



ماعت للسلام والتنمية وحقوق الإنسان
Maat For Peace, Development and Human Rights



هذا المشروع ممول من الاتحاد الأوروبي

"رؤية لإصلاح منظومة التأمين الصحي في مصر"

ورقة سياسات

تصدرها

"وحدة تحليل السياسة العامة وحقوق الإنسان"

التابعة لمؤسسة

ماعت للسلام والتنمية وحقوق الإنسان

في إطار مشروع

"الاستعراض الدوري الشامل كأداة لتحسين السياسات العامة خلال

المرحلة الانتقالية" (الممول من الاتحاد الأوروبي)

مارس ٢٠١٦

" هذا الإصدار تم تنفيذه بمساعدة الاتحاد الأوروبي. مضمون هذا الإصدار هو مسؤولية مؤسسة ماعت للسلام والتنمية وحقوق الإنسان ولا يمكن بأي حال أن يعتبر انعكاساً لرؤي الاتحاد الأوروبي"

Address: 148 Misr Helwan El-Zyrae Road , El Matbaa Sq, Hadayek El Maadi, 4th Floor, No 41 , Cairo, Egypt

PO Box : 490 El Maadi | ص.ب : ٤٩٠ المعادي | ١٤٨ طريق مصر حلوان الزراعي - المطبعة - ح المعادي - الدور الرابع - شقة ٤١ - القاهرة

Website: www.maatpeace.org

E-mail : maat@maatpeace.org

Tel. 00(20) (2) 25344706

Telefax. 00 (20) (2) 25344707

Mob. +201226521170

تمهيد:

تناقش الورقة الحالية عدد من المحاور ذات الصلة بقضية التأمين الصحي، حيث ترتبط خدمة التأمين الصحي بأطر دستورية داعمة، وتستند إلى معايير حقوقية واضحة، كما تنظمها حزمة من التشريعات والقوانين.

ونظرا لما تعانيه خدمات التأمين الصحي في مصر من قصور وتدني واضح لمعدلات الجودة، فضلا عن وجود النسبة الأكبر من المواطنين خارج المظلة التأمينية، فإن وحدة تحليل السياسات بمؤسسة ماعت قد طورت هذه الورقة بهدف مناقشة كافة السياقات المنظمة لتقديم الخدمة، والتعرف على مشاكلها، وأخيرا الخروج برؤية تضمن توصيات محددة لإصلاح منظومة خدمة التأمين الصحي في مصر.

المحور الأول: مفهوم التأمين الصحي وأنواعه والأطر التشريعية المنظمة

• تعريف التأمين

قبل ان نتحدث حول ماهية التأمين الصحي واشكالياته والمشكلات التي يتعرض لها علي الاصعدة التشريعية والخدمية يتوجب علينا تعريف التأمين الصحي وهو كما عرفته منظمة الصحة العالمية بأنه " الوسيلة التي يتم بها دفع بعض أو كل تكلفة الرعاية الصحية الواجبة للمريض المشترك في النظام حين يمرض ، فهو يحمي المؤمن عليه من دفع التكلفة العالية للعلاج في أحوال المرض" ١ . و تعتبر اعمدة التأمين الصحي التمويلية هي قيام المشترك المؤمن عليه بدفع اشتراك منتظم لمؤسسة إدارية وهي في مصر الهيئة العامة للتأمين الصحي والتي تُعد هي المسؤولة عن إدارة تلك الاشتراكات داخل إطار نظام يقوم بدفع تكاليف التشخيص ، والعلاج عنه حين يمرض إلى مقدمي الخدمة الصحية .

وهذا ما يطلق عليه في خارج مصر نظام التضامن بينما اصطلح عليه في مصر باسم التكافل ، حيث اننا جميعا نتكافل كل مع الاخر من أجل أن يجد المواطن منا منا العلاج عند حدوث مرض له ، وتعارفت دول العالم المختلفة علي أن فئة المواطنين الذين يصلون لسن التقاعد او الشيخوخة قد يستخدمون ما يقرب من أربعة أضعاف ما يدفعونه من اشتراكات كلفة للعلاج ، لكن في حقيقة الامر هذا لا يمثل مشكلة حيث ان مجموع الاشتراكات التي قدموها في فترة شبابهم ولم ينتفعوا بها يتطبع تغطية تلك الفجوة ، وهذا التضامن هو ما يطلق عليه اسم التأمين الصحي.

ويعتبر التأمين الصحي عقد اتفاق بين طرفين يتحمل فيه الطرف الأول النفقات اللازمة للخدمات العلاجية التي يقوم بتوفيرها للطرف الثاني (فرداً كان أو جماعة) مقابل مبلغ محدد مسبقا ، على هيئة اشتراكات شهرية او سنوية او طبقا للطريقة المناسبة للطرفين .

وتقوم فكرة التأمين الصحي على مفهوم توزيع الخطر المتوقع الذي قد يواجهه الفرد المؤمن عليه ، مما يؤدي إلى تخفيف الأعباء والتكاليف المترتبة عند معالجة الحالات المرضية التي يتعرض لها المؤمن عليهم، وهو بذلك يعد احد النظم الاجتماعي التي تقم على التعاون والتكافل بين الأفراد لتحمل ما يعجز عن تحمله فرد واحد فقط ، وشركات التأمين تنظم الاستفادة من توزيع الخطر لقاء اشتراك معلوم مسبقا.

لم يكن يعرف في العهود السابقة نظم التأمين الصحي بمفهومها الشامل حتي صدرت أول وثيقة تأمين صحي على مستوى العالم وكانت في ألمانيا وقد صدرت في العام ١٨٨٣م ، أما فيما يتعلق بالعالم العربي فان أول وثيقة كتبت باللغة العربية لتأمين العلاج الطبي ظهرت عام ١٩٥٧م في مصر بين الشركة المتحدة للتأمين وبنك الإسكندرية، كما صدرت وثيقة أخرى في نفس العام بين شركة مصر للتأمين وشركة اسوستاندر للخدمات البترولية. ٢

^١ - موقع منظمة الصحة العالمية <http://www.who.int/ar/>

^٢ - دراسة منشورة بعنوان - تطوير أنظمة التأمين الصحي في العالم

• الإطار التشريعي للتأمين الصحي

وفقاً للبيانات المتوافرة لدى هيئة التأمين الصحي^١ تعود بداية تشريعات التأمين الصحي في مصر إلى عام ١٩٦٤ حيث سبق هذا التاريخ صدور العديد من التشريعات كانت موجهة إلي العمال والموظفين وكانت تقتصر علي إصابات العمل وتعويضاتها، وبعض النماذج للرعاية المرضية.

وكان قانون ٦٤ لسنة ١٩٣٦ هو أول قانون حدد مسؤولية أصحاب الأعمال تجاه العاملين فيما يخص إصابات العمل، وأُنحصر تطبيق هذا القانون على العمال في الصناعة والتجارة دون التطبيق في المجالات الأخرى.

ثم صدر قانون ٨٦ لسنة ١٩٤٢ والذي تضمن إلزام صاحب العمل بالتأمين الإجباري على عماله ضد إصابات العمل لدى إحدى شركات التأمين التجارية.

وفي عام ١٩٥٠ صدر قانون ١١٧ وتضمن هذا القانون التأمين ضد أمراض المهنة وذلك بقيام صاحب العمل بالتعويض لعماله في حالة الإصابة بأحد الأمراض المهنية.

ثم في العام ١٩٥٨ صدر القانون ٢٠٢ للتأمين والتعويضات ضد إصابات العمل الذي تم بموجبه نقل مسؤولية تمويل و التزامات إصابات العمل إلى مؤسسة عامة وأنشأ الصندوق القومي لإصابات العمل للتغلب على تجاوزات شركات التأمين التجارية في حقوق العمال المصابين في ظل القوانين السابقة.

وفي العام ١٩٥٩ صدر قانون العمل الموحد رقم ٩١ والذي وضع معايير الرعاية الصحية اللازم توفيرها لعمال المؤسسات المختلفة طبقاً لعدد العاملين بها من جانب صاحب العمل ونتيجة لهذا القانون بدأت الشركات والمصانع في إنشاء الأقسام والإدارات الطبية بها أو التعاقد مع شركات التأمين التجارية بعقود تأمين جماعية لعمالهم أو التعاقد مع المؤسسة الصحية العمالية والتي تم إنشائها بقرار رئيس الجمهورية رقم ٥٧١ لسنة ١٩٦١، وطبقاً لهذا القانون يتم تقديم الرعاية الصحية للعاملين بالمصانع والشركات والمؤسسات الصناعية وبخاصة إصابات العمل داخل المؤسسة الصحية العمالية، والتي أصبحت فيما بعد نواة الهيئة العامة للتأمين الصحي.

وفي العام ١٩٦٤ صدر قانون ٧٥ الذي تقضي أحكامه بتطبيق التأمين الصحي على موظفي الحكومة والهيئات العامة والمؤسسات العامة ووحدات الإدارة المحلية مقابل اشتراك قدره ٣ % من أجور العاملين شهرياً تسدها الحكومة، بالإضافة إلى ١ % من الأجر الشهري يسدده العامل أو الموظف. وبناءً على هذا القانون صدر قرار رئيس الجمهورية ١٢٠٩ لسنة ١٩٦٤ بإنشاء الهيئة العامة للتأمين الصحي لتنفيذ ما جاء به.

وفي نفس العام صدر قانون ٦٣ لسنة ١٩٦٤ والذي يقضي بتطبيق التأمين الصحي أيضاً على العاملين بالقطاع العام والخاص الخاضعين لقانون التأمين الاجتماعي مقابل اشتراك ٤ % من الأجور الشهرية يسدها صاحب العمل بالإضافة إلى ١ % من الأجر الشهري يسدده العامل. وقد أناط القانون بالهيئة العامة للتأمينات الاجتماعية في ذلك الوقت تنفيذ هذا القانون ونظراً للازدواج في تنفيذ التأمين الصحي بين الهيئة العامة للتأمين الصحي والهيئة العامة للتأمينات الاجتماعية. صدر القرار الجمهوري ٣٢٩٨ لسنة ١٩٦٤ بنقل مسؤولية الهيئة العامة للتأمينات الاجتماعية فيما يخص تطبيق التأمين الصحي إلي الهيئة العامة للتأمين الصحي.

وفي العام ١٩٧٥ كانت نقطة تحول كبيرة حيث صدر قانونين هامين لا يزال العمل يهما سارياً حتى الآن هما قانون ٣٢ لسنة ١٩٧٥ وذلك في شأن العلاج التأميني للعاملين بالحكومة ووحدات الإدارة المحلية والهيئات العامة والمؤسسات العامة الذين يصدر بتحديدهم على مراحل قرار من وزير الصحة والسكان خفض هذا القانون الأعباء المالية الملقاة على صاحب العمل من ٣% من الأجور الشهرية إلى ١,٥% كما خفض الأعباء على العاملين من ١% إلى ٠,٥% من الأجر الأساسي وفي مقابل هذا التخفيض أضاف بعض المساهمات المالية

^١ موقع الهيئة العامة للتأمين الصحي www.nosi.gov.eg

يدفعها المؤمن عليه عند الحصول على الخدمة وكان القانون الثاني هو قانون التأمين الاجتماعي الصادر بالقانون ٧٩ لسنة ٧٥ وهو قانون للتأمين الاجتماعي شمل خمسة أنواع من التأمين هي تأمين الشيخوخة والعجز والوفاء، تأمين إصابات العمل، تأمين المرض، تأمين البطالة، تأمين الرعاية الاجتماعية لأصحاب المعاشات.

وبذلك يكون هذا القانون قد أوضح بجلاء أن تأمين إصابات العمل وتأمين المرض هي مكونات أساسية في نظام التأمين الاجتماعي. ويطبق القانون على العاملين المدنيين بالجهاز الإداري للدولة والهيئات العامة والمؤسسات العامة والوحدات الاقتصادية التابعة لها وغيرها من الوحدات الاقتصادية بالقطاع العام والقطاع الخاص والخاضعين لأحكام قانون العمل كما تسرى أحكام إصابات العمل على العاملين الذين تقل أعمارهم عن ١٨ سنة والمتدربين والتلاميذ الصناعيين والطلاب المشتغلين في مشروعات التشغيل الصيفي والمكافئين بالخدمة العامة. كما يشمل القانون تأمين المرض لأصحاب المعاشات مقابل ١% من المعاش الشهري لصاحب المعاش و ٢% من معاش الأرملة فقط.

ولم يكن التأمين الصحي يعتني بغير الفئات السابقة حتي العام ١٩٩٢ حين صدر قانون ٩٩ في شأن نظام التأمين الصحي علي الطلاب وبمقتضي هذا القانون بات التأمين الصحي علي طلاب جميع المراحل التعليمية من رياض الأطفال حتي المرحلة الثانوية دون التعليم الجامعي إلزاميا مقابل قيام الطالب بدفع مبلغ ١٦ جنيها سنويا كما يتحمل الطالب ثلث ثمن الدواء خارج المستشفيات فقط.

وفي عام ١٩٩٧ صدر قرار وزير الصحة والسكان رقم ٣٨٠ لسنة ١٩٩٧ بتطبيق التأمين الصحي علي الأطفال من الميلاد وحتى السن المدرسي مقابل اشتراك سنوي قدرة ٥ جنيهات فقط.

المحور الثاني: التشريعات الدستورية و الاتفاقات والالتزامات الدولية

• الدستور المصري

أقر الدستور المصري الجديد في العام ٢٠١٤ عدد من المواد التي تنص علي الارتقاء بالصحة العامة وتحديد التزامات الدولة تجاه المواطنين ومنها:

- المادة ١٣ والتي نصت علي حقوق العمال في السلامة والصحة المهنية ونصها " تلتزم الدولة بالحفاظ علي حقوق العمال، وتعمل علي بناء علاقات عمل متوازنة بين طرفي العملية الإنتاجية، وتكفل سبل التفاوض الجماعي، وتعمل علي حماية العمال من مخاطر العمل وتوافر شروط الأمن والسلامة والصحة المهنية، ويحظر فصلهم تعسفيًا، وذلك كله علي النحو الذي ينظمه القانون".

- المادة ١٨ والتي نصت علي حقوق جمع المواطنين في الرعاية الصحية المتكاملة ونصها "لكل مواطن الحق في الصحة وفي الرعاية الصحية المتكاملة وفقاً لمعايير الجودة، وتكفل الدولة الحفاظ علي مرافق الخدمات الصحية العامة التي تقدم خدماتها للشعب ودعمها والعمل علي 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 إعفاءهم منها طبقاً لمعدلات دخولهم. ويجرم الامتناع عن تقديم العلاج بأشكاله المختلفة لكل إنسان في حالات الطوارئ أو الخطر علي الحياة. وتلتزم الدولة بتحسين أوضاع الأطباء وهيئات التمريض والعاملين في القطاع الصحي. وتخضع جميع المنشآت الصحية، والمنتجات والمواد، ووسائل الدعاية المتعلقة بالصحة لرقابة الدولة، وتشجع الدولة مشاركة القطاعين الخاص والأهلي في خدمات الرعاية الصحية وفقاً للقانون".

• التعهدات والالتزامات الدولية

يرتكز المنهج الحقوقي الذي عبر عنه بشكل كبير الدستور المصري المقر في العام ٢٠١٤ بأن كل مواطن مصرياً يتمتع بحقوقه الكاملة يجب ان إنساناً، وهو يجعلنا نقول انه يجب أن يأتي في مقدمة ذلك الحق في الصحة، الذي نُصَّ عليه في دستور منظمة الصحة العالمية منذ عام ١٩٤٦، مروراً بالإعلان العالمي لحقوق الإنسان الصادر في عام ١٩٤٨ وخصوصاً المادة ٢٥، ثم العهد الدولي للحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، والذي صدقت عليه مصر واعتبرته جزءاً من قوانينها منذ عام ١٩٨٢ والذي ينص على "حق كل فرد في التمتع بأعلى مستوى ممكن من الصحة، وإتاحة ما يخفض وفيات الأطفال ويوفر لهم بيئة صحية للنمو، وتحسن كافة جوانب السلامة والنظافة العامة والبيئة، ومكافحة الأوبئة والأمراض المتوطنة والناجمة عن وظائف معينة، وكذلك توجب على الدول الأطراف توفير الظروف المناسبة لإتاحة كافة الخدمات الطبية والرعاية في حالة المرض". وقد عرّف المقرر الخاص للحق في الصحة بمفوضية حقوق الإنسان الحق في الصحة بأنه "لا يعني مجرد أن يكون الفرد موفور الصحة، إنما يتطلب تنفيذ الحق من الحكومات والسلطات العمومية في وضع سياسات وتنفيذ خطط عمل من شأنها أن تؤدي إلى إتاحة الرعاية الصحية، وتوفير سبل الحصول عليها للجميع في أقصر وقت ممكن". كما أشار التعليق العام رقم ١٤ إلى أن الحق في الصحة هو حق جامع لا يشمل توفير الرعاية الصحية فحسب، وإنما يشمل توفير العوامل المحددة الأساسية للصحة، مثل المياه الصالحة للشرب والصرف الصحي والغذاء المأمون والسكن والظروف المهنية الجيدة.

وقد قدمت دولتي تركمانستان وإيران توصيات لمصر خلال خضوعها للاستعراض الدوري الشامل بمجلس حقوق الإنسان في العام ٢٠١٤ وقبلت مصر بشكل كامل تلك التوصيات في مارس من العام ٢٠١٥ وكان نص التوصيات كالتالي:-

١. تركمانستان: تعزيز جهودها الرامية إلى دعم الحقوق الاجتماعية للمرأة، مثل الحق في التعليم والصحة.

٢. إيران: تكثيف جهودها الرامية إلى إعمال الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، بما فيها الحق في الصحة.

المحور الثالث: التغطية التأمينية

• المظلة التأمينية

طبقاً لبيانات البنك الدولي في عام ٢٠١٢ يقع حوالي ٤٨ في المائة من المصريين خارج مظلة خدمات التأمين الصحي. حيث تنتمي غالبية الأفراد غير المؤمن عليهم إلى القطاع غير الرسمي والفقراء وغير القادرين، بالإضافة إلى الأشخاص الذين تعولهم العمالة المؤمن عليها، فضلاً عن العمالة الموجودة بمؤسسات القطاع الرسمي الصغيرة والمتوسطة الحجم. وتعتمد فئات السكان هذه اعتماداً كبيراً على الرعاية المجانية التي تقدمها وزارة الصحة، وذلك لكي يتمكنوا من الحصول على الخدمات الصحية. وعلى الرغم من إتاحة رعاية صحية مجانية، فإن النفقات النثرية المباشرة التي يدفعها المواطنون تمثل ما يُقدر بنسبة ٦٢ في المائة من الإنفاق على خدمات الرعاية الصحية للأشخاص غير المؤمن عليهم. ويُنفق حوالي ٦٠% من ذلك على الخدمات التي تقدمها المستشفيات والعيادات الخارجية، ويغطي الإنفاق على الأدوية النسبة الباقية. ونتيجة لذلك، تعد الكوارث الصحية الشخصية مصدرَ خطرٍ كبيراً لاستنزاف الموارد المالية للعديد من المصريين أسراً وأفراداً. وهو ما يؤدي إلى غياب العدالة والمساواة بين المواطنين على الرغم من الدور الكبير الذي يلعبه القطاع العام في تقديم الخدمات الصحية وتمويلها. يزيد إجمالي الإنفاق على الرعاية الصحية من المصادر العامة والخاصة في المحافظات الحضرية بمقدار ٢,٥ مرة عن إجمالي هذا الإنفاق في المحافظات الريفية ومحافظات الصعيد. وهناك أيضاً تفضيل للمحافظات الحضرية الأكثر غنى في توزيع المرافق الصحية للقطاع العام (ومنها على سبيل المثال:

أسرة المستشفيات). وينفق الأغنى من السكان ٢,٣ مرة على الرعاية بالمستشفيات و١,٦ مرة على الخدمات التي تقدمها العيادات الخارجية أكبر مما تنفقه نسبة الـ ٢٠ في المائة الأشد فقراً من الأسر المعيشية.^١

• أنواع التأمين الصحي

التأمين الصحي الحكومي: يعتبر التأمين الصحي الحكومي احد أنواع التأمين ضد مخاطر الظروف الصحية لدى المواطن ، ويشمل هذا النوع من التأمين تكاليف الفحص والتشخيص والعلاج ، وايضا يشتمل علي الدعم النفسي والجسدي. كما قد يتضمن هذا النوع من التأميني تغطية بدل انقطاعه عن العمل لفترة معينة أو عجزه الدائم. وهو أحد الطرق الرئيسية لإيصال الرعاية الصحية للأفراد والمجموعات. وتقوم فلسفة التأمين الصحي على مبدأ تجميع المخاطر، وتعني جمع مخاطر الإصابة بالمرض التي تصيب المجتمع أو مجموعة معينة، وتقاسمها بين الأفراد بشكل متساو، وذلك عبر جمع الأموال اللازمة لعلاج هذه المخاطرة المجمعة بشكل متساو، ثم توزيعها على الأفراد حسب حاجتهم للعلاج مما يؤدي إلى تخفيف الأعباء والتكاليف المترتبة عند معالجة الحالات المرضية التي يتعرض لها المؤمن عليهم ويضمن وصول الرعاية الصحية لجميع محتاجيها مقابل مبلغ يسير من المال وثابت يدفعه جميع الأفراد المشتركين بالتأمين. ويستفيد من هذا النوع تقريبا ٥٢ بالمائة فقط من الشعب المصري وهم العاملين التابعين للجهاز الاداري بالدولة والاطفال حثس الالتحاق بالدراسة والطلاب حتي التعليم ما قبل الجامعي واصحاب المعاشات من غير رجال القوات المسلحة والشرطة والهيئات القضائية وبعض الفئات الاخرى وايضا الارمال.

وزارة الصحة: تعتبر وزارة الصحة اهم مقدم للخدمات الصحية سواء المجانية أو المدعمة والتي يتم تمويلها من الضرائب التي تحصل علي الدخل وغيرها من أنواع اخري من الضرائب والرسوم المخصصة لذلك. وتشمل مرافق وزارة الصحة حوالي ٤ آلاف منشأة رعاية أولية و ١١٠٠ منشأة رعاية ثانوية،^٢ ويستطيع جميع المواطنين الاستفادة منها "مجانياً". لكن يجب على المواطنين أن يدفعوا من أموالهم الخاصة مقابل الحصول على الرعاية الصحية غير الواردة ضمن فئات الخدمات العلاجية المحددة. ويشمل ذلك رسوم التحليل بالمعامل والمختبرات وثمان الدواء.

وتملك وزارة الصحة برنامجين منفصلين من برامج دفع تكاليف الخدمة هما: برنامج العلاج على نفقة الدولة، وبرنامج صندوق صحة الأسرة الجديد. ويهدف برنامج العلاج على نفقة الدولة إلى حماية المواطنين من تأثير الأمراض التي تتطلب علاجاً باهظ التكلفة بوجه خاص على أوضاعهم المالية.

صندوق صحة الأسرة: يعتبر صندوق صحة الأسرة جهة حديثة النشأة لدفع التكاليف العلاجية للأسرة. وقد أنشئ هذا الصندوق في إطار مشروع إصلاح قطاع الصحة (مشروع إصلاح قطاع الصحة، رقم ٣٠٧٦) بتمويل من البنك الدولي، وهو جزء لا يتجزأ من "نموذج صحة الأسرة" الذي تم تنفيذه في إطار هذا المشروع. وقد بدئت تجربة صندوق صحة الأسرة في خمس محافظات من مجموع محافظات الجمهورية ، حيث تأسس هذا الصندوق من أجل تمويل نموذج صحة الأسرة المنشأ حديثاً، ويتعاقد الصندوق مع مؤسسات الرعاية الأولية المعاد هيكلتها لتقديم خدمات نموذج صحة الأسرة... الخ . ولا يتعاقد الصندوق إلا مع المنشآت المعتمدة من نموذج صحة الأسرة. ونجح هذا النموذج منذ عام ٢٠٠٥ في تحسين نوعية مقدمي الخدمات من خلال أشكال جديدة للدفع مقابل الأداء والتعاقد واستخدام أسلوب الاعتماد.

القطاع الفئوي: يعد قطاع التأمين الفئوي احد أهم قطاعات التأمين الصحي والذي يشمل المستشفيات للجهات والهيئات الخاصة مثل الجيش والشرطة والهيئات القضائية وخلافة حيث توفر القوات المسلحة عدد من المستشفيات المركزية الخاصة بها في ٢٠ محافظة مصرية والتي تشمل رعاية كل أفراد القوات المسلحة.

^١ خطة تطوير التأمين الصحي المقدمة للبنك الدولي

^٢ موقع وزارة الصحة www.mohp.gov.eg

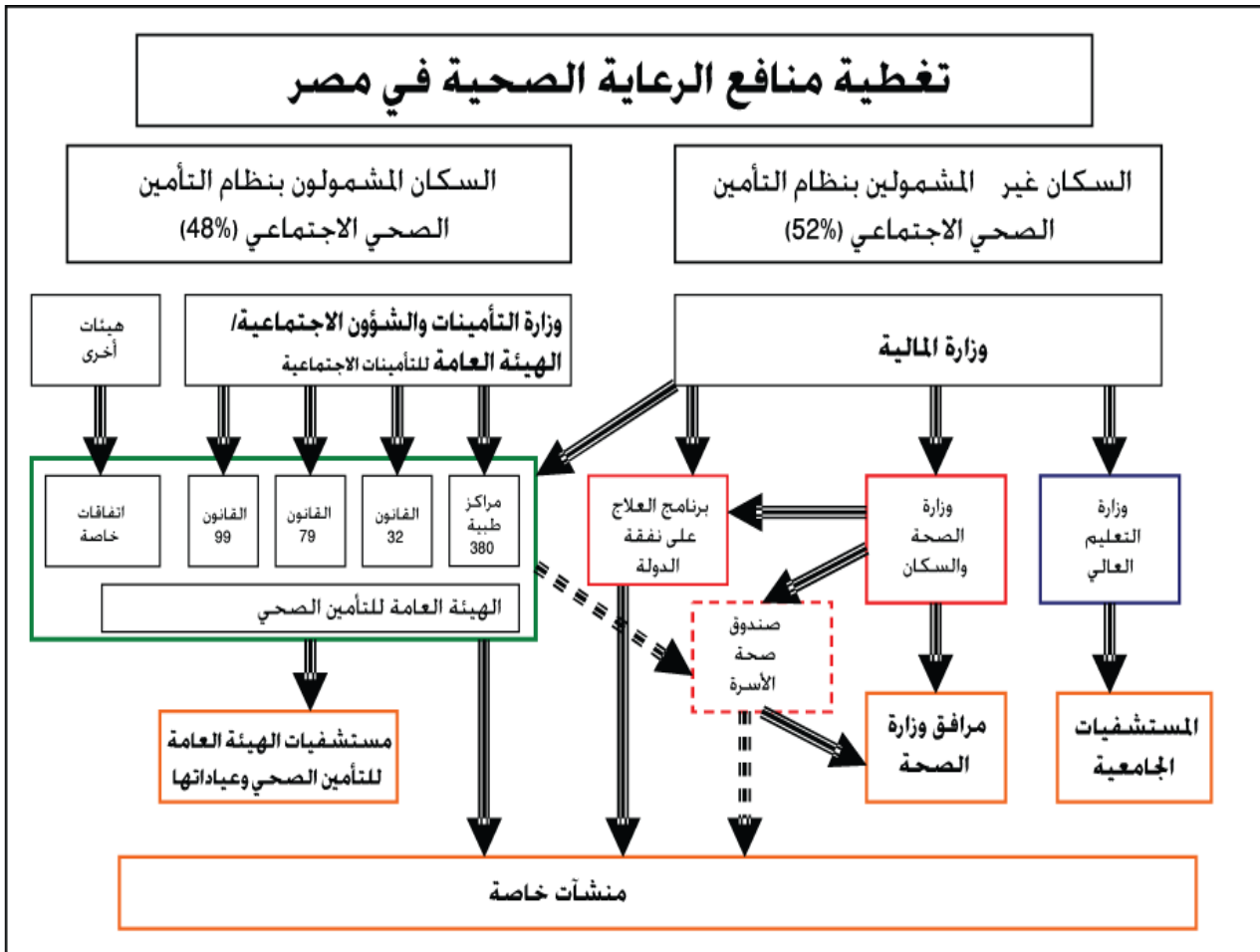
كما أسس جهاز الشرطة العديد من المستشفيات التي تقدم خدمة التأمين للضباط العاملين بجهاز الشرطة في عدد من المحافظات ومؤخراً تقوم تلك المستشفيات بعلاج أفراد الشرطة من غير الضباط بأعداد معينة بشكل يومي.

كما تعاقداً الهيئات القضائية وبعض الهيئات العامة والشركات التي تمتلكها الدولة مع عدد من شركات التأمين الخاصة والتي تقدم خدمات تأمينية تشخيصية وعلاجية في العديد من المستشفيات الخاصة مقابل تحمل تلك الجهات مع العاملين مصاريف الاشتراكات بشكل سنوي.

القطاع الخاص: نمت في مصر مؤخراً وبشكل كبير سوق جديداً للتأمينات الصحية الخاصة ، ففي القاهرة وحدها، تغطي ثمان وأربعون خطة رعاية صحية مدفوعة مقدماً مليوني منتفع. وتنشأ نسبة ٧٠ في المائة تقريباً^١ من تغطية القطاع الخاص من خلال مجموعات جهات العمل ويدل نمو الخطط المدفوعة مقدماً على تزايد "اختيار خروج" جهات العمل من تحت مظلة الهيئة العامة للتأمين الصحي. ولكن معظم هذه الخطط تضع سقفاً للتغطية عند ١٠ آلاف جنيه مصري تقريباً.

وتنتشر في محافظات مصر المختلفة ما يقرب من ٥٠٠٠ منشأة رعاية أولية و ١٢٠٠ منشأة رعاية ثانوية،^٢ وينتمي النوعان كلاهما للقطاع الخاص، حيث يعتبر جمهور إلى هذه المنشآت الخاصة باعتبارها ذات نوعية خدمات أعلى، ويحبذ المواطنين اصحاب الدخول المرتفعة والذين يستطيعون دفع نفقات تلك الخدمات هذه النوعية من التأمين المقدمة من القطاع الخاصة خاصة الرعاية بالعيادات الخارجية .

ويوضح الشكل التالي تغطية منافع الرعاية الصحية في مصر عام ٢٠١٠^٣



^١ وزارة الصحة وخبراء البنك الدولي، استعراض الإنفاق العام

^٢ المصدر السابق

^٣ المصدر السابق

• التشريعات المنظمة

▪ تعدد التشريعات

مما لا شك فيه ان حالة الفوضى التي تعم التأمين الصحي والتي نطالها يوميا نتيجة طبيعية لتعدد القوانين المنظمة للتأمين الصحي التي ادت بدورها الي وجود أنظمة غير مترابطة فهناك نظام التأمين الصحي ونظام العلاج بالمجان ونظام العلاج على نفقة الدولة وانظمة التأمين بالقطاع الخاص مما يجعل الخدمة الصحية المقدمة في مصر تعاني بشكل عام من الفوضى ، ولا يمكن أن يستثنى نظم التأمين الصحي من تلك الفوضى فبرغم القوانين المختلفة التي صدرت بصدد نظام التأمين الصحي التي تهدف إلى اقرار وكفالة الحق في رعاية صحية تأمينية على مراحل مختلفة لجميع المواطنين والسعي نحو رفع كفاءة الأداء في تقديم الخدمات إلا أنها لم تحقق ذلك إلي الآن.

▪ نظام التمويل

١. ادت البيروقراطية والروتين الحكومي الي عدم توافر مرونة لتعديل نظم التمويل المختلفة للتأمين الصحي بما يتوافق مع تحمل القطاع التأميني لتكلفة الخدمات المقدمة للمنتفعين وعد فاعلية اساليب التحصيل والتمويل المخصص للهيئة العامة للتأمين الصحي وهو السبب الرئيسي في العجز السنوي المستمر في موازنة التأمين الصحي.
٢. ضعف اشتراكات القانون ٣٢ لسنة ١٩٧٥ والتي لا تغطي سوى ٤٤% من النفقات بينما اشتراكات أصحاب المعاشات والأرامل لا تغطي سوى ١٧% من النفقات وأن العجز في علاج أصحاب المعاشات والأرامل يتزايد عاماً بعد عام، والعجز بين إجمالي اشتراكات وتكلفة قانوني ٣٢، ٧٩ لسنة ١٩٧٥ للقوي العاملة والمعاشات والأرامل في تأمين المرضى في ارتفاع مستمر.
٣. قيام وزارة الصحة باصدار قرارات رفع عدد المؤمن عليهم وبدون تشريع متكامل مع عدم وضع اليات تمويلية لتشمل الشريحة الجديدة من المؤمن عليهم مثل اقرار التأمين الصحي علي الأطفال بالقرار الوزاري رقم ٣٨٠ لسنة ١٩٩٧ غير الملزم لأولياء الأمور أو لوزارة المالية وهو احد الاسباب المؤثر بشكل كبير في عجز الموازنة السنوية .
٤. عدم وجود نصوص صريحة تحدد حزمة الخدمات المقدمة للمنتفعين وتركها غير محددة من جانب القانون كما أنها لا تتناسب مع الاشتراكات المحددة بالقوانين المنظمة.
٥. عدم وجود نصوص تشريعية أو قرارات وزارية أو تنظيمية تحد من الاستهلاك غير الرشيد للأدوية و الذي يمثل ما يقرب من ٥٠% من تكلفة الخدمات التأمينية.

▪ نظام الهيئة

١. نص القانون علي قيام الهيئة العامة للتأمين الصحي بالجمع بين تمويل وتقديم الخدمة مما يؤدي إلى افتقارها للقدرات التنافسية وضعف الإشراف والرقابة وعدم إعطاء فرص الاختيار للمنتفع وقصور في نظم التمويل والتعاقد وعدم رضا المنتفع بالخدمة.
٢. تعدد هيئات التأمين الصحي حيث يوجد في مصر ثلاث هيئات هم: الهيئة العامة للتأمين الصحي للعمال وأصحاب المعاشات، الهيئة العامة للتأمين الصحي للتلاميذ أو الطلبة، هيئة خاصة للتأمين الصحي للفلاحين وتشرف وزارة الصحة مع الهيئات الثلاث وتقوم بالتنسيق بينهما وهو ما يؤثر علي نوعية الخدمة ويخلق عدم مساواة فيها وأيضا يؤدي إلي اختلاف نظام التمويل لكل هيئة.

■ التغطية التأمينية لشرائح معينة

تغطية شرائح محددة من المجتمع دون غيرها حيث لم يبيح القانون تغطية تأمينية لكل شرائح المجتمع واقتصر علي المواليد من سنة ١٩٩٧ والطلاب والعاملين المؤمن عليهم في الدولة وقطاعات الأعمال العامة والخاصة وعلي الرغم من نص القانون علي العلاج علي نفقة الدولة إلا انه لم يضع معايير لهذه الخدمة بما يتلاءم مع الأوضاع العامة لطالبي الخدمة.

■ تقديم الخدمة

تمنح قوانين التأمين المشترك حقوقا كبيرة في العلاج والدواء وكافة الخدمات الطبية نظريا، لكنها واقعا تفتقر إلى تمويل كافي لتطبيق هذه القوانين وهذا كنتيجة طبيعية لما يأتي:

١. تشهد عيادات التأمين الصحي يوميا حالة من التكسب خاصة من أصحاب المعاشات والأرامل والمرأة المعيلة وذلك بسبب تأخر وصول الأطباء أو عدم حضورهم بالأساس ومعاملة المرضى من قبل الهيئة المشرفة علي العيادة بشكل غير لائق.

٢. سوء إدارة القوى البشرية يؤدي إلى مزيد من سوء الخدمة، وأن أغلب الأطباء متعاقدين باليوم أو بالفترة (ساعات) مما يعنى حرمان المرضى في المستشفيات من إشراف الطبيب المعالج و ما يتبعه من مشاكل.

٣. ضعف أجور الأطباء المعينون مما يؤدي إلى انصرافهم عن العمل الذي لا يمكن الاعتماد عليه كمصدر للرزق، و هكذا الحال بالنسبة للمريض والفنيين والعمال والإداريين.

٤. تعاقد التأمين مع مستشفيات أخرى بأسعار تقل كثيرا عن سعر التكلفة مما يجعل مريض التأمين عبئا علي هذه المستشفيات التي تلجأ إما لتحصيل أموال بطريقة أو بأخرى أو تقليل أعداد المرضى لوقف نزيف الخسائر.

٥. غياب دراسة الجدوى الواقعية المبنية علي تكلفة حقيقية للخدمة بالمستوى المطلوب وعدم وجود صندوق تمويلي تابع لجهة منفصلة علي مقدمي الخدمة.

٦. تغطية الخدمة للمواطنين كميا و جغرافيا. والتأمين الصحي بالأساس هو صندوق لتمويل علاج المنتفعين يتعاقد مع مقدمي الخدمة و يراقب التزامهم بهذا التعاقد.

■ مشاكل اقتصادية

١. تعتبر ابرز المشاكل الاقتصادية للتأمين الصحي هي التطور المذهل في أساليب التشخيص والعلاج من الناحية التكنولوجية، وما يتطلبه ذلك من تكاليف تخرج عن الإمكانيات العادية كنتيجة لطبيعة لارتفاع ثمن الأجهزة مع عدم وجود رؤية حقيقية واليات إستراتيجية لتطوير الأجهزة والمعدات بشكل مستدام.

٢. الظروف الاقتصادية غير المواتية التي ساعدت علي رفع الأسعار وخاصة أسعار الأدوية والتجهيزات الطبية سريعة الاستهلاك مما يزيد من عبء الموازنة العامة.

٣. ارتفاع نسبة مصروفات التأمين الصحي مقابل قيامه بعلاج حالات الأمراض المزمنة مثل ارتفاع ضغط الدم والفتل الكلوي ومرض السكر ومضاعفاته وغيرها إلي حوالي ٦٨% من إجمالي تكاليف الدواء المنصرف خارج المستشفيات.

٤. عدم مساهمة الدولة بالنسبة لأصحاب المعاشات الذين تبلغ تكلفة رعايتهم ستة أضعاف اشتراكاتهم.

٥. عدم وجود سقف كمية أو مالية أو زمنية لعناصر العلاج والرعاية الطبية في حزمة المزايا حيث تقدم الهيئة جميع الخدمات للمؤمن عليه لحين تمام الشفاء أو استقرار الحالة ومهما طالت مدة العلاج، أو بلغت تكاليفه.

المحور الخامس (التوصيات)

أولاً: علي المستوى التشريعي

- ضم تشريعات التأمين الصحي الحالية في تشريع واحد بهدف إصلاح الهيكل التمويلي للهيئة العامة للتأمين الصحي، لتحقيق زيادة الموارد بهدف ضمان استمرارية التمويل مما يؤدي الي رفع مستوى الخدمة وزيادة الشريحة المؤمن عليها
- جعل الاشتراك في نظام التأمين الصحي إجبارياً، شريطة أن تتحمل الدولة بسداد الاشتراكات عن الفقراء وغير القادرين من خلال الدعم المباشر مع وضع معايير لتعريف الغير قادر . مما يتيح للجهة المنوطة بدفع التكاليف تحمل اعباء الخدمات المقدمة لغير القادرين وايضا الفئات العمرية، والفئات الأخرى المعرّضة للخطر من خلال تلك المنظومة .
- إلغاء القانون ٣٢ لسنة ١٩٧٥ في شأن نظام العلاج التأميني للعاملين في الحكومة والهيئات العامة، والمؤسسات العامة وسريان أحكام القانون ٧٩ لسنة ١٩٧٥ علي العاملين المشار إليهم بغرض توحيد الالتزامات التأمينية بين العاملين في القطاع الحكومي الذين يسري علي بعض منهم حالياً أحكام القانون ٧٩ لسنة ١٩٧٥ المشار إليه بذات الحقوق وسيترتب علي ذلك زيادة اشتراك جهة العمل وحساب الاشتراك علي أساس الأجر الأساسي والمتغير.
- اقرار مواد قانونية تدمج كافة موارد التأمين الصحي وتمويلاته في حساب واحد فقط مما يؤدي الي تخفيف العبء علي ميزانية الدولة ويحقق الدور المنوط به بالأساس وهو التكافل الاجتماعي كما يؤدي الي تحقيق العدالة الاجتماعية بين المحافظات من خلال استخدام التطبيق علي اسس جغرافية .

ثانياً: المستوى الخدمي

- إصلاح أسلوب إدارة التأمين الصحي لتحويل دور الهيئة من مقدمة للخدمة إلي مشتري لها من كافة المؤسسات الصحية العامة والخاصة بما يحقق الاستفادة القصوى من الإمكانيات المتاحة والاستخدام الاقتصادي الأمثل لها وهو ما يخلق حالة من التنافس تؤدي إلي رفع مستوى أداء الخدمة.
- تشغيل عيادات التأمين الصحي بصفة مستمرة من الساعة السابعة والنصف صباحاً وحتى الثامنة مساءً مع توزيع العاملين علي ورديات عمل متتالية، مما يؤدي إلي التخفيف من ظاهرة تكديس المنتفعين بالعيادات نتيجة لامتداد وقت العمل مع إعادة توزيع كثرة المرضي علي مدار ساعات العمل مع مراعاة تصميم برنامج حوافز للعاملين بالهيئة.
- تحقيق مبدأ التكافل الاجتماعي لجميع المؤمن عليهم للحصول علي حق الرعاية الصحية التأمينية بسهولة.
- وضع توصيف وظيفي سليم لكافة العاملين بمختلف فئاتهم واعادة هيكلة القطاع كاملاً ووضع مسمي وظيفي ودخل لكل فئة منهم ، مع ربط الاجر بحسب ساعات العمل ورفع الحد الادني للاجور.
- تطوير وحدات التأمين ووحدات العلاج الاولية لتصبح لائقة بكل فئات المنتفعين.
- تفعيل نظم الحوافز والمرتبات والانضباط لمقدمي خدمات الرعاية الصحية في قطاع التأمين.
- توفير قواعد البيانات اللازمة عن التكلفة وعن مؤشرات الجودة ومؤشرات أداء المتعاقدين.