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

آليات مراقبة نظام التأمين الصحي الشامل وأزمات الديمقراطية في مصر

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

آليات مراقبة نظام التأمين الصحي الشامل وأزمات الديمقراطية في مصر

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

«لكل مواطن الحق في الصحة وفي الرعاية الصحية المتكاملة وفقًا لمعايير الجودة».[1]

الملخص التنفيذي

في أعقاب سعي مصر إلى تحقيق الالتزام الدستوري بتوفير التغطية الصحية الشاملة جاء تنفيذ قانون التأمين الصحي الشامل بشكل تدريجي ليستبدل بالنظم الصحية القديمة نظامًا شاملًا ومعالجة أوجه القصور التي شملت النظم القديمة وتوفير نظام تأميني متوازن يحافظ على الاستدامة التمويلية وتقديم خدمات عالية الجودة وإمكانية وصول جميع الفئات إلى تلك الخدمات، يواجه تطبيق ذلك عديد من التحديات خاصة مع مشكلات النظم القديمة المتمثلة في ضعف التغطية التأمينية وعدم القدرة على تقديم خدمات عالية الجودة بسبب ضعف البنية التحتية وكذلك الأوضاع السيئة للفرق الطبية ووجود عجز شديد في الأطباء بسبب الهجرة إلى الخارج، فقد حاول النظام الجديد اعتماد مجموعة من اللوائح والمعايير لتقديم خدمات عالية الجودة بأماكن تقديم الخدمة وتحسين كفاءة المرافق، وكذلك بوضع نظام جديد للكشف والإحالة يعتمد من الأساس على طبيب الأسرة وهو مفهوم غير متعارف وغير شائع بنسبة كبيرة داخل المجتمع المصري، وكذلك نظام إلكتروني للحجز يعتمد على الخط الساخن كبداية رحلة الوصول إلى الخدمة كما يعتمد النظام الجديد على نموذج مختلف في الاشتراكات والمساهمات المادية في الخدمات المختلفة، ولكنها لا تزال غير مفهومة وتواجه عديدًا من المشكلات الإجرائية والتنفيذية، تتبلور الأزمات الديمقراطية في مصر وتأثيرها في الحق في الصحة تحديدًا في عدة جوانب من أهمها متابعة نسب الإنفاق الحكومي والالتزام الدستوري بها، وكذلك في آليات مراقبة النظم وتطويرها بناء على احتياجات حقيقية تمثل المستفيدين من الخدمة، تستعرض الورقة الآليات المتاحة في ظل غياب المجالس المحلية ومجالس مستقلة للصحة وكذلك غياب المجتمع المدني عن تقديم الأدوار الرقابية والحقوقية وتأثيرها في مستويات رضا المواطنين عن الخدمة وآليات الوصول إليها من الأساس، خاصة مع عدم قدرة مجلس النواب على تنفيذ المطالب بشكل عملي للمستفيدين وتكرار الشكاوى على فترات متفاوتة، وعدم وجود آليات مستقلة معلنة للشكاوى او الاستطلاعات واقتصار ذلك على هيئة الرعاية الصحية فقط من خلال وحدات رضا المنتفعين والتي تقوم بقياس مستويات الخدمة من خلال الحاصلين عليها بالفعل مع إهمال عديد من الفئات لا تستطيع الوصول الى الخدمة ولا تسطيع إبداء الآراء فيها، وكذلك آليات قياس النجاحات بكم التحويلات والإجراءات الطبية التي تم إجراؤها بدون الدخول أو الخوض في تفاصيلها ومعالجة الجوانب السلبية بها، مع التوصية بضرورة وجود استقلالية في مراقبة خدمات الصحة وتوسيع قنوات التوعية للمستفيدين في المحافظات المختلفة فيما يتعلق بالحقوق والواجبات تجاه الخدمة وكذلك تدريب وتأهيل الطواقم الطبية بشكل كامل لتحسين الخدمات المقدمة إلى الجمهور وأخيرًا شفافية عرض المعلومات والبيانات المرتبطة بتقييم الخدمات وفتح المجال لتطبيق توصيات الحوارات الوطنية والحلول العملية التي يطرحها الخبراء والمجتمع المدني ووجود آلية لإشراك المستفيدين في صياغة تلك المقترحات.

وصف المشكلة

بدأت مصر عام 2019 في تطبيق نظام التأمين الصحي الشامل بشكل تدريجي بين محافظات محددة بدأت ببورسعيد بغرض تحقيق هدف التغطية الصحية الشاملة أحد أهداف التنمية المستدامة في 2030، يعد تنفيذ هذا المشروع امتدادًا لمواد الدستور المصري في 2014 والذي نص صراحة على التزام الدولة بتوفير منصات التغطية الصحية المناسبة لكل المواطنين لأول مرة في الدستور، وذلك بعد محاولات عديدة من المجتمع المدني المعنية بقضايا الحق في الصحة والإصلاح الصحي[2]، خاصة بعد عدم قدرة منظومة الهيئة العامة للتأمين الصحي في تقديم خدمات ذات جودة عالية مناسبة لاحتياجات المواطنين بسبب ضعف نظام التمويل وتحمله للعديد من الفئات بدون تطوير في أماكن تقديم الخدمة، وكذلك منظومة العلاج على نفقة الدولة، وقد ظهر ذلك بشكل واضح في إحصاءات الحصول على خدمات التأمين الصحي[3] وكذلك نسب الإنفاق المباشر على الصحة من المال الخاص بالمواطنين لدى مقدمي الخدمة من القطاع الخاص حيث تعتبر مصر من أقل الدول التي تنفق على الرعاية الصحية في الشرق الأوسط وشمال إفريقيا، ما تسبب في بلوغ نسبة الإنفاق على الخدمات الصحية من الأموال الخاصة حوالي 61% بسبب أوجه القصور النظامية وعدم المساواة في التمويل الصحي[4]، كما يعد النظام الصحي المصري في وضع لا يسمح له بتقديم خدمات صحية عالية الجودة لتلبية احتياجات السكان الملحة على الرغم من أن أكثر من 95% من السكان يعيشون

على بعد 5 كيلومترات من المنشآت الصحية، فإنها في الأغلب تكون غير مجهزة للاستجابة للاحتياجات الفعلية للسكان في مناطق سكنهم وقد أشارت التقارير على نطاق أوسع عن الأوضاع المتدنية من نقص الدواء وعدم وجود إرشادات واضحة للأمراض المزمنة ومحدودية المتخصصين ما يؤدي إلى تقليل الفوائد الصحية، كما تواجه مصر عبئًا متزايدًا يتمثل في الأمراض المزمنة كالسكر والضغط والقلب، حيث تمثل نسبة 82% من جميع الوفيات و67% من الوفيات المبكرة[5]، وتعد تلك الإحصاءات والمعطيات سببًا واضحًا لاستبدال بالنظم الصحية الحالية نظامًا واحدًا يسمى بالتأمين الصحي الشامل يطبق تدريجيًّا على 5 مراحل خلال خمسة عشر عامًا بدءًا من 2019[6]، وبعد تشخيص مفصل لأزمات القطاع الصحي في مصر وظهور تحديات خاصة من أهمها تمويل النظام وتحسين جودة الخدمات المقدمة إلى الجمهور والرقابة عليها، تم وضع هيكل تنظيمي مختلف لتطبيق النظام يتكون من 3 هيئات رئيسية

الهيئة العامة للتأمين الصحي الشامل

وهي الجهة التي تعتبر مسؤولة عن دفع تكاليف خدمات الرعاية الصحية والتعاقد مع مقدمي الخدمات بالإضافة إلى إدارة الأموال وجمعها وتحديد نسب الاشتراكات والمساهمات المختلفة وتقدم تقاريرها بشكل مباشر إلى رئيس الوزراء.

الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية

تعمل تلك الهيئة بشكل مستقل عن هيئة التأمين الصحي الشامل وهيئة الرعاية الصحية وتهدف إلى ضمان توفير خدمات عالية الجودة داخل أماكن تقديم الخدمة والتأكد من تحقيق المعايير المطلوبة للجودة كما تتولى الإشراف على عمليات التسجيل والاعتماد ومتابعة السجلات ومؤشرات الأداء الطبي، وتقدم تقاريرها بشكل مباشر إلى رئيس الجمهورية.

الهيئة العامة للرعاية الصحية

وهي الهيئة المسؤولة عن تقديم خدمات الرعاية الصحية والتحكم في جميع مرافق الصحة العامة والتواصل المباشر مع الجمهور لتحسين الخدمات المقدمة، وقد تم إضافة إليها أخيرًا هيئة رضا المنتفعين والتي تقوم بالإشراف ومتابعة الشكاوى التي تقدم إليها من خلال الخط الساخن المعلن والتواجد داخل المستشفيات، وتقدم الهيئة تقاريرها بشكل مباشر إلى وزير الصحة.[7]

وقد نجحت المنظومة بالفعل في سنواتها الأولى من تطوير البنية التحتية الكلية في أماكن تقديم الخدمة وفقًا لمعايير هيئة الاعتماد والجودة بالمقارنة لما كانت عليه من قبل، وقد صحب هذا التطوير تحسن في تقديم الخدمات الأساسية لا سيما داخل المستشفيات بالمقارنة بفترة ما قبل المنظومة، وخاصة في محافظة بورسعيد وفي السنوات الأولى من المنظومة قبل جائحة فيروس كورونا، بينما انحصرت مشكلات المنظومة في رحلة الوصول إلى الخدمات وتداول المعلومات حولها، والتضارب المستمر فيما يتعلق بالمدفوعات ونسب المساهمات المختلفة خاصة لغير الموظفين والطلبة، بالإضافة إلى سوء توزيع الخدمات المتمثل في تقسيم التخصصات على المستشفيات المختلفة على وصف المستفيدين[8]، وسرعان ما تحول التفاؤل والإعجاب بالتطور الملحوظ في شكل تقديم الخدمات إلى أزمة كبيرة في ثقة المواطنين بالمنظومة خاصة مع التعقيدات البيروقراطية وكثرة الخدمات غير المتاحة خاصة بعض أمراض الدم والأدوية المرتبطة بها، وعدم قدرة فئات كبيرة من المواطنين على الوصول إلى الخدمات من الأساس، مع اقتصار دور لجنة الشكاوى ورضا المنتفعين وهي تابعة لهيئة الرعاية الصحية على تقييم الخدمات بعد حصول المواطنين عليها، وهو الأمر الذي يتجاهل فئات كبيرة من المستفيدين لم يستطيعوا الوصول إلى الخدمات من الأساس لأسباب عديدة، وعدم الوعي بآليات وطرق الشكاوى أو الاعتبارات الحقوقية لأشكال تقديم الخدمة، مع عدم وجود جهات رقابية حقيقية لرصد العقبات، واقتصار دور نقابة الأطباء على محاولة تحسين الأوضاع الاجتماعية والاقتصادية للأطباء العاملين/ات[9] خاصة بعدما نشرت النقابة من قبل دلائل استبيان تم تطبيقه وأظهر أن 80% من المشاركين لا يرغبون في استكمال العمل في المنظومة و83% يشكون تقصير الرعاية الصحية والاجتماعية و82% يشكون من سوء معاملة القيادات لهم[10]، كل تلك المعطيات تأتي في ظل إعلان الهيئة عبر فترات متفاوتة عن عديد من الإنجازات تتمثل في أعداد الفحوصات والإحالات التي تمت عبر منصاتها المختلفة[11]، ما يجعل هناك شكًّا في مصداقية ما جاء من أرقام أو في الآلية التي يتم بها تقييم الخدمات والبيانات المعلنة وتجعلنا أمام إشكالية حقيقية تتعلق بالمصداقية والشفافية وإتاحة المعلومات والبيانات واستدامة المشروع.

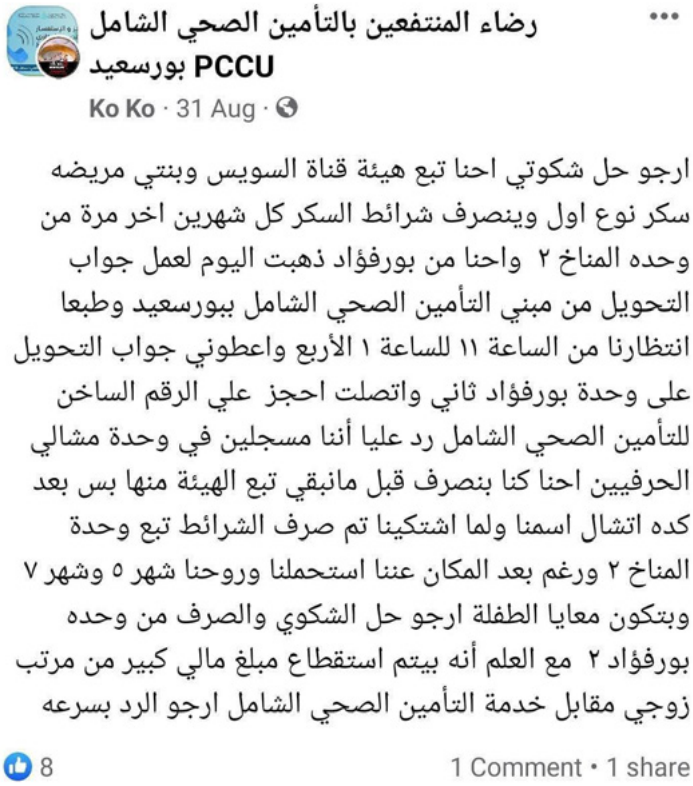
أسباب المشكلة

يعد النهوض بالتغطية الصحية الشاملة من أبرز أولويات التنمية المستدامة، كما يعد التأمين الصحي أحد أساسيات برامج الحماية الاجتماعية، خاصة في البلدان التي تشهد أزمات اقتصادية واجتماعية وزيادة في معدلات الفقر، مع ارتفاع نسب الأمراض المزمنة كما تم ذكرها من قبل والتي تجعل وجود نظام تأمين صحي شامل ضرورة وأولوية يجب التأكد من قابلية جميع المواطنين للوصول إليها والمعلومات اللازمة حولها والقدرة على تقييمها لتحسين جودتها.

ومع اقتصار دور هيئة الاعتماد والجودة على متابعة مؤشرات أداء المستشفيات وأماكن تقديم الخدمة المسجلة لديها والتي تشمل كفاءة المرافق ومتابعة السجلات الطبية من دون الدخول في معلومات تفصيلية حول رحلة المواطنين نحو الحصول على الخدمة والوصول إليها من عدمه، ودور لجنة الشكاوى وإرضاء المنتفعين في استقبال الشكاوى ومحاولة الوصول إلى حلول لها بشكل فردي لا يرتقي إلى مستوى السياسات، تظل هناك مشكلة كبيرة تتعلق بكيفية استدامة المشروع من عدمه، وخطورة تحول نظام التأمين الصحي الشامل إلى نظام روتيني بيروقراطي يلجأ إليه المنتفعون مضطرين وغير متأكدين من حصولهم على الخدمة من عدمه، كما تحول جزء كبير من شكاوى أو استفسارات المواطنين الى مواقع التواصل الاجتماعي، وهو مؤشر واضح على عدم وجود الثقة الكافية أو إتاحة المعلومات بشكل كامل عبر القنوات الرسمية الي تقوم هيئة التأمين الصحي الشامل وهيئة الرعاية الصحية بإتاحتها.

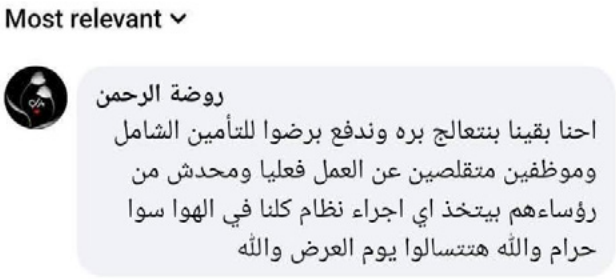
صورة (1): توثيق لشكاوى المواطنين عبر مواقع التواصل الاجتماعي

صورة (2): توثيق لشكاوى المواطنين عبر مواقع التواصل الاجتماعي



صورة (3): توثيق لشكاوى المواطنين عبر مواقع التواصل الاجتماعي

صورة (4): توثيق لشكاوى المواطنين عبر مواقع التواصل الاجتماعي



صورة (5): توثيق لشكاوى المواطنين عبر مواقع التواصل الاجتماعي

غياب الديمقراطية والنتائج المترتبة

تناولت إحدى الدراسات[12] ما يعرف باسم مبادئ قانون التأمين الصحي الجديد ولخصتها في العناصر الآتية (العمومية - الشمولية - الإتاحة - التجوالية - الإدارة العامة) وهي تقريبًا المبادئ التي نصت عليها تعريفات التغطية الصحية الشاملة بمفهومها التنموي أو الحق في الصحة بالمفهوم الحقوقي والذي يعني ضمان وصول جميع المواطنين إلى جميع الخدمات دون تعرضهم لضائقة مادية، أو وجود صعوبة في الوصول إلى بعض الخدمات بسبب موقعهم السكني، وتوفر جميع المعلومات المتاحة حول تلك الخدمات، وهو ما نراه في طرحنا معيارًا أساسيًّا لتقييم الخدمات، بينما تقتصر التقارير والنتائج التي تنشرها هيئة الرعاية الصحية على عدد الإحالات ودرجة رضا المواطنين عن الخدمات التي تم الحصول عليها بالفعل وهو أمر غير كافٍ لتقييم الجوانب الكيفية بشكل مفصل للخدمة وكذلك تجاهلت تمامًا مراحل ما قبل الحصول على الخدمة وعواقب الوصول إلى الخدمة مثل عدم القدرة على حجز المواعيد أو إجراء بعض الفحوصات غير المتاحة، وعلى الرغم من أسبقية دستور مصر في 2014 والمعدل في 2019 على شموله مواد متعلقة بشكل صريح بالحق في الصحة وإلزام الدولة بتقديم ودعم الخدمات الصحية لم يتم ذكر آليات واضحة للمراقبة تضمن الشفافية والحيادية حيث نصت المادة على «خضوع جميع المنشآت الصحية، والمنتجات والمواد، ووسائل الدعاية المتعلقة بالصحة لرقابة الدولة، وتشجع الدولة مشاركة القطاعين الخاص والأهلي في خدمات الرعاية الصحية وفقًا للقانون «دون تحديد آليات لتلك الرقابة أو دور المجتمع المدني تحديدًا في المراقبة وإنما اقتصار دوره على التوعية بالمنظومة الجديدة فقط، وقد أوضحت مراجعة الأدبيات حول قانون التأمين الصحي الشامل تحديدًا عن وجود توصيات صريحة على وجود آلية واضحة للرقابة لتنفيذ ما هو مخطط بالإضافة إلى حصول متلقي الخدمة كافة على حقوقهم من الرعاية الصحية بشكل عادل وما يحقق المساواة والشفافية إلى جانب العمل على تنفيذ إدارة الجودة الشاملة في القطاع التقدمي الصحي، إلى جانب الاهتمام بالتعرف على رضا المرضى عن مستوى الخدمات الصحية المقدمة إليهم وتحليلها، كذلك الاهتمام بالشكاوى التي تقدم من قبلهم والتعرف على أوجه القصور في تقديم الخدمات الصحية[13]، وهو ما يؤكد طرحنا المسبق بخصوص عدم كفاية معايير هيئة الاعتماد والجودة المعتمدة على السجلات الطبية وغيرها من معايير مكافحة العدوى وما شابهها

بخصوص التقييم الفعلي للمنظومة وإنما يلزم ذلك وجود جهات رقابية مستقلة، وهذا ما جاء نصًّا في التقرير الذي نشرته المبادرة المصرية للحقوق الشخصية عن التقييم المجتمعي للتشغيل التجريبي للمنظومة في 2019 والذي رصد شكاوى المواطنين في مراحل الحصول على الخدمات المختلفة، مثل: عدم إتاحة بعض الأدوية والفحوصات أو بعض الصعوبات البيروقراطية والإدارية، وربما الفارق الزمني بين تلك الدراسة وذلك التقرير يوضح بشكل فعلي عدم وجود آلية لإصلاح ما تم ذكره من جوانب سلبية، ويتشابه ذلك مع ما تم ذكره من شهادات موثقة لشكاوى المواطنين على الإنترنت في المحافظات المختلفة، أو ما تم تدوينه من ملاحظات ميدانية مرتبطة بشكاوى الانتظار أو صعوبة الإجراءات المختلفة، نخلص من كل ذلك إلى عدم وجود آلية واضحة لتقييم ومراقبة نظام التأمين الصحي الشامل بقدر كافٍ من الشفافية، في ظل اعتماد المنظومة على التقارير التي تصدرها هيئة الرعاية الصحية والتي تشمل عدد الفحوصات والإحالات المختلفة كما ذكرنا من قبل، في وقت يفقد فيه المواطن الثقة بالجهة المخصصة للشكاوى باعتبارها نفس الجهة التي تقدم الخدمة، أما على مستوى الحلول فقد حاول كثير من الفاعلين في قطاع الصحة تقديم توصيات لتدارك الأزمات السابق ذكرها عن طريق جلسات الحوار الوطني التي ناقشت محور الصحة أو من خلال طلبات الإحاطة وجلسات الاستماع داخل مجلس النواب، لكنها على حد وصف البرلمانيين أنفسهم تأتي بردود غير مجدية، بدليل تكرار مناقشة نفس الأزمات على فترات مختلفة كما هو موضح في الجدول التالي، الذي يستعرض أبرز الأخبار التي تناولت تناول مجلس النواب عبر فترات زمنية مختلفة لأزمات التأمين الصحي الشامل

الطلب	التاريخ	المصدر
طلب إحاطة عاجل بالبرلمان عن التأمين الصحي الشامل في بورسعيد	مارس 2021	جريدة المال
برلمانيون يفندون ردود وزير الصحة على طلبات الإحاطة: مجرد مسكنات	مايو 2022	مصراوي
طلبات إحاطة بخصوص التأمين الصحي الشامل، مستحقات غير القادرين ومشكلات التسجيل بالوحدات	نوفمبر 2023	القاهرة 24
«صحة النواب» تخصص جلسة موسعة لمناقشة معايير تطبيق التأمين الصحى الشامل	نوفمبر 2023	اليوم السابع
طلب إحاطة لمواجهة ظاهرة هجرة الأطباء	ديسمبر 2023	صدى البلد
طلب إحاطة بشأن نقص الإنسولين من صيدليات هيئة التأمين الصحي	يناير 2024	الشروق
جلسة استماع للنهوض بخدمات التأمين الصحي الشامل	يناير 2024	اليوم السابع
معوقات تعرقل المرحلة الثانية من برنامج التأمين الصحي	يناير 2024	المصري اليوم
طلب إحاطة بشأن نقص أدوية السكر والمناعة بالتأمين الصحي	مارس 2024	مصراوي

الجدول من إعداد الباحث

بعد عرض سريع لتفاصيل طلبات الإحاطة والشكاوى التي عرضت على طاولة مجلس النواب نجد تكرارًا في نوعية المشكلات التي واجهت النظم الصحية القديمة والتي أثبتت فشلها الكامل في إتاحة مظلات التغطية الصحية الشاملة للمواطنين مثل ما يلي:

1. نقص في الموارد الأساسية والمواد الطبية والمستلزمات.
2. صعوبة في الوصول إلى الخدمات والاشتراك فيها من الأساس.
3. بيئة عمل غير جاذبة ومحفزة للأطباء.
4. غياب التنظيم والرقابة داخل أماكن تقديم الخدمة.

مع وجود فارق وحيد وهو تحسين البنية التحتية لأماكن تقديم الخدمة وهو لا يكفي لنجاح منظومة صحية متكاملة، يواجه ذلك مشكلة أكبر تتمثل في محاولات الدولة إثبات التزامها في توفير برامج الحماية الاجتماعية الملزمة بها دستوريًّا وتحقيق أهدافها الإنمائية المتمثلة في التغطية الصحية الشاملة عن طريق إصدار التقارير الكمية عن عدد الفحوصات والإجراءات التي تمت كإنجازات لم يسبق تحقيقها من قبل وتصدير ذلك المشهد عبر وسائل الإعلام والاحتفالات الكبرى الرسمية، مع عدم وجود جهة رقابية مستقلة وإلغاء المجالس المحلية منذ فترة طويلة، مع اقتصار دور المجتمع المدني على التوعية وتقديم الخدمات البديلة بشكل موازٍ للمنظومة، وعدم تمكنها من القيام بدور التقييم والمراقبة وعدم إتاحة المعلومات اللازمة للبحث والمناصرة،

والتضييق على الدور الحقوقي في العمل العام، على الرغم من الدور الكبير الذي لعبه المجتمع المدني في ملف الإصلاح الصحي وجهوده عبر عقود من الزمان في صياغة قانون للتأمين الصحي يضمن حقوق المواطنين في الحصول على الخدمات الصحية.

في ضوء ذلك تظهر أزمات الديمقراطية بشكل حقيقي في واحدة من أهم الملفات والبرامج التي يجب أن تلتزم بها الدول تجاه شعوبها وهو الحق في الصحة، على الرغم من محاولات البرلمان «الضئيلة» على فترات متفاوتة في مناقشة تلك الأزمات، إلا أنها تظل مجرد نقاشات ووعود لا ترتقي إلى مستوى التنفيذ.

آليات مراقبة نظم التأمين الصحي والتجارب الشبيهة

تُعَدُّ الرؤية الواضحة وهياكل الحوكمة القوية والمؤسسات التنظيمية والتمويلية العاملة والشراكات الفعّالة عناصر حاسمة في تعزيز أداء النظام الصحي لبلوغ التغطية الصحية الشاملة، ويعاني عديد من بلدان الإقليم من ضعف ترتيبات الحوكمة والقيود على المساءلة والشفافية، ما يعوق أداء النظام الصحي لديها.[14] كما تعتبر المشاركة المجتمعية في صنع القرارات المتعلقة بقطاع الصحة أحد الركائز الأساسية المطلوبة لتحقيق المساواة في الحصول على خدمات الرعاية الصحية وتحسين رفاه المجتمعات. وتدعو منظمة الصحة العالمية بقوة إلى تطبيق الحوكمة التشاركية في مجال الصحة، حيث إن إشراك الجمهور في تخطيط الإصلاحات الصحية، إلى جانب عوامل أخرى، يسهم في إنجاح السياسات العامة. علاوة على ذلك، يعد إشراك أصحاب المصلحة المحليين في حوكمة نظام الصحة شرطًا أساسيًّا لتحقيق المساواة في الحصول على الخدمات الصحية.[15]

في إطار ذلك وضعت منظمة الصحة العالمية شروطًا أساسية لنجاح أي منظومة تغطية صحية شاملة لا بد من العمل عليها معًا وليس بشكل منفرد وتتلخص فيما يلي:

- إجراء تقييمات الحوكمة والتمويل
- تركيز الجهود في بناء القدرات المؤسسية وتنمية القوى الصحية العاملة
- إعداد أدوات لتقييم المساءلة والصحة العامة

كما وضعت بعض الإرشادات والبرامج المرتبطة بتنمية القدرات وتحسين بيئات العمل وتوفير الأدوات التكنولوجية والأدوية والمستلزمات اللازمة وتقديم الخدمات المتكاملة وغيرها من الجوانب اللازمة لنجاح أي نظام صحي مع الاهتمام بتوفير البيئة المناسبة للبحث، والتطوير، وإتاحة المعلومات، وغيرها.

ونرى في طرحنا الحالي صعوبة تنفيذ ما سبق من توصيات لأنها تعتمد من الأساس على مناخ ديمقراطي يسمح بالمساءلة والمراقبة المستقلة وإتاحة المعلومات دون قيود أو شروط بغرض البحث والتطوير، بالإضافة إلى عدم وجود جهة مستقلة للرقابة على الصحة كما طرح من قبل في مقترح (مجلس أعلى للصحة)[16] والذي هدف إلى وجود مجلس مستقل يتكون من عديد من الجهات والشخصيات الحكومية والنقابية والأكاديمية لتطوير منظومة الصحة من الأساس وتعزيز دور الرقابة والحوكمة وتطوير الإستراتيجيات ومبادرات الإصلاح المؤسسية وحل الأزمات والمشكلات التي تواجه تقديم الخدمات الصحية إلى المواطنين، مع وضع مقترحات ومواد لآلية تشكيل المجلس واختيار أعضائه ولجان العمل به، بشرط أن يكون مستقلًّا ولا يتبع لأي جهة حكومية، وتم تقديم هذا المقترح إلى وزارة الصحة وقتها ولكن لم يتم تنفيذه لأسباب غير معلومة.

تجارب الدول الأخرى (تونس - تايلند) كمثال

يمكن الإشارة إلى الحوار الوطني الذي تم في تونس عام 2019[17] كمثال حقيقي لإشراك الجمهور ومقدمي خدمات الرعاية الصحية والجمعيات المهنية والإداريين والسياسيين والخبراء الدوليين في حوار متعدد المراحل أطلقته وزارة الصحة بشأن سياسات وإستراتيجيات وخطط الصحة ومناقشة التحديات القائمة التي يواجهها قطاع الصحة والنهج الممكنة للإصلاح، وقد هدف الحوار في مرحلته الأولى الى بناء توافق بين المشاركين بشأن التحديات التي يواجهها القطاع الصحي هناك وكيفية إصلاحه، أما المرحلة الثانية فقد قدمت ما يعرف بـ«السياسة الوطنية للصحة» في يونيو 2019 وهي سياسة تهدف إلى تحقيق التغطية

الصحية الشاملة بحلول عام 2030 وقد صادقت عليها الحكومة التونسية في 2021، وعلى الرغم من وجود تحديات عرقلت تنفيذ تلك السياسات بشكل عملي بسبب ضعف الإنفاق والبنية التحتية[18]، فإنها أرست قواعد ديمقراطية للتشاور والتحاور بشأن إصلاح النظام الصحي يعتمد من الأساس على مشاركة كل الأطراف المعنية، وهو ما يهم في طرحنا الحالي

في تايلاند[19] أيضًا يمكننا ذكر تجربة ما يعرف بإستراتيجية المثلث الذي يحرك الجبل والذي يعني مشاركة الجمهور متمثلًا في المجتمع المدني مع صانعي السياسات والهيئات الإدارية بحضور الباحثين ومراكز الدراسات للاستماع ودراسة ما يتم تقديمه من مقترحات لتحسين النظام الصحي، وبسبب تلك الإستراتيجية يمكن اعتبار تايلاند نموذجًا في الحوكمة التشاركية حيث انخرطت الحكومة متمثلة في رئيس الوزراء بنفسه بالإضافة الى الجمعية الوطنية للصحة وهي تضم عناصر مختلفة من الناشطين والفاعلين وكذلك الدعم اللوجستي والعلمي المقدم من الباحثين والمتخصصين، إلا أن هذا النموذج لا يزال ينقصه مشاركات الفئات الأكثر هشاشة او احتياجًا ونقص بعض المعلومات بخصوص القضايا التي يتم مناقشتها، وغياب بعض السياسيين الأكثر تأثيرًا، وتعقيبًا على ذلك فإن هذا النموذج من أكثر النماذج التي من الممكن أن يجني ثمارًا عديدة في مصر إذا تم تطبيقه بشكل صحيح في حالة وجود الإرادة السياسية لذلك والقدرة التمويلية على تنفيذ السياسات المقترحة، نظرًا إلى كثرة الباحثين والمختصين ووجود عنصر الخبرة وكذلك التمثيل القوي لأصحاب المصالح وتراكم فكرة الإصلاح الصحي عند المؤسسات واطلاعها على القضايا الرئيسية

البدائل والحلول المقترحة وأبرز التوصيات

1. وجود جهة رقابية مستقلة تضم من الخبرات العلمية والعملية ما يكفي لمتابعة تقديم الخدمات الصحية وإجراء البحوث والتقييمات الدورية وإعطاء الصلاحيات كافة والمساحة الكاملة لإجراء ذلك بشكل يضمن الشفافية والجودة والتمثيل الكافي لكل شرائح المنتفعين قبل وأثناء وبعد الحصول على الخدمات.

2. دراسة شكاوى المنتفعين بشكل عملي والتفكير في وضع حلول جذرية لها وعدم الاكتفاء بالحلول الفردية.

3. إتاحة المجال للجمعيات الأهلية في تقديم دورها في مراقبة وتقييم وتوعية المواطنين بما يلزم من حقوق وواجبات فيما يخص الحق في الصحة، بدلًا من تقديم الخدمات البديلة غير المستدامة.

4. التأكد من إتاحة المعلومات بشكل كامل للمواطنين عبر القنوات المختلفة المخصصة لذلك لمنع تداول الشائعات، وخلق قنوات أكثر فعالية للتواصل مع كل المنتفعين بمختلف توجهاتهم وأوضاعهم الاقتصادية والاجتماعية.

5. إعادة النظر في إنشاء المجالس المحلية المختصة بمراقبة الخدمات الصحية داخل المحافظات والأحياء والقرى مع ضمان تشكيله بنزاهة وشفافية.

6. الاهتمام بما سبق من بحوث وأوراق سياسات بخصوص تحسين بيئات عمل الفرق الطبية بما يشمل الأوضاع المادية والتعليمية وتوفير المناخ المناسب لتقديم خدمات شاملة للمواطنين والتعاون بين نقابة الأطباء والمجتمع المدني في إطار ذلك.

7. إشراك نقابة الأطباء فيما يتعلق بتحسين أوضاع الأطباء في المنظومة وحصولهم على الحقوق الكاملة التي تساعدهم على تقديم خدمات صحية أكثر جودة واستدامة للمواطنين، وإشراف النقابة على برامج التدريب المرتبطة بمعايير تقديم الخدمات بشكل علمي وأخلاقي.

8. تنفيذ توصيات الحوارات الوطنية التي يقدمها المتخصصون مع تمكين الجهات المختصة من رقابتها.

خاتمة

لا تسعى الورقة إلى تقديم حلول جذرية في قضية الإصلاح الصحي المصري، أو معالجة سلبيات تطبيق قانون التأمين الصحي الشامل، وإنما تمهد الطريق للسبل والحلول الممكنة التي من شأنها صياغة حلول لكل العقبات الممكنة، إن وجود إرادة سياسية في المقام الأول للإصلاح يتبعه تهيئة مناخ ديمقراطي وتمكين للمؤسسات من القيام بأدوارها هو المفتاح لنظام صحي قوي يتجنب أخطاء الماضي ويستغل موارده المادية واللوجستية، كما أن التمادي في سياسات تجميل صورة المنظومة على الرغم مما يشوبها من أخطاء يوسع من فجوة العدالة الاجتماعية في الصحة ويؤدي إلى تفاقم المشكلات بشكل يصعب حله فيما بعد، وتكرار سيناريوهات ما حدث من نظم صحية قديمة فشلت وعجزت عن تقديم أدوارها الرئيسية بشكل عملي ما يؤثر بالسلب في مصداقية النظام الصحي والسياسي بالكامل ويعطل من خططه في تحقيق أهداف التنمية المستدامة والحق الدستوري بتقديم مظلات صحية عادلة للجميع.

هوامش

1 «وتكفل الدولة الحفاظ على مرافق الخدمات الصحية العامة التى تقدم خدماتها للشعب ودعمها والعمل على رفع كفاءتها وانتشارها الجغرافى العادل. وتلتزم الدولة بتخصيص نسبة من الإنفاق الحكومى للصحة لا تقل عن 3% من الناتج القومى الإجمالى تتصاعد تدريجيًا حتى تتفق مع المعدلات العالمية. وتلتزم الدولة بإقامة نظام تأمين صحى شامل لجميع المصريين يغطى كل الأمراض، وينظم القانون إسهام المواطنين فى اشتراكاته أو إعفاءهم منها طبقًا لمعدلات دخولهم. ويجرم الامتناع عن تقديم العلاج بأشكاله المختلفة لكل إنسان فى حالات الطوارئ أو الخطر على الحياة. وتلتزم الدولة بتحسين أوضاع الأطباء وهيئات التمريض والعاملين فى القطاع الصحى. وتخضع جميع المنشآت الصحية، والمنتجات والمواد، ووسائل الدعاية المتعلقة بالصحة لرقابة الدولة، وتشجع الدولة مشاركة القطاعين الخاص والأهلي فى خدمات الرعاية الصحية وفقًا للقانون». منشورات قانونية، الدستور المصري المعدل 2019

2 علاء غنام، التأمين الصحي الشامل (نظرة مقارنة)، مجلة الديمقراطية، مؤسسة الأهرام 2021

3 الموقع الرسمي للهيئة العامة للتأمين الصحي، التغطية التأمينية

4 البنك الدولي، دعم نظام التأمين الصحي الشامل في مصر 2018

5 البنك الدولي، نفس المرجع السابق

6 علاء غنام، نظام التأمين الصحي الشامل وبناء الإنسان المصري، آفاق إستراتيجية العدد 3، يونيو 2021

7 علاء غنام، نفس المرجع السابق

8 المبادرة المصرية للحقوق الشخصية، التشغيل التجريبي للتأمين الصحي الشامل في بورسعيد (تقييم مجتمعي للمرحلة وإصلاحات واجبة) 2019

9 نقيب الأطباء يطالب بتطبيق اللائحة المالية للتأمين الصحي الشامل لجميع الأطباء

10 الموقع الرسمي للنقابة العامة للأطباء، دلائل استبيان عن رضا الفريق الطبي بهيئة الرعاية الصحية

11 الموقع الرسمي لهيئة الرعاية الصحية، حصاد الإنجازات في 4 سنوات

12 شريف السيد محمد علي، تحديات تطبيق التأمين الصحي الشامل ومتطلبات تطويره، 2020، جامعة قناة السويس

13 مجلة الدراسات الأدبية والإنسانية، كلية الآداب جامعة كفر الشيخ، نجلاء محمد عاطف، منظومة التأمين الصحي الشامل ودورها في الارتقاء بصحة المواطن المصري في الجمهورية الجديدة، العدد 28 يناير 2023

14 منظمة الصحة العالمية، تعزيز النظم الصحية لتحقيق التغطية الصحية الشاملة

15 حلول للسياسات البديلة، الحوكمة التشاركية وتعزيز صنع السياسات الصحية في مصر، تقليعة أم تغيير فعلي لقواعد اللعبة، 2020

16 المبادرة المصرية للحقوق الشخصية، مقترح مجلس أعلى للصحة، يونيو 2014

17 الحوكمة التشاركية وتعزيز صنع السياسات الصحية في مصر: تقليعة أم تغيير فعلي لقواعد اللعبة، حلول للسياسات البديلة، 2020

18 الإنفاق العمومي على الصحة: بماذا تخبرنا الأرقام عن السياسات الصحية في تونس، انتفاضة بالعربية 2022

19 حلول للسياسات البديلة، نفس المرجع السابق

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.