

الفصل الثالث

أثر سياسة تسعير الدواء على الخدمة الصحية في مصر

تمهيد:

يمثل الدواء أحد العناصر الرئيسية في منظومة الخدمة الصحية، ومن ثم فإن أسعار الدواء تلعب دوراً أساسياً في تلك المنظومة، وقد سبق أن ناقشنا في الفصل السابق من هذا البحث أسلوب تسعير المستحضرات الصيدلانية في مصر، وفي هذا الفصل نناقش انعكاسات تلك السياسة على الخدمة الصحية، وخاصة في ظل تدني مستوى الخدمة الصحية خلال السنوات الأخيرة، وذلك من خلال المحاور التالية:

المبحث الأول: عوامل تدني مستوى الخدمة الصحية

المبحث الثاني: أثر أسعار الدواء على عرض الخدمة الصحية في مصادرها المختلفة.

المبحث الثالث: أثر أسعار الدواء على الطلب على الخدمة الصحية.

المبحث الأول

عوامل تدني مستوى الخدمة الصحية

تعاني الخدمة الصحية في مصر من حالة تدني واضحة في مستوى الخدمة وذلك في مصادرها المختلفة سواء وزارة الصحة والسكان أو الخدمات التي تقدمها هيئة التأمين الصحي وفي هذا الجزء من البحث نتعرض لأسباب تدني الخدمة الصحية وأثر ذلك تدهور في مستويات الخدمة الصحية على تزايد الإنفاق العائلي على الصحة خلال السنوات الأخيرة وذلك من خلال المحاور التالية:

أولاً: تدني التمويل وأثره على مستوى الخدمة الصحية.

ثانياً: العوامل الأخرى - غير التمويل - المؤثرة على الخدمة الصحية.

ثالثاً: أثر تدني مستوى الخدمة الصحية على الإنفاق العائلي على الصحة.

أولاً: تدني التمويل وأثره على مستوى الخدمة الصحية:

يقدر الاقتصاديون الاتفاق الصحي في مصر بحوالي ٢٢ إلى ٢٥ مليار جنيه في السنة منها حوالي ١٥ مليارات جنيه اتفاق حكومي مباشر وغير مباشر والباقي إنفاق ذاتي من جيب المواطنين والجدول التالي يوضح قيمة الإنفاق العام على الصحة في مصر خلال السنوات من ١٩٩٥ وحتى ٢٠٠٦ ونسبة الإنفاق الكلي على الصحة إلى الناتج المحلي الإجمالي خلال تلك السنوات.

جدول (٣-١) الإنفاق العام على الصحة ونسبة الإنفاق الكلي على الصحة إلى الناتج المحلي الإجمالي:

| السنة | الإنفاق العام على الصحة في مصر (بالمليون جنيه) (١) | الإنفاق الكلي على الصحة كنسبة إلى الناتج المحلي الإجمالي (٢) |
|-------|---|--|
| ١٩٩٥ | ٢.٧٠٧ | ٣.٩ |
| ١٩٩٦ | ٣.٠٦٠ | ٤.٣ |
| ١٩٩٧ | ٣.٦١١ | ٥.١ |
| ١٩٩٨ | ٣.٨٧٢ | ٤.٨ |
| ١٩٩٩ | ٤.٥٨٨ | ٥.٥ |
| ٢٠٠٠ | ٥.٣٦٨ | ٥.٦ |
| ٢٠٠١ | ٦.٣٢٧ | ٦.٥ |
| ٢٠٠٢ | ٧.٢٢٥ | ٦.٣ |
| ٢٠٠٣ | ٨.٦٧ | ٦.٤ |
| ٢٠٠٤ | ٨.٣٥١ | ٦.١ |
| ٢٠٠٥ | ٨.٩٩٩ | ٦.١ |
| ٢٠٠٦ | ٨.٢١٠.٤ | ٦.٣ |

المصدر:

(١) - (٢٠٠٧) مركز المعلومات ودعم اتخاذ القرار - رئاسة مجلس الوزراء، مصر.

(٢) National Health Account Series (2008) www.who.gov

ومن الجدول السابق يتضح تدني نسبة الإنفاق الكلي على الصحة إلى الناتج المحلي الإجمالي وتعد تلك النسب من أقل المعدلات بالمقارنة بدول منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، كما أن هذه النسبة المخصصة للإنفاق على الصحة في مصر تقترب من النسب التي تخصصها الدول منخفضة الدخل للإنفاق على الصحة بأكثر مما تقترب من تلك النسب في الدول متوسطة الدخل ناهيك عن الدول مرتفعة الدخل، فوفقاً لأرقام عام ٢٠٠٢ بلغ متوسط نسبة الإنفاق العام على الصحة إلى الناتج المحلي الإجمالي في الدول منخفضة الدخل - وهي الدول التي تبلغ متوسط دخل الفرد فيها أقل من ٧٦٥ دولار - نحو ٢.١% في حين بلغ متوسط هذه النسبة في الدول متوسطة الدخل - وهي التي يتراوح متوسط دخل الفرد فيها ما بين ٧٦٥ إلى ٩.٣٨٥ دولار - نحو ٣.٥% ، أما الدول المتقدمة - والتي يبلغ متوسط الدخل للفرد حوالي ٩.٣٨٥ فأكثر - فقد بلغ

متوسط نسبة الإنفاق العام على الصحة بها حوالي ٥.٦% ، وبلغ هذا المتوسط بالنسبة لمصر وفقاً لتقديرات عام ٢٠٠٢ نحو ٢.٤% وهو ما يقترب بمصر من الدول منخفضة الدخل في هذا المجال (٢.١%) بأكثر مما يقترب بها من الدول متوسطة الدخل (٣.٥%)^(١).

وتؤكد الدراسات إنه بالرغم من اتجاه الإنفاق الكلي على الصحة كنسبة إلى الناتج المحلي الإجمالي إلى التزايد إلا أن هذا الاتجاه لا يتماشى مع ما تعلنه الدولة من رغبة في تصحيح المسار الصحي والارتفاع بمستوى الخدمات الصحية المقدمة للمواطنين وخاصة مع الارتفاع المستمر في تكاليف الرعاية الصحية، وتعرض فيما يلي لأهم أسباب سوء الخدمة الصحية في القطاع الحكومي

- أسباب سوء الخدمة الصحية في القطاع الحكومي:

وتشير الدراسات الخاصة بالخدمة الصحية في مصر إلى أن معظم التدفقات النقدية إلى مقدمي الخدمة الصحية في القطاع الحكومي لم تتجح في تطوير جودة أو نوعية الخدمات الصحية المقدمة للمواطنين في هذا القطاع ونتج عن ذلك أن السكان يحاولون تجنب استخدام مرافق الرعاية الصحية بالقطاع الحكومي، وقد أرجعت الدراسات^(٢) سوء الخدمة الصحية المقدمة للمواطنين من جانب القطاع الحكومي إلى عدة أسباب، فبالنسبة لهيئة التأمين الصحي والتي لها ميزانية محددة^(٣)، نجد أن نظام تمويل الهيئة لا يشجع على تقديم الخدمة الصحية بصورة جيدة، لأن الطريقة الأيسر هنا لعدم تخطي الميزانية يتمثل في تخفيض جودة الخدمات، كما أن هذا النظام لا يشجع على الكفاءة في الأداء لأنه لا توجد مسئولية تجاه استخدام الموارد المالية، وتقوم هيئة التأمين الصحي بالتغطية التأمينية لحوالي ٣٦.٦ مليون مؤمن عليهم، يمثلون تقريباً ٥٢% من إجمالي السكان، غير أنه من المفترض أن تمتد مظلة التأمين الصحي لتشمل كل أفراد المجتمع^(٤)

(1) — (2006) The Egyptian Economy: Current Challenges and Future Prospects, Improving the Health Care System, The Egyptian Centre for Economic Studies, Session 7, November.

(٢) - (٢٠٠٦) دراسة حول إنشاء برنامج التأمين الصحي للجميع في مصر - وزارة الصحة والسكان - مؤتمر الرعاية الصحية بشرم الشيخ، سبتمبر، ص ١٣، ١٤.

(٣) تتكون موارد هيئة التأمين الصحي من الاشتراكات التي يؤديها أطراف التمويل وهم العامل وصاحب العمل والدولة، وتقوم أنظمة التأمين الصحي غالباً على أساس ربط الاشتراكات بالأجور (المصدر المجالس القومية المتخصصة ٢٠٩، ٢٠١).

(٤) - (٢٠٠٦) موسوعة المجالس القومية المتخصصة - رئاسة الجمهورية - المجلد ٣٢، الكتاب السنوي، ٢٠٠٥-٢٠٠٦ ص ٢٠٥.

ولكن الإمكانيات اللازمة للتطبيق لا تتوافر، مما استلزم أن تكون التغطية تدريجية، أما بالنسبة لوزارة الصحة والسكان والتي لها أيضاً ميزانية محددة (مثلها في ذلك مثل هيئة التأمين الصحي) فقد أرجعت الدراسة تدني مستوى الخدمات المقدمة من جانب الوزارة للمواطنين إلى أن نظام تمويل وزارة الصحة لا يشجع على الكفاءة في الأداء من جانب مقدمي الخدمة في هذا النظام وذلك لنفس الأسباب المذكورة بالنسبة لحالة التأمين الصحي، وهي أنه لا توجد مسئولية تجاه استخدام الموارد المالية، كما أن هذا النظام المحدد الميزانية لا يشجع على تقديم الخدمة الجيدة ومن جهة أخرى فإن تمويل برنامج العلاج على نفقة الدولة والذي يتم وفقاً للتكلفة العلاجية التي يتم تحديدها بواسطة وزارة الصحة والسكان - وفقاً لآليات عمل هذا النظام- يؤدي إلى قبول مقدمي الخدمة في القطاع الحكومي أسعاراً مخفضة مما يشكك في مصداقية نظام التسعير، أما بالنسبة لتمويل الخدمة الصحية عن طريق المدفوعات الشخصية والتي تمثل نحو ٦٢% من مصادر تمويل الخدمة الصحية في مصر^(١) فإن مساوئ هذا الأسلوب في التمويل "نظام الرسوم مقابل الخدمة" تتمثل أساساً في أنه يشجع على المبالغة في النشاط والمصروفات وأنه لا يمكن للمريض في إطار هذا الأسلوب لتمويل الحصول على الخدمة الصحية أن يحكم على جودة الخدمة الصحية، كما لا يملك الأفراد في إطار هذا النظام القدرة على المساومة.

وقد أكد تقرير التنمية البشرية لعام ٢٠٠٥ أن هناك تفاوتاً في تقديم الرعاية الصحية في مصر، وأن وطأة الأوضاع الصحية السيئة أشد بين الفقراء^(٢)، وأكد التقرير أنه على الرغم من نجاح النظام الصحي في بعض الجوانب مثل الانخفاض الملحوظ في وفيات الأطفال، وزيادة العمر المتوقع عند الميلاد، بالإضافة إلى تمتع مصر بوفرة في التسهيلات الصحية وأسرة المستشفيات، إلا أن هناك انخفاضاً ملحوظاً في متوسط نصيب الفرد من الانفاق الصحي وزيادة الأمراض المزمنة بين الكبار، وتؤكد الدراسات الخاصة بوزارة الصحة والسكان أن معدل وفيات الأطفال الرضع يزيد بمقدار الضعف في صعيد مصر عن المحافظات الحضرية، وذلك خلال السنوات الخمس الأولى من الألفية الجديدة، وهو ما يتفق مع ما أوردته دراسة لمجلس الشورى حول الخدمة الصحية في مصر خلال سنوات التسعينات والتي أكدت أن توزيع مبالغ الميزانية بين المحافظات يتضمن تناقضات كبيرة، حيث ينخفض ما يخصص للوجه القبلي من موارد رغم

(١) نفس المرجع السابق .

(٢) - (٢٠٠٥) تقرير التنمية البشرية - مصر - UNDP ومعهد التخطيط القومي ، ص ٦٦ .

احتياجاته لمزيد من الأنفاق، وأكد التقرير ارتفاع معدلات وفيات الرضع في محافظات الصعيد مقارنة بالمحافظات الحضرية، وكذلك ارتفاع معدلات وفيات الأمهات في الصعيد مقابل المحافظات الحضرية ومحافظات الوجه البحري و محافظات الحدود وأرجع التقرير ارتفاع بعض مؤشرات الخدمة الصحية إلى صغر حجم السكان، وذلك بالرغم من تدني المستوى العام للخدمات الصحية بها، وخلص التقرير إلى أن توزيع الموارد المخصصة للخدمة الصحية على المحافظات لا يتسم بالعدالة، وأن هناك اختلالاً واضحاً في توزيع الخدمات الصحية لصالح المناطق الحضرية^(١).

ثانياً: العوامل الأخرى - غير التمويل - المؤثرة على الخدمة الصحية:

تتمثل مشكلة إصلاح النظام الصحي في مصر جزئياً في عدم استغلال الإمكانيات المتاحة بشكل كاف وليس في العجز في تلك الإمكانيات، وتشير الدراسات إلى أنه لا يمكن أن يعزي تدني مستوى الرعاية الصحية في مصر فقط إلى انخفاض الاتفاق الحكومي لأن عديد من الدول المشابهة في الظروف الاقتصادية مثل اندونيسيا وزيمبابوي وشيلي حققت نجاحات ملموسة على الرغم من أن نسبة الانفاق الحكومي بها أقل من مصر، وذلك بسبب كفاءة استخدام تلك الدول للموارد المتاحة، إلا أنه بالرغم من ذلك فإن انخفاض المخصص من موارد الدولة للصحة لا يزال يعتبر من أهم العناصر الاقتصادية الضاغطة على إمكانيات تحسين وتصحيح المسار الصحي، وتشير الدراسات إلى^(٢) أن هناك أسباباً عديدة - غير نقص التمويل - وراء سوء مستوى الصحة، مثل أوضاع التعليم والصرف الصحي والتغذية والإسكان والبيئة، وكذلك الثقافة والعادات والتي تعتبر جزءاً من ديناميات المحصلة الصحية، فالمرأة مثلاً أكثر عرضة للوفاة عند الوضع إذا لم يكن يسمح لها بالاستعانة بالمساعدة المتخصصة، وإذا تعرضت لحالات الحمل المتكررة وغير المتباعد، أو كانت تعاني من الأنيميا ونقص الكالسيوم بسبب سوء التغذية، وإذا تزوجت في سن مبكرة أو كانت لا تستطيع الوصول إلى المستشفى في الوقت المناسب بسبب عدم استطاعتها الوصول إلى تليفون أو وسيلة انتقال، وبالمثل فإن الطفل الذي عولج من الإسهال يكون معرضاً

(١) - (١٩٩٦) مستقبل الرعاية الصحية في مصر والتوجه القومي للتأمين الصحي الاجتماعي - لجنة الصحة والسكان والبيئة - مجلس الشورى، التقرير النهائي، دورة الانعقاد العادي السادس عشر، جمهورية مصر العربية، ص ٣٠ : ٣٣.

(٢) تقرير التنمية البشرية - مصر..... مرجع سابق، ص ٦٦.

أكثر للإصابة بهذا المرض من جديد إذا عاد إلى البيئة غير الصحية، وتعرض بشكل متكرر لنفس العوامل التي تسبب في المرض أول مرة.

وتتمثل أمام العوامل الأخرى ذات التأثير المباشر على اقتصاديات الخدمة الصحية هذه العوامل في النقاط التالية:

- الزيادة الكبيرة في تعداد السكان (٧٢ مليون) عام ٢٠٠٥ بنسبة زيادة ١.٩٦ سنوياً، مما يعني ضرورة زيادة المخصص للإنفاق العام على الخدمة الصحية بنسبة مماثلة أو أكثر سنوياً وهو ما لم يحدث طوال السنوات الماضية اعتباراً من ١٩٩٧/١٩٩٨ وحتى ٢٠٠٤/٢٠٠٥ حيث بلغت نسب تلك الزيادة لهذه السنوات على التوالي (٠.٤% ، ٠.٦% ، ٠.٨% ، ٠.٧% ، ٠.٨% ، ٠.٢% ، ٠.٥%)^(١).
- الارتفاع الحاد والمستمر في تكلفة الرعاية الصحية وخاصة الدواء وهو أمر حادث في جميع أنحاء العالم، كما أن تكاليف إنشاء المستشفيات ومستلزمات العلاج من أشعة وتحاليل متقدمة كلها تتضاعف أسعارها مما يضطر أصحاب المستشفيات للالتجاء للقروض البنكية، وما يترتب عليها من أعباء تحتم تعويض الكثير من الموارد المتاحة.
- زيادة تطلعات المواطنين للحصول على خدمات صحية عالية المستوى نتيجة زيادة الوعي وانتشار التعليم والتنفيذ الصحي من خلال وسائل الإعلام.
- غياب التقييم الدوري للرعاية الصحية وجدوى ما انفق عليها.
- الافتقار للمتابعة الجادة المستمرة وقياس مستوى الجودة.
- ازدياد الفقد (الهدر) من الإمكانيات المتاحة، والمتمثل في الطاقات العاطلة.
- التركيز على عدالة توزيع الامكانيات الصحية المطلوبة وخاصة احتياجات المحافظات النائية.
- تكرار شراء الأجهزة عالية التقنية التكنولوجية وباهظة الثمن دون التنسيق والتكامل للاستفادة القصوى منها مثل الأشعة المقطعية- الرنين المغناطيسي والموجات فوق الصوتية.

(١) إعداد الباحث اعتماداً على بيانات جدول (١-٣)

- الخلل في تكون الفريق الصحي وكفاءة توزيعه على مستوى الدولة وخاصة من نسبة الأطباء للممرضات فمصر لديها فائض كبير في عدد الأطباء مقارنة بعدد الممرضات ولديها عجز كبير في الممرضات، فنسبة الأطباء لكل ١٠٠٠٠٠ من السكان هي ٢٢.٦ طبيب ونسبة الممرضات لكل ١٠٠٠٠٠ من السكان على ٢٦.٩ ممرضة أي أن النسبة تكاد تكون متساوية في حين أن المعدل المطلوب لا يجب أن يقل عن ١ طبيب لكل ٤-٥ ممرضة (١).

- نقص التقنيين المدربين على استعمال الأجهزة الطبية عالية التقنية وصيانتها، وعدم توافر قطع الغيار.

- سلبيات المؤثرات غير الصحية والتي تنعكس على انتشار الأمراض وليس لوزارة الصحة سيطرة عليها مثل الصرف الصحي وجمع القمامة وتوفير مياه الشرب النقية والمسكن الصحي وتلوث البيئة وتفشي الأمية وتأثير الفقر في تدني نمط الحياة بصفة عامة وغيرها من محددات الحالة الصحية للمواطنين، ومما سبق يتضح ضرورة العمل على تعظيم الاستفادة من الموارد المخصصة للإنفاق على الخدمة الصحية، خاصة في ظل محدودية تلك الموارد وعدم إمكانية زيادتها بصورة كبيرة خلال السنوات القادمة.

ثالثاً: أثر تدني مستوى الخدمة الصحية على إنفاق القطاع العائلي على الصحة:

ويمثل الإنفاق العائلي أكبر مصدر لتمويل القطاع الصحي في مصر حيث ارتفعت قيمة إنفاق القطاع العائلي كنسبة من إنفاق القطاع الخاص على الصحة، تصل إلى ٩٤.٩ عام ٢٠٠٦ مقارنة بـ ٨٩.٦ عام ١٩٩٥ فإذا أضفنا لذلك اتجاه قيمة إنفاق القطاع الخاص نفسه إلى التزايد كنسبة من إجمالي الإنفاق على الصحة يتضح لنا زيادة العبء الذي يتحمله القطاع العائلي للإنفاق على الصحة بسبب اضطراره للجوء إلى الحصول على الخدمة الصحية من المصادر الخاصة المقدمة لها، وذلك بسبب تدني مستوى الخدمة الصحية المقدمة من المصادر العامة والحكومية، والجدول التالي يوضح نسب إنفاق القطاع العام والقطاع الخاص على الصحة وكذلك إنفاق القطاع العائلي كنسبة من الإنفاق الخاص على الصحة، لتصل السنوات من ١٩٩٥، وحتى ٢٠٠٦.

جدول (٣-٢) نسب إنفاق القطاع الحكومي والقطاع الخاص على الخدمة الصحية

| الإنفاق الحكومي على الصحة | إنفاق القطاع الخاص على | إنفاق القطاع العائلي كنسبة |
|---------------------------|------------------------|----------------------------|
|---------------------------|------------------------|----------------------------|

(١) موسوعة المجالس القومية المتخصصة..... مرجع سابق، ص ٢٣٣.

| السنة | كنسبة من إجمالي الإنفاق على الصحة | الصحة كنسبة من إجمالي إنفاق على الصحة | من إجمالي إنفاق القطاع الخاص على الصحة |
|-------|-----------------------------------|---------------------------------------|--|
| ١٩٩٥ | ٤٧.١ | ٥٢.٩ | ٨٩.٦ |
| ١٩٩٦ | ٤١.٨ | ٥٨.٢ | ٩١.٧ |
| ١٩٩٧ | ٣٨.٨ | ٦١.٢ | ٩٣.٤ |
| ١٩٩٨ | ٣٤.٥ | ٦٥.٥ | ٩٣.٥ |
| ١٩٩٩ | ٤٠.١ | ٥٩.٩ | ٩٣.٩ |
| ٢٠٠٠ | ٤٠.١ | ٥٩.٩ | ٩٤.١ |
| ٢٠٠١ | ٤٠.١ | ٥٩.٩ | ٩٤.٥ |
| ٢٠٠٢ | ٣٩.٨ | ٦٠.٢ | ٩٤.٩ |
| ٢٠٠٣ | ٣٨.٥ | ٦٠.٥ | ٩٥.٠ |
| ٢٠٠٤ | ٣٧.٩ | ٦٢.١ | ٩٤.٩ |
| ٢٠٠٥ | ٣٨.٠ | ٦٢.٠ | ٩٥.٠ |
| ٢٠٠٦ | ٤٠.٧ | ٥٩.٣ | ٩٤.٩ |

المصدر :

___ (2008) World Health Organization Series, www.who.gov

ولا شك أن زيادة مخصصات القطاع العائلي الموجهة للإنفاق على الرعاية الصحية تمثل عبئاً أكبر على المواطنين خاصة محدودي الدخل ، وخاصة في ظل تدني مستوى الأجور في مصر ، وهو ما يؤدي في حالات كثيرة إلى حرمان المواطن من حقه في الحصول على العلاج ، لأنه من ناحية فإن مظلة التأمين الصحي لم تشمل بعد كل المواطنين في البلاد ، ومن ناحية أخرى فإن الخدمات الصحية المقدمة بواسطة القطاع الحكومي تعاني من تدني شديد في مستويات الخدمة بها ، ومن هنا فإنه إذا ما عجز المريض عن توفير ثمن العلاج في وحدات القطاع الخاص المقدمة للخدمة الصحية ، فإن عليه أن يقبل تلك المستويات المتدنية للخدمة المتاحة للقطاع الحكومي وما يترتب عليها من أثر سلبية على صحة المواطنين.

المبحث الثاني

أثر أسعار الدواء على عرض الخدمة الصحية في مصادرها المختلفة

نتعرض فيما يلي لدراسة التأثير الذي تمارسه أسعار الدواء على تكلفة عرض الخدمة الصحية في مصادر عرض الخدمة المختلفة وذلك من خلال المحاور التالية:

أولاً: مدى توافر الأدوية في الأسواق.

ثانياً: أسعار الدواء لدى المصنعين.

ثالثاً: أثر أسعار الدواء على إمكانية توفيره من خلال وزارة الصحة والسكان و هيئة التأمين الصحي والصيدليات.

أولاً- مدى توافر الأدوية في الأسواق^(١):

يمثل توفير الدواء في الأسواق للمواطنين وبأسعار مناسبة أمراً شديداً الأهمية نظراً لارتباطه المباشر بصحة المواطنين، غير أن السنوات الأخيرة شهدت تعدد الشكاوي جانب المواطنين من عدم توافر بعض الأدوية الحيوية في الصيدليات واختفاء أنواع أخرى منها لفترات طويلة، بالإضافة إلى الشكاوي الخاصة بارتفاع أسعار تلك الأدوية، وقد قام مركز المعلومات ودعم اتخاذ القرار التابع لمجلس الوزراء بعمل استطلاع لرأي الصيادلة حول توافر الأدوية واستقرار أسعارها وذلك في نوفمبر ٢٠٠٤ وقد تمت عملية جمع بيانات هذا الاستطلاع على عينة تكونت من ٣٠٠ صيدلة في سبتمبر ٢٠٠٣، و ٤٥٠ صيدلية في مايو ٢٠٠٥، و ٩٦١ صيدلية في نوفمبر ٢٠٠٥، وتم تصميم عينة من الصيدليات في بعض محافظات الجمهورية (القاهرة - الإسكندرية - الدقهلية - أسيوط - الجيزة - المنوفية - بورسعيد - قنا - وغيرها من المحافظات، وشمل الاستطلاع الصيدليات التابعة للتأمين الصحي والقطاع الخاص وللقطاع الحكومي، وتمت مقارنة نتائج الاستطلاع بنتائج عدد من الاستطلاعات الدورية التي قام بها المركز حول نفس الموضوع وكان أول تلك الاستطلاعات في سبتمبر ٢٠٠٣، وأظهرت نتائج الاستطلاع ما يلي:

▪ نقص معظم الأدوية في الأسواق في سبتمبر ٢٠٠٣ عنه في مايو ٢٠٠٥.

(١) - (٢٠٠٥) استطلاع رأي الصيادلة حول توافر الأدوية واستقرار أسعارها،... مرجع سابق ص ١ : ٨.

- أدوية الأمراض المزمنة مثل: أدوية القلب وأدوية الضغط وأدوية السكر، وأدوية الجهاز العصبي، وأدوية الجهاز النفسي، والمضادات الحيوية تمثل أهم المجموعات الدوائية التي يوجد بها نقص، وذلك في سبتمبر ٢٠٠٣ ومايو ونوفمبر ٢٠٠٥.
- تعد أكثر الأدوية التي توفرت في الأسواق في الفترة من سبتمبر ٢٠٠٣ إلى نوفمبر ٢٠٠٥ هي أدوية أمراض النساء وأدوية أمراض العيون.
- تكررت أسباب اختفاء الأدوية في الأسواق في كل من مايو ونوفمبر ٢٠٠٥ وكان من أهم تلك الأسباب رغبة الشركات في رفع الأسعار وارتفاع أسعار المواد الخام.
- أدوية الأمراض المزمنة مثل أدوية القلب - وأدوية الضغط - وأدوية السكر، هي أكثر الأدوية التي ارتفعت أسعارها في نوفمبر ٢٠٠٥ عنها في سبتمبر ٢٠٠٣.
- جاءت أسباب ارتفاع أسعار الأدوية مشتركة، في فترتي مايو ونوفمبر ٢٠٠٥، وكان من أهم هذه الأسباب هو ارتفاع أسعار المواد الخام المستوردة، ورغبة الشركات في رفع الأسعار، وقد أكد الصيادلة أن رغبة الشركات في رفع الأسعار جاءت في المرتبة الأولى بالنسبة لأسباب نقص الأدوية في الأسواق.
- وصل ارتفاع الأسعار إلى أعلى معدل في مايو ٢٠٠٥ ثم عادت أسعار الأدوية الانخفاض اعتباراً من نوفمبر ٢٠٠٥، وأكد الصيادلة أنه على الرغم من الانخفاض النسبي الأسعار الأدوية في نوفمبر ٢٠٠٥ - مقارنة بسبتمبر ٢٠٠٥ إلا أن أسعار الأدوية لا تزال تعد بالرقم وذلك مرتفعة.
- اتجهت أسعار بعض الأدوية إلي الانخفاض بشكل ملحوظ من سبتمبر ٢٠٠٣ وحتى نوفمبر ٢٠٠٥، وذلك مثل أدوية الجهاز العصبي وأدوية الجهاز الهضمي وأدوية أمراض النساء ومضادات الحساسية والفيتامينات.
- ونخلص مما سبق إلى أن هناك بالفعل أدوية يوجد فيها نقص في الأسواق وتكمن المشكلة في كون تلك الأدوية تتعلق بأمراض مزمنة مما يزيد من حدة معاناة المرضى، كما يتضح كذلك مما سبق اتجاه أسعار بعض الأدوية إلى الارتفاع، وتشمل هذه الأدوية أيضاً أدوية الأمراض المزمنة كأدوية والضغط والسكر والجهاز النفسي، مما يزيد من حدة معاناة المرضى ويزيد من الضغط الواقع على ميزانيتهم بهدف شراء الدواء.

ومن ناحية أخرى فقد قام أحدث مسح لدراسة عناصر تقديم الخدمة الصحية عام ٢٠٠٤، وهو المسح الذي أجرته وزارة الصحة والسكان ومولته الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية (USAID) بتقييم مدى توافر الأدوية الأساسية اللازمة لتقديم خدمات الرعاية للأطفال المرضى، وتشمل تلك الأدوية أدوية العلاج الأولى التي تشمل مطول معالجة الجفاف عن طريق الفم، ومضادات حيوية تؤخذ عن طريق الفم لعلاج أمراض الجهاز التنفسي، كما شمل المسح تقييم مدى توافر الأدوية التي يتم إعطاؤها للمريض قبل التحويل، وغيرها من الأدوية الهامة، والعينة الخاصة بهذا المسح تم اختيارها لتمثيل المنشآت الصحية التي تقدم خدماتها لصحة الأم والطفل والصحة الإنجابية، وذلك على مستوى المنطقة الجغرافية وعلى المستوى القومي، وشملت هذه المنشآت الصحية الأنواع المختلفة من المستشفيات أو مراكز الصحة والوحدات الصحية التي تدار بواسطة الحكومة (العامة) أو تلك التابعة للجمعيات الأهلية، ولم تشمل العينة الصيدليات والعيادات الخاصة، ولم يتضمن هذا المسح المنشآت الصحية الموجودة في محافظات الحدود، وقد شملت عينة المنشآت الصحية المستشفيات ومراكز رعاية الأمومة والطفولة والوحدات الصحية الحضرية والوحدة الصحية الريفية والعيادات المتنقلة ومكاتب الصحة، كما تم اختيار المستشفيات العامة/المستشفيات المركزية ومستشفيات التكامل^(٢) لتمثيل المستشفيات وضم المسح مستشفيات الحميات إلى العينة، وشمل سبع محافظات هي القاهرة والإسكندرية والفيوم وبني سويف والمنيا وقنا وأسوان، وأظهرت نتائج المسح ما يلي^(٣):

○ الأدوية الأساسية لمعظم الخدمات غير متوفرة في المنشآت الصحية.

(١) - (٢٠٠٥) مسح دراسة عناصر تقديم الخدمة الصحية ٢٠٠٤ - مصر - وزارة الصحة والسكان و USAID والزناطي ومشاركوه مصر (أبريل) .

(٢) مستشفيات التكامل: هي مستشفيات صغيرة (٢٠ - ٦٠ سرير) تقدم الرعاية الصحية الأساسية والخدمات الطبية المتخصصة في المناطق الريفية، وتحتوي مستشفيات التكامل على غرف عمليات مجهزة بصورة كاملة، معدات الأشعة السينية، والمعامل، وهي مسئولة عن تقديم الخدمات الصحية لعدد من السكان يتراوح ما بين ١٥ إلى ٢٤ ألف نسمة، أنظر: مسح عناصر تقديم الخدمة الصحية ٢٠٠٤..... مرجع سابق، ص ٦١ : ٦٥

(٣) مسح عناصر تقديم الخدمة الصحية مرجع سابق، ص ٢١ : ٦٥.

○ تتوافر أدوية ما قبل التحويل في ١٣% من المنشآت الصحية التي تقوم برعاية الأطفال المرضى.

○ ما يقرب من نصف المنشآت الصحية التي تقوم بخدمات رعاية الحمل لا توجد بها أقراص حمض الفوليك و/ أو أقراص الحديد، ولدي أربعة من بين كل خمسة مستشفيات تقدم خدمات الولادة دواء انقباضات الرحم من طريق الحقن، ولكن أقل من نصف تلك المنشآت لديها دواء لعلاج حالات تسمم الحمل.

○ تقريباً ليست هناك أية منشأة صحية (٢% فقط) لديها الأدوية المتوفرة لعلاج كل الأمراض المنقولة جنسياً مثل السيلان والكلاميديا والزهري والتريكوموناسيس.

○ قد يساهم فرط استخدام المضادات الحيوية في نقص الأدوية.

○ من بين كل الأطفال المرضى الذين تمت ملاحظتهم وشملهم الاستطلاع تم وصف مضادات حيوية لـ ٥٩% منهم، وهذا يشتمل على الأطفال المعالجين من مرض تنفسي وفيروس محتمل وإسهال لأسباب غير الدوسنتاريا.

ومما سبق نخلص إلى أن هناك مشكلة في توفير الأدوية الأساسية للمرض المتعاملين مع المستشفيات العامة وخاصة من الأطفال، وكذلك في المستشفيات التابعة للجمعيات الأهلية، فإذا أضفنا إلى ذلك نتائج استطلاع الرأي الخاصة بتوافر الأدوية في الأسواق، والتي أكدت مشكلة وجود نقص في أدوية بعض الأمراض المزمنة، فإنه يتضح أن ثمة مشكلة في آلية توريد الأدوية إلى المستشفيات العامة، كما أن هناك ثمة مشكلة في تحديد الاحتياجات المطلوبة من الأدوية في السوق المحلي وفي توفير تلك الأدوية للمواطنين في الأسواق بانتظام.

ثانياً: أسعار الدواء لدى المصنعين:

تشير التقديرات الخاصة بالإدارة المركزية لشئون الصيدلة بوزارة الصحة والسكان إلى أن متوسط الزيادة في سعر الدواء خلال عام ٢٠٠٢ قدر بـ ٤%، والجدول التالي يوضح أثر تلك الزيادة على الأسعار في القطاع الخاص وقطاع الأعمال والشركات متعددة الجنسية والمنتجات المستوردة.

جدول (٣-٣): أثر متوسط الزيادة فى أسعار الدواء (٤%) خلال عام ٢٠٠٢ على الأسعار فى القطاعات المختلفة:

| القطاع | متوسط الزيادة فى الأسعار بعد إضافة نسبة ٤% |
|-----------------------------|--|
| القطاع الخاص | ٢٠% |
| قطاع الأعمال | ٦٠% |
| الشركات متعددة الجنسية | ٤٠% |
| المنتجات الدوائية المستوردة | ٨٠% |

المصدر:

____ (2003) Egypt Health sector Analysis and future strategies, version 2, Ministry of Health and population, January , Egypt P 327 (إعداد الباحث).

ويتضح من الجدول السابق أن الزيادة التى قررتها وزارة الصحة والسكان فى متوسط أسعار الدواء (٤%) لعام ٢٠٠٢، أدت إلى زيادة متوسط أسعار الأدوية فى القطاعات المختلفة بنسب ٢٠ ، ٦٠ ، ٤٠ ، ٨٠% لكل من القطاع الخاص والقطاع العام والشركات متعددة الجنسية والمنتجات الدوائية المستوردة على التوالى، ويلاحظ أن أكبر نسبة من نسب الزيادة اتجهت إلى الأدوية المستوردة ويرجع ذلك إلى كون أغلب ما يتم استيراده من أدوية تكون من الأدوية التى لا تنتج فى مصر والخاصة بعلاج الأمراض الخطيرة كأدوية الأورام وأمراض نقص المناعة، وهى أدوية أسعارها مرتفعة أصلاً فضلاً عن أنها غالباً ما تكون ذات براءات اختراع جديدة مما جعل أسعارها تنحو أكثر نحو الارتفاع.

وتجدر الإشارة هنا إلى أن نسبة الأدوية المستوردة لا تتجاوز ٥-٧% من إجمالي استهلاك الدواء، حيث يغطى الإنتاج المحلى للأدوية نحو ٩٥ - ٩٣% من إجمالي استهلاك.

وتلى الأدوية التى ينتجها قطاع الأعمال العام الأدوية المستوردة من حيث أثر الزيادة التى قررتها وزارة الصحة والسكان (٤%) على متوسط أسعار الأدوية التى تنتجها حيث بلغ متوسط

الزيادة فى السعر بعد إضافة هذه النسبة نحو ٦٠% ويرجع ذلك إلى رغبة الحكومة ممثلة فى وزارة الصحة والسكان فى دعم تلك الشركات التى تتحمل العبء الأكبر فى توفير الأدوية رخيصة الثمن للمواطنين، خاصة أن شركات قطاع الأعمال تبيع أدويتها بأسعار تقل كثيراً من مثيلاتها فى القطاع الخاص، وتشير الدراسات إلى أن تكلفة ما تنتجه هذه الشركات ستتكلف أضعاف ذلك إذا ما تم استيراده من الخارج^(١)، وهو ما يشير إلى أهمية هذه الشركات ودورها فى مجال توفير الأدوية للمواطنين.

وبلغ متوسط الزيادة فى الأسعار للشركات الخاصة ٢٠% فى حين بلغ هذا المتوسط للشركات متعددة الجنسية نحو ٤٠%، ويمكن أن يفسر زيادة متوسط أسعار الدواء بالنسبة للأخيرة عن الزيادة فى المتوسط بالنسبة للشركات المحلية، بارتفاع أسعار المنتجات الدوائية الخاصة بتلك الشركات عن نظيرتها المحلية.

والجدول التالى يوضح متوسط أسعار قطعة الدواء الواحدة فى كافة القطاعات المنتجة للأدوية من قطاع أعمال وقطاع خاص وشركات متعددة الجنسية، وهو ما يتضح منه أن أدنى سعر للدواء تقدمه شركات قطاع الأعمال، وأعلى سعر تقدمه الشركات متعددة الجنسية.

جدول (٣-٤): متوسط سعر قطعة الدواء^(*)

| القطاع | متوسط سعر القطعة |
|------------------------|------------------|
| قطاع الأعمال | ٤ جنيه |
| القطاع الخاص | ٦ جنيه |
| الشركات متعددة الجنسية | ١٢ جنيه |

المصدر:

____ (2003) Egypt Health sector Analysis and future strategies, version 2, Ministry of Health and population, January , Egypt P 327(إعداد الباحث).

(١) - (١٩٩٧) مستقبل الدواء فى مصر مع مطلع القرن الحادى والعشرين، لجنة الصحة والسكان والبيئة، مجلس الشورى، دور الانعقاد العادى السابع عشر ، ص ٦٦.

وتجدر ملاحظة انه بالنسبة لأغلبية المنتجات الدوائية ولأسباب اقتصادية بحتة فإن الحكومة بدأت في تطبيق سياسة جديدة تتمثل في بيع المنتجات الدوائية بأسعارها الفعلية، ويتم هذا من خلال تقليل متوسط الأرباح التي تحققها الشركات للوصول إلى أسعار معقولة⁽¹⁾، ولا يعنى هذا أن هناك ظلماً يقع على الشركات المنتجة حيث تقوم سياسة تسعير الأدوية على أساس عدم المساس بأسعار الأدوية الحيوية والأساسية والحفاظ في نفس الوقت على اقتصاديات الشركات من خلال تحريك بسيط وتدرجي ومحسوب على فترات زمنية لبعض الأدوية غير الأساسية مثل المقويات وأدوية البرد.

ثالثاً: أثر أسعار الدواء على إمكانية توفيره من خلال وزارة الصحة والسكان والتأمين الصحي والصيديليات:

أولاً: وزارة الصحة والسكان:

تعتبر وزارة الصحة والسكان المقدم الرئيسي للرعاية الأولية والوقائية والعلاجية في مصر، كما تضطلع الوزارة بمهام صياغة السياسات والإجراءات الخاصة بتنظيم قطاع الدواء (٢) بما في ذلك صياغة والإشراف على تنفيذ السياسة الدوائية الوطنية التي تمثل جزءاً رئيسياً من السياسة الصحية الوطنية، وذلك بالتعاون مع الجهات المختلفة ذات الصلة بقطاع الدواء سواء من النقابات المهنية أو أساتذة الجامعات أو شركات الدواء في القطاعين العام والخاص (سياسة الدوائية الوطنية)، وقد أقرت وزارة الصحة إطاراً عاماً للعمل فيما يخص قطاع الدواء، آخذة في الاعتبار التطورات الخاصة بعملية التنمية والتطوير لنظام الرعاية الصحية في مصر، وكذلك الأسس والمتطلبات الخاصة باستراتيجيات الصحة العامة في إطار برنامج الإصلاح الصحي. "Health Sector Reform Program HSRP" وفي إطار مراعاة المطالب الخارجية المتزايدة بضرورة إزالة التفاوت وعام التساوي في توزيع الخدمة الصحية وبضرورة تحسينها في مصر، وبصفة عامة تعنى السياسة الدوائية الوطنية بمواجهة النقص في الأدوية الأساسية ومشاكل جودة الدواء، والاستخدام غير الرشيد للدواء، بالإضافة إلى التحديات المختلفة التي تواجه هذا القطاع الحيوي.

(1) Egypt Health Sector..... مرجع سابق P 327.

(2) Egypt Health Sector مرجع سابق P 58

وبالنسبة لعرض الدواء فإن لوزارة الصحة دوراً أساسياً فى عملية تنظيم إنتاج وعرض الدواء فى السوق، وذلك من خلال مركز التخطيط والسياسات الدوائية بالوزارة، وقبل الدخول فى التفاصيل الخاصة بعملية عرض الدواء ودور وزارة الصحة فيها، فإنه من الضرورى التعرف على حجم الميزانية المخصصة لوزارة الصحة وحجم الإنفاق الذى تقوم به الوزارة على بنود الإنفاق المختلفة وخاصة الخدمة العلاجية، وكذلك التعرف على حجم ما تخصصه وزارة الصحة لبند الدواء ثم ننقل بعد ذلك للتعرف على الخطوط الرئيسية للسياسة الدوائية القومية، ثم نقوم بتحليل أثر أسعار الدواء على إمكانية توفيره من خلال وحدات وزارة الصحة والسكان.

١- نصيب وزارة الصحة من ميزانية الدولة:

تعد وزارة الصحة والسكان أكبر مقدم للخدمات الصحية فى مصر حيث تستوعب تقريباً نحو ٦٠% من إجمالي الميزانية المخصصة للصحة من جانب وزارة المالية^(١) ويتتبع تطور المبالغ المدرجة لميزانية وزارة الصحة والسكان ونسبتها من الموازنة العامة للدولة اعتباراً من عام ١٩٩٤/١٩٩٣ وحتى عام ٢٠٠٦/٢٠٠٥ يتضح اتجاه المخصص لوزارة الصحة من جانب الدولة للتزايد من الناحية الإجمالية، وهو ما يتضح من الجدول التالي:

(1) Egypt National Health Accounts..... مرجع سابق P 279

جدول (٣-٥): المبالغ المدرجة لميزانية وزارة الصحة ونسبتها للموازنة العامة للدولة:

| السنة | ميزانية وزارة الصحة ^(*) | ميزانية الدولة | النسبة % |
|-----------|------------------------------------|-----------------|----------|
| ١٩٩٤/١٩٩٣ | ١.١٩٧.٢٢٦.٦٠٠ | ٦٥.٣١٣.٥٤٩.٠٠٠ | ١.٨٣ |
| ١٩٩٥/١٩٩٤ | ١.٤٠٠.٨٠٧.٤٠٠ | ٧٠.٨٣٦.٣٦٤.٠٠٠ | ١.٩٨ |
| ١٩٩٦/١٩٩٥ | ١.٥٧٦.٢٦٠.٨٤٤ | ٧١.٦٨١.٩٤٠.٢٠٠ | ٢.٢٠ |
| ١٩٩٧/١٩٩٦ | ١.٩٨٨.٩٠٩.٩٠٠ | ٧٧.٤٥٠.٧٦٥.٥٠٠ | ٢.٥٧ |
| ١٩٩٨/١٩٩٧ | ٢.١٠٩.٧٠٣.٤٠٠ | ٨٣.٥٢٠.٥١٣.٢٠٠ | ٢.٥٣ |
| ١٩٩٩/١٩٩٨ | ٢.٤٤٥.٠٧٧.٨٠٠ | ٩١.٥٢٦.٤٨٢.٩٠٠ | ٢.٦٧ |
| ٢٠٠٠/١٩٩٩ | ٢.٩٢٢.١٤٨.٥٠٠ | ١٠٠.٣٠٢.٩٣٧.٠٠٠ | ٢.٩١ |
| ٢٠٠١/٢٠٠٠ | ٣.٧٠٩.٦٩٣.٣٠٠ | ١١٢.٦١٤.٢٨٧.٣٩٠ | ٣.٢٩ |
| ٢٠٠٢/٢٠٠١ | ٤.٣٣٠.٣٩٣.٧٥٠ | ١٣٦.٨٥٢.٨١٧.٠٠٠ | ٣.٤١ |
| ٢٠٠٣/٢٠٠٢ | ٥.٣٨٩.٥٠٠.٠٠٠ | ١٤٣.٠١٣.٤٩٤.٧٥٠ | ٣.٧٧ |
| ٢٠٠٤/٢٠٠٣ | ٥.٥٦٠.٣٦٩.٠٠٠ | ١٥٩.٦٠٢.٢٤١.٠٠٠ | ٣.٤٨ |
| ٢٠٠٥/٢٠٠٤ | ٥.٦٢٤.١٠٠.٠٠٠ | ١٧٧.٤٢٦.٦١٤.٧٥٠ | ٣.١٧ |
| ٢٠٠٦/٢٠٠٥ | ٥.٨٨٨.٩٥٢.٠٠٠ | ٢١٤.٦٧٢.٦٤٥.٠٠٠ | ٢.٧٤ |

(*) يقصد بوزارة الصحة: وحدات ديوان الوزارة ومديريات الشؤون الصحية

المصدر: (١) - (٢٠٠٦) موسوعة المجالس القومية المتخصصة - المجلد ٣٢ - الكتاب السنوي ٢٠٠٥ - ٢٠٠٦

، القاهرة ص ٢٢٨ موسوعة المجالس القومية المتخصصة..... مرجع سابق، ص ٢٢٨

(٢) - (٢٠٠٧) ومركز المعلومات - وزارة الصحة والسكان.

ويتضح من الجدول السابق أنه بالرغم من اتجاه مخصصات وزارة الصحة للزيادة الإجمالية كما أشرنا إلي أن نسبة المخصص من الموازنة العامة للدولة لا تتجه إلى الزيادة إلا بنسبة ضئيلة للغاية ولا تتفق مع نمو الاحتياجات الصحية للسكان والذين تتجه أعدادهم إلى التزايد سنويا.

كما أن هذه الزيادة لا تتلاءم كذلك مع زيادة تكاليف الرعاية الصحية على مستوى العالم وليس في مصر فقط، وبالرغم من الضخامة النسبية لنصيب وزارة الصحة من الموارد المخصصة للخدمة الصحية حيث تستأثر كما أشرنا بنحو ٦٠% أى أقل بقليل من ثلثي الموارد المخصصة للاتفاق على الصحة من جانب الدولة ممثلة وزارة المالية، الأمر الذى ينعكس على ضخامة ما ينفق على الوحدة الواحدة Per unit of service من الخدمات مثل تكلفة زيارة العيادة الخارجية أو الإقامة الداخلية بالمستشفيات للمرضى، إلا أن خدمات وزارة الصحة تتلقى أدنى مستوى للتمويل من الحكومة ، وبصفة عامة فإنها تتسم بأدنى مستوى للجودة بين مقدمي الخدمة الصحية فى الحكومة أو القطاع العام (١) ، وقد سبق أن تعرضنا بالتفصيل لأسباب تدهور مستوى الخدمات الصحية فى مصر سواء من ناحية نقص التمويل الذى يعد أحد الأسباب الرئيسية لتدنى مستوى الخدمة الصحية - لكنه ليس السبب الوحيد - أو من ناحية العوامل الأخرى المؤثرة على الخدمة الصحية كالعوامل البيئية أو الثقافية أو الاجتماعية الأخرى.

٢ - السياسة الدوائية الوطنية:

صدرت السياسة الدوائية القومية الجديدة فى عام ٢٠٠١ وتتولى وزارة الصحة والسكان من تطبيقها والإشراف على تنفيذها وتتضمن السياسة الدوائية الوطنية NDP أهدافاً رئيسية تتمثل فى (٢):

- ضمان توفير الأدوية الأساسية لجميع من يحتاجونها فى الوقت الذى يحتاجون إليها بأسعار مناسبة.
- ضمان جودة وأمان وفاعلية جميع الأدوية المتداولة فى السوق فى جميع أنحاء البلاد.
- الاستخدام الرشيد للدواء بمعرفة أعضاء الفريق الطبي والمستهلكين.
- ضمان توفير الأدوية الأساسية بصورة مستمرة وخاصة فى حالات الطوارئ والكوارث والأوبئة.
- تحديث قائمة الأدوية الأساسية وتضمين مفهوم الأدوية الأساسية فى الممارسات الصيدلانية والصيدلة السريرية.

(١) P 279 مرجع سابق Egypt National Health Accounts (١)

(٢) - (٢٠٠٥) السياسة الدوائية الوطنية، ٢٠٠٤ - ٢٠٠٥ وزارة الصحة والسكان، ص ٤.

- إعداد بروتوكولات علاجية قياسية مع التركيز على الأمراض المستوطنة.
- تشجيع جميع الأنشطة التي تكفل الاكتفاء الذاتي خاصة بالنسبة للمستحضرات الضرورية في حالات الكوارث والأوبئة.
- إيجاد وسائل وطرق لتعزيز تنمية الموارد البشرية.
- تطويع جميع الأنشطة المتصلة بتداول الدواء لقانون حماية البيئة.
- تشجيع أنشطة البحث والتطوير في مجال الأدوية والأمصال والطعوم والمستحضرات البيولوجية والنباتات الطبية.
- دعم كل ما يؤدي إلى الالتزام بالأخلاقيات المهنية.
- دعم أنشطة اليقظة الدوائية والإبلاغ عن التأثيرات الدوائية المناوئة.
- بناء القدرات لكشف الأدوية المغشوشة ومكافحتها وكذلك مكافحة المنشطات كما تضطلع وزارة الصحة والسكان بالعديد من المهام الحيوية في مجال عرض وتوفير الأدوية للمواطنين، حيث تتولى وزارة الصحة والسكان إدارة نظام عرض الدواء في كافة مراحلها وهي الإنتاج والحفظ والتوزيع والتخزين والتفريغ والتداول وحتى عملية التخلص من الأدوية التالفة وإعدامها، وذلك بهدف التأكد من وصول الدواء الآمن والفعال لجميع المرضى، ويتولى مركز التخطيط والسياسات الدوائية بالوزارة مسؤولية التنسيق بين إنتاج وعرض الدواء في السوق، كما يتولى المركز مسؤولية تحديد الاستهلاك المتوقع آخذاً في الاعتبار احتمالات النمو المستقبلي، ويقوم المركز بالتنسيق مع الشركات في القطاعين العام والخاص لإنتاج الأدوية الضرورية، كما يقوم المركز بمتابعة استيراد المواد الخام أو المنتجات الدوائية النهائية ومتابعة وحدات الإنتاج للأدوية المنتجة محلياً⁽¹⁾، من جهة أخرى تتولى وزارة الصحة مهام تسجيل الأدوية والمستلزمات الطبية والمهام التفتيشية على صناعة الدواء، وكذلك مهام تأكيد الجودة للأدوية بالإضافة إلى مهام الوزارة في عملية تسعير الدواء، وذلك على النحو التالي⁽²⁾:

(1) Egypt Health Section مرجع سابق P 315.

(2) السياسة الدوائية الوطنية مرجع سابق، ص ٤ : ٦.

أولاً: تسجيل الأدوية والمستلزمات الطبية:

الأدوية والمستلزمات الطبية المسجلة في مصر هي وحدها التي يجوز استيرادها وإنتاجها وتخزينها وتصديرها وتسويقها، والأساس في تسجيل الأدوية هو الجودة والفعالية والأمان، وقد قامت وزارة الصحة خلال عام ٢٠٠٧ بإصدار قرار وزاري يتضمن اختصار فترة تسجيل أدوية جديدة من ٣٦٥ يوماً، إلى ١٢٠ يوماً، كما يتضمن تيسير إجراءات التسجيل وتحويلها إلى إجراءات إلكترونية وكذلك معالجة هذه الإجراءات بصورة مركزية^(١)

ثانياً: التفتيش:

يتم دعم التشريعات واللوائح الخاصة بالأدوية والمستلزمات الطبية بواسطة جهاز التفتيش التابع لوزارة الصحة، حيث تفوض السلطات الصحية المحلية بمعظم المهام التفتيشية مثل التفتيش على الصيدليات الأهلية ومخازن المستشفيات والصيدليات الخاصة وشركات تصنيع الدواء ومؤسسات توزيع الدواء، وتنتمى أهمية الدور الذي تقوم به وزارة الصحة في التفتيش على الأدوية في ظل التزايد ظاهرة غش الدواء على المستويين المحلي والعالمي.

ثالثاً: تأكيد جودة الأدوية:

ويتمثل ذلك في تطبيق مبادئ تأكيد الجودة المتعارف عليها لضمان جودة الأدوية والمستلزمات الطبية، وبراعي في الترويج للأدوية وتسويقها أن تكون متشبة مع الميثاق الأخلاقي الخاص بالترويج للأدوية.

رابعاً: تسعير الدواء:

تختص لجنة التسعير بوزارة الصحة بوضع أسس تسعير الدواء وكذلك رصد السعر وتنظيمه، ويتم إنشاء قاعدة بيانات لرصد تكلفة الأدوية المحلية ومقارنتها بأسعار الأدوية المثلثة في الدول المتقدمة والدول النامية، كما تختص لجنة التسعير بتنظيم زيادة الأسعار، وتجدر الإشارة إلى أن وزارة الصحة تعلن دائماً على حرصها على توفير الأدوية الأساسية للمواطنين بأسعار مناسبة، وقد سبق التعرف على أساليب تسعير الدواء في الفصل السابق من هذا البحث.

(١) - (٢٠٠٧) - التعديلات الإستراتيجية في سلسلة توريد الأدوية وآثار الجودة - وزارة الصحة والسكان - مصر.

خامساً: عملية اختيار الأدوية:

يجري اختيار الدواء على أساس برنامج الأدوية الأساسية، وهو يتضمن قائمة الأدوية الأساسية والبروتوكولات العلاجية^(١)، ويتمثل مفهوم الأدوية الأساسية في الأدوية التي تفي باحتياجات السكان ذات الأولوية في مجال الرعاية الصحية، ويتم اختيارها وفقاً لوثاقه صلتها بالصحة العمومية، وفي ضوء البيانات المتوفرة عن نجاحها ومأمونيتها، ويلزم أن تكون هذه الأدوية الأساسية متاحة في إطار النظم الصحية العاملة في كافة الأوقات وبالكميات الكافية، وعلى شكل جرعات صحية مقترنة بضمان الجودة والمعلومات الوافية، وبسعر يمكن للفرد والمجتمع تحمله، وبالنسبة لقائمة منظمة الصحة العالمية النموذجية للأدوية الأساسية فهي تعتبر بمثابة القائمة النموذجية على مستوى العالم ويجري تحديثها مرة كل سنتين منذ عام ١٩٧٧، ويتمثل الغرض المنشود من القائمة النموذجية والإجراءات المتصلة بها في أن تكون دليلاً يسترشد به عند وضع القوائم الوطنية والمؤسسية النموذجية، ومنذ عام ١٩٩٩ أصبح لدى ١٥٦ دولة عضواً قوائم رسمية للأدوية الأساسية، وتشكل قوائم الأدوية الأساسية دليلاً للشراء وللإمداد والأدوية المقدمة على شكل هبات، وكذلك إنتاج الأدوية محلياً، ولهذا فقد اعتمد العديد من المنظمات الدولية بما في ذلك منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف) ومنظمة الأمم المتحدة لشئون اللاجئين والعديد من المنظمات غير الحكومية ووكالات التوريد التي لا تهدف للربح مفهوم الأدوية الأساسية، واعتمدت في نظمها لتوريد الأدوية على القائمة النموذجية عموماً^(٢)، وفيما يلي نتعرف على أهمية قائمة منظمة الصحة العالمية النموذجية للأدوية الأساسية ثم ننتقل للتعرف على معايير اختيار الأدوية المدرجة بالقيمة الوطنية للأدوية الأساسية في مصر.

- أهمية قائمة منظمة الصحة العالمية النموذجية للأدوية الأساسية:

تهدف القائمة النموذجية لمنظمة الصحة العالمية إلى تحديد الأدوية العالية المردود لعلاج الحالات ذات الأولوية، مع إبداء أسباب إدراج هذه الأدوية التي ترتبط بدلائل إرشادية مرتكزة على البيانات، ومع التأكيد بصورة خاصة على جوانب الصحة العمومية واعتبارات الحصول على أكبر فائدة ممكنة لقاء التكلفة التي يتم تحملها، كما تهدف المعلومات المتوفرة في مكتبة الأدوية الأساسية إلى

(١) السياسة الدوائية..... مرجع سابق

(٢) - (٢٠٠٢) قائمة منظمة الصحة العالمية النموذجية للأدوية الأساسية، القائمة الثانية عشر. منظمة الصحة

العالمية أبريل، ص ١ : ٦.

مساعدة اللجان الوطنية والمؤسسية على وضع القوائم الوطنية للأدوية الأساسية وهناك قائمة أساسية للأدوية وأخرى تكميلية

أولاً: القائمة الأساسية: تقدم القائمة الأساسية ما يعتبر الحد الأدنى من الاحتياجات الدوائية اللازمة لأي نظام من نظم الرعاية الصحية الأساسية حيث تتضمن أكثر الأدوية نجاحاً ومأمونية بالنسبة للحالات ذات الأولوية ، وإمكاناتها العلاجية من ناحية المأمونية والمردودية بالمقارنة مع التكلفة.

ثانياً: القائمة التكميلية: تضم هذه القائمة الأدوية الأساسية للأمراض ذات الأولوية، التي تعتبر ناجحة ومأمونة وعالية المردود، ولكنها ليست ميسورة للجميع بالضرورة، أو التي قد تدعو الحاجة إلى وجود مرافق أو خدمات صحية متخصصة لاستعمالها

وتتمثل الأهمية الرئيسية لقائمة الأدوية الأساسية في كونها تساهم في الاستخدام الرشيد للأدوية، وهو المفهوم الذي أصبح يلقى قبولاً واسعاً على مستوى العالم، وذلك وفقاً لما أكدته التقرير الصادر من منظمة الصحة العالمية حول "أوضاع الصحة في العالم" والذي أوضح أن الدول النامية تعاني من مشكلات في شراء الدواء بسبب الافتقار إلى العملة الأجنبية، ومن ثم تقوم هذه الدول بتبني سياسات دوائية وطنية تستهدف مواجهة هذه المشكلة والتنسيق مع الدول الأخرى في هذا المجال، أما بالنسبة للدول المتقدمة فالسلطات الصحية فيها تركز على موضوعات الصحة والتمويل المرتبطة بالوصفات الدوائية التي تحتوي على أدوية زائدة عن الاحتياجات الفعلية للمريض overprescription، وتحاول تلك الدول تغيير عادات الأطباء في طرق توصيف الأدوية للمرضي وكذلك العادات الخاصة بالسكان في استخدام الأدوية

ومن جهة أخرى فإن المدير العام لمنظمة الصحة العالمية أعد تقريراً قدمه للاجتماع السابع والأربعين للبرلمان العالمي للصحة World Health Assembly أكد فيه على الحاجة إلى مواجهة خمس قضايا رئيسية في إطار استخدام الأدوية الأساسية وهي⁽¹⁾:

١- الاهتمام بتوفير الموارد اللازمة لإنتاج الأدوية الأساسية نظراً لأن الأزمات الاقتصادية وبرامج الإصلاح الهيكلي في الدول النامية أدت إلى تناقص القدرة التمويلية للقطاع العام في تلك الدول على إنتاج هذه الأدوية من ناحية، كما أدت من ناحية أخرى إلى تناقص القدرة الشرائية للقطاع العائلي علي شراء الأدوية بصفة عامة، وتجدر الإشارة إلى أنه بالنسبة لمصر فإن

(1) Lobo, F Op ., Cit P: 156 : 161

شركات القطاع العام العاملة في مجال صناعة الدواء تقوم عادة بالتركيز على إنتاج الأدوية الأساسية في حين تركز شركات الأدوية في القطاع الخاص على إنتاج الأدوية الجديدة أو ذات التكنولوجيا المتطورة.

٢- الاتجاهات المتزايدة نحو خصخصة قطاع الدواء في العديد من الدول النامية والدول الاشتراكية السابقة تدفع إلى زيادة الحرص على الحفاظ على نصيب سوقي معين في سوق الدواء، وهو ما يؤثر على قرارات الإنتاج في شركات الدواء وبالتالي على السوق الدوائي بصفة عامة.

٣- الاستمرارية في إنتاج الأدوية وتوفيرها، وما يستلزمه ذلك من إيجاد صيغ مختلفة للتعاون بين الدول في مجال صناعة الدواء.

٤- الحاجة إلى تدريب الأطباء على الأساليب المختلفة لتوعية المستهلكين بأهمية الاستخدام الرشيد للدواء، وكذلك تدريب الأطباء على التعامل الرشيد مع الأساليب المختلفة التي تستخدمها شركات الدواء في الترويج لمنتجاتها الدوائية.

٥- الحاجة إلى التنسيق بين الدول بطريقة أكثر كفاءة ووفقاً لاحتياجات المرضى، وذلك بهدف الوصول إلى أفضل طريقة لتوفير الأدوية الأساسية، وذلك مع الأخذ في الاعتبار المساعدات الدولية المقدمة من مختلف الجهات المعنية بقضايا الصحة.

ولمواجهة هذه القضايا الخمس اقترح الخبراء المعنيون في إطار الاجتماع عدداً من الحلول التي رأوها مناسبة لمواجهة تلك القضايا وهي^(١):

أولاً: تحسين الفرص العادلة لتوفير الأدوية الأساسية للمرض بجودة عالية وبتكاليف معقولة، وتشجيع الاستخدام الرشيد للأدوية.

ثانياً: تخصيص الموارد والكفاءات البشرية اللازمة لتقوية الإمكانيات الوطنية المتاحة لدى مختلف الدول فيما يتعلق بتطوير التشريعات و رفع كفاءة الشركات المصنعة للدواء، وكذلك العمل على زيادة فرص التعاون بين الحكومات بهدف تحقيق الأهداف المختلفة الخاصة بتطوير الخدمة الصحية.

(1) Lobo, F Op ., Cit P: 156 : 161

ثالثاً: تحسين وتطوير طرق مراجعة الممارسات الجيدة للتصنيع في مجال صناعة الدواء "Good Manufacturing Practices".

رابعاً: تقوية دور "الصيدلي" كشخص مسئول عن قضايا الجودة وتقديم المعلومات الموضوعية وكذلك تعريف المرضى بأهمية الاستخدام الرشيد للأدوية وبالنسبة لمصر فإن هناك العديد من القضايا الخاصة بتفضيل المرضى لأدوية بعينها مقابل أدوية أخرى تتمتع بنفس الفاعلية وربما تكون أرخص ثمناً، وهو ما يتسبب فيه استمرار تداول الأدوية بالاسم التجاري في السوق المصري وليس بالاسم العلمي الأمر الذي يترتب عليه العديد من المشكلات وخاصة الشكاوي الخاصة بنقص بعض أدوية بعينها من الأسواق في حين تكون بدائل تلك الأدوية متوفرة، ومما يسهم في زيادة حدة تلك المشكلات تأكيد بعض الأطباء على تلك المفاهيم الخاطئة لدي المرضى والمتعلقة باستخدام الأدوية الأساسية والأدوية البديلة، مثل التأكيد على كفاءة دواء بعينه مقارنة بالأدوية الأخرى البديلة دون الاستناد على دليل علمي وذلك نتيجة ضغوط وإغراءات بعض شركات الأدوية والتي يخضع لها بعض الأطباء، ومن هنا تتأكد أهمية تلك التوصية بتعزيز دور الصيدلي في توعية المرض في مواجهة تلك المشكلات.

خامساً: التأكيد على أهمية التأكد من وجود الأدلة العلمية السليمة في عمليات الدعاية الخاصة بالأدوية، وتنظيم استخدام المصطلحات والألفاظ العامة التي لا تتسم بالدقة العلمية الكافية.

- معايير اختيار الأدوية المدرجة بالقائمة الوطنية للأدوية الأساسية في مصر:

تتولى اللجنة الوطنية المنوط بها وضع قائمة الأدوية الأساسية وهي المسئولة عن اختيار الأدوية التي تستخدم في القطاع الحكومي و العام⁽¹⁾، وتقوم اللجنة بعمل قائمة الأدوية والأساسية مستخدمة الأسماء والجنيسة (البديلة) ، والهدف من استخدام هذه الأدوية هو خفض تكلفة الدواء، وهو ما يمثل أحد العوامل الأساسية في وجود نظام سليم لتدبير وتوزيع الدواء والاستخدام الرشيد للدواء على

(1) السياسة الدوائية القومية ... مرجع سابق ص ٨.

جميع مستويات نظام الرعاية الصحية^(١)، ويتم اختيار الأدوية المدرجة بالقائمة الوطنية للأدوية الأساسية بناء على المعايير التالية:

- ضرورة تلبية الاحتياجات الصحية لأغلبية السكان.
- ضرورة توافر البيانات العلمية الثابتة التي تؤكد فائدة المستحضرات.
- ضمان مأمونية المستحضرات بحيث تكون نسبة الفائدة عالية مقابل المخاطر – Risk Benefit Ratio تعطي الأولوية في الاختيار للمستحضرات ذات المادة الفعالة الواحدة.
- المستحضرات التي تحتوي على أكثر من مادة فعالة يؤكد اختيارها . على سبيل الاستثناء . عندما تؤدي إلى تحسين التزام المريض في تناول العلاج أو عندما تكون هناك مادتان فعالتان في المستحضر تقوي أحدهما تأثير الأخرى.
- تدرج المستحضرات بالاسم الجنييس فقط.
- عند تساوي عدة مستحضرات في الفعالية الإكلينيكية تقارن هذه المستحضرات على أساس السعر و المعلومات البحثية والخواص الحركية للدواء Pharmacokinetic Properties.
- مستوى التزام المريض بالتعليمات وجودة المنتج.
- طلبات اقتراح إضافات على قائمة الأدوية الأساسية ودلائل العلاج من خلال إضافة مرض جديد أو حذف أو استبدال دواء مدرج على القائمة بدواء آخر يجب أن تقدم مدعمة بتدعيم علمي سليم ومراجعة جيدة تثبت تفوقه من حيث الفاعلية والأمان، وكذلك على أساس الميزة النسبية مقارنة بالأدوية الموجودة في السوق فعلاً.

٣- أثر أسعار الدواء على إمكانية توفيره من خلال وحدات وزارة الصحة والسكان:

تقوم وزارة الصحة والسكان بإدراج قيمة الأدوية لمستشفياتها ووحداتها العلاجية النوعية والوحدات الصحية بالريف والمستشفيات القروية في موازنتها ثم تقوم بتوزيعها على مديريات الصحة

^(١) يتم بصفة منظمة إعداد قائمة بالمستحضرات التي لا يجوز اسخدام بدائلها وتحديثها وذلك بمعرفة اللجنة الفنية للمراقبة الإدارية.

لتدارك احتياج المرضى المترددين على تلك الوحدات من الأدوية اللازمة لهم فى العيادات الخارجية أو لمرضى العلاج الداخلى، وقد دأبت وحدات الإدارة المحلية على الشكوى من عدم كفاية اعتمادات الدواء لمواجهة مطالبها خاصة مع التدنى الشديد فى متوسط ما يصرف للوحدة الصحية من الأدوية فى السنة^(١)، ومن جهة أخرى فإن هناك شكوى مستمرة من أن المستشفيات العامة والمركزية والنوعية تنفيذ اعتماداتها فى فترة وجيزة، وتلجأ بعد ذلك إلى "صندوق تحسين الخدمة" الذى أنشئ لمواجهة تزايد المصروفات بتلك الوحدات، أما حصيلة هذه الصناديق فهى من رسوم الزيادة لمرضى المستشفى وفائض أقسام العلاج الاقتصادى بتلك المستشفيات، ويتم استخدام جزء كبير من هذه الحصيلة فى شراء الأدوية لمرضى العلاج الداخلى لمواجهة النقص الشديد فى ميزانيات الدواء بالوحدات العلاجية، والمشكلة أن الأمر الآن أصبح يتطلب دائماً أن يتم تكليف المريض بشراء العديد من الأدوية من الخارج على حسابه لاستخدامها فى العلاج، ووصل سوء الوضع إلى درجة تكليف المريض بشراء الخيوط الجراحية ومستلزمات الجراحة وغيرها^(٢).

وفى جهة أخرى فقد انصرفت صيدليات المستشفيات الحكومية عن تحضير الأدوية البسيطة سهلة التركيب من كيمياوياتها الأساسية المتوفرة بهذه الصيدليات إلى شراء مثيلتها من الأدوية تامة الصنع من الشركات الوطنية أو الأجنبية التى يرتفع سعرها كثيراً عن تلك الأدوية المحضرة بصيدلية المستشفى علماً بتساوي التأثير العلاجى لكل منها، كما أنه مازال هناك فى تلك المستشفيات دليلاً يسمى دليل المستشفيات يحتوى على التركيبات المتداولة الشائع استعمالها فى تلك الوحدات، وأثبتت الممارسة العملية خلال سنوات فائدة تلك المركبات للمريض المصرى، وكانت هذه الأدوية يتم تحضيرها أولاً بأول بالمستشفى لتغطية جانب كبير من متطلبات العلاج بسعر بسيط للغاية^(٣).

وتقوم وزارة الصحة والسكان بشراء الأدوية من المصنعين المحليين باستخدام عمليات المناقصات العامة، كما يتم توفير جزء من هذه الأدوية بالتنسيق مع شركات الأدوية بقطاع

(١) مستقبل الدواء فى مصر..... مرجع سابق، ص ٧٧، ٧٨

(٢) مستقبل الدواء فى مصر..... مرجع سابق، ص ٧٧، ٧٨

(٣) مستقبل الدواء فى مصر..... نفس المرجع

الأعمال^(١)، والجدول التالي يوضح نسبة الإنفاق على الدواء إلى إجمالي السلع والخدمات في موازنة وزارة الصحة والسكان:

جدول (٣-٦) نسبة الإنفاق على الدواء إلى إجمالي الإنفاق على السلع والخدمات في موازنة وزارة الصحة

| السنة المالية | الإنفاق على الدواء بالمليون جنيه (١) | إجمالي الإنفاق على السلع والخدمات بالمليون جنيه (٢) | نسبة الإنفاق على الدواء إلى إجمالي الإنفاق على السلع والخدمات % |
|---------------|--------------------------------------|---|---|
| ٢٠٠٤ - ٢٠٠٥ | ١٤٠.٥ | ١٨٨.٤ | ٧٤.٥ |
| ٢٠٠٥ - ٢٠٠٦ | ٢٩٩.٩ | ٤٠٤.٥ | ٧٤.١ |
| ٢٠٠٦ - ٢٠٠٧ | ٣٦٤.٧ | * | ** |
| ٢٠٠٧ - ٢٠٠٨ | ٤٧٣.١ | ٦٣٧.٤ | ٧٤.٩ |
| ٢٠٠٨ - ٢٠٠٩ | ٤٩٠.٥ | ٦٧٧.٤ | ٧٢.٤ |

* غير متوفر

** تقديرات وزارة المالية للعام المالي ٢٠٠٨ ، ٢٠٠٩

المصدر: (١) الموازنة العامة للدولة- مشروع موازنة الجهاز الإداري للسنة المالية ٢٠٠٨ / ٢٠٠٩ - قطاع الصحة ديوان عام وزارة الصحة والسكان ووزارة المالية
(٢) الجداول التفصيلية لموازنة الجهاز الإداري للدولة - قطاع الموازنة العامة للدولة - الجزء الثاني ٢٠٠٥ / ٢٠٠٦ - وزارة المالية.

ومن الجدول السابق يتضح أن نسبة المخصص للإنفاق على الدواء في وحدات وزارة الصحة والسكان بالنسبة إلى إجمالي الإنفاق على السلع والخدمات تمثل نسبة مرتفعة تقترب من ٧٥% وهو ما يعني احتلال الدواء أهمية خاصة في بنود إنفاق وزارة الصحة، وإذا كنا لم نستطيع الحصول على أرقام دقيقة حول حجم استهلاك الدواء داخل الوحدات المختلفة التابعة لوزارة الصحة والسكان أو عن أسعار شراء تلك الأدوية وكمياتها، إلا أنه يتضح من العرض السابق أن المشكلة التي تقف أمام توفير الأدوية لهذه الوحدات لا تكمن في أسعار تلك الأدوية حيث يسهم نظام المناقصات الذي تعمل الوزارة باستمرار على تحقيق أقصى فائدة منه. في السيطرة عليها، بالإضافة إلى أن جزءاً آخر من الأدوية يتم توفيره من خلال التنسيق مع شركات قطاع الأعمال، والتي تتميز بمنتجاتها الدوائية منخفضة الثمن، ولكن تكمن مشكلة توفير الأدوية أصلاً في ضآلة حجم

(١) Egypt National Health..... مرجع سابق P 15

الاعتمادات المالية المخصصة لشراء الأدوية كما أشرنا والتي لا تكفي لأكثر من بضعة شهور في السنة، كما أن عزوف الصيدليات الحكومية عن تحضير الأدوية البسيطة أسهم في تعقيد المشكلة، ويعنى هذا أن المريض الذي يضطر في أغلب الحالات إلى شراء الأدوية التي يحتاجها من خارج تلك المستشفيات والوحدات الصحية هو الذي يدفع في النهاية الثمن من جيبه الخاص، مما يعنى أن الحديث عن مجانية أو شبه مجانية العلاج بمستشفيات ووحدات وزارة الصحة والسكان يصبح وهماً، وخاصة إذا ما قوبل بمشكلة عدم توافر الأدوية.

ثانياً: هيئة التأمين الصحي:

أشرنا في النقاط السابقة إلى بعض الملامح الخاصة بطبيعة الدور الذي تقوم به هيئة التأمين الصحي في إطار منظومة الخدمة الصحية، حيث أشرنا إلى أن الهيئة تقوم بالتغطية التأمينية لحوالي ٣٦.٦ مليون مؤمن عليهم يمثلون نحو ٥٢% من إجمالي السكان في مصر، وتعاني هيئة التأمين الصحي من عجز مستمر في ميزانيتها، فعلى سبيل المثال بلغت قيمة العجز في ميزانية الهيئة وعام ٢٠٠٤/٢٠٠٥ نحو ٦٧٣.٣٦٨ مليون جنيه، حيث بلغت إيرادات الهيئة ١٤٦٦.٧١٩ مليون جنيه في حين بلغت مصروفاتها نحو ٢١٤٠.٠٨٧ مليون جنيه خلال العام المذكور^(١)، وتمثل مشكلة إدارة وتمويل هيئة التأمين الصحي احد التحديات الرئيسية أمام الحكومة خاصة في ظل تزدى مستوى الخدمة المقدمة لمنفعي التأمين الصحي، وتدهورها المستمر، وتعد الإجراءات الروتينية التي يعاني منها المنتفعون وناقش فيما يلي تمويل هيئة التأمين الصحي ، ثم ننتقل لتحليل أثر أسعار الدواء على إمكانية توفيره في الوحدات التابعة لهيئة التأمين الصحي.

١- تمويل هيئة التأمين الصحي:

ويقرر القانون رقم ٣٢ لسنة ١٩٧٥ الخاص بنظام العلاج التأميني أن المؤمن عليه يسدد أثناء تلقيه الخدمة رسوماً مقدارها ٢٥% من سعر التكلفة (سعر الخدمة أو تكلفة الخدمة) وبحد أقصى جنيه واحد^(٢).

(١) إنشاء برنامج التأمين الصحي للجميع في مصر، وزارة الصحة والسكان، مؤتمر شرم الشيخ ٢٠٠٦
(٢) تظهر من قيمة الحد الأقصى المقرر في ظل القانون (وهو جنيه واحد) مدى الحاجة إلى إعادة النظر في كيفية إدارة وتمويل هيئة التأمين الصحي، هو ما تبخه الحكومة حالياً وخاصة فيما يتعلق بإصدار قانون جديد شامل = للتأمين الصحي بعد أن أصبح القانون الصادر سنة ١٩٧٥ عاجزاً عن متابعة المتغيرات الاقتصادية والصحية والديموجرافية التي حدثت طوال السنوات التي تلت صدور القانون المذكور.

وبناء على ذلك يسدد المؤمن عليه تلك الرسوم على تذكره الدواء وعلى الفحوص المعملية الإشعاعية، ويحدد القانون ١٩٧٥/٣٢ كذلك إسهامات المؤمن عليهم، عند الحصول على الخدمة، مثل دفع "ربع" ثمن الدواء بحد أقصى جنيه واحد "وثلاث" ثمن الدواء بالنسبة لدواء العيادة الخارجية (ماعدا الأمراض المزمنة) بالنسبة لقانون ١٩٩٢/٩٩ الخاص بالطلاب، والواقع أن تلك الإسهامات ذات تأثير محدود للغاية على إجمالي الإيرادات الخاصة بالهيئة^(١) فقد مثلت فقط ٢.١% ، ١.٢% من إجمالي إيرادات الهيئة، وتمثل هذه الإسهامات التي يقدمها منتفعي التأمين الصحي بالإضافة إلى فوائد استثمار أموال التأمين الصحي وأجر الخدمات التي يقدمها التأمين الصحي للقطاع الخاص، المصادر الثانوية لتمويل هيئة التأمين الصحي، في حين تعتمد المصادر الرئيسية على اشتراكات الأطراف المعنية وهي العامل (أو من يحل محله من الأرامل وأرباب المعاشات والطلاب والمواليد) وصاحب العمل (أو من يحل محله) بالإضافة إلى مساهمة الدولة، وترتب على عدم التوازن بين التزامات الهيئة ومسئولياتها التي يفترض أن تقوم بها تجاه المنتفعين من ناحية، وبين موارد الهيئة المحدودة من جهة أخرى استمرار وتزايد العجز المالي للهيئة، مما دفع مجلس الوزراء إلى إصدار قرار في عام ١٩٩٧ تلتزم بمقتضاه وزارة المالية بتقديم معونة سنوية للتأمين الصحي قيمتها ٣٦٠ مليون جنيه^(٢).

٢ - الإنفاق على الدواء فى التأمين الصحي:

بلغت قيمة الإنفاق على الأدوية من خلال الصيدليات التابعة للتأمين الصحي نحو ٥٥٩،٦٥٣،٧٠١ جنيه خلال عام ٢٠٠٢، بنسبة ٣٠% من إجمالي موارد هيئة التأمين الصحي، ويقدر متوسط نسبة الإنفاق على الدواء بأكثر من نصف إجمالي الإنفاق على التأمين الصحي (نحو أكثر من ٦٠%) وفقاً لإحصاءات عام ٢٠٠٦^(٣)، وبلغت قيمة الأدوية المصروفة من خلال التأمين الصحي خلال عام ٢٠٠٦ نحو ٦٠٠ مليون جنيه، ويتم توفير أدوية هيئة التأمين الصحي من خلال المناقصات وبالنسبة لمدى استفادة منتفعي التأمين الصحي من هذه المزايا الخاصة بصرف أدوية التأمين الصحي مقابل تحملهم جزء يسير من تكلفتها، فقد كانت هناك شكاوى عديدة

(١) موسوعة المجالس القومية المتخصصة..... مرجع سابق، ص ٢٠٨

(٢) P53, مرجع سابق.... Egypt National Health.

(٣) - (٢٠٠٣) سياسات التأمين الصحي - منتدى السياسات العامة، مركز دراسات واستشارات الإدارة العامة، كلية الاقتصاد والعلوم السياسية، جامعة القاهرة، مايو ص ١٩٩٩.

ومتكررة طوال سنوات الثمانينات والتسعينات حول تكرار صرف الدواء الواحد لمرات عديدة نتيجة التلاعب الذي كان يتم بين بعض الصيدليات وبين بعض ضعاف النفوس من المرضى، والذين كانوا يقومون بإعادة بيع أدوية التأمين الصحي تلك الصيدليات، وهذه المشكلات تم التغلب عليها خلال السنوات الخمس الماضية من خلال استخدام الاسم العلمي بدلاً من الاسم التجاري فى صرف أدوية التأمين الصحي، وكذلك تطوير نظام صرف أدوية التأمين الصحي بحث يتم صرفها فى عبوات خاصة لمرضى التأمين، وتتمثل الشكاوى القائمة حالياً من وجود بعض شكاوى للمواطنين حول عدم كفاءة وفاعلية بعض أدوية التأمين الصحي، وعدم توافر بعض أنواع الأدوية، وبالنسبة لمشكلة الفاعلية فتؤكد وزارة الصحة والسكان أن الأمر لا يعدو أن يكون أمراً نفسياً نتيجة الضغوط التى يمارسها بعض الأطباء على المرضى بهدف الترويج لأدوية معينة لصالح شركات دواء معينة على حساب أدوية التأمين الصحي، وتؤكد وزارة الصحة أنه لا أساس علمي لهذه الشكاوى، أما بالنسبة لعدم توافر بعض أنواع الأدوية فتعمل الهيئة الآن على تحديث قائمة الأدوية الخاصة بها، حيث أعلنت الهيئة أنه خلال عام ٢٠٠٧ تم تحديث قائمة الأدوية لتشمل ٤٧٠ دواء بدلان ٢٧٠ دواء قديم تم حذف ٢٥ منهم من القائمة، وتم إضافة ١٢٥ دواء جديد لأول مرة منذ ٧ سنوات^(١)، وبذلت هيئة التأمين الصحي جهوداً متعددة لتأمين توفير وصرف الأدوية لمنفعي التأمين منها:

- ربط جميع الصيدليات الخاصة التى تتعامل معها الهيئة و صيدليات الهيئة الملحقة بالمستشفيات والعيادات بشبكة المعلومات الخاصة بالمركز الرئيسي للهيئة للتعرف على حركة الأدوية المنصرفة يومياً وأكثر الأدوية استعمالاً بهدف تلافي أي نقص فى هذه الأدوية، كما قررت الهيئة إلغاء التعاقد مع أي صيدلية خاصة غير مزود بأجهزة الكمبيوتر والاتصالات الحديثة التى تربطها بالهيئة.
- إضافة منافذ جديدة لصرف الدواء خارج المستشفيات بافتتاح عدد من الصيدليات الجديدة المملوكة للهيئة، مع تنشيط عملية التنسيق والرقابة على الصيدليات المتعاقدة مما أدى إلى إنهاء أو إيقاف تعاقد ٤٣٠ صيدلية، حيث انخفض عدد الصيدليات المتعاقدة خلال عام ٢٠٠٣ من ٣٧٢٧ صيدلية على ٣٢٩٧ صيدلية بالإضافة إلى التعاقد مع عدد من الصيدليات داخل وحدات وزارة الصحة والتي يزيد عددها على

(١) جريدة الجمهورية عدد بتاريخ ١٨/٤/٢٠٠٧

خمسة وخمسون صيدلية مما أدى إلى زيادة نسبة المنصرف من الدواء من الوحدات المملوكة والاستفادة من فارق سعر المناقصة، وكذلك الإقلال من فرصة التلاعب فى الدواء^(١).

ومما تقدم يتضح أن توفير الدواء لمرضى التأمين الصحي لا ترتبط بأسعار الدواء، لأن تلك العملية تتم كما أشرنا من خلال أسلوب المناقصات، ومن ثم فإن توفير الأدوية للمنتفعين بصورة مرضية يتوقف على حسن إدارة الهيئة، وعلى قدرتها على الاستفادة مما لديها بالفعل من إمكانيات غير أن المشكلة الرئيسية تكمن فى تدهور الموقف المالي للهيئة والذي أدى إلى وجود مستحقات مالية كبيرة وديون مستحقة لدى الصيدليات المتعاقدة وشركات الأدوية، ولا شك أن استمرار هذا العجز يهدد مباشرة قدرة الهيئة على الاستمرار فى صرف الأدوية للمنتفعين فى ظل استمرار نفس آليات التمويل المالية والتي قادت إلى حدوث ذلك العجز^(٢).

ثالثاً: عرض الدواء من خلال الصيدليات:

تقوم الصيدليات الأهلية المملوكة للصيادلة وعددها حوالي ٣٥ ألف صيدلية^(٣) ببيع الأدوية للجمهور بناء على تذكرة طبية من الطبيب المعالج، وهذه الصيدليات موزعة بين عواصم المحافظات وفى القرى أيضاً مما يتيح الفرصة لنشر الخدمة الدوائية، وتحصل الصيدلية على أدويتها أما من فروع الشركة المصرية لتجارة الأدوية التابعة لقطاع الأعمال العام والموزعة على المدن والمحافظات، أو من الشركات المنتجة مباشرة فى مقابل هامش ربح يبلغ ٢٥ % للأدوية محلية الصنع، و ١٣.٦٤ % للأدوية المستوردة، و^(٤).

ويلعب الصيادلة دوراً حيوياً فى مجال استهلاك وتوزيع الدواء، فى ظل تشجيع السلطات الصحية المصرية لفلسفة التداوى الذاتي وعلى مشاركة الفرد بطريقة مسئولية فى علاج نفسه، حيث أن هناك بعض الأدوية التى لا يحتاج استخدامها إلى وصفة طبيب، وهناك قوائم بالأدوية التى تستعمل فى التداوى الذاتى، ومن هنا يأتى دور الصيدلي فى توجيه المستهلك وتعريفه بالمعلومات الموضوعية حول أدوية التداوى الذاتى، خاصة وأن هناك إسرافاً من جانب المستهلكين عموماً فى

(١) تقرير هيئة التأمين الصحي عن إنجازات عام ٢٠٠٣، ص ٤٢ : ٥٤

(٢) نفس المرجع السابق، ص ١٦

(٣) Egypt national health... مرجع سابق P 334

(٤) القواعد المتبعة فى لجنة التسعير، وزارة الصحة والسكان ... مرجع سابق.

استخدام بعض تلك الأدوية وخاصة المقويات وأدوية البرد، وخاصة أن هذه الأدوية غير الأساسية هي التي تمثل محور الارتكاز في الحفاظ على اقتصاديات شركات الدواء، لأن وزارة الصحة تعتمد في استراتيجيتها لتسعير الأدوية على التحريك البسيط والتدريجي والمحسوب على فترات زمنية لبعض الأدوية غير الأساسية مثل الأدوية المذكورة، مقابل الحفاظ على أسعار الأدوية الأساسية وتنبيتها بقدر الإمكان وخاصة أمراض الضغط والقلب والأمراض المزمنة وهي التي يمثل أي رفع في أسعارها مشكلة حقيقية للمرضي.

المبحث الثالث

أثر أسعار الدواء على الطلب على الخدمة الصحية

نتناول في هذا المبحث أثر أسعار الدواء على الطلب على الخدمة الصحية وذلك من خلال المحورين التاليين:

أولاً: المشكلات المؤثرة على طلب الخدمة الصحية

ثانياً: أثر ارتفاع أسعار الأدوية على الإنفاق الصحي للفرد

أولاً: المشكلات المؤثرة على طلب الخدمة الصحية:

هناك عدد من العوامل التي تؤثر على طلب الخدمة الصحية، وتتمثل تلك العوامل في:

١- القدرة المالية للأفراد: فكلما زادت القدرة المالية للأفراد زادت إمكانية حصولهم على ما يحتاجونه من علاج.

٢- الحاجة للعلاج: وهي أحد محددات الطلب على الخدمة الصحية، وترتبط بالخريطة الصحية للبلاد ونوعية الأمراض المنتشرة فيها.

٣- المستوى التعليمي: فكلما ارتفع مستوى تعليم الأفراد ازداد حرصهم على العادات الغذائية والحياتية السليمة مما يؤدي إلى ارتفاع المستوى الصحي لهم، كما يؤدي هذا إلى ازدياد حرصهم على الحصول على العلاج وإجراء الفحوصات الدورية لاكتشاف الأمراض.

٤- ارتفاع تكاليف الخدمة الصحية: لا شك أن ارتفاع تكاليف الخدمة الصحية^(١)، وصعوبة حصول المواطنين عليها في ظل تدنى مستوى الدخل للأغلبية العظمى من المواطنين يمثل عائقاً أساسياً أمام حق هؤلاء المواطنين في الحصول على خدمة صحية ملائمة في حدود قدراتهم المالية على اختلافها، وقد سبق الإشارة إلى أن الإنفاق الصحي في مصر يقدر بحوالي ٢٢-٢٥ مليار جنيه في السنة، منها حوالي ١٥ مليارات إنفاق حكومي مباشر وغير مباشر والباقي إنفاق ذاتي من جيوب المواطنين^(٢). مما يعني أن الحصول

(١) سمية أحمد عبد المولى (١٩٩٧) آثار الإصلاح الاقتصادي على التنمية البشرية، دراسة لتقويم أثر الإصلاح الاقتصادي على الصحة في مصر، كلية الاقتصاد والعلوم السياسية، جامعة القاهرة، ١٩٩٧.

(٢) موسوعة المجالس القومية المتخصصة مرجع سابق، ص ١٩٨.

على العلاج بات يمثل عبئاً على المرضى وخاصة من محدودى الدخل، وهناك دراسات أخرى تشير إلى أن المواطنين يقومون باتفاق أكثر من ٥٥% من مالهم الخاص للحصول على الرعاية الصحية (منها ٦٦% للأدوية)، وينفق الفقراء ١٢% من دخولهم على رعاية صحتهم عشوائياً، وذلك وفى حين يبلغ إنفاق القادرين ٢% فقط من دخلهم، ولا يسعى ٣٧% ممن عندهم مشكلات صحية للعلاج، كما لا يدخل المستشفى ٦% من يحتاجون للرعاية داخل المستشفيات، ويرجع السبب لدى ٥٣% من هؤلاء لعدم توافر الأموال الكافية لدى هؤلاء المرضى، كما لا يلجأ الفقراء لعلاج أنفسهم إلا عندما يصبح مرضهم حالة طارئة فقط، كما أن الفقراء عادة لا يذهبون للفحص المنظم، وذلك حيث لا يرتبطون عادة بمؤسسة تخصصهم كما قد لا يشملهم نظام التأمين الصحي، ولا يفحصهم طبيب يعرفهم، كما أن هؤلاء الفقراء عادة ما يموتون أصغر سناً ويموت أطفالهم ونساؤهم فى الولادة أكثر من غيرهم، وهم يعملون حتى وهم مرضى، وبالتالي ينتجون أقل، وبذلك تزداد الحالة الصحية للأغلبية العظمى من المواطنين الذين ينتمون للشرائح محدودة الدخل سوءاً^(١).

ومن ثم فإن الحصول على الخدمة الصحية بما فى ذلك الحصول على الدواء يمثل عبئاً حقيقياً على المرضى، خاصة أنه كما أسلفنا، فإن أغلب مصادر تمويل الرعاية الصحية فى مصر هي مصادر شخصية يدفعها كل شخص من جيبه الخاص وتحمل وزارة المالية، ثم الجهات المانحة المراكز التالية للإنفاق الذاتى من حيوب المواطنين بالنسبة لتمويل الرعاية الصحية، كما تقدم وزارة الصحة والسكان بعض تلك الأموال اللازمة للرعاية الصحية، ويلجأ الفقراء بشكل متزايد إلى الرعاية الخارجية فى المستشفيات والعيادات الخاصة التى يعتقدون أنها تقدم خدمات أفضل^(٢). وذلك حيث تشير الدراسات إلى عزوف الأغلبية من المواطنين عن التعامل مع الجهات الحكومية المقدمة للخدمة الصحية نظراً لتدنى مستوى الخدمة المقدمة من خلالها وهو ما يعنى تكبد المواطنين مشقة دفع مبالغ كبيرة من مواردهم الخاصة مما يؤثر على ميزانيتهم تأثيراً شديداً للحصول على العلاج الخاص ذي المستوى المتميز أو المعقول.

(١) نحو هيكلية اجتماعية اقتصادية..... مرجع سابق، ص ١٤، ١٥.

(٢) تقرير التنمية البشرية..... مرجع سابق، ص ٧٠، ٧١.

٥- تدنى مستوى الرعاية الصحية المقدمة بواسطة الجهات الحكومية: وتتمثل أحد المشكلات الرئيسية التي تواجه الطلب على الخدمة الصحية فى الانخفاض الملموس فى الأداء فى مؤسسات الصحة العامة والرعاية الصحية، مما يجعل نحو ٦٠% من المرضى الفقراء يلجأون إلى العيادات الحكومية ذات المستويات المتدنية من حيث جودة الخدمات، والتي تعاني من عديد من المشكلات كنقص الأدوية الأساسية والتدني فى أداء الرعاية الصحية الضرورية الفعالة والواجبة وخاصة فى وحدات الصحة الأولية فى الريف^(١).

وتجدر الإشارة إلى أن هناك حالة من الفساد المستشري فى قطاع الصحة، حيث أصدرت منظمة الشفافية الدولية تقريرها السنوي لعام ٢٠٠٧ والذي احتلت فيه مصر المركز رقم ٧٢ فى قائمة الفساد العالمي، وكشف تقرير المنظمة أن الفساد المستشري فى قطاع الصحة المصري تسبب فى زيادة معاناة المواطنين وانتشار الأمراض الخطيرة وأشار التقرير إلى أن تحول العديد من المستشفيات إلى مراكز خدمة ذاتية وظفها البعض لتحقيق ثروات بطرق غير مشروعة، وطالب التقرير بالقضاء على الفساد فى قطاع الصحة باعتباره مسألة حياة أو موت للفقراء ومحدودي الدخل فى مصر^(٢).

ومن جهة أخرى قدم الدكتور جودت الملط رئيس الجهاز المركزي للمحاسبات تقريراً إلى الدكتور فتحي سرور رئيس مجلس الشعب حول متابعة وتردى الأوضاع لأداء المستشفيات حتى ٢٠٠٤/٦/٣٠ وقد شمل التقرير ٢٢٩ مستشفى عام ومركزي تشرف عليها وزارة الصحة تصل الطاقة السريرية لها إلى ٣٣ ألف و ٩١٣ سرير وقد ركز تقرير الجهاز المركزي للمحاسبات على السلبات بتلك المستشفيات، وأهمها نقص بعض الأجهزة والمعدات والأدوية وعدم التخلص الآمن من المخلفات والنفايات بالطرق السلمية، وعدم وجود أجهزة تعقيم للملابس والمفروشات^(٣).

والواقع أن طلبات الإحاطة المقدمة من جانب أعضاء مجلس الشعب لوزير الصحة خلال فترة قصيرة وعلى الفترة من ٢٠٠٥/١٢/١٩ وحتى ٢٠٠٦/٣/١٢ بلغ عددها ١٢٥ طلب إحاطة حول قصور الخدمات الصحية المقدمة للمواطنين فى المحافظات المختلفة وتدنى مستوى تلك

(١) نحو هيكلية اجتماعية اقتصادية..... مرجع سابق، ص ١٥

(٢) سعيد عبد الحافظ (٢٠٠٧) الخطر الكامل - الفساد فى مصر، ملقى الحوار للتنمية وحقوق الإنسان، ص

٧،٦٥.

(٣) نفس المرجع السابق

الخدمات لهو مما يعكس حجم الإهمال والقصور الذى يعانى منه قطاع الصحة والذى ينعكس على مستوى الخدمة الصحية المقدمة للمواطنين والتي تعانى من تدهور كبير، خاصة وأن الدكتور حاتم الجبلى وزير الصحة والذى تولى مهام منصبه بنهاية عام ٢٠٠٥ ولا يزال يشغله حتى تاريخ الانتهاء من هذا البحث صرح فى ٢ يناير ٢٠٠٦ بأنه: "يعتقد أن المواطن فى مصر لا يحصل على خدمة طبيه كريمه"^(١).

وقد تركزت طلبات الإحاطة التى قدمت خلال الفترة المذكورة حول تدهور الخدمات الصحية بالمستشفيات العامة ونقص الأطباء والأدوية والمستلزمات الطبية فى عدد كبير من تلك المستشفيات وخاصة فى محافظات الصعيد والمحافظات الحدودية، وكذلك تدهور مستوى الخدمة فى مستشفيات التأمين الصحي.

٦- **اختلال التوازن بين تعداد السكان وبين الإمكانيات الصحية المتاحة لهم:** وهو أحد العوامل التي تؤثر سلباً على الخدمة الصحية وذلك حيث يمكن إرجاع عدم قدرة الخدمات الصحية المجانية التي تتكفل بها الدولة على الوفاء باحتياجات المواطنين الصحية إلى اختلال التوازن بين تعداد السكان وبين الإمكانيات الصحية المتاحة لهم، فمثلاً الزيادة فى التجهيزات الطبية على اختلافها لا تواكب النمو المطرد فى الحاجة لاستخدامها، وهكذا بالنسبة لكافة الإمكانيات المادية والبشرية الأخرى، مما أدى إلى التردى المستمر فى مستوى الرعاية الصحية المجانية، نظراً لأن الإمكانيات المتاحة منها غير قادرة على مواجهة ضغط الطلب عليها خاصة مع الاعتبارات السلبية المؤثرة الأخرى، وأهمها ضعف الإنفاق الحكومى على الصحة كما أشرنا فى المبحث الأول فى هذا الفصل، وكذلك الارتفاع المستمر فى تكاليف الرعاية الصحية^(٢)، ولا شك أن استمرار الزيادة السكانية بنفس معدلاتها المرتفعة يؤدى إلى استمرار العجز فى مواجهة الفجوة بين عدد المواطنين وبين الإمكانيات الصحية المقدمة لهم.

٧- **عدم عدالة توزيع الإمكانيات الصحية على مناطق الجمهورية:** وضعف السيطرة والتخطيط لأية توسعات جديدة بها بما يتناسب مع احتياجات المواطنين^(٣).

(١) سعيد عبد الحافظ، الخطر الكامل..... مرجع سابق.

(٢) مستقبل الرعاية فى مصر مرجع سابق، ص ٣٢.

(٣) مستقبل الرعاية الصحية فى مصر..... مرجع سابق، ص ٣٢.

٨- الطاقات العاطلة المهذرة: حيث يزداد الفاقد فى الإمكانيات المتاحة فى بعض المناطق والمحافظات نتيجة تعدد الأنظمة الصحية وعدم التنسيق الكافي بينها وتوفر إمكانيات فى بعضها تفوق فى مجملها احتياجات المواطنين فى النطاق الجغرافي لها^(١).

٩- انخفاض الكفاءة الإدارية: الناتجة من عدم وجود التخطيط الشامل لتوفير احتياجات الرعاية الصحية لجميع أفراد الشعب، وقصور المتابعة والرقابة على أعمال القائمين بالخدمة ومركزية القرار والإدارة وافتقار الكوادر البشرية وخاصة الإدارية إلى التكوين العلمي والنفسي المناسب وعدم اكتسابهم السلوكيات الصحيحة للتعامل مع الجماهير.

ثانياً: أثر ارتفاع أسعار الأدوية على الإنفاق الصحي للفرد:

أشرنا فيما سبق إلى أن أغلب مصادر تمويل الرعاية الصحية فى مصر هي مصادر شخصية يدفعها كل شخص من جيبه الخاص ، وأشرنا إلى أن المواطنين يتحملون من مالهم الخاص أكثر من ٥٥% من إجمالي نفقات الرعاية الصحية ، منها نسبة ٦٦% تخصص للإنفاق على الدواء وفقاً لعدد من الإحصاءات المتاحة عن الإنفاق عن الدواء^(٢).

والجدولين التاليين يشيران إلى ارتفاع نسبة الإنفاق السنوي على الدواء بالنسبة لإجمالي على الإنفاق على العلاج داخل وخارج الجمهورية فى الريف والحضر فى كافة محافظات الجمهورية وذلك وفقاً للبيانات المتاحة من بحث الدخل والإنفاق والاستهلاك لعام ١٩٩٩ / ٢٠٠٠ وذلك حيث خلا بحث الدخل والإنفاق والاستهلاك الأخير لعام ٢٠٠٤ / ٢٠٠٥ من أي بيانات تفصيلية عن الإنفاق عن الأدوية.

جدول (٣-٧) تقديرات إنفاق الأسر على الرعاية الصحية والدواء (حضر)

| المحافظات | إجمالي الإنفاق على الرعاية الصحية (بالجنيه) | الإنفاق على الأدوية (بالجنيه) | نسبة الإنفاق على الأدوية إلى إجمالي الإنفاق على الصحة % |
|-----------|---|-------------------------------|---|
|-----------|---|-------------------------------|---|

(١) مستقبل الرعاية الصحية فى مصر.....مرجع سابق، ص ٣٣.

(٢) نحو هيكلية اجتماعية اقتصادية شاملة ... مرجع سابق ص ١٥.

| | | | |
|----------------|----------|---------|-------|
| الحضرية | ٩٥٣٧٨٥٩ | ٤٩٣٤٧٦٤ | ٥١.٧ |
| الوجه البحري | ٢٨٨٠١٦٢ | ١٥٤٠٩١٤ | ٥٣.٥ |
| الوجه القبلي | ٢٥٥٩٥٢٨ | ١٢٩٣٥١٢ | ٥٠.٥ |
| محافظات الحدود | ١٦٦٨٣٢ | ٧٧٢٦١ | ٤٣.٣ |
| الجملة | ١٦١٤٤٣٨١ | ٧٨٤١٤٥١ | ٥١.٧٧ |

المصدر: بحث الدخل والإنفاق والاستهلاك ١٩٩٩ / ٢٠٠٠ جدول (٣٠-٤) حضر ، الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء (إعداد الباحث)

جدول (٣-٨) تقديرات إنفاق الأسر على الرعاية الصحية والدواء (ريف)

| المحافظات | إجمالي الإنفاق على الرعاية الصحية (بالجنيه) | الإنفاق على الأدوية (بالجنيه) | نسبة الإنفاق على الأدوية إلى إجمالي الإنفاق على الصحة % |
|----------------|---|-------------------------------|---|
| الوجه البحري | ٣٣١٣٧٤٩ | ١٧٣٧٩٣٩ | ٥٢ |
| الوجه القبلي | ١٨١١٥٩٠ | ٩٩٠١٩٩ | ٥٤.٦ |
| محافظات الحدود | ١٤١٦٤٣ | ٦٤٥٣٢ | ٤٥.٥٥ |
| الجملة | ٥٢٦٦٩٨٢ | ٢٧٩٢٦٧٠ | ٥٣ |

المصدر: بحث الدخل والإنفاق والاستهلاك ١٩٩٩ / ٢٠٠٠ جدول (٣٠-٤) حضر ، الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء (إعداد الباحث)

ومن الجدولين السابقين يتضح ارتفاع إنفاق الأسر على الدواء بالنسبة لإجمالي الإنفاق على الرعاية الصحية، حيث بلغت تلك النسبة ٥١.٧٧ % في المحافظات الحضرية، و ٥٣ % في الريف، كما تشير التقديرات إلى اتجاه نصيب الفرد من الدواء بالجنيه إلى الارتفاع خلال السنوات القادمة حتى عام ٢٠٢٥، وذلك كما يتضح من الجدول التالي (٣-٩):

جدول (٣-٩) نصيب الفرد من الدواء بالجنيه السنوات (٢٠٠٥ - ٢٠٢٥)

| العام | تعداد السكان (بالمليون نسمة) | نصيب الفرد من الدواء (بالجنيه) |
|-------|------------------------------|--------------------------------|
| ٢٠٠٥ | ٦٩.٥ | ٤٩.٦ |

| | | |
|------|------|-------|
| ٥٥.٣ | ٧٤.٧ | ٢٠.١٠ |
| ٦٠.٢ | ٧٩.٩ | ٢٠.١٥ |
| ٦٤.٥ | ٨٥.١ | ٢٠.٢٠ |
| ٦٨.٢ | ٩٠.٤ | ٢٠.٢٥ |

المصدر:

___ (٢٠٠٦) موسوعة المجالس القومية المتخصصة - الكتاب السنوي ٢٠٠٥ / ٢٠٠٦ - المجلد ٣٢ ، رئاسة الجمهورية.

الخلاصة

مما سبق يمكننا استخلاص النتائج التالية:

- مع الارتفاع الملحوظ في نسبة الإنفاق على الدواء إلى إجمالي الإنفاق على الرعاية الصحية، والذي يتحمل المواطنون النسبة الأكبر منه، فإن أي تحريك في أسعار الدواء يغدو مؤثراً للغاية على الإنفاق الصحي للفرد، وقد أشرنا في المبحث السابق من هذا الفصل إلى أن أحد استطلاعات الرأي التي أجراها مركز المعلومات ودعم اتخاذ القرار التابع لمجلس الوزراء أظهر اتجاه أسعار الأدوية بصفة عامة للارتفاع خلال السنوات الأخيرة وأهمها أدوية القلب والأوعية وأدوية السكر والضغط والمضادات الحيوية وأدوية الجهاز التنفسي، وبناء عليه فإن أي ارتفاع في أسعار الدواء وخاصة الأدوية الأساسية يؤثر سلباً على مستوى الرعاية الصحية التي يمكن للفرد الحصول عليها ويضر ضرراً شديداً بالأفراد في المستويات الدنيا من الدخل.

- في ظل عجز نظام التأمين الصحي حتى الآن عن ضم جميع المواطنين تحت مظلة التأمين الصحي، فإن هذا يعني أن الغالبية العظمى من المواطنين غير قادرين على تحمل تكاليف العلاج في حالة تعرضهم للمرض، وخاصة في ظل تدنى مستوى الدخل وارتفاع تكاليف الحصول على الخدمات الصحية الخاصة وتدنى مستوى الخدمات الصحية العامة، وهذا يؤكد أن المواطن المصري يواجه المرض باعتباره كارثة فردية وليس باعتباره مواطناً يعيش في مجتمع يكفل له ابسط حقوقه في الحصول على العلاج اللازم عند تعرضه للمرض، فإذا أضفنا إلى ذلك أن الأدوية تستوعب النسبة الأكبر من الإنفاق على الخدمة الصحية من جانب المواطنين^(١)، وأن الإنفاق على الدواء يمثل أكثر من نصف إجمالي الإنفاق على التأمين الصحي (أكثر من ٦٠%)^(٢)، فمن هنا يتضح لنا أهمية الدواء كأحد العناصر المؤثرة على الخدمة الصحية ، مما يعني ازدياد مشكلة

(١) آثار الإصلاح الاقتصادي على التنمية البشرية.... مرجع سابق

(٢) موسوعة المجالس القومية المتخصصة.....مرجع سابق، ص ١٩٥

ارتفاع تكاليف العلاج وصعوبة الحصول عليه إلحاحاً، وبالتالي زيادة معاناة المرضى، وهي المشكلة التي تنتج للتزايد خاصة مع استمرار اتجاه أسعار الأدوية في الأسواق العالمية إلى الازدياد وحاجة السوق المحلي إلى استيراد بعض الأدوية والعقاقير الهامة والخاصة بعلاج عدد من الأمراض الخطيرة كأدوية السرطان، كما تزداد من ناحية أخرى حساسية تأثير أسعار الأدوية على قدرة المواطنين على الحصول على العلاج، ويزداد أهمية دور الدولة في العمل على توفير الأدوية الأساسية للمواطنين بأسعار مناسبة.

- بالرغم من أن مصر يوجد بها صناعة دوائية متطورة وقادرة على المنافسة، إلا أنها لا تزال تستورد بعض العقاقير أو مكوناتها، غير أنه في الوقت ذاته فإن أسعار الأدوية في الأسواق العالمية آخذة في الازدياد مما يجعل من الصعب أن تكون تكلفة العلاج معقولة وفي حدود ميزانية الفقراء، وإذا كان من الممكن إخضاع أسعار الأدوية للرقابة في فترة من الفترات بدرجة مقبولة، إلا أنه في ظل الظروف التجارية الراهنة فإن الأمر أصبح صعباً بدرجة كبيرة، مما يقتضي البحث في كيفية إيجاد وسائل بديلة لتوفير الأدوية الأساسية بأسعار مناسبة مثل دخول وزارة الصحة والسكان أو هيئة التأمين الصحي في عقود توريد طويلة الأجل تحقق وفورات ضخمة للمشتري والمنتج، كما يمكن تحقيق وفورات في التكلفة من خلال ترشيد مشتريات الوزارة من الأدوية، ويمكن أن تشمل الوفورات في التكاليف على وضع قيود على عملية الفاقد والتي ترجع إلى بيع العبوات التجارية الكاملة من الأدوية، كما يحدث في بعض البلدان ففي بريطانيا مثلاً لا تبيع الصيدليات للمرضى إلا الكميات المطلوبة بالضبط من الأدوية^(١)

- تعمل الدولة ممثلة في وزارة الصحة والسكان على تثبيت أسعار الدواء وخاصة الأدوية الأساسية بقدر الإمكان، وتحاول الدولة عدم المساس بأسعار الأدوية الحيوية والأساسية، وخاصة تلك الخاصة بأمراض القلب والضغط، مع إجراء تحريك بسيط وتدرجي على فترات زمنية لبعض الأدوية غير الأساسية مثل المقويات وأدوية البرد، وذلك بهدف الحفاظ على اقتصاديات شركات الدواء، وفي الوقت نفسه مراعاة البعد الاجتماعي وحق المواطنين في الحصول على الدواء بأسعار مناسبة.

(١) تقرير التنمية البشرية..... مرجع سابق، ص ٧١

- باستثناء الخطوط العامة لسياسة تسعير الدواء^(١) فإنه من الصعب الحصول على تحليل دقيق لاتجاهات أسعار الأدوية الأساسية أو غيرها من الأدوية في ظل الفقر الشديد الذي تعاني منه وزارة الصحة والسكان فيما يتعلق بالإحصاءات الخاصة بالدواء وحتى داخل مركز معلومات الوزارة، ولاشك أنه من الضروري معالجة هذا القصور في المعلومات، حتى يمكن بناء القرارات في هذا القطاع الحيوي على أسس سليمة.

(١) الإدارة المركزية للصيدلة والسياسات الدوائية بوزارة الصحة والسكان ، تقرير غير منشور

أثر تسعير الدواء على الخدمة الصحية فى مصر

رسالة مقدمة للحصول على درجة الماجستير فى الاقتصاد

الباحث / داليا رضا حسن

مستخلص الدراسة:

تناولت هذه الدراسة بالبحث والتحليل أثر تسعير الدواء على الخدمة الصحية فى مصر، وذلك باستخدام أسلوب التحليل الكلى، واشتملت الدراسة على ثلاثة فصول، تناول الفصل الأول منها سياسات تسعير الدواء فى الدول المتقدمة والنامية، وتضمن هذا الفصل بحث أثر براءات الاختراع على أسعار الادوية.

أما الفصل الثانى فتناول سياسة تسعير الدواء فى مصر وأثرها على الصناعة الدوائية، كما تناول أهم المشكلات التى تواجه صناعة الدواء المحلية ونقاط القوى والضعف فيها.

وفى الفصل الثالث تم تحليل أثر تسعير الدواء على الخدمة الصحية فى مصر، حيث تم تحليل أسباب تدنى مستوى الخدمة الصحية المقدمة للمواطنين، ثم تم تحليل أثر تسعير الدواء على عرض الخدمة الصحية فى مصادرها المختلفة، وكذلك تحليل أثر تسعير الدواء على الطلب على الخدمة الصحية، وأخيراً خلصت الدراسة على عدد من النتائج والتوصيات تم عرضها فى نهاية البحث.

الكلمات الدالة:

الأدوية الجنيسة، الأدوية المثيلة، الأدوية المبتكرة، الأدوية الجديدة، التمييز السعري، النظام السعري المرجعي، نظام احتواء التكاليف، نظام التعويضات.

أشرف

أ.د هبة أحمد نصار

أ.د منى مصطفى البرادعى

ABSTRACT

This research aims to study the effects of setting medical prices on health services through three chapters. The first chapter studied the policies of medicine pricing applicable in both developed and developing countries. Then, the second chapter dealt with analyzing the pharmaceuticals pricing policies in Egypt, and its effects on the medical policy. In addition, it involves analyzing the weaknesses, strengths and challenges confronting the local medical industry. The third chapter dealt with the most significant reasons for the deterioration of the health service level along the recent years that led to increasing the burdens on citizens, particularly, low income ones due to increasing the share of their income dedicated for medicine and health care. Finally, the third chapter dealt with analyzing the effect of medicine prices on offering the healthy service in its main sources; Ministry of Health and Population, Health Insurance & Pharmacies Authority. Then, analyzing the effect of medicine prices on the offer of the healthy service. The study concluded to the following:-

- 1- Alternative medicines has a very significant position in the advanced countries markets, particularly, with the increase in the prices of the new patented medicines, whereas these medicines have not the same importance in the developing countries, however they are more needy to them. This is due to the limitedness of the expenditure share on health care in the latter, and the minority of incomes level for the citizens within them.
- 2- Doctors and pharmacists play a major role in affecting the order on medicine, through affecting the patients. propagandas conducted by the medicines companies, sometimes, affect the decisions of doctors through motivating them to describe some specific

medicines and drugs rather than others, without any proper scientific justification. As a result, these actions motivate patients to insist on these medicines rather than others that led to creation of nonsense crisis in medicine market.

- 3- Advanced and developing countries of the world proceed upon different policies of direct and indirect control on the medicine prices. There is no state or country leave the matter open without control, except in the United States of America. The latter led to severe criticism in the United States of America due the harms attached to the citizens, particularly, the old-aged ones of them, however of the higher levels of income received by the U.S.A. citizens.
- 4- Developing countries suffer from inefficiency in the selection of medicine and inefficiency of accomplishing them. In addition, developing countries suffer from several troubles related to the provision of main medicines and drugs, in addition to the weakness of the purchase strength for the majority of citizens in these countries.
- 5- Absence of strong legalizations and regulations that controls the prices of medicines in developing countries is, strongly, related to the increase of the prices, where prices are less regular and less restrictive to the regulations.
- 6- Developing countries suffer from decrease in the expenditure on research and development of the medicinal industries, which threaten the future of this industry and the possibility of continuity, effectively, in these countries.

- 7- Limitedness of resources determined for the expenditure on the healthy sector, represent one of the main challenges face the developing countries, which necessitate achieving the optimum formulas to enlarge benefit from these resources in these countries. In addition, consideration should be paid to the importance of these aids directed to the healthy sector in these countries.
- 8- Advanced countries enjoy progressed and up-to-date system where control could be imposed on the provision of medicines to citizens appropriately, with their financial abilities, however developing countries lacks such systems and requires more consideration to the same, due to the fact that accomplishment of inclusive and advanced healthy system is the only way, available, to accomplish their needs of medicine appropriately.
- 9- Developing countries faces major pressures and challenges from the new patented medicines, and also face continuous pressures from the advanced countries to agree on more restrictions imposed on the medicinal industry in the scope of **Trips Plus Agreement**. Officials of the medicinal policies in these countries should pay more attention to search the way to confront it.
- 10- Concerning the pricing of medicine in Egypt, obligatory pricing policy is the one dominates that suites the difficult to be achieved equation imposed on the state, which represented in the provision of medicine to the citizens in suitable prices. At the same time, keeping the economic level of the local medicine companies that faces several difficulties and challenges.
- 11- Concerning the medicine sector in Egypt in the recent few years, there are several positive decisions including facilitation of recording medicine and development processes, cancellation of

sale taxes on the medicine, decreasing and cancellation of custom tariffs on the main medicines and the medicines required for critical cases. In addition, prices of medicine are periodically checked to enable the companies of medicines to achieve profits. There are several suggestions issued by ministerial resolution related to determine a way for pricing of medicine. The suggestions were welcome from the part of manufacturers, however no of them could be implemented up to now.

12- Caution should be taken from describing the prices of medicine in Egypt as the least prices all over the world, as the case is by healthy authorities, due to the fact that several scientific warnings are posed on the comparisons of medicine prices in several countries. On the other hand, consideration should be paid to the deterioration of incomes in Egypt and its effects on the possibility of accomplishment of medicine by the citizens.

13- Medicinal industry faces several significant challenges including defect of the trade balance during the recent years, increase of depending on the production through the system of manufacture contracts, weakness of expenditure on research and development, increase of unemployed powers in industry, small volume of medicine companies with increase in their numbers. In addition, industry faces several challenges with the Trips Plus Agreement. All of the above requires studying the possibility to confront these challenges, and setting the appropriate policies and strategies for the development of this sector and following up the implementation of these policies and strategies accurately.

14- The increase in the prices of raw materials used in the manufacture of medicine represents one of the main challenges in

front of the local medicine industry. This requires studying the possibilities of cooperation with Arab Countries in the field of producing the raw materials required for the medicinal industry to confront this problem.

15- Pricing medicine in Egypt lacks transparency, as a non-periodic bulletin issued from the Center of Planning and Medicine Policies at the Ministry of Health and Population on frequent period, with the names of the medicinal products raised in prices and the prices of the companies accomplished the increase in prices that led to occurrence of debate in the market. In addition, no specific technique up to now is followed for the increase in prices, due to the fact that change in prices is, usually, upon request of the beneficiaries, which requires implementation of the ministerial suggestions mentioned above regarding inspection of the pricing of the medicines on specific periods. In addition, clear and transparent technique should be achieved to announce the changes in the prices of medicines to prevent the negative effects in the markets.

16- Lists issued by the World Health Organization (WHO), which include the prices of the medicinal raw materials required for the production of the main products should be, periodically, revised to confront the problem of increasing the prices of the raw materials, used as a pretext by the companies to increase the prices of medicines without proper justification.

17- Consumption of medicine should be decreased, as there is a severe intemperance in the consumption of some kinds of vitamins and antibiotics that motivates increasing the invoice of medicine, which necessitate cooperation between official authorities for health, and between doctors and pharmacists to confront this issue.

18- A clear and developed technique to supply medicines, whether to the public hospitals or providing them to the market. No doubt that Ministry of Health lacking developed database of medicine industry represent a severe problem, whether for the long term or short term planning for the sector of medicine, particularly, where accomplishment of any data about the sector of medicine in Egypt is, apparently, very difficult and complicated process. There is a continuous complaint by the officials in medicines companies, and in the official authorities from non provision of data related to the biotic sector, particularly, if the matter is related to significant number of years. This poses several questions for the way to confront several problems in the sector, where dealing with problems one by one, means that there is no good planning based on scientific bases for the development of the strategic industry. This should be confronted to protect the industry, through building progressed database for the healthy system and medicine sector through the application of the most recent information technology techniques available all over the world.

The impact of Pharmaceutical Pricing Policies on Health Care Service in Egypt

Thesis submitted for partial fulfillment of Master degree in Economy

Researcher: Dalia Reda Hassan

ABSTRACT

This research aims to study the impact of pharmaceutical pricing policies on health care services in Egypt through three chapters.

The first chapter studied the policies of pharmaceutical pricing applicable in both developed and developing countries. Then, the second chapter dealt with analyzing the pharmaceutical pricing policies in Egypt, and analyzing the weaknesses, strengths and challenges confronting the local pharmaceutical industry. The third chapter dealt with the most significant reasons behind the deterioration of the health care services along the recent years, that led to increasing financial burden on citizens, particularly, low income ones, which led to a significant increase in their expenditure on health care services. Finally, the third chapter dealt with analyzing the effect of pharmaceutical prices on the supply of health care service in its main sources; Ministry of Health and Population, Health Insurance Authority & Pharmacies, then analyzing the effect of pharmaceutical prices on the demand of the health care services and at last we submitted group of conclusions and recommendations for the study.

Key words:

Generic Drugs, me too Drugs, Breakthrough Drugs, New Drugs, Price Discrimination, Reference Price System, Cost Containment Policy, Reimbursement System,

Under supervision of:

Prof.Dr.Mona Mostafa Elbaradei

Prof.Dr.Heba Ahmed Nassar

النتائج والتوصيات

استهدف هذا البحث دراسة أثر تسعير على الدواء على الخدمة الصحية وذلك من خلال ثلاثة فصول حيث تضمن الفصل الأول من البحث دراسة سياسات تسعير الدواء المتبعة في الدول المتقدمة والدول النامية، ثم تناول الفصل الثاني تحليل سياسة تسعير المستحضرات الصيدلانية في مصر، وأثرها على السياسة الدوائية، كما تضمن تحليل نقاط الضعف والتحديات التي تواجه الصناعة الدوائية المحلية، وكذلك نقاط القوة التي تتمتع بها، واستعرض الفصل الثالث من البحث أهم أسباب تدني مستوى الخدمة الصحية في السنوات الأخيرة، والتي أدت إلى تزايد الأعباء على المواطنين وخاصة محدودي الدخل نتيجة زيادة المخصص من دخلهم للإنفاق على الرعاية الصحية، كما تناول الفصل الثالث تحليل أثر أسعار الدواء على عرض الخدمة الصحية في مصادرها الرئيسية وهي وزارة الصحة والسكان وهيئة التأمين الصحي والصيدليات، ثم تم تحليل أثر أسعار الدواء على الطلب على الخدمة الصحية، ومن خلال الدراسة أمكن استخلاص **النتائج التالية:**

١- تحتل الأدوية البديلة أهمية كبيرة في أسواق الدول المتقدمة، خاصة في ظل ارتفاع أسعار الأدوية الجديدة ذات براءات الاختراع، في حين لا تتمتع تلك الأدوية بنفس الأهمية في الدول النامية بالرغم من أنها أكثر احتياجا لذلك، نظرا لمحدودية مخصصات الإنفاق على الرعاية الصحية في تلك الدول، وتدني مستوى الدخل لدى المواطنين.

٢- يلعب الأطباء والصيدادلة دورا هاما في التأثير على الطلب على الدواء، وذلك من خلال تأثيرهم على المرضى، وتؤثر الدعاية التي تقوم بها شركات الدواء في أحيان كثيرة على قرارات الأطباء، حيث تدفعهم إلى الإصرار على وصف بعض الأدوية دون غيرها، دون مبرر علمي سليم، وهو ما يدفع المرضى للإصرار بدورهم على تلك الأدوية مما يؤدي إلى خلق أزمات مفتعلة في سوق الدواء.

٣- تنتهج دول العالم المتقدمة والنامية سياسات مختلفة للرقابة المباشرة والغير مباشرة على أسعار الدواء، ولا توجد دولة تترك الأمر مفتوحا دون رقابة سوى الولايات المتحدة الأمريكية، وهو الأمر الذي يتعرض لانتقادات حادة داخل الولايات المتحدة ذاتها نظرا لتضرر المواطنين وخاصة كبار السن من هذا النظام، وذلك بالرغم من ارتفاع مستوى دخول المواطنين في الولايات المتحدة الأمريكية.

٤- تعاني الدول النامية من عدم الكفاءة في اختيار الأدوية وعدم كفاءة طرق الحصول عليها، كما تعاني الدول النامية كذلك من مشكلات في توفير الأدوية الأساسية، ومما يزيد الأمر تعقيدا ضعف القوى الشرائية لأغلب المواطنين في تلك الدول.

٥- يرتبط غياب التشريعات والتنظيمات القوية الخاصة بالرقابة على أسعار الدواء في الدول النامية بارتفاع الأسعار حيث تكون الأسعار عادة أقل تنظيمًا وتقيدًا بالتشريعات.

٦- تعاني الدول النامية من انخفاض نفقات البحث والتطوير في الصناعة الدوائية، مما يهدد مستقبل تلك الصناعة وإمكانية استمرارها بصورة فعالة في تلك الدول.

٧- تمثل مشكلة محدودية الموارد المخصصة للإنفاق على القطاع الصحي أحد التحديات الرئيسية التي تواجه الدول النامية، وهو ما يحتم التوصل إلى أفضل الصيغ لتعظيم الاستفادة من تلك الموارد في هذه الدول، كما يجب ملاحظة أهمية المعونات الموجهة للقطاع الصحي في تلك الدول في هذا الإطار.

٨- تتمتع الدول المتقدمة بنظم تأمين صحي متطورة يمكن من خلالها التحكم في عملية توفير الأدوية للمواطنين بما يتلاءم مع قدرتهم المالية، في حين تفتقد الدول النامية إلى مثل تلك النظم وهو ما ينبغي تداركه، لأن التوصل إلى نظم تأمين صحي شامل ومتطور هو السبيل الوحيد أمام مواطني تلك الدول للحصول على احتياجاتهم من العلاج والدواء بطريقة ملائمة.

٩- تواجه الدول النامية ضغوطاً وتحديات كبيرة بالنسبة للأدوية ذات براءات الاختراع الجديدة كما تواجه ضغوطاً مستمرة من الدول المتقدمة للموافقة على المزيد من القيود على الصناعة الدوائية بها في إطار اتفاقية التريس وهو ما يعرف بـ Trips Plus أو التزيد على اتفاقية التريس، وهو ما يوجب على المسؤولين عن السياسات الدوائية في تلك الدول بحث كيفية مواجهته.

١٠- بالنسبة لتسعير الدواء في مصر يتم إتباع سياسة تسعير الجبري والتي تتماشى مع طبيعة المعادلة الصعبة التحقيق والتي تلتزم بها الدولة، والتي تتمثل في ضرورة توفير الأدوية للمواطنين بأسعار مناسبة، في الوقت نفسه الحفاظ على اقتصاديات شركات الدواء المحلية، والتي تواجه العديد من الصعوبات والتحديات.

١١- بالنسبة لقطاع الدواء في مصر فقد تم خلال السنوات القليلة الماضية اتخاذ العديد من القرارات الإيجابية، منها تيسير عمليات تسجيل الدواء وتطويرها، وكذلك إلغاء ضريبة المبيعات

على الأدوية، وتخفيض وإلغاء بعض الجمارك على الأدوية الأساسية وأدوية الحالات الحرجة كما يتم النظر على فترات متقطعة في أسعار الأدوية المختلفة بما يمكن شركات الدواء من الاستمرار في تحقيق أرباح، وهناك عدد من المقترحات التي صدر بها قرار وزاري فيما يتعلق بتسعير الأدوية، وهذه المقترحات تلقى قبولا وترحيبا من جانب مصنعي الدواء وخاصة فيما يتعلق بضرورة النظر في أسعار الأدوية بانتظام، غير أنه لم يتم بعد تنفيذ تلك المقترحات.

١٢- يجب الحذر من وصف أسعار الدواء في مصر بأنها من أقل الأسعار في العالم، والذي تصر عليه السلطات الصحية دائما، لأن هناك العديد من المحاذير العلمية على المقارنات بين أسعار الدواء في الدول المختلفة، كما أنه من ناحية أخرى فإنه يجب مراعاة انخفاض مستوى الدخل في مصر وأثره على إمكانية حصول المواطنين على الأدوية.

١٣- تواجه الصناعة الدوائية عددا من التحديات الهامة منها ازدياد العجز في الميزان التجاري خلال السنوات الأخيرة، وتزايد الاعتماد على الإنتاج من خلال نظام عقود التصنيع، وضعف الإنفاق على البحث والتطوير، وارتفاع الطاقات العاطلة في الصناعة، وصغر حجم شركات الدواء مع ازدياد أعدادها، كما تواجه الصناعة عددا آخر من التحديات على المستوى الإقليمي مثل الزيادة المنافسة من عدد من الدول في المنطقة مثل الأردن والسعودية وإسرائيل، كما تواجه الصناعة عدد من التحديات الخاصة باتفاقية التريس، وكل ذلك يستلزم دراسة إمكانيات مواجهة تلك التحديات، ووضع السياسات والاستراتيجيات الملائمة لتطوير ذلك القطاع، ومتابعة تنفيذ تلك السياسات والإستراتيجيات بدقة.

١٤- تمثل مشكلة ارتفاع أسعار المواد الخام المستخدمة في صناعة الدواء أحد التحديات الأساسية أمام صناعة الدواء المحلية، وتلقي تلك المشكلة بظلالها على الأسعار، وهو ما يستلزم دراسة إمكانيات التعاون مع الدول العربية في مجال إنتاج المواد الخام اللازمة للصناعة الدوائية لمواجهة تلك المشكلة.

١٥- تفنقر سياسة تسعير الدواء في مصر إلى الشفافية، حيث تصدر نشرة غير دورية من مركز التخطيط والسياسات الدوائية بوزارة الصحة والسكان على فترات غير محددة بأسماء المستحضرات الدوائية التي تم تحريك أسعارها، وأسعار الشركات التي تم التحريك لصالحها، وهو ما يؤدي إلى حدوث حالة من الجدل في السوق كما لا توجد آلية ثابتة حتى الآن لتحريك الأسعار، لأن عملية التحريك عادة ما تكون مدفوعة بطلب من المستفيدين، وهو ما يستوجب تنفيذ المقترحات الوزارية المشار إليها بشأن النظر في تسعير الأدوية على فترات محددة، كما

يجب التوصل إلى آلية واضحة للإعلان عن التغييرات في أسعار الأدوية وعدم ترك الأمر للشائعات التي تؤثر سلباً على السوق.

١٦- يجب مراجعة الكشوف التي تصدرها منظمة الصحة العالمية كل فترة والتي تتضمن أسعار الخامات الدوائية اللازمة لإنتاج المستحضرات الأساسية، وذلك لمواجهة مشكلة ارتفاع أسعار المواد الخام، والتي تتعلل بها بعض الشركات المطالبة برفع غير مبرر لأسعار الأدوية.

١٧- يجب العمل على ترشيد استهلاك الأدوية ، وخاصة أن هناك إسرافاً شديداً في استهلاك بعض الأنواع كالفيتامينات والمضادات الحيوية ، مما يدفع فاتورة الدواء إلى الارتفاع ، وهو ما يستوجب التعاون من الجهات المسؤولة عن الصحة وبين الأطباء والصيدالة لمواجهة هذا الأمر .

١٨- يجب التوصل إلى آلية واضحة ومتطورة لتوريد الأدوية سواء إلى المستشفيات العامة أو لتوفيرها إلى الأسواق، ولا شك أن افتقار وزارة الصحة والسكان إلى قاعدة متطورة للبيانات الخاصة لصناعات الدواء يمثل مشكلة شديدة الخطورة سواء في التخطيط الطويل أو القصير المدى لقطاع الدواء، خاصة وأن عملية الحصول على أية بيانات عن قطاع الدواء في مصر تبدو عملية شديدة الصعوبة والتعقيد، وهناك شكوى دائمة لدى المسؤولين في شركات الدواء، وحتى لدى الجهات المسؤولة عن عدم توفر البيانات الخاصة بهذا القطاع الحيوي، وخاصة إذا ما تعلق الأمر بعدد كبير من السنوات، وهو ما يلقي بالعديد من التساؤلات حول الكيفية التي يجري بها حالياً مواجهة المشكلات المختلفة التي يواجهها هذا القطاع، حيث يبدو أنه يتم التعامل مع المشكلات التي تظهر أولاً بأول، وهو ما يعني عدم وجود تخطيط جيد قائم على أسس علمية لتطوير تلك الصناعة الإستراتيجية والحفاظ عليها، وهو الأمر الذي لابد من مواجهته لحماية تلك الصناعة، وذلك من خلال بناء قاعدة بيانات متطورة للنظام الصحي ولقطاع الدواء باستخدام أحدث أساليب تكنولوجيا المعلومات المتاحة على مستوى العالم.

التوصيات:

١- هناك أهمية ملحة للتوصل إلى النظام تأمين صحي شامل يعالج سلبيات نظام التأمين الصحي الحالي، ويضمن حصول المواطنين على احتياجاتهم من الرعاية الصحية ومن الأدوية بطريقة منظمة تؤدي إلى تخفيف العبء على المواطنين، وخاصة في ظل تزايد إنفاق القطاع العائلي على الرعاية الصحية والدواء خلال السنوات الأخيرة.

٢- في ظل التحديات التي تواجهها صناعة الدواء، وفي ظل محدودية مخصصات الإنفاق على الرعاية الصحية، وانخفاض مستوى الدخل لدى المواطنين، فإن سياسة التسعير الجبري للدواء تبدو هي الأكثر ملائمة لأوضاع النظام الصحي والقطاع الدوائي في مصر، وذلك لأنه لا يمكن في ظل تلك الظروف ترك عملية تسعير الدواء لآليات العرض والطلب، خاصة وأن الدواء سلعة شديدة الحساسية والتأثير على المواطنين، كما أن كافة دول العالم المتقدمة والنامية باستثناء الولايات المتحدة الأمريكية تقوم بالرقابة على أسعار الدواء بطريقة مباشرة أو غير مباشرة، كما أنه في ظل حالة الأسواق المصرية فيجب أن تبقى عمليات تسجيل وتسعير والرقابة على الدواء في يد السلطات الصحية المتمثلة في وزارة الصحة والسكان، وذلك حفاظاً على مصالح المواطنين في الحصول على الأدوية بأسعار مناسبة، غير أنه يجب تطوير تلك العملية وتلبية مقترحات خبراء ومصنعي الدواء في هذا الشأن.

٣- يجب وضع آلية واضحة تتسم بالشفافية لتسعير الأدوية، ويجب إعادة النظر في أسعار الأدوية على فترات محددة، وهو ما صدر به قرار وزاري، غير أنه لم ينفذ بعد حتى تاريخ كتابة هذا البحث.

٤- يجب الاهتمام بعملية البحث والتطوير لقطاع الدواء، وتوجيه المزيد من المخصصات لتلك العملية كما يجب تطوير آليات توريد الدواء بما يتلافى السلبيات الموجودة في نظام التوريد المعمول به حالياً.

٥- يجب زيادة التعامل مع الدول العربية وخاصة في مجال إنتاج الخامات الدوائية، وكذلك دراسة إمكانية التوصل إلى حلول تؤدي إلى تيسير عملية التبادل التجاري بين مصر والدول العربية في مجال تصدير الأدوية، كما يجب الاهتمام بفتح أسواق جديدة لصادرات الدواء وخاصة في الدول الأفريقية ودول آسيا الوسطى واعتبارها أسواقاً تحتاج إلى اكتشافها.

٦- يجب الاهتمام بمفهوم الأدوية الأساسية في ظل السياسات الصحية والوطنية، وأن تكون تلك الأدوية ذات غرض واضح في تحسين إمكانية الحصول على الأدوية، كما يجب إعفاء الأدوية الأساسية من الضرائب والرسوم وترشيد هوامش الربح عليها.

٧- يجب توجيه المزيد من الاهتمام إلى صناعة الأدوية البديلة، وخاصة تلك الأدوية التي تنتهي فترات براءة الاختراع الخاصة بها.

٨- يجب العمل على دعم مشاركة الأطباء والصيدلة في عملية ترشيد الاستهلاك الدوائي، وذلك من خلال التوعية المستمرة، وكذلك دراسة إمكانية إدخال حوافز للصيدلة لتشجيع الأدوية البديلة.

٩- يجب الاهتمام ببناء قاعدة بيانات متطورة للنظام الصحي ولقطاع الدواء ورسم خريطة صحية جديدة، وذلك حيث ينبغي معالجة مشكلة القصور الشديد في البيانات الخاصة بقطاع الدواء سواء البيانات الخاصة بالإنتاج والتصدير والاستيراد والأسعار، وهو ما يمثل مشكلة حقيقية أمام التخطيط الجيد لهذه الصناعة الحيوية كما يمثل عائقاً أمام اتفاقيات التجارة بين مصر والدول الأخرى.

١٠- يجب الاهتمام بدور صندوق دعم الدواء والذي يساهم في توفير الفرق بين الأسعار العادلة للأدوية، وبين الأسعار التي يتحملها المواطنون.

قائمة المراجع

أولاً: المراجع العربية:

- أحمد الحسيني (١٩٩١) التشابك الاقتصادي لقطاع الدواء المصري خلال الفترة ١٩٧٥ - ١٩٨٥ ، رسالة ماجستير ، جامعة القاهرة.
- أحمد رشاد موسى ، اقتصاديات المشروع الصناعي ، جامعة القاهرة.
- حسام عبد الغني الصغير (٢٠٠٣) حماية المعلومات غير المفصح عنها والتحديات التي تواجه الصناعة الدوائية في الدول النامية ، القاهرة.
- دين جاميسون وآخرين (٢٠٠٦) الأولويات في الصحة مشروع أولويات مكافحة الأمراض - المكتب الإقليمي للشرق المتوسط - منظمة الصحة العالمية.
- ريتشارد رزيق و بيكوفيتش روث ، (١٩٩٨) أثر حماية براءات الاختراع على أسعار المنتجات الدوائية - هل تساهم حماية الملكية الفكرية في دعم سعر الدواء في الدول النامية ، مؤسسة شركاء البحث القومي (واشنطن).
- سعيد راتب (٢٠٠٧) قانون التأمين الصحي الجديد ، وزارة الصحة والسكان - تقرير غير منشور - أغسطس.
- سعيد عبد الحافظ (٢٠٠٧) الخط الثامن - الفساد في مصر - ملتقى الحوار للتنمية وحقوق الإنسان (مصر) فبراير.
- سمية أحمد عبد المولى (١٩٩٧) آثار الإصلاح الاقتصادي على التنمية البشرية، دراسة لتقويم أثر الإصلاح الاقتصادي على الصحة في مصر ، كلية الاقتصاد والعلوم السياسية - جامعة القاهرة.
- طارق الغزالي حرب وسمير عبد الوهاب (٢٠٠٣) منتدى السياسات العامة - مركز دراسات واستشارات الإدارة العامة - جامعة القاهرة - أكتوبر.
- عبد الرحمن عبد الله العوضي وآخرين (٢٠٠٣) التوازنات الداخلية في اتفاقية الترس والفرص والتحديات التي توفرها في حالة الدواء - سلسلة مطبوعات المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية (الكويت).
- عبد الفتاح شوقي ، (١٩٨٢) إستراتيجية السياسة الدوائية - مصر في عام ٢٠٠٠ - المجالس القومية المتخصصة - ١٣ (مصر)
- عبد المنعم عبيد (٢٠٠٤) نحو هيكلية اجتماعية اقتصادية شاملة لقطاع الرعاية الصحية في مصر - مركز دراسات واستشارات الإدارة العامة - جامعة القاهرة - أغسطس.

- عبد المنعم عبيد (٢٠٠٦) الرعاية الصحية في مصر بين سياسة التأمين الصحي الوطني الشامل وسياسة السوق مركز دراسات وبحوث الدول النامية - جامعة القاهرة - فبراير.
- عفت عبد الله الزغبى (٢٠٠٣) سياسات التأمين الصحي في مصر - منتدى السياسات العامة - مركز دراسات واستشارات الإدارة العامة - جامعة القاهرة - مايو.
- فلديستين ، بول (٢٠٠٢) اقتصاديات الرعاية الصحية (الجزء الأول) ، ترجمة الدكتور محمد حامد عبد الله ، جامعة الملك سعود (المملكة العربية السعودية).
- فليبس ، تشارلز (٢٠٠٤) ، نحو مفهوم اقتصاديات الصحة والرعاية الصحية والتأمين الصحي (المسار الأمريكي) ، ترجمة جلال البنا ، القاهرة.
- محمد حسام لطفي (١٩٩٧) حقوق الملكية الفكرية في ظل النظام الدولي المعاصر ، مجلة الحق - اتحاد المحامين العرب السنة ٢٨.
- محمد حسام لطفي (٢٠٠٣) الإطار القانوني لحماية المنتجات الصيدلانية بين الدوحة وكانكون في ضوء اتفاقية الجوانب المتصلة بالتجارة من حقوق الملكية الفكرية (التريس) ، مكتب الشلفاني للاستشارات القانونية والمحاماة ، سبتمبر.
- محمد حسام لطفي (٢٠٠٣) مستقبل صناعة الدواء في مصر إطار اتفاقية التريس "رؤية قانونية" وعت الشلفاني للاستشارات القانونية والمحاماة.
- محمد رؤوف حامد (٢٠٠٥) الترتيبات الهيكلية والقانونية لقطاع الدواء المصري في إطار اتفاقيات التجارة العلمية رؤية إستراتيجية - جمعية التنمية الصحية والبيئية - برنامج السياسات والنظم الصحية (مصر).
- محمد سلطان أبو علي وهناء خير الدين (١٩٩١) الأسعار وتخصيص الموارد ، جامعة القاهرة.
- محمد عوض تاج الدين ومحمد رؤوف حامد (٢٠٠٣) السياسات الدوائية في مصر - الأوضاع - الإشكاليات - المستقبلات - مركز دراسات واستشارات الإدارة العامة - جامعة القاهرة - أبريل.
- محمد فتحي صقر ، محاضرات في النظرية الجزئية ، كلية الاقتصاد والعلوم السياسية ، جامعة القاهرة.
- مدحت نافع ومحمد الهادي (٢٠٠٣) الأزمة الراهنة لسوق الدواء في مصر - مركز المعلومات ودعم اتخاذ القرار - سبتمبر.
- مدحت نافع وولاء الحسيني (٢٠٠٣) أثر تطبيق اتفاقية الحقوق الملكية الفكرية على صناعة الدواء في مصر مركز المعلومات ودعم اتخاذ القرار - مجلس الوزراء.

- مصطفى عزت الحضري (٢٠٠٢) الآثار الاقتصادية لاتفاقية حماية الملكية الفكرية على صناعة الدواء في مصر - فبراير - وزارة الصحة والسكان.
- هبة أحمد نصار (١٩٨٣) دراسة في اقتصاديات الصحة العامة وتقييم السياسات الصحية في مصر ، رسالة دكتوراه والاقتصاد كلية الاقتصاد والعلوم السياسية - جامعة القاهرة - يونيو.
- ياسر محمد جاد الله (١٩٩٧) اتفاقية حقوق الملكية الفكرية في إطار دورة أوجواي وتأثيرها على قطاع الصناعات الدوائية في مصر - رسالة ماجستير - كلية التجارة وإدارة الأعمال - جامعة حلوان.
- يمنى إمبابي ، ونسرين نشأت (٢٠٠٦) سوق المنتجات الصيدلانية في مصر ، والقرار الوزاري الجديد التي في تسجيل وزارة الصحة والسكان - تقرير منشور.
- (١٩٩٢) دراسة حالة صناعة الأدوية في مصر ١٩٨٠ - ١٩٩١ - الشركة للصناعات الدوائية والمستلزمات الطبية (مصر) أكتوبر.
- (١٩٩٦) مستقبل الرعاية الصحية في مصر ، والتوجه القومي لثانية العوامل الاجتماعي - مجلس الشورى (مصر)
- (١٩٩٧) مستقبل الدواء في مصر مع مطلع القرن الحادي والعشرين - مجلس الشورى. مصر.
- (١٩٩٨) المرشد إلى اختيار العلاج المناسب المكتب الإقليمي لشرق المتوسط منظمة الصحة العالمية (مصر).
- (٢٠٠٢) بحث الدخل والإنفاق والاستهلاك ١٩٩٩ - ٢٠٠٠ - الجهاز المركزي للهيئة العامة والإحصاء (مصر).
- (٢٠٠٢) قائمة منظمة الصحة العالمية النموذجية للأدوية الأساسية - القائمة الثالثة عشره - منظمة الصحة العالمية (جنيف) أبريل.
- (٢٠٠٢) مسح دراسة عناصر تقديم الخدمة الصحية - مصر - وزارة الصحة والسكان والزناطي ومشاركوه.
- (٢٠٠٣) أعمال منظمة الصحة العالمية في إقليم شرق المتوسط - التقرير السنوي للمدير الإقليمي - المكتب الإقليمي لشرق المتوسط - ديسمبر.
- (٢٠٠٣) اقتصاديات الصحة - العدد الثاني والعشرون - المعهد العربي (الكويت) - التوجه.
- (٢٠٠٣) التأمين الصحي - إنجازات عام ٢٠٠٣ - هيئة التأمين الصحي - مصر.

- (٢٠٠٣) دراسة عن الأدوية البشرية - وزارة التجارة الخارجية (سابقا) - تقرير غير منشور - (مصر).
- (٢٠٠٣) دعم تكامل حقوق الإنسان والصحة في السياسة القومية والتنمية الصحية - المكتب الإقليمي لشرق المتوسط - منظمة الصحة العالمية - ديسمبر.
- (٢٠٠٣) نحو تفعيل السياسة الدوائية القومية - المجالس القومية المتخصصة - رئاسة الجمهورية - تقرير غير منشور (مصر).
- (٢٠٠٤) القانون ٨٢ لسنة ٢٠٠٢ - حماية حقوق الملكية الفكرية - مصر.
- (٢٠٠٤) تقرير المجلس القومي للخدمات والتنمية الاجتماعية الدورة الرابعة والعشرون ٢٠٠٣ - ٢٠٠٤ ، رئاسة الجمهورية.
- (٢٠٠٥) استطلاع رأي الصيادلة حول توافر الأدوية واستقرار أسعارها ، مركز استطلاع الرأي العام - مركز المعلومات ودعم اتخاذ القرار - مجلس الوزراء - (نوفمبر).
- (٢٠٠٥) أسعار الأدوية - أسلوب جديد لقياسها المكتب الإقليمي لشرق المتوسط - منظمة الصحة العالمية.
- (٢٠٠٥) السياسة الدوائية القومية ٢٠٠٤ - ٢٠٠٥ ، وزارة الصحة والسكان.
- (٢٠٠٥) تحليل خصائص ومتغيرات السوق المصري - الجزء الثاني (الإطار التطبيقي) سوق الأدوية - سوق السلع الغذائية والزراعية - سوق حديد التسليح والأسمنت - سلسلة قضايا التخطيط والتنمية رقم (١٨٥) - معهد التخطيط القومي (مصر) يناير.
- (٢٠٠٥) تقرير التنمية البشرية - مصر - اختيار مستقبلنا نحو عقد اجتماعي جديد - معهد التخطيط القومي و UNDP (مصر).
- (٢٠٠٥) دراسة مقترح شراء الحكومة للخدمات الصحية من القطاع الخاص - مركز المعلومات ودعم اتخاذ القرار ، مجلس الوزراء أبريل.
- (٢٠٠٥) مسح دراسة عناصر تقديم الخدمة الصحية ٢٠٠٤ - مصر - وزارة الصحة والسكان - والزناطي ومشاركوه - أبريل.
- (٢٠٠٥) ملخص لدراسة وبحث استعداد القطاع الخاص والأهلي لاستخدام قروض لتحسين جودة الخدمة الصحية - الإدارة العامة للجودة - وزارة الصحة والسكان - نوفمبر.
- (٢٠٠٦) التعديلات الإستراتيجية في سلسلة توريد الأدوية وأثار الجودة - وزارة الصحة والسكان - تقرير غير منشور.
- (٢٠٠٧) أسعار الأدوية وإمكانية الحصول عليها في إقليم شرق المتوسط منظمة الصحة العالمية ، المكتب الإقليمي لشرق المتوسط ، الدورة الرابعة والخمسون ، أغسطس.

- (٢٠٠٧) إنشاء برنامج التأمين الصحي للجميع في مصر - وزارة الصحة والسكان - تقرير غير منشور.
- (٢٠٠٧) صناعة الأدوية ومستحضرات الصيدلة والكيمائيات الدوائية لمنشآت القطاع العام / الأعمال العام عام ٢٠٠٤ / ٢٠٠٥ وأهم منشآت القطاع الخاص عام ٢٠٠٥ - الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء - (مصر) - يوليو.
- (٢٠٠٨) القواعد المتبعة في لجنة التسعير - مركز التخطيط والسياسات الدوائية - وزارة الصحة والسكان.
- (٢٠٠٨) تقرير المجلس القومي للخدمات والتنمية الاجتماعية - الدورة السابعة والعشرون ٢٠٠٦ - ٢٠٠٧، المجلس القومي المختصة - رئاسة الجمهورية.
- نحو تفعيل السياسات الدوائية في مصر المجالس القومية المختصة ، رئاسة الجمهورية - أعداد متفرقة.
- جريدة الأهرام - أعداد مختلفة
- جريدة الجمهورية - أعداد مختلفة
- جريدة العالم اليوم - أعداد مختلفة

REFERENCES

- Adrian Towse & Hannah Kettler, 2005, **Advance Price Or Purchase Commitment To Create Markets For Treatments For Diseases Of Poverty: Lessons From The Policies**, World Health Organization, (Geneva WHO), April.
- Akiko Madea , 2006, **The Egyptian Economy: Current Challenge And Future Prospects**, Working Paper of a conference organized by the Egyptian center for economic studies, the Egyptian center for economic studies, November.
- Carrea Carlos, 2003, **Establishing A Disclosure Of Origin Obligation On TRIPS Agreement**, Friends World Committee for consultation (Quakers) August.
- —, 2004, **Ownership Of Knowledge – The Role Of Patents In Pharmaceutical R & D** World Health Organization (Geneva WHO), June.
- Felix Lobo, & Velasquez, German 1998, **Medicines And The New Economic Environment**, University Carlos III De Madrid and World Health Organization, 1St ed Graficas Roger, S. A. Navalcarnero (Madrid)
- Frederic Abbott, 2003 **Non-Violation Nullification Or Impairment Causes Of Action Under TRIPS Agreement And The Fifth Ministerial Conference: A Warning And Reminder**, friends world committee for consultation (quekers) July.

- George Sheiber & Gottert, Pablo, 2007, **Health Financing Revised: An Overview**, the Egyptian center for economic studies, No. 119, March.
- German Velasquez, and Boulet, Pascale, 1997, **Globalization And Access To Drugs Implications Of The WHO / TRIPS Agreement**, Health Economics and Drugs (Geneva, WHO).
- **IMS Report** ,2008,
- Jonathan Heburn, 2002, **Negotiating Intellection Property: Mandates And Options In Doha Work Program**, Friends World Committee for Consultation, Quaker United Nations Office – Geneva, November (Geneva).
- M. Dukes, & et al., **Drugs & Money, Price Affordability And Cost Containment** ,2003, World Health Organization, Regional Office for Europe.
- Maria Jorge, 2003, **TRIPS Plus Provision In Trade Agreement And Their Potential Adverse Effects In Public Health**, (Washington, D.C.: Paper Prepared for the generics consultation group, World Bank Meeting, June.
- Ministry of Health population, 2004, **Public Private Partnership, Summary And Outlines**, (Egypt), June.
- —,2005, **Clinical Guidelines, Health Sector, Reforming Program, Document 1994 – 2005**, Egypt.

- —,2005, Family Health Model, **Health Sector Reform Program, Document 1994 – 2005**, and Population (Egypt).
- —,2005, Family Health Fund, **Health Sector Reform Program, Document 1994 – 2005**, and Population (Egypt)
- —,2005, National Health Accounts, **Health Sector Reform Program, Document 1999**, 2005, and Population, (Egypt)
- —,2005, **Strategic Health Planning, Health Sector Reform Program Document 1994 -2005**, Egypt.
- Ministry of Health and Population ,2002, **Egypt Health Sector Analysis And Future Strategies**, (Egypt), January.
- —,2003, **Egypt Health Sector Analysis And Future Strategies: Executive Summary**, (Egypt), January.
- —,2003, **System Audit Of The Family Health Fund**, (Egypt) November.
- —,2005, **Institutionalization Of HSRP (Rolling Out) Health Sector Reforming Program Document 1994 – 2005**, (Egypt).
- —,2005, **Quality And Accreditation, Health Sector Reform Program, Document 1999 -2005**, (Egypt).
- —,2004, **Family Health Facility, Implementation Manual Executive Summary**, (Egypt), May.

- —,2005, District Provider Organization, **Health Sector Reform Program 1994**, 2008, (Egypt).
- Ministry of Health ,2004, **District Provider Organization Guidelines, Summary And Outlines**, (Egypt) May.
- —,2005, Family Health Model, **Health Sector Reform Program 1994 -2005** (Egypt).
- — 2005, Human Resources Strategy, **Health Sector Reform Program Document ,1994 – 2005**, Egypt.
- Ministry of Health and Population, 2005, **Family Health Model System Review, Issues And Methodology**, (Egypt), January.
- Mohamed Abo El- Saud ,2008, **Social Health Insurance In Egypt Lessons From Countries Experiences**, center for economic and financial research studies, Konard Adenauer stiftung and others (Egypt) April.
- Paul Feldsten, 1993, **Health Care Economics**, 2007 Delmar Publisher Inc.
- Paul Gross, **The Social And Economic Value Of Innovative Medicines**, working paper of WIPO national seminar on pharmaceuticals and intellectual property rights (Egypt), February.
- Ravi Eliya, Kaled, Nada, and Others, 1997, **Egypt, National Health Accounts, 1994 /1995**, Egypt, Ministry of Health and Population and Harvard School of Public Health, Harvard University, October.

- Semon Fouad, 2005, **Egypt, National Health Accounts, 2001 - 2002**, Ministry of Health and Population USAID and Partners for Health Reform Plus (Egypt) November.
- W. Jayashree ,2001, **Workshop On Pricing And Financing Of Essential Drugs**, the WTO secretariat (Geneva WHO), April.
- World Health Organization, **2003 Medicine Prices – A New Approach To Measurement**, World Health Organization and World Health Action.
- —,1994, **Indicators For Monitoring National Drug Policies**,. Action Program on Essential Drugs, (Geneva WHO).
- —, 2003, **Workshop On Differential Pricing And Financing On Essential Drugs**, (Geneva).
- World Health Organization and Joint United nations programme on HIV / AIDS 2003, **Guidelines For Price Discounts Of Single – Source Pharmaceuticals**,.
- World Health Organization, 2004, **Using Medicines Rationality**, (Geneva, WHO).
- —, 2004, **WHO Medicines Strategy: Countries At The Core 2004 -2007**, Geneva WHO).
- —, **UNAIDS, And Campaign For Access To Essential Drugs**.
- —, UNAIDS, and Campaign for access to essential drugs 2004, **Determining The Patents Status Of Essential Medicines In**

Developing Countries, Health Economics and Drugs series No. 17.

WEBSITES

- American Chamber of Commerce in Egypt ,2008, **The Egyptian Pharmaceutical Industry**, www.amchm.org.eg.
- Carles Correa ,2002, **Implications Of The Doha Declaration On The Trips Agreement And Public Health**, University of Buenos Aires, <http://www.WHO.net>
- Christine Hultin ,1999, **Drug Price Divergence In Europe: Regulatory Aspects**, Health Affairs, <http://ww.vfa.de>.
- H.Christine,2007, **Drug Price Divergence in Europe: Regulatory Aspects**, <http://www.vfa.de>, Accessed December 12, 2007.
- **Impact Of Trips On Pharmaceutical Prices With Special Focus On Generics In India** ,2006, www.niper.gov.int
- **Implications Of The Trips Agreement For Developing Counties, General Implication For Legislation**, www.southcentre.org , Accessed December ,2007, .
- M.S. House of Representatives, **Prescription Drug Prices In Canada, Europe And Japan** ,2001, Minority Staff – special investigation division, Committee on Government Reform, <http://www.vfa.de>, Accessed December, 10, 2007.
- **The Effect Of Trips Compliance On The Right To Health In Egypt**, www.eipr.org , Accessed January 2008.

- **The Pharmaceutical Market** ,2007, German Association of research based pharmaceutical companies, <http://www.vfa.de>, accessed October 12, 2007.
- The UNESCO Forum for higher education, research and Knowledge Albert Sasson, ,2007, **The Impact Of Globalization On Higher Education And Researches In Arab States**, Morocco, May, <http://www.portal.unesco.org>
- U.S House of Representative 2001, **Prescription Drug Prices In Canada, Europe And Japan Committee On Government Reform** , <http://www.vfa.de> ., April.
- WHO, 2008, **National Health Accounts Series**, www.WHO.org.