كلية الحقوق

التجارب الدولية

لإدارة وتمويل اقتصاديات النُظُم الصحية

الباحث

أحمد عزت عبد الفتاح محمد شحاته

Ahmedfeky0508@gmail.com

المُستخلص

يُعَدُّ تطبيق نظام التأمين الصحي الشامل بمصر بموجب القانون رقم ٢ لسنة ٢٠١٨ إحدى أهم الآليات السريعة والفَعَّالة؛ لتحقيق التغطية الصحيَّة الشاملة وإتاحة وصول الجميع لخدمات الرعاية الصحيَّة الأساسيَّة والأدوية المَأْمُونَة ذات الجودة والفعالية وبأسعار معقولة، فضلاً عن الحماية من المخاطر الماليَّة وبخاصَّة للفقراء، وقد استهدف البحث دراسة خبرات البُلْدَان المُقارنة والاستفادة منها في كيفية إدارتها لاقتصاديات نُظُمِها الصحية والتعرف على أوجه القوة والضعف بكل نظام، كما أُشِيرَ إلى التجارب الدوليَّة لأساليب مصادر تمويل اقتصاديات النُظُم الصحيَّة، والتي يُعَدُّ من أهمها التمويل عن طريق: الضرائب العامة (نموذج بيفردج) وتُمَثِّلُهُ كندا، والتمويل عن طريق: الاشتراكات (نموذج بسمارك) وتُمَثِّلُهُ ألمانيا، والتمويل عن طريق: التأمين الصحي الخاص وينقسمُ إلى تجاري إن كان هدفه الربح وتُمَثِّلُهُ الولايات المتحدة الأمريكيَّة، وإلى تعاونيّ إن كان هدفه التكافل وتُمَثِّله المملكة العربية السعودية.

كما تَبَيَّنَ من خلال البحث اختلاف البُلْدَان محل البحث في طريقة إدارتها لنظامها الصحي الوطني، فمن جانب الولايات المتحدة الأمريكية فإنَّها تدير نظامها الصحي وفق آلية السوق الحُرِّ والتقاء قوى العرض والطلب، ومن ثَمَّ فإنَّ الذي يسيطر على إدارته شركات التأمين الصحي التجاري الهادفة للربح باستثناء بعض الأَنْظِمَة والتي غالبًا ما يستفيد منها العسكريون وقليل من الفئات المُهَمَّشَة على سبيل المثال لا الحصر، بينما تدير كندا نظامها من خلال رؤساء المقاطعات الذين يُشْرِفُون على قيام القطاع الخاص بتقديم خدمات الرعاية الصحية الجيدة للجميع بلا استثناء، وعلى صعيد آخر تُدِيرُ ألمانيا نظامها الصحي من خلال ما يُعْرَف بصناديق التأمين ضد المرض، والتي تتولى جمع الاشتراكات من الجميع ثُمَّ تتولى شراء الخدمة الصحية من مُقَدِّمِيهَا، وهي تخضع في ذلك لرقابة الدولة دون أن تتدخل الأخيرة في الإدارة، ومن ناحية أخرى تُدِيرُ المملكة العربية السعودية نظامها من خلال اتباع نظام التأمين الصحي الخاص التعاوني غير الهادف للربح، ويتولى مجلس الضمان الصحي مع وزارة الصحة الإشراف والرقابة على الشركات الخاصة التعاونية المُقَدِّمَة للخدمة؛ للتأكد من الالتزام بالقوانين واللوائح والتعليمات الواردة في هذا الشأن، كما استند البحث إلى بيانات موثوقة من البنك الدولي، وعُرضت النتائج باستخدام تقنيات الذكاء الاصطناعي لتحليل البيانات، ما وَفَّرَ عرضًا دقيقًا للمُؤشرات ذات الصلة.

Abstract

Implementing the Comprehensive Health Insurance System in Egypt, as stipulated by Law No. 2 of 2018, is considered one of the most effective and rapid mechanisms for achieving universal health coverage. It aims to ensure access to essential healthcare services and safe, high-quality, and affordable medications for all. While protecting against financial risks, particularly for the poor. This study explores the experiences of comparative countries to draw lessons from how they manage the economics of their healthcare systems, highlighting strengths and weaknesses in each system. Additionally, it examines international experiences in financing healthcare systems, focusing on key methods such as

** Public taxation (Beveridge model) **: Represented by Canada .

** Contributions-based financing (Bismarck model) **: Represented by Germany .

** Private health insurance financing**: Divided into :

- Commercial (profit-driven)، represented by the United States
- Cooperative (solidarity-driven)، represented by Saudi Arabia.

The research also reveals differences in the management approaches of the studied countries' national healthcare systems:

United States: Operates a free-market system driven by supply and demand, with commercial health insurance companies dominating the management, except for some systems benefiting specific groups such as military personnel and marginalized communities.

Canada: Manages its healthcare system through provincial leaders who oversee the provision of high-quality healthcare services by the private sector to all citizens without exception.

Germany: The country administers its healthcare system via sickness funds that collect contributions from all citizens and purchase healthcare services from providers. These funds are state-regulated but operate independently of direct state management.

Saudi Arabia: Employs a cooperative, non-profit private health insurance system. The Council of Health Insurance and the Ministry of Health supervise and regulate cooperative private companies to ensure compliance with relevant laws, regulations, and instructions. The research relied on reliable data from the World Bank, and results were presented using artificial intelligence techniques for data analysis, providing an accurate representation of relevant indicators.

المقدمة

يُعَدُّ نظام التأمين الصحي الاجتماعي الإلزامي الشامل أحد أهم أساليب تمويل وتحقيق التغطية الصحية الشاملة والتي تُعَدُّ محور اهتمام العالم بأسره، وبخاصة المنظمات الدولية ذات الاهتمام العالمي والإنساني، كمنظمة الصحة العالمية والبنك الدولي، وهذا لا يعني أن ذلك النظام هو الآلية الوحيدة لتمويل وتحقيق التغطية، وإنَّما يوجد العديد من أساليب التمويل الأخرى، والتي خاضت تجربتها بعض البُلْدَان، وبخاصة البُلْدَان محل البحث والمُقارنة، والتي ترنو إلى تحقيق التغطية لكل مواطنيها، ونتيجة لذلك فقد استجابت مصر لهذا النداء الدولي وشَرَعَتْ في تطبيق النظام تدريجيًّا على جميع مواطنيها بلا استثناء، بموجب القانون رقم ٢ لسنة ٢٠١٨، ونُفِّذ فعليًّا في ٢٠١٩/٧ على مدينة بورسعيد كأول مدينة مصرية يُطَبَّق عليها، وفي ضوء ما تقدم فإنَّ البحث يدور حول دراسة التجارب الدولية لإدارة وتمويل اقتصاديات النُظُم الصحية للاستفادة من خبراتها في دعم النظام الصحي الوطني.

ولتوضيح ذلك، سوف يتم دعم هذه البحث من خلال دراسة أهم مُؤشرات الإنفاق الصحي بقاعدة بيانات التغذية الصحية وإحصاءات السكان للبنك الدولي ومنظمة الصحة العالمية للخمسة بُلْدَان محل البحث وهي: (كندا، ألمانيا، الولايات المتحدة الأمريكية، المملكة العربية السعودية، مصر)؛ كَوْن كل دولة تُمَثِّل نموذجًا من نماذج نُظُم تمويل خدمات الرعاية الصحية، إضافة إلى المُتوسط العالمي ومُتوسط البُلْدَان مُنخفضة ومُتوسطة الدخل، باستخدام أحدث مكتبات الذكاء الاصطناعي لعلوم وتحليل البيانات (Pandas, Numpy, Seaborn, Matplotlib) باستخدام لغة البرمجة Python.

أهداف البحث: يرنو البحث إلى دراسة خبرات البُلْدَان المُقارنة والاستفادة منها في كيفية إدارتها لنُظُمِها الصحية والتعرف على أوجه القوة والضعف بكل نظام؛ ومن ثَمَّ مساعدة صانعي القرار وبخاصة الصحي لإدارة النظام الإدارة المُثْلَى.

إِشْكَالِيَّة البحث: تَتَمَثَّل إِشْكَالِيَّة البحث الرئيسة في البحث عن كيفية الاستفادة من خبرات وتجارب البُلْدَان محل البحث لدعم النظام الصحي الوطني.

منهج البحث: أُستخدِم المنهج التحليلي المُقارن للمقارنة بين بُلْدَان البحث.

يُقسَّم البحث إلى مبحثين على النحو الآتي:

المبحث الأول: التجارب الدولية لإدارة اقتصاديات النُظُم الصحية

المبحث الثاني: التجارب الدولية لمصادر تمويل اقتصاديات النُظُم الصحية

المبحث الأول

التجارب الدولية

لإدارة اقتصاديات النُظُم الصحية

إنَّ دراسة النُظُم الاقتصادية أو القانونية المُقارنة لها بالغ الأثر في إثراء وتبادل المعرفة الإنسانية، ومن ثَمَّ تطوير النُظُم الوطنية، ومن أهم النُظُم التي تحتاج إلى ذلك النظام الصحي الوطني، ونتيجة لذلك سيتناول المبحث دراسة هذه التجارب من خلال المطالب الآتية:

- **المطلب الأول: تجربة الولايات المتحدة الأمريكية**
- **المطلب الثاني: التجربة الكندية**
- **المطلب الثالث: التجربة الألمانية**
- **المطلب الرابع: تجربة المملكة العربية السعودية**

المطلب الأول

تجربة الولايات المتحدة الأمريكية

تمتلك الولايات المتحدة الأمريكية العديد من أنظمة الرعاية الصحية، لكل نظام الإدارة الخاصة به، وغالبًا ما تنقسم إلى ثلاثة أقسام: الأول تُغَطِّيهِ الحكومة الفيدرالية، والثاني: تُغَطِّيهِ مؤسسات المجتمع المدني والأهلي غير الهادفة للربح، والثالث تُغَطِّيهِ مؤسسات رعاية صحية خاصة عملاقة، فأمَّا **الأول** فغالبًا ما يحتوي على خمسة أنظمة بحسب الفئة المستهدفة، وبيانها على النحو الآتي:

نظام الرعاية الصحية (Medicare): ويستهدف فئة كبار السن وغير القادرين، ويشترط للتمتع به وجود سجل عمل للمُنْتَفِع، ويتم تغطية تكاليف العلاج من قِبل الحكومة المركزية الفيدرالية[١].

---

(١) أ. غادة حمدي عبد الرحيم: تأثير تطوير الهيكل التمويلي لنظام التأمين الصحي على الارتقاء بخدمات الرعاية الصحية في جمهورية مصر العربية، رسالة ماجستير، كلية الاقتصاد والعلوم السياسية، جامعة القاهرة، ٢٠١٢، ص ٢٣، وانظر أيضًا:

Gilbert Berdine: Sustainable Health Insurance, The Southwest Respiratory and Critical Care Chronicles, Vol. 6, No. 25, July, 2018, P. 63 – 68.

نظام الرعاية الصحية (Medicaid): ويستهدف فئة معينة من الفقراء وليس الجميع، ويشترط للتمتع به استيفاء معايير معينة تختلف من ولاية إلى أخرى[١]، كما تُوَضِّح بعض الأبحاث أنَّ التوسع فيه أدى إلى تحسين الوصول والاستفادة من خدمات الرعاية الصحية العامة المُقَدَّمَة ومكاسب كبيرة جدًّا في التغطية الصحية والقدرة على تحمل تكاليف الرعاية الصحية الباهظة وتوفير الأمن المالي للسكان وبخاصة ذوي الدخل المنخفض وتحسن مستويات الصحة العامة، كما أشارت تلك الدراسات إلى وجود علاقة إيجابية قوية بين التوسع بالبرنامج وظهور بعض النتائج الصحية الإيجابية على المستوى العام، وبخاصة مقاييس الحالة والناتج الصحي للمُنْتَفِعِين؛ إضافة إلى بعض المنافع الاقتصادية الأخرى[٢].

نظام الرعاية الصحية (Veterans' Health): ويستهدف فئة العسكريين الأمريكيين ويشترط للتمتع به الالتحاق بالجيش الأمريكي، ويتميز بالتغطية الصحية الشاملة بجميع أنحاء البلاد لكل أعضائه دون غيرهم، من خلال شبكة موسعة من المستشفيات والمراكز الصحية الحكومية.

نظام الرعاية الصحية (Tricare): ويستهدف فئة العسكريين المتقاعدين وأسرهم.

نظام الرعاية الصحية لأطفال الولايات منخفضة الدخل:(State Children's Health Insurance): ويستهدف فئة الأطفال للعائلات أصحاب الدخل المُنخفض ويُمَوَّل من الضرائب ويغطي (٢٧,٨) من السكان[٣].

القسم الثاني: ما تُغَطِّيهِ مؤسسات المجتمع المدني غير الربحية: ويستهدف أصحاب الأمراض المستعصية.

---

(1) – Ibid. Loc. Cit..

(2) – Madeline Guth, Rachel Garfield, and Robin Rudowitz: The Effects of Medicaid Expansion under the ACA: Studies from January 2014 to January 2020, THE HENRY J. KAISER FAMILY FOUNDATION, USA, March 17, 2020. P. 1– 98.

– وراجع أيضًا:

– Jean M. Abraham, Anne B. Royalty, and Coleman Drake: The Impact of Medicaid Expansion on Employer Provision of Health Insurance, International Journal of Health Economics and Management, Vol. 19, Issue. 3, December 15, 2018. P. 317– 340.

(٣) أ. غادة حمدي عبد الرحيم: تأثير تطوير الهيكل التمويلي لنظام التأمين الصحي، مرجع سابق، ص٢٣.

القسم الثالث: ما تُغَطِّيهِ مؤسسات رعاية صحية خاصة عملاقة: ويستهدف جميع الأفراد بالولايات المتحدة الأمريكية غير المَشْمُولِين بالتغطية الصحية الحكومية، ويعتمد على التمويل الخاص للأفراد والأسر، وتُدِيرُه شركات التأمين الطبي العالمية، ويهدف أولاً وآخِرًا إلى الربح المَحْضِ دون أيَّةِ اعتبارات إنسانية أخرى(١).

أمَّا بالنسبة لقطاع البحث العلمي الطبي والدواء: تُعَدُّ الولايات المتحدة الأمريكية من أكبر مستثمري العالم في أبحاث العلوم الصحية وبخاصة قطاع الدواء، ويُعَدُّ هذا القطاع أرضًا خصبَة للتنافس القوي بين الحكومة الفيدرالية والجامعات من وجه، والقطاع الخاص من وجه آخر؛ إذ يَغْلُبُ على هذا القطاع نظامين:

١. **نظام تُمَوِّلُه الحكومة الفيدرالية والجامعات:** ويهتم بإجراء العديد من الأبحاث العلمية الطبية وبخاصة الدواء.

٢. **نظام يُمَوِّلُه القطاع الخاص:** ويهتم بإجراء العديد من الأبحاث والتجارب العلمية الطبية، وبخاصة المُنتجات والمُستلزمات الوقائية بالإضافة إلى الأمصال واللقاحات(٢)، أمَّا بالنسبة للمُغْتَرِبِين والأجانب فيُوَفِّر نظام الرعاية الصحية الخاص خدماته للمُغْتَرِبِين والأجانب المقيمين؛ سواءً أكانوا أساتذة أم طلابًا إضافة إلى ذويهم(٣).

ويُعَدُّ مصطلح الرعاية الصحية المُوَجَّهَة من المُستهلك **(Consumer-driven Health Care)** أحد أهم الأساليب ذائعة الصَيْت، والمُبتكرة من قبل التأمين الصحي الخاص لتمويل برامج الرعاية الصحية، نتيجة انتشار "**نظرية الخطر الأخلاقي التقليدية**" والتي تَفْتَرِض قيام المُؤَمَّن عليهم بالإفْرَاط في استخدام خدمات الرعاية الصحية دون ضَبْطٍ أو قَيْد؛ لاعتقادهم أن التأمين الصحي هو الذي

---

(١) المرجع السابق: نفسه.

(2) Francis K. Amankwah, Alexandra Andrada, Sharyl J. Nass, and Theresa Wizemann: The Role of NIH in Drug Development Innovation and Its Impact on Patient Access, Proceedings of a Workshop, National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, Health and Medicine Division, Board on Health Sciences Policy, Board on Health Care Services, National Academies Press (US), Washington (DC), Nov 14, 2019. P. 1 – 86.

(٣) أ. غادة حمدي عبد الرحيم: تأثير تطوير الهيكل التمويلي لنظام التأمين الصحي، مرجع سابق، ص٢٣.

سيتحمل التكاليف[١]، ولا مَفَرَّ من القول إنَّ الولايات المتحدة الأمريكية تُعَدُّ رائدة التعليم التكنولوجي الطبي على مستوى العالم، حتى إنَّها تَخَطَّت في ذلك البُلْدَان المُتقدمة؛ نظرًا لإسهاماتها العلمية الطبية وبحوثها المتطورة التي كانت ولا تزال المُساعد الرئيس لاكتشاف أَنْمَاط الأمراض الجديدة وبخاصة المُسْتَعْصِيَة منها والمُزْمِنَة[٢].

مَساوئ التجربة الأمريكية: وعلى الرغم من تَقَدُّمِهَا في إدارة نظامها الصحي إلا أنها تعاني من سيطرة قوى السوق الحُرِّ؛ مقارنة بجميع البُلْدَان قاطبة، ويظهر ذلك من خلال التكلفة المرتفعة للخدمات الصحية التي يتحملها مواطنوها، وتحوز أجور الكوادر الطبية ـ بجميع فئاتهم ـ وقطاع الأدوية النصيب الأكبر من ذلك، والذي ينعكس أثره السلبي على تكلفة الخدمة بالمستشفيات[٣]، ونتيجة لذلك تعاني الولايات المتحدة الأمريكية من قصور التغطية التأمينية الصحية؛ إذ لا يوجد نظام مُحْكَم يمكن أن يَضْبِط الحصول على الخدمة الصحية بين سائر المواطنين بإنصاف، على الرغم من ارتفاع مؤشرات الإنفاق الصحي بوجه عام، إلا أنَّه ـ وبسبب عدم مراعاة العدالة في توزيعها ـ تظهر فجوات التغطية؛ نتيجة عدم تدخل الحكومة في تنظيمها وعدم مراعاة الطبقات الأشد

---

(1) Odeyemi I. AO & John Nixon: The role and uptake of private health insurance in different health care systems: are there lessons for developing countries?, ClinicoEconomics and Outcomes Research, Vol. 5, DECEMBER 07, 2022. P. 108 – 118.

= وانظر أيضًا:

= John Geyman: Health Insurance, Health Insurance in the United States: Failure of Private and Multi–Payer Financing, chapter 8, IntechOpen, April 10, 2022. P. 1 – 12.

(٢) أ. غادة حمدي عبد الرحيم: تأثير تطوير الهيكل التمويلي لنظام التأمين الصحي، مرجع سابق، ص ٢٤.

(3) Irene Papanicolas, Liana R. Woskie and Ashish K. Jha: Health Care Spending in the United States and Other High–Income Countries, JAMA – Journal of the American Medical Association, Vol. 319, Issue. 10, MAR 13, 2018. P. 1024 – 1039.

– وراجع أيضًا:

Michael Chernew & Harrison Mintz: Administrative Expenses in the US Health Care System: Why So High?, JAMA – Journal of the American Medical Association, Vol. 326, Number. 17, November 2, 2021. P. 1679–1680.

احتياجًا أو أكثر الولايات والمناطق تضررًا[١]، ومن زاوية أخرى كان لتولي ترامب مقاليد الحكم انعكاسات سلبية خطيرة على القطاع الصحي؛ إذْ تَوَعَّد بإنهاء العمل "**بقانون الرعاية الميسرة**" **Affordable Care Act (ACA)** المعروف شعبيًّا باسم **Obamacare**، والذي كان يهدف إلى تعزيز الرعاية الصحية للجميع، وفي واقع الأمر ظهرت انعكاسات إيجابية بعد تنفيذه من خلال ارتفاع مؤشرات التغطية التأمينية الصحية؛ إضافة إلى ضَمِّ بعض المجموعات العِرْقِيَّة الأخرى، ولم يَعُدْ بإمكان شركات التأمين الصحي الخاص استبعاد المواطنين بناءً على مرضهم السابق، وتَمَّ تعديله اسمه إلى "**STATE HEALTH CARE PREMIUM REDUCTION ACT**"، ويعني "قانون تخفيض تكاليف الرعاية الصحية الحكومي"[٢]، وعلى الرغم من اشتمال هذا القانون على بعض الامتيازات للحَدِّ من تكاليف الرعاية الصحية الشخصية والمدفوعات المُشتركة؛ إضافة إلى تغطيته لطلاب بالمدراس، إلا أن أسواق الرعاية الصحية مازالت تخضع في النهاية لآلية السوق الحر في ظل منافسة ضارية بين القطاع الخاص؛ الأمر الذي انعكست آثاره السلبية على عموم صحة الأمريكيين وبخاصة الفقراء منهم[٣].

---

(1) John P. Geyman: Disparities and Inequities in US Health Care: Alive and Sick, Family Medicine, Vol. 54, Number. 9, OCTOBER, 2022. P. 688-693.

– وراجع أيضًا:

- The Commonwealth Fund: Mirror, Mirror 2021: Reflecting Poorly Health Care in the U.S. Compared to Other High-Income Countries, Prepared by Eric C. Schneider, Arnav Shah, Michelle M. Doty, Roosa Tikkanen, Katharine Fields and Reginald D. Williams, AUGUST 2021. P. 1-39.

- أ. غادة حمدي عبد الرحيم: تأثير تطوير الهيكل التمويلي لنظام التأمين الصحي، مرجع سابق، ص ٢٥.

(2) HOUSE OF REPRESENTATIVES (THE CONGRESS): COMPILATION OF PATIENT PROTECTION AND AFFORDABLE CARE ACT [May 1, 2010], which has been modified as "State Health Care Premium Reduction Act", 116TH CONGRESS 2d Session, MARCH 9, 2020.

(3) Jesse Patrick & Philip Q. Yang: Health Insurance Coverage before and after the Affordable Care Act in the USA, Sci, Vol. 3, NUMBER. 2, May 12, 2021. P. 1-18.

– وراجع أيضًا:

المطلب الثاني

التجربة الكندية

تعتمد كندا في إدارتها لنظامها الصحي بصورة شِبْهِ كاملة على برنامج الرعاية الصحية **(Medicare)**؛ الذي أُقرَّ بموجب قانون الصحة الكندي عام ١٩٨٤ **(CHA)**، ويُغَطِّي كل المقاطعات والبلديات التي تتكون منها البلاد (١٠ مقاطعات و٣ بلديات) ويندرج تحته ما يقرب من ١٠ برامج صحية أخرى ويُعَدُّ من أهمها نظام **(Compensation System Work)**، وَلَعَلَّهُ من المفيد أن نؤكد على أن برنامج الرعاية الصحية الكندي **Medicare** قد وُجِّهَ في بادئ الأمر تحديدًا نحو فئات معينة كفئة محدودي الدخل وكبار السن وضباط الجيش والشرطة والسجناء، إلا أنَّه أرسى مجموعة من القواعد العامة لضمان تمتع الجميع برعاية صحية ذات جودة عالية، ومن أهم هذه القواعد: الشمولية والقابلية للتنقل وإمكانية الوصول والإدارة العامة من قِبل الحكومة الفيدرالية[١]، ويجدر التنبيه الى أن نظام الرعاية الصحية الكندي **Medicare** يُموَّل فيدراليًّا من **الضرائب** ويُقدم مُعظم خدماته بواسطة القطاع الخاص، ولذلك يطلق عليه اسم **(single-payer system)** ويعني ذلك "**نظام الدافع الأحادي**"، وجدير بالذكر أن القطاع الخاص يقوم بتقديم ما يقرب من ٧٥% من خدمات **Medicare** دون أن يُمَوِّلَهَا، بينما نجد أن تمويل القطاع الخاص يصل إلى ٣٠,٥% من جملة الإنفاق الصحي العام، وغالبًا ما يُوَجَّه للحالات التي لا يُغَطِّيهَا **Medicare**، كخدمات طبيب العيون والأسنان؛ إضافة إلى الدواء[٢]، وفي هذا الإطار صدرت العديد من القوانين المحلية الكندية والتي تُقَيِّد من تَحَكُّم القطاع الخاص في خدمات الرعاية الصحية الأساسية الضرورية؛ حيث تُتاح عبر نظام **Medicare** مجانًا[٣].

- Yunwei Gai and Kent Jones: Insurance patterns and instability from 2006 to 2016, BMC Health Services Research, Vol. 20, Issue. 1, April 21, 2020. P. 1-12.

(١) أ. غادة حمدي عبد الرحيم: تأثير تطوير الهيكل التمويلي لنظام التأمين الصحي، مرجع سابق، ص ٣٠.

(2) Lavoie JG: Medicare and the care of First Nations, Métis and Inuit, Health Econ Policy Law, Vol. 13, Issue. 3-4, January 30, 2023. P. 280-298.

(3) Ministry of Health & Ministry of Long-Term Care: Commitment to the Future of Medicare Act, CHAPTER 5, From April 1, 2020, to the e-Laws currency date, Last amendment: 2019, c. 5, Sched. 3, s. 4. Available at:

سياسة الرعاية الصحية الكندية:

وَيَتَّضِح من خلال دراسة المواد القانونية لقانون الصحة الكندي قيام النظام الصحي الكندي على الأُسُسِ الآتية:

١) ضمان إتاحة جميع الخدمات الصحية للجميع دون أَيَّةِ عوائق مالية.
٢) التمويل الكامل للبرنامج من الضرائب من خلال دعم الحكومة الفيدرالية لجميع المقاطعات.
٣) وجوب التزام المقاطعات بالمعايير الأساسية التي يقوم عليها البرنامج؛ لضمان استمرار تمويل الحكومة الفيدرالية لها والتي يُعَدُّ من أهمها:
٤) **الإدارة العامة:** وتعني وجوب إدارة البرنامج على أساس غير رِبْحِيّ.
٥) **الشمولية:** أي ضمان تقديم البرنامج الخدمات الصحية كافَّة.
٦) **العالمية:** أي ضمان إتاحة جميع الخدمات الصحية بالبرنامج لجميع المواطنين بالمقاطعة.
٧) **القابليّة للنقل وإمكانية الوصول:** أي ضمان انتقال الخدمات الصحية للمُقِيم بمقاطعة غير مقاطعته[١].

أهم الانتقادات التي وُجِّهَت للتجربة الكندية:

طول فترات الانتظار: تَعَرَّضَ نظام الرعاية الصحية بكندا إلى العديد من الانتقادات والتي كان من أَبْرَزِها طول فترات الانتظار؛ سواءً لرؤية الأخصائي بعد الإحالة من طبيب الأسرة أو لعمل العمليات الجراحية؛ الأمر الذي تَسَبَّبَ في إحداث مزيد من القلق للعديد من الكنديين وتدهور حالتهم الصحية[٢].

---

https://www.health.gov.on.ca/en/public/programs/ohip/cfma.aspx (Accessed on March 18, 2023)

(١) وزارة العدل: قانون الصحة الكندي، المواد (٣، ٥، ٧، ٨، ٩، ١٠، ١١)

- Ministry of Justice: Canada Health Act, Current to March 6, 2023, Last amended on December 12, 2017. Available at: https://laws-lois.justice.gc.ca/ (Accessed on March 18, 2023)

(2) Clare Liddy, Isabella Moroz, Ewan Affleck, Emma Boulay, Sarah Cook, Lois Crowe, Neil Drimer, Laurie Ireland, Pamela Jarrett, Susan MacDonald, Derek McLellan, Ariana Mihan, Nico Miraftab, Véronique Nabelsi, Christopher Russell, Alex Singer, Erin Keely: How long are Canadians waiting to access specialty

النقص الكبير في عدد الأطباء: ويرجع ذلك لما تُمَارِسه الحكومة الفيدرالية وحكومة المقاطعات من الالتزام الصارم بمجانية خدمات الرعاية الصحية واتخاذها في ذلك جميع السُبُل نحو مراقبة الأطباء في التزامهم بعدم تحصيل أيَّة مبالغ إضافية على رسوم الخدمة الصحية؛ دون أن يَصْحَب ذلك زيادة مُرْضِيَة في رواتبهم؛ الأمر الذي دفعهم إلى أن يهاجروا إلي الولايات المتحدة الأمريكية لِيَحْظَوا بحظٍ وافرٍ من الأجور المرتفعة؛ في ظِلِّ السوق الصحي الحر، وإمَّا أن يَظَلُّوا بكندا ويُفَكِّروا في التقاعد المُبَكِّر؛ إذْ وُجِدَ أن أكثر من يتقاعد أطباء الريف وبخاصة النساء؛ نظرًا لما يَتَعَرَّضُون له من ساعات عمل كبيرة وضغط شديد؛ دون أن يتخلل ذلك الراحة المناسبة لهم؛ بالإضافة إلى عدم وجود خطة عمل مُنَظَّمَة تَتَّسِم بالحماية المالية لتقاعدهم بعد إِفْنَائِهِم حياتهم في خدمة المَرْضَى[١].

المطلب الثالث

التجربة الألمانية

تُقَدِّمُ ألمانيا مثالاً للنموذج الكلاسيكي لنظام التأمين الصحي الاجتماعي، ويُنْسَب الفضل للمستشار الألماني بِسْمَارك الذي أرسى قواعده منذ عام ١٨٨٣ وحتى الآن، وَيُعَدُّ أهم مبادئه:

مبدأ التكافل الاجتماعي: ويعني ذلك توفير الرعاية الصحية على أساس الحاجة وليس القدرة؛ انطلاقًا من مسؤولية الفرد تجاه مُجْتَمَعِه، ووجوب تشارك الجميع مسؤوليتهم الاجتماعية[٢]، وقد يُعْرَف بمبدأ **(التحويلات المالية من فئة إلى أخرى)**، ويُقْصَد به إعادة توزيع الموارد دوريًّا من فئة إلى أخرى[٣]، وَيَنْبَثِقُ منه مبدأ **(الفرد الأَعْزَب يدفع لصالح الأسرة)** أي يُغَطِّي الفرد الأَعْزَب تكلفة

---

care? Retrospective study from a primary care perspective, Canadian Family Physician, Vol. 66, Issue. 6, Jun, 2020. P. 434 -444.

(2) Silver M. Pannor: Physician retirement: gender, geography, flexibility and pensions, Canadian Medical Association Journal, Vol. 189, Issue. 49, December 11, 2017. P. E1507 - E1508.

(2) Reinhard Busse, Miriam Blümel, Franz Knieps and Till Bärnighausen: Statutory health insurance in Germany: a health system shaped by 135 years of solidarity, self-governance, and competition, Canadian Medical Association Journal, Vol. 390, Issue. 10097, August 26, 2017. P. 882-897..

(٣) د. داليا رضا حسن: تقييم نظام التأمين الصحي في مصر وسبل إصلاحه، رسالة دكتوراه، كلية الاقتصاد والعلوم السياسية، جامعة القاهرة، ٢٠١٧، ص ٧٤.

مجانية الطفل بالأسرة[١]، وَتُعَدُّ تلك المبادئ مثالاً حَيًّا للمشاركة المجتمعية القائمة على مبدأ التكافل، لا مبدأ المخاطر أساس عمل شركات التأمين الصحي التجاري الهادفة للربح[٢].

مبدأ التَّابِعِيَّة: ويُقصد بذلك أن الحكومة لا تمارس دوراً مباشرًا في الإدارة، وإنما تُحِيلُهَا إلى صناديق التأمين الصحي الاجتماعي غير الحكومية غير الهادفة للربح، والتي تُقَدَّر بـ(١١٣) صندوق مُتنافس، ذاتيّ الإدارة، ويكون لوزارة الصحة ونظام التأمين الاجتماعي فقط حق الإشراف ووضع السياسات والتشريعات المنظمة للعمل[٣]، وتَعْتَمِدُ ألمانيا إستراتيجية إتاحة الخدمات الصحية للجميع على مدار ٢٤ ساعة طوال أيام الأسبوع، ويقتصر دور مُزَوِّد الخدمة؛ سواءً أكان تعاونيًّا أم تجاريًّا التفاوض مع صناديق التأمين ضد المرض، وتُعَدُّ الأخيرة بمثابة شركات تأمين صحي لكنها غير هادفة للربح، ويقوم دورها على إدارة النظام وتحصيل الاشتراكات من أعضائها؛ لتقوم بعد ذلك بالدفع إلى مُقَدِّمِي الخدمة وفقًا للاتفاق المُبْرَم بينهم[٤].

---

(1) Reinhard Busse, Miriam Blümel, Franz Knieps and Till Bärnighausen: Statutory health insurance in Germany: a health system shaped by 135 years of solidarity, self-governance, and competition, ...Op. Cit. P. 882-897.

(2) Ibid. Loc. Cit.

(3)Ibid. Loc. Cit.

(4)The World Health Organization (Regional Office for Europe): Health Systems in Transition, Germany Health System Review 2020, European Observatory on Health Systems and Policies, Prepared by Reinhard Busse, Josep Figueras, Martin McKee, Elias Mossialos and Ginneken E. van, Vol. 22, NUMBER. 6, 2020. P. 1 - 276.

- وانظر أيضًا:

- The World Health Organization (Regional Office for Europe): Germany Health system summary 2022, European Observatory on Health Systems and Policies, Prepared by Miriam Blümel, Anne Spranger, Katharina Achstetter, Anna Maresso, Yulia Litvinova, and Reinhard Busse, 2022. P. 1 - 20.

المطلب الرابع

تجربة المملكة العربية السعودية

تَعْتَمِدُ المملكة في إدارتها للنظام الصحي "**نظام التأمين الصحي الخاص التعاوني غير الهادف للربح**"، ويهدف إلى توفير الرعاية الصحية لكل من يعيش على أرضها؛ سواءً أكانوا يعملون بالقطاع الخاص أم من الوافدين وفقًا لرؤية المملكة ٢٠٣٠؛ مع ضمان مجانية العلاج للعاملين بالقطاع الحكومي وأسرهم، وتَرْتَكِزُ إستراتيجية المملكة على تحقيق هذا الهدف من خلال ثلاثة محاور: المجتمع الحيوي والوطن الطموح والاقتصاد المُذْهِل[١]، وجدير بالذكر أن نظامها يخضع لرقابة "**مجلس الضمان الصحي**"؛ الذي أُنْشِئ بموجب موافقة مجلس الشورى بتطبيق نظام الضمان الصحي التعاوني، ويُذْكَرُ أنَّه قد أُستُحدِث في بداية الأمر للرقابة على شركات التأمين الصحي التعاونية وأعمالها؛ لضمان حماية صحية لجميع الوافدين المقيمين على أرضها فقط دون المواطنين، ثُمَّ تَوَسَّع الأمر ليشمل المواطنين السعوديين العاملين بالقطاع الخاص وأسرهم[٢]، ثم صدر قرار مجلس الوزراء بتطبيق إلزامية الخضوع للمنظومة على جميع المُتَقَدِّمِين للحصول على تأشيرة دخول إليها، سواءً للزيارة أو لتمديدها؛ باستثناء مُعْتَمِرِي وحجاج بيت الله الحرام؛ إضافة إلى الدبلوماسيين الدوليين الرسميين[٣]، ووفقًا لرؤية المملكة فإنَّ إدارتها للمنظومة يقوم على "إشراك القطاع الخاص مع

---

(١) د. محمد عبد المولى عثمان: التأمين الصحي التعاوني الشامل ودوره في رؤية المملكة ٢٠٢٣، مجلة مكاشفات، مركز البحوث والتواصل المعرفي، مج ١، ع ٤، ٢٠١٩، ص ٢ – ٣٠.

(٢) د. حسين بن محمد برعي: دراسة تحليلية لسوق التأمين الصحي في المملكة العربية السعودية، المجلة العلمية للبحوث التجارية، كلية التجارة، جامعة المنوفية، س٣، ع ٤، ٢٠١٦، ص ١٣٢ – ١٣٧.

– وللوقوف على المزيد من التفصيل حول إستراتيجية وزارة الصحة السعودية "رؤية المملكة العربية السعودية ٢٠٣٠"، راجع:

– KSA MoH VRO: Business Case for the Health System Reform Component of the Kingdom of Saudi Arabia's Vision 2030 Program, May, 2017. P. 1 – 67.

– Sharfuddin Chowdhury, Dennis Mok, and Luke Leenen: Transformation of health care and the new model of care in Saudi Arabia: Kingdom's Vision 2030, JOURNAL of MEDICINE and LIFE, Vol. 14, Issue. 3, MAY–JUNE, 2021. P. 347 – 354.

(٣) د. حسين بن محمد برعي: دراسة تحليلية لسوق التأمين الصحي في المملكة العربية السعودية، مرجع سابق، ص ١٣٢.

الحكومي في تقديم الخدمة"، ونتيجة لذلك انتهجت المملكة سياسة خَصْخَصَة المرافق الصحية الحكومية وابتكرت ثلاثة نماذج، هي:

١. **القيام بتأجير المرافق الصحية الحكومية وانتهائها بالتمليك للقطاع الخاص:** ويُقْصَدُ بالمرافق هنا المستشفيات العامة ونظائرها، وتَدْعَمُ المملكة تحفيز القطاع الخاص من خلال مَدِّ فترة التأجير لمدة تصل إلى أكثر من ١٥ عامًا تمهيدًا لنقل الملكية بالكامل إليه، ومع ذلك التزمت وزارة الصحة بِتَحَمُّلِ نفقات الأشخاص المُحَوَّلِين من وحدات الرعاية الصحية الأَوَّلِيَّة إلى المرافق المُؤَجَّرَة، أو من يُنْقَل إليها نتيجة الحوادث أو الحالات الحرجة.

٢. **القيام بتأجير العيادات الخارجية بالمرافق الصحية:** كانت المملكة قد اتخذت قرارًا لصالح الأطباء العاملين بالمستشفيات العامة، وهو جواز عملهم بالمستشفيات الخاصة بعد انتهاء أوقات عملهم الرسمية، إلا أنَّ ذلك كان له أثر سلبي أدى إلى ضعف الخدمة الصحية المُقَدَّمَة بالعيادات العامة؛ لذلك تَمَّ اقتراح أن تقوم وزارة الصحة بتأجير تلك العيادات لهؤلاء الأطباء وغيرهم من غير العاملين بعد انتهاء عملهم الرسمي[١].

٣. **القيام بتحويل المرافق الصحية إلى شركات مُختلطة (حكومية – خاصة):** يتلخص هذا النموذج في قيام وزارة الصحة باعتبارها المُمَثِّل الرسمي للدولة بطرح المرفق الصحي العام للاكتتاب العام بعد تحويل مرفقاته إلى أسهم، تحوز وزارة الصحة نسبة ٥١% من قيمة الأسهم الكلية، وتطرح الباقي وقدره ٤٩% للاكتتاب العام[٢]، وتَهْدِفُ المملكة من إجراءات الخَصْخَصَة إلى "**فصل التمويل عن الخدمة**، مع إفساح المجال لشركات القطاع الخاص للعمل بأعلى معايير الكفاءة والجودة؛ في ظل رقابة وزارة الصحة والتي تتابع جودة مُخْرَجَات النظام الصحي عن كَثَب، وذلك لتوفير رعاية صحية للجميع أي العمل بسياسة التوسع الأفقي (جميع المقيمين) والرأسي (الجودة)[٣]، ونتيجة لما سبق أُقِرَّت وثيقة الضمان الصحي التعاوني لِتُقِرَّ الحد الأدنى من التغطية الصحية التأمينية[٤].

---

(١) أ. غادة حمدي عبد الرحيم: تأثير تطوير الهيكل التمويلي لنظام التأمين الصحي، مرجع سابق، ص ٣٦ – ص ٣٧.

(٢) أ. غادة حمدي عبد الرحيم: تأثير تطوير الهيكل التمويلي لنظام التأمين الصحي، مرجع سابق، ص ٣٧.

(٣) د. حسين بن محمد برعي: دراسة تحليلية لسوق التأمين الصحي في المملكة العربية السعودية، مرجع سابق، ص ١٣٧.

(٤) د. رجب أبو حمد أمين: الأهمية المتزايدة للتأمين الصحي الشامل في ظل التحولات الاقتصادية المعاصرة بالتطبيق على المملكة العربية، مجلة البحوث المالية والتجارية، مج ٢١، ع ٣، يوليو ٢٠٢٠، ص ٢٤٧.

مساوئ التجربة السعودية: وعلى صعيد آخر ذهب اتجاه بأن إجراءات الخَصْخَصَة السالفة ما هي إلا انعكاس **لآلية السوق الحُرِّ** التي تسير عليها المملكة؛ متأثرة في ذلك بالولايات المتحدة الأمريكية التي تعتمد على القطاع الخاص في تقديم خدماتها الصحية، حتى ولو كانت الحكومة تحتفظ بمجانية تقديم خدماتها الصحية بمراكز الصحة الأَوَّلِيَّة، هذا وقد أشار البعض إلى أن هذه التغييرات أدت إلى التحول ١٨٠ درجة في الرؤى الفلسفية لنظام الرعاية الصحية بالمملكة، وهو ما أثار قلق الكثيرين خوفًا من تكرار السيناريو نفسه في الولايات المتحدة الأمريكية(١).

أوجه الاتفاق بين إدارة النُظُم الصحية:

تكاد تتفق النُظُم الصحية للبُلْدَان المُقارنة على أهمية التعاون بين الجميع؛ لإتاحة وصولهم إلى خدمات صحية ذات جودة دون عائق مالي؛ مع عدم استهدافهم الربح من إدارة النُظُم باستثناء الولايات المتحدة الأمريكية التي يسيطر على أهدافها الربح، ومن ثَمَّ فلا مجال للتعاون باستثناء بعض النماذج المُقيدة.

أوجه الاختلاف بين إدارة النُظُم الصحية:

تختلف البُلْدَان محل البحث في طريقة إدارتها لنظامها الصحي الوطني، فمن جانب الولايات المتحدة الأمريكية فإنَّها تدير نظامها الصحي وفق آلية السوق الحُرِّ، ومن ثَمَّ فإن الذي يسيطر على إدارته شركات التأمين الصحي التجاري الهادفة للربح باستثناء بعض الأَنْظِمَة والتي غالبًا ما يستفيد منها العسكريون وقليل من الفئات المُهَمَّشَة على سبيل المثال لا الحصر، بينما تدير كندا نظامها من خلال رؤساء المقاطعات الذين يُشْرِفُون على قيام القطاع الخاص بتقديم خدمات الرعاية الصحية الجيدة للجميع بلا استثناء، وعلى صعيد آخر تُدِيرُ ألمانيا نظامها من خلال ما يُعْرَف بصناديق التأمين ضد المرض، والتي تتولى جمع الاشتراكات من الجميع ثُمَّ تتولى شراء الخدمة الصحية من مُقَدِّمِيهَا، وهي تخضع في ذلك لرقابة الدولة دون أن تتدخل الأخيرة في الإدارة، ومن ناحية أخرى تُدِيرُ المملكة العربية السعودية نظامها من خلال اتباع نظام التأمين الصحي الخاص التعاوني غير الهادف للربح، ويتولى مجلس الضمان الصحي مع وزارة الصحة الرقابة على الشركات الخاصة التعاونية المُقَدِّمَة للخدمة؛ للتأكد من الالتزام بالقوانين واللوائح والتعليمات الواردة في هذا الشأن.

---

(1) Alhabib S. Mohammed.: The Responsiveness of the Private Health Sector: Views of Insured Versus Uninsured Patients, research published on College of Business Administration, King Saud University, vol 27, OCTOBER 7, 2018. P. 13 – 22.

المبحث الثاني
التجارب الدولية
لمصادر تمويل اقتصاديات النُظُم الصحية

إنَّ دراسة التجارب الدولية لمصادر تمويل اقتصاديات النُظُم الصحية ودراسة مؤشرات الإنفاق عليها لها بالغ الأثر في تطوير اقتصاديات النُظُم الصحية الوطنية وتعزيز الاستدامة لمواردها، ونتيجة لذلك سيتناول المبحث دراسة هذه التجارب من خلال المطالب الآتية:

المطلب الأول: أنظمة تمويل برامج الرعاية الصحية

المطلب الثاني: التجارب الدولية لمؤشرات الإنفاق على النُظُم الصحية

المطلب الأول
أنظمة تمويل برامج الرعاية الصحية

تعريف تمويل النظام الصحي: "هي العملية التي يتم من خلالها جمع الأموال من مصادر أوَّلِيَّة وثانويَّة؛ حيث تتراكم في مجموع الأموال وتُوزَّع على نشاطات مُزَوِّدِي الخدمة"[١]، ويُقْصَد بالمصادر الأوَّلِيَّة أي الأموال التي تُجمع في صورتها الأوَّلِيَّة؛ كالمدفوعات المباشرة من الجيب الخاص أو الأموال المُحَصَّلَة من الضرائب، ويُقْصَد بالمصادر الثانويَّة أي الأموال المُحَصَّلَة من اشتراكات التأمين الصحي الحكومي أو الخاص (سواءً التجاري أو التعاوني)، ويُقصد بِمُزَوِّدِي الخدمة أي مُقَدِّمِيهَا[٢].

المراحل التي مرَّت بها أنظمة تمويل الرعاية الصحية: يُعَدُّ من أقدمها مدفوعات الجيب الخاص المباشرة، تليها الخدمات الصحية الحكومية ومساهمات المؤسسات الخيرية ثُمَّ برامج التأمين الصحي الخاص وبرامج التأمين الصحي الاجتماعي وأخيرًا برامج التأمين الصحي الاجتماعي الشامل[٣]، ومن هذا المنطلق سَنُطَوِّف حول أهم أنظمة تمويل برامج الرعاية الصحية، والتي تُعَدُّ من أهمها:

---

(١) د. لورنا جينيس، د. فيرجينيا وايزمان: مدخل إلى الاقتصاد الصحي، كلية لندن للصحة والطب الاستوائي، مطبعة الجامعة المفتوحة، إنجلترا، ط ٢، ٢٠١١، ترجمة د. سارة سيد الحارتي، د. مروه سعد الرخ، د. دينا محمد صبري: المركز العربي لتأليف وترجمة العلوم الصحية، الكويت، ط ١، ٢٠١٥، ص ١٩٤.

(٢) المرجع السابق: نفسه.

(٣) المرجع السابق: ص ١٩٩.

١. **أنظمة التمويل المُرْتَكِزَة على نظام الضرائب (نموذج بيفردج):** في هذا الإطار تكون الضرائب العامة هي المُمَوِّل الرئيس لجميع الخدمات الصحية لكل السكان، وقد يأخذ شكل التمويل اتجاهين؛ أحدهما مباشر والآخر غير مباشر، فأمَّا المباشر (من خلال الدخل) فيذهب فيه التمويل مباشرة نحو مُزَوِّدِي الخدمة الصحية، وأما غير المباشر (القيمة المضافة) فيذهب فيه التمويل عن طريق وسطاء يقومون بشراء الخدمات الصحية نيابة عن جميع السكان، وفي كل الأحوال لابد من التأكد من انفصال مشتري الخدمات الصحية عن مُزَوِّدِها[١]، وتُعْرَف هذه الآلية الأخيرة بـ"فصل التمويل عن تقديم الخدمة"، ولَعَلَّ هذا ما أخذ به المشرع المصري في قانون التأمين الصحي الشامل رقم ٢ لسنة ٢٠١٨، وتعد كندا والمملكة المتحدة من البُلْدَان الداعمة لهذا النظام؛ إذ يُعَدُّ المُرْتَكَزُ الرئيس في نظام تمويل خدمات الرعاية الصحية الوطنية هو "**الثِّقة الأوَّليَّة للرعاية في خدمة الصحة الوطنية**"؛ إذ تقوم بتمويل وشراء جميع الخدمات الصحية من جميع المستشفيات ومعظم الممارسين العامِّين نيابة عن جميع السكان فيما يُعْرَف بنظام **National Health Service (NHS)**[٢]، وتَجْدُرُ الإشارة إلى أن البعض قد أطلق على هذا النوع من أنظمة التمويل "نظام التأمين الصحي الحكومي" نظرًا لقيام الدولة بإنشائه وإدارته، وقد يُطْلِق البعض على هذا النوع من تلك الأنظمة "نظام التأمين الصحي الإجباري"؛ نظرًا لِفَرْضِه من قِبل الدولة على جميع المواطنين[٣].

مميزات تمويل أنظمة الرعاية الصحية من خلال نظام الضرائب: إنَّ أهمَّ مَيْزَة يتمتع بها هو تصاعدية الضرائب، ويعني ذلك اعتماده على نسبة مشاركة أصحاب الدخول الكبرى، ففي البُلْدَان مرتفعة الدخل تُمَثِّل الإيرادات عن ضرائب الدخل نسبة ضخمة من جملة إيرادات الضرائب، وعلى النقيض تُمَثِّل نسبة متواضعة في البُلْدَان ذات الدخل المنخفض والذي يُمَثِّل القطاع الرسمي فيها نسبةً قليلةً من السكان[٤]، ومن ناحية أخرى تُمَثِّل زيادة الحصيلة الضريبية الناتجة عن فَرْضِ الضريبة على القيمة المضافة أثرًا إيجابيًّا وسلبيًّا بحسب الدولة التي تُفْرَض فيها، ففي البُلْدَان ذات

---

(١) د. علاء غنام، أ. أحمد عزب: التأمين الصحي الشامل: نظرة مقارنة، مجلة الديمقراطية، مج ٢١، ع ٨١، ٢٠٢١، ص ٥٥ – ٥٨، وانظر أيضًا: د. لورنا جينيس، د. فيرجينيا وايزمان: مدخل إلى الاقتصاد الصحي، مرجع سابق، ص ٢٤٨.

(٢) المرجع السابق: نفسه.

(٣) د. سهام براهيمي، أ. فايزة براهيمي: دور أنظمة التأمين في التنمية الاقتصادية والاجتماعية – التأمين الصحي، مجلة الميزان، مج ٢، ع ٢، ٢٠١٧، ص ٧٩.

(٤) د. لورنا جينيس، د. فيرجينيا وايزمان: مدخل إلى الاقتصاد الصحي، مرجع سابق، ص ٢٤٨ – ٢٥٠.

الدخل المرتفع فإنَّ الذي يَتَحَمَّلَها معظم الفقراء؛ لِفَرْضِهَا على جميع السلع الأساسية، وتُسَمَّى في هذه الحالة بـ"**تراجعية الضريبة**"، ويُعَدُّ هذا الأثر من أهمِّ الآثار السلبية لها، وأمَّا الأثر الإيجابي فيظهر في بعض البُلْدَان منخفضة الدخل؛ حيث تُعْفَى معظم السلع الأساسية منها والتي يتم استهلاكها غالبًا من قِبل طبقة الفقراء، ويُعَدُّ هذا الأثر من أهم الآثار الإيجابية؛ إذ يَتَحَمَّل أكثرَها طبقةُ الأغنياء، وهذا ما يُسمى بـ"**تصاعدية الضريبة**"[١]، وتُعَدُّ هذه الطريقة المُثْلَى لمنح الحماية المالية للقطاعات غير الرسمية، والتي غالبًا ما لا يتم تغطيتهم بالأنظمة الرسمية[٢]، ويجدر التنبيه إلى أن أهم مبادئ ذلك النظام "**تضامن وتكافل وتساوي الجميع في إتاحة الوصول لخدمات الرعاية الصحية دون عائق مالي**"، وعلى صعيد آخر تتمثل سلبيات هذا النظام في النقاط الآتية:

١) عدم الاهتمام بمعايير الجودة والفعالية؛ وهو ما يؤدي إلى ضعفها.
٢) عدم الاهتمام بمعايير الاستجابة لرضا ورغبات المواطنين (المُخْرَجْ الأعظم من اقتصاديات الصحة).
٣) البيروقراطية المُفْرِطَة والتعقيدات الإدارية والبُطء في اتخاذ القرارات الحاسمة.
٤) إهمال الجانب التقْنِي وتطوراته في تقديم خدمات الرعاية الصحية[٣].

٢. نظام التأمين الصحي الاجتماعي "نموذج بسمارك": يقوم هذا النموذج على اشتراكات إجبارية بنسب مئوية من رواتب العمال ومساهمات أصحاب العمل، وغالبًا ما تُقسَّم مناصفة، وأحيانًا يتحمل العامل النسبة الأكبر، وتقتصر فائدة هذه الأنظمة على أعضائها فقط من العمالة الرسمية؛ إذ نجحت في تغطية معظمهم لقدرتها الفائقة على استيعاب مجموعة كبيرة ومتنوعة من المخاطر؛ باستثناء حالات الإعانات المتبادلة، والتي يتم جمع المال فيها من مجموعة من الأخطار المختلفة[٤]، ويُشَار إلى **ألمانيا** بأنها صاحبة الفضل في نشر هذا النموذج، ففي عام ١٨٨٣م فَرَضَتْه الحكومة على

---

(١) المرجع السابق: نفسه.

(2) Lycourgos Liaropoulos & Ilias Goranitis: Health care financing and the sustainability of health systems, International Journal for Equity in Health, Sep 15, 2015. P. 1- 4..

(٣) د. عديلة العلواني: أهمية النمط التعاقدي في تفعيل أنظمة التأمين الصحي، مجلة العلوم الإنسانية، جامعة محمد خيضر، بسكرة، ع ٤٣، مارس ٢٠١٦، ص ٤٥١.

(٤) د. علاء غنام، أ. أحمد عزب: التأمين الصحي الشامل: نظرة مقارنة، مرجع سابق، ص ٥٥ – ٥٨.

الجميع من خلال الاشتراك بصناديق المرض[١]، وبذلك تتميز أنظمة التأمين الصحي الاجتماعي ببعض الخصائص والتي يُعَدُّ من أهمها:

١. إِلْزَامِيَّة الاشتراك فيها وأنها قائمة على المُساهمات، كما أنها تُدَار من خلال هيئات عامة أو خاصة.

٢. تُكَلِّف إدارتها مبالغ طائلة مُقارنة بنظام الضرائب، كما أنها قائمة على سياسة إعادة توزيع الموارد، مع كفاءة تخصيصها، إضافة إلى إمكانية استقطاب موارد تمويل إضافية لدعم القطاع الصحي[٢].

وفيما يلي جدول يُوضح خلاصة أهم مُميزات وعيوب أنظمة التمويل المُرْتَكِزَة على نظام الضرائب، وأنظمة التمويل المُرْتَكِزَة على نظام التأمين الصحي الاجتماعي على النحو الآتي:

---

(١) أ. سلمان سلامة: التأمين الصحي ودوره في عملية التنمية الاقتصادية والاجتماعية، قسم إدارة الأعمال، جامعة دمشق، كلية الاقتصاد، سوريا، بدون سنة، ص ١.

(٢) المرجع السابق: نفسه.

الجدول رقم (١)

جدول يُوَضِّحُ مميزات وعيوب التمويل بالضرائب ونظام التأمين الصحي الاجتماعي

وجه المقارنة	نموذج بيفردج	نموذج بسمارك
مصدر التمويل	الضرائب المُباشرة وغير المُباشرة.	العمال وأصحاب العمل والحكومة.
عدالة التمويل	أكثر تقدمية.	أقل تقدمية لارتباطها بالرواتب.
تغطية السكان	ليست مقيدة.	مقيدة بمُشتركي القطاع الرسمي.
إمكانية تغطية جميع المجموعات	عدم وجود عوائق.	تحتاج لطرق تمويل إضافية.
فوائد وامتيازات الرعاية الصحية	مرتبطة بالاحتياج وليس الدفع.	مرتبطة بالاشتراكات.
تكلفة الإدارة	قليلة ولا يشترط نظام للمُؤَمَّن عليهم.	كثيرة لتحصيل الإيرادات ومواجهة الفساد وَيَلْزَم نظام للمُؤَمَّن عليهم.
النظام السياسي	زيادة التمويل مرتبط بقرار سياسي.	جُلُّ الدخل للمُؤَمَّن عليهم باستثناء تكاليف الإدارة.
الآثار الاقتصادية	تعتمد على قوة الهيكل الضريبي.	تزداد التكاليف على رَبِّ العمل، مِمَّا يُثَبِّطُه لخلق فرص عمل جديدة.
مدى سهولة الوصول	سهولة الوصول للفقراء والقطاع غير الرسمي.	صعوبة الوصول للفئات المُهَمَّشَة لاعتمادها على الاشتراكات.
مدى الرضا	لا يشعر الأفراد بالرضا لعدم تأكدهم أن ضرائبهم سَتُمَوِّلُه تحديدًا.	يشعر الأفراد بالرضا لأنهم يعلمون أن اشتراكاتهم تذهب لدعم نظامهم.
المخاطر الأخلاقية	أكثر عرضة لها؛ لانتفاء المساهمة أو تحمل المسؤولية.	أخف وطئة؛ لقيامه على المساهمة والمسؤولية، مع مطالبتهم بالجودة.
الإيرادات	تزداد بمكافحة التهرب الضريبي.	مرتبطة بنمو القطاع الرسمي.
تَعَدُّد الأنظمة (الانتقاء المُعَاكِس)	تَقِلُّ فُرَصُه؛ لأنَّ كل الأخطار مغطاة بنسب متساوية.	تزداد فُرَصُه بتعدد البرامج[1].

المصدر: د. لورنا جينيس، د. فيرجينيا وايزمان: مدخل إلى الاقتصاد الصحي، مرجع سابق، ص ٢٥٣– ٢٥٤.

(١) د. لورنا جينيس، د. فيرجينيا وايزمان: مدخل إلى الاقتصاد الصحي، مرجع سابق، ص ٢٥٣– ٢٥٤.

ويتضح لنا من هذا الجدول أن التمويل بالضرائب أكثر إتاحة وعدالة بالنسبة للطبقات المُهَمَّشَة، إذ لا يحتاج أيًا منهم أيّ اشتراكات مُسْبَقَة للتمتع بخدمات الرعاية الصحيَّة الجيدة، بينما لا يتوفَّر ذلك بالنسبة لنظام التأمين الصحي الاجتماعي؛ إذ يقتصر على القطاع الرسمي دون منْ سواهم، ومن ثَمَّ يُعَدُّ حجر عثرة أمام تحقيق التغطية الصحية الشاملة إلا إذا أُخِذَ في الاعتبار تذليل وصول الفقراء إلى خدماته الجيدة دون معاناة أو ألم.

٣. أنظمة التمويل عن طريق نظام التأمين الصحي الخاص: وَيَتَفَرَّع منه نظامين: أحدهما تجاري والآخر تعاوني، فإذا كان يهدف إلى الربح سُمِّيَ "نظام التأمين الصحي الخاص التجاري"، وإن كان يهدف إلى التكافل فيما بين أعضائه سُمِّيَ "نظام التأمين الصحي الخاص التعاوني"[١]، وجدير بالذكر أن الولايات المتحدة الأمريكية تُعَدُّ النموذج الأَمْثَل للأول والمملكة العربية السعودية المثال الأَظْهَر للثاني[٢]، ويُعَدُّ استخدام نظام التأمين الصحي الخاص بنظام التغطية الصحية الشاملة ذا أهداف مزدوجة؛ إذ قد يُستخدم لدعم أنظمة التغطية الصحية التكميلية لأغراض الرفاهية أو مرتفعة التكاليف، أو عند تجاوز الحد الأقصى لتغطية التأمين الصحي الاجتماعي المُمول بالضرائب[٣]، ونتيجة لذلك؛ فإنَّ نظام التأمين الصحي الخاص يُعَدُّ شريكًا فَعَّالاً في تحقيق التغطية للأسباب التي ذُكِرَت؛ إضافة إلى مساهمته في الحَدِّ من استنزاف النقد الأجنبي وتدهور ميزان المدفوعات النَّاجِمَيْن عن العلاج الخاص بالخارج[٤].

٤. أنظمة التمويل عن طريق أنظمة التأمين الصحي المُجتمعي: تُمَثِّلُ تلك الأنظمة نموذج التأمين الصحي التطوعي القائم على إعانات المجتمع، وجدير بالذكر أنَّه قد تَمَّ اللجوء لتلك المُخططات لدعم العاملين بالقطاع غير الرسمي غير المَشْمُولِين بالتغطية؛ فضلاً عن تعزيز الحماية المالية للفئات المُهَمَّشَة[٥]، ولَعَلَّه من المفيد أن نؤكد على أن تلك الأنظمة تواجه صعوبات في ضَمِّ الفئات الأكثر عِوَزًا، وذلك بحسب قدرتهم على تحمل أقساطها[٦].

---

(١) د. سهام براهيمي، أ. فايزة براهيمي: دور أنظمة التأمين، مرجع سابق، ص ٨٠ – ٧٩.

(٢) المرجع السابق: نفسه.

(٣) المرجع السابق: ص ٤٥١ –٤٥٢.

وانظر أيضًا: د. لورنا جينيس، د. فيرجينيا وايزمان: مدخل إلى الاقتصاد الصحي، مرجع سابق، ص ٢٥٥.

(٤) المرجع السابق: نفسه.

(٥) د. لورنا جينيس، د. فيرجينيا وايزمان: مدخل إلى الاقتصاد الصحي، مرجع سابق، ص٢٦٠–٢٥٧.

(٦) المرجع السابق: نفسه.

المطلب الثاني

التجارب الدولية لمؤشرات الإنفاق

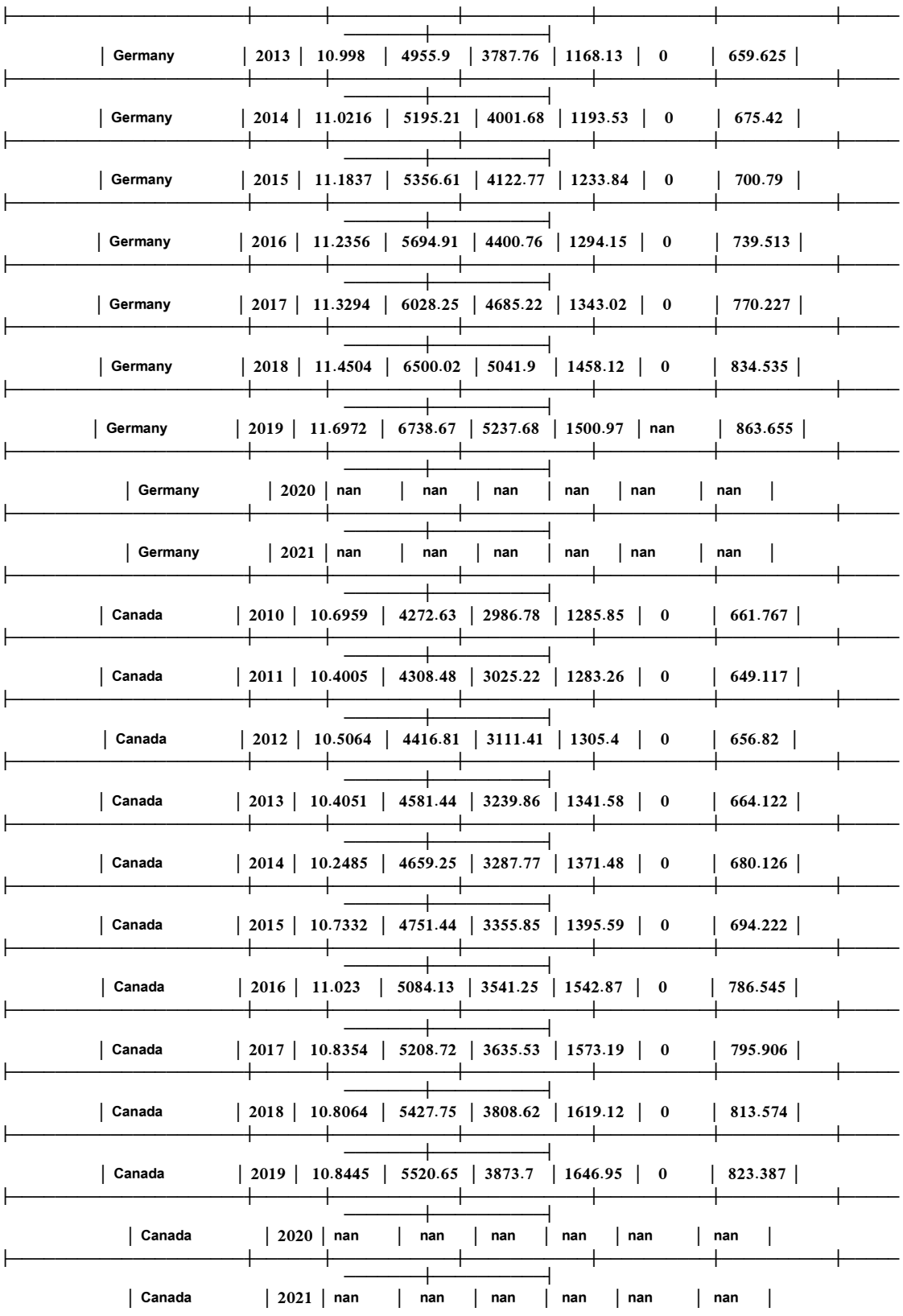
على النُظُم الصحية

يُعَدُّ استدامة تمويل الأنظمة الصحيَّة حجر الأساس لاستدامة الحصول على الخدمات الصحيَّة الجيدة؛ وتُمَثِّل مُؤشرات الإنفاق الصحي جرس إنذار للبُلْدَان لتنظرَ هل تسير في الطريق الصحيح للاستثمار في رأس المال البشري ومن ثَمَّ تحقيق التنمية أم لا؟ من هنا كانت الحاجة الماسَّة لتفقد مُؤشرات الإنفاق الصحي بقاعدة بيانات البنك الدولي للبُلْدَان محل البحث وبخاصة مصر؛ للتعرف على أقوى المُؤشرات لتحليلها ومن ثَمَّ دعمها، وأضعف المُؤشرات لتفسير أوجه قصورها ومن ثَمَّ محاولة اقتراح سُبُل علاجها، وفيما يلي جدول يُوضح خلاصة مُؤشرات قاعدة بيانات الإنفاق الصحيّ بالبنك الدوليّ وذلك على النحو الآتي:

الجدول رقم (٢)

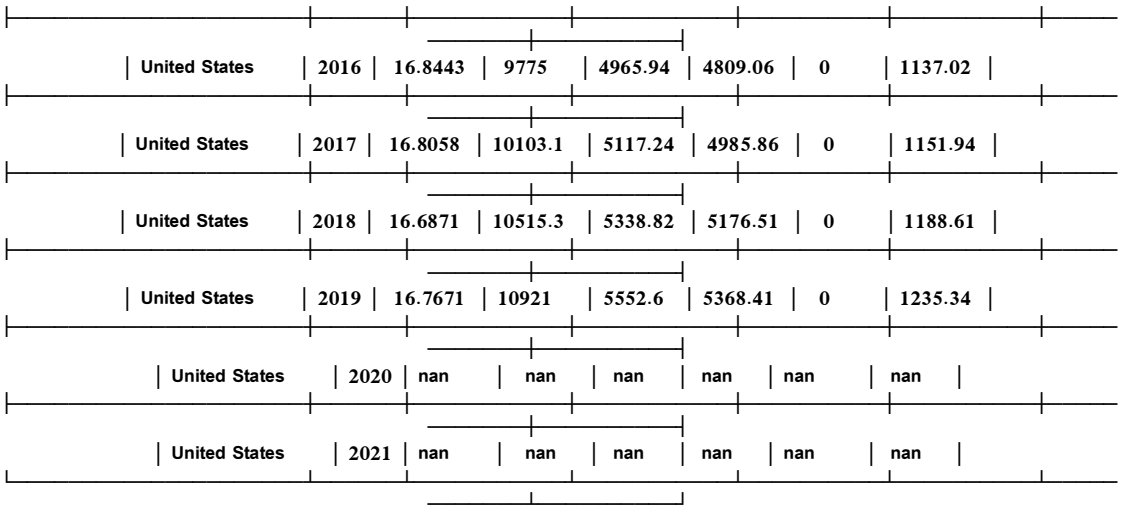
جدول يُوَضِّحُ مؤشرات الإنفاق على النُظُم الصحية للبُلْدَان المُقارنة بقاعدة بيانات البنك الدولي

Indicator / Country Name	Year	(١) Current health expenditure (% of GDP)	(٢) Current health expenditure per capita, PPP (current international $)	(٣) Domestic general government health expenditure per capita, PPP (current international $)	(٤) Domestic private health expenditure per capita, PPP (current international $)	(٥) External health expenditure per capita, PPP (current international $)	(٦) Out-of-pocket expenditure per capita, PPP (current international $)
World	2010	9.49435	1032.93	595.079	432.771	5.68751	231.545
World	2011	9.37852	1077.82	626.165	446.228	6.06838	239.389
World	2012	9.38727	1120.08	649.783	464.933	5.93288	251.225
World	2013	9.36515	1170.52	681.264	483.499	6.34347	265.274
World	2014	9.44422	1211.31	712.729	492.56	6.62726	268.26
World	2015	9.73481	1250.26	739.4	505.332	6.0893	273.649
World	2016	9.86061	1294.83	761.559	527.728	6.0421	284.448
World	2017	9.76423	1338.39	788.7	544.09	6.05018	288.187
World	2018	9.70124	1399.68	823.998	570.118	6.01251	300.595
World	2019	9.8302	1458.94	860.685	592.191	6.44483	311.976
World	2020	nan	nan	nan	nan	nan	nan
World	2021	nan	nan	nan	nan	nan	nan
Germany	2010	11.0956	4323.99	3273.12	1050.88	0	603.642
Germany	2011	10.7782	4588.23	3460.06	1128.15	0	642.552
Germany	2012	10.8532	4711.66	3554.65	1157	0	667.638


Germany	2013	10.998	4955.9	3787.76	1168.13	0	659.625
Germany	2014	11.0216	5195.21	4001.68	1193.53	0	675.42
Germany	2015	11.1837	5356.61	4122.77	1233.84	0	700.79
Germany	2016	11.2356	5694.91	4400.76	1294.15	0	739.513
Germany	2017	11.3294	6028.25	4685.22	1343.02	0	770.227
Germany	2018	11.4504	6500.02	5041.9	1458.12	0	834.535
Germany	2019	11.6972	6738.67	5237.68	1500.97	nan	863.655
Germany	2020	nan	nan	nan	nan	nan	nan
Germany	2021	nan	nan	nan	nan	nan	nan
Canada	2010	10.6959	4272.63	2986.78	1285.85	0	661.767
Canada	2011	10.4005	4308.48	3025.22	1283.26	0	649.117
Canada	2012	10.5064	4416.81	3111.41	1305.4	0	656.82
Canada	2013	10.4051	4581.44	3239.86	1341.58	0	664.122
Canada	2014	10.2485	4659.25	3287.77	1371.48	0	680.126
Canada	2015	10.7332	4751.44	3355.85	1395.59	0	694.222
Canada	2016	11.023	5084.13	3541.25	1542.87	0	786.545
Canada	2017	10.8354	5208.72	3635.53	1573.19	0	795.906
Canada	2018	10.8064	5427.75	3808.62	1619.12	0	813.574
Canada	2019	10.8445	5520.65	3873.7	1646.95	0	823.387
Canada	2020	nan	nan	nan	nan	nan	nan
Canada	2021	nan	nan	nan	nan	nan	nan

Low & middle income	2010	5.01818	358.876	171.334	181.484	6.52833	146.815
Low & middle income	2011	5.01406	380.929	185.482	188.98	6.96151	152.614
Low & middle income	2012	5.06715	407.43	200.636	200.426	6.86074	162.913
Low & middle income	2013	5.15486	438.938	216.608	215.543	7.3728	176.013
Low & middle income	2014	5.18248	455.942	230.43	218.414	7.70895	176.641
Low & middle income	2015	5.27562	471.094	241.332	223.286	7.03223	179.357
Low & middle income	2016	5.26456	485.128	244.563	234.015	7.00924	186.751
Low & middle income	2017	5.30613	503.619	256.139	240.884	7.0562	187.762
Low & middle income	2018	5.24892	531.92	268.761	256.649	6.96144	196.492
Low & middle income	2019	5.31696	563.603	287.442	269.076	7.31866	205.927
Low & middle income	2020	nan	nan	nan	nan	nan	nan
Low & middle income	2021	nan	nan	nan	nan	nan	nan
Egypt, Arab Rep.	2010	4.15319	415.846	136.942	276.236	2.6675	260.437
Egypt, Arab Rep.	2011	4.35707	443.752	150.183	291.019	2.55026	268.449
Egypt, Arab Rep.	2012	4.71026	522.497	150.007	370.522	1.96724	318.117
Egypt, Arab Rep.	2013	4.91731	551.79	161.481	389.411	0.898724	319.68
Egypt, Arab Rep.	2014	5.02519	547.542	161.756	378.297	7.48904	301.813
Egypt, Arab Rep.	2015	5.33657	614.368	191.95	421.176	1.24197	365.268
Egypt, Arab Rep.	2016	5.364	600.359	185.31	408.982	6.06684	354.193
Egypt, Arab Rep.	2017	5.63306	620.452	192.166	426.331	1.95531	349.924
Egypt, Arab Rep.	2018	4.94758	576.057	165.512	406.722	3.82315	358.66

Egypt, Arab Rep.	2019	4.73997	582.227	161.77	414.293	6.1641	365.337
Egypt, Arab Rep.	2020	nan	nan	nan	nan	nan	nan
Egypt, Arab Rep.	2021	nan	nan	nan	nan	nan	nan
Saudi Arabia	2010	3.64786	1879.74	1164.17	715.567	nan	356.119
Saudi Arabia	2011	3.71178	2083.54	1397.4	686.136	nan	325.473
Saudi Arabia	2012	4.01962	2305.86	1574.52	731.346	nan	349.481
Saudi Arabia	2013	4.46568	2496.69	1737.55	759.134	0	358.521
Saudi Arabia	2014	5.22795	2913.33	2079.2	834.129	nan	382.692
Saudi Arabia	2015	5.99834	2915.86	1996.6	919.258	nan	419.399
Saudi Arabia	2016	5.83563	2654.3	1770.72	883.581	0	416.884
Saudi Arabia	2017	6.26256	2962.58	2128.53	834.056	0	424.347
Saudi Arabia	2018	5.74846	2802.5	1970.11	832.384	0	445.551
Saudi Arabia	2019	5.68829	2789.56	1929.67	859.894	0	460.276
Saudi Arabia	2020	nan	nan	nan	nan	nan	nan
Saudi Arabia	2021	nan	nan	nan	nan	nan	nan
United States	2010	16.2592	7888.35	3854.5	4033.86	0	975.36
United States	2011	16.1985	8080.21	3954.63	4125.59	0	995.651
United States	2012	16.1754	8342.58	4074.73	4267.85	0	1028.72
United States	2013	16.0645	8522.13	4215.4	4306.72	0	1044.28
United States	2014	16.2533	8939.4	4531.42	4407.98	0	1066.67
United States	2015	16.5241	9392.07	4804.29	4587.77	0	1102.62



United States	2016	16.8443	9775	4965.94	4809.06	0	1137.02
United States	2017	16.8058	10103.1	5117.24	4985.86	0	1151.94
United States	2018	16.6871	10515.3	5338.82	5176.51	0	1188.61
United States	2019	16.7671	10921	5552.6	5368.41	0	1235.34
United States	2020	nan	nan	nan	nan	nan	nan
United States	2021	nan	nan	nan	nan	nan	nan

المصدر: البنك الدولي؛ إعداد الباحث باستخدام لغة البرمجة Python.

ويتضح لنا من هذا الجدول اشتماله على خلاصة أهم ٦ مؤشرات للإنفاق الصحي بعد دراسة كافَّة مؤشرات الإنفاق الصحي بقاعدة بيانات البنك الدولي للخمسة بُلْدَان محل البحث، إضافة إلى المُتوسط العالمي ومُتوسط البُلْدَان مُنخفضة ومُتوسطة الدخل؛ ونظرًا لاشتمال الجدول على العديد من البُلْدَان المُقارنة فضلاً عن المُؤشرات، فسوف يَتُّم تناول دراستهم على الترتيب من خلال تعريف المُؤشر ثُمَّ طرح أرقامه في صورة شكل بياني نستطيع من خلاله المُقارنة بين الأرقام بسهولة ويسر ثُمَّ الخلوص إلى أهم الفوائد وذلك على النحو الآتي:

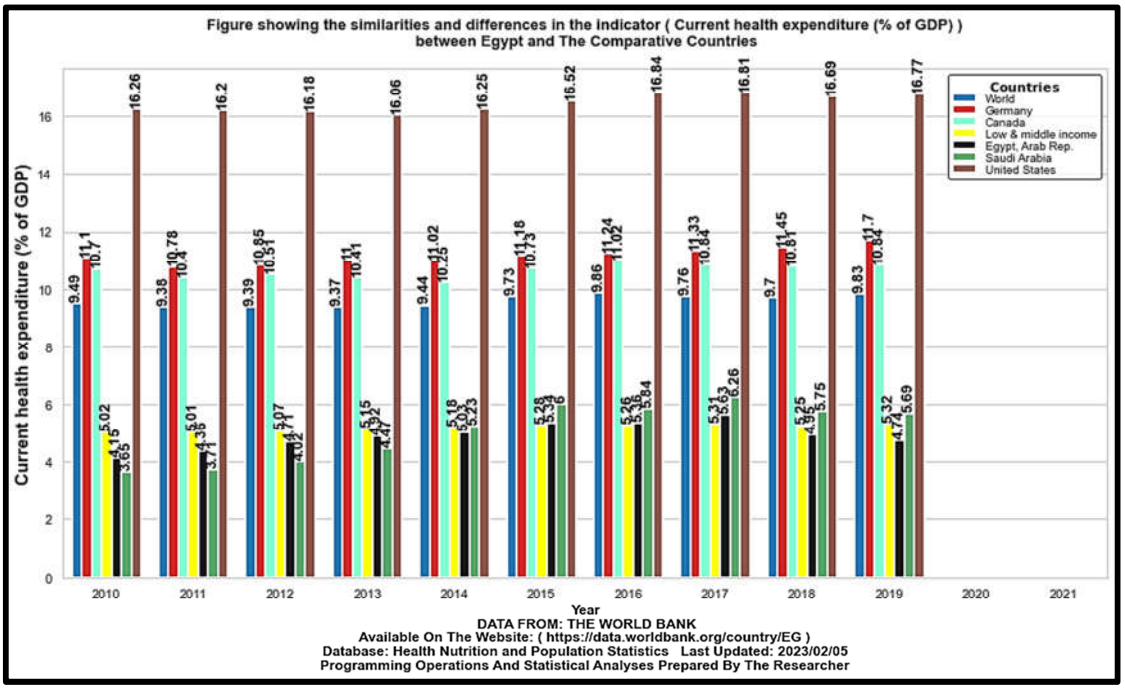
١. الإنفاق الصحي الجاري (كنسبة من الناتج المحلي الإجمالي):

يُومِئُ المؤشر إلى تقديرات مجموع السلع والخدمات الصحية الحالية التي تقدمها النُظُم الوطنية، والتي تُسْتَهْلَك خلال عام واحد، ولا يتضمن هذا المؤشر أيًّا من النفقات الصحية الرأسمالية كالآلات والمباني، أو مخزون اللّقَاحات والتطعيمات المُخَصَّصَة للطوارئ أو حالات تَفَشِّي المرض، وتُمَثِّل معدلات الإنفاق الصحي مُحددًا رئيسًا لمواطن القوة والضعف بالنُظُم الصحية، ومن ثَمَّ تُشِير إلى الجوانب التي تحتاج إلى مَزيد من الاستثمار كالمرافق أو نُظُم المعلومات أو الكوادر الصحية، فتحتاج الأولى إلى إضافة والثانية إلى تطوير والثالثة إلى تدريب وتأهيل، ويقيس هذا المؤشر مدى التقدم المُحْرَز في تحقيق أهداف التنمية المستدامة الآتية: **(الهدف (١): الغاية (A, B, 3, 4)** والخاصة بالقضاء على الفقر بجميع أبعاده وتحقيق الحماية الاجتماعية، والوصول إلى الخدمات الأساسية للجميع)، و**(الهدف (٣): الغاية (8,7)** والخاص بتحقيق التغطية الصحية الشاملة، والحماية من المخاطر المالية لخدمات الرعاية الصحية الأساسية، وإتاحة الأدوية)، و**(الهدف (٣):**

الغاية (C)، والخاص بضرورة تحقيق زيادة كبيرة في التمويل الصحي[(١)]، وفيما يلي شكل بياني لهذا المُؤشر يوضح المُقارنة بين مصر والبُلْدَان المُقارنة وذلك على النحو الآتي:

الشكل رقم (١)

شكل يُوَضِّحُ أوجه التشابه والاختلاف في مُؤشر (الإنفاق الصحي الجاري (كنسبة من الناتج المحلي الإجمالي)) بين مصر والبُلْدَان المُقارنة



المصدر: البنك الدولي؛ إعداد الباحث باستخدام لغة البرمجة Python.

ويُلَاحَظُ من القراءة الأوليَّة للشكل البياني السابق انخفاض المُؤشر أعلاه لمصر بعد تطبيق النظام من ٤,٩٥ عام ٢٠١٨ إلى ٤,٧٤ عام ٢٠١٩، كما يُظْهِرُ ارتفاع مُؤشر الولايات المتحدة

---

(١) – راجع ذلك على المواقع الإلكترونية الآتية:

– The World Bank:

Available at

https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.CHEX.GD.ZS?locations=EG

(Accessed on 02/04/2023)

– The World Health Organization:

Available at: https://apps.who.int/nha/database (Accessed on 02/04/2023)

– The United Nations: Global Sustainable Development Goal indicators

Available at: https://unstats.un.org/sdgs/metadata/ (Accessed on 02/04/2023)

الأمريكية، يليها ألمانيا، يليها كندا، تليها المملكة العربية السعودية، وهذا إن دل على شيء فإنَّما يدل على تخصيص البُلْدَان محل البحث - أيًّا كان نظامها الصحي- لجزء كبير من ناتجها المحلي الإجمالي للإنفاق على الصحة؛ لما له من آثار إيجابية مباشرة وغير مباشرة على مُؤشرات النمو الاقتصادي المُستدام، كما يُوَضِّحُ تراوح المتوسط العالمي بين نقطتي (٩,٣٧: ٩,٨٦).

٢. نصيب الفرد من الإنفاق الصحي الحالي؛ مُعادلاً بالقوة الشرائية (بالدولار الدولي الحالي لعام ٢٠١٧):

ويُعَدُّ تعادل القوة الشرائية للنقود عامل انكماش مكاني للأسعار؛ مُعَبِّرًا عن سعر الصرف الحقيقيّ وليس الإسْمِيّ؛ حيث يقوم بإلغاء فروق الأسعار بين البُلْدَان المُقارنة، ومن ثَمَّ يَسْهُل عقد المقارنات الدولية، ويقيس هذا المؤشر مدى التقدم المُحْرَز في تحقيق أهداف المؤشر السابق[١]، ويُمكن من خلال الشكل البياني التالي إيضاح المُقارنة لهذا المُؤشر بين مصر والبُلْدَان محل البحث وذلك على النحو الآتي:

---

(١) راجع ذلك على الموقع الإلكتروني الآتي:

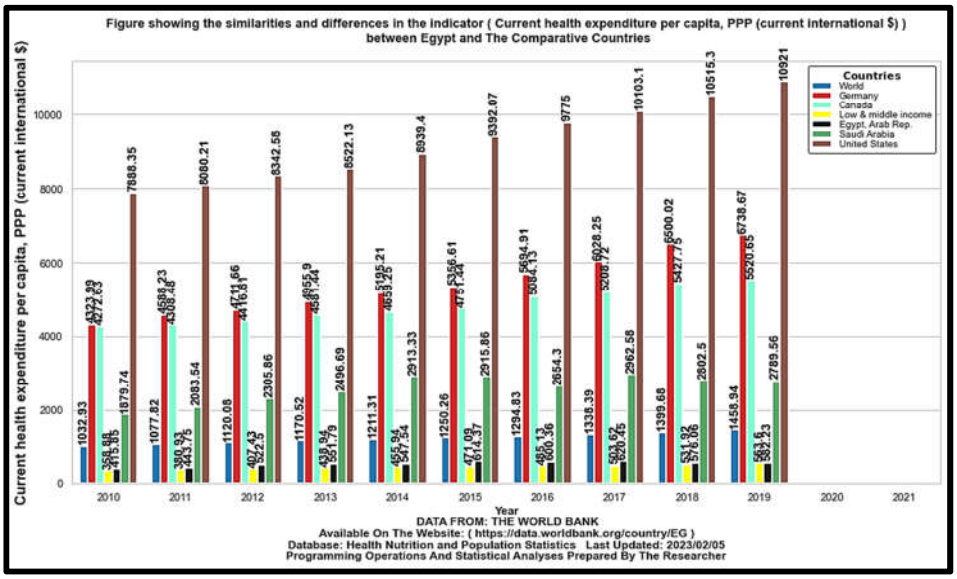
– The World Bank: Available at:

https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.CHEX.PP.CD?locations=EG

(Accessed on 01/04/2023)

الشكل رقم (٢)

شكل يُوَضِّحُ أوجه التشابه والاختلاف في مُؤشر (نصيب الفرد من الإنفاق الصحي الحالي؛ مُعادلاً بالقوة الشرائية (بالدولار الدولي الحالي لعام ٢٠١٧)) بين مصر والبُلْدَان المُقارنة



المصدر: البنك الدولي؛ إعداد الباحث باستخدام لغة البرمجة Python.

يُظْهِرُ هذا الشكل البياني ارتفاع مؤشر مصر أعلاه بعد تطبيق النظام من ٥٧٦,٠٦ عام ٢٠١٨ إلى ٥٨٢,٢٣ عام ٢٠١٩؛ فضلاً عن البُلْدَان منخفضة ومتوسطة الدخل؛ بَيْدَ أنَّه من المُلَاحَظ انخفاضه بالنسبة للمتوسط العالميّ ومؤشر البُلْدَان محل البحث، ويُعَدُّ ارتفاع هذا المؤشر بعد تطبيق النظام مُؤشرًا إيجابيًا لرفع مُخصصات نصيب الفرد من الإنفاق الصحي الجاري لكنَّه يحتاج إلى مزيد من الدعم الحكومي حيث تلاحظ انخفاضه بشكل كبير عن البُلْدَان المُقارنة.

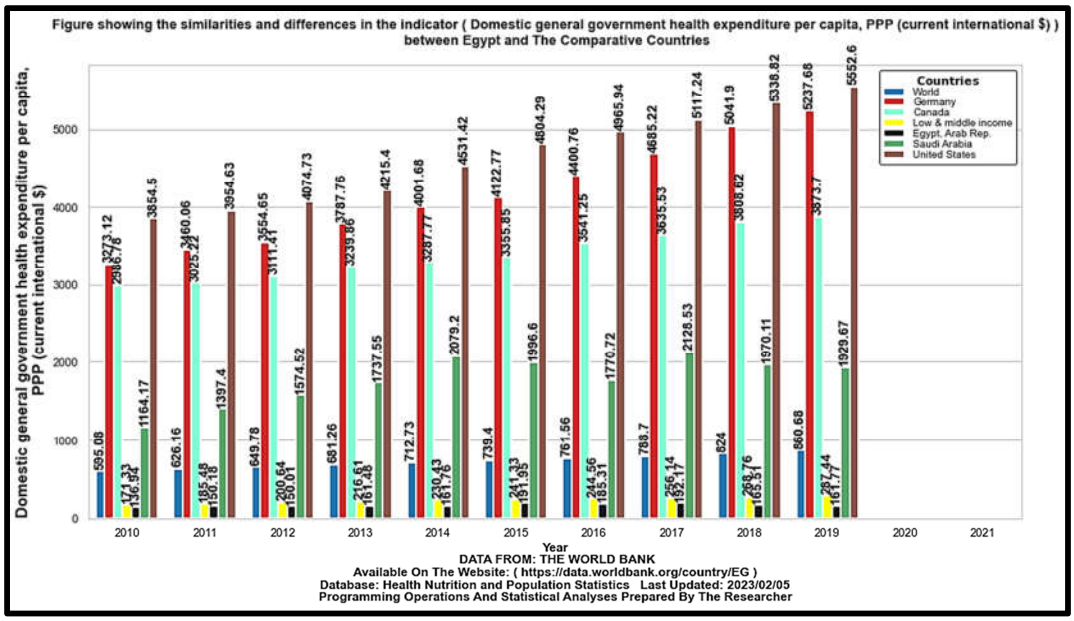
٣. نصيب الفرد من الإنفاق الصحي الحكومي العام المحلي، تعادل القوة الشرائية (بالدولار الدولي الحالي):

يُومِئُ المؤشر إلى نصيب الفرد من النفقات الصحية المُمَوَّلَة من المصادر العامة والحكومية المحلية للقطاع الصحي كنسبة من إجمالي الإنفاق الصحي الجاري، وبمعنى آخر مدى مساهمة الإنفاق الصحي العام المحلي في الإنفاق الصحي الكلي الجاري، والتي تتضمن الإيرادات المحلية مثل المِنَح والتحويلات الداخلية والإعانات المُوَجَّهَة للمُنْتَفِعِين والمُستفيدين من التأمين الصحي الاجتماعي والتطوعي؛ إضافة إلى خطط التمويل عبر المؤسسات والجمعيات والمُنظمات غير الهادفة للربح، والتي تخدم الأسر مجانًا والمعروفة باسم **Non-Profit Institutions Serving Households (NPISH)**، وجدير بالذكر أنَّ هذا المؤشر يتضمن مساهمات الدفع المُسْبَق

الإجباري؛ المُمَوَّلَة من قِبَل نظام التأمين الصحي الحكومي الاجتماعي الإلزامي، ولا يفوتنا أن نُنَوِّهَ إلى أن هذا المؤشر لا يتضمن الموارد الخارجية التي تنفقها الحكومة على القطاع الصحي، ويقيس هذا المؤشر مدى التقدم المُحْرَز في تحقيق أهداف المؤشر الأسبق(١)، ويُوضحُ الشكل البياني التالي المُقارنة بين مصر والبُلْدَان محل البحث لهذا المؤشر وذلك على النحو الآتي:

الشكل رقم (٣)

شكل يُوَضِّحُ أوجه التشابه والاختلاف في مؤشر (نصيب الفرد من الإنفاق الصحي الحكومي العام المحلي، تعادل القوة الشرائية (بالدولار الدولي الحالي)) بين مصر والبُلْدَان المُقارنة



المصدر: البنك الدولي؛ إعداد الباحث باستخدام لغة البرمجة Python.

يُظْهِرُ الشكل البياني السابق انخفاض المُؤشر أعلاه لمصر بعد تطبيق النظام من ١٦٥,٥١عام ٢٠١٨ إلى ١٦١,٧٧ عام ٢٠١٩، إضافة إلى جميع البُلْدَان المُقارنة؛ بَيْدَ أنَّه من المُلَاحَظ تَصَدُّر الولايات المتحدة الأمريكية؛ غَيْرَ أنَّه يعِيبُ نظامها اتِّسَامه بعدم العدالة في التوزيع بين الفئات، ويُعد انخفاض هذا المؤشر بعد تطبيق النظام مُؤشرًا سلبيًا للإنفاق الصحي الاجتماعي؛

---

(١) راجع ذلك على الموقع الإلكتروني الآتي:

– The World Bank:

Available at:

https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.GHED.PP.CD?locations=EG

(Accessed on 02/04/2023)

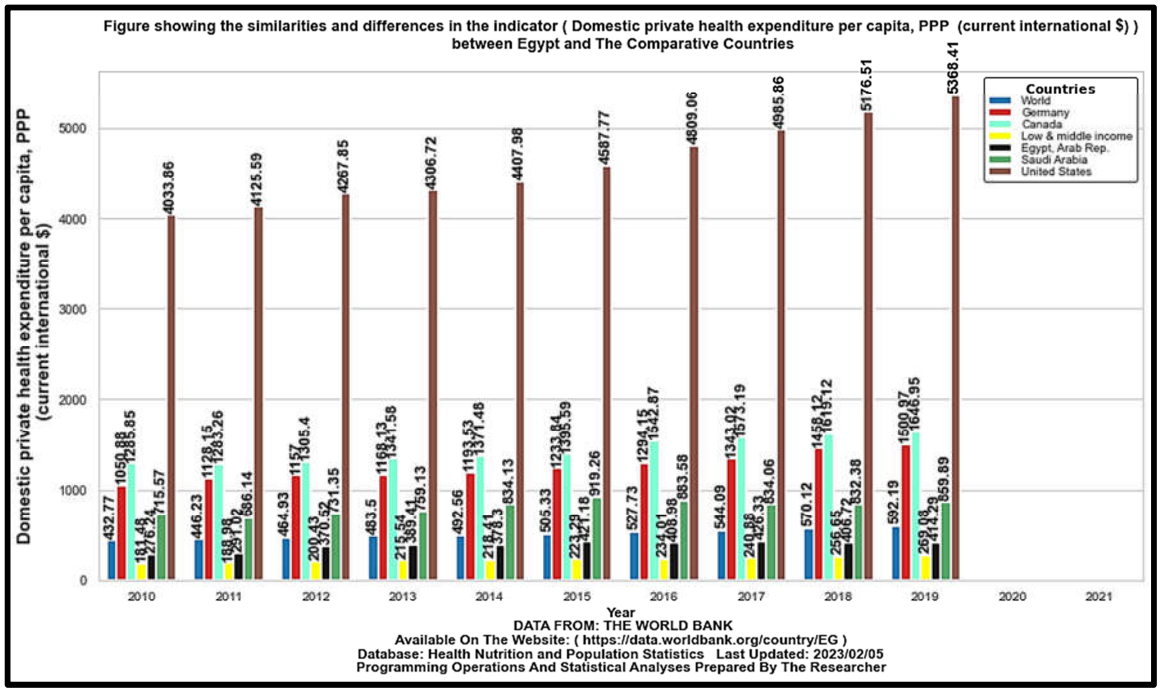
لأنَّه من المُفترض أن تزداد مُساهمات النظام في الإنفاق الصحي؛ بَيْدَ أنَّ هذا لم يحدث، ولعلَّ هذا يُشيرُ إلى وجود إلى عيب في إدارة النظام فضلاً عن عدم وجود رشادة في الإنفاق.

٤. نصيب الفرد من الإنفاق الصحي الخاص المحلي، تعادل القوة الشرائية (بالدولار الدولي الحالي):

يُشِيرُ المؤشر إلى نصيب الفرد من الإنفاق الخاص المحلي من قِبل المُنظمات غير الهادفة للربح، وغالبًا ما يتم الدفع مباشرة لِمُقَدِّمِي الخدمات الصحية، ويقيس المؤشر مدى التقدم المُحْرَز في تحقيق أهداف المؤشر الأول[١]، ويمكن تمثيل هذا المُؤشر بيانيًا لتوضيح المُقارنة بين مصر والبُلْدَان محل البحث من خلال الشكل البياني الآتي:

الشكل رقم (٤)

شكل يُوَضِّحُ أوجه التشابه والاختلاف في مؤشر (نصيب الفرد من الإنفاق الصحي الخاص المحلي، تعادل القوة الشرائية (بالدولار الدولي الحالي)) بين مصر والبُلْدَان المقارنة



(١) راجع ذلك على الموقع الإلكتروني الآتي:

– The World Bank:

Available at:

https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.PVTD.PP.CD?locations=EG

(Accessed on 06/04/2023)

المصدر: البنك الدولي؛ إعداد الباحث باستخدام لغة البرمجة Python.

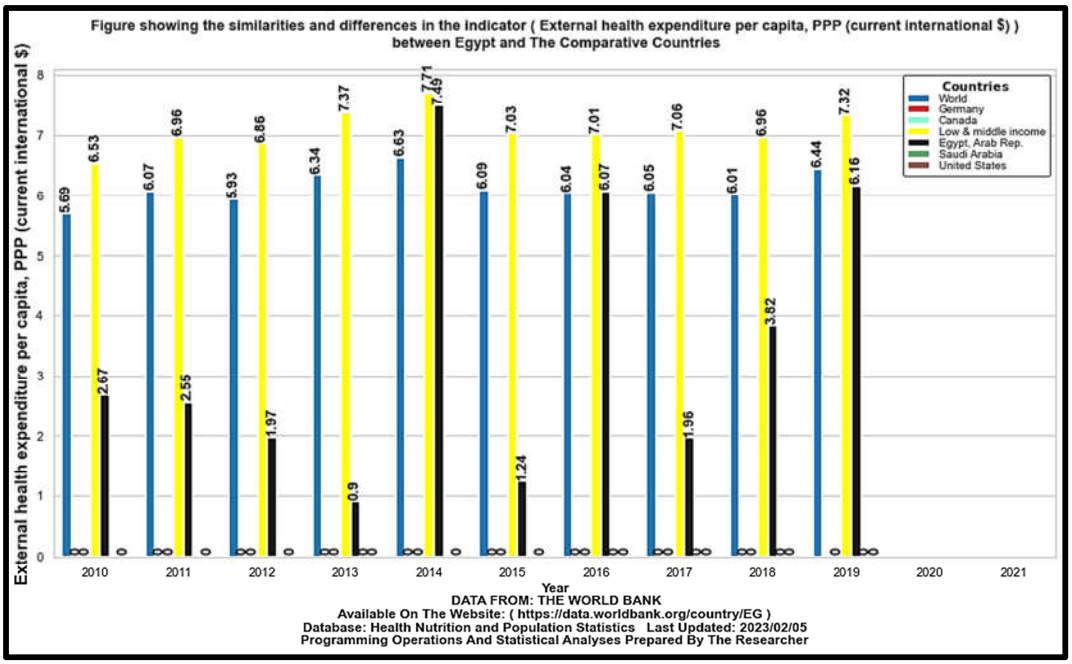
يُظْهِرُ هذا الشكل ارتفاع المُؤشر أعلاه لمصر بعد تطبيق النظام من ٤٠٦,٧٢عام ٢٠١٨ إلى ٤١٤,٢٩ عام ٢٠١٩، ويُلَاحَظُ انخفاضه عن جميع البُلْدَان المقارنة، باستثناء متوسط البُلْدَان منخفضة ومتوسطة الدخل، وكذلك يُلَاحَظُ المساهمة الكبيرة للقطاع التطوعي بالولايات المتحدة الأمريكية فضلاً عن باقي البُلْدَان، ولعلَّ ذلك يُشيرُ إلى أهمية دعم وتحفيز القطاع الصحي الخاص التطوعي؛ نظرًا لإسهاماته في دعم القطاع الصحي الوطني فضلاً عن النظام، والذي يمكن اعتباره من ضمن الموارد الإضافية لدعم استدامة النظام فضلاً عن القطاع الصحي الوطني.

٥. نصيب الفرد من الإنفاق الخارجي على الصحة، تعادل القوة الشرائية (بالدولار الدولي الحالي):

يُومِئُ المُؤشر إلى نصيب الفرد من الإنفاق الصحي المُمَوَّل من مصادر وموارد خارجية؛ سواءً كانت تحويلات أجنبية خارجية مباشرة أو غير مباشرة كالتي تقوم الحكومة بتوزيعها، وبمعنى آخر جميع التدفقات المالية الأجنبية الوافدة والواردة إلى القطاع الصحي الوطني من الخارج؛ سواءً أكانت مُوَزَّعَة عن طريق المُخَطَّطَات الحكومية أم عن طريق مُخَطَّطَات المُنظمات غير الحكومية أم أَيَّة مُخَطَّطَات أخرى، ويقيس المُؤشر مدى التقدم المُحْرَز في تحقيق أهداف المُؤشر الأول[١]، ويمكن توضيح المُقارنة لهذا المؤشر بين مصر والبُلْدَان محل البحث من خلال الشكل البياني الآتي:

الشكل رقم (٥)

شكل يُوَضِّحُ أوجه التشابه والاختلاف في مؤشر (نصيب الفرد من الإنفاق الخارجي على الصحة، تعادل القوة الشرائية (بالدولار الدولي الحالي)) بين مصر والبُلْدَان المُقارنة



المصدر: البنك الدولي؛ إعداد الباحث باستخدام لغة البرمجة Python.

يُظْهِرُ الشكل البياني السابق ارتفاع المُؤشر أعلاه لمصر بصورة كبيرة بعد تطبيق النظام من ٣,٨٢ عام ٢٠١٨ إلى ٦,١٦ عام ٢٠١٩؛ إضافة إلى جميع البُلْدَان المُقارنة باستثناء متوسط

---

(١) راجع ذلك على الموقع الإلكتروني الآتي:

– The World Bank: Available at:

https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.EHEX.PP.CD?locations=EG

(Accessed on 02/04/2023)

البُلْدَان منخفضة ومتوسطة الدخل، والمتوسط العالمي، ومن وجه آخر يُلَاحَظُ عدم اعتماد البُلْدَان المُقارنة على التمويل الخارجي للقطاع الصحي الوطني بالرغم من اختلاف أَنْظِمَتِهَا، وهذا إن دَلَّ على شيء فإنَّما يدل على أهمية تطوير الموارد المحلية الذاتية لتمويل الأنظمة الصحية الوطنية وعدم الاعتماد على التمويلات الخارجية.

٦. نصيب الفرد من الإنفاق الشخصي، تعادل القوة الشرائية (بالدولار الدولي الحالي):

يُومِئُ المُؤشر إلى حجم المدفوعات الشخصية الذي يَتَحَمَّلها الفرد مباشرة من الجيب الخاص على خدمات الرعاية الصحية، ويُذْكَرُ أنَّ منظمة الصحة العالمية والبنك الدولي قد وصفاه بأنَّه كارثيّ (إذا بلغ نسبة ١٠٪) أو (٢٥٪ أكثر كارثية) عندما تُمَثِّل ١٠٪ أو (٢٥٪) أو أكثر من جملة استهلاك الأسرة أو الدَّخْل، وذلك في حالتين: **الأولى:** إذا تسبب ذلك إلى أن يَهْوِي دخل أو استهلاك الأسرة إلى ما دون ١,٩٠ دولار (خط الفقر الدولي) أو ٣,٢٠ دولار (معادلاً بالقوة الشرائية لعام ٢٠١١) وذلك في اليوم الواحد، **الثاني:** إذا تَحَمَّلَتْهَا الأُسَر التي يَقِلُّ دَخْلُهَا فعليًّا عمَّا هو مذكور في الحالة الأولى، ويقيس المُؤشر مدى التقدم المُحْرَز في تحقيق أهداف المؤشر الأول[١]، ويمكن تمثيل هذا المؤشر بيانيًا لتوضيح المُقارنة بين مصر والبُلْدَان محل البحث وذلك على النحو الآتي:

---

(١) راجع ذلك على المواقع الإلكترونية الآتية:

– The World Bank:

Available at:

https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.OOPC.PP.CD?locations=EG

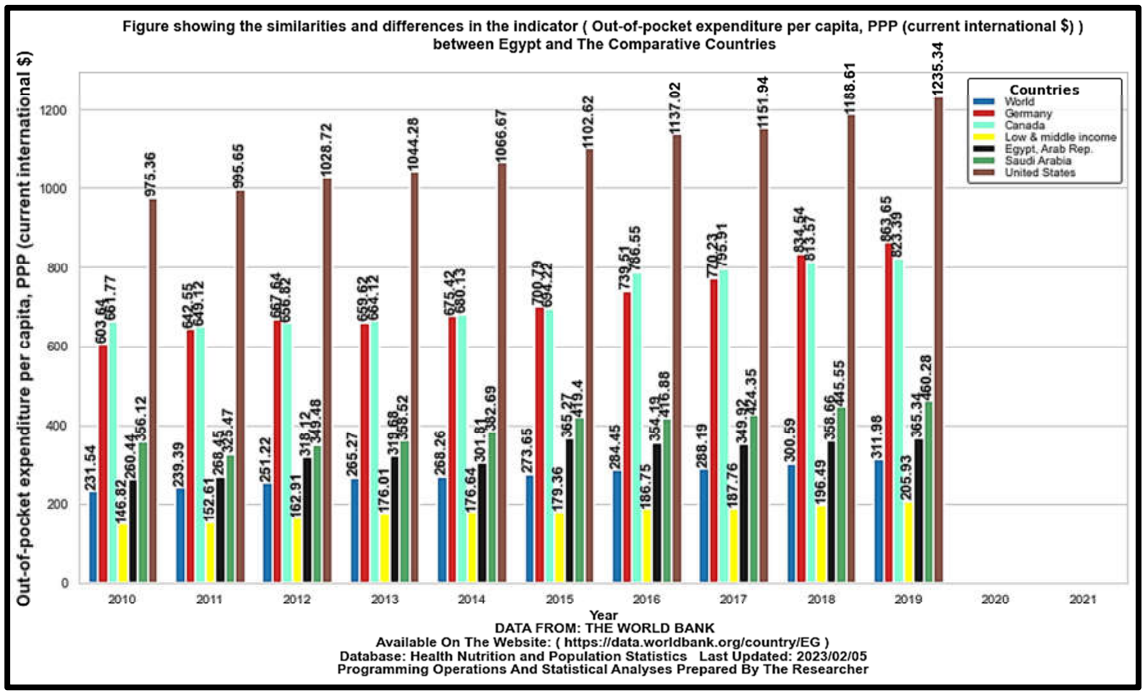
(Accessed on 02/04/2023)

=Available at

https://databank.worldbank.org/metadataglossary/world-development-indicators/series/SH.UHC.OOPC.10.ZS (Accessed on 02/04/2023)

الشكل رقم (٦)

شكل يُوَضِّحُ أوجه التشابه والاختلاف في مُؤشر (نصيب الفرد من الإنفاق الشخصي، تعادل القوة الشرائية (بالدولار الدولي الحالي)) بين مصر والبُلْدَان المُقارنة



المصدر: البنك الدولي؛ إعداد الباحث باستخدام لغة البرمجة Python.

يُظْهِرُ الشكل البياني السابق ارتفاع المُؤشر أعلاه لمصر بعد تطبيق النظام من ٣٥٨,٦٦ عام ٢٠١٨ إلى ٣٦٥,٣٤ عام ٢٠١٩، إضافة إلى المتوسط العالمي ومتوسط البُلْدَان منخفضة ومتوسطة الدخل واللذيْن بلغا ٣١١,٩٨ و٢٠٥,٩٣ عام ٢٠١٩ على التوالي، ويُعَدُّ ذلك المؤشر من أهم المؤشرات الصحية السلبية لمصر وبخاصة بعد تطبيق النظام؛ إِذْ يَدُلُّ ارتفاعه على تقليص كُلِّ الجهود المبذولة والخُطَى المَنْشُودَة؛ لتحقيق أهداف التنمية المستدامة، وبخاصة تحقيق التغطية الصحية الشاملة ذات الجودة والفعالية والحماية من المخاطر المالية، ومع ذلك فقد شهد انخفاضًا مُقارنة بجميع بُلْدَان الدراسة، ويمكن تفسير ذلك بأن أسعار الخدمات الصحية بمصر مُنخفضة مُقارنة بِبُلْدَان البحث؛ إِذْ تَمَّ تقييمها بتعادل القوة الشرائية للدولار الدولي الحالي لعام ٢٠١٧، ومعلوم أَنَّه عامل انكماش مكاني للأسعار.

الخاتمة

لقد ثبت لنا من خلال هذا البحث أن أنظمة تمويل برامج الرعاية الصحيَّة تنقسمُ إلى أربعة أنظمة: (الأول) التمويل عن طريق الضرائب العامة (نموذج بيفردج) وتَمَّ اختيار كندا مُمَثِّلَة لهذا النظام، (الثاني) التمويل عن طريق الاشتراكات والمُساهمات الإلزاميَّة للعمال وأصحاب الأعمال (نموذج بسمارك) وتَمَّ اختيار ألمانيا مُمَثِّلَة لهذا النظام، (الثالث) التمويل عن طريق نظام التأمين الصحي الخاص وينقسمُ إلى تجاري إن كان يهدف إلى الربح وتَمَّ اختيار الولايات المتحدة الأمريكية مُمَثِّلَة لهذا النظام، وإلى تعاوني إن كان يهدف إلى التكافل وتَمَّ اختيار المملكة العربية السعودية مُمَثِّلَة لهذا النظام، (الرابع) التمويل عن طريق أنظمة التأمين الصحي المُجتمعي القائم على إعانات وتبرعات المجتمع.

كما ظهرت تجارب الولايات المتحدة الأمريكيَّة وكندا وألمانيا والمملكة العربية السعوديَّة؛ في إدارتهم لنُظُمِهِم الصحيَّة الوطنيَّة؛ كَوْن كل دولة تُمَثِّلُ نظامًا من نُظُم التأمين الصحي المُختلفة، فالولايات المتحدة الأمريكيَّة تُمَثِّلُ نظام التأمين الصحي الخاص التجاري الهادف للربح وكندا تُمَثِّلُ نظام التأمين الصحي الحكومي الشامل المُمَوَّل كليًّا من الضرائب وألمانيا تُمَثِّل نظام التأمين الصحي الاجتماعي الحكومي المُمَوَّل عن طريق اشتراكات المُؤَمَّن عليهم؛ بالإضافة لمُساهمات أصحاب الأعمال والحُكومة، والمملكة العربية السعودية تُمَثِّل نظام التأمين الصحي الخاص التعاوني غير الهادف للربح.

كما تَبَيَّنَ تَمَيُّز الولايات المتحدة الأمريكية بأعلى إنفاق صحي وبخاصة على البحوث العلميَّة الطبيَّة والأدوية والأمراض المُستعصية والمُزمنة، إلا أنَّه وبسبب سيطرة قوى السوق الحُرّ على أسواق خدماتها الصحيَّة فإنَّ هذا الإنفاق الكبير لا يتسم بالعدالة في التوزيع، بينما تمتاز كندا بإتاحة جميع الخدمات الصحيَّة للجميع دون أَيَّةِ عوائق ماليَّة، ويعني ذلك أن التمتع بها سيكون وفق الحاجة دون القدرة على الدفع؛ بخلاف المعمول به في الولايات المتحدة الأمريكية؛ بَيْدَ أنَّه يُعابُ على نظام كندا الصحي طول فترات الانتظار والنقص الكبير في عدد الأطباء، ومن وجه آخر تمتاز ألمانيا بقيام نظامها الصحي على المُشاركة المُجتمعيَّة القائمة على مبدأ التكافل لا مبدأ المخاطر أساس عمل شركات التأمين الصحي التجاري، ومن ناحية أخرى تمتاز المملكة العربية السعودية بقيام نظامها الصحي على نظام التأمين الصحي الخاص التعاوني غير الهادف للربح، ولتحقيق ذلك اعتمدت

سياسة خصخصة القطاع الصحي الحكومي لتحفيز مُشاركة القطاع الخاص غير الهادف للربح، ولتعمل على التخفيف عن كاهل ميزانية الدولة؛ مع الالتزام بالمجانيَّة للعاملين بالقطاع الحكومي وأُسَرِهِم، والأشخاص المُحَوَّلِين من وحدات الرعاية الصحيَّة الأَوَّلِيَّة؛ فضلاً عن الحالات الحرجة، وعلى الرغم من ذلك فقد أثار قلق الكثيرين خوفًا من تكرار سيناريو الولايات المتحدة الأمريكية نفسه.

النتائج

١. انخفاض مُؤشر (الإنفاق الصحي الجاري (كنسبة من الناتج المحلي الإجمالي) لمصر بعد تطبيق النظام عام ٢٠١٩؛ وهو ما يُشِيرُ إلى عدم الالتزام بالدستور برفع مُؤشرات الإنفاق الصحي الحكومي بحيث تتصاعد تدريجيًّا لتتفق مع المُعدلات العالميَّة طبقًا للمادة (١٨) من الدستور المصري.

٢. ارتفاع مُؤشر (نصيب الفرد من الإنفاق الصحي الحالي) بعد تطبيق النظام عام ٢٠١٩؛ بَيْدَ أنَّه انخفض مقارنة بباقي بُلْدَان البحث.

٣. انخفاض مُؤشر (نصيب الفرد من الإنفاق الصحي الحكومي العام المحلي)، بعد تطبيق النظام؛ وهو ما يُشِيرُ إلى انخفاض مُخَصَّصَات تمويل مُساهمات الدفع المُسْبَق الإجباري؛ المُمَوَّلة من قِبل نظام التأمين الصحي الحكومي الاجتماعي الإلزامي؛ مما يُشيرُ إلى وجود عيب في إدارة النظام فضلاً عن عدم وجود رشادة في الإنفاق.

٤. ارتفاع مُؤشر (نصيب الفرد من الإنفاق الصحي الخاص المحلي)، بعد تطبيق النظام عام ٢٠١٩؛ وهو ما يُشِيرُ إلى ارتفاع مُساهمات القطاع الصحي التطوعي والأهلي في الإنفاق الصحي.

٥. ارتفاع مُؤشر (نصيب الفرد من الإنفاق الخارجي على الصحة)، بعد تطبيق النظام عام ٢٠١٩؛ وهو ما يُشِيرُ إلى زيادة التمويل الخارجي الصحي.

٦. ارتفاع مُؤشر (نصيب الفرد من الإنفاق الصحي الشخصي)، بعد تطبيق النظام عام ٢٠١٩؛ وهو ما يُشِيرُ إلى ارتفاع مُؤشرات الإنفاق الشخصي على خدمات الرعاية الصحيَّة.

التوصيات

١. زيادة مُعدلات نصيب الفرد من الإنفاق الصحي الجاري، والحكومي المحلي، والخاص التطوعي المحلي لتأثيرهم الإيجابي على مُؤشرات التغذية الصحية ومن ثَمَّ تحقيق النمو الاقتصادي المُستدام؛ مع زيادة معدل (الإنفاق الصحي الجاري (كنسبة من الناتج المحلي الإجمالي)) زيادة تصاعديَّة وفاءً للالتزام بالدستور الوارد بالمادة **١٨** منه، مع توفير الدعم اللازم للجانب الوقائي وبخاصة التطعيمات لعملها على الحَدِّ من الوفيَّات واستئصال الأمراض، ومن ثَمَّ خفض كُلْفَة علاجها، فضلاً عن الحَدّ من الاعتماد على التمويل الخارجي لدعم القطاع الصحي الوطني؛ إذْ تلاحظَ عدم اعتماد البُلْدَان المُقارنة عليه بالرغم من اختلاف أنظمتها الصحية، مع العمل المُستمر على تطوير الموارد الذاتيَّة المحليَّة.

٢. تفعيل نص المادة **٩٠** من الدستور والخاصَّة بالتزام الدولة بتشجيع الوقف الخيري الصحي ودعمه وتذليل عقباته وبحث تطويره، ومن ثَمَّ يُمْكِن أن يُشارك في الاستدامة الماليَّة للنظام، وليكون مصدر تمويل إضافي للإنفاق الصحي، ويُمكن الاستفادة من خبرة المملكة العربية السعودية في ذلك؛ مع تشجيع مُشاركة المُؤسسات الأهليَّة والخيريَّة، إضافة إلى تفعيل نص المادة **١٨** من الدستور والخاصَّة بوضع حَد معين للقسط من أجور المُؤَمَّن عليهم بحسب دخولهم، حتى لا تنعكس أوضاعهم سلباً بالتمويل، أمَّا من لم يبلغ أجره حدًّا معينًا يتناسب مع القسط فإنَّه يُعفى من الاشتراك، وتتكفل الدولة برعايته بتمويل من الضرائب ويمكن الاستفادة من تجربة ألمانيا في ذلك.

٣. أهمية تضمين فوائد الاشتراك بالنظام ضمن المُقررات الدراسيَّة والحملات الإعلانيَّة، وتأتي أهمية ذلك كَوْنه يدعم فكرة عدم التهرب التأميني، حفاظًا على أموال النظام، وحتى يتمكن من أداء التزاماته الصحيَّة للجميع، كما يؤدي إلى زيادة التثقيف الصحي، مِمَّا يُقلل فرص الإصابة بالأمراض وزيادة التحصيل العلمي للمُتعلمين؛ مِمَّا تنعكس آثاره الإيجابيَّة على النظام، من خلال خفض الإنفاق الحكومي على القطاع الصحي، فضلاً عن الاستفادة من تجربة ألمانيا في تمويل ورقابة النظام الصحي؛ حيث تتمتع ألمانيا بأعلى إنفاق صحي في أوروبا من خلال تمويل المُواطنين لصناديق المرض، بَيْدَ أنَّ هذا التمويل مُقترن بتفعيل نُظُم الحَوْكَمَة في الإدارة والإنفاق.

قائمة المراجع

المراجع باللغة العربية:

أولاً: الكتب المتخصصة

– **د. لورنا جينيس، د. فيرجينيا وايزمان:** مدخل إلى الاقتصاد الصحي، كلية لندن للصحة والطب الاستوائي، مطبعة الجامعة المفتوحة، إنجلترا، ط ٢، ٢٠١١، ترجمة د. سارة سيد الحارتي، د. مروه سعد الرخ، د. دينا محمد صبري: المركز العربي لتأليف وترجمة العلوم الصحية، الكويت، ط ١، ٢٠١٥.

ثانيًا: الأبحاث

– **د. حسين بن محمد برعي:** دراسة تحليلية لسوق التأمين الصحي في المملكة العربية السعودية، المجلة العلمية للبحوث التجارية، كلية التجارة، جامعة المنوفية، س٣، ع ٤، ٢٠١٦.

– **د. داليا** رضا **حسن:** تقييم نظام التأمين الصحي في مصر وسبل إصلاحه، رسالة دكتوراة، كلية الاقتصاد والعلوم السياسية، جامعة القاهرة، ٢٠١٧.

– **د. رجب أبو حمد أمين:** الأهمية المتزايدة للتأمين الصحي الشامل في ظل التحولات الاقتصادية المعاصرة بالتطبيق على المملكة العربية، مجلة البحوث المالية والتجارية، مج ٢١، ع ٣، يوليو ٢٠٢٠.

– **أ. سلمان** سلامة: التأمين الصحي ودوره في عملية التنمية الاقتصادية والاجتماعية، قسم إدارة الأعمال، جامعة دمشق، كلية الاقتصاد، سوريا، بدون تاريخ.

– **د. سهام براهيمي، أ. فايزة براهيمي:** دور أنظمة التأمين في التنمية الاقتصادية والاجتماعية، التأمين الصحي، مجلة الميزان، مج ٢، ع ٢، ٢٠١٧.

– **د. عديلة** العلواني: أهمية النمط التعاقدي في تفعيل أنظمة التأمين الصحي، مجلة العلوم الإنسانية، جامعة محمد خيضر، بسكرة، ع ٤٣، مارس ٢٠١٦.

– **د. علاء غنام، أ. أحمد عزب: التأمين الصحي الشامل:** نظرة مقارنة، مجلة الديمقراطية، مج ٢١، ع ٨١، ٢٠٢١.

– أ. غادة **حمدي عبد الرحيم:** تأثير تطوير الهيكل التمويلي لنظام التأمين الصحي على الارتقاء بخدمات الرعاية الصحية في جمهورية مصر العربية، رسالة ماجستير، كلية الاقتصاد والعلوم السياسية، جامعة القاهرة، ٢٠١٢.

– **د.** محمد **عبد المولى عثمان:** التأمين الصحي التعاوني الشامل ودوره في رؤية المملكة ٢٠٢٣، مجلة مكاشفات، مركز البحوث والتواصل المعرفي، مج ١، ع ٤، ٢٠١٩.

ثانيًا: المراجع باللغة الإنجليزية

1 - Books:

John Geyman: Health Insurance, Health Insurance in the United States: Failure of Private and Multi-Payer Financing, chapter 8, IntechOpen, April 10, 2022.

2 – Papers:

- **Alhabib S. Mohammed.**: The Responsiveness of the Private Health Sector: Views of Insured Versus Uninsured Patients, research published on College of Business Administration, King Saud University, vol 27, OCTOBER 7, 2018.
- **Clare Liddy, Isabella Moroz, Ewan Affleck, Emma Boulay, Sarah Cook, Lois Crowe, Neil Drimer, Laurie Ireland, Pamela Jarrett, Susan MacDonald, Derek McLellan, Ariana Mihan, Nico Miraftab, Véronique Nabelsi, Christopher Russell, Alex Singer, Erin Keely**: How long are Canadians waiting to access specialty care? Retrospective study from a primary care perspective, Canadian Family Physician, Vol. 66, Issue. 6, Jun, 2020.
- **Gilbert Berdine**: Sustainable Health Insurance, The Southwest Respiratory and Critical Care Chronicles, Vol. 6, No. 25, July, 2018.
- **HOUSE OF REPRESENTATIVES (THE CONGRESS)**: COMPILATION OF PATIENT PROTECTION AND AFFORDABLE CARE ACT [May 1, 2010], which has been modified as "State Health Care Premium Reduction Act", 116TH CONGRESS 2d Session, MARCH 9, 2020.

- **Irene Papanicolas, Liana R. Woskie and Ashish K. Jha:** Health Care Spending in the United States and Other High-Income Countries, JAMA - Journal of the American Medical Association, Vol. 319, Issue. 10, MAR 13, 2018.
- **Jean M. Abraham, Anne B. Royalty, and Coleman Drake:** The Impact of Medicaid Expansion on Employer Provision of Health Insurance, International Journal of Health Economics and Management, Vol. 19, Issue. 3, December 15, 2018.
- **Jesse Patrick & Philip Q. Yang:** Health Insurance Coverage before and after the Affordable Care Act in the USA, Sci, Vol. 3, No. 2, May 12, 2021.
- **John P. Geyman:** Disparities and Inequities in US Health Care: Alive and Sick, Family Medicine, Vol. 54, Number. 9, OCTOBER, 2022.
- **KFF HENRY J. KAISER FAMILY FOUNDATION:** The Effects of Medicaid Expansion under the ACA: Studies from January 2014 to January 2020, Prepared by Madeline Guth, Rachel Garfield, and Robin Rudowitz, USA, March 17, 2020.

- **KSA MoH VRO**: Business Case for the Health System Reform Component of the Kingdom of Saudi Arabia's Vision 2030 Program, May, 2017.
- **Lavoie JG**: Medicare and the care of First Nations, Métis and Inuit, Health Econ Policy Law, Vol. 13, Issue. 3-4, January 30, 2023.
- **Lycourgos Liaropoulos & Ilias Goranitis**: Health care financing and the sustainability of health systems, International Journal for Equity in Health, Vol. 14, Issue. 1, September15, 2015.
- **Michael Chernew & Harrison Mintz**: Administrative Expenses in the US Health Care System: Why So High? JAMA - Journal of the American Medical Association, Vol. 326, Number. 17, November 2, 2021.
- **Ministry of Health & Ministry of Long-Term Care**: Commitment to the Future of Medicare Act, CHAPTER 5, From April 1, 2020, to the e-Laws currency date, Last amendment: 2019.
- **Ministry of Justice**: Canada Health Act, Current to March 6, 2023, Last amended on December 12, 2017.

- **National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, Health and Medicine Division, Board on Health Sciences Policy, Board on Health Care Services:** The Role of NIH in Drug Development Innovation and Its Impact on Patient Access: Proceedings of a Workshop, Prepared by Francis K. Amankwah, Alexandra Andrada, Sharyl J. Nass, and Theresa Wizemann, National Academies Press (US), Washington (DC), Nov 14, 2019.
- **Odeyemi I. AO & John Nixon:** The role and uptake of private health insurance in different health care systems: are there lessons for developing countries? ClinicoEconomics and Outcomes Research, Vol. 5, DECEMBER 07, 2022.
- **Reinhard Busse, Miriam Blümel, Franz Knieps and Till Bärnighausen:** Statutory health insurance in Germany: a health system shaped by 135 years of solidarity, self-governance, and competition, Canadian Medical Association Journal, Vol. 390, Issue. 10097, August 26, 2017.
- **Sharfuddin Chowdhury, Dennis Mok, and Luke Leenen:** Transformation of health care and the new model of care in Saudi

Arabia: Kingdom's Vision 2030, JOURNAL of MEDICINE and LIFE, Vol. 14, Issue. 3, MAY-JUNE, 2021.

- **Silver M. Pannor:** Physician retirement: gender, geography, flexibility and pensions, Canadian Medical Association Journal, Vol. 189, Issue. 49, December 11, 2017.
- **The Commonwealth Fund:** Mirror, Mirror 2021: Reflecting Poorly Health Care in the U.S. Compared to Other High-Income Countries, Prepared by Eric C. Schneider, Arnav Shah, Michelle M. Doty, Roosa Tikkanen, Katharine Fields and Reginald D. Williams, AUGUST 2021.
- **The World Health Organization (Regional Office for Europe):** Germany Health system summary 2022, European Observatory on Health Systems and Policies, Prepared by Miriam Blümel, Anne Spranger, Katharina Achstetter, Anna Maresso, Yulia Litvinova, and Reinhard Busse, 2022.
- **The World Health Organization (Regional Office for Europe):** Health Systems in Transition, Germany Health System Review 2020, European Observatory on Health Systems and Policies, Prepared by

Reinhard Busse, Josep Figueras, Martin McKee, Elias Mossialos and Ginneken E. van, Vol. 22, No. 6, 2020

- **Yunwei Gai and Kent Jones:** Insurance patterns and instability from 2006 to 2016, BMC Health Services Research, Vol. 20, Issue. 1, April 21, 2020.

3. Web Sites:

- موقع البنك الدولي (**world bank**)
- **https://data.worldbank.org/country/EG**
- موقع منظمة الصحة العالمية (**World Health Organization**)
- **https://www.who.int/**
- موقع أهداف التنمية المستدامة للأمم المتحدة (**UN Sustainable Development Goals**)
- **https://unstats.un.org/sdgs/metadata/**

قائمة الاختصارات

UHC	Universal Health Coverage
NHS	National Health Service
ACA	Affordable Care Act
NPISH	Non-Profit Institutions Serving Households
CHA	Canada Health Act
WHO	World Health Organization