

نظام التأمين الصحي الشامل طريق مصر لتحقيق التنمية في قطاع

الصحة



تحرير

محمد البدوي

محمد البدوي

محمد البدوي

إعداد

زينب صالح

زينب صالح

زينب صالح

ECHRD

يوليو ٢٠٢٣

"نظام التأمين الصحي الشامل طريق مصر لتحقيق التنمية في قطاع الصحة"

الائتلاف المصري لحقوق الإنسان والتنمية

وهي المبادرة التي أطلقتها مؤسسة ملتقى الحوار للتنمية وحقوق الإنسان تتكون من ٥٠٠ من جمعيات ومنظمات تنموية في ٩ محافظات يهدف إلى تعزيز أوضاع حقوق الإنسان في مصر. وتعزيز الشراكات وتبادل الخبرات

وتوزعت الجمعيات والمؤسسات الأهلية، المشاركة في المبادرة في ٩ محافظات وهي: "القاهرة، الغربية، البحيرة، الإسكندرية، بنى سويف،

سوهاج، الأقصر، قنا وأسوان

صفحة الفيس بوك <https://www.facebook.com/profile.php?id=100090569196942>



© ALL RIGHTS RESERVED- 2021

FDHRD

مقدمة

تواجه النظم الصحية في العالم أجمع العديد من التحديات، الأمر الذي يدفع نحو ضرورة البحث عن سبل لمواجهة تلك التحديات من أجل الارتقاء بجودة الخدمات الصحية وتطويرها وتوسيع نطاق المستفيدين منها وتقليل الإنفاق الشخصي على الخدمات الصحية وتقليل فجوة اللامساواة في الحصول على الرعاية الصحية، خاصة وأن العديد من النظم الصحية المتقدمة قد تعرضت للانحيار في ظل عدم القدرة على مواجهة تداعيات جائحة فيروس كورونا. وفي ظل التوقعات بشأن تزايد الضغوط على النظم الصحية بفعل الزيادة المتوقعة في عدد السكان وكذلك التطور في الأمراض والأوبئة التي تهدد البشرية، تزايد الحاجة إلى البحث عن سبل تطوير نظم الرعاية الصحية، الأمر الذي صار ممكناً في ظل التطور التكنولوجي وما تتيحه الثورة الصناعية الرابعة من تطبيقات متقدمة يمكن الاستفادة منها وتوظيفها في تطوير نظم الرعاية الصحية وسبل تقديم تلك الخدمات.

وفي ظل التنشيطي في النظام الصحي في مصر فإن تأسيس آلية عليا فعالة للتخطيط وصنع وتنفيذ السياسات في القطاع الصحي المصري سوف يحتاج إلى مواصفات خاصة تتصدرها الاستدامة والقدرة على إعادة هيكلة وحوكمة النظام الصحي بالكامل لتحقيق التغطية الصحية الشاملة وفق معايير مختلفة وفي ضوء الخبرات العالمية في هذا الخصوص، وهو الأمر الذي لم يكتب له النجاح المأمول بعد. حيث ان التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه، هو أحد الحقوق الأساسية لكل إنسان كما نص عليه دستور منظمة الصحة العالمية والدستور المصري. ويشمل الحق في الصحة الحصول على الرعاية الصحية المقبولة والميسورة التكلفة ذات الجودة المناسبة في التوقيت المناسب. وذلك يتطلب أن تهيئ الحكومات الظروف التي يمكن فيها لكل فرد أن يكون موفور الصحة بقدر الإمكان. ويلزم الدستور المصري الدولة بضمان هذا الحق وتوفير آليات الحماية المناسبة القادرة على ضمان تفعيله وعلى رأس تلك الآليات توفير نظام تغطية صحية شاملة.

لذلك جاء قانون التأمين الصحي الشامل الجديد ولائحته التنفيذية، الذي يعد نتاج عمل مستمر اشترك فيه خبراء وحكوميون ومسؤولون من المجتمع المدني وعقدت العديد من جلسات الاستماع بهدف تصميم نظام تأمين شامل يحقق الإتاحة والتوافر وإمكانية الوصول والمقبولية والجودة في الخدمات والحماية الصحية المقدمة بدون تفرقة وبغض النظر عن مستوى الدخل، وبهدف ضمان وضع إطار قانوني حاكم وشامل للمنظومة الصحية يمثل خطة شاملة تنهض بهذه المنظومة البالية بشكل كامل ومستدام. وسناقش هذا الموضوع من خلال عدة محاور تتمثل في: شرح التحديات التي تواجه القطاع الصحي في مصر، تعريف نظام التأمين الصحي الشامل،

ونشأته، توضيح فلسفة ومبادئه، شرح خطوات التطبيق المرحلي، التعرف على مميزاته، واهدافه، واهميته، عرض الخدمات الصحية التي يقدمها، توضيح مستويات الرعاية الصحية وفقاً لنظام التأمين الصحي الشامل، التعرف على الخدمات الرقمية للمنظومة، عرض مراحل تنفيذ منظومة التأمين الصحي الشامل، توضيح اهتمام المواثيق والاتفاقيات الدولية بالحق في الصحة، ثم تقدم بعض التوصيات.

التحديات التي تواجه القطاع الصحي في مصر:

عدة تحديات تواجه التطور الحادث في القطاع الطبي في مصر والتي من بينها:

مشاكل تطوير الموارد الصحية:

إن النظام الصحي يعاني في كل الأحوال من مشاكل جوهرية تتعلق بتطوير الموارد البشرية مثلاً من نقص في العناصر الطبية المساعدة مقارنة بالاحتياج الفعلي مع وجود كثير من المشاكل النوعية منها المدارس المختلفة التي تم تدريب العناصر الطبية بها ولم يكن حسب الاحتياج الفعلي للبلاد، وكذلك التوزيع الجغرافي للعاملين بالقطاع الصحي غير متوازن مع الهجرة للمدن الكبرى والتي تتمركز بها المستشفيات، والذي أدى بدوره لزيادة الطلب على المعدات والمرافق المتخصصة مع ملاحظة العلاقات الضعيفة بين الاختصاصات والمسؤوليات بين كل من التخطيط والتمويل وإنشاء المرافق وصيانتها. مع ملاحظة أن الاهتمام بالتكنولوجيا الصحية يتزايد مع تزايد تكلفتها مما يستوجب التخطيط الجيد لاقتناء التكنولوجيا بما يكون مرتبطاً بفائدتها وحاجتها للسكان، ويتطلب كذلك منح الاستقلالية للوحدات الصحية، وأن السعي وراء الضرورة التكنولوجية الملحة يؤثر على كل النظام الصحي.

مشاكل تنظيم الموارد:

في كثير من الأحيان لا يكون تنظيم الموارد فعالاً أي لا يحقق الحد الأقصى من العاملين والمرافق، وغالباً ما تتمثل المحددات الأساسية لتوزيع الموارد في قوى السوق أكثر من تمثيلها في التقييم الموضوعي للحاجات الاجتماعية والإنسانية. وإن وجد القطاع الخاص والاهلي فغالباً لا يتعاون مع القطاع العام مما يؤثر سلباً على النظام الصحي.

مشاكل تقديم الرعاية الصحية:

نتيجة للتنظيم غير الفعّال للموارد ينجم عنه سوء تكييف أنماط تقديم الرعاية الصحية مع متطلبات العلوم الطبية، وهذا ينطوي على استعمال التكنولوجيا غير المتلائمة مع الاحتياجات مما يترتب عليه عدم تكييف أنماط تقديم الرعاية الصحية مع حاجات المجتمع.

مشاكل الدعم الاقتصادي والمالي:

غالبًا ما يكون الدعم الاقتصادي والمالي للخدمات الصحية أدنى بكثير من المطلوب لتوفير الاحتياجات الصحية للمجتمع، وكثيرًا ما يساهم ضعف التخطيط وتمويل النظم الصحية إلى تقادم العجز، ومع تنامي القطاع الخاص والاستثمارات قد يؤدي إلى أن يفوق التمويل الصحي بالقطاع الخاص نظيره في القطاع العام والذي يؤدي بدوره إلى انعدام العدالة في توزيع الخدمات الصحية والحصول عليها.

مع ملاحظة أن الزيادة في عدد العاملين بالقطاع والزيادة في المرافق الصحية تنشر الطلب عليها مما يؤدي إلى زيادة في الإنفاق مما يترتب عليه الزيادة في تكاليف الرعاية الصحية أحيانًا دون زيادة مكافئة في التغطية الصحية أو تحسين للوضع الصحي للمجتمع مما يتطلب الاعتماد على الحسابات الصحية.

الحسابات الصحية:

-التصنيف الدقيق لأنماط وأهداف جميع المصاريف وجميع الفاعلية في النظام الصحي.

-حسابات كاملة لجميع المصاريف الصحية بغض النظر عن المنشأ والغاية أو موضوع المصروف.

-الأسلوب الدقيق في الجمع والفهرسة وتقدير جميع تدفقات الأموال المتعلقة بالنفقات الصحية.

عندما يبني نظام الحسابات الصحية الوطنية بناءً كاملاً فإنه يتم أنظمة السجلات والتقارير لتقديم صورة حول إنجاز النظام الصحي. ويمكن استخدام الحسابات الصحية لإظهار العلاقة بين المصاريف الصحية وإجمالي المنتج الاقتصادي. كما يظهر نظام الحسابات الصحية الروابط بين التمويل والإنتاج في مجال الخدمات الصحية ومستلزماتها من الأدوات والمعدات. حيث إن الهدف الرئيس للحسابات الصحية هو دعم النظام الصحي. وحيث ان النظم الصحية وجدت لتحصيل المنافع للمجتمع والتي تهدف إلى دعم الصحة أو استعادتها أو المحافظة عليها، يجب أن يقيم إنجاز النظام الصحي ليس فقط فيما يتعلق بمستوى المنافع التي يحققها ولكن بمدى توزيعها على المجتمعات وبشكل عادل ومتساوٍ.

الحسابات الصحية يمكنها تقديم معلومات تتعلق بتصميم سياسات أفضل للنظام الصحي. ويساعد نظام الحسابات الصحية في تقديم الأسس لتقييم الموارد المالية المتاحة كافة للنظام الصحي مما يساعد على وضع الاستراتيجيات في زيادة الموارد المتاحة ومعرفة الممول للرعاية الصحية وحجم العبء المالي، وكل هذا يعتبر من أبعاد التخطيط الاقتصادي وتحليل الكفاية الاقتصادية مما يساعد في اتخاذ القرار المناسب.

وكذلك من أهم مميزات نظام الحسابات الصحية هو كيفية توزيع الاعتمادات المالية للرعاية الصحية على الأوجه المختلفة للخدمات والمداخلات والفعاليات التي يقوم بها النظام الصحي وينتجها، وكذلك تحديد من المستفيد من مصاريف الرعاية الصحية. وفي كثير من الأحيان يعتبر المزيد من التمويل والموارد المالية ذات الإدارة الجيدة خطوة في طريق تحسين النظم الصحية، وخصوصاً تلك التي تصل إلى التوزيع العادل للأعباء المالية والإقلال من تأثيراتها السلبية على غير القادرين. مع الملاحظة أن الحسابات الصحية لا تميز بين المصاريف الفعّالة والمصاريف غير الفعّالة مما يستوجب ضرورة الحصول على معلومات غير مالية مأخوذة من المصادر المختلفة كدراسات المسح السكاني والدراسات الوبائية وغيرها.

لتقييم المصاريف الصحية يفترض أن نأخذ في الاعتبار عددًا من الأبعاد والتحليلات مثال:

- ❖ مصادر التمويل
- ❖ وكلاء التمويل
- ❖ الوظائف
- ❖ تكاليف الموارد
- ❖ الحالة الاجتماعية، والاقتصادية، للمستفيدين
- ❖ الحالة الصحية للمستفيدين
- ❖ المناطق والأقاليم

مشاكل إدارة النظام الصحي:

من مشاكل إدارة النظام الصحي عادة هي مركزية اتخاذ القرار مع ضعف الإدارات المحلية والنقص في الإداريين المتخصصين ذوي الخبرة والمهارة والنقص في المعلومات، والاعتماد على الإدارة العمودية مع الافتقار للإشراف الضروري وضعف العلاقات الأفقية بين القطاع الصحي والقطاعات الأخرى ذات الصلة هذا إن وجدت أصلاً مع عدم مساهمة المجتمع في وضع السياسة الصحية. مع ملاحظة الأداء الضعيف للآليات التنظيمية مثل

ترصد الإصحاح البيئي ومراقبة نوعية الرعاية الصحية ومنح التراخيص للمزاولة ومراقبة الأدوية والمرافق ومراقبة التكاليف والأسعار، حتى إن بعضها قد يفنق إلى الإجراءات التنظيمية.

ومهما كانت الموارد المتوافرة في النظام الصحي فإن استعمالها إلى الحد الأقصى يمكن أن يعوقه النقص في القدرات، والمهارات الإدارية على مختلف المستويات. بما أن الأنظمة الصحية الوطنية لها كثير من التشابه في هيكلياتها وكثير من الاختلاف كالمستفيدين من الخدمات، وخصوصاً في نمط الثقافة والتاريخ والنظام الاقتصادي والديناميكية الاجتماعية. ولكن الأجزاء الأساسية للأنظمة الصحية متشابهة تماماً لكل دول العالم، لذلك يجب استخدام جداول التصنيف الدولي في الحسابات الصحية (ICHA)، والذي أنشأته وطورته منظمة التعاون والتنمية الاقتصادية (OECD). هذا من ناحية الإجراءات الحسابية والتي تساعد المحاسبين الصحيين في ممارسة أعمالهم بشكل علمي، مما يتطلب ضرورة التركيز على تكليف المتخصصين في الإدارة الصحية وإدارة النظم الصحية واستمرار رفع الكفاءة واكتساب المهارات لتلك العناصر بالتدريب المستمر مع تقوية العلاقات الأفقية بين النظام الصحي والقطاعات الأخرى.

مع الأخذ في الاعتبار لترشيد الإنفاق وضمان تقديم خدمات صحية متميزة تحقق الرضا لكل من المستفيدين ومقدمي الخدمة، ضرورة تطبيق نظم الجودة بالقطاع الصحي والمؤسسات الصحية واعتماد معايير الخدمات الصحية كانت محلية أو إقليمية أو دولية مع ضرورة إيجاد هيئة وطنية لاعتماد المؤسسات الصحية المطابقة للمعايير المعتمدة، والتي تحقق المحددات الأساسية للنظم الصحية الفعالة والقوية والتماسكة والمرنة والقادرة على الاستجابة بتغطية شاملة تحقق المساواة والعدالة والأمن الصحي المنشود. ونظراً للتغيرات المناخية والبيئية وازدياد المخاطر الوبائية التي تشكل تهديد على النظم الصحية التي تستوجب مضاعفة أعداد الكوادر الطبية والطبية والفنية المساعدة المدربة في جامعات وأكاديميات طبية وتمريضية معتمدة والاهتمام بالبحوث والدراسات الصحية والطبية.

تعريف نظام التأمين الصحي الشامل:

ظهر خلال السنوات القليلة المنصرمة مفهوم نظام التأمين الصحي الشامل، وهو نظام تكافلي يهدف إلى تغطية جميع المواطنين من الميلاد وحتى الوفاة، ويتم تطبيقه تدريجياً في مناطق جغرافية محددة بحسب مراحل تطبيق النظام، ويتم تقديم خدماته في حالة المرض وإصابات العمل بكافة مستويات الرعاية الصحية على أسس عائلة بين المؤمن عليهم، مع وجود آلية تسمح للمنتفع بالاختيار بين مقدمي الخدمات الصحية، بهدف الحصول على

أفضل خدمة صحية متاحة، ولا يشمل النظام خدمات الصحة العامة والخدمات الوقائية وخدمات تنظيم الأسرة والخدمات الإسعافية والكوارث الطبيعية والأوبئة، حيث أن هذه الخدمات تختص بها أجهزة أخرى بالدولة.

يعتمد النظام في تقديم خدماته عن طريق التعاقد مع مقدمي الخدمات الصحية وفقاً لمعايير الجودة الشاملة التي تحددها الهيئة العامة للاعتماد والرقابة مع التزام الدولة برفع جودة وكفاءة المنشآت الصحية التابعة لها، حتى تحصل على الاعتماد من حيث البنية الأساسية والقوى البشرية والتدريب والتجهيزات مع مراعاة أنه يستمر حق المؤمن عليهم في الانتفاع بخدمات التأمين الصحي المقررة وفقاً للقوانين المعمول بها وقت صدور قانون التأمين الصحي الشامل، حتى بداية التطبيق لهم، على أن يوقف العمل لهم بكافة القوانين والقرارات المتعلقة بنظام التأمين الصحي، اعتباراً من تاريخ التطبيق الفعلي لقانون التأمين الصحي الشامل، والذي جاء بهدف التغلب على التحديات التي تواجه نظام التأمين الصحي المعمول به قبل ٢٠١٧، وأهم أهدافه الرئيسية التوجه نحو تغطية صحية شاملة لجميع أفراد المجتمع، من منطلق الفكرة الخاصة بأن لكل مواطن الحق في الصحة والرعاية الصحية الشاملة بمعايير جيدة، وهذا ما نصت عليه المادة الثامنة عشر بالدستور المصري الراهن. ولتحقيق أهداف نظام التأمين الصحي الشامل، تم تشكيل جهات للفصل بين توفير خدمات الرعاية الصحية وبين عمليات التجميع والشراء والإشراف على الجودة لإدارة النظام، الذي يعتمد بشكل رئيس على نظام تكنولوجيا المعلومات بشكل متكامل، من خلال:

-الهيئة العامة للتأمين الصحي الشامل وهي تمثل المشتري.

-الهيئة العامة للرعاية الصحية وتمثل مقدم الخدمة.

-الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية وهي المسؤولة عن ضمان الجودة والاعتماد. الهيئة المصرية للشراء الموحد والتي تم إضافتها بقانون لاحق.

نشأة نظام التأمين الصحي:

يقوم نظام التأمين الصحي الحالي المعمول به منذ عام ١٩٦٤ والذي تغطي مظلاته قطاعات مختلفة من الشعب المصري، على تقديم وتمويل الخدمات الطبية عن طريق الهيئة العامة للتأمين الصحي ويحكم هذا النظام القديم مجموعة كبيرة من القوانين والقرارات الجمهورية والوزارية تغطي مختلف نواحي العملية التأمينية من تقديم وتمويل

الخدمة الطبية وبالنظر إلى العديد من العوامل والتطورات والتحديات الهيكلية، لم يستطع النظام القديم تغطية جميع أفراد المجتمع ولم يضمن عناصر الاستدامة المالية بشكل جيد.

وجرت عدة محاولات ومشروعات لإصلاح النظام القديم وتطوير المنظومة الصحية وضمان العدالة الاجتماعية من قبل وزارة الصحة والسكان والجهات الدولية الشريكة كأحد الأولويات الضرورية، وفي هذا الإطار، قامت وزارة الصحة والسكان في عامي ٢٠١١ - ٢٠١٢ بتشكيل لجنة من ممثلي الحكومة والمجتمع عملت على إعداد مشروع قانون جديد للتأمين الصحي، استجابة لمتطلبات المجتمع في التغطية الصحية الشاملة، بحيث يراعي الاستفادة من الخبرات والتجارب السابقة في مجال إصلاح منظومة التأمين الصحي، وإصلاح القطاع الصحي بشكل عام.

وعملت اللجنة التي أنجزت هذا القانون على ضمان أن يحقق قانون التأمين الصحي الشامل الجديد أهداف ومبادئ خطة مصر للتنمية المستدامة ٢٠٣٠ في محور الصحة؛ حيث توجد ثلاثة أهداف استراتيجية لمحور الصحة، وتتمثل في الآتي: النهوض بصحة المواطنين في إطار من العدالة والإنصاف والاهتمام بكل ما يؤثر في صحة المصريين من محددات اجتماعية وبنية تحتية ووعي عام وتحفيز نمط الحياة الصحي، وتحقيق التغطية الصحية الشاملة لجميع المصريين، مع ضمان جودة الخدمات المقدمة والاهتمام بتوفير خدمات علاجية ووقائية عالية الجودة ومتاحة لجميع المصريين القادرين وغير القادرين وحوكمة قطاع الصحة: من خلال إتاحة البيانات الدقيقة التي تؤدي إلى اتخاذ قرارات سليمة في الوقت المناسب، مع تحسين كفاءة إدارة موارد القطاع الصحي في إطار من الشفافية والمساءلة.

ولقد جاءت أهداف خطة التنمية المستدامة المتعلقة بمحور الصحة تفعيلاً للمادة ١٨ من الدستور المصري ٢٠١٤ والتي تنص على أن 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 ٣% 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 إعفائهم منها طبقاً للمعدلات 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. ومن ثمّ كان قانون التأمين الصحي الشامل تحقيقاً للالتزام دستوري، وحلاً للمشكلات الهيكلية الحالية ومنها على سبيل المثال: ضعف عنصر الاستدامة المالية للنظام الصحي الحالي، وعدم قدرة النظام الصحي على تغطية جميع فئات المجتمع وخصوصاً العمالة غير الرسمية، وعدم رضا المنتفعين عن جودة الخدمة المقدمة، وتهديد الاستقرار المالي لكثير من الأسر المصرية؛ حيث يبلغ إجمالي ما يُنفق على الصحة من الجيب حوالي ٦٠% لذلك فإن القانون الجديد محاولة لتقليص نسبة الإنفاق من الجيب.

فلسفة النظام الجديد ومبادئه:

يهدف نظام التأمين الصحي الشامل الجديد إلى تغطية جميع المواطنين في جميع مراحل حياتهم، مع تكفل الدولة بتوفير الحماية المالية لغير القادرين، ويوفر هذا النظام حماية من الأعباء المالية للأسر والمواطنين، والمبدأ الأساسي للقانون هو التضامن والتشاركية بين شرائح المجتمع المختلفة والدولة.

ويمثّل القانون إطاراً متكاملًا لإصلاح النظام الصحي بشكل شامل وليس فقط قانوناً لتوفير الخدمة الصحية للمواطنين، ويعالج سلبيات النظام الصحي الحالي، فضلاً عن كونه يعد قفزة نوعية هائلة وطموح لإصلاح النظام الصحي كأداة تشريعية، وذلك عبر المبادئ التالية:

➤ الفصل بين مقدم الخدمة وجهة التمويل وجهة الرقابة والاعتماد والجودة، من خلال إنشاء ثلاث هيئات رئيسة تتولى إدارة المنظومة الجديدة، مع تبني آليات عديدة لقياس مستوى أداء الخدمة الطبية ورضاء المواطن عنها، وضمان جودتها والهيئات الثلاث الجديدة التي أنشأها القانون هي:

١- الهيئة العامة للتأمين الصحي الشامل: هيئة تمويل وشراء للخدمات الصحية نيابة عن المواطنين المشتركين في النظام.

٢- الهيئة العامة للرعاية الصحية هيئة الإدارة تقديم الرعاية والخدمات الصحية والإشراف على مقدمي الخدمة.

٣- الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية للرقابة واعتماد ضمان جودة الخدمات المقدمة.

وهذا الاتجاه (الفصل بين مقدم الخدمة وجهة التمويل وجهة الرقابة والاعتماد والجودة) هو اتجاه جديد تماماً في تاريخ النظام الصحي المصري يسعى على الرغم من صعوبته إلى تحقيق نظام حوكمة رشيدة للمنظومة

يتم فيها فصل الوظائف المختلفة، وضمان المحاسبة والمساءلة حولها، وضمان الجودة والشمول من خلالها، وتدعيم الاستخدام الأمثل للموارد وحسن إدارتها واستدامتها.

➤ إلزامية تطبيق قانون التأمين الصحي الشامل الجديد، لأنه سيطبق على جميع المصريين من جميع الفئات داخل جمهورية مصر العربية، بالإضافة إلى أن الإلزامية ستمنع تخارج opt out الفئات الأغنى، وبالتالي ضمانة الاستدامة المالية للمنظومة.

➤ اعتماد الأسرة كوحدة للتغطية في النظام.

➤ ضمان الحصول على الخدمات الصحية بجودة عالية.

➤ اعتماد النظام الجديد على الرعاية الصحية الأولية، وطب الأسرة، كمدخل أساسي للنظام.

➤ تقدم خدمات الرعاية الصحية والعلاجية على جميع مستويات الخدمة الثلاثة (المستوى الأول للرعاية الصحية والمستوى الثاني للرعاية الصحية الذي يختص بمرحلة تشخيص وعلاج المرض، وتقدم تلك الخدمات بالمستشفيات والمستوى الثالث للرعاية الصحية المختص بالتعامل مع الحالات الخاصة والمتقدمة من المرض).

➤ وقد تم الانتهاء من القانون في أواخر عام ٢٠١٧ ثم وافق عليه مجلس النواب، وصدق عليه رئيس الجمهورية في يناير ٢٠١٨، وأصبح جاهزاً للتطبيق، على أن يحل قانون التأمين الصحي الشامل تدريجياً محل القوانين المعمول بها حالياً عبر مراحل تدريجية (ست مراحل)، في خلال مدة زمنية تتراوح بين عشر سنوات إلى خمس عشرة سنة.

خطوات التطبيق المرحلي:

توجد ست مراحل لتطبيق منظومة التأمين الصحي الشامل بكل محافظات جمهورية مصر العربية بحيث تكون المحطة الأخيرة لتطبيق النظام في محافظات القاهرة والجيزة والقليوبية.

وكانت البداية في المرحلة الأولى في محافظة بورسعيد، كتشغيل تجريبي في يوليو ٢٠١٩.

وطبقاً للائحة التنفيذية للقانون، يطبق على ٦ مراحل خلال ١٥ عامًا:

-المرحلة الأولى تضم محافظات: بورسعيد، والسويس، وجنوب سيناء. وشمال سيناء والإسماعيلية.

-المرحلة الثانية: أسوان والأقصر وقنا ومطروح، والبحر الأحمر.

-المرحلة الثالثة: الإسكندرية والبحيرة، ودمياط وسوهاج، وكفر الشيخ.

-المرحلة الرابعة: تضم محافظات أسيوط والوادي الجديد، والفيوم. والمنيا، وبنى سويف.

-المرحلة الخامسة: الدقهلية والشرقية والغربية والمنوفية، والمرحلة

-المرحلة السادسة القاهرة والجيزة، والقليوبية.

ورغم تحدي الجائحة الهائل، جرت عملية تسجيل المواطنين والتشغيل التجريبي في محافظات بورسعيد والأقصر، والإسماعيلية وجنوب سيناء والسويس وأسوان، فعلى سبيل المثال خلال الفترة الماضية، وحسب البيانات الرسمية فقد تم تسجيل ٤٨٦٨٧٣ مواطناً، وفتح ١٢٠٢١٠ ملفات عائلية، في كل من الإسماعيلية (٢٠٧٢٦٧ مواطناً)، والسويس (٤٨٣٤٤) مواطناً، والأقصر (١٢٧٠٨٨) مواطناً، وأسوان (٩٢٢٧٧) مواطناً، وجنوب سيناء (١١٨٩٧) مواطناً، وذلك عبر أكثر من ١١٧ وحدة ومركز صحة للأسرة في المحافظات الخمس.

مميزات نظام التأمين الصحى الشامل:

- يقدم نظام التأمين الصحى الشامل خدمات صحية أولية، وخدمات علاجية وتشخيصية، وخدمات الصحة الإنجابية، والاسعافات الأولية لحالات الطوارئ.
- تتحمل الدولة تكاليف علاج وإشتراكات غير القادرين وتعفيهم من المساهمات فى العلاج.
- نسبة مساهمة المواطن فى تكلفة العمليات لا تتعدى الـ ٥% بحد أقصى ٤٠٠ جنية فقط مهما بلغت تكلفة العملية الجراحية.
- نسبة مساهمة المواطن فى ثمن الأشعة والتحاليل لا تتعدى الـ ١٠% بحد أقصى ٧٥٠ جنية فى المرة الواحدة.
- نسبة مساهمة المواطن فى ثمن الأدوية لا تتعدى الـ ١٠% بحد أقصى ١٠٠٠ جنية فى المرة الواحدة.
- للمواطن حق إسترداد تكاليف علاجه خارج الجهات المتعاقدة مع الهيئة فى الحالات الطارئة فقط.
- يُعفى أصحاب الأورام والأمراض المزمنة من نسبة المساهمة فى العلاج.
- يستفيد المواطنون بنظم التأمين الصحى المتاحة بالدولة إلى أن يتم تطبيق نظام التأمين الصحى الشامل فى محافظاتهم.

الأهداف المرغوبه من إتباع منظومة التأمين الصحي الشامل:

- بث الإطمئنان الإجتماعي لدى المنتفعين من الخدمات الصحية التي يقدمها النظام.
- المساواة في إمكانية الحصول على الخدمات الصحية وتحقيق نوعاً من العدالة النسبية.
- إتاحة الخدمات الصحية ذات الجودة المناسبة لجميع أفراد المجتمع.
- توفير خدمات الرعاية الصحية ومحاولة إزالة عائق التكلفة بين المريض والخدمة الطبية.
- المساهمة في توفير فرص عمل جديدة في شركات ومؤسسات التأمين الصحي.
- توفير موارد مالية لتمويل نفقات الرعاية الطبية، خاصة في ظل التزايد الواضح في تكلفتها.
- تحسين جودة الخدمات الصحية بما فيها القائمين على تقديمها.
- الإلتجاه للإستخدام الأمثل للموارد والأعمال الفنية التي تساهم في تقديم الخدمات الصحية.
- التركيز على الأولويات الصحية الرئيسية الأمراض السارية، الصحة الإنجابية والأطفال.
- توفير خدمة طبية متكاملة بأقل تكلفة ممكنة.

أهمية نظام التأمين الصحي الشامل:

المنتفع:

تزداد الأهمية النسبية لحاجة الفرد لخدمات التأمين الصحي خاصة في السنوات الراهنة التي تشهد إرتفاعاً ملحوظاً في تكلفة العلاج أو الأعباء المالية المترتبة على خطر المرض بوجه عام (تكلفة التشخيص الأدوية، العمليات الجراحية، الإقامة بالمستشفى)، كما أن إحتياج الفرد لأن يحيا حياة كريمة صحية مطلب فطري وحق له لا يحتاج لتبرير، خاصة في ظل تنوع الأمراض في السنوات الراهنة، يضاف لذلك أن حصوله على الخدمات الصحية من خلال نظام تأميني شامل له ولأفراد أسرته يُحقق له نوعاً من الإطمئنان الإجتماعي، ويؤلد لديه شعوراً بالإنتماء والعطاء لجهة عمله ومجتمه وتزداد تلك الأهمية خاصة في السنوات الراهنة للعديد من الأسباب منها:

- تنوع وتزايد الأمراض المعاصرة، مع التزايد الواضح في تكلفة الخدمات الطبية.

- عدم قدرة الفرد على التنبؤ بالمرض أو تكلفته ومن ثم صعوبة إمكانية مواجهة الأعباء المالية المترتبة عليه.
بالنسبة لجهة العمل:

من الأمور المنطقية والمتعارف عليها أن العامل الصحي الذي لا يُعاني من المرض والذي يشعر بالإطمئنان تجاه عدم تكبده لنفقات علاجه ومن يعول يُولد لديه إحساس بالإستقرار والانتماء لجهة عمله، مما يكون له أثراً ايجابياً على إنتاجيته بالإضافة للحد من الخسائر الناجمة عن إنقطاع العمل بسبب المرض. كما أن شعوره بأن جهة عمله تقدم له خدمات التأمين الصحي يُساهم في رضاه الوظيفي ويُعزز إرتباطه بجهة عمله ويؤدي إلى زيادة إنتاجيته، يضاف لذلك الأثر الإيجابي المرغوب في التقليل من الأضرار أو الخسائر الناجمة عن زيادة معدلات دوران العمالة والإنقطاع الجزئي عن العمل بسبب المرض.

بالنسبة للمجتمع بوجه عام:

يساهم نظام التأمين الصحي الشامل الفاعل في زيادة إنتاجية الأفراد وإنخفاض معدلات الإنقطاع عن العمل بسبب المرض، مما يساهم في زيادة الناتج القومي والنمو الاقتصادي، يضاف لذلك أنه يساهم في التشجيع على الإستثمارات الصحية بما يؤثر ايجابياً في التنمية الاقتصادية والاجتماعية للمجتمع بوجه عام.

الخدمات الصحية التي يقدمها نظام التأمين الصحي الشامل:

-خدمات الرعاية الصحية الأولية، العلاج والإقامة بالمستشفى المصحة أو المركز المتخصص.

-خدمات أخرى خاصة بالعاملين والمستحقين للمعاش، خدمات خاصة بالطلاب.

- خدمة الدواء: يتم صرف الأدوية والعلاج الدوائي والكيميائي وغيره داخل وخارج المستشفيات، ويمكن علاج المنتفع خارج الدولة في الحالات التي يستحيل علاجها من خدمات النظام.

مستويات الرعاية الصحية وفقاً لنظام التأمين الصحي الشامل:

المستوى الأول: وهو يمثل خط الدفاع الأول ضد المرض، فهو يهتم بالجانب الوقائي والإحالة وتعزيز الصحة ومكافحة انتشار المرض في مرحلة ما قبل الإصابة ويشمل:

خدمات الرعاية الصحية الأساسية من وحدات ومراكز صحة الأسرة المعتمده.

خدمات طبيب الأسرة والممارس العام والأطباء المتخصصين وأطباء الأسنان.

الخدمات التشخيصية، والتي تحددها الهيئة العامة للتأمين الصحي الشامل.

المستوى الثاني: ويشمل مرحلة تشخيص المرض وعلاجه.

المستوى الثالث: ويشمل مرحلة إعادة التأهيل للحالات الخاصة.

الخدمات الرقمية لمنظومة التأمين الشامل:

أطلقت الهيئة العامة للتأمين الصحي الشامل في ٢٠٢١ بالتعاون مع إي فاينانس " للاستثمارات المالية والرقمية، شركة "إي هيلث" eHealth المتخصصة في تطوير وإدارة وتشغيل الحلول التكنولوجية والرقمية لخدمات القطاع الصحي، وذلك وفي إطار خطط تطوير القطاع الصحي في مصر وضمن استراتيجية إي فاينانس " التوسعية لتقديم حلول التحول الرقمي في جميع القطاعات الهامة بالسوق المصرية.

وقامت "إي هيلث eHealth الشقيقة لشركة "إي فاينانس" بإدارة وتشغيل الخدمات التكنولوجية لمنظومة التأمين الصحي الشامل، فضلاً عن تقديم الخدمات الرقمية المتخصصة لقطاع التأمين الصحي والقطاع الصحي بشكل عام على مستوى الجمهورية. وتقدم "إي" "هيلث Health خدمات شاملة ومتكاملة للقطاع الصحي بداية من إدارة وتشغيل العمليات اليومية للأنظمة التكنولوجية التأمينية والصحية، حتى خدمات الدعم الفني، والاستشارات. وفي ظل حرصها على تقديم خدماتها وفقاً لأحدث التقنيات، مدت إي "هيلث" الأنظمة التأمينية والصحية بحلول رقمية لتطوير أنظمتها التكنولوجية، فضلاً عن خدمات الذكاء الاصطناعي، وحلول مراقبة وتحليل البيانات والأنظمة المعلوماتية الذكية، وحلول دعم اتخاذ القرار. وتولت الشركة بشكل خاص إدارة وتشغيل المنظومة التكنولوجية الخاصة بنظام التأمين الصحي الشامل الجديد.

وفيما يتعلق بخدمات منظومة التأمين الصحي الشامل، فتولت إي "هيلث" إداره تشغيل العمليات، وإدارة وتهيئة المكونات التكنولوجية للمنظومة الطبية، وخدمات التشغيل الطبي، وتشغيل العمليات النوعية، وخدمات إدارة التغيير، وخدمات الدفع الرقمية والتي تتضمن خدمات تشغيل بطاقة المواطن الموحدة متعددة التطبيقات بالتكامل مع مركز الدفع والتحصيل الإلكتروني الحكومي وقنوات الدفع الرقمية والمؤسسات المصرفية ونظم الدعم الحكومية المختلفة، وخدمات الدعم الفني للمنظومة والجهات الطبية المشتركة فيها.

أما للقطاع الصحي بشكل عام والمؤسسات العاملة فيه سواء كانت عامة أو خاصة، فقدمت "إي هيلث" خدمات وحلول إداره وتشغيل العمليات والدعم الفني من خلال مراكز الاتصالات والدعم الفني الهاتفي والميداني، فضلاً عن خدمات الاستشارات الفنية والحلول التكنولوجية، وخدمات التكامل مع المستشفيات والصيدليات والعيادات الخاصة. كما اتاحت "إي هيلث" لمؤسسات القطاع الصحي الاستفادة من حلولها المتطورة في نظم إدارة الطاقة، وخدمات إدارة اتفاقيات الخدمة، وخدمات مراقبة الأنظمة والبنية التحتية، وخدمات التخطيط لضمان استمرارية العمل والتوسع، وخدمات اختبارات التأمين والأداء، وخدمات إدارة عمليات نشر التحديثات والإطلاقات.

مراحل تنفيذ منظومة التأمين الصحي الشامل:

مرت منظومة التأمين الصحي الشامل بعدة محطات منذ اعداد مشروع القانون، مرورًا بموافقة مجلس النواب عليه، ثم البدء في تنفيذه في ٣ محافظات، ففي اواخر اكتوبر ٢٠١٧ أحالت الحكومة مشروع قانون التأمين الصحي الشامل لمجلس الدولة تمهيداً لإقراره من البرلمان، لم يستغرق مشروع القانون طويلاً في مناقشته داخل مجلس النواب، حيث تمت الموافقة عليه في منتصف ديسمبر ٢٠١٧، وفي مايو ٢٠١٨ أصدر مجلس الوزراء اللائحة التنفيذية لقانون التأمين الصحي الشامل الصادر بالقانون رقم ٢ لسنة ٢٠١٨، ثم جاء دور وزارة الصحة حيث قامت بتجهيز محافظة بورسعيد باعتبارها أولى المحافظات التي يُطبق فيها التأمين الصحي الشامل، سواءً برفع كفاءة وحدات طب الأسرة والمراكز الصحية، فضلاً عن المستشفيات، وتأهيل الكوادر البشرية، وقامت الوزيرة السابقة هالة زايد وقتها بالعديد من الجولات على أرض الواقع والزيارات الميدانية لمتابعة التجهيزات الجارية بمنشآت التأمين الصحي الجديد، ثم دعت الوزارة المواطنين بمحافظة بورسعيد، بسرعة التوجه لأقرب مركز صحة، لعمل الفحص الطبي الشامل مجاناً، والتسجيل وفتح الملف العائلي والتعرف على طبيب الأسرة الخاص، إذ تتيح المنظومة للعائلة العرض على الطبيب للكشف أو المتابعة في أي وقت، أو الاتصال تليفونياً بخدمة العملاء وحجز موعد لتلقي الخدمة الطبية بكل سهولة وجودة عالية.

وفي اكتوبر ٢٠١٨ أعلنت وزارة الصحة، البدء في أولى إجراءات الاستعداد لإطلاق منظومة التأمين الصحي في باقي محافظات المرحلة الأولى من المنظومة، وتشمل: الإسماعيلية، السويس، جنوب سيناء، الأقصر وأسوان. ثم جاء التكليف الرئاسي للحكومة باستكمال تطبيق منظومة التأمين الصحي الشامل بالمحافظات رغم التحديات الاقتصادية العالمية؛ بما يُسهم في تحقيق حلم كل المصريين بتوفير الرعاية الصحية الشاملة والمتكاملة لجميع أفراد الأسرة المصرية خلال ١٠ سنوات بدلاً من ١٥ عامًا، وبعد تطبيق المنظومة بشكل كامل في

محافظتي بورسعيد والأقصر، يجري حالياً الاستعداد لإطلاقها رسمياً في محافظة الإسماعيلية ثم مد مظلتها
ببأقي محافظات المرحلة الأولى: جنوب سيناء وأسوان والسويس، ثم محافظات المرحلة الثانية: قنا، البحر
الأحمر، مرسى مطروح، وغيرها.

بعد مرور ٣ سنوات من إطلاق رئيس الجمهورية عبد الفتاح السيسي، لمنظومة التأمين الصحي الشامل الجديدة،
وذلك من محافظة بورسعيد في يوليو ٢٠١٩، معلناً تشغيل المنظومة رسمياً في نوفمبر من ذات العام. أعلنت
الهيئة العامة للرعاية الصحية، برئاسة الدكتور أحمد السبكي رئيس مجلس إدارة الهيئة، ومساعد وزير الصحة
والسكان والمشرف العام على مشروع التأمين الصحي الشامل الجديدة، عن حصاد إنجازات الهيئة، باعتبارها
ذراع الدولة الرئيسي في ضبط وتنظيم تقديم خدمات منظومة التأمين الصحي الشامل الجديدة، وذلك خلال
انفوجراف لأبرز إنجازات الهيئة والتي شملت تسجيل أكثر من ٥ مليون مواطن بالمحافظات الست للمرحلة
الأولى لمنظومة التأمين الصحي الشامل الجديدة بالمحافظات وهي (بورسعيد، الأقصر، الإسماعيلية، أسوان،
السويس، جنوب سيناء).

وأوضح الانفوجراف، خلال ٣ سنوات تم استكمال المرحلة الأولى لتطبيق منظومة التأمين الصحي الشامل
الجديدة، والتي شملت ٦ محافظات وهم (بورسعيد، الأقصر، الإسماعيلية، جنوب سيناء، أسوان، السويس).
وفيما يخص تقديم الخدمات الطبية والعلاجية، فقد أشار الانفوجراف، إلى تقديم ١٩ مليون خدمة طبية وعلاجية
بالمنشآت التابعة لهيئة العامة للرعاية الصحية بالمحافظات الثلاث لمنظومة التأمين الصحي الشامل (بورسعيد،
الأقصر، الإسماعيلية)، أما بالنسبة لخدمات الرعاية الأولية وطب الأسرة، والتي تُعد نواة منظومة التأمين
الصحي الشامل الجديدة، فقد تم تقديم ٩ مليون خدمة رعاية أولية، بمنشآت طب الأسرة التابعة لهيئة الرعاية
الصحية بمحافظات (بورسعيد، الأقصر، الإسماعيلية).

وأبرز الانفوجراف، إجراء ٢٧٠ ألف عملية تحت مظلة التأمين الصحي الشامل، منذ تطبيق منظومة التأمين
الصحي الشامل بمحافظات "بورسعيد والأقصر والإسماعيلية" وفقاً لأعلى الممارسات والمعايير العالمية،
وباستخدام أحدث التقنيات الطبية، حيث تم استحداث العديد من التقنيات الطبية وحزم الخدمات
العلاجية كتقنيات TAVI والـ cerab & ever، والعديد من التقنيات التي تم استحداثها لإجراء الجراحات
الميكروسكوبية ومناظير الجهاز الهضمي وجراحات القلب النابض، ومهما بلغت تكلفة العملية أو التدخل الجراحي

لم يتحمل المنتفع بمنظومة التأمين الصحي الشامل الجديدة أكثر من ٤٠٠ فقط كنسبة مساهمة، علمًا بأن تكلفة العملية خارج التغطية الصحية الشاملة قد تتخطى النصف مليون جنيه.

واستعرض الانفوجراف: خلال السنوات الثلاث لتطبيق المنظومة الجديدة، تم إجراء أكثر من ٢,٥ مليون فحص طبي شامل لمنفعي التأمين الصحي الشامل بالمحافظات، والذي يتم إجراؤه بشكل سنوي لكل منتفع بالمنظومة الجديدة، منذ بداية انتقاعه بالخدمات الطبية للمنظومة الجديدة، وذلك بهدف المتابعة الدورية والمستمرة والكشف المبكر عن الأمراض أو مسبباتها، وحرصًا على صحة وسلامة المواطنين. وفيما يخص استيفاء معايير الجودة العالمية داخل منشآت هيئة الرعاية الصحية، فقد أوضح الانفوجراف تسجيل واعتماد ١٠٨ منشأة طبية تابعة للهيئة العامة للرعاية الصحية، منهم ٥٤ منشأة صحية معتمدة وفقًا لمعايير GAHAR2021 المعترف بها دوليًا من منظمة الإسكوا العالمية، بـ ٤ محافظات ضمن المرحلة الأولى للتأمين الصحي الشامل.

وفيما يخص محور التحول الرقمي وأعمال الميكنة بمنشآت هيئة الرعاية الصحية، فقد تم الانتهاء من إنشاء ٤,٦ مليون ملف طبي إلكتروني للمنتفعين بمنظومة التأمين الصحي الشامل بالمحافظات الثلاث (بورسعيد، الأقصر، الإسماعيلية)، فضلًا عن تفعيل آليات الميكنة والتحول الرقمي بـ ١٣٨ وحدات ومراكز صحة الأسرة بمحافظات «بورسعيد والإسماعيلية والأقصر و جنوب سيناء»، والى إنهاء من تفعيل منظومة المعامل LIS داخل ١٤٠ منشأة طبية بمحافظات التأمين الصحي الشامل، وتفعيل منظومة الأشعة PACS داخل ٣٥ منشأة طبية، بمحافظات "بورسعيد، الأقصر، الإسماعيلية، جنوب سيناء"، إضافة إلى حصر ٢٣٥ ألف أصل طبي وغير طبي ضمن المنظومة الذكية لإدارة وصيانة الأصول الطبية وغيرالطبية بالهيئة.

وأبرز الانفوجراف، إطلاق هيئة الرعاية الصحية ٤٠ مبادرة صحية توعوية منذ إطلاق المنظومة في يوليو ٢٠١٩، وذلك لتوفير مزيد من خدمات الرعاية الصحية للمواطنين بالمحافظات، أما فيما يخص مؤشر رضا المنتفعين الذي استحدثته الهيئة لقياس نسبة رضا المتعاملين بخدماتها الطبية، وذلك تحت مظلة منظومة التأمين الصحي الشامل، باعتبار آليات رضا المنتفعين المختلفة هي حلقة الوصل بين الهيئة والمنتفع بخدمات المنظومة الجديدة، حيث تخطى متوسط نسبة الرضاء عن مستوى الخدمة الطبية وجودتها بمنشآت الهيئة ٩٠%، فيما بلغت نسبة الاستجابة وحل شكاوي منتفعي التأمين الصحي الشامل بالمنظومة الالكترونية للشكاوي الموحدة لمجلس الوزراء ٩٧%. ووفقًا للانفوجراف، فقد تم تشييد ٢٣ غرفة لإدارة الأزمات والطوارئ مرتبطة إلكترونيًا بالشبكة الوطنية الموحدة للطوارئ والسلامة العامة لضمان التعامل الفوري مع الأزمات والطوارئ،

وذلك خلال ٣ سنوات منذ إطلاق المنظومة الجديدة بالمحافظات. هذا وتستمر هيئة الرعاية الصحية، في تقديم خدماتها الطبية والعلاجية والتوعوية بكافة المحافظات، باعتبار الهيئة هي ذراع الدولة الرئيسي في ضبط وتنظيم تقديم خدمات منظومة التأمين الصحي الشامل الجديدة للمواطنين، وذلك وفقاً للتطبيق المرحلي لمنظومة التأمين الصحي الشامل الجديدة بالمحافظات، إلى أن تشمل التغطية الصحية الشاملة كافة محافظات الجمهورية بحلول ٢٠٣٠.

اهتمام المواثيق والاتفاقيات الدولية بالحق في الصحة:

اهتمت المعاهدات والاتفاقيات الدولية وكذلك الدساتير الوطنية بالإقرار بحق الإنسان في الرعاية الصحية فهو أحد تلك الحقوق الأساسية للحياة والتي نص عليها الإعلان العالمي لحقوق الإنسان عام ١٩٤٨، في المادة ٢٥ التي جاء فيها أن:

- لكل شخص حق في مستوى معيشة يكفي لضمان الصحة والرفاهة له ولأسرته، وخاصة على صعيد المأكل والملبس والسكن والعناية الطبية وصعيد الخدمات الاجتماعية الضرورية، وله الحق فيما يأمن به الغوائل في حالات البطالة أو المرض أو العجز أو التزلزل أو الشيخوخة أو غير ذلك من الظروف الخارجة عن إرادته والتي تفقده أسباب عيشه.
- للأمومة والطفولة حق في رعاية ومساعدة خاصتين. ولجميع الأطفال حق التمتع بذات الحماية الاجتماعية سواء ولدوا في إطار الزواج أو خارج هذا الإطار.

وهو ما أكد عليه العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية في ١٩٦٦ الذي نصت المادة (١٢) منه على ضرورة إقرار الدول الموقعة بحق كل إنسان في التمتع بأعلى مستوى من الصحة الجسمية والعقلية يمكن بلوغه، ووجوب اتخاذ تلك الدول التدابير اللازمة من أجل خفض معدل المواليد وموتى الرضع وتأمين نمو الطفل نمواً صحياً؛ وتحسين جميع جوانب الصحة البيئية والصناعية؛ والوقاية من الأمراض البوائية والمتوطنة والمهنية والأمراض الأخرى وعلاجها ومكافحتها؛ وتهيئة ظروف من شأنها تأمين الخدمات الطبية والعناية الطبية للجميع في حالة المرض.

ولتوضيح وتفعيل النصوص الواردة أعلاه قامت لجنة الأمم المتحدة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية عام ٢٠٠٠، والتي تتولى رصد الامتثال للعهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، باعتماد تعليق عام بشأن الحق في الصحة. ويقضي التعليق العام بأن 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، والإمدادات الكافية 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. ومنذ ذلك الحين اعترفت معاهدات دولية أخرى لحقوق الإنسان بالحق في الصحة أو بعض عناصره أو أشارت إليها مثل الحق في الرعاية الطبية، وفي إطار المساواة بين الجنسين جاءت المادة (١٢) أيضاً في اتفاقية مناهضة العنف ضد النساء "السيداو" عام ١٩٧٩ أكدت على هذا الحق وعلى حق الجنسين في رعاية طبية متكاملة فنصت على:

- اتخاذ الدول الأطراف جميع التدابير المناسبة للقضاء على التمييز ضد المرأة في ميدان الرعاية الصحية من أجل أن تضمن لها، على أساس المساواة بين الرجل والمرأة، الحصول على خدمات الرعاية الصحية، بما في ذلك الخدمات المتعلقة بتنظيم الأسرة.
- بالرغم من أحكام الفقرة ١ من هذه المادة تكفل الدول الأطراف للمرأة خدمات مناسبة فيما يتعلق بالحمل والولادة وفترة ما بعد الولادة، موفرة لها خدمات مجانية عند الاقتضاء، وكذلك تغذية كافية أثناء الحمل والرضاعة.

كما شددت اتفاقية حقوق الطفل عام ١٩٨٩، في المادة (٣) على ضرورة أن تتقيد المؤسسات المسؤولة عن رعاية أو حماية الأطفال بالمعايير التي وضعتها السلطات المختصة ولاسيما في مجالي الصحة والسلامة، ونصت المادة (٢٤) على وجوب اعتراف الدول الموقعة على الاتفاقية بحق الطفل في التمتع بأعلى مستوى صحي يمكن بلوغه وبحقه في مرافق علاج الأمراض وإعادة التأهيل الصحي. وتحرص الدول الأطراف على بذل الجهود لضمان عدم حرمان أي طفل من حقه في الحصول على خدمات الرعاية الصحية والمساعدات الطبية، وكذلك تزويد قطاعات المجتمع ولاسيما الوالدين والطفل بالمعلومات اللازمة عن صحة الطفل وتغذيته، واتخاذ جميع التدابير لإلغاء الممارسات التي تضر بصحة الأطفال.

وعلى الصعيد المحلي، جاء الدستور المصري حافظاً لذلك الحق مؤكداً عليه في عدة مواد، منها المادة ١٨ والتي جاءت صريحة وواضحة بشأن حق الرعاية الصحية وحق المواطنين في توفير الرعاية الصحية لهم.

التطور الدولي:

تسعى المنظمات الدولية إلى تعزيز الجهود المبذولة لتحسين جودة الرعاية الصحية ومكافحة الأمراض المنتشرة في دول العالم بشكل عام ولدى الأطفال بشكل خاص. فضلاً عن أن منظمة الصحة العالمية تعمل بشكل وثيق مع منظومة الأمم المتحدة من أجل دعم دولها الأعضاء على تحقيق أولوياتها الوطنية وضمان نتائج صحية أفضل. وتتعاون المنظمة مع منظومة الأمم المتحدة على تحديد موقع الصحة في مناقشات هيئات الأمم المتحدة الحكومية الدولية وقراراتها؛ وتوفير القيادة بشأن الجهود الإنسانية المتعلقة بالصحة، باعتبارها قائدة مجموعة الصحة؛ وتعزيز التحالفات والنهج المشتركة بين الوكالات في التصدي لقضايا الصحة.

وفي إطار عملية الإصلاح الجارية، أطلقت المنظمة نهجاً جديداً يعزز ويسهل تعميم منظور المساواة وحقوق الإنسان، وذلك بالاستناد إلى التقدم الذي أحرز في هذه المجالات على جميع المستويات الثلاثة للمنظمة، التي تواصل بهم تعزيز دورها في توفير القيادة التقنية والفكرية والسياسية فيما يتعلق بالتمتع بالحقوق في الصحة، الذي ينطوي على:

- تعزيز قدرات المنظمة والدول الأعضاء فيها على دمج نهج قائم على حقوق الإنسان في الصحة.
- النهوض بالحقوق في الصحة في القانون الدولي وفي إجراءات التنمية الدولية.
- الدعوة إلى التمتع بحقوق الإنسان ذات الصلة بالصحة، ومنها الحق في الصحة.

وفي هذا السياق، تجدر الإشارة إلى أن عمل منظومة الأمم المتحدة في دعم الصحة العالمية لا يقع على عاتق منظمة الصحة العالمية فحسب، حيث يشارك العديد من أعضاء أسرة الأمم المتحدة في هذه المهمة الحاسمة. ويتم معالجة العديد من المسائل المتعلقة بالصحة مباشرة من قبل الجمعية العامة والمجلس الاقتصادي والاجتماعي، وكذلك من خلال جهود برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، ويعمل صندوق الأمم المتحدة للسكان على دعم الصحة الإنجابية، وصحة المراهقين والأمهات. وتعمل منظمة الأمم المتحدة للتربية والعلوم والثقافة "اليونسكو" على إعطاء أولى الأولويات للفئات الأكثر تأثراً بفيروس نقص المناعة البشرية الإيدز، كما تؤدي دوراً رائداً في المبادرة العالمية بشأن مرض الإيدز والتعليم وفي فريق العمل المشترك بين الوكالات المعني بالتعليم والتابع لبرنامج الأمم المتحدة الخاص بفيروس ومرض الإيدز، وهما آليتان أساسيتان لتعزيز جهود برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس الإيدز من أجل تحقيق الانتفاع للجميع ببرامج الوقاية والعلاج والرعاية والدعم. وتتخذ منظمة الأمم المتحدة للطفولة يونيسيف

التدابير اللازمة لضمان العلاج والوقاية من سوء التغذية الحاد لدى الأطفال وربط دعم التغذية مع علاج فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، ودمج التغذية في عمل شركائها في المجالات الأخرى، مثل الصحة والمياه والصرف الصحي. وتشمل الاحتفالات السنوية المتعلقة بالصحة، التي أعلنتها الجمعية العامة، المناسبات التالية: اليوم العالمي للمياه ٢٢ مارس، واليوم العالمي للتوعية بمرض التوحد ٢ أبريل، ويوم الصحة العالمي ٧ أبريل، واليوم العالمي لغسل الأيدي ٤ مايو، واليوم العالمي للامتناع عن التبغ ٣١ مايو، واليوم الدولي لمكافحة إساءة استعمال المخدرات والاتجار غير المشروع بها ٢٦ يونيو، واليوم العالمي للصحة النفسية ١٠ أكتوبر، واليوم العالمي للسكري ١٤ نوفمبر، واليوم العالمي للإيدز ١ ديسمبر.

الشفاف المصري لحقوق الإنسان والتنمية

التوصيات:

-استحداث وحدة إدارية أو تكليف لجنة تحتم بمتابعة تبني المستشفى لأبعاد جودة الخدمات الصحية وتحديد مدى الاستجابة لها باستمرار من أجل الوقوف على نقاط الضعف ومعالجتها بهدف تحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة إلى المستفيدين، وتوفير كل الفحوصات الأساسية في كل الوحدات الصحية.

-توجيه البحوث في مرحلتي الدراسات العليا وبحوث الترقى بالجامعات ومراكز البحوث المختلفة إلى التوعية الصحية مع الاهتمام بالمساهمة في إجراء البحوث في البيئات والمناطق النائية التي تفتقد إلى الخدمات الأساسية.

-قيام منظمات المجتمع المدني في تحقيق التوعية الصحية، من خلال تفعيل المشاركة المجتمعية، التي تضم الحكومة والمجتمع المدني والقطاع الخاص.

-وضع معايير عالية الجودة لاعتماد شركات التأمين والمستشفيات المشاركة في تقديم خدمات نظام التأمين الصحي الشامل لضمان تقديم خدمات الرعاية الصحية بجودة عالية.

-تفعيل دور الإعلام في تحقيق التوعية الصحية، وتكثيف البرامج الصحية، وقيامه بدورة التثويري بفوائد التأمين الصحي.

-إكمال النقص في المعدات والصيانة المستمرة لتفادي الأعطال، وزيادة عدد الأطباء والعاملين لتفادي الازدحام.

-الإستفادة من إشتراكات نظام التأمين الصحي الشامل بما ينعكس إيجاباً على مستوى الخدمات المقدمة.

-إدخال مقاييس تبين مدى تلبية أداء نظام التأمين الصحي الشامل لإحتياجات أفراد المجتمع.

-ضرورة وضع معايير موحدة لممارسة وإدارة الخدمات الصحية لتحقيق العدالة بين المنتفعين.

-الاهتمام بتأمين المستشفيات، وتحسين أماكن الانتظار باستمرار.

-حوسبة الإجراءات التي تتم في كل عمليات التأمين الصحي.

-توفير كل الأدوية بالصيدلية ووضع سياسة منظمة لذلك.

-ضرورة الاستعمال الأمثل لبطاقة المريض.

الخاتمة

يعد الحق في الصحة ركناً رئيسياً من حقوق الإنسان الأساسية تم التأكيد عليه في معاهدات حقوق الإنسان الدولية والإقليمية، وفي الدساتير الوطنية في جميع أنحاء العالم، وترتبط الصحة بالإنسان ارتباطاً وثيقاً، لأنها تمكنه من أن يعيش حياة سليمة وكريمة، وزادت أهميتها في العصر الحديث وتحديداً في إطار المجتمع الدولي. ويعني الحق في الصحة أن الحكومات يجب أن تهيئ الظروف التي يمكن فيها لكل فرد الحصول على الرعاية الصحية المناسبة والميسورة التكلفة ذات الجودة المناسبة في التوقيت المناسب، وهو حق شامل يتضمن أيضاً المقومات الأساسية للصحة مثل الحصول على مياه الشرب الآمنة، والإمداد الكافي بالغذاء الآمن والتغذية والسكن، والظروف الصحية للعمل والبيئة، والحصول على التوعية والمعلومات فيما يتصل بالصحة.

ومن التجارب المتكررة للإصلاح الصحي في مصر، وفي غيرها من الدول يتضح أن عملية الإصلاح الصحي هي عملية صعبة، لكن يجب بناء نظام تقييم داخل تجارب الإصلاح، بحيث يتم التعلم من الأخطاء، إن مقدمى الخدمة والتأمين في حاجة إلى حوافز لكتابة تقارير البيانات بدقة من الضروري تجميع البيانات وتحليلها ونشرها وإدراك أن النظام الجديد سوف تظهر نتائجه على المدى المتوسط والطويل، مع شرط وجود رقابة برلمانية ومشاركة مجتمعية على الأداء. ولأهمية وصعوبة إنشاء نظام جديد بهيئات جديدة من قلب نظام قديم تحتاج الهيئات الجديدة إلى وقت للاستقرار وتأدية عملها بشكل كامل. وقد وضع القانون قواعد وإجراءات منظمة العملية التدرج في تطبيق أحكامه، بحيث تتم إدارة المرحلة الانتقالية من النظام القديم للنظام الجديد بشكل متوازن وسيتم تطبيق القانون تدريجياً على عدة مراحل تصل لعشر سنوات لضمان جودة التنفيذ. وبالطبع فإن التدرج في التطبيق على عدة مراحل يعطى صانع القرار فرصة جيدة للتعلم من الأخطاء، ومن ثم وتلافيها .

التنمية