

التأمين الصحي في مصر: الواقع والتحديات والحلول المقترحة

أحمد أحمد زهران

أستاذ مساعد الإدارة العامة والمحلية، معهد أكتوبر العالي للاقتصاد،
مدينة الثقافة والعلوم، الجيزة
ahmedzahran2020@gmail.com

Health Insurance in Egypt: Reality, Challenges, and Proposed Solutions

Ahmed Ahmed Zahran

Assistant Professor of Public Administration, October Higher Institute of Economics, 6 October, Giza
ahmedzahran2020@gmail.com

DOI: 10.21608/ijppe.2024.369751

URL: <http://doi.org/10.21608/ijppe.2024.369751>

تاريخ استلام البحث: 2024/3/17، وتاريخ قبوله: 2024/6/25

توثيق البحث: زهران، أحمد. (2024). التأمين الصحي في مصر: الواقع والتحديات والحلول المقترحة. *المجلة الدولية للسياسات العامة في مصر*, 3(3)، 148 - 173.

التأمين الصحي في مصر: الواقع والتحديات والحلول المقترحة

المستخلص

تُقدم هذه الدراسة تحليلاً لمنظومة التأمين الصحي في مصر؛ حيث تتناول تطور القوانين الخاصة بالتأمين الصحي منذ بدايته وحتى الآن، وتقدم حلولاً لتعزيز الرعاية الصحية وتحقيق التغطية الشاملة، من خلال استعراض الأدبيات وتحليل البيانات الحالية، وعدد من التجارب الدولية الناجحة في مجال إصلاح التأمين الصحي؛ للوقوف على أهم الدروس المستفادة من تلك التجارب لتطبيقها في مصر. وتهدف الدراسة إلى فهم التحديات، وتحديد الفرص لتحسين النظام الصحي، في ضوء العدالة الاجتماعية، وضرورة تحسين الخدمات الصحية لجميع المواطنين. وتمثلت أهم النتائج الدراسة في تأكيد أهمية الإصلاحات لتعزيز التأمين الصحي، وتوسيع نطاق التغطية الصحية. وتشمل الإصلاحات ضرورة تحسين البنية التحتية للرعاية الصحية، وزيادة التمويل، وتحسين جودة الخدمات والتغطية، وتعزيز الرعاية الأولية، والاستفادة من التجارب الدولية الناجحة، واستخدام التكنولوجيا الحديثة؛ لتحسين الخدمات الصحية، مثل: الطب عن بُعد، والسجلات الطبية الإلكترونية. وأوضحت الدراسة أن هناك حاجة إلى جهود مستمرة ومدروسة بعناية لتحقيق الأهداف المرجوة في تحسين التأمين الصحي وتعزيز الصحة العامة، وأكدت على أهمية التعاون الدولي؛ لدعم تطوير البنية التحتية والتمويل. وتوصلت الدراسة إلى أن تنفيذ هذه التوصيات يمكن أن يُحسن -بشكل كبير- نظام التأمين الصحي في مصر، وهو ما يضمن تقديم خدمات صحية عالية الجودة لجميع المواطنين.

الكلمات الدالة: التأمين الصحي، الرعاية الصحية، الحوكمة، السياسة الصحية

المقدمة

تُعدُّ مصر من الدول التي حققت تطورات كبيرة في مجال التأمين الصحي في العقود الأخيرة، وتم اتخاذ العديد من الإصلاحات والسياسات؛ لتحسين نظام التأمين الصحي، وتوفير الرعاية الصحية للجميع. ومع ذلك، لا تزال هناك تحديات كبيرة تواجه الجهود المبذولة في هذا المجال، بما في ذلك عدم كفاية الوصول إلى خدمات التأمين الصحي، وقلّة جودة الرعاية. وبشكل عام، تم إجراء العديد من الإصلاحات والتحسينات التي تهدف إلى تحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة، وضمان التغطية الشاملة. وقد تأثرت هذه التطورات بعدد من العوامل الاقتصادية والاجتماعية التي أثرت -بشكل كبير- على اتجاه السياسة الصحية في البلاد.

تسعى الدراسة إلى تحليل التحديات الاقتصادية والإدارية والاجتماعية المتعددة والمتشابكة التي أثرت على تطور نظام التأمين الصحي في مصر. بالإضافة إلى ذلك، فإن فهم العوامل التي تؤثر على تقديم خدمات التأمين الصحي، وتحليل تأثيرها أمر ضروري في توجيه السياسات الصحية المستقبلية نحو تحقيق التغطية الصحية الشاملة، وتحسين جودة التأمين الصحي في مصر. وتهدف الدراسة إلى تقديم إسهام في فهم تطور التأمين الصحي في مصر، وتحديد الآليات اللازمة لتحسين خدمات التأمين الصحي، وجعلها في متناول كافة شرائح المجتمع.

وتنقسم الدراسة إلى خمسة أقسام رئيسة غير المقدمة والخاتمة، يتناول القسم الأول عرضًا للدراسات السابقة التي تناولت نظام التأمين الصحي، ويستعرض القسم الثاني تطور القوانين المتعلقة بالتأمين الصحي المصري، ويقدم القسم الثالث أهم التحديات والمشكلات التي تواجه التأمين الصحي في مصر، أما القسم الرابع فيتضمن بعض التجارب الدولية الناجحة، ويختتم القسم الخامس ببعض التوصيات والمقترحات.

إشكالية الدراسة والتساؤلات البحثية

يواجه نظام التأمين الصحي في مصر العديد من التحديات الاقتصادية والاجتماعية والإدارية والمؤسسية التي تعيق تطوره وتقدمه، ويُعدُّ نظام التأمين الصحي الذي يعمل بشكل جيد أمرًا ضروريًا لتوفير خدمات الرعاية الصحية، ولسد الفجوة بين احتياجات الرعاية الصحية للمواطنين والموارد المحدودة في المجتمع المصري، وتحقيق الضمان الاجتماعي، خاصة في مواجهة التغيرات الاقتصادية العالمية.

إشكالية الدراسة. تتمثل في استكشاف التحديات المتعددة التي تواجه تطبيق نظام التأمين الصحي في مصر، والذي يُعدُّ خطوة مهمة نحو تحقيق الرعاية الصحية الشاملة؛ حيث يواجه هذا النظام تحديات جمة تتعلق بالتمويل، والبنية التحتية، والقدرة على توفير خدمات صحية مستدامة وعالية الجودة لجميع شرائح المجتمع. وأبرز هذه التحديات مشكلة نقص التمويل، وارتفاع تكلفة الاشتراكات، وصعوبة تسجيل العاملين في القطاع غير الرسمي،

بالإضافة إلى الارتفاع المستمر في تكاليف العلاج وعدد السكان، وهو ما يهدد باحتمال حدوث عجز مالي قد يعيق تطبيق النظام، وتحقيق التغطية الصحية الشاملة بشكل فعّال.

بالإضافة إلى ذلك، تواجه البنية التحتية الصحية صعوبات تتمثل في انخفاض القدرات الاستيعابية للمنشآت الصحية، ونقص الكوادر الطبية المؤهلة؛ مما يؤثر سلبيًا على جودة الخدمات المقدمة. ومن جهة أخرى، هناك حاجة إلى تحسين آليات الحوكمة والإدارة؛ لضمان الاستخدام الأمثل للموارد، وتحقيق الكفاءة في تقديم الخدمات الصحية.

لذلك تهدف هذه الدراسة إلى تحليل هذه التحديات، واقتراح الآليات المناسبة للتغلب عليها، بما يسهم في تعزيز نظام التأمين الصحي، وتحقيق أهدافه في توفير رعاية صحية شاملة ومستدامة لكل مواطن مصري. وذلك من خلال الإجابة عن التساؤلات الفرعية التالية:

- كيف تطورت قوانين التأمين الصحي في مصر؟
- ما التحديات الرئيسية التي تواجه نظام التأمين الصحي في مصر وتعيق تحقيق التغطية الشاملة؟
- ما السياسات والإصلاحات اللازمة لإعادة هيكلة نظام التأمين الصحي في مصر، وضمان توفير خدمات صحية عالية الجودة للمواطنين؟
- كيف يمكن الاستفادة من التجارب والممارسات الناجحة للدول في هذا المجال؟
- ما الفرص الجديدة التي يمكن استغلالها لتحسين نظام التأمين الصحي في مصر وتحقيق التغطية الشاملة للخدمات الصحية؟

أهمية الدراسة

تستمد هذه الدراسة أهميتها من تركيزها على تحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة في التأمين الصحي من خلال تحليل التحديات التي تعيق نظام التأمين الصحي الشامل وتقديم خدمات ذات جودة، حيث يمكن تحديد نقاط الضعف التي يجب تطويرها لتحسين تجربة المرضى، وضمان توفر خدمات صحية ذات جودة عالية، وكذلك الاهتمام بزيادة التغطية. فمن خلال تحسين نظام التأمين الصحي، يمكن زيادة التغطية الصحية للمواطنين، وضمان حصولهم على الخدمات الصحية اللازمة دون عوائق مالية، بالإضافة إلى تعزيز العدالة الاجتماعية؛ من خلال توفير فرص متساوية للحصول على الرعاية الصحية لجميع شرائح المجتمع. بالإضافة إلى ذلك تركز الدراسة على تحقيق أهداف التنمية المستدامة؛ حيث يسهم تطوير منظومة التأمين الصحي في تعزيز صحة ورفاهة أفراد المجتمع بشكل عام.

منهجية الدراسة

يستخدم البحث المنهج الوصفي التحليلي لتحليل العوامل التي تسبب تحديات في منظومة التأمين الصحي في مصر وتقديم مقترحات عملية لتحسين النظام. ويستخدم البحث البيانات والإحصاءات والتقارير الرسمية المحلية والدولية لجمع وتحليل البيانات.

مراجعة الأدبيات حول نظام التأمين الصحي

تستعرض دراسة خليل (2023) دور منظومة التأمين الصحي الشامل في تحسين صحة المواطن المصري، من خلال استخدام المنهج الوصفي التحليلي، واستمارات الاستبانة لجمع البيانات من عينة من المترددين على التأمين الصحي. وأشارت الدراسة إلى أهمية تقليل تكاليف العلاج، وتسهيل الإجراءات الخاصة بالتحويلات الطبية، وأظهرت نتائج الدراسة أن النظام يساهم في تحقيق التغطية الشاملة للمرضى، وتحسين الخدمات الصحية، بما في ذلك توفير الأدوية والرعاية الطبية.

واستهدفت دراسة أحمد (2021) تحليل ودراسة نظام التأمين الصحي الشامل في مصر، والتعرف على المشكلات التي تواجهه، ودراسة مصادر تمويل نظام التأمين الصحي الاجتماعي الشامل في مصر، وكذلك دراسة تجارب الهند واليابان ذات الصلة. وأظهرت النتائج أن قطاع الصحة في مصر يواجه العديد من التحديات، بما في ذلك ضعف الإنفاق على الصحة، وضعف استخدام تكنولوجيا المعلومات. وحذرت الدراسة من أن نظام التأمين الصحي قد لا يكون مستدامًا في المستقبل بسبب العواقب والتحديات العديدة التي تعيق استدامته.

كما استهدفت دراسة (2020) التعرف على أسباب صدور قانون التأمين الصحي الشامل رقم 2 لسنة 2018، واستراتيجيات التنفيذ، وتحديد الجوانب الإيجابية والسلبية في سياسة التأمين الصحي. واستخدمت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي، معتمدة على مقياس لجمع البيانات الميدانية من المستفيدين من منظومة التأمين الصحي في محافظة بورسعيد، وعينة عشوائية من المنتفعين، وبلغ حجم العينة 157 مجوًتًا. وقد خلصت نتائج هذه الدراسة إلى أن نظام التأمين الصحي الجديد يعمل وفق نظام جديد تمت دراسته سابقًا، وأن معظم المرضى لديهم استعداد لتطبيق مبادئ الجودة الموضوعية لضمان الرضا عن الخدمة.

وركزت دراسة عبد الحفيظ، ونديم (2017) على أهمية أنظمة التأمين الصحي الاجتماعي كوسيلة لتحسين مستوى الصحة في المجتمع. وتتمثل أهم نتائج الدراسة في تحليل موارد التأمين الصحي في مصر؛ حيث كشفت الدراسة وجود فجوات في نفقات التأمين الصحي، منها زيادة التكاليف الإدارية عن المتوسط. وأكدت الدراسة على أهمية التأمين الصحي كعامل لرفع الإنتاجية، وتحقيق الاستقرار الاقتصادي، وسلطت الضوء على التحديات التي

تواجه التأمين الصحي في مصر، مثل وجود فئات محدودة الدخل بحاجة ماسة للخدمات الصحية. بالإضافة إلى ذلك، تناولت الدراسة عدم كفاءة الجهاز الإداري في منشآت التأمين الصحي والتحديات التنظيمية التي تعيق أداءها، وتحديات التمويل، بالإضافة إلى تحليل الوضع الحالي للمشاركين والمؤمن عليهم في مصر. وخلصت النتائج إلى أهمية تحسين نظام التأمين الصحي في مصر، وضرورة التركيز على تغطية صحية شاملة وفعّالة لضمان تحسين الصحة والرفاهة لجميع فئات المجتمع.

وقامت دراسة سليمان (2012) بتقييم أداء التأمين الصحي في مصر، مع تحليل نقاط الضعف في النظام، وتقديم مجموعة من التوصيات لتعزيز جودة الرعاية الصحية. وتشمل هذه التوصيات تحسين جودة الخدمات الطبية والعلاجية المقدمة للمرضى، وتعزيز البنية التحتية للخدمات الصحية من خلال زيادة الاستشارات والفحوصات الطبية، وتطوير إدارة الخدمات الصحية بتحديد الخدمات الأكثر فعالية واستدامة، مع وضع حدود للتكاليف والزمن اللازم للعلاج. وتضمنت التوصيات أيضًا التأكيد على ضرورة دعم الفئات الأكثر احتياجًا، مثل: الطلاب، والعمال، والمرضى المصابين بأمراض محددة، وتعظيم الاستفادة من التقدم التكنولوجي في تحسين البحث، والتشخيص، والعلاج، بالإضافة إلى توجيه المزيد من الاهتمام لتطوير وتدريب الكوادر الطبية والإدارية لضمان تقديم خدمات صحية عالية الجودة.

تتفق الدراسة الحالية مع الدراسات السابقة في استخدام المنهج الوصفي التحليلي، وفي استخدام أداة الاستبانة لجمع بيانات أولية حول موضوع الدراسة، في حين أن هذه الدراسة لم تستخدم أي أدوات لجمع البيانات الأولية، إلا أنها اعتمدت بشكل كامل على المصادر الثانوية والمكتبية الموثوق بها، مثل: تقارير المنظمات الدولية، وتقارير هيئة التأمين الصحي الشامل، وتقارير وزارة الصحة، وبعض المخرجات من الدراسات التي اعتمدت على المصادر الأولية.

وتختلف هذه الدراسة عن غيرها من الدراسات حول نفس الموضوع في عدة جوانب، فهي تركز على نظام التأمين الصحي المصري، وتحلل وضعه الحالي والتحديات التي تواجهه، بالإضافة إلى تحليل التحديات المتعددة المتمثلة في العوامل الاقتصادية والاجتماعية؛ مما يساعد على فهم سياق هذه المشكلة بشكل أفضل من خلال تحليل القضايا التي تؤثر على تطوير سياسة التأمين الصحي في مصر، ثم تقدم الدراسة مقترحات عملية لتحسين النظام الصحي في مصر لجعله أكثر فعالية وتأثيراً على الواقع الصحي في البلاد، مع التركيز على العدالة الاجتماعية. وتؤكد الدراسة على أهمية تحقيق العدالة الاجتماعية في القطاع الصحي، وتستكشف سبل تحقيق هذا الهدف من خلال تحسين نظام التأمين الصحي في مصر.

تطور قوانين التأمين الصحي المصري

نظام التأمين الصحي من 1959 إلى 1999

عقب قيام ثورة 1952، صدر القانون 202 لسنة 1958 لحماية العمال من الحوادث المهنية، وصدر القانون 91 لسنة 1959 لوضع معايير للرعاية الطبية التي تقدمها المؤسسات للعمال (الزغبى، 2017).

وفي عام 1964 حدثت تطورات مختلفة، بما في ذلك صدور مرسوم رئاسي في مارس بنقل مؤسسة الصحية العمالية، ومستشفياتها، وصيدلياتها، ومراكزها الصحية وعياداتها، ووحدات الإسعاف التابعة لها إلى المديرية العامة للتأمينات الاجتماعية.

وقد نص القانون رقم 63 لسنة 1964 على تغطية العاملين في القطاعين العام والخاص المشمولين بقانون التأمين الاجتماعي بالتأمين الصحي مقابل اشتراك قدره 1% من الراتب الشهري الذي يدفعه العامل مضافاً إليه 4% من الراتب الشهري يدفعه صاحب العمل (الحكومة)، كتغطية تأمينية صحية. وعهد القانون إلى مؤسسة التأمينات الاجتماعية آنذاك بتنفيذ هذا القانون؛ حيث كان هناك تداخل في تنفيذ التأمين الصحي بين مؤسسة التأمين الصحي ومؤسسة التأمينات الاجتماعية (الزغبى، 2017).

وقد شكّل عام 1964 نقطة تحول مهمة في مسيرة التأمين الصحي في مصر من خلال القانون رقم 75 لسنة 1964 الذي مدّ مظلة التأمين الصحي لتشمل موظفي الحكومة، والهيئات والمؤسسات العامة، والوحدات الإدارية المحلية.

وكان عام 1975 عامًا آخر من التحول، حيث صدر قانونان مهمان لا يزالان ساريين حتى اليوم، القانون رقم 32 ورقم 79 لسنة 1975 بشأن المعاملة التأمينية لموظفي الحكومة، والوحدات الإدارية المحلية، والهيئات والمؤسسات العامة، وقد أدى هذان القانونان إلى خفض المساهمة المالية لصاحب العمل.

وبالرغم من ذلك، شهد نظام الرعاية الصحية المصري العديد من الصعوبات والإشكاليات؛ التي دفعت إلى التفكير في إنشاء نظام تأميني جديد، ومن أهمها ما يلي:

أدى استمرار زيادة الإنفاق الخاص من جيوب المواطنين مباشرة للحصول على الخدمات الصحية والأدوية، بالإضافة إلى استمرار تراجع الإنفاق العام على الصحة إلى خروج الكثير من المواطنين من النظام الصحي العام، خاصة الشرائح الأكثر فقرًا وتهميشًا في المجتمع والبعيدة عن الإطار الرسمي، وقد أدى ذلك إلى فقدان إمكانية الحصول على الخدمات الصحية والأدوية. وبالإضافة إلى ذلك، استمرت جودة الخدمات المتاحة في التدهور، مع زيادة العوائق المالية والجغرافية التي أدت إلى نقص في الحصول على الخدمات الصحية والأدوية، وضعف الإطار

القانوني المنظم لهذه القطاعات؛ مما أدى إلى إهدار الموارد، وعدم الحصول على الخدمات الصحية، مع زيادة في التناقص في الممارسات الصحية؛ مما أدى إلى تراجع جودة الخدمات (غنام وعزب، 2021).

وفي عام 1992، صدر القانون رقم 99 ليقدم التغطية التأمينية لطلاب المدارس، حيث قدم 15 مليون مستفيد جديد (الموقع الإلكتروني لجامعة كولومبيا، 2024).

ومنذ منتصف التسعينيات، كانت هناك محاولات متكررة لإصلاح نظام الرعاية الصحية بأكمله، بدءًا من نظام التأمين الصحي. ففي عام 1997، شرعت البلاد في موجة من الإصلاحات التي حاولت إصلاح نظام التأمين الصحي من خلال التوصية ببرنامج أفقي شامل لإعادة هيكلة النظام الصحي والتأمين الصحي وإجراء الدراسات العلمية (Egyptian Initiative for Personal Rights, 2019).

تطور نظام التأمين الصحي منذ عام 2000 حتى الآن

خلال الأعوام 2000، و2004، و2007، و2010، جرت محاولات ومشروعات لإصلاح نظام التأمين الصحي الشامل، وسن قانون جديد يهدف إلى ضمان العدالة الاجتماعية، والتغطية الصحية الشاملة الصحية، ولم تحقق تلك المحاولات النجاح المنشود.

وعقب ثورة يناير 2011، تم تشكيل لجنة من ممثلي الحكومة والمجتمع المحلي للاستجابة لمطالب المجتمع، وإجراء تعديلات جوهرية على القانون وفقا لأحكام المحكمة الإدارية. وقد أجرت اللجنة عددًا من الحوارات مع المجتمع أسفرت عن إدخال 42 تعديلًا على مشروع قانون 2010، وفي عامي 2012-2013، واصلت اللجنة عملها على مشروع القانون المقدم إلى مجلس الشورى، والذي تضمن تغييرًا طفيفًا في المسمى من التأمين الصحي الشامل إلى التأمين الصحي الوطني، إلا أنه لم يؤثر على مضمون التعديلات السابقة على أداء التأمين الصحي (غنام، 2021).

وفي عام 2018، صدر قانون التأمين الصحي الجديد (القانون رقم 2) الذي اعتمد -إلى حد كبير- على مخرجات اللجنة، ورؤى البنك الدولي بشكل أكثر تفصيلاً، وعرف هذا القانون التأمين الصحي الشامل بأنه نظام تضامني يغطي جميع المواطنين منذ لحظة الميلاد حتى لحظة الوفاة في جميع أنحاء الجمهورية. وتغطي خدمات هذا التأمين كل حالات المرض، والإصابات أثناء العمل بكافة مستويات وتدرجات الرعاية الصحية، على أساس العدالة والمساواة لجميع المؤمن عليهم، مع إمكانية السماح لهم باختيار مقدم الخدمة حسب رغبتهم. ولا تغطي خدمات التأمين خدمات الصحة العامة، والخدمات الوقائية، وخدمات تنظيم الأسرة، وخدمات الإسعاف، والكوارث الطبيعية، والأوبئة (الهيئة العامة للاستعلامات، 2023).

ويمثل القانون نقلة نوعية كبيرة وأداة تشريعية تنشئ هيئة لتمويل وشراء خدمات الرعاية الصحية نيابة عن المواطنين المشتركين في النظام، وهيئة تقدم الرعاية الصحية والخدمات لمقدمي الخدمة، وهيئة ثالثة لمراقبة جودة الخدمات المقدمة والتصديق عليها. ويعتبر هذا القانون محاولة طموحة للإصلاح؛ حيث إنه توجه جديد تمامًا في تاريخ نظام الرعاية الصحية في مصر، ورغم الصعوبات التي تواجهه، فإنه يسعى إلى تحقيق نظام للحكومة الرشيدة للنظام؛ حيث يتم الفصل بين الوظائف المختلفة، وضمان المساءلة، والجودة، والشمولية، وتعزيز الاستخدام الأمثل للموارد وإدارتها واستدامتها (غنام، 2021).

تم إنشاء ثلاث هيئات تحت القانون الجديد: الأولى هي هيئة التأمين الصحي الشامل، وتقوم بدور الجهة التي تتلقى الاشتراكات وتدير الشؤون المالية لنظام التأمين الصحي، وتعمل على تسعير الخدمة المقدمة من خلال النظام التأميني، والتعاقد مع الجهات المقدمة للخدمة العلاجية، بالإضافة إلى إدارة نظام المعلومات للاضطلاع بجميع هذه الوظائف الإدارية والتنظيمية، والتعامل مع مقدمي الخدمات والهيئتين الأخريين.

أما الهيئة الثانية فهي هيئة الرعاية الصحية المسؤولة عن تقديم الخدمة للمؤمن عليهم على جميع المستويات الثلاثة داخل المستشفيات أو خارجها، سواء في مستشفيات التأمين الصحي أو المستشفيات التابعة لوزارة الصحة، وتتولى عملية تأهيل مستشفيات القطاع الخاص لكي تندمج في عملية تقديم الخدمة.

بينما تتولى الهيئة الثالثة الاعتماد والرقابة الصحية وتعمل على ضمان جودة مستوى الخدمة العلاجية، واعتماد الجهات المقدمة لخدمات الرعاية الصحية، وإصدار دليل جودة قياس مفصل لمقدمي الخدمات للالتزام به، ومراقبة وتنظيم خدمات التأمين الصحي، بما في ذلك وضع المعايير، ومنح أو تعليق الاعتماد، وتسجيل المرافق الطبية والأخصائيين، وبناء القدرات. كما سمح القانون الجديد بتوجيه منظومة المستشفيات العامة، أو قطاع كبير منها، بالتدريج لخدمة التأمين الصحي (الموقع الإلكتروني للهيئة العامة للتأمين الصحي الشامل، 2024).

مصادر تمويل نظام التأمين الصحي الشامل الجديد

يعتمد النظام الجديد على ثلاثة محاور تمويلية رئيسية لضمان تمويله واستدامته: المحور الأول هو مساهمة الأسرة تحت مظلة المساهمة الأسرية، وتعتمد نسبة المساهمة على إجمالي دخل رب الأسرة بحيث يدفع الاشتراك عن الفرد، والأبناء، والزوجة، إذا كانت لا تعمل، أو 1% للزوجة إذا كانت تعمل. وتقدر المساهمات الإجمالية للأسرة بمتوسط 6% من إجمالي دخل رب الأسرة و4% من صاحب العمل (سواء كان جهة حكومية أو خاصة)، بمجموع 10% تقريبًا إذا كان هناك طفلان والزوجة لا تعمل. وهذه المساهمة الإجمالية لفئة مختصة من المجتمع تعمل في إطار رسمي محدد، مثل الدولة أو القطاع الخاص المنظم، ويمكن أن تصل إلى حوالي ثلث التكلفة

الإجمالية للمخطط، أو نحو 200 مليار جنيه في حالة التنفيذ الكلي للمخطط لنحو 90% من السكان المقيمين (غنام، 2021).

المحور الثاني المطلوب لاستدامة المخطط هو مساهمة الدولة للفئات المعسرة في المجتمع، والتي تقدر بما يقرب من 30% إلى 35% من الأسر، أي ما يعادل 200 مليار جنيه إضافية (غنام، 2021).

المحور الثالث والأخير والأهم لتحقيق العدالة الاجتماعية والإنصاف هو ما يسمى بالمصادر الأخرى، أو التمويل المجتمعي، والرسوم الصحية لحزم السلع والخدمات التي لا تؤثر على مصالح الفقراء. وهذا دليل على التكافل المجتمعي من جهة، وتعبير عن المسؤولية الاجتماعية من جهة أخرى. ويكتسب هذا الأمر أهمية خاصة بالنسبة للقطاعات الصناعي والتجاري الخاص، وهما الأكثر ثراءً في المجتمع، لأنهما يحققان أرباحاً فعلية، ولا يؤدي اقتطاع جزء منها إلى مزيد من التضخم أو تشييط الاستثمار (غنام، 2021).

بدأت عملية الانتقال من النظام القديم إلى النظام الجديد بطريقة متوازنة، حيث يحدد القانون قواعد وإجراءات التنفيذ المرحلي وأحكامه. وتشمل المرحلة الأولى: بورسعيد، والإسماعيلية، والسويس، وجنوب سيناء، والأقصر، وأسوان. وتشمل المرحلة الثانية: مطروح، والبحر الأحمر، وقنا، وشمال سيناء. أما المرحلة الثالثة فتشمل: الإسكندرية، والبحيرة، ودمياط، وسوهاج، وكفر الشيخ. وتشمل المرحلة الرابعة: بني سويف، وأسيوط، والمنيا، والوادي الجديد، والفيوم. وتشمل المرحلة الخامسة: الدقهلية، والشرقية، والغربية، والمنوفية. والمرحلة السادسة تشمل: القاهرة، والجيزة، والقليوبية. وبالطبع، فإن التدرج في التنفيذ على عدة مراحل يعطي متخذي القرار فرصة جيدة لتلافي أي أخطاء أو سلبيات (الموقع الإلكتروني للهيئة العامة للتأمين الصحي الشامل، 2024).

وتعكس الإحصائيات الموجودة في الجدول (1) الجهود المبذولة في تنفيذ منظومة التأمين الصحي الشامل ضمن المرحلة الأولى في المحافظات الثلاث: بورسعيد، والإسماعيلية، والأقصر؛ حيث يُلاحظ مدى التزام المحافظات الثلاث بتطبيق المنظومة، والتي تُعد خطوة مهمة نحو تحقيق الأمان الصحي لجميع المواطنين. ويُظهر الجدول التفاوت في أعداد السكان بين المحافظات الثلاث، وهو ما يعكس التحديات المختلفة التي تواجه كل محافظة في توفير الخدمات الصحية. على سبيل المثال، تُظهر محافظة بورسعيد نسبة عالية من المستفيدين من التأمين الصحي مقارنة بعدد سكانها، مما يشير إلى فعالية النظام في الوصول إلى شريحة واسعة من السكان. ومن ناحية أخرى، تُظهر محافظة الإسماعيلية أعلى عدد من السكان، ولكن بنسبة مستفيدين أقل من الأقصر، التي يتقارب عدد سكانها مع الإسماعيلية، مما يدل على الحاجة لزيادة الجهود في توسيع نطاق تسجيل المواطنين في الإسماعيلية.

الجدول 1

إحصائيات المرحلة الأولى في المحافظات الثلاث (بورسعيد، والإسماعيلية، والأقصر)

الإحصائيات	المحافظة	الأقصر	بورسعيد	الإسماعيلية
عدد السكان		1,417,492	786,938	1,469,378
المواطنون المسجلون بالنظام		1,205,504	667,882	1,142,714
الفحوصات التي تم إنجازها		2,450,618	1,409,0237	219,630
العمليات التي تم إجراؤها		114,529	82,038	2,354
المتريدين على النظام		46,591	60,237	115,568
المستشفيات التي تم تطويرها		7	9	6
الوحدات والمراكز التي تم تطويرها		44	37	54
مقدمو الخدمة المسجلين من القطاع الخاص		11	10	12
عدد الحالات		169,681	28,156	82,195
مكاتب متابعة شؤون المرضى		63	31	38

المصدر: الموقع الإلكتروني للهيئة العامة للتأمين الصحي الشامل (2024).

تحديات ومشكلات التأمين الصحي في مصر

تنقسم التحديات إلى نوعين؛ الأول: تحديات منظومة التأمين الصحي في المرحلة الانتقالية، والثاني: تحديات تواجه نظام التأمين الصحي الشامل الجديد.

أولاً: التحديات في المرحلة الانتقالية

▪ عدم قدرة النظام على الاستيعاب السريع للزيادة السريعة في عدد المواطنين حتى الآن؛ حيث استغرق نظام التأمين الصحي نحو 40 عامًا منذ إنشائه لتغطية ما يقرب من 51% من السكان، وذلك على الرغم من زيادة حجم الفئات التي يغطيها التأمين الصحي بعد صدور القانون رقم 99 لسنة 1992، الذي سبق ذكره، بشأن التغطية التأمينية الصحية لجميع الطلاب الملتحقين بالمدارس، وأيضًا قرار وزير الصحة والسكان رقم 380 لسنة 1997 بشأن التغطية التأمينية الصحية لجميع الأطفال حديثي الولادة قبل سن المدرسة.

وعلى الرغم من ارتفاع أعداد المؤمن عليهم، فإن حصة المشتركين من القطاعين الحكومي والعام، والخاص من إجمالي عدد العاملين والقوى العاملة لا تزال محدودة. فهناك شرائح من السكان لا تزال غير مشمولة

بالتأمين الصحي، مثل الأطفال المتسربين من التعليم، والعمال الزراعيين، وربات البيوت، والعمال غير الرسميين، وجميع الفئات التي ليس لها دخل ثابت وغير مرتبطة بصاحب عمل محدد (عبدالحفيظ ونديم، 2017).

■ ضعف الموارد المالية والبشرية التي تدفع المنظومة للعمل بشكل كفاء (فقد حقق تمويل التأمين الصحي، الذي يقوم فقط على دفع الاشتراكات التي يتقاسمها المستفيدون والحكومة وأصحاب العمل، فوائض في الثلاثين سنة الأولى من بداية تشغيله، ولكن في التسعينيات اتخذت وزارة المالية قرارًا بتحويل الفائض الذي حققته هيئات التأمين الصحي إلى خزانة الدولة، وأدت هذه القرارات إلى تراكم الديون على مؤسسة التأمين الصحي، وعجز في النفقات (عبدالحفيظ ونديم، 2017).

■ المصدر الأساسي لتمويل التأمين الصحي، كما نص عليه القانون، غير مرن، حيث لا يمكن زيادته بما يتماشى مع أعباء التكلفة أو زيادة الأسعار، وهذا التحدي هو نفس التحدي الذي ظهر في النظام الجديد، وهو صعوبة تحقيق التوازن المالي للمنظومة بين مصادر التمويل والنفقات، وسيتم الحديث عنه لاحقًا.

■ ضعف البنية المؤسسية للقطاع الصحي ككل؛ مما أثر على كفاءة تنفيذ سياسة القطاع الصحي، وتنظيم التفاعلات بين الهيئات المختلفة، مثل وزارة الصحة، والهيئة العامة للتأمين الصحي (علي، 2020).

■ أجور مقدمي الخدمات الصحية بشكل عام، والأطباء بشكل خاص، منخفضة ولا تتناسب مع الظروف الاقتصادية والاجتماعية، مما يضطرهم للعمل في مؤسسات متعددة بحثًا عن فرص دخل أكبر (المرجع السابق)؛ حيث إن انخفاض الأجور هناك وعدم كفاية الموارد البشرية من الأطباء والممرضين نتيجة الانخفاض الموارد المالية المحدودة يؤدي إلى صعوبة تأمين موظفين مدربين ومؤهلين بسبب عدم وجود نظام حوافز مناسب. وبالإضافة إلى ذلك، فإن عدم كفاية التدريب وضعف نظم الإشراف، فضلًا عن عدم التركيز على المبادئ التوجيهية لضمان الجودة للمساعدة في تحسين جودة التأمين الصحي على مستوى الدولة، يؤثر سلبيًا على الخدمات المقدمة (عبدالحفيظ، ونديم، 2017).

■ عدم توافر نظم معلومات لإدارة الخدمات الصحية المقدمة في التأمين الصحي؛ مما يؤدي إلى صعوبة في تخطيط وتنسيق ومتابعة وتقييم الأداء الصحي. كما أن ضعف نظم الرقابة على الجودة، وعدم انتشارها بجميع المحافظات، ينعكس سلبيًا على مستوى رضا المستفيدين، والتزام مقدمي الخدمات والمعايير والبروتوكولات الصحية. بالإضافة إلى ذلك، فإن عدم كفاية برامج التدريب المستمر لبناء قدرات والمهارات اللازمة لمقدمي الخدمة، يقلل من قدرتهم على التعامل مع التغيرات والتطورات في مجال الصحة (علي، 2020).

- عدم توافر الأجهزة الطبية اللازمة لتشخيص وعلاج المرضى، فالأجهزة الموجودة قديمة وغير كافية لتلبية الطلب المتزايد، وصيانتها تتطلب مبالغ ضخمة لا تتوفر في ميزانية التأمين الصحي. بالإضافة إلى ذلك، هناك العديد من الأجهزة المعطلة أو التي تعاني أعطالا مستمرة؛ مما يؤثر سلبا على جودة الخدمة الصحية المقدمة للمواطنين على مستوى الدولة (عبدالحفيظ، ونديم، 2017).
- ومن التحديات الأخرى التي تواجه نظام التأمين الصحي القديم في مصر عدم وجود معيار طبي موحد أو دليل للمعايير والجودة، يرجع إليه الأطباء في تقديم خدماتهم. فكل طبيب يتبع معايير الخاصة، أو المتفق عليها في المستشفى أو العيادة التي يعمل فيها، مما يؤدي إلى اختلاف في جودة وكفاءة الخدمات بين مقدميها، كما أن هذا الوضع يفتح المجال لحدوث تلاعب، أو فساد، أو انتهاك لحقوق المرضى. وتجدر الإشارة إلى أن المنظومة الجديدة عملت على مواجهة هذا القصور؛ حيث تم إنشاء الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية، ومن مهامها إصدار دليل تفصيلي لقياس الجودة يلتزم به مقدمو الخدمات (موقع الهيئة العامة للتأمين الصحي، 2024).
- غياب الشفافية والوضوح في إدارة وتنظيم هذا القطاع، فلا توجد رقابة فعّالة على أداء المؤسسات والجهات المسؤولة عن تقديم خدمات التأمين الصحي، ولا يوجد حساب واضح للإيرادات، والمصروفات، والخسائر، والأرباح. كما أن المواطن لا يعرف حقوقه وواجباته في نظام التأمين الصحي، ولا يستطيع متابعة مستوى الخدمة التي يتلقاها، أو تقديم شكاوى، أو اقتراحات. وفي هذا الإطار يتضح دور الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية في المنظومة الجديدة؛ حيث تعمل على ضمان جودة مستوى الخدمة العلاجية، واعتمادها، والرقابة على الجهات المقدمة لخدمات الرعاية الصحية، ومراقبة وتنظيم خدمات التأمين الصحي.

ثانياً: تحديات نظام التأمين الصحي الشامل الجديد

من الطبيعي أن تواجه أي منظومة جديدة في قطاع الخدمات، وخصوصاً الصحية، بعض التحديات التي تتطلب التعامل معها بحكمة وسرعة. وفي هذا السياق، يوضح هذا الجزء بعض التحديات التي واجهت منظومة التأمين الصحي الشامل الجديد، كما يلي:

- زيادة الطلب على الخدمات الصحية نتيجة سهولة الوصول إليها عبر المنظومة الرقمية؛ مما أدى إلى ارتفاع عدد المراجعين للمستشفيات والمراكز والوحدات الصحية، وزيادة الضغط عليها (برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، 2023).

- قلة الوعي لدى بعض فئات المجتمع، خاصة الأمهات، بأهمية المشاركة في أنشطة تنظيم الأسرة والحفاظ على صحة المرأة؛ مما قد يؤثر على مستوى الصحة الإيجابية والأسرية.
- صعوبة تحقيق التوازن المالي للمنظومة بين مصادر التمويل والنفقات، خاصة في ظل عدم انتظام سداد بعض المواطنين للاشتراكات في التأمين الصحي الشامل؛ وهو ما يضطر المحافظة لتغطية تكاليف غير القادرين على حساب استثمارات أخرى في تطوير البنية التحتية والخدمات (برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، 2023).
- ضعف دور القطاع الخاص في تنفيذ منظومة التأمين الصحي الشامل، سواء في تقديم خدمات صحية متنوعة ذات جودة، أو في دعم التحول الرقمي والابتكار في هذا المجال (الموقع الإلكتروني للهيئة العامة للاستعلامات، 2023).
- تعقيد إجراءات الإحالة بين مختلف مستويات الخدمات الصحية، حيث يضطر المواطن لإجراء عدة خطوات قبل أن يحصل على جواب إحالة، وهذا يسبب إهداراً لوقت ولجهد المستفيدين وإزعاجهم، كما أن جواب الإحالة يكون صالحاً لخدمة واحدة فقط، مما يستدعي طلب جواب آخر في حال وجود أكثر من مشكلة صحية (الموقع الإلكتروني للهيئة العامة للاستعلامات، 2023).
- تأثير الأزمة الاقتصادية التي تشهدها مصر، خاصة بعد جائحة كورونا، على قدرة الدولة على تمويل التحول الرقمي في مجال الصحة، والذي يتطلب استثمارات كبيرة في البنية التحتية، والتقنيات، والموارد البشرية.

بعض التجارب الدولية في التأمين الصحي

بدأت فكرة التأمين الصحي في القرن التاسع عشر في أوروبا؛ حيث كانت تُقدم خدمات طبية للعمال المنخرطين في نقاباتهم. ومنذ ذلك الحين، انتشرت هذه الفكرة في مختلف أنحاء العالم، وأصبحت حقاً أساسياً في العديد من الدول؛ لذلك، يعرض الجزء التالي بعض التجارب الدولية في مجال التأمين الصحي، بهدف استخلاص الدروس المستفادة من تلك التجارب في إطار تطوير التأمين الصحي في مصر.

تجارب بعض الدول مرتفعة الدخل

تعتبر بريطانيا وألمانيا من أكثر النماذج الناجحة في تقديم خدمات التأمين الصحي في العالم؛ حيث تتميز كل منهما بنظام تأمين صحي قوي، يوفر تغطية تمويلية وخدمية كبيرة لمواطنيها، كما يلي:

بريطانيا

تأسس أول نظام تأمين صحي شامل في بريطانيا بعد الحرب العالمية الثانية عام 1948، وبموجبه تقدم الدولة عددًا من الخدمات الصحية الأساسية لتوفير رعاية صحية شاملة مجانية، بغض النظر عن العمر، والجنس، والعرق، والدين، أو الوضع الاجتماعي، ويتم تمويله من الضرائب العامة (غنام، 2017).

إدارة الخدمات الصحية وتقديمها. تعتمد إدارة الخدمات الصحية في المملكة المتحدة على نظام لا مركزي، تراقب فيه وزارة الصحة جودة الخدمات الصحية، وتضع معايير الجودة. ويعتمد تقديم هذه الخدمات على القطاع الخاص الذي يعتمد على آليات السوق حتى يستطيع تقديم الخدمة لأعداد كبيرة (السيد وآخرون، 2018).

لا يقتصر تمويل نظام التأمين الصحي والرعاية الصحية في المملكة المتحدة على أصحاب العمل والأفراد فحسب، بل يتم تمويله من قبل الدولة أيضًا. ويمثل إجمالي الإنفاق على الرعاية الصحية 6.7% من الناتج المحلي الإجمالي للمملكة المتحدة، تدفع الحكومة 85% منه و15% من القطاع الخاص والأفراد.

الفئات المؤمن عليها. تقديم تغطية شاملة للرعاية الصحية الأولية والثانوية والثالثة لجميع المواطنين.

الخدمات المقدمة. تُقدّم معظم خدمات الرعاية الصحية الأولية والثانوية والثالثة مجانًا في إطار نظام التأمين الصحي الحكومي. ويتم تقديم الخدمات عن طريق أطباء الأسرة الذين يحيلون المرضى إلى الاستشاريين والمرافق الداخلية.

ألمانيا

تمتلك ألمانيا الريادة في قطاع التأمين الصحي، فقد أنشأت ألمانيا أول نظام تأمين صحي في العالم عام 1983، في عصر بسمارك. وهناك نوعان من التأمين الصحي: التأمين الصحي الاجتماعي والتأمين الصحي الخاص، ويتمتع نحو 90% من السكان، أي نحو 70 مليون مواطن ومواطن، بالتأمين الصحي الاجتماعي، وبالتالي يتمتعون برعاية وإمدادات طبية شاملة وجيدة جدًا. وكمشتركين في أحد صناديق التأمين الصحي النظامي يقومون بدفع اشتراك في صندوق التأمين الصحي كل شهر، ويرتفع هذا الاشتراك إلى أعلى مستوى يتحدد حسب دخلهم الشهري، كما يقوم صاحب العمل بدفع جزء إضافي لهذا الاشتراك.

ويحصل جميع الأشخاص المؤمن عليهم نفس المزايا الطبية اللازمة بغض النظر عن مستوى الاشتراكات التي يدفعونها، أو جنسهم، أو عمرهم، أو حالتهم الصحية. وهذا التضامن هو المبدأ الداعم للتأمين الصحي الاجتماعي في ألمانيا (موقع أخبار أوروبا، 2021).

إدارة الخدمة الصحية وتقديمها. يعتمد النظام على الضمان الاجتماعي الإلزامي، حيث يجب على جميع الأشخاص المستحقين في ألمانيا تسجيل أنفسهم، ودفع رسوم المساهمة، وعادة ما يتم تحديد هذه المساهمة كنسبة مئوية مقطوعة من الأجر (غانم، 2017).

الفئات المؤمن عليها. الأشخاص المشمولون بنظام التأمين الصحي هم العمال والموظفون الذين يتقاضون دخلاً سنوياً يقل عن الحد المحدد للتأمين الإلزامي. ويُطلب أيضاً من المتدربين المهنيين، والباحثين عن عمل، والطلاب، والمتقاعدين، والفنانين، والناشرين الانضمام إلى نظام التأمين الصحي الإلزامي بشكل أساسي.

ويتمتع أفراد الأسرة أيضاً بالتأمين الصحي مجاناً، إذا لم يكن لديهم دخل أو كان دخلهم منخفضاً. ويتم التأمين على الأطفال حتى سن محددة، ويعتمد هذا الحد العمري على ما إذا كانوا مستمرين في التعليم. ويتم التأمين على الأطفال ذوي الإعاقة، بغض النظر عن أعمارهم، شريطة عدم قدرتهم على توفير تكاليف احتياجاتهم الأساسية بمفردهم بسبب إعاقتهم.

وبالإضافة إلى ذلك، يمكن لأصحاب المهن الحرة والموظفين الذين يتجاوز دخلهم السنوي الحد الأقصى للتأمين الإلزامي، بالإضافة إلى موظفي الحكومة، الاختيار طوعاً الانضمام إلى التأمين الصحي الخاص، وفقاً لشروط معينة، أو الانضمام إلى نظام التأمين الصحي الإلزامي.

الخدمات المقدمة. يشمل التأمين الصحي تغطية الخدمات الطبية، والأدوية الموصوفة، بالإضافة إلى الإقامة الاستشفائية، وبرامج إعادة التأهيل. ويُقدم الدعم الطبي من قبل الأطباء والقابلات خلال فترة الحمل والولادة. كما يُغطي التأمين الفحوصات الوقائية والكشف المبكر عن الأمراض للأطفال والبالغين، والتطعيمات الوقائية. ويتضمن أيضاً الفحوصات الوقائية وعلاجات الفم والأسنان، والعلاجات النفسية، والرعاية الصحية المنزلية، بالإضافة إلى الدعم الطبي خلال التخفيف من حدة الحالات الحرجة وفقاً لشروط محددة (موقع أخبار أوروبا، 2021).

بعض تجارب الدول متوسطة الدخل

يتضمن هذا الجزء تجربة كل من المغرب وتركيا في إصلاح منظومة التأمين الصحي، وتم اختيار الدولتين،

حيث تنتمي كل منهما -مثل مصر- إلى شريحة الدول متوسطة الدخل، وفقاً لتصنيف البنك الدولي.¹

ومن جهة أخرى، يتضح من الجدول (2) التقارب بين كل من مصر والمغرب وتركيا في العديد من المؤشرات الصحية. فهناك تقارب كبير بين الدول الثلاث في الإنفاق الصحي الحالي كنسبة من الناتج المحلي الإجمالي؛

¹ تنتمي مصر والمغرب إلى الشريحة الدنيا من البلدان متوسطة الدخل، في حين تنتمي تركيا إلى الشريحة العليا من البلدان متوسطة الدخل، على حسب تصنيف البنك الدولي.

حيث بلغ في مصر نحو 4.36% من الناتج المحلي الإجمالي، بينما بلغ في تركيا والمغرب نحو 4.62% و5.99% على التوالي (حمادة وآخرون، 2023).

الجدول 2

مؤشرات الصحة في الدول الثلاث (مصر والمغرب وتركيا)

المؤشر	تعريف المؤشر	مصر	تركيا	المغرب	المصدر وسنة القياس (حسب الإتاحة)
الإنفاق الحكومي العام المحلي على الصحة كنسبة من الإنفاق الصحي الحالي	حصة النفقات الصحية الحالية الممولة من المصادر العامة المحلية للصحة، تشمل الإيرادات المحلية، مثل التحويلات الداخلية، والمنح، والإعانات المقدمة للمستفيدين من التأمين الصحي الطوعي، والمؤسسات غير الهادفة للربح التي تخدم الأسر، أو خطط تمويل المؤسسات، بالإضافة إلى الدفع المسبق الإلزامي، ومساهمات التأمين الصحي الاجتماعي. ولا تشمل الموارد الخارجية التي تنفقها الحكومات على الصحة.	31.93%	78.85%	43.53%	International Bank, 2020
الإنفاق الحكومي العام المحلي على الصحة كنسبة من الناتج المحلي الإجمالي	الإنفاق العام على الصحة من المصادر المحلية كحصة من الاقتصاد مقاسًا بالناتج المحلي الإجمالي.	1.39	3.64%	2.61%	International Bank, 2020
الإنفاق الصحي الحالي كنسبة من الناتج المحلي الإجمالي	مستوى الإنفاق الصحي الحالي معبراً عنه كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي. ويشمل المؤشر تقديرات النفقات الصحية الحالية وخدمات الرعاية الصحية المستهلكة خلال كل	4.36%	4.62%	5.99%	International Bank, 2020

				عام، ولا يشمل النفقات الرأس مالية الصحية، مثل: المباني، والآلات، وتكنولوجيا المعلومات، ومخزونات اللقاحات، لحالات الطوارئ أو نقشي المرض.	
International Bank, 2020	%42.02	%16.43	59.315	حصة المدفوعات من الجيب من إجمالي النفقات الصحية الحالية. تُنفق الأسر من أموالها الخاصة مباشرة على الصحة.	الإنفاق من الجيب كنسبة من الإنفاق الصحي الحالي
WHO, 2019a	%8.2	%4.2	%31	نسبة السكان الذين يتجاوز إنفاق الأسرة على الصحة بينهم 10% من إجمالي إنفاق الأسرة أو دخلها.	نسبة السكان التي يتجاوز فيها إنفاق الأسرة على الصحة 10% من إجمالي نفقات الأسرة أو دخلها (%)
WHO, 2019b	%0.9	%0.67	%6.1	نسبة السكان الذين يتجاوز إنفاق الأسرة على الصحة بينهم 25% من إجمالي إنفاق الأسرة أو دخلها.	نسبة السكان التي يتجاوز فيها إنفاق الأسرة على الصحة 25% من إجمالي نفقات الأسرة أو دخلها (%)
WHO, 2021	69 نقطة	76 نقطة	70 نقطة	التغطية الصحية الشاملة (تعرف بأنها متوسط تغطية الخدمات الأساسية القائمة على تدخلات التتبع التي تشمل الصحة الإنجابية وصحة الأم والوليد والطفل والأمراض المعدية والأمراض غير المعدية والقدرة على تقديم الخدمات والوصول إليها بين عامة السكان والأكثر حرمانا. والمؤشر عبارة عن مؤشر يتم	التغطية الصحية الشاملة

				الإبلاغ عنه على مقياس بدون وحدات من 0 إلى 100، والذي يتم حسابه كمتوسط هندسي لـ 14 مؤشراً تتبعياً لتغطية الخدمات الصحية.	
WHO, 2020	7.32	20.4	7.09	عدد الأطباء (لكل 10000 من السكان)، بما في ذلك العموميون والممارسون العموميون الطبيون المتخصصون والأطباء غير محددین بشكل أكبر. (الهدف 3.ج.1)	كثافة الأطباء (لكل 10000 من السكان)

المصدر: من إعداد الباحث استناداً إلى المصادر المدرجة في متن الجدول.

المغرب

الوكالة الوطنية للتأمين الصحي (ANAM) هي الهيئة التي توفر التأمين الصحي لمواطني المملكة المغربية والمقيمين فيها، تأسست عام 2005 بموجب المادة 57 من قانون التأمين الصحي الأساسي رقم 65.00. ونظام التأمين الصحي الوطني المغربي إلزامي، يغطي الأشخاص الذين يزاولون أنشطة مدرة للدخل، والمتقاعدين، وقدامى المحاربين، وأعضاء جيش التحرير، والطلاب. ويهدف نظام التأمين الصحي المعروف باسم "مخطط المساعدة الطبية" إلى توفير الرعاية الطبية الأساسية للسكان، بالإضافة إلى تغطية تكاليف الاستشفاء، والعلاج، والأمومة، وإعادة التأهيل للمحتاجين، استناداً إلى مبادئ المساعدة الاجتماعية والتضامن الوطني (الموقع الإلكتروني للوكالة الوطنية المغربية للتأمين الصحي، 2024).

إدارة الخدمات الصحية وتقديمها. الوكالة الوطنية للتأمين الصحي هي المسؤولة عن تحقيق التغطية الصحية الشاملة حيث تضطلع، وفقاً للتشريع الجاري العمل به بمهام ضبط وتأطير نظام التأمين الصحي الإلزامي الأساسي، والعمل على احترام مقتضيات القانون المتعلقة بالتغطية الصحية الأساسية (الموقع الإلكتروني للوكالة الوطنية المغربية للتأمين الصحي، 2024).

الفئات المؤمن عليها. تُحدد مكونات الفئات المؤمن عليها بنص قانوني، وتشمل المهنيين المستقلين، والعمال المستقلين، والأشخاص الذين يزاولون نشاطاً خاصاً، وينطبق نظام التأمين الإلزامي أيضاً على المستفيدين من معاش تقاعدي مقابل رسم يُحدد بموجب نظام التقاعد الذي يخضعون له.

الخدمات المقدمة. أعمال الطب العام، والتخصصات الطبية الجراحية، والعلاجات المتعلقة بالحمل والولادة وتوابعها، والعلاجات المرتبطة بالاستشفاء والعمليات الجراحية، بما فيها أعمال الجراحة البيولوجية الطبية، والتحليل البيولوجية الطبية، والطب الإشعاعي والفحوصات الطبية المصورة، والفحوص الوظيفية، والأدوية والمواد الصيدلانية المقدمة في العلاج، وفق أنظمة التعويض، وأكياس الدم البشري ومشتقاته، والآلات الطبية وأدوات الزرع الطبية اللازمة لمختلف الأعمال الطبية والجراحية، والأجهزة التعويضية والأطراف الصناعية الطبية، والنظارات الطبية، وعلاجات الفم والأسنان، وأعمال تقويم الأسنان للأطفال، وإعادة التأهيل الوظيفي والعلاج الطبيعي، والعلاجات شبه الطبية، والعلاجات الوقائية والشفائية (الموقع الإلكتروني لهيئة مراقبة التأمينات والاحتياط الاجتماعي، 2024).

الاشتراكات للقطاع العام. يقتطع من المؤمن عليه من المنبع بنسبة 5% من إجمالي الأجور موزعة مناصفة بين المؤمن عليه وصاحب العمل، أما أصحاب المعاشات فتكون نسبة المساهمة 2.5% من إجمالي المعاشات الأساسية، وتتراوح قيمة الاقتطاع الشهري ما بين 70 درهماً كحد أدنى و400 درهم كحد أقصى (الموقع الإلكتروني لهيئة مراقبة التأمينات والاحتياط الاجتماعي، 2024).

الاشتراكات للقطاع الخاص. تقتطع نسبة مساهمة من المؤمن عليه بواقع 4.52% من إجمالي الأجور، موزعة مناصفة بين المؤمن عليه وصاحب العمل. ويتحمل صاحب العمل بالإضافة إلى هذه النسبة 1.85%. أما إذا كان المؤمن عليه من أصحاب المعاشات، فتحدد نسبة المساهمة بـ 4.52% من إجمالي المعاشات الأساسية (الموقع الإلكتروني لهيئة مراقبة التأمينات والاحتياط الاجتماعي، 2024).

تركيا

تأسس نظام التأمين الصحي الشامل بموجب قانون التأمينات الاجتماعية والتأمين الصحي الشامل رقم 5510، ودخل حيز التنفيذ في 1 أكتوبر 2008. ويهدف هذا النظام إلى توفير تغطية صحية شاملة للمواطنين، ويعتبر إصلاحاً مهماً في مجال الضمان الاجتماعي (هيئة الضمان الاجتماعي، 2021).

إدارة الخدمات الصحية وتقديمها. لا تقدم هيئة الضمان الاجتماعي (SGK) الخدمة بنفسها، بل تقوم بإبرام عقود مع مقدمي خدمات الرعاية الصحية من المستشفيات العامة التابعة لوزارة الصحة، والمستشفيات الجامعية العامة أو الخاصة، والمستشفيات الخاصة والمراكز الطبية والصيدليات، ومراكز بيع الأجهزة الطبية، وأخصائيي البصريات (هيئة الضمان الاجتماعي، 2021).

الفئات المؤمن عليها. موظفو الخدمة المدنية، بما في ذلك الجيش والشرطة، والأشخاص الذين يعملون بموجب عقد عمل، بما في ذلك القطاع الزراعي، والأشخاص العاملون لحسابهم الخاص، ورؤساء القرى والأحياء ومسؤولو الأمن بالقرى، والأشخاص المؤمن عليهم طوعاً، والأشخاص الذين أكملوا برنامج التدريب الداخلي للمحامين، وموظفو السجون المعينون حديثاً، الذين يتلقون تدريباً قبل الخدمة، والمواطنون المعوزون الذين يقل دخل الفرد في أسرهم المعيشية عن ثلث الحد الأدنى القومي للأجور، وغيرهم ممن ينطبق عليهم النطاق الشخصي للتأمين الصحي الشامل تماماً، ويشمل تقريباً جميع السكان بما في ذلك الأجانب (المرجع السابق).

الخدمات المقدمة. خدمات الرعاية الصحية الوقائية، وتشمل فحص المرضى الداخليين أو الخارجيين من قبل طبيب، والاختبارات المعملية، وما إلى ذلك، وخدمات إعادة التأهيل، وخدمات الرعاية الصحية لنقل الأعضاء والأنسجة والخلايا الجذعية وعلاجها، وفحص الفم والأسنان، ودعم للمتزوجين الذين ليس لهم أولاد بطريقة إخصاب في المختبر ثلاث مرات للمرأة المؤمن عليها أو زوجها (المرجع السابق).

الاشتراكات. تقوم هيئة الضمان الاجتماعي بتغطية تكاليف خدمات الرعاية الصحية التي يقدمها مقدمو الخدمات الصحية. ويتم تمويل هذه النفقات من خلال الاشتراكات التي يتم تحصيلها من المؤمن عليهم وأصحاب العمل، بالإضافة إلى دور الدولة في تمويل بعض الفئات الأخرى. وتبلغ نسبة الاشتراك في التأمين الصحي 12.5% من الدخل الخاضع للمساهمة، وتبلغ حصة العامل 5% من الاشتراك، و7.5% حصة صاحب العمل.

وبالنسبة لغير العاملين، فإن المعدل هو 3% من الحد الأدنى الوطني للأجور الإجمالية، أما بالنسبة للأشخاص عديمي الجنسية واللاجئين فيبلغ المعدل 4% من الحد الأدنى القومي الإجمالي للأجور، وتُدفع اشتراكاتهم من الضرائب العامة من خلال المديرية العامة لإدارة الهجرة التابعة لوزارة الداخلية (المرجع السابق).

ومما سبق، يتضح أن جميع النماذج المعروضة سابقاً تُبرز أهمية الأنظمة الصحية الشاملة والإلزامية في تحقيق الأمان الصحي للمواطنين. فعلى سبيل المثال، أثبتت تجربة المغرب في مجال التأمين الصحي التزام الدولة بتوفير الرعاية الصحية لجميع المواطنين والمقيمين، مع التركيز على مبادئ المساواة والتضامن الاجتماعي. ومن ناحية أخرى، يُعدُّ النظام التركي مثلاً على الكفاءة وسهولة الوصول إلى الرعاية الصحية من خلال هيكل تنظيمي يتيح التعاقد مع مقدمي الخدمات الصحية. كما يعزز النظامان الاستدامة المالية من خلال تحديد اشتراكات مدروسة، وإظهار الالتزام بدعم الفئات المهمشة، مثل اللاجئين وعديمي الجنسية في النموذج التركي، ويمكن لمصر الاستفادة من هذا الجانب الإنساني في ظل الزيادة الكبيرة في أعداد اللاجئين على مدى السنوات القليلة الماضية.

بعض المقترحات لمواجهة تحديات تطبيق التأمين الصحي الشامل في مصر

بناء على التحليل السابق للتحديات التي تواجه نظام التأمين الصحي الشامل في مصر، وفي ضوء الدروس المستفادة من التجارب الدولية الناجحة التي تم عرضها، توصلت الدراسة لعدد من الآليات والمقترحات العملية التي يمكن أن تسهم في تطوير منظومة التأمين الصحي في مصر، وذلك من خلال:

1. تعزيز التمويل والاستثمار في القطاع الصحي

- زيادة الإنفاق الحكومي على التأمين الصحي لتحسين البنية التحتية، وتوفير الأجهزة والمعدات الطبية اللازمة.
- تشجيع الاستثمارات الخاصة في نظام التأمين الصحي الشامل من خلال توفير حوافز مالية وضمانات للمستثمرين.
- إنشاء صندوق خاص لتمويل نظام التأمين الصحي الشامل يعتمد على تبرعات المواطنين والشركات الخاصة.

2. تعزيز وتمكين الهيئة العامة للاعتماد والرقابة بالإمكانيات والأدوات للاضطلاع بدورها فيما يلي

- تطوير معايير الجودة والسلامة في تقديم الخدمات الصحية لضمان تقديم رعاية صحية آمنة وفعّالة.
- توفير التدريب المستمر للكوادر الطبية والتمريضية لرفع مستوى الكفاءة والمهارات.
- تعزيز نظام مراقبة الجودة والتقييم المستمر لأداء المستشفيات والمراكز الصحية.
- الإشراف على النظام الصحي لضمان الشفافية ومكافحة الفساد.
- تعزيز دور الجمعيات المدنية والمنظمات غير الحكومية في مراقبة أداء مؤسسات الرعاية الصحية.
- تشجيع المشاركة المجتمعية في اتخاذ القرارات المتعلقة بالرعاية الصحية من خلال استطلاعات الرأي والحوار المجتمعي.

3. تعزيز التغطية الشاملة

- توسيع نطاق التأمين الصحي ليشمل جميع شرائح المجتمع، بما في ذلك الفئات الضعيفة والمهمشة.
- تحسين التوزيع الجغرافي للخدمات الصحية لضمان وصولها لجميع المناطق بالتساوي.
- تشجيع التأمين الصحي الاختياري للمواطنين الذين يستطيعون تحمل تكاليفه لتخفيف الضغط على النظام العام.

4. تعزيز الرعاية الصحية الأولية داخل نظام التأمين الصحي الشامل

- تعزيز دور الرعاية الصحية الأولية في تقديم خدمات الوقاية والتشخيص المبكر وإدارة الأمراض المزمنة.
- توفير التطعيمات والفحوصات الروتينية مجاناً للمواطنين لتعزيز الوقاية من الأمراض المنتشرة.

- تشجيع إنشاء مراكز صحية متنقلة لتوفير الخدمات الصحية في المناطق النائية والمهمشة كتجربة أولية في محافظات المرحلة الأولى.

5. تعزيز التكنولوجيا الصحية داخل نظام التأمين الصحي الشامل

- استخدام التكنولوجيا الحديثة في تحسين تقديم الخدمات الصحية، مثل الطب عن بُعد والسجلات الطبية الإلكترونية.

- تعزيز استخدام التطبيقات الصحية؛ لتسهيل حجز المواعيد والتواصل مع الأطباء داخل نظام التأمين الصحي الشامل.

- توفير التدريب على استخدام التكنولوجيا الصحية للكوادر الطبية والتمريضية.

6. تعزيز التعاون الدولي

- الاستفادة من التجارب الناجحة للدول الأخرى لتحسين منظومة التأمين الصحي الشامل.

- التعاون مع منظمات دولية لدعم تطوير البنية التحتية الصحية، وتوفير التمويل اللازم لمنظومة التأمين الصحي الشامل.

- تبادل الخبرات والتقنيات الطبية مع الدول الأخرى؛ لتحسين جودة الخدمات المقدمة في التأمين الصحي الشامل في مصر.

من خلال تنفيذ هذه الاقتراحات والإجراءات، يمكن تحسين نظام التأمين الصحي الشامل في مصر، وضمان حصول جميع المواطنين على رعاية صحية جيدة وشاملة. ويجب أن تكون هذه الجهود مستمرة ومدروسة بعناية؛ لضمان تحقيق الأهداف المرجوة في تحسين الرعاية الصحية، ورفع مستوى الصحة العامة.

الخاتمة

من خلال مراجعة الأدبيات، والدراسات السابقة، والتقارير، والإحصائيات، والقوانين حول منظومة التأمين الصحي في مصر، تم تحليل الوضع القديم لنظام التأمين الصحي، كما تم تسليط الضوء على العوامل الاقتصادية والاجتماعية التي أثرت على تطور منظومة التأمين الصحي في مصر، وتحليل التحديات المتعددة والمتشابكة التي تواجه الجهود المبذولة لتحسين منظومة التأمين الصحي في مصر، من خلال تحديد نقاط الضعف في النظام القديم والجديد، ومن ثم تقديم بعض المقترحات العملية لتحسين نظام التأمين الصحي وضمان توفير خدمات صحية عالية الجودة للمواطنين، وتعزيز الأداء الصحي والتغطية الشاملة.

وبناء على التحليل الذي قدمته الدراسة يمكن تلخيص النتائج والمقترحات في عدة نقاط تتمثل في: ضرورة تحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة، وضمان توفرها بشكل شامل وعادل، وزيادة الإنفاق على الصحة لتحسين البنية التحتية للخدمات الصحية، وتوفير التكنولوجيا والمعلومات الصحية، وزيادة الاستشارات الطبية، وتعزيز التمويل الصحي، وضمان وصول جميع شرائح المجتمع للتأمين الصحي، بما في ذلك الفئات الأكثر احتياجاً.

المراجع

المراجع العربية

- أحمد، هبة مصطفى الجيلاني. (2021). نظام التأمين الصحي الشامل في مصر ومدى استدامة تمويله. (رسالة ماجستير: كلية التجارة، جامعة عين شمس)، مصر.
- برنامج الأمم المتحدة الإنمائي. (2023). *المراجعة الطوعية المحلية محافظة بورسعيد*. وزارة التخطيط والتنمية الاقتصادية، محافظة بورسعيد، UNDP، مصر.
- الجريدة الرسمية. (2018). اللائحة التنفيذية لقانون التأمين الصحي الشامل رقم 2 لسنة 2018، (18 أ). <https://manshurat.org>.
- حمادة، ندى، ورومباي، كاثرين فان، ومترو، إيريك. (2023). *تصنيفات مجموعة البنك الدولي للبلدان حسب مستوى الدخل للسنة المالية 2024*. مدونات البنك الدولي.
- خليل، نجلاء محمد عاطف مصطفى. (2023). منظومة التأمين الصحي الشامل ودورها في الارتقاء بصحة المواطن المصري في الجمهورية الجديدة: دراسة ميدانية. *مجلة الدراسات الإنسانية والأدبية*، 28(1)، 827-874، كلية الآداب، قسم علم الاجتماع، جامعة المنصورة، مصر.
- الزغبى، سلوى. (2017). تاريخ التأمين الصحي بمصر.. 130 عاما من "فرمان الخديوي" لتأسيس "جريدة الوطن". <https://www.elwatannews.com/news/details/2852122>
- السيد، حسن محمد، ومندور، أحمد، وجبريل، ماجدة. (2018). أوجه الاستفادة من التجارب الدولية للنهوض بخدمة التأمين الصحي في مصر. *مجلة العلوم البيئية*، 44(1)، معهد الدراسات والبحوث البيئية، جامعة عين شمس، مصر.
- عبدالحفيظ، أميمة عبد العزيز؛ ونديم، إيهاب عز الدين إبراهيم. (2017). دراسة تحليلية لقطاع التأمين الصحي. *المجلة العلمية للاقتصاد والإدارة*، 2، 199-228، كلية التجارة، جامعة عين شمس، مصر.
- علي، شريف السيد محمد. (2020). تحديات تطبيق نظام التأمين الصحي الشامل ومتطلبات تطويره في مصر: دراسة تطبيقية في مدينة بورسعيد. *مجلة كلية الآداب والعلوم الإنسانية*، 3(35)، 290-372، جامعة قناة السويس.
- [Doi: 10.21608/JFHSC.2020.184148](https://doi.org/10.21608/JFHSC.2020.184148)
- غنام، علاء. (2017). ذاكرة المؤسسة الصحية والفرص الضائعة. [شروق](https://shorouknews.com). <https://shorouknews.com>
- غنام، علاء. (2021). نظام التأمين الصحي الشامل وبناء الإنسان المصري. *آفاق استراتيجية*، (3)، مركز المعلومات ودعم اتخاذ القرار التابع لمجلس الوزراء المصري، مصر.
- غنام، علاء، وعزب، أحمد. (2021). *التأمين الصحي الشامل: نظرة مقارنة في مفهوم التأمين الصحي*. المبادرة المصرية للحقوق الشخصية.

المراجع الأجنبية

- Egyptian Initiative for Personal Rights. (2009). Preliminary analysis of the new health insurance bill, Draft 16. al-Masry al-Youm, <https://eipr.org>
- International Bank. (2020). *Current health expenditure (% of GDP) indicator (Egypt- Morocco- Turkey)*. World Bank Group. <https://internationalbank.org>
- Mailman School of Public Health. (2024). *EGYPT | Summary*. Columbia University. <https://publichealth.columbia.edu>
- World Health Organization (WHO). (2019a). *Population with household expenditures on health greater than 10% of total household expenditure or income (SDG 3.8.2) (% , national, rural, urban)*, <https://who.int>
- World Health Organization (WHO). (2019b). *Population with household expenditures on health greater than 25% of total household expenditure or income (SDG indicator 3.8.2) (% , national, rural, urban)*. The Global Health Observatory. <https://who.int>
- World Health Organization (WHO). (2020). *Density of doctors (physicians) per 10,000 population*. <https://who.int>
- World Health Organization (WHO). (2021). *UHC service coverage index*. <https://who.int>

المواقع الإلكترونية

- موقع أخبار أوروبا. (2021). كل ما تحتاج معرفته عن التأمين الصحي في ألمانيا. <https://arabic.euronews.com/my-europe/2021/07/15/all-what-you-need-to-know-about-private-and-public-health-insurance-in-germany>
- الموقع الإلكتروني للهيئة العامة للتأمين الصحي الشامل، مصر. (2024). نحو صحة أفضل للأسرة المصرية. <https://uhia.gov.eg>
- الموقع الإلكتروني للوكالة الوطنية للتأمين الصحي، المملكة المغربية. (2024). مهام الوكالة الوطنية للتأمين الصحي. <https://anam.ma>
- الموقع الإلكتروني لهيئة مراقبة التأمينات والاحتياط الاجتماعي، المملكة المغربية. (2024). التأمين الإجباري الأساسي عن المرض. <https://acaps.ma>
- الموقع الإلكتروني لهيئة الضمان الاجتماعي. (2021). الهيكل الإداري والنظام الاجتماعي في تركيا، أنقرة. <http://eski.sgk.gov.tr>
- الموقع الإلكتروني للهيئة العامة للاستعلامات. (2023). الرعاية الصحية بين التحديات والآمال، منظومة التأمين الصحي الشامل، النظام الصحي: حكومي - خاص - أهلي. <https://www.sis.gov.eg>
- الموقع الإلكتروني للهيئة العامة للاستعلامات. (2023). قانون التأمين الصحي الشامل رقم 2 لسنة 2018. <https://beta.sis.gov.eg/ar>
- الموقع الإلكتروني للوكالة الوطنية المغربية للتأمين الصحي. (2024). من نحن؟ <https://anam.ma>

Health Insurance in Egypt: Reality, Challenges, and Proposed Solutions

Abstract

This study provides an analysis of the health insurance system in Egypt. It discusses the development of health insurance laws from inception to the present, and offers solutions to improve health care and achieve comprehensive coverage. The study reviews existing literature, analyses current data, and examines successful international experiences in health insurance reform. By standing on the important lessons learned from these experiences for application in Egypt, the study aims to understand challenges and identify opportunities to enhance the health system, while considering social justice and the need to improve health services for all citizens. The study's key findings include confirming the importance of reforms to strengthen health insurance and broaden the scope of health coverage. It emphasizes the need to enhance health care infrastructure and financing, improve service quality and coverage, bolster primary care, draw from successful international experiences, and utilize modern technology, such as telemedicine and electronic medical records. The study underscores the necessity of continuous and well-considered efforts to achieve the desired goals of improving health insurance and public health. It also highlights the significance of international cooperation to support infrastructure development and financing. Implementing these recommendations could significantly enhance the health insurance system in Egypt, ensuring the delivery of high-quality health services to all citizens.

Keywords: Health insurance, health care, governance, health policy