

جمهورية مصر العربية



معهد التخطيط القومي

سيمنار الثلاثاء: للعام الأكاديمي 2024-2025
مصر ما بعد 2025.. رؤية تنموية طويلة الأجل

الحلقة السابعة

الرعاية الصحية وسبل مواجهة تحديات تطبيق
نظام التأمين الصحي الشامل

المتحدثة

الأستاذة/ مي فريد

الرئيس التنفيذي للهيئة العامة للتأمين الصحي الشامل

الثلاثاء 22 أبريل 2025

مجموعة عمل السيمينار

المشرف العلمي

أ.د. مصطفى أحمد مصطفى

الأستاذ بمركز العلاقات الاقتصادية الدولية

المستشار العلمي

أ.د. إبراهيم العيسوي

الأستاذ بمركز السياسات الاقتصادية الكلية

المنسق العلمي

أ.د. علاء زهران

الأستاذ بمركز السياسات الاقتصادية الكلية

فريق الدعم المساند

د. أحمد ممدوح سعد

المدرس بمركز التنمية الإقليمية

د. طارق على سليم

المدرس بمركز العلاقات الاقتصادية الدولية

د. طارق طاهر عبده

أخصائي الاتفاقيات والمؤتمرات والمهام
العلمية

أ. أمل سرور

مدير عام الاتفاقيات والمؤتمرات والمهام
العلمية

عقد معهد التخطيط القومي الثلاثاء الموافق 22 أبريل 2025، سابع حلقات "سيمنار الثلاثاء" للعام الأكاديمي 2024-2025 تحت مظلة مشروع "مصر ما بعد 2025... رؤية تنموية طويلة الأجل" بعنوان: "الرعاية الصحية وسبل مواجهه تحديات تطبيق نظام التأمين الصحي الشامل"، وتناولت الحلقة النقاط الرئيسية التالية:

أولاً: نظرة عامة على النظام الصحي
 ثانياً: الإطار المؤسسي لمنظومة التأمين الصحي الشامل
 ثالثاً: تقييم خطوات تطبيق منظومة التأمين الصحي الشامل
 رابعاً: الهيئة العامة للتأمين الصحي الشامل ودورها في ضمان استدامة التغطية الصحية التأمينية

خامساً: سبل تسريع تطبيق منظومة التأمين الصحي الشامل
 سادساً: التحديات التي تواجه التوسع في التغطية الصحية الشاملة بمصر

أولاً: نظرة عامة على النظام الصحي



يُعد نظام التأمين الصحي الشامل في مصر أحد الركائز الأساسية لإصلاح القطاع الصحي وتحقيق التغطية الصحية الشاملة لجميع المواطنين. ويقوم هذا النظام على مجموعة من الهيئات والمؤسسات، لكل منها دور محدد يضمن تكامل الخدمات وجودتها واستدامة تمويلها.

أ- الهيئات التنظيمية والإشرافية

1. وزارة الصحة والسكان

تتولى وزارة الصحة والسكان الدور الإشرافي والتنسيقي على مستوى النظام الصحي الوطني. وتشمل مسؤولياتها التخطيط الاستراتيجي، تقديم خدمات الصحة العامة، والوقاية، والإسعاف، إضافة إلى التنسيق العام بين الهيئات المختلفة المعنية بالصحة. وعلى الرغم من أن التأمين الصحي الشامل يغطي الخدمات العلاجية، فإن الخدمات الوقائية والإسعافية والصحة العامة تظل ضمن اختصاص الدولة.

2. الهيئات التنظيمية الداعمة

- هيئة الدواء المصرية: مسؤولة عن تنظيم سوق الدواء، ومراقبة التوريد وضمان جودة الأدوية والمستلزمات الطبية.
- المجلس الصحي المصري: يشرف على تنظيم المهن الطبية وتطوير البروتوكولات العلاجية الموحدة على مستوى الدولة.

ب- الهيئات التنفيذية في منظومة التأمين الصحي الشامل

1. الهيئة العامة للرعاية الصحية

تقوم بدور مقدم الخدمة داخل المحافظات المنضمة حديثاً للنظام، وتدير المستشفيات ومراكز الرعاية الصحية التابعة لوزارة الصحة والنظام الصحي التقليدي. وتشمل التعاقد مع مقدمي الخدمة من القطاعين الحكومي والخاص والمجتمع المدني، بشرط اعتمادهم من هيئة الاعتماد والرقابة.

2. هيئة الشراء الموحد

تختص بتوفير الأدوية والمستلزمات الطبية لكافة الهيئات ضمن المنظومة بأسعار موحدة، وبما يسهم في ضبط الإنفاق وضمان التوريد المستقر.

3. هيئة الاعتماد والرقابة الصحية

تُعد هذه الهيئة مستقلة وتتبع رئاسة الجمهورية، وقد أنشئت لضمان أعلى درجات الجودة والمعايير الصحية. ويُعد اعتمادها شرطاً أساسياً لتعاقد أي منشأة صحية داخل المنظومة.

4. الهيئة العامة للتأمين الصحي الشامل

تمثل الجهة المسؤولة عن التمويل والإدارة التشغيلية للمنظومة، ويمكن تشبيهها بشركة تأمين وطنية كبرى. تتعاقد هذه الهيئة مع مقدمي الخدمة المعتمدين وتدير الاشتراكات والتمويل، استناداً إلى لائحة أسعار تُحدث سنوياً من خلال لجنة مستقلة لتسعير الخدمات الصحية.

ج- لجنة تسعير الخدمات الصحية

تضم اللجنة أعضاء من القطاع الخاص، أساتذة اقتصاديات الصحة، ممثلين عن الشركاء الدوليين، والجهات المقدمة للخدمة من المستشفيات الجامعية والقوات المسلحة، وغيرها. وتعمل على إصدار

لوائح أسعار تعكس المتغيرات الاقتصادية ومعدلات التضخم لضمان استدامة تقديم الخدمة بجودة مقبولة.

د- التمويل والدعم المالي

يعتمد النظام على ثلاثة مصادر رئيسية للتمويل:

1. اشتراكات المواطنين المؤمن عليهم.
2. ضرائب مخصصة (مثل ضرائب السجائر ورسوم الطرق).
3. مساهمات الدولة لدعم اشتراكات غير القادرين، والتي تُحدد من خلال وزارة التضامن الاجتماعي وُثُمول بواسطة وزارة المالية.

كما تساهم وزارة المالية في تمويل النفقات الاستثمارية اللازمة لتطوير البنية التحتية الصحية قبل إدراج أي محافظة ضمن المنظومة.

هـ - مراحل التنفيذ بالمحافظات

تتم عملية إدخال المحافظات إلى النظام على مرحلتين:

- المرحلة التجريبية: تبدأ هيئة الرعاية الصحية في تنظيم المنشآت وتقديم الخدمات تدريجيًا، مع تدريب الكوادر وتطبيق النظام الجديد القائم على الرعاية الأولية وربط المواطنين بوحدة صحية محددة.
- المرحلة الرسمية: يبدأ خلالها تحصيل الاشتراكات من المواطنين، وتوسيع التغطية الصحية الكاملة بالمحافظة.

وقد دخلت خمس محافظات إلى النظام بشكل رسمي حتى الآن، وتجري حاليًا المرحلة التجريبية بمحافظة أسوان، والتي يتوقع إدراجها رسميًا قريبًا.

الالتحاق بالمنظومة

النظام إلزامي على مستوى المحافظات، حيث يتم تسجيل كافة المواطنين تدريجيًا. وقد بلغ عدد المسجلين حتى الآن حوالي 4 ملايين مواطن، منهم ما يقرب من 20% من الفئات غير القادرة.

الوضع الحالي لمنظومة التأمين الصحي الشامل



ثانيًا: الإطار المؤسسي لمنظومة التأمين الصحي الشامل

يوضح الشكل التالي الإطار المؤسسي لمنظومة التأمين الصحي الشامل:



ثالثًا: تقييم خطوات تطبيق منظومة التأمين الصحي الشامل

تواجه منظومة التأمين الصحي الشامل في مصر عدة تحديات تتعلق بالوصول الشامل لجميع فئات المجتمع، حيث توجد بعض الفئات غير الرسمية التي يصعب إدراجها في النظام بسبب عدم امتلاكها أوراقًا ثبوتية أو وثائق رسمية، لا سيما في بعض المحافظات النائية. كذلك، فإن فئات مثل المصريين العاملين بالخارج، والمنتمين إلى القوات المسلحة، لا تشملهم المنظومة بشكل إلزامي، بل اختياري، مما ينعكس على نسبة التغطية العامة التي تبلغ حاليًا نحو 83%، دون أن تصل إلى التغطية الكاملة بنسبة 100%.

حتى الآن، تضم شبكة مقدمي الخدمة في المنظومة 430 مقدم خدمة متعاقد، 26% منهم من القطاع الخاص، كما يوجد 3451 منشأة صحية مسجلة ضمن المنظومة. وقد شهدت أسعار الخدمات الصحية تطورات ملحوظة، حيث بلغ متوسط الزيادة بين الإصدارين الرابع والخامس نحو 64%، وبلغت الزيادة في الإصدار الأخير ما يزيد عن 65%.

معايير تحديد أولويات تطبيق المنظومة بالمحافظات

يعتمد ترتيب المحافظات التي تُطبق فيها المنظومة على جاهزيتها من الناحية الإدارية والتنظيمية. ويستلزم القانون إجراء دراسات اكتوارية دورية كل أربع سنوات لضمان الاستدامة المالية للمنظومة. وتشمل هذه الدراسات تقييم "الملاءة المالية" بمعناها الشامل، والذي لا يقتصر على القدرة المالية

فحسب، بل يشمل أيضًا عدة عوامل أخرى، مثل: الكثافة السكانية، الخصائص الديموجرافية، توفر البنية التحتية الصحية، الكوادر الطبية، والهيكل المؤسسي والإداري داخل المحافظة.

وقد أدرجت المحافظات وفق جدول زمني في ست مراحل للتنفيذ، مع مراعاة التعديلات التي تمت لاحقًا بناءً على دراسات حديثة، أجريت خلال العامين الماضيين بالتعاون مع وزارة الصحة، وبموافقة مجلس الوزراء. وهدفت هذه الدراسات إلى تحقيق مواءمة بين خطة التأمين الصحي الشامل والخطة الاستراتيجية لوزارة الصحة من حيث جاهزية المحافظات على مختلف المستويات.

كذلك، أظهرت التجربة أن البدء بتطبيق المنظومة في محافظات صغيرة نسبيًا كان مفيدًا من حيث القدرة على التعامل مع التحديات الأولية وتقييم فعالية الأنظمة الإلكترونية، مما مهد الطريق لتوسيع نطاق التطبيق في المحافظات الأكبر لاحقًا.

محاور العمل الأساسية للمنظومة

ترتكز جهود الهيئة العامة للتأمين الصحي الشامل على أربعة محاور رئيسية:

1. التوسع في شبكة مقدمي الخدمة

يكفل القانون حق المواطن في اختيار مقدم الخدمة الذي يفضل، بعد مروره أولاً بوحدة الرعاية الأولية التابعة له. ويُعد هذا الحق أحد أركان المنظومة، خصوصًا في ضوء الاشتراكات الجديدة التي يدفعها المواطنون، والتي تمنحهم حرية أكبر في الاختيار مقارنةً بالنظام القديم. وقد شمل التوسع كذلك محافظات لم تُدرج بعد رسميًا ضمن النظام، مثل القاهرة والإسكندرية، لتغطية الحالات التي يعمل فيها المواطن في محافظة غير التي يقيم بها.

2. توسيع التغطية الصحية

تسعى المنظومة إلى إدماج مقدمي الخدمات من القطاع الخاص، وذلك عبر اعتماد سياسات تعاقدية جذابة. ويشهد على ذلك مشاركة العديد من المؤسسات الكبرى مثل المستشفى السعودي الألماني، مستشفى الطب العالمي، دار الفؤاد، ومجموعة كليوباترا. كما يجري التعاون مع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية لتسهيل الإجراءات أمام الكيانات الأصغر حجمًا، بما يضمن مشاركتها الفاعلة في تقديم الخدمات الصحية داخل المنظومة.

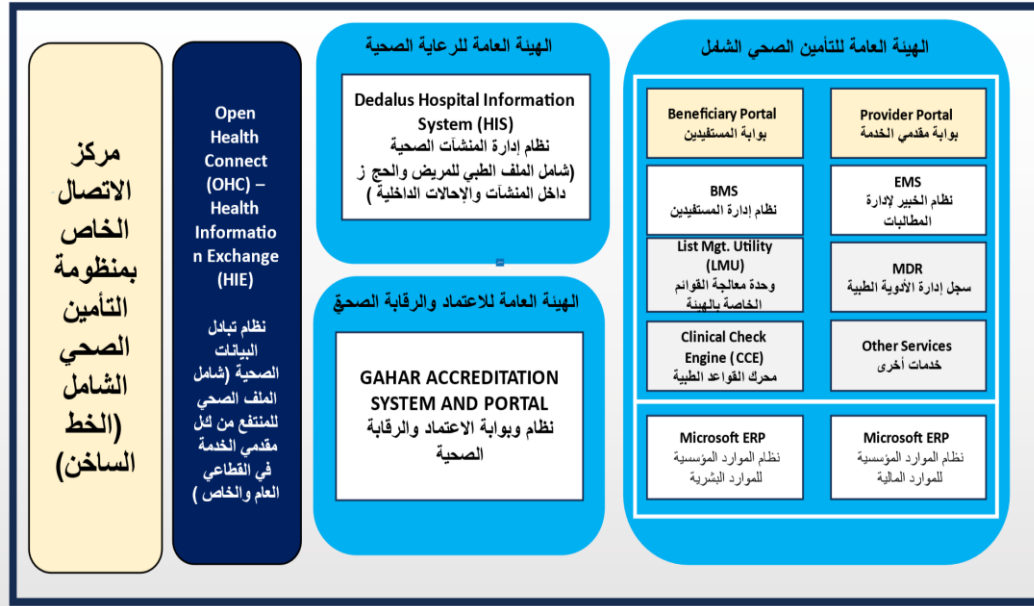
3. الأداء المالي والاستثمار اللازم لضمان الملاءة المالية للنظام

يمثل الاستقرار المالي هدفًا محوريًا للمنظومة، وهو ما تطلب إنشاء هيئات مستقلة للفصل بين تقديم الخدمة، وتمويلها، والرقابة على جودتها. ويُعد هذا النهج تطورًا نوعيًا مقارنةً بالنظام السابق، الذي كانت فيه هيئة التأمين الصحي مسؤولة عن كافة الأدوار.

4. إرساء نظم إلكترونية متكاملة

تُعد الميكنة الكاملة والتحول الرقمي للمنظومة شرطًا أساسيًا لتوسيع التطبيق في المحافظات الكبرى، ويُعد استكمال البنية التكنولوجية أحد العوامل التي تُؤخذ بعين الاعتبار قبل الانتقال إلى مراحل جديدة من التطبيق. ويوضح الشكل التالي التحول الرقمي وميكنة المنظومة:

التحول الرقمي و ميكنة المنظومة



رابعاً: الهيئة العامة للتأمين الصحي الشامل ودورها في ضمان استدامة التغطية الصحية التأمينية

أ- الاستدامة المالية لمنظومة التأمين الصحي الشامل

تعد الاستدامة المالية أحد الركائز الأساسية لمنظومة التأمين الصحي الشامل، وتشكل عمودها الفقري، حيث تمثل ضماناً لاستمرارية تقديم الخدمات الصحية بجودة وكفاءة دون انقطاع. ويمكن التحدي الجوهري في كيفية تعظيم الموارد المالية بصورة مستدامة. وانطلاقاً من هذا المبدأ، نص القانون على إجراء دراسات اكتوارية دورية كل أربع سنوات، تهدف إلى تقييم الوضع المالي للمنظومة واستشراف التحديات المستقبلية.

وقد أظهرت أحدث دراسة اكتوارية، والتي أجريت بعد مرور أربع سنوات على بدء تطبيق النظام، توقعات بحدوث عجز مالي في عام 2030، مما استوجب اتخاذ تدابير إصلاحية استباقية بدءاً من عام 2029. وتتضمن هذه التدابير المقترحة زيادة نسب الاشتراكات أو تعديل الضرائب المخصصة (مثل ضريبة السجائر) ضمن حزمة إجراءات لضمان عدم الدخول في حالة عجز تمويلي.

من جانب آخر، حرصت الهيئة على الحفاظ على استقلالية النظام المالي للمنظومة، بحيث لا تعتمد بشكل أساسي على المخصصات المالية من الخزنة العامة للدولة. فهئة التأمين الصحي الشامل كيان اقتصادي قائم على تمويل تشاركي، ويعتمد على اشتراكات المؤمن عليهم، والضرائب المخصصة، بالإضافة إلى العوائد الاستثمارية لتعظيم موارده.

وقد ساهمت آلية التدرج الجغرافي في تطبيق المنظومة على مستوى المحافظات في دعم الاستدامة المالية، حيث بدأ التطبيق في محافظات صغيرة نسبياً، مما أتاح تكوين احتياطات مالية تدريجية،

واستثمار هذه الموارد قبل الانتقال إلى المحافظات ذات الكثافة السكانية العالية، والتي تتطلب موارد مالية أكبر.

وعلى الرغم من التغطية الحالية التي تشمل أكثر من 64% من المواطنين ضمن التأمين الصحي، فإن الاستفادة الفعلية من الخدمات لا تتجاوز في بعض التقديرات نسبة 16-20%، ويرجع ذلك إلى قصور في جودة الخدمات أو ضعف في توافرها، وهو ما تسعى المنظومة الجديدة لمعالجته.

ب- الأداء المالي الحالي للهيئة

وفقاً لبيانات نهاية شهر مارس، بلغ إجمالي الإيرادات المتحصلة منذ بداية النشاط نحو 184 مليار جنيه مصري، منها حوالي 150 مليار جنيه كفوائد عامة، بينما بلغ إجمالي المدفوعات لمقدمي الخدمة نحو 17.7 مليار جنيه.

تعتمد إيرادات الهيئة على ثلاثة مصادر رئيسية:

1. الاشتراكات: يتم تحصيلها من المؤمن عليه بنسبة 1% من الأجر، و3% عن الزوجة غير العاملة، و1% عن كل طفل. أما إذا كانت الزوجة عاملة، فتدفع اشتراكها بنفسها، ويُسدد صاحب العمل نسبة عنها.
2. الدعم المخصص لغير القادرين: تتحمل وزارة المالية اشتراكات غير القادرين، بما يعادل 5% من الحد الأدنى للأجور عن كل فرد، بناءً على بيانات معتمدة من وزارة التضامن الاجتماعي والجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء.
3. الضرائب المخصصة: تُحصّل على مستوى الجمهورية بالكامل، وتُعد مصدرًا مهمًا في تكوين الاحتياطات المالية، خاصة وأن الاشتراكات والدعم، يتم تحصيلهما فقط من المحافظات التي دخلت ضمن المنظومة حتى الآن.

يوضح الشكل التالي إيرادات ومدفوعات الهيئة والفائض التراكمي الكلي حتى 2025/3/25:

17.7M

المدفوعات لمقدمي الخدمات
حتى 31/3/2025



149.9M

الفائض التراكمي الكلي
حتى 31/3/2025



184.7M

اجمالي الإيرادات
منذ بدء النشاط حتى 31/3/2025



على الرغم من ضخامة هذه الأرقام، فإن النفقات المرتبطة بتقديم الخدمات الصحية تشهد تضخمًا عاليًا يفوق معدل التضخم العام، خاصة مع بدء دخول محافظات ذات كثافة سكانية مرتفعة. كما أن معدل تضخم أسعار الخدمات الصحية يفوق العوائد المتولدة، ما يتطلب سياسات مالية حذرة لتفادي استنزاف الاحتياطيات. ويظل الهدف الأساسي هو الحفاظ على توازن مالي يمكن الهيئة من تغطية الاحتياجات المستقبلية دون تعثر، وضمان تقديم خدمات صحية شاملة لجميع المواطنين.

ج- التحول الرقمي ودوره في تحسين الأداء المالي

بالرغم من التحديات المرتبطة بتكامل قواعد البيانات وتعدد الجهات المقدمة للخدمة، إلا أن التحول الرقمي داخل المنظومة أحرز تقدمًا كبيرًا. حيث تم تطوير العديد من التطبيقات التقنية التي تم تسليمها بالفعل، مع توقع الانتهاء من كافة الأنظمة بنهاية عام 2025. ويهدف هذا التحول إلى تحقيق حوكمة شاملة للبيانات، وتعزيز كفاءة إدارة المطالبات، وضبط المصروفات، وضمان دقة الموارد المتحصلة سواء من الاشتراكات أو الضرائب.

يمثل التحول الرقمي أحد الركائز الجوهرية في تطوير منظومة التأمين الصحي الشامل، وقد تم العمل على بناء مجموعة من التطبيقات الرقمية الأساسية التي تدعم أداء الهيئات المختلفة داخل المنظومة، ويشمل ذلك نظامًا متكاملًا لإدارة بيانات المستفيدين، يهدف إلى تحقيق الحوكمة الشاملة للعملية التأمينية، من خلال قواعد بيانات دقيقة ومحدثة.

طورت هيئة الرعاية الصحية نظام معلومات متكامل (Information System) يُدار ويعمل بكفاءة حاليًا، كما طورت هيئة الاعتماد والرقابة الصحية منصتها الرقمية الخاصة، والتي تُستخدم لتسجيل مقدمي الخدمة وتقييمهم. لكن العنصر الأهم في هذا السياق هو إنشاء منصة تبادل البيانات الصحية الوطنية (Health Information Exchange - HIE)، والتي تمثل "مطبخ البيانات" أو البنية الأساسية التي تُمكن من بناء ملف صحي رقمي موحد لكل مواطن، يُستخدم في كافة نقاط تقديم الخدمة، سواء داخل الهيئة أو من خلال أي مقدم خدمة آخر، باستخدام الرقم القومي فقط.

هذا الملف الصحي الشامل يُعتبر محور التكامل بين الجهات المختلفة في تقديم الرعاية الصحية، ويُسهّم بشكل كبير في تحسين جودة وكفاءة الخدمة، وضمان استمرارية الرعاية الصحية للمريض.

فيما يتعلق بالتواصل مع المواطنين، تم إنشاء مركز اتصال موحد وخط ساخن لحجز المواعيد والاستعلامات، بهدف تقليل فترات الانتظار. وتسعى الهيئة حاليًا لتوسيع نطاق هذا المركز من خلال تطوير قنوات تواصل رقمية أكثر مرونة، مثل تطبيقات الهاتف المحمول، وخدمات الرسائل الفورية مثل "واتساب"، لتمكين المواطن من حجز الخدمات، والاستعلام عن أقرب مقدم خدمة، وتقديم الشكاوى والاستفسارات بشكل مباشر.

خامساً: سبل تسريع تطبيق منظومة التأمين الصحي الشامل

لضمان تسريع وتيرة التنفيذ وتحقيق التغطية الصحية الشاملة على مستوى الجمهورية، تتبنى الدولة عدة استراتيجيات رئيسية، من أبرزها:

تطوير البنية التحتية الصحية والتكنولوجية	■ عبر الاستثمار المستمر في المرافق الصحية وميكنة الخدمات الصحية.
التوعية المجتمعية والتواصل الجماهيري	■ تشجيع القطاع الخاص الطبي على الدخول في منظومة التأمين الصحي الشامل.
تعزيز التكامل المؤسسي	■ تعزيز الوعي العام بأهمية النظام لبناء الثقة وتحقيق نسب مرتفعة من التسجيل والالتزام بالمساهمات.
تنمية الموارد البشرية	■ تنسيق الجهود بين مختلف الجهات المعنية مركزياً ومحلياً لتوحيد الرؤية التنفيذية.
توسيع الشراكات الوطنية والدولية	■ التدريب المستمر للكوادر الطبية والإدارية بما يمكنهم من التكيف مع النظام الجديد والعمل بكفاءة واحترافية.
	■ التعاون مع الشركاء الدوليين لتبادل الخبرات الفنية والاستفادة من التجارب الدولية الناجحة.

لوحظ مع بداية دخول المحافظات إلى المنظومة أن التركيز الأكبر كان على تقديم الخدمة من خلال هيئة الرعاية الصحية فقط، دون النظر بالقدر الكافي إلى الاستفادة من مقدمي الخدمة الموجودين بالفعل في المحافظات، سواء من القطاع الخاص أو المستشفيات الجامعية. وقد ثبت أن الاستفادة من هذه الموارد المتاحة يمثل خياراً أكثر كفاءة، خاصة في ظل محدودية الموارد الاستثمارية والضغط على الخطط الإنشائية.

لذا، تم تبني توجه استراتيجي لتشجيع مقدمي الخدمة الحاليين على الانضمام للمنظومة من خلال تسهيل إجراءات الاعتماد، ما يسهم في تسريع دخول المحافظات ويخفف من الضغط على الجهات الحكومية.

أ. التنسيق المؤسسي

رغم التبعية المؤسسية المختلفة للهيئات الثلاث (التأمين الصحي، والرعاية، والاعتماد)، فقد نتج عن ذلك بعض التحديات في التنسيق بين الرؤى والخطط التنفيذية. وتمت معالجة هذا الخلل من خلال إنشاء لجنة تنسيقية برئاسة رئيس مجلس الوزراء، وتفويض وزير الصحة بإدارتها، لضمان تكامل الأدوار وتوحيد الاستراتيجيات على مستوى الجمهورية.

ب. الشراكات الدولية ونقل الخبرات

تلعب الشراكات الدولية دوراً مهماً في دعم المنظومة من خلال تبادل الخبرات، والحصول على الدعم الفني والمالي من المؤسسات الدولية، لا سيما في مجالات مثل الدراسات الإكتوارية، والتي تم تنفيذها من خلال مكاتب استشارية عالمية ممولة بمنح دولية، مما خفف من العبء المالي على الدولة.

سادساً: التحديات التي تواجه التوسع في التغطية الصحية الشاملة بمصر

رغم التقدم الملحوظ الذي حققه النظام، ما زالت هناك بعض التحديات التي تتطلب معالجات دقيقة لضمان نجاح التطبيق الكامل للنظام، ومنها:

أ- تكنولوجيا المعلومات والبنية التحتية

- يستغرق إعداد نظام تكنولوجيا المعلومات وقتاً أطول من المتوقع مما يجعل طرحه أكثر صعوبة.
- لم يصل نظام المطالبات بعد لتقديم المطالبات على الفور عند تقديم الخدمة وكذلك إمكانية استخدامها من قبل مقدمي الخدمات من القطاع الخاص، ويرجع ذلك إلى التأخيرات أيضاً.

ب- التسجيل

- يتطلب النظام الجديد تغييراً ثقافياً كبيراً فيما يتعلق بدفع الاشتراكات والاعتماد على الرعاية الأولية.
- الوصول إلى بعض السكان والقطاع غير الرسمي وتسجيلهم وليس من السهل الوصول إليه.

ج- تقديم الخدمات

- يقوم القطاع الخاص بتقديم خدمات الرعاية الثانوية والعيادات المستقلة للأطباء الأفراد، وهذا يجعل مشاركة القطاع الخاص أكثر صعوبة في الرعاية الأولية.
- عملية الاعتماد ذات التكلفة النقدية والإجراءات المعقدة.

المداخلات:

تناولت المداخلات من السادة الحضور العديد من التعليقات والأسئلة وذلك على النحو التالي:

- تم تأسيس المركز الإقليمي للتدريب منذ ما يقرب من اثني عشر عاماً بدعم من الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية (USAID) ، وذلك في إطار خطة تدريبية طويلة الأمد تمتد إلى خمس وعشرين عاماً، وتهدف إلى تأهيل وتطوير الكوادر البشرية العاملة في القطاع الصحي بجمهورية مصر العربية. وقد كانت الهيئة العامة للتأمين الصحي إحدى الجهات المستهدفة ضمن هذه المبادرة، الأمر الذي أسفر عن تخصيص خمسة مراكز تدريبية من إجمالي خمسة عشر مركزاً تم إنشاؤها، بحيث تم إدماجها ضمن مستشفيات الهيئة.
- وفي هذا السياق، تم تضمين موضوع "نظام التأمين الصحي الشامل" ضمن المحتوى التدريبي الموجه إلى المتدربين من الأطباء وأطقم التمريض والإداريين العاملين بالهيئة، وذلك من خلال حقائب تدريبية متخصصة. كما تم تنظيم العديد من المؤتمرات والندوات العلمية داخل هذه المراكز بهدف رفع الوعي وبناء القدرات حول منظومة التأمين الصحي الشامل وأهدافها الاستراتيجية.
- تبرز أهمية الدور المحوري الذي يضطلع به طبيب الأسرة ووحدات الرعاية الصحية الأولية في منظومة التأمين الصحي الشامل، باعتبارهم الركيزة الأساسية التي يقوم عليها النظام. إذ يعتمد نجاح مشروع التأمين الصحي الشامل بشكل كبير على وجود بنية قوية ومتكاملة للرعاية الصحية الأولية، تضمن تقديم خدمات صحية شاملة لجميع المواطنين، مع مراعاة سهولة الوصول الجغرافي والقدرة المالية على الحصول على تلك الخدمات.

- يُعد طبيب الأسرة نقطة الاتصال الأولى في مسار تقديم الخدمة الصحية، حيث يتم من خلاله تقييم الحالة الصحية للمريض وتقديم الرعاية الوقائية والعلاجية الأولية، إضافة إلى توجيهه إلى المستوى الثاني أو الثالث من الرعاية عند الضرورة، وهو ما يساهم في تحقيق التكامل بين مستويات الخدمة ويعزز من كفاءة استخدام الموارد الصحية. كما يساهم هذا النموذج في ضمان جودة الخدمات، والحد من الأعباء المالية على المواطنين، وتقديم الرعاية الصحية بعدالة واستدامة.
- تنص المادة رقم (18) من الدستور المصري على: "لكل مواطن الحق في الصحة وفي الرعاية الصحية المتكاملة وفقاً لمعايير الجودة، وتكفل الدولة الحفاظ على مرافق الخدمات الصحية العامة التي تقدم خدماتها للشعب ودعمها والعمل على رفع كفاءتها وانتشارها الجغرافي العادل. وتلتزم الدولة بتخصيص نسبة من الإنفاق الحكومي للصحة لا تقل عن 3% من الناتج القومي الإجمالي تتصاعد تدريجياً حتى تتفق مع المعدلات العالمية. وتلتزم الدولة بإقامة نظام تأمين صحي شامل لجميع المصريين يغطي كل الأمراض.
- يعد معهد التخطيط القومي رائداً في الدراسات التخطيطية والتنموية واستشراف المستقبل، وعليه يمكن أن يتم عمل دراسات متواصلة لمنظومة التأمين الصحي الشامل في مصر لتحليل نظام التأمين الصحي الشامل، وتحديد المشكلات التي يتعرض لها، ودراسة مصادر تمويل نظام التأمين الصحي الشامل، وتقديم مقترحات وتوصيات لاستدامة نظام التأمين الصحي الشامل في المستقبل.
- تلعب منظمات المجتمع المدني دوراً محورياً في دعم مشروع التأمين الصحي الشامل، من خلال توعية المواطنين بأهمية التسجيل في المنظومة لضمان حصولهم على الخدمات الصحية المتاحة. كما تمتلك هذه المنظمات القدرة على الوصول إلى الفئات المهمشة وتشجيعها على الالتحاق بالنظام، بما يعزز فرص تحقيق التغطية الصحية الشاملة.
- كذلك يمكن أن تساهم منظمات المجتمع المدني في إنشاء منشآت صحية غير هادفة للربح تُدرج ضمن مقدمي الخدمة المتعاقدين مع هيئة التأمين الصحي. كما يُعول عليها في رصد التحديات والمعوقات الميدانية وإعداد تقارير موضوعية لرفعها إلى الجهات المختصة، بما يدعم تحسين الأداء واستدامة المنظومة.
- هناك عدد من التحديات التي تواجه منظومة التأمين الصحي الشامل ومنها تسجيل العاملين في القطاع غير الرسمي، حيث تعد إحدى التحديات التي تواجه المنظومة، وهي تسجيل المواطنين العاملين في القطاع غير الرسمي، والذي يصعب ضمهم إلى نظام الضريبة على الدخل، لذلك يقترح العمل على إيجاد مصادر تمويلية إضافية.
- هناك تفاوت واضح بين ما يتقاضيه الطبيب إذا كان يعمل في مستشفيات منظومة التأمين الصحي الشامل. مع العلم أن المنظومة طبقت في 6 محافظات فقط حتى الآن، وهي المحافظات الأقل في الكثافة السكانية (بورسعيد، الإسماعيلية، السويس، جنوب سيناء، الأقصر، أسوان)، وبين الطبيب الذي يعمل في منظومة التأمين القديم مما سيؤثر بعد ذلك على المشروع حيث ستخف عدد الكوادر الطبية المصرية بسبب ارتفاع معدلات الهجرة في المجال الطبي مما سيكون تحدي كبير يواجه تطبيق المنظومة.
- يجب العمل على تسريع وتيرة تطبيق منظومة التأمين الصحي الشامل وتقليل المدة الزمنية لتدرج تطبيق نظام التأمين الصحي الشامل بقدر المستطاع وتسريع التطبيق في كافة المحافظات

للمراحل التالية، بجانب ضرورة تنويع مصادر التمويل حتى لا يكون هناك عائق بسبب التكلفة المالية الباهظة، مثل إشراك القطاع الخاص في تمويل بعض الخدمات الصحية، وتعزيز آليات جذب وشراكة القطاع الطبي الخاص لتقديم خدمات التأمين الصحي الشامل على نحو يضمن إحداث التوازن بين القطاعين العام والخاص، ويُتيح للمنتفعين حقهم في حرية اختيار مكان تلقي الخدمة الطبية، وإشراك المجتمع المدني والقطاع الخاص في تطوير المنظومة.

- ينبغي على الهيئة العامة للتأمين الصحي الشامل إيلاء اهتمام بالغ بالتعامل مع شكاوى المنتفعين، ولا سيما تلك الواردة عبر منظومة الشكاوى الحكومية الموحدة، لما تمثله من أداة تواصل فعالة بين المواطنين والجهات الحكومية.
- تُعد هذه المنظومة وسيلة مهمة لرصد التحديات الميدانية وتحليل أسبابها، بما يتيح للهيئة اتخاذ الإجراءات التصحيحية اللازمة، ويعزز من كفاءة الخدمة وجودتها، ويؤدي في النهاية إلى رفع معدلات رضا المنتفعين، وترسيخ ثقتهم في المنظومة الصحية الجديدة.
- يجب على الحكومة دراسة آليات جذب الكفاءات الطبية للعمل في المناطق النائية، وفي ظل مواجهة تحديات نقص الكوادر البشرية يقع تحدي هو الأكبر في تطبيق المنظومة على مستوى بقية المحافظات الأخرى، فتعويض وتحسين رواتب ومزايا الأطباء سيعمل على جذب واستقطاب الأطباء حديثي التخرج الذين يبحثون عن فرصة عمل خارج البلاد.
- انخفاض قدرات البنية التحتية الصحية، حيث ستواجه المنشآت الصحية إشكالية زيادة عدد المنتفعين نتيجة تغطية المنظومة لجميع المواطنين، في الوقت الذي تعاني فيه مصر انخفاضاً في قدرات البنية التحتية الصحية. بل إن بعض الوحدات الصحية في محافظات الوجه القبلي تعاني من عدم وجود أطباء بها من الأساس.
- هل يطبق التأمين الصحي الشامل على الجهات التي لها تأمين صحي خاص، وعلى المواطن الذي طبقت في محافظته منظومة التأمين الصحي الشامل وخروجه لتلقى العلاج خارج محافظته كما هو الحال في المستشفيات التخصصية في القاهرة الكبرى أو حتى للكشف الطبي فقط؟.

تعقيب المتحدث:

- تعد وحدات ومراكز طب الأسرة بوابة المنتفع الأولى للحصول على خدمات الرعاية الصحية الأولية وفق أحدث الإرشادات والبروتوكولات العلاجية المعتمدة، لافتة إلى أن منظومة التأمين الصحي الشامل الجديدة تعزز مفهوم طب الأسرة، حيث تغطي وحدات ومراكز طب الأسرة 80% من احتياجات الفرد الصحية، وذلك وفق أحدث النظم الصحية العالمية بمحافظات تطبيق منظومة التأمين الصحي الشامل «بورسعيد، الأقصر، الإسماعيلية، جنوب سيناء، السويس، أسوان»، وذلك منذ تدشين منظومة التأمين الصحي الشامل وحتى الآن.
- كما هو معروف أن طبيب الأسرة هو الركيزة الأساسية في نظام الرعاية الصحية الأولية، حيث يلعب دوراً حيوياً في تقديم الرعاية الصحية للأفراد والأسر في المجتمع، ويكون أول من يلجأ إليه الأفراد للحصول على الرعاية الطبية الأولية والتوجيهات الصحية. ويتم حالياً تنفيذ العديد من الدورات التدريبية والفعاليات والمؤتمرات التي تهدف إلى رفع كفاءة أطباء الأسرة لرفع مستوى جودة الخدمات المقدمة. وكما هو معروف عن أهمية دور طبيب الأسرة في منشآت الرعاية الأولية، حيث يتضمن تشخيص وعلاج الأمراض، وإدارة الرعاية الصحية المستمرة للأفراد والأسر، والوقاية والتثقيف الصحي، والإحالة للخدمات التخصصية، وتعزيز الصحة العامة في المجتمع.

- تقدم منظومة الرعاية الصحية مجموع من المميزات لطبيب الأسرة لمساعدته في الالتحاق بتخصص طبيب الأسرة والاستمرار في مراكز الرعاية الصحية الأولية – الوحدة الصحية، بحيث تقدم المنظومة نحو 600 جنية لكل مؤمن عليه داخل إطار الوحدة الصحية، ويخصص لكل طبيب 5000 أسرة، وبذلك ستتوفر له قيمة مالية سنوية مناسبة في التعامل مع الأفراد سواء استفاد بالخدمة أم لا، وهذه الحوافز تعد عوامل مساعدة لزيادة إقبال الأطباء على دخول التخصص وضمان الاستدامة، وكذلك إعطاء الفرصة أيضاً لأطباء طب الأسرة في الدخول في المنظومة.
- بلغ الإنفاق الحكومي على الصحة حوالي 6.3% من الناتج المحلي الإجمالي عام 2023، وهو أقل بكثير من المتوسط العالمي البالغ 10%، وهو مبلغ غير كافٍ لتغطية الاحتياجات الصحية الأساسية. ومع الحاجة المستمرة لتعزيز التمويل لضمان استدامة التغطية الصحية الشاملة، تبدو الزيادات المتواضعة في ميزانية القطاع غير كافية. لتحقيق أهداف الإصلاح، يجب على الحكومة البحث عن مصادر تمويل إضافية وزيادة الإنفاق بنسبة لا تقل عن 30% سنوياً خلال السنوات القادمة.
- يجب ضمان كفاءة الإنفاق وتخفيف الأعباء المالية على المواطنين عند الاحتياج للخدمات الصحية، والجهود ذات الصلة من أجل تطبيق نظام التأمين الصحي الشامل. حيث يزيد الإنفاق الشخصي على الصحة عن نحو 60%، وهي نسبة مرتفعة وإن كانت قد انخفضت إلى 47.9% بمحافظة بورسعيد، كأحد نتائج تطبيق منظومة التأمين الصحي الشامل في أول عام من التطبيق. وإن كان الهدف للمنظومة الجديدة الوصول إلى نسبة 23% وهو المعدل المماثل للمعدل العالمي.
- إن نظام التأمين الصحي الشامل الجديد هو نظام تكافلي يعتمد على سداد المستفيدين القادرين للاشتراكات وتحمل الخزانة العامة لاشتراكات غير القادرين، ومن ثم الحصول على كافة خدمات الرعاية الصحية عند الاحتياج للقادرين وغير القادرين، حيث يقسم غير القادرين إلى 6 فئات، الفئات الخمس الأولى تشمل المستفيدين من برامج الحماية الاجتماعية مثل تكافل وكرامة ونزلاء دور الرعاية ... إلخ، بينما الفئة السادسة مخصصة للمواطنين غير المدرجين في أي من الفئات الخمس الأولى، وتعتمد على قيام المواطن نفسه بالتقدم للهيئة لطلب الإعفاء من الاشتراكات، وفي هذه الحالة يتم تعبئة نموذج طلب العرض على لجنة تحديد غير القادرين، ويتم عمل بحث اجتماعي للمواطن من خلال وزارة التضامن الاجتماعي واتخاذ قرار الإعفاء من الاشتراكات بناء على نتائج البحث.
- الاشتراك في منظومة التأمين الصحي الشامل الجديد إلزامي على كافة المواطنين بموجب القانون، وتعتبر الاشتراكات من المستفيدين واجبة السداد منذ تاريخ بدء تطبيق المنظومة في نطاق المحافظة الكائن بها المنتفع.
- تتمثل الفروقات الجوهرية بين منظومة التأمين الصحي الشامل والنظام التقليدي للتأمين الصحي في شمول التغطية وعدالة توزيع الخدمات. حيث يعد التأمين الصحي الشامل نظاماً تكافلياً يضمن لجميع المواطنين، دون تمييز، الحصول على خدمات صحية موحدة في المستوى والجودة، وذلك مقابل اشتراكات يُلزم بها المنتفعون طبقاً للقانون، مما يعزز مبدأ المساواة في الحصول على خدمات الرعاية الصحية.

- يقتصر النظام الحالي على تغطية فئات محددة مثل طلاب المدارس، والأطفال دون سن الدراسة، والعاملين بالقطاع الحكومي، بينما تعتمد الفئات غير المغطاة بنظام تأميني على العلاج على نفقة الدولة، مما يخلق تبايناً في نوعية الرعاية ومستوى التغطية الصحية المقدمة.
- تمت الموافقة على أن يكون بدء تفعيل إيقاف تغطية الخدمات الصحية غير الطارئة عن المستفيدين غير المسددين لاشتراكات النظام كما حدث في محافظة السويس التي التحقت بمنظومة التأمين الصحي الشامل في ديسمبر 2024، وسوف يتم إيقاف الخدمات غير الطارئة بعد ستة أشهر من بدء التشغيل الفعلي إذا لم يتم سداد الاشتراك والانضمام للمنظومة، حيث سوف تتراكم عليه قيمة الاشتراك إذا لم يتم دفعها. ولا يشترط سداد كافة مستحقات الهيئة المتأخرة دفعة واحدة، ويمكن تقسيطها لمدد تتخطى ثلاث سنوات وممكن أكثر من ذلك وفقاً لرغبة وطبيعة المستفيد، وبدون فوائد كما حدث في محافظة بورسعيد.
- تُعد المتابعة المستمرة والتقييم الدوري من الركائز الأساسية لضمان فاعلية تطبيق منظومة التأمين الصحي الشامل، حيث تسهم هذه الإجراءات في تعزيز جودة الخدمات الصحية المقدمة وتحقيق التكامل في الرعاية الصحية للمواطنين. ويهدف ذلك إلى ضمان استمرارية الخدمة وتحقيق أعلى مستويات الكفاءة والرضا لدى المنفعين.
- في هذا السياق، تم تنفيذ عدد من الدراسات التقييمية بالتعاون مع شركاء دوليين لدعم ومتابعة الموقف التنفيذي للمنظومة، من أبرزها الدراسة المشتركة مع البنك الدولي، والتي ركزت على تقييم آليات تطبيق المنظومة في محافظة بورسعيد، باعتبارها أولى المحافظات التي نُفذ فيها المشروع على أرض الواقع.
- تم تخصيص شباك وعيادة طبية لكبار السن بجميع وحدات المنظومة تسهيلاً على المسنين من المنفعين، كما أنهم يحصلون على جميع الخدمات بشكل سريع مراعاةً لظروفهم الصحية.
- يعد اختلاف سقف الرواتب بين أطباء وزارة الصحة والأطباء في منظومة التأمين الصحي الشامل، اختلافاً كبيراً، ويعرض الصحة العامة لبعض أوجه القصور، وعليه يجب على الوزارة والدولة أن تخفض الفجوة بين القطاعين، أو تساويهم في أفضل الأحوال لتوفير بيئة اجتماعية مناسبة من ناحية، ومكافحة هجرة الأطباء من الوزارة والدولة بصفة عامة من ناحية أخرى.
- يتم تطبيق نظام التأمين الصحي الشامل على الجهات الخاصة مثل الضرائب والجمارك والكهرباء والبنوك، وهيئة قناة السويس، حيث تلتزم هيئة التأمين الصحي الشامل بشراء الخدمة الصحية لأصحاب نظم التأمين أو البرامج الصحية الخاصة سواء كانت الخدمة مقدمة بمستشفيات هيئة الرعاية الصحية أو بمستشفيات تلك النظم، وذلك وفقاً لنظم التعاقد والأسعار والضوابط والإجراءات الخاصة بهيئة التأمين الصحي الشامل، وأيضاً معايير الجودة التي تحددها هيئة الاعتماد والرقابة الصحية، وبحيث تؤول الأصول العلاجية كالمستشفيات وغيرها إلى هيئة الرعاية الصحية، وكل الأصول الإدارية التابعة لهم ستؤول أيضاً إلى المنظومة كأصول مملوكة لها.
