

أساليب توزيع خدمات الرعاية الطبية

بين معايير الكفاءة الاقتصادية ومتطلبات العدالة الاجتماعية (1)

دراسة تحليلية مقارنة

مع الإشارة للتجربة المصرية

د / السيد فراج السعيد محمد السيد صقر

قسم الاقتصاد - كلية التجارة - جامعة دمياط

(١) مشكلة البحث : تتمثل في تحديد أسلوب توزيع الخدمات الطبية الذي يعظم من المنفعة (الرفاهية الجماعية)^(٢) . ويتحقق ذلك عندما تتساوي المنفعة الحدية للخدمات الطبية ما بين الفئات الاجتماعية المختلفة من ناحية ، كما تتساوي المنفعة الحدية للإنفاق على الخدمات الطبية مع المنفعة الحدية لأوجه الإنفاق الأخرى (وهو معيار شخصي) من ناحية أخرى ، أو عندما يصل الناتج القومي إلى أعلى مستوى ممكن (وهو معيار موضوعي) . ذلك أنه بفرض بقاء العوامل الأخرى على ما هي عليه ، فإنه يوجد لكل أسلوب معين من أساليب توزيع خدمات الرعاية الطبية مستوى معين ونمط توزيع معين للدخل القومي . ذلك أن توزيع الخدمات الصحية هو جزء من توزيع الدخل القومي بين أفراد وفئات المجتمع . بيد أن اختيار أسلوب معين من أساليب توزيع خدمات الرعاية الطبية إنما يتوقف - من بين ما يتوقف - علي قيم اجتماعية وتاريخية وثقافية معينة . وسوف يشير الباحث إلى عدد من تجارب توزيع خدمات الرعاية الطبية ، من بينها التجربة المصرية في توزيع خدمات الرعاية الطبية .

(٢) منهج البحث : استخدم الباحث المنهجين الأساسيين التاليين :

(أ) المنهج الاستنباطي وذلك من خلال تناول الأساس التحليلي لمدي كفاءة وعدالة نظم توزيع خدمات

(١) يقصد بالكفاءة الاقتصادية : تحقيق أعلى صافي نفع اجتماعي ممكن بما يحقق المستوى الأمثل للناتج . ويقصد بالعدالة تحقيق العدل في توزيع الناتج بين أفراد المجتمع (وهو مفهوم مرن إلى حد ما ، حيث يعتمد على مبادئ أخلاقية وقيمية) .
(٢) تتضمن الرفاهية الجماعية عناصر موضوعية (تعظيم حجم الناتج الكلي) وعناصر خاصة بإعادة توزيع الدخل الكلي توزيعاً لا يترتب عليه تخفيض مستوى الرفاهية الكلية للمجتمع (عناصر شخصية) .

الرعاية الطبية . وهو ما كان واضحاً في تناول المبحث الأول و الجزء الأول من المبحث الثاني .
(ب) المنهج الاستقرائي : وذلك من خلال تناول التجارب العملية في توزيع خدمات الرعاية الطبية .
وهو ما كان واضحاً في تناول الجزء الأخير من المبحث الثاني وفي تناول المبحث الثالث .
(٣) أهمية البحث : محاولة الكشف عن العلاقة بين نمط توزيع خدمات الرعاية الطبية والكفاءة الاقتصادية ، وخاصة أن الوقوف على مجرد المنافع والتكاليف المباشرة لخدمات الرعاية الطبية يمثل تناوياً مبيتسراً لهذه العلاقة .

(٤) أهداف البحث :

(أ) أسس تحديد الكميات والأنواع المنتجة من خدمات الرعاية الطبية .
(ب) دراسة أسس التوزيع الكفاء لخدمات الرعاية الطبية .
(ج) تحليل أسس التوزيع العادل لخدمات الرعاية الطبية .
(د) دراسة بعض التجارب في توزيع خدمات الرعاية الطبية .
(٥) النتائج والتوصيات : استخلص الباحث بعض النتائج التحليلية والتطبيقية التي ضمنها نهاية البحث .

(٦) خطة البحث : يتكون هذا البحث من المقدمة ومن المباحث التالية :

المبحث الأول : الأساس الفلسفي / الاجتماعي لتحديد الكميات والأنواع المنتجة من خدمات الرعاية الطبية .
المبحث الثاني : مدي كفاءة وعدالة أساليب توزيع خدمات الرعاية الطبية ، مع الإشارة لبعض النماذج العملية .
المبحث الثالث : التجربة المصرية في توزيع خدمات الرعاية الطبية .

المقدمة : تتعدد أساليب توزيع خدمات الرعاية الطبية من نظام اقتصادي لآخر ، كما أنها تتباين من دولة لأخرى من الدول التي تنتمي لنفس النظام الاقتصادي ، بسبب اختلاف العوامل الاجتماعية والثقافية والتاريخية (مثلما هو الحال فيما بين النظام الصحي في إنجلترا والنظام الصحي في الولايات المتحدة الأمريكية) .

ولا شك أن كل أسلوب من هذه الأساليب يتوخي بلوغ هدفين ، يدعي كل منها تحقيقهما ، وهما : -

(أ) الكفاءة الاقتصادية (أي تقديم خدمة طبية بأقصى قدر من الكفاءة - أي بأقل تكاليف مع تعظيم فرص تحسن الصحة) .

(ب) العدالة الاجتماعية (أي ضمان حصول الفقراء وذوي الدخل المنخفض على حد أدنى مناسب من خدمات الرعاية الطبية) .

فالخدمات الطبية هي منتج من المنتجات الضرورية للإنسان ، يستهدف من اشباعها إما التغلب على مرض معين يصاب به من خلال الطب العلاجي ، أو الوقاية من الإصابة بالأمراض من خلال الطب الوقائي . ذلك أن قدرة الإنسان على العمل بكفاءة أو على الاستماع بالحياة ، يتوقفان إلى حد كبير على المستوي الصحي الذي يتمتع به . وهو مستوي يحدده - من بين محددات أخرى - مدي قدرته على الدفع على الحصول على الخدمة الطبية المناسبة في الوقت المناسب . ومن ثم يجب ألا تكون قدرته الاقتصادية المحدودة مانعاً يحول دون حصوله على هذا الخدمة الحيوية .

وبما أن الخدمات الصحية تمثل خدمة ضرورية تمس حاجات خاصة بالإنسان ، أي أنها تعد بمثابة حاجات انسانية ترقى إلى مرتبة الضروريات ، فإن البحث في أساليب توزيع هذه الخدمة يصبح على قدر كبير وحساس من الأهمية . وقد أصبح الأهتمام بالخدمات الصحية - وفي القلب منها الخدمات الطبية - جزءاً أساسياً من الأهتمام بتطوير قدرات رأس المال البشري الذي يعد وسيلة وهدف عملية التنمية^(٣) . ومن ثم يصبح البحث في مدى عدالة توزيع خدمات الرعاية الطبية بين الفئات الاجتماعية المختلفة جزءاً أصيل من البحث في عملية التنمية وأولوياتها . ذلك أن التوزيع الكفء والعادل للخدمات الطبية يفسح المجال للمزيد من كفاءة وعدالة عملية التنمية . فالعمر المتوقع للإنسان عند الميلاد - وهو ما تلعب العوامل الصحية دوراً بارزاً في تحديده - يمثل عنصراً أساسياً من عناصر دليل أو مؤشر التنمية البشرية (H D I) التقليدي . كما أن مستوي هذا العمر يلعب دوراً رئيسياً في تحديد ما يسمى مؤشر الفقر المتعدد الأبعاد (١) .

المبحث الأول

الأساس الفلسفي / الاجتماعي لتحديد الكميات

والأنواع المنتجة من خدمات الرعاية الطبية

أن هناك أساسين مختلفين لتحديد الكميات والأنواع المنتجة من خدمات الرعاية الطبية. الأول منهما هو اتخاذ الحاجة (أي مدى إلحاح الحاجة) كأساس لتحديد الكميات المنتجة من خدمات الرعاية الطبية.

(٣) د . عبد الفتاح عبد الرحمن عبد المجيد ، الاقتصاد الاجتماعي رؤية تحليلية لقضايا اقتصادية اجتماعية معاصرة ، الطبعة الثانية ، مكتبة الجلاء الجديدة ، المنصورة ، ٢٠٠٣ ، ص ١٦٥ وما بعدها .

الثانى منهما هو اتخاذ قدرة المرضى على الدفع كأساس لتحديد الكميات والأنواع المنتجة من خدمات الرعاية الطبية. ومن هنا ، فإننا سوف نتناول هذا المبحث بدراسة الآتى :-
أولاً : الحاجة كأساس لتحديد الكميات والأنواع المنتجة من خدمات الرعاية الطبية،
ثانياً : قدرة المرضى على الدفع كأساس لتحديد الكميات والأنواع المنتجة من خدمات الرعاية الطبية.

أولاً : الحاجة كأساس لتحديد الكميات

والأنواع المنتجة من خدمات الرعاية

الطبية (٤)

قد يرى المجتمع أن تحديد الكميات والأنواع المنتجة (المعروضة) من خدمات الرعاية الطبية- يجب أن يعتمد احتياجات السكان من هذه الرعاية الطبية أساسا له . بمعنى أن تقدير الكميات والأنواع المعروضة من خدمات الرعاية الطبية يجب أن يبنى على أساس متوسط حاجات أفراد المجتمع من خدمات الرعاية الطبية بغض النظر عن دخول أفراد المجتمع وأسعار خدمات الرعاية الطبية .
وقد عرف متوسط حاجة الفرد من الرعاية الطبية بأنه مستوي الرعاية الطبية التي يجب أن تتاح للفرد ليبقى أو يصبح بصحة جيدة بقدر الامكان فى ظل الامكانيات السائدة. فتبعاً لهذه الرؤية يجرى تحديد عدد الأطباء والممرضات والأسرة والأجهزة وكمية وأنواع الأدوية فى المستشفيات بناء على متوسط حاجة الفرد من الرعاية الطبية. والحقيقة أن التحديد الدقيق لاحتياجات السكان من الرعاية الطبية، يتطلب معرفة تامة بالحالة الصحية للأفراد وإيجاد معيار لماهية الصحة الجيدة ومكوناتها ، توطئة لتحديد الفجوة الطبية ، ومن ثم تحديد القدر من الأموال والإمكانات اللازم لسد تلك الفجوة .
بيد أن إجراءات وامكانيات التشخيص القائمة قد تبدو عاجزة عن توفير معرفة تامة بالحالة الصحية للأفراد، علاوة على صعوبة وضع تعريف جامع مانع للصحة الجيدة (٥). وهو ما يلقى بظلال من الشك على مدى واقعية تحديد كميات وأنواع الخدمات الطبية المنتجة بناء على الحاجة للعلاج الطبى فقط.

(٤) بول فلدستين: اقتصاديات الرعاية الصحية، الجزء الأول، ترجمة د. محمد حامد عبد الله، عمادة شئون المكتبات جامعة الملك سعود، الرياض، ١٤٢٣هـ (٢٠٠٢ م)، ص ١٢٦ وما بعدها.

(٥) لاشك أنه يوجد فرق كبير بين مايسمى الرعاية الطبية Medical Care ، والرعاية الصحية Health Care. فالثانية تتضمن الأولى . ولاشك أننا سنتقيد بدراسة توزيع خدمات الرعاية الطبية ، مع استخدامهما في نطاق هذه الدراسة كمترادفين .

وحتى لو استطعنا التحديد الدقيق للحالة الصحية لجميع الأفراد وتوصلنا إلى تعريف جامع مانع للصحة الجيدة، فإن اتخاذ الحاجة كأساس وحيد لتحديد الكميات والأنواع المنتجة من خدمات الرعاية الطبية إنما يتجاهل:-

(١) **الأبعاد الشخصية " الذاتية" للحاجة** : فعلى الرغم أن للحاجة بعداً اجتماعياً، أى يتكون ويتشكل جزءاً منها بسبب التفاعل بين أفراد المجتمع وما يفرزه من قيم واتجاهات اجتماعية معينة، إلا أن لها بعداً ذاتياً كذلك ، نابعاً من تباين الميول والاتجاهات الفردية ، وما يترتب على هذا التباين من تباين فى اختيارات الأفراد. فقد يتساوى شخصان فى كل من عوامل التنشئة الاجتماعية والعوامل الاقتصادية، إلا أن اختيارات وتفضيلات كل منهما قد تختلف عن الآخر بسبب اختلاف الميول والاتجاهات الفردية ، والعوامل الوراثية .

(٢) **الأبعاد الاقتصادية للحاجة** : فالحاجة لا تتكون ولا تتشكل تبعاً لعوامل التنشئة الاجتماعية والميول والاتجاهات الفردية فقط ، بل تتكون وتتشكل وتصبح أكثر أو أقل إلحاحاً تبعاً للعوامل الاقتصادية أيضاً . فقد تكون الحاجة كمالية عند مستوى معين منخفض من الدخل ولكنها قد تتحول إلى حاجة ضرورية عند مستوى أعلى من الدخل .

نزولاً على هذا المنطق ، فإن نقطة الضعف الأساسية - كما نرى فى هذا الأساس الفلسفى / الاجتماعى - ليس هو اتخاذ الحاجة معياراً لتحديد الكميات والأنواع المنتجة من خدمات الرعاية الطبية، بل هو اتخاذ البعد الاجتماعى للحاجة فقط كمرتكز وحيد لتحديد العرض من خدمات الرعاية الطبية كمياً ونوعياً. مما يترتب عليه تباين بين الكميات والأنواع من خدمات الرعاية الطبية المحدد إنتاجها بناءً على البعد الاجتماعى للحاجة وبين ما تتطلبه الحاجة بأبعادها المختلفة - الثلاثة - من كميات وأنواع الخدمات . ومن ثم ، فإن اتخاذ قرار تخصيص الموارد فى المجال الطبى بناءً على أساس البعد الاجتماعى للحاجة الطبية وحدها ، غالباً ما يؤدي إلى سوء تخصيص هذه الموارد ^(١) . فإذا كانت الكميات والأنواع المقدره اجتماعياً على هذا الأساس فقط أكبر أو أقل مما تقرره الحاجة بأبعادها الثلاث، فإن ذلك يعنى استخداماً غير كفاء للموارد.

فإذا كانت الكميات والأنواع من خدمات الرعاية الطبية المقدره اجتماعياً أكثر مما يحتاج إليه الأفراد من هذه الخدمات ، فإن المنافع الحدية الطبية سوف تقل عن التكلفة الحدية اللازمة لإنتاج هذه الخدمات . وذلك

(٦) توماس سويل ، الاقتصاد التطبيقي ، ترجمة رشاد سعد زكي ، كلمات عربية ، القاهرة ، ص ٧٠ .

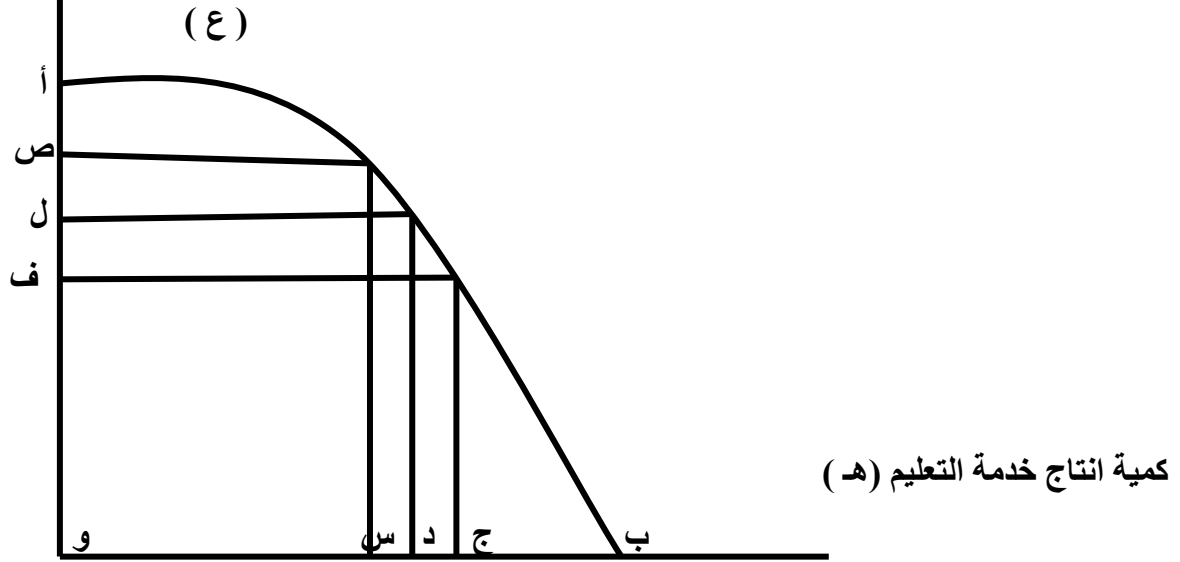
لأنه عندما تكون الكمية المعروضة من خدمات الرعاية الطبية أكبر من الكمية المطلوبة، فإن ذلك يعنى أن الأفراد لا يرغبون فى شراء الكمية الفائضة من العرض. لأن قيامهم بشراء هذه الكمية سوف يترتب عليه هبوط المنافع الحدية التى يحصلون عليها من استهلاك هذه الكمية – وبفرض ثبات التكلفة الحدية عند هذا المستوى من الكمية المعروضة من خدمات الرعاية الطبية، فإن المنافع الحدية المترتبة على شراء الكمية الفائضة من العرض لا بد وأن تهبط دون التكاليف الحدية. وهو ما يمثل سوء استخدام للموارد الاقتصادية . ويعنى سوء استخدام الموارد التى تستخدم فى إنتاج خدمات الرعاية الطبية بكمية معينة أن المنافع الحدية المتولدة عن استخدام هذه الكمية تقل عن التكاليف الحدية لإنتاجها.

أما إذا كانت الكميات والأنواع المقدر إنتاجها أقل مما يحتاج إليه الأفراد من خدمات الرعاية الطبية، فإن المنافع الحدية لاستخدام هذه الكميات والأنواع المقدر إنتاجها اجتماعيا، سوف تزيد عن التكاليف الحدية لإنتاجها. أى أن الأفراد يكونون على استعداد لاستخدام كمية أكثر بسعر أعلى من التكاليف الحدية. ويمثل هذا الوضع، أيضا، سوء تخصيص للموارد.

ويوضح لنا الشكل البيانى التالى والذى يصور منحنى إمكانيات الإنتاج،^(٧) ما يمكن أن يحدث من سوء لتخصيص الموارد فى ظل تقدير الحاجة من الرعاية الطبية اعتمادا على بعدها الاجتماعى فقط. وفى هذا الشكل سوف نفترض أننا نخصص ما لدينا – أى لدى المجتمع – من موارد – أرض، عمل، رأس مال – لإنتاج خدمتين فقط هما خدمة الرعاية الطبية (ع)، وخدمة التعليم (هـ). فإذا خصصنا كل الموارد لإنتاج خدمة الرعاية الطبية (ع)، فإننا يمكن أن نحصل على الكمية المنتجة (و أ). أما إذا خصصنا كل الموارد لإنتاج خدمة التعليم (هـ)، فإننا يمكن أن نحصل على الكمية المنتجة (و ب) .

(٧) د. عبد الفتاح عبد الرحمن عبد المجيد، أصول علم الاقتصاد، رؤية إسلامية، الجزء الأول، التحليل الاقتصادى الجزئى، مكتبة الجلاء الجديدة، المنصورة، ١٩٩٥، ص ١٥-١٧، مع التصرف .

كمية انتاج خدمة الرعاية الطبية



لنفترض أن كمية الإنتاج المقدرة اجتماعياً على أساس البعد الاجتماعي للحاجة ، كانت هي الكمية (و ص) عند سعر (١٠٠) جنيهاً للوحدة من الخدمة الطبية . في حين كانت الكمية المنتجة من خدمة التعليم هي (و س) عند سعر (٨٠) جنيهاً للوحدة الواحدة من هذه الخدمة . فإذا كانت رغبة وقدرة الأفراد هي في استخدام الكمية (و ل) من خدمات الرعاية الطبية فقط عند السعر (١٠٠) وفي استخدام الكمية (و د) من خدمات التعليم عند السعر (٩٠) . فإننا نجد الآتي :-

(١) أن هناك فائض في عرض خدمات الرعاية الطبية وعجز في عرض خدمة التعليم.
(٢) أن فائض عرض خدمة الرعاية الطبية يعني أن الكمية والسعر المحددين اجتماعياً بناءً على البعد الاجتماعي فقط للحاجة لا يتفقان ورغبة وقدرة الأفراد. لأن الأفراد على استعداد لاستهلاك كل الكمية المعروضة (و ص) من هذه الخدمة بسعر أقل عن (١٠٠) جنيهاً، أو على استعداد لاستهلاك فقط الكمية (و ل) عند السعر (١٠٠) . وبما أن السعر محدد اجتماعياً ولا يمكن تغييره بالانخفاض، فإن فائض العرض سيستمر.

(٣) أن فائض طلب خدمة التعليم يعني، أيضاً، أن الكمية والسعر المحددين اجتماعياً بناءً على البعد

الاجتماعى فقط للحاجة، لا يتفقان ورغبة وقدرة الأفراد على الدفع. لأن الأفراد على استعداد لاستهلاك كمية أكبر (و د) عند سعر أعلى (٩٠) جنيهاً من الكمية المحددة اجتماعياً (و س) عند سعر أقل (٨٠) جنيهاً.

(٤) أن الانخفاض فى المنافع الحدية عن التكاليف الحدية^(٨) بسبب إنتاج الكمية (و ص) عند السعر (١٠٠) يمكن التخلص منه إذا ما تم تحويل جزء من الموارد من مجال إنتاج خدمات الرعاية الطبية إلى مجال خدمات التعليم، بقدر يخفض الكمية المنتجة من خدمات الرعاية الطبية من (و ص) إلى (و ل) ويزيد من الكمية المنتجة من خدمة التعليم من (و س) إلى (و د). ذلك أن تحويل هذا القدر من الموارد من مجال إنتاج الرعاية الطبية إلى مجال إنتاج التعليم يعنى إنتاج اضافى من منتج خدمة التعليم يولد منافع حدية موجبة وتقليل فائض منتج خدمة الرعاية الطبية الذى يولد منافع حدية ضئيلة أو تكاد تكون صفرية.

وبما أن قرار تخصيص الموارد المحدد اجتماعياً بناءً على البعد الاجتماعى فقط للحاجة يتجاهل البعدين الاقتصادى والشخصى لهذه الحاجة، فإن فائض عرض قطاع خدمات الرعاية الطبية وفائض طلب (أي عجز عرض) قطاع خدمات التعليم سوف يستمران. مما يعنى سوء تخصيص الموارد.

بيد أن سوء تخصيص الموارد سوف يحدث أيضاً إذا ما تم تقدير الكمية المنتجة من خدمات الرعاية الطبية بناءً على البعد الاجتماعى فقط للحاجة عند مستوى يقل عن رغبات وقدرة الأفراد على الدفع. فماذا إذا ما تم تحديد الكمية المعروضة اجتماعياً من خدمات الرعاية الطبية عند الكمية (و ي) وبسعر (٨٠) جنيهاً للوحدة، فى حين كانت رغبات الأفراد وقدرتهم على الدفع هى استخدام الكمية (و ل) عند السعر (١٠٠) ؟. هنا نجد أن تحويل الموارد من مجال إنتاج التعليم إلى مجال إنتاج خدمة الرعاية الطبية سوف يؤدي إلى زيادة كفاءة تخصيص الموارد ، وخاصة إذا كان طلب الأفراد على خدمة التعليم هو الكمية (و د) فى حين أن الكمية المعروضة منها بناءً على البعد الاجتماعى للحاجة فقط هى (و ح).

ثانياً : قدرة المرضى على الدفع كأساس لتحديد الكميات والأنواع

المنتجة من خدمات الرعاية الطبية^(٩) :

(٨) يلاحظ أننا يمكن أن نقدر مقدار هذا الانخفاض إذا ما أفترضنا معلومية المنافع الحدية والتكاليف الحدية وسعر وكمية الإنتاج من خدمة الرعاية الطبية. وبما أن السعر معلوم فيبقى افتراض قيم للمتغيرات الثلاثة الأخرى. مع ملاحظة أن انخفاض المنافع الحدية عن التكاليف الحدية عند إنتاج (و ص) من الرعاية الطبية يساوى مقدار زيادة المنافع الحدية عن التكاليف الحدية عند إنتاج (و س) من خدمة التعليم.

(٩) بول فلدستين: اقتصاديات الرعاية الصحية، الجزء الأول، ترجمة د. محمد حامد عبد الله، مرجع سبق ذكره، ص ١٢٦ وما بعدها.

إذا لم نعتمد على البعد الاجتماعى للحاجة ، كأساس لتحديد الكمية والأنواع المنتجة من خدمة الرعاية الطبية ، فهل يجب أن يكون طلب المرضى (قدرة المرضى على الدفع) هو المعيار لتحديد كم ونوع الخدمات الطبية التي يجب إنتاجها؟. أى هل يجب أن يكون البعدان الاقتصادى والشخصى للحاجة هما الأساس فقط لتحديد ما يجب إنتاجه من خدمات الرعاية الطبية؟. وفقا لهذا الأساس فان قرارات المرضى بشأن استخدام خدمات الرعاية الطبية ، هى التى تحدد الكميات والأنواع المختلفة التى يجب إنتاجها من خدمات الرعاية الطبية . فالمنتجون لخدمات الرعاية الطبية يستجيبون - هنا - لقرارات المرضى من خلال آلية الأسعار الحرة . فإذا ما رأى أفراد المجتمع (المرضى) أن خدمة المستشفيات تحقق لهم منافع حدية أكثر مقارنة بالمنافع الحدية التى تولدها خدمة بيوت التمريض، وذلك عند سعر معين لكل خدمة منهما ، فإن طلبهم على خدمة المستشفيات سوف يزيد مما يرفع من أسعارها. كما أن طلبهم من خدمات بيوت التمريض سوف يقل مما يخفض من سعرها. وهنا يستجيب المنتجون للتغير فى سعرى خدمتى الرعاية الطبية، بزيادة الكمية المنتجة من خدمات المستشفيات – وتقليص الكمية المنتجة من خدمات بيوت التمريض- حيث أن انخفاض سعرها يدفع منتجها لتخفيض الإنتاج منها حفاظا على أرباحهم من التدهور. وهنا نلاحظ الآتى:-

(١) أن المستهلكين لخدمتى الرعاية الطبية (خدمة المستشفيات وخدمة بيوت التمريض مثلاً) سوف يستمرون فى زيادة طلبهم على خدمة المستشفيات وتقليصه على خدمة التمريض حتى تتساوى المنفعة الحدية لخدمة المستشفيات إلى سعرها مع المنفعة الحدية لخدمة بيوت التمريض الى سعرها. وهو ما يعنى أن المستهلكين (المرضى) قد بلغوا أقصى قدر من الإشباع من إعادة تخصيص مواردهم – المبلغ المخصص للإنفاق على هاتين الخدمتين ووقتهم وجهدهم – بين هاتين الخدمتين فى ظل سعريهما السائد فى سوق كل منهما.

(٢) أن المنتج لخدمة المستشفيات سوف يستمر فى زيادة إنتاجها منها حتى يتساوى سعرها مع ما يتحمله المنتج من تكلفة إضافية لإنتاج وحدة خدمة مستشفيات واحدة. أى حتى يصبح الفرق بين السعر والتكلفة الإضافية صفراً. ويحقق المنتج هنا أقصى ربح ممكن.

(٣) أن المنتج لخدمة بيوت التمريض سوف يستمر فى تخفيض إنتاجها حتى يتساوى سعرها الآخذ فى الانخفاض مع ما يتحمله المنتج من تكلفة إنتاج آخر وحدة خدمة تمريض واحدة. مع ملاحظة أن هذا المنتج سوف يستمر فى الإنتاج حتى يتساوى السعر الآخذ فى الانخفاض مع التكلفة المتوسطة المتغيرة وذلك فى الأجل القصير.

(٤) أن إعادة المرضى لتخصيص مواردهم بزيادة طلبهم على خدمة المستشفيات وتقليصه على خدمة بيوت التمريض، قد واكبه إعادة تخصيص الموارد من قبل المنتجين بين هاتين الخدمتين وذلك بتوجيه المزيد من الموارد من مجال إنتاج خدمة بيوت التمريض إلى مجال إنتاج خدمة المستشفيات. وهذا يعنى أن قرارات المرضى بشأن تخصيص وإعادة تخصيص (أو توزيع وإعادة توزيع) مواردهم وهم بصدد استخدام هاتين الخدمتين، إنما يوجهون قرارات تخصيص وإعادة تخصيص الموارد الطبية فى مجال إنتاج خدمتي المستشفيات والتمريض.

(٥) أن المتغير الذي يربط بين رغبات وقرارات المرضى بشأن هاتين الخدمتين وبين قرارات المنتجين هو متغير السعر. ولذلك نجد أن وصول المرضى إلى أقصى اشباع ممكن فى مجال استهلاك خدمتي المستشفيات وخدمات بيوت التمريض فى ظل سعريهما – وهو ما يعنى بلوغهم لمستوى التوازن- يقابله وصول المنتج إلى أقصى ربح ممكن أو أقل تكاليف ممكنة. ونترجم ذلك بالقول أن الكفاءة الاقتصادية فى مجال الاستهلاك (هنا استخدام هاتين الخدمتين من قبل المرضى) تعكس الكفاءة الاقتصادية فى مجال الإنتاج (هنا إنتاج هاتين الخدمتين من قبل المنتجين). أو بالقول بالتخصيص الكفاء للموارد فى مجال الاستهلاك وفى مجال الإنتاج .

(٦) أن المنافع الحدية المتوقع الحصول عليها من استهلاك هاتين الخدمتين من قبل المرضى هى المحرك لتخصيص وإعادة تخصيص مواردهم بينهما. وبالتالي فإن هذه المنافع هى المؤسس الحقيقى لطلب المرضى على خدمات المستشفيات وخدمات بيوت التمريض.

(٧) أن المنافع الحدية منافع شخصية تختلف من شخص لآخر، كما تختلف لدى الشخص الواحد بتغير ظروفه الاقتصادية والنفسية والبيئية الاجتماعية المحيطة به.

وبعد أن تناولنا بالتحليل كلاً من الحاجة فى بعدها الاجتماعى ورغبة وقدرة الأفراد على الدفع (الحاجة فى بعدها الشخصى والأقتصادى) كأساسين لتحديد الكميات والأنواع المنتجة من خدمة الرعاية الطبية، يبرز سؤال هام.....، ألا وهو: أى الأساسين أفضل لضمان إنتاج خدمات الرعاية الطبية بكميات وأنواع تحقق أقصى قدر من الكفاءة الاقتصادية فى مجالى الاستهلاك والإنتاج (وهو ما يحققه الأساس الثانى جيداً) وأقصى قدر من عدالة توزيع هذه الخدمات بين فئات وأفراد المجتمع (وهو ما يحققه الأساس الأول)؟.

يبدو واضحاً أن كلاً من الأساسين له مساوئ وله مزايا :-

(١) فالأساس الأول إذ يتوخى أقصى قدر من عدالة توزيع الخدمات الطبية ، فإنه قد يغالى فى البعد

الاجتماعى للحاجة للرعاية الطبية ، ويبخس فى البعدين الشخصى والاقتصادى لها. مما قد يجعل الكميات والأنواع المنتجة من خدمات الرعاية الطبية غير معبرة عن المضمونين الشخصى والاقتصادى للحاجة إليها. وهو ما قد يترجم بإنتاج كميات وأنواع من خدمات الرعاية الطبية تزيد أو تقل عن الحاجة إليها. مما يعنى أن قرارات الإنتاج لهذه الخدمات لا تستجيب للحاجة الحقيقية لها من قبل المرضى ، بما يفضي إلى سوء فى تخصيص الموارد فى مجال الإنتاج ، غالباً ما ينعكس فى هبوط مستوى اشباع المرضى دون المستوى الذى يتيح التخصيص الكفاء للموارد المتاحة.

(٢) الأساس الثانى إذ يستهدف أقصى قدر من الكفاءة الاقتصادية فى مجالى استهلاك (أو استخدام) وإنتاج خدمات الرعاية الطبية ، فإنه قد يتوسع فى البعدين الشخصى والاقتصادى للحاجة للرعاية الطبية ويضيق فى بعدها الاجتماعى / الأخلاقى . مما قد يجعل الكميات والأنواع المنتجة من خدمات الرعاية الطبية غير متاحة للمرضى ذوى القدرات المحدودة على الدفع ، وغير معبرة عن المضمون الاجتماعى / الأخلاقى للحاجة للرعاية الطبية. وهو ما قد يترجم إلى سوء فى توزيع خدمات الرعاية الطبية بين المرضى ذوى الحاجة الملحة لهذه الرعاية، والى إهمال لجزء من الموارد البشرية أو من رأس المال البشرى .

نزولاً على هذا التحليل، فإن كلا الأساسين^(١٠) - يجب أن يحدداً معاً الكميات والأنواع المنتجة من خدمات الرعاية الطبية. وذلك من خلال دعم خدمات الرعاية الطبية التى يجب أن تقدم للمرضى ذوى القدرات المحدودة على الدفع . ولكن ماهو الأسلوب الأفضل - اقتصادياً واجتماعياً - لتقديم مثل هذا الدعم ؟ . هذا ما سنحاول بحثه فى المبحث التالى مباشرة .

(١٠) عادة ما تعتمد المجتمعات ذات الاقتصادات الحرة- القائمة على حرية الأفراد فى تخصيص الموارد فى مجالى الاستهلاك والإنتاج - أكثر على الأساس الثانى. بينما تعتمد الاقتصادات الاشتراكية أكثر على الأساس الأول كأسلوب لتخصيص الموارد .

المبحث الثاني

مدى كفاءة وعدالة أساليب توزيع خدمات الرعاية الطبية مع الإشارة لبعض النماذج العملية

من القرارات التي يجب أن تتخذ في أى نظام طبي أو صحي ، هو قرار اختيار أسلوب توزيع خدمات الرعاية الطبية ، التي ينتجها القطاع الطبي ، بين أفراد وفئات المجتمع . ولاشك أن كل أسلوب من أساليب التوزيع يعكس تفضيلات المجتمع لقيم ومعايير معينة. فإذا أراد مجتمع ما أن يتبنى أسلوباً ما من أساليب توزيع الخدمات الطبية بين أفرادها ، فيمكن استخدام علم الاقتصاد لتحديد أكثر الطرق كفاءة لتحقيق الاختيار القيمي للمجتمع والمتمثل في اختياره وتبنيه لأسلوب معين من أساليب توزيع الخدمات الطبية. والحقيقة أنه يمكن تخفيض ثمن الحصول على خدمات الرعاية الصحية من خلال تدخل الحكومة في عمل أسواق هذه الخدمات . ولكن الذي لا يمكن تخفيضه هو الحد الأدنى من التكاليف اللازم لإنتاج هذه الخدمات ^(١) . فدون هذا الحد سوف تتدني الجودة وترتفع التكاليف غير المباشرة للخدمات الصحية تعويضاً للإنخفاض في سعرها . ولذا فإن المريض ، لا شك ، سيتحمل جزءاً من هذه الزيادة في التكاليف في شكل :

- (١) زيادة فترة انتظاره للحصول على الخدمة الطبية . سواء أخذت شكل انتظاره لإجراء الكشف والفحص الطبي أو شكل انتظاره لإجراء جراحة معينة .
- (٢) انخفاض الفترة التي يجري خلالها الطبيب كشفاً طبيياً على المريض بسبب كثرة عدد المرضى المترددين على الطبيب .
- (٣) مغالة الطبيب في زيادة عدد مرات زيارة المريض (في حالة التأمين الصحي على المريض) ، بما يزيد من إجمالي تكلفة الزيارات وليس سعر الزيارة الواحدة .
- (٤) مغالة الطبيب في وصف الأدوية والفحوص المختلفة للمريض سواء إرضاءً للمريض أو زيادة لإيراد الوحدة الطبية التي يعمل بها .
- (٥) سوء توزيع خدمات الرعاية الطبية بين المرضى . حيث أن زيادة الضغط على الموارد الطبية قد

(١١) توماس سويل ، الاقتصاد التطبيقي ، ترجمة رشا سعد زكي ، كلمات عربية ، القاهرة ، ص ٧٥ .

يترتب عليه تأخير حصول المرضى الأشد حاجة للرعاية الطبية مقارنة بمن هم أقل حاجة لها .

ويمكن أن نتناول هذا المبحث من خلال تناول النقطتين التاليتين :

أولاً : النماذج النظرية في توزيع خدمات الرعاية الطبية

يمكن بلورة القيم التي يمكن أن يتخذها المجتمع منطلقاً لتوزيع خدمات الرعاية الطبية بين أفرادها ، إلى ثلاث مجموعات أساسية هي :-

المجموعة الأولى :- وتقوم على تحقيق الحد الأدنى من خدمات الرعاية الطبية لكافة أفراد المجتمع .

أى أن يوفر المجتمع حداً أدنى من الرعاية الطبية لكل فرد من أفرادها . بيد أن تحقيق هذا الهدف يمكن إنجازه بعدة طرق . من بين هذه الطرق ، طريقة تقديم دعم للأفراد الذى يستهلكون الخدمات الطبية بأقل من الحد الأدنى، نظراً لانخفاض دخولهم ، لكى يمكنهم الحصول على هذا الحد الأدنى من الرعاية الطبية.

المجموعة الثانية :- وتقوم على أن يوفر المجتمع للجميع التسهيلات المالية نفسها للحصول على الحد

الأدنى من الرعاية الطبية بالضرورة. ويمكن تحقيق هذا الاختيار القيمى للمجتمع إما بالأخذ بنظام مجانية (أو شبه مجانية) الرعاية الطبية **الأولى** (أى بنظام يجعل سعر الرعاية الطبية الأولى مجانياً أو) (مخفضاً) للجميع) ، أو بنظام دعم يختلف باختلاف دخل الفرد. ويلاحظ أن أكثر هذين النظامين تكلفة للحكومة ، وربما للمريض – أى أقلها كفاءة من الناحية الاقتصادية – هو النظام الأول ، فى حين أن أقل هذه النظم تكلفة – أى أكثر كفاءة من الناحية الاقتصادية هو النظام الأخير.

المجموعة الثالثة :- وتقوم هذه المجموعة من القيم على أن يقوم المجتمع بتوفير العلاج أو الرعاية

الطبية المتساوية للحاجات المتساوية، أى حصول جميع أفراد المجتمع على الاستهلاك الطبي المتساوى . ووفقاً لهذا المعيار تتحقق المعاملة المتساوية في مجال الصحة عند تساوي الحاجة إلى الرعاية الصحية .

وهو مايعنى أن يتساوى استهلاك كل من ذوى الدخل المنخفض وذوى الدخل المتوسط مع استهلاك ذوى الدخل المرتفع من خدمات الرعاية الطبية عند تساوي حاجات كل منهم لخدمات الرعاية الصحية (١٢) .

بيد أن تكلفة إنجاز هذا الخيار القيمى هى أعلى بشكل كبير عن أى من تكلفة النظم التى تتضمنها المجموعتان الأولى والثانية باستثناء النظام القائم على المجانية.

ويمكن التعبير عن المدلولات الاقتصادية لكل مجموعة من مجموعات هذه القيم، بما تتضمنه كل مجموعة

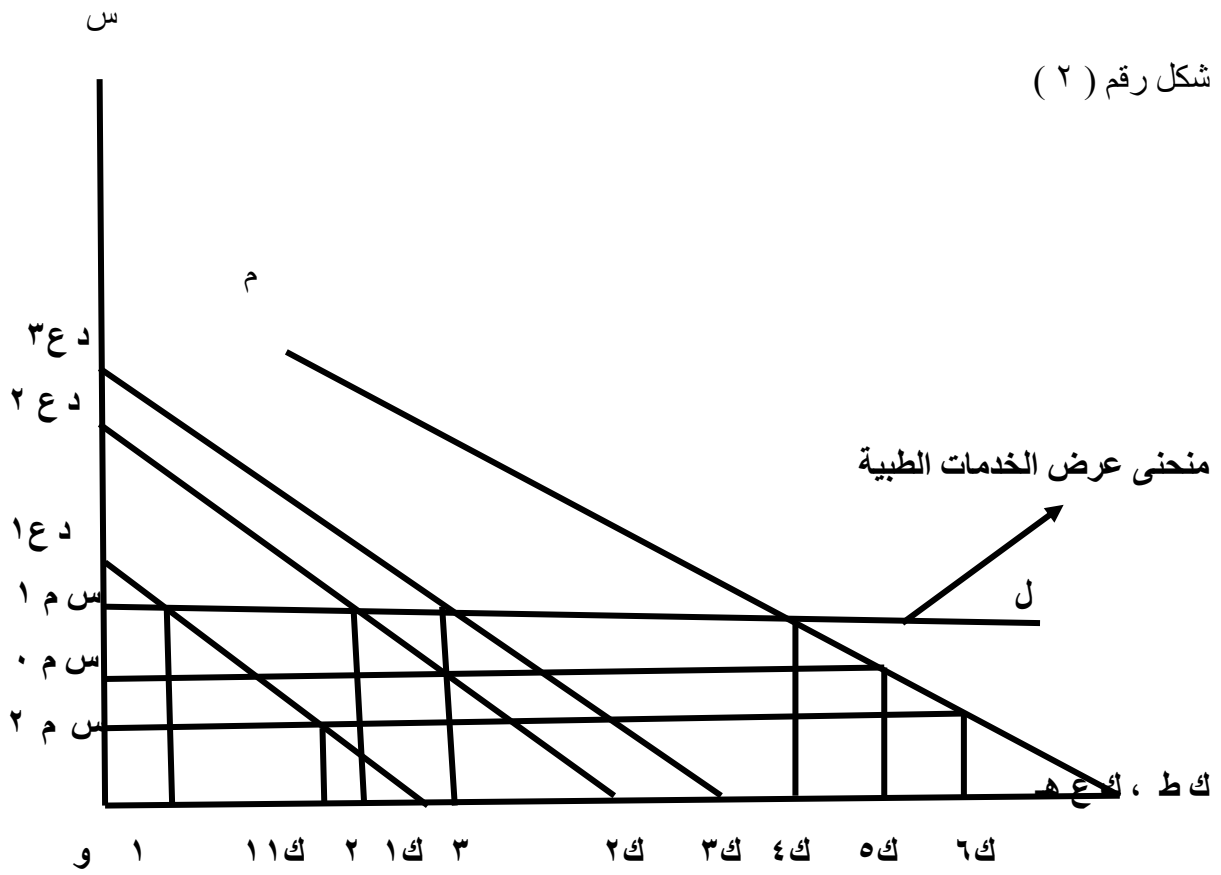
(١٢) د . عبد الفتاح عبد الرحمن عبد المجيد ، الاقتصاد الاجتماعى : رؤية تحليلية لقضايا اقتصادية واجتماعية معاصرة ، مرجع سبق ذكره ، ص ٣١٠ .

من خيارات، من خلال الشكل البياني التالي رقم (٢) :-

فإذا اعتبرنا أن لدينا مجتمعاً يمكن تقسيمه من حيث الدخل إلى ثلاثة مستويات داخلية :

- المستوى الأول ويتكون من ذوي الدخل العالية .
- المستوى الثانى ويتكون من ذوي الدخل المتوسطة.
- المستوى الثالث ويتكون من ذوي الدخل المنخفضة.

فإذا قمنا بتقدير منحنى الطلب السعرى لكل فئة دخلية من هذه الفئات على الخدمات الطبية ، فإن الشكل البياني أدناه يوضح ذلك. حيث يوضح العلاقة بين أسعار الخدمات الطبية والكميات التى تطلبها كل فئة دخلية من هذه الخدمات.



ويمثل المحور الافقى فى الشكل السابق مباشرة كل من الكميات المطلوبة (ك ط) والمعروضة (ك ع) من خدمات الرعاية الطبية، فى حين يمثل المحور الرأسى أسعار هذه الخدمات (س) . فإذا كان السعر السائد للخدمات الطبية فى السوق، هو (س م) حيث يتقاطع منحنى عرض خدمات الرعاية الطبية (ل)

مع منحى الطلب على خدمات الرعاية الطبية (م هـ) ، فان منحى طلب فئة الدخل الأعلى يمثله المنحى (د ع ك) وتكون الكمية التي تطلبها هذه الفئة عند هذا السعر من الخدمات الطبية هي (و - ٣) ، كما أن منحى طلب فئة الدخل المتوسط (د ع ك) وتكون الكمية التي يطلبها فئة الدخل المتوسط من الخدمات الطبية عند السعر (س م) هي (و - ٢) ، كما أن منحى طلب فئة الدخل المنخفض (د ع ك) أما الكمية التي تطلبها فئة الدخل المنخفض من هذه الخدمات عند السعر (س م) فتكون (و - ١) .

أما منحى الطلب (م هـ) فهو منحى الطلب الكلى لهم جميعا . وبالتالي فان الكمية المطلوبة من الخدمات الطبية فى السوق عند السعر السائد (س م) تكون هي (و - ٤) . وتصبح تكاليف الحصول على هذه الكمية هي (و - ٤ × س م) .

ولكن ماذا يحدث إذا تبنى المجتمع خيار توفير الحد الأدنى من الرعاية الطبية، مقدراً هذا الحد بالكمية (و ك ١١) ؟. هنا يضطلع المجتمع بدعم ذوى الدخل المنخفض حتى يزيد استهلاكهم لخدمات الرعاية الطبية من (و - ١) إلى (و ك ١١) . ويلاحظ أن حجم الدعم النقدي يساوى (و ك ١١) × (س م - س م ٢) . ولذلك يزيد الطلب الكلى على خدمات الدعاية الطبية من (و ك ؛) إلى (و ك هـ) . وعلى هذا الأساس فان هذا الخيار يؤدي إلى توليد تكلفة إضافية لاستهلاك خدمات الرعاية الطبية تساوى مقدار هذا الدعم الجزئى .

فإذا ما تبنى المجتمع مجموعة القيم الثانية والتي توفر للجميع التسهيلات المالية نفسها للحصول على خدمات الرعاية الصحية فإنه يمكن أن نختار بين الخيارات التالية ^(١٣) :-

(١) الخيار الأول : ويقوم على تقديم المجتمع لخدمات الرعاية الطبية بسعر يساوى الصفر لجميع أفرادها . وهنا نجد أنفسنا أمام دعم كامل للخدمات الطبية لجميع أفراد المجتمع وليس أمام دعم جزئى لذوى الدخل المنخفض فقط . ولكن ما هي التبعات الاقتصادية لهذا الخيار ؟. يبدو واضحا، إذاً، حدوث زيادة فى الطلب الكلى على خدمات الرعاية الطبية ، لتصبح الكمية المطلوبة من هذه الخدمات عند السعر صفر، هي (و هـ) ، وتصبح التكلفة الإجمالية لهذا الخيار هي (و هـ × س م) . وهى تفوق كثيرا تكلفة الدعم الطبى الجزئى لذوى الدخل المنخفض والتي تساوى (و ك ١١) × (س م - س م ٢) . والمعنى الكامن فى هذا التضخم فى تكلفة الخيار الأول هذا هو حدوث تدهور حاد فى كفاءة الاستهلاك ناتج عن أن المنافع الحدية لاستهلاك الخدمات الطبية من قبل كل الفئات الداخلية، أصبحت تقل كثيرا عن التكلفة الحدية لإنتاج

(١٣) سوف نفترض حاليا - عند هذه المرحلة من الدراسة - أن عرض الخدمات الطبية مرن مرونة لانتهائية أي يمكن طلب أى كمية منها دون أن يترتب على ذلك تغير فى ثمن تقديمها من قبل منتجها أو فى درجة جودتها .

هذه الخدمات. وهو ما يمثل إهداراً للموارد الاقتصادية.

ولكن ما هو السبب وراء الانخفاض الحاد في المنافع الحدية لاستهلاك الخدمات الطبية في ظل هذا الخيار؟. يكمن السبب الحقيقي في زيادة استهلاك هذه الخدمات زيادة كبيرة، بحيث أصبح مقدار الاستهلاك يفوق كثيراً مقدار الاستهلاك الرشيد فيما لو تحددت أسعار هذه الخدمات في ضوء التكاليف الحدية لإنتاجها.

ولاشك أن قانون تناقص المنفعة الحدية يؤكد ذلك. حيث أنه كلما زاد الاستهلاك من سلعة أو خدمة – مع بقاء الأشياء الأخرى ثابتة – كلما انخفضت المنفعة الحدية المتولدة من استهلاك هذه السلعة أو الخدمة. فإذا لم توجد قيود اقتصادية تحد من استهلاك هذه السلعة أو الخدمة – مثل وجود سعر موجب أو على الأكثر سعر يعكس تكلفتها الحدية، فإن الكميات المستهلكة من هذه السلعة / الخدمة، سوف تزيد زيادة كبيرة مما يترتب عليها هبوط حاد في منفعتها الحدية التي ربما تصبح سالبة.

(٢) الخيار الثاني: ويقوم على تقديم المجتمع لخدمات الرعاية الطبية لجميع أفرادها من خلال الأخذ بنظام دعم للخدمات الطبية يختلف باختلاف مستويات الدخل. فوفقاً لهذا الخيار يجري دعم سعر الرعاية الطبية لذوى الدخل المنخفض حتى يصبح هذا السعر صفراً ويزيد استهلاكهم من خدمات الرعاية الطبية من (١ و) إلى (١ وك) ويكون مقدار الزيادة في التكلفة الناتجة عن زيادة استهلاك ذوى الدخل المنخفض هي (١ وك × و س م). كما يجري دعم ذوى الدخل المتوسط بمقدار أقل من دعم ذوى الدخل المنخفض. فتوفير دعم لسعر الخدمات الطبية لذوى الدخل المتوسط بمقدار (س م - س م) للوحدة من الخدمة الطبية، يحرك كمية استهلاك من (٢ و) إلى (٣ و)، ويكون مقدار الزيادة في التكلفة الناتجة عن زيادة استهلاك ذوى الدخل المتوسط هي (٣ و) (س م - س م). وهنا يلاحظ الأتى:-

- أن التكلفة الإجمالية لهذا الخيار = (١ وك × و س م) + (٣ و) (س م - س م)

- أن طلب السوق من خدمات الرعاية الطبية، وفقاً لهذا الخيار، قد ازداد من (و) إلى (١ وك).

- أن التكلفة الإجمالية لهذا الخيار أقل من التكلفة الإجمالية للخيار الأول، وهذا يعنى أن الخيار الثانى أكثر كفاءة من الخيار الأول.

(٣) الخيار الثالث: ويقوم هذا الخيار على تقديم المجتمع لخدمات الرعاية الطبية بسعر موحد للجميع، مثل السعر (س م). والحقيقة أن هذا الخيار وإن كان يؤدي إلى زيادة استهلاك ذوى الدخل المنخفض وذوى الدخل المتوسط من الخدمات الطبية، فإنه يؤدي إلى إحداث زيادة كبيرة في استهلاك

ذوى الدخل المرتفع بحكم أن مستوى استهلاكهم من الخدمات الطبية كبيراً بطبيعته. وهو ما قد يتضمن إعادة توزيع للدعم الطبى فى غير صالح ذوى الدخل المنخفض وذوى الدخل المتوسط ولصالح ذوى الدخل المرتفع. ولذلك فإنه رغم أن هذا الخيار قد يكون أقل من حيث التكلفة مقارنة بالخيارين الأول والثانى، أى أكثر كفاءة (حيث أن كمية طلب السوق من خدمات الرعاية الطبية عند هذا السعر تكون و ك ه) ، إلا أنه قد يكون له آثار ضارة برفاهية فئتى ذوى الدخلين المنخفض والمتوسط، تفوق الزيادة المتوقعة فى رفاهية ذوى الدخل المرتفع . ففى حين يقدم هذا الخيار دعماً موحداً للجميع، فإن هذا الدعم قد يكون أقل من اللازم بالنسبة لذوى الدخل المنخفض وأكثر من اللازم بالنسبة لذوى الدخل المرتفع. فالقرار الاقتصادى إذ يهتم بقضية الكفاءة الاقتصادية اهتماماً بالغاً، فإنه لا يهمل قضية عدالة التوزيع وما تثيره من تساؤلات حول آثار القرار الاقتصادى على رفاهية مختلف الشرائح الدخلية.

وأخيراً ماذا لو تبنى المجتمع المجموعة الثالثة من القيم ، والتي تستند إلى تقديم الرعاية الطبية المتساوية للحاجات المتساوية ؟. يلاحظ أن الطريقة الوحيدة التى يمكن أن تحقق المعاملة المتساوية للحاجات المتساوية (أى المساواة التامة) هى الدعم المتفاوت حسب تفاوت مستوى الدخل. فكما يتضح من الشكل البيانى السابق مباشرة، فإن الهبوط بسعر الخدمات الطبية إلى الصفر، لن يتمخض عنة التساوى فى استهلاك ذوى الدخل المنخفض وذوى الدخل المتوسط مع استهلاك ذوى الدخل المرتفع من خدمات الرعاية الطبية . فإذا ما وفرت الخدمات الطبية بسعر صفرى، فإن :

- ١- الكمية التى يستهلكها ذوى الدخل المنخفض من خدمات الرعاية الطبية تساوى (و ك ١) .
- ٢- الكمية التى يستهلكها ذوى الدخل المتوسط من خدمات الرعاية الطبية تساوى (و ك ٢) .
- ٣- الكمية التى يستهلكها ذوى الدخل المرتفع من خدمات الرعاية الطبية تساوى (و ك ٣) .

ويلاحظ – كما يتضح من الشكل السابق مباشرة – أن الكمية (و ك ٣) < (و ك ٢) < (و ك ١) . وهو ما يعنى أن انخفاض سعر خدمات الرعاية الطبية، إلى الصفر لن يحقق رغبة المجتمع المتمثلة فى المعاملة الطبية المتساوية للحاجات المرضية المتساوية. ذلك أن اختلاف القدرات المالية للمستويات الدخلية الثلاثة ليست هى السبب الوحيد – وان كان الرئيسى – فى اختلاف كميات طلب كل منهم على خدمات الرعاية الطبية. فهناك اختلاف مستوى الوعى الطبى وتباين العادات والتقاليد الصحية ، علاوة على اختلاف مفهوم المرض نفسه، باختلاف الأفراد ، فضلاً عن إمكانية الوصول إلى الخدمة الطبية دون معاناة . فما هو الأسلوب المناسب ، إذاً، لكى يحقق المجتمع رغبته فى توفير المعاملة الطبية المتساوية للحاجات

الصحية المتساوية؟. بيد أنه لا بد من تقديم دعم سلبي لذوى الدخل المنخفض وذوى الدخل المتوسط حتى يتساوى استهلاك كل منهما من الخدمات الطبية مع استهلاك ذوى الدخل الأعلى في حالة الأخذ الخيار الثالث من خيارات التوزيع . ويعنى الدعم السلبي أن تمنح الدولة (المجتمع) ذوى الدخل المنخفض والمتوسط دعماً عند السعر الصفري للخدمات الطبية ، حتى يزدوا استهلاكهم منها لمستوى يساوى استهلاك ذوى الدخل المرتفع منها . أي أن هذه القيم الاجتماعية تقضي بدفع مكافآت نقدية لذوى الدخل المنخفض والمتوسط ، رغم أن سعر الخدمات الطبية صفر ، وذلك لكي يزدوا استهلاكهم من الخدمات الطبية .

بيد أن ذلك يمثل قيمة اجتماعية متطرفة. وبدلاً من ذلك الأختيار الاجتماعى المتطرف فى شأن توخى العدالة فى توزيع الدخل عند السعر الصفري للخدمات الطبية. ، فيمكن الأقتراب من تحقيق هذه القيم بشأن توخى العدالة من خلال دعم عيني لذوى الدخل المنخفض والمتوسط عند السعر الصفري للخدمات الطبية . وذلك بإنشاء مراكز الرعاية الطبية التوعوية والعلاجية فى قلب المناطق ذات الفئات منخفضة ومتوسطة الدخل ، تسهيلاً لنشر الوعي الصحي وللوصول للخدمة الطبية .

ثانياً : بعض النماذج العملية فى توزيع خدمات الرعاية الطبية

سنتناول هنا ثلاثة من الأنظمة الصحية العملية التي تتضمن الإشارة إلى النظام الصحي كامل المجانية تقريباً (النظام الصحي البريطاني) وإلى النظام الصحي شبه المجاني (النظام الصحي الكندي) وإلى النظام الصحي الذي يعتمد ، أساساً ، على قدرة المريض على الدفع أو على قوى السوق (النظام الصحي الأمريكى) .

أولاً : النظام الصحي البريطانى :

أن نظام التأمين الصحي العام فى بريطانيا هو جزء من نظام قومي شامل للتأمين على المواطنين يساهم غالبية المواطنين فى تمويله. ويشمل هذا النظام ثلاثة اركان أساسية هي المزايا الاجتماعية social benefits مثل إعانات البطالة وإعانات الأسر الفقيرة وإعانات الإسكان وإعانات الأمهات العائلات بدون زوج) ، ومعاشات التقاعد state pension ، والرعاية الصحية national healthcare وهذه الأركان الثلاثة يستفيد منها كل المواطنين البريطانيين^(١٤) .

فقبل أربعينيات القرن الماضي كانت الخدمات الصحية فى بريطانيا تقدم بشكل أساسي من قبل القطاع

(١٤) إبراهيم نوار الأهرام الاقتصادي ، السنة ١٢٦ - العدد ٢١٢٠ الأثنين ٢٠٠٩ ٢٤ أغسطس - ٣ من رمضان ١٤٣٠ .

الخاص ، وبالتالي كان الوصول للخدمة يعتمد على قدرة الفرد على الدفع ولا خيار أمام من لا يستطيعون تحمل تكلفة الخدمة الصحية التي يحتاجون إليها إلا محاولة الحصول على معونة من الجمعيات الخيرية أو الكنائس أو الاعتماد على خدمات صحية حكومية كانت تتصف بالضعف الشديد والمحدودية (وذلك في ضوء الدور المحدود للدولة في الحياة الاجتماعية والاقتصادية حينذاك) . إلا أن كل ذلك قد تغير مع إقرار قانون الخدمات الصحية الوطنية (National Health Act) في عام ١٩٤٦ والذي بناء عليه أنشئت هيئة الخدمات الصحية الوطنية (NHS) National Health Service في عام ١٩٤٨ ، والتي تقدم خدماتها على أساس مسؤولية الحكومة عن تأمين خدمة صحية شاملة مجانية عند نقطة الاستخدام متاحة لكافة أفراد المجتمع^(١٥) .

ويعتبر النظام الصحي البريطاني أحد الأنظمة ذات الأساس الضريبي الرائدة على مستوى العالم ، أي أن تمويل الخدمات الصحية يأتي من الإيرادات الضريبية القائمة ولا يُفرض ضرائب إضافية خاصة بالخدمات الصحية ، وإنما تتشارك مع جوانب الإنفاق الأخرى فيما يتم تحصيله من إيرادات ضريبية. وتقدم الخدمات الصحية الأولية من قبل أطباء ممارسين عامين GPs يعملون في الغالب لحسابهم الخاص ويتم الدفع لهم لقاء الخدمات الصحية التي يقدمونها من قبل NHS ولا يتحمل المريض أي من هذه التكاليف ، ويكون الدفع للأطباء الممارسين على أساس تكلفة محددة لكل خدمة تقدم fee-for-service ، أو رسم يدفع للطبيب عن كل مؤمن عليه مسجل لدى الطبيب بغض النظر عن قيامه بمراجعة الطبيب من عدمه capitation. أما بالنسبة للمستشفيات فهي في الغالب مستشفيات حكومية ، ويتم تلقي الخدمة من هذه المستشفيات في حالة الإحالة إليها من قبل الممارس العام الذي يمثل بالنسبة للمريض نقطة الاتصال الأولى first point of contact أو من خلال أقسام الطوارئ فقط ، وبالنسبة للمستشفيات الخاصة فتقدم خدماتها لمن لديهم تأمين صحي خاص أو مستعدون لدفع تكلفة الخدمة بأنفسهم.

أما فيما يتعلق بالتأمين الصحي الخاص في المملكة المتحدة ، فيمتلك حوالي ١١.٥% فقط من السكان تأميناً صحياً خاصاً ، وهو تأمين تكميلي يستخدم في الغالب للحصول على خدمة أسرع في المستشفيات حيث يتيح لهم التأمين الصحي الخاص سرعة في الخدمة وخيارات أكبر من المراكز الصحية كما يغطي التأمين الصحي الخاص الخدمات الصحية التي لا تتحملها الدولة. فرغم أن المواطنين يتمتعون بخدمات مجانية من قبل الأطباء والإقامة في المستشفيات إلا أنهم يتحملون بشكل كامل أو جزئي تكاليف الأدوية

(١٥) د. عبد الرحمن محمد السلطان ، لسنا بحاجة إلى إعادة اختراع العجلة لبنني نظامنا الصحي ، الجزيرة - 04/12/2012 الاصدار

١٤٦٧٧ الثلاثاء ٢٠ محرم ١٤٣٤ العدد ١٤٦٧٧ .

وخدمات العيون والأسنان، وهناك استثناءات لغير القادرين ما يسمح بتقديم جميع هذه الخدمات لهم مجاناً أو بتكاليف قليلة. وبالنسبة للأدوية فهي مدعومة من الدولة حيث يدفع المريض مبلغاً مقطوعاً flat rate لكل وصفة طبية والذي يبلغ حالياً (٧.٢) جنيهاً إسترلينياً عن كل وصفة، كما أن من يحتاجون لتناول علاج معين بشكل مستمر يدفعون فقط مبلغ (١٠٤) جنيه إسترليني عن كل ١٢ شهراً.

ثانياً : النظام الصحي في كندا :

النظام الصحي الكندي ، وهو نظام ذو أساس ضريبي، أي أن الخدمات الصحية تمول من خلال الإيرادات الضريبية الفيدرالية ومن الإيرادات الضريبية على مستوى المقاطعات الكندية ولا يفرض ضرائب إضافية لهذا الغرض. وبموجب قانون الصحة الكندي Canada Health Act الصادر في عام ١٩٨٤ فإن الهدف الرئيسي للسياسة الصحية الكندية هو حماية وتحسين واستعادة الصحة البدنية والعقلية لساكني كندا من خلال تسهيل حصولهم على الخدمات الصحية دون معوقات مالية أو غيرها. وتقوم الحكومة من خلال الميزانية الفيدرالية بتخصيص أموال عامة لحكومات المقاطعات لدعم الخدمات الصحية فيها بحسب عدد السكان لضمان دعم متساوي لجميع الكنديين بغض النظر عن مكان إقامتهم ، إلا أن معظم تمويل الخدمات الصحية يأتي من حكومات المقاطعات التي تقوم بتوفير معظم الموارد المالية الحكومية المخصصة لتأمين الخدمات الصحية المجانية للمواطنين. وبشكل عام يشكل التمويل الحكومي للخدمات الصحية حوالي ٧٠% من إجمالي الإنفاق الصحي، فيما يشكل التمويل الخاص حوالي ٣٠% والذي يمثل في الغالب تكاليف الخدمات الصحية غير المغطاة بموجب قانون الصحة الكندي.

وبموجب قانون الصحة الكندي يحصل الكنديون على مختلف الخدمات الصحية الأساسية مجاناً، ورغم أن معظم الممارسين العاملين يعملون لحسابهم الخاص إلا أنه يتم الدفع لهم من قبل الحكومة على أساس رسم لكل خدمة fee-for-service، حيث تقوم السلطات الصحية في كل مقاطعة بمفاوضة الجمعيات الصحية لتحديد تكاليف كل خدمة وعلى كل طبيب أن يلتزم بهذه التكاليف التي يتم الاتفاق عليها وإن رغب في فرض أسعار أعلى فعليه الخروج من نظام الدفع العام حتى يتمكن من ذلك. وتقدم خدمات الإقامة في مستشفيات حكومية تمول من خلال مبالغ مالية تخصص لها في الميزانية، أما المستشفيات الخاصة فيتم الدفع لها بحسب الخدمة المقدمة وفق تكلفة محددة لكل خدمة وهذه المستشفيات تكون في الغالب للعناية طويلة الأجل ولا تستهدف الربح وتشكل المستشفيات الخاصة أقل من ٥% من المستشفيات الكندية.

أما بالنسبة للتأمين الصحي الخاص فتوجد قوانين في مختلف المقاطعات الكندية إما تمنع أو لا تشجع على

التأمين على نفس الخدمات الصحية المؤمن عليها من قبل الدولة ، لذا فإن التأمين الصحي الخاص في كندا تكميلي يغطي الخدمات التي لا تغطيها الخدمات الصحية الحكومية بموجب قانون الصحة الكندي، كالعناية بالأسنان والعيون وجراحات التجميل ونحوها . ويمتلك حوالي (٦٥%) من الكنديين تأميناً صحياً خاصاً تكميلياً يحصلون عليه في الغالب من خلال تنظيمات مرتبطة بالعمل. أما بالنسبة للأدوية فإنه بموجب نظام الصحة الكندي فإن جميع الأدوية التي تصرف داخل المستشفيات الكندية تؤمن مجاناً بتمويل حكومي، أما ما يتم صرفه من أدوية خارج المستشفيات الكندية فهناك برامج فيدرالية وعلى مستوى المقاطعات وعلى مستوى الحكومات المحلية لتأمين الأدوية مع بعض الاختلاف من حيث متطلبات الأهلية وتفاوت من حيث المبلغ الذي يلزم دفعه من قبل المريض للحصول على الدواء، كما يوجد برامج عامة لتأمين الدواء للمحتاجين على أساس السن والدخل والحالة الصحية، وبشكل عام فإن معظم الكنديين يستطيعون الحصول على حاجتهم من الأدوية من خلال التأمين الصحي الحكومي أو التأمين الصحي الخاص التكميلي.

ومن هنا يمكن القول أن النظام الصحي العام البريطاني أكثر شمولاً وعمقاً من نظام التأمين الصحي العام في كندا .

ثالثاً : النظام الصحي في الولايات المتحدة الأمريكية :

الولايات المتحدة الدولة المتقدمة الوحيدة في العالم التي لا يوجد فيها نظام رعاية صحية شامل . حيث يعتمد تمويل الخدمات الصحية بشكل رئيسي على التأمين الصحي الخاص الذي يغطي حوالي (٦٧%) من الأمريكيين، كما أن معظم المنشآت الصحية في الولايات المتحدة تملك وتدار من قبل القطاع الخاص . وتظهر تجربتها أن التوسع في التأمين الصحي الخاص ، وعدم امتلاكها لتأمين عام شامل أسوة بما هو قائم في معظم الدول المتقدمة الأخرى ، تسبب في الواقع في ارتفاع هائل في تكاليف الرعاية الصحية وقلل من كفاءة نظامها الصحي بشكل حاد. فالإنفاق الصحي في الولايات المتحدة شكل في عام ٢٠٠٦ حوالي (١٥.٣%) من ناتجها المحلي الإجمالي ، بينما لم يشكل هذا الإنفاق في المملكة المتحدة، على سبيل المثال، إلا (٨.٢%) من ناتجها المحلي الإجمالي وفي أستراليا بلغت هذه النسبة (٨.٧%) ، كما أن نصيب الفرد من الإنفاق الصحي في الولايات المتحدة بلغ (٦,٧١٩) دولاراً في العام فيما لم يتجاوز في المملكة المتحدة وكندا (٣,٣٣٢) و (٣,٣٠٢) دولار على التوالي.

بل إن النظام الصحي في البلدان المتقدمة التي تعتمد نظام التأمين العام الشامل لم يكن فقط أقل تكلفة وإنما أيضاً كان أكثر كفاءة مقارنة بالنظام الصحي الأمريكي. فرغم إنفاق الولايات المتحدة (١٥.٣%) من

ناتجها المحلي الإجمالي على الخدمات الصحية وكون متوسط نصيب الفرد من الإنفاق الصحي هو الأعلى على مستوى العالم ، فهناك حوالي (٤٥) مليون أمريكي أو (١٥%) من السكان دون تأمين صحي . إضافة إلى حوالي (٢٥) مليون أمريكي لا يستطيعون تحمل الفرق بين ما يغطيه تأمينهم الصحي وبين فواتير علاجهم. كما أن العمر المتوقع عند الولادة في الولايات المتحدة يبلغ (٧٨) عاماً فيما يصل في أستراليا إلى (٨٢) عاماً وفي كندا (٨١) عاماً، والعمر المتوقع بصحة جيدة عند الولادة لم يتجاوز في الولايات المتحدة (٧٠) عاماً بينما وصل في أستراليا إلى (٧٤) عاماً وفي كندا (٧٣) عاماً ، ووفيات الأطفال حديثي الولادة ووفيات الأطفال دون الخامسة كلاهما أعلى في الولايات المتحدة مقارنة بالدول المتقدمة الأخرى. ما يعني أن التأمين الصحي الخاص في الولايات المتحدة لم يتسبب فقط في ترك شريحة واسعة من المواطنين دون تغطية تأمينية صحية أو بتغطية غير مكتملة وإنما أيضاً تسبب في ارتفاع هائل في تكلفة خدماتها الصحية مع تحقيقها مستوى أقل من الكفاءة مقارنة بالدول المتقدمة الأخرى التي تبنت خيار التأمين الصحي العام الشامل الذي حقق لها عائداً أعلى على الإنفاق الصحي وقدرة أكبر لنظامها الصحي على الاستدامة الاقتصادية والمالية.

وستتناول هنا بشئ من التفصيل واقع وسمات وتطور النظام الصحي في الولايات المتحدة الأمريكية ، في محاولته الحد من دور قوي السوق في توزيع خدمات الرعاية الطبية .

واقع وسمات وتطور النظام الصحي الأمريكي

يمكن بلورة واقع النظام الصحي الأمريكي فيما يلي^(١٦) :

أولاً : يلاحظ أن الخدمات الصحية بالولايات المتحدة الأمريكية تعتبر من الخدمات المتميزة والمتقدمة.. ولكن النظام الصحي الأمريكي أكثر أنظمة العالم الصحية تعقيداً وغموضاً . حيث إن النظام مؤسس على قوى السوق . فمن يدفع أكثر يحصل على أعلى وأفضل المزايا الصحية . وهناك فرق كبير بين مستوى الخدمات الصحية وبين النظام . ف عند الحديث عن النظام الصحي فإننا نعني بذلك : شمولية وكفاءة وعدالة النظام الصحي والتغطية الشاملة لكافة شرائح المجتمع.

ثانياً : يتكون النظام الصحي الأمريكي من نظام تأمين صحي حكومي يتم تغطيته تكاليفه بنسبة ٤٦% من الحكومة عن طريق نظامي ال " ميدى كير Medi-Care " (للمسنين)، و " والميديكيد " (للفقراء)،

(١٦) .د. رضا بن محمد خليل ، النظام الصحي في أمريكا ، جريدة الرياض ، الاحد ١١ جماد الأولى ١٤٣١هـ - ٢٥ ابريل ٢٠١٠م - العدد

بالإضافة إلى التأمين الصحي الخاص مقابل اشتراكات تأمينية مختلفة بين العامل وصاحب العمل.

ثالثاً: تشير المؤشرات العالمية إلى أن الولايات المتحدة الأمريكية من أكثر دول العالم التي تنفق على الخدمات الصحية، حيث ينفق الأمريكيون ١٧% من إجمالي الناتج المحلي على النفقات العلاجية بمعدل ٧٢٩٠ دولاراً للفرد سنوياً.

ورغم هذا فإنه لا يوجد نظام تأمين صحي شامل يغطي كل السكان في الولايات المتحدة . فيبلغ نسبة عدد الأشخاص الذين لا يملكون تأميناً صحياً ١٥.٤% من إجمالي المواطنين ، أي نحو ٤٦.٤ مليون نسمة. بيد أنه منذ عام ٢٠٠٩ ابتداءً حاول كل من مجلس النواب ومجلس الشيوخ الأمريكي العمل على إصلاح نظام التأمين الصحي . وبناءً على هذا الجهد الذي استمر لمدة سنة أعلن الكونجرس موافقته على برنامج الإصلاح الشامل للرعاية الصحية مساهما في توسيع قاعدة تأمينية لتشمل الأمريكيين دون استثناء.

المبادئ الأساسية لهذا النظام فيما يلي :-

- **تأمين الصحة للجميع :** وذلك من خلال محاولات لتوفير التأمين الصحي بأسعار معقولة لجميع الأميركيين غير المسنين من خلال الجمع بين برنامج جديد للرعاية الطبية مثل الذي تقدمه الحكومة والخطط الصحية القائمة بين أرباب العمل .

- **تغطية المقيمين :** من خلال النظام الصحي الأمريكي سيكون جميع المقيمين بصورة قانونية في الولايات المتحدة والذين لم تتم تغطيتهم من قبل صحياً قادرين على شراء هذه التغطية الصحية ومنحهم حرية اختيار مقدمي الخدمات الطبية.

- **انتشار الرعاية الصحية :** إن هذه الخطة ستجعل الرعاية الصحية أكثر انتشاراً مما قبل . كما أنها ستجعل أسعار شركات التأمين الخاصة أكثر قبولاً وستساهم في توسيع التغطية الصحية لجميع الأميركيين. كما أن هذه الخطة قادرة على ضمان استمرارية النظام الصحي ، وتحقيق الاستقرار في ميزانية الأسرة، والميزانية الاتحادية، مما ينعكس على استقرار الاقتصاد القومي الأمريكي.

آليات تمويل النظام الصحي الجديد :

- لا ينص القانون على إنشاء صندوق عام للتأمين الصحي، ولكنه يلزم كل شخص بالتأمين على نفسه أو دفع غرامة قدرها ٢.٥% من دخله السنوي.

- لم يعد بمقدور شركات التأمين رفض تغطية أي مواطن بسبب سجل مرضي سابق (مثل الإصابة بأمراض مزمنة) أو تخفيض مبلغ التأمين في حالة المرض، وهذه نقطة في غاية الأهمية، حيث كانت

تشكل عبء كبيرة لمثل هذه الحالات والتي هي بحاجة لرعاية صحية أكثر من غيرها.

- ستقدم الدولة تمويلا في حدود ٦٥ ألف دولار في العام للأسرة التي يبلغ دخلها أقل من ٨٨ ألف دولار سنويا، وذلك لمساعدتها على دفع تكاليف شركات التأمين.
- الأشخاص الذين يبلغ دخلهم أكثر من ٢٠٠ ألف دولار سيدفعون المزيد من الضرائب لتمويل النظام الصحي.

- شركات التأمين التي ستستفيد من عدد كبير من العملاء ستدفع مزيدا من الضرائب من المتوقع أن تبلغ ٦٧ مليار دولار في السنوات العشر القادمة. قطاع الأدوية بدوره ستبلغ فاتورة ضرائبه ٢٣ مليار دولار.
- ستمنح كل ولاية الحق في إمكانية إلغاء المصاريف المقررة لعمليات الإجهاض إذا ارتأت ذلك.
- الأفراد الذين سيتمتعون عن الاشتراك في نظام تأمين صحي سيرغمون على دفع غرامة ويستثنى من ذلك الفقراء.

- يتوقع أن جميع أرباب العمل الأمريكيين سيقومون بتوفير التغطية الصحية لموظفيهم على قدم المساواة أو دفع ضريبة المرتبات المتواضعة القائمة على دعم الرعاية الصحية بالنسبة للولايات المتحدة الأمريكية ومساعدة موظفيها لشراء الرعاية الصحية الخاصة بهم (بما يعادل ٦ ٪ من كشف المرتبات).

• مزايا النظام الصحي الأمريكي الجديد :-

- توفير أكبر خفض للضرائب في التاريخ للطبقة المتوسطة وذلك في مجال الرعاية الصحية.
- الحد من تكاليف الأقساط المستحقة على عشرات الملايين من العائلات وأصحاب الأعمال الصغيرة ممن هم خارج نطاق التغطية (حسب أسعار اليوم).
- مساعدة ما يقرب من ٣٢ مليون أمريكي على تحمل تكاليف الرعاية الصحية.
- تغطية أكثر من ٩٥ ٪ من الأمريكيين بنظام التأمين الصحي.
- زيادة قدر المساءلة والطلب على الرعاية الصحية مما يؤدي إلى وضع القواعد المنطقية للحفاظ على أقساط التأمين الصحي لتكون في متناول الجميع وتمنع التجاوزات التي ترتكبها شركات التأمين وأهمها الحرمان من الرعاية الصحية.
- وضع حد فاصل للتمييز بين الأمريكيين طبقا للظروف القائمة من قبل.
- تخفيض العجز في الميزانية خلال العشر سنوات القادمة بما يقرب من ١.٣ تريليون دولار وذلك عن طريق تخفيض الإسراف الحكومي وكبح جماح الغش وسوء المعاملة.

المبحث الثالث

التجربة المصرية في توزيع خدمات الرعاية الطبية

انتهينا في المبحث الثاني إلى بيان لأهم أساليب تقديم خدمات الرعاية الطبية للمرضى . وهو ما يتضمن بياناً لأهم أساليب توزيع هذه الخدمات بين المرضى . وفي هذا المبحث سنتناول بالدراسة النقاط الثلاث التالية : أولاً : أهم ملامح الإنفاق على الصحة في مصر .

ثانياً : مدى كفاءة وعدالة توزيع الخدمات الصحية في مصر .

ثالثاً : تقييم أساليب توزيع خدمات الرعاية الصحية في مصر واختيار الأسلوب المناسب .

أولاً : أهم ملامح الإنفاق على الصحة في مصر

بداية تشير البيانات إلى ضعف الإنفاق على على الصحة في مصر مقارنة بالدول الأخرى سواء منها الدول المتقدمة أو الدول النامية . فيشير تقرير الصحة في العالم إلى أن نسبة الإنفاق على الصحة في مصر لم تتجاوز (٤%) من الناتج المحلي الإجمالي كمتوسط للفترة من عام ٢٠١٠ حتى ٢٠١٤ (١٧) . هذا في الوقت الذي وصل فيه إنفاق دولة مثل تونس على الصحة إلى (٧%) من الناتج المحلي الإجمالي . كما تشير البيانات أيضاً إلى ضعف نصيب الفرد من الإنفاق الصحي . فيوضح الجدول التالي رقم (١) تطور نصيب الفرد من هذا الإنفاق بالدولار الأمريكي خلال الفترة من عام (١٩٩٥ حتى عام ٢٠٠٠) .

(١٧) منظمة الصحة العالمية ، تقرير عن الصحة في العالم ، ٢٠١٤ .

جدول رقم (١)

تطور نصيب الفرد من الإنفاق الصحي بالدولار

لبعض الدول خلال الفترة من (عام ١٩٩٥ حتي عام ٢٠٠٠)

السنة	١٩٩٥	١٩٩٦	١٩٩٧	١٩٩٨	١٩٩٩	٢٠٠٠
اسم الدولة						
مصر	٤٤	٤٩	٥٥	٥٨	٦١	٦٤
تونس	١٣٧	١٤٢	١٣٣	١٤٥	١٥٥	١٤٥
ماليزيا	١١٠.٣	١١٧.٩	١١٨.٤	١٢٢.٣	١٣٤.٠	١٤٣.٧

المصدر : منظمة الصحة العالمية ، تقرير عن الصحة في العالم ، ٢٠٠٢ .

كما يشير تقرير التنمية البشرية الصادر عن وزارة التنمية الاقتصادية في مصر إلى أن نصيب الفرد من

الإنفاق العام الصحي بالجنيه المصري لم يشهد تحسناً جوهرياً خلال الفترة من عام (٢٠٠١ / ٢٠٠٢)

إلى عام (٢٠٠٦ / ٢٠٠٧) . وذلك كما يوضحه الجدول التالي رقم (٢) .

جدول رقم (٢)

السنة	نصيب الفرد من الانفاق العام الصحي بالجنيه المصري
٢٠٠٢/٢٠٠١	١٤٣.١
٢٠٠٣/٢٠٠٢	١٤١.٩
٢٠٠٤/٢٠٠٣	١٤٨.٤
٢٠٠٥/٢٠٠٤	١٣٨.١
٢٠٠٦/٢٠٠٥	١٥١.٩
٢٠٠٧/٢٠٠٦	١٦٤.٩

المصدر : وزارة التنمية الاقتصادية ، تقرير التنمية البشرية ، ٢٠٠٩ .

كما يشير ، أيضاً ، تقرير التنمية البشرية الصادر عن البرنامج الإنمائي للأمم المتحدة إلى أن الإنفاق العام على الصحة كنسبة من الناتج المحلي الإجمالي في مصر قد بلغ (٢.٢ %) في عام (٢٠١٠) و (١.٧ %) في عام (٢٠١١)^(١٨).

كما يوضح الجدول رقم (٣) التالي تطور نصيب الإنفاق العام على الصحة كنسبة من إجمالي الإنفاق الصحي لبعض الدول خلال الفترة من عام (٢٠٠٩) حتى عام (٢٠١٢) .

جدول رقم (٣)

السنة	٢٠٠٩	٢٠١٠	٢٠١١	٢٠١٢	اسم الدولة
	٧٦.٢	٧٤.٧	٧٥.٣	٧٥.٥	النمسا
	٣٥.١	٣٣.٩	٣٣.٢	٣٩.٧	النيجر
	٢٧.٦	٢٨.١	٣٠.٥	٣٣.١	الهند
	٤٧.٢	٤٧.٦	٤٧.٨	٤٦.٤	الولايات المتحدة الأمريكية
	٨١.٥	٨٢.١	٨٢.٤	٨٢.٥	اليابان
	٧٥.١	٧٥.١	٧٢.٧	٧٣.٩	تركيا
	٥٦.١	٥٧.١	٥٩.٤	٥٩	تونس
	٤١.٣	٣٩.٤	٤٠.٧	٣٩	مصر

المصدر : البنك الدولي ، مؤشرات عن التنمية في العالم ، ٢٠١٢ .

يتضح من الجدول السابق رقم (٤) أن نصيب الإنفاق العام على الصحة كنسبة من إجمالي الإنفاق على

(١٨) الأمم المتحدة ، البرنامج الإنمائي للأمم المتحدة ، تقرير التنمية البشرية ، ٢٠١١ ، جدول رقم (٦) ص ١٧٦ .

الصحة قد بلغ في المتوسط : في (٤٠%) مصر ، (٤٧%) ، (٧٥%) ، (٥٨%) في كل من الولايات المتحدة الأمريكية وتركيا وتونس على التوالي . وهو ما يوضح مدي ضعف مساهمة الإنفاق العام في إجمالي الإنفاق الصحي في مصر . كما يوضح أن الإنفاق الخاص في مصر على الصحة يبلغ في المتوسط خلال هذه الفترة (٦٠%) . أي أن النسبة الأكبر من الإنفاق على خدمات الرعاية الصحية يجري من خلال آليات السوق الحر .

هذا وقد بلغ الإنفاق الصحي في موازنة ٢٠١٠/٢٠٠٩ حوالي (١٥.٩) مليار جنيه بما نسبته (٤.٥%) من إجمالي الإنفاق الحكومي . ورغم ارتفاع الإنفاق الصحي من (٨٩٧) مليون جنيه عام ١٩٩١ إلي (٣.٧) مليار جنيه عام ٢٠٠١/٢٠٠٠ ثم وصوله إلي (١٥.٩) مليار جنيه ، فإن ذلك لا يعني تحسن الوضع الصحي في مصر وذلك لما يلي :

* ربط زيادة الإنفاق بزيادة السكان . إذ تشير بيانات وزارة التنمية الاقتصادية إلى أن نصيب الفرد من الإنفاق العام الصحي لم يزد فيما بين عامي ٢٠٠١/٢٠٠١ و ٢٠٠٦/٢٠٠٧ إلا بنسبة (١٥.٤%) وذلك بالأسعار الجارية . ربط زيادة الإنفاق بمعدلات التضخم . ذلك أن زيادة الإنفاق الصحي ١٠% مثلا بينما معدل التضخم ١٥% يعني أن الإنفاق الصحي انخفض بنسبة ٥%.

* سعر صرف الجنيه مقابل العملات الأخرى التي تشكل المصدر الرئيسي لاستيراد الأجهزة والمستلزمات الطبية والأدوية.

* توزيع الميزانية الحكومية علي بنود الإنفاق كأجور ومرتببات واستثمارات ومواد وخامات. وكذلك توزيعها بين الوزارة المركزية والهيئات التابعة لوزارة الصحة والمحليات.

* نسبة ما يمثله الإنفاق الحكومي إلي إجمالي الإنفاق الصحي والذي يمثل إنفاق الأفراد أكثر من ٦٥% منه.

فرغم أن الأمم المتحدة تدعو لزيادة نسبة الأنفاق الحكومي علي الصحة ليتراوح بين ١٠% و ١٥% من إجمالي الإنفاق الحكومي. أي ما بين ٣٥.٤ مليار جنيه و ٥٣.٢ مليار جنيه ، إلا أن هذا الإنفاق في مصر لم يتجاوز ١٥.٩ مليار جنيه.

رغم كل ذلك سنجد أن الإنفاق الصحي رغم زيادته النقدية من ٩.٦ مليار جنيه عام ٢٠٠٥/٢٠٠٦ إلي ١٥.٩ مليار جنيه عام ٢٠١٠/٢٠٠٩ . إلا أن الإنفاق الصحي تراجع نسبته إلي إجمالي الإنفاق الحكومي من ٤.٧% إلي ٤.٥% وكان قد وصل إلي اعلي معدل له وهو ٤.٩% عام ٢٠٠٧/٢٠٠٨ ثم عاد للانخفاض بعد ذلك.

إن استمرار الإنفاق الحكومي على الصحة عند نسبة متدنية لا تكاد تصل إلى ٥% من إجمالي النفقات العامة يعكس في الواقع إنخفاضاً في نصيب الفرد من الإنفاق العام على الصحة، خاصة إذا أخذنا في الاعتبار معدلات التضخم والزيادة السكانية وزيادة أسعار الخدمات الصحية والأدوية.

ثانياً

مدى كفاءة وعدالة توزيع الخدمات الصحية في مصر

بداية يمكن بلورة إشكاليات توزيع الإنفاق العام على القطاع الصحي في مصر في النقاط الرئيسية التالية^(١٩):

(١) إن أولويات الدولة في الإنفاق في الموازنة العامة ليست موجهة نحو التزامات الدولة القانونية والسياسية تجاه مواطنيها أو أمام المجتمع الدولي بموجب منظومة الحقوق الداخلية أو الخارجية ممثلة في الدستور المصري أو الاتفاقيات الدولية لحقوق الإنسان. فتوزيع أولويات الإنفاق في الموازنة العامة يأتي ، في الغالب ، كالتالي :

(أ) أن النسبة الأكبر والتي تبلغ نحو ٥٠% من الموازنة العامة يتم توجيهها إلى الخدمات العمومية العامة (رئاسة الجمهورية والمجالس النيابية ووزارة الخارجية) وأجهزة النظام العام لثئون الأمن العام والدفاع والأمن القومي ووزارة الداخلية. هذه هي الأولويات الرئيسية للحكومة في توجيه إنفاقها العام، والتي يتضح معها أن جل اهتمام الإنفاق العام هو تقوية شوكة النظام السياسي والحفاظ عليه من خلال المؤسسات التي تمثله في الخارج إضافة إلى المؤسسات التي تدافع عنه في الداخل.

(ب) أن ٢٥% من الإنفاق الحكومي في الموازنة العامة يتم استهلاكه في عبء مديونية الدولة وتسديد أقساط الديون المستحقة سواء الدين الخارجي أو الدين الداخلي.

(ج) أن نسبة الـ ٢٥% الباقية فقط هي ما يتم توجيهها إلى الإنفاق على الحقوق الاقتصادية والاجتماعية للمواطنين من صحة وتعليم وسكن وبيئة. وهو ما يعكس تراجعاً شديداً جداً على مستوى الإنفاق الاجتماعي، وغياب أولويات التنمية الاجتماعية والرفاه الاجتماعي.

(١٩) مرصد الموازنة العامة وحقوق الإنسان ، شبكة الانترنت الدولية .

(٢) أزمة السياسات الحكومية وإصدار القوانين والتشريعات الجديدة الرامية إلى تحرير السوق وتعزيز دور القطاع الخاص، وهو ما يؤدي في النهاية إلى تحميل المواطنين العبء الأكبر من تكلفة الخدمات الصحية.

(٣) سوء ترتيب أولويات الإنفاق داخل منظومة القطاع الصحي وتوجيه النسبة الأكبر من الإنفاق الصحي نحو الخدمات العلاجية أكثر من القطاع الوقائي.

(٤) إشكالية تضخم نسبة الإنفاق الصحي في مصروفات الإدارة مع انخفاض كفاءة نظام الإدارة.

(٥) وأخيراً إشكالية التباين الشديد وغياب العدالة في توزيع الخدمات الصحية على الفئات المختلفة في

المجتمع

(أ) أفقر ٢٠% في المجتمع يستفيدون فقط بنسبة ١٩.٣% من خدمات وزارة الصحة بينما أغنى ٢٠%

في المجتمع يستفيدون بنفس النسبة (١٩.٣% أيضاً)

(ب) أفقر ٢٠% في المجتمع يستفيدون فقط بنسبة ١٧.٥% من خدمات التأمين الصحي على طلاب

المدارس، بينما أغنى ٢٠% في المجتمع يستفيدون بنحو ٢٠.٥%

(ج) . أفقر ٢٠% في المجتمع يستفيدون فقط بنسبة ١٤.٥% من خدمات الهيئة العامة للتأمين الصحي،

بينما أغنى ٢٠% في المجتمع يستفيدون بنحو ٣٣.٦%

(د) أفقر ٢٠% في المجتمع يستفيدون فقط بنسبة ١٣% من الخدمات الصحية المقدمة من وزارات

وهيئات أخرى، بينما أغنى ٢٠% في المجتمع يستفيدون بنسبة ٢٥.٣%.

ويوضح الجدول التالي رقم (٤) توزيع الأفراد الذين لديهم تأمين صحي أو تأمين صحي يتبع مدرسة

وفقاً للمستوى الاقتصادي من واقع مسح العقد الاجتماعي ٢٠٠٥ .

جدول رقم (٤) %

أغني ٢٠%	٨٠ - ٦٠	٦٠ - ٤٠	٤٠ - ٢٠	أفقر ٢٠%	المستوى الاقتصادي الاستجابة
٥٣.٢	٤٣.٤	٣٧.٣	٣٢.٤	٢٦.٨	نعم
٤٦.٨	٥٦.٦	٦٢.٧	٦٧.٦	٧٣.٢	لا

المصدر : مجلس الوزراء ، مركز المعلومات ودعم اتخاذ القرار ، تقرير تقييم الأوضاع الصحية في مصر من واقع مسح ٢٠٠٥ ، ديسمبر ٢٠٠٦ .

يتضح من الجدول السابق مباشرة أن ثمة علاقة عكسية بين المستوى الاقتصادي وبين نسبة الحصول على تأمين صحي . فأفقر (٢٠ %) من السكان لا يحصل منهم على تأمين صحي إلا (٢٦.٨ %) فقط . بيد أن أغني (٢٠ %) من السكان يحصل منهم (٥٣.٢ %) على تأمين صحي . وهو ما يعني أن توزيع خدمات التأمين الاجتماعي الصحي يتم لصالح الأغنياء وفي غير صالح الفقراء ، على الرغم من أن قدرة الأغنياء على الحصول على خدمات الرعاية الطبية من القطاع الخاص الطبي تكون أيسر عليهم مقارنة بإمكانية الفقراء على الحصول على هذه الخدمة من القطاع الخاص الطبي . كما يوضح الجدول التالي رقم (٥) توزيع الأفراد الذين لديهم تأمين صحي ما بين تأمين صحي عام وخاص وتأمين صحي يتبع المدرسة وتأمين صحي تابع لوزارة الصحة .

جدول رقم (٥) %

المستوى الاقتصادي	أفقر ٢٠%	٢٠ - ٤٠	٤٠ - ٦٠	٦٠ - ٨٠	أغني ٢٠%
تأمين					
عمل	١١.٩	٢٠.٧	٢٧	٣٣.٩	٤٥.٩
مدرسة	٧٨	٦٩.٨	٦٢.٩	٥٦.٤	٤٦.٤
وزارة الصحة	٧.١	٧.٨	٧.٣	٧.٥	٥.١

المصدر : مجلس الوزراء ، مركز المعلومات ودعم اتخاذ القرار ، تقرير تقييم الأوضاع الصحية في مصر من واقع مسح ٢٠٠٥ ، ديسمبر ٢٠٠٦ .

فيتضح من هذا الجدول أن أفقر (٢٠ %) من السكان يحصل منهم (١١.٩ %) على تأمين صحي يتبع العمل ، (٧٨ %) تأمين صحي مدرسي ، (٧.١ %) تأمين صحي يتبع وزارة الصحة . بيد أن أغني (٢٠ %) من السكان يحصل منهم (٤٥.٩ %) على تأمين صحي يتبع العمل ، (٤٦ %) تأمين صحي مدرسي ، (٥.١ %) تأمين صحي يتبع وزارة الصحة .

وفي محاولة للربط بين توزيع خدمات الرعاية الصحية جغرافياً وبين التوزيع الجغرافي للفقير ، فقد أشار بحث الدخل والاستهلاك الذي أجراه الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء خلال العام المالي (٢٠١٢/٢٠١٣) إلى أن نسبة الفقراء في مصر تحت خط الفقر قد بلغت (٢٦.٣ %) ، وإلى أن توزيع الفقر جغرافياً يأخذ النمط الذي يوضحه الجدول التالي رقم (٦) وذلك في عام (٢٠١٢/٢٠١٣) .

جدول رقم (٦) %

المنطقة	ريف وجه قبلي	حضر وجه قبلي	ريف وجه بحري	حضر وجه بحري	محافظات حضرية
نسبة الفقراء	٤٩.٤	٢٦.٧	١٧.٤	١١.٧	١٥.٧

المصدر : الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء ، بحث الدخل والاستهلاك عام (٢٠١٢/٢٠١٣) .
يتضح من الجدول السابق رقم (٦) أن (٤٩.٤ %) من سكان ريف الوجه القبلي دون خط الفقر المطلق . أي أن نصف سكان ريف الوجه القبلي تقريباً لا يحصلون على حاجاتهم الأساسية . كذلك فإن (٢٦.٧ %) من سكان حضر الوجه القبلي دون خط الفقر المطلق . أي أن ربع سكان حضر الوجه القبلي لا يحصلون على حاجاتهم الأساسية . هذا ويشير تقرير التنمية البشرية الصادر عن وزارة التنمية الاقتصادية إلى أن (٧٣ %) من الألف قرية الأكثر فقراً توجد في الجنوب . وأن عدد سكان هذه القرى بلغ (١١.٨) مليون نسمة في عام ٢٠٠٩ . منهم (٥.٣) مليون نسمة فقير . بل أن (٧٥ %) من هؤلاء الفقراء يعيشون في ثلاث محافظات فقط هي (المنيا ، سوهاج ، أسيوط)^(٢٠) .
بيد أن هؤلاء الفقراء يمثلون :

- ٤٦ % من إجمالي سكان هذه القرى .

- ٥٤ % من إجمالي سكان الريف الفقراء في مصر .

- ٤٢ % من إجمالي الفقراء في مصر .

ويوضح الجدول التالي رقم (٧) يوضح توزيع الأطباء البشريين القائمين بالعمل فعلاً حسب المحافظات عام ٢٠١٢ . ولا شك أن توزيع الأطباء البشريين يعكس ، إلى حد كبير ، توزيع الموارد الصحية فيما بين المناطق الجغرافية في مصر .

(٢٠) وزارة التنمية الاقتصادية ، المشروع القومي للاستهداف الجغرافي للفقر ، يونيو 2009 .

جدول رقم (٧)

النسبة	عدد الأطباء	عدد الاطباء ونسبتهم المنطقة
٣١ %	١٤٠٠٥	قبلي *
٤٥.٩ %	٢٠٧٢٦	بحري
٢٣.١ %	١٠٤٥٣	حضري

المصدر : وزارة الصحة والسكان ، إحصاءات وزارة الصحة .

* يلاحظ أن عدد الأطباء في محافظة الجيزة بلغ في هذا العام (٤٥٣٢) طبيباً . ومن ثم تكون نسبة الأطباء التي تعمل بالفعل في محافظات الوجه القبلي الأخرى (٢١ %) تقريباً من إجمالي عدد الأطباء . وهي نسبة تقل كثيراً عن نسبة عدد سكان هذه المحافظات إلى إجمالي عدد السكان في مصر . كما لا تعكس هذه النسبة الحاجة إلى مزيد من خدمات الرعاية الصحية في تلك المحافظات التي يتركز فيها غالبية الفقراء ومحدودي الدخل في مصر .

كما تشير البيانات الإحصائية المنشورة علي شبكة المعلومات الدولية " الإنترنت " إلي ارتفاع إجمالي عدد الوحدات الصحية بأسرة من (٢١٤٥) وحدة عام (١٩٩٨) إلي (٢٦٨٣) عام (٢٠٠٥) . إلا أنه خلال الفترة الأخيرة تراجع عدد الوحدات إلي (١٩٤٢) وحدة. بل أن الوحدات التابعة لوزارة الصحة انخفضت من (١١٦٦) إلي (٤٤١) ومن ثم انخفاض عدد أسرة وزارة الصحة خلال الفترة الرئاسية الأخيرة من (٧٨.٥) ألف سريراً إلي (٦٢.٩) ألف سريراً . أي أن الفقراء فقدوا أكثر من (١٥.٦) ألف سريراً خلال الفترة الرئاسية الأخيرة.

رغم نمو وحدات القطاع الصحي الخاص من (٩٤٧) وحدة عام (١٩٩٨) إلي (١٣٢٩) وحدة عام (٢٠٠٥) . إلا أنها انخفضت لتصل إلي (١٣٠٥) وحدة. وظل عدد أسرة القطاع الخاص لا يزيد على (٢٦.٨) ألف سرير تمثل (٢٠ %) من أسرة المستشفيات.

فقد القطاع الصحي الحكومي (١٥.٥) ألف سريراً ولم يستطيع القطاع الخاص خلال الفترة الرئاسية الأخيرة إضافة أكثر من (٦٠٠) سريراً. يعكس ذلك أن القطاع الخاص عاجز بمفرده عن تقديم الخدمة

الصحية لأكثر من (٧٨) مليون مواطن بينما القطاع الحكومي رغم كل القيود المفروضة علي نموه ، وعدم توفير الإعتمادات اللازمة له لديه بنية أساسية لو تم تطويرها وتحديثها تستطيع تقديم خدمة صحية متميزة لكل الشعب المصري.

كما يلاحظ أن الوحدات الصحية الريفية قد ارتفع عددها من (٣٠٢٧) وحدة عام (٢٠٠٥) إلي (٣١٣١) وحدة عام (٢٠٠٧) . بينما نجد أن المجموعات الصحية الريفية ذات الأسرة قد انخفض عددها من (٢٣٧) مجموعة صحية عام (٢٠٠٥) إلي (١٩٦) مجموعة صحية عام (٢٠٠٧) ، وانخفض عدد الأسرة من (٢٩٩٥) سريراً إلي (٢٢٣٠) سريراً خلال نفس الفترة. أي أن الريف فقد (٧٦٥) سريراً خلال السنوات (٢٠٠٧-٢٠٠٥) وفق بيانات الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء المنشورة.

أما مستشفيات التكامل فقد ارتفع عددها من (٤٣٣) مستشفى تضم (٨٨٧٨) سريراً عام (٢٠٠٥) إلي (٤٨٧) مستشفى تضم (٩٣٤٢) بإضافة (٤٦٤) سريراً خلال الفترة. رغم أن هذه المستشفيات تمت بدون دراسة كفاية والكثير منها معطل ولا يعمل. إذن فقد الريف (٣٠١) سريراً من طاقته المحدودة هي الفرق بين ما تم تصفيته ضمن المجموعات الصحية وما تمت إضافته ضمن مستشفيات التكامل.

كما يتأكد سوء توزيع الخدمات الصحية بين الحضر والريف. فرغم أن عدد سكان مصر وصل إلي ما يقرب من (٧٨) مليون (٥٧%) منهم يسكنون في الريف و (٤٣%) يسكنون في الحضر فإن عدد الأسرة في الريف يمثل (٧.٦%) فقط من إجمالي أسرة القطاع الصحي. وإذا أردنا ربط ذلك بما تحقق خلال السنوات الماضية من واقع البيانات المنشورة علي موقع الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء فإن عدد الأسرة بالريف كان يمثل (٩.١%) من إجمالي عدد الأسرة حتى عام (١٩٩٨) ثم بدأ التدهور ليصل إلي (٧.٣%) عام (٢٠٠٥) و (٧.٦%) فقط من طاقة الأسرة عام (٢٠٠٦) وبما يعكس سوء توزيع الخدمات الصحية بين الريف والحضر من خلال مقارنة عدد الأسرة بعدد السكان. ويؤدي ذلك لمزيد من انتشار الأمراض الوبائية بدء من عودة الملاريا والتيفود وتوطن أنفلونزا الطيور، والانتشار الواسع لأمراض السرطان والفشل الكبدي والكلوي في الريف المصري.

وحتى الآن لا تزال العمالة بالقطاع الخاص غير المنظم (٦ مليون عامل) وعمال الزراعة والصيادين وعمال المحاجر وربات المنازل خارج التغطية التأمينية. ففي الوقت الذي تتراجع فيه الولايات المتحدة الأمريكية زعيمة العالم الحر عن ترك الرعاية الصحية للقطاع الخاص ، كانت تتوجه مصر لإصدار

قانون يحول هيئة التأمين الصحي إلى شركة خاصة.

ويميل الباحث إلى تطوير أداء المؤسسات العامة الطبية في مصر من خلال التوسع في التأمين الصحي الاجتماعي ، مع التوسع - في ذات الوقت - في مساهمة المنفعين من هذا النظام مساهمة تتناسب مع مستوياتهم الاقتصادية وليس مجرد مستويات أجورهم أو مرتباتهم فقط . وهو ما سوف يسهم في زيادة كل من كفاءة وعدالة إنتاج وتوزيع واستهلاك خدمات الرعاية الصحية .

ويميل الباحث إلى تطوير أداء المؤسسات العامة الطبية في مصر من خلال التوسع في التأمين الصحي الاجتماعي ^(٢١) ، مع التوسع - في ذات الوقت - في مساهمة المنفعين من هذا النظام مساهمة تتناسب مع مستوياتهم الاقتصادية وليس مجرد مستويات أجورهم أو مرتباتهم فقط . وهو ما سوف يسهم في زيادة كل من كفاءة وعدالة إنتاج وتوزيع واستهلاك خدمات الرعاية الصحية .

ثالثاً

تقييم أساليب توزيع خدمات الرعاية الصحية في مصر وأختيار الأسلوب المناسب

قبل تناول تقييم أساليب توزيع خدمات الرعاية الصحية في مصر يجدر بنا تناول المبادئ الأساسية لبرنامج الإصلاح الصحي في مصر هي ^(٢٢) :

يرتكز الإصلاح الصحي الحقيقي عادة على عدد من المبادئ الأساسية التي يجب أن يهتدي بها واضعو

(٢١) التأمين الصحي الاجتماعي : الهدف الأول في هذا النظام هو تقديم خدمة طبية متكاملة بأسلوب التكافل الاجتماعي، تؤدي إلى تخفيف العبء الاقتصادي للرعاية الطبية عن كاهل الدولة وعن كاهل الأفراد ولرفع المستوي الصحي مع تحقيق عدد من الأهداف الفرعية مثل:

- رفع كفاءة الإنتاج) نتيجة لتقليل الفائض من أيام الغياب بسبب المرض وتقليل حدوث العجز .

- ترشيد استهلاك المواد والألات.

- رفع كفاءة وجودة الخدمة.

- إضافة إمكانات خدمية جديدة.

ويتميز هذا النوع من نظم التأمين بما يلي :

- التغطية في أغلب الحالات التطبيقية هي تغطية شاملة متكاملة لكل ما تتطلبه الرعاية الصحية، وهذا هو الأصل في الخلفية الاجتماعية للتأمين الصحي.

- وجود نوع من التكافل الاجتماعي بين القطاعات المؤمن عليها في الجوانب التمويلية ، نتيجة تحديد الاشتراكات بنسبة من الدخل ونتيجة =إسهام أصحاب الأعمال) أو الدولة في بعض الحالات (مع العاملين في تمويل النظام.

- وجود نوع آخر من التكافل الاجتماعي في تلقى مزايا النظام، إذ يتكافل السليم مع المريض، بل ويتكافل المرء مع نفسه في حالتي الصحة والمرض .

(٢٢) جمعية التنمية الصحية والبيئية ، برنامج السياسات والنظم الصحية ، الحالة الصحية والخدمات الصحية في مصر ، القاهرة ، ٢٠٠٥ .

استراتيجية الإصلاح الصحي في مصر . وتتبلور هذه المبادئ فيما يلي :

التغطية الشاملة : وتعنى تغطية جميع المواطنين بمجموعة متكاملة من الخدمات الأساسية ذات الأولوية بحيث يكون لكل فرد في أي مكان نفس الفرصة المتكافئة للحصول على الرعاية الصحية الأساسية والاستفادة منها.

الجودة : وهي ضمان وتحسين مستويات الرعاية الصحية، وأيضاً أماكن تقديم الخدمات (الوحدات / المستشفيات) لتعظيم القدرات التشخيصية والإكلينيكية ورفع مستوى التعليم الطبي والتمريضي والتدريب أثناء الخدمة.

العدالة : تمويل الخدمات الصحية يعتمد على القدرة على دفع التكلفة، بينما(Equity): يعتمد تقديم الخدمات على أساس الحاجة إليها؛ لذا سوف يكون لكل المناطق والأفراد نصيب عادل في الحصول على الخدمة الصحية.

الكفاءة : تخصيص وتوزيع الموارد المالية والبشرية والمنشآت الصحية، بناء على احتياجات المواطنين وزيادة الفاعلية مقابل التكلفة . بحيث تحصل الحكومة والمواطنون على أكبر قيمة صحية مقابل ما ينفق من أموال.

الاستمرارية : وتعنى ضمان دوام نظام الإصلاح الصحي وخدماته وكفاءته الذاتية لصالح صحة المواطنين وخاصة الأجيال القادمة.

والأن نتناول تكييفاً لأسلوب توزيع خدمات الرعاية الصحية الأكثر شيوعاً في مصر ، توطئة لاختيار سياسة توزيع ترفع من الوزن النسبي للتنمية البشرية كمحور مركزي من عملية التنمية . فشأنها شأن كثير من الدول الأخرى ، فإن التجربة المصرية في توزيع خدمات الرعاية الطبية تقوم على تبني أكثر من أسلوب في توزيع هذه الخدمات :

١- فهي توفر تغطية تأمينية صحية – حكومية أو عامة أو خاصة – لنسبة لا تقل عن (٥٦%) من السكان . والحقيقة أن نسبة (٥٦%) تتضمن فقط العاملون في وحدات القطاعين العام و الحكومي ووحدات القطاع الخاص . أي أن من لا تشملهم مظلة التأمين الصحي هم من الفئات التي لاتعمل في أي من هذه القطاعات .

وهذا الأسلوب من أساليب توزيع خدمات الرعاية الصحية يندرج تحت ما يسمى " توفير المجتمع لجميع التسهيلات المالية نفسها للحصول على الحد الأدنى من الرعاية الطبية بالضرورة " .

٢- يلاحظ أنه بينما تصل نسبة مساهمة هيئة التأمين الصحي في تمويل الإنفاق الصحي في مصر إلى (١٢ %) فإنها تتولي التأمين على ما لا يقل عن (٤٥ %) من عدد السكان في مصر (العاملون بالقطاع الحكومي ، العاملون ببعض وحدات القطاع العام ، الأرامل وأصحاب المعاشات ، طلاب المدارس ، الأطفال دون سن السادسة) . ويوضح الجدول التالي رقم (١٠) متوسط نصيب الفرد من الأفراد المؤمن عليهم خلال سنوات الفترة من عام (٢٠٠٠) حتى عام (٢٠٠٥) من الإنفاق الحكومي على التأمين الصحي بالجنيه المصري بالأسعار الجارية .

جدول رقم (٨)

السنة	عدد المؤمن عليهم بالمليون	إنفاق الحكومة على التأمين الصحي بالمليار جنيهاً	نصيب المؤمن عليه من الإنفاق العام على التأمين الصحي
٢٠٠٠	٢٦.٨	١.٧	٦٣.٤
٢٠٠١	٢٨.٩	١.٨	٦٢.٣
٢٠٠٢	٣٠.٦	٢	٦٥.٤
٢٠٠٣	٣٤.٨	١.٩	٥٤.٦
٢٠٠٤	٣٥.٤	٢	٥٦.٥
٢٠٠٥	٣٦.٧	٢.٢	٦٠

المصدر : وزارة التنمية الاقتصادية ، تقرير التنمية البشرية ، ٢٠١٠ .
يتضح من هذا الجدول كم أن متوسط نصيب الفرد المؤمن عليه تأميناً صحياً يتسم بالضآلة الشديدة . وهو ما يتطلب تقوية برنامج التأمين الصحي من خلال تبني سياسات تهدف لزيادة حجم التمويل المتاح لوحدات التأمين الصحي . وثمة بعض السياسات التي يمكن أن تعزز من كفاءة وفاعلية وعدالة نظام التأمين الصحي منها :
أ- أن تكون نسب مساهمة المشتركين في نظام التأمين الصحي تصاعدياً . أي أن يسد المشترك نسبة من دخله تزداد بزيادة دخله . وهو ما يساهم في زيادة عدالة نظام التأمين الصحي .

ب - إتاحة المجال للوحدات العامة الصحية أو تلك التي تقدم خدمات التأمين الصحي بتبني نظم العلاج بأجر . وهي نظم تستهدف زيادة كل من كفاءة وعدالة توزيع خدمات الرعاية الصحية من خلال وحدات التأمين الصحي .

ج - ربط حصول المؤمن عليه صحياً على الخدمة الصحية من خلال وحدات التأمين الصحي بسداد نسبة من تكاليف الرعاية الصحية إذا ما تجاوزت هذه التكاليف حداً معيناً يراعي عند تحديد الحد الأدنى من تكاليف الرعاية الصحية .

د - التوسع في نظم التأمين الصحي الإلزامي بالقطاع الخاص . أي إلزام القطاع الخاص بتوفير حماية التأمين الصحي للعاملين به . بما يخفف من الضغط على وحدات التأمين الصحي الحكومية ، كما يخفف من الضغط على وحدات وزارة الصحة والوحدات الصحية التابعة للجامعات .

ويري الباحث ضرورة فرض بعض الرسوم الإضافية على المنتفعين بنظام الصحي مثل (٢٣) :
فرض رسوم للإقامة في المستشفيات بحد أقصى ٥٠ جنيهاً.

- تحمل طلاب المدارس والمواليد الجدد ١٠% من قيمة الأشعة والتحليل بحد أقصى ٢٠ جنيهاً.
- فرض رسوم جديدة على كل من المواليد الجدد والعاملين في الحكومة والهيئات العامة عند تلقي الخدمة، تضاف إلى ما يدفعونه من اشتراكات تأمينية وتشمل رسوم كشف (تتراوح بين جنيه وخمسة جنيهات) ومساهمة في تكلفة الدواء (تتراوح بين جنيه ونصف وخمسة جنيهات عن كل تذكرة).
- تعديل رسوم دخول المستشفيات ليكون جنيهاً واحداً فقط عن كل يوم علاجي و بحد أقصى عشرة أيام بالنسبة للمنتفعين بالقانون رقم ٧٩ لسنة ١٩٧٥ وتعديلاته وأصحاب المعاشات والأرامل.
أما عن الرسوم والمدفوعات الإضافية (٢٤) فإن الباحث يري الأخذ بأحد البديلين التاليين وهما : -
_ البديل الأول: نسبة لا تتجاوز ٣٠% من تكلفة الدواء والخدمة خارج المستشفى ونسبة ٥% من التكلفة داخل المستشفى.

البديل الثاني : رسوم تدفع عند تلقي الخدمة (٥ جنيهات للممارس، و٧ جنيهات للأخصائي، و١٠ جنيهات للاستشاري، و٢٠ جنيهاً للزيارة المنزلية)، ورسوم خدمات داخل المستشفى بحد أقصى ٥٠ جنيهاً أو ٥% من التكلفة، و٣٠% من قيمة الدواء خارج المستشفى بحد أقصى ٤٠ جنيهاً، وثلث ثمن الأبحاث

(٢٣) جريدة المصري اليوم ، ٢٨ / سبتمبر / ٢٠٠٩ ، قرار رئيس مجلس إدارة التأمين الصحي رقم (٧٦٩) لسنة ٢٠٠٩ ، ٢١ / أكتوبر / ٢٠٠٩ ، قرار رئيس مجلس إدارة التأمين الصحي رقم (٨٥٥) لسنة ٢٠٠٩ .
(٢٤) جريدة المصري اليوم ، ٢١ / أكتوبر / ٢٠٠٩ ، نص المسودة ١٦ لقانون التأمين الصحي .

خارج المستشفى بحد أقصى ٥٠ جنيهاً. وقد أكدت اللجنة علي .

ذلك أنه بينما يساهم التأمين الصحي الذي يجري توفيره من خلال الهيئة العامة للتأمين الصحي بنسبة (١٢%) من إجمالي الإنفاق على الصحة في مصر ، فإنه يقوم على تقديم خدمات الرعاية الصحية لما لا يقل عن نسبة (٥٦%) من السكان ، ويملك (٦% فقط من إجمالي عدد أسرة المستشفيات في مصر)^(٢٥) . وهو تناقض ينبغي حله من خلال زيادة الموارد المالية المتاحة للهيئة ، ليس فقط من خلال الدعم الحكومي ، ولكن ، أيضاً ، من خلال زيادة مساهمة المنتفعين في نفقات العلاج وفقاً للأسس لا تصدر على حق الفقراء ومحدودي الدخل في الحصول على الحد المناسب من خدمات الرعاية الصحية .

٣- أن القطاع الأسري يتولي إنفاق ما لا يقل عن (٥٣%) من الإنفاق الصحي في مصر . يذهب ما لا يقل عن (٢٦%) منه إلى الأدوية . بيد أن القطاع الخاص لا يملك إلا (١٧.٥%) من إجمالي عدد الأسرة في مصر . ويندرج هذا الأسلوب من أساليب توزيع الرعاية الطبية تحت مسمى " معيار قدرة المريض على الدفع " . حيث لا تتدخل الحكومة في هذه السوق إلا ربما بطريقة غير مباشرة من خلال دعم إنتاج بعض أنواع الأدوية .

٤- تتولي وزارة الصحة (٢٧%) من الإنفاق الصحي في مصر ، في حين أن تستحوذ على ما لا يقل عن (٥٢%) من إجمالي عدد الأسرة في مصر . ويندرج هذا الأسلوب من أساليب توزيع الرعاية الطبية تحت مسمى " تقديم خدمات الرعاية الطبية مجاناً أو شبه مجاناً " .

٥- أن النسبة الباقية (٨%) تتولاها بعض الصناديق ذات الطابع الخاص التي تتبع هيئات عامة . وهي تستحوذ على نسبة (٢٤%) من إجمالي عدد الأسرة في مصر .

هذا ويتسم سوق خدمات الرعاية الصحية بالتفتت وعدم خضوعه لأليات واحدة . حيث ينقسم هذا السوق إلى الأسواق الرئيسية التالية :

* سوق المواطنين الخاضعين للتأمين الصحي (نظم مختلفة) (٥٢.١%) :

- قانون رقم (٣٢) لسنة ١٩٧٥ لموظفي الحكومة .

- قانون رقم (٧٩) لسنة ١٩٧٥ لموظفي الحكومة وعمال القطاعين العام والخاص .

- قانون رقم (٧٩) لسنة ١٩٧٥ لأصحاب المعاشات والأرامل .

(٢٥) أ.د. مديحة محمود خطاب ، أولويات الإنفاق في مصر و الدول العربية وتحديد أولويات الإنفاق العام في مجال الصحة ، شبكة الإنترنت الدولية ، ص ٢٣ .

- قانون رقم (٩٩) لسنة ١٩٩٢ لطلاب المدارس .

- قرار وزير الصحة والسكان رقم (٣٨٠) لسنة ١٩٩٧ الخاص بالأطفال قبل سن المدرسة .

* سوق النظم العلاجية الخاصة : 2 مليون مواطن : وتضم الجيش - الشرطة - القضاء - الكهرباء - النقابات .

* سوق المواطنين غير الخاضعين للتأمين الصحي (٤٧.٩ %) :

وهو ما يتطلب ، درءاً لهذا التفتت ، ورفعاً لكفاءة أداء الموارد الصحية (أي زيادة فاعلية وكفاءة قوى السوق نسبياً في توزيع هذه الموارد) وضماناً لحد أدنى من خدمات الرعاية الصحية لكل المواطنين ، عمل تغطية شاملة بنظام تأمين صحي إجتماعي واحد لكافة المواطنين .

يتضح من هذا العرض لأساليب تقديم الرعاية الصحية في مصر أن الجزء الأكبر من الإنفاق على الصحة يتم من خلال الإنفاق الأسري (الخاص) . أي أن تقديم خدمات الرعاية الصحية في مصر يعتمد أكثر على قوى السوق الحر في الحصول على خدمات الرعاية الصحية . كما غالبية الجزء الآخر يتم من خلال نظم تقوم على الدعم الجزئي أو الكلي .

وبما أن النسبة الكبرى من الفقراء لا يتمتعون بحماية تأمينية صحية ، كما سبق وأن أشرنا ، فإن ذلك يعني أن نسبة كبيرة من هؤلاء الفقراء لا يحصلون على الحد الأدنى من خدمات الرعاية الصحية . وخاصة أن فرص وصول الأغنياء ومتوسطي الدخل إلى خدمات الرعاية الطبية التي توفرها وزارة الصحة أكبر منها بالنسبة للفقراء .

لذا فإنه يصبح من الضروري زيادة إنفاق الحكومة على خدمات الرعاية الصحية من خلال : -

- رفع نسبة مساهمة الخزانة العامة إلى المستويات الملائمة مجتمعياً بما لا يقل عن ١٠% من الموازنة العامة ، انطلاقاً من أهداف المجتمع في التنمية الصحية العادلة والشاملة والتي تكفل إتاحة الحماية التأمينية للجميع.

- إيجاد أساليب أكثر عدالة لتمويل ما يطلق عليه الكوارث الصحية الشخصية (مثل أمراض السرطان) وعدم تركها لتقدير السلطة التنفيذية المطلق، بما يهدد الحق في الحياة لفئات واسعة من المواطنين.

ولذا يقترح الباحث التوسع فيما يسمى التأمين الصحي الاجتماعي الذي يجمع بين عوامل الكفاءة الاقتصادية (حيث يساهم المؤمن عليه في تكلفة خدمة الرعاية الصحية بنسبة تتناسب مع مستواه الاقتصادي) وبين عوامل العدالة الاجتماعية (حيث التكافل الاجتماعي بين شركاء التأمين الصحي الاجتماعي) .

نتائج البحث

(١) أن التوسع في تقديم خدمات الرعاية الطبية مجاناً أو بأسعار تتجاهل الحد الأدنى لتكاليف إنتاجها ، وإن أفضي إلى زيادة عدد من يحصلون على هذه الخدمة ، إلا أن حدوث تراجع في جودة تقديم هذه الخدمة ، وزيادة الأعباء والتكاليف غير المباشرة التي يتحملها المريض ، علاوة على سوء توزيع الخدمة بين المرضى أنفسهم ، يعد أمراً منطقياً .

(٢) أن تقديم خدمات الرعاية الصحية اعتماداً بشكل أساسي على قوي السوق ، يترتب عليه استبعاد المرضى الذين لا يملكون قدرة على دفع تكاليف علاجهم من الحصول على خدمات الرعاية الطبية المناسبة ، وخاصة من الفقراء ومحدودي الدخل .

(٣) أن إيجاد نظام لتوزيع خدمات الرعاية الصحية يجمع بين اتخاذ الحاجة كأساس للحصول على خدمات الرعاية الصحية وبين قدرة المريض على الدفع ، سوف يحسن من كفاءة توزيع خدمات الرعاية الطبية من ناحية ، كما سوف يحسن من عدالة توزيعها بين المرضى .

(٤) أن الإنفاق العام الصحي في مصر يتسم بالضآلة مقارنة بنظيره في غالبية الدول التي تتمتع بمستوى من التنمية والتطور مساو أو يزيد عما هو موجود بمصر . وهو ما يعني ضعف الاهتمام بالتنمية البشرية في بعدها الصحي .

(٥) أن الغالبية العظمى من الفقراء في مصر لا تتمتع بأي نوع من أنواع التأمين الصحي . في حين يتمتع غالبية الأغنياء وذو الدخل المرتفعة نسبياً بالتأمين الصحي الذي تقدمه هيئة التأمين الصحي . وهو تناقض واضح . فالتأمين الصحي يجب أن يمتد أولاً ليشمل الفقراء ومحدودي الدخل . أولئك الذين لا يملكون سوي قوة عملهم كمصدر وحيد للحصول على الدخل . ومن ثم فإن ترك رعايتهم الصحية لقوي السوق سوف يترتب عليه تدهور مستوى صحتهم ، ومن ثم تدهور دخولهم وتراجع مستوى معيشتهم . مما يضر بالاستقرار الاجتماعي والنمو الاقتصادي .

(٦) أن نسب مساهمة المنتفعين بالتأمين الصحي في تكاليف الرعاية الصحية ، يجب أن تختلف باختلاف المستوى الاقتصادي للمنتفع لتأخذ شكل علاقة طردية يراعى عند تقديرها تكاليف الحد الأدنى من الرعاية الصحية .

(٧) ثمة تفتت يتسم بالتمايز في سوق خدمات الرعاية الطبية في مصر . وهو ما ينعكس في تعدد أساليب ونظم تقديم الرعاية الصحية في مصر . ومن ثم يرى الباحث ضرورة دمج الأسواق المتعددة لخدمات الرعاية في مصر في سوق واحد كبير ، مثلما هو الشأن في النظام الصحي البريطاني .

(٨) من الضروري التوسع في نظام التأمين الصحي الاجتماعي – التكافلي - ليشمل كافة أفراد المجتمع.

قائمة المراجع

- (١) د . عبد الفتاح عبد الرحمن عبد المجيد ، الاقتصاد الاجتماعي رؤية تحليلية لقضايا اقتصادية اجتماعية معاصرة ، الطبعة الثانية ، مكتبة الجلاء الجديدة ، المنصورة ، ٢٠٠٣ .
- (٢) بول فلديستين: اقتصاديات الرعاية الصحية، الجزء الأول، ترجمة د. محمد حامد عبد الله، عمادة شؤون المكتبات جامعة الملك سعود، الرياض، ١٤٢٣ هـ (٢٠٠٢ م) .
- (٣) توماس سويل ، الاقتصاد التطبيقي ، ترجمة رشاش سعد زكي ، كلمات عربية ، القاهرة ، بدون تاريخ .
- (٤) د. عبد الفتاح عبد الرحمن عبد المجيد، أصول علم الاقتصاد، رؤية إسلامية، الجزء الأول، التحليل الاقتصادي الجزئي، مكتبة الجلاء الجديدة، المنصورة ، ١٩٩٥ .
- (٥) إبراهيم نوار ، الأهرام الاقتصادي ، السنة ١٢٦-العدد ٢١٢٠ الأثنين ٢٠٠٩ اغسطس ٢٤ ٣ من رمضان ١٤٣٠ .
- (٦) د . عبد الرحمن محمد السلطان ، لسنا بحاجة إلى إعادة اختراع العجلة لنبني نظامنا الصحي ، الجزيرة - Tuesday 04/12/2012 Issue ١٤٦٧٧ الثلاثاء ٢٠ محرم ١٤٣٤ العدد ١٤٦٧٧ .
- (٧) د. رضا بن محمد خليل ، النظام الصحي في أمريكا ، جريدة الرياض ، الاحد ١١ جماد الأولى ١٤٣١ هـ - ٢٥ ابريل ٢٠١٠ م - العدد ١٥٢٨٠ .
- (٨) منظمة الصحة العالمية ، تقرير عن الصحة في العالم ، ٢٠١٤ .
- (٩) منظمة الصحة العالمية ، تقرير عن الصحة في العالم ، ٢٠٠٢ .
- (١٠) الأمم المتحدة ، البرنامج الإنمائي للأمم المتحدة ، تقرير التنمية البشرية ، ٢٠١١ .
- (١١) مرصد الموازنة العامة وحقوق الإنسان ، شبكة الانترنت الدولية .
- (١٢) مجلس الوزراء ، مركز المعلومات ودعم اتخاذ القرار ، تقرير تقييم الأوضاع الصحية في مصر من واقع مسح ٢٠٠٥ ، ديسمبر ٢٠٠٦ .
- (١٣) الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء ، بحث الدخل والاستهلاك عام (٢٠١٣/٢٠١٢) .
- (١٤) وزارة التنمية الاقتصادية ، المشروع القومي للاستهداف الجغرافي للفقر ، يونيو ٢٠٠٩ . .

- (١٥) جمعية التنمية الصحية والبيئية ، برنامج السياسات والنظم الصحية ، الحالة الصحية والخدمات الصحية في مصر ، القاهرة ، ٢٠٠٥ .
- (١٦) وزارة التنمية الاقتصادية ، تقرير التنمية البشرية ، ٢٠١٠ .
- (١٧) جريدة المصري اليوم ، ٢٨ / سبتمبر / ٢٠٠٩ ، قرار رئيس مجلس إدارة التأمين الصحي رقم (٧٦٩) لسنة ٢٠٠٩ ، ٢١ / أكتوبر / ٢٠٠٩ ، قرار رئيس مجلس إدارة التأمين الصحي رقم (٨٥٥) لسنة ٢٠٠٩ .
- (١٨) جريدة المصري اليوم ، ٢١ / أكتوبر / ٢٠٠٩ ، نص المسودة ١٦ لقانون التأمين الصحي .
- (١٩) د. مديحة محمود خطاب ، أولويات الإنفاق فى مصر و الدول العربية وتحديد أولويات الإنفاق العام فى مجال الصحة ، شبكة الإنترنت الدولية .