

الباب الخامس

٥ – تقييم النظام الصحى ومركزات النظام الصحى المستقبلى

الباب الخامس

٥ – تقييم النظام الصحى الحالى ومرتكزات النظام الصحى المستقبلى

١٥-٥ الفصل الخامس عشر : تقييم النظام الصحى الحالى

١٦-٥ الفصل السادس عشر : مرتكزات النظام الصحى المستقبلى

٥ - الباب الخامس : تقييم النظام الصحى الحالى، ومركزات النظام الصحى المستقبلى

٥-١٥ الفصل الخامس عشر : تقييم النظام الصحى الحالى

٥-١٥-١ مقدمة وأهداف تحسين النظام الحالى

٥-١٥-٢ تقييم النظام الصحى الحالى

٥-١٥-٢-١ نقاط قوة ونقاط ضعف النظام الصحى الحالى

٥-١٥-٢-١-١ نقاط قوة النظام التسع

٥-١٥-٢-١-٢ نقاط ضعف النظام الصحى "المشاكل الهيكلية المقعدة للفاعلية

والكفاءة"

نقائص مخرجات النظام الصحى المصرى

نقائص تتعلق بالعدالة وإتاحة الحصول على الرعاية

نقائص تتعلق: بكفاءة الإدارة، والتمويل، والانتفاع، وتوظيف القوى

البشرية، والخدمات السريرية، والدوائية.

نقائص الجودة، والفاعلية، وإشباع احتياجات المنتفعين

نقائص التمويل المستمر طويل المدى

٥ - الباب الخامس : تقييم النظام الصحى الحالى ومرتكزات النظام الصحى المستقبلى

١٥-٥ الفصل الخامس عشر: تقييم النظام الصحى الحالى

١٥-٥-١ مقدمة وأهداف تحسين النظام الصحى الحالى:

أوضحت الدراسة الوصفية والتحليلية فى الأجزاء السابقة طبيعة النظام الصحى المصرى. والسمة الرئيسية التى يتسم بها النظام، هو أنه نظام معقد، مرّ بمراحل إقتصادية واجتماعية وسياسية متتابعة، مما جعله خليطاً من النظم الحكومية والخاصة، فى تقديمه للخدمة، وفى آليات تمويله.

ويتضح من ذلك النظام أن له خواص بنيوية، تتلخص فى: التحكم المركزى، والبنية التحتية الممتدة، ومسئولية الدولة عن صحة الأفراد، وتدخّل الدولة المفرط فى القطاع الدوائى. وترتّب على ذلك نقاط قوة ونقاط ضعف، تميز ذلك النظام كنظام وطبيعة تستند إلى التخطيط المركزى الشامل الملزم. ولكن فى الوقت نفسه، فإن للنظام الصحى المصرى خواص أخرى، مثل تعدد أنظمة تقديم الخدمة، وتعدد مصادر تمويلها، ومحدودية إشراف الدولة على القطاع الخاص، بما يترتب على ذلك من مزايا ونقاط ضعف أخرى، تميز ذلك النظام كنظام ذي طبيعة تستند إلى السوق، كما فى الأنظمة الغربية.

ولا شك أن أى نظرة مستقبلية للنظام الصحى فى تطوره وفى عناصره:
"المنظمات - الوحدات - التمويل - التنظيم، والقوى البشرية - الإنتفاع - الإدارة -

الغذاء، والقطاع الدوائى" يستند أساساً إلى تعزيز نقاط قوة النظام الحالى، وتلافى نقائصه، مع وضوح كامل للرؤية، والأهداف المستقبلية، والتحديات التى يتوقع مواجهتها، فى إطار تطور مجتمعي مؤسسي، تحدد قدرات انطلاقه قيود ذات طبيعة اقتصادية واجتماعية وسياسية.

ويتضح من ذلك:

١- ضرورة الإستناد إلى وضوح أهداف النظام الصحى المطروحة، لمعالجة النقائص التى يتصف بها النظام الحالى، مع المحافظة على النقاط الإيجابية المتحققة حالياً، والتى تتضح من وصف النظام الحالى وتحليله.

٢- وكذلك، توضيح الأهداف الإستراتيجية، المتوقع الإرتباط بها فى مرحلة السنوات العشرين الأولى من القرن الحادى والعشرين، طبقاً للأهداف العشرة التى ستقوم منظمة الصحة العالمية، بمتابعة تنفيذ الدول لتلك الأهداف العشرة المستقبلية. ويشترط أن تكون تلك الأهداف فى جانبها التحسيني والاستشرافي، قابلة للقياس والمتابعة، على مدار العقدين التاليين.

بالنسبة لوضوح أهداف التحسين وتعزيز الإيجابيات وتلافى السلبيات:

أهداف تحسين النظام الحالى: Goals

الهدف الأول : تحسين الوضع الصحى، والسلامة الصحية والاجتماعية للسكان.

الهدف الثانى : تأكيد أسس العدالة، وإتاحة الولوج للرعاية الصحية.

الهدف الثالث : تعزيز الفاعلية الإكلينيكية للرعاية الصحية.

الهدف الرابع : تحسين جودة الرعاية الصحية، وإشباع احتياجات المستهلك.

الهدف الخامس : تأكيد استمرارية التمويل الملائم للنظام على المدى الطويل.

٥-١٥-٢ تقييم النظام الصحي الحالي: "البيانات مستندة إلى دراسات "DDM"

٥-١٥-٢-١ نقاط قوة ونقاط ضعف النظام الصحي الحالي:

٥-١٥-٢-١-١ نقاط قوة النظام التسع: "Points of Strength"

١. الدولة ترعى رسمياً كل المواطنين من خلال الخدمات المجانية، المقدمة من وزارة الصحة وغيرها من الوزارات، وكذلك الخدمات التأمينية المقدمة من الهيئة العامة للتأمين الصحي وغيره، بتمويل من الشركات، والجهات الحكومية، للعاملين، والطلبة، وذوى المعاشات والأرامل.
٢. إتاحة ولوج المواطنين للوحدات "إتاحة فيزيقية" تغطي أكثر من ٩٥% من السكان (بصرف النظر عن نوعية الخدمة المتاحة حتى الآن).
٣. وجود قاعدة تحتية هائلة من الوحدات (عيادات ومستشفيات) ، ومن القوى البشرية خاصة الأطباء.
٤. إمكانية الحصول على نوعية راقية من الخدمات التقنية.
٥. الإتاحة للأصناف الدوائية.
٦. مستوى التطعيم الإجباري، وهو بصفة عامة محقق لمستوى جيد.
٧. تناقص معدل نمو السكان متحقق بمستوى محدود حتى عام ٢٠٠٠.
٨. إتاحة الحصول على المياه، لأكثر من ٨٠% من السكان، كما أن الإصحاح الصحي يتزايد تدريجياً لمستوى أفضل.
٩. تزايد النسبة المخصصة للرعاية الصحية من الناتج القومى الإجمالى إلى حوالى ٤% عام ١٩٩٨، وذلك بالمقارنة، بما كان عليه في أوائل التسعينات، بالرغم من أن المتوسط المخصص فى العالم يرقى إلى ٧,٤% من الناتج القومى الإجمالى للعالم.

غير أن تلك النقاط القوية، لم تؤد إلى نظام صحي فاعل وكفاء، حيث أن هناك مشاكل أساسية بنيوية (هيكلية) تحد من فاعلية الأداء وكفاءته.

٥-١-٢-١٥-٢ نقاط ضعف النظام الصحي " المشاكل الهيكلية المقيدة للفاعلية

والكفاءة "Points of Weakness":

وهي تمثل تحديات مستقبلية يجب تصحيحها، بما يمكن من الانطلاق، بعد رفع قدرة النظام وفاعليته وكفاءته، لتحقيق أهداف المرحلة القادمة العشرة (من ٢٠٠٠ إلى ٢٠٢٠) كما حددتها منظمة الصحة العالمية، في مؤتمرها عام ١٩٩٨.

ويمكن تلخيص تلك المشاكل أو النقائص كالآتي:

نقائص مخرجات النظام الصحي المصري: Health Outcomes

١. لا يزال معدل وفيات الأمهات مرتفعاً.
٢. لا يزال معدل وفيات الرضع والأطفال، أقل من خمس سنوات مرتفعاً، وأعلى من بعض الدول المماثلة لمصر دخلاً.
٣. لا يزال التفاوت بين الحضر والريف قائماً، فمثلاً يصل المتوسط العام الكلي لوفيات الأطفال، أقل من خمس سنوات إلي وفاة واحدة من بين كل ١٦ طفلاً "طبقاً لبيانات اليونيسيف"، علي حين يصل في ريف الوجه القبلي إلى وفاة واحدة من بين كل ٨ طفل.
٤. لا يزال ممكناً تحسين برامج الصحة العامة للأمراض الوبائية السارية، بصورة أفضل، وصولاً إلى معدلات أفضل. أما برامج الصحة العامة، للأمراض غير السارية فلا تزال محدودة وفقيرة، في توجهها إلى عموم المواطنين.
٥. برامج الوقاية وحماية وتعزيز الصحة لا تزال بحاجة إلى التركيز على نمط الحياة المعاش، والأمراض ذات المسببات المجتمعية، الناتجة من التدخين، والحوادث، وفرط التغذية.

٦. لا تزال الأمهات لا يلقين الرعاية الواجبة، فى فترة ما قبل الحمل، حيث لا تزيد تلك المتابعة بواسطة فنى مدرب صحياً عن ٢٨%.

٧. وأخيراً لا تزال مشكلة سوء التغذية، ونقص التغذية، تمثل خطورة كبيرة، خاصة فى الريف، والمناطق الهامشية فى الحضر، بما يرفع نسبة التقرم تحت سن الخامسة إلى حوالى ٢٥%، وبما يصل بنسبة الهزال الشديد بينهم إلى حوالى ٤%.

نقائص تتعلق بالعدالة وإتاحة الحصول على الرعاية : Equity Access

- لا تزال الرعاية التأمينية لا تغطى إلا أقل من ٤٠% من المواطنين، أغلبهم إما من البالغين الذكور بالحضر ممن يخدمون فى الحكومة أو قطاع الأعمال (العام سابقاً)، أو قطاع العمل الخاص المنظم، أو من أرباب المعاشات والأرامل، وإما من أطفال المدارس، ونسبة محدودة ممن ينتمون إلى شريحة ما قبل السن المدرسي.
- ويعوق التوسع فى تطبيق التأمين الصحى الاجتماعى، تجزئة التمويل للنظام الصحى، وما يتبعه من تجزئة نظام تقديم الرعاية الصحية، إلى: وزارة صحة، ووزارات أخرى، وهيئات حكومية اقتصادية وخدمية، وشركات قطاع الأعمال، وأنظمة التأمين الصحى الحكومى والنقابي وغيره، وأنظمة القطاع الخاص المتنوعة والمتعددة، وذلك يؤدى الي تنوع فى الخدمات الصحية المتاحة بما يجعلها غير عادلة، وغير متاحة للجميع، كما أنها تتحول إلى نظام غير كفاء، حيث يتوزع تحمل المخاطر إلى قطاعات متعددة، بدلا من تجميعها فى نظام واحد، يحقق العدالة للجميع، والكفاءة فى تحمل المخاطر.
- لا تستند موارد النظام إلى قدرة المواطنين على دفع المقابل المادي، حيث يتحمل الفقراء نسبة مئوية أكبر من دخلهم، للإنفاق على الرعاية الصحية، كما أن متوسطى الدخل يتحملون، بصفة منتظمة، دفع ضرائب بنسبة مئوية من دخلهم، أكثر مما يتحمل الأكثر يسرا، فى دفع ضرائبهم، وذلك ما يؤدى إلى عدم إنتظام دفع الضرائب، طبقا لشرائح الدخل المجتمعية، بل وإلى تناقصها فى بعض الشرائح العليا، مما يؤثر على قدرة تمويل النظام الصحى.

- تفاوت الإنفاق العام، والإنفاق الصحي، للفرد الواحد، بين الحضر والريف، حيث يزيد الإنفاق العام للفرد في الحضر عن الريف بواقع ٦٧%، ويزيد الإنفاق الصحي للفرد في الحضر عن الريف بواقع ٧٩%.
- تفاوت الإنفاق الصحي بين شرائح الدخل، حيث لا تحصل شريحة الدخل الدنيا إلا على ١٦% من الإنفاق الصحي العام، علي حين تحصل شريحة الدخل العليا على ٢٤% من الإنفاق الصحي العام، بخلاف حصة الأسد في الإنفاق الصحي الخاص.
- أما نظام وأحوال التوظيف، ذات المرتب المنخفض فتحفز مقدمي الخدمة من الأطباء حفرا سلبيا، فيلجأون الي تحويل حالات المرضى بالوحدات الحكومية، للتوجه إليهم في عيادات الممارسة الطبية الخاصة، ووحداتها. وذلك ما يؤدي إلي زيادة التكلفة، وتآكل شبكة وزارة الصحة والسكان، في تحقيق الأمان الاجتماعي والصحي للمواطنين.
- إن إنتفاع السكان الفقراء بالدعم الدوائى المقدم من الدولة محدود، حيث أنه لا يقدم إلى الفقراء وإنما إلى الكافة، ويصعب على الفقراء الاستفادة منه.
- وهناك تفاوت جغرافي، فيما يتعلق بوفيات الرضع والأطفال، بين المحافظات، حيث تتراوح نسبة التفاوت من ٣ : ١.
- أما التفاوت الجغرافي، بالنسبة لوفيات الأمهات، بين المحافظات، فتتراوح ما بين ٥ : ١ ، وتصل في بعض المحافظات إلى ٥٠٠ وفاة لكل مائة ألف مولود حي، في بعض المناطق الريفية.
- أما التفاوت الجغرافي في تنظيم الأسرة، بين المحافظات الحضرية الأكثر يسرا، والمحافظات الريفية الأكثر فقرا، فتتراوح ما بين ٥ : ١.
- أما التفاوت في توزيع الأطباء، فتتراوح نسب التوزيع من ٦ : ١، بين المحافظات الحضرية الأكثر يسرا، والمحافظات الريفية الأكثر فقرا.
- وأخيرا فهناك تفاوت في التردد على العيادات الخارجية، وفي دخول المستشفيات، يتراوح ما بين ٢ : ١ بين المناطق الحضرية والريفية.

نقائص تتعلق بكفاءة الإدارة، والتمويل، والانتفاع، وتوظيف القوى البشرية، والخدمات السريرية الدوائية: " Efficiency "

١. وصلت نسبة الإنفاق الصحى من الناتج القومي الإجمالي إلى ٣,٧% فى عام ١٩٩٧ ، ووصلت نسبة الإنفاق الصحى الحكومى الي حوالى ٣%، ثم إلى ٤% من الموازنة الحكومية، وهي نسبة منخفضة، بالمقارنة بالمعدلات العالمية للإنفاق الصحى والتي تبلغ ٧,٤% من الناتج العالمى الإجمالي.

٢. تتجزأ الخدمة الصحية العامة إلى ٢٩ هيئة ومنظمة، محدودة الراوِبط، والعلاقات، والتعاون بين كل منها والأخرى. وتلك المنظمات تتعلق بالتمويل والإنفاق، وتوزيع الحصص المالية الاستثمارية والجارية، وتقديم الخدمات الصحية، طبقا لما تم إيضاحه مسبقا، ولكل من تلك المنظمات أهدافها، وسياساتها، وخياراتها، وتأثيرها وتأثيرها، على القطاع العام، وعلى القطاع الخاص، ومنظمات كل منها ووحداتها.

٣. وتقوم وزارة الصحة والسكان والهيئة العامة للتأمين الصحى، وغيرها، من الوزارات، والهيئات الحكومية، بعمليتين متناقضتين وهما: تمويل الخدمة، وتقديم الخدمة، بمعرفة كل هيئة أو وزارة. وتوظف فى سبيل أدائها لمهامها أنظمة متباينة، لدفع مستحقات مقدمى الخدمة الصحية، ومعظم تلك الأنظمة، لا تتفق مع الأنظمة الحديثة، التى تستند إلى حفز السلوكيات المحسنة للخدمة والأداء، والمتبعة فى دول OECD، وفي عدد كبير من الدول النامية، ويترتب علي اتباع تلك الأساليب والأنظمة، فى مصر، عدم حفز مقدمى الخدمة الصحية لتقديم سلوك كفاء ومحفز، لترقية الأداء وتجويده.

٤. وتعدد مصادر التمويل، فى الوقت الذى يحدد فيه كل مصدر تمويلي، مجموعة قواعد، تحكم توظيف تمويله، بديلا عن مجموعة قواعد واحدة تحكم النظام الصحى ككل، يشجع مقدمى الخدمة على التلاعب بالتكلفة، فى محاولة منهم لتعظيم دخلهم من الممارسة المهنية، بل ويستبعد الاستخدام الكفاء للموارد المالية الحكومية، والخاصة، لتحقيق خدمة أفضل، وأيسر، وأقل تكلفة.

٥. توضح الدراسات الخاصة بتكلفة الوحدة القياسية: فى مستشفيات وزارة الصحة والسكان، وفى الهيئة العامة للتأمين الصحى، تفاوتات وتباينات فى كفاءة الأداء بين تلك المستشفيات تتراوح نسبها ما بين ٣ : ٤ : ١، كمتوسط تكلفة، عن يوم الإقامة بالمستشفى أو كمتوسط تكلفة لحالة الدخول الواحدة.
٦. والقطاع الحكومى والعام هو المستخدم الرئيسى للعمالء البشرية، طبقا لقوانين وقواعد التوظف الجامدة، واللى لا تتمتع بتشجيع وحفز السلوك الأفضل، ولا بالمرونة المطلوبة، لتوزيع العمالة بكفاءة، وتشغيلها باقتدار.
٧. يبلغ معدل الأسرة فى مصر سريرين، لكل ألف من السكان، وهو معدل أصبح مناسباً للاحتياجات الطبية بالأسلوب المعاصر لتشغيل الأسرة. كما أنه ملائم بالقياس للدول مماثلة الدخل. ولكن تلك الأسرة بحاجة إلى تجهيز وتجديد أكثر معاصرة، ونظم معلومات، وإدارة، وتنمية قوى بشرية، تتلاءم وأسس الجودة، والتحكم الإحصائى المنظم.
٨. ولكن معدل إشغال الأسرة، عامة على مستوى الجمهورية، لا يرقى إلى ٥٠% من الأسرة المتاحة، على حين أنه لا يصل إلا إلى ٣٣% فقط من الأسرة المتاحة على مستوى وزارة الصحة، ولا تصل أسرة وزارة الصحة إلا إلى ١,٢ سرير لكل ألف من السكان، وتستهدف وزارة الصحة، فى نظرتها الاستراتيجية، زيادتها إلى ٢,٥ سرير لكل ألف من السكان، فى الوقت الذى لم يتم فيه توظيف الأسرة المتاحة حتى الآن.
٩. وبالطبع، فإن الأسرة المتاحة فى وزارة الصحة لم يتم توظيفها بكفاءة، أو حتى بدون كفاءة، حتى عام ٢٠٠٠. حيث تتراوح نسب إشغالها بين ٤% فى الوحدات الريفية إلى ٥٠% فى وحداتها الحضرية الكبيرة.
١٠. وفيما يتعلق بمدء إقامة المريض فى المستشفى، فإنها تختلف من مستشفى إلى آخر، بالنسبة للحالة المرضية الواحدة، أو المماثلة، طبقا لبعض العينات التى تمت دراستها فى مستشفيات وزارة الصحة.

١١. أما عدد الأطباء المتاحين فى مصر، فعددهم يزيد إلى أكثر من ثلاثة أضعاف العدد الموجود لكل ألف من السكان، بالمقارنة بالـدول متماثلة الدخل مع مصر.

١٢. ويقرب عدد الأطباء المتاحين، على مستوى الجمهورية، من عدد الأسرة المتاحة (بمعدل يقرب من طبيب واحد لكل سرير واحد متاح).

١٣. ويزيد عدد الأطباء المتاحين، على مستوى الجمهورية، عن عدد الأسرة المشغولة، بما يرقى إلى حوالى ٢ طبيب لكل سرير واحد مشغول (وليس لكل سرير واحد متاح)، وهو من أعلى المعدلات فى العالم، ومرجعه إلى نقص كفاءة التشغيل.

١٤. وفى مصر يصل عدد الأطباء الأخصائيين، إلى ٦٠% من حملة الأطباء المشتغلين بالرعاية الصحية فى وزارة الصحة، و الباقي فقط هم من الأطباء الممارسين، العاملين فى مجال الرعاية الصحية الأولية، ويزداد إختلال تلك النسبة، بإضافة الأطباء العاملين خارج وزارة الصحة.

١٥. وتقوم كليات الطب، سنويا، بتخريج أعداد من الأطباء، تزيد عن ضعف الحاجة، حيث ينضمون إلى الأعداد الزائدة، من الأطباء خريجي السنوات السابقة.

١٦. أما بخصوص الشبكة الحكومية المتسعة، من وحدات الرعاية الصحية الأولية، الممتدة فى الريف والحضر، فإنها غير موظفة توظيفا ملائما، حيث أن ٦٠% من الزيارات الخارجية، لوحدها الرعاية الصحية الأولية تتم فى العيادات الخاصة، والباقي فقط هو ما يتم إستيعابه فى وحدات الرعاية الصحية الأولية الحكومية .

١٧. أما عن النوعية والجودة، الخاصة بزيارات المرضى لوحدها الرعاية الصحية الأولية، فإنها فقيرة فى نوعية أدائها، وحتى الزيارات القليلة التى تؤدى فى القطاع الخاص بالنسبة لمرضى التأمين الصحى، فإنها أيضا أقل من المستوى المعتاد فى القطاع الخاص.

١٨. وبخصوص استخدام الدواء، فإنه من النادر كتابة التذكرة الطبية بأسماء عقاقير كيميائية بديلا عن العقاقير التجارية.

١٩. ويلاحظ تزايد استهلاك الدواء، وما يترتب عليه من تزايد الإنفاق الدوائى، وإذا ما قورن الاستهلاك الدوائى بالدول الأخرى متمثلة الدخل، فلربما وصلت الزيادة فى الاستهلاك الدوائى إلى ٥٠%.

٢٠. وأخيرا، فإن الإجراءات المتبعة فى القطاع الدوائى إنتاجا وإستيرادا، وكمشتريات وكسياسة تسعير، والطرق المتبعة فى التوزيع الدوائى، كل ذلك لا يزال يتم بأساليب لا تتميز بالكفاءة، وإنما تتميز بتضارب وسائل وأساليب التحفيز، وتناقضها.

نقائص الجودة، والفاعلية، وإشباع احتياجات المنتفعين:

“Quality, Clinical Effectiveness and Consumer Satisfaction

١. ونظرا لعدم كفاية بنود الموازنة، الخاصة بالصيانة وقطع الغيار، فإن معظم الوحدات تعاني من عيوب: الإهمال، وفقر المرافق، وضآلة صيانة: المباني، والأجهزة، والمعدات.

٢. والمطلوب بالنسبة لتدريب الأطباء، علي وجه محدد، هو مزيد من التدريب السريرى والإكلينيكي، والتعرف على أمراض البيئة، والمجتمع، والتعامل معها.

٣. وهناك نقص فى الكوادر التمريضية الماهرة.

٤. وهناك أيضا، احتياج شديد لتطوير التعليم الطبي والتمريضي، سواء فى المستوى الجامعى، أو فى مستويات الأداء الطبى والتمريضى فى الوحدات.

٥. أما وحدات الرعاية الصحية الأساسية، وهى الركيزة الأساسية للخدمة الصحية للفقراء والقرى النائية، فإنها فقيرة فى مبانيتها وتجهيزاتها، وناقصة فى مستلزماتها وأدويتها، ويعانى العاملون فيها من نقص الحوافز الإيجابية والمادية، الدافعة لسلوك صحى متميز، كما أن تدريب الممارسين العاملين

فيها محدود، ونظرا لنقص الحوافز أو إنعدامها، فإن التوجه للمرضى يكون فيها، هو لصالح دفع المرضى، فى إتجاه وحدات الرعاية الطبية الخاصة، ويترتب على ذلك أن تصبح زيارات المرضى لتلك الوحدات، لصالح وحدات الرعاية الصحية الأولية (العيادات) الخاصة، بواقع ٦٠% من حالات التردد، للرعاية الصحية الخارجية، على مستوى الجمهورية.

٦. وهناك ما يشير، إلى أن العدوى فى الوحدات الصحية، ترقى إلى ٥ أو ١٠ أضعاف معدل العدوى فى وحدات دول OECD .

٧. وتشير الدراسات (DDM) إلى فقرة جودة خدمات الأطباء الممارسين، حيث تقدر وفيات حالات الطوارئ، بواقع ٥٠% من حجم مرضى الطوارئ، بسبب فقر جودة تعامل الأطباء مع الحالات الطارئة.

٨. أما فقر الجودة فى مجالات المعامل وتعامل الأطباء معها، فإنه يتضح من البيانات التالية:

- عدم ضرورة ٣١% من الاختبارات المعملية المطلوبة إكلينيكيًا.
- عدم استخدام ٢٠% من الاختبارات المعملية الضرورية المطلوبة، بواسطة الأطباء الاكلينكيين.
- عدم إجراء اختبارات، كان من المفترض أن يطلبها الاكلينيكيون من المعامل، لكنهم لم يطلبوها، وبواقع ١٦%.
- ٩. توضح دراسة نمط تحرير التذكرة الطبية، فى المستشفيات الحكومية العامة، عدم الضرورة لتحرير مضادات حيوية للمرضى، وبواقع ٣٧% لحالات الطب الباطنى، وبواقع ٤١% لحالات أمراض العيون.
- ١٠. السعى لتحقيق جودة أرقى للعقاقير الطبية من خلال: مجهودات تأكيد الجودة، ومتابعة المعلومات المجتمعية عن استخدامات العقاقير بعد البيع.
- ١١. يجب تحقق الاستخدام الرشيد للعقاقير من خلال: ترقيّة التعليم، وتعميم البرتوكولات العلاجية، وإحلال العقاقير المعملية محل العقاقير التجارية.

وتحتاج السياسة الدوائية المتبعة إلى تقوية نقاط معينة:

- تصميم قوائم العقاقير الأساسية.
- إزالة أو إنقاص التناقض الحادث في نظم الحوافز المتبعة، في السياسات الدوائية الجارية، مثل إنقاص السعر (رخصه) مقابل إحتياج الشركات الحكومية إلى تحقيق أرباح.
- ترشيد المزايا والعيوب المتعلقة بقدرة المواطن على شراء الدواء، وإتاحة الدواء، وضرورات الجودة، وضرورات التصنيع المحلي.

نقائص التمويل المستمر طويل المدى: Sustainability Long-Run Financial

نظرا لأن الإنفاق الصحي الكلى مازال منخفضا، وبسبب إنخفاض الكفاءة التوزيعية للوحدات والموارد والأفراد، وإنخفاض الكفاءة التقنية للإدارة والتنظيم والأداء المهني، وإنخفاض جودة المنتج الخدمي، فإن ما يقدم من إقتراحات خاصة بالتوسع لمواجهة الزيادة السكانية، والتغير في نمط الأمراض حتى عام ٢٠٢٠، تجعل النظام غير قابل للاستمرار بتلك المواصفات، على المدى الطويل.

والهيئة العامة للتأمين الصحي، لا تسير على أسس سليمة حاليا، وأى مقترحات توسعية لتغطية فئات سكانية أوسع بدون توفير الموارد والإمكانيات، لن يؤدي إلا إلى تزايد عدم السلامة التمويلية والأدائية.

كما أن التوسع لتغطية فئات سكانية أخرى، في نظام صحي غير كفاء، لن يؤدي إلا إلى مردود متدن لذلك الإنفاق الصحي، في مثل ذلك النظام.

وكذلك فإن تغير النمط المرضي، من طابع الأمراض المعدية (السارية)، إلى طابع الأمراض غير المعدية (غير السارية)، وما يترتب علي ذلك من إرتفاع تكاليف الرعاية الصحية المستهدفة لتغطية زيادة الحوادث، والتحول إلى تلك النوعية من الأمراض.

ولا توجد خريطة مرضية محددة لمصر مستقبلا، في عام ٢٠٢٠، وحاوية للمعلومات والتفاصيل، المتعلقة بنمط الأمراض والحوادث المتوقع، وتقدر منظمة

الصحة العالمية عبء المرض، في منطقة الشرق الأوسط، في عام ٢٠٢٠، بالتغير في اتجاه مواجهة الحوادث، والأمراض الغير سارية المزمنة، بما يرقى إلى ٨٠% من نمط الأمراض السائدة في حينه، بدلاً عن النمط السائد حالياً لتلك النوعية، من الحوادث والأمراض، في منطقة الشرق الأوسط، وبما يزيد قليلاً عن ٥٠% من نمط الأمراض السائدة حالياً.

٥ - الباب الخامس : تقييم النظام الصحى الحالى، ومركزات النظام الصحى المستقبلى

٥-١٦ الفصل السادس عشر: مركزات النظام الصحى المستقبلى

٥-١٦-١ نقاط يتوجب السعى نحوها لميلاد نظام صحى جديد

٥-١٦-٢ الأهداف المتوافق عليها بين الدول ومنظمة الصحة العالمية للعشرين عاماً الأولى من القرن الحادى والعشرين

نقاط أساسية موضع حوار بين السيناريوهات الصحية المستقبلية حتى عام ٢٠٢٠

٥-١٦-٢-١ حول دستور منظمة الصحة العالمية، وحقوق البشر، ونداء الصحة

للجميع

٥-١٦-٢-٢ الأهداف العشرة المستقبلية للصحة للجميع وإرتباطها بمحاور ثلاثة

عن المخرجات، والتعاون القطاعى، والسياسات والنظم الصحية

٥-١٦-٢-٣ الملاحظات الشارحة للأهداف العشر، وتوقيتات تحققها المتوقعة

٥-١٦-٢-٤ الدور التنفيذى للحكومات، لتحقيق الأهداف العشرة

٥-١٦-٢-٥ نبذة عن معدل الوفاة، والمرضة، والعجز عند الفقراء.

٥ - الباب الخامس : تقييم النظام الصحي الحالي، ومرتكزات النظام الصحي المستقبلي

٥-١٦ الفصل السادس عشر: مرتكزات النظام الصحي المستقبلي

٥ - ١٦ - ١ نقاط يتوجب السعي نحوها لميلاد نظام صحي جديد:

١ - نظرياً، في عالم نموذجي، يجب أن تسعى الدولة، إلى تأكيد تدفق الموارد التمويلية الكافية لتشغيل نظام نموذجي، وأن تكون (حكومة، ومجتمعاً) ذات بصيرة ورؤية، فيما يتعلق بالإدارة، ومتطلبات الهيكل التنظيمية اللازمة، بهدف تعظيم المخرجات المتعلقة بالخدمات الصحية، في حدود المقيدات التمويلية الكلية المتاحة في مصر، ومن خلال توفير إتاحة تنافسية للقطاعين العام والخاص، لتقديم الرعاية الصحية الأفضل.

بمعنى أنه يجب، تحريك الأوضاع، للوصول إلى أفضل مزيج تمويلي للخدمات الصحية، المقدمة من القطاعين الخاص والعام، مع أفضل خيار إداري، وأفضل نظم لتقديم الخدمة الصحية، بهدف الوصول إلى أفضل النتائج.

غير أن الحقائق المتاحة توضح أن: القيود السياسية والتمويلية، ومحدودية القدرات الإدارية المتاحة حتى الآن، وعدم القدرة على تقييم تكلفة الفرص المتاحة للاختيار من بينها، وماينتج عن ذلك من قصور في النظر للقطاع الصحي، باعتبار أنه قطاع إنفاقي خدمي، وليس قطاعاً إنتاجياً، حافظاً لأعلى ثروة (البشر)، وحيث أنه بدون الإنفاق والإستثمار في هذا القطاع فلا توقع لتنمية جادة متواصلة،

بما يؤدي إلى قصور الوصول إلى الوضع الأمثل، وهو قدرة الحكومة والمجتمع على إدارة النظام الصحي بقطاعاته، بكفاءة يتطلبها ذلك الوضع الأمثل. ولن تفيد أية وسائل غير علمية وعملية في الإرتقاء بالوضع الصحي، دون تصور إستراتيجي متوافق عليه شعبيا، يحقق أوضاعا تحسينية لعلاج النفاض والسلبيات، لإيجاد القاعدة الضرورية لتنفيذ الرؤية الإستراتيجية، ثم يقوم بتحويل الإستراتيجية إلى خطط متتابعة، ذات أهداف قابلة للقياس، وتوفير تعزيز للعوامل الضرورية لتحقيق الهدف، ومراجعة التخطيط والخطط باستمرار، لتعديل الإنحراف أو تعديل الخطط، وتوفير المدخلات الضرورية، والعمليات النمطية قدر الإمكان، للوصول إلى أفضل مخرجات، وأجود خدمة صحية، بأقل تكلفة، في حدود أولويات الخطة والإختيار. ولا يتحقق ذلك دون شروط ثلاثة، أولها: رفع متدرج، لموازنة الإنفاق الصحي الحكومي إلى ٧,٥% من حجم الإنفاق الحكومي الكلي السنوي (الوقع الحالي ٤%)، وكذلك تحمل القطاع العائلي لإنفاق مماثل تقريبا (أراء متباينة، علما بأن القطاع العائلي يتحمل حاليا إنفاقا يزيد بأكثر من ١٠% مما يتحملة الإنفاق الحكومي في الصحة). وثاني تلك الشروط: هو توافر متدرج للكوادر المفتقدة من ذوى الخبرة والمهارة، لتغطية التخصصات المنعدمة أو النادرة او الضعيفة، والتي تحتاج إلى تعزيز، من خلال تنمية القوي البشرية. وثالث تلك الشروط: هو توافر القدرة علي الإدارة العصرية، للأنظمة والبرامج والوحدات الصحية الكبيرة، دون إهدار لمواردها، وبما يتطلبه ذلك من معلومات من ناحية، والقدرة علي إتخاذ القرار من ناحية ثانية. وأخيرا، يجب توفير مناخ مجتمعي: محجّم للفقير وذو طبيعة ديموقراطية، وتوفير التركيز الواجب: للحفاظ علي البيئة ونظافتها، والتعامل الكفء مع الحوادث، وتعميم المرافق، وخاصة الماء والإصحاح الصحي، وتعميم أنماط حياة، وسلوكيات، معززة للصحة، ومقاومة مجتمعية واسعة لعادات وسلوكيات منافية للصحة (التدخين/المنبهات/المخدرات/والعادات الصحية الضارة).

٢ - وإذا انتقلنا إلى دراسة الأوضاع التحسينية، ذات الطابع العملي في إطار الأوضاع القائمة حاليا، بديلاً عن الوضع الأمثل للأداء الصحي الذي أشرنا إليه، فإنه يجب بناءً على ذلك الخيار أن يتجه صناع السياسة الصحية فى مصر مباشرة إلى التركيز على:

- تعظيم الجهود لمواجهة عبء المرض، بترتيب أهميته، وتسييد نمط، للوصول إلى أفضل مخرجات صحية Health Outcomes.
- تأكيد تقديم الخدمات ذات الفاعلية الأعلى والتكلفة الأدنى "Costeffective" لإلحاق عبء المرضى الذي تواجهه مصر Allocate Efficiency
- تأكيد تقديم الخدمات بكفاءة إقتصادية بملاءمة التقنية الضرورية Technical Efficiency
- ويؤدي ذلك إلى ارتفاع الكفاءة، لإدارة اقتصاديات وحدات الخدمات الصحية Microeconomic Efficiency.
- ويتحقق ذلك في إطارات اقتصادية عامة وكلية، مقيدة في الأوضاع المصرية، بما يجعل الحصول على الموارد الكلية، الضرورية، لمجمل الأداء الصحي الخاص والعام، صعباً وعسيراً Macroeconomic Efficiency
- التأكيد على أن قدرة الأفراد على المساهمة بالدفع من جيوبهم كإنفاق عائلي ممكن التحقق "Premium & Copayment" وأيا كانت نوعيات الإشتراكات أو المساهمات فإنها يجب أن تكون دائماً في نطاق قدرة هؤلاء الأفراد على الدفع، مقارنة بدخولهم Equity
- والتأكيد على أن استخدام الأفراد للخدمات الصحية يكون متوفراً عند الاحتياج في أي مكان، وأي وقت، ولأية حالات مرضية Access.
- تأكيد جودة الخدمة المقدمة، بما يتوافق مع الأسس الاقتصادية والترشيديّة من ناحية، والفنية والمهنية من ناحية أخرى، وبما يشبع ويرضى مستهلك تلك الخدمة الصحية "جودة ثلاثية الأبعاد Tridimensional Quality وذلك فيما يتعلق بمدخلات الخدمة، وعمليات تشغيلها، ومخرجاتها (Inputs / Processes / outcomes)
- ويجب التركيز على دور حكومي ضروري، للتعامل مع إيجابيات وسلبيات الجودة الناتجة، والتكلفة المتحققة، والإتاحة عند الحاجة (Cost / Quality / Access)

• ويجب أيضاً أن يتسبب المفهوم التأميني، بمعناه القومي الشامل، لدى الدولة والمجتمع ونظم إدارته Governance، كما يجب أن تكون البؤرة في النظام التأميني هي إتساعه ليشمل كل الوطن، وكل المواطنين، باستهداف تحقيق مزايا إتساع دائرة المنتفعين، لتجنب مخاطر نقص التمويل المزمّن، والخوف من عدم استمرارية النظام Pooling Risks، وأيضاً لتحقيق دور الكتلة البشرية كمشتري، له اليد العليا في سوق العرض والطلب، بما يعظم قدرة تلك الكتلة التفاوضية، مع مقدمى الخدمة الصحية، وملاك الوحدات في الوحدات الصحية الخاصة، محققين لشراء للخدمة من موقع القدرة والقوة لصالح المجموع السكاني، بقدر التوسع التأميني المستهدف

. Non – Individual Purchase

• ويجب أن تولى الحكومة أهمية عظيمة، لتصحيح أخطاء السوق التي قد تؤدي إلى تآكل وتراجع الدور الحكومي الصحي، بالتوازي والتوازن مع دور القطاع الخاص، فمثلاً قد تؤدي فوضى التعامل في القطاع الخاص إلى توظيف القطاع العام، بإعتباره مورداً للحالات المرضية إلى القطاع الخاص، في غيبة ضوابط وعلاقات تعاقدية رشيدة حاكمة. أو بتوظيف القطاع الخاص للدور المزدوج للعاملين الموظفين في القطاع العام لصالحه. وهؤلاء العاملين يمارسون عملهم المحقق للدخل المجزى في القطاع الخاص طبقاً للقواعد المتبعة حالياً، والتي تعطي المشروعية التامة لمقدمى الخدمات الصحية الحكومية لممارسة تلك الإزدواجية.

• وأخيراً، يجب على الدولة، أن تعزز وتؤكد وتنمى دورها، كراع لإستمرارية تدفق التمويل طويل المدى، الضروري للنظام الصحي، وذلك في ضوء عوامل متعددة، نشير إلى أهمها وهي:

- عولمة الاقتصاد والمجتمع.
- التحول في نمط الأمراض.
- التطورات الاقتصادية المستقبلية.

نقاط أساسية هى موضع حوار بين السيناريوهات الصحية المستقبلية حتى عام ٢٠٢٠ "إستنادا إلى دراسات منظمة الصحة العامة المستقبلية":

- المحيط الذى يعمل فيه النظام : السياسى - الاجتماعى - الاقتصادى - المؤسسى.
- تقديم الرعاية الصحية الأساسية للجميع.
- مدى الالتزام بتقديم مستويات الرعاية الصحية الأخرى : الثانوية والثالثية.
- المراكز الصحية والطبية المتقدمة ودورها لدى كل سيناريو.
- التعليم الصحى والطبى لدى كل سيناريو مستقبلى.
- الأبحاث ومعاهد البحث المتعلقة بالصحة وتطبيقات تلك الأبحاث.
- مدى إستهداف كل سيناريو بإعطاء الفئات الحساسة (الرضع والأطفال - الأمهات - الرعاية الصحية فى السن المدرسى - المسنين) أولوية فى الرعاية الصحية.
- مدى تحديد النظام الصحى: للجودة Goodness، والعدالة Fairness، والاستجابة لتوقعات السكان Responsiveness، فى كل سيناريو.
- كيفية قيام النظام الصحى بوظائفه الحيوية: لتوليد الموارد، والتمويل، وتقديم الخدمة، وتدوير العملية التشغيلية، وإدارتها، وتنمية القوى البشرية، وتوظيفها. Generating Resources, Finance, Health provision "Stewardship".
- تحديد السياسة الصحية، وتوجيهها وتوظيفها، من خلال: التنظيم، وتوظيف للمعلومات، وتوجيه الجهود المحلية والدولية للمنفعة العامة، ولتحقيق العدالة، داخل القطر الواحد، وبين الأقطار المتعددة. ورأى أصحاب كل سيناريو فى الأسلوب الذى يتم به ذلك.
- رأى كل سيناريو فى نوعية الخلطة اللازمة، من القطاعين العام والخاص، الضرورية للتمويل وتقديم الخدمة، ودوام التمويل على المدى الطويل.

- رأى كل سيناريو في تغطية الفجوات: فجوة التمايز القطاعي، والجغرافي، والعمرى، والتعليمي والجنسي (والعرقى إن وجد) فى إتاحة الولوج إلى الخدمة الملائمة، وعلاج فجوة الجودة، وفجوة الإمكانيات المادية والبشرية القاصرة.
- رأى كل سيناريو فى معايير جودة المخرجات، والتأكد من الحصول على أفضل مخرجات، بالنسبة للإئفاق الذى يتم سنوياً، للتخفيف من عبء المرض لأوسع قاعدة سكانية، طبقاً لأفضل خيارات للفرص المتاحة.
- رأى كل سيناريو فى خيارات التوسع فى استخدام التكنولوجيا، بالصورة الملائمة لكل إقليم، وتعظيم الانتفاع بالمتاح منها.
- مدى إقتراب أصحاب كل سيناريو من الإدارة ذات الطابع المركزى، أو الإدارة ذات الطابع الإقليمى، بأوسع إسهامات محلية، وبمشاركة المنتفعين ومستهلكى الخدمة الصحية.
- القدرة على التعامل مع ظاهرة العولمة، وتزايد التطلعات السكانية، فى ضوء محدودية القدرات الاقتصادية، لفترة طويلة قادمة.

٥-١٦-٢ الأهداف المتفق عليها بين الدول ومنظمة الصحة العالمية للعشرين عاماً الأولى من القرن الحادى والعشرين:

نعرض فى ذلك المجال، للرؤية المستقرة، والمتوافق عليها، فى منظمة الصحة العالمية، فى إطار كونها عملية مستمرة لتحقيق الصحة للجميع. وقد بدأ هذا الموضوع فى العقدين الأخيرين من القرن الماضى، وبعد تقييم ما تم على مستوى المنظمة، فى نهاية القرن الماضى، ظهر توافق جديد لإستمرار إستهداف تحقيق الصحة للجميع خلال العقدين التالبيين.

ونشير فى دراستنا تلك إلى النقاط التالية:

١. حول دستور منظمة الصحة العالمية ونداء الصحة للجميع.
٢. نداء الصحة للجميع ومركزاتها، وأهدافها العشرة الجديدة فى العقدين الحالىين من القرن الحادى والعشرين، ومجموعات الأهداف فى ارتباطها: بالمخرجات، وبالتعاون بين القطاعات الصحية، وبالسياسات والنظم الصحية.

٣. الملاحظات الشارحة للأهداف العشرة، المشار إليها وتوقعات التحقق المتوقعة.

٤. دور الحكومات لتنفيذ تحقيق أهداف الصحة للجميع.

٥. المراضة، والعجز، والموت، والفقراء.

ولعل مجموعة تلك الدراسات، تبين لماذا كان اختيارنا لذلك المدخل، لنتناول من خلاله، موضوع السيناريوهات المحتملة في مصر بدلاً عن مداخل أخرى عديدة.

٥-١٦-٢-١ حول دستور منظمة الصحة العالمية، وحقوق البشر، ونداء الصحة

لجميع:

يقرر الدستور المشار إليه: حق البشر في مستوى معيشي ملائم صحياً محقق للسلامة الجسدية والنفسية والروحية والمجتمعية، محققاً للحقوق الآتية:

- الحصول على الطعام الكافي والمتوازن، والحصول على الماء السليم صحياً، والمسكن الصحي، والملابس اللائقة بشرياً، والملائمة مناخياً.
- الحصول على الرعاية الصحية، والتعليم، والصحة الإنجابية، والخدمات الاجتماعية.
- الحصول على الأمان من البطالة، والمرض، والعجز، وتقدم العمر، والأمان من عدم القدرة على المعيشة في ظروف قاسية خارج نطاق تحكم الإنسان.
- وتوفير إحترام الإنسان، وتوقير ممارسته لحقوقه المدنية، وتحقيق أهداف الصحة العامة.

وانطلاقاً من تلك الحقوق الدستورية ظهرت الأفكار الرئيسية التي بزغ منها نداء البشرية "الصحة للجميع".

إن نداء "الصحة للجميع" هو نداء منظمة الصحة العالمية، في اجتماع جمعيتها العمومية في الدورة الثلاثين عام ١٩٧٧، من أجل إرساء أسس عملية منتظمة،

تهدف للوصول بالمواطنين إلى مستوى صحي في عام ٢٠٠٠، يسمح لهم بحياة منتجة اقتصاديا ومشاركة مجتمعا، وأعقبه إعلان ألما - آتا في عام ١٩٧٨ في المؤتمر الدولي للرعاية الصحية الأولية تحت رعاية منظمة الصحة العالمية، واليونسيف، والذي أقر بأن مفتاح الصحة للجميع، هو في الرعاية الصحية الأولية.

"الصحة للجميع" عملية مستمرة منذ إعلان ألما - آتا حتى ٢٠٠٠، وتجدد استمرار تلك العملية، بأهداف متحورة، عما كانت عليه لمدة عقدين جديدين من الزمان (حتى ٢٠٢٠) في القرن الحالي الحادي والعشرين. وتركز تلك العملية المستقبلية، على أن الصحة هي مسئولية كافة القطاعات المجتمعية، وأنها تركز على الديمقراطية والحقوق المدنية للإنسان.

ولقد حددت المداخل الآتية، لإحداث النمو الجوهري للنمو الصحي، وتحقيق الصحة للجميع في ٢٠٢٠:

- التنمية التي يؤرتها الإنسان (التنمية البشرية).
- إستهداف استئصال 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.

٥-٣-٢ الأهداف العشرة المستقبلية للصحة للجميع وارتباطها بمحاور ثلاثة هي: المخرجات، والتعاون القطاعي، والسياسات والنظم الصحية:

تستهدف عملية الصحة للجميع الأهداف التالية في العقدين الأوليين من القرن الحادي والعشرين (من عام ٢٠٠٠ إلى عام ٢٠٢٠):

١. العدالة. ومؤشرها المركزي مدى تقزم الأطفال
٢. استمرارية الحياة. ومؤشرها المركزي معدل وفيات الأمهات، ومعدل وفيات الأطفال، والعمر المتوقع للفرد عند الميلاد.

٣. تغيير مسار خمسة أوبئة وهي: الدرن، الإيدز، الملاريا، التذخين وأمراضه، العنف والإصابات
٤. استئصال وإستبعاد أمراض معينة.
٥. تحسين الإتاحة: للحياة، والإصحاح، والطعام، والمأوى.
٦. مقاييس لتعزيز الصحة.
٧. سياسات قومية تبنى الصحة للجميع، تصميمًا، وتنفيذًا، ومتابعة.
٨. إتاحة الولوج للحصول على الرعاية الصحية: اللازمة، والمتكاملة، وذات الجودة.
٩. تنفيذ أنظمة المعلومات: العالمية، والقومية، والترصدية .
١٠. مساندة البحوث الصحية.

إرتباط الأهداف العشرة، مع المحاور الثلاثة، الخاصة بالمرجات، والتعاون القطاعي، والسياسات والنظم الصحية:

حيث أن الأهداف السابقة التي وضعتها منظمة الصحة العالمية كأهداف "الصحة للجميع" في المرحلة الأولى عام ١٩٨١ لم تكن معززة بقاعدة معلوماتية، تحدد الموقف المتوقع البلوغ إليه في عام ٢٠٠٠، لكل هدف من تلك الأهداف الثمانية، التي حددتها منظمة الصحة العالمية كإستراتيجية وأهداف "الصحة للجميع، من ١٩٨١ حتى سنة ٢٠٠٠.

ومن هنا، فقد تم تحديد القاعدة المعلوماتية التي يتم الانطلاق منها، لتحقيق الأهداف (العشرة) الجديدة، ومؤشراتها، المتوقع الوصول إليها في عام ٢٠٢٠. وقد قسمت تلك الأهداف العشرة إلى ثلاث مجموعات هادفة إلي : تحسين المخرجات، التعاون القطاعي مع الأنشطة البيئية والأنشطة المجتمعية المؤثرة في الصحة، وأخيرا، ظهور مجموعة السياسات والنظم المتعلقة: بالتنفيذ، والإتاحة، والمعلومات، والأبحاث.

بالنسبة لمجموعة تحسين المخرجات الصحية، (وهي تغطي أربعة أهداف من الأهداف العشرة)، ومؤشراتها كالتالي:

- مؤشرات العدالة: المقاسة أساساً من خلال مؤشرات نمو الطفل، وسيتم توظيفها كأساس لتعزيز العدالة في الصحة، ومتابعة نمو الطفل في عام ٢٠٠٥، مع المقارنة بين المناطق المختلفة داخل قطر (لاكتشاف التباينات)، ومقارنة كل قطر بالأقطار الأخرى.
- مؤشرات معدل وفيات الأمهات، ومعدل وفيات الأطفال تحت سن ٥ سنوات، ومؤشرات العمر المتوقع: لتتابع قياس تلك المؤشرات الثلاثة حتى عام ٢٠٢٠.
- مؤشر تناقص عبء المرض عالمياً، بالنسبة للأوبئة الخمس: (الدرن - الإيدز - الملاريا - أمراض التدخين - العنف المسبب للإصابات)، حيث يتابع قياسها، وصولاً إلى قياس الموت المبتر، نتيجة لكل منها، وكذلك قياس العجز الناتج من أي منها، لتحديد تناقص المؤشر المركب للعمر المفقود نتيجة للموت المبكر المعدل بالعجز.
- مؤشرات إستئصال ومنع أمراض بعينها.

بالنسبة لمجموعة التعاون القطاعي للتحكم في ظواهر محددة للصحة (وتختص بالتعامل مع هدفين من الأهداف العشرة)، ومؤشراتها كالتالي:

١. يتوقع أن يتم تحسن كبير وملحوس في عناصر أربعة في عام ٢٠٢٠ وهي:
 - توافر ماء شرب آمن صحياً، ومتاح للكافة.
 - إصحاح صحي كاف.
 - طعام متوافر كمياً ونوعياً.
 - مأوى (سكن) متوافر بأعداد كافية وملئم صحياً.
٢. يتوقع أن تصبح كل الأقطار مستعملة لبرامج تقنية، ذات طبيعة يمتزج فيها التنظيم والاقتصاد والتعليم والمنظمات، ومستندة إلى برامج مؤسسة مجتمعياً،

تدير بها إستراتيجيتها الصحية، وتتابعها بنشاط، لتقوية وتعزيز أنماط الحياة المعززة للصحة، وتضعف أو تلتاشى أنماط الحياة المدمرة للصحة.

بالنسبة لمجموعة السياسات والنظم الصحية (وتختص بالتعامل مع أربعة أهداف من الأهداف العشرة)، ومؤشراتها كالاتي:

- يتوقع في عام ٢٠٠٥ أن تصبح لدى كل الدول آلية تشغيله، لتنفيذ ومتابعة تنفيذ السياسات المتواكبة مع سياسات الصحة للجميع.
- ويتوقع في عام ٢٠١٠ أن تتم إقامة نظم معلوماتية، عالمية ومحلية، للترصد والتنبيه إلى المتغيرات الصحية والإحتمالات الوبائية.
- ويتوقع في عام ٢٠١٠ أن يتوافر لكل سكان العالم الإمكانية الدائمة، للولوج إلى الرعاية الصحية: اللازمة، والمتكاملة، وذات النوعية، والمستندة إلى الرعاية الصحية الأساسية.
- ويتوقع في عام ٢٠١٠ أن يتم تشغيل سياسات بحثية، وآليات مؤسسية، على المستوى العالمي، والإقليمي، والمحلي.

٥-١٦-٢-٣ الملاحظات الشارحة للأهداف العشر وتوقيتات تحققها المتوقعة:

متطلبات سابقة:

١. نظام معلوماتي سكاني يقسم السكان إلى مجموعات طبقاً ل:
 - السن.
 - الطبقة الاقتصادية الاجتماعية.
 - الجنس.
 - الذكورة أو الأنوثة.
 - المواقع الجغرافية "محافظات حضرية/مصر العليا (حضر/ريف) / مصر السفلي (حضر/ريف)".
٢. المؤشرات وتوظيفها لقياس التقدم للوصول إلى الهدف.

٣. المشاركة من كل الأطراف المعنية بالصحة (أدوار مجتمعية، ومنظمات، وأدوار الفرد)، وهي مشاركة تتجلى في تصرفات وتدخلات متعاونة لتحقيق الهدف.

غايات الأهداف العشرة:

الهدف الأول: عدالة الصحة ومعيارها تقزم الأطفال:

العدالة بين الأقطار، والعدالة داخل كل قطر، هي أساس تعزيز العدالة في الصحة ونركز بصفة بؤرية على نمو الطفل "حيث يحول ذلك المؤشر إلى معيار كمي يقيس النسبة المئوية للأطفال تحت سن ٥ سنوات"، وتلتزم الدول المشاركة في برنامج الصحة للجميع بتناقص جميع الأقطار، وجميع الفئات، والنوعيات، بتحقيق انخفاض بواقع الخمس في عام ٢٠٢٠.

وبالطبع، فإن مؤشر قياس القزمية بنتسبب الطسول للسن، يعتبر المؤشر الرئيسي، الذي يوضح مدى الأولوية في توزيع الموارد لتحقيق العدالة في الرعاية الصحية، وهذا المؤشر يحدد تراكم نقص النمو لأسباب مستمرة لفترة طويلة (ذات طبيعة مزمنة) مثل: عدم كفاية الطعام اليومي، والعدوى المتكررة، والنمط السبيء لتناول الطعام، والظروف الاقتصادية والاجتماعية المنزلية غير الملائمة.

الهدف الثاني: دوام الحياة ومعيارها ثلاثى: معدل وفيات الأمهات، معدل وفيات الأطفال أقل من سن خمس سنوات، والعمر المتوقع للفرد.

أي أنه هو دوام الحياة من خلال التركيز على ثلاث مؤشرات، هي:

- معدل وفيات الأمهات بحيث تصبح أقل من مائة وفاة لكل مائة ألف طفل مولود حي.
- معدل وفيات الأطفال (تحت ٥ سنوات) بحيث تصبح أقل من ٤٥ لكل ألف طفل.
- زيادة العمر المتوقع للفرد بحيث يزيد عن السبعين في كل الأقطار.

ويقتضى تحقق ذلك الهدف:

إعطاء أولوية لتوفير الموارد لمشروع " المعالجة المتكاملة للأمراض الطفولة".
توفير التدخلات الطبية الفاعلة، وقليلة التكلفة، وإتاحتها في كل الأقطار.

ولكي يعمل مؤشر حساس مثل مؤشر معدل وفيات الأمهات فلا بد من أن يكون أداء النظام الصحي جيداً، حيث أنه اختبار لقدرة التمويل المنظم الكفاء، من الرعاية الصحية الأولية، إلى المراكز والمستشفيات، التي تتعامل مع الولادات والأمهات. ثم إنه أيضاً اختبار للرعاية في فترة ما قبل وأثناء وما بعد الحمل، والمهارة التي يتمتع بها الأفراد المدربون مقدمو الخدمة الصحية.

الهدف الثالث: التخلص من وبائية خمسة أمراض واضطرابات:

لمواجهة التزايد الوبائي لمعدل المراضة والعجز الناتج من خمسة أمراض واضطرابات تتزايد وبائيتها، علي المستوى العالمي (pandemic)؛ وذلك بالرغم من التناقص الملموس لعبء المرض بصفة عامة، على اتساع العالم حتى الآن.

ويجب تحديد مؤشرات تتصل بمعدل المراضة، ومعدل الوفاة، لكل من تلك الأمراض والمسببات الخمسة، مع تنظيم الإخطار عن تلك البيانات، وعن العلاج المتبع، ونسب الشفاء.

وتلك الوبائيات الخمس هي: الدرن، متلازمة العوز المناعي المكتسب (الإيدز)، الملاريا، الأمراض والاضطرابات المتصلة بالتدخين، وأخيراً العنف وما ينتج عنه من إصابات.

ولقد تم التركيز على تلك الأمراض الخمس، باعتبار إشتراكها ككل، في التسبب في أكثر من ٢٠% من الوفيات الكلية عالمياً، ويرتكز قياس تأثير تلك الأمراض بالقياس الكمي لمعدل المرض المنتج للموت المبكر في بعض حالات الإصابة بالمرض، معدلاً بما ينتج عن المرض من عجز كمضاعفة ناتجة من المرض في حالات أخرى، مترجماً إلى سنوات عمر مفقودة نتيجة لهذين العاملين (الموت المبكر "العمر المبسر" – العجز المترتب على المرض).

Disease Adjusted Life Years - DALYs

الهدف الرابع "إستئصال ومنع أمراض بعينها":

يتوقع أن يتم فى عام ٢٠٢٠:

- منع حدوث مرض الحصبة.
 - منع حدوث الفلاريا الليمفاوية (داء الفيل).
 - منع نقص فيتامين " أ " ونقص اليود.
- ويتوقع كذلك فى عام ٢٠١٠ (قبل عام ٢٠٢٠):

- توقف نقل عدوى مرض شاجا.
 - ومنع حدوث مرض الجذام.
- ويتوقع كذلك فى عام ٢٠٠٥ : توقف نقل عدوى مرض الدرانكيوليزيز.
- كما يتوقع أيضا فى عام ٢٠٠٠ : القضاء على شلل الأطفال.

الهدف الخامس : (توافر الأساسيات الأربع: "ماء الشرب الصحي الآمن – الإصحاح الكافي – الطعام الكافي والملام صحياً – السكن الكافي والمناسب صحياً")

ويتحقق ذلك بواسطة آلية التعاون القطاعى، فى عام ٢٠٢٠، بمتابعة المؤشرات:

- نسبة القاطنين إلى السكان المتاح وصول مياه شرب آمنة صحياً إليهم.
- نسبة القاطنين إلى السكان الذين لديهم مرافق صحية كافية وملائنة.
- نسبة القاطنين إلى السكان الذين لديهم مسكن سليم بنائياً، ومقام فوق أرض آمنة، وذو طبيعة صحية.
- نسبة القاطنين إلى السكان الذين لديهم إمكانية الحصول على طعام كاف وتوازن.

الهدف السادس: إدخال أنظمة تدير تنفيذ استراتيجيات وتتابع تنفيذها، وتلك الاستراتيجيات تقوى أنماطاً للحياة معززة للصحة، وتضعف أنماطاً

أخرى مدمره للصحة، من خلال مزج البرامج النظامية، والاقتصادية، والتعليمية، والمنظمات المختصة بمساندة البرامج المؤسسة مجتمعياً.

ويتوقع أن يتحقق ذلك في كل الأقطار في عام ٢٠٢٠.

وقد استند ذلك الهدف إلى الاستراتيجية المعلنة في أوتاوا، وفي جاكارتا، والتي تنادى بسياسة صحية عامة، ومساندات بيئية، ومشاركة مجتمعية، ومهارات فردية، وخدمات صحية، وتشير إلى أهمية توظيف أدوار الأفراد، وأدوار الاقتصاد، والمجتمعات، المحددة للصحة والمرض.

وسيتم إستعمال مؤشرات مستندة إلى تقوية أنماط للحياة معززة للصحة، مثل النشاط الرياضي، والتغذية، والعلاقات الشخصية. وإضعاف أنماط أخرى للحياة مدمرة للصحة مثل الإدمان، والعنف، وممارسات الجنس الغير آمنة صحياً. وستتم المتابعة من خلال:

- السلوك الصحى (مثل: معدل انتشار التدخين فى الشرائح المجتمعية المختلفة).
- المعتقدات كمحددات الصحية (مثل: الحصول على طعام صحى، والعزلة الاجتماعية).
- السياسة النظامية والمالية والاقتصادية والبيئية (فيما يتعلق بتقييد إستعمال المشروبات الكحولية).
- برامج بانية للقدرات (مثل: تعزيز الصحة – نمو التقنية التحتية – تنامى المعلومات – تنمية القدرات القيادية)
- المشاركة المقدمة من الأفراد، المجتمعات المحلية، المدارس، مواقع العمل، الصحافة والقطاعات الاجتماعية الأخرى..
- كما أنه ستم تتبع إنتقائية، للمتابعة والتقييم، خاصة بالنسبة للعدالة، وإتاحة الولوج للقطاعات المجتمعية المتعددة.

الهدف السابع: توافر آلية تشغيلية لجميع الأقطار: لظهور وتنفيذ ومتابعة تنفيذ سياسات متمشية مع سياسات الصحة للجميع. ويجب أن تراعى السياسات الوطنية الآتى:

- العدالة والتضامن.
- القيم، ومراعاة حساسيات الذكور والإناث.
- وعليها أن تولد السياسات الصحية فى مناخ مستنير ومتفتح يشترك فيه الجميع:
- بحسن توزيع الموارد "المادية والبشرية والبيئية والتحتية".
- بالتنفيذ بواسطة هيكل شبكى، وإطار قانونى متماسك.
- وعليها أن تقيس المؤشرات المتبعة التالية:
- جودة الإنخراط المجتمعى فى تنمية تلك السياسات.
- مدى انعكاس تلك السياسات فى التشريعات القانونية الوطنية.
- مدى توزيع الموارد بالتوازى مع تلك السياسات.
- التعاون التكنى ومداه.
- إستمرارية تناسب الموارد مع السياسات المتبعة.

الهدف الثامن : إستمرارية إتاحة الرعاية الصحية لكل الناس، خلال حياتهم، للوصول إلى الرعاية الصحية: اللازمة، المتكاملة، وذلت الجودة، والمساعدة بالرعاية الصحية الأساسية وركائزها.

ويتوقع أن يتحقق ذلك فى عام ٢٠١٠.

ونعنى بكلمة الرعاية الصحية اللازمة المتكاملة توافر العناصر الآتية كحد أدنى:

- العناصر المحددة فى الرعاية الصحية الأولية، باحتياجاتها المتنامية، لتتسق مع ديمومة الصحة.

• وهى تهتم بمدخل إطالة العمر المتوقع للفرد، عن طريق الاهتمام بالعوامل المؤثرة فى الحياة، خاصة فى المرحلة المبكرة من الحياة، قبل الميلاد، التى لها تأثيرات دائمة على حياة البشر.

• مؤشرات جودة الرعاية الصحية، وهى الإتاحة لولوج المواطنين للحصول على رعاية صحية مناسبة، والفاعلية لنظام الرعاية الصحية، والتكامل بتوليد نظام متسلسل، يتيح التحويل بين مستويات الرعاية، ومؤشرات الأداء المولدة للرعاية الصحية الأساسية وعناصرها.

الهدف التاسع: إقامة نظام جيد للمعلومات الصحية: عالمياً، وعلى مستوى الأقاليم والدول، يحقق ترصد وتنبيه عام حكومي ومجتمعي.

ويتحقق ذلك فى عام ٢٠١٠.

ونظام المعلومات الصحية يهدف إلى:

• تعظيم قدرة الأقطار على متابعة وتقييم موقف كل دولة صحي، وكيفية أداء الخدمات الصحية، وأثر السياسات الصحية على عملية الأداء. وتلك الأنظمة هى أساس التتبع واتخاذ القرارات.

• ويجب التأكيد على أن المعلومات التى يتم جمعها بصفة أساسية، هى تلك النوعية فى المعلومات التى يمكن استخدامها فى المستوى المحلي. كما يجب أن تكون تلك المعلومات ملائمة لإمكانيات المستوى المحلي، فى التحليل، والتقييم، ولعله من الواجب، أيضاً، التعليق عليها واستخدامها فى اتخاذ القرار. ولعله من الواجب أخيراً، أن يتوازن ذلك الاحتياج المحلي، مع الاحتياجات المعلوماتية، الوطنية والعالمية.

• ويجب أيضاً أن تولد تلك الأنظمة المعلوماتية معلومات وافية، فى مجالات الإتاحة الدوائية، والسلامة الغذائية، وتقييم الجودة، والرقابة، والإدارة المالية، والتقييم التقنى.

• إن ظهور نظم ترصد وتنبيه قومية وعالمية، مساندة بتكنولوجيا الاتصال، سيؤدى إلى الانتشار السريع للمعلومات، عن أى تهديدات صحية قابلة

للإنتقال إلي أماكن أخرى، أو مخاطر صحية حالة، أو محتملة على المستوى الوطن أو علي مستوى منطقة جغرافية. كما يؤدي أيضا إلى توضيح مدى كفاية التجاوب الحكومي والمجتمعي في مواجهة، مثل هذا التهديد.

الهدف العاشر: يرسم سياسات الأبحاث والآليات المؤسسية المشغلة على المستوى العالمي والأقليمي والوطني.

ويتحقق ذلك الهدف في عام ٢٠١٠ كالاتي:

- يجب مساندة السياسة والآلية للقدرة على البناء والتحديث والمشاركة، مع المجتمعين المهني والعلمي من ناحية ومع المواطنين من ناحية أخرى، في اتخاذ القرارات الصحية، والقرارات المتعلقة بالصحة، وفي مراجعة القيم في المجال الصحي.
- وعلى كل الأقطار، تحديد أولوياتها البحثية، وتمويل البحث، وإداراته، ومراعاة المبادئ القيمية، ومساندة تنامي القدرات، ولكل ما يترتب على ذلك، من ظهور مؤشرات فرعيه ملائمة، خاصة بكل موضوع.
- ويجب ظهور مؤشر عالمي، لتتبع الإنفاق في مجال الأبحاث الصحية، بين الأقطار والأقاليم.

٥-١٦-٢-٤: الدور التنفيذي للحكومات لتحقيق الأهداف العشرة:

إظهار الاندراج للتقييم الآتية:

إقامة السياسات المساندة للصحة للجميع التي تقوم على:

- تبني الصحة للجميع.
- تنفيذ الآليات العالمية المعززة والحامية للصحة.
- تقوية القدرات الوطنية لتأكيد المعدلات القيمية للصحة وللرعاية الصحية.

- تعزيز إدارة المجتمع والدولة في المجال الصحي.
 - إدخال عنصر المساواة الجنسانية في سياسة الصحة والتنمية الصحية.
 - تقديم التسهيلات لنمو المشاركة من أجل الصحة.
- الصحة هي بؤرة التنمية البشرية، ويتضح ذلك من التزام الحكومات بالآتي:

- تأكيد أن السياسات الاقتصادية معززة للصحة.
- أهمية الإستثمار في أنظمة الصحة والتعليم والخدمات.
- دحر الفقر بتوظيف برامج هادفة ومتعددة قطاعياً.
- تحديد ووصف السياسات الحكومية في كل القطاعات لتعزيز الصحة.
- قياس وتقييم دور الصحة والبيئة على مشروعات التنمية.

بناء أنظمة صحية مستدامة، حيث تلتزم الحكومات بالآتي:

- إقامة أطر فاعلة قانونية وتنظيمية لتنفيذ الصحة للجميع.
- تأكيد إمكانية الولوج العادل والمتكافئ للحصول على الرعاية الأساسية عالية الجودة، طوال حياة الإنسان.
- تأكيد أنظمة الترصد والمتابعة على المستوى الوطني والمحليات.
- تأكيد القضاء على أو التحكم في الأمراض الوبائية المتوطنة.
- القيام بمجهودات مكثفة لإستبعاد أو إستئصال أمراض بعينها.
- أهمية الإستثمار في العلوم والتكنولوجيات المتعلقة بالصحة.
- تنظيم القدرات البشرية والمؤسسة لتحقيق أغراض الصحة العامة، والرعاية الصحية، والحفاظ عليها.
- التأكيد على دوام التمويل الكافي للأنظمة الصحية.

٥-١٦-٢-٥ نذرة عن معدل الوفاة والمرضاة والعجز عند الفقراء:

يقع على الفقراء العبء الأكبر فى المرض، وسوء الصحة، وقصر العمر:

فعادة يعيش الفقراء فى منازل غير آمنة ومزدحمة، فى مناطق غير مخدمه، ريفية أو هامشية حول المدن. وهم أكثر تعرضا للتلوث والمخاطر الصحية، فى منازلهم، وفى أماكن عملهم. وفى مناطق إقامتهم. وهم أكثر تعرضا لإستهلاك أطعمة غير كافية، أو أطعمة سيئة النوعية. وهم أيضا، أكثر المستهلكين للطباق والتدخين، وأكثر تعرضا للمخاطر الصحية.

ويؤدى كل ذلك، إلى عجز فى قدراتهم، لتحقيق حياة منتجة اقتصاديا، وتوفير حياة منتجة اجتماعيا.

ويجعلهم عرضة لحزمة من أسباب مختلفة للمرض، والموت المبكر، والإعاقة. ويؤدى ذلك الوضع الاجتماعى والصحى للفقراء إلى إستمرارية الفجوة المتزايدة بين الفقراء والأغنياء. وعدم العدالة بالنسبة للفقراء، حتى لو استمر النمو الاقتصادى. كما يؤدى ذلك إلى تهديد التماسك الاجتماعى، والتوتر النفسى الاجتماعى، وممارسة العنف، فى كثير من الأقطار.

ويتزايد عدد الفقراء الذين يعيشون فى الفقر المدقع واليأس المفزع، فى العقدين الأخيرين، ويصل عدد الفقراء فى عام ٢٠٠٠ إلى حوالى ١٣٠٠ مليون.

والفقر هو السبب الرئيسى:

- لتدنى التغذية وسوءها.
- ولضعف الصحة وصولا للمرض.
- ولإنتشار المرض.
- ولإبطاء التحكم فى الزيادة السكانية.
- ولتقليل فاعلية الخدمات الصحية.

إن المراضة والعجز بين الفقراء والغنات غير المميزة يؤدي إلى:

- التهميش.
- استمرارية الفقر.
- تآكل الصحة واقعا، ومخزونا صحياً.

ما أسباب موت أغنى ٢٠% من سكان العالم، وأفقر ٢٠% من سكان العالم:

يموت الناس بسبب أمراض وإصابات، أما الأمراض فتتقسم إلى مجموعتين:

المجموعة الأولى: تسمى مجموعة الأمراض المعدية (الساوية)، وأمراض سوء التغذية وأمراض ومخاطر بسبب الولادات. وتعرف تلك المجموعة بمجموعة العمر القصير.

والثانية: تسمى الأمراض غير المعدية (غير الساوية) مثل: الأورام، وأمراض القلب الوعائية، وأمراض المخ الوعائية، والضغط، والسكر، وما إليه. وتعرف تلك المجموعة بمجموعة العمر الطويل.

أما إذا توجهنا لنرى أسباب موت الأغنياء (في عام ١٩٩٠)، حيث يتضح من دراسة موقف أغنى ٢٠% من سكان الكرة الأرضية الآتي:

- ٨% من وفيات الأغنياء بسبب الأمراض المعدية وباقي أمراض المجموعة الأولى.

- ٨٥% من وفيات الأغنياء بسبب أمراض المجموعة الثانية.

- ٧% من وفيات الأغنياء بسبب الإصابات.

أما عندما نستدير لنرى أسباب موت الفقراء في نفس العام، حيث يتضح من دراسة موقف أدنى ٢٠% من سكان الكرة الأرضية الآتي:

- ٥٩% من وفيات الفقراء بسبب أمراض المجموعة الأولى.

- ٣٢% من وفيات الفقراء بسبب أمراض المجموعة الثانية.

- ٩% من وفيات الفقراء بسبب الإصابات.

٤ - الباب الرابع : القطاع الصحى

٤ - ١٤ الفصل الرابع عشر : تمويل الرعاية الصحية

٤-١٤-١ نظرة إجمالية للإنفاق الصحى فى مصر

٤-١٤-٢ البنية العضوية للتمويل فى القطاع الصحى

٤-١٤-٣ التمويل فى وزارة الصحة

٤-١٤-٤ التمويل فى الهيئة العامة للمستشفيات والمعاهد التعليمية

٤-١٤-٥ تمويل هيئة التأمين الصحى

٤-١٤-٦ تمويل المؤسسات العلاجية

٤-١٤-٧ تمويل المستشفيات الجامعية

٤-١٤-٨ المنح والهبات الأجنبية

٤-١٤-٩ تمويل التأمين الصحى الخاص

٤-١٤-١٠ تمويل الرعاية الصحية بالشركات

٤-١٤-١١ تمويل الرعاية الصحية بالنقابات المهنية

٤-١٤-١٢ تمويل القطاع العائلى

٤-١٤-١٣ أسعار الخدمات الصحية

٤-١٤-١٤ موجز وصف التمويل، والأداء المالى فى القطاع الصحى

٤-١٤-١٤-١ إجمالى تمويل الرعاية الصحية "رؤية تقديرية فى نهاية

التسعينات

٤-١٤-١٤-٢ وصف نظم التمويل (الدفع) لمقدمى الخدمة الصحية

٤-١٤-١٤-٣ موجز الأداء المالى للنظام الصحى فى مصر

٤ – الباب الرابع : القطاع الصحي

٤-١٤ الفصل الرابع عشر: تمويل الرعاية الصحية

٤-١٤-١ نظرة إجمالية للإفاق الصحي في مصر:

يمول القطاع الصحي بصفة عامة من مصدرين أساسيين هما: التمويل الحكومي، والتمويل العائلي "من الجيب"، ومصادر أخرى محدودة سيرد تفصيلها لاحقاً.

وفى عام ١٩٩٠ بلغ الإنفاق الصحي في مصر ٤,٢ مليار جنيه "٤,٧% من الناتج المحلي الإجمالي (GDP)" وكانت مصادر تمويل ذلك الإنفاق بصفة عامة من:

- الموازنة الحكومية بنسبة ١,٨% من الناتج المحلي الإجمالي.
- القطاع الأهلى، والإنفاق العائلى – "من الجيب" بنسبة ٢,٧% من الناتج المحلي الإجمالي.
- المعونات الأجنبية بنسبة ٠,٢% من الناتج المحلي الإجمالي.

أما في عام ١٩٩٥ فلقد بلغ الإنفاق الصحي في مصر ٧,٥١٦ مليار جنيه (٣,٧% من الناتج المحلي الإجمالي لعام ١٩٩٥) أى بما يعادل ١٢٧ جنيه للفرد سنوياً أى حوالى ٣٨ دولاراً للفرد الواحد سنوياً.

ومن ذلك نلاحظ، أن مصر تولد تمويلا من القطاع العائلي، بنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي، أعلى من الدول المماثلة لها في الدخل. وذلك عكس ما هو شائع لدى كثير من الدارسين، من أن مصر في حاجة إلى تجميع تمويل من القطاع العائلي من خلال برنامج استرداد التكاليف، وما يماثله من إسهامات من المواطنين، لمساندة النظام الصحي وموارده. أما المعونات الأجنبية، فلا تمثل حصة حقيقية من تمويل النظام الصحي. وأن النسبة الحقيقية التي يجب تزايدها هي نسبة الإنفاق من الموازنة الحكومية، وما في حكمها، حيث يجب مضاعفاتها، علي الأقل بصفة مبدئية، خلال بضع سنوات، لتوفير التمويل الحكومي اللازم للتوازي مع التمويل العائلي.

ويقصد بالتمويل الحكومي، وما في حكمه "في المفهوم الحكومي المصري"، التمويل الوارد من الموازنة، مضافا إليه التمويل الوارد من أصحاب الأعمال في القطاع الخاص، تعبيراً عن حصة صاحب العمل مقابل الخدمات الصحية عن العاملين لديه، وكذلك التمويل الوارد من قطاع الأعمال (القطاع العام سابقا) بالمماثلة لما يقدمه أصحاب الأعمال، وذلك بالإضافة إلى حصة الحكومة عن المشتركين في نظام التأمين الصحي. ويمتد ذلك المصدر التمويلي ليشمل حصة العاملين المشتركين في التأمين الصحي، الذي يجمع بمعرفة إدارات الأفراد (شئون العاملين)، ليرسل مع الحصة المدفوعة من أصحاب العمل في: القطاع الخاص، وقطاع الأعمال والإدارات والهيئات الحكومية الاقتصادية وغير الاقتصادية، إلي هيئتي التأمين والمعاشات بوزارة الشؤون الاجتماعية، وليصل أخيرا إلي هيئة التأمين الصحي، مجمعا لحصتي أصحاب العمل والعاملين، في القطاع الخاص، وقطاع الأعمال، والحكومة.

ويلاحظ كذلك أن النظام المالي في مصر يدار طبقاً للمدخلات التمويلية المتاحة، ولكنه لا يتمتع بنظام تتبعي لمسارات إنفاق الموازنة BTS الذي يمكن من تتبع مسارات وظائف الإنفاق، بما يوفر آلية حاکمة لأداء الأعمال، والأنشطة، والمشروعات، بجوار آلية التحكم الاقتصادي المخطط.