

مستشفى العريش العام



مبادرة
الإصلاح
العربي

ARي

تقرير حول السياسات العامة

التحليل المالي للتطورات الأخيرة في سياسات الصحة العامة في مصر: البحث عن "المجانية" والحق في الصحة

محمد جاد

عن الكاتب

محمد جاد، صحفي اقتصادي عمل مع عدة جرائد ومواقع مثل "مصرأوي" و"الشرق" و"الشرق الأوسط" و"زاوية عربية". كما أشرف على وحدة الأبحاث في المركز المصري للحقوق الاقتصادية والاجتماعية. وقد كتب تحليلات سياسية لمعهد الشرق الأوسط وأعد أيضاً أوراقاً بحثية لمجلة "جدلية" الإلكترونية والمبادرة المصرية للحقوق الشخصية. وهو مساهم منتظم أيضاً في موقع "مدى مصر" الإخباري.

© 2022 مبادرة الإصلاح العربي | جميع الحقوق محفوظة.



يسمح هذا الترخيص للقائمين بإعادة الاستخدام بتوزيع المواد وإعادة دمجها وتكييفها والبناء عليها بأي وسيط أو تنسيق لأغراض غير تجارية فقط، طالما يتم الإسناد إلى المنشئ. إذا قمت بإعادة مزج المواد أو تكييفها أو البناء عليها، فيجب عليك ترخيص المواد المعدلة بموجب شروط مماثلة.

الصورة: سيارة إسعاف تدخل مستشفى العريش في شمال سيناء، 20 مارس 2022،
EPA / Khaled El Fakih ©

تموز/يوليو 2022

المحتويات

تمهيد	1
المقدمة	1
ملخص تنفيذي	3
مراجعة نظرية حول أهم الاتجاهات العالمية لا «المجانية»	3
تاريخ طويل من المجانية في مصر	4
الناصرية والتحول إلى سيطرة الدولة على الصحة	4
العوائق المالية أمام تحسين المستشفيات العامة	5
معركة التأمين الصحي: الوضع الحالي في مصر	8
التحويلات الناتجة عن القانون الجديد	9
القراءة المالية لتحوّلات النظام الصحي	10
الخاتمة	13

تمهيد

المقدمة

على مدار نشأة وتطور الدولة الحديثة في مصر¹، كان للسياسات الصحية دوراً بارزاً تمثل في ملمحين أساسيين: الأول هو دور حاضر ومؤثر للدولة في تقديم الخدمة العلاجية من خلال منشآت ممولة من إيرادات الخزينة العامة، والثاني هو الحرص على تقديم هذه الخدمات بأقل تكلفة ممكنة أو بدون مقابل، وهو ما يُعرف بسياسة «المجانية».

ومثل العديد من السياسات الاجتماعية المجانية التي ترسخت في فترة ما بين الحربين العالميتين واتخذت زخماً جديداً مع مشروع الاشتراكية العربية في الستينات، فإن مبدأ «المستشفى الحكومي المجاني» كان مسرحاً للصراع بين تيارين يتنافسان بقوة على صياغة السياسة العامة خلال العقود الأخيرة: الأول هو التيار المدافع عن استمرار نمط «المجانية» وتعزيزه من خلال سياسات مالية توسعية تعتمد على ضرائب تستهدف الفئات الأكثر ثراءً، في نموذج أشبه بنمط دولة الرفاه في بعض بلدان أوروبا الغربية. والتيار الثاني الذي يرى ضرورة الحد من الضرائب وسياسات إعادة التوزيع بصفة عامة من أجل تهيئة البلاد لجذب الاستثمارات وتحقيق أفضل معدّل للنمو الاقتصادي وللتراكم الرأسمالي، في محاكاة لصعود النيوليبرالية عالمياً.

ويقترح التيار الثاني تبني سياسات مالية تهدف إلى الحد من العجز المالي للموازنة بحجة أنه يؤثر على فرص الاستثمار بطرق عدة، مثل إسهامه في رفع معدلات التضخم أو مزاحمة الدين العام لفرص الاقتراض الخاصة وغير ذلك. ويدعو هذا التيار لتحويل ميراث سياسات ما بين الحربين وسياسات الاشتراكية العربية إلى نمط جديد يعتمد بشكل أقل على الخزينة العامة وبشكل أكثر على مساهمات الطبقة الوسطى، مع اقتصار سياسات «المجانية» على الطبقات الأكثر فقراً في ظل عملية مستمرة من تطوير قاعدة البيانات عن مستويات مدخول المواطنين مما يساعد في تصنيفهم بين قادرين وغير قادرين.

وقد استطاع هذا التيار الأخير بأن يعزز من حضوره في مصر بفضل أزميتين مالتين كبيرتين مرت بهما البلاد: الأولى كانت في أواخر الثمانينات مع تفاقم المديونية الخارجية والتي أوصلت مصر لمرحلة سياسات التحرر الاقتصادي في بدايات التسعينات بدعم من صندوق النقد والبنك الدوليين، فيما يعرف بـ «التثبيت والتكيف الهيكلي». والثانية مع تفاقم تداعيات الأزمة المالية العالمية على مصر وعدم الاستقرار السياسي بعد ثورة 2011 وما تبع ذلك من تداعيات أزمة تفاقم السوق السوداء للعملة الصعبة في 2016، مما أدى إلى الدخول في مرحلة جديدة من السياسات المالية والنقدية بدعم من صندوق النقد الدولي وحزمة من المانحين الدوليين. خلال الأزميتين كانت مؤسسات التمويل الدولية تعزز تصوراتها في مصر بشأن تقليل كلفة سياسات الحماية الاجتماعية على الخزينة العامة.

في هذا السياق، تم طرح قانون جديد للتأمين الصحي وإقراره في 2018 ومثلت نصوص هذا القانون تحولاً كبيراً في مفهوم دور الدولة في الصحة بمصر.

يمثل القانون أول تشريع يستهدف إعادة هيكلة نظام التأمين الصحي في مصر منذ الستينات، ويهدف في جوهره إلى تقليل الاعتماد على نموذج «المستشفى المجاني الممول من الخزينة العامة»، والدخول في نموذج جديد يعتمد بشكل أكبر على تمويل الطبقات الوسطى للنظام الصحي العام عن طريق الاشتراكات المستقطعة من الدخل. وذلك بحجة سماح هذا النموذج في تحسين مستوى الخدمة الصحية العامة واستمرار دور الدولة الاجتماعي في دعم غير القادرين.

وإذ يمثل ذلك تحولاً كبيراً في تاريخ السياسات الصحية في مصر، أثار قانون التأمين الصحي الجديد جدلاً واسعاً خلال تشريعه، ولا يزال متوقفاً بأن يثير الجدل خلال مراحل تطبيقه التي تمتد إلى خمسة عشرة عاماً. فهو لا يزال قيد التطبيق وغير مطبق إلا في نطاق ضيق من المحافظات منخفضة السكان².

لا تنحاز هذه الورقة البحثية لأيٍّ من هذين التيارين لكون التصورات المطروحة في كلاهما تنطوي على تناقضات عدة. فنموذج

1 تُنسب الدولة الحديثة في مصر إلى عهد محمد علي الذي بدأ في 1805، بينما تُنسب الدولة الوطنية إلى حقبة دستور 1923 الذي تم إعداده بعد الاعتراف بمصر كدولة مستقلة.

2 محافظات المرحلة الأولى من نظام التأمين الصحي الشامل هي بورسعيد والأقصر والاسماعيلية وجنوب سيناء وأسوان والسويس.

المستشفى «المجاني» الممول من الخزينة العامة كان دائماً محلّ نقد بسبب ضعف مستوى الخدمة المقدّمة حتى خلال بداياته في الستينات، والتيار المدافع عن هذا النموذج لا يتبنى تصورات أشمل حول كيفية تعزيز السياسات الضريبية التوزيعية لتحسين موارد الخزينة العامة بقدر ما يدور حديثه في نطاق تحسين الخدمة العلاجية.

من جهة أخرى، فإن تخفيض عجز الموازنة الذي يُنشد به النموذج الجديد أمرٌ إيجابيٌّ. ولكن الاعتماد على الطبقة الوسطى بشكل مكثّف بدلاً من الخزينة العامة لتمويل سياسات الصحة العامة، وتجميل الصورة بالحديث عن التمويل المُستهدف لغير القادرين، ما هو في جوهره إلا وجه جديد من أوجه استنزاف الطبقة الوسطى يرافقه تحرير سريع لدعم الوقود والطاقة والعديد من الخدمات العامة.

كما أن القانون الجديد يهدف إلى تحويل هيئة التأمين الصحي إلى طرف يُجبي الاشتراكات ويتعاقد على الخدمة مع مستشفيات عامة وخاصة، مع تسعير الخدمات بهامش ربح مقبول. وهناك مخاوف مشروعة من أن يكون للقطاع الخاص أو للمستشفيات العامة - بعد أن تتحول إلى كيانات هادفة للربح - دور مؤثر في رفع تكلفة العلاج ضمن منظومة التأمين، وبالتالي رفع قيمة الاشتراكات أو المساهمات المفروضة على المرضى.

الهدف الأساسي من هذه الورقة البحثية هو تقديم قراءة للاقتصاد السياسي لهذه التحولات الكبيرة التي تجري في السياسات الصحية في مصر، وذلك بالنظر إلى تاريخ «المجانبة» وجذورها وأسباب نشأتها وإلى مدى قدرتها على تحقيق أهدافها. ونعطي هذه الأهمية للمجانبة لأنها تتمثل دور الدولة في الصحة في أذهان الملايين من مناصري دولة الرفاه ومن المصريين بسبب تاريخها الطويل كسياسة تعود إلى نشأة الدولة الوطنية في مصر.

ونحاول أيضاً قراءة الضغوطات التي تعرضت لها المجانبة في ضوء السعي للحدّ من العجز المالي للموازنة العامة، وذلك في محاولة لفهم كيف كان الميل للحد من السياسات المالية التوسعية دافعاً رئيسياً لصعود قانون التأمين الصحي الجديد بفلسفته التي تستهدف الاعتماد بشكل أكبر على تمويل الطبقات الوسطى للنظام الصحي العام من خلال الاشتراكات التأمينية.

والهدف من هذه القراءة هو محاولة وضع النقاش العام حول قضية دور الدولة في الصحة في إطار أعمق من خلال البحث في «العوامل المالية» التي قوّضت من قدرة المجانبة بصورتها القديمة على تحقيق أهدافها، والتي تقف أيضاً كتحدٍّ أساسيٍّ أمام قدرة التأمين الصحي الجديد على النجاح.

ويعتمد هذا البحث على الوثائق التاريخية التي تتناول جذور سياسات مجانية الصحة في مصر، وعلى تحليل للبيانات الكلية الخاصة بالإنفاق على الصحة من مصادر رسمية محلية ودولية، بالإضافة لمقابلات أجراها الباحث مع عدد من الأطباء العاملين في مستشفيات حكومية مجانية عن تجربة عملهم هناك، مع التعرض لعدد من الأدبيات المؤسّسة في مجال الصحة.

ملخص تنفيذي

مراجعة نظرية حول أهم الاتجاهات العالمية للـ «المجانة»

على اللجوء للطريقة التشاركية في تدبير التمويل.⁵

أمام هذا النزاع بين النموذجين، قام آدم واجستاف، وهو اقتصادي بارز في البنك الدولي، بدراسة موسعة على 179 دولة، حاول أن يتتبع خلالها مدى نجاح الأنظمة الصحية التشاركية وغير التشاركية وملائمة كل منها لظروف كل بلد.⁶

ويستعرض واجستاف الآراء المتعددة لمزايا النظم التشاركية، مثل أن مواردها المالية غير متقلبة مثل قرارات الحكومة بالإففاق العام التي تتغير بين سنة وأخرى، فاشتراكات العاملين عادة ما تكون أكثر استقراراً. كذلك، فإن الكثيرين يكونون أكثر استعداداً لسداد الاشتراك للتأمين الصحي لأنهم يدركون الخدمة التي سيحصلون عليها في مقابل هذه الأموال، وحتى إذا اعتبروا أن جزء من هذه الاشتراكات يذهب للتضامن مع زملائهم في منظومة التأمين فهذا مستساغ أكثر من فكرة التضامن مع المجتمع بأكمله من خلال الضرائب.

لكن في المقابل، هناك العديد من السلبيات في اشتراكات التأمين الصحي، منها محدودية الشريحة التي يتم الاستقطاع منها؛ فعادة ما تركز هذه الأنظمة على العمالة الرسمية ثم تتكبد المشاق لمحاولة إدماج العمالة غير الرسمية.

كما أن حصيللة العمالة الرسمية ليست مؤمنة تماماً من الأزمات، فهي معرضة للهبوط أيضاً في حالات تفاقم البطالة وخاصة خلال الأزمات. فضلاً عن ذلك، فإن مدّ التغطية خارج هذه الشريحة يواجه العديد من التحديات. فمثلاً، إذا تركنا العمالة غير الرسمية حرة تماماً في عدم التأمين، ستزيد الحوافز للعمل غير الرسمي. وإذا فرضنا على هذه الشريحة اشتراك موحّد بسبب عدم القدرة على معرفة دخولهم الحقيقية، سيكون الاشتراك في التأمين أقلّ كلفة تحت العمل غير الرسمي في بعض الحالات، ما يزيد من حوافز اللارسمية أيضاً.

وعلى أساس هذه المعضلات، رأى واجستاف أن النموذج التشاركي قد يكون غير ملائماً للعديد من البلدان خاصة النامية التي تتسم بارتفاع معدلات اللارسمية. ويقول في هذا السياق إن أغلب البلدان التي تعتمد على التأمين الصحي بشكل خالص هي من البلدان الصناعية باستثناء كوستاريكا، وهو ما يعكس حقيقة أن نظام التأمين الصحي يتطلب مزيج من الهيمنة للقطاع الرسمي والنظم المتقدمة لضريبة الدخل على العاملين لدى أنفسهم.

باختصار، فإن النزاع بين النموذجين التشاركي وغير التشاركي يبدو غير محسوماً في الأدبيات الدولية، على الرغم من التاريخ الطويل لكلا النظامين. وبالرغم من تصاعد المطالبات بتطبيق النظم التشاركية في البلدان النامية مثل مصر، كما سنشير لاحقاً، فهناك أدبيات تشكك في قدرة البلدان النامية على الاعتماد على هذا النمط من الحماية الصحية بشكل كامل في ظل ارتفاع معدلات اللارسمية.

تعد التجربة البريطانية أبرز تجربة ملهمة في مجال بناء نموذج قائم على توفير خدمة صحية مجانية أو بمقابل بسيط للمواطنين، يتم تمويله من إيرادات الضرائب. وقد تبلورت هذه التجربة من خلال ما يعرف بنظام الخدمات الصحية الوطنية (National Health Service) الذي تم تأسيسه على يد حزب العمال البريطاني في العام 1946، وكانت نموذجاً لما نطلق عليه في مصر «المستشفى المجاني».

ويسعى هذا النموذج لتحقيق «الكفاءة» و«العدالة»، فمن خلال سيطرة الدولة على النشاط الصحي وتركه للخبراء المختصين سيقوم هؤلاء باستغلال الموارد بشكل رشيد بعيداً عن نمط المنافسة في السوق وستساهم خدماتهم في تحسين صحة الطبقة العاملة ومن ثم تعزيز الإنتاج. أما العدالة فتتمثل في حالة المساواة التي يفرضها هذا النظام من خلال إتاحة خدماته بشروط واحدة للجميع.³

لكن اعتماد هذا النموذج على إيرادات الدولة كان يضعه تحت ضغوط قوية في أوقات ضعف هذه الإيرادات، وتظهر مشكلة نقص الموارد بشكل أكثر وضوحاً في البلدان النامية التي اتبعت هذا النموذج. وتعتبر كوبا الحالة الأكثر تقدماً في تبني هذا النظام، حيث سخّرت كلّ الإمكانيات الممكنة لإنجاح هذه السياسة وحققته بالفعل نتائج مبهرة. لكن ظلّت هناك فجوة واضحة بين الأهداف المعلّنة ومستوى الخدمة على أرض الواقع بسبب مشكلات التمويل. حيث يقدم الباحث الأنثروبولوجي شين بروثيرتون العديد من الأمثلة على هذه الفجوة من خلال تجربة قضائه 10 سنوات في كوبا وإجرائه مقابلات مع العشرات من العاملين أو المتعاملين مع الخدمة الصحية هناك.⁴

في مقابل النموذج البريطاني الذي يصنف على أنه نظام صحي غير تشاركي (non-contributory)، بمعنى أن المستفيدين منه لا يقومون بالمساهمة في تمويله بشكل مباشر وإنما يتم تمويله من الإيرادات العامة؛ هناك أنظمة أخرى للرعاية الصحية تكون تشاركية (contributory) والتي يساهم فيها المستفيدون بشكل مباشر من خلال مبالغ يتم اقتطاعها من دخولهم، وعادة ما يطلق عليها اصطلاح «التأمين الصحي».

ومع التوسع القوي خلال القرن الماضي في رغبة الدولة في تغطية المواطنين بالخدمات الصحية نشأت العديد من الأنظمة التي كانت تمزج بين النمطين التشاركي وغير التشاركي في التمويل بأساليب عدة، وفي حالة البلدان النامية كان انتشار اللارسمية عقبة كبيرة أمام قدرتها

Abdo S. Yazbeck, et al. The Case Against Labor-Tax-Financed Social Health Insurance for Low- and Low-Middle-Income Countries: Global Health Policy. The People-to-People Health Foundation, 2020.

Adam Wagstaff – "Social Health Insurance Reexamined", Health Economics, Vol. 19, 2009, 5/Wiley InterScience - 2009.

Rudolf Klein- The Politics of Ideology vs. the Reality of Politics: The Case of Britain's National Health Service in the 1980s - Centre for the Analysis of Social Policy, University of Bath- 1984.

P. Sean Brotherton. Revolutionary Medicine Health and the Body in Post-Soviet Cuba. Duke University Press Durham and London, 2012.

تاريخ طويل من المجانية في مصر

كما أن الأربعينات شهدت تطوراً مهماً في العمل على نشر خدمات الصحة الأولية في الريف، حيث صدر في 1942 قانوناً ينص على استهداف كل مجموعة قري يصل عدد سكانها إلى 15 ألفاً بإنشاء «عيادة طبية مجانية».¹³

الناصرية والتحول إلى سيطرة الدولة على الصحة

ومع الانتقال إلى الحقبة الناصرية، كان النظام الصحي العام يتحول إلى مسار شبيه للنظام البريطاني (National Health Service)، من حيث اتجاه الدولة للسيطرة على معظم الخدمات الصحية المقدمة وتمويلها من إيرادات الضرائب ثم تقديمها إلى المواطنين بأسعار مدعومة أو مجانية.

تجلى ميل الدولة للسيطرة على الخدمات الصحية في إجراءات عام 1964 بشأن تأمين مستشفيات المجتمع المدني أو ما كان يُطلق عليه آنذاك إسم «الجمعيات الخيرية»¹⁴ والتي كانت بمثابة ركن أساسي لتوفير الخدمات العلاجية للمواطنين بجانب مستشفيات الدولة. ووصل عدد المستشفيات المؤممة آنذاك ما يقارب 40 مستشفى منتشرة في العديد من المحافظات.

لكن النظام الناصري ظل عاجزاً عن التوسع في إتاحة الخدمة بشكل يتسق مع طموحاته في توفير خدمة صحية مجانية لكل المواطنين، كما كان مستوى الخدمات في المستشفيات محلّ نقدٍ حتى من داخل النظام. يظهر ذلك في تقرير للجنة تقصي حقائق شكلها البرلمان في سنة 1966 بشأن مستشفى القصر العيني، وهي واحدة من أعرق مستشفيات القاهرة. بالرغم من أن التقرير يركّز على عنصر سوء الإدارة، لكنّه لا يخلو من الإشارات لضعف الموارد المالية أو على الأقل عدم توجيهها بشكل سليم، حيث يشير مثلاً لضعف الأجور قائلاً: «هيئة تريض عاجزة كما ... غير صالحة كيفاً ... فقدت معظم خصائصها كيفاً بسبب سوء الإدارة وتعدد الأعمال عليها مع تفاهة الأجر».¹⁵

أمام العوائق المالية، كانت «المجانية» تحت ضغط مستمر، ما دفع الدولة للبدء في عملية خصخصة تدريجية لجانب من خدمات المستشفيات العامة تحت مسمى «العلاج الاقتصادي»، والمقصود به هو تقديم خدمات بمقابل مالي لشريحة من المواطنين قادرة على السداد بهدف تحسين موارد المستشفى وتمكينها من الاستمرار في سداد دعم الخدمة.

في 1965، أقر قرار رئاسي بحق المستشفيات العامة التابعة للمحليات في تكوين صناديق لتحسين الخدمة على أن يكون العلاج بأجر أحد

ارتبط بناء النظام الصحي المعاصر في مصر بالدولة الحديثة. فقد كانت نواته الأولى في عهد محمد علي، والذي اهتم بتطوير الخدمات الصحية لخدمة الجيش من جهة، ولتحسين صحة طلبة المدارس، ممن يعدهم لكي يكونوا نواة البيروقراطية المصرية في المستقبل، من جهة أخرى.⁷

واتسمت الفترة التي تلت الاستقلال عن إنجلترا، عام 1923، بصعود الدولة الوطنية وتبلور شكل مؤسسي لجهة مسؤولة عن الصحة في مصر، حيث تم ترقية مصلحة الصحة العمومية التي تأسست في سنة 1868 ككيان تابع لوزارة الداخلية إلى وزارة مستقلة للصحة سنة 1936. وذلك لأن: «البلاد (في) أشد الحاجة لسياسة صحية بعيدة المدى»، كما رأى مؤسسو الوزارة آنذاك.⁸

في العشرينات، كانت الدولة قد أسست بالفعل عدداً من المستشفيات المتنوعة المنتشرة على مستوى جغرافي واسع، بدءاً من المستشفيات العمومية التابعة للمحليات، وهي مستشفيات تنتشر أفقياً بهدف ضمان توفير خدمات علاج أساسية في المدن الكبرى. وقد استهدفت أن يكون هناك بعاصمة كل مديرية مستشفى عمومي كبير، بجانب مستشفيات الرمد ومستشفيات البلهارسيا والحميات ومستوصفات الأطفال وغيرها.⁹

وكانت هناك ملامح للمجانبة في تلك المستشفيات، مثل قرار صدر في العام 1925 يدعي بحظر تلقي أي مقابل للكشف في العيادات الخارجية للمستشفيات مهما كان «طيفياً»، وقرار آخر في العام 1926 يدعٍ لعلاج مرضى «الدرجة الأخيرة» في المستشفيات العامة مجاناً أيضاً، وذلك لأن أغلب المرضى ممن يطلبون هذه الخدمات عادة ما يكونون من الفقراء.¹⁰

لكن ظلت مشكلة إتاحة الخدمة عثرة أمام نشر المجانية. فقد اعتبرت مصلحة الصحة العمومية في سنة 1927 أن «عدد المستشفيات العمومية التابعة للمصلحة أقل بكثير مما يكفي لسد حاجات السكان».¹¹

لا يتناقض ذلك مع كون العقود الأولى بعد الاستقلال بمثابة نقطة انطلاق نحو تأسيس دولة الرفاه في مصر. ويظهر من التقرير السنوي لوزارة الصحة سنة 1952 أن الدولة قد استطاعت تكوين شبكة واسعة من المستشفيات العامة المنتشرة جغرافياً، حيث بلغ عدد المستشفيات العمومية الموجودة في المدن الكبرى 22 مستشفى، وبلغ عدد المستشفيات المركزية الموجودة بالمراكز الكبرى 68 مستشفى.¹²

7 الطب والأطباء في مصر بناء الهوية المهنية والمشروع الطبي - سليفيا شيفولو - ترجمة ماجدة أباطة - المشروع القومي للترجمة - 2005.

8 مذكرة مجلس الوزراء بشأن قانون تأسيس وزارة الصحة العمومية لسنة 1936.

9 وزارة الداخلية مصلحة الصحة العمومية - برنامج الإصلاح الصحي المصدق عليه من المجلس الاستشاري الصحي - 1927.

10 نفس المصدر السابق.

11 نفس المصدر السابق.

12 وزارة الصحة العمومية - التقرير السنوي العام - 1952.

13 قانون 46 لسنة 1942 بتحسين الصحة القروية.

14 تم الاستيلاء على المستشفيات بقانون 135 لسنة 1964.

15 ماذا قالت لجنة تقصي الحقائق بمجلس الأمة في تقريرها عن مستشفى القصر العيني؟ - الأهرام - 8 أبريل 1966.

سمحت لها بالخروج من نطاق المجانية. مثال على ذلك الاتجاه منذ التسعينات لإنشاء مراكز متخصصة داخل المستشفيات العامة بقرارات رئاسية. وتحت مسمى التخصص، كانت تلك المراكز تتحول إلى نمط جديد من تسعير الخدمات يتيح لها زيادة الأسعار مع تقديم خدمة أكثر تميّزاً.²¹

العوائق المالية أمام تحسين المستشفيات العامة

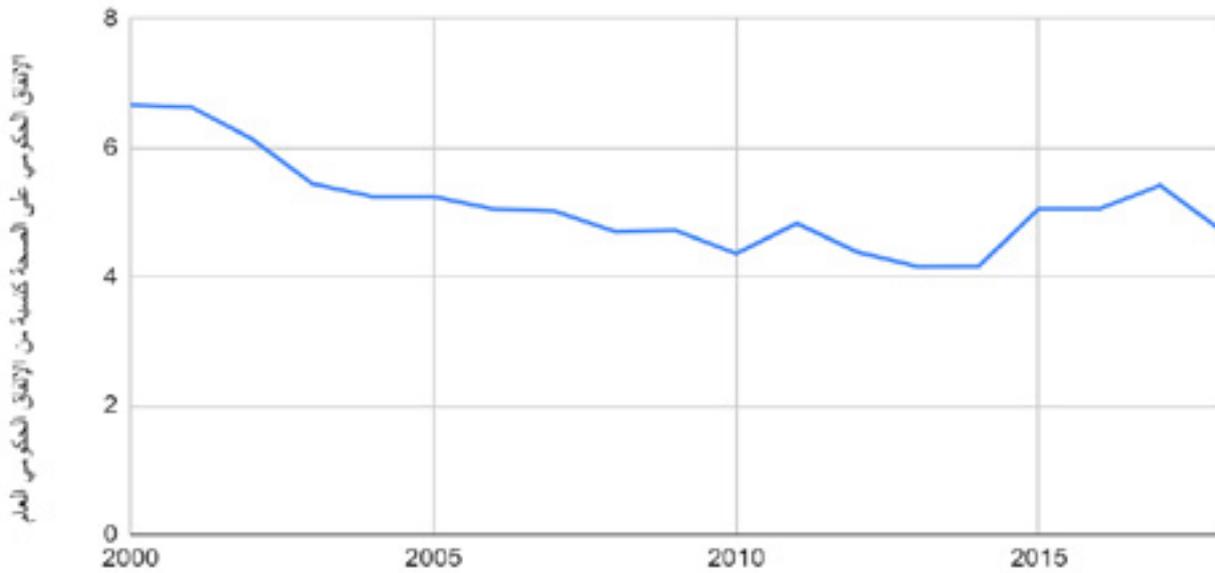
كل هذه المحاولات لزيادة موارد المستشفيات العامة لم تُحدث نهضة في مستوى منظومة العلاج المجاني. فقد ظلّت سمعة المستشفيات التي تقدّم خدماتها بأسعار محدودة موصومة بسوء الخدمة أو عدم إتاحة مستلزمات العلاج، نظراً إلى أن الصحة لم تكن في مقدّمة أولويات الإنفاق العام.

مصادر تمويل هذه الصناديق،¹⁶ وفي 1975 صدر تعديلاً للنظام الخاص بهذه المستشفيات يسمح بتقديم خدمات «العلاج الاقتصادي» بشرط أن لا يتجاوز عدد الأسرة المخصصة لهذا العلاج 20% من إجمالي الأسرة، بحيث تنقسم هذه الأسرة إلى درجة أولى ودرجة ثانية ودرجة ثانية مُخفضة.¹⁷

وفي 1988 صدر قرار آخر لنظام هذه المستشفيات أقر أيضاً بمبدأ وجود أسرة متفاوتة في مستوى الخدمة بين درجات أولى وثانية لكنه جعل نسبة هذه الأسرة 18.30% وحل مكان هذا القرار نظام آخر التسعيرات، تطوّرت خلاله هذه الظاهرة بحيث ارتفعت نسبة أسرة العلاج المُقسمة إلى درجات إلى 40% بجانب تقديم خدمات جديدة مثل إنشاء «قسم للعلاج الفندقية»¹⁹.

وفي العام 2000، تم تفتيت سياسة التسعير من خلال قرار يضع شريحة من المستشفيات العامة التابعة للمحليات تحت لائحة²⁰ تنص على أن تكلفة العلاج تتحدّد على أساس «الظروف الاقتصادية والاجتماعية» للمنطقة الجغرافية التي تقع فيها المستشفى، دون تحديد واضح لمعايير تقييم مستوى المعيشة أو هامش لمعدّل زيادة سعر الخدمة.

الإنفاق الحكومي على الصحة كنسبة من الإنفاق الحكومي العام - المصدر: بيانات البنك الدولي



ويظهر هذا الرسم البياني التراجع في نسبة إنفاق الحكومة على الصحة من الإنفاق العام. في الوقت الذي كانت ترتفع فيه الانتقادات بعدم كفاية الإنفاق على هذا القطاع وتداعي مستوى خدماته ومن ثم حاجته إلى الصعود إلى أولوية أكثر تقدماً في الإنفاق العام على الموازنة.²²

هذا بجانب اللوائح المستحدثة لقطاعات من المستشفيات العامة، والتي

16 قرار رئيس الجمهورية 2444 لعام 1965 بشأن تنظيم وإدارة المستشفيات والحدائق الملحقة بالمجالس المحلية - مادة 4.

17 قرار وزير الصحة ووزير الدولة للحكم المحلي 447 لسنة 1975 بتعديل أحكام اللائحة الأساسية للمستشفيات والوحدات الطبية التابعة للمجالس المحلية مادة 6.

18 قرار رئيس الوزراء ووزير الحكم المحلي ووزير الصحة رقم 3 لسنة 1988 بإصدار اللائحة الأساسية للمستشفيات والوحدات الطبية التابعة لوحدات الحكم المحلي.

19 قرار وزير الإدارة المحلية ووزير الصحة 239 لسنة 1997 بإصدار اللائحة الأساسية للمستشفيات والوحدات الطبية التابعة لوحدات الإدارة المحلية - المواد 7 و 13.

21 مثال على ذلك القرار الرئاسي 365 لسنة 1996 بإنشاء مراكز متخصصة في معهد ناصر ومستشفى الهرم، والذي أتبعه العديد من القرارات المشابهة. ويوجد في الوقت الحالي في وزارة الصحة ما يسمى بقطاع المراكز المتخصصة الذي يشمل تحته هذا النمط من المراكز.

22 منى مينا: لابد من زيادة ميزانية الصحة.. وسوء الخدمة سببه نقص الإمكانيات - شيماء الليثي - مصراوي - يونيو 2015 - https://www.masrawy.com/news/597614/9/6/news_egypt/details/2015

العام عليها قد بلغ خلال السنوات الستة الأخيرة 7.4%، وهو نصف معدل النمو التراكمي لإجمالي مصروفات الموازنة والذي بلغ خلال نفس الفترة 14.8%²⁷، ما يوضح كيف كانت النفقات على القطاع الصحي تزيد بوتيرة أبطأ من الزيادة الإجمالية للإنفاق الحكومي.

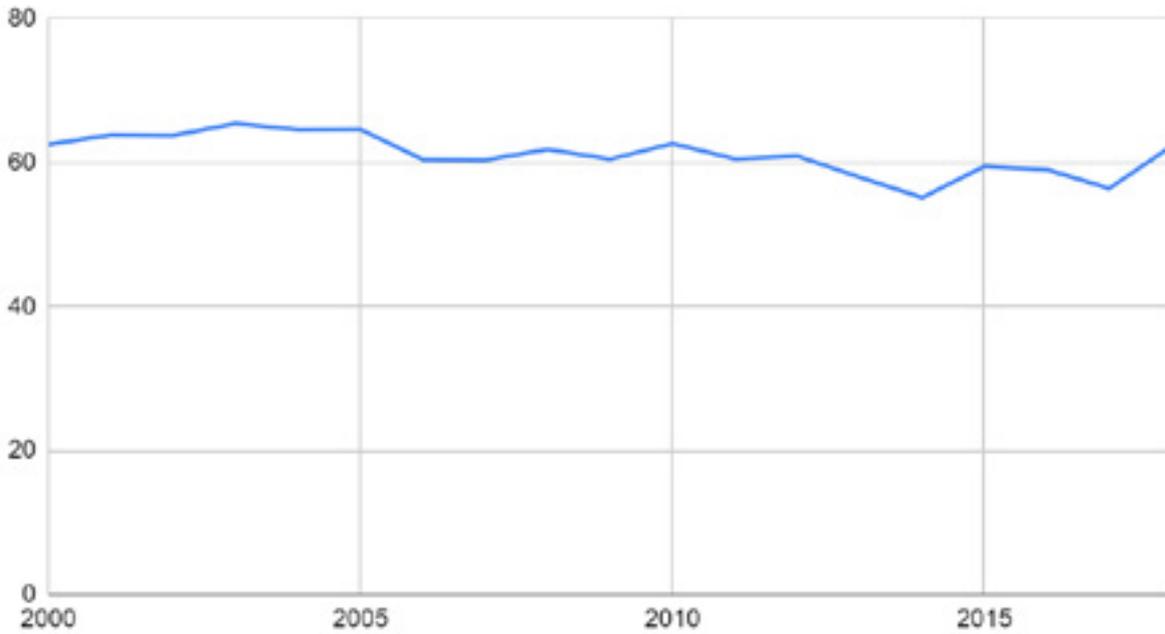
وشهدت هذه الفترة، بين 2015 و2020، موجة من التضخم المرتفع الناتجة عن تعويم الجنيه في نوفمبر 2016، وهو ما ساهم في نمو القيم الإسمية للنفقات الحكومية المختلفة. لكن حجم النفقات المتاحة للصحة كان محدوداً. وظهر تأثير التضخم بشكل واضح على أجور الأطباء، علاوةً على أن حصول المستشفيات على المستلزمات المستوردة أصبح أكثر صعوبة.

ومن أبرز المؤشرات على قصور دور الخدمات الصحية العامة هو نصيب الإنفاق من الجيب الخاص من إجمالي الإنفاق الصحي في مصر (أنظر إلى الرسم البياني الثاني أدناه)، وهو المؤشر الذي يرصد نسبة ما ينفقه المواطنون على شراء الخدمة مقارنةً بما تنفقه الدولة وما ينفقه القطاع الخاص. وكلما ارتفعت هذه النسبة دلّ ذلك على الطابع التجاري المهيم على الخدمات الصحية ومحدودية دور الدولة في دعمها.

وتصل نسبة الإنفاق من الجيب الخاص في مصر إلى 62% بحسب بيانات 2018 وهو ما يمثل ضعف المتوسط العالمي تقريباً²³.

كما أن ضعف أجور الأطباء أصبح واحداً من العوامل الضاغطة بشدة على جودة خدمات القطاع الصحي. فبعد ضغوط طويلة من الأطباء التابعين

الإنفاق من الجيب الخاص كنسبة من الإنفاق على الصحة - المصدر: بيانات البنك الدولي



تسرد لنا طبية في قسم الأشعة بمستشفى القصر العيني، وهي مستشفى حكومي تابعة لقطاع التعليم العالي، تجربتها قائلة: «على مدار عملي في المستشفى منذ نهاية التسعينات كنت ألاحظ كيف تنخفض تدريجياً المخصصات لشراء أصباغ الأشعة. في البداية كانت الأصباغ تنتهي في آخر شهرين من السنة، ثم أصبحت متاحة لنصف العام فقط بعد زيادة تكاليف هذه الأصباغ المستوردة. وفي ظل ظروف التعويم أصبحت متاحة على مدار العام خلال شهر أو اثنين فقط، وباتي السنة نطلب من المرضى شراء الأصباغ على حسابهم الشخصي».

تمثل القصر العيني واحدة من النماذج عن المستشفيات الحكومية التي لا تزال تحافظ على سياسة المجانية. كما أن تبعية المستشفى لقطاع التعليم العالي يمنحه سمعة طيبة نظراً لتوافر الخبرات من أطباء كلية طب جامعة القاهرة وسعي الشباب الطموح للتدرب في المستشفى والاستفادة من هذه الخبرات. لكن المستشفى يعاني من كونه من المنشآت الحكومية القليلة التي تتمتع بخبرات جيدة وتقدم خدماتها مجاناً. وفي نفس الوقت، لا يتوفر لهذه المستشفى التمويل الكافي، مما

لوزارة الصحة، أفرت لهم الدولة حزمة من الحوافز الإضافية لتحسين أجورهم سنة 2014،²⁴ وكان هذا الحافز نسبة من الأجر الأساسي، أي أن زيادته مرتبطة بتطور قيمة هذا الأجر. لكن منذ صدور قانون الخدمة المدنية الجديد في العام 2016،²⁵ أصبحت الحوافز عبارة عن مبالغ مالية مقطوعة وليس نسبة متغيرة، ما جعل القيمة الحقيقية لهذا الحافز تتآكل مع مرور الوقت وتدهور سعر الصرف والغلاء المعيشي.²⁶

وبنظرة أكثر تفصيلاً على توزيع الإنفاق العام على مستشفيات الدولة خلال السنوات الأخيرة، نجد أن معدل النمو التراكمي (CAGR) للإنفاق

23 UNDP-Egypt Human Development Report 2021- P85

24 قرار رئيس الجمهورية بإصدار قانون 14 لسنة 2014 بتنظيم شئون أعضاء المهن الطبية العاملين بالجهات التابعة لوزارة الصحة والإسكان من غير المخاطبين بقوانين أو لوائح خاصة.

25 قانون الخدمة المدنية رقم 81 لسنة 2016.

26 المادة 15 من قانون الموازنة العامة لسنة 2016-2017. الملاحظة بشأن تدهور قيمة الحافز تم استخلاصها من مقابلة أجراها الباحث مع أحد قيادات نقابة الأطباء.

27 حسابات الباحث من بيانات موازنات 2014-2015 و2019-2020.

لحالات العظام والقسطرة ومستلزمات الجراحة المختلفة ومستلزمات الحضانة».

وهناك وجه آخر لمشكلة نقص الموارد، وهو محدودية المستشفيات المتاحة في المناطق الموجودة بعيداً عن المدن الكبرى. يذُكر لنا طبيب يعمل في مستشفى 6 أكتوبر المركزي أن في المدينة ثلاث مستشفيات عامة، ولكن بعض الخدمات غير متاحة لا في المستشفيات التابعة للدولة ولا في المستشفيات الخاصة. «مثلاً، إذا تعرّض مريض لغيوبة كبدية، لن يجد أي جهة في السادس من أكتوبر قادرة على علاجه».

وتظل المشكلة المشتركة بين مختلف أنواع المستشفيات هي نقص أسرة العناية المركزة تحديداً، وهو ما يعود إلى نقص المعدات الكافية أيضاً وكذلك نقص الخبرات الطبية المستعدة للعمل في القطاع الحكومي بأجور أقل بالمقارنة مع القطاع الخاص.

وتشير تقارير إلى هجرة أعداد كبيرة من الأطباء المصريين بسبب ضعف حوافز العمل داخل البلاد، ما ساهم في زيادة مشكلة نقص الكوادر الطبية داخل المستشفيات بصفة عامة.²⁸

تتبعكس هذه المشكلات على مدى رضاء المواطنين على خدمات المستشفيات الحكومية. تم إنشاء الرسم البياني الثالث/التالي على بيانات أعدتها مبادرة من مبادرات المجتمع المدني لبناء قاعدة بيانات عن رضاء المواطنين عن المستشفيات. وكما يظهر في الرسم، فإن الشائع في المستشفيات الحكومية المجانية هو أن تكون درجة الرضاء متدنية أو متوسطة في أحسن الأحوال، ومن النادر أن تكون مرتفعة.

يتسبب في التزاحم على خدماتها ومفاقمة مشكلة نقص التمويل.

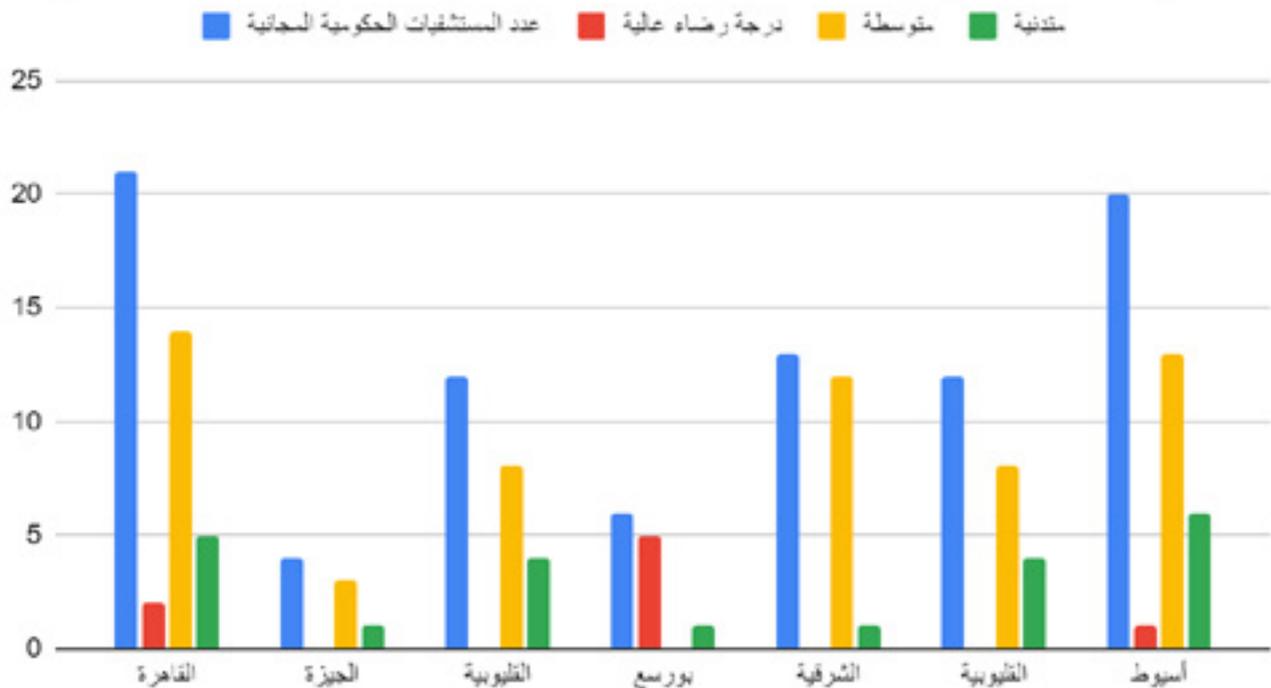
تقول الطبيبة: «تستطيع أن تحجز تذكرة للكشف في العيادات الخارجية برسوم رمزية (حوالي الـ 5 جنيهات). وإذا كانت حالتك تتطلب المبيت، سيتم إحالتك للحصول على سرير مجاني داخل المستشفى. لكن عملياً، فإن العيادات الخارجية والأسرة الداخلية تكتظ بالبشر لدرجة أنه في بعض الأقسام يتشارك مريضان سرير واحد وينام آخرون على الأرض».

وتقول أيضاً: «أحياناً أقابل حالات جاءت من أسوان سافراً إلى القاهرة، وهذه الرحلة الطويلة لمريض في حالة صحية سيئة تُدَلّ على تديي مستوى الخدمات في المحيط الجغرافي للمريض، ما يدفعه لقطع هذه المسافة».

وفي كثير من الأحيان، يتسبب التزاحم في المستشفيات مرتفعة الخبرة في تأخر الوصول إلى الخدمة إذ يدخل المريض في طابور انتظار طويل، وهو ما يؤثر على حالته الصحية. كذلك، فإن نقص الموارد المالية يجبر الأطباء على طلب بعض المستلزمات من المرضى، وهو ما يمثل رسوماً غير مُعلنة للخدمة الصحية في مستشفى مجاني. و«أحياناً يتشارك الأطباء للتبرع لبعض المرضى ممن لا تسمح مستويات دخولهم بتحمل هذه التكاليف»، كما تقول طبيبة القصر العيني.

تتكرر مشكلة نقص المستلزمات في العديد من المستشفيات. يقول طبيب بمستشفى بني سويف التخصصي في نفس السياق: «إن الدخول لغرفة العمليات في مستشفى بني سويف متاح بأسعار منخفضة، لكن المريض يحتاج لشراء مستلزمات غير متاحة مثل الشرائح

EG hospitals تقييم المواطنين للمستشفيات المجانية في عدد من المحافظات - موقع



معركة التأمين الصحي: الوضع الحالي في مصر

ملائمة للخدمات الطبية»³¹.

واعتبرت الهيئة أن فرض الاشتراك في نظام التأمين الصحي بشكل إلزامي هو السبيل الوحيد لضمان قدرة الهيئة على توفير التمويل الكافي، حتى لا تقع في مشكلة نقص الموارد في المستشفيات العامة. وتطلعت الهيئة منذ ذلك الحين إلى أن تتوسع تدريجياً حتى تشمل كل المواطنين، كهدفٍ مباشرٍ ومُعلنٍ لها.³²

هكذا يبدو النظام التأميني الذي تأسس في الستينات شديد التشابه في أهدافه مع النظام الذي تأسس بقانون العام 2018، من حيث التطلع لشمولية التغطية والاشتراك الإلزامي كسبيل وحيد لحل مشكلة التمويل.

كما يبدو من خطاب الهيئة أيضاً أن المستشفيات المجانية كانت في نظرهم مجرد مرحلة انتقالية وأن التأمين هو الوسيلة الأضمن لحماية المواطنين من مخاطر المرض بشكل مستدام. ولكن مصر لم تنتقل أبداً إلى حالة التغطية الشاملة وظلت الشريحة المُدمجة في النظام التأميني شديدة المحدودية، وهو ما أثر على قدرة النظام على تعبئة التمويل ومن ثم على التوسع في خدماته.

كرقم إجمالي، فإنّ التأمين الصحي يغطي نحو نصف المواطنين، وهو معدّل منخفض قياساً بمقارنةً بالتجارب الناجحة والتي وصلت إلى تغطية أكثر من 90%. لكن الأهم هو أن الرقم الإجمالي لا يعكس حقيقة التغطية، فهو يشتمل على شرائح واسعة تسدّد اشتراكات شديدة الرمزية، بينما ظلّت مساهمة القوى العاملة محدودة للغاية في هذا النظام.

وبشكل أكثر تفصيلاً، فقد بلغ إجمالي عدد المؤمن عليهم تحت مظلة أعمال التأمين الصحي في العام 2018 نحو 55.5 مليون مواطن: الفئة الأكبر منهم هم طلبة المدارس (23.3 مليوناً).³³ وقد تمّ إدماج هذه الفئة جبرياً في منظومة التأمين منذ سنة 1992³⁴ ولم تكن هناك مقاومة من أهالي الطلبة نظراً إلى أن الاشتراك المفروض عليهم كان شديد الرمزية (في بداية تطبيقه كان يساوي 4 جنيهات عن كلّ طفل و10% من مصروفات الدراسة في حالة طلاب المدارس الخاصة بحد أقصى 50 جنيه سنوياً، وارتفعت الرسوم في العام 2017 إلى 12 جنيهًا لطلاب التعليم العام والخاص³⁵) ويتم استكمال باقي التمويل من الخزينة العامة.

وبأتي بعد الطلبة المواليد الجدد، وعددهم 15.8 مليوناً.³⁶ تم إدماج هؤلاء في المنظومة بقرار من وزير الصحة في العام 1997،³⁷ ثمّ تمّ فرض هذا التأمين بقانون صدر في العام 2012 يسري على الأطفال دون سن التعليم الأساسي باشتراكٍ رمزيٍّ أيضاً يساوي 8 جنيهات سنوياً.³⁸

في العام 2017، دار نقاش محتدم بشأن قانون جديد للتأمين الصحي يهدف إلى تغطية كافة المصريين تدريجياً خلال 15 عاماً.

أبرز تغيير جاء في هذا القانون هو أنه يُنهي الدور الحالي لهيئة التأمين الصحي كطرف يقوم بمهمتين في وقتٍ واحد: جمع الاشتراكات وتقديم الخدمة من خلال المستشفيات التابعة له، ويُقصر دور الهيئة على جمع الاشتراكات، ثم يفتح الباب لكي تتنافس كل المستشفيات، العامة والخاصة، حتى يُتاح اختيار أفضل العروض المقدّمة من حيث مستوى الخدمة للتعاقد معها.

ورأى مؤيدو القانون الجديد أن فصل التمويل عن الخدمة هو أفضل ضمانة لتحسين مستوى العلاج في التأمين الصحي العام، بينما رأى المعارضون أن النظام الجديد سيساهم في سحق منظومة المستشفيات العامة الممولة من قبل الضرائب، إذ أن دمج هذه المستشفيات مع مستشفيات التأمين الصحي ووضعها في موقع المنافسة مع القطاع الخاص سيتسبب في واحد من سيناريوين: إمّا خروج العديد من المستشفيات الحكومية من الخدمة بسبب عدم قدرتها على التنافس، أو اتجاهها لرفع أسعار خدماتها لكي تستطيع توفير التمويل وتحسين مستوى الخدمة لتصبح بالتالي قادرة على العمل في منظومة التأمين الجديدة، ما سيفقد هويتها كـ «مجانبة».

تفكيك هذا الصراع وفهمه، ومن ثم الحكم على قانون التأمين الجديد الذي تم إقراره بعد نقاشات محتدمة في 2018،²⁹ يتطلّب التعرض لتاريخ نظام التأمين الصحي في مصر بصورته السابقة على القانون الجديد، وتتبع أوجه قوّته وضعفه، وهو تاريخ موازي لتاريخ المستشفيات المجانية الذي تعرّضنا له في فقرة سابقة.

بدأت الدولة سياسة التأمين على صحّة المواطنين في العام 1959 من خلال قانون العمل³⁰ ثم اتجهت لتحديث هذه المنظومة في 1964 من خلال قانونين، رقم 75 و63، اللذان وفرا التأمين للعاملين لدى الدولة والقطاعين العام والخاص، وهي البداية الفعلية لنشاط التأمين الصحي في مصر.

عندما تأسست هيئة للتأمين الصحي في منتصف الستينات، كان خطاب الهيئة شديد الانتقاد للاعتماد على المستشفيات العامة كأداة للحماية من مخاطر المرض. فقد رأى القائمون على الهيئة أن دورهم هو أساس الحماية وأن المستشفيات العامة مجرد أداة تكميلية، وهو ما ينقل لنا صورة مختلفة عن التصور السائد بأن النظام الناصري كان منحازاً لنمط المستشفيات الممولة من الخزينة العامة وأن أي خروج عن هذا النسق يعد من قبيل الخصخصة.

وتقول هيئة التأمين الصحي في كتيب صدر بعد نحو 10 سنوات من تأسيسها: «لقد ثبت للعالم كله أن المستشفيات المجانية تواجهها عادة مشاكل متعدّدة تجعلها قاصرة عن أداء رسالتها، فالمبالغ التي تُخصّص عادةً للإنفاق عليها تكون عاجزة عن مواجهة الطلب المتزايد على خدمات المستشفيات وعلى رغبات الأفراد في الحصول على مستويات

29 قانون التأمين الصحي الشامل رقم 2 لسنة 2018.

30 قانون العمل رقم 91 لسنة 1959.

31 100 سؤال وجواب حول التأمين الصحي - كتيب لهيئة التأمين الصحي - الهيئة العامة لشؤون المطابع الأميرية - 1975 - ص 3.

32 نفس المصدر السابق.

33 النشرة السنوية لإحصاء الخدمات الصحية لعام 2018 - الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء - نوفمبر 2019 - جدول 43.

34 قانون 99 لسنة 1992 بشأن التأمين الصحي على الطلاب.

35 قانون 3 لسنة 2017 بتعديل قوانين منها القانون 99 لسنة 1992 في شأن ال

36 نشرة إحصاء الخدمات الصحية.

37 قرار وزير الصحة والسكان 380 لسنة 1997 بشأن نظام الرعاية الصحية التأمينية للأطفال.

38 قانون 86 لسنة 2012 بشأن التأمين الصحي على الأطفال دون السن المدرسي.

والذي زاد في العام 2017 إلى 12 جنيهه.³⁹

من المواطنين، ومن ثم كانت تحدّ من قدرته على جلب التمويل لتحسين مستوى الخدمة.

يُضاف إلى العوامل السابقة أنّ المستشفيات الحكومية المجانية، خاصة المنشآت التي تتمتع بكوادر خبيرة في مجالاتها، ظلّت تمثل عامل منافسة للتأمين الصحي حتى وإن كانت تعمل بإمكانيات محدودة. فالملايين من المصريين يعتبرون كيانات مثل «القصر العيني» أو «المعهد القومي للأورام» بمثابة ملاذ أخير في حالات المرض الكارثية حتى وإن كانوا سيضطرون للوقوف في طوابير انتظار طويلة أو يتحملوا تكلفة بعض مستلزمات العلاج الناقصة بسبب ضعف الميزانية.

باختصار، فإن نظام التأمين الصحي عجز عن أن يحقق التغطية الشاملة التي تطلع إليها منذ تأسيسه. وبالرغم من محاولاته لإدماج أعداد أكبر منذ التسعينات مثل الطلبة والأطفال، لكن الشريحة الأكثر قدرة على الإسهام في التمويل وهي الطبقة العاملة ظلت عازفة عن المشاركة بدرجة كبيرة.

أسهم ذلك في محدودية التمويل المتاح لنظام التأمين والذي يؤثر بطبيعة الحال على مستوى خدمته؛ لا ينفى ذلك أن النظام ظل قادراً على تقديم خدمة قد تكون في بعض الأحيان أفضل من المستشفيات المجانية، وذلك لأنه لا يسمح للجميع بالاستفادة من خدماته.

على سبيل المثال، تقول طبيبة في مستشفى التأمين الصحي في مدينة نصر: «يتراوح إجمالي تكلفة القسطرة في المستشفيات الخاصة بين 30 و50 ألف جنيه، بينما يتمّ تغطية إجمالي هذه التكاليف بالكامل تحت التأمين، ويتمّ تخفيض سعر أدوية القسطرة من 205 إلى 40 جنيه ومن 350 إلى 60 جنيه».

على أساس هذه الخلفيات جاء نظام التأمين الصحي الجديد ليعالج مشكلات نظام التأمين القديمة، ويدمج منظومة المجانية في داخله، سنسعى في ما يلي لتقديم موجز سريع عن تطور الجدل حول نظام التأمين الصحي الشامل منذ بداية التسعينات، ثم نقدم قراءة في المنظومة الجديدة ومدى قدرتها على تحقيق الأهداف المعلنة من ورائها.

التحويلات الناتجة عن القانون الجديد

بدءاً من التسعينات، جرت محاولات عدّة لإحياء فكرة التغطية الشاملة للمواطنين بالتأمين، خاصة في ظلّ تدهور مستوى المستشفيات العامة بسبب التقشف المالي مع سياسات التثبيت والتكثيف الهيكلي في العام 1991، البداية الفعلية للنيلولبيرالية في مصر.

وساهم البنك الدولي، باعتباره أحد أبرز المانحين لمشروعات الإصلاح الصحي في مصر، في محاولات توسيع نطاق تغطية التأمين الصحي من خلال التوصية بتشريع جديد لتحقيق هذا الهدف ضمن برنامج يموله في العام 1998،⁴³ لكن هذا التشريع لم يمر، وكانت تصورات البنك محل نقد من الكثير من الآراء المعارضة التي رأتها بمثابة محاولة لخصخصة التأمين الصحي.

على الأرجح، لا تمثل الفتتان السابقتان عبئاً كبيراً على منظومة التأمين، نظراً إلى أن احتمالات المرض لديهم أقل بكثير من المسنين. وإن صح هذا الافتراض فهو يفسر لنا لماذا كان سهلاً على الهيئة أن تدمجهم مقابل الاشتراكات الرمزية، ليساهم ذلك في تعظيم عدد مجمل الخاضعين لنظام التأمين الصحي.

أمّا عن المشتركين من القوى العاملة، فعددهم 12.3 مليوناً فقط،⁴⁰ أي نحو 22% فقط من الرقم الإجمالي. ويشمل هؤلاء موظفي الحكومة وموظفي قطاع الأعمال العام والخاص، والذين يسدّدون نسبةً من دخولهم وفقاً للتشريعات المفروضة في هذا المجال.

ولأن القوى العاملة تمثّل الركيزة الأساسية لأي نظام تأمين صحي، كونها الأكثر قدرة على توليد الدخل ومن ثمّ المساهمة في اشتراكات النظام، فإنّ ضئالة مساهمتها في نظام التأمين المصري على الأرجح تفسر عجز هذا النظام عن توليد إيرادات كافية لتطوير خدماته على المستوى المأمول.

ويتبين لنا محدودية مساهمة العاملين في نظام التأمين، إذا حسبنا نسبة هؤلاء المشتركين من إجمالي قوة العمل، والتي تبلغ %44،⁴¹ أي أقل من النصف، وقد تعزى هذه المحدودية إما لتفاقم علاقات العمل غير الرسمية أو لانتشار البطالة.

يُضاف إلى أسباب محدودية تمويل هذا النظام، أن العاملين المشتركين في التأمين الصحي لا يساهمون بالضرورة باشتراكات عن دخولهم الحقيقية. لأن العديد من مواقع العمل وكذلك بعض العاملين يحاولون قدر الإمكان تقليل قيمة الأجر الخاضع للاشتراك التأميني. فأصحاب العمل يريدون خفض تكلفة مساهمتهم في التأمين لتعزيز أرباحهم، والكثير من العاملين يرغبون في تقليل المستقطع من الأجور في ظلّ ضعف مستويات الدخل وغياب التمثيل النقابي عن الكثير من المواقع وعدم وجود سياسة قوية لفرض حد أدنى للأجور.

ومن العوامل المساهمة أيضاً في الحدّ من الإقبال على الاشتراك هو أن سياسات الدولة نفسها كانت تدعم هذا العزوف. فبدءاً من السبعينات، تمّ تقديم خدمة «العلاج على نفقة الدولة»⁴² وهو نوع من العلاج المجاني لفئات ترى الدولة أنهم يستحقّون للدعم. وهكذا كانت الدولة تقدّم للمواطنين بديلاً مجانياً يضمن لهم الحماية في حالات المرض الكارثية، ما يغري البعض بعدم تحمل أعباء الاشتراكات التأمينية.

هذا بجانب تعدّد الجهات المُقدّمة لخدمة التأمين، سواء شركات التأمين الخاصة، أو أشكال التأمين التي توفرها الأجهزة الحكومية للعاملين فيها ولأسرهم مثل المستشفيات التابعة للوزارات. كانت هذه البدائل التأمينية تحدّ من فرصة توسّع النظام العام في تغطية أكبر عددٍ ممكن

39 قانون 3 لسنة 2017 بتعديل قوانين منها 86 لسنة 2012 بشأن التأمين الصحي على الأطفال دون السن المدرسي.

40 نشرة إحصاء الخدمات الصحية.

41 الأفراد داخل قوة العمل هم من يمارسون العمل بالفعل ومن يرغبون في ذلك لكن لا يجدون فرصة للعمل، وبلغ عددهم في الربع الرابع من 2018 نحو 28 مليوناً وفقاً لبيانات الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء في النشرة ربع السنوية لبحث القوى العاملة عن عام 2018، ومن المهم أن نشير إلى أن هناك الكثيرين يخرجون من قوة العمل رغماً عنهم بسبب اليأس من الوصول لفرصة عمل والكثير منهم يكون من النساء، هؤلاء يحتاجون أيضاً للتأمين الصحي والاجتماعي ولكن لا يظهرون في البيانات الرسمية.

42 قرار رئيس الجمهورية 691 لسنة 1975 في شأن علاج العاملين والمواطنين على نفقة الدولة.

الاستثمارات العامة على خدمات الرعاية عالية التخصص التي تتطلب استثمارات كثيفة.⁵²

لكن هذا الجدل لم يركّز على المعضلة الأكبر وهي التمويل. فهذا النظام الجديد سيقوم بالأساس على توفير التمويل من اشتراكات المواطنين، من خلال ضرائب جديدة تتبع كافة أشكال دخول الأفراد، وهي القضية المركزية التي تجاهلها المؤيدون للقانون، حيث تم بناء القانون على أساس فرضية أن المواطن سيوافق بسهولة على الإفصاح عن دخله بمجرد ارتفاع مستوى جودة الخدمات مع دخول القطاع الخاص في منافسة مع المستشفيات الحكومية. فهل ستُحقّق هذه الفرضية؟

سنحاول في الجزء التالي أن نحلّل الهيكل التمويلي لنظام التأمين الصحي الجديد، ونضع تصورا حول إمكانيات نجاحه أو فشله.

القراءة المالية لتحوّلات النظام الصحي

منذ 2015، اعتمدت مصر حزمة من السياسات كان الهدف منها الاقتراب من رؤية المؤسسات المالية الدولية، وعلى رأسها صندوق النقد الدولي، المتعلقة بالحدّ من العجز المالي في موازنة العامة. ومن هذه السياسات سياسة تحرير أسعار الطاقة وسنّ قانون جديد للضرائب على الاستهلاك (ضريبة القيمة المضافة) وتحرير سعر الصرف الرسمي للبلاد، مع العمل على تحويل أشكال الدعم المختلفة (السليبي والنقدي) إلى أنماط أكثر استهدافاً للفئات الأشدّ فقراً وإقصاء الطبقات الوسطى من الاستفادة منها. وقد حظيت هذه الإجراءات بثناء واضح من المؤسسات الدولية باعتبارها أدوات لخفض العجز المالي ومن ثم الحفاظ على بيئة متوازنة مالياً، ممّا من شأنه تهيئة المناخ لاستقبال استثمارات أجنبية أكبر.

ومع الدخول في أزمة مالية خانقة في العام 2016، ساعدت عليها نشأة سوق موازية نشيطة للغاية للعملة الأميركية خارج النطاق المصرفي، أصبح الاقتصاد المصري في احتياج شديد لما يطلق عليه «شهادة الثقة» من المؤسسات المالية الدولية لكي يستعيد الثقة في العملة المحليّة. ومن ثمّ توقّف نزيف المضاربة على الدولار واشتدّت القدرة على الاندماج مجدداً في النظام المالي العالمي.

في هذا السياق، تحالفت مؤسسات مالية دولية عدة لمنح مصر هذه الثقة في العام 2016، وعلى رأسها صندوق النقد الدولي. وأصبحت الدولة أكثر التزاماً باتباع سياسات الإنفاق العام المساهمة في الحدّ من العجز المالي، الأمر الذي شجّع على تمرير التشريعات التي بدت الدولة مترددة بشأنها منذ التسعينات.

ونزعم أن قانون التأمين الصحي الشامل جاء مدفوعاً بهذه الرؤية المالية، فهو يحمل أهدافاً طموحة لتحسين مستوى الحماية الصحية ومد شبكة الأمان لقطاع واسع من الفئات المحرومة، بطريقة من المفترض أن تعتمد بشكل كبير على تمويلات المشتركين، وليس على الخزنة العامة كما كان الحال في منظومة المجانية.

ولكي تتضح وجهة نظرنا بشأن هذا التحليل المالي للتطورات الأخيرة في سياسات الصحة العامة في مصر، نحتاج إلى البحث في مصادر تمويل النظام الصحي الجديد كما تأتي في القانون الذي تمّ إقراره في العام

وفي تقرير نشره لاحقاً، قدم البنك تصوراتاً عن التأمين الصحي بشكل أكثر وضوحاً، والتي ركزت على فكرة فصل التمويل عن تقديم الخدمة، بحيث تتفرغ الجهة المسؤولة عن التمويل على متابعة تدفق الموارد والجهة المسؤولة عن الخدمة على تحسين الجودة، مع فتح الباب للجهات العامة والخاصة على التنافس على تقديم الخدمات للتأمين الصحي.⁴⁴

وفي 2018، صدر قانون جديد للتأمين الصحي في مصر تبنى بشكل كبير تصورات البنك الدولي، ما جعل القانون أمراً مثيراً للجدل في أوساط المعارضين لرؤية البنك، والتي استشعرت أن الهدف من القانون هو الحد من نظام المجانية (المنظومة غير التشاركية).

وبشكل أكثر تفصيلاً، ستكون هناك ثلاث هيئات تحت القانون الجديد: الأولى هي هيئة التأمين الصحي الشامل، وستقوم الهيئة بدور الجهة التي تتلقى الاشتراكات وتدير الشؤون المالية لنظام التأمين الصحي، وتعمل على تسعير الخدمة المُقدّمة من خلال النظام التأميني،⁴⁵ والتعاقد مع الجهات المُقدّمة للخدمة العلاجية. ويفتح القانون الباب للتعاقد مع جهات تابعة للدولة أو أي جهات أخرى.⁴⁶ أما الهيئة الثانية -هيئة الرعاية الصحيّة- ستكون مسؤولة عن تقديم الخدمة للمؤمن عليهم، سواء في مستشفيات التأمين الصحي أو المستشفيات التابعة لوزارة الصحة، أو تتولى عملية تأهيل مستشفيات القطاع الخاص لكي تندمج في عملية تقديم الخدمة.⁴⁷ وتتولى الهيئة الثالثة الاعتماد والرقابة الصحية بهدف ضمان جودة مستوى الخدمة العلاجية.⁴⁸

وهكذا سيسمح القانون الجديد بتوجيه منظومة المستشفيات العامة، أو قطاع كبير منها، بالتدرج لخدمة التأمين الصحي. ويرى معارضو القانون أن بعض المستشفيات الحكومية لن تقدر على الاندماج في نظام التأمين الصحي بسبب تدهور مستواها، وسيتم بالتالي إهمالها وحرمانها من التمويل ومن ثمّ إغلاقها في وقتٍ لاحق.⁴⁹

من جهة أخرى، يحذر معارضو القانون من دور القطاع الخاص في تسعير الخدمة التأمينية. إذ يعطي القانون لهيئة التأمين الصحي الحق في تعيين ما لا يزيد عن ربع عدد أعضاء لجنة تسعير الخدمة من مقدمي الخدمة من القطاع الخاص،⁵⁰ ويفرض على الهيئة شراء الخدمة الصحية «بهاشم ربح عادل» دون تحديد ما هي معايير هذه العدالة.⁵¹ كما يرى المعارضون أن ذلك يفتح الباب لرفع سعر الخدمة وزيادة الأرباح.

ويردّ مؤيدو القانون على هذه الانتقادات بأنّه لا يوجد مبرّر لاحتكار الدولة لكل خدمات التأمين الصحي، حيث يتمتّع القطاع الخاص بانتشار واسع للعيادات الخارجية الممكن الاعتماد عليها لإحياء خدمات الرعاية الأوليّة، خاصة في ظلّ ضعف مستوى وحدات الرعاية الأولية الحكومية، وتركيز

44 World Bank - A Roadmap to Achieve Social Justice in Health Care in Egypt - P10

45 مادة 4 و9 من قانون التأمين الصحي الشامل رقم 2 لسنة 2018.

46 مادة 11 من قانون التأمين الصحي.

47 مادة 16 من قانون التأمين الصحي.

48 مادة 27 من قانون التأمين الصحي.

49 ثلاثة قضايا أثارت الخلاف حول «التأمين الصحي» الجديد - محمد جاد - مصراوي - 2017 - https://www.masrawy.com/news/news_economy/1063698/19/4/details/2017

50 مادة 9 من قانون التأمين الصحي.

51 مادة 11 من اللائحة التنفيذية لقانون التأمين الصحي لسنة 2018.

2018،⁵³ وهي كالتالي:

1- الاشتراكات التي يؤديها المؤمن عليهم، وهي على الأرجح ستكون المساهم الأكبر في تمويل النظام لأنها ستُفرض بشكل إلزامي أي أنها ستكون بمثابة ضريبة جديدة، حيث سيتم حصر الأفراد غير المسددين للاشتراكات واتخاذ الإجراءات القانونية تجاههم، كما سيتم مطالبتهم بالفوائد على المتأخرات القائمة عليهم.⁵⁴

ومن المهم أن نشير هنا إلى أن الدخل الذي يتحدث عنه قانون التأمين الصحي لا يقتصر على وظيفة واحدة، فإذا كان للعامل وظيفتين أو أكثر سيتم إخضاع كل مداخله لنسبة التأمين.

علاوة على ذلك، سيلتزم العاملون لأول مرة بسداد اشتراكات عن زوجاتهم اللاتي لا يعملن. هذا بجانب التزامهم بالتأمين على أولادهم وإن كان هذا التقليد متبعاً منذ العام 1992. لكن في القانون الجديد لن تكون الاشتراكات بمبالغ رمزية، بل ستكون أيضاً نسبة من دخل رب الأسرة.

هذا فيما يتعلق بالعاملين لدى القطاع الخاص والعام. أضف إلى ذلك أن القانون ألزم أصحاب المعاشات بسداد الاشتراك ومن يحصلون على معاش قانون 112 وهم من الفئات التي عملت في وظائف لم تسمح لها بالاشتراك في نظام تأميني، مثل باعة الصحف وماسحي الأحذية وغيرهم. كذلك فرض القانون سداد الاشتراكات على المصريين العاملين في الخارج.

2- وبجانب الاستقطاعات سيقوم المؤمن عليه بسداد رسوم عند تلقي الخدمة، وتمثل نسبة من تكلفة العلاج الذي يتلقاه. وكون المساهمة نسبة يعني أنه كلما ارتفعت تكلفة بيع الخدمة من طرف المستشفى المتعاقد معها إلى هيئة التأمين الصحي فإن المساهمة تكون في ازدياد مستمر.

3- أما عن الموارد التي سيتم جمعها من مجتمع الأعمال، فقد فرضت استقطاعات على من كانوا يخضعون لقانون 108 لسنة 1976. وهذا القانون معني بمن يعملون لدى أنفسهم، وممن يديرون أنشطة اقتصادية صغيرة. كذلك سيتم الاستقطاع من دخول أصحاب المهن الحرة. هذا بجانب المساهمة التي يؤديها صاحب العمل عن المؤمن عليهم.

كما ألزم أيضاً بفرض استقطاعات على الشركات ولكن بنسبة شديدة الهامشية: إثني ونصف في الألف من الإيرادات السنوية.

4- هناك أيضاً مساهمة الخزينة العامة لدعم غير القادرين ممن سيتم إلحاقهم بنظام التأمين الصحي الجديد. وهذا هو الدور الأكثر تحديداً للخزينة العامة في النظام الجديد. وتقتصر هذه المساهمة على سداد ما يساوي 5% من الحد الأدنى للأجور عن كل مشترك، هذا بجانب الأموال التي ستجمعها الجهات الحكومية لصالح تمويل هذه المنظومة مثل ضرائب على السجائر ورسوم مفروضة على تراخيص السيارات وطابع دمغة.

5- هذا بالإضافة إلى مصادر التمويل التقليدية مثل عوائد استثمار أموال الهيئة والمنح والهبات.

وكما يتضح من التحليل السابق، فإن النظام الجديد للتأمين يراهن بقوة على مساهمة الطبقة الوسطى في تمويله، من خلال رصد الدخل الإجمالي

للعامل من أكثر من وظيفة وإلزامه بسداد الاشتراكات عن كل الأسرة. وذلك في مقابل وضع حدود صارمة لتوسع الخزينة في تمويل النظام، تتمثل في اقتصرها على تمويل غير القادرين الذين يتم تحديدهم بناءً على معايير غير شفافة وغير يسيرة.

ويمثل ذلك تحدياً أساسياً أمام قدرة هذا النظام على النجاح، في ظل محدودية قدرة الدولة على حصر الدخل والجباية الضريبية، وهي مشكلة تتجلى بشكل واضح في تواضع مستوى إيرادات ضريبة الدخل من مجمل إيرادات الضرائب، 37%، خلال الأعوام المالية 2016-2020.⁵⁵

وربما هذه المحدودية هي التي دفعت المشتري لاستهداف جمع التمويل أيضاً عن طريق بعض من ضرائب الاستهلاك سهلة التحصيل، بالرغم من أثرها الاجتماعي السيء على المستهلكين.

الواقع هو أن ضعف القدرة على حصر الدخل مسألة لها تاريخ طويل، وعلى الأرجح هي التي ساهمت في عدم نجاح دولة الستينات في دمج القطاع الأكبر من المواطنين في منظومة التأمين. فخلال تلك الحقبة، كانت هناك ضرائب دخل وثروة بمعدلات بالغة الارتفاع، ولكن عملياً كانت الدولة عاجزة عن تتبّع هذه الدخل والثروات، ومن ثم كان الإسهام الفعلي لهذه الضرائب في مجمل الحصيلة الضريبية شديد التدنّي.⁵⁶

ولا يزال الجهاز الضريبي غير قادر على إحداث تطوّر ملموس في تتبّع الدخل. ينعكس ذلك بوضوح في معدلات التهرب الضريبي الواسعة في فئات المهنيين والتجار،⁵⁷ ناهيك عن تفاقم المعاملات غير الرسمية.

وعليه، تبدو إفصاحات وزارة المالية عن معدلات اشتراك المواطنين في التأمين الصحي الجديد غير واقعية إبدأً. فالوزارة تحدثت عن أنها سجلت 85% من المواطنين في محافظات المرحلة الأولى من تطبيق التأمين الشامل: الإسماعيلية، بورسعيد، أسوان، الأقصر، السويس، وجنوب سيناء.⁵⁸ فهل استطاعت فعلاً أن تتجاوز كل مشكلات التهرب الضريبي السابقة وتحصر أغلب دخول هؤلاء المواطنين في هذه المحافظات؟ أم أنها تعاملت فقط مع الجزء الظاهر من هذه الدخل؟

على الأرجح، فإن نظام التأمين الصحي لا يزال يعتمد على الفئات التي كان يغطيها بالفعل، أي العاملين لدى الدولة والعاملين المغطيين بنظام التأمينات، وإن مفهوم الأجر لا يزال نفسه المتبّع في النظام القديم خاصة وأن اللائحة التنفيذية لقانون التأمينات الجديد لم تصدر إلا في أكتوبر 2021.

من جهة أخرى، وإن كان يُحسب للقانون اهتمامه بالتوسع في تغطية غير القادرين، لكن من المهم أن ندقق في طريقة تعريفه للفئة غير القادرة، وهي تتضح بشكل أكبر في قرار لرئيس الوزراء صدر في العام 2019،⁵⁹ الذي تضمن معايير بعضها يبدو عادلاً وحرصاً فعلاً على دمج فئات

55 وزارة المالية التقرير المالي الشهري عن شهر أغسطس 2021. ص 28.

56 للمزيد من التفاصيل حول تاريخ الضرائب في مصر أقرأ «الضرائب مصلحة من» تأليف محمد جاد وآخرون - دار المرايا 2020.

57 على سبيل المثال في العام المالي 2020 بلغ قيمة الضرائب المحصلة من النشاط المهني غير التجاري 2.7 مليار جنيه وهي قيمة لا تذكر من إجمالي حصيلة الضرائب العامة التي تتجاوز 382 مليار جنيه.

58 تسجيل 85% من المستهدفين بمحافظة المرحلة الأولى للتأمين الصحي الشامل - مصراوي - أكتوبر 2021 - shorturl.at/tCEPU

59 قرار رئيس الوزراء 1948 لسنة 2019 بشأن تحديد غير القادرين وضوابط إعفاؤهم من أعباء نظام التأمين الصحي الشامل.

53 مادة 40 من قانون التأمين الصحي الشامل لسنة 2018.

54 مادة 55 من اللائحة التنفيذية لقانون التأمين الصحي الشامل لسنة 2018.

وهناك أيضاً إشارة إلى أحقيّة المستفيدين من معاشات تكافل وكرامة. فعلى الأرجح، ستكون هذه الفئات من أوائل الفئات الملتحقة لأن الدولة لديها بالفعل قواعد بيانات عنها. لكن منذ تطبيق هذه المعاشات عام 2015 وهي خارج القانون، أي أنها تتم بقرارات وزارية ولم يتم تشريعها تحت البرلمان وبموجب إدارة نقاش حول الفئات التي تستحق الانضمام. بل إن الدولة لم تعلن فلسفة واضحة حول معايير الاستحقاق والاستبعاد من هذه المنظومة، والتي تبدو متشدّدة في قبول أفراد جدد في كثير من الأحيان.

واسعة، مثل الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة غير القادرين على العمل والقاطنين في مؤسسات الرعاية الاجتماعية.

ولكن بعض آخر من هذه المعايير يبدو غير واضح مثل الحديث عن استحقاق كلّ رب أسرة غير قادر على توفير الاحتياجات الأساسية لأسرته لدعم الدولة للدخول في منظومة التأمين الصحي، دون تحديد ما هي «الاحتياجات الأساسية» المقصودة، وهل تم حسابها بطريقة واقعية تتناسب مع مستوى تكاليف المعيشة في محيط الأسرة الجغرافي وتواكب التغيرات السريعة في مستويات الأسعار؟

الخاتمة

على الرغم من أن البنك الدولي ساهم بقوة في بلورة التصورات الخاصة بقانون التأمين الصحي الجديد، لكن لا يمكن افتراض أن القانون جاء مدفوعاً من الخارج، فالتصورات عن الحاجة لتغطية كل المواطنين بالتأمين الصحي والتعامل مع المستشفيات المجانية على أنها مساهم تكميلي أو مرحلة انتقالية في تاريخ الحماية الصحية كانت موجودة لدى الدولة منذ الستينات.

كما يمثل قانون التأمين الجديد قطيعة مع نظام الحماية الصحية السابق بعيوبه التي تتمثل في تعدد الجهات الحكومية وتعارض أدورها في بعض الأحيان، وضعف قدرة نظام التأمين السابق على جمع الاشتراكات والتمويلات من المواطنين.

لكن من جهة أخرى تقف أمام القانون الجديد تحديات تركز بالأساس على ما أثاره ادم واجستاف عن معضلة الدول النامية عندما تحاول أن تعتمد على نظم صحية تشاركية في الوقت الذي تعجز فيه الدولة عن جمع الأموال من الطبقة العاملة، ويضاف إلى ذلك أيضاً ما يمثله النظام التشاركي من عبء إضافي على الطبقات الوسطى في وقت تعاني من ضغوط ناتجة عن تحرير أشكال أخرى من الدعم.

ويُظهر التحليل المالي لنمط تمويل نظام التأمين الصحي الجديد العديد من المخاطر التي قد تقف عائقاً أمام قدرة هذا النظام على تحقيق أهدافه الصحية والاجتماعية:

1- مخاطر التركيز على العملاء المعروفين للدولة:

في حالة عجز الدولة عن حصر الدخل، سيكون فرض أعباء الاشتراك غير عادل، حيث سيتم التركيز على الاستقطاع من الأوعية المعروفة للدولة، العاملين المسجلين في نظام التأمينات القديم، بينما قد تخرج القطاعات غير الرسمية من النظام أو يتم الاعتراف بجزء محدود من دخلها والتهرب من إخضاع الجزء الآخر.

2- مخاطر محدودية التمويل:

ربما يصل نظام التأمين الحالي لنفس نتيجة النظام السابق، وهي عجزه عن جمع التمويل الكافي لتحقيق الأهداف التي وضعها بشأن توفير خدمة صحية عالية الجودة لكل المصريين، ومن ثم يظل نطاق خدماته محدوداً، ويكون التطور الوحيد هو رفع مستوى الخدمة لبعض المواطنين ودمج بعض من الفئات غير القادرة في المنظومة.

3- سيطرة القطاع الخاص على تسعير الخدمة:

لا شك أن الحصول على الخدمة في نطاق التأمين الصحي سيظل أفضل حالاً على الدوام من الحصول عليها مباشرةً من السوق. ولكن هذا لا يعني أن عبء تكلفة الخدمة يكون جامداً داخل النظام التأميني، فهو عرضة دائماً للتغيير، إذا ما عرضت الجهات التي تبيع خدماتها لهيئة التأمين سعر أعلى.

وبينما ينص القانون على شراء الخدمات بسعر التكلفة مع هامش ربح «عادل»، لم يحدّد ما هي معايير هذه العدالة، كما أنه سمح للقطاع الخاص بتمثيل مؤثر في تسعير الخدمة، ما قد يعرض المؤمن عليهم لزيادة متسارعة في عبء المساهمات حتى وإن ظلت التكلفة أقل من شراؤها مباشرةً من القطاع الخاص.

4- عدم قدرة النظام على تحقيق أهدافه بسبب العجز في الأطباء:

يبدو من التطبيقات الأولى للتجربة أن الأطباء لا زالوا غير راضين على مستويات أجورهم، بالرغم من أنها زادت تحت نظام التأمين الجديد إلى ما يقرب من 10 ألاف جنيه للطبيب. وأحد التفسيرات لعدم الرضى هو أن النظام التأميني الجديد اضطر لجلب عدد كبير من أطباء المحافظات الكبرى مثل القاهرة إلى محافظات بعيدة عن المركز مثل بورسعيد بسبب نقص الكوادر الطبية هناك. وفي القاهرة لا يعتمد الطبيب على أجره من المستشفى فقط، ولكن دخله من عيادته الخاصة أيضاً. وعندما يهجر الطبيب عيادته لكي ينتقل إلى محافظة مثل بورسعيد يجد أن صافي الدخل المتوقع غير كافٍ لإقناعه بالبقاء.

5- أن يكون الهدف هو إزاحة القطاع العام من المشهد:

تحت النظام الجديد، ستصبح هيئة التأمين مجرد متعاقد على شراء الخدمة، وهو ما ينهي احتكارها لعملية تقديم الخدمة مباشرة للمواطنين تحت النظام القديم، بل إن المستشفيات العامة الأخرى التي لم تكن في نطاق مسؤولية هيئة التأمين بصيغتها القديمة ستعمل على الاندماج في منظومة مقدّمي الخدمات المتعاقدين مع هيئة التأمين الجديدة. ولكي تقدر على الاندماج في هذه

المنظومة، تم السماح لها بتحريك أسعارها لكي تحقق عوائد مالية أكبر تساعد على التطوير.⁶⁰ إذا ما تحققت السيناريوهات السلبية السابقة، من حيث عجز نظام التأمين عن دمج فئات واسعة من المواطنين وسيطرة القطاع الخاص على التسعير، ستصبح المحصلة النهائية لهذه التجربة هي تصفية نموذج «المستشفى المجاني» بدون حلول نموذج «التأمين الشامل» مكانه.

وبناء على التحليلات السابقة، نرى ضرورة أن تحسم الدولة خياراتها بشأن تبني نظام تشاركي أو غير تشاركي بناء على معطيات واقعية، ومدى قدرتها على جمع الاشتراكات ودمج أعداد جديدة في منظومة التأمين، وأن يتم إطلاع الرأي العام على بيانات تعبر عن مدى استجابة المواطنين للمنظومة الجديدة خلال المراحل الأولى من تطبيقها، ويتم إدارة حوار مجتمعي حول ذلك.

ويجب أن تكون الحماية الصحية لأكثر عدد ممكن هي الأولوية وأن تتراجع ورائها أهداف تخفيف العبء المالي عن الخزانة العامة، بحيث إذا تطلب نجاح المنظومة الجديدة دعم أكبر لغير القادرين أو دعم للطبقات الوسطى يتمثل في تخفيف عبء الاشتراكات عنهم، أو دعم للمستشفيات الحكومية لكي تكون قادرة على القيام بدورها في المنظومة الجديدة، تتم زيادة الإنفاق مع البحث عن موارد عامة جديدة من خلال المنظومة الضريبية.

وأخيراً يجب أن يتم النظر للنظام غير التشاركي على أنه بديل غير مستبعد، في حالة العجز عن تطبيق النظام التشاركي أو ثبت أن عيوبه أكبر من مميزاته.

60 تمهيدا لدخولها منظومة التأمين الصحي.. نقل تبعية عدد من المستشفيات إلى أمانة المراكز الطبية المتخصصة - محمد سامي - مصراوي - مايو 2021 - https://www.masrawy.com/news/news_egypt/details/2021/2017605/5/5

وهل تصير المستشفيات الحكومية المصرية للمقتدرين مادياً فحسب؟ - سهاد حسن - رصيف 22 - يونيو 2021 - <https://raseef22.net/article/1083026>

مبادرة الإصلاح العربي

مبادرة الإصلاح العربي مؤسسة بحثية رائدة للبحوث الفكرية المستقلة، تقوم، وبشراكة مع خبراء من المنطقة العربية وخارجها، باقتراح برامج واقعية ومنبثقة عن المنطقة من أجل السعي إلى تحقيق تغيير ديمقراطي وعدالة اجتماعية. تقوم المبادرة بالأبحاث السياسية، وتحليل السياسات، وتقدم منبراً للأصوات المتميزة وتلتزم في عملها بمبادئ الحرية والتعددية والمساواة بين الجنسين.



contact@arab-reform.net

باريس - بيروت - تونس