

منتدى الحوار *Dialogue Forum* (DF)

البدائل المتاحة لإصلاح التأمين الصحي في مصر

يجي حليم زكي:

معنا اليوم في هذه الندوة مجموعة من أهم المتخصصين في مناقشة موضوع التأمين الصحي في مصر. الأستاذ الدكتور سمير بانوب من خريجي جامعة الإسكندرية، وهو خبير عالمي في الأنظمة الصحية والتطوير وفقاً للنظام العالمي، كما أنه متخصص في تطوير أنظمة الإدارة الصحية وقد حضر خصيصاً من الولايات المتحدة الأمريكية لإلقاء محاضرة اليوم. وأود أن أقول بالمناسبة إن مصر ليست أول دولة في العالم تطبق نظام التأمين الصحي. وتحدث اليوم أيضاً الأستاذة الدكتورة مديحة خطاب وهي أول سيدة تتولى منصب عميد كلية طب في مصر حيث تعتبر كلية الطب بجامعة القاهرة من أكبر المؤسسات العلمية في مصر، كما أنها رئيس مجلس إدارة مستشفيات القصر العيني، ويشرفنا بالحضور من الجمهور الأستاذ الدكتور حسن عبد الفتاح والذي كان مديراً عاماً للتأمين الصحي في جمهورية مصر العربية لمدة سنوات طويلة وله بصمة كبيرة على تطوير التأمين الصحي.

سمير بانوب:

يسعدني حقاً أن أكون معكم في بلدي الحبيب الإسكندرية وفي وطني العظيم مصر، موضوع الندوة كما ذكر الأستاذ الدكتور يجي حليم هي: البدائل المتاحة لإصلاح التأمين الصحي في مصر وقد رأيت أن هناك ثلاثة أهداف لهذه الندوة، الهدف الأول هو أن ننظر على وجه العجلة ما هو النظام الصحي الحالي وتقييمه وذلك بهدف تلبية احتياجات المستقبل، لأننا عندما ننظر إلى المستقبل نركز على المشكلات من أجل أن نجد الحلول لها، ولكن هذا لا يجعلنا نستبعد الإنجازات التي حققها النظام الصحي، والهدف الثاني هو البحث بطريقة مثلى لكيفية تطبيق السياسات الصحية التي وضعتها الدولة، وهذه السياسات قائمة على أساس علمي واضح، أما الهدف الثالث فهو البدء في إيجاد حوار

علمي ومتابعته بهدف الوصول إلى الإصلاح الناجح للنظام الصحي مع تلافي المشكلات التي حدثت في دول العالم.

وستتناول أربعة موضوعات: الموضوع الأول لماذا الإصلاح الصحي؟ والموضوع الثاني ماذا التأمين الصحي؟ وما هو معناه؟ أما الموضوع الثالث فهو تقييم سريع للتأمين الصحي في مصر، وأخيراً البدائل المتاحة وكيف يمكن أن نتوصل إليها؟

1. لماذا الإصلاح الصحي؟

أقول إنَّ كافة دول العالم تسعى إلى إصلاح نُظُمها الصحية، حتى أغنى الدول والتي يبلغ نصيب الفرد الواحد فيها من الناتج القومي 35 ألف دولار إلى جانب الدول التي يبلغ دخل الفرد فيها 500 دولار، أي أن الكُل سواسية في الاهتمام بالأمر الذي يواجهون فيه أربعة تحديات رئيسية:

- 1) التغطية الشاملة للسكان.
- 2) الجودة، لأنَّه عندما نقيس الإنفاق على الصحة وضعف النظام الصحي تصبح الجودة في محل شكٍّ وفي الوقت ذاته لا يعرف أحد ما هو شكل الجودة.
- 3) عدم وجود اختيارات للمواطن وعدم رضا المواطن عن الخدمات الصحية التي تقدمها الدولة، وهذه كلُّها أسباب عالمية تواجهها كلُّ دول العالم.
- 4) التكلفة التي ترتفع باضطراد في المجال الصحي ومدى قدرة المجتمع على شراء الخدمات الصحية في الوقت الحاضر.

وحول سبب ارتفاع التكلفة، أودُّ أن أشير أولاً إلى السَّبب الرئيسي وهو التقدم في التكنولوجيا الطبية لأنه إذا كان مطلوباً في الماضي إجراء تشخيص من خلال استخدام أشعة فمن الدارج والطبيعي حالياً هو استخدام MRI&CATSCAN وغيره من الوسائل التكنولوجية الحديثة، وكلها ذات تكلفة مرتفعة، أمَّا الموضوع الآخر فهو ازدياد توقعات الحياة والأعمار، وبالتالي أصبح عدد المسنين ونسبتهم أعلى بكثير مما كان في السابق، ونحن نعلم أن المواطن فوق سن الستين يحتاج إلى ثلاثة أو أربعة أضعاف تكلفة الخدمات الصحية للمواطن أقل من سن الستين، وسبب آخر هو الارتفاع في التضخم المالي، وخاصةً في الخدمات الصحية، لأنَّ التضخم المالي الصحي يزيد على ضعف التضخم المالي العام في أغلب الدول، وبالإضافة إلى هذه الأسباب الأربعة نجد أن الدول النامية

تواجه تحديات أكثر أهمها الزيادة السكانية، فمثلاً نجد أن عدد السكان في مصر سوف يتضاعف بعد 37 سنة، ويعني ذلك أنه يجب أن نحقق أولاً إصلاحاً لتحسين الجودة والارتقاء بالمستشفيات والخدمات ثم مضاعفة الخدمات خلال 37 سنة، ولو نظرنا إلى دولة مثل بريطانيا سوف نجد أن عدد السكان سوف يتضاعف بعد 233 سنة، والإحصاءات لدول أوروبا الشرقية ودول وسط أوروبا مماثلة، لأن عدد السكان في هذه المناطق لن يتضاعف، بل على العكس نجد أن عدد السكان فيها يتناقص، وإذا نظرنا إلى نسبة الإنفاق على الصحة بالنسبة للدخل القومي نجد أن أعلى نسبة هي 15.2% وهي في الولايات المتحدة الأمريكية وبمقارنة ذلك بنسبة الإنفاق في مصر نجد أنها تساوي 5.8% فقط، مع ملاحظة أن الدخل القومي في مصر أقل وكذلك النسبة المخصصة منه للصحة أقل، ويعني ذلك أن الإنفاق على الصحة يحتاج إلى استثمارات مضاعفة، ولو أضيف إلى ذلك الجهود المطلوبة لمواجهة تضاعف عدد السكان يتضح أن التحدي الضخم الذي نواجهه في مصر كبير جداً، ولو تم حساب التكلفة بالدولار بالنسبة للقوة الشرائية له، نجد أن منذ عام 1990 إلى عام 2003 أن أغلب الدول ضاعفت الإنفاق خلال مدة لم تتجاوز ثلاثة عشر عاماً، وقد تضاعف هذا الإنفاق في غالبته بسبب تقدم التكنولوجيا الصحية واستخدام وسائل علاجية حديثة، فاليوم نتكلم عن زرع القلب وزرع الكبد واستبدال المفاصل بالإضافة إلى صورٍ أخرى من التقدم العلمي والطبي لم تكن موجودة ولم تكن تحسب لها أية تكلفة.

جدول (1) ارتفاع الإنفاق الصحي وزيادة السكان

الإنفاق على الفرد في السنة بالدولار المعدل دولياً		الإنفاق الصحي من الدخل القومي	عدد السنوات لمضاعفة السكان	اسم البلد
2003	1990			
235	--	5.8	37	مصر
513	166	7.6	43	تركيا
583	293	6.2	47	المكسيك
2.011	840	9.9	140	اليونان
2.231	986	8	233	المملكة المتحدة
2.900	1.568	10.1	175	فرنسا
5.835	2.738	15.2	70	الولايات المتحدة

المرجع: التقرير السنوي لمنظمة الصحة العالمية 2006
World Health Report

وبالنسبة للإحصائيات في مصر، ورغم عدم وجود مصادر لمعلومات مؤكدة، يمكن القول إنه في عام 2003 كانت التكلفة للفرد الواحد 360 جنيهاً وبالسعر التحويلي تبلغ حوالي 65 دولاراً وكانت في عام 1999 حوالي 68 دولاراً وذلك لأن سعر الجنيه المصري قد انخفض بالنسبة للدولار.

وإلى جانب الأسباب الأربعة السابق الإشارة إليها، والتي يمكن تعميمها على كافة الدول، نجد أن هناك أسباباً أخرى تخص الدول النامية، وأولها الزيادة السكانية، وكذلك نقص الموارد والذي ينعكس على الجزء المخصص للصحة، بالإضافة إلى نقص الجودة والذي لا يتسبب فقط في زيادة التكلفة ولكن يتسبب أيضاً في الضرر للمريض، وإطالة مدة العلاج، وحدوث مضاعفات تؤدي في النهاية إلى زيادة التكلفة، كذلك فإن نقص التخطيط المتكافئ يؤدي إلى خسارة، نتيجة لعدم كفاءة إدارة الموارد والإهدار في استخدامها. وبالنسبة للوضع في مصر، نجد أن هناك عاملين مهمين يتعلقان بالإهدار، وهو زيادة عدد أسرة المستشفيات وخصوصاً في بعض المناطق، وبصفة عامة تبلغ نسبة الإشغال فيها 42%، وكذلك بالنسبة لعدد الأطباء والذي يعتبر أيضاً أكثر من حاجة الخدمات الصحية، وتحاول أغلب دول العالم الحد بين زيادة الأسرة وزيادة الأطباء، لأنَّ زيادتهما تعني الزيادة في التكلفة دون داعٍ. كما يوجد سبب آخر يساعد على زيادة التكلفة وهو السلوك غير الصحي مثل السمنة وسوء التغذية والتدخين، وغيرها من الأسباب التي تزيد من تكلفة العلاج ومن تكلفة الخدمات الصحية، ومعنى ذلك أن مصر ليست وحدها هي التي تعمل على الإصلاح الصحي لتحويل النظام الصحي إلى نظام متكافئ وذلك لوجود كل الأسباب العامة التي تعاني منها كل الدول، بالإضافة إلى الأسباب الخاصة التي تعاني منها الدول النامية.

2. ما التأمين الصحي الناجح؟

يمكن القول أن التأمين يعني بصفة عامة التنظيم أو التكافل الاجتماعي بين مجموعة من الناس سواء كانت مجموعة صغيرة في مكان محدود أو الشعب كله في الدولة، وذلك لمواجهة مشاكل غير محسوبة ودرء أية مخاطر قد تفاجئ الأفراد، وبالطبع لا يمكن أن تتم هذه التقديرات وفقاً لمقاييس على أفراد بل على مجموعات، فمثلاً يتم احتساب عدد حالات السرطان وعدد حالات زرع الكبد أو الغسيل الكلوي في منطقة أو مجتمع يبلغ 100.000 مواطن مثلاً، ولدرء المخاطر التي قد تصيب

أفراد هذه المجموعة يجب أن يتم تكوين ما يسمى بالتأمين وهذا هو أساس التأمين الصحي، ويجب أن يكون التأمين إجبارياً على كل فرد وليس اختياريًا، حتى لا يبدو الأمر وكأن من يشعر بالخطورة هو الذي سيشترك في التأمين والعكس. وبهذه الطريقة لن يكون هناك تكافل اجتماعي، فإن العدد الأكبر هو أساس التأمين، وكلما زاد عدد المشاركين في المجموعة، أصبح تجنب المخاطر وتحمل نتائجها أمراً ممكناً "The Law of Large Numbers".

ويعتمد التأمين الناجح على بعض المعايير، أولها التمويل، فالتأمين الناجح عالمياً هو الذي يرتبط بمكان العمل حيث يقوم كل من صاحب العمل والعامل بالتمويل، وفي هذه الحالة يجب أن تتدخل الحكومة لتغطية بعض الفئات التي لا تنطبق عليها هذه الشروط مثل فئة العاطلين عن العمل، والمتقاعدين من غير ذوي المعاشات، والأرامل، والعجزة، وغيرهم. وهناك نوع آخر من التأمين تغطيه الدولة، وهو تأمين شامل لكل المواطنين يمّول من دخل الدولة، ومن الضرائب المعممة سواء كانت مباشرة أو غير مباشرة، وفي جميع الحالات يقوم المنتفع بدفع بعض التكاليف حسب القدرة المالية وبحيث لا تقف عائقاً أمام استخدام الخدمات الصحية اللازمة في أي وقت. ويجب الاعتراف بأن مجانية العلاج هو أمر غير واقعي، وغير وارد سواء من الناحية التطبيقية أو من الناحية العملية، وبالنسبة للمؤمن عليهم، فإن القدرة المالية هي التي تتحكم في المشاركة في تكلفة الخدمات وذلك طبقاً للمخاطر التي تواجه المجتمع وليس المخاطر التي تواجه الفرد، فمثلاً، في أغلب حالات التأمين الذي تقدمه النقابات، يطبق التأمين بحدود بمعنى أن يكون هناك سقف معين لا يستطيع الشخص أن يتخطاه، كما أن تطبيق التأمين لا يتم على الأمراض الموجودة في الفترة السابقة للاشتراك في التأمين pre-existing conditions، إذن، فالمؤمن لا يأخذ المخاطر، إنما يقدم ما يسمى بالتأمين التعويضي المحدود Indemnity Insurance وهذا لا يعتبر تأميناً كاملاً، وذلك لأنه إذا كان هناك نظام تأمين صحي مناسب فيجب أن يكون المصدر الأساسي للخدمات الصحية للمنتفع وقد يكون للمنتفع أكثر من نظام تأميني، ومع ذلك فإنه وعندما يخاف أو يشعر بعدم نجاح العلاج الذي يقدمه التأمين فإنه يذهب إلى القطاع الخاص، لأنه لا يشعر بكفاءة العلاج المقدم له. والمعيار الآخر هو أن يشمل التأمين الأسرة، أي العامل ومن يعول، لأنه من غير المعقول أن يقوم الشخص بالتأمين على نفسه دون التأمين على أسرته، كذلك يجب أن يكون العلاج ناجحاً وأن تكون جودة الخدمات مراقبة بمعرفة مختصين، ولكن، كما نعلم فإن هذا لا ينطبق على القطاع العام في مصر. وأخيراً، يجب أن يكون هناك رضا عن النظام العلاجي، وعن نظام التأمين سواء بمعرفة المنتفع أو مقدم الخدمة.

ولكي يحدث تكامل مالي وفعال لهذا النظام التأميني يجب أن يتم فصل مقدمي الخدمة عن صناديق التأمين، ولا يُفضَّل أن يكون مُقدم الخدمة مسؤولاً عن تكلفة التأمين fund holder، وهذان الطرفان هما مُقدمتا الخدمة كمجموعات وصناديق التأمين التي تتعاقد معهم والذين يجب أن يتوفر لديهما عامل الخبرة الكافية في إدارة هذا العمل إكتوارياً وإدارياً. وهذا الموضوع ليس سهلاً، بل إنَّه يحتاج إلى تدريب وسياسات ووسائل مختلفة، وإلا سيتسبب في فشل الصندوق التأميني وإفلاسه خلال وقت قصير. ويجب أن تكون صناديق التأمين قادرة على مراقبة الجودة ومراقبة استخدام الخدمات، ومعرفة سبب الإقامة بالمستشفى وإجراء العمليات ومدى مراعاة الأصول الفنية، وأن تكون التكلفة في حدود المقبول. أيضاً، يجب أن يتم تشجيع وبناء مجموعات تقديم العلاج، فإنَّ النظام في مصر كما نرى يقوم أغلبه على ممارسات فردية Single Practice مثل الطبيب في عيادته، في حين تعمل أغلب أنظمة العالم الآن بأسلوب الممارسات الجماعية Group Practice لكي تستطيع هذه المجموعات التعامل مع أنظمة التأمين.

وأود أن أشير إلى أنني أتحدث هنا عن أنواع مجموعات العلاج وأنواع صناديق التأمين الحكومي وشبه الحكومي في كافة دول العالم، ولا أتحدث هنا أبداً عن مصر بالتحديد، وبشكل عام فالنظام التأميني الحكومي في العالم أجمع يكون غير مرضيِّ عنه، وذلك فيما عدا نسبة من الدول في النظام الصحي وهي بعض الدول الإسكندنافية، سوف نجد أن 30 إلى 40% من الخدمات يقدمها القطاع الخاص والباقي يقع على عاتق القطاع العام أو الحكومي، والأهم هو أن الحكومات المحلية أقدر على تخطيط وإدارة الخدمات الصحية سواء كانت Fund Holder أو Provider أكثر من الحكومات المركزية، وهذا ما يحدث في دول كثيرة من العالم. إنَّ القطاع الخاص الهادف للربح يشترك في التأمين، ولكن يجب أن تتم مراقبة الجودة ومراقبة استخدام الخدمات بإحكام لكي نحصل على خدمة سليمة، ومن أهم الأنظمة هو القطاع الخاص غير الربحي -وأمثلته في مصر كثيرة- النقابات المهنية واتحادات العمال والشركات الكبيرة والمؤسسات الصناعية والمالية الكبيرة التي لها القدرة على القيام بما نسميه Self-insurance أو التأمين الذاتي، بمعنى أن تملك وتدير الخدمات الصحية لنفسها وهذا من أهم الوسائل، بل نستطيع القول إنَّها من الوسائل التي من الممكن أن تتحمل جزءاً كبيراً من العبء عن التأمين الاجتماعي الذي تتحمله الحكومة أو الصناديق.

وحول كيفية دفع التكلفة لمقدمي الخدمة فإنَّ هناك أربع وسائل، أولاً المرتب الثابت وهو أضعف الوسائل لأنَّه لا يُحفز على الإنتاج، ولا على تقديم خدمة بجودة مقبولة إلا إذا كانت هناك مراقبة محكمة للجودة، وكما كان يُقال لي فإنَّ بعض دول أوروبا الشرقية والوسطى تنتهج مبدأ

They pretend to pay & we pretend to work أو إنهم يحاولون إيهامنا بأنهم يدفعوا لنا ونحن نوهمهم أننا نعمل. كذلك، من الممكن أن يتم الدفع للفرد في السنة وهو نظام Capitation مع وجود مجال للاختيار بين طبيب وآخر. أيضاً من الممكن أن يتم الدفع مقابل الخدمة الواحدة، مثل عملية أو كشف أو أشعة أو تحليل، وهنا يجب أن يكون هناك مفاوضات على الفئات ومراقبة استخدام الخدمات، وإلا سوف يتم تقديم خدمات قد لا تكون لازمة. وأود أن أشير إلى أنني أتحدث عن اتجاه عالمي، لأنني قد عملت في 76 دولة في النظم الصحية وخاصة في مجال الإصلاح الصحي، وهذا الأمر لا يخص مصر وحدها كما قلت. فالنظام الجاري عالمياً منذ رفع شعار إصلاح الخدمات الصحية هو التعاقد مسبقاً على مبلغ سنوي يُدفع عن المنتفع، وبجيت يتم في الوقت ذاته مراقبة الجودة والسعر، وهذه هي أصلح النظم التي تتضمن التنافس والجودة وخفض التكلفة.

3. تطور النظام الصحي في مصر:

وأود أن أشير إلى النظام الصحي في مصر تحديداً، فهنا يجب أن أقرر أن هناك إنجازات عظيمة والتحسين في الخدمات الصحية ملموس، رغم استمرار بعض السلبات، فمثلاً بين عامي 1990 و2003، انخفضت نسبة وفيات الأطفال الرضع من 118 إلى 33 في الألف، وهذا تقدم كبير، ولقد مارست الطب هنا في الإسكندرية، وكان كثير من الأطفال يموتون نتيجة النزلات المعوية والالتهاب الرئوي والحصبة والجديري وقد احتفى ذلك من مصر تقريباً، وقد كان حوالي 40 إلى 50% من سكان مصر مصابين بالبلهارسيا وانخفضت النسبة الآن إلى أقل من 3%، كما انخفضت وفيات الأطفال تحت سن 5 سنوات من 104 في الألف إلى 29 في الألف، كما أن توقعات الحياة عند الولادة زادت حتى وصلت إلى 62 في الألف سنة و67 في الألف بالنسبة للذكور والإناث، لكن هناك أسباباً أيضاً نقاط ضعف ومجالات للتحسين، أولها التغطية الكاملة للسكان، وهذا هو الهدف السياسي حالياً، وكذلك التمويل وهو التحدي الأكبر، ولذلك نقول إن إعادة تنظيم النظام الصحي بحيث يكون نظاماً متناسقاً وطريقة اتخاذ القرار فيه والتخلص من الإهدار وزيادة كفاءة الخدمات وجودتها ووجود اختيارات للمواطن كلها طموحات لتحقيق نظام تأميني فعال يهدف إليه الجميع.

وستحدث سريعاً عن التغطية التأمينية، إن الهيئة العامة للتأمين الصحي تغطي نظرياً 52% من السكان، وهناك بعض الأنظمة مثل الأنظمة الخاصة للنقابات والقوات المسلحة وغيرها، وهي تغطي من 2 إلى 4%، ومن هنا نجد أن هناك ثغرات وتداخلات، فمن الممكن أن تكون هناك عائلة واحدة مثلاً لها ثلاثة أنظمة تأمين صحي، فقد يكون الزوج ضابط جيش مثلاً يغطيه تأمين القوات

المسلحة والزوجة محامية يغطيها تأمين نقابة المحامين والابنة طيبة يغطيها تأمين نقابة الأطباء وبعضهم موظفون يغطيهم التأمين الصحي الحكومي، إذن، فهذه ثلاثة نُظَم صحية في البيت نفسه، وعندما تقابل هؤلاء مشكلة صحية خطيرة يتجهون إلى القطاع الخاص، وهذه تعتبر ازدواجية وإهداراً. أمّا الأفراد غير المؤمن عليهم فإنهم يمثلون التحدي الأكبر لتطبيق السياسة التأمينية الصحية وتعميمها وهم يمثلون نسبة حوالي 48%، والمطلوب تغطيتهم بالتأمين الصحي أولاً، لأنهم الأكثر فقراً والأكثر احتياجاً نتيجة عوامل عديدة منها، المؤشرات الصحية المنخفضة. وفي التقارير التي تقدم بها الدكتور حاتم الجبلي وزير الصحة للسيد رئيس الجمهورية وللسيد رئيس الوزراء، شرح فيها بوضوح أنّ محافظات الصعيد والمحافظات الفقيرة تتضاعف فيها نسبة وفيات الأطفال الرضع نتيجة للأمراض المعدية، ويقع ضمن هذه الفئة غير المؤمن عليها العاطلون أو أشباه العاطلين الذين يعمل أحدهم يوماً ويتوقف عن العمل في اليوم التالي، هذه الفئات الفقيرة تنفق أكثر من أي مجموعة على العلاج. وقد ذكرت البحوث أنّ الذين تقل دخولهم عن 250 جنيهاً في الشهر ينفقون ما بين 15 إلى 30% من الدخل على الصحة. كذلك فإن الهيئة العامة للتأمين الصحي لا تغطي 80% من العاملين بالقطاع الخاص، وهؤلاء هم الذين يقومون بالعمل في ورش صغيرة أو من يعمل لحسابه **Self-employed**. كما أنّ هناك سبباً آخر يدعو للتحدي للمجموعة المقبلة على التأمين الصحي وهي أنّهم الأكثر عُرضة للمخاطر المهنية، وخصوصاً العاملين في الورش الصغيرة والعمال الزراعيين وغيرهم، أمّا بالنسبة للتمويل فهو الأكثر حساسية، حيث إنّ تكلفة العلاج في مصر تتم بدفع 62% من القيمة مباشرةً بواسطة الشعب، وكلّ هذه الخدمات التي تقدمها الحكومة في التأمين الصحي أو العلاج على نفقة الدولة أو المستشفيات الجامعية تغطي الباقي، وهذه هي المشكلة الكبرى لأنّ المواطن يتحمل هذه التكلفة في وقت مفاجئ قد يُدخله في أزمة مالية شديدة تتسبب في إنفاقه لمدخراته أو قد يضطر لبيع أساس منزله وغير ذلك من الكوارث المالية.

إنّ الإنفاق الصحي قليل بالنسبة للدخل القومي، وإذا وضعنا في الاعتبار أنّ الدخل القومي محدود، إذن، لا يمكن الإنفاق على الصحة بالصورة التي نتوقعها إلا بزيادة موارد الإنفاق عليها، فإنّ ما يساهم به العامل الذي يتمتع بتغطية التأمين الصحي تبلغ نسبة 4%، منها 3% من صاحب العمل و1% من المنتفع، وهناك قطاع الأطفال أقل من 5 سنوات الذي لم تحتسب له أيّة ميزانية، وخاصة لو أخذنا في الحسبان أنّ نسبة الإنفاق أو نسبة ما تدفعه المنشآت للتأمين الصحي على العاملين فيها في أغلب الدول الصناعية يتراوح ما بين 8% إلى 13% بالمقارنة بأعلى نسبة نحصل عليها في مصر وهي 4%.

وحول تنظيم الخدمات الصحية في مصر وكيفية إدارتها، أود أن أشير إلى أن هناك نظامًا متوازياً غير منسقة ولا ترتبط ارتباطاً وطيداً بعضها ببعض، وتقدم وزارة الصحة والسكان خدمات من خلال عيادات ومستشفيات الوزارة، والهيئة العامة للتأمين الصحي من العلاج على نفقة الدولة. وهناك وزارات أخرى تقدم خدمات صحية، وذلك علاوة على أن القطاع الخاص غير الربحي والقطاع الخاص الربحي وغيرهما، الكل يعمل جنباً إلى جنب بأقل تنسيق وأحياناً بدون تنسيق. والجزء الآخر من الاهتمام هو الكفاءة. فعلى الرغم من نقص التمويل وعلى الرغم من الازدواجية، نجد أن هناك هدراً في الموارد كما ذكرنا من قبل حول زيادة عدد الأسرّة والأطباء، وكذلك زيادة الإنفاق على الأدوية وكثير منها دون اللزوم، فالهيئة العامة للتأمين الصحي تنفق من 40 إلى 50% من ميزانيتها على الدواء، وهذا ما نسميه Shooting in the dark، إذ يظل المريض يعاود الطبيب المرة تلو المرة، وفي كل مرة يطالبه بشراء أدوية كثيرة ليست لازمة بالضرورة، وإن هذا يعرض النظام إلى إنفاق أكثر ويعرض المريض إلى المضاعفات التي تحدث من الدواء. الجزء الآخر هو الدفع مقابل الخدمة، وهذا من الممكن أن ينشأ عنه تقديم خدمات بلا داع أو فائدة، خاصة في القطاع الخاص.

جدول (1) المنتفعون بالهيئة العامة للتأمين الصحي

المنتفعون	العدد بالمليون	تكلفة الفرد سنويًا بالجنيه المصري
جميع الفئات	36.7	82
موظفو الحكومة	3.9	--
موظفو القطاع العام والخاص	3.7	--
أرباب المعاشات	1.9	216
الأرامل	0.5	--
طلبة المدارس	17.1	91
أطفال تحت سن خمس سنوات	9.9	--

المصدر: الهيئة العامة للتأمين الصحي

وأخيراً بناء مستشفيات وبناء عيادات طبية ومراكز صحية، مع وجود البديل لها، والذي كان من الممكن أن يكون التعاقد مع القطاع الخاص لتقديم الخدمة في أماكن ممارسة العمل مثل العيادات الخاصة.

فمثلاً نجد أن المؤمن عليهم في الهيئة العامة للتأمين الصحي هم حوالي 37 مليون، منهم حوالي أربعة ملايين لموظفي الحكومة، وحوالي 3.7 مليون في القطاعين الخاص والعام و ذوي المعاشات 1.9 مليون والأرامل 0.5 مليون وطلبة المدارس 17 مليوناً، ولو أخذنا تكلفة التأمين الصحي للفرد في السنة نجد أنها حوالي 82 جنيهاً، والمفروض طبقاً للإنفاق على الصحة في مصر أن تكون 360 جنيهاً، فعلى سبيل المثال لو أخذنا أرباب المعاشات، نجد أن التأمين الصحي ينفق على المُحال للمعاش 216 جنيهاً في السنة، ولو تم حسابها بما هو متوقع فالمفروض أن ينفق 1100 جنيهاً، وهو ما يوازي 3 أضعاف متوسط الإنفاق الصحي على الفرد في مصر، وطلبة المدارس 91 جنيهاً والمفروض أن يصرف 120 جنيهاً. وهذا يعني أن التأمين الصحي يقدم ربع الخدمات المطلوبة فهو مثلاً يُقدم زيارة واحدة للعيادة الخارجية في السنة مع أن المواطن في مصر يستخدم أربع زيارات في السنة، إنَّ التأمين الصحي المنوط به علاج نصف السكان بمبلغ يساوي 8% من ميزانية الإنفاق الصحي، كما أن التأمين الصحي يعالج الموظف ولا يُعالج الأسرة والمُعالين، وهذه النقطة من أهم نقاط الضعف. ثم، استمر التوسع في علاج هذه الفئات تحت أنظمة مختلفة مثل طلبة المدارس والمُحالين للمعاش، ومن الممكن أنه اشترك فيه لأول مرة بعد الإحالة للمعاش ويطلق على هذه الحالة في صندوق التأمين لفظ Hazard، لأنه لم يدفع اشتراكه في جميع هذه السنوات واشترك في الوقت الذي يحتاج فيه إلى أربعة أضعاف التكلفة، وبالنسبة للأرامل فإنه من الممكن ألا تكون السيدة مشتركة في أي نظام للتأمين الصحي إلا بعد وفاة الزوج حيث يصبح لها الحق في التأمين. وهذه الفئات لها حق أساسي في الخدمة ولكن ضمن حساب اكتواري سليم.

ومع ذلك يتضح أنه لو تحسنت الخدمة في الهيئة العامة للتأمين الصحي، بحيث يصبح هو المصدر الوحيد لكافة المنتفعين به، فيجب أن يتم التخطيط لتقدم أربعة أضعاف الخدمة المقدمة حالياً، وأن تكون ميزانيته 12.6 مليار جنيه بدلاً من 2 مليار.

4. البدائل المطروحة لإصلاح ونشر التأمين الصحي:

إنَّ الطريق مازال طويلاً وصعباً، إنَّ التجربة والصواب والخطأ في الإصلاح الصحي تؤدي إلى تأخر الإصلاح وزيادة الإنفاق، ولا يجوز أن نستورد النظم الصحية العالمية، لأنَّ إصلاح التأمين الصحي يجب أن ينبع من نسيج مصر بما فيها السلوك الاجتماعي لمواطنيها، وبما فيها من التكافل والتضامن الاجتماعي.

إن دراسة النُظُم الصحية العالمية جيدة للاستفادة من الأخطاء وليس للنقل منها، كما إن إدخال السياسة والمناورات السياسية في وضع النُظُم الصحية وتخطيطها ضار جداً، وفي أغلب الدول التي عملنا فيها، نرجو ونحاول بقدر الإمكان أن يكون هناك تنسيق بين الأحزاب لكي توضع سياسة صحية سليمة، لأنّ المزايدة في أمور الصحة أمر ضار لكلّ الناس، لأنّ إصلاح النظام الصحي عملية اجتماعية واقتصادية وسياسية معقدة وليست عملية طبية، كما أنّ للعملية شركاء وهم أصحاب العمل والعاملين، أمّا الشريك الآخر فهو صناديق التأمين التي ستتعاقد على الخدمة، والشريك الثالث هو مقدمو الخدمة، والشريك الرابع هو الحكومة خاصة وزارة الصحة والهيئة العامة للتأمينات الاجتماعية ووزارة التضامن الاجتماعي ووزارة التخطيط و الجهاز المركزي للمحاسبات، إن هؤلاء هم الذين يجب أن يخططوا للنظام ولإصلاح الصحي، لأنّه من متطلبات الإصلاح الصحي تقوية القدرة الإدارية لمثل هذه الإجراءات سواء التي ستقدمها صناديق التأمين أو مقدمي الخدمة لأنّها ستكون نظاماً جديدة على مصر، وتحتاج إلى تدريب وممارسة نرجو أن تهتم به وزارة الصحة وعليها أن تصدر العديد من الإصدارات والكتب الفنية مثل Policies of procedures لكي تقوم بمعاونة الصناديق والممارسات الجماعية Group Practice والممولين Fund Holders ، ولا توجد هنا نظم جديدة غير موجودة، والصناديق التي سوف تُنشأ أو مجموعات مقدمي الخدمة الذين ليس لهم خبرة بها، فهنا يتم التعاون على تقويتهم من الناحية الإدارية في هذا الشأن، كذلك، تقدم هناك أحيانا إعفاءات ضريبية خاصة للقطاع الخاص، فإذا كان المستثمر الأجنبي يُعفى من الضرائب في الخمس سنوات الأولى Group practice يمكن إعفاء هذه الهيئات الجديدة في هذا المجال وذلك شاهدناه في دول كثيرة، بل وفي بعض الأحيان تتم مساعدتهم مالياً غير القيام بتطبيق مثل هذه النظم الجديدة.

وأيضاً فإنّ التغييرات القانونية والتشريعية مطلوبة لكي يصبح التطبيق عملياً، ومنها تنظيم التأمين الصحي وخصوصاً القطاع الخاص، ونظام الخدمة المدنية لكي يسمح بمرونة لبدء هذه العمليات، كما يجب مراجعة وتفعيل قوانين مراقبة الغش والتلاعب وبناء المزيد من القدرة على مراقبة الجودة. أخيراً، تطبيق النظام المبني على أساس محاسبي واقتصادي سليم، وإلا تصبح كلُّ هذه الصناديق في حالة مديونية أو إفلاس، وقد أثبتت ذلك التجارب السيئة العديدة، وأرجو أن نتعلم من هذه التجارب، فقد تم تسجيل أنظمة كانت بها أخطاء مميتة أثناء عملية الإصلاح الصحي، أقرها مثلاً في روسيا عندما قاموا بنظام التعاقد وأعطوا الـ fund holders للعيادات الشاملة لكي يتوفر الدخل لعدد من الأطباء، وقاموا بتقليل التحويل للمستشفيات، كما قاموا بإجراء عمليات اليوم الواحد التي لم يكونوا مدربين عليها، وقد تسبب هذا كله في زيادة نسب الوفيات، وقد أوقف النظام بعد تطبيقه بسنة أو سنتين. وقد تسبب فشل أنظمة التأمين الصحي في إفلاس شركات التأمين في جمهورية

التشيك وفي المجر وغيرهما، وفي الولايات المتحدة الأمريكية كان الرئيس كلينتون قد وضع خطة للتأمين الصحي، والتي قادت الحملة فيها السيدة هيلاري كلينتون، وتم التخطيط لها في تكتم شديد مع وعد بالنهوض بالتأمين الصحي خلال مائة يوم، وقد كتبتُ في التابز أن أمام الإدارة الأمريكية مائة شهر وليس مائة يوم، وبالفعل لم يصدر أي قانون إصلاح تأمين صحي حتى الآن. وفي إسبانيا طُبق نظام التأمين الصحي من سنة 1961 إلى سنة 1998، وبعد ذلك ارتأت الدولة أنه من المفضل أن تتبع نظام National Health Service، ويموّل التأمين الصحي بواسطة الخزانة بنسبة 85% بدلاً من التأمين الصحي. إذن، فالتجارب غير الناجحة واردة وموجودة، وأرجو ألا نقع في مثل هذه الأخطاء. وحول مسئولية اتخاذ القرار في هذا الأمر أشير إلى أنه في أغلب البلاد يوجد مجلس أعلى للصحة وهو الذي يختار بين البدائل لأن الاختيارات ستكون عديدة، فالمجلس الأعلى للصحة ليس لجنة استشارية تقدم نصيحة أو رأياً استشارياً، ولكنه هو الذي يأخذ مثل هذه القرارات، كما يمكن أن يكون مجلس صحة على مستوى أصغر أي على مستوى كل محافظة، ومن الممكن ضم أكثر من محافظة في منطقة صحية إذا كانت المحافظة صغيرة أو إمكانياتها الطبية والصحية لا تشكل منطقة طبية تفي باحتياجات السكان، ويجب أن تكون هذه اللجان من ممثلي الشعب ومن ممثلي أصحاب العمل ومن ممثلي مُقدمي الخدمة ومن الحكومة.

وفي هذا المجال عادة توضع سياسات عامة، والسياسة هي تحديد الخطوط العريضة، ثم الاستراتيجيات ثم خطط التطبيق؛ إن البرنامج الانتخابي للرئيس قد وضع خطوطاً واضحة للسياسة الصحية في مصر، لكن تنقصها إستراتيجية العمل لتنفيذ هذه السياسات وهناك بدائل جديدة لتطبيق هذه السياسات في مصر وهذا ما يقوم به الحزب الوطني الديمقراطي، وقد رأيتُ آخر ورقة أصدرها الحزب حول هذا الخصوص والتي كانت في يونيو 2006، وكانت جميعها استراتيجيات تتمشى مع المبادئ التي ذكرناها مع إضافة بعض التوصيات. إن وزارة الصحة وضعت في الوقت الأخير خطة لها سبع أولويات وصالحة للتطبيق، وما يبقى هو تحليل شفاف للوضع الحالي، واختيار استراتيجيات بمعرفة الشركاء، ووضع خطط تنفيذية له بعيداً عن النواحي السياسية أو المضاربات، كما أن اللامركزية هي أساس لإدارة الخدمات الصحية في أغلب دول العالم، والذي أقترحه هو أن يكون هناك الصندوق العلاجي أو الصندوق التأميني بكل محافظة، لأنه في بلد يعيش على أرضه أكثر من 70 مليون مواطن، سيكون من المستحيل إدارة شئونها الصحية من صندوق واحد في القاهرة، ومن الممكن إنشاء إدارة للمستشفيات العامة التي تتبع وزارة الصحة والتأمين الصحي والمستشفيات التعليمية على مستوى كل محافظة، ويجب أن تتعاقد مع الصندوق وتتعاقد مع الحكومة والقطاع الخاص لخدمة المواطنين، ومن الممكن أيضاً أن يتم تأسيس منشأة للمستشفيات والمراكز الطبية الدقيقة

مثل معهد السرطان والأورام وغيرهما على مستوى الدولة لخدمة كافة المحافظات. إن الخصخصة في الصحة على الأقل لا يعني بيع الممتلكات الحكومية للقطاع الخاص الربحي، ولكنه يعني نقل الإدارة من الحكومة إلى المجتمعات والهيئات العامة، ويكون دور القطاع الخاص هنا تعاقدياً، أو أن يكون له دور تعاقدى مع القطاع التأميني أو التأمين التكميلي الذي يغطي ما لا يغطيه النظام التأميني الاجتماعي.

وعن المناطق الريفية، أشير إلى أنه من الممكن أن يتم استخدام الجمعيات الزراعية كما كان دورها في السابق لأنها من الممكن أن تكون مجالاً للتجمع يسمح بتغطية العمال الزراعيين والمقيمين في القرى، ومن الممكن أن يتم تمويلها من تحصيل رسوم على جمع وتسويق المحاصيل الزراعية على البذور والسماذ وغيرهما.

كما أن تعميم نظام Family Health Practice أو النظام العلاجي للأسرة مطلوب، إذ إنه مطبق فقط على أربعة مليون شخص في الوقت الحالي، مع تعديل ميزانيته حيث إن الرسوم التي يحصلها تصل إلى 8 ملايين جنيه والإنفاق عليه يبلغ 28 مليوناً وهو مُموَّل من المجموعة الأوروبية وسينتهي التمويل في خلال شهر في نهاية هذا العام.

وحول مسألة الجودة، أشير إلى أنه يجب أن تكون وحدات الجودة موجودة في كل منشأة وكل محافظة وكل صندوق تأميني. أمَّا الاختيار بين مقدمي الخدمة فلا يجب أن يكون مطلقاً، ولكن يجب أن يكون محدوداً على الأقل باختيار الممارس العام، ومحدوداً باختيار نظام واحد للتأمين الصحي، ولكن في جميع الأحوال يجب على المواطن والأسرة أن تختار نظاماً واحداً للتأمين، والوضع الحالي للتأمين الصحي يجبر هذه الأنظمة على دفع المخالفات، ويجب أن يكون هناك تشجيع لزيادة النظام الخاص لكي يقلل العبء عن النظام العام (التأمين الاجتماعي).

وفي الختام أعتقد أننا نخطو الآن على الطريق الواضح للإصلاح الصحي رغم أننا رفعنا شعار الإصلاح الصحي منذ سنة 1986 ولكن لم يحدث تغيير جذري لا في التركيب ولا في التمويل الصحي، وهناك بلا شك بعض التحسينات المقبولة ولكنها من الناحية الفنية لا تعتبر إصلاحاً. إن ما نحتاجه الآن هو المناقشة والتحاور بشفافية في المشاكل، وأن نطرح الإنجازات جانباً، والأهم من ذلك يجب أن نتخذ القرارات بمعرفة الشركاء الذين ذكرتهم. ويجب أن نضع في حسابنا أن الحكومة وأصحاب الأعمال والعاملين إذا أرادوا نظاماً صحيحاً متكاملًا فإن ذلك سوف يكلفهم أكثر من الوضع الحالي. إن المواطن يدفع حالياً في القطاع الخاص ولكن عندما نطلب منه أن يرفع نسبة الدفع في حصة التأمين الصحي من 1% إلى 4% فإنه يشتكي، إذن سوف يكون الاختيار واضحاً، فمثلاً

سيكون الدفع 6% مثلاً وستكون هناك الخدمات التي يحتاجها المواطن مع وجود ما يسمى Health Security أو الضمان الصحي، إن تحاشى المزايدات السياسية.

والخلاصة أنه يقترح أن:

- 1- يتم إنشاء وتفعيل مجلس أعلى للصحة على مستوى الجمهورية ومجلس للصحة على مستوى كل محافظة. على أن تكون هذه المجالس من ممثلي الشعب وممثلي أصحاب العمل وممثلي مقدمي الخدمة والوزارات المعنية - وهذه المجالس يجب أن تختار بدائل الاستراتيجية التي سيتم تطبيقها وذلك أثناء عملية التخطيط وليس في نهايتها، وأن تمارس إدارة الخدمات الصحية في نظم التأمين ضمن سياسة عامة للدولة.
- 2- بحث إنشاء صندوق تأمين صحي في كل محافظة مع ضم المحافظات الصغيرة وتشجيع كل محافظة على وضع خطة في إطار الخطة العامة.
- 3- بحث إنشاء هيئة عامة للمستشفيات بكل محافظة تتعاقد مع الحكومة لعلاج المواطنين ومع صناديق التأمين.
- 4- بحث إنشاء هيئة عامة للمراكز المتخصصة على مستوى الدولة للتعاقد مع المحافظات على العلاجات والجراحات الدقيقة.
- 5- تشجيع تكوين مجموعات العلاج Group Practice من بين الأطباء والمستشفيات الخاصة مع تقديم الدعم الفني والإداري لهم والنظر في منحهم امتيازات ضريبية عند بداية النظم التأمينية.
- 6- البعد عن نقل النظم الأجنبية والمضاربات السياسية أو التعجل تحت وطأة التنفيذ في فترة محدودة غير واقعية.
- 7- تشجيع نظم التأمين الصحي غير الربحي مثل النقابات والاتحادات الصناعية الكبيرة والجمعيات الزراعية والخيرية، وتطبيق اختيار نظام واحد إجباري لكل أسرة فيما عدا نظم التأمين التكميلي.

يحيى حلیم زكي:

نشكر الدكتور سمير بانوب على هذه المحاضرة المستفيضة الشاملة والواضحة في كيفية تطوير التأمين الصحي، ومن الواضح أنه أتم دراسة مستفيضة قبل هذا التطوير، وأهم شيء أنه لا يجب أن نأخذ أنظمة من دول أخرى ونطبقها عندنا.

مديحة خطاب:

تكرم الدكتور سمير بانوب وذكر كل ما يخص وما يعني التأمين الصحي من مسباته ومن مؤهلاته ومن نجاحه ومن مواطن القوة ومن مواطن الضعف، ومن المفروض أن نقوم بعمل برنامج تأمين صحي وما الذي تجب مراعاته وما الذي يجب البعد عنه، وإذا كانت الفرصة قد سنحت لي بأن أراس لجنة الصحة في المجلس الأعلى للسياسات في الحزب الوطني الديمقراطي، فقد سنحت لي الفرصة أن أطلع على كل المخاوف التي ذكرها الدكتور سمير بانوب وكذلك كل نقاط القوة لأنه بالتأكيد توجد نقاط قوة بجوار نقاط الضعف، وذلك قبل حدوث التحول المأمول بأن يكون هناك نظام تأميني يشمل الدولة ويشمل كل المواطنين. وبالتأكيد هذا ليس بالأمر السهل، وأيضاً ليس بالأمر المستحيل، لكن يحتاج هذا إلى التزام سياسي، وهو ما ذكره السيد الرئيس في خطابه في محافظة سوهاج بأنه وضع البرنامج الوحيد الذي يمت للصحة بصلة وهو نظام التأمين الصحي الذي يغطي 100% من المواطنين بحلول 2010، وذكر أنه يجب التحويل لنظام تأمين صحي اجتماعي شامل يُغطي كل المواطنين، كما ذكر أننا نحتاج إلى قواعد مؤسسية متطورة تساعد على تحقيق التغطية الشاملة لخدمات الصحة الأساسية وأن تضمن عدالة التوزيع والارتقاء بالجودة، وأن تكفل مشاركة القادرين ومختلف قطاعات المجتمع في تكلفة الخدمات الصحية على نحو مستمر ومستدام، وبأن يستمر المشروع لا أن يبدأ تطبيقه لمدة عامين ثم يتعثر مثلما حدث في التجربة الماضية مع تقديرنا لكل الإنجازات ومع كل النتائج الباهرة التي حققها برنامج التأمين الصحي الحالي، لكن نقاط الضعف بدأت تحول دون تقدمه أكثر من ذلك، وبالتالي كانت أهمية الحوار التي تحدث عنها السيد الرئيس من أجل الوصول إلى برنامج التأمين الصحي والتي تحددت في ست نقاط واضحة تدور حول أن التأمين الصحي يجب أن يتم تطوير الهيئة التابعة له لأنها هيئة قوية ولها إطار واضح وتقدم خدمات واضحة وتتميز بمؤهلات واضحة، لكنها تحتاج إلى تطوير وإلى تحسين ولا تحتاج إلى إلغاء. إن تطوير وتحسين هيئة التأمين الصحي من الناحية الإدارية والمالية يأتي على رأس المتطلبات، وفي الوقت الحالي مثلما مرت كل الدول بمرحلة إصلاح القطاع الصحي، فقد تم في مصر تقديم برنامج الإصلاح الصحي في مدة تزيد عن السنوات الخمس، وبدأ بصندوق رعاية صحة الأسرة وكان من المفترض أن يشمل كل المحافظات لكنه بدأ في خمس محافظات على سبيل التجربة، وفي هذه المحافظات بدأ البرنامج بالرعاية الصحية الأساسية وليس الثانوية. أما عن نشر هذا البرنامج، فمثلما ذكر الدكتور سمير بانوب على استحياء أن السياسة المالية الخاصة بهذا البرنامج لم تكن محسوبة، لكنني أؤكد أنها كانت محسوبة وبدأت بالطريقة الصحيحة ولكنها لم تنفذ كما يجب، لأن التجربة معتمدة حتى الآن على المنح وعلى المشروع الأصلي

لإصلاح القطاع الصحي الذي تجب دراسة اقتصادياته لكي يصلح للتنفيذ في التجربة بأكملها وللإستقلالية من النواحي المالية والإدارية، وبالتالي يمكن تطبيقه على جميع محافظات مصر.

إذن، فإنه من الضروري وجود تغطية لجميع المواطنين الذين لا يشملهم التأمين الصحي الحالي بنظام تأميني جديد واستمرار التوسع في إنشاء وحدات الصحة الأولية في جميع المحافظات لأن وحدات الصحة الأولية هي الدعامة الرئيسية لبرامج الصحة، كذلك الحفاظ على الصحة وتطبيق برامج الوقاية ثم البرامج العلاجية، فإذا تم تنفيذ الرعاية الأساسية بالطريقة الأساسية فإنها ستفي بأكثر من 70 % من احتياجات المواطنين، وبالتالي يتم توزيعها جغرافياً بالطريقة الصحيحة التي لا تشمل كل الوحدات الصحية ويتم تشغيلها بنظام طبي سليم لكي تأتي بالنتيجة التي نأمل بها. كما أنه يجب تطوير جميع المستشفيات المملوكة للدولة لأن حجم المستشفيات وعدد الأسرة متوفر، لكنه لا يُستغل كما يجب، وبالتأكيد فإن كل هذه المستشفيات المملوكة للدولة تحتاج إلى تطوير لكي تكون قادرة على تقديم الخدمة بمعايير الجودة المطلوبة. ويجب أيضاً دمج محاور هذا التحرك من هيئة التأمين الصحي في جانب وكل هذه المحاور في جانب آخر في نظام واحد في خلال خمس سنوات. وقد ركز السيد الرئيس في خطابه في سوهاج على الاستفادة من القطاع الخاص، مثلما نقول إننا لا نستفيد كما يجب من المستشفيات الحكومية ولا الأطباء ولكن القطاع الخاص كتلة لا يستهان بها وتجب الاستفادة بها في التطوير أو في الوصول إلى برنامج تأمين صحي. إن مصطلح "تأمين صحي اجتماعي" يعتبر مصطلحاً جديداً في مصر، وهذا المصطلح لفظته منظمة الصحة العالمية وهو ليس اختراعاً محلياً ولا اجتهاداً جديداً، لكنه مُكوّن اعترفت به منظمة الصحة العالمية ونصحت كل الدول التي لها الرغبة في التحول إلى برامج تأمينية أن تتبع المحاور الأساسية له.

ويتميز هذا النظام بست صفات لا بد من توافرها لكي يكون النظام سليماً، وهذه الصفات تؤكد على أن يقوم النظام بعمل تغطية شاملة للمواطنين وأن تكون هناك حرية اختيار مؤدي الخدمة للمواطنين، وأن تكون هناك مشاركة صاحب العمل والمساهمة عند تلقي الخدمة وهي مساهمة مرتبطة بحجم الدخول من جانب الفرد والمؤسسة بحجم الدخل وليس بحجم الاحتياج، كما يجب تجميع الأموال الزائدة في صندوق منفصل لكي لا يتأثر التأمين الصحي بأية مشكلة تتعرض لها الميزانية، وسيتحقق الرخاء عندما يوجد هناك صندوق مستقل له سياسات واضحة وبرامج واضحة ويشترك فيه المجتمع كله لكي يكون في النهاية هو الذي يقوم بتقديم هذه الخدمة. كذلك يجب ألا تعتمد المشاركة على المخاطر بمعنى أنه إذا كان مرتبي مائة جنيه مثلاً فإن ذلك يعني أنه يجب أن أَدفع أربعة جنيهات، ولكن لو مرضت واحتجت لعلاج يساوي ألف جنيه فيجب أن أحصل على هذا المبلغ، إذن، فهنا المشاركة لا تعتمد على المخاطر.

وحول المحاور التي نحن بحاجة إلى التحدث من خلالها، فسوف أقوم بمحاولة ترجمة الشرح المفصل الذي تفضل به الدكتور سمير بانوب إلى واقع ملموس في برنامج الصحة المصري. إن النقطة الأساسية هي توجيه الدعم الحكومي لشراء الخدمة إذا كنا نقول إن نظام التأمين الصحي يعتمد على شراء الخدمة، فإن ذلك يعني أن كل مواطن يؤدي خدمة يتم دفع ثمن هذه الخدمة له، في الوقت الحالي تُدفع هذه الخدمة لكن بطريقة غير واضحة وغير كافية، وتكون النتيجة هي عدم الرضا. لكن يوجه الدعم الحكومي لشراء الخدمة للفقراء، ومثلما ذكر الدكتور سمير بانوب في كلمته أن أفقر الشرائح هي التي تدفع أكثر في الخدمة الصحية. بما يصل من 20 إلى 30% من دخلها على الصحة، وهنا لا توجد عدالة، ولا توجد تلبية للاحتياج كما يجب، ويضطر المريض إلى اللجوء إلى القطاع الخاص والذي قد لا يحصل منه على احتياجه، وإذا كان كل شيء موجوداً في القطاع الخاص، فسوف لا تكون هناك مشكلة، لكن حتى المواطنون المشاركون في برامج تأمينية خاصة في النقابات أو غيرها تواجههم مواقف يشعرون حيالها بالعجز ويبدأون في البحث عن قرار علاج على نفقة الدولة. إذن، فالأنظمة الموجودة ليست كافية لدرجة الاستقلال، ولا بد من إصدار قانون منظم وموحد لكل هذه الخطوات والمحاور التي تحتاج إلى أن تندرج تحت إطار قانوني واضح، لأن الإطار القانوني الحالي لهيئة التأمين الصحي واجهته مشكلات وعثرات لا تُحصى. توجد أجزاء كثيرة في القانون لم يتم استغلالها لكن أيضاً توجد عندنا عدة قوانين تغطي خدمة التأمين الصحي في الهيئة الموجودة حالياً.

إن الفصل بين الإدارة والتمويل وتقديم الخدمة جملة ظاهرة في ثلاث كلمات لكن تحقيقها في الواقع يحتاج بالتأكيد إلى خطوات طويلة جداً، وقد تعودت على أن يتم تقديم مبلغ من المال في بداية كل عام لتشغيل المستشفيات، فليست هناك رقابة، ولا يوجد إطار كافٍ يقيس الجودة مثلما ينظر إليها المجتمع، وهنا يأتي الفصل بين الإدارة والتمويل وتقديم الخدمة، وكل منها مهم جداً، ويحتاج إلى وضع سياسات لتنفيذه، ولكن هذه قاعدة تم الاتفاق عليها من الجميع ولا يجب الخروج عنها، لأنه بعد دراسات طويلة قامت بها دول دخلت في برامج تأمينية منذ مئات السنوات، أشارت النتائج كلها إلى هذه القاعدة. وعن مسؤولية الدولة في تقديم الرعاية الأساسية لكل مواطن، أود أن أشير إلى أنه يوجد جزء خاص بالرعاية الأساسية وهو الصحة العامة وبرامج التطعيم وبرامج تنظيم الأسرة وبرامج السكن الصحي والمياه، ونحن نتحول إلى نظام تأمين صحي يجب أن تظل هذه الجزئية في أيدي الدولة حتى يكون هناك نوع من الاطمئنان إليها. أما عن المؤشرات التي نتحدث عليها، فلا بد من إنشاء هيئة لضمان الجودة وتكون هيئة مستقلة وألا تعمل لدى الحكومة حتى لا تجاهلها، ويجب أن تكون هيئة مستقلة ليكون عندها صلاحيات واضحة لمعرفة من هو القادر على تقديم الخدمة ومن الذي له الحق في الاشتراك في النظام ومن ليس له الحق في الاشتراك فيه. وعن تشكيل كيان تمويلي، أود أن أشير إلى

أن التمويل يجب أن يكون عبارة عن صندوق مستقل منفصل له سياسات مالية واضحة لأنه يحمل بداخله صحة كل المجتمع.

وأود في الوقت الحالي أن أذكر النقاط الهامة، فأنا أختلف إلى حد بسيط مع الدكتور سمير بانوب في إطلاق ما يسميه نقاط ضعف، وأفضل أن أطلق عليها نقاط هامة، وعند التقييم ستتحول مصر إلى نظام تأمين شامل، وأؤكد من جديد على كلمة "ستتحول" والكثير منا يهيباً له أننا سوف ننشئ نظام تأمين صحي ونظل كما نحن، بحيث تعمل الجامعات كما كانت وتستمر مستشفيات وزارة الصحة على الأداء نفسه، على أن تتحمل هيئة التأمين الصحي باقي المجتمع، وإذا حدث ذلك فسوف يحدث انهيار لأن كل العبء الذي تتحمله الدولة يوزع على هذه الأماكن فلا بد أن يصب كل هذا في مجال واحد لصالح الفرد أو لصالح المواطن. إن النقاط الهامة التي نتحدث عنها هي أن 52.1% من المواطنين خاضعون لنظام التأمين الصحي، فإذا تحسنت كل قواعده فسوف يكون عندنا نظام واضح. إن الإنفاق الحكومي على الرعاية الصحية يبلغ عشرة مليارات جنيه، في حين يبلغ الإنفاق الكلي على الرعاية الصحية حوالي خمسة وعشرين أو ستة وعشرين مليار جنيه منها خمسة عشر مليار من المواطن، يعني أن المواطن يدفع جزءاً أكبر من الدولة على الرعاية الصحية، إذن، فإنه يجب على الدولة أن تزيد الإنفاق على الرعاية الصحية، خاصة أن ما ينفقه المواطن يستحق خدمة أفضل وهذه حقائق يجب أن نعرفها، إن الإنفاق الذاتي الذي نتحدث عنه ارتفع في السنوات الأخيرة من 51% إلى 61% أو 62%، أي أنه توجد زيادة مطردة، ولا ننسى ارتفاع تكلفة التكنولوجيا الطبية وتغير الأمراض وما إلى ذلك، كل هذا يؤدي إلى الارتفاع الذي ينفقه المواطن على الصحة، لأنه في العام الماضي ومع انتهاء السنة المالية أنفق حوالي 1.8 مليار جنيه في بند العلاج على نفقة الدولة، وهو بند أوجد نفسه، فقد كان في البداية مخصصاً لكل مريض مطلوب تقديم خدمة له ليست موجودة في مستشفيات التأمين الصحي مما استوجب إنفاق المزيد من المال له للإنفاق على هذه الخدمة، ومن بحاجة إلى علاج يحصل على قرار علاج على نفقة الدولة والتي تنفق في الأساس على مستشفياتها من الموازنة المخصصة لبداية كل عام، فتكون النتيجة أن يصدر قرار العلاج ويتم العلاج في مستشفى حكومي ينفق على المريض من ميزانيته المأخوذة في الأساس من ميزانية الدولة بالإضافة إلى تكلفة الدولة، والحصيلة رغم كل ذلك هي عدم الإرضاء.

وحول تفاوت مستوى الخدمة، أود أن أشير إلى أن كلنا نعيش تفاوتاً في مستوى الخدمة في الأقاليم وفي النجوع وفي القرى وفي الصعيد والتي يكون مستوى الخدمة فيها أقل بكثير من المراكز ومن المحافظات الرئيسية. فعندنا 2 مليون مواطن تمت تغطيتهم بخدمات علاجية على الرغم من أننا لا نستغل القطاع الخاص وإمكانياته كما يجب ولا نستفيد منها وعندنا انخفاض إشغال في أسرة المستشفيات، إذن، فنحن عندنا أسرة بعدد كافٍ ولا نحتاج إلى بناء مستشفيات، كما تتوفر أعداد

كافية من الأطباء، ولكن من الممكن العثور على وحدات مغلقة لأن الطبيب غير متواجد في الصباح، وفي المساء يعمل في عيادته الخاصة، إذن، أؤكد على أن التوزيع الأفضل للأطباء بالتأكد يساوي خدمة أفضل.

إن المرحلة الأولى من مشروع إصلاح القطاع الصحي انتهت ولا بد من أن يكون تقييمها واضحاً لكي تكون الاستفادة منها في تعميم هذه التجربة. لقد تحدث الدكتور سمير بانوب عن التحديات بمنتهى الانطلاق، ولا أريد أن أكررها ثانيةً لأنها واضحة، وهي الملخص للوضع الحالي للخدمة الصحية، إن نسبة 25.1% تخضع للتأمين الصحي تحت خمسة أو ستة قوانين، ونحن نحتاج إلى دمج هذه القوانين في قانون واحد، وفي الوقت نفسه يوجد 2 مليون مواطن يشكلون نسبة بسيطة، ولكن يخضعون إلى عدة أنظمة مثل تلك التي تتواجد في النقابات وفي الجيش وفي الشرطة وفي بعض الجامعات وما إلى ذلك، إن 48% من المواطنين لا يخضعون لنظام تأميني حيث يحصلون على خدماتهم العلاجية بأشكال مختلفة من مستشفيات حكومية ومن برنامج إصلاح صحي ومن برنامج علاج على نفقة الدولة ومن أنظمة مختلفة تكرارية، وفي النهاية تكون الحصيلة غير مرضية، إذن، فإن هناك 48% يحتاجون إلى نظام التغطية، كما تحتاج الهيئة إلى إدماج أنظمتها في نظام واحد يتبع قواعد واحدة، وتتنوع هذه القواعد بين قانونية ومالية وإدارية، على أن يدمجوا في نظام التأمين الصحي الشامل الذي يغطي كل المواطنين، وفي هذه الحالة من الممكن أن نتحول إلى نظام للتأمين الصحي، فأى نظام تأمين صحي يجب أن يكون متغيراً وهذه قاعدة يجب أن نعرفها جيداً لأنه يعتمد في أساسه على متغيرات، وهذه المتغيرات تكون في الأمراض وفي تكلفتها. ومن أهم مشكلات التأمين الصحي الحالية أنها منذ الوقت الذي بدأت فيه لا شيء يتغير، فقد بدأت بزيارة الطبيب للمنزل بتكلفة تبلغ خمسة وعشرين قرشاً إلى يومنا هذا حيث وصلت إلى جنيه، وهناك قواعد لا تتحرك مثل تغيير التكلفة مما نتج عنه وجود عجز متزايد سنوياً. إن القوانين متعددة، وكل فرد في التأمين له تغطية مختلفة، وبالتالي له طريقة مختلفة في المعاملة، فمثلاً في برنامج الطلاب الذي أُقيم مؤخراً وهو من أنجح البرامج ذكرت به بعض القواعد مثل المساهمة عند تلقي الخدمة، وأن الطلاب في الأساس مرحلة عمرية تتميز بأن احتياجاتها الطبية غير مرتفعة، وأن قواعده تلافت جزءاً كبيراً من القوانين السابقة، وعلى الرغم من نجاح هذا البرنامج فإنه ليس ناجحاً بالدرجة التي يمكن أن تساعد على إنجاح باقي البرامج، ومع ذلك تم الاعتماد عليه وتمت الاستعانة بالمال الموجود في برنامج الطلاب للاستفادة به في البرامج الأخرى مما تسبب في معاناة الجميع.

عندما نتحدث عن نظام التأمين الذي يتم الإعداد له حالياً وفقاً لبرنامج الرئيس الذي يجب أن ينتهي في خلال السنوات الخمس القادمة، نقول إن الهيكل العام واضح للبدء في تطبيق نظام يبعد

عن شبح فشل الأنظمة، ونحن أقرب إلى برنامج المملكة المتحدة، لأنه يعتمد على مساهمة الدولة إلى حد كبير، والمال في هذا البرنامج يأتي من الموازنة العامة، وجزء صغير جداً لا يتعدى نسبة 15% يعتمد على القطاع الخاص، إلا أننا نحتاج إلى التمويل وإذا تم تجميع التمويل الحالي بطريقة سليمة وإعادة صبه في وعاء واحد، فإنه بالتأكيد سوف يؤدي بطريقة أفضل مما يؤديه في الوقت الحالي. إن مؤدي الخدمة لا يقلون عن عشرين جهة تعرفها وزارة الصحة التي تحتوي وحدها على ست عشرة أو سبع عشرة جهة غير الشرطة والجيش والجوامع والكنائس والجمعيات الأهلية وغيرهم، فلا بد من تحليل وضعهم لأنه عند دخولهم إلى نظام التأمين الصحي، فإنه يتم تحضيرهم لأن يستكملوا المعايير التي يحتاجونها من الجودة ليكون النظام مصدر جذب لهم. ويهدف نظام التأمين الصحي بشكل عام إلى الوصول إلى الإتاحة، بمعنى أن يتمكن كل مواطن من الوصول إلى خدمة يستطيع الوصول إليها، وأن يكون لكل مواطن بعض الخيار لاختيار الخدمة أو الأماكن التي سوف يؤدي فيها الخدمة، كما أن إدارة النظام نفسه سوف تصطبحننا إلى نظام إلى حد كبير شامل يختلف عما تعودنا عليه.

هذا هو تطور السياسات التي بدأت منذ عام 2002 بوضع إستراتيجيات تهدف إلى تحسين سياسات الرعاية الصحية للصحة الأولية، والتي بدأت ببرنامج إصلاح القطاع الصحي، ومن المفترض أنه سيعاد تصحيحه بعد أن تم تقييمه لكي يعمم. ويجري الاهتمام بالصحة والسكان ومشكلات الفقر في إطار من الخطة العامة للدولة التي تبدأ بالأفراد حول أو تحت خط الفقر، وفي مسألة الصحة ومتطلباتها يكون حد الفقر المقصود هو حد الاحتياج. إلا أن إعادة هيكلة القطاع الصحي تجعل كل مقدمي الخدمة يدخلون في هيكل واحد، وألا يكونوا مجموعة هياكل تتميز بالتكرارية. وهنا نذكر اقتصاديات سياسات إصلاح التأمين الصحي الشامل، إذ إن الدراسة التي قام بها الحزب وتقدمت بها لجنة الصحة به تعتمد على التقييم الأولي للهيئة القومية للتأمين الصحي، وتحديد نقاط العجز في التمويل والذي نتوقعه في تحسين الخدمة وتنمية زيادتها بنسبة 20% للمجموعة التي ستشترك وبنسبة 20% زيادة لتحسين الخدمة يعني 40%، ومع هذا التصور المبدئي كانت هناك الموارد الموجودة بزيادة بسيطة لها القدرة على أن تصل بنا إلى نظام صحي اجتماعي شامل وتنطبق عليه الجودة وتنطبق عليه كل المعايير التي نأمل فيها.

وحول ما نحتاجه وما الذي يتم العمل عليه في الوقت الحالي، أقول إن مجلس الصحة الموجود بالفعل على الرغم من أنه لا يعمل ولا حتى يجتمع، إلا أنه يجب أن يكون هناك مجلس يضم كل الـ Stakeholders أو المعنيين، وبالطبع في الصحة إننا جميعنا معنيون، ولا بد من تأكيد دور مجلس الصحة ووضع إطار مفاهيم جديدة له بحيث تغطي مظلة التأمين الصحي كل المجتمع وأن يتغير النظام

المؤسسي على المستوى الإقليمي وعلى المستوى القومي، على أن يتم عمل برامج تطوير ممارسة المهنة الطبية، لأن الأخطاء بما غير مقبولة من الأصل إلا أنه عندما يحدث خطأ يتضخم حجمه جداً، وهذا لا يجعلنا ننكر أننا نحتاج إلى إصلاح مالي ونحتاج إلى عناصر لمراقبة الجودة. ومن خلال برنامج تأمين صحي يتغير دور وزارة الصحة نفسها، لأن وزارة الصحة من المفروض أنها تتحول إلى وزارة تقدم مقترحاً للقوانين التي تغطي بها الشعب لأنها مسؤولة دستورياً عن صحة الشعب، ومسؤولة عن متابعة التنفيذ ومسؤولة عن الجودة وعن الإشراف عليها، ومن الممكن أن تكون إلى حد ما مسؤولة عن الطوارئ والكوارث والصحة العامة وبرامج التطعيم الهامة جداً. ومن هنا أشير إلى ضرورة تشكيل كيانات مستقلة لا تخضع لأي جهة حتى لا تنهار، على أن تقوم هذه الكيانات المستقلة بتجميع الأموال، وتخصص الأموال لمجالات الصحة المختلفة، وبعد ذلك تشتري هذه الكيانات الخدمة بصورة تعاقدات، وفي الدول الخارجية تأخذ هذه التعاقدات عامين لكي تضع نظاماً لها.

إن ما نحتاج إليه بالفعل هو معرفة البدائل أو التساؤلات فعلى مستوى التمويل، نتساءل من الذي سوف يمول وكيف سيتم جمع الاشتراكات وما هي أسس المساهمة وما هو الهيكل القانوني والإداري لمسدد الخدمة وكيف يتم توزيع المخاطر المالية وآلية سداد الخدمة؟ كل هذه أسئلة مهمة في التمويل ويجب الاتفاق على إجابات لها، إن البدائل المطروحة قابلة للنقاش، وأول سؤال هو من الذي سوف يمول؟ وأقول إن التمويل يجب أن يأتي من الحكومة كنسبة من صاحب العمل ونسبة من المواطن نفسه ونسبة من الفرد الذي يعمل ونسبة من الفرد الذي لا يعمل، هذه هي مساهمة الفرد عند طلب الخدمة، وهي أيضاً مصادر التأمين الموجودة، بعد ذلك يأتي سؤال كيف نبدأ؟ وما الذي سوف يأخذه هذا التمويل؟ وما الذي سوف يغطيه؟ فهذا هو ما يجب الاتفاق عليه عند ظهور الدراسة التي ستحدد أن المجتمع منقسم إلى مراحل عمرية، ومن هنا يمكن تحديد العبء المرضي والأمراض الموجودة حسب المحافظات، وبالتالي يتم تحديد حزمة الخدمات. وحول سؤال هل النظام التأميني سيغطي كل شيء أم سيغطي حزمة خدمات أساسية تغطي كل احتياجات المواطنين، أقول إن الجزء الإضافي هو أن تكون هناك طريقة تغطي من صندوق المخاطر لمن يحتاج مثلاً زرع كبد أو زرع نخاع، بمعنى من يحتاج شيئاً مكلفاً.

وحول كيفية جمع الاشتراكات، فإن لها طرقاً مختلفة حيث يتم جزء عن طريق الضرائب وجزء عن طريق المشاركة في التكلفة، وهذا البرنامج من أكثر البرامج المطبقة في إنجلترا، فمن يدخل البرلمان يجد أن رئيس الوزراء يشرح للأعضاء السبب في طلب زيادة سعر السجائر بنسبة معينة، ويتم كذلك الدفع مقابل الممارسات الضارة وما ينتج عن مصانع الأسمنت، حيث تأخذ منها كل الدول جزءاً لصالح الرعاية الصحية للمواطنين.

وحول أسس المساهمة، أقول إنه يمكن الاتفاق عليها إذ إنها سوف تأتي من التمويل المباشر لأن الحكومة تدفع حصتها في الصندوق، وسواء الشركة أو العامل فإن الجهة تدفع حصتها، ومن الممكن الاتفاق على التفاصيل، ومن السهل جداً أن نصل إلى اتفاق، ولكن يجب أن يكون هناك هيكل قانوني، بمعنى أنه مثلما يحدث في إنجلترا حيث يتم تشكيل مؤسسات وهذه المؤسسات هي التي يتم التعاقد معها، لأن وزارة الصحة لا يمكن أن تتحول إلى مشرف لأنها لن تكون مُقدم الخدمة، ولن تكون متواجدة في العيادة الصحية، فهذه إذن من النقاط التي يجب الاتفاق عليها. وتتوزع المخاطر عن طريق وجود آلية سداد قيمة الخدمة لمقدمها، ففي الأصل يكون مُشترى الخدمة هو جهة التعاقد وهو جهة المراقبة، وهنا يجب التنسيق مع الجهات المسؤولة عن متابعة الجودة وحماية المواطن مع الجهة المُتعاقد معها تضمن حقوق الطرفين. إن مؤدي الخدمة، مثلما كان الدكتور حمدي السيد يذكر دائماً في جميع المناسبات أن نظام التعاقد في التأمين نظام سُخرة، وأنه من الممكن تقديم الخدمة ناقصة، وهذا يأتي على حساب الجودة، فلا بد من إعادة النظر في تسعير الخدمات دورياً، والسؤال هو من الذي يملك مُقدمي الخدمات الصحية ومن الذي يديرها وكيف لنا أن نضمن تدفق الأموال؟ والإجابة مطروحة بتصور تشكيل مجلس أعلى للتسعير، وإعادة النظر في الجهات التي يدعها مُقدمو الخدمات الصحية إذا كان منها جزء حكومي أو قطاع خاص أو كيان محدد، فهناك قواعد للشراكة بين القطاع الخاص والقطاع الحكومي أمام التأمين الصحي وطريقة إدارته وإدارة تدفق الأموال، وبعد ذلك كيفية ضمان الوصول إلى الخدمات وهذا يستلزم وجود قاعدة بيانات لأن مثلاً إذا كان المواطن أصلاً من الأقصر وسافر إلى القاهرة وأصيب في حادث، لا يمكن أن نطلب منه العودة إلى الأقصر لكي يُعالج، فلو عندنا قاعدة بيانات كافية ونظام إداري واضح، فإن ذلك بالتأكيد سوف يسهل جداً للطرفين تأدية الخدمة، وهناك قواعد لمعرفة حرية الاختيار في أي مجال سواء من داخل المحافظة نفسها أو على مستوى البلد بشكل عام، فهناك الخريطة الصحية التي تُحدد أن هناك الرعاية الأساسية ثم نظام إحالة إلى الرعاية الأعلى الثانوية أو المهنية، وعندما يتضح كل ذلك فسيسهل الأوضاع على جميع الأطراف.

وحول إدارة النظام ووضع السياسات، أؤكد أن نظام التأمين الصحي ينظر إلى صحة المجتمع، فلا يمكن حتى مع استخدام القطاع الخاص ومع اتساع رقعته، لا يمكن أن تخرج الدولة مسئوليتها عن هذا النظام، وسيكون بالتأكيد في صورة وزارة الصحة لأن من يضع السياسات الصحية هو وزارة الصحة والسكان لأنها الجهة المسؤولة التي تقوم بتقديم السياسات إلى البرلمان، وهو الذي يوافق ويعتمدها، وفي مجلس الشعب يكون كل الشعب مُمثلاً لوضع السياسات الصحية والموافقة عليها.

أما عن إدارة وتنظيم قواعد عمل ممالي الدفع ومقدمي الخدمة، فإنني أود أن أشير إلى ضرورة وجود جهات معتمدة ومسئولة ومنفصلة عن جمع الأموال والتعاقد، وجهات تمثل مؤدي الخدمة على مستوى الأطباء وغيرهم، أي كيانات، كيان كبير ليضع المال، فيقوم بعمل تعاقدات مختلفة على مستوى المستشفيات أو على مستوى الأطباء للرعاية الأساسية والعيادات الخارجية، وكل هذا ليس اجتهاداً، ولكنه خلاصة أنظمة دول كثيرة بدأت بتطبيق نظام تأمين صحي منذ سنوات طويلة. وقد تمت دراسة الواقع الحالي لنظام الصحة في مصر وأقرب الطرق التي تساعد مصر على سرعة التحول إلى نظام تأميني، وقد شاهدنا اليوم في الأخبار استبيان يتم إجراؤه على مستوى المواطنين، وكل هذه الخطوات وغيرها تمثل مرحلة مهمة للنظام الذي نستطيع أن نتحول إليه ليكون بداية، ونحن نرى أنه في إنجلترا يتم تجديد نظام التأمين الصحي كل عشر سنوات لكي ترضي المواطن وتؤدي الخدمة المسئولة عنها.

يحيى حليم زكي:

نشكر الدكتورة مديحة خطاب على هذا الاستعراض القيم، وقد تميز الحديثان اللذان سمعناهما بالوضوح الشديد، وبعرض الحقائق دون استحياء، وبالكشف عن فكر جديد ونظام جديد دون أية مصلحة إلا مصلحة المواطن بشخصه لأن أهم ما يمتلكه أي فرد هي الصحة والإنسان الذي لا يتمتع بصحة جيدة سيكلف أكثر، ومن الممكن ألا يكون في مصاف المقاييس الدولية المنتجة، وكما ذكر الدكتور سمير بانوب في وضوح أن تدخل السياسة في النظام التأميني يُفشل هذا النظام، كما رأينا وضوح الدكتورة مديحة خطاب وهي تعرض لفكر الحزب الوطني، هذا الوضوح هو الذي يُنصح النظام، وليس من الحكمة أن نكون أكثر من سبعين مليون شخص، وليست عندنا القدرة على أن نراعي صحتنا بأنفسنا.

وأول المداخلات ستكون للدكتور حسن عبد الفتاح الذي أدار التأمين الصحي في مصر لسنوات طويلة.

حسن عبد الفتاح (طبيب وهو المدير السابق للتأمين الصحي في جمهورية مصر العربية):

أشكر العالم الجليل الدكتور يحيى حليم زكي على دعوتي لهذه الندوة، كما أنني لا أنسى ما حصلت عليه من تدريب متميز على يد الدكتور سمير بانوب منذ عشرة أعوام، والذي كان له أثر حاسم كبير على عملية إدارتي للتأمين الصحي، كما أشكر الأستاذة الدكتورة مديحة خطاب والتي شرفتنا بأدائها في المجالس القومية المتخصصة.

لقد عملت في التأمين الصحي لمدة خمسة وعشرين عاماً، وأنا أوافق على ما قاله الدكتور سمير بانوب وما قالته الدكتورة مديحة خطاب والذي يمثل قمة السياسة التأمينية التي نسعى إلى تحقيقها في مصر، ومنذ عشر سنوات كنت أحد رؤساء اللجان التي قررت نظام الإصلاح الصحي في مصر، وكنت مسئول اللجنة المالية مع خبراء البنك الدولي والمجموعة الأوروبية، وانتهينا إلى كثير من هذه المبادئ التي ذكرتها الدكتورة مديحة خطاب وهي مبادئ صالحة تماماً للتطبيق على المجتمع المصري. لكن عندي محاذير، وهي: أولاً التأكيد على أنه نظام تأمين صحي اجتماعي، وهذه نقطة هامة جداً لأن عدم التأكيد على ذلك سيُنشئ نظامين: نظام تأمين صحي للأغنياء عالي الجودة، ونظاماً آخر للفقراء منخفض الجودة. وفيما يخص عملية التمويل، فليس من السهل تمويل أكثر من سبعين مليون مصري بنظام للتأمين الصحي، وأقترح القيام بعمل خليط من النظامين المطبقين حالياً، إلى أن نصل إلى الدرجة الكاملة وهي تأمين صحي شامل على جميع الناس. حالياً عندنا نظامان، نظام يعتمد على الضرائب ونظام آخر تمويله من الاشتراكات. ومن الممكن أن نبدأ بهذين النظامين معاً، إن مصدر الضرائب يؤدي تمويله ومصدر الاشتراكات يؤدي تمويله، ثم بعد ذلك يتلاقى هذان النظامان بعد خمسة أو ستة أعوام ولاسيما أن العلاج على نفقة الدولة يتكلف ملياراً ونصف جنيه، وأن إضافة هذا المبلغ لهذا التمويل سيكون شيئاً جيداً جداً، إن إنجلترا تتبع الآن كما نعلم النظام المطبق على النظام الضرائبي Tax Based وتتبع دول أخرى نظام Premiums أو الاشتراكات ... وهكذا.

كذلك، إن التكافل الاجتماعي في داخل صناديق التأمين الصحي هو الثروة الوحيدة التي اكتسبت حتى الآن، وقد كنت رئيس صندوق التأمين الصحي لسبع سنوات، وأعلم أن التكافل الاجتماعي داخل الصندوق هو أفضل النظم الكفيلة بعمل التوازن في التمويل والتوازن في تقديم الرعاية الصحية، لكنني ألاحظ أن التصريحات الآن مختلفة، فقد تم دعم الفرد غير القادر وأن يذهب هذا الفرد للضمان الاجتماعي ويقوم بإصدار بطاقة، ولكن القادر سيدفع النسب المقررة في القانون، وأود أن أنوه عن أن نُظم التأمين الصحي نُظم تكافلية تدعم النظام وليس الفرد، ولا يمكن اختيار أفراد من المجتمع المصري ويتم دعمهم، والباقيون الذين لا ينطبق عليهم أنهم غير قادرين يجب عليهم دفع الاشتراكات حسب المستويات التي ذُكرت، لأن السيد وزير الصحة نوه أمام السيد الرئيس أن هناك البوليصة المسماة Basic Benefit Package، بمعنى أن من يدفع أكثر يأخذ البوليصة الأكبر وقد اندهشت من هذه الكلمة، فهذه الكلمة "البوليصة" لها استخدام شائع بين التجار. وفي مصر يوجد 60% من الفقراء، ومن الممكن أن يكون عند الشخص سيارة خاصة وأولاد في مدارس، لكن عندما تُفاجئه مشكلة صحية يصبح فقيراً ويحتاج إلى المساعدة، وذلك لأن تكلفة الرعاية الصحية مرتفعة جداً، إذن، فإن مسألة Basic Benefit Package تحتاج إلى إعادة نظر ومسألة المزايا بالنسبة للتكاليف تحتاج إلى إعادة نظر أيضاً.

من الممكن أن تكون اللامركزية في الصناديق، وليس بالضرورة أن تكون في الإدارة فقط، فمن الممكن أن يكون هناك صندوق صحي لمحافظة بورسعيد وهي محافظة غنية والحالة المالية فيها جيدة، ومن الممكن أن تقوم بإنشاء صندوق تأمين صحي خاص بها، ومواردها متاحة أكثر من محافظة القاهرة، فمن الممكن الاستعانة بالرسوم التي تحصلها المحافظات لإنشاء صندوق خاص بها يحتوي ما يكفي من الأموال، ومن الممكن أن يساعد بها صناديق التأمين الصحي، وليس من الضروري أن يكون هناك نمط واحد على مستوى مصر بحيث تكون هناك محافظة تكاليفها أقل ويكون تمويلها أعلى ويكون النظام بها أفضل، مع الوضع في الاعتبار التنافس الوارد بين المحافظات.

وعن النظم الصحية، ذكر السيد وزير الصحة أنه قام باستشارة شركة وينتظر نتائجها في أكتوبر ونحن نتظر في أكتوبر رأي شركة ماكينزي عن النظام الصحي في مصر، وقد أعجبت جداً بما قاله الدكتور يحيى حليم زكي والدكتورة مديحة خطاب عن أن النظم الصحية لا تُستورد، لأن الأستاذ الخبير في إنجلترا وأمريكا لم يرَ بعد كفر البلاص ولم يرَ الفلاح، فعندما يأتي إلينا ونصطحبه في زيارة إلى القرية لا يرى فيها إلا الوحدة الصحية التي يبدي رأيه فيها، ثم يُغادر بعد ذلك دون القدرة على استيعاب الموقف، إذن فإن النظم الصحية لا تُستورد، ويجب أن تنبع من صميم الشعب المصري ومن صميم الخبراء المصريين، لأننا بالفعل نملك في مصر الكفاءات والخبرة الكبيرة والعميقة.

وحول بناء المستشفيات فقد صرح وزير الصحة من أسبوعين أنه سيُنشئ خمسين مستشفى لكي تدخل في النظام الجديد، وأتساءل كيف سيحدث ذلك مع تصريحاته الدائمة بعدم إنفاق أموال، وأنا لست ضد الوزير، ولكنني أرى أننا يجب أن نقف قليلاً لفحص تصريحاته، وأتساءل كيف يتم بناء خمسين مستشفى ويتم إنفاق كل هذه الأموال في وقت نحتاج فيه إلى التعاقد مع القطاع العام والقطاع الخاص، وحول فصل التمويل فقد كنت آنذاك مسئول اللجنة التي أقرته في عام 1996، وأوافق عليه، لكننا نحتاج إلى مراجعة تجارب الدول الأخرى. وفي تشيكوسلوفاكيا تم اتباع هذا النظام بنجاح محدود، وفي فرنسا 70% من الأسرة التي تعاقدها عليها التأمين الصحي أسرة حكومية وعمامة. وهناك أيضاً فكرة الشركة القابضة Holding Company لكي تدير المستشفيات والعيادات، وهذه الشركة يطلق عليها من ليس لهم علم بالاقتصاد "مخصصة"، وأكرر مرة أخرى أن لا خصخصة في التأمين الصحي لكن Holding Company يتم التعبير عنها بكلمة "مخصصة"، والسؤال هو هل سيكون هناك مفهوم جديد للخصخصة؟ إن الخصخصة ليست بالضرورة بيع الممتلكات، ولكنها نوع من الإدارة الاقتصادية.

إن التأمين الصحي الحالي قابل لمشكلات كثيرة، وكلنا نعترف بها، وكما ذكر الدكتور سمير بانوب أن ميزانية التأمين الصحي الحالي 2 مليار، ولكن ليصل التأمين الصحي إلى الجودة يجب أن يصل إلى 12 مليار. وقد قمت بدراسة منذ ثلاثة أعوام فوجدت أن اشتراكات أصحاب المعاشات

تغطي 19% فقط من التكلفة و 81% من اشتراكهم لا تغطي التكلفة، إن القانون رقم 32 الخاص بالعاملين في الحكومة يقر اشتراكات تغطي 45% فقط من التكلفة، إذن، هناك 55% فقط من التكلفة ديون لهذه الفئة، وهنا قيمة التنظيم للتكافل الاجتماعي والتكافل الاجتماعي داخل الصناديق.

يحيى حليم زكي:

نشكر الدكتور حسن عبد الفتاح لأنه من الأفراد الذين ساهموا في إنشاء التأمين الصحي وحضوره اليوم يثرينا.

سمير بانوب:

أود أن أعلق في البداية على ما قاله الدكتور حسن عبد الفتاح، بالنسبة للخلط بين النظامين فإن هذا هو الواقع، فهناك النظام السائد وهو التأمين الصحي على أساس الـ Employments، فهذا النظام يشبه ما يحدث في أغلب الدول الموجودة في أوروبا الغربية فيما عدا المملكة المتحدة لأنها تعتمد على تأمين شامل من الخزانة ليس له Base Insurance. والموجود في مصر حالياً هو النظامان، لكن الحكومة لن تتخلى عن دورها في كونها تغطي الخدمة ولكنها لن تقدم الخدمة، فمن خلال الصناديق ومن خلال الممولين للخدمة سوف تتم تغطية الفئات التي ذكرها الدكتور حسن عبد الفتاح، وبالنسبة لموضوع اللامركزية، أعتقد أنها أفضل نظام لإدارة الخدمة.

وحول موضوع بناء المستشفيات، يوجد لي مقال نُشر في الأهرام الاقتصادي يتحدث عن ترشيد بناء المستشفيات، وقد ذكرت هذا الموضوع بوضوح وهو أن بناء المستشفيات به جزء من الزيادة السياسية حيث يأتي كل نائب ومعه قائمة بالمستشفيات التي سوف تُنشأ، وتحت ضغط الحكومة تُبنى مستشفيات وتكون النتيجة هو كونها عبارة عن هياكل بنائية مثلما نعلم جميعاً. وحول مسألة الخبراء أقول إنه يوجد مثل في الاستشارة يقال فيه إن الخبير الأجنبي الذي يستعير ساعتك لمعرفة الوقت لا يسترجع الساعة في بعض الأوقات.

عادل أبو الخير (طبيب جراح):

أسأل الدكتور سمير بانوب والدكتورة مديحة خطاب ما إذا كان التأمين الصحي لجميع أفراد الشعب معناه أن يشترك الأفراد إجبارياً مع الحكومة؟ أم أن هناك شيئاً آخر؟ وكيف تتم الاستفادة بالقطاع الخاص؟

سمير بانوب:

عندما يطبق التأمين الشامل يجب على كل فرد أن يدخل تحت مظلتها التي يختارها مثل التأمينات الاجتماعية، ففي ألمانيا، يكون الأفراد المعافون من هذا النظام هم الأفراد الذي تزيد دخولهم عن ما يعادل 90 ألف دولار في السنة، فالدولة لا تقلق على الغني لكن التكافل الاجتماعي وفكرة نشر المخاطر يجب أن تكون موجودة، وبالطبع فإن القطاع الخاص له دور كبير في التعاقد والتنافس مع القطاع العام، كما قامت إنجلترا بتغيير نظامها بأن جعلت الـ District Health Services تشتري من القطاعين العام والخاص على أساس التكلفة والجودة.

محمد محمود حسين (مدير إدارة شركة أخشاب):

هل يستطيع طبيب التأمين الصحي وصف روثة علاج صحيحة ومرتبطة بجدول محدود للأدوية؟

سمير بانوب:

الجدول ليس محدوداً، إن السلطة في من الذي يكتب وماذا يكتب؟، والتكلفة الكلية للروثة مقيّمة للحد من الإهدار، فهذا الموضوع طويل ويحتاج إلى مجهود وتعديلات كثيرة منها تثقيف الأطباء أنفسهم وتثقيف الجمهور، وبالنسبة للأدوية البديلة فإن الصيدلي من حقه أن يعطي الـ Generic، ولكن على أساس أن الـ Generic مراقب جيداً على خط الإنتاج الذي يعطي المادة الفعالة، فالصيدلي مجبر على أن يعطي الـ Generic، وهناك بعض الأنظمة التي تتبع إذا أراد الشخص الـ Generic الأصلي فإنه سيدفع 30%، وعليه الاختيار، ولكن يجب أن يكون البديل مراقباً من ناحية الجودة.

رشا عمر محمد:

ما هي وجهة نظر الدكتور سميير بانوب في مسألة أن عملية الإصلاح في التأمين الصحي في مصر لها علاقة وثيقة بإصلاح النظام الاجتماعي والاقتصادي للدولة على وجه العموم ولها علاقة إنسانية بهذا على وجه الخصوص؟

سمير بانوب:

لقد تضمن السؤال الإجابة، إن الإصلاح الاجتماعي والاقتصادي يقلل المعاناة ويرفع الدخل وهذا الدخل يدخل كاشتراكات في النظام الصحي ويدعمه أيضاً.

محمد الكزنا:

لماذا لا يعتمد نظام الطب المتكامل الشامل في العلاج الذي أثبت فاعليته في مصر وخارجها وفي وزارة الصحة حتى يفَعَل استخدامه في التأمين الصحي.

سمير بانوب:

لا أعرف المقصود من أن الطب المتكامل الشامل هو أساس العلاج؟ هل المقصود هو العلاج البديل أو الطب الشعبي؟ إذا كان هذا هو المقصود أقول إن الطب الشعبي وارد وموجود في أغنى الدول، بشرط مراقبة الجودة وثباتها والبعد عن الدجل، وفي الوقت نفسه أن تكون تكلفته أقل، لقد أقيم منذ عامين مؤتمر في منظمة الصحة العالمية، وكان هناك ممثلون من حوالي عشرين دولة، ومن دول آسيا تتبع هذا النظام بطريقة جيدة، فهذا النظام له فوائده وله محاذيره أيضاً.

مديحة خطاب:

رداً على الدكتور عادل أبو الخير حول ما إذا كان التأمين الصحي الشامل يحتاج إلى وجود عدد كبير من العيادات الشاملة الحكومية أقول إنه بالنسبة للعيادات الصحية الشاملة، فإنه يجب أن تنطبق عليها المواصفات، لأنه من الممكن أن تكون موجودة في الأماكن الحكومية وتُستغل ومن الممكن أن تكون موجودة في الأماكن الحكومية وتحتاج إلى إضافة، ولو توفرت هذه الإضافة في القطاع الخاص فلا داعي لأن تبني الحكومة هذه العيادات وتهدر المال في عملية البناء، لكن من الممكن وضع الاشتراطات والرقابة عليها وهي تستغل كل الإمكانيات.

خالد زهران :

أتساءل عن مسئولية الدولة عن تقديم الخدمات الأساسية.

مديحة خطاب:

بالطبع إن مسئولية الدولة عن توفر كل مقومات العلاج والوقاية الصحية مسئولية دستورية وليس فيها نقاش، أما من الذي يقدم الخدمة، فمن الممكن أن نستغل كل مُقدمي الخدمات، لكن هذا لا يعفي الدولة من مسئولياتها عن صحة المواطن، حتى كل الدول التي تستخدم أنظمة خاصة مثل الولايات المتحدة، فالنظام كله خاص وتكلفته عالية جداً، كما أن عندهم ما يقرب من أربعين مليون مواطن أمريكي غير مُغطى بنظام التأمين الصحي، المهم أن يضمن النظام في النهاية الوصول إلى أفضل

صحة للمواطنين، ونحن في مرحلة تقتضي أنه حتى لو تحول النظام إلى نظام تأمين صحي شامل، فإنه يجب على الدولة أن تحتفظ برقابتها وبتقديمها الجزء الأكبر من الرعاية الأساسية إلى أن يستقر النظام ويدخل تحت مظلته باقي مُقدمي الخدمة، فإذا دخل في جزء الرعاية الأساسية في البداية جزء بسيط من القطاع الخاص فإنه بالتأكيد لن يشكل الجزء الأساسي، لأن المسؤولية ستستمر إلى حد كبير مسئولية الدولة وهذا رأي الخاصة.

ماجدة عبد الراضي:

لماذا انتشرت الأمراض السرطانية في مصر؟

مديحة خطاب:

إن الأمراض السرطانية لم تنتشر في مصر أكثر من المعدلات العالمية، لكن عندنا مشكلتين في الأورام إحداهما التشخيص المتأخر إلى حد ما وهنا لا بد أن يكون من ضمن البرامج الوقائية الكشف المبكر على الأورام ومنع المسببات التي تزيد من نسبة حدوث الأورام وهذا جزء أساسي، والجزء الآخر هو العلاج ببرامج وبيروتوكولات علاجية وهذا يجب أيضاً على السؤال الخاص بالطب البديل المقرون بالدليل، يوجد في الطب الآن ما يسمى بالـ Evidence base، فإذا كان هناك دليل يثبت صحته إذن فهو يعتبر خطأً يعتمد عليه ويُستخدم في العلاج ولا تكون فيه اجتهادات كثيرة.

متحدث لم يذكر اسمه:

العلاج على نفقة الدولة لماذا لا يتوافر فيه عنصر الوقت لأن هناك عمليات تحتاج إلى عنصر السرعة لخطورتها؟

مديحة خطاب:

نعم بالطبع، لأنه لا بد أن يتوفر في العلاج عنصر الوقت، فهذه هي معايير الجودة التي نتكلم عنها، فعندما يصدر القرار يذهب المريض إلى المستشفى، وعندما ينتهي القرار يحدث أن يقوم بمد مدة العلاج وهو ما يزال مريضاً في المستشفى، فمن الضروري أن تكون هناك معايير تحدد فترة إقامته في المستشفى ومراقبة الفاتورة لأنه بهذه الطريقة يسيء استخدام المكان ويحاسب من النظام المشرف على الجودة والمشرف على التعاقدات. وبالنسبة للشركات، لاحظت أنها في تقدم فيما يخص التأمين الصحي، أما بالنسبة للذين يشغلون وثنائى بالعقود فإنهم يتمتعون الآن بالتأمين الصحي الكامل من اليوم الأول.

نبيل (لم يذكر المتحدث باقي الاسم):

درهم وقاية خير من قنطار علاج.

مديحة خطاب:

نعم بالطبع، لذلك فإذا تمت الرعاية الأساسية بطريقة صحيحة فإنها سوف تغطي أكثر من 70% من الاحتياجات الصحية، ومن المهم جدًا إجراء فحوصات طبية للعاملين ولكل المواطنين في مجال صناعات المواد الغذائية، ونرى اليوم في الدول المتقدمة وضع برامج للوقاية من السممة لا تسعى وراء الرشاقة والجمال ولكن إلى الصحة وتجنب آثار السممة، وأيضًا برنامج الوقاية من التدخين وبرنامج الوقاية من السكر وغيرها، وكل هذا يهدف الحفاظ على صحة المجتمع، وبالتأكيد كل هذا يدخل تحت برامج الرعاية الأساسية، ليس من المفروض أن أجيب نيابةً عن السيد وزير الصحة ولكنني أتصور أنه فيما يخص بناء المستشفيات فهناك خريطة للصحة، ومن المفروض أن لكل خمسمائة أسرة مركزًا، ووفقًا للخريطة الصحية هناك تكديس في أماكن ونقص في أماكن أخرى، وما أقوله تمت الموافقة عليه من قبل الحكومة ومن السيد وزير الصحة الدكتور حاتم الجبلي، ولكن في بعض الأوقات يحدث أن تصدر بعض التصريحات بطريقة تعكس المعنى المطلوب منها، وقد قيل إن هناك خمسين مستشفى، فمن الاحتمال أن تكون هناك مناطق تحتاج إلى مستشفيات، أما في النهاية فنحن في حاجة إلى الخدمة وأنا لا أدافع هنا عن السيد الوزير.

وبالنسبة لمسألة الشركة القابضة، فقد أصابني القلق عندما ذكرت هذه الكلمة، لأن معنى الشركة القابضة في مصر هو "مخصصة" لكننا جميعًا متفقون على أن إدارة الحكومة بمنطق القطاع الخاص ماليًا سيكون بالتأكيد في صالحه، وكلنا نعلم أن النظام الحكومي به نوع من الارتواء والتسيب، وهناك بعض الأماكن لو أُديرت بمنطق القطاع الخاص فمن المؤكد أنها ستكون في صالح النظام.

سامية طاهر (رئيس لجنة المرأة والطفل بالجلس الشعبي المحلي وأمينة المرأة بمنطقة محرم بك):

كل الشكر والتقدير لهذه الندوة المفيدة، وأشكر الدكتور سمير بانوب عندما ذكر السيد وزير الصحة فيما يخص خدمات التأمين الصحي وقدم نقدًا كمواطن، وكما نلاحظ الاهتمام بالتأمين الصحي في الفترة الأخيرة، تحدث سيادة الوزير كأنه مواطن عادي وكان ينتقد نظام التأمين الصحي وقال كل ما نريد أن نعبر عنه، وبدون شك فإن نظام التأمين الصحي يحتاج حاليًا إلى تخطيط من بعض المسؤولين. لقد قدمت طلب إحاطة في المجلس الشعبي المحلي عن مشاكل التأمين الصحي، وقبل

ذلك تمت زيارات لعيادات التأمين الصحي الموجودة في المنطقة كلها، وشاهدنا على الطبيعة مشاكل التأمين الصحي وسمعناها من المرضى، فهل يُعقل أن يقوم الطبيب بتمرير المريض من عيادة إلى أخرى مثلاً؟ كما أنه لوحظ أنه توجد مستشفيات كثيرة تبعد عن بعضها بمسافات بعيدة مثل مستشفى جمال عبد الناصر وعيادة الظاهر ومستشفى كرموز، وكانت هناك مريضة تعاني من جلطة في القدم وتحتاج إلى القيام بتحليل عدة فقامت بإجراء كل تحليل في مكان مختلف عن الآخر وكل أشعة في مكان مختلف، وفي النهاية يطلب منها الطبيب أن تقوم بعمل أشعة على نفقتها الخاصة بتكلف 350 جنيهًا، و لقد سمعنا عن الطفل الذي تم كسر ذراعه بعد إجراء عملية خاطئة وظل ينتقل بين المستشفيات وفي النهاية تم بتر ذراع الطفل، كما نسمع عما يخص رسم المخ وأنايب الأوكسجين التي فرغت ... إلى آخره. وأتساءل من الذي من الممكن أن يعوض طفلاً عن ذراعه المبتور.

مديحة خطاب:

لا نريد أن نعمم المشاكل.

سامية طاهر (رئيس لجنة المرأة والطفل بالجلسة الشعبي المحلي وأمينه المرأة بمنطقة محرم بك):

كلنا نعرف المشاكل وكلنا نبحث عن الأفضل وهناك أخطاء تحدث، وأهم شيء هو الحذر وتلافي الأخطاء، ومن الممكن أن نتكلم عن تعديل التعليم الطبي والخدمة التمريضية وهيكله القطاع الصحي وكل هذا يؤدي إلى تحسين الخدمة، وبعد ذلك إذا حدث خطأ لابد من طريقة للحساب، فإذا حدث خطأ وأدى إلى عاهة فإن هناك إجراءات يجب أن يتم اتخاذها، وتوجد نقابة بإمكانها أن توقف الطبيب المخطئ عن العمل، وهناك قضاء يقضي بالحبس والغرامة، فلا بد من تلافي الخطأ وحساب المسئول عند حدوث الخطأ.

حامد السقا (شيخ الزجالين):

أتمنى من الدكتور سمير بانوب أن يجيب عن تساؤلاتي لأنها ستكون جريئة بعض الشيء فقد أعلن الحرب على الناس التي تتعاطى أدوية بدون داعٍ مع أن الأدوية تذهب إلى ناس لا تستحقها في الأساس. وأنا رجل حكومي أو بمعنى أصح رجل مشترك في نظام تأمين صحي حكومي في الخارج وفي الداخل، وأؤكد أنه إذا حدث مرور على التأمين الصحي في الساعة العاشرة صباحًا فلن يعثر أحد على أطباء متواجدين في التأمين الصحي. أيضًا أعلن الدكتور سمير بانوب الحرب على الناس التي ليست لها القدرة على الحصول على الأدوية، ومن الأصل لا توجد أدوية في التأمين الصحي، وذات يوم كنت أتجول في Texas ولاية الرئيس جورج دبليو بوش، ثم أغشي علي فجاءت الإسعاف في

ثوان واصطحبني اثنان من الأطباء قاما بالكشف عليّ إلى أن وصلت إلى المستشفى وتم علاجي كما ينبغي حتى تعافيت، ولو حدث ذلك الموقف لمواطن مصري لذاق الأمرين ولما وجد من يغيثه.

يحيى حليم زكي:

إن اسم هذه الندوة هو "البدائل المتاحة لإصلاح التأمين الصحي"، ونحن نعلم جيداً أنه لا يوجد شيء ليس به أخطاء، ولكن الذي سينظر فقط إلى السلبيات لن يأخذ خطوة إلى الأمام، ونحن نستفيد من السلبيات وننظر إلى الأمام ونأخذ الخطوة الأمامية ولكن هذه الندوة أقيمت من أجل النظر في إصلاح هذا التأمين.

سمير بانوب:

لقد قمت بعمل تقييم للتأمين الصحي وأعرف أن هناك أشياء ليس لها حل، فإذا كان نصف المصريين يعالجون بـ 8% من الميزانية، فإنه من الطبيعي أن تحدث مثل هذه الأشياء، وسيكون هناك نقص في الأدوية في الوقت الذي تكتب فيه روستات تحتوي على مستحضرات تجميل، إن المراقبة هي أساس الجودة حتى ولو لم يكن الطبيب غير متواجد، وخاصة أن الطبيب يحصل في الجلسة التي يعمل فيها لثلاث أو أربع ساعات على ثلاثين جنيهاً لا أكثر. وقد كتبت مقالة فيما يخص عداد التاكسي والصحة والتعليم ونُشرت في الأهرام، وقد أثنق على أن عداد التاكسي يتم تركيبه للتنظيم، لكن كل الأطراف علمت بأن هذا العداد معطل على الرغم من كونه موجوداً، ومن هنا إذا أعطينا الطبيب ثلاثين جنيهاً فيجب أن نتوقع ما يحدث.

مديحة خطاب:

إن الطبيب يحصل على خمسة عشر جنيهاً فقط، في حين تحصل المريضة على هذا المبلغ في ساعتين تعطي فيهما حقناً لمرضى، وعندما ذكرت هذا الموضوع أمام أحد رؤساء التأمين الصحي ولم يكن الدكتور حسن عبد الفتاح، رد علي قائلاً إنه من الممكن أن نعتبره متطوعاً، إن النظام لا يملّي على متطوع بأن يحصل على 300 جنيه في حين يعلم أن دخله يجب أن يصل إلى ثلاثة آلاف، وفي هذه الحالة لو منح عمله في التأمين الصحي 10% من وقته فيكون أميناً، ولو استعمل التأمين لكي يصل إلى العشرة آلاف، فهذا هو الذي يضر بالتأمين وهذا هو الذي يجعل شخصاً يحصل على العلاج وآخر لا يحصل عليه.

سعيد حسن زلط:

أطالب مشدداً بكل ما جاء في هذه المحاضرة الشاملة ونحن في عام 2006 للدكتور سمير بانوب والدكتورة مديحة خطاب والدكتور حسن عبد الفتاح، أطلب بوضع خطة عمل على أن تُرفع إلى وزارة الصحة ومجلس الشورى ومجلس الشعب لصدور قانون هيئة التأمين الصحي الجديد والإصلاح الصحي في مصر حتى لا تكون هذه المحاضرة دُخاناً في الهواء. كما أرى ضرورة تعديل ودمج هذه القوانين للتأمين الاجتماعي والمعاشات في قانون واحد شامل وهي القوانين أرقام 32 و 79 لسنة 1975 و 107 لعام 1987 و 1 لسنة 1991 في قانون واحد. إن صناعة الأدوية تُعاني من نظام الملكية الفكرية، كما يوجد نقص في المواد الخام لصناعة الأدوية، كما أن شركات صناعة الأدوية المصرية تطالب بدستور عربي جديد لتصنيع الأدوية وإنشاء مجلس أعلى لصناعة الأدوية في مصر والدول العربية، وبعيداً عن تعسف واحتكار الدول الأوروبية، وتساءل متى يتم صدور قانون كامل لمرتبات أطباء مصر فوراً لتحصيل الخدمة الطبية، كما أن هناك ضرورة لوضع ضوابط مشددة جداً لمنع التلاعب في التقارير الطبية بسبب سهولة الإجراءات الحالية، وهناك اقتراح قوي لتشجيع الخزينة أو الرسوم لمواد هيئة التأمين الصحي، وضرورة فرض رسوم مالية على كل تذاكر السينما والمسرح والأطباق الفضائية في مصر والسجائر والخمور لدعم المستشفيات الحكومية والعيادات الشعبية والإسعاف.

وهذه بعض عناوين الصحف المصرية عن نظام التأمين المصري:

أولاً: يقولون بأن نظام التأمين الصحي في مصر آخر الأضنام للدكتور وحيد أحمد صادق.

ثانياً: عجائب نظام التأمين الصحي في مصر للباحث بمركز تحقيق التراث مصطفى موسى.

ثالثاً: نحو توسيع مظلة نظام التأمين الصحي في مصر للدكتور وزير الصحة الدكتور إسماعيل سلام.

رابعاً: الرؤوس الكبيرة تدير مستشفيات هيئة التأمين الصحي في مصر للدكتور حسين عبد الحميد

رشوان .

وملخص لكل ما قيل في هذا الاقتراح العام أن تتحول جميع مستشفيات هيئة التأمين الصحي إلى مستشفيات عمومية، وأن تكون هناك لوائح مالية لتكاليف علاج كبار العاملين والحرفيين وأصحاب المعاشات وأصحاب المحلات وأصحاب الأزمت المرضية المزمنة مثل الفشل الكلوي والربو والصدفية والإكزيما، وذلك بعيداً عن أعمال المقاولات والسمسرة والمكافآت والحوافز وتكاليف صيانة المستشفيات الباهظة وأجهزة التكييف والسفريات وبدلاتها بالدولار. لقد كان السلطان ابن طولون يتفقد بنفسه في كل يوم جمعة مستشفيات البيمارستان وامتدادها التاريخي هو قصر العيني الحالي، حيث كان يراجع النواحي الطبية والمعيشية ومستويات التغذية للمرضى. إن هناك تحذيراً

متكرراً من جمعيات حقوق الإنسان في مصر وخارجها من الانتشار الكبير لأمراض الإيدز والجرب والدرن في السجون المصرية.

يحيى حلليم زكي:

نشكر أصحاب المداخلات القيمة، ونشكر المتحدثين الكريمين الدكتور سمير بانوب والدكتورة مديحة خطاب، كما نشكر ضيفنا الدكتور حسن عبد الفتاح.