



مركز البيان للدراسات والتخطيط
Al-Bayan Center for Planning and Studies

الأنموذج الصحي في المملكة المتحدة مماثلة في التطبيق على العراق ومصر

أحمد حسن علي



سلسلة إصدارات مركز البيان للدراسات والتخطيط

عن المركز

مركزُ البيان للدراسات والتخطيط مركز مستقلّ، غيرُ ربحيٍّ، مقرّه الرئيس في بغداد، مهمته الرئيسة -فضلاً عن قضايا أخرى- تقديم وجهة نظر ذات مصداقية حول قضايا السياسات العامة والخارجية التي تخصّ العراق بنحو خاصٍ ومنطقة الشرق الأوسط بنحو عام. ويسعى المركز إلى إجراء تحليل مستقلّ، وإيجاد حلول عمليّة جليّة لقضايا معقدة تمّم الحقلين السياسي والأكاديمي.

حقوق النشر محفوظة © 2018

www.bayancenter.org

info@bayancenter.org

النموذج الصحي في المملكة المتحدة مماثلة في التطبيق على العراق ومصر

أحمد حسن علي *

إذا أردنا بيان أوجه التشابه بين النظامين الصحيين في العراق ومصر سنجد أن التشابه كبير بينهما، لكنهما من حيث الاختلاف يتغايران بتصحيح المسار الصحي في البلدين؛ إذ قررت الحكومة المصرية اعتماد سلسلة من الإصلاحات أهمها أنها تسعى في العام المقبل إلى تطبيق نظام صحي مشابه للنظام البريطاني وتغيير واقع المؤسسات الصحية المصرية التي شهدت -وما تزال- انتقادات كبيرة. وستستهدف هذه الورقة قراءة لهذه الإصلاحات الصحية التي قد تكون مفيدة في إصلاح الواقع الصحي العراقي.

وقد وافق البرلمان المصري في كانون الأول 2017 على قانون جديد للتأمين الصحي على المستوى الوطني، لكن هذا القانون أثار جدلاً كبيراً ومناقشات مستفيضة بين نقابة الأطباء المصرية المعارضة للقانون ونواب البرلمان الذين اعتمدوا بالأغلبية النموذج البريطاني للنظام الصحي⁽¹⁾.

ويعدُّ قانون التأمين الصحي الجديد محاولة حكومية للتغلب على أوجه القصور في النظام القديم الذي يراه كثيرون نظاماً فاشلاً لا يحمي حقوق المرضى، فالنظام الصحي في مصر كان -وما يزال- يتعرض لانتقادات شديدة لعدم استيفائه المعايير المطلوبة.

وعلى وفق رؤية مشرعي القانون الجديد فإن نظام التأمين الصحي يعزّز من جودة الخدمات الصحية في المستشفيات العامة والوحدات الصحية، وإن التعديلات المعتمدة حديثاً تضمن الخدمات الطبية لجميع المواطنين، أما القانون القديم فكان يعمل على تغطية الخدمات الصحية للعاملين في القطاع الحكومي فقط.

وتعتقد الحكومة المصرية أن عليها اللجوء إلى طرح نوع مختلف من ميزانية الصحة، بعد مراجعة العديد من أنظمة التأمين الصحي في العالم ثم اختيار نموذج مشابه للنظام الصحي في المملكة المتحدة؛ من أجل تحسين الخدمات الصحية وجعلها مستدامة ومستقرة وتجنب انهيارها بسبب نقص التمويل.

* باحث في مركز البيان للدراسات والتخطيط.

وكي يكون هناك تحوّل من النظام الاشتراكي فيقتضي توافر خدمات صحية وتعليمية بجودة جيدة وألا تبقى هذه الخدمات مجانية، وقد تكون رسوم الاشتراك في النظام الجديد عالية في البداية لكنها ستكون في متناول الجميع. وينصّ قانون التأمين الصحي الجديد على أن تغطي الحكومة كامل النفقات الصحية للأشخاص غير القادرين على دفع تكاليف علاجهم الطبي، وهو ما يمثل كل المسجلين في وزارة الرعاية الاجتماعية.

خصائص النظام الصحي الجديد

بحسب القانون الجديد، ستُلغى وزارة الصحة ولن تصبح المستشفيات تابعة لها بعد اكتمال تأسيس النظام الجديد للتأمين الصحي، وستتبع المستشفيات ثلاث هيئات مستقلة (التمويل، والاعتماد، والجودة، والرقابة) التابعة بدورها لمجلس الوزراء.

ومن المفترض أن يكون لكل مواطن ملف طبي خاص وطبيب عائلة مسؤول عنه في وحدة رعاية صحية أولية، وهذا الملف يشمل بيانات المواطن الشخصية مع جميع الزيارات الطبية والتاريخ الصحي، وستضم وحدات الرعاية الأولية طبيب الأسرة، وأخصائي أطفال، وأخصائية نساء وولادة، وطبيب أسنان، وممرضين، وقسماً للأشعة والتحليل.

وتقدم الخدمة الطبية إلى المواطن بعد إبرازه بطاقة التأمين الصحي الخاص به وبعائلته، ولكلّ من يحمل الرقم الوطني مع رقم التأمين الصحي، وبعدها يُحوّل المريض إلى المستوى الطبي الأعلى من خلال طبيب الأسرة باستخدام شبكة الحاسبات الإلكترونية، حيث من المفترض تجهيز كلّ وحدة صحية بعدة أجهزة حاسبات، وفي حال عدم الاشتراك أو التخلف عن السداد لن يستطيع المنتفع الاستفادة من الخدمات الطبية، باستثناء حالات الطوارئ. ويُكفل من هم من ذوي الدخل المنخفض في قانون التأمين الصحي الجديد، وتدفع الدولة اشتراكاتهم في التأمين الصحي ولاسيما المشمولين في مؤسسات الرعاية الاجتماعية.

وفي كلّ مرحلة يطبق فيها التأمين الصحي الشامل سيُلغى العلاج تدريجياً على نفقة الدولة؛ حتى إلغائها كلياً، مع تعميم تطبيق النظام على الدولة وتحال ميزانيتها إلى التأمين. وتستغرق المراحل خمسة عشر عاماً بخطة مقسمة على ثلاث مراحل أمد الواحدة خمس سنوات، ويبدأ تطبيق المرحلة الأولى في محافظات إقليم قناة السويس الخمس. ويهدف البرنامج الجديد خلال المرحلة الأولى إلى تطوير

جميع المستشفيات ووحدات الرعاية الصحية في المحافظات المعنية، مع إدخال الماكينة الإلكترونية لتكون جاهزة لتطبيق النظام الصحي الجديد، مع إنشاء الهيئات الجديدة التي ستتولى إدارة النظام الصحي الحديث دون الارتباط بوزارة الصحة⁽²⁾.

اعتراضات الرافضين لقانون التأمين الصحي

وعلى الرغم من التأثير الإيجابي المأمول من القانون الجديد، لكن هذا لا يخلو من مخاوف بسبب تأثر دخل المواطن برسوم التأمين الشهرية؛ وبالنظر إلى الظروف الاقتصادية الصعبة لعموم السكان، فإن تعديلات القانون ستضع عبئاً كبيراً على الأسر ذات الدخل المنخفض؛ لأن القانون الجديد يخصص 1.6% فقط من الناتج المحلي الإجمالي إلى الرعاية الصحية، بدلاً من 3% كما هو معمول به.

ويقول تقرير نقابة الأطباء المصرية إن المواطن كان يدفع 1% فقط من دخله للتأمين الصحي، بينما بموجب القانون الجديد فإن على المواطن أن يدفع 1% له، و3% عن زوجته، و1% لأول طفلين، ثم 1.5% للأطفال الإضافيين. فضلاً عن ذلك فإن على المواطن أن يدفع 7% من تكلفة العمليات الجراحية و20% من تكلفة إجراء الفحوص الطبية، ولم يشمل القانون تغطية علاج الأجانب الذين عليهم تحمل النفقات الصحية كافة⁽³⁾.

وفيما يخص المستشفيات التابعة للجيش أو الشرطة أو المملوكة للقطاع الخاص، فإنها لن يُسمح لها بالمشاركة في هذا النظام إلا بعد استيفاء الشروط المنصوص عليها في القانون ومطابقة المعايير. وهناك تخوف لدى المعارضين لقانون التأمين الصحي من أن يؤدي إلى استحواذ القطاع الخاص على المؤسسات الطبية بعد استيفاء الشروط المطلوبة والاستفادة من الاستثمارات في قطاع الصحة.

وفي غياب الشفافية وحضور الفساد يخشى المعارضون من أن يسعى القطاع الخاص إلى السيطرة على القطاع الصحي من خلال التعاقد مع الحكومة؛ لتحقيق أكبر قدر من الأرباح والتحكم في المؤسسات الصحية. ولكن الحكومة ترى أن الاستثمار في الصحة أمر ضروري لتقديم خدمات طبية بجودة أفضل مما هو موجود حالياً، والعمل على وفق النظام الصحي البريطاني الذي يعتمد على القطاع الخاص في تقديم الخدمة للمواطنين باستثناء ذوي الدخل المنخفض الذين تتولى الدولة رعايتهم.

والجدير بالذكر أن أهم أسباب نجاح نظام الصحة البريطانية أنها تعمل في واقع بعيد عن الفساد وعلى وفق شفافية عالية، وما عدا ذلك فإن القطاع الخاص قد يسيطر على تقديم الخدمات الصحية مما يؤدي إلى فشل نظام التأمين الصحي الشامل.

وقد تسعى بعض الشركات الخاصة المملوكة لجهات أجنبية إلى الدخول في السوق الطبية وتقديم استثمارات كبيرة؛ مما قد يشكل سلاحاً ذا حدين؛ لأنها إن تمكنت من استغلال الفساد فإنها ستحتكر الأسواق الطبية. وبحسب بعض التقارير المصرية فإن بعض الشركات الإماراتية والسعودية تتجه لدعم استثماراتها في السوق الطبية المصرية التي إن لم تكن على وفق ضوابط واضحة منظمة لنسب الاستحواذ فإن عهداً من الاحتكار سينشأ في البلاد⁽⁴⁾.

وكي لا تشهد البلاد مرحلة احتكار عدد من الشركات للقطاع الصحي الخاص التي ستدخل شريكاً في تقديم الخدمة الصحية للمواطنين، وتفرض شروطها على الحكومة فيما يخصّ تعاقدات التأمين الصحي الجديد تعويضاً لعدم جودة الخدمة الطبية في المستشفيات الحكومية، لذا ينبغي للحكومة السعي من أجل توافر الخدمات الطبية الحكومية القادرة على منافسة القطاع الخاص؛ ليتحول القطاع الخاص إلى شريك ثانوي وليس أساسياً، كما هو الحال في المملكة المتحدة، وإلا وقع المواطن ضحية تلك الشركات في سعيها إلى الربح.

العراق والنظام الصحي البريطاني

هناك تشابه في مشكلات تطبيق النظام الصحي البريطاني على العراق من عدة وجوه؛ إذ توجد فئة واسعة من السكان في العراق لا تستطيع تحمّل أعباء التأمين الصحي؛ وبالتالي تصبح الدولة ملزمة في دفع اشتراكات التأمين الخاصة بها. ومن جانب آخر، يعد افتقار المؤسسات العراقية إلى وسائل إحصاء دقيق وشفاف للفئات السكانية ذات الدخل المنخفض معضلة كبيرة في كيفية معرفة المؤهلين من غيرهم عند التسجيل في الرعاية الاجتماعية، إذ إن إصدار البطاقة الصحية لذوي الدخل المنخفض قد يخضع لضوابط غير مهنية وسط الفساد والمحاباة والمحسوبية.

ومن هنا، فإن العراق -بالدرجة الأولى- بحاجة إلى مركز بيانات أو معلومات مركزية تعمل على وفق برامج علمية متقدمة تستطيع كشف كل التلاعبات والتحايلات في سجلات الرعاية الاجتماعية، من طريق نظام البصمة الإلكترونية التي تستطيع متابعة الأسماء الوهمية أو الحقيقية التي تسيء استخدام النظام العام وملاحقتها.

ويعد تطوير جميع المستشفيات العراقية ووحدة الرعاية الصحية في المحافظات مع استخدام الماكينة الإلكترونية لتطبيق نظام التأمين الصحي أمراً ضرورياً شريطة أن يكون على وفق جداول زمنية محددة، وتقديم البطاقة الطبية إلى المواطن وارتباطه بمركز صحي محدد.

وكما ذكر آنفاً عن مصر -وكي لا يقع المواطن ضحية احتكار القطاع الخاص في العراق- ينبغي للحكومة العراقية عند تقديمها الخدمات الصحية أن تفرض شروطها في تعاقدات التأمين الصحي على القطاع الخاص، وأن تعمل بكل جد على منافسة القطاع الخاص عبر وحدات الرعاية الصحية الحكومية حتى تجعل من القطاع الطبي الخاص مشاركاً ثانوياً، وإلا فإن أي نظام للتأمين الصحي في العراق لن ينجح.

وجدير ذكره هو أن الحكومة العراقية اقترحت في العام 2014 أنها ستعمل على اعتماد نظام التأمين الصحي وتطبيق آلية طبيب الأسرة على المستوى الوطني؛ بيد أن هذا النظام لم ير النور بسبب الحرب ضد تنظيم داعش بعد احتلاله لمناطق واسعة، والعجز المالي الذي سببته الحرب ضد التنظيم؛ مما اضطر الحكومة إلى الاستدانة من الخارج.

ويرى الباحث أن تنفيذ المشروع يمكن أن يبدأ تجريبياً في إحدى المحافظات ذات السكان الأقل عدداً مثل محافظة المثنى؛ لمعرفة صعوبات التطبيق، وإيجاد الحلول المناسبة لها. وإن الاستفادة من فكرة المشروع المصري -الذي بالأساس هو من النظام البريطاني- يعطي توجُّهاً في كيفية بداية حلّ المعضلة الصحية في العراق. وبإدنى ذي بدء يتم اختيار محافظة معينة لتطبيق مشروع التأمين الصحي بعد تحديد ملامحه، مثل إنشاء هيئة متخصصة في إدارة ومتابعة شؤون المؤسسات الصحية في تلك المحافظة حصراً وعزلها عن وزارة الصحة، وتتولّى هذه الهيئة تطوير المستشفيات الحكومية وإنشاء وحدات الرعاية الصحية التي ترتبط بمنظومة المستشفيات العامة بعد تأسيس نظام للاشتراكات عبر البطاقة الصحية للمواطن مع الأخذ بالحسبان تحمل الدولة لنفقات ذوي الدخل المنخفض.

مشروع التأمين الصحي والقطاع الخاص

يتطلب تطبيق نظام التأمين الصحي إنشاء وحدات رعاية صحية بهدف تهيئة البيئة الطبية الملائمة لتوفير العلاج للمواطنين. وتدرك الحكومة أن المؤسسات الصحية الحالية لا تتحمل مزيداً من المرضى الذين في معظمهم يمكن أن يُعالجوا عبر وحدات رعاية صحية؛ لذا إن فكرة إنشاء

عيادات خارجية للمرضى أو وحدات رعاية طبية أمر ضروري ضمن مشروع التأمين الصحي، وفي حال وجود مستويات مرضية أعلى تحال إلى مستشفيات الدولة.

ويعتمد نظام التأمين الصحي الشامل -حسب البطاقة الصحية- من حيث تمويله على اشتراكات المواطنين والضرائب والمشاركة الحكومية بدلاً من الاعتماد فقط على عائدات النفط، وسيتيح للمرضى العلاج في مستشفيات القطاع الخاص فضلاً عن القطاع العام.

وهنا يمكن للقطاع الخاص من خلال شركات التأمين المسجلة رسمياً أن تقدم الخدمة الصحية لموظفي القطاع الخاص أو العام عبر المؤسسات الصحية المعتمدة تحت مظلة التأمين، وفي الوقت الحالي نرى أن نصيب المستشفيات الخاصة غير كافٍ في تقديم الخدمة، وربما بسبب عدم كفاية أعداد المسجلين في التأمين الصحي الخاص من موظفي القطاع الخاص والعام.

والجدير بالذكر أن النموذج الأميركي في التأمين الصحي الخاص يرتبط بالتأمين التجاري، ويقدم ما يعده الكثيرون نقاطاً سلبية أبرزها ربط كفاءة الخدمة بسعر التأمين الصحي، وهو ما يختلف عن النموذج البريطاني.

وإن تحويل بعض المستشفيات العامة التابعة لوزارة الصحة إلى نظام التمويل الذاتي أمرٌ ممكن مع استخدام نظام التأمين الصحي، حيث تنتقل إدارة المستشفيات إلى لجنة تعتمد تقديم خدمات بجودة جيدة ورعاية مقبولة من المواطنين بدلاً من الخدمات السيئة الحالية لبعضها، وسيكون أمام المرضى الذين يمتلكون بطاقات التأمين الصحي مراجعة كل أقسام المستشفى طوال الساعات الأربع والعشرين.

خاتمة

يتعرض القطاع الصحي في العراق إلى انتقادات واسعة على الرغم من بناء عدد غير قليل من المستشفيات في السنوات العشر الأخيرة، ويعاني القطاع الصحي من التآرجح بين مجانية العلاج في جانب ودفعة المواطنين لرسوم من جانب آخر، وفي النهاية تقدم خدمات غير مقبولة للمواطن.

وإن اختيار النموذج البريطاني في تقديم خدمات بجودة عالية عبر نظام التأمين الصحي الشامل لا يلغي دور الدولة في القيام بواجباتها، ولا يحرم فئات الدخل المحدود من الحصول على الرعاية

الصحية المجانية.

ولكن لتطبيق مثل هذا النظام ينبغي الاستفادة من التجربة البريطانية في ملاءمتها للمجتمع العراقي من منطلقين: أولاً في استثناء غير القادرين على دفع الاشتراكات، وثانياً تقسيم بقية المواطنين حسب المشاركات؛ وبالنتيجة تقديم خدمات طبية أفضل.

وما يزال بعض صناع القرار يرون في النظام الاشتراكي الحلّ الأفضل مع أنه فشل على أرض الواقع، وتسبب في إهدار الكثير من موارد الدولة وجعلها عرضة للفساد. وفي المقابل نرى قيام قطاع خاص يعتمد على التجارة الطبية ويمتلك ما يقارب من ثلث مستشفيات العراق، فضلاً عن المراكز الطبية الخاصة مثل العيادات والصيدليات التي للأسف تفوقت على القطاع العام. وعلى الرغم من ذلك تنفق الدولة على الرحلات العلاجية إلى الخارج، فيما يتكلف مرضى آخرون أيضاً بنفقات العلاج الخارجية.

وتستطيع الدولة -التي توظف لديها نحو خمسة ملايين مواطن- أن تطبق نظام التأمين الصحي عبر مشاركات الموظفين الرمزية، وفرض التأمين الصحي على موظفي القطاع الخاص، وإعفاء ذوي الدخل المحدود، والتزام الحكومة بالإنفاق على المؤسسات الصحية بنسبة أكبر ولاسيما مع بداية عهد السلام الداخلي وانتهاء الحروب.

وعلى ما ذكر آنفاً، تبدأ الخطوة الأولى من موافقة مجلس النواب على مثل هكذا مشروع، وتولي هيئة جديدة إدارة ومتابعة تنفيذ المشروع بعيداً عن وزارة الصحة في محافظة معينة على أن تكون هذه الهيئة مرتبطة بمجلس الوزراء، وخلال جدول زمني محدد تسعى هذه الهيئة إلى تطوير المستشفيات، ووحدات الرعاية الصحية في المناطق الشعبية والعامّة، وربطها ببعض عبر ماكنة إلكترونية، وبالتزامن تعمل هذه الهيئة على إصدار بطاقات التأمين الصحية بالتوافق مع بقية مؤسسات الدولة ولاسيما مع مؤسسة الرعاية الاجتماعية.

المصادر:

- (1) الأهرام المصرية، مشروع قانون التأمين الصحي الاجتماعي الشامل، 11 نوفمبر 2017.
- (2) اليوم السابع، آليات تطبيق التأمين الصحي الشامل بمحافظة القناة، 30 يولييه 2018.
- (3) Egypt Today, Why good? Why bad? New health insurance law discussed, 21 Dec 2017
- (4) اليوم السابع، التأمين الصحي ينعش سوق المستشفيات في مصر، 9 مارس 2018.