

# قانون التأمين الصحي الجديد بعد 5 سنوات من المداولات



بين المناقشات في المجتمع المدني  
والنسخ المخبأة في الكواليس



مركز هردو  
لدعم التعبير الرقمي  
**HRDO CENTER**  
To Support the Digital Expression

# قانون التأمين الصحي الجديد بعد 0 سنوات من المداولات

بين المناقشات في المجتمع المدني  
والنسخ المخبأة في الكواليس

مركز هردو لدعم التعبير الرقمي  
To Support the Digital Expression

Cairo - 2018

# قانون التأمين الصحي الجديد بعد 0 سنوات من المداولات

بين المناقشات في المجتمع المدني  
والنسخ المخبأة في الكواليس



مركز هردو لدعم التعبير الرقمي  
To Support the Digital Expression

cairo - 2018

[www.hrdoegypt.org](http://www.hrdoegypt.org)  
[info@hrdoegypt.org](mailto:info@hrdoegypt.org)



مركز هردو مع حق الجمهور في المعرفة وتداول المعلومات  
إصدارات المركز منشور برخصة المشاع الإبداعي المنسوب للمصدر- لغير الأغراض الربحية،  
الإصدارة ٣,٠ غير الموطنة

# المحتويات

٥	مقدمة
٦	الحق في الرعاية الصحية من خلال المواثيق العالمية
٨	مشكلات القطاع الصحي في مصر
٩	ما هو التأمين الصحي؟
١٠	التأمين الصحي في مصر
١١	التأمين الصحي خلفية تاريخية
١٢	لماذا التأمين الصحي الاجتماعي الشامل
١٣	قانون التأمين الصحي الشامل خلفية تاريخية
١٤	ملاحق قانون التأمين الصحي الشامل ٢٠١٧
	نظام تكافلي وإلزامي
	الخدمة الصحية
	اشتراكات المواطنين
	مصادر التمويل
	مراحل التطبيق
	ملاحظات وتخوفات
	انتقادات أساسية
	موقف نقابة الأطباء
	رأي النقابة في مشروع القانون
٢٥	توصيات
٢٩	مراجع

## مقدمة

يعاني قطاع الخدمات الصحية في مصر من مشكلات عدة، أهمها على الإطلاق الإهمال وضعف الموازنة العامة للصحة، فبينما تعالت أصوات تندد بمشكلات الخدمات الصحية المقدمة للجمهور ومدى رداءة تلك الخدمة، ما ترتب عليه حلول مصر في مرتبات دولية من الدول في سجل الرعاية الصحية.

الحق في العلاج والصحة من الحقوق الأساسية لحقوق الإنسان، وقد تضمنتها، ونصت عليها العديد من المعاهدات والمواثيق الدولية، كما تنص عليها الدساتير والقوانين المحلية للعديد من البلاد، حيث تتكفل الدولة بتقديم الخدمات الصحية التي تكفل للمواطنين/مواطنات الرعاية الصحية الجيدة.

بعد تفاقم أزمات الملف الصحي في مصر وخاصة بعد التغييرات الإقتصادية الأخيرة التي كانت لها تأثير على كل القطاعات وتقديم الخدمات في مصر، ما جعل زيادة المشكلات في الملف الصحي متوقعًا، حيث مر هذا الملف بالعديد من الأزمات والتي لم تحل بشكل كامل، و تشهد المستشفيات التابعة للحكومة تراجع في مستواها وتردي في مستوى الخدمة المقدمة للجمهور، حيث أن مصر عام ٢٠١٤ احتلت المركز رقم ٩٧ من ضمن ١٤٤ دولة في تحقيق المتطلبات الأساسية من الصحة والتعليم الأساسي كما جاءت مصر عام ٢٠١٦ .

في المركز ٨٦ من ٢٢٠ دولة من خلال إحصائيات موقع نومبيو المختص بتقييم مستوى الرفاهية في البلاد و الدول من خلال عدة مؤشرات، بينما في تقرير الجهاز المركزي للتعبئة والإحصاء في عام ٢٠١٦، كشف أن ٢٧,٨% من المصريين فقراء ولا يستطيعون الوفاء باحتياجاتهم الأساسية من الغذاء وغيرها وذلك يشمل بالطبع الاحتياجات الصحية. من الواضح أن الملف الصحي في مصر مرشح لزيادة المشكلات وتراجع الأداء وليس العكس.

## الحق في الرعاية الصحية من خلال المواثيق العالمية

الحق في الرعاية الصحية هو أحد تلك الحقوق الأساسية للحياة والتي نص عليها صراحة الإعلان العالمي لحقوق الإنسان، فنصت المادة ٢٥ من الإعلان العالمي لحقوق الإنسان

١- لكل شخص حق في مستوى معيشة يكفي لضمان الصحة والرفاهة له ولأسرته، وخاصة على صعيد المأكل والملبس والسكن والعناية الطبية وصعيد الخدمات الاجتماعية الضرورية، وله الحق في ما يأمن به الغوائل في حالات البطالة أو المرض أو العجز أو الترميل أو الشيخوخة أو غير ذلك من الظروف الخارجة عن إرادته والتي تفقده أسباب عيشه.

٢- للأمومة والطفولة حق في رعاية ومساعدة خاصتين. ولجميع الأطفال حق التمتع بذات الحماية الاجتماعية سواء ولدوا في إطار الزواج أو خارج هذا الإطار.

يعني حق الإنسان في الحصول على رعاية صحية مناسبة ما يكفل له حياة جيدة، ولا يشترط خلوه من الأمراض تحقيق ذلك الحق، بل يتضمن ذلك سهولة وصوله للخدمات الصحية بسهولة، وتوفير الدولة للمقاومات الحياتية الأساسية مثل توفير مرافق صحية ملائمة وكذلك ضمان جودة الغذاء والماء والصرف الصحي والعمل في ظروف صحية ومساكن آمنة وصحية، وهذا ما نص عليه العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، وجاءت المادة ٢٥ تنص على:

١- تقر الدول الأطراف في هذا العهد بحق كل إنسان في التمتع بأعلى مستوى من الصحة الجسمية والعقلية يمكن بلوغه.

٢- تشمل التدابير التي يتعين على الدول الأطراف في هذا العهد اتخاذها لتأمين الممارسة الكاملة لهذا الحق، تلك التدابير اللازمة من أجل:

- أ) العمل على خفض معدل موتى المواليد، ومعدل وفيات الرضع وتأمين نمو الطفل نموا صحيا ؛
- ب) تحسين جوانب الصحة البيئية والصناعية ؛
- ج) الوقاية من الأمراض الوبائية والمتوطنة والمهنية و الأمراض الأخرى وعلاجها ومكافحتها ؛
- د) تهيئة ظروف من شأنها تأمين الخدمات الطبية والعناية الطبية للجميع في حالة المرض.

وفي إطار المساواة بين الجنسين كذلك جاءت المادة ٢٢ في اتفاقية مناهضة العنف ضد النساء أكدت على هذا الحق، وعلى حق الجنسين في رعاية طبية متكاملة فنصت على:

١- تتخذ الدول الأطراف جميع التدابير المناسبة للقضاء على التمييز ضد المرأة في ميدان الرعاية الصحية من أجل أن تضمن لها.

على أساس المساواة بين الرجل والمرأة، الحصول على خدمات الرعاية الصحية، بما في ذلك الخدمات المتعلقة بتنظيم الأسرة.

٢- بالرغم من أحكام الفقرة امن هذه المادة تكفل الدول الأطراف للمرأة خدمات مناسبة فيما يتعلق بالحمل والولادة وفترة ما بعد الولادة، موفرة لها خدمات مجانية عند الاقتضاء، وكذلك تغذية كافية أثناء الحمل والرضاعة.

كذلك جاء الدستور المصري حافظاً لذلك الحق مؤكداً عليه في عدة مواد، منها المادة ٨٠ والتي جاءت صريحة وواضحة عن حق الرعاية الصحية وحق المواطنين في توفير الرعاية الصحية لهم :

لكل مواطن الحق في الصحة وفي الرعاية الصحية المتكاملة وفقاً لمعايير الجودة، وتكفل الدولة الحفاظ على مرافق الخدمات الصحية العامة التي تقدم خدماتها للشعب ودعمها والعمل على رفع كفاءتها وانتشارها الجغرافي العادل . وتلتزم الدولة بتخصيص نسبة من الإنفاق الحكومي للصحة لا تقل عن ٣% من الناتج القومي الإجمالي تتصاعد تدريجياً حتى تتفق مع المعدلات العالمية. وتلتزم الدولة بإقامة نظام تأمين صحي شامل لجميع المصريين يغطي كل الأمراض، وينظم القانون إسهام المواطنين في اشتراكاته أو إعفاءهم منها طبقاً لمعدلات دخولهم. ويجرم الامتناع عن تقديم العلاج بأشكاله المختلفة لكل إنسان في حالات الطوارئ أو الخطر على الحياة . وتلتزم الدولة بتحسين أوضاع الأطباء وهيئات التمريض والعاملين في القطاع الصحي.

وتخضع جميع المنشآت الصحية، والمنتجات والمواد، ووسائل الدعاية المتعلقة بالصحة لرقابة الدولة، وتشجع الدولة مشاركة القطاعين الخاص والأهلي في خدمات الرعاية الصحية وفقاً للقانون.

## مشكلات القطاع الصحي في مصر

تتفاقم مشكلات القطاع الصحي في مصر بين ضعف الموازنة العامة ورداءة الخدمات المقدمة، فتعاني المستشفيات من نقص الأسرة إلى نقص في الإمكانات والآلات الطبية، وصولاً إلى نقص الأدوية، وكذلك نقص في أعداد الطاقم الطبي، كما رصد تقرير صحفي نشر في ٢٠١٥ أعلى موقع البديل، حيث رصد التقرير واقع ستة مستشفيات حكومية وما تعانيه من إهمال، بعض المستشفيات تعاني من إهمال في كابلات الكهرباء الخاصة بالمستشفى، وإغلاق وحدات علاج دون أسباب واضحة لسبب الخلق، والبعض يحتاج لترميم المبنى في حد ذاته، كما أن مستوى النظافة الطبية يحتاج لمراجعة حيث رصد التقرير تحويل بعض غرف المستشفيات لمكان للطبخ، وقيام أفراد التمريض بالتعقيم اليدوي للأدوات الطبية، كما تسبب نقص عدد الأطباء في ضعف الخدمة المقدمة حيث تتدافع الطوابير أمام المستشفيات في إنتظار خدمة علاجية قد تكون ضرورية وملحة للمريض لكن عليه الانتظار، كما انتقد التقرير تعامل العاملين في المستشفيات مع متلقى الخدمة خاصة الفقراء حيث يتعاملون على أنهم عبء زائد على المجتمع وليس مواطنين لهم حق أصيل هو العلاج، ونتيجة لإهمال الأمني وقعت بعض حوادث اختطاف لمواليد من قلب المستشفيات ، بل و تعدى بعض البلطجية على مرضى داخل المستشفيات وقتلهم.

خلال إحصائية للمركز المصري لحماية الحق في الدواء تعاني ٦٠% من المستشفيات الحكومية من افتقار للخدمات الأولية للرعاية الصحية، وتشهد نقص واضح وملحوظ في الأسرة و أجهزة الأشعة، وعجزاً في فنيي الأشعة، والأطباء وطاقم التمريض، ونقص في الأدوية، وجاء تعويم العملة المحلية في أواخر عام ٢٠١٦ بالسلب على القطاع الطبي في مصر، حيث أن ٦٠% من احتياجات الطبية في مصر تغطيها الشركات الدولية، وشركات الدواء المصري الخاصة تغطي ٣٤%، بينما شركات القطاع العام تغطي ٤% فقط، فأصبح الاختيار إما زيادة السعر أو عدم توفير الأدوية بينما تعاني المستشفيات من نقص في المعدات والأدوية في واقع الأمر.



## ما هو التأمين الصحي؟

بداية يمكننا تعريف التأمين الصحي كما عرفته منظمة الصحة العالمية بأنه : " هو الوسيلة التي يتم بها دفع بعض أو كل تكلفة الرعاية الصحية الواجبة للمريض المشترك في النظام حين يمرض، فهو يحمي المؤمن عليه من دفع التكلفة العالية للعلاج في أحوال المرض. وأساس التأمين الصحي هو قيام المشترك المؤمن عليه بدفع اشتراك منتظم لمؤسسة إدارية و هي الهيئة العامة للتأمين الصحي التي تُعد هي المسؤولة عن إدارة تلك المدفوعات داخل إطار نظام يقوم بدفع نفقات العلاج عنه حين يمرض إلى مقدمي الخدمة الصحية " .

بمعنى آخر التأمين الصحي عبارة عن اتفاق بين طرفين يتحمل فيه الطرف الأول النفقات المترتبة على الخدمات العلاجية المقدمة للطرف الثاني ( فرداً كان أو جماعة ) مقابل مبلغ محدد ، يتم دفعه على هيئة أقساط.

ويقوم التأمين الصحي أساساً على مفهوم توزيع الخطر المتوقع الذي قد يواجهه الفرد ، مما يؤدي إلى تخفيف الأعباء والتكاليف المترتبة عند معالجة الحالات المرضية التي يتعرض لها المؤمن عليهم، وهو بذلك نظام اجتماعي يقوم على التعاون والتكافل بين الأفراد لتحمل ما يعجز عن تحمله أحدهم بمفرده، والهيئة العامة للتأمين الصحي تقوم بتقديم هذه الخدمات الطبية لقاء اشتراك رمزي معلوم .

### أهداف التأمين الصحي:

- ١ - إزالة العائق المالي بين المريض وحصوله على الخدمة الطبية.
- ٢ - توفير خدمة طبية متكاملة للمواطن بجودة عالية وتكلفة مقبولة.
- ٣ - رفع مستوى الرضا الوظيفي والاطمئنان الاجتماعي لدى الفرد.
- ٤ - تحسين مستوى الخدمات الطبية المقدمة من خلال توفير مصادر مالية ثابتة ومستمرة.
- ٥ - الحث على مزيد من التنوع والمنافسة في تقديم الخدمات الطبية.

### بدايات التأمين الصحي:

صدرت أول وثيقة تأمين صحي على مستوى العالم في ألمانيا عام ١٨٨٣م، أما فيما يتعلق بالعالم العربي فإن أول وثيقة كتبت باللغة العربية لتأمين العلاج الطبي ظهرت عام ١٩٥٧م في مصر بين الشركة المتحدة للتأمين وبنك الإسكندرية، كما صدرت وثيقة أخرى في نفس العام بين شركة مصر للتأمين وشركة اسوستاندر للخدمات البترولية، ويعتبر عام ٢٠٠٥م هو العام الذي شهد ميلاد خدمة التأمين الصحي في اليمن من خلال شركة المتخصصة للتأمين الصحي MIS أول شركة وقد صدرت عن الشركة أول وثيقة لإدارة النفقات الطبية لموظفي المركز التجاري

للسيارات والمحركات - شركة تويوتا - وذلك بتاريخ ٢٠٠٦/١٠/١م، وفي العام اللاحق ٢٠٠٧ صدرت عقود تأمين صحي لعدد من الجهات

## التأمين الصحي في مصر

للتأمين الصحي بمصر تاريخ بدأ في منتصف الستينيات من القرن الماضي، حين تأسست الهيئة العامة للتأمين الصحي عام ١٩٦٤م، وصدرت مجموعة من القوانين المنظمة للتأمينات الاجتماعية والتأمين الصحي، وكان هدفها المعلن كفالة الحق في الحماية الصحية التأمينية تدريجيًا، لجميع المواطنين في عشر سنوات! وهو ما لم يتحقق حتى يومنا هذا.

ومنذ منتصف التسعينيات من القرن الماضي، تُجرى محاولات متكررة لإصلاح النظام الصحي برمته. وفي المقدمة منه نظام التأمين الصحي، الذي بات بعد خمسين سنة من تأسيسه محلًا للانتقادات بسبب العديد من نقاط الضعف، أبرزها عدم رضا المواطنين عن جودة الخدمات التي تقدم، إضافة إلى قصور التغطية والإتاحة في الريف مقارنة بالحضر بما لا يزيد عن ٥٠% من إجمالي السكان.

وفي السنوات الأخيرة وقبيل ثورة يناير. كثفت حكومة أحمد نظيف (٢٠٠٤-٢٠١١) - والتي كانت تمثل مصالح رجال الأعمال الداعمين لمشروع توريث جمال مبارك حكم مصر - جهودها للانتهاء من مشروع قانون التأمين الصحي الاجتماعي الشامل كوسيلة دعائية للتوريث من ناحية ولإنعاش ما يسمى بالاستثمار في القطاع الصحي من ناحية أخرى.

وقد ظلت مشكلة التمويل والإنفاق الصحي من أهم التحديات التي تواجه المنظومة الصحية، حيث أشارت الدراسات الرسمية الموثقة ذاتها أن حجم الإنفاق الأسري على الخدمات الصحية من جيوب المواطنين سواء المؤمن عليهم أو غير المؤمن عليهم يتجاوز ٧٢% من الإنفاق الكلي على الخدمات الصحية وذلك ما أسال لعاب القطاع الخاص الصحي على كعكة التأمين الجديدة! هذا بالإضافة إلى أن استمرار تدني ما تخصصه الموازنة العامة للإنفاق على الرعاية الصحية لا يتجاوز ٥% من حجم مصروفات الموازنة العامة.

## التأمين الصحي خلفية تاريخية

قانون التأمين الصحي الاجتماعي الشامل هو طموح مشترك تنامي الشعور بحتميته على مدار أكثر من عشرين عامًا. فمنذ عام ١٩٩٥، وبعد أن أصدرت لجنة الصحة بمجلس الشورى تقريرها الذي يؤكد ضرورة إصلاح القطاع الصحي من خلال نظام شامل للتأمين الصحي الاجتماعي، تجري محاولات متكررة لإصلاح النظام الصحي المصري بعد أن أصبحت الخدمات التي تقدمها هيئة التأمين الصحي - بعد خمسين عامًا من تأسيسها - تعاني من العديد من نقاط الضعف أبرزها عدم رضا المواطنين عن جودة تقديم الخدمات، إضافة إلى محدودية إتاحة الخدمة خاصة في الريف مقارنة بالحضر وفي القطاعات غير المنتظمة من العمل قياساً بالعاملين في أطر العمل الرسمية.

ومنذ ذلك الحين، شهدت مصر عدة محاولات ومشاريع لإصدار قانون جديد وشامل للتأمين الصحي يهدف إلى إصلاح المنظومة وضمان العدالة الاجتماعية، والتغطية الصحية الشاملة، ففي عام ٢٠٠١ قدم الوزير مشروعاً للحوار مع اتحاد عمال مصر. وفي مشروع ٢٠٠٤ - ٢٠٠٥ وافق اتحاد العمال على المشروع، ولكن تغيير الوزير المسئول قبل وصول المشروع إلى مجلس الشعب حال دون تمريره.

وبقدوم حكومة رجال الأعمال، تم تقديم مشروع جديد عام ٢٠٠٧ شمل قراراً من مجلس الوزراء بتحويل الهيئة العامة للتأمين الصحي إلى شركة قابضة للرعاية الصحية. وقد كان هذا القرار بمثابة تحويل حلم مشروع التأمين الصحي الاجتماعي الشامل إلى كابوس، تصدى المجتمع المدني له بضراوة. وقد قامت المبادرة المصرية للحقوق الشخصية وشركاؤها من متبنيي هذا الحلم إلى التقدم بدعوى أمام محكمة القضاء الإداري ضد هذا الاتجاه والتي صدر فيها الحكم بتاريخ ٤ ديسمبر سنة ٢٠٠٨ بوقف تنفيذ قرار رئيس مجلس الوزراء رقم ٦٣٧ لسنة ٢٠٠٧ بإنشاء الشركة القابضة للرعاية الصحية.

ثم جاءت ثورة يناير ٢٠١١ لتشهد موجة أشد من تنامي دور المجتمع المدني بهدف إصدار قانون للتأمين الصحي يحقق الحق في الصحة لجميع المواطنين بشكل مستدام. فتم تشكيل لجنة من ممثلي الحكومة والمجتمع المدني عملت على إجراء تعديلات جوهرية في القانون استجابة لمتطلبات المجتمع وإعمالاً لما جاء بحكم محكمة القضاء الإداري فقامت بإجراء العديد من الحوارات المجتمعية وأثمر ذلك عن مسودات عديدة للمشروع تعدت الأربعين.

## لماذا التأمين الصحي الاجتماعي الشامل

كانت فكرة إعداد قانون شامل وموحد قد نشأت أساساً كحل جذري لعلاج مشاكل النظام الحالي المتمثلة في ضعف ملاءته المالية وعدم قدرته على الاستدامة وعدم قدرته على تغطية فئات من المجتمع محرومة من الحماية الصحية خاصة العمالة الموسمية وغير الرسمية. إلى جانب زيادة معدلات خروج المشتركين من النظام من ذوي الدخل المرتفعة والتكلفة المنخفضة مما أثر سلباً على النظام إلى جانب تحصيل اشتراكات على جزء محدود من دخول المشاركين ما أضعف مصادر تمويله.

كل هذا مع عدم رضا المشاركين عن مستوى جودة الخدمات المقدمة فيه مما أدى إلى توجه شرائح كبيرة من المواطنين إلى القطاع الخاص. هذا الوضع يهدد استقرار أغلبية الأسر المصرية وبخاصة من الشرائح الدنيا منها مالياً.

هذا الوضع الحالي الذي تعاني منه المنظومة الصحية، هو "الخصخصة" بعينها. تغول غير منضبط للقطاع الخاص، حماية صحية وتأمينية شبه منعدمة، جودة ضعيفة للخدمات بلغ إجمالي ما ينفقه المصريون من دخولهم الجارية على الرعاية الصحية ما لا يقل عن ٧٢٪ من إجمالي الإنفاق على الصحة.

هذا التصاعد المستمر للإنفاق الذاتي من جيوب المواطنين المباشر للحصول على الخدمات الصحية والدواء، مع التراجع المستمر للإنفاق العام على الصحة، أدى إلى خروج قطاع كبير من المواطنين خارج نطاق النظام الصحي العام وخاصة الشرائح الأفقر والمهمشة والبعيدة عن أطر العمل الرسمي، إضافة إلى تزايد العوائق المالية والجغرافية المؤدية إلى عدم إتاحة الخدمات الصحية والدوائية، مع استمرار الترددي في جودة الخدمات المتاحة والمعتمدة في القطاعات الصحية العامة في إطار هش للمناخ التشريعي الذي ينظم هذه القطاعات، الأمر الذي يزيد من عشوائية الممارسات الصحية.

فهذا النظام جديد الذي نتطلع إليه يتحقق من خلال قانون موحد، يضمن الوصول إلى التغطية الصحية الشاملة، سكانياً وجغرافياً وخدمياً ليحقق هدف العدالة الاجتماعية في الرعاية الصحية.

## قانون التأمين الصحي الشامل خلفية تاريخية

منذ منتصف التسعينيات من القرن الماضي وتجرى محاولات متكررة لإصلاح النظام الصحي المصري برمته، وفي المقدمة منه نظام التأمين الصحي الاجتماعي، والذي بات بعد خمسين عاما من تأسيسه يعاني من العديد من نقاط الضعف أبرزها عدم رضا المواطنين عن جودة تقديم الخدمات، إضافة لمحدودية إتاحة الخدمة خاصة في الريف مقارنة بالحضر وفي القطاعات غير المنتظمة من العمل قياسا للعاملين في أطر العمل الرسمية.

وفي السنوات العشر الأخيرة قامت الحكومة بتقديم عدة مسودات لقانون جديد للتأمين الصحي كانت في مجملها تفتقد الرؤية الشاملة لطبيعة التغيير المطلوب لإصلاح النظام الصحي.

قانون التأمين الصحي الشامل واحد من أهم مشروعات القوانين المنتظر تمريرها خلال دور الانعقاد الحالي، والذي بدأت لجنة الشؤون الصحية مناقشته، وبالفعل وافق النواب عليه من حيث المبدأ في وجود وزير الصحة، أحمد عماد الدين، ورئيس هيئة التأمين الصحي، علي حجازي.

وفي الوقت الذي يواجه مشروع القانون معارضة من بعض الجهات المعنية مثل نقابة الأطباء، وبعض النواب سواء من صفوف الأغلبية أو خارجها، يستعد آخرون للبصم "باليد والقدم" على موافقتهم على القانون.

وجود تأمين صحي شامل هو "حلم" لا خلاف عليه بين النواب والحكومة والمواطنين، ولكن كيف ستسير هذه المنظومة في بلد يعاني من تدني الرعاية الصحية بشكل عام؟ وكم يتحمل المواطن من دخله الذي تنخفض قيمته مع ارتفاع معدلات التضخم؟

## فلسفة القانون

عرض وزير الصحة، في لقاء مغلق الأسبوع الماضي بمجلس النواب، القانون وفلسفته، وحضر اللقاء وزير المالية عمرو الجارحي، ونائبه محمد معيط.

جدد وزير الصحة شرحه لمشروع القانون في أول اجتماع مناقشة مفتوح يشارك فيه نواب من لجنة الصحة وآخرين من خارجها وأوضح أن القانون يتكون من ٦٧ مادة، وينص على وجود ٣ هيئات في مشروع القانون.

قال إن "هيئة التأمين هي (محفظة تمويل النظام)، ولا يكون لوزير الصحة إي شيء فيها، وتكون تحت إشراف رئيس الوزراء وخاصة بالمساهمات والاشتراكات،

والهيئة الثانية هي هيئة الرعاية الصحية وهي أداة الدولة في ضبط الخدمات الصحية".

أما الهيئة الثالثة فهي الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية، وتكون تحت إشراف رئيس الوزراء ولها مجلس إدارة يصدر بتعيينه قرار من رئيس الجمهورية واختصاصها الرقابة والتأكد من جودة الخدمات الصحية والتراخيص للمستشفيات إذا توفرت فيها جودة الخدمات الصحية.

وأشار عماد الدين إلى الجداول الخاصة بالاشتراكات، ٣ بالمئة عن الزوجة و واحد بالمئة عن الابن من الطفليين وفيما بعد ذلك ١,٥ بالمئة عن الابن، والدولة تدفع ٤ بالمئة عن العاملين بالهيكل الإداري للدولة، وجدول عن المساهمات منها مساهمات على الدواء، والمساهمات الموجودة في هذا القانون موجودة منذ ١٩٩٢ في قانون التأمين الصحي، بنسبة الثلث ٣٠ بالمئة وبدون حد أقصى، وهي حالياً موجودة في قوانيننا السارية لـ ٣٤ مليون شخص في مصر، والدواء ١٠ بالمئة فقط فيما عدا الأمراض المزمنة، وغيرها".

وأشار الوزير إلى أن الخزانة العامة للدولة تتحمل نسبة ٥ بالمئة عن غير القادرين، ويُطبَّق القانون على ٦ مراحل بحد أقصى ١٥ عاماً، "ولم نحدد المدد، أي كل مرحلة تستغرق كام وقت، وستكون أقصر من المتوقع".

واجه النواب الوزير ببعض التحفظات التي سنتحدث عنها بالتفصيل، وهي تتلخص في مدة التطبيق التي تصل إلى ١٥ عاماً ويشوبها عدم دستورية، والمساهمات التي يدفعها المؤمن عليه في العلاج والأشعاع والتحاليل، ومصير العاملين في هيئة التأمين الصحي، ومصير المستشفيات الحكومية وسط وجود مخاوف من خصصتها.

## ملاحق قانون التأمين الصحي الشامل ٢٠١٧

خطوات تتخذها الدولة لإحياء قانون التأمين الصحي الشامل بعد ٢٠ عاماً من المناقشات توقفت أحياناً وعادت مرات أخرى، لتقضي بقانونها الجديد على سوء المنظومة الصحية في مصر ومعاناة المواطنين في الحصول على الخدمات الطبية في المستشفيات الحكومية وسط ارتفاع تكاليف المستشفيات الخاصة. واعتبرت الحكومة القانون بمثابة رعاية صحية شاملة للمواطن الذي يغطي علاج جميع الأمراض نظير اشتراكات شهرية يدفعها، ومساهمات منه نظير حصوله على الخدمة اعتبرها الخبراء أنها مرتفعة و وسط تخوفات منهم من القضاء على منظومة مستشفيات الحكومة والإفساح للقطاع الخاص ليتحكم في القطاع الطبي.

ونستعرض التفاصيل لمشروع القانون والذي يناقش في مجلس النواب حالياً، ومن المقرر تطبيقه بعد ٦ أشهر من موافقة النواب في محافظات القناة منتصف ٢٠١٨ وتنتهي آخر مراحلها في محافظات القاهرة الكبرى ٢٠٣٢. نرصد أهم ما يميز القانون وما يغفله وملاحظات الخبراء حول نصوص القانون التي تبلغ نصوصه ٦٧ مادة تتنوع ما بين مواد تعريفية في البداية ثم كيفية إدارة نظام التأمين الصحي الشامل وتشكيل الهيئات الثلاث المكونة لنظام التأمين الجديد ثم باب التمويل وأخيراً العقوبات.

## نظام تكافلي وإلزامي

تعتبر الدولة نظام التأمين الاجتماعي الجديد، نظاماً تكافلياً إلزامياً لجميع المواطنين المقيمين داخل مصر واختياري للمقيمين خارجها ويستثنى منه أفراد القوات المسلحة، بنسبة اشتراكات معينة من إجمالي الدخل الشهري للمواطنين تدفع شهرياً للهيئة المسؤولة عن تحصيل الاشتراكات، وتحمل الدولة اشتراكات غير القادرين الذين تحددهم لجنة من وزارة المالية والتضامن الاجتماعي. يقدم النظام الذي نص عليه القانون الجديد جميع الخدمات الصحية للمواطنين، ويغطي جميع الأمراض حتى الأمراض التي يستحيل علاجها داخل مصر وتتطلب السفر إلى الخارج، لكن بنسب مساهمات معينة ويطبق النظام حسب التدرج الجغرافي على مدار ١٥ عاماً.

للمشتركين في النظام الحق في اختيار جهات العلاج من بين الجهات المتعاقدة مع الهيئة وتلتزم بشراء الخدمات الصحية سواء كانت متوافرة في مستشفياتها أو المستشفيات الأخرى من القطاع الخاص طبقاً للائحة الأسعار. ٣ هيئات لها شخصيات اعتبارية وميزانيات مستقلة تكون نظام التأمين الصحي الجديد، وتخضع لرقابة وزارة المالية والجهاز المركزي للمحاسبات، الأولى الهيئة العامة للتأمين الصحي الشامل وتتبع رئيس الوزراء وتقوم على إدارة وتمويل نظام التأمين، وتسعير الخدمات الطبية ومتابعة علاج المشتركين في النظام، وتؤول إليها جميع الأصول الإدارية والالتزامات المالية الخاصة بالهيئة العامة للتأمين الصحي الحالية.

## الخدمة الصحية

تعد الهيئة العامة للرعاية الصحية ثاني الهيئات وتتبع وزارة الصحة وتتولى تقديم خدمات الرعاية الصحية والعلاجية بمستوياتها الثلاثة الأولية والثانوية والثلاثية من خلال مستشفيات الدولة بعد تأهيلها واجتيازها معايير الجودة والاعتماد أو المستشفيات الخاصة بعد التزامها بمعايير الجودة والاعتماد. والمستويات الثلاثة تبدأ بتقديم الخدمة الصحية الأولية والخدمات العلاجية والتشخيصية والصحة الإنجابية والإسعافات الأولية لحالات الطوارئ من خلال وحدات الرعاية الأساسية وصحة الأسرة العامة والخاصة بشرط حصولها على الاعتماد، والمستوى الثاني يقدم الخدمات العلاجية والتشخيصية المتخصصة وعلاج حالات الطوارئ من خلال مراكز الرعاية الصحية الأساسية بعد اجتيازها الاعتماد والجودة، والثالث الخدمات الطبية المتقدمة والمتخصصة مثل عمليات القلب المفتوح والأورام في المستشفيات الكبرى. الهيئة مسؤولة عن إنشاء المستشفيات والوحدات الصحية واستئجار المستشفيات وتوفير الكوادر الطبية والفنية والعاملين للمستشفيات وتوفير الأدوية والمستلزمات الطبية. وثالث الهيئات، الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية تتبع رئيس الجمهورية و هدفها ضمان جودة الخدمات الصحية المقدمة للمواطنين من خلال الإشراف والرقابة على جميع المنشآت الطبية ولها حق إلغاء تراخيص المنشآت في حالة المخالفة.

## اشتراكات المواطنين

حدد القانون ٩ مصادر لتمويل النظام الذي يبلغ تكلفته ١٣٠ مليار جنيه، أولها اشتراكات المواطنين بنسبة معينة من إجمالي دخل المواطن، وفي حالة شغل المواطن وظيفتين تؤخذ نسبة الاشتراكات على إجمالي دخل الوظيفتين.

يلزم القانون رب الأسرة بدفع اشتراكات عن أولاده حتى الحصول على عمل أو زواج الإناث، ويلتزم صاحب العمل بدفع اشتراك شهري نيابة عن العامل قيمته ٤% من أجر العامل بحيث لا يقل عن ٥٠ جنيهاً، ويخصم ١% من أجر العامل يدفعها نيابة عنه بحيث يكون إجمالي الاشتراك ٥% ويسددها صاحب العمل شهرياً إلى الهيئة القومية للتأمين الاجتماعي وتحصل الهيئة اشتراكات موظفي الدولة أيضاً، وتدفع الدولة نيابة عن غير القادرين والمتعطلين عن العمل وذوي الأمراض المزمنة والأورام ٥% قياساً بالحد الأدنى للأجور (١٢٠٠ جنيه) وتسددها الهيئة القومية للتأمين الاجتماعي نيابة عنهم.

تختلف نسبة الاشتراك حسب عمل المواطن فقسّمهم القانون إلى العاملين المؤمن عليهم في مؤسسات الدولة والقطاع الخاص يدفعون ١% من إجمالي راتبهم، وتحمل المؤسسة ٤% ليصبح قيمة الاشتراك الإجمالي ٥%. وفي حال



وجود زوجة غير عاملة للموظف يدفع عنها ٣% من راتبه ويدفع عن كل ابن له ٥% وبعد الابن الثاني يدفع ٥,٥% لحين حصول الابن على وظيفة.

يدفع المؤمن عليهم ومن في حكمهم الخاضعين للقانون ١٠٨ لسنة ١٩٧٦ وهم المشتغلون بالمهن الحرة وأصحاب الأنشطة التجارية والصناعية ومالكي الأراضي أكثر من ١٠ أفدنة وملاك العقارات وملاك وسائل نقل الركاب والبضائع والأدباء والفنانون والعمد والمشايخ وتبلغ نسبة ٥% من الأجر التأميني وفقا للإقرار الضريبي أو الحد الأقصى للأجور والمسدد عنه اشتراكات التأمينات الاجتماعية، ويدفع عن زوجته في حال عدم عملها ٣% من الأجر وأبنائه ٥% وبعد الابن الثاني ٥,٥%.

تدفع العمالة الخاضعة لقانون ١١٢ لسنة ١٩٨٠ وهم أصحاب المعاشات من غير المؤمن عليهم نسبة ٥% من الأجر التأميني بحيث لا يتجاوز مجموع ما يدفعه عن أسرته ٧% وتحمل الخزنة العامة للدولة فرق الاشتراك.

إما بشأن الأرامل والمستحقين للمعاشات يدفعون ٢% من قيمة المعاش، أما أصحاب المعاشات فيدفعون ٢% من قيمة المعاش، ويدفع عن زوجته غير العاملة نسبة ٣% أي أكثر من نسبة اشتراكه، و١% عن كل معال أو ابن بحد أقصى اثنان وبعدها ٥,٥%.

على الرغم من إجمالي الاشتراكات التي يدفعها المواطنون شهريا فإن القانون حدد نسبة مساهمة يدفعونها ثانيا حيث تبلغ مساهمة المريض في الدواء فيما عدا الأمراض المزمنة والأورام ١٠% بحد أقصى ١٠٠٠ جنية وترتفع لـ ١٥% بعد العام العاشر من تطبيق القانون، ويدفع ١٠% من إجمالي قيمة سعر الأشعة وكافة أنواع التقارير الطبية غير المرتبطة بالأمراض المزمنة والأورام، و ٢٠% من قيمة سعر التحاليل الطبية والمعملية غير المرتبطة بالأمراض المزمنة والأورام بحد أقصى ١٠٠٠ جنية.

في حال حجز المريض داخل المستشفى يدفع نسبة مساهمة قيمتها ٧% بحد أقصى ١٥٠٠ جنية. ويسدد العامل لدى نفسه وأصحاب المهن والحرف من غير ذوي المرتبات المنتظمة ورب الأسرة غير الخاضع لقوانين التأمين الاشتراكات على دفعات ربع سنوية للهيئة، وفي حالة التأخر عن سداد الاشتراكات يلزم بأداء مبلغ إضافي سنوي عن فترة التأخير، ويحرم المواطن من الحصول على خدمات التأمين الصحي ولا يسرى هذا على العاملين بالدولة والقطاع العام وأصحاب المعاشات والقطاع الخاص الخاضع لأحكام قوانين التأمين الاجتماعي.

الإعارات الداخلية أو الخارجية والأجازات الخاصة أو الدراسة غير مدفوعة الأجر يتحملها المؤمن عليهم ويورد اشتراكه بنفسه للهيئة مباشرة عدا الأجازات

الخاصة برعاية الطفل والأجازات الدراسية والمهام العلمية الممنوحة والإعارة للجهاز الإداري للدولة.

## مصادر التمويل

وينص القانون على أن من مصادر تمويله المنح الخارجية والداخلية والقروض التي تعقدها الحكومة لصالح الهيئة، والرسوم التي تفرض على منتجات وخدمات بعينها وهي ٥٠ قرشا على علب السجائر المحلية والمستوردة، ١٥% من قيمة كل وحدة مباعة من مشتقات التبغ غير السجائر، و جنيه عند مرور المركبات على الطرق السريعة، و٢٥ جنيها لاستخراج أو تجديد رخصة القيادة و٥٠ جنيها عند استخراج أو تجديد رخصة تسيير السيارات سعتها أقل من ١,٦ لتر، و١٠٠ جنيه للسيارات سعتها أكثر من ١,٦ لتر وأقل من ٢ لتر، و٢٠٠ جنيه للتي سعتها أكثر من لترين.

كما يتم فرض مبلغ ١٠ آلاف جنيه لاستخراج تراخيص العيادات الطبية ومراكز العلاج، و٢٠ الف جنيه للصيديات والف جنيه عن كل سرير عند استخراج تراخيص المستشفيات، و١٠٠ جنيه عند تجديد تراخيص العيادات والصيديات والمستشفيات و٥٠٠ ألف جنيه عند استخراج تراخيص شركات ومصانع الأدوية والمستلزمات والأجهزة الطبية، و٥٠ ألف جنيه عند تجديد الترخيص.

يفرض رسم ٢٠ جنيها من قيمة كل طن أسمنت محليا أو أجنبيا و٥٠ جنيها عن كل طن حديد محلي أو أجنبي وه جنيهات من قيمة كل متر مربع من الرخام او البورسلين أو الجرانيت.

وضع القانون ٧ مواد للعقوبات شملت الحبس مدة لا تقل عن ٦ أشهر وغرامات بحد أقصى مائة ألف جنيه للمتلاعبين من الأطباء والموظفين بالهيئة

## مراحل التطبيق

تطبيق نظام التأمين الصحي الشامل في الـ ٢٨ محافظة، على مدار ١٥ عامًا تبدأ منتصف العام المقبل إلى ٢٠٢٠ في محافظات بورسعيد والإسماعيلية والسويس وشمال وجنوب سيناء، يعقبها التطبيق منذ ٢٠٢١: ٢٠٢٣ في ٥ محافظات أخرى هي الأقصر ومرسى مطروح وقنا والبحر الأحمر وأسوان، ومن ٢٠٢٤: ٢٠٢٦ في محافظات الإسكندرية والبحيرة ودمياط وسوهاج وكفر الشيخ، ويعقب ذلك من عام ٢٠٢٧: ٢٠٢٨ في محافظات بنى سويف وأسيوط والمنيا والفيوم والوادي الجديد، ومن عام ٢٠٢٩: ٢٠٣٠ في ٤ محافظات هي الدقهلية والشرقية والغربية والمنوفية، لتبدأ المرحلة الأخيرة والسادسة من ٢٠٣١ إلى ٢٠٣٢ في ٣ محافظات تعد الأكثر ازدهاما بالسكان وهي القاهرة والجيزة والقليوبية.

## ملاحظات وتخوفات

رغم أن القانون يتضمن ٦٧ مادة إلا أنه أغفل عددا من النقاط الجوهرية في منظومة القطاع الصحي المصري أولها كيفية تحصيل اشتراك المواطنين أصحاب الأعمال غير الرسمية وغير المسجلة، وكذلك اشتراك من يملك أكثر من وظيفة، وإذا كانت الأولى رسمية تحصلها جهة عمله وإذا كانت الثانية خاصة فمن يحصلها مثل الأطباء الذين يملكون وظيفة حكومية وعيادة خاصة.

لم يذكر القانون آلية تحديد غير القادرين الذين تتكفل الدولة بدفع اشتراكاتهم وهل هم الذين تكون دخولهم أقل من الحد الأدنى أم أقل من ذلك.

تبلغ قيمة اشتراكات أصحاب المعاشات من ٣:٢% رغم انخفاض مستوى المعاشات، بالإضافة إلى أن قيمة اشتراكهم عن زوجاتهم غير العاملات أكثر منهن حيث تبلغ ٣%، كما لم يضع القانون معايير تحديد أسعار الخدمات الطبية وربما يفتح اشتراك القطاع الخاص الباب لخصخصة المستشفيات الحكومية.

كما لم يحدد القانون وضع المستشفيات الحكومية التي لم تنضم إلى النظام لعدم حصولها على الجودة، وجعل اشتراك المستشفيات الحكومية في النظام بالتعاقد لفترات معينة وليس بشكل مستمر مما يفتح الباب إلى الاعتماد على القطاع الخاص بأسعاره المرتفعة.

بالإضافة إلى أن القانون لم يحدد هل من حق المشترك في النظام الحصول على الخدمة الصحية في أي محافظة أم محافظته فقط التي يدفع بها الاشتراك.

ربط القانون ما يدفعه رجال الأعمال كاشتراك الأجر التأميني المسدد عنه اشتراكات التأمينات الاجتماعية وليس إجمالي ما يحققه من ربح، كما لم يحدد وضع المؤسسات التي تتعامل مع شركات بعينها ولها نظامها الخاص ووضع العيادات الخاصة وهل سيتم إدراجها والتعاقد معها من عدمه. كما تجاهل القانون أدراج الصيدليات الخاصة في النظام الجديد.

## انتقادات أساسية

١- نظام تقديم الخدمة في مشروع القانون هو التعاقد سواء مع مستشفيات القطاع الحكومي أو الخاص بعد الحصول على شهادة الجودة، مع غموض مصير المستشفيات الحكومية وجميع الأطباء والعاملين بها حال عدم اجتيازها معايير الجودة.

٢- المساهمات (المبالغ المفروض دفعها عند تلقي العلاج) ارتفعت جدا في النسخة الحالية لتصل إلى ١٠% من قيمة الدواء بحد أقصى ١٠٠٠ جنيه.. ١٠% من قيمة

الإشاعات بدون حد أقصى.. ٢٠% من قيمة التحاليل بحد أقصى ١٠٠٠ جنيه.. ٧% من تكلفة العلاج في الأقسام الداخلية بحد أقصى ١٥٠٠ جنيه في المرة (هذه هي النسخة الأولى التي تنص على مساهمات لمريض الأقسام الداخلية).

إن الفكرة الأساسية في «التأمين» هو الأمان الذي يعطيه الاشتراك في التأمين للمواطن ما دام ملتزما بدفع الاشتراك بشكل منتظم.

وبالتالي يجد تغطية لنفقات علاجه وقت الحاجة إليه، دون أن يضطر لدفع مبالغ باهظة، قد يعجزه عدم توافرها عن تلقي العلاج.

لاحظ أيضا الرفع الشديد للاشتراك ٥% للمشارك (الموظف يدفع ٤% و٤% يدفعها صاحب العمل، ومن يعمل لدى نفسه يدفع ٥% كاملة) ويدفع ٣% لزوجته، ٤% لكل من الطفلين الأول والثاني.

و٥% لكل طفل بعد الثاني.. أي إن المنتفع المتزوج ويعول طفلين ملزم بدفع ٥% شهريا إذا كان يعمل لدى نفسه، وملزم أيضا بدفع مساهمات باهظة وإلا حُرّم من تلقي العلاج حين الحاجة له..

(النسخة الأخيرة من القانون ترفع جدا الأعباء المفروضة على المواطن وتلغى الالتزام الذي كان موجودا في نسخ سابقة بدفع الدولة ٣% من الناتج القومي كما ينص الالتزام الدستوري نحو الصحة).

٣- يمتدح المروجون للقانون بشدة، النقطة الخاصة بتحمل الدولة لاشتراكات غير القادرين وإعفائهم من المساهمات، لذلك يصبح من المعيب جدا أن هذه الميزة مفرغة تقريبا من معناها، عن طريق تعريف غير القادرين في القانون، لأنه تعريف طويل مطاط ولا يعطى أى معنى محدد، وستكون نتيجته الفعلية هي أن يقتصر غير القادرين على من يصرف لهم معاش الضمان الاجتماعي (٨,٨ مليون أسرة حاليا)، وقد طلب مرارا لحل هذه الإشكالية باعتبار كل من يقل صافى دخله عن الحد الأدنى للأجور المعلن عنه على المستوى القومي (١٢٠٠ جنيه حاليا) غير قادر.

٤ - تفرض النسخة الأخيرة المساهمات على أصحاب المعاشات وأسرهم (كانوا معفيين منها فى نسخ سابقة) كما تفرض النسخة الأخيرة على صاحب المعاش دفع ٢% اشتراك شهري لنفسه، ٣% لزوجته، ٤% لأبنائه الأول والثاني، و٥% لمن يعيش فى كنفه من الأبناء بعد الثاني، أيضا لم تحدد النسخة الأخيرة كيفية حساب أجر من ليس له عمل ثابت (الأرزقية)، وقد كانت طريقة الحساب فى النسخ السابقة منسوبة للحد الأدنى للأجور المعلن عنه على المستوى القومي، أى يدفع أى عامل فى مقهى كل هذه الاشتراكات منسوبة للحد الأدنى للأجور، ثم يدفع مساهمات كشرط لتلقى العلاج عند الحاجة له، علما

بأنه لا يوجد حتى الآن فعليا حد أدنى ملزم للأجور، والكثير من العاملين لا يتحصلون حتى على الحد الأدنى للأجور.

٥- تم فرض ١,٠٠٠ جنيه على كل ترخيص عيادة و ٢,٠٠٠ على ترخيص الصيدلية و ١,٠٠٠ جنيه على تجديد العيادة أو الصيدلية كل ٣ سنوات.

المفروض والمطبق في كل بلاد العالم التي تفرض رسوما خاصة لصالح دعم الخدمة الصحية، أن هذه الرسوم تفرض على الصناعات الملوثة للبيئة أو المنتجات الضارة بالصحة، مثل السجائر والخمور والاسمنت والبورسلين.. أما العيادات والصيدليات فما معنى فرض رسوم خاصة عليها لصالح التأمين الصحي؟؟ هل نعتبر الأطباء والصيدلة خطرا على الصحة؟ أم ملوثين للبيئة؟؟

#### ٦- تشكيل مجلس إدارة الهيئة العامة للتأمين الصحي

وتتشكل من ١٣ عضوا من بينهم ممثل لمقدمي الخدمة بالقطاع الخاص والعديد من رجال الاقتصاد والاستثمار، بينما تم إلغاء تمثيل نقيب الأطباء أو رئيس اتحاد المهن الطبية بها، يلاحظ أيضا إلغاء تمثيل ممثل عن المجتمع المدني (نسخة مشروع القانون في نوفمبر ٢٠١٦ تحتوي على تمثيل لرئيس اتحاد المهن الطبية ولممثل من المجتمع المدني).

علما بأن مجلس إدارة هيئة التأمين الصحي الحالية يضم بالفعل نقيب الأطباء ونقيب أطباء الأسنان ونقيب الصيادلة.

أيضا تشكيل هيئة تقديم الرعاية الصحية لا ينص على ضرورة تمثيل نقيب الأطباء ولا رئيس اتحاد المهن الطبية ويكتفي بـ (ممثلين من اتحاد المهن الطبية) في تراجع واضح لتمثيل الأطباء العمود الفقري للخدمة الطبية.

#### ٧- لجنة تسعير الخدمات الطبية

تحتوي ٢٥% من ممثلي الخدمة بالقطاع الخاص ولا يوجد بها تمثيل لمتلقي الخدمة.

لاحظ أن لجنة التسعير هي الجهة التي ستفاوض المستشفيات الخاصة لتحديد سعر الخدمة.. ووجود ٢٥% من تكوينها من نفس الجهة المفترض أن اللجنة تفاوضها بشكل تعارض مصالح واضح.

#### ٨ - الفصل الثاني الخاص بالهيئة العامة للرعاية الصحية.

المادة ١٦.. تضم كل منافذ تقديم الخدمة في الهيئة الحالية للتأمين الصحي ووزارة الصحة والهيئات التابعة لها.

النسخ السابقة كانت تضم لها المستشفيات الجامعية والمستشفيات الحكومية الأخرى..

السؤال إذا كانت الهيئة تعمل تحت إشراف وزير الصحة وتضم منافذ تقديم الخدمة بوزارة الصحة فقط، أي لن تشكل كما كنا نأمل طريقة للتنسيق بين كل الجهات المقدمة للخدمة الصحية في مصر، فما معنى إنشاء كيان جديد، وفروع بجميع المحافظات؟

مادة ٢٢.. ينتقل لهيئة الرعاية العاملين حالياً بالجهات التي سيتم ضمها، ويحتفظون بدرجاتهم المالية وجميع المزايا الوظيفية.. لم يذكر النص أي ما يتعلق بالمزايا المالية.. النسخ السابقة كانت تنص على أن يحتفظوا بجميع «المزايا».. كما لا يوجد بمشروع القانون الواقع في ٦٧ مادة، سطر واحد عن تحسين أوضاع الأطباء المادية والعلمية، وكذلك أوضاع باقي مقدمي الخدمة، فهل يتخيل السادة واضعو القانون أي إمكانية لتحسين الخدمة الصحية، مع بقاء أوضاع مقدمي الخدمة في المستوى الحالي من السوء؟؟؟

## موقف نقابة الأطباء

أعدت نقابة الأطباء، يوم الأحد من الأسبوع الماضي، سلبيات مشروع قانون التأمين الصحي الاجتماعي الشامل، وأرسلت تقريرها إلى رئيس مجلس النواب الدكتور علي عبد العال، ورئيس لجنة الصحة بالمجلس الدكتور محمد العماري، أملاً في الوصول لصياغة نهائية تخدم جميع العاملين بالقانون.

## رأي النقابة في مشروع القانون :

١- المستشفيات والمراكز المتخصصة: وحدات متخصصة في تقديم الرعاية الصحية العلاجية وفائقة التخصص للمستويين الثاني والثالث، على أن تكون حائزة على شهادة صادرة من هيئة الاعتماد والرقابة تفيد استيفائها لشروط ومواصفات الجودة، وأضافت اللجنة واضحة القانون "وأن تكون متعاقدة مع الهيئة طبقاً لنظم الإحاطة التأمينية المقررة مهنيًا"، وهنا يختص البند أن تكون المستشفيات المتعاقدة مع الهيئة خاصة فقط.

٢- ضمان الجودة: هو استيفاء معايير الجودة بكافة عناصرها، بيننا وأضافت النقابة "مع مراعاة استيفاء المعايير الأساسية لتقديم الخدمة حتى لا تكون الجودة ورقية فقط".

٣- تم استثناء بعض البدلات التي يحصل عليها كبار العاملين بالدولة مثل "بدل السكن والسيارة والمعيشة خارج البلاد"، في حين أنه لم يتم وضع استثناء لقيمة

هذه الأعباء لمن لا يحصل على هذه البدلات من جموع المواطنين، وبالتالي يجوز استثناء بدل الانتقال والسفر والوجبة فقط.

٤- غير القادرين: الأسر التي يتم تحديدها بمعرفة لجنة مشكلة من وزارتي التضامن الاجتماعي والمالية، فطالبت النقابة بتحديد الفئة بحيث يكون صافي دخل عائلها يقل عن الحد الأدنى للأجور.

٥- استخدمت عبارة "إنشاء هيئة اقتصادية" كهيئة عامة للتأمين الصحي الاجتماعي الشامل، وتكون لها شخصية اعتبارية وموازنة مستقلة بإشراف من رئيس مجلس الوزراء، بينما ترى النقابة أن مصطلح "هيئة اقتصادية" يفتح الباب أمام تحويل النظام إلى نظام هادف للربح، ويفضل استبدالها "بهيئة عامة غير هادفة للربح".

٦- تم تجاهل تمثيل رئيس اتحاد نقابات المهن الطبية بمجلس إدارة الهيئة " رئيس اتحاد نقابات المهن الطبية"، ضمن أعضاء هيئة مجلس الإدارة، خاصة أنه ممثل حالياً.

٧- اعترضت النقابة على وجود ربع عدد أعضاء من ممثلي "مقدمي الخدمة في القطاع الخاص، ضمن اللجنة الدائمة المختصة بتسعير قائمة الخدمات الطبية التي يتم التعاقد على شرائها، حيث إنه تم تجاهل وجود ممثل من "متلقي الخدمة لأنه يفتح الباب أمام التغول على حقوق المواطنين.

٨- إلغاء عبارة لجوء المؤمن عليه "في الحالات الطارئة"، بحيث يستطيع المواطن الذهاب للعلاج بأي جهة يختارها، وتقوم هيئة التأمين الصحي بدفع ما يخصها من تكاليف طبقاً للوائحها، ويتكفل المواطن بدفع الفارق للجهة المقدمة للخدمة.

٩- استخدام كلمة "التعاقد" مع مقدمي خدمات الرعاية الصحية والأنظمة العلاجية، تعني أنها لمدة محددة، فماذا سيحدث للمستشفيات الحكومية التي ستخفض عن معايير الجودة، فهل تتوقف عن تقديم الخدمة أو سيتم طرحها للبيع أو الشراكة مع القطاع الخاص، وهل سيتم التعاقد مع الأطباء أيضاً؟

١٠- استبعاد المستشفيات الجامعية من الهيئة.

١١- استبدال عبارة "عضوين عن اتحاد نقابات المهن الطبية من مهن مختلفة"، بعبارة "عضو واحد من كل مجلس لنقابات الأطباء البشريين والأسنان والصيدلة"، مع إضافة ممثلين من المستشفيات الجامعية.

١٢- استبدال "يحتفظ العاملون المنقولون إلى هيئة الرعاية بدرجاتهم المالية وجميع المزايا الوظيفية التي يتمتعون بها في جهات عملهم كحد أدنى" بـ"تلتزم

الهيئة بزيادة أجور جميع العاملين بها بصورة عادلة، وتلتزم بدفع مصاريف الدراسات العليا لأعضاء المهن الطبية والعاملين بها مع وضع خطة تدريبية لهم".

١٣- لابد من إضافة رئيس اتحاد نقابات المهن الطبية الفرعي ضمن تشكيل المجلس التنفيذي.

١٤- استبدال إعادة تجديد التراخيص وفقاً لمعايير الجودة كل ٣ سنوات، لتصبح كل ٥ سنوات، مع مراعاة قوانين النقابات المهنية الطبية، حتى يتم الالتزام بإجراءات التسجيل المهني بالنقابة المختصة قبل منح الترخيص.

١٥- تجاهل القانون، التزام الدولة بمساهماتها بـ٣% من الناتج القومي سنوياً، وفقاً لمواد الدستور.

١٦- إعادة النظر في قيمة المساهمات، تفتح الباب أمام رفع قيمة المساهمات مستقبلاً.

١٧- تغيير البند التالي " يوقف سريان أحكام النظام خلال مدة التجنيد الإلزامي والاستبقاء والاستدعاء بالقوات"، حيث أن القوات المسلحة تعالج الأفراد المجندين والمستدعين دون أسرهم، فمن يعالج أسرة المجند أو المستدعي للقوات المسلحة؟

١٨- القانون يطالب بعقوبة الخطأ الطبي بالحبس مدة لا تقل عن عام وغرامة بين ٥٠ إلى ٧٥ ألف جنيه، بينما ترى النقابة أن البند به تغول على أعضاء المهن الطبية، فلا يجوز أن تكون عقوبة وصف دواء بالخطأ هي الحبس أو غرامة لا تقل عن ٥٠ ألف جنيه.

١٩- مطلوب الغاء عبارة "السماح لغير المشتركين بالنظام الحصول على خدمات بغير وجه حق"، حيث أن جميع المواطنين سيشترون بالنظام.

أعلنت لجنة الحق في الصحة رفضها تمرير مشروع قانون التأمين الصحي بصورته الحالية، مشيرة إلى أن الحكومة تكتمت على النسخة الأخيرة من مشروع قانون التأمين الصحي التي دخلت بالفعل إلى مجلس النواب، وتم رفض عمل جلسات استماع لها في المجلس من لجنة الدفاع عن الحق في الصحة وممثلي أصحاب المعاشات والقوى الجماهيرية، مؤكدة أنها أسوأ نسخة منذ ما قبل ثورة ٢٥ يناير.



# توصيات

## ١. فيما يخص إدارة منظومة التأمين:

يجب أن يتم وضع آليات محكمة بالقانون تضمن ألا تدار هيئة الاعتماد والجودة بنفس الشكل الذي يدار به الاعتماد بوزارة التربية والتعليم والذي أصبح باباً من أبواب الفساد دون أن يؤدي إلى أي شكل من التحسين الفعلي لجودة الخدمة المقدمة. كما يجب أن تكون تلك الهيئة مستقلة وغير تابعة لوزارة الصحة.

هذا النظام الذي يعتمد أساساً على منظومة صحة الأسرة يعتمد في الأساس على توفير عدد كبير من أطباء الأسرة المتخصصين الغير متوفرين حالياً في مصر. لذا، يجب العمل من الآن على تكوين تلك الكوادر المدربة والمتخصصة ووضع حوافز متعددة لهذا التخصص لتشجيعه وضمان توفير الأعداد اللازمة لتشغيل المنظومة في وقت زمني محدد أو، أن تكون المنظومة التأمينية غير معتمدة على هذا التخصص.

يتحتم التوسع في وضع أطر للسداد الإجباري شهرياً للاشتراكات لضمان التحصيل من خلال تحويلات بنكية من المنبع مع وجود آليات للرقابة.

وضع إطار تنظيمي للتعامل مع الشركات التأمينية الخاصة بما يتسق مع القانون الجديد

في المادة ٤: آلية الرقابة يجب ألا تكون تحت رقابة الوزير لضمان استقلالها وحياديتها ولا يجب أن تكون الرقابة مركزية.

الحصول على الخدمة يجب ألا يكون مرتبطاً بتسديد الاشتراكات للحفاظ على كرامة المريض وعلى حياته.

يجب أن يضمن النظام آليات للتطوير المهني لمقدمي الخدمة والتعليم الطبي والفني المستمر وإعادة التقييم والاعتماد بشكل دوري.

المادة ٢٢ الخاصة بسرية المعلومات الفنية (غير الطبية) وأسرار المهنة يجب أن تلغى حيث إنها تتعارض مع الشفافية والحق في المعلومات الذي ينص عليه الدستور

يجب أن ينص على تكوين الهيئات الرقابية مثل مجلس الأمناء بوضوح يمكن النص على تحديد نسبة سنوية لتطوير المستشفيات بخطة زمنية واضحة باب العقوبات ليس به مواد متعلقة بالمسالة الطبية

يجب أن تتم الإدارة من قبل خبراء في الإدارة وألا تتم من قبل أطباء فقط. ذلك بالأخص في المناصب القيادية الخاصة بمنظومة التأمين الصحي.

يجب أن تعمل الدولة على إنتاج الدواء المحلي والنص على تفضيله في قوائم الأدوية طالما ثبت فاعليته.

## ٢- فيما يخص حزمة الخدمات:

يجب ألا تكون القوائم الأساسية للأدوية والفحوصات والأجهزة التعويضية معوقاً للطبيب في كتابة سبل التشخيص والعلاج التي يحتاج لها كل مريض والأكثر فاعلية مع حالته كما يجب ضمان ألا يكون هناك مدفوعات إضافية أو حاجة لمتلقي الخدمة لشرائها من الخارج.

يجب أن تكون اللجان المختصة المسؤولة عن معاينة الحالات متوفرة بشكل متاح جغرافياً للجميع وألا تكون مركزية مما يقلل من إتاحتها.

يجب أن يكون تحديد غير القادرين من خلال معايير وأطر شفافة ومنظمة. يجب أن تستثنى خدمات الطوارئ والرعاية العاجلة من من اشتراط الاشتراك وتسديد الرسوم للانتفاع من الخدمة في المادة ٢٧

يجب النص على أن الخدمات الخاصة بالكوارث الطبيعية والأوبئة يجب أن تقدمها الدولة بالمجان ولا يشملها هذا القانون مع مراعاة دقة التعريف ومراعاة السياق الوبائي في مصر.

## ٣- فيما يخص التمويل:

يجب أن يأتي هذا القانون مصاحباً لنظام ضريبي عادل وتوجيه مباشر ومنظم لنسب الضرائب مع وجود آليات كافية للمحاسبة.

يجب إلغاء المادة الخاصة برسوم المساهمات في التحاليل ومن الأدوية إعفاء رسوم الزوجة (صاحبة المعاش) لأنها لا تعمل.

يجب وضع آليات مناسبة لمنع إهدار خدمات التأمين الصحي من المنتفعين أو مقدمي الخدمة أو سوء استخدام الخدمة.

يجب النص على أن أموال الصندوق هي ملك للمشاركين بنظام التأمين الصحي ولا يحق للدولة الاستيلاء عليها أو استخدامها بأي شكل.

يمكن جعل شرائح المساهمات من المعاشات تصاعديّة مع زيادة المعاش يجب ضمان استرداد متلقي الخدمة قيمة أي نفقات طبية خارجية بالكامل من الصندوق

الخصم من المنبع مباشرة من الضرائب المختلفة لتمويل الصندوق في المادة ١٧ الخاصة بتعديل قيمة الاشتراك، لابد أن تكون قيمة الاشتراك ثابتة على أن تتحمل الخزنة العامة تسديد العجز دون الاقتراب من المساهمات الأخرى أو طلب مدفوعات إضافية.

المادة ٢٣ تعد باباً للفساد المالي المقنن. يقترح أن يكون السداد خلال ٧٢ ساعة على الأكثر.

يجب المساواة بين أصحاب المعاشات مع الزوجة في نسبة الاشتراك.

### نقترح إضافة المصادر الآتية للتمويل:

١. إلزام أصحاب المصانع (المواد المضرّة بالبيئة) بضريبة ١٪ من المبيعات.
٢. إمكانية دعم صندوق التأمين الصحي من تبرعات رجال الأعمال كجزء من منطلق المسؤولية المجتمعية تخصم من ضرائبهم.
٣. تحديد نسبة من أرباح البورصة المصرية
٤. ضرائب إضافية من مكتب الرحلات، السلع والخدمات الترفيهية، دور اللهو، الصناديق الخاصة بالشرطة
٥. المحاكم الاقتصادية لرجال الأعمال
٦. ضريبة على العاملين بالخارج والمتقاعدين مع شركات التأمين ومشاريع العلاج
٧. ضريبة على استخدام كروت الإئتمان الكبيرة
- ٨- فيما يخص التشريعات الإضافية:

### قانون للمجلس الأعلى للصحة يشترط به:

- ١- أن يكون مستقلاً في عمله، غير تابعاً لوزارة الصحة.
- ٢- يعمل من خلال لائحة داخلية يكتبها الأعضاء ولا تتدخل في عمله أي جهة تنفيذية.
- ٣- أن يكون رئيسه بالانتخاب من أعضاء المجلس الغير العاملين بالجهاز التنفيذي للدول.
- ٤- أن يشمل تشكيلة جميع القطاعات والجهات المعنية بالصحة بمشاركة واسعة وغالبة من المجتمع المدني وممثلي المنتفعين.

٥- أن تكون مخرجاته من استراتيجيات وتوجهات ملزمة للجهات التنفيذية المختلفة.

٦- ألا تكون عضويته مصدرًا للربح وأن تكون أوجه الصرف لجهة محددة ومقننة. إصدار وثيقة حقوق المريض المصري بشكل قانوني (مرفقة)

### **إصدار قانون للمساءلة الطبية على أن يشمل الآتي:**

١- وتشكيل نظام مخصص للتقاضي في حالات الإهمال أو الأخطاء الطبية ومحكمة مختصة بالأمر الصحية.

٢- تتحمل الدولة من خلال صندوق التأمين الصحي، مسؤولية العلاج والتأهيل عن كل ما يترتب عن الإهمال أو الأخطاء الطبية بغض النظر عن التحقيقات وبشكل غير مرتبط بالتعويض أو التقاضي.

٣- التعويضات عن الإهمال الطبي يجب أن تحدد حسب حجم المنشأة

٤- يجب أن يشمل لجنة التحقيق أعضاء من المجتمع

٥- يتحمل صندوق التأمين الصحي بدل العجز بسبب الأخطاء الطبية

# مراجع

«ثغرات خطيرة» في مشروع قانون التأمين الصحي  
<http://www.shorouknews.com>

١٩ سلبية ترصدها «الأطباء» في قانون التأمين الصحي الاجتماعي الجديد  
<http://www.elyomnew.com/news>

حول مشروع قانون التأمين الصحي الاجتماعي الشامل  
<https://eipr.org/press>

التفاصيل الكاملة لمشروع قانون التأمين الصحي الجديد  
<http://akhbarelyom.com>

مشروع قانون التأمين الصحي الشامل، ورقة المبادرة المصرية للحقوق الشخصية  
حول مسودة عام ٢٠١٣  
[/https://www.google.com.eg](https://www.google.com.eg)

«الحق في الصحة» تنتقد تمرير مشروع «التأمين الصحي» «أسوأ نسخة»  
<http://www.almasyalyoum.com>

الصحة في الدستور – مقترح توافقي حول التزامات الدولة تجاه تحقيق الحق في  
الصحة  
<https://eipr.org/blog>

أزمة قطاع الصحة في مصر بين إهمال المستشفيات وضعف الموازنة العامة  
للصحة  
<http://hrdoegypt.org>

الدستور المصري  
[/http://dostour.eg](http://dostour.eg)

الإعلان العالمي لحقوق الإنسان  
<http://www.un.org/ar/universal-declaration-human-rights>



# قانون التأمين الصحي الجديد بعد 5 سنوات من المداولات

## التعبير الرقمي

يقوم برنامج التعبير الرقمي الحر علي دمج تكنولوجيا المعلومات بقضايا مجتمعية حيث يصبح البرنامج هو رؤية جديدة لبناء جسر التواصل بين المنظمات والهيئات العاملة بقضايا مجتمعية وبين المواطنين، ويشكل مساحة حرة واسعة للتعبير والمشاركة بسبل أيسر وأكثر إتاحة وقادرة على الوصول لفضاء واسع من الجمهور.

يعتمد برنامج التعبير الرقمي الحر على دعم مجالات وقضايا حقوقية وتحويلها لحراك رقمي قائم على مبادئ إتاحة وتداول المعلومات والحق في المعرفة كحقوق أساسية في حياة الإنسان

كما يهدف البرنامج إلى خلق مجتمع رقمي متكامل يتمتع جميع أفراداه بفرص متساوية في معرفة وتداول المعلومات وخلق أكبر عدد ممكن من الفرص لتعزيز جاهزية المواطن تكنولوجيا ومعلوماتيا وصولا في النهاية إلى الغاية الكبرى المتمثلة في رآب الفجوة الرقمية بين أفراد المجتمع وكذلك تحقيق المواطنة الرقمية العادلة.

