



الحزب الوطني الديمقراطي

فكر جديد

أوراق السياسات

الصحة والسكان

المؤتمر السنوي

سبتمبر ٢٠٠٣

الأمانة العامة

تمثل هذه الوثيقة حصيلة الدراسة التي تمت داخل أمانة السياسات وتشكيلاتها المختلفة في إطار صياغة سياسات عامة تتعلق بالقضايا التي طرحت في المؤتمر العام الثامن للحزب (سبتمبر ٢٠٠٢) من خلال أوراق النقاش الست في مجالات التعليم، والصحة، والتوجه الاقتصادي، والشباب، والمرأة، ومصر والعالم، والتي تمت مناقشتها وإقرارها في المؤتمر.

ولقد قامت أمانة السياسات بتشكيل ست لجان متخصصة عكفت على دراسة هذه القضايا بشكل تفصيلي وعميق من خلال مجموعات عمل داخل اللجان اختصت كل منها بدراسة أحد القضايا التي تقع في نطاق اهتمامها. كما قام المجلس الأعلى للسياسات، التابع لأمانة السياسات، بمناقشة عدد من هذه القضايا ودراسة أبعادها وأثارها المختلفة على المجتمع. كذلك تمت مناقشة التوجهات الرئيسية لهذه السياسات في اللقاءات التي عقدتها أمانة السياسات مع لجان الحزب بالمحافظات.

وقد جاءت الصياغة النهائية لهذه الأوراق إنعكاساً لكل هذه الدراسات والمناقشات. بالإضافة إلى الحوار الموسع مع الحكومة في الجوانب المختلفة للسياسات والإجراءات المقترحة للتنفيذ. ويرى الحزب أن طرح هذه السياسات التفصيلية في المؤتمر السنوي الأول للحزب هو تجسيد للشعار الذي رفعه الحزب في مؤتمره العام الثامن حول "الدعوة للمشاركة". كما يعد تعبيراً واضحاً عن دور الحزب الوطني الديمقراطي بالتعاون مع الحكومة في رسم السياسات العامة التي من شأنها تحقيق مصلحة الوطن والمواطنين.

الصحة والسكان

المحتويات

مقدمة

- ١ نحو سياسة سكانية فعالة
- ٧ نحو تفعيل نظام الرعاية الصحية الأساسية
- ١٥ السياسة الدوائية ودعم التوجه نحو الاستثمار في مجال صناعة الدواء
- ٢٠ تفعيل نظم جديدة للتأمين الصحي في مصر

مقدمة

أكدت ورقة الرعاية الصحية والسكان التي أقرها المؤتمر العام الثامن للحزب الوطني في سبتمبر ٢٠٠٢ على أن حق المواطن في الحصول على الرعاية الصحية، هو أحد الدعائم الرئيسية للمجتمع. وأحد مظاهر حضارته. وأحد الركائز الأساسية لاستقراره ورضائه. كما أكدت الورقة على أهمية مواجهة مشكلة الزيادة السكانية. لما لها من آثار سلبية عديدة على جهود التنمية في المجتمع. ومن هذا المنطلق، فقد ركزت أوراق لجنة الصحة بأمانة السياسات المقدمة إلى المؤتمر على أربع قضايا أساسية وهي: مواجهة المشكلة السكانية، والرعاية الصحية الأولية، والتأمين الصحي، والسياسات الدوائية.

ففيما يتعلق بسياسات مواجهة الزيادة السكانية، فإن الحزب يضع هذه المشكلة على قمة أولوياته في نظريته للتنمية في مصر، وذلك انطلاقاً من الآثار السلبية العديدة الناجمة عن الخلل بين أعداد السكان ومعدل نموها من جانب، والموارد الطبيعية والنمو الاقتصادي من جانب آخر. فعلى الرغم من تراجع معدلات المواليد في مصر في الفترة من ١٩٨٥ إلى ١٩٩٣، إلا أنها ظلت ثابتة منذ ذلك الوقت، وهو ما يدعو إلى القلق وينذر بعدم تحقيق أهداف السياسة السكانية، ومن ثم وصول أعداد السكان إلى حدود غير آمنة، وهو ما سينعكس سلباً على نوعية حياة الإنسان المصري، وعلى العائد من جهود التنمية التي تشهدها مصر.

وتشتمل السياسات التي يتبناها الحزب لمواجهة الزيادة السكانية على أربع استراتيجيات أساسية: تتمثل أولاً في خفض الطلب على الإنجاب من خلال عدة آليات مثل: الاستعانة بالخطاب الديني، وتطبيق سياسة استهداف تأخذ في الاعتبار تحقيق أهداف سكانية وصحية في آن واحد، بحيث تركز على تجنب المواليد المعرضين لعناصر الخطر المختلفة خاصة في المحافظات التي تتسم بمعدلات مواليد عالية، كما أن هناك ضرورة لإعادة صياغة الخطاب الإعلامي، بما يؤكد على المشاركة المجتمعية في التصدي للمشكلة السكانية، وعلى نشر ثقافة الطفلين، وعلى المبادأة بثلاث سنوات على الأقل بين المواليد.

ومن ناحية ثانية، فهناك ضرورة لزيادة الطلب على خدمات تنظيم الأسرة، من خلال عدة آليات مثل: توفير خدمات الصحة الإنجابية للمقبلين على الزواج والمعلومات الإيجابية للشباب، وتنوع الوسائل المطروحة لتنظيم الأسرة، وتوفيرها للفئات المستهدفة في مختلف التجمعات الجغرافية، واعتبار برامج تنظيم الأسرة ضمن البرامج الوقائية، وليس ضمن البرامج العلاجية، والتركيز على المناطق التي تتسم بضعف معدلات الممارسة، مع أهمية توسيع نطاق الشراكة بين القطاع الحكومي والمجتمع المدني والقطاع الخاص في تقديم الخدمات الخاصة بتنظيم الأسرة والصحة الإنجابية. ومن ناحية ثالثة، فهناك أهمية كبيرة لارتقاء بالخصائص السكانية، من خلال القضاء على الأمية، والحد من التسرب من التعليم العام خاصة بين الفتيات، ومنع عمالة الأطفال، وخفض معدلات وفيات الأطفال ووفيات الرضع خاصة في ريف الوجه القبلي.

وأخيراً، فإنه يجب التأكيد على تفعيل الإطار المؤسسي المعني بإدارة البرنامج السكاني المصري، بحيث يتمتع بمرونة وحرية حركة تسمح له بتفعيل الأنشطة السكانية.

وفيما يتعلق بالرعاية الصحية الأولية، فإن الحزب يؤمن أن حق الحصول على الرعاية الصحية، يجب أن يعتمد على احتياجات أفراد المجتمع، وليس على قدرتهم على تسديد تكاليف هذه الرعاية. ولقد حققت مصر تقدماً كبيراً في المؤشرات الصحية خلال العشرين سنة الماضية وذلك كنتيجة لتوفير وتقديم الخدمات الصحية الأساسية، ويتضح ذلك بالنظر إلى صحة الطفل وخاصة مؤشرات وفيات الأطفال الرضع والأطفال دون الخامسة، وهو ما انعكس في انخفاض معدل الوفيات الخام، وعلى الرغم من ذلك، فإن مصر لا تزال تواجه عدداً من التحديات كعدم كفاية الموارد البشرية والمادية، وعدم فعالية الأطر المؤسسية، وانتشار بعض الأمراض التي تشكل عبئاً كبيراً على النظام الصحي.

وتشتمل السياسات المقترحة على عدة استراتيجيات هي: توضيح الرؤية الخاصة بأهداف سياسة الرعاية الصحية الأساسية خاصة بالنسبة لدمج الخدمات، وترشيد التمويل بحيث تكون الأولوية لبرامج الرعاية الصحية الأساسية، ومراجعة وتطوير نظم الإدارة وتنظيم الخدمات، ورفع مستوى تقديم الخدمة، وتفعيل وتطوير نظم المعلومات، والاهتمام المستمر بتحديث وتقوية مجموعة الخدمات الأساسية.

وفيما يتعلق بسياسات التأمين الصحي، يؤمن الحزب أن إصلاح التأمين الصحي الاجتماعي هو أحد الآليات الفعالة لتمويل وتطوير النظام الصحي القومي. كما أنه أحد آليات تحقيق العدالة الاجتماعية.

ويقترح الحزب حزمة من السياسات لتفعيل نظام التأمين الصحي، تتمثل أولاً في العمل على استدامة تمويل التأمين الصحي من خلال عدة آليات كتحميل وزارة التأمينات الاجتماعية لنسبة مساهمة في اشتراكات أصحاب المعاشات والأرامل وتفعيل آليات التحصيل وإعادة النظر في أسلوب جمع الاشتراكات. ومن ناحية ثانية، هناك أهمية لتطوير إدارة التأمين الصحي، من خلال عدة آليات كتبسيط الإجراءات المالية، والتطوير في نظم المعلومات، والدعوة إلى تأسيس مركز للدراسات التأمينية، و التدريب الفني علي العمل في مجال التأمين الصحي و الرعاية الصحية وذلك لخلق الكوادر اللازمة.

ومن ناحية ثالثة، هناك ضرورة للتقويم المحايد للخدمات، من خلال تشكيل جهة محايدة لمراقبة الجودة، تضمن وضع واعتماد معايير الجودة الشاملة على نظم تقديم الرعاية الصحية من كافة القطاعات.

وأخيراً، يجب التأكيد على أهمية المشاركة المجتمعية، من خلال تفعيل الدور الإيجابي للقطاع الخاص والمجتمع المدني، بالإضافة إلى القطاع الحكومي في نشر مظلة التأمين الصحي، والرعاية الصحية للمواطنين في مصر باستخدام جميع قدرات الدولة و المجتمع.

وتسمح هذه السياسات بمواجهة التحديات التي تواجه التأمين الصحي في مصر من قبيل: ضعف مصادر التمويل، وضعف فاعلية نظم المعلومات، وضعف نظم الإشراف والمتابعة لمقدمي خدمات الرعاية الصحية في قطاع التأمين.

ويطرح الحزب تصوره حول أهمية إصدار قانون جديد للتأمين الصحي يتضمن كافة متطلبات التطوير خلال خمس سنوات على أن يكون ذلك متزامناً مع وجود التمويل اللازم لتفعيل القانون في حالة صدوره.

وفيما يتعلق بالسياسات الدوائية، فقد دعا الحزب إلى أهمية تدعيم الصناعة الوطنية وجذب الاستثمارات لصناعة الدواء، والاهتمام بصناعة بعض الخامات الأساسية للأدوية والتأكد من توافرها في الأسواق، والعمل على تنمية الصادرات من الأدوية، وتطوير البحث العلمي، وتشجيع الابتكار في صناعة الدواء. كما أكد الحزب على أهمية توفير الأدوية الأساسية حسب قوائم منظمة الصحة العالمية، وتوفير الأدوية الخاصة بالأمراض المنتشرة في المجتمع بأسعار مناسبة.

ويقترح الحزب ثلاث مجموعات من السياسات لتطوير صناعة الدواء في مصر، تتعلق أولاً بالسياسات قصيرة الأجل، وذلك من خلال قيام الحكومة بالتعاون مع الجهات المعنية وشركات الأدوية بالاتفاق على آليات عادلة ومرنة للتسعير، تضع في الاعتبار تغير سعر الصرف ونسبة التضخم وتقديرات التكلفة واقتصاديات الدواء الأخرى. مع تحمل الفارق بين السعر الاجتماعي لتوفير الأدوية الأساسية لغير القادرين والسعر الاقتصادي العادل. وهناك ضرورة للتفرقة بين الأدوية الأساسية طبقاً لقائمة منظمة الصحة العالمية، والأدوية غير الأساسية في سياسة التسعير. كما أن هناك ضرورة لزيادة نسبة المنتفعين بالتأمين الضحي، سواء الاجتماعي أو الخاص، حتى يتحمل طرف ثالث تكلفة الدواء من خلال نظم تكاملية، وأخيراً فإنه يجب العمل على تغيير الثقافة العلاجية، والوعي الصحي حتى يتم ترشيد الاستهلاك من الأدوية.

وفي الأجل المتوسط، يمكن اتباع بعض الآليات لتطوير صناعة الدواء كإلغاء أو خفض الرسوم الجبركية على مستلزمات صناعة الدواء، وتوحيد أسس وقواعد التعامل الحكومي مع مصانع الدواء، والتأكيد على شفافية استمرار نظام تسجيل الأدوية والمستحضرات، وإعادة هيكلة الجهات الرقابية المختصة بالتسجيل وتسعير الأدوية، وتأسيس قاعدة بيانات لجميع المعلومات الخاصة بالأدوية المسجلة في مصر.

وأخيراً، فإنه يقترح في الأجل الطويل وضع سياسة قومية للتكنولوجيا الحيوية في مصر تتضمن إنشاء مؤسسة علمية مصرية مركزية للتكنولوجيا الحيوية والهندسة الوراثية، ودعم وتطوير المعامل الموجودة حالياً، وإنشاء المعامل اللازمة لهذه التقنيات الجديدة، كما أن هناك أهمية كبيرة لتكثيف الجهود الخاصة بالطب الوقائي.

وتسمح هذه الحزمة من السياسات بمواجهة التحديات التي تواجه صناعة الدواء في مصر كاختلال اقتصاديات الدواء، وتطبيق اتفاقية حقوق الملكية الفكرية، والآثار السلبية الكبيرة لارتفاع سعر صرف الدولار الأمريكي على تكلفة الدواء، وضعف معدلات الإنفاق على البحث العلمي.



المشكلة السكانية في مصر: نحو سياسة سكانية فعالة

ثانياً: تحديات الوضع الراهن:

تضاعف عدد سكان مصر نحو ثلاث مرات خلال النصف الثاني من القرن العشرين من حوالي ٢٠ مليون عام ١٩٥٠ إلى حوالي ٦٤ مليوناً عام ٢٠٠٠. ولقد تراجعت معدلات المواليد في مصر في الفترة من ١٩٨٥ إلى ١٩٩٣. ثم ظلت ثابتة منذ ذلك الوقت. وهو ما يدعو إلى القلق وينذر بعدم تحقق أهداف السياسة السكانية. ومن ثم الوصول بأعداد السكان إلى حدود غير آمنة. وإذا استمرت مستويات الإنجاب الحالية دون انخفاض. فمن المتوقع أن يصل عدد سكان مصر إلى ٨٥ مليوناً بحلول عام ٢٠١٠. وإلى ١٠٥ مليون بحلول عام ٢٠٢٠. وإلى ١٢٩ مليون عام ٢٠٣٠. وفي المقابل إذا انخفض مستوى الإنجاب حسب الخطة الموضوعية فإن عدد سكان مصر سيصل إلى ٩٤ مليون (بدلاً من ١٠٥ مليون) عام ٢٠٢٠. وإلى ١٠٤ مليون (بدلاً من ١٢٩ مليون) عام ٢٠٣٠.

أولاً: الرؤية والأهداف:

يضع الحزب الوطني الديمقراطي المشكلة السكانية على قمة أولوياته في نظريته للتنمية في مصر. ويدرك الحزب الخلل بين أعداد السكان ومعدل نموها من جانب. والموارد الطبيعية والنمو الاقتصادي من جانب آخر. وتأثير هذا الخلل على النواحي الاجتماعية والصحية ورفاهية المجتمع. ويؤكد الحزب على أن المشكلة السكانية هي مشكلة ذات أبعاد ثلاثة: تخفيض معدلات النمو السكاني. و الارتقاء بالخصائص السكانية. وتحقيق توزيع جغرافي أفضل. ويعطي التوازن بين التناول المتكامل للأبعاد الثلاث أولوية للتأثير في بعد النمو السكاني؛ لأنه يسهم بشكل مباشر في التخفيف من الأعباء المطلوبة لتحقيق تحسين ملموس في الارتقاء بالخصائص السكانية. وفي تحقيق توزيع جغرافي أفضل. وسينعكس إعمال هذه الفلسفة المتكاملة - والتي لا يعكسها التناول الحالي للمشكلة السكانية - إيجابياً على آليات العمل ومؤسساته.

وتهدف هذه الوثيقة إلى تناول المشكلة السكانية من منظور مجتمعي يرمي إلى الإسراع بتحقيق أهداف الخطة القومية للسكان.

١- بلغ عدد سكان مصر من واقع تعداد عام ١٩٩٦ (الجهاز المركزي للتعبئة والإحصاء) ٥٩,٣ مليون نسمة. وبافتراض معدل نمو سنوي ٢,١ يصل عدد السكان عام ٢٠٠٠ إلى ٦٤,٢ مليون. ولا يشمل ذلك المصريين بالخارج.
٢- اعتمدت هذه الإسقاطات على نموذج الأوجاع باستخدام SPECTRUM للتحليل السكاني.

وسيترتب على ذلك زيادة عدد التلاميذ المطلوب استيعابهم في التعليم الابتدائي إلى ١٤,٢ مليون تلميذ عام ٢٠٢٠ (مقابل ١٠,٥ مليون تلميذ إذا تحققت أهداف السياسة السكانية) وإلى ١٦,٤ مليون تلميذ عام ٢٠٣٠ (مقابل ٩,٣ مليون تلميذ إذا تحققت أهداف السياسة السكانية). وغنى عن البيان أن استمرار مستويات الإنجاب الحالية سيرفع من تكلفة الاستيعاب الكامل في مرحلة التعليم الإلزامي. كما سيجعل الارتفاع بنوعية التعليم هدف بعيد المنال.

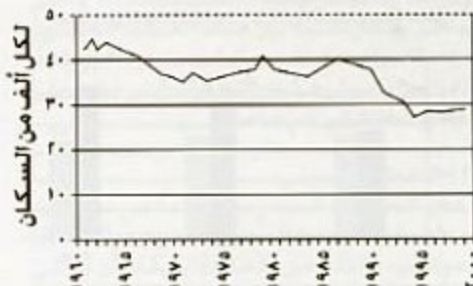
و الفجوة بين عدد السكان المستهدف لعام ٢٠٢٠ (٩٤ مليوناً) والعدد المتوقع إذا ما استمرت معدلات الإنجاب الحالية (١٠٥ مليون) تبلغ ١١ مليون نسمة وستزيد هذه الفجوة إلى ٢٥ مليون نسمة عام ٢٠٣٠. ويتطلب ذلك استثمارات إضافية ضخمة لتلبية احتياجات السكان من المساكن ووسائل المواصلات والطرق ومحطات الكهرباء والمياه والصرف الصحي وهو ما يشكل ضغطاً هائلاً على الموازنة العامة للدولة وعلى الاستثمارات المطلوب تدبيرها للمحافظة على الحد الأدنى من الحياة الكريمة للمواطن المصري.

ومن المتوقع أن تستمر الزيادة السكانية في إحداث مزيد من النمو العمراني على الأرض الزراعية المحدودة في الوادي والدلتا، وإذا استمرت مستويات الإنجاب الحالية سيتراجع نصيب الفرد من الأرض الزراعية من ١٠ أفراد لكل فدان عام ١٩٩٥ إلى حوالي ٢٠ فرد لكل فدان بحلول عام ٢٠٣٠. و سيصبح لزاماً على المجتمع المصري أن يضيف ٦ مليون فدان أخرى خلال الـ ٢٥ سنة القادمة لمجرد الحفاظ على المعدل الحالي. وغنى عن البيان استحالة تنفيذ ذلك، سواء بسبب حجم الاستثمارات المطلوبة لتنفيذه، أو بسبب محدودية المياه المتاحة.

ولعل أحد المخاطر الجسيمة المترتبة على هذه الزيادة السكانية الهائلة هو تراجع متوسط نصيب الفرد من المياه بشكل حاد في ضوء ثبات حصة مصر من مياه نهر النيل خلال التمسك بـ ٥٥ مليار متر مكعب سنوياً، والتي تبلغ حالياً ٥٥ مليار متر مكعب سنوياً، والذي من ثم فإن متوسط نصيب الفرد سنوياً والذي كان يبلغ نحو ١٠٠٠ متر مكعب في أوائل التسعينيات سيصل إلى ٥٠٠ متر مكعب عام ٢٠٢٠ وإلى ٤٠٠ متر مكعب عام ٢٠٣٠ إذا

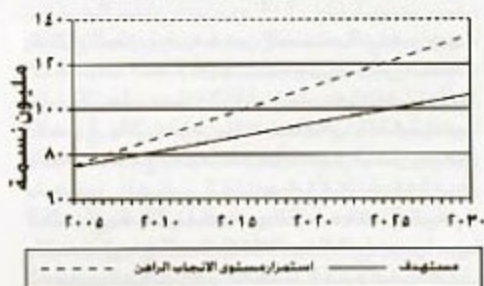
تطور معدلات المواليد

(عدد المواليد لكل ألف من السكان)



عدد السكان المتوقع حتى عام ٢٠٣٠

(السيناريو المستهدف مقابل سيناريو استمرار الوضع الراهن)



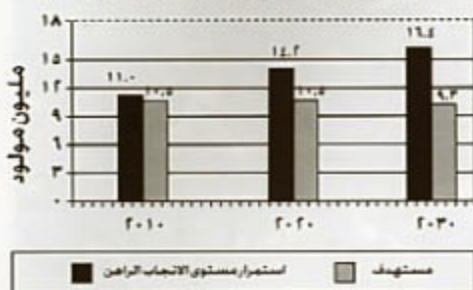
وستنعكس هذه الزيادة الهائلة بالسلب على نوعية حياة الإنسان المصري وستؤدي إلى تراجع العائد من جهود التنمية التي تشهدها مصر. وبشكل أكثر تحديداً فإن نصيب الفرد من الإنفاق على التعليم والصحة والإسكان والنقل والمواصلات ونصيبه من الأرض الزراعية والمياه سيتراجع. كما ستجعل هذه الزيادة الحد من البطالة والأمية والافتقار الغذائي أكثر صعوبة. ومن ثم فإن استمرار معدلات الإنجاب المرتفعة مستقبلاً لن يؤثر بحسب علي نوعية الحياة. وإنما قد يشكل أيضاً تهديداً للامن القومي المصري والاستقرار الاجتماعي.

وعلى سبيل المثال، فإن عدد المواليد المتوقع سيصل عام ٢٠١٠ إلى ١,٩ مليون مولود إذا تحققت أهداف السياسة السكانية الحالية مقابل ٢,٤ مليون مولود إذا استمر مستوى الإنجاب الحالي. وسيزداد عدد المواليد إلى ٢,٧ مليون مولود عام ٢٠٢٠، وإلى ٣,٣ مليون مولود عام ٢٠٣٠، إذا ما استمر مستوى الإنجاب الحالي.

عدد الأطفال المطلوب استيعابه

في التعليم الابتدائي :

(السيناريو المستهدف مقابل سيناريو استمرار الوضع الراهن)



ثالثاً: السياسات المقترحة :

يقترح الحزب حزمة من السياسات لمواجهة التحديات السكانية، تتضمن خفض الطلب على الإنجاب وزيادة الطلب على خدمات تنظيم الأسرة والارتقاء بالخصائص التعليمية والصحية. مع وجود إطار مؤسسي فاعل يسمح بتحفيز المشاركة المجتمعية وتدعيم اللامركزية والارتقاء بجودة الخدمات الصحية والتعامل مع المشكلة السكانية بجوانبها المتعددة. وفيما يلي تفصيل لهذه الحزمة من السياسات:

أولاً- خفض الطلب على الإنجاب من خلال الآليات التالية:-

(١) الإعلام والتعليم والاتصال:

أ- إعادة صياغة الخطاب الإعلامي بما يؤكد على:

- المشاركة المجتمعية في التصدي للمشكلة السكانية.
- نشر ثقافة الطقلين.
- المباحة بثلاث سنوات بين المواليد.
- ب- تصميم مداخل مختلفة تتناسب مع البيئة المحلية في تناول أبعاد المشكلة السكانية.
- ج- تنوع أساليب ووسائل الخطاب الإعلامي لتناسب مع الفئات المستهدفة المختلفة من النواحي الجغرافية والاقتصادية والاجتماعية (الاتصال الشخصي- وسائل الاتصال الجماهيرية بأنواعها المختلفة خاصة غير المباشرة- أعمدة الرأي- ... الخ) .
- د- تنوع الرسائل الإعلامية وعدم الاقتصار على تناول الإعلامي المباشر (الإعلانات في

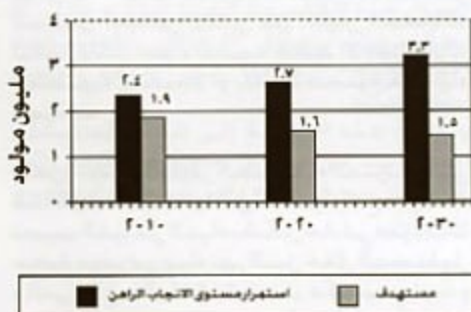
استمرت معدلات الإنجاب الحالية. و سيصبح تنفيذ مشروعات لاستصلاح الصحراء- من أجل توفير الغذاء لأعداد متزايدة من السكان و لتعويض الأرض الزراعية التي تاكلت نتيجة للزيادة السكانية- أكثر صعوبة في ضوء تراجع نصيب الفرد من المياه. ناهيك عن النمو العمراني على الأرض الزراعية.

وتجدر الإشارة إلى أن عدد المواليد يصل حالياً إلى حوالي ١.٧ مليون مولود. ٣٣٪ (٥٦٧ ألف مولود) منهم لديهم ٣ أخوة على الأقل. كما أن ١٨٪ من المواليد (٢٠٣ ألف مولود) مدة المباحة بينهم تقل عن سنتين. و ٩٪ من المواليد (١٥٥ ألف) عمر أمهاتهم أقل من ٢٠ سنة أو أكبر من ٤٠ سنة. والدعوة لتجنب الولادات بعد الطفل الثالث والولادات المتقاربة والولادات لأمهات دون العشرين أو تجاوزن الأربعين لها مبرراتها الصحية والاجتماعية التي تستحق مساندة مجتمعية لضبط إنجاب زائد في توقيتات غير مواتية لصحة وسلامة الأم والطفل.

والوضع السكاني الراهن يحتم أن يتم التعامل مع قضايا السكان بشكل أكثر كفاءة وفاعلية وذلك من خلال إعادة النظر في الفلسفة التي تبناها المجتمع في تصديه للقضايا السكانية ومن خلال إيجاد آليات للعمل السكاني تسمح بتحقيق أهداف طموحة.

عدد المواليد المتوقع سنوياً :

(السيناريو المستهدف مقابل سيناريو استمرار الوضع الراهن)



التليفزيون) والاعتماد على الأسلوب غير المباشر لاسيما من خلال التوظيف الأفضل للدراما التليفزيونية (المسلسلات) والتي تحظى بإقبال شديد بين فئات الشعب المصري. هـ- المراجعة الدورية لمحتوى الخطاب الإعلامي بحيث يعكس التغيرات التي تطرأ على الوضع السكاني في مصر.

(٢) الخطاب الديني:

يلعب الخطاب الديني دوراً هاماً في تشكيل وجدان وقيم الأسرة المصرية نحو عدد الأطفال المرغوب. ويبدو من الأهمية بمكان أن يراعى الخطاب الديني فيما يتعلق بالقضية السكانية أن استمرار مستويات الإنجاب الحالي سيؤدي إلى الوصول بعدد السكان إلى حدود غير آمنة. تصل كما سبق أن أشرنا إلى ١٠٥ مليون نسمة عام ٢٠٢٠. ويجب أن يأخذ الخطاب الديني في الحسبان عند تناول المشكلة السكانية الاعتبارات التالية:

أ- أن الزيادة العددية للسكان ليست هي معيار قوة الدولة. وأن نوعية الإنسان هي التي تحدد موازين القوة في عالم يعتمد بدرجة متزايدة على العلم والتكنولوجيا.

ب- أن الزيادة العددية غير المسبوقة التي حدثت في مصر في العقود الأخيرة حالت دون إحداث تقدم ملموس في الخدمات التعليمية والصحية والاجتماعية كما أدت إلى زيادة الموارد المطلوبة للبنية الأساسية وللإسكان وإلى تفاقم مشكلة البطالة. ونتج عن ذلك تراجع خصائص الإنسان المصري وبالتالي أصبحت الزيادة السكانية غشاء كغشاء السيل لا تقيم وطناً ولا تبني أمة.

ج- أن استمرار الزيادة السكانية الحالية ليس في صالح مصر: لأنها من ناحية تزيد من اعتماد مصر على الدول الأجنبية في استيراد السلع الغذائية. وتشغل المجتمع من ناحية أخرى عن إحداث تنمية بشرية حقيقية وطفرة إنتاجية تسمح لمصر بالقيام بدور إقليمي أكثر قوة. ومن ثم فإنها تشكل تهديداً للأمن القومي المصري.

د- أن هناك موارد طبيعية تسمح بالمحدودية لا سيما المياه والأرض الزراعية وأن نصيب الفرد منهما وصل حالياً إلى معدلات منخفضة وأن استمرار الانخفاض في المستقبل سيؤدي إلى تدهور في مستوى المعيشة بشكل غير مسبق.

هـ- أن هناك دولا إسلامية مثل إيران وسلطنة عمان درجت في الماضي على اتباع سياسة تدعو

إلى زيادة السكان إلا أنها أعادت النظر مؤخراً في سياساتها السكانية في ضوء قناعة بأن التقديرات المستقبلية للسكان ستبدي جهود التنمية الاقتصادية والاجتماعية. ومن ثم بدأت في انتهاج سياسة مخالفة تحض على ضبط معدلات الإنجاب السائدة. اعتمدت في حالة (إيران) على القيادات الدينية في تغيير توجهات المواطنين.

(٣) سياسة الاستهداف:

أ- تطبيق سياسة استهداف تأخذ في الاعتبار تحقيق أهداف سكانية وصحية في آن واحد من خلال التركيز على تجنب المواليد المعرضين لعناصر الخطر الثلاثة وهي:

- إذا كان عمر الأم يقل عن ٢٠ سنة أو يزيد عن ٤٠ سنة.
- إذا كان ترتيب المولود ٣ فأكثر.
- إذا كانت فترة المبعادة أقل من سنتين.

ب- تطبيق عدد من الحوافز الإيجابية للأسر التي تكتفي بطفلين. ويحتاج الأمر إلى مناقشة مجتمعية في هذا الخصوص للوصول إلى الحوافز القابلة للتطبيق والتي لا ينتج عنها آثارا عكسية. كما يتطلب الأمر توجيهها إلى الفئات المستهدفة لخفض تكلفة تنفيذها.

(٤) الشباب:

أ- التركيز على الشباب واعتبارهم جزءاً أساسياً من المجتمعات المستهدفة.

ب- إدخال برامج التربية السكانية في الجامعات وفي التعليم الفني.

ج- تشجيع رفع السن عند الزواج الأول بالنسبة للآباء.

د- إدماج المتزوجين حديثاً والمقبلين على الزواج في الفئات المستهدفة.

هـ- ربط إتمام الزواج ببعض الإجراءات ذات الطبيعة الصحية (الفحص الطبي قبل الزواج

- التوعية الأسرية من خلال برامج موجهة للشباب).

(٥) استهداف مناطق جغرافية:

من المهم أن يتم التركيز على محافظات سوهاج وأسيوط وقنا وعلى المناطق العشوائية. ويقترح البدء في تطبيق عدد من البرامج المكثفة في هذه المحافظات بهدف إحداث تخفيض سريع في معدلات النمو السكاني. كما يقترح تبني عدد من البرامج التجريبية في هذه المحافظات يتم تعميمها إذا ما أثبتت نجاحاً.

(٦) التوجهات السياسية:

أ- استمرار مساندة القيادة السياسية للبرنامج السكاني المصري .
ب- الحرص على أن تتسق أية قوانين جديدة مع الأهداف السكانية . لاسيما تأكيد مفهوم الأسرة التي تقوم على طفلين (وهو ما تم في قانون العمل) ، وضرورة انساق توجهات المجتمع مع ثقافة الطفلين والحرص على عدم الحيدة عنها .

ثانياً- استراتيجية زيادة الطلب على خدمات تنظيم الأسرة

- ١- تقليل نسبة التوقف عن الاستخدام (٣٠٪ من السيدات يتوقفن عن الممارسة خلال العام الأول من بداية الاستخدام) . مما يتطلب تحسين نوعية الخدمة والتوعية بالمضاعفات الجانبية لاستخدام الوسائل . وضرورة التزام مقدمي الخدمة بتقديم الاستشارات في مناقشة الأعراض الجانبية المحتملة مع المستخدمين . وإتاحة عدد أكبر من الوسائل للاختيار منها في حالة حدوث أعراض جانبية نتيجة استخدام وسيلة معينة .
- ٢- تلبية الاحتياجات غير الملباة من خدمات تنظيم الأسرة والصحة الإنجابية من خلال توفير المعلومات حول مصدر الحصول على الوسائل ونوعية الخدمة (نسبة السيدات اللاتي لم يتم تلبية احتياجاتهن تصل إلى ١١٪) .
- ٣- توفير خدمات الصحة الإنجابية للمقبلين على الزواج والمعلومات الإنجابية للشباب .
- ٤- تنوع الوسائل المطروحة لتنظيم الأسرة وتوفيرها للفئات المستهدفة في مختلف التجمعات الجغرافية .
- ٥- اعتبار برامج تنظيم الأسرة ضمن البرامج الوقائية (مثل التطعيمات) وليس ضمن البرامج العلاجية . والتركيز على المناطق التي تنسم بضعف معدلات الممارسة .
- ٦- توسيع نطاق الشراكة بين القطاع الحكومي والمجتمع المدني والقطاع الخاص في تقديم الخدمات الخاصة بتنظيم الأسرة والصحة الإنجابية .
- ٧- دعم جهود الجمعيات الأهلية في مجال تنظيم الأسرة والصحة الإنجابية .

ثالثاً- الارتقاء بالخصائص السكانية

- ١- القضاء على الأمية .
- ٢- الحد من التسرب من التعليم العام لاسيما بين الفتيات وتفعيل القوانين التي تجرم الأب

الذي يتسبب في انقطاع أطفاله عن الدراسة .
٣- منع عمالة الأطفال .
٤- خفض معدلات وفيات الأطفال ووفيات الرضع لاسيما في ريف الوجه القبلي .

رابعاً- تفعيل الإطار المؤسسي

يقصد بالإطار المؤسسي البيئة التي يتم من خلالها تخطيط وتنفيذ وتقييم الأنشطة والبرامج التي تنصق للمشكلة السكانية بجوانبها المتعددة والمتفاعلة (الصحية والاجتماعية والاقتصادية والمعلوماتية والتشريعية) .

وفي ضوء ثبات معدلات الزيادة السكانية خلال العقد الأخير يتطلب الأمر إعادة النظر في الإطار المؤسسي المعني حالياً بإدارة البرنامج السكاني المصري دون إبطاء . ونشير في هذا الصدد إلى الأطر المؤسسية التي استحدثت في العقد الأخير مثل المجلس القومي للمرأة والمجلس القومي للأمومة والطفولة . وقد يكون من المناسب في ضوء خطورة المشكلة السكانية من ناحية وتعدد أبعادها من ناحية أخرى إيجاد إطار مؤسسي يتمتع بمرونة وحرية حركة تسمح له بتفعيل الأنشطة السكانية بما يؤدي إلى تحقيق أهداف البرنامج السكاني المصري .

ويدعو الحزب الوطني الديمقراطي إلى دعم وتفعيل إطار مؤسسي متكامل يكون مسئولاً عن قضايا السكان في مصر تكون أهدافه:
١- تجسيد التعاون والشراكة بين الأجهزة الحكومية والقطاع الخاص والمجتمع المدني في توزيع الأدوار من أجل تفعيل البرنامج السكاني المصري على المستوى القومي والمحلي .

٢- صياغة مجتمعية وتناول متكامل للمشكلة السكانية بأبعادها الثلاثة (النمو- التوزيع- الخصائص) يتسق مع ثقافة وقيم المجتمع المصري ويستفيد من النجاحات التي حققتها دول أخرى .

٣- التقييم المستمر للبرنامج السكاني المصري باستراتيجياته المتنوعة مع مراعاة ضرورة استقلال الجهة التي تنولى التقييم عن الجهات التنفيذية سواء كانت حكومية أو تابعة للقطاع الخاص أو المجتمع المدني .
٤- الربط بين توجهات المجتمع نحو القضايا السكانية والقضايا التنموية ذات الصلة .
٥- توظيف فعال للبحوث والدراسات في

تخطيط وتقييم البرنامج السكاني وإعادة ترتيب الأولويات بشكل دوري.

٦- توظيف فعال للمعلومات السكانية وإتاحتها لمتخذي القرار والمخططين والتنفيذيين والباحثين على المستوى القومي والمحلي.

٧- التعامل مع القضية السكانية على نحو يتسم بالاستدامة والبعد عن الاقتصار على التناول الموسمي.

إنجازات حكومة الحزب

- ١- صدر قرار رئيس مجلس الوزراء رقم ١٢٣٧ لسنة ٢٠٠٢ بتشكيل اللجنة الوزارية للسكان برئاسة وزير الإعلام بهدف التنسيق بين الجهات المعنية لوضع برنامج للوصول لمعدل نمو متوازن للسكان.
- ٢- صدر قرار رئيس الجمهورية رقم ٢١٨ لسنة ٢٠٠٢ بتنظيم المجلس القومي للسكان.
- ٣- تم إضافة ١٥٠ عيادة متنقلة تعمل في مجال تنظيم الأسرة ويتم توفير الوسائل بالمجان أو بأسعار رمزية مدعمة.



نحو تفعيل نظام الرعاية الصحية الأساسية

أولاً: الرؤية والأهداف:

• **الفعالية:** وتعني تقديم الخدمات بأعلى جودة وبأقل تكلفة.

ويرى الحزب أن برنامج إصلاح القطاع الصحي المطبق جزئياً في مصر هام جداً. ويمثل توجهات الحزب في مجال الرعاية الصحية الأولية، إلا أن تطبيق البرنامج يحتاج إلى إعادة توجيهه طبقاً للسياسة التي تم الاتفاق عليها في وثيقة البرنامج الأساسية. لذلك فإن الحزب يؤمن بالتوسع في تطبيق البرنامج والعمل على تقييمه وتطويره.

وتهدف سياسات الرعاية الصحية إلى:

- 1- **الارتقاء بالخدمات الصحية:** وذلك من خلال تفعيل وتطوير الخدمات الصحية عن طريق الاستغلال الأمثل للموارد المتاحة للارتقاء بالخدمات المقدمة، مع الأخذ في الاعتبار أهمية تطبيق معايير موحدة للجودة ورفع كفاءة نظام الرقابة والمتابعة وتوفير الدواء.
- 2- **تحقيق المساواة والعدالة في الحصول على الخدمات الصحية:** وذلك بتقليل الفجوة في الحالة الصحية بين المواطنين. حيث مازال التفاوت واضحاً في الحالة الصحية بين محافظات الوجه البحري والقبلي. وبين الحضر والريف والعشوائيات. ولعل من أسباب هذا التفاوت: سوء توزيع الامكانيات المادية والبشرية والظروف البيئية في هذه المناطق، ولذا فإن إعادة توزيع الموارد وتغيير ظروف البيئة سيساعد على تقليل الفجوة بأسرع وقت ممكن. وبأقل تكلفة ممكنة.

- 3- **تقليل الأعباء المادية على المواطنين والدولة:** ويستدعي هذا ضرورة وضع أولويات الخدمة والعلاج. وتحديد أكثر الطرق فاعلية وأقلها تكلفة، وترشيد كل من استهلاك الدواء واستخدام الخدمات الطبية. بالإضافة إلى

يعطى الحزب الوطني الديمقراطي أهمية كبرى لقضية الرعاية الصحية بصفة عامة والرعاية الصحية الأولية بصفة خاصة. حيث أكدت ورقة الصحة والسكان المقدمة من الحزب في مؤتمره القومي العام الثامن على أن حق المواطن في الحصول على الرعاية الصحية في وطنه أصبحت أحد دعائم المجتمع الرئيسية. ومظهراً لحضارته، وأساساً هاماً لاستقراره ورضائه. كما أكدت على أن حق المواطنين في الحصول على الرعاية الصحية المناسبة يجب أن يعتمد على احتياجاتهم وليس على قدرتهم على تسديد تكاليف هذه الرعاية.

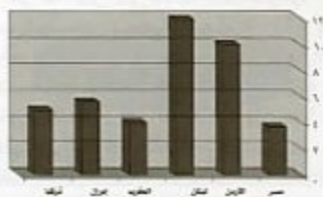
ويؤكد الحزب على أهمية شمول حزمة خدمات الرعاية الصحية الأولية على: التثقيف الصحي، وخدمات رعاية الأمومة والصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة، وخدمات رعاية الطفولة والتغذية، والتسجيل الطبي والإحصائي، ومكافحة الأمراض المتوطنة، ومكافحة الأمراض المعدية، والصحة النفسية. ويرى الحزب أن مبادئ الرعاية الصحية الأساسية تتمثل في الآتي:

- **العمومية:** وتعني أن يحصل جميع المصريين على نفس مجموعة الخدمات الصحية الخاصة بالرعاية الأولية.
- **الجودة:** وتعني تماشى معايير تقديم الخدمة مع المعايير العالمية المتعارف عليها إكلينيكياً.

- **العدالة:** وتعني توزيع العبء المالي لتكلفة الخدمات الصحية بعدالة على كافة المواطنين. وألا يحرم منها من ليس له قدرة على سداد تكاليفها في أي وقت.



مقارنة نسبة الإنفاق على الصحة في مصر وبعض الدول



وتشير بعض الدراسات التي ما زالت نتائجها قيد البحث والتحليل إلى احتمال ارتفاع نسبة الإنفاق على الصحة في مصر مع ثبات المؤشرات الصحية مما يحتم إعادة النظر في: • أولويات الإنفاق على الصحة وتخصيص الموارد • انعكاس زيادة الإنفاق على مؤشرات الصحة العامة.

٢- مؤشرات وفيات الأطفال والأمهات: تعتبر تلك المؤشرات هي المقياس الحقيقي لجودة الخدمات وعدالة توزيعها. وبالرغم من الجهود المضنية التي تبذلها الحكومة في مجال الصحة الوقائية ورعاية الأمومة والطفولة مما أدى إلى تراجع معدلات الوفيات بوجه عام، فإنه يوجد تفاوت ملحوظ في معدلات وفيات الأطفال الرضع، والأطفال دون الخامسة بين الوجه البحري والوجه القبلي. فبينما تصل نسبة وفيات الرضع على المستوى القومي إلى حوالي ٤٠ لكل ١٠٠٠ مولود حي، و ٣٩.١ من الألف لمن هم دون الخامسة، فإن تلك المعدلات بالوجه البحري هي: ٢٢.٢ في الألف و ٣٢.٨ في الألف على التوالي، وبالوجه القبلي ٣٥.٩ في الألف و ٤٥ في الألف على التوالي (طبقاً للمسح السكاني الصحي لمصر عام ٢٠٠٠). كما أنه ما زالت تلك المعدلات مرتفعة بالمقارنة بعدد كبير من الدول ذات الظروف الاقتصادية المماثلة.

وفيات الأطفال لكل ١٠٠٠ طفل



إيجاد مصادر جديدة ومتنوعة لتمويل الخدمات كأشراك المواطنين في التكلفة المباشرة. ووضع نظام تاميني اجتماعي. والأخذ بنتائج البحوث التي تؤكد قدرة المواطنين وإستعدادهم للمشاركة في دفع تكلفة الخدمات الصحية في العيادات الخارجية كعامل يساعد على تمويل الخدمة وترشيد الإستهلاك.

ثانياً: تحديات الوضع الراهن:

حققت مصر تقدماً ملحوظاً في المؤشرات الصحية خلال العشرين سنة الماضية وذلك كنتيجة طبيعية لتوفير وتطوير الخدمات الصحية الأساسية، ويتضح ذلك جلياً بالنظر إلى صحة الطفل وخاصة مؤشرات وفيات الأطفال الرضع، والأطفال دون الخامسة، وهو ما انعكس في انخفاض معدل الوفيات العام، وعلى الرغم من ذلك - ومثلما هو الحال في عدد كبير من الدول - تواجه مصر عدداً من التحديات الصحية الناتجة عما يسمى بالفترة الانتقالية والتي تنخفض فيها معدلات الوفيات مع استمرار معدلات الولادة المرتفعة، يضاف إلى ذلك المشكلات الصحية الناتجة عن ارتفاع متوسط عمر الفرد، والذي أدى إلى ظهور الأمراض المزمنة التي تصيب كبار السن بدرجات أكثر مع استمرار وجود عدد كبير من الأمراض المعدية، وتعد تلك الفترة الانتقالية والتي تتميز بتغيرات في وبائيات الأمراض التي تصاحب التغير السكاني (الديموجرافي) من أصعب الفترات وأكثرها استنزافاً لموارد الصحة في أي بلد.

وفي إطار الحديث عن توصيف الوضع الراهن يمكن رصد المتغيرات التالية:

١- الإنفاق على الصحة:

تنفق مصر ٣.٧٪ من إجمالي الناتج المحلي على الصحة منها ٢.٢٪ يتحملها المواطن، والباقي من موارد الدولة، وهي نسبة قليلة مقارنة بعدد من الدول المجاورة أو المماثلة من الناحية الاقتصادية أو الاجتماعية.

مصر. حيث يقترب السواد الأعظم من المواطنين (٩٩٪ في الريف و ١٠٠٪ من الحضر) من الوحدات الحكومية التي تقدم خدمات مجانية أو بتكلفة قليلة. ويقترب عدد الوحدات من الـ ٥٠٠ وحدة ولا يوجد مواطن مصري يبعد أكثر من ٥ كم عن أي وحدة أو مركز للرعاية الأساسية.

بيد أن الإقبال على استخدام تلك الوحدات محدود للغاية ولا يزيد في أحسن الأحوال عن ٢٥٪ من إجمالي استخدام العيادات الخارجية. وأن أكثر من نصف السكان يفضلون استخدام العيادات الخاصة بأجر (٥٤٪) بغض النظر عن حالتهم الاقتصادية. فالفقراء يستخدمون العيادات الخاصة ويتحملون أعباء كثيرة من تكلفة العلاج بالنسبة لدخلهم.

ومن ثم تحتاج مصر إلى خريطة صحية لترشيد بناء وتوزيع المنشآت الصحية حتى لا تتركز في المدن والحضر وتقل في الريف. على أن تشمل جميع القطاعات (الحكومي. الخاص. الأهلي). فبالرغم من التوزيع العادل للمنشآت الحكومية فإنها في كثير من الأحيان تكون غير موزعة طبقاً لمعايير توزيع الخدمات حسب تعداد السكان وخاصة في العشوائيات والتي لا يوجد بها عدد كاف من مقدمي الخدمة. وكذلك فإن العيادات الخاصة التي تقدم الخدمات الإكلينيكية والأساسية تتركز في المدن وخاصة في عواصم المحافظات.

٥- مؤشرات بعض خدمات الرعاية الأساسية الأخرى:

وفي هذا الإطار تم تحقيق العديد من الإنجازات كما يلي:

- شمول التطعيمات لـ ٩٨٪ من الأطفال أقل من سنتين. وهذا الإنجاز في غاية الأهمية. وكان من المتوقع أن يصل إلى ١٠٠٪ من الأطفال قبل حلول عام ٢٠٠٠. لولا المشاكل البيئية والزيادة السكانية اللتين حالتا دون تحقيق هذا الهدف رغم الجهود الحكومية المضنية.

- خفض وفيات الأطفال من الإنسهاد بأكثر من ٧٠٪.

- خفض وفيات الأطفال خاصة أمراض الجهاز التنفسي. وارتفاع الحالة الغذائية للطفل المصري. وذلك كنتيجة لبرنامج الحفاظ على صحة الطفل.

- النجاح في وضع الخطط لدمج عدد كبير من المشاريع الحيوية في هيكلها الإداري لتضمن إستمراريتها. وقد حصلت الوزارة على تمويل أجنبي لهذه المشروعات. والتي كان لها أثر

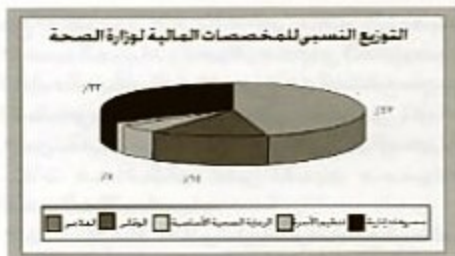
وإذا نظرنا إلى معدل وفيات الأمهات. نجد أنه وصل إلى ٨٤ من كل مائة ألف مولود (البحث القومي لوفيات الأمهات لعام ٢٠٠٠). وبالرغم من التحسن غير المسبوق في هذا المعدل بالذات. فإنه ما زال مرتفعاً مقارنة بالدول المجاورة. كما أن هناك تفاوتاً واضحاً في هذا المعدل بين الحضر والريف.



٣- مؤشرات تنظيم الأسرة والنمو السكاني: تعد الزيادة السكانية من أهم المشكلات على المستوى القومي. كما أن لها علاقة وثيقة بالصحة والخدمات الصحية. فمن ناحية فإن برنامج تنظيم الأسرة المصري يقدم خدماته من خلال منظومة الرعاية الصحية الأولية بهدف الحد من الزيادة السكانية. ومن ناحية أخرى فإن الزيادة السكانية المرتفعة تشكل ضغطاً على الخدمات الصحية من خلال زيادة الأعداد المستهدفة من البرنامج الصحي. وما زال معدل الخصوبة الكلي في مصر مرتفعاً ٣.٥ طفل لكل سيدة. ومعدل النمو السكاني ٢.١٪. كما وصل معدل استخدام وسائل منع الحمل إلى (٥٨.١٪) مع تفاوت ملحوظ بين محافظات الوجه القبلي والوجه البحري حيث تتراوح النسبة بين (٤٥٪) و(٦٢٪) على التوالي. ومن المؤشرات الهامة التي تلعب الخدمات الصحية دوراً هاماً فيها. مؤشر التوقف عن استعمال وسائل تنظيم الأسرة خلال سنة واحدة من بدء الاستخدام والذي يصل إلى ٣٠٪ من بين المستخدمات. ويعزى عدم الاستمرار في معظم الحالات لوجود آثار جانبية لوسائل تنظيم الأسرة المستخدمة والتي يمكن تفاديها بتحسين نوعية الخدمة الصحية المقدمة.

٤- مؤشرات توزيع الخدمات:

تم توزيع الوحدات والمراكز الصحية التابعة لوزارة الصحة والسكان والتي تقدم الرعاية الصحية الأساسية توزيعاً جغرافياً عادلاً في



المصدر: إدارة التخطيط بوزارة الصحة والسكان لسنة 1995.

وقد يتعلّق بمصادر تمويل الصحة في مصر. نلاحظ أن أكثر من نصف التمويل يأتي من المواطنين، بينما تقدم وزارة المالية حوالي ثلث هذا التمويل.

ولقد وصلت نسبة المصروفات على الدواء حوالي 35% وهي نسبة تعتبر مرتفعة بالمقاييس الدولية على الرغم من انخفاض أسعار الدواء. وهو ما يشير إلى قدر من سوء استخدام الدواء أو الإفراط في الاستخدام.



المصدر: إدارة التخطيط لوزارة الصحة - دراسة الحسابات الصحية

٧- برنامج إصلاح القطاع الصحي :

وهو برنامج مطبق جزئياً في مصر، ويهدف إلى الوصول بالخدمة لجميع المواطنين وتوفير الرعاية الصحية الأساسية وذلك بتطبيق نظام طب الأسرة وذلك عن طريق:

- إعداد مجموعة (حزمة) من الخدمات الأساسية تقدم من خلال المراكز أو الوحدات الصحية التابعة للبرنامج. وتحتوي الحزمة على جميع مكونات الرعاية الصحية الأساسية الوقائية والعلاجية. بالإضافة إلى عدد من الخدمات العلاجية كأمراض الأطفال. والأمراض الباطنية. وبعض الجراحات البسيطة مع وضع تصور لنظام تحويلي للمستشفيات المركزية.
- إنشاء صندوق صحة الأسرة في المحافظات الاستراتيجية كمصدر تمويل للخدمات، على أن يلعب دور في تحديد مصادر للتمويل والتعاقد

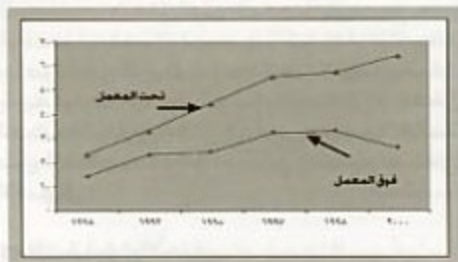
إيجابي ومباشر على خفض الوفيات وحالات المرض.

- القضاء على البلهارسيا فيما عدا بعض البيوت القليلة.
- النجاح في تعميم إنتاج الملح اليودي. وتعميم مراقبة الاغذية على المستوى المركزي والطرفي.

وبالرغم من هذه الإنجازات فإنه قد تلاحظ ما يلي:

- معاناة حوالي 9% من أطفال مصر دون الخامسة من سوء التغذية.
- احتياج صحة الأم إلى مزيد من الاهتمام لرفع نسبة استخدام الأمهات الحوامل للخدمات الخاصة بمتابعة الحمل للكشف عن المخاطر المصاحبه للحمل في وقت مبكر لتجديدها وإتخاذ الإجراءات اللازمه في الوقت المناسب. مما سيؤدي إلى خفض نسبة وفيات الأمهات بدرجة ملحوظة وكذلك وفيات الرضع خاصة في الشهر الأول بعد الولادة. وحتى الآن فإن 37% فقط من الأمهات الحوامل يتابعن الحمل من خلال أربع زيارات أو أكثر للأطباء سواء في القطاع الحكومي أو الخاص وهو الحد الأدنى من زيارات المتابعة المطلوبة.

تفاوت خدمات متابعة الحمل في الريف (بحري وقبلي)



٦- تمويل الخدمات:

بالنظر إلى توزيع أولويات أوجه الإنفاق في وزارة الصحة. نجد أن الرعاية الصحية الأساسية والوقائية تحظى بنسبة قليلة من المصروفات. مما قد يكون له تأثير مباشر على نوعيتها علماً بأن وزارة الصحة هي أكبر مقدم للخدمات الأساسية في الوقت الحالي.

• عدم وجود عدد كاف من الكوادر الوظيفية والحوافز التي تشجع الأطباء على الاستمرار في العمل على المستوى الأول.

• عدم وجود مناهج كافية على مستوى التعليم الطبي الجامعي لدراسة الرعاية الصحية الأساسية، مع قلة فرص التدريب والتعليم المستمر.

• تصل نسبة الممرضات العاملات في مجال الرعاية الأساسية إلى 52.5% من الممرضات، ولكن واجباتهن محدودة للغاية بالرغم من خبرتهن وقدرتهن على البقاء لفترات أطول في مكان واحد، مما يساعدهن على معرفة المجتمع المحيط بهن والتعرف على مشاكله أفضل من الأطباء.

٣- تحديات مؤسسية:

• الهيكل التنظيمي للوزارة لا يساعد على تنسيق الجهود بين قطاعات الوزارة المختلفة وعلى تفعيل نظام للتحويل إلى مستويات الخدمة الأعلى.

• التخطيط المركزي للخدمات والذي قد لا يتفق أحياناً مع الموارد البشرية والمادية المتاحة بالمحافظات.

• القصور في جودة البيانات المسجلة وطرق التحليل والاستفادة منها.

• تعدد أشكال الرعاية الأساسية مما يزيد من الأعباء الإدارية والتنظيمية على الإدارات الصحية، ويقلل من فرص التنسيق بين الخدمات. فمثلاً توجد مراكز رعاية أمومة وطفولة في الحضر، وتوجد في الريف وحدات ريفية أو مكاتب صحة. هذا بالإضافة إلى بعض العيادات الخارجية التي قد تؤدي جزءاً من الخدمة مثل التطعيمات أو تنظيم الأسرة أو علاج الإسهال.

٤- التحديات الأخرى:

• انتشار أمراض مختلفة تشكل عبئاً مادياً وعملياً على النظام الصحي مثل السكر والقلب. وارتفاع ضغط الدم، والالتهاب الكبدي فيروس سي. مع استمرار وجود كثير من الأمراض المعدية والمتوطنة، علماً بأن مقدمي الخدمة على مستوى الرعاية الأولية يلعبون الدور الأهم في الوقاية من تلك الأمراض.

• الحاجة إلى استكمال البنية الأساسية والتي تحتاج لتكلفة باهظة.

• مشاكل ناتجة عن تلوث البيئة و الزحام .

مع مقدمي الخدمة ومتابعة التنفيذ.
• تحديد المرتبات والحوافز بناءً على كفاءة وجودة الأداء مما يؤدي إلى خلق نوع من المنافسة بين الأطباء وبتشجيعهم على تحسين الأداء.
• تدريب مقدمي الخدمة في المراكز المختارة بثلاث محافظات على تقديم مجموعة الخدمات الأساسية.

• استخدام ملف خاص لكل أسرة لجمع البيانات. ومن تحليل الموقف السابق يمكن تلخيص أهم التحديات التي تواجه الارتقاء بمستوى الرعاية الصحية الأساسية كما يلي:

١- تحديات في الموارد المادية:

• قلة الموارد المادية المتاحة للرعاية الأساسية، حيث تعتمد اعتماداً كبيراً على موارد وزارة الصحة فقط.

• الارتفاع المستمر في تكلفة العلاج والدواء، تحمل المواطنين لأعباء مادية كبيرة للحصول على خدمات متميزة.

• تركيز أولوية الإنفاق على المستوى العلاجي الأعلى.

٢- تحديات في الموارد البشرية:

بالرغم من أن نسبة الأطباء في مصر تعتبر مقبولة (١.٦ طبيب لكل ألف مواطن) مقارنة بعدد كبير من الدول، فإن ثمة تحديات تواجه الارتقاء بمستوى الرعاية الصحية الأساسية، من بينها:

• قلة خبرة أطباء الرعاية الصحية الأساسية، الذين عادة ما يكونوا حديثي التخرج.
• الالتزام بتعيين جميع الخريجين في القطاع الحكومي، و الذي يشكل عبئاً على موارد وزارة الصحة لاسيما مع الزيادة المفرطة في أعداد المقبولين في كليات الطب، و الذي يشكل أيضاً ضغطاً على جودة التعليم الطبي.

• عدم إقبال الأطباء على الرعاية الأساسية لعدد من الأسباب أهمها: تفضيل التخصص (أكثر من 6٠%) والرغبة في المعيشة بالمدن (عدد ستة أطباء في المدن لكل طبيب في الريف) وقلة الرواتب.

• كثرة وسرعة التنقلات من الرعاية الأساسية إلى مستويات أعلى أو أماكن أكثر جاذبية للعمل.

• السماح للعاملين في القطاع الحكومي بالعمل في أكثر من جهة (٨٩% يعملون في أكثر من جهة)، مما يؤدي إلى تشتت الخدمات وإرهاق مقدم الخدمة، والتأثير السلبي على قدرته في العطاء.

ثالثاً: السياسات المقترحة:

تعتمد السياسات على ما تم إنجازه حتى الآن في مجال الرعاية الصحية الأساسية وعلى المبادئ والأهداف التي يتبناها كل من الحزب الوطني ووزارة الصحة والسكان. أخذاً في الاعتبار تحليل الوضع الحالي والدروس المستفادة والبناء على نقاط القوة ومحاولة تفادي المعوقات ونقاط الضعف مع محاولة لإيجاد حلول مناسبة لها.

١- توضيح الرؤية بأهداف سياسة الرعاية الصحية الأساسية خاصة بالنسبة لدمج الخدمات:

وفي هذا الإطار فإنه يفضل أن تشتمل الرؤية المستقبلية على أهداف واضحة للحالة الصحية في مصر ومسئولية القطاعات الصحية المختلفة في تحقيق تلك الأهداف والمشاركة فيها. مع أهمية وضع خطة واضحة للإنجازات المرجوة والمؤشرات اللازمة لقياسها. ومن المستحب أن تكون تلك الرؤية على مرحلتين بحيث يمكن تحقيق بعض الإنجازات على المدى القريب وأخرى على المدى البعيد. ففي المدى القريب يجب تحديد الجدوي الاقتصادية للخدمات. ووضع أولويات العمل بناء عليها. وتحديث النظام المؤسسي ووضع خطة لنظام التمويل وتحفيز الأطباء. وعلى المدى البعيد يجب أن يتم تحقيق اللامركزية وتفعيل نظم الكفاءة في الخدمة ومقدميها ومنافذ تقديمها. وتحقيق العدالة في الحصول على الخدمة وتمويلها مع ضمان استمرارية الخدمات والتدرج في التوسع في القاعدة المستفيدة وأنواع الخدمات حسب احتياجات المجتمع.

٢- ترشيد التمويل وإعطاء الأولوية لبرامج الرعاية الصحية الأساسية: ومن المقترحات الأساسية في هذا الإطار:

- أ- تعديل ميزانية وزارة الصحة وبنود الصرف على أن تحظى الرعاية الصحية الأساسية بالنصيب الأكبر من تلك الميزانية.
- ب- وضع نظام للمشاركة في النفقات من قبل الجمهور المستفيد وذلك لترشيد الاستخدام. فالخدمات حالياً تقدم بالمجان أو برسوم طفيفة لا تعكس حجم أو تكلفة الخدمة. إلا في حالة الحصول على الأدوية حيث يدفع البعض (خاصة طلبة المدارس في التأمين

الصحي ومراكز و وحدات تجربة الاصلاح الصحي) ٢٣٪ من سعر الدواء.

ج- وضع نظام عادل لسداد أجور أفراد الفريق الصحي بما يضمن لهم حياة كريمة ويساعد على وضع قوانين ولوائح تمنع العمل في أكثر من مكان.

د- إيجاد وسائل لاستمرار دعم الحكومة للنفقات غير القادرة على سداد تكلفة الخدمات الصحية.

هـ- إشراك جهات أخرى في تمويل الخدمة بما فيها المجتمع المدني والهيئات الحكومية التي تقدم رعاية صحية وإن أمكن تسهيل جمع تبرعات عينية (أرض للوحدة أو معدات أو دواء) أو مادية من المواطنين.

و- خفض تكلفة الخدمات عن طريق ترشيد إستهلاك الدواء واستعمال الاسم العلمي له. وتدريب الأطباء على اتباع مقاييس الجودة في الأداء وإجراء الخدمات اللازمة فقط حسب الحالة مما سيؤدي إلى ترشيد الاستهلاك وتقليل الفاقد. ووضع معايير واضحة لتقديم وتقييم الخدمة في الرعاية الأساسية وتقدير الاحتياجات لتنفيذ الخطة اللامركزية. مع ضرورة المتابعة المستمرة.

٣- مراجعة وتطوير نظم الإدارة وتنظيم الخدمات:

وفي هذا الإطار يجب تقييم فكرة إنشاء صندوق صحة الأسرة. والذي تم في ثلاث محافظات استرشادية. بحيث يتم اتخاذ قرار سريع في جدواه.

٤- رفع مستوى تقديم الخدمة: ويقترح هنا ما يلي:

- أ- بناء القدرات على مستوى المحافظات والمراكز لوضع خطط لتقديم الرعاية الأساسية ومتابعتها وبحث سبل التمويل.
- ب- إضافة مفهوم الرعاية الصحية الأولية ضمن المناهج التعليمية للأطباء والمرضين.
- ج- إتاحة الفرصة للتدريب على الرعاية الأولية خلال فترة الامتياز.
- د- التدريب المستمر وربط الحوافز بالأداء.
- هـ- المتابعة المستمرة من قبل الجهات المسئولة.
- و- إنشاء هيئة مستقلة للرقابة والمتابعة.
- ز- وضع معايير للاستفادة من المشاريع الممولة من جهات مانحة بحيث لا ينتهي المشروع بإنهاء التمويل ويكون ذلك عن طريق الاستفادة من التمويل في بناء القدرات البشرية

ج- تطوير نظم الاحالة لمستويات أعلى بحيث تكون لها فاعلية وترتبط مباشرة بنظام الرعاية الاساسية.

ويمكن إجمال متطلبات النجاح اللازمة لتنفيذ المقترحات السابقة فيما يلي:

- استهداف الفئات الأكثر احتياجاً مثل محافظات الوجه القبلي والمناطق الريفية والتي حرمت لفترات طويلة من الخدمات المتميزة. وما زالت تعاني من قلة الخدمات وصعوبة الحصول عليها مما يؤثر بالسلب على المؤشرات الصحية لمصر ككل.

- إعادة توزيع وإستخدام جميع الموارد المتاحة وتطوير نظم إدارة وتمويل الخدمات الصحية لزيادة الكفاءة وتحسين الخدمة.

- إعادة النظر في وضع أولويات الإنفاق من ميزانية وزارة الصحة والسكان حتي تتفق مع دور الوزارة في التركيز على الرعاية الأساسية.

- تحسين الخدمات بناء على احتياجات المواطنين ونتائج الدراسات المختلفة عن الإحتياجات الصحية وتكلفة الخدمة.

- القيام بدراسة التجربة الاسترشادية لإصلاح القطاع الصحي وتحديد الدروس المستفادة وكيفية تلافي المعوقات في المستقبل و كذلك دراسة إمكانية تعميمها إذا ثبت نجاحها.

- التدريب ورفع كفاءة الفريق الصحي ليمتشي مع الإحتياجات الفعلية للمجتمع وإيجاد طرق لاستمرار تحفيز وتشجيع الفريق الصحي مادياً وأدبياً لرفع مستوى الأداء (مادياً وعلمياً وأدبياً).
- إيجاد مصادر مستدامة لتمويل الخدمات الصحية التي تتفق مع مجموعة الخدمات الأساسية وتتماشى مع الزيادة المستمرة في تكلفة العلاج والخدمة.

- وضع نظام لتحديد وتطوير مجموعة الخدمات الصحية لتستجيب لاحتياجات المواطنين بجميع الفئات العمرية والإجتماعية والإقتصادية مع التأكد من إحتوائها على خدمات ذات جاذبية تأمينية. وتضمن الحد من تأثير الكوارث الصحية المفاجئة.

- إعادة النظر في الهيكل الإداري لوزاره الصحة لدعم دورها في عملية صنع السياسات و متابعة الخدمات ووضع الخطط والإستفادة من نظم المعلومات.

- المساهمة الفعالة للمجتمع المدني والقطاع الخاص في تقديم خدمات الرعاية الصحية أو المساهمة في تمويلها.

- الارتقاء بمستوى الطبيب العلمي والمادي عن

على المستوى المحلي وزيادة كفاءتها.

- الاهتمام بوضع الخطط وطرق التنفيذ التي تضمن التمويل على المدى البعيد للمشروعات الحيوية كتنظيم الأسرة والإصلاح الصحي مع مراعاة دمج هذه المشروعات في وزارة الصحة والسكان أو أي جهة منفذة أخرى لتوفير الدعم المؤسسي. مع ضرورة ربط التمويل الوطني بأهداف وخطط الدولة. وذلك لضمان استمرارية تلك المشروعات.

ح- وضع معايير محددة لقياس الأداء ونتائج الخدمات والعائد منها فالمتاح حالياً غير كاف أو غير مستخدم.

ط- تدريب العاملين المعنيين بتقديم الخدمة. ورفع كفاءة الكوادر الإدارية وذلك عن طريق:

- ربط محتوى التعليم الجامعي بالمهارات المطلوبة عند التخرج.

- تقديم دورات تدريبية في مجالات التخصص على فترات وربط التدريب بفرص الترقى والحوافز.

- الاهتمام بجميع كوادر وأفراد الفريق الصحي وليس فقط بالأطباء.

- تنظيم الهياكل الإدارية وإعادة النظر في الهيكل التنظيمي بوزارة الصحة والسكان ووضع هيكل يضمن جودة وكفاءة الخدمات وحسن التخطيط.

- توفير طرق تبادل المعلومات بين أجزاء الهيكل التنظيمي بطريقة مبنية ومستمرة.

٥- تفعيل وتطوير نظم المعلومات:

يجب العمل على توحيد طرق جمع البيانات الأساسية وتوحيد البيانات المطلوبة. مع ضرورة تدريب العاملين على استخدام وتحليل المعلومات في التخطيط للمستقبل والاستفادة منها.

٦- الإهتمام المستمر بتحديث وتقوية مجموعة الخدمات الأساسية:

أ- يجب أن تكون مجموعة الخدمات الأساسية قابلة للتطور لاستيعاب التغيرات والمتطلبات الصحية في المجتمع. ويكون التوسع فيها تدريجياً. على أن يتم تحديثها بناء على طلب مستخدم الخدمة. وليس فقط بناء على الإحتياجات القومية.

ب- استمرار تقديم الخدمات العامة من الحكومة كالتطعيمات. وسلامة الأغذية والمحافظة على البيئة والتي لها عائد على المجتمع ككل ولكنها لا تقدم عن طريق قطاعات أخرى.

طريق (تشجيع نظام التفرغ - الاهتمام بالرعاية
الأساسية في التعليم الجامعي - التدريب
المستمر - ربط الحوافز بمستوى الأداء).
• رفع الوعي الصحي للمواطن.



السياسة الدوائية ودعم التوجه نحو الاستثمار في مجال صناعة الدواء

توفره من منتج حيوى يدرأ المرض ويحمى الإنسان.

ومن هذا المنطلق. اهتمت الحكومة بإصدار وثيقة السياسة الدوائية الوطنية في يونيو ٢٠٠١. ويتم حالياً تحديث كافة البنود حيث تنص الوثيقة على التحديث الدورى كل عامين. وتم إصدار الخطة الإستراتيجية (٢٠٠٢ إلى ٢٠٠٦) للبرنامج التنفيذى للسياسات الدوائية الوطنية في ديسمبر ٢٠٠١. وبدأ تنفيذ البند الأول من هذه الخطة وهو برنامج التوعية بالسياسة الدوائية للأطباء والصيدالة على مستوى المحافظات خلال الفترة من فبراير ٢٠٠٢ إلى مايو ٢٠٠٣.

وتبلغ قيمة الإنتاج الدوائى المحلى ٥.٥ مليار جنيه. ولا تزيد نسبة تصدير الدواء عن ٨٪ بقيمة إجمالية ٤٤٠ مليون جنيه لكافة الدول العربية والعديد من الدول الأفريقية والآسيوية وشرق أوروبا. وذلك نظراً لاستهلاك الجزء الأكبر من الإنتاج محلياً.

كما تعطى الصناعات الدوائية بمصر ٧٩٤ من استهلاك الدواء بالاعتماد على شركات قطاع الأعمال العام والخاص والمشارك. ويبلغ عدد مصانع الأدوية الإنتاجية ٦٢ مصنعاً. يمتلك القطاع الخاص منها ٤٧ مصنعاً. وتقوم الشركة القابضة للمستحضرات الحيوية واللقاحات من خلال الأربع شركات التابعة لها بإنتاج الأمصال والطعوم والمستحضرات الحيوية والبيطرية ومستنقعات الدم. وتتقارب نسب الإنتاج المحلى للأدوية التى تتم من خلال عقود تصنيع مع شركات أجنبية (٢٥٪)

أولاً: الرؤية والأهداف:

انطلاقاً من المبادئ الأساسية للحزب الوطنى الديمقراطى وورقة الصحة والسكان المقدمة فى المؤتمر القومى العام الثامن للحزب ٢٠٠٢. أكد الحزب على أهمية تدعيم الصناعة الوطنية وجذب الاستثمارات لصناعة الدواء. والاهتمام بصناعة بعض الخامات الأساسية للأدوية والتأكد من نواقرها فى الأسواق والعمل على تنمية صادراتنا من الأدوية وتطوير البحث العلمى وتشجيع الابتكار فى صناعة الدواء. كما يؤكد الحزب على توفير الأدوية الأساسية حسب فوائده منظمة الصحة العالمية. وتوفير الأدوية للأمراض ذات الانتشار فى المجتمع مثل السكر وضغط الدم بأسعار مناسبة.

ومن ثم. تركز هذه الورقة على سياسات متدرجة زمنياً لتحقيق الاستقرار لسوق الدواء فى مصر وتنمية وإيجاد التوازن بين تطوير صناعة الدواء وجذب الاستثمارات ومتطلبات الرعاية الصحية لغير القادرين.

ثانياً: الوضع الراهن:

يعتبر الدواء سلعة إستراتيجية لها الأهمية الكبرى لكل أفراد الشعب. حيث إنها سلعة لا يمكن الاستغناء عنها؛ تمس صحة الإنسان. الأمر الذى يؤكد أهمية تطوير صناعة الدواء الوطنية. لتتوافق مع معايير الجودة العالمية. مع توفيرها بأسعار مناسبة. وتمثل صناعة الدواء أحد أهم الأنشطة فى البنيان الاقتصادى المصرى وذلك بما تضمه من كفاءات إنتاجية واستثمارات متزايدة وما

والإنتاج المحلي المشترك مع الشركات الأم الأجنبية (٣٠٪) مقارنة بالإنتاج المحلي الذي يتم بدون تعاقبات . حيث تبلغ نسبته ٢٥٪ . وتعتمد صناعة الدواء على المواد الخام المستوردة . حيث لا تتعدى نسبة المواد الخام المصنعة محلياً ٢٠٪ .

وتبلغ نسبة الأدوية التي تباع للجمهور بسعر أقل من ٥ جنيه ٣٢٪ . والتي تباع بسعر من ٥ - ١٠ جنيه تبلغ ٢٢٪ . والتي تباع بسعر من ١٠ - ٢٠ جنيه تبلغ ٢٠٪ .

وتركز الاستراتيجيات الحالية للصناعة الدوائية الوطنية بالأساس على :

١. تطبيق نظام متسلسل وفعال لتسجيل المستحضرات الدوائية والترخيص للمصانع المنتجة والمخازن والموزعين والوكلاء .
٢. تعزيز التفتيش الصيدلي بتعيين مفتشين مدربين ومن ذوي الخبرة من الصيادلة للعمل في التفتيش على مصانع الأدوية للتأكد من مطابقتها للمواصفات القياسية للإنتاج .
٣. إقامة نظام لتقييم ورصد الآثار الجانبية للأدوية والبيات متابعتها واتخاذ القرارات والتعاون في هذا الشأن مع البلاد المتقدمة والمنظمات الدولية المعنية .
٤. وضع اللوائح بالنسبة للاستثمارات الأجنبية في مجال صناعة الدواء التي تكفل الفائدة المثلى ونقل التكنولوجيا ومنع الاحتكار .
٥. تنمية القدرة الوطنية في مجال البحوث والتطوير والتكنولوجيات الحديثة . مع التأكيد على استغلال الموارد الوطنية المتاحة التي يمكن استخدامها لإنتاج أدوية ذات أصل نباتي وحيواني ومعدني .
٦. تشجيع ودعم الصناعة الوطنية لإنتاج المستحضرات الدوائية والمواد الخام و مواد التعبئة واللقاحات والمستحضرات الحيوية ووضع برامج لتطوير وتحديث خطوط الإنتاج .
٧. تفعيل نظم الرقابة الحكومية على الأدوية . فيما يتعلق بالتسجيل والإنتاج ورقابة الجودة والتسعير والتوزيع والصرف... الخ .
٨. تحديث التشريعات واللوائح الدوائية لتتلاءم مع المتغيرات الحديثة الحاكمة في مجال الصناعة الدوائية . بالنسبة للتسجيل والترخيص والتفتيش والتسعير والاستيراد والتصدير .
٩. في حالة استيراد المستحضرات غير تامة التصنيع . تشجع الدولة الشركات المحلية

على إنتاج هذه المستحضرات محلياً بترخيص من الشركة الأم .

١٠. يتم استيراد المواد الأولية من مصادر متعددة لضمان الحصول عليها وفق المواصفات المطلوبة والمحددة سلفاً وبأرخص الأسعار الممكنة .

١١. يتم التسعير طبقاً لقواعد محددة توضع بمعرفة مجموعة من الخبراء والمتخصصين في مجال الصيدلة والاقتصاد والتكاليف . ويكون توجيهها وفقاً لظروف السوق المصري مع الاسترشاد بالأسعار في الأسواق العالمية .

١٢. تثبيت السعر لمدة سنتين على الأقل ما لم تطرأ ظروف استثنائية تؤدي إلى زيادة التكاليف .

١٣. تشجيع جميع المصنعين على تصدير منتجاتهم الدوائية . من خلال :

- إعطاء حوافز للشركات ذات الأنشطة التسويقية والتصديرية الناجحة .
 - أن تكون المستحضرات قادرة على المنافسة من حيث الجودة والسعر .
 - تسريع إجراءات التسجيل .
- وعلى الرغم من الجهود والإنجازات الحكومية في مجال الصناعة الدوائية . فإن هذه الصناعة تواجه عدداً من التحديات .

التحديات التي تواجه صناعة الدواء وتركز هذه التحديات فيما يلي :

- اختلال اقتصاديات الدواء خلا جسيماً .
- تطبيق اتفاقية حقوق الملكية الفكرية .
- ارتفاع مستويات جودة التحضرات الصيدلية عالمياً ارتفاعاً مدهلاً مما يتطلب تكلفة عالية في مجالات تطوير خطوط الإنتاج . ونظم الرقابة . ومواصفات التصنيع الدوائي .
- ارتفاع سعر صرف الدولار الأمريكي بشكل مباشر على أسعار الواردات من الخامات ومستلزمات الإنتاج . وبالتالي تكلفة المنتج النهائي . بالإضافة لوجود ارتفاعات مستمرة في عناصر التكلفة . مما يشكل أعباء إضافية على الشركات المنتجة . خاصة وأن تحريك أسعار بعض المستحضرات لم يتماش مع هذه الزيادة في التكلفة .

- ضعف البحث العلمي : تهتم جميع الشركات العالمية دون استثناء بعملية الابتكار والتطوير وترصد لذلك ١٥٪ - ٢٠٪ من ميزانياتها . على خلاف ما يحدث في مصر . فالإمكانات البحثية للابتكار والتطوير إما ضعيفة في بعض الشركات أو منعدمة في البعض الآخر .
- تعرض قطاع الدواء في مصر أحياناً لمنافسة على المستويين المحلي والإقليمي :

١. على المستوى المحلي، هناك منافسة كبيرة لمصلحة المواطن بين شركات القطاع العام والخاص والاستثماري ويرجع ذلك إلى تكرار المستحضرات التي تنتجها الشركات المختلفة. وتشابه خطط الإنتاج في كل منها. وإذا كانت المنافسة مطلوبة لصالح المريض. إلا أنها في الحقيقة غير متوازنة أو غير متكافئة نظراً لاختلاف أوضاع الشركات وطبيعة إدارتها وكذلك في المزايا التي تتمتع بها بعض الشركات من إعفاءات وإمكانات لا تتوافر لغيرها.

٢. المنافسة على المستوى الإقليمي، فعلى الرغم من أن الصناعة الدوائية في مصر هي الرائدة وهي الأرسخ قديماً، فإنها تواجه منافسات من صناعات دوائية صاعدة في عدد كبير من الدول العربية. تؤثر على حجم الصادرات المصرية من الأدوية لهذه الدول. كما أنه توجد بعض المشاكل في تسجيل الأدوية المصرية في بعض الدول العربية. ويمكن تفصيل المشاكل التي تواجه صناعة الدواء على النحو التالي:

أ - المشاكل الإنتاجية:

١) عدم وجود بنية أساسية لتغذية صناعة الدواء في مصر. والتي تتمثل في مراكز البحوث والتطوير الصيدلي وتعتبر الأساس في الحصول على منتجات دوائية مصرية جديدة. ٢) عدم وجود صناعة خامات دوائية قوية قادرة على سد احتياجات الصناعة منها حيث لا تتعدى الخامات المنتجة محلياً نسبة ٢٠٪ من إجمالي الخامات اللازمة للصناعة الدوائية.

ب - المشاكل التسعيرية والإجرائية:

تعاني هذه الصناعة من ارتفاع الرسوم الجمركية على أغلب مستلزمات الإنتاج مثل المواد الخام ومواد التعبئة والتي تؤدي بدورها إلى ارتفاع الأسعار. كما يلي:

١) الكيماويات الدوائية، تخضع للتعريف الجمركية ١٠٪ فيما عدا الكيماويات الدوائية التي يصدرها قرار من وزير المالية بإخضاعها لفئة ٥٪ بناء على موافقة وزارة الصحة. ٢) مستلزمات الإنتاج الدوائي والمستلزمات الصيدلانية: وهي الخامات اللازمة لتعبئة وتغليف المستحضرات الدوائية ويفرض عليها رسوماً ٣٠٪، إلى جانب ضريبة مبيعات ١٠٪. ويضاف إلى كل ذلك رسوم متنوعة ٢٪ + ١٪ من إجمالي القيمة الفعلية.

٣) السماح المؤقت والدروبك: هناك صعوبة كبيرة في التعامل من خلال نظامي السماح المؤقت والدروبك، وخاصة فيما يتعلق بالضوابط والشروط التي تحدد نسبة العادم والتالف خلال عملية التصنيع. بالإضافة إلى مطالبة مصلحة الجمارك بتقديم تأمين نقدي بقيمة الضرائب والرسوم المستحقة، أو تقديم ضمان مصرفي يعادل هذه الاستحقاقات. أو تقديم وثيقة تأمين. ومن ثم تعاني شركات الدواء من تجميد جزء كبير من أموالها بما يقلل من مقدرتها على الإنتاج.

ج - المشاكل التصديرية والتسويقية:

إن عدم وجود سياسات تسويقية واضحة للتصدير وعدم وجود إدارات لأبحاث التسويق الدولي على مستوى الدولة أو في أغلب الشركات المنتجة والمصدرة للدواء المصري يؤدي إلى:

- مشاكل تسجيل الدواء في الأسواق الخارجية. حيث تستلزم عمليات التسجيل وقت طويل إلى جانب أن هذه العملية تعتبر مكلفة للشركات. - قصور النظام الإعلامي الجيد عن المنتجات الدوائية الطبية والمستلزمات في الأسواق الخارجية.

- عدم اهتمام بعض الشركات الدوائية المصرية بإقامة مكاتب علمية وتشغيل مندوبين دائمين عن الشركات الدوائية المصرية.

- نقص قدرة الشركات المصرية المنتجة للأدوية على التعامل أو التوافق مع آليات الاشتراك في المناقصات الدولية التي تطرحها الدول المختلفة لعدم وجود وكيل معتمد في الدول الخارجية المستهدفة أحياناً. أو لارتفاع السعر نسبياً عند الدخول في منافسات قائمة مع بعض الشركات العالمية أو مع بعض دول العالم الثالث الآسيوية التي لا تضع الجودة في اعتبارها. أو في بعض الأحيان لصعوبة وتعقيدات إجراءات الاشتراك في هذه المناقصات العامة الدولية من النواحي الإدارية والقانونية.

د - مشاكل النقل:

تعد مشاكل النقل من المشاكل الهامة في تصدير الدواء والتي تتمثل في:-

- عدم توافر فراغات كافية على طائرات مصر للطيران وارتفاع أسعار الشحن على طائرات الركاب بالنسبة لأسواق الدواء المصري. - عدم وجود خطوط ملاحية منتظمة لهذه

الأسواق.

- أن السفن المصرية غير مجهزة لنقل المنتجات الدوائية.

- أسطول الشاحنات المصرية يعاني من ارتفاع التكلفة للنقل إلى الدول العربية المجاورة وكذلك ارتفاع أسعاره.

- تعرض بعض الشحنات للتلف حال تصديرها على الشاحنات المصرية؛ لأن السيارات غير مجهزة بالمواصفات الخاصة لنقل الأدوية .
- عدم وجود آلية للتأمين على الصادرات ضد المخاطر في بعض الأسواق الأفريقية ودول شرق أوروبا . هذا بالإضافة إلى ارتفاع سعر وثائق الضمان .

- تواجه شركات الأدوية في بعض الأحيان مشكلة اختيار الوكيل الأمثل في الأسواق الخارجية ؛ حيث إن الاختيار غير المناسب للوكيل بسبب العديد من المشاكل التسويقية .

ثالثاً: السياسات المقترحة :

يقترح الحزب حزمة من السياسات لمواجهة التحديات التي تواجه صناعة الأدوية . كما يلي :

أ- السياسات قصيرة الأجل :

تعتمد أساساً على :

1. أن تقوم الحكومة بالتعاون مع الجهات المعنية وشركات الأدوية بالاتفاق على آليات عادلة ومرنة للتسعير تضع في الاعتبار تغير سعر الصرف ونسبة التضخم وتقديرات التكلفة واقتصاديات الدواء الأخرى .
2. أن تحصل الدولة الفارق بين السعر الاجتماعي لتوفير الأدوية الأساسية لغير القادرين والسعر الاقتصادي العادل .
3. التفرقة بين الأدوية الأساسية طبقاً لقائمة منظمة الصحة العالمية والأدوية غير الأساسية في سياسة التسعير .

4. زيادة الثقافة العلاجية والوعي الصحي حتى يتم ترشيد الاستهلاك من الأدوية .

5. زيادة نسبة المنتفعين بالتأمين الصحي .
سواء الاجتماعي أم الخاص . حتى يتحمل طرف ثالث تكلفة الدواء من خلال نظم تكاملية .

ب- السياسات متوسطة الأجل :

تعتمد الحلول والإجراءات متوسطة الأجل على ما يمكن تنفيذه وتظهر نتائجه في فترة ما بين سنة وثلاث سنوات . ومن تلك السياسات :

1. التحليل الاقتصادي لشركات قطاع الأعمال

العاملة في مجال صناعة الدواء . والتوجه نحو دمجها أو دخولها في تحالفات استراتيجية لزيادة قدراتها الاقتصادية وطرح الأفكار حول مستقبلها .

2. إلغاء أو خفض الرسوم الجمركية على مستلزمات صناعة الدواء .

3. توحيد أسس وقواعد التعامل الحكومي مع مصانع الدواء من القطاع العام والخاص والمشارك . في مجال الإعفاءات الجمركية أو الضريبية .

4. التأكيد على شفافية نظام تسجيل الأدوية والمستحضرات وإعلانه حتى يتم تشجيع شركات الأدوية على تسجيل منتجاتها في مصر .

5. تطوير سياسة وأسلوب تسجيل الدواء . وإعادة هيكلة الجهات الرقابية المختصة بالتسجيل وتسعير الأدوية . وتنفيذ عدد من البرامج التدريبية حتى يتم التعرف على الأساليب المتبعة في البلاد الأخرى وعلى متطلبات تشجيع الاستثمار في هذا المجال .

6. تأسيس قاعدة بيانات لجميع المعلومات الخاصة بالأدوية المسجلة في مصر . وما يتم تصنيعه وما يتم استيراده بالإضافة إلى حجم الاستهلاك والطاقة الإنتاجية والتسعير . هذه القاعدة سيكون لها دور هام في اجتذاب المستثمرين وزيادة المنافسة في السوق مما ينتج عنه حتماً الحصول على أحسن الأسعار دون الحاجة إلى التدخل المباشر .

7. دراسة إصدار قانون ينظم التكافؤ الحيوي . وهو النظام المنبع لدراسة ناتج وفاعليات الأدوية .

8. تنظيم التجارب الإكلينيكية في مصر .

9. تفعيل إتفاقيات التجارة الإقليمية حتى يتسنى أن يقبل التسجيل في مصر في بلاد المنطقة .

ج- السياسات طويلة الأجل :

1. تشجيع الأبحاث والدراسات والتطوير حتى يتسنى لنا بدء صناعة دواء تشمل تسجيل أدوية جديدة .

2. التركيز في المرحلة الأولى على الأبحاث الخاصة بتصنيع الأدوية الـ Generic .

3. تكثيف الجهود الخاصة بالطب الوقائي .

4. وضع سياسة قومية للتكنولوجيا الحيوية في مصر . تتضمن :

أ. إنشاء مؤسسة علمية مصرية مركزية للتكنولوجيا الحيوية والهندسة الوراثية تجمّع شمل الجزر المنفصلة التي تعمل في هذه

د تطوير نظم وأساليب الإنتاج في بعض شركات
الدواء الوطنية لرفع كفاءة وجودة إنتاجية هذه
الشركات . مع تشجيع الاندماج أو التعاون
المشترك بين هذه الشركات حتى تتمكن من
الاستمرار في مواجهة المنافسة العالمية .
هـ. ضرورة توجيه الاستثمارات الجديدة في مجال
الصناعات الدوائية في مصر إلى مجال صناعة
الخامات الأولية وصناعة المستحضرات
الجديدة التي تتطلب تكنولوجيا عالية .
وتجدر الإشارة في هذا الصدد إلى إنجازات
حكومة الحزب في مجال السياسة الدوائية،
والتي من بينها:
- تحويل هيئة المصل واللقاح إلى شركة
قابضة تدار بأسلوب اقتصادي.
- تصنيع الأنسولين البشري من خلال الشركة
القابضة للمصل واللقاح.

التقنية لكي يتكامل العمل المطلوب .
ب. تصنيع هذه المنتجات المعملية بالكفاءة
والجودة المطابقة للمواصفات العالمية
ومراعاة ضوابط واشتراطات الأمان الحيوى
وضرورة وضع ضوابط واشتراطات مصرية تضمن
عدم استيراد أو تسرب أو إنتاج أو تصنيع منتجات
معملية لا تفي باشتراطات الأمان الحيوى أو
مواصفات الكفاءة والجودة المتفق عليها
عالمياً .

ج. دعم وتطوير المعامل الموجودة حالياً وإنشاء
المعامل اللازمة لهذه التقنيات الجديدة حتى
تكون نتائج بحوثها قابلة للتطبيق والتصنيع
والتسويق مطابقاً لمواصفات الأسواق
العالمية بما يحقق لها ميزات تنافسية ذات
جودة تجارية .

د. الاستفادة من جميع الخبرات المصرية
المتخصصة في هذا المجال محلياً وعالمياً
لتطوير تلك التقنية . بدلاً من الاعتماد على
استيراد التكنولوجيا الجاهزة من البلاد الأخرى
أو قصر الاستفادة على علماء هذه التقنية من
غير المصريين .

متطلبات النجاح لجذب الاستثمار في صناعة الدواء :

١ - الالتزام بتنفيذ القرار الوزاري رقم ٣١٣ لسنة
١٩٩١ والقرار الوزاري اللاحق ٣١٤ لسنة ١٩٩١
بشأن تسعير المستحضرات الصيدلانية وإعادة
تسعيرها .

٢ - إعادة إصدار الترشحات الخاصة بتسعير
الأدوية وتعميمها على كافة الجهات المعنية
بذلك .

٣ - تحقيق المساواة بين جميع شركات الأدوية
عند تطبيق الإعفاءات الجمركية والضريبية .

٤ - التطبيق العملي لقانون مزاولة مهنة
الصيدلة بشأن الالتزام بصرف الأدوية بموجب
وصفة طبية . وذلك فيما عدا الأدوية التي يمكن
صرفها من قبل الصيدلي بدون وصفة طبية
طبقاً للقوائم المعدة لذلك وتطبيق المعايير
اللازمة .

٥ - تبسيط الإجراءات الإدارية والفنية لتنشيط
تصدير الأدوية المصرية .

٦ - تحقيق الجودة العالية للمنتج الدوائي
المصري . من خلال :

أ. إعادة التوازن إلى اقتصاديات الدواء في مصر .
ب. إنشاء مراكز أبحاث وتطوير للصناعات
الدوائية .

ج. الاهتمام بتدريب الكوادر الوطنية في مجال
البحوث الصيدلانية والتطبيقية .



تفعيل نظم جديدة للتأمين الصحي في مصر

مقدمة:

الجامعية و التعليمية التي تعمل لرعاية المواطنين مجاناً أو على نفقة الدولة. فإن أعداداً كبيرة من المواطنين ما زالت تنقطع إلى مستوى أعلى من جودة الخدمات وترغب في الحصول عليها بشكل ميسر من حيث الوقت والجهد والمكان. وهو ما يؤمن الحزب بأنه أحد الحقوق الأساسية للمواطن المصري.

أولاً: الرؤية والأهداف:

انطلاقاً من النظام الأساسي للحزب الوطني الديمقراطي و استناداً إلى ورقة الحزب في المؤتمر القومي الثامن سبتمبر ٢٠٠٢، يمكن تحديد رؤية الحزب فيما يتعلق بالتأمين

الصحي في التالي:

- التوسع التدريجي للتأمين الصحي الاجتماعي ومد مظلة التأمين الصحي وتعديله وتطويره.
- جذب القطاع الخاص للمشاركة في تقديم الخدمة التأمينية بالجودة المناسبة والتي توفر للمنتفع حرية الاختيار ولمنافسة بين الوحدات الطبية المقدمة للخدمات الصحية التأمينية.

- إقرار مبدأ دعم الدولة لنظام التأمين الصحي الاجتماعي ضمن أدارة اقتصادية فعالة.
- دعم الدولة والمجتمع لتقديم تغطية تأمينية لحزمة محددة من خدمات الرعاية الصحية.
- الفصل بين التمويل وتقديم الخدمة.
- توفير الاختيارات أمام المواطن من خلال تطوير

إن إصلاح التأمين الصحي الاجتماعي هو أحد الآليات الفعالة في تمويل و جودة النظام الصحي القومي وتحقيق العدالة الاجتماعية من خلال توفير حزمة محددة من خدمات الرعاية الصحية للمواطنين يقوم التأمين الصحي الاجتماعي بتغطية نفقاتها وبعد التكامل بين القطاع الحكومي و القطاع الخاص في منظومة الرعاية الصحية هو الضمان لخلق مناخ تنافسي بين مقدمي الخدمة بما يحقق للمواطن حرية الاختيار لأفضل الخدمات بأعلى جودة.

و بالرغم من الجهود الفائقة التي تبذل من قبل الدولة و الهيئة العامة للتأمين الصحي فإنه ما زال هناك الكثير من التحديات التي تستلزم تفعيل النظم الحالية واستحداث نظم جديدة للتأمين الصحي تعطي قوة الدفع اللازمة عند التخطيط للتوسع المستقبلي في التأمين الصحي.

ونظراً لوجود شرائح عديدة من المجتمع المصري لم يشملها التأمين الصحي الاجتماعي بعد. وبالرغم من جهود الدولة في تطوير و تحديث الوحدات و المستشفيات و النهوض بخدمات الطب الوقائي و العلاجي المقدمة من وزارة الصحة و المستشفيات

ينظم المعلومات و حساب التكاليف .
تحقيق اللامركزية في إدارة الخدمات وإحكام الرقابة و المتابعة ضمانا لتحقيق الجودة الشاملة وشمولية التغطية السكانية .

يستخدم نظام التأمين الصحي في جميع المحافظات. وتتوسع الدولة في خطى مستمرة ومتزايدة في تطبيق نظام طبيب الأسرة علي مستوي الجمهورية ويضمن هذا القطاع تقديم حزمة من الخدمات لكل مجموعة من الأسر (١٠٠ أسرة) بواسطة هذا الطبيب. إن هذا النظام سوف يساهم في تقديم الخدمات التأمينية علي المستوي الأول الذي يشكل ٧٠٪ من مجموع الخدمات الصحية علما بأن المؤسسات الطبية العامة أو الخاصة تساهم في تقديم ١٠- ١٥٪ من الخدمات وهي المستوي الثاني والثالث من الخدمة.

تحديات الوضع الراهن

• تعدد القوانين و عدم توافر المرونة الكافية لتعديل نظم التمويل بما يتوافق مع التكلفة الفعلية للخدمات المقدمة للمنتفعين و عدم فاعلية آليات تحصيل التمويل المخصص للهيئة العامة للتأمين الصحي مما يؤدي إلى عجز سنوي في موازنة التأمين الصحي يصل إلى ٢٠٠ مليون جنية .

• تغطية شرائح محددة من المجتمع دون غيرها بنسبة ٤٦٪.

• مدمغلة التأمين الصحي علي قطاعات جديدة بدون وجود وسائل تمويل كاف لها و بقرارات وزارية أحيانا بدون تشريع مناسب مثل التأمين الصحي علي الأطفال بالقرار الوزاري رقم ٢٨٠ لسنة ١٩٩٧ غير الملزم لأولياء الأمور أو لوزارة المالية.

• قيام الهيئة العامة للتأمين الصحي بالجمع بين تمويل و تقديم الخدمة مما يؤدي إلى افتقارها للقدرات التنافسية و ضعف الإشراف و الرقابة و عدم إعطاء فرص الاختيار للمنتفع و قصور في نظم التمويل و التعاقد و عدم رضا المنتفع .

• عدم فاعلية نظم الحوافز و المرتبات و عدم الانضباط لمقدمي خدمات الرعاية الصحية في قطاع التأمين .

• ضعف فاعلية نظم المعلومات في توفير قواعد البيانات اللازمة عن التكلفة و عن مؤشرات الجودة و مؤشرات أداء المتعاقدين .

ثانياً: الوضع الراهن:

يشكل نظام التأمين الصحي الاجتماعي منذ بدايته في عام ١٩٦٤ أحد أوعية التمويل الرئيسية للرعاية الصحية للمواطنين بمصر و يعتبر من أهم مظاهر الالتزام السياسي القومي بالرعاية الصحية للمواطنين حيث تزايد عدد المنتفعين بالتأمين الصحي الاجتماعي ليصل إلى ٣٥ مليون منتفع. إن خبرة أربعون عاما في نظام التأمين الصحي الاجتماعي بمصر قادت إلى تكوين كوادر إدارية و فنية متخصصة. كما أن هيئة التأمين الصحي الاجتماعي قد أصبحت مالكة لرصيد ضخم من الأصول و المنشآت التي تشمل المستشفيات و العيادات الخارجية و العيادات المدرسية و الوحدات المتخصصة و الصيدليات.

و امتدت مظلة التأمين لتشمل قطاعات موظفي الدولة و القطاع العام و العمال و الموظفين بقطاع الأعمال و القطاع الخاص المؤمن عليهم اجتماعيا و أصحاب المعاشات و الأرامل. و شكلت إضافة قطاعات طلاب المدارس و حديثي الولادة تجربة إيجابية تضيف إلى خبرة نظام التأمين الصحي الاجتماعي في خدمة المواطن و يقوم التأمين الصحي الاجتماعي بدور فعال في تغطية تكلفة الخدمات الأساسية و التخصصية و الدواء و العمليات الجراحية و خدمات الرعاية الحرجة و الأمراض المستعصية بما في ذلك جراحات القلب و علاج الأورام و الغسيل الكلوي و زراعة الأعضاء

وقد استطاعت الدولة خلال الفترة الحالية و الماضية أن تنشئ و تشغل و تدعم عدد كبير من المراكز و المؤسسات الصحية و الطبية ذات المستوي التقني و البشري الرفيع و التي

بناءً على الدراسات الاكتوارية لتجنب الآثار الاقتصادية السلبية الناشئة عن عدم ملائمة نسب الاشتراك والمساهمة القائمة للأوضاع الاقتصادية الحالية لهيئة التأمين الصحي الاجتماعي.

• تحديد الدعم المنتظم لتمويل التأمين الصحي لحدوثي الولادة و الأطفال .
• دراسة تحمل وزارة التأمينات الاجتماعية نسبة مساهمة في اشتراكات أصحاب المعاشات والأرامل (نظراً لعدم وجود مساهمة لصاحب العمل).

• دفع اشتراكات غير القادرين وذوي الاحتياجات الخاصة من خلال التبرعات والمؤسسات غير الهادفة للربح وغيرها من المصادر في إطار ظوابط واشتراطات محددة .

• تفعيل القرارات الوزارية التي تسمح بتحميل المنتفع نسبة من تكلفة الخدمة .
• تفعيل آليات التحصيل وإعادة النظر في أسلوب جمع الاشتراكات لضمان حقوق الهيئة بما في ذلك اشتراكات الطلاب وحدوثي الولادة .
• استخدام الموارد غير الضريبية في صورة نسبة من الرسوم المدفوعة على بعض الخدمات المتميزة بالطلب المتجدد عليها دون المساس بالظروف الاقتصادية والاجتماعية للمنتفعين والممولين مثل تسجيل الملكية العقارية والحيارة ورسوم تجديد رخص القيادة والمركبات ورسوم ترخيص مزاوله بعض المهن والحرف والأعمال و قسائم الزواج ونصاريح العمل بالخارج بالإضافة إلى عمل طابع تأمين صحي علي قوالب المحمول .

• توحيد صناديق التمويل في صندوق مركزي وصناديق محلية مع تنسيق التدفقات والإجراءات الإدارية للصناديق الإقليمية لمصلحة المنتفعين مع انتظام دفع مستحقات مقدمي الخدمة وربط الحوافز بالأداء .

• تكوين قاعدة تشريعية واقتصادية تضمن الموارد اللازمة للتمهيد لخطة التوسع .

ثانياً: تطوير إدارة التأمين الصحي:
• تقييم التجربة الاسترشادية لصندوق صحة الأسرة ثم دراسة التوسع تدريجياً في تطبيق

• قصور في تفعيل القرارات الوزارية المنوط بها الاستفادة من مظلة التأمين الصحي من حيث مد مظلة التأمين لأسر المنتفعين أو تحميل المنتفع نسبة من تكلفة الخدمة .
• حزمة الخدمات المقدمة للمنتفعين ليس لها حدود ولا تتناسب مع الاشتراكات المحددة بالقوانين المنظمة .
• الاستهلاك غير الرشيد للأدوية والذي يمثل ما يقرب من 50 ٪ من تكلفة الخدمات التأمينية .

ثالثاً: السياسات المقترحة:

ان نظم تغطية تكاليف رعاية المواطنين صحياً في الوضع الراهن تشمل العلاج المجاني في كافة مستشفيات وزارة الصحة والمستشفيات الجامعية والعلاج علي نفقة الدولة لما لا يتوفر في هذه المستشفيات ونظم التغطية التأمينية الحالية وكذلك التزام بعض مؤسسات الدولة كالشرطة والقوات المسلحة وبعض الوزارات بعلاج العاملين بها هذا بالإضافة إلى ما يوقره القطاع الخاص علي مستوى العيادات الخارجية والمستشفيات من خدمة يلجأ إليها نسبة كبيرة من المواطنين ويتم تمويلها ذاتياً منهم.

إن السياسة المطروحة لتطوير الرعاية الصحية للمواطن يجب أن تكامل فيها كل هذه الأنظمة وأن يكون التوجه نحو مد مظلة التأمين الصحي التدريجي لكل المواطنين شاملاً ومتضمناً داخل جهات الإنفاق الصحي وتعدد نظم التغطية المتاحة و مشاركة المجتمع الرشيدة. ومن ثم فإن السياسات المطروحة لتطوير وإصلاح نظم التأمين الصحي في مصر تشمل:

- استدامة تمويل التأمين الصحي.
- تطوير إدارة التأمين الصحي.
- التقويم المحايد للخدمات.
- المشاركة المجتمعية.
- إصدار التشريع المناسب لهذا التطوير.

أولاً: استدامة تمويل التأمين الصحي:
تحديد نسب اشتراك ونسب مساهمة فعالة

والفاعلية في المئات المنتجة محليا والتوسع في تطبيق نظم الصيدلة الإكلينيكية. الدعوة إلى تأسيس مركز للدراسات التأمينية والاكتوارية ونظم المعلومات والدراسات والخبرات والتدريب الفني علي العمل في مجال التأمين الصحي و الرعاية الصحية لخلق الكوادر اللازمة للتوسع في مظلة التأمين الصحي بالتعاون بين وزارة الصحة و الوزارات والهيئات المعنية .

• وضع نظام محاسبي مناسب لدفع أنعاب أو أجور فريق العمل الصحي ومقدمي الخدمة مع استخدام نظم الحوافز المرتبطة بالأداء .

• إعادة توزيع الموارد البشرية طبقا للاحتياجات الفعلية للمناطق، وبحث سياسات التوطين للأطباء والاستخدام الأمثل للوقت والجهد مع رفع الكفاءة المهنية للكوادر الطبية والإدارية وتحسين أوضاع العاملين من خلال نظام الحوافز والمكافآت .

ثالثا: التقويم المحايد للخدمات:

تشكيل جهة محايدة لمراقبه الجودة تضمن وضع واعتماد معايير الجودة الشاملة علي نظم تقديم الرعاية الصحية من كافة القطاعات وتقييم المنشآت والموارد البشرية وتنظيم التدوين والتوثيق للسياسات والإجراءات لدى الجهات المتعاقدة مع مراجعة التقييم دوريا ضمانا للارتقاء بالجودة.

رابعا: المشاركة المجتمعية:

• التأكيد علي أهمية تفعيل الدور الإيجابي للقطاع الخاص وهيئات ومؤسسات المجتمع المدني جنبا إلى جنب مع القطاع الحكومي في نشر مظلة التأمين الصحي و الرعاية الصحية للمواطنين في مصر باستخدام جميع قدرات الدولة والمجتمع .

• نشر المفاهيم الإيجابية المستفادة من برامج الرعاية الصحية للنقابات بما تمثله من نموذج لمشاركة المواطنين الإيجابية مع مؤسسات المجتمع المدني في مواجهه مشاكل المجتمع وتحديات التنمية البشرية (يجب علينا أن ندعم هذه البرامج بالخبرات الاكتوارية ونظم المعلومات) حيث إن هذه البرامج هي

نظام التأمين الصحي علي الأسرة كوسيلة فعالة لتغطية الشرائح الغير مغطاة وتحقيق عدالة توزيع الخدمات علي الإناث والذكور مع التوسع الجغرافي المدروس لتغطية المواطنين و تحقيق الاتجاه إلى اللامركزية .

• التقييم الدوري لبرامج التأمين الصحي علي الطلاب و حديثي الولادة و الأطفال من حيث التكلفة و عائد المخرجات .

• تحديد اشتراكات أفراد الأسرة وآليات تحصيلها و كذلك نسب المشاركة التي تدفع عند أداء الخدمة علي أساس اقتصادي يعبر عن واقع التكلفة مع ضمان دعم الدولة و جهة العمل والمجتمع .

• تحديد حزم الخدمات (أساسيه-شاملة) و إعطاء المواطن حرية الاختيار بينها مع تحديد نسب مشاركة مختلفة في الخدمات بناءا علي الدراسات الاكتوارية .

• تحديد الفئات المستهدفة بالتوسع ووضع أولويات ضم الفئات المحرومة من الخدمات الصحية التأمينية إلى مظلة التأمين الصحي تدريجيا طبقا لخطة تمويلية بعيدة المدى مع مراعاة النمو السكاني المتوقع .

• تفعيل القرارات الوزارية المنوط بها م مظلة التأمين لاسر المنتفعين .

• بناء الطاقات علي المستوى الإقليمي لضمان حسن إدارة الخدمات .

• إحكام الأداء الاقتصادي لتقديم الخدمة مع تبسيط الإجراءات المالية من خلال التطوير في نظم المعلومات .

• تقييم تجربة القطاع الخاص و المجتمع المدني في التأمين الصحي و برامج الرعاية الصحية مع محاولة الاستفادة من استثمارات هذه القطاعات لخدمة التوسع في مظلة التأمين الصحي و خلق مناخ تنافسي في تقديم الرعاية الصحية بعد موائمة هذه التنظيم للقيام بدور اجتماعي فعال مع اخذ القطاع الخاص في الاعتبار عند وضع السياسات القومية .

• تفعيل السياسة الدوائية للدولة و تنسيق التعاون مع شركات الأدوية المصرية لاعداد العبوات علي أساس الجرعة و تشجيع الأدوية المنتجة محليا مع ضمان مستوى الجودة

خامسا: إصدار التشريع المناسب لتطوير التأمين الصحي:

• إن المستقبل يجب إن يشهد تشريعا يحتم على ان يكون لكل مواطن على أرض مصر تغطية تأمينية، إما من خلال التأمين الصحي الاجتماعي أو أشكال التغطية التأمينية الأخرى المتاحة والمعترف بها من الدولة خلال السنوات الخمس القادمة.

• وجوبية توفر التمويل اللازم من جانب الدولة لأي التزام تشريعي جديد تجاه المواطنين. وهو الأمر الذي من أجله يضع الحزب اطارا زمنيا. من خمس سنوات يتم خلالها تطوير اداء هيئة التأمين الصحي الاجتماعي. وفصل تمويل الخدمة عن تقديمها. وأداراتها الادارة الاقتصادية الفعالة بدعم الدولة لتغطية فارق التكلفة بين الاقساط المحصلة برؤية اجتماعية والاقساط الواجب سدادها حسب الدراسات الاكتوارية. وفتح الباب أمام القطاع الأهلي والخاص للمشاركة قبل وضع التصور النهائي للقانون بالصورة التي تحقق نتائج ايجابية وأكثر فاعلية.

• أن فصل التمويل عن الخدمة هو هدف الحزب على المدى البعيد في التأمين الصحي. الا أن هذا الفصل يجب دراسته بعناية من منظور اقتصادي. حيث يرى البعض أنه قد يؤدي إلي ارتفاع التكاليف في إطار عدم وجود تمويل كافي. وأن هذا الفصل أدى إلي ذلك فعلا في بعض دول العالم. ويقابل ذلك أن معرفة التكاليف الحقيقية لتقديم الخدمة هي أساس الاستقرار الاقتصادي لمؤسسات التأمين الصحي وأستدامة قدرتها علي رعاية المواطنين صحيا بجودة عالية. وأن دمج موازنة تمويل الخدمة مع مقدمها خصوصا في ضوء عدم وجود تمويل كاف يؤدي في النهاية إلي خسارة اقتصادية تظهر أثارها عادة بعد عدد من السنين مما يؤدي إلي توقفها.

• الاهتمام بدراسة التشريعات و القرارات المنظمة لعمل شركات التأمين الصحي الخاص وشركات الرعاية الصحية ومؤسسات المجتمع المدني والتعاونيات في مجال التأمين الصحي مع وضع آليات تشجيع هذه القطاعات للمساهمة الإيجابية باستثماراتها

تعبير عن قدرة قطاعات عديدة من المواطنين علي المساهمة بنسبة اشتراك أعلي في مجال الخدمات الصحية. كما تمثل نموذج لامتداد مظلة التأمين الصحي نحو الأسر في بعض الشرائح القنوية من خلال مؤسسات مدنية غير هادفة للربح وتشكل خيارا أمام المواطن لاستكمال الخدمات الغير مغطاة بالحزمة الأساسية.

• تشجيع ودعم الاستثمار في مجال مؤسسات الرعاية الصحية المستديمة حيث إنها تمثل نظام وسيط فعال لادارة الرعاية الصحية للأفراد والأسر والمجموعات وتشكل نموذجا للإدارة الحديثة ونمطا جديدا لمنظمات إدارة التمويل المعتمدة علي الاستخدام الفعال لنظام طبيب الأسرة و لنظم المعلومات الحديثة في تحقيق الانتقال الميسر بين مستويات الرعاية الطبية وتوظيف كوادر خدمة العملاء لحل مشاكل المواطنين في حينها ويجب التنسيق بين جهود هذه المؤسسات والشركات وتوظيف قدراتها واستثماراتها جغرافيا لخدمة التوسع في مظلة التأمين الصحي وأخذها في الاعتبار عند وضع السياسات القومية.

• تشجيع ودعم وتوجيه جهود شركات التأمين الوطنية في مجال الاستثمار في اعاده التأمين في مجال الرعاية الصحية وذلك بالمشاركة المدروسة في المخاطر لرفع العبء عن ميزانية الدولة وجهات التمويل الأخرى.

• دعوة المجتمع المدني والجمعيات الأهلية إلي تأسيس مؤسسات غير هادفة للربح لدعم غير القادرين في مجال التأمين الصحي مع دعمها من برامج الدولة المانحة وتبرعات القادرين وتوجه جهود هذه المؤسسات بشكل رئيسي إلي الفئات غير القادرة المستهدفة كأولويات في مجال التأمين الصحي والرعاية الصحية لتخفيف أعباء الدولة وحل مشاكل المواطن.

• مساندة مشاريع الصناعات الصغيرة بغرض رفع دخل الأسر وقدرتها علي المساهمة في قسط التأمين الصحي كشرط للحصول على المساندة بالتنسيق مع الصندوق الاجتماعي.

لخدمة التوسع في مظلة التأمين الصحي
وتوجيه الإمكانيات لعمل برامج تناسب
محدودي الدخل أو تستكمل الخدمات غير
المدرجة بالحزمة الأساسية.

الصحة والسكان

الأمانة العامة

المؤتمر السنوي

سبتمبر ٢٠٠٣



الحزب الوطني الديمقراطي

فكر جديد

www.ndp.org.eg