

قطاع التأمين

من يربح من ارتفاع أسعار التأمين الصحي في السعودية ومن يدفع الثمن؟

المملكة العربية السعودية



سبتمبر 2025

MACRO

أرقام³ إنتليجنس

تحليل احترافي بشري مدعوم
بأدوات تحليل البيانات المتقدمة

المحتوى

المقدمة

يطرح سؤالاً أساسياً: ما هي الأسباب الحقيقية وراء ارتفاع أسعار التأمين الصحي؟ هل هي بسبب ممارسات أصحاب العلاقة من شركات تأمين ومرافق صحية لتحقيق أرباح أعلى؟ أم أن الأمر يعود لتحديات هيكلية في السوق أم عوامل أخرى؟

للإجابة على هذه التساؤلات، تستعرض "أرقام" في هذا التقرير الاستقصائي مراحل تطور قطاع التأمين الصحي في السعودية، وتعرض آراء أبرز الأطراف المعنية، وتحلل البيانات المرتبطة به للوصول إلى فهم متكامل للعوامل التي أسهمت في ارتفاع أسعار التأمين الصحي.

أجرت "أرقام" تقريراً استقصائياً موسعاً هو الأول من نوعه عن قطاع التأمين الصحي في السعودية، وركز التقرير على فهم أسباب ارتفاع تكاليف التأمين الصحي وكيف يؤثر هذا الارتفاع على المؤمن لهم والاقتصاد المحلي بشكل عام.

وشهدت تكاليف التأمين الصحي ارتفاعاً ملحوظاً خلال السنوات الأخيرة، وتزايد الارتفاع بوتيرة أسرع بعد جائحة كورونا، لتصل نسبة الزيادة مقارنة بالعام 2013 إلى حوالي 250%، كما تظهر البيانات أن نسبة الموظفين المشمولين بالتأمين الصحي بلغت نحو 79%.

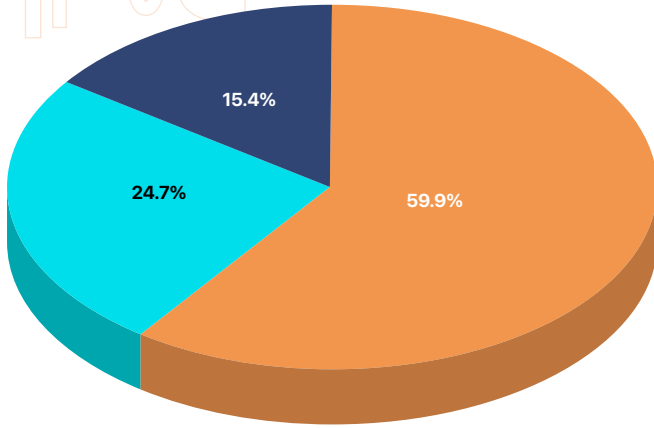
وفيما يرى الكثيرون أن شركات التأمين تُبالغ في رفع أسعار الوثائق بهدف زيادة أرباحها، تؤكد الشركات العاملة في هذا القطاع أن هوامش أرباحها التشغيلية من نشاط التأمين الصحي منخفضة جداً.

وأوضحت شركات التأمين أن أرباحها -إذا تحققت- فهي غالباً تأتي من عوائد استثماراتها وليس من عملياتها التشغيلية مستفيدة من مستويات الفائدة السائدة والمرتفعة حالياً، وفي حال تغيرها بالخفض -وهو المتوقع- فإن ذلك سيكون له تأثير كبير على أرباحها.

هذا التباين بين ارتفاع أسعار وثائق التأمين الصحي، وعدم استفادة شركات التأمين من هذه الزيادة تشغيلياً،

تاريخ التأمين الصحي في السعودية

إجمالي توزيع أقساط التأمين المكتتبة (%)



التأمين الطبي تأمين المركبات أخرى

أرقام MACRO

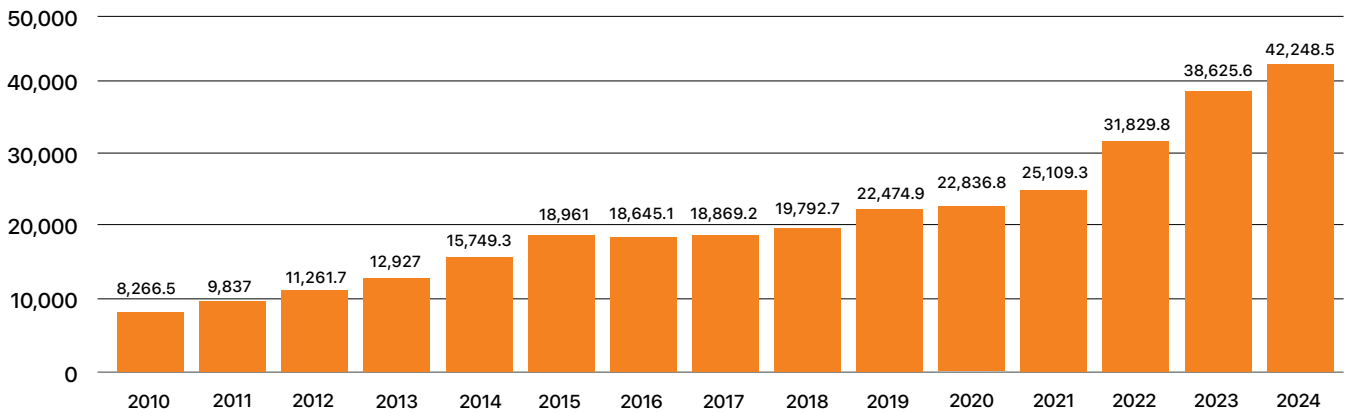
المصدر: هيئة التأمين

بدأ تطبيق نظام التأمين الصحي في السعودية عام 1999، بعد إصدار نظام التأمين الصحي التعاوني ولوائحه التنفيذية. واقتصر في بدايته على الموظفين غير السعوديين العاملين في القطاع الخاص، حيث تم تطبيقه تدريجياً بدايةً بالشركات الكبيرة ثم في المنشآت المتوسطة والصغيرة.

وفي نهاية العام 2002، صدر قرار من مجلس الوزراء بتوسيع نطاق التأمين الصحي ليشمل السعوديين العاملين في القطاع الخاص من الشركات والمؤسسات.

واليوم وبعد 25 عاماً من بدء تطبيقه، أصبح التأمين الصحي أكبر فروع قطاع التأمين في السعودية، حيث يمثل أكثر من 55% من إجمالي أقساط التأمين المكتتبة البالغة 76.1 مليار ريال، حسب تقرير هيئة التأمين السنوي للعام 2024.

التأمين الطبي (مليون ريال)



أرقام MACRO

المصدر: هيئة التأمين

نمو عدد الأفراد المؤمن لهم، وتحديات الالتزام

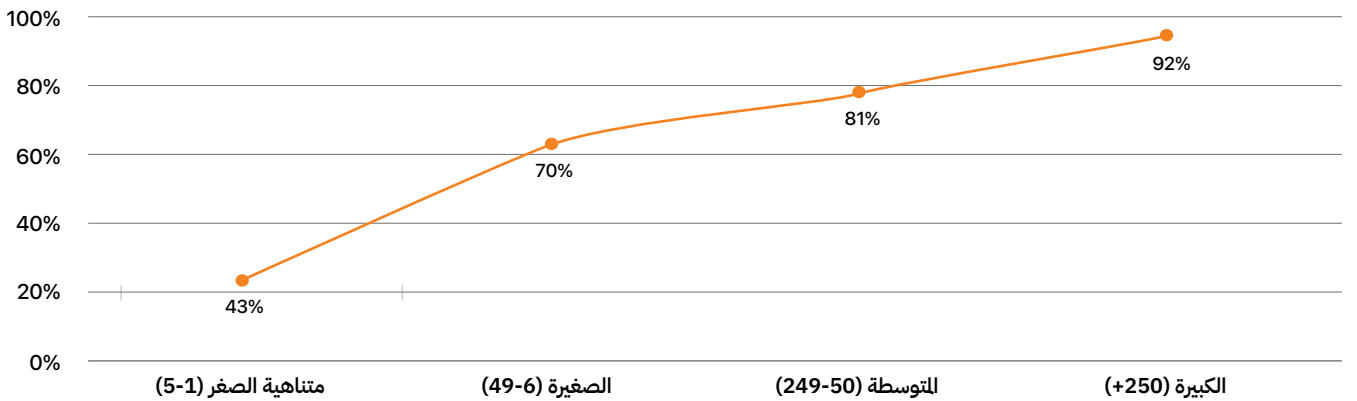
الرئيسي في زيادة عدد الاشخاص المؤمن لهم، إذ تُشير تقارير المستثمرين المنشورة لشركات مثل "بوبا العربية" و "التعاونية" إلى أن نسب التزام المنشآت بتوفير التأمين الصحي للموظفين وعوائلهم تراوحت بين 70 و75%.

يُشار إلى أن مسؤولية تطبيق إلزامية التأمين الصحي ما زالت تحت إشراف مجلس الضمان الصحي، رغم انتقال الصلاحيات التنظيمية لقطاع التأمين إلى هيئة التأمين، حيث أكدت تقاريره المنشورة وجود تفاوت كبير في نسب الالتزام حسب أحجام المنشآت، ترتفع وتنخفض حسب حجم المنشأة.

وفقاً لتقرير مجلس الضمان الصحي لعام 2024، بلغ عدد الأشخاص الذين يغطيهم التأمين الصحي 13.1 مليون شخص، منهم 9.3 مليون موظف وموظفة والبقية من التابعين لهم، بما في ذلك الزوجات والأبناء والبنات وحق الأيتام المحتضنون رسمياً بعد إضافتهم للفئات الملزمة بالتأمين الصحي قبل 3 سنوات وكذلك الوالدين والذين يتم تغطيتهم بالتأمين الصحي اختياريًا كميزة وظيفية تنافسية من قبل بعض المنشآت كونهم من غير الفئات الملزمة بالتأمين الصحي نظاماً.

وكان القرار بإلزام أرباب العمل في القطاع الخاص بتوفير التأمين الصحي لموظفيهم وعائلاتهم هو العامل

يظهر الشكل التالي نسبة التزام أصحاب العمل بالتأمين الصحي للموظفين وعائلاتهم بحسب حجم المنشأة:



نسبة الالتزام بتوفير التأمين الصحي مقارنة بعدد المنشآت وعدد العاملين بكل فئة

تصنيف المنشآت	عدد المنشآت	عدد الموظفين	نسبة الالتزام
متناهية الصغر	1.35 مليون	3.6 مليون	43%
الصغيرة	155 ألف	2.2 مليون	70%
المتوسطة	20.5 ألف	2.1 مليون	81%
الكبيرة	4.3 ألف	4.0 مليون	92%
المجموع / المتوسط	1.53 مليون	11.9 مليون	72.1%

العامة للتأمينات الاجتماعية لذات العام تفيد بأن العدد هو 12.4 مليون (أي نسبة التزام قدرها 75%) وإحصائيات وزارة الموارد البشرية والتنمية الاجتماعية تفيد أن العدد هو 12.6 مليون (أي نسبة التزام قدرها 74%) ولعل هذا يفسر نسب الالتزام المتفاوتة في تقارير شركات التأمين للمستثمرين والتي تم الإشارة لها في بداية هذا التقرير.

وفي هذا السياق، خاطبت "أرقام" المتحدث الرسمي لمجلس الضمان الصحي للاستفسار عن تقييم المجلس لنسبة الالتزام المسجلة بنهاية عام 2024 والبالغة 78.8%، وعن الخطط المطروحة لرفع هذه النسبة مستقبلاً.

ورغم تلقي وعد بالرد والتوضيح، إلا أنه -وحتى لحظة إعداد هذا التحقيق- لم يصلنا أي تعليق من المجلس.

وبالعودة إلى التقرير السنوي لمجلس الضمان الصحي لعام 2024، فقد أظهر أن عدد الموظفين الذين لديهم تأمين صحي بنهاية 2024 بلغ 9.3 مليون موظف وموظفة، بينما تقرير هيئة المنشآت الصغيرة والمتوسطة (منشآت) يفيد بوجود 11.9 مليون موظف وموظفة.

وعليه نجد أن نسبة الالتزام وصلت إلى ما يقارب 79% من إجمالي العاملين في القطاع الخاص، وهذا يعني أنه يوجد 2.5 مليون موظف وموظفة (بدون أفراد أسرهم) لا يحصلون اليوم على التأمين الصحي رغم إلزاميته حسب الأنظمة.

هذه النسبة تعتمد بشكل كبير على دقة عدد العاملين في القطاع الخاص حيث لوحظ تفاوت في الأرقام بين تقارير الجهات المختلفة، فبينما تفيد "منشآت" بأن العدد هو 11.9 مليون موظف وموظفة، فإن إحصائيات المؤسسة

تحديات المنشآت مع الالتزام وتضاعف تكلفة التأمين الصحي

إلى جانب دور عامل الإلزام في نمو أقساط التأمين الصحي، ساهمت عدة متغيرات أخرى -بحسب قادة قطاع التأمين- في الارتفاع الكبير لمتوسط قسط التأمين الصحي الذي يتحمله أصحاب العمل لتغطية موظفيهم وذويهم.

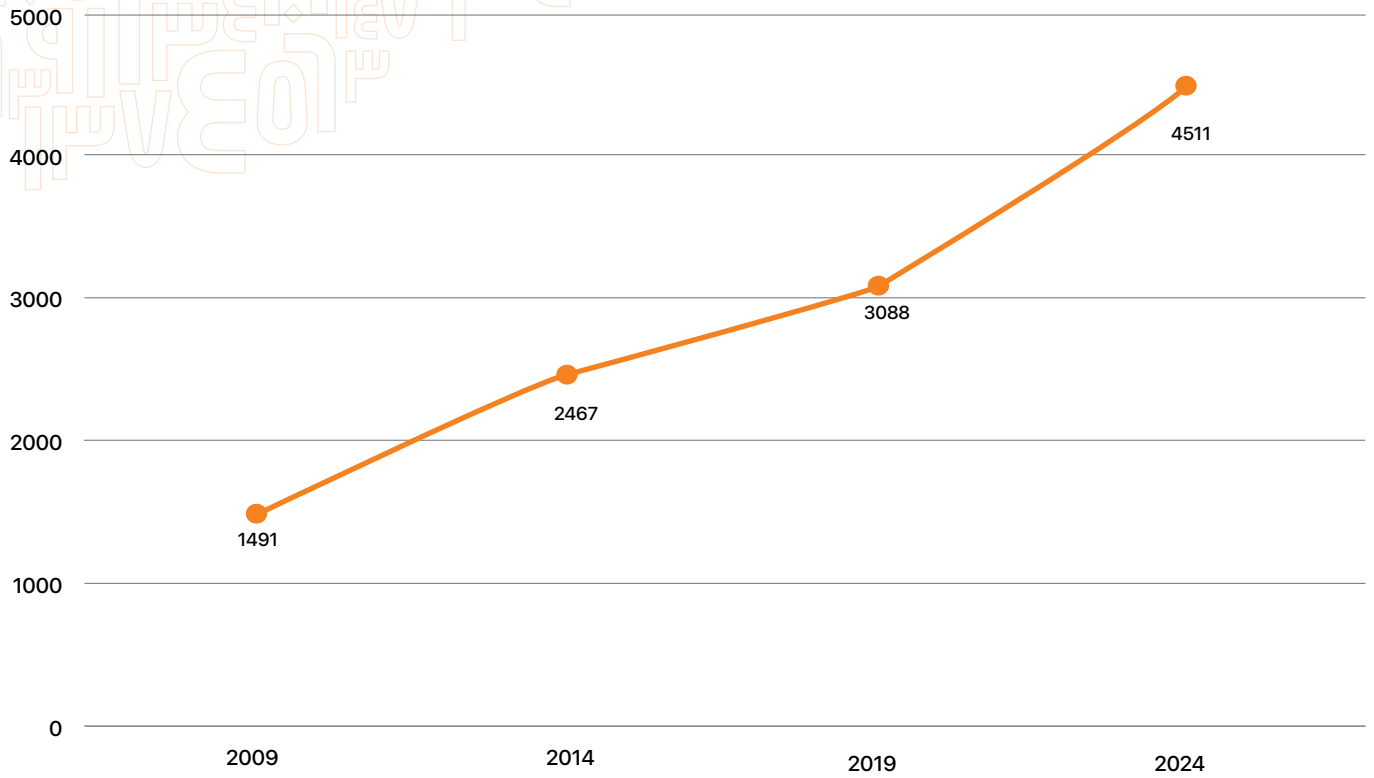
وحسب البيانات المتاحة، فإن متوسط القسط التأميني للموظف شاملاً أفراد أسرته قفز من 1,491 ريال عام 2009 ليصل بعد 5 سنوات لمبلغ 2,467 ريال، وبعدها بخمس سنوات أخرى بلغت التكلفة 3,088 ريال ليستقر بنهاية عام 2024 عند 4,511 ريال (بقسمة أقساط التأمين المكتتبة على عدد الموظفين الذين لديهم تأمين صحي بنهاية العام).

تطور متوسط قسط التأمين الصحي للموظف¹

2024	2019	2014	2009	
41,930	22,437	15,781	7,292	اجمالي الأقساط المكتتبة (مليون ريال)
(33,791)	(18,347)	(10,532)	(3,534)	المطالبات (مليون ريال)
9,296	7,267	6,396	4,891	عدد الموظفين المؤمن لهم (ألف)
4,511	3,088	2,467	1,491	متوسط القسط لكل موظف ¹ (ريال)
13,161	11,142	9,640	7,371	اجمالي عدد الافراد المؤمن عليهم (ألف)
3,186	2,014	1,637	989	متوسط القسط لكل مؤمن عليه (ريال)

¹ شاملاً أفراد أسرته

يظهر الشكل التالي نسبة التزام أصحاب العمل بالتأمين الصحي للموظفين وعائلاتهم بحسب حجم المنشأة:



أرقام

وبحسب توقعات "أرقام" التقديرية، بناءً على متوسط النمو المركب لآخر 5 سنوات للأقساط المكتتبة والمطالبات وعدد الموظفين، ترجح أن يصل متوسط قسط التأمين في عام 2030 إلى 9,500 ريال لكل موظف (شاملاً أفراد أسرته):

متوسط القسط التأميني عام 2030 – توقعات تقديرية

المؤشر	معدل النمو السنوي المركب لآخر 5 سنوات	معدل النمو السنوي المركب لآخر 10 سنوات	متوسط المعدلين
اجمالي الأقساط المكتتبة (مليون ريال)	97,868	72,276	85,072
المطالبات (مليون ريال)	(61,464)	(59,174)	(60,319)
عدد الموظفين المؤمن لهم (ألف)	10,298	10,124	10,211
متوسط القسط المكتتب لكل موظف (ريال)	9,504	7,139	8,332
اجمالي عدد الافراد المؤمن عليهم (ألف)	13,718	14,178	13,948
متوسط القسط المكتتب لكل مؤمن عليه (ريال)	7,134	5,098	6,099

أسباب ارتفاع أقساط التأمين من وجهة نظر قادة قطاع التأمين

- وتزامناً مع استمرار ارتفاع أسعار التأمين الصحي وتحديدًا من قبل شركات التأمين، توجهت "أرقام" إلى مسؤولي القطاع لاستيضاح الأسباب الحقيقية وراء هذه الزيادات، وأجمع المسؤولون في آرائهم وتحليلاتهم على وجود عوامل متعددة تقف خلف زيادة أسعار التأمين الصحي المضطربة، من أبرزها:
- التوسع في تغطيات العلاج المشمولة ضمن منافع التأمين الصحي.
- تزايد ممارسات تسليع الخدمات الصحية.
- التكاليف التنظيمية.
- مطالبات المرافق الصحية الحكومية (بعد تطبيق المادة 11).
- إساءة الاستخدام والهدر.

التوسع في تغطيات العلاج المشمولة ضمن منافع التأمين الصحي

منتصف 2022، شهد آخر الإضافات على التغطيات الصحية بواسطة مجلس الضمان الصحي ومنذ ذلك الحين ارتفع متوسط علاج المؤمن له ليصل إلى 2,385 ريال حتى نهاية عام 2024 والذي أظهر أن متوسط تكلفة علاج الشخص الذي لديه تأمين صحي خلال عام 2024 بلغت 2,503 ريال.

وحول أثر التوسع المستمر في التغطيات المشمولة ضمن وثائق التأمين الصحي وما يترتب عليه من زيادة في تكاليف العلاج وأسعار الوثائق، قال علي شنيمر، الرئيس التنفيذي لتطوير الأعمال في "بوبا العربية": "نعتقد يقيناً أن هدف المنظم من التوسع في التغطيات الصحية منبعه أسباب منطقية، وذلك للتأكد من حصول المؤمن لهم على حقهم في شمولية العلاج وأيضاً حقهم في الوقاية الاستباقية من الأمراض، إلا أن كل منفعة تضاف يتم أيضاً استغلالها وإساءة استخدامها بسبب عدم وضع ضوابط دقيقة تحكم طريقة الاستفادة من هذه المنفعة وحوكمتها ومراقبتها بشكل فعال."

وأوضح شنيمر أن توفير بعض الأجهزة مثل أجهزة قياس الضغط والسكر يُعد منطقيًا ويساعد المرضى على متابعة حالتهم بأنفسهم، مما يقلل من زيارة المستشفيات.

منذ بدء تطبيق التأمين الصحي وحتى منتصف عام 2014، لم يطرأ أي تغيير على قائمة المنافع التي يغطيها التأمين الصحي حيث كان متوسط تكلفة علاج المؤمن له (كامل المطالبات التي تدفعها شركات التأمين للمرافق الصحية مقسوماً على عدد الأشخاص الذين لديهم تأمين صحي) يتراوح بين 497 ريال في بداية الفترة و 1,021 ريال في نهاية 2013، أي بمتوسط لكامل الفترة منذ بدء التأمين الصحي لنهاية عام 2013 قدره 737 ريال للشخص.

في منتصف 2014، قام مجلس الضمان الصحي بأول ترقية لحزمة المنافع التي تغطيها وثيقة التأمين الصحي بإضافة تغطيات جديدة وساهمت هذه المنافع الإضافية -ضمن متغيرات أخرى حسب نظر القطاع- إلى رفع متوسط تكلفة علاج المؤمن له إلى 1,198 ريال للفترة من منتصف 2014 حتى منتصف 2018.

في منتصف 2018، قام المجلس مرة أخرى بترقية المنافع التي تغطيها وثيقة التأمين الصحي بإضافات جديدة والتي ساهمت بدورها في رفع متوسط تكلفة المؤمن له إلى 1,744 ريال حتى منتصف عام 2022.

لكنه أشار إلى أن غياب الضوابط التي تحكمها تسبب في سوء الاستخدام، وضرب مثلاً بعائلة تضم ثلاثة مصابين بضغط الدم يستطيع أن يحصل كل فرد فيها على جهاز خاص به رغم إمكانية مشاركة جهاز واحد.

وأضاف أن بعض المستفيدين يعيدون طلب نفس الأجهزة كلما انتقلوا إلى شركة تأمين جديدة، رغم أن عمر الجهاز يمتد لسنوات ولا يوجد سجل لمعرفة من صرف له هذا الجهاز من قبل.

ويبين شنيمر أن أدوية وجراحات خفض الوزن تُستخدم أحياناً كحل سريع بدلاً من تغيير أسلوب الحياة، ويتم التلاعب بحسابات كتلة الجسم لتبرير الحصول على هذه الخدمات، وأحياناً بمساعدة بعض المرافق الصحية التي تُقلل طول المريض في البيانات لرفع معدل كتلة الجسم للوصول للرقم الذي يبرر الجراحة أو صرف إبر التخسيس رغم توفر بياناته الأصلية لدى شركات التأمين.

وفي سياق متصل، أشار الدكتور عثمان القصبي، الرئيس التنفيذي لشركة "التعاونية للتأمين" ورئيس اللجنة الفرعية للتأمين الصحي، التابعة للجنة التنفيذية للتأمين والمنتقاة عن هيئة التأمين، إلى أمله في أن تعمل الجهات التنظيمية على إعادة دراسة قائمة المنافع المشمولة في التأمين الصحي، وذلك من خلال تحليل مدى فعاليتها وقياس تكلفتها مقارنة بتأثيرها على النتائج الصحية، بهدف ترشيدها أو وضع ضوابط دقيقة لاستخدامها.

وشدد القصبي على أهمية إشراك المستفيد في الترشيح من خلال تفعيل الدفع المشترك (Co-payment) للحد من إساءة استخدام بعض الخدمات، موضحاً أن هذه التكاليف يتحملها في نهاية المطاف أرباب العمل ودافعي أقساط التأمين.

تسليع الخدمات الصحية

وتعليقاً على هذه الظاهرة، أوضح المهندس محمد السعيد، الرئيس التنفيذي لقطاع الصحة في "التعاونية للتأمين"، أن من أبرز أمثلة تسليع الرعاية الصحية قيام بعض المرافق باستخدام أنظمتها التقنية لاستقطاب المريض وإعادة تدويره دون حاجة طبية ملحة.

وضرب مثلاً بحالة مريض يزور مرفقاً صحياً لعارض بسيط، ويتم عمل تحاليل تكشف نقصاً في فيتامين (د) مثلاً، فيُصرف له العلاج، ثم يتلقى المريض بعد شهر اتصالاً لحثه على مراجعة نفس المرفق للاطمئنان على مستوى الفيتامين، رغم عدم ظهور أعراض جديدة تستدعي ذلك.

يرى مسؤولون في قطاع التأمين أن بعض المرافق الصحية والمستشفيات تتعامل مع العلاج كمنتج تجاري يتم التوسع في تقديمه دون الحاجة الطبية الفعلية أحياناً، وذلك بهدف تحقيق أرباح أكبر.

وكأي سلعة في السوق، شهدت أسعار هذه الخدمات ارتفاعاً متواصلاً في السنوات الماضية، وترى شركات التأمين أن بعض المستشفيات تبالغ في هذا التسليع، ما يؤدي إلى زيادة التكاليف على شركات التأمين وأرباب العمل دون مبرر طبي كافٍ.

التكاليف التنظيمية

وأشار إلى أن قطاع التأمين الصحي يواجه ارتفاعاً في التكاليف ومنها التكاليف التنظيمية، إلى جانب انخفاض الهوامش التشغيلية حتى لدى أكبر شركات التأمين، وبالأخص الشركات الصغيرة التي قد تكون هوامشها التشغيلية سلبية، ما انعكس على أداء العديد من شركات القطاع.

وأضاف أن عوائد الاستثمار كان لها الأثر الكبير على نتائجها المالية والتي استفادت من ارتفاع معدلات الفائدة خلال العام عوضاً عن نتائجها التشغيلية المتدنية لعام 2024.

وتوجهت "أرقام" بأسئلة إلى "هيئة التأمين" حول رؤيتها لمستوى الرسوم التنظيمية للتأمين الصحي مقارنة ببقية فروع التأمين، وإمكانية مراجعتها ضمن أعمال تطوير الاستراتيجية الوطنية للتأمين.

وأكدت هيئة التأمين لـ أرقام، أن الرسوم التنظيمية المفروضة على منتجات وفروع التأمين، بما في ذلك التأمين الصحي، تخضع لتقييم مستمر، وتحدد وفق أسس ومعايير متفق عليها ويراعى فيها طبيعة كل فرع من فروع التأمين، بما يخدم الصالح العام ويُسهم في تعزيز فاعلية القطاع.

كما استفسرنا عن خطط هيئة التأمين لمراجعة التغطيات المدرجة ضمن وثيقة التأمين الصحي الموحدة في ظل توجهها لوضع أنظمة ولوائح جديدة، فأكدت أن هذه التغطيات تخضع لمراجعة دورية لضمان تقديم منافع تأمينية مناسبة للمؤمن لهم وفق أفضل الممارسات، وبما يسهل وصولهم إلى الرعاية الصحية المطلوبة.

يختلف التأمين الصحي عن بقية أنواع التأمين بارتفاع تكاليفه التنظيمية، فبينما تُحصل الجهة المنظمة نسبة 0.5% فقط من إجمالي الأقساط على تأمين الركبات كرسوم تنظيمية، تصل هذه النسبة في التأمين الصحي إلى 1.5% أي ثلاثة أضعاف.

ويعود ذلك إلى أن التأمين الصحي كان خاضعاً سابقاً لإشراف جهتين هما البنك المركزي السعودي الذي كان يحصل مقابل مالياً بنسبة 0.5% من الأقساط لكل أنواع التأمين، ومجلس الضمان الصحي الذي كان يحصل 1% من أقساط التأمين الصحي، وبعد توحيد الإشراف تحت هيئة التأمين انتقلت هذه الرسوم كما هي إلى الهيئة الجديدة، والتي تعمل حالياً على إعداد الاستراتيجية الوطنية للتأمين وصياغة اللوائح والأنظمة الجديدة.

هذا بالإضافة لما تدفعه شركات التأمين لمنصة "نفيس" التي يشرف عليها مجلس الضمان الصحي حيث تقوم بتحصيل 1% من المطالبات من شركات التأمين الصحي ومثلها من المرافق الصحية.

وقال مازن حجاب، الرئيس التنفيذي للتأمين الصحي والحياة بشركة "ميدغلف"، إن القطاع يتطلع لأن تتضمن استراتيجية هيئة التأمين وأنظمتها الجديدة مراجعة شاملة للتكاليف التنظيمية سواء على مستوى القطاع ككل أو التأمين الصحي بشكل خاص، وذلك بمقارنتها مع الدول المماثلة إقليمياً وعالمياً، بما يسهم في تطوير السوق وتحفيز الاستثمار فيه واستقطاب شركات التأمين العالمية للعمل في السعودية.

مطالبات المرافق الصحية الحكومية (المادة - 11)

القصي: “من المنطقي جداً أن تقوم المرافق الصحية الحكومية بتحصيل مقابل الخدمات التي تقدمها للمؤمن لهم، شأنهم في ذلك شأن أي مزود خدمات صحية في القطاع الخاص وهذا حقٌ أصيلٌ لهم كونهم يقدمون خدمة لها تكلفة ويستحقون عنها مقابل”.

وأضاف: “أنه برعاية هيئة التأمين تعمل شركات التأمين ممثلة في اللجنة الفرعية للتأمين الصحي مع شركة الصحة القابضة كممثل مقدمي الخدمات الصحية الحكوميين التابعة لوزارة الصحة على تطوير العلاقة التعاقدية بين مقدمي الصحة الحكوميين و شركات التأمين بما يضمن معالجة التحديات التي تواجه القطاع مع التطبيق الحالي لـ (المادة - 11) وبما يحقق الآليات المتبعة في التعامل مع المرافق الصحية في القطاع الخاص، من حيث فئات ومستويات التأمين وأهلية العلاج حسب مستوى الشبكة الطبية في وثيقة رب العمل، وهذا من شأنه أن يرفع جودة وكفاءة الرعاية الصحية و يتمشى مع توصيات مركز الصحة الحكيمة.”

منذ بدء تطبيق التأمين الصحي ظل المواطن السعودي يتلقى العلاج مجاناً في المرافق الصحية الحكومية، ولا يزال ذلك قائماً حتى اليوم.

إلا أن تفعيل (المادة - 11) قبل ثلاث سنوات منح المرافق الصحية الحكومية الحق في إصدار فواتير مقابل الخدمات الصحية التي تقدمها للمواطنين المؤمن عليهم واستيفائها من شركات التأمين.

وبحسب تقديرات القطاع، أصبحت المرافق الصحية الحكومية ثاني أكبر جهة تصدر مطالبات مالية لشركات التأمين الصحي خلال عام 2024 (بحسب البيانات التقديرية لدى شركات التأمين)، بعد مجموعة الدكتور سليمان الحبيب، رغم أنها لم تكن ضمن قائمة الجهات المُفوترة قبل تفعيل هذه المادة.

وفي تعليقه على تأثير (المادة - 11) على حجم المطالبات وأسعار وثائق التأمين الصحي، قال الدكتور عثمان

إساءة الاستخدام والهدر

رغم أن القطاع يدفع مقابل استخدام المنصة نسبة 2% من قيمة المطالبات، وتُحصّل هذه الرسوم بالتساوي من طرفي العلاقة: شركات التأمين والمرافق الصحية.

وأعرب ناظر عن أمله في أن يرى مبادرات نوعية من منصة “نفيس” للحد من الاحتيال والهدر وإساءة الاستخدام عبر توظيف التقنية بشكل يُمكن شركات التأمين من قياس أثرها بوضوح، وهو ما سينعكس إيجاباً على أسعار وثائق التأمين التي يتحملها أرباب العمل، مؤكداً أن من حقهم توفير ما بين 12% و18% من تكاليف الرعاية الصحية التي يدفعونها كمطالبات عن طريق شركات التأمين.

وتواصلت “أرقام” مع المتحدث الرسمي لمنصة “نفيس” للاستفسار عن دور المنصة في رصد ممارسات الهدر وإساءة الاستخدام، إلا أنه -ورغم تلقي وعد بالرد- لم يصلنا أي تعليق حتى لحظة إعداد هذا التقرير.

تُعد إساءة الاستخدام والهدر من التحديات الشائعة في قطاع التأمين عموماً وليس التأمين الصحي فقط، وتعد مشكلة متكررة في مختلف القطاعات والدول حول العالم.

وتشير التقديرات المحلية إلى أن ما نسبته بين 12% و18% من المطالبات التي تدفعها شركات التأمين الصحي هي مطالبات غير نظامية تصنّف ضمن الهدر أو إساءة الاستخدام.

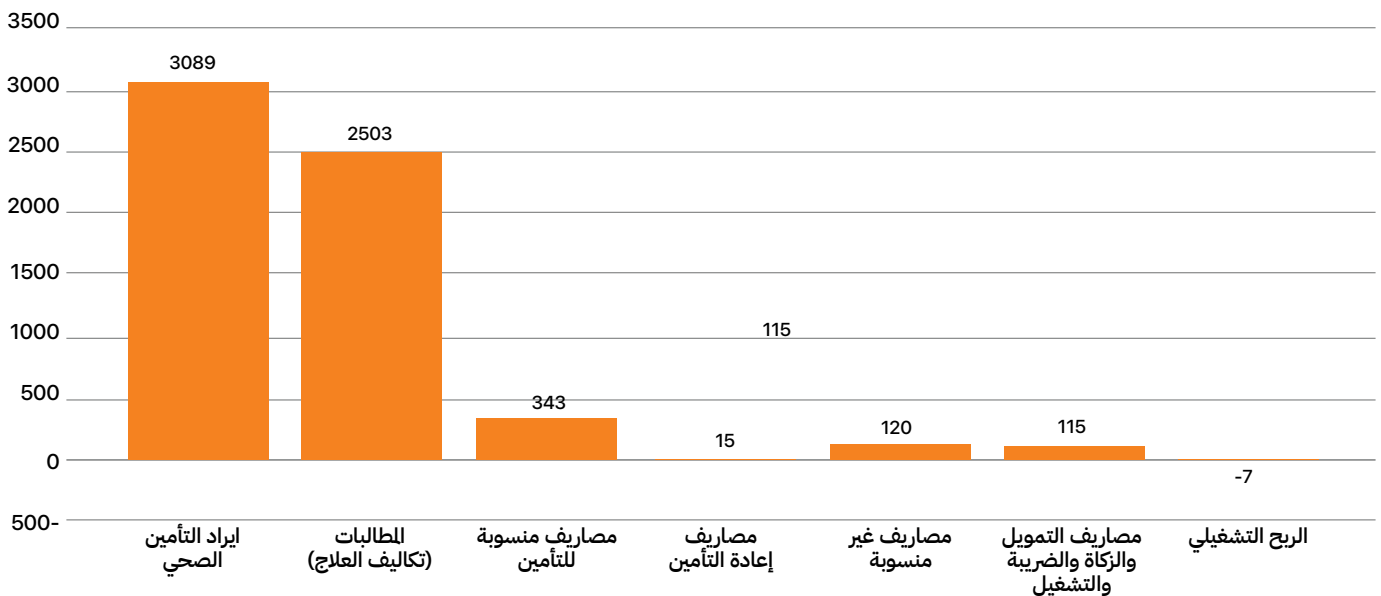
وفي تعليقه على هذه الممارسات، قال طل ناظر، الرئيس التنفيذي لشركة “بوبا العربية”: “إن القطاع يعلّق الكثير من الآمال على منصة “نفيس” لتلعب دوراً محورياً في تقليل هذه الممارسات عن طريق تطوير حزم تقنية ترتبط بقواعد أعمال وبروتوكولات طبية تستطيع اكتشاف هذه النوعية من الممارسات وتمنعها أو تحد منها، وقد شارك القطاع هذه البروتوكولات مع مشغل المنصة، إلا أنه لم يتم تفعيلها من قبلهم بعد أو أنها لم تكن بالكفاءة المطلوبة،

تشرح "أرقام" لوثيقة التأمين الصحي لكل مشترك

عكف فريق "أرقام" على دراسة وتحليل البيانات المالية المنشورة لشركات التأمين الصحي خلال 2024، وقام بتحليل تشريحي لتوسط الدخل الذي تجنيه شركات التأمين عن كل فرد لديه تأمين صحي ويتم هذا بقسمة كامل الدخل للتأمين الصحي للعام (من واقع التقرير السنوي لهيئة التأمين وبيانات الشركات المالية المنشورة) على عدد المؤمن لهم (من واقع التقرير السنوي لمجلس الضمان الصحي) بنهاية العام ثم قام الفريق بتتبع كيفية صرفه حتى محطته النهائية.

هذا التشرح مبني على المعدلات والمتوسطات كطريقة منهجية لفهم الأرقام وعليه يجب التنبيه على أن الأرقام الفعلية تتفاوت من شركة تأمين لأخرى تبعاً لمزيج العملاء الذين تخدمهم، وكذلك تتفاوت من مرفق صحي للآخر تبعاً لمزيج الخدمات والتخصصات والحالات الصحية التي يخدمها.

كيف قامت شركات التأمين بصرف الإيرادات التي تحصلتها من رب العمل مقابل توفير التأمين الصحي للمشارك الواحد؟



عدد المشتركين بالتأمين الصحي 13.111 مليون شخص في العام 2024

البيانات	البيانات المجمعة لشركات التأمين القطاع الصحي (مليون ريال)	للشخص الواحد (ريال) ¹
اجمالي إيرادات التأمين الصحي	40.505	3089
المطالبات المتكبدة التأمين الصحي	(32.820)	(2503)
المصاريف المنسوبة للتأمين الصحي ²	(4.496)	(343)
مصاريف إعادة التأمين الصحي	(199)	(15)
مصاريف غير منسوبة	(1.575)	(120)
مصاريف التمويل والزكاة والضريبة ومصاريف تشغيلية أخرى (ريال)	(1.505)	(115)
الربح التشغيلي من عمليات التأمين	(90)	(7)

¹ قسمة البيانات المجمعة على عدد المشتركين بنهاية العام

² تشمل التكاليف التنظيمية مثل المقابل المالي للجهات التنظيمية وعمولات البيع بجميع أنواعها ومصرفيات منسوبة أخرى

يتبين من الجدول والرسم البياني أن أكبر مكونات مصاريف التأمين الصحي هو المطالبات التي تدفعها شركات التأمين للمرافق الصحية مقابل علاج المؤمن لهم يليه المصروفات المنسوبة للتأمين ثم بقية المصروفات لذا قررنا تفصيل مكوناتها واحداً تلو الآخر.

ويظهر من الجدول أعلاه أن الربح المجمع من عمليات التأمين الصحي لكامل شركات القطاع ينتهي به المطاف سلبياً ولذا قرر فريق "أرقام" الغوص بشكل أعمق لمعرفة المكونات التفصيلية لبنود التكاليف المختلفة.

أكبر مكونات مصروفات التأمين الصحي هو تكاليف العلاج

أقرب منافسيها من مزودي الخدمات الصحية باعتبار أنها تعتبر أكبر مستشفيات القطاع الخاص انتشاراً وخاصة في منطقة الرياض التي يتركز بها أكبر عملاء شركات التأمين من الشركات والبنوك والهيئات الحكومية، تلاها في المراكز الثاني والثالث والرابع كل من القطاع الصحي الحكومي - حسب تقديرات قطاع التأمين لعدم وجود أرقام معلنة من الجهة نفسها - ومجموعة مستشفيات دلة ومجموعة مستشفيات د. سليمان فقيه بمبلغ يدور في فلك 173 ريال لكل منها للشخص المؤمن له وفيما يلي ترتيب أكبر المراكز الصحية تلقياً لمبالغ التأمين الصحي كمتوسط عن كل شخص لديه تأمين صحي خلال عام 2024م:

لن من المرافق الصحية يذهب مبلغ 2,503 ريال (متوسط تكاليف علاج كل شخص لديه تأمين صحي)؟

بناء على حسابات تقديرية قامت بها "أرقام" تعتمد على حصص المستشفيات وإيراداتها من التأمين الصحي حسب ما تنشره في تقاريرها للمستثمرين وعدد المشتركين، استحوذت أكبر 10 مجموعات صحية على 1,675 ريال من مطالبات كل شخص لديه تأمين صحي خلال عام 2024م ونسبة 67% من إجمالي المطالبات - أو تكاليف العلاج والخدمات الصحية.

وتصدرت مجموعة د. سليمان الحبيب القائمة كأكثر مُقَوِّر لشركات التأمين بمتوسط 635 ريال عن كل شخص لديه تأمين صحي خلال العام وبفارق كبير عن

من يربح من ارتفاع أسعار التأمين الصحي في السعودية ومن يدفع الثمن؟ | أكبر مكونات مصروفات التأمين الصحي هو تكاليف العلاج

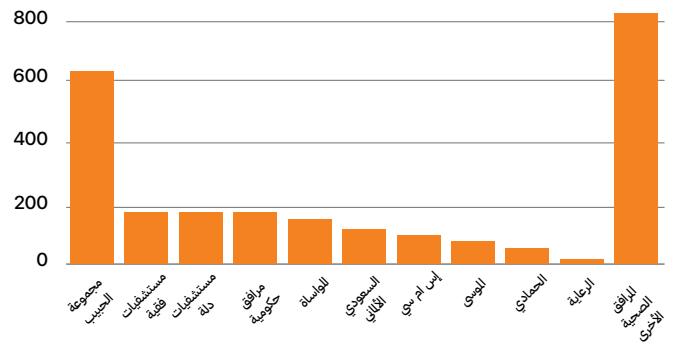
تشرح تكاليف العلاج لكل مشترك لديه تأمين صحي

المرافق الصحية	الإيرادات التشغيلية للمرفق (ألف ريال)	نسبة إيرادات التأمين الصحي من الإجمالي 1%	إيرادات المرفق من التأمين الصحي* (ألف ريال)	إيرادات المرفق (ريال / مشترك)
الحبيب	11,200	74.3%	8,321.6	635
فقيه	2,790	81.1%	2,263	173
دلة	3,205	70.7%	2,265	173
مرافق حكومية	-	-	2,265	173
المواساة	2,879	68.5%	1,972	150
السعودي الألماني	2,882	53%	1,556	118
إس ام سي	1,439	75.5%	1,289	98
الموسى	1,202	84%	708	77
الحمادي	1,153	64%	738	56
الرعاية	1,293	23.5%	304	21
المرافق الصحية الأخرى	-	-	-	828
متوسط تكاليف علاج كل شخص لديه تأمين صحي خلال عام 2024				2.503

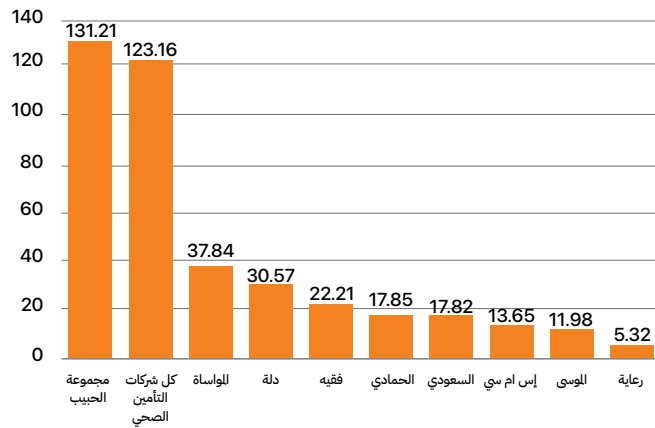
¹ تقريبية بناء على النسبة المعلنة من المرفق الصحي في تقارير المستثمرين

(وليس الربح التشغيلي) لكل من أطراف العلاقة من مرافق صحية وشركات تأمين من كل شخص كان لديه تأمين صحي خلال عام 2024م حسب ما يظهر في الشارت أدناه حيث كان هامش الدخل التشغيلي المجمع لكل شركات التأمين 4% فقط بينما تراوحت الهوامش التشغيلية للمرافق الصحية بين 12.9% في أدناها و31.7% في أعلاها.

كيف توزعت 2,503 ريال (تكاليف علاج كل شخص لديه تأمين صحي) على المرافق الصحية في 2024؟

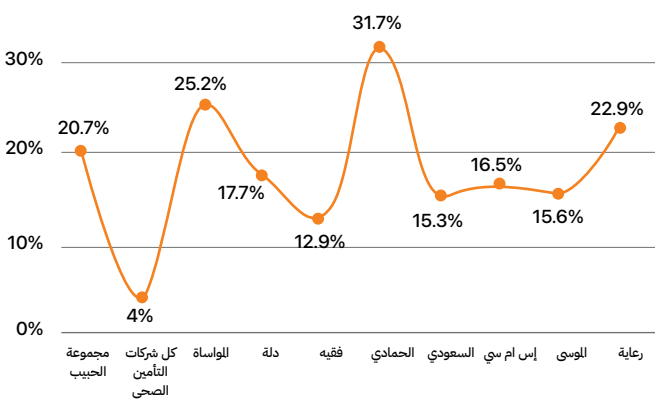


الإيراد التشغيلي



أرقام

الهوامش التشغيلية (%)



أرقام

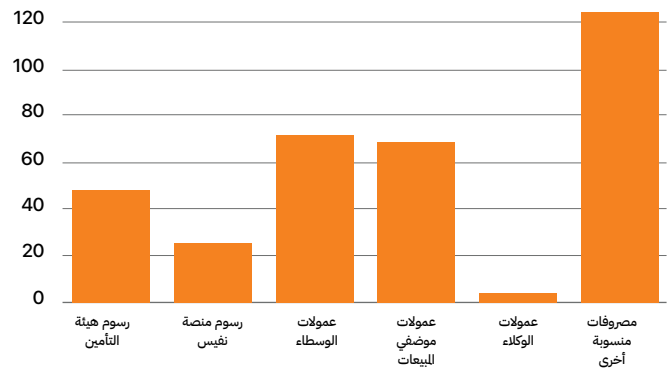
بالنسبة لبقية المرافق الصحية المؤهلة من مجلس الضمان الصحي (أكثر من 6,000 مرفق صحي مؤهل حسب تقرير مجلس الضمان الصحي) فقد حصلت مجمعة على 844 ريال عن كل شخص لديه تأمين صحي خلال العام (34% من تكاليف العلاج). تجدر الإشارة إلى أنه ضمن هذه القائمة الكبيرة يدخل بعض المرافق الصحية المدرجة في سوق الأسهم مثل صيدليات النهدي وصيدليات الدواء ولكن باعتمادية أقل - في نظر فريق "أرقام" - على الإيرادات من التأمين الصحي بسبب مزيج منتجاتها من غير الأدوية وكذلك مرافق كبيرة ولكنها غير مدرجة حالياً كالمرکز الطبي الدولي - والذي بلغت إيراداته خلال عام 2024م مبلغ 1.465 مليار ريال حسب ما أفصحت عنه مجموعة فتيحي في قوائمها المالية السنوية كونها من أكبر المساهمين - والذي تمثل إيرادات التأمين نسبة كبيرة من إيراداته عطفاً على مستويات خدماته وأسعارها حيث أن الدخل من عملاء النقد لن يتعدى النسبة التي نستطيع مشاهدتها في مجموعة مستشفيات د. سليمان الحبيب مثلاً وهي منخفضة.

وبالنظر للهوامش التشغيلية للمرافق الصحية المدرجة وشركات التأمين، نستطيع استنتاج الدخل التشغيلي

ثاني أكبر مكونات مصروفات التأمين هو المصروفات المنسوبة للتأمين

ماهي ولن يتم دفعها؟

المصروفات المنسوبة للتأمين الصحي (ريال/مؤمن له)



أرقام

المصروفات المنسوبة للتأمين بلغت 342.92 ريال لكل شخص لديه تأمين صحي خلال عام 2024:

التكاليف التنظيمية بلغت 73 ريال عن كل شخص لديه تأمين صحي توزعت بين منصة "نفيس" و "هيئة التأمين":

منصة "نفيس" التي يشرف عليها مجلس الضمان الصحي:

25.03 ريال للشخص (1% من مطالبات علاج كل شخص لديه تأمين صحي). منصة "نفيس" هي منصة رقمية موحدة لتبادل البيانات الصحية والتأمينية بين شركات التأمين والمرافق الصحية. الجدير بالذكر أن المنصة أيضاً تحصل ذات المبلغ من المرافق الصحية عن إيراداتها من التأمين الصحي مما يجعل كامل ما تحصل عليه المنصة أكثر من 50 ريالاً عن كل شخص لديه تأمين صحي.

هيئة التأمين:

47.97 ريال للشخص (1.5% من متوسط الأقساط المكتتبة لكل شخص لديه تأمين صحي) وتم الإشارة إلى التكاليف التنظيمية في بداية التقرير كأحد التحديات التي تواجه القطاع حسب رأي مسئوليه.

العمولات:

145.36 ريال عن كل شخص لديه تأمين صحي: عمولات موظفي مبيعات شركات التأمين: 68.94 ريال عن كل شخص لديه تأمين صحي. وهذه العمولات تخص المبيعات التي تتم مباشرة عبر شركة التأمين بدون وسطاء أو وكلاء.

عملات وسطاء التأمين:

72.04 ريال عن كل شخص لديه تأمين صحي سواء كانت الوساطة تقليدية أو رقمية.

عمولات وكلاء التأمين:

4.38 ريال عن كل شخص لديه تأمين صحي والوكيل قد يكون تقليدياً أو رقمياً والفرق بين الوكيل والوسيط أن الأول يقوم بتسويق وبيع منتجات شركة واحدة يرتبط معها بعقد وكالة بينما الوسيط يقوم بالوساطة بين العميل وأي شركة تأمين.

مصروفات أخرى منسوبة للتأمين:

124.56 ريال عن كل شخص لديه تأمين صحي. الجدير بالذكر أن كامل المصروفات المنسوبة للتأمين الصحي بلغت 11.1% من الإيرادات حسب تقرير هيئة التأمين لعام 2024م.

ثالث أكبر مكون للمصروفات هو المصروفات غير منسوبة للتأمين

حيث بلغت 120.11 ريال للشخص وهي تشمل قائمة كبيرة من البنود مثل مصروفات التحقق من البيانات كتلك التي يتم دفعها لشركة "علم" أو "مركز المعلومات الوطني" أو غيرها من موفري خدمة البيانات بمقابل كما تشمل الرسوم الحكومية المختلفة وكذلك توزيع فائض التأمين التعاوني الذي تدفعه شركات التأمين لأرباب العمل الذين تنخفض تكاليف استهلاك وثائقهم بشكل كبير وتكاليف أخرى.

رابع أكبر مكون للمصروفات هو الزكاة والضريبة والتمويل والتكاليف التشغيلية الأخرى لشركات التأمين

حيث بلغت 114.8 ريال للشخص:

الزكاة والضريبة:

دفعت شركات التأمين خلال عام 2024م مبلغ 25.2 ريال عن كل شخص لديه تأمين صحي كتكاليف زكاة وضريبة.

مصروفات تمويل التأمين:

بلغت تكاليف تمويل التأمين الصحي خلال العام مبلغ 9.7 ريال عن كل شخص لديه تأمين صحي.

المصروفات التشغيلية الأخرى لشركات التأمين:

بلغت خلال عام 2024م مبلغ 79.9 ريال عن كل شخص لديه تأمين صحي.

وأخيراً وليس آخراً، مصروفات إعادة التأمين: 15.17 ريال للشخص. وهي المصروفات التي تضطر شركة التأمين لدفعها لمعيدي التأمين للتحوط من بعض المخاطر المتعلقة بالمطالبات التأمينية.

ويظهر الجدول التفصيلي أدناه خريطة تشريحية شاملة للتأمين الصحي في السعودية، ماله وما عليه وأين تذهب المبالغ التي يدفعها أرباب العمل ومقابل ماذا.

ألف ريال			ريال للشخص					
40,505,309			3,089.4			إيراد التأمين الصحي		
(38,890,566)			(2,966.2)			مصاريف التأمين الصحي		
(32,819,685)			(2,503.2)			تكلفة العلاج		
(21,759,038)			(1,659.6)			أكبر 10 مرافق صحية		
(8,321,919)			(634.7)			الحبيب		
(2,268,000)			(173.0)			المرافق الحكومية		
(2,265,699)			(172.8)			دلة		
(2,263,835)			(172.7)			فقيه		
(1,972,368)			(150.4)			المواساة		
(1,527,895)			(116.5)			السعودي الألماني		
(1,086,890)			(82.9)			إس إم سي		
(1,009,932)			(77.0)			الموسى		
(738,483)			(56.3)			الحمادي		
(304,016)			(23.2)			رعاية		
(11,060,646)			(843.6)			بقية المرافق الصحية		
(4,496,089)			(342.9)			مصروفات منسوبة للتأمين		
(628,945)			(48.0)			رسوم هيئة التأمين		
(328,197)			(25.0)			رسوم منصة نفيس		
(944,466)			(72.0)			عمولات الوسطاء		
(903,920)			(68.9)			عمولات موظفي المبيعات		
(57,414)			(4.4)			عمولات الوكلاء		
(1,633,148)			(124.6)			مصروفات منسوبة أخرى		
(1,574,792)			(120.1)			مصروفات غير منسوبة		
(1,614,744)			(123.2)			إجمالي دخل التأمين الصحي		
(198,853)			(15.2)			مصروفات إعادة التأمين		
(1,415,890)			(108.0)			صافي دخل التأمين الصحي		
(127,747)			(9.7)			مصروف تكاليف التمويل		
(330,627)			(25.2)			مصروف الزكاة والضريبة		
(1,046,957)			(79.9)			مصروف تشغيلية وتكاليف أخرى		
(89,440)			(6.8)			صافي الربح التشغيلي		
90,386			6.9			دخل آخر غير تشغيلي		
2,028,290			154.7			دخل الإستثمار		
2,029,236			154.8			صافي الربح		



MACRO أرقام
argaaam

تم إعداد هذا التقرير بواسطة وحدة أرقام إنتليجنس،
بالاعتماد على تحليل بشري احترافي مدعوم بأدوات تحليل البيانات. جميع الرؤى الواردة تعكس اجتهاد الفريق التحريري،
مع الاستفادة من التقنيات الحديثة دون الاعتماد على المحتوى المُولد آلياً