



جامعة الأزهر
مركز صالح عبد الله كامل
للاقتصاد الإسلامي

مؤتمر

« التأمينات الاجتماعية بين الواقع والمأمول »

نحو نظام تأمين صحي مصري جديد

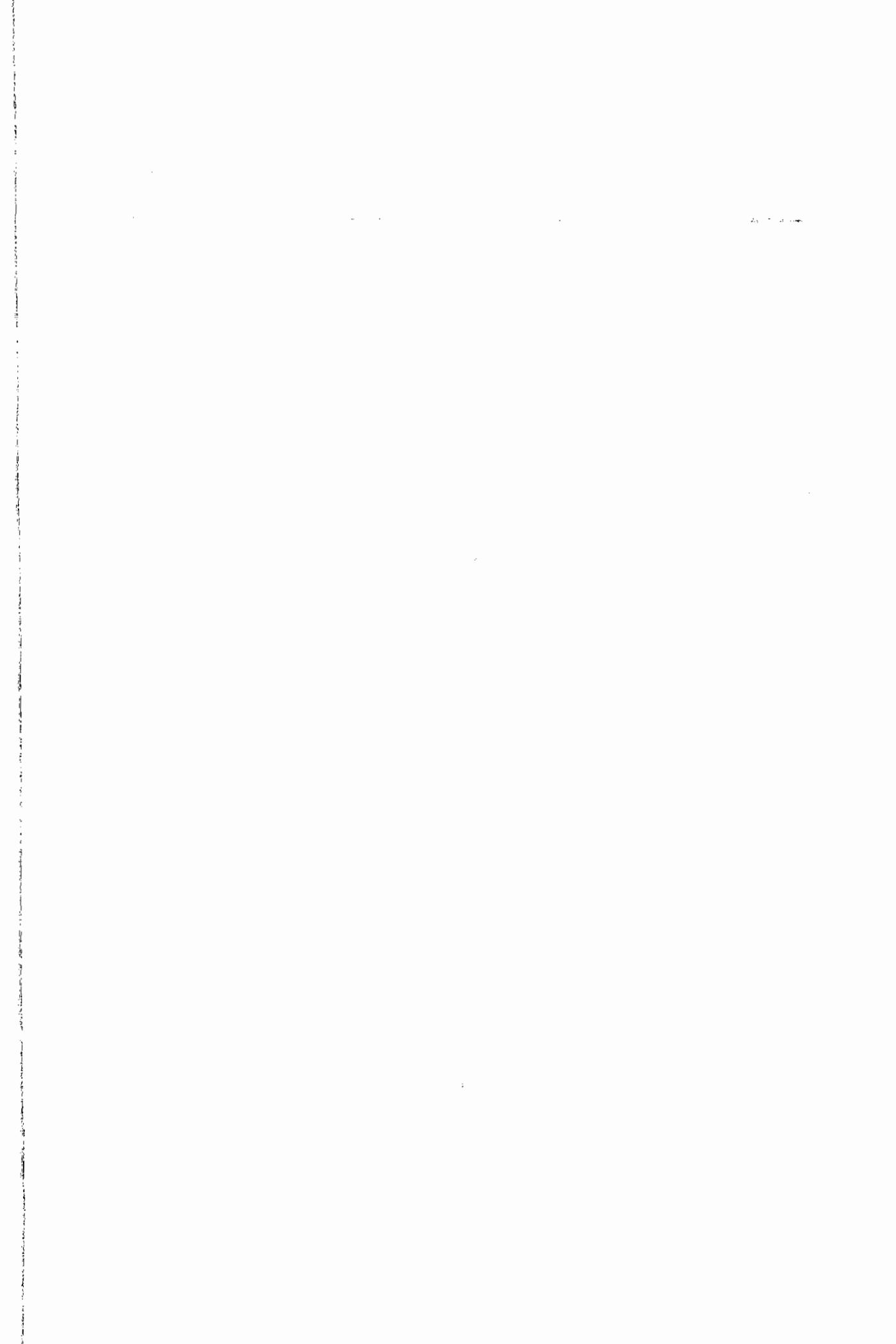
إعداد

الدكتور / لطف الله إمام صالح

أستاذ بمعهد التخطيط القومي

المدير التنفيذي لبرنامج دعم التنمية

في الفترة من ١٣-١٥ أكتوبر ٢٠٠٢م



(أولا) الإنفاق على تنشئة الإنسان: من الاستهلاك إلى التنمية البشرية

مرورا بالاستثمار:

١- مفهوم النفقة الاستهلاكية:

ساد أدبيات الفكر الاقتصادي والاجتماعي لردح من الزمن مفهوم النفقة الاستهلاكية لكل ما ينفق على الإنسان في مختلف مراحل تكوينه : نطفة ثم علقة ثم مضغة حتى إكتماله جنينا ثم وضعه رضيعا ثم تنشئته طفلا وصبيبا معالاً حتى يكتمل نضجه عائلاً، وقد إستند هذا المفهوم إلى كون أن تلك النفقة يكون محلها سلعا وخدمات يستهلكها الإنسان أنيا.

٢- مفهوم النفقة الإستثمارية:

وحيث تم الربط بين الإنفاق على ما يحصل عليه الإنسان من مدخلات بنوية في آجال قصيرة متتالية على مدار عمره ، وبين ما يتم تفريخه من عوائد إقتصادية واجتماعية من هذه النفقة في الأجل الطويل ، أسفر هذا الربط عن الإنتقال من مفهوم النفقة الإستهلاكية إلى مفهوم النفقة الإستثمارية في رأس المال البشرى فأضحى المفهوم الأخير أوسع من المفهوم الأول باعتبار أن المفهوم الأول يتعلق بالمدخلات فحسب ، بينما يأخذ المفهوم الثاني في إعتباره مبدأ العائد مع ربطه بالسعة ، وأيضا مع الأخذ في الإعتبار الزمن أو الأجل الطويل اللزم لكي يؤتى الإنفاق الإستهلاكي على بناء الإنسان غلته التي قد تكون ثابتة أو متناقصة أو متزايدة طبقا لكفاءة العملية البنائية للإنسان ، ومدى قدرتها على إكساب الإنسان المهارات والقدرات القيمة من ناحية ، والأدائية المهنية من ناحية أخرى.

٣- مفهوم التنمية البشرية:

وهنا إعتبر الفكر التنموي أن هذه الإضافات المتتالية إنما هي في حقيقة الأمر قيم بشرية بعضها مضافا على التوالي ، وبعضها مضافا على التوازي ، وكان ذلك سندا للإنتقال بل إلى بزوغ مفهوم أوسع من المفهومين السابقين ، ألا وهو مفهوم : "التنمية البشرية" حيث يتمدد المفهوم الأخير ليشمل ليس فقط ما ينفق على الإنسان في المجالات المذكورة أو في المراحل المختلفة لتكوينه وإنما ليعطى هذا المفهوم أسلوب وطرائق ما يجرى على الإنسان من عمليات تنموية له في مختلف أطواره.

٤ - معلمات التنمية البشرية:

وحيث بزغ مفهوم التنمية البشرية فى الأدبيات الحالية للتنمية الاجتماعية والاقتصادية فقد برز ليعبر عن عملية الاستثمار فى بناء الانسان باعتبارها عملية شاملة ومتكاملة ومتواصلة. فهى عملية شاملة من حيث تغطيتها لكافة مجالات التنشئة والرعاية الصحية والتعليمية والثقافية والتأهيلية والبيئية والسكنية والتغذوية... الخ.

وهى عملية متكاملة من حيث ضرورة توافر الاتساق والتناسق والموائمة والملائمة والتوافق وعدم التحيز فيما يعطى من جرعات التنشئة بمختلف مناحيها وفى مختلف المراحل العمرية للإنسان وذلك ضمانا لضبط ما يحدث من تفاعل بين تلك الجرعات ، وبعض هذه الجرعات تمثل عاملا أساسيا فى عمليات البناء الانسانى وبعضها تمثل عوامل مساعدة ووجودها يعتبر ضروريا وإن كان غير كافيا لضمان جودة ما نحصل عليه من نتائج فى التنشئة البشرية وباعتبار أن التنشئة ومحصلتها فى شكل قدرات ومهارات وطاقات أدائية إنما تمثل القيمة البشرية المضافة.

وهى عملية متواصلة من حيث ليس فقط باستمرارها عبر مختلف المراحل العمرية للإنسان (جنينا كان أم رضيعا ، طفلا كان أم صبيا ، شابا كان أم شبيبة) وإنما أيضا ضمان ديمومة استمرارها دون وهن من خلال نظام للتنمية البشرية يحمل فى طياته الآليات الذاتية للاستمرار التتموى ليس فقط من خلال توفير ما يلزمه من موارد لتشغيله ولكن أيضا بضمان تبنى القائمين عليه والمستفيدين منه لأهمية تشغيل مثل هذا النظام مدخلات له وعمليات تجرى فيه ومخرجات يفرزها كقيم بشرية مضافة.

٥ - التنمية البشرية إضفاء لقيم بنيوية مضافة:

ولامرية أن المفاهيم الثلاثة لما ينفق على الانسان فى مختلف مجالات الإنفاق وعلى مدى مختلف مراحل العمرية وعلى مدى مختلف مراحل الاقتصادية/الاجتماعية (معالا كان أم عائلا لنفسه أو لغيره) إنما هى فى حقيقة الامر رؤى ثلاثة لنفس الشئ من حيث أن الرؤية الأولى إنما تتمثل فى أن هذا الإنفاق ينفق على سلع وخدمات تستهلك فى الحال ومن هنا كانت النظرة الاستهلاكية العاجلة لهذا الإنفاق.

إلا أن تفريخ وإفراز الآثار البنوية لهذا الإنفاق التراكمى فى الأجلين المتوسط والطويل من خلال عملية الإنفاق التراكمى إكتسب رؤيته اثنائية كاستثمار فى رأس المال البشرى. وحيث أن السلع والخدمات التى أتاحتها هذا الإنفاق إنما تستهلك عادة فى الأجل القصير وتتقضى إلا أن تنمية الإنسان تكوينا وتأهيلا وإعدادا وتصنيع قيمته فى مجتمعه كمورد بشرى من خلال ما يزداد عليه من قيم بشرية مضافة تجعل له موقعا فى سوق العمل والإنتاج إنما

تجعل منه فى الأجل الطويل موردا بشريا ذو حيثية إقتصادية واجتماعية لنفسه ولأسرته ولمجتمعه فرضت رؤية الإنسان محل هذا الإنفاق الإستثمارى كمورد بشرى وهى الرؤية الثالثة.

٦- التنمية البشرية للتميز البشرى فى مواجهة العولمة:

ولاشك أنه إذا كان مستوى الدخل وعدم تحيز توزيعه لفئة ما كان أحد المؤشرات الرئيسية (وما زال) لقياس مدى التقدم الإقتصادى والاجتماعى للأمم كما أنه وعلى مستوى الفرد كان (وما زال) أحد المعايير الرئيسية لقياس التميز الطبقي ودرجاته فقد أضحت توزيع التميز البشرى (تنشئة وإعدادا وتكوينا وتأهيلا ومعرفة) المؤشر الرئيسى والمعيار الأساسى للحكم على مدى تقدم الأمم والأفراد داخلها.

فبقدر حجم ودرجة تركيز التميز البشرى داخل المساحة الديموجرافية لأمة ما تكون القدرة التنافسية للأمم والأفراد كل بين نظيره ، وقد أستجد معيار توزيع التميز البشرى فى ساحة مؤشرات القياس التنموى مع بزوغ الثورات الثلاثة المترافقة : ثورة المعلومات وثورة الاتصالات ، والهندسة الوراثية ، وما ترتب عليها من عولمة الأشياء والأحداث والتحول بالعالم من اقتصاديات الانتقال إلى اقتصاديات الاتصال عن بعد (والتجارة الألكترونية خير مثال فى هذا الصدد) ، ومن هنا برزت الموارد البشرية وأهمية تنميتها والحفاظ عليها فى أدبيات التنمية الحالية وإن كان الظن يرجح أن هذه الرؤية ستستمر إلى أجل غير منظور .

(ثانيا) النظام الصحى والتنمية البشرية:

١- النظام الصحى إطار وسياج وفؤاد التنمية البشرية:

والنظام الصحى بنشاطاته البيئية والوقائية والعلاجية إنما يمثل الإطار والسياج والفؤاد للتنمية البشرية ، فبعديه : البيئى المجتمعى العام والأسرى / السكنى الخاص يمثلان معا الإطار البيئى للموارد البشرية فى أى مجتمع فهما الدائرة العامة والمحل البيئى الذى تدور حوله كافة المقومات البيئية بما تفرزه من مخاطر صحية مهددة أو مواتية للأجهزة التحتية للإنسان . وما يتوقاه الإنسان بنفسه أو ما يحصل عليه من مجتمعه من وسائل وقاية إنما يمثلان معا السياج الواقى والمحصن من تلك المخاطر البيئية العامة أو الخاصة قبل أن تأتى تلك المخاطر بمفعولها السلبي على صحة الإنسان.

والمكون العلاجي فى النظام الصحى سواء ما استطاع الإنسان أن يوفره بذاته أو ما يحصل عليه من مجتمعه والذى تدرجت مفاهيمه من صحة المجتمع إلى صحة الأسرة من خلال التركيز على صحة الأم والطفل فى إطار مفهوم شامل للصحة الإنجابية.

٢- النظام الصحى أداة حماية للموارد البشرية وأداة معظمة لعوائد الإستثمار فيها:

والنظام الصحى وآلياته أداة التنمية البشرية فى الحفاظ على رأس المال البشرى وحاميا لقيمته المضافة من التدهور أو التآكل أو انعدام الفاعلية أو انخفاض عوائده إنسانيا واجتماعيا واقتصاديا ، كما أن النظام الصحى ونشاطاته تلعب دورا فعالا وأساسيا فى الحفاظ على ما أستثمر فى الإنسان تعليما وتنقيفا وتدريبيا وتنشئة ومعارف استقفاها واكتسبها بممارسات حياتية مهنية وفنية وادبية.

وبقدر قوة وسلامة نبض النظام الصحى وآلياته تشغيليا وأداء وفعالية وفاعلية بقدر ما يستطيع النظام الصحى أن يمعظم العوائد الإنسانية والاجتماعية والاقتصادية من الاستثمار فى الإنسان تنشئة وإعاشة (غذاء وكساء وملبس وتعليم وتنقيف وتدريب) وذلك من خلال تدخل النظام الصحى لخفض مخاطر إعتلال صحة الإنسان وما يترتب عليها من إضعاف لقدراته الأداةية أو تدنية لسلامة تشكيله وإعداده وهو معالا أو حين تبوئه مكانته الاجتماعية عائلا.

٣- قياس كفاءة النظام الصحى:

وأحد معايير قياس كفاءة النظام الصحى هو قدرته على خفض إحتمال إنتقال الإنسان من حالة الإصحاح الكامل إلى حالة التوعك الأولية ثم قدرته على خفض إحتمال الانتقال من حالة التوعك الأولية إلى الحالة المرضية بمختلف مراحلها ثم قدرته على تقليل مدة بقاء الإنسان كحالة مرضية بالإضافة إلى تقليل آثارها الإعتلالية بالحد من مضاعفات الحالة المرضية وتداعياتها المباشرة المتمثلة فى الإنفاق الباهظ لإعادة الفرد لحالة الإصحاح الكامل والغير مباشرة والمتمثلة فيما يتحمله الفرد والأسرة والمجتمع من خسائر مادية واجتماعية لقعوده المؤقت أو الدائم على العمل.

أن قيام نظام صحى كاف وكفاء وفعال أضحي أحد مستلزمات العصر الأساسية والضرورية للحفاظ على قدرات التميز البشرى التنافسى المكتسب من القيم البشرية التنموية المضافة للإنسان نتيجة الاستثمار فى رأس المال البشرى إنفاقا على السلع والخدمات اللازمة لتنشئة الفرد وتكوينه وإعداده وتوظيف مداركه وإمكاناته المعرفية التوظيف الأمثل لمعظمة عوائد ذلك لنفسه ولأسرته ولمجتمعه.

تالثا) معلمات البيئة المصرية ومدى افرازاتها المرضية :

١- معلمات البيئة المجتمعية العامة:

والبيئة المجتمعية فى مصر العامة منها (خارج المنازل) والخاصة منها (داخل المنازل) تكون فى بعض الأحيان (إن لم يكن فى معظمها) مفرزة للعدوى ومصدرا لمخاطر صحية جمة فالمبيدات المستخدمة فى الزراعة ذات سمية عالية والأترية المتساقطة والعالقة والمصاحبة ذات تركيزات عالية من الرصاص، والأنبعاثات فى الهواء بمختلف أنواعها ومن مختلف مصادرها حدث ولا حرج فقد بلغ حجم إنبعاثات ثانى أكسيد الكربون فى عام ١٩٩٥ ما مقداره ٩١,٧ مليون طن / مترى مقابل ٤٥,٢ مليون طن مترى عام ١٩٨٠ ليصبح نصيب الفرد ١,٦ طن / مترى فى عام ١٩٩٥ بعد أن كان ١,١ طن / مترى فى عام ١٩٨٠م^(١) وصرف المصانع لمخلفاتها فى النيل وفى المجارى المائية وفى شبكات الصرف الصحى ، كلها عوامل معادية لمقتضيات الإصحاح البيئى.

٢- معلمات البيئة المنزلية:

وهناك ١١,٦ مليون نسمة فى مصر يتخذون من العشوائيات سكنا لهم بكثافة سكانية بلغت ٣١ ألف نسمة / [٢١] كم^٢ وهناك ١,٢ مليون أسرة يضمون ٨ مليون نسمة يقطنون بالإسكان المشترك تتعدم فيها المراحيض الخاصة والمطبخ المنفصل مضافا إليهم حوالى ٢,٧ مليون نسمة من ساكنى الغرف المستقلة منهم ٨٢% بلا مرحاض منفصل^(٢). وفى عام ١٩٩٥ بلغت فرص الحصول على الصرف الصحى فى المناطق الحضرية كنسبة مئوية من سكان الحضر الذين تتوافر لهم هذه الفرص ٣٠%^(٣) وفى عام ١٩٩٥ بلغت فرص الحصول على الصرف الصحى كنسبة مئوية من السكان الذين تتوافر لهم هذه الفرص ١١% مقابل ٧٠% عام ١٩٨٠^(٤).

-
- (١) البنك الدولى، "تقرير التنمية فى العالم - المعرفة طريق إلى التنمية"، ١٩٩٨/١٩٩٩، جدول رقم (١٠): استخدام الطاقة والانبعاثات ، ص ٢٠٨.
 - (٢) لطف الله إمام صالح، "الفقر البيئى للأسرة المصرية"، مؤتمر الأسرة والتنمية، معهد التخطيط القومى - ٣-١ إبريل ١٩٩٥، القاهرة، ص ٣٤٢-٣٤٦.
 - (٣) البنك الدولى، "تقرير عن التنمية فى العالم - المعرفة طريق إلى التنمية"، ١٩٩٨/١٩٩٩، جدول رقم (٢): نوعية السكان، ص ١٩٢.
 - (٤) نفس المرجع السابق، جدول رقم (٧): الصحة، ص ٢٠٢.

وفى عام ١٩٩٥ بلغت فرص الحصول على المياه المأمونة كنسبة من السكان الذين تتوافر لهم هذه الفرص ٦٤% بعد أن كانت ٩٠% عام ١٩٨٠، حيث بلغت هذه النسبة ٨٢% بالحضر و ٥٠% بالريف.^(١)

٣- معلمات البيئة القيمية وانعكاساتها على الممارسات الصحية :

والبيئة القيمية من عادات وتقاليد وأنساق إجتماعية وما ينبثق عنها من رؤى وتوجهات لها إنعكاساتها السالبة أو الموجبة على السلوكيات والممارسات المعيشية اليومية ولا سيما الصحية منها ، فالأمية الأبجدية وإن انخفضت نسبتها فى عام ١٩٩٦ لتكون ٣٨,٦% من السكان (الذين فى سن ١٠ سنوات فأكثر) بعد أن كانت ٤٩,٦% بتعداد عام ١٩٨٦، إلا أن عدد الأميين ظل شبه ثابتا بتعداد عام ١٩٩٦ (١٧,٣ مليون نسمة) كما كان بتعداد ١٩٨٦ (١٧,١ مليون نسمة) وذلك بغالبية متفشية بالريف أكثر منه بالحضر وبين الإناث أكثر بكثير من الذكور^(٢)، ولاشك أن هذه الأمية تلعب دورها فى تهميش الرعى أو تغييره فيما يتعلق بإدراك المخاطر الصحية الناجمة عن ممارسات وسلوكيات غير سوية صحيا.

٤- مستويات المعيشة المصرية :

أما عن مستويات الدخل ومدى قدرتها على تلبية الاحتياجات المعيشية الأساسية فيكفى تبيان أنه فى عام ١٩٩٠ - ١٩٩١ كان ٧,٦% من السكان يعيشون على أقل من دولار يوميا وأن ٥١,٩% من السكان يعيشون على أقل من دولارين يوميا^(٣)، وطبقا لتوزيع إنفاق الأسر فإن ٣٥,٩% من أسر الحضر أسرا فقيرة وبالريف فإن ٥٤,٥% من أسرهم تعتبر فقيرة، وطبقا أيضا لتوزيع إنفاق الأسر فإن ٠,٥% من أسر الحضر فقيرة فقرا مدقعا (دون أن تصل إلى حد المجاعة) بينما تبلغ تلك النسبة بالريف ٢٢,٢% من أسرهم^(٤).

(١) نفس المرجع السابق ، جدول رقم(٩) : استخدام المياه ، ص ٢٠٦.

(٢) إعلان رئيس الجهاز المركزى للتعبئة العامة والإحصاء لنتائج التعداد العام للسكان لعام ١٩٩٦ . جريدة الأخبار فى عددها الصادر بتاريخ ١٩٩٧/٦/٣ . ص ٣.

(٣) البنك الدولى، "تقرير عن التنمية فى العالم-المعرفة طريقين إلى التنمية"، ١٩٩٨/١٩٩٩، جدول رقم (٤): الفقر، ص ١٩٦.

(4) karima korayem, "Structural Adjustment, Stabilization Policies And The Poor In Egypt, papers in social sciences, the American University in Cairo, vol.18, mon4, winter, 1995/1996.

(رابعاً) الأمراض السائدة التى على نظام التأمين الصحى المصرى أن

يواجهها:

وتتضافر عوامل البيئة المجتمعية العامة (خارج المنزل) والمجتمعية الخاصة (داخل السكن) ومستوى المعيشة لتنمية كل ما يهدد الصحة العامة للإنسان (جهازاً تنفسياً كان أم جهازاً هضمياً/معويًا، جهازاً بولياً كان أم جهازاً دمويًا)، حيث تتضافر تلك العوامل مع العوامل القيمية التى يهن من فاعليتها عوامل الأمية وتدنى مستويات المعيشة لتكون المحصلة التأثيرية لكل تلك العوامل معدلات عالية من الإصابة بنمطى الأمراض: المتوطنة (وتمثل المعلمة الصحية الأساسية للدول المتقدمة)، فالنمطين يمثلان معلمتى الأمراض المنتشرة بمصر والتى على النظام المقدم للخدمات الصحية والطبية فى مصر أن يواجهها.

١- مشاكل الصحة العامة:

١٠١- التقزم والنحافة والسمنة:

ففى المسح الشامل على المستوى القومى الذى تم عام ١٩٩٧ لعينة من النشئ مكونة من ٩١٢٨ فتى وفتاة فى الفئة العمرية ١٠-١٩ عاما بالإضافة إلى آبائهم وأمهاتهم وجد أن ١٧% ممن فى تلك الفئة العمرية يتسموا بالتقزم الذى ينتشر أكثر بين الطبقات المتدنية أوضاعها الإقتصادية والاجتماعية وبالمناطق الريفية وبمناطق الصعيد^(١).

وإن ٩% ممن خضعوا للمسح من تلك الفئة العمرية يعانون من النحافة حيث تبلغ هذه النسبة بين النشئ الذكور ١٢,٥% والإناث ٦,٣% وتبلغ هذه النسبة ١١,٥% بالمناطق الريفية مقابل ٤,٩% بالمناطق الذكور ١٢,٥% والإناث ٦,٣% وفى صعيد مصر تبلغ نسبة إنتشار النحافة بين النشئ أكثر من أربع مرات قدر نسبة إنتشارها بين النشئ بالمحافظات الحضرية^(٢). وهناك ١٠% من النشئ معرضون لمخاطر زيادة الوزن عن المعدل المرجعى حيث تبلغ نسبة الذكور المعرضون لمخاطر زيادة الوزن ٥,٩% والإناث ١٤,١%، وأن من يزيد وزنهم

(١) اجرى هذا البحث فى عام ١٩٩٧ ونشر فى مارس ١٩٩٩ وقد شارك فى إجراء البحث كل من مركز البحوث الاجتماعية بالجامعة الأمريكية بالقاهرة، والمعهد العالى للصحة العامة بجامعة الإسكندرية وكلية الطب بجامعة أسيوط ومجلس السكان الدولى بالقاهرة تحت إشراف وزارة الصحة والسكان بجمهورية مصر العربية، وقد تم نشر هذا البحث بواسطة المجلس العالمى للسكان فى إصداره بياناً كالتالى:

Ibrahim, Barbara (et al.) "Transitions To Adulthood, A National Survey Of Egyptian Adolescents", The Population Council, Egypt, March 1999, 218 Pages In English.

(٢) نفس المرجع السابق، ص ٢٩، ٢٨.

فعلا يبلغون ٤,٢% من النشئ المسوحين (٣,٣% من الذكور ، ٥,١% من الإناث) وللمستوى الاجتماعى والاقتصادى تأثير فى التعرض لخطر زيادة الوزن حيث تتفشى زيادة الوزن أو مخاطر الوقوع فيه، حيث أن النشئ الذين يزداد وزنهم عن المعدل المرجعى يبلغون بالطبقات الاجتماعيه والاقتصادية العالية المستوى ضعف نسبتهم لدى النشئ المنتمون لطبقات إجتماعية واقتصادية متوسطة أو دنيا ، كما أن النشئ بالمحافظات الحضرية يعانون من زيادة الوزن أكثر منهم بمحافظات الدلتا أو الصعيد^(١).

٢٠١- الإصابة بالأنيميا:

وباستخدام مستوى الهيموجلوبين بالدم لدى النشئ كمؤشر لقياس الأنيميا ولاسيما الأنيميا الناتجة عن النقص فى الحديد وجد أن ٤٧% من النشئ مصابون بالأنيميا وتبلغ تلك النسبة ٤٨% بين النشئ الذكور و ٤٦% بين النشئ الإناث إلا أن ٨٥% من إجمالى النشئ الذكور المصاب بالأنيميا و ٨٣% من النشئ الإناث المصاب بالأنيميا إصاباتهم ضعيفة أما الإصابة المتوسطة بالأنيميا فقد وجدت بين ١٦% من النشئ المصابين بالأنيميا حيث تبلغ ١٥% بين النشئ الذكور و ١٧% بين النشئ الإناث^(٢) بينما أن الأنيميا الشديدة منتشرة بين ١% من النشئ المصابين بالأنيميا حيث تبلغ ٠,٤% بين النشئ الذكور المصابين بالأنيميا و ٠,٤% بين النشئ الإناث المصابين بها^(٣)، والاختلافات فى الإصابة بالأنيميا بين مختلف الطبقات الاجتماعية والاقتصادية تكاد أن تكون ضعيفة إذ أن ٥٢% من النشئ فى الطبقات المتدنية اقتصاديا واجتماعيا مصابة بالأنيميا بينما أن الإصابة بالأنيميا تبلغ ٤٣% بين النشئ المنتمين لطبقات ذات مستويات إجتماعية واقتصادية عالية^(٤).

وإذا كان تناول الأغذية الفقيرة فى الحديد هى السبب فى إنتشار الأنيميا بين النشئ بالطبقات الاجتماعيه والاقتصادية الدنيا فإن العادات الغذائية هى السبب فى انتشار الأنيميا بين النشئ المقيمين بالمناطق الريفية مقارنة بالنشئ المقيمين بالمناطق الحضرية ، كما أن معدل انتشار الأنيميا بالصعيد أعلى منه بمحافظات الدلتا والمحافظات الحضرية^(٥).

(١) نفس المرجع السابق ، ص ص ٢٨ - ٢٩ .

(٢) نفس المرجع السابق ، ص ص ٣٠ - ٣١ .

(٣) نفس المرجع السابق ، ص ٣١ .

(٤) نفس المرجع السابق ، ص ٣٢ .

(٥) نفس المرجع السابق ، ص ٣٣ .

٢- الأمراض المتوطنة (الطفيليات):

أما الإصابة بالطفيليات Parasitic Infections فتتمثل أهم مشاكل الصحة العامة حيث أن الافتقار إلى وسائل الإصحاح البيئي المنزلى كتنقص خدمات الصرف الصحى بالمنزل ونقص المياه النقية وفقر الثقافة الصحية كل ذلك عوامل مؤدية لإنتشار الإصابة بالطفيليات ولاسيما داخل الجسم والستى تؤدي بدورها إلى الإصابة بمختلف أشكال سوء التغذية وما يتبعها من وهزال وأنييميا ونقص فى فيتامين A مما يؤدي بالتبعية إلى انخفاض فى الإنتاجية وفقر فى التحصيل المدرسى والثقافى لدى النشئ، ويبلغ معدل إنتشار الإصابة بالطفيليات حوالى ٥٦% بين النشئ الممسوحين صحيا ، وتبلغ نسبة الإصابة بالطفيليات المعوية ٤٤,٥% ، وفيما عدا البلهارسيا (والستى يصاب بها الإنسان لإتصاله بماء الترع والقنوات الملوثة) فإن كافة الإصابات بالطفيليات المعوية إنما مصدرها الطعام الملوثة المرتبط بالسلوكيات والمستويات المتدنية للإصحاح البيئى ، وبطبيعة الحال تزداد الإصابة بالأمراض الطفيلية بين النشئ بالمناطق الريفية عنها بالمناطق الحضرية ، ومن بين النشئ المصابين بالأمراض الطفيلية فإن ٣٤% منهم مصابين بطفيل واحد وأن ١٠% منهم مصابين بطفيلين^(١).

كما أن مستوى الهيموجلوبين لدى ٤٧% من النشئ المصابين بالطفيليات أدنى من المستوى اللازم للوقاية من الأنيميا^(٢).

وقد وجد أن ٤٦% من النشئ الذكور القاطنين بالمناطق الحضرية مصابين على الأقل بمرض طفيلى واحد ، وأن ٦٠% من النشئ الذكور القاطنين بالمناطق الريفية مصابين على الأقل بمرض طفيلى واحد ، كما وجد أن الإصابة بالأمراض الطفيلية أكثر إنتشارا بالوجهين القبلى والبحرى عنها بالمحافظات الحضرية (٤,٥٩% ، ٨,٥٧% ، ٥,٤٠% على الترتيب)^(٣).

كما أن إنتشار الإصابة بالطفيليات لدى النشئ بالطبقات ذوات المستويات الإجتماعية والاقتصادية الدنيا والمتوسطة أعلى منها لدى هؤلاء النشئ بالطبقات ذوات المستويات الإجتماعية والاقتصادية العليا (٣,٥٨% ، ٦٠% ، ٣,٥٠% على الترتيب)^(٤).

كما وجد ارتباط بين أماكن إعداد الطعام والإصابة بالطفيليات ، فقد وجد أن النشئ الذين تعيش أسرهم بدون مطبخ معرضين أكثر للإصابة بالطفيليات من هؤلاء الذين لدى أسرهم مطبخ (١,٦٠% مقابل ٤,٥٤%)^(٥).

(١) نفس المرجع السابق ، ص ص ٣٤ ، ٣٥ .

(٢) نفس المرجع السابق ، ص ٣٦ .

(٣) نفس المرجع السابق ، ص ٣٦ .

(٤) نفس المرجع السابق ، ص ٣٦ .

(٥) نفس المرجع السابق ، ص ٣٦ .

كما وجد أن النشئ الذين ليس لأسرهم وصال مع مصدر عام للمياه عرضة للإصابة بالطفيليات أكثر من هؤلاء الذين لأسرهم مصدر عام للمياه (٦١% مقابل ٥٣,٩%) وكذلك فإن النشئ الذين لا صلة لهم بنظام صرف صحى مهددين بالإصابة بالطفيليات وبمعدلات أعلى من هؤلاء الذين لهم صلة بنظام صرف صحى (٦٠,٢% مقابل ٤٩,٧%)^(١).

٣- الأمراض المزمنة (أمراض الجهاز التنفسى والقلب):

والإصابة بالتهابات الجهاز التنفسى والتهاب الميكروب السبى تؤدى إلى الحمى الروماتيزمية التى تصيب الطفل من سن الرابعة وحتى سن العشرين من عمره فتسبب أمراض القلب لدى الأطفال ليستمر معهم المرض طوال حياتهم حيث أصبحت مصر تضم نصف مليون طفل مصابين بأمراض القلب ، لتصل معدلات الإصابة بهذا النوع من الأمراض إلى ٢٦% من السكان ، أى أن هناك ١٠ مليون مصرى مريض بالقلب^(٢).

وهناك أمراض الجهاز التنفسى حيث أن حوالى ٣٠% من وفيات الأطفال تكون بسبب أمراض الجهاز التنفسى ، كما أن معدل الوفيات بين الأطفال بسبب أمراض الجهاز التنفسى وصل الآن إلى ٨ أطفال لكل ألف ، بعد أن كان ١٣ طفلا لكل ألف فى عام ١٩٨٦م^(٣). كما أن نسبة المصابين بالتهابات الرئوية وصلت إلى ١٠% عام ١٩٩٨ بعد أن كانت ١٣% عام ١٩٩٣م^(٤).

(خامسا) مقومات النظام الصحى الحالى فى مصر:

ومن ثم يتضح أننا فى مصر نعانى من نمطين من الأمراض أولهما ما تلقى الظروف البيئية المجتمعية العامة والظروف السكنية الخاصة ومستوى المعيشة من أنواع من الأمراض التى تسمى بالأمراض المتوطنة وهو نمط الأمراض الذى تعانى منه معظم البلاد الآخذة فى النمو بالإضافة إلى النمط الثانى من الأمراض المزمنة الذى تعانى منه الدول الصناعية المتقدمة كأمراض الدم والقلب....الخ.

ويقوم النظام الصحى فى مصر بمواجهة هذه المخاطر المرضية بما لديه من موارد مؤسسية بشرية ومالية وعينية وأجهزة ومعدات، فمؤسسيا ، هناك وزارة الصحة والسكان بما تقوم به من أنشطة وقائية فى مجال إصحاح البيئة ، وفى مجال التطعيمات (الذى يشمل حاليا

(١) نفس المرجع السابق ، ص ٣٧.

(٢) محسن إبراهيم ، رئيس قسم القلب بالقصر العيى ، أخبار اليوم ١٩٩٩/٤/٢٤ ص ١٣ .

(٣) نجوى خلاف - أخبار اليوم ١٩٩٩/٤/٢٤ ، ص ١٣ .

(٤) عصمت منصور - أخبار اليوم ١٩٩٩/٤/٢٤ ، ص ١٣ .

التطعيم ضد ثمانية أمراض : الدرن - شلل الأطفال - التيتانوس - السعال الديكي - الحصبة - الديفتريا - التهاب الكبد الوبائي - وأدخل مؤخرا طعام M.M.R. لمكافحة الحصبة الألمانية والحصبة العادية والغدة النكفية ، والمطلوب ضم طعام جديد إسمه " هيموفلاس إنفلونزا بي " المضاد لأمراض الجهاز التنفسي لمكافحة الحمى الروماتيزمية ، وبالتالي أمراض القلب) ، بالإضافة إلى الخدمات العلاجية التي تقدمها الوزارة من خلال الوحدات الصحية الريفية والوحدات المجمعمة والمراكز الصحية الحضرية والمستشفيات العامة والمركزية ، حيث تمتلك الوزارة حوالي ٥٧,٨% من إجمالي الأسرة المتاحة بمصر عام ١٩٩٦ (١١٩٤٦٣ سريراً) ، وهناك أيضا المستشفيات الخاصة بالمؤسسات العلاجية لمحافظة القاهرة والأسكندرية التي تمتلك ٤% من إجمالي عدد الأسرة المتاحة في نفس العام ، والمستشفيات الخاصة بهيئة المستشفيات التعليمية التي تمتلك ٣,١% وهناك الهيئة العامة للتأمين الصحي بمستشفياتها وعياداتها التي تمتلك ٥% من إجمالي عدد الأسرة المتاحة في نفس العام وهناك المستشفيات الجامعية وعياداتها (تابعة لوزارة التعليم العالي) التي تمتلك ١٦,٤% من إجمالي الأسرة المتاحة في نفس العام ، وفي النهاية ، هناك القطاع الخاص الطبي الذي يمتلك ١٠,٦% من إجمالي الأسرة المتاحة لمن يستطيع أن يدفع^(١).

وفيما عدا مستشفيات التأمين الصحي وما تؤوله من خدمات علاجية فقط للعاملين بالحكومة ولأرباب المعاشات فإن كافة وحدات ومستشفيات وزارة الصحة والمؤسسات العلاجية وهيئة المستشفيات التعليمية والمستشفيات الجامعية كلها متاحة لكافة طالبيها وان كان يثور بشأنها العديد من علامات الاستفهام حول قدرتها على اعطاء خدمة صحية مجانية أو خدمة صحية يطمئن إلى جودتها طبقا للمعايير الدولية في هذا الصدد وهناك مظلة التأمين الصحي على التلاميذ التي أنشأت بمقتضى القانون رقم ١٩٩٢/٩٩ وتغطي خدماتها أكثر من ١٢ مليون تلميذا حيث يشرف على إدارة أداء هذه الخدمات قسم خاص بذلك بالهيئة العامة للتأمين الصحي.

وهناك بعض الجهات الحكومية التي تقدم الخدمة لعاملها من خلال مؤسسات طبية خاصة بها ، فهناك مستشفيات الشرطة ومستشفيات السجون التابعة للإدارة العامة للخدمات الطبية بوزارة الداخلية، وهناك مستشفى الكهرباء التابعة لوزارة الكهرباء، وهناك أيضا مستشفى

(١) الجهاز المركزي للتعبة العامة والإحصاء ، الكتاب الإحصائي السنوي ، ١٩٩١ - ١٩٩٦ ، يونيو ١٩٩٧ ، القاهرة ، ص ١٤٨ ، (الطبعة باللغة الإنجليزية).

السكك الحديدية ومجموع ما تمتلكه هذه الجهات ٣% من إجمالي الأسرة المتاحة في عام ١٩٩٦م^(١).

(سادسا) مقترح بآلية جديدة لنظام تأمين صحي مصرى:

١- الآلية الصحية الجديدة ضرورة للأمن القومى البشرى:

ومن ثم فإن تواجد نظام صحى ذو شأن وحيثية تنموية إنما هو فى واقع الأمر والحال بمثابة وثيقة التأمين القومية للحفاظ على ما تملكه مصر من بشر ، وبقدر متانة تصميم هذا النظام : مكونات وعناصر وآليات ومدخلات ومخرجات بقدر ما استطاعت مصر أن تحافظ على إنسانها وان تضمن إستمرار أداؤه وعطائه ومن ثم فلم تعد الحاجة إلى إعادة النظر فيما هو قائم من نظام صحى ضرورة تفرضها مقتضيات مكافحة الأمراض حفاظا على الأمن والسكينة (وهما الركنين الأساسيين لمفهوم المصلحة العامة) وإنما أضحت إعادة النظر فى هذا النظام بإعادة صياغته إستراتيجيا وأهداف ورؤى وأدوات وآليات ضرورة من ضرورات الأمن البشرى القومى المصرى فى عالم يسوده مفهوم التميز النسبى فى كل شئ وأولها الموارد البشرية وما إكتسبته إعدادا وتكوينا وتأهيلا بالتنشئة والتعليم والثقافة والرعاية بكافة أنواعها الأسرية منها والمجتمعية وما أستثمر فى ذلك من أموال وما إنقضت فى ذلك من أزمان ليست بالهينة ولم تكن وقع أحداثها إطلاقا بالهينة.

وقد آن الأوان لإعادة تصميم نظام للخدمات الصحية يضم طرفيها الرئيسيين أى ليس فقط مقدمى الخدمة المتعددة مؤسسيا ولكن أيضا طالبي الخدمة متعددى الحاجات الصحية والطبية من حيث إختلافهم بيئيا وعمريا ونوعيا ومهنيا واجتماعيا.

٢- طرائق إدارة نظام التأمين الصحى الحالى فى حاجة إلى إعادة نظر:

فالثابت حقا وعى المسئولين صحيا على مستوى إتخاذ القرار بالإستراتيجيات الواجب تبنيها من سياسات وأهداف وأدوات تحقيقها ، إلا أن طرق وأساليب وتقنيات إدارة النظام الصحى هو الذى فى حاجة إلى إعادة نظر دراسة وتحليلا وتقويما ، ثم تخطيطا وتنفيذا ومتابعة ، وذلك بدءا من المستوى المركزى إلى مستوى المحافظات حتى مستوى الوحدة (مستشفى كانت أم وحدات صحية ريفية كانت أم حضرية).

(١) الجهاز المركزى للتعبئة العامة والإحصاء ، الكتاب الإحصائى السنوى ، ١٩٩١ - ١٩٩٦ ، يونيه ١٩٩٧ ، القاهرة ، ص١٤٨ ، (الطبعة باللغة الإنجليزية).

٣- الوحدة الصحية وحدة إنتاجية تخضع لمعايير الجودة:

فقد أن الأوان لاعتبار الوحدة الصحية آيا كان نوعها بمثابة وحدة إنتاجية تخضع لمعايير الجودة فى أدائها لخدماتها الصحية بصفة عامة والطبية بصفة خاصة تزود كل منها بإدارة ممترسة ومزودة بكافة المهارات الإدارية اللازمة لتشغيل وتسيير أمورها على أسس إقتصادية وفنية رشيدة من ناحية تقديم الخدمة الصحية طبقا للمواصفات الدولية المتعارف عليها مهنيا وفنيا مقابل حصولها على الأجر العادل نظير تقديم خدمة صحية بالمستوى المنشود بثمن يضمن للموارد البشرية العاملة بالوحدة ان تحصل على أجرها نظير ما تؤديه من عمل بحيث يكون هذا الأجر هو حافظها على تأدية واجباتها الوظيفية والمهنية طبقا للمعايير الفنية المأخوذ بها وبحيث يضمن هذا الثمن أيضا إستعاضة كافة عناصر التكاليف الفعلية الثابتة والمتغيرة من مواد ومهمات وعدد وآلات ومعدات وتجهيزات طبية أو غير طبية مما يلزم لتشغيل تلك الوحدات ، على أن يتضمن الثمن أيضا هامش من الفائض يضمن إمكانية تكوين إحتياجات ومخصصات مالية للوحدة الصحية بحيث يمكنها من مواجهة عمليات الصيانة والإحلال والتجديد لكافة عناصر الإنتاج بالوحدة الصحية البشرية منها والعينية وبما يضمن لكل وحدة صحية أمر تسيير أمورها المالية ذاتيا من خلال قوائم مالية تعد طبقا للمعايير الدولية الصحية للمحاسبة والمراجعة ، وبحيث تحصل الوحدة الصحية آيا كان نوعها على الثمن العادل مقابل الخدمة الطبية التى تؤديها.

٤- الوحدة الصحية شخصية إعتبارية مستقلة:

ولتحقيق ذلك ، فإن الأمر يقتضى إعتبار كل وحدة صحية بمثابة شخصية إعتبارية مستقلة قائمة بذاتها تدار طبقا للأسس الدولية المتعارف عليها فى الإدارة من حيث تشكيل مجلس إدارة يتم إختياره من خلال جمعية عمومية والتى تراقب أعمال المجلس ماليا وفنيا من خلال مراقب مالى خارجى ومراقب طبى خارجى ، حيث يكون الأول مسئولاً عن متابعة سلامة الأداء المالى للوحدة ، ويكون الثانى مسئولاً عن سلامة الأداء الطبى الفنى طبقا للمعايير الدولية الطبية ويختار مجلس الإدارة عضوا منتدبا لتسيير الأمور اليومية للوحدة الصحية .

٥- تسعير الخدمة الطبية ضرورة آيا كان مقدمها:

ويقتضى الأمر أيضا تسعير الخدمة الصحية والطبية آيا كان مقدمها طبييا فردا فى عيادته الخاصة أو وحدة صحية آيا كان مستوى ونوعية الخدمة التى تقدمها حيث أن الخدمة الصحية أو الطبية عبارة عن منتج واجب تسعيره ، وكذلك تسعير كل مستوى من مستويات الموارد البشرية الصحية والطبية بدءا من الإستشارى مرورا بالأخصائى حتى الممارس العام وكذلك

تسعى إلى أجر كل نوع من أنواع العمالة الطبية الفنية المساعدة سواء أكان ممرضة / ممرضا أو فنى أشعة أو فنى معامل ، وكذلك الأمر بالنسبة للصيادلة ، وذلك سواء أكانت تلك العمالة تعمل لحسابها أو تعمل بوحدة صحية بحيث يمثل هذا السعر الأجر العادل الذى يجب أن يحصل عليه المورد البشرى.

٦- صندوق قومى للتأمين الصحى:

وتأتى هنا مشكلة التمويل والتي تتمثل فيمن يدفع ثمن الخدمة الطبية هل يجب على من يحصل على الخدمة أن يدفع الثمن بالكامل ، بالطبع فإن الأمر يحتاج إلى نوع من التأمين الصحى والطبى ولكن ليس بالشكل الذى تمارسه الآن الهيئة العامة للتأمين الصحى ولكن يحتاج الأمر إلى إعداد وثيقة تأمين صحى قومية يمكن أن تتمثل فى صندوق يطلق عليه الصندوق القومى للتأمين الصحى.

وهذا الصندوق لا يجب أن يكون (كما هو الحال الآن بالنسبة للهيئة العامة للتأمين الصحى) مالكا لمستشفيات أو لوحدات صحية أيا كان نوعها كما لا يكون مسئولا عن إدارة وحدات من هذا القبيل ، وإنما تكون مهمة هذا الصندوق هو تجميع الموارد التمويلية من مختلف مصادرها سواء أكانت إشتراكات تأمينية من القادرين عليها ولاسيما العاملين منهم أو موارد مالية يمكن للصندوق الحصول عليها من مصادر أخرى (كالهبات والزكاة وحصص أرباب الأعمال...ألخ) وبحيث تنحصر مهمة صندوق التأمين الصحى فى استخدامه لأمواله بعد تدبيرها .

٧- آلية عمل الصندوق القومى للتأمين الصحى:

وتتمثل آلية العمل لهذا الصندوق أن يقوم طالب الخدمة الصحية والطبية بدفع قيمة ما يحصل عليه من خدمة بالكامل ويستعيز من الصندوق المذكور ، النسبة المقرر ردها من قيمة ما يدفعه طالب الخدمة لدى حصوله عليها وبحيث يتم تحديد تلك النسب فى شكل شرائح رد لطالبي الخدمة يتم إقرارها بعد دراسة إكتوارية متأنية للأمر ضمن نظام متكامل لصندوق الضمان الاجتماعى يكون صندوق التأمين الصحى أحد مكوناته كتأمين ضد المخاطر الصحية. ومن ثم يكون دور صندوق التأمين الصحى هو فقط إدارة أموال وثيقة التأمين الصحى القومية (كمبرك أساسى ضمن نظام متكامل للضمان الاجتماعى) ، سواء أكانت تلك الأموال موارد أو سواء كانت إستخدامات لتلك الأموال فى تمويل قيمة الخدمات الصحية والطبية المقدمة من الوحدات الصحية أو الأفراد قطاعا خاصا كانوا أم قطاع أعمال صحى ، ولا يكون الصندوق المذكور مسئولا عن إدارة أى وحدة صحية.

٨- من يدفع ثمن الخدمة الصحية الباهظة التكاليف لغير المشتركين أو لغير القادرين؟
والتساؤل الذى قد يثور يتعلق بمن يدفع ثمن الخدمة الصحية والطبية من طالبيها من غير القادرين على الأشتراك فى صندوق التأمين الصحى المقترح ، وهم بالطبع فئة من غير القادرين على دفع قيمة ما يحصلون عليه من خدمة طبية ؟ والإجابة تتلخص فى ضرورة البحث عن مصادر تمويل لقيمة ما يحصل عليه هؤلاء من خدمات طبية سواء تمثلت تلك المصادر فى هبات أو تبرعات أو أموال زكاة يمكن أن تساهم فى دعم صندوق التأمين الصحى لتغطية الأعباء الناجمة عن تقديم خدمات صحية وطبية لهؤلاء بمستوى من الجودة تماثل تماما الخدمة المقدمة للقادرين على الإشتراك فى النظام المقترح للتأمين الصحى.

٩- مزايا التصميم المقترح لنظام التأمين الصحى المصرى الجديد :

ولاشك أن نظاما صحيا بهذا التصميم سيحقق العديد من المزايا التى يمكن أن نلخصها فى توفير الخدمة الصحية والطبية لطالبيها طبقا للمعايير الدولية فى هذا الشأن وعلى أن تقدم وفقا لهذه المعايير لكافة طالبيها سواء أكانوا قادرين أم غير قادرين على سداد الاشتراكات، إذ طالما ستحصل كافة عناصر إنتاج الخدمة الصحية والطبية لدى مقدميها على أجرها العادل وبالكامل من صندوق التأمين الصحى فليس لمقدم الخدمة الحق فى التمييز فى مستوى الخدمة التى يقدمها طالما يحصل على الثمن العادل للخدمة التى يقدمها ، أى عليه أن يقدم الخدمة لطالبيها بالمستوى الفنى الرفيع دونما النظر إلى القدرة المالية أو إنعدامها لدى طالب الخدمة إذ سيتولى صندوق التأمين الصحى سداد قيمة الخدمة لمقدميها كما أن طالبي الخدمة الصحية والطبية سيحصلون عليها بنفس مستوى الجودة بصرف النظر عن قدراتهم المالية أو انتماءاتهم الاجتماعية والاقتصادية ، إذ سيتم تفتيت وتوزيع أعباء ونفقات المخاطر الصحية والطبية على عدد كبير من المشتركين ، وبحسابات إكتوارية دقيقة بما يضمن للجميع (قادرا وغير قادر) مستوى خدمة موحدة الجودة.

كما أن هذه الآلية المقترحة ستوفر للوحدات الصحية والطبية إمكانية التمويل الذاتى والأداء المستمر للخدمة الصحية والطبية إذ ستحصل من صندوق التأمين الصحى على قيمة كل ما تقدمه من خدمات طبية دون أن يتقل كاهلها بالبحث عن مصادر لتمويل نشاطاتها وبحيث يتوفر لها قدرات الإدارة الذاتية طبقا للمعايير الاقتصادية والمحاسبية والفنية المتعارف عليها ، كما أن التسعير العادل للخدمة الصحية والطبية المؤداة ، والتسعير العادل لخدمات مواردها البشرية يقضى على التمييز والمغالاة بين أسعار الخدمات الطبية بالقطاع الحكومى والقطاع الخاص وهو التمييز الغالب على السطح حاليا.

كما أن هذه الآلية المقترحة ستخلص وزارة الصحة من أعباء إدارة المستشفيات العامة والمركزية والتي وصلت إلى حد الاهتمام بنقل طبيب ناشئ من محافظة لأخرى ومن وحدة صحية لأخرى ، حيث سيتترك إدارة كل وحدة كما سبق التنويه إلى إدارتها كما أن هذه الآلية المقترحة ستحد إن لم تنهى التعدد المؤسسى المشرف على العملية الصحية والطبية حاليا من مؤسسات علاجية وهيئة تأمين صحى وهيئة مستشفيات تعليمية ومستشفيات جامعية ولاشك أن ذلك كله إنما يمثل ترشيدا فى عملية تخصيص الموارد ، وترشيدا لاستخدامها وقضاءا على ما يعانىه النظام الصحى من إختلالات هيكلية فى الآليات الصحية والطبية إدارة وتسييرا ، وفى الموارد تخصيصا واستخداما ، وفى الأموال تدبيرا وإنفاقا ، وفى الخدمة المقدمة جودة ونوعية، وفى الأسعار واقعية واعتدالا ، وفى الرؤية الاجتماعية لفئات السكان تمييزا أو تحيزا لا مبرر له بل وقضاءا على الترهل والانفصام المؤسسى الذى يمكن أن يجد ضالته فى تلك الآلية الصحية والطبية المقترحة التى سيؤدى تبنى الفكرة والأخذ بها وتصميمها وتطبيقها فى واقع الحال إلى الإرتقاء بمستوى الرعاية الصحية فى مصرنا الحبيبة.