

جمهورية مصر العربية  
معهد التخطيط القومي



سلسلة قضايا التخطيط والتنمية  
رقم (١٥٩)

التأمين الصحى  
فى واقع النظام الصحى المعاصر  
(دراسة نظرية وميدانية إستطلاعية)

يوليو ٢٠٠٢

## تقديم

تصدر هذه السلسلة ( قضايا التخطيط والتنمية ) عن معهد التخطيط القومي فى إطار إتاحة نواتجه الفكرية العلمية لتخذى القرار فى مختلف مواقع العمل الوطنى .. وللباحثين والدارسين وغيرهم من المهتمين بقضايا التخطيط والتنمية وصولاً إلى احتلال جمهورية مصر العربية موقعها اللائق بتاريخها ومكانتها على المستويات القومية والإقليمية والعالمية .

وتأتى هذه السلسلة فى إطار مهمة المعهد الأصيله فى البحث و المشورة حول كل ما يتعلق بإعداد خطط التنمية الشاملة فى جمهورية مصر العربية و المساهمة فى اقتراح السياسات والحلول لما يعترض مسارات وأبعاد التنمية من مشكلات و ما تطمح إليه من منجزات. ومن ثم تقدم سلسلة ( قضايا التخطيط والتنمية ) نتاج جهود فرق بحثية علمية من داخل المعهد ، مع بعض خبرات الثقة من خارجه فى دراسة الموضوعات التى يتفق عليها فى خطة البحوث السنوية للمعهد .

ولا يسعنا إلا أن ندعو القارئ الكريم إلى الاستفادة القصوى مما بين يديه فى هذه الدراسة ، وأن يسهم معنا فى إثراء العمل البحثى بالمعهد من خلال تعليقات علمية رصينة ومشاركته لنا فى حلقات البحث و النقاش كلما أعلن المعهد عن شىء منها فى حينه وطبقاً لخطة العمل به .

ولندعو الله جميعاً أن يوفقنا إلى خدمة قضايا تقدم وطننا الغالى ورفاهية مواطنيه .

ا.د. محمود عبد الحى صلاح

مدير معهد التخطيط القومي

## فريق الدراسة

أولاً : من داخل معهد التخطيط القومى

عضواً

أ.د. وفاء احمد عبد الله

عضواً

أ.د. نادرة عبد الحليم وهدان

باحث رئيسى

د. عزه عمر الفندرى

عضواً

د. أحمد حسام الدين نجاتى

عضواً

أ/ نبيلة فهمى غنيم

عضواً

أ/ مجدة إمام حسانين

ثانياً : من خارج المعهد

مدير إدارة الصحة بوزارة التخطيط

السيد الأستاذ محمد فريد

عميد كلية طب جامعة قناة السويس - سابقاً

الأستاذ الدكتور عصمت عزت

رئيس قسم طب الأسرة - كلية طب - جامعة قناة السويس

الأستاذ الدكتور ماجد خطاب

مدير مشروع الرعاية الصحية النقابة العامة للمهندسين

السيد الأستاذ اللواء السيد عوده

عضو مجلس نقابة تجارين القاهرة ومقرر لجنة الرعاية الصحية

السيد الأستاذ صبحى حسن حجازى

سكرتير عام نقابة المهن الزراعية

الأستاذ الدكتور مصطفى الخطيب

الأستاذ الدكتور/ جمال الخطيب مستشار النظم والمعلومات و المدير التنفيذي لشركة ميدى كير الشرق الأوسط

عضو مجلس إدارة شركة التجاريون للإدارة والخدمات المتكاملة

السيد الأستاذ/ صبحى حسن حجازى

مدير مستشفى الدعاة - وزارة الأوقاف

الأستاذ الدكتور/ إسماعيل شبايك

الأستاذ الدكتور/ عبد الفتاح محمد عبد الفتاح

المدير الفنى لجمعية الخدمات الطبية للتأمين الصحى (شركة مصر الجديدة للإنشاء والتعمير)

## فهرس المحتويات

الصفحة	الموضوع	
ك		المقدمة
١		الفصل الأول
٣	مفهوم الرعاية الصحية وأهم ملامح تمويل القطاع الصحي	١
٣	مفهوم الرعاية الصحية	١-١
٨	معايير تقديم الخدمات الصحية	٢-١
٨	العدالة وإتاحة الحصول على الرعاية الصحية	١-٢-١
١٠	كفاءة الخدمات الصحية	٢-٢-١
١٢	الجودة	٣-٢-١
١٤	أهم ملامح توزيع وتمويل الخدمات الصحية بمصر	٣-١
١٥	أهم التحديات التي يواجهها قطاع الصحة	١-٣-١
١٧	تمويل الرعاية الصحية	٢-٣-١
٢٠	الإنفاق الحكومي على الصحة	٣-٣-١
٢١	توزيع الإنفاق العام على الصحة	٤-٣-١
٢٥	تطور حجم الإستثمارات لمشروعات وزارة الصحة	٥-٣-١
٢٦	توزيع الموارد الصحية إقليمياً	٦-٣-١
٣٠	القوى البشرية	٧-٣-١
٣١	الدواء	٨-٣-١
٣٣	الأسرة	٩-٣-١
٣٤	إنفاق الدولة على علاج المواطنين بالداخل والخارج	١٠-٣-١
٣٦	دور وزارة الصحة في العلاج المجاني	١١-٣-١
٣٦	ترشيد التمويل لقطاع الرعاية العلاجية بوزارة الصحة	١٢-٣-١
٣٨	الإنفاق الصحي في إطار سياسات الإصلاح الإقتصادي بمصر	٤-١
٤٢	الإصلاح الصحي بمصر	٥-١
٤٩	طبيب الأسرة أحد آليات الإصلاح الصحي بمصر	٦-١
٤٩	نبذة عن طب الأسرة	١-٦-١
٥١	دور طبيب الأسرة في برنامج الإصلاح الصحي	٢-٦-١

٥١	طب الأسرة بكلية طب جامعة قناة السويس	٣-٦-١
٥٣	مقترحات لتدعيم دور طب الأسرة في المجتمع	٤-٦-١
٥٤	إستخلاص حول أهم تحديات توزيع وتمويل الرعاية الصحية في مصر	٧-١
٥٥		الفصل الثاني
٥٧	واقع التأمين الصحي في مصر	٢
٥٧	مفهوم التأمين الصحي	١-٢
٥٨	نظم التأمين الصحي	٢-٢
٥٨	التأمين الصحي الإجبارى	١-٢-٢
٥٩	التأمين الصحي الطوعى (الإختيارى)	٢-٢-٢
٦٠	عناصر التأمين الصحي	٣-٢
٦١	المنهج الذى يتبع التوسع فى التأمين الصحي	٤-٢
٦٢	الإطار التشريعى للرعاية الصحية التأمينية بمصر	٥-٢
٦٧	أهم لامح التأمين الصحي فى مصر	٦-٢
٦٩	تطور عدد المؤمن عليهم	٧-٢
٧٢	تطور عدد المنشآت العلاجية والأسرة بالهيئة العامة للتأمين الصحي .	٨-٢
٧٥	مصادر تمويل الهيئة العامة للتأمين الصحي	٩-٢
٧٧	تمويل الرعاية الصحية التأمينية الغير حكومية ( الاختيارية )	١-٩-٢
٧٨	تمويل التأمين الصحي	٢-٩-٢
	قواعد تحصيل الإشتراكات والإسهامات للمنتفعين بخدمات هيئة	١٠-٢
٨٠	التأمين الصحي .	
٨٢	الإستثمارات المنفذة للهيئة العامة للتأمين الصحي .	١١-٢
٨٤	الإتفاقات التقديرية (موازنات) الهيئة العامة للتأمين الصحي	١٢-٢
٨٥	التحديات التى تواجه التأمين الصحي	١٣-٢
٨٦	التأمين الصحي ضرورة إجتماعية	١-١٣-٢
٨٧	تراكم مديونيات الهيئة العامة للتأمين الصحي	٢-١٣-٢
٨٨	تعدد قوانين وإشتراكات ومساهمات التأمين الصحي	١-٢-١٣-٢
٨٩	نفقات الدواء	٢-٢-١٣-٢
٨٩	الإلتجاه نحو الخصخصة	٣-١٣-٢

٩٠	مستوى الإدارة والفاقد من الموارد	٤-١٣-٢
٩٠	دور المحليات	٥-١٣-٢
٩٠	تأثير التكتلات والإتفاقيات الدولية	٦-١٣-٢
٩٢	ملاحظات على تطبيق التأمين الصحى	١٤-٢
٩٤	تطوير مهام الهيئة العامة للتأمين الصحى	١٥-٢
٩٧		الفصل الثالث
٩٨	الدراسة الميدانية	٣
٩٨	المقدمة	١-٣
١٠٠	إختيار عينة الدراسة الميدانية	٢-٣
١٠١	اسلوب الدراسة الميدانية	٣-٣
١٠١	أهم نتائج الدراسة الميدانية	٤-٣
١٠١	النقابات المهنية التى تقدم مشروعات للرعاية الصحية	١-٤-٣
١٠٢	مشروع الرعاية الصحية للنقابة العامة للمهندسين	١-١-٤-٣
١١٠	مشروع الرعاية الصحية للنقابة الفرعية للتجارين بالقاهرة.	٢-١-٤-٣
١١٨	مشروع الرعاية الصحية للنقابة العامة للزراعيين	٣-١-٤-٣
	الوزارات والهيئات العامة التى تقدم مشروع الرعاية الصحية لأعضائها.	٢-٤-٣
١٢٠		
١٢٠	مشروع الرعاية الطبية للعاملين بوزارة الأوقاف (مستشفى الدعاة).	١-٢-٤-٣
	مشروع الرعاية الطبية للعاملين بقطاع البترول (مستشفى هيئة البترول).	٢-٢-٤-٣
١٢٢		
١٢٤	الشركات الخاصة المتخصصة فى إدارة تنظيم نظم علاجية تأمينية.	٣-٤-٣
١٢٤	شركة ميدى كير الشرق الأوسط.	١-٣-٤-٣
١٢٩	شركة التجارين للإدارة والخدمات المتكاملة.	٢-٣-٤-٣
١٣٠	الجمعيات الأهلية.	٤-٤-٣
١٣٠	جمعيات الخدمات التطبيقية للتأمين الصحى.	١-٤-٤-٣
	ملاحظات عامة حول دور الجهات غير الحكومية التى تقدم مشروعات رعاية صحية تأمينية لأعضائها.	٥-٣
١٣٢		

١٣٥		الفصل الرابع
١٣٧	أهم النتائج والتوصيات	٤
	إستخلاص حول أهم التحديات التي تواجه الخدمات الصحية وقطاع	١-٤
١٣٨	التأمين الصحي .	
١٤٠	أهم التوصيات	٢-٤
	مقترح لإطار أولى لنظام صحي مستقبلي يتناسب مع الظروف	٣-٤
١٤٢	الاجتماعية والاقتصادية للمجتمع المصرى	
١٤٧		المراجع العربية
١٤٩		المراجع الأجنبية

## فهرس الجداول

رقم الجدول	عنوان الجدول	الصفحة
١	مصادر تمويل الخدمة الصحية كنسبة مئوية من جملة التمويل القومي للصحة خلال عام ١٩٩٠ - ١٩٩٥	١٨
٢	الإئفاق الحكومي على الصحة بمصر من عام ١٩٩١ إلى ١٩٩٧	٢١
٣	تطور الإئفاق الصحي خلال الفترة من (١٩٩٥ - ٢٠٠١)	٢٤
٤	الإستثمارات المنفذة خلال الخطة الخمسية الرابعة ٢٠٠٢/٩٧ لوزارة الصحة والجهات التابعة لها (بالمليون جنيه)	٢٦
٥	مؤشرات الإستفادة من الإئفاق العام على الرعاية الصحية حسب التوزيع الإقليمي .	٢٨
٦	مؤشرات الحاجة للرعاية الصحية حسب التوزيع الإقليمي	٢٩
٧	عدد الأسرة (بأجر / بدون أجر) بالمنشآت العلاجية حسب القطاع الذى تتبعه المنشأة ف ١٩٩٨/١٢/٣١ (إجمالى الجمهورية) .	٣٣
٨	عدد الأسرة بالمنشآت العلاجية حسب القطاع الذى تتبعه المنشأة فى ١٩٩٨/١٢/٣١ (إجمالى الجمهورية) .	٣٤
٩	إجمالى عدد المرضى الذين تم علاجهم بالداخل والخارج على نفقة الدولة وتكاليف علاجهم عام ٢٠٠٠ .	٣٥
١٠	مقارنة الإئفاق العام على قطاعى التعليم والصحة خلال الفترة ١٩٩٢ - ١٩٩٩ .	٣٩
١١	تطور عدد المؤمن عليهم صحياً منذ عام ١٩٧٥ إلى عام ١٩٩٩	٧٠
١٢	تطور عدد المؤمن عليهم صحياً ( المتفعين ) موزعين حسب نظام الانتفاع بالمحافظات عام ١٩٩٠ - عام ١٩٩٥ - عام ١٩٩٩	٧١
١٣	عدد المنشآت العلاجية التى تستخدم نظام التأمين الصحى وعدد الأسرة موزعة حسب نوع المنشأة خلال الأعوام ١٩٩٠-١٩٩٥-١٩٩٨-١٩٩٩	٧٣
١٤	عدد المنشآت العلاجية التى تستخدم نظام التأمين الصحى وعدد الأسرة موزعة حسب المحافظات خلال الأعوام ١٩٩٠-١٩٩٥-١٩٩٨-١٩٩٩	٧٤
١٥	مصادر الموارد الخاصة بالهيئة العامة للتأمين الصحى عام ١٩٩٥	٧٩



٨١	إشتراكات وإسهامات المنتفعين بخدمات هيئة التأمين الصحي	١٦
٨٢	الخدمات الصحية الخارجية التي تقدم الهيئة فيها الرعاية الصحية للمنتفعين	١٧
	الاستثمارات المنفذة خلال الخطة الخمسية ١٩٩٨/٩٧ إلى	١٨
٨٣	٢٠٠٢/٢٠٠١	
٨٤	توزيع إنفاق المنتفع الواحد حسب الفرع التأميني التابع له عام ١٩٩٥	١٩
٨٨	الفائض والعجز طبقاً للقانون المطبق عام ١٩٩٥ بالمليون جنيه	٢٠
	قيمة ما يدفعه الأعضاء المشتركون في مشروع الرعاية الصحية لعلاج	٢١
١٠٤	المهندسين وأسرهم	
	الحد الأقصى للخدمات العلاجية للفرد والأسرة لمشروع الرعاية الصحية	٢٢
١٠٥	للمهندسين أو أسرهم	
	تطور عدد المستفيدين من مشروع الرعاية الصحية للمهندسين خلال	٢٣
١٠٦	الفترة من ١٩٩٤ - ٢٠٠٢	
	المصروفات والإيرادات والدعم السنوي لمشروع الرعاية بنقابة المهندسين	٢٤
١٠٧	خلال الفترة من ١٩٩٤ - ٢٠٠٠ .	
	توزيع عدد الأطباء وعيادات التحاليل والآشعة والمستشفيات المتعاقدون	٢٥
١٠٩	في مشروع الرعاية لنقابة المهندسين خلال عام ٢٠٠١-٢٠٠٢ .	
١١٤	قيمة الإشتراك السنوي للمشروع المدعم بنقابة تجارين القاهرة حسب فئة السن .	٢٦
	تطور المصروفات والإيرادات لأنشطة الرعاية الصحية لنقابة تجارين	٢٧
١١٥	القاهرة خلال الفترة من ١٩٩٥ حتى ٢٠٠١/٢/٢٨	
	الجهات العلاجية لمشروع الرعاية الصحية للمشاركين بنقابة تجارين	٢٨
١١٧	القاهرة خلال أعوام ١٩٩٩ إلى ٢٠٠٢ .	
	بيان بما تم صرفه على مطالبات الجهات العلاجية لمشروع الرعاية الصحية (المدعم)	٢٩
١١٧	من يناير ٢٠٠١ حتى ديسمبر ٢٠٠١ (موزعاً حسب نوع الخدمة) .	
	عدد المستشفيات والأطباء المتعاقدون مع مشروع الرعاية الصحية للنقابة	٣٠
١١٩	العامة للزراعيين .	
١٢٦	تكلفة الحصول على الخدمة الطبية (بالجنيه) بشركة ميدى كبرى الشرق	٣١
	الأوسط .	

# المقدمة

## مقدمه

إنجته مصر منذ الربع الأخير من القرن العشرين إلى تطبيق سياسات للإصلاح الاقتصادي والاجتماعي تهدف إلى تحقيق التنمية الاجتماعية والتنمية البشرية بصورة متوازنة مع باقي عناصر التنمية الاقتصادية لكى تتمكن من الوصول إلى التنمية الشاملة بما يتلاءم مع ظروف المجتمع الاقتصادية والاجتماعية .

وقد ترتب على تطبيق تلك السياسات إنحسار لدور الحكومة وتعاضم وتنامي لدور القطاع الغير حكومى فى مجالات التنمية المختلفة . وإنعكس ذلك على قطاع الخدمات الاجتماعية بشكل قد يكون إيجابى فى بعض الأحيان أو سلبى فى البعض الآخر .

وقد أتضح ذلك فى مجال الرعاية الصحية التى زادت تكاليفها على المواطن البسيط وأخذت فى الإرتفاع خاصة فى ظل السياسات الصحية التى ما زالت تعظم دور القطاع العلاجي - باهظ التكلفة - على حساب دور القطاع الوقائي والتأهيلي . هذا بالإضافة إلى زيادة التكلفة العلاجية فى ظل التطورات التكنولوجية السريعة باهظة الثمن .

بالإضافة إلى ما سبق فإن التمويل فى قطاع الصحة يؤخذ عليه وجود بعض التفاوتات وسوء توزيع الموارد بين الريف والحضر وأيضاً فيما بين الشرائح الاجتماعية المختلفة ، كما يعيبه عدم الترشيح وتكرارية الإنفاق للخدمة الصحية وعدم تكاملها .

وترتب على ذلك إفساح المجال لتقديم الخدمة الصحية بأجر لمستخدميها وذلك تحت مسميات مختلفة مثل " العلاج الإقتصادي " فى مستشفيات وزارة الصحة والسكان ، أو " العلاج بالوحدات ذات الطابع الخاص " بالمستشفيات الجامعية ، أو " علاج حالات بأجر أو حالات شركات " فى مستشفيات المؤسسات العلاجية . وقد أطاح ذلك بالمبدأ الدستوري الذى ينص على حق العلاج لكافة المواطنين وإبراز وتنامي مبدأ العلاج مقابل الأجر ، الذى زاد بصورة غير مقننة ، مما يتطلب ضرورة وضع الإجراءات اللازمة لضبط وتصحيح أى إنحراف وكبح التضخمات فيما يسمى بسوق الخدمة مقابل أجر .

فى إطار ما سبق فإن وجود مظلة للتأمين الصحى أصبح يمثل أهم الآليات التى يمكن أن تتركز عليها المؤسسات الصحية لتحقيق آمالها التنموية فى النهوض بقطاع الخدمات الصحية فى جمهورية مصر العربية . من هذا المنطلق تأتي أهمية هذه الدراسة التى تستهدف رصد لنظام الرعاية الصحية العلاجية فى مصر ثم تقديم رؤية حول مستقبل التأمين الصحى فى إطار السياسات المعاصرة للإنفاق على الخدمات الصحية وذلك من خلال رصد لأهم نظم الرعاية الصحية التأمينية فى مصر ولتحقيق هذا الهدف فإن الدراسة التى تحتوى على أربعة فصول تقدم جانب نظرى تضمنته الدراسة فى الفصل الأول والثانى أما الفصل الثالث فقد خصص للدراسة الميدانية ثم يأتى فى النهاية الفصل الرابع والذى يضم أهم التحديات وأهم التوصيات وتقديم رؤية حول مستقبل التأمين الصحى فى إطار واقع تمويل الخدمات الصحية فى ج . م . ع .

في ضوء ما سبق يتناول الفصل الأول في بدايته لمحة سريعة عن مفهوم الرعاية الصحية وأهم معايير تقديمها ، ثم يتم بعد ذلك إستعراض بعض جوانب مصادر التمويل وأوجه الإنفاق الصحي مع الإشارة إلى برنامج الإصلاح الصحي ونظام طب الأسرة كأحد آليات الإصلاح الصحي في مصر . وأخيراً يتم إلقاء الضوء على بعض التحديات التي تواجه القطاع الصحي .

أما الفصل الثاني من الدراسة النظرية فيتناول موضوع التأمين الصحي والرعاية الصحية المعاصرة في ج.م.ع. حيث يستعرض في بدايته المفاهيم والمنهج والنظم المعاصرة للتأمين الصحي في مصر ثم يستعرض الإطار التشريعي للتأمين الصحي منتقلاً إلى تحديد لأهم ملامحه ويختتم هذا الفصل بتسجيل أهم الملاحظات بالنسبة للتطبيق مع تسجيل لأهم المعوقات والتحديات في هذا الصدد .

وتقدم الدراسة في فصلها الثالث عرض النتائج للجانب الميداني للدراسة والذي إستهدف إلقاء الضوء على بعض النظم التأمينية لبعض النقابات المهنية والوزارات والهيئات العامة بالإضافة إلى النظم التأمينية العلاجية التي تقدمها بعض الشركات الخاصة المتخصصة في هذا المجال وذلك للتعرف على أهم ما تقوم به من أنشطة والتحديات التي تواجهها والعوامل المرتبطة بهذه النظم .

وقد حددت الدراسة الميدانية سبعة نقاط أساسية - حاولت تغطيتها - تضمنت بداية التطبيق ونوع الخدمات وحجم الإنفاق ونوعية الفئات المنتفعة وأساليب تطور الخدمة وأهم المشكلات والتحديات وطرق التغلب عليها . وقد تم تطبيق الدراسة الميدانية على نماذج من النقابات المهنية والوزارات والهيئات العامة والشركات المتخصصة في إدارة نظم علاجية تأمينية بحيث لا يقل العدد عن نموذجين من كل هذه الجهات بالإضافة إلى تناول نموذج واحد من الجمعيات الأهلية إنفرد بتقديم هذه الخدمة . و إتبعت الدراسة الميدانية أسلوب اللقاءات والمقابلات الميدانية للقائمين على أماكن تقديم هذه الخدمة من العاملين في الأنشطة الإدارية والفنية .

أما الفصل الرابع من الدراسة فيقدم عرض لأهم التحديات المنبثقة من الدراسة النظرية والميدانية مع إستعراض لأهم التوصيات مع تقديم رؤية مستقبله حول وضع التأمين الصحي في إطار سياسات الإنفاق الحالى على الخدمات الصحية في ج.م.ع.

الفصل الأول

## ١ - مفهوم الرعاية الصحية

وأهم ملامح تمويل القطاع الصحى بمصر

## الفصل الأول

### ١ - مفهوم الرعاية الصحية

وأهم ملامح تمويل القطاع الصحي بمصر

#### ١ - ١ مفهوم الرعاية الصحية :

عندما أنشئت منظمة الصحة العالمية (WHO) <sup>(١)</sup>، <sup>(٢)</sup>، <sup>(٣)</sup> عام ١٩٤٦ كأحد المنظمات المنبثقة عن الأمم المتحدة ، ورد في ديباجة دستورها تعريف للصحة ينص على أنها " حالة من اكتمال السلامة البدنية والعقلية والاجتماعية ، لا مجرد انعدام المرض أو العجز " مع التأكيد على أن من " الحقوق الأساسية لكل إنسان التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن للكائن البشرى بلوغه ، دون تمييز ، بسبب العنصر أو الدين أو العقيدة السياسية أو الحالة الاجتماعية أو الاقتصادية " . يلاحظ من هذا التعريف التأكيد على حق الإنسان من التمتع بحالة من السلامة بدنياً وعقلياً واجتماعياً . . أيضاً يلاحظ الربط الكامل بين سلامة البدن والظروف الاجتماعية والاقتصادية التي يعيشها الإنسان ، كما نلاحظ أيضاً أن الصحة حقاً من الحقوق الأساسية لكل إنسان ولم تعد إحساناً تقدمه الجمعيات الخيرية وذوو البر .

وبعد ثلاثين عاماً من الجهد الدءوب للمنظمة العالمية بدأت الآراء تتفق على أن الأنظمة الصحية التي تعتمد على تركز الرعاية حول الأنماط الممثلة في المستشفيات ، وتركز التعليم الطبي النمطى على المريض كفرد منفصل ومنعزل تأثره وتأثيره على المجتمع ، وقصور البحوث الصحية التي تركز أيضاً على الفرد دون الاهتمام بالمجتمع المحيط به ، كل هذا لم يوفر الحاجات الصحية الأساسية للأغلبية العظمى من المجتمع .

وتبلورت تلك الآراء في الاجتماع المشترك لمنظمة الصحة العالمية / اليونسيف الذي إنعقد عام ١٩٧٨ في (المآآتا) بمشاركة ١٣٤ دولة حيث تم إصدار إعلان (المآ آتا) الذي تبنى مفهوم الرعاية الصحية الأولية كوسيلة لتحقيق " الصحة للجميع بحلول عام ٢٠٠٠ " .

١. WHO, Basic Documents, 37 th. Ed, WHO, Geneva, 1988.

٢. Alm Ata 1978, Primary Health Care, WHO, Geneva, 1978.

٣. رئاسة الجمهورية ، المجلس القومي للتخصصات ، تطور المفهوم العالمى للصحة ، موسوعة المجلس القومي للتخصصات ١٩٧٤ - ١٩٩١ : المجلد الرابع

## وهذا المفهوم يشمل :

- الوعي بالمشكلات الصحية السائدة وسبل مواجهتها والسيطرة عليها .
- تيسير الحصول على الطعام والتوعية بالتغذية السليمة .
- الإمدادات الكافية بالمياه النقية وتوفير شروط الإصحاح البيئي .
- العناية بصحة الأمومة والطفولة وتنظيم الأسرة .
- التمنيع (التلقيح) ضد الأمراض المعدية .
- مكافحة الأمراض الطفيلية .
- العلاج المناسب للأمراض الشائعة والإصابات .
- توفير الأدوية الأساسية .

والمفهوم السابق يتضمن توفير قدر من الرعاية الصحية لجميع الأفراد ، لا للفرد على حساب الآخر ، ولا للمدنية على حساب الريف ، ولا للأغنياء على حساب الفقراء ، وان مفتاح الصحة للجميع هو الرعاية الصحية الأولية .

وقبل بداية الألفية الثالثة تم إجراء تقييم شامل للمفاهيم التي طرحت في إعلان ( الما آتا ) ، ووضعت منظمة الصحة العالمية أهداف المرحلة الثانية حتى ٢٠٢٠ تحت اسم الصحة للجميع أيضاً وتم إعلان عشرة أهداف<sup>(١)</sup> وهي :

- العدالة ، ومؤشرها المركزى مدى تفزم الأطفال .
- استمرارية الحياة ، ومؤشرها المركزى معدل وفيات الأمهات ومعدل وفيات الأطفال ، والعمر المتوقع للفرد عند الميلاد .
- تغيير مسار خمسة أوبئة وهي : الدرن ، والإيدز ، والملاريا ، التلدين وأمراضه ، العنف والإصابات .
- إستئصال واستبعاد أمراض معينة .
- مقاييس لتعزيز الصحة .
- سياسات قومية تتبنى الصحة للجميع تصحيحاً وتنفيذاً ومتابعة .
- إتاحة الوصول للحصول على الرعاية الصحية ، اللازمة والمتكاملة وذات الجودة .
- تنفيذ أنظمة المعلومات العالمية والقومية والترصدية .

<sup>(١)</sup> معاهد التخطيط القومى - دائرة حوار حول مصر وتعديات المستقبل - قطاع الصحة وتعدياته ، مجلة المصرية للتنمية والتخطيط ، المجلد التاسع ، العدد

العاشر ، ديسمبر ٢٠٠١ ، ص ١٨٢

• مساندة البحوث الصحية •

إن هدف الصحة للجميع عملية مستمرة منذ إعلان (الما آتا) عام ١٩٧٨ حتى عام ٢٠٠٠ ، وتجدد استمرار إعلان هذا الهدف حتى عام ٢٠٢٠ ولكن مع تغيير في الأهداف لمواكبة متطلبات احتياجات الشعوب ، حيث تركزت الأهداف المستقبلية على أن الصحة هي مسئولية كافة القطاعات المجتمعية ، وأنها تركز على الديمقراطية والحقوق المدنية للإنسان • ولتحقيق الصحة للجميع عام ٢٠٢٠ حددت المداخل التالية<sup>(١)</sup>:

- التنمية التي يؤرقها الإنسان (التنمية البشرية) •
- إستهداف إستئصال الفقر وحماية حقوق الإنسان •
- تقوية وضع المرأة في التنمية المتعددة الأبعاد •
- التمسك بالأولويات الاجتماعية في دوائر التنمية •
- إطار منفتح وعادل للتجارة والاستثمار والتكنولوجيا •
- تحديد دور الحكومة الجديد ودور القطاع الخاص •

وبناء على ما سبق فإن الصحة - خاصة القطاع الوقائي منها - أصبحت قضية مجتمعية وهي مشكلة لا تخص الأجهزة الصحية فقط بل هي مشكلة متعددة الجوانب والأبعاد تشمل نظم الدولة والمجتمع • ومواجهتها يستلزم إتباع أساليب لا مركزية ومشاركة كل فئات المجتمع بداية من الأفراد والأسرة والمجتمع المحلي والإقليمي والقومي • ومواجهة تلك القضية يتطلب تغييرات في سلوك المجتمع في عدة جوانب حياتية مثل الغذاء ، والممارسة الرياضية ، والتدخين ••• وإذا نجح المجتمع في ذلك فإنه سوف يترتب عليه بدون شك توفير في الموازنات المخصصة للإنفاق على علاج الأمراض ومضاعفاتها •

وبهذا المفهوم فإن قضية الوقاية الصحية ليس مسئولية المؤسسة الصحية ولكنها مسئولية المجتمع وسلوكياته البيئية والتعليمية والمعلوماتية ، أى أن مقدمى الخدمة ( أطباء • ممرضات ••• ) ليسوا مسئولين عن مواجهة تلك القضية ولكن المسئول الأول عن مواجهتها هم مستخدمى الخدمة (المجتمع) •

<sup>(١)</sup> سمير فياض ، النظام الصحى - أسس ومؤشرات النظام الصحى ، سيمينار معهد التخطيط القومى ، ٢٠٠٢ ، ص ٣٣ •



وبذلك أصبحت الرعاية الوقائية تحتل قمة الأولويات الصحية ، وذلك لتمييزها في إحداث تطور  
صحي حقيقى للأفراد والمجتمع . وفي هذا المجال نشير إلى أن الوقاية لها ثلاث درجات هي :

**الوقاية الأولية :** ويقصد بها توقي المرض والإصابة و ما يترتب عليه من تحسين الأحوال  
المعيشية والبيئية وزيادة الوعي وغرس القيم والسلوكيات الايجابية . الخ .

**الوقاية الثانوية :** بمعنى التدخل الطبي العلاجي أو الإصابة ومنع حدوث المضاعفات التي قد  
تؤدى للإعاقة الدائمة . وهذه التدخلات الطبية قليلة التكلفة وكبيرة الفائدة  
والفاعلية للفرد والمجتمع . وقد نظمت منظمة الصحة العالمية وبعض المؤسسات  
والمنظمات الدولية جداول و أولويات لهذه التدخلات .

**الوقاية الثالثة :** بمعنى أن تحدث مضاعفات للمرض أو الإصابة حدوث عجز أو إعاقة دائمة  
وتؤدى إلى حدوث عجز أو إعاقة دائمة واعتماد المريض على الآخرين ، وقد  
لا يحتاج إلى مساعدة الآخرين في حالة نجاح تأهيلية لتقليل وتحجيم الإعاقة مما  
يزيد من إمكانية إعماده على ذاته .

وبالطبع ، فإن لمقدمى الخدمة الصحية دوراً مباشراً في الوقاية الثانية والثالثة ، أما الوقاية الأولية  
فهي مسئولية المجتمع وتشريعائه وسلوكياته بتوجيه من قياداته ، مع ضرورة وجود دور تعليمى  
لمقدمى الخدمات الصحية .

وبناء على ما سبق فإنه يمكن تقسيم الخدمات الصحية الى قسمين رئيسيين :<sup>(1)</sup>

**القسم الأول :** يشتمل على الخدمات الصحية المرتبطة بصحة الفرد بصورة مباشرة والتي تشمل  
خدمات التشخيص وخدمات العلاج سواء تم ذلك بالعلاج الدوائى المباشر داخل  
المتزل أو تم من خلال خدمات صحية مساندة تحتاج رعاية سريرية داخل  
المستشفيات .

**القسم الثانى :** يهتم بالخدمات الصحية المرتبطة بصحة المجتمع أو ما يمكن أن نطلق عليه  
بالخدمات الصحية البيئية حيث ترتبط تلك الخدمات بالحماية من الأمراض المعدية  
والأوبئة والحماية من التدهور الصحى الناتج عن سلوك الأفراد والمشروعات التى  
ينتج عنها ملوثات بيئية ، أى أن هذا النوع يقدم ويوفر خدمات صحية تؤثر

<sup>(1)</sup> طلعت الدمرداش ابراهيم ، اقتصاديات الخدمات الصحية ، مكتبة المدينة - الرفائيق ، مصر ١٩٩٩ ، ص ٩ - ١٠

بصورة غير مباشرة بصحة الفرد . وهذه الخدمات هي الخدمات الصحية المانعة أو التي تمنع وقوع المرض وهي تهدف الى وقاية الفرد من التعرض للمرض ، ويطلق عليها خدمات صحية وقائية ، وتشمل خدمات التطعيم ضد الأمراض الوبائية ، وخدمات مكافحة الحشرات والحيوانات الناقلة للأمراض ، وخدمات الرقابة الصحية على متاجر تقديم الغذاء والمشروبات ، وخدمات الرقابة البيئية ، إضافة إلى خدمات الإعلام ونشر الوعي الصحي .

إن الهدف الأساسي من توفير الخدمات الصحية على مستوى الفرد هو القضاء على المرض أو على الأقل التخفيف من مضاعفاته والتعايش مع تلك المضاعفات إذا تطلب الأمر . وتحقيق هذا الهدف يعود بصورة مباشرة على الفرد وينعكس أثره على الاقتصاد القومي . أن تحسن الحالة الصحية لأفراد المجتمع سيضمن المحافظة على رأس المال البشري ، ومن ثم توقع إرتفاع معدلات النمو الاقتصادي ، فإرتفاع المستوى الصحي للفرد يزيد من إنتاجيته ومن ثم زيادة الإنتاج القومي . لذا فإن الاهتمام بالخدمات الصحية ليس مرجعه الدافع الإنساني فقط ، ولكن أيضا الدافع الاقتصادي وبنفس الدرجة من الأهمية .

**والتحليل الاقتصادي لأسواق الخدمات الصحية يحدد ثلاثة جوانب هي :**

**أولاً :** جانب الطلب على الخدمات الصحية : والذي لا يشمل على المرضى فقط بل ويشمل أيضاً جميع أفراد المجتمع الأصحاء الذين يطالبون بحقهم في الحماية من الإصابة بالمرض .

**ثانياً :** جانب العرض للخدمات الصحية : ويشتمل على منتجي الخدمات الصحية من عيادات طبية خاصة ، ومستشفيات عامة حكومية ، ومستشفيات خاصة ، ومعامل ومراكز أشعة . . . الخ .

**ثالثاً :** جانب عارضى الموارد المستخدمة في الخدمات الصحية والتي تشمل سوق من الأطباء والمرضات ، وسوق المعدات والأجهزة والمستلزمات الطبية ، وسوق الأدوية والخدمات الصيدلانية ، . .

## ١ - ٢ معايير تقديم الخدمات الصحية :

يتطلب أداء الخدمات الصحية أن يؤخذ في الاعتبار عدة معايير مثل العدالة والكفاءة والجودة والتمويل وهذه المعايير هي التي تحدد الى أى مستوى سيتم إنتاج الخدمات الصحية ، كما تحدد في نفس الوقت من سيستفيد من تلك الخدمات وبأى مستوى ، وفيما يلي سنعرض لتلك المعايير على النحو التالي :

### ١-٢-١ العدالة وإتاحة الحصول على الرعاية الصحية<sup>(١)</sup> (٢) Access - Equity

العدالة أحد الركائز الأساسية للخدمات الصحية وتمثل في انه يجب تقديم الخدمات العلاجية للفرد أو المجتمع على أساس الحاجة إليه ، وليس على أساس توافر الأموال ، وان العدالة يجب أن تكون أحد أهداف الخدمة ، مع الوضع في الاعتبار أن هدف العدالة قد يتناقض مع الأهداف الصحية الأخرى ، فمثلاً قد تشير متطلبات التكلفة والكفاءة إلى أنه يفضل تقديم خدمات علاجية ذات طبيعة متخصصة في عدد محدد من المراكز الصحية المتخصصة في ذلك ، مما يؤدي إلى عدم المساواة في الوصول إلى الخدمات ، لأن أصحاب الدخول المنخفضة أو غير القادرين على الحركة سيواجهون صعوبات في الوصول إلى هذه المراكز بسبب المسافة الطويلة وتكاليف السفر والإقامة وفي مجال الصحة فإن العدالة كما يراها Mooney (١٩٩٤) هي :

- تساوى الحالة الصحية المحققة .
- تساوى استخدام الخدمات الصحية (للحاجات المتساوية) .
- تساوى الوصول للخدمات الصحية (للحاجات المتساوية) .

هذه العناصر قد تتناقض في واقع الممارسة بمعنى أنه لكي نحقق مساواة أكبر في الحالة الصحية ، قد يكون من الضروري أن نضمن أن بعض الأفراد سيحصلون على الخدمات الصحية بمقدار أكبر من الآخرين ، فإذا كانت الموارد محدودة فلن يتحقق تساوى الحالة الصحية إلا عند مستوى منخفض .

<sup>(١)</sup> طلعت النمروداش ابراهيم ، مرجع سبق ذكره ص ص ٣٤-٣٦

<sup>(٢)</sup> عمير فياض ، النظام الصحي - أسس ومؤشرات النظام الصحي ، سينار معهد التخطيط القومي ، ٢٠٠٢ ، ص ص ١٨-٢٣ .

وفى هذا الصدد نلقى بالضوء على بعض عيوب النظام الصحى والتي تنعكس على العدالة وإتاحة الحصول على الرعاية الصحية :

- تغطى مظلة التأمين الصحى حوالى ٤٥% من المواطنين ، أغلبهم من البالغين بالحضر الذين يعملون بالحكومة أو قطاع الأعمال ، أو القطاع الخاص المنظم ، أو من أرباب المعاشات والأرامل ، أو من تلاميذ المدارس والأطفال قبل السن المدرسى .
- تجزئة التمويل للنظام الصحى ، وما يتبعه من تجزئة نظام تقديم الرعاية الصحية ، إلى وزارة الصحة والسكان ، ووزارات أخرى ، وهيئات حكومية اقتصادية وخدمية وشركات قطاع الأعمال ، وأنظمة التأمين الصحى الحكومى والنقابي ، وأنظمة القطاع الخاص المتنوعة والمتعددة ، ذلك التنوع غير المحسوب والعشوائى وغير المنسق فى الخدمات الصحية المتاحة يجعلها غير عادلة وغير متاحة للجميع ، كما أنها تتحول الى نظام غير كفاء ، حيث يتوزع تحمل المخاطر إلى قطاعات متعددة ، بدلاً من توحده فى قناة واحدة يتحقق من خلالها التوزيع العادل للجميع والكفاءة فى مواجهة المخاطر .
- تفاوت الإنفاق العام والإنفاق الصحى للفرد بين الحضر والريف ، حيث يزيد الإنفاق العام للفرد فى الحضر عن الريف بواقع ٦٧% ، ويزيد الإنفاق الصحى للفرد فى الحضر عن الريف بواقع ٧٩% .
- تفاوت الإنفاق الصحى بين شرائح الدخل ، حيث لا تحصل شريحة الدخل الدنيا إلا على ١٦% من الإنفاق الصحى العام ، على حين تحصل شريحة الدخل العليا على ٢٤% من الإنفاق الصحى العام ، بخلاف حصة الإنفاق الصحى الخاص .
- نظام التوظيف الحكومى أو القطاع العام لا يسمح إلا بمراتب منخفضة ، مما يدفع مقدمى الخدمة من الأطباء إلى التراخى وعدم الاهتمام المتعمد فى أداء مهام وظائفهم وتوجيه جهودهم إلى عملهم الخاص سواء بالمستشفيات أو العيادات الخاصة ، مما يؤدى إلى انهيار شبكة خدمات وزارة الصحة والسكان وعدم قدرتها على تحقيق الآمال الاجتماعى والصحي للمواطنين .