



16 نوفمبر 2011

ملاحظات أولية على مسودة قانون التأمين الصحي الاجتماعي الشامل

الصادرة عن وزارة الصحة في 2011/10/18

منذ منتصف تسعينات القرن الماضي تجري محاولات متكررة لإصلاح النظام الصحي برمته وفي المقدمة منه نظام التأمين الصحي الذي بات بعد خمسين عاما من تأسيسه يعاني من العديد من نقاط الضعف.

وتتمثل أبرز هذه النقاط في: نقص إتاحة الخدمات التأمينية في الريف مقارنة بالحضر واقتصار التغطية التأمينية على 52% من إجمالي السكان وتدني جودة الخدمات بما لا يرضي احتياجات المواطنين.

وفي السنوات الثلاث الأخيرة قدمت الحكومة عدت مسودات لقانون جديد للتأمين الصحي كانت في مجملها تفتقد الرؤية الشاملة لطبيعة التغيير المطلوب لإصلاح النظام التأميني، حيث خلت من مبادئ لتحقيق التوزيع العادل لتكلفة العبء المرضي من ناحية وبين موارد الخزانة العامة من ناحية أخرى بما يضمن تحقيق الإنصاف والإتاحة المتساوية.

وفي أكتوبر من عام 2009 رفض المجتمع المدني المسودة رقم 16 التي قدمتها الحكومة وكانت تسعى من خلالها إلى تحميل المواطنين تكلفة وعبء نظام التأمين وتخليها عن مسؤوليتها والتزاماتها القانونية والدستورية في الحماية الاجتماعية والصحية.

وعقب ثورة يناير، أطلق وزير الصحة الدكتور عمرو حلمي مسودة مشروع قانون تأمين صحي اجتماعي شامل بتاريخ 3 نوفمبر الجاري، وحظيت هذه المسودة بمناقشات موسعة داخل أروقة مجلس الوزراء.

وبمراجعة المسودة الحالية مقارنة بالمسودة الأخيرة الصادرة عن وزارة الصحة في 2009/10/21 رقم (16) وتحليلنا السابق لها، واعتماداً منا على مؤشرات الحق في الرعاية الصحية¹ والمبادئ العامة للسياسات الصحية التي

¹ من إتاحة وتوافر وكفاءة وجودة تقديم الخدمات الصحية دون تمييز لأي سبب من الأسباب (انظر المادة 12 من العهد الدولي لحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، والتعليق رقم (14) الصادر عن اللجنة الخاصة بمتابعته.

تحكم مواقفنا والتي تهدف إلى تنفيذ إصلاحاً حقيقياً للقطاع الصحي يلبي احتياجات وحقوق المواطنين في الحماية الصحية العادلة، نرى أن المسودة الجديدة تحتاج للكثير من الإصلاح والنقاش من حولها لافتقادها الموضوع والتحديد في ما يتعلق بالتمويل والتنظيم وتقديم الخدمات الصحية بجودة وكفاءة.

كما نرى أنه من الضروري أن تشمل أية مسودة لقانون التأمين الصحي الشامل الأسس الآتية:

1. ضرورة شمول الحماية والتغطية التأمينية (شمولاً جغرافياً، وعمرياً، وخدمياً بما يضمن الخدمات العلاجية والوقائية والتأهيلية ومجالات الصحة العامة والتوعية الصحية).
2. ضرورة تحقيق الكفاءة من توزيع واستخدام الموارد المتاحة مادياً وبشرياً ومراعاة المناطق والفئات الأكثر احتياجاً للرعاية والخدمات الصحية.
3. ضرورة رفع جودة الخدمات الصحية وتطويرها اعتماداً على معايير ادارة الجودة الشاملة والمنفذة من كيانات محايدة ومستقلة.

ومن هذا السياق نلاحظ على المسودة التالي:-

أولاً: تستند المسودة إلى خلفية دستورية ما زالت محلاً للجدل (الإعلان الدستوري الصادر في 13 فبراير 2011) والإعلان الدستوري الصادر في 30 مارس 2011 وذلك بسبب إلغاء الدستور الصادر في عام 1971.

ثانياً: تفتقد المسودة إلى الكثير من التفاصيل الهامة بإحالتها إلى اللائحة التنفيذية التي لم تطرح بعد لل مناقشة المجتمعية، ما يعد انقاصاً من حق المجتمع في معرفة الشروط الضرورية للتعاقد بين أطراف المنظومة التأمينية الجديدة بمحاورها الثلاث من تمويل وتقديم وتنظيم الخدمات. فعلى سبيل المثال تفتقد المسودة إلى الوضوح فيما يتعلق بالخدمات الصحية التأمينية التي ستقدم للمواطنين من خلال القانون وتحيل ذلك اللائحة التنفيذية . ونرى ضرورة النص الصريح على شمول هذه الخدمات المقدمة وفقاً لاحتياجات المواطنين الصحية المقدرتها اجتماعياً دون تمييز وبغض النظر عن قدرتهم على تحمل تكلفتها.

ولذلك نشدد على أهمية مناقشة اللائحة فوراً بواسطة المجتمع المدني خاصة ما يتعلق بالخدمات المقدمة والتمويل الكامل والجزئي لغير القادرين، إلى جانب المساهمات المحددة لتلقي الخدمة في مجال الدواء ورسوم الزيارة.

ثالثاً: تؤكد المسودة على طبيعة النظام الجديد الإلزامي لجميع المواطنين ما يعتبر اتجاهاً إيجابياً في طريق تحقيق مبادئ التكافل والتضامن المجتمعي.

رابعاً: تشير المسودة إلى تبعية "الهيئة القومية للتأمين الصحي الاجتماعي" التي تتولى إدارة التمويل إلى الوزير المختص بالصحة. ونرى ضرورة النص على إنشاء صندوق قومي للتأمين الصحي داخل هذه الهيئة، وضمان استقلاليتها الكاملة، أو إقرار تبعيته لمجلس الوزراء مباشرة وفصل موارده عن موارد الخزنة العامة بما يضمن عدم المساس بتلك الموارد إلا من خلال مجلس إدارتها وبإشراف من مجلس للأمناء يتشكل من فعاليات المجتمع المستقلة لمراقبة أدائها.

خامساً: تنص المادة (5) في المسودة على إعادة هيكلة الهيئة العامة للتأمين الصحي الحالية بقرار من رئيس الجمهورية بما يقصر دورها على تقديم الخدمات الصحية وذلك اعتماداً على التفاصيل الواردة في اللائحة التنفيذية، ما يعد نصاً مبهماً قد يؤدي إلى تحويلها إلى شركة قابضة. وذلك ما تم رفضه مجتمعياً وقانونياً بحكم القضاء الإداري.²

ونرى ربط إعادة الهيكلة للنظام الصحي الحالي بنص القانون من خلال تأسيس منظومة موحدة لإدارة تقديم الخدمات الصحية في هيئة عامة لمؤسسات الرعاية الصحية تشمل مستشفيات التأمين الصحي، ووزارة الصحة، والمؤسسة العلاجية، والمستشفيات التعليمية، وفقاً لمعايير الجودة المحددة من الكيان الخاص بمتابعة الجودة.

سادساً: تشير المادة (6) من المسودة إلى الجهة المختصة بمتابعة جودة الخدمات الصحية دون تفسير لهايتها أو لضرورة إصدار تشريع بتأسيسها بما يوفر لها الحيطة والاستقلالية.

² أصدرت محكمة القضاء الإداري يوم الخميس 4 سبتمبر 2008 حكماً بوقف تنفيذ قرار رئيس مجلس الوزراء رقم 637 لسنة 2007 بإنشاء الشركة المصرية القابضة للرعاية الصحية ونقل كافة أصول مستشفيات وعيادات التأمين الصحي إلى الشركة القابضة والشركات التابعة لها. بموجب قرار إنشاء الشركة القابضة يتحول التأمين الصحي الاجتماعي إلى تأمين صحي تجاري، ويشكل ذلك ضرراً كبيراً سيقع على عاتق المنتفعين ولاسيما الفقراء منهم. فعلى العكس من نصوص القوانين السابقة التي حرصت على التعامل مع التأمين الصحي والرعاية الصحية للمنتفعين بالطابع الاجتماعي الذي يقدم الرعاية الصحية المتكاملة للمريض دون النظر لنسبة اشتراكه وذلك من خلال هيكل غير ربحية، يجعل القرار المطعون عليه الخدمة تقدم من خلال شركة ربحية لها وظائف استثمارية، ولها حق شراء أسهم وبيعها وإدارة محفظة مالية، ولها إدارة الأصول والاستثمارات بما يعظم عوائد التشغيل، وتستهدف الربح وتقديم خدمة معيارية بسعر مقبول. كل هذا يفيد إضافة هامش للربحية على سعر تكلفة الخدمة بشكل سيؤدي لا محالة إلى زيادة أسعارها، فالفرق بين الخدمة بسعر التكلفة والخدمة بسعر القطاع الربحي كبير. والفرق كبير جداً بين أسعار بعض الخدمات الصحية كما تقدم في مستشفيات التأمين وأسعار تقديمها في المستشفيات الخاصة.

سابعاً: تشير المسودة إلى عناصر تمويل النظام الجديد من خلال الاشتراكات والمساهمات المجتمعية (الضرائب المخصصة للصحة) ونلاحظ غياب نصيب صاحب العمل في تمويل خدمات أصحاب المعاشات والأرامل، وهو ما يعد غياباً لنصيب صناديق التأمينات الاجتماعية والمعاشات في تمويل هذا النظام ونرى ضرورة تخصيص نسبة لا تقل عن ضعف ما يسدده أصحاب المعاشات لضمان تحقيق عدالة توزيع الأعباء المالية لأمراض الشيخوخة مرتفعة التكاليف.