المرصد التونسي للإنتقال الديمقراطي
UNDEF
The United Nations Democracy Fund
FNUD
Fonds des Nations Unies pour la démocratie
AFA
منتدى البدائل العربي
Arab Forum For Alternatives

# الحق في الحصول على الخدمات الصحية وعلاقتها بأزمات الديمقراطية

كريم طارق علي

ورقة سياسات

# مشروع دروس من الجائحة من أجل ممارسات ديمقراطية جيدة في الأزمات في مصر والأردن ولبنان وتونس (2024-2022)

منتدى البدائل العربي للدراسات الاجتماعية
والمرصد التونسي للانتقال الديمقراطي
بدعم من صندوق الأمم المتحدة للديمقراطية

الآراء الواردة في هذا الإصدار تعبر عن رأي كاتبها ولا تعبر بالضرورة عن رأي منتدى البدائل العربي للدراسات أو أي من المؤسسات الشريكة

# الحق في الحصول على الخدمات الصحية وعلاقتها بأزمات الديمقراطية

ورقة سياسات

**كريم طارق علي**
باحث اجتماعي مختص في ملف الحق في الصحة وعضو شبكة الباحثين الشباب للديمقراطية والتنمية الشاملة

مراجعة منهجية: جورج فهمي

مراجعة فنية: إلهامي الميرغني

مراجع اللغة العربية: أحمد الشبيني

تصميم: محمد جابر

منسقة المشروع: شيماء الشرقاوي

# الملخص التنفيذي

تناقش الورقة فكرة الحق في الصحة كيف تأثرت وتتأثر بأزمات الديمقراطية في مصر، حيث تسلط الضوء على الالتزام الدستوري بتوفير مظلات التغطية الصحية والإنفاق على الصحة ومدى التزام الدولة به عبر السنوات الأخيرة وخطورة ذلك على مؤشرات العدالة الاجتماعية والتنمية البشرية وترصد الورقة العلاقة بين غياب مناخ الديمقراطية واتخاذ قرارات لا تخدم المواطنين وتوسع من فجوة العدالة الاجتماعية في مجال الصحة وتحلل الورقة تراجع الإنفاق على الصحة وعلاقتها بالأزمة الاقتصادية الحالية وترصد آخر القرارات التي تم اتخاذها وتأثيرها في ملف التغطية الصحية الشاملة، كما تعرض تجارب الدول الشبيهة في استخدام «الديمقراطية الصحية» في تحسين نظامها الصحي من خلال التشارك في اتخاذ القرارات والحوكمة والمساءلة والشفافية وكيف ساهم ذلك في الخروج من الأزمات الصحية، وتقدم الورقة توصيات وحلول حول كيفية وآلية وضرورة مشاركة المجتمع المدني وتفعيل سبل وآليات الديمقراطية في تحسين وصول الجميع إلى خدمات الرعاية الصحية.

# مقدمة

يعد الالتزام الدستوري الذي أقرته مصر في دستور 2014 بالحق في الصحة نقطة تحول كبيرة في دراسة وتحليل قضايا الحق في الصحة، على الرغم من وجود مواد مشابهة في دساتير أخرى قديمة تلقي بالمسؤولية على الدولة في تقديم خدمات الرعاية الصحية، فإن الجديد في ذلك الدستور ارتبط بوجود إلزام بالإنفاق المحدد من الناتج العام المحلي ويقدر في أقل حالاته بـ3%[1]، إلا أنه سرعان ما تبين صعوبة تنفيذ هذا الالتزام لأسباب عدة تتعلق بالإمكانات والموارد، وقد أدى ذلك إلى ظهور المبادرات الصحية الموازية، 100 مليون صحة، إلى جانب بداية التطبيق الفعلي لقانون التأمين الصحي الشامل في المحافظات بشكل تدريجي.

وفي الآونة الأخيرة ومع تصاعد الأزمات الاقتصادية صدرت عديد من القرارات التي أثرت بشكل مباشر في وصول الخدمات الصحية إلى مستحقيها، على الرغم من أهمية إتاحة الصحة للجميع من زاوية العدالة الاجتماعية والالتزام الدستوري السابق ذكره، ووجود ملف الصحة على رأس أولويات النظام الحالي.

كما أثر فيروس كورونا بشكل ملحوظ في مستوى توفير الخدمات الصحية في بلدان المنطقة وذلك بسبب انخفاض عائدات الضرائب وزيادة سداد الديون وارتفاع الطلب على الإنفاق وإعطاء فيروس كورونا الأولوية على احتياجات صحية أخرى كما أثرت في معدلات عدم المساواة بين المناطق الريفية والحضرية خاصة مع غياب منصات الرقابة والمناخ الديمقراطي العام.[2]

وقد أدت تلك القرارات إلى وجود مشكلات على أرض الواقع مرتبطة بارتفاع تكاليف الكشف والفحوصات في المستشفيات الحكومية والجامعية مع عدم ملاءمة وقدرة النظم الصحية على استيعاب احتياجات المواطنين، بالإضافة إلى أزمات أخرى مثل نقص الأدوية وسوء أحوال الأطقم الطبية ويأتي ذلك بالتزامن مع إعلان وزير الصحة عن تحسن النظم الصحية في الآونة الأخيرة

كما صاحب ذلك عديد من مظاهر عدم القدرة على تقديم الخدمات الصحية بأسعار تتناسب مع المواطنين، فعلى الرغم من قدرة الدولة على فرض تسعير جبري للأدوية تطبق على الشركات والصيدليات لم تستطِع فرض أو على الأقل وضع حد أقصى للفحوصات التي يتم إجراؤها في القطاع الخاص، وأكبر مثال على ذلك فترة فيروس كورونا عندما فرض مقدمو الخدمة من القطاع الخاص أسعارا متفاوتة تتسم بالارتفاع الشديد استغلالا لعدم قدرة الدولة على تقديم الخدمات الوقائية بشكل شامل ومجاني لكل المواطنين/ات

وتعتبر قضايا الحق في الصحة من القضايا الكبرى والمهمة ليس فقط لارتباطها بصحة الأفراد والمجتمعات وتأثيرها المباشر في القدرة على إنتاجية الفرد، بل لأنها تظل معيارا مهمًّا لقضايا العدالة والحماية الاجتماعية خاصة مع تزايد نسب الفقر وارتفاع تكاليف المعيشة بشكل عام.

# وصف المشكلة

تعد المشاركة في صناعة السياسات المحلية واتخاذ القرارات بناء على احتياجات وتطلعات المجتمع من أكثر الأمور المهمة لضمان الاستقرار الاجتماعي والسياسي وتلبية الحاجات الأساسية للفرد، بما يضمن إشراك أصحاب المصالح والخبراء والمجتمع المدني المختص إلى جانب صناع القرار لضمان تحقيق المصلحة العامة، وقد شهدت مصر في السنوات الأخيرة عديدًا من السياسات والقرارات التي أثرت بشكل كبير في حالة الديمقراطية والمشاركة السياسية ومن ثم الحقوق العامة بما فيها الحق في الصحة، كما أثرت تلك القرارات أيضًا في فكرة المشاركة الديمقراطية في صناعة القرار وتحويل المجالس النيابية إلى أداة في يد السلطة التنفيذية وإفقاد قدرتها الحقيقية على المراقبة والحوكمة[3]، وقد وصفت عديد من التقارير الصادرة عن منظمات المجتمع المدني حالة الديمقراطية في مصر بأنها متعثرة بشكل كبير، ما يؤدي إلى تفاقم الأوضاع الاقتصادية والاجتماعية، وقد جاءت مصر في المركز 127 من أصل 167 دولة في مؤشر الديمقراطية [4]لعام 2023[5].

وامتدادًا لتلك الحالة تأثر ملف «الحق في الصحة» بشكل مباشر نتيجة للعديد من القرارات التي اتخذت بشكل فردي من مؤسسات الدولة متمثلة في وزارة الصحة، تعكس تلك القرارات التأثر بالأزمات الاقتصادية وأولويات الإنفاق التي تتبناها الدولة

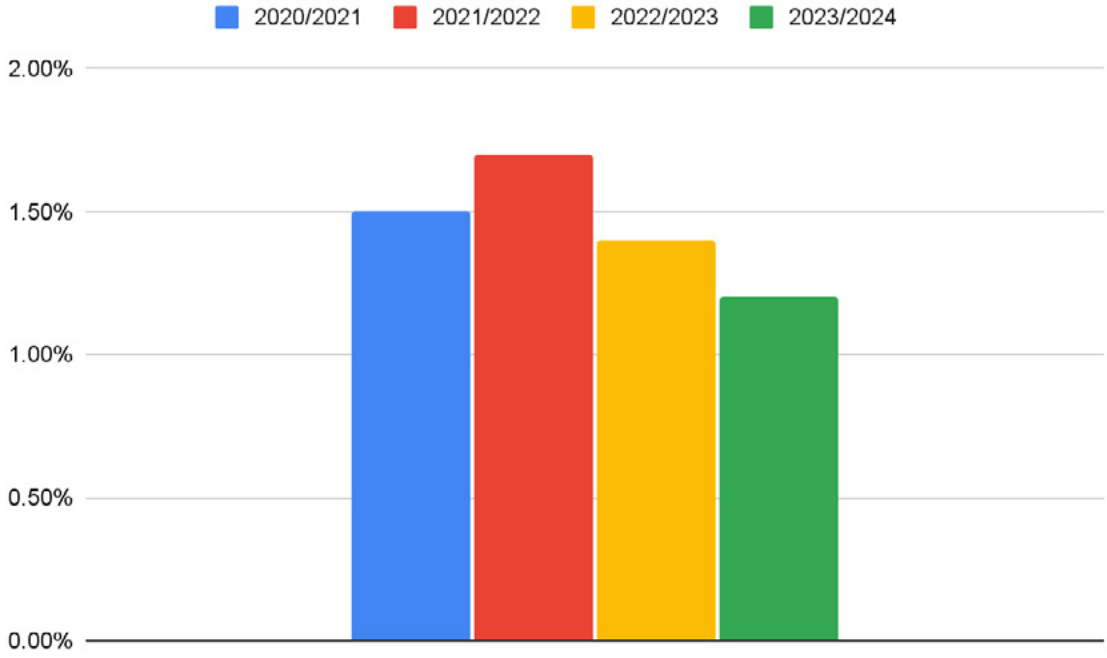
## إحصاءات وتقييم النظم الصحية

في وقت يتزايد فيه الحديث عن تطور النظم الصحية وشمول الخدمات وفئات التغطية في الفترات الأخيرة حسب تصريحات وزير الصحة مستشهدًا بارتفاع متوسط عمر المواطن إلى 71 عامًا[6]، فضلًا عن تطبيق منظومة التأمين الصحي الشامل في بعض المحافظات إلى جانب المبادرات الرئاسية، تظهر الإحصاءات والأرقام واقعًا مغايرًا لذلك فمع عدم الالتزام بالإنفاق الدستوري على الصحة والمقدر بـ3% من الناتج المحلي، نجد ارتفاعًا في نسب الصرف من الجيب مباشرة على خدمات الصحة لتمثل النسبة حوالي 59% حسب تصريحات رسمية للمسؤولين، وهي نسب قريبة للأرقام التي أعلنها البنك الدولي عام 2022 وقدرت أن الإنفاق من الجيب مثّل أكثر من 60% من إجمالي الإنفاق الصحي كمصدر رئيسي لتمويل النظم الصحية المصرية، وهو ما يبعد كل البعد عن المؤشر العالمي الذي وضعته منظمة الصحة العالمية، حوالي 20%[7]

في الوقت نفسه يعتمد المتخصصون/ات في ملفات الصحة منهجيات تعتمد على معايير محددة يمكن من خلالها قياس مدى قبول وجودة وفعالية خدمات النظام الصحي وهي (الجودة والمقبولية والإتاحة والاستدامة) وهو ما تأثر بشكل كبير خلال الآونة الأخيرة خاصة لدى هيئات وزارة الصحة، ويزداد التأثر كلما زادت الأزمات الاقتصادية، فضلًا عن فجوات مخرجات النظام الصحي التي أبرزت محدودية التغطية الصحية من عبء المرض ماليًا خاصة بين الفئات والشرائح الاجتماعية الأفقر خاصة في الريف، زادت معدلات انتشار الأمراض غير السارية (المزمنة) وزادت محدودية مشاركة المواطنين في صنع القرار الصحي ومراقبة أداء الخدمة الصحية[8]، كما أشار المسح الصحي السكاني في 2014 وهو أخر مسح سكاني مستقل ومعلن بشكل واضح عن بعض الإحصاءات المهمة التي تشير إلى تمتعه بـ14% فقط من الشريحة الأفقر خاصة في الريف بتغطية صحية وحوالي 16% من الشريحة السكانية الأفقر لا تسعى من الأساس للحصول على الرعاية الصحية، كما أوضح المسح السكاني وجود فجوة في الإنفاق الصحي من الأساس حيث لا يحصل قرابة نصف السكان على أي نوع من أنواع التغطية الصحية خاصة الفئات الأفقر والقطاعات غير الرسمية، ونزول نحو 7% من السكان تحت خط الفقر سنويًا بسبب الإنفاق الكارثي من الجيب على الخدمات الصحية.[9] بالتوازي مع ذلك تشير تقارير هيئة التأمين الصحي الرسمية عن معدلات ضعيفة للحصول على خدمات التأمين الصحي لم يتجاوز بالـ20% من الأساس.[10]

## سياسات الإنفاق ونصيب الصحة من الموازنة

وبينما تسعى الدولة المصرية إلى خلق نظام تأمين صحي شامل يحقق العدالة الاجتماعية والهدف الإنمائي (التغطية الصحية الشاملة) عبر مراحل متعددة، تظهر الإحصائيات تباينًا شديدًا في اهتمام الدولة بمعدلات الإنفاق على الصحة ظهر ذلك في قراءة موازنة الدولة عبر السنوات الماضية أظهرت عدم الالتزام بما أقره الدستور من إنفاق مستحق على قطاع الصحة تحديدًا كما يظهر الشكل التالي




رسم بياني يوضح نسبة الإنفاق على الصحة من إجمالي الناتج المحلي في آخر 4 أعوام

في المقابل استحوذت الديون وفوائدها على نصيب الأسد من إجمالي نفقات الموازنة، وهذا ما يعيق الدولة عن الالتزام بالإنفاق الدستوري، حيث اقترضت مصر عديدًا من القروض بين عامي 2016 و2022 من صندوق النقد والبنك الدولي لأسباب وأهداف مختلفة منها الحماية الاجتماعية وتطوير النظم الصحية إلا أن النتيجة جاءت عكسية، فقد قلصت مصاريف الديون من فرص الأغلبية في الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية خاصة الطبقات الأفقر في مصر.[11]

## أبرز السياسات والقرارات التي أثرت في الحق في الوصول إلى الخدمات الصحية وعلاقتها بأزمات الديمقراطية

أثرت تلك العوامل في صدور بعض السياسات تعكس سياسات الدولة في التقليل من الإنفاق على الصحة وساهم غياب مناخ الديمقراطية في عدم مناقشة ومراقبة ذلك أو إتاحة الفرصة لتقديم حلول بديلة وبالتالي اتساع فجوة العدالة الاجتماعية في الصحة.

ومن أبرز تلك القرارات على سبيل الذكر وليس الحصر، القرار رقم 75 لسنة 2024 الصادر في مارس 2024 والذي ينص على زيادة رسوم الخدمات الصحية مثل خدمات الكشف والفحوصات والعمليات الجراحية والإقامة الداخلية واقتصار تذاكر العيادات الخارجية على صرف دواء واحد فقط وتقدر هذه الزيادة بأضعاف ما كانت عليه تزامنًا مع الأزمات الاقتصادية الحالية[12].

وبالتزامن مع أزمات العملة والتضخم وتحرير سعر الصرف أخطرت هيئة الدواء شركات الأدوية للبدء في رفع أسعار الأدوية بنسب تتراوح بين 25 و45% ما يؤثر بشكل مباشر في مرضى الأمراض المزمنة وكبار السن خاصة مع الارتفاع الواضح في نسب الصرف من الجيب وغياب التغطية الصحية المناسبة كما ذكرنا من قبل.[13]

وفي يونيو 2024 صدق الرئيس على قانون يمنح القطاع الخاص الحق في إدارة وتشغيل وتطوير المنشآت الصحية فيما يعرف باسم «تأجير المستشفيات الحكومية» وهو قانون يتيح للمستثمرين المصريين والأجانب الحق في إدارة وتشغيل عدد من المنشآت الصحية الحكومية لفترات طويلة، القانون الذي اعترضت عليه نقابة الأطباء واعتبرته يهدد استقرار المنظومة الصحية ولا يحمل

أي ضمانات لاستمرار تقديم الخدمة إلى المواطنين[14]، كما يعد هذا القانون بمثابة انسحاب الدولة من تقديم الخدمات الأساسية وزيادة في عدم الالتزام بنسب الإنفاق الحكومي المحددة دستوريًّا، ولا يشمل أي ضمانات بالتزام مقدمي الخدمة بشروط محددة لا تعيق وصول المواطن إلى الخدمات الصحية، فضلًا عن مشكلات ذلك القانون فيما يتعلق بالقوى العاملة الصحية حيث اشترط الإبقاء على ربع القوة العاملة في المنشأة فقط ما يعني تهديدًا واضحًا لأوضاع الأطقم الطبية.[15]

وعلى الرغم من اعتراض منظمات المجتمع المدني ونقابة الأطباء وبعض أعضاء البرلمان فإن القانون تم تمريره وأصبح في حيز التنفيذ وهو مؤشر آخر من مؤشرات غياب الديمقراطية والدور الفعال للبرلمان

إلى جانب ذلك، تشير الشواهد إلى عزوف المنشآت عن تقديم الخدمات بطرق غير مباشرة، مثل وجود قرارات شفهية برفض تقديم خدمات إلى فئات ما في بعض المنشآت، وتكريس دور الدولة في تقديم المبادرات الرئاسية غير الملزمة والتي لا تضمن أي التزامات تجاه المرضى، مثل الامتناع عن تقديم خدمات التأمين الصحي للمرأة المعيلة داخل بعض أماكن تقديم الخدمات وتحويل المنتفعات إلى مبادرة علاج غير القادرين[16]، كما لوحظ أيضًا عدم الالتزام بعلاج مرضى الطوارئ بالمجان داخل مستشفيات تابعة لوزارة الصحة بحجة عدم قدومهم بسيارة إسعاف واشتراط قطع تذكرة مقدمًا قبل تقديم أي خدمات بغض النظر عن الحالة المادية للمريض

كما أثرت أزمة التضخم والديون وتوفير العملة الأجنبية في قدرة شركات الأدوية على شراء المواد الخام لتصنيع الأدوية المحلية ما أدى إلى أزمة كبيرة في توفر عديد من الأدوية الأساسية داخل جميع الصيدليات

كذلك أدى غياب المجالس المحلية منذ سنوات إلى غياب المراقبة على تقديم الخدمات الصحية وحوكمة النظم الصحية المحلية وغياب الرؤية لتحديد الاحتياجات المطلوب استهدافها في خطط الموازنة السنوية.

# كيف تؤثر الديون في حق المواطن في الوصول إلى الخدمات الصحية؟

بدأت أزمات مصر الاقتصادية في التأثير في الإنفاق على الصحة بسبب تراكم الديون الخارجية للدولة بالإضافة إلى أزمات فيروس كورونا والحرب الروسية الأوكرانية وما تبعها من أزمات اقتصادية أدت إلى تراجع قيمة الجنية المصري وزيادة معدلات التضخم وارتفاع الأسعار والتهام النصيب الأكبر من الموازنة العامة لصالح الديون وفوائدها وصاحب ذلك رفع الدعم التدريجي على السلع والخدمات وهذا يعيدنا إلى التساؤل حول أولويات الإنفاق وكيفية صناعة القرار حولها[17].

على الرغم من أن الاستثمارات الحكومية الضخمة في قطاعات الإنشاءات والعقارات والصناعات والتي أدت إلى معدلات نمو وتوظيف عالية في الفترة الأخيرة فإنها فشلت في معالجة الموقف الخارجي لمصر وتوليد العملة الصعبة أو الاحتفاظ بها، بينما يرى الخبراء أن تقديم الأولويات نحو التنمية البشرية والحماية الاجتماعية على حساب المشروعات القومية والكبيرة ضرورة كبيرة.[18]

وفي الوقت الذي تحاول فيه الدولة سداد الديون بما يشمل فوائدها ومصاريفها يأتي ذلك على حساب الخدمات الأساسية مثل التعليم والصحة متمثلًا في انخفاض الصرف كما أوضحنا من قبل، ويقابل ذلك سياسات غير عادلة في السياسات الضريبية (المصدر البديل لتمويل الموازنة وسداد الديون) حيث يتسم المجتمع الضريبي بالمحدودية، حيث أن هناك عديدًا من الأنشطة أو القطاعات لا تخضع للنظام الضريبي أو يوجد ثغرات تمكنها من التهرب من سداد تلك الضرائب وهي الفئات أصحاب الدخول العليا والثروات بسبب بعض النفوذ السياسي والاجتماعي وارتفاع ما يسمى بالتخلص من الضريبة بطرق قانونية حيث يتعلق ذلك أيضًا بغموض النظام الضريبي وتعقيده وطول مدد مأموريات فحص الممولين وسقوط مستحقات المصلحة بالتقادم، بالإضافة إلى استحواذ الضرائب غير المباشرة (التي تفرض على التصرفات في الدخول أو السلع بما يعرف باسم ضريبة القيمة المضافة والتي تقدر بـ14% تقريبًا أو ضريبة الدمغة والجمارك وغيرها) على النصيب الأكبر من إيرادات الضرائب وهذا يعني تحمل الشرائح الدنيا والمتوسطة لدرجة أكبر من الشرائح العليا لهذه الضريبة وهو من أوجه عدم العدالة أيضًا.[19]

وحتى بعد محاولات الدولة إجراء تعديلات على ضرائب الدخل على سبيل المثال لمن يزيد دخلهم السنوي على 1.2 مليون جنيه يظل التطبيق العملي لذلك صعبًا بسبب محدودية من تستطيع الدولة أن تفرض عليهم السعر الجديد للضريبة، بالإضافة إلى إعفاء أنشطة محددة للدخل بإعفاءات كبيرة، بالإضافة إلى دعوات تشجيع الاستثمار التي تقرها الدولة للأغنياء وإعفاء أصحابها من عديد من الضرائب على أرباح الشركات الكبرى وهو ما يؤدي إلى غياب أكبر في العدالة الضريبية.[20]

إن الهدف الأساسي للديمقراطية الصحية هو ربط الجهات الفاعلة في النظام الصحي والتشارك مع المجتمع المدني من أجل تطوير وتنفيذ السياسات الصحية، وأن تتم عملية الإصلاح على أسس موضوعية ودقيقة تعتمد على احتياجات المنتفعين/ات، وقد انعكس ذلك من خلال الاعتراف بالحقوق الفردية للمرضى والحقوق الاجتماعية لمستخدمي النظم الصحية

وينبع مفهوم الديمقراطية الصحية من فكرة الديمقراطية الاجتماعية، فيشتركان في تأكيد الحقوق الفردية والجماعية لمستخدمي النظام الصحي، وإدماج الجهات الفاعلة في تحديد وتنفيذ السياسة الصحية فهي نتيجة للظواهر الإدارية والسياسية والقانونية والمجتمعية التي تسمح بظهور المطالبة بالديمقراطية في مجال الصحة، ولقد أصبحت مشاركة المرضى والمواطنين قضية مجتمعية وسياسية لأسباب ديمقراطية وأخلاقية وعملية[21].

ويرتبط تحقيق ذلك في مصر بعديد من التحديات، تتمثل في تحديات تشريعية وقانونية وسياسية ومجتمعية واقتصادية، فقد أدت الظروف السياسية إلى خلق مناخ تشريعي غير ديمقراطي وفصل الجهات الرقابية عن أداء وظائفها الأساسية ومن ثم افتقار مشاركة الخبراء والمجتمع المدني إلى صناعة القرار، مع عجز البرلمان عن القيام بأدواره في الحوكمة والمراقبة في ظل غياب المجالس المحلية وانعدام صفة الديمقراطية حتى عن البرلمان في دوراته الأخيرة والعمل بتوجهات محددة، في الوقت نفسه غاب دور البرلمان والمجتمع المدني الحقيقي عن المشاركة في صناعة القرار فيما يتعلق بأزمات القروض والديون التي أدت في النهاية إلى الأزمات الاقتصادية وانهيار العملة والتضخم واضطرت الدولة إلى تقليل الإنفاق على الصحة والخدمات الصحية دون الأخذ في الاعتبار تقارير وتوصيات المجتمع المدني فيما يتعلق بحالة الفقر ونسب شيوع الأمراض المزمنة والمخاطر الصحية المختلفة، كذلك ظهرت الحالة المجتمعية المتمثلة في غياب الوعي في ضرورة وأهمية الحصول على التغطية الصحية من المنصات المنوط بها ذلك بدلًا من الإنفاق من الجيب أو اللجوء إلى الجمعيات الخيرية والتبرعات لتلقي الخدمة وهي نتيجة طبيعية بالتزامن مع مؤشرات غياب الديمقراطية في المجتمع، حتى أصبحت أزمات الصحة تظهر بشكل مباشر على الساحة نظرًا إلى أهميتها في قضايا العدالة الاجتماعية والمساواة ومن ثم التنمية المستدامة ومؤشرات التنمية البشرية خاصة مع سعي الدولة إلى تحقيق التغطية الصحية الشاملة من خلال نظام التأمين الصحي الشامل

كما يعد اللجوء إلى النجاحات الرقمية أو الوهمية المعتمدة على مؤشرات وأرقام بلا دلالة فعلية بمثابة (مسكنات) قصيرة المفعول، سرعان ما يتبين عدم جدواها وأهميتها، مثلما يحدث دائمًا في الحديث عن الإنجازات في قطاع الصحة اعتمادًا على متوسط عمر المواطن أو نسبة الإقبال على المبادرات الصحية من دون النظر إلى تفاصيل وصفية تتعلق بمعايير تقديم الخدمة الصحية ومدى جودتها، أو النظم الصحية الموازية للنظم الحكومية وبالتالي ينبغي مراجعة مصادر وطرق تقييم المنظومة الصحية ومدى فعالية ذلك فيما يتعلق بتغطية صحية شاملة حقيقية وليست نسبية.

كما أن النظر إلى زيادة معدلات التغطية الصحية من دون مراجعة مستوى وجودة الخدمات المقدمة وتجهيز وحدات تقديم الخدمة ومدى ملاءمتها لأعداد واحتياجات المنتفعين من التأمين الصحي بمثابة إضافة الأعباء إلى النظام الصحي الحالي ويزيد من معدلات عدم استغلال الخدمات المستحقة قانونيًّا أو تقديم خدمات هشة لا تحقق تطلعات المنتفعين، خاصة مع غياب منظومة حقيقية للشكاوى ولتقييم الخدمات بغرض تحسينها وتطويرها وهو نفس العامل الذي يعكس خطورة قانون «تأجير المستشفيات» لغياب ضمانة تقديم الخدمات إلى الجمهور بشكل عادل وضوابط واضحة.

# تجارب الديمقراطية الصحية في الدول الشبيهة

## تجربة البرازيل

مرت البرازيل في ثمانينيات القرن الماضي بأزمة تضخم مفرط أثر بشكل كبير في الاقتصاد والحياة اليومية للمواطنين، وأدى ذلك إلى عديد من الأزمات في تقديم الخدمات الأساسية ومنها الصحة، كما عانت البرازيل أيضًا من أزمات سياسية موازية قبل أن تتحول إلى الديمقراطية فيما بعد[22].

وقد جاء الإصلاح الصحي كجزء من التحول الديمقراطي في البرازيل مع إقرار دستور 1988 بأن الصحة حق لجميع المواطنين وواجب على الدولة[23]، وهو ما يتشابه بشكل كبير مع التجربة المصرية في دستور 2014، ونتيجة لذلك أسست البرازيل ما يعرف باسم **منظومة الصحة الموحدة SUS** وهي نظام الرعاية الصحية العام والشامل الذي تأسس عام 1989 ويستند إلى مؤشرات الشمولية والمساواة بحيث يصل كل مواطن إلى الرعاية الصحية مجانًا كحق أساسي منصوص عليه دستوريًا.[24]

وفيما يتعلق بمشاركة المجتمع المدني فقد دمجت البرازيل مؤتمرات الصحة الوطنية كجزء من منظومة الصحة الموحدة حيث تم دعوة المجتمع المدني، والعاملين في مجال الصحة والمسؤولين الحكوميين إلى لقاءات سنوية لمناقشة أولويات السياسة الصحية وتقديم التوصيات من خلال طرح أبرز التحديات وأهداف السياسات الصحية التي تتبناها الحكومة، وبمشاركة المجتمع المدني يمكن اعتبار أن للمواطنين مساهمة مباشرة في وضع السياسات الصحية وأشارت الدراسات والتقارير فيما بعد إلى مساهمة هذا النظام في تقليل الفوارق الصحية ورفع مستوى الرعاية الصحية للفئات الأقل حظًا وعلى الرغم من الأزمات الاقتصادية التي عاشتها البرازيل على مراحل متفاوتة فإنها حافظت على استدامة هذا النظام من خلال تركيز التمويل على الرعاية الصحية الأولية والتعاون مع المنظمات الدولية والتحكم في تكلفة الأدوية.[25]

## تجربة الهند

قامت الهند بتطبيق التأمين الصحي المدعوم للفئات الأكثر احتياجًا (Ayushman Bharat)، مع التركيز في الديمقراطية من خلال إشراك الحكومات المحلية والمنظمات غير الحكومية، كما سعت الهند إلى تقوية الرقابة والمساءلة في النظام الصحي ما أدى إلى تحسين الوصول إلى الخدمات الصحية في المناطق الريفية وتقليل تكلفة العلاج على المواطنين إلى جانب دور المنظمات غير الحكومية ومؤسسات المجتمع المدني في توعية السكان بحقوقهم الصحية ومساعدتهم على التسجيل والاستفادة من البرامج ما يساهم في تقليل الفجوة في التوعية الصحية، كما تطرقت الحكومات المحلية إلى نقطة في غاية الأهمية تتمثل في تخصيص الموارد الصحية حسب احتياجات المجتمع المحلي بالتعاون أيضًا مع منظمات المجتمع المدني وهذا يعطي تلك المنظمات دورًا رئيسيًا في تحسين الرعاية الصحية [26].

كما تم تطبيق آليات رقابة مجتمعية داخل النظام الصحي مثل استطلاعات الرأي أو متابعة الرضا العام حول الخدمات المقدمة، ما يتيح للمواطنين فرصة لمراقبة جودة الخدمات والمطالبة بتحسينها عند الضرورة.[27]

كما عززت الهند ذلك أيضًا من خلال نظم الشفافية حيث أتاحت نظامًا رقميًا يمكن من خلاله تتبع الخدمات الصحية وتسجيل المرضى وإجراء المطالبات وهذا ساهم في تعزيز ثقة المواطنين بشفافية نظام الرعاية الصحية وإتاحة المعلومات عنها بشكل عادل ومتساوٍ.[28]

## ماذا يمكن أن نستلهم من تجارب الدول

يوجد عديد من الأمثلة حول العالم توضح كيف تمثل «الديمقراطية الصحية» دورًا مهمًا في نظم الرعاية الصحية وتحسينها وضمان وصولها إلى كل الفئات وتحديدًا لدى الدول التي تعاني من أزمات اقتصاديًا، العامل المشترك بين كل تلك التجارب هو

التشارك والحوار مع المجتمع المدني الذي يقدم أدوارًا متعددة في التوعية والرصد والتقييم بناءً على الحقوق الصحية المنصوص عليها دستوريًا، اشتركت الدول أيضًا من حيث اعتبار الإنفاق على الصحة أولوية ولا ينبغي عدم الالتزام بها حتى في أوقات الأزمات الاقتصادية، بل إن الاستثمار في الصحة هو استثمار طويل المدى ويحسن من الأوضاع الاقتصادية والقدرة الإنتاجية للدول.

تخبرنا التجارب أيضًا بأهمية الحوكمة والمساءلة والتقييمات الدورية في تحسين الخدمات الصحية على أسس مجتمعية تمثل احتياجات كل المنتفعين وعلى أساس ذلك يتم اتخاذ القرارات وهو مفهوم آخر لفكرة «الديمقراطية الصحية»، كذلك تعزز الديمقراطية الصحية وإشراك المجتمع المدني المحلي بما فيه من أدوات لرصد احتياجات المواطنين ومن خبرات على مستوى صياغة السياسات من إمكانية الوصول إلى حلول وأفكار لدعم النظام الصحي كتوفير مصادر أخرى لتمويل النظم الصحية فضلًا عن أهمية الشفافية وإتاحة المعلومات للجميع لتعزيز الثقة بالنظم الصحية.

وأخيرًا، تقدم إلينا تجارب العالم النامي روشتة متعددة المسارات لتحسين وتعزيز الوصول إلى الحق في الصحة وتقديم نظم صحية قوية وقادرة على تحقيق أهدافها، تشترك التجارب جميعها حول فكرة الديمقراطية الصحية واعتبار الصحة أولوية تستحق الاستثمار والإنفاق كمقياس للتنمية البشرية والعدالة الاجتماعية.

# التوصيات والبدائل

تتمثل التوصيات المرتبطة بتقديم الخدمات الأساسية والاستحقاقات الدستورية للمواطنين في معالجة أسباب عدم تقديم تلك الخدمات من الأساس وبالتالي معالجة كل ما جاء من نقاط ضعف وأوجه لعدم الديمقراطية في اتخاذ وصناعة القرار، وتتمثل البدائل في الاقتراحات التي يقدمها الخبراء عبر المنصات الإعلامية وأوراق السياسات في مجالات الاقتصاد والسياسة والصحة، كما ترتكز التوصيات على خلق سياسات بديلة للتمويل وسد عجز الموازنة بطريقة تقلل من تحمل الطبقات الأفقر لذلك وكذلك في خلق نظام تشاركي يستهدف تحسين المنظومة الصحية اعتمادًا على احتياجات حقيقية للمنتفعين من النظم الصحية.

## وتتمثل التوصيات فيما يلي:

- تفعيل قانون «مجلس أعلى للصحة» يتكون من الخبراء من صناع القرار وممثلي المجتمع المدني ونقابات المهن الطبية المختلفة وممثلين عن الشعب، يتم الرجوع إليه بشكل استشاري فيما يتعلق بإقرار موازنة الصحة أو تعديلات على قوانين تقديم الخدمات الصحية وتكليف هذا المجلس بمناقشة وعرض شكاوى المواطنين فيما يتعلق بانتهاكات الحق في الصحة، وكذلك الرقابة على تقديم الخدمات الصحية ومحاسبة المقصرين.
- فتح المجال العام أمام المجتمع المدني للقيام بدوره الرقابي على تقديم الخدمات وتوعية المواطنين بكيفية الوصول إلى الخدمات وطرق تقييمها، وتقديم اقتراحات المجتمع المدني فيما يتعلق بتطوير الخدمات بناء على احتياجات الجمهور.
- تعديل التشريعات المرتبطة بتحجيم نصيب الصحة من الموازنة لتكون أكثر واقعية وإعادة توزيع الموارد بشكل عادل يضمن الشفافية والتوازن ومراعاة عدد السكان وانتشار الأمراض في المناطق المختلفة.
- مراجعة القوانين الأخيرة المتمثلة في زيادة أسعار الكشوفات والفحوصات والبحث عن سبل أخرى لتمويل المنشآت وأجور الأطقم الطبية من دون المساس بحق المواطنين في الحصول على الخدمات كاملة كما نص الدستور والقانون.
- إعادة النظر في جدولة الديون الخارجية وفوائدها والتفاوض حولها نظرًا إلى تأثيرها القوي في برامج الحماية الاجتماعية ووصول المواطنين إلى التغطية الصحية المستحقة.
- البحث عن مصادر أخرى لتمويل الديون من الموازنة العامة غير التقليل من الإنفاق على التعليم والصحة، مثل: مراجعة

النظام الضريبي على المستثمرين والطبقات العليا، بدلًا من تحميل الضرائب على الخدمات الأساسية والسلع التي يستهلكها في الأغلب الطبقات الأفقر.

- إعادة النظر في قضايا هجرة الأطقم الطبية وتلبية حقوقهم الأساسية وتهيئة البيئة المناسبة لعملهم من الناحية المادية والأمنية حرصًا على الحفاظ على الموارد البشرية في تقديم الخدمات الصحية العامة.
- الاهتمام برقمنة منظومة الصحة وتسهيل الوصول إلى المعلومات من خلال قواعد بيانات ومعلومات متداولة بين المنشآت تساعد المرضى على معرفة الأماكن التي من الممكن التوجه إليها في حالة الاحتياج إلى أي نوع من الخدمات.
- شفافية عرض نتائج الدراسات والمسوح للجميع حتى يستطيع الخبراء العمل بشكل أوسع وتقديم الحلول الكاملة وكذلك إشراك المواطنين في الصورة الكاملة واتخاذ القرارات وخلق الوعي العام.

وفي الخاتمة لا يمكن الجزم بأن حل قضايا الحق في الصحة يمكن أن يتم من الغد، إذ يستلزم ذلك عديدًا من السياسات والإجراءات، أهمها وجود إرادة سياسية تنحاز إلى المجتمعات بشكل أكبر وتستثمر في البشر وتعيد النظر في أولويات التطوير، والرغبة الحقيقية في المشاركة المجتمعية في صناعة القرارات، فلا تسعى الورقة إلى حل قضايا النظام الصحي المصري وإنما وضع المنظومة على بداية طريق يمكنه التعامل مع الصعوبات والتحديات الراهنة بشكل عملي وعلمي منطقي وديمقراطي يميل إلى الحلول الجدية والجذرية ويبتعد عن المسكنات والحلول المؤقتة

# هوامش

1 الدستور المصري 2014 والمعدل في 2019 المادة رقم 18، منشورات قانونية.

2 *Amnesty International, how does public debt affect the right to health: Case studies in East and Southern Africa* May 2023 https://shorturl.at/oolke

3 مركز القاهرة لدراسات حقوق الإنسان، الانتخابات الرئاسية 2024 https://shorturl.at/bQ2dV

4 مؤشر الديمقراطية هو مؤشر عن وحدة الاستخبارات الاقتصادية البريطانية ويقيس هذا المؤشر حالة الديمقراطية في 167 دولة على أساس 5 معايير وهي العملية الانتخابية والتعددية، أداء الحكومة، المشاركة السياسية، الثقافة السياسية الديمقراطية والحريات المدنية.

5 يورو نيوز، فبراير 2024، مؤشر الديمقراطية لعام 2023: تدهور عالمي غير مسبوق فما هو ترتيب البلدان العربية؟ https://shorturl.at/J2gjO

6 جريدة الشروق، يوليو 2024، وزير الصحة: الخدمات المقدمة أدت إلى إطالة متوسط عمر المواطن إلى 71 عامًا https://shorturl.at/u8Yob

7 journal Of Egyptian Public Health Association, Jan 2022, Healthcare Financing in Egypt, A systematic Literature review https://shorturl.at/RAwqd

8 المبادرة المصرية للحقوق الشخصية، فجوة العدالة الاجتماعية في الصحة، 2028.

9 المسح الصحي السكاني 2014.

10 الهيئة العامة للتأمين الصحي، التغطية الصحية.

11 كريم طارق، يونيو 2024، وصول النساء لخدمات الرعاية الصحية، كيف تأثرت بفعل سياسات مؤسسات بريتون وودز، مينا فام يhttps://shorturl.at/qz8QU

12 جريدة الوقائع المصرية، العدد 47 قرار رقم 75 لسنة 2024 الصادر عن وزير الصحة والسكان ووزير التنمية المحلية.

13 المبادرة المصرية للحقوق الشخصية، يونيو 2024، رفع أسعار الدواء ضربة لكبار السن وأصحاب الأمراض المزمنة، ملاحظات أولية https://shorturl.at/CnlDt

14 موقع الحرة الإخبارية، يونيو 2024، يوم أسود في تاريخ الصحة، مخاوف في مصر من تداعيات قانون تأجير المستشفيات الحكومية https://shorturl.at/cu6CR

15 المبادرة المصرية للحقوق الشخصية، مايو 2024، خمسة أسباب لرفض قانون تأجير المستشفيات الحكومية https://shorturl.at/LCzB7

16 المبادرة المصرية للحقوق الشخصية، أغسطس 2023 تعليمات شفهية بوقف تنفيذ قانون التأمين الصحي للمرأة المعيلة. https://shorturl.at/aE2sm

17 مصطفى شحاتة، يوليو 2024 القروض للحكومة والديون للمواطنين حلول للسياسات البديلة https://shorturl.at/EsGZW

18 موقع BBC NEWS بالعربي، مايو 2023 الموازنة العامة في مصر تظهر في زيادة الديون وإعادة ترتيب الأولويات https://shorturl.at/4miOD

19 عبد الفتاح الجبالي، السياسة الضريبية والعدالة الاجتماعية في مصر، المركز المصري للحقوق الاقتصادية والاجتماعية، https://shorturl.at/mld5d

20 المنصة، يوليو 2024، عن العدالة التي لن تتحقق في قانون الضرائب على الدخل https://shorturl.at/SoSXm

21 مجلة العلوم القانونية والاجتماعية، الديمقراطية الصحية: تحديات جديدة في سياسة الصحة.

22 The world bank, Brazil Economic Report (1980s)

23 The Lancet, The Brazilian health system at crossroads: progress, crisis, and resilience, 2017

24 Pan American Health Organization, Health System in Brazil, Organization, and progress in 30 years of the Unified health system

25 Pan American Health Organization, Thirty Years of the Brazilian Unified Health System: Progress and Challenges 2018

26 Indian Journal of Public Health - Role of NGOs in Ayushman Bharat (2020)

27 National Health Authority - Community Monitoring and Feedback in Ayushman Bharat (2019):

28 Ayushman Bharat Digital Mission Report - Ministry of Health and Family Welfare (2021):

منتدى البدائل العربي
Arab Forum For Alternatives

منتدى البدائل العربي للدراسات الاجتماعية

بناية وست هاوس 3، ش جان دارك الحمرا، مكاتب أوليف جروف، بيروت، لبنان.

+961 76 386 477 info@afalebanon.org https://www.afalebanon.org/

هذا المُصنَّف مرخص بموجب رخصة المشاع الإبداعي نَسب المُصنَّف - غير تجاري - منع الاشتقاق 4.0 دولي.