الرعاية الصحية والسكان

ورقة بحثية

أ. د حسام بدراوي

مركز تحوت للدراسات السياسية
TCPS (Thoth Center for political studies)
Political Think Tank

نبذة عن مركز تحوت للدراسات السياسية

تحوت أو Thoth هو إله الحكمة والكتابة عند قدماء المصريين.

المركز هو مؤسسة أهلية مصرية غير هادفة للربح، نابعة من مؤسسة النيل بدراوي للتعليم والتنمية وجمعية الحالمون بالغد. المركز هو مبادره إجتماعيه تستهدف خدمه المجتمع وصانعي القرار علي كافة المستويات، وطرح بدائل سياسية وإجتماعيهبدون أجندات مفروضة. إن مبادرة إنشاء مركز جديد يتمتع بالجدارة المهنية والإحترام العالمي ويصدر سياسات وابحاث لها سوقاً داخلية وخارجية، هو خطوة هامة ومطلوبة وتهدف الي:

١. تقديم حلول أو توصيات سياسية عملية للتحديات الداخلية والإقليمية والدولية.

٢. استنباط وتحديد التهديدات والفرص المستقبلية لمصر.

ويعد المركز أوراقه البحثية تفصيلا حسب احتياجات المجتمع السياسية والتنمويه الحالية والمستقبلية ،ويتمتع بالاستقلالية المدنية، وقيادة معروفة بالرآي المستقل والمصداقية والتنوع، يستخدم المركز التحليل الموضوعي للأحداث ويستطلع الرآي العام في حدود القانون عند الإحتياج.

مساحة عمل المركز Scope of work

أربعة محاور ومبادرات يطرحها المركز :

١ـ البدائل السياسية والاجتماعية لقيادة البلاد في ظل ضعف النظام الحزبي في مصر الأحزاب وعدم اتفاق القوي السياسية داخل البرلمان مما يهدد التنمية المستدامة، مع وجود تحدي اقتصادي جبار.

٢ـ سياسة مصر الخارجية الاقليمية والدولية .

3ـ التنمية الإنسانية للسكان بصفتها المدخل طويل المدي من بوابة التعليم والصحة والثقافة والفن والإعلام.

٤ـ دمج حقوق الانسان بالمفهوم الواسع في السياسة المصرية الداخلية والخارجية وتطوير الخطاب الديني

هذا بالاضافة إلى إيجاد مبادرة أو اثنين يخرج منهما مشاريع يمكن أن يضيفوا علي المدي المتوسط خدمة البلاد.

اصدارات المركز:سيصدر المركز مجموعة من الدوريات والأبحاث التي يمكن الحصول عليها باللغة العربية والانجليزية ولغات أخري، علي موقع المركز علي شبكة الانترنت . كما سقوم المركز بتنظيم سلسلة من المحاضرات السياسية التي يلقيها خبراء سياسيين مصريين ودوليين لإثراء الفكر السياسي ومناقشة البدائل السياسية بحرية ، وسيصدر المركز هذه المحاضرات وملخص المناقشات بشكل دوري.

المحتويات

أولاً: الرعاية الصحية

1 - مقدمة.
2 - تحليل الواقع الحالي.
3 - مسؤولية المجتمع عن الصحة.
4 - مبادئ أساسية للسياسة الإصلاحية للرعاية الصحية.
5 - الأهداف والعناصر الأساسية لسياسة الإصلاح:
أ- تحديد مجموعة خدمات الرعاية الصحية الواجب توفرها لكل مواطن.
ب- تحديد الموارد المالية المطلوبة.
ج- استخدام طرق جديدة لتنظيم وإدارة و تمويل تقديم الخدمات الصحية:
- قدر أكبر من اللامركزية في الموازنة والإنفاق والإدارة.
- زيادة فاعلية الأنفاق.
- دور مركزي لوزارة الصحة.
- المشاركة المجتمعية بين القطاع العام والخاص.
- دراسة وضع السوق المحلى.

6- الاستراتيجيات المقترح الالتزام بها.
7- التوجه نحو اللامركزية.
8- مسؤولية الدولة في توفير الدواء والمستلزمات:
أ. تدعيم الصناعة الوطنية والدعوة للاستثمار.
ب. توفر الأدوية الأساسية.
ج. الدعم لغير القادرين وليس للسلعة.
د. تنمية الصادرات.
ه. البحث العلمى والابتكار
و. صناعة المستلزمات الطبية.
ز. صناعة الأمصال واللقاحات.
9- معايير قياس جودة الرعاية الصحية
10- استكمال البنية الأساسية لتقديم الراعية الصحية في مستوياتها المختلفة.
11- المشاركة المجتمعية بين القطاع العام والخاص.

12- التأمين الصحي:

أ. التوسع التدريجى لمظلة التأمين الصحي.
ب. دعم الدولة ضمن إدارة اقتصادية فعالة.
ج. تمويل التأمين الصحي.
د- إتاحة اختيارات أمام المواطن.
هـ- اللامركزية في التأمين الصحى.

13- خدمات الرعاية الصحية الأولية:
أ. أهمية التوجه نحو الرعاية الصحية الأولية
ب - رعاية الأم والطفل مدخل أساسي لصحة المجتمع
ج- التوسع في الوقاية ونشر الوعي الصحي

14- مشاريع وبرامج مقترحة لتنفيذ سياسة الإصلاح.

ثانيا: السكان:

1. أبعاد المشكلة السكانية
2. الوضع الحالى للسكان
3. دعوة لاستمرار وتفعيل تنظيم الأسرة
4. السياسة القومية للسكان

أولاً :- الرعاية الصحية:

1- مقدمة :

لاشك أن حق المواطن في الحصول على الرعاية الصحية في وطنه أصبحت أحد أهم دعائم المجتمع الرئيسية، ومظهر لحضارته، وأساس هام لاستقراره ورضاه، ولقد امتد مفهوم الرعاية الصحية ليشمل بالإضافة إلي تقديم الخدمات التشخيصية والعلاجية والتأهيلية، مفهوم الحفاظ علي الصحة العامة ضمن إطار التنمية البشرية للمجتمع. إن الرعاية الصحية تعتمد على أسس محدده أهمها، توفرها للمواطن بالقرب من مكان معيشته وعمله، توفرها بجوده معينه، وقدره المواطن على الحصول عليها و قدرته على تحمل تكاليفها بالنسبة لدخله.

وحيث أن تكلفه الرعاية الصحية ترتفع يوما بعد يوم، نظرا لارتفاع قيمة الأجهزة الطبية، والاحتياج لتطويرها، وإرتفاع أسعار الدواء والإجراءات التشخيصية. وكذلك ارتباط أسعار المستلزمات الطبية المستخدمة في العمليات بالعملة الأجنبية. فإنه يجب علينا أن نفكر بأساليب اكثر ابتكاراً في كيفيه استنباط طرق مختلفة لإستمرار تقديم الرعاية الصحية للمواطنين، بجوده عالية وتحديد دور جديد لوزارة الصحة في المجتمع بتغيراته السياسية والاقتصادية والاجتماعية.

إن حق المواطنين في الحصول علي الرعاية الصحية المناسبة يجب أن يعتمد علي احتياجاتهم وليس علي قدرتهم علي تسديد تكاليف هذه الرعاية، وحيث أن الرعاية الصحية ليست منتج كغيرة ولا خدمة كغيرها في المجتمع، فهي بطبيعتها قد تكون غير متوقعة، وقد تكون باهظة التكلفة، لذلك فإن توجهنا يجب أن يكون بتجميع الطاقات المتاحة والعمل ضمن إطار منظومي بدلاً من الجهود المتفرقة، ووضع استراتيجيات مستقبلية، واضعين في الإعتبار النمو السكاني وقدرات المواطن والدولة لتحقيق أهداف لا يمكن التنازل عنها للمواطن بغض النظر عن قدرته المالية.

إن رؤيتنا نحو الرعاية الصحية في مصر يجب أن تركز علي احتياجات المواطنين كأفراد، والمجتمع ككتله، ونؤمن بأن ذلك لا يحتاج فقط لزيادة الموارد والاستثمار العام في مجال الصحة، ولكن يحتاج إلي تنمية بشرية في هذا القطاع للأطباء، هيئات التمريض والمؤهلين ومتخصصي الخدمات المساعدة للرعاية الصحية وكذلك تحديد الأولويات، ودمج المجتمع ومشاركته كمقدمي خدمة ومتلقيها وأسرهم في هذه الرؤية، والفعالية في استخدام الموارد المتاحة.

2- تحليل الواقع الحالي:

لقد حققت مصر نجاحاً ملموساً في تحسين أوضاع الصحة العامة لمواطنيها، وقامت باستثمارات متوسعة في بناء وزيادة عدد الأسرة المتاحة للمواطنين وزيادة عدد الأطباء والعاملين في مجال تقديم خدمات الرعاية الصحية، وعلاج عدد كبير من المواطنين علي نفقة الدولة. وبالرغم من هذا النجاح فإن هناك تفاوت كبير في الحالة الصحية بين فئات الشعب المختلفة وبين المواطنين في الشمال والجنوب، والحضر والريف. كما أن هناك تحديات جديدة تظهر وتهدد المجتمع (مثل الإلتهاب الكبدي الوبائي) وأخرى موجودة في مجتمعات محيطة بنا (مثل الإيدز) وحالات ترتبط بتغير الضغوط الاجتماعية والاقتصادية علي المواطنين (مثل زيادة نسبة الوفيات نتيجة أمراض القلب والجهاز الدوري) وكلها تؤدي إلي ازدياد الحاجة إلي علاج الأمراض، خصوصاً بتوفر أنماط علاج أو جراحات جديدة، وقد تحتاج لتغيير سلوك المجتمع تجاه بعض العادات السيئة (التدخين مثلاً).

ولابد أن نذكر أن برامج الرعاية الصحية في العقود السابقة قد نجحت في تطعيم الأطفال، والقضاء علي البلهارسيا بشكل كبير وامرض الإسهال للأطفال، وشلل الأطفال، وكذلك أخيرآ، النجاح الملموس في علاج الإلتهاب الكبدي الوبائي، وبشكل أقل يقترب من الفشل في برامج تنظيم الأسرة. إلا أن برامج تقديم الرعاية الصحية الأولية للمواطنين وأسرهم مازالت تحتاج للكثير من العمل حيث يتفاوت توفر وجود هذه الرعاية بشكل كبير من مكان لآخر ومن مواطن إلي لآخر ومازال قطاع كبير من المواطنين لا يحظى بالقدر الكافي منها وهي المدخل الأساسي لأي برنامج تأمين صحي في المستقبل.

3- مسؤلية المجتمع عن الصحة

إن تقديم خدمات علاجية للمواطنين، من القطاع العام أو الخاص، لا يعني علي الإطلاق إن صحة المجتمع أفضل... حيث أن تقديم هذه الخدمات جزء من مكون الصحة العامة للمجتمع، التي هي المسؤلية الأساسية للحكومة وترتبط الصحة العامة للمواطنين بعوامل مؤثرة كثيرة أهمها،1- التعليم 2- نسبة الفقر 3- حالة البيئة 4- عادات المجتمع الغالبة 5- النمو السكاني 6- نسبة الجريمة والحوادث. وكل هذه العوامل تتداخل بشكل أو بآخر وتؤثر سلباً وإيجاباً مع الصحة العامة، ولا يمكن تصور عملية إصلاح للصحة في مصر بدون التوجه نحو هذه العوامل الأساسية والتدخل فيها ضمن إطار أعم وأشمل.

وهناك علاقة قوية بين التعليم، ونسبة الأمية والصحة، كما أن التغذية في المدارس خصوصاً في المراحل الأولي لها أهمية تعليمية في الاستيعاب، وكذلك زيادة عدد المتعلمين لها أهمية في رفع درجة الصحة العامة في المجتمع.

4- مبادئ أساسية للسياسة الإصلاحية للرعاية الصحية

- العمومية: أي أن يحصل جميع المصريين علي نفس مجموعة الخدمات الصحية الخاصة بالرعاية الأولية.
- الجودة: أي أن تتمشى معايير تقديم الخدمة مع المعايير العالمية المتعارف عليها إكلينيكياً.
- العدالة: أن يتوزع العبء المالي لتكلفة الخدمات الصحية بعدالة علي كافة المواطنين، وأنه تحت أي ظروف لا يجب أن يحرم منها من ليس له قدرة علي سداد تكاليفها في أي وقت.
- الفعالية: وهي أن يتم تقديم أعلي جودة من الخدمات بأقل تكلفة.

5- الأهداف والعناصر الأساسية لسياسة الإصلاح:

أ- تحديد مجموعة خدمات الرعاية الصحية الواجب توفرها لكل مواطن ومعايير قياس جودتها بناء علي المتعارف عليه عالمياً وعلمياً. وهذه المجموعة الخدمية يجب أن يتوفر فيها عناصر الفعالية، والتوفر، وإمكانية الحصول عليها خصوصاً لغير القادرين والفقراء.

ب - تحديد الموارد المالية المطلوبة للتأكد من إمكانية تقديم الخدمات بدرجة عالية من الجودة والاستمرارية، و يمكن ان تكون هذه المصادر حكومية أو غير حكومية.

ج- استخدام طرق جديدة لتنظيم تمويل تقديم الخدمات الصحية المقررة من الموارد المتاحة. حيث أن الوضع الحالي في تمويل الخدمات، سواء من الحكومة أو من غيرها من الموارد المتاحة يحتاج إلي تحسين كبير، وإدارة أكثر فاعلية ويظهر من التحليلات المختلفة أن الأمر لا يحتاج إلي زيادة الإنفاق العام أو الخاص علي الرعاية الصحية بقدر الاحتياج لإدارة أفضل لهذا الإنفاق، وقد يحتاج هذا الأمر إلي العديد من الإجراءات التي يجب تدارسها تشمل :

- **قدر أكبر من اللامركزية في الموازنة والإنفاق والإدارة للمؤسسات الصحية المختلفة.**
- **زيادة فعالية الإنفاق وإمكانية مكافأة مقدمي الخدمة بناءً علي امتياز أداؤهم وخصوصاً في التأمين الصحي الإجتماعي.**
- **دور مركزي لوزارة الصحة لوضع معايير القياس والجودة وتقديم الرعاية الصحية الأولية، وخطط المستقبل والبحث العلمى وجمع المعلومات الإحصائية بدقة.**
- **زيادة المشاركة المجتمعية بين القطاع العام والخاص في تمويل وتقديم الخدمات المطلوبة ضمن الإستراتيجية العامة للدولة.**

د - الإنتشار الجغرافى للخدمة لتقليل مشقة الإنتقال للمرضى وأسرهم.
هـ - تكثيف الجهود للوقاية والحماية المبكرة.
و - السيطرة على مصادر التلوث والأوبئة.
ز- حماية المواطنين من الممارسات الضارة والتى قد تصدر من المؤسسات أو الأفراد وتؤثر على صدقهم فى الحاضر أو فى المستقبل.
ح - ضرورة تحقيق نجاح أكبر وأعمق فى السيطرة على النمو السكانى.

6- الاستراتيجيات المقترح الالتزام بها:

إننا نري استمرار التمويل الرئيسي للرعايه الصحيه من الموازنة العامة للدوله وبالزيادة سنوياً وجنباً إلى ذلك يتم البحث عن صيغة لمشاركة المجتمع القادر على توفير تمويل إضافى من أجل خدمة أفضل. وتشمل الإستراتيجية المقترحة التالى:

- **وجود عيادات خدمات رعايه أوليه شاملة لتقديم خدمات الرعايه بفلسفه واضحه، سواء من الدوله أو القطاع الخاص بالقرب من التجمعات البشرية.**
- **التنسيق بين جميع المؤسسات الوطنية القادرة على تقديم الخدمة والتى لديها مؤسسات قادرة على العطاء (الصحة - التعليم العالى - القوات المسلحة) .**
- **تقوية فاعلية شبكة الإنذار المبكر للأمراض حتى تتوافر الوقاية المبكرة وتعبئة الموارد فى الوقت المناسب.**
- **مد الجسور وتعميق الصلات مع المراكز الطبية المتطورة فى العالم والإستفادة من الخبرات المصرية التى حققت تميزاً عالمياً جنباً إلى جنب مع الخبرات العالمية.**

- **توطين وتفرغ الأطباء فى مناطق الخدمة خاصة فى الريف والأماكن النائية ضماناً للتواجد لتقديم ما يطلب من خدمات.**
- **التنمية للمهارات والقدرات للخدمات المعاونة خاصة فى مجال التمريض والهندسة الطبية وإدارة المنشآت الصحية، وتصنيع المستلزمات والدواء.**
- **إعطاء أولوية خاصة لتنظيم الأسرة وصحة المرأة والطفل.**
- **التوسع التدريجى فى التأمين الصحى، مع توفير موارد متزايدة له.**
- **الإستمرار فى تطوير وتحديث ومد خدمات الطوارئ والخدمات الطبية العاجلة (نقل الدم)، والإرتقاء بمستوى خدمة الإسعاف فى المدن والقرى وعلى الطرق.**

7- التوجه نحو اللامركزية

إن رؤيتنا تتوجه إلى دور أكبر لوزارة الصحة في وضع معايير الجودة ومراقبة مقدمي الخدمة، والتوسع في مشروعات الوقاية، والتوعية الصحية، ونظافة البيئة ومراقبة أسعار الدواء وعلى خلق المناخ المساعد لجذب الاستثمار في مجال تصنيعه، والعمل على تشجيع تواجد أشكال مختلفة من التأمين الصحي لتغطية المواطنين، والنظافة العامة، والرقابة على الغذاء، وعلى التجارب الدوائية على الإنسان ورعاية المواليد والأمهات وتطعيمهم ووضع الخطط نحو تواجد الخدمة في كل مكان جغرافي في مصر، ورعاية غير القادرين بتسديد تكاليف علاجهم بأحد الأساليب التي يتفق عليها ومقاومة الأوبئة والقضاء على الأمراض المتوطنة وكلها وظائف هامة جداً تضبط خدمة تقديم الرعاية الصحية في المجتمع.

أما في إطار تقديم الخدمة المباشرة للمواطنين فيمكن تطبيق اللامركزية في تقديم الرعاية الصحية، التي نتوجه نحو ممارستها من خلال المحافظات علي مستوي الوحدات الصحية والمستشفيات، وكذلك خدمات الإسعاف والطوارئ مع دعوة المجتمع المحلي للمشاركة في الإدارة والتمويل، وطرح التطورات حول المساحة المتاحة لهذه المؤسسات وتدريب وتأهيل القيادات المحلية لهذا التوجه تدريجياً.

8- مسؤلية الدولة في توفير الدواء والمستلزمات:

أ - **تدعيم الصناعة الوطنية والدعوة للاستثمار:**

إننا يجب أن نشجع الإستثمار الوطني والأجنبي في صناعة الدواء وندعو للتوسع فيه، إلا أن الدولة يجب أن يكون لها دائماً القدرة علي التحكم في سعر الدواء وحماية غير القادرين وتسهيل حصولهم علي علاجهم.

ب - توفر الأدوية الأساسية:

إننا نؤكد علي ضرورة توفر الأدوية الأساسية حسب قوائم منظمة الصحة العالمية، كذلك توفر الأدوية للأمراض ذات الإنتشار في المجتمع مثل السكر وضغط الدم بأسعار مناسبة، طول الوقت.

ونؤكد أيضا الدعوة لضبط صرف بعض الأدوية بالصيدليات وبالمستشفيات بالجرعة، والترشيد في الاستخدام من خلال توعية مقدمي الخدمة والمستفيدين منها.

كذلك ندعو للاهتمام بصناعة بعض الخامات الأساسية للأدوية والتأكد من توافرها فى السوق.

ج - الدعم لغير القادرين وليس للسلعة:

ولعل ذلك يقودنا إلي توجه إقتصادي نحو توجيه الدعم المالي الذي توفره الدولة، للمريض غير القادر مباشرةً وليس للمنتج النهائي حيث يستفيد القادر وغير القادر في الحالة الأخيرة من الدعم وقد يصل الأمر إلي تجارة غير مشروعة في الأدوية المدعومة بدون وجه حق.

د - تنمية الصادرات:

إن الدوله يجب أن تتوجه نحو تنمية الصادرات من الأدوية المصرية مما يستلزم جودتها وفعَاليتها بالمعايير العالمية وهو الذي كانت تتميز به الصناعة الوطنية.

هـ- البحث العلمى والابتكار:

إننا نؤكد على أهمية البحث العلمى فى صناعة الدواء، واستنباط أدوية مصرية. وهو الأمر الذى يحتاج إلى جهد ومثابرة واتصال مع مراكز البحث العلمى فى مصر والعالم.

و- صناعة المستلزمات الطبية:

كذلك ندعو لدعم وتنمية صناعة المعدات والمستلزمات الطبية وقطع الغيار اللازمة له لاستخدام الطاقات الوطنية والتعاون مع المؤسسات العالمية.

ز- صناعة الأمصال واللقاحات:

نؤكد ونذكر على الإستمرار فى صناعة الأمصال واللقاحات بجودة عالية ودعم الجهود لتنمية تلك الصناعة.

9- معايير قياس جودة الرعاية الصحية:

إننا نؤيد إتجاه الحكومة نحو الأخذ بمبادئ عالمية في تقييم الرعاية الصحية في المجتمع، تعتمد على المخرجات وليس المدخلات فبناء المستشفيات، وزيادة عدد الأسرة، واستيراد الأجهزة لا يعنى في ذاته إرتفاع مستوى الخدمة، ولا زيادة قدره المواطنين على الحصول عليها. وندعو لوضع ونشر معايير القياس، التي تقيم تقديم الخدمات الصحية على هذا الأساس وهي البرامج التي تأخذ بها الحكومة الآن ولكننا نرجو نشرها وتوعيه العاملين في مجال الصحه بها.

وكجزء من إستراتيجية رفع جودة الرعاية الصحية، فيجب الإهتمام بتواجد الفرق الطبية فى مؤسسات تقديم الخدمة والعمل على توطين أفردها فى أماكن عملهم ، والتأكيد على أن يرتبط ذلك بحصولهم على فرص التدريب والتعليم المستمر، وكذلك إرتفاع دخولهم ومكافآتهم فى حالة تميز أدائهم ضمن إطار تقييم الوزارة والمجتمع لهم.

10- استكمال البنية الأساسية لتقديم الرعاية الصحية فى مستوياتها المختلفة:

بالرغم من توجهنا نحو الالتزام بمعايير جودة الرعاية الصحية إلا أننا أيضاً ندعو لإستكمال البنية الأساسية من مراكز ومستشفيات في محافظات مصر المختلفة، حيث أن الحفاظ علي الاستثمارات الهائلة التي تمت خلال السنوات الماضية في مجال الرعاية الصحية يعتمد علي استكمالها وتوظيفها وإدارتها الإدارة الرشيدة وبالقدر الذي يعود بالفائدة علي المجتمع من هذا الاستثمار. ويجب أن يتم ذلك بالسرعة الواجبة خلال سنة واحدة علي الأكثر وإلا فقدت الدولة جزء كبير من قيمة الإستثمار في إستهلاك الأجهزة والمعدات وإحتمال تقادمها بعدم الإستخدام في الوقت المناسب.

إن هناك العديد من المنشآت الطبية والمستشفيات التي لا تزيد نسبة الأشغال فيها عن 25% وأخري استكملت ولم تبدأ العمل واستقبال المرضي لأسباب متعددة تحاول

الوزارة حالياً التغلب علي معوقاته، وندعو إلي نشر البيانات حولها و إلي دراسة أسباب ذلك ومقارنة حجم الإستثمارات بالعائد الصحي علي المجتمع تمهيداً لترشيد الإنفاق والتخطيط الأفضل للمستقبل.

11- المشاركة المجتمعية بين القطاع العام والخاص:

إن العمود الفقرى للخدمة الطبية فى مصر يقع على عاتق المستشفيات العامة والجامعية والوحدات الصحية ومؤسسات التأمين الصحى الإجتماعى وما تقوم به الدولة من خدمات مكملة. وهى الجهات التى ندعو لدعمها ورفع مستوى الأداء بها ليحظى المواطن بخدمات لرعاية صحية بمستوى عالى، وخاصة لغير القادرين منهم.

وحيث إن الدراسات الاقتصادية أوضحت أن حجم الإنفاق من المجتمع علي الرعاية الصحية يكاد يقارب حجم إنفاق الحكومة علي موازنة وزارة الصحة. وأن الكثير من المواطنين يلجأون ، خاصة في خدمات العيادات الخارجية، إلي القطاع الخاص، فأن المسؤلية التى تقع علي هذا القطاع كبيرة، ويمهد ذلك للمشاركة بين الدولة وبين مقدمي الرعاية الصحية كلهم. إننا شجع نمو القطاع الخاص في مجالات تقديم الرعاية الصحية، والتأمين الصحي وأنماطه الجديدة التي ظهرت في العالم، من خلال مشاركة فعالة ونظم متفق عليها.

إن تقديم الرعاية الصحية يجب أن يخضع لنفس نظم الاعتماد وضمان الجودة في كل القطاعات، وعلي القطاع الخاص أن يصدر التقارير والإحصاءات بالأنماط والمعايير التي تضعها الدولة للحصول علي نتائج أكثر دقة وشمولاً علي مستوى الدولة.

إننا نري وجوب المشاركة بين القطاع العام والخاص في مجال تقديم الخدمات الصحية وأدعو المجتمع المتخصص للفكر والإبتكار في سبل و كيفية هذه المشاركة بالشكل الذي يجعل تقديم الخدمات للمواطنين متكاملاً ويتيح لأفراد المجتمع القادرين المساهمة في علاج غير القادرين بتكافل وتناغم يدعم نسيج المجتمع. ولعل دور الجمعيات الأهلية، والقطاعات غير الهادفة للربح، ومساهمة القطاع الخاص يكون حجراً هاماً ودعماً ينظر إليه بإيجاب وترحيب.

12- التأمين الصحى

أ. التوسع التدريجى لمظلة تأمين صحى:

أصدرت الدوله قانونا للتأمين الصحي يشمل ثلاثه أجزاء، خاصه بضمان الجوده، واداره مؤسسات تقديم الخدمات الصحيه والمستشفيات ، والإداره الماية لنظم التأمين الصحي الإجتماعي لتغطيه كل مواطن علي أرض مصر تدريجيا بمظلة تأمين صحي متكاملة. وأري أن ذلك خطوه في الطريق الصحيح وأؤيد التوسع التدريجي بموضوعية ودراسة واستعدال للنظام أثناء التوسع .

كذلك أري أهميه تحديد حزمه الخدمات التي يوفرها التأمين بوضوح، وإيجاد مداخل مبتكره لتغطية تكلفة الأمراض المزمنة ، مثل السكر وضغط الدم وخلافه ، وأمراض الشيخوخة التي ستتزايد بإرتفاع متوسط الأعمار، والأوبئه وغيرها مما قد لا يشملها حزمه التأمين.

وأنبه أن الدراسات الإكتواريه، ونتائج التطبيق في أول مراحله يجب أن تحلل قبل التوسع.
كذلك فلابد من دفع القطاع الخاص والقطاع غير الهادف للربح في المشاركة في تقديم خدمات التأمين الصحي للمواطنين حتى يكون أمامهم فرصة للإختيار بناءاً على محتوى البرامج التأمينية المقدمة لهم. وقد يكون هذا النظام المخرج الحقيقي، والطريق القويم للإرتفاع بمستوى خدمات الرعاية الصحية من خلال طرف ثالث قادر على تمويل الخدمة ومراقبة جودتها في إطار تنافس شريف بمراقبة الدولة لصالح المواطن.

ب. **دعم الدولة ضمن إدارة إقتصادية فعالة:**

إنه من الحتمي أن تلقي هيئة التأمين الصحى الإجتماعى دعم الدولة والمجتمع لتقديم تغطية تأمينية لحزمة من خدمات الرعاية الصحية المتفق علي حق المواطن في الحصول عليها، إلا أن إدارتها يجب أن تتم بالأسس وفقاً للقواعد الإدارية والإقتصادية التي تتيح لها الإستمرار في تقديم خدماتها لغير القادرين، علي أن يتم تعويض الفارق في قيمة الأقساط السنوية لغير القادرين من موارد الدولة أو من نسبة من أقساط القادرين ،الذين قد يختارون نظما مقدمة من القطاع الخاص .

ج- **تمويل التأمين الصحى:**

وفي جميع الأحوال فإن هذه المؤسسة يجب أن تخضع لإشراف الدولة المباشر، ولكن مع الأخذ فى الإعتبار ضمان تمويل هذه المؤسسة وتفرغها للإدارة والمتابعة

والإشراف علي مقدمي الخدمات التي يتم شراؤها سواء من وزارة الصحة أو الجامعات أو القطاع الخاص أو الأهلي ومؤسسات الخدمات الطبية الأخرى.

د - إتاحة اختيارات أمام المواطن:

إن خبرتنا تقول وتؤكد أهميه توفر الإختيارات أمام المواطن سواء علي مستوي جهة التأمين أو مستوى مقدم الخدمة بالضوابط التي تضمن احتواء التكلفة وحصر المعلومات الطبية للمشتركين وهو الأمر الذي يعكس الإحترام الواجب للمواطنين، ويؤدي بالقطع إلي تنافس المؤسسات المختلفة لاجتذابه سواء كانت حكومية أم أهلية.

هـ- اللامركزية في التأمين الصحي:

ولعل هناك مساحة من التفكير في اللامركزية كأسلوب في إدارة التأمين الصحي الاجتماعي ولابد من طرح أفكاراً حول إمكانية التنوع في مؤسسات التأمين الصحي الإجتماعي ونموها محلياً في المحافظات، بل وتنافسها في الحصول علي المشتركين وهو الأمر الذي يجب أن تقاس إيجابياته وسلبياته قبل الإتجاه نحوه ودراسته بدقة من خلال مشروع استرشادي.

13- خدمات الرعاية الصحية الأولية

أ. أهمية التوجه نحو الرعاية الصحية الأولية

إن خدمات الرعاية الصحية الأولية تمثل اكثر من 60 % من إحتياجات المواطنين – خصوصا من الطبقات غير القادرة – وهى المساحة التى يتقدم إليها وتتوسع فيها المستوصفات الخيرية، وهى خدمات قليلة التكلفة، ولكنها عظيمة الأثر على المواطنين. وأدعو إلى توسع دور الدولة في تقديم هذه الخدمات أو تمويلها أو إيجاد وسائل مبتكره لمسانده تمويل الشركات و الأطباء الذين يتجهون الي أخذ هذا المسار، وتبنى مشاريع الرعاية الصحية الأولية بشكل فعال وبأولوية معلنة.

أن الدراسات المقارنة تثبت أن في دول أكثر تقدماً من مصر في مجال الرعاية الصحية مثل المملكة المتحدة تخصص نسبة من موازنة الدولة الخاصة بخدمات الرعاية الأولية تصل إلي 75% تقريباً من موازنة الرعاية الصحية مما يؤكد

أولويتها وهو الأمر الذي ندعو لأن يكون من أولويتنا فى تطوير الرعاية الصحية، وإن المشروع الرئيسي الذي يجب أن تتبناه الدولة في الخمس سنوات القادمة هو تعميم هذه الخدمة من الدولة والقطاع الخاص ضمن الرؤية الاستراتيجية للدولة، مباشرة، وبشكل غير مباشر من خلال تغطية تأمينية للمواطنين.

ب - رعاية الأم والطفل مدخل أساسي لصحة المجتمع:

إن رعاية صحة الأم جزء هام وحيوي الأثر في مجال الرعاية الأولية لذلك فإني أضع دعم التوسع في رعاية الأم الحامل والوليد، وتوفير هذه الرعاية بجودة عالية لتصل إلي كل مكان وكل مجتمع سكاني في مصر في أولويات سياسات الدوله. وهذا المدخل، وربط الأم والأسره بمراكز الرعايه الصحيه الأوليه أثناء الحمل وبعد الولادة أساسي وجوهري في الوصول الي قلب قضية تنظيم الأسرة.

ج. التوسع في الوقاية ونشر الوعي الصحي:

إننا نري التوسع في نشر الوعي الصحي وخصوصاً في قطاع الشباب، وإدراج ذلك ضمن مناهج التعليم، وضمن خطط الإعلام، وتدريب وتأهيل مقدمي الخدمات الوقائية، لتتسع داخل حزمة خدمات الرعاية التي يجب أن يشملها التأمين الصحي وقطاع خدمات الرعاية الأولية لأهميتها وأثرها الصحي و الإقتصادي في تكلفة العلاج في المستقبل للمواطنين.

14- مشاريع استرشادية مقترحة لتنفيذ سياسة الإصلاح

وإذا أخذنا من نماذج التطوير المذكورة في هذه الورقة، إبتكار بعض المشاريع التي يجب أن تتبناها وزاره الصحه خلال الخمس أعوام القادمة والعمل عليها بمسانده القطاع الخاص والأهلي، فسنجد لذلك مردودا مستداما لتطوير الخدمات.

ثانيا: السكان

إني أضع المشكلة السكانية كأولوية هامة فى نظرته للتنمية فى مصر، وأدرك الخلل بين أعداد السكان ونموها والموارد الطبيعية والنمو الاقتصادى وتأثر هذا الخلل على النواحى الاجتماعية والصحية ورفاهية المجتمع.

أ – أبعاد المشكلة السكنية:

أن ابعاد المشكلة السكانية يمكن النظر إليها من خلال ثلاث عوامل:

- **زيادة معدلات النمو السكانى.**
- **إنخافض مستوى الخصائص السكانية (الصحية – التعليمية – الاجتماعية الاقتصادية).**
- **عدم توازن التوزيع السكانى.**

وتتفاعل هذه الأبعاد فيما بينها على نحو يصعب معه إحداث تنمية حقيقية دون مواجهة متوازنة لها، كما تتفاعل مع كافة جوانب التنمية الإقتصادية والاجتماعية وتؤثر على درجة الإستقرار والتقدم فى المجتمع وتقلل من مردود الجهود الرامية إلى تحسين نوعية حياة الإنسان المصرى، ويستوجب ذلك تكامل الأهداف السكانية مع خطط التنمية الإقتصادية والإجتماعية، ومن جهة أخرى يتطلب تضافر جهود الحكومة مع جهود باقى الشركاء من منظمات غير حكومية وقطاع خاص.

ب - الوضع الحالى للسكان عام ٢٠١٧ مقارنه بعام ٢٠٠١:

فى نهاية عام 2017 بلغ عدد سكان مصر .....ب 67 مليون نسمة بالإضافة إلى حوالى .....مليون يعيشون خارج مصر مقارنه ب٩.١ مليون.

تدل المؤشرات السكانية عام 2001 أن معدل المواليد قد بلغ 26.7 لكل ألف من السكان مقارنه ب.....عام ٢٠١٧ ومعدل الوفيات 6.3 لكل ألف من السكان مقارنه ب.....
، أما معدل الزيادة الطبيعية فقد بلغ 20.4 لكل ألف من السكان مقارنه ب.....عام ٢٠١٧.
هذا وقد وصل معدل الاستخدام لوسائل تنظيم الأسرة إلى 60.3 لكل مائة سيدة وبلغ معدل الخصوبة الكلى 3.5 طفل لكل سيدة عام ٢٠٠١ مقارنه ب.....٢٠١٧

وقد بلغت نسبة السكان للفئة العمرية أقل من 15 سنة حوالى 37% عام ٢٠٠١ مقارنه ب.....عام ٢٠٠١٧ كما زادت النسبة المئوية للإناث فى سن الإنجاب لتصل إلى 26% مقارنة بنسبة 23% عام 1986 و٠٠٠٠٠٠٠٠عام ٢٠١٧.

ج - <u>الدعوة لإستمرار وتفعيل برامج تنظيم الأسرة:</u>

سؤال نطرحه للمجتمع، ماذا لو لم نستمر ونكثف الجهود نحو نجاح برامج تنظيم الأسرة؟
أذكر للقارئ هذا الجزء من مقاله كتبتها في بدايه القرن الواحد وعشرين لنري كيف ستكون التوقعات.
تقول المقاله:
"لو استمر الوضع الحالى دون جهود مثمرة لتنظيم الأسرة فإن عدد سكان مصر سوف يصل عام 2017 إلى 96 مليون نسمة، أما إذا تم تكثيف الجهود وتنسيق والتكامل بين قطاعات الدولة المختلفة مع القطاع المدنى وتوصلنا إلى تحقيق هدفنا القومى وهو طفلين على الأكثر لكل سيدة فسوف يكون عدد السكان فى نفس السنة فى حدود 86 مليون نسمة. أى 10 مليون نسمة نقصاً فى عدد السكان وهو هدف ليس بالبسيط".

وقلت أيضا عام ٢٠٠١ :
"لقد أظهرت التوقعات ودراسات الإسقاطات السكنية ودراسة التكلفة والجدوى للبرنامج القومى لتنظيم الأسرة أن استثمار 4 مليار جنيه فى هذا البرنامج خلال خمسة عشر سنة سوف يوفر على الدولة 137 مليار جنيه ستنفقها على التعليم والصحة والإسكان ومياه الشرب والصرف الصحى ودعم الغذاء لإستيعاب الـ 10 ملايين نسمة من السكان والذين سيشكلون عبئاً على الدولة فى هذه المجالات."

وقلت أيضا

"لقد أثبتت الدراسات أن كل جنيه ينفق فى تنظيم الأسرة بهذا المنطلق يحقق عائد قدره 33.8 جنيه وهو الأمر الذى يدعونا إلى التأكيد على دعوتي للإستثمار فى تنظيم الأسرة المصرية."

تعالوا نضع الأرقام الواقعيه لعام ٢٠١٧ ونري كيف جاوز الواقع إستشراف المستقبل نتيجه فشل المجتمع في برامج تنظيم الأسره والعبء الإجتماعي والإقتصادي الذي يتحمله الجيل الحالي والقادم.

د – السياسة القومية للسكان:

إننا ندعو إلى مشاركة جميع الوزارات والجهات المعنية بالسكان والمجتمع كله فى تنفيذ الخطة الإستراتيجية القومية للسكان حتى عام 2030، بهدف النزول بمعدل الخصوبة إلى أقل من معدل الإحلال وهو 2.1 طفل لكل سيدة، كهدف قومى، وتهدف هذه السياسة إلى:

- **خفض معدل النمو السكانى.**
- **تحقيق توزيع جغرافى أفضل للسكان.**
- **الإرتقاء بالخصائص السكانية.**
- **تقليل التفاوتات الديموغرافية والإجتماعية والإقتصادية بين المجموعات السكانية والمناطق الجغرافية المختلفة.**

هـ- مبادئ السياسة القومية للسكان:

أن المبادئ التى نؤمن بها كمبادئ واجبه للسياسة القومية للسكان هى:

- **إقرار حق الأسرة فى اختيار العدد المناسب لأطفالها بما لا يزيد عن ثلاثه وحق الحصول على المعلومات والوسائل التى تمكنها من تنفيذ قرارها فى هذا الشأن.**
- **توفير كافه وسائل تنظيم الأسرة.**
- **الأخذ بنظم الحوافز الإيجابية المبينة على زيادة وعى الفرد والجماعة بتنظيم الأسرة، أما اللجوء للأساليب التى تتسم بالضغط فستعتمد علي حرمان الأسره من حوافزها الإيجابيه الإقتصاديه التي توفرها لها الدوله في حاله إنجاب أكثر من ثلاثه أطفال.**
- **تنمية الإنسان من كافة الجوانب لتحقيق رفاهيته ورفع قدرته الإنتاجية.**
- **اعتبار المحليات القاعدة الأساسية لتنفيذ وإدارة البرامج السكنية.**
- **تنشيط دور المنظمات غير الحكومية والقطاع الخاص فى إدارة تنفيذ البرامج السكانية.**

- **تعزيز المساواة والإنصاف بين الجنسين ورفع قدرات المرأة والقضاء على الممارسات الضارة ضد الإناث في جميع أشكالها.**
- **الإقرار بأن الأسرة هى وحدة المجتمع الأساسية، ومن ثم ينبغى تعزيزها ومن حقها الحصول على الحماية والدعم اللازمين.**
- **اعتبار السياسات والأهداف المتصلة بالسكان جزءاً لا يتجزأ من منظومة التنمية الإقتصادية والإجتماعية التى يتمثل هدفها الرئيسى فى تحسين نوعية الحياة ومن ثم يتعين إدماج الإهتمامات السكنية فى الإستراتيجيات الإنمائية، والتخطيط، وعملية اتخاذ القرار، وتخصيص الموارد على جميع المستويات وفى جميع المناطق من أجل تعزيز العدالة الإجتماعية والقضاء على الفقر عن طريق النمو الإقتصادى المطرد فى سياق التنمية المتواصلة.**