

التوجه المستقبلي للتأمين الصحى فى مصر

مع مشارف القرن الحادى والعشرين

محمد رفعت رضوان*

١. مقدمة

١/١ طبيعة المشكلة :

شهد العالم خلال السنوات القليلة الماضية من القرن العشرين تغيرات جذرية فى كافة المجالات السياسية والاقتصادية والاجتماعية. وقد كان لهذه التغيرات تأثيرات واسعة المدى فى تشكيل نمط العلاقات الدولية بين المجتمعات بل ونمط الحياة داخل هذه المجتمعات ذاتها.

ومع اقتراب القرن الحادى والعشرين، فان توقع حدوث طفرة كبرى فى المجالات الاقتصادية والتكنولوجية والعلمية والثقافية وايضا السياسية والاجتماعية، يشير الى اهمية وضع تصور مبنى على اساس علمى لكل هذه المجالات وفى كل مكون من مكوناتها. ومن بين ذلك نمط الرعاية الصحية.

والرعاية الصحية التأمينية فى مصر على مدار اثنين وثلاثين عاما مضت من النصف الثانى من القرن العشرين لم تمتد بعد لسوى ما يعادل ٣٦,٥ ٪ من عدد السكان . ولا زالت الاسس التى تقوم عليها وأساليب توفيرها كما هى تحمل عبق تلك الفترة التى كانت تمثل رحم نشأتها والتى ساد فيها تيار جارف نحو التحول الاشتراكى وتغليب دور القطاع العام فى كافة المجالات .

* أ. محمد رفعت رضوان : وكيل أول الوزارة ، مدير الهيئة العامة للتأمين الصحى.

ومع ما طرأ من تغيرات فى السنوات القليلة الماضية، بدأت رياح التغيير تهب اما مطالبة بوقف دور الرعاية الصحية التأمينية عند الحد الذى بلغته، أو مطالبة بافساح المجال للقطاع الخاص ليتولى المسؤولية تمشياً مع الاتجاه العام للخصخصة Privatization أو المناوأة بالتكامل والمزج بين الاتجاهين.

٢/١ هدف البحث :

أ (التنبؤ بالتوجهات المستقبلية للتأمين الصحى فى مصر على ضوء المحددات الاساسية وتشخيص مشاكل الوضع الراهن .

ب) وضع تصور محدد لدور الهيئة العامة للتأمين الصحى وللمؤسسات الرعاية الصحية الاخرى بالمجتمع المصرى.

ج) المعاونة فى اعادة رسم خريطة مصر الصحية على مشارف القرن الحادى والعشرين .

٣/١ فروض البحث :

يتم تحقيق الهدف من البحث من خلال اختبار مدى صحة الفروض التالية:

أ) التوسع فى التأمين الصحى بمصر، يتم فى ضوء متطلبات الواقع والتطور الطبيعى الذى تفرضه الحاجة الملحة لخدماته .

ب) أهمية وجود رؤية مستقبلية لاتجاهات التوسع، والاعداد العلمى السليم لها .

ج) قصور الدور الحالى للهيئة العامة للتأمين الصحى عن مواكبة متطلبات مستقبل الرعاية الصحية التأمينية مع الافتقار الى الدور التكاملى الفعال لمنظمات الرعاية الصحية الحالية.

٤/١ أسلوب البحث :

يعتمد البحث فى دراسته على الدراسة المكتبية للبيانات الخاصة بالرعاية الصحية التأمينية فى مصر ، والتنبؤ بالاتجاهات المستقبلية على ضوء دراسة المؤشرات الاقتصادية والاحصائية المتاحة وتحليلها.

٢. هيكل الرعاية الصحية التأمينية بمصر في القرن العشرين

رغم انه من الثابت علميا أن الكثير من التنظيمات الخاصة بالتأمين الاجتماعي بدأت في جهات متفرقة في ألمانيا قبل عهد بسمارك ثم توالى صدور التشريعات المنظمة للتأمين الصحى عام ١٨٨٣، وللتأمين ضد الحوادث عام ١٨٨٤ فى ألمانيا. وتوالى صدور التشريعات المشابهة فى الكثير من الدول الاوروبية. الا أنه من الثابت أيضا أن محاولات اصدار أى تشريعات مشابهة فى مصر لم تبدأ الا خلال القرن العشرين، وبالاخص بعد نهاية الحرب العالمية الاولى، حيث ارتبط بنمو الحركات الوطنية واكتسبت مطالبها فى تحقيق التكافل الاجتماعى صفة المطالب القومية^(١).

وقد تتابعت التشريعات المتعلقة بالرعاية الصحية التأمينية فى النصف الاول من القرن العشرين تركيزا على تأمين اصابات العمل. حيث لم تأخذ مصر بنظام التأمين الصحى أو التأمين ضد المرض الا منذ مارس ١٩٦٤ فى وقت ساد فيه تيار جارف نحو التحول الاشتراكى تمثل فى العديد من القوانين والاجراءات الاقتصادية والسياسية ذات التأثير المباشر، مثل قرارات التأمين وتغليب دور القطاع العام فى كافة المجالات ومن بينها المجال الصحى حيث أنشئت المؤسسة الصحية العمالية، ثم الهيئة العامة للتأمين الصحى والمؤسسة العلاجية وتحدد لكل من هذه المنظمات التى تمثل القطاع العام الصحى دور تضمنه قرار الانشاء فى ظل المناخ العام السائد، بل وتضمن ميثاق العمل الوطنى^(٢) تحديدا لمقومات الرعاية الصحية المستهدفة ودور التأمين الصحى حيث اشار الى أن الرعاية الصحية المستهدفة هى التى تحقق تكافؤ الفرص بين المواطنين، وتقدم لهم غير مشروطة بثمن مادى، وفى ظروف ميسرة وقادرة على الخدمة.

كما نص على أنه "لابد من التوسع فى التأمين الصحى حتى يظل بحمايته كل جموع المواطنين" ولهذا فقد تمثلت سياسة الدولة بالنسبة للرعاية الصحية المستهدفة فى امتداد مظلة التأمين الصحى تدريجيا لتشمل كل المواطنين.. وتحدد للرعاية الصحية عدة مقومات هى تحقيق العدالة والمساواة بين المواطنين فى فرص الحصول على الرعاية الصحية، بحيث لا يتوقف الحصول عليها بالقدرة المادية على تحمل أعبائها وتكاليفها، وبحيث تقدم هذه الرعاية فى سهولة ويسر دون مشقة، وأيضا أن تقدم بمستوى اداء مقدر أو مناسب. وبهذا يعكس ميثاق العمل الوطنى الأمل فى تحقيق ما يفتقده واقع الرعاية الصحية فى مصر، ويلمس بدقة جوهر المشكلة الصحية بها.

١/٢ تتابع تشريعات الرعاية الصحية التأمينية وإرتباطها بالمناخ الاجتماعي والاقتصادي والسياسي (٣)

أ) المرحلة الأولى: النصف الأول من القرن العشرين

لم تشهد هذه المرحلة سوى عدد ضئيل من التشريعات التي ارتبط صدورها برغبة مصر في الانضمام لمنظمة العمل الدولية التي أنشئت عام ١٩١٩، أو بمحاولة تطبيق مبدأ المساعدة الاجتماعية لفئات العمال في شكل تعويضات مالية هزيلة.

ب) المرحلة الثانية: النصف الثاني من القرن العشرين

واتسمت هذه المرحلة، والتي تبدأ مع ثورة يوليو ١٩٥٢ بصفة خاصة، بحدوث تغيير واضح في أيديولوجية نظام الحكم القائم. ولذلك تتابع صدور تشريعات التأمينات الاجتماعية بشكل سريع^(٤). واختصت القوى العاملة برعاية العاملين باعتبارهم أهم ثروة بشرية يملكها المجتمع ولطالما عانت اجتماعيا واقتصاديا، وأن أى تحسين فى أحوالهم سوف يؤدي إلى انعكاس مباشر على الإنتاجية وعلى الدخل القومى بالتبعية. وتمثلت أهم التشريعات التى تضمنت توفير رعاية صحية للعاملين فيما يلى:-

١- قانون عقد العمل الفردى رقم ٣١٧ لسنة ١٩٥٢ وتضمن مسئولية صاحب العمل فى توفير الخدمات الاجتماعية والصحية للعاملين لديه إذا زاد عددهم عن ٥٠٠ عامل.

٢- القانون رقم ٣٩٤ لسنة ١٩٥٦ فى شأن إنشاء صندوق للتأمين والمعاشات لموظفى الدولة والهيئات ذات الميزانيات المستقلة .. والذى تضمن معاشا تأمينيا يعادل ثلاثة أرباع المرتب فى حالة الوفاة أو العجز الناتج عن إصابة العمل (أثناء الخدمة وسببها) أيا كانت مدة الخدمة حفاظا على كيان الأسرة.

٣- القانون رقم ٢٠٢ لسنة ١٩٥٨ فى شأن التأمين والتعويض عن إصابة العمل ، حيث نقل مسئولية التأمين إلى هيئة عامة بعد أن كان تأمين إصابات العمل يتم لدى شركات التأمين التى ثبت أنها تبالغ فى تقدير الأقساط وتتردد فى دفع التعويضات للعمال عند وقوع الخطر. وقد شمل القانون كافة العاملين فى جميع الأنشطة ولم يعد قاصرا على فئات منهم فقط. كما عالج القانون

إصابات العمل من حيث تلافى أسبابها بالنص على توفير وسائل الوقاية والأمن الصناعى، وكذلك على توفير الرعاية الطبية اللازمة عند حدوث الإصابة والتعويضات المالية المقررة، بخلاف علاج الآثار المترتبة على الإصابة بتوفير الخدمات التأهيلية بما يكفل عودة العامل إلى الإنتاج فى أسرع وقت مستطاع.

٤- القانون ٩٢ لسنة ١٩٥٩ فى شأن التأمينات الاجتماعية. والذى تضمن أحكاما خاصة بإصابات العمل منها تحديد اشتراك موحد يؤديه صاحب العمل، وزيادة المزايا والتعويضات المقررة للمصابين .. ولم يرد فى هذا القانون أى أحكام تتعلق بالرعاية الصحية التأمينية كتأمين المرض .. وإنما صدر قانون العمل الموحد رقم ٩١ لسنة ١٩٥٩ ليلزم أصحاب الأعمال بتوفير رعاية صحية محددة للعاملين لديهم بحيث قصر حق العلاج الكامل المتمثل فى خدمات الممارس العام والإخصائى والمستشفى والدواء للمنشآت التى يزيد عدد العاملين بها عن ٥٠٠ عامل، أما المنشآت الأخرى التى يتراوح عدد العاملين بكل منها بين ١٠٠ وأقل من ٥٠٠ عامل فإن التزام صاحب العمل يقتصر على توفير الخدمات الطبية على مستوى الممارس العام وصرف الدواء الذى يقرره، وترك المشرع العاملين بالمنشآت الصغيرة التى يقل عدد العاملين فيها عن ١٠٠ عامل فلم يلزم أصحاب الأعمال إلا بتوفير وسائل الإسعاف الأولية.

ورغم أن الرعاية الصحية التى ألزم بها القانون ٩١ لسنة ١٩٥٩ ليست رعاية صحية تأمينية إلا أنها تعد إحدى العلامات المؤثرة فى مجال الرعاية الصحية للعمال الذين بدأ شمولهم بقوانين التأمين الصحى التى صدرت فيما بعد. وتأثرت تطبيقاتها بنظم الرعاية التى ألزم بها قانون العمل الموحد المشار إليه الذى لم يحل المشكلة إلا بالنسبة لطبقة واحدة من العاملين تتمثل فى العاملين بالمنشآت الكبرى.

وقد لجأ أصحاب الأعمال إلى تنفيذ هذا الالتزام إما بإنشاء أقسام طبية أو التعاقد مع شركات تأمين بمقتضى وثائق تأمين جماعية أو مع المؤسسة الصحية العمالية التى أنشئت بمقتضى القرار الجمهورى رقم ٥٧١ لسنة ١٩٦١ .

٥- القانون رقم ٦٣ لسنة ١٩٦٤ فى شأن التأمينات الاجتماعية. وبعد أول تشريع تستكمل به أنواع التأمين الاجتماعى فى مصر، خاصة فيما يتعلق بالرعاية الصحية التأمينية. فقد استحدثت

هذا القانون نظام التأمين الصحى لأول مرة (بالباب الخامس منه) ويسرى على جميع العاملين وكذلك المتدرجين منهم فيما عدا :

- العاملين فى الحكومة والهيئات العامة والمؤسسات العامة ووحدات الإدارة المحلية.

- العاملين فى الزراعة وخدم المنازل.

- المشتغلين لحسابهم وأصحاب الحرف، وأصحاب الأعمال أنفسهم.

كما تضمن هذا القانون بالنسبة لإصابات العمل النص على زيادة المعونة المالية التى تمنح للمصاب إلى ١٠٠٪ من أجر الاشتراك وزيادة نسبة المعاش الذى يمنح فى حالة العجز الكامل أو الوفاة بسبب الإصابة.

٦- القانون ٧٥ لسنة ١٩٦٤ فى شأن التأمين الصحى على العاملين بالحكومة والهيئات العامة والمؤسسات العامة ووحدات الإدارة المحلية .

٧- القانون ٣٢ لسنة ١٩٧٥ (وصدور فى يونيو ١٩٧٥) فى شأن نظام العلاج التأمينى للعاملين فى الحكومة ووحدات الإدارة المحلية والهيئات العامة والمؤسسات العامة الذين يصدر بتحديددهم على مراحل قرار من وزير الصحة.

ولم يكن صدور هذا القانون إلغاء أو إيقاف تنفيذ أحكام القانون ٧٥ لسنة ١٩٦٤ بل كان إضافة جديدة للتغلب على الصعوبة التى واجهت الدولة فى تحمل نصيبها من اشتراكات التأمين الصحى خلال الفترة السابقة بحيث خفضت مساهمتها ومساهمة المؤمن عليهم إلى نصف المساهمة المقررة فى القانون ٧٥ لسنة ١٩٦٤ مع تحميل المؤمن عليه أيضا رسوم رمزية عند الانتفاع بالخدمة ومن ثم تضمن كلا القانونين مزايا والتزامات مختلفة، وظل كل منهما ساريا.

٨- القانون ٧٩ لسنة ١٩٧٥ والذى صدر فى أغسطس ١٩٧٥ فى شأن قانون التأمين الاجتماعى الموحد وتضمن بالباين الرابع والخامس منه أحكام تأمين إصابات العمل وتأمين المرض مما قضى على تعدد التشريعات المنظمة لهما مع علاج بعض أوجه القصور فى التشريعات السابقة كإنشاء صندوق خاص للهيئة وتنظيم التأمين على أرباب المعاشات والأرامل، إلى غير ذلك.

٩- مهد التشريع لمد مظلة التأمين الصحى إلى باقى أفراد أسرة العامل، فصدر قرار رئيس مجلس الوزراء رقم ١ لسنة ١٩٨١ يجيز للأرملة المستحقة لمعاش وفقا لأحكام القانون ٧٩ لسنة ١٩٧٥ أن تطلب الانتفاع بأحكام التأمين الصحى مقابل أداء اشتراك شهرى قدره ٢٪ من المعاش المستحق لها.

كما صدر قرار رئيس مجلس الوزراء رقم ١٠ لسنة ١٩٨١ فى شأن سريان أحكام التأمين الصحى على أسرة المؤمن عليه وأصحاب المعاشات (من مواطنى محافظة الاسكندرية) وهم الزوجة والأولاد الذين تتوافر فى شأنهم شروط استحقاق المعاش وذلك مقابل ٥,٠ ٪ من الأجر أو المعاش يتحمله المؤمن عليه عن كل فرد من أفراد الأسرة مقابل ٥,٠ ٪ أخرى يتحملها صاحب العمل أيضا عن كل فرد من أفراد أسرة المؤمن عليه ، بخلاف بعض الرسوم الرمزية عند الانتفاع بالخدمة.

١٠- القانون ٩٩ لسنة ١٩٩٢ فى شأن التأمين الصحى على الطلاب وصدر فى ٢٢ يوليو ١٩٩٢م ليشمل كافة طلاب المدارس بدءا من مرحلة رياض الأطفال وحتى نهاية مرحلة التعليم الثانوى بأنواعه بالإضافة إلى طلاب المعاهد الأزهرية فى ظل الاهتمام الذى ساد تلك الفترة بالطفولة والدعوة لإعداد جيل جديد فى ظل ماتكشف من مؤشرات سلبية بين الشباب المتقدمين للكليات العسكرية^(٥).

٢/٢ الوضع الراهن للتأمين الصحى فى مصر

(أ) منهج التوسع :

اتخذت مصر منذ البداية عام ١٩٦٤ مسار تقديم الرعاية الصحية التأمينية على أساس المنهج الفنى، أى تقسيم المجتمع إلى فئات أو شرائح يتم تطبيق التأمين الصحى عليها تدريجيا فنه تلو الأخرى.

ومع المناخ السياسى السائد فى مصر منذ بدء نشأة نظام التأمين الصحى فقد اختصت الدولة، القوى العاملة ببدء التطبيق ، حيث ساد فى ذلك الوقت الاهتمام بالطبقة العاملة سواء بحكم تداعيات الاتجاه إلى التحول الاشتراكى وما يرتبط به من اهتمام بطبقة البروليتاريا ، أو بحكم السوابق فى تجارب التطبيق فى الدول الأخرى حيث كانت البداية فى أغلب الأحوال بالقوى العاملة

تستند فى جوهرها إلى أن توفير رعاية صحية جيدة لهم سوف يؤدي إلى رفع الكفاية الإنتاجية وانخفاض معدلات التغيب عن العمل بسبب المرض وبالتالي زيادة الربحية والدخل.

واستمر الأخذ بهذا المنهج حيث كانت الفئة التالية هى طلاب المدارس عام ١٩٩٢ إدراكا لأهمية رعاية النشء وتعهدهم أبناء الجيل المقبل بالرعاية والعناية الصحية الواجبة.

جدول رقم (١)

نطاق التغطية للتأمين الصحى فى مصر ، ١٩٩٥

النسبة المئوية للمجموع %	النسبة المئوية للتطبيق %	العدد المستهدف ^(٨)	أعداد المؤمن عليهم بالألف	الفئة
٢٤,٩	٥٧,٤	٨٩٧٦	٥١٤٩	العمالة المنتظمة
٣,٤	٥١,١	١٣٦٥	٦٩٧	أصحاب المعاشات والأرامل
٧١,٧	١٠٠	١٤٧٨٣	١٤٧٨٣	الطلاب
١٠٠	٨٢,١	٢٥١٢٤	٢٠٦٢٩	إجمالى

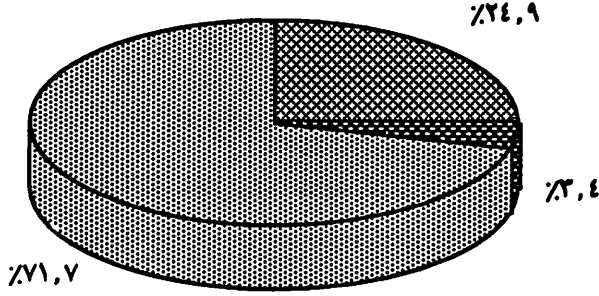
(ب) نطاق التغطية

بلغ عدد المؤمن عليهم ٢٠,٦٢٩ مليون حتى ٣١ ديسمبر ١٩٩٥م^(٦) وتمثل التغطية الإجمالية حوالى ٣٦,٥% من إجمالى تعداد سكان مصر البالغ عددهم ٥٦,٤٨٣ مليون نسمة (حسب تقديرات التعداد العام لعام ١٩٩٣)^(٧).

كما يشير الجدول رقم (١) إلى:-

- أن التطبيق على الشريحة أو الفئة الأولى، وهى العمالة المنتظمة، لم يشمل سوى نصف العمالة الخاضعة لأحكام قانونى التأمين الصحى، أو يزيد قليلا، ولذلك عدة أسباب فى رأى أهمها تراجع الحكومة عن تمسكها بمبدأ الإلزام تحت ضغط الظروف التى خلفتها حرب ٦٧ وعوامل التسكين الاجتماعى التى حرصت عليها لضمان استمرار رضا القوى العاملة قدر الإمكان، وهو ما تضح من إيقاف قرار التطبيق على عمال شبرا الخيمة ليلة التنفيذ بقرار سياسى عام ١٩٦٩، كذلك

الشكل رقم (١)
التوزيع النسبي للفئات المؤمن عليهم ١٩٩٥



ضعف قدرة الهيئة العامة للتأمين الصحى على تسويق خدماتها ، وسوء السمعة السابقة للوحدات العلاجية التابعة لها وبالتالي مقاومة العاملين فى كبرى الشركات والمؤسسات كالبنوك والفنادق وما يماثلها التي كانت توفر خدمات خاصة للعاملين بها .

- ان معظم المؤمن عليهم فى القطاع الحكومى خاضعين لاحكام القانون ٣٢ لسنة ٧٥ ، ويرجع ذلك الى انخفاض نصيب الدولة فى اشتراكات التأمين الصحى حيث يبلغ نصف التزامها المحدد فى القانون ٧٩ لسنة ٧٥ .

ج (النظام الادارى

يقوم على تطبيق التأمين الصحى فى مصر هيئة عامة ذات شخصية اعتبارية خاضعة لاشراف وزير الصحة، هى الهيئة العامة للتأمين الصحى، وقد نظم قرار انشائها (القرار الجمهورى رقم ١٢٠٩ لسنة ٦٤) اختصاصاتها وهيكلها الاساسى، حيث تختص الهيئة بالنهوض بمهمتين اساسيتين:

الاولى : تحقيق التغطية التأمينية ضد المرض تدريجيا

الثانية : توفير الرعاية التأمينية بذاتها أو عن طريق الغير للمؤمن عليهم وبالتالي كان لها الحق فى انشاء الوحدات العلاجية من مستشفيات وعيادات ومراكز طبية ، وأيضا فى استئجارها من الغير. وتضمن قرار إنشاء الهيئة أيضا تحديد هيكلها الأساسى حيث أشار الى أن إدارة الهيئة تتم من خلال:

- مجلس ادارة يعتبر السلطة المهيمنة على ادارة شئون الهيئة ورسم سياساتها.

- فروع تقوم بتنفيذ تلك السياسات. ويتم انشاؤها لتوفير الرعاية الصحية التأمينية للمؤمن عليهم فى نطاق جغرافى محدد.

وقد بدأت الهيئة بفرعين عام ٦٤ الى أن اصبح عددها الآن ثمانية فروع. كل فرع يخدم المؤمن عليهم فى عدد من المحافظات (واستهدف ذلك البعد فى التنفيذ عن سلطة المحليات. فالفرع الواحد يدير التأمين الصحى فى أكثر من محافظة وبالتالي لا ولاية لمحافظة واحد على شئونه).

٣- التوجهات المستقبلية للتأمين الصحى فى مصر

لا يمنع دراسة الواقع من النظر إلى المستقبل بل والمستقبل البعيد، لأنه من جهة يرتبط بهذا الواقع، ومن جهة أخرى لأن الأهداف المرحلية لا تبقى هكذا دائما، بحكم التطور، وبالتالي فإن وضع استراتيجية واضحة أمر ضرورى لإلقاء الضوء على المستقبل وتحديد معالمه المتوقعة دون أن يمنع ذلك من إعادة تشكيل جزئيات هذه الاستراتيجية بما يتلائم والظروف المتغيرة .

ولهذا فإن التعرف على التوجهات المستقبلية للتأمين الصحى فى مصر أمر ضرورى فى ظل أربعة محاور هامة من وجهة نظرى هى :

١- مدى الضرورة والاستمرارية.

٢- المحددات الأساسية التى تتلخص فى :

- المنهج الذى يتبع فى التغطية التأمينية.

- النظرة الاجتماعية للتأمين الصحى.

- تنظيم الخدمات الصحية.
- مدى توفر الإمكانات والأعباء اللازمة للتغطية التأمينية .
- ٣- التحديات والمتغيرات المنظورة للمستقبل والتي تتلخص فى :
 - إدارة التغطية الشاملة .
 - تداعيات اتفاقية الجات.
 - الاتجاه العام نحو التخصصية .
 - مستوى الإدارة والفاقد فى الموارد .
 - ٤- متطلبات التعاون الدولى والاقليمى .
- ١/٣ مدى الضرورة والاستمرارية

هل لازال للتأمين الصحى ضرورة بعد مضى ٣٢ عاما من بدء تطبيقه فى مصر وبعد أن شمل ما يقرب من ثلث سكانها ؟

هذا التساؤل يثور دائما فى أى مناسبة تتعلق بدراسة مستقبل الرعاية الصحية، وحتى عند مناقشة مشاكلها. حيث يتردد بين الحين والآخر، أن التأمين الصحى قد أدى ما عليه حين شمل هذا القطاع الكبير من محدودى الدخل وأنه من الأفضل عدم تحميله عبئا جديدا، وليترك الأمر للجمعيات والنقابات والروابط ولشركات التأمين وغيرها من منظمات مجتمعية متنوعة، لتتولى كل منها رعاية المنتمين لها من أفراد الشعب، بالاضافة إلى استمرار مسئولية الدولة فى علاج الفقراء مجاناً. كما يشارك هذا الرأى، أنصار الاتجاه التحررى، الذى يرفض الإلزام فى تطبيق التأمين، ويقاوم الحجر على حرية الأفراد فى اختيار نمط الرعاية الذى يناسبهم أو مقدمى الخدمة الذين يثقون فيهم .

ويرى البعض^(٩) أن الوقاية من الأمراض وعلاجها فى الأصل واجب من واجبات الدولة، إلا أن قصور الإمكانات على الأخص فى الدول النامية وعدم توازنها مع الزيادة السكانية يجعل الخدمات الطبية الحكومية عاجزة عن مواجهة الحاجة المتزايدة للطبقات الفقيرة إلى العلاج .

لذلك اضطرت الحكومات فى مراحل التطوير المختلفة لمجتمعاتها إلى ترحيل عبء الرعاية الطبية (خصوصا للتطبقات العاملة) إلى عاتق أصحاب الأعمال. كذلك شجعت الحكومات الجهود الذاتية من خلال خدمات الجمعيات الخيرية بحيث يمكن تقديم رعاية طبية مناسبة على الأخص للفقراء الذين لم تدركهم أحكام قوانين العمل .

ثم كان لظهور صناعة التأمين أثره فى تنظيم الرعاية الطبية بالنسبة للعاملين فى المنشآت الكبيرة وكذا فئات أخرى من القادرين على تحمل أعباء الأقساط ..

وقد ساهمت شركات التأمين فى تخفيف أعباء الرعاية الطبية عن الدولة ، ولازالت تساهم فى العديد من البلاد بجهد ملموس فى دراسة التأمين الصحى عن طريق وثائق التأمين الجماعية .

ثم ظهر بعد ذلك أنظمة التأمين الصحى الاجتماعى فى نهاية القرن الماضى ، وقد بدأت فى بعض الأحيان على أساس اختياري ثم تطورت بعد ذلك إلى أن وصلت إلى ما هى عليه الآن من اعتبارها نظاما قومىة تتولى الدولة إدارتها والإنفاق عليها .

ويظل التساؤل قائما ، هل لازال للتأمين الصحى الاجتماعى ضرورة فى مصر؟

فى رأى أن الإجابة ترتبط بفهم جوهر مشكلة الرعاية الصحية فى مصر ، والسبيل لمواجهتها .

لازال جوهر مشكلة الرعاية الصحية فى مصر كما هو منذ بدأ التفكير فى نشأة نظام التأمين الصحى منذ أكثر من ثلاثين عاما مضت. ويتمثل فى اختلال التوازن بين تعداد السكان واحتياجاتهم الصحية من جهة ، وبين الإمكانيات المادية والبشرية المتاحة لرعايتهم صحيا من جهة أخرى. فلازالت الإمكانيات المتاحة أقل كثيرا من اللازمة لمواجهة الحد الأدنى من متطلبات الرعاية الصحية الكافية للمواطنين الذين يزداد عددهم باستمرار. ويزيد من حدة المشكلة زيادة تطلعات المواطنين على ضوء ثورة المعلومات والمعرفة.

ولازالت الغالبية العظمى من أفراد الشعب ، على ضوء انخفاض المستوى العام للدخول والارتفاع الجنونى فى أسعار الرعاية الصحية الخاصة ، بعيدة عن استخدامها إلا فى الضرورة القصوى .

ولازال الإنفاق الصحى الحكومى على الصحة يحتل أولوية متأخرة فى توزيع الموارد على

أوجه الإنفاق المختلفة، رغم إدراك أهمية الصحة، بحكم محدودية الموارد وتنامي المطالب والضروريات. ومن ثم فقد أصبح مستوى الرعاية الصحية المجانية متدنياً. بل يعتقد الكثير أنه مجرد ذكرى. فقد بات العلاج المجانى شعارا دون مضمون حقيقى. فكل شئ يطلب شراؤه من المواطن، ولم يعد المجانى الحقيقى سوى خدمة الطبيب أو الفريق الطبى وعلاج الطوارئ المحدود.

معنى هذا أن الاعتماد على الدولة وحدها لاستكمال إمكانيات الرعاية الصحية اللازمة للمواطنين أمر عسير للغاية، وأن اعتماد المواطن على نفسه فى تحمل أعباء تكاليف الرعاية الصحية اللازمة جد مستحيل. وهذا كان وحده مبرر نشأة نظام التأمين الصحى الاجتماعى فى مصر وبالتالي لازالت الضرورة تفرضه .

هل يمكن أن يحل التأمين الخاص مكانه، ويلعب نفس الدور المطلوب منه ؟

التأمين الصحى الخاص أو التجارى، يمكن أن يلعب دورا هاما ، لكنه ليس نفس الدور الذى يقوم به التأمين الصحى الاجتماعى. ولا يمكن فى رأى أن يكون بديلا عنه فى مصر .

يمكن للتأمين الخاص أن يوفر أنماطا متعددة من الرعاية الصحية التأمينية تناسب ورغبات المؤمن عليهم، وتناسب أيضا وقدراتهم المادية فهو نوع من التأمين الاختيارى ، لكنه ليس معنيا باستكمال إمكانيات الرعاية الصحية فى المجتمع، وإنما فى استخدام المتاح منها ، وفى تحديد التزاماته قبل المؤمن عليهم بما يكفل له تحقيق عائد من العمليات التأمينية يتناسب مع درجة التعرض للخطر. وقد لجأت بعض الدول الأوربية إلى تقديم إعانة للتأمين الاختيارى فى أواخر القرن التاسع عشر، إلا أن التجربة لم تنجح فى كثير من الدول نتيجة انخفاض مستوى دخول المؤمن عليهم ونقص الوعى التأمينى. ورغم هذا فإن بعض الدول الأخرى تمارس هذا النوع من التأمين الاختيارى المعان مثل الدنمارك حيث يكون للمواطن مطلق الحرية أن يشترك كعضو عامل فى التأمين الصحى من عدمه (١٠) .

ولا يقتصر دور التأمين الصحى فى مصر (١١) على توفير رعاية صحية للمؤمن عليهم فقط وإنما عليه أن يعمل على استكمال الإمكانيات المادية والبشرية اللازمة بما يتناسب واحتياجات المؤمن عليهم تباعا، والمواطنين تبعا لذلك.

ينقل التأمين الصحى الاجتماعى فى مصر فى ظل محدودية موارد الدولة، وانخفاض المستوى العام لدخول المواطنين. عبء تكلفة الرعاية الصحية اللازمة إلى عاتق المجتمع خصوصا مع الزيادة المستمرة فى السكان بمعدل يفوق معدل التنمية الاقتصادية مما لايسمح بزيادة محسوسة فى الدخل القومى وبالتالي دخول الافراد خصوصا فى ظل ظاهرة التضخم .. وأيضاً فى ظل الرغبة المستمرة لتحسين وسائل العلاج وصولاً إلى المستويات المعمول بها فى الدول المتقدمة .

ويستند التأمين الصحى الاجتماعى فى مصر^(١٢) أساساً إلى قاعدة التكافل الاجتماعى ، فالمؤمن عليه يودى التزامه وفقاً لقدراته ويأخذ حقوقه بقدر حاجته ، ومن ثم يلعب التأمين الصحى دوراً فى عدالة توزيع الدخل^(١٣) .

٢/٣ المحددات الأساسية للتوسع

إذا كان التأمين الصحى الاجتماعى فى مصر ضرورة مستمرة، فإن البحث فى التوجه المستقبلى له محددات رئيسية أهمها فى رأى ما يلى :-

(١) المنهج الذى يتبع فى التغطية التأمينية

هل يستمر التوسع فى تطبيق التأمين الصحى على الأساس الفئوى، بمعنى استمرار تقسيم المجتمع إلى فئات أو شرائح مثل القوى العاملة والطلاب والفلاحين واصحاب الاعمال وأرباب المهن الحرة، وغيرها من الفئات، وأى هذه الفئات سيكون التالى فى الترتيب لمن شملهم التأمين الصحى، وعلى أى أساس تتحدد الاولويات ؟

أم يتخذ التوسع مستقبلاً المنهج الثانى، وهو على الأساس الجغرافى أى تقسيم المجتمع اقليمياً فيتجه التوسع إلى التطبيق على كافة المواطنين فى محافظة أو عدة محافظات حسب الاحوال؟

لقد أشار تقرير مجلس الشورى^(١٤) الذى حمل عنوان " الرعاية الصحية فى مصر والتوجه القومى للتأمين الصحى الاجتماعى" المؤرخ ديسمبر ١٩٩٥ إلى أهمية الأخذ بمبدأ التوسع الجغرافى مستقبلاً بما يحقق الاسراع فى امتداد مظلة التأمين الصحى وتكامل استخدام امكانيات أنظمة الرعاية الصحية القائمة، والنهوض بمستوى الرعاية فى اقاليم لم تحظ بالعناية الواجبة كمحافظات

الوجه القبلى .

(٢) النظرة الاجتماعية للتأمين الصحى

فحينما تتوفر النظرة الاجتماعية لأهمية التأمين الصحى ضد المرض وتوفر الرغبة والقدرة على تغطية الخسائر المادية الناشئة بسبب المرض، يتم التأمين الصحى على جميع السكان والزاميا كما فى السويد والدنمارك والنرويج و فنلندا^(١٥) أما حين تتوفر الرغبة وتتخلف القدرة فإن الدولة تلجأ للتدرج بادئة بالأخف عبئا والاكثر حاجة ، وهو حال العديد من الدول وخاصة النامى منها^(١٦). ولذلك فإن التوسع فى مد مظلة التأمين الصحى فى مصر إما الاتجاه إلى فئات أكثر حاجة وأخف عبئا بحيث يسهل عمليات حصر المؤمن عليهم وتتبعهم وتحصيل اشتراكات التأمين منهم، أو الاتجاه الى التطبيق جغرافيا بحيث يشمل محافظات تتوفر لها مقومات النجاح ويسهم التطبيق على المواطنين بها فى تحقيق قدر أكبر من التكافل مع المحافظات الاخرى التى تتطلب جهدا أكبر لتوفير مقومات الرعاية الصحية بها. فإذا اتجه التطبيق إلى محافظة بالصعيد فإن محافظة الاسكندرية أو الاسماعلية مثلا تكون إسهاما مسورا فى تحقيق النجاح والتكافل.

(٣) تنظيم الخدمات الصحية

تتنوع النظم الصحية الساندة فى المجتمع المصرى تبعا لطبيعة هذه النظم ومبرر نشأتها وتطورها ونظم تمويلها. ففى المجتمع المصرى نظم علاج حكومية أو نظم علاج خاصة. والنظم الحكومية تضم أنظمة العلاج بانواعها. المجانى ، الاقتصادى ، التعليمى ، التأمينى بينما، تضم النظم الخاصة ، أنظمة العلاج بأجر ، الخاص بأنواعه بدءا من العيادات الخاصة والمستوصفات وما يطلق عليه الاستثمارى ، كما يضم ايضا أى نظم تأمينية تجارية. إلا أنه مهما اختلف التقسيم أو تنوع، فإن مدى القدرة على إدارة منظومة الرعاية الصحية بكافة مؤسساتها أمر حيوى للحكم على مدى احتمال نجاح إعادة رسم خريطة الرعاية الصحية مستقبلا.

ومع تعدد الانظمة ، فان القدرة على تنظيم خدماتها وادارتها لم يكن بالكفاءة المناسبة، سواء ادارة النظم الحكومية أو الخاصة، وتلك بعض المؤشرات التى توضح ذلك :

- تحول المنظمات الحكومية الى منظمات متنافسة بدلا من تكاملها. فحينما انشئت

المؤسسات العلاجية بالقاهرة والاسكندرية (بالقرارين ١٢١٢، ١٢١٣ لسنة ١٩٦٤) لتمثل القطاع العام فى توفير الخدمة الطبية للمواطنين بأجور ميسرة، كان من المتصور ان تكون فى خدمة نظام التأمين الصحى كلما اتسع نطاق مظلته. لكن الامر تحول الى منافسة بينهما على استقطاب القوى العاملة الخاضعة لاحكام قانون التأمين الصحى. فأبرمت المؤسسة العلاجية بالقاهرة عقودا للعلاج الشامل مع بعض المنشآت، وظل التأمين الصحى يعتمد على عياداته ومستشفياته. وهكذا حيث تتضخم كل من المنظميتين مع الوقت دون قدرة إدارية على التنسيق والتكامل بينهما بقدر كاف. حتى حينما روى ضم المنظميتين لبعضهما فيما سعى عام ٧١ بالهيئة العامة للتأمين والعلاج والتي انشئت بموجب القرار الجمهورى رقم ٣١٠٤ لسنة ٧١، فقد ظل الضم جبرا على ورق الى أن ألغى فيما بعد بالقرار الجمهورى رقم ١٩٢٧ لسنة ١٩٧٤. ولم تتضح أهمية تحقيق التكامل بين المنظميتين الا بعد تطبيق التأمين الصحى على طلاب المدارس. فقد كانت نسب إشغال أسرة بعض مستشفيات المؤسسة العلاجية بالقاهرة متدنية للغاية مع تحقيق خسارة متزايدة سنويا، فنسبة إشغال أسرة مستشفى الهرم مثلا كانت فى عام ٩٢/٩١ حوالى ٣٢٪ ارتفعت بعد تطبيق التأمين الصحى على الطلاب وعقد اتفاقية لعلاجهم بمستشفيات المؤسسة إلى مايزيد على تسعين فى المائة من الأسرة.

- عدم عدالة توزيع الإمكانيات المادية والبشرية على المحافظات. ويشير تقرير مصر - التنمية البشرية عام ٩٤^(١٧) الى ذلك حيث يعرض الجدول التالى أهم الملامح الأساسية حسب إحصاءات ٩٢/٩١.

جدول رقم (٢)
بعض المؤشرات الصحية (١٩٩٢/٩١)

المحافظات	الأسرة لكل ١٠٠٠٠٠ نسمة		عدد الوحدات الصحية لكل ١٠٠ ألف نسمة	القوى البشرية	
	إجمالى	وزارة الصحة		طبيب لكل ١٠٠ ألف نسمة	ممرضة لكل ١٠٠ ألف نسمة
الحضرية	٣٧	١٤	٣,٣	١٣,٢	١٠,٣
الوجه البحرى	١٦	١٢	٢,٤	٧,٣	١٢,١
الوجه القبلى	١٤	١١	٢,٨	٥,٥	٨,٤
الحدود	٢١	٢٠	٥,٢	١٧,٤	١٧,٢
الاجمالى	٢٠	١٢	٢,٨	٧,٩	١٠,٥

ويلاحظ أن المحافظات الحضرية تستأثر بجزء كبير من الخدمات الصحية. فالقاهرة وحدها بها ٢٧٪ من إجمالي عدد الأسرة، بينما محافظات الوجه القبلي كلها لا تحظى سوى بنفس النسبة ٢٧٪ وتحظى محافظات الوجه البحرى بنسبة ٣٦٪.

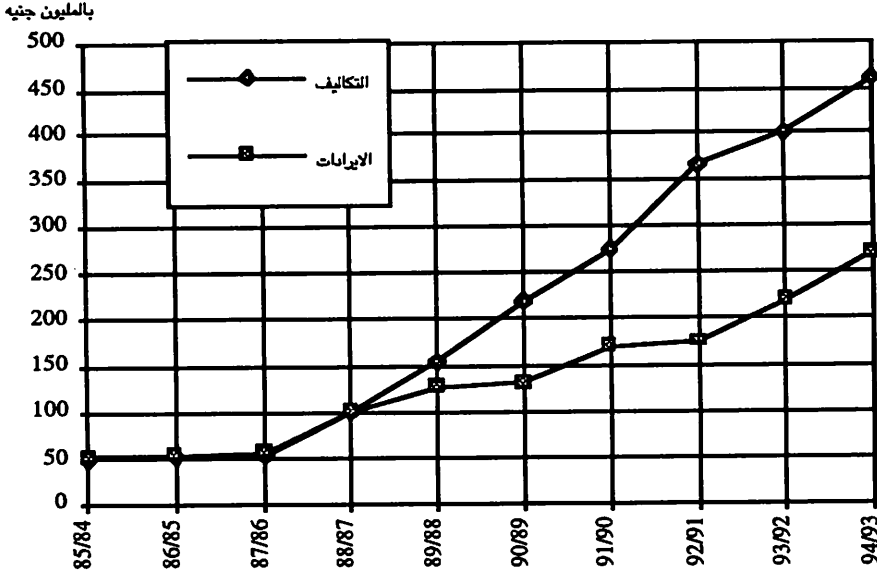
(٤) مدى توفر الامكانيات والاعباء اللازمة للتغطية

ينبغي التعرف على مدى الالتزام بتحقيق الاتجاهات المتوازنة بين امتداد مظلة التأمين الصحى (من حيث عدد المؤمن عليهم) وبين ما يتم توفيره أو تكامله أو استكمالها من امكانيات مادية وبشرية لازمة للتطبيق.. كذلك ما يترتب على التوسع فى التطبيق من أعباء وتكاليف ، يتعين تقديرها والتحسب لها بما يحقق التوازن الاقتصادى بين الموارد والنفقات بصفة مستمرة. وضمان ألا يتكرر ما آل إليه حال نظام التأمين الصحى على القوى العاملة فى مصر من اختلال التوازن الاقتصادى وإلى عجز مالى محقق^(١٨) بدأ فى الظهور منذ عام ٨٦/٨٧ بالنسبة للقانون ٣٢ لسنة ٧٥ ومنذ عام ٨٨/٨٩ بالنسبة للقانون ٧٩ لسنة ٧٥ حتى برز بشكل واضح اعتبارا من العام المالى ٩٠/٩١ مما أدى الى تراكم مديونيات الهيئة العامة للتأمين الصحى حتى بلغت فى ٣١ ديسمبر ٩٥ ما يعادل ٣٠٤ مليون جنيه^(١٩).

ترجع الاسباب الرئيسية لهذه المديونية فى رأى إلى مايلى :-

- ان اشتراكات ومساهمات التأمين الصحى على القوى العاملة ظلت كما هى منذ عام ١٩٦٤ وعلى مدار اثنين وثلاثين عاما، رغم أن كل نظم التأمين الاجتماعى يعاد النظر فى اقتصادياتها كل فترة زمنية تتراوح بين ٣-٥ سنوات. وهذا هو حال كافة قوانين التأمين الاجتماعى فى مصر بما فيها قانون التأمين الصحى على الطلاب فيما عدا قانون التأمين الصحى على العمالة المنتظمة. ولهذا فقد ظلت الاشتراكات والمساهمات ثابتة تقريبا ولم تزد الا بما يعادل ثلاثة أمثال ما كانت عليه بحكم الزيادة النقدية التى طرأت على الاجور، بينما زادت نفقات أداء الخدمة بما يعادل أكثر من ثمانية أمثال بحكم الارتفاع المضطرد والرهيب فى أسعار الخدمة الطبية من مستلزمات وأدوية ووسائل تشخيص وعلاج. ففى عام ١٩٦٤ لم يكن متاحا من وسائل التشخيص لا الأشعة المقطعية ولا الرنين المغناطيسى ولا استخدام المناظير أو زراعة الأعضاء أو عمليات القلب المفتوح وتبديل الصمامات وغيرها من ابتكارات عالية التكلفة، ولم يكن فى استطاعة التأمين الصحى التخلف عن

الشكل رقم (٢) تكاليف التأمين وإيراداته ١٩٨٥/٨٤ - ١٩٩٤/٩٣



استخدامها للمؤمن عليهم وعن مواكبة التطور في التقنية الطبية وهي بطبيعتها مكلفة .

- زيادة نسبة المسنين وتوقعات الحياة. فمن المعروف أن كبار السن (فوق ٦٥ سنة) يستهلكون خدمات صحية تصل في تكلفتها الى ثلاثة أو أربعة أمثال غير المسنين . ولهذا فان تكلفة رعاية أصحاب المعاشات والارامل بلغت في المتوسط حوالي ١٦٧,٨ جنيها للفرد سنويا بينما بلغ متوسط الاشتراكات ٢٩,٨ جنيها للفرد (طبقا لحسابات تكاليف الهيئة العامة للتأمين الصحى عن العام ٩٤/٩٣) وتزداد المطالبة الجماهيرية من باقى أصحاب المعاشات والأرامل الذين لم يشملهم التطبيق بانضمامهم إلى نظام التأمين الصحى.

- ارتفاع نسبة التضخم المالى بالنسبة للخدمات الصحية عن معدل التضخم العام (٢٠) وذلك بسبب ارتفاع اجور مقدمى الخدمة الصحية والارتفاع الفلكى فى تكاليف الدواء والمهمات الطبية وغيرها.

٣/٣ التحديات والمتغيرات المنظورة للمستقبل

لقد شهد المجتمع الدولى خلال السنوات القليلة الماضية تغييرات جذرية امتد تأثيرها إلى

كافة مناحى الحياة فى كل أقطار العالم. وأصبح النظر إلى المستقبل القريب .. لا يمكنه تغافل بتابع هذه التأثيرات، بل أصبحت تحديات منظورة يتعين التحسب لها ومواجهتها أو التكيف معها. ولعل هذا هو أحد الأسباب التى أدت بكل دول العالم الصناعية والنامية، أو الغنية والفقيرة فى الحقبة الأخيرة إلى السعى لتطوير وتحقيق نهضة شاملة فى خدماتها الصحية Health Care Reforms وذلك بدراسة وتطبيق تغييرات جذرية فى تنظيم وتمويل الخدمات.

وبالنسبة لمصر فإن أهم ما يواجه مستقبل الرعاية الصحية التأمينية بها من تحديات خلال السنوات القليلة المتبقية على بداية القرن الحادى والعشرون تتمثل فى رأى فيما يلى:-

(١) التغطية الشاملة

أ) من حيث إدارة التغطية الشاملة

كما ذكرنا فيما سبق أن نسبة من شملهم التأمين الصحى فى مصر لم يتعد حتى نهاية عام ١٩٩٥ أكثر من ثلث تعداد السكان إلا قليلا. وتتولى مسئولية رعايتهم هيئة تمتلك ٣١ مستشفى بإجمالى عدد أسرته ٦٢٣٥ سريرا، بالإضافة إلى ١٨٥ عيادة شاملة ومجموعة ومركزا طبيا (٤٨) ومركز إصابات عمل. وتتعاقد مع عدد كبير من المستشفيات والعيادات والوحدات الأخرى. وتشرف على إدارة شئون الخدمة بها ثمانية فروع و ٤٠ إدارة منطقة. ويتمثل النظام الإدارى بها فى مركزية التخطيط ورسم السياسة ، ولا مركزية التنفيذ من خلال الفروع والمناطق المشار إليها. وتضم الهيئة من العاملين مقدمى الخدمة حوالى (٤٢) ألف عامل منهم (٥٨٠٠) طبيب ، (٩٩٦٠) من أعضاء هيئة التمريض، وغيرهم من فئات الفريق الطبى بالإضافة إلى عدد مماثل تقريبا عن طريق التعاقد .

هذا بالنسبة لثلث السكان، فما هو تصور حجم الجهاز الإدارى للهيئة إذا ظلت بمسئولياتها الحالية فى حالة امتداد التطبيق لكامل السكان مع الزيادة المتوقعة فى أعدادهم خلال السنوات المقبلة التى تستنفدها متطلبات التوسع؟

إن استمرار نمو الهيئة كمقدم للخدمة مع نمو أعداد المؤمن عليهم، يعنى وجود جهاز ديناصورى وحيد يحتكر توفير الرعاية الصحية التأمينية للمواطنين. ويتعذر تصور قيامه بإدارة الخدمة على هذا النحو الأسطورى. وبالتالي فإن متطلبات التغطية الشاملة تضع أمام المستقبل تحديا هاما هو كيفية إدارة نظام أو نظم التأمين الصحى وأسلوبه والعمل على ترقيته وتعزيزه .

ب) من حيث الفئات التي سيشملها التطبيق

تستهدف التغطية الشاملة الوصول إلى الفئات التالية من المواطنين التي لم تصدر أي تشريعات بعد لتنظيم أحكام التأمين الصحي عليهم، وهي:-

- العمالة غير المنتظمة : (عمال الزراعة والصيد، الباعة الجائلين، خدم المنازل، العمال الموسمين).

- أصحاب المهن الحرة ، وأصحاب الأعمال ، وذوى الأملاك ، ومن فى حكمهم .

- الأطفال دون سن التعليم.

- الأطفال والصبية غير الملحقين بوحدة التعليم.

- طلاب الكليات والمعاهد العليا .

- ربات البيوت.

- أصحاب المعاشات والأرامل (طبقاً لأحكام القانون ٨٠٨ لسنة ٨٦ ، ١١٢ لسنة ١٩٨٠).

- العاملون فى الخارج والبدو الرحل والمتعطلون .

(٢) تداعيات اتفاقية "الجات"

يعتبر الهدف من الاتفاقية العامة للتعريفات والتجارة (الجات) تمكين الدولة العضو من النفاذ إلى الأسواق لباقي الدول أعضاء الاتفاقية وذلك بما يحقق التوازن بين الحماية المناسبة من الإنتاج المحلى وبين تدفق واستقرار التجارة الدولية^(٢١).

وقد عقد فى أوروغواى فى سبتمبر ١٩٨٦ اجتماع يعتبر بمثابة الجمعية العمومية للجات حيث تضمن الإعلان الوزارى للاجتماع جزئين: الأول يتعلق بالمفاوضات حول تجارة السلع، والثانى يتعلق بالمفاوضات حول تجارة الخدمات. حيث حدد هدف هذه المفاوضات فى وضع اتفاقية متعددة الأطراف تتضمن قواعد التجارة الدولية فى الخدمات بما يسمح بزيادة التجارة الدولية فيها ويزيد من مساهمة نصيب الدول النامية منها. وتشمل مفاوضات تجارة الخدمات بحث كافة القطاعات الخدمية القابلة للتجارة الدولية دون استثناء .

جدول رقم (٣) تقدير أعداد الفئات التي لم يشملها التأمين الصحي بعد (١٩٩٥)

المصدر	النسبة المئوية	العدد (بالألف)	الشريحة
تقرير التأمينات الاجتماعية (٩٤/٩٣) صفحة ٦.٥	٪١٣.٤	٥٣٥٥	العمالة غير المنتظمة عمال الزراعة والصيد العمال الموسمييين الباعة الجائلين خدم المنازل
تقرير التأمينات الاجتماعية صفحة ٤٨	٪٤.٧	١٨٧٢	أصحاب الأعمال والمهن الحرة
		١٥٠.٨	أصحاب الأعمال
		٣٦٤	أصحاب المهن الحرة
الكتاب الإحصائي السنوي (يونيو ٩٤) صفحة ٤٣	٪٢٦.٦	١٠٦٣٤	الطفولة
		٨٢٦٩	ما دون سن المدرسة (٥ سنوات) ^(١)
		٢٣٦٥	غير ملتحقين بالتعليم
الكتاب الإحصائي السنوي صفحة ٢٤٥ و ٢٩١	٪١.٦	٦٤٧	طلاب الجامعات والمعاهد العليا
		٥٤٢	طلاب الجامعات
		١٠.٥	طلاب المعاهد العليا
الكتاب الإحصائي السنوي ص ٣٢	٪٢٤.٦	٩٨٥٠	رياح البيوت ^(٢)
تقرير التأمينات الاجتماعية	٪٤.٠	١٥٩٦	معاشات وأرامل
		٥١٩	معاشات القانون ١١٢ لسنة ٨٠
		٨٨٨	أرامل القانون ١١٢ لسنة ٨٠
		٩٤	معاشات القانون ١٠٨ لسنة ٧٦
		٩٥	أرامل القانون ١٠٨ لسنة ٧٦
(المصدر السابق)	٪٢٥.١	١٠٠٤٠	آخرون ^(٣)
			فئات غير كاملة التوصيف وتضم العاملين بالخارج - البدو الرحل - والمتعطلين...ومن في حكمهم
	٪١٠٠	٣٩٩٩٤	المجموع الكلي

(١) شريحة العمر من ٥-٠ سنوات تقدر بحوالي ٨.٣ مليون طفل استبعد منهم عدد الأطفال الذين شملهم التأمين الصحي على الطلاب في دور رياض الأطفال وعددهم حوالي ١٢٢ ألف طفل (طبقاً لعدد المؤمن عليهم في ١/٢/٩٥).

(٢) تقدير عدد رياح البيوت تم استناداً إلى عدد السكان في الشريحة من ٢٠ عاماً فأكثر فبلغ ١١.٨٤٩.١٨٧ أنشئ واستبعد من عددهن المرأة العاملة التي تم التأمين الصحي عليها ويقدر عددهن بحوالي ٢ مليون أنشئ طبقاً لإحصاءات الهيئة العامة للتأمين الصحي.

(٣) الفئات الأخرى (غير كاملة التوصيف) هي الفرق بين عدد سكان مصر عام ٩٥ وهو ٥٩.٥٨٦.٠٠٠ نسمة بعد استخدام أسلوب الزيادة الطبيعية واستخدام النتائج النهائية لتعداد عام ١٩٨٦ كأساس، وبين عدد السكان في الشرائح الموصفة المشار إليها مضافاً إليها عدد الطلاب والعاملين المؤمن عليهم وهو ١٩.٥٩٢.٠٠٠ نسمة.

وقد شارك فى جولة مفاوضات أوروغواى ١١٧ دولة منها ٨٧ دولة نامية. وكان من أهم نتائج الجولة صدور مجموعة من الاتفاقات (٢٨ اتفاقا) ومن بينها الاتفاق الذى تم التوصل إليه لتنظيم التجارة الدولية فى الخدمات ويتضمن مجموعة من القواعد التى تتواءم مع طبيعة الخدمات التى تنتقل من إقليم الدولة إلى دولة أخرى عبر أربع وسائل هى :

- انتقال الخدمة عبر الحدود

- انتقال المستهلك

- صحة التأسيس فى البلد الآخر

- انتقال العمالة

كما تم إنشاء "المنظمة العالمية للتجارة" التى ستولى إدارة وتنظيم هذه الاتفاقات مع مطلع القرن الجديد.

ومن الأهمية التأكيد على أن مجموعة الاتفاقات الجديدة تشكل تحديا يفرض على الصناعة والخدمات المصرية للارتفاع إلى مستوى المنافسة فى كافة الأسواق الوطنية والاقليمية والدولية.

وقد قدمت مصر التزامات محددة فى عدد من القطاعات الخدمية التى تتناسب وقدرتها التنافسية أو التى تم تحريرها بالفعل. وهذه القطاعات تضم البنوك - التأمين - سوق المال - السياحة - التشييد والبناء - النقل البحرى.

وعلى ضوء ما سبق، فإن المتوقع تواجد منظمات أو شركات تأمين صحى أجنبية فى مصر. ومن المتوقع أيضا الموافقة على تأسيس مراكز ووحدات صحية وانتقال عمالة أجنبية معها. فى الاتفاق التزام بالسماح بالدخول إلى أسواقها Market Access لموردى الخدمات من الأطراف الأخرى بالشروط التى يتم الاتفاق عليها والموضحة فى الجداول الخاصة بكل دولة.

وفى كل الأحوال، فإن سوق الرعاية الصحية لم يعد حكرا على المؤسسات الوطنية إلا فى حدود ما تضعه الدولة من التزامات أو معايير فى الجداول المرفقة ببروتوكول الانضمام إلى اتفاق الخدمات.

(٣) الاتجاه نحو الخصخصة Privatization^(٢٢)

لقد أصبح الاتجاه نحو تغليب آليات السوق هو السمة الرئيسية للعقد الأخير من هذا القرن ، منذ أعلن الرئيس جورباتشوف مع بداية شهر سبتمبر ٨٦ تحول الاتحاد السوفيتى إلى اقتصاديات السوق والتحرر الاقتصادى، إلى سقوط الاتحاد السوفيتى والتداعيات المتتالية المترتبة عليه.

ولقد أثبتت التجربة أن التدخل الحكومى فى الصناعة والتجارة كانت له مزاياه، ولكن كانت له أيضا سوائته الكثيرة. وتعلن الصحف فى مصر يوميا عن بيع وحدات القطاع العام الخاسر منها والرابع أيضا. ولأن التأمين الصحى كنظام ومنظمة لا يعمل فى فراغ وإنما يؤثر ويتأثر بالمناخ العام الاقتصادى والاجتماعى والسياسى المحيط به، فقد أصبح الاتجاه إلى تشجيع القطاع الخاص وانحسار دور القطاع العام أمرا ذا تأثير مؤكد يتعين التحسب له والمواءمة مع ما يفرضه من تغيرات، دون التفريط فى الدور الاجتماعى الكبير الذى تفرضه ظروف المجتمع الصحية واحتياجات أفرادها وخاصة بالنسبة لمحدودى الدخل والبسطاء.

(٤) مستوى الإدارة ، والفاقد فى الموارد

أن أهم عناصر النجاح لتحقيق أية أهداف مستقبليه يكمن فى كفاءة إدارة العمليات صوب هذه الأهداف. ولا يتوقع بطبيعة الحال تحقيق النجاح إذا ما وضعت الموارد وغيرها من مدخلات فى يد إدارة متدنية المستوى. فسوف يزداد هدر الموارد والضياع والفاقد، وتسود الفوضى فى العمليات ليكون الناتج النهائى أو المخرجات بعيدة تماما عن الأهداف المبتغاه. ولذلك فإن أهم تحدى يواجه مستقبل الرعاية الصحية فى مصر هو فى إدارتها وفى ترشيد استخدام الموارد المتاحة لها.

وقد أشار تقرير البنك الدولى للتنمية فى العالم عام ١٩٩٥ إلى ذلك^(٢٣) حيث تضمن ما نصه " لقد طفتت حكومات كثيره تدرك ان زيادة التعرض للمنافسة الدولية تتطلب بيروقراطيات مرنة ذات أداء جيد ، ولكى تصيح الحكومات رب عمل فعال وتضمن خدمات عامة ذات نوعية مرتفعة فإن الأمر يقتضى إصلاح سياساتها للرواتب والتوظيف والترقيه ، واستخدام القطاع الخاص بصورة أكبر فى تقديم الخدمات. ولكن تنفيذ هذه الاصلاحات ، والذى غالبا ما ينطوى على تخفيض حجم قوة العمل بالقطاع العام ، أمر صعب لان الاحتياجات السياسية والاقتصادية غالبا ما تتعارض ويتطلب النجاح درجه مرتفعه من الالتزام السياسى ."

لهذا فان نجاح الجهاز الذى سيتولى دور المؤمن بالنسبة للتأمين الصحى فى مصر مستقبلا رهن بتوفر قدر كبير من مقومات النجاح لإدارة العمليه التأمينيه من مرونة وأداء جيد وقدره على استخدام القطاع الخاص الطبى فى تقديم الخدمات التأمينية وفى الرقابه على ما يؤدى من خدمات بضوابط وطرق قياس جودة علمية لتحقيق أقصى درجه من الرضاء العام للمواطنين و الحرص على مصالح المؤمن عليهم وترشيد ما ينفق على الخدمات المكفوله لهم.

٤/٣ متطلبات التعاون الدولى والإقليمى

يشهد العالم تغييرات سريعة وجذرية فى علاقات دوله بعضها البعض، فتنشأ التكتلات وتعدد الاتفاقات التى تستهدف تعاوننا فيما بينها أو حمايه لمصالح مشتركه أو مواجهة لتكتل آخر أو لمتطلبات لا تقوى على تكلفتها دولة واحدة.

وبالقطع لن تكون مصر- ولا يجب أن تكون - على مشارف القرن الحادى والعشرين بمنأى عن هذه التأثيرات دوليا وإقليميا وذلك بحكم ارتباطها بدوائر ثلاث هى دول الشرق الاوسط، والدول العربية والافريقية، ودول العالم الأكثر تقدما.

فى كل دائرة من هذه الدوائر الثلاث نظم متعددة للرعاية الصحية التأمينية بل ومشاكل صحيه متشابهة فى بعضها، ولكل منها تجارب فى التطبيق أدت بعد معاناة إلى الوضع الحالى. ومن ثم فإن أوجه التعاون تعنى^(٢٤):

١- تبادل الخبرات والمعرفة والمعلومات وإجراء بحوث خدمات الإدارة الصحية التطبيقية بحيث تستفيد كل دولة من الدروس التى مرت بها تجارب الدول الأخرى دون أن تترك فى مسارها لتجربة الثواب والخطأ مرة أخرى.

٢- التعاون بين مجموعات من الدول ذات النظم المتشابهة والمشاكل الصحية ذات الأولوية.

٣- التعاون بين الدول العربية الأكثر دخلا أو موارد فى دعم الدول العربية الأقل فى الموارد المالية ولكنها الأكثر فى الموارد البشرية.

٤- زيادة التعاون بين الدول كمجموعات أو ككل مع المنظمات الدولية الأخرى كمنظمة الصحة العالمية والبنك الدولى والصندوق الإنمائى للأمم المتحدة وغيرها.

- ومن الغريب أن مصر أو الدول العربية الأخرى لم تخط أي منها خطوة واحدة في اتجاه الاستفادة من تجارب بعضها البعض اللهم إلا في كتابات الباحثين. فهناك تجارب للتأمين الصحي في ليبيا وتونس ولبنان ومصر. وهناك عمالة تنتقل بين بعضها بشكل مكثف كما هو الحال بين مصر وليبيا. ورغم هذا لم تعقد اتفاقيه واحدة تهتم بالرعاية الصحية التأمينية لها، ولا تبادل المعلومات عنها. ولطالما نادينا بانشاء اتحاد عربى للتأمين الصحى الاجتماعى^(٢٥) يقوم بدور تبادل الخبرات والمعلومات ، وتدريب العاملين فى مجال التأمين الصحى ، والعمل على نشر الوعى التأمينى .

وفى منطقة الشرق الأوسط تطبق إسرائيل نظاما متطورا للتأمين الصحى ، وفى الدول الافريقية مثل زيمبابوى وجنوب افريقيا وزامبيا وغانا العديد من التجارب الناجحة التى يمكن الاستفادة منها، وعقد اتفاقات معها سواء لتبادل المعلومات أو تنظيم الانتفاع المتبادل بالخدمات التأمينية أو تسويق فائض العماله من الفريق الطبي، وهكذا. حتى الدول الصناعية المتقدمة، فإن مصر بحاجة إلى عقد اتفاقات معها أو بعضها للتعاون سواء فى مجالى تبادل المعلومات أو استمرار انتفاع المؤمن عليه فى حاله تواجده بأى من الدول طرفى الاتفاق بشروط وضوابط محددة أو فى مجال الرعاية الصحية للحالات الخاصة .. وهكذا.

- من جهة أخرى فإن الحاجة إلى وجود تشريع دولى فى مجال التأمين الاجتماعى- والصحى منه بصفة خاصة - سوف يصبح ملحا مع إتاحة فرص انتقال الأفراد بين الدول المختلفة وسرعة انتشار الأمراض المكتشفة وسبل الحماية والانتقاء منها ومواجهتها. إن العالم يصبح وحدة صغيرة متصلة مع التطور المتوقع فى سبل المواصلات والاتصال وحرية التجارة وانتقال الأفراد، وعليه أن يحى الجنس البشرى من المرض وآثاره خصوصا مع التطور التقنى الرهيب المستمر. ومن ثم لم تعد اتفاقيات التأمين الاجتماعى التى أصدرتها منظمة العمل الدولية عام ١٩٢٧ صالحة فى مجملها مع متطلبات القرن الحادى والعشرين .

- إن الدول المستقلة حديثا بعد تفكك الاتحاد السوفىيىتى - مثل دولة كازاخستان - تبحث عن صيغة مناسبة للرعاية الصحية التأمينية لشعبها وقد اتجهت إلى الدول ذات الظروف المشابهة مثل مصر، ولا يجب أن تبتعد مصر عن معاونتها والمشاركة معها فى بناء نظم صحية حديثة.

٤- أدوار مستجدة

إذا كانت الضرورة تفرض استمرارية الأخذ بنظام التأمين الاجتماعى،

وإذا كان التوجه المستقبلى للتأمين الصحى هو الأخذ بنهج التوسع الجغرافى،

وإذا كان تنظيم وإدارة الخدمات الصحية فى مصر واحدا من أهم محددات هذا التوجه نظرا لحتمية تكامل المنظمات الصحية القائمة للاستغلال الاكفأ للإمكانيات المادية والبشرية المتاحة واستكمال القاصر منها وأهميه تحقيق التوازن الاقتصادى بين الموارد والتفقات بما يحفظ للتأمين الصحى قدرته على الاستمرارية والاتساع،

وإذا كان أهم ما يواجه التأمين الصحى فى المستقبل من تحديات هو القدرة على التغطية الشاملة وإدارتها وما يحيط بالتأمين الصحى من مناخ الاتجاه الجارف نحو الخصخصة وهبوب رياح الجات والدور الجديد المطلوب من البيروقراطيات لأداء جيد وفهم أكثر مرونة، بالإضافة إلى حتمية التعاون الدولى والعربى والافريقى والاقليمى بصفة خاصة مع كل التحديات، فقد أصبح تصور أدوار جديدة لمؤسسات الصحة والتأمين الصحى نتيجة بديهية بحيث تتلاءم هذه الادوار مع المتغيرات والمحددات والتحديات سالفة الذكر .

١/٤ الدور التكاملى لمؤسسات ونظم الرعاية الصحية .

مع التوسع فى التأمين الصحى ليشمل كل المواطنين فى إطار جغرافى محدد وعلى نحو متدرج إلى أن يشمل المواطنين فى جمهورية مصر العربية بأسرها، فإن تكامل المؤسسات ونظم الرعاية الصحية يصبح ضرورة حتمية فلن يستمر لهذه المنظمات الهدف الأسمى الذى أنشئت من أجله فإذا ما امتدت مظلة التأمين الصحى لكافة المواطنين فى اقليم ما، فما هو هدف مستشفيات و وحدات وزارة الصحة التى كانت مسنولة عن توفير الرعاية الصحية المجانية وما هو دور مستشفيات و عيادات المؤسسات العلاجية التى كانت مسنولة عن توفير الرعاية الصحية بأجر اقتصادى أو ميسر للطبقة المتوسطة؟

كل هذه المنظمات ستتحول لخدمة نظام التأمين الصحى وإلا كان بقاؤها خارج هذا الإطار هدرا غير مقبول للموارد والإمكانيات المتاحة .

٢/٤ تطوير مهام الهيئة العامة للتأمين الصحي .

تضمنت مسئولية الهيئة منذ نشأتها بالقرار الجمهورى ١٢٠٩ لسنة ٦٤ " تقديم الرعاية الطبية للمؤمن عليهم وإنشاء المستشفيات والعيادات الشاملة وغيرها وتجهيزها وإدارتها وايضا استئجار المستشفيات وغيرها من وحدات علاجية والتعاقد لتحقيق اغراضها".

وبالتالى فإن الهيئة مسئولة بحكم قرار إنشائها عن توفير الرعاية الصحية التامينية للمؤمن عليهم سواء من خلال الاسلوب المباشر (أى من خلال وحداتها المملوكة لها) أو من خلال الاسلوب غير المباشر (أى من خلال الوحدات التى تم التعاقد معها على تقديم الخدمة للمؤمن عليهم) وبالتالى أصبح دور الهيئته دورا مزدوجا، هو التمويل وتقديم الخدمة معا، أى تجميع اشتراكات التأمين وإدارة صندوقه ، وتقديم الخدمة الطبية اللازمة وفقا لأحكام القوانين المنظمه .

فهل يتناسب هذا الدور والمرحلة المقبلة ؟

قدما كانت العلاقة بين المريض والطبيب علاقة ثنائية مبسطة. الأول يعرض مشكلته والثانى يقدم له خدماته لقاء أجر معين يحدده الثانى ويرتضيه الأول. لكن مع نشأة الوحدات الصحية الكبيرة وخاصة المستشفيات فقد أصبح هناك طرف ثالث يتمثل فى أصحاب رأسمال هذه المنشآت الصحية الكبيرة ثم ظهرت مؤسسات اجتماعية تتمثل فى مؤسسات التأمين الصحى تتحمل عن المريض دفع تكاليف العلاج أو معظمها^(٢٦) أى أنه عند الحاجه يتم إجراء عملية مالية بين طرفين هما المريض والطبيب يدفع تكلفتها طرف ثالث قد لا يتواجد أثناء العملية. ولأن هذا الطرف الثالث the third party هو الذى يدفع فقد أصبح من حقه مراقبة استخدام وجودة الخدمات خاصة عالية التكلفة .

إذن الأصل أن هيئة التأمين الصحى وكيل عن المؤمن عليهم فى إعادة إنفاق أموالهم بشكل مرشد لمقدمى الخدمة . وبالتالى فإن دور المؤمن دائما مماثل لدور المحامى حين يسعى لتحقيق مصالح موكله ويدافع عنها فى مواجهة مقدمى الخدمة .. فإذا قصر مقدم الخدمة فى أداء واجباته سواء بالامتناع عن تقديم عنصر من عناصر الخدمة. المستحقة أو انخفاض مستواها ، يصبح على المؤمن محاسبة مقدم الخدمة على تقصيره.

وبالطبع لا يستقيم أن يتولى المحامى النهوض بدوره ، ويدور المتهم فى الوقت ذاته وهذه الحقيقة تتضح حينما تتولى هيئة التأمين الصحى القيام بنفسها بتقديم الخدمات الصحية التأمينية للمؤمن عليهم فإذا ما قصرت إحدى وحداتها فيما تقدم من رعاية صحية للمؤمن عليهم، فلن تحاسب الهيئة نفسها وإنما ستسعى إلى تغطية عيوبها وتبريرها أمام متلقى الخدمة. وفى أفضل الظنون ستحاول إعادة ترتيب أنظمة العمل بها لتلافي تكرار حدوث هذا التقصير أو مساءلة المسؤولين عنه ومحاسبتهم . وهذا الأمر ضعيف الأثر فى البيروقراطيات الحكومية ، بل إن قدرتها على إدارة الأزمات ومواجهتها الصحيحه أمر مشكوك فيه^(٢٧).

وقد برز فى السنوات القليلة الأخيرة اتجاه إلى أن يصبح دور مؤسسات التأمين الصحى دور الممول فقط ، فهى بمثابة وكيل عن المؤمن عليهم فى إدارة أموال التأمين الصحى. ومن ثم يجب أن يقتصر دورها على تجميع اشتراكات التأمين وإدارة صندوقه، وشراء الخدمة الطبية ممن يستطيع أن يقدمها بالشروط والمواصفات التى تحددها ، وبأقل تكلفة ممكنة. ويكون لها بالتالى حق الرقابة وتقييم أداء هذه الجهات واستمرار التعاقد معها أو الغائه على ضوء ذلك. وقد أخذ بهذا الاتجاه العديد من الدول وفى مقدمتها نظام التأمين الصحى فى كندا^(٢٨) كما أشار إليه أيضا مشروع كلينتون للتأمين الصحى^(٢٩).

ونخلص من هذا إلى التالى :-

- أن استمرار مسئولية الهيئة العامة للتأمين الصحى عن توفير الرعاية الصحية بذاتها (سواء من خلال وحداتها أو وحدات الغير التى يتم التعاقد معها)، سوف يضعف احتمالات استمراريتها ويزيد من فرص تقويض نظمها على ضوء غيبة التنسيق الحقيقى بين أنظمة الرعاية الصحية القائمة فى المجتمع وبينها، وفى ظل عدم رضا المؤمن عليهم عن الخدمات التى يحصلون عليها حيث تلعب الهيئة دور المتهم والمحامى فى آن واحد .

- أن تغيير مسئولية ودور الهيئة العامة للتأمين الصحى إلى النهوض بالدور التأمينى الذى يعتمد على تجميع الاشتراكات وإدارة الأموال التأمينية ، وتحديد الشروط والمواصفات الخاصة بالخدمة التأمينية المستهدفة ، ودراسة واختيار العروض المقدمة لتنفيذها فى الإطار الجغرافى المحدد ، سوف يرفع عن كاهل الهيئة أعباء إدارة نشاط ضخ ممتد إلى كافة أرجاء البلاد ويرفع

عنها مشاكل ترهل جهازها الإدارى والفنى ، ويجعلها فى موقف أفضل حيث يكون لها حينئذ اليد الطولى فى اختيار أفضل عروض الخدمة التى تقدم للمؤمن عليهم وأقل تكلفة ، وفى الرقابة على ما يؤدى من خدمات وتقييمها .

- إتاحة الفرصة لرؤوس الأموال الراغبة فى الاستثمار الصحى أن تتواجد فى أى نطاق جغرافى طالما ضمن أصحابها التشغيل والعميل. وهو ما يسرع بالتبعية فى استكمال الإمكانيات الصحية المادية والبشرية اللازمة فى كثير من المناطق التى كان يعزف أفراد المهن الطبية عن العمل بها ، ولا تتجه إليها رؤوس الأموال لإنشاء وحدات صحية غير مضمونة العميل.

ومن المتوقع بدء ظهور ونشأة منظمات صيانة الصحة Health Maintenance Organizations (HMO) والتي تعرف^(٣٠) بأنها منظمات أهلية تعمل على توفير الرعاية الصحية للأعضاء المسجلين بها طواعية مقابل أقساط تأمين محددة ومدفوعة سلفا. وتكتسب هذه المنظمات شعبيتها وانتشارها من قدرتها على تخفيض تكاليف الرعاية الصحية بصفة خاصة فى الوقت الذى تقدم فيه خدمات صحية مكثفة أكثر مما تقدمه أنظمة الخدمة بالأجور المألوفة، مع تأكيدها على خدمات الوقاية من الأمراض، وعلاج مشاكلها مبكرا تجنباً للتصدي لعلاج الأمراض فى حالة استفحالها. ذلك بأنها تشارك ليس فى تقديم الخدمة الطبية وإنما فى المخاطر أيضا حيث يعود أى فائض يتحقق فى مواردها التأمينية على أصحابها المساهمين فيها. كما أنها حريصة على استمرار تعامل المؤمن معها فى الوقت ذاته وتحقيق رضائهم. ومن هنا فاهتمامها بالوقاية والعلاج المبكر اهتمام حتمى لأن ذلك يعود عليها كمنظمة بالنفع والربحية. وبالتالي فإن هدفها هو المحافظة على الصحة، كما يدل عليه اسمها وهو منظمات صيانة الصحة. هذه المنظمات على هذا النحو إما تقوم بتقديم بعض الخدمات بنفسها من خلال مشاركة بعض أفراد الفريق الطبى مثل العيادات المجمعّة للممارسين أو تقوم بدور مقاول للصيانة الدورية للصحة حيث تتولى الاتفاق مع الوحدات الصحية المختلفة من عيادات ومستشفيات بأسعار مناسبة .

- وعلى الرغم مما تحقّقه هذه المنظمات من مميزات فإنها ليست دائما متقبلة من الكافة وإنما هناك ضغوط تنافسية تتعرض لها من مقدمى الخدمة بأجر أو جهات التأمين. وبالطبع ليس كل مقدمى الخدمة فى القطاع الخاص معادين لهذه المنظمات، وإنما على العكس يمكن أن تكون

هذه المنظمات أحد وسائل توفير الحالات لمستشفيات خاصة غير مستغلة استغلالا كاملا. بل إن التأمين الصحى الحكومى أو المنظمات العلاجية الأخرى قد تجد فى منظمات صيانة الصحة بديلا جذابا وأكثر كفاءة من القطاع الخاص يسهم فى تخفيض الفاقد من الإمكانيات أو الكفاءات المعطلة فيها.

وماذا عن الامكانيات المملوكة للهيئة العامة للتأمين الصحى ؟

تمتلك الهيئة العامة للتأمين الصحى حتى عام ١٩٩٥ (١٢٩) عيادة شاملة، ١٨ عيادة مجمعة، ٤٨ مركز إصابات عمل، ٢٩ مستشفى تضم ٥٦٥٤ سريرا بخلاف ٦٥ مركز تنظيم أسرة، ٧٠٣٠ عيادة مدرسية، ٥٠١ وحدة صحية مدرسية، وثلاث مستشفيات للطلاب تضم ٥٨١ سريرا.

هذه الأصول الضخمة الى أين مصيرها فى حالة تغير دور الهيئة الام من مقدم للخدمة عن طريق هذه الأصول إلى مستأجر أو شار للخدمة ممن يستطيع أن يقدمها بالشروط والمواصفات التى تحددها؟

هذا التساؤل يطرحه دائما العاملون فى هذه الوحدات بدرجة من القلق، كما يطرحه بعض القيادات فى الهيئة.

وفى رأى أن أمام الهيئة فى دورها الجديد المتوقع ثلاثة بدائل:-

- بيع هذه الوحدات وخصختها ، على غرار ما تأخذ به الدوله الان بالنسبه لشركات القطاع العام الاقتصادى. إلا أن هذا البديل لن يلقى تقبلا أو ارتياحا ، لعدة أسباب من أهمها أن هذه الأصول ملك للمؤمن عليهم ، فضلا عن أن خدمات الرعاية الصحية رغم أنها صناعة ضخمة لكنها لاتخضع فى كل قواعد تشغيلها لذات المبادئ الاقتصادية للمؤسسات الانتاجية. فقد تضطر المؤسسة الصحية أو الحكومة إلى اتخاذ قرار بتقديم بعض الخدمات بغض النظر عن الجدوى الاقتصادية لها لأن هناك أسبابا اجتماعيه أو انسانية أو سياسية تفرضها.

- أو الفصل بين الملكية والإدارة ، بمعنى أن تظل هذه الأصول مملوكة للتأمين الصحى كأصول، ويترك أمر تشغيلها وإدارتها لشركات أو لجهات متخصصة فى إدارة الوحدات الصحية

بحيث تحصل هيئة التأمين الصحى على جزء من عائد تشغيلها بنسبة قيمة هذه الأصول كإسماى شاركت به. وكأى الهيئة تستثمر أموالها المتمثلة فى هذه الأصول لتنمية مواردها ذاتيا بما يعود على المؤمن عليهم بالفائدة.

وهذا الحل أيضا رغم وجاهته نظريا إلا أنه عسير التطبيق ، لندرة وجود الجهات المتخصصة فى هذا النوع من الإدارة ، وللمشاكل والصعوبات التى سوف تعترض سبيل تقييم الأصول والمحاسبة على العائد الذى يخصها.

- أو الفصل بين هذه الأصول وبين الهيئة فقط بحيث تضم هذه الأصول المتمثلة فى العيادات والمراكز والمستشفيات لمثيلاتها من عيادات ومراكز ووحدات ومستشفيات حكومية سواء كانت تابعة لوزارة الصحة أو للمؤسسات العلاجية. وتديرها مؤسسة تمثل القطاع العام الحكومى فى مجال الصحة. بما يتيح للهيئة العامة للتأمين الصحى كمول ، شراء الخدمة من المنظمات المتاحة فى المجتمع حسب الأحوال، إما من مؤسسة الرعاية الصحية الحكومية أو من وحدات الرعاية الصحية للقطاع الخاص أو منظمات صيانة الصحة HMO,s أو وحدات الرعاية الصحية الجامعية وغيرها. بحيث يتحقق بين كل هذه التجمعات منافسة قوية على توفير أفضل خدمة بأقل تكلفة ممكنة للمؤمن عليهم.

ويشور تساؤل آخر، ألا يعد اقتصار دور هيئة التأمين الصحى على شراء الخدمة والرقابة على أدائها تخليا عن دورها الأصيل فى حل جوهر مشكلة الرعاية الصحية من خلال استكمال الإمكانيات اللازمة حسب تعداد السكان واحتياجاتهم ؟

والاجابة بلا ، فلا يخل اقتصار دور الهيئة على شراء الخدمة بمسئوليتها عن تحقيق التوازن بين الإمكانيات واحتياجات المؤمن عليهم. بل على العكس فإن دورها الجديد سوف يشجع على الاستثمار فى استكمال الإمكانيات المادية والبشرية اللازمة فى نطاق التطبيق. لأن إجهام رؤوس الاموال الخاصة عن الاستثمار فى منشآت صحية بالقرى مثلا سببه عدم وفرة الزيون. لكن حينما تعرض الهيئة طلب الخدمة لعدد مضمون من المؤمن عليهم فى منطقة ما وسوف تقوم بسداد المستحق من أجور خدمة عنهم فإن ذلك سوف يشجع على الاستثمار ، وعلى إعادة توطن الخبرات مرة أخرى بدلا من نزوحها بحثا عن الزيون فى المدن القريبة. وبافتراض أن رؤوس الاموال الخاصة

احجمت عن انشاء عيادة أو مستشفى بقرية ما كانت وفقا لمعايير ومعدلات الخدمة بحاجة اليها فان الهيئة تقوم بتشجيع الاستثمار من خلال دخولها كمساهم بالجزء الاكبر من الأموال المطلوبة ، تماما كما تفعل الشركات القابضة، بحيث تتحول هنا الى إدارة محفظة أوراق مالية أى استثمار جزء من فائض أموال المؤمن عليهم فى المشاركة لإنشاء وحدات صحيه سوف تدر مستقبلا عائدا تحصل منه على نصيبها بقدر ما شاركت به فى رأس المال وهو تنمية ذاتية لمواردها، وتشجيعا للآخرين على المشاركة .

٣/٤ دور المحليات

لا يتصور بطبيعة الحال، أن يتم تطبيق التأمين الصحى على أساس النهج الجغرافى وأن تظل الإدارة المحلية بعيدة عن التنفيذ والتنافس على جودته لصالح مواطنى الاقليم المسئوله عنه.

لهذا أتصور أن مؤسسات الرعاية الصحية (التى ستضم وحدات الصحة الحكومية والتابعة للمؤسسات العلاجية ، والتابعة للتأمين الصحى من قبل) ستكون تابعة للإدارة المحلية، بحيث تتولى تطويرها ودعمها والإشراف على تنفيذ خدمات التأمين الصحى من خلالها (فى حالة إسناد ذلك لها) وأن تعمل جاهدة على منافسة القطاع الطبى الخاص والارتقاء بمستوى الأداء الصحى العام فى الاقليم.

٥ - الخاتمة والتوصيات

١/٥ الخاتمة

لم تمتد الرعاية الصحية التأمينية فى مصر على مدى اثنين وثلاثين عاما مضت من النصف الثانى من القرن العشرين سوى لما يعادل ٥,٣٦٪ من إجمالي عدد السكان. ولا زالت الاسس التى تقوم عليها واساليب توفيرها كما هى، تحمل عبق تلك الفترة التى كانت تمثل رحم نشأتها وساد فيها تيار جارف نحو التحول الاشتراكى وتغليب دور القطاع العام فى كافة المجالات.

ومع ماشهده العالم من تغييرات جذرية فى كافة المجالات السياسية والاقتصادية والاجتماعية خلال السنوات القليلة الماضية من القرن العشرين، فقد بدأت رياح التغيير تهب فى مصر. إما مطالبة بوقف دور الرعاية الصحية التأمينية عند الحد الذى بلغته أو مطالبة بافساح المجال للقطاع

الخاص ليتولى المسئولية تمثيا مع الاتجاه العام نحو التخصصية أو المناداة بالتكامل والمزج بين الاتجاهين . وأصبح الاهتمام بتحديد التوجهات المستقبلية للتأمين الصحى فى مصر، أمرا ضروريا على ضوء الفهم الصحيح لجوهر مشكلة الرعاية الصحية فى مصر والسبيل لمواجهتها ، ودراسة مقومات نجاح تغيير منهج التغطية التأمينية من الاساس الفئوى الذى انتهجته الدولة منذ عام ١٩٦٤ بتقسيم المجتمع الى شرائح وامتداد مظلة التأمين الصحى تدريجيا على شريحتى القرى العاملة وطلاب المدارس، الى الاساس الجغرافى الذى يسعى إلى تقسيم المجتمع إقليميا بحيث يشمل التطبيق كافة المواطنين فى إطار جغرافى معين وعلى نحو تدريجى إلى ان يعم كافة انحاء البلاد خصوصا مع الحاجة الى تحقيق تكامل الانظمة الصحية وإمكانياتها وعدالة توزيعها اقليميا .

وتضمنت الدراسة عرضا لأهم التحديات التى تواجه مستقبل الرعاية الصحية التأمينية والتى تحتم تغيير دور جهاز التأمين الصحى من مقدم للخدمة بشكل مباشر أو غير مباشر الى دور المؤمن فقط الذى يقوم باستئجار أو شراء الخدمة ورقابة مستوى أدائها، خصوصا مع تداعيات اتفاقية "الجات" ، وتغليب آليات السوق والاتجاه العام نحو التخصصية ، بالإضافة الى ضعف مستوى أداء الجهاز الحكومى فى مجال الخدمات الصحية وانخفاض مستوى درجة الرضا العام عنها . ولهذا فإن تبادل الخبرات والتعاون الدولى والاقليمى فى مجال التأمين الصحى يصبح ضرورة لتأمين الجنس البشرى ضد مخاطر المرض وآثاره .

ومع التحول من دور الجهاز الحكومى المسئول عن تقديم الخدمة الى دور المؤمن فقط ونهوض المنظمات الصحية الحكومية والخاصة والاهلية فى المجتمع بتقديم خدمات التأمين الصحى، فان هناك عددا من البدائل حول التصرف فى الاصول المملوكة لهذا الجهاز ودورا اكثر فاعلية للإدارة المحلية للارتقاء بمستوى الاداء الصحى العام .

٢/٥ التوصيات:

١- أهمية استمرار نظام التأمين الصحى الاجتماعى فى مصر، للمشاركة فى علاج جوهر مشكلة الرعاية الصحية الناجمة عن اختلال التوازن بين احتياجات السكان المتزايدة للرعاية الصحية وبين الامكانيات المادية والبشرية المتاحة لتلبيتها، وفى ظل انخفاض المستوى العام لدخول المواطنين واعتبارات تحقيق قدر اكبر من العدالة الاجتماعية.

- ٢- أفضلية الأخذ بالنهج الجغرافى للتوسع فى مد مظلة التأمين الصحى ضمانا لتكامل الأنظمة الصحية وترشيد استغلال امكانياتها المتاحة وسرعة التغطية.
- ٣- افساح المجال للتأمين الصحى الخاص لتوفير خدمات تأمينية لبعض فئات المجتمع القادرة ماديا وخدمات تكميلية تتناسب واحتياجات المواطنين المؤمن عليهم فيما لا يغطيه التأمين الصحى الاجتماعى من عناصر خدمة.
- ٤- تغيير مسئولية ودور جهاز التأمين الصحى الحكومى لينهض بالدور التأمينى الذى يعتمد على تجميع الاشتراكات وإدارة الاموال التأمينية، وتحديد الشروط والمواصفات الخاصة بالخدمة التأمينية المستهدفة، والرقابة على أدائها، وهو مايزود أيضا الى تشجيع رؤوس الاموال الخاصة على الاستثمار فى المجال الصحى طالما ضمن اصحابها التشغيل والعميل .
- ٥- قيام الادارة المحلية بدور اكثر فاعلية فى الارتقاء بمستوى الأداء الصحى العام.

الهوامش والمصادر

- ١- الملامح الأساسية لسياسة الرعاية الاجتماعية فى مصر فى مجال التأمين الصحى الاجتماعى - ١٩٨٨ القاهرة.
- ٢- ميثاق العمل الوطنى.
- ٣- رفعت رضوان ، " تاريخ الرعاية الصحية التأمينية فى مصر " المجلة العلمية للتأمين الصحى الاجتماعى ، العدد الثامن عشر سبتمبر ١٩٩٠ ، صفحة ٥٣ وما بعدها - القاهرة .
- ٤- على العريف - التأمينات الاجتماعية ، ١٩٦٥ ، القاهرة.
- ٥- رفعت رضوان ، التأمين الصحى على الطلاب بين النظرية والتطبيق ، صفحة ٥٤ ، العربية للطباعة ١٩٩٥ - القاهرة.
- ٦- التقرير الإحصائى ربع السنوى للهيئة العامة للتأمين الصحى مارس ١٩٩٥ .
- ٧- الجهاز المركزى للتعبئة العامة والإحصاء ، كتاب الإحصاء السنوى ، يونيو ١٩٩٤ .
- ٨- التقرير الإحصائى للتأمين والمعاشات عام ٩٤ صفحة (٢) ، تقرير إحصائى التأمينات

الاجتماعية عام ٩٣/٩٤ (صفحة ٦٠٥).

٩- الفونس شحاته رزق " الهيئة العامة للتأمين الصحى : هل هى هيئة للتأمين أم للعلاج"
المجلة العلمية للتأمين الصحى الاجتماعى ، العدد ١٣ ، أكتوبر ٨٧ ، مطابع دار نافع ، القاهرة.

١٠- محمد نصار - التأمين الصحى الاجتماعى ، المجلة العلمية للتأمين الصحى
الاجتماعى ، العدد ٩ ، يونيو ٨١ ، دار نافع للطباعة ، القاهرة .

١١- رفعت رضوان ، فلسفة التأمين الصحى فى جمهورية مصر العربية ، يناير ١٩٩٤ ، دار
العالم العربى للطباعة ، القاهرة.

١٢- رفعت رضوان ، " حتمية التأمين الصحى فى مصر والتكافل الاجتماعى " ، ندوة التأمين
الصحى ، طنطا عام ١٩٨٩ .

١٣- رفعت رضوان " أثر التأمين الصحى فى إعادة توزيع الدخل " ، المجلة العلمية للتأمين
الصحى الاجتماعى ، عام ٧٥ ، القاهرة .

١٤- إسماعيل سلام ، تقرير مجلس الشورى ، الرعاية الصحية فى مصر والتوجه القومى
للتأمين الصحى الاجتماعى ، ديسمبر ١٩٩٥ .

١٥- محمد نصار، " أسس التأمين الصحى الاجتماعى مع دراسة مقارنة لبعض نظم التأمين
الصحى الاجتماعى فى بعض الدول الأوربية ، المجلة العلمية للتأمين الصحى ، العدد الأول ١٩٧٣ ،
القاهرة.

16- Lee,K. and Mills , A "The economics of Health in Developing
Countries" 1983 , Oxford UNIV. Press

١٧- معهد التخطيط القومى ، تقرير التنمية البشرية: مصر ١٩٩٤ ، مطابع الأهرام
التجارية ، قليب ١٩٩٤ .

١٨- رفعت رضوان ، "الموقف الإقتصادى للتأمين الصحى" ، المجلة العلمية للتأمين
الصحى ، العدد ٢٢ ديسمبر ٩٢ القاهرة.

- ١٩- الحسابات الختامية للهيئة العامة للتأمين الصحى للأعوام من ٨٦-٩٤، وبيان مديونيات الهيئة فى ديسمبر ١٩٩٥.
- ٢٠- سمير بانوب، "النظم السائدة عالميا فى تمويل وتنظيم الخدمات الصحية"، ندوة بدائل تمويل المؤسسات الصحية، جامعة الدول العربية ٢٨-٣٠/٩/١٩٩٥ القاهرة.
- ٢١- محسن أحمد هلال، "اتفاقات جولة أورجواى - المفاوضات التجارية متعددة الأطراف"، ندوة منظمة الجات ١٦-١٨ مارس ٩٥.
- ٢٢- على السلمى، الإدارة المصرية فى مواجهة الواقع الجديد، أغسطس ١٩٩٢ مؤسسة الأهرام، القاهرة.
- ٢٣- العمال فى عالم يزداد تكاملا تقرير التنمية فى العالم عام ٩٥ - البنك الدولى - يونيو ٩٥ - صفحة ١٣٦ مطابع الأهرام التجارية - قليب مصر.
- ٢٤- سمير بانوب، "سبل التعاون بين الدول العربية فى مجال تنمية النظم الصحية بها"، ندوة بدائل تمويل الخدمات الصحية، ٢٨-٣٠/٩/١٩٩٥ جامعة الدول العربية، القاهرة.
- ٢٥- رفعت رضوان، عادل السقا "الدعوة إلى إنشاء اتحاد عربى للتأمين الصحى"، المجلة العلمية للتأمين الصحى، ١٩٨٥، القاهرة.
- ٢٦- سمير بانوب، "المبادئ الأساسية لاقتصاديات الصحة"، ندوة بدائل تمويل الخدمات الصحية" ٢٨-٣٠/٩/١٩٩٥ جامعة الدول العربية، القاهرة.
- ٢٧- محمد رشاد الحملارى، عشر كوارث هزت مصر، ١٩٩٥ مكتبة عين شمس، القاهرة.
- 28- Orvil Adams , The Canadian Health care Insurance System ,Ottawa Canada 1994 .
- 29- Paul Star , The Logic of Health Care - Why and How the President Plan Will Work ,whittle 1994 .
- 30- M.Ibrahim Shehata , Summary Background Paper on Forming A Health Maintenance .Organization, (H.M.O) March 1994, Suez Canal Unit.