

التأمين الصحي الاجتماعي في مصر الصعوبات والحلول-النظام

د. حسن عبد الفتاح زكى
رئيس هيئة التأمين الصحي السابق

إبريل ٢٠٠٤

المحتويات

٣	١. مقدمة مع نبذة تاريخية وقانونية
٦	٢. التغطية لإعداد المؤمن عليهم
٩	٣. التمويل
٩	أ. نظرة عامة
٩	ب. تمويل نظام التأمين الصحي في مصر
٩	ج. الإيرادات
١٤	د. تحليل الإشتراكات بالنسبة للتكاليف
١٦	هـ. تعليق على العجز المالي في التأمين الصحي
١٨	٤. التوصيات

١. مقدمة مع نبذة تاريخية وقانونية

اختارت مصر نظام التأمين الصحي الاجتماعي كنظام رئيسي لتقديم الرعاية الصحية منذ عام ١٩٦٤. قبل ذلك التاريخ كانت هناك خطوات محدودة تم اتخاذها لتطبيق صيغة أو أخرى من صيغ الرعاية الطبية التأمينية والتي كانت موجهة بصفة أساسية للقوى العاملة من العمال والموظفين وبينه العمل، وتعنى بإصابات العمل وتعويباتها وبعض النماذج للرعاية المرضية، تبلورت تلك الخطوات بصدور القانون ٦٤ لسنة ١٩٣٦ بخصوص إصابات العمل ثم مروراً بالقوانين ٨٦ لسنة ١٩٤٢ بإلزام صاحب العمل بالتأمين على عماله ضد إصابات العمل في إحدى شركات التأمين التجارية (وقد اشتهر ذلك وقتها باسم السيكورته) ثم القانون ١١٧ لسنة ١٩٥٠ والذي أدخل الأمرات المهنية ضمن مزايا التأمين للعمال .

في عام ١٩٥٨ كان لصدور القانون ٢٠٢ لسنة ١٩٥٨ للتأمين ضد إصابات العمل أثراً كبيراً على مسيرة التأمين الصحي في مصر حيث تم بموجبه نقل مسؤولية تمويل والتزامات إصابات العمل إلى مؤسسة عامة وأُنشأ الصندوق القومي لإصابات العمل كحل للتجاوزات التي مارسها الشركاء التجارية للتأمين ضد حقوق العمال المصابين بإصابة عمل في ظل القوانين السابقة .

في محطة هامة لمسيرة التأمين الصحي في مصر قانون العمل الموحد رقم ٩١ لسنة ١٩٥٩ والذي كان له تأثيراً كبيراً على الرعاية الصحية للعمال في ظل قوانين التأمين الصحي التي صدرت فيما بعد، وقد وضع ذلك القانون مكونات الرعاية الصحية اللازمة لصاحب العمل لتوفيرها لعمال المؤسسات التي بها ٥٠٠ عامل فأكثر أو ١٠٠ عامل فأقل من ١٠٠ عامل . نتيجة لذلك القانون بدأت الشركات والمصانع في إنشاء الأقسام والإدارات الطبية بها أو التعاقد مع شركات التأمين التجارية بعقود تأمين جماعية لعمالهم أو التعاقد مع المؤسسة الصحية العمالية والتي تم إنشائها لأول مرة في مصر طبقاً لذلك القانون لتقديم الرعاية الصحية للعمال بالمصانع والشركات والمؤسسات الصناعية وبخاصة إصابات العمل وذلك بصدور القرار الجمهوري بإنشائها رقم ٥٧١ لسنة ١٩٦١ . قامت تلك المؤسسة بتقديم خدماتها من خلال أربع مستشفيات كبيرة ثلاث منها بالقاهرة وهي مستشفيات صيدناوى وبشارع الجمهورية وكان بها أيضاً إدارة المؤسسة ومستشفى المقطم بشارع مجرى العيون ومستشفى حلوان بضاحية حلوان أما المستشفى الرابعة بالإسكندرية وهي مستشفى كرموز "العمالي" فيما بعد هي ذوات الهيئة العامة للتأمين الصحي وانضمت إليها مستشفيات وعيادات المؤسسة .

في عام ١٩٦٤ صدر قانونان في منتهى الأهمية ونتيجة لهما تم إنشاء الهيئة العامة للتأمين الصحي وبدائية تطبيق التأمين الصحي في مصر وهما:

أ. القانون ٧٥ لسنة ١٩٦٤ بتطبيق التأمين الصحي على موظفي الحكومة والهيئات العامة والمؤسسات العامة ووحدات الإدارة المحلية باشتراك قدره ٣% من أجور العاملين شهرياً يسدها صاحب العمل (وهو الحكومة في هذه الحالة) علاوة على اشتراك قدره ١% من الأجر الشهري يسدده المؤمن عليه (الموظف أو العامل)، ونتيجة لهذا القانون تم صدور القرار الجمهوري رقم ١٢٠٩ لسنة ١٩٦٤ بإنشاء الهيئة العامة للتأمين الصحي لأول مرة في مصر لتنفيذ ما جاء به القانون .

ب. القانون ٦٣ لسنة ١٩٦٤ بتطبيق التأمين الصحي على العاملين في القطاعين العام والخاص الخاضعين لنظام التأمين الاجتماعي، وقد أنشأ القانون بالهيئة العامة للتأمينات الاجتماعية في ذلك الوقت يتبنى وجهة نظر الهيئة العامة للتأمين الصحي بتوحيد مسؤولية خلالها . كانت اشتراكات ذلك القانون هي ٤% من الأجر الشهرية يسدها صاحب العمل علاوة على ١% من الأجر الشهري يسده العامل .

حدثت صعاب وعدم تنسيق ومشاكل بين الهيئة العامة للتأمين الصحي والهيئة العامة للتأمينات الاجتماعية في أمور تنفيذ كل منهما للقانون الذي يخصها حسمتها الحكومة في ذلك الوقت يتبنى وجهة نظر الهيئة العامة للتأمين الصحي بتوحيد مسؤولية تطبيق التأمين الصحي وعدم تناثرها بين هيئتين ونتيجة لذلك صدر القرار الجمهوري رقم ٣٢٩٨ لسنة ١٩٦٤ في ١٠/٣/١٩٦٤ بنقل مسؤولية تطبيق التأمين الصحي من الهيئة العامة للتأمينات الاجتماعية إلى الهيئة العامة للتأمين الصحي، وسارت مسيرة التأمين الصحي .

في عام ١٩٧٥: صدر قانونان هامين يعمل في إطارهما حالياً التأمين الصحي في مصر وهما:

أ. القانون ٣٢ لسنة ١٩٧٥: ويسمى نظام العلاج التأميني، وهو يقدّم تطبيق التأمين الصحي على موظفي الحكومة والهيئات العامة ووحدات الإدارة المحلية بقرار من وزير الصحة، وقد ألغى القانون السابق ٧٥ لسنة ١٩٦٤ .

يبدو أن السبب في إصدار هذا القانون هو عدم مقدرة الحكومة كصاحب عمل من الوفاء بالتزاماتها وتسديد نسبة ٣% من أجور العاملين لديها للهيئة العامة للتأمين الصحي، لذا فقد خفض هذا القانون الجديد هذه النسبة بمقدار النصف من ٣% إلى ١,٥% وكذلك تم خفض النسبة الخاصة بالمؤمن عليه من ١% إلى ٠,٥% وذلك نظير تسديد المؤمن عليه لرسوم أثناء تلقيه الخدمة مقدارها ٢٥% من سعر أو تكلفة الخدمة بحد أقصى جنيه واحد، بناء على ذلك فإن المؤمن

عليه يسدد تلك الرسوم على تذكرة الدواء وعلى الفحوصات المعملية والإشعاعية أما في حالة الإقامة بالمستشفى فإنه يسدد ٢٥ قرشا حتى المستوى الوظيفي الثالث وخمسون قرشا (٥٠ قرشا) للمستويات الوظيفية الأعلى عن كل يوم إقامة .

ب. القانون ٧٩ لسنة ١٩٧٥: وهو قانون التأمين الاجتماعي الساري حتى الآن ويحتوي على خمسة أنواع من التأمين وهي تأمين العجز والشيوخوخة والوفاء، تأمين المررض، تأمين إصابات العمل وأمراض المهنية، تأمين البطالة ثم أخيرا الرعاية الاجتماعية لأصحاب المعاشات .

تحتوي الأبواب الرابع والخامس والسادس من هذا القانون على تفاصيل تأمين إصابات العمل وتأمين المررض وإنشاء صندوق لتأمين المررض وإصابات العمل والأمراض المهنية .

يمول النظام في ظل هذا القانون بصفة أساسية من الاشتراكات وهي في تأمين المررض ٣% من الأجور الشهرية يسدها صاحب العمل علاوة على ١% من الأجر الشهري يسدده المؤمن عليه (يعتبر الأجر الشهري في هذا القانون هو الأجر الأساسي والمتغير على عكس قانون ٣٢ لسنة ١٩٧٥ الخاص بموظفي الحكومة فتحسب الاشتراكات على الأجر الأساسي فقط مما يعكس انخفاضا ملحوظا في إيرادات التأمين الصحي من قانون ٣٢ لسنة ١٩٧٥ عنها في قانون ٧٩ لسنة ١٩٧٥) .

وقد أحتوى القانون على تعريف شامل لإصابات العمل حيث أعتبر أنه إصابة بأحد الأمراض المهنية الواردة بالجدول رقم (١) المرافق للقانون هي إصابة عمل وكذلك الإصابة أثناء العمل وبسببه، كما أعتبر القانون أن الإصابة بالإجهاد والإرهاق أثناء العمل هي إصابة عمل وكذلك الحوادث الذي يتعرض له العامل أثناء ذهابه أو إياجه من العمل بشروط معينة وقد صدرت القرارات الوزارية التنفيذية لكل ذلك وتطبق بنجاح حتى الآن حدد القانون اشتراكا يسدده صاحب العمل في تأمين إصابات العمل وأغنى العامل من تسديد مثل ذلك الاشتراك استنادا على أن بينة العمل وما ينتج عنها من إصابات هي مسؤولية أصحاب الأعمال بالدرجة الأولى . قدر القانون اشتراك صاحب العمل في هذا التأمين (تأمين إصابات العمل) بنسبة ١% من أجور العاملين لديه في القطاع الحكومي ونسبة ٢% من تلك الأجور في القطاع العام ونسبة ٣% من تلك الأجور في القطاع الخاص [جدول (٥)] أما بالنسبة لأصحاب المعاشات فقد تم تغطيتهم أيضا باشتراك قدره ١% من قيمة المعاش ويلاحظ هنا لأنه لا يوجد اشتراك آخر مقابل اشتراك صاحب العمل حيث لا يوجد في هذه الحالة صاحب عمل، كما سمح القانون بدخول أرملة صاحب المعاش بعد وفاته إلى النظام باشتراك قدره ٢% من المعاش .

تميز هذا القانون بشمولية التغطية حيث سمح أيضا بدخول أفراد أسرة المؤمن عليه وأفراد أسرة صاحب المعاش باشتراك قدره ٠,٥% من الأجر الشهري للعامل عن كل فرد من أفراد الأسرة (الزوج- الزوجة- الأولاد) يسدده صاحب العمل من الأجر الشهري للعامل لديه علاوة على ٠,٥% أخرى يسددها المؤمن عليه عن كل فرد من أفراد أسرته يتقرر دخوله في هذا النظام وبطبيعة الحال توجد بعض الضوابط لذلك . ثم تنفيذ برنامج التأمين الصحي للأسر بقرار رئيس مجلس الوزراء رقم ١٠ لسنة ١٩٨١ وتم تطبيقه فقط بمحافظة الإسكندرية في عدد محدود من جهات العمل ولم يتم تطبيقه على أسر أصحاب المعاشات إلا أن تنفيذ هذا البرنامج فقد بعضا من أهميته وتراخت جهات العمل في طلب التطبيق على الأسر لأسباب تمويلية كما أن صدور القانون ٩٩ لسنة ١٩٩٢ الخاص بطلاب المدارس كان من ضمن تلك الأسباب .

في عام ١٩٩٢ تم صدور القانون رقم ٩٩ لسنة ١٩٩٢ الخاص بتطبيق التأمين الصحي على طلاب المراحل الدراسية قبل الجامعية (عام وخا ص) بما فيها مرحلة الحضانه الحكومية . يجدر بي هنا إلى الإشارة إلى ما ورد بصحيفة الأهرام (١١) يوم ٢٠/٤/٢٠٠٤ بالصفحة الأولى و صفحة ١٤ بصور تكليف من السيد الرئيس / محمد حسني مبارك لوزارة التربية والتعليم بتنفيذ خطة لإلحاق ٦٠% من عدد الأطفال المصريين في سن ٤ سنوات بمرحلة رياض الأطفال خلال السنوات الخمس المقبلة، وأن الوزارة تعد مجموعة من الإجراءات لإضافة مرحلة رياض الأطفال (ما قبل الصف الأول الابتدائي) إلى التعليم الإلزامي لتصبح ضمن سنوات التعليم الأساسي . هذا التكليف على جانب كبير من الأهمية من الناحية الصحية علاوة على أهميته العلمية والتعليمية والتنموية . ففي الجانب الصحي سيتم دخول هؤلاء الأطفال تلقائيا تحت مظلة التأمين الصحي وفقا لنصوص القانون ٩٩ لسنة ١٩٩٢ الخاص بالطلاب وبذلك سيدخلون في جميع مراحل تقديم الخدمة للطلاب من خدمات وقائية مثل الكشف الطبي الابتدائي والبدوري والتطعيمات وكشوف الأسنان وبرامج الوقاية من الحمى الروماتيزمية والألمينيا وبرامج الصحة النفسية إلى آخر تلك البرامج الفعالة التي تطبق في التأمين الصحي على الطلاب، كما سيتم تقديم الخدمة العلاجية لهم في جميع مراحلها، ولا يخفى أن عدم دخول مثل هؤلاء الأطفال تحت مظلة التأمين الصحي بما له من خدمات منتظمة ومستمرة دائما يعطى أثره في تراخي وعدم اكتمال وتقطع الرعاية الصحية لهم، وتفيد تقارير الهيئة العامة للتأمين الصحي (٢) أن عدد الأطفال اللذين يطبق عليهم التأمين الصحي نتيجة لقرار وزير الصحة والسكان رقم ٣٨٠ لسنة ١٩٩٧ والخاص بالتطبيق على حديثي الولادة يصل إلى حوالي ٦٨% من إجمالي المواليد، ودخل

هؤلاء الأطفال إلى مرحلة رياض الأطفال سيدخلهم جميعاً تحت مظلة التأمين الصحي ويقدر العدد المتوقع منهم من سن ٤- ٦ سنوات إلى ٣ مليون طفل (*) يدخل ٦٠% منهم مرحلة رياض الأطفال خلال السنوا الخمسة المقبلة أي حوالي ٢ مليون طفل سيعطى ذلك تأثيراً ملحوظاً لتحسين مؤشرات الصحة العامة في مصر كما أنه سيقفل من تأثير العجز المالي المصاحب للتطبيق على تلك الفئة في ظل قرار وزير الصحة والسكان رقم ٣٨٠ لسنة ١٩٩٧ رجوعاً إلى القانون ٩٩ لسنة ١٩٩٢ الخاص بالطلاب فإن الاشتراك يقدر بمقدار ٤ جنيهات يسددها الطالب أول كل عام دراسي علاوة على مساهمة الحكومة بمبلغ ١٢ جنيهًا سنويًا عن كل طالب مقيد بالمدارس .

استحدثت القانون مصادراً تمويلياً جديداً لم يكن معمولاً به من قبل وهو تقرير رسوم خاصة للتأمين الصحي مقدارها ١٠ قروش عن كل علبة سجاجير محلية أو أجنبية تباع بالسوق المحلي تقوم وزارة المالية بتجميعها وتوريدها للهيئة العامة للتأمين الصحي .

عام ١٩٩٧ تم صدور قرار وزير الصحة والسكان رقم ٣٨٠ لسنة ١٩٩٧ بتطبيق التأمين الصحي على المواليد اعتباراً من ١/١٠/١٩٩٧ بنفس مفاهيم تطبيق التأمين الصحي على الطلاب مع تقرير اشتراك كل مولود بمبلغ خمسة جنيهات سنويًا وتقوم وزارة الصحة والسكان بتقديم الرعاية الوقائية والتطعيمات لهؤلاء الأطفال حسب ما هو ساري من قبل القرار وحسب الخطط المقررة في هذا الشأن كما تقوم الهيئة العامة للتأمين الصحي بتقديم باقي حزمة الرعاية الصحية العلاجية سواء عن طريق وحداتها أو عن طريق التعاقد مع وحدات الرعاية الأساسية ووحدات الأمومة والطفولة التابعة لوزارة الصحة والسكان ويتم الصرف على ذلك من حساب فرعي بأخذ بعضاً من تمويله من الاشتراكات والبيع من الأخر ديوننا داخلية من طلبة المدارس ويجدر الإشارة أن وزارة الصحة والسكان تقدم خدمات التطعيمات على نفقتها، ولكون التطبيق على هذه الفئة ليس بقانون إلزامياً وإنما بقرار وزاري، لذا فإن المشتركين فيه يصلوا إلى حوالي ٦٨% من إجمالي المواليد (٢) .

(*) تقدير مقدم البحث

٢. التغطية لإعداد المؤمن عليهم

بمراجعة جدول (١)، جدول (٢) نرى أن التأمين الصحي في مصر بدأ عام ١٩٦٤ بعدد ١٤٠.٠٠٠ (مئة وأربعون ألف) مؤمن عليهم يعملون بالقطاع العام بمحافظة الإسكندرية وكانوا يمثلون حوالي ٠,٥% من عدد السكان. استمر التطبيق بطيئاً وبدو بسبب قلة الموارد والظروف السياسية في ذلك الوقت حتى أنه بعد أكثر من عشر سنوات من بداية التطبيق، في عام ١٩٧٥ كان عدد المؤمن عليهم ٦٠.٢٠٠ (ستمانمائة واثنان ألف) مؤمن عليهم أي بزيادة حوالي أربعة أضعاف فقط ويمثلون ٠,٧% من سكان مصر، كما نرى أيضاً أنه بعد عشرون عاماً من بداية التطبيق، في عام ١٩٨٥ كان عدد المؤمن عليهم فقط ٣,٢٢٥ مليون يمثلون ٠,٧% من سكان مصر في داخل القطاعات نفسها نجد أن نسبة التغطية وصلت إلى ٢٨% فقط من إجمالي العاملين في القطاع العام، ٨٣% من إجمالي العاملين بالقطاع الحكومي في عام ١٩٨٧ (٢) وقد يكون السبب في ذلك هو إغفال قانون ٧٩ لسنة ١٩٧٥ وضع مدة زمنية كحد أدنى لتغطية سكان مصر بالتأمين الصحي كما كان ذلك في القانون السابق عليه وتم إلغاؤه (قانون ٦٣ لسنة ١٩٦٤) ولو أنه في ظل ذلك القانون لم يتم الالتزام بتلك المدة التي حددها وهي ثلاث سنوات، كما أن التقدم التكنولوجي في مجالات الطب المختلفة مع زيادة تكاليف الرعاية الصحية م صديها بقلة الموارد، كل ذلك أضاف تأخيراً في إمكانية تغطية التأمين الصحي لمزيد من الفئات المحتاجة والمنتظرة للتطبيق عليها.

في عام ١٩٩٥ وصل عدد المؤمن عليهم إلى ٢١,٠١٤٠ مليون يمثلون ٣,٥% من سكان مصر وكانت هذه الزيادة الكبيرة بسبب تطبيق التأمين الصحي على طلاب المدارس في فبراير عام ١٩٩٣ ثم ازدياد الأعداد مرة أخرى في عام ٢٠٠٠ لتصبح ٢٦,٨٣٤ مليون مؤمن عليهم يمثلون ٤,١% من سكان مصر بسبب إدخال حديثي الولادة تحت مظلة التأمين الصحي في أكتوبر عام ١٩٩٧، وفي عام ٢٠٠٢ وصل عدد المؤمن عليهم إلى ٣٠,٦٣٥ مليون يمثلون ٤,٥% من سكان مصر، وفي عام ٢٠٠٣ وصل عدد المؤمن عليهم إلى ٣٤,٧٩٩ مليون يمثلون ٥,٠% من السكان. أما بالنسبة لإصابات العمل فتجدر الإشارة إلى أن تغطية العاملين بتأمين إصابات العمل لا علاقة له بكونهم مؤمن عليهم مرصياً أم لا، حيث أن القانون ٧٩ لسنة ١٩٧٥ يغطي جميع العمالة التي ينطبق عليها القانون بتأمين إصابات العمل ومن هنا نرى في جدول (٣) التطور الكبير والسريع في هذا النوع من التأمين ليصل عددهم عام ٢٠٠٢ إلى ١٠,٤٥٧ مليون، وتجدر الإشارة كذلك إلى أن عدد العاملين المطبق عليهم تأمين المرض بقانوني ٧٩ لسنة ١٩٧٥، ٣٢ لسنة ١٩٧٥ وصل عام ٢٠٠٢ إلى ٦,٧٥ مليون مؤمن عليهم فقط، وفي عام ٢٠٠٣ وصل عدد المؤمن عليهم بتأمين إصابات العمل إلى ١٠,٨١٩ مليون منهم ٥ مليون تقريباً مجموع القطاع الحكومي، ٥,٨ مليون تقريباً مجموعة قطاع الأعمال العام والخاص ونرى أيضاً أن عدد العاملين المطبق عليهم تأمين المرض في ذلك العام وصل إلى ٧,٠٢ مليون مؤمن عليهم فقط (٢).

جدول (١): تطوير التغطية لأعداد المؤمن عليهم (تأمين المرض) - ١٩٦٤-٢٠٠٣ (الأعداد بالآلاف)

إجمالي	قرار وزير الصحة والسكان رقم ٣٨٠/١٩٩٧	القوانين - أعداد المؤمن عليهم		السنة
		القانون ١٩٩٢/٩٩ الخاص بالطلاب	القانون ١٩٦٤/٧٥ + القانون ١٩٦٤/٦٣ القانون ١٩٧٥/٧٩ + القانون ١٩٧٥/٣٢	
١٤٠			١٤٠	١٩٦٤
٣١٨			٣١٨	١٩٧٠
٦٠٢			٦٠٢	١٩٧٥
١٦٥١			١٦٥١	١٩٨٠
٣٢٢٥			٣٢٢٥	١٩٨٥
٤٦٠٦			٤٦٠٦	١٩٩٠
٢١٠٤٠		١٤٨١٩	٦٢٢١	١٩٩٥
٢٦٨٣٤	٢٩٢٤	١٦٣٤٥	٧٥٦٥	٢٠٠٠
٣٠٦٣٥	٥٥٢٥	١٦٧٤٠	٨٣٧٠	٢٠٠٢
٣٤٧٩٩	٩٠١٣٩	١٦٨٨٨	٨٧٧٢	٢٠٠٣

المصدر: تقارير الهيئة العامة للتأمين الصحي

جدول (٢): تطویر أعداد المؤمن عليهم بالنسبة لعدد السكان ١٩٦٤-٢٠٠٣

السنة	أعداد عليهم بالآلاف	عدد السكان بالآلاف	نسبة المؤمن عليهم إلى السكان
١٩٦٤	١٤٠	٣٠٠٧٦ (أ)	٠,٥%
١٩٧٥	٦٠٢	٣٦٦٢٦ (ب)	١,٧%
١٩٨٥	٣٢٢٥	٤٨٢٥٤ (ت)	٦,٧%
١٩٩٥	٢١٠٤٠	٥٩٣١٣ (ث)	٣٥,٥%
٢٠٠٠	٢٦٨٣٤	٦٥٠٠٠ (ج)	٤١,٠%
٢٠٠٢	٣٠٦٣٥	٦٧٥٠٠ (ح)	٤٥,٥%
٢٠٠٣	٣٤٧٩٩	٧٠٠٠٠ (ع)	٥٠,٠%

المصدر: تقارير الهيئة العامة للتأمين الصحي،

(أ) تعداد ١٩٦٠، (ب) تعداد ١٩٧٦، (ج) تعداد ١٩٨٦، (د) تعداد ١٩٩٦، (هـ) تعداد ٢٠٠٠، (و) تعداد ٢٠٠١، (ز) تعداد ٢٠٠٢، (ح) تعداد ٢٠٠٣.

(أ) تقدير أعداد السكان - تقرير المتابعة السنوي - الهيئة العامة للتأمين الصحي ١٩٩٩/٢٠٠٠، (ب) تقدير أعداد السكان - تقرير المتابعة، السنوي - الهيئة العامة للتأمين الصحي ٢٠٠١/٢٠٠٢، (ج) تقدير أعداد السكان - تقرير المتابعة، السنوي - الهيئة العامة للتأمين الصحي ٢٠٠٢/٢٠٠٣.

جدول (٣): تطویر أعداد المؤمن عليهم بتأمين إصابات العمل (١٩٥٩-٢٠٠٣) - الأعداد بالآلاف

السنة	أعداد المؤمن عليهم
١٩٥٩	٢٦٣
١٩٦٧	٥١٧
١٩٧٠	٨٩٢
١٩٧٥	١٨٢٧
١٩٨٠	٥١٢٥
١٩٨٥	٦٦٤٠
١٩٩٠	٧٩٨٠
١٩٩٥	٨٩٧٦
٢٠٠٠	١٠٣٠٤
٢٠٠٢	١٠٤٥٧
٢٠٠٣	١٠٨١٩

المصدر: تقارير الهيئة العامة للتأمين الصحي

٣. التمويل

أ. نظرة عامة

تعتمد نظم التأمين الصحي الاجتماعي في كثير من البلدان على الاشتراكات كمدد أساسي لتمويلها، وتوزع تلك الاشتراكات على الأعضاء الذين يكونون العلاقة التأمينية والذين عادة ما يكونوا، الموظف و صاحب العمل والحكومة (١) . تلك الاشتراكات يتم جمعها في صندوق مالي يتم الصرف منه لتمويل مجموعة المزايا التأمينية التي يقدمها النظام (علاج — دواء — استرداد مالي ٠٠ الج) تلك الاشتراكات إما أن تكون مبلغ من المال يتم سداده أو نسبة من دخل المؤمن عليهم على أن يتم تقديرها بطريقة مناسبة تحافظ على التوازن ما بين إيرادات وما صرفوات النظام التأميني . يختلف تقدير تلك الاشتراكات حسب نوع التأمين الذي سيتم الأخذ به، ففي حالات التأمين قد يصير الأمد مثل التأمين الصحي فإنه يمكن تقدير تلك الاشتراكات طبقاً لتكلفة المزايا المقدمة خلال مدة محددة قد تكون سنة أو عدة سنوات واطاعة في الاعتبار معدلات توقع المرض وإحصاءاته المختلفة وماضافاً إليها متوسط تكلفة المزايا المقدمة وفي النهاية فإن إجمالي التكاليف يمكن تقديرها وحسابها كنسبة من الراتب أو الدخل العام .

تلك النسبة في النهاية تكون هي إجمالي القيمة التي يتعين تسديدها مشاركة ما بين أعضاء العلاقة التأمينية وكما أوضحنا سلفاً فهم الموظف و صاحب العمل والحكومة .

ب. تمويل نظام التأمين الصحي في مصر

يتم تمويل نظام التأمين الصحي في مصر طبقاً للنصوص القانونية التالية (جدول ٤ ، جدول ٥):

- ١- تأمين المرض - الباب الخامس من قانون التأمين الاجتماعي رقم ٧٩ لسنة ١٩٧٥ - مادة (٧٢) وما بعدها .
- ٢- مجالات التأمين - نفس الباب من نفس القانون - مادة (٧٣) وما بعدها .
- ٣- تأمين إصابات العمل - الباب الرابع من قانون التأمين الاجتماعي رقم ٧٩ لسنة ١٩٧٥ - مادة (٤٦) وما بعدها .
- ٤- صندوق علاج الأمراض وإصابات العمل والأمراض المهنية الباب السادس من قانون التأمين الاجتماعي رقم ٧٩ لسنة ١٩٧٥ - مادة (٨٣) - إدارة الصندوق مادة (٨٤) وما بعدها .
- ٥- الاشتراكات والإيرادات الواردة بالقانون ٣٢ لسنة ١٩٧٥ .
- ٦- الاشتراكات والإيرادات الواردة بالقانون ٩٩ لسنة ١٩٩٢ الخاص بالطلاب .
- ٧- الاشتراكات والإيرادات الواردة بقرار وزير الصحة والسكان رقم ٣٨٠ لسنة ١٩٩٧ .
- ٨- إيرادات متنوعة تتمثل في مساهمات المؤمن عليه عند الحصول على الخدمة (مثل ٢٥% الثمن بحد أقصى جنبيه واحد في الدواء والنفوس في قانون ٣٢ لسنة ١٩٧٥) وبعد مساهمات الأخرى المبينة في جدول رقم (٦) علاوة على إيرادات نسبة ١% من أجور العاملين بجهات العمل التي وافق التأمين الصحي على التصريح لها بعلاج العاملين لديها (بدلاً من ٤% حسب المواد (٤٨) ، (٧٢) من قانون ٧٩ لسنة ١٩٧٥ ، وكذلك إيرادات الكشاف الطبي الدوري للعاملين المعمرين لأحد الأمراض المهنية المبينة بالجدول رقم (١) المرافق للقانون ٧٩ لسنة ١٩٧٥ وقدره ٥٠ قرشاً (خمسون قرشاً) عن كل حالة تعرض، ثم رسوم الكشاف الطبي الابتدائي عند الدخول للخدمة أو للحصول على بطاقة التأمين الصحي ومقداره ٢ ج (جنيهان) .

ج. الإيرادات

تندرج إيرادات الهيئة العامة للتأمين الصحي في أربعة مصادر وهي:

ج - ١: صندوق الهيئة القومية للتأمين الاجتماعي، وهذين الصندوقين هما صندوق العاملين بقطاع الأعمال العام والخاص وصندوق العام (٤)، القطاع الحكومي (جدول ٧) . يقوم صندوق العاملين بقطاع الأعمال العام والخاص بتحويل اشتراكات كل من المؤمن عليهم وأصحاب الأعمال عن العاملين لديهم في كل من قطاع الأعمال العام والخاص حسب القانون ٧٩ / ١٩٧٥ فيما يخص كل من الأجور الأساسية والمتغيرة لكل من تأمين المرض ٤% وتأمين إصابات العمل (١, ٢٥%) علاوة على اشتراك أصحاب المعاشات والأرامل التابعين للصندوق (١% ، ٢% من المعاش على التوالي) وكما هو مبين في كل من جدول (٤) ، جدول (٥) يقوم صندوق العاملين بالقطاع الحكومي بتمويل اشتراكات كل من المؤمن عليهم وأصحاب الأعمال عن العاملين لديهم في القطاع الحكومي حسب القانون

٧٩ لسنة ١٩٧٥ فيما يخص الأجر الأساسية وحسب القانون ٤٧ لسنة ١٩٨٤ فيما يخص الأجر المتغيرة لكل من تأمين المرص (٤%) وتأمين إصابات العمل (٠,٨٥%) علاوة على اشتراك أصحاب المعاشات والأرامل التابعين للصدوق (١%)، ٢% من المعاش على التوالي) وكما هو مبين في جدول (٤)، جدول (٥).

جدول (٤): الاشتراكات في ظل القوانين السارية (تأمين المرض)

ملاحظات	إجمالي	اشتراك المؤمن عليه	اشتراك صاحب العمل
- النسبة من المرتبات والأجر والمعاشات			
- يقوم التأمين الصحي بتحويل الاشتراكات مباشرة من صاحب العمل في قانون ٧٥/٣٢ وفي اشتراك الأسر بمحافظة الإسكندرية	٢%	٠,٥%	١,٥%
- يقوم صدوق التأمين الاجتماعي بتحويل الاشتراكات للفئات التابعة لهم وتوريدها للتأمين الصحي حسب قانون ٧٩/١٩٧٥	٤%	١%	١%
- تقوم إدارات المدارس بتحويل اشتراك الطلاب (٤ جنهيات سنوية) وتوريدها للتأمين الصحي			
- مساهمة الحكومة بمبلغ ١٢ ج سنوية عن كل طلب تورد مباشرة من وزارة المالية إلى التأمين الصحي			
- في حالة التصريح لصاحب العمل بعلاج المؤمن عليهم لديه تخفف من الاشتراكات من ٤% إلى ١% ويوردها صاحب العمل مباشرة للتأمين الصحي			٠,٠
- اشتراكات قانون ٣٢/٧٥ تحسب على الأجر الأساسية فقط في حين اشتراكات قانون ٧٩/١٩٧٥ تحسب على الأجر الأساسية والمتغيرة.			٠,٠
- صاحب العمل في القطاع الحكومي يسدد تعويض الأجر ومصاريف الانتقال حسب قانون ٧٩/١٩٧٥	١%	١%	١٢ جنهية سنوية
- يضاف نسبة ١% على اشتراك صاحب العمل في القطاع الخاص في حالة تحمل صدوق التأمين الاجتماعي لتعويض الأجر ومصاريف الانتقال	٢%	٢%	عن كل طالب وتسددها وزارة المالية

المصدر: القوانين الحاكمة للتأمين الصحي

جدول (٥): الموارد المالية لتأمين إصابات العمل ونسب توزيعها على الصناديق المالية المعنية (صندوق التأمين الصحي وصدوق التأمين الاجتماعي) حسب قانون ٧٩ لسنة ١٩٧٥ والتعديل الوارد بالقانون ٨٦ لسنة ٢٠٠٠

النسبة المخصصة من اشتراك صاحب العمل لصدوق التأمين الصحي	النسبة المخصصة من اشتراك صاحب العمل لصدوق التأمين الاجتماعي المختص	اشتراك صاحب العمل (نسبة من الأجر الشهري للعامل)	القطاع المالي
٠,٨٥%	٠,١٥%	١%	الحكومي صدوق العاملين بالقطاع الحكومي
٠,١٢٥%	٠,٧٥%	٢%	القطاع العام وقطاع الأعمال العام صدوق العاملين بقطاع الأعمال العام والخاص
٠,٢٥%	١,٧٥%	٣%	القطاع الخاص صدوق العاملين بقطاع الأعمال والخاص

المصدر: القوانين الحاكمة للتأمين الصحي

* الاشتراك في تأمين إصابات العمل يأتي من صاحب العمل فقط ولا ينص القانون على اشتراك من المؤمن عليه.

قيمة هذه التحويلات عام ١٩٩٩/٢٠٠٠ إلى ٥٧١,٦ مليون جنيه (جدول ٧) حيث كان أكثر من النصف قليلاً وهو ٣٠٦,٩ مليون جنيه (٥٣,٧٠%) من صدوق العاملين بقطاع الأعمال العام والخاص، ثم أقل من النصف قليلاً وهو ٢٦٤,٧ مليون جنيه (٤٦,٣٠%) من صدوق العاملين بالقطاع الحكومي، نرى أيضاً بتحويل مصادر المبلغ الإجمالي المحول من الصدوقين أن ٢,٤٠% منه محول من تأمين المرص في حين أن ٣٧,٦٠% منه محول من تأمين إصابات العمل. هذه المبالغ المحولة من تأمين إصابات العمل كان لها فوائد كبيرة في دعم التوازن المالي للهيئة خلال السنوات الماضية والتقليل من عبء حمل الديون عليها حيث أن المصروفات على إصابات العمل كانت قليلة بالنسبة لإجمالي الإيراد الوارد منها وقد شكّل الباقي دعماً حقيقياً كما ذكرنا للإقلال من عبء الدين ويتبين ذلك من ملاحظة أن تكلفة إصابات العمل بالنسبة للمؤمن عليه الواحد قد وصلت إلى ٨٨ قرشاً في عام ١٩٩٩/٢٠٠٠ بإجمالي تكلفة ٩,٢٠٢ مليون جنيه (٢) من أصل مبلغ ٢١٤,٩ مليون جنيه (جدول ٧) وبالتالي فإن الباقي من هذا المبلغ وهو ٢٠٥,٦٩ مليون جنيه هو الذي شكّل فائداً في تأمين إصابات العمل كان ذو فائدة كبيرة للإقلال من حمل الدين الثقيل المحقق من تأمين المرص وبالأداء من قانون ٣٢/١٩٧٥ ومن المؤمن عليهم أصحاب المعاشات والأرامل التابعين لقانون ٧٩ لسنة ١٩٧٥، كما يتبين أهمية ذلك لو تمّت المقارنة بين

٨٨ قرشا تكلفة المؤمن عليه بإصابات العمل عام ١٩٩٩/٢٠٠٠ وبين تكلفة المؤمن عليه بتأمين المرض وهي ١٢٩,٣ جنيه بالنسبة للقانون ١٩٧٥/٧٩ لأصحاب كانات تمثلاً لأعمال عن نفس العام (جدول ١٢) . هذا الوضع تحسن أيضاً في ظل تعديل بعض مواد القانون ١٩٧٥/٧٩ بمقتضى القانون ٨٦ لسنة ٢٠٠٠ بتعديل نسب توزيع اشتراكات إصابات العمل ما بين صندوق التأمينات الاجتماعية وصندوق التأمين الصحي (جدول ٥) مما أتاح زيادة العائد للتأمين الصحي وهذا ما يتبين من جدول (٨) والذي يبين قيمة المبالغ المدولة من صندوق التأمينات الاجتماعية للتأمين الصحي لعام ٢٠٠٢/٢٠٠٣ ونرى فيه أن قيمة اشتراكات إصابات العمل المدولة للتأمين الصحي قد زادت من ٢١٤,٩ مليون جنيه عام ١٩٩٩/٢٠٠٠ إلى ٣٧٣,٩ مليون جنيه عام ٢٠٠٢/٢٠٠٣ (١٥٩ مليون جنيه) وحيث أصبحت اشتراكات إصابات العمل تمثل ٥,٧% من قيمة الإجمالي العام للمبالغ المدولة تمثل من الصندوق للتأمين الصحي بعد أن كانت تمثل فقط ٣,٦% من تلك المبالغ عام ١٩٩٩/٢٠٠٠ وذلك أيضاً على الرغم من أن أعداد المؤمن عليهم من القوى العاملة (حكومي أو قطاع الأعمال الخاص) لم تزد في ثلاث سنوات من عام ٢٠٠٠ إلى عام ٢٠٠٣ إلا بمقدار ٠,٧ مليون فقط (من ٦,٣ مليون إلى حوالي ٧ مليون) منهم ٠,٣ مليون في القطاع الحكومي و ٠,٤ مليون بقطاع الأعمال الخاص - وعلى الرغم من تعديلات قانون ٨٦ لسنة ٢٠٠٠ إلا أنه ما زالت المشكلة مؤرقة كما هو مبين فيما بعد بالجدول (١١)، (١٢)، (١٣)، (١٤) .

ج - ٢: اشتراكات القانون ١٩٧٥/٣٢ عن كل من المؤمن عليهم ومن أصحاب الأعمال عن العاملين لديهم وهي تحسب فقط عن الأجور الأساسية وتورد مباشرة من جهات العمل إلى التأمين الصحي (جدول ٤) .

ج - ٣: اشتراكات القانون ١٩٩٢/٩٩ الخاص بالطلاب (جدول ٤) علاوة على رسوم السجائر وهي ١٠ قروش على كل علبة سجائر (٢٠ سجارة) سواء المحلية أو الأجنبية والمباعة بالسوق المحلي .

ج - ٤: ع من الإيرادات على هيئة مساهمات مينة بالجدول رقم (٦) وما سبق بيانه ص ١١، ص ١٢ من هذا التقرير .
 يتضح مما سبق أن اشتراكات التأمين الصحي تمثل المورد الرئيسي له حيث تمثلت ٦٧,٥١% من الإيرادات عام ١٩٩٩/٢٠٠٠ (جدول ٩) ويبين هذا الجدول بيان الموارد الرئيسية للتأمين الصحي عام ١٩٩٩/٢٠٠٠ لكل أنواع المؤمن عليهم ونسبة كل مورد من إجمالي الموارد .

كما يبين جدول (١٠) الموارد الرئيسية للتأمين الصحي عن عام ٢٠٠٢/٢٠٠٣ وهو يسير على نفس المنوال من أن الاشتراكات تمثلت ٦٨,٢% من الإيرادات وفي حين أيضاً أن إيرادات رسوم السجائر الخاص بالقانون ١٩٩٢/٩٩ للطلاب تمثلت ١٧,٤% من الإيرادات أي، الاشتراكات ورسوم السجائر تمثلت ٨٥,٦% من إيرادات الهيئة عام ٢٠٠٢/٢٠٠٣ كما كانت أيضاً تمثلت ٨٧,٣% من الإيرادات عام ١٩٩٩/٢٠٠٠ كما يتبين أيضاً من الجدولين (٩)، (١٠) أن مساهمات المؤمن عليهم عند الحصول على الخدمة مثل دفع ثمن الدواء حدد أقصى ١ جنيه بالنسبة لقانون ١٩٧٥/٣٢ وكذلك ثمن الدواء بالنسبة لدواء العيادة الخارجية (مساعدة الأمراء المزممة) بالنسبة لقانون ١٩٩٢/٩٩ الخاص بالطلاب - كل هذه المساهمات كانت ذو تأثير محدود جداً على إجمالي الإيرادات فقدت فقط ٢,١% ، ١,٢% من إجمالي الإيرادات عام ١٩٩٩/٢٠٠٠ ، ٢٠٠٢/٢٠٠٣ على التوالي ومن المعروف أيضاً أن الغرض منها هو ضبط الاستخدام وضمان جديده إلا أنها بهذه الصورة أيضاً لا تفي بهذا الغرض لذا من المطلوب إعادة النظر فيها وفي قيمتها .

جدول (٦): مساهمات المؤمن عليهم عند الحصول على الخدمة

القانون	الممارس العام	الطبيب الاخصائى	الزيارة المنزلية	الدواء فى العيادة الخارجية	الأبحاث بالعيادة الخارجية	الأجهزة التعويضية	القسم الداخلى بالمستشفى
القانون ١٩٧٥/٣٢: المادة (٤) من القانون بقرار من وزير الصحة بناء على اقتراح من التأمين الصحى بإقرار مساهمات عند الحصول على الخدمة بشكل نسبة من ثمن الدواء (سعر البيع) ونسبة من سعر أو تكلفة أبحاث المعمل والأشعة وغيرها (حسب قائمة أسعار التأمين الصحى) بما لا يجاوز ٥٠% من سعرها أو تكلفتها وتمثل تلك المساهمات إيراد للتأمين الصحى (قرارات وزير الصحة أرقام ١٩٧٥/٢٨٢، ١٩٧٦/٢٨٥، ١٩٧٦/٦١٣	٥ قروش	١٠ قروش	٢٠ قرشا	٥٢% من سعره بحسب أقصى جنيه واحد	٥٠% من أسعارها أو تكلفتها بحد أقصى جنيه واحد	٥٠% من أسعارها أو تكلفتها بحد أقصى	٢٥ قرشا حتى المستوى السوى الوظيفى (الثالث، ٥٠ قرشا) للمستويات الوظيفية الأعلى عن كسل بسوم إقامة
قانون ١٩٧٥/٧٩: تنص المادة (٨٣) فقرة (٣) على مساهمة المؤمن عليه بما لا يجاوز ٢٠٠ مليون عند الحصول على الخدمة تحدد قيمتها وسبل الإعفاء منها بقرار من وزير الصحة بعد التنسيق مع وزير التأمينات (قرارات وزير الصحة أرقام ١٩٧٧/٣٩٢، ١٩٨٩/١١٤	٥ قروش	٠٠	٢٠ قرشا	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
قانون ١٩٩٢/٩٩ الخاضع بالطلاب	٠٠	٠٠	٣-٥ جنيهات	ثلث (٣/١) من ثمن تذكرة الدواء ما عدا الأمراض المزمنة	٠٠	٠٠	٠٠
فرد الأسرة (حسب قانون ١٩٧٥/٧٩ وقرار رئيس مجلس الوزراء رقم ١٠ لسنة ١٩٨١ بحدود أفراد أسرة المؤمن عليهم بمحافظة الإسكندرية	١٥ قرش	٣٠ قرش	١٢٥ قرش للممارس ١٥٠ قرش	٣٥% من سعره	٥٠% من أسعارها أو تكلفتها للأبحاث التنسي تزيد عن ٥٠ قرش	١٠٠% من أسعارها أو تكلفتها	٥٠% من التكلفة بحد أقصى ٥ جنيهات لكل

جدول (٧): بيان بلاشتركاكات المحولة من صندوق التأمين الاجتماعي إلى الهيئة العامة للتأمين الصحي لكل من تأمين المرض وتأمين إصابات العمل طبقاً للقانون ٧٩ لسنة ١٩٧٥ (عام ١٩٩٩/٢٠٠٠)

الصندوق	تأمين المرض		تأمين إصابات العمل		الإجمالي العام (بالمليون جنيه)
	النسبة من الإجمالي	القيمة بالجنيه	النسبة من الإجمالي	القيمة بالجنيه	
صندوق العاملين بقطاع الأعمال العام والخاص	٦١,٢٣%	١٨٧,٩	٣٨,٧٧%	١١٩,٠	٣٠٦,٩ (٣٠,٧٠%)
صندوق العاملين بالقطاع الحكومي	٦٣,٧٧%	١٦٨,٨	٣٦,٢٣%	٩٥,٩	٢٦٤,٧ (٤٦,٣٠%)
إجمالي	٦٢,٤٠%	٣٥٦,٧	٣٧,٦٠%	٢١٤,٩	٥٧١,٦ (١٠٠,٠٠%)

* اشتراكات أصحاب المعاشات والأرامل غير واردة

المصدر: بيانات الهيئة العامة للتأمين الصحي و صندوق التأمين الاجتماعي

جدول (٨): بيان بلاشتركاكات المحولة من صندوق التأمين الاجتماعي إلى الهيئة العامة للتأمين الصحي لكل من تأمين المرض وتأمين إصابات العمل طبقاً للقانون ٧٩ لسنة ١٩٧٥ وحسب التعديل الوارد بالقانون ٨٦ لسنة ٢٠٠٠ (عام ٢٠٠٢/٢٠٠٣)

الصندوق	تأمين المرض		تأمين إصابات العمل		الإجمالي العام (بالمليون جنيه)
	النسبة من الإجمالي	القيمة بالجنيه	النسبة من الإجمالي	القيمة بالجنيه	
صندوق العاملين بقطاع الأعمال العام والخاص	٩٠,٠٠%	٢٢٦,٩	١٠,٠٠%	١٥٧,٩	٣٨٤,٨ (٤٧,٠٠%)
صندوق العاملين بالقطاع الحكومي	٥٠,٠٠%	٢١٦,٥	٥٠,٠٠%	٢١٦,٠	٤٣٢,٥ (٥٣,٠٠%)
إجمالي	٥٤,٣%	٤٤٣,٤	٤٥,٧%	٣٧٣,٩	٨١٧,٣ (١٠٠,٠٠%)

* اشتراكات أصحاب المعاشات والأرامل غير واردة

المصدر: بيانات الهيئة العامة للتأمين الصحي

جدول (٩): مصادر الإيرادات الرئيسية للهيئة العامة للتأمين الصحي (عام ١٩٩٩/٢٠٠٠)

نسبة %	قيمة (بالمليون جنيه)	مصدر الإيراد
٦٧,٥١%	١٠١٤,٤	إجمالي الاشتراكات
	٢١٤,٩	- إصابات العمل وقانون ٧٩/١٩٧٥
	١٢٠,٨	- قانون ٣٢/١٩٧٥
	٣٦٥,٧	- قانون ٧٩/١٩٧٥
	٤٦,٨	- المعاشات والأرامل قانون ٧٩/١٩٧٥
	٢١,٧	- التصريح لجهات العمل بعلاج المؤمن عليهم (قانون ٧٩/١٩٧٥)
	٢٤٤,٥	- قانون ٩٩/١٩٩٢ للطلاب (الطلاب + اشتراك الحكومة)
٢,١٢%	٣١,٩	إجمالي مساهمات المؤمن عليهم عند الحصول على الخدمة
	١١,٠٠	- قانون ٣٢/١٩٧٥
	٢٠,٩	- قانون ٩٩/١٩٩٢ للطلاب
١٩,٧٥%	٢٩٦,٩	إيراد رسوم السجائر (قانون ٩٩/١٩٩٢)
٣,٢٦%	٤٩,٠٠	حصول بيع الخدمات
٧,٣٤%	١١٠,٤	إيرادات أخرى
١٠٠,٠٠%	١٥٠٢,٦	إجمالي

المصدر: تقارير الهيئة العامة للتأمين الصحي، صندوق التأمين الاجتماعي (تقديرية)

جدول (١٠): مصادر الإيرادات الرئيسية للهيئة العامة للتأمين الصحي (عام ٢٠٠٢/٢٠٠٣)

نسبة %	قيمة (بالمليون جنيهه)	مصدر الإيراد
٦٨,٢%	١٣٥١,٦	- إجمالي الاشتراكات
	٣٧٣,٩	- إصابات العمل قانون ١٩٧٥/٧٩
	١٤٩,١	- قانون ١٩٧٥/٣٢
	٤٤٣,٤	- قانون ١٩٧٥/٧٩
	٨٦,٧	- المعاشات والأرامل قانون ١٩٧٥/٧٩
	٢٨,٨	- التصريح لجهات العمل بعلاج المؤمن عليهم (قانون ١٩٧٥/٧٩)
	٢٦٩,٧	- قانون ١٩٩٢/٩٩ للطلاب (الطلاب + اشتراك الحكومة)
١,٢%	٢٣,٩	إجمالي مساهمات المؤمن عليهم عند الحصول على الخدمة .
	٩,٠٠	- قانون ١٩٧٥/٣٢
	١٤,٩	- قانون ١٩٩٢/٩٩ للطلاب
١٧,٤%	٣٤٥,٦	إيراد رسوم السجائر (قانون ١٩٩٢/٩٩)
٢,٤%	٤٧,٣	حديقة بيع الخدمات
١,٠٨%	٢١٤,٨	إيرادات أخرى
١٠٠,٠٠%	١٩٨٣,٢	إجمالي

المصدر: تقارير الهيئة العامة للتأمين الصحي (تقديرية)

د. تحليل الاشتراكات بالنسبة للتكاليف

بمراجعة الجداول أرقام (١١)، (١٢)، (١٤) نجد أنه في عام ١٩٩٥ كان متوسط اشتراك المؤمن عليه التابع لقانون ١٩٧٥/٣٢ (القطاع الحكومي) هو ٣١,١ جنيه سنوياً (عن المؤمن عليه الواحد) (جدول ١١) في حين أن حسابات التكاليف أفادت أن تكلفة هذا المؤمن عليه (الواحد) وصلت إلى ٨٦,٥ جنيه (في السنة) أي أن هناك عجز مالي على الهيئة بمبلغ ٥٥,٤ جنيه في السنة عن كل مؤمن عليه في هذا القطاع (عام ١٩٩٥)، كما كان متوسط اشتراك المؤمن عليه من أصحاب المعاشات والأرامل (قانون ١٩٧٥/٧٩) في ذلك العام (١٩٩٥) هو ٢٩,١ جنيه في السنة في حين أن حسابات التكاليف أفادت أن تكلفة هذا المؤمن عليه (الواحد) وصلت إلى ١٨٢,٥ جنيه في السنة في حين أن حسابات التكاليف أفادت أن تكلفة هذا المؤمن عليه (الواحد) وصلت إلى ١٨٢,٥ جنيه في السنة مخلفة عجزاً قدره ١٥٣,٤ جنيه في السنة لكل مؤمن عليه من هذه الفئة (جدول ١١) .

استكمالاً لهذا التحليل التكاليفي بعد ٥ سنوات أي في عام ٢٠٠٠/١٩٩٩ نجد نفس الاتجاه (جدول ١٢) حيث يتبين وجود عجز قدره ٤٩,٩ جنيه في السنة عن كل مؤمن عليه ينتسب للقانون ١٩٧٥/٣٢ (القطاع الحكومي) وكذلك عجز قدره ١٨٥,٠٠ جنيه في السنة عن كل مؤمن عليه من المعاشات والأرامل وفي هذه الجزئية نرى (جدول ١٢) أن متوسط الإيراد من المؤمن عليه من المعاشات والأرامل يصل إلى ٣٧,٢ جنيه في السنة في حين أن تكلفة الرعاية التأمينية له وصلت إلى ٢٢٢,٢ جنيه في السنة (عام ٢٠٠٠/١٩٩٩) .

جدول (١١): الإيراد والتكلفة والعجز الناتج لكل مؤمن عليه لعام ١٩٩٥ لكل من قانوني ١٩٧٥/٣٢ ، ١٩٧٥/٧٩ تأمين المرض

القيمة بالجنيه المصري

نوعية المؤمن عليه	متوسط الاشتراك السنوي للمؤمن عليه (الإيراد) بالجنيه	متوسط التكلفة السنوية للمؤمن عليه بالجنيه	العجز السنوي عن كل مؤمن عليه بالجنيه
قانون ١٩٧٥/٣٢ للعاملين بالحكومة	٣١,١	٨٦,٥	٥٥,٤
قانون ١٩٧٥/٧٩ للعاملين بقطاع الأعمال العام والخاص	٩٨,٩	٩٨,٩	-
قانون ١٩٧٥/٧٩ لأصحاب المعاشات والأرامل	٢٩,١	١٨٢,٥	١٥٣,٤

المصدر: تقارير الهيئة العامة للتأمين الصحي

جدول (١٢): الإيراد والتكلفة والعجز الناتج لكل مؤمن عليه لعام ١٩٩٥ لكل من قانوني ١٩٧٥/٣٢ ، ١٩٧٥/٧٩ تأمين المرض

القيمة بالجنيه المصري

نوعية المؤمن عليه	متوسط الاشتراك السنوي للمؤمن عليه (الإيراد) بالجنيه	متوسط التكلفة السنوية للمؤمن عليه بالجنيه	العجز السنوي عن كل مؤمن عليه بالجنيه
قانون ١٩٧٥/٣٢ للعاملين بالحكومة	٣٤,٩	٨٤,٨	٤٩,٩
قانون ١٩٧٥/٧٩ للعاملين بقطاع الأعمال العام والخاص	١٢٨,٦	١٢٩,٣	٠,٧
قانون ١٩٧٥/٧٩ لأصحاب المعاشات والأرامل	٣٧,٢	٢٢٢,٢	١٨٥,٠

المصدر: تقارير الهيئة العامة للتأمين الصحي

جدول (١٣): العجز السنوي لنوعيات المؤمن عليهم لعام ١٩٩٥ لكل من قانوني ١٩٧٥/٣٢ ، ١٩٧٥/٧٩ تأمين المرض

بالمليون جنيه

نوعية المؤمن عليهم	إعداد المؤمن عليهم (بالآلاف)	إجمالي الإيرادات (الاشتراكات) بالجنيه	إجمالي التكاليف بالجنيه	العجز السنوي (-) بالجنيه
قانون ١٩٧٥/٣٢ للعاملين بالحكومة	٢٨٧٣	٨٩,٣٥	٢٤٨,٦١	١٥٩,٢٦
قانون ١٩٧٥/٧٩ للعاملين بقطاع الأعمال العام والخاص	٢٤٢٦	٢٣٩,٩٣	٢٣٩,٩٣	-
قانون ١٩٧٥/٧٩ لأصحاب المعاشات والأرامل	٧٣٤	٢١,٣٥	١٣٣,٩٥	١١٢,٦٠
الإجمالي	٦٠٣٣	٣٥٠,٦٣	٦٢٢,٤٩	٢٧١,٨٦

المصدر: بيانات الهيئة العامة للتأمين الصحي

جدول (١٤): العجز السنوي لنوعيات المؤمن عليهم لعام ٢٠٠٠/١٩٩٩ لكل من قانوني ١٩٧٥/٣٢ ، ١٩٧٥/٧٩ تأمين المرض

بالمليون جنيه

نوعية المؤمن عليهم	إعداد المؤمن عليهم (بالآلاف)	إجمالي الإيرادات (بالجنيه)	إجمالي التكاليف (بالجنيه)	العجز السنوي (-) بالجنيه
قانون ١٩٧٥/٣٢ للعاملين بالحكومة	٣٤٦٢	١٢٠,٨٢	٢٩٣,٥٧	١٧٢,٧٥
قانون ١٩٧٥/٧٩ للعاملين بقطاع الأعمال العام والخاص	٢٨٤٤	٣٦٥,٧٣	٣٦٧,٧٢	١,٩٩
قانون ١٩٧٥/٧٩ لأصحاب المعاشات والأرامل	١٢٥٩	٤٦,٨٣	٢٧٩,٧٤	٢٣٢,٩١
الإجمالي	٧٥٦٥	٥٣٣,٣٨	٩٤١,٠٣	٤٠٧,٦٥

المصدر: بيانات الهيئة العامة للتأمين الصحي

إجمالي تلك المبالغ كعجز مالي على التأمين الصحي وهو الفرق بين الاشتراكات والتكاليف نجد أنه واصل عام ١٩٩٥ إلى ٢٧١,٨٦ مليون جنيه (جدول ١٣) وإلى ٤٠٧,٦٥ مليون جنيه عام ٢٠٠٠/١٩٩٩ (جدول ١٤)

يبين لنا جدول (١٥) النسبة التي تغطيها الاشتراكات من قيمة تكاليف كل فئة من فئات المؤمن عليهم (عام ٢٠٠٠/١٩٩٩) فنرى أن اشتركت المؤمن عليهم للقانون ١٩٧٥/٣٢ (القطاع الحكومي) تغطي فقط ٤١,١٥% من التكلفة كما أن اشتراكات المؤمن عليهم للقانون ١٩٧٥/٧٩ للعاملين بقطاع الأعمال العام والخاص تغطي تقريبا تكلفتهم في عام ٢٠٠٠/١٩٩٩ وهي ٩٩,٤٥% من التكلفة في حين أن اشتراكات المؤمن عليهم بقانون ١٩٧٥/٧٩ للمعاشات والأرامل تغطي فقط ١٦,٧٣% من التكلفة والباقي وقدره ٨٣,٢٧% يشكل عجزا لكل مؤمن عليه ينبغي تسديده.

٥. تعليق على العجز المالي في التأمين الصحي

في حقيقة الأمر فإن التأمين الصحي يواجه مشكلات حادة منذ سنوات قد تصل إلى أواخر الثمانينات وأوائل التسعينات من القرن الماضي وذلك فيما يخص القانونين ١٩٧٥/٣٢ ، ١٩٧٥/٧٩ لأصحاب المعاشات والأرامل.

من المعروف أن تمويل النظام يعتمد أساسا على الاشتراكات مثله مثل أي نظام للتأمين الصحي الاجتماعي على مستوى دول كثيرة، هذه الاشتراكات - مصدر - ثابتة بحكم القوانين التي تحكم تشغيل النظام ومن الصعب ربط تلك الاشتراكات بالمنصرف الفعلي وكما أسلفنا سابقا فإنها ثابتة بحكم القانون، على العكس من ذلك فإننا نرى في التأمين الصحي على الطلاب بالقانون ٩٩ لسنة ١٩٩٢ دعما حكوميا تسدده وزارة المالية مقداره ١٢ جنيها عن كل طالب مقيد بالدراسة وقد وصل هذا الدعم في عام ٢٠٠٢ إلى حوالي ٢٠٠ مليون جنيه في السنة، علاوة على التزام الحكومة حسب نص القانون بتسديد العجز في نظام الطلاب إن حدث، علاوة على تقرير رسوم على السجائر المبيعة بالسوق المحلي سواء أجنبية أو محلية بواقع ١٠ قروش عن كل علبة عشرين سيجارة وقد وصلت قيمة هذا الدعم من رسوم السجائر إلى ٢٩٦,٦ مليون جنيه عام ٢٠٠٠/١٩٩٩ (جدول ٩) زاد بعد ذلك ووصل إلى ٣٤٥,٦ مليون جنيه عام ٢٠٠٣/٢٠٠٢ (جدول ١٠) في نفس الوقت فإن القوانين الأخرى على العاملين وأصحاب المعاشات لا تتمتع بمثل ذلك الدعم من وزارة المالية لتغطية العجز الناتج عن الفجوة بين الاشتراكات والتكاليف وكما أسلفنا سابقا فإن الاشتراكات تمثل المورد الرئيسي للتأمين الصحي للقيام بتقديم المزايا لهؤلاء المؤمن عليهم حسب القانون، وكما أسلفنا فهي تمثل ٦٧,٥١% من الإيرادات (جدول ٩)، ٨,٢% من الإيرادات (جدول ١٠) كما أن حزمة المزايا التي يقرها القانون للمؤمن عليهم هي حزمة غير محدودة ولا سقف لها فهي تبدأ من أبسط الشكاوى المرضية حتى العلاج بالخارج وإن تم تحجيم ذلك العلاج بالخارج في السنوات الأخيرة لارتفاع مستوى الرعاية الصحية بالداخل في الجامعات وال مراكز الطبية المتخصصة التابعة لوزارة الصحة والسكان، ولا توجد دراسات اكتوارية على الإطلاق لمحاولة ربط تلك المزايا بمستواها المادي والتكاليفي، على الأقل لمعرفة تأثيرها الاقتصادي على الخدمات الصحية في المجتمع وتطبيق مبادئ اقتصاديات الرعاية الصحية.

لا يغيب في هذا المجال أهمية تطبيق نظام الحساب القومي للصحة (National Health Account (NHA) ليكون صورة حقيقية عن الرعاية الصحية في مصر وليكون عونا صادقا لأصحاب القرار ووضع السياسات الصحية، كما أن هذا الأمر لو أن مثل هذا النظام كان موجودا منذ فترة لكان الآن عونا لمصدري القرار عن دعم وتطوير وإصلاح وتعديل قوانين أو تعديل قوانين التأمين الصحي أو إدماجها، ومدى تطبيقه شاملا أم غير شاملا، جغرافيا أم فديا، ومتى يغطي كل المواطنين (مستشفيات)، سيتكلف وما هي قدرة المجتمع على تحمل تكاليفه ٠٠٠ إلخ إلى نهاية كل تلك الأسئلة ولا نجد لها إجابات شافية أو لها إجابات غير كاملة ونتخوف من مستقبل الخوص فيها ٠ كما هو مبين فإن الإيجابيات ومدى وجودها فأنض في التأمين الصحي على الطلاب (٢) لا يستفيد منه باقي القوانين حيث نص القانون ٩٩ لسنة ١٩٩٩ على فصل الأمور المالية وحساباته عن باقي القوانين ٠ في عام ١٩٩٥ قدر العجز المالي للتأمين الصحي بمقدار ٣٠ مليون جنيه (٢) وفي عام ٢٠٠١ أشار التقرير الختامي للسنة المالية (٢) وجود عجز متراكم يصل إلى ٣٧٢,٩٥ مليون جنيه في أنشطة القوى العاملة والمعاشات والأرامل (قانون ١٩٧٥/٣٢ وقانون ١٩٧٥/٧٩) علاوة على ديون داخلية لحساب التأمين الصحي على الطلاب تصل إلى ٢٦٠ مليون جنيه بإجمالي عجز يصل إلى ٦٣٣ مليون جنيه (٢) انخفض قليلا هذا العجز

في عام ٢٠٠٣ إلى ٥٠٩ مليون جنيه نتيجة لظهور تأثير قانون ٨٦ لسنة ٢٠٠٠ والذي أعاد توزيع اشتراكات إصاية العمل بين التأمين الصحي والتأمينات الاجتماعية وكذلك ظهور تأثير إضافة حوالي ثلاثة آلاف سرير مستشفى جديد (١٠ مستشفيات)، ٤٥ عيادة جديدة للبنية الأساسية للتأمين الصحي خلال الخمس سنوات السابقة وتأثير كل من المنافذ الصحية المركزية للدواء بوزارة الصحة والسكان وكذا استمرار سياسة ترشيد استهلاك الدواء بالهيئة . يعود ذلك العجز إلى قصور الربط ما بين حزمة كبيرة من المزايا وعالية المحتوى وبين مستوى منخفض من الاشتراكات الثابتة بحكم القبانون علاوة على اعتماد التأمين على موارد الطلبة كديون داخلية وتأخير صدور القبانون الجديد الموحد للتأمين الصحي . ونتيجة لذلك فإن المستوى العالي من الإنفاق للتأمين الصحي أكبر بكثير من مستوى الإيرادات وإذا ضربنا مثلاً واحدا فإنه يجب أن يكون هناك وسيلة ما لتعويض مبلغ ١٨٥ جنيه في السنة عن كل منتفع معاشات (عام ٢٠٠٠) هم في حكم العجز والذي وصل في عام ٢٠٠٢ إلى ٢٠٩,٣ ملياً تقريباً (٢) وإلى ٢٣٥,٦ جنيه تقريباً في عام ٢٠٠٣ .

جدول (١٥): نسبة تغطية اشتراكات المؤمن عليهم لتكاليف كل فئة – عام ٢٠٠٠/١٩٩٩ – تأمين المرض

نوعية المؤمن عليهم	نسبة تغطية الاشتراكات للتكلفة
قانون ١٩٧٥/٣٢ (القطاع الحكومي)	٤١,٥%
قانون ١٩٧٥/٧٩ (العاملين بقطاعي الأعمال العام والخاص)	١٩,٤٥%
قانون ١٩٧٥/٧٩ (لأصحاب المعاشات والأرامل)	١٦,٧٣%

المصدر: بيانات الهيئة العامة للتأمين الصحي

٤. التوصيات

- ٤-١. التأكيد على دور التأمين الصحي في مصر بكونه تأمين صحي اجتماعي، الانخراط تحت لوائه يكون إلزامياً حيث أن وجود نظام تأمين صحي غير اجتماعي يعنى وجود نظامين، واحداً للأغنياء عالى الجودة متعدد المزايا والآخر للفقراء منخفض الجودة محدد المزايا ولا يوجد تكافل اجتماعي يربط الإثنين .
- ٤-٢. إدخال التنافس بين مقدمي الخدمة لاحتواء التكاليف والسيطرة عليها وتقديم خدمات عالية الجودة بإعطاء المؤمن عليه الاختيار بين مقدمي الخدمات المتعاقدين مع التأمين الصحي .
- ٤-٣. إعادة تقييم حزمة المزايا التي يقدمها التأمين الصحي والاهتمام بالمزايا الأكثر إفادة والأعم تأثيراً والأقل تكلفة على المجتمع مع بحث إمكانية تعديل الاشتراك كلياً أو جزئياً في بعض حزم المزايا مع إدخال نظام الإعفاء الجزئي بدرجات متفاوتة لبعض فئات المجتمع الغير قادرة تيسيراً لهم ومراعاة للبعد الاجتماعي .
- ٤-٤. تحويل نظام العلاج على نفقة الدولة الحالي تدريجياً إلى نظام تأمين صحي إما جزئي لنسبة من الخدمات أو التكاليف أو كلي مع تسديد اشتراك مثل باقي فئات المؤمن عليهم ودعم الدولة له بقيمة ما تنفقه فعلاً على هذا النظام .
- ٤-٥. البحث في إمكانية تطبيق طرق فعالة لضبط التكلفة مثل تحديد سقف للتكلفة السنوية للمؤمن عليه يقوم بعدها بالمشاركة في تسديد التكلفة أو أي نظم أخرى في إطار هذه المفاهيم وتطوير نظام مساهمة المؤمن عليهم الحالي ووضع نظم فعالة لمراقبة الخدمة وأساليب الإنفاق .
- ٤-٦. فصل التمويل عن تقديم الخدمات في التأمين الصحي مع ملاحظة سهولة وإمكانية تنفيذ ذلك، ووضع أنماط متعددة في هذا الإطار (الإدارة الذاتية- إمكانية التملك بدون الإدارة . إلخ) .
- ٤-٧. إعادة النظر في نظام العقود الحالية في التأمين الصحي مع مقدمي الخدمة والتي تعتمد أساساً على المحاسبة على كل جزئية خدمة **Fee-for- service basis** وقد أثبتت التجارب السابقة ارتفاع التكلفة في ظل تلك النظم من التعاقدات والنظر