

مشروع قانون

بإصدار قانون "نظام التأمين الصحي الاجتماعي الشامل"

رئيس الجمهورية

بعد الإطلاع علي الدستور

وعلى القانون رقم 58 لسنة 1937 الصادر في شأن قانون العقوبات.

وعلى القانون رقم 131 لسنة 1948 الصادر في شأن القانون المدني.

وعلى القانون رقم 150 لسنة 1950 الصادر في شأن قانون الإجراءات الجنائية.

وعلى القانون رقم 61 لسنة 1963 الصادر في شأن الهيئات العامة.

وعلى القانون رقم 10 لسنة 1967 الصادر في شأن تنظيم التعامل في أدوية الهيئة العامة للتأمين الصحي.

وعلى القانون رقم 13 لسنة 1968 الصادر في شأن قانون المرافعات المدنية والتجارية.

وعلى القانون رقم 53 لسنة 1973 بشأن الموازنة العامة للدولة.

وعلى القانون رقم 3 لسنة 2017 الصادر في شأن تعديل بعض أحكام القانون رقم 99 لسنة 1992 الخاص بنظام التأمين الصحي على الطلاب،

والمرسوم بقانون رقم 86 لسنة 2012 بشأن نظام التأمين الصحي على الأطفال دون السن المدرسي وقانون الضريبة على القيمة المضافة الصادر

بالقانون رقم 67 لسنة 2016.

وعلى قانون التأمين الاجتماعي الصادر بقانون رقم 79 لسنة 1975.

وعلى القانون رقم 108 لسنة 1976 الصادر في شأن قانون التأمين الاجتماعي على أصحاب الأعمال ومن في حكمهم.

وعلى القانون رقم 50 لسنة 1978 الصادر في شأن قانون التأمين الاجتماعي على العاملين المصريين في الخارج.

وعلى القانون رقم 112 لسنة 1980 الصادر في شأن قانون نظام التأمين الاجتماعي الشامل.

وعلى القانون رقم 127 لسنة 1981 الصادر في شأن المحاسبة الحكومية.

وعلى القانون رقم 139 لسنة 2006 بتعديل بعض أحكام القانون رقم 127 لسنة 1981 بشأن حساب الخزائن الموحد.

وعلى القانون رقم 99 لسنة 1992 الصادر في شأن نظام التأمين الصحي على الطلاب.

وعلى القانون رقم 12 لسنة 2003 الصادر في شأن قانون العمل.

وعلى القانون رقم 137 لسنة 2010 الصادر في شأن قانون الضمان الاجتماعي.

وعلى القانون رقم 23 لسنة 2012 الصادر في شأن نظام التأمين الصحي للمرأة المعيلة.

وعلى القانون رقم 86 لسنة 2012 الصادر في شأن نظام التأمين الصحي على الأطفال دون السن الدراسي.

وعلى القانون رقم 127 لسنة 2014 الصادر في شأن نظام التأمين الصحي على الفلاحين وعُمال الزراعة.

وعلى قرار رئيس الجمهورية رقم 1209 لسنة 1964 في شأن إنشاء الهيئة العامة للتأمين الصحي وفروعها للعاملين في الحكومة ووحدات الإدارة المحلية والهيئات العامة والمؤسسات العامة.

وعلى قرار رئيس الجمهورية رقم 242 لسنة 1996 بتنظيم وزارة الصحة والسكان.

وبعد موافقة مجلس الوزراء.

وبناءً على ما ارتآه مجلس الدولة.

قُـرـر

مشروع القانون الآتي نصه، يقدم إلي مجلس النواب

(المادة الأولى)

يُعمل في شأن نظام التأمين الصحي الاجتماعي الشامل بأحكام القانون المرافق، إلزامياً على جميع المواطنين المقيمين داخل جمهورية مصر العربية، واختيارياً على المصريين العاملين بالخارج والمُقيمين مع أسرهم بالخارج، ، ولا تسري أحكامه على أفراد القوات المسلحة بالخدمة أو بالمعاش المقرر علاجهم على نفقتها

(المادة الثانية)

يُطبق القانون المرافق على مجالات الخدمات الصحية التأمينية، ولا يطبق على خدمات الصحة العامة والوقائية، والخدمات الإسعافية، وخدمات تنظيم الأسرة، وعلى الخدمات الصحية الخاصة بتغطية الكوارث بكافة أنواعها، والأوبئة، وما يُماثلها من خدمات تلتزم بها سائر أجهزة الدولة مجاناً.

وتُعتبر وزارة الصحة جهة مخططة ومنظمة ومراقبة للقطاع الصحي.

(المادة الثالثة)

يستمر انتفاع المؤمن عليهم بخدمات التأمين الصحي ومرافقه وفقاً للقوانين والقرارات واللوائح المعمول بها حالياً، وذلك حتى تاريخ سريان أحكام القانون المرافق في شأنهم، طبقاً للتدرج في التطبيق الجغرافي، واعتباراً من هذا التاريخ تُلغى بالنسبة إليهم القوانين الآتية المشار إليها:

- القانون رقم 10 لسنة 1967.
- القانون رقم 99 لسنة 1992
- القانون رقم 23 لسنة 2012
- القانون رقم 86 لسنة 2012
- القانون رقم 127 لسنة 2014
- القانون رقم 3 لسنة 2017

كما يُوقف سريان قرار رئيس الجمهورية رقم 1209 لسنة 1964 في شأن إنشاء الهيئة العامة للتأمين الصحي، وتُلغى فروعها للعاملين في الحكومة ووحدات الإدارة المحلية والهيئات العامة والمؤسسات العامة، طبقاً للتدرج في التطبيق بالنسبة للمحافظات التي يُطبق في شأنها أحكام هذا القانون المرافق، وذلك لحين اكتمال تطبيق أحكام القانون المرافق علي جميع أنحاء الجمهورية، وعلى أن يُلغى العمل بالقوانين والقرارات سالفة الذكر نهائياً عند شمول أحكام القانون المرافق طبقاً للتدرج في التطبيق لجميع محافظات الجمهورية.

كما يُلغى كل حكم يتعارض مع أحكام القانون المرافق في قانون التأمين الاجتماعي الصادر بالقانون رقم 79 لسنة 1975 أو في أي قانون آخر، وتحدد اللائحة التنفيذية للقانون المرافق القواعد والإجراءات المنظمة لعملية التدرج في تطبيق أحكامه.

(المادة الرابعة)

يُصدر رئيس مجلس الوزراء اللائحة التنفيذية للقانون المرافق خلال ستة أشهر من تاريخ نشره بالجريدة الرسمية، ولحين صدور هذه اللائحة يستمر العمل باللوائح والقرارات القائمة في تاريخ العمل به، وبما لا يتعارض مع أحكامه.

(المادة الخامسة)

يُنشر هذا القانون في الجريدة الرسمية، ويُعمل به بعد ستة أشهر من تاريخ نشره في الجريدة الرسمية، وذلك مع عدم الإخلال بقواعد وإجراءات التدرج في التطبيق.

يُبصرم هذا القانون بخاتم الدولة، ويُنفذ كقانون من قوانينها.

رئيس الجمهورية

.....

قانون التأمين الصحي الاجتماعي الشامل

الباب الأول

التعريفات ونطاق تطبيق أحكام القانون

(المادة 1)

في تطبيق أحكام هذا القانون يُقصد بالكلمات والعبارات التالية المعنى المبين قرين كل منها:

1. الهيئة: الهيئة العامة للتأمين الصحي الاجتماعي الشامل.
2. هيئة الرعاية: الهيئة العامة للرعاية الصحية.
3. هيئة الاعتماد والرقابة: الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية.
4. الصحة العامة: هي تدخلات منظمة للارتقاء بصحة الانسان جسدياً وعقلياً واجتماعياً وليس مجرد غياب المرض أو حالة العجز أو الضعف.
5. الخدمات الوقائية: هي أي نشاط صحي وطبي يؤدي إلى إنقاص أو الحد من اعتلال الصحة من مرض معين أو الوفاة، وهي تنقسم إلى ثلاث مستويات أولية وثانوية ومستوى ثالث (وفقاً لتعريف منظمة الصحة العالمية).
6. الخدمات الإسعافية: هي الخدمات الطبية السريعة الثابتة أو المتحركة التي تقدم إلى المصاب بشكل فوري لتجنب حدوث مضاعفات خطيرة تؤثر عليه وعلى حياته، كما تقدم للأشخاص الذين يعانون من أمراض ونوبات مفاجئة خطيرة حتى يتم حمايتهم من أية تأثيرات قد تؤدي لوفاتهم.
7. خدمات تنظيم الأسرة: هي الخدمات التي تسعى لتخطيط مدي إنجاب الأطفال واستخدام تقنيات تحديد النسل وغيرها من تقنيات التثقيف الإيجابي والوقاية من الأمراض المنقولة جنسياً ومشورة ما قبل الحمل وعلاج العقم.
8. المنشآت الصحية: المستشفيات والمراكز الطبية والوحدات الصحية والإسعاف والمستوصفات والعيادات والمختبرات ومراكز الأشعة وبنوك الدم وكافة المرافق الصحية سواء الحكومية أو غير الحكومية.
9. التقييم: تحليل أداء المنشآت الصحية وقياس مستوى جودته، والتأكد من الالتزام بالبرامج الصحية وتحديد ما قد يوجد من جوانب قصور وما يلزم اتخاذه من إجراءات لتلافيها تحقيقاً لمستوى الجودة المطلوب وفقاً للمعايير.
10. ضمان الجودة: هو استيفاء معايير الجودة بكافة عناصرها.
11. الاعتماد: هو إقرار هيئة الاعتماد والرقابة باستيفاء المنشآت الصحية لمعايير الجودة.
12. المعايير القياسية المعتمدة: هي المعايير الدولية، مع المحافظة على الهوية الثقافية للأمة.
13. الجهات التابعة لوزارة الصحة: هي الجهات المقدمة للخدمات الصحية والتابعة لوزارة الصحة من غير الهيئة العامة للتأمين الصحي، وتتضمن "الهيئة العامة للمستشفيات والمعاهد التعليمية، وأمانة المراكز الطبية المتخصصة، والمؤسسة العلاجية بالمحافظات المختلفة، والمستشفيات والوحدات الصحية التابعة لمديريات الصحة بالمحافظات.
14. المؤمن عليه: من يسري في شأنه أحكام هذا القانون من الفئات المشار إليها فيه طبقاً للتدرج في التطبيق.
15. صاحب العمل: من يستخدم عاملاً أو أكثر من المؤمن عليهم الخاضعين لأحكام هذا القانون.
16. الأسرة: مجموعة من الأفراد مكونة من زوج وزوجة أو أكثر والمُعالين.
17. المصاب إصابة عمل: من أصيب بإصابة عمل، وفقاً لأحكام قوانين التأمين الاجتماعي ذات الصلة.
18. المريض: من أصيب بمرض أو حادث غير إصابة عمل.
19. أجر الاشتراك: هو كل ما يحصل عليه المؤمن عليه من مقابل نقدي من جهة أو جهات عمله وعلى الأخص ما يلي:
 - أ- الأجر المنصوص عليه في الجداول المرفقة بنظم التوظيف وما يُضم إليه من علاوات.
 - ب- الأجر المنصوص عليه بعقد العمل وما يُضاف إليه من علاوات أو الأجر اليومي المُستحق.
 - ت- الحوافز.
 - ث- العُمولات.
 - ج- البدلات، فيما عدا البدلات الآتية:
 - بدل الانتقال وبدل السفر وبدل الوجبة وغيرها من البدلات التي تُصرف للمؤمن عليه مقابل ما يتكلفه من أعباء تقتضيها وظيفته، ويُستثنى من ذلك بدل التمثيل.
 - بدل السكن وبدل الملابس وبدل السيارة وغيرها من البدلات التي تُصرف مقابل مزايا عينية.

- البدلات التي تستحق للمؤمن عليه لمواجهة أعباء المعيشة خارج البلاد.
- ويراعى ألا تتجاوز قيمة مجموع ما تم استبعاده من بدلات 30% من إجمالي أجر المؤمن عليه.
- وإذا كان المؤمن عليه يعمل لدى أكثر من صاحب عمل، فيعتبر كل ما يتقاضاه من العناصر السابقة من كل صاحب عمل أجر الاشتراك.
20. الحد الأدنى للأجور: هو الحد الأدنى للأجور المُعلن عنه بالحكومة على المستوى القومي.
21. الأجر التأميني: يقصد به الأجر المسدد عنه اشتراكات التأمينات الاجتماعية.
22. الخبير الإكتواري: الشخص المرخص له في جمهورية مصر العربية بإعداد تقاييم ودراسات إكتوارية.
23. الخدمات العلاجية: كافة أنواع العلاج الطبي المبني على البرهان العلمي والمتعارف عليه، وذلك لعلاج الأمراض المختلفة سواء عن طريق الأدوية أو التدخلات الجراحية وغيرها.
24. الخدمات التأهيلية: الخدمات التي تُساعد على استعادة المريض لحالته العضوية الوظيفية السابقة على المرض أو الإصابة.
25. الكوارث الطبيعية: هي الظواهر الطبيعية المُدمرة التي تؤثر على حياة وسلامة الإنسان وصحته بصورة جماعية، مثل الزلازل والبراكين والأعاصير والفيضانات وغيرها.
26. الأوبئة: هي الأمراض أو الأحداث الأخرى المتعلقة بالصحة، والتي تقع في مجتمع مُعين أو بقعة جغرافية مُحددة، بمعدلات تفوق بوضوح ما هو مُتوقع وفق الخبرة السابقة المُعتادة في نفس البقعة والزمن.
27. وحدات الرعاية الأساسية وصحة الأسرة: هي المُستوي الأول لمُنشآت تقديم الخدمة الصحية الأولية، وتُقدم الخدمات العلاجية والتشخيصية والإحالة، والصحة الإنجابية والإسعافات الأولية لحالات الطوارئ في بعض هذه الوحدات على أن تكون حائزة على شروط ومواصفات الجودة والصادرة عن هيئة الاعتماد والرقابة.
28. مراكز الرعاية الصحية الأساسية وصحة الأسرة: هي المُستوي الثاني لمُنشآت تقديم الخدمة الصحية الأولية، وتُقدم الخدمات العلاجية والتشخيصية والإحالة والطوارئ للمُنتمين من المواطنين المُقيمين بالنطاق الجغرافي للمركز والوحدات التابعة له، إلى جانب تقديم خدمات تخصصية طبقاً لتوافر الأطباء المُتخصصين، ويُمكن أن يتوافر بها دار للولادة على أن تكون حائزة على شروط ومواصفات الجودة والصادرة عن هيئة الاعتماد والرقابة.
29. المُستشفيات والمراكز المُتخصصة: هي مُنظمات مُتخصصة في تقديم الرعاية الصحية العلاجية وفائقة التخصص للمُستوى الثاني والثالث، على أن تكون حائزة على شهادة صادرة من هيئة الاعتماد والرقابة تفيد إستيفائها لشروط ومواصفات الجودة، وعلى أن تكون مُتعاقدة مع الهيئة طبقاً لنظم الإحالة التأمينية المُقررة مهنيًا.
30. طبيب الأسرة: هو الطبيب الحاصل على شهادة علمية تخصصية أو مهنية في مجال طب الأسرة، ويعمل في المُستوى الأول لتقديم الخدمة الصحية، ويكون مسنولاً عن تقديم خدمة صحية مُتكاملة ومُستمرة لجميع الفئات والأعمار في إطار الأسرة، ويُمكن له بموجب مؤهلاته تقديم الخدمة الصحية الأساسية، وتدعيم الأساليب الحياتية الصحية لكافة أفراد الأسرة، والعمل إدارياً ضمن فريق صحي متكامل.
31. المُمارس العام: طبيب مؤهل علمياً (حاصل على بكالوريوس الطب والجراحة)، مُقيد وحاصل على ترخيص مزاولة المهنة، وذو خبرة عملية، ويمتلك المهارة الإكلينيكية اللازمة لتقديم الرعاية الأساسية المُتكاملة والمُستمرة لكل أفراد الأسرة بالمجتمع المحيط، وتحديد وتشخيص وعلاج الأمراض الشائعة والمُتوطنة وبعض الحالات الطارئة، وكذلك يكون على دراية كاملة بأسس وإجراءات تحويل المريض إلى المُستويات العلاجية المُختلفة، من خلال قواعد مُحدده للممارسة الطبية المبنيّة على البرهان العلمي.
32. غير القادرين (مالياً): الأسر التي يتم تحديدها بمعرفة وزارة التضامن الاجتماعي وفقاً لمعايير وعناصر الاستهداف المتبعة في هذا الشأن واسترشاداً بالحد الأدنى للأجور المُعلن عنه بالحكومة على المستوى القومي ومعدلات التضخم، ويتم تعديلها دورياً على فترات لا تزيد على ثلاثة أعوام.
33. الفحوصات الطبية والمعملية: كل ما يُساهم في تحديد تشخيص المرض خارج الكشف السريري بواسطة الطبيب المُختص، من فحوصات معملية وتصوير طبي وغير ذلك.
34. المصريين العاملين بالخارج: هو المواطن التي تقتضي ظروف (دراسته أو عمله أو العلاج أو مرافقة أي من أسرته) تواجده خارج البلاد لمدة لا تقل عن عام .
35. الأصول العلاجية: هي ممتلكات ضرورية لقيام واستمرار النشاط العلاجي ولها كيان مادي ملموس وعمر اقتصادي مقدر يزيد عن سنة واحدة يتم شراؤها للاستخدام في تشغيل الأنشطة الطبية والعلاجية.
36. الأصول الإدارية: هي ممتلكات ضرورية لقيام واستمرار النشاط الإداري ولها كيان مادي ملموس وعمر اقتصادي مقدر يزيد عن سنة واحدة يتم شراؤها للاستخدام في تشغيل الأنشطة الإدارية.

(المادة 2)

التأمين الصحي الاجتماعي الشامل نظام إلزامي، يقوم علي التكافل الاجتماعي وتُغطي مظلته جميع المواطنين المُشتركين في النظام، وتتحمل الدولة أعبائه عن غير القادرين. وتكون الأسرة هي وحدة التغطية التأمينية الرئيسية داخل النظام. ويُدار هذا النظام عبر آلية فصل التمويل عن تقديم الخدمة، ولا يجوز للهيئة تقديم خدمات علاجية أو الاشتراك في تقديمها. وتُطبق أحكامه تدريجياً علي المُحافظات التي يصدر بتحديدِها قرارات من رئيس مجلس الوزراء بناءً علي عرض الوزير المُختص بالصحة والوزير المُختص بالمالية، وبما يضمن استدامة الملاءة المالية للنظام وبمراعاة توازنه الإكتواري.

(المادة 3)

يُقصد بخدمات التأمين الصحي الاجتماعي الشامل، حزمة الخدمات الصحية التأمينية لكافة الأمراض التي تُقدم للمؤمن عليه داخل جمهورية مصر العربية، سواء كانت خدمات علاجية أو تأهيلية أو فحوصات طبية ومعملية، ويجب ألا تقل عن الخدمات المُقدمة حالياً لمُنفعي الهيئة العامة للتأمين الصحي يوم صدور هذا القانون، وللهيئة بناءً علي عرض اللجان المُختصة، إضافة خدمات أخرى إلى الخدمات المُشار إليها، وذلك بمراعاة الحفاظ علي التوازن المالي والإكتواري للنظام. وتقدم تلك الخدمات من خلال ما يلي:

1. طبيب الأسرة أو الممارس العام في جهات العلاج المحددة.
 2. الأطباء المُتخصصون بما في ذلك ما يتعلق بطب وجراحة الفم والأسنان.
 3. الرعاية الطبية المنزلية عند الاقتضاء.
 4. العلاج والإقامة بالمستشفى أو المركز المُتخصص وإجراء العمليات الجراحية وأنواع العلاج الأخرى.
 5. الفحص بالتصوير الطبي والفحوصات المعملية وغيرها من الفحوصات الطبية وما في حكمها.
 6. الخدمات التأهيلية والأجهزة التعويضية طبقاً للقوائم الأساسية التي تصدر عن اللجان المُتخصصة بالهيئة.
 7. تحرير الوصفات الطبية وصرف الأدوية اللازمة للعلاج، طبقاً للقوائم الأساسية والتكميلية التي تصدر عن اللجان المُتخصصة بالهيئة، وكذا عمل التقارير الطبية اللازمة.
 8. الكشف الطبي الابتدائي لكل مُرشح للعمل للتحقق من لياقته الصحية والنفسية.
- العلاج بالخارج لمن يستحيل علاجه من خلال الخدمات المُقدمة داخل جمهورية مصر العربية وله علاج بالخارج، بناءً علي تقرير يصدر من لجنة مُختصة بهذا الشأن، تشكل بمعرفة الهيئة، وتوضح اللائحة التنفيذية إجراءاتها وضوابطها. الباب الثاني

إدارة النظام

الفصل الأول

" هيئة التأمين الصحي الاجتماعي الشامل "

(المادة 4)

تنشأ هيئة عامة **اقتصادية** تسمى "الهيئة العامة للتأمين الصحي الاجتماعي الشامل" غير هادفة للربح تتولى إدارة وتمويل نظام التأمين الصحي الاجتماعي الشامل وتكون لها الشخصية الاعتبارية والموازنة المستقلة. وتكون أموال **المشتركين** بالهيئة أموالاً خاصة، تتمتع بجميع أوجه وأشكال الحماية المقررة للأموال العامة، وهي وعواندها حق للمستفيدين منها، وتستثمر استثماراً أمنياً وفقاً لاستراتيجية استثمار تحدد وفقاً لأحكام هذا القانون ولانحته التنفيذية، وتكون تحت الإشراف العام لرئيس مجلس الوزراء، ويصدر بنظامها وتحديد اختصاصاتها ونظام العمل بها قرار من رئيس مجلس الوزراء.

(المادة 5)

يكون للهيئة مجلس إدارة يصدر بتشكيله ونظام العمل به والمعاملة المالية لرئيسه **ونائبه وأعضاءه** قراراً من رئيس الجمهورية، ويتكون من ثلاثة عشر عضواً بما فيهم الرئيس ونائبه ورئيس هيئة الرعاية ونائب رئيس مجلس الدولة ورئيس اتحاد العمال ورئيس اتحاد الغرف التجارية ورئيس اتحاد الصناعات ورئيس قطاع الموازنة العامة للدولة بوزارة المالية ووكيل أول وزارة الصحة ووكيل أول الوزارة المختصة بالتأمينات الاجتماعية ووكيل أول وزارة القوى العاملة وممثل عن مقدمي الخدمة بالقطاع الخاص وأحد الخبراء في مجال اقتصاديات الصحة.

ويكون مجلس الإدارة هو السُلطة العليا المعنية بتصريف شئون الهيئة، وله أن يتخذ ما يراه لازماً من قرارات نهائية بمباشرة اختصاصات الهيئة، دون الحاجة لاعتمادها من جهة إدارية أعلى، ويختص المجلس بمباشرة المهام التالية:

- إصدار القرارات، واللوائح الداخلية، والقرارات المتعلقة بالشئون المالية والإدارية والفنية للهيئة وذلك دون التقيد باللوائح والنظم المعمول بها في الجهاز الإداري للدولة.
 - إقرار الموازنة التخطيطية للهيئة وحساباتها الختامية السنوية.
 - الإشراف على سير العمل بالهيئة، ومراجعة واعتماد سياساتها واستراتيجياتها المختلفة في كل المجالات.
 - مناقشة واعتماد التقارير الإكتوارية الخاصة بالهيئة.
 - اعتماد قوائم أسعار حزم الخدمات الطبية المقدمة.
 - اعتماد استراتيجية استثمار أموال النظام.
 - وضع قواعد الاستعانة بالخبرات المحلية والأجنبية لمعاونة الهيئة علي القيام بعملها.
 - اعتماد التقارير والحسابات المالية التي تلتزم الهيئة بتقديمهم للجهات المختلفة.
 - إبداء الرأي في مشروعات القوانين والقرارات المتعلقة بالتشريعات الخاصة بالتأمين الصحي الاجتماعي الشامل وبالأنشطة ذات الصلة.
 - إبداء الرأي في المعاهدات أو الاتفاقيات أو الموائيق الدولية ذات الصلة.
 - مراجعة وتقييم فاعلية إدارة وأداء برامج تطبيق نظام التأمين الصحي الاجتماعي الشامل.
- وتكون مدة مجلس الإدارة أربعة سنوات قابلة للتجديد مرة واحدة، ويحل نائب رئيس الهيئة محل رئيسها في حالة غيابه أو وجود مانع لديه، ويمثل رئيس المجلس الهيئة أمام القضاء وفي صلاتها بالغير، ويكون المركز الرئيسي للهيئة بالقاهرة، ويجوز لها أن تنشئ فروعاً إقليمية بالمناطق الجغرافية المختلفة بالجمهورية..

(المادة 6)

يكون للهيئة مديراً تنفيذياً مسؤلاً عن إدارة شئونها والعمل علي تحقيق أهدافها وتنفيذ السياسات والاستراتيجيات والقرارات الصادرة عن مجلس الإدارة، ويصدر بتعيينه وتحديد معاملته المالية واختصاصاته ومسئولياته قراراً من مجلس الإدارة، وذلك لمدة أربعة سنوات قابلة للتجديد مرة واحدة، علي أن يحضر اجتماعات مجلس الإدارة دون أن يكون له صوتاً معدوداً.

(المادة 7)

تؤول للهيئة جميع الأصول الإدارية والحقوق والالتزامات المالية الخاصة بالهيئة العامة للتأمين الصحي وفروعها والجهات التابعة لوزارة الصحة ماعدا الأصول العلاجية وما يخص الجودة والاعتماد، وتحل محلها في كافة مراكزها القانونية في هذا الشأن، ويتم ذلك تدريجياً وفقاً لمراحل تطبيق النظام علي مستوي المحافظات والفروع، وذلك لحين اكتمال تطبيق أحكام القانون المرافق علي جميع أنحاء الجمهورية. وينقل العاملون بالهيئة العامة للتأمين الصحي والجهات التابعة لوزارة الصحة للهيئة الجديدة وذلك بالنسبة للوظائف والأعمال اللازمة والمرتبطة بنطاق عملها وفي جميع الأحوال يتمتعون بجميع المزايا التي كانوا يحصلون عليها كحد أدنى.

(المادة 8)

تنشأ بالهيئة لجنة دائمة تختص بتسعير قائمة الخدمات الطبية التي يتم التعاقد علي شراؤها علي أن يكون 25% علي الأقل من أعضائها من الخبراء المستقلين عن الهيئة والمتخصصين في تسعير الخدمات الطبية، وعلي أن يكون 25% من الأعضاء من ممثلي مقدمي الخدمة في القطاع الخاص، ويصدر قرار بتشكيل تلك اللجنة من مجلس إدارة الهيئة وتحدد اللائحة التنفيذية اختصاصات و آليات و إجراءات و ضوابط عمل تلك اللجنة.

(المادة 9)

للهيئة الحق في متابعة المؤمن عليه في أي من جهات تقديم الخدمة الصحية، ولها الحق كذلك في استبعاد مقدم الخدمة من سجلات مقدمي الخدمة المؤهلين لديها والمتعاقدين معها، في حالة ثبوت تقصيره أو إخلاله بمستوى الرعاية الطبية المتفق عليه في هذا القانون، أو عدم التزامه بمعايير واشتراطات هيئة الاعتماد والرقابة، وتكون الهيئة مسنولة عن متابعة علاج المؤمن عليه إلى أن يُشفى أو تستقر حالته ويثبت عجزه. وللمؤمن عليه الحق في اختيار جهات العلاج من بين الجهات المتعاقدة مع الهيئة، لتقديم الخدمة طبقاً لمستويات الإحالة المحددة في القانون ولائحته التنفيذية والنطاق الجغرافي. وفي حالة لجوء المؤمن عليه في الحالات الطارئة إلى جهة علاجية غير متعاقدة مع الهيئة، تنظم اللائحة التنفيذية ضوابط استرداد النفقات طبقاً لأسعار الهيئة.

وتلتزم الهيئة بشراء الخدمة الصحية لأصحاب نظم التأمين أو البرامج الصحية الخاصة سواء كانت الخدمة مقدمة بمستشفيات هيئة الرعاية أو بمستشفيات تلك النظم وذلك طبقاً للائحة الأسعار المطبقة بالهيئة.

(المادة 10)

تختص الهيئة بتمويل خدمات التأمين الصحي الاجتماعي الشامل بنفسها أو عن طريق فروعها الإقليمية في محافظات الجمهورية، وتقدم تلك الخدمات عن طريق التعاقد مع أي من مقدمي خدمات الرعاية الصحية والأنظمة العلاجية التي تشملها هيئة الرعاية، أو أية جهات أخرى ترغب في التعاقد مع الهيئة، وفقاً لنظم التعاقد والأسعار التي تقرها الهيئة، دون التقيد بأحكام قوانين المناقصات والمزايدات الحكومية المعمول بها، ووفقاً للقواعد التي يقرها مجلس إدارة الهيئة، ووفقاً لمعايير الجودة التي تحددها هيئة الاعتماد والرقابة، ووفقاً للقواعد المالية المنظمة.

(المادة 11)

تتولى الهيئة إصدار شهادات العجز الناتج عن الإصابة بأحد الأمراض العضوية ونسبته، وكذلك شهادات العجز الناتج عن الإصابة بأحد الأمراض المهنية أو إصابات العمل الأخرى ونسبتها. تلتزم الهيئة بإخطار المصاب بانتهاء العلاج، وبما يكون قد تخلف لديه من عجز ونسبته، وللمصاب أو المريض أن يتظلم من تقرير انتهاء العلاج أو تخلف العجز أمام لجان التحكيم الطبي المنصوص عليها بقوانين التأمينات الاجتماعية. تلتزم الهيئة بالإخطار المُشار إليه في الفقرة السابقة بالنسبة لكل من صاحب العمل والهيئة القومية للتأمين الاجتماعي، مع بيان أيام التخلف عن العلاج إن وُجدت، وذلك كله وفقاً للشروط والأوضاع التي يصدر بها قراراً من الوزير المختص بالصحة بالاتفاق مع الوزير المختص بالتأمينات. تلتزم جهات الأعمال بإبلاغ الهيئة بوقوع الإصابة فور حدوثها، طبقاً للإجراءات والتوقيعات وباستخدام النماذج التي يقرها الوزير المختص بالتأمينات الاجتماعية بالاتفاق مع الوزير المختص بالصحة. لا يحول انتهاء خدمة المُصاب لأي سبب دون استمرار علاجه من إصابته. وإذا انتهت مدة الإعارة أو الانتداب أو الإجازة للعمل بالخارج، وكان المُصاب لا يزال في حاجة إلى علاج، فعلى الهيئة أو صاحب العمل أن يُحيله إلى جهة العلاج المُحددة له لاستكمال علاجه.

الفصل الثاني

"هيئة الرعاية الصحية"

(المادة 12)

تنشأ هيئة **خدمية** عامة تسمى "الهيئة العامة للرعاية الصحية"، تكون لها الشخصية الاعتبارية والموازنة المُستقلة، تتولى تقديم خدمات الرعاية الصحية والعلاجية بكافة مستوياتها (الرعاية الأولية والثانوية والثلاثية داخل وخارج المستشفيات) لجميع المؤمن عليهم داخل جمهورية مصر العربية، وتشمل جميع منافذ تقديم الخدمة التابعة للهيئة العامة للتأمين الصحي، والجهات التابعة لوزارة الصحة، والمؤسسة العلاجية وأمانة المراكز الطبية المتخصصة والمستشفيات الحكومية الأخرى، وتضم تدريجياً بعد تأهيلها وفقاً لمعايير الجودة والاعتماد.

وتعتبر هيئة الرعاية أداة الدولة الرئيسية في ضبط وتنظيم تقديم الخدمات الصحية التأمينية. ويصدر رئيس مجلس الوزراء قرار بضم المستشفيات التي ستقوم بتقديم الخدمة وفقاً لمعايير محددة للاعتماد تحددها هيئة الاعتماد والرقابة.

ويجوز شمول أي مُستشفيات أخرى غير حكومية، وفقاً لنفس المعايير المُحددة للجودة والاعتماد، والمعايير التي تحددها هيئة الرعاية.

وتكون هيئة الرعاية تحت الإشراف العام للوزير المختص بالصحة، ويصدر بنظماها وتحديد اختصاصاتها ونظام العمل بها قراراً من رئيس مجلس الوزراء.

وتلتزم الدولة برفع جودة وكفاءة المنشآت الصحية التابعة لها تدريجياً، قبل البدء في تطبيق النظام في المحافظة المقرر البدء فيها حتى تحصل على الاعتماد.

(مادة 13)

تتولى هيئة الرعاية إجراء فحص طبي ابتدائي لكل مُرشح للعمل محولاً إليها من جهة عمله، للتحقق من لياقته صحياً ونفسياً للقيام بهذا العمل، وذلك قبل تسلمه العمل، وفقاً لقانون السلامة والصحة المهنية، ويُراعى في إجراء الفحص الطبي طبيعة العمل ونوع المرض المُعرض له المُرشح للعمل.

كما تقوم هيئة الرعاية بفحص المؤمن عليهم المُعرضين للإصابة بأحد الأمراض المهنية المُشار إليها دورياً المحول إليها من جهة عمله، وفقاً لقانون السلامة والصحة المهنية، وتكون هي الجهة المسؤولة عن تحديد المُعرضين للإصابة بأحد الأمراض المهنية، وذلك مُقابل الخدمة الذي تحدده الهيئة عن كل مؤمن عليه تقوم بفحصه، ويتحمل صاحب العمل بقيمة هذا المُقابل، ويلتزم بسداده للهيئة خلال عشرة أيام من تاريخ مُطالبتها به.

(مادة 14)

يكون لهيئة الرعاية مجلس إدارة يتكون من أحد عشر عضواً بما فيهم الرئيس ونائبه ونائب رئيس الهيئة العامة للتأمين الصحي الاجتماعي الشامل وممثلين عن اتحاد نقابات المهن الطبية على أن تشمل على تخصصات مختلفة ونقيب التمريض وأحد نواب رئيس مجلس الدولة وأحد الخبراء في مجال محاسبة تكاليف الصحة وأحد الخبراء في مجال اقتصاديات الصحة وممثلين المجتمع المدني.

ويصدر قراراً بتعيين رئيس مجلس الإدارة ونائبه وباقي أعضاء المجلس من رئيس مجلس الوزراء بناءً على ترشيح الوزير المختص بالصحة، ويتضمن قرار التعيين تحديد المعاملة المالية لرئيس مجلس الإدارة ونائبه ومكافآت وبدلات باقي أعضاء المجلس، وتكون مدة المجلس أربعة سنوات قابلة للتجديد مرة واحدة، ويحل النائب محل رئيسها في حالة غيابه أو وجود مانع لديه، ويمثل رئيس المجلس هيئة الرعاية أمام القضاء وفي صلاتها بالغير، ويكون المركز الرئيسي للهيئة العامة للرعاية الصحية بالقاهرة، علي أن يكون لها فروعاً في جميع محافظات الجمهورية، تقوم بنفس دور هيئة الرعاية علي مستوي المحافظة أو الإقليم.

ويكون لهيئة الرعاية مديراً تنفيذياً مسؤلاً عن إدارة شئونها والعمل علي تحقيق أهدافها وتنفيذ السياسات والاستراتيجيات والقرارات الصادرة عن مجلس الإدارة، ويصدر بتعيينه وتحديد معاملته المالية واختصاصاته ومسئولياته قراراً من مجلس الإدارة، وذلك لمدة أربعة سنوات قابلة للتجديد مرة واحدة، علي أن يحضر اجتماعات مجلس الإدارة دون أن يكون له صوتاً معدوداً.

(مادة 15)

مجلس إدارة الهيئة العامة للرعاية الصحية هو السلطة العليا المهيمنة على شئونها وتصريف أمورها واقتراح ووضع وتنفيذ السياسات اللازمة لتحقيق أغراضها وأهدافها، وله أن يتخذ ما يراه لازماً من قرارات لمباشرة اختصاصاتها، ويختص المجلس بمباشرة المهام التالية:

- وضع الاستراتيجية العامة للهيئة العامة للرعاية الصحية والسياسات التنفيذية ومراقبة تنفيذها.
- **قبول الهبات والمنح واقتراح القروض** اللازمة لتمويل كافة البرامج والمشروعات اللازمة لعملها.
- اعتماد الهيكل التنظيمي والقرارات واللوائح الداخلية والقرارات المتعلقة بالشؤون المالية والإدارية والفنية وشؤون العاملين وغيرها للهيئة العامة للرعاية الصحية، دون التقيد باللوائح والنظم الحكومية المعمول بها، وكذلك المتعلقة بفروعها ومنظماتها الطبية من مستشفيات ووحدات وإنشاء الأجهزة المنظمة والمسيرة لأعمال هيئة الرعاية وفروعها ومُستشفياتها ووحداتها.
- دراسة أجور الخدمات الطبية التي تقترحها الفروع والمستشفيات والوحدات وذلك في إطار ما يتم من تعاقدات والقواعد العامة التي تضعها هيئة الرعاية.
- وضع نظام أجور الأطباء عن أعمال مؤداه سواء أكان مؤدي الأعمال موظفاً أو متعاقداً.
- إقرار التعاقدات بكافة أشكالها التي تتم مع الهيئة أو مع أي جهات أخرى قبل دخولها حيز التنفيذ.
- فحص وإقرار الحسابات المالية واللوائح الداخلية ولوائح العلاج الطبي للأقاليم التابعة.
- إقرار التقارير الدورية التي تقدم عن سير العمل في هيئة الرعاية وأقاليمها.
- النظر فيما يرى وزير الصحة عرضه من مسائل تدخل في اختصاص هيئة الرعاية.
- اقتراح واعتماد مقابل الخدمات التي تُقدمها هيئة الرعاية بالتنسيق مع لجنة تسعير الخدمات بالهيئة.
- وضع قواعد الاستعانة بالخبرات المحلية والأجنبية لمعاونة هيئة الرعاية علي القيام بعملها.
- اقتراح وإبداء الرأي في مشروعات القوانين والقرارات المتعلقة بالأنشطة ذات الصلة.
- لمجلس الإدارة أن يعهد إلى لجنة من بين أعضائه أو من غيرهم ببعض الاختصاصات.
- كما يجوز له تفويض رئيس مجلس الإدارة أو أحد أعضائه في بعض الاختصاصات أو القيام بمهمة محددة.

- يجتمع مجلس الإدارة بدعوة من رئيسه أو من وزير الصحة أوبناءً على طلب ثلثي الأعضاء مرة علي الأقل كل شهر وتكون اجتماعاته صحيحة بحضور أغلبية الأعضاء وتصدر القرارات بأغلبية آراء الأعضاء الحاضرين وعند التساوي يرجح الجانب الذي منه الرئيس.

ويبلغ رئيس المجلس قرارات مجلس الإدارة إلى وزير الصحة.

(مادة 16)

تقدم الخدمات الصحية الأولية، والخدمات العلاجية والتشخيصية والإحالة، والصحة الإنجابية والإسعافات الأولية لحالات الطوارئ من خلال وحدات الرعاية الأساسية وصحة الأسرة، وهي المستوى الأول لمُنشآت تقديم الخدمة الصحية الأولية، على أن تكون حائزة على شهادة صادرة من هيئة الاعتماد والرقابة تفيد إستيفانها لشروط ومواصفات الجودة، وعلى أن تكون مُتعاقدة مع الهيئة، وتمثل نقطة الاتصال الأولي للمُنتفعين بالخدمات الصحية، وبها طاقم أو أكثر لتقديم الخدمة يتكون من عدد مُناسب من الأطباء ومُعاونيهم، وتختص كل وحدة برعاية عدد من الأسر المُقيمة بالنطاق الجغرافي للوحدة، يتم تحديده حسب المعايير المحددة باللوائح الخاصة بذلك، ويُمكن للوحدات أن تُقدم الخدمات التخصصية طبقاً لتوافر الأطباء المُتخصصين، وتُقدم تلك الوحدات بالتوازي خدمات الطب الوقائي علي أن تتحمل أجهزة الدولة تكلفة تلك الخدمات.

(مادة 17)

تقدم الخدمات العلاجية والتشخيصية والإحالة والطوارئ للمُنتفعين من المواطنين المقيمين بالنطاق الجغرافي للمركز والوحدات التابعة له من خلال مراكز الرعاية الصحية الأساسية وصحة الأسرة، وهي المُستوي الثاني لمُنشآت تقديم الخدمة الصحية الأولية، إلى جانب تقديم خدمات تخصصية طبقاً لتوافر الأطباء المُتخصصين، ويُمكن أن يتوافر بها دار للولادة طبقاً للشروط والمواصفات المحددة في هذا الشأن، وعلى أن تكون حائزة علي شهادة صادرة من هيئة الاعتماد والرقابة تفيد إستيفانها لشروط ومواصفات الجودة، وعلى أن تكون مُتعاقدة مع الهيئة، ويخدم المركز عدد من الأسر المُقيمة بالنطاق الجغرافي للمركز، يتم تحديده حسب المعايير المُحددة باللوائح الخاصة بذلك، وعلى الجانب الآخر تُقدم تلك المراكز هي الأخرى بالتوازي خدمات الطب الوقائي علي أن تتحمل أجهزة الدولة تكلفة تلك الخدمات.

(مادة 18)

تؤول لهيئة الرعاية تدريجياً كل الأصول العلاجية لمنافذ تقديم الخدمة التابعة للهيئة العامة للتأمين الصحي وكذلك لمنافذ تقديم الخدمة وفقاً للبند 13 من المادة (1) من هذا القانون (ويستثنى من ذلك مكاتب الصحة ومنافذ تقديم ورقابة الخدمات الوقائية والأنشطة المرتبطة به) على أن يتم تأهيل هذه الأصول وفقاً لمعايير الجودة والاعتماد خلال مدة لا تتجاوز ثلاثة أعوام من تاريخ صدور هذا القانون، وتحل محلها في كافة مراكزها القانونية فيما يتعلق بتلك الأصول.

وينقل العاملون بالهيئة العامة للتأمين الصحي والجهات التابعة لوزارة الصحة لهيئة الرعاية وذلك بالنسبة للوظائف والأعمال اللازمة والمرتبطة بنطاق عملها وفي جميع الأحوال يتمتعون بجميع المزايا التي كانوا يحصلون عليها كحد أدنى.

(مادة 19)

تقوم هيئة الرعاية بأداء مهامها بذاتها أو عن طريق إنشاء كيانات تابعة لها أو عن طريق تقسيماتها التنظيمية والفروع التابعة لها، وتكون مسنولة عن التنسيق بين هذه التقسيمات والتفتيش والرقابة على أعمالها للوقوف على مدى تنفيذها للقوانين والقرارات واللوائح والقواعد المنظمة لتقديم خدمات الرعاية الصحية طبقاً لمعايير الجودة التي تقرها هيئة الاعتماد والرقابة.

ولها في سبيل ذلك:

- إنشاء المستشفيات ووحدات الرعاية الصحية وغيرها من منافذ تقديم خدمات الرعاية الصحية وتجهيزها وإدارتها طبقاً لاحتياجات المجتمع وبعد الدراسات الكافية للتأكد من الحاجة إليها.
- إستئجار المستشفيات أو غيرها من المؤسسات العلاجية وتجهيزها طبقاً للحاجة الفعلية.
- إنشاء كيانات لآبنية الرعاية الصحية أو ادارتها
- إنشاء كيانات لآدارة خدمة الرعاية الصحية و العلاجية بكافة مستوياتها
- توفير الكوادر الطبية والفنية والإدارية وغيرهم من أرباب المهن المرتبطة بأداء هيئة الرعاية لوظيفتها ومهنتها وتحديد الأجور والمرتبات والمكافآت الخاصة بهم عن طريق التعيين أو التعاقد.

- توفير الأدوية والمستلزمات الطبية اللازمة لتقديم خدمات الرعاية الصحية ولها في ذلك إنشاء الصيدليات المملوكة لها وفقا لاحكام القانون 127 لسنة 1955 بشأن مزاولة مهنة الصيدلة.
على أن يتم ذلك كله في حدود السياسة العامة التي يقرها مجلس إدارتها.

(مادة 20)

تلتزم هيئة الرعاية أن تقدم تقارير أداء عن الخدمات الصحية والعلاجية التي تقدمها وقوائم مالية نصف سنوية إلى مجلس الوزراء ومجلس النواب، وذلك بعد إقرارها من مجلس الإدارة.
يكون لهيئة الرعاية ميزانية وموازنة خاصة يتم إقرارها من مجلس الإدارة بعد اعتمادها من الجهاز المركزي للمحاسبات، كما تلتزم هيئة الرعاية بنشر قوائمها المالية مرة على الأقل كل سنة.

(مادة 21)

يتم إدارة تقديم خدمات الرعاية الصحية في المناطق والمحافظات على أساس اللامركزية، وتقسم هيئة الرعاية إلى مجموعة من الأقاليم طبقاً لما يقره مجلس إدارتها على أن يكون لكل إقليم رئيس ويعاونه مجلس تنفيذي يصدر بتشكيله قرار من رئيس مجلس الإدارة ويشكل من:

- مديري الفروع التابعة.
- رئيس الإدارة المركزية للشئون المالية بالإقليم.
- رئيس الإدارة المركزية للتخطيط والمشروعات بالإقليم.
- 2 من مديري مستشفيات الإقليم.
- 2 من مديري وحدات الرعاية الأساسية بالإقليم.
- 2 من الشخصيات العامة يختارهم وزير الصحة بترشيح من رئيس مجلس الإدارة.

(المادة 22)

تمنح منافذ تقديم الخدمات الصحية (مستشفيات- عيادات شاملة- وحدات رعاية صحية أولية.... الخ) سلطات مالية وإدارية تسمح لها بالإدارة الذاتية ويكون لكل منها حسابه الخاص تحت الإشراف العام للفروع وإدارات الأقاليم.

الفصل الثالث

" الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية "

(المادة 23)

تنشأ هيئة عامة **خدمية** تسمى "الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية"، وتكون لها الشخصية الاعتبارية والموازنة المستقلة تحت الإشراف العام لرئيس مجلس الوزراء ، وتقوم بوضع معايير الجودة واعتماد تطبيقها على منشآت تقديم الرعاية الصحية ، ويصدر بنظامها وتحديد اختصاصاتها ونظام العمل بها قرار من رئيس الجمهورية.

(المادة 24)

تختص هيئة الاعتماد والرقابة بالإشراف والرقابة على جميع المنشآت الطبية وأعضاء المهن الطبية العاملين في قطاع تقديم الخدمات الطبية والصحية للمؤمن عليهم المشتركين بنظام التأمين الصحي الاجتماعي الشامل وفقاً لأحكام القانون المرافق وهي الجهة المختصة بوضع الشروط والمواصفات ومعايير الجودة للخدمات الصحية، وتهدف إلى ضمان جودة الخدمات الصحية والتحسين المستمر لها وتوكيد الثقة في جودة مخرجات الخدمات الصحية بمصر على كافة المستويات المحلي والاقليمي والدولي، كما تعمل على تحقيق الأهداف التالية:

- ضبط وتنظيم تقديم الخدمات الصحية التأمينية وفقاً لمعايير محددة للجودة والاعتماد على النحو المفصل في اللائحة التنفيذية للقانون
- توفير الوسائل والنظم وإصدار القواعد التي تضمن كفاءة النظام الصحي وشفافية الأنشطة التي تمارس فيه.
- ضمان سلامة واستقرار القطاع الصحي، و توازن حقوق المتعاملين فيه
- تنظيم القطاع الصحي وتنميته وتحسين جودته

ولهيئة الاعتماد والرقابة في سبيل تحقيق أغراضها على الأخص القيام بما يأتي:

1. ترخيص وتجديد ترخيص واعتماد المنشآت الصحية للعمل بنظام التأمين الصحي الاجتماعي الشامل، مع إجراء التفتيش الدوري على الجهات التي يرخص لها بالعمل في القطاع الصحي.
2. **إلغاء أو إيقاف الترخيص في حالة مخالفة المنشأة الصحية للشروط الواجب توافرها وفق ما يقرره مجلس الإدارة.**
3. ترخيص وتجديد ترخيص أعضاء المهن الطبية وفقاً للتخصصات والمستويات المختلفة للعمل بنظام التأمين الصحي الاجتماعي الشامل، وكذلك إلغاء أو إنهاء الترخيص لأعضاء المهن الطبية للعمل بنظام التأمين الصحي إذا لم تتوافر فيه **الشروط اللازمة** ، مع إجراء التفتيش الدوري عليهم بالجهات التي يرخص لهم بالعمل بها في القطاع الصحي.
4. متابعة وتجديد التراخيص كل 3 سنوات مع وضع الشروط والاختبارات والمعايير اللازم توافرها لذلك.
5. الاتصال والتعاون مع هيئات الرقابة الطبية في الخارج والجمعيات والمنظمات التي تجمعها أو تنظم عملها.
6. التنسيق مع المنشآت الصحية بما يكفل الوصول إلى منظومة متكاملة من المعايير وقواعد مقارنات التطوير وآليات قياس الأداء وفقاً للمعايير الدولية.
7. دعم القدرات الذاتية للمنشآت الصحية للقيام بالتقييم الذاتي.
8. إعلام المجتمع بمستوي جودة الخدمات بالمنشآت الصحية.

(المادة 25)

يجوز لهيئة الاعتماد والرقابة القيام بأعمال التقييم والاعتماد للمنشآت الصحية العربية والأجنبية العاملة في مصر أو في غير مصر، وذلك بناءً على طلب هذه المنشآت

(المادة 26)

يكون لهيئة الاعتماد والرقابة مجلس إدارة يتكون من تسعة أعضاء بما فيهم الرئيس ونائبه وسبعة أعضاء من المختصين في مجال جودة الخدمات الصحية وذوي الخبرة في المجالات الطبية والقانونية"، ويحل النائب محل رئيس مجلس الإدارة في مباشرة اختصاصاته حال غيابه أو وجود مانع لديه، ويمثل رئيس المجلس هيئة الاعتماد والرقابة أمام القضاء وفي صلاتها بالغير.

ويصدر بتعيين رئيس مجلس الإدارة ونائبه وباقي أعضاء المجلس قرار من رئيس الجمهورية بناءً على ترشيح من رئيس مجلس الوزراء، ويتضمن قرار التعيين تحديد المعاملة المالية لرئيس مجلس الإدارة ونائبه ومكافآت وبدلات باقي أعضاء المجلس. وتكون مدة المجلس أربع سنوات، قابلة للتجديد مرة واحدة.

ويشترط فيمن يختار لعضوية المجلس ألا تتعارض مصالحه مع مصالح وأهداف هيئة الاعتماد والرقابة وأن يكون متفرغاً. ويجوز أن يكون لهيئة الاعتماد والرقابة مدير تنفيذي يكون مسنولاً عن إدارة شئونها والعمل على تحقيق أهدافها وتنفيذ السياسات والاستراتيجيات والقرارات الصادرة عن مجلس الإدارة، ويصدر بتعيينه وتحديد معاملته المالية واختصاصاته ومسئوليته قراراً من مجلس الإدارة، وذلك لمدة أربعة سنوات قابلة للتجديد مرة واحدة، على أن يحضر اجتماعات مجلس الإدارة دون أن يكون له صوتاً معدوداً.

(المادة 27)

يكون مجلس إدارة هيئة الاعتماد والرقابة الصحية هو السلطة العليا المهيمنة على شئونها وتصريف أمورها ووضع وتنفيذ السياسات اللازمة لتحقيق أغراضها وأهدافها، وله أن يتخذ ما يراه لازماً من قرارات نهائية لمباشرة اختصاصات الهيئة دون حاجة لاعتمادها من جهة إدارية أعلى، وله على الأخص ما يلي:

- وضع الاستراتيجية العامة للهيئة والسياسات التنفيذية ومراقبة تنفيذها.
- وضع ضوابط والمعايير القياسية ومؤشرات الاعتماد وقياس عناصر جودة الخدمات الصحية بعد مراجعتها وتطويرها من قبل هيئة الاعتماد والرقابة.
- اعتماد المعايير القياسية ومؤشرات قياس عناصر جودة الخدمات الصحية بعد مراجعتها وتطويرها من قبل هيئة الاعتماد والرقابة.
- وضع قواعد الرقابة والتفتيش على الجهات الخاضعة لرقابة الهيئة.
- اعتماد الهيكل التنظيمي للهيئة واللوائح المالية والإدارية وشئون العاملين دون التقييد باللوائح والنظم الحكومية.
- وضع قواعد الاستعانة بالخبرات المحلية والأجنبية لمعاونة الهيئة على القيام بعملها.
- الموافقة على الموازنة التقديرية للهيئة وعلى حسابها الختامي.
- **إبداء الرأي في مشروعات القوانين والقرارات المتعلقة بالأنشطة التي ينظمها هذا القانون.**
- التصديق على منح شهادات الاعتماد أو تجديدها أو إيقافها أو إلغائها.
- قبول المنح والتبرعات والهبات والوصايا والإعانات غير المشروطة التي تقدم لهيئة الاعتماد والرقابة من غير المنشآت الصحية الخاضعة للتقييم وذلك بما لا يتعارض مع أهدافها.
- اعتماد التقارير السنوية عن نتائج أعمال هيئة الاعتماد والرقابة.
- النظر في الموضوعات التي تطلب الوزارات أو الجهات الحكومية المختصة أو رئيس مجلس الإدارة عرضها على المجلس من المسائل المتصلة بنشاط هيئة الاعتماد والرقابة.
- إقرار خطة تدريب الكوادر البشرية بهيئة الاعتماد والرقابة.
- تعتبر وزارة الصحة المسنولة عن إصدار تراخيص المنشآت الصحية.

(المادة 28)

ينقل العاملون بوزارة الصحة وبالهيئة العامة للتأمين الصحي والجهات الأخرى التابعة لوزارة الصحة ذوي الصلة بنطاق عمل واختصاصات هيئة الاعتماد والرقابة للعمل بها في حالة رغبتهم في ذلك على أن يحتفظوا بنفس الأوضاع والمزايا التي كانوا يحصلون عليها كحد أدنى.

(المادة 29)

ينشأ بهيئة الاعتماد والرقابة لجنة مركزية للفصل في المنازعات التي تنشأ بسبب تطبيق أحكام هذا القانون ولا يجوز لأطراف المنازعة اللجوء للقضاء قبل العرض على اللجنة **والبت في مدة لا تزيد عن ثلاثة أشهر على أن تشكل** برئاسة أحد نواب رئيس مجلس الدولة وعضوية مستشارين من مجلس الدولة وممثل عن الهيئة وممثل عن طرف النزاع وتحدد اللائحة التنفيذية اختصاصات وآلية وإجراءات وضوابط عمل تلك اللجنة.

(المادة 30)

لهيئة الاعتماد والرقابة الحق في فرض مقابل خدمة على الجهات الخاضعة لرقابتها في مقابل الخدمات التي تقدمها هيئة الاعتماد والرقابة وفقاً لأحكام هذا القانون ولتطوير مجالات عمل الوحدات الطبية والصحية الخاضعة لرقابة هيئة الاعتماد والرقابة وآليات مباشرة

نشاطها ومساعدتها على القيام بأعمالها وفقاً لأحدث أساليب ونظم تقييم وإدارة المخاطر الطبية (الصحية) وعلى تحديث نظم العمل بهيئة الاعتماد والرقابة وتنمية مهارات وقدرات العاملين بالخدمات الصحية وتمكنها من تحقيق الأهداف المنوط بها وفقاً لأحكام هذا القانون. ويحدد مجلس إدارة هيئة الاعتماد والرقابة مقدار مقابل الخدمة مراعيًا في ذلك نوع الخدمة المؤداة وبما لا يجاوز نصف في الألف من الإيرادات السنوية لتلك الجهات، وتودع حصيلة هذا المقابل في الحساب الخاص بهيئة الاعتماد والرقابة ويخصص للمصرف منه على الأوجه المشار إليها، وفي حالة التأخر عن سداد هذا المقابل يستحق عائد يحسب على أساس سعر الإقراض والخصم المعلن من البنك المركزي.

(المادة 31)

تكون شهادات الاعتماد التي تمنحها هيئة الاعتماد والرقابة صالحة لمدة ثلاث سنوات، ويجوز لمجلس الإدارة تجديد الشهادة أو إيقافها أو إلغائها في ضوء ما تسفر عنه عمليات المتابعة والمراجعة الدورية خلال المدة المحددة وفقاً للضوابط التي تضعها هيئة الاعتماد والرقابة.

(المادة 32)

تتم عملية التقييم والاعتماد بموضوعية وشفافية، ولا يجوز تعديل نتائج التقييم والاعتماد التي ينتهي إليها قرار هيئة الاعتماد والرقابة، ويحظر على كل من شارك في أعمال التقييم أو الاعتماد تقديم استشارات أو دورات تدريبية للمنشأة محل التقييم أو الإفصاح عن البيانات والمعلومات المتعلقة بأعمال التقييم أو النتيجة النهائية للتقييم قبل صدور قرار هيئة الاعتماد والرقابة.

(المادة 33)

تلتزم المنشآت ومقدمي الخدمات الصحية العامة والحكومية والخاصة في كل محافظة بالحصول على إجازة الاعتماد بأي من مستوياته المختلفة التي تحددها هيئة الاعتماد والرقابة، وذلك خلال ثلاث سنوات من تاريخ دخول المحافظة في نطاق تطبيق أحكام هذا القانون، وفي حالة عدم الالتزام تقوم هيئة الاعتماد والرقابة بإخطار الجهات المعنية بكل قطاع لاتخاذ الإجراءات اللازمة طبقاً للوائح والقوانين المنظمة للعمل وفقاً لأحكام هذا القانون.

(المادة 34)

تلتزم هيئة الاعتماد والرقابة بتقديم تقرير مكتوب للمنشأة الصحية محل التقييم خلال شهرين من تاريخ التقييم كحد أقصى، على أن يحتوي التقرير على نتائج الحالة الاعتمادية للمنشأة، وسوف تحصل المنشأة على شهادة الاعتماد في خلال شهر من إعلان نتائج الحالة الاعتمادية.

(المادة 35)

يلتزم المدير التنفيذي لهيئة الاعتماد والرقابة برفع تقرير سنوي إلى مجلس الإدارة عن نتائج أعمالها لإعتماده تمهيداً لعرضه على رئيس مجلس الوزراء ويعلن هذا التقرير للجمهور بأحد الجرائد القومية تنفيذاً للشفافية.

(المادة 36)

يكون لهيئة الاعتماد والرقابة موازنة مستقلة، وتودع أموالها في حساب بالبنك المركزي.

(المادة 37)

أموال هيئة الاعتماد والرقابة أموالاً عامة وتعفى أموالها الثابتة والمنقولة وجميع أنشطتها من جميع الضرائب والرسوم والعوائد.

(المادة 38)

على أجهزة الدولة والمنشآت الصحية معاونة هيئة الاعتماد والرقابة في أداء مهامها وتيسير مباشرتها للأعمال اللازمة لتحقيق أهدافها وتزويدها بما تطلبه من بيانات أو معلومات تتعلق بذلك.

الباب الثالث

التمويل

الفصل الأول

مصادر تمويل هيئة التأمين الصحي الاجتماعى الشامل

(المادة 39)

تمول الهيئة مما يأتي:

أولاً: حصة المؤمن عليهم والمُعاليين:

- الاشتراكات التي يؤديها المؤمن عليهم الخاضعون لهذا التأمين عن أنفسهم، وفقاً للنسب الواردة بالجدول رقم (1) المرفق.
- وفي حالة الجمع بين أكثر من وظيفة يلتزم المؤمن عليه بقيم الاشتراكات لكل ما يتحصل عليه من دخل، (وبما لا يقل عن الحد الأدنى للأجور المعلن عنه بالحكومة على المستوى القومي).
- الاشتراكات التي يلتزم بسدادها رب الأسرة عن الزوجة غير العاملة أو التي ليس لها دخل ثابت، ومن يعيش في كنفه من الأبناء والمُعاليين طبقاً للجدول رقم (1) المرفق، ويستمر الاشتراك عن الأبناء والمُعاليين حتى الالتحاق بعمل أو زواج الإناث.

ثانياً: حصة أصحاب الأعمال:

- يلتزم أصحاب الأعمال المحددين بقوانين التأمينات الاجتماعية بأداء حصتهم عن اشتراكات العاملين لديهم بواقع 3% شهرياً من أجر الاشتراك للعامل المؤمن عليه (وبما لا يقل عن الحد الأدنى للأجور المعلن عنه بالحكومة على المستوى القومي)، وفقاً لأحكام قانون التأمين الصحي الاجتماعى الشامل المشار إليه، نظير خدمات تأمين المرض والعلاج، بخلاف الاشتراك عن إصابة العمل طبقاً للجدول (2) المرفق.

ثالثاً: الرسوم والمساهمات:

- التي يؤديها المؤمن عليهم عند تلقي الخدمة خارج الإقامة بالمستشفيات طبقاً للجدول رقم (3) المرفق، علي أن تزداد القيم الرقمية المقطوعة سنوياً بنسبة تعادل 7% ويعفى من دفع قيمة المساهمات كلا من غير القادرين الذين تتحمل الخزانة العامة قيمة اشتراكاتهم، وكذلك غير القادرين من أصحاب المعاشات والمستحقين للمعاشات وذوى الأمراض المزمنة، ونزلاء المؤسسات التابعة للشئون الاجتماعية والأطفال بلا مأوى، وذلك طبقاً لقرار يصدر من الوزير المختص بالصحة، وفي حالة دخول المستشفيات لا يتحمل المؤمن عليه أية مساهمات بما فيها الفحوصات التي تُجرى تمهيداً للدخول للمستشفيات أو لإجراء عمليات جراحية.

رابعاً: عائد استثمار أموال الهيئة:

- نسبة العائد المخصصة من إدارة استثمار الأموال والاحتياطيات المتاحة لدى الهيئة وفقاً لاستراتيجية استثمارية، تحدد قواعدها اللانحة التنفيذية لهذا القانون.

خامساً: التزامات الخزانة العامة عن غير القادرين:

- قيمة اشتراك المؤمن عليهم من فئات غير القادرين (بما فيهم المتعطلين عن العمل غير القادرين وغير المستحقين أو المستنفذين لمدة استحقاق تعويض البطالة) بواقع 4% من الحد الأدنى للأجور المعلن عنه بالحكومة على المستوى القومي شهرياً عن العائل، و2.5% من الحد الأدنى للأجور المعلن عنه بالحكومة على المستوى القومي شهرياً عن الزوجة غير العاملة أو التي ليس لها دخل ثابت، و0.75% من الحد الأدنى للأجور المعلن عنه بالحكومة على المستوى القومي شهرياً عن كل ابن أو مُعال طبقاً للجدول رقم (4) المرفق.
- قيمة اشتراك نزلاء المؤسسات التابعة للشئون الاجتماعية والأطفال بلا مأوى بواقع 0.75% من الحد الأدنى من الأجور المعلن عنه بالحكومة على المستوى القومي شهرياً عن كل فرد طبقاً للجدول رقم (4) المرفق.
- قيمة المساهمات المطلوبة عند تلقي الخدمة لمن تم إعفائهم منها.

ويستقطع نسبة 1% من حصيلة الاشتراكات السنوية التي تقوم الهيئة بتحصيلها، وكذلك نسبة لا تتجاوز 2% من عائد استثمار أموال الهيئة، وذلك لتمويل المصروفات الجارية والرأسمالية اللازمة لتنفيذ أحكام هذا القانون، فإذا زادت المصروفات والتكاليف عن حصيلة النسب المستقطعة تتحمل الخزنة العامة تلك الزيادة.

سادساً: مقابل الخدمات الأخرى التي تقدمها الهيئة بخلاف ما يتضمنه هذا القانون وذلك وفقاً لما يحدده مجلس إدارتها.

سابعاً: المنح الخارجية والداخلية و القروض التي يوافق عليها مجلس إدارة الهيئة.

ثامناً: الهبات والمنح والإعانات والتبرعات والوصايا وأموال الزكاة التي يقبلها مجلس إدارة الهيئة.

تاسعاً: مصادر أخرى للدخل:

يتم تحصيل المبالغ التالية طبقاً لهذا القانون ويتم أدائها لصالح الهيئة:

- نصف جنيه من قيمة كل علبه سجانر مياعة بالسوق المحلي سواء كانت محلية أو أجنبية الإنتاج.
- جنيه واحد يحصل عند مرور كل مركبة علي الطرق السريعة التي تخضع لنظام تحصيل الرسوم.
- 25 جنيه عن كل عام عند استخراج أو تجديد رخصة القيادة.
- 50 جنيه عن كل عام عند استخراج أو تجديد رخصة تسيير السيارات التي سعتها اللترية على 1,6 لتر أو أقل.
- 100 جنيه عن كل عام عند استخراج أو تجديد رخصة تسيير السيارات التي تزيد سعتها اللترية على 1,6 لتر.
- مبلغ ألف جنيه عند استخراج أو تجديد تراخيص مراكز العلاج والعيادات الطبية والمستشفيات والصيدليات.
- نسبة 50% من حصيلة الغرامات والأموال المصادرة المحكوم بها في الجرائم المتعلقة بالصحة، كما ورد في قانون العقوبات.
- مبلغ 25000 جنيه عند استخراج أو تجديد تراخيص شركات ومصانع الأدوية.
- مبلغ 50 جنيه من قيمة كل طن أسمنت مصنع محلياً أو أجنبياً الإنتاج.
- مبلغ 5 جنيه من قيمة كل متر مربع من (سيراميك - رخام - بورسلين - جرانيت) مصنع محلياً أو أجنبياً الإنتاج.

(المادة 40)

يلتزم بأداء المبالغ التالي بيانها وفي المواعيد المحددة قرين كل منها:

أولاً: المؤمن عليهم الخاضعون لقوانين التأمينات الاجتماعية وأصحاب المعاشات:

- يلتزم صاحب العمل بسداد الاشتراكات المستحقة عليه شهرياً للهيئة القومية للتأمين الاجتماعي وتشمل: الحصة التي يلتزم بها، والحصة التي يلتزم باقتطاعها من أجر المؤمن عليه لسداد الاشتراكات المستحقة عليه هو ومن يؤهلهم، علي أن يتم توريدها في ذات مواعيد سداد اشتراكات التأمين الاجتماعي.
- تلتزم الهيئة القومية للتأمين الاجتماعي باستقطاع قيمة اشتراك التأمين الصحي الاجتماعي الشامل من صاحب المعاش والمستحقين عند استحقاق المعاش الشهري، وتوريد الاشتراكات شهرياً للهيئة.
- تلتزم الهيئة القومية للتأمين الاجتماعي بسداد قيمة اشتراك التأمين الصحي الاجتماعي الشامل عن المتعطلين عن العمل المستحقين لتعويض البطالة وفقاً لأحكام قانون التأمين الاجتماعي الصادر بالقانون رقم 79 لسنة 1975.
- تلتزم الهيئة القومية للتأمين الاجتماعي بتحصيل اشتراكات التأمين الصحي المستحقة من الجهات المختلفة الخاضعة لقوانين التأمينات الاجتماعية مع اشتراكات التأمينات الاجتماعية.

ثانياً: المؤمن عليهم غير الخاضعين لقوانين التأمين الاجتماعي:

- يلتزم العاملون لدي أنفسهم والمهنيون والحرفيون من غير ذوي المراتب المنتظمة، ورب الأسرة غير الخاضع لقوانين التأمين الاجتماعي، بسداد اشتراكه واشتراك الزوجة غير العاملة أو التي ليس لها دخل ثابت، ومن يعيش في كنفه من الأبناء والمعالين، على 4 دفعات سنوية للهيئة، وفي حالة وفاة رب الأسرة يلتزم صاحب الولاية بسداد الاشتراكات من أموال الصغير ما لم يكن يدخل ضمن الفئات غير القادرة.
- تلتزم الجمعيات الزراعية بتحصيل اشتراكات التأمين الصحي الاجتماعي الشامل للمؤمن عليهم العاملين بالزراعة، وكذلك الزوجة غير العاملة أو التي ليس لها دخل ثابت، ومن يعيش في كنفه من الأبناء والمعالين، علي أربع دفعات سنوية، وتقوم بتوريدها للهيئة.
- يجوز للهيئة أن تعهد بتحصيل تلك المبالغ لأي من الجهات الحكومية أو غير الحكومية أو الخاصة التي لديها آليات تحصيل مثل: الهيئة القومية للتأمين الاجتماعي ومصحة الضرائب أو شركات أو مندوبى التحصيل أو غيرها.

و مع عدم الإخلال بالحقوق الدستورية و القانونية للأفراد يُعتبر إثبات ما يفيد استمرار سداد رب الأسرة أو الدولة (لغير القادرين) لإشتراك التأمين الصحي الاجتماعي الشامل أحد المُسوغات الرئيسية بكافة مراحل القيد الدراسي الحكومي والأهلي والخاص، وإصدار

وتجديد بطاقات الرقم القومي وجوازات السفر وتجديد تصاريح العمل والتراخيص المهنية ورخص القيادة وما في حكمها، طبقاً للتفصيل الوارد باللائحة التنفيذية.

(المادة 41)

في حالة تأخر المُلتزم بسداد الاشتراكات عن أداء الاشتراكات في المواعيد المُحددة، يلتزم بأداء مبلغ إضافي سنوي عن مُدة التأخير من تاريخ وجوب الأداء حتى نهاية شهر السداد، ويُحسب المبلغ الإضافي بنسبة تُساوي سعر الخصم المُعلن من البنك المركزي في الشهر الذي يتعين سداد المبالغ فيه مُضافاً إليه 2%.

(المادة 42)

تلتزم الجهات المنصوص عليها في المادة (40) من هذا القانون، بتوريد اشتراكات المؤمن عليهم وأصحاب الأعمال المُشار إليها في المادة (39) للهيئة خلال 30 يوماً من تحصيلها، وذلك بعد استقطاع نسبة يتم الاتفاق عليها مع تلك الجهات، وذلك بحد أقصى 0.5% مما تم تحصيله كحافز للعاملين بالجهات التي تتولي تحصيل الاشتراكات، وذلك على التفصيل الوارد في اللائحة التنفيذية، ولا يدخل هذا الحافز ضمن أجر اشتراك التأمين الصحي.

(المادة 43)

للهيئة استخدام الوسائل اللازمة لتحصيل الاشتراكات ومُستحققاتها المالية الأخرى، وغيرها من الحُقوق المُقررة في هذا القانون، وتلتزم جميع البنوك في جمهورية مصر العربية، والهيئة العامة لبنك ناصر الاجتماعي، وهيئة البريد، والهيئة العامة لبنك التنمية والائتمان الزراعي، والبنوك التابعة له، وغيرها من الجهات، بتحصيل وسداد أية مُستحقات تُحيلها لها الهيئة، وذلك وفقاً لبروتوكولات أو اتفاقيات تعقدتها الهيئة مع تلك الجهات، وتحدد اللائحة التنفيذية لهذا القانون القواعد المنظمة لهذه الأمور.

(المادة 44)

يُفحص المركز المالي لنظام التأمين الصحي الاجتماعي الشامل إكتوارياً مرة علي الأقل كل أربعة سنوات بواسطة خبير أو أكثر من الخبراء الإكتواريين المُتخصصين في المجال الصحي، يتم تكليفه بقرار من رئيس مجلس الوزراء، بناءً علي ترشيح من الوزير المُختص بالمالية والوزير المُختص بالصحة، وفي حالة وجود فائض إكتواري يتم تكوين احتياطات، وفي حالة وجود عجز يُظهر الخبير الإكتواري أسبابه وطريقة تلافيه، ويتم العرض علي مجلس النواب للنظر في تعديل قيمة الاشتراكات والمُساهمات ومصادر التمويل الأخرى لاسترجاع التوازن والاستدامة المالية للنظام.

كما تلتزم الهيئة باتخاذ كافة الإجراءات الممكنة لضمان التوازن المالي السنوي للنظام وقدرته علي الوفاء بجميع التزاماته تجاه المؤمن عليهم المشتركين في هذا النظام والمتعاملين معه وذلك وفقاً لأحكام هذا القانون.

(المادة 45)

تودع الهيئة أموالها في حساب خاص ضمن حساب الخزانة المُوحد بالبنك المركزي، ويستحق عليها عائد سنوي يُساوي مُتوسط العائد علي أدون الخزانة المصدرة في نفس العام، ولا يكون الصرف منها إلا بمُوافقة مجلس إدارتها. وتكون أموال الهيئة أموالاً خاصةً، تتمتع بجميع أوجه وأشكال الحماية المُقررة للأموال العامة، وهي وعواندها حق للمُستفيدين منها، وتُستثمر استثماراً آمناً لصالح النظام، وفقاً لأحكام هذا القانون ولائحته التنفيذية.

الفصل الثاني
مصادر تمويل الهيئة العامة للرعاية الصحية

(المادة 46)

تتكون موارد هيئة الرعاية من المصادر الآتية:

- مقابل الخدمات الطبية التي تقدمها هيئة الرعاية وفقاً لقائمة أسعار الخدمات التي تقرها الهيئة ولصالحها.
- أية إيرادات ومقابل أية خدمات طبية إضافية، أو أية خدمات غير طبية تقدمها هيئة الرعاية، وذلك وفقاً لما يقره مجلس إدارتها.
- القروض والمنح الخارجية والداخلية التي يوافق عليها مجلس إدارة هيئة الرعاية.
- الرسوم التي تحصلها هيئة الرعاية طبقاً لأحكام هذا القانون.
- الهبات والمنح والإعانات والتبرعات والوصايا وأموال الزكاة التي يقبلها مجلس إدارة هيئة الرعاية.
- عائد استثمار أموال هيئة الرعاية.
- ما تخصصه الدولة أو أية جهة أخرى من أموال وأصول لدعم هيئة الرعاية.
- الغرامات التي يحكم بها أو بأدائها لهيئة الرعاية فيما يتعلق بأنشطتها وفقاً لأحكام هذا القانون.

الفصل الثالث

مصادر تمويل الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية

(المادة 47)

تتكون موارد هيئة الاعتماد والرقابة من المصادر الآتية:

- مقابل الخدمات التي تقدمها هيئة الاعتماد والرقابة الصحية وفقاً لما يقره مجلس إدارتها.
- الرسوم التي تحصلها هيئة الاعتماد والرقابة الصحية طبقاً لأحكام هذا القانون.
- الغرامات التي يحكم بها أو بأدائها لهيئة الاعتماد والرقابة الصحية فيما يتعلق بأنشطتها وفقاً لأحكام هذا القانون.
- القروض والمنح الخارجية والداخلية التي يوافق عليها مجلس إدارة هيئة الاعتماد والرقابة الصحية بشرط اعتمادها من السلطة المختصة قانوناً.
- عائد استثمار أموال هيئة الاعتماد والرقابة الصحية.
- ما تخصصه الدولة لهيئة الاعتماد والرقابة من أموال وأصول.
- أية إيرادات ومقابل خدمات تقدمها الهيئة وفقاً لما يحدده مجلس إدارتها بخلاف ما يتضمنه هذا القانون.
- الهبات والمنح والإعانات والتبرعات وأموال الزكاة والوصايا التي يوافق عليها مجلس الإدارة..

الباب الرابع

أحكام عامة

(المادة 48)

تلتزم جميع الجهات المختصة بإمداد الهيئة بالبيانات اللازمة عن الخاضعين لأحكام هذا القانون وتوزيعهم الجغرافي وأعمارهم ومهنتهم وكل ما تطلبه الهيئة من معلومات تتعلق بمباشرة نشاطها، وتُنشئ الهيئة قاعدة بيانات للمنتفعين بالنظام، تشمل كافة البيانات اللازمة لقيامها بتطبيق أحكام هذا القانون، ويتم ربطها بقواعد البيانات الخاصة بالهيئة القومية للتأمين الاجتماعي ومصلحة الأحوال المدنية وغيرها من الجهات المعنية ذات الصلة بتطبيق أحكام هذا القانون، وتلتزم جميع الجهات المعنية بتطبيق أحكام هذا القانون سواء

الحكومية أو غير الحكومية أو الخاصة بالقيام بإمداد الهيئة بكافة البيانات والمعلومات اللازمة وتحديثها دورياً، وإتاحة شبكات المعلومات الخاصة بها لهيئة التأمين الصحي الاجتماعي الشامل، وذلك في نطاق تطبيق أحكام هذا القانون..

(المادة 49)

يُشترط للانتفاع بخدمات التأمين الصحي الاجتماعي الشامل، أن يكون المُنتفع مُشتركاً في النظام ومُسدداً للاشتراكات، وفي حالة عدم الاشتراك أو التخلف عن السداد، يربط انتفاعه بخدمات التأمين الصحي الاجتماعي الشامل بسداد الاشتراكات المُتأخرة دفعة واحدة أو بالتقسيم (فيما عدا حالات الطوارئ)، وفقاً لما تراه الهيئة، بدءاً من تاريخ سريان أحكام هذا القانون على نطاق المحافظة التي يتبعها المريض، ولا يسري هذا الشرط على المؤمن عليهم من العاملين بالجهاز الإداري للدولة و وحدات الإدارة المحلية والهيئات العامة والعاملين بالقطاع العام وقطاع الأعمال العام وأصحاب المعاشات، والقطاع الخاص الخاضع لأحكام قوانين التأمين الاجتماعي، وذلك في حالة تخلف صاحب العمل عن توريد الاشتراكات للهيئة.

(المادة 50)

يتحمل المؤمن عليه حصته وحصّة صاحب العمل عن مُد الإعارات الداخلية أو الخارجية، والأجازات الخاصة أو الدراسية، التي لا يُصرف عنها أجر، ويقوم بتوريدها مباشرة للهيئة عدا:

1. الأجازات الخاصة برعاية الطفل طبقاً لما هو وارد بقانون الطفل.
2. البعثات والأجازات الدراسية والمهام العلمية الممنوحة وفقاً لأحكام قانون تنظيم شئون البعثات والأجازات الدراسية رقم 112 لسنة 1959، أو قانون الجامعات رقم 49 لسنة 1972، فتتحمل الجهة المُوفدة أو المبعوث أو الدارس لحصّة العامل وصاحب العمل وذلك بحسب الأحوال.
3. الإعارات لوحدات الجهاز الإداري بالدولة تتحمل الجهة المُستعيرة حصّة صاحب العمل.

(المادة 51)

تضمن المنشأة، بجميع عناصرها المادية والمعنوية في أي يد كانت، كامل مُستحقات الهيئة، ويكون الخلف الذي آلت إليه ملكية المنشأة بأي سبب من الأسباب مسنولاً عن الوفاء بجميع الالتزامات المُستحقة عليها للهيئة، وفق القانون المدني وذلك في حدود قيمة ما آل إليه.

(المادة 52)

تُعفى جميع أموال الهيئة الثابتة والمنقولة، وجميع عملياتها الاستثمارية وعوائدها أياً كان نوعها، من جميع الضرائب والرُسوم بما في ذلك ضريبة القيمة المضافة، كما تُعفى العمليات التي تُباشرها الهيئة من الخضوع لأحكام القوانين الخاصة بالإشراف والرقابة على هيئات وشركات التأمين. كما تُعفى الاستثمارات والمستندات والبطاقات والعقود والمخالصات والشهادات والمطبوعات وجميع المحررات التي يتطلبها تنفيذ هذا القانون من الرسوم.

(مادة 53)

يكون للهيئات الثلاثة المنصوص عليها في هذا القانون موازنات مستقلة، وتبدأ السنة المالية لموازنات الهيئات الثلاث المنشأة بموجب هذا القانون مع بداية السنة المالية للدولة وتنتهي بنهايتها، ويكون لهم حسابات خاصة بالبنك المركزي تودع فيها مواردها، ويرحل رصيد هذه الحسابات من سنة إلى أخرى.

(المادة 54)

يوقف سريان أحكام نظام التأمين الصحي الاجتماعي الشامل خلال مدة التجنيد الإلزامي والاستبقاء والاستدعاء بالقوات المسلحة .

(المادة 55)

مع عدم الإخلال بأسباب قطع التقادم المنصوص عليها في القانون المدني، تُقطع مدة التقادم أيضاً بالتنبيه على صاحب العمل بأداء المبالغ المُستحقة للهيئة بمقتضى هذا القانون، وذلك بموجب كتاب موسى عليه مصحوب بعلم الوصول يتضمن بياناً بقيمة هذه المبالغ، ولا يسري التقادم في مواجهة الهيئة بالنسبة لصاحب العمل الذي لم يسبق اشتراكه في التأمين الصحي الاجتماعي الشامل عن كل عماله أو بعضهم، إلا من تاريخ علم الهيئة بالتحاقهم لديه، كما لا يسري التقادم في مواجهة الهيئة بالنسبة للمؤمن عليه الذي لم يسبق اشتراكه في التأمين الصحي الاجتماعي الشامل إلا من تاريخ علم الهيئة بتوافر شروط الخضوع لأحكام هذا القانون.

(المادة 56)

تثبت صفة الضبطية القضائية للعاملين بالهيئة الذين يصدر بتحديد وظائفهم قراراً من وزير العدل بعد التنسيق مع رئيس الهيئة، وذلك لضبط الجرائم المنصوص عليها في الباب الخامس من هذا القانون. ولهم في سبيل ذلك دخول أماكن تقديم الخدمة وتفقيشها وفحص ما بها من مُعدات أو أجهزة أو أدوية أو غيرها من المُستلزمات الطبية أو العلاجية، وكذلك الإطلاع على السجلات والدفاتر والمستندات وسائر الأوراق التي يتطلبها تنفيذ هذا القانون، وذلك على التفصيل الوارد في اللائحة التنفيذية، وعلى المسؤولين في الجهات المذكورة أن يقدموا البيانات والمستخرجات وصور المستندات التي يطلبونها لهذا الغرض.

(المادة 57)

تُغفى من الرسوم القضائية في جميع درجات التقاضي، الدعاوى المتعلقة بتنفيذ أحكام هذا القانون، التي تُرفع من الهيئة أو من المؤمن عليهم، والمحكمة المختصة شُمول الحكم في هذه الدعاوى بالنفاذ المُعجل وبلا كفالة.

(المادة 58)

يكون للمبالغ المُستحقة للهيئة بمقتضى أحكام هذا القانون امتياز- قبل الضرائب والجمارك - على جميع أموال المدين من منقول وعقار - وتُستوفى هذه المبالغ قبل المصروفات القضائية، وللهيئة سلطة تحصيلها بطريق الحجز الإداري، ولا يجوز أن تسقط تلك المُستحقات بالتقادم.

(المادة 59)

يتولى كل من وزارة المالية والجهاز المركزي للمحاسبات (كل حسب اختصاصه) مراجعة حسابات الهيئات الثلاث المنشأة بموجب هذا القانون، وذلك وفقاً لما يقرره قانون كل منهما.

(المادة 60)

يجوز للهيئة تقديم خدماتها لمواطني الدول الأجنبية المقيمين أو الوافدين لجمهورية مصر العربية، وللهيئة أن تضع من اللوائح والاشتراطات للمواطنين الأجانب وفق ما يتم تقديمه من خدمات صحية للمواطنين المصريين بالدول المُختلفة كلما أمكن ذلك.

(المادة 61)

تحل الهيئة محل الهيئة العامة للتأمين الصحي في المحافظات التي سيتم التطبيق فيها مرحلياً وفقاً لمراحل تطبيقه، على أن تُؤول إلي الهيئة المختصة بالتمويل في تلك المحافظات جميع المخصصات المالية التي تخص الهيئة العامة للتأمين الصحي في المحافظات التي شملها النظام.

(المادة 62)

ينشأ بهيئة التأمين الصحى الإجتماعى الشامل لجنة دائمة لتسوية في المنازعات التي تنشأ بسبب تطبيق أحكام هذا القانون، ولا يجوز لأطراف المنازعة اللجوء للقضاء قبل العرض على اللجنة، التي تشكل من الآتي: مستشار من مجلس الدولة وممثل عن كل هيئة من الهيئات الثلاثة المنشأة بأحكام هذا القانون وممثل عن طرف النزاع وتحدد اللائحة التنفيذية قواعد وإجراءات ومواعيد عمل تلك اللجنة.

الباب الخامس

العقوبات

مع عدم الإخلال بأية عقوبة أشد منصوص عليها في قانون العقوبات أو في أي قانون آخر , يعاقب على الجرائم المنصوص عليها في المواد التالية بالعقوبات المقررة في كل منها .

(المادة 63)

يُعاقب بالحبس مدة لا تتجاوز ثلاثة أشهر وبغرامة لا تقل عن ألفي جنيه ولا تتجاوز عشرة آلاف جنيه، أو بإحدى هاتين العقوبتين، كل من أعطى بيانات غير صحيحة أو امتنع عن إعطاء البيانات المنصوص عليها في هذا القانون أو في اللوائح المنفذة له إذا ترتب على ذلك الحصول على أموال من الهيئة بغير حق.

ويُعاقب بالعقوبة ذاتها كل من منع العاملين بالهيئة ممن لهم صفة الضبطية القضائية، من دخول محل العمل، أو لم يُمكنهم من الإطلاع على السجلات والدفاتر والمستندات والأوراق التي يتطلبها تنفيذ هذا القانون أو تعمد - عن طريق إعطاء بيانات خاطئة - عدم الوفاء بمستحقات الهيئة.

(المادة 64)

يُعاقب بالحبس مدة لا تقل عن سنة وبغرامة لا تقل عن خمسين ألف جنيه ولا تتجاوز خمسة وسبعين ألف جنيه، أو بإحدى هاتين العقوبتين، كل عامل في الهيئة أو أحد المتعاقدين معها من الأطباء والصيداللة أو غيرهم سهل للمُشترك أو لغيره ممن تتولى الهيئة تقديم الرعاية الطبية إليه، الحصول على أدوية أو خدمات أو أجهزة تعويضية بغير حق، أو لا تتطلب الأصول الطبية صرفها له، وفق ما تراه اللجان المتخصصة في ذلك بناءً على البروتوكولات الطبية.

ويُعاقب بالعقوبة ذاتها كل من صرفت له أدوية أو أجهزة تعويضية ثم تصرف فيها إلى غيره بمقابل، وكذلك المتصرف إليه وكل من توسط في ذلك إذا كان يعلم بأنها قد صرفت بناءً على نظام التأمين الصحي الاجتماعي الشامل. وفي جميع الأحوال تحكم المحكمة بمصادرة الأدوية أو الأجهزة التعويضية لصالح الهيئة، أو رد قيمتها في حالة تلفها أو هلاكها وكذا مقابل الخدمات.

(المادة 65)

يُعاقب بالحبس مدة لا تقل عن سنة وبغرامة لا تقل عن مائة ألف جنيه ولا تتجاوز مائتي ألف جنيه، أو بإحدى هاتين العقوبتين، كل مُقدم لخدمات الرعاية الصحية أو مُنتفع أو عامل في الهيئة، تعمد تقديم مُطالبات غير حقيقة أو مُطالبات عن خدمات لم يتم تقديمها، أو سمح لغير المُشتركون بالنظام الحصول على خدمات بغير وجه حق.

(المادة 66)

يُعاقب بالحبس مدة لا تتجاوز ستة أشهر وبغرامة لا تقل عن مائة ألف جنيه ولا تتجاوز مائتي ألف جنيه، أو بإحدى هاتين العقوبتين، كل من مُوظفي الهيئة أو مُقدمي الخدمة ساعد صاحب العمل أو المُشترك على التهرب من الوفاء بالتزاماته المقررة في هذا القانون.

(المادة 67)

يُعاقب بغرامة لا تقل عن عشرين ألف جنيه ولا تتجاوز خمسين ألف جنيه، المسنول أو الموظف المُختص في الجهات المنصوص عليها في المادتين (40) ، (50) من هذا القانون، الذي لم يقم بتوريد اشتراكات المؤمن عليهم وأصحاب الأعمال المُشار إليها في المادة (39) للهيئة خلال 30 يوماً من تحصيلها.

كما يعاقب بذات العقوبة الشخص المسنول عن الإدارة الفعلية بتلك الجهات الذي يمتنع عن صرف أو تحصيل المستحقات التي تحيلها الهيئة.

(المادة 68)

يُعاقب بالحبس مدة لا تتجاوز سنة وبغرامة لا تقل عن خمسة آلاف جنيه ولا تتجاوز خمسين ألف جنيه، أو بإحدى هاتين العقوبتين، الموظف المختص في الجهات العامة أو القطاع العام وقطاع الأعمال العام أو صاحب العمل من القطاع الخاص، والمسئول لديه الذي لم يَقم بالاشتراك في الهيئة عن أي من العاملين التابعين لجهته الخاضعين لأحكام هذا القانون، أو لم يَقم بالاشتراك بأجورهم الحقيقية. ويُعاقب بالعقوبة ذاتها الموظف المختص في الجهات العامة أو القطاع العام وقطاع الأعمال العام أو صاحب العمل من القطاع الخاص، أو المسئول لديه الذي يُحمل المؤمن عليهم أي نصيب من نفقات التأمين الصحي الاجتماعي الشامل لم يُنص عليها في هذا القانون، وتحكم المحكمة من تلقاء نفسها بإلزامه بأن يرد للمؤمن عليهم قيمة ما تحملوه من هذه النفقات. وفي جميع الأحوال تتعدد الغرامة بتعدد عدد العمال الذين وقعت في شأنهم المخالفة.



جدول رقم (1) اشتراكات المؤمن عليهم والمُعاليين

المُعاليون	الاشتراك	الفئة
<p>2.5% عن الزوجة غير العاملة أو التي ليس لها دخل ثابت ، 0.75% عن كل ابن أو مُعال.</p>	<p>1% من أجر الاشتراك وبعده الحد الأدنى للأجور المعطن عنه بالحكومة على المستوى القومى .</p>	<p>العاملون المؤمن عليهم الخاضعون لقانون التأمين الاجتماعي رقم 79 لسنة 1975.</p>
	<p>4% من الأجر التأمينى أو من صافى الدخل وفقاً للإقرار الضريبي وبعده الحد الأدنى للأجور المعطن عنه بالحكومة على المستوى القومى أيهما أكبر .</p>	<p>أصحاب الأعمال ومن فى حكمهم الخاضعون لقانون التأمين الاجتماعى رقم 108 لسنة 1976</p>
		<p>أعضاء النقابات المهنية .</p>
		<p>المصريون العاملون بالخارج غير الخاضعين للمادة (48) من هذا القانون.</p>
	<p>4% من الحد الأدنى للأجور المعطن عنه بالحكومة على المستوى القومى .</p>	<p>العمالة الخاضعون لقانون نظام التأمين الاجتماعى الشامل الصادر بالقانون رقم 112 لسنة 1980 .</p>
—————	<p>2% من قيمة المعاش الشهرى وبعده الحد الأدنى للأجور المعطن عنه بالحكومة على المستوى القومى .</p>	<p>الأرامل والمستحقون للمعاشات .</p>
<p>2.5% عن الزوجة غير العاملة أو التي ليس لها دخل ثابت ، 0.75% عن كل ابن أو مُعال.</p>	<p>1% من قيمة المعاش الشهرى وبعده الحد الأدنى للأجور المعطن عنه بالحكومة على المستوى القومى .</p>	<p>أصحاب المعاشات .</p>

جدول رقم (2) حصة أصحاب الأعمال (عن العاملين لديهم)

قيمة الاشتراك

3% نظير خدمات تأمين المرض والعلاج من إجمالي أجر الاشتراك للعاملين المؤمن عليهم وفقاً لأحكام القانون 79 لسنة 1975 شهرياً وبتدنى الحد الأدنى للأجور المعطن عنه بالحكومة على المستوى القومى , بخلاف الاشتراك عن إصابة العمل.

جدول رقم (3) رسوم ومساهمات المؤمن عليهم (غير المقيمين بالمستشفيات)

الخدمة الطبية	قيمة المساهمة *
الزيارة المنزلية.	50 جنيهاً.
الدواء (فيما عدا الأمراض المزمنة)	20 % من إجمالي القيمة
الأشعاع وكافة أنواع التصوير الطبي .	10% من إجمالي القيمة
التحاليل الطبية والمعملية .	5% من إجمالي القيمة

* تزداد القيم الرقمية المقطوعة سنوياً بنسبة تعادل 7% .

جدول رقم (4) الاشتراكات التى تتحملها الخزانة العامة

الفئة	قيمة الاشتراك
العائل .	4% من الحد الأدنى للأجور المعطن عنه بالحكومة على المستوى القومى .
الزوجة غير العاملة أو التى ليس لها دخل ثابت .	2.5% من الحد الأدنى للأجور المعطن عنه بالحكومة على المستوى القومى .
الأبناء والمعالون .	

0.75% من الحد الأدنى للاجور المعلن عنه بالحكومة
على المستوى القومي .

نزلاء المؤسسات التابعة للشئون الاجتماعية .

الأطفال بلا مأوى من غير نزلاء مؤسسات الشئون الاجتماعية .



المذكرة الإيضاحية لمشروع قانون التأمين الصحي الاجتماعي

يقوم نظام التأمين الصحي الحالي المعمول به منذ عام 1964، والذي تغطى مظلمته قطاعات مختلفة من الشعب المصري، على تقديم وتمويل الخدمات الطبية عن طريق الهيئة العامة للتأمين الصحي، ويحكم هذا النظام مجموعة كبيرة من القوانين والقرارات الجمهورية والوزارية تغطي مختلف نواحي العملية التأمينية من (فئات المنتفعين - تقديم الخدمة - الإدارة - التمويل)، مما أدى إلي تضارب وتعقيد العملية التأمينية الطبية، وعدم تغطية جميع أفراد الأسرة بشكل كامل.

وعملًا علي إصلاح النظام الصحي في مصر كأحد الأولويات الملحة، وفي ضوء العديد من الدراسات والتوصيات المقدمة من العديد من الهيئات المحلية والدولية في هذا الشأن، فقد قامت وزارة الصحة والسكان بتشكيل لجنة تضم خبراء قانونيين وفنيين واكتواريين وممثلين عن منتفعي نظام التأمين الصحي، لإعداد مشروع قانون جديد موحد للتأمين الصحي الاجتماعي، يراعي فيه الاستفادة من الخبرات العالمية في مجال إعادة تصميم وإصلاح نظم التأمين الصحي الاجتماعي وضمان استدامتها المالية مع مراعاة الطبيعة الخاصة للمجتمع المصري.

وقد تمثلت رؤية مصر فيما يختص بتطوير قطاع الصحة ضمن الاستراتيجية القومية للتنمية المستدامة 2030 والمتوافقة مع ماجاء بالمادة 18 من دستور 2014، والتي تنص على أن لكل مواطن الحق في الصحة وفي الرعاية الصحية المتكاملة وفقاً لمعايير الجودة، وتكفل الدولة الحفاظ علي مرافق الخدمات الصحية العامة التي تقدم خدماتها للشعب ودعمها والعمل علي رفع كفاءتها وانتشارها الجغرافي العادل، وتوضح التزام الدولة بإقامة نظام تأمين صحي شامل لجميع المصريين يغطي كل الأمراض. وينظم القانون إسهام المواطنين في اشتراكاته أو إعفاءهم منها طبقاً لمعدلات دخولهم، وفي إطار من الإتاحة والمساواة، ومن دون تعرضهم لمخاطر الوقوع في معاناة مالية من جراء سداد تكلفة الرعاية الصحية.

نشأت فكرة إعداد نظام جديد لتقديم الخدمات الصحية بمصر كحل جذري للمشاكل الحالية،

والتي يمكن تلخيص أهمها فيما يلي :

- ضعف الملاءة والاستدامة المالية للنظام الحالي.
- عدم قدرة النظام على تغطية جميع فئات المجتمع المصري وخاصة العمالة الموسمية وغير الرسمية وحيث أنه وبعد أكثر من 53 عاماً من تقديم التأمين الصحي في مصر فإن هناك أكثر من 40% من المجتمع المصري لا يتمتع بتغطية التأمين الصحي، وضمان وضع صحي أفضل لكافة المواطنين وامتداد شمول التغطية لتشمل جميع فئات المجتمع وخاصة الفئات غير القادرة.
- تحصيل الاشتراكات على جزء من دخول المشتركين مما يؤثر على مصادر تمويل النظام، حيث يتحمل أصحاب الدخول المحدودة والمنخفضة التكلفة بالكامل، أما أصحاب الدخول المرتفعة فإما يخرجون من النظام أو يسددون اشتراكات ضئيلة جداً وهو ما يتنافى تماماً مع مبدأ التكافل الاجتماعي الذي يجب أن يقوم عليه النظام.
- عدم الرضا عن مستوى جودة الخدمات الطبية المقدمة.
- تهديد الاستقرار المالي لكثير من الأسر المصرية، حيث يبلغ إجمالي ما ينفقه المصريون من دخولهم الجارية على الرعاية الصحية حوالي 60% من إجمالي الإنفاق على الصحة وهو ما يهدد الاستقرار المالي لكثير من الأسر المصرية عند إصابة أحد أفرادها.
- تعدد التبعية والملكية للمؤسسات الصحية.
- التفاوت الكبير في مستوى الكوادر البشرية والإمكانات والموارد.
- ضعف الفعالية والكفاءة في تقديم الخدمات الصحية من جراء الإسراف أو التقصير أو إساءة استعمال الخدمات الصحية.

ويهدف مشروع القانون الجديد إلي أن يغطي نظام التأمين الصحي جميع المواطنين المصريين في جميع مراحل حياتهم مع تكفل الدولة بأعبائه المالية عن غير القادرين من المواطنين، ويوفر هذا النظام حماية للمؤمن عليه من ذات مجموعة الأخطار التي يغطيها نظام التأمين الصحي المعمول به حالياً، مع مرونة في تعديل هذه المجموعة بالزيادة إذا تطلب الأمر ذلك، كل ذلك بتكلفة أقل وإدارة احترافية تأمينية أكثر كفاءة تضمن تبسيط الإجراءات وسهولة فهم النظام وتيسير تطبيقه.

يمثل هذا القانون إطاراً متكاملاً لإصلاح النظام الصحي بشكل شامل وليس فقط قانوناً للتغطية التأمينية للمواطنين الذي يعمل على معالجة سلبيات النظام الحالي بتبني فكرةً جديدةً متطوراً يحقق المبادئ التالية:

1. تحقيق مبدأ فصل التمويل عن تقديم الخدمات الصحية، وربط التمويل بمؤشرات الأداء الرئيسية، للوصول إلي تنافس فعال بين جميع مقدمي الخدمات الصحية وتوفير الجو الملائم لتطبيق نظام رقابي محايد علي جودة الخدمات المقدمة، حيث يدار النظام من خلال:

(هيئة التأمين الصحي الاجتماعي الشامل للإدارة والتمويل والتعاقد – هيئة الرعاية الصحية لمقدمي الخدمات الصحية – الهيئة العامة

للإعتماد و الرقابة الصحية لوضع وتطبيق معايير الجودة والاعتماد – وزارة الصحة كمنظم)

2. إلزامية النظام لتغطية جميع المواطنين داخل جمهورية مصر العربية تحت مظلة التأمين الصحي الاجتماعي الشامل مع تكفل الدولة بغير القادرين من المواطنين لتحقيق التكافل الاجتماعي وتوزيع المخاطر، وهما من أسس استدامة أي نظام تأميني.
3. اعتبار الأسرة هي وحدة التغطية التأمينية الرئيسية داخل النظام.
4. ضمان الحصول على الخدمات الصحية ذات جودة للجميع.
5. توفير الحماية المالية ضد عبء المدفوعات الصحية.
6. ضمان توفير الموارد المالية الكافية لتطبيق النظام و ضمان الاستدامة المالية لتمويل الخدمات الصحية التأمينية عن طريق مراجعة المركز المالي والاكتواري لممول الخدمة بشكل دوري من قبل جهة مستقلة، وإجراء أية تعديلات لازمة بما يضمن استدامة التمويل.
7. ضمان استخدام الموارد المالية بطريقة فعالة وشفافة.
8. تنظيم إسهام المواطنين في اشتراكاته أو إعفانهم منها طبقاً لمعدلات دخولهم.
9. إتاحة حرية الاختيار بين أي من مقدمي الخدمة الصحية سواء من القطاع الحكومي أو غير الحكومي، المدرجين في منظومة التأمين الصحي الاجتماعي الشامل.

وقد تم إعداد هذا المشروع ليحل تدريجياً محل القوانين المعمول به حالياً، إذ يستمر العمل بأحكام هذه القوانين بالنسبة للمخاطبين بأحكامها حتى حلول موعد تطبيق التأمين الصحي الاجتماعي الجديد في شأنهم.

هذا وقد اشتمل مشروع القانون المرافق على قانون الإصدار، ثم خمسة أبواب على التفصيل التالي:

قانون الإصدار:

• تضمن قانون الإصدار خمسة مواد، تناولت المادة الأولى النص على أن يعمل فيما يتعلق بنظام التأمين الصحي الاجتماعي بأحكام القانون المرافق.

• ونصت المادة الثانية على أن يُطبق القانون المرافق على مجالات التأمين الصحي الاجتماعي، وحددت – على سبيل الحصر – المجالات التي لا تسري عليه أحكامه وما يماثلها من خدمات تلتزم بها سائر أجهزة الدولة مجاناً وهي:

1. خدمات الصحة العامة الوقائية.
2. الخدمات الصحية لتغطية الكوارث الطبيعية والأوبئة.
3. خدمات الطوارئ والخدمات الإسعافية وما يماثلها من خدمات.
4. وخدمات تنظيم الأسرة.

وحدد الشطر الثاني من المادة دور وزارة الصحة كجهة منظمة ومراقبة للقطاع الصحي، والمسئولة عن إصدار تراخيص المنشآت الصحية.

• كما نصت المادة الثالثة على استمرار سريان القوانين واللوائح المعمول بها حالياً حتى تاريخ سريان أحكام القانون المرافق في شأنهم طبقاً للتدرج في التطبيق، واعتباراً من هذا التاريخ تلغي بالنسبة إليهم القوانين والقرارات الآتية:

5. قرار رئيس الجمهورية رقم 1209 لسنة 1964 في شأن إنشاء الهيئة العامة للتأمين الصحي وفروعها للعاملين في الحكومة ووحدات الإدارة المحلية والهيئات العامة والمؤسسات العامة.
1. القانون رقم 10 لسنة 1967 الصادر في شأن تنظيم التعامل في أدوية الهيئة العامة للتأمين الصحي.
2. وعلى القانون رقم 32 لسنة 1975 الصادر في شأن نظام العلاج التأميني للعاملين في الحكومة ووحدات الإدارة المحلية والهيئات العامة والمؤسسات العامة.

3. القانون رقم 99 لسنة 1992 الصادر في شأن نظام التأمين الصحي على الطلاب.

4. وعلى القانون رقم 23 لسنة 2012 الصادر في شأن نظام التأمين الصحي للمرأة المُعيلة.

5. وعلى القانون رقم 86 لسنة 2012 الصادر في شأن نظام التأمين الصحي على الأطفال دون السن الدراسي.

6. وعلى القانون رقم 127 لسنة 2014 الصادر في شأن نظام التأمين الصحي على الفلاحين وعُمال الزراعة.

كما نصت المادة المذكورة على إلغاء كل حكم يتعارض مع أحكام القانون المرافق في قانون التأمين الاجتماعي بالقانون

رقم 79 لسنة 1975 وفي أي قانون آخر، على أن تحدد اللائحة التنفيذية للقانون المرافق القواعد والإجراءات الخاصة بالتدرج في تطبيق أحكامه.

وقد استهدف بهذه المادة الحفاظ على الحقوق المكتسبة للمؤمن عليهم المنتفعين بأحكام قوانين التأمين الصحي السارية، والحرص على استمرارية تقديم الخدمات الصحية التأمينية لهم بصورة سلسة خلال الفترة الانتقالية والتي سيطبق خلالها القانون المرافق تدريجياً.

- ونصت المادة الرابعة علي أن يصدر رئيس مجلس الوزراء اللانحة التنفيذية للقانون المرافق خلال ستة أشهر من تاريخ العمل به، مع استمرار العمل باللوائح والقرارات
- القائمة في تاريخ العمل بهذا القانون لحين صدور هذه اللانحة، وبما لا يتعارض مع أحكامه.
- ونصت المادة الخامسة علي أن ينشر هذا القانون في الجريدة الرسمية وعلني أن يعمل به اعتباراً من اليوم التالي لتاريخ نشره في الجريدة الرسمية.

الباب الأول "نطاق تطبيق أحكام القانون": من المواد (1-3):

- تناولت المادة (1) من مشروع القانون بيان معاني الكلمات والعبارات التي وردت في المشروع وتحديد المقصود بكل منها، وذلك تلافياً للتكرار وحسماً لأي لبس قد يقع في فهم مضمونها.
- كما حددت المادة (2) الفلسفة الأساسية لمشروع القانون، حيث أوضحت أن التأمين الصحي نظام إلزامي يقوم علي التكافل الاجتماعي وتغطي مظلته جميع المواطنين المقيمين داخل جمهورية مصر العربية، واختيارياً علي المصريين المقيمين مع أسرهم بالخارج، ما عدا أفراد القوات المسلحة والمخاطبين بأحكام قانون التقاعد والتأمين والمعاشات للقوات المسلحة الصادر بالقانون رقم 90 لسنة 1975، وتحمل الدولة أعبائه عن غير القادرين، ولاشك أن إلزامية النظام هي أساس استدامة التأمين الصحي الاجتماعي لأنها هي السبيل الوحيد لتحقيق التكافل الاجتماعي، وهو من المبادئ السامية التي حض عليها الدستور وجعل منها أول المقومات الاجتماعية والأخلاقية للمجتمع المصري، حيث نص في المادة (8) من الباب الثاني الخاص بالمقومات الأساسية للمجتمع علي: "يقوم المجتمع علي التضامن الاجتماعي".

وكذلك أرست المادة المذكورة - في شطرها الثاني - مبدئاً أساسياً آخر من مبادئ نظام التأمين الصحي الاجتماعي وهو مبدأ فصل التمويل عن تقديم الخدمة، إذ نصت علي أن هذا النظام يحكمه فصل التمويل عن تقديم الخدمة، وأوضحت أنه لا يجوز للهيئة تقديم خدمات علاجية أو الاشتراك في تقديمها، وهذا الفصل يمثل حجر الزاوية في إيجاد تنافس حر بين مقدمي الخدمة الصحية، ويمثل حافزاً لهم لرفع جودة الخدمات التي يقدمونها، ويمكن في نفس الوقت من تطبيق نظام رقابي محايد علي جميع مقدمي الخدمة.

كما أوضحت المادة المذكورة - في شطرها الثالث - أن أحكام القانون تُطبق تدريجياً علي المحافظات التي يصدر بتحديد قرارات من رئيس مجلس الوزراء بناءً علي عرض الوزير المختص بالصحة والوزير المختص بالمالية وبما يضمن استدامة الملاءة المالية للنظام وبمراعاة

توازنه الاكوتاري، وهذا التدرج في التطبيق إنما تفرضه الضرورات العملية والمالية المطلوبة لتطبيق نظام صحي بهذا الحجم دون تفضيل لمحافظة بعينها دون أساس موضوعي مجرد لهذا التفضيل.

- وأوضحت المادة (3) الخدمات التي تقدم للمؤمن عليهم داخل جمهورية مصر العربية عن طريق التأمين الصحي الاجتماعي الشامل علي سبيل الحصر، سواء كانت خدمات علاجية أو تأهيلية أو أبحاث، علي ألا تقل هذه الخدمات عن الخدمات المقدمة حالياً لمنتهجي التأمين الصحي، وذلك طبقاً للشروط والإجراءات التي تحددها اللانحة التنفيذية لهذا القانون والتي يصدر بها قراراً من رئيس مجلس الوزراء.

الباب الثاني "إدارة النظام": ويتضمن هذا الباب 3 فصول:

الفصل الأول: هيئة التأمين الاجتماعي الشامل: يضم المواد من (4-11):

- وإعمالاً لمبدأ فصل التمويل عن تقديم الخدمة المقرر بالمادة (2) فقرة (2)، قررت المادة (4) من الفصل الأول تكوين هيئة عامة تسمى "هيئة التأمين الصحي الاجتماعي الشامل"، تقوم علي إدارة تمويل التأمين الصحي الاجتماعي، وتكون لها شخصية اعتبارية، تحت إشراف العام لرئيس مجلس الوزراء.
- واشتملت المادة (5) علي أن يصدر بنظام هذه الهيئة وتحديد اختصاصاتها وتشكيل مجلس إدارتها والمعاملة المالية لرئيسه وأعضائه قراراً من رئيس الجمهورية، ويكون مجلس الإدارة هو السلطة العليا المهيمنة علي شئون الهيئة وتصريف أمورها وله أن يتخذ ما يراه لازماً من القرارات لتحقيق الغرض الذي أنشئت من أجله، وذلك في حدود السياسة العامة للدولة، بما في ذلك إصدار القرارات واللوائح الداخلية ووضع لوائح شئون العاملين واللوائح المالية والإدارية والفنية للهيئة وذلك دون التقيد بالأحكام والنظم المعمول بها في الجهاز الإداري للدولة، وإقرار واعتماد الموازنة التخطيطية للهيئة وميزانياتها وحساباتها الختامية السنوية ومركزها المالي.

- تناولت المادة (6) تعيين مديراً تنفيذياً للهيئة بقرار من مجلس إدارتها يتضمن تحديد معاملاته المالية واختصاصاته.

- تضمنت المادة (7) أن تؤول للهيئة جميع الأصول الإدارية والحقوق والالتزامات المالية الخاصة بالهيئة العامة للتأمين الصحي الحالية وفروعها والجهات التابعة لوزارة الصحة ماعدا الأصول العلاجية وما يخص الجودة والاعتماد، وتناولت نفس المادة – في شطرها الثاني – نقل العاملين من هذه الجهات للهيئة الجديدة بالنسبة للوظائف والأعمال المرتبطة بنطاق عملها.
- أما المادة (8) فقد اشتملت علي تشكيل لجنة دائمة بالهيئة من المختصين بقرار من مجلس إدارتها لتسيير قائمة الخدمات الطبية التي يتم التعاقد علي شراتها.
- خولت المادة (9) للهيئة الحق في متابعة المؤمن عليه في أي من جهات تقديم الخدمة الصحية، والحق في استبعاد مُقدم الخدمة من سجلات مُقدمي الخدمة المؤهلين لديها والمتعاقدين معها، في حالة ثبوت تقصيره – وتضمنت نفس المادة – في شطرها الثاني - حق المؤمن عليه في اختيار جهات العلاج من بين الجهات المُتعاقدة مع الهيئة طبقاً لمستويات الإحالة، أما الشطر الثالث من المادة - فتناول حالة لجوء المؤمن عليه إلى جهة علاجية غير مُتعاقدة مع الهيئة، وضوابط استرداد النفقات طبقاً لأسعار الهيئة.
- تضمنت المادة (10) قواعد تعاقد الهيئة مع مقدمي الخدمة بنفسها أو عن طريق فروعها الإقليمية في محافظات الجمهورية، وفقاً لأسعار الهيئة ومعايير الجودة التي تُحددها هيئة الجودة والاعتماد، ووفقاً للقواعد المالية المنظمة.
- أما المادة (11) فتناولت إصدار الهيئة لشهادات العجز - وإخطار المصاب بنسبته - وإخطار الهيئة لكل من صاحب العمل والهيئة القومية للتأمين الاجتماعي - وإخطار جهات الأعمال للهيئة بوقوع الإصابة فور حدوثها - كما تناولت المادة في آخر فقرة بها – أن تقوم الهيئة أو صاحب العمل بتحويل المصاب الذي مازال بحاجة لاستكمال علاجه بعد انتهاء مدة الإعارة أو الانتداب أو الإجازة للعمل بالخارج لاستكمال العلاج.

الفصل الثاني: هيئة الرعاية الصحية: يضم المواد من (12-22):

- بدأ الفصل بالمادة (12) التي تضمنت 6 فقرات – تناولت الفقرة الأولى تكوين هيئة الرعاية الصحية لتولي تنظيم تقديم خدمات الرعاية الصحية والعلاجية بكافة مستوياتها لجميع المؤمن عليهم داخل جمهورية مصر العربية، وتشمل جميع منافذ تقديم الخدمة التابعة (للهيئة العامة للتأمين الصحي الحالية، والجهات التابعة لوزارة الصحة، والمُستشفيات الجامعية، والمُستشفيات الحكومية الأخرى)، ويتم ذلك تدريجياً بعد تأهيلها وفقاً لمعايير الجودة والاعتماد، وتظل تابعة للدولة، وأكدت الفقرة الثانية أن هيئة الرعاية هي أداة الدولة الرئيسية في ضبط وتنظيم تقديم الخدمات الصحية التأمينية، وتضمنت الفقرة الثالثة صدور قرار من رئيس مجلس الوزراء بضم المستشفيات التي ستقوم بتقديم الخدمة وفقاً لمعايير محددة للاعتماد، أما الفقرة الرابعة أجازت شمول أي مُستشفيات أخرى غير حكومية، وفقاً لنفس المعايير المُحددة للجودة والاعتماد، والمعايير التي تُحددها هيئة الرعاية الصحية، وذكر الشطر الخامس أن هيئة الرعاية تحت إشراف العام للوزير المختص بالصحة، ويصدر بنظامها وتحديد اختصاصاتها ونظام العمل بها قراراً من رئيس مجلس الوزراء، وانتهت المادة بالشطر السادس والذي أكد علي التزام الدولة برفع جودة وكفاءة المنشآت الصحية التابعة لها تدريجياً، قبل البدء في تطبيق النظام في المحافظة المقرر البدء فيها حتى تحصل علي الاعتماد.
- وتناولت الفقرة الأولى من المادة (13) قيام هيئة الرعاية بإجراء فحص طبي ابتدائي لكل مُرشح للعمل، وتضمن الشطر الثاني من المادة قيامها بفحص المؤمن عليهم المُعرضين للإصابة بأحد الأمراض المهنية مُقابل رسم تحدده الهيئة عن كل مؤمن عليه، علي أن يتحمل صاحب العمل قيمة هذا الرسم.
- تناولت الفقرة الأولى من المادة (14) تكوين مجلس إدارة هيئة الرعاية الصحية – وتضمن الشطر الثاني إصدار القرار من رئيس مجلس الوزراء – أما الشطر الأخير فتناول جواز تعيين مديراً تنفيذياً بقرار من مجلس إدارتها.
- وجاءت المادة (15) لتحديد اختصاصات مجلس إدارة هيئة الرعاية.
- ثم تناولت المادة (16) تقديم الخدمات الصحية الأولية، والخدمات العلاجية والتشخيصية والإحالة، والصحة الإنجابية والإسعافات الأولية لحالات الطوارئ من خلال وحدات الرعاية الأساسية وصحة الأسرة، وهي المُستوي الأول لمنشآت تقديم الخدمة الصحية الأولية مع إمكانية تقديم خدمات الطب الوقائي علي أن تتحمل أجهزة الدولة تكلفة تلك الخدمات.
- وكذلك تناولت المادة (17) تقدم الخدمات العلاجية والتشخيصية والإحالة والطوارئ للمنتفعين من المواطنين المقيمين بالنطاق الجغرافي للمركز والوحدات التابعة له من خلال مراكز الرعاية الصحية الأساسية وصحة الأسرة، وهي المُستوي الثاني لمنشآت تقديم الخدمة الصحية الأولية، مع إمكانية تقديم خدمات الطب الوقائي علي أن تتحمل أجهزة الدولة تكلفة تلك الخدمات.

- تناولت الفقرة الأولى من المادة (18) أن تؤول لهيئة الرعاية كل الأصول العلاجية لمنافذ تقديم الخدمة التابعة للهيئة العامة للتأمين الصحي الحالية (وذلك مقابل تقييم تلك الأصول وقيام الخزانة العامة بسداد القيمة المالية لموازنة هيئة التأمين الصحي الاجتماعي الشامل توضع في حساب خاص لاستثمارها لتعظيم مواردها)، ثم تناول الشطر الثاني أيلول كل الأصول العلاجية التابعة لمنافذ تقديم الخدمة وفقاً للبند 13 من المادة 1 من هذا القانون، (ويستثنى من ذلك مكاتب الصحة ومنافذ تقديم ورقابة الخدمات الوقائية والأنشطة المرتبطة بها)، ثم تضمن الشطر الثالث من المادة أن يتم تأهيل هذه الأصول وفقاً لمعايير الجودة والاعتماد خلال مدة لا تتجاوز ثلاثة أعوام من تاريخ صدور هذا القانون، أما الشطر الرابع والآخر فتناول نقل العاملون للعمل بهيئة الرعاية الصحية ذوي الصلة بنطاق عملها.
- ثم عرضت المادة (19) مهام هيئة الرعاية التي تقوم بها بذاتها أو عن طريق تقسيماتها التنظيمية والفروع التابعة لها.
- ألزمت المادة (20) في الشطر الأول هيئة الرعاية بتقديم تقارير أداء عن الخدمات الصحية والعلاجية التي تقدمها وقوائم مالية نصف سنوية إلى مجلس الوزراء – وفي الشطر الثاني تحدث عن موعد موازنتها ونشر قوائمها المالية مرة على الأقل كل سنة.
- وتضمنت المادة (21) أن يتم إدارة تقديم خدمات الرعاية الصحية في المناطق والمحافظات على أساس اللامركزية، وتقسيم هيئة الرعاية إلى مجموعة من الأقاليم طبقاً لما يقره مجلس إدارتها على أن يكون لكل إقليم رئيس ويعاونه مجلس تنفيذي وحددت المادة تشكيله.
- انتهى الفصل الأول بالمادة (22) التي تناولت منح منافذ تقديم الخدمات الصحية سلطات مالية وإدارية تسمح لها بالإدارة الذاتية ويكون لكل منها حسابها الخاص تحت الإشراف العام للفروع وإدارات الأقاليم.

الفصل الثالث: الهيئة المصرية للجودة واعتماد المنشآت الصحية: يضم المواد من (23-36):

- بدأ الفصل بتكوين الهيئة المصرية للجودة واعتماد المنشآت الصحية بالمادة (23) لوضع معايير الجودة واعتماد تطبيقها على منشآت تقديم الرعاية الصحية، ويصدر قراراً بنظامها واختصاصاتها رئيس مجلس الوزراء وتكون تحت إشرافه العام.
- ثم جاءت المادة (24) لتحديد أهداف هذه الهيئة.
- تضمنت المادة (25) جواز قيامها بأعمال التقييم والاعتماد للمنشآت الصحية العربية والأجنبية العاملة في مصر أو في غير مصر، وذلك بناءً على طلب هذه المنشآت.
- تناولت المادة (26) 3 فقرات – بدأت بتكوين مجلس إدارة هيئة الجودة – وتناول الشطر الثاني صدور قرار التشكيل من رئيس مجلس الوزراء – أما الشطر الثالث فتناول شروط عضوية مجلس الإدارة – ثم تناول الشطر الأخير جواز تعيين مديراً تنفيذياً بقرار من مجلس الإدارة.
- ثم تناولت المادة (27) اختصاصات مجلس إدارة هيئة الجودة.
- عرضت المادة (28) نقل العاملين بوزارة الصحة وبالهيئة العامة للتأمين الصحي الحالية والجهات الأخرى التابعة لوزارة الصحة ذوي الصلة بنطاق عمل واختصاصات هيئة الجودة للعمل بها، وفقاً للاحتياجات المطلوبة.
- تناولت المادة (29) مدة صلاحية شهادات الاعتماد التي تمنحها هيئة الجودة بثلاث سنوات، وجواز تجديدها أو إيقافها أو إلغائها في ضوء ما تسفر عنه عمليات المتابعة والمراجعة الدورية خلال المدة المحددة وفقاً للضوابط التي تضعها هيئة الجودة.
- تضمنت المادة (30) شروط عملية التقييم والاعتماد والحظر على كل من شارك في أعمال التقييم تقديم استشارات أو دورات تدريبية للمنشأة محل التقييم أو الإفصاح عن البيانات والمعلومات المتعلقة بأعمال التقييم أو النتيجة النهائية للتقييم قبل صدور قرار هيئة الجودة.
- ألزمت المادة (31) المنشآت ومقدمي الخدمات الصحية العامة والحكومية والخاصة في كل محافظة بالحصول على إجازة الاعتماد بأي من مستوياته المختلفة التي تحددها هيئة الجودة ، خلال ثلاث سنوات من تاريخ دخول المحافظة في نطاق تطبيق أحكام هذا القانون، وفي حالة عدم الالتزام يتم إخطار الجهات المعنية لاتخاذ الإجراءات اللازمة.

- ألزمت المادة (32) هيئة الجودة بتقديم تقرير مكتوب للمنشأة الصحية محل التقييم خلال شهرين من تاريخ التقييم كحد أقصى، علي أن تحصل المنشأة على شهادة الاعتماد في خلال شهر من إعلان نتائج الحالة الاعتمادية.
- المادة (33) تلزم هيئة الجودة برفع تقرير سنوي إلى مجلس الإدارة عن نتائج أعمالها لاعتماده تمهيداً لعرضه على رئيس مجلس الوزراء وإعلانه للجمهور بأحد الجرائد القومية.
- تحدثت المادة (34) عن موازنة هيئة الجودة المستقلة، وإيداع أموالها في حساب بالبنك المركزي.
- والمادة (35) أفرت بأن أموال هيئة الجودة أموالاً عامة وتعفى وجميع أنشطتها من جميع الضرائب والرسوم والعوائد.
- وهنا نصل للمادة (36) نهاية الفصل الثالث من الباب الثاني والتي ألزمت أجهزة الدولة والمنشآت الصحية معاونة هيئة الجودة في أداء مهامها وتزويدها بما تطلبه من بيانات أو معلومات تتعلق بتحقيق أهدافها.

الباب الثالث: التمويل: ويضم أيضاً 3 فصول: ويضم المواد من (37-45):

الفصل الأول: مصادر تمويل هيئة التأمين الصحي الاجتماعي الشامل: ويضم المواد من (37-43):

• بدأ هذا الفصل بالمادة (37) والتي تناولت مصادر التمويل التالية:
أولاً: حصة المؤمن عليهم والمعاليين:

1. الاشتراكات التي يؤديها المؤمن عليهم الخاضعون لهذا التأمين عن أنفسهم، وفقاً للنسب الواردة بالجدول رقم (1) المرافق. وتضمنت المادة أنه في حالة الجمع بين أكثر من وظيفة يلتزم المؤمن عليه بقيم الاشتراكات لكل ما يتحصل عليه من دخل، (وبما لا يقل عن الحد الأدنى للأجور المعلن عنه بالحكومة على المستوى القومي).
2. الاشتراكات التي يلتزم بسدادها رب الأسرة عن الزوجة غير العاملة أو التي ليس لها دخل ثابت، ومن يعيش في كنفه من الأبناء والمعاليين طبقاً للجدول رقم (1) المرافق، ويستمر الاشتراك عن الأبناء والمعاليين حتي الالتحاق بعمل أو زواج الإناث.

ثانياً: حصة أصحاب الأعمال:

ألزمت المادة أصحاب الأعمال المحددين بقوانين التأمينات الاجتماعية بأداء حصتهم عن اشتراكات العاملين لديهم بواقع 3% شهرياً من أجر الاشتراك للعامل المؤمن عليه (وبما لا يقل عن الحد الأدنى للأجور المعلن عنه بالحكومة على المستوى القومي)، وفقاً لأحكام قانون التأمين الصحي الاجتماعي الشامل المشار إليه، نظير خدمات تأمين المرض والعلاج، بخلاف الاشتراك عن إصابة العمل طبقاً للجدول (2) المرافق.

ثالثاً: الرسوم والمساهمات التي يؤديها المؤمن عليهم طبقاً للتفصيل الوارد في جدول رقم (4) المرافق لمشروع القانون. التي يؤديها المؤمن عليهم عند تلقي الخدمة خارج الإقامة بالمستشفيات طبقاً للجدول رقم (3) المرافق، علي أن تزداد القيم الرقمية المقطوعة سنوياً بنسبة تعادل 7% مع إعفاء 80% من قيمة المساهمات لكل من غير القادرين الذين تتحمل الخزانة العامة قيمة اشتراكاتهم، وغير القادرين من أصحاب المعاشات والمستحقين للمعاشات وذوي الأمراض المزمنة، ونزلاء المؤسسات التابعة للشئون الاجتماعية والأطفال بلا مأوى، وذلك طبقاً لقرار يصدر من الوزير المختص بالصحة، وفي حالة دخول المستشفيات لا يتحمل المؤمن عليه أية مساهمات بما فيها الفحوصات التي تُجرى تمهيداً للدخول للمستشفيات أو لإجراء عمليات جراحية.
رابعاً: عائد استثمار أموال الهيئة.
خامساً: التزامات الخزانة العامة عن غير القادرين:

- قررت المادة أن تتكفل الخزانة العامة بقيمة اشتراك المؤمن عليهم من فئات غير القادرين (بما فيهم المتعطلين عن العمل غير القادرين وغير المستحقين أو المستنفذين لمدة استحقاق تعويض البطالة) بواقع 4% من الحد الأدنى للأجور المعلن عنه بالحكومة على المستوى القومي شهرياً عن العائل، و2.5% من الحد الأدنى للأجور المعلن عنه بالحكومة على المستوى القومي شهرياً عن الزوجة غير العاملة أو التي ليس لها دخل ثابت، و0.75% من الحد الأدنى للأجور المعلن عنه بالحكومة على المستوى القومي شهرياً عن كل ابن أو مُعال طبقاً للجدول رقم (4) المرافق.
- وقيمة اشتراك نزلاء المؤسسات التابعة للشئون الاجتماعية والأطفال بلا مأوى بواقع 0.75% من الحد الأدنى من الأجور المعلن عنه بالحكومة على المستوى القومي شهرياً عن كل فرد طبقاً للجدول رقم (4) المرافق.
- وقيمة المساهمات المطلوبة عند تلقي الخدمة لمن تم إعفائهم منها.

مع استقطاع نسبة 1% من حصيلة الاشتراكات السنوية التي تقوم الهيئة بتحصيلها، وكذلك نسبة لا تتجاوز 2% من عائد استثمار أموال الهيئة لتمويل المصروفات الجارية والرأسمالية اللازمة، فإذا زادت المصروفات والتكاليف عن حصيلة النسب المستقطعة تتحمل الخزانة العامة تلك الزيادة.

سادساً: مقابل الخدمات الأخرى التي تقدمها الهيئة بخلاف ما يتضمنه هذا القانون وذلك وفقاً لما يحدده مجلس إدارتها.

سابعاً: القروض والمنح الخارجية والداخلية التي يوافق عليها مجلس إدارة الهيئة.

ثامناً: الهبات والمنح والإعانات والتبرعات والوصايا وأموال الزكاة التي يقبلها مجلس إدارة الهيئة.

تاسعاً: مصادر أخرى للدخل بقرار من رئيس مجلس الوزراء لصالح الهيئة،:

- نصف جنيه من قيمة كل علبه سجانر مبيعة بالسوق المحلي سواء كانت محلية أو أجنبية الإنتاج.
- جنيه واحد يحصل عند مرور كل مركبة علي الطرق السريعة التي تخضع لنظام تحصيل الرسوم.
- 25 جنيه سنوياً عند استخراج أو تجديد رخصة القيادة.

- 50 جنيه سنوياً عند استخراج أو تجديد رخصة تسيير السيارات التي تزيد سعتها اللترية على 1.6 لتر.
 - مبلغ ألف جنيه عند استخراج أو تجديد تراخيص مراكز العلاج والعيادات الطبية والمستشفيات والصيدليات.
 - نسبة 50% من حصيل الغرامات والأموال المصادرة المحكوم بها في الجرائم المتعلقة بالصحة.
- وحرصاً من مشروع القانون علي الاستدامة المالية لنظام التأمين الصحي في ظل الزيادات السنوية لتكلفة الخدمات الصحية، قررت المادة زيادة القيم المالية المقطوعة بنسبة 5% سنوياً.
- ثم تناولت المادة (38) تحديد الجهات الملزمة بسداد قيمة الاشتراكات المستحقة طبقاً لأحكام هذا القانون وكذلك المواعيد التي يجب خلالها السداد كما يلي:

أولاً: بالنسبة للمؤمن عليهم الخاضعين لقانون التأمين الاجتماعي وأصحاب المعاشات:

1. ألزمت المادة صاحب العمل بسداد الاشتراكات المستحقة عليه شهرياً وتشمل الحصة التي يلتزم بها والحصة التي يلتزم باقتطاعها من أجر المؤمن عليه لسداد الاشتراكات المستحقة عليه هو ومن يعولهم، علي أن يتم توريدها في ذات مواعيد سداد اشتراكات التأمين الاجتماعي.
2. ألزمت المادة الهيئة القومية للتأمينات الاجتماعية والمعاشات باستقطاع قيمة اشتراك التأمين الصحي الاجتماعي الشامل من صاحب المعاش والمستحقين عند استحقاق المعاش الشهري وتوريدها شهرياً للهيئة.
3. كما ألزمت المادة الهيئة القومية للتأمينات الاجتماعية والمعاشات باستقطاع قيمة اشتراك التأمين الصحي الاجتماعي الشامل عن المتعطلين عن العمل المستحقين لتعويض البطالة.
4. وكذلك ألزمت الهيئة القومية للتأمين الاجتماعي بتحصيل اشتراكات التأمين الصحي المستحقة من الجهات المختلفة الخاضعة لقوانين التأمينات الاجتماعية مع اشتراكات التأمينات الاجتماعية.

ثانياً: بالنسبة للمؤمن عليهم غير الخاضعين لقانون التأمين الاجتماعي:

1. ألزمت المادة العاملين لدي أنفسهم والمهنيين والحرفيين من غير ذوي المرتبات المنتظمة، ورب الأسرة غير الخاضع لقوانين التأمين الاجتماعي، بسداد اشتراكه واشتراك الزوجة غير العاملة أو التي ليس لها دخل ثابت، ومن يعيش في كنفه من الأبناء والمعالين، على 4 دفعات سنوية لهيئة التأمين الصحي الاجتماعي الشامل، وفي حالة وفاة رب الأسرة يلتزم صاحب الولاية بسداد الاشتراكات من أموال الصغير ما لم يكن يدخل ضمن الفئات غير القادرة.
2. وألزمت الجمعيات الزراعية بتحصيل اشتراكات التأمين الصحي الاجتماعي الشامل للمؤمن عليهم العاملين بالزراعة، وكذلك الزوجة غير العاملة أو التي ليس لها دخل ثابت، ومن يعيش في كنفهم من الأبناء والمعالين، علي أربع دفعات سنوية، وتقوم بتوريدها لهيئة التأمين الصحي الاجتماعي الشامل.

3. وأجازت المادة للهيئة أن تعهد بتحصيل المبالغ لأي من الجهات الحكومية أو غير الحكومية أو الخاصة التي لديها آليات تحصيل مثل: الهيئة القومية للتأمين الاجتماعي ومصحة الضرائب أو شركات أو مندوبي التحصيل أو غيرها.

ومنعاً للتهرب من سداد الاشتراكات أكدت المادة علي اعتبار إثبات ما يفيد استمرار سداد اشتراك التأمين الصحي الاجتماعي الشامل أحد المُسوغات الرئيسية بكافة مراحل القيد الدراسي والحكومي والأهلي والخاص، وإصدار وتجديد بطاقات الرقم القومي وجوازات السفر وتجديد تصاريح العمل والتراخيص المهنية ورخص القيادة وما في حكمها.

- وانطلاقاً من الأهمية القصوي للاشتراكات كأحد مصادر تمويل النظام، قضت المادة (39) بأنه في حالة تأخر سداد الاشتراكات في المواعيد المحددة، فيلتزم بأداء مبلغ إضافي سنوي عن مدة التأخير من تاريخ وجوب الأداء حتى نهاية شهر السداد، ويُحسب المبلغ الإضافي بنسبة تُساوي سعر الخصم المُعلن من البنك المركزي في الشهر الذي يتعين سداد المبالغ فيه مُضافاً إليه 2%.
- وألزمت المادة (40) الجهات المنصوص عليها في المادة (38) من هذا القانون، بتوريد اشتراكات المؤمن عليهم وأصحاب الأعمال المُشار إليها في المادة (37) لهيئة التأمين الصحي الاجتماعي الشامل خلال 30 يوماً من تحصيلها، وذلك بعد استقطاع نسبة يتم الاتفاق عليها مع تلك الجهات، وذلك بحد أقصى 0.5% مما تم تحصيله كحافز للعاملين بالجهات التي تتولي تحصيل الاشتراكات، ولا يدخل هذا الحافز ضمن أجر اشتراك التأمين الصحي.
- كما أعطت المادة (41) للهيئة حق استخدام الوسائل اللازمة لتحصيل الاشتراكات ومُستحققاتها المالية الأخرى، وغيرها من الحقوق المقررة في هذا القانون، وألزمت جميع البنوك في جمهورية مصر العربية، والهيئة العامة لبنك ناصر الاجتماعي، وهيئة

البريد، والهيئة العامة لبنك التنمية والائتمان الزراعي، والبنوك التابعة له، وغيرها من الجهات، بتحصيل وصداد أية مُستحقات تُحِيلها لها الهيئة، وذلك وفقاً لبروتوكولات أو اتفاقيات تعقدتها الهيئة مع تلك الجهات.

- وأكدت المادة (42) ضرورة فحص المركز المالي لنظام التأمين الصحي الاجتماعي الشامل إكتوارياً مرة على الأقل كل ثلاث سنوات بواسطة خبير أو أكثر من الخبراء الإكتواريين المُتخصصين في المجال الصحي، وفي حالة وجود فائض إكتواري يتم تكوين احتياطيّات، أما إذا أظهر الفحص وجود عجز يُظهر فيتم العرض على مجلس النواب للنظر في تعديل قيمة الاشتراكات والمساهمات ومصادر التمويل الأخرى.
- أجازت المادة (43) والأخيرة بهذا الفصل للهيئة إيداع أموالها في حساب خاص ضمن حساب الخزانة المُوحد بالبنك المركزي، على أن يستحق عليها عائد سنوي يُساوي مُتوسط العائد. على أذن الخزانة المصدرة في نفس العام، ولا يكون الصرف منها إلا بموافقة مجلس إدارتها.
- وأقر الشطر الثاني من نفس المادة كون أموال الهيئة أموالاً خاصةً، تتمتع بجميع أوجه وأشكال الحماية المقررة للأموال العامة، وهي وعواندها حق للمُستفيدين منها، وتُستثمر استثماراً آمناً لصالح النظام.

الفصل الثاني: مصادر تمويل هيئة الرعاية الصحية: المادة (44):

- مقابل الخدمات الطبية التي تُقدمها هيئة الرعاية الصحية وفقاً لقائمة أسعار الخدمات التي تقرها هيئة التأمين الصحي الاجتماعي الشامل.
- أية إيرادات ومقابل أية خدمات طبية إضافية، أو أية خدمات غير طبية تقدمها هيئة الرعاية، وفقاً لما يقره مجلس إدارتها.
- القروض والمنح الخارجية والداخلية التي يوافق عليها مجلس إدارة هيئة الرعاية.
- الرسوم التي تحصلها هيئة الرعاية طبقاً لأحكام القانون.
- الهبات والمنح والإعانات والتبرعات والوصايا وأموال الزكاة التي يقبلها مجلس إدارة هيئة الرعاية.
- عائد استثمار أموال هيئة الرعاية.
- ما تخصصه الدولة أو أية جهة أخرى من أموال وأصول لدعم هيئة الرعاية.

الفصل الثالث: مصادر تمويل الهيئة المصرية للجودة واعتماد المنشآت الصحية: المادة (45):

- ما تخصصه لها الدولة من أموال وأصول.
- القروض والمنح الخارجية والداخلية التي يوافق مجلس الإدارة على قبولها بما لا يتعارض مع أهدافها وبما يتفق وأحكام القانون.
- عائد استثمار أموال هيئة الجودة.
- الهبات والمنح والإعانات والتبرعات والوصايا التي يوافق عليها مجلس الإدارة.

الباب الرابع: الأحكام العامة: ويضم المواد من (46-61):

- ألزمت المادة (46) الجهات المختصة بإمداد الهيئة بالبيانات اللازمة عن الخاضعين لأحكام هذا القانون وتوزيعهم الجغرافي وأعمارهم ومهنتهم وكل ما تطلبه الهيئة من معلومات تتعلق بمباشرة نشاطها وتحديثها دورياً، وأن تُنشئ قاعدة بيانات للمُنتفعين بالنظام، وربطها بقواعد البيانات الخاصة بالهيئة القومية للتأمين الاجتماعي ومصلحة الأحوال المدنية وغيرها من الجهات المعنية ذات الصلة، وإتاحة شبكات المعلومات الخاصة بها للهيئة.
- واشترطت المادة (47) للانتفاع بخدمات التأمين الصحي، أن يكون المُنتفع مُشتركاً في النظام ومُسدداً للاشتراكات، وفي حالة عدم الاشتراك أو التخلف عن السداد، يربط انتفاعه بسداد الاشتراكات المُتأخرة دفعة واحدة أو بالتقسيم (فيما عدا حالات الطوارئ)، وفقاً لما تراه الهيئة، بدءاً من تاريخ سريان أحكام هذا القانون على نطاق المُحافظة التي يتبعها المريض، واستثنت المادة في فقرتها الثانية المؤمن عليهم من العاملين بالجهاز الإداري للدولة ووحدات الإدارة المحلية والهيئات العامة والعاملين بالقطاع العام وقطاع الأعمال العام وأصحاب المعاشات، والقطاع الخاص الخاضع لأحكام قوانين التأمين الاجتماعي.
- حددت المادة (48) القواعد والأحكام الخاصة باستحقاق الاشتراكات عن مدد الإعارة الداخلية أو الخارجية، والأجازات الخاصة أو الدراسية، التي لا يصرف عنها أجر، حيث قررت المادة أن يتحمل المؤمن عليه حصته وحصّة صاحب العمل في الاشتراكات عن المدة السابق ذكرها عدا:

1. الأجازات الخاصة برعاية الطفل طبقاً لما هو وارد بقانون الطفل.
 2. البعثات والأجازات الدراسية والمهام العلمية الممنوحة وفقاً لأحكام قانون تنظيم شؤون البعثات والأجازات الدراسية رقم 112 لسنة 1959، أو قانون الجامعات رقم 49 لسنة 1972، فتتحمل الجهة الموفدة أو المبعوث أو الدارس لحصة العامل وصاحب العمل وذلك بحسب الأحوال.
 3. الإعارات لوحدات الجهاز الإداري بالدولة تتحمل الجهة المستعيرة حصة صاحب العمل.
- ونصت المادة (49) علي أن المنشأة بجميع عناصرها المادية والمعنوية، تضمن كامل مستحقات الهيئة، ويكون الخلف الذي آلت إليه ملكية المنشأة بأي سبب من الأسباب مسئولاً عن الوفاء بجميع الالتزامات المستحقة عليها للهيئة، وفق القانون المدني وذلك في حدود قيمة ما آل إليه.
 - وقررت المادة (50) من المشروع إعفاء جميع أموال الهيئة الثابتة والمنقولة، وجميع عملياتها الاستثمارية وعواندها أيضاً كان نوعها، من جميع الضرائب والرؤوس بما في ذلك ضريبة القيمة المضافة، وكذلك إعفاء العمليات التي تباشرها الهيئة من الخضوع لأحكام القوانين الخاصة بالإشراف والرقابة على هيئات وشركات التأمين، كما أعفت الاستثمارات والمستندات والبطاقات والعقود والمخالفات والشهادات والمطبوعات وجميع المحررات التي يتطلبها تنفيذ هذا القانون من الرسوم.
 - أكدت المادة (51) علي أن يكون للهيئات الثلاثة موازنات مستقلة، وتبدأ السنة المالية مع بداية السنة المالية للدولة وتنتهي بنهايتها، ويكون لهم حسابات خاصة بالبنك المركزي تودع فيها مواردها، ويرحل رصيد هذه الحسابات من سنة إلى أخرى.
 - وحددت المادة (52) وقف سريان أحكام التأمين الصحي خلال مدة التجنيد الإلزامي والاستبقاء والاستدعاء بالقوات المسلحة.
 - أخذ المشروع في المادة (53) بأسباب قطع التقادم المنصوص عليها في القانون المدني وأضاف إليها حكماً جديداً مؤداه قطع مدة التقادم أيضاً بالتنبيه علي صاحب العمل بأداء المبالغ

المستحقة للهيئة بمقتضى هذا القانون وذلك بموجب كتاب موصي عليه مصحوب بعلم الوصول يتضمن بياناً بقيمة هذه المبالغ، مع عدم سريان التقادم في مواجهة الهيئة بالنسبة لصاحب العمل الذي لم يسبق اشتراكه في التأمين الصحي عن كل عماله أو بعضهم، إلا من تاريخ علم الهيئة بالتحاقهم لديه، كما لا يسري التقادم في مواجهة الهيئة بالنسبة للمؤمن عليه الذي لم يسبق اشتراكه في التأمين الصحي إلا من تاريخ علم الهيئة بتوافر شروط الخضوع لأحكام هذا القانون.

- وضمناً لضبط الجرائم أكدت المادة (54) ثبوت صفة الضبطية القضائية للمرشحين من العاملين بالهيئة.
- كذلك قررت المادة (55) إعفاء الدعاوي التي تُرفع من الهيئة أو من المؤمن عليهم من الرسوم القضائية في جميع درجات التقاضي، وأجازت للمحكمة شمول الحكم في هذه الدعاوي بالنفاذ المُعجل وبلا كفالة.
- وأعطت المادة (56) المبالغ المستحقة للهيئة بمقتضى أحكام هذا القانون امتياز - قبل الضرائب والجمارك - على جميع أموال المدين من منقول وعقار - وتُسوفى هذه المبالغ قبل المصروفات القضائية، إلي جانب الحق في تحصيلها بطريق الحجز الإداري، ولا يجوز أن تسقط تلك المستحقات بالتقادم.
- وتحقيقاً للشفافية أكدت المادة (57) تولى كل من وزارة المالية والجهاز المركزي للمحاسبات مراجعة حسابات الهيئات الثلاث.
- كما أجازت المادة (58) للهيئة تقديم خدماتها لمواطني الدول الأجنبية المقيمين أو الوافدين لجمهورية مصر العربية، ولها أن تضع من اللوائح والاشتراطات للمواطنين الأجانب وفق ما يتم تقديمه من خدمات صحية للمواطنين المصريين بالدول المختلفة كلما أمكن ذلك.
- ألزمت المادة (59) الخزانة العامة بتسوية العجز في أموال الهيئات الثلاث إذا لم تكف الاحتياطات.
- أكدت المادة (60) من المشروع علي أن تحل الهيئة محل الهيئة العامة للتأمين الصحي في المحافظات التي سيتم التطبيق فيها مرحلياً وفقاً لمراحل تطبيقه.
- واختتم هذا الباب بالمادة (61) والتي تضمنت إنشاء لجنة دائمة للفصل في المنازعات التي تنشأ بسبب تطبيق أحكام هذا القانون بالهيئة، وعدم جواز لأطراف المنازعة اللجوء للقضاء قبل العرض عليها.

الباب الخامس: العقوبات: وتضمن المواد من (62-67).

يليه أربعة جداول اشتراكات ورسوم ومساهمات وحصة الخزانة العامة مرفقة بالمشروع.