

يتشرفه السيد/ جلال الزرير

رئيس اتحاد الصناعات المصرية

والأستاذ الدكتور/ عمرو عبد الحكيم

رئيس غرفة مقدمى خدمات الرعاية الصحية

وفي حضور الأستاذ الدكتور/ حاتم الجبلي

وزير الصحة والسكان

والسيد/ جمال مبارك

الأمين العام المساعد وأمين السياسات بالحزب
الوطني

والأستاذ الدكتور/ حمدي السيد

نقيب الأطباء

بدعوة سيادتكم لحضور ندوة مشتركة لمناقشة

أوراق سياسات الصحة والتأمين الصحي.

يوم ٢٢ / ٦ / ٢٠٠٦ الساعة الحادية عشر صباحاً بمبنى اتحاد

الصناعات المصرية بالمسرح بالدور الأول.



الحزب الوطني الديمقراطي

الأمانة العامة

أمانة السياسات

سياسات إصلاح التأمين الصحي الإجتماعي الشامل

يونيو ٢٠٠٦

الرؤية:

تغطية كاملة للسكان بنظام تأمين صحى إجتماعى واحد.

مقدمة:

تمر مصر بمرحلة من الإصلاح على كافة المستويات وخاصة قطاعات التنمية البشرية، ومن هنا فإن رؤية الحزب فى برامج إصلاح القطاع الصحى بدت متكاملة بتطوير وتحسين أوضاع الرعاية الصحية الأساسية، كما يؤمن الحزب بحق المواطن فى الحصول على التأمين الصحى الإجتماعى المناسب وذلك إستكمالاً لأوراق السياسات التى طرحت بمؤتمرات الحزب فى أعوام ٢٠٠٢ و ٢٠٠٣ و ٢٠٠٤ وتضمنت أوراق لتطوير وتفعيل السياسة السكانية بإعتبارها قضية إستراتيجية للمجتمع وإصدار تشريع مناسب لتطوير التأمين الصحى فى خلال خمس سنوات وتفعيل نظم الرعاية الصحية الأساسية والسياسة الدوائية ودعم التوجه نحو الإستثمار فى مجال الدواء وتفعيل نظم جديدة للتأمين الصحى وإعادة هيكلة القطاع الصحى إستهدافاً للوصول إلى التأمين الصحى الإجتماعى الشامل وذلك عن طريق التوسع التدريجى للتأمين الصحى الإجتماعى، ومد مظلة التأمين الصحى وتعديله وتطويره، وجذب القطاع الخاص للمشاركة فى تقديم الخدمة التأمينية بالجودة المناسبة، والإدارة الإقتصادية الفعالة، والفصل بين التمويل وتقديم الخدمة، وتوفير الاختيارات أمام المواطن من خلال تطوير نظم المعلومات وحساب التكاليف وتحقيق اللامركزية فى إدارة الخدمات وإحكام الرقابة والمتابعة ضماناً لتحقيق الجودة الشاملة وشمولية التغطية السكانية.

وتتمثل احدى أهم الركائز لهذه الرؤية فى استمرار الدولة فى توفير الرعاية الصحية الشاملة للفقراء ومحدودى الدخل أو غير القادرين، خاصة فى ظل ظروف إقتصادية غير مواتية وموارد محدودة، وهذا لن يتأتى على النحو الأمثل إلا بعد تحديد مستويات الرعاية الصحية التى يتحتم على الدولة تقديمها بالمجان وتلك المستويات الأخرى من الرعاية الطبية التى تحتاج لنفقات صغيرة أو كبيرة لابد للدولة من تحملها كاملة فى بعض الأحيان والمساهمة فى تحملها فى أحيان أخرى.

وسوف يتحقق هذا فى إطار نظام التأمين الصحى الإجتماعى الشامل، وقد بدأت منظمة الصحة العالمية منذ عام ٢٠٠٠ فى استخدام مصطلح "التأمين الصحى الإجتماعى" بدلاً من "التأمين الصحى" وعرفت "التأمين الصحى الإجتماعى" على أنه " نظام يتميز بستة صفات وهى المشاركة الإيجابية، ومشاركة صاحب العمل، والمساهمة عند تلقى الخدمة، ومساهمة مرتبطة بحجم الدخل من جانب الفرد والمؤسسة، وتجميع الأموال فى صندوق منفصل يعمل على التكافل داخل المجتمع، ومشاركة لاتعتمد على المخاطر وحرية الأشخاص فى إختيار مؤدى الخدمة." ويعتبر الحزب نظام التأمين الصحى الإجتماعى الشامل ضرورة قصوى لتحقيق المنظومة الصحية المتكاملة.

كما يجب أن يعتمد نظام التأمين الصحى الاجتماعى على مساهمة مجتمعية إلى جانب دور الدولة فى خدمة التغطية التأمينية لجميع فئات المجتمع فى مختلف الشرائح العمرية وفى إطار محدد وعادل وبجودة وكفاءة تضمن صحة المواطنين وأمنهم وإستقرارهم وتعزز من قدرتهم على مواجهة عبء الأمراض وتكلفة العلاج والوقاية والتأهيل. وفى هذا الإطار فإن الوزارات المعنية بقطاع الإقتصاد والمال والتخطيط وغيرها من المؤسسات المعنية بالنمو الإقتصادى أصبحت شريكة لوزارة الصحة والسكان فى الإرتقاء بالمستوى العام للصحة.

وقد أكد السيد الرئيس محمد حسنى مبارك فى خطابه يوم ٦ يوليو ٢٠٠٥ بسوهاج أن هذه الرؤية تعتمد على التحرك من خلال ٦ محاور رئيسية تشمل: تطوير هيئة التأمين الصحى إدارياً ومالياً، ونشر صندوق رعاية صحة الأسرة فى جميع المحافظات، وتغطية جميع المواطنين الذين لا يشملهم التأمين الصحى الحالى بنظام تأمينى جديد، كما تشمل التوسع فى إنشاء وحدات الرعاية الصحية الأولية، وتطوير جميع المستشفيات المملوكة للدولة ودمج محاور هذا التحرك ومكوناته فى نظام واحد خلال خمس سنوات. كما دعا الرئيس، القطاع الخاص للنهوض بدوره وتعزيز إستثماراته حتى تتضافر جهودهم مع جهود الدولة فى توفير العلاج والدواء للجميع خاصة غير القادرين.

وإستكمالاً للرؤية التى طرحها الحزب فى أوراقه خلال الأعوام السابقة فقد عكف الحزب على دراسة وبلورة سياسة واضحة حول اقتصاديات التأمين الصحى، مستهدفاً بذلك وضع الأسس الاقتصادية الملائمة لتحقيق التوسع التدريجى فى مظلة التأمين الصحى الاجتماعى، مع الارتقاء المستمر بجودة الخدمات الطبية المقدمة للمواطنين فى مصر. وتعتمد دراسة اقتصاديات التأمين الصحى الاجتماعى على محورين أساسيين هما؛ كيفية تمويل التأمين الصحى الاجتماعى، وكيفية إدارته.

نقاط هامة عند تقييم الوضع الحالى

من أجل الوصول الى الهدف، يجب علينا تقييم الوضع الحالى وإبراز التحديات الذى يواجهها النظام الحالى وأهمها أنه يتم تغطية مايقرب من ٥٢,١% من السكان بنظام التأمين الصحى فى إطار مجموعة مزايا شاملة تتضمن جميع الخدمات التى نصت عليها ثلاثة قوانين وقرار وزارى واحد، ومع ذلك تجمع هيئة التأمين الصحى بين التمويل وتقديم الخدمة. وقد بلغ إجمالى الإنفاق الحكومى على الرعاية الصحية عام ٢٠٠٤ حوالى ١٠ مليار جنيه، حيث بلغت ميزانية الرعاية الصحية لوزارة الصحة والسكان ٦,١ مليار جنيه مصرى وميزانية التأمين الصحى ١,٩ مليار جنيه وبعض الجهات الحكومية الأخرى ٢,١ مليار جنيه. وبلغ إجمالى الإنفاق الذاتى ١٥

مليار جنيه حيث ارتفع من ٥١% من إجمالي الإنفاق الصحى عام ١٩٩٥ إلى ٦١% عام ٢٠٠٠ واستقر عند نفس المستوى . كما أنه وفقاً لبرنامج "العلاج على نفقة الدولة" تقوم وزارة الصحة والسكان بتمويل نفقات الأمراض الخطيرة - سواء تكاليف المستشفيات أو التعامل مع حالات الأمراض المزمنة - لحوالى ١٢ مليون مواطن وبلغت قيمة الإنفاق حوالى ١,٤ مليار جنيه خلال عام ٢٠٠٤.

ويؤدى وجود العديد من الكيانات الإدارية المشرفة والمقدمة للخدمة الصحية إلى تفاوت مستويات الخدمات المقدمة بين الفئات والمحافظات المختلفة مثل الجامعات، والجيش، والشرطة، والتأمين الصحى، والعلاج على نفقة الدولة، والمعاهد التعليمية، ومستشفيات جراحات اليوم الواحد ... الخ ، وهناك مايقرب من ٢ مليون مواطن تتم تغطيتهم بخدمات علاجية وتأمينية (الكهرباء ، الشرطة ، الجيش ، النقابات ...) خارج هيئة التأمين الصحى باتفاق إجمالى يبلغ حوالى ١,٣ مليار جنيه. ويضاف الى ذلك عدم الإستغلال الكافى للقطاع الخاص وإمكاناته، كذا إنخفاض معدلات تشغيل الإمكانات القائمة بالقطاع الحكومى (أطباء - تجهيزات ...) وتوافر الأسرة، حيث يبلغ متوسط نسبة الإشغال ٤٢%.

كما إنه وفقاً لبرنامج "إصلاح القطاع الصحى" تقوم وزارة الصحة والسكان بالإشراف على التغطية الشاملة للسكان فيما يتعلق بالخدمات الصحية الأولية، ويتم تمويل البرنامج بصفة أساسية عن طريق الهيئات المانحة. وقد تم الإنتهاء من تقييم المرحلة الأولى من البرنامج فى خمس محافظات، هذا بالإضافة الى تقديم الخدمة التأمينية لكل المواليد دون صدور قانون يغطى هذه الفئة. أما بالنسبة للمرضى غير الخاضعين لأى من نظم التأمين الصحى فإنهم إما يعتمدون على التمويل الذاتى، أى على نفقتهم الخاصة لتغطية احتياجاتهم من الرعاية الصحية، أو يعيشون دون رعاية صحية. ويؤدى التركيز على تقديم الرعاية الصحية فى المناطق المزدهمة بالسكان مثل المدن الكبرى الى ترك مناطق أخرى دون أى تغطية صحية.

التحديات

يؤثر معدل الزيادة المستمرة للسكان (١,٩%) سلباً على نصيب المواطن من الرعاية الصحية، كما إن إنخفاض معدل وفيات الأطفال يؤدى الى زيادة عدد السكان ومن ثم إنخفاض الإنفاق الصحى المخصص لكل مواطن. كما تؤدى زيادة المعدلات العمرية (٦٨,٢٢ عاماً للرجال و ٧٣,٣١ للإناث) الى زيادة عدد السكان، وفى الوقت نفسه الى زيادة الامراض المزمنة التى تصيب المسنين وكذا زيادة معدلات الإصابة بالأمراض المزمنة مثل أمراض الأوعية الدموية، والسكر، وضغط الدم، والفيروس الكبدى سى، والفشل الكلوى.

أما بالنسبة إلى التحديات المتعلقة بالموارد البشرية فإن الأطباء المؤهلين وذوى الخبرات العالية لا يمكنهم إيجاد وظائف مناسبة فى منظمات الرعاية الصحية وذلك بسبب ظروف العمل غير المواتية (ويمثل إنخفاض الراتب عاملاً رئيسياً فى هذا الشأن)، وكذلك لا يمكن تهيئة المتخصصين فى الرعاية الصحية وتوعيتهم بأهمية التنمية والتدريب المستمر مما يساعد على مواكبة التطورات العلمية فى مجالاتهم المختلفة.

وفيما يتعلق بالتحديات الرئيسية لنظام التأمين الصحى الحالى، طبقاً لأوراق الحزب السابقة، فإن حزمة الخدمات المقدمة للمنتفعين ليس لها حدود ولا تتناسب مع الإشتراكات المحددة بالقوانين المنظمة. كما ان قيام الهيئة العامة للتأمين الصحى بالجمع بين تمويل وتقديم الخدمة يؤدي إلى إفتقارها للقدرات التنافسية وضعف الإشراف والرقابة وعدم إعطاء فرص الإختيار للمنتفع وقصور فى نظم التمويل والتعاقد وعدم رضا المنتفع. كذلك ضعف فاعلية نظم المعلومات فى توفير قواعد البيانات اللازمة عن التكلفة وعن مؤشرات الجودة ومؤشرات أداء المتعاقدين. وكذا تعدد القوانين وعدم توافر المرونة الكافية لتعديل نظم التمويل بما يتوافق مع التكلفة الفعلية للخدمات المقدمة للمنتفعين وعدم فاعلية آليات تحصيل التمويل المخصص للهيئة العامة للتأمين الصحى مما يؤدي إلى عجز سنوى فى موازنة التأمين الصحى يصل إلى ٢٠٠ مليون جنيه.

سمات مشتركة فى دول أخرى أقامت نظام تأمين صحى إجتماعى شامل

تواجه دول أخرى والتي يتشابه وضعها مع مصر (المكسيك، تونس، المانيا، فرنسا، اندونيسيا، الهند، إنجلترا... الخ) نفس التحديات، وقد توصلت تلك الدول إلى سياسات تركز فى مجملها على ملامح مشتركة تتمثل أهمها فى؛ تحديد دور الدولة فى ضمان المساواة فى المزايا والعلاج، وتحديد الإستراتيجية القومية وسن القوانين، وتركيز دور وزارة الصحة فى وضع معايير الجودة والإشراف على مقدمى الخدمة، الوقاية ومراقبة أسعار الدواء، والنظافة العامة والرقابة على الغذاء، ورعاية المولودين والأمهات وتطعيمهم، ومقاومة الأوبئة، والتعامل مع الكوارث، والقضاء على الأمراض المتوطنة.

كما اعتمدت هذه السياسات على الفصل التام بين التمويل، وتقديم الخدمات حيث تُقدم الأموال إلى الخزانة العامة التى تقوم بدورها بالدفع للقائمين على الرعاية الصحية سواء بصورة مباشرة أو من خلال مكاتب الخزانة المحلية. وإدارة ميزانية الرعاية الصحية من منظور إقتصادى مع ضرورة الموازنة بين الدخل والنفقات. كما قامت هذه الدول أيضاً بالحد من دور الإدارة الصحية فى التعاقد حيث يتم من خلال كيانات مخصصة مهمتها التعاقد والتحقق من الفواتير وعمليات المراجعة وإدارة قاعدة البيانات الخاصة بالمرضى، وتم نقل تبعية هذه الكيانات إلى

المحليات. كما خلصت هذه الدول إلى ضرورة مشاركة السكان فى التكاليف فى صورة إشترك سنوى ونسبة مشاركة فى السداد عند تلقى الخدمة، وسداد جزء من تكلفة الدواء ووضع قائمة محددة بالأدوية التى سوف يتم تغطيتها.

كما قامت تلك الدول بتحديد دور التأمين الإجتماعى كمصدر رئيسى للتمويل (مثال دول أوروبا)، وإيجاد إطار للمشاركة بين القطاعين الحكومى والخاص على مستوى التأمين وتقديم الخدمات. وإنشاء صندوق قومى للتأمين الصحى الإجتماعى وكذا تحويل إدارة معظم المرافق الصحية الحكومية الى المحليات.

ومعظم هذه النقاط قد تم الإتفاق على أهميتها ووجوب تنفيذها وذلك بأوراق السياسات السابقة ٢٠٠٢ و ٢٠٠٣ و ٢٠٠٤.

السياسة المطروحة لنظام التأمين الصحى الشامل (التطوير - التوسيع)

تعتمد السياسة المطروحة على وجود كيانين هامين كأساس لبداية الطريق وهما؛ التأمين الصحى الحالى، وبرنامج الإصلاح الصحى الذى يتضمن صندوق صحة الأسرة التأمينى.

وهنا يرى الحزب أن تكون الخطوات شاملة على إطار تشريعى ومالى وإدارى جديد موحد، ويتم على أربع محاور:

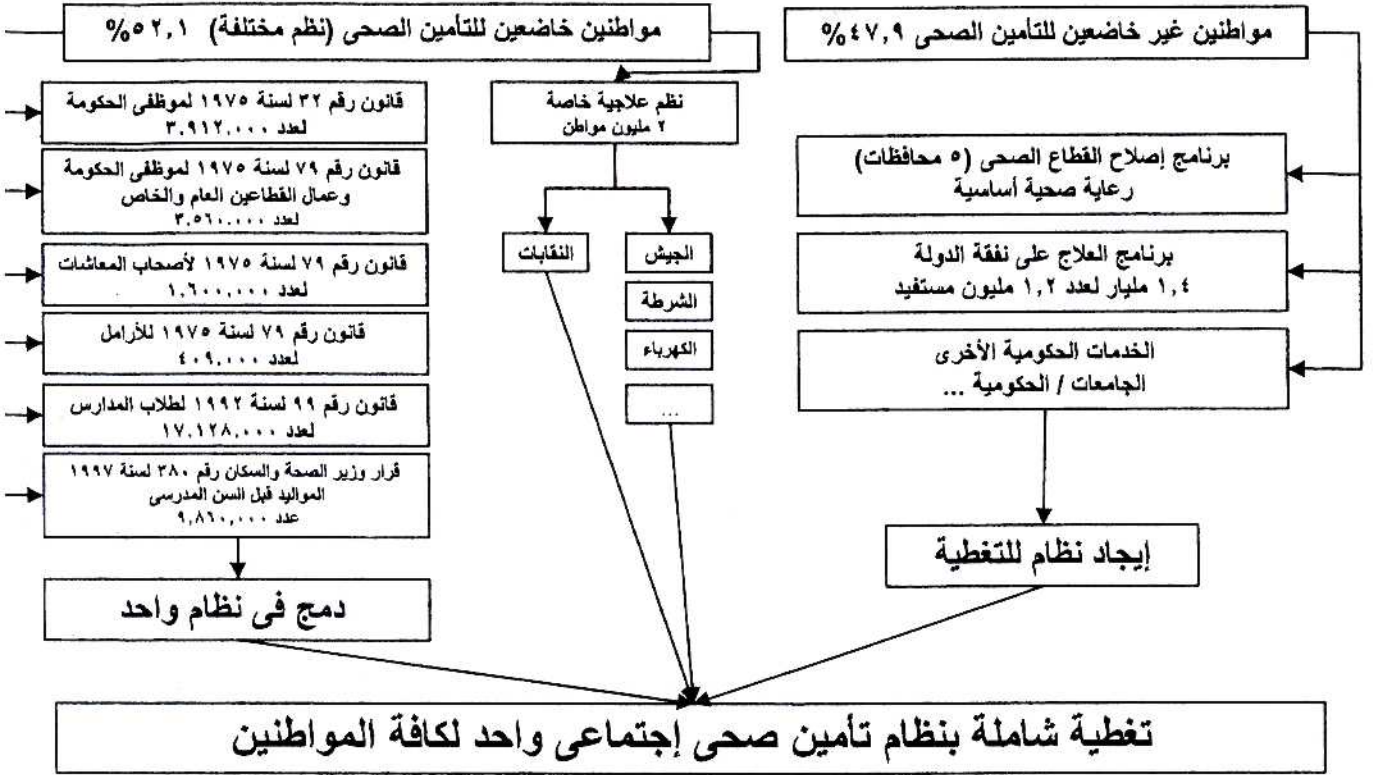
١ - إصلاح نظام التأمين الصحى الحالى الذى يغطى ٥٢,١% من السكان فى إطار تحديد حزم الخدمات وإعطاء المواطن حرية الاختيار، مع الفصل بين الإدارة والتمويل وتقديم الخدمة على أن يتم إحكام الأداء الإقتصادى مع إعادة توزيع الموارد البشرية طبقاً للإحتياجات الفعلية لكل منطقة وتفعيل الدور الإيجابى للقطاع الخاص والمجتمع المدنى، على أن يتم تحديد أسس المشاركة المجتمعية والأسرية فى تكاليف برامج التأمين الصحى.

٢ - تغطية الفئات غير المغطاة بالنظام المقدم من الحزب، والذى يعتمد على تعميم تطبيق نظام صندوق صحة الأسرة على كافة المحافظات من أجل تقديم خدمات الرعاية الأساسية لكل المواطنين.

٣ - تغطية الفئات غير المغطاة بخدمات الرعاية الثانوية والثالثة وكذا علاج الأمراض المزمنة بنظام تأمينى جديد.

٤ - دمج هذه المحاور على نفس الأسس التشريعية والإدارية والمالية فى نظام واحد يضمن إستدامة التمويل وجودة الخدمات والتكافل الإجتماعى.

التأمين الصحي الإجتماعي



اقتصديات النموذج المقترح الجديد للتأمين الصحي الإجتماعي

- تطبيق إقتصديات إصلاح الهيئة العامة للتأمين الصحي طبقاً لأوراق الحزب السابقة وتقارير الهيئة العامة للتأمين الصحي.
- بالنسبة للمواطنين غير الخاضعين للتأمين الصحي:

الرعاية الصحية الأولية (الأساسية)

إستناداً إلى أوراق الحزب السابقة بشأن الرعاية الأساسية، وحيث أنه قد تم تقييم المرحلة الأولى لبرنامج الإصلاح الصحي والذي يتضمن صندوق صحة الأسرة التأميني، يرى الحزب أن يتم تطبيق سياسات تعميم برنامج صندوق صحة الأسرة التأميني على كل المحافظات من خلال إشراف وزارة الصحة والسكان على نفس الأسس التشريعية والإدارية والمالية لبرنامج التأمين الصحي الإجتماعي الشامل المقدم.

الرعاية الثانوية والثالثة

يتم تغطيتها لـ ٤٧,٩% من السكان بواسطة نظام تأمينى جديد عن طريق إستغلال الإمكانيات المتاحة - سواء مستشفيات وزارة الصحة والسكان أو المستشفيات الجامعية أو القطاع الخاص - وقد تم دراسة إقتصاديات تغطية هذه المجموعة من السكان غير الخاضعين للتأمين الصحى بحزمة تضم الأمراض المزمنة بالإضافة إلى العلاج فى المستشفيات، وتم احتساب الإقتصاديات طبقاً لمايلى:

المصادر المقترحة للتمويل

- موازنة الدولة دعماً للفقراء ومحدودى الدخل.
- مساهمة أصحاب الأعمال والمهن الحرة.
- مساهمة التأمينات فى برنامج التأمين الصحى الإجتماعى.
- مساهمة الأفراد على مستوى الإشتراك السنوى أو عند الحصول على الخدمة.
- مساهمة المجتمع المدنى.
- بدائل أخرى.

متطلبات ضمان التنفيذ والنجاح

- ١- إستصدار التشريعات والقرارات المنظمة اللازمة.
- ٢- يجب أن يكون الإشتراك إجبارياً لضمان تكافل أفراد المجتمع.
- ٣- نظرة شاملة متكاملة للموقف المالى مع وضع أساس إستقرار تمويلى.
- ٤- الإلتزام بإستراتيجية محددة وموحدة تهدف الى دمج الأنظمة المختلفة فى المستقبل المتوسط المدى.
- ٥- دراسة الإقتصاديات مع وزارة المالية والتخطيط للتخصيص والتنفيذ.
- ٦- الإعداد الفورى للتنظيم الإدارى وفصل واضح فى الأدوار والمسئوليات للمؤسسات المختلفة مع تأكيد الدور الإشرافى لوزارة الصحة والسكان والهيكل الإدارى اللازمة للتنفيذ.
- ٧- الإسراع فى إنشاء المجلس المصرى لضمان الجودة وإعتماد الرعاية الصحية.
- ٨- تطوير قواعد البيانات ونظم المعلومات وتدريب العاملين وفق برامج مشروع الدعم الفنى.

الخلاصة

إن الهدف المطلوب هو وضع نظام واحد يُحسن النظام القائم بالنسبة للأفراد الخاضعين بالفعل للتأمين الصحى وكذا خلق نظام جديد لغير الخاضعين يبدأ من علاج "مجموعة المزاياء" ويدمج النظامين خلال فترة خمس سنوات وذلك للوصول إلى نوعية أكثر كفاءة وجودة وفاعلية لنظام الرعاية الصحية.

وأخيراً.. فإذا إستطاع النموذج الجديد أن يحقق صحة أفضل للشعب المصرى فإنه سوف يترك آثاراً إيجابية على القطاعات الأخرى وخاصة على المستوى الإقتصادى وذلك عن طريق تحويل المصريين الى شعب أكثر إنتاجية وأفضل صحياً ومن ثم زيادة الرفاهية للدولة ككل.