جمهورية مصر العربية
معهد التخطيط القومي

سلسلة قضايا التخطيط والتنمية

الإنفاق الصحي في مصر بين اعتبارات الكفاءة والفاعلية

رقم (٣٣٦) – شهر ٢٠٢٢

جمهورية مصر العربية

معهد التخطيط القومي

سلسلة قضايا التخطيط والتنمية

رقم (٣٣٦)

الإنفاق الصحي في مصر بين اعتبارات الكفاءة والفاعلية

٢٠٢٢

"لم يسبق نشر هذا البحث أو أي أجزاء منه، ويحظر إعادة نشره فى أي جهة أخرى قبل أخذ موافقة المعهد كتابة"

"الآراء في هذا البحث تمثل رأي الباحثين فقط"

الفندري، عزة وآخرون

الإنفاق الصحي في مصر بين اعتبارات الكفاءة والفاعلية
سلسلة قضايا التخطيط والتنمية، القاهرة، معهد التخطيط القومي، ٢٠٢٢، ١١٣ ص.

الكلمات الدالة:
الإنفاق الصحي في مصر- مؤشرات كفاءة وفاعلية الإنفاق الصحي- التأمين الصحي-نماذج للإنفاق الصحي

رقم الإيداع: ٢٠٢٢/١٥٠٦٠
ISBN: ٩٧٨-٩٧٧-٦٦٤١-٩٩-٠

حقوق الطبع والنشر محفوظة لمعهد التخطيط القومي، يحظر إعادة النشر أو النسخ أو الاقتباس بأي صورة إلا بإذن كتابي من معهد التخطيط القومي أو بالإشارة إلى المصدر

الطباعة والتنفيذ: معهد التخطيط القومي الطبعة الأولى: ٢٠٢٢

رئيس المعهد
أ.د. علاء زهران

نائب رئيس المعهد
لشئون البحوث والدراسات العليا
أ.د. خالد عطية

الآراء الواردة في هذا البحث لا تعبر بالضرورة عن توجه المعهد بل تعبر عن رأي المؤلف وتوجهه في المقام الأول

مدينة نصر- طريق صلاح سالم-
القاهرة- جمهرية مصر العربية

https://inp.edu.eg

معهد التخطيط القومي

res.unit@inp.edu.eg

الهاتف/22627372-22634040 (+202)
الفاكس/22634747- 24011398(+202)

تقديم

تعتبر سلسلة قضايا التخطيط والتنمية إحدى القنوات الرئيسية لنشر نتاج معهد التخطيط القومي من دراسات وبحوث جماعية محكمة في مختلف مجالات التخطيط والتنمية. يضم المعهد مجموعة من الباحثين والخبراء متنوعي ومتعددي التخصصات، مما يضيف إلى قيمة وفائدة مثل هذه الدراسات المختلفة التي يتم إجراؤها من حيث شمولية الأخذ في الاعتبار الأبعاد الاقتصادية، الاجتماعية، البيئية، المؤسسية، والمعلوماتية وغيرها لأي من القضايا محل البحث.

تضمنت الإصدارات المختلفة لسلسلة قضايا التخطيط والتنمية منذ بدئها في عام ١٩٧٧ عددًا من الدراسات التي تناولت قضايا مختلفة تفيد الباحثين والدارسين، وكذا صانعو السياسات ومتخذو القرارات في مختلف مجالات التخطيط والتنمية، منها على سبيل المثال لا الحصر: السياسات المالية والنقدية، الإنتاجية والأسعار والأجور، الاستهلاك والتجارة الداخلية، المالية العامة، التجارة الخارجية، التكتلات الدولية، قضايا التشغيل والبطالة وسوق العمل، التنمية الإقليمية والنمو الاحتوائي، آفاق وفرص الاستثمار، السياسات الصناعية، السياسات الزراعية والتنمية الريفية، المشروعات الصغيرة والمتوسطة، مناهج وأساليب النمذجة التخطيطية، قضايا البيئة والموارد الطبيعية، التنمية المجتمعية، قضايا التعليم والصحة والمرأة والشباب والأطفال وذوي الإعاقة،...إلخ

تتنوع مصادر وقنوات النشر لدى المعهد إلى جانب سلسلة قضايا التخطيط والتنمية، والمتمثلة في التقارير العلمية، والكتب المرجعية، المجلة المصرية للتنمية والتخطيط، والتي تصدر بصفة دورية نصف سنوية، وكذلك كتاب المؤتمر الدولي السنوي وسلسلة أوراق السياسات في التخطيط والتنمية المستدامة، وكراسات السياسات، إضافة إلى ما يصدره المعهد من نشرات علمية تعكس ما يعقده المعهد من فعاليات علمية متنوعة.

وفق الله الجميع للعمل لما فيه خير البلاد، والله من وراء القصد...

رئيس المعهد

أ.د. علاء زهران

فريق البحث

م	فريق الدراسة	الاسم	الدرجة العلمية	التخصص
١	**الباحث الرئيسي**	أ. د. عزة الفندري	أستاذ متفرغ	إحصاءات حيوية
٢	**البـــاحثون من داخل المعهد**	أ. د. محمود عبد الحي	أستاذ متفرغ	اقتصاد دولي وتنمية
٣		أ. د. لطف الله إمام صالح	أستاذ متفرغ	اقتصاديات صحة
٤		أ. د. م. هبة الباز	أستاذ مساعد	اقتصاد مالي ونقدي
٥		د. سحر عبود	مدرس	اقتصاد
٦		د. هبة الله أحمد عز	مدرس	تكنولوجيا تعليم
٧		أ. مي عبدالله رجب	مدرس مساعد	صحة عامة
٨		أ. ايمن محمد إبراهيم الدسوقي	مدرس مساعد	إدارة المعرفة
٩		أ. أحمد ممدوح إسماعيل	مدرس مساعد	إعلام
١٠		أ. بسنت مجدي	معيد	إحصاء

موجز البحث

تأخذ قضية الإنفاق على الصحة في مصر أهميتها من كونها من أهم التحديات الصحية التي تواجه كلا من المواطن البسيط والدولة على حد السواء. وعلى الرغم مما تشير إليه التقارير من زيادة في حجم الإنفاق الصحي في مصر فإن ذلك لم يصل بعد إلى المستوى الذي يحسن من مؤشرات مخرجات المنظومة الصحية.

وفى ظل محدودية الموارد التي قد تكون متاحة للإنفاق الصحي، يصبح من الضروري التأكد من كفاءة وفعالية إنفاق تلك الموارد واستغلالها الاستغلال الأمثل.

في ضوء ذلك تعرض البحث لمناقشة العلاقة بين زيادة الإنفاق العام الصحي وكفاءته من ناحية، وبين معدلات النمو الاقتصادي من ناحية أخرى. كما درس البحث المؤشرات والأساليب والمنهجيات التي يمكن الاعتماد عليها لقياس مدى كفاءة الإنفاق العام الصحي، بالإضافة إلى إلقاء الضوء على متطلبات تحقيق كفاءة الإنفاق العام الصحي.

أيضاً تناول البحث بالرصد والتحليل بيانات ومؤشرات المنظومة الصحية بصفة عامة والمؤشرات ذات الصلة بالإنفاق الصحي بصفة خاصة، ومقارنة تطورها عبر فترة زمنية (٢٠١٥-٢٠٢٠) في مصر، ثم مقارنتها بالإنفاق الصحي للدول المثيلة في المستوى التنموي المتقارب مع مصر، كما يتم الإشارة إلى بعض المؤشرات التي تعكس أداء المنظومة الصحية.

كما درس البحث تقييم فعالية الإنفاق بمنظومة التأمين الصحي المجتمعي (الاجتماعي) من خلال إجراء تحليل موقف لفعالية أداء منظومة التأمين الصحي السابق وتحليل موقف للفعالية المتوقعة للإنفاق اللازم لأداء منظومة التأمين الصحى الحالي.

كما حاول البحث تحليل ودراسة واستخلاص أهم الدروس المستفادة من تجارب بعض الدول في الرعاية الصحية فيما يتعلق بقضية الإنفاق على الخدمات الصحية.

وقد خلص البحث إلى مجموعة من النتائج أهمها: لقياس كفاءة الإنفاق العام الصحي، من الأفضل الاعتماد على مؤشر مركب يعكس الأهداف المختلفة التي تسعى لتحقيقها الأنظمة الصحية، على أن يصاحب ذلك مجموعة من الإجراءات التي تسعى لضمان كفاءته، مع البحث عن التوليفة الملائمة للتدخل للإنفاق على مستويات الرعاية الصحية المختلفة.

كما خلص البحث إلى مجموعة من التحديات أهمها: تفتت الإنفاق الصحي في مصر وتواضعه، بالإضافة إلى عدم وجود معايير معلنة لأسس توزيعه على المحافظات، مع عدم إتاحة البيانات التفصيلية الخاصة بأوجه إنفاقه على بنود الخدمات الصحية المختلفة، يتزامن ما سبق مع ارتفاع نسب المدفوعات المباشرة للأفراد والأسر للحصول على الخدمة الصحية، في ظل ضعف حوكمة النظام الصحي وعدم الشفافية والمساءلة.

أيضاً خلص البحث إلى أن هناك حاجة لإعادة نظر في المؤسسية التنظيمية والإدارية والمالية والفنية الناجمة عن تطبيق قانون التأمين الصحي الاجتماعي (الجديد)، وبناءً على ذلك تم اقتراح بإنشاء صندوق وطني أحادي المؤسسية لإدارة الرعاية الصحية التأمينية بثوب تشغيل مؤسسي تأميني جديد.

كما أكد البحث ضرورة تبادل الخبرات والدروس المستفادة من تجارب الدول وبعضها البعض في مجال الرعاية الصحية، وأهمية تفعيل توجهات منظمة الصحة العالمية من أجل زيادة المؤشرات الاقتصادية الموجهة للإنفاق الصحي الحكومي لتحقيق التغطية الصحية الشاملة والحد من التفاوتات في تقديم الرعاية الصحية.

الكلمات الدالة:
الإنفاق الصحي في مصر- مؤشرات كفاءة وفاعلية الإنفاق الصحي- التأمين الصحي- نماذج للإنفاق الصحي.

الباحث الرئيسي

أ. د. عزة عمر الفندري

قائمة المحتويات

م	عنوان الموضوع	رقم الصفحة
الإطار العام للبحث		١
١.	مقدمة	١
٢.	أهمية البحث	٣
٣.	أهداف البحث	٣
٤.	منهج البحث	٤
٥.	الإطار النظري للبحث	٤
الفصل الأول: قياس كفاءة الإنفاق العام الصحي والعوامل المؤثرة فيها		٦
١-١	الإنفاق العام الصحي والنمو الاقتصادي	٦
١-٢	مفهوم كفاءة الإنفاق العام الصحي ومؤشرات قياسها	٩
١-٣	أبرز العوامل المؤثرة في أداء وكفاءة الإنفاق العام الصحي	١٣
الفصل الثاني: تطور الإنفاق على الصحة في مصر خلال الفترة (٢٠١٥/ ٢٠١٦-٢٠٢٠/ ٢٠٢١)		١٩
٢-١	أهم ملامح الإنفاق العالمي على الصحة عام ٢٠١٩	٢١
٢-٢	تطور الإنفاق على الصحة في مصر خلال الفترة (٢٠١٥/ ٢٠١٦- ٢٠٢١/ ٢٠٢٢)	٢٢
٢-٣	الإنفاق العام وكفاءة النظام الصحي في مصر	٣٤
الفصل الثالث: فعاليــة الإنفاق بمنظومة التأمين الصحي المجتمعي		٤٢
٣-١	تطور منظومة التأمين الصحي في مصر	٤٦
٣-٢	تطور إنفاق الأسرة المصرية على الرعاية الصحية الخاصة	٥٠
٣-٣	نموذج قياس كمي حول تزايد الإنفاق الأسري على الرعاية الصحية الخاصة	٥٥
٣-٤	إنفاق الأسرة المصرية على المستلزمات الطبية	٦٠
٣-٥	إنفاق الأسرة المصرية على خدمات العيادات الخارجية	٦١
٣-٦	إنفاق الأسرة المصرية على خدمات الإقامة الداخلية بالمستشفيات	٦١
٣-٧	استخلاص إنفاق الأسرة المصرية على أوجه الرعاية الصحية	٦٤

م	عنوان الموضوع	رقم الصفحة
٣-٨	التأمين الصحي الاجتماعي الشامل	٦٦
الفصل الرابع: دروس مستفادة من تجارب بعض الدول في الرعاية الصحية		٨٢
٤-١	أهم المبادئ التي تتبناها منظمة الصحة العالمية بشأن الرعاية الصحية	٨٣
٤-٢	تجارب بعض الدول في الرعاية الصحية	٨٩
ملخص البحث		١٠١
المراجع		١٠٧
١.	المراجع العربية	١٠٧
٢.	المراجع الأجنبية	١٠٩
٣.	المواقع الإلكترونية	١١٣
Abstract		١١٤

قائمة الجداول

رقم الجدول	عنوان الجدول	رقم الصفحة
(٢-١)	قيمة مؤشر كفاءة الإنفاق العام الصحي في مصر	٣٨
(٢-٢)	قياس كفاءة الإنفاق العام الصحي في مصر مقارنة بمجموعة الدول المختارة عامي ٢٠١٥ و٢٠١٩ باستخدام متوسط نصيب الفرد من الإنفاق الحكومي على الصحة بالدولار (تعادل القوة الشرائية) كمدخلات ومتوسط العمر المتوقع بصحة جيدة كمخرجات	٣٩
(٣-١)	تطورات نسب الأفراد المشتركين في التأمين الصحي حسب الحالة التعليمية خلال الفترة ٢٠١٣/١٢ -٢٠١٨/١٧	٤٩
(٣-٢)	التوزيع النسبي للإنفاق السنوي للأسرة المصرية على أوجه الإنفاق الرئيسية خلال الأعوام ٢٠٠٩/٠٨ – ٢٠١٨/١٧	٥١
(٣-٣)	متوسط الإنفاق السنوي للفرد والأسرة المصرية على الرعاية الصحية الخاصة خلال الفترة من ٢٠٠٩/٠٨ – ٢٠١٨/١٧	٥٤
(٣-٤)	اختبار T-test للفرق بين متوسط إنفاق الريف ومتوسط إنفاق الحضر على الصحة بافتراض عدم تساوى التباين	٥٦
(٣-٥)	نتائج تحليل التباين – اختبار معنوية النموذج	٥٨
(٣-٦)	جدول اختبار جودة توفيق النموذج	٥٨
(٣-٧)	نتائج اختبار معنوية معاملات نموذج الانحدار T-Test	٥٩
(٣-٨)	التوزيع النسبي لمتوسط الإنفاق السنوي للأسرة على بنود الإنفاق على خدمات الرعاية الصحية حسب المناطق	٦٣
(٣-٩)	النسبة المئوية لإنفاق الأسرة على كل بند من بنود أوجه الرعاية الصحية كنسبة من إجمالي الإنفاق الصحي بالمنطقة	٦٤
(٣-١٠)	المراحل المكانية والزمنية لتطبيق قانون التأمين الصحي الشامل والتي تصل لعشر سنوات	٧٤
(٣-١١)	القوانين والقرارات المتعلقة بنظام التأمين الصحي الاجتماعي الشامل	٧٥

قائمة الأشكال

رقم الشكل	عنوان الشكل	رقم الصفحة
(١-١)	أهداف النظم الصحية وفقاً لمعياري المستوى والتوزيع	١١
(٢-١)	تطور الإنفاق الجاري على الصحة في مصر خلال الفترة من (٢٠١٥-٢٠١٩)	٢٣
(٢-٢)	التوزيع النسبي لمصادر تمويل الإنفاق الصحي في مصر خلال الفترة من (٢٠١٥-٢٠١٩)	٢٣
(٢-٣)	التوزيع النسبي لمصادر تمويل الإنفاق الصحي وفقاً لمستوي الدخل عام ٢٠١٩	٢٤
(٢-٤)	تطور الإنفاق العام على الصحة خلال الفترة (٢٠١٦/١٥-٢٠٢١/٢٠)	٢٥
(٢-٥)	تطور نسب الإنفاق الحكومي على الصحة من الناتج المحلي الإجمالي ومن إجمالي النفقات العامة خلال الفترة (٢٠١٦/١٥-٢٠٢٢/٢١)	٢٦
(٢-٦)	نسبة الإنفاق الحكومي الصحي من إجمالي النفقات العامة والناتج المحلي الإجمالي في مصر ومجموعة من الدول المختارة لعام ٢٠١٩	٢٧
(٢-٧)	متوسط نصيب الفرد من الإنفاق الصحي الحكومي في مصر وبعض الدول المختارة لعام ٢٠١٩	٢٧
(٢-٨)	التوزيع النسبي للإنفاق العام على الصحة على البنود خلال الفترة (٢٠١٦/١٥-٢٠٢٢/٢١)	٢٩
(٢-٩)	متوسط أجور العاملين النقدية الاسبوعية وفقاً للأنشطة الاقتصادية المختلفة عام ٢٠٢٠	٢٩
(٢-١٠)	التوزيع النسبي لعدد المستشفيات والأسرة على المحافظات عام ٢٠١٩	٣٣
(٢-١١)	التوزيع الجغرافي لوحدات الرعاية الصحية الأساسية عام ٢٠١٩	٣٣
(٢-١٢)	خدمات الإسعاف بالمحافظات عام ٢٠١٩	٣٤
(٢-١٣)	قيمة مؤشر التغطية الصحية الشاملة لمصر وبعض الدول المختارة عام ٢٠١٩	٣٥
(٢-١٤)	ترتيب مصر وبعض الدول المختارة في مؤشر التنافسية العالمية وركيزة الصحة لعام ٢٠١٩	٣٦
(٢-١٥)	العمر المتوقع بصحة جيدة لمصر وبعض الدول المختارة لعامي ٢٠١٥ و٢٠١٩	٣٧
(٣-١)	مصادر التمويل الرئيسية لمنظومة التأمين الصحي الشامل طبقاً لقانون نظام التأمين الصحي الشامل رقم (٢) لسنة ٢٠١٨ ولائحته التنفيذية	٧٣

الإطار العام للبحث

مقدمة:

الصحة هي حق أصيل من حقوق الإنسان الذي أكدته المواثيق والمعاهدات الدولية، حيث تحظي قضايا الصحة باهتمام دولي وإقليمي ومحلي، وقد تجلى ذلك في الاهتمام الاممي بداية من طرح منظمة الصحة العالمية لاستراتيجية توفير الصحة للجميع بحلول عام ٢٠٠٠، ثم تحقيق الأهداف الإنمائية عام ٢٠١٥، والآن الأهداف الأممية للتنمية المستدامة عام ٢٠٣٠. وعلي المستوى المحلي اهتمت الدولة المصرية اهتماماً كبيراً سياسياً واقتصادياً ومجتمعيًا بالقضايا الصحية، حيث صدر الدستور المصري ٢٠١٤ ونص في المادة (١٨) "لكل مواطن الحق في الصحة وفي الرعاية الصحية المتكاملة وفقاً لمعايير الجودة". كما نصت ذات المادة على "تلتزم الدولة بتخصيص نسبة من الإنفاق الحكومي للصحة لا تقل عن ٣% من الناتج القومي الإجمالي تتصاعد تدريجيا حتي تصل إلى المعدلات العالمية". كما نص الدستور على "تلتزم الدولة بإقامة نظام تأمين صحي شامل لجميع المواطنين يغطي كل الأمراض وينظم القانون إسهام المواطنين في اشتراكاته أو إعفائهم منها طبقا لمعدلات دخولهم"، وقد تزامن ذلك مع إصدار وثيقة مصر للتنمية المستدامة ٢٠٣٠ والتي أكدت ما جاء بالدستور من الحقوق الصحية للمواطن المصري وذلك بوضع ثلاثة أهداف للشأن الصحي للنهوض بالصحة والتغطية الشاملة وحوكمة القطاع الصحي.

تأخذ قضية الإنفاق على الصحة في مصر أهميتها من كونها من أهم التحديات الصحية التي تواجه كلا من المواطن البسيط والدولة على حد السواء. وعلى الرغم مما تشير إليه التقارير من زيادة في حجم الإنفاق الصحي في مصر فإن ذلك لم يصل بعد إلى المستوى الذي يحسن من مؤشرات مخرجات المنظومة الصحية خاصة فيما يتعلق بمستوى جودة الخدمة ومعدلات الإصابة بالأمراض السارية وغير السارية مما يزيد من العبء المرضي للمواطن، ويرفع تكلفة العلاج، ويشير تقرير لمنظمة الصحة العالمية (WHO; ٢٠٢٠) إلى أن المواطن المصري يدفع من جيبه الخاص ٦٢% من تكلفة العلاج.

يعاني القطاع الصحي تحديات كثيرة متعددة الجوانب (اجتماعية–اقتصادية–بيئية–سياسية.. الخ)، مما أدى إلى ارتفاع تكاليف تقديم الخدمات الصحية. فعلي سبيل المثال هناك ارتفاع في تكاليف الدواء والمستلزمات الطبية، مع تزايد استخدام التكنولوجيا الطبية مرتفعة التكلفة، ويتزامن ذلك مع محدودية قدرة الحكومات على تلبية طموحات كل من مقدمي الرعاية الصحية ومستخدميها.

لذلك زادت الحاجة، بصفة عامة، للبحث عن أفضل الوسائل لتطبيق نظام صحي يتسم بالكفاءة في جميع مكوناته وبصفة خاصة فيما يتعلق بجانب الإنفاق الصحي. فالنفقات الصحية إحدى أهم المدخلات لقياس كفاءة النظام، خاصة لصانعي السياسات الصحية، ويرجع منصور ورزينن (٢٠١٥) ذلك لعدة أسباب منها:

يمكن أن يحقق النظام الصحي أهدافه المنشودة دون أن ينفق المزيد من الموارد.

بعد إجراء عمليات قياس الكفاءة، يمكن استكشاف المحددات خارج النظام الصحي التي تتسبب في انخفاض كفاءته مثل، فعالية الحكومة وعدم العدالة في توزيع الدخل، والأسلوب الذي يدار ويمول به النظام الصحي.

القياس المنتظم أو الدوري خلال فترات زمنية في حد ذاته أداة لمراقبة أثر سياسات الإصلاح الصحي.

لقياس كفاءة النظام الصحي بصفة عامة، هناك عوامل يجب أخذها في الاعتبار مثل:

صعوبة سيطرة القطاع الصحي منفردا على المستوى الصحي للمجتمع وذلك لتأثره بقطاعات أخرى.

صحة الفرد في المجتمع تحددها العديد من العوامل غير المباشرة (ثقافية–اجتماعية–اقتصادية.. الخ) بجانب العوامل المباشرة للرعاية الصحية، لذلك ممن الضروري تحديد هذه العوامل وأثر كل منها.

قياس الكفاءة يجب أن يتضمن مؤشرات الأداء المرحلية(الوسطية) ومؤشرات الأداء النهائية.

عند مقارنة مقياس كفاءة مخرجات النظام الصحي بمقاييس مخرجات مرجعية أو مثلي، لابد من الأخذ في الاعتبار الفارق الزمني بين القيام بعمليات القياس وبين الحصول على النتائج.

لإجراء عمليات المقارنة، لابد من الأخذ في الاعتبار الفروق بين المجتمعات لوضع أوزان نتائج النظام الصحي لكل مجتمع.

بناءً على ما سبق فإن الإنفاق الصحي يمثل قضية حاكمة في المنظومة الصحية، ويحتاج تشخيصها إلى رصد وتحليل ومناقشة التحديات التي تعوق كفاءة مخرجاته وبلورة مقترحات يمكن أن تحسن من كفاءة الإنفاق الصحي.

في ضوء ما سبق يتعرض البحث لمناقشة العلاقة بين زيادة الإنفاق العام الصحي وكفاءته من ناحية، وبين معدلات النمو الاقتصادي من ناحية أخرى. كما يدرس البحث المؤشرات والأساليب والمنهجيات التي يمكن الاعتماد عليها لقياس مدى كفاءة الإنفاق العام الصحي، بالإضافة إلى إلقاء الضوء على متطلبات تحقيق كفاءة الإنفاق العام الصحي.

كما يتناول البحث بالرصد والتحليل والمناقشة بيانات ومؤشرات المنظومة الصحية بصفة عامة والمؤشرات ذات الصلة بالإنفاق الصحي بصفة خاصة، ومقارنة تطورها عبر فترة زمنية (٢٠١٠–٢٠٢٠) في مصر، ثم مقارنتها بالإنفاق الصحي للدول المثيلة في المستوى التنموي المتقارب مع مصر، كما يتم الإشارة إلى بعض المؤشرات

التي تعكس أداء المنظومة الصحية من خلال رصد لبعض المدخلات (عدد المستشفيات–عدد الأطباء– عدد هيئة التمريض) والمخرجات (مؤشر الصحة في تقرير التنمية البشرية).

كما يدرس البحث تقييم فعالية الإنفاق بمنظومة التأمين الصحي المجتمعي(الاجتماعي) من خلال إجراء تحليل موقف لفعالية أداء منظومة التأمين الصحي السابق وتحليل موقف للفعالية المتوقعة للإنفاق اللازم لأداء منظومة التأمين الصحى الحالي.

كما يحاول البحث تحليل ودراسة واستخلاص أهم الدروس المستفادة من تجارب بعض الدول في الرعاية الصحية فيما يتعلق بقضية الإنفاق على الخدمات الصحية.

أهمية البحث:

يكتسب البحث أهمية من منطلق الحفاظ على الموارد المالية المحدودة والمخصصة لقطاع الصحة وتعظيم العائد منها متمثلا في رفع مستوى المخرجات الصحية بما ينعكس على رفع المستوي الصحي للمجتمع.

كما تأتي أهمية البحث مع بدايات تطبيق نظام التأمين الصحي الاجتماعي الشامل وبما يحدثه من تغيير جذري في المنظومة الصحية خاصة في جانبها المالي وبما يتعلق بمصادر التمويل وضمان الاستدامة المالية للنظام.

أيضاً في ظل محدودية الموارد المتاحة للإنفاق الصحي، يصبح من الضروري التأكد من كفاءة إنفاق تلك الموارد واستغلالها الاستغلال الأمثل وضعا في الاعتبار أن تخصيص المزيد من الموارد المالية للإنفاق على القطاع الصحي لا يؤدى بشكل حتمي لتحسين الوضع الصحي للسكان وزيادة الناتج المحلى، فلابد أن تتوافر مجموعة من العوامل والمتطلبات لضمان الحصول على أقصى عائد من تخصيص تلك الموارد. ويأتي على رأس تلك المتطلبات تحسين مستويات الحوكمة والشفافية والمساءلة، وأيضاً بعض المحددات الاجتماعية للصحة (الأمية– حجم الأسرة) والاقتصادية (التفاوت في الدخول– البطالة)، وذلك لضمان نجاح زيادة الإنفاق الصحي في رفع مستويات الصحة العامة للسكان التي تساهم بدورها في رفع معدلات النمو الاقتصادي. ومن هنا تبرز أهمية قياس كفاءة الإنفاق العام الصحي وتسليط الضوء على المتطلبات اللازم توافرها لضمان تحقق تلك الكفاءة.

أهداف البحث:

في ضوء ما تم عرضه، يتحدد الهدف العام للبحث في:

"دراسة كفاءة الإنفاق العام الصحي في مصر" تحقيق الهدف العام يتطلب تحقيق الأهداف الفرعية التالية:

- توضيح العلاقة بين زيادة الإنفاق العام الصحي وكفاءته من ناحية، وبين معدلات النمو الاقتصادي من ناحية أخرى.

- توضيح كيفية قياس كفاءة الإنفاق العام، ومحاولة الوصول لأفضل المؤشرات التي يمكن الاعتماد عليها في قياس تلك الكفاءة.
- توضيح أبرز العوامل التي يمكن أن تؤثر في كفاءة الإنفاق العام الصحي.
- التعرف بشكل موجز على الوضع الحالي للإنفاق الصحي عالميا ومصادره وطبيعته ما بين الدول ذات المستويات التنموية المختلفة.
- تطور قيمة الإنفاق الصحي في مصر خلال الفترة (٢٠١٥/ ٢٠١٦– ٢٠٢٠/ ٢٠٢١).
- تقييم الإنفاق العام الصحي من حيث مؤشرات الكفاية والكفاءة والعدالة.
- تقييم فعالية الإنفاق بمنظومة التأمين الصحي المجتمعي(الاجتماعي) من خلال إجراء تحليل موقف لفعالية أداء منظومة التأمين الصحي السابق وتحليل موقف للفعالية المتوقعة للإنفاق اللازم لأداء منظومة التأمين الصحى الحالي.
- التعرف على الدروس المستفادة من تجارب بعض الدول في الرعاية الصحية فيما يتعلق بقضية الإنفاق على الخدمات الصحية.

منهج البحث:

يستخدم في هذا البحث المنهج الوصفي لتحقيق أهداف البحث واستخلاص النتائج واقتراح التوصيات.

من المتوقع أن يستفيد من نتائج هذا البحث جهات عديدة مثل:

- مجلس الوزراء.
- مجلس النواب ولجانه المتخصصة في الشأن الصحي.
- وزارة التخطيط والتنمية الاقتصادية.
- وزارة الصحة والسكان.
- وزارة المالية.
- وزارة التضامن الاجتماعي.
- مراكز البحث العلمي المهتمة ببحوث ودراسات القضايا الصحية.

الإطار النظري للبحث:

في ضوء ما سبق يتكون إطار البحث من مقدمة وأربعة فصول، والنتائج والتوصيات، والملخص، وذلك على النحو التالي:

الفصل الأول: قياس كفاءة الإنفاق العام الصحي والعوامل المؤثرة فيها.

الفصل الثاني: تطور الإنفاق على الصحة في مصر خلال الفترة (٢٠١٥/ ٢٠١٦- ٢٠٢٠/ ٢٠٢١).

الفصل الثالث: فعاليــة الإنفاق بمنظومة التأمين الصحي المجتمعي.

الفصل الرابع: دروس مستفادة من تجارب بعض الدول في الرعاية الصحية.

النتائج والتوصيات

الملخص

الفصل الأول

قياس كفاءة الإنفاق العام الصحي والعوامل المؤثرة فيها

مقدمة:

يعد الإنفاق العام من الأدوات الأساسية للسياسة المالية، والتي يمكن من خلالها التأثير على مستويات الطلب الكلى، ومن ثم على النمو، والتشغيل، والدخل القومي. ويسهم الإنفاق العام الصحي، بصفة خاصة، في تحسين المستوى الصحي للمواطنين، وزيادة إنتاجيتهم، ومن ثم زيادة معدلات الناتج، وتحسين معدلات النمو الاقتصادي.

وفى ظل محدودية الموارد التي قد تكون متاحة للإنفاق الصحي، يصبح من الضروري التأكد من كفاءة إنفاق تلك الموارد واستغلالها الاستغلال الأمثل. إن تخصيص المزيد من الموارد المالية للإنفاق على القطاع الصحي لا يؤدى بشكل حتمي لتحسين الوضع الصحي للسكان وزيادة الناتج المحلى، فلابد أن تتوافر مجموعة من العوامل لضمان الحصول على أقصى عائد من تخصيص تلك الموارد. ويأتي على رأس تلك العوامل تحسين مستويات الحوكمة والشفافية والمساءلة، وذلك لضمان نجاح زيادة الإنفاق العام الصحي في رفع مستويات الصحة العامة للسكان التي تساهم بدورها في رفع معدلات النمو الاقتصادي. ومن هنا، تبرز أهمية تسليط الضوء على مفهوم كفاءة الإنفاق العام الصحي وكيفية قياسها، والعوامل التي يمكن أن تؤثر عليها بالإيجاب أو السلب.

وفي ضوء ذلك، **يسعى هذا الجزء من الدراسة** لتوضيح أثر زيادة الإنفاق العام الصحي على معدلات النمو الاقتصادي. كذلك، **يستهدف ذلك الجزء من الدراسة** توضيح كيفية قياس كفاءة الإنفاق العام، ومحاولة الوصول لأفضل المؤشرات التي يمكن الاعتماد عليها في قياس تلك الكفاءة، وذلك من خلال استعراض الأدبيات والدراسات السابقة التي سعت لقياس تلك الكفاءة وتحليل تلك الدراسات للتوصل إلى أنسب المؤشرات التي يمكن الاعتماد عليها في ذلك الصدد. كما **يستهدف ذلك الجزء** توضيح أبرز العوامل التى يمكن أن تؤثر في كفاءة الإنفاق العام الصحي. وفى سبيل تحقيق تلك الأهداف المذكورة، يتم الاعتماد على كل من **الأسلوب الوصفي والتحليلي**.

١-١ الإنفاق العام الصحي والنمو الاقتصادي:

يساهم الإنفاق العام الصحي في زيادة معدلات الناتج، حيث تشير العديد من الدراسات السابقة إلى وجود علاقة إيجابية قوية بين مستوى الصحة في المجتمع ومعدلات النمو الاقتصادي به، وكذا بين الإنفاق العام الصحي

ومعدلات النمو الاقتصادي. فزيادة الإنفاق العام الصحي، وتمتع ذلك الإنفاق بالكفاءة، من شأنهما أن يؤديا لتحسن مستوى صحة السكان، ومن ثم معدلات النمو الاقتصادي.

فلقد أشارت دراسة (Bloom et al., ٢٠٠١) ، والتي درست حالة ١٣٨ دولة متفرقة على مستوى العالم في الفترة من عام ١٩٦٠ حتى ١٩٩٠ (Bloom et al., ٢٠٠١) و (Summers and Heston, ١٩٩١ May). ، إلى أن الصحة الجيدة للسكان تعد أحد العناصر الرئيسية لتكوين رأس المال البشرى. فالعمال الأصحاء، بدنياً وعقلياً، يتمتعون بمستويات إنتاجية أعلى من غيرهم. فالمرض والإعاقة يخفضان من ساعات العمل بشكل كبير ويؤديان لانخفاض الأجور أيضاً. وتوصلت الدراسة إلى أن توافر الصحة الجيدة للسكان له تأثير إيجابي معنوي على الناتج القومي. فزيادة مقدارها عاما واحدا في العمر المتوقع للسكان من شأنها أن تؤدى إلى زيادة الناتج بمقدار ٤%. وأكدت الدراسة أن الإنفاق العام الصحي بدوره من شأنه أن يحسن من الوضع الصحي للسكان ومن ثم يحسن أيضاً من معدلات الإنتاجية والنمو الاقتصادي.

وتتفق دراسة عقيلى (٢٠٢١، يونيو) مع دراسة 'Bloom, Canning and Sevilla' السابقة، في أن زيادة الإنفاق على الرعاية الصحية من شأنها أن تحفز النمو الاقتصادي. فالإنفاق على الرعاية الصحية يساعد على إعداد جيل سليم خالٍ من الأمراض، ويتمتع بمستويات إنتاجية مرتفعة. كما ترتبط حالة الرعاية الصحية للأفراد في أي مجتمع بمقدار الإنفاق الحكومي على قطاع الصحة والاستثمار الموجه له. فلقد تناولت دراسة "عقيلى)العلاقة بين الإنفاق على الرعاية الصحية والنمو الاقتصادي في دول مجلس التعاون الخليجي، في الفترة من عام ٢٠٠٠ حتى عام ٢٠٢٠، وخلصت إلى وجود علاقة إيجابية بين الإنفاق على الرعاية الصحية والنمو الاقتصادي في المديين القصير والطويل على حد السواء. وهى ذات النتيجة التي خلصت إليها دراسة (Heshmati;٢٠٠١) بالتطبيق على عينة من الدول التابعة لمنظمة التعاون الاقتصادي والتنمية في الفترة من عام ١٩٧٠ حتى عام ١٩٩٢.

واهتمت دراسة (Sarpong, Nketiah-Amponsah and Owoo, ٢٠٢٠) بتحليل العلاقة بين الإنفاق الصحي ومعدلات النمو في ٣٥ دولة من دول أفريقيا جنوب الصحراء. وتوصلت هي الأخرى إلى وجود علاقة إيجابية بين الإنفاق الصحي ومعدلات النمو بتلك الدول، وبحيث إن زيادة نصيب الفرد من الإنفاق الصحي بوحدة مئوية واحدة من شأنها أن تؤدى لزيادة معدلات النمو بمقدار ٢٠٧,٠%. أما دراسة (Arthur; ٢٠١٣)، فدرست ذات العلاقة، ولكن في عدد أكبر من دول أفريقيا جنوب الصحراء بلغ ٤٥ دولة في الفترة من عام ١٩٩٥ حتى عام ٢٠١١، وتوصلت إلى وجود ذات العلاقة الإيجابية بين الإنفاق الصحي ومعدلات النمو بحيث

إن زيادة مقدارها ١٠% في الإنفاق الصحي تؤدى لزيادة قدرها ٧٨,١% في معدل نمو نصيب الفرد من الناتج المحلى الإجمالي.

وتؤكد دراسة البنك الدولي (World Bank, ٢٠١٩) أن التمويل الصحي مرتفع الأداء يعتبر شكلا من أشكال الاستثمار الذي يعود بالنفع على الاقتصاد. فالاستثمار في خدمات الرعاية الصحية الأساسية الأولية والمجتمعية، مثل الإجراءات التدخلية المتعلقة بتحسين صحة الأمهات والمواليد وكذا الأطفال، يحفز تكوين رأس المال البشرى خلال السنوات الأولى المهمة من حياة الطفل، مما ينعكس بدوره بالإيجاب على مستوى التحصيل في التعليم وإمكانات كسب الدخل. وعلى الجانب الآخر، يؤدى تحسين الخدمات الصحية الوقائية والعلاجية إلى زيادة إنتاجية العمال طوال فترة حياتهم.

وتتفق دراسة (Piabuo & Tieguhong, ٢٠١٧) مع تلك الدراسة السابقة –الصادرة عن "البنك الدولي"–، مؤكدة أن الصحة تعد بمنزلة شكل من أشكال رأس المال، وأن الاستثمار في الصحة يؤدى لارتفاع إنتاجية العمل، ومن ثم ارتفاع مستوى كل من الدخول ورفاهة المواطنين. فتوافر الصحة الجيدة للسكان يعد متطلباً رئيسياً لتحقيق التنمية الاقتصادية. وبتحليل العلاقة بين الإنفاق العام الصحي والنمو الاقتصادي في مجموعة من الدول الأفريقية، خلصت الدراسة إلى وجود أثر إيجابي لزيادة الإنفاق العام الصحي على النمو الاقتصادي. فزيادة الإنفاق العام الصحي بمقدار وحدة مئوية واحدة يمكن أن تؤدى لارتفاع معدل النمو الاقتصادي بمقدار ٠٨,٠%. كما أن زيادة الإنفاق الصحي بمقدار وحدة مئوية واحدة من شأنها أن تؤدى إلى زيادة نصيب الفرد من الناتج المحلى الإجمالي بمقدار يتراوح بين ٣٨,٠ و٣,٠ وحدة، وذلك بشرط توافر العوامل التي تضمن كفاءة ذلك الإنفاق.

فلقد أكدت دراسة (Piabuo & Tieguhong, ٢٠١٧) أن ضخ المزيد من التمويل للقطاع الصحي لا يؤدى بشكل حتمي لزيادة معدلات النمو الاقتصادي. فلابد من توافر مجموعة أخرى من المتطلبات والعوامل لضمان الحصول على أقصى عائد من زيادة ذلك التمويل. ويأتي على رأس تلك المتطلبات تطبيق مبادئ الحوكمة، والشفافية. وانتهت الدراسة إلى أن تمتع ذلك الإنفاق العام الصحي بالكفاءة يعد أحد الشروط الرئيسية التي تمكن ذلك الإنفاق من لعب دور مهم في زيادة النمو الاقتصادي.

١-٢ مفهوم كفاءة الإنفاق العام الصحي ومؤشرات قياسها:

يركز تحليل الكفاءة Efficiency على دراسة وتحليل العلاقة بين المدخلات Inputs، والمخرجات Outputs. وبالتالي، فهو يختلف عن مفهوم الأداء Performance الذي يركز على دراسة وتحليل جانب المخرجات فقط، دون الاهتمام بجانب المدخلات. كما يختلف عن مفهوم الفعالية Effectiveness الذي يشير إلى العلاقة بين المدخلات أو المخرجات من جهة، وبين النتائج أو الأهداف النهائية المراد تحقيقها Outcomes من جهة أخرى، والتي عادة ما تتعلق بتحقيق مستويات معينة من الرفاهة أو معدلات النمو. هذا في حين تهتم الكفاءة بتحقيق الاستغلال الأمثل للموارد أو المدخلات، وذلك من خلال تعظيم المخرجات الناتجة عن استخدام قدر معين من المدخلات، أو تقليل المدخلات اللازمة للحصول على قدر معين من المخرجات (الباز، ٢٠١٤) و (Mandl et al, ٢٠٠٨) و(Aubyn et al., ٢٠٠٩) و(Conte et al., ٢٠٠٩) و (Schweizer et al., ٢٠٠٩) و (Mihaiu et al., ٢٠١٠) .

وينطبق ذات التحليل على كفاءة الإنفاق العام الصحي، فالمدخلات المتمثلة في صورة إنفاق عام صحى توظف للحصول على المخرجات التي تسعى الحكومة لتحقيقها عن طريق ذلك الإنفاق. ويتم الاعتماد على نسبة المدخلات (الإنفاق) إلى المخرجات للتعبير عن مدى كفاءة الإنفاق العام الصحي، بحيث يرتفع مستوى تلك الكفاءة، كلما ارتفعت نسبة المخرجات مقارنة بقدر معين من الإنفاق العام الصحي، أو كلما انخفضت نسبة الإنفاق العام الصحي اللازم للحصول على قدر معين من المخرجات.

تجدر الإشارة هنا إلى أنه فيما يتعلق بالمدخلات التي يتم الاعتماد عليها في قياس كفاءة الإنفاق العام الصحي، عادة ما يتم الاعتماد في ذلك الشأن على حجم الإنفاق الحكومي المخصص للقطاع الصحي أو نصيب الفرد من ذلك الإنفاق. أما بالنسبة للمخرجات التي يتم الاعتماد عليها لقياس الأداء بالقطاع الصحي، فتختلف الدراسات في ذلك الشأن. فبعض الدراسات تكتفى بالاعتماد على مؤشر واحد فقط لقياس أداء القطاع الصحي أو مخرجاته مثل دراسة (Nassar et al., ٢٠٢٠)، ودراسة (Beker; ٢٠٠٨) اللتين اعتمدتا على مؤشر العمر المتوقع عند الميلاد لقياس ذلك الأداء. ويؤخذ على هاتين الدراستين أنهما اعتمدتا على ذلك المؤشر منفرداً لقياس الأداء بالقطاع الصحي، مما يؤدى إلى عدم إعطاء صورة شاملة عن مختلف أبعاد الأداء بالقطاع الصحي. أضف إلى ذلك، أن مؤشر العمر المتوقع عند الميلاد يتأثر بعدة عوامل أخرى، اقتصادية واجتماعية – بخلاف الإنفاق على قطاع الصحة، وهو ما أكدته بالفعل دراسة (Nassar et al., ٢٠٢٠).

وبصفة عامة، فإنه في حالة الاعتماد على مؤشر واحد لقياس الأداء بالقطاع الصحي هو العمر المتوقع عند الميلاد فيفضل عندئذٍ استبدال مؤشر توقع الحياة بصحة جيدة عند الميلاد به Disability-Adjusted Life Expectancy (DALE)، مثلما فعلت دراسة (Hollingsworth &Wildman, ٢٠٠٣). فمؤشر توقع الحياة بصحة جيدة عند الميلاد هو بمنزلة مؤشر مصحح لمؤشر العمر المتوقع عند الميلاد، حيث يعبر عن عدد السنوات التي يتوقع للمولود أن يعيشها بصحة جيدة دون تعوق. فهو عبارة عن توقع العمر عند الميلاد مستبعداً منه عدد السنوات التي يتوقع أن يقضيها الفرد في حالة تعوق، وذلك في ظل معدلات المرض والوفاة السارية. وهكذا، فهو يأخذ في الحسبان معدلات المرض أو التعوق السائدة وقت الميلاد، بالإضافة إلى معدلات الوفاة (العيسوي وآخرون، ٢٠٠٨، نوفمبر) (WHO; p. ٣٩, ٢٠٠٠,٢٠١٦) و(Ajay Tandon, et al. p. ٤).

وهنالك دراسات أخرى قد اعتمدت في قياس أداء القطاع الصحي على مؤشرين، مثل دراسة (Afonso, Schuknecht &Tanzi, ٢٠٠٨) التي اعتمدت على مؤشر معدل وفيات الأطفال، بالإضافة إلى ذلك الخاص بالعمر المتوقع عند الميلاد، وكذا دراسة (Afonso & St. Aubyn, ٢٠٠٥) التي اعتمدت على مؤشري معدل وفيات الأطفال، والعمر المتوقع عند الميلاد، ودراسة (Van de Sijpe & Rayp, ٢٠٠٥) التي اعتمدت على مؤشري وفيات الأطفال ونسبة الأطفال الذين تلقوا لقاح الحصبة.

وفى محاولة لتغطية الأبعاد المختلفة للأداء بالقطاع الصحي، اعتمدت بعض الدراسات الأخرى على أكثر من مؤشرين لقياس الأداء، مثل دراسة (Gupta &Verhoeven, ٢٠٠١) التي اعتمدت على مؤشرات العمر المتوقع عند الميلاد، ووفيات الأطفال، ونسب الأطفال الذين تلقوا لقاح الثلاثي DPT ولقاح الحصبة، وكذا دراسة (Herrera & Pang, ٢٠٠٥) التي اعتمدت على مؤشرات العمر المتوقع عند الميلاد، ونسب الأطفال الذين تلقوا لقاح الثلاثي DPT ولقاح الحصبة، ومؤشر توقع الحياة بصحة جيدة عند الميلاد، ودراسة (الباز، ٢٠١٤) التى اعتمدت على مؤشرات العمر المتوقع عند الميلاد، وعدد الأسرة بمستشفيات وزارة الصحة، ومعدل وفيات الأطفال الرضع.

تجدر الإشارة هنا إلى أنه على الرغم من وجود تباين بين الدراسات المختلفة السابقة فيما يتعلق بالمؤشرات المثلى التي يمكن الاعتماد عليها لقياس أداء القطاع الصحي، فإنه يمكن القول في هذا الصدد بأن الاعتماد على عدد أكبر من المؤشرات يمكن من إعطاء صورة أكثر وضوحاً وتفصيلاً لمختلف جوانب ذلك الأداء. وبصفة عامة، فإن الاعتماد على المؤشرات المركبة في ذلك الصدد يعد أفضل ويعطى صورة أكثر شمولاً.

وجدير بالذكر أن منظمة الصحة العالمية أصدرت في عام ٢٠٠٠ دراسة عن الأنظمة الصحية وكيفية تحسين كفاءتها (WHO; ٢٠٠٠)، أوضحت من خلالها أن أي نظام صحى لكى يتمتع بمستوى أداء مرتفع– ومن ثم كفاءة مرتفعة– لا بد أن يسعى لتحقيق خمسة أهداف أساسية، هي: تحسين مستوى السكان الصحي، وتحقيق العدالة في توزيع ذلك التحسن في الصحة بين السكان، والاستجابة لاحتياجات وتوقعات المواطنين بشأن الأبعاد أو الجوانب الأخرى –غير الصحية– مثل كيفية معاملتهم من قبل مقدمي الخدمات الوقائية أو الرعاية الصحية، ومراعاة العدالة في توزيع قدرة النظام الصحي على تلك الاستجابة وعدم التمييز بين الفئات المختلفة من السكان، وكذا عدالة مساهمات الأسر المالية في النظام الصحي (بحيث لا تتحمل الأسر الفقيرة نسب إنفاق على الصحة أعلى من تلك التي تتحملها الأسر الغنية، وذلك مقارنة بحجم الإنفاق الكلى الخاص بكل أسرة). ويمكن تلخيص تلك الأهداف الرئيسية في الشكل التالي:

أهداف النظم الصحية			
	المستوى	التوزيع	
الصحة	✓	✓	الكفـاءة
الاستجابة	✓	✓	
العدالة في تحمل الأعباء التمويلية		✓	
	الجودة	العدالة	

Source: Ajay Tandon، Christopher Murray، Jeremy Lauer، and David Evans، "Measuring overall health system performance for ١٩١ countries"، World Health Organization، *GPE Discussion Paper Series*، N.٣٠. at: https://f.hubspotusercontent٢٠.net/hubfs/٢٣٢٥٤٧١/Inspectorio_Dec٢٠٢١/pdf/paper٣٠.pdf

شكل رقم (١-١)

أهداف النظم الصحية وفقاً لمعياري المستوى والتوزيع

ويلخص الشكل السابق أهداف النظم الصحية التي ينبغي أن تسعى النظم الصحية المختلفة لتحقيقها، والتي تهتم بمراعاة الأبعاد المختلفة المتعلقة بضمان الجودة وتحقيق العدالة، وذلك حتى تتمتع تلك النظم الصحية بالكفاءة. خلاصة القول أن أي نظام صحى، وفقاً لمنظمة الصحة العالمية، ينبغي أن يسعى لتحسين المستوى الصحي للسكان (وفقاً لمعياري المستوى والتوزيع)، وتحسين استجابة النظام لاحتياجات وتوقعات المواطنين (وفقاً لمعياري المستوى والتوزيع)، إلى جانب عدالة توزيع عبء المساهمات المالية التي تتحملها الأسر.

ولقد جاءت دراسة منظمة الصحة العالمية (WHO; ٢٠١٦) حول كفاءة الأنظمة الصحية الصادرة لتؤكد ما سبق، موضحة أن الهدف الرئيسي للأنظمة الصحية هو زيادة عمر الأفراد وتحسين جودة الحياة الصحية لهم، وهو ما يمكن أن يعكسه مؤشر العمر المتوقع بصحة جيدة. إلا أن هنالك مجموعة أخرى من الأهداف التي ينبغي أن تسعى لتحقيقها الأنظمة الصحية والتي يأتي على رأسها تقليل التفاوت والفوارق في الوضع الصحي لأفراد المجتمع، وزيادة درجة العدالة في ذلك الشأن، وحماية المواطنين من الأعباء المالية الناجمة عن الإصابة بالأمراض والتخفيف منها، وتحسين درجة استجابة الأنظمة الصحية لتوقعات واحتياجات المواطنين.

ومن ثم، وفى ضوء ما سبق، يعد من الأنسب عند محاولة قياس كفاءة وفعالية الأداء الخاص بالنظم الصحية الاعتماد على مؤشر مركب يعكس الأهداف المختلفة –سالفة الذكر– التي ينبغي أن تحققها الأنظمة الصحية المختلفة، وذلك على غرار ما قامت به دراسة (العيسوى، وآخرون، ٢٠٠٨) و (Ajay Tandon et al.) و(Greene; ٢٠٠٣).

ففي ظل الأهداف التي ذكرتها منظمة الصحة العالمية، يمكن تصميم مؤشر مركب يسعى لقياس كل من مستوى التحسن في مستوى صحة السكان (بالاعتماد على مؤشر متوسط العمر المتوقع دون تعوق) وتوزيعه (بالاعتماد على مؤشر التفاوتات في معدلات وفيات الأطفال في فئات السكان المختلفة)، بالإضافة إلى قياس المستوى الخاص بمدى استجابة النظام الصحي (من خلال استطلاعات الرأي) وكذلك توزيع تلك الاستجابة (من خلال استطلاعات الرأي أيضاً). كما يقيس مدى عدالة توزيع المساهمات المالية للأسر في النظام الصحي (من خلال حساب نسبة الإنفاق غير الغذائي للأسرة إذا لم تتوافر نسبة إنفاق الأسرة على الصحة) (العيسوى، وآخرون، ٢٠٠٨، ص٤٨. ٤٩) و (WHO; p. ٣٩, ٢٠٠٠, ٢٠١٦) و(Ajay Tandon, et al. p. ٤). ويعد مثل ذلك المؤشر المركب أفضل بكثير من المؤشرات البسيطة الأخرى التي قد تعتمد عليها بعض الدراسات لقياس أداء قطاع الصحة، حيث يقدم المؤشر المركب نظرة تفصيلية أشمل على مختلف جوانب النظم الصحية.

وتجدر الإشارة هنا إلى أن ذلك المؤشر المركب يمكن ترجيح مؤشراته الفرعية الخمسة وإعطاؤها أوزاناً نسبيةً تتفق مع أهمية كل عنصر أو مؤشر فرعى، وذلك في ضوء ما يراه المواطنون في استطلاعات الرأي بخصوص ذلك الشأن. ويمكن الاستعانة أيضاً في ذلك الأمر باستطلاع الرأي الذي أجرته منظمة الصحة العالمية بخصوص تقييم الأفراد للأهمية النسبية لكل هدف من تلك الأهداف الخمسة، والاسترشاد بالأوزان النسبية الواردة به، بحيث تصبح الأوزان النسبية كالآتي: ٢٥% لمؤشر تحسين المستوى الصحي الذي يتم قياسه عن طريق العمر المتوقع دون تعوق، ٢٥% للمؤشر الخاص بقياس مستوى عدالة توزيع ذلك التحسن في المستوى الصحي، ٥,١٢%

للمؤشر المتعلق بقياس مستوى الاستجابة، ٥,١٢% للمؤشر الخاص بقياس مدى عدالة توزيع تلك الاستجابة، و٢٥% لعدالة مساهمات الأسر المالية (WHO; p. ٣٩, ٢٠٠٠,٢٠١٦).

خلاصة القول هنا أن قياس وتحليل كفاءة الإنفاق العام الصحي يسعى بشكل أساسي لتحديد إلى أي مدى أمكن استغلال مدخلات القطاع الصحي، المتمثلة في الإنفاق وغيره من الموارد، استغلالاً أمثل لتحقيق الأهداف المرجوة. وكلما اعتمد على عدد أكبر من المؤشرات في قياس مخرجات أو أداء ذلك القطاع، توافرت صورة أكثر تفصيلاً وشمولاً تعكس مختلف جوانب النظم الصحية.

١-٣ أبرز العوامل المؤثرة في أداء وكفاءة الإنفاق العام الصحي:

توجد العديد من العوامل الاقتصادية والاجتماعية والمؤسسية التي تؤثر بالإيجاب أو السلب في مستوى أداء وكفاءة الإنفاق العام الصحي. وفيما يلى توضيح لأبرز تلك العوامل وكيفية تأثيرها.

١-٣-١- نصيب الفرد من الإنفاق العام الصحي: يصعب حصر العلاقة بين زيادة نصيب الفرد من الإنفاق العام المخصص لقطاع الصحة (أو حجم/ نسبة الإنفاق العام الصحي) وتغير مستويات أداء وكفاءة ذلك القطاع في شكل واحد. فلقد توصلت بعض الدراسات الأخرى لوجود علاقة طردية بين نصيب الفرد من الإنفاق المخصص للقطاع الصحي ومستوى كفاءة ذلك القطاع، موضحين أنه عادة ما يوجد حد أدنى من نصيب الفرد من الإنفاق العام الصحي يصعب أن تعمل الأنظمة الصحية بكفاءة دونه. فمن الصعب أن يتمتع القطاع الصحي بمستويات أداء وكفاءة مرتفعة في ظل ضعف أحجام ونسب الإنفاق عليه، خاصة في الدول النامية الفقيرة التي لم تصل بعد لمستويات الإنفاق اللازمة لتلبية احتياجات المواطنين بالجودة المرضية وبشكل عادل (Ajay Tandon. et al.).

ولقد أكدت دراسة (Nassar et al., ٢٠٢٠) وجود تلك العلاقة الطردية، وذلك من خلال تحليل العلاقة بين نسبة الإنفاق العام الصحي الجاري إلى الناتج المحلى الإجمالي من ناحية، ومؤشر العمر المتوقع عند الميلاد (كمؤشر يعبر عن أداء القطاع الصحي أو مخرجاته) من ناحية أخرى، في ٢١ دولة من الدول متوسطة الدخل –من بينها مصر– في الفترة من عام ٢٠٠٠ حتى عام ٢٠١٧. حيث توصلت الدراسة إلى أن زيادة نسبة الإنفاق العام الصحي الجاري إلى الناتج المحلى الإجمالي بمقدار وحدة مئوية واحدة، من شأنها أن تؤدى إلى زيادة في مؤشر العمر المتوقع عند الميلاد قدرها ٠٣,٠% في المتوسط في مجموعة الدول محل الدراسة.

وفى حين توصلت بعض الدراسات الأخرى إلى عدم وجود تأثير معنوي لزيادة نسب الإنفاق العام الصحي أو

نصيب الفرد من ذلك الإنفاق على مستويات الكفاءة ، توصل البعض الآخر لوجود علاقة عكسية بين نصيب الفرد من الإنفاق العام المخصص للقطاع الصحي ومستوى كفاءة ذلك القطاع. وتظهر هذه العلاقة العكسية بشكل كبير في وجود المستويات المرتفعة من الإنفاق، بحيث إن الحكومات ينبغي أن تتوخى الحذر عند زيادة الإنفاق العام الصحي عندما تكون المستويات المخصصة للإنفاق على القطاع الصحي مرتفعة بالأساس، وذلك باتخاذ إجراءات وتدابير مكملة تستهدف تمتع ذلك الإنفاق بالكفاءة اللازمة (Gupta &Verhoeven, ٢٠٠١).

وفى هذا الصدد، توصلت دراسة (الباز، ٢٠١٤) والتي قامت بقياس كفاءة الإنفاق العام الصحي في مصر – في إطار قياسها كفاءة الإنفاق العام في مصر على سبعة قطاعات هي الصحة، والتعليم، والإدارة العامة، والبنية التحتية، والاستقرار الاقتصادي، والأداء الاقتصادي، وعدالة التوزيع– إلى أن زيادة الإنفاق العام الصحي في الفترة من عام ٢٠٠١/٢٠٠٠ حتى عام ٢٠١٢/٢٠١١ قد صاحبها تراجع في مستويات كفاءة هذا الإنفاق. وأوضحت الدراسة أن زيادة الإنفاق العام وحدها –دون أن يصاحبها مجموعة من الإجراءات والتدابير التكميلية التي تسعى لضمان كفاءة هذا الإنفاق والتي من بينها زيادة مستويات الشفافية والمساءلة والحوكمة وإعادة النظر في نمط تخصيص ذلك الإنفاق– لا تضمن بالضرورة زيادة كفاءته، بل على العكس قد يصاحبها في بعض الأوقات تراجع في مستويات الكفاءة (الباز، ٢٠١٤). فقد يكون الإنفاق على الصحة مرتفعاً، ولكن هيكل الإنفاق لا يؤدي إلى تحسين "كفاءة وفاعلية هذا الإنفاق". وهو الأمر الذي تشير إليه دراسة (الجبالى، ٢٠٠٩، أبريل) أيضاً مؤكدة أن هنالك عاملين رئيسيين يؤثران بدورهما على تلك الكفاءة، هما مدى ملاءمة مستوى الإنفاق لطبيعة المشكلات الصحية الموجودة، وهيكل الإنفاق العام على الصحة ذاته.

وتجدر الإشارة هنا إلى أن التباين في النتائج التي توصلت إليها الدراسات المختلفة بشأن العلاقة بين حجم الإنفاق العام الصحي وكفاءته، يمكن أن يعزى بشكل كبير إلى اختلاف المؤشرات التي يتم الاعتماد عليها سواء في قياس المدخلات أو المخرجات، وكذا اختلاف طرق وأساليب القياس.

ويؤكد البنك الدولي (World Bank, ٢٠٠٤) في تقريره الصادر بعنوان "تقرير التنمية في العالم ٢٠٠٤" صعوبة تحديد شكل واحد يمكن الجزم بأنه يعبر بدقة عن العلاقة بين تغير الإنفاق العام على القطاع الصحي وأدائه (مخرجاته)، وذلك بالتطبيق على مجموعة مختلفة من الدول المختلفة. فمع انخفاض نصيب الفرد من الإنفاق العام الصحي ليتراوح بين دولار وخمسة دولارات في كل من كوت ديفوار وهايتى في الفترة من الثمانينيات حتى التسعينيات، زادت نسب الوفيات بكوت ديفوار بشكل كبير، بينما انخفضت تلك النسب في هايتى. كذلك، يلاحظ أنه على الرغم من الاختلاف الواضح بين نصيب الفرد من الإنفاق العام الصحي بين كل من المكسيك

والأردن(حيث ارتفع ذلك النصيب في المكسيك بينما انخفض انخفاضاً كبيراً في الأردن)، فإن كلا البلدين قد نجح في خفض نسب وفيات الأطفال بذات القدر.

ويعزو التقرير الصادر عن البنك الدولي (World Bank, ٢٠٠٤) هذا الاختلاف بين الدول فيما يتعلق بأداء القطاع الصحي المرتبط بتغير الإنفاق العام الصحي إلى أربعة عوامل رئيسية:

العامل الأول: قد تتم زيادة الإنفاق العام الصحي بهدف مواجهة مشكلة صحية ملحة أو طارئة ينتج عنها تزايد نسب الوفيات. وبالتالي، فإن زيادة الإنفاق العام الصحي حينئذٍ قد تبدو مرتبطة بتزايد نسب الوفيات وتدهور أداء القطاع الصحي. ومن ثم، فإن طبيعة المشكلة التي تم من أجلها زيادة الإنفاق من شأنها أن تؤثر على شكل العلاقة بين زيادة الإنفاق العام على القطاع الصحي وأدائه.

العامل الثاني: قد تؤثر زيادة الإنفاق العام الصحي بشكل مختلف على الفئات المختلفة في المجتمع. فزيادة الإنفاق العام من الممكن أن تؤدى لانخفاض وفيات الأطفال لدى الأسر الفقيرة دون أن تؤثر بشكل ملحوظ على المستوى الكلى.

العامل الثالث: تؤثر النسب التي يتم بناءً عليها تخصيص أو توزيع الإنفاق بين البنود المختلفة أو بين الرعاية الصحية الأولية والثانوية والثالثية على المخرجات والنتائج النهائية (وهو ما سيتم توضيحه بشكل أكثر تفصيلاً في الأجزاء التالية من هذا الفصل).

العامل الرابع: يمكن لعوامل أخرى مثل الحوكمة والفساد أن تؤثر على المخرجات والنتائج النهائية للإنفاق العام الصحي (وهو ما سيتم توضيحه بشكل أكثر تفصيلاً في الأجزاء التالية من هذا الفصل).

وبصرف النظر عن طبيعة وقوة العلاقة التي تربط نسبة الإنفاق العام على القطاع الصحي بمستوى أدائه وكفاءته، والتي قد تتأثر –كما أوضحنا سابقاً– بالعديد من العوامل الأخرى، فإن كفاءة الإنفاق العام الصحي غالباً ما تستلزم أن يصاحب زيادة الإنفاق مجموعة من الإجراءات والتدابير المكملة، مثل إعادة النظر في نمط تخصيص الإنفاق على البنود والقطاعات الفرعية المختلفة، واتباع مبادئ الحوكمة، واتخاذ إجراءات قوية لمحاربة الفساد، وغيرها من الإجراءات التي سيشار إليها في الأجزاء التالية من هذا الفصل.

١-٣-٢- نمط تخصيص الإنفاق على القطاعات الفرعية: اتفقت أغلب الدراسات على أن نمط تخصيص الإنفاق على البنود والمجالات الفرعية المختلفة الخاصة بالقطاع الصحي يؤثر بدرجة كبيرة على مستويات الكفاءة، وبحيث إن تعديل ذلك النمط دون تعديل حجم أو نسبة الإنفاق على القطاع الصحي ككل يمكن أن يؤثر

على مستوى كفاءة ذلك الإنفاق (Gupta &Verhoeven, ٢٠٠١) و (Murray& Kreuser and Whang.١٩٩٤و (Ajay Tandon. et al) و (Tengs; ١٩٩٧).

ومن ثم، فإن إجراء بعض التعديلات على التوليفة التي يتم من خلالها الإنفاق على مستويات الرعاية الصحية المختلفة (الأولية، والثانوية، والثالثية)، وكذا على مختلف البنود أو الأنشطة والمجالات الخاصة بالقطاع الصحي، وتحويل بعض الموارد من بند أو مستوى لآخر قد يكون كفيلاً برفع مستوى كفاءة الإنفاق على القطاع. وبناءً عليه، فإن البحث عن التوليفة الملائمة للتدخل والتي من شأنها رفع مستوى كفاءة الإنفاق على ذلك القطاع يعد متطلباً رئيسياً (الباز، ٢٠١٤).

١ – ٣–٣– الحوكمة والفساد: عادةً ما تؤثر مستويات الحوكمة والفساد على أداء وكفاءة الإنفاق العام الصحي بالدول المختلفة، وبحيث إن زيادة ذلك الإنفاق لا يتوقع أن تؤدى لتحقيق مخرجات أفضل، في حالة البلاد التي تعانى ارتفاع مستويات الفساد وغياب أو ضعف مستويات الحوكمة(Rajkumar & Swaroop,٢٠٠٨).

ولقد توصلت مجموعة من الدراسات إلى وجود علاقة طردية بين مستوى الحوكمة الرشيدة الذي تحققه الدولة محل الدراسة وبين كل من أداء وكفاءة الإنفاق العام بها (Hwang & Akdede, ٢٠٠١) و (Kauffmann et al., ٢٠٠٠). فالآثار الإيجابية الناتجة عن زيادة الإنفاق العام على القطاع الصحي تزداد مع تحسن مستويات الحوكمة المسجلة في البلد محل الدراسة، وبحيث تؤدى زيادة نسب الإنفاق على القطاع الصحي إلى تحسن أداء هذا القطاع بدرجة أكبر في حالة البلدان التي تتمتع بمستويات جيدة من الحوكمة، وذلك مقارنة بتلك التي تعانى ضعف مستويات الحوكمة.

وتشير دراسة (Rajkumar & Swaroop, ٢٠٠٨) في ذلك الصدد إلى أن تباين مستويات كفاءة الإنفاق العام الصحي في الدول المختلفة يمكن إرجاعه بشكل كبير إلى اختلاف مستويات الحوكمة بتلك الدول. كما أن زيادة الإنفاق العام الصحي تؤدى لانخفاض معدلات وفيات الأطفال بنسب أعلى في الدول التي تتبع مبادئ الحوكمة الرشيدة، وذلك مقارنة بمثيلاتها التي تعانى تدنى مستويات الحوكمة. وتوصلت الدراسة تلك إلى أن زيادة نسبة الإنفاق العام الصحي إلى إجمالي الناتج المحلى بمقدار ١% تخفض من معدل وفيات الأطفال بنسبة ٣٢,٠% في حالة البلدان التي تتمتع بمستويات جيدة من الحوكمة، بينما يقل المعدل بنسبة ٢٠,٠% فقط في حالة البلدان التي تتمتع بمستويات حوكمة متوسطة. هذا في حين أن معدل وفيات الأطفال لا يتأثر بزيادة نسبة المنفق على قطاع الصحة في حالة غياب أو ضعف مستويات الحوكمة.

وهكذا، فإن اتباع مبادئ الحوكمة الرشيدة يساعد على التأكد من أن الاستثمارات الصحية يتم توجيهها بشكل أساسي لتحسين المستوى الصحي للسكان. ومن ثم، فإن تحسن مستويات الحوكمة يؤدى لتحسين مستويات أداء وكفاءة الإنفاق العام (Piabuo & Tieguhong, ٢٠١٧). وعلى العكس، يؤدى الفساد لانخفاض أداء وكفاءة الإنفاق العام، نظراً لأنه يؤدى بشكل رئيسي لإهدار المال العام. ومن ثم، فإنه كلما تزايدت درجة الفساد في اقتصاد ما، انخفضت كفاءة الإنفاق العام به.

خلاصة القول أن مكافحة الفساد واتخاذ الإجراءات اللازمة لمواجهته، بالإضافة إلى مراعاة قواعد الحوكمة الرشيدة، وتمتع أطر الحوكمة المطبقة بالشفافية –خاصة فيما يتعلق بالإدارة المالية– تعد من المتطلبات الرئيسية لضمان كفاءة الإنفاق العام الصحي. كذلك، فإنه كلما ارتفعت إمكانية مساءلة الحكومة، ارتفع بدوره مستوى أداء وكفاءة الإنفاق العام، وذلك نظراً لارتباط مساءلة الحكومة بوجود رقابة فعالة مستمرة على أدائها (Sijpe & Rayp, ٢٠٠٥ و (Hauner & Kyobe, ٢٠٠٨) و (Jarasuriya & Wodon, ٢٠٠٣) و (Croix & Clara Delavallade, ٢٠٠٩ و (Suryadarna, ٢٠٠٨) و (Piabuo & Tieguhong, ٢٠١٧) و (Mihaiu and Opreana Alin, ٢٠١٣).

ويجب أن تأخذ البلدان النامية، والتي تسعى لتحقيق أهداف التنمية المستدامة بحلول عام ٢٠٣٠، تلك الإجراءات والتدابير المكملة –التي تسعى لزيادة كفاءة الإنفاق العام الصحي– في اعتبارها عند قيامها بزيادة الإنفاق العام الصحي. فالعديد من الدول تظن أن زيادة أحجام ونسب الإنفاق العام الصحي وحدها كفيلة بأن تحسن من مخرجات القطاع الصحي وترفع كفاءته وتحقق أهداف التنمية المستدامة، إلا أن ذلك الاعتقاد قد يكون غير سليم. فمن الصعب أن تؤدى الزيادة في أحجام ونسب الإنفاق العام الصحي إلى تحسين كفاءة القطاع الصحي وتحقيق أهداف التنمية المستدامة المرجوة في حالة غياب أو ضعف مستويات الحوكمة بتلك البلدان، بل يستلزم الأمر العمل أيضاً على تحسين مستويات الحوكمة بتلك الدول حتى تتمكن زيادة الإنفاق العام الصحي من تحقيق الأهداف المرجوة من زيادته.

خاتمة:

يلعب الإنفاق العام الصحي دورا هاما في تحسين المستوى الصحي للمواطنين، وزيادة إنتاجيتهم، ومن ثم زيادة معدلات الناتج، وتحسين معدلات النمو الاقتصادي. وفى ظل محدودية الموارد التي قد تكون متاحة للإنفاق الصحي، يصبح من الضروري التأكد من كفاءة إنفاق تلك الموارد واستغلالها الاستغلال الأمثل.

وفى ضوء ما توصلت إليه الدراسة، ينبغي تأكيد النتائج التالية:

أولاً: عند قياس كفاءة الإنفاق العام الصحي، لا يفضل الاعتماد على مؤشر واحد فقط لقياس أداء القطاع الصحي، وإنما يعد من الأفضل الاعتماد على عدد أكبر من المؤشرات حتى يتم إعطاء صورة أكثر وضوحاً وتفصيلاً لمختلف جوانب ذلك الأداء. ومن ثم، يفضل في هذا الصدد الاعتماد على مؤشر مركب يعكس الأهداف المختلفة التي تسعى لتحقيقها الأنظمة الصحية المختلفة، وهى تحسين صحة السكان، وتحسين استجابة النظام لاحتياجات وتوقعات المواطنين، وعدالة توزيع عبء المساهمات المالية التي تتحملها الأسر.

ثانياً: إن ضخ المزيد من التمويل للإنفاق على القطاع الصحي لا يضمن بالضرورة زيادة كفاءته، بل على العكس قد يصاحبه في بعض الأوقات تراجع في مستويات الكفاءة. فلابد أن يصاحب زيادة الإنفاق مجموعة من الإجراءات التي تسعى لضمان كفاءته، والتي يأتي على رأسها تحسين مستويات الحوكمة والشفافية والمساءلة، بالإضافة إلى أهمية مراجعة هيكل الإنفاق، وذلك لضمان تمتع ذلك الإنفاق بالكفاءة اللازمة التي تمكنه من تحقيق أهدافه النهائية.

ثالثاً: إن إجراء بعض التعديلات على التوليفة التي يتم من خلالها الإنفاق على مستويات الرعاية الصحية المختلفة (الأولية، والثانوية، والثالثية)، وكذا على مختلف البنود أو الأنشطة والمجالات الخاصة بالقطاع الصحي، وتحويل بعض الموارد من بند أو مستوى لآخر قد يكون كفيلاً برفع مستوى كفاءة الإنفاق على القطاع. وبناءً عليه، فإن البحث عن التوليفة الملائمة للتدخل والتي من شأنها رفع مستوى كفاءة الإنفاق على القطاع الصحي يعد أمرا هاما.

رابعاً: إن تحسن مستويات الحوكمة يؤدى لتحسن مستويات أداء وكفاءة الإنفاق العام الصحي. وعلى العكس، يؤدى الفساد لانخفاض أداء وكفاءة الإنفاق العام، نظرا لأنه يؤدى بشكل رئيسي لإهدار المال العام.

الفصل الثاني
تطور الإنفاق على الصحة في مصر
خلال الفترة(٢٠١٥/ ٢٠١٦- ٢٠٢٠/ ٢٠٢١)

مقدمة:

يعد الحق في الصحة واحدًا من حقوق الإنسان الأساسية كما أنه شرط ضروري لتحقيق النمو المستدام والشامل الذي تسعى إليه استراتيجيات التنمية المستدامة الأممية والوطنية؛ لذا فإن وجود حد مناسب من الإنفاق الحكومي على الصحة يمثل أحد الحقوق الدستورية التي تضمنها الدستور المصري الصادر عام٢٠١٤ الذي ألزم الدولة بتخصيص ما لا يقل عن ٣% من الناتج القومي الإجمالي للإنفاق على الصحة.

في ضوء أن التمويل الصحي مرتفع الأداء يعزز من تحقيق التغطية الصحية الشاملة والنمو المستدام والشامل للجميع، يستهدف الفصل التعرف بشكل موجز على الوضع الحالي للإنفاق الصحي عالميا ومصادره وطبيعته ما بين الدول ذات المستويات التنموية المختلفة ثم تتبع تطور قيمة الإنفاق الصحي في مصر خلال الفترة(٢٠١٥/ ٢٠١٦- ٢٠٢٠/ ٢٠٢١) يلي ذلك تقييم الإنفاق العام الصحي من حيث مؤشرات الكفاية والكفاءة والعدالة ثم مقارنة الإنفاق الصحي في مصر بمثيله في الدول الأخرى وأخيراً، الإنفاق العام وكفاءة الأنظمة الصحية.

شهدت فترة الدراسة وتحديدا منذ ديسمبر ٢٠١٩ حتى الآن أيضاً جائحة كوفيد- ١٩ بموجاتها المختلفة وهي جائحة عالمية هزت أنظمة صحية راسخة وتسببت في خسائر إنسانية واقتصادية ضخمة لم يشهدها العالم من قبل[١]. ومصر ليست بمعزل عن العالم في هذا الصدد فقد تأثرت بالفيروس منذ ظهوره في فبراير ٢٠٢٠ وتفاقم الوضع في مارس وأبريل مما دفعها كسائر دول العالم لإجراءات احترازية مشددة بالإضافة إلى تعزيز الموارد للقطاع الصحي وتوفير الأدوية والمعدات والمستلزمات الطبية والإمدادات اللازمة لمواجهة الفيروس والتعامل مع الإصابات وتوفير أماكن للعزل الصحي وكذلك تقديم الدعم للموارد البشرية العاملة في القطاع الصحي وأخيراً، تدابير التعاقد على اللقاحات.

[١]بلغ عدد الإصابات حتي ٣٠ ديسمبر ٢٠٢١ ٢٨٤ مليون ونحو ٥.٤ مليون وفيات حول العالم وذلك وفقا لتقديرات منظمة الصحة العالمية.

كما اتسمت الفترة محل الدراسة أيضاً بانها شهدت جهودا كبيرة لمعالجة الاختلالات العديدة التي يعاني منها الاقتصاد المصري منذ عقود طويلة حيث تبنت مصر برنامجا للإصلاح الاقتصادي [٢]منذ عام ٢٠١٦ بالشراكة مع صندوق النقد الدولي بهدف دفع النمو الاقتصادي وتحسين مناخ الأعمال لجذب مزيد من الاستثمارات وخلق مزيد من فرص العمل (معهد التخطيط القومي،٢٠٢١). أدت الإصلاحات السابقة إلى تحسن العديد من مؤشرات الاقتصاد الكلي الأمر الذي أدى إلى إشادة العديد من المنظمات الدولية بأداء الاقتصاد المصري وتجديد ثقتها فيه (وزارة المالية، ٢٠١٩). إلى أي مدى انعكس هذا التحسن في الأداء الاقتصادي على تحسن الإنفاق العام على الصحة وكفاءته وعدالته؟

في ضوء أهداف الفصل تركز المحاور على:

٢-١ أهم ملامح الإنفاق العالمي على الصحة عام ٢٠١٩

٢-٢ تطور الإنفاق على الصحة في مصر خلال الفترة (٢٠١٥/ ٢٠١٦- ٢٠٢١/ ٢٠٢٢)

٢-٢-١ إجمالي الإنفاق الجاري على الصحة ومصادر تمويله

٢-٢-٢ تطور الإنفاق العام على الصحة خلال فترة الدراسة

٢-٢-٣ تقييم الإنفاق العام على الصحة في مصر (مجموعة من المعايير والدول)

٢-٣ الإنفاق العام وكفاءة النظام الصحي في مصر

البيانات:

ستعتمد الدراسة على بيانات الموازنة العامة للدولة في تتبع الإنفاق الحكومي على الصحة في مصر وكذلك البيانات الصادرة عن وزارة الصحة والخاصة بعدد المستشفيات والوحدات الصحية والأطباء والتمريض، كما تعتمد الدراسة على قاعدة بيانات منظمة الصحة العالمية والبنك الدولي في مجموعة المؤشرات المتعلقة بالإنفاق الصحي ومؤشرات قطاع الصحة في الدول المختارة.

[٢] تضمن البرنامج تحرير سعر الصرف وضبط أوضاع المالية العامة من خلال الخفض التدريجي لدعم الطاقة والعبء المالي للأجور؛ بالإضافة إلى تطبيق ضريبة القيمة المضافة بالإضافة إلى إصلاحات ضخمة في قطاع الطاقة إقامة مشروعات قومية ضخمة مثل توسعات قناة السويس والعاصمة الإدارية الجديدة والعديد من مشروعات البنية التحتية ومزيد من جهود تحسين مناخ الأعمال من خلال بعض الإصلاحات التشريعية ومنها إصدار قانون الاستثمار رقم ٧٢ لسنة ٢٠١٧ وقوانين تيسير التراخيص الصناعية وإجراءات الإفلاس، بالإضافة إلى طرح العديد من المبادرات الخاصة بدعم تمويل المشروعات الصغيرة والمتوسطة. وغيرها.

٢-١ أهم ملامح الإنفاق العالمي على الصحة:

وفقا لبيانات منظمة الصحة العالمية (WHO; ٢٠٢١a)، تضاعف الإنفاق الحقيقي العالمي على الصحة خلال العقدين الماضيين ليصل لنحو ٨.٥ تريليون دولار عام ٢٠١٩ بما يمثل نحو ٩.٨% من إجمالي الناتج المحلي العالمي.

تنوعت مصادر تمويل الإنفاق الصحي عالميا ما بين مصادر حكومية واشتراكات في أنظمة تأمين صحي إلزامية أو طوعية ومدفوعات مباشرة ومعونات خارجية. تمول الحكومات نحو ٦٠% من إجمالي الإنفاق الصحي (تحويلات مباشرة من الموازنة واشتراكات أنظمة تأمين صحي إلزامية) بينما تم تمويل ٤٠% من إجمالي الإنفاق الصحي من مصادر خاصة محلية ولم يتجاوز نسبة المعونات الخارجية ٠.٢١% من إجمالي الإنفاق الصحي في العالم عام ٢٠١٩ (WHO; ٢٠٢١a).

يوجد تباين واضح ما بين الدول سواء من حيث حجم الإنفاق الصحي ومتوسط نصيب الفرد منه أو من حيث مصادر التمويل. بشكل عام ارتفاع القدرة المالية جعل متوسط نصيب الفرد من الإنفاق الصحي بالدول ذات الدخل المرتفع اعلي من مثيله في الدول متوسطة ومنخفضة الدخل[٣]؛ حيث بلغ متوسط نصيب الفرد من الإنفاق الصحي في الدول ذات الدخل المرتفع نحو ٣١٩١ دولارا مقابل ٣٩ دولارا في الدول منخفضة الدخل وتراوح ما بين ١١٩- ٤٧٢ دولارا على مستوى الدول ذات الدخل المتوسط (WHO; ٢٠٢١b).

يوجد تباين في مستويات الإنفاق الصحي داخل الدول التي تنتمي لنفس مستوى الدخل مما يعكس إلى أي مدى يعتبر الإنفاق الصحي أولوية أيضاً. حسمت الدول المتقدمة أولوية الإنفاق الصحي بالنسبة لها واعتمدت على التمويل من خلال أنظمة اشتراكات اجتماعية تدعمها الحكومة مثل فرنسا واليابان وهولندا وأخري تعتمد على الإنفاق الحكومي المباشر بالأساس كحالة الدنمارك ونيوزيلاند والمملكة المتحدة. على مستوى الدول منخفضة ومتوسطة الدخل ما زال الخيار قائما؛ حيث ما زال الاعتماد على أنظمة التأمين الاجتماعي الشامل الإلزامية يمثل تحديا بسبب ارتفاع نسب المشتغلين بالقطاع غير الرسمي. مما يصعب المسار نحو تحقيق التغطية

[٣] وفقا لتصنيف البنك الدولي للدول عام ٢٠١٩ تصنف الدول وفقا لمتوسط نصيب الفرد من الدخل القومي الإجمالي سنويا إلى أربع مجموعات وهي: الدول مرتفعة الدخل والتي يتجاوز متوسط نصيب الفرد فيها ١٢.٣٧٥ الف دولار/ سنة. الدول متوسطة الدخل (الأعلى) يتراوح متوسط نصيب الفرد فيها ما بين ٣.٩٦٦ وأقل من ١٢.٣٧٥ دولار/ سنة . والدول متوسطة الدخل (الأدنى) يتراوح نصيب الفرد فيها ما بين ١.٠٢٦ – ٣.٩٦٥ دولار/ سنة وأخيرا الدول منخفضة الدخل والتي يقل متوسط نصيب الفرد فيها عن ١.٠٢٦ دولار سنويا.

الصحية الشاملة إلا إذا تدخلت الحكومات بتغطية تمويل الفقراء والعاملين بالقطاع غير الرسمي من الموازنة العامة (WHO; ٢٠٢١b).

يتطلب تحقيق التغطية الصحية الشاملة[٤] تركيزا قويا على الاهتمام بالرعاية الصحية الأولية وتوسيع نطاقها وزيادة جودتها؛ حيث تعتبر السبيل لتعظيم مستوى الرعاية الصحية للمجتمع ككل. لذا يعتبر حجم وكفاءة الإنفاق على الرعاية الصحية الأولية خطوة أساسية لتقييم الأداء الصحي في أي دولة. بدأت منظمة الصحة العالمية في نشر بيانات الإنفاق على الرعاية الصحية الأولية منذ عام ٢٠١٨. يمثل الإنفاق على الرعاية الصحية الأولية في المتوسط نصف الإنفاق على الصحة تقريبا (٥٣%) وبما يمثل ٣.١% من الناتج المحلي العالمي. بلغ متوسط نصيب الفرد من الإنفاق على الرعاية الصحية نحو ٤٦٠ دولارا ويوجد تباينات كبيرة ما بين الدول وبشكل عام فإن انخفاض الدخول وتواضع الاستثمارات في قطاع الصحة يتبعهما تواضع نصيب الفرد من الإنفاق على الرعاية الصحية.

٢-٢ تطور الإنفاق على الصحة في مصر خلال فترة الدراسة:

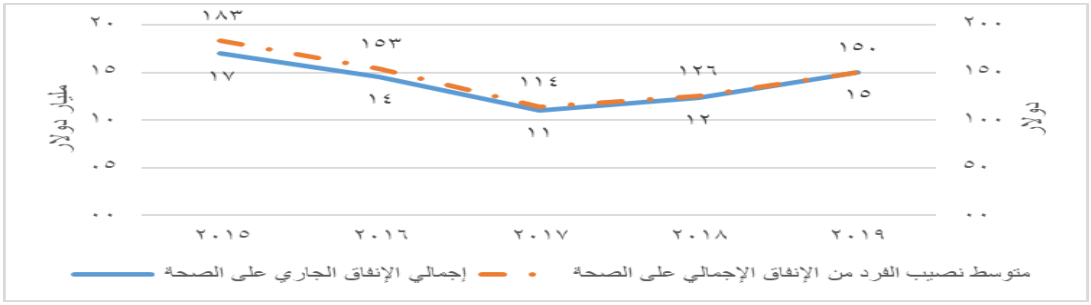
لا تتوافر بيانات محلية حول إجمالي الإنفاق الصحي في مصر من كافة المصادر وإنما تتيح وزارة المالية من خلال الموازنة العامة للدولة بيانات حول الإنفاق الصحي الحكومي أي موارد واستخدامات قطاع الصحة، هذا بالإضافة إلى تقديرات متوسط الإنفاق الأسري على الصحة من خلال مسح الدخل والإنفاق والاستهلاك الذي يجريه الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء وبالتالي سوف يعتمد التحليل على ما تتيحه منظمة الصحة العالمية من تقديرات للإنفاق المباشر من الأفراد على الرعاية الصحية، وكذلك التوزيع النسبي للإنفاق الصحي على الرعاية الصحية الأولية.

٢-٢-١ إجمالي الإنفاق الجاري على الصحة ومصادر تمويله:

وفقا لبيانات منظمة الصحة العالمية، زاد إجمالي الإنفاق الجاري على الصحة في مصر من مختلف المصادر بمقدار ثلاث مرات تقريبا حيث ارتفع من نحو ٥ مليارات دولار عام ٢٠٠٠ ليبلغ ١٧ مليار دولار عام ٢٠١٥ ثم وصل لنحو ١٥ مليار دولار عام ٢٠١٩. مما أدى إلى تضاعف متوسط نصيب الفرد من الإنفاق الجاري على

[٤] التغطية الصحية الشاملة هي هدف يضمن حصول الجميع على ما يلزم من الخدمات الصحية التعزيزية والوقائية والعلاجية والتأهيلية والملطفة الجيدة بما يكفي لان تكون فعالة. مع ضمان ألا يؤدي استخدام هذه الخدمات أيضا إلى تعريض المستخدم لمصاعب مالية. وتقوم هذه التغطية على ركيزتين: التغطية بتوفير خدمات الرعاية الصحية الأساسية الجيدة والحماية المالية. وتجسد التغطية الصحية الشاملة الالتزام بإعطاء الأولوية للأشخاص الأسوأ حالا أي الأشد مرضا والأقل استفادة من الخدمات الصحية والفقراء. (البنك الدولي. ٢٠٢٠).

الصحة من نحو ٧٤ دولارا عام ٢٠٠٠ إلى ١٨٣ دولارا عام ٢٠١٥ ثم ١٥٠ دولارا عام ٢٠١٩ كما يتضح من الشكل (٢-١).



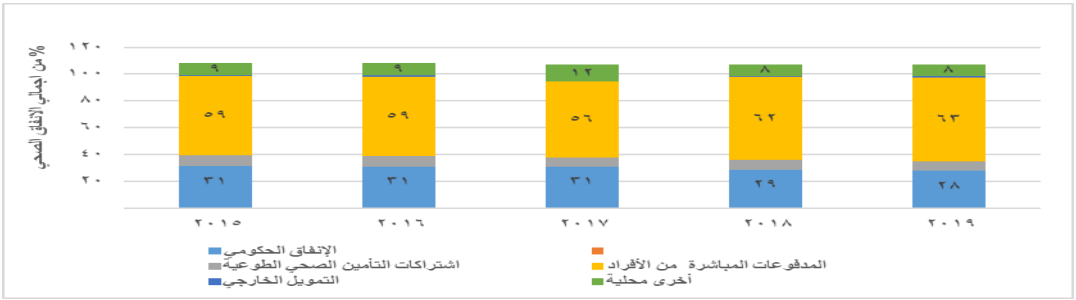
Source: World Health Organization، ٢٠٢١. Global Health Expenditure Database

شكل رقم (٢-١)

تطور الإنفاق الجاري على الصحة في مصر خلال الفترة من (٢٠١٥-٢٠١٩)

وينخفض متوسط نصيب الفرد من الإنفاق الصحي في مصر عام ٢٠١٩ عن المتوسط العالمي الذي يقدر بنحو ١١٠٥ دولارات ويتقارب مع مثيله في الدول ذات الدخل المتوسط الأدنى بينما ينخفض كثيرا عنه في الدول ذات الدخل المتوسط الأعلى (٤٧٢ دولارا) وعن مثيله في الدول مرتفعة الدخل (٣١٩١ دولارا)، وانخفاض متوسط نصيب الفرد من الإنفاق الصحي في مصر يحد من القدرة على إحراز تقدم ملموس نحو تحقيق الهدف الثالث من الأهداف الأممية للتنمية المستدامة.

تنوعت مصادر تمويل الإنفاق الصحي في مصر ما بين مصادر حكومية وخاصة إلا أن مدفوعات الأفراد المباشرة تعد هي المصدر الرئيسي لتمويل الإنفاق الصحي في مصر وقد زادت نسبتها من إجمالي الإنفاق الصحي من نحو ٥٩% عام ٢٠١٥ لنحو ٦٣% عام ٢٠١٩ مقابل نسبة إنفاق حكومي بلغت ٣١% عام ٢٠١٥ وتراجعت لنحو ٢٨% عام ٢٠١٩ كما يتضح من الشكل (٢-٢).



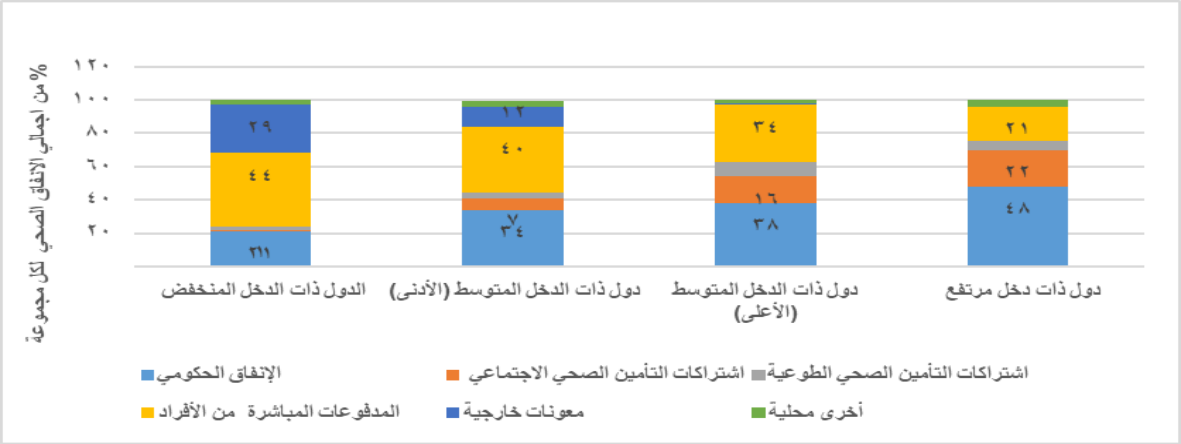
Source: World Health Organization، ٢٠٢١. Global Health Expenditure Database

شكل رقم (٢-٢)

التوزيع النسبي لمصادر تمويل الإنفاق الصحي في مصر خلال الفترة من(٢٠١٥-٢٠١٩)

ويلاحظ أيضاً أن نسبة التمويل الخارجي لم تتجاوز ١% خلال فترة الدراسة بينما تراوحت نسب اشتراكات أنظمة التأمين الصحي الطوعية بين٧– ٨% من إجمالي الإنفاق الصحي خلال فترة الدراسة مقابل نسبة٠.٢% عام٢٠٠٠.

يختلف نمط تمويل الإنفاق الصحي في مصر عن مثيله للدول مرتفعة الدخل وذات الدخل المتوسط الأعلى التي تتسم مصادر تمويلها بالاعتماد بشكل كبير على الإنفاق الحكومي وأنظمة التأمين الصحي الاجتماعي، بينما يتشابه مع مثيله لمجموعة الدول ذات الدخل المتوسط الأدنى والتي تنتمي اليها مصر؛ حيث يتسم بتواضع مصادر التمويل الحكومية مقابل ارتفاع حصة المدفوعات الخاصة المباشرة (Out of Pocket money) كما يتضح من الشكل (٢–٣) الذي يوضح التوزيع النسبي لمصادر تمويل الإنفاق الصحي على مستوى الدول عام٢٠١٩.



Source: World Health Organization، ٢٠٢١. Global Health Expenditure Database

شكل رقم (٢–٣)

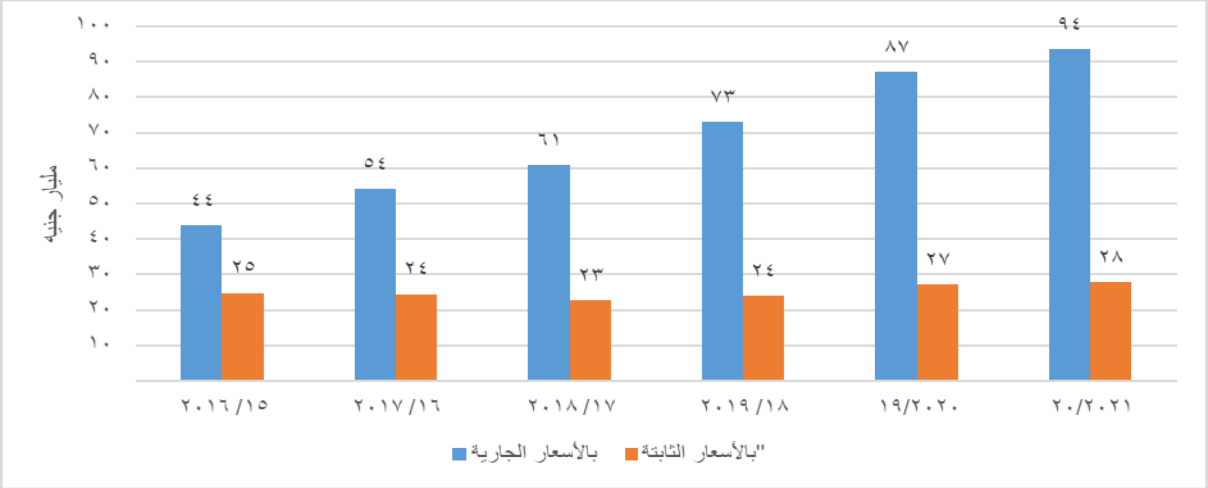
التوزيع النسبي لمصادر تمويل الإنفاق الصحي وفقاً لمستوي الدخل عام ٢٠١٩

ويلقي الجزء التالي مزيدًا من التفصيل حول مصادر تمويل الإنفاق الصحي الحكومي والخاص وذلك على النحو التالي:

٢–٢–٢ تطور الإنفاق العام (الحكومي) على الصحة: ارتفع الإنفاق العام الجاري على الصحة[٥] من ٤٣.٩ مليار جنيه عام ٢٠١٥/ ٢٠١٦ إلى ٨٧ مليار جنيه عام ٢٠١٩/ ٢٠٢٠ ويقدر أن يصل إلى ٩٣.٥ وفقاً

[٥] يتضمن قطاع الصحة بالموازنة العامة للدولة خدمات المستشفيات والعيادات الخارجية وخدمات المستشفيات المتخصصة وخدمات المراكز الطبية ومراكز الأمومة وخدمات الصحة العامة والبحوث والتطوير في مجال الشئون الصحية. (الموقع الرسمي لوزارة المالية).

لموازنة العام المالي ٢٠٢٠/ ٢٠٢١ و١٠٨.٧ مليار في مشروع موازنة العام المالي ٢١/ ٢٠٢٢ كما يتضح من الشكل (٢-٤).



المصدر: إعداد الباحث بناءً على الموازنات العامة للدولة لسنوات مختلفة، وزارة المالية.

شكل رقم (٢-٤)

تطور الإنفاق العام على الصحة خلال الفترة (٢٠١٦/١٥-٢٠٢١/٢٠)

تم استخدام سلسلة الأرقام القياسية لأسعار المستهلكين (٢٠١٠ =١٠٠) لتكميش قيم الإنفاق العام على الصحة

تطلبت مواجهة جائحة كورونا تعزيز مخصصات قطاع الصحة خلال عام ٢٠١٩/ ٢٠٢٠ وهو ما تطلب زيادة إضافية بنحو ١٤ مليار جنيه على ما كان مخططا في موازنة هذا العام ٧٣ مليار جنيه فقط.

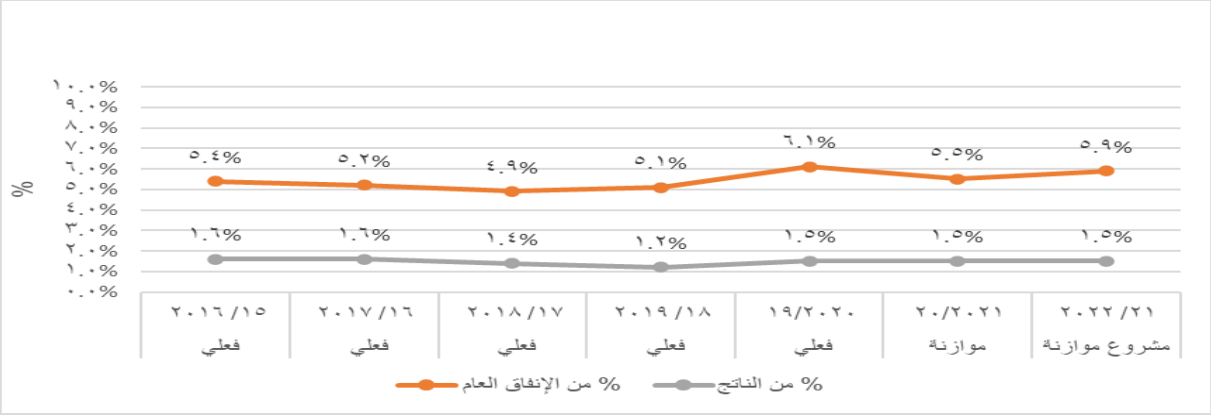
ويأتي الإنفاق على قطاع الصحة في البند الخامس من بنود المصروفات العامة وفقاً للتصنيف الوظيفي؛ حيث يسبقه من حيث نصيبه من المصروفات العامة كل من الإنفاق على الخدمات العامة، الحماية الاجتماعية، التعليم، الشئون الاقتصادية.

وتقل القيم الحقيقية للإنفاق الحكومي على الصحة خاصة في السنوات التي تلت تحرير سعر الصرف حيث شهدت معدلات غير مسبوقة للتضخم.

٢-٢-٣ تقييم الإنفاق العام (الحكومي) على الصحة في مصر:

يستهدف الجزء التالي تقييم الإنفاق العام على الصحة بالاعتماد على مجموعة من المعايير التي تعكس الكفاية والعدالة والكفاءة وبالمقارنة بمجموعة من الدول كلما امكن ذلك.

فبالنسبة لمعيار الكفاية، على الرغم من زيادة إجمالي مخصصات قطاع الصحة بالأسعار الجارية خلال فترة الدراسة فإن نصيبها ما زال متواضعا من إجمالي النفقات العامة ومن الناتج المحلي الإجمالي ولم يتخط نصف النسب التي اقرها الدستور المصري الصادر عام ٢٠١٤ كما يتضح من الشكل (٢–٥).



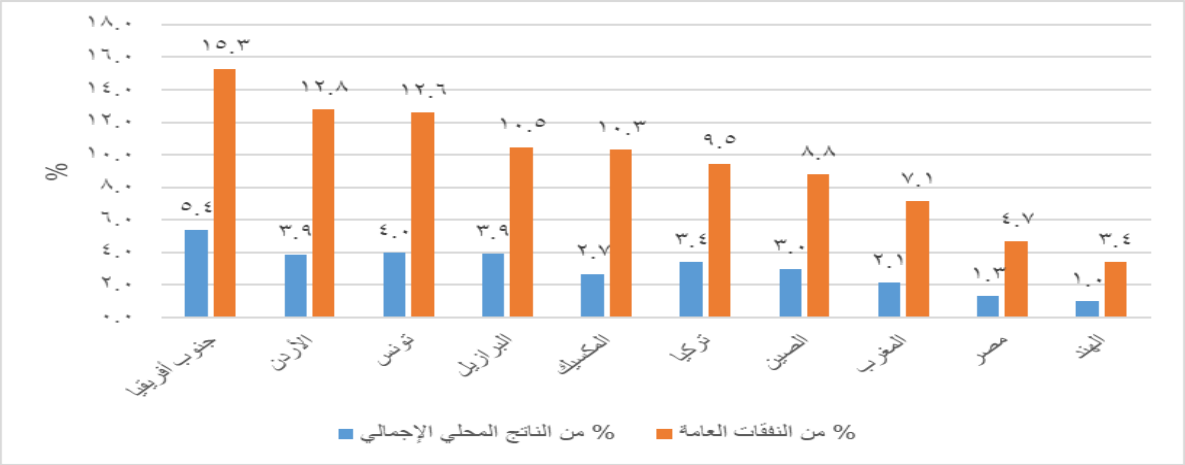
المصدر: إعداد الباحث بناءً على الموازنات العامة للدولة لسنوات مختلفة، وزارة المالية.

شكل رقم (٢–٥)

تطور نسب الإنفاق الحكومي على الصحة من الناتج المحلي الإجمالي ومن إجمالي النفقات العامة خلال الفترة (٢٠١٦/١٥–٢٠٢٢/٢١)

وبمقارنة نسبة الإنفاق الصحي الحكومي من إجمالي النفقات العامة وإجمالي الناتج المحلي الإجمالي في مصر مقابل مثيلتها على مستوى المجموعات المختلفة من الدول يتضح تقاربها مع الدول متوسطة الدخل (الأدنى) والتي ظلت نسبة الإنفاق الحكومي بها في حدود من ٦–٧% كنسبة من الإنفاق العام منذ بداية الألفيات وحتى ٢٠١٩ و٢.٢٨ % في المتوسط من الناتج المحلي الإجمالي بينما وصلت لنحو ١٤% من إجمالي الإنفاق العام ونحو٥.٣% من الناتج المحلي الإجمالي في الدول مرتفعة الدخل و١٢% من إجمالي النفقات العامة و٣.٩٥ % من إجمالي الناتج المحلي الإجمالي في الدول متوسطة الدخل (الأعلى) ولم تتخط ٥.٤% من إجمالي النفقات العامة و١.٢٧% من الناتج المحلي الإجمالي في الدول منخفضة الدخل (WHO; ٢٠٢١b).

كما يتضح انخفاض نصيب الإنفاق الحكومي الصحي من إجمالي النفقات العامة ومن إجمالي الناتج المحلي الإجمالي في مصر مقارنة بمثيله في مجموعة الدول متوسطة الدخل باستثناء الهند وذلك لعام ٢٠١٩ كما يتضح من الشكل (٢–٦).

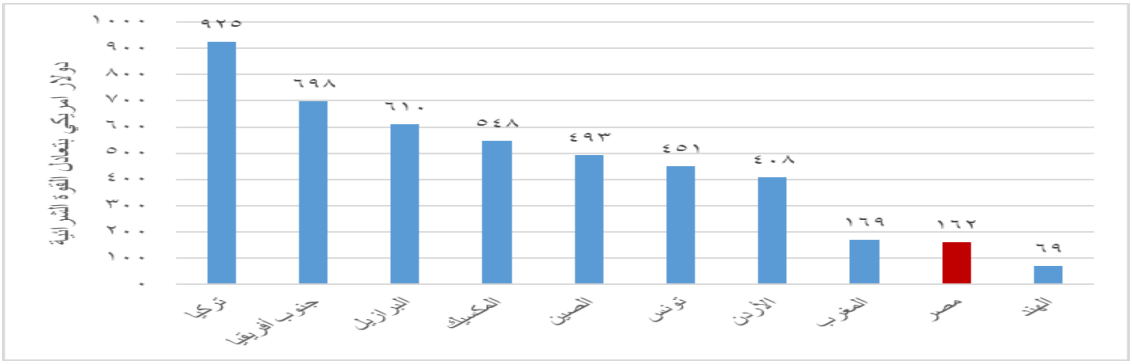


المصدر: قاعدة بيانات منظمة الصحة العالمية

شكل رقم (٢-٦)

نسبة الإنفاق الحكومي الصحي من إجمالي النفقات العامة والناتج المحلي الإجمالي في مصر ومجموعة من الدول المختارة لعام ٢٠١٩

وبالرغم من ارتفاع متوسط نصيب الفرد من الإنفاق الصحي الحكومي في مصر من ١٠٥.٥ دولار عام ٢٠٠٠ إلى ١٦١.٨ دولار عام ٢٠١٩ فإنه أقل من مثيله للدول متوسطة الدخل (الأعلى) والذي يقدر بنحو ٦٠٥.٣ دولار ويصل لنحو ٢٥٣٦ دولارا في الدول مرتفعة الدخل كما أنه ينخفض عن مثيله في العديد من دول المقارنة كما يتضح من الشكل (٢-٧).



Source: World Health Organization, ٢٠٢١a. Global Health Expenditure Database

شكل رقم (٢-٧)

متوسط نصيب الفرد من الإنفاق الصحي الحكومي في مصر وبعض الدول المختارة لعام ٢٠١٩

يلي مؤشرات الكفاية مؤشرات الكفاءة الداخلية للإنفاق العام الصحي وهنا يمكن الاسترشاد بمؤشرين رئيسيين: الأول يتعلق بنصيب الإنفاق الجاري مقابل الاستثماري من إجمالي الإنفاق العام الصحي والثاني قيمة بند الأجور وتعويضات العاملين من إجمالي الإنفاق الجاري.

يوضح الشكل (٢–٨) التوزيع النسبي لمخصصات قطاع الصحة على مختلف بنود الإنفاق ومنه يتبين:

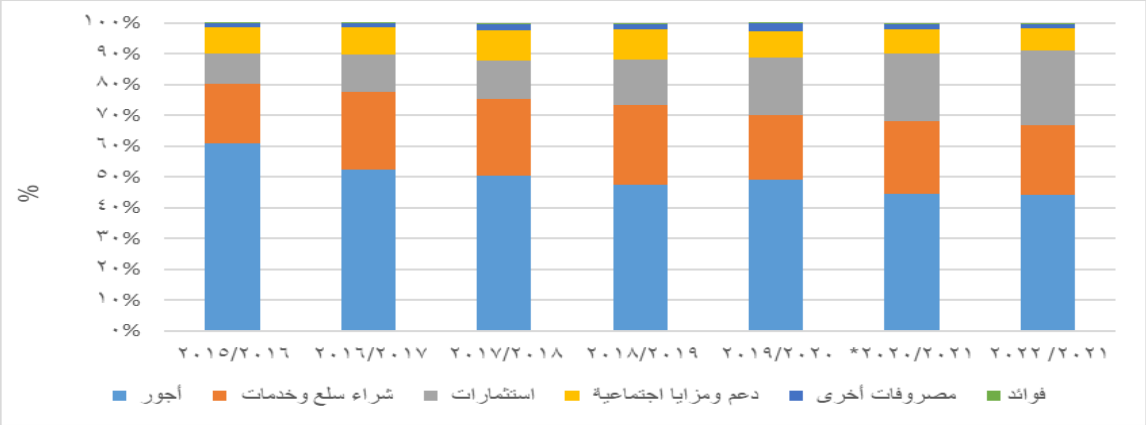
أولا: أن نصيب الإنفاق الجاري في حدود ٨٧% من إجمالي الإنفاق العام الصحي بينما لم يتعد نصيب الإنفاق الاستثماري ١٣% من إجمالي الإنفاق العام الصحي خلال فترة الدراسة.

ويؤكد ما سبق تواضع نصيب قطاع الصحة من إجمالي الاستثمارات الكلية المنفذة على مستوى مختلف القطاعات الاقتصادية ؛ فوفقا لبيانات وزارة التخطيط والتنمية الاقتصادية يستحوذ قطاع الصحة على ٢.٥% كمتوسط من إجمالي الاستثمارات الكلية المنفذة خلال فترة الدراسة.[٦]

ويلاحظ أيضاً أن نصيب الاستثمارات من إجمالي مخصصات قطاع الصحة قد ارتفع من ١٠% عام ١٥/ ٢٠١٦ إلى ٢٢% في موازنة ٢٠٢١/٢٠ ويستهدف أن يرتفع لنحو ٢٤% في مشروع موازنة ٢١/ ٢٠٢٢ مما يشير إلى جهود الدولة في مجال تطوير البنية التحتية لقطاع الصحة من مستشفيات ومراكز خدمية فخلال فترة الدراسة تم تطوير نحو ٦٧ مستشفى و٤٤ مركزا طبيا متخصصا بتكلفة إجمالية بلغت ٩.٢ مليار جنيه كما زاد عدد أسرة الرعاية المُركزة من ١٩٦٨ سريرًا إلى ٥١٤٤ سريرًا، وعدد الحضانات من ٢٢٦٩ حضانة إلى نحو ٥٠٤٦ حضانة، فضلا عن إنشاء ثمانية مراكز طوارئ جديدة. كذلك طُور ١٢٢ مستشفى علاجيًا، و١٧ مستشفى للأمراض النفسية، و٣٥ مركزًا تابعًا لأمانة المراكز الطبية، و٨ عيادات جراحات اليوم الواحد و٥ مستشفيات حميات، خلال الفترة الممتدة بين الأعوام ٢٠١٤ و٢٠٢٠. وفي العام المالي ٢٠٢١/٢٠٢٠، أُعتمد مبلغ ٤.٨ مليار جنيه لمستشفيات المرحلة الأولى من قانون التأمين الصحي الشامل، ونحو ٨٠٠ مليون جنيه لتطوير أقسام الرعاية الحرجة والعاجلة بالمستشفيات، ونحو ٢٢٢ مليون جنيه للمستشفيات النموذجية. (برنامج الأمم المتحدة الإنمائي ووزارة التخطيط والتنمية الاقتصادية، ٢٠٢١).

[٦] حسبت بناء على بيانات وزارة التخطيط والتنمية الاقتصادية. تقارير متابعة الأداء للخطة الاقتصادية والاجتماعية. أعداد مختلفة.

ثانيا: استحواذ الأجور على النصيب الأكبر من إجمالي الإنفاق العام على الصحة (٥٢% كمتوسط للفترة من ١٥/ ٢٠١٦- ١٩/ ٢٠٢٠) إلا أن نصيبها قد شهد تراجعا من نحو ٦١% عام ١٥/ ٢٠١٦ إلى ٤٤% فقط خلال موازنة ٢٠/٢٠٢١ ومشروع موازنة ٢١/ ٢٠٢٢ وذلك نتيجة لزيادة مخصصات القطاع ككل

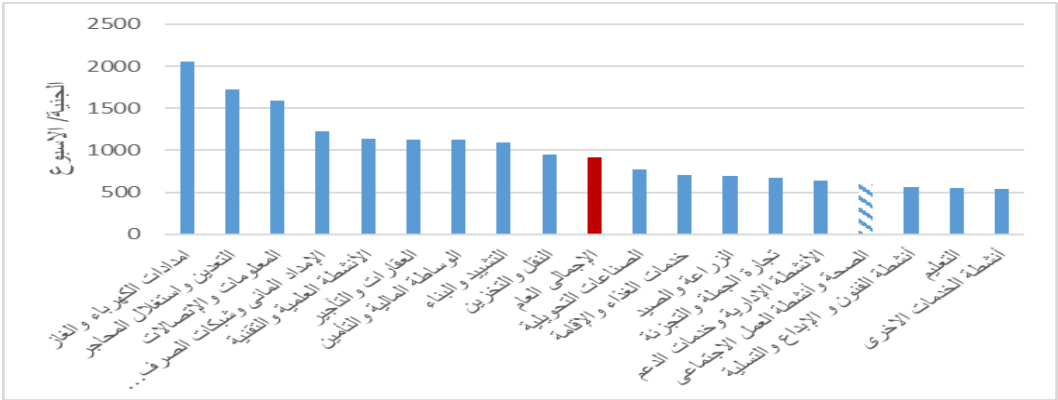


المصدر: إعداد الباحث بناءً على البيان المالي للموازنة العامة للدولة لسنوات مختلفة، وزارة المالية

شكل رقم (٢-٨)

التوزيع النسبي للإنفاق العام على الصحة على البنود خلال الفترة (١٥/٢٠١٦-٢١/٢٠٢٢)

تجدر الإشارة إلى أنه على الرغم من استحواذ الأجور على النصيب الأكبر من مخصصات هذا القطاع فإن أجور العاملين به ما زالت متواضعة خاصة إذا ما قورنت بمتوسط أجور العاملين بالقطاع الصحي الخاص وبالأنشطة الاقتصادية الأخرى كما يتضح من الشكل (٢-٩) الذي يبين أن متوسط أجور العاملين بالقطاع الصحي الأسبوعية أقل من المتوسط العام للأجور على مستوى كافة الأنشطة.



المصدر: الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء، ٢٠٢١، الكتاب الإحصائي السنوي.

شكل رقم (٢-٩)

متوسط أجر العاملين النقدي أسبوعياً وفقاً للأنشطة الاقتصادية المختلفة عام ٢٠٢٠

كما يتضح أيضاً أن بند السلع والخدمات يستحوذ على ربع مخصصات قطاع الصحة تقريبا ويتضمن الإنفاق على الأدوية والخامات والأمصال اللازمة لتقديم الخدمات الصحية والمبادرات المختلفة[٧].

وأخيراً، استحوذ بند المنح والمزايا الاجتماعية على ٩% كمتوسط من إجمالي مخصصات قطاع الصحة خلال فترة الدراسة. ويتضمن هذا البند بشكل أساسي تكاليف علاج المواطنين على نفقة الدولة وغيرها من نفقات الخدمات الصحية لغير العاملين. وتجدر الإشارة إلى ارتفاع مخصصات العلاج على نفقة الدولة بالخارج والداخل من ٤.٥ مليار جنيه لنحو ١.٨ مليون مواطن عام ٢٠١٥ إلى نحو ١٠.٤ مليار جنيه لنحو ٣.٦ مليون مواطن عام ٢٠١٩ (الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء، ٢٠٢٠).

وفيما يتعلق بمعيار العدالة، ويعني قدرة كل مواطن على الحصول على الخدمة الصحية المناسبة ولا يحول دون حصوله على الخدمة اعتبارات القدرة المادية أو المنطقة الجغرافية أو أي عوامل أخري للتميز. ما يتوافر من بيانات تعكس مخصصات وزارة الصحة على المديريات الصحية بالمحافظات ومنها يتضح تفاوت انصبة المديريات الصحية من الإنفاق العام فبينما تحصل محافظة الدقهلية على اعلي قيمة من مخصصات الموازنة العامة للدولة لعام ٢٠٢٠/ ٢٠٢١ وتقدر مخصصاتها بنحو ٢.٧ مليار جنيه بلغت مخصصات بورسعيد ١٣١ مليون جنيه. وبالتالي تفاوت المخصصات دون وجود أسس علمية معلنة يتم على أساسها تحديد نصيب كل مديرية يضاف إلى ذلك ارتفاع المخصصات لا يعكس سوء أو جودة الخدمة الصحية التي يتلقاها المواطن في محافظة ما وكذلك لا يعكس مدى إتاحة الرعاية الصحية للمواطنين، (المركز المصري للحقوق الاقتصادية والاجتماعية، ٢٠١٦).

ويمكن الاسترشاد ببعض المؤشرات التي **تعكس عدالة الخدمات الصحية** وذلك من خلال مجموعة المؤشرات التالية التي تشير لتوزيع الخدمات الصحية على المحافظات المختلفة مع تأكيد أنها تعكس جانب الإتاحة ولا تعكس بالضرورة جودة الخدمة الصحية.

١. نصيب المدفوعات المباشرة من الأفراد من إجمالي الإنفاق الصحي

وفقا لبيانات منظمة الصحة العالمية، تعتبر مدفوعات الأفراد المباشرة هي المصدر الرئيسي لتمويل الإنفاق الصحي في مصر وقد زادت نسبتها من إجمالي الإنفاق الصحي من نحو ٥٩% عام ٢٠١٥ لنحو ٦٣% عام

[٧] مبادرة القضاء على فيروس سي. مبادرة ١٠٠ مليون صحة للكشف عن الأمراض غير السارية. مبادرة ١٠٠ مليون صحة لدعم صحة المرأة الصرية. مبادرة ١٠٠ مليون صحة للكشف المبكر عن السمنة والتقزم والأنيميا بين طلاب المدارس والمبادرة الرئاسية للقضاء على قوائم الانتظار.

٢٠١٩ وهو ما يمثل تحديا أمام تقديم خدمات الرعاية الصحية في مجتمع ٢٩.٧% من سكانه فقراء.

كذلك تواضع نسبة المشتركين بالتأمين الصحي الإلزامي في القطاع الخاص ؛ حيث يمثل المشتغلون داخل المنشآت نحو ٤٦% من إجمالي المشتغلين ونسبة المشتركين بالتأمين الصحي ٢٦% بينما يستحوذ القطاع الخاص خارج المنشآت على ٣٢% من المشتغلين ولم تتعد نسبة المشتركين بالتأمين الصحي به ٢% وذلك كمتوسط للفترة (٢٠١٥- ٢٠٢٠)، (الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء. ٢٠٢١).

من أهم المؤشرات التي تعكس العدالة في الحصول على الخدمة الصحية هو إلى أي مدى يرتبط الحصول على الخدمة بمستوي الدخل وهو ما توضحه نتائج تقديرات إنفاق الأسر المصرية على الصحة.

وفقا لتقديرات مسح الدخل والإنفاق والاستهلاك، يأتي إنفاق الأسرة على الرعاية الصحية في المرتبة الثالثة من بنود إنفاق الأسرة المصرية بعد الإنفاق على بند الطعام والشراب (٣١% عام ٢٠١٩/٢٠٢٠ مقابل ٣٧% عام ٢٠١٧/ ٢٠١٨) وبند المسكن (١٩.٢%عام ٢٠١٩/ ٢٠٢٠ مقابل ١٨% عام ٢٠١٧ /٢٠١٨)، (الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء. ٢٠٢٠).

وفقا لنتائج المسح عن عام ٢٠١٩/ ٢٠٢٠ يبلغ متوسط الإنفاق الأسري على الصحة نحو ٦٤٠٨ جنيهات سنويا وبذلك يكون ارتفع بنحو ٢٦% عن قيمته في مسح ٢٠١٧/ ٢٠١٨. يمثل الإنفاق على الرعاية الصحية ١٠.٤% من إجمالي الإنفاق السنوي لعام ٢٠١٩/ ٢٠٢٠ مقابل ٩.٩% في المسح الخاص بعام ٢٠١٧/ ٢٠١٨.

يستحوذ الإنفاق على المنتجات والأجهزة والمعدات الصحية ٥١.٢% من إجمالي الإنفاق الأسري السنوي على الصحة يليها خدمات مرضي العيادات الخارجية بنسبة ٣١.٦% ثم خدمات المستشفيات بنسبة ١٧% وفقاً لمسح ٢٠١٩/ ٢٠٢٠.

تفاوتت نسب الإنفاق على الخدمات الصحية ما بين المحافظات وكانت كفر الشيخ الأعلى من حيث نسبة الإنفاق على خدمات الرعاية الصحية والتي بلغت نحو ١٤.٨% من إجمالي الإنفاق الأسري السنوي عام ٢٠١٩/ ٢٠٢٠ وكذلك في مسح عام ٢٠١٧/ ٢٠١٨ بينما كانت الجيزة والقاهرة هما الأقل من حيث نسب الإنفاق على الرعاية الصحية والتي بلغت نحو ٧.٧%، ٧.٩% لهما عام ٢٠١٩/ ٢٠٢٠ بعد أن كانت محافظات الحدود هي الأقل إنفاقا على الرعاية الصحية عام ٢٠١٧/ ٢٠١٨.

يرتبط الإنفاق على الخدمات الصحية بمستوي المعيشة؛ حيث تنفق الفئة الدنيا (أقل ١٠% إنفاقا) ٨.٣% من دخلها على الخدمات الصحية بمتوسط نصيب للفرد ٤٨٣.١ جنيه مقابل إنفاق الفئة العليا (أعلى ١٠% إنفاقا) ١٢% من دخلها على الخدمات الصحية بمتوسط نصيب للفرد ٥٠١٦ جنيها خلال عام ٢٠١٩/ ٢٠٢٠.

ويعني ذلك أن انخفاض المستوى المعيشي يرتبط بانخفاض الحصول على الخدمات الصحية المناسبة كما أن النفقات الخاصة بالصحة قد تقود إلى دخول المواطنين في دائرة الفقر. لذا تظهر أهمية توفير الدولة لخدمات الرعاية الصحية الأساسية لكافة المواطنين بجودة مناسبة ومجانا بما يمكن للجميع بمن فيهم الشرائح الدنيا من الدخول من الحصول على هذه الخدمات خاصة في حالة مصر التي تتجاوز نسبة الفقر فيها ٢٩.٧% من السكان وفقاً لآخر إحصاءات الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء(المركز المصري للدراسات الاقتصادية، ٢٠٢٠).

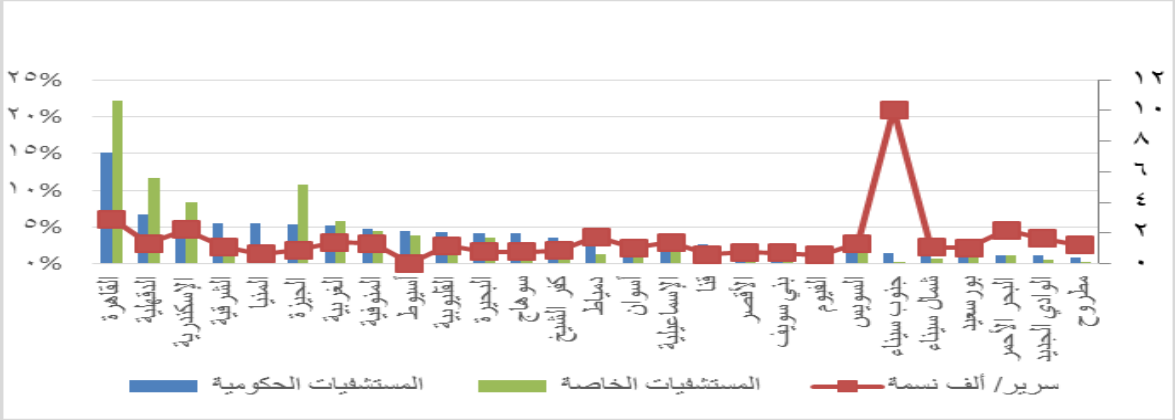
٢. الإنفاق على الرعاية الصحية الأولية:

وفقا لبيانات منظمة الصحة العالمية، قدر متوسط نصيب الفرد من الإنفاق على الرعاية الصحية الأولية في مصر بنحو ٥٨ دولارا عام ٢٠١٨ بما يمثل ٤٦% من الإنفاق الصحي الجاري في مصر. تمول الحكومة نحو ٣٠% منه فقط والثلثان الآخران تمويل خاص. لذا يعد متوسط نصيب الفرد من الإنفاق على الرعاية الصحية الأولية متواضعا حيث يقل عن مثيله للدول متوسطة الدخل (الأدنى) والذي يصل لنحو ٦١ دولارا بينما يرتفع لنحو ١٩٣ دولارا في الدول متوسطة الدخل (الأعلى) ويقفز لنحو ١٣٣٣دولارا في الدول مرتفعة الدخل (WHO; ٢٠٢١b).

٣. مؤشرات التوزيع الإقليمي للخدمات الصحية:

عدد المستشفيات:

تستأثر محافظات القاهرة والدقهلية والإسكندرية بالنصيب الأكبر من المستشفيات الحكومية والخاصة ويقل العدد بوضوح في محافظات الصعيد والمحافظات الحدودية كما يتضح من الشكل (٢-١٠).



المصدر: إعداد الباحث بناءً على بيانات الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء، النشرة السنوية لإحصاءات الخدمات الصحية لعام ٢٠١٩، إصدار ٢٠٢٠.

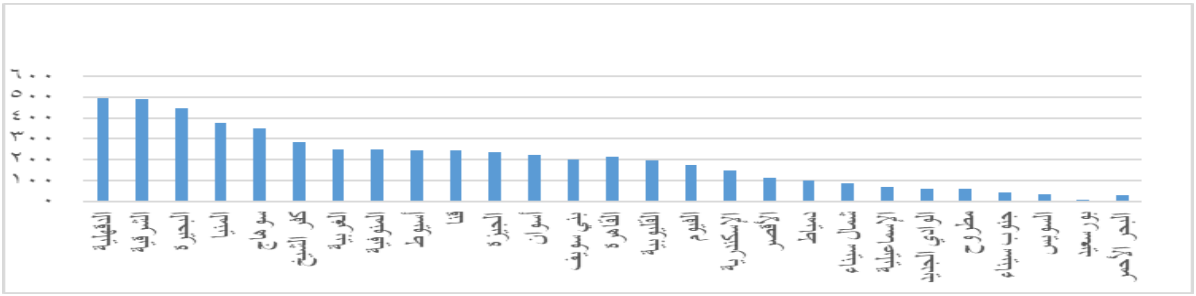
شكل رقم (٢-١٠)

التوزيع النسبي لعدد المستشفيات والأسرة على المحافظات عام ٢٠١٩

وبحساب عدد الأسرة لكل ١٠٠٠ نسمة باعتباره مؤشرا أفضل للحكم على مدى توافر الخدمة الطبية نظراً للتفاوت ما بين القدرات الاستيعابية لكل مستشفى. يبين المؤشر أنه بينما لكل ١٠٠٠ نسمة في محافظات المنيا وقنا وسوهاج والفيوم أقل من سرير يتوافر ما يزيد على ١٠ أسرة / الف نسمة في محافظة جنوب سيناء.

عدد وحدات الرعاية الصحية:

بلغ عدد وحدات الرعاية الصحية الأولية على مستوى الجمهورية نحو٥٤٥٨ وحدة تستهدف وحدات الرعاية الأولية المناطق الريفية بالأساس لذا استأثرت محافظات الوجه البحري والقبلي بالنصيب الأكبر من هذه الوحدات في مقابل الأقاليم الحضرية ومحافظات الحدود كما يتضح من الشكل (٢-١١).



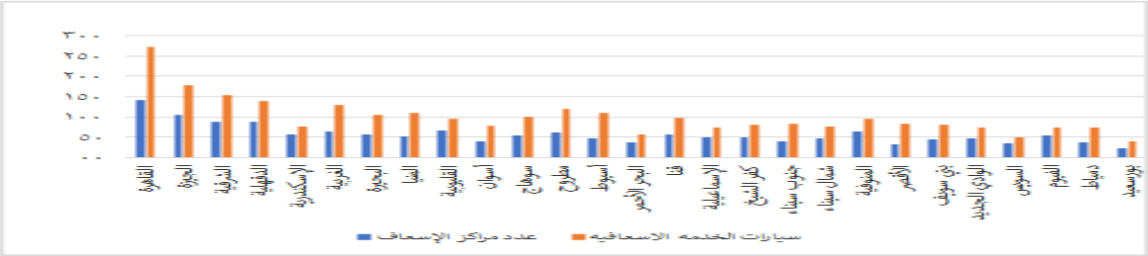
المصدر: الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء، النشرة السنوية لإحصاءات الخدمات الصحية لعام ٢٠١٩، إصدار ٢٠٢٠.

شكل رقم(٢-١١)

التوزيع الجغرافي لوحدات الرعاية الصحية الأساسية عام ٢٠١٩

وكما أشرنا سابقا إلى أن هذا المؤشر لا يعكس جودة الخدمة الصحية المقدمة فقد تتوافر الوحدة دون توافر المستلزمات والمعدات الطبية اللازمة والفريق الصحي المؤهل.

خدمات الإسعاف: بلغ عدد مراكز الإسعاف نحو ١٥١٦ مركزا على مستوى الجمهورية موزعة على المحافظات وفقاً للشكل (٢-١٢).



المصدر: الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء، النشرة السنوية لإحصاءات الخدمات الصحية لعام ٢٠١٩، إصدار ٢٠٢٠.

شكل رقم (٢-١٢)

خدمات الإسعاف بالمحافظات عام ٢٠١

٢-٣ الإنفاق العام وكفاءة النظام الصحي

تعرف منظمة الصحة العالمية النظام الصحي على أنه "جميع الأنشطة التي يكون هدفها الأول : الترقية، الإصلاح أو الحفاظ على الصحة". في ضوء التعريف السابق ولكي تحقق النظم الصحية أهدافها تستخدم الموارد المادية والبشرية لتقديم خدماتها الصحية المتنوعة. ويعتبر الإنفاق على الرعاية الصحية إنفاقا استثماريا نظراً لكونه يساهم بشكل مباشر في تنمية راس المال البشري الذي يعد ركيزة أساسية لتحقيق النمو الشامل والمستدام. لذا فإن توافر تمويل صحي مرتفع الأداء يساهم بشكل أساسي في تحقيق التغطية الصحية الشاملة والنمو الشامل والمستدام.

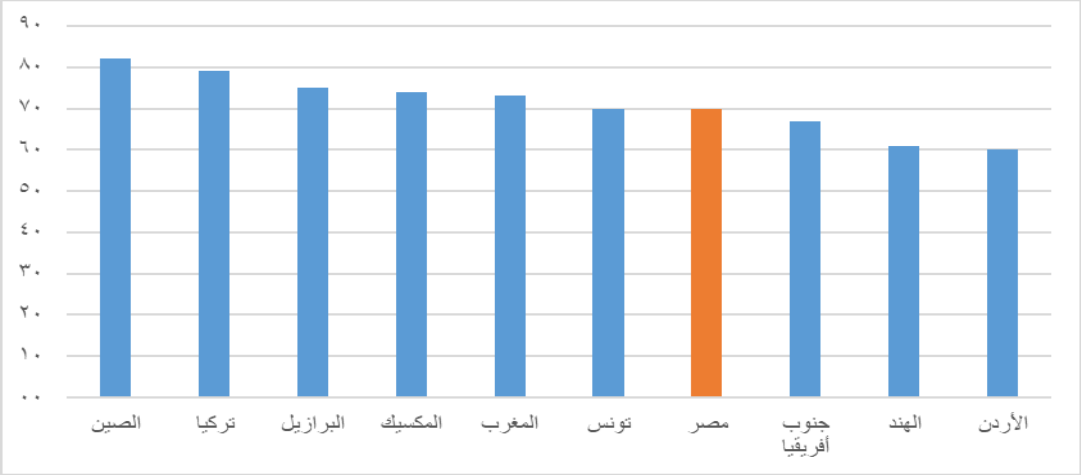
ارتبط تحسن الإنفاق العام على الصحة في مصر بتحسن العديد من المؤشرات التي تعكس كفاءة النظام الصحي ومنها مؤشر التغطية الصحية الشاملة ومؤشر العمر المتوقع بصحة جيدة.

مؤشر التغطية الصحية الشاملة[٨]:

ويعد مؤشر التغطية الصحية الشاملة أحد أهم المؤشرات التي ترصد مدى تقدم أي دولة نحو التغطية الصحية الشاملة (WHO; ٢٠٠٠) باعتباره أحد الأهداف الأممية للتنمية المستدامة (هدف ٣-٨).

ووفقا لبيانات منظمة الصحة العالمية حققت مصر تقدما ملحوظا في هذا المؤشر حيث حصلت على ٧٠ نقطة عام ٢٠١٩ مقابل ٦٢ نقطة عام ٢٠١٥ وهي قيمة أفضل من مثليتها للدول متوسطة الدخل المنخفض والذي وصل متوسط المؤشر بها إلى ٥٨ نقطة فقط مقابل ٧٧ نقطة للدول متوسطة الدخل المرتفع و٨٣ نقطة للدول مرتفعة الدخل وبالتالي مصر لديها الفرصة لإحراز مزيد من التقدم.

ويعد أداء مصر في هذا المؤشر أفضل من الأردن والهند وجنوب أفريقيا لكنه أقل منه في العديد من الدول متوسطة الدخل كما يتضح من الشكل (٢-١٣).



Source: World Health Organization, ٢٠٢١c. Global Health Observatory.

+شكل رقم (٢-١٣)

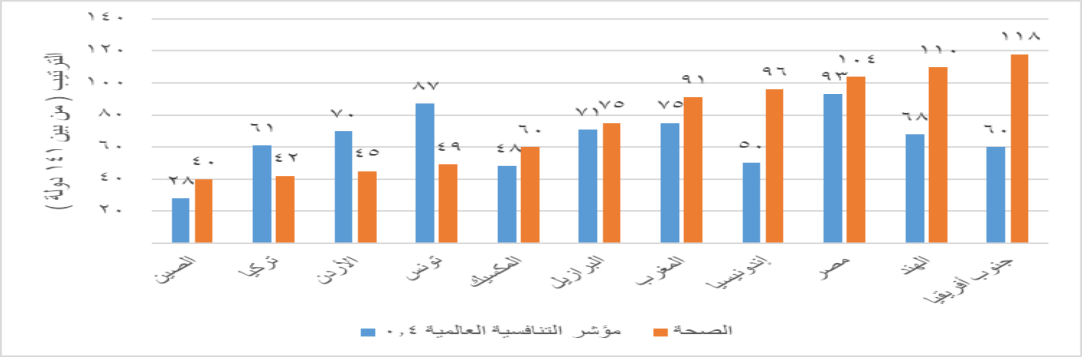
قيمة مؤشر التغطية الصحية الشاملة لمصر وبعض الدول المختارة عام ٢٠١٩

[٨] تغطية الخدمات الصحية الأساسية (تُعرَّف بأنها متوسط تغطية الخدمات الأساسية على أساس تدخلات التتبع التي تشمل الصحة الإنجابية وصحة الأم والوليد والطفل والأمراض المعدية والأمراض غير المعدية وقدرة الخدمة وإمكانية الوصول إليها بين عامة السكان وأكثرهم حرمانًا). المؤشر عبارة عن مؤشر يتم الإبلاغ عنه على مقياس بدون وحدة من ٠ إلى ١٠٠ . والذي يتم حسابه كمتوسط هندسي لـ ١٤ مؤشرتتبع لتغطية الخدمات الصحية. مؤشرات التتبع هي كالتالي. مرتبة حسب أربعة مكونات لتغطية الخدمات: ١. الصحة الإنجابية وصحة الأم والوليد والطفل ٢. الأمراض المعدية ٣. الأمراض غير السارية ٤. قدرة الخدمة والوصول. (موقع منظمة الصحة العالمية).

مؤشر العمر المتوقع بصحة جيدة:

ومن أهم المؤشرات التي تعكس كفاءة النظام الصحي العمر المتوقع بصحة جيدة وهو ذات المؤشر الذي اعتمد عليه المنتدي الاقتصادي العالمي في تقييم ركيزة الصحة في مؤشر التنافسية العالمية[٩] الصادر عام ٢٠١٩. ويرجع أحد أهم أسباب التفاوت ما بين الدول والأقاليم في تنافسيتها لتباين الأنظمة الصحية بها فكلما تحسن أداء النظام الصحي انعكس ذلك على تحسن تنافسيتها (عبود، ٢٠١٩).

وفقا لركيزة الصحة، جاءت مصر في المركز ١٠٤ من ١٤١ دولة شملها التقرير عام ٢٠١٩ وهو ترتيب متدن اذا ما قورن بأداء بعض الدول ذات المستويات التنموية المتقاربة مع مصر باستثناء الهند وجنوب أفريقيا كما يتضح من الشكل (٢-١٤).



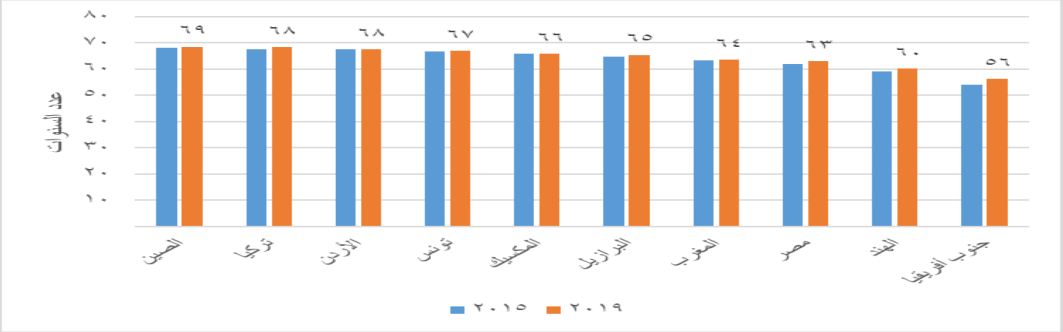
Source: World Economic Forum، (٢٠١٩). The Global Competitiveness Report ٢٠١٩.Geneva.

شكل رقم (٢-١٤)

ترتيب مصر وبعض الدول المختارة في مؤشر التنافسية العالمية وركيزة الصحة لعام ٢٠١٩

وقد شهد متوسط العمر المتوقع بصحة جيدة تحسنا في مصر وعلي مستوى دول المقارنة لعامي ٢٠١٥ و٢٠١٩ إلا أنه مازال أقل من مثيله في بعض دول المقارنة باستثناء الهند وجنوب أفريقيا كما يتضح من الشكل(٢-١٥).

[٩] مؤشر التنافسية متوسط بسيط لدرجات الدولة في المحاور المختلفة. يتم حساب درجة كل محور من خلال مجموعة من المؤشرات الفرعية التي بلغت نحو ١٠٣ مؤشرات، وتتراوح الدرجة من ٠ للأقل تنافسية إلى ١٠٠ للأعلى تنافسية، تتضمن محاور التنافسية ٠.٤ اثنتي عشرة ركيزة تتضمن المؤسسات، البنية التحتية، تبني تكنولوجيا المعلومات والاتصالات. استقرار الاقتصاد الكلي. الصحة. المهارات. أسواق المنتجات. سوق العمل. النظام المالي. حجم السوق. ديناميكية الأعمال. القدرة على الابتكار. (٢٠١٩) .World Economic Forum).



المصدر: إعداد الباحث من قاعدة بيانات منظمة الصحة العالمية

شكل رقم (٢-١٥)

العمر المتوقع بصحة جيدة لمصر وبعض الدول المختارة لعامي ٢٠١٥ و٢٠١٩

وأيًا كانت جودة المؤشر المستخدم فهو في النهاية لا يعكس كفاءة النظام الصحي بمعزل عن باقي العوامل الأخرى المؤثرة وكذلك لا يعكس كفاءة الإنفاق العام على الصحة فقط وإنما كافة المؤشرات التي تعكس كفاءة النظام الصحي تعكس كفاءة الإنفاق الكلي على الصحة بشقيه العام والخاص.

لا يوجد مؤشر واحد يمكن استخدامه لقياس كفاءة الإنفاق الصحي أو الإنفاق العام الصحي في أي دولة ويزيد من صعوبة الأمر ما يلي:

- إن كفاءة المخرجات في وقت معين تعكس الإنفاق والسياسات والإجراءات في فترة سابقة وبالتالي يوجد فارق زمني بين المدخلات والنتائج (حسن، تحت النشر).
- إن مخرجات النظام الصحي ليست نتيجة لمدخلاته فقط فتحقيق هدف الارتقاء بجودة صحة المواطنين لا يقتصر على توافر الإنفاق اللازم لتطوير وإتاحة الخدمات الصحية وتوزيعها بشكل متوازن وإنما يرتبط باعتبارات أخري عديدة منها اعتبارات داخلية ومنها كفاءة الموارد البشرية والبنية التحتية وجاهزيتها والأطر التنظيمية والتشريعية والمؤسسية الداعمة، واعتبارات خارج النظام الصحي ومنها مستويات المعيشة، النظام الغذائي، جودة الخدمات الصحية المرتبطة بالمياه النظيفة والصرف الصحي، عدد السكان ومستوياتهم التعليمية؛ إلخ.

وفقا لدراسة حديثة قامت بقياس كفاءة الأنظمة الصحية في مجموعة من الدول ذات الدخل المتوسط توصلت إلى أن فيتنام والمكسيك والصين من الدول ذات النظم الصحية الأكثر كفاءة رغم أنها ليست الأكثر إنفاقا على الصحة وذلك يرجع لعوامل متعددة منها أنها نجحت في تبني أنظمة جيدة للتأمين الصحي الاجتماعي الذي يغطي تقريبا جميع السكان بهدف زيادة الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية. أيضاً تمتعت باللامركزية في الرعاية الصحية مما ساعدها في تبني سياسات رعاية صحية مناسبة لكل من المناطق الريفية والحضرية على

أساس ظروفهم الخاصة واحتياجاتهم من الرعاية الصحية. علاوة على التزامها بالرصد والتقييم المستمر لأهداف كمية محددة مسبقا وإجراء أي تعديلات تضمن استمرارهم في المسار الصحيح (Nassar et al., ٢٠٢٠).

وقد حاولت دراسات عديدة قياس كفاءة الإنفاق العام الصحي في مصر من خلال مؤشر بسيط ورد في دراسة (Alfonso et al.,٢٠٠٣,٢٠٠٥) يقوم بتنسيب مؤشرات أداء القطاع الصحي كمخرجات إلى الإنفاق كمدخلات واستخدمته دراسات أخرى ومنها دراسة (الباز، ٢٠١٤) والتي استخدمت مؤشري متوسط العمر المتوقع ومعدل وفيات الأطفال دون الخامسة وانتهت إلى أن كفاءة الإنفاق الصحي في مصر خلال الفترة ٢٠٠٨/٢٠٠٩ وحتى ٢٠١٢/١١ بلغت ٠.٦٠٩.

وقامت دراسة (هاشم، ٢٠٢١) باتباع نفس المنهجية في قياس كفاءة الإنفاق العام الصحي في مصر واعتمدت على نفس المؤشرات وتوصلت إلى أن كفاءة الإنفاق العام الصحي في مصر خلال الفترة ٢٠١٤ وحتى ٢٠١٨ بلغت ١.٢ نقطة.

وباستخدام نفس المؤشر البسيط وبالاعتماد على مدخل وحيد وهو الإنفاق العام على الصحة بالأسعار الثابتة خلال الفترة ٢٠١٠/٢٠١١- ٢٠١٩ /٢٠٢٠ وكذلك مؤشر العمر المتوقع بصحة جيدة والذي توفره منظمة الصحة العالمية يتبين تحسن كفاءة الإنفاق العام الصحي في مصر خلال عام ٢٠١٩ عن قيمته ٢٠١٥. كما يتضح من الجدول (٢-١).

جدول (٢-١)

قيمة مؤشر كفاءة الإنفاق العام الصحي في مصر

السنة	العمر المتوقع بصحة جيدة (سنوات)	قيمة مؤشر الأداء (المخرجات)	قيمة مؤشر الكفاءة (المخرجات/ الإنفاق الحكومي بالأسعار الثابتة)
٢٠١٠	٦١.٧	٠.٢٧٨	١.٥٣٣
٢٠١٥	٦٢	٠.٤٤٤	٠.٦٥٩
٢٠١٩	٦٣	٠.٧٢٢	٠.٧٧٧

المصدر: إعداد الباحث.

وفي محاولة أخري لقياس كفاءة الإنفاق العام الصحي في مصر مقارنة بمجموعة الدول المختارة عامي ٢٠١٥ و٢٠١٩ باستخدام متوسط نصيب الفرد من الإنفاق الحكومي على الصحة بالدولار (تعادل القوة الشرائية) كمدخلات ومتوسط العمر المتوقع بصحة جيدة كمخرجات.

جدول (٢-٢)

قياس كفاءة الإنفاق العام الصحي في مصر مقارنة بمجموعة الدول المختارة عامي ٢٠١٥ و٢٠١٩ باستخدام متوسط نصيب الفرد من الإنفاق الحكومي على الصحة بالدولار (تعادل القوة الشرائية) كمدخلات ومتوسط العمر المتوقع بصحة جيدة كمخرجات.

	متوسط العمر المتوقع بصحة جيدة (سنوات)		متوسط نصيب الفرد من الإنفاق الحكومي على الصحة بالدولار PPP		مؤشرات الأداء		مؤشرات الكفاءة	
الدولة/ السنة	٢٠١٥	٢٠١٩	٢٠١٥	٢٠١٩	٢٠١٥	٢٠١٩	٢٠١٥	٢٠١٩
الصين	٦٨	٦٨.٥	٣٧٧.٧	٤٩٢.٧	٠.٧٧٨	٠.٧٨٠	٦.٠٨٩	٣.٧٠٢
تركيا	٦٧.٧	٦٨.٤	٨٢٨.٤	٩٢٤.٧	٠.٧٥٨	٠.٧٧٣	٢.٦٥٦	١.٩٤٦
الاردن	٦٧.٦	٦٧.٦	٣٧٨.١	٤٠٨.١	٠.٧٥١	٠.٧١٤	٥.٨٧٣	٤.١٠٠
تونس	٦٦.٧	٦٦.٩	٣٦٥.٠	٤٥٠.٩	٠.٦٩٠	٠.٦٦٣	٥.٥٩٩	٣.٤٤١
المكسيك	٦٥.٨	٦٥.٨	٥٤٦.٧	٥٤٧.٨	٠.٦٣٠	٠.٥٨٢	٣.٣٧٠	٢.٤٨٤
البرازيل	٦٤.٧	٦٥.٤	٥٦٨.٢	٦١٠.٢	٠.٥٥٦	٠.٥٥٣	٢.٨٥٩	٢.١١٥
المغرب	٦٣.٣	٦٣.٧	١٥٠.١	١٦٩.٣	٠.٤٦١	٠.٤٢٩	٩.٥٨٠	٦.٠٢٧
مصر	٦٢	٦٣	١٩١.٩	١٦١.٨	٠.٣٧٤	٠.٣٧٧	٥.٩٥٣	٥.٥٥٩
الهند	٥٩.١	٦٠.٣	٥٠.٤	٦٩.٢	٠.١٧٨	٠.١٧٩	١٣.٤٢٣	٦.٤٣٥
جنوب افريقيا	٥٤.١	٥٦.٢	٦٢٩.٨	٦٩٧.٧	-٠.١٥٨	-٠.١٢١	-٠.٧٣٣	-٠.٤٠٤

المصدر: إعداد الباحث.

توضح نتائج مؤشرات الكفاءة لمصر باستخدام بيانات متوسط نصيب الفرد من الإنفاق العام على الصحة تراجعا طفيفا للمؤشر ما بين عامي ٢٠١٥ و٢٠١٩. كما اختلف ترتيب مصر وفقاً لمؤشر الكفاءة ما بين الدول خلال العامين وكذلك يتضح أن الصين حققت اعلي متوسط عمر متوقع بصحة جيدة وهي ليست صاحبة اعلي متوسط لنصيب الفرد من الإنفاق الحكومي.

يعد هذا المؤشر آلية بسيطة وغير دقيقة لتقدير كفاءة الإنفاق العام أو الإنفاق الصحي الإجمالي نظراً لتأثره الشديد باختيار المتغيرات التي تمثل المدخلات والمخرجات علاوة على صعوبة ربط المخرجات (التي يمكن تقييمها وفقاً لمؤشر وحيد أو عدة مؤشرات كما سبق أن أشرنا) بالمدخلات كما أن اختلاف المتغيرات التي تعبر عن جانبي المدخلات والمخرجات غير من قيمة المؤشر وكذلك عددها.

اتبعت دراسات أخري منهجيات اكثر تقدما لقياس كفاءة الإنفاق العام الصحي سواء باستخدام أساليب تقدير بارا مترية مثل أسلوب تحليل الحدود العشوائية Stochastic Frontier Analysis أو أساليب التقدير غير البارامترية مثل تحليل مغلف البيانات Data Envelopment analysis وتحليل مغلف التصرف الحر Free

disposable Hall ونموذج الآثار العشوائية المعمم the generalized true random effects model وغيرها من الأساليب الكمية إلا أن قيد الوقت قد حال دون تطبيقها في هذا الجزء.

تحديات الإنفاق الصحي في مصر:

يعتبر تمويل الصحة أحد المحاور الرئيسية لأي نظام صحي ومقوما رئيسيا لتحقيق التغطية الصحية الشاملة وهو الهدف ٣– ٨ من أهداف التنمية المستدامة ٢٠٣٠. يواجه الإنفاق الصحي في مصر العديد من التحديات التي تنعكس بشكل مباشر أو غير مباشر على كفاءة النظام الصحي ككل ومن هذه التحديات:

- تفتت الإنفاق الصحي في مصر ما بين إنفاق عام متواضع وإنفاق مباشر ضخم يصعب حوكمة هذا الإنفاق وتعظيم الاستفادة منه.
- تواضع الإنفاق العام على الصحة في مصر مقارنة بالمعدلات العالمية وبمثيله في العديد من الدول ذات المستويات التنموية المتقاربة ومقارنة بالاحتياجات المتزايدة من السكان للخدمات الصحية ويرتبط هذا التواضع بضيق الحيز المالي للدولة.
- عدم وجود معايير معلنة لأسس توزيع الإنفاق العام الصحي على المحافظات وضعف كفاءة الإنفاق الصحي خاصة فيما يتعلق بالقدرة على التنبؤ بحجم المخصصات وتوزيعها وكذلك بربط التخطيط للموازنة الخاصة بالصحة بحجم الاحتياجات التمويلية المطلوبة لتحقيق تقدم معين نحو التغطية الصحية الشاملة معلنا في صورة مستهدفات كمية واضحة يمكن تتبعها وتقييمها.
- عدم إتاحة البيانات التفصيلية الخاصة بأوجه الإنفاق العام الصحي على بنود الخدمات الصحية المختلفة.
- ارتفاع نسب المدفوعات المباشرة للأفراد والأسر للحصول على الخدمة الصحية في ظل ارتفاع نسبة السكان تحت خط الفقر وكذلك ارتفاع نسب المشتغلين بالقطاع غير المنظم وفي نفس الوقت انخفاض القدرة على جذب هذه الأموال في اتجاه نظام تامين صحي اجتماعي شامل يمكن الفرد من الحصول على الخدمة الصحية دون ارتباط ذلك بالدفع الفوري مقابل الخدمة بالإضافة لتغطية الفقراء ومن لديهم عجز.
- تقادم المؤشرات الصحية المتاحة وافتقارها للمؤشرات التي تعكس تقييم جودة الخدمات الصحية المقدمة والاحتياج لجمع بيانات جديدة. ويؤكد ذلك أنه من بين ٢٧ مؤشرا فرعيا لتقييم مدى التقدم في تحقيق الهدف الثالث من أهداف التنمية المستدامة الخاص بالصحة تصل نسبة البيانات المتاحة إلى ٥٩.٢% (الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء، ٢٠١٩).

- ضعف حوكمة النظام الصحي في مصر بشكل عام يخفض من كفاءة الإنفاق الصحي ويعكس ضعف الحوكمة غياب الرؤية الاستراتيجية للتغطية الصحية الشاملة وتنوع إدارة وتنظيم وتمويل ومستوي جودة الخدمات الصحية من فاعلين متنوعين يتبعون جهات إدارية مختلفة وتحكمهم تشريعات وتنظيمات متنوعة (المركز المصري للدراسات الاقتصادية، ٢٠٢٠).
- يواجه الباحثون تحديات متعددة لقياس كفاءة الإنفاق الصحي والإنفاق العام الصحي نظراً لأسباب متعددة منها أنه كفاءة المخرجات في وقت معين تعكس الإنفاق والسياسات والإجراءات في فترة سابقة كما أن مخرجات النظام الصحي ليست نتيجة لمدخلاته فقط فتحقيق هدف الارتقاء بجودة صحة المواطنين لا يقتصر على توافر الإنفاق اللازم لتطوير وإتاحة الخدمات الصحية وتوزيعها بشكل متوازن وإنما يرتبط باعتبارات أخري عديدة منها اعتبارات داخلية ومنها كفاءة الموارد البشرية والبنية التحتية وجاهزيتها والأطر التنظيمية والتشريعية والمؤسسية الداعمة، واعتبارات خارج النظام الصحي ومنها مستويات المعيشة، النظام الغذائي، جودة الخدمات الصحية المرتبطة بالمياه النظيفة والصرف الصحي، عدد السكان ومستوياتهم التعليمية.

الفصل الثالث

فعاليــة الإنفاق بمنظومة التأمين الصحي المجتمعي

مقدمة:

صناعة التأمين بعامة منظومة اكتوارية فنية لبعثرة تكلفة المخاطر على أكبر عدد ممن يؤمن عليهم بوثائق تأمينية ضد خطر ما وذلك اتقاء ما قد يقع على كاهل أي منهم وحده من باهظ التكلفة إن تحقق احتمال وقوع هذا الخطر.

وهى صناعة مولدة للمدخرات بما يتم جمعه من قيمة أقساط ما يوثق من "بوالص" تأمين.

وهى صناعة مولدة للاستثمار بما يجرى استثماره من تلك الأقساط مجتمعة في مشروعات تنموية بعد تسوية قيم التعويضات سدادا أو استحقاقا إزاء ما يقع فعلا من مخاطر مؤمن ضدها.

وإذا كانت صناعة التأمين الصحي رافعة لاستدامة التنمية الاقتصادية والمجتمعية بما تقوم به من دور في الحفاظ على الموارد البشرية بعامة وعلى رءوس الأموال الذهنية بخاصة، فإن للآلية التأمينية الصحية دورا في إحداث توازن بين كلفة الحصول على الرعاية الصحية (وهى باهظة التكلفة بطبيعتها) وبين مستويات المعيشة السائدة للأفراد وللأسر التي يمكن أن تهن إما عجزاً عن تحمل تلك الكلفة أو دخول مستويات المعيشة ذاتها في أتون المعاناة أمام كلفة درء وقوع الأسقام الصحية وقاية أو التدخل للحد من تداعيات تلك الأسقام الصحية وتفاقمها إن وقعت سواء بآليات الاستشفاء بالعيادات الخارجية أو بآليات الاستشفاء بالعيادات الداخلية وبأي مستوى من مستويات التدخل الطبي.

وقد استهدف هذا الجزء من البحث تقييم فعالية الإنفاق بمنظومة التأمين الصحي المجتمعي من خلال:

أولا: إجراء تحليل موقف لفعالية أداء منظومة التأمين الصحي الراحلة التي وإن كانت تعمل بمؤسسية واحدة (الهيئة العامة للتأمين الصحي) ولكنها كانت خاضعة تشغيليا لثمانية قوانين بدءاً بقرار لرئيس الجمهورية (وردت على سبيل الحصر بمتن البحث).

ثانياً: من خلال تحليل موقف للفعالية المتوقعة للإنفاق اللازم لأداء منظومة تأمين صحى قادمة جاءت بالفعل أول إرهاصات تطبيقها بمؤسسية ثلاثية (الهيئة العامة للتأمين الصحي الشامل والهيئة العامة للرعاية الصحية والهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية) في ظل قانون واحد (رقم (٢) لسنة ٢٠١٨) ولائحة تنفيذية له صادرة بقرار رئيس مجلس الوزراء رقم ١٠٩ لسنة ٢٠١٨ يتم تطبيقهما بمراحل مكانية وزمنية تصل لعشر سنوات، حيث

تم تبرير تلك المرحلية المكانية والزمنية بتحقيق استدامة الملاءة المالية للمنظومة، ومراعاة التوازن الاكتواري، وإدارة المرحلة الانتقالية من النظام القديم للنظام الجديد بشكل متوازن لضمان جودة التنفيذ.

وإذا كانت هناك العديد من المؤشرات لتقييم فعالية الإنفاق التأمين بعامة فإن لتقييم فعالية الإنفاق بمنظومة التأمين الصحي المجتمعي (الاجتماعي سلفاً) مؤشرات خاصة أساسية وإن كانت مضافة ألا وأن أهمها هو درجة تأثير تطبيق منظومة التأمين الصحي المجتمعي والإنفاق عليها على درجة التوسع والانكماش في التغطية التأمينية الصحية المجتمعية للسكان من ناحية ومدى تأثير تطبيق منظومة التأمين الصحي المجتمعي على انحسار وتقلص إنفاق الفرد الخاص وانحسار وتقلص إنفاق الأسرة الخاص على الرعاية الصحية سواء بالاستشفاء الخارجي أو بالاستشفاء الداخلي.

وبتطبيق هذا المؤشر على حالتنا فقد أسفر البحث عن الكشف عن حقيقة أنه على الرغم من التمدد والتوسع منذ عام ١٩٦٤ في التغطيات التأمينية الصحية المجتمعية بتغطية فئات مستجدة بثمانية قوانين للتأمين الصحي فإن الإنفاق السنوي للأسرة كما للفرد على الرعاية الصحية الخاصة استمر في التزايد من عام لآخر رافقه تناقص في الإنفاق على كل من التعليم وعلى الترفيه بل وأيضاً على الطعام والشراب الذي شهد تناقصا هو الآخر وذلك معناه (ضمن العديد من المعاني الأخرى) أن التوسع في التغطيات التأمينية الصحية بالقوانين الثمانية لمنظومة التأمين الصحي الراحلة لم تسفر عن دعم التنمية البشرية المستدامة.

وهنا يثور التساؤل (الذي حاول البحث الماثل التنويه بإجابة عليه) هل تستطيع منظومة التأمين الصحي أحادية القانون (رقم (٢) لسنة ٢٠١٨) ثلاثية المؤسسية أن تكون عوناً في دعم مستويات المعيشة وذلك بزيادة فاعلية الإنفاق التأمينى الصحي المجتمعي على خفض إنفاقى الفرد والأسرة الخاصين على الرعاية الصحية، من أجل تحقيق المأمول من التحسن في مستويات المعيشة؟

إن سبر أغوار البحث في الملامح التنظيمية والهيكلية المؤسسية والتشغيلية الناجمة عن تطبيق القانون رقم (٢) لسنة ٢٠١٨ ولائحته التنفيذية لا يعطي إجابة مطمئنة تنموياً في هذا الصدد بل أن الأمر يحتاج إلى إعادة نظر في المؤسسية التنظيمية والإدارية والمالية والفنية الناجمة عن تطبيق القانون سالف الذكر ولائحته التنفيذية.

وهذا ما تم فعلا بالبحث الماثل الذي انتهى بمقترح كتوصية في عجالة اختتم بها البحث الماثل والتي تستحق إعادة النظر بمَلِيَّةٍ تخطيطية وتنموية حتى يتم الإنفاق التأمينى الصحي في ثوبه الجديد طبقاً للقانون رقم (٢) لسنة ٢٠١٨ ولائحته التنفيذية بالكفاية والكفاءة والفعالية والفاعلية في منتجاته من كافة ألوان الرعاية الصحية من حيث الحصول على مخرجات صحية ذات جودة ضامنة لضمان استدامة الجودة التي ستقاس بمؤشر أساسي

(إلى جانب مؤشرات أخرى كثيرة) ألا وهي مدى قدرة منتجات الرعاية الصحية على خفض وتقزيم احتمال الانتقال من حالة الإصحاح إلى حالة الاعتلال، وعلى معظمة احتمال الانتقال من حالة الاعتلال إلى حالة الإصحاح مرة أخرى وعلى تقزيم احتمال الانتقال من حالة اعتلال إلى حالة اعتلال أسوأ وأيضاً القدرة على تقزيم أيام القعود المؤقت وتدنية احتمال القعود الدائم (سواء بالعجز الدائم أو بالوفاة) عن السوية الصحية المطلوبة.

ومن هنا كانت أيضاً عنونة كل بند بقائمة المحتويات على النحو الذي جاء به وذلك بالاستناد في تلك العنونة لفحوى ومنحى مضمون الرسالة المعرفية التي يعبر عنها البند موضوع العنونة.

صناعة التأمين بعامة منظومة اكتوارية فنية لبعثرة المخاطر:

لصناعة التأمين بعامة دور اقتصادي ومجتمعي كعنصر أساسي من عناصر منظومة سوق المال وذلك بالمشاركة في هذا الملمح (على المستوى الاقتصادي الكلى والقطاعي والجزئي) مع الجهاز المصرفي وسوق الأوراق المالية ومعهما صناديق الاستثمار.

فالتأمين بعامة فيه حماية للمؤمن عليهم من المخاطر بأنواعها وتوابعها من مسئوليات مدنية وغير مدنية التي يتعرضون لها ولاسيما تلك المتعلقة بالأسقام والعلل وكل ما تتعرض له حياة الإنسان من مخاطر، كما يساعد التأمين على حماية الممتلكات الشخصية والوطنية مما تتعرض له من مخاطر وذلك بتقديم خدمات التأمين المناسبة لتغطية تلك المخاطر وذلك سواء من حيث بعثرة التكلفة على كل من المعرضين وغير المعرضين لتلك المخاطر والموثوقية في التغطية الآمنة بإعادة التأمين عليها، فهو من ثم مكون رئيسي من مكونات القطاع الاقتصادي والقطاع المالي والمجتمعي وذلك كآلية يحول بموجبها المؤمن عليه الخطر الذي يتعرض له إلى شركة التأمين مقابل دفع أقساط يتحمل سدادها سواء تعرض للخطر أم لم يتعرض له مما يجعل في مُكْنة المؤمن عليهم بعثرة المخاطر بعيداً عمن يتعرضون لها ومن لا يتعرضون لها مع تقليص محاذير المستقبل مقروناً بحسن التصرف حيالها.

صناعة التأمين بعامة مولدة للمدخرات وممولة للاستثمارات جزئياً وقطاعياً وكلياً:

وقطاع التأمين من أكبر القطاعات المولدة للمدخرات طويلة الأجل بما يقوم به من تجميع للأقساط بشكل دوري سداداً لقيمة البوالص (الوثائق) التأمينية المبرمة بين المؤمن والمؤمن عليهم وبحجم التعويضات المنصرفة سدادا لقيمة التزامات شركات التأمين قبل المؤمن عليهم، علاوة على الدور الحيوي لقطاع التأمين في إنماء عملية الاستثمارات بالمساهمة في تمويل العديد من المشروعات سواء كمساهم فيها أو كمؤسس لها وما ينجم عن ذلك

من عوائد وإنتاج وخدمات وفرص عمالة مباشرة وغير مباشرة وقيم مضافة بأنواعها وهو ما يمكن الإحاطة به بتحليل بنود الحسابات الختامية لشركات التأمين من إجمالي الأقساط المتحصلة أو تحت التحصيل وإجمالي التعويضات المدفوعة أو تحت التسوية ومن استثمارات مصدرها المخصصات الفنية والمخصصات التجارية والاحتياطيات ومن حقوق للمساهمين من أصحاب حقوق الملكية وحقوق حملة الوثائق التأمينية والفائض من الأرباح المحتجزة بعد التوزيع وما يعود على المالية العامة للدولة بما تجبيه من أموال عامة في شكل ضرائب بأنواعها وأيضاً بما تحويه محفظة الأعمال التأمينية (التغطيات التأمينية) ومحفظة الاستثمارات التأمينية الخاصة وبما تقوم به شركات التأمين من تمويل الاستثمار في مختلف القطاعات الاقتصادية والاجتماعية بل وأيضاً مساهمتها في دعم الميزان التجاري وميزان المدفوعات من خلال تعاملاتها مع أسواق التأمين الدولية من تصدير ومن تلق لعمليات تأمينية من شركات التأمين كبعثرة للمخاطر التأمينية المحلية برفع كاهل مخاطرها عن شركات التأمين المحلية وبعثرتها بين شركات التأمين الدولية وذلك بعمليات تأمين وبعمليات إعادة تأمين كما هو الحال تماما بما يتم من بعثرة لدى شركات التأمين ذاتها للمخاطر التأمينية بين الأفراد المؤمن عليهم وهو ما ينطبق أيضاً على شركات التأمين تماماً كما ينطبق على الأفراد من توزيع للمخاطر بين شركات التأمين من خلال عمليات إعادة التأمين تماما كتوزيع المخاطر التأمينية بين الأفراد والهيئات والمؤسسات من خلال التأمين عليها لدى شركات التأمين.

صناعة التأمين الصحي رافعة لاستدامة التنمية الاقتصادية والمجتمعية بالحفاظ على رءوس الأموال الذهنية:

لصناعة التأمين الصحي بخاصة وما يحبوها من منظومة رعاية صحية تأمينية على وجه التحديد دور ليس صحيا أو طبيا تنمويا فحسب بل لها أيضاً دور في استدامة التنمية الاقتصادية والاجتماعية والمجتمعية للموارد البشرية بعامة ولرءوس الأموال الذهنية بخاصة.

إذ لصناعة التأمين الصحي دور كرافعة تنموية مستدامة بما لها من مقومات تأمينية اكتوارية فنية ومن مقومات مالية تمويلية خاصة وعامة على مستوى المنظومة التأمينية وما يجاورها من منظومات اقتصادية ومجتمعية على المستويات الجزئية والقطاعية والكلية، وكركيزة لبنيوية تنموية صحية/تأمينية تستهدف بعثرة المخاطر الصحية عن البنيوية البدنية والنفسية للموارد البشرية لرءوس الأموال الذهنية وذلك بتوفير وسائل إصحاح الإنسان نفسياً وبدنياً من خلال تقديم كافة خدمات الرعاية الصحية طبقاً للمعايير المهنية المتعارف عليها دولياً وذلك بتغطية تأمينية صحية تأخذ بمفهوم بعثرة أعباء المخاطر الصحية الحالية والمستقبلية على من سيتعرضون أو لاَ يتعرضون لها من ناحية، وبمفهوم تقديم أوجه الرعاية الصحية طبقاً للمعايير المهنية المتعارف عليها دولياً من خلال تغطية

صحية تأخذ بمفهوم التكافل الاجتماعي المجتمعي مصدراً تمويليا يوفر ملاءة تضمن قدرة الآلة التمويلية التأمينية الصحية على الاستمرار في توفير الرعاية الصحية إنتاجا وتوزيعا واستخداماً: بما لا يثقل لا كاهل الموازنة العامة للدولة من ناحية وبما لا يثقل كاهل الفرد المعرضة حياته للمخاطر الصحية من ناحية أخرى وبما لا يرهق كاهل الأسرة كوحدة بنيوية مجتمعية من ناحية ثالثة، ودون أن يتحمل أحدهم وحده أعباء التكلفة المتزايدة للرعاية الصحية بمستوياتها من رعاية وقائية أو تشخيصية أو علاجية تردداً خارجيا أو استشفاءً داخليا وما يستلزمه تفعيل عوامل الإصحاح البدني والنفس والذهني بما يتم تقديمه من خدمات تحصينية وقائية ضد الأمراض المعدية في شكل حملات قومية ومن تدخلات في حالات الجوائح الوبائية ومن خدمات علاجية للأمراض المزمنة والأمراض المتوطنة وذلك كله بمواقع المراكز الصحية بأقسام الاستشفاء الخارجي أو بأقسام الاستشفاء الداخلي بمختلف المستويات بالمستشفيات العامة أو المركزية أو تلك المتخصصة، وذلك كله من أجل الحفاظ على مستوى الخصائص الإيجابية الصحية والديموجرافية وذلك تأهيلا لقدراتها كموارد بشرية من ناحية وكرءوس أموال ذهنية من ناحية أخرى وكذلك دعما لقدراتها في مختلف مجالات التنمية الاقتصادية أو الاجتماعية سواء البيئية المادية أو الثقافية اللامادية.

٣-١ تطور منظومة التأمين الصحي في مصر:

<u>للآلية التأمينية الصحية دور في إحداث توازن بين كلفة الحصول على الرعاية الصحية وبين مستويات المعيشة السائدة:</u>

من المفترض أن تعمل الآلية التأمينية الصحية على إحداث توازن في أسعار المعروض من جانب منتجي الرعاية الصحية ومقدميها (سواء أكان قطاعا عاما حكوميا أو قطاعا خاصا أو قطاعا أهليا) وبما يمكن أن تساهم به الآلة التأمينية الصحية من تخفيف آثار أو من رفع أعباء تكاليف الحصول على الرعاية الصحية المنتجة عن كاهل الدولة والأسرة والفرد باعتبار أن الدولة ممول للإنفاق العام وأن الأسرة والفرد ممولان للإنفاق الخاص وذلك بآلية تأمينية صحية تعمل على تفتيت تكاليف الحصول على تلك الخدمات وبعثرتها على أكبر عدد ممن يمكن تغطيتهم تأمينيا لاسيما بعد أن أصبح الإنفاق العام للدولة على الرعاية الصحية لمواطنيها عبئاً ثقيلا على موازنتها العامة، كما أصبح دفع تلك التكاليف الباهظة عبئاً ثقيلا على الفرد لا يقل خطر بوائقه الاجتماعية عن اعتلال صحته أو ترديها ولاسيما لدى الفئات محدودة أو معدومة الدخل، وحتى الفئات متوسطة الدخل وما يعلوها من مستويات دخل وهى الفئات التي من المفترض أن تتولى الآلية التأمينية الصحية تغطيتها بالرعاية الصحية اللازمة لها دون تحميلها إلا بقدر ما لديها من قدرة مالية وإن انعدمت هذه القدرة المالية فالمجانية في الحصول

على تلك الخدمات حق لها وواجب على المجتمع دولة وأسراً وأفراداً وذلك كله من خلال منظومة تأمينية صحية يضع ويقر تشريعها المبادئ العامة لتمويل آليات تشغيل عناصر المنظومة ويبلور ويحدد المعطيات العامة لتوفير تلك الخدمات وتقوم الدولة بدورها كمنظم **Regulator** للعلاقة بين أطراف المنظومة التأمينية والصحية: مقدمي الخدمة / مموليها / المشمولين بتغطيتها، أي تقوم الدولة بدورها ليس كممول للرعاية وليس مشتريا لها وليس كمنتج لها وليس كبائع لها ولا كوكيل عن المنتفع بالرعاية من المؤمن عليهم بل فقط كمنظم سيادي للعلاقة سالفة الذكر.

وللمنظومة الصحية التأمينية المصرية باع وتاريخ ترافق وتزامن مع باع وتاريخ تطوير وتحديث المنظومة الصحية المصرية ذاتها بعامة وهو التطوير والتحديث الذي انتقل بالمنظومة الصحية المصرية من مفهوم الحكمباشى إلى مفهوم مؤسس للمنظومة الصحية بعامة وذلك بما شهدته المنظومة الصحية المصرية من تطوير ومن تمدد ومن توسع خلال الخطة الخمسية الأولى للتنمية الاقتصادية والاجتماعية ١٩٦٠/١٩٦٥ وذلك بتقنين التبعية المؤسسية لما كان قائماً من دور رعاية صحية علاجية من ناحية وبإنماء شبكة من وحدات الرعاية الصحية الأولية الريفية والحضرية مع إرساء قواعدها الوقائية بغياهب أصقاع الريف والحضر بالمُحضرن ديموجرافيا وجغرافيا وطبوغرافيا من مدن ومراكز، حيث تم خلال تلك الخطة الخمسية (١٩٦٠ – ١٩٦٥) نشر ما يزيد على ألفى وحدة صحية حضرية وريفية في كافة ربوع مصر.

عام ١٩٦٤ شهد بزوغ أول تقنين لمنظومة التأمين الصحي في مصر ليتوالى بعدها صدور العديد من قوانين التأمين الصحي بتوسع ليس من السهل مجاراته تجارته في التغطية التأمينية الصحية ولكن الموارد المتاحة عجزت عن الوفاء بتقديم رعاية ذات جودة يعتد بها:

شهد عام ١٩٦٤ بزوغ أول تقنين لمنظومة التأمين الصحي في مصر بصدور القانونين رقمي ٧٥ لسنة ١٩٦٤ و٦٣ لسنة ١٩٦٤ وقرار رئيس الجمهورية رقم ١٢٠٩ لسنة ١٩٦٤ في شأن إنشاء الهيئة العامة للتأمين الصحي وفروعها للعاملين في الحكومة ووحدات الإدارة المحلية والهيئات العامة والمؤسسات العامة، حيث حدد القانونان الفئات المغطاة بالرعاية الصحية التأمينية ونسب الاشتراكات الشهرية المسددة بواسطة أصحاب الأعمال من ناحية والمستفيدين بالرعاية الصحية التأمينية من ناحية أخرى، كما صدر القانون رقم ١٠ لسنة ١٩٦٧ في شأن تنظيم التعامل في الأدوية وفى عام ١٩٧٥ صدر القانونان رقما ٣٢ لسنة ١٩٧٥ و٧٩ لسنة ١٩٧٥ اللذان تعلقا بخفض الأعباء المالية الملقاة على عاتق كل من صاحب العمل والعاملين مع إضافة بعض المساهمات المالية التي تقرر أن يدفعها المستفيد من الرعاية لدى حصوله عليها.

فى ظل قوانين تأمين صحى متعددة (وحتى صدور القانون الجديد رقم (٢) لسنة ٢٠١٨ ولائحته التنفيذية) لم يكن مغطى تأمينيا صحياً إلا نصف سكان مصر:

صدر القانون رقم ١٢٦ لسنة ١٩٨١ في شأن إنشاء المجلس الأعلى للرعاية العلاجية التأمينية، والقانون رقم ٩٩ لسنة ١٩٩٢ في شأن نظام التأمين الصحي على الطلاب، ثم القانون رقم ٢٣ لسنة ٢٠١٢ في شأن نظام التأمين الصحي للمرأة المعيلة والقانون رقم ٨٦ لسنة ٢٠١٢ في شأن نظام التأمين الصحي على الأطفال دون السن الدراسية، والقانون رقم ١٢٧ لسنة ٢٠١٤ في شأن نظام التأمين الصحي على الفلاحين وعمال الزراعة وقد عبرت وعكست القوانين سالفة الذكر بإصداراتها وتغطيتها التأمينية الصحية المختلفة نية مصممي السياسات الصحية في مصر وإصرارهم على مد التغطية التأمينية الصحية لكافة فئات المواطنين وذلك بصرف النظر عن توافر أو عدم توافر الموارد التمويلية والموارد البنيوية لتغطية تأمينية صحية كافية وكفء وفعالة أم لا.

وعلى الرغم من تعدد قوانين التأمين الصحي وصدورها تباعا على مدى خمسين عاماً (منذ عام ١٩٦٤ وحتى عام ٢٠١٤) والتمدد التشريعي فحسب دون تمدد فعلى في التغطية التأمينية الصحية لفئات مجتمعية متعددة من العاملين بالحكومة ووحدات الإدارة المحلية والهيئات والمؤسسة العامة والطلاب والمرأة المعيلة والأطفال (دون السن الدراسية) والفلاحين وعمال الزراعة، فإن نسبة الأفراد المشتركين في التأمين الصحي لم تتجاوز نصف السكان في مصر حيث تدرجت هذه النسبة من ٤٦.٣% عام ٢٠١١/٢٠١٠ إلى ٥٠.١% عام ٢٠١٣/٢٠١٢ ثم إلى ٥٠.٨% عام ٢٠١٥ (٥٦.٩% من الذكور و٤٤.٨% من الإناث) و(٥٢.٨% بالحضر و٤٩.٣% بالريف) وإلى ٥٠.١% عام ٢٠١٨/٢٠١٧ (٥٦.٣% من الذكور و٤٣.٨% من الإناث) (٥٢.٢% بالحضر و٤٨.٦% بالريف) بما يعنيه ذلك من فقدان حوالى نصف السكان في مصر أى تغطية تأمينية صحية على الإطلاق ويندرج تحتهم بطبيعة الحال العمالة غير المنتظمة ومعهم المتعطلون عن العمل، وفى عام ٢٠١٥ كانت أعلى نسبة اشتراك في نظام التأمين الصحي العام بمحافظات الحدود (٥٦.٨%) بينما كانت أقل نسبة (٤٨.١%) بريف الوجه القبلي.

قبل صدور قانون التأمين الصحي الجديد رقم (٢) لسنة ٢٠١٨ كانت التغطية التأمينية الصحية مرتفعة بين العمالة الأقل تعلماً:

وقد تطورت نسب الأفراد المشتركين في التأمين الصحي حسب الحالة التعليمية وذلك على النحو التالي (جدول٣-١).

جدول رقم (٣-١)

تطورات نسب الأفراد المشتركين في التأمين الصحي حسب الحالة التعليمية خلال الفترة ٢٠١٣/١٢ – ٢٠١٨/١٧

الحالة التعليمية	عام ٢٠١٣/٢٠١٢	عام ٢٠١٥	عام ٢٠١٨/٢٠١٧
أمي	٦.٨	٨.٣	٩.١
يقرأ ويكتب	٦٤	٥٥.٥	٥٨.١
ممحوة أميته	٣٤.٥	٣٤.٩	٣٣
مؤهل أقل من المتوسط (معظمهم من طلبة المدارس الذين يشملهم التأمين الصحي)	٦٥.٢	٦٤.١	٦٣.٦
مؤهل متوسط	٢٤.٨	٢٧.٤	٢٨.٩
مؤهل فوق المتوسط	٤٥.٨	٤٦.٩	٤٤.٤
مؤهل جامعي فأعلى	٥١.٣	٥٣.٦	٥٢.٥

المصدر: تمت الاستعانة بالأعداد المتتالية للدراسات المتعلقة بتحليل: "إنفاق الأسرة المصرية على الخدمات والرعاية الصحية) والتي أجراها الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء وتم نشرها تباعاً في إصدارات أغسطس ٢٠١٢ وسبتمبر ٢٠١٤ وديسمبر ٢٠١٦ ويوليو ٢٠٢٠، ومن المفترض أن البيانات والمعلومات المنشورة بواسطة الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء وما يستقى منها من معارف (حتى وإن كانت نتاج بحوث بالعينة) تكون قابلة للتعميم لما تتمتع به هذه البيانات وتلك المعارف من مصداقية وثبات ووثاقة وعدم تحيز نظراً لمطابقة أسلوب المعاينة المطبق بواسطة الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء لمعايير الجودة الاستبيانية.

ومن الجدول السابق يلاحظ ارتفاع نسبة التغطية التأمينية الصحية لحاملي المؤهل أقل من المتوسط لأن معظمهم من طلبة المدارس المشمولين بالتأمين الصحي، يليهم من يقرأون ويكتبون باعتبارها عمالة حكومية مغطاه رسميا بالتأمين الصحي، ثم حاملو المؤهل الجامعي فأعلى، ليليهم حاملو المؤهل فوق المتوسط من العاملين الحكوميين، وأن انحصار التغطية الصحية التأمينية في الفئات ذات مستوى التعليم الهامشي مقرونا بانخفاض الإنفاق على الرعاية الصحية التأمينية سيؤثر بلا مرية على كفاءة استخدام موارد الرعاية الصحية التأمينية لكونه (أي الإنفاق) يقع بين فئات مغطاة تأمينيا هشة التكوين الثقافي المادي واللامادي.

وقد بلغت نسبة الأفراد المشتركين في التأمين الصحي ويترددون على العيادات الخارجية في عام ٢٠١٠/٢٠١١ _ ٩٧.٢%، وتبلغ نسبة الأفراد المشتركين في التأمين الصحي وينفقون على المنتجات والأجهزة والمعدات الطبية ٧٩.٦%.

٣-٢ تطور إنفاق الأسرة المصرية على الرعاية الصحية الخاصة:

الإنفاق السنوي للأسرة على الرعاية الصحية الخاصة يحتل المرتبة الثالثة بعد الإنفاق على الطعام والشراب من ناحية وبعد الإنفاق على المسكن ومستلزماته من ناحية أخرى، ويشير (جدول ٣-٢) إلى أن الإنفاق النسبي للأسرة على الصحة يحتل المرتبة الثالثة من حيث الأهمية النسبية بعد الإنفاق على الطعام والشراب والمسكن ومستلزماته والذى يحتل فيه الإنفاق على التعليم والثقافة والترفيه مراتب متدنية بعد الإنفاق على الرعاية الصحية.

يوضح الجدول السابق أن إنفاق الأسرة على الطعام والشراب يحتل المرتبة الأولى بحد أدنى ٣٤.٤% من إجمالي الإنفاق السنوي للأسرة وكان ذلك في عام ٢٠١٥ وبحد أعلى بنسبة ٤٤.١% من إجمالي الإنفاق السنوي للأسرة (وكان ذلك عام ٢٠٠٩/٢٠٠٨)، في حين كان ٣٧.١% في عام ٢٠١٨/٢٠١٧ وإن كانت هذه النسبة أعلى في الريف منه فى الحضر وذلك بفارق معنوي بينهما في أمر الإنفاق على الطعام والشراب المرتفعة نسبته بالريف عن الحضر نظراً لما يحتله الطعام والشراب بالريف من إنفاق تفضيلي عنه بالحضر لما للريف وللحياة به من إعطاء أهمية للإنفاق على الطعام والشراب باعتباره لازمة حياة أساسية تتجاوز لوازم الحياة الأخرى.

إلا أن ذات البيانات الواردة بالجدول آنف الذكر تؤكد بلا مرية أن الإنفاق على الرعاية الصحية الخاصة يحتل المرتبة الثالثة في نسبة الإنفاق السنوي للأسرة وذلك بعد الإنفاق على الطعام والشراب (الذى يأتي في المرتبة الأولى) وبعد الإنفاق على المسكن ومستلزماته (الذى يأتي في المرتبة الثانية) حيث تدرجت نسبة إنفاق الأسرة على الطعام والشراب والمسكن ومستلزماته معًا من ٦١.٤% عام ٢٠٠٩/٢٠٠٨ إلى ٥٤.٨% عام ٢٠١١/٢٠١٠ ثم إلى ٥٥.٧% عام ٢٠١٣/٢٠١٢ ثم إلى ٥١.٩% عام ٢٠١٥ ثم إلى ٥٥.٧% عام ٢٠١٨/٢٠١٧، بما مفاده أن نسبة الإنفاق على هذين البندين معًا (الطعام والشراب + المسكن ومستلزماته) قد شهدت تذبذبا يميل إلى حد ما إلى الانخفاض في عام ٢٠١٨/٢٠١٧ مقارنة بعام ٢٠٠٩/٢٠٠٨ و٢٠١١/٢٠١٠ تباعاً.

جدول (٣-٢)

التوزيع النسبي للإنفاق السنوي للأسرة المصرية على أوجه الإنفاق الرئيسية خلال الأعوام ٢٠٠٩/٠٨ – ٢٠١٨/١٧

أوجه الإنفاق الرئيسية للأسرة المصرية	٢٠٠٩/٢٠٠٨			٢٠١١/٢٠١٠			٢٠١٣/٢٠١٢			٢٠١٥			٢٠١٨/٢٠١٧		
	حضر	ريف	إجمالي	حضر	ريف	إجمالي	حضر	ريف	إجمالي	حضر	ريف	إجمالي	حضر	ريف	إجمالي
الطعام والشراب	٣٩.٧	٤٨.٩	٤٤.١	٣١	٤٠.١	٣٥.٤	٣٤	٤١.٤	٣٧.٦	٣٠.٤	٣٨.٩	٣٤.٤	٣٣.٩	٤٠.٢	٣٧.١
المسكن ومستلزماته	١٨	١٦.٧	١٧.٣	٢٠.٢	١٨.٥	١٩.٤	١٩.٣	١٦.٩	١٨.١	١٩	١٥.٨	١٧.٥	٢٠.١	١٧	١٨.٦
الخدمات والرعاية الصحية	٧	٥.٨	٦.٥	١٠.٣	٨.٨	٩.٦	٨.٩	٩.٦	٩.٢	١٠.١	١٠	١٠	٩.٦	١٠.٢	٩.٩
التعليم	٤.٣	٢	٥	٤.٢	٢.١	٣.٢	٥.٤	٢.٥	٤	٦.١	٣.٣	٤.٨	٥.٦	٣.٣	٤.٥
الثقافة والترفيه	٢.٧	١.٦	–	٢.٦	١.٨	٢.٢	٢.٢	١.٨	٢	٢.٢	١.٩	٢.١	٢.٢	٢	٢.١
أخرى	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
إجمـــــالي الإنفـــــاق الاستهلاكي	%١٠٠	%١٠٠	%١٠٠	%١٠٠	%١٠٠	%١٠٠	%١٠٠	%١٠٠	%١٠٠	%١٠٠	%١٠٠	%١٠٠	%١٠٠	%١٠٠	%١٠٠

المصدر: مختلف نشرات الخدمات الصحية المنشورة خلال العديد من السنوات بواسطة الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء.

الإنفاق الصحي الخاص للأسرة المصرية أصبح مستواه عام ٢٠١٨/٢٠١٧ مرة ونصف قدر مستواه عام ٢٠٠٩/٢٠٠٨: لقد شهد إجمالي نسبة إنفاق الأسرة على الرعاية الصحية الخاصة إلى إجمالي الإنفاق الكلى تزايداً ملموساً من ٦.٥% عام ٢٠٠٩/٢٠٠٨ إلى ٩.٦% عام ٢٠١١/٢٠١٠ ثم إلى ٩.٢% عام ٢٠١٣/٢٠١٢ إلى ١٠% عام ٢٠١٥ ثم أصبحت ٩.٩% عام ٢٠١٨/٢٠١٧، وهو ما يمكن القول معه إنه في عام ٢٠١٨/٢٠١٧ أصبح مستوى الإنفاق الصحي الخاص للأسرة المصرية ٢٠١٨/٢٠١٧ أكثر من مرة ونصف قدر مستواه عام ٢٠٠٩/٢٠٠٨، بل أن استقراء بيانات التوزيع النسبي للإنفاق السنوي للأسرة تؤكد أن ميل التوزيع النسبي للإنفاق السنوي للأسرة على بندى الطعام والشراب والمسكن ومستلزماته قد اتجه إلى الانخفاض (خلال نفس الفترة سالفة الذكر) ولاسيما فيما يتعلق ببند الطعام والشراب فذلك الانخفاض كان لصالح الارتفاع في إنفاق الأسرة على الرعاية الصحية وذلك مما يغرس بالجزم واليقين قناعة استنتاجية بأن إنفاق الأسرة على الرعاية الصحية إما أنه قد حاز اهتمام الأسرة من باب الاضطرار أو لارتفاع تكاليف الرعاية الصحية الخاصة في حد ذاتها مع ثبات قدر الرعاية الصحية ذاتها، أو لزيادة الاهتمام بالإنفاق على الرعاية الصحية الخاصة للأسرة كانعكاس للحالة الاعتلالية المتردية للأسرة المصرية أو لكافة هذه العوامل معًا.

إن التزايد في الأهمية النسبية لإنفاق الأسرة على الرعاية الصحية الخاصة قد رافقه انخفاض في الأهمية النسبية في إنفاق الأسرة على التعليم وعلى الترفيه بل وأيضاً على الطعام والشراب مما لا يدعو إلى حالة من التفاؤل التنموي المستدام.

إن الاستقراء المقارن لذات البيانات سالفة الذكر يوضح جليا أنه في الوقت الذي شهد فيه إنفاق الأسرة على الرعاية الصحية الخاصة تزايداً في أهميته النسبية خلال الفترة من عام ٢٠٠٩/٢٠٠٨ حتى ٢٠١٨/٢٠١٧ فإن ذات البيانات تؤكد أن هذا التزايد في الأهمية النسبية لإنفاق الأسرة على الرعاية الصحية قد رافقه انخفاض في الأهمية النسبية في إنفاق الأسرة على التعليم من ناحية وانخفاض في الأهمية النسبية في انفاق الأسرة على الثقافة والترفيه من ناحية أخرى، ويتضح ذلك جليا من انخفاض الأهمية النسبية لإنفاق الأسرة على التعليم من ٥% عام ٢٠٠٩/٢٠٠٨ إلى ٤.٥% عام ٢٠١٨/٢٠١٧ مرورا بنسب أقل من ذلك في السنوات البينية (٣.٢% عام ٢٠١١/٢٠١٠، ٤% عام ٢٠١٣/٢٠١٢، ٤.٨% عام ٢٠١٥)، كما شهدت الأهمية النسبية لإنفاق الأسرة على الثقافة والترفيه انخفاضاً هي الأخرى من ٢.٢% عام ٢٠١١/٢٠١٠ إلى ٢% عام ٢٠١٣/٢٠١٢ إلى ٢.١% عام ٢٠١٥ ومثلها في عام ٢٠١٨/٢٠١٧. هذا وقد سادت سمات اتجاهات التغير الانخفاضى على التعليم والثقافة والترفيه سالفة الذكر بكل من الحضر والريف.

وإذا كان إنفاق الأسرة الخاص النسبي على الصحة قد شهد تزايداً مقروناً بانخفاض في إنفاق الأسرة الخاص النسبي على كل من التعليم والثقافة بل وأيضاً على الطعام والشراب فإن ذلك لا يدعو للتفاؤل التنموي بل أنه يعكس حالة من اهتمام الأسرة المصرية بالإنفاق على الصحة على حساب بنود الإنفاق الأخرى المادية (الطعام والشراب) واللامادية (التعليم والثقافة والترفيه) لمواجهة حالة اعتلالية بأسقام وعلل صحية تطلب أمر مواجهتها ومواجهة أعباء تكاليفها زيادة في الاهتمام النسبي للإنفاق على الصحة ولو على حساب الاهتمام النسبي بالإنفاق على الطعام والشراب والتعليم والثقافة وهى بنود الإنفاق الأسرى التي انخفض الإنفاق عليها لصالح الإنفاق على الرعاية الصحية الخاصة التي زاد قدر ومقدار الإنفاق عليها.

وقد شهد متوسط إنفاق الفرد على الرعاية الصحية الخاصة هو الآخر تزايداً حيث كان في عام ٢٠٠٨/٢٠٠٩ يمثل ٢٤٠.٧ جنيه فأصبح ٣٩١.٥ جنيه عام ٢٠١٠/٢٠١١ ثم أضحى ٥٥٨.٣ جنيه في عام ٢٠١٢/٢٠١٣ أي أن مستوى متوسط إنفاق الفرد على الرعاية الصحية الخاصة في عام ٢٠١٢/٢٠١٣ أصبح يمثل ٢.٣ مرة قدر مستواه في عام ٢٠٠٨/٢٠٠٩. (طبقاً للمتاح من بيانات في هذا الشأن).

إن الطفرات التزايدية بالريف أو بالحضر في متوسط إنفاق الأسرة على الرعاية الصحية الخاصة ظاهرة تستدعي سبر أغوارها تنمويا:

شهد متوسط إنفاق الأسرة على الرعاية الصحية الخاصة تزايداً مطرداً وملموسا حيث أصبح مستوى هذا المتوسط في عام ٢٠١٧/٢٠١٨ يمثل قرابة أربع مرات ونصف (٤.٤٨) قدر مستواه في عام ٢٠٠٨/٢٠٠٩ حيث تزايد هذا الإنفاق من ١١٣٧.٣ جنيه سنوياً في عام ٢٠٠٨/٢٠٠٩ فأصبح ٥٠٩٥.٢ جنيه سنوياً عام ٢٠١٧/٢٠١٨ بعد أن كان ١٨٤٨.٨ جنيه عام ٢٠١٠/٢٠١١ ثم زاد فصار ٢٤١٦.٣ جنيه عام ٢٠١٥ ثم زاد فأضحى ٣٦٨٠.٤ جنيه عام ٢٠١٥ وذلك كله على النحو الوارد بالجدول (٣-٣).

جدول رقم (٣-٣)

متوسط الإنفاق السنوي للفرد والأسرة المصرية على الرعاية الصحية الخاصة خلال الفترة من ٢٠٠٩/٠٨ – ٢٠١٨/١٧

متوسط الإنفاق السنوي للفرد على الرعاية الصحية الخاصة (بالجنيه المصري)				متوسط الإنفاق السنوي للأسرة على الرعاية الصحية الخاصة (بالجنيه المصري)		
المنطقة / السنة	حضر	ريف	إجمالي	حضر	ريف	إجمالي
٢٠٠٩/٢٠٠٨	٤٤٠.٧	–	٢٤٠.٧	١٨٢٠.٨	٨٨٠.٩	١١٣٧.٣
٢٠١١/٢٠١٠	٦٤٠.٤	–	٣٩١.٥	٢٦١٤.٥	١٤٨٤.٧	١٨٤٨.٨
٢٠١٣/٢٠١٢	–	–	٥٥٨.٣	–	–	٢٤١٦.٣
٢٠١٥	–	–	–	٤٢٩٠.١	٣١٦٦.٤	٣٦٨٠.٤
٢٠١٨/٢٠١٧	–	–	–	٥٣٩٣.٥	٤٨٤٢.٤	٥٠٩٥.٢

المصدر: مصدر هذه البيانات هي تلك البيانات المنشورة بنشرة الرعاية الصحية الصادرة عن الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء بأعداد متعاقبة منشورة سنوياً.

أن الطفرات التزايدية عبر الزمن في إنفاق الأسرة الخاص على الرعاية الصحية بالريف أعلى من الطفرات التزايدية بالحضر: كما شهد الحضر (كما بالريف) زيادة مطردة في متوسط الإنفاق السنوي للأسرة على الرعاية الصحية الخاصة إذ أصبح مستوى متوسط إنفاق الأسرة على الصحة بالحضر في عام ٢٠١٨/٢٠١٧ يمثل قرابة الثلاث مرات (٢.٩٦ مرة) قدر مستواه في عام ٢٠٠٩/٢٠٠٨ (إذ كان ١٨٢٠.٨ جنيه في عام ٢٠٠٩/٢٠٠٨ فأضحى ٥٣٩٣.٥ جنيه في عام ٢٠١٨/٢٠١٧).

كما أصبح مستوى متوسط إنفاق الأسرة على الصحة بالريف يمثل عام ٢٠١٨/٢٠١٧ ما قدره ٥.٥٠ مرة قدر مستواه في عام ٢٠٠٩/٢٠٠٨، إذ كان هذا المتوسط بالريف ٨٨٠.٩ جنيه في عام ٢٠٠٩/٢٠٠٨ فأضحى ٤٨٤٢.٤ جنيه في عام ٢٠١٨/٢٠١٧.

ومن ثم فإن متوسط الإنفاق السنوي للأسرة على الرعاية الصحية الخاصة بالريف قد شهد طفرة تزايدية أعلى من الطفرة التزايدية التي شهدها هذا المتوسط بالحضر إذ إن الطفرة التزايدية لمتوسط إنفاق الأسرة على الرعاية الصحية الخاصة بالريف تمثل قرابة ضعف الطفرة التزايدية لهذا المتوسط بالحضر (١.٨٦ مرة بالريف).[١٠]

٣-٣ نموذج قياس كمي حول تزايد الإنفاق الأسري على الرعاية الصحية الخاصة:

أشارت دراسة للجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء باستخدام نموذج قياس كمي حول (وبكل اقتدار وتمكن منهجي قياس كمي يكشف اللثام عن ويسبر أغوار) ظاهرة الطفرة التزايدية في متوسط إنفاق الأسرة على الرعاية الصحية الخاصة سواء بالحضر أو بالريف: على الرغم من أن متوسط إنفاق الأسرة على الرعاية الصحية الخاصة بالريف أقل من متوسط هذا الإنفاق بالحضر وأقل من الإجمالي الكلى لمتوسط الإنفاق إلا أن الطفرة التزايدية لمتوسط إنفاق الأسرة عن الرعاية الصحية الخاصة سواء بالريف أو بالحضر (ولاسيما بالريف) تستدعي بل وتسترعى الاهتمام البحثي التنموي للوقوف على أسبابه والذى أفاد بها بداية ونهاية ما حصل عليه الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء من نتائج وردت بدراسته المنشورة بالصفحات من ٢٥ إلى ٣١ من إصدار يوليو ٢٠٢٠ برقم مرجع ٢٠١٨/١٣٠٠١١/٧٢ من نشرته المعنونة "إنفاق الأسرة المصرية على الخدمات الصحية".

إذ تبين من المقارنة بين متوسط إنفاق الأسرة بالريف ومتوسط إنفاق الأسرة بالحضر على الصحة من الجدول التالي (المنشور بصفحة ٢٥ من النشرة المذكورة) وذلك باستخدام اختبار "ت" للفرق بين عينتين مستقلتين Independent Samples T-Test (جدول ٣-٤) فقد أفادت نتائج الاختبار بوجود فروق دالة إحصائياً عند مستوى معنوية ٠.٠٥ بين متوسطي إنفاق الأسرة بكل من الحضر والريف على الصحة حيث يزيد متوسط إنفاق الأسر على الصحة بالحضر مقارنة بنظيره بالريف، وذلك ربما بسبب اختلاف طبيعة الحياة في الحضر عنها في الريف ووجود عوامل بيئية كثيرة تؤدى إلى تلوث الجو في الحضر مما يؤدى إلى كثرة انتشار الأمراض في

---

[١٠] الجهاز المركزي للتعبئة العامة و الإحصاء. إنفاق الأسرة المصرية على الخدمات الصحية . ٢٠١٨/١٣٠٠١١/٧٢ . يوليو ٢٠٢٠. ص ٢٥. قد قيست هذه الطفرة التزايدية في إنفاق الأسر على الصحة بالحضر مقارنة بالريف وذلك بقسمة مستوى عدد مرات الزيادة في هذا المستوى بالريف في عام ٢٠١٨/٢٠١٧ مقارنة بعام ٢٠٠٩/٢٠٠٨ (والذى وجد أنه ٥.٥٠ مرة) على مستوى عدد مرات الزيادة في هذا المتوسط بالحضر في عام ٢٠١٨/٢٠١٧ مقارنة بعام ٢٠٠٩/٢٠٠٨ والذى وجد أنه يساوى ٢.٩٦ مرة ومن ثم تكون الطفرة التزايدية بالريف خلال الفترة المذكورة تمثل ٥.٥٠مرة/٢.٩٦مرة = ١.٨٦ مرة بالريف قدر الطفرة التزايدية. بالحضر ومؤشر الطفرة التزايدية هذا يعتبر واحدا من معايير القياس المستجدة والمستحدثة بواسطة الدراسة الماثلة.

الحضر عنها في الريف الأمر الذي قد يتطلب معه زيادة إنفاق الأسر على الصحة بالحضر عنها بالريف لتزايد الانبعاثات البيئية الضارة بالمدن عنها بالريف.

جدول رقم (٣-٤)

اختبار T-test للفرق بين متوسط إنفاق الريف ومتوسط إنفاق الحضر على الصحة بافتراض عدم تساوى التباين

عدم تساوى التباين	T-value	درجات الحرية	مستوى المعنوية	متوسط الاختلاف	فترة ثقة ٩٥% لمتوسط الاختلاف	
					الحد الأدنى	الحد الأعلى
	٣.٣٧٥	٥٢٩١٣.٣٠٠	٠.٠٠١	٢٩٢.٢٠٧١٣	١٢٢.٥٢١٧٠	٤٦١.٨٩٢٥٦

المصدر: الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء. (٢٠٢٠، يوليو). إنفاق الأسرة المصرية على الخدمات الصحية. ٢٠١٨/١٣٠٠١١/٧٢.

ص٢٥.

استطاع الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء (وبكل اقتدار منهجي) تصميم وبناء وحساب نموذج اقتصاد قياسي لقياس تأثير كل عامل مؤثر على الإنفاق الخاص على الصحة والذى يمكن توظيف نتائجه كأداة تحليلية بنوعية أو للتنبؤ تخطيطياً بمستويات الإنفاق الصحي الخاص المستقبلية:

كما أوضحت نفس الدراسة سالفة الذكر، نتائج دراسة أهم العوامل المؤثرة على إنفاق الفرد على الصحة ومنها الاشتراك في التأمين الصحي والتي تم إجراؤها باستخدام نموذج اقتصاد قياس للانحدار المتعدد يمثل الإنفاق الخاص على الصحة المتغير التابع (المُفسّر) لهذا النموذج، وتمثل المتغيرات التفسيرية بعض الخصائص الاجتماعية والاقتصادية، وتمثل المعادلة التالية الصياغة الجبرية لنموذج الانحدار المتعدد المستخدم هذا الشأن:

$$y = \alpha + \beta_1 \chi_1 + \beta_2 \chi_2 + ... + \beta_{6a}\, \chi_{6a} + \beta_{6b}\, \chi_{6b} + \beta_{6c}\, \chi_{6c}$$

حيث إن:

y : تمثل المتغير التابع (المتغير المُفسّرَ Explained Variable) وهو متوسط نصيب الفرد في الإنفاق على الصحة y")وهو عبارة عن متغير متصل.

وحيث إن α هى ثابت الانحدار، و$\beta_{1,2,.....}$ تمثل معاملات انحدار المتغيرات التفسيرية بالنموذج Explanatory Variables، فيمكن التعبير عن المتغيرات التفسيرية على النحو التالي:

- χ_1 : يعبر عن حجم الأسرة: كمتغير اجتماعي يؤثر في حجم إنفاق الأسرة على بنود الإنفاق المختلفة.
- χ_2 : يمثل إجمالي الاستهلاك الفعلي: وهو متغير متصل يقاس بالجنيه ويمثل مجموعة قيمة الإنفاق الاستهلاكي للأسرة بالإضافة إلى قيمة التحويلات العينية.
- χ_3 : السن بالسنوات لرب الأسرة: كأحد العوامل المؤثرة على إنفاق الأسرة على بنود الإنفاق المختلفة للأسرة.
- χ_4 : هل يقوم الفرد بالتدخين؟ وهو متغير (فئوي) يأخذ قيمتين: (صفر) لغير المدخن أو (١) للمدخن باعتبار التدخين أحد العوامل الهامة المؤثرة على الإنفاق الخاص على الصحة لما يحمله التدخين من أضرار جمة على الصحة ولما يحمله عدم التدخين من مزايا صحية لغير المدخنين.
- χ_5 : نسبة المشتركين في التأمين الصحي: وهو متغير متصل يعبر عن نسبة الأفراد المشتركين في التأمين الصحي في الأسرة لتوضيح أثر الاشتراك في التأمين الصحي على إنفاق الأسرة على الصحة.
- χ_6 : متغير صوري (**dummy variable**) يعبر عن مكان تلقي الفرد الرعاية الصحية ومنقسم إلى ثلاثة متغيرات صورية $(\chi_{6c}, \chi_{6b}, \chi_{6a})$ وذلك على النحو التالي:
  - χ_{6a} : يعبر عن الذهاب إلى الصيدلية أو العطار أو ما شابه.
  - χ_{6b} : يعبر عن الذهاب إلى المستشفيات والعيادات الخاصة.
  - χ_{6c} : يعبر عن الذهاب إلى المستشفيات والمراكز الحكومية.

وبحساب النموذج سالف الذكر فقد أكدت النتائج المبينة بالجدول ٣-٥ معنوية نموذج الانحدار الذي تم توفيقه لدراسة أثر المتغيرات التفسيرية على المتغير التابع (المُفَسّر): وهو المتغير المعبر عن إنفاق الفرد على الصحة:

جدول رقم (٣-٥)

نتائج تحليل التباين – اختبار معنوية النموذج

النموذج	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	F	مستوى المعنوية
مجموع مربعات الانحدار	١٣٦٣٨٧٠٩١٥٢٩.٠٨٥	٨	١٧٠٤٨٣٨٦٤٤١.١٣٦	٣٣٦٢.٣٣٦	c...
مجموع مربعات البواقي	١٨٢٥٣٤٣٧٨٧٣٥.٠٦٦	٣٦٠٠٠	٥٠٧٠٣٩٩.٤٠٩		
مجموع مربعات الإجمالي	٣١٨٩٢١٤٧٠٣٠٠.٠٠٠	٣٦٠٠٨			

المصدر: الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء. (٢٠٢٠، يوليو). إنفاق الأسرة المصرية على الخدمات الصحية. ٧٢/١٣٠٠١١/٢٠١٨. ص ٢٨.

ويوضح الجدول ٣-٦ أن المتغيرات التفسيرية السابق الإشارة إليها بالنموذج الذي تم توفيقه تفسر ٤٣% من التغير في السلوك الإنفاقى على صحة الفرد في أنحاء الجمهورية:

جدول رقم (٣-٦)

جدول اختبار جودة توفيق النموذج

R	Square R	R Square Adjusted	Error of the Estimated Std.
٠.٦٥٤٢	٠.٤٢٨	٠.٤٢٨	٢٢٥١.٧٥٤٧٤

المصدر: الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء. (٢٠٢٠، يوليو). إنفاق الأسرة المصرية على الخدمات الصحية. ٧٢/١٣٠٠١١/٢٠١٨. ص٢٩.

كما أسفرت نتائج اختبار معنوية معاملات نموذج الانحدار عما يلى جدول ٣-٧:

جدول رقم (٣-٧)

نتائج اختبار معنوية معاملات نموذج الانحدار T-Test

النمـوذج	Unstandardized Coefficient		قيمة اختبار "ت" T Test Value	مستوى المعنوية Significancy Level
	B قيمة معامل الانحدار	Std. Error الخطأ المعياري		
حجم الأسرة	-٤١٨.٦٢٢	٦.٢٠١	-٦٧.٥٠٩	٠.٠٠٠
إجمالي الاستهلاك الفعلي	٠.٠٣١	٠.٠٠٠	٩٥.٨٤٣	٠.٠٠٠
السن بالسنوات - رب الأسرة	٢٦.٤٠٥	٠.٧٧٩	٣٣.٨٩٢	٠.٠٠٠
هل يقوم الأفراد بالتدخين	١٢٢.٣٣٩	٢٥.٧٢٢	٤.٧٥٦	٠.٠٠٠
نسبه المشتركين في التأمين الصحي	-١٤٢.٩٧٩	٤١.٦٣٣	-٣.٤٣٤	٠.٠٠١
تلقى العلاج من صيدلية، عطار أو غيرهما	-٧٣.١٠٩	٣٠.٩٢٨	-٢.٣٦٤	٠.٠١٨
تلقى العلاج من المستشفيات أو العيادات الخاصة	٣١٦.٠٤٢	٢٩.٠٦٠	١٠.٨٧٥	٠.٠٠٠
تلقى العلاج من مستشفيات حكومية	١٢٨.٦٤٠	٥٠.٦١٥	٢.٥٤٢	٠.٠١١

المصدر: الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء. (٢٠٢٠، يوليو). إنفاق الأسرة المصرية على الخدمات الصحية. ٢٠١٨/١٣٠٠١١/٧٢. ص ٢٩.

عرض منهجي تحليلي لنتائج تطبيق نموذج الاقتصاد القياسي الذي صاغه وطبقه الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء لقياس أثر العوامل المؤثرة على الإنفاق الصحي الخاص.

يتضح من الجدول السابق الخاص بقيم معاملات الانحدار وبنتائج اختبار معنوية قيم معاملات الانحدار T-Test وجود معنوية في جميع قيم معاملات الانحدار التي يتضمنها النموذج.

من الملاحظ أن حجم الأسرة يؤثر عكسيا على الإنفاق على الصحة، فكلما زاد حجم الأسرة قل متوسط الدخل لكل فرد في الأسرة ومن ثم يقل إنفاق الفرد على الصحة.

أيضاً لوحظ أنه كلما زادت نسبة المشتركين في التأمين الصحي بوحدة واحدة قل الإنفاق الخاص على الصحة بحوالي ١٤٣ جنيهاً : وهذه نتيجة في غاية الأهمية يمكن استخدامها في عمليات التخطيط المتعلقة بالتأمين الصحي ولاسيما بعد صدور قانونه ولائحته التنفيذية الجديدين عام ٢٠١٨.

ومن الملاحظ أيضاً أنه كلما تغير حال الأشخاص من أشخاص لا يذهبون لتلقى الرعاية إلى أشخاص يلجأون إلى الصيدلية أو العطار أو ما شابه قل الإنفاق على الصحة بحوالي ٧٣ جنيهاً، وقد يرجع ذلك إلى أن الأسر الفقيرة أو محدودة الدخل تلجأ للذهاب للصيدلية أو العطار لتوفير نفقات الكشف في المستشفيات أو العيادات وأيضاً لتوفير تكلفة المواصلات للذهاب للمستشفى أو العيادة الخاصة أو حتى العامة.

في حين أنه كلما تغير حال الأشخاص إلى الذهاب للمستشفيات أو العيادات الخاصة زاد الإنفاق عل الصحة بقيمة ٣١٦ جنيهاً، بينما الذهاب للمستشفيات الحكومية يزيد من الإنفاق على الصحة بحوالي ١٢٩ جنيهاً.

كما نلاحظ أيضاً وجود علاقة طردية بين الاستهلاك الفعلي والإنفاق على الصحة فكلما زاد الاستهلاك الفعلي بجنيه واحد زاد الإنفاق على الصحة بقيمة ٠.٠٣١ جنيه، وبالنسبة لسن رب الأسرة اتضح أنه كلما زادت سنه بسنة واحدة زاد الإنفاق على الصحة للفرد بحوالي ٢٦ جنيهاً.

وبالنسبة للتدخين وجد أنه كلما كان الشخص مدخنا أثر ذلك على صحته مما يؤدى إلى زيادة إنفاقه على الصحة بقيمة ١٢٢.٣٣ جنيه.

٣-٤ إنفاق الأسرة المصرية على المستلزمات الطبية:

تطور الإنفاق السنوي للأسرة على بنود المنتجات وعلى الأجهزة والمعدات الطبية وعلى المنتجات الصيدلانية حيث كان الإنفاق السنوي للأسرة على المنتجات الصيدلانية يمثل حوالى نصف إجمالي الإنفاق على البنود الثلاثة سالفة الذكر:

لقد حظى الإنفاق على بنود المنتجات والأجهزة والمعدات الطبية بالنصيب الأوفر من إجمالي الإنفاق السنوي للأسرة على أوجه الرعاية الصحية إذ تبلغ نسبة الإنفاق على هذا البند أكثر من نصف الإنفاق على أوجه الرعاية الصحية بل ولقد تزايد نصيب هذا البند إذ كان يمثل نصيب هذا البند من جملة الإنفاق على هذه البنود ٥١.٤% عام ٢٠١٥ فأصبح ٥٥.٥% في عام ٢٠١٨/٢٠١٧ وقد شهد هذا التزايد المطرد في الإنفاق على هذا البند الريف كما شهده الحضر.

وإذا كان الإنفاق على بند المنتجات والأجهزة والمعدات الطبية والصيدلانية يحظى بهذا النصيب الأوفر في الإنفاق الصحي وبنسبة متزايدة سنوياً، فإنه وفى داخل هذا البند (أي كبند فرعى به) فإن الإنفاق على المنتجات الصيدلانية كان يمثل النصف أو قرابة نصف الإنفاق على المنتجات والأجهزة والمعدات الطبية في عام ٢٠١٥

ومن ثم فإن الإنفاق على هذا البند الفرعي شهد تزايداً فأصبح مستواه يتجاوز نصف الإنفاق على هذا البند الرئيسي بالحضر كما هو بالريف وذلك في عام ٢٠١٧.

٣-٥ إنفاق الأسرة المصرية على خدمات العيادات الخارجية:

انخفاض في بند الإنفاق على خدمات العيادات الخارجية على الرغم من احتلاله للمرتبة الثانية ضمن بنود الإنفاق الرئيسية الثلاثة (المنتجات والأجهزة والمعدات الطبية من ناحية وخدمات العيادات الخارجية من ناحية أخرى وخدمات الإقامة بالمستشفيات من ناحية ثالثة) واقتراب قيمتها من ثلث أوجه الإنفاق الرئيسية على الرعاية الصحية.

أما الإنفاق على البند الرئيسي الخاص بخدمات العيادات الخارجية فإن نسبة إنفاق الأسر عليه إلى جملة الإنفاق على كافة بنود الرعاية الصحية للأسرة قد شهدت انخفاضا في جملته من ٣١.٥ عام ٢٠١٥ إلى ٢٨.٦% عام ٢٠١٨/٢٠١٧) حيث شهد الحضر هذا الانخفاض (من ٢٩.٦% عام ٢٠١٥ إلى ٢٦.٤% عام ٢٠١٨/٢٠١٧) كما شهد الريف أيضاً هذا الانخفاض (من ٣٣.٦% عام ٢٠١٥ إلى ٣٠.٧% عام ٢٠١٨/٢٠١٧).

ومع ذلك سواء على المستوى الإجمالي أو على مستوى الحضر أو على مستوى الريف فإن نسبة الإنفاق على خدمات الرعاية الصحية الخارجية تقترب من ثلثى أوجه الإنفاق الرئيسية على الرعاية الصحية وتحتل المرتبة الثانية ضمن بنود الإنفاق الثلاثة الرئيسية على الرعاية الصحية سالفة الذكر.

تغاير متذبذب في نسبة مدفوعات الأسرة لخدمات العيادات الخارجية الخاصة بالتأمين الصحي وتغاير متذبذب أيضاً في قيمة خدمات الإقامة الداخلية بالمستشفيات الخاصة:

أما عن نسبة مدفوعات الأسرة لخدمات العيادات الخارجية بالتأمين الصحي إلى إجمالي مدفوعات الأسرة على الرعاية الصحية فإنها قد بلغت ٦.٤% عام ٢٠١٥ ثم أضحت ٦.٦% عام ٢٠١٧ وهى بالحضر أعلى منها بالريف، إذ بالحضر كانت ٧.١ عام ٢٠١٥ فأضحت ٧.٨% عام ٢٠١٧ وبالريف ٥.٧% عام ٢٠١٥ فأضحت ٥.٤% في عام ٢٠١٧.

٣-٦ إنفاق الأسرة المصرية على خدمات الإقامة الداخلية بالمستشفيات:

ويمثل إنفاق الأسرة على خدمات الإقامة الداخلية بالمستشفيات العنصر الرئيسي الثالث في بنود الإنفاق على الرعاية الصحية، إذ بلغت نسبة جملته في عام ٢٠١٥ ما مقداره ١٧.٧% من إجمالي الإنفاق على أوجه الرعاية

الصحية ثم أضحى ١٥.٩% في عام ٢٠١٨/٢٠١٧ وقد شهدت هذه النسبة هبوطاً على مستوى الإجمالي كما هو على مستوى الحضر وإن شهدت ثباتا بالريف.

الإنفاق على الإقامة بالمستشفيات الخاصة يفوق الإنفاق على الإقامة بالمستشفيات الحكومية كما يفوق أيضاً الإنفاق على الإقامة بمستشفيات التأمين الصحي:

من اللافت للنظر أن الإنفاق على الإقامة بالمستشفيات الخاصة يفوق الإنفاق على الإقامة بالمستشفيات الحكومية كما يفوق الإنفاق على الإقامة بمستشفيات التأمين الصحي، بل أنه من الواضح أن مستوى الإنفاق على خدمات الإقامة بالمستشفيات الخاصة يمثل في الإجمالي قرابة ٤.٥ مرة قدر مستوى الإنفاق على خدمات الإقامة بالمستشفيات الحكومية (علاج اقتصادي) ويمثل قرابة ١٥ مرة قدر مستوى الإنفاق على خدمات الإقامة بمستشفيات التأمين الصحي.

ما تتحمله الأسرة المصرية من إنفاق على الإقامة الداخلية بالمستشفيات الخاصة يمثل ٣٧.٥ مرة قدر الإنفاق على الإقامة الداخلية بمستشفيات التأمين الصحي:

إذا اصطلح مجازاً على أن مجموع الإنفاق على خدمات الإقامة الداخلية بالمستشفيات الخاصة مضافاً إليه الإنفاق على العلاج الاقتصادي بالمستشفيات الحكومية إنما يمثل هذا المجموع عبئا ماليا تتحمله على كاهلها الأسرة المصرية مقابل ما تحصل عليه من رعاية صحية داخلية بالمستشفيات، فإن هذا العبء المالي (الذى هو مجموع الإنفاق على خدمات الإقامة بالمستشفيات الخاصة مضافا إليه الإنفاق على العلاج الاقتصادي) جدير بالاعتبار نظراً لمستواه إذا ما قورن بالإنفاق على الإقامة بمستشفيات التأمين الصحي.

وإن مجموع الإنفاق على خدمات الإقامة الداخلية بالمستشفيات الخاصة مضافاً إليه الإنفاق على العلاج الاقتصادي بالمستشفيات الحكومية (كعبء مالي تتحمله الأسرة المصرية على المستوى الإجمالي) فقد شهد انخفاضا في عام ٢٠١٧ مقارنة بعام ٢٠١٥ (١٥% عام ٢٠١٧ بعد أن كان ١٦.٤% عام ٢٠١٥) إلا أن هذا المجموع كعبء مالي تتحمله الأسرة المصرية نظير الإقامة الداخلية بالمستشفيات أصبح يمثل في عام ٢٠١٥ أكثر من ثماني عشرة مرة (١٨.٢ مرة) قدر الإنفاق على الإقامة الداخلية بمستشفيات التأمين الصحي ويمثل ٣٧.٥ مرة قدر الإنفاق على الإقامة الداخلية بمستشفيات التأمين الصحي في عام ٢٠١٧ ويستوى هنا الأمر بالريف كما هو بالحضر. جدول ٣–٨ وجدول ٣–٩.

جدول رقم (٣-٨)

التوزيع النسبي لمتوسط الإنفاق السنوي للأسرة على بنود الإنفاق على خدمات الرعاية الصحية حسب المناطق

بنود الانفاق / السنة/المنطقة	المنتجات والأجهزة والمعدات الطبية			خدمات العيادات الخارجية					خدمات الإقامة بالمستشفيات				الجملة
	المنتجات الصيدلانية	منتجات طبية أخرى	الأجهزة والمعدات العلاجية	الخدمات الطبية	خدمات طب الأسنان	الخدمات الطبية المساعدة	خدمات علاجية أخرى	مدفوعات التأمين الصحي	مستشفى حكومي (علاج اقتصادي)	مستشفى خاص	مستشفى تأمين صحى	المراكز الطبية/ مراكز الأمومة (العلاج بالخارج)	
عام ٢٠١٥:													
حضر	٥٠.٣	٠.٦	٠.٨	٩.٩	١.٦	٨.٨	٢.٢	٧.١	٣.٣	١٣.٧	١.٦	٠.٤	%١٠٠
ريف	٤٩.٣	٠.٢	٠.٧	١٥.٨	١.٥	١٠.١	٠.٥	٥.٧	٢.٧	١٣.١	٠.٢	٠.٣	%١٠٠
جملة	٤٩.٩	٠.٢	٠.٨	١٢.٦	١.٥	٩.٤	١.٤	٦.٤	٣	١٣.٤	٠.٩	٠.٣	%١٠٠
عام ٢٠١٧:													
حضر	٥٦.٦	٠.٧	٠.٨	٩.١	١.٥	٧	٠.٩	٧.٨	٢.٨	١١.٧	٠.٤	٠.٧	%١٠٠
ريف	٥٢.٣	٠.٢	٠.٦	١٣.٥	١.٧	٨.٨	١.٣	٥.٤	٣.٧	١١.٩	٠.٣	٠.٣	%١٠٠
جملة	٥٤.٤	٠.٤	٠.٧	١١.٤	١.٦	٨	١.١	٦.٦	٣.٢	١١.٨	٠.٤	٠.٥	%١٠٠

المصدر: نشرات خدمات الرعاية الصحية الأساسية المنشورة تباعا بواسطة الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء.

جدول رقم (٣-٩)

النسبة المئوية لإنفاق الأسرة على كل بند من بنود أوجه الرعاية الصحية كنسبة من إجمالي الإنفاق الصحي بالمنطقة

السنة/المنطقة	المنتجات والأجهزة والمعدات الطبية النصف	خدمات العيادات الخارجية الثلث	خدمات الإقامة بالمستشفيات السدس	الإجمالي
عام ٢٠١٥:				
حضر	%٥١.٤	%٢٩.٦	%١٩	%١٠٠
ريف	%٥٠.٢	%٣٣.٦	%١٦.٢	%١٠٠
جملة	%٥٠.٨	%٣١.٥	%١٧.٧	%١٠٠
عام ٢٠١٨/٢٠١٧:				
حضر	%٥٨	%٢٦.٤	%١٥.٦	%١٠٠
ريف	%٥٣.١	%٣٠.٧	%١٦.٢	%١٠٠
جملة	%٥٥.٥	%٢٨.٦	%١٥.٩	%١٠٠

المصدر: نشرة خدمات الرعاية الصحية الأساسية المنشورة تباعا بواسطة الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء.

يتضح من البيانات الواردة بالجدول بعاليه: أن قرابة نصف إنفاق الأسرة المصرية على الرعاية الصحية يذهب إلى شراء المنتجات والمعدات الطبية بأنواعه الثلاثة بينما هذا الإنفاق يذهب إلى خدمات العيادات الخارجية بينما أن حوالى ٦/١ (سُدس) هذا الإنفاق يذهب لخدمات الإقامة الداخلية بالمستشفيات.

٣-٧ استخلاص إنفاق الأسرة المصرية على أوجه الرعاية الصحية:

ثقل الأعباء المادية الملقاة على كاهل الأسرة المصرية جراء الحصول على رعاية صحية خاصة كافية وكفء وفعالة:

ومن أهم النتائج التي توصل إليها الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء من تحليله للبيانات ولنتائج نموذج الاقتصاد القياسي سالف الذكر هو ارتفاع العبء المادي الواقع على الأسر في المستويات المعيشية المتواضعة أو التي تتسم بانخفاض في الخصائص الاجتماعية والاقتصادية، (مثل ارتفاع نسبة الأمية، العمالة الحرفية أو العادية) حيث يضطر أرباب تلك الطبقات إلى توجيه نسبة أكبر من إنفاقهم لمواجهة متطلبات الرعاية الصحية،

مقارنة بالأفراد في المستويات المعيشية الأعلى الذين يتميزون بارتفاع المستوى التعليمي والمهني، مع العلم أيضاً بأن المبالغ التي توجه منهم للإنفاق على الصحة تقل بكثير عن مثيلاتها للآخرين، وهذا دلالة أيضاً على أن خدمات الرعاية الصحية لن تكون كاملة أو كافية كما لن تكون بمستوى جودة عالية أو ذات فاعلية في الأساس، ولعل أيضاً من الأمور المستجدة حاليا هو تفشى ظاهرة جائحة فيروس كورونا الخطير والذى أدى إلى فقدان الكثير من الأفراد لأعمالهم أو تقليص حجمها وقد كان التأثير كبيرا جداً على هذه الفئات وسوف يؤدى كل ذلك بالتأكيد إلى زيادة عبء الإنفاق على الصحة وعدم القدرة على الحصول على كافة الاحتياجات الصحية الأساسية مما قد يؤثر تأثيرا بالغا على صحة الأفراد، كما توضح نتائج تحليل البيانات ونتائج نموذج الاقتصاد القياسي التالي:

- يأتي إنفاق الأسرة على الرعاية الصحية في المرتبة الثالثة بعد الإنفاق على الطعام والشراب والمسكن، التي تستنفد ٩.٩% من الإنفاق الكلى للأسرة، وترتفع النسبة قليلا بالريف (١٠.٢%) عن الحضر (٩.٦%)، بالرغم من ارتفاع قيمة المنفق من الأسرة على الصحة حوالى ٥٣٩٤ جنيها بالحضر في حين أنه بالريف حوالى ٤٨٤٢ جنيها.

- أن ٢٤.٤% من جملة أفراد العينة يعانون من مرض مزمن أو إعاقة (خلال الستة شهور السابقة على البحث)، وقد ارتفعت النسبة بين الإناث حيث بلغت ٢٧.٠% مقابل ٢١.٨% للذكور، وكانت أعلى نسبة للذين يعانون من الأمراض المزمنة أو الإعاقة بين الأفراد الأميين ٥٢.٩%.

- بلغت نسبة الأفراد المشتركين في التأمين الصحي ٥٠.١% من جملة أفراد عينة البحث، وترتفع هذه النسبة للذكور إلى ٥٦.٣% مقابل ٤٣.٨% للإناث، كذلك ارتفعت نسبة الاشتراك في الحضر عن الريف (٥٢.٢% بالحضر و٤٨.٦% بالريف وذلك على الترتيب).

- تحتل العيادات الخاصة المركز الأول لحصول الأفراد على خدمات الرعاية الصحية بصرف النظر عن نوع المرض وذلك لحوالي نصف الأفراد، وتأتى الصيدليات كمصدر للاستشارة الطبية في المركز الثاني وكمصدر لحصول الأفراد على خدمات الرعاية الصحية، ثم تأتى المستشفيات الحكومية ومستشفيات التأمين الصحي في المؤخرة.

- كلما ارتفع المستوى المعيشي للأسرة ارتفعت نسبة الإنفاق على الخدمات والرعاية الصحية، مما يدل على اهتمام الطبقة الميسورة بالجانب الصحي أكثر من الطبقات الدنيا المتعثرة، وأن الأسر الفقيرة توجه أكبر جزء من ميزانيتها للوفاء بالاحتياجات الأساسية الأخرى وخاصة المأكل والمسكن.

- ارتفعت نسبة الإنفاق على الصحة إلى إجمالي الإنفاق السنوي للأسر التي ترأسها الإناث (١١.١%) وعن الذكور (٩.٧%)، وبلغت أعلى نسبة إنفاق سنوي على الصحة إلى إجمالي الإنفاق السنوي للأسر التي ترأسها الإناث ١٣.٧% في إقليم حضر وجه بحرى، بينما بلغت أعلى نسبة إنفاق سنوي على الصحة إلى إجمالي الإنفاق السنوي للأسر التي يرأسها الذكور ١٠.٧% في إقليم ريف وجه بحرى.

- أكبر نسبة للإنفاق السنوي على الصحة لرؤساء الأسر الأميين، (حيث بلغت ١١.٧% من إجمالي الإنفاق السنوي للأسرة)، وتتناقص هذه النسبة بارتفاع المستوى التعليمي لرؤساء الأسر، فبلغت أدنى نسبة ٨.٢% للحاصلين على شهادة جامعية فأعلى، ويلاحظ نفس هذا النمط تقريبا على مستوى الأقاليم الجغرافية.

- أعلى نسبة إنفاق سنوي للأسر على الخدمات والرعاية الصحية بلغت ١٠.١% لرؤساء الأسر من العمال المهرة في الزراعة والصيد، وقد اقتربت هذه النسبة من نسبة إنفاق رؤساء الأسر العاملين في مجال الخدمات والمبيعات (٩.٠%)، وهذا بالرغم من الارتفاع الكبير في قيمة الإنفاق على الصحة للعاملين بمجال الخدمات بالمقارنة بالحرفيين.

- أعلى نسبة للإنفاق السنوي للأسرة على البنود الفرعية للخدمات والرعاية الصحية كان للمنتجات والأجهزة والمعدات الطبية حيث بلغت ٥٥.٥% من إجمالي إنفاق الأسرة على الخدمات والرعاية الصحية، ويليه الإنفاق على خدمات العيادات الخارجية بنسبة ٢٨.٦% ثم الإنفاق على خدمات الإقامة بالمستشفيات بنسبة ١٥.٩%.

- كما يوضح التحليل المتعمق: زيادة متوسط إنفاق الأسر على الصحة بالحضر مقارنة بنظيره بالريف (وهذا ما تؤكده نتيجة (١))، وأن حجم الأسرة يؤثر عكسيا على الإنفاق على الصحة، فكلما زاد حجم الأسرة بفرد واحد قل الإنفاق على الصحة بقيمة ٤١٨.٦٢ جنيه، وتحتل المستشفيات أو العيادات الخاصة المركز الأول في الإنفاق على الصحة تليها المستشفيات الحكومية وهو ما تؤكده نتيجة (٤) أن للتدخين آثارا سلبية على صحة الفرد إذ أثبتت الدراسات أن الشخص المدخن يزيد إنفاقه على الصحة بقيمة ١٢٢.٣٣ جنيه.

٣-٨ التأمين الصحي الاجتماعي الشامل:

٣-٨-١ تمدد وتوسع تشريعي في تغطيات التأمين الصحي الاجتماعي دون أن يقترن به لا تمدد ولا توسع في الموارد اللازمة لإنتاج رعاية تأمينية صحية كافية وكفء وفعالة:

إن النتائج سالفة الذكر توضح بلا مرية أنه على الرغم من تعدد قوانين التأمين الصحي وتغطياتها لفئات جديدة في كل مرة إلا أن هذا التمدد وذلك التوسع القانوني في تغطيات التأمين الصحي بضم فئات جديدة كل مرة والتأمين عليها صحياً لم يقابله لا توفير لا كاف ولا كفء ولا فعال في الموارد اللازمة لتطبيق وتفعيل تلك القوانين الجديدة على أرض الواقع أو لتحقيق تغطيات تأمينية صحية فعالة وتلك الخلاصة تؤكدها أيضاً ما يلى من خلاصة.

٣-٨-٢ حدوث تزايد في إنفاق الفرد (كما الأسرة) على الرعاية الصحية الخاصة على الرغم من التمدد التشريعي المتزايد في التغطيات التأمينية:

وما سلف من خلاصة تجد سندها بما تم استخلاصه أن التمدد والتوسع في تغطيات التأمين الصحي التي صدرت بها قوانين جديدة لم يقابله على الإطلاق انحسار أو تقلص سواء في متوسط نصيب الفرد في إنفاقه الصحي أو في متوسط نصيب الأسرة في إنفاقها الصحي، بل على العكس تماما فقد تزايد إنفاق الأسرة كما الفرد على الرعاية الصحية الخاصة وذلك واضح جلياً من التزايد المطرد في حجم إنفاق الفرد وفى تزايد حجم إنفاق الأسرة على الرعاية الصحية الخاصة علاوة على ما يتم إنفاقه وبتزايد على الرعاية الصحية الخاصة للأسرة والرعاية الصحية التأمينية والعلاج على نفقة الدولة وذلك يؤكد عدم إتيان مفهوم بعثرة المخاطر الصحية لا على أولئك المصابين بأسقامهم ولا أولئك الأصحاء ومن ثم فلم يتم التخفيف عن كاهل الفرد والأسرة من الأعباء المالية الملقاة على كاهليهما جراء حالتهم الاعتلالية لما يصيب الفرد والأسرة من أسقام.

إن التزايد المطرد في إنفاق الفرد والتزايد المطرد في إنفاق الأسرة على كل من الرعاية الصحية الخاصة وعلى الرعاية الصحية التأمينية وأيضاً في العلاج على نفقة الدولة جعل من التغطيات التأمينية الصحية على الفئات الجديدة وبقوانين متتالية أمرا لم يحقق أحد مقتضيات العدالة الاجتماعية الصحية المتمثلة في الحق في الحصول على رعاية صحية عامة ومتخصصة آمنة وفعالة لكل من يحتاجها بأى مستوى من مستويات الرعاية الصحية أو من أي مصدر من مصادر إنتاج الرعاية الصحية الخاص منه أو الحكومي أو التأمينى.

٣-٨-٣ حظوة قضية منظومة التأمين الصحي الاجتماعي الشامل باهتمام مجتمعي على كافة الأصعدة منذ عام ٢٠٠٠ وحتى عام ٢٠١٨ صدور القانون رقم (٢) لسنة ٢٠١٨ ولائحته التنفيذية رقم ٩٠٩ لسنة ٢٠١٨:

لقد حظى موضوع تطوير التأمين الصحي الخاص باهتمام مجتمعي شامل وبنقاشات متعددة ومتتالية على مخلف الأصعدة الصحية والسياسية والمجتمعية وذلك منذ بداية عام ٢٠٠٢ والذى تمثل قبله في إنشاء قطاع للدعم الفني بوزارة الصحة الذي تناول وعن سعة اهتمامية خاصة موضوع التأمين الصحي الخاص بأسسه الفنية والصحية والمالية والتنظيمية والمؤسسية.

وجراء تصاعد الاهتمام بإنشاء نظام تأميني صحى اجتماعي جديد فقد تم في عام ٢٠٠٧ صدور القرار رقم ٦٣٧ لسنة ٢٠٠٧ من مجلس الوزراء بتحويل الهيئة العامة للتأمين الصحي إلى شركة قابضة للرعاية الصحية فقضت محكمة القضاء الإداري بحكم صادر منها في عام ٢٠٠٨ بوقف تنفيذه كأثر لتصدى المجتمع المدني لذلك القرار.

وقد شهدت الأعوام ٢٠٠٠ و٢٠٠٤ و٢٠١٠ وحتى عام ٢٠١٣ عدة محاولات ومشروعات لإصدار قانون الجديد وشامل للتأمين الصحي حتى صدر القانون رقم (٢) لسنة ٢٠١٨ الخاص بنظام التأمين الصحي الشامل وفى نفس العام صدر قرار رئيس مجلس الوزراء رقم ٩٠٩ لسنة ٢٠١٨ بإصدار اللائحة التنفيذية لقانون نظام التأمين الصحي الشامل حيث أسس القانون المذكور ولائحته التنفيذية لإنشاء منظومة التأمين الصحي الخاص مكونة من ثلاث هيئات:

الأول: هيئة لتمويل وشراء الخدمات الصحية نيابة عن المواطنين المشتركين في النظام.

الثانية: هيئة لإدارة تقديم الرعاية والخدمات الصحية والإشراف عليها.

الثالثة: هيئة للرقابة واعتماد ضمان جودة الخدمات المقدمة مما نجم عنه العديد من التبعات على النحو التالي تفصيله.

٣-٨-٤ لتكثير المؤسس لمنظومة التأمين الصحي الاجتماعي الشامل حيث أصبحت المنظومة ثلاثية المؤسسية بعد صدور القانون رقم (٢) لسنة ٢٠١٨ ولائحته التنفيذية رقم (٩٠٩) لسنة ٢٠١٨ بعد أن كانت وحيدة المؤسسية قبل صدور القانون ولائحته التنفيذية المذكورين:

- فهناك الهيئة العامة للتأمين الصحي الشامل وهى هيئة عامة اقتصادية يديرها مجلس إدارة – لها شخصية اعتبارية لها موازنة مستقلة – تخضع للإشراف العام لرئيس مجلس الوزراء؟؟ – مقرها بالقاهرة – ولها أن تنشئ فروعاً بجميع المحافظات.

- يقوم على إدارة الهيئة مجلس إدارة يعين بقرار من رئيس مجلس الوزراء ومدته أربع سنوات قابلة للتجديد مرة واحدة – يجتمع مجلس الإدارة مرة على الأقل كل شهر بدعوة من رئيسه أو من وزير الصحة – يبلغ رئيس المجلس قرارات مجلس الإدارة إلى الوزير المختص بالصحة والوزير المختص بالمالية (صراع مؤسسات).

- مجلس الإدارة هو السلطة العليا المهيمنة على شئونها ويتولى إدارتها ووضع وتنفيذ السياسات اللازمة لتحقيق أهدافها وله أن يتخذ ما يراه لازما من قرارات نهائية لمباشرة اختصاصاتها وذلك دون الحاجة لاعتمادها من أي جهة أخرى.

- ولمجلس إدارة الهيئة الاختصاصات التالية:
  - الإشراف على سير العمل بالهيئة.
  - كما يعتبر أداة الدولة الرئيسية في ضبط وتنظيم تقديم الخدمات الصحية التأمينية.
  - وتتولى الهيئة العامة للتأمين الصحي الشامل تقديم خدمات الرعاية الصحية والعلاجية بمستوياتها الثلاثة داخل أو خارج المستشفيات لجميع المؤمن عليهم داخل جمهورية مصر العربية من خلال منافذ

تقديم خدمات الهيئة العامة للتأمين الصحي القائمة في تاريخ العمل بهذا القانون

الجهات التابعة لوزارة الصحة وأي من المستشفيات الخاصة بعد تأهيلها طبقاً لمعايير الجودة والاعتماد والمعايير التي تحددها هيئة الرعاية ويصدر بضم المستشفيات للنظام قرار من رئيس مجلس الوزراء

٣-٨-٥ بعد حصول وحدات الرعاية الأساسية وصحة الأسرة العامة أو الخاصة على شهادة من هيئة الاعتماد والرقابة بما يفيد استيفاءها لشروط ومعايير الجودة وبعد أن تكون متعاقدة مع الهيئة العامة للرعاية الصحية:

تقوم هذه الوحدات بتقديم الخدمات الصحية الأولية والخدمات العلاجية والتشخيصية وخدمات الصحة الإنجابية والإسعافات الأولية لحالات الطوارئ والإحالة إلى المستويات الأعلى، إذ تعد هذه الوحدات المستوى الأول لجهات تقديم الخدمة الصحية ونقطة الاتصال الأولى للمنتفعين بالخدمات الصحية وهيئة الرعاية.

وتتولى وحدات الرعاية الأساسية وصحة الأسرة (عن طريق طاقم طبى أو أكثر يتكون من عدد مناسب من الأطباء ومعاونيهم) رعاية عدد من الأسر المقيمة في النطاق الجغرافي للوحدة ويجوز لهذه الوحدات أن تقدم الخدمات التخصصية في حالة توافر الأطباء المتخصصين بها كما تتولى هذه الوحدات تقديم خدمات الطب الوقائي على أن تتحمل الدولة تكلفة هذه الخدمات وتعد هذه المراكز المستوى الثاني لجهات تقديم الخدمة الصحية الأولية ويجوز أن يتوافر بالمركز دار للولادة.

وبتحليل مضمون كل من القانون رقم (٢) لسنة ٢٠١٨ سالف الذكر ولائحته التنفيذية الصادرة بقرار رئيس مجلس الوزراء رقم ٩٠٩ لسنة ٢٠١٨ فيمكن توصيف منظومة التأمين الصحي المصرية المستحدثة وذلك من حيث المؤسسية والآليات التشغيلية والتغطية التأمينية للمنظومة والجوانب الفنية والمالية والحوكمية المتعلقة بها وذلك على النحو التالي طبقاً للقانون ولائحته التنفيذية سالفي الذكر إذ يتضح منهما أن منظومة التأمين الصحي المصرية أصبحت ثلاثية المؤسسية مكونة من:

١- الهيئة العامة للتأمين الصحي الشامل.

٢- الهيئة العامة للرعاية الصحية.

٣- الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية.

ومن ثم أضحى هناك ثلاث هيئات عامة تقوم على أمور التأمين الصحي الاجتماعي في مصر بدلا من هيئة واحدة.

٣-٨-٦ التخمة المؤسسية لمنظومة التأمين الصحي الاجتماعي ولها مالها من عواقب تضارب وتناطح مؤسسي سهل البداية عند صياغة القانون ثم صعب المراسى لدى تنفيذ القانون ثم غائم المآل في المدى الطويل بما للتخمة المؤسسية من تأثير بالسالب على عوامل الكفاية والكفاءة والفاعلية والفعالية لمنظومة متعددة المؤسسية:

وهنا فقد يثور التساؤل هل أدى القانون رقم (٢) لسنة ٢٠١٨ ولائحته التنفيذية إلى تكثير مؤسسي؟ وذلك بأن تقوم ثلاث هيئات بمهام وبوظائف كانت تقوم بها هيئة واحدة؟ مع أن الهيئة الواحدة للتأمين الصحي الاجتماعي كانت تقوم بمهام ناءت عن حملها والقيام بها بمقتضى ما يزيد على ثمانية قوانين للتأمين الصحي بدءًا من القرار الجمهوري ١٢٠٩ لسنة ١٩٦٤ وحتى القانون رقم (٣) لسنة ٢٠١٧، أم كان يمكن تفادي هذا التكثير المؤسسي بثلاثة قطاعات داخل هيئة واحدة ممثلة لمنظومة التأمين الصحي الاجتماعي؟ وهل يؤدى هذا التكثير المؤسسي إلى بدانة مؤسسية؟ وهل هذا التكثير المؤسسي والبدانة المؤسسية سيترتب عليهما صراع مؤسسي بين ثلاث هيئات تتلامس وتتماس مؤسسيا واختصاصيا ووظيفيا وهيكليا وفنياً ومالياً وإدارياً مع بعضها البعض ولاسيما أن لكل هيئة من الهيئات الثلاث شخصية اعتبارية وموازنة مستقلة ويقوم على إدارة كل منها مجلس إدارة بانتماء إشرافي لكل هيئة مختلف عن الانتماء الإشرافي المؤسسي للهيئة الأخرى؟ بل وهل سيؤدى هذا التكثير المؤسسي إلى إلقاء أعباء وهموم منظومة التأمين الصحي الحالية إلى منظومة متعددة المؤسسية المستحدثة بالقانون الجديد ولائحته التنفيذية الصادرين عام ٢٠١٨؟ فالهيئة العامة للتأمين الصحي الشامل تعتبر هيئة عامة اقتصادية بينما تعتبر الهيئة العامة للرعاية الصحية هيئة عامة خدمية مثلها في ذلك مثل الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية.

تخضع الهيئة العامة للتأمين الصحي الشامل للإشراف العام لرئيس مجلس الوزراء ويقوم على إدارتها مجلس إدارة يمثل السلطة العليا المهيمنة ويعين رئيس الهيئة بقرار من رئيس مجلس الوزراء لمدة أربع سنوات قابلة للتجديد مرة واحدة ويجتمع المجلس مرة على الأقل كل شهر وله أن يتخذ ما يراه لازما من قرارات نهائية لمباشرة اختصاصاته دون الحاجة لاعتمادها من أي جهة أخرى ويبلغ رئيس المجلس قرارات مجلس الإدارة إلى الوزير المختص بالصحة والوزير المختص بالمالية، كما يختص مجلس إدارة الهيئة بالإشراف على سير العمل بالهيئة لممارسة اختصاصاتها المالية والفنية والإدارية على النحو التالي:

مراجعة واعتماد سياسات واستراتيجيات الهيئة ووضع اللوائح والقرارات المنظمة لشئون الهيئة المالية والإدارية والفنية دون التقيد باللوائح والنظم المعمول بها في الجهاز الإداري للدولة، الموافقة على مشروع موازنة الهيئة

وحسابها الختامي، مناقشة واعتماد التقارير الاكتوارية الخاصة بالهيئة بما يكفل ضمان التوازن المالي للنظام، اعتماد قوائم أسعار مجموعات الخدمات الطبية المقدمة، اعتماد استراتيجية استثمار أموال النظام طبقاً للقواعد المحددة باللائحة التنفيذية؟، اعتماد التقرير والحسابات المالية التي تلتزم الهيئة بتقديمها للجهات المختلفة، اقتراح عقد القروض اللازمة لتمويل البرامج والمشروعات التي تحقق أهداف الهيئة.

٣-٨-٧ آلية إدارة أموال منظومة التأمين الصحي طبقاً للقانون ولائحته التنفيذية (سالفي الذكر) الصادرين عام ٢٠١٨:

كما تتولى الهيئة إدارة وتمويل النظام وذلك باعتبار أن أموال المشتركين بها أموال خاصة تتمتع بجميع أوجه وأشكال الحماية المقررة للأموال العامة وأن أموال الهيئة وعوائدها حق للمستفيدين، وتستثمر أموال الهيئة استثمارا آمنا وفقاً لاستراتيجية استثمارية تحدد قواعدها اللائحة التنفيذية لقانون نظام التأمين الصحي الشامل.

ويصدر مجلس إدارة الهيئة العامة للتأمين الصحي الشامل قرارا بتشكيل لجنة دائمة بالهيئة مكونة من ٩ أعضاء ولا يزيد على ١٥ عضوا لتسعير قائمة الخدمات الطبية التي يتم التعاقد على شرائها (بحيث يكون ربع أعضائها خبراء مستقلين عن الهيئة من المتخصصين في تسعير الخدمات الطبية وعدد لا يزيد على الربع من ممثلي مقدمي الخدمة في القطاع الخاص)، ومن ثم فهناك لجنة بالهيئة لتسعير قائمة الخدمات الطبية.

وتلتزم الهيئة العامة للتأمين الصحي الشامل بشراء الخدمة الصحية لأصحاب نظم التأمين أو البرامج الصحية الخاصة سواء أكانت الخدمة مقدمة بمستشفيات هيئة الرعاية أو بمستشفيات تلك النظم وذلك طبقاً للائحة الأسعار المطبقة بالهيئة: ومن ثم تقوم الهيئة أولاً بدور المشترى للخدمة الصحية ثم بعد ذلك تقوم ببيعها للمؤمن عليهم صحياً أي أنها مشتر وبائع للرعاية الصحية في نفس الوقت.

وتتولى الهيئة تمويل خدمات النظام عن طريق التعاقد مع مقدمي خدمات الرعاية الصحية والأنظمة العلاجية التي تشملها هيئة الرعاية أو أي جهة أخرى تتعاقد مع الهيئة المذكورة وذلك وفقاً لنظم التعاقد والأسعار والضوابط والإجراءات التي يقرها مجلس الإدارة وذلك دون التقيد بأحكام قوانين المناقصات والمزايدات الحكومية المعمول بها وأيضاً وفقاً لمعايير الجودة التي تحددها هيئة الاعتماد والرقابة وقد حسبت التكلفة الإجمالية للنظام بمبلغ ٦٠٠ مليار جنيه مصري وذلك دون تبيان أو توضيح للأساس العلمي الذي تم بناءً عليه إجراء هذا التقدير للتكلفة الإجمالية الكلية للنظام. أما عن مصادر التمويل طبقاً لقانون نظام التأمين الصحي الشامل فهناك ثلاثة مصادر تمويل رئيسية وذلك على النحو التالي شكل ٣-١:

المصدر التمويلي الأول

مشاركة الفئات التى تعمل في أطر عمل رسمية محددة (الدولة / القطاع الخاص المنظم)

الاشتراكـات

إذا كانت الزوجة لا تعمل

٤% من صاحب العمل + ٦% لرب الأسرة أي بإجمالي ١٠% إذا كان المؤمن عليه لديه طفلان وزوجة لا تعمل

إذا كانت الزوجة تعمل

تدفع عن نفسها نسبة ١%

يمثل نحو ثلث التكلفة الإجمالية للنظام أي نحو ٢٠٠ مليار جنيه في حالة التطبيق الكلى للنظام لنحو ٩٠% من السكان تقريباً، وغير واضح على الإطلاق على أي أساس تم إجراء هذه التقديرات.

المصدر التمويلي الثاني

نصيب الخزانة العامة للدولة لتغطية الفئات غير القادرة في المجتمع والتي تقدر من ٣٠% – إلى ٣٥% من الأسر

إلا أن تحديد هذه الفئات بشكل دقيق ودوري وعادل يمثل إشكالية؟ لأن التكلفة تبلغ نحو ٢٠٠ مليار جنيه أخرى

- وجود قطاع غير رسمي كبير في مصر.
- وجود عمالة غير منتظمة.
- كما تمت معالجة مشكلة الخروج من النظام بالأخذ بمبدأ الإلزامية أي أن التغطية إجبارية ودائمة مادامت مستوفية لشروطها.
- يعتمد نظام التأمين الصحي الشامل على طبيب الأسرة الذي يقوم كمستوى أول من الرعاية بعمل التالي:

الكشف الطبي، وتسجيل التاريخ المرضى للمنتفع، والإشراف على البروتوكول العلاجي حال مرض المنتفع أو ثبوت إصابته بمرض مزمن مع صرف الدواء والتحويل للمستوى الثاني والثالث عند الحاجة.

المصدر التمويلي الثالث (مصادر أخرى)

التمويل المجتمعي

[الرسوم المخصصة للصحة على حزمة من السلع والخدمات التي لا تمس مصالح الفقراء]

- هذا التمويل من دلالات التضامن المجتمعي.
- كما أنه تعبير عن المسئولية المجتمعية للقطاعات الصناعية والتجارية الأعلى في المجتمع والتي تحقق أرباحا باهظة بحيث لا يؤدى استقطاع جزء منها إلى مشاكل اقتصادية كالتضخم أو إعاقة الاستثمار.

المصدر: (إعداد الباحث)

شكل رقم (٣-١)

مصادر التمويل الرئيسية لمنظومة التأمين الصحي الشامل طبقاً لقانون نظام التأمين الصحي الشامل رقم (٢) لسنة ٢٠١٨ ولائحته التنفيذية

٣-٨-٨ التدرج الزماني والمكاني في تطبيق القانون مبعثه دعم استدامة الملاءة المالية للمنظومة ومراعاة التوازن الاكتواري وإدارة المرحلة الانتقالية بشكل متوازن لضمان جودة الآباء:

يتم إلزاميا تغطية جميع المواطنين المقيمين داخل مصر بنظام التأمين الصحي الشامل، أما المصريون العاملون بالخارج وكذلك المقيمون مع أسرهم بالخارج فيستمر انتفاع المؤمن عليهم بخدمات التأمين الصحي ومرافقه وفقاً للقوانين واللوائح والقرارات المعمول بها حالياً حتى تاريخ سريان أحكام القانون رقم (٢) لسنة ٢٠١٨ ولائحته التنفيذية في شأنهم طبقاً للتدرج الجغرافي في التطبيق تدريجياً على مراحل تصل لعشر سنوات على النحو التالي بما يضمن وكما قيل استدامة الملاءة المالية للنظام، ومراعاة التوازن الاكتواري، وإدارة المرحلة الانتقالية من النظام القديم للنظام الجديد بشكل متوازن، وضمان جودة التنفيذ (جدول رقم ٣- ١٠):

جدول رقم (٣-١٠)

المراحل المكانية والزمنية لتطبيق قانون التأمين الصحي الشامل والتي تصل لعشر سنوات

المرحلة الأولى	المرحلة الثانية	المرحلة الثالثة	المرحلة الرابعة	المرحلة الخامسة	المرحلة السادسة
تشمل محافظات: بورسعيد – الإسماعيلية – السويس – جنوب سيناء – الأقصر – أسوان	تشمل محافظات: مطروح – البحر الأحمر – قنا – شمال سيناء	تشمل محافظات: • الإسكندرية • البحيرة • دمياط • سوهاج • كفر الشيخ	تشمل محافظات: •بنى سويف •أسيوط •المنيا •الوادي الجديد •الفيوم	تشمل محافظات: • الدقهلية • الشرقية • الغربية • المنوفية	تشمل محافظات: • القاهرة • الجيزة • القليوبية
(محافظات القناة + ٢ من محافظات أقاصي الصعيد)	(خليط جغرافي)	(خليط جغرافي)	(وجه قبلي)	(وجه بحري)	(القاهرة الكبرى)

المصدر: قانون التأمين الصحي الاجتماعي الشامل.

ويستمر انتفاع المؤمن عليهم بخدمات التأمين الصحي ومرافقه وفقاً للقوانين وللوائح وللقرارات المعمول بها حالياً حتى تاريخ سريان أحكام القانون المرافق في شأنهم طبقاً للتدريج الجغرافي السابق الإشارة إليه في التطبيق، واعتباراً من تاريخ سريان أحكام القانون المرافق رقم (٢) لسنة ٢٠١٨ ولائحته التنفيذية يوقف بالنسبة إليهم العمل بكل من القوانين والقرارات الآتية المتعلقة بنظام التأمين الصحي الاجتماعي الشامل.

جدول رقم (٣-١١)

القوانين والقرارات المتعلقة بنظام التأمين الصحي الاجتماعي الشامل.

قرار رئيس الجمهورية رقم ١٢٠٩ لسنة ١٩٦٤	القانون رقم ١٠ لسنة ١٩٦٧	القانون رقم ١٢٦ لسنة ١٩٨١	القانون رقم ٩٩ لسنة ١٩٩٢	القانون رقم ٢٣ لسنة ٢٠١٢	القانون رقم ٨٦ لسنة ٢٠١٢	القانون رقم ١٢٧ لسنة ٢٠١٤	القانون رقم ٣ لسنة ٢٠١٧
فى شأن إنشاء الهيئة العامة للتأمين الصحي وفروعها للعاملين في الحكومة ووحدات الإدارة المحلية والهيئات العامة والمؤسسات العامة	فى شأن تنظيم التعامل في أدوية الهيئة العامة للتأمين الصحي	فى شأن إنشاء المجلس الأعلى للرعاية العلاجية التأمينية	فى شأن نظام التأمين الصحي على الطلاب	فى شأن نظام التأمين الصحي للمرأة المعيلة	فى شأن نظام التأمين الصحي على الأطفال دون السن الدراسية	فى شأن التأمين الصحي على الفلاحين وعمال الزراعة	بتعديل بعض أحكام قانون التأمين الاجتماعي رقم ٧٩ لسنة ١٩٧٥

المصدر: أعداد مختلفة من جريدة الوقائع المصرية.

كما يوقف في تاريخ سريان أحكام القانون المرافق كل حكم يتعارض مع أحكام القانون المرافق سواء ورد في قانون التأمين الاجتماعي رقم ٧٩ لسنة ١٩٧٥ أو أي قانون آخر.

بعد الدراسة المتعمقة التحليلية لمنظومة التأمين الصحي منذ منتصف الستينيات من القرن الماضي حتي صدور قانون التأمين الصحي الاجتماعي رقم (٢) لسنة ٢٠١٨ ولائحته التنفيذية تم اقتراح بانشاء صندوق وطني أحادي المؤسسية لإدارة الرعاية الصحية التأمينية بثوب تشغيل مؤسسي تأميني جديد.

الخاتمـة:

اقتراح بصندوق وطني أحادي المؤسسية لإدارة الرعاية الصحية التأمينية بثوب مؤسسي جديد:

لقد كان النقاش منذ عام ٢٠١٢ دائراً أخذا وردّا مستمرين وذلك بمقولة دائمة الترديد من القائمين على صياغة السياسات الصحية دون تفعيل حقيقي لها على الإطلاق ألا وهي مقولة: فصل التمويل عما تؤيد منظومة التأمين الصحي من خدمة، وظل ذلك الأمر موضوع ترديد تلوكه الألسن منذ عام ٢٠٢٢ وحتى صدور قانون الرعاية الصحية الشاملة ولائحته التنفيذية عام ٢٠١٨، إلا أن الهيكلية المؤسسية لمنظومة التأمين الصحي الاجتماعي طبقاً للقانون الجديد ولائحته التنفيذية لم تحدث لا فصلاً بين التمويل والإدارة ولا فصلاً بين أداء الخدمة والتمويل كما قيل وتردد من صائغى السياسات الصحية طيلة قرابة العشرين عاماً الماضية بل زادت المؤسسية التنظيمية والفنية والإدارية والمالية تعقيداً على تعقيد بالقانون الجديد وبلائحته التنفيذية فقد أعيد بناءً منظومة تأمين صحى شاملة ببدانة مؤسسية وتنظيمية وإدارية وفنية لم تفصل في الحقيقة بين التمويل وإدارة الرعاية الصحية التأمينية الاجتماعية، بل انبثق عن كل هيئة من هيئات القانون الثلاث مجالس ولجان عديدة ومتعددة اختتمت بها منظومة التأمين الشامل ولا يعلم أحد كيف سيتم الإمساك بتلابيب إدارة هذا الهول المؤسسي صحياً وفنياً وإدارياً ومالياً بما يحويه هذا الهول المؤسسي من لجان بكافة أنواعها إذ ومنذ بدأ النقاش حول تطوير منظومة صحية تأمينية كفء فقد كان النقاش الدائر يستهدف بناءً منظومة رعاية صحية شاملة تجمع كافة أطراف وحدات إنتاج الرعاية الصحية في مصر سواء تلك الخاصة بوحدات وزارة الصحة أو بوحدات المستشفيات الجامعية أو بوحدات القطاع الخاص أو حتى الوحدات الحضرية والريفية وحتى تلك المتخذة كأساس لطب الأسرة (وما أدراك ما طب الأسرة الذي لم يتجاوز ما تحقق فيه إلا الكلمات التي ملت الألسن من تكرارها) وهى الوحدات المتخذة كأساس لإنتاج خدمات الرعاية الصحية ذات المستوى الأول وذات المستوى الثاني وإعادة تأهيلها من حيث الحوكمة الضابطة للجودة الفنية والصحية والطبية والمالية والتمويلية والإدارية لتكون مؤهلة في أي وقت للتصدي لأداء رسالتها في تقديم الرعاية الصحية التأمينية بحيث لا تدخل مستويات الجودة لتلك الوحدات في خضم الحوكمة ومشاكلها وتمويلها وذلك لدى البدء في تطبيق منظومة الرعاية التأمينية الشاملة بالمنطقة المخطط تطبيق المنظومة بها بحيث تكون وحدات الرعاية الصحية بتلك المنطقة جاهزة لتقديم الرعاية الصحية التأمينية للفئات المغطاة تأمينيا بمنظومة الرعاية التأمينية والصحية وذلك كله من خلال صندوق قومي/ وطني يتولى تمويل الرعاية الصحية التأمينية المقدمة ويكون الدور الأساسي للصندوق هو الإدارة الصحية والطبية الفنية والمالية والتمويلية للخدمة التأمينية المغطاة وذلك بعد تسعير قائم على أسس اقتصادية تثيب بشكل عادل كل مورد يساهم

بمستلزم من مستلزمات الرعاية الصحية المنتجة وذلك لكل نوع من أنواع الرعاية ولكل مستوى من مستوياتها سواء ما يتعلق منها بالأمراض المزمنة أو كان له صلة بالأمراض المتوطنة والوبائية، بل يكون كل نوع من أنواع الرعاية الصحية والطبية مسعرّا قيمته قبلا بواسطة خبراء فنيين / صحيين / طبيين / اقتصاديين / ماليين وتمويليين بحيث يحصل كل عنصر من عناصر إنتاج الرعاية الصحية التأمينية على حقه الاقتصادي تكلفة وعائداً وذلك في أعقاب تسعير خدمة الرعاية المؤداة من ناحية مع توحيد وتنميط تسعير خدمات الرعاية الصحية التأمينية أياً كان انتماء مقدميها: قطاع حكومي / قطاع خاص / قطاع المستشفيات الجامعية / قطاع الجمعيات الأهلية الصحية.... الخ وبحيث يتم تسعير مستوى أجور كل مشترك في تقديم خدمة الرعاية التأمينية الصحية وذلك أيضاً على أساس من عدالة تحميل كل مورد صحى تأميني بما يجب أن يتحمله من أعباء محسوبة فنياً / اقتصادياً / اجتماعيا / سياسيا / ثقافيا / طبيا بحيث لا يتحمل الحاصل على الرعاية الصحية التأمينية في نهاية المطاف إلا جزءاً محسوباً محفوفا بعدالة توزيع تكلفة الرعاية الصحية طبقاً لمعايير عادلة يمكن الاستناد إليها وأن تكون الأساس في ترشيد توزيع أعباء التأمين الصحي الشامل طبقاً لمبدأ التكلفة العادلة القائمة على تثمين اقتصادي / طبى حقيقي يحفظ لكل مورد مستخدم في الخدمة الصحية التأمينية (سواء كان بشرياً أو مادياً من مستلزمات إنتاج الخدمة الطبية التأمينية) حقه الاقتصادي بإعمال المبدأ الاقتصادي / المجتمعي الأزلي على نحو صحيح ومباشر وهو الدفع والتحميل للأعباء طبقاً لحسابات التكلفة / مقابل الحصول على منتج طبى مجود متمثل في مستوى من الأداء الطبي المتمتع بمزايا الجودة من ناحية والمحفوف بضمان استمرار الجودة من ناحية أخرى، إذ يتم الالتزام أول مرة بتطبيق معايير الجودة التأمينية الطبية بعد التحقق منها بالتطبيق المهني الطبي والصحي والمالي والتمويلي والتنظيمي والإداري الصحيح سواء من أول مرة أو وبضمان استمرار الجودة كل مرة، فإنه من المتعارف عليه أن مفهوم ضمان الجود ينصرف إلى الالتزام بالاستمرار في سلامة ورشاده تطبيق معايير الجودة في كل مرة يتم تطبيقها فيها وليس فقط لدى تطبيقها أول مرة.

وهنا يمكن تطبيق تقنيات الرقمنة والأتمتة والسيبرة Digitalized Automized Cybre لإعطاء رعاية صحية تأمينية عن بعد بمختلف مستوياتها Tele-medicine ومن ثم يمكن الاستفادة آنيا في التو وفى اللحظة من تقنيات الرعاية الصحية الطبية بمستوياتها المقبولة والمتقدمة دولياً، كما تساهم الرعاية الصحية التأمينية عن بعد Tele-medicine Insured Health Care في إكساب الأطقم الطبية لمهارات التطبيقات الطبية المستحدثة ذات مستوى الجودة المعمول به دولياً.

كما يمكن الاستفادة سيبرانيا ورقمنة وأتمتة من نظم التشغيل المرقمن وذلك بكل عناصر الأداء والإدارة المؤسسية للخدمة التأمينية الصحية وذلك بدعم دور التمويل التأمينى الصحي وجعله بالأتمتة نظام المالية العامة للدولة وذلك بجعله جزءاً لا يتجزأ من النظام الضريبي الذي يطبق أوتوماتيكياً وذلك بتحصيل قيمة الضرائب وفورا على ما يتم سداده من قيمة مشاركة المنتفع فيما يحصل عليه من خدمات رعاية صحية وطبية ذات طابع تأميني صحى اجتماعي، إذ بعد تسعير قيمة ما يؤديه المورد البشرى والمورد المادي من خدمات رعاية صحية تأمينية لا تكون هناك فرصة للتملص أو للمساومة فيما يجب أن يدفعه المغطى تأمينيا كجزء من قيمة ما يحصل عليه من رعاية صحية تأمينية وإنما كل مورد يستخدم في التأمين الصحي يكون مسعراً قيمته على أساس المعيار الاقتصادي الأولى: التكلفة/ الكفاية، التكلفة / العائد، التكلفة الفاعلية / التكلفة الفعالية؛ إلخ.

وإذا كان تقييم كفاءة وفاعلية الإنفاق الصحي بصفة عامة ومن خلال منظومة تأمينية كافية وكفء بصفة خاصة يستلزم معرفة قدرة الإنفاق الصحي وأياً كان مستوى هذا الإنفاق على تقليل احتمال انتقال الأفراد من حالة الإصحاح إل مرحلة السقم وأيضاً قدرته على تقليل احتمال انتقال الأفراد من حالة السقم الأولية لمرحلة السقم الأكثر تقدماً أي احتمال العودة إلى مرحلة المرض المتقدم أي تقليل احتمال عودة المؤمن عليه صحياً إلى الطور الأول لحالة السقم المرضى للفرد.

إلا أن منظومة التأمين الصحي الجديدة المنشأة بالقانون رقم (٢) لسنة ٢٠١٨ وبلائحته التنفيذية الصادرة بقرار رئيس مجلس الوزراء رقم ٩٠٩ لسنة ٢٠١٨ سيظل أمر كفاءة وكفاية وفعالية جدوى الإنفاق عليها مرهوناً بما يحدثه التطبيق المحوكم للقانون فنياً وصحياً ومالياً وإدارياً وأدائياً من خفض فيما ينفقه الفرد ومن خفض فيما تنفقه الأسرة على الرعاية الصحية الخاصة لأن كفاية وكفاءة وفاعلية الإنفاق الصحي التأمينى تتوقف على مدى ما يحققه هذا الإنفاق من عدالة اجتماعية متمثلة في توزيع المخاطر على الجميع بين الأصحاء من ناحية والمصابين بالأسقام من ناحية أخرى، وبين المصابين بالأسقام أنفسهم التى أصبحت تكلفة وأعباء مواجهتها مالياً مثقلة لكاهل الفرد والأسرة بل والدولة نفسها لأن تكلفة الرعاية الصحية المجددة خارج نطاق مستويات المعيشة السائدة.

أضف إلى ذلك أن منظومة الرعاية الصحية التأمينية الجديدة لم تقل شيئاً يذكر بخصوص معايير الحوكمة الضابطة لجودة ما يؤدى من خدمات رعاية صحية تأمينية وما كان يجب أن يتم من التأهيل القبلي لكافة وحدات الرعاية الصحية بالدولة التي سيؤول أمر أدائها للمنظومة الصحية التأمينية، فلم تقل تقارير المتابعة والتقييم لها شيئاً بخصوصها حتى الآن ولاسيما أن مرحلتها الأولى تم تطبيقها فعلا بمحافظات بورسعيد والإسماعيلية

والسويس وجنوب سيناء والأقصر وأسوان فكان من المنطقي من وجهة نظر الأداء المحوكم المنهجي الضابط أن يتم تقييم التداعيات الصحية والاجتماعية والفنية والإدارية والمالية والتمويلية للتطبيق الأولى للقانون رقم (٢) لسنة ٢٠١٨ ولائحته التنفيذية الصادرة أيضاً عام ٢٠١٨ برقم (٩٠٩) لسنة ٢٠١٨ من رئيس مجلس الوزراء إذ وحتى الآن يستمر التطبيق دون الإدلاء بدلو ما بخصوص تقييم نتائج تطبيق القانون ولائحته التنفيذية على المحافظات التي تم تطبيقها مبدئياً بها.

من الملاحظ أيضاً أن تشكيل هيئة التأمين الصحي الشامل عبارة عن تجميع لأطراف الروتين والممارسات البيروقراطية أى أنه إعادة تجميع للبيروقراطية في مجمع واحد ولم يُذْكر أحد من ذوى العلم والمعرفة في مجال صناعة التأمين العام منه والخاص اللهم إلا ذكر أن يكون هناك اثنان من الخبراء في مجال التمويل والاستثمار على أن يكون أحدهما خبيراً اكتواريا متخصصا في اكتواريات الصحة وكأن التخصص في الاكتواريات مقصور على الصحة فحسب علماً بأنه تخصص عام في مجال خاص وهو التأمين الصحي الذي اكتواريات ذات اكتواريات أي حسابات مخاطر تأمينية أخرى.

وها هو المدير التنفيذي لهيئة التأمين الصحي الشامل الذي يقع على كاهله تصريف أمور الهيئة وتنفيذ سياساتها واستراتيجياتها وقرارات مجلس إدارتها والذى يحضر اجتماعات مجلس الإدارة ليس له حق التصويت في المداولات.

ثم إذا بالهيئة العامة للتأمين الصحي الشامل يئول إليها جميع الأصول الإدارية والحقوق والالتزامات المالية الخاصة بالهيئة العامة للتأمين الصحي، كما يئول للعمل بذات الهيئة العامة للتأمين الصحي الشامل العاملون بكل من الهيئة العامة للتأمين الصحي والجهات التابعة لوزارة الصحة من شاغلي الوظائف المرتبطة بمجال عمل هيئة التأمين الصحي، وهكذا في صباح وضحاه تجد هيئة التأمين الصحي الشامل نفسها مثقلة بأيلولة أصول وبأيلولة عمالة إليها وذلك دون فرز أو انتقاء من يصلح منها ومن لا يصلح منها للاستمرار مع الهيئة الجديدة سواء أكان بشرا أو أصلا، بل قررت المادة (٢٢) من القانون رقم (٢) لسنة ٢٠١٨ أن تئول لهيئة الرعاية الأصول العلاجية ومنافذ تقديم الخدمة التابعة للهيئة العامة للتأمين الصحي ومنافذ تقديم الخدمة التابعة لوزارة الصحة ما عدا مكاتب الصحة.

أما بخصوص إنشاء لجنة دائمة بهيئة التأمين الصحي الشامل تكون مختصة بتسعير قائمة الخدمات الطبية التي يتم التعاقد على شرائها فكون يندرج في عضويتها المستقلون عن الهيئة والمتخصصون في تسعير الخدمات الطبية ويُمَثّل بها مقدمو الخدمة في القطاع الخاص بما لا يزيد على الربع. فهذا قول غير سديد عملياً وغير

سديد منطقيا وغير سديد منهجيا ذلك أن تسعير الخدمات الطبية له أسسه المتعلقة بتطبيق مبدأ التكلفة / العائد أي الحساب الدقيق للتكلفة الاقتصادية لكل رعاية طبية وحساب دقيق للعائد منها طبياً وفنياً واقتصادياً ومن ثم فالأمر لا يتعلق على الإطلاق ببورصة أو بشادر بيع وشراء وإنما هو موضوع علمي عملي لابد أن تجرى حساباته بدقة لحساب مقدار وقيمة المستخدم من الموارد ومقدار وقيمة تشغيل هذه الموارد ومقدار وقيمة المخرجات من الموارد بشراً كانت أو مستلزمات.

ثم أي منطق هذا الذي يتشدق به دائماً في الأروقة الطبية بفصل التمويل عن إدارة الرعاية الصحية ثم ها هي الهيئة العامة للتأمين الصحي الشامل تقوم (طبقاً للقانون رقم (٢) لسنة ٢٠١٨ ولائحته التنفيذية) بشراء الخدمة من مقدمها ثم تعيد بيعها لمتلقي الخدمة.

أما القول بوجود لجنة بالهيئة المذكورة تقوم بتسعير ما تشتريه وتعيد بيعه كخدمات رعاية صحية فمن ذا الذي يملك حق الاعتراض سواء على سعر شراء الهيئة للخدمة أو على سعر بيع الهيئة للخدمة؟ ومن ذا الذي من حقه حوكمة عملية شراء وحوكمة عملية بيع الخدمة؟ بل أن مبدأ شراء هيئة التأمين الصحي الشامل للخدمة ثم إعادة بيعها بعد تسعيرها شراءً وبيعا أمر يتناقض تماما مع ما أقره القانون الجديد رقم (٢) لسنة ٢٠١٨ من حق المؤمن عليه في اختيار جهات العلاج من بين الجهات المتعاقدة مع الهيئة لتقديم الخدمة وإذا كان أساس العلاقة بين جهات العلاج وتعاقدها مع الهيئة هو ضمان الجودة فلماذا لا تكون الجودة هي الأساس الأول والأخير والمحك الفيصل في تسعير الخدمة من ناحية وفى تقديم الخدمة لمتلقيها من ناحية أخرى؟

بل ولماذا يساير القانون الجديد للتأمين الصحي نفس نظم التأمين الصحي السابقة عليه وذلك بفتح باب التظلم للمؤمن عليهم من حيث تقرير انتهاء العلاج أو تخلف العجز أمام لجان التحكيم الطبي المنصوص عليها بقوانين التأمينات الاجتماعية وكان من الأولى أن يتم ذلك بآلية داخل هيئة التأمين الصحي الشامل وليس بقوانين التأمينات الاجتماعية لأن قوانين التأمينات الاجتماعية متعلقة بأمور التأمينات الاجتماعية وصناديقها كمدخرات بنكهة تأمينية تتعلق أساسا بموضوع المعاشات والمدخرات وإدارتها تسوية واستحقاقا وصرفا وما يتعلق بها من مخصصات واحتياطيات تعلق بعضها بالأمور الاكتوارية وبحسابات التسويات العكسية كضمان لجودة مخصصات سداد التعويضات وذلك حفاظاً على الملاءة المالية لتلك المخصصات والاحتياطيات.

وها هو تنازع الاختصاصات قد بدأ ومبكرا وعلى صفحات القانون الجديد رقم (٢) لسنة ٢٠١٨ حيث الهيئة العامة للتأمين الصحي الشامل هيئة عامة اقتصادية في حين أن الهيئة العامة للرعاية الصحية هيئة عامة خدمية بينما تخضع الهيئة العامة للتأمين الصحي للإشراف العام لرئيس مجلس الوزراء ويجتمع مجلس إدارتها مرة كل

شهر بدعوة من رئيسه أو من وزير الصحة وتبلغ قراراته للوزير المختص بالصحة والوزير المختص بالمالية، فإن الهيئة العامة للرعاية الصحية يصدر بتعيين مجلس إدارتها قرار من رئيس الوزراء بناءً على ترشيح وزير الصحة ويبلغ قرارات المجلس للوزير المختص بالصحة.

وبينما تتولى الهيئة العامة للتأمين الصحي الشامل إدارة وتمويل نظام التأمين الصحي فإن الهيئة العامة للرعاية الصحية أداة الدولة الرئيسية في ضبط وتنظيم تقديم الخدمات الصحية التأمينية الصحية والعلاجية بمستوياتها الثلاثة داخل أو خارج المستشفيات لجميع المؤمن عليهم داخل مصر من خلال منافذ تقديم الخدمة التابعة للهيئة العامة للتأمين الصحي والجهات التابعة لوزارة الصحة والتي تنضم للنظام بعد تأهيلها طبقاً لمعايير الجودة والاعتماد التي تحددها هيئة الاعتماد والرقابة ويصدر بضم هذه المستشفيات للنظام قرار رئيس مجلس الوزراء ويجوز تقديم الخدمة من خلال أي من المستشفيات الخاصة بعد تأهلها وفقاً للمعايير التي تحددها هيئة الرعاية.

الفصل الرابع

دروس مستفادة من تجارب بعض الدول في الرعاية الصحية

مقدمة:

على الرغم من تباين الدول في مواقعها الجغرافية وتفاوت حظها من الثروات الطبيعية، ومدى ما أنجزته وتنجزه (أو تفتقده) من تقدم اقتصادي واجتماعي وتعليمي وعلمي وثقافي، وما بينها من تفاوت في نظم الحكم والإدارة واتخاذ القرارات على الرغم من كل ذلك وغيره فإن الرعاية الصحية تظل وستظل فريضة عامة ومشتركة بين جميع الدول والمجتمعات متقدمة كانت أم نامية أم متخلفة أو بدائية، فالأمراض والكوارث الصحية والبيئية لا تفرق بين دول متقدمة ودول نامية أو متخلفة وبدائية.

ولنا فيما يعانيه العالم كله حاليا من الكورونا (كوفيد ١٩) مثال بارز على ذلك. ورغم قسوة وحدة الظروف التي فرضتها هذه الجائحة على العالم شرقه وغربه وشماله وجنوبه فإنها مليئة بالعبر والدروس التي إن أحسن البشر فهمها واستيعابها زادت قدرتهم على مواجهة هذه الجائحة والخروج من دوامتها في أقرب وقت ممكن وتجنب تكرار مثيلاتها في المستقبل المنظور. ولعل من أهم هذه العبر والدروس ضرورة تبادل الخبرات والدروس المستفادة من تجارب الدول وبعضها البعض في مجال الرعاية الصحية ليس فقط في أوقات الجوائح والكوارث الصحية وإنما أيضاً وبالأساس في كل الأوقات. ومن هذا المنطلق نعنى في هذا الفصل من الدراسة بمحاولة استخلاص أهم الدروس المستفادة من تجارب بعض الدول في الرعاية الصحية.

وقبل أن نتطرق إلى صلب موضوع هذا الفصل ربما يكون من المفيد أن نسترعى الانتباه إلى أن مفهوم الرعاية الصحية ينصرف إلى المستويات الثلاثة المتعارف عليها . جدير بالذكر أن هذه المستويات الثلاثة للرعاية الصحية هي المستويات التي تجمع كافة دول العالم على الحاجة إليها من الناحيتين الموضوعية والقيمية، في حين أنه أصبح هناك مستويان (رابع وخامس) للرعاية الصحية، وهما: الرعاية الصحية التأهيلية، والرعاية الصحية الملطفة. وتنصرف الرعاية الصحية التأهيلية إلى إعادة تأهيل من تعرضوا لأمراض جسدية أو نفسية أو عصبية أو حوادث (واستدعى علاجهم استخدام أجهزة تعويضية و/أو أداء تمارين رياضية معينة) ليعودوا إلى ممارسة أنشطة حياتهم اليومية بأفضل كفاءة ممكنة. أما الرعاية الصحية الملطفة فإنها تخص التعامل مع المرضى الميئوس من شفائهم (في حدود علم وخبرات الأطقم الطبية القائمة على رعايتهم) على أساس التخفيف بقدر المستطاع مما يعانونه من آلام ونوبات مرضية حادة. وإذا كنا نتغاضى عن التعرض – في المتن– لهذين

المستويين من الرعاية الصحية فليس ذلك لعدم أهميتهما وإنما لإمكان احتوائهما في المستويين الثاني والثالث للرعاية الصحية ، وهى الرعاية الصحية الأولية (الوقائية)، والرعاية الصحية الثانية (العلاجية)، والرعاية الصحية الثالثية (وتغلب عليها التدخلات الجراحية واستخدام الأجهزة التعويضية). وكلما ارتفعت كفاءة ومهارات الخدمات الصحية في المستوى الأول أمكن الحد من الحالات والنفقات الصحية في المستويين الثاني والثالث... ومن ثم فعلى الرغم من الأهمية الاستراتيجية لكفاية وكفاءة الإنفاق على الرعاية الصحية عامة فإن ارتفاع القيمة المطلقة والنسبية لهذا الإنفاق لا يعد بالضرورة مؤشرا دالا على كفاءة النظام الصحي الذي تتبناه التجمعات البشرية (دولا كانت أم تجمعات إقليمية أو محلية أو حتى عائلية وأسرية)، بل قد يكون دالا على خلل جوهري في النظام الصحي يتمثل في ضعف الاهتمام بالرعاية الصحية الأولية وتجاهل أنها يجب أن تكون المدخل الطبيعي لكل أنواع الرعاية الصحية التي يقدمها النظام ككل... ومن استعراض تجارب بعض الدول في الرعاية الصحية سوف نلاحظ أن الكثير منها يتميز بالاهتمام بالرعاية الصحية الأولية إلى حد اعتبارها المدخل الطبيعي للتعامل مع نظام الرعاية الصحية بأكمله.

وجدير بالملاحظة أننا سنهتم في هذا الفصل بمحاولة استخلاص الدروس المستفادة من تجارب عدد من الدول في الرعاية الصحية على أراضيها بعد استعراض أهم المبادئ التى تتبناها منظمة الصحة العالمية بشأن الرعاية الصحية، ثم يلى ذلك عرض لتجارب بعض الدول في الرعاية الصحية مع محاولة تنوع هذه الدول ما بين متقدمة ونامية، على أن نستخلص من هذه التجارب ما يمكن الاستفادة منه في رفع مستوى كفاءة النظام الصحي المصري في تقديم خدمات الرعاية الصحية للمقيمين – بصفة دائمة أو مؤقتة – على الأراضي المصرية مع الاهتمام بتوفير الموارد المناسبة لتقديم هذه الخدمات.

٤-١ أهم المبادئ التي تتبناها منظمة الصحة العالمية بشأن الرعاية الصحية

تلعب منظمة الصحة العالمية دوراً محوريا هاما في الإعلام والتوعية بالشئون الصحية عامة على كافة المستويات عالمية كانت أم إقليمية أم دولية وفى تقوية أواصر التعاون وتبادل المعلومات والخبرات في كافة المجالات التي تتعلق بالوقاية من الأوبئة والأمراض وسبل معالجتها خاصة في المستويين الوقائي والعلاجي. وتعتبر المنظمة أن النظم الصحية القوية هي عوامل تمكينية للصحة الجيدة في البلدان وحاسمة لتأدية البرامج الصحية وظائفها بشكل جيد. وترصد المنظمة الأوضاع والاتجاهات الصحية الإقليمية والعالمية، وتجمع المعلومات عن جميع الأمراض والنظم الصحية. ويُعد توافر معلومات وأدلة صحية يعول عليها ومحدثة أمراً

ضرورياً لعمليات صنع القرار، وتخصيص الموارد، والرصد والتقييم الخاصة بالصحة العامة. والمنظمة هي الجهة العالمية المحافظة على المعلومات المتعلقة بالصحة، وتعمل مع البلدان على تحسين توليد الموارد المعرفية عالية الجودة وتقاسمها واستخدامها... وتعنى منظمة الصحة العالمية بتأكيد مراعاة وحسن إدارة ستة مجالات أساسية لحسن عمل القطاع الصحة وكفاءته في القيام بوظائفه، وهذه المجالات هي (أهم المبادئ التي تتبناها منظمة الصحة العالمية بشأن الرعاية الصحية– الموجز التنفيذي، ص١–١٤؛ ٢٠١٩):

٤–١–١ **القيادة والحوكمة،** وتتضمن كقاسم مشترك يصلح لجميع الدول وإن تباينت نظمها:

أولا: ضمان أن السلطات الصحية تنهض بمسئولية إدارة وتنظيم القطاع الصحي العام والخاص، والتعامل مع التحديات المستقبلية شاملة الكوارث المتوقعة وغير المتوقعة، علاوة على المشكلات الجارية.

ثانيا: تعريف وتحديد استراتيجية وسياسات وخطط القطاع الصحي القومية على النحو الذي يحدد بوضوح توجهات هذا القطاع فيما يخص:

أ) صياغة التزام الدولة بالأهداف العليا للسياسة الصحية (والتي تتمثل في المساواة الصحية بين الناس، وتركيز الاهتمام عليهم كافة، وتبنى سياسات صحية عامة سليمة، والحوكمة الفعالة مع الخضوع للمحاسبة).

ب) تبنى استراتيجية تترجم أهداف هذه السياسة إلى ما تقتضيه من تمويل، وتعبئة الموارد البشرية، وصيدليات عامرة بالأدوية والمستلزمات الطبية، والتكنولوجيات الملائمة للرعاية الصحية، والبنية الأساسية لتقديم الخدمات الصحية، مع تحديد الأهداف والخطط والإرشادات ذات الصلة بتقديم هذه الخدمات.

ج) وضع وتطبيق آليات للمحاسبة والتواؤم مع الاحتياجات المتطورة.

د) تطبيق قواعد فعالة من خلال مجموعة من الإرشادات والمسؤوليات والحوافز، معززة جميعها بإجراءات قانونية وآليات لفرض تنفيذها.

هـ) حوار فعال مع القطاعات الأخرى.

ز) تبنى آليات وترتيبات مؤسسية لتوجيه مصادر التمويل على نحو يتوافق مع الأولويات الصحية التى تتبناها الدولة.

٤–١–٢ **نظم المعلومات الصحية:** لا تكون الحوكمة الجيدة ممكنة في القطاع الصحي إلا بتوافر المعلومات الجيدة عن التحديات الصحية التي يواجهها النظام الصحي فضلا عن المعلومات الجيدة عن البيئة الأوسع التى يعمل فيها هذا النظام، وهذه الأخيرة تشمل:

أ) التقدم في التعامل مع التحديات الصحية والأهداف الاجتماعية (خاصة المساواة).

ب) تمويل الصحة من خلال الحسابات القومية، مع الاهتمام بتحليل الكوارث المالية والتمويلية والعوائق الأخرى التي يواجهها توفير الخدمات الصحية للفقراء والفئات ذات الأوضاع الهشة.

ج) مدى توافر الصيدليات وإمكانيات الوصول إليها وتحمل تكاليف الأدوية والخدمات الصحية التي قد تؤديها للمرضى.

د) الوصول إلى الرعاية الصحية ونوعية الخدمات التي تقدمها.

هذه المتطلبات الأربعة تتطلب بدورها خطة وطنية للمعاونة والتقييم تحدد مؤشرات رئيسية مع وضع أهداف لها، علاوة على جمع وإدارة وتحليل لهذه البيانات واستخدامها من جانب المختصين، كما تستدعى تبنى ترتيبات تتيح وصول هذه البيانات لكل المعنيين بالأمور الصحية.

٤-١-٣ تمويل الرعاية الصحية: يمكن استخدام هذا التمويل كأداة رئيسية لتحسين الصحة والحد من عدم المساواة في أمور الرعاية الصحية خاصة إذا ما كان الهدف المبدئي لهذا التمويل هو القضاء على العوائق المالية للوصول إلى الخدمات الصحية مع تجنب الصعوبات المالية والنفقات المبالغ فيها. ويمكن تحقيق ذلك من خلال نظام عادل لتعبئة موارد مالية كافية، ونظام يحقق تراكم الموارد المالية عبر المجموعات السكانية لتتشارك في تحمل المخاطر التمويلية، مع الحرص على حوكمة نظام التمويل من خلال تشريعات مناسبة ومراجعة مالية خاصة بالرعاية الصحية وبالإنفاق العام على أن يكون ذلك وفقاً لقواعد عملية واضحة تضمن الاستخدام الكفء للأموال. تختلف مصادر تمويل الخدمات الصحية من منظومة صحية إلى أخرى، ويمكن تقسيم مصادر التمويل الرئيسية في العالم على النحو التالي (كساب، ٢٠١٧):

مصادر تمويل عمومية:

تساهم السلطات العمومية في تمويل الخدمات الصحية في كل المنظومات الصحية العالمية، إلا أن مساهمتها تختلف بين منظومة صحية وأخرى.

مصادر تمويل خاصة:

يمكن التمييز بين مصدرين للتمويل الخاص: المصدر الأول التمويل الذي تقوم به مؤسسات خاصة أو عامة اما المصدر الثاني فهو التمويل الناتج عن تسديد المستهلكين للخدمات الصحية من مصادرهم المالية الخاصة مقابل الخدمة المقدمة والذي يمكنه أن يكون كليا أو جزئيا.

التأمينات:

يوجد هذا المصدر في معظم المنظومات الصحية في العالم، وينقسم إلى نوعين: الأول تأمين غير هادف للربح مثل التضامن الاجتماعي، والثاني أنظمة تأمين هادفة للربح. ويلجأ الأشخاص إلى شركات التأمين بشكل اختياري أو بشكل إجباري بمجرد ممارستهم لعمل داخل مؤسسة ما. كما يمكن الجمع بين التأمين الإجباري والاختياري في إطار التأمين التكميلي.

مصادر التمويل الخارجية:

تواجه البلدان النامية صعوبات كبيرة من أجل تمويل نظمها الصحية، مما يجعلها تلجأ إلى مساعدات مجموعة من الدول المانحة وذلك عن طريق تمويل مشروعات وبرامج في مجال الصحة؛ وتمنح هذه المساعدات على شكل هبات أو قروض. كما أن العديد من الوكالات الثنائية تقوم بمساعدة هذه البلدان على تطوير نظم التمويل الصحي من أجل تحقيق التغطية الصحية الشاملة.

٤-١-٤ الموارد البشرية للرعاية الصحية: تعتبر القوة البشرية العاملة في المجال الصحي محورا رئيسيا في تحقيق متطلبات الرعاية الصحية، فقوة العمل ذات الأداء الجيد هى تلك التى تستجيب لحاجات وتوقعات الناس على نحو يتسم بالكفاءة والعدالة لتحقيق أفضل النتائج الممكنة في ضوء الموارد المتاحة والظروف السائدة. ويتطلب توفير قوة العمل هذه الارتقاء بطرق وأساليب اختيارها وتعليمها وتدريبها وحسن توزيعها حسب متطلبات أعمال الرعاية الصحية مع الحرص على رفع مستوى أدائها فضلا عن تحسين ظروف عملها خاصة من حيث الأجور والمرتبات وتوفير اللوجستيات اللازمة لقيامها بمهامها.

٤-١-٥ المنتجات الطبية ومستلزمات أداء المستويات الثلاثة للرعاية الصحية: حيث الحصول على هذه الرعاية يعتمد بشدة على فرص الحصول – بتكاليف يمكن تحملها – على الأدوية الأساسية واللقاحات وخدمات التشخيص والأساليب الفنية للتدخل الطبي (علاجية وجراحية وتأهيلية) التي يتم استخدامها وفقاً لأسس علمية سليمة ولمبدأ فاعلية وكفاءة الإنفاق. ومن الناحية الاقتصادية فإن المنتجات الطبية هي ثاني أكبر مكون (بعد المرتبات) في معظم الموازنات الصحية، وأكبر مكون للإنفاق الصحي الخاص في الدول ذات الدخل المنخفض والمتوسط... وذلك ما يستلزم تنظيما محكما للتعامل في سوق الأدوية ومستلزمات صيدليات الإسعافات الأولية المنزلية.

٤-١-٦ مستوى التغطية بالخدمات الصحية: يعتبر ضمن عناصر الحكم على كفاءة وفاعلية النظم الصحية، وهو ما يتوقف على وجود شبكة من مراكز الرعاية الصحية الأولية المنتشرة على مستوى الوحدات المحلية (قرى وأحياء) والمدعومة بخدمات المستشفيات و/أو العيادات المتخصصة. وعلى أن تتبنى هذه المراكز – والمستشفيات/العيادات– وتطبق خدمات الرعاية الصحية المتكاملة بما في ذلك تلك المتضمنة في الأهداف الإنمائية للألفية الثالثة، مع الحرص على تطبيق معايير تضمن الوصول إلى هذه الخدمات وتقديمها بدرجة عالية من الجودة والأمان والفاعلية والاستمرارية والتمركز حول الناس.

- **آليات مساءلة ومحاسبة مقدمي الخدمات الصحية:** حيث يتعين إخضاع وحدات تقديم خدمات الرعاية الصحية والعلاج للمساءلة فيما يتعلق بالحصول على خدماتها ومراعاتها للجودة ورضاء المستفيدين من هذه الخدمات.
- **هذا وتركز منظمة الصحة العالمية جهودها في نشر وتعميم الرعاية الصحية في مختلف الدول لتحقيق مبدأ أساسي يتمثل في تعزيز الصحة طيلة العمر، ويشمل هذا المبدأ** تعزيز الصحة الجيدة طيلة العمر، ويأخذ في الاعتبار الحاجة إلى مواجهة المخاطر البيئية والمحددات الاجتماعية للصحة، فضلاً عن نوع الجنس، والإنصاف وحقوق الإنسان. ويركز العمل وفقاً لهذا المبدأ على إتمام جدول أعمال الأهداف الإنمائية للألفية والحد من التفاوتات بين البلدان وداخلها. مع تركيز الاهتمام على:

(أ) الأمراض غير السارية، وتشمل أمراض القلب، والسكتة الدماغية، والسرطان، والسكري وأمراض الرئة المزمنة، والاعتلالات النفسية، إلى جانب العنف والإصابات. وبخلاف الظروف الاستثنائية (مثل جائحة كوفيد ١٩ وتطوراتها) تتسبب هذه الأمراض غير السارية فيما يزيد على ٧٠% من إجمالي الوفيات في شتى أنحاء العالم، وتحدث ثمان من كل عشر من هذه الوفيات في البلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل. وتذهب عواقب هذه الأمراض لأبعد من قطاع الصحة، وتحتاج الحلول الخاصة بها إلى ما هو أكثر من نظام يقي من الأمراض ويعالجها.

(ب) الأمراض السارية حيث تعمل المنظمة مع البلدان على تعزيز واستدامة إتاحة الوقاية من فيروس العوز المناعي البشري، والسل والملاريا وأمراض المناطق المدارية المهملة، وعلاجها والرعاية المقدمة بشأنها، والحد من الإصابة بالأمراض التي يمكن الوقاية منها باللقاحات، كما تعمل المنظمة حاليا على دفع وتنسيق الجهود التى تبذل حاليا في مختلف أنحاء العالم لمقاومة فيروس الكورونا ومحوراته مع تشجيع وحفز جهود إنتاج وتطوير

اللقاحات المقاومة لانتشار هذا الفيروس فضلا عن أدوية ومستلزمات علاج المصابين، ومراعاة العدالة في توزيعها.

(ج) **التأهب والترصد والاستجابة** أثناء حالات الطوارئ، حيث يتضمن الدور التشغيلي للمنظمة قيادة وتنسيق الاستجابة الصحية لدعم البلدان، وإجراء تقديرات المخاطر، وتحديد الأولويات ووضع الاستراتيجيات، وتوفير الإرشادات التقنية والإمدادات والموارد المالية الحاسمة، فضلاً عن رصد الوضع الصحي. كما تساعد المنظمة البلدان على تعزيز قدراتها الأساسية الوطنية المتعلقة بإدارة مخاطر الطوارئ لمنع أي خطر يشكل تهديداً على أمن الصحة البشرية، والتأهب والاستجابة لحالات الطوارئ هذه واستعادة الوضع الطبيعي بعدها.

-**كما توفر المنظمة الخدمات المؤسسية** من حيث الوظائف والأدوات والموارد التي تجعل كل أعمال المنظمة ممكنة. فعلى سبيل المثال، تشمل الخدمات المؤسسية الأجهزة الرئاسية التي تعقد الاجتماعات للدول الأعضاء من أجل وضع السياسات، والفريق القانوني الذي يقدم المشورة أثناء إبرام المعاهدات الدولية، وموظفي الاتصالات الذين يساعدون على نشر المعلومات الصحية، أو الموارد البشرية التي تجلب بعضاً من أفضل الخبراء في مجال الصحة العمومية في العالم أو خدمات المباني التي توفر الحيز والأدوات لخبراء وموظفي مكاتب المنظمة في مختلف أنحاء العالم.

-وأخيراً ربما يكون من المناسب أن نشير إلى تأكيد المنظمة أن النظم الصحية التي توفر حماية مالية قوية ومستويات دنيا من حاجات صحية غير مغطاة تشترك في الخصائص التالية هي (أهم المبادئ التي تتبناها منظمة الصحة العالمية بشأن الرعاية الصحية- الموجز التنفيذي، ص١-١٤؛ ٢٠١٩):

أ-عدم وجود فجوات كبيرة في التغطية الصحية.

ب- سياسة التغطية في أبعادها الثلاثة (طريقة التصميم، والتنفيذ، والحوكمة) مصممة بدقة على النحو الذي يقلل -إلى أبعد حد ممكن- عوائق الحصول على الخدمات الصحية كما يقلل إلى أدنى حد ممكن من المدفوعات من الجيب الخاص لكل من الفقراء ومن هم مستخدمون معتادون للخدمات الصحية.

ج- الإنفاق العام على الصحة مرتفع بالقدر الذي يضمن الوصول -في الوقت المناسب- إلى مدى واسع من الخدمات الصحية بدون مدفوعات غير رسمية.

د- وبالتالي فإن المدفوعات من الجيب الخاص تكون منخفضة ولا تكاد تبلغ ١٥% من إجمالي الإنفاق على الصحة في مثل هذه النظم.

٤-٢ تجارب بعض الدول في الرعاية الصحية:

"تعود تجارب الدول في التامين الصحي إلى أواخر القرن التاسع عشر حين أصدر المستشار الألماني "أوتو فون بسمارك)قانون التأمين ضد المرض في عام ١٨٨٣ ليصبح أول تشريع وأول وثيقة تأمين صحى في العالم. وفى بريطانيا صدر أول قانون للتأمين الصحي في عام ١٩١١ ليشمل التأمين الصحي الاجتماعي الوطني للرعاية الأولية مبدئيا لنحو ثلث السكان العاملين بأجر – دون من يعوله هؤلاء العاملون– واستمر هذا النظام ساريا حتى تم إنشاء خدمة الصحة الوطنية في عام ١٩٤٨ والتي أوجدت خدمة شاملة ممولة من الضرائب العامة وتقدم الخدمات الصحية لجميع المقيمين الشرعيين تنفيذا لتوصيات أوردها تقرير اللورد بيفريدج للبرلمان البريطاني (عام ١٩٤٢) لإصلاح نظام التأمينات الاجتماعية وإنشاء نظام جديد للضمان الاجتماعي، ومن هذه التوصيات أن يكون التأمين الصحي ورعاية الأطفال ممولين من الدولة والضرائب باعتبارهما حقا عاما، وهو ما يختلف عن النظام البسماركي القائم على الاشتراكات. ثم انتشرت بعد ذلك نظم التأمين الصحي في أوروبا وأمريكا وغيرها من الدول في كل القارات. أما عربيا فأول وثيقة ظهرت في مصر عام ١٩٥٧ وتشمل تعاونا بين الشركة المتحدة للتأمين وبنك الإسكندرية. وفيما يتعلق بتأسيس شركات التأمين الصحي فإن أول شركة قدمت خدمات التأمين الصحي أسست في اليمن عام ٢٠٠٥ وأصدرت أول وثيقة بتاريخ أول أكتوبر ٢٠٠٦ (عايش، ٢٠٢١).

وفى ضوء هذا المدخل التاريخي لظهور وتطور التأمين الصحي في أنحاء العالم المختلفة يمكن الإشارة إلى أشهر نظم الرعاية الصحية في العالم على النحو التالي:

نموذج بيفريدج:

أطلق عليه هذا الاسم نسبة إلى المصلح الاجتماعي الجرىء "ويليام بيفريدج "الذى صمم خدمة الصحة الوطنية البريطانية. ونظام الرعاية الصحية في هذا النموذج يمول من قبل الحكومة من خلال حصيلة الضرائب. وفى هذا النظام تمتلك الحكومة معظم المستشفيات كما يعمل لدى الحكومة بعض الأطباء كموظفين، وهناك أطباء خصوصيون يحصلون على أتعابهم من الحكومة. والدول التي تستخدم هذا النظام هي بريطانيا وأسبانيا ومعظم الدول الاسكندنافية ونيوزيلندا.

نموذج بسمارك:

وينسب إلى المستشار البروسى "أوتوفون بسمارك" ويطلق على هذا النظام عادة وصف "تمويل المرض"، وهذا التمويل مشترك من قبل أرباب العمل والموظفين بالخصم من الرواتب. وفى هذا النظام تميل المستشفيات إلى أن تكون خاصة ومعظم الأطباء متعاقدون مع النظام وليسوا موظفين. والدول التي تستخدم هذا النظام هي ألمانيا وفرنسا وبلجيكا وهولندا واليابان وسويسرا وأمريكا اللاتينية.

نموذج التأمين الصحي الوطني:

ويسمى أحيانا التأمين الصحي القانوني ويحتوى على خليط من عناصر نظامي بيفريدج وبسمارك، وتعبأ الأموال اللازمة في هذا النظام بواسطة الحكومة مباشرة من خلال الإيرادات الضريبية. وهذا النظام هو مجموعة من خطط التأمين الصحية الاجتماعية التي توفر تغطية لجميع المواطنين بغض النظر عن التاريخ الطبي أو الدخل الشخصي أو مستوى المعيشة. والدول التي تستخدم هذا النظام هي كندا وبعض البلدان "المصنعة حديثا" مثل تايوان وكوريا الجنوبية.

٤-٢-١ أنواع ونماذج التأمين الصحي العالمية:

في ضوء تطورات نظم ونماذج التأمين الصحي التي خبرتها مختلف دول العالم يمكن القول إن أنواع ونماذج التأمين الصحي العالمية قد آلت إلى خمسة نظم هي كالتالي (عايش، ٢٠٢١):

نظام التأمين الصحي الوطني الحكومي، وهو نظام الرعاية الصحية الوطنية (ويسمى نظام الدافع الوحيد) وهو التأمين الذي تنشئه وتديره الدولة، ويطلق عليه أيضاً نظام التأمين الصحي الإجباري، ويتم تمويله عن طريق الرسوم أو الضرائب أو كليهما معا، وبموجبه يحق لكل دافع ضريبة أن يتلقى خدمة الرعاية الصحية التي تقدمها الدولة مقابل الاقتطاع الإجباري لصالح الضرائب المخصصة لتمويل التأمين الصحي. ويمكن رصد هذا النمط في أكثر من مائة دولة في العالم على رأسها المملكة المتحدة (بريطانيا) وفى استراليا وكندا وكوريا الجنوبية... وعندما يتضمن نظام التأمين الصحي الوطني اختيارا بين عدة صناديق تأمين قد تختلف معدلات المساهمات ويتعين على الشخص اختيار صندوق التأمين الذي ينتمى إليه. وقد تدار هذه الصناديق من قبل القطاع الخاص أو القطاع العام أو مزيج منهما.

نظام التأمين الصحي الاجتماعي، وقد يسمى بالنظام البيسماركى (نسبة إلى المستشار الألماني بيسمارك)، ويغطى هذا النظام مخاطر الأمراض والحوادث التي قد يتعرض لها الإنسان أو أفراد أسرته في الحياة حتى لو لم تكن مرتبطة بالعمل، ومن ثم هو أحد أنواع التأمين ضد مخاطر الظروف الصحية لدى الفرد ويشمل تكاليف فحصه وتشخيص مرضه وعلاجه ودعمه النفسي والجسدي. ويعتمد هذا النظام على المشاركة المالية من قبل العاملين في القطاعات الاقتصادية المختلفة وأصحاب العمل سواء كانوا ينتمون إلى مؤسسات خاصة أو حكومية. ويستخدم التأمين الصحي الاجتماعي في عدد من دول أوروبا الغربية، وبشكل متزايد في أوروبا الشرقية وكذلك في اليابان، ويمكن رؤية هذا النمط من التأمين الصحي حاليا في أكثر من ستين دولة ويتميز بالتغطية الشاملة، وكانت اليمن قد أخذت بهذا النظام بموجب القانون ٩ لسنة ٢٠١١ وأنشأت الهيئة العامة للتأمين الصحي (عام ٢٠١٢) لإدارة النظام لكن لم يتم التنفيذ لعدم توافر الظروف المناسبة بسبب الأزمة السياسية التي تمر بها البلاد منذ عام ٢٠١١ وحتى الآن.

نظام التأمين الصحي المجتمعي التكافلي (التعاوني)، هو شكل من أشكال التأمين الصحي الخاص، وبموجبه يدفع الأفراد من مجتمع معين لصندوق صحى جماعي يمكنهم الاستفادة منه عندما يحتاجون إلى رعاية طبية، ولا تتعلق الاستفادة بالمساهمات، وبصفة عامة يكون هناك مستوى عال من مشاركة المجتمع في إدارة هذا النظام. فالتأمين الصحي التعاوني هو صندوق تأمين تتم إدارته محليا من خلال مؤسسات غير ربحية أو من قبل هيئة من الجمعيات التعاونية أو الخيرية أو النقابات المهنية أو عن طريق لجنة محلية من المجتمع في المنطقة تقوم بجمع الاشتراكات والمساهمات والتعاقد مع الجهات التي تقدم الخدمات الطبية لتقديم العلاج للأعضاء وأهل المنطقة، ويعد التأمين الصحي المجتمعي شكلا من أشكال التأمين الصحي البالغ الصغر الذي يستهدف الأشخاص ذوى الدخل المنخفض. والسمة المحددة لنظم التأمين الصحي المجتمعي تتمثل في مشاركة المجتمع المحلى في توجيه إعدادها وإدارتها. ويطبق هذا النظام أساسا في البلدان الفقيرة التي لا تتوافر فيها قاعدة اقتصادية رسمية كبيرة تمكن الدولة من توفير التغطية الجيدة، ولكن هذا النمط من التأمين الصحي يبقى غير إلزامي ويمول أساسا من مشاركة أفراد المجتمع المحلى. وقد نجح هذا النموذج في رواندا وغانا (من الدول الأفريقية) وفى بلاد آسيوية مثل تايلاند وإندونيسيا. ومعظم الدول التي يسود بها هذا النمط من التأمين الصحي هي تلك التي تحاول ألا تعتمد على المساهمات المباشرة للمرضى (غالبا لانتشار الفقر بين شرائح كبيرة من السكان). بيد أنه تجب ملاحظة أن هذا النظام بشكله البسيط يمكن أن يكون خطوة أولى باتجاه تأسيس نظام تأمين اجتماعي متين وقوى في المستقبل. كما أن معظم الدول التي يسود بها هذا النمط من التأمين الصحي هي

تلك التي تحاول أن تستغنى عن المساهمات المباشرة للمرضى وتسعى إلى الإدخال السريع لشكل من أشكال الحماية الاجتماعية.

وتشير تجارب الدول في التأمين الصحي وتوسيع تغطية الرعاية الصحية الناجحة إلى إمكانية أن تحقق الدول النامية والفقيرة تأمينا صحياً ورعاية صحية شاملة لجميع السكان إذا وجدت القيادة الناجحة والاستقرار والتعاون بين المجتمع. فمثلا نظام التأمين الصحي الوطني في غانا والذى امتدت مظلته إلى قطاع كبير من السكان من خلال إسناد تقديم الخدمات الصحية إلى منظمات صحية غير حكومية بالضواحي، وانضوى أكثر من ٨٠% من السكان في غانا تحت مظلة التأمين الصحي المقدم على مستوى المجتمعات المحلية. وكذلك تجربة رواندا الرائدة في توسيع الرعاية الصحية للمواطنين بواسطة التأمين الصحي المجتمعي حتى وصلت التغطية الصحية إلى أكثر من ٩٦% من السكان من خلال التأمين المجتمعي التكافلي.

نظام التأمين الصحي الخاص، يمكن تقسيم هذا النظام إلى نظامين فرعيين هما: التأمين التجاري، والتأمين غير التجاري، وذلك حسب الجهة التي تقوم بتنفيذ وتمويل البرنامج وما إذا كانت شركات أو مؤسسات تجارية أو تعاونية أو غير ربحية أو هيئات تطوعية. وينتشر التأمين التجاري الخاص في العديد من الدول ويكون في معظم الأحيان بالتوازي مع وجود نظام تأمين حكومي كتأمين تكميلي، أو كنظام أساسي إلزامي كما هو الحال في ألمانيا وهولندا حيث يجب على من لا يتم التأمين عليه في الصندوق الحكومي أن يشترك بالتأمين لدى شركة تأمين من القطاع الخاص. وبشكل عام يكون التأمين الخاص طوعيا على عكس برامج التأمين الاجتماعي التي تميل إلى أن تكون إلزامية. ونظام التأمين الصحي الخاص يتم من خلال مشاركة المنتفعين وأرباب العمل في صندوق خاص هدفه الربح. وكثيرا ما تتعمد شركات التأمين الصحي الخاص انتقاء المنتسبين باستبعاد كبار السن وأصحاب الأمراض المزمنة.

نظام التأمين الصحي المزدوج (أساسي وتكميلي)، ويوجد في كثير من الدول التي تتوافر بها نظم تأمين صحية مختلفة من خلال صناديق تأمين صحى حكومية، ومن خلال شركات تأمين صحى خاصة. وفى هذا النظام تفرض الحكومة ضرائب أو اشتراكات التأمين الصحي على المواطنين لدفع تكاليف الخدمات الصحية الحكومية الأساسية، ويمكن للمواطنين أيضاً اختيار تأمين خاص تكميلي، وتعد فرنسا المثال الأبرز لهذا النظام، وقد درست واستفادت الدولة المصرية بالتجربة الفرنسية فأرسلت بعثات واستقدمت خبراء فرنسيين لاستخلاص أهم

الدروس لإصلاح القطاع الصحي خاصة فيما يتعلق بتطبيق نظام التأمين الصحي الاجتماعي الشامل في مصر.

٤-٢-٢ النظام الصحي في دولة فرنسا (كساب، ٢٠١٧):

يعتبر النظام الصحي الفرنسي من الأنظمة المتقدمة في العالم، ففي تقرير منظمة الصحة العالمية عام ٢٠٠٠م أفاد أن لدى فرنسا أفضل نظام خدمات صحية وأكثرها إتاحة بتكلفة متوسطة للفرد ويعتبر الرابع على مستوى العالم، وحصلت على المركز الأول على مستوى العالم فيما يتعلق بفعالية النظام الصحي.

أما إدارة هذا النظام فهي من قبل الحكومة لضمان مصلحة السكان، وتتسم إدارته بالمركزية من خلال هيئة الضمان الاجتماعي، ويرتبط بوزارة الشؤون الاجتماعية والتكافل الاجتماعي في أمور التمويل وتتكفل وزارة الصحة بالنواحي الإدارية. ويعتمد النظام على ثلاثة مبادئ، وهي: عمومية التغطية من خلال نظام حكومي يغطي المخاطر والتعويضات ــ إتاحة الرعاية وحرية الاختيار للمريض ــ والتعاون بين القطاعين الحكومي والخاص فيما يتعلق بالمستشفيات وتمويل الخدمات الصحية.

ومن أهم مميزات النظام الصحي الفرنسي

حرية الاختيار للمستفيد، وبدون حدود، في الذهاب للأطباء بأنواعهم وأطيافهم وحتى الإبر الصينية، والطبيب النفسي والولادة والعيون والأسنان، بل والذهاب للقطاع الخاص بدون تحويل.

والتنويم يتم من خلال المستشفيات العامة والخاصة والتي تستحوذ الحكومة على ٦٤% من أعداد الأسرة فيها، وتركز المستشفيات الحكومية على الطب الباطني والنفسي، بينما تركز المستشفيات الخاصة على الجراحات والتوليد، وفي عام ١٩٩٦م تم إنشاء هيئات محلية لتوزيع الإمكانات المتاحة بين المستشفيات.

وفي هذا النظام يدفع المريض الرسوم ويتم تعويضه من الضمان الاجتماعي، ومن مبادئه مشاركة المريض في التكلفة بنسبة ١١%، وتقدم بعض الشركات (تعاونية وخاصة) تأمينا تكميليا، وتغطي هذه الشركات بقية التكلفة في حدود ١٢% من التكلفة الكلية، ويستفيد من خدماتها ٨٧% من السكان.

أما الخدمات الوقائية وخدمات المستشفى والرعاية طويلة الأمد فيتم تعويضها بالكامل من النظام الحكومي.

وتوفر العيادات الخاصة رعاية متخصصة ويتم التعويض عن رسومها جزئيا، كما يدفع الضمان قيمة الأدوية، ويمول التأمين الصحي الوطني الإلزامي من خلال مساهمة أرباب العمل والمساهمات الاجتماعية العامة والاقتطاع القليل من الرواتب، ويغطي النظام الصحي حالياً جميع السكان، ويمثل القطاع الحكومي منها ٧٨% من التمويل.

أما عن تاريخ النظام الصحي في فرنسا، فقد أنشئ أولا كصندوق لرجال البحرية المسنين في القرن الخامس عشر، وبدأت الجمعيات التبادلية فيها منذ القرن السادس عشر، ثم انتشرت جمعيات الإعانة في بعض الدول الأوروبية والأمريكية بتأثير الثورة الفرنسية عام ١٧٨٩م، وهذه الجمعيات تقدم المعونة لأعضائها مادياً في حالات العجز والمرض والفقر والموت، وتتكون أموالها من اشتراكات الأفراد المنتمين إليها، ومن الهبات ومنح الدولة، ومن أهم هذه الجمعيات في فرنسا جمعية الإعانة التبادلية الفرنسية، وقد حاولت الجمعيات التبادلية الفرنسية تأسيس التأمين للشيخوخة لكنه كان فوق طاقتها، ومنعه القانون الفرنسي عام ١٨٥٠م، ثم أجيز لها في نهاية القرن التاسع عشر أن تقوم بالتأمين التبادلي لحالات الموت والإصابات والأمراض، وتعتبر فرنسا أول دولة أوروبية تأخذ بنظام معاشات التقاعد الرسمي حيث أقرته عام ١٧٧٦م للعسكريين، ثم أقرته الثورة الفرنسية في عام ١٧٩٠م لجميع الموظفين.

وفي عام ١٩٢٨م، قامت فرنسا بإصدار قانون التأمين الصحي ولكن لم يتم التنفيذ إلا في عام ١٩٣٠م، وكان التأمين الصحي الفرنسي عبارة عن مجموعة من الجمعيات التعاونية التي كانت متواجدة قبل صدور القانون وفي بادئ الأمر كان التأمين لمجموعات ذات مهن مشتركة، وبعد الحرب العالمية الثانية قامت إدارة الضمان الاجتماعي بتمويل مشروع للحكومة لتغطية جميع المواطنين واستمر النظام في التطوير إلى أن وصل إلى وضعه الحالي المتفوق على الدول الأخرى.

ويهمنا الإشارة في هذا الصدد إلى أن الإدارة المحلية (ممثلة في مجالس الأحياء والضواحي والمدن) لعبت دوراً مهماً وإيجابياً في تغطية تكاليف العلاج (خاصة في المستشفيات) لمن يقيمون في نطاق ولايتها الإدارية إذا كان ما لديهم من تأمين صحى لا يغطى كل هذه التكاليف من جهة، وبعد التثبت ــ بطرق مختلفة ــ من عدم قدرتهم على دفع مثل هذه التكاليف من جهة أخرى. ومن أهم ما أتاح للمحليات القيام بهذا الدور ما تحققه من صافى إيرادات المساكن التابعة لها والتي تؤجرها للأسر الشابة وفقاً لقواعد معينة، هذا بالإضافة إلى بعض الضرائب والرسوم المحلية على الكثير من الأنشطة التي تقع في دائرة ولايتها (نعتمد في هذه الفقرة على خبرة معايشتنا لهذا

النظام (بل والاستفادة منه) أثناء دراستنا في فرنسا في الفترة ١٩٧٤-١٩٨١، وقد حاولنا توثيقه من خلال شبكة المعلومات (الإنترنت) أو أي مصادر أخرى ولكننا لم نتمكن من العثور على المعلومات الدالة، وعلى الرغم من ذلك يظل كما ورد في المتن صالحا للاستفادة منه كمقترح يمكن الأخذ به في الظروف الحالية بجمهورية مصر العربية خاصة مع انطلاق مبادرة مد مظلة التأمين الصحي الشامل بالتدريج لكافة محافظات الجمهورية).

وربما يكون من المناسب أن نشير إلى إمكانية أن تأخذ مصر بمثل هذا النظام الذي تلعب فيه المحليات دوراً هاما في تمويل تكاليف العلاج لمن يقيمون في دوائرها ولا يقدرون (وفقاً لمستندات تثبت ذلك) على تسديد هذه التكاليف في حالات تعرضهم للأمراض، ومما يعزز من هذه الإمكانية أن تخصص الدولة نسبة مما أنشأته وتنشئه من مساكن في مختلف المدن والأحياء والقرى لتكون مملوكة لوحدة الإدارة المحلية وتؤجر للمستحقين وفقاً لاشتراطات محددة أهمها أن تكون عقود الإيجار محددة المدة وقابلة للتجديد مادام لم يتجاوز عدد أفراد الأسرة الحد الملائم لسعة استيعاب الوحدة السكنية ومادام دخل الأسرة أقل من ٢٠٠% من الحد الأدنى السائد للأجور والمرتبات مثل هذا الاقتراح يمكن أن يوفر لوحدات الإدارة المحلية موارد تستطيع أن تدعم بها غير القادرين من مواطنيها على تحمل تكاليف ما قد يحتاجونه من أوجه الرعاية الصحية بعد التأكد من حقيقة عدم قدرتهم هذه.

تنظيم الحصول على خدمات الرعاية الصحية:

سبق أن أشرنا إلى المستويات الثلاثة التي تتضمنها الرعاية الصحية: الأولية الوقائية، والثانية العلاجية، والثالثية التي تنصرف إلى التدخلات الجراحية واستخدام الأجهزة التعويضية، ومن الأسس الهامة في رفع كفاءة نظم الرعاية الصحية مع تحقيق الرشادة في تكاليفها احترام هذا التسلسل في تنظيم الرعاية الصحية والاستفادة منها بحيث يكون طبيب الأسرة أو الممارس العام هو المدخل الطبيعي للحصول على خدمات الرعاية الصحية طبقا للاحتياج الحقيقي لها. فطبيب الأسرة أو الممارس العام يلعب الدور الرئيسي في متابعة الحالة الصحية العامة للمواطنين في النطاق الجغرافي لعمله مع تقديم خدمات الرعاية الصحية الأولية الوقائية لهم مع الخدمة العلاجية للأمراض أو الإصابات البسيطة التي يمكنه علاجها في حدود اختصاصاته كممارس عام، وما يخرج عن هذه الحدود من أمراض تستدعى تخصصا علاجيا أعمق (كأمراض الكبد أو الكلى أو البنكرياس أو القلب أو السكر... الخ) يتم تحويله إلى أخصائي في هذا المجال أو ذاك. وإذا وجد هذا الأخصائي حالات تستدعى تدخلا جراحيا أو تعويضيا فإنه يقوم بتحويلها إلى المتخصصين في مستوى الرعاية الصحية الثالثية.

مثل هذا التسلسل في تقديم الرعاية الصحية في المستويات الثلاثة يعد ملزما في معظم نظم الرعاية الصحية في الدول المتقدمة، وفرنسا من أبرز الدول التزاما بهذا التسلسل بحيث إن القاعدة العامة في النظام الصحي الفرنسى هى أن الطبيب الأخصائي لا يستقبل مريضا في تخصصه إلا إذا كان محولا من ممارس عام، وجهات العلاج في المستوى الثالثى (التدخلات الجراحية واستخدام الأجهزة التعويضية) لا تستقبل مريضا (باستثناء حالات الطوارئ) إلا إذا كان محولاً من طبيب أخصائي في المجال الذي يتطلب الجراحة أو استخدام الجهاز التعويضي. والالتزام بهذا النظام له العديد من المزايا أهمها:

(أ) أنه يرشد تكاليف الرعاية الصحية.

(ب) أنه يرشد استخدام الكفاءات الطبية على النحو الذي يتناسب مع مستوى تأهيلها وخبراتها.

ومما يدعم هذه الكفاءات أنه في كل تخصص من التخصصات الطبية يأخذ النظام الصحي الفرنسي بنظام المرجعيات الذي ينصرف إلى وجود عدد من كبار الأطباء علما وخبرة يمكن الرجوع إليهم لاستشارتهم في الحالات التي يستدعى علاجها خبرات وتخصصات أعمق مما يتوافر لدى الأطباء القائمين فعليا بالرعاية الصحية كي يضمنوا أن بروتوكولات هذه الرعاية أفضل ما يمكن عمله.

كذلك فإن من أهم مزايا نظام الرعاية الصحية في فرنسا أنه يضمن للأطباء ومعاونيهم من هيئات التمريض والخدمات الأخرى في المستشفيات ومراكز العلاج والتأهيل، بل وفى العيادات والمراكز الطبية الخاصة، مستويات الدخول التي تكفل لهم ولأسرهم حياة كريمة دون أن يلقى بكافة –أو معظم– الأعباء المالية التي ترتبط بذلك على كاهل المرضى أو ذويهم. ويلعب حسن وكفاءة استثمار الأموال المحصلة من اشتراكات التأمين الصحي دوراً أساسيا في تحقيق هذا الغرض.

النتائج:

في إطار ما سبق رصده وتحليله ومناقشته في فصول الدراسة حول كفاءة وفاعلية الإنفاق الصحي في مصر وما يحيط به من مشكلات تم رصد النتائج التالية:

- إن قياس وتحليل كفاءة الإنفاق العام الصحي يسعى بشكل أساسي لتحديد، إلى أي مدى أمكن استغلال مدخلات القطاع الصحي، المتمثلة في الإنفاق وغيره من الموارد، استغلالاً أمثل لتحقيق الأهداف المرجوة المتمثلة في المخرجات مثل، العمر المتوقع عند الميلاد، ومعدلات وفيات الأطفال، والعدالة والإنصاف في التغطية الصحية . وكلما اعتمد القياس على عدد أكبر من المؤشرات (مؤشر مركب) في قياس مخرجات أو أداء ذلك القطاع، توافرت صورة أكثر تفصيلاً وشمولاً تعكس مختلف جوانب النظم الصحية.
- إن ضخ المزيد من التمويل للإنفاق على القطاع الصحي لا يضمن بالضرورة زيادة كفاءته، فلا بد أن يصاحب زيادة الإنفاق مجموعة من الإجراءات التي تسعى لضمان كفاءته، والتي يأتي على رأسها تحسين مستويات الحوكمة والشفافية والمساءلة، –خاصة فيما يتعلق بالإدارة المالية–التي تعد من المتطلبات الرئيسية لضمان كفاءة الإنفاق العام الصحي.
- انخفاض متوسط نصيب الفرد من الإنفاق الصحي في مصر عام ٢٠١٩، مما سوف يحد من القدرة على إحراز تقدم ملموس نحو تحقيق الهدف الثالث من الأهداف الأممية للتنمية المستدامة.
- تعتبر مدفوعات الأفراد المباشرة (من الجيب) هي المصدر الرئيسي لتمويل الإنفاق الصحي في مصر، ولا تتسم مصادر تمويلها بالاعتماد بشكل كبير على الإنفاق الحكومي وأنظمة التأمين الصحي الاجتماعي.
- **بالنسبة لمعيار الكفاية:** على الرغم من زيادة إجمالي مخصصات قطاع الصحة بالأسعار الجارية خلال فترة الدراسة فإن نصيبها ما زال متواضعا من إجمالي النفقات العامة ومن الناتج المحلي الإجمالي ولم يتخط نصف النسب التي أقرها الدستور المصري الصادر عام ٢٠١٤ وينخفض نصيب الإنفاق الحكومي الصحي من إجمالي النفقات العامة ومن إجمالي الناتج المحلي الإجمالي في مصر مقارنة بمثيله في مجموعة الدول متوسطة الدخل باستثناء الهند وذلك لعام ٢٠١٩.
- **أما مؤشرات الكفاية:** فيوضح التوزيع النسبي لمخصصات قطاع الصحة على مختلف بنود الإنفاق تواضع نصيب قطاع الصحة من إجمالي الاستثمارات الكلية المنفذة على مستوى مختلف القطاعات الاقتصادية. كما يوضح ذات المؤشر استحواذ الأجور على النصيب الأكبر من إجمالي الإنفاق العام على الصحة.

وتجدر الإشارة إلى أن أجور العاملين به ما زالت متواضعة خاصة اذا ما قورنت بمتوسط أجور العاملين بالقطاع الصحي الخاص وبالأنشطة الاقتصادية الأخرى.

وفيما يتعلق بمعيار العدالة: من أهم المؤشرات التي تعكس عدالة الخدمات الصحية:

- زيادة نسبة مدفوعات الأفراد المباشرة من الجيب، وقد زادت نسبتها من إجمالي الإنفاق الصحي من نحو ٥٩% عام ٢٠١٥ لنحو ٦٣% عام ٢٠١٩ وهو ما يمثل تحديا أمام تقديم خدمات الرعاية الصحية في مجتمع ٢٩.٧% من سكانه فقراء.
- كذلك تواضع نسبة المشتركين بالتأمين الصحي الإلزامي في القطاع الخاص.
- أن انخفاض المستوى المعيشي يرتبط بانخفاض الحصول على الخدمات الصحية المناسبة كما أن النفقات الخاصة بالصحة قد تقود إلى دخول المواطنين في دائرة الفقر.
- يعد متوسط نصيب الفرد من الإنفاق على الرعاية الصحية الأولية متواضعا حيث يقل عن مثيله للدول متوسطة الدخل (الأدنى).
- تستأثر محافظات القاهرة والدقهلية والإسكندرية بالنصيب الأكبر من المستشفيات الحكومية والخاصة ويقل عددها بوضوح في محافظات الصعيد والمحافظات الحدودية.

- تقادم المؤشرات الصحية المتاحة وافتقارها للمؤشرات التي تعكس تقييم جودة الخدمات الصحية المقدمة والاحتياج لجمع بيانات جديدة. ويؤكد ذلك أنه من بين ٢٧ مؤشرا فرعيا لتقييم مدى التقدم في تحقيق الهدف الثالث من أهداف التنمية المستدامة الخاص بالصحة تبلغ نسبة البيانات المتاحة ٥٩.٢%
- ضعف حوكمة النظام الصحي في مصر بشكل عام يخفض من كفاءة الإنفاق الصحي، كما يعكس ضعف الحوكمة غياب الرؤية الاستراتيجية للتغطية الصحية الشاملة، وتنوع إدارة وتنظيم وتمويل ومستوي جودة الخدمات الصحية من فاعلين متنوعين يتبعون جهات إدارية مختلفة وتحكمهم تشريعات وتنظيمات متنوعة.
- يواجه الباحثون تحديات متعددة لقياس كفاءة الإنفاق الصحي والإنفاق العام الصحي نظراً لأسباب متعددة منها أنه كفاءة المخرجات في وقت معين تعكس الإنفاق والسياسات والإجراءات في فترة سابقة كما أن مخرجات النظام الصحي ليست نتيجة لمدخلاته فقط، فهي تعكس أيضاً العوامل الاجتماعية والاقتصادية والبيئية والسياسية...التي تؤثر على مخرجات النظام الصحي.
- على الرغم من التمدد والتوسع منذ عام ١٩٦٤ في التغطيات التأمينية الصحية المجتمعية بتغطية فئات مستجدة فإن الإنفاق السنوي للأسرة كما للفرد على الرعاية الصحية الخاصة استمر في التزايد من عام لآخر.
- يأتي إنفاق الأسرة على الرعاية الصحية في المرتبة الثالثة بعد الإنفاق على الطعام والشراب والمسكن.

- تحتل العيادات الخاصة المركز الأول لحصول الأفراد على خدمات الرعاية الصحية بصرف النظر عن نوع المرض وذلك لحوالي نصف الأفراد، وتأتى الصيدليات كمصدر للاستشارة الطبية في المركز الثاني وكمصدر لحصول الأفراد على خدمات الرعاية الصحية، ثم تأتى المستشفيات الحكومية ومستشفيات التأمين الصحي في المؤخرة.
- أعلى نسبة للإنفاق السنوي للأسرة على البنود الفرعية للخدمات والرعاية الصحية كان للمنتجات والأجهزة والمعدات الطبية، ويليه الإنفاق على خدمات العيادات الخارجية ثم الإنفاق على خدمات الإقامة بالمستشفيات.
- أن التمدد والتوسع في تغطيات التأمين الصحي التي صدرت بها قوانين عديدة لم يقابله على الإطلاق انحسار أو تقلص سواء في متوسط نصيب الفرد في إنفاقه الصحي أو في متوسط نصيب الأسرة في إنفاقها الصحي.
- أكدت منظمة الصحة العالمية أن النظم الصحية التي توفر حماية مالية قوية ومستويات دنيا من حاجات صحية غير مغطاة تشترك في الخصائص التالية :
  - عدم وجود فجوات كبيرة في التغطية الصحية .
  - سياسة التغطية في أبعادها الثلاثة (طريقة التصميم، والتنفيذ، والحوكمة) مصممة بدقة على النحو الذي يقلل –إلى أبعد حد ممكن– عوائق الحصول على الخدمات الصحية كما يقلل إلى أدنى حد ممكن من المدفوعات من الجيب الخاص لكل من الفقراء ومن هم مستخدمون معتادون للخدمات الصحية.
  - الإنفاق العام على الصحة مرتفع بالقدر الذي يضمن الوصول –في الوقت المناسب– إلى مدى واسع من الخدمات الصحية بدون مدفوعات غير رسمية.
  - وبالتالي فإن المدفوعات من الجيب الخاص تكون منخفضة ولا تكاد تبلغ ١٥% من إجمالي الإنفاق على الصحة في مثل هذه النظم.

التوصيات:

- الاعتماد على عدد كبير من المؤشرات (مؤشر مركب) لقياس مخرجات أو أداء القطاع الصحي لرسم صورة أكثر تفصيلاً وشمولاً تعكس مختلف جوانب النظم الصحية.
- تفعيل دور الجهات الرقابية في مكافحة الفساد خاصة فيما يتعلق بالإدارة المالية من خلال تحسين مستويات الحوكمة والشفافية والمساءلة، التي تعد من المتطلبات الرئيسية لضمان كفاءة الإنفاق العام الصحي.
- إجراء بعض التعديلات على التوليفة التي يتم من خلالها الإنفاق على مستويات الرعاية الصحية المختلفة (الأولية، والثانوية، والثالثية)، وكذا على مختلف البنود أو الأنشطة والمجالات الخاصة بالقطاع الصحي، وتحويل بعض الموارد المالية من بند أو مستوى لآخر، مما قد يكون كفيلاً برفع مستوى كفاءة الإنفاق على القطاع الصحي.
- العمل على تفعيل المواد التي أقرها الدستور المصري الصادر في ٢٠١٤ والخاصة بالإنفاق الصحي ومما يزيد من نصيب الإنفاق الحكومي الصحي من إجمالي النفقات العامة ومن إجمالي الناتج المحلي الإجمالي تدريجيا حتي يصل إلى المعدلات العالمية.
- تحديث وتدقيق البيانات والمؤشرات الصحية (المباشرة وغير المباشرة) التي تعكس تقييم جودة الخدمات الصحية المقدمة.
- تطبيق نظام التأمين الصحي الاجتماعي في إطار منضبط مالياً يستهدف تفعيل وتحقيق الكفاءة الاقتصادية والعدالة الاجتماعية.
- تفعيل توجهات منظمة الصحة العالمية من أجل زيادة المؤشرات الاقتصادية الموجهة للإنفاق الصحي الحكومي لتحقيق التغطية الصحية الشاملة والحد من التفاوتات في تقديم الرعاية الصحية.

ملخص البحث

على الرغم من تباين الدول في مواقعها الجغرافية وتفاوت حظها من الثروات الطبيعية، ومدى ما أنجزته وتنجزه (أو تفتقده) من تقدم اقتصادي واجتماعي وتعليمي وعلمي وثقافي، وما بينها من تفاوت في نظم الحكم والإدارة واتخاذ القرارات... على الرغم من كل ذلك وغيره فإن الرعاية الصحية تظل وستظل فريضة عامة ومشتركة بين جميع الدول والمجتمعات متقدمة كانت أم نامية أم متخلفة أو بدائية، فالأمراض والكوارث الصحية والبيئية لا تفرق بين دول متقدمة ودول نامية أو متخلفة وبدائية.

بداية، من المفيد أن نسترعي الانتباه إلى أن مفهوم الرعاية الصحية ينصرف إلى المستويات الثلاثة المتعارف عليها، وهى الرعاية الصحية الأولية (الوقائية)، والرعاية الصحية الثانية (العلاجية)، والرعاية الصحية الثالثية (وتغلب عليها التدخلات الجراحية واستخدام الأجهزة التعويضية). وكلما ارتفعت كفاءة ومهارات الخدمات الصحية في المستوى الأول أمكن الحد من الحالات والنفقات الصحية في المستويين الثاني والثالث.

تأخذ قضية الإنفاق على الصحة في مصر أهميتها من كونها من أهم التحديات الصحية التي تواجه كلا من المواطن البسيط والدولة على حد السواء. وبالرغم مما تشير إليه التقارير من زيادة في حجم الإنفاق الصحي في مصر فإن ذلك لم يصل بعد إلى المستوى الذي يحسن من مؤشرات مخرجات المنظومة الصحية خاصة فيما يتعلق بمستوى جودة الخدمة ومعدلات الإصابة الأمراض السارية وغير السارية مما يزيد من العبء المرضي للمواطن، ويرفع تكلفة العلاج، ويشير تقرير لمنظمة الصحة العالمية إلى أن المواطن المصري يدفع من جيبه الخاص ٦٢% من تكلفة العلاج.

يعاني القطاع الصحي تحديات كثيرة متعددة الجوانب(اجتماعية- اقتصادية- بيئية- سياسية... إلخ)، مما أدى إلى ارتفاع تكاليف نقدي الخدمات الصحية، ويتزامن ذلك مع محدودية قدرة الحكومات على تلبية طموحات كل من مقدمي الرعاية الصحية ومستخدميها، لذلك زادت الحاجة، بصفة عامة، للبحث عن أفضل الوسائل لتطبيق نظام صحي يتسم بالكفاءة في جميع مكوناته وبصفة خاصة فيما يتعلق بجانب كفاءة الإنفاق الصحي، ذلك أن النفقات الصحية من أهم المدخلات لقياس كفاءة النظام، خاصة لصانعي السياسات الصحية.

في ضوء ما سبق تعرض البحث لمناقشة العلاقة بين زيادة الإنفاق العام الصحي وكفاءته من ناحية، وبين معدلات النمو الاقتصادي من ناحية أخرى. كما درس البحث المؤشرات والأساليب والمنهجيات التي يمكن الاعتماد عليها لقياس مدى كفاءة الإنفاق العام الصحي، بالإضافة إلى إلقاء الضوء على متطلبات تحقيق كفاءة الإنفاق العام الصحي.

كما تناول البحث بالرصد والتحليل والمناقشة بيانات ومؤشرات المنظومة الصحية بصفة عامة والمؤشرات ذات الصلة بالإنفاق الصحي بصفة خاصة، ومقارنة تطورها عبر فترة زمنية (٢٠١٠-٢٠٢٠) في مصر، ثم مقارنتها بالإنفاق الصحي للدول المثيلة في المستوى التنموي المتقارب مع مصر، كما تمت الإشارة إلى بعض المؤشرات التي تعكس أداء المنظومة الصحية من خلال رصد لبعض المدخلات (عدد المستشفيات-عدد الأطباء- عدد هيئة التمريض) والمخرجات (مؤشر الصحة في تقرير التنمية البشرية).

كما درس البحث تقييم فعالية الإنفاق بمنظومة التأمين الصحي المجتمعي(الاجتماعي) من خلال إجراء تحليل موقف لفعالية أداء منظومة التأمين الصحي السابقة، وتحليل موقف للفعالية المتوقعة للإنفاق اللازم لأداء منظومة التأمين الصحى الحالية.

كما حاول البحث تحليل ودراسة واستخلاص أهم الدروس المستفادة من تجارب بعض الدول في الرعاية الصحية فيما يتعلق بقضية الإنفاق على الخدمات الصحية.

في ضوء ما تم عرضه، تحدد الهدف العام للبحث في:
(دراسة في كفاءة الإنفاق العام الصحي في مصر)تحقيق الهدف العام تطلب تحقيق الأهداف الفرعية التالية:

- توضيح العلاقة بين زيادة الإنفاق العام الصحي وكفاءته من ناحية، وبين معدلات النمو الاقتصادي من ناحية أخرى.
- توضيح كيفية قياس كفاءة الإنفاق العام، ومحاولة الوصول لأفضل المؤشرات التي يمكن الاعتماد عليها في قياس تلك الكفاءة.
- توضيح أبرز العوامل التي يمكن أن تؤثر في كفاءة الإنفاق العام الصحي.
- التعرف بشكل موجز على الوضع الحالي للإنفاق الصحي عالميا ومصادره وطبيعته ما بين الدول ذات المستويات التنموية المختلفة.
- دراسة تطور قيمة الإنفاق الصحي في مصر خلال الفترة (٢٠١٥/ ٢٠١٦- ٢٠٢٠/ ٢٠٢١).
- تقييم الإنفاق العام الصحي من حيث مؤشرات الكفاية والكفاءة والعدالة.
- تقييم فعالية الإنفاق بمنظومة التأمين الصحي المجتمعي(الاجتماعي) من خلال إجراء تحليل موقف لفعالية أداء منظومة التأمين الصحي السابقة وتحليل موقف للفعالية المتوقعة للإنفاق اللازم لأداء. منظومة التأمين الصحي الحالية.

- التعرف على الدروس المستفادة من تجارب بعض الدول في الرعاية الصحية فيما يتعلق بقضية الإنفاق على الخدمات الصحية.

في ضوء ما سبق تم التوصل إلى بعض النتائج التي من أهمها:

- أن قياس وتحليل كفاءة الإنفاق العام الصحي يسعى بشكل أساسي لتحديد إلى أي مدى أمكن استغلال مدخلات القطاع الصحي، وكلما اعتمد القياس على عدد أكبر من المؤشرات (مؤشر مركب) في قياس مخرجات أو أداء ذلك القطاع، توافرت صورة أكثر تفصيلاً وشمولاً تعكس مختلف جوانب النظم الصحية.
- أن ضخ المزيد من التمويل للإنفاق على القطاع الصحي لا يضمن بالضرورة زيادة كفاءته، فلا بد أن يصاحب زيادة الإنفاق مجموعة من الإجراءات التي تسعى لضمان كفاءته، والتي يأتي على رأسها تحسين مستويات الحوكمة والشفافية والمساءلة، –خاصة فيما يتعلق بالإدارة المالية– التي تعد من المتطلبات الرئيسية لضمان كفاءة الإنفاق العام الصحي.
- انخفاض متوسط نصيب الفرد من الإنفاق الصحي في مصر عام ٢٠١٩، حد من القدرة على إحراز تقدم ملموس نحو تحقيق الهدف الثالث من الأهداف الأممية للتنمية المستدامة.
- تعتبر مدفوعات الأفراد المباشرة (من الجيب) هي المصدر الرئيسي لتمويل الإنفاق الصحي في مصر.
- **بالنسبة لمعيار الكفاية:** على الرغم من زيادة إجمالي مخصصات قطاع الصحة بالأسعار الجارية خلال فترة الدراسة فإن نصيبها ما زال متواضعًا من إجمالي النفقات العامة ومن الناتج المحلي الإجمالي ولم يتخط نصف النسب التي أقرها الدستور المصري الصادر عام ٢٠١٤ وينخفض نصيب الإنفاق الحكومي الصحي من إجمالي النفقات العامة ومن إجمالي الناتج المحلي الإجمالي في مصر مقارنة بمثيله في مجموعة الدول متوسطة الدخل باستثناء الهند وذلك لعام ٢٠١٩.
- **اما مؤشرات الكفاية:** فيوضح التوزيع النسبي لمخصصات قطاع الصحة على مختلف بنود الإنفاق تواضع نصيب قطاع الصحة من إجمالي الاستثمارات الكلية المنفذة على مستوى مختلف القطاعات الاقتصادية. كما يوضح ذات المؤشر استحواذ الأجور على النصيب الأكبر من إجمالي الإنفاق العام على الصحة. وتجدر الإشارة إلى أن أجور العاملين به ما زالت متواضعة خاصة إذا ما قورنت بمتوسط أجور العاملين بالقطاع الصحي الخاص وبالأنشطة الاقتصادية الأخرى.

وفيما يتعلق بمعيار العدالة: من أهم المؤشرات التي تعكس عدالة الخدمات الصحية:

- زيادة نسبة مدفوعات الأفراد المباشرة من الجيب.
- كذلك تواضع نسبة المشتركين بالتأمين الصحي الإلزامي في القطاع الخاص.
- أن انخفاض المستوى المعيشي يرتبط بانخفاض الحصول على الخدمات الصحية المناسبة كما أن النفقات الخاصة بالصحة قد تقود إلى دخول المواطنين في دائرة الفقر.
- يعد متوسط نصيب الفرد من الإنفاق على الرعاية الصحية الأولية متواضعا حيث يقل عن مثيله للدول متوسطة الدخل (الأدنى).
- تستأثر محافظات القاهرة والدقهلية والإسكندرية بالنصيب الأكبر من المستشفيات الحكومية والخاصة ويقل عددها بوضوح في محافظات الصعيد والمحافظات الحدودية.

– تقادم المؤشرات الصحية المتاحة وافتقارها للمؤشرات التي تعكس تقييم جودة الخدمات الصحية المقدمة والاحتياج لجمع بيانات جديدة.

– يواجه الباحثون تحديات متعددة لقياس كفاءة الإنفاق الصحي والإنفاق العام الصحي نظراً لأسباب متعددة منها أن كفاءة المخرجات في وقت معين تعكس الإنفاق والسياسات والإجراءات في فترة سابقة كما أن مخرجات النظام الصحي ليست نتيجة لمدخلاته فقط، فهي تعكس أيضاً العوامل الاجتماعية والاقتصادية والبيئية والسياسية التي تؤثر على مخرجات النظام الصحي.

– على الرغم من التمدد والتوسع منذ عام ١٩٦٤ في التغطيات التأمينية الصحية المجتمعية بتغطية فئات مستجدة فإن الإنفاق السنوي للأسرة كما للفرد على الرعاية الصحية الخاصة استمر في التزايد من عام لآخر.

– يأتي إنفاق الأسرة على الرعاية الصحية في المرتبة الثالثة بعد الإنفاق على الطعام والشراب والمسكن.

– تحتل العيادات الخاصة المركز الأول لحصول الأفراد على خدمات الرعاية الصحية، وتأتى الصيدليات كمصدر للاستشارة الطبية في المركز الثاني وكمصدر لحصول الأفراد على خدمات الرعاية الصحية، ثم تأتى المستشفيات الحكومية ومستشفيات التأمين الصحي في المؤخرة.

– أعلى نسبة للإنفاق السنوي للأسرة على البنود الفرعية للخدمات والرعاية الصحية كانت للمنتجات والأجهزة والمعدات الطبية، ويليه الإنفاق على خدمات العيادات الخارجية ثم الإنفاق على خدمات الإقامة بالمستشفيات.

- أن التمدد والتوسع في تغطيات التأمين الصحي التي صدرت بها قوانين عديدة لم يقابله على الإطلاق انحسار أو تقلص سواء في متوسط نصيب الفرد في إنفاقه الصحي أو في متوسط نصيب الأسرة في إنفاقها الصحي.
- تأكيد منظمة الصحة العالمية أن النظم الصحية التي توفر حماية مالية قوية ومستويات دنيا من حاجات صحية غير مغطاة تشترك في الخصائص التالية:
  - عدم وجود فجوات كبيرة في التغطية الصحية.
  - سياسة التغطية في أبعادها الثلاثة (طريقة التصميم، والتنفيذ، والحوكمة) مصممة بدقة على النحو الذي يقلل –إلى أبعد حد ممكن– عوائق الحصول على الخدمات الصحية كما يقلل إلى أدنى حد ممكن من المدفوعات من الجيب الخاص لكل من الفقراء ومن هم مستخدمون معتادون للخدمات الصحية.
  - الإنفاق العام على الصحة مرتفع بالقدر الذي يضمن الوصول –في الوقت المناسب– إلى مدى واسع من الخدمات الصحية بدون مدفوعات غير رسمية.
  - وبالتالي فإن المدفوعات من الجيب الخاص تكون منخفضة ولا تكاد تبلغ ١٥% من إجمالي الإنفاق على الصحة في مثل هذه النظم.

أما أهم التوصيات التي اقترحها البحث فتتلخص على النحو التالي:

- الاعتماد على عدد كبير من المؤشرات (مؤشر مركب) لقياس مخرجات أو أداء القطاع الصحي لرسم صورة أكثر تفصيلاً وشمولاً تعكس مختلف جوانب النظم الصحية.
- تفعيل دور الجهات الرقابية في مكافحة الفساد خاصة فيما يتعلق بالإدارة المالية من خلال تحسين مستويات الحوكمة والشفافية والمساءلة، التي تعد من المتطلبات الرئيسية لضمان كفاءة الإنفاق العام الصحي.
- إجراء بعض التعديلات على التوليفة التي يتم من خلالها الإنفاق على مستويات الرعاية الصحية المختلفة (الأولية، والثانوية، والثالثية)، وكذا على مختلف البنود أو الأنشطة والمجالات الخاصة بالقطاع الصحي، وتحويل بعض الموارد المالية من بند أو مستوى لآخر، مما قد يكون كفيلاً برفع مستوى كفاءة الإنفاق على القطاع الصحي.

- العمل على تفعيل المواد التي أقرها الدستور المصري الصادر في ٢٠١٤ والخاصة بالإنفاق الصحي ومما يزيد من نصيب الإنفاق الحكومي الصحي من إجمالي النفقات العامة ومن إجمالي الناتج المحلي الإجمالي تدريجيا حتي يصل إلى المعدلات العالمية.
- تحديث وتدقيق البيانات والمؤشرات الصحية (المباشرة وغير المباشرة) التي تعكس تقييم جودة الخدمات الصحية المقدمة.
- تطبيق نظام التأمين الصحي الاجتماعي في إطار منضبط مالياً يستهدف تفعيل وتحقيق الكفاءة الاقتصادية والعدالة الاجتماعية.
- ضرورة تبادل الخبرات والدروس المستفادة من تجارب الدول في مجال الرعاية الصحية، وخاصة فيما يتعلق بالإنفاق الصحي.
- تفعيل توجهات منظمة الصحة العالمية من أجل زيادة المؤشرات الاقتصادية الموجهة للإنفاق الصحي الحكومي لتحقيق التغطية الصحية الشاملة والحد من التفاوتات في تقديم الرعاية الصحية.

المراجع

المراجع العربية:

الباز، هبة محمود. (٢٠١٤). قياس كفاءة الإنفاق العام في مصر ومقترحات للارتقاء بها. ***مجلة مصر المعاصرة***. الجمعية المصرية للاقتصاد السياسي والإحصاء والتشريع. ١٠٥. (٥١٤).

برنامج الأمم المتحدة الإنمائي ووزارة التخطيط والتنمية الاقتصادية. (٢٠٢١). تقرير التنمية البشرية في مصر.

البنك الدولي. (٢٠١٩). "تمويل مرتفع الأداء من أجل تغطية صحية شاملة. على موقع: https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/١٠٩٨٦/٣١٩٣٠/ &isAllowed=y١٤sumAR.pdf?sequence=١٣٨٠٩٦

الجبالى، عبد الفتاح. (٢٠٠٩، أبريل). إشكالية الإنفاق الصحى في مصر: تقرير حول أعمال مائدة مستديرة. برنامج الصحة وحقوق الإنسان. المبادرة المصرية للحقوق الشخصية.

الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء. مسح الدخل والإنفاق والاستهلاك لعام ٢٠١٩/ ٢٠٢٠.

الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء. (٢٠١٩، ديسمبر). التقرير الاحصائي الوطني لمتابعة أهداف التنمية المستدامة ٢٠٣٠.

الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء. (٢٠٢٠). النشرة السنوية لإحصاءات الخدمات الصحية لعام ٢٠١٩.

الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء. (٢٠٢٠، ديسمبر). أهم مؤشرات مسح الدخل والإنفاق والاستهلاك لعام ٢٠١٩/ ٢٠٢٠.

الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء. (٢٠٢٠، يوليو). إنفاق الأسرة المصرية على الخدمات الصحية. ٧٢/١٣٠٠١١/٢٠١٨.

الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء. (٢٠٢١، يونيو). النشرة السنوية المجمعة بحث القوي العاملة.

حسن، عبد الرحمن (تحت النشر). "تقييم كفاءة الانظمة الصحية للدول ذات الإنفاق المرتفع والمتوسط للسيطرة على جائحة كورونا بالتطبيق على المملكة العربية السعودية. ***المجلة العربية للإدارة***. ٤٤.(٢).

عايش، محمد سردود.(٢٠٢١). تجارب دولية في تطبيق نظم التأمين الصحى. سردود للتدريب واستشارات التأمينات والحماية الاجتماعية.

عبود، سحر (٢٠١٩، أكتوبر). قراءة في تقرير التنافسية العالمية ٢٠١٩ بالتركيز على جمهورية مصر العربية. معهد التخطيط القومي.

عقيلى، محمد بن موسى عثمان. (٢٠٢١، يونيو). العلاقة بين الإنفاق على الرعاية الصحية والنمو الاقتصادي في دول مجلس التعاون الخليجي: دراسة تطبيقية باستخدام التكامل المشترك والعلاقة السببية. ***المجلة العربية للإدارة***. ٤١. (٢).

العيسوى، إبراهيم وآخرون. (٢٠٠٨، نوفمبر). "مستوى المعيشة: المفهوم والمؤشرات والمعلومات والتحاليل. دليل قياس وتحليل معيشة المصريين". معهد التخطيط القومى. سلسلة قضايا التخطيط والتنمية. (٢١٢).

كساب، رجاء.(٢٠١٧). سياسات تمويل النظم الصحية والبدائل المقترحة. منتدى البدائل العربي للدراسات.

المركز المصري للحقوق الاقتصادية والاجتماعية. (٢٠١٦). الصحة بين الإنفاق الحكومي والخاص. سلسلة اوراق الحقائق. (٣).

المركز المصري للدراسات الاقتصادية. (٢٠٢٠، مارس). سلسلة رأي في ازمة. قطاع الصحة. (١).

المركز المصري للدراسات الاقتصادية . (٢٠٢٠، مارس). سلسلة رأي في ازمة. قطاع الصحة. (١).

معهد التخطيط القومي. (٢٠٢١). تقرير حالة التنمية في مصر لعام ٢٠٢٠. تقرير تحت النشر.

منصور، عبد الكريم. ورزينن، عكاشة. (٢٠١٥). قياس وتحليل كفاءة الأنظمة الصحية العربية. **مجلة المؤسسات الجزائرية**. (٨).

هاشم، إيمان أحمد. (٢٠٢١). تقييم كفاءة الإنفاق العام في مصر. **المجلة الدولية للتنمية**.١٠. (١).

وزارة المالية. (٢٠١٩، ديسمبر). التقرير المالي الشهري. .

المراجع الأجنبية:

Ajay Tandon, Christopher Murray, Jeremy Lauer, and David Evans, "Measuring overall health system performance for ١٩١ countries", World Health Organization, GPE Discussion Paper Series, N.٣٠, at: https://f.hubspotusercontent٢٠.net/hubfs/٢٣٢٥٤٧١/Inspectorio_Dec٢٠٢١/pdf/paper٣٠.pdf

Almas Heshmati, "On the causality between GDP and health care expenditure in Augmented Solow Growth Model", SSE/EFI Working Paper Series in Economics and Finance, No. ٤٢٣, Stockholm School of Economics, Stockholm, ٢٠٠١, at: https://ideas.repec.org/p/hhs/hastef/٠٤٢٣.html

Andrea Conte, Philip Schweizer, Adriaan Dierex and Fabienne Ilzkovitz, "An analysis of the efficiency spending and national policies in the area of R&D", Munich Personal REPEC Archive, MPRA Paper, N.٢٣٥٤٩, September ٢٠٠٩, P.١٠, at: http://mpra.ub.uni-muenchen.de/٢٣٥٤٩/١/MPRA_paper_٢٣٥٤٩.pdf

Andrew Rajkumar and Vinaya Swaroop, "Public spending and outcomes: Does governance matter?", Journal of Development Economics, N. ٨٦, ٢٠٠٨, p.١٠٨, at: http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=١٠.١.١.٤٦٥.٣٦٦٤&rep=rep١&type=pdf

Antonio Afonso and St. Aubyn, "Non-parametric approaches to education and and health efficiency in OECD countries", Journal of Applied Economics, Vol. VIII, No.٢, November ٢٠٠٥, pp. ٢٢٧-٢٤٦, at: https://ucema.edu.ar/publicaciones/download/volume٨/afonso.pdf

Antonio Afonso, Ludger Schuknecht, and Vito Tanzi, "Public sector efficiency: An international comparison", European Central Bank Working Paper, N.٢٤٢, July ٢٠٠٣, at: http://www.ecb.europa.eu/pub/pdf/scpwps/ecbwp٢٤٢.pdf

Bernard Sarpong, Edward Nketiah-Amponsah and Nkechi S. Owoo,"Health and economic growth nexus: Evidence from selected Sub-Saharan African (SSA) Countries", Global Business Review, ٢١ (٢), ٢٠٢٠, pp.٣٢٨-٣٤٧, at: https://journals.sagepub.com/doi/full/١٠.١١٧٧/٠٩٧٢١٥٠٩١٨٧٧٨٩٦٦ Or: https://doi.org/١٠.١١٧٧٪٢F٠٩٧٢١٥٠٩١٨٧٧٨٩٦٦

Bruce Hollingsworth and John Wildman, "The efficiency of health production: Re-estimating the WHO panel data using parametric and non-parametric approaches to provide additional information", Health Economics, No. ١٢(٦), ٢٠٠٣, pp. ٤٩٣-٥٠٤, at: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/١٠.١٠٠٢/hec.٧٥١

C. Murray, J. Kreuser, and W. Whang, "Cost-effectiveness analysis and policy choices: Investing in health systems", Bulletin of World Health Organization, N.٧٢ (٤), WHO, ١٩٩٤, at: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC٢٤٨٦٥٩٧/pdf/bullwho٠٠٤١٥-٠١٢٧.pdf

Daniel Becker, "Public sector efficiency and inter-jurisdictional competition: An empirical investigation", Thünen-Series of Applied Economic Theory, Working Paper N.١٠١, Institut für Volkswirtschaftslehre, Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliche Fakultät, Universität Rostock, ٢٠٠٨, at: http://www.wiwi.uni-rostock.de/fileadmin/Institute/VWL/VWL-Institut/RePEc/pdf/wp١٠١thuenen.pdf

Daniel Kauffmann, Aart Kraay and Pablo Zoido-Lobaton, "Governance matters: From measurement to action", Finance & Development, Vol. ٣٧, N.٢, June ٢٠٠٠, at: http://www.imf.org/external/pubs/ft/fandd/٢٠٠٠/٠٦/kauf.htm

Daniel Suryadarna,"Corruption, public spending, and education outcomes: Evidence from Indonesia", March ٢٠٠٨, at: http://papers.ssrn.com/sol٣/papers.cfm?abstract_id=١١١٨٣٢٣

David De la Croix & Clara Delavallade, "Growth, public investment and corruption with failing institutions", Economics of Governance, N.١٠, ٢٠٠٩, P.٢١٠, ٢١١ .

David E. Bloom, David Canning and Jaypee Sevilla, "The effect of health on economic growth: Theory and evidence", NBER Working Paper Series, No.٨٥٨٧, November ٢٠٠١, pp. ١-٢٦, at: https://www.nber.org/system/files/working_papers/w٨٥٨٧/w٨٥٨٧.pdf

David Hauner and Annette Kyobe, "Determinants of government efficiency", IMF Working Paper, WP/٠٨/٢٢٨, International Monetary Fund, Washington, September ٢٠٠٨, p.١٧ & ١٨, at: http://www.imf.org/external/pubs/ft/wp/٢٠٠٨/wp٠٨٢٢٨.pdf

Deon Filmer and Land Pritchett, "The impact of public spending on health: Does money matter?", Social Science & Medicine, N.٤٩, ١٩٩٩, at: http://www.medcol.mw/globalhealth/uploads/Spendingonpublichealth.pdf

Diana Mihaiu and Opreana Alin, "The public sector efficiency from perspective of the corruption phenomenon", Revista Economica, N. ٦٥:١, ٢٠١٣, at: http://economice.ulbsibiu.ro/revista.economica/archive/٦٥١٠٣mihaiu&opreana.pdf

Diana Mihaiu, Opreana Alin, and Marian Cristescu, "Efficiency, effectiveness and performance of the public sector", Romanian Journal of Economic Forecasting, N.٤/٢٠١٠, ٢٠١٠, at: http://www.ipe.ro/rjef/rjef٤_١٠/rjef٤_١٠_١٠.pdf

Eric Arthur, "Health expenditure, health outcomes and economic growth in Sub-Saharan Africa", PhD thesis, Department of Economics and Statistics, University of Benin, Nigeria: ٢٠١٣, at: http://publication.aercafricalibrary.org/handle/١٢٣٤٥٦٧٨٩/٤٧٤

European Commission, Economic Policy Committee, "The efficiency and effectiveness of public spending, issues for discussion", ECFIN/EPC (٢٠٠٧) REP/٥١٧٩٢, Brussels, ٤ April ٢٠٠٧, P.٢, at: http://europa.eu/epc/pdf/efficiency_effect_public_spend_en.pdf

Heba Nassar, Hala Sakr, Asmaa Ezzat and Pakinam Fikry, "Technical efficiency of health-care systems in selected middle-income countries: An empirical investigation", Review of Economics and Political Science, Vol.٥, No.٤, ٢٠٢٠ .

Jinyoung Hwang and Sacit Hadi Akdede, "The influence of governance on public sector efficiency: A cross-country analysis", The Social Science Journal, N.٤٨, ٢٠٠١, PP.٧٣٥-٧٣٨.

Miguel St. Aubyn, Alvaro Pina, Filomena Garcia and Joana Pais, "Study of the efficiency and effectiveness of public spending on tertiary education", Economic and Financial Affairs, Economic Papers, N.٣٩٠, European Commission, November ٢٠٠٩, P.٥, at: http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/publication١٦٢٦٧_en.pdf

Nickolas Van de Sijpe & Glenn Rayp, "Measuring and explaining government inefficiency in developing countries", Proceedings of the German Development Economic Conference, Research Committee Development Economics N.٢٥, Germany, ٢٠٠٥, at: http://www.econstor.eu/bitstream/١٠٤١٩/١٩٨٢٣/١/Van_der_Sijpe.pdf

Robert Summers and Alan Heston, "The Pen World Table (Mark ٥): An expanded set of international comparisons, ١٩٥٠-١٩٨٨". The Quarterly Journal of Economics, May ١٩٩١, at: http://piketty.pse.ens.fr/files/SummersHeston٩١.pdf

Ruwan Jarasuriya and Quentin Wodon, "Measuring and explaining country efficiency in improving health and education indicators", Munich Personal RePEc Archive, MPRA Papers, N.١١١٨٣, June ٢٠٠٣, at: http://mpra.ub.uni-muenchen.de/١١١٨٣/١/MPRA_paper_١١١٨٣.pdf

Sanjeev Gupta and Marijn Verhoeven, "The efficiency of government expenditure: Experiences from Africa", Journal of Policy Modeling, Vol. ٢٣ (٢٠٠١), North Holland, ٤ May ٢٠٠١.

Santiago Herrera and Gaobo Pang, "Efficiency of public spending in developing countries: An efficiency frontier approach", May ٢٠٠٥, at: http://www١.worldbank.org/publicsector/pe/PEAMMarch٢٠٠٥/EfficiencyofPublicSpendingin.pdf

Serge Mandiefe Piabuo and Julius Chupezi Tieguhong, "Health expenditure and economic growth: A review of the literature and an analysis between the economic community for central African states (CEMAC) and selected African countries", Health Economic Review, Vol. ٧, Issue ٢٣, ٢٠١٧, pp. ١-١٣, at: https://www.econstor.eu/bitstream/١٠٤١٩/١٧٥٦٤٤/١/٨٩٢٦٤٨٦٠٠.pdf

Tammy O. Tengs, "Dying too soon: How cost-effectiveness analysis can save lives", National Center for Policy Analysis, NCPA Policy Report, No. ٢٠٤, May ١٩٩٧, at: http://www.ncpathinktank.org/pdfs/st٢٠٤.pdf

The World Bank, "World Development Report ٢٠٠٤: Making services work for poor people", The World Bank & Oxford University Press, ٢٠٠٤.

Ulrike Mandl, Adriaan Dierx and Fabienne Ilzkovitz, "The effectiveness and efficiency of public spending", Economic and Financial Affairs, Economic Papers, N.٣٠١, European Commission, February ٢٠٠٨, P.٢, at: http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/publication١١٩٠٢_en.pdf

William H. Greene, "Distinguishing between heterogeneity and inefficiency: Stochastic Frontier Analysis of the World Health Organization's panel data on national health care systems", NYU Working Papers, No. EC

World Economic Forum, "The Global Competitiveness Report ٢٠١٩". Geneva.

World Health Organization, "The World Health Report ٢٠٠٠-Health Systems: improving Performance", World Health Organization, Geneva.

World Health Organization and the European Observatory on Health Systems and Policies, "Health system efficiency: How to make measurement matter for policy and management", edited by: Jonathan Cylus, Irene Papanicolas and Peter C. Smith, Health Policy Series, No.٤٦, ٢٠١٦.

World Health Organization, "Global expenditure on health: Public spending on the rise?", WHO, Geneva. ٢٠٢١a.

World Health Organization, "Global Health Expenditure Database". ٢٠٢١b.

World Health Organization, "Global Health Observatory". ٢٠٢١c.

World Health Organization. Regional Office for the Eastern Mediterranean. (٢٠٢١). Monitoring health and health system performance in the Eastern Mediterranean Region: core indicators and indicators on the health-related Sustainable Development Goals ٢٠٢٠. World Health Organization. Regional Office for the Eastern Mediterranean. at: https://apps.who.int/iris/handle/١٠٦٦٥/٣٤٦٢٩٧.

المواقع الإلكترونية:

أهم المبادئ التى تتبناها منظمة الصحة العالمية بشأن الرعاية الصحية- الموجز التنفيذي(٢٠١٩).
https://www.euro.who/int/en/home/cobyright-notice

Abstract

The issue of health spending in Egypt takes its importance from being one of the most important health challenges facing both citizens and the state alike. Despite reports indicating an increase in the volume of health spending in Egypt, this has not yet reached the level that improves the indicators of outputs of the health system.

With limited resources that may be available for health spending, it becomes necessary to ensure that those resources are efficiently spent and optimized. Bearing in mind that allocating more financial resources to health sector spending does not inevitably improve the health status of the population and increase GDP, a set of factors and requirements must be in place to ensure maximum return from the allocation of those resources.

In light of this, the research discussed the relationship between increasing and efficient health public spending on the one hand, and economic growth rates on the other. The research also studied the indicators, methods and methodologies that can be relied upon to measure the efficiency of health public spending, in addition to highlighting the requirements for achieving the efficiency of health public spending.

The research also dealt with monitoring, analysis and discussion with the data and indicators of the health system in general and indicators related to health spending in particular, comparing its development over a period of time (٢٠١٠-٢٠٢٠) in Egypt, and then comparing them with the health spending of countries represented at the level of development close to Egypt. Some indicators that reflect the performance of the health system are also mentioned.

The research concluded a set of results, the most important of which is: to measure the efficiency of health public spending, it is better to rely on a composite indicator that reflects the different goals sought to be achieved by health systems, accompanied by a set of measures that seek to ensure its efficiency, while looking for the appropriate combination to intervene to spend at different levels of health care.

The research also concluded a number of challenges, the most important of which are: the fragmentation and modest health spending in Egypt, in addition to the lack of declared criteria for the foundations of its distribution to the governorates, with the lack of available detailed data on spending on various health service items. The above coincides with the high rates of direct payments to individuals and families to obtain health care.

The research also concluded that there is a need to revisit the organizational, administrative, financial and technical institutional resulting from the application of the (new) social health insurance law, and accordingly it was proposed to establish a

single-institutional national fund for the management of insurance health care in a new insurance institutional operating dress.

The research also stressed the need to exchange experiences and lessons learned from the experiences of countries and each other in the field of health care,and the importance of activating the direction of the World Health Orgnization in order to increase the economic indicators directed governmenl health spending to achieve universal health coverage and reduce disparities in the provision of health services.

Keywords:

Health spending in Egypt - indicators of efficiency and effectiveness of health spending - health insurance - models for health spending.

Arab Republic of Egypt

Institute of National Planning

Planning and Development Issues Series

Health Spending in Egypt Between Efficiency and Effectiveness Considerations

No. (٣٣٦) – ٢٠٢٢