



حزب التحالف الشعبي الاشتراكي

الاتحاد

مجلة يصدرها حزب التحالف الشعبي الاشتراكي - العدد الثاني عشر - يونيو ويوليو ٢٠٢٤

إصلاح منظومة الصحة في مصر

هل سيجد المواطن السرير المغضوب عليه؟

قضية الدعم
بين رفع سعر
الخبز وإلغاء
مبدأ الحماية
الاجتماعية

ملاحظات عامة حول تقرير إنجازات
تطبيق نظام التأمين الصحي الشامل

المُقَوِّمات الأساسية لنظام الرعاية
الصحية في مصر

تأجير المستشفيات العامة
حكم بالإعدام على ملايين الفقراء

دعم السلع والخدمات
بين الضرورة والخداع



كيف تأثرت الأجور بتغيير نظام
الدعم السِّلعي - بطاقة التموين
في ظل الوضع الراهن

التحالف

العدد (12) - يوليو 2024

تصدر عن حزب التحالف الشعبي الاشتراكي

رئيس الحزب

مدحت الزاهد

هيئة التحرير

رئيس تحرير العدد

إلهامي الميرغني

المشرف الفني

محمد أمين

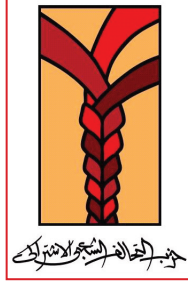
العنوان « ٥ ش معروف - وسط البلد

البريد الإلكتروني

socialistpopularparty@gmail.com

https://www.facebook.com/

popular.alliance.party



حزب التحالف الشعبي الاشتراكي

ولد الحزب من رحم الثورة، فهو أول حزب يساري مصري ينشأ بالتوكيلات الشعبية وفقاً لقانون الأحزاب، ويتم الاعتراف به قانونياً. بعد ثورة يناير جمع الحزب التكتلات اليسارية التي كانت نشطة قبل الثورة بما في ذلك تيار التجديد الاشتراكي واليسار الديمقراطي وتيار التغيير في حزب التجمع الوطني ونشطاء مستقلين، كما انضم إليه نشطاء الحركة الطلابية في السبعينيات. وشكل الحزب كتلة الثورة مستمرة وخاض الانتخابات البرلمانية، ورشح أبو العز الحزيري لانتخابات الرئاسة، كما ساهم في تأسيس جبهة الانقاذ ثم التيار المدني والحركة المدنية الديمقراطية واتحاد الدفاع عن الدستور، وخلال مشاركة الحزب في فعاليات الثورة استشهد من بين أعضائه مينا دانيال وفتحي غريب وشيماء الصباغ. وكانت مسئولة العمل الجماهيري بالإسكندرية، وعضوة بشبكة تائرة.

رئيس مجلس الإدارة

طلعت فهمي

مدير التحرير

محمد جودة

مستشارو التحرير

خالد البلشي

أحمد سعد

إلهامي الميرغني

البريد الإلكتروني

https://daarb.com/

«درب» جريدة كل الكادحين إكتبوا لها، أرسلوا أخباركم وآرائكم، أبعثوا فيديوهات حية لحياتكم ومعاناتكم وتابعوها وادعموها بنقل موضوعاتها علي صفحات التواصل الاجتماعي والمجموعات الخاصة بكم.



4 - افتتاحية العدد: استمرار الحرب في غزة بالدعم الأمريكي والصمت العربي

ملف (خُصَّصَة الصَّحَّة وتأجير المستشفيات الحكومية)

6 - إصلاح منظومة الصحة في مصر - أ.د. سامح مرقس

10 - هل سيجد المواطن السرير المغضوب عليه؟ - د. إيهاب الطاهر

14 - ملاحظات عامة حول تقرير إنجازات تطبيق نظام التأمين الصحي الشامل - د. علاء غنَّام

18 - المقوِّمات الأساسية لنظام الرعاية الصحية في مصر! - د. محمد حسن خليل

- تأجير المستشفيات العامة حكم بالإعدام على ملايين الفقراء وعدوان جديد على الحق في الصحة

24 - بيان حزب التحالف الشعبي الاشتراكي

أخبار متنوعة

26 - إضراب عام ومفتوح - عمال نيجيريا يحتجُون على التضخُّم ووقف الدعم وقيمة «الحد الأدنى للأجور»

27 - مبروك الحرية لعمال المحلة

27 - معلمو الحصة يستغيثون: «الوزارة أكلت حقوقنا وشغَّلتنا بالسخرة»

28 - انتفاضة مُحصَّلي مياه الشرب ضد العقود المؤقتة والأجور الهزيلة

29 - الحرية لشادي محمد - اعتقال متكرر وقمع مستمر

30 - انطلاق حملة الحق في التنظيم النقابي

ملف (الأجور والدعم)

32 - دعم السلع والخدمات بين الضرورة والخداع - أ.د. محمد نعمان نوفل

38 - كيف تأثرت الأجور بتغيير نظام الدعم السلعي (بطاقة التموين) في ظل الوضع الراهن، أ. حسن البريري

40 - قضية الدعم بين رفع سعر الخبز وإلغاء مبدأ الحماية الاجتماعية - د. زهدي الشامي

- بيان حزب التحالف الشعبي الاشتراكي يطالب بإلغاء القرار الكارثي بمضاعفة أسعار الخبز

42 - وإجراء حوار مجتمعي حول قضية الدعم والأجور والأسعار



استمرار الحرب في غزة بالدعم الأمريكي والصمت العربي

على عودة الأسرى إلا جثثًا؛ كل ذلك يدعم حركة أهالي الأسرى في إسرائيل واستمرارها واتساعها بما يقوِّض وحدة الكيان. إضافةً إلى قانون إعفاء تلاميذ المدارس الدينية من التجنيد الإلزامي، وهو ما يُعدُّ تقويضًا لوحدة الدولة الصهيونية وبداية لتفكيكها وتحولها الذي يحتاج فترة زمنية ليؤدي إلى تغييرات حقيقية.

كل ذلك يؤكد أنه لا حل للصراع العربي الصهيوني سوى قيام دولة فلسطينية ديمقراطية موحدة، على كامل التراب الوطني الفلسطيني من النهر إلى البحر وعاصمتها القدس الشريف.

لقد أكد حزب التحالف الشعبي الاشتراكي في أكثر من مناسبة موقفه الواضح من قضايا الصراع. وقد كانت تصريحات مدحت الزاهد رئيس الحزب خير تعبير عن ذلك. حيث قال: «الحزب يدعو إلى إلغاء اتفاقية كامب ديفيد وطرد البعثة الدبلوماسية الصهيونية من مصر، ويعبر عن ثقته في القوات المسلحة المصرية للدفاع عن الحدود والسيادة. كما يرفض تهجير الفلسطينيين إلى سيناء ويدعو للتصدي لخطط التهوديد والصهيونية. والحزب يلوم الإدارة الأمريكية والحكومات الغربية والتخاذل العربي الرسمي على العدوان

تسعة شهور مع حرب الإبادة الجماعية على قطاع غزة، تسعة شهور ولا يزال الفيتو الأمريكي يقف لحماية العدوان والإبادة الجماعية بحق الشعب الفلسطيني، تسعة شهور ولا تزال الأسلحة الأمريكية والأوروبية تتدفق على العدو لتدعمه وتموّل حربه، تسعة شهور ولا يزال الصمت العربي والخزي يُكلّل الجميع من المحيط إلى الخليج. ولا تزال جنوب إفريقيا وعدد من دول العالم صامدين في محكمة العدل الدولية بدعم دول لاتينية وغياب الدول العربية. تسعة شهور من صمود المقاومة والشعب في غزة والقطاع.

تحاول أمريكا وإسرائيل فرض سلام فاسد على المقاومة التي تصمد وتقاتل من أجل سلام عادل وشامل ووقف دائم لإطلاق النار. وربما كانت ثورة الجامعات في العالم ومظاهرات في كل العواصم لخير دليل على حدوث تغييرات في الرأي العام العالمي، لا بد من مع الوقت أن تبلور مواقف مختلفة. واستمرار الحرب يقود إلى تفجّر الصراعات داخل الكيان، سواء بعد انسحاب جالنت وأيزنكوت من مجلس الحرب أو بعد حل مجلس الحرب، أو الصراع داخل الحكومة بين نتنياهو وحلفائه: بن غفير وسموتريتش. كما أن تأكيدات حماس بالأدلة والفيديوهات أن نتنياهو لا يريد إنهاء الحرب ولا يحرص





الفلسطيني يتحدى الاحتلال بكل إصرار وعزيمة؛ مما يُنذر بانتصار أكبر في المستقبل القريب».

كما نظم حزب التحالف الشعبي الاشتراكي في مقره الرئيس بالقاهرة، ١٦ مايو ٢٠٢٤، فاعلية تضامنية مع الشعب الفلسطيني وصموده البطولي في غزة والضفة الغربية؛ إحياءً لذكرى النكبة. شملت الفاعلية حلقة نقاشية بشأن تطورات القضية الفلسطينية وتداعياتها إقليمياً ودولياً، تحت عنوان: «من النكبة إلى طوفان الأقصى.. وماذا بعد»، بمشاركة ممثلين عن الحركة المدنية الديمقراطية واللجنة الشعبية للتضامن مع الشعب الفلسطيني، واختتمت بعرض فيلم «بلا سقف». وفي اليوم ذاته، نظم الحزب فاعليات موازية في مقراته بالمحافظات. كذلك أصدر الحزب الكراسة رقم (١٧) من كراسات التحالف الشعبي الاشتراكي بعنوان: «فُخُّ حل الدولتين» للمهندس ممدوح حبشي أمين العلاقات العربية والدولية بالحزب. ويواصل الحزب فعّالياته وتحركاته للتضامن مع الشعب الفلسطيني بأشكال الدعم الممكن كافة.

هيئة تحرير التحالف

الصهيوني، ويؤكد على دعم الشعب الفلسطيني وإدانة مجرمي الحرب الصهاينة».

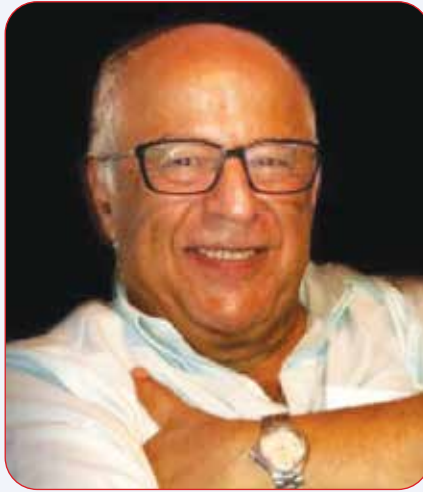
كما قال الزاهد: «فشل الاحتلال الإسرائيلي في معركة ٧ أكتوبر مرتين، مؤكداً على أن هذا الفشل يحمل تداعيات كبيرة على المشهد السياسي والإنساني في المنطقة. وأشار الزاهد إن الفشل الأول جاء نتيجة لعدم قدرة الدعاية الإسرائيلية على تقديم صورة حقيقية عن قوتها؛ ما أدى إلى كشف زيف دعايتها كقوة لا تُقهر. مشيراً إلى أن الفشل الثاني كان بسبب كشف الغطاء عن وجه الاحتلال الحقيقي، حيث تبين أنه محتل غاصب يرتكب جرائم إبادة ضد المواطنين الفلسطينيين الأبرياء».

وفي تحليله للأوضاع الراهنة، أوضح الزاهد أن الدعاية الإسرائيلية تحاول استغلال الخسائر والدمار البشري الناجم عن الصراع، ولكنها فشلت في كسر إرادة الشعب الفلسطيني؛ حيث أصبحت شرارة المقاومة تتسع بشكل غير مسبق داخلياً وخارجياً.

كما أكد الزاهد على أن الفلسطينيين لن يستسلموا، ولن يرفعوا الراية البيضاء، وأن الصراع ما زال مستمراً، والشعب



إصلاح منظومة الصَّحَّة في مصر



أ.د. سامح مرقس
أستاذ الأشعة التشخيصية (سابق)
بجامعة شفيلد - إنجلترا

يتناول هذا المقال بشكل رئيس الخدمات العلاجية التي تشمل التأمين الصحي، إدارة المستشفيات وأهمية تطبيق الحوكمة الإكلينيكية، التعليم الطبي والتدريب التخصصي، مشاكل الأطباء، وأهمية إنشاء «المجلس الطبي العام» للإشراف على الخدمات الطبية. الأفكار والمعلومات المقدمة هي ثمرة خبرة الكاتب في مجال الخدمات الصحية في المملكة المتحدة لما يقرب من أربعين عاماً. يُعدُّ النظام البريطاني من أحسن الأنظمة التي تقدم تأميناً صحياً وطنياً شاملاً، وفي هذا الصدد يجب أن نذكر مع الشكر والتقدير «ناي بيفان» الذي أشرف على التنفيذ الناجح لهذا النظام حتى أصبح من أهم مميزات المجتمع البريطاني، ومن أقواله المهمة:

بفروعه المختلفة، فهذا خارج عن اختصاص كاتب المقال، وقد قدم الدكتور سمير بانوب الخبير الدولي في هذا المجال، مقترحات مهمة لإعادة هيكلة النظام الصحي في مصر قبل وفاته في مارس ٢٠٢١، وللأسف لم تحظ بالاهتمام الواجب من المسؤولين.

«المرض ليس خياراً يجب على المريض أن يدفع ثمنه، كما أنه ليس جريمة يجب أن يُعاقب عليها، بل إنه محنة ويجب على المجتمع أن يتقاسم تكلفته»
«لا يمكن لأي مجتمع أن يسمي نفسه متحضراً إذا حُرِم المريض من المساعدة الطبية بسبب فقره».
لن يتناول المقال اقتصاديات وهيكلية النظام الصحي



التأمين الصحي الشامل الجديد

يهدف النظام الجديد إلى توفير تأمين صحي شامل لجميع المواطنين في مصر خلال ٦ مراحل. وستكون محافظات القاهرة والجيزة والقليوبية، التي تمثل ٥٠,٤٪ من سكان الجمهورية، في المرحلة الأخيرة ربما في عام ٢٠٢٢.

أبدى كاتب المقال وآخرون بعض التحفظات حول تطبيق هذا النظام وأسلوب إدارته، مثل تدخل القطاع الخاص لإدارة مستشفيات التأمين الصحي مع غياب المشاركة المجتمعية، والحماية الصحية للعمال غير المنتظمة، وعدم الالتزام بالحوكمة الإدارية والشفافية في اتخاذ القرارات؛ وخاصة في عقد الاتفاقيات مع العديد من المؤسسات الأجنبية والقطاع الخاص.

إدارة المستشفيات

تعاني المستشفيات الحكومية مشاكل مهمة ومزمنة، منها نقص الإمكانيات، وتفاوت قدرات وخبرات الأطباء، وعدم وجود توجيهات من الجهات الأكاديمية المتخصصة لتوحيد أفضل طرق العلاج، فضلاً عن ضعف كفاءة المهنيين المساعدة للخدمات الطبية. كما أن التعدد في الإشراف على المستشفيات من قبل الوزارات والهيئات المختلفة أدى إلى تفاوت في جودة الخدمات العلاجية، وتوزيع غير عادل للموارد والأطباء. وهناك حاجة إلى تحسين كفاءة المديرين الإداريين، وهذا يتطلب توسيع التعليم الجامعي في إدارة المستشفيات والنظام الصحي. كما أن المركزية في إدارة المستشفيات تُعيق اتخاذ القرارات المحلية والإبداع في اكتشاف أفضل الحلول وخلق موارد جديدة لتحسين الخدمات. ومن الأمور المهمة عدم التعاون بين المستشفيات الجامعية ومستشفيات وزارة الصحة، ويُعد هذا التعاون ضرورياً لرفع مستوى الخدمات الطبية في مستشفيات وزارة الصحة، وتوفير فرص تدريب أفضل وتوزيع عادل للأطباء، بدلاً من تكديسهم بالمستشفيات الجامعية. يوجد تعاون ناجح في بريطانيا بين المستشفيات الجامعية والمستشفيات العامة، حيث يتم توفير رواتب مناسبة للأكاديميين حتى يتمكنوا من تكريس أنفسهم لمسؤولياتهم الجامعية والطبية. والجامعة ليس لها أي دور في إدارة المستشفيات الجامعية.

يتولى إدارة المستشفيات الحكومية والجامعية في بريطانيا مجلس إدارة يرأسه الرئيس التنفيذي، ولا يُشترط أن يكون طبيباً،

ويساعده المدير الطبي، ومدير طاقم التمريض، ومديرو الشؤون المالية، وشؤون العاملين، وإدارة المباني. ويمثل الجامعة عميد كلية الطب في المستشفيات الجامعية لضمان وجود تسهيلات كافية للتعليم والبحث العلمي. وتوفر الحكومة البريطانية ميزانية إضافية للمستشفيات الجامعية لتغطية تكاليف تعليم طلاب الطب، ويعتمد حجم هذه الميزانية على عدد الطلاب. ويوجد في كل قسم إكلينيكي مدير طبي يساعده طاقم إداري. ويلتزم جميع الإخصائيين بعقد عمل تحدد فيه المسؤوليات كافة، وتكون قيمة الراتب حسب ساعات العمل المتفق عليها، ويخضع الجميع للمراجعة السنوية، ولا أحد فوق المساءلة، من أكبر أستاذ إلى أصغر إخصائي. ويجب تجديد رخصة مزاولة العمل كإخصائي كل خمس سنوات، وفقاً لإثبات استمرار ممارسة التطوير المهني المستمر، وتقارير المراجعة السنوية.

الحوكمة الإكلينيكية

الحوكمة الإكلينيكية هي نظام إداري يلتزم بالتحسين المستمر للخدمات والعمل الجاد لتقديم أفضل رعاية صحية لكل مريض، من خلال خلق بيئة يزدهر فيها التفوق ومعالجة أي قصور دون تأخر.

تتضمن قواعد الحوكمة الإكلينيكية ما يلي: إدارة المخاطر وتقديم إرشادات حول كيفية تجنب المخاطر والتعامل معها، والفحص الدوري للممارسات الإكلينيكية، والتدريب المهني المستمر لجميع العاملين، وتقديم خدمات طبية بناءً على الأدلة العلمية والإرشادات الطبية المتعارف عليها، ومتابعة خبرة المرضى بعد تلقي الخدمات، وممارسة التقييم السنوي لجميع الأطباء الذي يشمل مراجعة نتائج العلاج، وأنشطة التطوير المهني المستمر، والأنشطة التعليمية والبحثية، ومراجعة شكاوى المرضى وخطابات الشكر والتقدير.

يتطلب تطبيق الحوكمة الإكلينيكية إنشاء هياكل تنظيمية لوضع المعايير وضمان تنفيذها، ويوجد فريق دعم الحوكمة الإكلينيكية تابع لمؤسسة التأمين الصحي الوطني البريطانية، الذي يقوم بتدريب المسؤولين في مختلف المستشفيات ومراكز الخدمات العلاجية وطب الأسرة، ويوجد في كل مستشفى قائد حوكمة، غالباً ما يكون المدير الطبي، ورئيس القسم مسؤول عن تنفيذ الحوكمة في وحدته.



هناك اهتمام كبير ببناء المستشفيات التخصصية في مصر، ويقوم بعض الأطباء المتخصصين بالترويج لها لتتويج تخصصهم وبناء معبد له دون رؤية شاملة للخدمات الصحية التي يحتاجها المجتمع. ومن الأفضل التركيز على بناء مستشفيات عامة ذات مراكز تخصصية متميزة. ويعتمد الطب الحديث على التعاون الوثيق بين التخصصات المختلفة. بالإضافة إلى ذلك، قد يحتاج المريض إلى تدخل عاجل لمشاكل مرضية حادة من خبراء خارج مجال تخصص المركز، وهذا غالباً ما يستغرق وقتاً طويلاً وليس في مصلحة المريض. كما أن استخدام الموارد المحدودة لتطوير تخصصات معينة على حساب العديد من الاحتياجات المختلفة لا يخدم المصلحة العامة. توقف بناء المستشفيات التخصصية في بريطانيا منذ عدة عقود، والمستشفيات التخصصية الوحيدة التي يجب توفيرها هي مستشفيات الأطفال لتقديم خدمات علاجية في جميع تخصصات أمراض الأطفال وتوفير المناخ المناسب لهم.

التعليم الطبي

يتطلب القبول في كليات الطب في بريطانيا التفوق الأكاديمي والثقافي وتنوع الهويات والأنشطة الاجتماعية. تقوم بعض الكليات بإجراء مقابلة شخصية لتقييم شخصية الطالب؛ للتأكد من قدراته على التواصل مع الآخرين وإدراكه لأهمية التعاطف مع المريض. النموذج الحديث لدراسة الطب هو التعليم الطبي التكاملّي؛ حيث يقوم الطالب بدراسة كل جهاز بيولوجي للتعرف إلى خصائصه التشريحية والوظيفية، واستخدام هذه المعلومات للتعامل مع الحالات المرضية.

يوجد حالياً في مصر ٢١ كلية طب حكومية، ١٣ كلية طب خاصة، و٨ كليات طب في جامعات أهلية، وكلية طب عسكرية. تكلفة الدراسة في الجامعات الأهلية والخاصة تتراوح بين ٨٥ إلى ٢١٠ ألف جنيه مصري سنوياً. يواجه التعليم الطبي في الجامعات الحكومية صعوبات في تقديم تعليم جيد بسبب قبول أعداد كبيرة من الطلاب تفوق إمكانات الكلية، مع محدودية الموارد المالية، وضعف البنية التحتية، والمهارات التعليمية لأعضاء هيئة التدريس. كما أن نجاح كليات الطب يتطلب وجود هيكل إداري فعّال يلتزم بقواعد الحوكمة والشفافية في اتخاذ القرار.

ولعل استخدام البرامج التعليمية عبر الإنترنت وعلى اليوتيوب وإنشاء مراكز المهارات الإكلينيكية، قد يساعد التعليم الطبي لأعداد كبيرة من الطلاب. وأخيراً، فإن انتشار كليات الطب في الجامعات الخاصة والأهلية لا يخدم إلا مصالح الأثرياء، ويجب على هذه الجامعات توفير عدد من الأماكن المجانية للطلاب المتفوقين غير القادرين مالياً.

التدريب التخصصي في مصر

التدريب التخصصي في مصر لا يزال قيد التطوير، وحالياً تحت إشراف المجلس الصحي المصري. ويعاني النظام المصري عدم توحيد البرامج التدريبية لكل تخصص على مستوى الجمهورية، مع وجود اختلافات كبيرة في جودة وإمكانات التدريب والإشراف عليه. كما يجب أن تشارك الجمعيات الطبية التخصصية المصرية في الإشراف على التدريب، وهذا يتطلب تغيير وضعها القانوني من اجتماعي إلى أكاديمي، ومنحها الحق في امتحان الأطباء وإصدار الشهادات الأكاديمية مثل الكليات الملكية البريطانية.

الأطباء ومشاكلهم

يعاني الطبيب المصري في جميع مراحل حياته المهنية ضعف الرواتب وظروف عمل سيئة، وللأسف يتحمل الطبيب مسؤولية نقص الخدمات العلاجية؛ مما يعرضه لغضب الجمهور، وأحياناً للاعتداءات الجسدية. ولذلك؛ فإن إصلاح الخدمات الصحية في مصر يجب أن يركز على التقدير المناسب للطبيب والحفاظ على كرامته وأمنه. وفي الوقت نفسه، يجب على كل طبيب أن يلتزم بالقيم المهنية والأخلاقية العالية، بما في ذلك المعرفة العلمية المتعمقة، ويتصرف فقط وفقاً لقدراته وخبراته والإرشادات العلمية. والطبيب مسؤول عن سلامة المريض في مراكز العلاج، ويجب عليه تسجيل أي تفاعلات دوائية غير متوقعة، وممارسة التواصل الإنساني السلس مع المريض وعائلته، وعدم استخدام تحيزاته العقائدية للتأثير على المريض. كما يجب على الطبيب الالتزام بالأمانة في إبلاغ المريض إذا حدث خطأ ما في العلاج؛ وكذلك الصدق في كتابه التقارير الطبية.



الأخطاء الطبية

يجب محاسبة الطبيب عن الأخطاء الناتجة عن الإهمال أو عدم تطبيق الإرشادات العلمية. أمّا إذا كان الضرر متوقعاً وحدث نتيجة مضاعفات المرض أو التدخل الجراحي اللازم، فلا يُعدُّ ذلك خطأً طبياً.

يتم فحص الاتهامات المتعلقة بالأخطاء الطبية في بريطانيا إما في مكان العمل، أو من خلال المجلس الطبي العام، أو قد يقرر المريض أو الأسرة إبلاغ الشرطة لأنهم يشتبهون في حدوث إهمال طبي خطير، أو يقرر المريض رفع دعوى قضائية خاصة. لا يتمتع الأطباء في المملكة المتحدة بالحصانة ضد الحبس، وتقرر الشرطة ما إذا كان الادعاء خطيراً بما يكفي لتبرير القبض على الطبيب المتهم، وتقوم الشرطة بالتحقيق، وتحدد النيابة العامة مع الطبيب الشرعي في حاله وفاة المريض ما إذا كان من المناسب توجيه تهمة القتل غير العمد.

التعامل مع الأخطاء الطبية في مصر يشوبه أوجه قصور، ولا بد من وجود قانون عادل بشأن المسؤولية الطبية، وإسناد مسؤولية التحقيق إلى لجان متخصصة، ومنع حبس الأطباء نتيجة أخطاء مهنية غير جنائية، والتشهير بهم في الإعلام ووسائل التواصل الاجتماعي، ومن الضروري أن يكون لدى جميع الأطباء تأمين ضد المسؤولية الطبية.

المجلس الصحي المصري

نختتم المقال بالتعليق على إنشاء المجلس الصحي المصري، الذي تتضمن مسؤولياته التدريب التخصصي للأطباء، ووضع المعايير الأخلاقية والمهنية ومراقبة تطبيقها، وإنشاء سجلات لجميع العاملين بالقطاع الصحي، وسجلات قومية للأمراض المختلفة. وتم إنشاء هذا المجلس ليكون على غرار المجلس الطبي العام البريطاني، الذي دعا كاتب هذه السطور إلى إنشائه منذ عام ٢٠١٢. ورغم الادعاء بإنشاء مجلس مماثل، فإن تفاصيله لا علاقة لها بهيكل وأهداف المجلس البريطاني، وذلك لعدم الالتزام بالدقة في نقل التفاصيل أو الاستفادة من خبراء لديهم معرفة مباشرة بعمل هذا المجلس.

هناك العديد من النواقص في المجلس الصحي المصري، أهمها عدم التعرُّض لإصلاح التعليم الطبي، والإشراف على مجموعة كبيرة من التخصصات الصحية، بما في ذلك الطب البيطري. كما أن هناك تمثيلاً قوياً للحكومة في إدارة المجلس،

وإعطاء تمثيل خاص لكليات القطاع الصحي بجامعة الأزهر، ولم يناقش القانون كيفية محاسبة الأطباء المخالفين لقيم وقوانين مهنة الطب.

المجلس الطبي العام البريطاني

يهدف المجلس الطبي العام البريطاني إلى حماية صحة المواطنين وسلامتهم، والحفاظ على ثقة الجمهور في مهنة الطب. وهذا المجلس مستقل عن الحكومة، ويتكون من مجلس إدارة ولجان مسؤولة عن تنفيذ أهداف المجلس وهيئة إدارية. تضم لجان المجلس: لجنة التسجيل الطبي، ولجنة الاعتراضات على التسجيل الطبي، ولجنة محاسبة الأطباء، والمجلس الاستشاري للتعليم الطبي والتدريب التخصصي الذي يضع المعايير للتعليم الطبي والتدريب التخصصي، وأصبح هذا المجلس مسؤولاً عن كفاءة الأطباء منذ التحاقهم بكلية الطب وحتى التقاعد. ومنذ عام ٢٠١٢ ينبغي على جميع الأطباء تجديد ترخيص مزاولة المهنة كل خمس سنوات.

ويقدم المجلس للأطباء معلومات وإرشادات دورية عن ممارسة وقيم مهنة الطب التي يجب الالتزام بها، كما يزيد المواطنين بمعلومات حول حقوقهم المشروعة في الحصول على خدمة طبية عالية الجودة.

الخاتمة

يتطلب نجاح الأنظمة الصحية موارد كافية وهيكلًا تنظيمياً حديثاً وعناصر بشرية متميزة.

إن استخدام الترقيع لحل المشاكل واستيراد أفكار من مصادر أجنبية مختلفة ينتج عنه حلول قصيرة المدى وغير متجانسة. كذلك إشراك القطاع الخاص في إدارة وتطوير المستشفيات العامة وإنشاء منشآت صحية جديدة ليس هو الحل الأمثل. ولذلك؛ لا بد من الاتفاق على مشروع متكامل طويل الأمد يعتمد على توجيهات ذوي الخبرة والمعرفة في النظم الصحية الحديثة، وبعيداً عن أي مصالح شخصية أو مهنية. وينبغي أن يشمل هذا المشروع إصلاح التعليم الطبي والتدريب التخصصي، وتحسين إدارة المستشفيات والتوسع في تقديم خدمات طب الأسرة، وتطبيق الحوكمة الإكلينيكية والإدارية في جميع مرافق الخدمات الصحية، والالتزام بتحسين مستوى المهنة الصحية المساعدة، لا سيما مهنة التمريض.



هل سيجد المواطن السرير المغضوب عليه؟



د. إيهاب الطاهر
الأمين العام الأسبق لنقابة الأطباء

وافق مجلس النواب على مشروع قانون مُقدّم من الحكومة بمنح التزام إدارة المنشآت الصحية العامة للمستثمرين المصريين والأجانب، وهذا القانون يسمح للمستثمرين بإدارة وتشغيل المنشآت الصحية العامة التابعة لوزارة الصحة، وتسري على هذه المنشآت الالتزامات السارية على المنشآت الطبية الخاصة فيما لم يرد بشأنه نصّ خاص، مع إلزام المستثمر بتقديم (نسبة) من إجمالي الخدمات لمرضى نفقة الدولة والتأمين الصحي بذات الأسعار التي تحددها الدولة، وإلزام المستثمر باستمرار تشغيل نسبة لا تقل عن ٢٥٪ من العاملين بالمنشأة الصحية والباقيون يتم نقلهم إلى جهات أخرى، مع أحقية المستثمر في تشغيل نسبة ١٥٪ من الأجانب بالمنشآت القائمة حالياً ونسبة ٢٥٪ في المنشآت التي سيتم إنشاؤها لاحقاً، ويتم منح هذا الالتزام للمستثمر دون أن يتقيد بقانون التزامات المرافق العامة رقم ١٢٩ لسنة ١٩٤٧ - هذا القانون الذي يحدد نسبة ١٠٪ كحد أقصى لصافي أرباح المستثمر -.

القادر خاصة من الذين لا يتمتعون بتغطية تأمينية ويعتمدون على العلاج منخفض التكاليف بالمستشفيات العامة، فمن المعروف أن الهدف الرئيس للمستثمر هو تحقيق الأرباح وهذا حقّه، ولكن هل نقبل بتحقيق أحلام المستثمرين عن طريق استغلال حقّ الصحة الذي كفله الدستور للمواطن؟

قبل الدخول في التفاصيل فقد استوقفتني فلسفة القانون ذاته، واندھشتُ من عدم إدراك أصحاب القانون لخطورة إسناد إدارة وتشغيل المنشآت الصحية الحكومية إلى شركات استثمار أجنبية (أو حتى مصرية) على الأمن القومي الصحي للشعب، ومدى تأثيره السلبي على المواطن غير





فهل يدرك المسؤولون هذه الحقيقة البسيطة الدامغة؟
والآن كيف سيتصرف المواطن غير القادر عندما يؤدي تطبيق القانون إلى تقليص نسبة الخدمات المقدمة له لصالح العلاج الاستثماري، وهل يتوقع أحد أن يكون المستثمر حريصاً على تقديم الرعاية الصحية بأسعار يتحملها حتى المواطن متوسط الحال ناهيك عن المواطن غير القادر، أم أن الرعاية الصحية ستصبح سلعة لمن يستطيع دفع ثمنها، ولن يتمكن المواطن العادي من الوصول حتى للسريير المغضوب عليه؟
أما القول بأن الخدمة الصحية المقدمة بالعديد من المستشفيات العامة ليست على المستوى المطلوب، فعلى الرغم من صحة هذه المقولة في الكثير من الأحيان فإنها قولة حق يُراد بها باطل، فحل المشكلة وتحسين الخدمة لا يكون بالتنصّل من تقديمها أو بغسيل الأيدي من واجب فرضه الدستور على الدولة، فالمسئول عن ضعف مستوى الخدمة الطبية هو عدم الإنفاق على القطاع الصحي بالقدر المطلوب، وعدم القيام بتحسين حقيقي لأحوال الأطباء والطواقم الطبية لمواجهة نزف هجرة الأطباء، ثم يأتي بعد ذلك عدم الالتزام بالمعايير العلمية الشفافة في اختيار العديد من القيادات، فكان بالأحرى على الحكومة أن تقوم بما عليها من واجبات

يقول بعض المدافعين عن القانون بأن هدف القانون هو تقديم رعاية طبية أفضل للمواطن دون أي تأثير سلبي عليه، وبأن إدارة المنشآت الصحية بأسلوب القطاع الخاص سيكون أفضل من إدارتها بالأسلوب الحكومي الذي ثبت فشله، ويدعون أن هذا تطبيقاً للمادة ١٨ من الدستور التي تنصّ على تشجيع الدولة لمشاركة القطاعين: الخاص والأهلي في تقديم خدمات الرعاية الصحية.

وهنا يأتي واقعنا المرير ليرد على العبارة الأولى، فإذا كانت المستشفيات الخاصة ستستطيع تقديم رعاية طبية أفضل وفي متناول المواطن العادي، فلماذا لم يتوجه المواطن من تلقاء نفسه للعلاج بالمستشفيات الاستثمارية الموجود منها الكثير حالياً بالفعل؟

وإذا كانت الخدمة الحالية بمستشفيات الدولة مغضوباً عليها إلى درجة التفكير في الاستغناء عن إدارتها، فلماذا نجد الازدحام بأروقة المستشفيات العامة، ولماذا يقضي بعض المواطنين أياماً في البحث عن سرير رعاية مُركزة بأي مستشفى حكومي؟ الإجابة ببساطة هي أن المواطن العادي لا يستطيع تحمّل تكاليف العلاج بالقطاع الخاص، وهو مضطر للعلاج بالمستشفيات الحكومية حتى وإن كان غير راضٍ عنها،



الرعاية الصحية أو سعرها. نأتي الآن للحديث عن تأثير هذا القانون على الأطباء والطواقم الطبية، فقد منح القانون للمستثمر الحق في الاستغناء عن ٧٥٪ من العاملين الذين سيتم نقلهم لمنشآت صحية أخرى، كما منحه الحق في تشغيل نسبة من ١٥ - ٢٥٪ من الأطباء والتمريض الأجانب بمستشفياتنا الحكومية؛ وبالتالي فإن هذا القانون يهدد استقرار الطواقم الطبية ويُهدد بخطر إجبارهم على ترك العمل بالمستشفيات المتميزة ونقلهم للمنشآت المغضوب عليها، والأخطر أنه سيؤثر سلباً على نظم تدريبهم بالمستشفيات التي سيتم منحها للمستثمرين. فهل يتوقع أحد أن يتم السماح بتدريب حقيقي للأطباء على مرضى المستشفيات الاستثمارية، ألم يفكر المسؤولون بأن هذا هذه التأثيرات السلبية ستؤدي إلى تنامي هجرة الأطباء المصريين إلى الخارج، فنزيد من المشكلة بدلاً من أن نخلصها؟



أما ما يدعيه المدافعون عن القانون من أن الأطباء الأجانب سيُسهمون في تدريب المصريين، فهذا مردود عليه بأن القوانين الحالية تسمح بالفعل باستقدام أطباء أجانب من ذوي الخبرات المتميزة للعمل والتدريب لفترات مؤقتة ويمكن لوزارة الصحة عمل بروتوكولات منتظمة لذلك، أما أن يتم السماح بعمل نسبة من ١٥ - ٢٥٪ من الأطباء الأجانب بشكل مستديم فليس منطقيًا أن يكون لذلك علاقة بالتدريب؛ مما جعل البعض يفكر في أن الغرض هو محاولات تغطية العجز الذي نتج عن هجرة الأطباء، ولكنني أرى أن هذه المحاولات محكوم عليها

من أجل تحويل السرير المغضوب عليه إلى سرير متميز مُتَهافت عليه، وليس بأن تتخذ إجراءات تجعل الحصول حتى على السرير المغضوب عليه صعب المزال، ويا ليتهم يقتدون بأستاذنا الدكتور/ النبوي المهندس الذي أنشأ آلاف الوحدات الصحية ومئات المستشفيات العامة، وكانت إدارتها ناجحة ولم يفكر في إسناد أي منها للمستثمرين.

وإن كان حقيقياً ما يدعونه من أن الغرض هو تحسين الخدمة بالمنشآت الصحية، لكان بالأحرى أن يتم إسناد المستشفيات الفاشلة للمستثمرين، ولكن عندما نعلم أن وزارة الصحة قد قاربت على إتمام إسناد مستشفيات مثل هليوبوليس، والعجوزة، والشيخ زايد، ومستشفى أورام دار السلام للمستثمرين، وهذه من المستشفيات المتميزة بشهادات من يذهبون للعلاج بها، فهنا يطرح السؤال المهم نفسه: هل الهدف هو تحسين الخدمة حقاً أم أن هذه ذريعة للتخلص من أعباء الإنفاق على المنظومة الصحية؟

أما القول بأن الدستور ينص على تشجيع مشاركة القطاع الخاص في تقديم الرعاية الصحية، فهذه أيضاً كلمة حق يُراد بها باطل، فنفس المادة ١٨ من الدستور تنص على أن تحافظ الدولة على مرافق الخدمات الصحية العامة وأن تدعمها وترفع كفاءتها؛ وبالتالي يمكننا معرفة أن المقصود من مشاركة القطاع الخاص هو مشاركته بإنشاء وإدارة منشآت صحية - خاصة - وليس بأن يقوم بالاستيلاء على المنشآت العامة التي يجب على الدولة أن تحافظ عليها وتدعمها، أم أنهم قد قرءوا فقرة واحدة من المادة الدستورية وتجاهلوا باقي الفقرات؟

نأتي الآن لمادة صريحة بالقانون تعفي المستثمرين من التقيّد بقانون التزامات المرافق العامة رقم ١٢٩ لسنة ١٩٤٧، وهذا القانون الذي صدر في عهد الملكة كان يحدد نسبة ١٠٪ كحد أقصى لصافي أرباح المستثمر عند منحه حق إدارة مرفق عام، ولكن القانون الحالي يبني إلا أن يطلق العنان للمستثمر في تضخيم مكاسبه من إدارته للمنشأة الصحية الحكومية دون وضع سقف لذلك، وهذا بالطبع يضعنا أمام تخوف كبير من البحث عن تعظيم الأرباح على حساب جودة



بالفشل فمن هم الأطباء الأجانب من ذوي الخبرات المتميزة الذين سيقبلون العمل بمصر في ظل هذه الأجور المتدنية، أم أنه سيتم استقدام أطباء ليسوا من ذوي الخبرة أو قادمين من دول تعاني الاضطرابات ل مجرد أن يستطيعوا العيش والإقامة بمصر، فنجد أنفسنا قد استبدلنا نسبة من أطبائنا المتميزين الذين تفتح لهم الدول المتقدمة ذراعيها وذلك لصالح بعض الأجانب من ذوي المستويات المنخفضة علمياً، الذين لم يتمكنوا من الحصول على فرصة عمل بأي دولة متقدمة علمياً أو حتى مالياً.

وبالطبع فليس معنى ما نبديه من اعتراضات أننا نرفض دخول المستثمرين للقطاع الصحي، فالقطاع الصحي الخاص مفتوح بالفعل للمستثمرين، ويستطيع أي مستثمر مصري أن ينشئ أو يوجر أو حتى يدير أي مستشفى خاص، ولكن بالطبع لا يجب السماح لهم بالتغول على المنشآت الحكومية لإدارتها لحسابهم الخاص مع تخصيص نسبة محدودة للمواطنين، فلتقم الحكومة بتشجيع هؤلاء المستثمرين وتقديم لهم ما تشاء من تسهيلات لإنشاء مستشفيات خاصة جديدة تضيف للمنظومة الصحية ولا تأخذ منها.

أما بالنسبة إلى المستثمرين الأجانب، فأرى أنه يجوز السماح لهم بالاستثمار في المستشفيات - الخاصة - على أن يكون ذلك فقط عن طريق إنشاء مستشفيات جديدة وليس بشراء أو تأجير المستشفيات القائمة، وذلك حتى يضيفوا أسرةً وخدمات جديدة لتكون الاستفادة متبادلة بين المستثمر الأجنبي والدولة، مع ضرورة تقييدهم بنسبة محددة لا ينبغي تجاوزها حتى تظل الحصة الحاكمة في إجمالي المنشآت الصحية الخاصة بيد المصريين؛ حتى لا يأتي يوم تصبح فيه معظم المستشفيات الخاصة بيد شركات أجنبية بما ينطوي عليه ذلك من مخاطر تهدد الأمن القومي الصحي، كما قد يجعلهم قادرين مستقبلاً على فرض أسعار تعاقد مرتفعة على منظومة التأمين الصحي الشامل.

في النهاية، أذكر جميع المسؤولين بالنص الكامل للمادة ١٨ من الدستور وهي:

«لكل مواطن الحق في الصحة وفي الرعاية الصحية

المتكاملة وفقاً لمعايير الجودة، وتكفل الدولة الحفاظ على مرافق الخدمات الصحية العامة التي تقدم خدماتها للشعب ودعمها والعمل على رفع كفاءتها وانتشارها الجغرافي العادل. وتلتزم الدولة بتخصيص نسبة من الإنفاق الحكومي للصحة لا تقل عن ٣٪ من الناتج القومي الإجمالي، تتصاعد تدريجياً حتى تتفق مع المعدلات العالمية. وتلتزم الدولة بإقامة نظام تأمين صحي شامل لجميع المصريين يغطي كل الأمراض، وينظم القانون إسهام المواطنين في اشتراكاته أو إعفاءهم منها طبقاً لمعدلات دخولهم.

ويُجرّم الامتناع عن تقديم العلاج بأشكاله المختلفة لكل إنسان في حالات الطوارئ أو الخطر على الحياة.

وتلتزم الدولة بتحسين أوضاع الأطباء وهيئات التمريض والعاملين في القطاع الصحي.

وتخضع جميع المنشآت الصحية، والمنتجات والمواد، ووسائل الدعاية المتعلقة بالصحة لإشراف الدولة ورقابتها، وتشجع الدولة مشاركة القطاعين: الخاص والأهلي في خدمات الرعاية الصحية وفقاً للقانون».

وهنا أترك للقارئ الحكم على مدى دستورية هذا القانون: فهل التنازل عن إدارة وتشغيل المنشآت الصحية العامة سيؤدي إلى الحفاظ على (حق) المواطن في الصحة كما نص الدستور؟؟؟

وهل منح المستثمرين كعكة المستشفيات الحكومية المتميزة هو (حفاظ) عليها كما نصّ الدستور؟؟؟

وهل فتح الباب لنقل ٧٥٪ من الأطباء من مستشفياتهم هو (تحسين لأوضاعهم) التي كفلها الدستور؟؟؟

وهل التزمت الحكومة بنسبة (الإنفاق) على الصحة المقررة بموجب الدستور؟؟؟

في النهاية أرى أنه يجب على جميع المهتمين بصحة المواطن بذل جميع الجهود المشروعة في سبيل إيقاف العمل بهذا القانون، بما في ذلك اللجوء للقضاء للطعن بعدم دستوريته.

حفظ الله مصر وصحة المصريين.



ملاحظات عامة حول تقرير إنجازات تطبيق نظام التأمين الصحي الشامل



د. علاء غنام

مستئول الحق في الصحة في المبادرة المصرية للحقوق
الشخصية وخبير في إصلاح القطاع الصحي

الصحية، من خلال ٣٢١ منشأة صحية تابعة لنظام التأمين الصحي الشامل في المحافظات الست. وقد تم اعتماد ١٩٦ منشأة طبية منها، سواء اعتماد كلي أو مبدئي طبقاً لمعايير الجودة لهيئة الاعتماد والجودة. ٣. أوضح التقرير تقديم أكثر من ٣٧ مليون خدمة طبية للمستفيدين بالنظام، منها ١٥ مليون خدمة في بورسعيد، و١٣ مليون خدمة في الأقصر، و٧ ملايين خدمة في الإسماعيلية، وأكثر من مليون خدمة في جنوب سيناء، و٥١٥ ألف خدمة في أسوان، و٣٠٠ ألف خدمة في السويس. ٤. يشير التقرير أيضاً إلى تقديم ١٦ مليون خدمة طب أسرة في وحدات ومراكز صحة الأسرة التابعة لهيئة الرعاية الصحية في ست محافظات؛ لأن هذه المنشآت من شأنها

في السابع من أبريل ٢٠٢٤، صدر تقرير حول إنجازات تطبيق نظام التأمين الصحي الشامل بمصر. تطرّق هذا التقرير إلى ما تم تحقيقه من خطوات تنفيذ هذا المشروع الطموح تحقيقاً للقانون الصادر بشأنه في عام ٢٠١٨. وذكر هذا التقرير بالتحديد الآتي: ١. توسيع نطاق تطبيق المنظومة في السنوات الخمس الماضية لتشمل ٦ محافظات، هي: بورسعيد، والإسماعيلية، والأقصر، وجنوب سيناء، وأسوان، والسويس. وبذلك تم تطبيق المرحلة الأولى من منظومة التغطية الصحية الشاملة. ٢. يشير التقرير إلى تسجيل أكثر من ٥ ملايين مواطن في المحافظات الست ليصبح لديهم الحق في تلقي الرعاية



١٠. أخيراً، أشار التقرير إلى أن نسبة رضا المستفيدين عن جودة الخدمة بالهيئة تجاوزت نسبة ٩١٪.***

منظومة التأمين الصحي الشامل هي نتيجة عقود من الدراسة والعمل لكثير من الحكوميين والخبراء والاقتصاديين وممثلي المجتمع المدني المحلي والدولي. وبالتالي؛ فمتابعة تنفيذها عن كثب شأن حتمي، ليس فقط من باب المسؤولية المجتمعية والوطنية، لكن أيضاً بحكم رغبة الجميع في إنجاحها وتحقيق أهدافها التي طالما حلم بها آلاف المتخصصين واستحقها ملايين المصريين.

ما تم تحقيقه في هذه المنظومة على أرض الواقع هو أمر يدعو للفخر والإشادة. ومن ثم؛ فعلى التقارير والبيانات الدورية التي تصدر لتوثيق ما تم تحقيقه أن تكون على نفس القدر من الدقة. يجب أن تقدم معلومات دقيقة، يمكن دراستها وتحليلها، يجب أن تقدم التحديات والمشاكل وأوجه النقص وليس فقط النجاحات والإنجازات. هذه البيانات والأرقام يجب أن تُشرك المجتمع بأكمله في إيجاد الحلول وليس فقط في الفخر بما تم إنجازه؛ ليتمكن الخبراء وغير المتخصصين من مناقشتها والتدقيق بها؛ بما أن هذه التقارير مقدمة لأعلى سلطة في الوطن وللمواطنين وأيضاً للخبراء والمتابعين والجهات المانحة.

أولاً: هيئة الرعاية الصحية هي واحدة من هيئات ثلاث في النظام التأميني الشامل الجديد، وهي منوطاً بها إدارة تقديم الخدمات الطبية التأمينية الجديدة بمنشأتها والإشراف على منشآت تقديم الخدمة، سواء أكانت وحدات أم مراكز أم مستشفيات آلت إليها بحكم القانون.

وتعدُّ هذه الهيئة هي المسئول الأول عن تطبيق النظام الجديد بشكل عام، حيث يُعدُّ رئيسها هو أيضاً مساعداً لوزير الصحة في تطبيق القانون، بالإضافة إلى غيرها من المهام مثل برنامج تكافل وكرامة. يمثل هذا التنوع في الأدوار إشكالية في حد ذاتها تتعلق بحوكمة النظام الجديد؛ خاصة وأن المهام الملقاة على كاهل هيئة الرعاية الصحية هي مهام



تقديم ٨٠٪ من الخدمات الطبية التي يحتاجها المواطن وكون الأسرة هي وحدة الانتفاع تحت مظلة نظام التغطية وليس الفرد.

٥. كما تم إجراء ٥٢٠ ألف عملية تحت مظلة النظام التأميني الجديد. بلغت منها العمليات ذات المهارة ٣٥٪.

٦. تم إجراء أكثر من ٣ ملايين فحص طبي شامل للمستفيدين في المحافظات الست التي تُسهّم في الكشف المبكر عن الأمراض، ويتم الفحص الطبي الشامل، بالمجان، ودورياً.

٧. كما أشار التقرير لمساهمة الهيئة في السياحة العلاجية وزيادة العوائد الدولية منه بنسبة تجاوزت ٧٠٪.

٨. كما أعلن التقرير عن إنشاء أكثر من ٤,٨ مليون ملف طبي موحد بمحافظات تطبيق منظومة التأمين الصحي الشامل، وإطلاق ٢٥ ألف برنامج تدريبي للقوى البشرية بمنشآت هيئة الرعاية الصحية.

٩. لفت التقرير أيضاً إلى ميكنة ١٠٠٪ من وحدات ومراكز الرعاية الأولية بمحافظات المرحلة الأولى و ٨٠٪ من المستشفيات.





يتعارض مع القانون الذي يوضح أن وحدة المنظومة هي الأسرة.

٦. حجم المتأخرات في سداد المستحقات، وعدد مَنْ لم يتمكنوا من الحصول على الخدمة بسبب التأخر في السداد وحجم المديونيات.

٧. أعداد ونسب ما تتكفل الدولة بسداد اشتراك التأمين نيابة عنهم وشروط الاستحقاق المطبقة حالياً، بالإضافة إلى حجم ما تُخصّصه الدولة في ذلك.

٨. نسبة الإحالة في كل محافظة عند تقديم الخدمة من المستوى الأساسي إلى المستويين: الثاني والثالث، وهل نسبة الإحالة تلك تلبي معايير الخدمة والجودة المحددة في نظام طب الأسرة بالمنظمة (وهي لا يجب أن تزيد على ٣٪ من الحالات)؟.

٩. بيانات عن الخدمات المقدمة في وحدات مراكز صحة الأسرة؛ وبالأخص خدمات متابعة الأمراض المزمنة وتنظيم الأسرة والتطعيمات، وفقاً لمؤشرات متابعة الأداء المتبعة لقياس ذلك.

١٠. بيانات عن صرف الأدوية، ونسبة ما يتم توفيره على مستوى خدمات الصحة الأساسية، ونسبة ما

ضخمة ومتشعبة، لا تتحمل هذا التداخل ولا إضافة مهام أخرى على قيادتها.

ثانياً: عند عرض بيانات عن المسجلين بالمنظومة في محافظات المرحلة الأولى، يجب عرض ذلك كأُسْر وليس كأفراد. تأتي أهمية ذلك باعتبار النظام، كما ذكر التقرير، وحدته هي الأسرة وليس الفرد. فيجب أن يعرض التقرير نسبة التسجيلات الأسرية التي تحققت في كل محافظة من المحافظات الست ونسبتهم لإجمالي السكان. يتعين أيضاً عرض بيانات مُفصّلة عن الأسرة المسجلة تحدد الآتي:

١. أعداد ونسب من تم نقل تأمينهم من نظام التأمين القديم إلى التأمين الصحي الشامل.

٢. أعداد ونسب المنتفعين بنظم تأمينية أخرى (مثل العاملين بهيئة قناة السويس) وما موقفهم التأميني الحالي.

٣. أعداد ونسب الأسر التي تسدد اشتراكها من المنبع من خلال الخصومات على الدخل.

٤. أعداد ونسب الأسر التي تسدد اشتراكها بشكل فردي، ونسب المنتظمين.

٥. يجب أن تتماشى أعداد الملفات الطبية مع أعداد الأسر المسجلة. فإن كانت الملفات فردية فهو أمر



لا يتم توفيره من خلال التأمين الصحي الشامل.
١١. متوسطات الزيارات السنوية في وحدات طب الأسرة لكل أسرة مسجلة.

ثالثاً: فيما يخص المنشآت، يتعين تقديم بيانات أكثر تفصيلاً عن أعداد وحدات طب الأسرة وعدد المستشفيات التي تم اعتمادها في كل محافظة ونسبتها من إجمالي الوحدات والمستشفيات، ليس فقط على مستوى المنشآت التابعة لهيئة الرعاية الصحية، ولكن أيضاً من القطاع الخاص والأهلي، مع توضيح ما تم التعاقد معه وحجم الإحالة إليه. لأن منظومة التأمين الصحي الشامل لا يجب أن تعتمد فقط على المنشآت التابعة لهيئة الرعاية الصحية فقط. فالبيانات المقدمة من هيئة الاعتماد والجودة وهيئة التأمين الشامل هي جزء لا يتجزأ من المعلومات المهمة حول منظومة التأمين الصحي الشامل.

رابعاً: فيما يخص أعضاء الفريق الطبي، يجب توفير معلومات عن حجم نسبة استكمال العمالة الصحية وأطباء الأسرة، متوسط استمرارهم بالعمل في الهيئة، مستوى تدريبهم وتعليمهم المستمر، تقييم مدى رضاهم عن ظروف العمل ومدى تحقيقهم لمؤشرات الأداء واستحقاقهم للحوافز المرتبطة بالأداء.

أخيراً، يجب تحديد معدلات النقص أو الكفاية في التخصصات المختلفة وفي كل محافظة؛ ليتمكن المعنيون من تحديد الاحتياجات الخاصة بالموارد البشرية ودراسة أفضل الطرق لسد تلك الفجوات.

خامساً: يجب الإعلان بدقة وشفافية عن إجمالي الموارد المالية التي تم تحويلها لهيئة الرعاية من هيئة التأمين الصحي الشامل في كل محافظة، مع تحديد أوجه الصرف والآليات المتخذة للتعاقد بينهم، وأيضاً حجم وطبيعة التعاقدات مع مقدمي الخدمات من القطاع الخاص والأهلي. ويجب تحديد إجمالي مساهمات المواطنين في كل محافظة من الذين سجلوا وتلقوا الخدمة فعلياً، والكشف عن إجمالي الإنفاق مقارنةً بدخل الهيئة وحجم المدفوعات من الجيب، ونسبة من تتحمل الدولة اشتراكاتهم كالفئات غير القادرة وفقاً للقانون في كل محافظة. كما يجب توضيح جميع مصادر

دخل المنظومة الأخرى، وتوفير معلومات عن الدور الذي تلعبه السياحة العلاجية في ذلك، وإلى أي مدى تؤثر على طبيعة مهام الهيئات المختلفة.

سادساً: عند الإعلان عن نسب رضاء المنتفعين والتي تم تقديرها بـ ٩١٪، يجب الأخذ في الاعتبار أن هذه النسب ليست لها مدلولات علمية يمكن الاعتماد عليها إلا إذا تم توضيح آلية مرجعية وموضوعية، من جهة محايدة، لسؤال العينة المستهدفة (والتي يجب أن تكون عينة من سكان المحافظة وليست فقط عينة ممن تلقوا الخدمة). والأهم من ذلك هو حصر الشكاوى، ونوعيتها، ومتوسط وقت الاستجابة ونسبة الرضاء من الحل. كما يجب أن يشمل ذلك جميع الشكاوى (والتي تشمل الإجراءات والمدفوعات والإحالات)، وليس فقط الخدمات المقدمة بمنشآت هيئة الرعاية الصحية.

أخيراً، ما الدروس المستفادة والأخطاء التي يجب تداركها في كل محافظة؟ ما تقييم المرحلة الأولى من هذا المشروع وآليات تنفيذه؟ هل نتجه في الاتجاه السليم أم يتعين إعادة النظر في الخطط والإطار الزمني؟ يأتي هذا في الوقت التي تتم فيه النقاشات والحوارات المجتمعية المختلفة في المجالس النيابية وجلسات الحوار الوطني، حيث تم اقتراح تعديلات جذرية في خطة المشروع، لا يصح وضعها في عين الاعتبار قبل الإجابة عن هذه الأسئلة المهمة.

هذه أهم الملاحظات والتساؤلات حول تقرير الإنجازات الذي أصدرته هيئة الرعاية الصحية، وهي لم تُشر إلى الهيئات الأخرى (هيئة التمويل/ وهيئة الاعتماد)، رغم مسئولية كل منهما عن جوانب محورية في منظومة التأمين الصحي الشامل وتطبيقه. فحتى تصبح النجاحات التي تم تحقيقها موضع اتفاق ويتم بناء الخطوات التالية بشكل تشاركي يحقق أساسيات الحوكمة، يجب أن يكون المدح أو النقد لأي من آليات التنفيذ مبنياً على معلومات دقيقة تُنشر بشفافية، وليس مجرد انطباعات أو أفكار مسبقة يصعب الاتفاق عليها.



المقومات الأساسية لنظام الرعاية

الصحية في مصر!



د. محمد حسن خليل
مُنسّق لجنة الحق في الصحة

١٠,٠٠٠ مواطن. ومن الجدير بالذكر أن مصر في عام ١٩٣٦ كانت إدارياً تضم ١٩ محافظة، وكان بها ١٩ مستشفى عاماً في عواصم كل المحافظات، و٤٥ مستشفى مركزياً؛ أي ٦٤ مستشفى حكومياً يعالج مجاناً، بجانب مستشفيات حكومية أخرى في القاهرة والإسكندرية - بالذات مستشفيات الحميات الجلدية وغيرها. وفي عام ١٩٣٦ أيضاً، كان يوجد بمصر ١٨ طبيباً لكل عشرة آلاف من السكان. التمريض فقط كان به نقص فادح لأنه لم تكن توجد مدارس تمريض كافية، فكانت نسبة المرضات ٠,٤ لكل عشرة آلاف مواطن. أما الإنفاق الصحي فكان ٤,١٪ من الموازنة العامة للدولة .

كان هذا هو أول مصدر لتمويل الخدمات الصحية؛ أي التمويل الحكومي من الموازنة العامة للدولة، وظل هو التمويل الأساسي في مصر منذ مستشفى القصر العيني في القرن التاسع عشر وحتى الستينيات من القرن العشرين. بجانب

مصر لها تاريخ عريق في مجال الرعاية الصحية، حيث دخلها الطب الحديث منذ نحو قرنين من الزمان، بتأسيس كلية الطب أيام محمد عليّ عام ١٨٢٧ على يد بارتلوميو هنري كلوت (كلوت بك)، وكان مستشفاهما الجامعي يعالج المدنيين والعسكريين مجاناً. وكانت هذه أول كلية طب حديث في المنطقة العربية والشرق الأوسط وإفريقيا. فقط بعد ٤٠ سنة تأسست ثاني كلية طب، حيث تأسست كلية طب الجامعة الأمريكية ببيروت عام ١٨٦٧. وفي سنة ١٩٣٦، تم تأسيس أول وزارة صحة بتحويل إدارة الصحة إلى وزارة صحة، وكان وزيرها، بعد شهر من تأسيسها، هو مصطفى النحاس!

ومستويات رُقّي الرعاية الصحية تُقاس بمؤشرات محددة، على رأسها: نصيب الإنفاق الصحي منسوباً إلى الموازنة العامة للدولة، ومنسوباً إلى الناتج المحلي الإجمالي (ن م أ)، ومدى توافر أسرة المستشفيات والأطباء والمرضات لكل



جوانب: منح لبعض البرامج الرأسية، عادةً في مجال الرعاية الصحية الأولية، مثل برنامج معالجة الإسهال عند الأطفال الذي أدخل أكياس إعداد محلول معالجة الجفاف، وبرنامج للتطعيمات، ولتنظيم الأسرة.

المُكوّن الثاني لنشاط منظمات التمويل الدولية كان عمل دراسات للواقع المصري من الزاوية الصحية. والنتيجة هي اقتراح سياسات صحية من خلال برامج تُوقَّعها مع الحكومة المصرية. كان أول مشروع هو مشروع رسم خريطة صحية لمصر health profile، عام ١٩٧٧. كانت مدة كل مشروع وامتداده عشر سنوات. بعد عشر سنوات بدأ المشروع الثاني، مشروع استرداد نفقات العلاج cost recovery، حتى العام ١٩٩٧. أثناء ذلك المشروع، قام البنك الدولي بعمل ٦ دراسات ضخمة حول الصحة، من زاوية الصحة، والاقتصاديات، والقوانين... إلخ. وخرجت توصيات تلك الدراسات في ملخص شهير، كان أساساً للمشروع الثالث الضخم المعروف باسم الإصلاح الصحي، وكان مفروضاً أن يستمر من ١٩٩٨ إلى ٢٠٠٨، وتم مدّه حتى ٢٠١٠. كان هذا البرنامج الأخير بالمشاركة بين الحكومة المصرية، وهيئة المعونة الأمريكية، والبنك الدولي، والاتحاد الأوروبي.

جوهر توصيات مؤسسات التمويل الدولية تتفق مع سياساتها الليبرالية، وهي تقليص تدخل الدولة في الصحة، وخصخصة المؤسسات الصحية، وزيادة دور القطاع الخاص المحلي والأجنبي في تقديم الخدمات الصحية. كانت ترجمة تلك التوصيات الواردة في برنامج الإصلاح الصحي تتبدى في طرح مشروع تعديل قانون التأمين الصحي عام ٢٠٠٥، وقرار رئيس الوزراء بإنشاء الشركة المصرية القابضة للرعاية الصحية، عام ٢٠٠٧.

بالنسبة إلى مشروع تعديل قانون التأمين الصحي، الذي تم توزيعه على أعضاء مجلس النواب عام ٢٠٠٥، لمناقشته وإقراره في يناير ٢٠٠٦، فقد نصّ على تقليل المزايا التي يحصل عليها المنتفع بالتأمين الصحي، فبعد أن كان يحصل على خدمات علاجية شاملة، طُرح عمل حزم تأمينية متعددة، واقتصار التأمين الصحي على تقديم حُرمة محدودة، وتخلو



هذا ظهر التمويل الخيري، كما بدأ من تأسيس مستشفى الدمرداش التي بناها عبد الرحمن الدمرداش عام ١٩٢٨، ومستشفيات خيرية مجانية أو مخفضة للجاليات الأجنبية مثل المستشفى اليوناني والإيطالي وغيرها. أما المؤسسات الخاصة فبدأ تمثيلها بالعيادات الخاصة للأطباء منذ القرن التاسع عشر، ولكن إنشاء المستشفيات الخاصة الربحية هو ظاهرة حديثة جداً، لم تعرفها مصر قبل أربعينيات القرن العشرين، بعدة مستشفيات خاصة أسسها أساتذة بالقصر العيني، مثل مستشفيات علي باشا إبراهيم، والكاتب، وعانوس وغيرها. ولكنها ظلت ذات نسبة تمثيل متواضعة على المستوى القومي، فحتى عام ١٩٨٥، بلغ إجمالي نسبة الأسرة الخاصة فقط ٧,٩٪ من الأسرة، ولكنه زاد تدريجياً في السنوات التالية.

استمر التطور في كل مؤشرات تمويل الخدمات الصحية والأسرة والأطباء والتمريض حتى وصل إلى ذروته في الستينيات من القرن العشرين، كما هو موضح في جدول (١). ولكن منذ السبعينيات دخل متغيران مهمان في معادلة الصحة؛ الأول هو الأزمة الاقتصادية وتقليل الإنفاق على الخدمات، والثاني هو دخول هيئات التمويل الدولية في صنع السياسات الصحية. بدأ ذلك منذ بداية الانفتاح عام ١٩٧٤ ببعثة لهيئة المعونة الأمريكية بالوزارة، وما زالت مستمرة حتى الآن. عملت تلك المؤسسات من خلال لجنة سياسات أسستها في وزارة الصحة (كما تم تأسيسها في كل الوزارات)، وتضم خبراء أمريكيين ودوليين، بجانب وكلاء وزارة محالين للمعاش، وبعض الخبرات المحلية. وكانت أنشطتها تتمثل في ثلاثة



تحويل التأمين الصحي إلى شركة قابضة ربحية. برز من بين تلك الإعلانات القومية الإعلان الثاني الذي بلور مطالب الحركة الشعبية في المطالب التالية:

- رفع الإنفاق الصحي إلى ١٥٪ من الموازنة العامة للدولة (وهي تعادل ٦٪ من الناتج المحلي الإجمالي).
- المساواة بين المواطنين جميعاً في حُرْمَة خدمات تأمينية واحدة شاملة لجميع الأمراض، وتعميمه على كل المواطنين.
- مسؤولية المنتفع (ومعه صاحب العمل) هي دفع الاشتراك فقط، بدون أي مساهمات أثناء تلقي الخدمة، قد تعيقه عن الوصول للعلاج.
- المطالبة بأن يظل هيكل تقديم الخدمات الصحية التأمينية والحكومي هيكلًا غير ربحي، مع رفض استبداله بشركات قابضة وتابعة وهيئات ربحية.
- هيكل أجور عادل للأطباء والتمريض وكل الفريق الصحي. وقَّع على هذا البيان ٦٣ جهة تشمل عشرة أحزاب، وخمس نقابات، و٤٨ من المنظمات الأهلية.

نجحت الجهود الجماهيرية في وقف تيار الخصخصة وتحويل التأمين الصحي إلى تأمين تجاري، وتحويل جهاز تقديم الخدمة الصحية إلى هيكل ربحي؛ وأخذت الحكومة تُصدر مشروعات متوالية تمثل تراجعاً عن أسوأ مواد القانون، والمعارضة ترحب بالبند السيئة التي تم سحبها، وتصرُّ على تحقيق باقي مطالبها، وذلك حتى قامت ثورة يناير ٢٠١١. وواضح بالطبع من المادة ١٨ من دستور ٢٠١٤، أنها جاءت لحسم الخلاف على السياسات الصحية.

لقد جاءت مادة الصحة في الدستور، على عكس معظم الدساتير، مادة تفصيلية، تقرُّ حق الشعب في الصحة، وتتحدث عن تمويل للخدمات الصحية لا يقلُّ عن ٣٪ من الناتج المحلي الإجمالي، يزيد تدريجياً حتى يصل إلى النسبة العالمية (وهي ٦٪)، وتتحدث عن تأمين صحي شامل لجميع المواطنين وضد كل الأمراض، وتتحدث عن الاهتمام بتحسين أحوال الأطباء والتمريض. وبهذا فتلك المادة تنحاز لمطالب المعارضة الشعبية قبل الثورة بالنسبة إلى الصحة وترفض مشروعات خصخصة الصحة.

بالذات من الإجراءات المكلفة لمستوى الرعاية الصحية المهنية مثل غسيل الكلى وجراحات القلب وغيرها. كما ينصُّ أيضاً على ألا يُكتفى بأن يدفع المنتفع اشتراكاً يمثل نسبة من دخله، ولكن أن يدفع بالإضافة إلى ذلك ثلث ثمن كل خدمة وقت الحصول عليها، من أدوية وتحاليل وفحوص إشعاعية وعلاج بالقسم الداخلي بالمستشفيات، سواء أكان علاجاً طبياً أم جراحياً. أما قرار إنشاء الشركة القابضة للرعاية الصحية، فتنتقل إليها بمقتضاه ملكية مستشفيات وأصول التأمين الصحي كافة، وتملك حق خصخصتها بمختلف السبل، مثل البيع لمستثمر رئيس، أو طرح أسهمها في البورصة أو خصخصة إدارتها بمنحها للقطاع الخاص.

بمجرد انتشار محتوى مشروع قانون التأمين الصحي في الصحافة من قبل معارضي القانون، في أواخر عام ٢٠٠٥ وأوائل عام ٢٠٠٦، ومعرفة المواطنين لمحتواه، قامت حملة مُعارضة ضخمة للقانون، شملت اتحاد العمال والكثير من المنظمات غير الحكومية وغيرها. واضطرت الحكومة إلى سحب مشروع القانون لتعديله. وعندما جاء قرار رئيس الوزراء بإنشاء الهيئة القابضة للرعاية الصحية في مارس ٢٠٠٧ مع اعتراف بدء عملها أول يوليو ٢٠٠٧، تشكَّل تحالف عريض من ٢٢ جمعية في معارضة كلٍّ من القرار ومشروع قانون التأمين الصحي، باسم لجنة الدفاع عن الحق في الصحة. قامت اللجنة، من خلال ثلاث من الجمعيات المشتركة فيها، برفع قضية أمام محكمة القضاء الإداري، ضد قرار رئيس الوزراء. صدر حكم المحكمة في الشق المستعجل في ٤ سبتمبر ٢٠٠٨، بوقف تنفيذ قرار الشركة القابضة، وتوقفت الحكومة عن تنفيذه، بل ولم تستمر في الدعوى.

لجأت لجنة الدفاع عن الحق في الصحة إلى إنشاء تحالف أكثر اتساعاً، من خلال عقدها مؤتمراً قومياً للدفاع عن الحق في الصحة في نقابة الصحفيين، في أكتوبر عام ٢٠٠٧، حيث أصدر المُجتمعون الإعلان عن حق المصريين في الصحة. استمر بعد هذا تقليد عقد اجتماع سنوي كل شهر أكتوبر أو نوفمبر، قبيل انعقاد البرلمان؛ لكي يُصدر إعلاناً يمثل رأي اللجنة، ويضغط لعدم إصدار قانون التأمين الصحي، ورفض



ولكن متابعة وضع الخدمات الصحية منذ إصدار الدستور لم يشهد سوى زيادة محدودة في الإنفاق الصحي لمدة عامين، ثم جاء الاتفاق مع صندوق النقد الدولي عام ٢٠١٦ وسياساته التقشفية، لكي تعود الحكومة إلى تقليل الإنفاق على الصحة من جديد. النتيجة المعروفة لتقليل الإنفاق هي تدهور مستوى الخدمات الصحية. الجدول التالي رقم (١) يلقي نظرة على مُقوّمات الخدمات الصحية من تمويل، ونسب أسرة المستشفيات والأطباء والمرضات لكل عشرة آلاف من السكان في السنوات المختلفة، وقد تم اختيار سنوات ذات دلالة: ١٩٣٦ تاريخ إنشاء أول وزارة صحة، ويوضح مدى نضج المؤشرات وقتها بالنسبة إلى العالم، و١٩٦٥، وهي الذروة في تطور مؤشرات الخدمات الصحية، ثم انخفاضها التدريجي بعد ذلك.

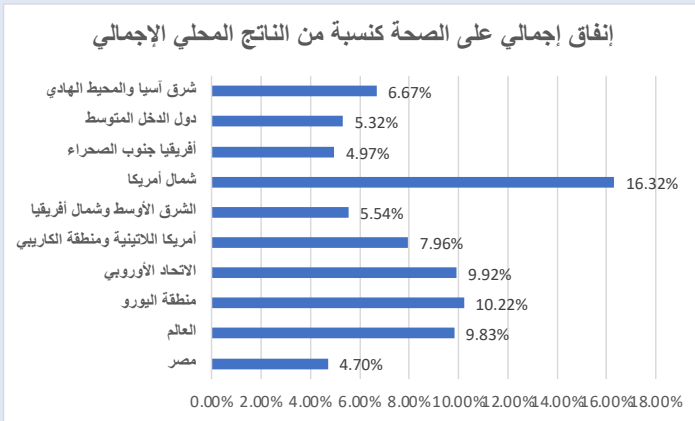
السنة	إنفاق صحي / م أ	إنفاق / أسرة	طبيب / 10000	تمريض / 10000
1936		7.6	20	0.4
1965		22.3		5%
1985		17.6	17.8	10.6
2005	1.43	17.9	6.5	13.8
2015	1.71	10.5	11	20.7
24-2022	1.17	8.1	9.9	18.9

جدول رقم (١): نسبة التمويل الحكومي للإنفاق الصحي إلى م أ والموازنة، ومعدل الأسرة والأطباء والتمريض/١٠٠٠٠

يوضح الجدول صعود مصر التدريجي في مؤشرات الصحة بما يتناسب مع عراقة دخول الطب الحديث إليها منذ قرنين، ولكنه يُرينا أيضاً مستوى تدهور مُقوّمات الصحة تحت تأثير توصيات مؤسسات التمويل الدولية والموازنة التقشفية التي تهدر حق المواطن في الصحة، وإسقاطها من أولويات النظام، حتى وصلت مؤشرات آخر عام متاح (وهي عام ٢٠٢٤/٢٠٢٥ بالنسبة إلى التمويل في ميزانية العام القادم وأقل نسبة في تاريخ مصر للإنفاق الصحي في تاريخ مصر)، ونسب الأطباء والتمريض والأسرة حتى عام ٢٢/٢٠٢١، وهو آخر عام تُتاح إحصائيات من الجهاز المركزي للتعبئة العامة

والإحصاء عنه.

لقد وصل الإنفاق الصحي آخر عام، ٢٠٢٤ / ٢٠٢٥، إلى أقل من ٣٪ من الإنفاق الحكومي، بينما كان عام ١٩٣٦ أكثر من ٤٪، (!) وعادت نسبة الأسرة إلى المواطنين إلى نسبتها عام ١٩٣٦؛ أي قرابة ٨ أسرة لكل ١٠,٠٠٠ مواطن، ونقصت نسبة الأطباء إلى النصف بين العامين أنفسهم، حيث كانت ٢٠ طبيباً/١٠,٠٠٠ مواطن عام ١٩٣٦ فأصبحت قرابة ١٠ عام ٢٠٢٢! وبينما كان مستشفى القصر العيني من بين أحدث وأكبر ثمانية مستشفيات جامعية في العالم في الأربعينيات، نجد أنفسنا في ذيل العالم كما توضح أحدث المؤشرات في مقارنة مصر بالعالم، كما يتضح من الشكل رقم (١).



شكل رقم (١): إجمالي الإنفاق الصحي كنسبة من م أ مقارنةً بالعالم.

يتضح من هذا الشكل أن الإنفاق الصحي في مصر والبالغ ٤,٧٪ من م أ، يأتي أقل من أفقر مناطق العالم حتى أفريقيا، ويبلغ نحو نصف المتوسط العالمي. ولكن حتى هذه النسبة المتواضعة هي الإنفاق العام، الشخصي من الجيب، والحكومي، ولكن مصر أيضاً بها نسبة من أعلى النسب للإنفاق من الجيب، حيث تتراوح في مختلف السنوات بين ٦٠ و٧٠٪ من إجمالي الإنفاق؛ أي أن ٤,٧٪ جملة الإنفاق لا يمثل فيها الإنفاق الحكومي سوى ١,٢٪ من م أ، كما يتضح من الجدول التالي رقم (٢).

الصحراء! ويُرينا الشكل التالي مقارنة بين نسب الأطباء والتمريض لكل عشرة آلاف من السكان في مصر، مقارنةً بمناطق العالم المختلفة:

ويتضح من الشكل (٣) أن معدل الأطباء والتمريض في مصر يبلغ نصف المتوسط العالمي، ويرجع إلى ثلث الدول المتقدمة في أوروبا وأمريكا، ولا يقلُّ عنه سوى أفقر مكانين في العالم، وهما: أفريقيا وشرق آسيا (والأخيرة تقلُّ في الأطباء فقط).

وبالطبع فموضوع الرعاية الصحية يشتمل على الكثير من الجوانب، بدءاً من السياسة الصحية، وحتى مقومات الصحة من تمويل ومستشفيات وأطباء وتمريض وغيرها، ثم بعد هذا النظام الصحي الذي تنتظم فيه عملية التقديم الصحي للرعاية الصحية. وقد ركّزنا هنا أساساً على مستوى توافر مقومات الصحة، ولم نمسّ إلا بالقليل موضوع التأمين الصحي، بما فيها التقييم المتكامل لوضع التأمين الصحي الحالي، فله سياقٌ آخر.

المراجع:

- انظر: الكتاب الذهبي الصادر عن وزارة الصحة عام ١٩٨٦، ويستعرض مسار الوزارة بين عامي ١٩٣٦ و١٩٨٦. بدون مؤلف.

- جدول مركّب من مصادر متعددة، أهمها الكتاب الذهبي (مصدر سابق)، وبيانات الجهاز المركزي للتعبئة العامة والصحة، سنوات مختلفة.

المصدر:

WHO, World Health Expenditure database
<https://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/en>

WHO, World Health Expenditure database. Link:
<https://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/en>

Source: WHO, Monitoring health for the SDGS, world health statistics, 2022.

المصدر: بيانات البنك الدولي على الرابط:

<https://data.worldbank.org/indicator/SH.MED.BEDS.ZS>

World health statistics 2022 – Monitoring health for the SDGs. Link: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240051157>

مصادر الإنفاق الصحي	حكومي	خارجي	من الجيب
العام: 2016	31%	1%	68%
2019	29%	1%	71%
2020	32%	0.40%	67%

جدول رقم (٢): نسبة الإنفاق الحكومي ومن الجيب على الصحة وهناك مؤشر آخر، ألا وهو نسبة الأسر التي تنفق أكثر من ١٠٪ من دخلها على الصحة، وهي في مصر تبلغ قرابة ثلث المواطنين (٣١,١٪)، وهي أعلى نسبة في العالم وأكثر من ضعف المتوسط العالمي؛ ولهذا تُعدُّ الصحة هي ثالث بند من الإنفاق العائلي بعد الغذاء والسكن، وقبل التعليم. كما إن الأسر التي تنفق أكثر من ربع دخلها على الصحة تبلغ ٦,١٪ من الأسر، وهي أعلى النسب في العالم بعد منطقة فقيرة هي منطقة شرق المحيط الهادئ، كما تبلغ تلك النسبة أكثر من مرة ونصف المتوسط العالمي.

المنطقة	أكثر من 10%	أكثر من 25%
مصر	31.1	6.1
العالم	13.2	3.8
أفريقيا	8.4	2
الأمريكتين	7.1	1.3
جنوب شرق آسيا	15.2	5.1
أوروبا	6.9	1
شرق المتوسط	12.6	2.5
منطقة غرب المحيط الهادئ	20.2	6.4

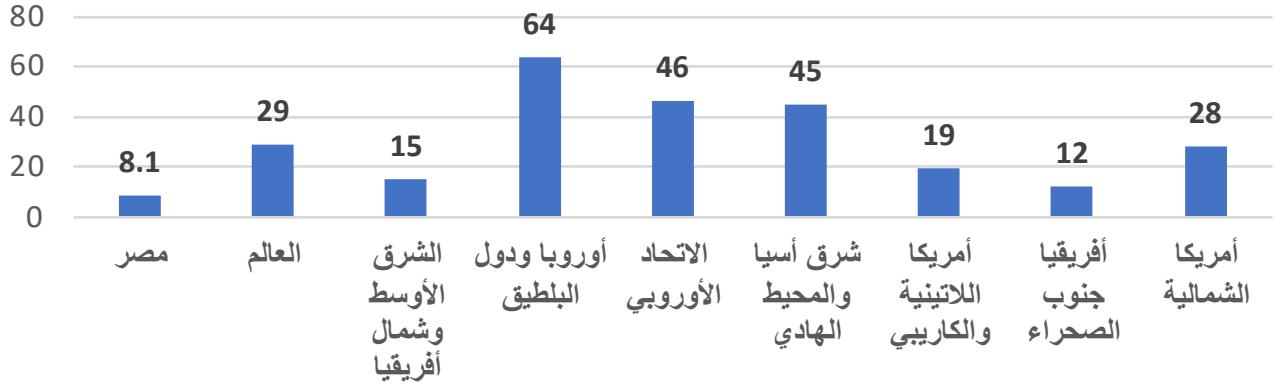
جدول رقم (٣): نسبة الأسر التي تنفق > ١٠٪، و ٢٥٪ من دخلها

على الصحة مقارنةً بالعالم

ويوضح الشكل التالي نسبة الأسرة لكل ١٠,٠٠٠ مواطن في مصر، مقارنةً بمناطق العالم المختلفة. ويقلُّ متوسط الأسرة في مصر عن ثلث المتوسط العالمي، وهو أقلُّ من كل مناطق العالم بما فيها أفريقيا جنوب

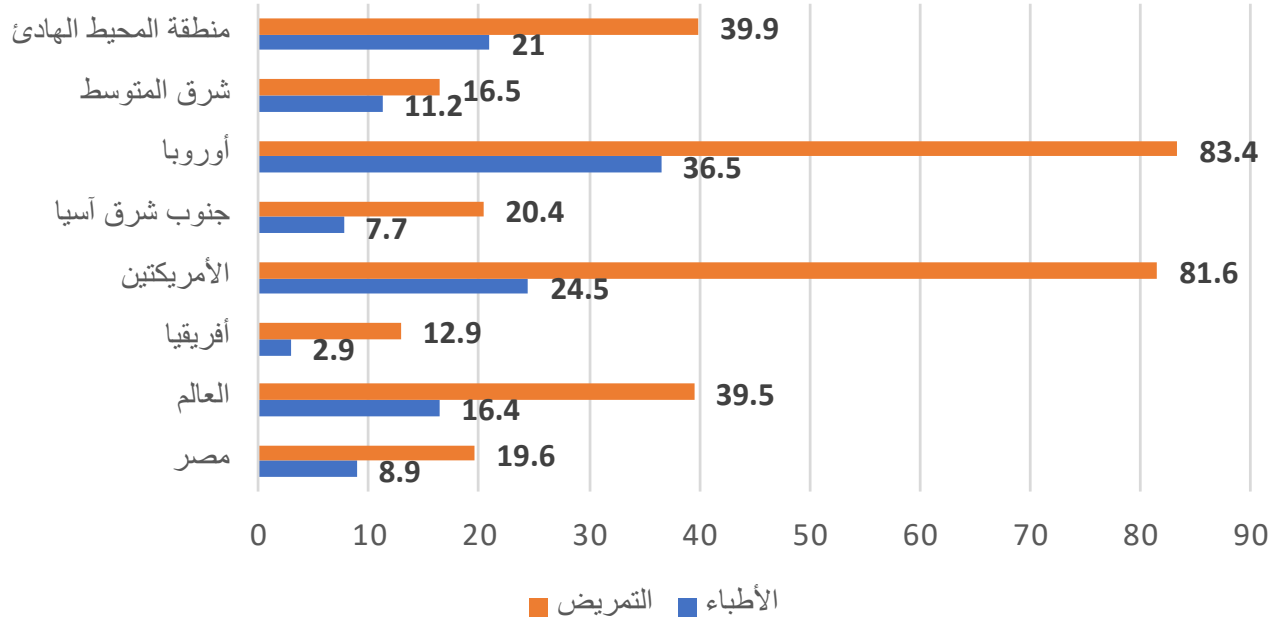


أسرة/10000 مقارنا بمناطق العالم المختلفة



شكل رقم (٢): نسبة أسرة المستشفيات لكل ١٠,٠٠٠ مواطن في مصر مقارنا بمناطق العالم المختلفة

معدل الأطباء البشريين والتمريض لكل 10000 من السكان



شكل رقم (٣): نسبة الأطباء والتمريض لكل ١٠,٠٠٠ مقارنا بالعالم

World health statistics 2022 – Monitoring health for the SDGs. Link: <https://www.who.int/publications/item/9789240051157>



تأجير المستشفيات العامة حكم بالإعدام على ملايين الفقراء وعدوان جديد على الحق في الصحة



مستشفيات التكامل إلى مراكز رعاية صحية أولية. وعجزت الدولة بقبضتها القوية عن فرض تسعيرة للخدمات الصحية في القطاع الخاص خلال وباء كورونا وتركتنا فريسةً للقطاع الخاص. وابتدعت كادراً خاصاً جمّد أجور الأطباء والفريق الطبي، لنشهد أكبر هجرة جماعية للفرق الطبية في تاريخ مصر الحديث، بحيث أصبح القائمون بالعمل هم ٣٥٪ والباقيون في إجازات خاصة أو قدموا استقالات.

وتستمر موجة سلب حق المصريين في الصحة من خلال تحديد تسعيرة للكشف والعلاج في المستشفيات العامة، التي تُموّل من أموال الشعب المصري، بتعديل لائحة العلاج في المستشفيات الحكومية، والاكتفاء بصرف صنف دواء واحد

دأبت الحكومة المصرية منذ عقد كامل ورغم النصوص الدستورية الخاصة بالحق في الصحة بالمادة ١٨ من دستور ٢٠١٤، على انتهاك الحق في الصحة بأشكال متنوعة. بدايةً بالاحتتيال على الوفاء بالنسب الدستورية للإنفاق على الصحة (٣٪ من الناتج المحلي وهي لم تتجاوز ١,٢٪ في آخر سنتين) ، إلى إصدار قانون التأمين الصحي الاجتماعي الشامل رقم ٢ لسنة ٢٠١٨ والذي لم يُطبق بالكامل إلا في محافظة بورسعيد، وبدأت الجباية من الشعب الفقير والمريض في جميع المحافظات، حتى كوّن فائضاً يزيد على ٨٥ مليار جنيه، ثم يتبجحون بارتفاع تكلفة العلاج. تم إهدار المليارات من أموال الشعب المصري عند تحويل



الأجانب عن ٢٥٪ من العاملين بالمنشأة، ليفقد الفريق الطبي المصري فرصة العمل في بلده لخدمة مواطنيه. ولكي تُجَمَلَ للشعب الصفقة الفاسدة وضعت نصًا بعلاج نسبة من المرضى على نفقة الدولة والتأمين الصحي في المستشفيات المبيعة.

إن إسناد إدارة وتشغيل المنشآت الصحية الحكومية إلى شركات استثمار أجنبية (أو حتى مصرية) هو أمر خطير، وسيؤثر سلبًا على المواطن غير القادر الذي يبحث عن علاج مجاني أو منخفض التكاليف. كما سيكون له تأثير سلبي على الأطباء والطواقم الطبية الذين سيعملون تحت إدارة المستثمرين بهذه المنشآت. وهي قضية أمن قومي بالدرجة الأولى. إنها عدوان سافر جديد على صحة الفقراء وحقهم في العلاج، وفقًا للاتفاقيات الدولية التي وقَّعت عليها مصر وتعدُّ جزءًا من القانون المصري. نضمُّ صوتنا إلى أصوات بعض

أعضاء البرلمان الذين قالوا إنه يومٌ أسود في تاريخ مصر. إن حزب التحالف الشعبي الاشتراكي يرفض هذا القانون جملةً وتفصيلاً، ويطالب بعدم التوقيع عليه لكي لا يكون حكمًا بالإعدام على ملايين الفقراء. ويطالب بتطبيق الاستحقاقات الدستورية في الإنفاق الحكومي على التعليم والصحة. ويرفض لأئحة المستشفيات الجديدة وما تفرضه من أعباء علي دولة أكثر من ٣٥٪ من سكانها فقراء.

إننا نُهيبُ بملايين المصريين أن ينتهبوا لسلب حقهم في الصحة والعلاج. فالفقراء يُحرمون من هذا الحق قبل صدور القانون بشكل نهائي. ونطالب بخطة لتطبيق التأمين الصحي الشامل على جميع المحافظات خلال ٣ - ٥ سنوات كحدِّ أقصى. وإذا كنتم عاجزين عن إدارة القطاع الصحي وإدارة مصر، فاستقيلوا يرحمكم الله. فمصر لديها من الخبراء والمتخصصين الآلاف ممن تم إقصاؤهم عن صنع القرار لصالح الفسدة والعاجزين. لا لتأجير المستشفيات العامة.. لا للأئحة المستشفيات..

لا لخصخصة الصحة.

حزب التحالف الشعبي الاشتراكي

٢٠٢٤/٥/٢١



للمرضى بالمجان. ويعاني المصريون منذ شهور أزمة توفير الأدوية الحيوية للأمراض المزمنة. ولعل طوابير الانتظار أمام صيدلية الإسعاف في القاهرة خير دليل علي فشل كل هذه السياسات الحكومية.

أخيرًا تفتتت عقلية الحكومة الكارهة للفقراء ولصحة المصريين عن قانون تأجير المستشفيات العامة لشركات من القطاع الخاص المصري والعربي والأجنبي. وهي جريمة وانتهاك للدستور والاتفاقيات الدولية للحق في الصحة. بعد أن فشلت في تحديد تسعيرة لخدمات القطاع الخاص، كما هو معمول به في أوروبا وأمريكا، ويعد أن فشلت في الاستفادة من هذا القطاع خلال وباء يجتاح البلاد، وبعد أن صممت عن بيع المستشفيات ومعامل التحاليل والأشعة للأجانب وفرض أسعار تفوق قدرات المصريين. وخرج علينا الرئيس يحدثنا عن السياحة العلاجية وتحويل معهد ناصر إلى مركز دولي، لكي يفقد المريض المصري أحد المراكز المهمة للخدمة الصحية والعلاجية.

أعلن المسئولون أنه لن يحدث بيع ولكن تأجير مع إلزام المستأجر بالإبقاء على ٢٥٪ من العمالة (أي التخلص من ٧٥٪ من العمالة)، وعدم زيادة نسبة الأطباء والتمريض والفنيين



إضراب عام ومفتوح عمال نيجيريا يحتجون على التضخم ووقف الدعم وقيمة - الحد الأدنى للأجور -



الوطنية، ووقف لعدد من الرحلات الجوية، وإغلاق مدارس وإدارات عامة، كما أُغلقت مبان حكومية ومحطات وقود ومحاكم في العاصمة أبوجا، تزامناً مع رفض الحكومة الاستجابة لمطالب النقابيين.

وأوقفت نقابات عمال المطارات، بحسب بيان مشترك، جميع الخدمات، للسماح للرحلات الدولية التي انطلقت بالفعل بالهبوط قبل بدء تحركها الاحتجاجي.

وتواجه أكبر دولة في إفريقيا من حيث التعداد السكاني أسوأ أزمة غلاء معيشة منذ أكثر من ٢٠ عاماً؛ إذ يواجه كثير من النيجيريين صعوبات في تحمل تكاليف توفير الطعام في ظل تضخم حاد، على خلفية السياسات النيو ليبرالية للنظام الحاكم، التي تسببت في ارتفاع هوة اللامساواة الاجتماعية والاقتصادية، وتراكم ثروات البلاد في أيدي قلة من المسؤولين والأثرياء، في الوقت الذي يعاني أغلب أبناء الشعب من أزمات في العمل والغذاء وتكاليف المعيشة.

نقلًا عن «درب»، ٤ يونيو ٢٠٢٤.

نجح الإضراب المفتوح الذي بدأتها النقابات العمالية (TUC - TLC) في نيجيريا؛ في ٣ يونيو ٢٠٢٤؛ احتجاجاً على رفض الحكومة زيادة الحد الأدنى للأجور فوق ٦٠ ألف نايرا (٤٠ دولاراً) شهرياً وإنهاء دعم الوقود، وارتفاع التضخم الذي وصل إلى أعلى مستوى له منذ ٢٨ عاماً. وقال الاتحادان النقابيان الرئيسان "مؤتمر العمال النيجيري" و"مؤتمر النقابات العمالية"، إنهما حضاً العمال على الإضراب بعد أن رفضت الحكومة زيادة عرضها بالنسبة إلى الحد الأدنى للأجور فوق ٦٠ ألف نايرا (٤٠ دولاراً) شهرياً.

والحد الأدنى للأجور حالياً هو ٣٠ ألف نايرا، وقال "مؤتمر العمال النيجيري" إنه دعا إلى رفع الحد الأدنى للأجور إلى ٤٩٤ ألف نايرا. وشارك في الإضراب كل من عمال النقل والموانئ والمطارات، وعمال وموظفو الشركات الخاصة والمصانع، وعمال وموظفو وطلاب الجامعات والمدارس، وعمال شركة الكهرباء الوطنية، وعمال شركة المياه الوطنية الذين أوقفوا إمدادات المياه عن مجلسي الشيوخ والنواب، فضلاً عن موظفي البنوك. وأسفر الإضراب المفتوح عن عمليات غلق لشبكة الكهرباء



مُعلِّمو الحِصَّة يستغيثون:

«الوزارة أكلت حقوقنا وشغلَّتنا بالسُّخرة»



الراتب، بل إنه تم اقتراح رفعه إلى ٥٠ جنيهاً إلا أنه لم تتم الموافقة عليه.

وتتعبج التحالف من اعتماد وزارة التربية والتعليم على هذا المقابل المتدنّي بحيث لا يتعدى ١٦,٦٪ من الحد الأدنى للأجور. إن قطاعاً كبيراً من مُدرّسي الحصة يعانون بسبب أجورهم غير العادلة التي تبدأ من ٢٠ إلى ٣٠ جنيهاً في الحصة الواحدة، فرغم أنهم يديرون الفصول التعليمية في ظل غياب وعدم وجود المدرسين الأصليين بالمدارس، فإنهم لا يلقون أي تقدير من قبل الوزارة بل يواجهون ممارسات غير عادلة، منها استقطاع جزء من ثمن الحصة الـ ٢٠ جنيهاً.

تقدمت النائبة إيفلين متّي، عضو لجنة الصناعة بمجلس النواب بطلب إحاطة للدكتور رضا حجازي وزير التربية والتعليم والتعليم الفني، بشأن حل أزمة عدم تعيين معلمي الحصة. وعلقت عضو البرلمان قائلة إن معلمي الحصة يعانون ظلماً شديداً؛ خاصة وأن هناك عدداً منهم يعملون منذ ٤ سنوات كمُتطوعين ومن دون أجر؛ بهدف سدّ العجز في عدد المدرسين بالمدارس، مؤكدة أنه للأسف يتم تعيين مدرسين لم يخدموا البلد وليسوا على رأس العمل، ولم يعانون في عملهم منذ ٤ سنوات مثل معلمي الحصة.

ولماذا لم تشملهم مسابقة الـ ٣٠ ألف معلم خاصة وأنهم اكتسبوا خبرة من خلال عملهم يجب الاستفادة منها؟

اشتكى عدد كبير من مُعلّمي الحِصَّة، العاملين بوزارة التربية والتعليم بنظام العمل الموسمي "الأجر مقابل العمل"، من عدم الحصول على مستحقاتهم المادية بالشكل المعلن عنه من الوزارة والذي وإن لم يُطبق إلا أنه غير عادل ومُجحف؛ بعد أن فرضت الوزارة ٢٠ جنيهاً مقابل الحصة الواحدة.

كما أجمعت الوزارة مُجدداً في حق المعلمين عن طريق تحديد النّصاب بحيث لا يتجاوز عدد الحصص ٢٤ حصة أسبوعياً؛ الأمر الذي يغل يد المعلمين عن العمل لكسب مزيد من الحصص للوفاء بالتزاماتهم المادية تجاه أسرهم. يشكو العشرات من معلمي الحصة من تقلص العائد المادي الذي يحصلون عليه بحيث لا يغطي ضرورات الحياة. واعتبر البعض أن ذلك إهدار لكرامة المعلمين.

أرسل معلمو الحصة خطاباً موجهاً إلى رئيس الوزراء ووزير التربية والتعليم والتعليم الفني، بشأن الأجور غير العادلة لمعلمي الحصة بوزارة التربية والتعليم ووجود عجز في التخصصات.

وفي السياق ذاته، نجد أن معلمي الحصة يُحدّد لهم جدول من قبل الوزارة، بحيث يتم تحديد حصة للمدرس الواحد أقصاها ٥٠ حصة في الشهر وقد تكون أقل، ولكن نظير مقابل مادي ضعيف جداً وصل ٢٠ جنيهاً ويتم الاستقطاع منه ولا يحصل عليه المدرس كاملاً وقد يؤجّل حصولهم على



انتفاضة مُحصلي مياه الشرب ضد العقود المؤقتة والأجور الهزيلة



لا يتقاضى مُحصّل أسوان أجراً ثابتاً عن عمله بالتحصيل وقراءة العدادات، ويحصل على نسبة ٥٪ عمولة، وإذا لم يحقق نسبة تحصيل ٦٥٪ من عهدة الفواتير المُسلّمة إليه لا يحق له الحصول على أي راتب حسب نص العقد المؤقت. يضيف العامل أن الشركة لا تقوم بإعطائه أجراً نظير قراءة العدادات، وعلى الرغم من أن العقد يجمع بين تحصيل الفواتير والقراءة، فإن عمولته ترتبط فقط بنسبة التحصيل.

تتراوح الأجور بين ٢٦٠٠ - ٣٠٠٠ جنيه وفقاً للمحصل، الذي يعمل في الشركة منذ قرابة ثماني سنوات، بعقد مؤقت يُجدد سنوياً. مطلبه الرئيس وزملائه هو التثبيت والتمتع بالأمان الوظيفي، حيث يتخوّف المُحصّلون من أن تفصلهم الشركة في أي وقت لأنهم عمالة مؤقتة، فضلاً عن مطلبهم بالتمتع بحقوقهم التأمينية.

هل يوجد من يستمتع لصرخات محصلي المياه، أحد أهم مصادر الدخل للدولة، ويحقق لهم الأمان الوظيفي والأجر العادل؟ إن حزب التحالف الشعبي يؤكد تأييده الكامل لمطالب محصلي مياه الشرب ويطالب بسرعة تثبيتهم ومنحهم الحق الأدنى للأجور.

شهدت محافظات أسوان والجيزة والمنيا وأسيوط والقليوبية احتجاجاتٍ لموظفي تحصيل فواتير المياه وقراءة العدادات، العاملين بعقود مؤقتة ونظام العمولة. بدأت الاحتجاجات في أبريل الماضي، ومطلبهم الرئيس هو «التثبيت» الوظيفي بدلا من العمل المؤقت، إضافة إلى مطلب الحقوق التأمينية، وحصولهم على أجور ملائمة

أبرز احتجاجات موظفي شركة المياه كان اعتصام مُحصلي أسوان، الذي بدأ في ١٩ مايو الماضي، واستمر لعشرة أيام. اعتصام المحصلين من عدة قطاعات بأسوان، في مقر الشركة بمنطقة مرشح مياه أسوان «فريال»، سبقه امتناعهم عن التحصيل وقراءة العدادات لنحو أسبوعين، بعد تنظيم العديد من الوقفات الاحتجاجية، كان آخرها في ١٧ أبريل الماضي، سبقها تقديم شكاوى إلى رئاسة مجلس الوزراء ووزارة الإسكان، دون رد.

احتجاجات مُحصلي المياه الباب عنوان للمشكلة الأكبر وهي وضع العمالة المؤقتة في مصر؛ خصوصاً وأن طرق الالتفاف حول حقوقهم تتنوع كثيراً في ظل الوضع الحالي، وقد لا تشهد تحسناً كبيراً في ظل قانون العمل الجديد.



الحرية لشادي محمد اعتقال متكرر.. وقمع مستمر



قامت قوات الأمن بمنتصف ليل الإثنين ٢٩ أبريل ٢٠٢٤، بإلقاء القبض على النقابي العمّالي شادي محمد عضو حزب التحالف الشعبي من أمام منزله أثناء عودته من عمله وإخفائه في مكان غير معلوم. وشادي كان أحد قيادات النقابة المستقلة لعمال شركة «لينين جروب» للمفروشات والمنسوجات بالمنطقة الحرة بمدينة العامرية، قبل فصله تعسُفياً منها في عام ٢٠١٩، على خلفية مشاركته في احتجاجات عمّالية بالشركة للمطالبة بتحسين الرواتب. عُرض شادي علي النيابة بقائمة التُّهم المحفوظة، وهي: الانتماء إلى جماعة محظورة وبتُّ أخبار كاذبة. والحقيقة أن شادي وزملاءه أعضاء في اللجنة الشعبية للتضامن مع الشعب الفلسطيني، وكل تُهمتهم هي التضامن مع فلسطين والاعتراض على حرب الإبادة في غزّة.

هذه لم تكن المرة الأولى لاعتقال شادي حيث قد سبق وقُبض عليه بسبب نشاطه النقابي، في ٣ أكتوبر ٢٠٢٢ على ذمّة القضية ١٠٢٣٣ لسنة ٢٠٢٢، بالتهمة المكررة «الانضمام إلى جماعة إرهابية، ونشر أخبار كاذبة»، وأودع سجن برج العرب قبل أن يقرر المحامي العام لغرب الإسكندرية إخلاء سبيله في ٢٤ أكتوبر ٢٠٢٢.



انطلاق حملة الحق في التنظيم النقابي

ومنذ تلك التواريخ حاولت الحكومة التهرب من الالتزام بتطبيق تلك القوانين، وبالتوازي ارتفعت وتيرة الانتهاكات بحق القادة العماليين المستقلين، كما عمل وزير العمل حسن شحاتة خلال العامين الأخيرين على إجهاد التجربة بالكامل، وذلك على عكس تصريحاته عبر المنصات الدولية.

النِّية مُبَيَّنة لإجهاض الحركة العمالية، وأحد أهم تنظيماها ألا وهي النقابات المستقلة، وذلك في ظل أوضاع اقتصادية تخيم على أحوال العمال المعيشية، وحد أدنى للأجور، لا يخلو من الاستقطاعات المالية التي تجعله لا يفي بالتزامات الأُسَر الأساسية، ولا يقي العمال شرَّ الفقر والحاجة؛ خصوصاً في ظل نسب تضخم تقترب من ٤٠٪، وهو ما يجعلهم في أشد الحاجة إلى التعبير عن أنفسهم بشكل منظم.

وخلال العامين الماضيين، لم تتمكن المنظمات النقابية المعلقة أوضاعها من إيداع أوراقها واستيفاء أوضاعها القانونية، وكذلك تم وقف لجنة الشكاوى، المنوط بها بحث هذا الملف، والتصميم على عدم تسليم النقابيين سنداً يفيد تسلمهم لتلك الأوراق، وعليه فملف الحريات النقابية لم يتحرك قيد أنملة، بل ربما لا نبالغ إن قطعنا بتراجعته إلى الخلف. تعمل الحكومة على إخراس الأصوات النقابية، والعمالية عبر قيامها بمجموعة من الانتهاكات، التي نذكر منها:

- محاولة عرقلة انتخابات النقابات المستقلة عبر التدخل في خيارات العمال، ثم تعطيل عملها بالضغط أمنياً على قيادات هذه النقابات لمنعهم من الترشح، كحالة نقابة العاملين بأندية هيئة قناة السويس.
- إيقاف الحسابات البنكية لعددٍ من النقابات؛ للقضاء على

على ضوء ما يتعرض له العاملون في أندية هيئة قناة السويس، بالإضافة إلى حرمانهم من الحق في التنظيم النقابي المستقل بدون إجبارهم على الانضمام للاتحاد العام الحكومي. فقد اهتمت مجموعة من القوى السياسية، والتنظيمات النقابية والعمالية، فضلاً عن مجموعة من الشخصيات العامة، بإطلاق حملة الحق في التنظيم النقابي التي انطلقت بمؤتمر عمالي في دار الخدمات النقابية والعمالية، ثم ندوة في حزب العيش والحرية - تحت التأسيس - بعنوان: «الحق في التنظيم بين الواقع والقانون».

وقد صدر بيان عن الحملة، جاء فيه:

بينما تعيش مصر فترة من أسوأ فترات الاقتصاد والاجتماعية التي تستدعي تضافر القوى كافة للخروج من عنق الزجاجة، تبذل السلطة التنفيذية ممثلة في العديد من الجهات جُلَّ جهودها في محاولات إخراس الأصوات النقابية المستقلة والحقيقية، غير مدركة لعواقب هذا المسار الذي يجعلنا نعيش حالةً من الصراع يهدد بانفجار مجتمعي يعصف بحقوق الضعفاء.

إن الحفاظ على حالة السلم المجتمعي يتطلَّب الحفاظ على حق التنظيم عمومًا، سواء النقابي العمالي، أو الطلابي، أو حتى الأهلي، وبما يضمن تكريس الوعي بحقوق المواطنين. ومنذ العام ١٩٥٢، تحاول السُّلطة في مصر التملص من الوفاء بإقرار الحق في التنظيم عبر المقايضة بإقرار عقد العمل الدائم، وتحديد حد أدنى للأجور، وجاءت ثورة يناير المجيدة، لتعيد هذا الاستحقاق إلى الواجهة، ليتم إقراره أخيراً عبر دستور عام ٢٠١٤، وقانون النقابات العمالية رقم ٢١٣ لعام ٢٠١٧، كنتيجة لنضالات عمالية وسياسية.



كما أن الحكومة ذاتها تدعي أنها في طريقها لإصدار قانون غير معروف الهوية يخص العمالة المنزلية، بينما تجاهلت القانون الذي قدمته دار الخدمات النقابية بالتعاون مع مجموعة من أصحاب الشأن، لتستجيب للضغوط الدولية المطالبة بمثل هذا القانون، بينما لا يعبر هذا القانون عن المجتمع وأفراده الحقيقيين، حيث تتجاهل السلطة فتح النقاش معهم.

وفي ظل معاناة ١٤ مليون مصري خارج منظومة العمل الرسمية، ويعملون دون حماية اجتماعية، أو اقتصادية ترفع الحكومة سعر الخبز «طعام الفقير» والماء والكهرباء، وتقوم بخصخصة الخدمات الصحية؛ لترفع «السُّتْر» الذي طالما تباهى به البسطاء من المصريين في أحاديثهم اليومية، وتعمل على إلهاء الجمهور بتصريحات على لسان وزير العمل أنها في طريقها لتوسيع مظلة الحماية الاجتماعية.

بالتوازي مع ذلك تحاول الحكومة التخلص من مجموعة أكبر من العمال والعاملات، والموظفين والموظفات، عبر قانون مصطنع يتضمن الكثير من العوار والمخالفات، لمواد الدستور نفسها، وهو القانون ٧٣ لسنة ٢٠٢١ الذي تسبب في فصل ما يقرب من ١٥ ألف عامل وعاملة حتى الآن بحجة تعاطيهم للمُخدِّرات، دون كشف طبي منضبط عليهم أو فرصة للطعن على نتيجة الكشف، ودون وضع مصير آلاف الأسر في الاعتبار.

وأخيراً، التوقف عن المصادقة على أي معاهدات دولية حديثة من شأنها حصول العاملات والعمال، وأفراد المجتمع عموماً على حقوق جديدة، مثل اتفاقية منع العنف والتحرُّش في عالم العمل، وغيرها.

وإذ تطالب حملة «الحق في التنظيم» بالكف عن تلك الانتهاكات وإعمال العقل والقانون، فإنها تدعو القوى الديمقراطية كافةً للتضامن معها؛ من أجل وقف التنكيل بالعمال والعاملات، وإلزام الحكومة باحترام الدستور والقانون والمعاهدات الدولية المتعلقة بحقوق النقابات المستقلة.

أنشطة تلك الكيانات، حيث يمنع القانون اللجوء إلى أي مصادر مالية غير اشتراكات أعضاء النقابة، وهو ما تكرر في العديد من الحالات، منها اللجنة النقابية للعاملين في شركة الغزل والنسيج (الشوريجي)، وأيضاً نقابة العاملين بأندية هيئة قناة السويس.

- حل النقابات أو دمجها، عبر وقف عملها والتذرع بعدم الحاجة لها، كحالة نقابة العاملين في شركة الغزل والنسيج (الشوريجي)، دون الوضع في الاعتبار الشخصية الاعتبارية المستقلة لتلك النقابات.
- الاستيلاء على مقرات النقابات وأوراقها ومنع القادة النقابيين من الدخول إلى مقر عملهم أو التواصل مع زملائهم، كحالة نقابة العاملين في شركة الغزل والنسيج «الشوريجي».
- العمل على ترهيب القادة العماليين، حيث تتدخل الجهات الأمنية في كل تفاصيل عملهم النقابي، بما فيها المفاوضات الجماعية التي انتهت في العديد من الحالات بسجن العمال «حالة غزل المحلة نموذجاً».
- انتهاك حق الإضراب عبر اشتراطات قانونية لا يمكن تحقيقها كاملة، في تصادم مع الدستور الذي ينص صراحةً على حق الإضراب.
- استعمال قوانين استثنائية لمحاكمة العمال، مثل الإرهاب، وإلصاق التهم السياسية بهم حتى وإن كان السياق عمالياً بحتاً.
- ولا ننسى أن أداة الحبس وتقييد الحرية لا تزال التهديد الأكبر في مواجهة العمال ومحاولاتهم للتنظيم، إذ لا يزال عددٌ منهم خلف الأسوار بتهم مُلققة.
- وبالتوازي مع هذا القمع تستعد الحكومة لإقرار مجموعة من القوانين منها قانون العمل، الذي لا نعلم عن إجراءات إقراره شيئاً، ولا يختلف في طبيعته مواده كثيراً عن القانون الحالي، بينما تتغنى الحكومة على منصة منظمة العمل بحوارها الاجتماعي، الذي لا تدعو فيه إلا ممثلين عن الاتحاد التابع لها وتختار محاورتها تمثيلاً غير حقيقي عن النقابات المستقلة.



مبروك الحرية لعمال المحلّة



بعد ثلاثة شهور من الحبس على ذمة احتجاجات عمال المحلّة من أجل تطبيق الحد الأدنى للأجور، أُخْلِت نيابة أمن الدولة العليا، سبيل عاملي غزل المحلّة: وائل محمد أبو زويد ومحمد محمود طلبة المحبوسين على ذمة القضية ٧١٧ لسنة ٢٠٢٤، والمتهمين فيها بـ «الانضمام إلى جماعة إرهابية ونشر أخبار كاذبة»، على خلفيّة مشاركتها في إضرابٍ عن العمل في ٢٢ فبراير الماضي. وحزب التحالف الشعبي الاشتراكي يتقدم بخالص التهاني للزملاء وائل أبو زويد ومحمد محمود طلبة، فقد كان ما تحملوه ثمناً لتعميم الحد الأدنى للأجور على كل عمال القطاع العام واستفادت الآلاف من العمال بالحد الأدنى. وحمداً لله على سلامتهم، وعاش كفاح عمال المحلّة.



دعم السلع والخدمات بين الضرورة والخداع



د. محمد نعمان نوفل

أولاً، ضرورة الدعم:

السؤال الذي يطرح نفسه ونحن نناقش الاحتياجات الوطنية لماذا الدعم؟ وكأنا نفعله لأول مرة، هذا سؤال يطرحه المعارضين لدعم السلع والخدمات في المجتمع المصري ويدللون على هذا بعدم وجود الدعم في البلدان المتقدمة وكأنهم لا يعرفون شيئاً (أو يدعون ذلك) عن السياسات الاجتماعية التي تحترم بشدة في البلدان المتقدمة وقد أصبحت ضمن حقوق المواطنة في هذه البلدان. فهناك التأمين الصحي الشامل والتعليم المجاني والإلزامي حتى نهاية المرحلة الثانوية، فضلاً عن المصروفات الرمزية للتعليم العالي والجامعي، وكذلك نظم التعليم المساعدة والتي تقدم خدماتها المجانية بالكامل مثل التعليم الحرفي والفني. يضاف إلى هذا الخدمات المجانية المتاحة لكبار السن وللطفولة، فضلاً عن حزم المساعدات

الاجتماعية للنساء الحوامل والأئي في السنوات الأولى لتربية أطفالهن.

إن حتى تستقر المجتمعات وترقى في نوعية الحياة لابد من هذه السياسات الاجتماعية على الرغم من ارتفاع مستويات الدخل في تلك البلدان وتوافر مستويات جيدة للمعاشات التقاعدية. لم ينظر أحد عباقرتهم بأسف لما يتمتع به المواطنين من دعم سلعي ودعم خدمي ولا من إتاحة الخدمات المجانية، لأن هذا الأمر أحد التزامات الدولة تجاه مواطنيها من أجل الحفاظ على مستويات لائقة للمعيشة، وتحسين نوعية الحياة في المجتمعات. غير أن الوضع لدينا جد مختلف فقد أصبح دعم السلع والخدمات قضية القضايا في مواجهة واضعي السياسات ويرون أن الأموال الموجهة إلى الدعم السلعي والخدمي عبء غير مبرر، ويسعون بكل الطرق



الفقر العام) بمبلغ ١٠٢٧٩ جنية للفرد، ومستوى خط الفقر المدقع بمبلغ ٦٦٠٤ للفرد في السنة وبناء على بيانات الرقم القياسي العام للأسعار بعد تعديل سنة الأساس لكي تكون سنة ٢٠١٨/٢٠١٩ يصبح الرقم القياسي للأسعار ١٧٥٪ في ديسمبر ٢٠٢٣ وبناء على ذلك يعدل مستوى خط الفقر العام (الاجتماعي) في السنة إلى ١٧٩٨٨ جنية ويحسب للأسرة المكونة من ٧ أفراد (حسب المتوسط العام المقدر من الجهاز المركزي للتعبئة والإحصاء) فإن خط الفقر للأسرة على أساس شهري يبلغ ١٠٤٩٣ جنيهاً وبالنسبة لخط الفقر المدقع فإنه يبلغ ٦٧٤١ جنيهاً. غير أن هذه التقديرات التي ذهب إليها الجهاز من بحث الدخل والانفاق بعيدة عن التقديرات التي قام بها البنك الدولي لعام ٢٠١٩/٢٠٢٠ إذ قدر مستوى خط الفقر الاجتماعي بدخل يبلغ ٣,٦٥ دولار في اليوم للبلدان الفقيرة، وللبلدان الغنية ٦,٥ دولار في اليوم وتبقى الدول متوسطة الدخل بين هذين التقديرين، ولكننا اعتمدنا التقدير الخاص بالدول الفقيرة لحساب دخل خط الفقر في مصر، أما دخل خط الفقر المدقع فقد بلغ ٢,١٥ دولار في اليوم. لم يعدل البنك الدولي هذا التقدير حتى كتابة هذه السطور لذلك سوف نقارن عليه خط الفقر في مصر لعام ٢٠٢٣ مع تقديرات الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء. يقدر دخل مستوى خط الفقر لاجتماعي طبقاً للبنك الدولي على أساس سنوي بمبلغ ٤١١٥٣ جنيهاً أي ٢٢٨,٨٪ مثل قيمة تقدير الجهاز المركزي للإحصاء وكذلك يبلغ مستوى خط الفقر المدقع ٢٤٢٤٠ جنية أي ٢٠٩,٧٪ مثل قيمة تقدير الجهاز المركزي للإحصاء. تقريباً نستطيع القول أن تقديرات البنك الدولي تبلغ أكثر من ضعف تقديرات الجهاز المركزي. الفارق الواسع بين التقديرين لا يجعلنا نبحث عن مقارنة بين التقديرين وسوف نلتزم في التحليل بتقديرات البنك الدولي.

دعم السلع والخدمات يكتسب ضرورته من الفارق بين مستوى خط الفقر في المجتمع وبين الحد الأدنى للأجر، وهو في حالة مصر بالغ الاتساع إذا حسبنا قيمة دخل خط الفقر للأسرة المكونة من ٧ أفراد (حسب تقديرات الجهاز المركزي للإحصاء لمتوسط حجم الأسرة كما أسلفنا) إذ يبلغ ١٣٥٢٩

للحد من الاعتمادات المالية الموجهة لذلك والتراجع خطوة خطوة عن الدعم السلعي والخدمي. في ظل حجج من نوع عدم وصول الدعم إلى مستحقيه، يقترحون تخفيض الدعم أو وضع المزيد من القيود على إتاحتها، في محاولة مكشوفة لإظهار الحرص على العدالة وأنهم يبحثون عن الحلول التي تؤدي لقصر الدعم على فقراء الوطن فقط. هذا عبث وخداع لا يقصد به العدالة بقدر ما يقصد به التشكيك في جدوى الدعم. حل هذه المسألة بالغ البساطة ويتمثل في إتاحة الدعم للجميع وفي نفس الوقت وضع نظام للضرائب التصاعديّة على الدخل، فما حصل عليه أصحاب الدخل العالية من دعم سوف يدفعون أضعافه في ضرائبهم ويظل الدعم مكفولاً للفقراء. هؤلاء العباقرة الباحثين عن العدالة المطلقة لديهم تجارب شعوب، وأمامهم حلول ولكنهم لا يلتفتون إليها.

من ناحية أخرى يتبنى صندوق النقد الدولي مبدأ الدعم النقدي للفقراء بديلاً عن الدعم العيني، لا بأس من دفع دعماً نقدياً للفقراء ولكن هذا الدعم له اعتباراته التي تجعل منه دعماً مجزياً وحقيقياً، وقد سبقت البرازيل في هذا الطريق وقدمت دعماً نقدياً للفقراء ترتب عليه نمواً كبيراً في قيمة الناتج المحلي الإجمالي وساهم في إعادة توزيع الثروة في المجتمع على أسس أكثر عدالة.

إن قيمة الدعم النقدي ينبغي أن تزيد عن حد الفقر بنسبة معقولة وأن يكون لها أثر يتجاوز الحد الأدنى للأجر حتى تؤتي أثرها في زيادة نصيب الفرد من الاستهلاك العام مما يرفع من قيمة الإنتاج السلعي في الاقتصاد، فضلاً عن أن وجود الدعم النقدي لا ينبغي أن يلغي التوسع في تقديم الخدمات المجانية مثل خدمات التعليم والصحة ونظم توفير السكن الملائم والأسعار المخفضة لاستهلاك الكهرباء والمياه، ومجانبة نظم الصرف الصحي الآمنة.

كي نحاول أن نتصور مستوى معين للدعم النقدي سوف نستند على تقديرات مستوى خط الفقر.

في بحث الدخل والإنفاق الذي قام به الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء للعام ٢٠١٩/٢٠٢٠ جرى تقدير خط الفقر الاجتماعي في السنة (حسب تسمية الجهاز خط





النقدي ٩٠٣٥ جنيها للأسرة تصرف في صورة مرتبات شهرية للأسرة التي تعيش عند خط الفقر الاجتماعي ومبلغ ١٤٥٩٥ جنيها للأسر التي تعيش عند مستوى خط الفقر المدقع. هذه التقديرات إذا أردنا أن نحافظ على نوعية مناسبة للحياة بين السكان في مصر. يضاف إلى كل هذا أن تقديرات الدخل لدى العمالة غير المنتظمة في مصر غير متاحة بشكل جيد حتى يمكن البناء إحصائياً عليها في مجال سياسات الدعم لذلك لابد من توافر نظام إحصائي متماسك ومحكم لتقديرات مستويات الدخل يكون أساساً لتوزيع الدخل النقدي.

بسبب عدم توافر الإمكانيات المادية والفنية لوضع نظام جيد وعادل لمتابعة مستويات الدخل في مصر، ومع اتساع حجم العمالة غير المنتظمة في المجتمع فإن الدعم العيني يصبح هو الحل الأكثر ملاءمة وعلى نفس الأسس الاقتصادية وهي سد الفجوة الاستهلاكية بين مستوى الفقر الاجتماعي وبين المستويات العامة للدخل، أي توفير السلع والخدمات الأساسية للسكان بأسعار في متناول أفقر الشرائح السكانية، بما يعني التوسع في سياسة الدعم العيني للسلع والخدمات وليس تخفيض الدعم باعتباره عبئاً على الإنفاق العام. في حقيقة الأمر ومن وجه النظر الاقتصادية العلمية

جنيها في حين أن الحد الأدنى للدخل حسبما قررت الحكومة مؤخراً يبلغ ٦٠٠٠ جنية فقط. إذن فهناك فرق يبلغ ٧٥٣٠ جنيها بين الحد الأدنى للأجر وبين مستوى خط الفقر الاجتماعي هذا الفارق يمثل فجوة في قيمة الاستهلاك الضروري للأسرة حتى تستطيع مواجهة متطلبات الحد الأدنى للمعيشة لذلك يتحتم أن يكون هناك دعماً للسلع والخدمات بما يملاء هذه الفجوة الاستهلاكية. هذه إذن ضرورة الدعم. ضرورة أن يصل مستوى الاستهلاك للحد الأدنى من متطلبات الحياة لأكثر من ٣٤٪ من السكان حسب تقديرات الجهاز المركزي للإحصاء لعام ٢٠٢٠/٢٠١٩. غير أن التقديرات التي ذهبت إليها بعض الجهات الدولية ونشرتها وكالة رويتر ووصلت بنسبة السكان تحت خط الفقر في مصر إلى ٦٠٪ من السكان وهذا التقدير أيضاً الأقرب إلى الحقيقة إذا قدرنا نسبة السكان تحت خط الفقر بالتقدير الخاص بالبنك الدولي المشار إليه.

من يدعو إلى استبدال الدعم النقدي بالدعم العيني ، ينبغي للدعم النقدي للفقراء أن يملاء الفجوة الاستهلاكية المقدرة على الأقل. بل أن الدعم النقدي لابد أن يكون داعماً لتحسين نوعية الحياة لذا في تقديرنا ينبغي أن يضاف ٢٠٪ على قيمة الفجوة الاستهلاكية أي تصبح قيمة الدعم



للخزانة العامة على حساب معاناة المواطنين وليست مدعومة من الأصل، وتلك خديعة أخرى في الموازنة. دعما مزيفا آخر وهو مساهمات الحكومة في دعم صناديق المعاشات والبالغة ١٤٢,٦ مليار جنية وحقيقة المبلغ أنه قسط من أقساط سداد مديونية الحكومة لصناديق المعاشات (المقرر سدادها على مدى خمسون عاما). أي أن لدينا رقمين من بين اعتمادات المعاشات ليست سوى نوع من الألاعب المحاسبية وهما دعم المواد البترولية ودعم صناديق المعاشات، يقدر هذا التلاعب المحاسبي بنسبة ٤٧٪ من إجمالي اعتمادات الدعم في موازنة ٢٠٢٤/٢٠٢٥.

أما الدعم المخصص للسلع التموينية فعلي الرغم من زيادة اعتمادات الدعم عن السنوات السابقة فقد بلغ ١٣٤,١٥٠ مليار جنية عن العام المالي السابق والبالغ ١٢٧,٧ مليار جنية إلا أن الأهمية النسبية لدعم السلع التموينية في تراجع سواء بالنسبة لإجمالي اعتمادات الدعم أو بالنسبة لإجمالي مصروفات الموازنة مما يعكس الاتجاه نحو التراجع عن دعم السلع التموينية تدريجيا على الرغم من إرتفاع الأسعار. لقد تراجعت الأهمية النسبية لدعم السلع التموينية من ٦٨,٣٪ من جملة اعتمادات الدعم للعام المالي ٢٠٢٠/٢٠٢١ إلى ٣٦,٣٪ في العام المالي الحالي وكذلك تراجعت الأهمية النسبية بالنسبة لإجمالي المصروفات من ٥,٢٦٪ لعام ٢٠٢٠/٢٠٢١ إلى ٣,٤٧٪ عام ٢٠٢٤/٢٠٢٥ فضلا عن التراجع في الأهمية النسبية لإتمادات الدعم نفسها، لأنه لم يعد يمثل هدفا من أهداف الموازنة.

قراءة قائمة الدعم في الموازنة توضح إلى حد كبير التراجع الواضح في سياسة الدعم فقد ضمنت القائمة العناصر التالية:

دعم السلع التموينية- دعم المواد البترولية- دعم تنشيط الصادرات - دعم المزارعين- دعم الكهرباء - دعم نقل الركاب - التأمين الصحي والأدوية - دعم الأنشطة الصناعية - دعم تنمية الصعيد - أخرى (وهو مبلغ هزيل لا يتعدى ١٣,١٢ مليار جنية) من بين هذه البنود هناك دعم المواد البترولية والذي سبق أن ذكرنا أنه تلاعب محاسبي. وهناك دعم الصادرات ودعم

التراجع في مستويات الاستهلاك العائلي لابد أن تنعكس على تراجع الناتج المحلي الإجمالي، وكافة النصائح الصادرة من صندوق النقد الدولي بشأن تخفيض الدعم هي نصائح خاطئة وتضر ضررا بالغا بالاقتصاد الوطني.

ثانيا، خديعة الدعم:

سوف نسلك طريقين لمناقشة الدعم الفعلي حسب الموازنة العامة للدولة. الطريق الأول مراجعة الأرقام الخاصة بالدعم والوقوف على مدى صحتها، وتطويرها. والطريق الآخر من تحليل بعض بنود الميزانية سوف نوضح من يدعم من في الاقتصاد المصري طبقا للموازنة.

• اعتمادات الدعم:

هناك أدعاء بأن الحكومة تدعم استهلاك الكهرباء. والمشاهد من بيانات الموازنة العامة للسنوات من عام ٢٠٢٠/٢٠٢١ حتى موازنة ٢٠٢٤/٢٠٢٥ أن دعم الكهرباء كان صفرًا لثلاثة سنوات من السنوات الخمس ولم يحدث دعماً للكهرباء غير عام ٢٠٢٣/٢٠٢٢ بمبلغ زهيد بلغ ٢ مليار و ٨١ مليون جنية ومن المتوقع أن تدعم الكهرباء أيضا في هذا العام المالي بمبلغ ٢,٥ مليار جنية فقط. إذن الأصل هو غياب دعم الكهرباء .

أما دعم المواد البترولية فإن الموازنة تظهر تناقضا واضحا بين تخصيص اعتماد للدعم يبلغ ١٥٤,٤٩٩ مليار وفي نفس الوقت ضريبة تبلغ ٤٦,٧٣٢ مليار لنفس المواد البترولية. بين هذين الرقمين تكمن خديعة حقيقية، وهي أن الاعتماد الخاص بالدعم ليس مدفوعات نقدية ولكنه دعم دفترى أي رقم تقديري للفارق بين أسعار المواد البترولية في مصر وبين أسعار السوق العالمي فيفترض واضعي الموازنة أن هذا الفارق دعما ولكنه دعم على الورق، غير ان الرقم الحقيقي هو ضريبة المواد البترولية والتي تؤدي إلى رفع أسعار البنزين والسولار وغاز البوتاجاز سواء للاستهلاك المنزلي أو التجاري. ولا يتوقف الأمر عند هذه الحدود بل أن الموازنة توضح فرض رسم تنمية على أسعار البنزين والسولار يبلغ ٨ مليار جنية للعام الحالي والسابق وتراوح في السنوات الثلاثة السابقة ما بين ٦,٣٢٩ مليار، ٦,٩٤٢ مليار. أي أن المواد البترولية توفر دخلا



إن قيمة الدعم النقدي ينبغي أن تزيد عن حد الفقر بنسبة معقولة وأن يكون لها أثر يتجاوز الحد الأدنى للأجر حتى تؤتي أثرها في زيادة نصيب الفرد من الاستهلاك العام

الأنشطة الصناعية وهي اعتمادات لاتمس الفقراء والطبقة المتوسطة فضلا عن هزالة المبالغ التي لا توفر دعما حقيقيا للتصدير (٢٣ مليار جنية) ولا دعم الأنشطة الصناعية يعد دعما له معنى (١٧,٥ مليار جنية) وهذين الاعتمادين للدعم يعكسان التوجهات السياسية للدولة البعيدة كل البعد من التنمية ويعزز ذلك مبلغ الدعم الأضحوكة الخاص بتنمية الصعيد والبالغ ٤٠٠ مليون جنية فقط. ولا يختلف مبلغ الدعم الموجة للمزارعين عن ذلك فهو لا يزيد عن ٦٥٧ مليون جنية. هذه الاعتمادات الضئيلة تعكس بوضوح توجهات السياسة الاقتصادية البعيدة عن الاقتصاد الحقيقي. دعم التأمين الصحي والأدوية يبلغ ٨,٣٣٨ مليار جنية وفي مقابل ذلك تقدر الموازنة بمبلغ ٦,٥٠٩ مليار جنية رسوم على خدمات التأمين الصحي كانت في العام السابق ٢٩٩,٥ مليون جنية فقط. أي أن ما تخصصه الموازنة من مبالغ صافية لتأمين الصحي ودعم الأدوية أقل حوالي ١,٨ مليار جنية.

هذه هي قائمة الدعم التي يدعي واضعي السياسات العامة أنها أحد العوامل المسؤولة عن عجز الموازنة متجاهلين السبب الحقيقي لعجز الموازنة الكامن في سياسات الاقتراض التي تمضي بلا سقف.

• من يدعم من؟

بند ضرائب السلع والخدمات هو البند الذي تتجمع فيه أغلب الضرائب غير المباشرة في الموازنة العامة فهو يتضمن ضريبة القيمة المضافة ورسوم التمغة ورسوم التنمية وعدد من

الضرائب النوعية التي تفرض بغرض الجباية بغض النظر عن أثارها الاقتصادية أو الاجتماعية ومنها على سبيل المثال ضريبة زيوت الطعام النباتية التي قفزت في الموازنة الحالية إلى ٤٠٠ مليون جنية وكانت في العام الماضي ٢١٨,٤ مليون جنية وضرائب على الأدوية وتبلغ ٦٠٠ مليون جنية وقد بلغت العام السابق ٣١٠,٨ مليون جنية. بصفة عامة مكونات هذا البند في الموازنة في تزايد مستمر من عام لآخر لقد تزايد معدل النمو في هذا البند (ضرائب السلع والخدمات) خلال السنوات الخمس الأخيرة بمعدل متصاعد فكانت نسبة النمو ما بين عامي ٢٠٢٠/٢١، ٢٢/٢٠٢١ تبلغ ١٨٪ قفزت ما بين عام ٢٠٢٤/٢٥، ٢٤/٢٠٢٣ إلى نسبة ٢٤٪ مما يعكس التزايد المطرد لتحميل الأعباء على الفقراء والطبقة المتوسطة. وقد قمنا بحذف بعض عناصر الإيرادات المحصلة من الخدمات الترفيهية، والخدمات الخاصة وإتاوة قناة السويس من إجمالي إيرادات ضرائب السلع والخدمات، فوجد أن المتبقي من مبالغ مالية منسويا إلى جملة الضرائب في الموازنة يتراوح ما بين ١٦,٤٥٪، ٣٩٪. ويعد هذا البند مسئولا عن تمويل نسبة تتراوح ما بين ٢٤,٢٤٪، ٢٠,٤٪ من مصروفات الميزانية بما تتضمنه من سداد أقساط القروض وفوائدها.

نخلص من ذلك أن جباية الأموال في صور متعددة من الفقراء ومن الطبقة الوسطى المسؤولة عن تمويل ما بين ربع وخمس مصروفات الموازنة فيما يعرف بترحيل الأعباء على الفقراء. إذا قرأنا أرقام الدعم الهزيلة وحتى تكتمل الصورة علينا قراءة جانبها الآخر وهو الأعباء الملقاة على كاهل الفقراء. أعتقد أننا بحاجة لقراءة أكثر تفصيلا لمكونات الإيرادات حتى ندرك الحجم الهائل لسياسة الجباية وعملية ترحيل الأعباء.

المراجع:

- قمنا بتعديل القيمة الدولارية ٣,٦٥ على أساس قيمة الدولار بالسعر الرسمي في ٢١ ديسمبر ٢٠٢٣ والبالغ ٣٠,٨٩ جنيها.
- عبد الفتاح الجبالي، جريدة الأهرام في ١٣/٦/٢٠٢٤
- عبد الفتاح الجبالي المصدر السابق.



كيف تأثرت الأجور

بتغيير نظام الدعم السّاعي (بطاقة التموين)

في ظل الوضع الراهن



حسن البريري

أمين مكتب عمال حزب التحالف الشعبي

ظاهرة المواطنين بلا أحمية (الحفاة). وفي فترة الستينيات ونتيجة الظروف الاقتصادية التي فرضتها حرب ٦٧، تبنت الدولة نظام الدعم التمويني بإصدار بطاقات تموينية لعدد من السلع الأساسية. وفي فترة السبعينيات ومع تبني سياسة الانفتاح الاقتصادي وبناءً على توجيهات صندوق النقد الدولي، قررت الدولة وقتها خفض حجم الدعم التمويني، إلا أن انتفاضة الشعب في ١٨ و ١٩ يناير ١٩٧٧ استطاعت وقف تلك السياسة، بل زادت من عدد السلع المدعومة لتصل إلى ١٨ صنفاً من السلع الغذائية، لكن في الثمانينيات تراجعت الدولة وقررت خفض الدعم مرةً ثانيةً نتيجة تراكم الديون وعجز الموازنة ودخول الحكومة في مفاوضات لإعادة هيكلتها، وقبل أن نصل للوضع الراهن كان الدعم السلعي يمثل وفرة في

مرّ نظام الدعم في مصر بالعديد من المراحل، فقد عرفت مصر نظام الدعم للمرة الأولى مع بداية الحرب العالمية الثانية، حيث كانت موارد مصر الاقتصادية والزراعية مُسخّرة للاحتلال الإنجليزي؛ فحدثت زيادة في أسعار السلع واضطرت الحكومة على أثر ذلك إلى استيراد السلع الغذائية وبيعها بأسعار مُخفضة بمنافذ تُسمى (منافذ المحافظة)، حيث قامت بتوفير الشاي والسكر والكيروسين والزيت. ونتيجةً لحالة الفوضى الإدارية للحكومة نتيجة الحرب استحدثت حكومة النحاس نظام الحصص، وتم استخدام البطاقة التموينية لتوزيع هذه المواد على الشعب شهرياً وبقيمة محددة لكل شخص في الأسرة مرة. وقام الملك فاروق عام ١٩٤١ بتخصيص مبلغ ٢٠٠٠ جنيه كأحد أشكال الدعم السلعي من الحكومة لمواجهة



إن إقرار الحد الأدنى للأجور ٦٠٠٠ جنيه مع معدلات تضخم عالية وانخفاض كبير في الدعم السلعي التمويني والذي كان إضافة للأجر أو حماية له، بالكاد يسد احتياجاته في حال أنه على أجر الاساسي وليس علي الأجر الشامل بعلاواته وحوافزه وأرباحه، وتوضح الانفوجرافات التي أصدرها الجهاز المركزي للتعبئة والإحصاء على موقعه وفقاً لآخر إحصائيات له مدى ثبات الدعم المُقدّم من الدولة للسلع التموينية، برغم الإجراءات التي اتخذتها لخفضها ومدى تطور متوسط الأجر الذي انخفض وبشكل دراماتيكي خلال الآونة الأخيرة، وبديلاً من التفكير في تعويض هذا الانخفاض بزيادة أدوات الدعم للعامل من قبل الدولة، كان التفكير في الإلغاء التدريجي له حتى لو كانت الدعاية الحكومية بتحويله إلى دعم نقدي، فالدعم النقدي ما هو إلا أحد أدوات خفض الدعم للاتجاه نحو إلغائه.



لذا؛ فإن من المطالب التي لا بد من إعادة النظر فيها:

- ١- ٦٠٠٠ جنيه كحدّ أدنى للأجر الأساسي وليس الشامل قد يكون مطلباً منصفاً في تلك الظروف، أو أن تتم حمايته بزيادة حجم الدعم السلعي بما يوازي ٦٠٠٠ جنيه أساسي كحد أدنى.
- ٢- صياغة مؤشر للأجر وإنشاء منظومة شاملة للأجور والمرتبات للقطاعات الاقتصادية المختلفة يعمل عليهما المجلس القومي للأجور.



أجر العامل بنسبة تتراوح بين ٢٥٪ إلى ٤٠٪ (وفقاً لدراسة غير منشورة للدكتورة مها محمود أبو زيد، كلية التجارة جامعة الإسكندرية)، وهو ما كان يُعدّ تعويضاً نسبياً للأجور المنخفضة وحماية لملايين من الانزلاق إلى مستويات تحت خط الفقر والعمل على الحد من اتساع رقعته قدر الإمكان، حتى مع انتهاج سياسة الخصخصة وبيع شركات وتصفية أخرى ونزوح العمالة نحو القطاع الخاص في التسعينيات وأوائل الألفينيات، والتغييرات الاقتصادية في عهد مبارك التي أدت إلى ارتفاع أسعار تلك السلع في الأسواق من زاوية وضعف الأجر في القطاع الخاص من زاوية أخرى، ظل الحفاظ على شعرة معاوية بوجود هذا الدعم السلعي لتلبية الاحتياجات الأساسية لحياة العامل وأسرته .

في السنوات الأخيرة ومع بداية اتفاقيات القروض مع صندوق النقد وغيره وتراكمها وبداية الأزمة الاقتصادية بدأت عملية الإسراع في التخلي عن ذلك الدعم، ففي سنة ٢٠١٦ بدأ العمل على حذف مواطنين من قاعدة بيانات الدعم على مراحل ووفق معايير معينة، حتى وصل عدد من تم استبعادهم ما يقارب ٨ ملايين في ٢٠١٩، ثم ازداد العدد في السنوات التالية مع التحفّظ على إضافة المواليد مع التحول للدعم النقدي، الذي بلغ نصيب الفرد منه ما يقارب ٦٠٠ جنيه سنوياً.



قضية الدعم بين رفع سعر الخبز والغاء مبدأ الحماية الاجتماعية

(مضمون مداخلاتي في برنامج الحكاية حول القضية)



د. زهدي الشامي
أمين عام مجلس أمناء حزب التحالف

عليه في الدستور المصري، والذي تجاهلته الحكومة طوال السنوات الماضية، بما أدى إلى استحواذ أقلية محدودة على الثروة والدخل الوطني نتيجة السياسات الاقتصادية المتبعة، ومع ذلك فلو ركزنا مؤقتاً على قضية الحماية الاجتماعية والتي تعنى اعترافاً ضمنياً وعلنياً بالأثر السلبي لإجراءات الاقتصادية شديدة الوطأة على الفئات الاجتماعية الفقيرة والضعيفة والمهمشة، بتوجيه نسبة من الموارد المالية التي تم توفيرها بموجب تلك الإجراءات لأغراض الحماية الاجتماعية لتلك الفئات، فإنهم اليوم يريدون إلغاء الحماية الاجتماعية أيضاً.

ليست القضية هي قضية الدعم العيني أو النقدي كما تروج الحكومة، بل لا بد أن نحدد أولاً ما هي قضية الدعم وما هو مكانها الفعلي في إشكاليات الاقتصاد المصري والموازنة العامة المصرية.

وتدل مقارنة الأرقام بشكل واضح أن الدعم ربما كان مشكلة منذ أكثر من عشر سنوات ولكن ليس الآن، وأن المشكلة الرئيسية اليوم هي فوائد الديون التي تلتهم النسبة الأكبر

أوضحت في بداية حديثي إننا نرفض من حيث الأساس قرار رئيس الوزراء برفع سعر الخبز المدعوم من خمسة قروش إلى عشرين قرشاً. ويرتبط ذلك الرفض بمجموعة من الاعتبارات؛ أولها أسلوب اتخاذ القرار الذي يبدو فجائياً ومنفرداً ومن دون أي مشاركة مجتمعية، على الرغم مما هو معلن عنه من حوار وطني شغلونا به طوال عامين، ولكننا نجد أنه مجرد حوار شكلي؛ لأن كل القرارات الرئيسية تتخذ خارجة، أو بالمشاركة بين الحكومة وصندوق النقد الدولي، وحتى مجلس النواب لم يشترك في القرار لأنه في حدود علمي لم يناقش شيئاً. إن أهمية وخطورة القرار المذكور كانت تعارض مناقشة مجتمعية أولية وليس اتخاذ القرار بشكل منفرد وأسلوب المفاجأة.

ومن أسباب الرفض أن هذه القضية هي قضية أمن اجتماعي لهذا البلد؛ لوجود نسبة مرتفعة من الفقراء الذين يعتمدون على الخبز المدعوم، ونسبة كبيرة أيضاً ممن يعيشون في فقر مدقع يُعدُّ الخبز بالنسبة لهم هو القوت الأساسي والضروري.

ونحن نؤكد التمسك بمبدأ العدالة الاجتماعية المنصوص



من الإنفاق الحكومي. فبالمقارنة بين عام ٢٠١٣ قبل الاتفاق مع صندوق النقد الدولي والإصلاح الاقتصادي الذي أجروه، نجد أنه في عام ٢٠١٣ كانت نسبة الأجور في الإنفاق الحكومي ٢٥,٤ في المائة، وفوائد الديون ٢٤ في المائة، والدعم ٣٣ في المائة. في عام ٢٠٢٣/٢٠٢٤ انخفضت نسبة الإنفاق على الأجور إلى ١٤,٧ في المائة فقط، والدعم إلى ١٥ في المائة، بينما ارتفعت نسبة الإنفاق على فوائد الديون إلى ٤٦ في المائة. أي أن ما نتحدث عنه الحكومة من زيادات في الأجور لا ترتقي إلى مرتبة الجدية؛ لأنها زيادات شكلية، والأجور الحقيقية تنخفض لأن الزيادات أقل من معدل التضخم، وتلك سياسة مُعتمَدة ومُوقَّع عليها من الحكومة في اتفاقها مع صندوق النقد الدولي .

وعمومًا فهكذا انخفضت الأجور للنصف تقريبًا، والدعم لأكثر من النصف، بينما فوائد الديون هي التي تضاعفت تقريبًا. وبالتالي فليس مبلغ ١٠٠ مليار جنيه الخاص بدعم الخبز هو المشكلة، وإنما المشكلة انفلات فوائد ديون الحكومة. ودعم الخبز تبلغ نسبته في النهاية ٢,٥ في المائة فقط من إجمالي نفقات الموازنة، ولا تزيد على ٥,٥ في المائة من مدفوعات خدمة الديون الحكومية.

وينبغي أن نشير رغم ذلك إلى أن نسبة الدعم الحكومي لنفقات الموازنة تغض النظر مؤقتًا عن مدى صحة أرقام الحكومة عن الدعم، وهي محل جدل كبير ولا نوافق عليها. وبخاصة أن رقم دعم المواد البترولية - وهو رقم كبير يُقدر بـ ١٥٤,٥ مليار دولار - هو مجرد رقم مُحاسبي ولا تدفعه الحكومة فعليًا لأنه يشير في الأغلب لفارق سعر الإنتاج المحلي والسعر العالمي، في حين أن غالبية استهلاكنا من تلك المواد هو إنتاج محلي. كما أن ما تشير له أرقام الحكومة من مساهمة الدولة في صندوق المعاشات بمبلغ ١٤٢,٦ مليار جنيه، هو أيضًا يحتاج مراجعة لأن الدولة سبق لها الاستيلاء على أموال صناديق المعاشات بمبلغ ٩٥٠ مليار جنيه، ولا يوجد ما يثبت أنها تحصل على سعر فائدة مماثل لأسعار الفائدة المتعامل بها حاليًا في البنوك.

وفي ظل ذلك الوضع فلا توجد ظروف تسمح بالتحوُّل بشكلٍ آمن من الدعم العيني إلى الدعم النقدي، لاعتبارات كثيرة. وكما أوضح استطلاع رأى المواطنين فإن ٨٠ في المائة

منهم مع استمرار الدعم العيني، وهم مُحقِّون وعمليون في تقديراتهم لأنه وعلى سبيل العموم فالدعم العيني هو دعم الفقراء والدعم النقدي هو دعم الحكومات. والمشكلة تكمن في الارتفاع الكبير لمعدل التضخم الذي جاوز ٣٥ في المائة عمومًا ووصل في السلع الغذائية إلى ٦٧ في المائة واستمر لسنوات عديدة، وفشلت الحكومة والصندوق في الوفاء بتعهداتهما لخفضه إلى رقم واحد بمعنى أقل من ١٠ في المائة. والتحوُّل إلى دعم نقدي في ظل مثل هذا الوضع معناه المؤكد هو التآكل السريع للقدرة الشرائية للمبالغ النقدية المقررة.

ولابد من التأكيد على فساد بعض الحجج المطروحة لإلغاء الدعم أو لتحويله إلى دعم نقدي.

أحيانًا تثير قضية تسرُّب الخبز والفساد المرتبط به، ودون إنكار إمكانية حدوث هذا بنسبة معينة، فإن قضية الفساد الحقيقي الكبير أوسع من هذا بكثير، وفي الواقع فإن الدولة تراخت في إحكام قبضة أجهزتها الرقابية على مثل تلك الأمور، بل أوقفت تعيين مفتشين للتموين منذ سنوات طويلة، كما أن قضية الفساد أصلًا هي ليست مجرد مشكلة فنية، بل مشكلة سياسية بالدرجة الأولى، وهي لا يمكن معالجتها سوى بالشفافية والإعلام الحرُّ وتشكيل المجالس الشعبية المحلية للملغاة منذ ١٣ عامًا وما إلى ذلك.

إن قضية هدر الموارد بدورها أوسع كثيرًا من بعض الهدر لبضعة مليارات الذي يمكن أن يحدث في منظومة الخبز. إن الهدر يجرى أمام أعيننا بمئات المليارات، ومن أمثلته محطات الكهرباء التي شيدها بمئات المليارات وبطاقة تصل إلى ٦٠ ألف ميجاوات؛ أي ما يقترب من ضعف احتياجات الاستهلاك التي كانت تُقدر بـ ٣٢ ألف ميجاوات فقط، وبعد ذلك تركوها معطلة ويلا تشغيل. هذا وغيره كثير هو الهدر الحقيقي وليس بعض الفاقد في منظومة عيش الغلابة.

والاستنتاج الرئيس أنه يجب إلغاء قرار رفع سعر الخبز ويجب عدم الاقتراب تحديداً من الخبز، وأيضًا الدواء لأنه خط أخطر للأمن الاجتماعي، ويجب تصحيح وضبط السياسات الاقتصادية أولًا، ومن ذلك تحديد مكانم الخلل، ومن بينها مكانم الهدر الهائل للموارد الذي نشهده جميعًا، وكل ذلك يتطلب حوارًا مجتمعيًا جادًا وليس شكليًا وديكوريًا.



بيان حزب التحالف الشعبي الاشتراكي

يطالب

بالغاء القرار الكارثي بمضاعفة أسعار الخبز

وإجراء حوار مجتمعي حول قضية

الدعم والأجور والأسعار

ونحذر من آثارها المدمرة التي لا يمكن تجاوزها، ونُحْمَلُ مؤسسات الحكم مسؤولية ذلك، نطالب بضرورة إلغاء هذا القرار الذي يهدد الأمن الاجتماعي للبلاد، وإجراء أوسع حوار مجتمعي حول قضية الدعم والأجور والأسعار.

ويهمنا في هذا الصدد أن نؤكد على ما يلي:

- أولاً : الحكومة خالفت الدستور منذ سنوات طويلة بالتجاهل التام لدرجة إغفال مبدأ العدالة الاجتماعية المنصوص عليه في الدستور، واستبدلت به مع شريكها وراعيها صندوق النقد الدولي ما يسمونه الحماية الاجتماعية، وهم اليوم يُنْهون أيضاً حتى تلك الحماية الاجتماعية.

- ثانياً : لتبرير قراراتها الجائرة تستخدم الحكومة أرقاماً بها كثير من التناقض، فالرئيس يقول إن دعم الخبز يكلف ٠.٣١ مليار جنيه، ورئيس الوزراء

استنكر حزب التحالف الشعبي الاشتراكي قرار الحكومة برفع أسعار الخبز ٠.٠٤٪، مطالباً بإلغاء القرار وإجراء حوار مجتمعي واسع حول قضايا الأجور. وجاء في البيان: فاجأ مصطفى مدبولي رئيس الوزراء الشعب المصري بقراره - المرفوض قطعاً - بمضاعفة أسعار الخبز المدعوم من خمسة قروش إلى عشرين قرشاً للرغيف؛ أي بنسبة ٠.٠٤٪ مرة واحدة».

وأضاف: «وقد أثارت هذه الزيادة الفاحشة استهجاناً وسخطاً واسعاً في أوساط الشعب المصري؛ لما تمثله من تهديد خطير لقدرة شرائح واسعة على تحمّل أبسط أعباء وضرورات المعيشة، بعد تجاوز الخط الأحمر الاجتماعي بالإعلان عن هذا الخفض الهائل لدعم خبز الفقراء، وبأسلوب الصدمة وبنسبة غير معقولة تصل كما أشرنا إلى ٠.٠٤ في المائة». وتابع: «إننا إذ نعلن رفضنا الحازم لتلك الزيادات



تتعلق فقط بالخبز بل بالطاقة والكهرباء والدواء وغيرها وبنسبة كبيرة للغاية. وعمومًا اقترب معدل التضخم في الفترة السابقة من ٤. في المائة، وزيادة أسعار الغذاء ٧٦ في المائة، والأدوية ٠٤ في المائة، بينما الزيادة في الأجور تدور حول ٠١ في المائة فقط والمعاشات ٥١ في المائة، وكل هذا يزيد الضغط على المواطنين ويزيد معدلات الفقر بدرجة خطيرة.

- سابعًا : الأسوأ أن الحكومة التي تتخذ تلك القرارات المعادية للجماهير الشعبية في مصر، تدعو على لسان رئيس وزرائها الأحزاب السياسية للعودة من جديد لحوار تسميه وطنياً، وهو حوار كان سابقاً قد استمر لأكثر من عامين دون أن يسفر عن أي نتيجة إيجابية، وتريده أن يعود الأسبوع القادم مجدداً ليس من أجل شيء جديد ومفيد، وليس لتصحيح وتصويب السياسات الخطأ والفاشلة للنظام الحاكم، بل للمصادقة على تلك القرارات الجائرة واستكمال إنهاء الدعم لسلع الفقراء.

أي إنها تستكمل العبث الاقتصادي بعبثٍ آخر سياسي!

**واختتم البيان «نؤكد مرة أخرى
الرفض الحازم لتلك الزيادات
الجائرة الخطيرة وضرورة إلغائها
فوراً، وضرورة محاسبة رئيس
الوزراء والحكومة حساباً عسيراً
على ذلك القرار وتغيير مجمل
النهج الخطأ للنظام الحاكم».**

يقول من ٠٠١ إلى ٠١١ مليارات، وتقدير الموازنة ٨٩ مليار فقط. ورئيس الوزراء يدعي أن سعر الرغيف لم يتغير منذ ٠٣ عاماً، متجاهلاً أن وزنه انخفض من ٠٣٦ جراماً إلى ٠٨ جراماً فقط.

- ثالثاً : أن الحكومة ذاتها وسياساتها وقراراتها هي المسؤول الرئيس عن زيادة فاتورة الدعم رغم زيادتها للأسعار مرات متوالية. ومن الطبيعي أن القرار الكارثي بخفض سعر الجنيه من قرابة ثلاثين جنيهاً إلى خمسين جنيهاً للدولار، كان لا بد أن ينعكس سلباً على أسعار القمح والطاقة عند تقويمها بالدولار. أي أن الحكومة هي المسؤول عن مشكلة فاتورة الدعم التي لا تنتهي.

- رابعاً : رغم ذلك فالمسؤولية السياسية والاجتماعية للحكومة كانت تقتضى في كل الأحوال المحافظة على سعر الخبز للفقراء، باعتباره الخط الأحمر الذى لا يجوز تجاوزه باعتباره خط الدفاع الاجتماعي الأخير. خاصة أن كل تكلفة دعم الخبز لا تمثل في النهاية سوى نسبة محدودة للغاية لا تزيد على ٠,٢ في المائة من نفقات الموازنة وأقل من ٠,٥ في المائة من مدفوعات فوائد ديون الحكومة، التي تضخمت ووصلت إلى ٨٨٨,١ تريليون جنيه بسبب سياسات الاستدانة الكارثية ورفع سعر الفائدة ورفع سعر الدولار، بدون أخذ تلك الآثار الخطيرة في الاعتبار.

- خامساً : يزداد الأمر سوءاً باللجوء إلى أسلوب الصدمة المرفوض ورفع السعر حتى ليس بنسبة مقبولة ٠١ أو ٠٢ في المائة مثلاً، بل بهذه النسبة الجرافية المدمرة والتحايل حتى في الإعلان إذ يتحدثون عن زيادة ٠٣ في المائة، بينما الزيادة الحقيقية ٠٠٤ في المائة من ٥ قروش إلى ٠٢ قرشاً.

- سادساً : أن الزيادات المتوقعة في الأيام الراهنة لا





استمرار الحرب في غزة
بالدعم الأمريكي والصمت العربي