



التأمين الصحى القومى الاجتماعى

الشامل فى مصر – فى مفترق طرق خطر

بقلم الأستاذ الدكتور عبد المنعم عبيد

أولا : التطور التاريخى والإمكانات الراهنة لرعاية صحة الشعب:

١- أدى الاهتمام المتزايد بالوضع المتردى لصحة الريف منذ ثلاثينات القرن العشرين ثم ثورة يوليو ١٩٥٢، إلى نشر مئات ثم آلاف من الوحدات الصحية الريفية، والمجموعات الصحية (مقترنة بالتعليم والخدمات الاجتماعية) وتوفير مياه الشرب الآمنة والصرف الصحى فى الريف، وجهد كبير فى مقاومة البلهارسيا والأمراض المستوطنة .
ولكن شبكة متكاملة على أسس ديموجرافية تدرس الانتشار المرضى، لم يتم استكمالها أو ربطها بالمستويات الأعلى للرعاية المتخصصة والسريرية، كما ظلت جهود مقدمى الخدمة موزعة – لنفس المرضى – بين العمل الحكومى والعمل الخاص، مما أدى إلى تدنى الخدمة وقلة العدالة والكفاءة فى الخدمة الصحية .

٢- وكانت الخطوة التاريخية الكريمة الثانية هى إنشاء هيئة التأمين الصحى، التى قدمت رعاية صحية وسريرية هامة فى عام ١٩٦٤ (٣٠ مليون من السكان) إلى ١,٤ مليون من العاملين دون أسرهم . إلا أن من حسن التصرف ضم تلاميذ المدارس فى منتصف التسعينات، ليصل عدد المؤمن عليهم عام ٢٠٠٣ (عدد السكان ٧٠ مليون) إلى ٥٠% (أى ٣٤,٨ مليون منهم ١٦,٨ مليون تلميذ) .
إلا أنه منذ منتصف السبعينات ثم منذ عشر سنوات أخذت العوامل السلبية السكانية والمتزايدة فى نظام الرعاية الصحية إلى الإشارة إلى سمعة التأمين الصحى، مع تجريف إمكاناته

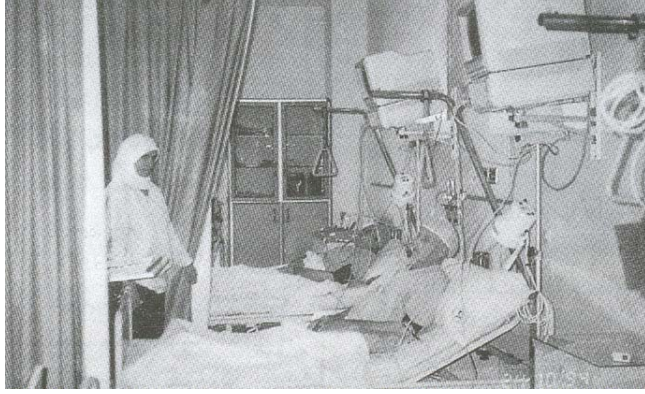
وتبويرها وأثقالها بالديون، وخلق التمايزات الناتجة من عمل الاستشاريين به وكالمعتاد في كل المرافق الصحية – في العمل العام والعمل الخاص وغيرهما في وقت واحد مع محاولات جزئية للإصلاح .

٣- والنتيجة لهذا التخبط في تقديم الخدمات الصحية الشاملة لغالبية الشعب المصري ،أن نشأ وضع شديد الالتباس في مجال تقديم الخدمات الصحية ،أبعد ما يكون عن (تأمين) جيد متكفل ،كفاء ، عادل ،يقدم مظلة تغطي الاحتياجات الرئيسية للغالبية ،مع غضب من المصاعب التي يعانيتها الذين يتمتعون بحق الرعاية التأمينية ، وتمسك منهم بالتأمين لصحي كملاذ وحيد ، وتسرب للجهود والأموال في حساب القطاع الخاص ،والصيدليات الخاصة ،والإلحاح في طلب عون مراوغ على نفقة الدولة في المسلمات وخصخصة حثيثة وغير مباشرة للقطاعات الحكومية ،والاستمرار في زيادة الاستثمارات في بناء صروح ومؤسسات سريرية ،مع عدم توافر الاعتمادات لتشغيلها وصيانتها واستمرارية تمويلها ، وتكريس أسلوب لحصول الأطباء ومقدمي الخدمة على دخل من اثنين إلى أربعة مصادر متداخلة للرعاية الصحية أو للنشاط التجاري والعقارى في نفس لوقت .ومن البديهي أن يحدث بعض التحسن المتذبذب في المستوى الصحي بفضل انتشار وتعدد الخدمات ،مع عدم حدوث تقدم كافي وممكن في مجمل المؤشرات الصحية المرتبطة بكفاءة التنمية ،وصعاب كثيرة في الحصول على خدمة صحية متكاملة ،وأخطار ماثلة من طبيعة الأمراض الخطيرة الوافدة أو المزمنة المنتشرة ، وتجمع لنذر سحابة سوداء في مجال الدواء والخدمة مع تنفيذ اتفاقات التجارة الدولية وقدم الهيئات الدولية (والخليجية !؟) برؤوس أموالها للتجارة في الصحة في مصر ،وارتفاع ضار متوقع في ثمن الدواء .واصبح ينطبق على الشعب المصري – الذى يمتلك الإمكانيات البشرية والخبرة التأمينية – المثل الذى يقول "عطشان وفى البحر فمه".

٤- لقد بنى الشعب المصري إمكانات هائلة بنشر مظلة تأمينية عالية الكفاءة عبر مئات السنين :
أ. إذ بلغ عدد الوحدات الأساسية فى الريف ٢٥٦٩ وحدة بالإضافة إلى ٦٢١ مستشفى للتكامل (أو مجموعة صحية) ، وعشرات من بينها الصندوق الاجتماعي ، وما يزيد على ١٥٠٠ وحدة ريفية لمواجهة الأمراض المستوطنة والدرن وغيرها ، ومئات من المختبرات والوحدات الصحية الحضرية .
ب. كما بلغ عدد المستشفيات ٢٤٩٩ منها ٤٥% بوزارة الصحة (١١٣٤ مستشفى بها ٨٠٥٣٥ سرير تمثل ٥٥,٥% من عدد الأسرة) كما يوجد بالمستشفيات الجامعية ٥٣ وحدة بها ٢٠٩١١ سرير (١٤,٥%) وبالتأمين الصحى ٨٧٣٠ سرير بها ٢٣٤٩٤ سرير (١٦,٣%) .
ت. ويبلغ عدد الأطباء ١٤٧٩٨١ طبيبياً (٢,٢ لكل ألف من السكان) والهيئة التمريضية ما يزيد على ٢١٠ ألف (٣ لكل ألف من السكان) وأطباء الأسنان ١٩٧٦٨ والصيدلة ٦٣٥٧٤ يعملون فى ٣٠ ألف صيدلية .
ث. وبلغ الأنفاق على الصحة عام ٢٠٠١ حوالى ٣,٩% من الناتج المحلى الإجمالى ٤٩% منه هو إنفاق حكومى (والأنفاق الخاص ٥١%) . وهذا الأنفاق الحكومى على الصفة هو ٧,٤% من مجمل الأنفاق الحكومى ، كما أن ٣٠% من الأنفاق الحكومى هو على التأمين الصحى .

وفي الوقت الذي بلغت فيه الموازنة العامة عام ٢٠٠١/٢٠٠٠ حوالي ١٢٧ مليار جنية، كان منها ٥,٧ مليار لموازنة الصحة (٤,٥٥) . ويتوزع مجمل أنفاق مصر على الصحة إلى :

- ١- القطاع الخاص : الأدوية (٣٦%) والعيادات والمستشفيات (١٨%)
- ٢- خدمات حكومية : وزارة الصحة (١٩%) والجامعات (١٠%) والتأمين الصحى (٨%)



ثانياً مفترق الطريق : نظرتان مختلفتان تماماً إلى مستقبل التأمين الصحى :

١- النظرة الحكومية المستندة إلى الأجراء الدولى من الهيئات المانحة : وتهدف إلى نزع كل المؤسسات السريرية من هيئة التأمين الصحى ووزارة الصحة كليهما ورسم خطة لإعطائها للمحليات بصورة مؤقتة (تحت غيار وضجة حول الحكم المحلى) ، كقفزة فى الظلام لتحويلها فى المستقبل إلى بائع للخدمة الصحية التى يمتلكها ، فى منافسة ثم تداخل ثم احتواء مع القطاع الخاص ، وليشترى منه الخدمة السريرية المقدمة هيئة مالية (صندوق) هو الذى ستجرى تسميته بالتأمين الصحى ، يجمع أموال المشتركين ويشترى بها الخدمة على أسس تنافسية ، عند مستوى الخدمة السريرية وحسب ما يستطيع أن يدفعه كل مشترك .

أما خدمات الصحة الأساسية فتقدم فى إطار خدمات صحية محدودة فى عيادات صحة الأسرة ، التى يخدم بها طبيب أسرة لكل خمسة آلاف من السكان ، ويقدم عدداً محدوداً من قائمة الأدوية الأساسية ، ويحيل عدداً محدوداً من المرضى إلى عيادات للأخصائيين فى ثلاث فروع رئيسية ، ثم إلى مستشفى المركز .

٢- نظرة الباحث مع عدد كبير من حماة التأمين الصحى الاجتماعى الشامل ، وتنادى بخطة من شقين :

أ- إنشاء هيئة التأمين الصحى الاجتماعى كهيئة مصرية مستقلة تضع الإستراتيجيات والسياسات والنظم والأسس التمويلية لتمتع كل مواطن بخدمة عيادة عادية ومتخصصة وخدمة سريرية متكاملة معها . ويتبع هيئة التأمين الصحى مؤسسة مالية لجمع الاشتراكات وشراء الخدمة على أسس تنافسية من كل مصادر القطاع

التأميني والخاص المتاحة حسب الجودة والكفاءة ، كما يتبع هيئة التأمين الصحي أيضا مؤسسة الرعاية الصحية التأمينية التي تحافظ على ملكية الشعب بضم كل المؤسسات الصحية التأمينية والحكومية والجامعية وفي الوزارات والقوات المسلحة والشرطة ، بما فيها كل المعاهد (المختبرات والمرافق، وكل الوحدات الصحية الريفية ومستشفيات التكامل بالريف ، تنسج منها جميعاً – مع من يقبل من القطاع الخاص ، شبكة متكاملة للعلاج بالعيادات والعلاج السريري والمتخصص .

ب- المسارعة بإنفاذ البنية التحتية للرعاية الصحية التأمينية بالريف من خلال ٦٠٠ مستشفى تكاملي ، تعالج كل منها ٤٥ ألف من السكان في القرى الكبيرة على أساس خدمة الأخصائيين في الفروع الطبية الرئيسية ، مع خدمة الإحالة من ١٥ ألف من السكان في القرى المحيطة الأصغر ، وربط هذه الشبكة الريفية بالخدمات السريرية التي تتوافر لدى هيئة التأمين الصحي على مستوى الخدمات التأمينية بالمدينة .

ت- وستؤدى أساليب التكافل الديمقراطي والقدرات الإكتوارية على توفير التمويل الكافي الحكومي والمساندة الشعبية الواسعة .