PRESS CLIPPING SHEET

PUBLICATION:	**Akhbar Al Youm**
DATE:	**06-February-2016**
COUNTRY:	**Egypt**
CIRCULATION:	**1,300,000**
TITLE :	**Akhbar Al Youm showcase the pros and cons of the new health insurance draft law**
PAGE:	**02**
ARTICLE TYPE:	**Government News**
REPORTER:	**Staff Report**

VANTAGE COMMUNICATIONS
YOUR REPUTATION IS TOO PRECIOUS FOR SECOND BEST

NOVARTIS PHARMACEUTICALS

PRESS CLIPPING SHEET

أخبار اليوم

تستعرض خطايا ومزايا مشروع قانون التأمين الصحى الجديد

نشرت أخبار اليوم الاسبوع الماضى التعديلات النهائية التى قدمها د. أحمد عماد وزير الصحة لمجلس الوزراء وقال الوزير تم تشكيل لجنة تضم فى عضويتها ٢٠ من الاستشاريين فى مختلف التخصصات لتعديل وإضافة بنود جديدة لقانون التأمين الصحى الجديد واخراجه بالصورة المثالية.

اخبار اليوم تحدثت مع دكتورة منى مينا وكيل نقابة الاطباء التى حددت أبرز ٧ خطايا فى مشروع التامين الصحى وقامت بعرضها على الدكتور على حجازى رئيس الهيئة لها .

٧

وكيل نقابة الأطباء ترصد :

خطايا فى مشروع القانون

الحكومة أصدرت ما يقرب من ٤٠ مسودة من قانون التأمين الصحى ابرزها النسخة التى صدرت بتاريخ ٢٠ ديسمبر ٢٠١٥ ثم جاءت النسخة الثانية بتاريخ ١٧ يناير ٢٠١٦ إلى جانب المسودة التى تنشرها أخبار اليوم.. تحدثنا مع الدكتورة منى مينا وكيل نقابة الأطباء التى حددت خطوطا عريضة اعتبرتها خطوطا حمراء فى مشروع قانون التأمين الصحى مشيرة إلى أن مسودة القانون حملت ٧ خطايا وذلك على النحو التالى:

١ : عدم وجود تحديد دقيق لطبيعة المشروع،والاكتفاء بكلمة «اقتصادية» فهل الهيئات الثلاث هيئات اقتصادية هادفة للربح، أم أنها «هيئات خدمية لاتهدف للربح.

٢ : يحدد القانون ان تقديم الخدمة عن طريق «التعاقد» بين هيئة التمويل والإدارة وبين المستشفيات الحكومية أو الخاصة التى ستنطبق عليها شروط الجودة، ولأننا نعرف أن معظم مستشفياتنا الحكومية لا يوجد بها معايير جودة حقيقية، نظرا لأنه لا يوجد انفاق كاف عليها، إذن من المتوقع أن تخرج هذه المستشفيات من التعاقد ،وتستأثر المستشفيات الخاصة بالتأمين الصحى، ونحن نتساءل : «ما مصير المستشفيات التى ستخرج من التعاقد مع هيئة التأمين الصحى؟؟» خصوصا أن كافة التخصصات التى تخصصها الدولة للصحة بالمحافظة ستئول لهيئة التأمين الصحى بهذه المحافظة فور دخول المحافظة للنظام الجديد وهنا يبدو أن المستشفيات والعاملين فيها سيكونون خارج النظام الصحى تماما.. ولا نعلم ما مصير المستشفى.. هل سيطرح للبيع أو الشراكة مع القطاع الخاص بنظام PPP؟؟

٣ :ما وضع الاطقم الطبية والعاملين بالوحدات الصحية والمستشفيات العامة والمركزية والتعليمية والمؤسسة العلاجية التابعة لأمانة المراكز الطبية المتخصصة بعد التعاقد مع هيئة المستشفيات والرعاية الصحية؟؟ خصوصا أن القانون ينص فى «المادة ١٤» على «اعتماد الهيكل التنظيمى للهيئة واللوائح المالية والإدارية وشئون العاملين دون التقيد باللوائح والنظم المعمول بها فى الهيئات العامة والحكومية فى هذا الشأن».. بذلك لا يوجد ضمان بالحفاظ على أى حقوق مكتسبة للأطباء والعاملين بهذه المستشفيات،وإذا ما تم إقرار التعيين بالتعاقد، فمعنى ذلك تحول العاملين لنظام التعاقد بدلا من التعيين،وإلغاء التزام الدولة بتكليف الاطباء والصيادلة والتمريض.

٤ :يقدم لنا مشروع القانون فكرة «فصل التمويل عن الخدمة عن الرقابة» كوضع يضمن الرقابة المستقلة وتحسين مستوى الخدمة، ولكن الحقيقة أن الثلاث هيئات التى ينص مشروع القانون على تشكيلها أولها للإدارة والتمويل والثانية لتقديم الخدمة والثالثة للرقابة، كلها تتبع مجلس الوزراء، وتنشأ بقرار من رئيس مجلس الوزراء،بما ينفى أى وجود لاستقلالية حقيقية. كما أن كل اعضاء مجلس إدارة هيئة الرقابة معينون من قبل رئيس مجلس الوزراء، ولايوجد أى منتخبين لتمثيل مقدمى الخدمة أو المنتفعين بها «علما بأن التأمين الصحى بوضعه الحالى يلتزم بتمثيل نقابات المهن الطبية فى مجلس إدارته»، وبذلك يكون هناك تراجع فى الرقابة على النظام الصحى وليس تحسنا.

٥ :فى حالة حدوث عجز فى ميزانية التأمين الصحى يتم العرض على مجلس النواب لتعديل قيمة الاشتراكات والمساهمات «المادة ٢٤» وبذلك فحتى مميزات إعفاء غير القادرين والمعاشات وذوى الأمراض المزمنة من المساهمات، وكذلك عدم وجود أى مساهمات عند دخول المستشفيات، هى مميزات غير ثابتة وممكن التراجع عنها.

٦ : تم الخلط بين طبيعة عمل الممارس العام وطبيب الأسرة ولم يتم ذكر طبيب أسنان الاسرة، كما لم يتم ذكر طبيعة عمل المؤسسات الصيدلانية الحكومية والاهلية وطبيعة علاقتها بالمشروع.

٧ : الاصل فى التأمين الصحى أن المريض يدفع اشتراكا بشكل منتظم ودائم، حتى لا يضطر لدفع رسوم أو مساهمات عند المرض، وإذا كان مفهوما أن يتم فرض بعض الرسوم والمساهمات البسيطة فى العيادة وعند صرف العلاج، كضابط لمنع سوء استخدام خدمات التأمين الصحى، فليس من المقبول اطلاقا فرض مساهمات عند إجراء التحاليل والاشعات حيث إنها فحوص لازمة لتشخيص المرضى وعلاجهم.

د. منى مينا

ورئيس هيئة التأمين الصحى يرد :

المكاسب كثيرة

ردا على الخطايا التى تحدثت عنها د. منى مينا وكيل النقابة، قال د. على حجازى رئيس هيئة التأمين الصحى إن مسودة القانون فى مرحلة الإعداد وهى قابلة للحذف والاضافة، وقد الخطايا التى رصدتها د. منى مينا وكيل نقابة الاطباء كما يلى:

فيما يتعلق بطبيعة المشروع، فقد تم تلافى ماذكرته د. منى فى النسخة المعدلة الحالية بتاريخ ٢٠١٦/١/٦ وتحديد أنها هيئة عامة لا تهدف للربح ونص المادة «١٥» من مسودة القانون على : تتولى هيئة الرعاية تقديم الخدمات الأولية والثانوية ممثلة فى وحدات الرعاية الصحية الأساسية وعيادات ومراكز طب الأسرة والعيادات الشاملة بالتأمين الصحى الحالى ،كما تقدم الخدمات المتقدمة من خلال مستشفيات التأمين الصحى الحالية ومستشفيات المؤسسة العلاجية والمراكز الطبية المتخصصة ومستشفيات وزارة الصحة،وهيئة المستشفيات التعليمية،ويتم ذلك تدريجيا بعد تأهيلها وفقا لمعايير الجودة والاعتماد. وتعتبر الهيئة أداة الدولة الرئيسية فى ضبط وتنظيم وتقديم الخدمات الصحية التأمينية .كما تنص المادة «٢٠» من مسودة القانون على أن تتكون موارد هيئة الرعاية من - ما تخصصه الدولة لهيئة الرعاية من أموال وأصول، ومقابل الخدمات التى تقدمها هيئة الرعاية وفقا لما يحدده مجلس إدارتها. والقروض والهبات والمنح الخارجية والداخلية التى يوافق عليها مجلس إدارة هيئة الرعاية بشرط اعتمادها من السلطة المختصة قانونا.

وبالتالى فإن جميع وحدات تقديم الخدمة المملوكة لأجهزة الدولة سوف يتم ضمها لهيئة الرعاية وسيتم تأهيلها وفقا لمعايير الجودة من خلال مصادر تمويل هيئة الرعاية الصحية. ولا يوجد بمواد مسودة القانون أى إشارة إلى بيع تلك الوحدات أو خصخصتها.

أما مشكلة الجودة فلابد من تأهيل كل المستشفيات وفقا لمعايير الجودة والاعتماد من قبل المسئولين عنها حتى يتم قبول اعتمادها، وهى ليست مشكلة لأن الجودة ضرورية لصالح الخدمة سواء فى النظام المقترح أو الحالى، ولا عذر لتحقيق الجودة بحجة قلة التمويل فمن الممكن اشراك القطاع التطوعى كما يحدث فى التأمين الصحى وفى تجارب عالمية لدول كبيرة كألمانيا وانجلترا والهند. مع العلم بأن التأمين الصحى الحالى يتعاون مع كل القطاعات ومنها القطاع الخاص دون خصخصة انشطته.

وقال: تنص المادة «١٩٠» من مسودة القانون على: تؤول لهيئة الرعاية كل الأصول العلاجية للهيئة العامة للتأمين الصحى الحالية وتحل محلها فى كافة مراكزها القانونية ، فيما يتعلق بتلك الاصول وينقل العاملون بالهيئة الحالية وبالجهات والوحدات العلاجية ذات الصلة للعمل بهيئة الرعاية على أن يحتفظوا بنفس الأوضاع والمزايا التى كانوا يحصلون عليها على الأقل.

والثلاث هيئات التى سوف يتم انشاؤها بموجب القانون هى هيئات مستقلة لكل منها دوره فى نظام التأمين الصحى الاجتماعى الشامل بما يضمن الفصل بين الاختصاصات وعدم وجود تضارب فى المصالح، كما أن مجلس إدارة هيئة التأمين الصحى الاجتماعى الشامل هو السلطة المختصة، بينما هيئة الرعاية الصحية يتم اعتماد قرارات مجلس إدارتها من الوزير المختص الذى سيتم تحديده فى قرار انشاء الهيئة. ومجلس إدارة هيئة الرقابة الصحية هو مجلس متخصص يتم اختيار اعضائه من المتخصصين فى مجالات الجودة والإدارة والاعتماد والقانون.

ومثال على ذلك: الجهاز المركزى للتنظيم والإدارة كجهة رقابية يتبع رئاسة مجلس الوزراء الذى تتبعه معظم الوزارات التى يتم مراقبتها من نفس الجهاز.

وأكد أنه لا مشكلة من اعفاء غير القادرين فهذا النظام ناجح فى تركيا حيث يتم برغم فصل التمويل عن الخدمة وإعفاء غير القادرين من النواحى المالية . كما أنه من الطبيعى أن يكون تعديل الاشتراكات للفئات التى تقوم فى الأساس بسداد الاشتراكات و ليس الفئات المعفية منها . واضاف : تم ذكر الممارس العام بسبب عدم اكتمال منظومة طب الأسرة فى مصر مما يعنى انه سيتم الاعتماد على الممارس العام لحين تأهيل وتفعيل منظومة طب الأسرة.

وأكد أن الأصل فى التأمين الصحى أنه يوجد عدة انظمة للاشتراك منها نظام الاشتراك المسبق فقط «premium» ومنها أنظمة أخرى «Co-payment,Co-Insurance,Deductible» حيث يتحمل المنتفع جزءا من تكلفة الدواء والفحوصات فى العيادات الخارجية وذلك بهدف الحد من اساءة استغلال النظام بواسطة المرضى أو الأطباء وهو مبدأ متعارف عليه ومطبق فى العديد من الدول مثل : فرنسا وعادة ما يتم الدمج بين أكثر من نظام بغرض ضمان الاستغلال الأمثل والاستدامة المالية.

د. على حجازى