

أوراق
البدائل

الصحة والعقد الاجتماعي الجديد لها بعد تورتة ٢٥ يناير



منتدى البدائل العربي للدراسات
Arab Forum for Alternatives



عبد الله عرفان

مدرس مساعد بقسم إدارة الأعمال
كلية التجارة - جامعة الأزهر

منتدى البدائل العربي للدراسات (A.F.A)

العنوان: شقة ٤، الطابق الرابع، ٥ شارع المساحة، الدقي، القاهرة (ج.م.ع)

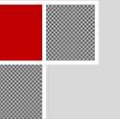
Website: www.afaegypt.org

Mail: info@afaegypt.org

Telefax: +202-37629937

Twitter: AFAalternatives

Facebook : <https://www.facebook.com/AFAalternatives>



الصحة والعقد الاجتماعي الجديد لما بعد ثورة ٢٥ يناير

مصر في المرحلة الانتقالية: خبرات من دول الرفاهة

(ورشة عمل)

عبد الله عرفان

مدرس مساعد بقسم إدارة الأعمال

كلية التجارة - جامعة الأزهر

منتدى البدائل العربي للدراسات (AFA): مؤسسة بحثية تأسست عام ٢٠٠٨ وتسعى لتكريس قيم التفكير العلمي في المجتمعات العربية، وتعمل على معالجة القضايا السياسية والاجتماعية والاقتصادية في إطار التقاليد والقواعد العلمية يربط البعدين الأكاديمي والميداني.

ويعمل المنتدى على توفير مساحة لتفاعل الخبراء والنشطاء والباحثين المهتمين بقضايا الإصلاح في المنطقة العربية، تحكمها القواعد العلمية واحترام التنوع، كما يحرص على تقديم البدائل السياسية والاجتماعية الممكنة، وليس فقط المأمولة لصانع القرار وللنخب السياسية المختلفة ومنظمات المجتمع المدني، في إطار احترام قيم العدالة والديمقراطية وحقوق الإنسان.

ومن أجل ذلك يسعى المنتدى لتنمية آليات للتفاعل مع المؤسسات المحلية والإقليمية والدولية المهتمة بمجالات التغيير والإصلاح. ويرتكز المنتدى في عمله في هذه المرحلة على ثلاثة محاور: تحليل السياسات والمؤسسات العامة، المراحل الانتقالية والتحول الديمقراطي، الحركات الاجتماعية والمجتمع المدني.

ويتخذ المنتدى لتنفيذ تلك الآليات والأهداف شكلا قانونيا متمثل في شركة ذات مسئولية محدودة (س. ت ٣٠٧٤٣)

هذه الأوراق تصدر بصفة غير دورية

وهي نتاج سيمانار داخلي ولا تعبر بالضرورة عن رأي منتدى البدائل العربي للدراسات

قائمة محتويات

٤	الخدمات الصحية والعقد الاجتماعي لثورة ٢٣ يوليو
٥	مشكلات النظام الصحي المصري
٧	وزارة الصحة
٨	التأمين الصحي
١٠	أفكار الإصلاح والعقد الاجتماعي الجديد
١١	هيكل اقتصادي اجتماعي جديد



نشر وتوزيع



رقم الإيداع: ١٨٦١٨ / ٢٠١٢

+2 01222235071

rwafead@gmail.com

www.rwafead.com

إذا لم تكن الصحة للجميع.. فلم قامت الثورة إذن؟!

..شهيد



مقدمة:

الحق في الصحة حق أصيل أكدته المواثيق الدولية ويمتد هذا الحق إلى كفالة مستوى المعيشة الذي يكفي لضمان الصحة والرفاه المستدامة له ولأسرته حيث تؤثر مدى كفاءة وجودة القطاع الصحي على مستوى التنمية البشرية للأمم، ويعتبر الوصول للنظام الصحي من قبل جميع السكان أحد مؤشرات العدالة الاجتماعية. لذلك فالصحة حق أساسي من حقوق الإنسان يحصل عليه متى احتاج إليه دون النظر إلى أي اعتبارات اجتماعية أو اقتصادية أو عقائدية.

وترتبط الصحة بقوة بدائرة الفقر والرفاه، فصحة أفضل تعني إمكانية أكبر للعمل والإنتاجية ما يعني الخروج من ربكة الفقر للأبد. وإذا كانت الخدمات الصحية حصرية لفئات معينة قادرة، وممتنعة على فئات أخرى بسبب قلة ذات يدها وفاقتها، فإن هذا ينذر باستمرار الفئة الأخيرة في دائرة الفقر والعوز. لعل نتائج مثل هذه تعني عدم عدالة سياسية وقلة إنتاجية وإبداع اقتصادية ومهانة وانحطاط أخلاقي وإنساني.

نادت ثورة ٢٥ يناير بالحرية والكرامة والعدالة الاجتماعية، ولعل من أوثق ما يرتبط بهذه القيم جميعها هو الصحة وتوفير الخدمات الصحية للجميع بدون النظر للقدرة المالية. فالصحة تحرر الإنسان وتدعم حريته في الاستمتاع بالحياة والإضافة إليها. وهي تمكنه من العمل والإنتاج ما يحقق كرامته بكسب عيشه من عمل يده.

وترتبط الصحة من جهة أخرى بالقدرات الإنتاجية اللازمة للتطور الاقتصادي، فانتشار أمراض تؤدي إلى الوفاة المبكرة أو تخفيض الإنتاجية لصاحبها يؤدي إلى خسائر هائلة للوقت والجهد والمال سواء أثناء عملية الإنتاج أو عبر الإنفاق على العلاج والذي قد تكون تكلفته باهظة على المدى الطويل ولتغطية عدد كبير من السكان، هذا من الناحية السلبية.

أما من الناحية الايجابية، فيحتاج الإبداع والابتكار أيضا إلى صحة موفورة سواء بدنية أو ذهنية للانطلاق والاكتشاف بدون قيود. ولعل هذا ما يجب أن يلتفت إليه خصوصا عند تقييم العائد من الإنفاق على صحة أكثر انتشارا وشيوعا بين المصريين.

الخدمات الصحية والعقد الاجتماعي لثورة ٢٣ يوليو

ترتكز نقاشات الخدمات التي تقدمها الدولة من صحة وتعليم وغيرها على طبيعة العقد الاجتماعي المنعقد بين الطرفين الدولة والمجتمع بكل أطيافه. ويؤلف كل طرف بالتزاماته في رضا وتوافق طالما استمر الطرف الآخر في تقديم الالتزامات. كان العقد الاجتماعي لثورة يوليو يفترض رعاية الدولة لمواطنيها وتقديم كافة الخدمات والتشغيل لهم مقابل دفع المواطنين نسبة مرتفعة من الضرائب تمكن الدولة من تغطية النفقات المرتفعة والمناسبة لحجم المسؤوليات. استمر هذا التعاقد إلى بداية السبعينيات، إلى أن أدركت وقررت الدولة من طرف واحد أن هذه الشروط غير قابلة للاستمرار. كانت نتائج الخطط الخمسية وأجواء التحول نحو الولايات المتحدة الأمريكية وتبني سياسات الاقتصاد الحر أحد المحددات للخروج بهذه النتيجة. لم يكن نقض التعاقد من قبل الطرفين، ولم يكن كذلك معلنا، بل كان من طرف الدولة

الصحة والعقد الاجتماعي الجديد لما بعد ثورة ٢٥ يناير

منفردة. كتبت الدولة عقدا مع آخرين وما زالت ملتزمة به إلى الآن، والأدهى أن الشعب المسكين ما زال متمسكا بالعقد الأول.

بدأت الدولة في الانسحاب من الميادين المتفق على تغطيتها لها، ولم يتقدم القطاع الخاص كما كان مفترضا. انخفضت مخصصات الصحة والتعليم والخدمات الأساسية، استقرت المرتبات في القطاع الحكومي عند مستويات معينة. كذلك كانت الاستثمارات التي تؤمن التوسع والصيانة للأصول القائمة عند حدودها الدنيا دائما. وبينما استقرت الأجور ودمرت كل آليات التفاوض الجماعي، عبر النقابات لتحسين شروط وظروف العمل، تم تحرير الأسواق والأسعار وإطلاقها بدون رقيب ولا حسيب.

بدأ المواطنون في التكيف مع العقد الجديد، خصوصا مع انغلاق كل آليات مراجعته وتصحيح الوضع. كانت هذه التكيفات بداية التشوهات للأوضاع العامة في مصر. بدأ المدرسون في احتراف الدروس الخصوصية، وبدأ الأطباء في التركيز على العيادات الخاصة واستقرت أسعار الخدمات عبر الرشاوى.. وهكذا.

لم يستطع النظام أن يصارح الشعب بالتغييرات الجديدة، عرف الجميع وسكت. كانت المصارحة تعني التغيير، وهذا ما لم يكن واردا. في ظل هذه الأوضاع، نشأ عقد ضمني جديد قائم على التظاهر والتجاهل والتواطؤ. تتظاهر الدولة بأنها تؤدي دورها بإعطاء مرتبات هزيلة ويتظاهر الأطباء والمدرسون بأداء عملهم الهزيل أيضا. يتجاهل الموظفون فساد وقلّة كفاءة الدولة وتجاهل الدولة انحرافاتهم، في تواطؤ متبادل.

مشكلات النظام الصحي المصري

نتيجة لما سبق من اختلال في النظام الاقتصادي وانسحاب الدولة بدون تعويض من القطاع الخاص كما كان منتظرا، حدثت العديد من الاختلالات في التوازنات الكلية للنظام ما أفرز عدم كفاءة وعدم عدالة واضحين.

إنفاق منخفض

لوحظ توجه معدل الإنفاق على الصحة إلى الانخفاض بشكل كبير مقارنة بباقي الدول حيث انخفض من ٣.٨٪ من الناتج القومي في عام ٢٠٠٠ إلى ١.٥٪ في عام ٢٠١١ علما بأن المتوسط العالمي للإنفاق على الصحة هو ٥.٨٪ من الناتج المحلي الإجمالي^(١). ولعل المفارقة تكمن أن إنفاق عام ٢٠٠٠ كان أيضا منخفضا عن باقي الدول بشكل كبير حيث كانت البرازيل تنفق ٨.٣٪ وأمريكا ١٣٪ من الناتج المحلي، بينما تنفق الأخيرة حوالي ١٦.٧٪ من الإنفاق الحكومي على الصحة مقابل ٤.٩٪ لمصر. وفي حالة احتساب النسبة من الإنفاق العام الحقيقي أي بعد خصم مخصصات سداد القروض فإن النسبة ستخفض لمجرد ٤٪.

أدى هذا الإنفاق المنخفض إلى تردي حالة تقديم الخدمات نتيجة لانخفاض الرواتب وضعف الإنفاق على مستلزمات العمليات والأدوية وضعف مخصصات الصيانة للألات والمعدات والمباني وكذلك تراجع الاستثمارات في التوسعات والتطويرات للأبنية والأصول الحالية.

(١) تقرير الاتجاهات الاقتصادية الإستراتيجية، مركز الأهرام للدراسات السياسية والإستراتيجية، القاهرة، ٢٠١١، ص ٦٤

(٢) إحصائيات الإنفاق على الصحة عام ٢٠٠٠

الدولة	الصحة للدخل القومي عام ٢٠٠٠	الإنفاق الحكومي من الإنفاق الكلي ٢٠٠٠	الإنفاق على الصحة من الإنفاق الحكومي
البرازيل	%٨,٣	%٤٠,٨	%٨,٤
مصر	%٣,٨	%٤٦,١	%٦,٥
إسرائيل	%١٠,٩	%٧٥,٩	%١٥,٤
الولايات المتحدة	١٣	%٤٤,٣	١٦,٧

فعلي الرغم من تدني رواتب العاملين في القطاع من أطباء وتمريض وإداريين، فإن الرواتب والأجور تستحوذ على النصيب الأكبر من الموازنة المخصصة للصحة حيث تقتطع حوالي ٥٠٪ من الإنفاق على الصحة. ولعل انخفاض الأجور هو أحد العوامل الأساسية لانخفاض مستوى الأداء وتعميق عدم الكفاءة والعدالة. فمن الملاحظ أن مصر لا تعاني من قلة الأطباء أو طواقم التمريض. فلدى مصر حوالي ٢٨ طبيباً لكل عشرة آلاف مريض مقابل ١٨ في دول منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، كذلك لا تعاني مصر مشكلة في عدد الأسرة حيث لديها ٢٧ سرير لكل عشرة آلاف مقابل ٢١,٦ ألف في المنطقة نفسها.

(٣) إحصائيات كلية للوضع الصحي

المنطقة	مصر	الوحدة	
٢١٤	٧٨,٣	مليون	عدد السكان ٢٠١٠
٤,٣	٥	%	الإنفاق الصحي كنسبة من الناتج المحلي
٣١٥	١١٢	دولار	نصيب الفرد من الإنفاق على الصحة
٨,١٧٨	٢,٧٨٩	دولار	نصيب الفرد من الناتج المحلي
٢١,٦	٢٧	نسبة	عدد الأسرة لكل ١٠٠٠
١٨,٣	٢٨,٣	نسبة	الأطباء لكل ١٠٠٠
٧١,٤	٧٠,٣	سنوات	توقع الحياة
٢٥,٩	١٨,٢	لكل ١٠٠٠ ولادة	معدل وفيات الأطفال
٤,٥	٧,٧	%	نسبة كبار السن

(٢) الحالة الصحية والخدمات الصحية في مصر: دراسة تحليلية للوضع الراهن ورؤى مستقبلية، جمعية التنمية الصحية والبيئية، برنامج السياسات والنظم الصحية، ٢٠٠٥، ص ١٦١

(3) MENA: health care sector report, Al Masah Capital Limited, P 28

تترافق مشكلة انخفاض الأجور مع انخفاض مخصصات السلع الطبية مثل الأدوية ومستلزمات العمليات وضعف الاستثمارات العامة سواء للتوسع أو الصيانة للأصول القائمة إلى تردي حالة الخدمة الصحية المقدمة ما يؤدي بطريق العملية المتمثل في الطبيب والمريض إلى اللجوء لبدائل أخرى لا تعزز الكفاءة والجودة بالضرورة بل وتعمق من حالة عدم العدالة والمساواة من ناحية أخرى.

فوضى تقديم الخدمة الصحية

يقوم بتقديم الخدمات الصحية العديد من المقدمين التابعين للعديد من الجهات، فهناك وزارة الصحة والسكان، والتأمين الصحي، والمستشفيات التعليمية التابعة للجامعات، كذلك بعض الوزارات مثل الدفاع والداخلية، وكذلك النقابات المهنية إضافة إلى العيادات الخاصة. يصعب تقديم خدمة صحية ذات جودة مرتفعة وبكفاءة عالية وتحقق مستوى من العدالة مع وجود هذا العدد غير المنسق من المؤسسات التي تقدم الخدمة الصحية. وتلجأ كل مؤسسة لتقديم الخدمات بنفسها في محاولة لحل مشكلة فنتها الخاصة بعدما انسدت كل الطرق لإيجاد حل جماعي للمشكلة عن طريق الدولة المنسحبة.

وزارة الصحة

تعد وزارة الصحة المقدم الرئيس للخدمة والذي يحوز أكبر حجم من أماكن تقديم الخدمة الصحية في مصر، حيث تقوم وزارة الصحة بإدارة تقديم الخدمات عبر مستشفياتها التي تبلغ حوالي ١٢٥٠ مستشفى بها ١١٦ ألف سرير عبر نمط مركزي للغاية لا يمكنها من الاستفادة من ما لديها من إمكانيات. حيث تتعامل الوزارة مع حوالي ٢٦ وزارة وجهة حكومية، ما يصعب من تحكمها في التخطيط والاستثمار والمراقبة لأنشطتها وعملياتها. ولدى الوزارة هيكل إدارة متخم بالوظائف والمهام غير محددة المعالم، مع ضعف التنسيق والاتصال بين الأقسام. هذا ما ينتج صعوبة في المحاسبة وتحديد المسئولية عن التقصير. لا يوجد نظم وسياسات رسمية للوزارة، ما يجعل القرارات عرضة للشخصنة والذاتية بشكل كبير. ولا توجد قواعد بيانات منتظمة ولا يعتمد على نظم معلومات صحية في اتخاذ القرارات.

ينجم عن الوضع السابق وجود خلل بين ما هو استراتيجي وما هو تكتيكي وتشغيلي، حيث يسود الأخير في التعامل مع كل المستويات الكلية والجزئية. تقوم الوزارة بتخطيط وتنفيذ ورقابة تقديم الخدمات الصحية على كل المستويات، وهو ما يؤدي إلى التداخل في الاختصاصات والتكرار في المهام، وصعوبة متابعة منابع الخلل، إضافة إلى وجود تضارب مصالح واضح. أدت المركزية الكبيرة في التخطيط والتنفيذ والاستثمار إلى ضعف استجابة كبير للاحتياجات المحلية مولدة فجوة كبيرة بين السياسات والاستراتيجيات الحالية وحقائق المجتمعات المحلية.

تساعد هذه البنية على مضاعفة التكاليف. حيث لا يوجد نظام للتنسيق بين مقدمي الخدمة المتعددين، مما يوفر في التكاليف، ويساعد في توسيع دائرة التغطية. أيضا هناك عدم اتساق وحساسية لتوزيع الموارد بين الرعاية الأولية والثانوية ومستويات الرعاية الأعلى حيث هناك تحيز كبير للرعاية الثانوية والمتطورة على حساب الرعاية الأولية. يترافق هذا مع ضعف الكوادر الإدارية للاستفادة من الموارد المخصصة، ما ينتهي بهدر كبير في الرعاية الثانوية والمتطورة.

لا تعتمد الوزارة على أي نظم للمعلومات الصحية، حيث تنتشت نظم المعلومات الصحية بين مؤسسات وزارة الصحة، ما ينتهي بمعلومات ناقصة أو غير دقيقة. لا توجد للوزارة رؤية دقيقة حول نظم

المعلومات الصحية، ولا يوجد أي تنسيق بين الأقسام لجمعها وتنميتها. ولا يتم استخدامها في التخطيط والرقابة.

نظرا للمشكلة السابقة تعاني الصيدليات وموردو الأدوية من نظم إنتاج وتسعير مبنية على معلومات يمكن الاعتماد عليها. وهذا ما ينتج عجوزات أو فوائض في الأصناف مع ما يستتبعه من فقدان للفرص أو تكاليف تخزين مرتفعة.

التأمين الصحي

ينتفع حالياً بنظام التأمين الصحي^(٤) المواطنون العاملون في القطاع الحكومي، موظفو القطاع العام، وموظفو القطاع الخاص، ويمتد ليشمل ذوي المعاشات والأرامل، الأطفال وتلاميذ المدارس حيث تم تطبيق برنامج التأمين الصحي عام ١٩٩٣ على جميع تلاميذ المدارس وفي عام ١٩٩٧ صدر قرار بتطبيق اختياري لرعاية الأطفال قبل السن المدرسي.

المظلة التأمينية الحالية تشمل ٥٨٪ من شرائح المجتمع المصري ويبلغ عدد المؤمن عليهم حوالي ٤٥ مليون^(٥) وعند الحديث عن تغطية التأمين الصحي لحوالي ٥٨٪ من السكان فإنه يجب التفرقة بين التغطية النظرية أو إمكانية الوصول للخدمة والحصول عليها. فمن الملاحظ عدم رضا المواطنين عن مستوى تقديم الخدمة وكفاءة من يقدمونها بالإضافة إلى عدم تطويره. هذا بجانب حقيقة نقص الخدمات التأمينية في الريف أو انعدامها تقريباً خاصة في المناطق التي تعاني من قلة الخدمات أو انعدامها مقارنة بالحضر. وما يعزز ذلك استطلاع للرأي أجراه مركز المعلومات ودعم اتخاذ القرار التابع لمجلس الوزراء، أظهر بأن موظفي الحكومة اعتبروا تدني الأجور، ثم سوء حالة التأمين الصحي من أبرز المنغصات التي يعانون منها^(٦).

الجودة

لا توجد في مصر مؤسسات مستقلة لضمان جودة الخدمات الصحية سواء في القطاع الخاص أو العام. ففي القطاع العام تقوم وزارة الصحة بمراقبة جودة خدماتها عن طريق إدارة للجودة داخل الكيان المركزي للوزارة ما يطرح أسئلة تضارب المصالح المحتمل وتداخل الأدوار. وفي القطاع الخاص لا توجد أيضاً أي مؤسسات للجودة وتقييمها وضمانها، الأهم من ذلك أنه لا توجد أي حوافز إيجابية أو سلبية لضمان الجودة لذلك فليس من المستغرب أن مصر لا يوجد بها مستشفى حاصل على شهادة اعتماد جودة إلا مستشفى واحد فقط هو دار الشفاء من ١٢٠٠ مستشفى وهو ما يظهر حجم المشكلة الصحية في مصر^(٧).

(٤) الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء،

http://www.capmas.gov.eg/pages_ar.aspx?pageid=892

(٥) نسمة تليمة، متي وكيف تصل الثورة إلى قطاع الصحة؟، مصرس،

<http://www.masress.com/alahaly/6311>

(٦) أمينة خيرى، أوروبا جارتنا - التأمين الصحي في مصر يعد الفقراء برعاية ويطالب الأغنياء بالمشاركة في المسؤولية،

القاهرة - السبت، ٥ ديسمبر ٢٠٠٩، الحياة اللندنية، <http://www.daralhayat.com/print/83131>

(٧) نسمة تليمة، مرجع سابق

تعتبر قدرة النظام على الحماية ضد المخاطر المالية أحد أبعاد التقييم الهامة لنجاحه، ولما كان المواطن يتحمل حوالي ٦٠٪ من الإنفاق على الصحة مقابل ٤٠٪ من باقي الجهات فإن هذه النسبة المرتفعة تؤكد أن عدالة النظام الصحي في مصر محل شك كبير. ولما كان أصحاب المرتبات والدخول الثابتة هم من يدفعون النسب الأكبر من الضريبة فإنهم من المتوقع أيضا أن يكون هم من يتحمل العبء المالي الأكبر في تمويل النظام عبر الإنفاق العام، وهذا ما يفاقم من حالة عدم العدالة.

توزيع الإنفاق على الصحة^(٨)

النسبة	الجهة	النسبة	الجهة
١٪	مؤسسات تعليمية صحية ١٪	٢١٪	وزارة الصحة والسكان بين ٢١٪
أقل من ١٪	مؤسسة علاجية أقل من ١٪	١٠٪	التأمين الصحي ١٠٪
أقل من ١٪	نقابات أقل من ١٪	٦٠٪	الإنفاق الأسري المباشر من الجيب ٦٠٪
أقل من ١٪	أهلية أقل من ١٪	٧٪	وزارات أخرى ٧٪
		١٪	شركات عامة ١٪

توضح إجابة سؤال من يستفيد من المنافع التي يقدمها النظام أحد أبعاد العدالة أيضا، حيث تحصل الشريحة الدنيا على ١٦٪ من الإنفاق مقابل ٢٤٪ للشريحة العليا^(٩) حيث يستفيد أفقر ٢٠٪ بـ ١٩,٣٪ من خدمات وزارة الصحة بينما أغنى ٢٠٪ يستفيدون بنفس النسبة. ويستفيد أفقر ٢٠٪ من ١٧,٥٪ من خدمات التأمين الصحي على طلبية المدارس مقابل ٢٠,٥٪ لأغنى ٢٠٪. ويستفيد أفقر ٢٠٪ من ١٤٪ من خدمات الهيئة العامة للتأمين الصحي مقابل ٣٣,٦٪ لأغنى ٢٠٪. ويستفيد أفقر ٢٠٪ من ١٣٪ من خدمات وزارة الصحة مقابل ٢٥,٣٪ لأغنى ٢٠٪^(١٠). هنا يبدو واضحا أن الخدمات الصحية لا تذهب إلى الفقراء، وأن الفقراء، بسبب فقرهم، لا يستطيعون الاستفادة منها إن توافرت.

بالفعل لا تذهب الخدمات الصحية إلى الفقراء، حيث يتفاوت الإنفاق العام على الصحة بين الريف والحضر والوجهة القبلي والبحري. فبالإضافة إلى أن تدني أجور الأطباء وضعف التجهيزات لهذه الوحدات يؤدي إلى التغيب عن العمل في الوحدات الصحية في المناطق الريفية والنائية فإن الوجه القبلي على سبيل المثال يعاني من انخفاض ملحوظ في عدد الأطباء وطواقم التمريض مقارنة بالوجه البحري. هذا مع توقع انخفاض مستوى تقديم الخدمات بشكل عام في الريف والوجه القبلي.

(٨) الحالة الصحية والخدمات الصحية في مصر: دراسة تحليلية للوضع الراهن ورؤى مستقبلية، مرجع سابق، ص ١٦

(٩) إشكاليات الإنفاق الصحي في مصر: تقرير حول أعمال مائدة مستديرة، برنامج الصحة وحقوق الإنسان، المبادرة المصرية

للحقوق الشخصية، إبريل ٢٠٠٩، ص ١٤

(١٠) المرجع السابق، ص ٢٨

يؤدي هذا إلى تكبد قاطني الريف والوجه القبلي تكاليف ومشقة السفر إلى الحضر أو القاهرة للحصول على الخدمة الطبية في العيادات الخاصة، هذا في حالة الاستطاعة، ما يؤدي إلى زيادة الأعباء المالية والمخاطر الصحية لهذه الشريحة الهامة من المواطنين. في نفس الوقت الذي يلتزمون فيه بدفع نصيبهم من الضريبة التي من المفترض أن تسوى بينهم في الإنفاق كما سوت بينهم في الجباية.

توزيع فرق العمل جغرافياً^(١١)

تمريض	أطباء	
٩٩	٩٩	حضر
١٤٣	٦٧,٤	بحري
٨٩	٥٦	قبلي
٢١٢	١١٠	حدود

أفكار الإصلاح والعقد الاجتماعي الجديد

إذن اخفق النظام الحالي في تحقيق الأهداف المتمثلة في حالة صحية مرتفعة لجميع المواطنين، ورضاء عن تقديم الخدمات وحماية ضد المخاطر المالية. واضح أن هناك مشكلة كبيرة في الكفاءة والجودة والعدالة تستحق مراجعة جذرية للنظام وتقديم حلول بديلة، إذا ما العمل؟

انطلقت منذ منتصف التسعينيات مبادرات للإصلاح متمثلة في محاولات تحسين كفاءة الإدارة والتنسيق بين مقدمي الخدمات، لكن كان يعيب هذه المبادرات أنها بدون رؤية شاملة وتجاهل المشكلات الأساسية للنظام. في عام ٢٠٠٦ أبرمت الحكومة اتفاقية مع الاتحاد الأوروبي بقيمة ٨٨ مليون يورو لتقديم حزمة من الإصلاحات تحتوي تقديم قانون جديد للتأمين الصحي وتفعيل دور وزارة الصحة، مع التفرقة بين متعهدي الصحة ووظيفة المؤمن الصحي، ومن ثم تأمين الموارد المالية اللازمة، والتي تعد إحدى أكبر العقبات في طريق تقديم خدمة جيدة.

أثار القانون الجديد جدلاً قوياً خوفاً من أن يكون خطوة نحو خصخصة، ولو جزئية، لنظام التأمين الصحي، ذلك على الرغم من نص القانون على أن يكون النظام تكافلياً، وأن تتحمل الدولة أعباءه بالكامل بالنسبة إلى غير القادرين، ويرتكز على مبدأ فصل التمويل عن تقديم الخدمة، وإدارة التمويل ومصادره في شكل يضمن الاستدامة. وتم التوصل إلى إطاره العام بعد سنوات من الدرس والتحليل من جانب الحكومة المصرية، وبمساعدة جهات دولية على رأسها البنك الدولي، وهيئة المعونة الأميركية، والاتحاد الأوروبي^(١٢).

شاب الطرح الجديد أيضاً مشكلة اعتماده على نفس آليات التمويل التي أثبتت عدم فعاليتها في ظل مستوي التقدم الاقتصادي والاجتماعي الذي نحن فيه إضافة إلى عدم الثقة المرتفع في الحكومة من قبل المجتمع والإحساس العام أن مشكلات مثل انخفاض الجودة والكفاءة وضعف الوصول للخدمة في المناطق

(١١) الحالة الصحية والخدمات الصحية في مصر، مرجع سابق، ص ١٦١

(١٢) أمينة خيرى، مرجع سابق

الصحة والعقد الاجتماعي الجديد لما بعد ثورة ٢٥ يناير

الريفية والنائية والصعيد إضافة إلى مشكلات سوء الإدارة والفساد كلها مرتبطة بإعادة تصميم النظام وتحديد دور الأطراف بدقة ومسئولية في إطار عقد اجتماعي جديد يعكس التغيرات الجديدة في الهيكل الاقتصادي والاجتماعي.

هيكل اقتصادي اجتماعي جديد

عادة ما تُمنى العديد من محاولات الإصلاح بالفشل، على الرغم من تطورها وإخلاصها، نتيجة لتجاهل التوازنات الكلية المختلفة في النظام الاقتصادي والسياسي. فبدون إصلاح للأجور يضمن أجرا عادلا وكريما للمواطن من الصعب للغاية إصلاح النظم المالية للتعليم والصحة وغيرها من الخدمات. حيث يؤدي انخفاض الأجور الشديد إلى تشويه أي نظم للدفع الجماعي مثل التأمين الصحي، حيث تكون المساهمات منخفضة ما يؤدي إلى عجز النظام على المدى الطويل.

أيضا تؤدي النسب المرتفعة للعمالة غير الرسمية إلى خروج نسبة كبيرة من السكان من مظلة التأمين الصحي، وفي حالة تغطية الدولة لهم، فإن هذا يعمق من عدم الكفاءة والعدالة. حيث من الصعب تقييم عددهم ومساهماتهم المفقودة كنتيجة لصعوبة تقييم دخولهم ما يؤدي إلى تعجيز النظام من جهة ومشاركتهم للمساهمين في الاستفادة من خدمات لم يشاركوا فيها.

تساهم مركزية النظام السياسي وغياب دور المحليات إلى زيادة أعباء الرقابة على المركز، فمن الضروري تعزيز دور المحافظات والمحليات في الرقابة على تقديم الخدمات كمقدمة لإنشطة أعباء تخطيط الخدمات وتقديمها جزئيا للأطراف، مما يوفر درجة مشاركة واستجابة أكبر وبالتالي ثقة وملكية للخدمات.

لا يجب السماح للصحة بأن تتحول إلى سلعة تقدم لمن يستطيع، فبالإضافة إلى أن السوق لا يستطيع توفير معايير الكفاءة والعدالة لسوق الخدمات الصحية، فإن تكاليف فشل السوق في تقديم الخدمات الصحية كبيرة على المستويات الاقتصادية والسياسية والإنسانية أيضا.

يجب عند تصميم النظام الجديد معرفة أن الحكومة ليست خيرا دائما، وإن هناك حدودا لكفاءتها في تقديم الخدمات بشكل عام. لذلك يمكن بدلا من الاعتماد على القطاع الخاص بشكل أساسي التحول نحو مفهوم جديد كان شائعا في مصر قديما وهو المؤسسات غير الهادفة للربح. وفيه تدار المؤسسات بكفاءة القطاع الخاص مع فرق بسيط وهو عدم سعيها للربح. وتقوم بإدارة هذا النوع من مقدمي الخدمات المؤسسات الدينية المختلفة في مصر. وهذا منتشر بشدة في ألمانيا والدنمارك اللتان تعتمدان عليه في تقديم العديد من الخدمات بشكل كفاء وعادل.

تمويل النظام

يرتبط تصميم النظام الصحي الذي يحقق الكفاءة والعدالة للمصريين بإمكانيات التمويل المتاحة حيث يؤثر مستوى التطور الاقتصادي والاجتماعي على إمكانية النظام إتباع هذه الطريقة للتمويل أو تلك. فمن المعروف أن هناك أربع طرق لتمويل الخدمات الصحية: الإيرادات العامة، اشتراكات التأمين الصحي العام، اشتراكات التأمين الصحي الخاص، والدفع من الجيب مباشرة في العيادات والمستشفيات.

ويجب أن يقر في الذهن أن أي مبالغ تدفع إلى الصحة هي في النهاية من جيوب المواطنين سواء بشكل مباشر عبر الدفع من الجيب أو بشكل غير مباشر عبر الضرائب أو الاشتراكات للتأمين الصحي العام أو الخاص. فالهدف من أي نظام هو التأكد من توفير أكبر قدر من الكفاءة والعدالة لكم المنفق على الصحة لجميع السكان.

تتميز نظم التمويل عبر الإيرادات العامة بسهولة جمعها وتوجيهها لتطوير القطاع الصحي، وهذا ما يتوافق مع قواعد الكفاءة والفعالية والإمكانية الفنية^(١٣) وكذلك يوفر أكبر قدر من المشاركة في المخاطر. وتتبع العديد من الدول هذا النظام مثل السويد وبريطانيا وكندا وأستراليا.

تحتاج نظم التأمين الصحي العام إلى نظام متطور اقتصاديا وإداريا لجمع الاشتراكات بدون تهرب وهذا ما يصعب تحقيقه في مصر نتيجة لوجود قطاعات كبيرة من العمالة غير الرسمية وعدم التزام المشروعات الصغيرة بالمعايير المحاسبية التي على أساسها يمكن المتابعة والرقابة. ويعتمد النظام على اشتراكات المنتفعين وأرباب الأعمال، وبالرغم من أنه يغطي تكلفته تقريبا، إلا أن هذا يتم على حساب ضعف مرتبات العاملين به وبالتالي تواضع أدائهم، وعلى حساب مستوى كفاءة الخدمات المقدمة^(١٤) وهذا ما يحتم ضرورة رفع الاشتراكات لرفع مستوى الخدمة، وهو ما يصطدم بتدني الأجور الاسمية التي توفر القاعدة لجمع الاشتراكات.

توفر نظم التأمين الصحي الخاص رعاية صحية متطورة لأصحابها لكن مقابل تكاليف باهظة ومعدل منخفض للمشاركة في المخاطر. وتتميز نظم الدفع من الجيب بانعدام معدل المشاركة في المخاطر بين النظم المختلفة. ويدفع المصريون حوالي ٦٠٪ من الإنفاق الصحي من جيوبهم الخاصة والذي يدفع أغلبه في العيادات الخاصة بنسبة ٤٠٪ والدواء بنسبة ٣٣٪.

توزيع الإنفاق المباشر من الجيب حسب نوع مقدمي الخدمة^(١٥)

الجهة	النسبة	الجهة	النسبة
في مستشفيات وزارة الصحة	٣,٥٪	في العيادات الخاصة	٤١,٩٪
في المستشفيات الجامعية	٣,١٪	عيادات وزارة الصحة	٣,٢٪
مستشفيات أخرى	٠,٩٪	في الصيدليات (الدواء)	٣٣٪
في مستشفيات التأمين الصحي	٠,٨٪	(انتقالات وخلافه) أخرى	٤٪
في المستشفيات الخاصة	٠,٩٪		

يتضح مما سبق أن محاولات تهرب الدولة من إصلاح النظام عبر الإيرادات العامة المتمثلة في الضرائب نتيجة لالتزامها بنظام الليبرالية المتطرفة ولجوءها في الإصلاح إلى توسيع دائرة تغطية التأمين الصحي ستفضي إلى فشل أكبر للنظام ككل، وذلك لعدم حل الإشكالات الأساسية المتمثلة في فجوة التمويل والبنية التحتية الهائلة.

توصي منظمة الصحة العالمية برفع نسبة الإنفاق على الصحة إلى الإنفاق الحكومي إلى ١٥٪، وبغض النظر عن مدى عقلانية النسبة فإن هناك مشكلة في ذلك في ظل انخفاض معدل الضريبة الحالي (٢٠٪) وهو من أكثر المعدلات انخفاضا في العالم، الأمر الذي لا يمكن الحكومة من القيام بمسؤولياتها.

(13) Christian A. Gericke, M.D., M.Sc. (Econ), D.T.M.H. Financing Health Care in Egypt: Current Issues and Options for Reform, Berlin University of Technology, March 2004, p3

(١٤) د محمد حسن خليل، بعد ثورة ٢٥ يناير إعادة بناء النظام الصحي، جريدة الأهرام

http://www.al-ahaly.com/?option=com_content&view=article&id=5074:-25-&Itemid=43

(١٥) الحالة الصحية والخدمات الصحية في مصر، مرجع سابق، ص ١٦١

الصحة والعقد الاجتماعي الجديد لما بعد ثورة ٢٥ يناير

ولعله من المناسب أن نذكر أن هذا الخفض في الضريبة يتسق مع العقد الاجتماعي الخارجي للنظام السابق، ويخرق العقد الاجتماعي الداخلي الذي يعبر بدورة عن طبيعة وجهة التزام النظام بالنجاح.

يوفر هذا الحل الأموال اللازمة لرفع الأجور والتدريب والصيانة والتوسع وضمان وصول وتقديم الخدمات للمناطق النائية والريفية. هذا يتعزز إذا علمنا أن ٨٤٪ من الزيارات الداخلية تتم في مرافق وزارة الصحة والتأمين الصحي والمستشفيات التعليمية. و٥٥٪ من زيارات العيادات تتم في العيادات الخاصة ما يعني أنه بتطوير العيادات الخارجية والوحدات الصحية سيتم تخفيض كم كبير من الإنفاق الخاص على الصحة وتوفير العدالة لقطاع كبير ومهمش من المواطنين.

تساعد هذه الإصلاحات في تعزيز الثقة في النظام الصحي والخدمات الحكومية بشكل عام، وأيضاً تساعد في توحيد وتنسيق مقدمي الخدمات وتوفير الهدر ومحاربة الفساد ورفع الكفاءة وزيادة الجودة وضمان العدالة للنظام.

معدلات الضرائب العالمية^(١٦)

الدولة	أعلى معدل للضريبة على الأفراد	أعلى معدل للضريبة على الشركات
مصر	٢٠٪	٢٠٪
الدنمارك	٦٢٪	٢٥٪
ألمانيا	٤٥٪	٢٩٪
أمريكا	٣٥٪	٤٠٪
تركيا	٣٥٪	٢٠٪
كوريا الجنوبية	٣٥٪	٢٤٪

تأتي في المرحلة التالية وبالتوازي مع رفع كفاءة الخدمات التي تقدمها الدولة تطوير خدمات التأمين الصحي ومعالجة اختلالات الجودة والإدارة لكسب ثقة المواطنين في النظام وإقناعهم بزيادة الاشتراكات من أجل ضمان استدامة جودة الخدمات.

يبدو أنه لا بديل عن رفع معدل الضريبة وتحويله إلى نظام تصاعدي ليستوعب أعباء الدولة في إعادة إعمار الإنسان المصري الذي تم تخريبه عبر العقود الفائتة. فهناك زيادات مطلوبة في التعليم والبنية التحتية وغيرها من مواطن التنمية التي جرفها النظام السابق. يأتي هذا في إطار العقد الاجتماعي الجديد القائم على الصراحة والمسؤولية والجدية من جميع الأطراف من خلال عملية ديمقراطية شفافة لبناء مواطن ذو كرامة وينعم بالعدل والرفاه.

(١٦) تقرير الاتجاهات الاقتصادية الإستراتيجية، مرجع سابق، ص ٧٠

آخر إصدارات "منتدى البدائل العربي للدراسات" لعام ٢٠١٢

١.	إصلاح التعليم بين نظام الرفاه ونظام السوق	عبد الله عرفان
٢.	الحلقة المفرغة: من العشوائيات إلى مشروعات إسكان محدودي الدخل	هبة خليل
٣.	نظرة مجتمعية حول نظام التأمين الاجتماعي المصري: التحديات والإصلاحات المقترحة	إيريني سلوانس
٤.	تمهيد النظام الاقتصادي المصري لنموذج دولة الرفاه	محمود كامل
٥.	الصحة والعقد الاجتماعي الجديد لما بعد ثورة ٢٥ يناير	عبد الله عرفان
٦.	أنواع الحكومات وحكومة د. هشام قنديل	محمد العجاتي
٧.	الانتخابات الليبية: الظروف، النتائج، والتحديات	علي حسن
٨.	توصيات للحالة المصرية: تجارب النجاح وتجارب التعثر في دول أوروبا الشرقية (نموذجاً بولندا وأوكرانيا)	نادين عبد الله
٩.	الدراسات وعمليات التحول الديمقراطي	بيل كيسان
١٠.	الدستور المصري بين حوارات المنهج والمضمون	محمد العجاتي
١١.	الدراسات والأقليات الدينية (حماية حقوق الأقليات الدينية)	كاتيا باباجياني
١٢.	علاقات الإنتاج والحقوق الاقتصادية- الاجتماعية والحريات النقابية	أحمد السيد النجار
١٣.	التنوع وإدارته ومكافحة التمييز في الدستور	كريم سرحان
١٤.	الجيش والدستور في مصر (المعادلة الحالية)	توفيق أكليوندوس
١٥.	المرأة والدستور في مصر	فاطمة خفاجي . صفاء مراد
١٦.	إتاحة حرية تداول المعلومات والحماية الدستورية المنقوصة: حرية الرأي والتعبير وتعزيز الشفافية ومكافحة الفساد نموذجاً	عماد مبارك
١٧.	نظام الإدارة المحلية: أكثر من خمسين عاماً تكفي للتحول الحقيقي نحو اللامركزية	محمود عبد الفتاح
١٨.	الجيش في الدراسات المصرية	عصام شحنة
١٩.	من الديمقراطية التمثيلية إلى الديمقراطية التشاركية (نماذج وتوصيات)	محمد العجاتي . كلوفيس هنريك دي سوزا . نوران أحمد
٢٠.	الحركات الانفصالية والربيع العربي (نموذجاً ليبيا واليمن)	رانيا زاده . نوران أحمد
٢١.	الإدارة المحلية في مصر إشكاليات التنظيم والعمل	حبيبة محسن . رانيا زاده
٢٢.	إصلاح العلاقات المدنية - العسكرية	باسم فتحي
٢٣.	الجيش في الدراسات (دراسة للنموذج الجزائري والباكستاني والتركي)	فيرجيني كولومبيه
٢٤.	القوانين المتعلقة بالعزل السياسي والعدالة الانتقالية	زياد عبد التواب
٢٥.	كيف نصلح الشرطة المصرية من وحي التجارب الدولية؟	رابحة سيف علام