African Alliance

مراجعة الأنظمة الصحية:
الوضع ما بعد كوفيد في مصر

مارس 2024

مراجعة الأنظمة الصحية:
الوضع ما بعد كوفيد في مصر

الطبعة الأولى- مارس 2024

أعد هذه الدراسة فريق برنامج الحق في الصحة (Right to Health) بوحدة العدالة الاجتماعية والاقتصادية في المبادرة المصرية للحقوق الشخصية (EIPR) بالشراكة مع التحالف الأفريقي.

صورة الغلاف مُشتراة بموجب ترخيص خال من حقوق الملكية، تصوير: خالد العدوي.

جميع حقوق الطبع والنشر محفوظة. يمكن إعادة نشر هذا التقرير مع إسناده لأغراض غير ربحية بموجب ترخيص المشاع الإبداعي.
www.creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0

المحتويات

المحتويات 3

ملخص الدراسة 8

ورشة عمل استشارية للخبراء والمعنيين 9

النتائج 10

أ. تقديم الخدمات الصحية 10

ب. أعضاء الفريق الطبي 15

ج. أنظمة المعلومات الصحية 18

د. توفير الأدوية الأساسية 22

ه. تمويل الأنظمة الصحية 23

و. القيادة والحوكمة 25

ز. التأهب لمواجهة الأوبئة 27

ح. آليات التواصل بشأن الصحة العامة 28

ط. التدابير الخاصة بفيروس كورونا 29

الخلاصة والتوصيات 32

المراجع 34

نبذة عن المشروع

لماذا مراجعة "ما بعد كوفيد-19"؟

على الرغم من التأثير الكبير لجائحة كوفيد-19 على أنظمة الرعاية الصحية في جميع أنحاء العالم، إلا أنها ساهمت أيضًا في الكشف عن عيوب هذه الأنظمة ونقاط ضعفها. بل في بعض الحالات، أدت الجائحة إلى تسريع عمليات الإصلاح، ليس فقط فيما يتعلق بالتأهب لمواجهة الوباء، ولكن أيضًا تعزيز نظام الرعاية الصحية بشكل عام.

تُشكل هذه الورقة البحثية جزءًا من تقييم مُقارن يهدف إلى تحليل تأثيرات جائحة كوفيد-19 على أنظمة الرعاية الصحية في ثلاث دول من شمال أفريقيا، وهي مصر وتونس والمغرب. تركز الدراسة على تقييم تأثير الوباء على أداء أنظمة الرعاية الصحية في كل بلد، وتقدم نظرة عامة على التغييرات الرئيسة التي طرأت على تلك الأنظمة، مُسلطةً الضوء على تأثيرات الوباء على كل منها.

يحدد هذا التقييم التدخلات اللازمة لتحسين ظروف العمل والاحتفاظ بالعاملين في المجال الصحي، وبناء نظم صحية أقدر بطبيعة الحال على الصمود في مواجهة الأزمات الصحية المختلفة (بما في ذلك الأوبئة)، وأكثر فاعلية في تحقيق هدف التنمية المستدامة المتمثل في توفير تأمين صحي شامل للجميع. هذا التقييم جزء لا يتجزأ من برنامج التأمين الصحي الشامل للجميع. كما أنه يزود صناع القرار والجهات الفاعلة في المجتمع المدني بالمعرفة اللازمة للمضي قدمًا نحو مبادرات إصلاح النظام الصحي.

كشفت جائحة كوفيد-19 عن عيوب الأنظمة الصحية العالمية والوطنية ونقاط ضعفها. ومع ذلك، وبالنظر إلى ضرورة اتخاذ إجراءات سريعة ومواجهة التحديات الناشئة حول العدالة الاجتماعية والمساواة، لا سيما ما يتعلق بالحصول على اللقاحات وتوزيع الخدمات والموارد الصحية التي ربما اتسمت بالإجحاف في كثير من الحالات، فإن تقييم القطاع الصحي بعد الجائحة يوفر لمجتمعاتنا إمكانية وضع خارطة طريق، ليس فقط من حيث التأهب لمواجهة الجائحة، ولكن أيضًا من حيث قوة النظام الصحي وفاعليته وحسن إدارته بشكل عام.

لا يقتصر هذا التقييم على دراسة التدابير والتدخلات الفعالة المنفذة والمعتمدة في سياق الجائحة فحسب، بل يمكن أن يوفر أيضًا مجموعة من الدروس المستفادة. والهدف من ذلك هو تبادل التجارب والنجاحات والإخفاقات على المستوى الإقليمي وحتى على مستوى القارة من أجل التعلم والتعاون المتبادل.

تهدف سلسلة الأوراق البحثية هذه بشكل رئيس إلى فهم التغييرات التي طرأت على النظام الصحي خلال فترة الجائحة، وتقييم تأثير الجائحة عليه، وتحديد التدخلات اللازمة لتعزيزه. لذا، سوف يستخدم الباحثون المشاركون في هذا المشروع هذه الرؤى لتحديد وتبني التوصيات المتعلقة بسياسة كل ورقة بحثية.

مصادر البحث ومنهجيته

نظرًا لمحدودية الوصول بشكل عام إلى بيانات موثوقة وحديثة عن أداء الأنظمة الصحية في المنطقة، اختار فريق البحث منهجية تعتمد بشكل أساسي على مصدرين للبيانات هما:

1. المصادر والمراجع الرسمية: وتشمل البيانات المنشورة من الحكومات وبيانات من وكالات التنمية الدولية (لا سيما منظمة الصحة العالمية والبنك الدولي).
2. استشارات الخبراء والمعنيين: تضمنت هذه الاستشارات آراء وملاحظات وتحليل البيانات في ضوء الخبرة العملية والسياسات المطبقة والوقائع الميدانية.

أداة الدراسة

لتنفيذ هذا العمل، طور الباحثون أداة بحثية توضح بالتفصيل مختلف الأسئلة التي ينبغي مراعاتها خلال استشارات الخبراء. وتستند الأداة إلى إطار عمل مرتكزات بناء النظام الصحي لمنظمة الصحة العالمية، والمؤشرات والقياسات لرصد هذه المرتكزات. كما تتضمن مكونات تستند إلى مؤشر التأهب لموجهة للأوبئة المنشور في مجلة بي إم جي غلوبال هيلث BMJ Global Health في عام 2019. وقد استُخدم هذان الإطاران كدليل للباحثين، مع تفاصيل كل مؤشر ومقياس، ومصادر المعلومات الموصى بها ووصف موجز للخصائص الرئيسية. استُخدم كل ذلك أثناء مراجعة الخبراء التي تستند إليها استنتاجات هذه الورقة البحثية.

يتوفر ملخص لهذه الأداة البحثية **على هذا الرابط** ويوفر مرجعًا موجزًا للقراء المهتمين بالمنهجية التي يقوم عليها بحثنا.

---

[1] منظمة الصحة العالمية، رصد العناصر الأساسية للأنظمة الصحية، دليل المؤشرات واستراتيجيات قياسها، 2010، https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258734/9789241564052-eng.pdf

[2] أوبنهايم ب، جاليفان إم، مادهاف إن كيه، وآخرون. تقييم الاستعداد العالمي للجائحة التالية: تطوير وتطبيق مؤشر التأهب للأوبئة. مجلة بي إم جي للصحة العالمية BMJ Global Health. https://gh.bmj.com/content/bmjgh/:4;2019 e001157.doi:10.1136/bmjgh-2018-001157، 4/1/e001157.full.pdf

حدود الدراسة

في حين أن منهجية البحث قد صُممت بعناية وتعترف بالصعوبات في الحصول على بيانات موثوقة لتكوين رأي موضوعي، فقد سعت المراجعات والتحليلات المنشورة إلى الاعتماد على بيانات وطنية موثوقة ومتاحة. ومع ذلك، لم يكن من الممكن التوصل إلى استنتاجات توافقية بشأن بعض جوانب المراجعة. لذا، سلطت الدراسة الضوء على هذا الأمر بوضوح مع شرح الأسباب الكامنة وراء ذلك.

بذل مؤلفو هذه الدراسة كل جهد ممكن لتقديم مراجعة منهجية تعكس رؤى موضوعية حول أنظمة الرعاية الصحية. ومع ذلك، تقدم هذه الورقة البحثية الآراء الشخصية المحتملة ومراجعات وتوصيات مؤلفيها والخبراء المستشارين ضمن مشاورات قصيرة. هذه المشاورات جزء من سلسلة من الأوراق البحثية التي توفر نظرة شاملة على أنظمة الرعاية الصحية، من دون الخوض في تفاصيل كل مكون.

ولتوجيه عملية التشاور مع الخبراء والمعنيين في مصر، حصل الباحثون بعد جهد دؤوب على بيانات كمية تعكس إطار عمل منظمة الصحة العالمية لمراجعة الأنظمة الصحية في الفترات الزمنية الثلاث التي تغطيها هذه الدراسة (2019 أو ما قبل كوفيد-19، و2021 (خلال كوفيد-19) و2022 (ما بعد كوفيد-19)، إلا أن البيانات الرسمية المتاحة كانت شحيحة، وفي جميع الحالات تعذر إجراء مقارنات. وهذا ما زاد من صعوبة المقارنات وأعاق المستشارين المعنيين عن تقديم مدخلات قائمة على الأدلة.

عن تحالف لقاحات الشعوب PVA Africa

تحالف لقاحات الشعوب هي حركة إقليمية لمنظمات وشبكات، يدعمها مجموعة تشمل حائزين على جوائز نوبل ورؤساء دول وخبراء صحة واقتصاديين وقادة دين وناشطين، يعملون سويًا لضمان حصول الأفارقة في كل مكان على اللقاحات بشكل عادل.

تحالف اللقاحات هو منظمة تعمل تحت الاتحاد الأفريقي ويضم قادة لخمس شبكات إقليمية معنية جميعها بالحق في الصحة وفي الوصول للمنتجات والخدمات التي تنقذ الأرواح، وتحافظ على صحة المواطنين وتضمن الحق في الكرامة. يتمثل دور التحالف في ضمان أن تنعكس أصوات وأولويات وعمل الناشطين والمجتمعات الأفريقية، بكل تنوعها، في عمل تحالف PVA على المستوى العالمي. كما يعمل التحالف على إنفاذ التدخلات والاستراتيجيات التي تضمن الوصول إلى لقاحات واختبارات وعلاجات فيروس كورونا المستجد المسبب لـ(COVID-19)، بشكل يضمن المساواة بغض النظر عن الجنس أو الوضع الاقتصادي أو الهوية في قارتنا الأفريقية.

THE PEOPLE'S VACCINE AFRICA

A Movement by Africans, in Africa, for Africa

مراجعة قطاع الصحة في مصر

ملخص الدراسة

مع تفشي جائحة كورونا (كوفيد-19) في العالم، كان نظام الرعاية الصحية المصري قد بدأ بالفعل خطواته الأولى نحو تطبيق نظام التأمين الصحي الشامل. حقق نظام التأمين الصحي الجديد بعض التحسينات الإيجابية، إلا أن تطبيقه مازال محدودًا، إذ يطبق النظام بشكل تدريجي ومرحلي في مختلف أنحاء مصر، لذا لا يمكن النظر إلى هذه التحسينات باعتبارها تقدمًا شاملًا للبلد ككل، إلا أن بعض هذه التحسينات تمثل دروسًا واعدة للتعلم منها في المستقبل.

تمشيًا مع إطار عمل منظمة الصحة العالمية الخاص بمرتكزات بناء النظام الصحي، واستنادًا إلى الدراسات المتاحة والبيانات الرسمية ومشاورات الخبراء، استعرض هذا البحث الدروس المستفادة من جائحة كوفيد-19 والنتائج التي تشير إلى التحسينات في بعض الجوانب المتعلقة بالتطبيق المتزامن لنظام التأمين الصحي الشامل الجديد، واستعرضت النتائج التي تشير إلى التحسينات في عدة جوانب تتعلق بالتنفيذ المتزامن لهذا القانون. أما بالنسبة للركائز الأخرى للنظام الصحي، فقد لوحظ تدهور واضح، لا سيما فيما يتعلق بالكوادر الطبية والنفقات الصحية وتوافر البيانات الموثوقة. وقد أدى غياب بيانات حديثة وموثوقة إلى صعوبة تقييم التطورات في العديد من المكونات.

أخيراً، أكدت مشاورات الخبراء الدعوات إلى استمرار مشاركة المعنيين في السياسة الصحية، ومواصلة الجهود الرامية إلى نشر سياسة التأمين الصحي الشامل، وضمان التأهب لمواجهة الجائحة مع التركيز على الموارد البشرية والوصول إلى البيانات والاستخدام الفعال للموارد.

ورشة عمل استشارية للخبراء والمعنيين

بالتعاون مع شركاء البحث المحليين للمشروع، تم إعداد قائمة تضم عشرة خبراء في أنظمة الرعاية الصحية المحلية وممثلي الأطراف المعنية لكل من بلدان الدراسة. ضمت كل قائمة مجموعة متنوعة من الخبراء الرئيسيين الذين يمثلون المعنيين بنظام الرعاية الصحية، بما في ذلك: ممثلي الحكومة وممثلي مقدمي الخدمات وصانعي السياسات وأعضاء البرلمان وأعضاء المجتمع المدني والأكاديميين ومقدمي خدمات الرعاية الصحية الخاصة وغيرهم.

دُعي هؤلاء الخبراء بعد ذلك إلى مشاورات متعمقة قدموا بموجبها آراءهم بشأن كل مكون من مكونات ركائز النظام الصحي الوطني، وأجابوا على السؤال المخصص لكل مكون من مكونات النظام الصحي: "مقارنة بعام 2019 (قبل كوفيد-19)، هل تحسن هذا المكون، أم تراجع أم ظل كما هو؟"

بالنسبة لمصر، شارك عدد من الخبراء من مختلف المجالات مما أثرى عملية المشاركة. ضمت هذه المجموعة:

1. الرئيس السابق للهيئة العامة للتأمين الصحي
2. رئيس إحدى مجموعات تقديم خدمات الرعاية الصحية في القطاع الخاص
3. مسؤول كبير من نقابة الأطباء
4. مسؤول كبير لدى الهيئة العامة للرعاية الصحية
5. عضو في لجنة الصحة بالبرلمان
6. خبير إحدى منظمات المجتمع المدني المعنية بـ "برنامج الحق في الصحة"
7. خبير من المجتمع المدني حول الحقوق الاقتصادية والاجتماعية
8. مسؤول حكومي رفيع المستوى مختص في قضايا السكان
9. مسؤول حكومي رفيع المستوى من وزارة الصحة
10. أحد مستشاري أنظمة الصحة في البنك الدولي.

طلب الميسرون من المشاركين التصويت بشكل أولي لتحديد وجود إجماع من عدمه على إجابة محددة. تبع التصويت نقاش مفتوح قدم فيه كل خبير مبررات لرأيه. وُثِّقت نتائج هذه النقاشات واستُخدمت لصياغة مبررات موجزة للإجابات الجماعية على كل سؤال، والتي تقدمها هذه الورقة.

النتائج

أ. تقديم الخدمات الصحية

تواجه عملية التقييم الشامل لحالة تقديم الخدمات الصحية في مصر تحديات كبيرة، بسبب الاختلافات الجوهرية بين المحافظات التي طُبِّق فيها قانون التأمين الصحي الاجتماعي الجديد (3 محافظات) وبين بقية المحافظات. بشكل عام، يمكن ملاحظة تحسن ملحوظ في معظم إجراءات تقديم الخدمات الصحية في المحافظات التي طُبق القانون فيها، إلا أنه من المهم التأكيد على أن عدد سكان هذه المحافظات محدود نسبيًا ولا يمثل بالضرورة بقية سكان القُطر المصري. لذا، لا يزال نطاق تطبيق هذا القانون محدودًا، وبالتالي لا يمكن تعميم نتائجه على كامل السكان.

ارتكزت هذه الدراسة على آراء الخبراء في تقييم الخدمات الصحية المقدمة خارج نطاق المحافظات الثلاث التجريبية لنظام التأمين الصحي الاجتماعي. ركزت الدراسة على تحليل حالة تحقيق مكونات الحق في الصحة (Right to Health) في المناطق التي طُبق فيها النظام، مع تسليط الضوء على إيجابياته وسلبياته. كما قدمت الدراسة نظرة فاحصة على الاتجاه المستقبلي لنظام التأمين الصحي الاجتماعي وتطبيقه تدريجيًا في مصر كلها.

١. شمولية الخدمات

"تم توفير مجموعة شاملة من الخدمات الصحية، تتناسب مع احتياجات السكان المستهدفين، بما في ذلك الخدمات الوقائية والعلاجية التلطيفية والتأهيلية وأنشطة تعزيز الصحة".

لطالما عانت مصر من تشرذم نظام الرعاية الصحية وتعدد نقاط الخدمة وانعزالها عن بعضها البعض. وقد ازداد هذا التشرذم سوءًا مع تفشي وباء كوفيد-19، مما أضاف عبئًا إضافيًا على النظام. وبات من الواضح أن غياب خطة متكاملة لتقديم الخدمات الصحية يهدد استمرارية شمولية النظام.

أشار الخبراء المستشارون إلى حالات محدودة تخص تقديم خدمات شاملة، خاصة في إطار الحملات والبرامج التي تعمل على مستوى رأسي مثل برنامج مكافحة التهاب الكبد الوبائي سي. ومع ذلك، اتفق الجميع على أن تقديم الخدمات الأساسية الشاملة والمستمرة تأثر بشدة خلال تفشي كوفيد-19، وبعضها أكثر من غيره. فقد تأثرت خدمات فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز التي اعتادت تقديمها مستشفيات الحميات بشكل كبير، نظرًا للدور الجديد الذي أسند إلى هذه المستشفيات لمواجهة كوفيد-19. كما تأثر تقديم خدمات مثل تنظيم الأسرة ورعاية الحوامل وخدمات صحة الطفل. بينما بدأ نظام التعامل مع الأمراض المزمنة في اتخاذ أشكال جديدة اتسمت بالعفوية وعدم الانضباط من خلال استشارات عبر الإنترنت يقدمها القطاع الخاص. واستفادت خدمات الصحة النفسية أيضًا من المنصات الإلكترونية، فضلًا عن استخدام الحكومة لبعض هذه الأدوات، وإن لم يكن بنفس القدر الذي تبناه القطاع الخاص.

2. سهولة الوصول إلى الخدمات

"ينبغي أن تكون الخدمات متاحة بسهولة وبدون انقطاع، وألا توجد عوائق غير مبررة تخص التكلفة أو اللغة أو الثقافة أو الموقع الجغرافي، وأن تكون الخدمات الصحية قريبة من الجميع، وتحديد نقطة دخول روتينية إلى شبكة الخدمات على مستوى الرعاية الأولية (وليس على مستوى المتخصصين أو المستشفيات). يمكن تقديم الخدمات في المنازل أو المرافق المجتمعية أو أماكن العمل أو المرافق الصحية حسب الحاجة".

اتفق الخبراء الاستشاريون على أن الاعتماد الكبير على خدمات الرعاية الصحية الخاصة والذاتية (التي تعتمد على نفقات الجيب)، إضافة إلى ارتفاع معدلات التضخم والتحديات الاقتصادية التي واجهتها مصر خلال السنوات الثلاث الماضية، نشأ عنه صعوبة كبيرة في حصول بعض المجتمعات المحلية على الخدمات الصحية. ولاحظ الخبراء أن القطاع العام بذل جهودًا كبيرة للتخفيف من هذه التحديات، خاصة فيما يتعلق بخدمات مكافحة كوفيد-19. ومع ذلك، لم تؤد هذه الجهود إلى تحسين مستمر في إمكانية الحصول على الرعاية الصحية بعد الجائحة.

تحسنت إمكانية الوصول إلى الخدمات الصحية في المحافظات التي طُبِّق فيها نظام التأمين الصحي الاجتماعي، تظهر هذه النتيجة من خلال قياس عدد الخدمات التي تقدمها الهيئة العامة للرعاية الصحية. ومع ذلك، لا يزال الوصول إلى الخدمات في هذه المحافظات غير مُرضٍ، حيث تُشكل مدفوعات التأمين المشترك عائقًا أمام الوصول، فضلًا عن غياب بعض الخدمات.

3. التغطية

"تهدف الخدمات الصحية إلى شمول جميع أفراد المجتمع، بغض النظر عن حالتهم الصحية أو مستوى دخلهم أو فئتهم الاجتماعية".

تشير البيانات الحكومية التي تُنشر بين حين وآخر في البيانات الصحفية إلى تحسن ملحوظ في تغطية الرعاية الصحية، بالتزامن مع: 1) الطرح التدريجي لنظام التأمين الصحي الاجتماعي 2) إضافة شرائح ديموغرافية جديدة إلى مجموعة المواطنين الذين يشملهم نظام التأمين الصحي القديم (أو الحالي) الذي تقدمه الهيئة العامة للتأمين الصحي 3) تقديم عدد من البرامج الرأسية التي تركز على خدمات الرعاية الصحية المحددة والاهتمامات الصحية العامة.

على الرغم من ذلك، يوجد إجماع على عدم وجود بيانات موثوقة تُظهر حجم التغطية التأمينية الفعلية للسكان، لذا ينبغي قياس التغطية من خلال تعداد السكان أو بيانات تُجمع بدقة وتُتاح للجمهور. لا تشمل هذه البيانات فقط الأفراد أو العائلات المسجلة في أنظمة التأمين الصحي الوطنية، بل تشمل أيضًا- والأهم من ذلك- المستفيدين الفعليين. تفتقر البيانات أيضًا إلى معلومات حول معدلات تأمين التطعيم الإجباري وتطبيق رعاية ما قبل الولادة وما بعدها. كما تشير آخر البيانات (قبل فترة الدراسة) إلى أن معدلات تطعيم الأطفال مستقرة فضلًا عن وجود تحسن في معدلات استخدام وسائل تنظيم الأسرة. لم يُنشر أي تحديث لهذه

البيانات في الآونة الأخيرة، ولا يوجد دليل يخص الأنظمة الصحية للأطفال. إضافة إلى ذلك، ينبغي توفير المزيد من البيانات حول التأمين الصحي بشكل عام.

4. الاستمرارية

"تُنظم الخدمات الصحية لضمان استمرارية رعاية الفرد عبر شبكة الخدمات وفي مختلف الحالات الصحية ومستويات الرعاية على مدى دورة الحياة بأكملها".

خلال الفترة الزمنية التي شملتها الدراسة، ظهرت بعض الثغرات في تقديم خدمات الرعاية الصحية. عُولجت بعض هذه الثغرات من خلال مبادرات رئاسية أو برامج رأسية (تركز على أمراض أو خدمات صحية بعينها). واجهت هذه البرامج بعض الانتقادات، لكن هناك اتفاق على أن بعضها صُمّم لضمان استمرارية الرعاية خلال مدة تلك البرامج. بعض هذه البرامج حقق نجاحًا في سد نقص طويل الأمد في استمرارية الرعاية للمواطنين المستهدفين. ومع ذلك، ينبغي دمج هذه البرامج بشكل كامل ومواصلتها من خلال العمل اليومي المعتاد لوزارة الصحة. ففي النهاية، تتحمل الأنظمة والأقسام والفروع المعمول بها في وزارة الصحة مسؤولية تحقيق أهداف هذه البرامج.

من أسباب إجماع الخبراء على "التحسن"، هو قصة نجاح برنامج التهاب الكبد الوبائي سي. هذا البرنامج نموذج فريد في مجال استمرارية الرعاية الصحية. فقد انطلق بهدف فحص جميع المصريين للكشف عن الفيروس، وقدم مجموعة متكاملة من الخدمات تشمل التشخيص والعلاج والمتابعة.

على الرغم من ذلك، لاحظ الخبراء أن البرامج الأخرى لا تحقق نفس مستوى استمرارية الرعاية، خاصة القوافل الطبية التي غالبًا ما تعاني من عدم التكامل مع وحدات الرعاية الصحية الأولية، مما يؤدي إلى انقطاع استمرارية الرعاية التي يحتاجها المرضى.

5. الجودة

"الخدمات الصحية عالية الجودة هي تلك الخدمات الفعالة والآمنة التي تستهدف المريض، ويتمكن من الحصول عليها في الوقت المناسب".

رغم الجهود المتعددة التي بُذلت لتحسين جودة خدمات الرعاية الصحية على جميع المستويات، اتفق الخبراء المستشارون على صعوبة قياس مدى ترجمة هذه الجهود عمليًّا لتحسين جودة الخدمة. ورغم ذلك، ومع تطبيق قانون التأمين الصحي الجديد للمرة الأولى، ظهر مقياس جديد ومحدد سمح بوجود إجماع على حدوث تحسن في هذا الجانب.

يرتبط هذا المقياس الجديد بدور الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية. وفقًا للقانون رقم 2 لسنة 2018، لضمان جودة وسلامة خدمات الرعاية الصحية، فإن "اعتماد" مرافق الرعاية الصحية أمر ضروري لتوقيع عقود معها بموجب نظام التأمين الصحي الجديد.

وتضطلع بهذا الدور الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية، وهي هيئة اعتماد ورقابة تتمتع باستقلالية كبيرة وفقًا لما ينص عليه القانون. كما أنها هيئة مستقلة تخضع مباشرةً لرئيس الجمهورية وهي مسؤولة عن إصدار المعايير لضمان تقديم خدمات الرعاية الصحية، وفقًا لأعلى معايير الجودة والسلامة في مختلف مرافق الرعاية الصحية. يطور خبراء جودة الرعاية الصحية هذه المعايير بهدف مواكبة أحدث الاتجاهات في مجال الجودة والسلامة في جميع أنحاء العالم. وتهدف هذه المعايير إلى أن تكون ركائز لتقديم خدمات آمنة للمرضى[1].

تُظهر أحدث بيانات منشورة عن الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية حصول 114 منشأة صحية على اعتماد مؤقت و142 على اعتماد كامل[2]. وتفصيلًا أفادت الهيئة العامة للرعاية الصحية بأن 57 منشأة في المحافظات التي يُطبَّق فيها قانون التأمين الصحي الجديد حصلت على اعتماد مؤقت، بينما تم اعتماد 76 منشأة بشكل كامل[3].

ومع ذلك، توجد بعض الملاحظات التحذيرية حول هذه البيانات، حيث ينبغي تفسير البيانات كنسبة مئوية من إجمالي مرافق الرعاية الصحية في مصر، إذ تشير أحدث الإحصائيات إلى وجود 1809 مستشفى و5388 وحدة رعاية صحية أولية[4]، بإجمالي 7222 منشأة. لا تشمل هذه الإحصائيات المعامل ومراكز الأشعة والصيدليات والعيادات الخاصة التي يقدر عددها بأكثر من 89000 عيادة في القاهرة وحدها عام 2021 [5]. نتيجة لذلك، فإن نسبة المنشآت المعتمدة تمثل جزءًا صغيرًا جدًا من إجمالي مرافق الرعاية الصحية في مصر.

أفاد الخبراء بنقص بعض المقاييس الأساسية لجودة الرعاية الصحية، مثل البيانات المتعلقة بالنتائج السريرية للجراحات، وطول فترات البقاء في المستشفى، والالتزام بالعلاج، ومقارنة بيانات مرافق الصحة العامة والخاصة ومرافق التأمين الصحي. وشددوا على أهمية توفير هذه البيانات للجمهور لضمان شفافية وفاعلية النظام الصحي.

علاوة على ذلك، ينبغي جمع بيانات جودة الرعاية المتصورة بطريقة علمية واضحة وقابلة للمقارنة وشفافة، وألا يقتصر استخدام هذه البيانات على الأغراض الترويجية، بل يجب أن تُستخدم لتحسين جودة الرعاية الصحية. تعد أحدث البيانات المتاحة حول تجربة المرضى في مرافق التأمين الصحي الجديدة التي تقدمها الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية خطوة إيجابية نحو الاتجاه الصحيح. ورغم ذلك توجد بعض الشكوك حول منهجية جمع هذه البيانات ونتائجها[6].

6. الخدمات المتمركزة حول الأفراد

"تُصمم الخدمات الصحية لتلبي احتياجات الفرد، عوضًا عن التركيز على المرض أو التمويل، بحيث يشعر المستخدمون بأن الخدمات تلبي احتياجاتهم وتناسبهم. كما تشارك الفئات المستهدفة في تصميم الخدمات وتقييمها، ويضطلع الأفراد بدور نشط في رعاية صحتهم".

[1] الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية، من نحن، https://gahar.gov.eg/page/p/%D9%85%D9%86-%D9%86%D8%AD%D9%86

[2] الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية، الإحصائيات، كما هو معروض في 24 أكتوبر 2023، https://gahar.gov.eg/

[3] بوابة الحكومة المصرية، أغسطس 2023

[4] عدد المنشآت الصحية في مصر حسب الجهاز المركزي للتعبئة والإحصاء، ديسمبر 2023، https://www.capmas.gov.eg/Pages/Publications.aspx?page_id=5104&Year=23361

[5] أخبار المال، 2021

[6] رصد تجربة المرضى في التأمين الصحي الشامل، الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية، 2023،

اتفق الخبراء على وجود بعض التطورات الإيجابية الطفيفة بخصوص التركيز على المريض كما هو واضح في إدارة التركيز على رعاية المريض لدى الهيئة العامة للرعاية الصحية. وتشمل هذه التطورات تشكيل لجان المرضى وإشراكهم في معالجة الشكاوى ضمن نظام التأمين الصحي الجديد، والعديد من الجهود الأخرى الرامية إلى جعل الرعاية المتمحورة حول المريض هي المهمة الأساسية للهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية. وقد أجمع الخبراء على وجود بعض التحسن في هذا الجانب. ومع ذلك، فإن هذا لا ينطبق بالضرورة خارج المناطق التي يسري فيها قانون التأمين الاجتماعي الجديد.

7. التنسيق

"تتمتع شبكات خدمات الرعاية الصحية المحلية بتنسيق فعال يشتمل على مختلف أنواع مقدمي الخدمة، وأنواع الرعاية، ومستويات تقديمها، سواءً للتأهب الروتيني أو الطارئ. ويضطلع مقدم الرعاية الأولية بدور محوري في تسهيل مسار علاج المريض عبر الخدمات المطلوبة، وذلك من خلال التعاون مع مستويات وأنواع أخرى من مقدمي الخدمة. ويشمل التنسيق أيضًا قطاعات أخرى مثل الخدمات الاجتماعية، وشركاء مثل المنظمات المجتمعية".

أظهرت جائحة كوفيد-19 تحسنًا ملحوظًا ظهر في التنسيق بين وزارة الصحة وبقية الأجهزة الحكومية. من أمثلة هذا التحسن مناقشة الجوانب الصحية في اجتماعات وزارية بمستويات عالية من التنسيق تشمل جميع مستويات صنع القرار، واستمرار بعض جوانب هذا التنسيق بعد انتهاء الجائحة، خاصة مع وزارة التضامن الاجتماعي من خلال تنفيذ عدد من البرامج والمشاريع بالتعاون الوثيق بين الجانبين.

بينما شهدت الاستجابة لجائحة كوفيد-19 تحسنًا في التنسيق بين وزارة الصحة وبقية أجهزة الحكومة، لا يزال التنسيق مع القطاعين الخاص والاجتماعي متباطئًا. أرجع الخبراء الاستشاريون أسباب ذلك إلى الحواجز الفنية واللوجستية، وليس غياب الإرادة السياسية. بعض الأمثلة على جهود تحسين التنسيق هي دمج قواعد البيانات بين الوزارات وإنشاء مسارات إحالة متكاملة تشمل الخدمات الصحية والقانونية والنفسية والاجتماعية (كما هو الحال في مسار إدارة العنف القائم على النوع الاجتماعي)، والجهود التعاونية لتحديد الأفراد والأسر التي تحتاج إلى الخدمات بطريقة دؤوبة (مثل برنامجي تكافل وكرامة)، إلا أن عددًا من العوائق الفنية واللوجستية حالت دون تنفيذها بشكل كامل وفعال. ولتدارك هذه العوائق، أطلقت الحكومة التحالف الوطني للعمل الأهلي التنموي.

8. المساءلة والكفاءة

"تُدار الخدمات الصحية بشكل جيد لضمان تقديم الخدمات الموصوفة أعلاه بشكل فعال، والحد من إهدار الموارد، وتمكين المديرين من تحقيق الأهداف المخططة، ومحاسبتهم على الأداء والنتائج العامة، وإشراك الفئات المستهدفة والمجتمع المدني في تقييم الخدمات الصحية".

أظهرت استشارات المعنيين أن المساءلة في القطاع الصحي تدهورت بشكل واضح منذ عام 2019. وتشمل أوجه التدهور: عدم تطبيق نظام الحوافز القائم على الأداء بشكل كامل أو فعال، واعتماد آليات المكافآت والعقوبات على "الذاتية" وعدم تنفيذها بشكل منتظم، واستمرار ظاهرة زيارات وزير الصحة العشوائية للمستشفيات، مما يدل على عدم وجود رقابة منتظمة أو مساءلة داخل هياكل الوزارة، واتهامات بانتشار الفساد ووأد أي جهود سابقة لتعزيز الشفافية، وتأخر توثيق الموارد المتاحة، مما يخلق بيئة مواتية لتراجع الكفاءة وازدياد الفساد وانعدام المساءلة. وتُشير هذه النتائج إلى ضرورة بذل المزيد من الجهود لتحسين المساءلة في القطاع الصحي.

ب. أعضاء الفريق الطبي

تُظهر البيانات المتاحة عن أعضاء الفريق الطبي في مصر نقصًا ملحوظًا في المعلومات المتعلقة بتوزيعهم ومهاراتهم وقدراتهم، حيث تشير أحدث البيانات المتاحة من الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء لعام 2021 إلى وجود متوسط 12.8 طبيبًا لكل 100 ألف شخص، ومتوسط 21.2 ممرضة لكل 100 ألف شخص، ولا توجد مصادر موثوقة لبيانات لاحقة.

1. نظام التخطيط الاستراتيجي وإدارة الموارد البشرية الطبية

يُعرَّف هذا النظام بأنه "طريقة لإدارة وتطوير خطط الموارد البشرية في مؤسسات الرعاية الصحية. ويشمل ذلك أنظمة التوظيف والتعيين وخطط الحوافز لضمان استيفاء منشآت الرعاية الصحية لمعايير التوظيف الوطنية الموصى بها".

ظهرت بعض المؤشرات على بدء جهود لوضع خطة استراتيجية لإدارة الموارد البشرية في مجال الرعاية الصحية، وهو شرط أساسي لتنفيذ قانون التأمين الصحي الجديد بشكل صحيح. كما لوحظت جهود أولية لتنسيق عمل وزارة التعليم العالي ووزارة الصحة للحصول على أعداد موثوقة وبناء خطة قابلة للقياس لضمان توفر وتجهيز الموارد البشرية اللازمة. ولكن، لم تسفر هذه الجهود عن أي نتائج ملموسة ولم يتم الإفصاح عنها للجمهور.

2. الحجم

"حجم أعضاء الفريق الطبي على المستوى الوطني، بما في ذلك التوظيف والتدريب".

لا توجد بيانات كافية لإصدار حكم موضوعي بشأن حجم العاملين مجال الرعاية الصحية. ومع ذلك، يُجمع الخبراء على أن عدد العاملين في مجال الرعاية الصحية قد انخفض بشكل كبير بسبب زيادة هجرة الكوادر الطبية.

3. القدرة

"قدرة مؤسسات التعليم المهني الصحي (على تخريج الكوادر اللازمة)، بما في ذلك عدد ونوعية المعلمين والموظفين المساعدين".

أجمع المعنيون الرئيسيون لدى نقابات الأطباء ومؤسسات التأمين الصحي على أن زيادة أعداد متدربي الزمالة المصرية (من 1500 إلى 10000) من دون أي تغيير أو تحسن محدد في موارد التدريب؛ أدت إلى تدهور كبير في قدرات الكوادر الصحية.

لم تفضِ محاولات التنسيق بين وزارة الصحة ووزارة التعليم العالي لضمان التعليم الطبي المستمر إلى نتائج حتى الآن.

يحتاج نموذج التعليم الطبي والرعاية الصحية إلى إصلاح شامل من أجل تخريج إخصائيين طبيين مؤهلين تأهيلًا عاليًا (كما هو مطلوب لتنفيذ قانون التأمين الصحي الجديد). بعد التخرج، يتم تعيين الكوادر الطبية المدربة بعناية في مرافق صحية نائية مع قليل من الإشراف أو الدعم. فهم يتعلمون أثناء ممارستهم المهنة، خاصةً في أماكن الرعاية الصحية الأولية، حيث يكون الوصول إلى التعليم الطبي العملي المستمر والتوجيه والدعم محدودًا. ونتيجة لذلك، تعجز هذه الكوادر الطبية عن تلبية توقعات الفئات المستهدفة وتكون قدرتهم على أداء أدوارهم محدودة، لا سيما في أماكن الرعاية الصحية الأولية.

قد تساعد التطورات الإيجابية الأخيرة، مثل القانون الجديد للمجالس الطبية، في تدارك هذا الوضع المتدهور، ولكن هذا وحده لن يكون كافيًا لتلبية الاحتياجات الحالية لقطاع الرعاية الصحية المصري. ينبغي أيضًا توفير التدريب الخاص، لا سيما على أنظمة الإحالة ومعالجة الأمراض المزمنة وتوفير الرعاية التي تركز على المريض.

4. القطاع الخاص

"التفاعل مع القطاع الخاص أو تنظيمه يتطلب معرفة دقيقة بأعداد وأنواع ومؤهلات مقدمي الخدمات في القطاع الخاص".

أتاحت جائحة كوفيد-19 فرصة ذهبية للجهات التنظيمية لفرض مجموعة من القواعد واللوائح على القطاع الخاص. على وجه الخصوص ما يتعلق بالتقارير الموحدة والمنتظمة، وتسعير الخدمات، وتوافر الأسِّرة، والنتائج السريرية، وما إلى ذلك. وللأسف، لم يتم الاستفادة من ذلك بشكل كامل.

لا يوجد توافق في الآراء حول مدى دقة إدراج البيانات الواردة من المختبرات الخاصة في بيانات كوفيد-19.

لم تنجح محاولات الحكومة بشكل كامل في توحيد أسعار الخدمات المتعلقة بكوفيد-19. كما لم تُطبق القوانين واللوائح المتعلقة بالتمويل الحكومي للخدمات الطارئة خلال الـ 48 ساعة الأولى بشكل كامل. تُسهم المدفوعات غير الرسمية، حتى من القطاع الخاص، بشكل كبير في زيادة نفقات الأفراد. ورغم التقديرات الرسمية التي تُشير إلى انخفاض نسبي في هذه المدفوعات، إلا أن الانخفاض الأخير في قيمة الجنيه المصري وتأثيره على الوضع الاقتصادي وأسعار الخدمات والسلع، أدى -على الأرجح- إلى زيادة نفقات الافراد على الصحة إلى مستويات غير مسبوقة، رغم عدم توافر أرقام محدّثة حتى الآن.

وتظل قدرة القطاع الخاص المنظم على تقديم مساهمة حاسمة في قانون التأمين الصحي الجديد فرصة ضائعة ينبغي اغتنامها، خاصة وأن ميزانية الدولة استثمرت بكثافة في البنية التحتية الصحية الأولية بدلًا من التعاقد مع مقدمي الخدمات الصحية الخاصة بطريقة منهجية ومنظمة تعكس خطة موحدة.

5. إدارة هجرة الكوادر الصحية

" إدارة سوق الكوادر الصحية بين الدول التي تشهد أعدادًا كبيرة من هجرة العاملين الصحيين، وبذل جهود لإدارة الاتجاه المتزايد للكوادر الصحية نحو الهجرة".

إن هجرة الكوادر الصحية ما هي إلا مظهر من مظاهر ظروف العمل غير الجذابة وتدني الأجور، على الأقل عند مقارنتها بالدول الأخرى.

رغم حاجة القطاع الطبي المصري إلى مزيد من الكوادر الصحية بالتزامن مع عدم تحسن المزايا المقدمة لهم؛ أجمع الخبراء المستشارون على وجود هجرة كبيرة للكوادر الصحية، خاصة بعد انخفاض قيمة العملة المحلية.

على الرغم من الاعتراف بوجود بعض الحوافز الإضافية للعاملين في مجال الرعاية الصحية، ووجود لجان لدراسة ظروف عمل الأطباء، إلا أن هذه الجهود لا تكفي لمواجهة الوضع الحالي، إذ يُعاني القطاع الطبي من نقص التخطيط والرؤية، ولا تتجاوز الجهود المبذولة مجرد مبادرات فردية متفرقة حسنة النية.

6. إدارة أوجه القصور والحد من الهدر

"قد تشمل أوجه القصور تحديد أسباب تغيب الموظفين عن العمل والحد منه، وهو أمر معروف بأنه مشكلة كبيرة في الأنظمة الصحية العامة في العديد من الأماكن".

أظهر تنفيذ قانون التأمين الصحي الجديد نتائج إيجابية تخص معالجة أوجه القصور المذكورة في المحافظات التجريبية من حيث التوظيف وإدارة الموارد البشرية. فمنذ بداية تنفيذ القانون، تم الاعتماد على الاختيار الموضوعي في توظيف جميع الموظفين الجدد بكافة مستوياتهم، مما أدى إلى معالجة أوجه القصور والتغيب بشكل أكثر فاعلية. إلا أنه خارج هذه المحافظات يزداد القلق من التغيب، كما تزدادأوجه القصور الكبيرة في إدارة الموارد البشرية، خاصة مع تزايد عدم الرضا عن ظروف عمل موظفي قطاع الرعاية الصحية، لا سيما في القطاع الصحي العام.

7. تحفيز أداء العاملين بالقطاع الطبي

"تحفيز أعضاء الفريق الطبي وزيادة إنتاجيتهم، والتي قد تشمل الدعم الإشرافي، هي إحدى الأدوات الأكثر فاعلية لتحسين كفاءة العاملين بالقطاع الطبي والإدارة الفعالة لأدائهم".

على الرغم من الاعتراف الرمزي والشفهي بالتضحيات التي قدمها العاملون في مجال الرعاية الصحية خلال جائحة كوفيد-19، والتعويضات التي قدمتها لهم نقابة الأطباء، لم تُنفذ أي تحسينات ملموسة على نظام الحوافز للعاملين في مجال الرعاية الصحية.

لا تزال الحوافز القائمة على الأداء، والتي تُعد عنصرًا أساسيًّا في تقديم الخدمات من خلال نظام التأمين الصحي الجديد، غير مكتملة. كما تركز المؤشرات والمقاييس المستخدمة لربط الحوافز بالعمليات بدلاً من المخرجات أو النتائج السريرية. لذا، ينبغي بذل جهود كبيرة لتحفيز أداء العاملين بالقطاع الطبي.

ج. أنظمة المعلومات الصحية

فرضت الالتزامات الدولية التي تعهدت بها البلدان بشأن جائحة كوفيد-19 ومكافحتها، عددًا من التدابير بشأن توفير بيانات محدثة وموحدة عن الوفيات الناجمة عن جائحة كوفيد-19، ومعدلات الاعتلال والتطعيم. ولا تزال الأسئلة مطروحة حول استمرارية وتوسع هذه التدابير ودقتها بما فيه الكفاية بعد الجائحة.

1. جمع البيانات

"تعكس القدرة على جمع البيانات باستخدام المصادر والأساليب الأولية (المسوحات الصحية، والتسجيل المدني، والتعداد السكاني، والإبلاغ عن المرافق، وتتبع موارد النظام الصحي) قدرة الدولة على جمع البيانات ذات الصلة على فترات مناسبة واستخدام مصادر البيانات الأكثر ملاءمة. وتشمل المعايير انتظام البيانات وسرعتها، ومحتوى أدوات جمع البيانات وتوافر المؤشرات الرئيسية."

بعد التباين الواضح في وجهات النظر حول جمع البيانات، يوجد اتفاق على التحسن النسبي والطفيف بشأن القدرة على إعداد البيانات منذ نهاية المرحلة التجريبية الأولى لمشروع التأمين الصحي الجديد، والاستجابة لجائحة كوفيد-19. كما أن الحاجة إلى إنتاج بيانات ترصد تأثير خطط التأمين الصحي الاجتماعي الجديدة، مهدت الطريق أمام تحسين القدرة على جمع البيانات. ومع ذلك، لا تزال شفافية البيانات وإمكانية الوصول إليها أقل مما هو مطلوب ومتوقع، لا سيما من حيث مستوى الدقة، وهو أمر مثير للجدل. وتتمثل أوجه القصور فيما يلي:

- لا تزال عملية جمع البيانات وإنتاجها تعتمد على طلبات شديدة المركزية أو تعكس التزامات دولية لاحتياجات الإبلاغ المختلفة. كما لا تزال عملية جمع البيانات المنهجية، التي تعد جزءًا من وظيفة السلطة التنفيذية، غير شفافة إلى حد كبير.

- من أجل إنشاء بيانات دقيقة وموثوقة، ينبغي توفير أدوات للتحقق من صحة البيانات من المصادر الحكومية ومصادر القطاع الخاص. وقد تعرض جمع البيانات حول معدلات الإصابة بفيروس كورونا المستجد (كوفيد-19) للانتقاد لعدة أسباب منها العيوب في المقاييس المستخدمة (على الرغم من أن اختبار تفاعل البوليميراز المتسلسل PCR لم يُجرَ إلا على عدد محدود من الحالات وفقًا للبروتوكولات الوطنية، فإن الحالات الإيجابية لهذا الفحص فقط، هي التي تُعتبر حالات كوفيد-19. كما أن جمع البيانات من القطاع الخاص بشكل منهجي ودقيق أمر مثير للجدل وتعرض لانتقادات شديدة من حيث الدقة لعدة أسباب.

- غالبًا ما تعيق المخاوف المتعلقة بأمن البيانات عملية جمع البيانات وإمكانية الوصول إليها، وغالبًا ما تكون غير مبررة وتشكل عقبة خطيرة أمام الإصلاحات التي تقودها السلطة التنفيذية بدعم من المجتمع المدني ومراقبته.

2. تحليل البيانات والتحقق من صحتها

"القدرات الوطنية على جمع البيانات وتحليلها والتحقق منها: تقيس هذه القدرات الجوانب الرئيسية للإطار المؤسسي اللازم لضمان جودة البيانات، بما في ذلك الاستقلالية والشفافية وسهولة الوصول إليها. وتشمل المعايير آليات التنسيق المستقلة وتوافر البيانات الجزئية والبيانات الوصفية".

رغم الاتفاق على تحسن جمع البيانات بشكل طفيف، إلا أن الخبراء المستشارين صرحوا بأن تحليل البيانات وإمكانية الوصول إليها، كلاهما في تراجع وفق الملاحظات التالية:

لا يوجد في مصر حتى الآن تشريع أو قانون بشأن الوصول إلى المعلومات كما هو منصوص عليه في دستور 2014. لا تزال مصر متأخرة في هذا الصدد، خاصة عند مقارنتها بتونس والمغرب.

يتطلب جمع البيانات الدقيقة والفعالة والمنتظمة ربطًا واسع النطاق بين قواعد بيانات الإدارات والوزارات الحكومية المختلفة. وقد استمرت تلك الجهود بوتيرة متزايدة خلال العامين الماضيين، إلا أنه ينبغي تطوير خطة مشتركة للجمهور لجمع البيانات.

الوصول إلى البيانات الدقيقة والمنتظمة عنصر أساسي للمساءلة السليمة، لذا يبذل البرلمانيون قصارى جهدهم في الوصول إلى هذه البيانات من أجل تقييم الأداء الحكومي بشكل صحيح وموضوعي.

في أغسطس 2023، أطلقت مصر استراتيجية وطنية لإصلاح إطار البيانات والإحصاء بهدف أن تصبح مرجعًا رئيسيًّا لتحديد أجندات السياسات العامة. لم تسفر هذه الاستراتيجية الوطنية عن نتائج ملموسة بعد[7].

ينبغي التأكيد على الجهود المبذولة في جمع البيانات وإنشائها وتوصيلها ونشرها بشكل صحيح.

[7] إطلاق الاستراتيجية الوطنية لإصلاح البيانات والبيانات الإحصائية، أغسطس 2023، https://www.shorouknews.com/news/view.aspx?cdate=29082023&id=62e1c2e1-716e-408c-98b9-dd9c9659da42

3. المسوحات الصحية

"لدى الدولة برنامج بحثي مدعوم مدته 10 سنوات يغطي جميع الموضوعات الصحية ذات الأولوية ويراعي مصادر البيانات الأخرى ذات الصلة"

أتاح كوفيد-19 فرصة ذهبية لوضع خطة مسح صحي وطنية مدعومة. إلا أن الخبراء المستشارين لم يكونوا على علم بأي تحسينات في هذا الجانب.

4. تسجيل المواليد والوفيات

"الأهداف المرجوة: تسجيل ما لا يقل عن 90% من جميع المواليد، وتسجيل ما لا يقل عن 90% من جميع الوفيات، واستخدام التصنيف الدولي للأمراض ICD-10 في مستشفيات المحافظات والإبلاغ عن أسباب الوفاة على المستوى الوطني".

على الرغم من التحسن الملحوظ في تسجيل المواليد ودقته، إلا أن هناك بعض التحديات التي يجب معالجتها، منها أن تسجيل المواليد يتأخر حتى أسبوعين بعد الولادة، مما يصعب قياس معدلات وفيات الرضع واحتياجات وحدات العناية المركزة لحديثي الولادة والحاضنات.

كما لا يزال تسجيل الوفيات متأخرًا فيما يتعلق بأسباب الوفاة، خاصة خلال جائحة كوفيد-19، ما نتج عنه بيانات مشكوك فيها بدرجة كبيرة حول عدد الوفيات المرتبطة بكوفيد-19. لذلك، ينبغي بذل المزيد من الجهود لضمان توثيق أسباب الوفاة بشكل صحيح ودقيق وفقًا لتصنيف ICD-10 في جميع مستويات الرعاية.

5. تعداد السكان

"تم الانتهاء من التعداد السكاني في السنوات العشر الأخيرة، والتوقعات السكانية للأقاليم والمناطق الإدارية الصغيرة للسنوات العشر القادمة ووُثقت بشكل جيد، وهي متوفرة في وسائط مطبوعة وإلكترونية".

لا يوجد أي تحسن أو تراجع يتعلق بتعداد السكان.

6. نظام الإبلاغ في المرافق الصحية

"يُركز هذا الجزء على نظام الإبلاغ عن الأمراض التي يجب الإبلاغ عنها، واستخدام تكنولوجيا الاتصالات الحديثة، وتحسين دقة وكفاءة الإبلاغ عن الأمراض بدءًا من الأقاليم وحتى كامل الدولة".

تملك وزارة الصحة نظامًا إلكترونيًا للإبلاغ عن الأمراض في المرافق الصحية، لكنه يعاني من البطء. ولا تزال هناك حاجة إلى بذل جهود كبيرة لتحسين الإبلاغ عن وفيات الولادات، خاصة في المرافق التي لا تُشرف عليها وزارة الصحة، مثل القطاع الخاص والمرافق المجتمعية والمرافق العامة الأخرى.

7. نظام تتبع موارد النظام الصحي

"يتضمن هذا النظام حسابًا صحيًا وطنيًا واحدًا - على الأقل - مكتملًا يغطي خمس سنوات سابقة، وقاعدة بيانات وطنية تحتوي على المرافق الصحية العامة والخاصة، والترميز الجغرافي المتاح والمحدث خلال ثلاث سنوات سابقة".

على الرغم من إصدار حسابات صحية وطنية في أواخر عام 2023، إلا أنها تعتمد على بيانات قديمة من عامي 2019 و2020. ولا توجد قاعدة بيانات وطنية متاحة للجمهور تغطي القطاعين العام والخاص، كما لا تتوفر أي بيانات مصنفة تحت ترميز جغرافي متاحة للجمهور.

د. توفير الأدوية الأساسية

1. الحق في الحصول على الأدوية الأساسية

"الحصول على الأدوية والوصول إلى التقنيات الأساسية كجزء من برنامج الحق في الصحة الذي أقره الدستور والتشريعات الوطنية، إعمالا للحق في الصحة و/أو حق جميع المواطنين في ذلك".

لا تغيير يذكر في هذا الصدد، إذ نص دستور 2014 على حق الحصول على الأدوية الأساسية.

2. سياسة وطنية منشورة للأدوية

"ضرورة وجدود سياسة وطنية جديدة منشورة للأدوية (السياسة الوطنية الرسمية للأدوية NMP محدثة خلال خمس سنوات سابقة)".

لم يُعلن بعد عن سياسة وطنية بشأن الأدوية، إلا أن إنشاء هيئة الدواء المصرية خطوة هامة إلى الأمام في مجال الحوكمة. لكن كمية البيانات المتعلقة بتوافر الأدوية واستهلاكها والحاجة إليها لا تزال ضعيفة للغاية، ولا توجد سياسة متفق عليها لمواجهة التحديات مثل التخلص من الحصول على الادوية من دون وصفات طبية ، والإفراط في استخدام المضادات الحيوية التي لا تحتاج إلى وصفة طبية. وتتوفر تقارير مفصلة مخصصة من منظمات الأبحاث الخاصة التي تتمتع بوصول مميز إلى البيانات الحكومية، ولكن برسوم باهظة تستطيع فقط شركات الأدوية والمستثمرين من القطاع الخاص تحملها خلال أبحاث السوق.

3. نشر القائمة الوطنية للأدوية الأساسية

" ضرورة وجدود سياسة وطنية جديدة منشورة للأدوية ومحدثة على مدى خمس سنوات سابقة".

وفقًا للخبراء الاستشاريين، توجد قائمة وطنية للأدوية الأساسية، لكنها غير منشورة وغير متاحة للجمهور. ولا يمكن العثور على معلومات عن آخر سنة تم فيها تحديث القائمة. نُشرت آخر قائمة للأدوية الأساسية (في مصر) على موقع منظمة الصحة العالمية

على الإنترنت عام 2006، إلا أن الرابط معطل[8]. لم يكشف البحث في موقعي وزارة الصحة وهيئة الدواء المصريتين وموقع جوجل باستخدام مصطلح "قائمة الأدوية الأساسية المصرية" عن أي قائمة رسمية من أي من المصدرين.

4.التوافر الفعلي للأدوية الأساسية

"عمليًا، هل الأدوية الأساسية متوفرة ومتاحة على كل مستويات الرعاية الصحية؟".

إن عدم وجود قائمة بالأدوية الأساسية يجعل تقييم توافرها بدقة أمرًا مستحيلًا، لذا أشار الخبراء إلى أن العديد من هذه الأدوية تُصرف من خلال وحدات الرعاية الصحية الأولية والمستشفيات الحكومية. ونظراً للقيود المفروضة على الخدمات والوصول إلى هذه المرافق خلال جائحة كوفيد-19، يمكن استنتاج حدوث تدهور في توافر الأدوية الأساسية وهو ما تؤكده تقارير المجتمع المدني والمواطنين الموثقة خلال هذه الفترة.

٥. تمويل الأنظمة الصحية

1. الإنفاق الحكومي على الصحة

"الإنفاق على الصحة كنسبة مئوية من الإنفاق الحكومي العام".

من الضروري قياس اتجاهات الإنفاق الحكومي على الصحة لتحديد مدى الحاجة إلى زيادة الاستثمار في سبيل تفعيل مبدأ الحق في الصحة. ينص الدستور المصري في المادة 18 على التزام الحكومة بإنفاق ما لا يقل عن 3% من الناتج المحلي الإجمالي على الرعاية الصحية. كما يساهم الإنفاق الحكومي على الصحة في تقليل العوائق المالية أمام حصول الأفراد على الرعاية الصحية أو القضاء على تلك العوائق، وهو أحد أهداف التنمية المستدامة، وتحديدًا الهدفان 3 و8.

[8] الأدوية الأساسية والسياسات الدوائية، منظمة الصحة العالمية، تمت الزيارة في 29 أكتوبر 2023، https://www.emro.who.int/essential-medicines/publications/national-essential-medicines-list.html

وفقًا لوثائق الموازنة العامة، انخفض الإنفاق الحكومي على الصحة بنسبة 6٪ في عام 2022/2023. ومن المتوقع أن يزيد بنسبة 15٪ في عام 2023/2024 [9]، لكن هذه الزيادة لا تزال تعني انخفاضًا بالقيمة الحقيقية بسبب التضخم الذي تقدر نسبته بـ 16% هذا العام. من المتوقع كذلك أن ينخفض الإنفاق الحكومي إلى الناتج المحلي الإجمالي من 1.3٪ إلى 1.24٪، وهو أقل من نصف الالتزام الدستوري. أكد الرئيس المصري أن تحقيق الحد الدستوري غير ممكن بسبب قلة الموارد[10] [11].

من الملاحظ كذلك أن بيانات وزارة المالية غالبًا ما تتناقض مع الصورة العامة، حيث تدعي البيانات أن مصر تفي حاليًا بالتزاماتها الدستورية من خلال الإنفاق الحكومي على الصحة والذي يبلغ 3.72% من الناتج المحلي الإجمالي[12]، وهو ما يتعارض بوضوح مع وثائق الموازنة. وكما أوضحنا سابقًا، فإن هذا لا يعكس الزيادة الفعلية في الإنفاق، بل يعكس نهجًا جديدًا لحساب هذه البيانات، والذي لا يشمل فقط بند الميزانية المخصص لوزارة الصحة، بل يشمل أيضًا المستشفيات والخدمات الصحية العسكرية والشرطية وخطط التأمين الصحي الشامل، بالإضافة إلى التأمين الصحي الذي تقدمه الوزارات الأخرى والمؤسسات العامة وباقي الهيئات الحكومية. تجدر الإشارة أيضًا إلى أن الإنفاق الحكومي على الصحة يشمل أيضًا تكاليف إمدادات المياه والتخلص من النفايات أو الخدمات الأخرى التي تشير إليها الميزانية ببساطة على أنها "خدمات الصحة العامة". علاوة على ذلك، يشمل هذا الرقم أيضًا خدمة ديون القروض اللازمة لتمويل الرعاية الصحية.

2. الحماية من المخاطر المالية وتأمين الفئات الأكثر احتياجًا

"عدد السكان المشمولين بالتأمين الصحي، والآليات المتاحة لضمان تأمين الفئات السكانية الأكثر احتياجًا".

تُظهر البيانات الرسمية بشأن التأمين الصحي أنه يستهدف تقديم حماية اقتصادية شاملة من المخاطر وتحسين تأمين الرعاية الصحية. ويتحقق ذلك من خلال إدراج مجموعات سكانية محددة في تأمين الهيئة العامة للتأمين الصحي من جهة، وتنفيذ خطط جديدة للتأمين الصحي الشامل من جهة أخرى.

ومع ذلك، فقد كان لارتفاع التضخم والزيادات الكبيرة في تكاليف المعيشة تأثيرًا كبيرًا على تكلفة الخدمات الصحية، مما أدى إلى تقليص الخدمات التي توفرها خطط التأمين الصحي، وزيادة التكلفة التي تتحملها الأسر للحصول على الخدمات من خلال القطاع الخاص. وخلص الخبراء الاستشاريون إلى أنه من الصعب التوصل إلى توافق في الآراء بشأن هذا المؤشر، لغياب البيانات الموثوقة والحديثة عن الإنفاق الصحي الفردي، والتأمين الفعلي لبعض الفئات الأكثر احتياجًا في المجتمع.

[9] الموازنة العامة للدولة 2023/2024، https://mof.gov.eg/ar/posts/stateGeneralBudget/63a95e67da80a50008d14783/%D9%85%D9%88%D8%A7%D8%B2%D9%86%D8%A9%20%D8%B9%D8%A7%D9%85%D8%A9%202023%2024

[10] كلمة الرئيس في مؤتمر شباب الأحزاب، يونيو 2023، الساعة الأولى، الدقيقة 16 https://www.facebook.com/watch/live/?ref=watch_permalink&v=824428972307666

[11] تعليق على تصريحات الرئيس بشأن الالتزامات الدستورية في الإنفاق الحكومي على الصحة والتعليم، المبادرة المصرية للحقوق الشخصية، 2023، https://eipr.org/press/2023/06/تعليق-على-تصريحات-الرئيس-بشأن-الالتزامات-الدستورية-في-الإنفاق-الحكومي-على-الصحة-والتعليم-المبادرة-المصرية-للحقوق-الشخصية-2023-لأول-مرة-الرئيس-يعترف-بتجاهل-الحكومة-لنسبالتعليم-والصحة-الدستورية

[12] وزارة المالية، الموازنة العامة 2020/2021

3. الشفافية المالية

"الشفافية المالية على المستوى التنفيذي والإداري".

لم يطرأ أي تحسن أو تراجع في الشفافية المالية، حيث تقتصر الشفافية في الوصول إلى البيانات المالية المتعلقة بالخدمات الصحية إلى حد كبير على تصريحات متفرقة من كبار المسؤولين الحكوميين. ولا تزال البيانات على المستوى التشغيلي والإداري غائبة تماماً عن الخطاب العام.

4. المدفوعات من المال الخاصّ

"نسبة المدفوعات على الصحة التي تتحملها الأسر من نفقاتها الخاصة من إجمالي نسبة الإنفاق على الصحة".

تشير أحدث البيانات إلى أن نسبة المدفوعات من الجيب للرعاية الصحية قد انخفضت من 72٪ في عام 2009 وفق حسابات الصحة الوطنية إلى 59.3٪ في عام 2020[13]، وهذا بالطبع يعكس تحسنًا ملحوظًا. ومع ذلك، لا توجد بيانات حديثة تعكس تأثير التضخم المستمر وجائحة كوفيد-19 على هذا المؤشر. لذلك، من الصعب تقييم حالة هذا المؤشر بدقة في الوقت الحالي.

و. القيادة والحوكمة

1. الاستراتيجية الوطنية للصحة

"كيف يتم إعدادها؟ هل هي متاحة للجمهور؟ هل يتم تحديثها بانتظام؟ هل هي ملزمة؟"

حتى مطلع عام 2023، لم يكن لدى مصر استراتيجية وطنية صحية مطروحة للنقاش العام؛ وفي منتصف عام 2023، قدم مكتب منظمة الصحة العالمية في مصر مسودة استراتيجية وطنية صحية لمناقشتها مع المعنيين الرئيسيين وبدء اجتماعات التشاور المجتمعي. عُرضت الاستراتيجية ونوقشت بشكل شامل في مؤتمر الصحة والسكان الأخير الذي نظمته وزارة الصحة. وهذا تطور إيجابي يمكن أن يمهد الطريق لتنسيق الجهود بشكل كبير بما يتماشى مع استراتيجية صحية وطنية موحدة.

[13] وقع Knoema، مصر - الإنفاق من الجيب كنسبة من الإنفاق الصحي الحالي، 2020

2. تمثيل الأطراف المعنية

"هل ينخرط جميع المعنيين ذوي الصلة بشكل منتظم في عملية صنع القرار؟ ما مدى المشاركة في عملية صنع القرار على مستوى تقديم الخدمات ومستوى المقاطعة والمستوى الوطني؟".

لم يحدث أي تحسن على هذا الصعيد. ولم تنجح محاولات إنشاء مجلس أعلى للصحة متعدد التخصصات وممثل مُكلَّف بوضع ومتابعة استراتيجية وطنية صحية. وقد أقر الخبراء الاستشاريون بجهود مكتب منظمة الصحة العالمية في مصر لحشد المعنيين ذوي الصلة للحصول على آرائهم لوضع استراتيجية وطنية صحية جديدة، إلا أنها لا تزال استثناءً وليس قاعدة.

3. الشفافية و 4. المساءلة

"هل تُتاح المعلومات بطريقة شفافة ودقيقة وفي الوقت المناسب؟ هل بيانات الصحة الوطنية متاحة للجميع؟ وهل هي متاحة على جميع المستويات؟"

"هل توجد آليات للمساءلة المحلية والوطنية تجاه مقدمي الخدمات والهيئات التنظيمية".

شهدت جائحة كوفيد-19 تحسنًا طفيفًا في شفافية البيانات الصحية الوطنية المتعلقة بحالات كوفيد-19، حيث يتم الإبلاغ عن حالات الاعتلال والوفيات يوميًا وأسبوعيًا، لكن ذلك لم يمتد إلى البيانات الصحية الأخرى ولم يستمر بعد ذروة كوفيد-19.

لا تزال آليات المساءلة على المستوى المحلي والوطني ضعيفة للغاية. تقوم الهيئة العامة للرعاية الصحية حاليًا ببعض المبادرات لإنشاء مجتمعات محلية للمرضى، لإشراكهم في إدارة الشكاوى والرقابة على مستوى الخدمات المحلية. تُطبق هذه المبادرات في محافظات المرحلة الأولى من تنفيذ التأمين الصحي الشامل. من السابق لأوانه تقييم هذه المبادرات، ولم يتم توسيع نطاقها خارج هذه المرحلة. كما لم تُنفذ حتى الآن المراسيم الصادرة بشأن إنشاء لجان لحقوق المرضى في مستشفيات عامة ومناطق رعاية صحية أخرى.

5. آليات التظلم

"هل توجد آليات لمعالجة الشكاوى والمظالم؟ وهل هي فعالة وسريعة في نتائجها؟"

قبل جائحة كوفيد-19، استحدثت الحكومة عددًا من آليات التظلم للتعامل مع شكاوى المواطنين ضد الخدمات العامة. ومنذ ذلك الحين، عمل نظام الخط الساخن الموحد للشكاوى التابع لمجلس الوزراء بكفاءة عالية في إدارة هذه الشكاوى. كما ركزت المبالغ

التي يصرفها البنك الدولي، من خلال نموذج التمويل القائم، على النتائج وقياس فاعلية آليات التظلم في تقديم الخدمات الصحية. شمل تنفيذ نظام الرعاية الصحية الشاملة إطلاق نظام تظلمات خاص بالمستفيدين؛ وخلال جائحة كوفيد-19، خُصص أيضًا خط ساخن مخصص لكوفيد-19 في مصر. وبشكل عام، رغم التحسينات الكبيرة التي طرأت في هذا الشأن، تجدر الإشارة إلى أن معظم الحلول كانت مصممة خصيصًا لمعالجة المشكلات المحددة لمقدم الشكوى، ونادرًا ما تؤدي إلى تغييرات منهجية أو تحسينات في العمليات لتجنب تكرار مثل هذه الشكاوى.

ز. التأهب لمواجهة الأوبئة

1. البنية التحتية للمرافق الصحية العامة

لقد فرضت جائحة كوفيد-19 أمرًا واقعًا لتطوير البنية التحتية، إلا أنه من الصعب تقييم مدى تحسن البنية التحتية الصحية من عدمه.

2. المراقبة

أحدث كوفيد-19 تحسنًا مستدامًا على هذا الصعيد.

3. التطعيم

شهدت القدرة على إنتاج اللقاحات وتوزيعها وتسجيلها وإدارتها تحسنًا كبيرًا منذ عام 2019.

4. الطاقة الاستيعابية للمستشفيات؛ 5. المعامل

من الصعب إجراء تقييم موضوعي لقدرة المستشفيات والمختبرات على تلبية احتياجات الجائحة من دون بيانات موثوقة. ومع ذلك، فقد لوحظ أن المستشفيات والمختبرات أظهرت مرونة في مواجهة الجائحة على عدة مستويات، كما واجهت الضغط الذي فرضته الجائحة على النظام الصحي والبنية التحتية.

6. التنسيق

أدت استجابة الحكومة للتعامل مع جائحة كوفيد-19 إلى بذل جهود تنسيقية متعددة الأطراف بين مختلف دوائر صنع القرار الوطنية، خاصة في بداية الأزمة العالمية. وكان من الإيجابي للغاية عقد اجتماع لجميع الممثلين الحكوميين لمناقشة مواجهة الأزمة الصحية وتجهيز الموارد للتخفيف من تأثير الجائحة، ليس فقط على الخدمات الصحية، بل أيضًا على الظروف الاجتماعية والمعيشية للسكان. ينبغي أن تكون قدرة الحكومة على حشد هذا المستوى من التنسيق عند الحاجة هو القاعدة وليس الاستثناء.

ح. آليات التواصل بشأن الصحة العامة

1. التثقيف العام و2. التوعية بالمخاطر

نجحت الآليات التي حشدتها الحكومات لرفع مستوى الوعي العام وتجنب المخاطر في الوصول إلى الجماهير المستهدفة بشكل نسبي، وأحدثت تغييرات إيجابية كبيرة في السلوك. وبعض هذه الآليات قيد الاستخدام المستمر وسهل التطبيق عند الحاجة.

3. التواصل مع العاملين في قطاع الصّحّة

في بداية كوفيد-19، تم حشد آليات وتقنيات جديدة لضمان توصيل إرشادات العلاج وبروتوكولاته للعاملين في مجال الرعاية الصحية. كما استُحدثت خطوط ساخنة وخدمات دعم مخصصة للعاملين في مجال الرعاية الصحية لضمان التواصل المستمر، والاهتمام باحتياجاتهم الصحية النفسية. نُشرت هذه الأدوات وطُبقت بسرعة، على الرغم من أن عديد منها توقف العمل به أو لم تتكرر بعد ذلك.

ط. التدابير الخاصة بفيروس كورونا

1. هل البيانات المُتعلقة بفيروس كورونا متوفرة (عدد الإصابات والوفيات والحالات المرضية)؟

ظلت بيانات كوفيد-19 متاحة للجمهور أثناء الجائحة ويمكن الوصول إليها من خلال قنوات الاتصال الرئيسية ووسائل التواصل الاجتماعي.

2. هل البيانات المُتعلقة بكوفيد ذات مصداقية؟ 3. هل البيانات المُتعلقة بكوفيد منتظمة؟ و 4. هل البيانات المُتعلقة بكوفيد متاحة ويمكن الوصول إليها؟

أثيرت تساؤلات كبيرة حول صحة البيانات المنشورة، لا سيما فيما يتعلق بالحالات الإيجابية ومعدلات الوفيات الناجمة عن كوفيد-19، كما تعرضت آليات جمع البيانات والبيانات المنتجة لانتقادات شديدة بسبب التقليل من الأعداد الفعلية بشكل كبير.

5. هل أُتيحت اللقاحات للجميع؟ 6- وهل وُزِّعت بإنصاف؟

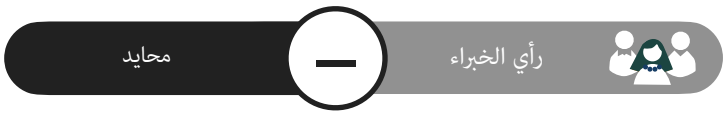
تم توفير اللقاحات في جميع أنحاء البلاد. وكان توزيعها بإنصاف أحد أهم المبادئ عند تنظيم حملات التطعيم، حيث تم توفير اللقاحات للجميع. على الرغم من قلة البرامج والجهود التوعوية الخاصة بالفئات السكانية الأعلى تعرضًا للخطر، إلا أنه تم تنظيمها للوصول إلى السكان الذين يصعب الوصول إليهم.

7. هل حصلت كل الفئات السكانية المعرضة للخطر والمجموعات المستهدفة على اللقاحات بإنصاف؟

على الرغم من سهولة حصول الجميع على اللقاحات، إلا أن البرامج والجهود التوعوية لم تركز بشكل كافٍ على الفئات السكانية

الأكثر عرضة للخطر. كما تلقى مقدمو الرعاية الصحية اللقاحات، إلا أنه لم يتم تخصيص خطط التوزيع العام لتلبية احتياجات الفئات الأعلى تعرضًا للخطر والمجموعات المستهدفة. في بداية توفير اللقاح، كانت مواقع التطعيم مكتظة بالمسنين وأصحاب الأمراض المزمنة، مع قلة أو عدم وجود اعتبارات لتأثير ذلك على انتشار الفيروس.

8. هل كانت الجرعات المعززة متاحة؟ 9. وهل تم تأمينها؟

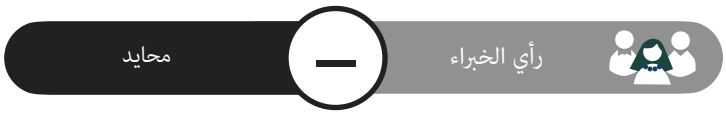


أُتيحت الجرعات المعززة للقاحات كوفيد-19 على نطاق واسع، ووُزعت بشكل عادل خلال المراحل الأخيرة من الوباء، إلا أن هذا تباطأ بشكل كبير منذ ذلك الحين مع عدم توفر جرعات معززة تقريبًا في عام 2023.في القطاع الخاص بالنسبة لعامة السكان.

10. هل ضمن الجميع الوصول إلى الاختبارات؟ 11. وهل ضمنوا تحمل تكاليف بسيطة للاختبارات؟

خلال الجائحة، تأخرت الجهود المبذولة لفحص كوفيد-19 بشكل كبير. وما بين محدودية الوصول إلى اختبار (PCR) في القطاع العام، وتأخر الوصول إلى الاختبار السريع، وتسعير الاختبار غير المنضبط والمكلف نسبيًا في القطاع الخاص، يحتاج القطاع الصحي إلى قدر كبير من العمل ليكون مستعدًا بشكل كافٍ لمواجهة الجائحة.

12. هل توفر العلاج للجميع؟ 13. وهل تم ضمان سهولة تحمل تكاليف العلاج؟



على الرغم من أن القطاع العام قد وفر إلى حد كبير إمكانية الوصول إلى العلاج وتحمل تكاليفه، إلا أن دور مقدمي الخدمات في القطاع الخاص كان حاسمًا في ضمان حصول المرضى على العلاج، وذلك بسبب قيود البنية التحتية وعدد الأسرَّة المتاحة في القطاع العام. ومع ذلك، لم تخضع أسعار الخدمات الطبية في القطاع الخاص لأي قيود أو ضوابط.

الخلاصة والتوصيات

الخلاصة والتوصيات

- لتقييم نظام الرعاية الصحية بشكل دوري وموضوعي (وفق إطار مرتكزات النظام الصحي التابع لمنظمة الصحة العالمية وغيرها)، نحتاج إلى بيانات موثوقة ومحدثة وشفافة ومتاحة بانتظام. أدى التركيز الدولي على بيانات الصحة العامة الخاصة بكوفيد-19 إلى تحسينات في هذا المجال، لكن دقة واستمرارية البيانات حول نظام الرعاية الصحية في مصر لا تزال موضع تساؤل وتتطلب تحسينات كبيرة.

- لقد مهّد نظام الرعاية الصحية الشامل في مصر الطريق أمام العديد من التحسينات الهامة في جوانب عدة في نظام الرعاية الصحية، لا سيما في جودة الخدمات وتأمينها والحماية من المخاطر المالية والحصول على الخدمات. وعلى الرغم من أن العديد من جوانب تنفيذ هذا النظام الجديد تحتاج إلى مراجعة لضمان قابلية التوسع والشمولية، إلا أن الجوانب التي طُبقت في المحافظات التجريبية قد أسفرت بالفعل عن تحسينات كبيرة، وإن كان ذلك على نطاق محدود. وللتحضير لبدء تنفيذ نظام التأمين الصحي الشامل الجديد وضمان توزيع الخدمات الجيدة بشكل عادل لجميع المواطنين، يمكن تطبيق بعض الحلول واعتماد بعض الأدوات المستخدمة في نظام الرعاية الصحية الشامل الجديد وتعميمها في جميع أنحاء البلاد.

- لضمان استمرارية الرعاية الصحية، فإن ذلك يتطلب نظرة أكثر منهجية تركز على المريض عبر مراحل رحلته العلاجية وإحالته، فضلًا عن ضرورة الإصلاح الشامل، لا سيما في خدمات الرعاية الصحية الأولية، سواء في نظام التأمين الصحي القديم أو في نظام التأمين الصحي الشامل الجديد.

- لا ينبغي أن تكون جهود توحيد وتحسين جودة خدمات الرعاية الصحية التي تقودها الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية عقبة أمام تحقيق نظام التأمين الصحي الشامل، أو تحسين الخدمات في القطاع الخاص أو الاجتماعي. ويُوصى بتشريع لوائح اعتماد أكثر قبولًا ومراعاة للموارد، لضمان عملية اعتماد شاملة لا تتطلب مراجعات إضافية تتعهد بها سلطات أخرى (مثل تصاريح السلامة).

- في ذروة جائحة كوفيد-19، أدى نهج "الصحة الواحدة"، مع التواصل الواضح مع مختلف القطاعات، إلى تحسين تنسيق الخدمات بين مختلف السلطات الحكومية بشكل ملحوظ، ولا تزال بعض جهود التنسيق هذه قائمة على الرغم من عدم كفايتها.

- هناك شواغل كبيرة تتعلق بتوافر الكوادر الطبية واستبقائها وهجرتها والتخطيط الاستراتيجي لها. وينبغي أن ينصب التركيز على تحسين ظروف عمل العاملين في مجال الرعاية الصحية، وأجورهم، وتثقيفهم باستمرار، وتوفير حوافز جذابة ترتكز على الأداء ضمن نظام التأمين الصحي الشامل الجديد وما بعده. وحتى الآن، لا يزال التخطيط الاستراتيجي للعاملين في المجال الطبي متراخيًا وما زالت التدخلات الرامية إلى تجهيز العاملين في المجال الطبي تُنفذ بطريقة محبطة ومضرة بالبيئة، ومن المحتمل أن تشكل تحديات متزايدة مع امتداد تنفيذ أنظمة التأمين الصحي إلى المزيد من المحافظات.

- ورغم الجهود الملموسة التي بُذلت لضمان الحصول العادل والمستدام على الأدوية الأساسية، لا تزال الحاجة مُلحة إلى بذل المزيد من الجهود على مستوى السياسات لتعزيز الإنتاج المحلي للأدوية، وضمان التزام المرضى بالعلاج بشكل كافٍ وزيادة توافر اللقاحات.

- لا شك أن الجهود الأخيرة المتعلقة بتطوير استراتيجية وطنية توافقية للصحة، مع مراعاة الاستراتيجيات الوطنية والمجالات ذات الأولوية، جديرة بالثناء. لذا، ينبغي تحويل هذا العمل إلى خطة وطنية قابلة للتطبيق تشترك فيها مختلف القطاعات، بما في ذلك صناع القرار والمجتمع المدني والقطاع الخاص، وتعزز شفافية البيانات والمساءلة الاجتماعية.

المراجع

1. منظمة الصحة العالمية، مراقبة المرتكزات الأساسية للأنظمة الصحية، دليل المؤشرات واستراتيجيات قياسها، 2010،
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258734/9789241564052-eng.pdf

2. أوبنهايم بي، جاليفان إم، مادهاف إن كيه، وآخرون. تقييم التأهب العالمي للوباء التالي: تطوير وتطبيق مؤشر التأهب للوباء. مجلة بي جي إم غلوبال هيلث؛ e001157.doi:10.1136/bmjgh-2018-001157:4;2019
https://gh.bmj.com/content/bmjgh/4/1/e001157.full.pdf

3. الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية، من نحن،
https://gahar.gov.eg/page/p/%D9%85%D9%86-%D9%86%D8%AD%D9%86

4. الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية، الإحصائيات، كما هو معروض في 24 أكتوبر 2023،
/https://gahar.gov.eg

5. بوابة الحكومة المصرية، أغسطس https://www.sis.gov.eg/Story/262076/%D9%87%D9%8A%D8%A6%D8%A9-
%D8%A7%D9%84%D8%B1%D8%B9%D8%A7%D9%8A%D8%A9-
%D8%A7%D9%84%D8%B5%D8%AD%D9%8A%D8%A9-133-%D9%85%D9%86%D8%B4%D8%A3%D8%A9-
%D8%B7%D8%A8%D9%8A%D8%A9-%D9%85%D8%B9%D8%AA%D9%85%D8%AF%D8%A9-
%D9%88%D9%85%D8%B3%D8%AC%D9%84%D8%A9-%D8%B7%D8%A8%D9%82%D9%8B%D8%A7-
%D9%84%D9%85%D8%B9%D8%A7%D9%8A%D9%8A%D8%B1-%D8%A7%D9%84%D8%AC%D9%88%D8%AF%D8%A9-
%D8%A7%D9%84%D8%B9%D8%A7%D9%84%D9%85%D9%8A%D8%A9-%D8%A8%D8%AE%D9%85%D8%B3-
%D9%85%D8%AD%D8%A7%D9%81%D8%B8%D8%A7%D8%AA?lang=ar

6. عدد المنشآت الصحية في مصر حسب الجهاز المركزي للتعبئة والإحصاء، أكتوبر 2022،
https://akhbarelyom.com/news/newdetails/3904246/1/%D8%A7%D9%84%D8%A5%D8%AD%D8%B5%D8%A7%D8%A1-1798-
%D8%A5%D8%AC%D9%85%D8%A7%D9%84%D9%8A-%D8%B9%D8%AF%D8%AF-
%D8%A7%D9%84%D9%85%D8%B3%D8%AA%D8%B4%D9%81%D9%8A%D8%A7%D8%AA-%D9%81%D9%89-
%D9%85%D8%B5

7. أخبار المال، 2021،
https://almalnews.com/%d9%85%d8%b9-%d8%aa%d9%88%d8%b5%d9%8a%d8%a9-
%d8%a8%d8%b2%d9%8a%d8%a7%d8%af%d8%aa%d9%87%d8%a7-%d8%aa%d8%b9%d8%b1%d9%81-
%d8%b9%d9%84%d9%89-%d8%b9%d8%af%d8%af-%d8%a7%d9%84%d9%85%d8%b3%d8%aa%d8%b4%d9%81 /

8. رصد تجربة المرضى في التأمين الصحي الشامل، الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية، 2023،
https://gahar.gov.eg/page/p/%D9%85%D8%AA%D8%A7%D8%A8%D8%B9%D8%A9-
%D8%AA%D8%AC%D8%B1%D8%A8%D8%A9-%D8%A7%D9%84%D9%85%D8%B1%D9%8A%D8%B6-
%D8%A8%D9%85%D9%86%D8%B8%D9%88%D9%85%D8%A9-
%D8%A7%D9%84%D8%AA%D8%A3%D9%85%D9%8A%D9%86-%D8%A7%D9%84%D8%B5%D8%AD%D9%8A-
%D8%A7%D9%84%D8%B4%D8%A7%D9%85%D9%84

9. الأدوية الأساسية والسياسات الدوائية، منظمة الصحة العالمية، تمت الزيارة في 29 أكتوبر 2023،
https://www.emro.who.int/essential-medicines/publications/national-essential-medicines-list.html

10. وزارة المالية، الميزانية الوطنية 2020/2021،
http://www.mof.gov.eg/MOFGallerySource/Arabic/budget2020-2021/Financial-Statement2020-2021.pdf

11. موقع STATICA، التمويل الصحي
https://fr.statista.com/outlook/co/health-indicators/health-financing/egypt
https://knoema.com/atlas/Egypt/topics/Health/Health-Expenditure/Out-of-pocket-expenditure-as-a-share-of-current-health-expenditure#:~:text=In%202020%2C%20out%20of%20pocket,ending%20at%2059.3%20%25%20in%202020

12. موقع Knoema، مصر - الإنفاق من الجيب كنسبة من الإنفاق الصحي الحالي
https://knoema.com/atlas/Egypt/topics/Health/Health-Expenditure/Out-of-pocket-expenditure-as-a-share-of-current-health-expenditure#:~:text=In%202020%2C%20out%20of%20pocket,ending%20at%2059.3%20%25%20in%202020

13. الموازنة العامة للدولة 2023/2024،
https://mof.gov.eg/ar/posts/stateGeneralBudget/63a95e67da80a50008d14783/%D9%85%D9%88%D8%A7%D8%B2%D9%86%D8%A9%20%D8%B9%D8%A7%D9%85%D8%A9%202023%2024

14. كلمة الرئيس في مؤتمر شباب الأحزاب، يونيو 2023، الساعة الأولى، الدقيقة 16
https://www.facebook.com/watch/live/?ref=watch_permalink&v=824428972307666

15. تعليق على تصريحات الرئيس بشأن الالتزامات الدستورية في الإنفاق الحكومي على الصحة والتعليم، المبادرة المصرية للحقوق الشخصية، 2023،
https://eipr.org/press/2023/06/%D9%84%D8%A3%D9%88%D9%84-%D9%85%D8%B1%D8%A9-%D8%A7%D9%84%D8%B1%D8%A6%D9%8A%D8%B3-%D9%8A%D8%B9%D8%AA%D8%B1%D9%81-%D8%A8%D8%AA%D8%AC%D8%A7%D9%87%D9%84-%D8%A7%D9%84%D8%AD%D9%83%D9%88%D9%85%D8%A9-%D9%84%D9%86%D8%B3%D8%A8-%D8%A7%D9%84%D8%AA%D8%B9%D9%84%D9%8A%D9%85-%D9%88%D8%A7%D9%84%D8%B5%D8%AD%D8%A9-%D8%A7%D9%84%D8%AF%D8%B3%D8%AA%D9%88%D8%B1%D9%8A%D8%A9-%D8%AA%D8%B9%D9%84%D9%8A%D9%82-%D8%A7%D9%84%D9%85%D8%A8%D8%A7%D8%AF%D8%B1%D8%A9

16. إطلاق الاستراتيجية الوطنية لإصلاح البيانات والبيانات الإحصائية، أغسطس 2023،
https://www.shorouknews.com/news/view.aspx?cdate=29082023&id=62e1c2e1-716e-408c-98b9-dd9c9659da42

تعمل المبادرة المصرية للحقوق الشخصية منذ عام 2002 على تعزيز وحماية الحقوق والحريات الأساسية في مصر، من خلال بحث وتأييد ودعم التقاضي في مجالات الحريات المدنية، والحقوق الاقتصادية والاجتماعية، والعدالة الجنائية.

تأسس التحالف في عام 2021 بهدف تعزيز ورفع أصوات المجتمع المدني العامل على إيجاد حلول للأوبئة الحالية والمستقبلية، وكذلك العاملين في القطاع الصحي الذين يعالجون إمكانية الوصول إلى الخدمات وجودتها، مع التركيز على الفئات التي لا تحصل على خدمات كافية في واحدة من أكثر المناطق التي تعاني من عدم المساواة على الأرض.

ولتحقيق ذلك، يركز التحالف على تطوير وتنفيذ استراتيجيات التثقيف العام والمشاركة، والمناصرة، وإصلاح السياسات، وترجمة الأبحاث لضمان إعلام جميع الأشخاص في جميع أنحاء القارة بحقوقهم وامتلاكهم للمهارات وإمكانية الدخول على المنصات اللازمة لمحاسبة الآخرين على الانتهاكات.