

نحو تغطية صحية شاملة في مصر دراسة مقارنة

د/ هاني محمد على الدمرداش¹

ملخص الدراسة باللغة الإنجليزية Abstract

Globally, the Universal Health Coverage (UHC) is a key goal of sustainable development. The UHC means that all individuals have access to the health services they need without encountering any financial hardship when paying for these services. Consequently, and in line with the recent reform plan adopted by the Egyptian government, the Egyptian parliament, by the end of 2017, approved the Universal Health Social Insurance Law. The execution of the first phase of the law planned to commence in July 2018, which has not happened, and no other date has yet been set for the beginning of its application. This delay signifies that there are problems preventing the implementation of the law, or may give the impression that the law has emerged hasty and incomplete, making it unrealistic or impossible to put on. This paper diagnoses the general situation of healthcare in Egypt focusing on how its cost is covered. Moreover, based on the experiences of the United Kingdom, as the first country who introduced the concept of universal health coverage, and Germany, which achieved mandatory coverage by 89%, the paper provides some propositions that may help achieving the UHC for the Egyptians. Finally, the study assesses the law to determine its compatibility with the reform proposals derived from the experiences of the two countries, highlights some of the challenges facing the execution of the law, which may be the reason for postponing the law implementation.

¹ أستاذ مساعد بقسم الاقتصاد والمالية العامة بكلية التجارة جامعة طنطا - دكتوراه الاقتصاد من جامعة Newcastle بإنجلترا.

نحو تغطية صحية شاملة في مصر دراسة مقارنة

د/ هاني محمد على الدمرداش^٢

ملخص الدراسة

تعتبر التغطية الصحية الشاملة (UHC) Universal Health Coverage هدفاً رئيسياً من ضمن أهداف التنمية المستدامة عالمياً، ويُقصد بها أن يحصل جميع الأفراد على الخدمات الصحية التي يحتاجون إليها دون أن يواجهوا أي صعوبات مالية عند دفع مقابل هذه الخدمات. وانطلاقاً من ذلك، واتساقاً مع خطة الإصلاح التي تتبناها الدولة المصرية، أقر البرلمان المصري في نهاية العام ٢٠١٧ "قانون التأمين الصحي الاجتماعي الشامل" الذي كان من المزمع تطبيق مرحلته الأولى في يوليو ٢٠١٨، وهو ما لم يحدث، حيث أنه تم تأجيل تطبيقه، وحتى الآن لم يتحدد بعد موعد آخر لبدء تطبيقه، مما يُشير إلى وجود مشاكل تمنع تطبيق القانون، أو قد يُعطى انطباعاً أن القانون خرج متسرعا وناقصاً مما يجعله غير واقعي أو يستحيل تطبيقه. ومن ثم، تهدف هذه الدراسة إلى تشخيص الوضع الصحي في مصر بصفة عامة مع التركيز على كيفية تغطية تكاليف الرعاية الصحية ومحاولة تقديم بعض المقترحات التي يمكن أن تسهم في الوصول إلى التغطية الصحية الشاملة بناءً على تجارب الدول الأخرى التي حققت نجاحاً ملحوظاً بشأن توفير التغطية الصحية الشاملة لمواطنيها، وسوف نقنصر هنا على تجربة المملكة المتحدة، باعتبارها أقدم الدول تقديماً لمفهوم التغطية الصحية الشاملة، وتجربة ألمانيا، التي حققت تغطية إلزامية بنسبة ٨٩%. وسوف تقدم الدراسة تقييماً للقانون للوقوف على مدى توافقه مع مقترحات الإصلاح المشتقة من تجارب الدول الأخرى، ومن خلال ذلك تسلط الدراسة الضوء على بعض التحديات التي تواجه تطبيق القانون، والتي قد تكون السبب في تأجيل تطبيقه، كما تقدم الدراسة بعض المقترحات لمواجهتها.

^٢ أستاذ مساعد بقسم الاقتصاد والمالية العامة بكلية التجارة جامعة طنطا - دكتوراه الاقتصاد من جامعة Newcastle بإنجلترا.

مقدمة:

لقد ظهر مفهوم التغطية الصحية الشاملة (UHC) Universal Health Coverage في بداية الألفية الثالثة وذلك باعتباره هدفاً رئيسياً من الأهداف الإنمائية للألفية Millennium Development Goals (MDGs)، حيث أنه في عام ٢٠٠٥ اتفقت جميع الدول الأعضاء في منظمة الصحة العالمية (WHO) على أن يحصل جميع الأفراد على الخدمات الصحية التي يحتاجون إليها بدون أن يواجهوا أي صعوبات مالية عند دفع مقابل هذه الخدمات وهو ما عُرف بـ "التغطية الصحية الشاملة UHC". وقد أصدرت الجمعية العامة للأمم المتحدة قراراً بالإجماع، في ديسمبر ٢٠١٢، دعت فيه جميع الدول إلى تخطيط أو متابعة انتقال نظمها الصحية نحو التغطية الشاملة. وفي الآونة الأخيرة، دعا البنك الدولي World Bank ومنظمة الصحة العالمية World Health Organization (WHO) والحكومات ومنظمات المجتمع المدني Civil Society Organizations إلى إدراج التغطية الصحية الشاملة UHC كهدف عالمي من ضمن أهداف التنمية المستدامة Sustainable Development Goals (SDGs) لفترة ما بعد عام ٢٠١٥، والتي يجب أن تسعى كل الدول لتحقيقها (Vega 2013, Nicholson, Yates et al. 2015, Organization) (2017).

وقد أكد هذا الإجماع الدولي على ضرورة توفير التغطية الصحية الشاملة للسكان لما يُمكن أن تحققه من فوائد مهمة سواء على مستوى الأفراد، مثل سهولة الوصول إلى الخدمات الصحية والحماية من الدمار المالي Financial ruin الناجم عن اعتلال الصحة، أو على مستوى الاقتصاد الكلي للدولة، حيث أن الصحة الجيدة للسكان تسهم في النمو الاقتصادي (Vega 2013, Halıcı-Tülüce, Doğan et al. 2016, Chaabouni and Saidi 2017)، أو على مستوى السياسيين، حيث تتعاضد المكاسب السياسية لأولئك السياسيين الذين ينجحون في تقديم خدمة التغطية الصحية الشاملة للسكان في شكل إعادة انتخابهم بأغلبية مُريحة. وبالرغم من ذلك، يُعتبر توفير الرعاية الصحية الجيدة لجميع أفراد المجتمع أمراً صعباً، في أفضل الأحوال، لأنه يتطلب الإشراف القوي الفعال على أنظمة الصحة العامة، وتوفير آليات التمويل القادرة على جمع الموارد المالية اللازمة لضمان التغطية الصحية الشاملة، والاقتصاد السياسي للدولة الذي يولى العدالة الاجتماعية أهمية كبيرة، كما يواجه صناعات القرار مبادلات أو تناقضات Trade-offs معقدة، على سبيل المثال بين العدالة والكفاءة Equity or Fairness، كما يجب أن يتغلبوا على العديد من التحديات وأن يضمنوا التزاماً سياسياً قوياً ومستداماً بشأن التغطية الصحية الشاملة UHC ممن هم في قمة هرم السلطة السياسية للدولة (Tangcharoensathien, Mills et al. 2015).

مشكلة الدراسة:

تشير الدراسات إلى أن عدم نجاح الحكومات في توفير الصحة الجيدة بدرجة متساوية لكل السكان يرجع، في أغلب الأحيان، إلى إهمال هذه الحكومات وعدم اشتباكها أو تعاملها اجتماعياً وسياسياً مع قضايا الصحة (Anand and Dolan 2005). وهذا هو الحال بالنسبة للدول النامية، بصفة عامة، ومصر والدول العربية بصفة خاصة. فمصر تعتبر واحدة من أكبر أسواق الرعاية الصحية في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، وتسعى حكومتها لتلبية الطلب المتزايد على الخدمات الصحية، الذي يُسببه تزايد عدد السكان، من خلال برامج اصلاح القطاع الصحي Health Sector Reform Programs (HSRP) التي بدأت في تطبيقها بالاعتماد على نموذج صحة الأسرة كأساس للإصلاح منذ عام ١٩٩٧ (Al Bahnasy, Mohamed et al. 2016). وبينما تبذل الحكومة الجهد لتوسيع نطاق الرعاية الصحية لتشمل جميع المواطنين، يُعاني النظام الصحي من القصور والضعف بسبب تزايد عدد السكان، والاختلالات الهيكلية، وانخفاض الإنفاق الحكومي على الصحة، وتزايد إنفاق الأفراد من جيوبهم (Out Of Pocket (OOP) على الصحة. وهو الأمر الذي يُزيد من معدلات الفقر، مما دفع البنك الدولي للتوصية بأن يكون التأمين الصحي الإلزامي وأن يتم توسيعه ليشمل جميع المصريين بحلول عام ٢٠٣٠ لضمان أن إنفاق الأفراد على الصحة لا يتسبب في زيادة معدلات الفقر.

انطلاقاً من ذلك، واتساقاً مع خطة الاصلاح التي تتبناها الدولة المصرية، أقر البرلمان المصري في نهاية العام ٢٠١٧ "قانون التأمين الصحي الاجتماعي الشامل" الذي كان من المزمع تطبيق مرحلته الأولى في يوليو ٢٠١٨، وهو ما لم يحدث، حيث أنه تم تأجيل تطبيقه، وحتى الآن لم يتحدد بعد موعد آخر لبدء تطبيقه، مما يُثير التساؤل التالي: هل توجد مشاكل تمنع تطبيق القانون؟ أم أن القانون خرج متسرعا وبالتالي ناقصاً مما يجعله غير واقعي أو يستحيل تطبيقه؟ لذلك فإن مشكلة الدراسة هي التعرف على معوقات تطبيق قانون التأمين الصحي الاجتماعي الشامل الجديد في مصر ومحاولة تقييم القانون في ضوء تجارب الدول الأخرى بشأن التغطية الصحية الشاملة.

هدف الدراسة وحدودها:

تهدف هذه الدراسة إلى تشخيص الوضع الصحي في مصر بصفة عامة مع التركيز على كيفية تغطية تكاليف الرعاية الصحية ومحاولة تقديم بعض المقترحات التي يمكن أن تساهم في الوصول إلى التغطية الصحية الشاملة بناءً على تجارب الدول الأخرى التي حققت نجاحاً ملحوظاً بشأن توفير التغطية الصحية الشاملة لمواطنيها. وسوف تقدم الدراسة تقييماً لقانون التأمين الصحي الاجتماعي الشامل الصادر مؤخراً لمعرفة إلى أي مدى يتوافق مع مقترحات الإصلاح المشتقة من تجارب الدول الأخرى، وسوف تقتصر هنا على تجربة كل من المملكة المتحدة وألمانيا، باعتبارهما أقدم الدول تقديماً

لمفهوم التغطية الصحية الشاملة، وحيث أنهما قد حققنا نسبة تغطية الزامية بلغت ٩٨,٨% و ٨٩% كليهما على الترتيب، ومن خلال ذلك يمكننا أيضاً التعرف على التحديات التي تواجه تطبيق القانون، والتي قد تكون السبب في تأجيل تطبيقه، وتقديم بعض الاقتراحات لمواجهتها.

منهج الدراسة:

لتحقيق الهدف من الدراسة، سوف نعتمد على منهج تحليلي أساساً يتضمن أكثر من أسلوب حسب مقتضيات البحث في أجزاء الدراسة المختلفة. فقد تم استخدام الأسلوب الوصفي في تقديم وصف مختصر للوضع الصحي القائم في مصر حتى تاريخ عمل الدراسة مع التركيز على كيفية تغطية تكاليف الرعاية الصحية لأفراد المجتمع المصري، بمعنى آخر شكل التغطية التأمينية بشأن الرعاية الصحية والمؤسسات الرئيسية المقدمة لهذه الخدمة. علاوة على ذلك، سوف نستخدم التحليل المقارن، حيث نعرض التجارب الخاصة بنظام التغطية الصحية الشاملة أو التأمين الصحي الشامل في كلٍ من المملكة المتحدة وألمانيا مع التركيز على المملكة المتحدة، حيث أنها تقدم أعلى نسبة للتغطية الصحية في العالم، ثم نوضح كيفية الاستفادة منها في اصلاح نظام التأمين الصحي المصري بما يؤدي بالوصول إلى التغطية الصحية الشاملة UHC لكل أفراد المجتمع المصري، وأخيراً سوف نعرض رؤية تقييمية لقانون التأمين الصحي الجديد.

خطة الدراسة:

تتكون الدراسة، بالإضافة إلى المقدمة ومشكلة الدراسة وهدفها ومنهجها، من ستة أقسام، هي كالاتي:

القسم الأول: الرعاية الصحية في مصر

القسم الثاني: تجربة التغطية الصحية الشاملة في المملكة المتحدة

القسم الثالث: تجربة التغطية الصحية الشاملة في ألمانيا

القسم الرابع: كيفية الاستفادة من التجارب العالمية في مصر

القسم الخامس: رؤية تقييمية لقانون التأمين الصحي الجديد

القسم السادس: الخاتمة

القسم الأول: الرعاية الصحية في مصر

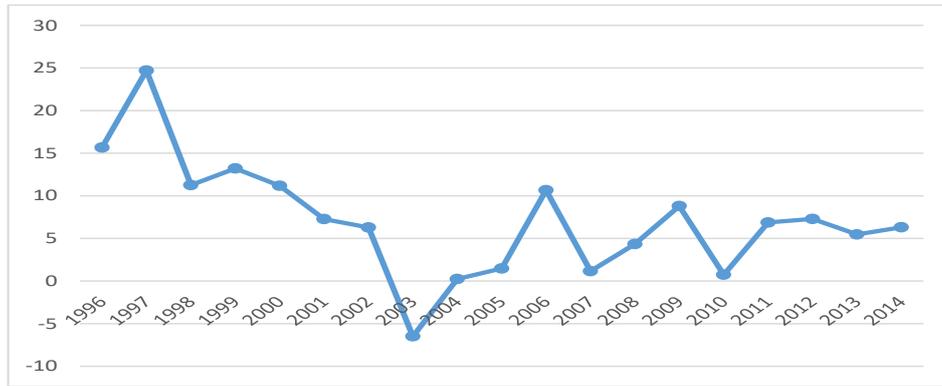
وفقاً لبيانات مؤشرات التنمية التي أصدرها البنك الدولي The World Development Indicators of the World Bank (2018) يُقدّر عدد السكان في مصر بنحو ٩٧,٦ مليون نسمة، وثالث هذا العدد دون سن ١٤ سنة، كما ينمو السكان بمعدل ٢% سنوياً، ويعود هذا المعدل بشكل أساسي إلى معدل الخصوبة البالغ ٣,٢٦ ولادة للمرأة الواحدة، أما متوسط العمر المتوقع عند الميلاد فيبلغ ٧٤ سنة بالنسبة للإناث و٦٩ سنة بالنسبة للذكور، وهو متوسط جيد مقارنة بالمتوسطات السائدة في بلدان أخرى في نفس مستوى الدخل ومرحلة التنمية، كما يعكس تحسن الوضع الصحي للمصريين

حيث ارتفع من ٦٠ سنة للإناث و٥٦ سنة للذكور في عام ١٩٨٠. إلا أنه في الآونة الأخيرة تعاني مصر من تحولات وبائية تشهد ازدياد عدد الأمراض غير المعدية Uncommunicable diseases، مثل أمراض السرطان والفشل الكلوي والسكري والبدانة، التي تتطلب زيادة مضطردة في تكلفة الرعاية الصحية.

ونلاحظ من الشكل رقم (١) أن معدل نمو الإنفاق الإجمالي على الرعاية الصحية في مصر قد بلغ أقصى قيمة له، ٢٤,٦٩%، مع بداية تطبيق برنامج الإصلاح في عام ١٩٩٧، ثم بدأ في الانخفاض بمعدل متزايد إلى أن وصل إلى أدنى قيمه له في عام ٢٠٠٣، حيث بلغت قيمته -٦,٤٩%، عاود الارتفاع بعد ذلك متأرجحاً بين ١% إلى ١٠% إلى أن استقر في الفترة من ٢٠١١ إلى ٢٠١٤ عند حوالي ٦%.

شكل رقم (١)

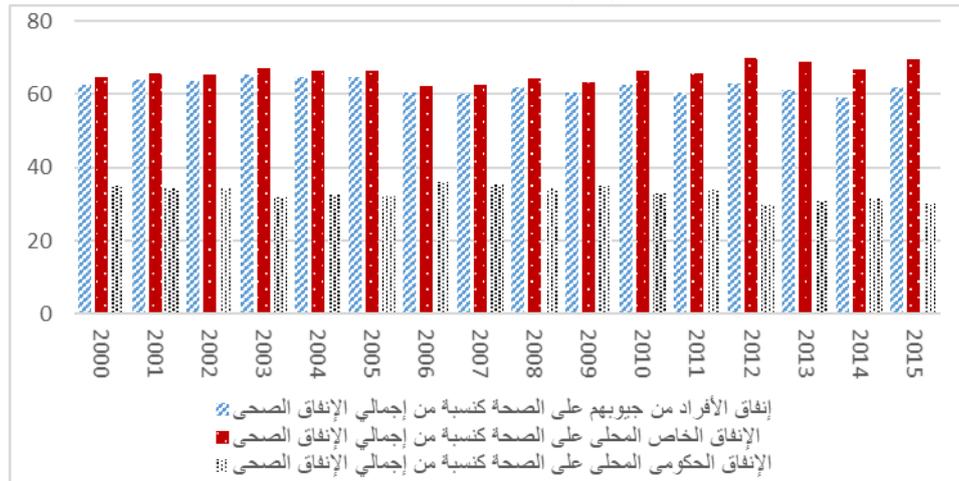
معدل نمو الإنفاق الصحي الإجمالي في مصر بالأسعار الثابتة



Source: World Health Organization Global Health Expenditure database (2018)

شكل رقم (٢)

الإنفاق الصحي في مصر موزعاً على حسب مصدره



Source: World Development Indicators (WDI) of the World Bank (2018)

وبرغم انخفاض الانفاق الصحي الإجمالي في مصر، كنسبة من الناتج المحلي الإجمالي، مقارنة بالمتوسط العالمي الذي يقترب من ١٠%، نجد أن النسبة الأكبر من هذا الانفاق المتدني يتم تمويلها من جيوب المواطنين (Out-Of-Pocket (OOP). فمن الشكل رقم (٢)، نجد أن نسبة ما ينفقه المصريين على الصحة من جيوبهم الخاصة لم تقل عن ٦٠% تقريباً من إجمالي الانفاق على الصحة خلال الفترة ٢٠١٥-٢٠٠٠ في حين أن الانفاق الحكومي على الصحة لنفس الفترة لم يتجاوز نسبة ٣٥% من إجمالي ما يُنفق على الصحة لنفس الفترة فيما لا يتعدى ٢% تقريباً من الناتج المحلي الإجمالي.

والسبب في ذلك مرجعه أن حوالي ٥٠% من المصريين يقعون خارج مظلة خدمات التأمين الصحي، وينتمي غالبية الأفراد غير المؤمن عليهم إلى القطاع غير الرسمي والفقراء وغير القادرين، بالإضافة إلى الأشخاص الذين تعولهم العمالة المؤمن عليها، فضلاً عن العمالة الموجودة بمؤسسات القطاع الرسمي الصغيرة والمتوسطة الحجم. وتعتمد فئات السكان هذه اعتماداً كبيراً على الرعاية المجانية التي تقدمها وزارة الصحة لكي يتمكنوا من الحصول على الخدمات الصحية. وعلى الرغم من إتاحة رعاية صحية مجانية، فإن النفقات النثرية المباشرة التي يدفعها المواطنون تمثل ما يُقدر بنسبة ٦٢% من الإنفاق على خدمات الرعاية الصحية للأشخاص غير المؤمن عليهم. ويُنفق حوالي ٦٠% من ذلك على الخدمات التي تقدمها المستشفيات والعيادات الخارجية، ويغطي الإنفاق على الأدوية والمستحضرات الأخرى النسبة الباقية. ونتيجة لذلك، تعد الكوارث الصحية الشخصية والأمراض غير المعدية مثل السرطان والتليف الكبدي والفشل الكلوي والسكري... الخ مصدراً لاستنزاف الموارد المالية للعديد من المصريين أسراً وأفراداً مما يزيد من معدلات الفقر.

إن لدى مصر نظام رعاية صحية تعددي للغاية، حيث يحتوى على العديد من مقدمي الخدمات الصحية منهم الحكومي وشبه الحكومي والخاص وكذلك العديد من الممولين أيضاً (El-Zanaty and Way 2006). ويتكون مقدمو الخدمات الصحية من كل:

(١) القطاع الحكومي

(٢) القطاع شبه الحكومي

(٣) القطاع الخاص

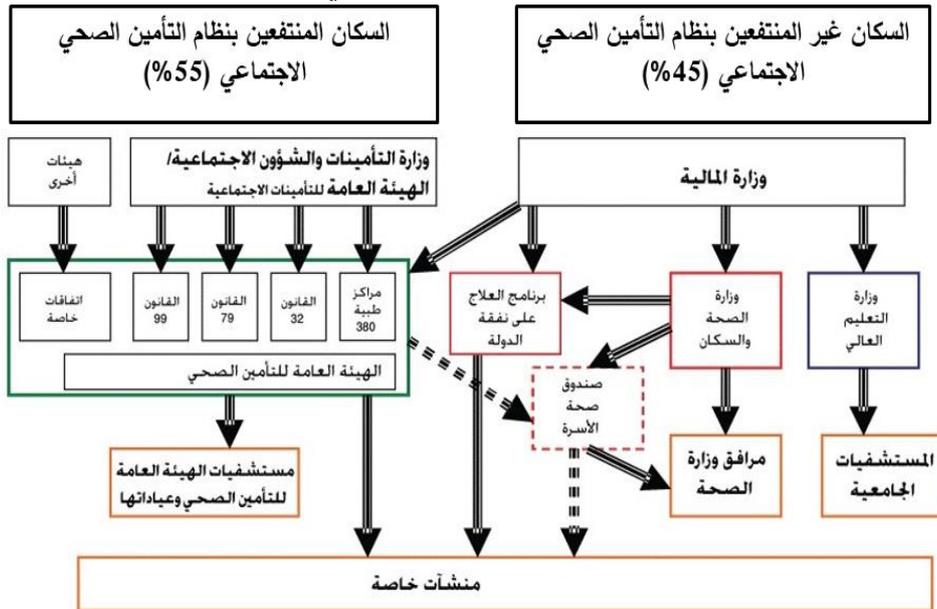
القطاع الحكومي يشتمل على مُقدم خدمة رئيسي هو وزارة الصحة والسكان Ministry of Health and Populations (MOHP)، والتي تضطلع، بجانب تخطيط وإدارة النظام الصحي للدولة، بتقديم الخدمات الصحية للسكان من خلال شبكة واسعة من المرافق الصحية التي تقدم الرعاية الصحية العلاجية Curative والوقائية Preventive لجميع المصريين بأسعار مدعومة للغاية، حيث تمتلك ما يقرب من ٥٠٠٠ مرفق صحي وأكثر من ٨٠ ألف سرير ضمن ما يقرب من ١٠٤٦ مرفق

خاص بخدمات المرضى الداخليين Inpatient Facilities، هذا بالإضافة إلى عدد من الوزارات الأخرى التي تمتلك وتقوم بتشغيل عدد من المرافق الصحية بغرض تقديم الخدمات الصحية لمنتسبيها مثل وزارات الزراعة، والأوقاف، والدفاع (القوات المسلحة)، والنقل (سكك حديد مصر)، الداخلية ومصالحة السجون، بالإضافة إلى عدد ١٤ كلية طب و١٠٦ مستشفى جامعي تعمل تحت سلطة وإشراف وزارة التعليم العالي (Shawky 2010, Rashad and Sharaf 2015).

أما القطاع شبه الحكومي فتديره الدولة كما هو الحال بالنسبة للقطاع الحكومي، أما من جهة التمويل فهو يتمتع بالمزيد من الاستقلالية وله ميزانيته المنفصلة، ولكن من الناحية السياسية فنجد أن وزارة الصحة لديها حصة مُسيطر في عملية اتخاذ القرار. ويتضمن هذا القطاع كل من الهيئة العامة للتأمين الصحي (HIO) وهي كيان مستقل أنشئ بقرار جمهوري في عام ١٩٦٤ لتكون المُقدم الرئيسي للرعاية الصحية لجميع المصريين. في البداية، كان عدد المستفيدين من خدمات الهيئة العامة للتأمين الصحي وقت إنشائها هو ١٤٠٠٠ مستفيد فقط عندما كان عدد سكان مصر ٣١ مليون نسمة. تلا ذلك توسعاً تدريجياً في التغطية من خلال اقرار بعض التشريعات، كما يتضح من الشكل رقم (٣)، ففي عام ١٩٧٥، قام البرلمان بإقرار القانون رقم ٣٢ والقانون رقم ٧٩ الذي يوفر التغطية لقطاع كبير من موظفي الحكومة والمتقاعدين وأرامل الموظفين العموميين، وعدد من موظفي القطاع الخاص. في عام ١٩٩٢، تم إقرار القانون رقم ٩٩ لتأسيس برنامج التأمين الصحي للطلاب (Cortez 2017).

شكل رقم (٣)

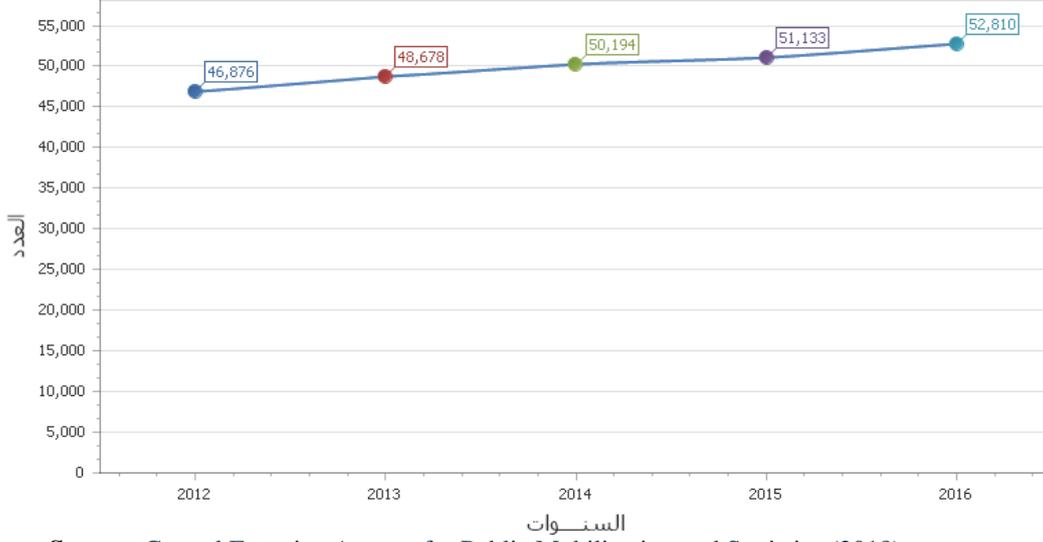
تغطية خدمات الرعاية الصحية في مصر



Source: (Cortez 2017)

شكل رقم (٤)

أعداد المؤمن عليهم في الفترة ٢٠١٢ - ٢٠١٦



Source: Central Egyptian Agency for Public Mobilization and Statistics (2018)

ويتبع الهيئة العامة للتأمين الصحي HIO ٢٢ فرعاً إقليمياً تضم ٣٩ مستشفى، و٨١٦٢ عيادة صحية مدرسية توظف ١٢٦٢٠ طبيب و٢٢١٦٧ ممرضة، و١٠٤٠ عيادة متخصصة، وعدد ٥١ صيدلية مملوكة للهيئة و٤٩ صيدلية مُتعاقد مع الهيئة. وتوفر الهيئة العامة للتأمين الصحي HIO التأمين الإلزامي للعاملين في القطاع الرسمي والأرامل والمتقاعدين وأطفال المدارس والمواليد الجدد، ويتم تمويله بشكل رئيسي من أقساط التأمين والمدفوعات المشتركة، ويغطي ٥٢,٨١٪ من السكان في العام ٢٠١٦، كما يتضح من الشكل رقم (٤).

ويشمل القطاع شبه الحكومي، أيضاً، المؤسسات العلاجية The Curative care Organizations (CCO) الست في القاهرة والاسكندرية وبورسعيد والقليوبية ودمياط وكفر الشيخ بإجمالي ٢١ مستشفى تقدم ما يقرب من ٤٪ من إجمالي عدد أسرة المستشفيات بالجمهورية، وهي مؤسسات لا تهدف للربح ولا تتلقى أي دعم من الحكومة وتستخدم الأموال التي تحصل عليها من التعاقد مع الأفراد والشركات والوكالات الحكومية لتوفير الرعاية الصحية في تحسين الخدمات العلاجية التي تقدمها. وأخيراً الهيئة العامة للمستشفيات والمعاهد التعليمية General Organization of Teaching Hospitals and Institutes (THO) وتشتمل على عدد ٩ معاهد متخصصة تقوم بعلاج الحالات المتخصصة بأحدث الأساليب والأجهزة ويقوم الأطباء فيها بإجراء البحوث الطبية للارتقاء بالأداء العلاجي للمواطنين، بالإضافة إلى ١٠ مستشفيات تقدم كافة الخدمات الطبية والعلاجية والتعليمية في جميع التخصصات بجانب إجراء العمليات الجراحية الحديثة مثل زراعة الكلى والقلب المفتوح (Rashad and Sharaf 2015, Abdelkader 2016).

وبالنسبة للقطاع الخاص نجد أنه يشتمل على مقدمي الخدمات الصحية الآخرين من أطباء، وعيادات ومستشفيات خاصة، وصيديات، والعديد من المؤسسات والهيئات غير الحكومية مثل العيادات التابعة للجوامع والكنائس، المستوصفات والعيادات الخيرية الأهلية التي تعتمد في تمويلها على نظام المشاركة والتبرع وكلها مسجلة بوزارة الشؤون الاجتماعية. اتجهت النقابات العامة في مصر إلى إنشاء مشروع علاج الأعضاء وأفراد أسرهم من خلال اشتراكات سنوية مُقننة عن العضو وأفراد أسرته، وتقدم الخدمات العلاجية للمشاركين عن طريق عيادات طبية ومستشفيات خاصة يتم التعاقد معها، ويعتبر هذا النظام نوعاً من أنواع التأمين القائم على المساهمات مسبقة الدفع والتي يسدها المشاركون بغض النظر عن مدى الاستفادة الشخصية من تلك المدفوعات.

ومن نافلة القول، أن الهيئة العامة للتأمين الصحي تغطي معظم السكان من العاملين في جهاز الخدمة المدنية، وعمالة القطاع الخاص التي يشملها الاقتصاد الرسمي، مع ملاحظة أن اشتراك المؤسسات الصغيرة والمتوسطة الحجم في الهيئة العامة للتأمين الصحي اختياري وليس إلزامياً، ويمكن للشركات اختيار عدم الاشتراك شريطة أن تستمر في دفع اشتراك تضامن، والأطفال دون السن المدرسي، وطلاب المدارس، وأصحاب المعاشات التقاعدية، والأرامل. وتأتي الأقساط المقابلة إلى الهيئة من الضرائب المفروضة على المرتبات عن طريق ذراع التحصيل للهيئة القومية للتأمين الاجتماعي أو من خلال إيرادات الضرائب والرسوم العامة والمخصصة لهذا الغرض. والهيئة العامة للتأمين الصحي هي جهة متكاملة تتولى ترتيبات دفع التكلفة وتقديم الخدمات الصحية، وهي تقدم للمشاركين حزمة شاملة من خدمات الرعاية الصحية عن طريق شبكة تتكون مما يقرب من ٩ آلاف مرفق للرعاية الأولية (معظمها عيادات صغيرة بالمدارس) وحوالي ٤٠ مرفقاً للرعاية الثانوية (مستشفيات).

وتُظهر نتائج دراسة استقصائية حديثة استهدفت الأسر أن نوعية الخدمات الصحية التي تقدمها الهيئة لا ترقى إلى المستوى المطلوب وأن المنتفعين المشاركين بها يتجنبون في العادة مقدمي الخدمات التابعين لها ويدفعون من جيوبهم الشخصية للحصول على خدمات صحية بعيادات خارجية خاصة. وبوجه عام، لا تمثل الزيارات الموجهة للحصول على الخدمات الصحية من مقدمي خدمات الهيئة العامة للتأمين الصحي أو من مرافقها سوى ٥% إلى ١٠% من جميع الزيارات التي يقوم بها السكان لهذا الغرض، وذلك على الرغم من أن الهيئة تغطي نصف هؤلاء السكان. أما أسباب تدني نوعية خدمات الهيئة فعديدة ومتنوعة، إلا أن هناك سبباً واحداً محورياً، ألا وهو النموذج المتكامل لمشتري الخدمة وجهة تقديمها والذي يتسم به طابع الهيئة. ويحد هذا الترتيب، ضمن أمور أخرى، من الحوافز المرتبطة بكفاءة إدارة الموارد وبالمنافسة على الارتقاء بجودة الخدمات من جانب مقدمي خدمات الرعاية الصحية (Fouda and Paolucci 2017).

كما تشهد سوق التأمينات الصحية الخاصة نمواً سريعاً، ففي القاهرة وحدها، تغطي ثمان وأربعون خطة رعاية صحية مدفوعة مقدماً مليوني منتفع. وتتسأ نسبة ٧٠% تقريباً من تغطية القطاع الخاص من خلال مجموعات جهات العمل (بما في ذلك، بصورة ملحوظة، وزارة المالية إلى جانب هيئات حكومية أخرى). ويدل نمو الخطط المدفوعة مقدماً على تزايد "اختيار خروج" جهات العمل من تحت مظلة الهيئة العامة للتأمين الصحي. ولكن معظم هذه الخطط تضع سقفاً للتغطية عند ١٠ آلاف جنيه مصري تقريباً (Ismail 2018).

ونظراً لأن وزارة الصحة والسكان تقوم بالتخطيط، واعداد الموازنة، والتمويل، وتخصيص الموارد، والتنظيم، والمراقبة والتقييم، فضلاً عن تقديم خدمة الرعاية الصحية نفسها، نجد أن النظام الصحي في مصر يعاني بصفة عامة من عدد من المشكلات يُمكن إجمالها فيما يلي: -

- ١- تفتقر وزارة الصحة إلى توفير القدر الكافي من مراقبة موازنتها وتخطيط استثماراتها.
- ٢- التخصيص غير الجيد للقوة العاملة بين المناطق الحضرية والريفية، وبين الرعاية الأولية Primary والثانوية Secondary والثالثية Tertiary، وبين التخصصات المختلفة.
- ٣- التنظيم العمودي عالي المركزية لهيكل النظام الصحي الذي يُقلل من فرص التواصل والتفاعل وبالتالي عدم استجابة السياسات لاحتياجات المواطنين.
- ٤- التكرار وعدم الوضوح فيما يتعلق بالأدوار والمسؤوليات.
- ٥- عملية صنع القرار في وزارة الصحة غير موضوعية ونادراً ما تتم استناداً على المعلومات وذلك لأن نظم المعلومات الإدارية غير متطورة.
- ٦- نقص المهارات الإدارية في الوقت الذي يزداد فيه تعقيد النظم الصحية.
- ٧- إدارة وتنظيم النظام الصحي مشتتة وغير فعالة.
- ٨- برغم وفرة عدد الأسرة (معدل إشغال المستشفيات أقل من ٣٥%) ووفرة الأطباء (عدد هم أربعة أضعاف عدد الأطباء في البلدان الأخرى ذات الدخل المماثل)، يوجد نقص كبير في بعض المناطق الريفية مما يؤدي إلى صعوبة حصول مواطني هذه المناطق على الرعاية الصحية الملائمة.
- ٩- عدم الكفاءة في نظام تقديم الرعاية الصحية.

القسم الثاني: تجربة التغطية الصحية الشاملة في المملكة المتحدة

تقدم خدمات الرعاية الصحية للمقيمين في المملكة المتحدة (انجلترا، وويلز، اسكتلندا، وايرلندا الشمالية) من خلال ما يُعرف بـ "الخدمة الصحية الوطنية" The National Health Service

(NHS)، والذي تم تأسيسها كأحد أهم الإصلاحات الاجتماعية التي تلت الحرب العالمية الثانية في عام ١٩٤٨ التي تهدف إلى أن تكون التغطية الصحية جيدة وشاملة Universal وبدون مقابل أو بناء على الحالة الصحية بغض النظر عن القدرة المادية، أو الجنس، أو اللون، أو الديانة فيما عدا علاج الأسنان وخدمات العناية بالنظر (NHS 2015). وفي السطور التالية سوف نعرض بالتفصيل للتطور التاريخي لهذا النظام وهيكله والمعوقات التي تواجهه.

- نبذة تاريخية عن نظام الـ NHS

تعود الدعوة إلى خدمة طبية موحدة في بريطانيا إلى تقرير الأقليات الصادر عن اللجنة الملكية حول قانون الفقر في عام ١٩٠٩ (Abel-Smith 1964)، والذي كان من نتائجه إقرار قانون التأمين الوطني لعام ١٩١١ "The National Insurance Act 1911" وقد قدم هذا القانون تغطية للرعاية الأولية فقط (بمعنى أنه لم يقدم الرعاية الصحية المتخصصة أو الرعاية الصحية الداخلية في المستشفيات) لأصحاب الأجور بحيث بلغ معدل التغطية آنذاك نحو ثلث السكان. تلا ذلك، في مؤتمر حزب العمال Labor Party Conference في عام ١٩٣٤ قدم Somerville Hasting، وقد كان رئيساً للرابطة الطبية الاشتراكية Socialist Medical Association آنذاك، اقتراحاً يقضي بالتزام الحزب بإنشاء دائرة صحية حكومية. وفي عام ١٩٤٤ اقترح النائب من حزب المحافظين، ووزير الصحة، Henry Willink مشروع الخدمة الصحية الوطنية والذي تم توزيعه على نطاق واسع بنسختيه الكاملة والمختصرة فتلقى دعماً من الأحزاب وأصبح قانوناً لإنجلترا وويلز منذ عام ١٩٤٦ واسكتلندا من عام ١٩٤٧، وقانون خدمات الصحة العامة لبرلمان إيرلندا الشمالية لعام ١٩٤٧.

وفي عام ١٩٤٢ أوصى تقرير Beveridge بإنشاء نظام لتقديم خدمات صحية شاملة وخدمات إعادة التأهيل للوقاية والعلاج من الأمراض، وهو الأمر الذي حقق إجماعاً بين الأحزاب تمت ترجمته في شكل مشروع الخدمة الصحية الوطنية NHS. وعندما فاز Clement Attlee من حزب العمال في انتخابات عام ١٩٤٥ عين Aneurin Bevan وزيراً للصحة فأخذ على عاتقه تنفيذ مشروع الخدمة الصحية الوطنية NHS متمثلاً فكرة أساسية اتخذها مثلاً أعلى وهي أن الرعاية الصحية الجيدة يجب أن تكون متاحة للجميع، بغض النظر عن الثروة. وعلى الرغم من سهولة الحصول على الخدمة الصحية بغض النظر عن الثروة، وهو مبدأ مجانية الرعاية الصحية للجميع الذي نادى به Henry Willink، فقد كان أعضاء البرلمان من المحافظين يرون ضرورة الحفاظ على الإدارة المحلية لهيئة الخدمات الصحية الوطنية من خلال الترتيبات القائمة مع السلطات المحلية خوفاً من أن تفقد الخدمة الصحية الوطنية التي تملك المستشفيات على المستوى الوطني العلاقة بين الطبيب والمريض (Beveridge 1942, Porter). (1989).

وبعد صراع تشريعي بين العمال والمحافظين انتهى الأمر بهزيمة المحافظين، ومضى Bevan قدما في إنشاء الـ "NHS" الذي نعرفه الآن، منظمة وطنية كبيرة واحدة، وتم نقل ملكية المستشفيات التابعة للسلطة المحلية والمستشفيات الطوعية إلى المنظمة الوليدة بدون مشاركة القطاع الخاص. إلا أن مبدأ الملكية هذا قد تم تخفيفه فيما بعد مع الحكومات العمالية المستقبلية التي نفذت ترتيبات تمويل واسعة النطاق مع شركات بناء خاصة ضمن مبادرات التمويل الخاص والمشاريع المشتركة. وعند انطلاقه في ٥ يوليو ١٩٤٨ كان نظام الـ NHS يقوم على ثلاثة مبادئ أساسية هي:

(١) أن تلبي احتياجات الرعاية الصحية للجميع.

(٢) أن تقدم الخدمات الصحية مجانا.

(٣) تقديم الخدمة على أساس المرض وليس على القدرة على الدفع.

وبعد مرور ثلاث سنوات من تأسيس هيئة الخدمات الصحية الوطنية NHS، استقال Bevan من حكومة حزب العمال على خلفية معارضته لفرض رسوم عند توفير أطقم الأسنان والنظارات الطبية للمرضى، وفي العام التالي فرضت حكومة المحافظين بقيادة "ونستون تشرشل" Winston Churchill رسوم على العلاج أو الأدوية والوصفات الطبية والتي تعتبر أولى الإصلاحات محل الجدل في النظام عبر تاريخه، وما زال هذا الجدل مستمر إلى الآن (Powell and Miller 2016).

- هيكل الـ NHS والخدمات الصحية التي يُقدمها

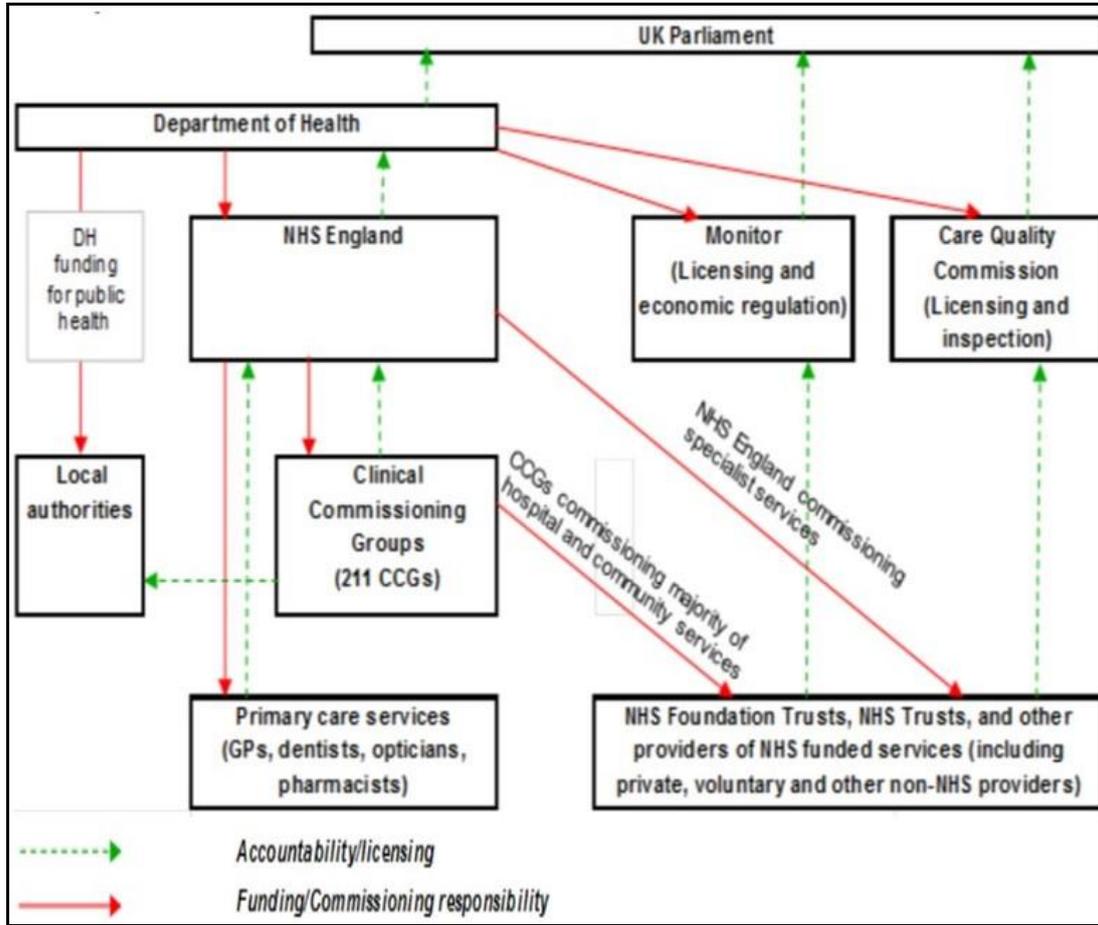
أدخلت إصلاحات رئيسية على هيكل الخدمات الصحية في إنجلترا بموجب قانون الرعاية الصحية والاجتماعية لعام ٢٠١٢، والذي دخلت أحكامه حيز التنفيذ في ١ أبريل ٢٠١٣. يُوضح الشكل رقم (٥) علاقات التمويل Funding، ويعكسها السهم الأحمر المصمت، والمساءلة Accountability، ويوضحه السهم الأخضر المتقطع، فيما بين المكونات الرئيسية للنظام والإدارات الفرعية التابعة لها.

ومن الشكل رقم (٥)، نجد أن الخدمات الصحية تقدمها وزارة الصحة Department of Health من خلال تمويل خدمة الصحة الوطنية بإنجلترا NHS England التي تمول بشكل مباشر خدمات الرعاية الأولية Services Primary Care وتتكون من الممارسين العاميين GPs، وأطباء الأسنان Dentists، والبصريين Opticians، والصيدلة Pharmacists، ويقوم بتمويل الخدمات الصحية الأخرى عن طريق مجموعات ضمان وصول الخدمة الصحية للمرضى Clinical Commissioning Groups (CCGs) وعددها ٢١١ مجموعة يتبع لها عدد من الإدارات Trusts والمؤسسات Foundations. كما تمول الوزارة أيضاً الجهات الرقابية ووحدات ضمان جودة الرعاية Care Quality Commission وهما يراقبان الإدارات والمؤسسات ويخضعان للرقابة المباشرة من

البرلمان الذي يراقب بدوره وحدات تقديم خدمات الرعاية الأولية Primary Care Services التابع لخدمة الصحة الوطنية بإنجلترا NHS England الذي يراقب أيضا مجموعات ضمان وصول الخدمة الصحية للمرضى (Clinical Commissioning Groups (CCGs)).

شكل رقم (٥)

هيكل نظام الخدمة الصحية الوطنية "NHS"



Source: (Powell 2016)

- الأهلية للعلاج

لا يتحمل المقيمين في المملكة المتحدة رسوماً مقابل معظم العلاج الطبي، ولكن باستثناء الخدمات الخاصة بطب الأسنان حيث يتطلب الحصول عليها دفع رسوم ثابتة ومحددة في فروع هيئة الخدمات الصحية الوطنية NHS الموجودة في المقاطعات الأربعة في المملكة المتحدة. بالإضافة إلى ذلك، يتعين على معظم المرضى في إنجلترا دفع رسوم ثابتة مقابل الوصفات الطبية (الأدوية)، ومع ذلك يتمتع بعض المرضى بالإعفاء من هذه الرسوم.

وفي عام ١٩٥٢ نادى Bevan بأحقية المقيمين الأجانب Overseas أو الزائرين في الحصول على خدمات الرعاية الصحية من الـ NHS مثلهم في ذلك مثل المواطنين البريطانيين ونجح في تحقيق ذلك. ولكن مع مرور الوقت تم فرض قيود متزايدة على العلاج المجاني للأجانب الزائرين للمملكة المتحدة حتى تم اقرار لوائح جديدة لرسوم تقرضها المستشفيات على الزائرين من الخارج في عام ٢٠١٥ (Hiam and McKee 2017). على الجانب الأخر، يحصل مواطنو الاتحاد الأوروبي الذين يحملون بطاقة تأمين صحي أوروبية صالحة للاستخدام، والأشخاص من بعض الدول الأخرى التي لديها ترتيبات متبادلة فيما يتعلق بالرعاية الصحية مع المملكة المتحدة على علاج دون مقابل (Nardelli 2015). وتكون خدمة الـ NHS مجانية لدى الممارس العام (General Practitioners (GPs)، والعلاج في حالات الطوارئ باستثناء الدخول إلى المستشفى لغير المقيمين.

ومنذ أبريل ٢٠١٥، وجب على المواطنين من خارج منطقة اليورو الذين يخضعون للتدقيق بشأن الهجرة أن يكون لديهم إجازة أو تصريح للبقاء لأجل غير مسمى في البلاد في وقت علاجهم ليتثنى اعتبارهم مقيمين عاديين. إذ لا يحق للأشخاص الذين لا يقيمون عادة في المملكة المتحدة بشكل عام تلقي العلاج المجاني في المستشفيات، مع بعض الاستثناءات مثل اللاجئين (NHS 2018). وقد يخضع الأشخاص غير المقيمين عادة لمقابلة شخصية لتحديد أهليتهم، والتي يجب حلها قبل بدء العلاج غير الطارئ. كما يُطلب من المرضى غير المؤهلين للحصول على علاج مجاني الدفع مقدماً أو التوقيع على تعهد كتابي بالدفع، باستثناء العلاج في حالات الطوارئ.

وليس هذا فحسب وإنما يطلب من القادمين إلى المملكة المتحدة من خارج منطقة اليورو للإقامة المؤقتة لأكثر من ستة أشهر دفع رسم إضافي عند طلب التأشيرة، ومن ثم يحق لهم الحصول على علاج من الـ NHS على نفس الأساس مثل المقيمين. ويشمل ذلك الطلاب الأجانب الذين يحملون تأشيرة للدراسة لمدة ٦ أشهر أو أكثر في مؤسسة معترف بها، ولكن لا ينطبق ذلك على الزوار بتأشيرة سياحية. في عام ٢٠١٦ بلغت هذه الرسوم الإضافية ٢٠٠ جنيه إسترليني في السنة، مع إعفاءات وتخفيضات في بعض الحالات، ثم ارتفعت إلى ٤٠٠ جنيه إسترليني في عام ٢٠١٨. وكذلك ارتفعت الرسوم المخفضة للطلاب والشباب ضمن برنامج التبادل أو التنقل الشبابي من ١٥٠ جنيهًا إسترلينيًا إلى ٣٠٠ جنيه إسترليني.

ومنذ ١٥ يناير ٢٠٠٧، تم إعفاء أي شخص يعمل خارج المملكة المتحدة كمبشر لمؤسسة دينية مكان عملها الرئيسي في المملكة المتحدة إعفاء كامل من رسوم NHS للخدمات التي يتم توفيرها مجاناً في العادة للمقيمين في المملكة المتحدة. هذا بغض النظر عما إذا كان هذا الشخص يحصل على راتب أو أجر من المنظمة، أو يتلقى أي نوع من التمويل أو المساعدة منها لأغراض العمل في الخارج. غير

المقيمين، بما في ذلك المواطنين من حاملي الجنسية البريطانية الذين قد يكون دفعوا اشتراكات التأمين الوطني في الماضي، عادة ما يكونون عرضة لرسوم مقابل خدمات الرعاية الصحية. وهناك بعض الفئات الأخرى من الأشخاص الذين يتم إعفاؤهم من متطلبات الإقامة مثل موظفي بعض الوظائف الحكومية ومنتسبو القوات المسلحة المتمركزين في خارج البلاد.

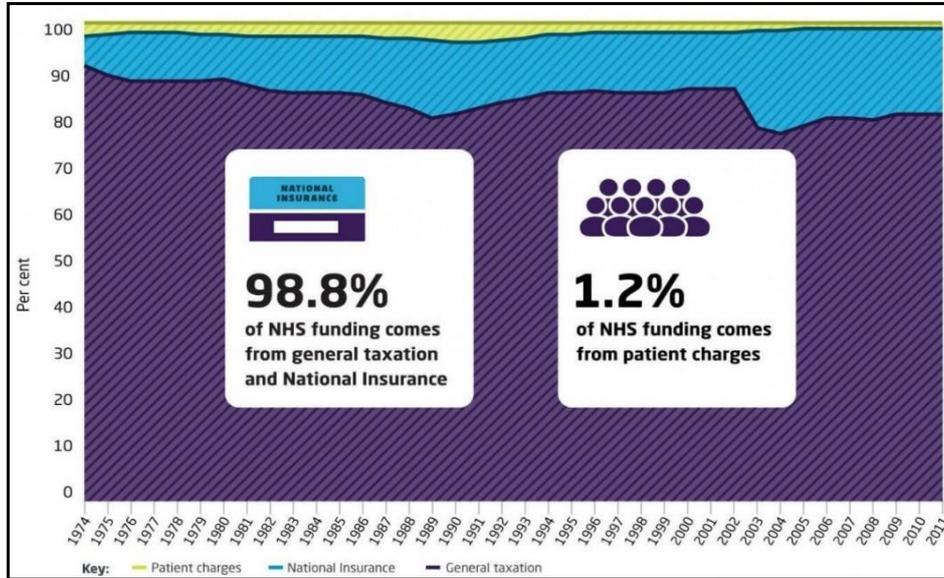
- المشاكل والتحديات

(أ) التمويل

كما يظهر في الشكل رقم (٦)، يتم تمويل نظام الـ NHS بنسبة ٩٨,٨٪ من الضرائب العامة واشتراكات التأمين الوطنية، بالإضافة إلى بعض المبالغ الصغيرة المتبقية (١,٢٪) التي يتم تحصيلها من المرضى مقابل بعض الخدمات (Fund 2017). وبصفة عامة، يتم إنفاق حوالي ١٠٪ من الناتج المحلي الإجمالي على الصحة وينفق معظمها في القطاع العام، وتأتي الأموال المدفوعة من أجل NHS مباشرة من الضرائب.

شكل رقم (٦)

مصادر تمويل نظام الخدمة الصحية الوطنية NHS



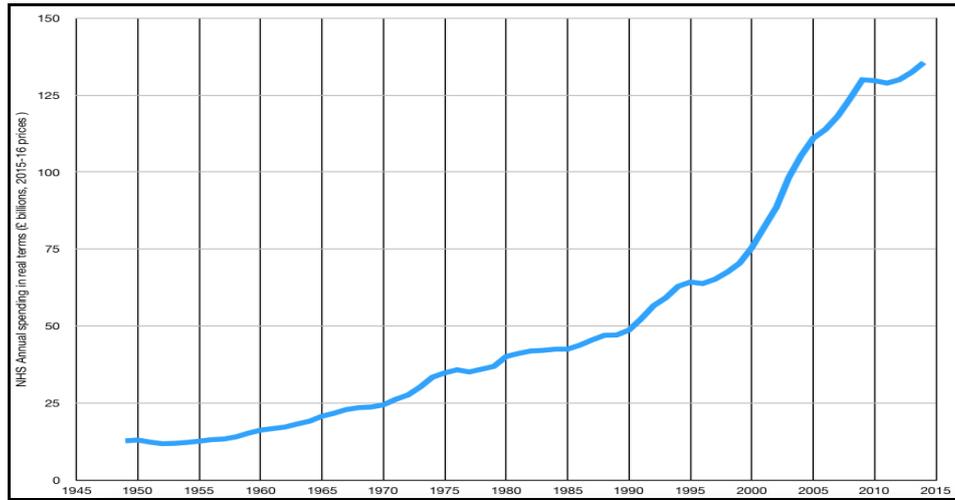
Source: King's Fund (2017)

بالنظر إلى تطور حجم الإنفاق الصحي الذي تم من خلال نظام الـ NHS، كما يتضح من الشكل رقم (٧)، نجد أن ميزانية انطلاقه في عام ١٩٤٨ قد بلغت ٤٣٧ مليون جنيه إسترليني (حوالي ٩ مليار جنيه إسترليني بأسعار اليوم)، وارتفعت بنسبة تقترب من ١٥٠٠٪ في عام ٢٠١٥ ليصل إلى

حوالي ١٣٠ مليار جنيه استرليني، وقد كان الإنفاق على الصحة يمثل ١١,٢٪ من ميزانية الخدمات العامة وظل يتزايد إلى أن وصل ٢٩,٧٪ في ٢٠١٥. وبالتالي، يبلغ متوسط معدل الارتفاع السنوي في الإنفاق على مدار عمر الهيئة حوالي ٤٪ سنويا، بعد أخذ التضخم في الاعتبار، إلا أنه في ظل مستويات الإنفاق الحكومي لرئيس الوزراء Tony Blair ازدادت بنحو ٦٪ سنويا في المتوسط، في حين تم تقييد نمو الإنفاق إلى ما يزيد قليلا عن ١٪ سنويا منذ عام ٢٠١٠.

شكل رقم (٧)

تطور الإنفاق الخاص بنظام خدمة الصحة الوطنية NHS (بأسعار ٢٠١٥)



Source: King's Fund (2017)

من جهة تخصيص الموارد، يتم استخدام حوالي ٦٠٪ من ميزانية NHS رواتب العاملين في الجهاز من إداريين وفنيين وأطقم طبية، بينما يتم تخصيص ٢٠٪ للأدوية والمستلزمات الطبية الأخرى، في حين تتوزع الـ ٢٠٪ الباقية على المباني والإنشاءات، والمعدات والأجهزة الطبية وغيرها، وتكاليف التدريب، وتقديم الطعام والتنظيف. ويتم توزيع ما يقرب من ٨٠٪ من الميزانية الإجمالية من قبل الإدارات الصحية المحلية Local Trusts وفقاً لأولويات الصحة الخاصة بكل منطقة. منذ عام ٢٠١٠، كان الحد الأقصى للزيادة في أجور الموظفين الذين يواصلون القيام بنفس المهام هو ١٪، وهو الأمر الذي دفع النقابات التي تمثل الأطباء وأطباء الأسنان والمرضى وغيرهم من المهنيين الصحيين لمطالبة الحكومة بإنهاء الحد الأقصى لأجور الخدمات الصحية، حيث أن ارتفاع الأجور بهذا المعدل أقل من مستوى التضخم مما يعني انخفاض الأجور الحقيقية وهو الأمر الذي يضر في النهاية الخدمات الصحية ويقلص حجم الرعاية المقدمة للمرضى (Campbell 2017, Forster 2017). وقد أظهر استطلاعاً للرأي أجرى في عام ٢٠١٦ أن ٧٠٪ من المواطنين لديهم الرغبة في تحمل زيادة في

الضرائب على الدخل مقدارها ١% من دخلهم بشرط أن تذهب حصيلة هذه الزيادة لتمويل الـ NHS (Mason 2016, Campbell 2017).

وقد قامت الكلية الملكية للأطباء Royal College of Physicians بإجراء مسح للأطباء في إنجلترا وويلز واسكتلندا وإيرلندا الشمالية أظهرت نتائج أن ثلثي الأطباء الذين شملهم الاستطلاع يرون أن المحافظة على سلامة المرضى قد تدهورت خلال الأعوام الأخيرة وحتى عام ٢٠١٨، وأن ٨٠% من الأطباء يخشون من أنهم لن يتمكنوا من توفير الرعاية الآمنة للمرضى في العام المقبل، في حين أن ٨٤% شعروا بزيادة الضغط على الـ NHS مما يؤدي إلى إحباط العاملين فيه في وقت تعاني فيه هيئة الخدمات الصحية الوطنية NHS من نقص الأطباء، حيث يضطر الأطباء الأجانب إلى مغادرة المملكة المتحدة بسبب قيود التأشيرة، وهو الأمر الذي ينعكس بالسلب على صحة المرضى (Booth 2018).

وقد كشفت دراسة King's Fund أن هيئة الخدمات الصحية الوطنية لديها أدنى عدد من الأطباء والممرضات وأسرّة المستشفيات للفرد بالمقارنة بالدول الغربية طبقاً لبيانات منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية OECD، وأن رعاية المرضى تتأثر بنقص الممرضات عامة ونقص الممرضات المؤهلين ذوي الخبرة بشكل خاص، كما أن أداء الـ NHS أقل من المتوسط بالنسبة لتقليل عدد الوفيات الناجمة عن السرطان والسكتات الدماغية وأمراض القلب، وأن معدلات الوفيات للأطفال حديثي الولادة خلال الشهر التالي للولادة أعلى منها في هذه الدول. كما أن الأدوية الخاصة بمساعدة المدخنين على الإقلاع عن التدخين انخفضت بمعدل ٤٠ - ٧٥% بسبب نقص التمويل مما أثر سلباً على صحة المدخنين (Campbell 2018, Ellis 2018, Savage 2018). وللتغلب على مشكلة نقص التمويل التي تعصف بنظام الـ NHS يرى ٦١% من الناخبين ضرورة زيادة الضرائب أو فرض ضريبة جديدة خاصة بالهيئة تسمى ضريبة الخدمة الصحية الوطنية NHS Tax وذلك وفقاً لاستطلاع الرأي الذي أجراه المركز البريطاني لأبحاث اتجاهات الرأي British Social Attitudes Research Centre (Perkins 2018).

(ب) التوظيف

أدى الخروج من الاتحاد الأوروبي BREXIT إلى انخفاض عدد الأطباء حوالي ١١% من القوة العاملة الطبية. كما انخفضت نسبة ممرضات الاتحاد الأوروبي اللواتي سجلن للعمل في المملكة المتحدة بنسبة ٩٦% منذ التصويت على خروج بريطانيا من الاتحاد الأوروبي مما أدى إلى تفاقم أزمة نقص الممرضات، فقد غادر ٣٩٦٢ ممرضة Nurses وقابلة Midwives من المنطقة الاقتصادية الأوروبية European Economic Area (EEA) الأراضي البريطانية بين عامي ٢٠١٧ و٢٠١٨. ومما زاد الأمر تعقيداً توقف المنح الدراسية للطلاب الذين يدرسون التمريض وهو الأمر الذي أدى إلى انخفاض

أعداد المتدربين مهنيًا ليكونوا ممرضين بمقدار الثلث في السنوات الثلاثة الأخيرة، مما أدى إلى زيادة المخاوف حول كيفية تزويد هيئة الخدمات الصحية الوطنية NHS بالموظفين بعد الـ BREXIT.

(ج) الخروج من الاتحاد الأوروبي BREXIT

بجانب مشكلة عجز القوة البشرية بسبب خروج بريطانيا من الاتحاد الأوروبي، نجد أيضًا أن الخروج بطريقة غير منظمة قد يؤثر على حصول المرضى على الأدوية الحيوية وخصوصًا الجديد منها والذي قد يستغرق عامين حتى يتوفر للمرضى البريطانيين مثل النظائر المشعة المستخدمة في علاج مرضى السرطان فسوف يصعب الحصول عليها، كما يؤدي صعوبة هجرة للأطباء المهرة إلى المملكة المتحدة إلى صعوبة التعاون مع بقية دول أوروبا في الأبحاث الطبية مما يهدد الاستثمار في البحوث الطبية واستدامة تمويلها.

مما سبق يتضح أن العامل المشترك في مشاكل الـ NHS هو التمويل، واستجابة لذلك، أعلنت رئيسة الوزراء البريطانية Theresa May في عام ٢٠١٨ أن الـ NHS في إنجلترا سيحصل على تمويل إضافي بنسبة ٣,٤٪ أي بمقدار ٢٠ مليار جنيه استرليني إضافية في السنة. وبرغم الشكوك خرج وزير الصحة Jeremy Hunt ليرد على الانتقادات بالقول إن الضرائب ستستخدم لتمويل هذه الزيادة، وسوف يكشف المستقبل القريب عن مدى جدية الحكومة عند مناقشة الموازنة في نوفمبر. وقد صرح معهد الدراسات المالية Institute for Fiscal Studies بأن الـ NHS بحاجة إلى زيادة حقيقية بنسبة ٥٪ لإحداث تغيير حقيقي، هذا الرأي يدعمه خبراء الصحة الذين يرون أن نسبة الزيادة التي وعدت بها رئيسة الوزراء سوف تساعد فقط على وقف المزيد من التراجع في الخدمات الصحية، ولكنها ببساطة ليست كافية لمواجهة التحديات الأساسية التي تواجه هيئة الخدمات الصحية الوطنية NHS، أو تمويل التحسينات الأساسية التي يتم الإبلاغ عنها بالفعل (Team 2018).

القسم الثالث: تجربة التغطية الصحية الشاملة في ألمانيا

لقد تمت أولى الخطوات نحو نظام التأمين الصحي الوطني في ألمانيا في عام ١٨٨٣ من خلال إصدار قانون التأمين الصحي Sickness Insurance Law. وقد تم إلزام أرباب العمل في الصناعات المختلفة بتوفير التأمين ضد المرض وإصابات العمل للعاملين لديهم من ذوي الأجور المتدنية، وتم تمويل النظام وإدارته من قبل العمال وأصحاب الأعمال في شكل مساهمات تحت مظلة ما يعرف بصندوق المرض Sickness Fund. ويُعتبر التأمين الصحي إلزاميًا لجميع السكان في ألمانيا، حيث يتم التسجيل التلقائي للعمال والموظفين الذين يتقاضون رواتب تحت مستوى دخل مرتفع نسبيًا، حوالي ٦٠ ألف يورو سنويًا، في واحد من بين ما يُقارب ١٣٠ صندوق للمرض Sickness Fund أو

صندوق تأمين صحي "باللغة الألمانية Krankenkassen" وهي صناديق غير هادفة للربح تقوم بتحصيل اشتراكات بمعدلات معينة لجميع الأعضاء، ويتم تسديدها من خلال مساهمات مشتركة بين أرباب العمل والموظفين. ويتم التفاوض على مدفوعات مقدم الخدمة في مساومات اجتماعية معقدة بين هيئات محددة، مثل جمعيات الأطباء، على مستوى المقاطعات الفيدرالية Länder. ويتم تفويض صناديق المرض بتقديم حزمة مزايا واسعة وفريدة من نوعها، ولا يمكنها رفض العضوية أو التمييز بين الأعضاء أو المشتركين على أساس اكتواري actuarial basis. كما يلتحق المستفيدون من الرعاية الاجتماعية أيضاً بالتأمين الصحي القانوني، وتدفع البلديات المساهمات نيابةً عنهم (Mossialos, Wenzl et al. 2016).

إلى جانب أن التأمين الصحي القانوني Statutory Health Insurance SHI يغطي الغالبية العظمى من المقيمين، يمكن لكل من أصحاب الدخل السنوي الأعلى من ٥٩,٤٠٠ يورو في عام ٢٠١٨، والطلاب، والموظفين الحكوميين اختيار تغطية صحية تكميلية من شركات التأمين الصحي الخاص Private Health Insurance والذي يغطي ما يقرب من ١١٪ من السكان. لذلك نجد أن معظم موظفي الجهاز الإداري للدولة يستفيدون من نظام التأمين الحكومي الممول من الضرائب في تغطية نسبة مئوية من تكاليف الرعاية الصحية، ويقومون بتغطية بقية التكاليف بعقد تأمين خاص. في الآونة الأخيرة، توفر شركات التأمين الخاصة أنواع مختلفة من التغطية التكميلية كإضافة على حزمة مزايا SHI (على سبيل المثال، النظارات الطبية، والتغطية خارج البلاد، والرعاية الإضافية للأسنان مثل تركيب أسنان صناعية) (Busse and Blümel 2014).

بناء على ما سبق، وكما يتضح من الشكل رقم (٨)، يمكن القول أن التأمين الصحي في ألمانيا ينقسم نوعين هما التأمين العام والتأمين الخاص (Squires, Osborn et al. 2013) واللذين يمكن شرح طريقة عملهما باختصار كما يلي:

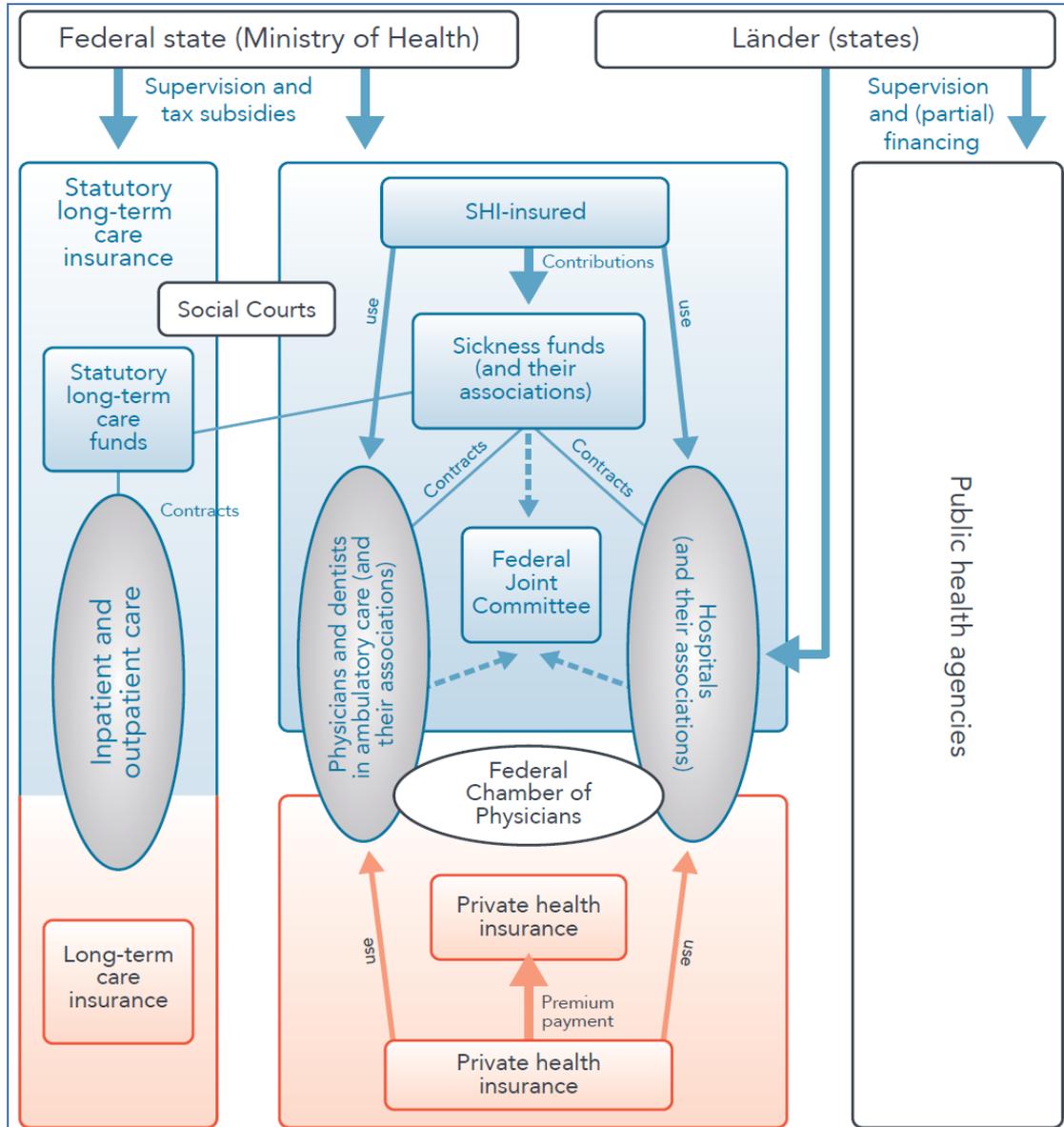
١. التأمين العام Public insurance

- يغطي ٨٩٪ من السكان.
- هو خطة التأمين الصحي الشامل الذي تقدمه صناديق التأمين الصحي القانوني Statutory Health Insurance SHI.
- يتم تنظيم العمل به من قبل وزارة الصحة الفيدرالية Federal Ministry of Health وفقاً لتشريعات القانون الاجتماعي الألماني رقم ٥ (Sozialgesetzbuch V (SGB V)، والتي تحدد المعايير العامة للتغطية، والتي تترجم إلى حزم من المزايا التأمينية من قبل اللجنة الفيدرالية المشتركة Federal Joint Committee.

- إجباري على كل الموظفين براتب شهري منتظم.
 - لا يعتمد على الظروف الصحية للفرد بل على نسبة ١٥,٥% من الأجر السنوي الذي لا يزيد عن ٥٢٢٠٠ يورو منها ٧,٣% هي نسبة مساهمة صاحب العمل.
 - تشمل التغطية كل أعضاء الأسرة من زوج/زوجة وأبناء.
- لا يمكن تجميع المدخرات لمواجهة النفقات الصحية المرتفعة عند تقدم العمر

شكل رقم (٨)

هيكل النظام والتغطية الصحية في ألمانيا



Source: (Mossialos, Wenzl et al. 2016)

٢. التأمين الخاص Private insurance

- يغطي ١١٪ من السكان بما فيهم موظفي الحكومة.
- تقدمه شركات التأمين الخاصة.
- يتحدد بناء على الاتفاق بين شركة التأمين والمؤمن عليه كل من نسبة التغطية والخدمات محل التغطية.
- يعتمد على حجم الخدمات المختارة والمخاطر الشخصية والعمر.
- يستخدم لتجميع المدخرات لمواجهة النفقات الصحية المرتفعة عند تقدم العمر.
- فقط يمكن أن ينضم إليه الموظفون العموميون، والعاملين لحسابهم الخاص والموظفين ذوي الدخل الكبير، أعلى من ٥٠ ألف يورو في السنة (تُعدل سنوياً).

القسم الرابع: كيفية الاستفادة من التجارب العالمية في مصر

إن من أهم التحديات التي تواجه القطاع الصحي في مصر تحقيق العدالة في الحصول على الخدمات الصحية والعدالة في تحمل أعباء تمويلها. وكما سبق أن أشرنا، تسبب انخفاض الإنفاق الحكومي على الصحة في زيادة الانفاق من الجيب OOP على الصحة على حساب أوجه الاستهلاك الأخرى والادخار مما يُعمق من حلقة "المرض-الفقر" الخبيثة. كما أدى انخفاض الاستثمار الصحي إلى زيادة الاعتماد على القطاع الخاص في توفير الخدمات الصحية، وهو الأمر الذي أدى إلى الازدواجية وعدم الكفاءة في تخصيص الموارد المالية والبشرية وفي الاستثمار الرأسمالي، فحدثت تنازلات كبيرة في الجودة واتسعت الفجوة في الوصول إلى الخدمات الصحية. وقد صاحب ذلك القصور الإداري في توفير الخدمات والتمويل والموارد البشرية والمعلومات والتكنولوجيا الصحية تشتت النظام الصحي في جميع مجالاته ومستوياته، فعلى سبيل المثال ينقسم نظام التمويل الصحي الحالي إلى تيارات متعددة من العرض والطلب بما يمنع التغطية العادلة والفعالة.

مما سبق، نجد أن العديد من التحديات التي تواجه قطاع الصحة في مصر متشابكة، ومعالجتها واحدة تلو الأخرى ليس بالأمر الكفء والفعال. وبالتالي يجب أن يتم التعامل مع قضية الصحة في مصر وتحدياتها بشكل شامل. وانطلاقاً من تجارب الدول الأخرى، التي حققت نجاحاً في القطاع الصحي، يمكننا وضع بعض التوصيات أو المعايير التي يُمكن الاسترشاد بها للارتقاء بالقطاع الصحي، بشكل عام، والوصول إلى العدالة في الحصول على الرعاية الصحية والعدالة في تحمل أعبائها، بشكل خاص، كما يلي:

(١) يجب أن يتم إصلاح النظام الصحي بشكل شامل أفقياً ورأسياً. وهو الأمر الذي يتطلب حواراً مجتمعياً موسعاً خارج الإطار السياسي والقطاع الصحي بهدف تشجيع تغيير السلوك بين شركاء التنمية بما يجعل قضية الصحة قضية عامة للفقر والغنى وتشجيعهم على الاصطفاف والتناغم عند تأدية أدوارهم. والسبيل لتحقيق ذلك هو إشراك جميع أصحاب المصلحة في العملية بما في ذلك المجتمع المدني والقطاع الخاص، حيث أن وجود المجتمع المدني كأداة رئيسية في صنع السياسات والاستراتيجيات وكذلك في مراقبة وضمان المساءلة الاجتماعية يجعل السياسات والاستراتيجيات والخطط الصحية الوطنية أكثر قوة وأكثر قابلية للتنفيذ بفعالية إذا كانت تشمل جميع أصحاب المصلحة المعنيين داخل وخارج قطاع الصحة وداخل الحكومة وخارجها. كما يعتبر القطاع الخاص، سواء كان هادفاً للربح أم لا، عنصراً رئيسياً في القطاع الصحي ويحتاج إلى إدراجه في عملية وضع السياسات والتخطيط.

(٢) اعتبار أن الصحة حق إنساني أساسي لكل المصريين، وبالتالي جعل الهدف الرئيسي والجوهرى للسياسة الصحية الوطنية هو تحسين صحة جميع السكان فهو الطريق الأهم للحد من الفقر وتحقيق التنمية الاجتماعية والاقتصادية في مصر.

(٣) ضمان الوصول إلى الخدمات الصحية الأساسية الجيدة للجميع دون التعرض لأي عوائق مالية (مثل رسوم الاستشارة أو أسعار الأدوية التي تتجاوز قدرة الأفراد على الدفع) أو غير مالية (جغرافية أو معلوماتية أو جنسية أو عرقية أو دينية). ولكي يتم تحقيق ذلك، لا بد من بناء توافق في الآراء حول رؤية للتحرك بفعالية نحو توفير التغطية الصحية الشاملة UHC وأن تتضمن هذه الرؤية توضيح دور القطاعين العام والخاص والوزارات المعنية. وتعد التغطية الصحية الشاملة عملية مستمرة طويلة الأجل تهدف في نهاية المطاف إلى تحقيق التغطية الكاملة لجميع السكان من خلال تقديم خدمات صحية جيدة وبدون تعرض الأفراد لخطر المصاعب المالية المرتبطة بالدفع مقابل الرعاية. وهذا يتطلب التزاماً سياسياً عالي المستوى، يتجاوز كثيراً وزارة الصحة والسكان، إلى عمليات السياسة والإصلاح. فذلك يحتاج إلى الدعم السياسي على مستوى رئاسة الوزراء أو المستوى الأعلى جنباً إلى جنب مع الاستثمار الطويل الأجل في قطاع الصحة، وهو ما يتماشى مع الدستور الجديد.

(٤) يجب أن يكون دور الدولة أساسياً ومركزياً لتحقيق الأهداف الصحية، ويتأتى ذلك بتوفير خدمات الصحة العامة وزيادة الاستثمار لتصحيح إخفاقات السوق. ويتم ذلك بتحسين

سلامة وجودة خدمات الصحة العامة مع التركيز على الأولويات الصحية الرئيسية للدولة (مثل التهاب الكبد الوبائي، والأمراض غير المعدية، وصحة الأمومة والطفولة، والأنفلونزا والتغذية... إلخ)، وضمان التمويل العام المناسب للبحوث الجيدة التي تدعم أهداف الصحة العامة.

(٥) وضع خطة استراتيجية واضحة طويلة الأجل بإطار زمني محدد توضح ما ينبغي أن يكون عليه قطاع الصحة في غضون ٢٠ عام، بما في ذلك الأدوار التي ستؤديها القطاعات العامة والخاصة. وستحتاج هذه الخطة طويلة الأجل أيضاً إلى ربط تطورات القطاع الصحي بالتوقعات الخاصة بالتغيرات السكانية والأعباء المرضية. وعلى المستوى التشغيلي، تقسم الخطة طويلة الأجل إلى خطط خمسية بأهداف مرحلية واضحة، وهي فترة زمنية تسمح بتبادل العمليات المختلفة وإجراء التعديلات حسب الضرورة. على هذا النحو، هناك حاجة أساسية لبناء القاعدة المؤسسية لنظام قوي للمتابعة والتقييم. وسيتعين على هذا التغلب على التجزؤ المتفشي داخل النظام الصحي وربطه بهيكل إداري وطني واضح يحقق التماسك والوحدة لنظام معلومات صحية متطور. إن نظام المتابعة والتقييم المصمم بشكل صحيح ليس فقط أداة رئيسية لتحقيق المساءلة، لكنه يسمح أيضاً بالتعلم المستمر، من أجل التحسين المستمر لعملية التخطيط، ومن أجل اتخاذ إجراءات تصحيحية في الوقت المناسب حسب الحاجة.

(٦) إدراج العناصر القانونية والتنظيمية والمؤسسية بشكل كافي وملائم ضمن إطار الإدارة العامة للصحة بما يدعم السياسات والاستراتيجيات والخطط والقضايا المتعلقة بالصحة الوطنية والتي تقع خارج نطاق وزارة الصحة والسكان والقطاع الصحي بشكل عام. وهذا يعزز الحاجة إلى معالجة المحددات الاجتماعية للصحة في إطار متعدد القطاعات.

(٧) زيادة الإنفاق على الصحة والاستثمار فيها بما يُعزز من إمكانية تحقيق هدف الدستور الذي ينص على زيادة الإنفاق على الصحة العامة ويعوض نقص الاستثمار الصحي في السنوات السابقة، مع اتخاذ تدابير لإصلاح القطاع وتحقيق أفضل استخدام للموارد البشرية والمالية والتكنولوجية مع سياسات واستراتيجيات واضحة تستند إلى المعلومات والأدلة فتتحقق الكفاءة، إلى جانب تحديد الأولويات والتركيز على التدخلات الفعالة من حيث التكلفة والإدارة السليمة.

(٨) يجب ضمان المساءلة *Accountability* من خلال تحسين الشفافية *Transparency* عند اتخاذ القرارات واستخدام الموارد ونتائج هذه القرارات. ويتحقق ذلك عن طريق تحسين

جمع البيانات وتحليلها ونشرها وتوفيرها وإتاحة الفرصة للمجتمع للوصول إلى المعلومات واستخدامها في عملية الرقابة، ومن خلال متابعة تنفيذ الخطط الاستراتيجية والتشغيلية للقطاع الصحي مع وضع مؤشرات وأهداف قابلة للقياس بما يتيح إعادة التفكير في الاستراتيجيات والإجراءات وإعادة تحديدها حسب الضرورة وبالتالي ضمان التغذية المرتجعة الفعالة Effective Feedback.

(٩) إعادة هيكلة المجلس الأعلى للصحة أو استبداله بهيئة يكون أعضائها منتخبين من داخل وخارج القطاع الصحي تكون مهمتها تحديد السياسة الصحية للدولة والدور المنوط بكل مكون من مكونات القطاع الصحي والتنسيق الشامل بينها وبين القطاعات غير الصحية وأصحاب المصلحة وبالتالي تحقيق الانسجام في منظومة القطاع الصحي المجزأة. وعلاوة على ذلك، يضطلع هذا المجلس بتنظيم عمل القطاع الخاص، من حيث التراخيص ومراقبة الجودة وأسعار الخدمات.... إلخ، ومراقبة تنفيذ اللوائح بفعالية في القطاع الصحي بأكمله بما في ذلك كياناته العامة والخاصة.

(١٠) تعزيز الموارد البشرية العاملة في القطاع الصحي من خلال تحسين جودة الموظفين وتوافرهم، لا سيما على مستوى الرعاية الصحية الأولية مع التركيز على ملائمة المهارات والكفاءات والخبرة مع الاحتياجات الصحية ومع السياق الذي يعملون فيه. ويتطلب ذلك معالجة بعض القضايا الأساسية مثل التوزيع الجغرافي والتوظيف والتعليم والتدريب (جودة وحجم الإنتاج)، والمكافآت والحوافز المالية، والمسارات الوظيفية والإشراف.

(١١) توسيع نطاق تغطية التأمين الصحي ليشمل جميع السكان بحلول عام ٢٠٣٠، ويتم إدخاله خطوة بخطوة والاعتماد على الاستراتيجيات التي تركز على القطاع غير الرسمي والمجموعات السكانية الأكثر ضعفاً. ومن الأمثلة العملية لمثل هذا النهج التدريجي هو البدء بالتغطية الشاملة لفئات معينة ذات أولوية مثل صحة الأم والطفل. وستشمل هذه الاستراتيجيات تمديد التغطية الإلزامية للتأمين الصحي الاجتماعي وإنشاء سياسات إعفاء فعالة وشبكات أمان للفئات الفقيرة والضعيفة. كذلك إنشاء وتوحيد حزم المزايا التأمينية وتعريف الناس بها. مراعاة العدالة في تحصيل الأموال الموجهة للتأمين الصحي سواء من الضرائب المباشرة أو غير المباشرة، ومساهمات التأمين الصحي الاجتماعي، بحيث تتلاءم مع مستوى الدخل والقدرة على الدفع مع ضرورة استثمار هذه الأموال في أنشطة آمنة مدرة لعائد مرتفع لضمان استدامة التمويل في المستقبل.

١٢) ضرورة فصل تمويل التغطية الشاملة عن تقديم الخدمة العلاجية بحيث يقتصر دور الهيئة العامة للتأمين الصحي على كونها وسيطاً بين دافعي الاشتراكات ومقدمي الخدمة، وهذا يتيح لها العديد من الاختيارات لشراء الخدمة من المنشآت الصحية المؤهلة لتقديمها بمعايير الجودة المطلوبة.

١٣) تحسين الكفاءة ووضع أدوات لاحتواء التكاليف، وهذا يتطلب تحقيق الكفاءة التخصيصية والكفاءة الفنية ومعالجة الأسباب الرئيسية لعدم الكفاءة في جميع مجالات النظام الصحي مثل شراء الأدوية، ومدة الإقامة في المستشفى، أو في اختيار الخدمات التي يتم توفيرها وتغطيتها، وكذلك إعادة توزيع الموارد البشرية والمالية والاستثمارات الرأسمالية للحد من الازدواجية والتشتت، كما يجب تقييم التكنولوجيا الصحية بانتظام لتحديد التغيرات التي تحقق الكفاءة.

١٤) عدم السماح للعاملين بالقطاع الصحي الحكومي من أطباء وطواقم مساعدة بالعمل في القطاع الصحي الخاص لضمان عدم التعارض بين المصالح الخاصة والمصالح العامة ومنع استغلال الوظيفة الحكومية لتعظيم مكاسبهم من القطاع الخاص.

١٥) تدريس النظام الصحي بالتفصيل لطلاب العلوم الطبية (الطب، وطب الأسنان، والصيدلة والتمريض إلخ) في مرحلة الدراسة الجامعية حتى يكونوا على دراية كاملة بطريقة العمل عند بدء العمل.

القسم الخامس: رؤية تقييمية لقانون التأمين الصحي الجديد

في عام ٢٠١٨ استجاب المشرع المصري لتطلعات المواطنين ولتوصيات البنك الدولي وأصدر قانون "التأمين الصحي الاجتماعي الشامل"، وهو القانون رقم ٢ لسنة ٢٠١٨ والذي نص في مادته الأولى على أن أحكامه تسري إلزامياً على جميع المواطنين المقيمين داخل جمهورية مصر العربية. وفيما يلي سوف نعرض باختصار لأي مدى توافقت مواد القانون وبنوده مع ما جاء من نتائج وتوصيات في القسم الرابع من الدراسة، والتحديات الأساسية التي يُمكن أن تواجه تطبيق القانون.

- مدى توافق مواد القانون وبنوده مع التوصيات المشتقة من التجارب الدولية

(١) بالرغم من مناقشة القانون من قبل نواب البرلمان الممثلين للشعب المصري نجد أنه لم تتم مناقشته ضمن حوار مجتمعي موسع وهو الأمر الذي جعل نقابتي الأطباء والصيدلة تباديان عدداً من التحفظات على القانون عقب إصداره. فقد قال الدكتور محيي الدين إبراهيم عبيد، النقيب العام لصيادلة مصر، في لقاء تليفزيوني ببرنامج الشارع المصري على قناة العاصمة، أن قانون التأمين الصحي تم وضعه في غرفة مغلقة ولم يُعرض على النقابة ولا على الأطباء،

مضيفاً أنه ورغم أن القانون طال انتظاره إلى أن الاعتراض على القانون بالجملة، كما أكد "محي الدين" على أن القانون منتقص وتم الجور على عدد من الفئات داخل القانون، وأنه تم استبعاد النقابات من الاطلاع أو المشاركة في اعداد القانون، وبالتالي توجد تحفظات على القانون بشكله الحالي. كما أرسلت النقابة العامة للأطباء خطاباً إلى رئيس الجمهورية للمطالبة بإعادة مناقشة بعض البنود الواردة في قانون التأمين الصحي الشامل داخل مجلس النواب لما يحمله من سلبيات وعيوب تضر بالمنظومة الصحية والمريض والفريق الطبي. وهذا عكس التوصية الأولى للدراسة.

(٢) جاء القانون موافقاً لما جاء بالتوصيات من حيث كونه إلزامياً ويغطي جميع المصريين دون التفرقة على أساس القدرة على الدفع حيث تقوم الدولة بدفع مقابل الاشتراك نيابة عن غير القادرين.

(٣) ينص الجدول رقم (٣) الملحق بالقانون بعنوان "رسوم ومساهمات المؤمن عليهم" على قيام المشترك أو المواطن بدفع رسوم تصل إلى ٢٠% مقابل الأدوية والخدمات الطبية من أشعة وتحاليل طبية مما قد يُمثل عائقاً مالياً لفئات كثيرة في المجتمع وخاصة مع تزايد معدلات التضخم وهذا يجعل النظام أشبه بنظم مشروع العلاج الذي تقدمه بعض النقابات لأعضائها ويتعدد بالقانون كثيرا عن مفهوم التغطية الصحية الشاملة المُطبق في الدول الأخرى، كما يتعارض إلى حد كبير مع توصياتنا السابقة.

(٤) ورغم أن المادة (٢٣) من القانون أعطت هيئة الرعاية الحق في إنشاء المستشفيات ووحدات الرعاية الصحية إلخ، نجد أن القانون لم يُحدد في أي من مواده نسبة مئوية معينة من الانفاق الصحي تكون موجهة للاستثمار في القطاع الصحي أو نسبة معينة للبحوث العلمية المرتبطة بإنتاج الدواء وتحسين الخدمات الطبية المقدمة للمواطنين بما يتوافق مع التغيرات المتوقعة في عدد السكان والحالات المرضية المستقبلية مما يتعارض ما هو مُطبق في الدول الأخرى، مثل بريطانيا، ومع توصياتنا السابقة.

(٥) عند وضع الخطة الاستراتيجية للتحويل نحو نظام التأمين الصحي الاجتماعي الشامل ومراحل تطبيق النظام التي وردت بالجدول رقم (٥) في القانون تم تقسيم مراحل تطبيق النظام جغرافياً وتم إغفال مدى توافر البنية الأساسية والمعلوماتية والقاعدة المؤسسية اللازمة لنجاح النظام وهو الأمر الذي أدى إلى تأجيل تطبيق المرحلة الأولى من الخطة والتي كان مُزمعاً البدء في تنفيذها في يوليو ٢٠١٨.

(٦) لم يُشير القانون إلى ضرورة زيادة الإنفاق الحكومي على الصحة والذي يجب ألا يقل عن ٣% من الناتج المحلي الإجمالي وزيادتها سنويا لتصل إلى المعدلات العالمية التي لا تقل عن ٦% وفقاً لنص المادة ١٤ من دستور ٢٠١٤.

(٧) لضمان تحقق المساءلة Accountability أفرد المشرع الفصل الثالث من القانون لـ "الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية" والتي هدفها الأساسي هو ضمان جودة الخدمات الصحية والتحسين المستمر لها على كافة مستويات الخدمة.

(٨) لم يتطرق القانون ضمن أي من مواده إلى المجلس الأعلى للصحة، والمنشأ بقرار جمهوري رقم ٦١ لسنة ١٩٦٦ وتعديلاته برقم ٨١ لسنة ١٩٧٨ ولسنة ١٩٩٣، سواء بالنص على الغائه أو استبداله بهيئة أخرى أو حتى تفعيله بعد إعادة هيكلته. وتزداد الحاجة لهذا المجلس إلحاحاً في ظل القانون الجديد الذي قام بتقسيم القطاع الصحي إلى ثلاثة هيئات اعتبارية مستقلة هي الهيئة العامة للتأمين الصحي الشامل، والهيئة العامة للرعاية الصحية، والهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية ليقوم بتحديد السياسة الصحية للدولة ومتابعة تنفيذ كل هيئة من الهيئات الثلاث للدور المنوط بها والتنسيق فيما بينها وبين القطاعات غير الصحية وأصحاب المصلحة وبالتالي تحقيق الانسجام في منظومة القطاع الصحي كما يقوم بمراقبة تنفيذ القوانين واللوائح بفعالية في القطاع الصحي بأكمله بما في ذلك كياناته العامة والخاصة، مما يتعارض ما هو مُطبق في الدول الأخرى، مثل المجلس الصحي العالي في الأردن والمجلس الأعلى للصحة في البحرين، ومع توصياتنا السابقة.

(٩) بالرغم من الأهمية القصوى لعنصر الموارد البشرية من أطباء وطواقم تمريض وفنيين وإداريين في نجاح أي منظومة صحية، نجد أن القانون قد اهتم بتحقيق الجودة ومعاييرها في المستشفيات والأجهزة الطبية ولم يعطى الاهتمام اللازم لضمان توافر الموارد البشرية المؤهلة الكفؤة سواء عن طريق برامج التدريب والتأهيل أو عن طريق تقديم الحوافز المادية وغير المادية وإصلاح هيكل الأجور في القطاع الصحي بشكل عام.

(١٠) أوصت الدراسة بعدم السماح للعاملين بالقطاع الصحي الحكومي من أطباء وطواقم مساعدة بالعمل في القطاع الصحي الخاص بمعنى عدم الترخيص بفتح عيادات خاصة للأطباء العاملين في هيئة الرعاية الصحية لضمان عدم التعارض بين المصالح الخاصة والمصالح العامة ومنع استغلال الوظيفة الحكومية لتعظيم مكاسبهم من القطاع الخاص. وهذا الأمر غير وارد في مواد القانون.

- التحديات الأساسية التي يُمكن أن تواجه تطبيق القانون -

لقد كان من المفترض أن يبدأ تطبيق المرحلة الأولى من تطبيق قانون التأمين الصحي الشامل في يوليو ٢٠١٨ إلا أنه تم تأجيل تطبيقه وإلى الآن لم يبدأ تطبيقه مما يُعد مؤشراً على وجود معوقات وتحديات تحول دون أو تعرقل تطبيق القانون والتي يُمكن تصنيفها إلى تحديات إدارية وتنظيمية، تحديات فنية وبشرية، وتحديات إجرائية، وتحديات تمويلية وفيما يلي نغم نبذة عن كل منها.

أولاً: التحديات الإدارية والتنظيمية.

طبقاً لنصوص القانون، سوف يتم تقسيم المنظومة الصحية إلى ثلاث هيئات اعتبارية مستقلة هي الهيئة العامة للتأمين الصحي الشامل، والهيئة العامة للرعاية الصحية، والهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بالإضافة إلى التطبيق التدريجي للقانون على مدار ١٥ عام وبالتالي ضرورة العمل بقانون التأمين الصحي القديم جنباً إلى جنب بالتوازي مع القانون الجديد، وهذا الأمر يخلق تحديات إدارية كثيرة ومتعددة نتيجة إدارة نظامين مختلفين تماماً في نفس الوقت في وقت تعاني فيه القوة البشرية في وزارة الصحة من ضعف الكفاءة مما يحتاج إلى وقت طويل وبرامج تدريب وتأهيل مكثفة ومعقدة. على سبيل المثال، يقوم النظام الجديد على أساس ميكنة المكاتب وتسجيل بيانات جميع المواطنين وعمل ملفات إلكترونية للمرضى، وهذا الأمر يحتاج إلى وقت كبير للغاية لتحويل الملفات الورقية للمرضى، وإنشاء ملفات للمرضى الذين ليس لهم ملفات، إلى ملفات إلكترونية، فضلاً عن ضرورة توفير أجهزة كمبيوتر ونظم معلوماتية لقواعد البيانات والتدريب الجيد على استخدامها.

ومن أمثلة التحديات التنظيمية أيضاً، أن النظام الجديد يضم وزارات أخرى مثل التضامن والمالية والنقل والجمعيات الزراعية ووزارة الداخلية ... إلخ من الجهات المخولة بتحصيل الأموال الواردة بمواد الفصل الثالث من القانون بالإضافة إلى وزارة الصحة، مما يخلق عبئاً تنظيمياً آخر حيث تزداد الحاجة إلى نظام لربط هذه الجهات المتعددة من خلاله. كما أن إدارة الفوائض المالية المتحققة لدى هيئات النظام الثلاث واستثمارها بشكل يُحقق أعلى عائد ممكن وأقل مخاطر ممكنة يحتاج إلى إدارات مالية متخصصة على أعلى مستوى من الكفاءة مما يؤدي إلى خلق أعباء إدارية إضافية.

ثانياً: التحديات الفنية والبشرية

إن من أهم المقومات الأساسية لنجاح النظام الجديد وعدم التأخر في تطبيقه هي توافر البنية الأساسية للمستشفيات والوحدات الصحية ومراكز الأشعة والتحليل من أجهزة، ومعدات طبية، وأسرة، وأثاث مكتبي، وأجهزة حاسب آلي، وشبكة انترنت قوية ومركزية... إلخ، بالإضافة لتجهيز المباني بالمرافق الأساسية اللازمة من كهرباء ومياه وغاز. ولكن الوضع القائم وقت اقرار القانون وعند البدء في تطبيقه يُشير إلى افتقار هذه المستشفيات والوحدات إلى هذه البنية الأساسية بالإضافة إلى عدم كفايتها وخاصة الوحدات الصحية التي ستكون بمثابة العمود الفقري للنظام، مما يؤدي إلى زيادة الحاجة إلى

إنشاء العديد من هذه الوحدات وتجهيزها بما تحتاجه من معدات وأجهزة طبية.... إلخ بحيث تحقق معايير الجودة المطلوبة، وهو الأمر الذي يحتاج إلى المزيد من الوقت والمال.

يُمثل عجز القوى البشرية من الأطباء أحد أهم التحديات أمام النظام الجديد. يُعتبر طبيب الأسرة بمثابة نواة وعصب القانون والمنظومة الجديدة حيث يعمل داخل الوحدات الصحية التي تستقبل المرضى ويقوم بتحويل من تستدعي حالته الصحية منهم إلى الأخصائيين في المستشفيات، وذلك نظراً لأنه لن يذهب مريض إلى أي مستشفى في القانون الجديد إلا إذا كان مُحولاً من طبيب الأسرة. وتشير إحصاءات وزارة الصحة إلى أن عدد الأطباء في تخصص طب الأسرة بالمحافظات لا يزيد عن ١٠٠٠ طبيب، لأن التخصص استحدث مؤخراً في الزمالة المصرية وبعض كليات الطب ومعظم الحاصلين عليه يُفضلون السفر والعمل بالخارج نظراً للفرق الشاسع في العائد المادي، وهو الأمر الذي يعكس العجز الكبير في هذا التخصص. وبصفة عامة تشير إحصاءات الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء إلى أن عجز الأطباء يصل إلى نسبة ٣٠% ونسبة الممرضات في المستشفيات الحكومية بها عجز ٥٥% تصل إلى ٧٥% في المستشفيات الكبرى، مما يُعد تحدياً حقيقياً للمنظومة الجديدة.

ثالثاً: التحديات الإجرائية.

المقصود هنا إجراءات إنشاء الهيئات الثلاثة المكونة للمنظومة الجديدة، بالإضافة إلى إجراءات نقل تبعية المستشفيات والوحدات التابعة لهيئة التأمين الصحي الحالية ووزارة الصحة إلى هيئة الرعاية الصحية بالقانون الجديد وكذلك نقل المقرات الإدارية والعاملين لها وهيئة الاعتماد والرقابة وهيئة التأمين، بالإضافة إلى إجراءات تسعير الخدمات الطبية عند التعاقد مع مقدمي الخدمة سواء من القطاع الحكومي (هيئة الرعاية الصحية في القانون الجديد) أو من القطاع الخاص من عيادات ومستشفيات ومعامل، إجراءات اعتماد المستشفيات والوحدات الصحية ومقدمي الخدمة من القطاع الخاص والسماح لهم بالتعاقد مع الهيئة وما قد يعترض هذه الإجراءات من معوقات قانونية أو تعددها وطول فترة تنفيذها خاصة وأنها غير موجودة بالقانون أو حتى لائحته التنفيذية.

رابعاً: التحديات التمويلية.

تعتبر التحديات التمويلية تحديات مشتقة من التحديات الأخرى، فمثلاً توفير البنية التحتية للنظام يحتاج إلى تمويل ضخم، وفي بداية تطبيق القانون لا يتم تحصيل أموال واشتراكات وفقاً للجدول المرفقة بالقانون الجديد، وبالتالي سوف يُواجه القانون صعوبات في التمويل خاصة في مراحل الانطلاق. وبالمثل للتغلب على مشكلة عجز الأطباء يحتاج الأمر إلى إعادة النظر في هيكل الأجور والرواتب الخاص بهم وزيادة الحوافز المادية بما يجعلهم يفضلون العمل ضمن المنظومة الجديدة عن السفر والعمل بالخارج وهو الأمر الذي سوف يضاعف من التحديات التمويلية للمنظومة الجديدة.

القسم السادس: التوصيات والخاتمة

الرعاية الصحية الجيدة تعتبر حق أصيل يكفله الدستور المصري الجديد (٢٠١٤) لكل المواطنين بغض النظر عن قدرتهم المالية أو مكانتهم الاجتماعية، وهي أيضاً الركن الأساسي، بجانب التعليم، في بناء رأس المال البشري القادر على تحقيق التنمية. وبرغم أن المشرع المصري قد تأخر في ترجمة النص الدستوري إلى قانون ملزم يتم تطبيقه واقعا عمليا، فقد صدر أخيرا قانون التأمين الصحي الاجتماعي الشامل في بداية عام ٢٠١٨ ولكنه يعاني من بعض أوجه القصور والسيئات التي أوضحناها آنفاً والتي، في رأينا، كانت نتيجة عدم مناقشة مشروع القانون ضمن حوار مجتمعي موسع يضم كافة المصريين من كل المشارب بما يعمق إيمانهم به وبالتالي مساعدتهم في تحقيقه واقعا ملموساً. والدليل على ذلك عدم رضا الأطباء والصيدالة عن القانون بشكل كبير واستمرار تحفظهم على بعض مواد.

من الناحية الاقتصادية، نرى أن القانون لم يراعى تأثير مشكلة التضخم حيث نص في المادة (٤٠) الخاصة بالتمويل على إدراج عدد كبير من المساهمات في شكل مبالغ مقطوعة والتي سوف تتضاءل قيمتها كثيراً جداً في المستقبل بسبب التضخم مما يُضعف من قدرة النظام على الاستدامة. كما نرى أنه لضمان استدامة تمويل النظام كان من الأجدر جعل مصدر التمويل الرئيسي هو الضرائب المباشرة وغير المباشرة وفي نفس الوقت إعفاء جميع المواطنين من دفع أي رسوم للعلاج باستثناء مبلغ محدد ورمزي يدفع عند صرف الدواء على أن يُعفى من دفع هذا المبلغ الطبقات شديدة الفقر، وهو النظام المعمول به في المملكة المتحدة وألمانيا.

نرى أيضاً أنه لن ينجح مشروع التأمين الصحي دون دعم القوى البشرية، وتحسين أداءها، والافتتاح بأحقية المواطن في خدمة صحية ميسرة وعلى مستوى راقٍ من الجودة، فالقانون لم يُعط أي اهتمام للقوى البشرية سواء الأطباء وأطباء الأسنان والصيدالة والممرضات والمسعفون والمعاونون الصحيون، حيث لم ينص القانون على إعداد عدد كافٍ من الممارسين العاملين أو أطباء الأسرة الذين هم حجر الأساس في خدمة النظام وربط كل عدد من المواطنين بطبيب أسرة أو ممارس عام على قدر من الخبرة والإعداد العلمي والمهني. فطبيب الأسرة الجيد يمكنه العلاج والتصرف بكفاءة في أكثر من ٦٠% مما يصيب المواطن من أمراض في حدود إمكانياته المتدرب عليها، في بريطانيا يُمثل أطباء الأسرة أو الممارسين العاملين ما يقرب من ٥٠% من عدد الأطباء العاملين في النظام. وفي هذا الإطار كان من الأفضل أن يُدرج القانون نصاً يُلزم كليات الطب بفتح أقسام طب الأسرة وعمل دراسات عليا بها.

أضف إلى ذلك، عدم الترخيص بفتح عيادات خاصة للأطباء العاملين في النظام وتخييرهم بين العمل في النظام أو في القطاع الخاص. وهذا الأمر يُحقق ميزتان الأولى هي عدم إرهاق موازنة النظام برواتب أطباء لا يعملون في النظام بكامل طاقتهم أما الثانية هي عدم اتاحة الفرصة لهم للاستفادة من

النظام وتحويل المرضى من وإلى عياداتهم الخاصة. ولكن تطبيق ذلك لابد وأن يصاحبه زيادة في رواتب الأطباء العاملين في النظام بما يُعوضهم عن العائد المفقود لعدم فتح عيادة خاصة. بالإضافة لذلك، لابد من ضمان استدامة جودة وكفاءة العنصر البشري في المنظومة الصحية من خلال النص في القانون على التعليم والتدريب المستمر للأطباء حيث إن مهنة الطب تتطور باستمرار ويتم استخدام تقنيات جديدة وأدوية جديدة وبرامج تدريب جديدة وليس من المعقول أن يظل الطبيب على نفس المستوى بدون أي تقدم في مهارته العلمية والعملية، كما يجب عمل امتحانات دورية توضح نتائجها مدى إلمام الأطباء والمرضى والصيادلة والفنيين الطبيين بالمستجدات في مجال كل منهم.

كما أن الجدول الزمني لتطبيق النظام ينص على أنه سيطبق في عدد من المحافظات كل عام وتأتي محافظات القاهرة الكبرى في المرحلة الأخيرة برغم أن ٢٥% من السكان يعيشون بها وبالتالي عدد المرضى بها كبير. ونرى أنه كان من الأفضل البدء بالتطبيق في محافظات القاهرة الكبرى وذلك للاستفادة من زيادة عدد المستشفيات التابعة لوزارة الصحة بها بالمقارنة بالمحافظات الأخرى وكذلك لتوافر البديل الذي يتمثل في العيادات والمستشفيات الخاصة والتي يُمكن التعاقد معها لحين الانتهاء من تجهيز المستشفيات التابعة لهيئة الرعاية الصحية. كما نرى ضرورة تحصيل أموال التأمين المنصوص عليها في القانون بأكملها منذ بداية تطبيق القانون على أن يُخصص جزء من المبالغ المحصلة للإنفاق على إنشاء وتحسين المستشفيات والمرافق الطبية وتزويدها بالأجهزة والمعدات اللازمة لتطبيق معايير الجودة.

أخيراً، يُعتبر قانون التأمين الصحي الاجتماعي الشامل، برغم التحفظات، خطوة كبيرة نحو تحقيق التغطية الصحية الشاملة للمصريين وليس هو نهاية الطريق، فالتغطية الصحية الشاملة عملية مستمرة طويلة الأجل تهدف في نهاية المطاف إلى تحقيق التغطية الصحية الشاملة لجميع السكان من خلال تقديم خدمات صحية جيدة وبدون تعرض الأفراد لخطر المصاعب المالية المرتبطة بالدفع مقابل الرعاية. لذلك، نأمل أن يتسم تطبيق القانون بالرشد بما يحقق رعاية صحية حقيقية للمواطنين، وأن يأخذ القائمين على تنفيذه بعين الاعتبار التوصيات والانتقادات التي أثيرت حول القانون وما يظهر من مشاكل أثناء التطبيق بما يُحقق أفضل النتائج المرجوة من القانون.

REFERENCES

- Abdelkader, A. (2016). Egypt Healthcare System Past and Future.
- Abel-Smith, B. (1964). The hospitals, 1800-1948: a study in social administration in England and Wales, Harvard University Press.
- Al Bahnasy, R., O. Mohamed, H. El-Shazly, A. Abdel-Azeem and R. Khedr (2016). "The successes and the challenges of Egyptian Health Sector Reform Program." Menoufia Medical Journal **29**(4): 979-983.
- Anand, P. and P. Dolan (2005). "Equity, capabilities and health." Social Science & Medicine **60**(2): 219-222.
- Bank, W. (2017). World Development Indicators.
- Beveridge, W. H. B. B. (1942). Social insurance and allied services. The Beveridge report in brief, HM Stationery Office.
- Booth, R. (2018). Patient safety getting worse, say two-thirds of NHS doctors The Guardian London.
- Busse, R. and M. Blümel (2014). "Germany: Health system review." Health Systems in Transition **16**(2): 1-296.
- Campbell, D. (2017). Health unions urge Theresa May to ditch NHS pay cap The Guardian London.
- Campbell, D. (2017). Two-thirds support higher taxes to maintain NHS funding. The Guardian. London.
- Campbell, D. (2018). Shock figures from top thinktank reveal extent of NHS crisis The Guardian London.
- Chaabouni, S. and K. Saidi (2017). "The dynamic links between carbon dioxide (CO₂) emissions, health spending and GDP growth: A case study for 51 countries." Environmental Research **158**: 137-144.
- Cortez, R. (2017). Social health insurance reform in Egypt : implementation challenges and the way forward. . Health, Nutrition and Population Global Practice, World Bank. **1**.
- El-Zanaty, F. and A. Way (2006). Egypt Demographic and Health Survey 2005. Cairo, Egypt, Ministry of Health and Population/Egypt, National Population Council/Egypt, El-Zanaty and Associates/Egypt, and ORC Macro.
- Ellis, R. (2018). Smokers forced to quit on their own after funding cuts. The Guardian London.
- Forster, K. (2017). NHS staff suffer pay cuts in real terms as salaries rise by one per cent. The Independent. London.
- Fouda, A. and F. Paolucci (2017). "Path Dependence and Universal Health Coverage: The Case of Egypt." Frontiers in Public Health **5**.(320)
- Fund, K. s. (2017). How the NHS is funded King's Fund.
- Halıcı-Tülüce, N. S., İ. Doğan and C. Dumrul (2016). "Is income relevant for health expenditure and economic growth nexus?" International journal of health economics and management **16**(1): 23-49.
- Hiam, L. and M. McKee (2017). Upfront charging of overseas visitors using the NHS, British Medical Journal Publishing Group.

- Ismail, S. A. (2018). "The rocky road to universal health coverage in Egypt: A political economy of health insurance reform from 2005–15." International Social Security Review **71**(2): 79-101.
- Mason, R. (2016). People may be ready to pay extra penny on tax for NHS, Tim Farron says. The Guardian. London.
- Mossialos, E., M. Wenzl, R. Osborn and D. Sarnak (2016). 2015 international profiles of health care systems, Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health.
- Nardelli, A. (2015). Are foreigners really gaming the NHS to pay for their medical treatment abroad? . The Guardian.
- NHS (2015). The Handbook to the NHS Constitution, DH London.
- NHS (2018). Guidance NHS entitlements: migrant health guide Public Health England
- Nicholson, D., R. Yates and W. Warburton (2015). Delivering Universal Health Coverage. Report of the WISH Universal Health Coverage Forum 2015.
- Organization, W. H. (2017). The world health report 2013. Research for universal health coverage. Geneva: WHO; 2013.
- Perkins, A. (2018). Majority of voters back tax rises to bolster NHS. The Guardian. London.
- Porter, D" .(١٩٨٩) .The Health Services Since the War. Volume 1. Problems of Health Care. The National Health Service Before 1957".
- Powell, M. and R. Miller (2016). "Seventy years of privatizing the British national health service?" Social Policy & Administration **50**.١١٨-٩٩ :(١)
- Powell, T. (2016). The structure of the NHS in England. BRIEFING PAPER. H. o. Common. House of Common Library.
- Rashad, A. and M. Sharaf (2015). "Who Benefits from Public Healthcare Subsidies in Egypt?" Social Sciences **4**(4): 1162.
- Rashad, A. S .and M. F. Sharaf (2015). "Who benefits from public healthcare subsidies in Egypt?" Social Sciences **4**(4): 1162-1176.
- Savage, M. (2018). Danger to patients revealed in reports by 18,000 NHS nurses The Guardian. London.
- Shawky, S. (2010). "Could the employment-based targeting approach serve Egypt in moving towards a social health insurance model?" Eastern Mediterranean Health Journal **16**(6): 663-670.
- Squires, D., R. Osborn, S. Thomson and M. Jun (2013). International Profiles of Health Care Systems C. F. p .n. 1717.
- Statistics, C. E. A. f. P. M. a. (2018). Health Care Statistics.
- Tangcharoensathien, V., A. Mills and T. Palu (2015). "Accelerating health equity: the key role of universal health coverage in the Sustainable Development Goals." BMC Medicine **1**(13.٥-١) :(
- Team, F. F. (2018). Spending on the NHS in England. Full Fact. T. U. s. i. f. charity. London.
- Vega, J. (2013). "Universal health coverage: the post-2015 development agenda." The Lancet **381**(9862): 179-180.