



مركز هي للسياسات العامة

HEYA CENTER FOR PUBLIC POLICY

ورقة سياسات

مشكلة الرعاية الصحية في مصر



www.hey-program.org
info@hey-program.org



Heya Program - برنامج هي

مقترح ورقة سياسات مشكلة الرعاية الصحية في مصر

فريق العمل	نجوى حامد عبدالكريم
فريق التنسيق والادارة والدعم	سامح فوزى سها سمير
اشراف	أ/منال سمرة أ/احمد حسن
المراجعة النهائية	أ/ احمد عبد الواحد أ/ احمد العسال د/ هيام صلاح الدين القوصى

نفذت هذه الورقة بدعم فنى من أكاديمية التنمية الدولية والشركاء المحليين، والآراء الواردة هنا تمثل آراء فريق البحث.

جميع الحقوق محفوظة @ برنامج هي ٢٠١٤

قائمة المحتويات

- ٣ قائمة المحتويات
- ٤ أولاً: المقدمة
- ٥ ثانياً: خلفية تاريخية
- ٥ ثالثاً: خلفية قانونية
- ٧ الخيارات والبدائل
- ٧ المشكلة وتأثيرها على المجتمع المحلي
- ١٠ الجهات والهيئات الحكومية والخاصة ذات الصلة

أولاً: مقدمة

يعتبر الإهتمام بالصحة إحدى المؤشرات الأساسية التي توضح مدى قيام الدولة بالتزاماتها تجاه أفراد الدولة طبقاً لما كفله الدستور من حقوق وأهمها الحق في الصحة .

وتعتبر مسألة تقديم الخدمة والرعاية الصحية للمواطنين تمس المساواة والعدالة بشكل أساسي، وتؤثر على شرعية الدولة في حالة إختيار هذه الخدمة الأساسية والتي تشمل أربعة عناصر هي:

أولاً: التوافر: القدر الكافي من المرافق الصحية العمومية ومرافق الرعاية الصحية والسلع والخدمات والبرامج.

ثانياً: إمكانية الوصول: استفادة الجميع من فرص الوصول إلى المرافق والسلع والخدمات الصحية، ضمن نطاق الولاية القضائية للدولة الطرف. وتتسم إمكانية الوصول بأربعة أبعاد هي:

- عدم التمييز
- إمكانية الوصول المادي
- إمكانية الاقتصادية للوصول (القدرة على تحمل النفقات)
- إمكانية الحصول على المعلومات

ثالثاً: المقبولية : يجب أن تحترم جميع المرافق والسلع والخدمات الأخلاق الطبية وأن تكون مناسبة ثقافياً وأن تراعي متطلبات الجنسين ودورة الحياة.

رابعاً : الجودة : يجب أن تكون المرافق والسلع والخدمات الصحية مناسبة علمياً وطبياً وذات نوعية جيدة.

وللوصول الى الحق في الصحة كان لابد ان تكون هناك ثلاثة أنواع من الالتزامات هي:

١. الاحترام :أي عدم التدخل في التمتع بالحق في الصحة.
 ٢. الحماية :أي ضمان ألا تقوم أطراف ثالثة (جهات أخرى غير الدول) بإعاقة التمتع بالحق في الصحة.
- الأداء: أي اتخاذ خطوات إيجابية لإعمال الحق في الصحة .

ثانياً: الخلفية التاريخية

تزايد تدخل الحكومة في القطاع الصحي والطبي بسرعة كبيرة منذ منتصف ستينات القرن العشرين ، وهناك جهات حكومية مختلفة تقدم الخدمات الصحية للمنتسبين إليها سواء من خلال مستشفيات مملوكة لها أو من خلال نظم التأمين الصحي والرعاية الصحية مثل الشرطة والوزارات المختلفة .

هذا بالإضافة إلى الإعانات التي تقدمها الحكومة لتعليم المهن الصحية . بينما نلاحظ دور الحكومة الأقل وضوحاً في وضع القواعد التي تحدد دفع مقابل الخدمات الصحية وتنظيمها وتوفيرها .

ويرى البعض أن تزايد تدخل الحكومة في القطاع الصحي أمر مفيد بينما يرى البعض الآخر أنه غير مناسب ويؤدي إلى عدم الكفاءة .

ثالثاً: الخلفية القانونية

بدأ تطوير الخدمات الصحية في مصر منذ عام ١٩٢٣ بإنشاء المستشفيات المركزية، وتبع ذلك في عام ١٩٢٨ إنشاء المستشفيات الريفية كعيادات خارجية مع وجود سريرين فقط للطوارئ. وتم استبدال هذه المستشفيات الريفية في عام ١٩٤٠ بالمكاتب الصحية الشاملة ، وكانت أول خدمة صحية متخصصة يتم تقديمها خارج نطاق المدن الكبيرة قد بدأت في عام ١٩٠٤ من خلال عيادات العيون المتنقلة. وقد استخدمت هذه العيادات المتنقلة أيضاً في عام ١٩٢٨ لمكافحة الأمراض المتوطنة.

وفي عام ١٩٣٦ تم إنشاء "وزارة الصحة" والتي كانت تحتوي على قسم خاص بالصحة الريفية. وكان من مهام هذا القسم إنشاء مكاتب الصحة للقيام بالإجراءات الوقائية، وألحقت هذه المكاتب أسرة للعناية بصحة الأمهات والأطفال، ووحدات متنقلة لتقديم العلاج. في عام ١٩٤٢ صدر القانون رقم ٦٤ والخاص بتحسين الصحة في الريف. وقد قرر القانون تأسيس إدارات للصحة والهندسة في كل مديرية (محافظة) من مديريات مصر. عملت هذه الإدارات على تحسين الظروف الصحية العامة للقرى في المناطق التابعة لكل مديرية. وقرر القانون أيضاً إنشاء المجمعات الصحية (مجمع صحي واحد لكل ١٥٠٠٠٠ نسمة)، وبعد ثورة يوليو ١٩٥٢ عملت الدولة على التوسع ومد الخدمات خارج نطاق المدن والمناطق الحضرية ووصولها إلى الريف، وأيضاً إلى الوجه القبلي

في أحدث تقرير للاتحاد العربي لمنتجات الأدوية و المستلزمات الطبية التابع لجامعة الدول العربية عام ٢٠١١،ⁱⁱ احتلت مصر المركز الأول عربيا في إنتاج الأدوية حيث تبلغ قيمةⁱⁱⁱ إنتاجها ٢٨١٠ مليون دولار، كما احتلت أيضا المركز الأول من حيث عدد المصانع الدوائية البالغة ٨٥ مصنع.

ومن هنا نرى:

يتطلب تخطيط سياسة تمويل قطاع الصحة وتنفيذها وإدارتها وتحليلها على النحو السليم معرفة جيدة بقضايا تمويل قطاع الصحة وبالقيود والفرص التي يتيحها السياق والأدوات المناسبة لدعم اتباع أسلوب منهجي في معالجة هذه القضايا.

وتحتاج البلدان، من أجل تحسين نظم تمويلها لقطاع الصحة، أن تتكيف باستمرار تبعاً لتغير الحالة وأن تُعدّل من هذه النظم. فالتقدم نحو التغطية الشاملة ليس عملية خطية، ولكنه يتطلب إجراءات على جبهات مختلفة يتعيّن القيام بها في آن معاً.

ومع ذلك، فحتى إذا كانت إجراءات مختلفة قد تُتخذ على نحو متداخل، فثمة طريق ينبغي من خلاله تنظيم سياسة تمويل قطاع الصحة وعملية وضع الاستراتيجية الخاصة به؛ وهذا الطريق يؤكد على ضرورة قيام البلدان باستمرار بإعادة تقييم استراتيجياتها ووضع خطط جديدة للتصدي للمشاكل والتحديات المستجدة. . وهي عملية مستندة إلى التعلّم المستمر، حيث تُستخدم الحقائق العملية المستمدة من تنفيذ النظام في إعادة التقييم والتعديل المستمرين. وهي أيضاً عملية مستندة إلى رؤية واضحة للمستقبل قائمة على فهم الحاضر سوف توجه البلدان في اختيارها للطريق الذي تتبعه نحو تحقيق التغطية الشاملة.

البدائل المقترحة :

- تلتزم الدولة بإقامة نظام تأمين صحي شامل لجميع المصريين يغطي كل الأمراض ، وينظم القانون إسهام المواطنين في إشتراكاته أو إعفائهم منها طبقاً لمعدلات دخولهم.
- يجرم الإمتناع عن تقديم العلاج بأشكاله المختلفة لكل إنسان في حالات الطوارئ أو الخطر على الحياة
- تلتزم الدولة بتحسين أوضاع الأطباء وهيئات التمريض والعاملين في القطاع الصحي .

الخيارات والبدائل:

أ. البدائل القانونية والسياسات:

إنشاء المحكمة الطبية كجهة محايدة مستقلة تفصل في شكاوى المرضى ضد كل العاملين في مجال التشخيص والعلاج ولها أن توقع العقوبات المهنية (مثل: الإيقاف عن العمل وما شابه).

ب. البدائل المالية:

ضبط تكاليف الخدمة الصحية:

تعتبر الخدمات الصحية من السلع الغالية في أي دولة بغض النظر عن من يدفع ثمنها وهناك عدة اتجاهات للسيطرة على التكاليف منها:

- إدخال مقياس المنافسة بين مقدمي الخدمة العامة محاولة لتحقيق الكفاءة .
- السماح لمقدمي الخدمة العامة بمزيد من الاستقلالية لتحقيق الابتكار في عملهم .
- إدخال نظم معلومات ومدفوعات جديدة تغير نمط حوافز مقدمي الخدمة .
- إدخال نظم المدفوعات المشتركة (التأمين المشترك) التي تحاول تخفيض الطلب على الخدمات .

ت. البدائل الإدارية والتأهيل:

رفع كفاءة مقدم الخدمة:

محاولة تحقيق الكفاءة الاقتصادية الجزئية داخل نظم تمويل مقدمي الخدمة الصحية علماً بأنه يمكن زيادة الكفاءة الجزئية مع زيادة التكاليف كما أن محاولة خفض التكاليف قد تضر مقدم الخدمة الكفاء وغير الكفاء ، وهذا يبديد حوافز الكفاءة .

المشكلة وتأثيرها على المجتمع المحلي:

أ- تعريف وتحديد المشكلة والسياسات التي تحكمها:

تعتبر الرعاية الصحية الأولية هي الرعاية الصحية الأساسية التي تُتاح على نحو شامل للأفراد والأسر في المجتمع المحلي بوسائل يمكنهم قبولها وبمشاركتهم الكاملة وبتكاليف يمكن لأفراد المجتمع المحلي وسكان البلد قاطبة تحملها. وتلك الرعاية جزء لا يتجزأ من نظام البلد الصحي، إذ هي تمثل نواة ذلك النظام، ومن مجمل التنمية الاجتماعية والاقتصادية للمجتمع المحلي.

ب - التعرف على المعلومات المتاحة المتعلقة بالمشكلة وكيفية التعامل معها:

ان نظام الرعاية الصحية في مصر يعيش حالة أزمة، وأنه في احتياج شديد لتطوير قانون التأمين الصحي، وتعظيم جودة الخدمة الصحية وتوسيع مدى ونطاق اتاحتها أمام المواطنين .
ومنذ عهد محمد علي، وحتى اتفاق الإصلاح الصحي الذي أبرمه أ.د. إسماعيل سلام - وزير الصحة الأسبق عام ١٩٩٨ مع عدد من المؤسسات وهي: البنك الدولي، والاتحاد الأوروبي، والوكالة الأمريكية للتنمية الدولية، المانحة لتمويل برامج محدده تستهدف إصلاح وتطوير الخدمات الصحية التي يتلقاها المواطن المصري وبتكلفة إجمالية تقدر بـ ٢٧٠ مليون دولار الا أن المواطن لم يشعر بجودة للخدمة الصحية المقدمة .

ت - التعرف على مدى الوعي والمعرفة لدى المجتمع المحلي بأبعاد المشكلة وتأثيراتها:

- إن هناك العديد من المشكلات التي تعمل على تفاقم أزمة الرعاية الصحية بمصر ومنها :-
- توجه الدولة للتخلي عن بعض وظائف الرعاية الصحية للمواطنين مع التوجه نحو الخصخصة واقتصاديات السوق
 - فتح الباب أمام العلاج الفندقى (خمس نجوم).
 - الضعف المستمر لقطاع التأمين الصحي.
 - التدخل الخارجي من جانب مؤسسات دولية عديدة لإعادة هيكلة قطاع الرعاية الصحية في مصر
 - عدم تكامل الخدمات الصحية .
 - رفض إجبار المواطنين على دفع نسبة من تكلفة الخدمة (الربع أو الثلث) بدون حد أقصى لأنها تعجز المواطنين عن تلقى العلاج الضروري والاكتفاء بالاشتراك ورسوم رمزية على أقصى تقدير .
 - رفض قيام الجهات الإدارية منفردة (سواء الوزير المختص أم رئيس الوزراء) بتغيير أسس العلاقة التعاقدية التأمينية سواء من حيث حزمة الخدمات أم من حيث قيمة الاشتراك، والإصرار على عدم تعديل القانون إلا بقانون جديد بمشاركة المنتفعين والعرض على المجالس التشريعية .
 - رفض قيام جهات ربحية سواء مملوكة للدولة (الشركة القابضة) أو جهات خاصة بتقديم الجسم الأساسي للخدمات العلاجية والإصرار على تقديمها بواسطة جهة غير ربحية مثل هيئة التأمين الصحي وليظل دور القطاع الخاص مكملا عند الاحتياج .

ث- الحدود الجغرافية والديموغرافية للمشكلة :

رصدت هذه المشكلة على مستوى الجمهورية

ج- تأثير المشكلة على المرأة ودورها في التعامل مع المشكلة:

إن المرأة كأحد العاملات بالمنظومة الصحية " كمرضة " تعاني من تدني ثقافة المجتمع و النظرة السيئة للمهنة ومتطلباتها .

كذلك فإن التركيز على البنات في التمريض يعاظم تأثير إجازات الحمل و الولادة و الوضع و رعاية الطفل والتوقف عن العمل للزواج يؤثر بدوره على المنظومة الصحية .

ح - تحديد الإجراءات المجتمعية المحلية للتكيف مع المشكلة :

يجب أن تتضافر كل الجهود للمساهمة في إيجاد حلول فعلية واقعية بمشاركة الجميع المؤسسات المدنية والأهلية والتنفيذية من خلال الحوارات المجتمعية والموائد المستديرة وخاصة فيما كفلة الدستور والقانون كحق أصيل لكل مواطن في الصحة في إطار برنامج توعوي لكل الفئات دون تمييز طبقا لتعريف منظمة الصحة العالمية فإن "التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه هو أحد الحقوق الأساسية لكل إنسان، دون تمييز بسبب العنصر أو الدين أو العقيدة السياسية أو الحالة الاقتصادية أو الاجتماعية ."

خ- الخيارات والبدائل المتاحة للمجتمع للتعامل مع المشكلة :

- اعتبار الخدمات الصحية سلعة للبيع تطبق عليها قواعد إدارة الجودة في الحصول عليها في ظل اعتبار أن التنافس الرأسمالي هو الحل.
- الدولة منظم ومراقب وليست مقدماً للخدمة الصحية.
- التأمين الصحي ممول وليس مقدماً للخدمة .
- التركيز على تقديم رعاية صحية متميزة للفقراء ورعاية تجارية للقادرين.
- فصل التمويل عن الخدمة والإدارة على أساس ربحي .
- ومشاركة المواطنين في رفع النسبة من تكلفة العلاج والتدخلات الطبية والجراحية.
- وتقديم حزم تأمينية مختلفة - كل على حسب قدرته ولكن بجودة خدمة مميزة .

الجهات والهيئات الحكومية والخاصة ذات الصلة :

- وزارة الصحة
- وزارة التضامن الإجتماعى
- جهات غير حكومية : - الجمعيات والمؤسسات الأهلية
- وزارة التعليم العالى
- وزارة البحث العلمى
- وزارة التربية والتعليم
- المجلس الطبية المتخصصة
- المجلس القومى للمرأة
- رجال الدين
- الإعلام

نبذة عن المركز:

مركز هي للسياسات العامة هو مركز بحثي يعمل في عدة دول عربية على مستوى الشرق الاوسط وشمال افريقيا وهي (مصر، الاردن، تونس، لبنان واليمن). حيث يعمل المركز على تعزيز قدرات المرأة في مجال تحليل ورسم السياسات العامة وتنمية قدراتها في الحوكمة الرشيدة من خلال اجراء البحوث والدراسات والبرامج التي تخدم غاية المركز. ويهدف مركز هي للسياسات العامة الى ان يكون بيت خبرة ومرجع للسياسات. ويرتكز المركز في عمله على مجموعة من القيم المجتمعية وخاصة المشاركة، الشفافية، احترام التنوع والنزاهة بالاضافة الى الابتكار والإبداع.

الاهوار الفرعية للمركز:

- المساهمة في تحليل ورسم السياسات العامة في شتى المجالات بإتباع منهجيات تشاركية
- العمل على تعزيز مشاركة المرأة في مجال الانتخابات وتفعيل إدماجها في ادارة الشأن العام
- نشر مفاهيم وقيم وممارسات الحوكمة الرشيدة وحقوق المرأة
- تعزيز دور المرأة في ترسيخ ودعم مبادئ الديمقراطية
- اقامة علاقات تعاون وشراكة مع مختلف المؤسسات العامة والخاصة ومنظمات المجتمع المدني على المستوى الوطني والدولي فيما يتوافق مع رؤية المركز

