المصدر: جدول (٣).

شكل (٣) نسبة النوع للتغطية السكانية للتأمين الصحي بأقسام محافظة الإسكندرية عام ٢٠١٧

وقد ترك هذا التباين في تغطية التأمين الصحي بالمحافظة تبعًا للنوع أثره على مؤشر تكافؤ النوع، والذي انخفضت قيمته بجميع أقسام المحافظة عن الواحد الصحيح، وتراوح بين ٠.٦ بقسمي العطارين والساحل الشمالي و٠.٩ تقريبًا بقسم ثاني العامرية ومركز ومدينة برج العرب، وبمتوسط

عام للمحافظة بلغ ٠.٨ تقريباً، مما يدل على وجود فجوة نوعية بالتغطية التأمينية في محافظة الإسكندرية لصالح الذكور .

وترجع الفجوة النوعية في التغطية التأمينية من الأساس إلى تفاوت حجم الذكور والإناث في بعض الفئات المستهدفة بنظام التأمين الصحي، وفي مقدمتها السكان المشتغلون ١٥ سنة فأكثر، حيث ترتفع نسبتهم من إجمالي الذكور بالمحافظة إلى ٥٧.٧٪، في حين لا تتجاوز نسبة المشتغلات الإناث ١٥ سنة فأكثر ٩.٩٪ من إجمالي الإناث بالمحافظة، ويؤدي اتساع فجوة النوع في نسب المشتغلين بالتعبية إلى اتساع فجوة النوع في التغطية التأمينية للسكان، كما هو الحال في مدينة برج العرب الجديدة التي بلغت نسب المشتغلين فيها ٦٥.٩٪ للذكور و ١٢.٢٪ للإناث، وقسم الساحل الشمالي الذي اختفت فيه تماماً فئة المشتغلين من الإناث في حين يشكل المشتغلون من الذكور ٥٨٪ من إجمالي الذكور ١٥ سنة فأكثر من سكان القسم.

ومن الملاحظ أن الفجوة النوعية تنكمش في بعض أقسام المحافظة- قسم ثان العامرية على سبيل المثال- كنتيجة طبيعية للتركيب السكاني بهذه الأقسام، حيث ترتفع فيها نسب بعض الفئات السكانية التي تشملها التغطية التأمينية والتي تقترب فيها نسب الذكور من الإناث، كفئة السكان دون السن المدرسي، والتي تشكل ١٢.١٪ من إجمالي سكان المحافظة، وتقترب نسبتها من إجمالي الذكور (١٢٪)، من مثلتها بين الإناث (١٢.٣٪)، حيث تشكل هذه الفئة بقسم ثاني العامرية ١٨.٦٪ من إجمالي سكانه وتقترب فيها كثيراً نسبتهم من إجمالي الذكور (١٨.٦٪) من نسبتهم من إجمالي الإناث (١٨.٥٪)، مما ساهم في تقليص الفجوة النوعية للتغطية التأمينية بالقسم مقارنة بالمتوسط العام للمحافظة.

وتعكس بيانات عينة الدراسة عام ٢٠٢١ الفجوة النوعية بالتغطية السكانية للتأمين الصحي بالمحافظة، حيث بلغت نسبة التغطية بين الذكور بعينة الدراسة ٥٧.٣٪، في مقابل ٤٩.٣٪ بين الإناث. ولأثعد هذه الفجوة ظاهرة قاصرة على محافظة الإسكندرية فقط، حيث أشارت نتائج مسح الخدمات الصحية في مصر عام ٢٠١٠ أن نسبة التغطية التأمينية للذكور (٥٨٪) أعلى من مثلتها للإناث (٤٤٪) (Rafe, et al, 2011, 74)، وأكدت هذه النتائج بيانات تعداد الجمهورية عام ٢٠١٧، حيث بلغت نسبة التغطية بين الذكور ٥٦.٧٪، بينما تنخفض بين الإناث إلى ٤٧.٥٪. ومن ثم يُعد

هذا التفاوت بين الذكور والإناث سمة من سمات التغطية التأمينية في مصر، نتيجة طبيعة نظام التأمين الصحي خاصة الحكومي والذي يعتمد على الفرد كوحدة للتغطية التأمينية فيشمله دون باقي أفراد الأسرة، ومن المتوقع والمأمول أن تتقلص هذه الفجوة أو تختفي مستقبلا مع تطبيق نظام التأمين الصحي الشامل الذي يعتمد على الأسرة كوحدة للتغطية التأمينية.

## ٢. الخصائص العمرية:

تشير بيانات التغطية التأمينية تبعًا للفئات العمرية العريضة بعينة الدراسة إلى شمول التغطية التأمينية لكل أفراد العينة من صغار السن (أقل من ١٥ سنة) بنسبة ١٠٠٪، ويرتبط ذلك بتعميم التأمين الصحي على من هم دون السن المدرسي والطلاب بمراحل التعليم المدرسي، حيث أشار الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء إلى أن الطلاب في مراحل التعليم المدرسي يمثلون أكبر نسبة من المنتفعين بنظام التأمين الصحي في مصر، ويليهم الأطفال دون السن المدرسي بما يعادل ٤١.٢٪ و ٢٩٪ من إجمالي التغطية التأمينية بالجمهورية عام ٢٠١٤ (الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء، ٢٠١٧، ٦٧). ويلي صغار السن من حيث التغطية التأمينية بعينة الدراسة فئة كبار السن (٦٠ سنة فأكثر) حيث بلغت نسبة التغطية بينهم ٨٢.١٪، وقد يرتبط ذلك بشمول التغطية التأمينية للسكان في سن المعاش فضلا عن الأراامل من الإناث، في حين كانت أقل نسبة للتغطية التأمينية بين أفراد العينة من متوسطي السن (من ١٥ لأقل من ٦٠ سنة) وبلغت ٤٩.٧٪.

وتتفق نتائج عينة الدراسة عن التغطية التأمينية تبعًا لفئات السن مع دراسة "سميث Smith" وزميله عن التغطية التأمينية بالولايات الأمريكية، حيث كانت أعلى نسبة للتغطية بين الفئات العمرية للسكان صغار السن، يليها كبار السن ثم متوسطو السن (Smith & Medalia, 2015, 7).

## ٣. الحالة التعليمية:

أشارت العديد من الدراسات إلى وجود علاقة بين المستوى التعليمي للسكان والتغطية التأمينية لهم، ومنها دراسة "ستون Stone" وزملائه والتي أشارت إلى أن المستوى التعليمي يُعد أحد العوامل المؤثرة في مستوى التغطية التأمينية للسكان بالولايات المتحدة الأمريكية (Stone, et al, 2015, 211)، كما انتهى المسح الصحي السكاني لمصر عام ٢٠١٤ والذي تم على عينة من الإناث في الفئة العمرية (١٥-٤٥ سنة) إلى ارتفاع مستوى التغطية التأمينية بين الإناث الحاصلات على مؤهل فوق

متوسط أو أعلى، بينما تنخفض نسبة التغطية التأمينية بانخفاض المستوى التعليمي للإناث بعينة المسح لتصل إلى أدنى نسبة لها بين الإناث الأميات (Ministry of Health and Population "Egypt", et al, 2015, 131).

وتُظهر نتائج عينة الدراسة ارتفاع نسبة التغطية التأمينية لأعلى مستوى لها بين أفراد العينة الحاصلين على تعليم فوق جامعي لتبلغ ٨١.٩٪، وهو ما يمكن تفسيره بأن ارتفاع المستوى التعليمي للفرد يزيد من فرصه الحصول على عمل يوفر تأمينًا صحيًا، ويؤكد هذا التفسير بيانات التعداد حيث ترتفع نسبة المشتغلين من الحاصلين على تعليم فوق جامعي لتصل إلى ٤٦.٣٪ من إجمالي هذه الفئة التعليمية بالمحافظة مقارنة بنسبة المشتغلين من إجمالي السكان ١٥ سنة فأكثر والتي تبلغ ٣٤.٥٪.

وجاء في المرتبة الثانية من حيث نسبة التغطية التأمينية فئة المؤهل أقل من المتوسط بنسبة ٧١.٤٪ من إجمالي أفراد العينة بهذه الفئة، وذلك نظرًا لأن معظم أفراد هذه الفئة مازالوا في مراحل التعليم المدرسي، ومن ثم يدخلون تحت مظلة التأمين الصحي. في حين كانت أقل فئات الحالة التعليمية في نسبة التغطية التأمينية هي فئة التعليم المتوسط بنسبة ٣٧.٥٪، ويعطي التركيب العمري والحالة العملية لأفراد العينة من الحاصلين على المؤهل المتوسط تفسيرًا لتدني نسبة التغطية التأمينية بينهم، حيث يمثل من تبلغ أعمارهم ٣٠ سنة فأكثر ٨٧.٥٪ من هذه الفئة التعليمية، وهو ما يدل على انتهائهم من مراحل التعليم المدرسي، كما يمثل العاملون منهم ٢٩.٢٪ فقط، ومن ثمتعد النسبة الأكبر من أفراد العينة بهذه الفئة من غير المستهدفين بالتغطية التأمينية.

#### ٤. الحالة الزوجية:

تُظهر بيانات عينة الدراسة تقارب نسب التغطية التأمينية بين جميع فئات الحالة الزوجية، حيث تراوحت بين ٥٥.٥٪ لفئة مطلق، و ٥٤.٤٪ لفئة متزوج، و ٤٨.٥٪ لأعزب، و ٤٥.٥٪ للأرمل، وهو ما يدل على أن التغطية التأمينية في المحافظة لا تتأثر كثيرًا بالحالة الزوجية للفرد، وبمقارنة نتائج العينة بنتائج دراسة "سميث Smith" وزميله عن التغطية التأمينية بالولايات المتحدة الأمريكية نلاحظ ارتفاع نسبة التغطية التأمينية لأعلى نسبة لها بين فئة متزوج ونقل لأدنى نسبة لها بفئة أعزب، ولعل هذا التباين بين نتائج الدراستين يرجع لعدد من العوامل الديموجرافية والاجتماعية يأتي

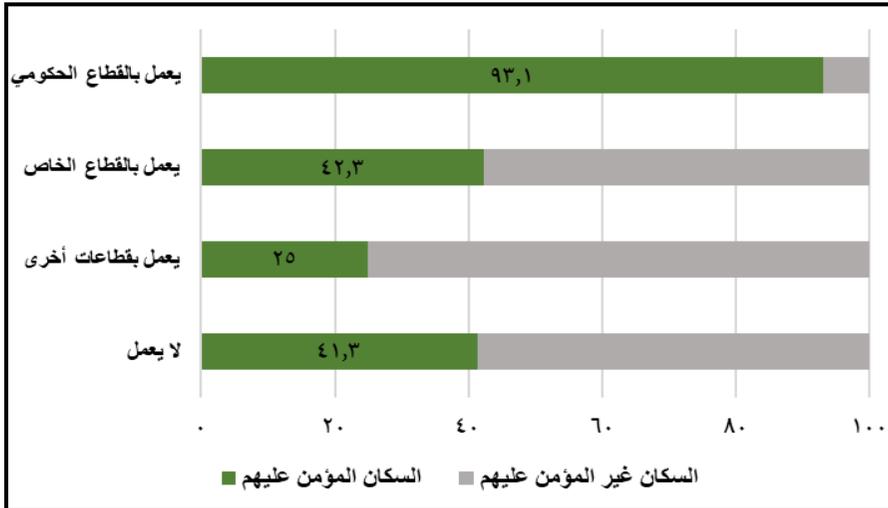
في مقدمتها نوع التغطية التأمينية السائدة، فبينما يمثل نظام التأمين الصحي الحكومي نمط التغطية التأمينية الرئيسي بالمحافظة والجمهورية<sup>(١)</sup> وهو نظام فردي وحدته الأساسية الفرد وليس الأسرة، تستأثر نظم التأمين الصحي الخاصة بالنسبة الأكبر من التغطية التأمينية بالولايات المتحدة الأمريكية وهي نظمتكم الفرد المؤمن عليه من ضم باقي أفراد الأسرة للتغطية التأمينية. ومن الملاحظ بعينة الدراسة ارتفاع نسبة التغطية بين فئة السكان دون سن الزواج (أقل من ١٨ سنة) لتبلغ ٦٦.٧٪ ويرتبط ذلك بارتفاع نسبة التغطية بين صغار السن كما سبقت الإشارة.

### ٥. الحالة العملية:

تعد الحالة العملية للسكان من أكثر الخصائص السكانية ارتباطاً بالتغطية التأمينية، فمع بداية تطبيق نظام التأمين الصحي في مصر كان العاملون في المنشآت الحكومية والخاصة أول الفئات المستفيدة بالتغطية التأمينية، وتدرجياً تم توسيع مجال التغطية لتشمل فئات سكانية أخرى. وتُظهر بيانات عينة الدراسة ارتفاع نسبة التغطية التأمينية بين أفراد العينة العاملين بنسبة ٥٨.٩٪، في مقابل ٤١.٣٪ لأفراد العينة غير العاملين. وقد أشار ما يزيد عن ثلث أفراد العينة (٣٨.٢٪) خارج التغطية التأمينية إلى أن عدم التحاقهم بأي عمل كان أهم أسباب عدم حصولهم على التغطية التأمينية، في حين ظل بعض العاملين من أفراد العينة خارج التغطية التأمينية أيضاً نتيجة أن عملهم لا يوفر اشتراكاً في خدمات التأمين الصحي (٥٧.٥٪)<sup>(٢)</sup>، أو أن صاحب العمل لم يستكمل إجراءات التأمين الصحي الخاصة بهم حتى تاريخ إجراء الاستبيان (١٤.٢٪).

(١) التأمين الصحي الحكومي هو نظام التأمين الصحي التابع للهيئة العامة للتأمين الصحي، أما التأمين الصحي غير الحكومي فيُقصد به النظم التأمينية التابعة لجهات متعددة كالنقابات المهنية، أو الجمعيات الأهلية، أو جهات عمل الفرد، أو شركات التأمين، وسيرد ذكرها بالتفصيل لاحقاً في الجزء الخاص بنوع التغطية التأمينية.

(٢) النسبة من إجمالي العاملين غير المؤمن عليهم بعينة الدراسة.



المصدر: ملحق (٤).

شكل (٤) نسبة التغطية السكانية بالتأمين الصحي تبعا للحالة العملية وقطاع العمل لأفراد العينة عام ٢٠٢١ وعلى مستوى قطاع العمل (شكل ٤)، سجلت عينة الدراسة أعلى نسبة للتغطية التأمينية بين العاملين في القطاع الحكومي بلغت ٩٣.١٪، ويقل عنها بمقدر النصف تقريبًا نسبة التغطية للعاملين في القطاع الخاص (٤٢.٣٪)، في حين بلغت النسبة ٢٥٪ فقط بين العاملين في الأعمال الحرة وأصحاب الأعمال بعينة الدراسة. وتتفق هذه النتائج مع دراسة الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء، والتي انتهت إلى ارتفاع نسبة التغطية التأمينية بين من يعمل في القطاع الحكومي أو الخاص (٤٦٪) مقارنة بمن يعمل في قطاعات أخرى كالعامل الحر (١٦.٩٪) أو أصحاب الأعمال (١١.٩٪) (الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء، ٢٠٢٠، ٧).

وأخيرا يختلف مستوى التغطية التأمينية تبعًا لطبيعة العمل ومدى استمراريته، حيث ترتفع نسبة التغطية التأمينية بين أفراد العينة العاملين بعمل دائم لتبلغ ٧٧.٥٪، يليها التغطية التأمينية بين العاملين بعقد يُجدد سنويًا بنسبة ٥٤.٤٪، ثم العاملون بشكل مؤقت ومدة محددة بنسبة ١٩.٢٪.

## ٦. مستوى الدخل:

اهتمت العديد من الدراسات برصد العلاقة بين التغطية السكانية بنظام التأمين الصحي من جانب والمستوى الاقتصادي للفرد ويعبر عنه بالدخل الشهري من جانب آخر، خاصة في ضوء

النظر إلى التأمين الصحي على أنه نظام اجتماعي يقوم على أساس التعاون والتكافل بين الأفراد لتحمل ما يعجز عن تحمله الشخص بمفرده لتوفير خدمة طبية متكاملة بجودة عالية وتكلفة مقبولة (الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء، ٢٠٢٠، ب، ٢٦).

وقد انتهت معظم هذه الدراسات إلى وجود علاقة طردية بين التغطية التأمينية للسكان ومستوى الدخل، ومنها دراسة "وي Wu" وزملائه التي تناولت التغطية التأمينية بمقاطعة تشانجيانج الصينية (Wu, et al, 2018, 7)، ودراسة "خان Khan" وزملائه عن التغطية التأمينية للسكان بالهند (Khan, et al, 2021, 6)، ودراسة "ستون Stone" وزملائه عن تغطية التأمين الصحي بالولايات المتحدة الأمريكية (Stone, et al, 2015, 211). ودراسة مركز المعلومات ودعم اتخاذ القرار بمجلس الوزراء، والتي ركزت على المؤسسات الصحية التي يتردد عليها السكان من ذوي الدخل المنخفض في مصر، وانتهت إلى أن منخفضي الدخل أقل استخدامًا للمستشفيات والعيادات الخارجية التابعة للتأمين الصحي بنسبة بلغت ١.٧٪ و ٦.٥٪ من إجمالي فئة الدخل المنخفض على الترتيب مقارنة بنسب تردد السكان مرتفعي الدخل على مؤسسات التأمين الصحي والتي بلغت ٦.٩٪ و ١١.٤٪ من إجمالي فئة الدخل المرتفع على الترتيب (مركز المعلومات ودعم اتخاذ القرار، ٢٠٠٥، ٢٦-٢٧). كما انتهى مسح الخدمات الصحية عام ٢٠١٠ إلى ارتفاع نسبة التغطية التأمينية بين مرتفعي الدخل بعينة المسح لتصل إلى ٦٧٪، بينما تقل إلى ٤٠٪ بين منخفضي الدخل بعينة المسح (Rafe, et al, 2011, 74)، وأخيرًا بحث الدخل والإنفاق للأسرة المصرية عام ٢٠١٧، والذي كشف عن أن نسبة التغطية التأمينية لمنخفضي الدخل لا تتجاوز ٣٠.٨٪ (الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء، ٢٠٢٠، ب، ٢٧) مقارنة بمثيلاتها لإجمالي سكان الجمهورية والتي بلغت في ذات العام ٥٢.٣٪ كما سبقت الإشارة.

ووفقا لعينة الدراسة، تنخفض نسبة التغطية التأمينية لأدنى مستوى لها بين أقل فئات الدخل الشهري (أقل من ٣ آلاف جنيها) وبلغت ٤٢.٨٪، في حين ارتفعت نسبة التغطية بين فئات الدخل الأعلى لتصل إلى ٧٩.٣٪ لأفراد العينة في فئة الدخل (من ٦ إلى أقل من ٩ آلاف). ويرتبط انخفاض الدخل لأفراد العينة بعدم حصول ثلثهم تقريبًا على عمل (٦٥.٨٪)، كما تنخفض نسبة كل من العاملين منهم في القطاع الحكومي والتي لا تتعدى ١١.٨٪ والعاملين في عمل دائم والتي بلغت ٢١.٤٪.

ويمثل انخفاض نسبة التغطية التأمينية للسكان الأقل دخلاً مؤشراً خطيراً، حيث يجعل هذه الفئة السكانية عرضة لعدم الأمان الصحي، وتواجهها مشكلة في توفير النفقات الصحية التي تتحملها من المدفوعات الشخصية المحدودة في الأساس (Fasseeh, et al, 2022, 7)، وهو ما دفع الحكومة المصرية للبدء في تطبيق نظام التأمين الصحي الشامل الذي تتحمل فيه الدولة تكلفة التغطية التأمينية لغير القادرين من منخفضي الدخل (غانم، ٢٠٢١، ٢-٤).

ومن العرض السابق لخصائص التغطية السكانية بالتأمين الصحي في الإسكندرية يتضح أن الفئات السكانية التي تحظى بنسبة أعلى من التغطية التأمينية في المحافظة هي الذكور، وصغار وكبار السن، والسكان ذوو المستوى التعليمي المرتفع، والعاملون خاصة بالمؤسسات الحكومية، ومتوسطو ومرتفعو الدخل.

### ثالثاً: أنواع التغطية السكانية بالتأمين الصحي في محافظة الإسكندرية:

تتعدد أنماط التغطية التأمينية للسكان وذلك تبعاً لنوع نظام التأمين الصحي الذي يشترك فيه الفرد، والجهة التابع لها، فبخلاف نظام التأمين الصحي الحكومي التابع للهيئة العامة للتأمين الصحي، تقدم العديد من المؤسسات والجمعيات الأهلية والنقابات نظاماً أخرى للتأمين الصحي موجهة في الأساس للأفراد وفي بعض الأحيان تشمل أسرهم. وإذا كان المنتفعون من نظام التأمين الصحي التابع للهيئة العامة للتأمين الصحي يتلقون الخدمة الصحية إما في المستشفيات والعيادات التابعة للهيئة أو التي تتعاقد معها الهيئة، فإن المنتفعين من النظم التأمينية التابعة للجهات الأخرى يحصلون على الخدمة الصحية إما في المستشفيات التي تتبع هذه الجهات كالمستشفيات الجامعية بالنسبة لطلاب الجامعة والعاملين بها، وبالمثل مستشفيات القوات المسلحة ومستشفيات الشرطة ومستشفيات بعض الشركات كمستشفى مصر للطيران، أو من خلال تعاقد هذه الجهات مع بعض المستشفيات الخاصة لتقديم الخدمة التأمينية للمؤمن عليهم (معهد التخطيط القومي، ٢٠٠٢، ٧٧-٧٨).

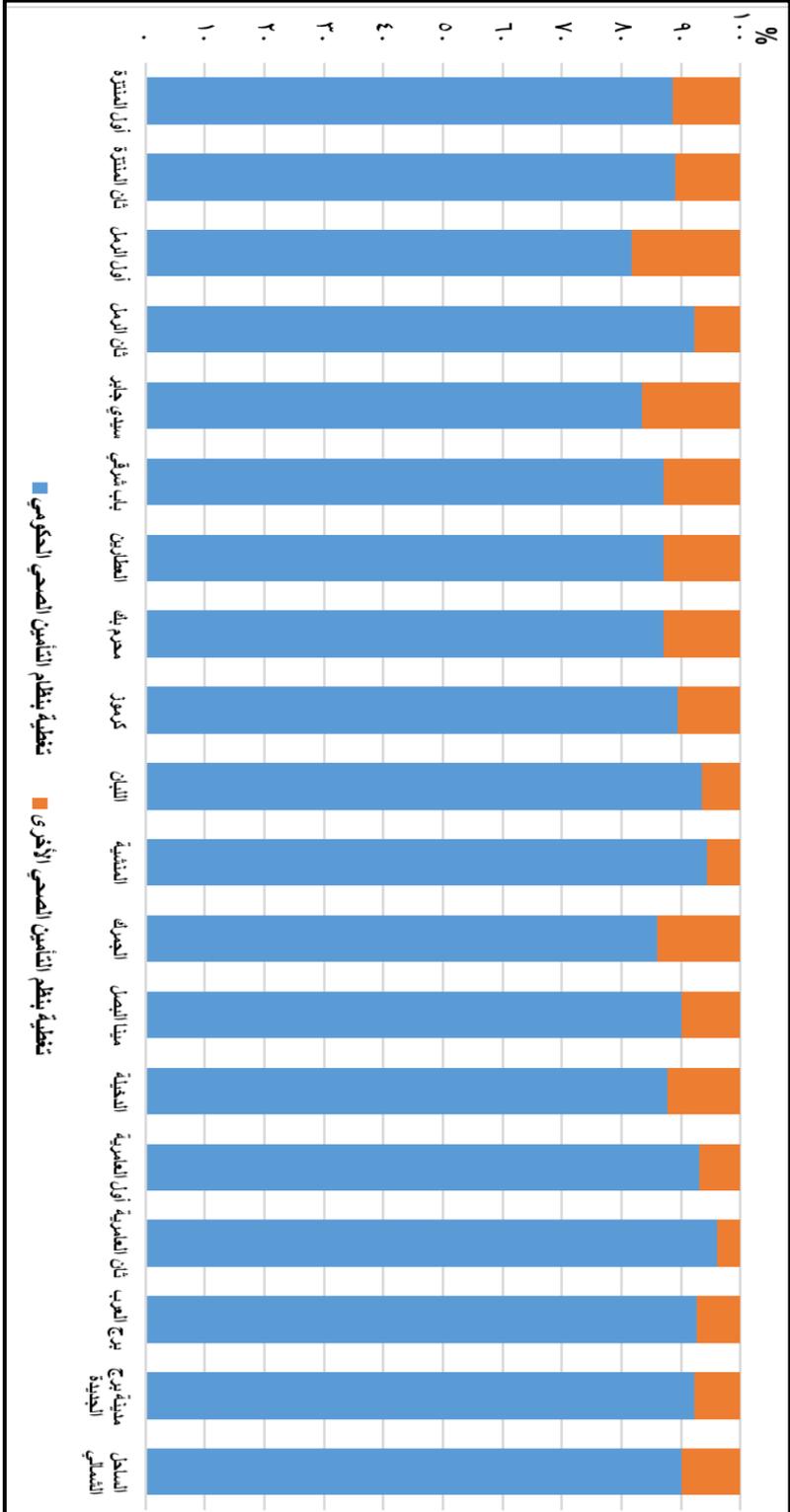
ووفقاً لبيانات التعداد العام للسكان بالجمهورية تشكل التغطية التأمينية الحكومية النسبة الأكبر من إجمالي التغطية، وبلغت ٩٢.٩٪، بينما تمثل التغطية التأمينية بالنظم الأخرى ٧.١٪. وعلى مستوى الإسكندرية وأقسامها يوضح جدول (٤) وشكل (٥) التغطية التأمينية تبعاً لنوع النظام التأميني، ومنه يمكن ملاحظة أن التغطية السكانية بنظم التأمين الصحي الأخرى غير التابعة للهيئة

العامة للتأمين الصحي تمثل ما يزيد على عُشر التغطية التأمينية بالإسكندرية، لتأتي بذلك في المرتبة الثالثة بين محافظات الجمهورية بعد القاهرة (١٤.٥٪) والبحر الأحمر (١١.٧٪) ويتفق ذلك مع ما نشره البنك الدولي من أن النسبة الأكبر من التغطية السكانية بالتأمين الصحي غير الحكومي في مصر تتركز في المحافظات ذات الطبيعة الحضرية (Nassar & El-Saharty, 2010, 171).

جدول (٤) التغطية السكانية بالتأمين الصحي تبعاً لنوع النظام التأميني بأقسام محافظة الإسكندرية عام ٢٠١٧

القسم	النصيب النسبي للتغطية بنظام التأمين الصحي الحكومي	النصيب النسبي للتغطية بأنظمة التأمين الصحي الأخرى
أول المنتزه	٨٨,٦	١١,٤
ثاني المنتزه	٨٩,١	١٠,٩
أول الرمل	٨١,٧	١٨,٣
ثاني الرمل	٩٢,٣	٧,٧
سيدي جابر	٨٣,٤	١٦,٦
باب شرقي	٨٧,٠	١٣
القطارين	٨٧,٠	١٣
محرم بك	٨٧,٠	١٣
كرموز	٨٩,٥	١٠,٥
اللبان	٩٣,٦	٦,٤
المنشية	٩٤,٣	٥,٧
الجمرك	٨٦,٠	١٤
ميناء البصل	٩٠,٠	١٠
الدخيلة	٨٧,٨	١٢,٢
أول العامرية	٩٣,٢	٦,٨
ثاني العامرية	٩٦,٠	٤
مركز ومدينة برج العرب	٩٢,٦	٧,٤
مدينة برج العرب الجديدة	٩٢,٣	٧,٧
الساحل الشمالي	٩٠,١	٩,٩
إجمالي المحافظة	٨٩,٢	١٠,٨

المصدر: النسب من حساب الباحثة بناء على بيانات الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء، ٢٠١٩ ب.



المصدر: جدول (٤)

شكل (٥) التغطية السكانية بالتأمين الصحي تبعاً لنوع النظام التأمينى بأقسام محافظة الإسكندرية عام ٢٠١٧

ويتباين النصيب النسبي للتغطية التأمينية بنظم التأمين غير الحكومي من إجمالي التغطية السكانية بأقسام الإسكندرية، حيث سجل قسيمي أول الرمل وسيدي جابر أعلى نسبة لهذا النوع من التغطية التأمينية بلغت ١٨.٢٪ و ١٦.٦٪ على الترتيب، في حين سجل قسيمي ثاني العامرية والمنشية أقل نسبة وبلغت على الترتيب ٤٪ و ٥.٧٪، ويفسر هذا التباين على رقعة المحافظة عدة عوامل أشارت إليها العديد من الدراسات، يأتي في مقدمتها حجم السكان متوسطي السن والمشتغلين بالقسم، حيث تعد هذه الفئة هي الأكثر اشتراكا في النظم غير الحكومية التابعة لجهة العمل، في حين تتبع الفئات الأخرى كالأطفال أو طلاب المدارس التأمين الصحي الحكومي (Rafe, et al, 2011, 74) وترتفع نسبتي متوسطي السن والسكان المشتغلين بقسم أول الرمل لتبلغ على الترتيب ٧١.٤٪ و ٢٨.٩٪ مقارنة بمثيلتيهما بقسم ثاني العامرية حيث بلغت ٥٦.٤٪ و ١٩.٣٪ على الترتيب. أيضًا يُعد حجم العاملين بالقطاع الخاص والذي يوفر للعاملين فيه نظم تأمين صحي خاصة من العوامل المؤثرة في تباين النصيب النسبي للتغطية بالنظم التأمينية غير الحكومية بين أقسام المحافظة، وترتفع نسبة العاملين بمنشآت القطاع الخاص بقسم سيدي جابر لتصل إلى ٤٠.٣٪ مقابل ١٥.٥٪ فقط من إجمالي المشتغلين بقسم المنشية. ويضاف لهذه العوامل عامل دخل الفرد؛ حيث يفضل السكان ذوو الدخل المتوسط والمرتفع التأمين الصحي غير الحكومي (Nassar & El-Saharty, 2010, 172) في ضوء ما يتميز به من مرونة وجودة فضلا عن إمكانية توسيع مجاله ليشمل ليس فقط الفرد، بل كل أفراد أسرته (معهد التخطيط القومي، ٢٠٠٢، ٩٩) وقد استحوذ قسيمي أول الرمل وسيدي جابر على ٦٠.٨٪ من أفراد العينة بأعلى فئتين للدخل.

وتتقد بيانات التعداد فيما يتعلق بنوع التغطية التأمينية لبعض الدقة، حيث تفترض أن كل فرد يتمتع وينتفع بنظام واحد فقط من نظم التأمين الصحي وهو ما لا يعكسه الواقع. فمع وجود أكثر من نظام تأميني مقدم من أكثر من جهة، وفي ظل غياب التنسيق بينهم وبدون إطار قانوني واحد واضح يحكم هذه الممارسات وينظمها، فإن الفرد قد يحصل على تغطية تأمينية من أكثر من جهة في وقت واحد، بينما يفقد فرد آخر لأي نوع من أنواع التغطية التأمينية<sup>(١)</sup> مما يقلل كثيرا من الاستفادة الفعلية من هذه النظم ويعمق من التفاوت في مستوى الأمان الصحي للسكان. فعلى مستوى عينة الدراسة أشار ٦١٪ من أفراد العينة المؤمن عليهم أنهم مشتركون في التأمين الصحي الحكومي، في حين ذكر ٤٤.٥٪ أن لديهم تأمينًا صحيًا خاصًا، ويتضح من ذلك أن ٥.٥٪ من أفراد العينة يشملهم أكثر

(١) على سبيل المثال قد يستفيد الطفل بالتأمين الصحي الحكومي للأطفال دون السن المدرسي، كما ينتفع في ذات الوقت بخدمات التأمين الصحي غير الحكومي التابعة لجهة عمل الأب، في مقابل بقاء فرد آخر خارج التغطية التأمينية بجميع أنواعها.

من نظام للتأمين الصحي، ويتفق ذلك مع نتائج المسح الصحي السكاني في مصر عام ٢٠٠٢ حيث بلغت نسبة التغطية التأمينية بعينة المسح ٧٧٪، كان ٢٨٪ منهم منتفعين بنوعين من التغطية التأمينية، و ٥٪ مستفيدين بثلاثة أنواع من التغطية التأمينية، وذلك في مقابل ٢٣٪ من عينة المسح كانوا خارج التغطية بأي نظام للتأمين الصحي (Nassar & El-Saharty, 2010, 171)، ويعكس ذلك ليس فقط عدم شمولية التغطية التأمينية بل سوء توزيع الموارد المتاحة للتأمين الصحي على اختلاف أنواعه ونظمه، وهو ما بدأت الدولة حاليًا في علاجه من خلال دمج كل النظم السائدة في نظام واحد للتأمين الصحي الشامل (غانم، ٢٠٢١، ٣).

#### رابعاً: مؤشرات فاعلية التغطية السكانية بالتأمين الصحي بمحافظة الإسكندرية:

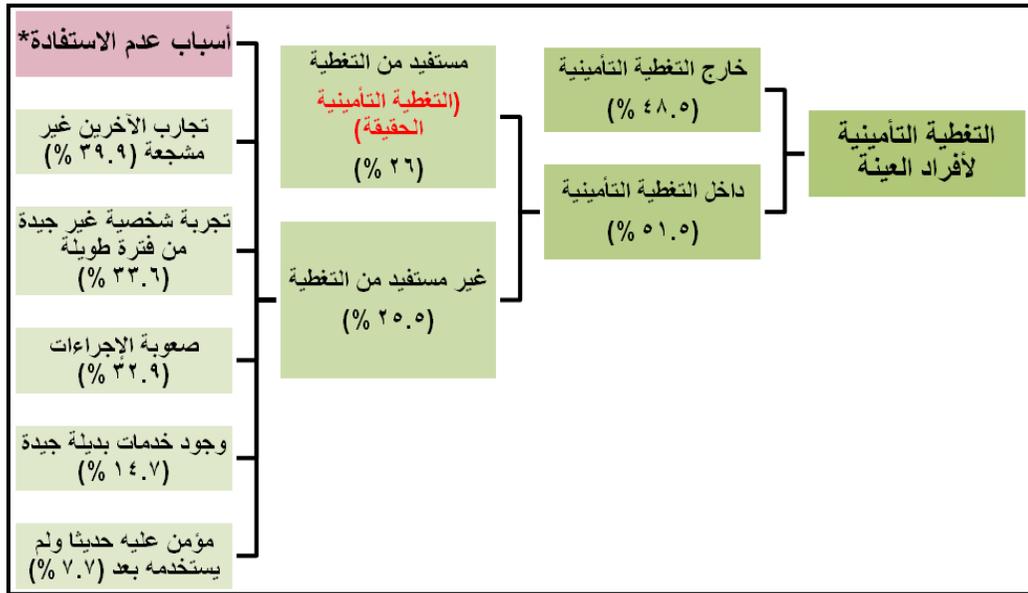
يمكن النظر إلى مؤشرات فاعلية التغطية التأمينية على أنها محاولة لرصد مدى جودة التغطية التأمينية بالمحافظة وقدرتها على تلبية الاحتياجات الصحية للسكان المؤمن عليهم، فإذا كان حجم التغطية التأمينية يعد مؤشراً كمياً لمدى شمول التغطية للسكان، فإن فاعلية التغطية التأمينية هي مؤشر كمي لواقع خدمات التغطية التأمينية من حيث مدى الاستفادة الفعلية منها ونوع الخدمة المطلوبة ومستوى الرضا عنها. ويعتمد هذا الجزء من الدراسة بشكل أساسي على بيانات عينة الدراسة، ويركز على أربع مؤشرات رئيسية للكشف عن فاعلية التغطية التأمينية وهي كما يلي:

##### ١. حجم الاستفادة الفعلية من التغطية السكانية بالتأمين الصحي في محافظة الإسكندرية:

يُقصد بالاستفادة الفعلية من التغطية التأمينية نسبة السكان المشتركين في نظام التأمين الصحي والذين يعتمدون فعلياً على مؤسسات التأمين الصحي في الحصول على الخدمات الصحية المطلوبة، وهو ما يمكن أن يطلق عليه التغطية التأمينية الحقيقية تمييزاً لها عن التغطية التأمينية النظرية أو الخام والتي تضم كل السكان المؤمن عليهم سواء استفاد فعلياً من خدمات التأمين الصحي أم لا.

وقد بلغت نسبة الاستفادة الفعلية من التغطية التأمينية بعينة الدراسة ٥٠.٥٪ من إجمالي التغطية التأمينية بالعينة (أي ما يعادل ٢٦٪ من إجمالي عينة الدراسة)، وترتفع نسبة التغطية التأمينية الحقيقية بين الذكور لتصل إلى ٦٠٪ من إجمالي الذكور المؤمن عليهم بعينة الدراسة، بينما تنخفض النسبة بين الإناث إلى ٤٦.٢٪. وتعد هذه النسب أحد مؤشرات انخفاض فاعلية التغطية التأمينية للسكان بالمحافظة في ضوء عدم استفادة نصف السكان داخل التغطية التأمينية بخدمات التأمين الصحي.

وقد أشار أفراد العينة من المؤمن عليهم ولكنهم غير مستفيدين بخدمات التأمين الصحي إلى أسباب العزوف عن الاستفادة من تغطيتهم التأمينية (شكل ٦)، والتي يأتي في مقدمتها تجارب الآخرين غير المشجعة بنسبة ٣٩.٩٪، يليه وجود تجربة سابقة غير جيدة للفرد ذاته مع خدمات التأمين الصحي من عدة سنوات وهي التي أدت إلى عدم تكرار اللجوء إلى هذه الخدمات مجدداً بنسبة ٣٣.٦٪، وكان ثالث هذه الأسباب صعوبة الإجراءات الإدارية المطلوبة للحصول على الخدمة التأمينية بنسبة ٣٢.٩٪، في حين أشار ١٤.٧٪ إلى أن وجود خدمات بديلة مُرضية لهم كان سبب عدم ترددهم على خدمات التأمين الصحي.



المصدر: تصميم الباحثة بناء على نتائج الاستبيان، ٢٠٢١.

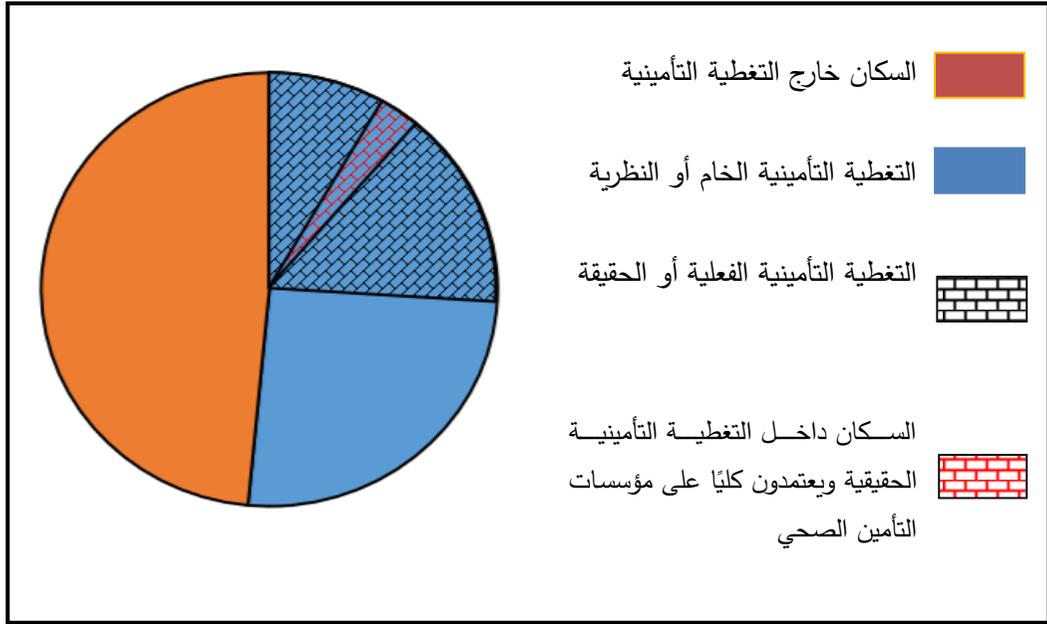
\* يتخطى مجموع النسب ١٠٠٪ حيث يمكن للفرد اختيار أكثر من إجابة.

شكل (٦) توزيع أفراد العينة تبعاً للتغطية التأمينية ومدى الاستفادة منها بمحافظة الإسكندرية عام ٢٠٢١

## ٢. مكان الحصول على الخدمة الصحية للسكان داخل التغطية التأمينية بمحافظة الإسكندرية:

يهدف هذا المؤشر إلى التعرف على الدور الذي تلعبه مؤسسات التأمين الصحي لدى السكان داخل التغطية التأمينية الحقيقية، ومستوى اعتمادهم على مؤسسات التأمين الصحي لتلقي الخدمة الصحية واكتفائهم بما تقدمه من خدمات. حيث تشير بيانات عينة الدراسة إلى أن ١١٪ فقط من السكان داخل التغطية التأمينية الحقيقية (ما يعادل ٥.٥٪ من إجمالي التغطية التأمينية، و ٢.٩٪ من إجمالي عينة الدراسة) (شكل ٧) يعتمدون كلياً على مؤسسات التأمين الصحي في تلقيهم للخدمات

الصحية ويكتفوا بها ولا يترددون على غيرها من المؤسسات الصحية، بينما أشار ٨٦.٣٪ من السكان داخل التغطية التأمينية الحقيقية إلى اعتمادهم على مؤسسات وزارة الصحة جنبًا إلى جنب مع مؤسسات التأمين الصحي، في حين كان ٢.٧٪ يعتمدون مع خدمات التأمين الصحي على مؤسسات صحية خاصة.



المصدر: تصميم الباحثة بناء على نتائج الاستبيان، ٢٠٢١.

شكل (٧) بعض مؤشرات فاعلية التغطية التأمينية بمحافظة الإسكندرية تبعا لعينة الدراسة عام ٢٠٢١

وتتفق نتائج العينة مع ما أشارت إليه دراسة الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء إلى أن حجم الاستفادة الفعلية من التغطية التأمينية بالجمهورية محدود نتيجة انخفاض نسبة تردد السكان المؤمن عليهم على مؤسسات التأمين الصحي والتي لم تتجاوز ١٦.٤٪ في حالة الإصابة بمرض مزمن، وحلت في المرتبة الثالثة بين المؤسسات التي يتردد عليها عينة المسح من السكان المؤمن عليهم صحياً بعد العيادات الخاصة (٤٧.٣٪) والصيدليات (١٦.٦٪)، أي أن ما يقل عن خمس المشاركين في التأمين الصحي يترددون على مؤسساته فعلياً في حالة الإصابة بمرض مزمن. أما في حالة حدوث إعاقة من أي نوع فإن نسبة التردد على مؤسسات التأمين الصحي تنخفض إلى ١٣.٦٪ وتحتل المرتبة الثانية مع المستشفيات الحكومية التابعة لوزارة الصحة في تفضيلات السكان المؤمن

عليهم بعد العيادات الخاصة (٤٣.٨٪) التي تحتل المرتبة الأولى (الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء، ٢٠٢٠، ١٠).

وقد أظهرت عينة الدراسة أن أفراد العينة ممن هم داخل التغطية التأمينية، ولكن غير مستخدمين لخدماتها يعتمدون بنسبة ٨٣.٢٪ على المؤسسات الصحية الخاصة، ويتشابهون في ذلك مع أفراد العينة خارج التغطية التأمينية من الأساس، حيث بلغت نسبة ترددهم على المؤسسات الصحية الخاصة ٨٣.١٪ من إجمالي هذه الفئة، ولا يعد ذلك فقط مؤشراً على انخفاض فاعلية التغطية التأمينية، بل يعد أيضاً مؤشراً على ارتفاع احتمالية تعرض أفراد العينة للإنفاق الكارثي على الصحة خاصة في ظل اعتماد النسبة الأكبر من عينة الدراسة على الخدمات الصحية الخاصة رغم أن ثلثهم ينتمون لأقل فئات الدخل بعينة الدراسة.

### ٣. نوع الخدمة الصحية المطلوبة داخل التغطية التأمينية:

كشفت عينة الدراسة عن تعدد خدمات التأمين الصحي التي يحصل عليها أفراد العينة داخل التغطية التأمينية الحقيقية (جدول ٥)، وكانت في مقدمتها الكشف في العيادات الخارجية بنسبة ٥٩.٦٪، ويليهما ثلاث خدمات بنسب متقاربة، وهما إجراء الإشاعات ٢٩.٥٪، وإجراء التحاليل الطبية ٢٨.٨٪، وصرف الأدوية والعلاج ٢٨.١٪، في حين لجأ ربع أفراد العينة داخل التغطية التأمينية الحقيقية (٢٥.٣٪) لخدمات التأمين الصحي للحصول على شهادات صحية وإجازات مرضية، ورغم أهمية وتنوع هذه الخدمات إلا أن هناك خدمات أخرى ذات تكلفة أعلى نسبياً لم تحظ بنسب مرتفعة بين أفراد العينة داخل التغطية التأمينية الفعلية؛ كإجراء العمليات الجراحية (٨.٩٪) والحجز الداخلي في المستشفيات (٥.٥٪) وجلسات العلاج الطبيعي (٤.٥٪).

جدول (٥) خدمات التأمين الصحي التي حصل عليها أفراد العينة(\*) والمشكلات التي واجهتهم أثناء الحصول عليها بمحافظة الإسكندرية عام ٢٠٢١

نوع الخدمة	% (**)	نوع المشكلة	% (**)
كشف في العيادات الخارجية	٥٩,٦	الازدحام وطول مدة الانتظار	٦٠,٣
إجراء إشاعات	٢٩,٥	التعامل بطريقة غير جيدة	٤٨,٦
إجراء تحاليل طبية	٢٨,٨	عدم كفاءة الأطباء	٣٢,٢
صرف الأدوية والعلاج	٢٨,١	عدم نظافة المكان	٣١,٥
الحصول على إجازات مرضية وشهادات طبية	٢٥,٣	عدم توافر بعض التحاليل والإشاعات	٢٦,٧
متابعة في العيادات الخارجية	١٩,٢	عدم توافر الأدوية	٢٦,٧
عمليات جراحية	٨,٩	تغيب الأطباء	٢٦
حجز داخلي بالمستشفيات	٥,٥	قوائم الانتظار للعمليات الجراحية	١٣,٧
جلسات علاج طبيعي	٤,٥	لا توجد مشكلات	١١,٦
علاج على نفقة الدولة	٢,١		

المصدر: نتائج الاستبيان، ٢٠٢١.

\* أفراد العينة داخل التغطية التأمينية الفعلية الحقيقية.

\*\* الجدول مرتب تنازلياً ويتخطى مجموع النسب ١٠٠٪ حيث يمكن للفرد اختيار أكثر من إجابة.

وتختلف نتائج عينة الدراسة عن نتائج دراسة مركز المعلومات ودعم اتخاذ القرار بمجلس الوزراء، والتي أشارت إلى انخفاض معدل التردد على العيادات الخارجية التابعة للتأمين الصحي إلى ٤.٣٪ مقارنة بمعدل التردد على مستشفيات التأمين الصحي التي يتم بها إجراء العمليات الجراحية والحجز الداخلي للمرضى، حيث بلغ ٩٪ من إجمالي سكان الجمهورية (مركز المعلومات ودعم اتخاذ القرار، ٢٠٠٥، ٢٦-٢٧). ويمكن تفسير أسباب لجوء أفراد العينة المنتفعين بالتأمين الصحي إلى العيادات أكثر من مستشفيات التأمين الصحي بثلاثة عوامل رئيسية؛ الأول هو قوائم الانتظار للعمليات الجراحية بمستشفيات التأمين الصحي بالمحافظة والتي أشار ١٣.٧٪ من أفراد العينة داخل التغطية التأمينية الحقيقية إلى أنها من المشكلات التي واجهتهم أثناء تلقي خدمات التأمين الصحي، ويتمثل العامل الثاني في أن الحجز في المستشفيات وإجراء العمليات الجراحية يتطلب توافر أطباء على مستوى عالٍ من الكفاءة وهو ما أشار ثلث أفراد العينة المستفيدين فعلياً من التغطية التأمينية (٣٢.٢٪) إلى

عدم توفره بمؤسسات التأمين الصحي بالإسكندرية، أما العامل الأخير فهو أن التردد على العيادات الخارجية مرتبط بخدمات أخرى كالحصول على الشهادات الصحية والإجازات المرضية فضلا عن صرف العلاج الدوري للمرضى مما يؤدي إلى ارتفاع معدل التردد على عيادات التأمين الصحي بعينة الدراسة.

ونخلص من العرض السابق لمؤشر نوع الخدمة الصحية المطلوبة داخل التغطية التأمينية أن مؤسسات التأمين الصحي بالمحافظة لا تقدم خدمة صحية وطبية متكاملة بداية من التشخيص إلى العلاج ثم التأهيل لمختلف المشكلات الصحية، بل تتركز معظم خدماتها وفقا لعينة الدراسة على الكشف والتشخيص وصرف الأدوية، ويقل الاعتماد عليها في الاحتياجات الطبية الأعلى في التكلفة وفي مستوى الخدمة مثل العمليات الجراحية والحجز في المستشفى للمتابعة أو جلسات العلاج الطبيعي التأهيلية.

#### ٤ . مستوى الرضا عن خدمات التغطية التأمينية:

يعد رضا أفراد العينة عن خدمات التأمين الصحي من المؤشرات الضرورية لمدى فاعلية التغطية التأمينية بالمحافظة، فبخلاف أن ارتفاع مستوى رضا أفراد العينة المستخدمين لخدمات التأمين الصحي سيدفعهم لاستمرار الاستفادة من التغطية التأمينية، فإنه في ذات الوقت قد يشجع بعض السكان المؤمن عليهم ولكنهم غير منتفعين بالتغطية التأمينية إلى الاستفادة من هذه الخدمات، فكما كانت تجارب الآخرين السيئة مع خدمات التأمين الصحي دافعا لعزوفهم عن استخدامها كما سبقت الإشارة، فإن التجارب الجيدة للآخرين ورضاهم عن الخدمة قد تدفع الأفراد المؤمن عليهم للتردد على مؤسسات التأمين الصحي وتحقيق الاستفادة الفعلية من التغطية التأمينية.

وتتخفف نسبة الرضا عن خدمات التأمين الصحي بين أفراد العينة داخل التغطية التأمينية الحقيقية إلى ١٣.٧% فقط، في حين أبدى ٢٩% منهم عدم رضاهم عن الخدمة التأمينية المقدمة لهم، وبذلك يقل مستوى الرضا عن خدمات التأمين الصحي بعينة الدراسة في الإسكندرية عن مستوى الرضا الذي أشار إليه مسح الخدمات الصحية بمصر عام ٢٠١٠، حيث أبدى ٦٤% من عينة المسح رضاهم الكامل في مقابل ٩% كانوا غير راضين عن مستوى الخدمة المقدمة بالتأمين الصحي (Rafe, et al, 2011, 97). وهو أمر منطقي في ظل المشكلات التي واجهت أفراد العينة أثناء تلقي

الخدمة التأمينية والموضحة في الجدول (٥) من الازدحام وطول مدة الانتظار، فضلا عن التعامل بطريقة غير جيدة مع المرضى، وانخفاض مستوى النظافة في مناطق تلقي الخدمة الصحية التأمينية، وعدم توافر بعض أنواع من التحاليل الطبية والإشاعات والأدوية. وفي المقابل أشار أفراد العينة من المترددين على خدمات التأمين الصحي إلى بعض الإجراءات الضرورية لرفع مستوى الخدمات التأمينية جاء في مقدمتها تيسير وتسريع إجراءات الحصول على الخدمة الصحية وإتاحتها إلكترونيا، وتوفير جميع التخصصات الطبية مع العمل على رفع كفاءة الأطباء والتمريض بمؤسسات التأمين الصحي فضلا عن توفير الأجهزة الطبية والأدوية المطلوبة.

ونخلص من العرض السابق لبعض مؤشرات فاعلية التغطية التأمينية للسكان بالإسكندرية تبعا لعينة الدراسة إلى انخفاض فاعلية التغطية التأمينية في ضوء: أولا أن التغطية التأمينية الحقيقية تمثل تقريبا نصف التغطية التأمينية الخام أو النظرية، وثانيا أن من يعتمد منهم كليا على خدمات التأمين الصحي دون غيرها من المؤسسات الصحية لا يتعدى ١١٪ فقط، وثالثا لأن الخدمة الصحية التأمينية غير متكاملة حيث تركز على الكشف في العيادات الخارجية للتشخيص وإجراء التحاليل والإشاعات وصرف الأدوية، ويقل الاعتماد عليها في إجراء العمليات الجراحية أو الحجز في المستشفى أو الخدمات التأهيلية، وأخيرا تنخفض فاعلية التغطية التأمينية في ضوء انخفاض مستوى الرضا عن خدمات التأمين الصحي بين المترددين على مؤسساتها وتعدد المشكلات التي واجهتهم أثناء تلقي الخدمة بها.

**الخاتمة:**

بدأت مصر منذ منتصف ستينات القرن الماضي تبني نظاما للتأمين الصحي، كان موجها في الأساس للعاملين بالهيئات الحكومية والمؤسسات العامة وأصحاب الأعمال والحرف، وهدفت الدولة خلال السنوات التالية إلى توسيع مجال التغطية التأمينية لتستوعب فئات سكانية أخرى، ليصل حجم التغطية التأمينية تبعاً لتعداد ٢٠١٧ إلى ما يزيد قليلا عن نصف سكان الجمهورية. وكانت الإسكندرية من أوائل المحافظات التي استفاد سكانها من التغطية التأمينية بحكم تركيبها الاقتصادي وتركز عدد كبير من المنشآت والمؤسسات فيها، والتي دخل العاملون بها تحت مظلة التأمين الصحي، لتصدر الإسكندرية المحافظات المصرية عام ١٩٩٦ من حيث نسبة التغطية السكانية بالتأمين الصحي.

وقد هدفت الدراسة إلى الكشف عن نسبة التغطية السكانية بالتأمين الصحي في محافظة الإسكندرية تبعاً لبيانات أحدث تعداد عام ٢٠١٧ وبيانات عينة الدراسة عام ٢٠٢١، وإبراز التباين المكاني بين أقسام المحافظة في حجم التغطية التأمينية ومحاولة تفسير هذا التباين، ورصد خصائص التغطية السكانية بالتأمين الصحي، بالإضافة إلى تحديد مدى فاعلية التغطية التأمينية بالمحافظة.

وانتهت الدراسة إلى عدم صحة الفرض الأول والخاص باتساع حجم التغطية السكانية بالتأمين الصحي في الإسكندرية ليشمل ثلثي السكان، حيث شملت التغطية التأمينية تبعاً لتعداد ٢٠١٧ ما يزيد قليلا نصف سكان المحافظة تقريباً، واقتربت كثيراً نسبة التغطية التأمينية بعينة الدراسة عام ٢٠٢١ من مثيلتها وفقاً لبيانات التعداد.

واتضح من دراسة التغطية التأمينية على مستوى أقسام المحافظة صحة الفرض الثاني حيث تباينت نسبة التغطية بين أقسام الإسكندرية، وسجلت أقسام أول المنتزه وأول الرمل وسيدي جابر وباب شرقي فضلا عن مدينة برج العرب الجديدة أعلى نسبة للتغطية التأمينية لسكانها، في حين انخفضت النسبة لأقل مستوى لها بأقسام وسط المحافظة خاصة اللبان والمنشية. وقد ارتبط هذا التباين في التغطية السكانية بالتأمين الصحي على رقعة المحافظة ارتباطاً طردياً قويا بتوزيع إجمالي سكان المحافظة من جانب وتوزيع الفئات تحت مظلة التأمين الصحي من المشتغلين والأطفال دون السن المدرسي والطلاب بمراحل التعليم المدرسي والنساء الأراملن جانب آخر.

وخلصت الدراسة إلى صحة الفرض الثالث والمتعلق بتركز التغطية التأمينية بفئات سكانية ذات خصائص ديموجرافية واجتماعية واقتصادية محددة، حيث يرتفع مستوى التغطية التأمينية بين الذكور عنه بين الإناث، مما ترتب عليه وجود فجوة نوعية في تغطية التأمين الصحي بجميع أقسام المحافظة، كما ترتفع نسبة التغطية بين السكان صغار وكبار السن، والسكان ذوي المستوى التعليمي المرتفع أو من هم مازالوا في مراحل التعليم المدرسي، والسكان المشتغلين خاصة في القطاع العام أو الحكومي، والسكان متوسطي ومرتفعي الدخل.

وتختلف التغطية التأمينية بالإسكندرية تبعاً للجهة التي تتبعها، حيث تعد الهيئة العامة للتأمين الصحي الجهة الرئيسية التي توفر تغطية تأمينية لمعظم السكان المؤمن عليهم بالمحافظة، بينما توفر بعض الجهات الحكومية والنقابات المهنية والجمعيات الأهلية وشركات التأمين نظاماً أخرى للتأمين الصحي تسهم بعُشر حجم التغطية التأمينية بالمحافظة فقط، وهو ما يؤكد صدق الفرض الرابع للدراسة والخاص بنوع التغطية التأمينية بالمحافظة.

جاءت نتائج عينة الدراسة عام ٢٠٢١ لتؤكد صحة الفرض الخامس من حيث انخفاض فاعلية التغطية التأمينية بالإسكندرية، وقد اعتمدت الدراسة في رصدها لفاعلية التغطية بالتأمين الصحي على أربعة مؤشرات، اختص الأول بحجم الاستفادة الفعلية بالتغطية التأمينية أو ما يُعرف بالتغطية التأمينية الحقيقية والتي بلغت نصف التغطية التأمينية الخام، وتمثل المؤشر الثاني في مكان الحصول على الخدمة للمؤمن عليهم من أفراد العينة، وكان ما يعادل عُشر التغطية التأمينية الحقيقية فقط هم من يعتمدون كلياً على مؤسسات التأمين الصحي كمكان لتلقي الخدمة الصحية، بينما هدف المؤشر الثالث لرصد نوع الخدمة التأمينية المقدمة لأفراد العينة، وجاءت الخدمة غير شاملة وغير متكاملة وتركزت أهم الخدمات التأمينية التي حصل عليها أفراد العينة في التردد على العيادات الخارجية وخدماتها المختلفة، في حين انخفضت نسبة التردد على المستشفيات بغرض الحجز الداخلي وإجراء العمليات الجراحية فضلاً عن جلسات العلاج الطبيعي وهي الخدمات الأعلى تكلفة، وأخيراً كشف المؤشر الرابع عن انخفاض مستوى رضا أفراد العينة عن الخدمات الصحية التأمينية في ضوء العديد من المشكلات التي واجهتهم أثناء تلقي الخدمة ومن أهمها الازدحام وقوائم الانتظار والمعاملة غير الجيدة وانخفاض مستوى النظافة وصعوبة الإجراءات.

وفي ضوء هذه النتائج خرجت الدراسة بعدد من التوصيات كانت أهمها:

- العمل على التعريف بنظام التأمين الصحي الشامل وحث السكان بالمحافظة على ضرورة التسجيل فيه عند البدء في تطبيقه بالإسكندرية خاصة الفئات التي لا تحظى بنسبة مرتفعة من التغطية التأمينية كالإناث وغير العاملين ومنخفضي الدخل.
- ضرورة وضع السلبات والمشكلات التي تواجه المنتفعين من التأمين الصحي بالمحافظة حاليًا في الاعتبار عند البدء في تطبيق التأمين الصحي الشامل لتلافيها وعدم تكرارها في المنظومة التأمينية الجديدة.
- ينبغي التنسيق بين الهيئة العامة للتأمين الصحي بقطاع شمال غرب الدلتا وجميع الهيئات الفاعلة في التغطية التأمينية بالإسكندرية والتكامل بينهما لتحقيق أقصى استفادة ممكنة من الموارد المتاحة، وذلك حتى البدء في تطبيق نظام التأمين الصحي الشامل والذي سيستوعب كل موارد التأمين الصحي المتاحة بالمحافظة.
- تبسيط إجراءات الاشتراك في التأمين الصحي وتلقي الخدمة التأمينية سواء في النظم السائدة حاليًا وأيضًا مستقبلًا في نظام التأمين الصحي الشامل وإتاحتها إلكترونيًا ووجهاً لوجه بالمؤسسات الصحية في نفس الوقت للوصول لمعظم الفئات السكانية بالمحافظة.

## الملاحق

ملحق (١) قائمة القوانين المستهدفة توسيع مجال التغطية التأمينية في مصر فيما بعد عام ١٩٦٤

القانون	الفئة المستفيدة بالتغطية التأمينية
قانون ٧٩ لسنة ١٩٧٥	التأمين الصحي على أرباب المعاشات والأرامل.
قانون ٩٩ لسنة ١٩٩٢	التأمين الصحي على الطلاب من مرحلة رياض الأطفال وحتى نهاية المرحلة الثانوية.
قانون ٢٣ لسنة ٢٠١٢	التأمين الصحي على المرأة المعيلة.
قانون ٨٦ لسنة ٢٠١٢	التأمين الصحي على الأطفال دون السن المدرسي.
قانون ١٢٧ لسنة ٢٠١٤	التأمين الصحي على الفلاحين وعمال الزراعة.
قانون ٢ لسنة ٢٠١٨	التأمين الصحي الشامل.

المصادر: الجريدة الرسمية، ١٩٧٥. الجريدة الرسمية، ١٩٩٢. الجريدة الرسمية، ٢٠١٢. الجريدة الرسمية، ٢٠١٢. الجريدة الرسمية، ٢٠١٤. الجريدة الرسمية، ٢٠١٨.

ملحق (٢) مراحل تنفيذ نظام التأمين الصحي الشامل بالجمهورية

المرحلة	الفترة الزمنية	المحافظات
الأولى	٢٠١٩ - ٢٠٢١	بورسعيد، الإسماعيلية، السويس، جنوب سيناء، الأقصر، أسوان
الثانية	٢٠٢٢ - ٢٠٢٤	شمال سيناء، البحر الأحمر، قنا، مطروح
الثالثة	٢٠٢٥ - ٢٠٢٧	الإسكندرية، البحيرة، كفر الشيخ، دمياط، سوهاج
الرابعة	٢٠٢٨ - ٢٠٢٩	الفيوم، بني سويف، المنيا، أسيوط، الوادي الجديد
الخامسة	٢٠٣٠ - ٢٠٣١	الدقهلية، الشرقية، المنوفية، الغربية
السادسة	٢٠٣٢ - ٢٠٣٣	القاهرة، الجيزة، القليوبية

\*وفقا لقانون التأمين الصحي الشامل كانت محافظات المرحلة الأولى (بورسعيد، الإسماعيلية، السويس، شمال سيناء، جنوب سيناء)، ثم أُدخل تعديل بنقل شمال سيناء للمرحلة الثانية وحل محلها بالمرحلة الأولى محافظتا الأقصر وأسوان نظرًا لجاهزية البنية التحتية بهما. (وزارة المالية المصرية، ٢٠٢٠، ٣).  
المصدر: وزارة المالية المصرية، ٢٠٢٠، ٣.

## ملحق (٣)

الرقم المسلسل ( )

جامعة الإسكندرية

كلية التربية

قسم العلوم الاجتماعية

شعبة الجغرافيا

نموذج استبيان التغطية السكانية للتأمين الصحي بالإسكندرية.  
 "بيانات هذا النموذج سرية ولا تستخدم إلا في أغراض البحث العلمي"

يمثل التأمين الصحي قطاعاً رئيسياً لتقديم الخدمات الصحية في مصر، وقد سعت الدولة عامًا بعد عام لزيادة الفئات السكانية المتمتعة بخدماته ليشمل بخلاف العاملين في القطاع العام والخاص طلاب المدارس والموليد والمرأة المعيلة. وتسعى هذه الدراسة إلى الكشف عن حجم التغطية التأمينية الفعلية ومدى استفادة الأفراد المؤمن عليهم بخدمات التأمين الصحي ونوع الخدمة التي يتلقونها ومدى رضاهم عنها والمشكلات التي تواجههم أثناء تلقي الخدمة. لذلك نرجو المساعدة في إتمام هذا البحث من خلال الإجابة على أسئلة الاستبيان علمًا بأن جميع البيانات في هذا الاستبيان لن تستخدم إلا في غرض البحث العلمي.

## ولكم جزيل الشكر والامتنان.

## القسم الأول: البيانات الشخصية:

١. النوع: ذكر ( ) أنثى ( )

٢. السن:

٣. القسم الذي يوجد به محل الإقامة:

٤. المؤهل الدراسي:

٥. الحالة الاجتماعية:

• دون السن (أقل من ١٨ سنة)

• متزوج

• أرمل

• أعزب

• مطلق

٦. متوسط الدخل الشهري:

- أقل من ٣ آلاف جنيهه
- من ٣ إلى ٦ آلاف جنيهه
- لا أرغب في الإفصاح عن الدخل
- من ٦ إلى ٩ آلاف جنيهه
- أكثر من ٩ آلاف جنيهه
- ليس لي دخل شهري ثابت.

#### ٧. الحالة العملية:

- أعمل
- لا أعمل

في حالة الإجابة ب (أعمل) أجب على (٨أ، ٨ب) ثم انتقل للسؤال ٩، وفي حالة الإجابة ب (لا أعمل) انتقل مباشرة للسؤال ٩

#### ٨ أ. جهة العمل:

- حكومي / عام
- خاص / استثمار
- صاحب عمل/ يعمل لحسابه

#### ٨ ب. طبيعة العمل:

- دائم
- عقد سنوي
- مؤقت
- تحت التدريب

#### ٩. هل لديك تأمين صحي:

- نعم واستخدمه
- لا
- نعم ولكن لا استخدمه

في حالة الإجابة ب (نعم استخدمه) أجب عن أسئلة القسم الثاني.

في حالة الإجابة ب (نعم، ولكن لا استخدمه) أجب عن أسئلة القسم الثالث.

في حالة الإجابة ب (لا) أجب عن أسئلة القسم الرابع.

القسم الثاني: السكان المؤمن عليهم ومستخدمين لخدماته:

١. أين تحصل على خدمات التأمين الصحي؟ (يمكن اختيار أكثر من إجابة):

- المستشفيات والعيادات التابعة للهيئة العامة للتأمين الصحي.
- المستشفيات والعيادات التابعة لجهات أخرى (جهة العمل، النقابة، شركة تأمين، جمعية أهلية، مستشفيات خاصة).

٢. هل تكتفي بخدمات التأمين الصحي؟

- أكتفي بخدمات التأمين الصحي.
  - ألتجأ مع مؤسسات التأمين الصحي إلى مؤسسات صحية حكومية أخرى.
  - ألتجأ مع مؤسسات التأمين الصحي إلى مؤسسات صحية خاصة.
٣. الخدمات التي تحصل عليها من خلال التأمين الصحي (يمكن اختيار أكثر من إجابة):

- كشف عيادات خارجية
- عمليات جراحية
- صرف علاج
- إجراء إشاعات
- الحصول على شهادات طبية وإجازات مرضية
- متابعة في العيادات
- حجز داخلي في المستشفيات
- إجراء تحاليل طبية
- جلسات علاج طبيعي
- علاج على نفقة الدولة
- خدمات أخرى

٤. هل كانت خدمات التأمين الصحي مرضية من وجهة نظرك؟

• نعم

• لا

• إلى حد ما

٥. هل تواجه مشكلات أثناء تلقي خدمات التأمين الصحي؟

• كثيرًا

• نادرًا

• أحيانًا

• لا

٦. ما هي المشكلات التي تواجهها أثناء تلقي خدمات التأمين الصحي (يمكن اختيار أكثر من إجابة):

- انخفاض كفاءة الأطباء .
- عدم توافر بعض الأدوية.
- التعامل بشكل غير جيد.
- تغيب الأطباء .
- قوائم الانتظار للعمليات الجراحية.
- عدم توافر بعض التحاليل والإشاعات.
- عدم نظافة المكان.
- الازدحام وطول مدة الانتظار.
- أخرى.
- لا أواجه أي مشكلات.

٧. هل لديك أي ملاحظات أخرى على خدمات التأمين الصحي؟

القسم الثالث: السكان المؤمن عليهم ولا يستخدمون خدماته:

١. أين تتلقى الخدمة الصحية؟ (يمكن اختيار أكثر من إجابة):

- المستشفيات والوحدات الصحية التابعة لوزارة الصحة.
- المستشفيات الجامعية.
- مستشفيات وعيادات خاصة.

٢. ما هو سبب عدم استخدامك لخدمات التأمين الصحي؟ (يمكن اختيار أكثر من إجابة):

- استخدمته من عدة سنوات وكان مستوى الخدمة منخفضاً ولم أكرر الاستخدام.
- لم أستخدمه من قبل لأن تجارب الآخرين غير مشجعة بسبب انخفاض مستوى الخدمة.
- مؤمن عليّ حديثاً ولم أحتج إلى خدمات التأمين الصحي حتى الآن.
- كثرة الإجراءات للحصول على الخدمة تجعلني أفضل اللجوء لخدمات أخرى.
- لدي خدمات صحية بديلة جيدة ولا أحتاج لخدمات التأمين الصحي.
- أخرى تذكر.....

القسم الرابع: السكان غير المؤمن عليهم:

١. أين تتلقى الخدمة الصحية؟ (يمكن اختيار أكثر من إجابة):

- المستشفيات والوحدات الصحية التابعة لوزارة الصحة.

- المستشفيات الجامعية.
- مستشفيات وعيادات خاصة.
- ٢. ما هو سبب عدم اشتراكك على تأمين صحي؟
- جهة عملك لا توفر خدمات التأمين الصحي.
- جهة العمل لم تستكمل إجراءات التأمين الصحي الخاصة بك.
- لا ترغب أنت في الحصول على التأمين الصحي ولم تقم بإجراءات الحصول عليه لانخفاض مستوى خدماته.
- لا ترغب أنت في الحصول على التأمين الصحي ولم تقم بإجراءات الحصول عليه لأن لديك خدمات أخرى بديلة أفضل.
- أستكمل إجراءات التأمين الصحي حاليًا.
- لا أعمل.
- أخرى تذكر.....

شكرًا لحسن تعاونكم معنا"

ملحق (٤) أهم خصائص التغطية السكانية بالتأمين الصحي بمحافظة الإسكندرية من واقع عينة الدراسة عام ٢٠٢١

الفئات	نسبة السكان المؤمن عليهم	نسبة السكان غير المؤمن عليهم
<b>الخصائص العمرية</b>		
أقل من ١٥	١٠٠	-
من ١٥ لأقل من ٣٠	٤٦,٤	٥٣,٦
من ٣٠ لأقل من ٤٥	٥١,٩	٤٨,١
من ٤٥ لأقل من ٦٠	٥٥,٦	٤٤,٤
٦٠ فأكثر	٨٢,١	١٧,٩
إجمالي العينة	٥١,٥	٤٨,٥
<b>الحالة التعليمية</b>		
مؤهل أقل من المتوسط	٧١,٤	٢٨,٦
مؤهل متوسط	٣٧,٥	٦٢,٥
مؤهل فوق متوسط	٥٧,٣	٤٢,٧
تعليم جامعي	٤٢,٥	٥٧,٥
تعليم فوق جامعي	٨١,٩	١٨,١
لا توجد إجابة	٨٠	٢٠
إجمالي العينة	٥١,٥	٤٨,٥
<b>الحالة الزوجية</b>		
دون السن	٦٦,٧	٣٣,٣
أعزب	٤٨,٥	٥١,٥
متزوج	٥٤,٤	٤٥,٦
مطلق	٥٥,٥	٤٤,٥
أرمل	٤٥,٥	٥٤,٥
إجمالي العينة	٥١,٥	٤٨,٥
<b>الحالة العملية</b>		
يعمل	٥٨,٩	٤١,١
لا يعمل	٤١,٣	٥٨,٧
إجمالي العينة	٥١,٥	٤٨,٥
<b>القطاع (لمن يعمل فقط)</b>		
حكومي	٩٣,١	٦,٩
خاص	٤٢,٣	٥٧,٧
أخرى	٢٥	٧٥
إجمالي العاملين بالعينة	٥٨,٩	٤١,١
<b>طبيعة العمل (لمن يعمل فقط)</b>		
دائم	٧٧,٥	٢٢,٥
عقد سنوي	٥٤,٤	٤٥,٦
موقت	١٩,٥	٨٠,٨

٨٧,٥	١٢,٥	تحت التدريب
٤١,١	٥٨,٩	إجمالي العاملين بالعينة
متوسط الدخل الشهري بالجنيه		
٥٧,٢	٤٢,٨	أقل من ٣ آلاف
٣٦	٦٤	من ٣ إلى أقل من ٦ آلاف
٢٠,٧	٧٩,٣	من ٦ إلى أقل من ٩ آلاف
٣٦,٨	٦٣,١	٩ آلاف فأكثر
٦٢,٥	٣٧,٥	ليس لديه دخل ثابت
٤٨	٥٢	لا يرغب في الإفصاح عن الدخل
٤٨,٥	٥١,٥	إجمالي العينة

المصدر: نتائج الاستبيان، ٢٠٢١.

## المصادر والمراجع:

## أولاً: باللغة العربية:

١. الأمم المتحدة. (١٩٤٨). الإعلان العالمي لحقوق الإنسان. متاح على: <https://www.un.org/ar/universal-declaration-human-rights>
٢. الجريدة الرسمية. (١٩٧٥). قانون رقم ٧٩ لسنة ١٩٧٥ لإصدار قانون التأمين الاجتماعي، (٣٥ تابع). القاهرة.
٣. الجريدة الرسمية. (١٩٩٢). قانون رقم ٩٩ لسنة ١٩٩٢ في شأن نظام التأمين الصحي على الطلاب، (٣١ تابع). القاهرة.
٤. الجريدة الرسمية. (٢٠١٢). قانون رقم ٢٣ لسنة ٢٠١٢ بشأن نظام التأمين الصحي على المرأة المعيلة. (٢٢ تابع). القاهرة.
٥. الجريدة الرسمية. (٢٠١٢). قانون رقم ٨٦ لسنة ٢٠١٢ بشأن نظام التأمين الصحي على الأطفال دون السن المدرسي، (٣٥ مكرر ب). القاهرة.
٦. الجريدة الرسمية. (٢٠١٤). قانون رقم ١٢٧ لسنة ٢٠١٤ في شأن تنظيم التأمين الصحي على الفلاحين وعمال الزراعة. (٣٧ مكرر ج). القاهرة.
٧. الجريدة الرسمية. (٢٠١٨). قانون رقم ٢ لسنة ٢٠١٨ بإصدار قانون نظام التأمين الصحي الشامل. (٢ تابع ب). القاهرة.
٨. الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء. (١٩٩٧) التعداد العام للسكان والإسكان والمنشآت ١٩٩٦: النتائج التفصيلية لتعداد المنشآت محافظة الإسكندرية. القاهرة.
٩. الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء. (١٩٩٧). التعداد العام للسكان والإسكان والمنشآت ١٩٩٦: النتائج التفصيلية لتعداد المنشآت محافظة الوادي الجديد. القاهرة.
١٠. الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء. (١٩٩٨). التعداد الاقتصادي لجمهورية مصر العربية ١٩٩٦/١٩٩٧: إحصاء الخدمات الصحية.
١١. الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء. (١٩٩٨). التعداد العام للسكان والإسكان والمنشآت ١٩٩٦: النتائج التفصيلية لتعداد السكان محافظة الإسكندرية. القاهرة.

١٢. الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء. (١٩٩٨ ج). التعداد العام للسكان والإسكان والمنشآت ١٩٩٦: النتائج التفصيلية لتعداد السكان محافظة المنوفية. القاهرة.
١٣. الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء. (٢٠١٣). مستويات واتجاهات التعليم العالي خلال الفترة (٢٠٠٣/٢٠٠٤ - ٢٠١٠/٢٠١١). مجلة السكان: بحوث ودراسات، (٨٥)، ٤٧-٨٠.
١٤. الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء. (٢٠١٧). الإنفاق الكارثي على الصحة وتعرض الأسر المصرية للفقر. مجلة السكان: بحوث ودراسات، (٩٤)، ٦١-٨٠.
١٥. الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء. (٢٠١٩ أ). النتائج النهائية لتعداد السكان والظروف السكنية بالتعداد العام للسكان والإسكان والمنشآت بالجمهورية لعام ٢٠١٧ نتائج العينة (الاستمارة المطولة).
١٦. الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء. (٢٠١٩ ب). النتائج النهائية لتعداد السكان والظروف السكنية بالتعداد العام للسكان والإسكان والمنشآت بالإسكندرية لعام ٢٠١٧ نتائج العينة (الاستمارة المطولة).
١٧. الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء. (٢٠٢٠ أ). إنفاق الأسرة المصرية على الخدمات والرعاية الصحية: دراسة تحليلية من واقع بيانات بحث الدخل والإنفاق ٢٠١٧ / ٢٠١٨. القاهرة.
١٨. الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء. (٢٠٢٠ ب). خصائص الأسر الفقيرة: دراسة تحليلية من واقع بيانات بحث الدخل والإنفاق ٢٠١٧ / ٢٠١٨. القاهرة.
١٩. المجلس التنفيذي. (٢٠١٥). الصحة في خطة التنمية المستدامة لعام ٢٠٣٠: تقرير من الأمانة. منظمة الصحة العالمية، متاح على:

[https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/EB/ar.pdf-14-138B/138](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB/ar.pdf-14-138B/138)

٢٠. أمين، رجب أبو حمد. (٢٠٢٠). الأهمية المتزايدة للتأمين الصحي الشامل في ظل التحولات الاقتصادية المعاصرة مع التطبيق على المملكة العربية السعودية. مجلة البحوث المالية والتجارية، كلية التجارة جامعة بورسعيد، (٢١)، ٢٢٩-٢٦١.
٢١. خلاف، نجوى. (٢٠٠٥). الوصف الهيكلي والوظيفي للنظام الصحي. في إسماعيل يوسف وآخرون (المحررون)، الحالة الصحية والخدمات الصحية في مصر: دراسة تحليلية للوضع

- الراهن ورؤى مستقبلية (ص ص ٤٧ - ٦٨). القاهرة: برنامج السياسات والنظم الصحية & جمعية التنمية الصحية والبيئية.
٢٢. علي، عواطف محمد النور. (٢٠١٧). العوامل المؤثرة على التغطية السكانية بالتأمين الصحي: بالتطبيق على ولاية النيل الأزرق ٢٠١٥ (رسالة دكتوراه غير منشورة)، معهد دراسات العالم الإسلامي جامعة أم درمان الإسلامية. أم درمان.
٢٣. غنام، علاء. (٢٠٢١). نظام التأمين الصحي الشامل وبناء الإنسان، آفاق إستراتيجية، مركز المعلومات ودعم اتخاذ القرار بمجلس الوزراء، (٣)، ١-٥.
٢٤. مركز المعلومات ودعم اتخاذ القرار. (٢٠٠٥). التحديات التي تواجه قطاع الصحة في مصر وسياسات التغلب عليها. القاهرة: مجلس الوزراء.
٢٥. معهد التخطيط القومي. (٢٠٠٢). التأمين الصحي في واقع النظام الصحي المعاصر: دراسة نظرية وميدانية واستطلاعية. سلسلة قضايا التخطيط والتنمية، (١٥٩). القاهرة.
٢٦. نورماند، تشارلز وويبر، أكسل. (١٩٩٧). التأمين الصحي الاجتماعي: دليل إرشادي للتخطيط، المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط. القاهرة.
٢٧. وهيب، يوسف. (٢٠٠٥). نظام التسجيل والمعلومات في القطاعات الصحية. في إسماعيل يوسف وآخرون (المحررون)، الحالة الصحية والخدمات الصحية في مصر: دراسة تحليلية للوضع الراهن ورؤى مستقبلية (ص ص ١٢٧ - ١٤٠). القاهرة: برنامج السياسات والنظم الصحية وجمعية التنمية الصحية والبيئية.
٢٨. وزارة التخطيط والمتابعة والإصلاح الإداري. (٢٠١٩). رؤية مصر ٢٠٣٠: استراتيجية التنمية المستدامة "مصر ٢٠٣٠".
٢٩. وزارة المالية المصرية. (٢٠٢٠). دعم نظام التأمين الصحي الشامل في مصر: خطة إشراك أصحاب المصلحة والإفصاح عن المعلومات. القاهرة.
- ثانيًا: باللغة الإنجليزية:

1. Bonfrer, I., Van de Poel, E., Gustafsson-Wright, E., & van Doorslaer, E. (2018). Voluntary health insurance in Nigeria: Effects on takers and non-takers. *Social science & medicine* (1982), 205, 55–63.

2. Bousmah, M. A., Boyer, S., Lalou, R., & Ventelou, B. (2021). Reassessing the demand for community-based health insurance in rural Senegal: Geographic distance and awareness. *SSM - population health*, 16, 100974.
3. Burches, E. Burches, M. (2020). Efficacy, Effectiveness and Efficiency in the Health Care: The Need for an Agreement to Clarify its Meaning. *Int Arch Public Health Community Med*, 4, 035.
4. Fasseeh, A., ElEzbawy, B., Adly, W., ElShahawy, R., George, M., Abaza, S., ElShalakani, A., & Kaló, Z. (2022). Healthcare financing in Egypt: a systematic literature review. *The Journal of the Egyptian Public Health Association*, 97(1), 1-11.
5. Hounton, S., Byass, P., & Kouyate, B. (2012). Assessing effectiveness of a community-based health insurance in rural Burkina Faso. *BMC health services research*, 12, 363.
6. Jung, H., & Lee, J. (2021). Estimating the effectiveness of national health insurance in covering catastrophic health expenditure: Evidence from South Korea. *PloS one*, 16(8), e0255677.
7. Khan, P. K., Perkins, J. M., Kim, R., Mohanty, S. K., & Subramanian, S. V. (2021). Multilevel population and socioeconomic variation in health insurance coverage in India. *Tropical medicine & international health: TM & IH*, 26(10), 1285–1295.
8. Ministry of Health and Population, El-Zanaty and Associates & ICF International. (2015). *Egypt Demographic and Health Survey 2014*. Cairo (Egypt) and Rockville, Maryland (USA): Ministry of Health and Population and ICF International.

9. Nassar, H. & El-Saharty, S. (2010). Evidence from the past: Egypt. In A. Preker, P. Zweifel, O. Schellekens, (Eds). Global Marketplace for Private Health Insurance: Strength in Numbers (pp. 163- 188). Washington, DC: World Bank.
10. OECD (2021), Health at a Glance 2021: OECD Indicators, Paris: OECD Publishing.
11. Rafeh N, Williams J, Hassan N. (2011). Egypt Household Health Expenditure and Utilization Survey 2010. Bethesda, MD: Health Systems 20/20 project, Abt Associates Inc.
12. Smith, J. C. & Medalia C. (2015). U.S. Census Bureau, Current Population Reports, P60-253, Health Insurance Coverage in the United States: 2014, Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
13. Stone, L. C., Boursaw, B., Bettez, S. P., Larzelere Marley, T., & Waitzkin, H. (2015). Place as a predictor of health insurance coverage: A multivariate analysis of counties in the United States. *Health & place*, 34, 207–214.
14. Wu, Y., Zhang, L., Liu, X., Ye, T., & Wang, Y. (2018). Geographic variation in health insurance benefits in Qianjiang District, China: a cross-sectional study. *International journal for equity in health*, 17(1), 20.
15. Yiengprugsawan, V., Carmichael, G. A., Lim, L. L., Seubsman, S. A., & Sleight, A. C. (2010). Has universal health insurance reduced socioeconomic inequalities in urban and rural health service use in Thailand?. *Health & place*, 16(5), 1030–1037.

## **Population Coverage for Health Insurance in Alexandria Governorate: A Geographical Study**

**Dr. Shimaa Ahmed Mohamed El Sayed**

Assistant Professor of Human Geography

Faculty of Education, Alexandria University

e.mail: shimaa\_elsayed@alexu.edu.eg

### **Abstract:**

The Population coverage for health insurance programs represents one of the health security means for the population, and it is also an important tool to avoid the catastrophic spending on health. The importance of studying the insurance coverage of the population in Alexandria comes to monitor its reality and evaluate its current situation, especially with the imminent implementation of the comprehensive health insurance system in the governorate. The study aimed, by relying on the data of the 2017 census and the data of the study sample 2021, to determine the size of the population coverage for health insurance in Alexandria and its spatial variation between the districts of the governorate, and to determine the characteristics and types of insurance coverage, as well as to assess its effectiveness through a set of indicators. The study concluded that the insurance coverage includes half of Alexandria population, and the percentage rises to close to two-thirds in the new city of Burj Al Arab, while it drops to less than half in most of the central districts of the governorate. The insurance coverage rate in the governorate is higher among males than females, young and elderly people than middle-aged people, higher educational groups, workers especially in the public and private sectors, and among high-income populations. The largest percentage of insurance coverage in the governorate follows the General Authority for Health Insurance. The indicators of the effectiveness of the insurance coverage on which the study relied (the real insurance coverage percentage, the place of receiving the service, the type of service

provided, the level of service satisfaction) reflected the low effectiveness of the insurance coverage in the governorate. The study recommended that the problems facing the insured population should be taken into consideration when applying the comprehensive health insurance in the governorate.

**Key words:** Health Insurance; Alexandria Governorate; population Coverage; Human Geography.