

التشغيل التجريبي للتأمين الصحي الشامل في بورسعيد تقييم مجتمعي للمرحلة واصلاحات واجبة

عمل على هذا التقرير باحثين من وحدة الحقوق الاقتصادية والاجتماعية إلى جانب الدعم الإداري والفني من فريق المبادرة المصرية للحقوق الشخصية.
قام بالعمل الميداني وتقييم الخدمات الصحية فريق مشروع بوابة التقييم المجتمعي للمستشفيات المصرية تحت إشراف "شمسية لإدارة الأنظمة الصحية".

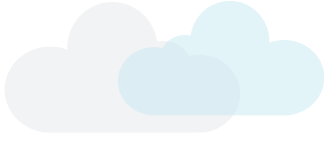
المبادرة المصرية للحقوق الشخصية
14 شارع السراي الكبرى (فؤاد سراج الدين)
جاردن سيتي، القاهرة.
تليفون وفاكس: 27960158 / 27960197 (202)+
www.eipr.org - eipr@eipr.org

جميع حقوق الطبع والنشر لهذه المطبوعة محفوظة بموجب رخصة المشاع الإبداعي، الإصدار 4.0

<http://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0>

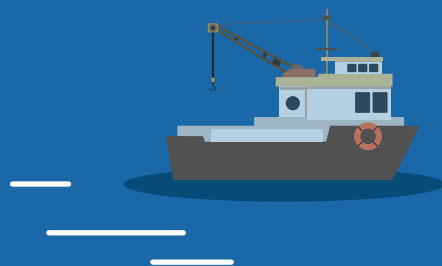


قائمة المحتويات



٢	قائمة المحتويات
٤	١. السياق العام
٥	مقدمة
٦	٢. آلية البحث
٧	آلية مجتمعية لتقييم الخدمات المقدمة
٨	٣. أهم نتائج البحث
٩	أ. نبذة عن الجهود المبذولة في تطبيق القانون
٩	ب. نتائج التقييم المجتمعي للمستشفيات
٢٠	ج. أهم تعليقات وسرديات المنتفعين عن الخدمات
٣١	٤. أهم إيجابيات التجربة وأوجه القصور
٣٢	أ. أهم المظاهر الإيجابية في الخدمات الصحية المقدمة
٣٢	ب. أهم أوجه القصور أو عدم الرضاء في الخدمات الصحية
٣٤	٥. السياسات المطلوبة للإصلاح الصحي في مصر
٣٥	أ. المبادرات الرأسية
٣٦	ب. الشراكة مع المجتمع المدني
٣٧	ج. الاستثمار في الصحة
٣٩	د. الاعتماد والجودة
٤٠	هـ. حوكمة النظام الصحي
٤٣	و. بعض التساؤلات التي لا نجد لها إجابات حتى الآن





١. السباق العام



مقدمة

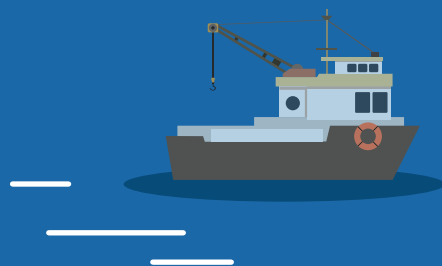
ثم شرعت الجهات التنفيذية المختلفة في التجهيز لتطبيق هذه المنظومة وفقاً لخطتها، بالبدء بمحافظة بورسعيد تعقبها بقية محافظات القناة وسيناء. وقد بدأت الحكومة بالفعل في جمع الموارد المالية المختلفة التي ينص عليها القانون لهذا الغرض. كما قامت جهات تمويلية دولية متنوعة بتوفير موارد إضافية والدعم الفني والتقني لدعم عملية الإصلاح اللازمة للشروع في تطبيق هذا القانون في بورسعيد.

واليوم، نقدم تقييماً مرحلياً لخطوات تطبيق هذا القانون والذي شرعت الحكومة في تنفيذه، إيماناً واستكمالاً لدور المجتمع المدني في المتابعة والرقابة المجتمعية. يهدف هذا في المقام الأول إلى عرض منظور علمي ومجتمعي لتحديات التطبيق وكيفية التغلب عليها وطرح مقترحات واضحة من شأنها ضمان تحقيق هذا القانون لأهدافه.

إن التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه، هو أحد الحقوق الأساسية لكل إنسان كما نصّ عليه دستور منظمة الصحة العالمية والدستور المصري. يشمل 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.

وجاء قانون التأمين الصحي الشامل الجديد ولائحته التنفيذية 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. وقد شاركت المبادرة المصرية للحقوق الشخصية في العمل على هذا القانون من خلال الضغط بل والتقاضي الإستراتيجي حينما تعارضت مقترحات القانون مع الأسس الضامنة للحق في الصحة دون تمييز، ثم شاركت وقدمت المقترحات بعضوية لجنة كتابة القانون بهدف ضمان وضع إطار قانوني حاكم وشامل للمنظومة الصحية يمثل خطة شاملة تنهض بهذه المنظومة المهترئة بشكل كامل ومستدام.





٢. آلية البحث



آلية مجتمعية لتقييم الخدمات المقدمة

والتواصل معهم بشكل دوري لتطويرها بشكل أكثر تناسبًا مع ما يلاقونه أثناء عملية التقييم.

بعد إجراء التقييم المجتمعي والإجابة على المعايير المختلفة عمًا إذا كانت محققة أو غير محققة، يتم تصنيف تلك المعايير ووضع نتائجها في سبع مجموعات أساسية تمثل أوجه تقييم المجتمع للخدمات الصحية في المستشفى، وهي السلامة والأمان، الأطباء، التمريض، النظافة، الراحة، سهولة الإجراءات، وحقوق المريض. كل معيار له وزن نسبي محدد تم تحديده بناءً على مدى تأثير المعيار على التقييم العام لكل مجموعة.

٣. تقييم سردي وكيفي للخدمات المقدمة من قبل منتفعين من تلك الخدمات من الباحثين الميدانيين ويشمل هذا:

أ. الانطباعات العامة عن التجربة ومدى الرضاء عنها.

ب. إجراءات التسجيل في المنظومة.

ت. الوحدات الصحية.

ث. آليات وإجراءات الإحالة.

ج. الخدمات المقدمة بالمستشفيات والمراكز الطبية.

ح. الخدمات المقدمة والرسوم والاشتراكات.

٤. مقابلات وتجميع للآراء والانطباعات العامة وتحليل معطيات من الفئات الآتية:

أ. أعضاء الطاقم الطبي (ويشمل الأطباء والتمريض والأطباء غير الطبية).

ب. مسئولين وإداريين وفنيين.

ت. مرضى ومنتفعين من الخدمات.

ث. ممثلين عن المجتمع المدني المحلي.

ج. خبراء إدارة النظم الصحية والصحة العامة واقتصاديات الصحة.

ح. مسئولين وممثلين عن فريق إعداد مشروع القانون.

٥. المنشورات والبيانات الرسمية.

هذا وتنوي فرقة العمل تكرار عملية التقييم ذاتها في المحافظة في مراحل مستقبلية أخرى للوقوف على أوجه الإصلاح التي تمت في الخدمات الصحية في بورسعيد ومقارنتها بالتقييم المجتمعي في المراحل المختلفة.

للاطلاع على النتائج التفصيلية لتقييم المستشفيات، يمكنكم زيارة موقع بوابة التقييم المجتمعي للمستشفيات على eghospitals.com

إيمانًا بدور المساءلة الاجتماعية في ضمان استدامة مجهودات الإصلاح المختلفة وحتى يتمكن المجتمع من متابعة عملية التطوير بشكل ممنهج، قامت المبادرة المصرية للحقوق الشخصية بتحليل ونشر نتائج التقييمات المجتمعية للمستشفيات والخدمات الصحية في بورسعيد، التي قام بها فريق من منظمات المجتمع المدني قبيل البدء في عمليات التطوير.

فبالتعاون مع مشروع "بوابة التقييم المجتمعي للمستشفيات المصرية" وفريق متنوع من الباحثين الميدانيين، تم اللجوء إلى آليات البحث الآتية:

١. تقييم جودة الخدمات المقدمة في مستشفيات المحافظة من منظور متلقي الخدمات قبل البدء في عملية التطوير وفور اعتماد القانون في أوائل عام ٢٠١٧. قام بذلك أربع فرق من الباحثين الميدانيين لعدد 128 مؤشرًا لجودة الخدمات الصحية المقدمة من منظور متلقي الخدمة.

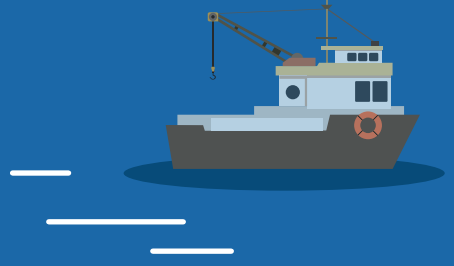
٢. تقييم لجودة الخدمات الصحية بالمستشفيات التي تم الإعلان عن الانتهاء من تجديدها وشملها في منظومة التأمين الصحي الجديدة وفقًا لنفس المعايير والمؤشرات المجتمعية التي تم استخدامها في تقييم المنشآت قبل عملية التطوير. تم القيام بالتقييم الجديد في سبتمبر ٢٠١٩.

الأداة المستخدمة قام بتطويرها فرقة العمل في مشروع بوابة التقييم المجتمعي للمستشفيات، وهي مجموعة من المعايير التي تعكس المؤشرات التي يحكم من خلالها المريض على جودة الخدمة الصحية. تم تطوير معايير التقييم المجتمعي من خلال تبني أولي للمعايير القياسية العالمية لتقييم المستشفيات (وتشمل JCL والمعايير السعودية والاعتماد والجودة المصرية والمعايير القياسية لحقوق المريض وغيرها). ثم، من خلال عملية تشاركية مع ممثلين للمنتفعين والمختصين، تم تطوير مؤشرات قياسية جديدة لكل معيار يعتمد على أهم متطلبات مستخدمي المستشفيات. وكان الهدف من ذلك الحفاظ على المعايير القياسية العلمية لتقييم المستشفيات وتطويرها لتحتوي على مكونات أكثر حيوية وبساطة تتيح مشاركة مجتمعية أوسع في عملية التقييم مع الحفاظ على جودته.

تعتمد عملية التقييم المجتمعي على تجارب للمقيمين المجتمعيين الذين يخوضون تجربة تلقي الخدمات بشكل كامل ثم يقومون بتقييم الخدمات بناءً على مؤشرات محددة وليس فقط على رضائهم عن الخدمة. يرمي التقييم المجتمعي للمستشفيات إلى توفير منظور آخر لتقييم الأداء، يكمل التقييمات الفنية والتقنية والمتابعات الداخلية للجودة التي تقوم بها المستشفيات أو وزارة الصحة. فالتقييم المجتمعي معني بمخرجات الخدمة المقدمة ومردودها من منظور متلقي الخدمة أنفسهم، دون التعرض للمدخلات والإجراءات الداخلية للمنشآت والتي يقوم بها أهل الخبرة من مسئولي الجودة.

لكل معيار للتقييم المجتمعي أداة قياس محددة يستخدمها المقيّم أثناء عملية التقييم، ويتم تدريب المقيمين المجتمعيين على هذه الأدوات





٣. أهم نتائج البحث



أ. نبذة عن الجهود المبذولة في تطبيق القانون

- محور الميكنة والتحول الرقمي: والذي يشمل إدارة بيانات المرضى وتسجيلهم وطلبات التغطية والمطالبات المالية.
 - محور الموارد البشرية: ويشمل تعيين واختبار أعداد جديدة من أعضاء الفريق الطبي واختبارهم وتدريبهم وإرسالهم في بعثات خارجية للتدريب وغيره.
 - محور التوعية والإعلام: ويشمل هذا ورش عمل وندوات والمواد الإرشادية للتوعية عن النظام الجديد وكيفية الانتفاع بها.
- وتعد هذه الجهود مع صعوباتها والتحديات التي تواجهها خطوات جيدة في الاتجاه الصحيح بشكل كبير. نعرض في هذه الورقة بعض التحليلات والتوصيات التي تهدف إلى ضمان نجاح تلك الجهود واستدامتها وتمكينها من تحقيق أهدافها.

أشارت وحدة إدارة مشروع التأمين الصحي الشامل التابعة لوزارة الصحة إلى بعض الجهود المبذولة من أجل تطبيق القانون، بالأخص في محافظة بورسعيد.

فيشمل التطوير الوحدات الصحية ومراكز تقديم الخدمات الصحية التي تخدم مليون نسمة بمعدل ٦٤٤ سرير إقامة و١٤٤ سرير رعاية مركزة و٧٩ حضانة و١١٠ ماكينة غسيل كلوي بمعدل سرير لكل ألف مواطن. وتقوم تلك الوحدة بدورها بالتنسيق مع جهات الوزارة المتعددة ووزارة المالية والاتصالات.

يشمل عمل الوحدة مجموعة من المحاور على رأسها:

- محور البنية التحتية: تشمل تطوير ٢٦ وحدة صحية و٩ تطوير ٩ آخرين، ٨ مستشفيات في المرحلة الأولى واثنين كمرحلة ثانية. ذلك بالإضافة إلى مستشفى النصر للأورام ومبنى هيئات التأمين الصحي الشامل الثلاثة.

ب. نتائج التقييم المجتمعي للمستشفيات

٣. الراحة: وتشمل ٣٩ معيار حول الاستقبال والبنية التحتية والمناخ العام لتقديم الخدمة
 ٤. النظافة: تشمل ١٤ معيار يغطي الجوانب الخاصة بالنظافة والصيانة بالأماكن المختلفة لتقديم الخدمة
 ٥. التمريض: تشمل ١٢ معيار للخدمات التمريضية وطاقم التمريض
 ٦. الأطباء: تشمل ١٥ معيار للخدمات الطبية وطاقم الطبي
 ٧. السلامة و الأمان: تشمل ٥٢ معيار لمدى تحقيق اجراءات واحتياطات السلامة والأمان بالمستشفى وأهليتها للاعتماد بناء على معايير السلامة لهيئة الاعتماد والجودة.
- الصور الفوتوجرافية المستخدمة من عام ٢٠١٨ ولم يتم التقاط صور حديثة بسبب التضيقات الأمنية.
- للتائج التفصيلية، يمكن التواصل مع فريق مشروع التقييم المجتمعي للمستشفيات المصرية على info@shamseya.org

تتم عملية التقييم المجتمعي للمستشفيات بشكل دوري من خلال فريق من الباحثين الميدانيين من المجتمع المحلي لكل محافظة. في عام ٢٠١٨، تم نشر نتائج التقييم المجتمعي لمستشفيات بورسعيد قبل البدء في عملية التطوير استعداداً لمنظومة التأمين الصحي الجديد. نشر هنا مقارنة بين نتائج التقييم المجتمعي قبل وبعد عملية التطوير.

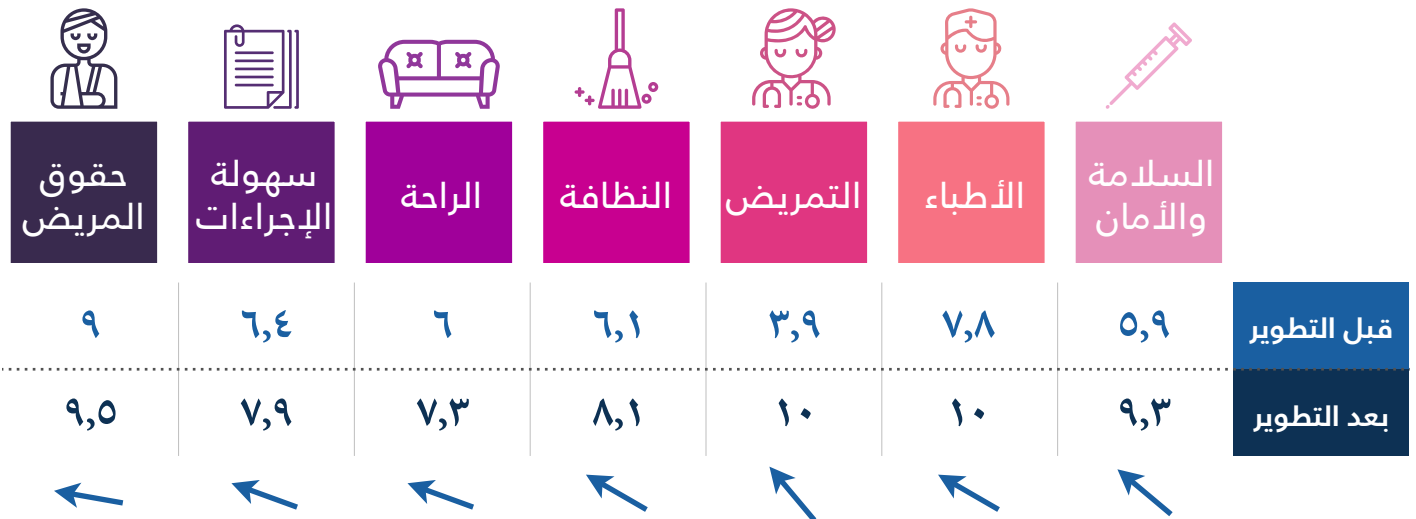
تعتمد عملية التقييم المجتمعي على مجموعة من ١٢٨ مؤشر لجودة الخدمات الصحية من منظور متلقي الخدمة. تتم عملية التقييم من خلال آلية تجارب عملية لتلقي الخدمات ولقاءات مع مجموعة من المرضى ومقدمي الخدمات قامت بها فرق متعددة تغطي المستشفيات التي شملها البحث.

بعد مراجعة النتائج والتأكد من دقتها، يتم تصنيف المؤشرات إلى مجموعات نوعية بأوزان مختلفة ويتم وضع متوسط للنتيجة لكل منها في صورة رقم من ١٠. هذه المجموعات النوعية هي:

١. حقوق المريض: وتشمل ٢٨ معيار حول مدى معرفة وتطبيق وحماية حقوق المريض بالمنشأة
٢. سهولة الاجراءات: وتشمل ٢٢ معيار حول الاجراءات والتسجيل والشئون الإدارية والتسجيل

مستشفى التضامن التخصصي - التأمين الصحي

شارع 23 يوليو , حى المناخ , أمام أكاديمية السادات للعلوم الإدارية



مستشفى مميزة بالرغم من كثرة الاقبال عليها الا انها محتفظة بمعايير النظافة والجودة بها مع كفاءة الاطباء وتنوع التخصصات.



مستشفى الرمذ التخصصي

شارع 23 يوليو , بجوار مستشفى المبرة



حقوق
المريض

٦,٧

٨,٨



سهولة
الإجراءات

٣,٨

٧,٦



الراحة

٣,٩

٥,٩



النظافة

٦,١

٦,٦



التمريض

٤,٨

٩,١



الأطباء

٦,١

٩,١



السلامة
والأمان

٥,١

٨,٤

قبل التطوير

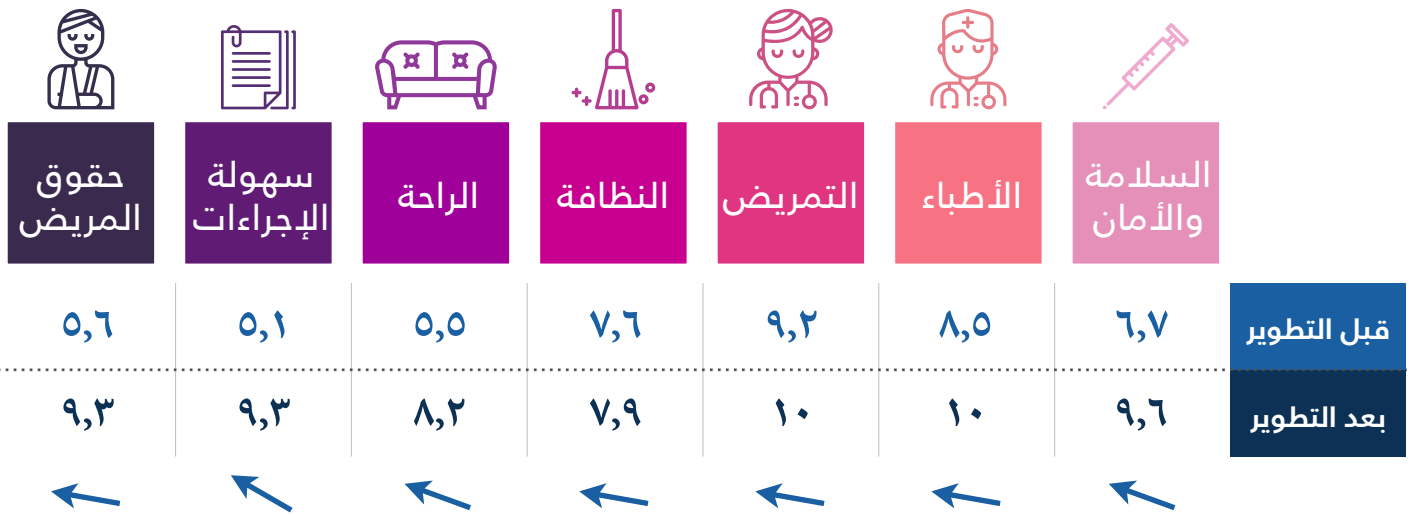
بعد التطوير



يوجد زحام ملحوظ على الاستقبال وفي الانتظار
تحتاج لمزيد من الاهتمام من جانب الادارة ومتابعة شكاوى المواطنين بشكل اوسع.

مستشفى النصر للأطفال

شارع عبد الهادي الحريري , حي المناخ



مستشفى متخصص فقط في الاطفال ويتمتع بدرجة عالية من الكفاءة ولكن يحتاج الى المزيد من القوى البشرية لتقديم الخدمات المنوط بها.



مستشفى الزهور

منطقة عمر بن الخطاب , قسم المناخ



حقوق المريض

٧,٤



سهولة الإجراءات

٥,٥



الراحة

٤,٩



النظافة

٥,٣



التمريض

٤,٨



الأطباء

٥,٦



السلامة والأمان

٦,١

قبل التطوير

١٠

٨,٩

٩

٨,٣

١٠

١٠

٩,٨

بعد التطوير

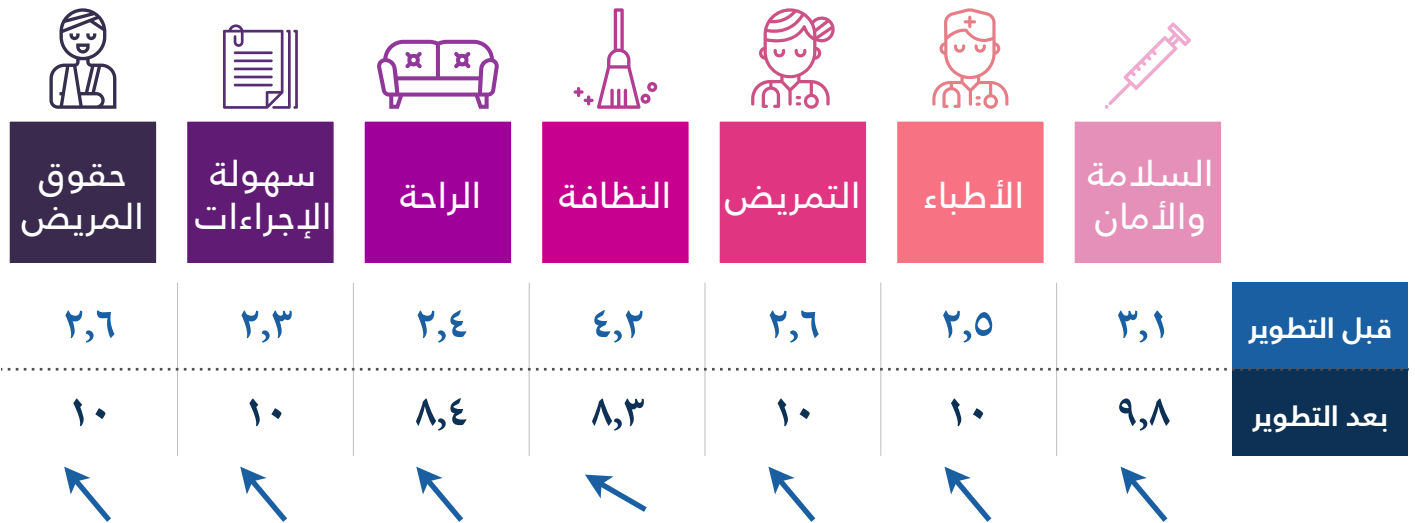


درجة عالية من الكفاءة والنظام داخل المستشفى



مستشفى السلام التخصصي (الأميري سابقاً)

شارع 23 يوليو , حى المناخ , أمام أكاديمية السادات للعلوم الإدارية

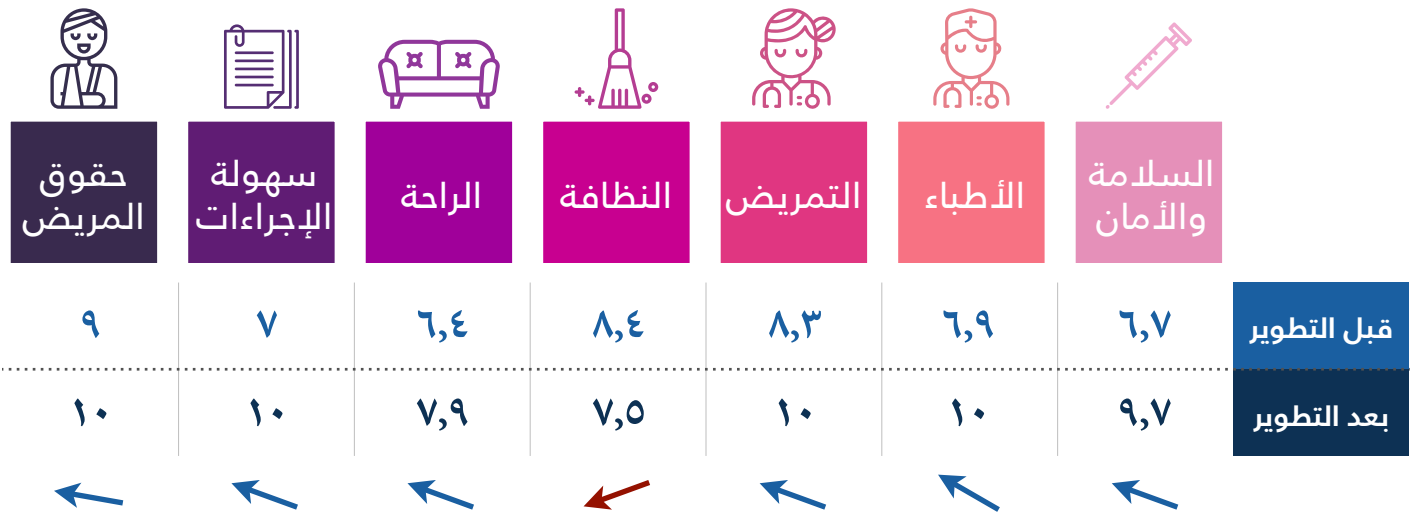


المستشفى الأفضل من ناحية التجهيزات والتغطية وتنوع التخصصات من حيث المساحة والبنية التحتية



مستشفى النساء و الولادة

شارع سعد زغلول , بورفؤاد



درجة عالية من النظام والتعاون مع المرضى ولكن لوحظ تدني مستوى النظافة.

مستشفى بور فؤاد العام

منطقة العبور , بورفؤاد



حقوق
المريض

٣,٦



سهولة
الإجراءات

٤,٥



الراحة

٣,١



النظافة

٢,٤



التمريض

٠



الأطباء

١,٧



السلامة
والأمان

٣,٨

قبل التطوير

بعد التطوير

لم يتم الإنتهاء من تطويرها أو إفتتاحها عند القيام بالتقييم المجتمعي

مستشفى بور فؤاد العام هي المستشفى الوحيدة في مدينة بورفؤاد نفسها وعلى الرغم من افتتاح الوحدات الصحية في مدينة بورفؤاد الا ان المستشفى كانت لا تزال قيد التطوير، الأمر الذي جعل الضغط على الوحدات الصحية كثيف او يضطر المواطنين الى اخذ تحويل على احدى مستشفيات بورسعيد، مما يستلزم وقتاً طويلاً في إجراءات التحويل ثم الذهاب الى المستشفى.

المستشفى كانت تحت التطوير أثناء عملية التقييم ويلاحظ من نتائج التقييم السابق مدى ضعف جودة الخدمات خاصة من حيث التمريض والأطباء.



مستشفى آل سليمان الأهلي

١٢ شارع الأمين , حي المناخ



حقوق
المريض

٩,٥



سهولة
الإجراءات

٨,٧



الراحة

٧



النظافة

١٠



التمريض

٨,٣



الأطباء

٧,٨



السلامة
والأمان

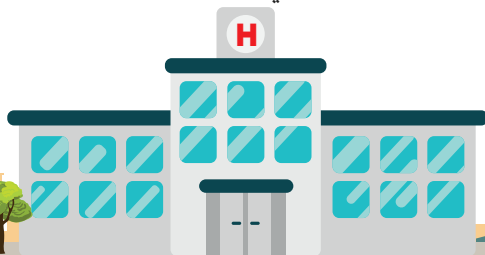
٧,٨

قبل التطوير

لم تدخل في منظومة التأمين الصحي حتى الآن

بعد التطوير

مستشفى آل سليمان لها أهمية خاصة لأهالي بورسعيد نظراً لكونها مستشفى تابعة لجمعية أهلية وتقع في وسط المدينة في نفس المربع الجغرافي لمستشفيات التضامن والنساء والولادة والرمد ، ويلجأ إليها حالياً الغير منتفعين أو مستخدمين للتأمين الصحي الشامل.



مستشفى أفامينا الخاص

أمتداد شارع الأمين، برفؤاد



حقوق
المريض

٦



سهولة
الإجراءات

٦,٢



الراحة

٥,٤



النظافة

٦,٦



التمريض

٣



الأطباء

٣,٦



السلامة
والأمان

٤,٨

قبل التطوير

لم تدخل في منظومة التأمين الصحي حتى الآن

بعد التطوير



مستشفى صدر المصح البحري

شارع ٢٣ يوليو , أمام استاد بورسعيد



حقوق
المريض

١,٤



سهولة
الإجراءات

٤,٢



الراحة

١,٦



النظافة

٠



التمريض

٢,٦



الأطباء

١,٧



السلامة
والأمان

١,٤

قبل التطوير

بعد التطوير

لم تدخل في منظومة التأمين الصحي حتى الآن



ج. أهم تعليقات وسرديات المنتفعين عن الخدمات

نعرض هنا أهم التعليقات والسرديات التي تم تجميعها من منتفعي الخدمات والباحثين الميدانيين أثناء عملية التقييم. نعرض فقط الآراء والملاحظات التي حظيت على اتفاق عام من المجموعات المستهدفة في البحث والتي تم التحقق منها من خلال البحث الميداني. نعرض التعليقات باللغة العامية على لسان أصحابها. نعرض أيضاً بعض التعليقات من فريق المبادرة لتوضيح السياق العام للتعليق، ما له وما عليه وأهم التوصيات المرتبطة به.

1. الانطباعات العامة عن التجربة ومدى الرضاء عنها

الاهتمام بالبنية التحتية والتجهيزات لا يكفي فيما يخص تطوير المنظومة الصحية، فسريراً يكشف أوجه عوار في إدارة المنظومة وآليات العمل والتي من شأنها أن تؤثر على ثقة المواطنين

من ناحية التجهيزات والمباني (فُل)، إنما من ناحية المنظومة فيها ثغرات كثير تاعبة الناس جداً

التجربة هتاخذ وقتها، مش مشكلة، لكن ليه إتسرنا وبدأنا؟ وليه إبتدينا بإننا نأخذ فلوس من الناس بأثر رجعي قبل ما نظبط الخدمة إالي بنقدمها؟ أنا مخصص من مرتبي بأثر رجعي 1%، ولو راجل هيتخصم منهم 5 و6%. يعني إنت بتقول ده تشغيل تجريبي، وأدينا أهو نُص سبتمبر وفيه حاجات كثير قوي أساسية لسه ماشغلتنش، وإلي شغال مش شغال كويس.

كان من الحكمة عدم التسرع في خصم الاشرابات من المواطنين قبل الإنتهاء من المرحلة التجريبية للمنظومة وضمان عملها بشكل فعال

أنا مثلاً كان عندي شكاوي، فرحت مبنى التأمين الصحي الجديد ده، لقيت فيه تلت هيئات. طيب، أنا أشتكي فين؟

التنقل والروتين وتضييع الوقت تاعبين الناس جداً.

واحدة قريبتني عايشة في النمسا بتقوللي هي بتدفع اشتراك وخلص، مافيش بعد كده تعامل مادي مع المنظومة، كله بلاش، وكله قريب ومافيش انتظار، طبعاً بره بيختاروا الدكتور إالي عايزينه، إنما أنا هنا مجبرة أروح لدكتور معين."

الدكاترة بتحاول تَهْدِي الناس، ويقولولهم: "الموضوع معمول بره"، طبعاً بره إيه، إحنا سألنا أهالينا إالي عايشين بره وبيقولوا مافيش البهدلة ديه طبعاً، مافيش أي علاقة باللي بيحصل هنا.

يتضح أن التوعية والتثقيف والتواصل مع مقدمي الخدمات والمنتفعين منها عن طبيعة المنظمة وطريقة عملها غير مناسب مما يخلق توقعات غير واقعية ويضعف من مستوى الرضاء من الخدمات

فين اللي راحوا انجلترا؟ أنا عايزة أشوف الناس اللي اتدبربت ديه فين؟ معاملة سيئة جداً ولخطبة والموظفين يقولونا "إحنا مادوناش فلوس عشان نتعامل مع اللخطبة ديه"، الموظفين على قديمه وكمان زاهقنين من كتر الشكاوي ومش عارفين يتصرفوا.

بورسعيد عامة على مدار التاريخ محافظة بيتجرب فيها أي حاجة علشان مساحتها قليلة وعدد السكان فيها قليل زي نظام التموين الجديد. إحنا ربنا بالينا إننا محافظة صغيرة وأي حد عايز يجرب أي حاجة بيحربها فينا إحنا.

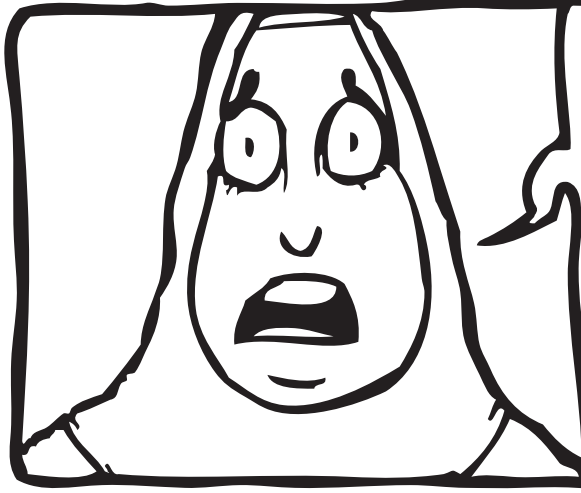
مافيش كاميرات ولا مراقبة ولا حاجة، الدنيا ما فيهاش أي رقابة خالص.

أتمنى إنهم يعالجوا الأخطاء ديه قبل ما يروحوا يطبقوا في محافظات جديدة.

كان يمكن تفادي مثل هذه الإنبطاعات عن طريق عدم التسرع في إعلان بدء التطبيق وتحصيل الاشتراكات

طب إحنا بقينا نوفمبر أهو والناس لسه بتشتكي مَر الشكوى، و لسه لم يتم تفادي مشاكل المرحلة التجريبية.

٢. إجراءات التسجيل في المنظومة



مدينة زي مدينة بور فؤاد، مركزين طبيين بس، إحنا حوالي ١١٠ ألف نسمة، واحد منهم بعيد جداً مايتروح غير بتاكسي بـ ٨ جنيه والثاني في وسط البلد طبعاً الناس مستقرباه، فيفضل يستقبل في الناس لحد ما بقى أكثر من قدرته فبقى عنده بتاع ٤٠٠٠ واحد عايزين يسجلوا فقفلوا الباب وقالوا روجوا الحرفيين، الناس رفضوا بس ماعندهم مش حل تاني. مدينة زي بورفؤاد محتاجة على الأقل ٤ وحدات، واحد للمنطقة النائية ماشي، ٢ في الناص وواحد عند المعديّة، تبقى الدنيا متساوية شوية. لكن كده الدكتور هايلاحق على الناس مين؟

تكررت الشكوى من أن اجراءات فتح الملف كثيراً ما لا تشمل كشف شامل أو فحص مفصل. مع ذلك، يتم تحديد أعداد مسبقة للحالات التي سوف يتم استقبالها في اليوم

عشان أروح أفتح الملف، الأمن قالي تعالي يوم التلات، بيأخذوا ٢٥ واحد الصبح و٢٥ بعد الظهر بس في اليوم كله، ولا كشف ولا أي حاجة، المفروض مثلاً فيه تحاليل تتعملي في الأول، لا طبعا ما فيش الكلام ده.

بالنسبة بقي للكشف الأولي أو "فتح الملف"، طلع مش كشف، ده كلام بيسألوهولك، ما فيش سماعة اتحطت على حد، سألتني أسئلة عن الأمراض الوراثية، عمليات قديمة بس كدة وخلص. اه، ووزنتني وقاست طولي.

يرجع هذا بشكل أساسي لغياب خطة رئيسة Master Plan واضح ومعلن يتماشى مع التوزيع الجغرافي للمواطنين ويضمن توفير خدمات الرعاية الصحية الأولية بالشكل التي نصت عليه المعايير الدولية فيما يخص خدمات الصحة الأولية

مافيش أي
تعامل مع
الكمبيوتر

طبعا ما فيش إلكتروني ولا
رقمي ولا حاجة،
ماشفناش ده في المنظومة

همه كانوا قايلين إن التسجيل
كمبيوتر معرفش بقا حصل
عندهم عطل في الكمبيوترات
مفاجئ بقا وخلو التسجيل
يدوي ولا إيه؟

ما فيش
ملفات
إلكترونية

نظرًا للتسرع في إعلان بدء تقديم خدمات المشروع قبل الإنتهاء من وضع إطار التسجيل الالكتروني ، تسبب هذا في تشتيت كبير في عملية التسجيل وفي ضمان تكامل المعلومات الطبية وتوفرها في الأماكن المختلفة لتقديم الخدمة، رغم كون ذلك أساسية الخدمة الطبية التي تعتمد على الحالات

هناك مفاهيم كثيرة غير واضحة بالنسبة للمجتمع المستفيد من الخدمة. يظهر هذا نقص التثقيف والتوعية لأهالي بورسعيد بالمنظومة، كيف تعمل وما تقدمه.

أغلب اللي بيروحوا يسجلوا في التأمين الصحي كبار في السن لأن الشباب مرتباتهم مش قد كدة وفيه شباب عاطل فهايسجل ازاى. اللي هايسجل أكيد هايتطلب منه فلوس ويدفعوه اشتراك.

مفيش الا الأمن والموظفين ، ولا بيساعدو ولا اي حاجة والموظفين بتشد مع الناس والناس بتشد مع الموظفين والمنظر مش حلو خالص.

يؤدي التشتيت في توفير المعلومات الواضحة بخصوص المنظومة وآليات تقديم الخدمة بها إلى مشاحنات بين مقدمي الخدمة ومتلقيها

٣. الوحدات الصحية

فيه وحدات عليها كثافة زي الوحدة إللي هيه بتاعة العرب، وفيه وحدات مريحة مثلاً زي وحدة حي الكويت دي معلهاش ضغط كبير أوي، ووحدة الزهور عليها ضغط كبير أوي.

فيه وحدات بقا عليها ضغط ومفهاش اهتمام زي إللي متطرفة في حي الجنوب زي بحر البقر.

لتوزيع خدمات الصحة الأولية معايير دولية تحكمها وتضمن توفيرها بشكل يحقق عدالة التوزيع. غياب خطة رئيسة Master Plan واضحة ومعلنة يصعب من قدرة الخبراء والمجتمع المدني على تقييم ما اذا تم مراعاة ذلك أم لا

حي الشرق كله ما فيهوش ولا وحدة صحية

الوحدات الصحية فيها ميزات أهمها فكرة إن فيه ملف واحد تقدر ترجله بسهولة لو احتجته مهما نسيت بتظمن إن كل حاجة عن صحتك موجودة في الملف ده. كمان المكان ونضافته وجودة الخدمة الطبية المقدمة وخاصة في قسم النسا والأسنان، كل حاجة جنب بعضها عشان متدوخش في كذا مكان.

في الوحدات الصحية، إللي بيستقبلك وبيتعامل معاك هو الأمن، مافيش موظف استقبال أو تمريض أو حد متدرب يستقبلك، لا الأمن قاعد، وماسك كراسة وهوو إللي يوجهك تروح فين وطبعًا ديه مش واجهة، ولا بسين لبس الأمن وكل حاجة.

دكتورة كتبت لبناتي تحليل دم، فأنا رايح الصبح عادي جدًا عشان أعمل التحليل، قالولي الدكتورة مش موجودة بتجيب مواد، قولتلهم "هي دكتورة واحدة بس"؟ قالولي آه، قولتلهم "طيب هوو فيه شيفت مسائي؟ ما طالما إنتم مواعيدكم من ٨ ل ٨؟ بتخلوا التحاليل صباحي بس ليه"؟ وكمان الدكتورة مش موجودة في الشيفت الصباحي، كله لغاية ٢ الظهر.

عارف عملت إيه عشان أتصرف؟ كلمت حد أعرفه في المركز عشان بس تبقى تكلمني في اليوم إللي دكتورة التحاليل تكون موجودة فيه عشان ماقعدش كل يوم أخذ إذن من الشغل وأروح مخصوص عشان يقولولي "ماجتش"، إتكلت في اليوم ده بس ٢٤ جنيه مواصلات ويوم أجازة ليَّه ولبناتي من الشغل عشان آجي أنا والبنات يقولولنا "مافيش النهاردة".



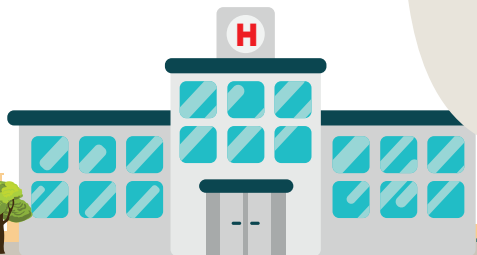
بتروح تسجل في الوحدة الصحية وبتطلب جواب تحويل للرمد أو لأي تخصص إنت عايزه وبعدين تشرح الحالة لطبيب الأسرة > الخطوة دي كانت متعبة شوية للآتي:

أولاً: الزحام لفتح الملفات علي طبيب الأسرة بسبب وجود طبيب واحد أو اثنين لخدمة آلاف من المواطنين وده بيسبب زحام وبالتالي ممكن تاخذ جواب التحويل في يومين أو ثلاثة لأن الوحيد إللي ممكن يطلعهم هو طبيب الأسرة.

ثانيًا: الوحدة المفترض شغالة من ٨ صباحًا إلى ٨ مساءً.. بس لو رحا الوحدة عشان تجيب جواب التحويل الساعة ١١ الصبح أو للكشف في الغالب هيقولك فوت علينا بكره من ٨ الصبح عشان بناخد عدد معين من الحالات لأن طبيب الأسرة له ٢٥ حالة في اليوم... ولما استفسرت إزاي له العدد البسيط ده وهو شغال ١٢ ساعة المفروض، كانت الإجابة إن بيقد في الكشف الواحد (إللي رايح كشف شامل بتاع فتح الملف) من نص ساعه لساعه فيادوبك. طبعًا عمليًا الكلام ده مش حقيقي خالص.

ثالثًا: طيب بالنسبة لي فتح الملف وعمل الكشف الشامل وتعبان وعايز يتحول لتخصص أو مستشفى... بيتنظر فالدور مع كل إللي بيفتح ملفات لأنه طبيب الأسرة فقط من له حق التحويل.

كل هذه المعوقات الاجرائية تمثل حائلًا أساسيًا دون اكتساب هذه المنظومة لثقة المواطنين، في أي تعسف أو تعطيل لوقت المواطن يتم تفسيره كتقاعص في توفير الخدمة مما يجعله يفكر في بدائل أخرى أكثر عملية مثل القطاع الخاص الذي لا يتطلب هذا الكم من الوقت والمجهود والتنقل، مما يجعله في بعض الأحيان أقل كلفة فعلية على المواطن.



هو نظرياً المفروض فيه مواعيد مسائية بس همه بيجوا بعد الساعة ٢ ومعرفش إيه إيلي بيحصل يعني أنا بقالي أسبوع مش عارفة أعمل تحاليل للبنات فهضطر أعملها بره علشان مفيش مواعيد مسائية

مفيش مستوى ثابت، كل واحد وحظه

لم يتم تطبيق نظام اعتماد الوحدات الصحية حتى الآن بالشكل المفترض وبالتالي يصعب ضمان جودة معيارية للخدمات

تجربتي في التعامل مع الوحدة الصحية "الأمل" ببورفؤاد كانت أهم مشاكلها:

- إجبار المريض أن يترك عمله ويأخذ أجازة يوم بسبب عقم وبطء الإجراءات وعدم توافر أطباء أسرة مناسبين لإعداد المسجلين بالوحدة وده علشان يكشف أو يحصل على جواب التحويل.
- الوحدة الصحية لا تعمل حتى ٨ مساءً في خدمة المريض مثلما يفترض.. فإما يقولوا العدد كفاية أو إن دفتر التذاكر خلص في حين إنه موجود عدد لا بأس به مقفول عليه غالباً في قسم الأشعة إيلي بيستخدم كمخزن لعدم وجود أجهزة أشعة بعد.
- التعتن في استصدار جوابات التحويل: لو مريض يعاني من أذنه ومحتاج تخصص أنف وأذن وحجرة مثلاً وعينيه مريضة ويحتاج تخصص عيون.. بعد رحلة العذاب للوصول لطبيب الأسرة يستصدر له جواب تحويل واحد لتخصص واحد في المرة في حين إنه لو استحصل على جوابين التحويل في نفس اليوم وتوقيت مبكر سيستطيع الكشف في التخصصين لتوفير الوقت.
- تحديد عدد صامم للتذاكر المقطوعة في اليوم الواحد حتى لو خلصت في أول ساعات العمل وكذلك جوابات التحويل (رغم إن المستشفيات مبقولش للوحدات متبعثوش مرضى).

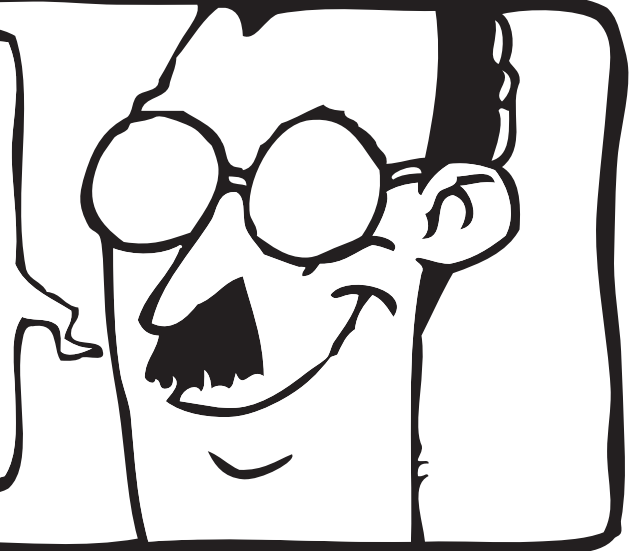
انا عايز اخذ تحويل لدكتور القلب ليه افضل قاعد مستني دوري مع دكتور الاسرة علشان يكتبلي حته ورقة ، يعني هو كدة هيستفاد ايه لما يضيع مني يوم كامل في الوحدة طالما كدة كدة مش هيكشف عليا !؟

دور طبيب الأسرة هو تقديم تشخيص وعلاج لـ ٨٪ من الاحتياجات الطبية للأسرة، لا يجوز بأي شكل أن يختل دوره في إحالة المرضى. لذا، يجب الاهتمام بتدريب أطباء الأسرة بالشكل الذي يضمن تقديمهم للخدمة بهذا الشكل ووضع لهم مؤشرات تقيس أعداد الإحالات وأسبابها ولماذا لم يتمكن الطبيب من تقديم الخدمة على مستوى الصحة الأولية. هذا هو أساس نظام الصحة الأولية

علشان أتجنب كمواطن كل المشاكل إيلي واجهتني محتاج أعمل الآتي:

اليوم إيلي عايز فيه جواب التحويل هاروح الوحدة الصحية الساعة ٧ ونص أو ٨ الصبح علشان أضمن إن فيه خلال ساعتين لـ ٣ ساعات أكون أخذته... (مش في كل الوحدات طبعاً، فيه وحدات سريعة على حسب عدد المرضى الموجود يومها وتنظيم العمل).

لو رححت الوحدة على الساعة ٢ الظهر أو ٣ العصر ساعتها طبيب الأسرة هيقولك إن إيلي بيسجلوا لك الجواب مشيوا ففوت علينا بكره... ساعتها ممكن تصمم عالدكتور يكتبلك الجواب ويعينه في الملف. والصبح الموظف يطلعه وتعامل مع موظف التحويل فقط دون الحاجة لنفس الإجراءات المطولة للدخول مرة أخرى لطبيب الأسرة.



عندما يواجه المواطن إجراءات معقدة أو صعوبة في تلقي الخدمة، يلجأ إلى ابتداء سبل للتغلب على هذا، قد يشمل هذا سبل قانونية أو غير قانونية أو اللجوء إلى الأقارب والمعارف. إن لم يتم مراعاة راحة المرضى في تصميم الخدمات والجراءات جعلها متمركزة حولهم Patient centered cared سوف يهدد هذا بسوء استخدام الخدمة من قبل متلقيها أو المنتفعين منها مما يبدد موارد المنظومة ويحد من كفاءتها. يجب أيضاً التنبيه على أهمية تطبيق أطر المساءلة المجتمعية والحوكمة الرشيدة وإشراك ممثلين للمنتفعين من الخدمة في الرقابة عليها لضمان استمرار قدرتها على تقديم الخدمات بالشكل المناسب للمواطنين والذي لا يتطلب منهم أي تحايل.



لما يتفعل السيستم ويتم فرش الوحدات
بباقي المستلزمات الطبية اللازمة لأقسام
الأسنان والتحاليل والأشعة الوضع
هيكون أريح للمواطن.

أتمنى إن لما تنتهي فترة التسجيل ويبدأ السيستم الإلكتروني يشتغل
هيكون فيه سرعة في التعامل مع المريض مع تحفظي علي قلة أعداد
أطباء الأسرة بالوحدات مقارنة بعدد المسجلين بالوحدة.

٤. آليات وإجراءات الإحالة

الإجراءات بتاعة التحويل كالاتي:

- هتصور جواب التحويل صورتين وهتروح المستشفى.
- هتتوجه لموظف التذاكر وتقطع تذكرة بجنيه ومش هيقطعها لك إلا وإنك معاك جواب تحويل لأن جواب التحويل ده بمثابة وثيقة تثبت إنك مريض ولك حق الاستفادة بخدمات المستشفى.
- هتتوجه لموظف التسجيل هيسجل الحالة ويعطيك تأشيرة صغنة على صورة جواب التحويل.
- هتتوجه لحجرة الطبيب المختص وموظف الأمن أو الممرضة هيعطيك رقم دورك.
- هيكبتك تذكرة علاج وتروح تصرفه من صيدلية المستشفى.
- لو الحالة محتاجة فحوصات أزيد هيعطيك ورقه تحمل اسم المستشفى بالتحاليل المطلوبة أو أي تخصصات تانية مفضية من الطبيب وهيطلب منك تعملها وتروحله.
- هتصور ورقه التحاليل والفحوصات صورتين وتقطع تذكرة بجنيه من داخل المستشفى وهتتوجه بالأصل (للاطلاع) والصورة والتذكرة لمعمل التحاليل بتاع المستشفى (الوحدة الصحية ملهاش دعوة) وهتعمل التحاليل هناك أو تحجز دورك لتاني يوم تروح تعملها.
- هتروح لأي مستشفى خاضعة للمنظومة بورقة العرض على تخصصات أخرى المطلوبة وبصورة جواب التحويل والأصل وتسجل دخول للتخصص المطلوب وتعد تاخذ دورك وتكشف وياً أما بيكتب تقريره في نفس الورقة ويختمك جنبها أو بيكتب تقريره في ورقة شبيهة لجواب التحويل.
- الفحوصات دي ممكن تاخذ منك يومين أو ثلاثة بالكثير.
- تروح المستشفى بكل ورقك وفحوصاتك يتعملك الفحوصات النهائية ويتحددك موعد العملية وتروح شئون المرضى تفتح الملف وتقدم مستنداتك وتستوفي بياناتك.
- ممكن عمليتك تتأجل مرة واثنين وعشرة بس عشان صحتك يعني لو مريض سكر والسكر مش متظبط أو السيولة أو لم يلتزم بتعليمات التحضير للعملية وخلافه.

يمثل هذا تشددا في علميات الإحالة ويبدد من دور طبيب الأسرة
ويحولها إلى موظف إحالة كما إنه يضع من وقت ومجهود
المواطنين ويفقد الدولة أيام عمل لقوتها العاملة بلا أي داعي

النظام إنك كل مرة تاخذ خطاب تحويل واحد، يعني أنا
مثلا عندي مشكلة في الأسنان وعندي مشكلة في وداني،
لازم أروح يوم الوحدة وأستني دوري عشان أخذ جواب
تحويل واحد بس، بعد كدة، أجي تاني يوم تاني، أخذ
معاد تاني واستني تاني عشان أخذ جواب تحويل
لحاجة تانية.

المواصلات هنا غالية لأن الأماكن بعيدة (يعني الواحد علشان ييجي من الجنوب ويتحول لمستشفى هنا في بورسعيد فيها ساعة عالأقل).

النظام إنك كل مرة تاخذ خطاب تحويل واحد، يعني أنا مثلا عندي مشكلة في الأسنان وعندي مشكلة في ودائي، لازم أروح يوم الوحدة وأستنى دوري عشان أأخذ جواب تحويل واحد بس، بعد كدة، أجي ثاني يوم ثاني، أأخذ معاد ثاني واستنى ثاني عشان أأخذ جواب تحويل لحاجة ثانية

يمثل هذا تشددا في علميات الإحالة ويبدد من دور طبيب الأسرة ويحولها إلى موظف إحالة كما إنه يضع من وقت ومجهود المواطنين ويفقد الدولة أيام عمل لقوتها العاملة بلا أي داعي

إشتكيت من لخبطة عملية التحويل وسألت لو فيه طريقة ممكن نجمع بيها شكوانا ونوصلها للمستولين، قالوا لا مافيش دلوقتي إحنا في مرحلة تجربة.

آلية الشكوى والتعامل معها هي ركن أساسي في حوكمة المنظومة. يوجد أدوات تكنولوجية حديثة في مصر قد تساعد بشكل كبير على تنظيم ذلك وإدارته بشكل جيد وبموارد محدودة



يعني أنا عشان تحليل لبنتي أروح الوحدة وأستنى دوري عشان أأخذ جواب تحويل وبعدين أصوره صورتين وأصور الكارت صورتين، وبعدين أروح أأخذ المعديدة للمستشفى أأخذ دوري وأدفع جنيه وأقعد أستنى عشان أعمل التحليل وأجي يوم ثاني بالمعدية عشان أأخذ النتيجة وأوديها ثاني للوحدة عشان الدكتور ماعرفوش يكتبلي علاج؟

تضيع الوقت ده هاخليني أروح لدكتور خاص برة المنظومة. هايكون أوفرلي في الوقت والمواصلات ومش هاحتاج أأخذ كل الأجازات ديه من الشغل.

بور فؤاد

بور سعيد



٥. الخدمات المقدمة بالمستشفيات والمراكز الطبية

طبعاً المشكلة إن المستشفيات مابقتش في محيط سكني خلاص، طبغاً مفهوم مثلاً إن حاجة متخصصة زي الأورام في مستشفى التضامن أو أورام أطفال في مستشفى النصر، مافيش مشكلة، لكن ماتخليش مثلاً حد عايز يعمل سنانه يبقى لازم يروح مستشفى الزهور، ده مشوار ابن ستين في سبعين يعني، وإنه جوه بورسعيد، تخيل لو بتجيله من بورفؤاد، ليه المستشفيات مافيهش أقسام ثابتة للحاجات العادية زي الأسنان والأمراض المزمنة.

غياب خطة رئيسة أو Master plan واضحة وملعنة يصعب من دور الخبراء والمجتمع المدني على تنقيف المواطنين وارشادهم بتوزيع الخدمات الثانية الثلاثية المقدمة من خلال منظومة التأمين ويشعر المواطنون بإنها منظومة لا تراعي احتياجاتهم

تخصصات زي الكلى والمسالك البولية دي مش موجودة غير مستشفى أو اتنين ممكن في مستشفى الأميري ومستشفى تانية مش فاكر إيه هيه.

عندك مثلاً تخصص زي أمراض القلب، هيه مستشفى الأميري بس إيلي فيها أمراض قلب (مش موجودة غير في الأميري ودكتور واحد بس) مفيش كذا دكتور ببيلو مع بعض مثلاً ومش موجود كل يوم كمان.

تخصص زي الرمد، ده مش موجود غير في مستشفى الرمد بس حتى أنا شوفت على صفحة النهارده لأول مرة يعني إنهم عملو عملية عين صناعية

بالنسبة لمستشفى الرمد مستوى عالي جداً من النظافة وحسن التعامل والمهارة... كل حاجه المريض ممكن يحتاجها بالذات لو بيحضر لعملية موجودة عيادات جنب بعض حتى معمل التحاليل.

حالياً كل المستشفيات إتجهزت وشغالة ما عدا الحياة في بورفؤاد، ناس راحوا عملوا عمليات رمد في مستشفى الرمد والمبلغ كان ١٠٪ من قيمة العملية والدنيا ماكنتش وحشة إنما مستشفى بورفؤاد لأ، فيها أزمة ومش شغالة.

فرق التمريض والموظفين والعمالة والأمن كلهم مستوى عالي من الرقي والأدب في التعامل وشاطرين في شغلهم جداً. الدكتوراة ممتازين جداً وعدد الدكتوراة كثير ومناسب لعدد المرضى.. مئات المرضى يومياً يتم خدمتهم على مستوى عالي من الجودة.

عندك مثلاً تخصص زي أمراض القلب، هيه مستشفى الأميري بس إيلي فيها أمراض قلب (مش موجودة غير في الأميري ودكتور واحد بس) مفيش كذا دكتور ببيلو مع بعض مثلاً ومش موجود كل يوم كمان.

٦. الخدمات المقدمة والرسوم والاشتراكات

هذه الشكاوي المتكررة قد تكون بسبب عدم التطرق لملف الدواء في المنظومة بالشكل الكافي أو غياب سبل التواصل والتثقيف حول منظومة التأمين وما تقدمه من خدمات

هوه النظام حلو يعني لو العملية بـ ١٠٠٠ جنيهه هدفح ١٠٠ جنيهه، هيه حلوة بس هيه أهم حاجة العلاااج، ميقلوكش بقا هات العلاج من الأجزخانة على حسابك يبقى معملناش حاجة، يبقى إنت بتاخذ مني فلوس ليه صح ولا مش صح؟

نوعية العلاج، نفس بتاع المستشفيات الحكومية في النظام القديم، نفس العلاج المدعم القديم، عادي إني مالاقيش علاج ويدوني ورقة أجيبه من بره، يعني السيستم ما اتغيرش.

إلي أنا فهمته بقى، إن اشتراكنا في التأمين الصحي مش زي بره زي ما بيقلوا، هو عامل زي اشتراك التليفون، إنت تتدفع ثمن إن عندك خط، وتدفع ثمن مكلماتك، هي نفس الفكرة، أنا بأدفع ثمن اشتراكي في الخدمة لكن بادفع رسوم على كل خدمة،

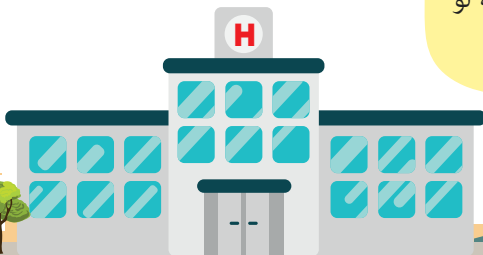
شرح المنظومة وتثقيف متلقى الخدمات بآلياتها والالتزامات المالية الخاصة بها هي الضمانة الوحيدة لنجاحها ورضاء المواطنين منها.

الناس مخصوم منها بقالها شهرين ولما يبجوا يتشتكوا يقولوا "ده تجريبي"، طيب لو تجريبي متسرع قوي ليه إنك تخصم من الناس بأثر رجعي؟ فالموضوع عامل مشكلة كبيرة مع الناس ومخليهم إجمالاً مش راضيين خالص.

أولاً الخصومات إلي بتتخصم من مرتبات الناس والمعاشات كبيرة جداً، حتى لو نسبة صغيرة بس بالنسبة للمعاشات والمرتبات الموجودة دلوقتي فهتبقى (قطمة وسط)، ده غير الخصومات بتاعة الكسب والخصومات الجديدة إلي نازلة وخصوصاً لناس زي المدرسين.

أكبر انتقاد عند الناس إن بيتاخذ منهم رسوم اشتراك التأمين بأثر رجعي من شهر ٧. حضرت واقعة لواحد رايح يقوللهم يوم التسجيل: "أنا عايز أطلع من الكلام ده، طلعوني منه، أنا مش عايز المنظومة ديه، هو بعد كل ده أروح أقف في طوابير ليه؟"

همه عاملين حد أقصى للرسوم آه، والسعر فعلاً مدعم، يعني أنا فيه واحدة صاحبتى راحت عملت صورة دم شاملة بـ ٢٥ جنيهه بس مثلاً ماكنش فيها تحليل دهون أو كوليسترول، رحنت عشان أطلبهم قالولي مش موجود. سألت على تحاليل تانية زي حاجات المناعة وكده قالولي لا دول مش في الوحدات، دول لازم جواب تحويل وتروحي مستشفيات معينة في بورسعيد، يعني لو عايزة أعمل تحليل لازم أروح الوحدة وأستنى يوم الدكتور تكون موجودة فيه تقوم تديني جواب تحويل أخذ الولاد في يوم تاني بالمعدية أروح بورسعيد بالجواب عشان يسحبوا العينة ويعملوا التحليل وبعد كده أروح يوم تاني بورسعيد عشان أستلم النتيجة؟ دفعت مواصلات أكثر من إلي كنت هادفحه لو رحنت معمل خاص جنب بيتي والموضوع يخلص في نص ساعة





النهاردة هانروح نكشف
على الأسنان في الوحدة
الصحية



الأميري ديه في بور
سعيد، وأنا من بور
فؤاد ولازم نركب
معدية. ماعملوش
هنا ليه؟

ده فيه حشو وضرس مكسور، أنا
هاعملك جواب تحويل للأميري



بس المكان ماشاء الله جميل
ومجهز وأحدث الأجهزة وكل
حاجة، مش عارفين تتعاملوا مع
ضرس مكسور محتاج أروحله في
يوم تاني حته تانية بعيدة؟
أمال أنتم إيه اللي بتقدموه في
التأمين الصحي في الأسنان؟

لا المكان
هنا مش
مجهز لده



لأ طبعا مافيش، ده
برضو يعتبر تجميل
عامة الأسنان بعد
يوم ١٣ - ٩ بس
عشان فيه قائمة
أسعار



التركيبات
تجميل؟
طيب
التقويم؟

مش موجود
عندنا غير
حشو أمامي
مش خلفي
وخلع، تركيب
لأ وتبييض لأ،
لإن ده يعتبر
تجميل

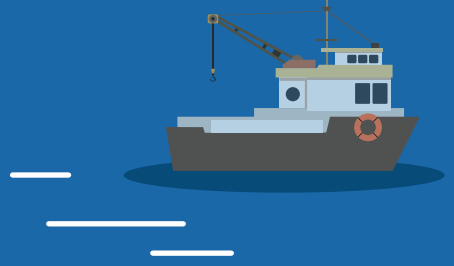


لا ده الاشتراك، لكن فيه
رسوم للخدمات، مش
عارف هاتبقى كام بس
غالبا أرخص من برة.



قائمة أسعار إيه؟

هو احنا مش مشتركين في
التأمين الصحي وبيتخضم
مننا بأثر رجعي كمان؟



٤. أهم إيجابيات التجربة وأوجه القصور





أ. أهم المظاهر الإيجابية في الخدمات الصحية المقدمة

- بعد مراجعة بيانات التقييم السابق لمستشفيات بورسعيد قبل البدء في عمل المنظومة الجديدة، ومقارنتها بمستوى أداء تلك المستشفيات في الوقت الحالي بعد التطوير، تبين وجود فوارق كبيرة في مستوى الخدمة بالكامل في المستشفيات بدءًا من مؤشرات الأمان مرورًا بموظفي الاستقبال والطاقم الطبي، مع وجود أماكن مناسبة للانتظار في معظم المستشفيات (فيما عدا مستشفى الرمدي)، ووجود نظام محدد لدخول المرضى لغرف الكشف، والاهتمام بمعايير الجودة المختلفة.
- هناك تطور ملحوظ فيما يخص البنية التحتية والمباني والأجهزة والمعدات وكان ذلك جليًا بالنسبة لمستخدمي الخدمات جميعًا.
- التواجد الأمني يحد من حدوث مشاكل أو مشاحنات ويحافظ على سلامة المرضى والفريق الطبي وهذا تلقى استحسانًا من المواطنين.
- موظفو الاستقبال متعاونون بشكل كبير ويقومون بمساعدة المرضى في عملية التسجيل والتوجيه، ويجاوبون على الأسئلة بشكل مناسب.
- يوجد فريق مسئول عن الجودة يتابع مؤشرات الأداء بانتظام، يوجد أيضًا اهتمام متواصل بشكاوى المواطنين كما يوجد توجيهات دائمة للعمال بضرورة الحفاظ على النظافة بشكل مستمر.
- هناك تطور ملحوظ في كفاءة الأطباء المتخصصين والاهتمام بتوقيع الكشف اللازم على المواطنين بمعايير محددة، من الواضح أيضًا خضوع الأطباء لتدريبات مستمرة لرفع مستوى كفاءتهم. يوجد حالة من الرضا العام من جانب المرضى فيما يخص الأطباء المتخصصين.
- التمريض في كل المستشفيات كان ملتزمًا بارتداء الملابس المناسبة ويقوم بتقديم المساعدة. تم التأكد من تلقيهم كافة التدريبات اللازمة لأداء دورهم بكفاءة ولم يلاحظ المقيمون أي تقصير أو شكوى من أدائهم.
- هناك نظام لانتظار المرضى وأماكن مناسبة لذلك الانتظار.

ب. أهم أوجه القصور أو عدم الرضا في الخدمات الصحية

- الإجراءات الخاصة بالتحويل شديدة التعقيد وتستغرق وقتًا ومجهودًا كبيرًا بشكل يصل في كثير من الأحيان إلى درجة يستحيل معها الحصول على الخدمات.
- تحصيل الاشتراكات في التأمين بأثر رجعي من المواطنين وذلك قبل حتى اكتمال الخدمة أو إصلاح أوجه القصور بها يمثل أكثر وجه للشكوى من قبل المواطنين وأكبر مانع دون تحقيق رضا واسع عن الخدمة.
- توزيع الخدمات والتخصصات على المنشآت المختلفة خاصة المستوى الثاني منها يمثل عبئًا على المواطنين مما يضطر الكثيرين منهم لركوب أكثر من وسيلة انتقال مكلفة للحصول على خدمات طالما اعتادوا على الحصول عليها من أماكن أقرب.
- تتمركز المستشفيات في منطقة واحدة في حين أن منطقة بورفؤاد بها مستشفى واحد فقط ولم يتم افتتاحه بعد.
- عدم انتظام عمل المواعيد المسائية وهذا لا يتناسب مع الموظفين الذين بحاجة لإجراء فحوصات طبية بعد مواعيد عملهم.
- صرف خطاب تحويل واحد فقط في كل زيارة لمركز الصحة الأساسية.
- يشرف الأمن بشكل أساسي على دخول وخروج المرضى من وإلى الوحدات الصحية والمستشفيات ويقوم بتوجيه المرضى بناءً على التحويل المقدم من الوحدة الصحية إلى مكان الخدمة المخصص له رغم عدم تدريبهم على التعامل مع المرضى.
- لا يوجد نظام معن للظافة الدورية للمنشآت رغم النشاط الملحوظ للعاملين.
- طول فترات الانتظار وسوء تنظيم عملية التسجيل والفحص الأولي رغم وجود مناطق انتظار متعددة.



• هناك شكاوى ملحوظة من قبل الأطباء فيما يخص نظام الحوافز والخصومات والتي تهدد بعدم انتظام الخدمة (لا يتعرض لها هذا التقرير باستفاضة).

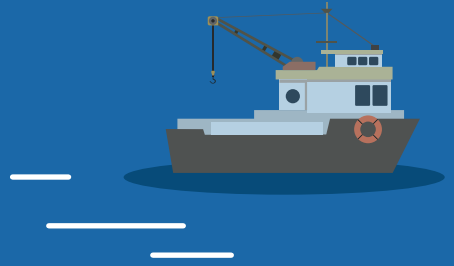
• يظهر بشكل ملحوظ للمواطنين اهتمام ملحوظ بالمنشآت والأجهزة والبنية التحتية على حساب نظم الإدارة والتخطيط وأطر تنظيم الخدمة ومتابعتها.

• العلاقات بين المستشفيات التي تم تجديدها وشركائهم من المستشفيات الخاصة بالقاهرة غير واضحة المعالم ولم تتضح بشكل كافٍ في الخدمة المقدمة.

• هناك قدر كبير من عدم الوضوح فيما يقدمه نظام التأمين ومنها المدفوعات الخاصة به من اشتراكات ومساهمات الذي أدى إلى خذلان لتوقعات الكثير من المنتفعين. يرجع ذلك بشكل أساسي إلى عدم الاهتمام الكافي بتوعية وتثقيف مقدمي الخدمة والمنتفعين منها عن المنظومة، كيف تعمل وما تقدمه لهم.

بشكل عام، هناك تطور ملحوظ في الخدمات المقدمة من قبل النظام التأميني الجديد يعكس قدرًا من الجدية في تطبيق هذه المنظومة. انعكس ذلك بشكل أساسي على كل ما هو مرئي من مبانٍ وتجهيزات وبنية تحتية، ولكن تظهر أوجه قصور متعددة تتجلى في غياب خطة رئيسية Master Plan معلنة ومفصلة تشمل الإجراءات وأطر الإدارة والمراقبة ونظم المعلومات والتثقيف وآليات المساءلة ومشاركة المجتمع في متابعة الخدمة وتوعية المواطنين بطريقة عملها. تمثل هذه المشاكل معوقات أساسية تؤثر بشكل متزايد على رضا المواطنين ومثل، إن استمرت، أكبر خطر على ثقة المواطنين في هذا النظام الجديد والذي من شأنه أن يؤثر على تقبل المستفيدين منه وتراجع معدلات استخدامه خصوصًا في ذلك تحصيل الاشتراكات بأثر رجعي.





٥. السياسات المطلوبة للإصلاح الصحي في

مصر



بناءً على نتائج البحث والتقييمات المجتمعية للخدمات المقدمة، نقدم بعض القراءات والتوصيات المقدمة من قبل فريق الباحثين برنامج الحق في الصحة بالمبادرة المصرية للحقوق الشخصية. تمثل هذه القراءات عرضاً لسياسات المبادرة فيما يخص ملف إصلاح المنظومة الصحية في مصر والتي طالما نادت بها بهدف تحقيق حلول مستدامة للمعوقات التي تواجه النظام الصحي بشكل عام ونظام التأمين الصحي بشكل خاص.

أ. المبادرات الرأسية

شرائح اقتصادياً). كما صنفت مصر من بين أكبر عشر دول في العالم لانتشار التدخين والتبغ والذي يعد أكبر سبب للوفاة والإعاقة ومن المنظور العالمي تعتبر مصر أيضاً واحدة من البلدان التي تواجه تحديات كبرى من زاوية المخاطر الصحية الأساسية.

فالسمنة وزيادة الوزن على سبيل المثال ارتفعتا بشدة بمعدلات ملحوظة فوق المتوسط الإقليمي والعالمي، ومعدلات الزيادة في النساء أكبر من الرجال وبالنسبة للسمنة في الشريحة العمرية من 15 – 59 عاماً نجد أنها في النساء ضعف الرجال.

والمشكلات الصحية بوجه عام المصاحبة للسمنة وزيادة الوزن تتصاعد في مصر بمعدلات تدعو للقلق ورغم ذلك فمن المهم ملاحظة أن السمنة في مصر مصاحبة مع مشاكل متصاعدة ودائمة لسوء التغذية خاصة بين الأطفال.

وسوء تغذية الطفل يعد سبباً كامناً مهماً لمرض الأطفال ووفياتهم وتحليل البيانات بين آخر مسحين صحيين DHS منذ عام 2008 إلى عام 2014 تظهر أن قصر القامة (الطول قياساً للعمر) stunting في زيادة بين عامي 2005 إلى 2008 (والهزالwasting نقص الوزن قياساً بالطول) في زيادة أيضاً بين الأطفال في نفس الفترة. ومعدلات انتشار نقص الوزن (الوزن قياساً بالعمل) ارتفع أيضاً في الفترة ذاتها underweight، وقد قدرت المسوح وقتها أن 11% من أسباب وفيات الأطفال في مصر مصاحبة بسوء التغذية والتي تحولت إلى حالات باثولوجية مضت دون علاج.

هذا ما أكدت عليه المسوح السابقة وحتى عام 2014 وذلك ما يعظم من أهمية المسح الأشمل والأوسع الجديد الذي ستبذره الدولة في مدارسها في الشهور الثلاثة المقبلة تمهيداً لتحديد حجم المشكلة الصحية بين الأطفال باعتبارها واحدة من أهم مؤشرات التنمية البشرية لدينا.

ورغم حجم التحديات الكبرى في تنفيذ وتمويل مثل هذه البرامج والمبادرات المهمة وفي استعداد الفرق الصحية التي سوف تذهب إلى الأطفال في مدارسهم فإن تلك المبادرات يجب أن تكون من صميم مسؤوليات وزارة الصحة المستمرة وأن تتم بشكل دوري ومستمر على الأقل كل عامين أو أربعة أعوام لضمان إمكانية رصد مدى التقدم الذي سوف نحززه من وراء هذه المسوح لأنها لا تستهدف فقط تحديد حجم المشكلة الصحية وإنما علاجها أيضاً لسد فجوة العدالة الاجتماعية في الصحة فهي مرآة عاكسة لحجم هذه الفجوة بالفعل خاصة بين الفئات الأفقر في المجتمع.

يسعى متخذو القرار من التنفيذيين والسياسيين إلى الوصول إلى دعم المواطنين من خلال تغييرات ملموسة. فالخطط والبرامج الإصلاحية العظمى مثل نظام التأمين الصحي الشامل، على قدر أهميته وقدرته على تحقيق نقلة مستدامة في الخدمات والتغطية الصحية التي ينتفع منها المواطنون، إلا أن تعقيد تنفيذه وتكلفته والتنفيذ التدريجي له يحول دون قدرته في بعض الأحيان على تحقيق مكتسبات مجتمعية أو سياسية قصيرة المدى يشعر بها المواطن. لذا، تصاعدت في الآونة الأخيرة اتجاهات وسياسات صحية تتبنى حزمة من البرامج والمبادرات الصحية الرأسية مثل البرنامج القومي لمكافحة الفيروسات الكبدية بالمسح والاكتشاف المبكر والعلاج والذي استهدف نطاقاً واسعاً من السكان في سابقة لم تحدث من قبل إقليمياً ودولياً وأكدت القراءات الأولية لهذه المبادرة نجاح مؤشرات الاستهداف وإقبال المواطنين عليها.

ثم بدأ الآن مسح للأطفال في المدارس في مراحله الأولى في تسع محافظات لاكتشاف نسب حالات الإصابة بين الأطفال بالنحول وقصر القامة والأنيما والسمنة في أهم مرحلة عمرية يمر بها الإنسان.

وكانت المسوح الصحية السابقة والتي كانت تجري بشكل دوري وحسب توفر الإرادة والموارد المالية لها قد أشارت سابقاً ومنذ عام 2008 وإلى عام 2014 (DHS) على بروفائيل مخرجات الحالة الصحية للسكان كمرآة عاكسة لمؤشرات التنمية البشرية وللوضع الوبائي المرضي الانتقالي الذي يمر به والذي يتبدى في تراجع عبء الأمراض السارية وزيادة نسبية في عبء الأمراض غير السارية ورغم ذلك فإن مصر كانت في معدل انتشار الالتهاب الكبدي سي وما زالت هي الأعلى عالمياً في شريحة السكان (15 – 59 عاماً). (د. علاء غنام، جريدة الشروق).

أما ما يخص معدل الانتشار للأمراض غير السارية (NCDs) فهو كان وما يزال يعتبر مرتفعاً وفي زيادة مستمرة سواء ما يتعلق بأمراض ضغط الدم ومضاعفاته أو السكر ومضاعفاته أو معدلات انتشار الإصابة بالسرطان بأنواعه. ومثل كثير من البلدان فإن متوسط مخرجات الحالة الصحية في مصر كان وما زال يخفي فروقاً نوعية داخل الشرائح السكانية (الأفقر والأغنى) مما يعكس عدم المساواة الاقتصادية والاجتماعية بين مجموعات السكان الأفقر.

حيث أشارت بيانات المسح الصحي السكاني منذ عام 2008 إلى عام 2014 إلى أن خطر الوفيات بين الأطفال في الشريحة الأفقر من السكان أكبر بنسبة 2.5% من الأطفال في الشريحة الأغنى (بافتراض تقسيم المجتمع إلى خمس

ضمان لاستمرارها إلا عبر نظام طب الأسرة والرعاية الأساسية ومن خلال شبكة واسعة من وحدات ومراكز طب الأسرة الممولة تأمينياً. ولذا يستمر ما هو رأسي في إطار أفقي أشمل يتسم بالاستدامة والاستمرارية وإمكانية قياس أثره في الحاضر والمستقبل القريب والبعيد. وهذه الرؤية قديمة فلا ندعي اختراع العجلة عندما نؤكد عليها ولكن فقط نذكر صانعي القرار الصحي والمسؤولين عن تنفيذه بها لعلمهم يتنبهون لما يسمى في اقتصاديات الصحة بالأولويات وبالفرص المتاحة البديلة وبالأستخدام الأمثل للموارد المتاحة الآن لضمان استدامتها في نظام متكامل محكم مدخله الرئيسي هو الرعاية الصحية الأساسية وجنوده الأساسيون هم الفرق الصحية وأطباء الأسرة العاملون في هذه الوحدات المنتشرة بطول وعرض البلاد.

ومن ثم سترز أهمية وقضية دمج مثل هذه البرامج الرأسية في البرنامج الأفقي الأساسي لإصلاح النظام الصحي ودمجها على مستوى الخدمات التي سوف تقدم يومياً في وحدات ومراكز الرعاية الصحية الأساسية ونموذج طب الأسرة الجديد والذي سوف يضمن تمويله من خلال التأمين الصحي الشامل الجديد، إضافة إلى موارد وزارة الصحة المحدودة بطبيعتها في الموازنة العامة والمعتمدة في جانب منها على بعض المنح والقروض الخارجية.

كما أن دمج جميع المبادرات الرأسية الأخرى التي سترز في سياق سياسات الوزارة والتي تحظى بدعم إعلامي واسع ودعائي في إطار الإصلاح الصحي التأميني الشامل أصبح من الضرورة بمكان مثل تشجيع الرضاة الطبيعية ومقاومة الديدان المعوية عند الأطفال ورعاية الأم الحامل ومكافحة ختان الإناث ومواجهة المشكلة السكانية وغيرها من البرامج المهمة والأساسية فلا

ب. الشراكة مع المجتمع المدني

فقد تأسست منذ الثمانينيات تقريباً لأسباب مختلفة شبكة من العيادات والمستوصفات والمستشفيات الأهلية المتوسطة والصغيرة في أغلب المدن وبعض المناطق الريفية أيضاً لتقديم مستوى مقبول من الخدمات الصحية الأولية والثانوية لفئات المجتمع المتوسطة والدنيا وذلك بعلاج بأجر اقتصادي ورمزي أحياناً للخدمات وظلت هذه الجمعيات تلعب دوراً بديلاً ومهماً ولكنه ليس الدور الأمثل في كل الأحوال، فلا يمكن الاستغناء مثلاً عن وسائل النقل العام الكبيرة اعتماداً على تعميم استخدام وسائل أقل منها على أهميتها، فالخدمات الصحية الأهلية في مثل تلك المستوصفات أقل جودة ولا شك مما يجب ولكنها قامت بتوفير الحد الأدنى الضروري وقتها للاحتياج المجتمعي مؤقتاً حتى تأخذ الدولة على عاتقها مرة أخرى مهمة إعادة بناء النظام الصحي العام وإصلاحه وتكامله عبر نظام موحد شامل يمول بطريقة مستدامة من خلال تأمين صحي عام، له ملاءة مالية قوية قادرة على شراء خدمات صحية بجودة معتمدة من جميع القطاعات التي تقدم الخدمة سواء كانت عامة أو أهلية أو خاصة.

في هذا الاتجاه تصبح مفاهيم الشراكة أكثر تحديداً وإمكانية الاستفادة من القطاع الأهلي الذي يقدم خدمات صحية أكثر جدوى ولكن كيف؟ فهل هو ضروري للمساعدة في تحقيق هدف الإصلاح الجوهرى في التغطية الصحية الشاملة لكل السكان وبالتالي التعامل معه كمقدم للخدمة لديه بنية تحتية قائمة بالفعل وتم إنفاق الملايين عليها حيث يحدد دور له من خلال التعاقد معه وفق معايير وشروط الجودة ليوفر على الدولة أعباء توفير تمويل إنشاءات صحية جديدة وأجهزة وخلافه تبحث بعدها عن يديها أو يشغلها.

حتى يحقق نظام التأمين الصحي مستهدفاته بشكل حقيقي وملموس، على القائمين على تنفيذه القيام بعملية إصلاح كاملة للنظام الصحي بشكل يتواءم مع أساسيات التنفيذ لهذا المشروع. عملية الإصلاح هذه تتسم بالتعقيد الشديد خاصة في ظل نظام صحي قديم يقتضي تغييره التغلب على مقاومة شديدة من جهات متعددة ترفض التغيير، والإصلاح يتطلب قيادات على درجة عالية من الخبرة والحكمة والكفاءة والندرة، مثل هذه القيادات في بلدان العالم النامي هي الأغلب وبعض القيادات لا يدركون غالباً أن إعطاء الأوامر لا يكفي في هذا المجال.

وإن عملية إصلاح النظام الصحي تختلف عن إجراء عملية جراحية في غرفة العمليات! حيث يشمل الإصلاح العديد من المهام الأساسية التنظيمية (تطوير خطة، تنفيذ تشكيل فريق متنوع لتنفيذ الخطة، وتكليفهم بمهام، ووضع جداول زمنية، وتنسيقها والتحفيز والاستجابة للتغذية المرتدة من القائمين على العمل دورياً إلى آخره).

في هذا السياق وفي الآونة الأخيرة طرحت في المناقشات العامة اتجاهات قد تكون صحيحة حول ضرورة الشراكة مع بعض الجمعيات الأهلية الكبيرة التي تقدم خدمات صحية ناجحة في دعم النظام الصحي العام، لأن هذه النماذج قد حققت نجاحات في إدارة المشاريع والمستشفيات الخاصة بها ولا مانع من الاستعانة بها في إدارة وتشغيل المستشفيات العامة لضمان كفاءة التشغيل وتخفيف الحكومة النسبي من المسؤوليات المباشرة للإدارة والتشغيل.

وفي هذا الإطار يجدر أن نعود إلى عقود سابقة لفهم الأمر على وجهه الحقيقي فالمجتمع واجه في العقود السابقة عندما تخلت الدولة عن بعض أدوارها الأساسية في الصحة والتعليم بإبداع حلول مجتمعية بديلة تلبى احتياجاته الصحية الأساسية.

والدور الثاني: قد يتمثل في المساعدة في تمويل النظام الجديد بناء على ما هو متاح لهم قانوناً لجمع التبرعات الخيرية وخلافه من مصادر مالية فهذا أيضاً جانب يستحق النظر ووضع آليات عملية لتنظيم تكامله مع النظام التأميني الشامل.

والدور الثالث: قد يتمثل في المساعدة على تقديم نماذج تجريبية لإدارة الخدمات الصحية الاستشادية فقط فالمعروف أن دور وزارة الصحة في ظل النظام الجديد للتأمين لن يكون تقديم خدمات صحية عدا أنشطة متعلقة بالصحة العامة والدور التنظيمي والسياسات الصحية عموماً وأن هيئة الرعاية الصحية الجديدة ستكون هي المظلة التي تقوم بتقديم الخدمات الصحية بكل مستوياتها وأنواعها من خلال تعاقد مع القطاع العام والخاص والأهلي الذي يلتزم بشروط ومعايير الجودة ويحصل على الاعتماد الذي يضمن هيكل أجور عادل للفريق الصحي كله ويميز المتميز فيه عبر نظام تحفيزي جيد طبقاً لمؤشرات أداء محددة يمكن قياسها دورياً.

والخلاصة في هذه العلاقة هي ضرورة الشراكة مع كل القطاعات الصحية الخدمية عامة وخاصة وأهلية وكل الإمكانيات المتاحة ولكن وفق مخطط إستراتيجي عام ومنضبط لأداء أدوار محددة في تقديم الخدمات الصحية وإدارتها والتعاقد على شرائها من التأمين الصحي العام وهذا ما تم تجريبه سابقاً في برنامج الإصلاح الصحي منذ عام 1999 (موثق في وثائق وزارة الصحة) في محافظات الإسكندرية والمنوفية وسوهاج بتعاقد ما كان يسمى بصندوق صحة الأسرة التأميني التجريبي وقتها مع وحدات خاصة وأهلية وعامة لتقديم خدمات مستوى الرعاية الأساسية وتحفيز العاملين عليها وهو ما يجب الاستفادة من دروسه ومراجعتها حتى نوفر على أنفسنا عناء البدء من نقطة الصفر لتلك الإشكاليات الصحية التي تبدو معقدة فهل نبدأ من حيث توقعنا، نرجو ذلك.

من هنا نضع الملاحظات التالية الأساسية حول هذه الشراكة المطروحة لدفعها في الاتجاه الصحيح المتوافق مع البرنامج الصحي الإستراتيجي لتنفيذ نظام صحي تأميني شامل:

أولاً: في إشكالية إدارة الخدمات الصحية، المهم بطبيعة الحال أن توكل الإدارة للأكفاء والأكثر احترافية مهما كانت طبيعته وهذا يستلزم الاعتماد على أساليب اختيار مبنية على معايير علمية محددة لمن يتم اختيارهم للإدارة الصحية من مؤهلات وخبرات إلى آخره.

ثانياً: الأهم من الإدارة في هذا المجال هو تحديد الطرف الذي سيدفع فاتورة هذه الخدمات الصحية ولعله أن يكون مفهوماً أن ذلك سيتم في إطار تطوير نظام تأميني شامل جديد يؤسس فيه صندوق لتوزيع مخاطر المرض (Risk Pool) يمتلك ملاءة مالية مستدامة ويشمل كل المواطنين دون تخارج، خاصة الفئات الأغنى في المجتمع ويتم تغذية هذا الصندوق من المصادر الثلاثة المعروفة في القانون.

ثالثاً: إذا نظرنا إلى من يعملون في هذه الجمعيات أو المؤسسات الأهلية من أطباء وممرض وفئات مساعدة فسندهم هم أنفسهم أطباء القطاع الحكومي الذين يبحثون عن فرص لزيادة دخولهم المتدنية مما يؤكد الاحتياج إلى إجراء دراسات معمقة وتحليل لنوع الشراكة المطلوبة مع القطاع الأهلي وهل هم أفضل فعلاً في إدارة مؤسسات صحية عامة (وهذا قد يكون صحيحاً في بعض الأحوال).

ولذلك فالبديل المطروحة لدور القطاع الأهلي الصحي يمكن تلخيصها في التالي:

الدور الأول: المساعدة في تقديم الخدمات الصحية كشريك لتحقيق التغطية الصحية الشاملة إلى جانب القطاع العام والخاص وذلك دور يستحق الاهتمام والدراسة ورسم الخطط لتحديد الدور وشكله الحيوي.

ج. الاستثمار في الصحة

الخدمة الصحية بما يعطي انطباًغاً أن أصحاب الأموال والمستثمرين سيقومون بإنشاء مستشفيات وعيادات خاصة ومعامل ومراكز أشعة وخلافه توفر تقديم الخدمات وبطبيعة الحال ستكون بأجر محمل بكل نسب الأرباح الممكنة والتي تعظم بطبيعة الحال من استثمار هذه الأموال مقارنة بوضعها في بنك من البنوك كودائع أو في البورصة في أحسن الأحوال.

وبهذا يبرز مفهوم الاستثمار كهدف للربح المادي المباشر على حساب من يستطيع من المرضى دفع فاتورة هذه الخدمات، وهنا يقومون بدور في السوق فعلاً بتوفير الخدمة بأجر محمل بالربح ولكنهم في واقع الحال لا يقومون بغلق الفجوة التمويلية أو بإتاحة فعالية للخدمة والرعاية الصحية والإتاحة هنا تعني سهولة الوصول الجغرافي والمالي للخدمة دون عوائق على

في مفهوم الاستثمار في الصحة عموماً وفي الرعاية الصحية على وجه خاص، تلتبس الأمور على كثيرين ممن يروجون لفكرة وجود فجوة تمويلية في الخدمات الصحية ترجع إلى ضعف الإنفاق العام على الخدمة الصحية من الموازنة العامة منذ عدة عقود بسبب الأوضاع الاقتصادية الكلية وسلم الأولويات في الدولة الذي يضع الصحة والرعاية الصحية في المرتبة الرابعة أو الخامسة بعد الأمن والدفاع وغيرها من بنود الإنفاق الأخرى الهامة والحيوية للاستقرار.

وفي الفترة الأخيرة، ومع تصاعد وضوح التحديات المختلفة لتطبيق قانون التأمين الصحي الجديد، ظهر في حديث متخذي القرار بشكل متصاعد (ومتوقع) ضرورة غلق هذه الفجوة التمويلية عبر الاستثمار الخاص في



خطورة الاحتكار عمومًا وفي الصحة خصوصًا

مفهوم الاحتكار يعرف علميًا وعامليًا باعتباره حالة تملك لحصة سوقية في مؤسسات تتمكن من تحديد السعر، ولا تؤثر فيك المنافسة عندما تمتلك نسبة لا تقل عن 50% غالبًا من حجم هذه الخدمات.

في قطاع الصحة يحدث هذا فعليًا في قطاعات كمصانع الدواء والمعامل الطبية والمستشفيات الخاصة الكبرى والمعروفة.

فالاستثمار الاحتكاري يشمل مضاربة مالية في البورصة على أسهم دون قيمة مضافة، مما يؤثر على أسعار هذه الخدمات وإمكانية إتاحتها للمواطنين في ظل نظام صحي يخطو بصعوبة نحو محاولات إصلاحه تأمينيًا.

فالمعروف أن الحق في الصحة دستوريًا يعني في أبسط مفاهيمه أنه إتاحة الخدمة ماليًا وجغرافيًا، فهل هذا النزوع الاحتكاري يحقق مفاهيم الاستثمار في الصحة وإتاحة الخدمات لأغلب المواطنين البسطاء دون تكبيدهم عناء تحمل تكلفة هذه الخدمات؟

وفي تقرير حالة لبعض الجهات الرقابية، تم التنبيه على أن القطاع الصحي الخاص حتى الآن لا يستحوذ إلا على 33% من جملة معامل التحاليل الطبية، وتظل النسبة الأكبر حتى الآن في ملكية الدولة، حيث يصل عدد المعامل الإجمالي إلى قرابة 7500 معمل أغلبها معامل صغيرة ومتوسطة وداخل منشآت مملوكة للدولة ولكنها قد تفقد معايير الجودة.

فما الذي يزعج في ذلك إذن؟ طالما أن العملية الأخيرة اقتضت على دمج أكبر معملين في البلاد في كيان واحد ضخم حاصل على شهادات اعتماد دولية يحقق أكبر ضمان لجودة ما تقدمه هذه المعامل من خدمة بالأسعار التي تحددها هي! أيعيد هذا استثمارًا في الصحة؟ وعلق فجوة التمويل الصحي أم شيئًا آخر؟

كما أشار التقرير أيضًا إلى أن الدولة حتى الآن ما زالت تستحوذ على 85% من المستشفيات القائمة وفق أعداد الأسرة، في حين ما يملكه القطاع الخاص لا يزيد على 15% من المستشفيات وفق أعداد الأسرة، فما الذي يزعج في ذلك؟ (إجمالي أعداد الأسرة 154000 سرير) ولكي تحتكر المستشفيات الخاصة يجب أن تمتلك قرابة 37000 سرير من الإجمالي، فهل شراء 20 مستشفى من قبل كيان دولي يقترب من اعتباره نزوعًا احتكاريًا في الخدمة؟

ربما نعم مستقبلاً، وذلك ما يجعلنا نحذر من تصاعد هذا النزوع بحجة أنه استثمار في الرعاية الصحية، فالواقع أنه مجرد استحواد ومضاربة مالية على الأسهم في البورصة تساهم في ارتفاع أسعار الخدمات، بما يزيد على قدرة المواطن المتوسط على شرائها، وربما تساهم في حدوث مزيد من التضخم المالي في القطاعات الصحية، ودون أن تترك قيمة مضافة إليها تغلق فجوة العدالة الاجتماعية الموجودة في إمكانية إتاحة الخدمات لغالبية السكان جغرافيًا وماليًا.

وفي نفس السياق حاولت الدولة منذ عام 2000 مقاومة هذا النزوع الاحتكاري بقرارات وزارية من وزير الصحة (القرار رقم 300 لسنة 2000 بشأن عدم جواز الاعتداد لأي تصرف في المستشفيات الخاصة أو مصانع

الفئات الأفقر، فهذا لا يصبح من أهدافهم في الاستثمار. فلا يمكن لمستثمر خاص مثلاً الذهاب إلى حلاب وشلاتين أو سيوة لإنشاء مستشفى عالي التقنية ليتعامل مع مرضى في أغلبهم يحتاجون إلى الدعم لمواصلة سبل الحياة الأساسية وليس العلاج المكلف الخاص.

من هنا يبرز تناقض أو معضلة مفهوم الاستثمار في الرعاية والخدمات الصحية ويساهمون من حيث لا نريد في اتساع فجوة العدالة الاجتماعية وليس إغلاقها.

وفي المقابل هناك مفهوم آخر اجتماعي واقتصادي في الاستثمار في الصحة يبرز في إنشاء نظام تأمين صحي وطني شامل يتضمن صندوقًا ماليًا ضخمًا لتجميع وتوزيع مخاطر المرض المالية وتوفير موارد مالية مدروسة وفق دراسات اقتصادية أكثرية من اشتراكات القادرين كنسبة من إجمالي دخولهم ومن نصيب مقدم من الخزنة العامة للدولة لغير القادرين كدعم ومن مصادر أخرى مجتمعية تسمى رسومًا مخصصة للصحة (Ear Marked Taxes) على التبغ ومشقاته وعلى الصناعات الملوثة والسيارات الفاخرة والطرق وخلافه بما يؤسس صندوقًا ماليًا (Risk Pool) قد يصل حجمه في ملاءته المالية القصوى إلى قرابة 600 مليار جنيه مصري من مصادره الثلاثة بحيث يحقق أهداف التنمية المستدامة في 2030 التي تهدف إلى زيادة نصيب الفرد من الإنفاق الصحي من حوالي 60 دولارًا سنويًا كمتوسط إلى قرابة 600 دولار سنويًا في نهاية 2030.

وهذا استثمار هائل يستطيع تمويل الخدمات الصحية بمستوياتها الثلاثة لجميع المصريين ودون تمييز أو وصم أو صعوبات مالية تؤدي إلى مزيد من إفقار الفقراء.

وهذا الصندوق يستطيع إنعاش وتنظيم سوق الخدمات الصحية والطبية لأنه سيشتري الخدمات من القطاعين العام والخاص في شراكة بينهما بنفس المعايير من الجودة ووفق تسعير مقنن مدروس بحسابات تكلفة واقعية وتدخلات مدروسة بناء على الفرص البديلة للخدمة الأكفأ والأرخص دون صناعة ما يسمى بالطلب المزيف على الخدمة لصالح الربح في التحاليل والإشاعات والأدوية وخلافه من التكنولوجيا الطبية الحديثة التي أصبحت عالية التكلفة.

هذا هو الاستثمار العادل في الصحة (إلى جانب توفير مياه شرب نقية وصرف صحي وخلافه من محددات الصحة) والذي سيساهم في غلق فجوة التمويل وفجوة العدالة بين الاحتياج والمتوفر في الخزنة العامة ومن ثم هذا النوع من الاستثمار في الصحة سيساهم في نتائجها الأخيرة وأهدافه الكلية في تحسين مؤشرات الحالة الصحية للمواطنين (معدلات الوفيات للرضع والأطفال ومعدلات وفيات الأمهات والحوامل) وسنوات العمل المعاشة دون مرض أو عجز، وتخفيض العبء المالي للمرض على المواطنين وتكاليفه بالحد ما يسمى الإنفاق الذاتي المباشر من الجيب وأخيرًا تحقيق رضا المواطنين عن النظام الصحي وتحقيق الثقة به.

ذلك ما يحقق في التحليل الأخير استثمارًا صحيًا تنمويًا بالدرجة الأولى فالصحة ليست مجالًا للتسليح وفق ما اتفق عليه دوليًا ودستوريًا لدينا، بل هي حق واجب الاحترام والحماية لضمان ما يسمى بالإتاحة المنصفة التي تلخص مفهوم العدالة.

أجنبي متوسط وصغير لتحسين أدائها وهي في التحليل الاقتصادي الأخير قد لا تمثل قيمة مضافة للدخل القومي إجمالاً.

فهل تتضح الأمور وتنجلي الآن أمام صانعي القرار الصحي حول تشجيع الاستثمار الحقيقي في القطاعات الصحية المختلفة لخلق فجواته التمويلية عبر خطط واضحة وإستراتيجية توجه فيها الدولة المستثمر الأجنبي نحو مناطق الاحتياج وهل تضيف إلى تشريعاتها ما يحد من هذا النزوع الاحتكاري وفوضى السوق بالمضاربة والمساهمة في ارتفاع أسعار الخدمات الصحية، هذا ما نريد التأكيد عليه والتحذير من مخاطر عدم الالتزام به والنتائج المترتبة على ذلك.

نرى أن التجربة التي ستبدأ في بورسعيد تدعو كبرى المستشفيات الخاصة لتشغيل وإدارة وتدريب طواقم المستشفيات العامة (دون مقابل كما أعلن) وهذا اتجاه قد لا نستطيع فهمه أو تفسيره سوى أن القطاع الحكومي يسلم نفسه بالكامل للقطاع الخاص معتقداً أنه المنقذ لخلق فجوة التمويل والإدارة والتشغيل وهذا ما يمكن أن يفهم على أنه بدايات لخصخصة غير مدروسة من داخل النظام العام بلا أدنى تجاوز وهذا ما نريد أن ننبه إليه وإلى عواقبه الحالية والمستقبلية على النظام الذي اتفق عليه من فترة تجاوزت العشر سنوات الأخيرة.

الأدوية سواء بالبيع أو غيره إلا بعد الحصول على موافقة الوزارة، ولكن في عام 2009 وفي عهد أحد الوزراء، صدر قراره رقم 18 لسنة 2009 بإلغاء العمل بالقرار رقم 300 لسنة 2000 ما فتح الباب لعمليات الاستحواذ على المستشفيات والمعامل وتشجيع ذلك النزوع الاحتكاري بحجة تشجيع الاستثمار الخارجي في القطاع الصحي، وجرت مياه كثيرة في النهر حتى إبريل 2014 عندما عاد وزير الصحة وقتها إلى تفعيل القرار رقم 300 لسنة 2000 مرة أخرى، وأصدر قراراً جديداً برقم 497 في أغسطس 2014 يضمن حظر التصرف في المستشفيات الخاصة ومصانع الأدوية بأي نوع من أنواع التصرفات القانونية إلا بعد الرجوع إلى الإدارة المنظمة لذلك بوزارة الصحة والحصول على موافقة كتابية بالأمر). ذلك جعل البورصة تعترض على هذا القرار حيث أرسلت إلى مجلس الوزراء ما يفيد ضرورة عدم سريان هذا القرار 497 لسنة 2014 على ممارساتها، وطالبت أن يقتصر القرار على فحص المؤسسات الصحية المطروحة في البورصة ومراجعة تراخيصها فقط للموافقة.

وهكذا استمرت بعض عمليات الاستحواذ والنزوع الاحتكاري والطرح في البورصة بحجة الاستثمار في الصحة ما يعكس غياب المفاهيم والسياسات الصحيحة لمعنى الاستثمار في الصحة، والذي يؤكد ما نص عليه دستورياً وما استقرت عليه سياسات الدولة فعلاً لاحتزام وتنفيذ وكفالة الحق في الصحة عبر قانونها الجديد للتأمين الصحي الشامل.

وإذا تعرضنا لما هو مطروح في البورصة حتى الآن من شركات دوائية ومستشفيات، فسوف نجد أن قرابة 16 شركة وطنية لها شراكات مع مكون

د. الاعتماد والجودة

3. الاعتماد والتسجيل للمنشآت الطبية المستوفاة لمعايير الجودة المشار إليها بالبند السابق للعمل بالنظام، وتكون مدة الاعتماد والتسجيل أربع سنوات قابلة للتجديد لمدة أخرى مماثلة بذات الشروط.
4. إجراء التفتيش الدوري على المنشآت المعتمدة والمسجلة للعمل في هذا النظام.
5. إيقاف أو إلغاء الاعتماد والتسجيل حال مخالفة المنشأة الطبية لأي من اشتراطات منح الاعتماد والتسجيل.
6. الاعتماد والتسجيل لأعضاء المهن الطبية وفقاً للتخصصات والمستويات المختلفة للعمل بالنظام، وإجراء التفتيش الدوري عليهم بالجهات المعتمدة والمسجلة للعمل في هذا النظام.
7. إلغاء أو إيقاف الاعتماد والتسجيل لأعضاء المهن الطبية للعمل بالنظام حال مخالفة أي من اشتراطات منح الاعتماد والتسجيل.
8. توفير الوسائل وإصدار القواعد والنظم التي تضمن كفاءة النظام وشفافية الأنشطة التي تمارس فيه.

استكمالاً لخريطة الطريق التي وضعها قانون التأمين الصحي بهدف إحداث تطوير حقيقي ومستدام في المنظومة الصحية وإدارتها، في 4 أكتوبر 2018 صدر قرار رئيس مجلس الوزراء رقم 2040 لسنة 2018 بتشكيل مجلس إدارة الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية المخول لها اعتماد المستشفيات لتطبيق منظومة التأمين الصحي الشامل وهي إحدى الهيئات التابعة لمنظومة التأمين الصحي الجديدة.

وطبقاً لقانون التأمين الصحي الشامل، تهدف هيئة الاعتماد والرقابة إلى ضمان جودة الخدمات الصحية والتحسين المستمر لها، وفقاً لمعايير محددة للجودة والاعتماد، وتنظيم القطاع الصحي بما يضمن سلامته واستقراره وتنميته وتحسين جودته.

وحتى تقوم بهذا الدور، فإن لدى هذه الهيئة المستقلة اختصاصات محددة وهي:

1. الإشراف والرقابة على جميع المنشآت الطبية وأعضاء المهن الطبية العاملين بقطاع تقديم الخدمات الطبية والصحية.
2. وضع معايير الجودة للخدمات الصحية، واعتماد تطبيقها على منشآت تقديم الرعاية الطبية.



٩. التنسيق والتعاون مع هيئات الرقابة الطبية في الخارج والجمعيات والمنظمات الدولية التي تجمعها أو تنظم عملها.
١٠. التنسيق مع المنشآت الطبية بما يكفل الوصول إلى منظومة متكاملة من المعايير وقواعد مقارنات التطوير، وآليات قياس الأداء وفقاً للمعايير الدولية.
١١. دعم القدرات الذاتية للمنشآت الطبية للقيام بالتقييم الذاتي.
١٢. إعلام المجتمع بمستوى جودة الخدمات بالمنشآت الطبية.
- هذا وقد شرعت الهيئة في أداء دورها المحوري بالإعلان عن بدء مرحلة تسجيل كافة مقدمي الخدمة قبل الاعتماد على نشر معايير أولية لتسجيل المستشفيات تغطي الجوانب الأساسية المتعلقة بالسلامة وهي تمثل الحد الأدنى من المعايير التي لا يمكن اعتبار أي منشأة لا تحققها مكاناً مناسباً لتقديم الخدمة الطبية.
- ويعد هذا توجهاً محموداً وخطوة عملية وناجعة على الطريق الصحيح.
- كما بادر مجلس إدارة الهيئة في التعاون وبحث الشراكات مع الخبراء والمتخصصين والمجتمع المدني والمعينين بهدف إشراك المجتمع بشكل فعال كما نصت عليه اختصاصات الهيئة.
- وحتى تتمكن الهيئة من تحقيق دورها المحوري في هذه المنظومة بشكل فعال ومستدام، يحقق حوكمة حقيقية ويضيف من ثقة المواطنين في هذه المنظومة، نشير إلى بعض التوصيات في هذا الشأن:
- أولاً: ضرورة إعلان معايير الاعتماد وآلياته بتفاصيلها كاملة من خلال موقع مخصص وذلك قبل البدء في عمليات التقييم والاعتماد. هذا من شأنه إتاحة الفرصة للمنشآت الصحية بإجراء تقييمات ذاتية لها والعمل على تحقيق هذه المعايير بشكل حقيقي لتكون مستعدة لعملية التقييم.
- ثانياً: إشراك المجتمع المدني في نقل صورة وجوانب أخرى من تقييم الأداء والتي تعبر عن تطلعات متلقي الخدمة ومخرجات تقديم الخدمة وليس فقط مدخلاتها وعملياتها. هذا من شأنه تمكين الهيئة من الحصول على معلومات مستمرة وأكثر عمقاً عن الأداء الفعلي للمنشآت غير المرتبط بفترة التقييم.
- ثالثاً: يجب على الهيئة الامتناع كلية عن تقديم خدمات رفع الجودة والتركيز فقط على عملية التقييم والاعتماد، ذلك بهدف غلق باب واسع للفساد والذي شاهدهنا بشكل فح في تجربة اعتماد المنشآت التعليمية والتي أفقدت عملية الاعتماد مضمونها وحولتها إلى باب للتربح لدى العديد من العاملين بهذا القطاع. فلا يصح أن تكون الجهة التي تقوم بعملية الإصلاح بأجر هي ذاتها من تقوم بإعطاء الترخيص أو الاعتماد بعد ذلك.
- رابعاً: إنفاذ ما نص عليه قانون التأمين الصحي بما يخص عملية اعتماد المنشآت الصحية العامة والحكومية من خلال سياسات وآليات تتيح لها القيام بعمليات التطوير في وقت كافٍ وبشكل حقيقي. هذا يرجع إلى التخوف من عدم قدرة بعض المنشآت الصحية الحكومية على تحقيق تلك المعايير مما يفتح الباب لإدارتها أو نقل ملكيتها بشكل أو بآخر للقطاع الخاص وهو أمر مرفوض كلياً.

ه. حوكمة النظام الصحي

أبرزت إستراتيجية التنمية المستدامة ٢٠٣٠ لمصر التزاماً حكومياً لوضع وتطبيق إطار فعال للحوكمة والحكم الرشيد للمنظومة الصحية في مصر. يشمل هذا وضع آليات لاتخاذ القرار بشكل مبدئي على البراهين، المساءلة والشفافية وإشراك المجتمع واللامركزية.

ولتقييم مدى تحقيق النظام الصحي المصري لمبادئ الحوكمة، اتخذ الباحثون الإطار المتبع من قبل تقارير التنمية البشرية للأمم المتحدة والتي تقيم الحوكمة استناداً إلى المحددات الآتية:

- إشراك المعنيين.
- حكم القانون وتفعيله بدون تمييز.
- الشفافية.
- الاستجابة.
- مشاركة المجتمع المدني وبناء التوافق المجتمعي.

- العدالة.
- الفاعلية.
- المساءلة.

ذ. الرؤية الإستراتيجية.

وبعد اطلاع مجموعة متنوعة من الخبراء والباحثين على مختلف الأطر القانونية والسياسات ودراسة مدى تحقيقها، تم الاتفاق بالإجماع على أن الإطار الحالي للحوكمة يفتقر بشكل كبير للسياسات والأطر التنظيمية التي تضمن تحقيق هذه المحددات بشكل عام وفي المنظومة الصحية بشكل خاص. بل إنه يبدو أن تلك المحددات خاصة، المتعلقة بإشراك المعنيين والشفافية والمساءلة قد تكون مخالفة بشكل واضح لاتجاهات وأولويات متخذي القرار.

السياق العام لمقترح إعادة تشكيل المجلس الأعلى للصحة

يأتي هذا المشروع تطويراً وتفعيلاً للمجلس الأعلى للخدمات الصحية المنشأ بقرار جمهوري رقم 61 لسنة 1966 وتعديلاته برقم 81 لسنة 1978 ولسنة 1993. حيث أكدت التجربة العملية أن المجلس الحالي والذي اقتصر في عضويته على ممثلي الجهات التنفيذية للحكومة واقتصرت مهامه على التنسيق بينها ولم يقوم بدوره أو يحقق الأهداف من ورائه بسبب هيكله البيروقراطي ومحدودية أهدافه إضافة لتبعيته لوزارة الصحة مما جعله رهينة رغبات الوزارة ولم ينعقد في تاريخه سوى مرات معدودة ولم يحقق أي نتائج إيجابية من وجوده، مما يحتم الاهتمام بإعادة هيكلته وتفعيل الأهداف من ورائه وتوسيع نطاق عضويته ليضم كافة الأطراف الفاعلة في المنظومة الصحية داخل وخارج وزارة الصحة اعتماداً على تجارب مشابهة في قطاعات أخرى مثل المجلس الأعلى للتعليم والمجلس الأعلى للثقافة وغيرها، إضافة إلى تجارب عالمية أخرى من أهمها المجلس الأعلى للصحة في فرنسا والمملكة المتحدة وخلافه من الدول.

المشاكل البنيوية والوظيفية للمجلس الحالي

بتشكيل يقتصر على ممثلي الجهات الحكومية والوزراء السابقين وبرئاسة وزير الصحة، انحصر دور هذا المجلس في التنسيق بين الجهات المختلفة داخل الوزارة ومع بعض ممثلي الجهات التنفيذية الأخرى واقتصرت وظيفته على تقديم بعض التوصيات غير الملزمة ودون أن يمتلك أية رؤية أو صلاحية لقيادة المنظومة الصحية أو تمثيل للجهات الأخرى المعنية بالصحة خارج الأطر الحكومية وهي كثيرة ومؤثرة في تحقيق أهداف المنظومة الصحية، لذلك أصبح هذا المجلس كياناً هامشياً وبلا فائدة أو صلاحيات مؤثرة وقلما ينعقد طالما لم يهتم بوجوده أحد سوى وزارة الصحة، كما لا يقوم بأي دور من متابعة وتقييم أداء السلطة التنفيذية وبالتالي أصبح إعادة تأسيسه وهيكلته من جديد ضرورة ملحة لأهمية تفعيله على أرض الواقع وللحاجة الماسة لهذا الدور الهام في وضع الرؤى والمنهجية والخطط الإستراتيجية للصحة ومتابعة وتقييم تنفيذها.

الدور والمهام المقترحة للمجلس الجديد

يمثل المجلس الأعلى للصحة المقترح بيتاً للخبرة ولتمثيل المعنيين بهدف إلى وضع السياسات الخاصة بالقطاع الصحي ككل والخطة الإستراتيجية الخماسية والعشرية لها واعتمادها مجتمعياً ثم مراقبة الجهاز التنفيذي في تحقيقه لها. ويتكون هذا المجلس من مجموعة متنوعة من الشخصيات بصفاتهم المهنية يمثلون مختلف المعنيين والمؤثرين والمنفعين من الخدمات الصحية في مصر وذلك بقصد توفير أعلى المستويات الصحية للمواطنين.

ونظراً لتكوين المجلس الذي يضم مختلف المعنيين والمؤثرين بهذا القطاع، وبناءً على الصلاحيات الممنوحة له، تصح الخطط التي يعدها ويقرها

هذا يهدف بشكل أساسي بتبديد المجهودات الهادفة إلى تطوير المنظومة الصحية والتي لن يمكن ضمان استدامتها وفعاليتها وعدم الاستخدام الأمثل لمواردها دون توفير غير مجتري للمعلومات وإشراك المجتمع في عملية المساءلة والرقابة المجتمعية.

هل نريد حقاً إصلاحاً جذرياً للمنظومة الصحية، يستديم بصورة تحقق وتضمن حقوق المصريين في الرعاية الصحية؟ هل نود بمسئولية وجدية أن نجد مساراً مختلفاً يُجِدُّ من هدر الاستثمارات العامة، ويمنع تضارب السياسات، ويحقق تكاملها، ويوفر سبلاً أكثر فاعلية في توفير الخدمة الصحية بجودة لمختلف المواطنين بدون تمييز في ربوع البلاد؟ لقد حان الوقت لنعترف بأنه لا سبيل لهذا، ما لم نمتلك رؤية إستراتيجية تنبع منها خطط محكمة، يصيغها المجتمع، وفق مشاركة حقيقية، وتمثيل واقعي متوازن بين أصحاب الحق والمكلفين بتحقيقه، رؤية تلتزم الدولة وأجهزتها بتنفيذها، وخطط نلمس لها واقعاً فعلياً، وجدولاً زمنياً محددة، لا تُعَوَّقُ بسبب تغير القيادات أو اتجاهات منظومة الحكم. لا بد من قيادة تضع هذه الرؤية الإستراتيجية، أو بالأحرى تجمع مدخلاتها من المعنيين، وتصيغها في صورة سياسة دولة، وتوجه عام. هذه القيادة مهمتها أن توجه مجمل المنظومة الصحية صوب تحقيق هذه الرؤية التي يتفق عليها المجتمع، وتوضع بمشاركة واسعة من مختلف أطيافه.

ويرى القائمون على هذا البحث أن الخطوات الأولى والأساسية في وضع وتفعيل إطار للحكومة للمنظومة الصحية هو إنشاء آليات لإشراك المعنيين في اتخاذ القرار ومراقبة أداء الجهات التنفيذية وخاصة فيما يخص نظام التأمين الصحي الجديد. تشمل هذه الآليات تشكيل لجان لحقوق المرضى ومجالس للأمناء للمستشفيات، وقومياً إعادة تشكيل لمجلس أعلى حقيقي، ممثل وفعال للصحة.

هذا وقد قدمت المبادرة المصرية للحقوق الشخصية مقترحاً إلى الحكومة المصرية في مطلع عام ٢٠١٤ لإعادة تشكيل المجلس الأعلى للصحة. يأتي هذا المقترح بقرار جمهوري بناءً على الحاجة الملحة لإصلاح المنظومة الصحية بتأسيس كيان فعال ومستدام لحكومة القطاع الصحي في البلاد، يقوم بلورة سياسات إستراتيجية تهدف إلى تحقيق العدالة والكفاءة في الرعاية الصحية لكل المصريين دون تمييز، ويحقق مشاركة حقيقية للمواطن المصري في صنع وتصميم السياسات العامة الصحية ويراقب تنفيذها بشفافية ونزاهة.

يأتي هذا العمل الدؤوب لتويجاً لعمل بدأ منذ أعوام عدة لمجموعة متنوعة من الخبراء والمتخصصين وممثلين للمجتمع المدني والتنفيذيين من قيادات القطاع الصحي، وبناءً على اتفاقهم حول أهمية ومحورية هذا التشكيل الجديد لمجلس أعلى للصحة يحدد المدخل للإصلاح والأولويات ويرسم الخطط ويقيم ويتابع تنفيذها من خلال آليات مشاركة مجتمعية حقيقية وصلاحيات مناسبة تضمن تحقيق أهداف العدالة والكفاءة في الصحة بصورة ملموسة وشفافة.

تم تقديم هذا المقترح إلى وزراء الصحة بشكل مستمر منذ عام ٢٠١٤ والمذكرة التفسيرية له بعد إجراء ٢٢ مراجعة من وزارة الصحة والسكان ومؤسسات للمجتمع المدني والنقابات والخبراء في حوكمة المنظومة الصحية وغيرهم.



مساحة صحية ومنظمة للتعرف على المشكلات والتحديات الحقيقية والعمل على إيجاد حلول فعالة لها بناءً على الإمكانيات المتاحة، وبهذا يقوم المجلس بالاستغلال الأمثل للطاقت والخبرات المتعددة ويوظفها في إيجاد الحلول والرقابة المجتمعية المساعدة للجهات التنفيذية والنيابية في أداء أدوارها بفاعلية وبناءً على خطط قومية واضحة المعالم والقياسات والجدول الزمنية للتنفيذ وتحقق للمواطنين والمنتفعين ومقدمي الخدمات ما يطمحون إليه.

الشروط الأساسية لضمان تشكيل مجلس فعال، ممثل للمنتفعين وقادر على تحقيق أهدافه

- ١- أن يكون مستقلاً في عمله، غير تابع لوزارة الصحة.
- ٢- يعمل من خلال لائحة داخلية يكتبها الأعضاء ولا تتدخل في عمله أي جهة تنفيذية.
- ٣- أن يكون رئيسه بالانتخاب من أعضاء المجلس غير العاملين بالجهاز التنفيذي للدول.
- ٤- أن يشمل تشكيله جميع القطاعات والجهات المعنية بالصحة بمشاركة واسعة وغالبية من المجتمع المدني وممثلي المنتفعين.
- ٥- أن تكون مخرجاته من إستراتيجيات وتوجهات ملزمة للجهات التنفيذية المختلفة.
- ٦- ألا تكون عضويته مصدرًا للتربح وأن تكون أوجهه الصرف لعمله محدودة ومقننة.

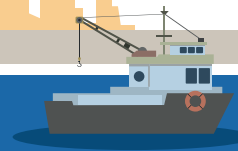
المجلس ملزمة للقطاعات المختلفة في تنفيذها وعلى رأسها وزارة الصحة. فهذا المجلس كيان اعتباري مستقل يتم انتخاب رئيسه من الأعضاء غير العاملين بالجهاز التنفيذي للدولة ولديه سلطة ومسئولية المتابعة وتقييم مدى تحقيق الجهات التنفيذية وعلى رأسها وزارة الصحة للجدول الزمنية المتفق عليها. وبهذا، تصبح السياسات والإستراتيجيات الصحية للدولة بعيدة عن تغييرات الوزراء والتقلبات السياسية التي طالما كانت سبباً في تشتيت الرؤى وخسارة الجهود والموارد والخبرات مما تسبب في عدم كفاءة المنظومة الصحية.

آلية عمل المجلس

يعقد المجلس اجتماعاته العامة بصورة دورية لا تقل عن أربع مرات سنوياً ويجوز له الانعقاد أكثر من ذلك بدعوة من الرئيس أو بطلب من أغلبية الأعضاء. ويعمل المجلس من خلال لائحة داخلية يقوم بإعدادها ويقوم بتشكيل لجان فرعية معنية بملفات بعينها على أن يقوم المجلس بتشكيله الكامل باعتماد ما تقوم به اللجان المتخصصة.

يراعي المجلس أن يكون كياناً فاعلاً، مراقباً على بيروقراطية الدولة ويتخذ سبلاً مبتكرة ومجتمعية لعمله. فهو لا يعطي امتيازات مالية لأعضائه ولا يتطلب مخصصات ضخمة من ميزانية الدولة. يقوم بإدارته أمانة فنية مكونة من أربع وحدات إدارية يتم إلحاق العاملين بها عن طريق الندب أو الإعارة، يرأس الأمانة الفنية أمين عام معين.

أخيراً، فمن منطلق تكوين هذا المجلس وصلاحياته، يصبح لديه قدرة عالية على التفاعل مع المواطنين والمعنيين بالملفات المختلفة ويقدم للآراء المتعددة



و. بعض التساؤلات التي لا نجد لها إجابات حتى الآن

١. أين محور المشاركة المجتمعية والمساءلة والتقييم المجتمعي؟ يجب أن يشمل العمل على هذا النظام إشراكاً حقيقياً للمعنيين ليس فقط في اتخاذ القرار وإنما أيضاً لتقييم الخدمات والمراقبة عليها.
٢. يتم حالياً تحصيل رسوم وضرائب موجهة لمنظومة التأمين الصحي على إطار الجمهورية، في حين أن التطبيق مقتصر حتى الآن على بورسعيد، ماذا سوف يتم تقديمه لمواطني المحافظات المختلفة حتى يتم شمل محافظاتهم في خطة التطبيق.
٣. ماذا تم القيام به فيما يخص تسعير الخدمات المقدمة من القطاع الخاص أو الأهلي؟ هل يتم العمل على وضع نظام محدد لذلك؟ هل تم إعلان ما تم في هذا الشأن؟
٤. ماذا تم فيما يخص تحديد دور القطاع الصحي التأميني الخاص في هذه المنظومة بالشكل الذي يضمن علاقة تراعي ما نص عليه القانون فيما يخص العدالة في تحصيل الرسوم والاشتراكات وفي جودة الخدمات المقدمة.
٥. تم الإعلان عن توأمة بين المستشفيات في بورسعيد مع بعض المستشفيات الخاصة في القاهرة، ماذا تعني بالتحديد هذه التوأمة؟ ماهي الاستفادة العائدة على الطرفين منها؟ ما هي شروط هذه الشراكة وكيف تضمن الاستفادة مُثلى من الموارد بشكل فعال؟
٦. شمل التطبيق برنامج تدريبي لـ ٢٠٠ ممرض وممرضة في بورسعيد من قبل إحدى الشركات الخاصة. ماذا بعد ذلك؟ لماذا لا يتم هذا التدريب بشكل مستدام ومستمر من داخل الجهات التنفيذية المعنية بذلك داخل الوزارة؟ كيف يمكن ضمان استمرارية هذه التدريبات في المستقبل؟

ويبقى الأساس في هذه التساؤلات: التشديد على أهمية إتاحة المعلومات والشفافية الكاملة فيما يخص عملية التطبيق حتى يتمكن المجتمع من التفاعل بشمل إيجابي في هذا المشروع والمراقبة المجتمعية الكاملة على عملية التنفيذ بالشكل الذي يحد من إهدار الموارد وضمان توصيل صوت المعنيين والمستفيدين من المنظومة بشكل مستمر.

ونحن على أعتاب تطبيق النظام الجديد في أول مراحله: هل نحن على استعداد للبدء في تطبيق القانون في الحافظة الاسترشادية الأولى كما أكدت التزامات الحكومة المتكررة في مطلع يوليو ٢٠١٩؟ هل البنية المعلوماتية والإجرائية والأطر التنفيذية على استعداد لذلك؟ هل تم تكوين أطر الحوكمة والمحاسبة والإدارة اللازمة لضمان تطبيق ما نص عليه القانون من حيث تقديم الخدمة وليس فقط تحصيل الموارد؟ هل سوف تلتزم الجهات التنفيذية بهذا الموعد؟

نتابع خطوات التنفيذ ونقيّم إلى أي مدى سوف يتم تقديم خدمات هذا النظام التأميني بالشكل الذي ينص عليه القانون والذي شاركنا في صياغته في الأعوام السابقة.

المبادرة المصرية للحقوق الشخصية تعمل منذ عام 2002 على تعزيز وحماية الحقوق والحريات الأساسية في مصر ، من خلال البحوث والدعوة ودعم التقاضي في مجال الحريات المدنية والاقتصادية والحقوق الاقتصادية والاجتماعية والعدالة الجنائية .

المبادرة المصرية للحقوق الشخصية

10 شارع السرايا الكبرى، جاردن سيتي | القاهرة | مصر
0227960197 | eipr@eipr.org | www.eipr.org



شمسية لإدارة الأنظمة الصحية هي شركة مصرية غير هادفة للربح أنشأت عام 2012 وتهدف إلى إيجاد حلول مجتمعية تشاركية لتحديات الرعاية الصحية.

مشروع "بوابة التقييم المجتمعي للمستشفيات المصرية" هو أحد المشاريع التي تديره شمسية بالتعاون مع ٥٧ جمعية أهلية على مستوى الجمهورية.

شمسية لإدارة الأنظمة الصحية

٣٧ شارع المبتديان | شقة ١٠٠٦ | وسط البلد، القاهرة |
info@shamseya.org | www.shamseya.org

