

أهمية مشاركة القطاع الخاص في الارتقاء بجودة الخدمات الصحية
في مصر

دكتور/ حسن محمد محمد السيد

حاصل على درجة الدكتوراه في فلسفة العلوم البيئية الاقتصادية والإدارية
والقانونية البيئية

مرشح لشغل وظيفة مدرس اقتصاد بمعهد الجزيرة العالي بالمقطم

المقدمة:

من الحقائق الهامة أن الإنسان السليم صحيح البدن والعقل والنفس هو القادر علي العمل والإنتاج ومن ثم فقد تطورت النظرة لمفهوم الإنفاق علي الرعاية الصحية من الإنفاق علي عمل خدمي إلي الإنفاق الاستثمار الذي يفوق عائده أي استثمار آخر لأنه استثمار في أعلى عناصر الثروة التي يمكنها أي مجتمع وهو الإنسان مما يؤدي إلي تحول مفهوم الرعاية الصحية من مجال الاستهلاك والخدمات إلي مجال الإنتاج والتنمية وبالتالي فقد أصبح الإنسان هو هدف التنمية وتطورات النظرة إلي المفهوم الصحة ذاتها فلم تعد الصحة منع المرض أو العجز عن الإنسان وإنما أصبحت ضمان سلامته بدنياً وعقلياً واجتماعياً بل واستمرار المستوي الصحي وتحسينه والارتقاء له.

لذلك فقد أصبح في مقدمة الحقوق الأساسية التي تكلفها الدولة لمواطنيها حق الرعاية الصحية، فتلك القاعدة التي لم يعد عليها خلاف أيضاً في المجتمعات الحديث الخلاف نشأ فقد حول طبيعة الأنظمة الصحية التي تمارس من خلالها تلك الدول مسئولياتها في توفير الرعاية الصحية لمواطنيها وقدرة هذه الأنظمة علي تلبية احتياجات الجماهير.

أولاً: مشكلة البحث:

إذا كانت الرعاية الصحية بالنسبة للدول عامة قضية هامة لأنها تتجه إلي صحة المواطن كراسمال تحرص عليه فإنها بالنسبة للدول النامية قضية مصيرية لأنها في الحقيقة قضية إنتاج وقضية تنمية لكنها في الوقت نفسه تعتبر من المشاكل الأساسية التي تواجهها لأنها ليست فقط مجرد عبء إنفاق متزايد في ظل محدودية الموارد ولكن لأنها قضية عمل سياسي وتوعية جماهيرية ضرورية للانتقال من القاعدة التقليدية "المواطن إزاء الدولة" لتدعو إلي قاعدة حتمية هي المواطن والدولة والمجتمع معاً من أجل توفير الرعاية الصحية المستهدفة وتحقيق خطوات إيجابية ملموسة نحو مجتمع الرفاهية المنشودة. فلقد أصبح مشاركة القطاع الخاص في توفير متطلبات الرعاية الصحية ضرورة حتمية فالمرض يتعرض له الفرد ويتعرضه لذلك يتعرض المجتمع بأسرة للضرر سواء بانتشار المرض أو بما يترتب علي مرض الأفراد من عدم القدرة علي أداء الأعمال المكلفين بها وأن إلقاء العبء علي الدولة وحدها في ظل محدودية مواردها أدي إلي قصور في تمويل متطلبات تلك الرعاية بحيث صارت الرعاية الصحية المجانية في أغلب الأحوال شكلاً دون مضمون حقيقي ومن هنا فقد اتجهت معظم دول العالم إلي الرعاية الصحية التأمينية سبيلاً للتغلب علي ما يواجهها من مشاكل تعوض تحقيق هدفها المبتغى لرعاية

صحة الإنسان حيث تقوم هذه النظم علي توفير مصادر تمويل متعددة ومتنوعة من الفرد والدولة والمجتمع معًا لتوفير متطلبات تلك الرعاية الصحية التي تحفظ للمواطن سلامته وصحته.⁽¹⁾
ثالثًا: أهمية البحث:

منذ بداية الألفية وظهور أدوات الثورة الصناعية والتكنولوجية زاد الاتجاه من كل الدول للاهتمام بكل ما يتعلق بالتنمية البشرية من تعليم وصحة ومعرفة ومما لا شك فيه كانت الجوانب الصحية من الأمور ذات الأولوية في اهتمام الدول لما للجانب الصحي من انعكاس علي إنتاجية أفراد المجتمع وبالتالي علي الناتج القومي وبالتالي علي صادرات الدولة وما لذلك من أثر علي توفير النقد الأجنبي الذي له أهمية كبرى في الاستعانة بالأساليب الإنتاجية الحديثة وانعكاس ذلك علي الإنتاج ككم وكجودة، وعلي عرض لبعض التجارب للدول في ذات المجال وكيفية الاستفادة منها لإحداث نهضة في الجانب الصحي في مصر، وما لذلك من أثر اقتصادي إيجابي علي إنتاجية الأفراد في المجتمع وبالتالي زيادة الإنتاجية العامة وزيادة الدخل القومي وإمكانية ارتفاع مستوي المعيشة لأفراد المجتمع.

رابعًا: هدف البحث:

وضع إطار مقترح للاستفادة بالتجارب الدولية في مجال التأمين الصحي للنهوض بالتأمين الصحي في مصر وخصوصًا أننا بدأنا في تطبيق قانون التأمين الصحي الجديد علي بعض المحافظات.
خامسًا: الدراسات السابقة:

1- مدي إمكانية مشاركة القطاع الخاص في تقديم الخدمات العامة ومنها الصحية بجانب القطاع العام وفي الدول النامية، رسالة ماجستير، جامعة حلوان، 2007.

توصلت هذه البحث إلي مجموعة من النتائج من أهمها:

- 1- أن اضطلاع الدولة بتقديم خدمات صحية أمرًا يمثل عبئًا علي موارد الدولة مما يؤثر علي الخدمات الاجتماعية.
- 2- أنه من الممكن اعطاء مزيد من المشاركة للقطاع الخاص في تقديم الخدمات الصحية.

(1) د/ طلعت الدمرداش، "اقتصاديات الخدمات الصحية"، كلية التجارة، جامعة الزقازيق، مكتبة القدس، الطبعة الأولى، 2006.

أهم التوصيات:

فكانت في ضرورة وضع الآليات الهامة والممكن تنفيذها لفتح مزيد من مجالات المشاركة في تقديم الخدمات الصحية. جانب القطاع الخاص وخاصة في تلك المجالات التي تحمل الدولة مزيداً من الأعباء المالية.

2- دراسة "أمال عزيز نمر" دور القطاع الخاص والمنظمات غير الحكومية في التغطية الشاملة وتحسين الأداء للخدمات الصحية، تجارة عين شمس،

دكتوراه، 2010.

توصلت هذه البحث إلي مجموعة من النتائج من أهمها:

- 1- يمثل تطوير الموارد البشرية العاملة في مجال تقديم الخدمات الصحية أحد محددات نجاح مجهودات الخدمات الصحية.
- 2- تساهم مشاركة القطاع الخاص في دراسة المستشفيات العامة في تحسين أداء هذه المستشفيات.

أهم التوصيات:

- 1- ضرورة مساهمة المجتمع ككل في تحقيق مبدأ التكافل الاجتماعي علي أوسع نطاق مستطاع.
- 2- فصل تقديم خدمات التأمين الصحي عن التمويل.

وبعد استعراض مجموعة البحث السابقة سوف نتناول دراستها وضع مجموعة من الأساليب والاجراءات التي يمكن من خلالها زيادة دور ومشاركة القطاع الخاص في مصر في تقديم ورفع كفاءة الخدمات الصحية في مصر. سادساً: فرضية البحث:

يمكن الاستفادة من التجارب الدولية في مجال التأمين الصحي بهدف تحسين والنهوض بخدمة التأمين الصحي في مصر.

الإطار النظري:

ان الاهتمام بالصحة داخل المجتمع يؤوي بطبيعة الحال إلي زيادة إنتاجية أفراد المجتمع وبالتالي إنتاجية المجتمع وما يترتب علي ذلك من إيجابيات علي الإنتاج والاستثمار و السوق ومستوي المعيشة.

أولاً: اقتصاديات الصحة:

مقدمة:

أول تعريف لمنظمة الصحة العالمية هو الصحة أنها "حالة السلامة البدنية والعقلية والنفسية وليست مجرد غياب المرض أو العجز⁽¹⁾. ومن التعريف السابق يتبين لنا أن وجود بعدين مختلفين وهما البعد الإيجابي أي الصحة وهما البعد الإيجابي إلي الصحة الجيدة، والبعد السلبي العكس ويتناول البعد الإيجابي المفهوم النوعي للصحة، وحياة الإنسان بصفة عامة، أي يركز بصفة أساسية علي مفهوم اللياقة. ويتوقف البعد السلبي للصحة علي وجود أو غياب المرض، والتشوّهات والجروح، والعجز، والإعاقة وكافة الحالات غير المرغوب فيها أنه لا يمكن القطع بوجود علاقة بين البعدين السابقين إلي عدم وجود علاقة بينهما علي وجه الإطلاق.⁽²⁾ ولقد انعكس هذا المفهوم ضمناً في دراسة Downie حيث أشارت إلي أن الهدف العام لأي جهود لتحسين الصحة هو التحسين المتوازن بين البعد الإيجابي بكافة عناصره الجسدية والعقلية والنفسية، والبعد السلبي الخاص بالوقاية في المجالات السابقة⁽³⁾.

أما النماذج الاجتماعية للصحة فتتظر للصحة برؤية أكثر اتساعاً من المرض والقدرة الوظيفية وذلك بهدف قياس الصحة الاجتماعية، حيث أن البعد الخاص بالصحة الجيدة للفرد يختلف عن الصحة الجسدية والعقلية، وتميز هذه النماذج بين المرض الحقيقي والشعور الوهمي بالمرض، حيث يتم تصنيف الشعور الوهمي بالمرض كحالات مرضية وإن لم يتم الكشف عنها بالمؤشرات الحيوية. وفي هذا الصدد أشار Darby, Walsh إلي أن الصحة تعتبر أحد عناصر الحياة اليومية وأنه من الضروري أخذ الجوانب الثقافية والعادات والتقاليد الاجتماعية في الحسبان وأن الصحة يمكن النظر إليها كحالة نسبية يستطيع من خلالها الفرد أن يتواءم مع البيئة التي يعيش فيها.⁽⁴⁾

ويتفق البحث إلى حد بعيد مع التعريف السابق للصحة. والذي يري ضرورة أخذ الجوانب الاجتماعية والثقافية في الحسبان. فمفهوم الصحة أبعد

(1) A. Kubursi sustainable human development under globalization, u.n. 1998. P35.

(2) WIB. David, evans and other priorities in health, 2009.

(3) Foster. M. fiscal. Space and sustain ability, Paris, 2010.

(4) سمير بانوب، "سبل التعاون بين البلاد العربية في المجال الصحي"، القاهرة، جامعة الدول العربية، 2005.

من مجرد خلو الفرد من الأمراض الجسدية أو النفسية، فكثير من الأفراد لا يعانون من أي من هذه الأمراض. ولكن تظل قدراتهم محدودة علي القدرة علي التفاعل مع المجتمع الذين يعيشون فيه، والتواؤم مع البيئة المحيطة بهم.⁽¹⁾

ثانياً: الخدمة الصحية في مصر:

مقدمة:

تسعي مصر والدول باختلاف درجة تقدمها لتحقيق مبدأ الصحة للجميع ولذا تعمل علي تطبيق برنامج إصلاح القطاع الصحي ودعم البنية الأساسية له كما تدرس استحداث تشريع جديد للتأمين الصحي وتطبيق نظام طبيب الأسرة وذلك لرفع عبء تكاليف العلاج عن محدودي الدخل والتمهيد علي المواطنين حتي يتحقق الأثر الإيجابي في المجتمع.

أولاً: واقع الخدمة الصحية في مصر:

يأتي الاهتمام بتوفير الرعاية الصحية للمواطنين وخصوصاً بعد ارتفاع التكلفة الصحية للمواطن في مختلف المراحل من وقاية وعلاج وإعادة التأهيل حتي يشعر المواطن أنه تحت مظلة من الرعاية الصحية متي احتاج إليها. وهناك عدة صورة لحاجة المواطن للرعاية الصحية:

- الصورة الأولى: الأمراض لمزمنة.
- الصورة الثانية: الحالات العاجلة.
- الصورة الثالثة: الحوادث.

وأمام هذه الحالات يتجه كثير من المواطنين نحو العيادات والمستشفيات الحكومية المجانية طلباً للعلاج، وما زال نسبة كبيرة من المرضى عليها أن تفضل بين العلاج الخاص الذي يقدم خدمة مميزة مع أنه قد يرهقهم مالياً أو بين العلاج المجاني أو شبه المجاني بالمستشفيات الحكومية التي قد لا يرقى لمستوي الجودة المناسبة. وأيا كانت الجهة التي تتحمل تكلفة الرعاية الصحية للمواطنين.

إن الإنفاق علي الصحة يعتبر استثماراً ذات عائد كبير ذلك لأن الارتقاء بالمستوي الصحي للمواطنين ينعكس إيجابياً علي قدرة الفرد علي الإنتاج واعتباره عضواً منهنجاً ومفيداً للمجتمع مع اسهام الرعاية الصحية بجانب التعليم والمعرفة في تحقيق التنمية البشرية. داخل المجتمع وما لذلك أثر إيجابي علي تحقيق أهداف التنمية الاقتصادية.

(1) المرجع السابق.

هناك ثلاثة جوانب مؤسسية يتم من خلالها تقديم الخدمات الصحية في

مصر وهي علي الترتيب: (1)

1- مؤسسة الدولة (قطاع الدولة):

تقدم الخدمات الصحية عن طريق قطاع الدولة (الحكومة) من خلال المؤسسات الصحية الحكومية والتي تمول من وزارة المالية، وتشمل وزارات: الصحة بهيئاتها ومنظماتها، والتعليم العالي بمستشفياتها، النقل والمواصلات، والكهرباء، والزراعة، والصناعة، الدفاع، والداخلية. (2) ويسمح لتلك المؤسسات الصحية بتقديم الخدمة مقابل أجر رمزي في بعض الأقسام الاقتصادية.

2- القطاع الموازي للدولة (القطاع العام):

وهو قطاع يشمل مؤسسات تقدم الخدمة الصحية وتسمى بالقطاع العام أو قطاع الأعمال العام مثل: هيئة التأمين الصحي والمؤسسات العلاجية. ويتم تشغيل وتمويل هذا القطاع من خلال موازنة تمويلية خاصة وإدارة ذاتية ولوزير الصحة دورًا منظمًا وضابطًا في قرارات تلك المؤسسات.

3- مؤسسة القطاع الخاص:

وتقدم مؤسسات القطاع الخاص الخدمات الصحية وهي أمام مؤسسات هادفة للربح أو غير هادفة للربح. وتشتمل علي المستشفيات، الصيدليات، المراكز المتخصصة، منظمات القطاع المدني (الجوامع- الكنائس- النقابات المهنية) وأيضًا هناك شركات التأمين الخاصة وحديثًا شركات تقديم الخدمات الصحية. (3)

ثالثًا: الجانبي التمويلي للخدمات الرعاية الصحية في مصر:

يتم تمويل الخدمات الصحية في مصر من خلال ثلاثة جهات وهي: (4)

- الجهة الأولى: الموازنة الحكومية.
- الجهة الثانية: الإنفاق الأسري من دخول الأفراد.
- الجهة الثالثة: المصدر الخارجي المنح والمعونات الأجنبية.

(1) سمير فياض، "الصحة في مصر- الواقع وسيناريوهات المستقبل حتى 2020"، منتدى العالم الثالث، مصر 2020، المكتبة الأكاديمية، 2002، ص 269 وما بعدها.

(2) الهيئة العامة للتأمين الصحي، 2000.

(3) الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء- التأمين الصحي في مصر- مارس 2015.

(4) مجلة التأمين الصحي الاجتماعي، العدد الأربعين، ديسمبر 2000.

وتقوم الدولة الدور الرئيسي في توفير الخدمات الصحية للقاعدة العريضة من المواطنين خاصة أن هناك شريحة عريضة من المجتمع لا يستطيع مواجهة تكاليف الخدمات الصحية تتجه لانخفاض دخولهم وإنتاجيتهم:

- بلغ إجمالي إنفاق الدولة علي الصحة عام 2016/2015 نحو 16634,6 مليون جنيه مقابل 14330,4 مليون جنيه عام 2010/2009.

- مع زيادة إنفاق الدولة علي الصحة إلا ان نسبة الإنفاق علي الصحة من الإنفاق العام للدولة في تناقص مستمر حيث بلغت نسبة الإنفاق علي الصحة في عام 2016/2015 نحو 3,09% من الإنفاق العام للدولة بينما كانت في عام 2010/2009 نحو 3,41% من جملة الإنفاق العام.

وتطوير نصيب الفرد من إنفاق الدولة علي الصحة خلال الفترة من عام 2006/2005 حتي 2010/2009 ومنه يتضح ارتفاع نصيب الفرد من الإنفاق علي الصحة إلي 91,4 جنيه بنسبة 40,6% في عام 2006/2005 مقارنة بعام 2002/2001 الذي بلغ نصيب الفرد فيه 65 جنيه.

ونجد أنه بالرغم من زيادة حجم ما تتحمله الدولة من إنفاق علي الصحة وأيضاً زيادة نصيب الفرد من الإنفاق علي الصحة إلا أن هناك تناقص في نسبة الإنفاق علي الصحة من الإنفاق العام.⁽¹⁾

رابعاً: مصادر تمويل التأمين الصحي في مصر:⁽²⁾ الموارد المباشرة:

لاشك أن التأمين الصحي والذي بلغ عدد المنتفعين به من كافة الأعمال والفئات نحو 41,073 مليون منتفع لتصبح نسبة التغطية التأمينية 56% من إجمالي عدد السكان وقد أدي خدمات جلية منذ بدء العمل بهذا النظام في عام 1964 ولكن نتيجة لزيادة أعداد المنتفعين وزيادة تكلفة الخدمات بسبب ارتفاع أسعار الأدوية والمستلزمات الطبية والإقامة بالمستشفيات فقد زادة الأعباء المالية في الوقت الذي لم تزد فيه موارد التأمين الصحي بنفس النسبة. فالقوانين المنظمة للعمل بهذا النظام تفرض الخصم بنسبة تحسب وفقاً للراتب الأساسي وليس الإجمالي للمنتفع.

(1) سياسات التأمين الصحي في مصر، جامعة القاهرة، مركز دراسات واستشارات الإدارة العامة، 2013.

(2) وزارة الصحة، تقارير سنوية.

أولاً: بالنسبة للمصدر الأول:

الذي يأتي من الاشتراكات الجبرية بواقع 74,42% من مرتبات الموظفين وأصحاب الأعمال، وتجمع تلك الاشتراكات بواسطة هيئة التأمينات الاجتماعية، وهيئة التأمين والمعاشات، تحت إشراف وزارة الشؤون الاجتماعية.

تحول الهيئتان الاشتراكات المتجمعة بعد خصم 25% لتغطية التكاليف الإدارية للهيئتين إلي الهيئة العامة للتأمين الصحي، ويتوجب أن نلاحظ أن هيئة التأمين الصحي لا تتوافر لديها وسائل المراجعة، والتأكد مما يتم تجميعية من أموال، وتمام تحويل المجتمع إلي التأمين الصحي.

مما سبق يتضح أن محددات الاشتراكات يمكن أن تقيداً ثلاثة قيود:

- **القيود الأول:** هو ضيق قاعدة المنتفعين بالتأمين الصحي (التسجيل بما يعادل ثلث قوة العمل الفعلية في مصر).
- **القيود الثاني:** هو أن النسبة المئوية للاشتراك محسوبة علي أساس المرتب فقط دون إضافة الحوافز والتعويضات والمرتبات الإضافية وما إليه.
- **القيود الثالث:** هو أن هيئتي التأمينات الاجتماعية، والتأمينات والمعاشات تخضع ربع الاشتراكات المتجمعة كمصروفات إدارية للهيئتين.

ثانياً: بالنسبة للمصدر الثاني: (الاسهامات)

وهو ما يدفعه المشترك خاصة بالنسبة للعاملين بالقانون رقم 32، عند سحب الخدمة من العيادات الخارجية بوحدة الهيئة، من رسوم وطوابع ذات قيمة، لتعويض قيمة الاشتراكات المنخفضة، والمتجمعة من اشتراكات القانون رقم 32، ونقدر موارد ذلك المصدر بنسبة مئوية محددة وهي 6,5% من الموارد التمويلية للهيئة.⁽¹⁾

ثالثاً: بالنسبة للمصدر الثالث:

وهو مورد كبير يحصل من الضرائب المفروضة علي السجائر لصالح برنامج علاج طلاب المدارس فقط، ويصل قيمة ذلك المصدر إلي حوالي 14,3% من الموارد التمويلية للهيئة.

(1) المرجع السابق.

رابعًا: بالنسبة للمصدر الرابع:

وهو مورد ناتج من الموارد التمويلية التشغيلية الأخرى، وهو مصدر ذو شقين: (1)

يوضح الشق الأول مدي قدرة التأمين الصحي علي جذب أصحاب الأعمال والأفراد، ويتولد ذلك المورد من بيع خدمات التأمين لأفراد وشركات غير مؤمن عليها "عمليات تشغيلية أخرى" وتصل نسبة ذلك الجزء إلي 2,3% من موارد الهيئة، ولعل أغلب موارد ذلك الجزء من الموارد نتيجة لحالات محولة من شركات أو نقابات أو صناديق خاصة، أو أفراد يدفعون من جيوبهم شريطة أن تكون الخدمة قد تمت في التأمين الصحي.

أما الشق الثاني هذا المصدر التمويلي فيتولد من الشركات أو الهيئات التي فرض عليها جبرًا الاشتراك في التأمين، علي حين انها ترغب في العلاج خارج التأمين الصحي، حيث يمكن أن يسمح لهم كجهة (شركة أو هيئة) بالعلاج خارج التأمين الصحي، استثناءً من جبرية القانون التأميني، مقابل قيمة تخصم من الشركة أو الهيئة التي تطلب الاستثناء من التطبيق الجبري عليها وقد وصلت تلك القيمة في عام 1993 إلي نسبة 1% من حصة اشتراك صاحب العمل "أي ثلث قيمة اشتراك صاحب العمل" الذي يطلب العلاج خارج التأمين الصحي، ويمثل ذلك المصدر قيمة 1,1% من موارد الهيئة تحت مسمي حصيلة لصالح التكافل التمويلي للمنتفعين. وبالطبع فان ذلك يمثل فورًا من الاستمرار في الانتفاع بالتأمين الصحي، من الشركات والهيئات المتميزة اقتصاديًا واجتماعيًا مثل البنوك الحكومية وقطاع الصحافة. (2)

خامسًا: طرق تمويل التأمين الصحي الاجتماعي: (3)

أولًا: التمويل عن طريق الاشتراكات:

وهو الاتجاه الشائع في معظم النظم، حيث تقدر الاشتراكات اللازمة لمواجهة التقنيات المختلفة علي أن يؤخذ في الاعتبار تعديل الاشتراكات دوريًا

(1) عبد العزيز صباحي، "دراسة تكلفة خدمة التأمين الصحي الاجتماعي مع تقييم التجربة في جمهورية مصر العربية"، جامعة القاهرة، 1995.

(2) رئاسة الهيئة للتأمين الصحي- باب الإيرادات في موازنة الهيئة.

(3) د/ سعيد راتب، "نسبة من الدخل القومي لدعم التأمين الصحي"، الاهرام الاقتصادي، 2010.

كلما زادت التزامات النظام بناءً علي الخبرة العملية لتطبيق النظام، وحتى تصل إلي حالة التوازن والثبات.⁽¹⁾

ثانياً: التمويل عن طريق الضرائب:

قد يكون هذه الضرائب مباشرة، وتحدد بنسبة معينة من دخول الأفراد أو المنشآت أو أصحاب الأعمال، أو الضرائب غير المباشرة وتفرض علي المبيعات من السلع كلها أو بعضها أو علي المدفوعات الحكومية.

ثالثاً- قيام الدولة بتحمل نفقات نظام الضمان الصحي الاجتماعي:

حيث تخصص مبالغ معينة من ميزانية الدولة لمواجهة التزامات النظام سواء كان التمويل عن طريق الاشتراكات أو الضرائب، هذا بالإضافة إلي وجود وسائل أخرى فرعية لتمويل النظام، بالإضافة إلي الاشتراكات والضرائب من أهمها:

- **الوسيلة الأولى:** الرسوم التي يؤديها المضمونين والمستفيدين في مقابل التمتع بالخدمة الطبية.

- **الوسيلة الثانية:** الإعانات والهيئات والوصايا التي يمنحها الأفراد والحكومات، ويختلف نظام التمويل الذي يصلح لبلد ما تبعاً لظروفه الاقتصادية والاجتماعية، وأن كان النظام السائد هو عن طريق الاشتراكات التي تحسب علي أساس نسبة مئوية من أجور العاملين، وهنا لا تتوقف الاشتراكات علي عدد العاملين وإنما تتوقف علي أجورهم.

مما تقدم يتضح أن المسئول عن تمويل نظم الضمان الصحي الاجتماعي طرف واحد وهو الدولة، وذلك في حالة تخصيصها مبلغ معين في ميزانية الدولة لمواجهة التزامات نظام الضمان الصحي. قد يشترك في التمويل أطراف ثلاثة هم (العامل، صاحب العمل، الدولة) – التمويل الثلاثي- ومن خبرات نظام الضمان الصحي الاجتماعي المطبقة في دول العالم المختلفة نجد أن نظام التمويل الثلاثي هو السائد في معظم الدول، وقد صادق مؤتمر العمل الدولي المرة تلو المرة علي سياسة تمويل الضمان الاجتماعي علي أساس ثلاثي وإن

(1) أ.د/ إبراهيم علي إبراهيم عبد ربه- أستاذ التأمين – كلية التجارة- جامعة الاسكندرية وبيروت العربية- مجلة التأمين الصحي الاجتماعي- العدد الستون- يناير 2003- ص7،8.

كان ليس هناك نظام موحد يسود بين الدول المتقدمة اقتصادياً والدول النامية.⁽¹⁾

سادساً: مساهمة الدولة في التمويل:

إن مساهمات الحكومات إنما تختلف تبعاً للأنظمة، فإما أن تتحمل بكل تكلفة نظام الضمان الصحي الاجتماعي، أو تشترك بطريق مباشر في تمويل بواقع نسبة من الأجور بصفتها صاحبة عمل، وذلك نظراً لأن الضمان الصحي الاجتماعي يعتبر من مهام الدولة الأساسية، لذلك فإن الاتجاهات الحديثة ترمي إلى مساهمتها في التمويل مساهمة مباشرة، ومن مبررات **مساهمة الدولة في التمويل ما يلي:**

أ. إن الرعاية الطبية سواء أكانت وقائية أو علاجية هي من مسؤوليات الدولة الأساسية لمواطنيها، فالمرض لا يهدد كيان الفرد فقط ولكنه يهدد كيان الدولة أيضاً اجتماعياً واقتصادياً، ولكن تحقق الدولة التنمية الاقتصادية والاجتماعية بها، فلا بد أن تعمل علي تدعيم موارد الضمان الصحي وزيادة إمكاناته، وذلك بإعانة نظام الضمان الصحي الاجتماعي خاصة إذا كان قومياً.

ب. أن تحمل العمال وأصحاب الأعمال وخدم تكاليف الضمان الصحي الاجتماعي إنما يشكل عبئاً كبيراً عليهم.

ج. أصبح الضمان الاجتماعي- ومنها الضمان الصحي حقاً لأفراد المجتمع، وتقع علي الدولة مسؤولية كفالتها، ومن ثم يجب عليها المساهمة في تمويل النظام مقابل تلك المسؤولية.

ومن وسائل التغلب علي مشكلات الأداء خاصة تدهور الأوضاع المالية والإدارية بالهيئة العامة للتأمين الصحي عدة نقاط:⁽²⁾

- 1- المطالبة بتعديل نسب الاشتراكات وتوحيد قوانين التأمين الصحي مع فرض رسوم الانتفاع والمساهمة في ثمن الدواء خارج المستشفيات، مع إمكانية تعديل تلك الرسوم أسوة بالوضع الحالي في القانون رقم 99 لسنة 1992.
- 2- التزام الدولة بدفع حصة صاحب العمل بالنسبة للمعاشات والارامل، وهو ما يمثل عبئاً جديداً علي الخزانة العامة للدولة ولكنه في ذات الوقت يتفق مع طبيعة التأمين الصحي في كونه وسيلة من العلاج المجاني والعلاج بأجر

(1) د/ رفعت رضوان، "اثر التأمين الصحي في إعادة توزيع الدخل"، المجلة العملية للتأمين الصحي الاجتماعي، القاهرة، 1995.

(2) هيئة التأمين الصحي- تقارير المتابعة.

حيث يشارك فيه الفرد (المواطن) بقدر معين من المال، كما تشارك الدولة أو جهة ما بقدر آخر، ومن حسيية هذه الاشتراكات يتم علاج المؤمن عليهم حسب حاجتهم للعلاج.

- 3- التزام الدولة بسد العجز في الصناديق القوي العاملة أسوة بطلاب المدارس.
 - 4- الدعوة إلي فرض رسوم إضافية علي السجائر والكحوليات لصالح التأمين الصحي علي القوة العاملة أسوة بطلاب المدارس.(1)
 - 5- إعادة النظر في أسلوب جمع الاشتراكات بما يضمن للهيئة حقوقها لدي وزارة التأمينات والشئون الاجتماعية، والمدارس، وشركات القطاع الخاص.
 - 6- التغلب علي مشكلة انخفاض جودة الخدمة المقدمة من خلال محاولة إعادة التوازن بين جانبي الإيرادات والمصروفات بتعديل نسب الاشتراكات وتوحيد القوانين مع النص علي التزام الدولة بسد العجز في التمويل.(2)
- فالهدف من التأمين الصحي الاجتماعي هو تقديم الخدمة الطبية بأسلوب التكافل الاجتماعي وليس الربح.

سابعاً: صندوق صحة الأسرة ودورة في استمرارية التمويل:

تحقيقاً لمبدأ فصل تقديم الخدمة عن تمويلها وضماناً لتوفير استدامة الموارد نشأت فكرة استحداث كيان مهمته تمويل شراء الخدمة الصحية والتعاقد عليها مع كافة مقدمي الخدمة بما فيهم القطاع الخاص والجمعيات الأهلية الذين يقدمون الخدمة الصحية من خلال تطبيق نظام طب الأسرة وفق معايير الجودة المتعارف عليها ويسمي هذا الكيان "صندوق صحة الأسرة" وهو حساب مالي تم إنشاؤه بقرار وزير الصحة والسكان رقم 294 لسنة 1999 وتمت الموافقة علي فتح حساب الصندوق من وزير المالية بعد وضع لائحة أساسية له وصدر بها قرار وزير الصحة والسكان رقم 160 لسنة 2001.(3)

1- مصادر تمويل صندوق صحة الأسرة:

- تمويل وزارة المالية للصندوق من مخصصات وزارة الصحة.

(1) مجلة التأمين الصحي الاجتماعي- العدد الخامس والثلاثون – ديسمبر 1996- ص28، 29.

(2) المرجع السابق.

(3) قرار رئيس مجلس الإدارة رقم 1759 لسنة 2004، ورقم 748 و 749 لسنة 2008- قرار وزير الصحة والسكان رقم 467 لسنة 2008.

- تمويل الهيئة العامة للتأمين الصحي للأفراد المؤمن عليهم.
 - الدعم المقدم من الجهات المانحة.
 - الاعانات والتبرعات والهبات والمساهمات التي تقدم من الداخل أو الخارج.
 - المشاركة المجتمعية لعوائد القرار الوزاري رقم 147 في وحدات الإصلاح لغير المؤمن عليهم من أفراد الأسر (3 جنيه للزيادة، وثلاث ثمن الدواء).⁽¹⁾
- 2- إنجازات صندوق صحة الأسرة:**

- 1- زيادة التغطية بالخدمات الصحية بنسبة 100% بالمناطق الريفية من المحافظات التي يقع الاختيار عليها.
- 2- فصل التمويل وشراء الخدمة.
- 3- تحقيق اتاحة الخدمة في المناطق المحرومة من الريف والمدن مع زيادة المشاركة من القطاع الأهلي والخاص.
- 4- إرضاء المستفيدين عن جودة الخدمة.
- 5- آليات جديدة لتحفيز مقدمي الخدمة.
- 6- زيادة المشاركة المجتمعية في تكلفة تقديم الخدمة كنواه للنظام التأميني الجديد.
- 7- ربط زيادة دخل العاملين بمؤشرات الأداء ورضاء المنتفعين.⁽²⁾

ثامناً: تكلفة الخدمات الصحية في مصر:

من الملاحظ أن مشروع التأمين الصحي لا يهدف إلي الكسب المادي، وهذا ما يدخل في مضمون الاقتصاد في التكاليف التي يفرض عليها ما يسمى بحسن استغلال الامكانيات بأقصى درجة من الكفاءة والفاعلية وذلك يهدف في النهاية إلي رفع المستوي الصحي الذي يؤدي بدوره إلي زيادة قدرة وحيوية العامل المنتج حتي يساهم بكل فاعلية وكفاءة إنتاجية عالية في زيادة الإنتاج القومي.⁽³⁾

(1) وزارة الصحة- الدعم الفني- صندوق صحة الأسرة المركزي.

(2) منتدى السياسات العامة (18)- نحو هيكلية اجتماعية اقتصادية شاملة لقطاع الرعاية الصحية في مصر- مركز دراسات واستشارات الإدارة العامة- كلية الاقتصاد والعلوم السياسية- جامعة القاهرة- اغسطس 2004.

¹ Karen Davis, National health insurance , Benefits, Costs and Consequences . (The Brooking institution- Washington D.C., Inc., 1970) ,P.132.

كما يؤثر التأمين الصحي علي حجم الإنتاج الكلي من الرعاية الطبية، لذوي الدخل المنخفضة والذين يفتقدوا الخدمات الوقائية والعلاجية الملائمة. ويتوقف تحديد التكاليف اللازمة لأي مشروع للتأمين الصحي الاجتماعي بصفة أساسية علي:

- 1- المزايا التي يقدمها التأمين الصحي (فتزيد التكلفة أو تقل حسب الرغبة في التوسع وفي منع مزايا التأمين الصحي أو الإقلال منها).
- 2- أسلوب تطبيق النظام (تتأثر التكاليف بأسلوب تقديم الرعاية الطبية، فالتكلفة في النمط المباشر غيرها في النمط غير المباشر، حيث أن اعطاء المريض حرية اختار الطبيب أو المستشفى لا يؤدي إلي زيادة التكاليف بالنسبة للأطباء فحسب، بل يؤدي أيضاً إلي زيادة تكلفة الدواء خارج المستشفى).
- 3- الظروف الصحية التي تسود مجتمع الذي يرغب في تطبيق المشروع عليه. ويمكن بدراسة الحالة الصحية وخصوصاً معدلات زيادة الأطباء والتردد عليهم يمكن علي ضوئها تحديد العدد المطلوب تطبيق مشروع لتأمين الصحي عليه من تقدير التكاليف الكلية للمشروع، ومن أهم المعدلات التي تؤخذ في الاعتبار ما يلي: (1).

1- معدل التردد علي الممارس العام:

ويقصد بأنه هو عدد الحالات المرضية، تعرض لأول مرة أو كانت مترددة، وهذه المعدلات يمكن الحصول عليها لأي فترة. كما يمكن الحصول عليها أيضاً حسب فئات العمر. عدد الزيارات بالنسبة للحالات الجديدة خلال السنة، عدد الزيارات بالنسبة للحالات المترددة خلال السنة. ومعدل التردد الإجمالي يفيد به عند التخطيط للخدمة الطبية، وكذلك عند تقدير التكاليف اللازمة لأداء خدمة الممارس العام. ولا بد من الأخذ في الاعتبار الخبرة التأمينية، حتي لو أمكن تقدير التكاليف التأمينية فكيف يتم تحديد التكاليف في مصادر بديله لتقديم الرعاية الصحية الأخرى لكي يتم المقارنة فيما بينهم.

(1) د/ إبراهيم عبد ربه، "التكاليف في التأمين الصحي الاجتماعي في ج.م.ع"، مجلة التأمين الصحي الاجتماعي، الجمعية العلمية للتأمين الصحي الاجتماعي، القاهرة.

ومن ثم فإنه من الصعب التنبؤ بمقدار التكاليف التي سوف يتحملها الفرد للعلاج من الأمراض التي قد يصاب بها، ونتيجة لصعوبة التنبؤ فقد اقتصر البحث علي التكاليف الفعلية لمشروع التأمين الصحي.(1)

لإن الهدف من البحث وحصر التكاليف المختلفة للخدمة بالنسبة لكل مرحلة من مراحل التكلفة المختلفة، وتحديد وحدة التكلفة المناسبة لكل مرحلة من هذه المراحل، وذلك بقصد الوقوف علي تطور عناصر التكلفة، ولبحث وتحليل أسباب زيادة التكلفة في بعض المجالات.(2)

يتم حصر وتبويب عناصر مشروع التأمين الصحي للوصول إلي متوسط تكلفة المنتفع الواحد من خدمة التأمين الصحي، ويتم التبويب كما يلي:

أ- تكلفة العلاج خارج المستشفيات:(3)

1- تكلفة خدمة الممارس العام:

نظرًا لأن مشروع التأمين الصحي يقدم هذه الخدمة أمام في عيادات المنشآت والشركات ذاتها أو في عيادات شاملة، فإنه يتم حصر التكاليف علي النحو التالي:

- أ. يتم حصر أجور الأطباء الممارسين ومكافأتهم سوى الذين يعملون منهم بعيادات المنشآت أو بالعيادات المجمع أو الشاملة بكل منطقة علي حدي.
- ب. يتم حصر أجور هيئات التمريض والفنيين والإداريين والخدمات المعاونة الذين يعملون بالعيادات المجمع.
- ج. يتم حصر المنصرف الفعلي علي العيادات المجمع أو العيادات بالمنشآت كالإيجار والنور والمياه والمطبوعات والمستهلكات...إلخ، وذلك بالنسبة لخدمة الممارس العام بكل منطقة مع استبعاد الأدوية، إذ يفرد لها بند مستقل نظرًا لأهميته بالنسبة للتأمين الصحي.
- د. يتم تحميل خدمة الممارس العام بحصة من تكلفة العيادات الشاملة التي يقدم بها خدمة الممارس العام.

(1) سلسلة قضايا التخطيط والتنمية رقم (181)- معهد التخطيط القومي- تحديد الاحتياجات بقطاعات (الصحة- التعليم ما قبل الجامعي- التعليم العالي) – يوليو 2004- ص20.

(2) الهيئة العامة للتأمين الصحي، التقرير السنوي.

(3) عبد العزيز عبد الموجود حبلص- دراسة تكلفة خدمة التأمين الصحي الاجتماعي مع تقييم التجربة في ج.م.ع (رسالة ماجستير غير منشورة- مكتبة كلية التجارة- جامعة القاهرة، 1974) – ص153.

وفيما يلي عرض (1) لمتوسط المنتفع الواحد خلال الأعوام من 2013/2012 حتي 2016/2015 وذلك بالنسبة للمنتفعين بالقانون رقم 32 لسنة 1975، القانون رقم 79 لسنة 1975 معاشات وأرامل، القانون رقم 99 لسنة 1992 الخاص بالطلبة والمواليد بقرار وزير الصحة رقم 380 لسنة 1997، كلا علي حدي.

- وقد ارتفع متوسط تكلفة المنتفع في الأعوام 2013/2012، 2014/2013، 2015/2014 ويرجع ذلك لزيادة اعداد المنتفعين.
- ارتفاع متوسط تكلفة الزيارة الواحدة من 2013/2012 وحتى 2016/2015.

ويتضح مما سبق:

- انخفاض متوسط تكلفة المنتفع الواحد من 3,49 عام 2013/2012 إلي 3,17 عام 2016/2015.
- ارتفاع متوسط تكلفة الزيارة الواحدة من عام 2014/2013 حتي 2016/2015 مع انخفاض جملة حالات العرض بنسبة 4%.
- ارتفاع متوسط تكلفة المنتفع الواحد من 5,81 في عام 2013/2012 إلي 6,98 عام 2013/2012.
- ارتفاع متوسط تكلفة الزيارة الواحدة من 3,3 عام 2013/2012 إلي 5,5 عام 2016/2015 مع انخفاض جملة حالات العرض علي الممارس العام بنسبة 1%.
- نلاحظ ارتفاع تكلفة المنتفعين من أصحاب المعاشات والأرامل علي الرغم من أن النسبة التي يدفعها ضئيلة مما يزيد من العبء المالي لهيئة التأمين الصحي.
- ارتفاع متوسط تكلفة المنتفع الواحد من 5.64 في عام 2013 /2012 إلي 6.62 في عام 2015/2014 ثم انخفضت بنسبة 0,24% في عام 2016/2015.
- ارتفاع متوسط تكلفة الزيارة الواحدة من 12,9 عام 2013/2012 إلي 23,8 عام 2016/2015.

(1) تقارير متابعة وزاره الصحة وهيئة التأمين الصحي.

2- خدمات الرعاية والوقاية الصحية

- أ. زيادة عدد المؤمن عليهم ليصل إلى 41,073 مليون منتفع لخدمات التأمين الصحي لكافة الفئات لتصبح نسبة التغطية التأمينية حوالي 56% من إجمالي عدد السكان بعد تغطية فئات المواطنين فوق سن الستين.
- ب. زيادة الإنفاق العام في ميزانية التأمين الصحي حيث بلغ 2,7 مليار جنيه بزيادة قدرها 12% عن العام السابق.
- ج. إضافة خدمات علاجية جديدة مع توفير الأجهزة والمعدات اللازمة.
- د. ارتفعت نسبة ما تم إنجازه في مجال الفحص الشامل لطلاب المدارس إلى 95,6% من المستهدف بالخطة كما بلغ الإنجاز الفعلي لفحوصات الالتهاب السحائي 94,2% من المستهدف بالخطة مقابل 97,8% بالنسبة للتطعيم الثنائي كما بلغت قيمة الأجهزة التعويضية المنصرفة حوالي 20 مليون جنيه سنويًا في المتوسط خلال الثلاث سنوات الأخيرة.
- هـ. تحسين الخدمة الموجهة لمرضى السكر من الأطفال وطلاب المدارس بتوفير أقلام انسولين، والجرعات الشهرية من الأنسولين بتكلفة بلغت 5,3% مليون جنيه مع زيادة عدد المستفيدين من هرمون النمو بتكلفة بلغت 7,496 مليون جنيه كما تتولي الهيئة تقديم الخدمة العلاجية لحوالي 12 مليون مولود بتكلفة مقدارها 148,5 مليون جنيه.

3- الخدمات العلاجية المتقدمة

- ساهم التأمين الصحي بمعدلات مرتفعة في تغطية وتقديم بعض الخدمات العلاجية المتقدمة وفقًا لما يلي:
- أ- زادت مساهمة التأمين الصحي اعتبارًا من 2008 بمقدار 25000 جنيه لكل حالة زرع الكبد ليصبح 75000 جنيه للحالة الواحدة.
- ب- زيادة عمليات زرع القوقعة خلال سنة 2010 بنسبة 30% عن السنة السابقة بمتوسط تكلفة 44837 جنيه.
- ت- زيادة عمليات زرع الكلي مه انخفاض التكلفة الإجمالية إلى 634 ألف جنيه تقريبًا بعدما تم إجراء بعض العمليات بالمستشفيات التابعة للهيئة.
- ث- زيادة عمليات زرع النخاع خلال سنة 2015 عن السنة السابقة بنسبة 31 بمتوسط تكلفة 75000 جنيه.

تاسعاً: اقتصاديات التأمين الصحي في مصر:

تمهيد

يعتبر التأمين الصحي في مصر الصيغة الملائمة التي تستهدفها الدولة لتقديم رعاية صحية متكاملة لجميع المواطنين بكافة فئاتهم ونوعياتهم بما يؤمن المواطن ضد مخاطر المرض حيث تحددت الملامح الرئيسية لخدمات التأمين الصحي بحيث يتم تقديم رعاية صحية غير مشروطة بقدرة المواطن المادية بل اعتماداً على مبدأ التكافل الاجتماعي وحق الرعاية الصحية لمختلف المواطنين مع تطوير وتحديث أساليب الرعاية الصحية.

وقد طبقت الدولة نظام التأمين الصحي منذ عام 1964 حيث اتخذت أسلوب التوسع الفئوي للتطبيق بدءاً بالعمالة المنتظمة باعتبارها القوة الدافعة ثم تلتها في عام 1992 شريحة طلاب التعليم قبل الجامعي باعتبارهم أكثر الشرائح حاجة للرعاية الصحية ثم تلتها في عام 1997 شريحة المواليد الجدد حتي أصبحت مظلة التأمين الصحي حالياً لتشمل حوالي 41 مليون مواطن أي حوالي 50% من سكان مصر.

1- تكلفة العلاج داخل المستشفيات المملوكة:

تتبع الهيئة نظام امتلاك مستشفيات موزعة علي الفروع المختلفة وعددها (38) مستشفى وذلك خلال عام 2016/2015 ومن خلال الجداول التالية نوضح أجور ومكافآت الأطباء، وكذلك المصروفات المتعلقة بالمستلزمات السلعية والمستلزمات الخدمية والمصروفات التحويلية... وذلك بالنسبة للمنتفعين من قانون التأمين الصحي.

- 1- ارتفاع متوسط تكلفة المنتفع من تكلفة العلاج داخل المستشفيات من سنة لأخرى.
- 2- انخفاض مقدار إجمالي الأجور بالنسبة للمستشفيات عن المصاريف الأخرى فمثلاً عام 2016/2015 بلغ متوسط إجمالي الأجور 6,87 في حين بلغ متوسط تكلفة مصاريف باب ثاني مقدار 12,72 لنفس العام.
- 3- تذبذب التكلفة من عام لآخر فقد كانت قيمتها 33,27 في عام 2013/2012 في حين بلغت قيمتها عام 2015/2014 بـ 29,19 وعادت للارتفاع في عام 2016/2015 لتصبح 31,65 ويرجع ارتفاع متوسط التكلفة في ذات العام إلي ارتفاع إجمالي الأجور لنفس العام ولكن بنسبة أقل من نسبة ارتفاع التكاليف الأخرى، كما يرجع الانخفاض في عام 2015/2014 إلي

الانخفاض في تكلفة الأجور وكذلك في التكاليف الأخرى باب ثاني الانخفاض في تكاليف الأجور كان أكبر ولكن لا بد من الإشارة إلي أهمية وجود عنصر عدد الحالات التي يتم علاجها لأنه كلما زاد عدد الحالات التي يتم علاجها يتم توزيع التكاليف علي نسبة أكبر، وبالتالي ينخفض متوسط تكلفة المنتفع الواحد.

4- تذبذب التكلفة من عام لآخر فقد كانت 1,85 عام 2013/2012 في حين بلغت مقدار 2,03 عام 2014/2013 وعادت للارتفاع في عام 2015/2014 ثم عادت للانخفاض عام 2016/2015.

5- زيادة متوسط تكلفة إجمالي الأجور بنسب متغيرة.

2- تكلفة العلاج داخل المستشفيات النوعية:

إذا استدعت الحالة المرضية للمؤمن عليه للعلاج داخل المستشفيات في تخصص غير متوافر بمستشفياتها. فيتم تحويل المريض إليها وتتم المحاسبة بين الهيئة وهذه المستشفيات، وفقاً للائحة أسعار هذه المستشفيات.⁽¹⁾

1- بالنسبة للقانون رقم 32 نلاحظ ارتفاع متوسط تكلفة المنتفع من العلاج بالمستشفيات النوعية خلال الفترة من عام 2013/2012 حتي عام 2016/2015.

2- بالنسبة للقانون رقم 79 نلاحظ ارتفاع متوسط تكلفة المنتفع من العلاج بالمستشفيات النوعية خلال نفس الفترة.

3- بالنسبة للقانون رقم 99 نلاحظ أيضاً نفس الارتفاع في متوسط تكلفة المنتفع، وقد نتضح أسباب الارتفاع في متوسط التكلفة من خلال دراسة اقتصاديات العلاج داخل هذه المستشفيات بصورة أكثر تفصيلاً لتعرف هل من الأفضل التوسع التدريجي في بعضها أو الاكتفاء الذاتي بالنسبة لبعض التخصصات داخل هذه المستشفيات.

- زادت مساهمة الهيئة اعتباراً من عام 2016 بمقدار 25000 جنيه لحالة زرع الكبد ليصبح 75000 جنيه مقدار المساهمة للحالة الواحدة.

(1) عبد العزيز حبلص، "دراسة تكلفة خدمة التأمين الصحي الاجتماعي مع تقييم التجربة علي مصر (اقتصاديات التأمين الصحي)"، كلية تجارة، جامعة عين شمس. رسالة ماجستير.

- زيادة عمليات زرع القوقعة العام الحالي عن العام السابع بنسبة 30% بمتوسط تكلفة 44837 جنية.
 - علي الرغم من زيادة عمليات زرع الكلي عام 2016/2015 فقد انخفضت التكلفة الإجمالية حيث يتم إجراء بعض العمليات بالمستشفيات المملوكة للهيئة (39 عملية اجريت بمستشفى مدينة نصر).
 - زيادة عمليات زرع النخاع العام الحالي عن العام السابق بنسبة 31% بمتوسط تكلفة 75000 جنية.
 - انخفاض عدد حالات زرع القرنية يرجع للقضاء علي نسبة كبيرة من قوائم الانتظار وتحقيق المعدل المخطط لعدد الحالات السنوية.
 - زيادة عدد حالات زرع المفاصل مع تخفيض التكلفة ويرجع ذلك إلي اجراء معظم حالات زرع المفاصل بوحدات الهيئة, وهذه الزيادة تشكل عبء مالي علي الهيئة.
- لقد شهدت الهيئة تطورًا كبيرًا في حالات الغسيل الكلوي حيث زادت عدد المراكز المتعاقد مع الهيئة 14 مركزا وزاد عدد المرضى بالوحدات المملوكة العام الحالي عن العام السابق بنسبة 14% أما بالوحدات المتعاقد زادت بنسبة 2% كما زادت تكلفة الغسيل الكلوي بنسبة ملحوظة.
- يتضح مما سبق أن الهيئة العامة للتأمين الصحي تقوم بصرف الأجهزة الصناعية التعويضية اللازمة للمؤمن عليهم طبقاً لما يقرره الطبيب المعالج حيث من شأنه صرفها للمريض أو المصاب معاونة له علي إدارة عمله الأصلي أو أداء عمل آخر مناسب لحالته وذلك بعد استقرار حالته الصحية وعدم تعارض تركيب الجهاز مع تلك الحالة.
- أولاً: في مجال الخدمات العلاجية المتقدمة والمستحدثة:**
- 1- إضافة خدمة زرع القرنية بداية من عام 2014 وبلغ عدد المستفيدين من هذه الخدمة خلال عام 2016/2015 (161 حالة) بتكلفة إجمالية 1,518 مليون جنية.
 - 2- ساهمت الهيئة بعلاج عدد 135 حالة زرع كبد بمساهمة مقدارها 6,804 مليون جنية بداية من عام 2014 حتي 2016.
 - 3- إضافة خدمة زرع القوقعة حيث بلغ عدد المستفيدين من هذه الخدمة 76 حالة بتكلفة بلغت 3,413 مليون جنية بداية من عام 2014 حتي 2016.

- 4- ساهمت الهيئة بعلاج مرضي فيرس (سي) بعقار الانترفيرون بتكلفة مقدارها حوالي 244 مليون جنيه.
- 5- إضافة أصناف جديدة علي قائمة الدواء حيث بلغ عدد الأدوية المضافة ثمانية أصناف جديدة لعلاج حالات الأورام وعدد 31 صنف للحالات الأخرى.
- وبلغت حملة الإنفاق علي الدواء من ميزانية التأمين الصحي هذا العام 2016/2015 (655,9 مليون جنيه) بخلاف (21,1 مليون جنيه) تكلفة الدواء للمواليد

ثانياً: تطوير أساليب الرعاية واستخدام تجهيزات تكنولوجية عالية:

- 1- تحسين الخدمة الموجهة لمرضي السكر من الأطفال وطلاب المدارس وذلك من خلال برنامج شامل يعمل علي توفير اقلام الانسولين، والجرعات الشهرية من خراطيش الانسولين وشرائط التحليل حيث تم صرف عدد (126188 فيال) بتكلفة بلغت 7,496 مليون جنيه.
- 2- تتولي الهيئة تقديم الخدمة العلاجية للمواليد والبالغ عددهم 12,308 مليون مولود وبتكلفة مقدارها 148,5 مليون جنيه للعام المالي 2016/2015.
- 3- تم تطوير النظام الإداري ولا مركزية العمل بجميع الفروع ووحدات تقديم الخدمة، حيث بلغ عدد فروع الهيئة العامة للتأمين الصحي 19 فرع موزعة علي محافظات الجمهورية، وتم تطوير العمل بالعيادات والمستشفيات وادخال نظم الجودة ومكافحة العدوي.
- 4- تطوير وتحديث معظم المستشفيات المملوكة للهيئة تمهيداً للحصول علي شهادة الاعتماد، ورفع كفاءة العمل بها وإضافة بعض الخدمات الجديدة... حيث تم تطوير أقسام العمليات بإضافة معدات وأجهزة متطورة- تطوير أقسام الرعاية المركزية- إضافة حضانات الأطفال المبسترين وتطوير الخدمة الفندقية.
- 5- تطوير العيادات الشاملة وإضافة عيادات جديدة في المحافظات والمناطق التي تحتاج إلي زيادة منافذ الخدمة طبقاً للمعدلات العالمية والكثافة السكانية بجميع محافظات الجمهورية حيث تم إضافة 40 عيادة مقارنة بعام 2005 بالإضافة إلي تشغيل العيادات أيام الجمع (العطلات الرسمية) لعدد عشر عيادات كتجربة يحتذي بها.
- وأخيراً خطة لمشروع قانون جديد للتأمين الصحي الاجتماعي يحتوي علي ستة مبادئ هي:

- 1- شمولية التأمين الصحي علي كافة القطاعات.
- 2- مشاركة مجتمعية من خلال دفع الاشتراكات للقادرين.
- 3- تتحمل الدولة نفقات اشتراك غير القادرين لضمان شمولية التأمين الصحي ومدة إلي كافة القطاعات.
- 4- منع الاحتكار في تقديم الخدمة والتعاقد مع جميع المستشفيات الراغبة في ذلك من أجل المنافسة بينها للوصول لأفضل جودة وأقل سعر.
- 5- ضمان آلية الخدمة المقدمة للمنتفعين.
- 6- أن تلتزم الدولة بتخصيص نسبة من إجمالي الدخل القومي للتأمين الصحي ويحسب عدد المنتفعين كما يوجد آليتان لضمان الجودة تتمثلان في التركيز علي دور الهيئة في هذه المرحلة الجديدة علي تحصيل الاشتراكات ومراقبة جودة الخدمة التفتيش المستمر علي المستشفيات المشاركة ومراقبة أي إخلال ببنود التعاقد وفسخه في حالة المخالفة.

ومن ناحية الاشتراكات فلن تضاف أعباء جديدة بل سوف تتحمل الدولة عن غير القادرين التكاليف بالكامل مع وزارتي الصحة والتضامن الاجتماعي حيث من المقترح أن تقدم الدولة 0,01% من إجمالي قيمة الدخل القومي وما يوازي 60 مليون جنيه تقريباً بالإضافة إلي الاشتراكات والمساهمات، كما سيراعي أصحاب الأمراض المزمنة وعدم تحميلهم أعباء لا يستطيعون تحملها، فإن التأمين الصحي يغطي حوالي 51% من إجمالي عدد السكان والمشروع المقترح يسعى لاستكمال باقي قطاعات المجتمع.⁽¹⁾

عاشراً: الرعاية الصحية في مصر:

مقدمة:

لقد اثبتت التجارب الناجحة في الدول المتقدمة ان الارتقاء بالخدمات الصحية التي تقدم للسكان تساهم بشكل فعال في زيادة معدلات النمو، ويتجلى في ذلك ارتفاع معدلات العمر وزيادة الانتاجية، والقول بأن الانسان هو هدف التنمية واعتباره محور عملية التنمية يعني أن دخله والخدمات التي يحصل عليها من وراء انفاقه لهذا الدخل ليست سوي واحدة من الخيارات التي يستحقها مثل تعليم

(1) د/ سعيد راتب، نسبة من الدخل القومي لدعم التأمين الصحي "جريدة الأهرام"

2007/7/7.

ومعارف أفضل، صحة بدنية ونفسية وقدرة علي تحقيق التفاعل الاجتماعي والمشاركة في شئون المجتمع.⁽¹⁾

وبالرغم من تعدد الجهود التي تبذل في مجال تقديم الرعاية الصحية للسكان فما زال قطاع الصحية يثير العديد من التساؤلات والتحديات **نعرض لها علي النحو التالي:**

أولاً: مشكلات الرعاية الصحية في مصر:

بالنظر إلي الوضع الراهن لحالة الخدمات الصحية في مصر يتبين لنا وجود بعض القصور في مستوى هذه الخدمات وإتاحتها لمعظم السكان **وتحصر هذه المشكلات في:**⁽²⁾

- اختلال التوازن بين عدد السكان والإمكانات الصحية المتاحة سواء كانت مادية أو بشرية.
- عدم القدرة علي تحمل تكلفة العلاج نتيجة انخفاض مستوى الدخل لغالبية السكان.
- قصور المتابعة والرقابة علي أعمال العاملين بالنشاط الصحي ومركزية القرار والإدارة، بالإضافة إلي افتقار معظم العاملين بالقطاع الصحي إلي التكوين النفسي والعلمي في التعامل مع المترددين علي وحدات الخدمات الصحية المجانية بالإضافة إلي عدم التنسيق بين السلطات الصحية:⁽³⁾
 - سوء التوزيع الجغرافي للخدمات الصحية المستوي الاقليمي والمحلي.
 - ضعف الإنفاق الحكومي علي الصحة.
 - زيادة الفاقد في الإمكانيات المتاحة.
 - تعدد الأنظمة الصحية وغياب التنسيق بينها حيث تتوزع جهود الرعاية الصحية في مصر علي 26 وزارة وهيئة حكومية.

(1) منظمة الصحة العالمية: التقرير الخاص بالنظم الصحية في العالم، تحسين أداء النظم الصحية، 2000، ص48.

(2) معهد التخطيط القومي: سلسلة قضايا في التخطيط والتنمية، رقم (168) يوليو 2003، ص96.

ايضاً:

سمير محمد طياتي، "نظام التأمين الصحي الاجتماعي في مصر"، مجلة التأمين الصحي الاجتماعي، القاهرة، 1999.

(3) بوغدان م. كليوفسكي وآخرون: توجه النظم الصحية وإرشادات لرسم السياسات، منظمة الصحة العالمية، المكتب الاقليمي لشرق المتوسط، القاهرة 1997، ص48-50.

ويجب أن نسلم بأن هناك تحديان كبيران أمام المسؤولين عن سياسة الرعاية الصحية في مصر هما: (1)

- **الأول:** ضرورة توفير الرعاية الصحية السليمة لحالات المرض أو الإصابة بأقصى درجة ممكنة من الجودة والإتقان.
- **الثاني:** الارتفاع الشديد والمضطرد في تكلفة الرعاية الصحية وأسباب ذلك، والكثير منها لا يمكن التحكم فيه مثل التضخم الاقتصادي والتطور التقني في مجالات البحوث والعلاجات بما في ذلك الارتفاع في أسعار المستلزمات الطبية والأدوية وكذلك ارتفاع معدلات الأعمال وظهور قدر أكبر من أمراض وإصابات الشيخوخة.

ونستنتج من ذلك أن أي وسائل غير علمية وعملية لن تفيد في الارتقاء بالوضع الصحي إذا افتقدت تصوراً استراتيجياً متوافقاً عليه شعبياً وتوزيع ضخامة العبء الاقتصادي للنظام الصحي علي عديد من الأطراف سواء كانت الحكومة أو منظمات المجتمع المدني، وبحيث تكون في صورة تكافلية وعلي مدي طويل.

ثانياً: متطلبات تحقيق رعاية صحية فاعلة في مصر:

إن الارتقاء بمستوي الخدمات الصحية في مصر يتطلب تبني مفهوم جديد لعلاقة التعاون المدنية والحكومية المهتمة بهذا المجال الحيوي سواء تمثلت هذه العلاقة في صور شراكات وتحالفات أو مشاركة وذلك في سبيل الوصول إلي تحسين نوعية الحياة والارتقاء بجودة الخدمات الصحية عن طريق توسيع الخيارات أمام السكان والمنظمات التي ينتمون إليها. (2)

ويؤكد تقرير منظمة الصحة العالمية أنه لكي تقدم خدمة صحية جيدة فعلي المسؤولين عن قطاع الصحة أن يجيبوا علي أسئلة مثل، ماذا سنفعل؟ وما الموارد اللازمة لتحقيق ما نفعل؟ وأن يبدأوا في بناء تحالفات قوية لتنفيذ الاستراتيجية المرسومة. (3)

(1) تقرير لجنة الصحة والسكان والبيئة، مجلي الشوري "مستقبل الرعاية الصحية في مصر"، القاهرة، 1995.

(2) معهد التخطيط القومي: تقرير التنمية البشرية، مصر، 2003، ص55.

(3) WHO, Regional office for Eastern Mediterranean, Report on a Regional Consultation, Manama, Bahrain, 26-28, April 2015, p.4.

ولتحقيق تحسن في نوعية الخدمات الصحية ينبغي تحقيق ما يلي:⁽¹⁾

- أن يشمل النظام الصحي جميع السكان علي أساس المساواة بالمثل.
- أن يضم النظام الصحي عناصر من القطاعات الأخرى المرتبطة بالصحة.
- أن يتم تدعيم الاتصال بين كافة القطاعات المهمة بالصحة لتحقيق مستوي عال من الرعاية الصحية الأولية.
- الاهتمام بتدريب العاملين في الرعاية الصحية وإمدادهم بالمعارف الضرورية.
- ارشاد العاملين في المجتمعات المحلية وفي صحة المجتمع فيما يتعلق بالمشكلات المرتبطة بالرعاية الأولية.
- ضرورة التنسيق بين الاجهزة المهمة بالصحة وتوفير الخبرات الإدارية والتخطيطية اللازمة.

ويجب الإشارة إلي مجموعة من الأمور يجب تحقيقها من أجل الارتقاء**بمستوي الرعاية الصحية تتمثل في:⁽²⁾**

- 1- تبني نظام متطور لتقديم خدمات الرعاية الصحية لمختلف شرائح المجتمع حسب حاجاتهم وقدراتهم المالية مع ضرورة توفير الرعاية المجانية لغير القادرين خاصة علي مستوي الرعاية الصحية الأساسية وعلي كافة المستويات المحلية.
- 2- تبني خطة قومية شاملة للتنمية الصحية في مصر، تتناسب مع الموارد المتاحة والتي تلترم الدولة بتوفيرها وفي إطار الخطط الخمسية للدولة.
- 3- تحقيق العدالة الاجتماعية بين كافة فئات المواطنين في مجال الحصول علي الرعاية الصحية التأمينية، ويتطلب ذلك مد مظلة التأمين الصحي لتغطي كافة المواطنين.
- 4- توفير الرعاية العادلة بالمجان ودون أي مقابل وعلي مستوي مناسب من الجودة.

(1) منظمة الصحة العالمية: تنفيذ الاستراتيجية العالمية لتوفير الصحة للجميع، التقرير الثامن، 2000، ص54-55.

(2) وزارة الصحة والسكان، مجلة السياسة الصحية، "سكان مصر في المستقبل"، مشروع السياسات السكانية، القاهرة، 2003، ص214.

- 5- التوسع في إنشاء مجالس صحية محلية بالمحافظات تحدد سلطاتها ومسئولياتها ويرأسها محافظ الاقليم وتضم جميع الجهات التي تقدم خدمات صحية بالمحافظة وتحقيق التنسيق والتكامل فيها بينها.
- 6- الارتقاء بمستوي التعليم الطبي في مصر واختيار أفضل نظم التعليم الطبي الذي يحقق الارتقاء بمستوي الخريج وبالتالي مستوي الخدمة الصحية.
- 7- عمل نظام قومي للمعلومات الصحية يعكس الحالة الصحية للسكان والعوامل المؤثرة فيها علي أن يشمل هذا النظام المؤشرات السكانية والمرضية محددًا الأمراض المنتشرة ومعدلات الإصابة بها وتكلفة مواجهتها والموارد المتاحة للتنمية الصحية بمختلف مستوياتها والمؤسسات المشاركة في تمويل الخدمات الصحية.(1)

ويؤكد خبراء البنك الدولي (2) أنه مع زيادة استيلاء غير الفقراء علي الخدمات الصحية علي نطاق واسع وضعف الإنفاق علي تمويل هذه الخدمات فإن الأمر يستلزم بناء تحالفات من أجل التأثير علي طريقة الإنفاق علي الصحة والتي تتم من خلال مؤسسات المجتمع المدني التي تدافع عن مصالح الجماعات المنسية أو التي تعاني من التمييز في جدول أعمال سياسة الرعاية الصحية ويمكن لهذه المؤسسات أن تقيم التحالفات التي تدافع عن مصالح المحرومين، كما يمكن بناء تحالف بين موردي الخدمة والمواطنين من أجل تقدير خدمة صحية أفضل وبجانب تأكد البنك الدولي علي ضرورة إقامة تحالفات في مجال الرعاية الصحية، هناك مجموعة من التوجيهات الأخرى يجب الأخذ بها للارتقاء بمستوي الخدمات الصحية نوردتها علي النحو التالي:(3)

- 1- وضع استراتيجية صحية علي المستوي الاقليمي بالتعاون مع وزارة التخطيط، علي أن تأخذ هذه الاستراتيجية في الاعتبار أن هناك الاستراتيجية في الاعتبار أن هناك مؤشرات غير طبية تؤثر علي الصحة تشمل:
 - أ- الانفجار السكاني وزيادة التكديس السكاني في البيت والفصل والعمل.

(1) منظمة الصحة العالمية: التقرير السنوي للمدير الاقليمي لشرق الأوسط تطوير النظم والخدمات الصحية، القاهرة، 2001، ص50.

(2) البنك الدولي: تقرير عن التنمية في العالم "جعل الخدمات تعمل لصالح الفقراء"، ص148.

(3) معهد التخطيط القومي العدالة في التوزيع ثمار التنمية في بعض المجالات الاقتصادية والاجتماعية في محافظات مصر، "دراسة تحليلية"، القاهرة، 2003، ص100.

ب- زيادة نسبة صغار السن والزيادة النسبية لمن هم أكبر من ستين سنة وكل له متطلباته.

ت- تزايد ظاهرة هجرة السكان من القرية إلي المدينة ومن دولة لأخرى وزيادة نسبة الاختلاط بالأجانب وانتقال السلع والحيوانات.

ث- تأثير الأعلام وخاصة مع السماوات المفتوحة وتوفير المعلومات ووسائل الحفاظ علي الصحة وطول العمر وانتشار التعليم وزيادة التطلع في احتياجات المواطنين.

2- إنشاء نظام قومي للمعلومات الصحية للمواطن المصري والعوامل المؤثرة عليه وان يحتوي علي:

أ- المؤشرات الديموجرافيا والصحية ومعدل انتشار الأمراض.

ب- التحديث المستمر له حتي يعطي صورة صادقة ومعبرة عن الحالة الصحية.

ت- الاسترشاد بالمؤشرات الصحية لكافة الدول عند عمل مشروعات صحية بمصر.

3- تنمية الموارد المالية للقطاع الصحي من خلال:

أ- زيادة موازنة الإنفاق الصحي الحكومي والعائلي.

ب- تنمية الجهود الذاتية وتكاملها مع جهود الحكومية.

ت- الحد من علاج المواطنين بالخارج إلا في حالة الضرورة القصوى.

ث- تقليل الفاقد مع تعظيم استخدام الامكانيات المتاحة.

ج- تقديم انماط تأمينية جديدة بالتعاون مع القطاع الخاص والجمعيات الأهلية.

4- الارتقاء بخدمات التأمين الصحي كما وكيفا من خلال:

أ- مد مظلة التأمين الصحي لتغطي كافة السكان مع الأعداد الجيد للتطبيق وإيجاد صيغة مناسبة لما يتحمله الفرد والمجتمع حتي لا يتعثر التنفيذ بنقص الموارد المالية.

ب- الاسترشاد بتجربة الدول التي سبقتنا في مجال التأمين الصحي.

ت- تطبيق هذا النظام التأمين الصحي تدريجيًا علي الأساس الجغرافي وليس علي أساس شرائح وفئات المجتمع.

5- تحديد أولويات العمل في مجال الصحة علي النحو التالي:

أ- الأولوية للخدمة الوقائية والحفاظ علي البيئة من التلوث.

ب- تدعيم خدمات الرعاية الصحية في الريف والمناطق العشوائية والناحية والاهتمام بعلاج الطوارئ والحوادث.

ت- اعطاء أولوية للمحافظات التي تشير المؤشرات الصحية إلي انخفاض خدمات الرعاية الصحية بها.

6- الوعي الصحي والمشاركة في أنشطة الصحة ويتحقق من خلال:⁽¹⁾

أ- الوعي الصحي من جمهور المستهلكين خاصة في مجال التأمين الصحي بحيث لا يحصل علي الخدمة الصحية إلا المستحقين لها.

ب- اعطاء دور أكبر للجمعيات والتنظيمات الخيرية نحو المشاركة في تمويل العلاج لغير القادرين الخدمات الصحية بأسعار منخفضة.

ت- تقديم الدعم القومي للبحوث في مجال الرعاية الصحية والاستفادة من نتائجها. نستنتج مما سبق أن متطلبات تحقيق رعاية صحية مناسبة ركزت جميعها حول نقاط اتفاق أساسية تتعلق بضرورة توفير معلومات قوية خاصة بالصحة وكذلك علي ضرورة بناء تحالفات بين المنظمات المجتمعية المدني من أجل المساهمة في تعزيز الشراكة والتمويل لخدمات الرعاية الصحية وكذلك الارتقاء بمستوي تعليم وإعداد العاملين في هذا القطاع وإصلاح نظام التأمين الصحي.

الا أن هذه الرؤى لم تتعرض بشكل تفصيلي لدور القطاع الخاص ومتطلبات تفعيل هذا الدور وكيفية الرقابة عليه وتقويم ادائه حيث أنه أصبح يشكل فاعل أساسي في تقديم الخدمات الصحية.

إن أي تطوير في مجال سياسة الرعاية الصحية لا بد أن يشمل اضلاع المثلث الثلاث الفاعلة في تقديم الرعاية الصحية وهم المؤسسات الحكومية المعنية والقطاع الخاص المهتم بتقديم خدمات صحية ومؤسسات المجتمع المدني بكل ما تضم من جمعيات أهلية ونقابات مهنية واتحادات واحزاب سياسية، تحديد دور كل منهم ووضع الآليات التي من شأنها تفعيل هذا الدور بما يحقق تكامل المنظومة الصحية في مصر. فضلاً عن توفير المناخ المناسب لتعبير منظمات المجتمع المدني عن الحاجات الصحية وتحالفها في تنسيق وتنظيم لتحديد قضايا واهداف سياسات الرعاية الصحية.

حادي عشر: الجانب المؤسسي لتقديم الخدمة الصحية في مصر:

(1) سحر عيد الرؤوف، "تحليل الجدوى الاقتصادية للإنفاق علي الخدمات الصحية مع التطبيق علي قطاع التأمين الصحي في مصر"، جامعة اسكندرية، 2011.

مقدمة:

عملت مصر علي توفير نظام حكومي للرعاية الصحية بشكل مجاني تقريباً، إلا أنه يلاحظ انخفاض مستوى جودة الخدمات التي يقدمها، مما أدى إلي أحجام كثير من أفراد المجتمع عن إقبال المجتمع علي هذه الخدمات، وتفضيلهم للخدمات التي يقدمها القطاع الخاص مما أدى إلي ارتفاع الإنفاق الخاص علي الخدمات الصحية وتبين أن هناك عديد من الجهات تشتري الخدمات تشتري الخدمات الصحية بشكل واسع من القطاع الخاص منها علي سبيل المثال شركات الرعاية المستديمة والنقابات وشركات إدارة الخدمات الصحية.(1)

أولاً- شركات الرعاية الحية المستديمة.(2)**• الهدف:**

تهدف هذه المؤسسات إلي تقديم الخدمة الطبية ذات الجودة العالية والتكلفة المناسبة والملائمة للتطورات العلمية والتكنولوجية، وتعتمد تقديم هذه الخدمات علي:

- تطبيق مبدأ التكافل بين أفراد المجتمع.
- تطبيق مبادئ الطب الوقائي وبالتالي الاكتشاف المبكر للأمراض من أجل الاستفادة من فاعلية العلاج والتحكم في ارتفاع تكلفة العلاج.

• طبيعة الخدمات المقدمة:

- يبني نظام العمل بمؤسسات الرعاية الصحية المستديمة علي أساس طبيب الرعاية الأولية (محور العملية العلاجية) حيث تسند له مسئوليات فحص المرضى بالمستشفيات وإعدادهم للفحوص الطبية، وتحويلهم للمستشارين، والمرور علي المرضى بالقسم الداخلي، والاحتفاظ بالملف الطبي الخاص

(1) تشمل الرعاية الثالثية خدمات الطوارئ للحالات المعقدة ومتعددة الإصابات ورعاية الحالات ذات الطبيعة الخاصة التي تتطلب تخصصات متنوعة ودراية واسعة... وهذه تتم في المستشفيات ذات الطبيعة الخاصة (حميات- درن- صدر) والمراكز الأكاديمية والاكاديمية ذات التخصصات العالية.

(2) رفعت رضوان، "تاريخ الرعاية الصحية التأمينية في مصر"، المجلة العلمية للتأمين الصحي الاجتماعي، العدد الثالث عشر، 1999.

أيضاً:

Ministry of Population. Egypt interim Demographics and Health, 2013.

- بكل مريض ومتابعة حالته الصحية بصفة عامة وكذلك التأكد من جودة الخدمات الصحية والعمل علي الارتقاء المستمر بها.
- يقوم طبيب الرعاية الأولية بتحويل المريض إلي شبكة من المستشفيات والمراكز الطبية الخاصة والاستثمارية وبعض مراكز الرعاية الثالثة الجامعية المتميزة في مختلف المحافظات.

● **مزايا النظام:**

- يعتمد نظام العلاج بمؤسسات الرعاية الصحية المستديمة علي ثلاثة مستويات لتقديم الخدمات وذلك لتغطية أكبر عدد من المستفيدين:

❖ **المستوي الأول:** يقدم خدمات طبيب الرعاية الأولية وخدمات الطوارئ والإسعاف والعلاج والجراحة بالأقسام الداخلية للمستشفيات.

❖ **المستوي الثاني:** يضيف خدمات الاستشاريون والفحوص بالعيادات الخارجية إلي خدمات المستوي الأول.

❖ **المستوي الثالث:** يضيف خدمات الأدوية والأسنان والرعاية الخارجية إلي خدمات المستوي الثاني.

- ويقسم نظام العلاج بمؤسسات الرعاية الصحية المستديمة تكلفة الحصول علي الخدمات إلي عدة فئات عمرية وتعتمد قيمة الاشتراك علي مدي شمولية مستوي الخدمة المقدمة.

- وجود سجل طبي واحد للمريض.

● **عيوب النظام:**

- استغلال بعض الشركات التي دخلت إلي السوق لهذا المشروع بشكل تجاري لمحاكاة.

- نظام مؤسسات الرعاية الصحية المستديمة الذي اثبت فاعليته ولكن دون وجود مقومات حقيقية لهذه الشركات.

- انخفاض مستوي جودة بعض الخدمات المقدمة من بعض الشركات نتيجة لمحاولة خفض الأسعار علي حساب الخدمات لضمان حصة أكبر من السوق.

ثانيًا: النقابات: (1)**• الهدف:**

تقوم لجنة مختصة بالإشراف على مشروع الرعاية الصحية وتنفيذه، ولا تختص هذه اللجنة بإجراءات التعاقدات فقط وإنما تعمل كذلك على التأكد من جودة الخدمة المقدمة وذلك بإجراء متابعة شهرية في جميع المحافظات.

• طبيعة الخدمات المقدمة:

- تغطي شبكة الرعاية الطبية الخاصة بالنقابة جميع محافظات مصر.
- يدخل ضمن الخدمات التي يقدمها المشروع جراحات القلب المفتوح والمقبول والقسطرة وتوسيع الشرايين التاجية والصمامات، وكذلك العلاج الكيماوي والاشعاعي والفشل الكلوي والفيروس الكبدي والعلاج الحراري للأورام. أما بالنسبة للعلاج الطبيعي فهو بحد أقصى 20 جلسة، ويلاحظ وجود حدود قصوى لمختلف أنواع العلاج.(2)
- يتم تمويل المشروع من خلال اشتراكات الأعضاء بمشروع الرعاية الصحية، بالإضافة إلي دعم من النقابة العامة.
- يقدم المشروع خدمة الرعاية الصحية للعضو الأصلي صاحب البطاقة العلاجية والزوج أو الزوجة والأبناء الذكور حتي سن التخرج والبنات حتي الزواج أو العمل، وكذلك الوالدان. وفي حالة وفاة العضو الأصلي يمتد الاشتراك للأعضاء المستحقين لمعاش النقابة.
- يتوجه المريض مباشرة إلي شبكة من المستشفيات والمراكز الطبية الخاصة والاستثمارية وبعض مراكز الرعاية الثالثة الجامعية المتميزة.

• مزايا النظام:

- تختلف قيمة اشتراك العضو عن الأعضاء التابعين ويلاحظ ارتفاع قيمة الاشتراك طبقاً للمرحلة العمرية.
- يتم التعاقد مع الأطباء والمستشفيات والمراكز الطبية بناءً علي شروط محددة ومواصفات يلتزم بها المتعاقدين مع النقابة.
- تراعي النقابة أن تكون المستشفيات ذات مستويات اقتصادية مختلفة.

(1) مجلس الوزراء – مركز المعلومات ودعم اتخاذ القرار، قطاع الدراسات التنموية- تجارب دولية في تطوير الخدمات الصحية.

(2) عطيات أحمد إبراهيم، "المشكلات التي تعوق المنتفعين بخدمات التأمين الصحي"، جامعة القاهرة، 1992.

● عيوب النظام:

- تستحوذ القاهرة الكبرى علي النصيب الأكبر من الخدمات التي يقدمها المشروع مقارنة بالمحافظات الأخرى.
- صعوبة الإجراءات الإدارية وتعقدها وخاصة في الحالات الحرجة.
- محدودية الحدود القصوى.
- عدم وجود السجل الطبي موحد للمريض يحتوي علي تاريخه المرضي.
- وجود عوائق وصعوبات تحد من الارتقاء بالجودة.

ثالثاً: شركات إدارة الخدمات الطبية: (1)

● الهدف:

تدير شركة إدارة الخدمات الصحية برامج الخدمات الصحية برامج العلاج الطبي لجميع مستويات العلاج بالمؤسسات، المجموعات، والأسر من خلال هيئة طبية كبيرة من مقدمي الخدمة بالقاهرة وجميع المحافظات.

● طبيعة الخدمات المقدمة: (2)

- تلتزم الشركات بحدود التغطية السنوية للفرد الواحد 10 آلاف جنيه، علي أن تتم العلاج داخل مصر، وتحت إشراف الهيئة الطبية المعتمدة من الشركة.
- تقدم شركات إدارة الخدمات الصحية خدماتها العلاجية بالمستشفيات وبالعيادات الخارجية.
- نسبة التغطية للعلاج بالمستشفيات التابعة للهيئة تبلغ 100% والانتقال باستخدام سيارات الاسعاف، والأدوية، ولكن ذلك في حدود مبلغ 10 آلاف جنيه المقررة لكل فرد.

● مزايا النظام:

- يتم تحديد مستوي الفئات للعاملين فئة أولي وثانية وثالثة. ويتحدد جدول المزايا بكل فئة والحد الأقصى للتغطية.
- يعتمد نظام العلاج بمشروع الرعاية الصحية للعاملين وأسرهم (الزوج أو الزوجة والأبناء الذكور حتى سن التخرج- البنات حتى سن الزواج) وتكون قيمة الاشتراكات الشهرية التي تستقطع من العضو متدرجة حسب الفئة الوظيفية والحالة الاجتماعية.

(1) د/ شريف حتاتة، "الصحة والتنمية"، القاهرة، دار المعارف، 1999.

(2) هيئة التأمين الصحي.

- يتم الترتيب مع إدارة الشركات المتعاقدة علي تواجد طبيب متخصص يقوم بتسهيل ومتابعة كافة الإجراءات للوصول إلي أعلى مستوى من تقديم الخدمة
- **عيوب النظام:**
- تسعي شركات إدارة الخدمات الصحية إلي تحقيق الأرباح في الأساس، مما قد يؤثر علي مستوي جودة الخدمات التي تقدمها الشركات.
- تركز خبرات إدارة شركات الخدمات الصحية في الشركات الأجنبية.
- عدم وجود سجل الطبي موحد للمريض يحتوي علي سجله المرضي.
- رابعاً: شركات التأمين الصحي: (1)
- **الهدف:**
- تهدف إلى تحمل مخاطر التكلفة العلاجية لمشتريها بشكل يتوازن مع حصيلة الأقسام التأمينية المدفوعة بواسطة المشترك الذي يتم اختيار بناءً علي الفحص الطبي قبل الاشتراك يثبت خلوه من الأمراض.
- **طبيعة الخدمات المقدمة:**
- تتم التغطية عادة كإضافة إلي أنواع أخرى من التأمين علي الحياة والتأمين علي المنشآت... إلخ وتعتمد علي رد جزء من تكلفة الخدمات التي يحصل عليها المريض وترتضي بها شركة التأمين طبقاً للتعاقد.
- عادة ما تكون التغطية في حدود 60-80% من قيمة الخدمة الطبية ويختار المريض مقدم الخدمة عادة من القطاع الخاص والاستثماري.
- **مزايا النظام:**
- الخدمات الطبية غير ملتزمة بشبكة محددة للخدمات حيث يدفع المشترك قيمة الخدمة ثم يقدم طلباً لاستيراد ما دفع من شركة التأمين حيث يبيت في طلبه خلال 3-4 أسابيع ويصرف له بعدها الجزء المتفق عليه من قيمة التكلفة.
- خاضعة بحكم القانون للرقابة علي التأمين وذلك لضمان حقوق المنتفعين.
- **عيوب النظام:**
- الخدمات تقدم بشكل متناثر ولا يوجد سجلات طبية منتظمة.
- عدم وجود برامج للرقابة علي الجودة أو برامج وقائية.
- الافتقار لوجود نظام للإحالة، ولا تناسب طبيعة دخل الأسرة المصري حيث ترهق دفع التكاليف واستردادها دخل الأسرة بصفة عامة.

(1) مجلس الوزراء- مرجع سبق ذكره.

ثاني عشر: الرعاية الصحية الأساسية⁽¹⁾.

هي جوهر الرعاية الصحية و أحد أهم آلياتها نظام طبيب الأسرة Family Physician، يتصف هذا النظام بأنه يدمج الرعاية الوقائية أو الرعاية التأهيلية، والرعاية التثقيفية مع الرعاية العلاجية المحدودة، مع ربط ذلك بالبنية الاجتماعية والفيزيائية بالإضافة إلي التغذية المتوازنة والإسكان وتوفير المياه النقية ووسائل للصرف الصحي، وتقدم من خلال ثلاثة أنواع من المنشآت الصحية هي:

1- وحدة طب الأسرة:

وهي أول مستوي للرعاية وهي المدخل لنظام رعاية طب الأسرة وتحتوي كل وحدة كحد أدني طبيبان وفي المتوسط علي خمسة من ممارسي طب الأسرة يخدم كل منهم حوالي 500 أسرة في منطقة محيطة يبلغ عدد سكانها حوالي 25 ألف نسمة، ونسبة الممرضات إلي الأطباء 1:1 في أكثر الأحوال. ومع ذلك فإن عدد الأطباء بكل وحدة يحدد حسب عدد القاعدة السكانية التي تخدمها الوحدة. وتقدم كل وحدة جميع الخدمات الأساسية بالأقسام الداخلية فيجرب تحويلهم إلي أقرب مركز يتوفر به إمكانية تقديم رعاية أساسية بالأقسام الداخلية ولكن الحالات الأخرى التي تحتاج لرعاية بالأقسام الداخلية خارج إطار الرعاية الأساسية فتتحول للمستشفيات أو العيادات التخصصية الأخرى (وفقاً لنوع الحالة المرضية) إذا أن خدمات الأقسام الداخلية الأساسية هي التي تدخل ضمن حزمة الخدمات الصحية الأساسية.

2- مركز طب الأسرة:

يمثل أو مستوي للإحالة من وحدة طب الأسرة وذلك من أجل خدمات الأقسام الداخلية مثل ولادات آمنة ورعاية ضرورية للولادة وخدمات لحديثي الولادة بدون مضاعفات والطفل شديد المرض، وتقوم وحدة طب الأسرة القريبة من المركز بتقديم خدمات الصحة العامة والوقائية والروتينية التي تقدم المنشآت الصحية وكذلك الخدمات الوقائية والعلاجية الأساسية التي تقدم في العيادة الخارجية للمجتمع.

3- المستشفى:

الذي يعمل كأول موقع للإحالة من وحدة طب الأسرة ويقوم بتوفير الخدمات الآتية:

(1) هيئة التأمين الصحي.

- خدمات الأقسام الداخلية الأساسية.
- خدمات الإحالة الأخرى.

ويمكن لوحدة طب الأسرة ومركز طب الأسرة والمستشفى أن يتبع أي منها القطاع العام أو القطاع الخاص، وفي كل الحالات تستخدم نفس دلائل الخدمات الأساسية ونفس مؤشرات الجودة.

النتائج والتوصيات:

أولاً: النتائج:

- 1- ضرورة ضمان توفير كافة الإمكانيات المادية البشرية اللازمة لتطبيق استمرار خدمة الرعاية الصحية من حيث الكفاءة والجودة في الأداء.
- 2- تمتع الجهة التي ستقوم بتقديم خدمة الرعاية الصحية بإمكانيات مختلفة للخدمة بحيث تقدم حد أدنى من الخدمة للجميع ولكن من الممكن وجود بعض الخدمات التكميلية لبعض الأفراد الذين لديهم القدرة علي تحمل بعض النفقات الإضافية.

ثانياً: التوصيات:

• توصيات الأجل القصير:

- 1- وضع خطة إعلامية لرفع الوعي الجماهيري والعمل علي مشاركة المستفيدين بالخدمة.
- 2- وضع الخطط والبرامج التي تساعد علي الاستفادة من اشتراكات التأمين الصحي وزيادة اسهامه في الناتج الإجمالي المحلي.
- 3- سرعة اتخاذ القرارات بعيداً عن البيروقراطية الإدارية للمؤسسات الحكومية.
- 4- زيادة حوافز الاستثمار لتشجيع القطاع الخاص علي التوسع في تقديم الخدمات الصحية.

• توصيات الأجل الطويل:

- 1- إيجاد رؤية مستقبلية للنظام الصحي في مصر الآن.
- 2- الفصل بين تمويل الخدمات الصحية وتقديم هذه الخدمات وذلك لتخفيف العبء والمساعدة علي التفرغ لتحقيق أهداف الصحة الأساسية وخاصة الرعاية الأولية والطب الوقائي.
- 3- توسع الحكومة في إسناد إدارة وتشغيل عدد من المستشفيات العامة إلي القطاع الخاص مع وضع الضوابط اللازمة لذلك.

- 4- تقييم أداء المستشفيات الخاصة ومستوي الخدمة الصحية التي تقدمها للحكم على مدى نجاح هذه التجربة.
- 5- تنويع مصادر تمويل الخدمات الصحية خاصة في ظل انخفاض الموارد الحكومية المخصصة لهذه الخدمات وذلك بزيادة مساهمة المجتمعات المحلية ومنظمات المجتمعات المدني.

قائمة المراجع:

أولاً: المراجع العربية:

- أ.د/ إبراهيم علي إبراهيم عبد ربه- أستاذ التأمين – كلية التجارة- جامعة الاسكندرية وبيروت العربية- مجلة التأمين الصحي الاجتماعي- العدد الستون- يناير 2003- ص7،8.
- البنك الدولي: تقرير عن التنمية في العالم "جعل الخدمات تعمل لصالح الفقراء"، ص148.
- بوغدان م. كليوفسكي وآخرون: توجه النظم الصحية وإرشادات لرسم السياسات، منظمة الصحة العالمية، المكتب الاقليمي لشرق المتوسط، القاهرة 1997، ص48-50.
- تقارير متابعة وزاره الصحة وهيئة التأمين الصحي.
- تقرير لجنه الصحة والسكان والبيئة، مجلي الشوري "مستقبل الرعاية الصحية في مصر"، القاهرة ، 1995.
- الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء- التأمين الصحي في مصر- مارس 2015.
- د/ إبراهيم عبد ربه، "التكاليف في التأمين الصحي الاجتماعي في ج.م.ع"، مجلة التأمين الصحي الاجتماعي، الجمعية العلمية للتأمين الصحي الاجتماعي، القاهرة.
- د/ رفعت رضوان، "اثر التأمين الصحي في إعادة توزيع الدخل"، المجلة العملية للتأمين الصحي الاجتماعي، القاهرة، 1995.
- د/ سعيد راتب، "نسبة من الدخل القومي لدعم التأمين الصحي"، الاهرام الاقتصادي، 2010.

- د/ سعيد راتب، نسبة من الدخل القومي لدعم التأمين الصحي "جريدة الأهرام" 2007/7/7.
- د/ شريف حتاتة، "الصحة والتنمية"، القاهرة، دار المعارف، 1999.
- د/ طلعت الدمرداش، "اقتصاديات الخدمات الصحية"، كلية التجارة، جامعة الزقازيق، مكتبة القدس، الطبعة الأولى، 2006.
- رفعت رضوان، "تاريخ الرعاية الصحية التأمينية في مصر"، المجلة العلمية للتأمين الصحي الاجتماعي، العدد الثالث عشر، 1999.
- رئاسة الهيئة للتأمين الصحي- باب الإيرادات في موازنة الهيئة.
- سحر عبد الرؤوف، "تحليل الجدوى الاقتصادية للإنفاق علي الخدمات الصحية مع التطبيق علي قطاع التأمين الصحي في مصر"، جامعة اسكندرية، 2011.
- سلسلة قضايا التخطيط والتنمية رقم (181)- معهد التخطيط القومي- تحديد الاحتياجات بقطاعات (الصحة- التعليم ما قبل الجامعي- التعليم العالي) – يوليو 2004- ص20.
- سمير بانوب، "سبل التعاون بين البلاد العربية في المجال الصحي"، القاهرة، جامعة الدول العربية، 2005.
- سمير فياض، "الصحة في مصر- الواقع وسيناريوهات المستقبل حتي 2020"، منتدى العالم الثالث، مصر 2020، المكتبة الأكاديمية، 2002، ص269 وما بعدها.
- سمير محمد طياتي، "نظام التأمين الصحي الاجتماعي في مصر"، مجلة التأمين الصحي الاجتماعي، القاهرة، 1999.
- سياسات التأمين الصحي في مصر، جامعة القاهرة، مركز دراسات واستشارات الإدارة العامة، 2013.
- عبد العزيز حبلص، "دراسة تكلفة خدمة التأمين الصحي الاجتماعي مع تقييم التجربة علي مصر (اقتصاديات التأمين الصحي)"، كلية تجارة، جامعة عين شمس. رسالة ماجستير.

- عبد العزيز صباحي، "دراسة تكلفة خدمة التأمين الصحي الاجتماعي مع تقييم التجربة في جمهورية مصر العربية"، جامعة القاهرة، 1995.
- عبد العزيز عبد الموجود حبلص- دراسة تكلفة خدمة التأمين الصحي الاجتماعي مع تقييم التجربة في ج.م.ع (رسالة ماجستير غير منشورة- مكتبة كلية التجارة- جامعة القاهرة، 1974) – ص153.
- عطيات أحمد إبراهيم، "المشكلات التي تعوق المنتفعين بخدمات التأمين الصحي"، جامعة القاهرة، 1992.
- قرار رئيس مجلس الإدارة رقم 1759 لسنة 2004، ورقم 748 و 749 لسنة 2008- قرار وزير الصحة والسكان رقم 467 لسنة 2008.
- مجلة التأمين الصحي الاجتماعي- العدد الخامس والثلاثون – ديسمبر 1996- ص28، 29.
- مجلة التأمين الصحي الاجتماعي، العدد الرابعين، ديسمبر 2000.
- مجلس الوزراء- مرجع سبق ذكره.
- مجلس الوزراء –مركز المعلومات ودعم اتخاذ القرار، قطاع الدراسات التنموية- تجارب دولية في تطوير الخدمات الصحية.
- المرجع السابق.
- المرجع السابق.
- معهد التخطيط القومي العدالة في التوزيع ثمار التنمية في بعض المجالات الاقتصادية والاجتماعية في محافظات مصر، "دراسة تحليلية"، القاهرة، 2003، ص100.
- معهد التخطيط القومي: تقرير التنمية البشرية، مصر، 2003، ص55.
- معهد التخطيط القومي: سلسلة قضايا في التخطيط والتنمية، رقم (168) يوليو 2003، ص96.
- منتدى السياسات العامة (18)- نحو هيكل اجتماعية اقتصادية شاملة لقطاع الرعاية الصحية في مصر- مركز دراسات واستشارات الإدارة العامة- كلية الاقتصاد والعلوم السياسية- جامعة القاهرة- اغسطس 2004.
- منظمة الصحة العالمية: التقرير الخاص بالنظم الصحية في العالم، تحسين أداء النظم الصحية، 2000، ص48.

- منظمة الصحة العالمية: التقرير السنوي للمدير الاقليمي لشرق الأوسط تطوير النظم والخدمات الصحية، القاهرة، 2001، ص50.
 - منظمة الصحة العالمية: تنفيذ الاستراتيجية العالمية لتوفير الصحة للجميع، التقرير الثامن، 2000، ص54-55.
 - هيئة التأمين الصحي- تقارير المتابعة.
 - هيئة التأمين الصحي.
 - هيئة التأمين الصحي.
 - الهيئة العامة للتأمين الصحي، 2000.
 - الهيئة العامة للتأمين الصحي، التقرير السنوي.
 - وزارة الصحة- الدعم الفني- صندوق صحة الأسرة المركزي.
 - وزارة الصحة والسكان، مجلة السياسة الصحية، "سكان مصر في المستقبل"، مشروع السياسات السكانية، القاهرة، 2003، ص214.
 - وزارة الصحة، تقارير سنوية.
- ثانيًا: المراجع الأجنبية:**
- A. Kubursi sustainable human development under globalization, u.n. 1998. P35.
 - Foster. M. fiscal. Space and sustain ability, Paris, 2010.
 - Karen Davis, National health insurance , Benefits, Costs and Consequences . (The Brooking institution- Washington D.C., Inc., 1970) ,P.132.
 - Ministry of Population. Egypt interim Demographics and Health, 2013.
 - WHO, Regional office for Eastern Mediterranean, Report on a Regional Consultation, Manama, Bahrain, 26-28, April 2015, p.4.
 - WIB. David, evans and other priorities in health, 2009.

