

تتعدد تحديات القطاع الصحي في مصر، والتي تشير في  
مجمّلها الى غياب المساواة

# تطوير الرعاية الصحية الاولية كمدخل للاصلاح الصحي في مصر

Egypt Network for Integrated Development

**Policy Brief 026**

## تطوير الرعاية الصحية الأولية كمدخل للإصلاح الصحى فى مصر

د. علاء غنام

مدير برنامج الحق فى الصحة  
المبادرة المصرية للحقوق الشخصية

تتعدد تحديات القطاع الصحى فى مصر، والتي تشير فى مجملها إلى غياب المساواة (equality). ويقصد بالمساواة وفقاً للورقة البيضاء الصادرة عن وزارة الصحة ومنظمة الصحة العالمية ومنظمات المجتمع المدني (فى أغسطس 2014) المساواة فى الناتج الصحى (المخرجات الصحية) والمساواة فى إمكانية الحصول على الخدمات الصحية (accessibility) وأيضاً المساواة فى تحمل عبء الإنفاق على الصحة. فتحقيق المساواة وفقاً للورقة البيضاء يمكن من كسر حلقة الفقر الناتج عن المرض.

وجدير بالذكر أن معظم التحديات الرئيسية التي تواجه القطاع الصحى فى مصر أصبحت معروفة بجلاء بعد مرور قرابة عقدين من البدء فى مسار الإصلاح الصحى والذي استند إلى نتائج تقرير لجنة الصحة بمجلس الشورى فى يونيو 1995.

كان من أهم أسباب تدهور أوضاع القطاع الصحى فى مصر تخطى الدولة، منذ تبنيها سياسية الانفتاح الاقتصادى 1974 عن أدوارها الطبيعية فى الحفاظ على شبكة أمان اجتماعى عادل، متمثلة فى تأمين اجتماعى وصحى وفى تعليم بجودة وفى أليات عادلة لتوزيع ثمار النمو الاقتصادى وفى ضرائب تصاعدية تسمح لها بزيادة الإنفاق العام على الصحة والتعليم وشبكات التأمينات الاجتماعية الأخرى. وقد كان من نتيجة ذلك انخفاض الإنفاق الحكومى على الصحة على مدار سنوات عديدة مما أدى إلى تكبد المواطنين حوالى 72% من إجمالى الإنفاق الصحى من جيوبهم الخاصة. وتجلى ذلك فى زيادة الاعتماد على القطاع الخاص فى تقديم الخدمات الصحية، وما يترتب على ذلك من التعرض لمخاطر إخفاقات السوق والتي من الممكن أن تؤدى إلى تجاهل الجودة والسلامة والخدمات الأولية والوقائية. كما أثر ذلك على المساواة فى الحصول على الخدمات الصحية، إلى جانب فشل الإدارة فى تقديم وتمويل وتنظيم ورقابة وحوكمة المنظومة الصحية مما أدى لإخفاقاتها وفشلها فى تلبية تطلعات المواطنين الذي يعدون الهدف الأساسى لهذه المنظومة.

بالطبع تمتد التحديات التي تواجه القطاع الصحى إلى جوانب أخرى، يرتبط أكثرها بتفتت القطاع الصحى، مما يؤدي إلى كثير من المشكلات الرئيسية فى الإدارة وفى عدم كفاءة استخدام الموارد المالية والبشرية المتاحة. كما لا يسمح النظام الحالى للتمويل الصحى بتوفير تغطية صحية شاملة وعادلة وفعالة لجميع المواطنين.

### تحديات القطاع الصحى فى مصر:

#### 1. التحديات المرتبطة بمخرجات التغطية الصحية (الإتاحة والجودة)

إن مخرجات التغطية الصحية تعد مرآة للوضع الوبائى الانتقالي الذي تمر به مصر، وفيه تتراجع الأمراض المعدية نسبياً وتبرز الأمراض غير المعدية والأمراض العقلية. ورغم ذلك، فمصر تشهد أعلى معدلات لانتشار العدوى بفيروس (سي) فى العالم، فقرابة 10% من السكان يحملون العدوى فى الشريحة العمرية من 15 إلى 59 عاماً وأعلى معدلات انتشار للعدوى فى المجموعة السكانية الأكبر سناً<sup>1</sup> والأمر الأكثر خطورة أن احد أسباب انتشار فيروس (سي) بهذا الشكل أسباب تتعلق بتحدى الخدمة الصحية المقدمة من خلال النقل الأولي للعدوى عبر التدخلات الطبية غير المؤمنة بإجراءات مكافحة العدوى (بما يشمل

<sup>1</sup> المسح الصحى السكانى 2008 مصر، وزارة الصحة والسكان، فاطمة الزناتي وآخرون

الأجهزة الطبية غير الآمنة وممارسات الحقن ونقل الدم غير الآمن)، وأيضاً عبر الممارسات المجتمعية التي تساعد على نقل العدوى مثل الحلاقة والوشم والطهارة إلخ.

التحدى الثانى الذى يرتبط بمخرجات التغطية الصحية هو غياب المساواة الاقتصادية والاجتماعية، فالأفقر هم الأكثر تأثراً بالمرض ونسب الوفيات العالية. وفى هذا الإطار، لا بد من التنبيه إلى خطورة الاكتفاء بالنظر إلى متوسطات المخرجات الصحية والتي تخفى الفجوات. فالبيانات الصادرة عن (DHS 2008) تشير إلى أن مخاطر الوفيات في الأطفال من الفئة السكانية الأفقر – 20% من السكان - تزيد بنسبة 2.5 مرة عن الأطفال في شريحة الـ 20% الأغنى. والحقيقة انه على الرغم من نجاح مصر فى تحقيق تقدم ملحوظ فى مؤشرات التنمية الخاصة بأهداف الألفية الثالثة للتنمية (MDGs) خاصة فى يتعلق بصحة الأمهات والأطفال (4،5)، إلى انه مازالت هناك حاجة للعمل على ضمان استدامة وتقويم هذه الخطوات التنموية خاصة فيما يتعلق ببعض المؤشرات مثل وفيات حديثي الولادة، وأيضاً فيما يتعلق بالفروق الجغرافية والاجتماعية فى نسب الوفيات التي تزيد فى الريف عن الحضر ولدى الطبقات الأفقر قياساً بالأغنى.<sup>2</sup>

ثمة العديد من التفاوتات الجغرافية فى إتاحة الخدمة الصحية فى مصر، ففي بعض المناطق تكون مؤشرات الخدمات الصحية أعلى من المتوسط الإقليمي والعالمي فى حين تنخفض فى أماكن أخرى. وعلى سبيل المثال، فى برنامج التطعيم الثلاثي، نجد أن مستوى التغطية أعلى من المتوسط الإقليمي. فى حين أنه فيما يخص مؤشرات إتاحة الخدمات الصحية، نجد أن الإتاحة غير المنصفة تبدو فى حقيقة أن 27% من السكان المسجلين فى خانة الأمراض المزمنة و22% من السكان المسجلين فى خانة الأمراض الحادة لا يحصلون على خدمات طبية. خلاصة الأمر أن الشريحة الأفقر (20%) تستخدم الخدمات الصحية أقل من الشريحة الأغنى (20%) سواء فى الزيارات الداخلية أو الخارجية لمنافذ الخدمات.<sup>3</sup> فالعائق المادى عامل حاسم فى هذا الإطار فى قدرة الفئات الأكثر على النفاذ للخدمات الصحية، فمن يعانى من العائق المادى يصل إلى 21% من الأقل دخلاً من الذين يعانون من أمراض مزمنة مقابل 4% من الشرائح الأغنى أو الأعلى دخلاً.<sup>4</sup>

وبغض النظر عن تأثيرات الدخل، فأغلب السكان يعتمدون على وزارة الصحة فى الخدمات الوقائية فى حين يتركز اعتمادهم على خدمات القطاع الخاص فى علاج الأمراض الحادة والمزمنة. وبالنسبة للدخول للمستشفيات، فإن 91% من الأفقر هم الذين يعتمدون على المستشفيات العامة. ومع ذلك فإنهم يضطرون لشراء الأدوية على حسابهم الخاص.<sup>5</sup>

## 2. التحديات المرتبطة بهيكل القطاع الصحي وإدارته

يعانى النظام الصحي من التفتت فى جوانبه المختلفة من حيث التمويل وتقديم الخدمة والإدارة. فحوالى 30% من الخدمات الصحية تقدمها وزارة الصحة، 30% تقدمها وزارة التعليم العالي، 30% يقدمها القطاع الخاص، أما الـ 10% الباقية يقدمها التأمين الصحي الخاص. أما المؤسسة العلاجية فهي تمول من خلال عملياتها الخاصة سواء من خلال التعاقد مع القطاع الحكومي أو مع القطاع الخاص من خلال الدفع المباشر مما يعطي دوراً خاصاً للعلاقة بين العام والخاص.

وبالطبع لا بد من فهم مدى تعقد هذا الوضع فى ضوء أن الإنفاق الحكومي على الصحة منخفض ولا يتعدى 1.5% من إجمالي الناتج المحلي أي حوالى 200 جنيه للفرد (33 دولار سنوياً). وهذا الاستثمار المحدود من الأنفاق العام، يقابله زيادة فى الاعتماد على القطاع الخاص مما يفاقم من أزمة انهيار النظام الصحي وينعكس بالسلب على إتاحة الخدمة وجودتها خاصة للفئات

<sup>2</sup> المصدر السابق

<sup>3</sup> Egypt household health expenditure and utilization survey 2009/2010

<sup>4</sup> المصدر السابق

<sup>5</sup> المسح الصحي السكاني 2008 مصر، وزارة الصحة والسكان، فاطمة الزناتي وآخرون

الأضعف. وصل الإنفاق الحكومي على الصحة في العام المالي 2013 - 2014 قرابة 42 مليار جنيه مصري والمتوقع في موازنة 2014-2015 أن يصل إلى 52.5 مليار، وهذه نسبة تصل إلى 6% من موازنة الحكومة. ولكن بعد تعديل الموازنة لمواجهة العجز توقفت مخصصات الصحة عند 47 مليار وفي بيانات أخرى، وصلت قرابة 42 مليار دون تغيير.

أما بالنسبة لكفاءة استخدام الموارد المتاحة، فهي في أمس الحاجة إلى إعادة النظر وبالأخص في توزيع الموارد على المناطق الأكثر احتياجًا واستخدامها الاستخدام الأكثر عدالة وفاعلية.

إن تفتت آليات تمويل المنظومة الصحية يحرّمها من مزايا تجميع الموارد في صندوق موحد للمخاطر وتوزيعها بعدالة واستخدامها بكفاءة بين القطاعات المقدمة للخدمة، ويمنع استخدام آليات الدعم المتبادل والمساواة وإمكانية حصر المنتفعين في اتجاهات محددة.

كما ينعكس هذا التفتت على العمالة الطبية والصحية في نقص الإقبال والتحمس للعمل (demotivation) وزيادة الخروج والدخول لأماكن العمل (turnover) ولازدواجية أماكن العمل (dual practice) وهجرة العمالة إلى الخارج. فهناك حوالي 70 ألف طبيب مصري في دول الخليج والسعودية في حين يتم سوء توزيع العمالة الباقية على الريف والصعيد والمناطق النائية.

كما يضاف إلى ذلك سوء استخدام الأدوية وعدم رشادة استهلاكها، ناهيك عن عدم وجود قواعد وبيانات ومعلومات محددة تخدم صنع القرار.

بناء على ما سبق فإن الإصلاح الصحي في مصر مرهون بالتعامل مع التالي :

١- فجوة الإنصاف (equity gap) في إتاحة الخدمات وفي تحويلها إلى نتائج. والحقيقة ان تحرك مصر للأفضل مرهون بالالتزام بما جاء في دستور 2014 من ضرورة الاستثمار في الصحة، فضلاً عن ضرورة غلق فجوة الحوكمة التي أدت إلى تسليع الخدمة أكثر فأكثر مما عوق إتاحة الخدمة للجميع دون تمييز وأثر على جودتها.

٢- إن وضع الموارد في إطار مالي موحد لتوزيع أعباء مخاطر المرض (Risk pooling) سوف يعالج تفتت الموارد ويسمح بالدعم المتبادل وتحقيق التغطية الصحية الشاملة. والتحرك نحو صندوق تمويل كبير لديه قدرات تفاوضية وقدرات على شراء الخدمات من الأطراف المختلفة سوف يسمح بوضع آليات دفع جديدة مجزية وعادلة لمقدمي الخدمة وسوف يسمح بتحقيق التضامن في المنظومة الصحية. أيضاً، هناك احتياج شديد لمعالجة قضايا حوكمة القطاع الصحي وحاجة لزيادة الكفاءة والإنصاف في استخدام الموارد المتاحة وإشراك المجتمع، وخاصة المجتمع المدني والقطاع الخاص، في الرقابة وصياغة ومتابعة السياسات الكبرى في القطاع الصحي وتطوير الإطار القانوني والتشريعي وإعادة بناء الأدوار والوظائف في هذا القطاع خاصة وزارة الصحة التي تلعب أدواراً عديدة كالتمويل وتقديم الخدمة وتنظيمها بدون الكفاءة المطلوبة لكل هذه الأدوار.

وعلى ذلك فسوف تصبح التغطية الصحية الشاملة حقيقية وواقعية عندما تكون هناك إستراتيجية واضحة وتشاركية لجمع الموارد بطريقة تتيح تحويل موارد التمويل من مجال إلى آخر، في إطار صندوق وطني أو صناديق تأمينية فرعية تسمح بتوسيع نطاق التغطية الصحية إلى من لا تشملها التغطية الحالية، بنفس الخدمات ونفس الجودة بدون تمييز وبغض النظر عن قدرة الأفراد أو المجتمعات على دفع تكلفة هذه التغطية في إطار أخلاقي ومبدئي من التضامن الاجتماعي الذي يسمح بالدعم المتبادل بين الغني والفقير والسليم والمريض والشاب والكبير.

## تطوير الرعاية الصحية فى الريف كمدخل للإصلاح الصحى

تملك مصر شبكة واسعة من وحدات الرعاية الصحية الأساسية فى الريف المصرى تحت مسمى الوحدات الصحية الريفية ، إلا إنها شهدت تدهورًا هائلًا منذ السبعينيات حتى بدأ برنامج الإصلاح الصحى فى 1997 بإعادة بناء هذه الوحدات وتبني منظور طب الأسرة (وحدات ومراكز صحة الأسرة).

### 1. برنامج الإصلاح الصحى ونموذج طب الأسرة

تم وضع برنامج الإصلاح الصحى فى بدايات عام 1997 فى إطار مجموعة من الدراسات والأوراق العلمية والتحليلية للوضع القائم فى النظام الصحى والتحديات التى يواجهها، ووضع تصور عملى وخريطة طريق لمحاولة إصلاح المنظومة وإعادة هيكلتها ووضعها موضع التنفيذ التجريبي من خلال العمل بمساعدة شركاء التنمية (دوليًا) فى محافظات الإسكندرية والمنوفية وسوهاج.

وقد كانت التحديات الأساسية التى تواجه المنظومة الصحية تتلخص فى الآتى :

- 1- وجود نصيب عالى من الإنفاق على الصحة من جيوب الأسر والأفراد خاصة فى القطاع الخاص الطبي (العيادات الخارجية والصيدليات)
- 2- وجود عوائق مالية لإتاحة الخدمة الصحية خاصة للفقراء من السكان فى الريف المصرى
- 3- نقص نسبى فى جودة الخدمات الصحية المقدمة فى وحدات صحية تابعة لوزارة الصحة خاصة فى الريف ومدن الصعيد مما يدفع الفقراء والأغنياء للبحث عن الخدمات فى القطاع الخاص والأهلي اللذان تناميا باضطراد وبدون تخطيط فى العقود الثلاثة الأخيرة.
- 4- عدم كفاءة وتشغيل الموارد العامة الصحية المتاحة.

والحقيقة أن تشخيص هذه التحديات لم يكن جديدًا، فقد تمت الإشارة إليها فى لجنة الصحة بمجلس الشورى عام 1995 كما يلى:

- 1- تردى مخرجات الحالة الصحية للسكان قياسًا بالدول الشبيهة فى الشريحة الاقتصادية والاجتماعية فى المنطقة (معدل وفيات الرضع والأطفال، معدل وفيات الحوامل والأمهات، تزايد عبء الأمراض المعدية وغير المعدية، تفاوت التغطية الصحية وإتاحة الخدمة بين الريف والحضر وبين الشمال والجنوب...).
- 2- زيادة الطلب على الخدمات الصحية.
- 3- عدم إتاحة الخدمات الصحية جغرافيا وحسب النوع والدخل.
- 4- تردى جودة الخدمات وعدم الفاعلية وعدم الاهتمام بحقوق المريض وعدم رضائهم عن الخدمة المقدمة.
- 5- محدودية القدرات الإدارية والفنية فى تنظيم وإدارة المنظومة الصحية.
- 6- وجود صعوبات اقتصادية أساسية لتمويل المنظومة نتيجة لسياسات الإصلاح الاقتصادى وعدم عدالة توزيع عوائد النمو الاقتصادى والاتجاه نحو خصخصة الخدمات العامة.

كان هذا التقرير هو المرجعية الذى استند لها برنامج الإصلاح الصحى حيث تتلخص أهداف البرنامج فى ضرورة تأسيس نظام صحى وطنى جديد يرتكز على التأمين الاجتماعى فى تمويله ويضمن تحقيق التغطية الصحية الشاملة خاصة فى الريف المصرى (وفقًا لمبادئ الإنصاف والإتاحة و الجودة واستمرارية التمويل). ونظرًا للطبيعة المركبة والشاملة لتحديات الإصلاح، خرجت التوقعات بأن هذا الإصلاح قد يتراوح تنفيذه ما بين 15-20 عامًا من العمل المتواصل. كانت المرحلة من 1997 إلى 2002 هى المرحلة الاسترشادية التى تم التركيز فيها على :

- تدعيم الرعاية الصحية الأساسية باعتبارها مدخل للمنظومة من خلال تطوير الوحدات الصحية الريفية وفقا لنموذج طب الأسرة.
- تحسين إتاحة الخدمات الأساسية فى الريف حسب احتياجات السكان

- تحقيق الإنصاف والكفاءة في تمويل وحدات الرعاية الصحية الأولية واستمراريتها.
- تحقيق التكامل وتنسيق الخدمات داخل النظام المبعثر غير المتوازن.

## 2. نموذج طب الأسرة :

- يضع هذا النموذج صحة الأسرة كحجر الزاوية في المجتمع. فصحة الأسرة هي منظومة متكاملة تشمل تعزيز الصحة والخدمات الوقائية والعلاجية (حزمة الخدمات الأساسية وقائمة الأدوية الأساسية). كما يكرس هذا النموذج الارتباط الوثيق بين الطبيب والفرد والمجتمع مما يضمن استمرارية وشمولية العلاج والرعاية، فضلاً عن تركيزه على الفئات الأكثر تعرضاً للمخاطر والمحرومة والأشد احتياجاً (الأمهات والأطفال).

- يقوم هذا النظام بتوفير طبيب للأسرة يكون مسئولاً عن ٨٠٠ إلى ١٠٠٠ أسرة (من ٣٠٠٠ إلى ٥٠٠٠ فرد) ويقوم بعلاج من ٨٠ إلى ٩٠٪ من الحالات وبالإحالة إلى المستويات الأعلى من الخدمات إن لزم الأمر. كما يقوم الطبيب بتتبع الأمراض المعدية والمزمنة والوراثية بالأسر والعائلات. ويقوم الفريق الصحي المصاحب بالتنسيق الصحي والتوعية وتثوير المواطنين.

- يحقق نموذج صحة الأسرة دمج وتكامل البرامج والمشاريع الرأسية المختلفة، كما يقوم بتقليل الضغط على المستشفيات لتقوم بدورها الأساسي في تقديم الخدمات التخصصية والتدريب والبحوث والإشراف.

- يقدم نموذج صحة الأسرة حزمة شاملة للخدمات الصحية منها:

أ. خدمات صحة الطفل:

- خدمات التطعيم
- رعاية الطفل حديث الولادة
- تشخيص وعلاج الحالات المرضية للطفل

ب. خدمات صحة الأم:

- تنظيم الأسرة
- رعاية الأم أثناء الحمل
- خدمات التوليد
- الرعاية الضرورية للمشاكل المصاحبة للولادة
- رعاية الأم ما بعد الولادة أو ما بعد الإجهاض
- التنقيف الصحي

ج. خدمات صحية لكل الأعمار:

- مكافحة وعلاج الأمراض السارية
- علاج الدرن
- علاج الأمراض المتوطنة
- اكتشاف وعلاج الأمراض المنقولة جنسياً
- د. علاج الأمراض غير السارية والمزمنة
- اكتشاف وعلاج حالات السكر
- اكتشاف وعلاج حالات ضغط الدم المرتفع
- اكتشاف وعلاج حالات قصور الدورة الدموية

- اكتشاف وعلاج أمراض العيون
- اكتشاف وعلاج حالات الحميات
- هـ. خدمات الرعاية العاجلة:
- الجراحات الصغيرة الطارئة.

### 3. تحليل عناصر القوة والضعف في تطبيق نموذج صحة الأسرة

كان حجر الزاوية في المرحلة الاسترشادية (Piloting) من الإصلاح من سنة ١٩٩٧ إلى ٢٠٠٢، هو إدخال نظام صحة الأسرة كنموذج في ثلاثة محافظات وهي الإسكندرية والمنوفية وسوهاج، امتدت بعد ذلك إلى محافظتين إضافيتين هما السويس وقنا. وقد أدى تطبيق النموذج إلى تحسن جودة الخدمات على مستوى الرعاية الأولية بجانبها العلاجي والوقائي والصحة العامة، لتصبح جاذبة للسكان خاصة في الريف كمدخل للحصول على الرعاية.

#### نقاط القوة في النموذج :

- ١- تأسيس شبكة من وحدات الرعاية الأولية المحسنة والمطورة لوحدات صحة الأسرة ومراكز صحة الأسرة وتدريب الأطباء على نموذج طب الأسرة وإعداد برنامج لزمالة طب الأسرة. ووصل العدد الإجمالي لهذه الوحدات حتى عام ٢٠٠٦ إلى ٩٦٠ وحدة صحية قائمة بالعمل. وقد شمل إصلاح هذه الوحدات البنية التحتية والتدريب ووضع نظام للدفع لمقدمي الخدمة والتحفيز (من خلال صندوق صحة الأسرة) ومنظومة للاعتماد من خلال إدارة الجودة بالوزارة وتطوير وتطبيق الإرشادات الإكلينيكية لعمل الفريق الطبي.
- ٢- تأسيس صناديق لصحة الأسرة في المحافظات الخمس كنواة للصندوق القومي لتمويل الرعاية الصحية لتحقيق توزيع للموارد (Pooling) بغية استخدام أفضل وأكثر للموارد في إطار موحد يمثل أصحاب المصلحة ويمهد لنظام تأميني شامل في المستقبل (في إطار عمليات جمع الموارد Collecting وصب الموارد pooling ثم دفع الأموال وشراء الخدمات (purchasing and paying).

#### نقاط الضعف في النموذج :

- كان من أهم نقاط الضعف التقاعس عن تبني بعض التغييرات التنظيمية في آليات تقديم الخدمة وتمويلها. تمحورت التغييرات التنظيمية المطلوبة حول التالي :
- ١- إعادة صياغة دور وزارة الصحة في اتجاه:
    - تطوير السياسات الإستراتيجية
    - إعداد الأطر التشريعية
    - متابعة وتنظيم برامج صحة الأسرة
    - تخطيط وحسن استخدام الموارد البشرية
    - الاستخدام الأمثل للموارد المالية المتاحة
  - ٢- ضرورة تنفيذ آليات تفصل تمويل الخدمات عن أماكن تقديمها كأداة فنية لمراقبة حسن استخدام الموارد لضمان تجميع الأموال في وعاء مالي قومي يمثل أصحاب المصلحة من المواطنين ويعطي فرصة لاختيار مقدمي الخدمة الأفضل من خلال آليات جديد لشراء الخدمات على أساس قواعد ومعايير الجودة.
  - ٣- ضمان تكامل النظام الصحي المبعثر على مستوى كل إدارة صحية ومحافظة بعيداً عن هيمنة المركزية البيئية والبيروقراطية المعوقة.
  - ٤- تأسيس قانون تأمين صحي جديد يصبح أداة أساسية لإصلاح المنظومة ويحقق الشروط السابقة

والحقيقة يضاف إلى ذلك المعوقات التي واجهت التجربة الاسترشادية للإصلاح (١٩٩٧ - ٢٠٠٢). فرغم نجاح هذه التجربة في تطوير وتدعيم نموذج صحة الأسرة في خمس محافظات. ومع ذلك، كانت هناك بعض عناصر الإخفاق التي أصبحت واضحة بمرور الوقت مثل:

- ١- تعقد النموذج المالي وعدم الاستمرارية، فلم تنجح التجربة في صب أموال متوازنة في صناديق صحة الأسرة (من المصادر المختلفة مثل الوزارة، الخزانة العامة، التأمين الصحي، المشاركين).
- ٢- لم يستند صندوق صحة الأسرة على إطار تشريعي قوي (حيث تأسس بقرار وزاري).
- ٣- استخدمت أموال شركاء التنمية (الإتحاد الأوروبي) في التكلفة الجارية للبرنامج والوحدات.
- ٤- اتسم نظام التحفيز بالتعقيد.
- ٥- نظام الإدارة اتسم بالمركزية.
- ٦- معدلات الاستخدام تحسنت في الوحدات لكنها ظلت منخفضة عما خطط له.
- ٧- لم توضع خطط واضحة لإدارة القوى البشرية.
- ٨- حزمة الخدمات الأساسية في نموذج صحة الأسرة لم تكن جذابة بشكل كافي لافتقاد عناصرها العلاجية من بعض الجوانب.
- ٩- مستوى الجودة للخدمات المقدمة لم يكن كالمأمول.

### نحو رؤية أكثر تكاملاً لتطوير نموذج طب الأسرة :

#### ١. متطلبات تطبيق نظام صحة الأسرة:

- أ. البنية الأساسية والصيانة الدورية للمباني والتجهيزات
  - ب. المعايير القياسية للمباني وللتجهيزات
  - ج. دورة المريض
  - د. توافر قائمة الأدوية الأساسية والمستلزمات الطبية (مخزون، برنامج حاسب آلي، دليل للطبيب...)
  - هـ. الفريق الصحي
- تشكيل الفريق: طبيب الأسرة، طبيب أسنان، صيدلي، مشرفة تمريض، الممرضات، المراقب الصحي، المثقفة الصحية، الباحث الاجتماعي، فني تسجيل طبي، فني معمل، كاتب صحة، الإداريون، الأمن، الفئات المعاونة.
  - سمات الفريق:
  - تشكيل معياري للفريق، توصيف وظيفي، التدريب والتعليم المستمر، تفوق مهني وضماني الجدية والالتزام، الوصول إلى المجتمع، مناخ وبيئة العمل.
  - ربط الحوافز بالأداء (وفقاً لقائمة من المعايير والمؤشرات مثل درجة رضا المريض، التطعيمات، تنظيم الأسرة، متابعة الحمل، معدلات صرف الدواء، استكمال بيانات الملف العائلي، استكمال نموذج الزيارة، عدد الزيارات لكل عيادة).
  - و. أنظمة التشغيل:

- التقييم والحصر السكاني
- التسجيل الطبي (ملف عائلي لكل أسرة مع الفحص الشامل لجميع أفراد الأسرة)
- ربط الأسرة على الوحدة (طبيب لكل ٨٠٠ - ١٠٠٠ أسرة)
- حزم الخدمات الأساسية (Basic benefit package) وقائمة الأدوية الأساسية (Essential drug list)
- الأدلة الاكلينيكية وبروتوكولات العلاج
- الجودة والاعتماد



## - التقييم والمتابعة.

### 2. مراحل التوسع في نموذج صحة الأسرة:

تشمل توفير:

- أ. قائمة الأدوية الأساسية
- ب. صيانة المعدات والأجهزة والمنشآت
- ج. توعية المجتمع
- د. الحصر والتقييم السكاني
- و. التسجيل العائلي.

### 3. الأنشطة المكملة والتي تشمل :

نادي الأسرة

يهدف هذا المكون من نموذج صحة الأسرة إلى تقديم خدمات تسهم في رفع الوعي الصحي للمواطنين، محو الأمية، المساهمة في زيادة دخل الأسرة (دعم المرأة المعيلة) وتقديم بعض الأنشطة الاجتماعية المختلفة.

الملف العائلي

الملف العائلي سجل صحي لجميع أفراد الأسرة تسجل فيه كل الأحداث الهامة عن الصحة والمرض من الميلاد وبالتاريخ المرضي للعائلة. هو وسيلة لمتابعة حالة المريض بدون تكرار أسئلة عليه في كل زيارة كما تعطي للطبيب فكرة سريعة عن كل ما تم بالزيارات السابقة.

يستلزم إمام الطبيب بالأمراض المزمنة التي يعاني منها المريض أو إذا كان هناك حساسية من دواء معين.

يمكن هذا الملف من توفير قاعدة بيانات للبحث العلمي والتطبيق وتحديد الاحتياجات الصحية والتخطيط الاستراتيجي كما يمكن لطبيب آخر استكمال العلاج بعد الإطلاع على الملف وتفاصيل المتابعة فهو يضم تقارير ونتائج المعمل والفحوصات المختلفة والتدخلات لمتابعة ما تم في الزيارات السابقة.

كما يمكن الفريق الصحي من متابعة إحالة المريض إلى المستوى الأعلى لتلقي الخدمة العلاجية المناسبة واستكمال العلاج واكتشاف العلاقة بين الحالة المرضية والوضع الاجتماعي والاقتصادي للفرد.

بالإضافة إلى ذلك، يمكن الملف متخذي القرار وواضعي السياسات والخطط الصحية من وضع تصور شامل للوضع الصحي والاقتصادي للمجتمع ككل ومن تقييم الأداء الطبي وكفاءة الخدمة الطبية المقدمة للمريض بعد استرجاع المعلومات المدونة بالملف. كما يسهل من عمل صندوق صحة الأسرة في متابعة أداء الطبيب وتحديد الحافز المادي المناسب لكل طبيب حسب أدائه العملي.

أخيراً، يمكن الملف من اكتشاف بعض الأمراض عند إجراء الفحص الطبي الشامل كما يمكن استخدامه كمستند جنائي عند المساءلة عن أي تقصير.

### 4. آليات متابعة وتقييم أنشطة الوحدات الصحية

1. وضع خطة مدروسة لمتابعة وتقييم أداء البرنامج

2. وضع أنظمة العمل الخاصة بالمتابعة والتقييم والتي تتضمن:

- نظام تقييم لأداء الأفراد بناءً على مؤشرات مدروسة وعمل النماذج اللازمة والتدريب على استخدامها.

- إعداد نظام متابعة وتقييم منشآت الرعاية الصحية الأولية شاملة مجموعة من المؤشرات التي تستخدم لقياس كل الأنشطة التي تمارس في تلك الوحدات.
- ٣. ربط الحوافز بتقييم الأداء سواء كان ذلك للمنشأة كوحدة أو للأفراد، ويتم ذلك من خلال
- تحديد التوصيف الوظيفي للعاملين موضحًا الاختصاصات والمسؤوليات والتأهيل العلمي اللازم حسب احتياجات البرنامج.
- إعداد نظام لتوزيع الحوافز على مقدمي الخدمة مستخدمًا تقييم الأداء العام للوحدة وتقييم الأداء الفردي كأساس لعملية التوزيع.
- إعداد نظام لقياس بعض المخرجات من خلال استقصاء وقياس درجة رضا المنتفعين ومقدمي الخدمة.
- إصدار التقارير الشهرية عن أداء الوحدات من خلال الزيارات الميدانية والبيانات الدورية والإحصائيات.

##### 5. صندوق صحة الأسرة

تحقيقًا لمبدأ فصل تقديم الخدمة عن تمويلها وضمانًا لاستدامة الموارد، نشأت فكرة استحداث كيان مهمته تمويل شراء الخدمة الصحية والتعاقد عليها مع كافة مقدمي الخدمة بما فيهم القطاع الخاص والجمعيات الأهلية التي تقدم الخدمة الصحية من خلال تطبيق نظام صحة الأسرة وفق معايير الجودة المتعارف عليها ويسمى هذا الكيان "صندوق صحة الأسرة". وهو حساب مالي تم إنشاؤه بقرار من وزير الصحة رقم ٢٩٤ لسنة ١٩٩٩ وصدرت لائحة أساسية له بقرار وزاري رقم ١٦٠ لسنة ٢٠٠١ ويقوم الصندوق بتنفيذ المهام المطلوبة منه حسب إستراتيجية الإصلاح الصحي كما تأسست صناديق فرعية له بالمحافظات الاستراتيجية لتنفيذ برنامج الإصلاح.

خطط لهذا الصندوق أن يمول من مخصصات وزارة الصحة (٧.٥ مليون جنيه مصري) وقتها ومن هيئة التأمين الصحي للأفراد المؤمن عليهم (بمعدل ١٣ جنيه للفرد) ومن الإعانات والتبرعات والهبات والدعم المقدم من الجهات المانحة والتي قامت فعليًا بتمويل الجزء الأكبر من عمليات الصندوق مما أثر على استدامة موارده فيما بعد.

أ. آليات الدفع لمقدي الخدمة وسياسات التحفيز

يقوم الصندوق بدفع حوافز شهرية لمقدمي الخدمة بناءً على معدلات أداء مقننة علميًا باستخدام ١١ مؤشرًا لتقييم أداء مقدمي الخدمة ونتائجهم وتغطي هذه المؤشرات الجوانب الوقائية والعلاجية.

تقدر الحوافز بمدى يتراوح من ٥٠ إلى ٢٥٠٪ من أساسي المرتب وتشمل أيضًا المصروفات الخاصة بتحسين الخدمة أو التشغيل وما يطرأ من الصرف لتحسين ظروف العمل وإمكانياته.

وتعتمد العقود التي تبرم بين الصندوق ومقدمي الخدمة على آليات للدفع مرتبطة بمعدلات الأداء ( Performance Based Payment Mechanism) ويتم تقييم أداء مقدمي الخدمة الصحية من خلال مجموعة منتقاة من المؤشرات لتشمل جميع جوانب تقديم الخدمة الصحية سواء علاجية أو وقائية وتتكون من ١١ مؤشرًا لكل منهم وزن ومعيار.

## **Upgrading rural health units as a step toward health reform**

Alaa Ghanaam

The policy brief deals with upgrading rural health units as a first step toward health reform. The brief handles a bundle of issues, starting with history of health reform in Egypt as a whole, then analyzing the pilot of upgrading rural health units from 1997-2002 in specific and finally raising a vision to develop rural health unit in sustainable and rational way.