

التأمين الصحي ..ضمانات غير كافية

ورقة سياسات حول منظومة التأمين الصحي في مصر

الناشر:

المفوضية المصرية للحقوق والحريات

WWW.EC-RF.ORG

Info@Rights-Freedoms.ORG



هذا المُصنَّف مرخص بموجب رخصة المشاع الإبداعي

نَسب المُصنَّف -الترخيص بالمثل، ٤ دولي.

إعداد

رنا جاد

الباحثة ببرنامج الحقوق الاقتصادية والاجتماعية بالمفوضية المصرية للحقوق والحريات

مراجعة

مها أحمد

مديرة برنامج الحقوق الاقتصادية والاجتماعية بالمفوضية المصرية للحقوق والحريات

مقدمة

تستهدف هذه الورقة بشكل رئيسي الرأي العام من صحفيين ومنظمات غير حكومية مصرية وإقليمية ومنظمات دولية، للعمل معاً من أجل الحق في التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه (الحق في الصحة) من خلال الضغط على البرلمان المصري والحكومة لانتهاج إصلاحات شاملة للمنظومة الصحية وتقديم الورقة بعض المقترحات والبدائل للسياسات الصحية القائمة لتحسين وضع النظام التأميني والصحي في مصر. يستوجب ذلك العمل على تعديل القوانين المتعلقة بالتأمين الصحي وتفعيل النصوص التي أوردها الدستور والقانون المصري بشأن الصحة.

كما تسلط الورقة الضوء على نصوص وردت في القانون الدولي لحقوق الإنسان وكذلك نصوص قانونية كفلها دستور عام 2014 الذي يكفل الحق في الصحة، وستقدم الورقة تحليلاً ومصادر لحالات وممارسات مخالفة لهذه القوانين. سنقوم بعد ذلك بتوفير بدائل وتوصيات مقترحة لمعالجة قضية الرعاية الصحية في مصر.

ومن منطلق أن جميع البشر متساوون، وأن جميع الحيوانات بالأهمية ذاتها فإنه من حق جميع البشر التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه (الحق في الصحة) . وبينما يختلف البشر في ظروفهم المادية وأوضاعهم الاجتماعية ومقدار ما حصلوا عليه من تعليم وتوعية صحية يبدو ضرورياً أن يكون هناك منظومة تكفل لهم الحق في الرعاية الصحية وتحمل عنهم العبء المادي للمرض.

تسعى هذه الورقة إلى توضيح وتطرح الحلول للمشكلات التي تواجه منظومة التأمين الصحي المصرية من غياب للكفاءة والجودة وتوزيع غير عادل للخدمات الصحية المقدمة للمواطنين ومستشفيات متهاكة وفريق طبي يواجه ضغوطاً تعيق عمله في رعاية المواطنين وتضع بين أيدي متخذي القرار والمهتمين بالشأن الصحي المصري تحليلاً للوضع الصحي الراهن وآلية للعمل والانطلاق نحو رعاية صحية أفضل بشكل عام ومظلة تأمينية أوسع وأكثر شمولاً على وجه الخصوص .

بينما يعاني كل عام نحو 150 مليون شخص في العالم من كوارث مالية ويقع 100 مليون شخص في دائرة الفقر بسبب الإنفاق على الرعاية الصحية، فإن للنظم التأمينية التي تبناها الدول والأنظمة القدرة على

حماية الكثيرين من هذا المصير. من هنا يصبح واضحاً أهمية وجود نظم تكافل صحي واجتماعي تكفل للبشر الأمان في مواجهة المرض من حيث الحق في الرعاية الصحية الملائمة والفعالة والفرصة في متابعة الحياة.

حين نتحدث عن نظام تأمين صحي يوفر الرعاية الصحية للمواطنين المصريين فإننا ننطلق من رؤيتنا لحق المصريين في الصحة وفي الأمان الاجتماعي ومسئولية الدولة عن العمل على توفير كل سبل الرعاية الصحية وتطوير قطاع الصحة في مصر بما يلبي احتياجات المواطنين وخاصة قطاع التأمين الصحي الذي طاله الكثير من الإهمال والفساد مما جعله هيكلاً فارغاً لا يقدم رعاية صحية حقيقية للمواطنين .

تاريخ التأمين الصحي:

ظهر التأمين الصحي الاجتماعي في مصر بشكله الحالي لأول مرة عام 1964 بصور قانونين هامين:

قانون 75 لسنة 1964

تقضي أحكام هذا القانون بتطبيق التأمين الصحي على موظفي الحكومة والهيئات العامة والمؤسسات العامة ووحدات الإدارة المحلية مقابل إشتراك قدره 3 % من أجور العاملين شهرياً يسددها صاحب العمل (الحكومة)، بالإضافة إلى 1 % من الأجر الشهري يسدده العامل أو الموظف. وبناءً على هذا القانون صدر قرار رئيس الجمهورية 1209 لسنة 1964 بإنشاء الهيئة العامة للتأمين الصحي لتنفيذ ما جاء به.

قانون 63 لسنة 1964

تقضي أحكام هذا القانون بتطبيق التأمين الصحي على العاملين بالقطاعات العام والخاص الخاضعين لقانون التأمين الاجتماعي مقابل اشتراك 4 % من الأجور الشهرية يسددها صاحب العمل بالإضافة إلى 1 % من الأجر الشهري يسدده العامل. وقد أنط القانون بالهيئة العامة للتأمينات الاجتماعية في ذلك الوقت تنفيذ هذا القانون نظراً للازدواج في تنفيذ التأمين الصحي بين الهيئة العامة للتأمين الصحي والهيئة العامة للتأمينات الاجتماعية.

*سبق هذا التاريخ صدور العديد من التشريعات كانت موجهة بصفة أساسية للقوى العاملة من العمال والموظفين وبيئة العمل وتعني بإصابات العمل وتعويضاتها , وبعض النماذج للرعاية المرضية.

وبينما كان ظهور نظام التأمين الصحي المصري بهدف تحسين مستوى الرعاية الصحية المقدمة للمواطنين وضمان الغطاء التأميني لهم, ولكن خلال أكثر من 60 عام لم تستطع الدولة اتمام هذه

المهمة. وبعد مرور قرابة 6 أعوام على ثورة يناير 2011 والتي كانت العدالة الاجتماعية مطلباً رئيساً لها، فإن الرعاية الصحية المتكاملة والعدالة لجميع المواطنين ما زالت غير متحققة على أرض الواقع.

الرعاية الصحية حق وليس امتياز:

تم التأكيد على الحق في الصحة في معاهدات حقوق الإنسان الدولية والإقليمية وهو حق مثبت ومنصوص عليه في مواثيق وإعلانات دولية عديدة وفي دساتير وطنية في مختلف أنحاء العالم.

أهم معاهدات الأمم المتحدة لحقوق الإنسان التي نصت على الحق في الصحة:

-العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، 1966

-اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة، 1979

-اتفاقية حقوق الطفل، 1989

أهم معاهدات حقوق الإنسان الإقليمية التي نصت على الحق في الصحة:

-الميثاق الاجتماعي الأوروبي، 1961

-الميثاق الأفريقي لحقوق الإنسان والشعوب، 1981،

-البروتوكول الإضافي للاتفاقية الأمريكية لحقوق الإنسان المتعلق بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية (بروتوكول سان سلفادور)، 1988.

وقد نص الإعلان العالمي لحقوق الإنسان على أنه: "لكل شخص الحق في مستوى من المعيشة كاف للمحافظة على الصحة والرفاهية له ولأسرته، ويتضمن ذلك التغذية والملبس والمسكن والعناية الطبية، وكذلك الخدمات الاجتماعية اللازمة، وله الحق في تأمين معيشته في حالات البطالة والمرض والعجز والترمل والشيخوخة وغير ذلك من فقدان وسائل العيش نتيجة لظروف خارجة عن إرادته".^٢

وتُعرف المادة 12 من العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية الحق في الصحة باعتباره

"...حق كل إنسان في التمتع بأعلى مستوى من الصحة الجسمية والعقلية يمكن بلوغه".

وتنص المادة على أن التدابير التي يلزم اتخاذها من أجل إعمال هذا الحق تشمل ما يلي:

-خفض معدل موتي المواليد ومعدل وفيات الرضع وتأمين نمو الطفل نمواً صحياً؛

-تحسين النظافة البيئية والصناعية؛

-الوقاية من الأمراض الوبائية والمتوطنة والمهنية والأمراض الأخرى وعلاجها ومكافحتها؛

-تهيئة ظروف من شأنها تأمين الخدمات الطبية والعناية الطبية للجميع في حالة المرض.

لتوضيح وتفصيل النصوص الواردة أعلاه قامت لجنة الأمم المتحدة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية في عام 2000، والتي تتولى تفسير مواد العهد ومتابعة الامتثال للعهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، باعتماد تعليق عام بشأن الحق في الصحة .

ويقضي التعليق العام بأن الحق في التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه (الحق في الصحة) لا ينطوي على توفير خدمات الرعاية الصحية في الوقت المناسب فحسب، بل ينطوي أيضاً على محددات الصحة الدفينة، مثل توفير المياه النقية والصالحة للشرب ووسائل الإصحاح الملائمة وإمدادات كافية من الأغذية والأطعمة المغذية المأمونة والمساكن الآمنة وظروف مهنية وبيئية صحية وتوفير وسائل التثقيف الصحي والمعلومات الصحية المناسبة، بما في ذلك في مجال الصحة الجنسية والإنجابية.

ويشمل حق كل انسان في الصحة، حسب التعليق العام، أربعة عناصر هي:

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

٢-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

-الإمكانية الاقتصادية للوصول (القدرة على تحمّل النفقات)

-إمكانية الحصول على المعلومات

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

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

والحق في الصحة قد تم تأكيده في الدستور المصري كواحد من الحقوق الاقتصادية والاجتماعية من خلال المادة 18 التي تنص على " لكل مواطن الحق في الصحة وفي الرعاية الصحية المتكاملة وفقاً لمعايير الجودة، وتكفل الدولة الحفاظ على مرافق الخدمات الصحية العامة التي تقدم خدماتها للشعب ودعمها والعمل على رفع كفاءتها وانتشارها الجغرافي العادل. وتلتزم الدولة بتخصيص نسبة من الإنفاق الحكومي للصحة لا تقل عن 3 % من الناتج القومي الإجمالي تتصاعد تدريجياً حتى تتفق مع المعدلات العالمية. وتلتزم الدولة بإقامة نظام تأمين صحي شامل لجميع المصريين يغطي كل الأمراض، وينظم القانون إسهام المواطنين في اشتراكاته أو إعفاءهم منها طبقاً لمعدلات دخولهم. ويجرم الامتناع عن تقديم العلاج بأشكاله المختلفة لكل إنسان في حالات الطوارئ أو الخطر على الحياة. وتلتزم الدولة بتحسين أوضاع الأطباء وهيئات التمريض والعاملين في القطاع الصحي. وتخضع جميع المنشآت الصحية، والمنتجات والمواد، ووسائل الدعاية المتعلقة بالصحة لرقابة الدولة، وتشجع الدولة مشاركة القطاعين الخاص والأهلي في خدمات الرعاية الصحية وفقاً للقانون."

مسئولية من؟

"الوصول لأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه هو أحد الحقوق الأساسية لكل إنسان"

ويعني الحق في الصحة أن الدول يجب أن تهيئ الظروف التي يمكن فيها لكل فرد أن يكون موفور الصحة بقدر الإمكان.

ومن هنا تقع على الدول مسؤولية توفير الظروف التي يمكن فيها لكل فرد أن يكون موفور الصحة بقدر الامكان وتتراوح هذه الظروف بين ضمان توفير الخدمات الصحية وظروف العمل الصحية والمأمونة والإسكان الملائم والأطعمة المغذية. ولا يعني الحق في الصحة الحق في أن يكون الإنسان موفور الصحة^٤.

وتلتزم الدولة المصرية في المادة 18 من الدستور المصري بتوفير الرعاية الصحية المتكاملة للمواطنين، كما تلتزم بإقامة تأمين صحي شامل لجميع المصريين يغطي كل الأمراض، وتخضع جميع المنشآت الصحية، والمنتجات والمواد، ووسائل الدعاية المتعلقة بالصحة لرقابة الدولة.

من هنا فإن الدولة المصرية مسؤولة كاملة عن كل ما يتعلق بصحة مواطنيها، وبقع عليها عبء توفير الخدمات الصحية والعلاج بأسعار معقولة وبكميات مناسبة لمقدار الطلب.

^٣ منظمة الصحة العالمية- صحيفة وقائع رقم 323- نوفمبر 2013

^٤ انظر المصدر السابق

هذا وعلى الدولة أن تقوم بمسئوليتها تجاه الشرائح الأكثر فقراً والتي نجد أنها الأكثر تأثراً بتملص الدولة من التزاماتها في ملف الصحة بسبب النظر للخدمة الصحية كسلعة ووسيلة للتربح في دولة يزرع أكثر من 27.8% من سكانها تحت خط الفقر^٥.

كما أن هذا من ناحية أخرى سيوفر على الدولة مواجهة المشكلات والأعباء التي ستننتج عن تدهور الصحة في مصر نتيجة تردي الخدمة الصحية .

التأمين الصحي، لماذا؟

يعد التأمين الصحي الإلزامي أداة تستخدمها الدولة لإيصال الخدمات الصحية عالية الجودة -من فحص وتشخيص وعلاج- إلى مستحقيها دون معاناة أو تفرقة وبشكل يضمن التوزيع العادل للخدمات وبصورة تهدف إلى تخفيف الانفاق الشخصي على الصحة وزيادة مفهوم التكافل فيما يخص الرعاية الصحية.

كما يعد وسيلة لمواجهة العوائق الجغرافية والثقافية وكل أنواع التمييز على أساس النوع أو اللون وغيرها عند تلقي العلاج وحماية المواطنين تحت خط الفقر والأقل حظاً من الأمراض المزمنة والوبائية.

إننا حين ن فكر بنظام تأميني صحي يكفل للمصريين حقوقهم في الحصول على الرعاية الطبية المناسبة وذات الجودة فإننا يجب أن نضع نصب أعيننا أن مشكلات القطاع الصحي في مصر هي مشكلات متشابكة ومتداخلة وأنه لا سبيل لتوفير غطاء تأميني حقيقي بدون رفع جودة المستشفيات التي تنفذ خطوات العلاج الفعلي وأنه لا مفر من تأهيل فريق طبي على أعلى مستوى من الكفاءة وتوزيع عادل لوحدات الرعاية الصحية بين الريف والحضر. من هنا فإنه ينبغي علينا -إن أردنا نظاماً تأميني يحمي الكرامة الإنسانية ويعمل من أجل تكافل وطني حقيقي في مواجهة المرض -أن نبحث مشكلات القطاع الصحي المصري ككل ونتوصل إلى حلول فعالة وقابلة للتطبيق في أسرع وقت.

يواجه قطاع الصحة في مصر أزمات ومشكلات عديدة ومتداخلة بحيث يبدو من غير المنطقي العمل على حل إحداها بدون الأخرى أو بالتتابع وإنما تحتاج إلى خطة عمل تراعي أن تسير الاصلاحات جنباً إلى جنب وبصورة متوازنة.

التأمين الصحي الاجتماعي

التأمين الصحي الاجتماعي هو نظام علاجي غير هادف للربح، تلتزم الدولة من خلاله بتقديم الرعاية الصحية لجميع مواطنيها بدون تفرقة وبشكل عادل وفي إطار يحفظ للمواطنين حقوقهم وكرامتهم ويرفع عنهم العبء المادي للمرض.

^٥ الدخل والإنفاق والاستهلاك في مصر - 2015 الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء-

وتواجه منظومة التأمين الصحي منذ إنشائها وحتى اليوم مشكلات عديدة، فبينما تنص المادة 18 من الدستور المصري على "حق المواطن في الرعاية الصحية المتكاملة وتلتزم الدولة بتوفير نظام تأمين شامل لكل المصريين يغطي جميع الأمراض ، كما تكفل الدولة الحفاظ على مرافق الخدمات الصحية العامة التي تقدم خدماتها للشعب ودعمها والعمل على رفع كفاءتها وانتشارها الجغرافي العادل". فإننا نجد غياباً تاماً لمبادئ المساواة بين المواطنين من حيث التوزيع العادل لوحدات الرعاية الصحية ووصول الخدمات الطبية للمناطق الأكثر احتياجاً، كما نجد انخفاض شديد في مستوى الرعاية الطبية المقدمة ويرافق ذلك نقص في الموارد اللازمة من مستلزمات طبية وفحوصات وأدوية وأجهزة حديثة، مما يعني رعاية صحية قاصرة. وغير شاملة.

فإنه لا إصلاح حقيقي وفعال للمنظومة التأمينية بدون إصلاح للمنظومة الصحية الأوسع، فمعظم المشكلات التي تواجه قطاع التأمين الصحي تنتج بالأساس عن نظام صحي متهالك وفقير.

إ- ضعف الإنفاق على ملف الصحة

تبدو هذه واحدة من أكبر المشكلات التي تواجه الرعاية الطبية في مصر وأكثرها خلقاً لمستويات مختلفة من الترددي في الخدمة الطبية، ففي ظل نقص الموارد والامكانيات ينخفض أداء الفريق الطبي وتعاني المناطق النائية من غياب المستوى الأدنى من الرعاية الصحية.

وبينما تناهز نسبة الإنفاق على الصحة في دول أفريقيا 10% فقط. فإن متوسط نسبة الإنفاق الحكومي الإجمالي على الصحة في أوروبا تصل نحو 13%. ويلزم الدستور المصري الدولة بتخصيص نسبة من الإنفاق الحكومي للصحة لا تقل عن 3% من الناتج القومي الإجمالي تتصاعد تدريجياً حتى تتفق مع المعدلات العالمية. في الوقت الذي تفشل فيه الحكومة المصرية في تنفيذ ذلك على ضآلته.

الناتج المحلي الإجمالي هو قيمة السلع والخدمات في الاقتصاد القومي التي تنتجها الدولة داخل إقليمها وحدودها، كما أن الناتج المحلي الإجمالي (طبقاً لمشروع الموازنة المقدم من وزارة المالية) حوالي 3.24 تريليون جنيه، وبالتالي يجب ألا تقل موازنة الصحة عن 97 مليار ولكننا نجد أن المخصص للصحة هو 48.99 مليار جنيه فقط في موازنة 2016 – 2017، أي نصف النسبة الدستورية تقريباً^٦.

^٦ حسب تقرير صادر عن منظمة الصحة العالمية في 2010
^٧ وزارة المالية-الموازنة العامة 2016/2017

ويؤثر هذا بشكل مباشر على المرافق والخدمات الصحية ككل وعلى تلك الخدمات التي توفرها المستشفيات التأمين الصحي، والتي هي بالأساس وحدات صحية تابعة لوزارة الصحة والتعليم العالي.

٢- مصادر تمويل التأمين الصحي

يُمول نظام التأمين الصحي بشكل أساسي عن طريق اشتراكات المؤمن عليهم بنسبة تصل إلى 72% حسب إحصاءات منظمة الصحة العالمية، بينما تشارك الدولة بنسبة من الميزانية المخصصة للصحة بجانب أصحاب الأعمال بالنسبة الباقية.

وبينما يتحمل المصريون الجزء الأكبر من عبء الانفاق على الرعاية الصحية نرى فروقاً واضحة في الحصول على خدمات التأمين الصحي بين الشرائح المختلفة المقسمة حسب مؤشر الثروة، حيث يقر 47.2% من الطبقة الأكثر ثراءً باستفادتهم من خدمات التأمين الصحي في مقابل 13.9% من الشريحة الأفقر^٨.

في عام 2012 بلغت مساهمة الانفاق الخاص على الصحة في مصر كنسبة من اجمالي الانفاق على الصحة 59.6%، مما يجعل مصر واحدة من أعلى دول العالم من حيث الانفاق الخاص على الصحة وهو مؤشر خطير لارتفاع معدل خصخصة القطاع الصحي^٩.

٣- مصريون خارج المظلة التأمينية

بينما ينص الدستور المصري على خدمة تأمين صحي شامل لكل المصريين، نجد أن التغطية التأمينية لا تتجاوز 58% من السكان أغلبهم من سكان الحضر ومن العاملين في القطاعات الرسمية للاقتصاد طبقاً للإحصائيات الأكثر تفاعلاً^{١٠}، ويعاني المواطنون من العاملين بقطاع الاقتصاد غير الرسمي من انعدام الغطاء التأميني ويتحملون بشكل شخصي الأعباء المادية للمرض.

الفلاحون المصريون كمثال للمواطنين العاملين لدى أنفسهم أو خارج القطاع الرسمي للاقتصاد تقدرهم الإحصاءات الرسمية الصادرة عن وزارة الزراعة إلى وجود 750 ألف فلاح مصري، بينما تتحدث الإحصاءات غير الرسمية والنقابات المختلفة عن 8 ملايين فلاح، يقع أغلبهم خارج المظلة التأمينية.

وكان عدد المؤمن عليهم قد ارتفع من 45004 للعام 2009/2010 إلى 48678 للعام 2012/2013 بمعدل تغير 3.8% عن العام السابق،^{١١}

^٨ حسب المسح الديموغرافي الذي قامت به وزارة الصحة عام 2008.

^٩ منظمة الصحة العالمية-مستودع البيانات-معدلات الانفاق على الصحة

^{١٠} بيانات الهيئة العامة للتأمين الصحي

^{١١} طبقاً لبيانات الجهاز المركزي للتعبئة العامة والاحصاء 2013

كما إننا وعلى الجانب الآخر نجد أن المسح الديموغرافي والصحي الذي قامت به وزارة الصحة لعام 2008 قد وجد أن 27.6% ممن أجري عليهم البحث هم فقط من يتمتعون بخدمات التأمين الصحي وهو تقريباً نصف الرقم الذي أقرته بيانات الهيئة العامة للتأمين الصحي. ويشير المسح ذاته إلى أن الشريحة الأكثر ثراء هي التي تتمتع بأكبر قدر من خدمات هيئة التأمين الصحي .

٤-سوء توزيع مراكز الخدمة

يحصل سكان القاهرة على الخدمة الصحية من خلال 469 مركز لتقديم الخدمة وفقاً لتقرير الجهاز المركزي عام 2014 بينما تقدم الخدمة إلى سكان محافظة الأقصر من خلال 13 مركز حكومي فقط. أما محافظة شمال سيناء فنجد أن الخدمة تقدم من خلال 15 مركز فقط.^{١٢}

ومن خلال إلقاء نظرة على التوزيع الإقليمي للإنفاق على الصحة نجد أن هناك تباين واضح بين الأقاليم المختلفة، حيث تتقدم محافظات الحدود بـ 746 جنيه للفرد ويأتي نصيب الفرد من الإنفاق في محافظات القناة تالياً بـ 401 جنيه، وينخفض نصيب الفرد في الدلتا بـ 319 جنيه، ليكون الصعيد الأكثر فقراً بمتوسط إنفاق سنوي للفرد يصل إلى 235 جنيه^{١٣}.

٥-انخفاض جودة المستشفيات التابعة لهيئة التأمين الصحي

كما يتضاءل يوماً بعد يوم عدد المستشفيات التابعة لهيئة التأمين الصحي لعدم ملاقاتها معايير الجودة وتصل إلى 40 مستشفى و296 عيادة شاملة و764 عيادة ممارس بالمنشأة تابعة للهيئة و3289 وحدة ريفية، بالإضافة إلى عيادات الطلاب وعيادات الأسنان^{١٤}.

وبلغ متوسط عدد الأسرة في مصر 14.88 سرير لكل 10000 مواطن في العام 2013^{١٥} وهو ما يعد مؤشر على مدى إتاحة الموارد والخدمات الصحية في الدول .

٦-خصخصة القطاع الصحي

بدا من الواضح خلال السنوات القليلة الماضية وجود توجه من الدولة المصرية لخصخصة القطاع الصحي وهو ما ظهر جلياً في المسودة الأخيرة لقانون التأمين الصحي الجديد. وتشير إحصاءات الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء إلى ارتفاع عدد الوحدات الصحية (بأسرة) التابعة للقطاع الخاص من 1202 وحدة عام 2004 إلى 1403 عام 2014 بما يرفع نسبة مشاركة القطاع الخاص إلى 68% من إجمالي الوحدات الصحية .

^{١٢} انظر المصدر السابق

^{١٣} انظر المصدر السابق

^{١٤} انظر المصدر السابق

^{١٥} انظر المصدر السابق

ومن المقلق للغاية أن يتحول تقديم الخدمة الصحية إلى وسيلة للربح في الوقت الذي يفتقر فيه المجتمع المصري لمقومات العدالة الاجتماعية وبعاني فيه القسم الأكبر من السكان من الفقر والمرض. حيث أن خصصة مستشفيات الصحة والمستشفيات التكاملية سيضطر المريض إلى دفع ثمن تكلفة الخدمة الطبية الكامل وليس المدعوم من هيئة التأمين الصحي وهو ما لا تستطيع الشريحة الأكبر من المصريين تحمله في ظل الأزمة الاقتصادية الحالية وارتفاع معدلات التضخم وغياب العدالة الاجتماعية في توزيع الموارد والأجور .

وكانت المخاوف قد زادت حول اتجاه الحكومة لخصصة جزء كبير من القطاع الصحي في ديسمبر 2016 بعد تصريحات للرئيس السيسي عن عرض مستشفيات التكامل على المجتمع المدني والقطاع الخاص لبيعها.

٨-أزمات نقص الدواء

تهدد أزمات نقص الدواء المتتالية حياة آلاف المصريين من المصابين بالأمراض المزمنة أو هؤلاء الذين يحتاجون لجراحات عاجلة، حيث يواجه المريض المصري ومقدمي الخدمات الصحية صعوبة شديدة في الحصول على كثير من الأدوية الضرورية، ومن المؤسف أن هذه الأزمة تتكرر بصورة دورية وينتهي الأمر كل مرة بإنهائها بصورة مؤقتة من دون وضع استراتيجية حقيقية لمواجهة الأسباب وراءها.

وبينما يعاني المريض المصري ومنذ فترة طويلة من أزمة نقص حادة في بعض أصناف الأدوية، وصلت تلك الأزمة لذروتها في الشهور القليلة الماضية نتيجة الارتفاع الغير المسبوق لسعر الدولار مقابل تحرير سعر صرف العملة المصرية. نقص في أصناف الأدوية وصل إلى اختفاء تام 1600 صنف من الأدوية^{١٦}، بعضها ليس له بديل وتوقف لمحطات الغسيل الكلوي حول الجمهورية وشلل في غرف العمليات وغرف الطوارئ في كثير من مستشفيات مصر.

يؤكد القانون الدولي لحقوق الإنسان بشكل واضح أن الحصول على الدواء جزء لا يتجزأ من الحق في الصحة، إذ يقر بحق الجميع في الحصول على الأدوية المقررة طبيًا بشكل منظم وآمن وبسعر في المتناول، على أن تتسم بمعايير الجودة والسلامة والفاعلية، مع التأكيد على عدم حرمان شخص أو مجموعة أشخاص من حقهم في الحصول على أية أدوية مقررة طبيًا سواء على أساس اللون أو الجنس أو الدين أو الرأي أو الأصل العرقي أو الاجتماعي أو الميلاد أو الملكية أو أية وضعية أخرى^{١٧}.

وفي سياق الحديث عن التزام الدولة بتوفير المرافق والمستلزمات الصحية والأدوية الأساسية نجد أن إنفاق الأسر المصرية على المنتجات الدوائية والأجهزة الصحية يبلغ 54.3% من الإنفاق الإجمالي على

^{١٦} حسب تصريحات الدكتور أسامة رستم نائب رئيس غرفة صناعة الدواء

^{١٧} المبادرة المصرية للحقوق الشخصية، 2009. الدواء لا يمكن الاستغناء عنه. 706/29/03/2010/pressrelease/org.eipr://h

الصحة^{١٨} مما يوضح حجم العبء الواقع على المرضى المصريين لتوفير الدواء والذي هو مستحضر حيوي ضروري للعلاج بل وللبقاء على قيد الحياة في أحيان كثيرة.

توصيات

لا سبيل حقيقي لإصلاح منظومة التأمين الصحي من دون عدة خطوات أولية بدايةً من إصلاحات شاملة للمنظومة الصحية من حيث تطوير المرافق الصحية وزيادة الانفاق على ملف الصحة بما يساوي المعدلات العالمية والارتقاء بأوضاع العاملين بالقطاع الصحي وتحسين التعليم الطبي.

مروراً بالتوزيع الجغرافي العادل لوحدات تقديم الخدمة الصحية والمساواة بين المواطنين في حق الحصول على خدمة. تأمينية مناسبة تخفف عنهم عبء المرض وتناسب احتياجاتهم وتعال رضاهم.

و صولاً للعدالة الاجتماعية وإعادة توزيع الثروة وهيكله أكثر عدلاً للأجور .

على المستوى التشريعي: رغم تلافي المسودة النهائية لمشروع قانون التأمين الصحي الجديد سلبيات وردت في مسودات سابقة للقانون مازالت هناك سلبيات أخرى تقف حائل أمام توفير الرعاية الصحية للمواطنين من حيث التوزيع العادل للخدمات وتحمل الأعباء المادية والحماية التأمينية لغير القادرين.

١- وضع القانون بحيث يتم تطبيقه في محافظات الجمهورية المختلفة تدريجياً في صورة مراحل من دون تحديد واضح للمدة الزمنية التي تستغرقها كل مرحلة مما يعد تمييزاً بين المواطنين.

٢- لا يحتوي القانون على آليات واضحة لتحسين الخدمة الصحية المقدمة و تطوير مستوى المستشفيات الجامعية والتابعة لوزارة الصحة مما يعد هدراً للمال العام ولأموال الضرائب التي دفعها المواطنون المصريون لبناء هذه المستشفيات.

٣- يعتمد تمويل خدمة التأمين الاجتماعي بشكل شبه كامل على المواطنين حيث يدفع المشترك 4% من صافي الدخل و 2% عن الزوجة غير العاملة و 0.5% عن كل ابن معال.

وبذلك تتخلى الدولة عن مسؤوليتها تجاه الأطفال الذين تلتزم طبقاً لقانون الطفل بحمايتهم، كما تزيد من العبء المادي على كاهل عائل الأسرة.

٤- تلتزم الدولة من خلال القانون بدفع الاشتراكات عن "غير القادرين" وهو تعبير غامض وغير محدد .

0- نظام التأمين الصحي الاجتماعي هو نظام إلزامي، تفرض فيه الدولة دفع الاشتراكات على جميع مواطنيها، وبالتالي يفترض أن يكون نظام تكافلي غير هادف للربح وأن يتم العلاج من خلال بالمستشفيات التابعة لوزارة الصحة والمستشفيات الجامعية ولكننا نجد القانون يُلزم المواطنين بدفع الاشتراكات ثم يسمح لهيئة إدارة وتمويل نظام التأمين الاجتماعي بالتعاقد مع جهات غير حكومية ومستشفيات تابعة للقطاع الخاص وهو ما يعد خطوة في طريق خصخصة القطاع الصحي المصري.

1- في تلك المسودة يستمر عدم وضوح آلية عملية للتواصل مع العاملين بالقطاع غير الرسمي من الاقتصاد مثل العاملين بالزراعة والصيادين والحرفيين والعاملين لدى أنفسهم وعدم وجود خطوات متطورة لحصرهم وجمع الاشتراكات منهم.

7- يفتقر القانون لتصور واضح للتوزيع العادل لوحدات ومراكز الرعاية الصحية تحديداً في المناطق المهمشة والأكثر احتياجاً.

8- يفتقر القانون لأي آليات واضحة لرفع كفاءة المستشفيات الحكومية وتأهيل فرقها الطبية تمهيداً لضمها للمستشفيات التي تقدم خدمة التأمين الصحي.

توصيات على مستوى الخدمة الصحية المقدمة:

1- تطوير وحدات تلقي الخدمة ورفع كفاءة المستشفيات لتتلاقى معايير الجودة الخاصة بهيئة التأمين الصحي.

2- هيكل أجور عادل للأطباء، مع تأهيل الفريق الطبي ورفع كفاءته .

3- دعم صناعة الدواء الوطنية لمواجهة أزمات الدواء المتتابة.

4- إعادة توزيع الموارد لتغطية المناطق الأكثر احتياجاً.

5- تطبيق آليات واضحة للمساءلة ومتابعة نوعية الخدمة المقدمة.

6- أزمة نقص الدواء:

7- دعم إنتاج القطاع العام من الأدوية وتقليل الاعتماد على المواد الخام المستوردة في صناعات الدواء.

8- تجريم احتكار توزيع وتصنيع بعض أصناف الدواء.