

أوجه الاستفادة من التجارب الدولية للنهوض بخدمة التأمين الصحي في مصر

[١٨]

حسن محمد السيد^(١) - أحمد مندور^(٢) - ماجدة جبريل^(٢)
(١) معهد الدراسات والبحوث البيئية، جامعة عين شمس (٢) كلية التجارة، جامعة عين شمس

المستخلص

مما لا شك فيه إن الاهتمام بالجانب الصحي وتقديم الرعاية الصحية لأفراد أي مجتمع له انعكاساته علي الجانب الإنتاجي للأفراد مما يساهم في تحقيق مزيد من الآثار الاقتصادية الإيجابية ولذلك فإن دراسة تجارب بعض الدول الناجحة في تقديم الرعاية الصحية للأفراد في مصر تهدف الدراسة الى الاستفادة من هذه التجارب للنهوض بخدمة التأمين الصحي وخاصة في مجال الخدمة الطبية نفسها ومصادر تمويل هذه الخدمة، ووضع إطار مقترح للاستفادة بالتجارب الدولية في مجال التأمين الصحي للنهوض بالتأمين الصحي في مصر وخصوصاً أننا بدأنا في تطبيق قانون التأمين الصحي الجديد علي بعض المحافظات. وبالنظر إلي تجارب الدول المختلفة في الاهتمام بالخدمات الصحية نجد أن هذه التجارب بها أوجه عديدة يمكن لمصر الاستفادة منها سواء كانت التجربة البريطانية والتجربة اليابانية والتجربة الكندية والتجربة الكورية والتجربة الهندية، وقد اعتمد الباحثون على عدة مصادر لتحليل البيانات منها التقارير الدولية المنشورة على الانترنت. وتوصلت الدراسة الى زيادة دور القطاع الخاص تفرغ الاطباء الذين يعملون في المستشفيات العامة، ووضع الخطط والسياسات الخاصة بتتمة الخدمات الصحية. التوصيات: تنويع مصادر التمويل للإنفاق على الصحة وزيادة مساهمة القطاع الخاص ومنظمات المجتمع المدني. إنشاء اتحاد يتولى تسعير الأدوية وتوزيعها على المستشفيات.

المقدمة

من الحقائق الهامة أن الإنسان السليم صحيح البدن والعقل والنفس هو القادر علي العمل والإنتاج ومن ثم فقد تطورت النظرة لمفهوم الإنفاق علي الرعاية الصحية من الإنفاق علي عمل خدمي إلي الإنفاق الاستثمار الذي يفوق عائده أي استثمار آخر لأنه استثمار في أعلي

عناصر الثروة التي يمكنها أي مجتمع وهو الإنسان مما يؤدي إلي تحول مفهوم الرعاية الصحية من مجال الاستهلاك والخدمات إلي مجال الإنتاج والتنمية وبالتالي فقد أصبح الإنسان هو هدف التنمية وتطورات النظرة إلي المفهوم الصحة ذاتها فلم تعد الصحة منع المرض أو العجز عن الإنسان وإنما أصبحت ضمان سلامته بدنياً وعقلياً واجتماعياً بل واستمرار المستوي الصحي وتحسينه والارتقاء له.

لقد أصبح مشاركة القطاع الخاص في توفير متطلبات الرعاية الصحية ضرورة حتمية فالمرض يتعرض له الفرد ويتعرضه لذلك يتعرض المجتمع بأسرة للضرر سواء بانتشار المرض أو بما يترتب علي مرض الأفراد من عدم القدرة علي أداء الأعمال المكلفين بها وأن إلقاء العبء علي الدولة وحدها في ظل محدودية مواردها أدي إلي قصور في تمويل متطلبات تلك الرعاية بحيث صارت الرعاية الصحية المجانية في أغلب الأحوال شكلاً دون مضمون حقيقي ومن هنا فقد اتجهت معظم دول العالم إلي الرعاية الصحية التأمينية سبباً للتغلب علي ما يواجهها من مشاكل تعوق تحقيق هدفها المبتغى لرعاية صحة الإنسان حيث تقوم هذه النظم علي توفير مصادر تمويل متعددة ومتنوعة من الفرد والدولة والمجتمع معاً لتوفير متطلبات تلك الرعاية الصحية التي تحفظ للمواطن والوطن سلامته وصحته.(طلعت الدمرداش، اقتصاديات الخدمات الصحية، ٢٠٠٦).

وأخيراً فإن أي تطوير في مجال سياسة الرعاية الصحية لابد أن يشمل كل من المؤسسات الحكومية المعنية والقطاع الخاص المهتم بتقديم خدمات صحية وتحديد دور كلاً منهم ووضع الآليات التي من شأنها تفعيل هذا الدور بما يحقق التغطية الشاملة لكل فئات المجتمع من خدمات التأمين الصحي وبالتالي تحقيق تكامل المنظومة الصحية في مصر.

مشكلة الدراسة

تزايد الاهتمام خلال العاميين الأخيرين لتقييم أداء النظام الصحي ومقارنته بين مختلف الدول انطلاقة من أهمية الدور الذي تلعبه الحالة الصحية في تحسين الأداء الاقتصادي ككل ويمثل الانفاق العام على الخدمات الصحية في الدول النامية ركناً هاماً من أركان هذا النظام وذلك بسبب النصيب المتزايد للقطاع العام الصحي كمدعم للخدمة حيث يقدم القطاع الحكومي

في مصر اكر من ٥٠% من الخدمات السريرية على مستوى الجمهورية ككل. (سمير فياض، الصحة في مصر الواقع وسيناريوهات المستقبل حتى عام ٢٠٢٠، ٢٠٠٠). بالإضافة إلى اعتماد الغالبية العظمى من سكان هذه الدول على المصادر الحكومية للخدمات الصحية والتي يتم تقديمها عادة بأسعار تتناسب مع الدخل المنخفض لغالبية السكان ولكن ايماننا بصحة الفرد والجودة المقدمه له لا بد من تدخل القطاع الخاص في الخدمات الصحية لانه على الرغم من تقديم الحكومة أكثر من ٥٠% إلا أنه هذه الخدمات تفتقد الى الجودة.

كذلك اشار تقرير التنمية البشرية لكي تصل الدول النامية الى مفهوم التغطية الشاملة هناك ثلاثة مشكلات متداخلة تقف امام هذه البلدان:

المشكلة الاولى: إهدار الموارد حيث يوجد اهدار ما بين ٢٠% الى ٤٠%.

المشكلة الثانية: الاعتماد المفرط على المدفوعات المباشرة مثل اتعاب أو استشارات الاطباء

المشكلة الثالثة: أن هناك بعض الدول التي لديها موارد ولكنها غير مستغلة.

وعلى الرغم من ذلك فقد استطاعت بعض الدول النامية مثل شيلي وروندا والصين والمكسيك التغلب على هذه المشكلة كما استطاعت تنفيذ برامج ناجحة وهناك بعض الدول ايضا مثل بريطانيا وفرنسا وانجلترا واليابان وكوريا ايضا استطاعت تنفيذ هذا البرنامج (الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء، ٢٠٠١٤).

وإذا كانت الرعاية الصحية بالنسبة للدول عامة قضية هامة لأنها تتجه إلى صحة المواطن كرسامال تحرص عليه فإنها بالنسبة للدول النامية قضية مصيرية لأنها في الحقيقة قضية إنتاج وقضية تنمية لكنها في الوقت نفسه تعتبر من المشاكل الأساسية التي تواجهها لأنها ليست فقط مجرد عبء انفاق متزايد في ظل محدودية الموارد ولكن لأنها قضية عمل سياسي وتوعية جماهيرية ضرورية للانتقال من القاعدة التقليدية "المواطن إزاء الدولة" لتدعو إلى قاعدة حتمية هي المواطن والدولة والمجتمع معاً من أجل توفير الرعاية الصحية المستهدفة وتحقيق خطوات إيجابية ملموسة نحو مجتمع الفاهية المنشودة. (طلعت الدمرداش، اقتصاديات الخدمات الصحية، ٢٠٠٦).

أهمية الدراسة

ترجع أهمية الدراسة إلى الدور الهام الذي يلعبه القطاع الخاص والنفقات العامة والصحية في تحسين الحالة الصحية للمجتمع وما ينعكس علي الأداء الاقتصادي ككل وتحسين معدلات التنمية البشرية في مصر وتزداد أهمية هذا الموضوع في ظل سعي الدول ومن بينها مصر الي بلوغ الأهداف الأنمائية للألفية والتي تشكل الحالة الصحية أهم محاورها وبالتالي تبرز أهمية تقييم أداء النفقات الحكومية في مجال الخدمات الصحية وبالتالي فإن أهمية هذه النفقات تمثل المصدر الرئيسي للقاعدة العريضة من أفراد المجتمع لإمدادهم بالخدمات الصحية وبالتالي فإن أهمية هذه الدراسة تمكن في استخلاص بعض المؤشرات التي يمكن أن يسترشد بها صانع القرار عند تخصيص الموارد الاقتصادية بين البرامج الصحية البديلة لتحسين الحالة الصحية وفقا لقيم المرونات والاسهامات الحدية المقدرة للمتغيرات المستقلة التي تؤثر في الحالة الصحية. وضع إطار مقترح للاستفادة بالتجارب الدولية في مجال التأمين الصحي للنهوض بالتأمين الصحي في مصر وخصوصاً أننا بدأنا في تطبيق قانون التأمين الصحي الجديد علي بعض المحافظات.

أهداف الدراسة

تهدف هذه الدراسة الي:

- 1-دراسة وتحليل أهمية مشاركة القطاع الخاص في تقديم الخدمات الصحية في مصر.
- 2-دراسة وتحليل الصعوبات والمشاكل التي تواجه الاستثمار الخاص في مشروعات الخدمة الصحية في مصر.
- 3-دراسة وتحليل تجارب كلا من اليابان وكوريا بخصوص مشاركة القطاع الخاص في تقديم الخدمات الصحية.
- 4-وضع تصور مستقبلي (استراتيجية متقدمة) لتفعيل أداء التأمين الصحي نتيجة لمشاركة القطاع الخاص في مصر في ظل الاستفادة لتجارب كلا من اليابان وكوريا.

فروض الدراسة

تحتوي الدراسة الحالية علي الفروض التالية:

- 1- لا توجد مشاركة فعالة للقطاع الخاص في مصر في خدمة التأمين الصحي.
- 2- لا توجد أي مؤشرات تدل علي إمكانية تفعيل دور القطاع الخاص في تقديم الخدمات الصحية في مصر.

الدراسات السابقة

- 1- دراسة "تسرين نور الدين" المشاكل والتحديات التي تواجه التوسع في تطبيق التأمين الصحي الاجتماعي في مصر (دراسة تطبيقية اقتصادية)، ٢٠٠٤.
توصلت هذه الدراسة إلي مجموعة من النتائج من أهمها:
 1. زيادة أعداد المؤمن عليهم من أصحاب المعاشات والأرامل قد أدت إلي زيادة الضغط علي اقتصاديات التأمين الصحي.
 2. تعاني المهن المساعدة الصحية والمعونة بوجه عام من الندرة الشديدة.
أهم التوصيات:
 - يجب إصدار قانون موحد شامل للتأمين الصحي في مصر.
 - يجب علي العمل علي زيادة الاشتراك السنوي الذي يدفعه أصحاب المعاشات والأرامل.
- 2- دراسة "معهد التخطيط القومي" التأمين الصحي من واقع النظام الصحي المعاصر، ٢٠٠٥
اهتمت هذه الدراسة بدراسة مسحية عن الواقع التأمين الصحي في مصر وما يواجهه من مشاكل وتحديات والتي من أهمها:
 - عدم وجود بنية أساسية كاملة للتأمين الصحي في مصر سواء المادية أو البشرية.
 - عدم وجود الدراسة الكافية التي تواكب كل فترة بما يناسب خصائصها عند تقديم الخدمات الصحية وشرائح العمر لأفراد المجتمع.

٣- دراسة "سمية عبد المولي" آثار الإصلاح الاقتصادي علي التنمية البشرية، ماجستير، كلية الاقتصاد والعلوم السياسية، ١٩٩٧.
توصلت هذه الدراسة إلي نتائج هامة وهي:

١. أن دالة الطلب علي الخدمات الصحية هي التي يمكن عن طريقها توضيح العلاقة بي العوامل المؤثرة علي مؤشرات الطلب علي الخدمة الصحية.
٢. أيضاً وجدت الدراسة أن أهم العوامل المؤثرة في الخدمة الصحية هي إجمالي الاتقان، الحالة التعليمية، مستوي المعيشية.
٣. أيضاً التوزيع غير العادل للموارد الصحية بين الأقاليم المختلفة يعد من أهم أسباب سوء المستوي الصحي في مصر.

٤- دراسة "أمال عزيز نمر" دور القطاع الخاص والمنظمات غير الحكومية في التغطية الشاملة وتحسين الأداء للخدمات الصحية، تجارة عين شمس، دكتوراه، ٢٠١٠.
توصلت هذه الدراسة إلي مجموعة من النتائج من أهمها:

١. يمثل تطوير الموارد البشرية العاملة في مجال تقديم الخدمات الصحية أحد محددات نجاح مجهودات الخدمات الصحية.
٢. تساهم مشاركة القطاع الخاص في دراسة المستشفيات العامة في تحسين أداء هذه المستشفيات.

أهم التوصيات

- ضرورة مساهمة المجتمع ككل في تحقيق مبدأ التكافل الاجتماعي علي أوسع نطاق مستطاع.
 - فصل تقديم خدمات التأمين الصحي عن التمويل.
- ويعد استعراض مجموعة الدراسات السابقة سوف تتناول دراستنا وضع مجموعة من الأساليب والإجراءات التي يمكن من خلالها زيادة دور ومشاركة القطاع الخاص في مصر في تقديم ورفع كفاءة الخدمات الصحية في مصر.

٥- أشارت دراسة (Zechhawser 1974) أن النظام الصحي في مصر يعتبر متحيزاً لصالح الخدمات الصحية العلاجية علي حساب الخدمات الصحية الوقائية، حيث تتراوح بنسبة الأولي بين ٣٧% إلي ١٥% والثانية ما بين ١٣% إلي ١٥% بالرغم من حاجة النظام الصحي في مصر إلي الاجراءات الوقائية أكثر من العلاجية.

6- Auster, Leveson, Andsaracheh(1965) , Michael Grossman(1987) , Lee Benham and mexandra Benham (1983), Grossman and jacouluz (1989), Vector Fuches (1990)

إلي وجود علاقة موجبة وقوية بين الحالة الصحية في المجتمع ومستوي الدخل وان أكثر من ٧٥% من اختلاف الحالة الصحية بين الدول يرجع إلي عامل الدخل القومي كذلك توصلت الدراسة إلي أن هذه العلاقة تقل قوتها عند مستويات الدخل المرتفعة مما يعني انخفاض المرونة الداخلية للصحة عند المستويات المرتفعة من الدخل كما اشارت الدراسة إلي الأثر الموجب للدخل علي معدلات الوفيات وقدرة هذه الدراسات علي المرونة بحوالي ٠,٢ أي أن زيادة قدرها ١% في الدخل ستؤدي إلي انخفاض معدلات الوفيات بحوالي ٠,٢%.

الاطار النظري للدراسة

يمكن الاستفادة من التجارب الدولية في مجال التأمين الصحي بهدف تحسين والنهوض بخدمة التأمين الصحي في مصر.

العلاقة بين الخدمات الصحية والمفاهيم الاقتصادية: تتميز الخدمات الصحية ببعض الصفات الاقتصادية والتي تتمثل في الآتي:

١- يتسم الطلب علي الخدمات الصحي بأنه طلب قليل المرونة مثل جميع السلع الضرورية وقد يصل إلي أن يكون الطلب علي بعض الخدمات الصحية عديم المرونة بمعنى انخفاض أثر أسعار الخدمات علي طلب تلك الخدمات.

٢- أنها خدمة يراها الجمهور أنها تقدم منافع ليس للفرد فقط الذي يستهلكها وإنما للمجتمع ككل.

٣- الطلب المشتق وهو طلب يطلق عادة على السلع التي لا تطلب للاستهلاك المباشر ولكنها تستخدم في صناعة منتجات أخرى من أجل الاستهلاك النهائي.

٤- السلع الاستهلاكية هي السلع التي يشتريها المستهلك عادة من أجل الإشباع.

العلاقة بين الجانب الصحي والتنمية الاقتصادية: يمكن تحليل العلاقة بين الصحة والتنمية من خلال مفاهيم الحلقات الفرغة المفسرة لتخلف في الدول النامية إذا كسر هذه الحلقات يؤدي إلى تحقيق التنمية.

فإذا كان انخفاض المستوى الصحي للسكان يؤدي إلى انخفاض الإنتاجية فإن ذلك يؤدي إلى حلقة جديدة.

ولكسر تلك الحلقة المفرغة في اقتصاديات الصحة في الدول النامية يجب تبني برامج تؤدي إلى تحسين المستوى الصحي للسكان وبالتالي زيادة المستوى الصحي والتعليمي وثم زيادة الإنتاجية.

ومن الضروري الإشارة إلى أنه من الصعب فصل التأثيرات الأولية والتأثيرات المرتدة في العلاقة بين التنمية والحالة الصحية فعادة تحدث التنمية تأثيرات أولية تنتهي بتحسين المستوى الصحي للسكان مدفوعة بتحسين مستوى الدخل وتحسن مستوى التغذية وحالة السكان وتحسين بيئة العمل.

معايير التقييم الاقتصادي للخدمات الصحية: يؤخذ في الاعتبار عند أداء الخدمات الصحية سواء في نظم حكومية أو نظم خاصة أو نظم وسيطة عدة معايير مرتبطة بالتكلفة وانفعالية وللعدالة والأمان الصحي وهذه المعايير تحدد من سيستفيد من تلك الخدمات وبأي مستوى وفيما يلي عرض لهذه المعايير:

١- **معيير التكلفة:** هناك حدود دنيا أساسية يجب ألا تتخفص مستويات الخدمة الصحية دونها مهما كانت مستويات التكاليف اللازمة لتقديمها.

٢- **معيير الفعالية:** يقصد بفعالية الخدمات الصحية أن يحقق كل إجراء صحي مكاسب صحية.

٣- **معيار الكفاءة:** عند تقديم الخدمات الصحية يجب أن يتحقق لتلك الخدمات الكفاءة الاقتصادية فإذا استطعنا تحقيق نفس النتيجة فإننا نود استخدام أرخص هذه الاجراءات مما يمكننا من تقديم الخدمات أكثر بنفس التكلفة.

٤- **معيار العدالة:** أن أحد المبادئ الأساسية للخدمات الصحية العامة وغيرها من نظم الخدمات الصحية يتمثل في أنه يجب تقديم العلاج علي أساس الحاجة إليه وليس علي أساس توافر الأموال وأن العدالة يجب أن تكون أحد أهداف الخدمة.

٥- **معيار الأمان الصحي:** يقصد بالأمان الصحي هو شعور المواطن بتوافر الخدمات الصحية بكفاءة وفعالية بما يضمن له التخلص من المرض وكذلك شعوره بأن التكاليف تكون في مستوي قدرته علي الدفع. (تقرير مشترك للجنة الشؤون الصحية بمجلس النواب مع لجنتي الخطة والموازنة والشئون الدستورية والتشريعية بشأن مشروع قانون التأمين الصحي الاجتماعي).

تجارب الدول بخصوص التأمين الصحي:

- تجربة بريطانيا:

١- إدارة وتقديم الخدمات الصحية:

- تعتمد إدارة الخدمات الصحية في بريطانيا علي النظام اللامركزي.
- تقوم وزارة الصحة بمراقبة جودة الخدمات الصحية وتحديد معايير الجودة.
- يتم الاعتماد علي القطاع الخاص في تقديم هذه الخدمات، والاعتماد علي آليات السوق في ظل الأعداد الكبيرة.

٢- تمويل نظام التأمين الصحي: يتم تمويل الرعاية الصحية والتأمين الصحي في بريطانيا

من خلال الدولة بالإضافة إلي أصحاب العمل والأفراد.

يمثل إجمالي الإنفاق علي الصحة ٦,٧% من قيمة الناتج المحلي الإجمالي البريطاني تتحمل منه الحكومة ٨٥% بينما يتحمل القطاع الخاص والأفراد ١٥%.

٣- الفئات المؤمن عليها: تغطية شاملة لكل فئات المجتمع للرعاية الأولية والثانوية والثالثية.

الخدمات المقدمة:

- معظم خدمات الرعاية الأولية والثانوية والثالثية والمقدمة تقدم مجاناً ضمن نظام التأمين الصحي الحكومي.

- يتم تقديم الخدمة عن طريق طبيب الأسرة والذي يقوم برفع المرضى إلي الاستشاريين أو التحويل للمستشفى.

تجربة اليابان:

١- إدارة وتقديم الخدمات الصحية: يتميز نظام اليابان الصحي بالاعتماد الكبير علي القطاع الخاص كما يعطي النظام الحق للحكومة في شراء الخدمات الصحية: يتمثل القائمون علي تقديم خدمة التأمين الصحي في اليابان:

- المستشفيات العامة والخاصة.

- العيادات التي يتم إدارتها بأطباء مستقلين ومتخصصين.

- المراكز الصحية.

- تمثل المستشفيات الخاصة بحوالي ٨٠% من إجمالي عدد المستشفيات باليابان.

- يلاحظ أن ٧٠% من حالات دخول المستشفى للرعاية الثانوية تكون في مستشفيات القطاع الخاص التي تقدم خدمات الرعاية الصحية الثانوية بالرغم من ارتفاع مستويات المستشفيات العامة التي بعضها متخصص في علاج الأمراض الخطيرة والحالات الحرجة.

- يقتضي العمل أن يكون الطبيب متفرغاً عند عمله بالمستشفيات العامة ولا يستطيع طبيب المستشفى العام العمل بالعيادات الخاصة وكذلك لا يستطيع الطبيب الخاص تحويل مرضاه للمستشفيات العامة بل يقتضي علاجهم بالمراكز الطبية الخاصة التي عادة لا تحتوي علي أكثر من ١٢ سرير مما يؤدي إلي خلق مناخ من التنافس بين المراكز الطبية والمستشفيات.

- هناك بعض مراكز التمريض الوسيطة التي تقدم الرعاية التمريضية للمرضي كبار السن بالإضافة إلي إمكانية التمريض بالمنزل عند الرغبة في الحصول علي الخدمات الطبية طويلة الأجل وذلك مقابل مشاركة مباشرة أكبر من المستفيد.

٢- تمويل نظام التأمين الصحي: يتم تمويل نظم الرعاية الصحية في اليابان من خلال ثلاث جهات أساسية:

- الشركات والأفراد وتغطي ٥٢,٩% من إجمالي النفقات.

- الحكومة وتمثل ٣٢,٢% من إجمالي النفقات.

- المشاركة المباشرة في النفقات والتي تغطي حوالي ١٤,٩%.

يلاحظ أن الحكومة اليابانية كانت تعاني من ارتفاع كبير في الإنفاق علي الصحة وذلك نتيجة لاتجاهها إلي تنمية الخدمات الصحية المقدمة والارتفاع بمستوي جودتها ولكنها استطاعت التغلب علي هذه المشكلة فيما بعد نتيجة نجاح إدارة النظام وارتفاع معدل المشاركة المباشرة للأفراد.

٣- الفئات المؤمن عليها: يعتبر النظام الصحي الياباني معقد نابع من الخلفية التاريخية

للمجتمع ويغطي كل المواطنين والأجانب المقيمين حيث يوجد أكثر من ٥٠٠٠ جهة

تأمينية ولكن يمكن حصرها في ثلاث نوعيات أساسية:

- التأمين الصحي للعاملين ويضم نظامين أحدهما حكومي يدار من خلال وزارة الصحة

ويغطي ٣٠% والآخر يدار من خلال المؤسسات المجتمعية ويغطي ٢٦%.

- التأمين الصحي القومي ويغطي ٣٦% من المجتمع.

- هناك نظم تأمينية خاصة للفئات الغير مغطاه في النظم السابقة مثل العاملين المدنيين

وموظفي المدارس الخاصة والصيادين ويغطي حوالي ٨%.

- الفقراء والمساكين الذين لا يستطيعون دفع جزء من المساهمات ويتم تغطيتهم من خلال

برنامج للمعونات والمساعدات.

٤- الخدمات المقدمة:

- ينص القانون الياباني علي مجموعة محددة من الخدمات التي يجب أن تقدم من خلال

أنظمة التأمين الصحي المختلفة وهي تضم الكشف الطبي والأدوية والجراحات والخدمات

الأخرى مثل الرعاية الصحية بالمستشفيات والرعاية بالمنزل.

- يتم إتاحة المزيد من الخدمات وهي تختلف باختلاف قيمة المساهمة والاستعداد للمشاركة وقد تكون هذه الخدمات في هيئة بعض المساعدات المالية للمرضي بالأمراض المزمنة أو المساعدات في حال حدوث الوفاة.

- **تجربة كندا:**

١- إدارة وتقديم الخدمات الصحية: تعتمد إدارة الخدمات الصحية في كندا علي النظام اللامركزي:

- يقوم كلاً من القطاعين العام والخاص بتقديم الخدمات الصحية.
- تقوم هيئة مستقلة بمراقبة جودة الخدمات الصحية وتضمن ثبات مستواها في كافة أنحاء البلاد وتحدد معايير الرقابة علي جودة الخدمات الصحية.

٢- تمويل نظام التأمين الصحي: يتم تمويل الرعاية الصحية والتأمين الصحي في كندا من خلال:

- الدولة والمحليات (إدارة المقاطعات والأقاليم).
- أصحاب العمل.
- الأفراد.
- تشترك بعض الجمعيات الخيرية في التمويل كما تساهم أيضاً المؤسسات غير الهادفة المريح مثل مؤسسات الصليب الأزرق في التمويل.

ويقسم الإنفاق الصحي إلي ما يلي:

- ٤٦,٢% من إجمالي الإنفاق علي الصحة يخصص للعلاج داخل الأقسام الداخلية بالمستشفيات.

- ١٤,٥% من إجمالي الإنفاق علي الصحة لأجور الأطباء والفريق المعاون والخدمي.

- ١٣,٨% من إجمالي الإنفاق علي الصحة يخصص للأدوية.

- ٢٥,٥% من إجمالي الإنفاق علي الصحة يخصص للأبحاث وإدارة خطة الرعاية الصحية وبعض خدمات الأسنان والعيون والبصريات.

٣- الفئات المؤمن عليها: تغطية شاملة لكل فئات المجتمع للرعاية الأولية والثانوية والثالثية.

٤ - الخدمات المقدمة:

- تتم الخدمة بصفة أساسية عن طريق ممارسين بعياداتهم الخاصة وتدفع لهم الحكومة مقابل كل خدمة وافتتاح خدمة العلاج بالأقسام الداخلية للمستشفيات واستشارة الأطباء كمحتوي أساسي لحزمة الخدمات المغطاة بنظام التأمين الذي تدعمه الدولة دون مشاركة من المواطن في معظم المقاطعات ولا توجد حدود قصوي لتكلفة الخدمات المقدمة ضمن الخدمات الأساسية.

- تتمثل الخدمات غير المغطاة في تكلفة الإقامة بالغرفة المنفردة، أدوية العيادات الخارجية، التمريض الخاص، خدمات الأسنان، العيون والبصريات، العلاج الطبيعي وأجهزة المساعدة الطبية ولذلك يلجأ معظم الكنديين إلي عمل تأمين صحي خاص تكميلي لهذه الخدمات.

- **التأمين الصحي في مصر:** إن المواءمة الصحيحة بين أولويات احتياج المجتمع المصري من الرعاية الصحية واقتصاديات الخدمة الصحية التأمينية ويرتبط بهذا قدرة أفراد المجتمع علي المشاركة في الأعباء التي يفرضها التأمين الصحي وعلي تحمل الخسائر المادية الناشئة عن المرض.

مدي تنوع أنماط الرعاية التأمينية ودرجة تقبلها: درجت قوانين التأمين الصحي في مصر علي تغطية كافة عناصر الخدمة الطبية العلاجية من الألف للياء مما يمثل عبئاً مزمناً علي الجهاز المسئول عن توفير هذه الخدمة الأمر الذي أبرز اتجاهات يطالب بتعدد أنماط الخدمة وتقليص التزام التأمين الصحي الاجتماعي الشامل إلي بعض العناصر وليس كلها بما يتناسب وتنوع قدرات الأفراد مع تحمل عبء المشاركة التأمينية. (الحالة الصحية في العالم، "منظمة الصحة العالمية".)

مصادر تقديم الخدمات الصحية في مصر:

- ١- القطاع الحكومي: يشمل مقدمي الخدمة علي وزارة الصحة ٦٢% ووزارة التعليم العالي ممثلة في المستشفيات الجامعية ومجموعة أخرى من الوزارات التي تقدم الخدمة لمنسوبيها.
- ٢- القطاع العام: يشتمل علي الهيئة العامة للتأمين الصحي والمؤسسة العلاجية وهيئة المستشفيات التعليمية وشركات القطاع العام.

٣- القطاع الخاص: يقدم جميع الخدمات من خلال عيادات الأطباء والمستوصفات والمستشفيات الخاصة بجميع مستوياتها وأحجامها.

استراتيجية إصلاح التركيب التنظيمي والمالي للهيئة العامة للتأمين: تم هذا المشروع بشراكة للإصلاح الصحي الممول من هيئة المعونة الأمريكية وتعتمد على المبادئ التالية:

- العمومية.

- الإنصاف.

- الكفاءة.

- الجودة.

- الاستمرارية.

تتكون الاستمرارية من عناصر استراتيجية:

- تطوير حزمة خدمات أساسية موحدة.

- إعادة التركيب التمويلي لضمان تحقيق الاستمرارية والإنصاف.

- إعادة تنظيم التغطية التأمينية وتقديم الخدمة للحصول على نوعية وكفاءة أفضل من خلال جعل الأسرة محور الخدمة.

- تقوية الهيئة العامة للتأمين الصحي تنظيمياً.

التأمين التعاوني من قبل النقابات المهنية:

- تقدم النقابات المهنية نوعاً من التأمين التعاوني لمنسوبيها.

- تتيح للمشاركين تلقي الخدمات العلاجية في العيادات والمستشفيات الخاصة.

- يمول هذا التأمين من خلال الاشتراكات السنوية التي يدفعها المشاركون مع ما يدفعونه نقداً عند كل زيادة. (معهد التخطيط القومي، ٢٠٠٥)

التحديات التي تواجه قطاع الخدمات الصحية في مصر والسياسات المقترحة لمواجهتها:

١- مستوى تقديم الخدمات الصحية والذي يتمثل في الرعاية الصحية الوقائية والرعاية الصحية الأساسية.

٢- مصادر تقديم الخدمات الصحية قد يكون حكومي أو عام ويتمثل في وزارة الصحة والسكان والتأمين الصحي والمؤسسة العلاجية والمعاهد والمستشفيات الجامعية والتعليمية.

التحديات الخاصة بالخدمة الصحية:

- 1- التغيير المستمر في أنماط المرض الناتجة عن تغير الوضع الديمغرافي وانتشار الأمراض المزمنة وظهور أمراض جديدة.
- 2- وجود منافذ كثيرة تقدم خدمات متشابهة تتفاوت في جودتها وأسعارها.
- 3- التأخر في تطبيق نظم ومعايير خاصة لضمان جودة الخدمات الصحية.

إجراءات الدراسة

منهجية الدراسة: نعتمد في هذه الدراسة علي المنهج الوصفي التحليلي من حيث استعراض الوضع الراهن للقطاع الصحي في مصر بصفة عامة والتأمين الصحي بصفة خاصة وتحليل هذا الوضع واستخلاص بعض المؤشرات التي يمكن من خلالها وضع صورة علمية واضحة لما يمكن متخذ القرار من وضع سياسيات وخطط تؤدي الى تفعيل دور القطاع الخاص في تحقيق التأمين الصحي في مصر.

محدود الدراسة

الحدود المكانية: دراسة تجريبية مصر مع كلا من التجربة اليابانية والكورية.
الحدود الزمانية: الفترة (٢٠١٦-٢٠١٠)

نتائج الدراسة

جدول رقم (١)
الموازنة التقديرية للهيئة العامة للتأمين الصحي للأعوام من
٢٠١٦/٢٠١٥ حتى ٢٠١٢/٢٠١١

البيان	٢٠١٦/٢٠١٥	٢٠١٥/٢٠١٤	٢٠١٤/٢٠١٣	٢٠١٣/٢٠١٢	٢٠١٢/٢٠١١
الأول	٨٣٠٠٠٠٠٠	٨٠٠٠٠٠٠٠	٧٢٠٠٠٠٠٠٠	٦٢٥٠٠٠٠٠٠	٥٧٩٠٠٠٠٠٠
الثاني	٢١١٢٠٠٠٠٠٠	١٩٤٤٠٠٠٠٠٠	١٨١٥٠٠٠٠٠٠	١٤٧٨٠٠٠٠٠٠	١٣٨٤٠٠٠٠٠٠٠
الثالث	٢٥٠٠٠٠٠٠٠٠	٢٢٥٠٠٠٠٠٠٠	٢٢٦٨٠٠٠٠٠٠	١٤٧٠٠٠٠٠٠٠	١٤٥٠٠٠٠٠٠٠٠
الرابع	٢٩٠٦٨٠٠٠٠٠	٢٤٤٤٨٠٠٠٠٠	١٨١٢٥٢٠٠٠٠٠	٢٤٧٨٥٢٠٠٠٠٠	٢٩٧٠٠٠٠٠٠٠٠
الإجمالي	٣٤٨٢٦٨٠٠٠٠٠	٣٢١٣٤٨٠٠٠٠٠	٢٩٤٣٠٥٢٠٠٠٠٠	٢٥٩٧٨٥٢٠٠٠٠٠	٢٤٠٥٠٠٠٠٠٠٠٠

بالنسبة للموازنات التقديرية للهيئة العامة للتأمين الصحي فقد تزايدت من قيمة ٢٤٠٥٠٠٠٠٠٠ في العام المالي ٢٠٠٤/٢٠٠٥ إلى قيمة ٣٤٨٢٦٠٠٠٠٠ مليون جنيه في العام ٢٠٠٨/٢٠٠٩. ونلاحظ أن الباب الثالث زاد خلال نفس الفترة بمقدار ١٠٥٠٠٠٠٠٠٠ ونقص الباب الرابع خلال نفس الفترة على حين زاد الباب الثاني بمقدار ٧٢٨٠٠٠٠٠٠٠ خلال نفس الفترة.

جدول رقم (٢)

تطور صافي العمليات الجارية (الفاوض والعجز) للقانون رقم ٧٩، ٣٢ والمعاشات والأرامل، والقانون رقم ٩٩ طلبية مدارس للعام التالي

٢٠١٢/٢٠١٣ حتى ٢٠١٥/٢٠١٦

السنوات	ق ٧٥/٧٩		ق ٧٥/٣٢		ق ٩٩	
	العجز	الفاوض	العجز	الفاوض	العجز	الفاوض
٢٠١٣/٢٠١٢	-	-	١٩١٨٦٦٩٩١	-	٤٠٢٦٢١٥٤٩	-
٢٠١٤/٢٠١٣	-	-	٢٠٠٧٢٠٣٧٢	-	٤٥٩٣٢٧٤٠١	-
٢٠١٥/٢٠١٤	-	-	١٨٦٣٩٥٧٩٨	-	٥٢٤٨٢٨٠٨٣	-
٢٠١٦/٢٠١٥	-	-	٢٩٠٢٠٧٢٣٢	-	٦١٧١٨٩٤١٩	-

من الملاحظ أن التوازن منعدم بين الموارد والتكلفة في الهيئة العامة للتأمين الصحي بالنسبة للقانون رقم ٣٢، وكذلك التوازن مفقود بالنسبة لتطبيق قانون ٧٩ لفئات المعاشات والأرامل، أما بالنسبة لتطبيق القانون رقم ٧٩ لباقي الشرائح من العمال والموظفين فالتوازن متحقق خلال الفترة من ٢٠٠٤ حتى ٢٠٠٩.

جدول رقم (٣)

يوضح إجمالي الإيرادات والمصروفات ونسب العجز لنشاط الرعاية الصحية

التأمينية للطفل منذ عام ٢٠١١/٢٠١٢ حتى ٢٠١٥/٢٠١٦

السنة	الإيرادات	المصروفات	الفاوض	العجز
٢٠١٢/٢٠١١	٢١٧٢١٧٨٢	١١٠٥٤٤٦٦٦	-	٨٨٨٢٢٨٨٤
٢٠١٣/٢٠١٢	٢٠٢٥٥٦١١	١١٣٤٠٥٨٢١	-	٩٣١٥٠٢١٠
٢٠١٤/٢٠١٣	٢٢٢١٥٨٤٩	١٤٥٥٥٢٢٢٩	-	١٢٣٣٦٦٣٨٠
٢٠١٥/٢٠١٤	١٣٩٧٣٩٠١	١٤٨٥٣٢٢١٤	-	١٣٤٥٥٩٣١٢
٢٠١٦/٢٠١٥	٢٤١٠٥٦٩٧	١٦٦٠٧٨٠٦٩	-	١٤١٩٧٢٣٧٢

يتضح من الجدول أنه لا يوجد توازن بين الإيرادات والمصروفات لأن نسب العجز كبيرة منذ بدء تطبيق القرار علاج المواليد في عام ١٩٩٧/١٩٩٨ وحتى بداية عام البحث ٢٠٠٤/٢٠٠٥.

كانت نسبة العجز ١٩,٦%، ١٧,٩% في عام ٢٠٠٥/٢٠٠٦، ١٥,٣% عام ٢٠٠٦/٢٠٠٧، ٩,٤% في عام ٢٠٠٧/٢٠٠٨، ١٤,٥% في عام ٢٠٠٨/٢٠٠٩. هذا العجز يحمل هيئة التأمين الصحي عبء مالى بالإضافة للأعباء المالية الأخرى.

جدول رقم (٤)

متوسط تكلفة المنتفع الواحد ومتوسط تكلفة الزيارة الواحدة من خدمة الممارس العام بالنسبة للمنتفعين من القانون رقم ٣٢ لسنة ١٩٧٥

السنة	اجمالي تكلفة خدمة الممارس العام (١)	متوسط عدد المنتفعين (٢)	متوسط تكلفة المنتفع ٢±١	اجمالي عدد حالات العرض (٤)	متوسط تكلفة الزيارة ٤±١
٢٠١٣/٢٠١٢	٨٦٤٤٦٤٩	٣٨٩٠٥٣١	٢,٢٢	٢٤٨٠٣٤٢	٣,٥
٢٠١٤/٢٠١٣	٩٤٣٣٨٠٧	٣٩٧٤١٧٠	٢,٣٧	٢٣٩٩٩٨٣	٣,٩
٢٠١٥/٢٠١٤	٩٧٠٧٨٦٣	٤٠٤٤١٠٠	٢,٤٠	١١٤٤٩٩٧	٤,٦
٢٠١٦/٢٠١٥	١٠٥٦٧٤٦٥	٤١٦٦٨٠٠	٢,٥٦	٢٠٦٣٦٥٩	٥,٦

جدول رقم (٥)

متوسط تكلفة المنتفع الواحد ومتوسط تكلفة الزيارة الواحدة من خدمة المنتفعين من القانون رقم ٧٩ لسنة ١٩٧٥ (المعاشات والأرامل)

السنة	اجمالي تكلفة خدمة الممارس العام (١)	متوسط عدد المنتفعين (٢)	متوسط تكلفة المنتفع ٢±١	اجمالي عدد حالات العرض (٤)	متوسط تكلفة الزيارة ٤±١
٢٠١٣/٢٠١٢	١١٢٤١٢٤٤	١٩٣٥١٨٨	٥,٨١	٣٣٦٣٤٠٧	٣,٣
٢٠١٤/٢٠١٣	١٢٩٩٠٨١٨	٢١١٩٢٧١	٦,١٣	٣٣٩٨٨٣٦	٣,٨
٢٠١٥/٢٠١٤	١٥٣٣٦٠٥٦	٢٣٠٧١٠٠	٦,٦	٣٢٠٩٣٨٤	٤,٧
٢٠١٦/٢٠١٥	١٧٢٠٩٣٧٢	٢٤٦٦٤٠٠	٦,٩٨	٣١٤٠٨٠٦	٥,٥

جدول رقم (٦)

متوسط تكلفة المنتفع الواحد ومتوسط تكلفة الزيارة الواحدة بالنسبة للمنتفعين من القانون رقم ٩٩ لسنة ١٩٩٢ (طلاب المدارس)

السنة	اجمالي تكلفة خدمة الممارس العام (١)	متوسط عدد المنتفعين (٢)	متوسط تكلفة المنتفع ٢±١	اجمالي عدد حالات العرض (٤)	متوسط تكلفة الزيارة ٤±١
٢٠١٣/٢٠١٢	٩٦٦٧١٢٤٦	١٧١٢٨٣٥٧	٥,٦٤	٧٤٧٣٥٧٨	١٢,٩
٢٠١٤/٢٠١٣	١٠٢٤٦٩٠١٧	١٧٢٢١٤٠٣	٥,٩٥	٦٨٤٥٣٢٤	١٥,٧
٢٠١٥/٢٠١٤	١١٤٥١٤٠٦١	١٧٢٩٣٤٦٣	٦,٦٢	٥٢٧٠٨٤٧	٢١,٧
٢٠١٦/٢٠١٥	١١٣٥٧٠٤٣٠	١٧٨٠٠٠١٠	٦,٣٨	٤٧٧٢٥٨٧	٢٣,٨

توضح الجداول رقم (٤،٥،٦) متوسط تكلفة المنتفع الواحد ومتوسط تكلفة الزيارة الواحدة من خدمة الممارس العام بالنسبة للمنتفعين والمعاشات والارامل وطلاب المدارس من القانون رقم ٣٢ لسنة ١٩٧٥ حيث زاد متوسط تكلفة الممارس العام من ٣,٥ % في عام ٢٠١٣/٢٠١٢ حتى وصل ٥,١% في ٢٠١٦/٢٠١٥، وزاد متوسط للمنتفعين والمعاشات والارامل من ٣,٣ % في عام ٢٠١٣/٢٠١٢ حتى وصل ٥,٥% في ٢٠١٦/٢٠١٥، زاد متوسط للمنتفعين ومن طلاب المدارس من ١٢,٩ % في عام ٢٠١٣/٢٠١٢ حتى وصل ٢٣,٨% في ٢٠١٦/٢٠١٥.

جدول رقم (٧)

يوضح اجمالي الإيرادات والمصروفات لنشاط الرعاية الصحية التأمينية للأطفال للفترة من عام ٢٠٠١/٢٠٠٠ حتى ٢٠٠٩/٢٠٠٨

السنة	جملة الإيرادات	جملة المصروفات	جملة العجز	نسبة العجز
٢٠٠٩/٢٠٠٨	٢٥٤.٩٨٦٦	٩٤.٩٦٤.٤	٦٨٦٨٦٥.٨	٢٦.٧%
٢٠١٠/٢٠٠٩	٢٩٨٨١٣١٩	٩.٤٣٤٣٩٤	٦.٥٥٣١٧٥	٢%
٢٠١١/٢٠١٠	٢٤٩٣٤١٧٧	٩١٥٥٥٩٩٤	٦٦٦٢١٨١٧	٢٦.٧%
٢٠١٢/٢٠١١	٢١٤١٢٥٣٣	٨٩٥٨٢٣٣٠	٦٨١٦٤٧٩٧	٣١.٢%
٢٠١٣/٢٠١٢	٢١٧٢١٧٨٣	١١.٥٤٤٦٦٦	٨٨٨٢٢٨٨٤	٤٠.١%
٢٠١٤/٢٠١٣	٣.٣٥٥٦١١	١١٣٤.٥٨٢١	٩٣١٥.٢١٠	٥٠.٦%
٢٠١٥/٢٠١٤	٢٢٢١٥٨٤٩	١٤٥٥٥٢٢٢٩	١٢٣٣٣٦٣٨	٦٠.٦%
٢٠١٦/٢٠١٥	١٣٩٧٣٩٠١	١٤٨٥٣٢٤٤	١٣٤٥٥٩٣١٣	١٠٠.٦%
٢٠١٧/٢٠١٦	٢٤١.٥٦٦٧	١٦٦.٧٨.٦٩	١٤١٩٧٢٢٧٢	٦٠.٩%

جدول رقم (٨)

تطور تكلفة الأخصائي والعناصر المكونة لها بالنسبة للمنتفعين من القانون رقم ٧٩ لسنة ١٩٧٥

السنة	متوسط المنتفعين (١)	اجمالي حالات العرض (٢)	اجمالي التكاليف (٣)	متوسط التكلفة					
				متوسط تكلفة المنتفع الواحد			متوسط تكلفة الزيارة الواحدة		
				الأجور	باب ثاني	اجمالي	اجمالي	باب ثاني	الأجور
٢٠١٣/٢٠١٢	٣٥٣٣٣٥	٩٩٢٧٣٤٤	٣٥٨٢.١١١	٦.٧٢	٣.٤٢	١٠.١	٢.٣٩	١.٢٢	٣.٦١
٢٠١٤/٢٠١٣	٣٧١٧١٢٣	١.٠١٥٩٥٩	٣٧١.٦١١٣	٧.٠٤	٢.٩٤	١٠	٢.٦١	١.٠٩	٣.٠٧
٢٠١٥/٢٠١٤	٣٩٩٤١٠٠	١.٠٢٦.١١٥	٤.١٣١٨.٢	٧.٥٧	٢.٤٧	١٠.٠٥	٢.٩٥	٠.٩٦	٣.٩١
٢٠١٦/٢٠١٥	٤٢١٩.٠٠٠	١.٩٢٢٦٥٠	٤٤.٢٢٢٩٩٤	٧.٤٠	٣.٠٤	١٠.٤٣	٢.٨٦	١.١٧	٤.٠٣

يوضح الجداول رقم (٧) إجمالي الإيرادات والمصروفات لنشاط الرعاية الصحية التأمينية للأطفال من عام ٢٠٠١/٢٠٠٠ حتى عام ٢٠٠٩/٢٠٠٠، وفي عام ٢٠٠٩/٢٠٠٨ كانت نسبة العجز ٣,٧% وبسبب الزيادة في الانفاق على نشاط الرعاية الصحية التأمينية وصل ٦,٩% في عام ٢٠٠٩/٢٠٠٨

يوضح الجداول رقم (٨) تطور تكلفة الاخصائى والعناصر المكونة لها بالنسبة للمنتفعين من القانون رقم ٧٩ لسنة ٢٠١٣/٢٠١٢ كان متوسط تكلفة الزيارة الواحدة ٣,٦١% حتى وصل ٤,٠٣% في عام ٢٠١٦/٢٠١٥.

جدول رقم (٩)

تطور تكلفة الاخصائى والعناصر المكونة لها بالنسبة للمنتفعين من القانون

رقم ٣٢ لسنة ١٩٧٥

السنة	متوسط المنتفعين (١)	اجمالي حالات العرض (٢)	اجمالي التكاليف (٣)	متوسط التكلفة					
				متوسط تكلفة المنتفع الواحد			متوسط تكلفة الزيارة الواحدة		
				اجمالي	باب ثانى	الأجور	اجمالي	باب ثانى	الأجور
٢٠١٣/٢٠١٢	٣٨٩٠٥٣١	٣٥٨٩٠٨٤	٢٨٩٦٥٩٩٧	٤,٩٦	٢,٤٩	٧,٤٥	٥,٣٧	٢,٧	٨,٠٧
٢٠١٤/٢٠١٣	٣٩٧٤١٧٠	٣١٨٩٠٨٥	٣٠٠٧٦٠٦٣	٥,٣٢	٢,٢٤	٧,٥٧	٥,٩	٢,٨	٩,٤
٢٠١٥/٢٠١٤	٤٠٤٤١٠٠	٢٨٨٩٠٨٥	٢٦٣٢٧٦٣٩	٥,٢٢	١,٢٩	٦,٥١	٧,٣	١,٨١	٩,١١
٢٠١٦/٢٠١٥	٤١٢٦٨٠٠	٢٧٩٨٠٥٨	٣٢١٥٧٢٣٢	٥,٩٩	١,٨٤	٧,٧٩	٨,٨	٢,٧٢	١١,٥

جدول رقم (١٠)

تطور تكلفة الاخصائى والعناصر المكونة لها بالنسبة للمنتفعين من القانون

رقم ٩٩ لسنة ١٩٩٢ طلبية

السنة	متوسط المنتفعين (١)	اجمالي حالات العرض (٢)	اجمالي التكاليف (٣)	متوسط التكلفة					
				متوسط تكلفة المنتفع الواحد			متوسط تكلفة الزيارة الواحدة		
				اجمالي	باب ثانى	الأجور	اجمالي	باب ثانى	الأجور
٢٠١٣/٢٠١٢	١١٧١٢٨٣٥٧	١٣٣٤١١٥٦	١١٦٧٥٥٥٤٧١	١٧,٨٣	١١,٩٥	٢٩,٨٧	٤	١٠	١٤
٢٠١٤/٢٠١٣	١١٧٢٢١٤٠٣	١٣١٢٠٤٦٥	١١٧٢٩٤٩٩٢٢	١٧,٧٩	١٢,٢٥	٣٠,٠٤	٤٣	١٢,٤٣	٥٥,٤٣
٢٠١٥/٢٠١٤	١١٧٢٩٣٤٦٣	١٢٨٥٦٧٧٠	١١٥٥٧٥٢٣٨٦	١٧,٧٣	١١,٢٨	٢٩,٠١	٤٦,٩	٧,٧٢	٥٤,٥
٢٠١٦/٢٠١٥	١١٧٨٠٠٠١٠	١٢٦٥٩٥١٤	١١٨٠٩٤٩٤٦٧	١٨,٤٣	١١,٧٣	٣٠,١٦	٥٥,٦	١١,٤٠	٦٧

يوضح الجداول رقم (٩) تطور تكلفة الاخصائى والعناصر المكونة لها بالنسبة للمنتفعين من القانون رقم ٣٢ لسنة ١٩٧٥ ففي عام ٢٠١٣/٢٠١٢ كان متوسط تكلفة الزيارة الواحدة ٨,٠٧% حتى وصل ١١,٥% في عام ٢٠١٦/٢٠١٥.

يوضح الجداول رقم (١٠) تطور تكلفة الاخصائى والعناصر المكونة لها بالنسبة للمنتفعين من القانون رقم ٩٩ لسنة ١٩٩٢ ففى عام ٢٠١٣/٢٠١٢ كان متوسط تكلفة الزيارة الواحدة ١٤,٠% حتى وصل ٦٧,٠% فى عام ٢٠١٦/٢٠١٥.

وخلصت الدراسة للنتائج التالية:

- ١- أن اضطلاع الدولة بتقديم خدمات صحية أمراً يمثل عبئاً على موارد الدولة مما يؤثر على الخدمات الاجتماعية.
- ٢- أنه من الممكن اعطاء مزيد من المشاركة للقطاع الخاص فى تقديم الخدمات الصحية.
- ٣- عدم وجود نظام لتحويل ومتابعة الحالات من الرعاية الصحية الأساسية إلى المستويات الأعلى للعلاج.
- ٤- عدم وجود نظام لمتابعة الحالات المرضية على جميع مستويات الخدمة.
- ٥- عدم وجود هيئة قومية لاعتماد الجودة ووضع المعايير الخاص بالخدمة.
- ٦- انخفاض الحوافز الأدبية والعلمية والمادية للأطباء وأعضاء هيئة التمريض مما ادى الى عدم الإقبال على العمل.
- ٧- تراجع مستويات كفاءة نظام التمريض فى مصر بسبب النقص الشديد فى إعداد الممرضات المدربين حيث أن معظم هيئة التمريض صغيرة السن.
- ٨- عدم وجود خريطة معلوماتية وقواعد بيانات للقوة البشرية الحالية فى قطاع الصحة.

التوصيات

توصيات الأجل القصير:

١. توحيد الملف الطبي الأساسى للمواطن.
٢. وضع خطة إعلامية لرفع الوعي الجماهيري والعمل على مشاركة المستفيدين بالخدمة.
٣. وضع الخطط والبرامج التي تساعد على الاستفادة من اشتراكات التامين الصحي وزيادة اسهامه فى الناتج الإجمالي المحلي.
٤. الاهتمام بحسابات التكاليف حيث يعد مؤشراً لمستوى الخدمة الطبية المقدمة.
٥. سرعة اتخاذ القرارات بعيداً عن البيروقراطية الإدارية للمؤسسات الحكومية.
٦. زيادة حوافر الاستثمار لتشجيع القطاع الخاص على التوسع فى تقديم الخدمات الصحية.

توصيات الأجل الطويل:

- إيجاد رؤية مستقبلية للنظام الصحي في مصر الآن.
- الفصل بين تمويل الخدمات الصحية وتقديم هذه الخدمات وذلك لتخفيف العبء والمساعدة علي التفرغ لتحقيق أهداف الصحة الأساسية وخاصة الرعاية الأولية والطب الوقائي.
- توسع الحكومة في اسناد إدارة وتشغيل عدد من المستشفيات العامة إلي القطاع الخاص مع وضع الضوابط اللازمة لذلك.
- تقييم إداء المستشفيات الخاصة ومستوي الخدمة الصحية التي تقدمها للحكم علي مدي نجاح هذه التجربة.
- تنويع مصادر تمويل الخدمات الصحية خاصة في ظل انخفاض الموارد الحكومية المخصصة لهذه الخدمات وذلك بزيادة مساهمة المجتمعات المحلية ومنظمات المجتمع المدني.
- تطوير قواعد البيانات لإدارة الخدمات الصحية سواء فيما يتعلق بالخدمات.

المراجع

- أمال عزيز نمر (٢٠١٠): دور القطاع الخاص والمنظمات غير الحكومية في التغطية الشاملة وتحسين الأداء للخدمات الصحية، رسالة دكتوراه، كلية تجارة ن جامعة عين شمس
- دعاء محمد محمد سالم: بناء المزايا التنافسية في قطاع الصناعات التحويلية في مصر، المؤتمر العلمي الثالث والعشرين للاقتصاديين المصريين "القدرة التنافسية للاقتصاد القومي، ٢٠٠٣
- سامي عفيفي حاتم (١٩٩٤): التجارة الخارجية بين التنظيم والتنظيم الدار المصرية اللبنانية، القاهرة.
- سعيد النجار (١٩٩٧): تحديد النظام الاقتصادي والسياسي في مصر، الجزء الثاني، القاهرة دار الشروق
- سمية عبد المولي (١٩٩٧): آثار الإصلاح الاقتصادي علي التنمية البشرية، ماجستير كلية الاقتصاد والعلوم السياسية، جامعة القاهرة
- سيد البواب (٢٠٠٢): برامج التثبيات والتكيف الهيكلي لصندوق النقد والبنك الدوليين: محاور- تأثيرها، البيان للطباعة والنشر، القاهرة

- طارق نوير: "دور الحكومة الداعم للتنافسية- حالة مصر"، المؤتمر العلمي الثالث والعشرين للاقتصاديين المصريين- القدرة التنافسية للاقتصاد المصري، مايو ٢٠٠٣
طلعت الدمرداش(٢٠٠٦): "اقتصاديات الخدمات الصحية"، كلية تجارة، جامعة الزقازيق، مكتبة القدس، الطبعة الأولى.
- عايدة نخلة رزق الله (٢٠٠٢): (دليل الباحثين في التحليل الإحصائي، الاختيار والتفسير)، البيان للطباعة، ص ١٨٦:٢٠٢.
- عبد الحميد صديق عبد البر، محمد كمال صابر(٢٠٠٨): التنمية الاقتصادية- تطور الفكر الاقتصادي للتنمية خلال القرن العشرين، كلية التجارة بالإسماعلية، جامعة قناة السويس، ص٧٢.
- عبد الرحمن يسري أحمد: دور الدولة في مصر في تنمية الصادرات في إطار الظروف المعاصرة، المؤتمر العلمي السنوي الحادي والعشرين للاقتصاديين المصريين، أكتوبر ١٩٩٩ القاهرة
- عبد العزيز الشربيني(١٩٩٨): مشاكل مصر المعاصرة، القاهرة، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع
- محمد عبد العزيز عجمية، إيمان ناصف(٢٠٠٠): التنمية الاقتصادية- دراسات نظرية وتطبيقية، كلية التجارة، جامعة الإسكندرية
- محمد محروس إسماعيل(١٩٩٧): اقتصاديات الصناعة والتصنيع- مع اهتمام خاص بدراسة الجذوع الاقتصادية، مؤسسة شباب الجامعة، الإسكندرية.
- ميشيل تودارو (٢٠٠٧): التنمية الاقتصادية، تعريب ومراجعة أ.د/ محمود حسن حسني، د. محمود حامد محمود، دار المريخ، الرياض.
- نسرین نور الدين(٢٠٠٤): المشاكل والتحديات التي تواجه التوسع في تطبيق التأمين الصحي الاجتماعي في مصر (دراسة تطبيقية اقتصادية)
- هانى قدرى دميان: استراتيجية تنمية الصادرات المصرية كإطار مؤسسي لزيادة القدرة التنافسية، المؤتمر العلمي الثالث والعشرين للاقتصاد المصريين، القدرة التنافسية للاقتصاد القومي، ٢٠٠٣

Porter, Michael E (1990): "The Competite Advantage of Nations" , The Free Press, New York,

EI-Jafari, M.: "The International Competitiveness of The Palestinian Agriculture" Journal of International Food And Agribusiness Marketing, Vol.7,NO3,. (1995)

Bruton Henry J. (1998): " A Reconsideration of Imports Substitution" Journal of Economic Literature.

- Fagerbrg, J.,(1998): "International Competitiveness" Economic Journal.
Love, J,(1994): "Engines of Growth- The Exports and Government Sectors," World ECONOMY ,Vol.17,No(2).
Greiner, M.,et.al.,(1994): "Comparative Manufacturing Productivity and Unit Labor Costs", Monthly Labor Review.

<http://www.capmas.gov.eg> الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء
<http://www.eip.gov.eg> بوابة معلومات مصر
<http://www.goeic.gov.eg> الهيئة العامة للرقابة علي الصادرات والواردات المصرية
<http://www.arab-api.org/ar/> المعهد العربي للتخطيط
<http://www.amf.org.ae> صندوق النقد العربي

THE BENEFIT ASPECTS FROM INTERNATIONAL EXPERIMENTS IN HEALTH INSURANCE SERVICE IN EGYPT

[18]

El-Sayed, H. M.⁽¹⁾; Mandour, A. F.⁽²⁾ and Gebreil, Magda⁽²⁾

1) Institute of Environmental Studies & Research, Ain Shams University 2) Faculty of Commerce, Ain Shams University

ABSTRACT

There is doubt that concerning with health aspects and presenting health care for any society has its own reflections on its individuals' productive part, contributing in turn in achieving more positive economic outcomes. Consequently, this study attempts to examine some successful states' experiments in field of health care services in Egypt. So, this study drives at benefitting from these states' experiments in the health insurance service, particularly, the medical service itself and resources of funding of this service. The study sets a proposed framework for benefitting from the various international states'

experiments in the health insurance service in Egypt, particularly, with the issue of the new law health insurance that has started to be applied on some governorates in Egypt. Regarding these experiments of other states which have different aspects to make use of such as the British experiment, the Japanese experiment, and the Canadian, Corian and Indian experiment. The researchers count on international reports published on the internet. The study comes to the necessity for increasing the role of the private sector and full-time physicians who work in public hospitals and setting plans and special policies for development of health services.

Recommendations:

- Variation of funding resources to expend on health and increase contribution of the private sector and the society's civil organizations.
- Establishing a union for pricing medications and distribute them to hospitals.