دعم نظام التأمين الصحي الشامل بمصر

مسودة

خطة إشراك أصحاب المصلحة والإفصاح عن المعلومات

وزارة المالية المصرية

فبراير ٢٠٢٠

المحتويات

١- مقدمة ٣
٢- وصف المشروع ٣
٢-١ نظرة عامة على نتائج المشروع..... ٣
٢-٢. تصميم المشروع فيما يتعلق بالمخاطر الاجتماعية ٤
٣. ملخص موجز لإشراك أصحاب المصلحة وأنشطة الإفصاح العام في الفترة السابقة: ٨
٤. تحديد وتحليل أصحاب المصلحة: ١٢
٤-١ الأطراف المتأثرة بالمشروع: ١٢
٤-٢ الأطراف المهتمة الأخرى ١٦
٤-٣ ملخص احتياجات أصحاب المصلحة للمشروع ١٧
٥. برنامج إشراك أصحاب المصلحة..... ٢٢
٥-١ برنامج إشراك أصحاب المصلحة..... ٢٢
٥-١-١ الغرض والتوقيت..... ٢٢
٥-١-٢ مجالات المشاركة ٢٤
٥-١-٣ الطرق المستخدمة في إشراك أصحاب المصلحة..... ٢٤
٥-٢ الاستراتيجية المقترحة للإفصاح عن المعلومات ٢٥
٥-٣ الاستراتيجية المقترحة لإدماج وجهة نظر الفئات المهمشة وتبادل المعلومات معها..... ٢٦
٦. آلية التعامل مع الشكاوى..... ٢٧
٧. الموارد والمسئوليات الخاصة بتنفيذ أنشطة إشراك أصحاب المصلحة..... ٢٩
٨. موازنة إشراك أصحاب المصلحة..... ٢٩
٩. المتابعة وإعداد التقارير..... ٣٠
التواصل..... ٣٨
تلقي الشكاوى ٣٨
تسجيل الشكاوى..... ٣٨
الحل والمتابعة..... ٣٨
التعقيب..... ٣٨

١ـ مقدمة

تُعد خطة إشراك أصحاب المصلحة واحدة من الوثائق بالغة الأهمية التي تهدف إلى إيجاد علاقة بناءة بين البرنامج ومختلف أصحاب المصلحة، وذلك لمواصلة الحوار الذي يهدف إلى تكوين رؤية موحدة لنظام التأمين الصحي الشامل في مصر، وتعزيز الثقة وتقليل المقاومة المحتملة ولدعم مشاركة المعلومات الخاصة بالبرنامج. ويكتسب هذا الأمر أهمية خاصة حيث أن تطبيق نموذج التأمين الصحي سيستتبع التغيير في ثقافة كل من المرضى ومقدمي الخدمات. ومع مراعاة الاشتراكات المالية التي يدفعها المواطنون بموجب النظام الجديد، هناك حاجة إلى وضع في الحسبان أن هذا سيأتي بتوقعات معينة تحتاج إلى إدارتها بشكل سليم من خلال مشاركة المعلومات التي تتسم بالاستمرارية والشفافية والشمولية، وإتاحة الفرصة لتعقيبات المستفيدين. وتستهدف خطة إشراك أصحاب المصلحة تحديد منهج مناسب فنيًا وثقافيًا للتشاور والإفصاح والتعامل مع الشكاوى، فضلًا عن إيجاد مناخ للتفاهم يعمل على الإشراك الفاعل للأشخاص المتأثرين بالمشروع وغيرهم من أصحاب المصلحة بطريقة مناسبة من حيث الوقت، وتوفير فرصة كافية لهذه المجموعات للتعبير عن آرائهم ومخاوفهم التي قد تؤثر في قرارات البرنامج. وتضع خطة إشراك أصحاب المصلحة الاستراتيجيات المراد تطبيقها من قِبل المقترض بوصفها جزءًا من الإطار البيئي والاجتماعي للبنك الدولي، وخصوصًا المعيار البيئي والاجتماعي رقم ١٠.

٢ـ وصف المشروع

٢ـ١ نظرة عامة على نتائج المشروع

لدى الهيئة العامة للتأمين الصحي الشامل تصور لتوفير التغطية لجميع المواطنين على مدار ١٥ عامًا، بما في ذلك الفئات غير القادرة (تقريبًا ٣٠-٣٥% من السكان) الذين ستقوم الحكومة بتغطيتهم مجانًا، وسيتم تعميم نظام التأمين الصحي الشامل بشكل تدريجي على مراحل في أنحاء مصر. وفي عام ٢٠١٨، تم تعميمه في بورسعيد في البداية بوصفه تجربة، وتستهدف الخطة الموضوعة استكمال التعميم في ست مراحل على مدار ١٥ عامًا (انظر الجدول ١). وتتضمن المرحلة الأولى للتنفيذ محافظات بورسعيد، والإسماعيلية، والسويس، وجنوب سيناء، والأقصر وأسوان. وسوف يقتصر مشروع البنك المقترح على دعم التعميم في محافظات المرحلة الأولى.

الجدول ١: مراحل تعميم نظام التأمين الصحي الشامل

المرحلة	الفترة	المحافظات
١	٢٠١٩ – ٢٠٢١	الإسماعيلية، وبورسعيد، والسويس، وجنوب سيناء، وأسوان والأقصر.
٢	٢٠٢٢ – ٢٠٢٤	شمال سيناء، ومطروح، وقنا والبحر الأحمر.
٣	٢٠٢٥ – ٢٠٢٧	الإسكندرية، والبحيرة، ودمياط، وكفر الشيخ وسوهاج.
٤	٢٠٢٨ – ٢٠٢٩	أسيوط، وبني سويف، والفيوم، والمنيا والوادي الجديد.
٥	٢٠٣٠ – ٢٠٣١	الدقهلية، والغربية، والمنوفية والشرقية.
٦	٢٠٣٢ - ٢٠٣٣	القاهرة الكبرى (القاهرة، والجيزة والقليوبية).

من المخطط أن يدعم مشروع البنك تنفيذ المرحلة الأولى، التي تغطي ٦ محافظات وهي بورسعيد، والسويس، والإسماعيلية، وجنوب سيناء، والأقصر، وأسوان[١]. ويبلغ العدد الخاص بمحافظات المرحلة الأولى تقريبًا ٢ مليون، مع تركيز كبير في الأقصر وجنوب سيناء

[١] وفقًا لقانون التأمين الصحي الشامل، محافظات المرحلة الأولى هي بورسعيد، والسويس، والإسماعيلية، وجنوب سيناء، وشمال سيناء، لكن الحكومة استبعدت محافظة شمال سيناء ونقلت الأقصر وأسوان من المرحلة الثانية إلى المرحلة الأولى، بدعوى وجود مشكلات أمنية في شمال سيناء وجاهزية البنية التحتية للأقصر وأسوان.

من مسؤولي الحكومة المصرية. والمحافظات الثلاث الأولى المحددة هي الأقصر، وجنوب سيناء وبورسعيد. وتُعد المحافظات الست مقر إقامة لما يقرب من ٥,٦ مليون نسمة، من أصل ما يقرب من ١٠٠ مليون على المستوى الوطني (الشكل ١ والجدول ١).

وبصفة عامة، من المتوقع أن يؤدي البرنامج إلى وجود تأثيرات اجتماعية جديرة بالثناء، من حيث توفير الحماية المالية للفئات غير القادرة، فضلًا عن تقديم الرعاية الصحية ذات الجودة الطيبة. ومن منظور اجتماعي، ستؤدي مقومات المشروع إلى:

- **زيادة الحماية المالية للفئات غير القادرة المحددة** بموجب قرار رئيس الوزراء رقم ٢٠١٩/١٩٤٨، من خلال دعم قيد المستفيدين المستهدفين الذين سيتكبد المشروع الإسهامات من أجلهم (المكون ١). ومن المتوقع أن يلي عملية التحديد جهودًا مكثفة، وبصفة خاصة نظرًا لميل الفقر في مصر إلى أن يكون ذا طبيعة سريعة التغير. وبناءً عليه، يُتوقع أن يكون إدراج غير المستحقين واستبعادهم هو أحد المخاوف الاجتماعية الرئيسية، وهو ما يمكن أن يؤدي إلى وجود حجم ضخم من الشكاوى.

- **تحسين جودة تقديم الرعاية الصحية في المنشآت العامة** من خلال بناء القدرات للمؤسسات ذات العلاقة بنظام التأمين الصحي الشامل، مع التركيز على الهيئة العامة للتأمين الصحي الشامل والهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية، لمساعدتهما في تنفيذ مهامهما، وبصفة خاصة في إقامة شبكة توفير الخدمات المعتمدة خصوصًا في المجتمعات البعيدة/ الريفية. وسيعزز المشروع بيئة السياسة بالنسبة لمشاركة القطاع الخاص، وآليات إشراك المواطنين على المستوى المركزي ومستوى المحافظة على حد سواء، مثل مركز الاتصال على مدار الساعة وطوال أيام الأسبوع، والتجمعات/المنتديات الصحية المحلية والوطنية (المكون ٢).

- **تحسين النواتج الصحية للفئات غير القادرة** من خلال وضع الإجراءات ومتابعة الآليات لضمان تقييم جميع الأطراف للنواتج الصحية بشكل مستمر (المكون ٣). المساعدة الفنية للبنك، بما في ذلك بناء القدرات والأنشطة التحليلية للهيئة العامة للتأمين الصحي الشامل، والهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية، ووحدة العدالة الاجتماعية بوزارة المالية، فضلًا عن الكيانات الأخرى ذات العلاقة.

٢-٢. تصميم المشروع فيما يتعلق بالمخاطر الاجتماعية

تحدد هذه الوثيقة ثلاثة مخاطر اجتماعية كبيرة قد تنتج عن تنفيذ المشروع، بما في ذلك: (١) استبعاد المستفيدين المستهدفين إذا لم يعمل نظام تنقية المستحقين بشكل جيد. (٢) العبء المالي على أشباه الفقراء، و(٣) الفجوة في الترتيبات المؤسسية والحوكمة لنظام التأمين الصحي الشامل فيما يتعلق بالمخاطر الاجتماعية. وسوف تضطلع الحكومة بتدابير التخفيف المنصوص عليها في تقييم الأثر الاجتماعي. وقد عدلت الحكومة بعض من هذه الإجراءات بالفعل. وفي الوقت ذاته، راعى تصميم المشروع المخاطر الاجتماعية وقد تم تطوير عدد من المؤشرات المرتبطة بالصرف ذات الصلة والنتائج المرتبطة بالصرف للبناء على الإجراءات الموصي بها للتعامل مع المخاطر. ويتضمن ذلك على سبيل المثال ما يلي:

- **المؤشر المرتبط بالصرف ٢: عدد الشرائح السكانية من غير القادرين والمقيدة في نظام التأمين الصحي الشامل والمحالين إلى ممارس عام في محافظات المرحلة الأولى.** سوف يدعم هذا المؤشر المرتبط بالصرف النتائج في تحديد وقيد واحالة وتقديم الإعانات لأقساط اشتراكات التأمين و/أو المدفوعات المشتركة الخاصة بالفئات الضعيفة المحددة في محافظات المرحلة الأولى حسبما هو منصوص عليه في قانون التأمين الصحي الشامل.
تعيش الفئات الست المهمشة التي تستوفي معايير الخزانة العامة[٢] لتغطية اشتراكاتهم بنظام التأمين الصحي الشامل في نفس المناطق الجغرافية المعرضة لتغير المناخ مثل تلك الفئات المدرجة تحت المؤشر المرتبط بالصرف ١. ومع مراعاة صفة غير القادرين، فإنهم أكثر عرضة للأخطار الطبيعية (مثل هطول الأمطار الغزير والفيضانات، وارتفاع منسوب البحر)، وما ينتج عنه من تغييرات في الأسعار وقلة الحصول على الدعم من أجل التكيف مع الحالات المناخية القصوى، والتقلبات في الحرارة،

٢ ستغطي الخزانة العامة إسهامات مقدمة للأشخاص المهمشين ماليًا الذين يستوفون أي من الشروط الآتية: (١) الشخص أو الأسرة التي تستحق دعمًا نقديًا من برنامج تكافل وكرامة وبرنامج الضمان الاجتماعي، (٢) الشخص أو رب الأسرة غير العامل الذي لا يستحق أو استنفد فترة استحقاقه لمزايا البطالة وكل شخص معيل في الأسرة، (٣) الشخص أو رب الأسرة الذي ليس لديه مورد للرزق أو دخل، والذي ليس لديه رعاية أسرية ويقيم في منشأة اجتماعية أو منشأة رعاية صحية، (٤) الشخص أو رب الأسرة المعاق الذي لا يستطيع كسب المال أو ليس لديه أي مصدر للدخل، دون المساس بقانون الأشخاص ذوي الإعاقة المذكور في صدر هذه الوثيقة، (٥) الأشخاص أو الأسر التي تقيم في مناطق جغرافية معينة ويعانون بشكل مؤقت من كارثة طبيعية أو من صنع الإنسان، (٦) الشخص أو رب الأسرة الذي لا يكفي متوسط دخله احتياجاته أو الاحتياجات الضرورية لأفراد أسرته.

وهم في خطر شديد من الأمراض المنقولة. وهم عرضة بشكل خاص للآثار الصحية لتغير المناخ وتعتبر شبكة الحماية الصحية التي يوفرها المشروع هي الأكثر أهمية.

- **المؤشر المرتبط بالصرف ٥: تعزيز الاعتماد والتعاقد مع مقدمي الخدمة.** سوف يدعم هذا المؤشر المرتبط بالصرف تحقيق النتائج في عقود الهيئة العامة للتأمين الصحي الشامل بالاشتراك مع مجموعة من مقدمي الخدمات المعتمدين (بحسب أنواع الخدمات التي تتضمن خدمات القطاع العام في مقابل خدمات القطاع الخاص). وسيضمن ذلك تحقيق المبادئ الرئيسية لقانون التأمين الصحي الشامل، وبصفة خاصة: (١) تقديم الخدمات ذات الجودة من قِبل مقدمي خدمات نظام التأمين الصحي الشامل، (٢) حرية اختيار المستفيدين، (٣) اشراك القطاع الخاص وتكافؤ الفرص الذي يؤدي إلى المنافسة السوقية. وتدعم النتيجة المرتبطة بالصرف كذلك التعاقد مع الكيانات الفردية لمقدمي الخدمات، بغض النظر عن انتمائها إلى تنظيمات قابضة/مالكة أكبر لتعزيز استجابتها واستقلاليتها.
  - النتيجة المرتبطة بالصرف ٥-١: عدد المستشفيات المعتمدة من الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية والتي تعاقدت معها الهيئة العامة للتأمين الصحي الشامل في محافظات المرحلة الأولى. - (على الأقل ٢٠ منها ٥ مستشفيات غير حكومية)
  - النتيجة المرتبطة بالصرف ٥-٢: عدد الصيدليات الفردية المعتمدة من الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية والتي تعاقدت معها الهيئة العامة للتأمين الصحي الشامل في محافظات المرحلة الأولى. (على الأقل ٣٠ منهم ٢٠ صيدلية غير حكومية)
  - النتيجة المرتبطة بالصرف ٥-٣: عدد مقدمي خدمات الأشعة المعتمدين من الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية والتي تعاقدت معها الهيئة العامة للتأمين الصحي الشامل في محافظات المرحلة الأولى. (على الأقل ٨ منهم ٤ غير حكوميين)
  - النتيجة المرتبطة بالصرف ٥-٤: عدد مقدمي خدمات المعامل المعتمدين من الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية والتي تعاقدت معها الهيئة العامة للتأمين الصحي الشامل في محافظات المرحلة الأولى (على الأقل ١٥ منهم ١٠ غير حكوميين)
  - النتيجة المرتبطة بالصرف ٥-٥: عدد مقدمي خدمات الإسعاف المعتمدين من الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية والتي تعاقدت معها الهيئة العامة للتأمين الصحي الشامل في محافظات المرحلة الأولى (على الأقل ١٥ منهم ٥ غير حكوميين)

- النتيجة المرتبطة بالصرف ٧-٢: نشر التقارير السنوية عن رضا المرضى، والشكاوى والاستغلال. سوف تدعم النتيجة المرتبطة بالصرف هذه تلك التقارير بوصفها وسيلة لحصر تجارب العملاء وتعقيباتهم بشأن نظام التأمين الصحي الشامل لتحسين تركيزها على الأشخاص وتعزيز المساءلة للنظام، بما في ذلك القضايا التي تخص النوع الاجتماعي والفئات الضعيفة. وستقدم بيانات مصنفة حسب الجنس، بما في ذلك تحليل الجنسين.

- **المؤشر المرتبط بالصرف ٨: وضع وتبني مجموعة من اللوائح التكميلية والاستراتيجيات لنظام التأمين الصحي الشامل.**

- النتيجة المرتبطة بالصرف ٨-١: مراجعة استراتيجية استهداف الفئات الضعيفة فيما يخص الإعانات المقدمة من نظام التأمين الصحي الشامل في العام الثالث. وستقوم المراجعة على تقييم أثر تقديم الإعانات للفئات الضعيفة بموجب نظام التأمين الصحي الشامل وفقًا لقرار رئيس الوزراء رقم ٢٠١٩/١٩٤٨ وبعد ٣ أعوام من التنفيذ. وسيتناول التقييم الآثار المتفاوتة على النساء والرجال.

- النتيجة المرتبطة بالصرف ٨-٢: استكمال دراسة التقييم البيئي والاجتماعي الاستراتيجي لفحص المخاطر البيئية والاجتماعية المرتبطة بتعميم نظام التأمين الصحي الشامل في العام الثاني. وستتناول هذه الدراسة الضبط الدقيق لإجراءات الضمانات المتعلقة بنظام التأمين الصحي الشامل بوجه عام، وأنشطة المشروع بوجه خاص. وسيكون التقييم وفقًا لتوجيهات مجموعة البنك الدولي الخاصة بتقييمات الضمانات استنادًا إلى الإطار البيئي والاجتماعي الذي تبنته مجموعة البنك الدولي حديثًا.

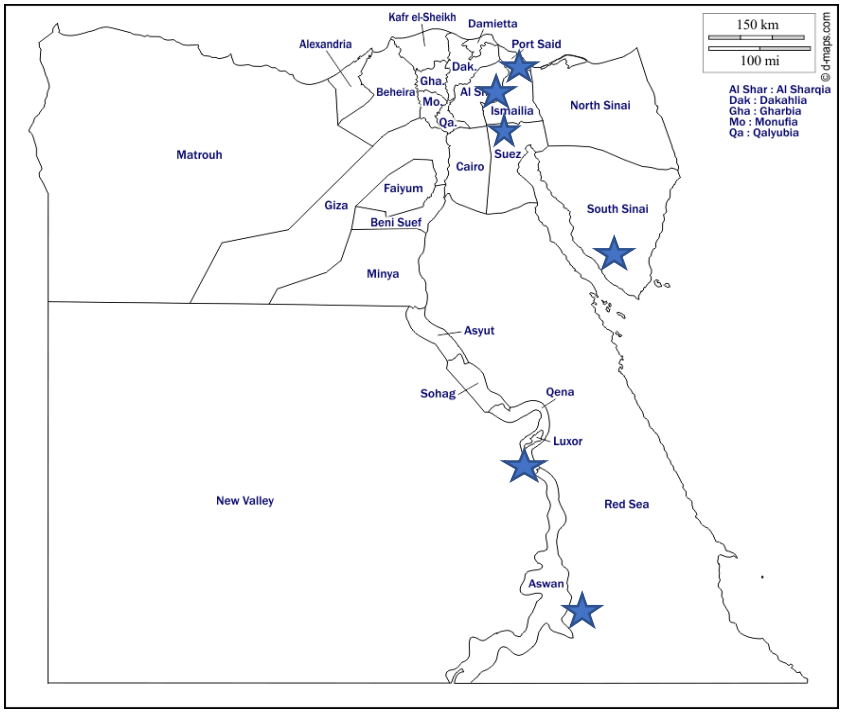
- النتيجة المرتبطة بالصرف ٨-٣: وضع وتبني استراتيجية نظام التأمين الصحي الأخضر بحلول العام الثالث. سوف تدعم النتيجة المرتبطة بالصرف هذه وضع وتبني استراتيجية جديدة لـ "نظام التأمين الصحي الأخضر". ويجب أن تكون الاستراتيجية الجديدة متوافقة مع مبادرة "يلا نخضر" التي تبنتها الحكومة المصرية، وسوف تتضمن تدابير إلزامية مع مرور الوقت، بما في ذلك -على سبيل المثال وليس الحصر- ما يلي: (١) تحسين كفاءة الطاقة في المنشآت الصحية، و(٢) تقييم جوانب الضعف من حيث المناخ والصحة، و(٣) استخدام السجلات الصحية الرقمية، و(٤) تعزيز استخدام الطب عن بعد، و(٥) استخدام مصادر الغذاء المحلية، و(٦) تقليل النفايات، و(٧) مصادر الإمداد وعمليات البناء التي تراعي كفاءة استخدام الطاقة، و(٨) تقليل استخدام المواد غير القابلة لإعادة التدوير. وسوف تتضمن النتيجة المرتبطة بالصرف ٨-٣ تدابير تكيف المناخ، وخصوصًا من خلال تعزيز الطب عن بعد الذي يمكن أن يقلل من انبعاثات الكربون المتعلقة بالانتقال إلى المنشآت الصحية.

- النتيجة المرتبطة بالصرف ٨-٤: التبني الكافي والتنفيذ لعدد ٣ مستشفيات (٢ مستشفى حكومي و١ غير حكومي) لاستراتيجية نظام التأمين الصحي الأخضر في محافظات المرحلة الأولى المستهدفة. وسوف يتم الإنفاق في مقابل التحقق من أن المستشفيات الثلاثة قد استوفت الاشتراطات الخاصة باستراتيجية نظام التأمين الصحي الأخضر الذي تم تبنيه.

- **بموجب المكون ٣، سيعالج المشروع الفجوة الموجودة في الترتيبات والقدرات المؤسسية** من خلال مساندة الدعم المقدم لوحدة إدارة المشروع التي سيتم تزويدها بموظفين ذوي مهارات لدعم إدارة المخاطر الإدارية الخاصة بالمشروع ودعم تنفيذ خطة إشراك أصحاب المصلحة.

الشكل ١: خريطة نظام التأمين الصحي الشامل المحافظات المستهدفة من المرحلة الأولى

★ محافظات المرحلة الأولى



المصدر: تم الحصول على الخريطة من هذا الموقع: www.d-maps.com، ديسمبر ٢٠١٩. علامات النجمة مُضافة من قِبل المؤلف.

الجدول ٢ : إجمالي التعداد السكاني والمشمولون في محافظات المرحلة الأولى لنظام التأمين الصحي الشامل

	إجمالي السكان	إجمالي المساحة
بورسعيد	٧٤٩,٣٧١	١,٣٤٥ كم٢
الإسماعيلية	١,٣٠٣,٩٩٣	٢١٠ كم٢
السويس	٧٢٨,١٨٠	١٧,٨٤٠ كم٢
جنوب سيناء	١٠٢,٠١٨	٢٧,٥٧٤ كم٢
الأقصر	١,٢٥٠,٢٠٩	٢,٩٦٠ كم٢
أسوان	١,٤٧٣,٩٧٥	٣٣,١٤٠ كم٢

المصدر: تم الحصول على المعلومات من الموقع الآتي: www.gov.eg، يناير ٢٠٢٠.

٣. ملخص موجز لإشراك أصحاب المصلحة وأنشطة الإفصاح العام في الفترة السابقة:

في يناير ٢٠١٨، صدر قانون التأمين الصحي الشامل، كما صدرت لائحته التنفيذية في الخامس من مايو ٢٠١٨. ويخضع البرنامج بشكل رئيسي لقانون التأمين الصحي الشامل الجديد الذي استغرق وضعه سنوات عديدة (والعديد من الحكومات). وخلال عملية وضع القانون، شاركت المؤسسات الحكومية المسؤولة بشكل مكثف في العديد من المشاورات مع أصحاب المصلحة الرئيسيين. وقد تضمنت هذه المؤسسات منظمات المجتمع المدني، والنقابات، مثل نقابة الأطباء، والصيادلة، وأطباء الأسنان، والصناعات، مثل المستحضرات الصيدلانية، والنقابات العمالية، فضلًا عن الخبراء المستقلين. كما شارك مجلس النواب في عملية وضع القانون. بالإضافة إلى ذلك، كانت بعض مؤسسات المجتمع المدني أعضاءً في اللجنة التي وضعت القانون الجديد. وتوافق الحكومة على تبني منهج ديناميكي للغاية في تنفيذ البرنامج ويمكن إجراء التعديلات على اللائحة التنفيذية للقانون متى كانت هناك حاجة إلى ذلك. ومنذ يناير ٢٠١٨، قامت الحكومة المصرية بعمل حملة على المستوى الوطني باستخدام وسائل الإعلام ووسائل التواصل الاجتماعي، فضلًا عن منهج التوعية، والتعليم والاتصال لمناقشة القانون وتوعية المواطنين بنظام التأمين الصحي المصري الجديد. وقد تم استخدام جميع وسائل الإعلام والصحافة على المستوى الوطني (على سبيل المثال الصحف، والمجلات، والبرامج الحوارية بالتلفاز) على نطاق واسع، وكانت الفاعليات والمؤتمرات الصحفية الأبرز التي تم تنظيمها هي:

- في يناير ٢٠١٨، عقدت وزارة المالية ووزارة الصحة والسكان مؤتمرًا صحفيًا مشتركًا للإعلان عن تفاصيل قانون التأمين الصحي الشامل بعد إقراره من مجلس النواب.
- في الخامس عشر من نوفمبر ٢٠١٨، عُقد مؤتمر صحفي مشترك من قِبل جميع الأطراف والوزارات ذات العلاقة للإعلان عن البدء في تنفيذ نظام التأمين الصحي في محافظة بورسعيد في يونيو ٢٠١٩.
- وفي يوليو ٢٠١٩، تحدث رئيس الوزراء ووزير الصحة ووزير المالية عن نظام التأمين الصحي الجديد عندما أعلنوا عن مبادرات علاج الالتهاب الكبدي الوبائي وسرطان الثدي. وقد أشاروا إلى التشغيل التجريبي لنظام التأمين الصحي الشامل في محافظة بورسعيد وخطة توسيع نطاقه ليشمل المحافظات الخمس الأخرى بوصف ذلك جزءًا من المرحلة الأولى للبرنامج، وبتكلفة تبلغ ١,٥ مليار جنيه مصري، أي ما يعادل ١٠٠ مليون دولار أمريكي[٣]. كما أفادوا بأن الدولة ستقدم الخدمة لأولئك الذين لا يتحملون دفع ثمن العلاج. وسوف يتضمن التشغيل التجريبي تسجيل الأسر الأكثر فقرًا، بما في ذلك التصنيفات الست للفئات غير القادرة التي ستُعفى من دفع الأقساط والمدفوعات المشتركة، حسبما ينص قرار رئيس الوزراء رقم ٢٠١٩/١٩٤٨.

- تم القيام بتغطية إعلامية كاملة لهذه الفاعليات الرئيسية على نطاق واسع، فضلًا عن وسائل التواصل الاجتماعي (بشكل رئيسي صفحات الفيس بوك المختلفة الخاصة بالهيئة العامة للتأمين الصحي الشامل، وهيئة الرعاية الصحية، وبورسعيد، والإسماعيلية، والأقصر، وأسوان وجنوب سيناء) لمخاطبة المواطنين المصريين، ومناقشتهم وتوعيتهم بشأن نظام التأمين الصحي الشامل، بما في ذلك النشر الخاص للمعلومات الآتية:
  - قانون التأمين الصحي الشامل ومراحل إنفاذه،
  - الإطار الزمني لتطبيق القانون،
  - إجراءات تسجيل المواطنين،
  - الخدمات التي ستكون مشمولة بالتغطية وتقديم الخدمات،
  - شروط استخدام خدمات التأمين الصحي الشامل الجديد،
  - معلومات حول المؤسسات الرئيسية والمنظمات الثلاث الرئيسية،
  - المزايا التي سيحصل عليها المواطنون الذين سيتم قيدهم بموجب هذا النظام، فضلًا عن الفئات غير القادرة.
  - رقم الخط الساخن لتقديم الشكاوى (١٥٣٤٤).

[٣] حسب سعر الصرف في ٢٢ فبراير ٢٠١٩.

- في العشرين من فبراير ٢٠٢٠، عُقد المؤتمر الوطني الرسمي الأول للتغطية الصحية الشاملة في مصر تحت رعاية وزارة الصحة والسكان. وكان التأمين الصحي الشامل أحد الموضوعات الرئيسية في ورشة العمل. وعلى هامش المؤتمر الوطني، عُقد مؤتمر إعلامي واسع النطاق وتم توزيع منشور شامل تضمن الأسئلة المتكررة على وسائل الإعلام، وأعضاء مجلس النواب وغيرهم من أصحاب المصلحة المشاركين.

دليل المواطنين للتأمين الصحي الشامل الموضوع والمنشور على نطاق واسع من قِبل الهيئة العامة للتأمين الصحي الشامل وهيئة الرعاية الصحية، وحملات التوعية التي أُطلقت في مختلف المحافظات وفي وسائل التواصل الاجتماعي وعلى المنصات الإلكترونية (على سبيل المثال https://www.facebook.com/UHIEG/ https://www.facebook.com/UHIA.Egypt/)

علاوة على ذلك، في سياق الدورة التدريبية المنعقدة في الفترة من ديسمبر ٢٠١٩ وحتى فبراير ٢٠٢٠، استعانت محافظات الأقصر، وأسوان، وجنوب سيناء العمال الصحيين المجتمعيين التابعين لوزارة الصحة والسكان لتوعية المواطنين ونشر الحقائق والمعلومات عن نظام التأمين الجديد في القرى البعيدة، فضلًا عن المجتمعات القبلية.

بالإضافة إلى ذلك، تم إعداد العديد من مواد التوعية والتعليم والاتصال وتم استخدامها خلال عمليات التواصل وجهًا لوجه، وفي الحملات على المستوى الاجتماعي والوطني، بما في ذلك النشرات والكتيبات والملصقات والانفوجراف ومقاطع الفيديو التعليمية القصيرة.

كما تم القيام بالعديد من الجولات التشاورية بوصفها جزءًا من الإعداد للمشروع، وبصفة خاصة خلال إعداد خطة إشراك أصحاب المصلحة وتقييم الأثر الاجتماعي. وتم تنفيذ أنشطة إشراك العديد من أصحاب المصلحة -بمن فيهم المستفيدين-من قِبل منظمات نظام التأمين الصحي الشامل في بورسعيد (حيث تمت تجربة المشروع بالفعل) وفي محافظتي الأقصر وجنوب سيناء، حيث سيتم تعميم النظام في مارس ٢٠٢٠. وقد سمحت المشاورات بدراسة رؤى أصحاب المصلحة ومخاوفهم عند تصميم المشروع، كما سمحت بتقديم مدخلات لخطة التقييم الاجتماعي والتخفيف الخاصة بالمشروع، فضلًا عن خطة ترتيبات الرصد والتقييم.

يتضمن الملحق ١ ملخصًا للجلسات المنعقدة.

من خلال تلك الأنشطة التشاورية، تم الحصول على تعقيبات من المجتمعات المختلفة بشأن المشروع وكيفية تحسين التدخلات المختلفة على النحو الموضح في الأمثلة التي يحتوي عليها المربع ١ أدناه.

المربع ١: أمثلة من التعقيبات التي تم الحصول عليها من المستفيدين المستهدفين في بورسعيد، وجنوب سيناء والأقصر

نظام الإحالة/حراسة البوابات: تم التعبير عن المخاوف في المناطق الحضرية (وبصفة خاصة في بورسعيد) من استخدام نظام الإحالة/حراسة البوابات بشكل أكبر مما هو في المحافظات الريفية والنائية الأخرى، مثل الأقصر وجنوب سيناء، اللتين اعتاد سكانهما بشكل أكبر على الرعاية الأساسية.

الاشتراكات: على عكس التوقعات، أفاد الكثير من الأشخاص بأنهم ليس لديهم مشكلة في دفع أقساط التأمين والمدفوعات المشتركة المستحقة عليهم طالما أنهم سيتلقون رعاية ذات جودة طيبة كلما احتاجوا إليها.

غياب بطاقة الهوية: لم يكن لدى عدد كبير من المستفيدين -وبشكل رئيسي الذين يعملون في القطاع غير الرسمي-وثائق هوية، أي شهادات الميلاد، ووثائق الزواج (تعتمد المجتمعات القبلية [٤]في جنوب سيناء على الزواج العرفي)، وبطاقات الهوية. وهي وثائق مطلوبة للتسجيل في النظام الجديد، فضلًا عن تطبيق الإعفاء من الدفع إذا كان المستفيد مستحقًا لذلك. بناءً عليه، تواصلت وزارة الصحة والسكان مع الكيانات المختصة لتحديد تلك الفئات من الأشخاص وإصدار بطاقات الهوية اللازمة لهم من أجل أن يكون بالإمكان تسجيلهم بوصفهم أسرة في النظام.

تعدد الزوجات: إن الرجال المتزوجين من أكثر من زوجة قد لا يعيشون مع جميع الزوجات في نفس المنطقة. وبناءً عليه، حددت وزارة الصحة والسكان لكل من الزوجات أقرب منشأة رعاية صحية أساسية لتيسير حصول كل منهن على الخدمة. على الرغم من ذلك، سيتم تسجيل جميع الزوجات تحت رقم أسرة واحد. وسيتم ربط كل ملف أسرة برب الأسرة، ولكن سيكون له كود مميز لضمان الخصوصية والسرية.

العائلات الممتدة: في جنوب سيناء وفي الأقصر، يتميز هيكل العائلة بنموذج العائلة الممتدة (الأجداد والعديد من العائلات يبقون في نفس المنزل. ولأغراض التسجيل وللأغراض اللوجستية، تم تصنيف العائلات الكبيرة تبعًا لذلك.

الطبيبة الأنثى: في بعض المناطق المحافظة -على سبيل المثال في الأقصر (وخصوصًا منطقة إسنا) عبر النساء والرجال عن تفضليهم لأن يكون لدى الإناث من أفراد أسرهم طبيبات إناث ليتعاملن معهن بشكل مريح.

فئات غير القادرين /المحرومة: أثار بعض الأشخاص -مثل العمال والمزارعين باليومية-تساؤلًا عن كيفية قيام النظام بتحديد الفئات غير القادرة التي يجب أن تُعفى من دفع أقساط التأمين والرسوم المشتركة.

العمالة المهاجرة: هناك الكثير من العمال في جنوب سيناء والأقصر -على وجه الخصوص-ينتمون إلى محافظات أخرى حيث لم يُطبق النظام الجديد بعد. وبناءً عليه، سيتم قيد تلك الفئات بشكل استثنائي في النظام طالما أنهم قدموا الوثائق الداعمة الضرورية التي تثبت أنهم يعملون بشكل منتظم في المحافظات المضيفة. برغم ذلك، سيكون القيد على أساس فردي في هذه الحالة طالما أن أسرة العامل لا تزال تقيم في محافظتهم الأصلية.

تستخدم الحكومة التعقيبات التي تحصل عليها من المشاورات لتحسين تنفيذ المشروع في المحافظات المختلفة، ولضمان أنه مناسب للظروف المحلية والاشتراطات المحلية. ومعظم النقاط المثارة أعلاه تمت الإجابة عنها من خلال اتخاذ التدابير المناسبة للتعامل معها. ومن بين التقنيات الرئيسية المناسبة محليًا التي استخدمتها الحكومة أيضًا استخدام حملات التوعية المتنقلة للتواصل مع الأشخاص في الأماكن المختلفة لتسجيلهم في النظام الجديد. وهي تتضمن حافلة التسجيل التي تجوب المواقع المختلفة، بالإضافة إلى عمال الصحة المجتمعية التابعين لوزارة الصحة والسكان الذين سجلوا أيضًا أشخاصًا في منازلهم أو شجعوهم على التوجه إلى أقرب وحدة صحية لتسجيل أنفسهم.

[٤] حسبما هو موضح بالتفصيل في تقييم الأثر الاجتماعي، عند تطبيق المعايير الخاصة بتصنيف فئة بوصفها سكانًا أصليين بحسب ما هو منصوص عليه في المعيار البيئي والاجتماعي السابع، فهي ليست متماشية بالكامل في حالات القبائل المحلية في جنوب سيناء والإسماعيلية. وعلى عكس بقية مناطق شبه جزيرة سيناء، أصبحت القبائل في جنوب سيناء في العقود الأخيرة أكثر انفتاحًا لصناعة السياحة، مما نتج عنه تغير كبير في خصائص القبائل المحلية من خلال جعلها أكثر انفتاحًا للغرباء وأقل ارتباطًا بالمواطن المنفصلة جغرافيًا، أو أقاليم الأجداد، أو مناطق الاستخدامات أو المهن الموسمية. وعلى الرغم من أن القبائل في المنطقة المستهدفة لها لهجة مميزة، فإنها تتكون في الأساس من المفردات العربية التي تجعلها مفهومة لمعظم المصريين في الحالات العادية. ولا تزال أحكام المؤسسات العرفية والقوانين القبلية تسري، ولكن فقط على قضايا الأرض والسمعة. وينطبق الأمر ذاته على القبائل المحلية في الإسماعيلية.

التشاور مع المواطنين في الأقصر، فبراير ٢٠٢٠.

مشاورات المرأة فقط في بورسعيد، فبراير ٢٠٢٠.

التسجيل في العيادات المتنقلة في جنوب سيناء، نوفمبر ٢٠٢٠.

التشاور مع المواطنين في جنوب سيناء، فبراير ٢٠٢٠.

٤. تحديد وتحليل أصحاب المصلحة:

من أجل ضمان وجود عملية إشراك شاملة وهادفة، تم إجراء تحديد أصحاب المصلحة للتعريف الدقيق بالفئات الرئيسية ذات الصلة بالبرنامج ولإيجاد فهم أفضل للجماعات المختلفة وأدوارها ومصالحها وتأثيرها على البرنامج، فضلًا عن تحديد الجماعات المتأثرة بشكل كبير. ويقر المعيار البيئي والاجتماعي رقم ١٠ بوجود فئتين كبيرتين من أصحاب المصلحة: ١) الأطراف المتأثرة بالمشروع، و٢) الأطراف المهتمة الأخرى. ويحدد هذا القسم من خطة إشراك أصحاب المصلحة أصحاب المصلحة الذين سيتأثرون بشكل مباشر أو غير مباشر، إيجابًا أو سلبًا بالبرنامج، أو الذين يهتمون بالبرنامج وستتم بالتالي توعيتهم والتشاور معهم بشأن المشروع.

يهدف تحليل إشراك أصحاب المصلحة إلى تحديد ١) من سيتأثرون بالمشروع بشكل مباشر أو غير مباشر، و٢) كيف سيصل المشروع إلى الفئات المختلفة من أصحاب المصلحة، و٣) كيف يمكن للمشروع أن يشارك المعلومات ويجعل أصحاب المصلحة يشاركون في صنع القرار وتنفيذ المشروع. بناءً عليه، تلخص خطة إشراك أصحاب المصلحة هذه النتائج الخاصة بالتحليل، وتصف توقيت إشراك أصحاب المصلحة وأساليبه على مدار دورة حياة المشروع.

نظام التأمين الصحي الشامل هو نظام إلزامي سيغطي جميع المواطنين من خلال برنامج تكافؤ مالي يفرض اشتراكات/مساهمات مالية من جميع شرائح المجتمع. والأسرة هي الوحدة الرئيسية للتغطية التأمينية وتتحمل الدولة تكلفة رعاية الفئات غير القادرة وفقًا لضوابط الإعفاء التي حددها قرار رئيس الوزراء رقم ٢٠١٩/١٩٤٨. **ولذلك، سيفيد المشروع المقترح -بشكل مباشر وغير مباشر-كامل التعداد السكاني لمصر** وستستهدف المرحلة الأولى جميع الشرائح السكانية في المحافظات الست المستهدفة، التي يشكل الذكور ٥٢% والإناث ٤٨% من سكانها. ووفقًا لتعريف المعيار البيئي والاجتماعي رقم ١ للفئات غير القادرة والضعيفة، ليس من المحتمل استبعاد المستفيدين بناءً على العرق، والتوجه الإنساني، والجنس، والنوع والدين. برغم ذلك، هناك خطر محتمل من أن بعض الفئات الضعيفة، وهي النساء التي تعيش في المناطق الريفية والنائية، والأشخاص الذين يعيشون بفيروس نقص المناعة البشرية، قد لا تستفيد بالكامل من الخدمات المخططة الخاصة بالمشروع نظرًا لآلية حراسة البوابة التي تزيد من الوصول إلى الخدمات الأساسية، ولكن تقيد الوصول إلى الخدمات الثانوية المتقدمة. يُرجى الرجوع إلى الفصل الخامس القسم ٥-٢ الخاص بتقييم الأثر الاجتماعي لمزيد من التحليل والتفاصيل.

يتضمن أصحاب المصلحة الرئيسيين ايضاً الحكومة ومقدمي الخدمات الصحية من القطاع الخاص، بمن فيهم الأطباء (المتخصصين أو الممارسين العامين)، وأطباء الأسنان، والصيادلة، وفنيي المعامل، والممرضات، وأخصائيين العلاج الطبيعي، وغيرهم الذين يعملون في المستشفيات الحكومية والعامة، أو مراكز الرعاية الصحية، أو الوحدات الصحية أو في مؤسسات تقديم الخدمات الخاصة. والمنظمات المجتمعية والمنظمات غير الحكومية التي تقدم الخدمات الصحية -بما فيها العيادات ذات الانتماء الديني وغيرها من المنظمات الخيرية- جميعها مسجلة في وزارة التضامن الاجتماعي. ومن بين أصحاب المصلحة الذين يهتمون أيضًا بالمشروع شركات التأمين وشركات الأدوية. علاوة على ذلك، فإن **نظام التأمين الصحي الشامل سيُدار من قِبل وكالات حكومية مركزية متعددة**. وتتضمن هذه الوكالات - على سبيل المثال وليس الحصر-وزارة المالية، ووزارة الصحة والسكان، ومكتب رئيس الجمهورية، ومكتب رئيس الوزراء. ويوضح الشكل ٢ أصحاب المصلحة الرئيسيين.

٤-١ الأطراف المتأثرة بالمشروع:

- **المواطنون المصريون في المحافظات الست:**

يعاني معظم المواطنين في الوقت الحالي من نتائج صحية سيئة وخدمات طبية غير كافية. إذ توجد أوجه تباين في المناطق الجغرافية بالمقارنة بالتعداد السكاني في المناطق الريفية، والنائية والعشوائية كونها الأكثر حرمانًا. وعلى الرغم من تعدد مقدمي الخدمات، لا يُعد تمويل الرعاية الصحية كذلك متكافئًا مع النفقات من جيب المواطن كونها المصدر الرئيسي لتمويل الرعاية الصحية. وتنفق الأسر في الشريحة الخمسية الأقل دخلًا ٢١ في المائة من دخلها على التكاليف المرتبطة بالرعاية الصحية، في مقابل ١٣,٥ في المائة لأولئك في

الشريحة الخمسية الأعلى دخلًا.[٥] ومع التنفيذ الكامل لنظام التأمين الصحي الشامل، من المتصور أن جميع المصريين ستتم تغطيتهم بخدمات صحية ذات جودة في حين ضمان مستوى كافٍ من الحماية المالية. ومن المتوقع للنظام الجديد أن يقلل بشكل ملحوظ النفقات الكبيرة من جيب المواطن (حوالي من ٦٠ إلى ٧٠ في المائة من إجمالي الإنفاق الصحي على مستوى الدولة)، وهو ما يجب بدوره أن يساعد في تخفيف الأعباء المالية ذات العلاقة، وخصوصًا من على كاهل الفقراء، ويزيد من الوصول إلى الخدمات.

من المتوقع أن يستفيد المواطنون المصريون في المحافظات المستهدفة من خدمة رعاية صحية ذات جودة عالية أكثر تحسنًا سوف تكون متوفرة بشكل متكافئ للجميع، وستُقدم وفقًا لمعايير دولية عالية المستوى تُطبق بشكل صارم للسماح بحصول المنشآت الصحية على الاعتماد. كما أنه من المتوقع أن يجلب المنهج المتركز على المريض وما يستتبعه من تغير كبير في عقلية مقدمي الخدمات ومؤسسات الرعاية الصحية الكثير من المزايا للمرضى من خلال إعطائهم الفرصة للتعقيب على جودة الخدمة ومزيد من التوجه نحو منحهم حقوقهم.

- **السكان الفقراء (المقصود إعفاؤهم من قسط التأمين والمدفوعات المشتركة):**

يحدد قرار رئيس الوزراء رقم ٢٠١٩/١٩٤٨ الأشخاص غير القادرين ماليًا وضوابط إعفائهم وأسرهم من دفع قسط التأمين والمدفوعات المشتركة للتأمين الصحي. ستغطي الخزانة العامة اشتراكات الأشخاص غير القادرين ماليًا والضعفاء الذين يستوفون أي من الشروط الآتية٦: (١) الشخص أو الأسرة التي تستحق دعمًا نقديًا من شبكة الحماية الاجتماعية برنامج تكافل وكرامة وبرنامج الضمان الاجتماعي الأقدم، (٢) الفرد أو رب الأسرة غير العامل الذي لا يستحق أو استنفد فترة استحقاقه لمزايا البطالة بما في ذلك كل شخص معيل في نفس الأسرة، (٣) الفرد أو رب الأسرة الذي ليس لديه مورد للرزق أو دخل، والذي ليس لديه رعاية أسرية وقاطن في منشأة اجتماعية أو منشأة رعاية صحية، (٤) الفرد أو رب الأسرة المعاق الذي لا يستطيع كسب المال أو ليس لديه أي مصدر للدخل، دون المساس بقانون الأشخاص ذوي الإعاقة، (٥) الأفراد أو الأسر القاطنين في مناطق جغرافية معينة ويعانون بشكل مؤقت من كارثة طبيعية أو من صنع الإنسان، و(٦) الشخص أو رب الأسرة الذي لا يكفي متوسط دخله احتياجاته أو الاحتياجات الضرورية لأفراد أسرته بعد الطعن أمام لجنة مختصة ، لجنة قيد الأشخاص غير القادرين لتقييم الاستحقاق. ووفقًا للبيانات الوطنية المتوفرة -التي هي محدودة بدرجة كبيرة-فإن العدد المقدر للأشخاص الضعفاء -وفقًا للمعايير المذكورة-هو ٢,٢١٨,٩٤٨ فردًا استنادًا إلى معدل الفقر الوطني لكل محافظة الوارد بالتفصيل في الإحصاء الوطني للسكان لعام ٢٠١٧.[٧]

يمكن لهذه الفئات -على المدى الطويل-أن تكون في وضع أفضل عندما يقيدون في نظام التأمين الصحي، إذ يبدو نظام التأمين الصحي الجديد المنهج الرئيسي لتحسين أنظمة الرعاية الصحية. وبناءً عليه، هناك احتمالية كبيرة للمواطنين الذين يندرجون تحت هذه التصنيفات بأن يستفيدوا من هذا النظام، إذ سوف ترعى الدولة أقساط التأمين والمدفوعات المشتركة الخاصة بهم.

- **السكان أشباه الفقراء:**

يمكن أن يُستبعد أشباه الفقراء من حيث الإعفاء من الإسهامات. حيث أنهم سيتم تصنيفهم بوصفهم من المؤهلين للدفع، فإن خصم النسبة المئوية من الأقساط والمدفوعات المشتركة ربما يُدخلهم في دائرة الفقر. ولا يتضح كم عدد الأشخاص الذين قد يصادفون هذا الخطر. وتتميز عملية اجتياز هذه الفئات لتحديد أنفسهم بأنفسهم مؤهلين للإعفاء بأنها طويلة للغاية ومعقدة جدًا، ومن المحتمل أن تثني الفئات عن التقدم للحصول على الإعفاء. بناءً عليه، يجب تقييم عملية الإعفاء مع مراعاة الممارسة الفعلية. وفي الفترة الأخيرة، أعلنت لجنة قيد الأفراد غير القادرين أنها استقبلت إجمالي ١٥,٠٠٠ مقدم طلب من محافظة بورسعيد وهي الأن تحت الدراسة. ويجب تقييم العملية، كما أن الاستراتيجيات التي تركز قيد الأسر المستحقة يجب أن تكون متركزة على العملية ومعالجة القيود التي ربما تستبعد الأسر المؤهلة.

---

[٥] رافع، ووليامز وحسن. (٢٠١١). مسح إنفاق الأسر على الصحة والاستغلال بمصر لعام ٢٠١٠. بيثيسدا، طبيب: الأنظمة الصحية مشروع ٢٠/٢٠، شركة إيه بي تي أسوشيتس

٦ قرار رئيس الوزراء رقم ٢٠١٩/١٩٤٨

[٧] الملحق ٣ عدد الأفراد الضعفاء استنادًا إلى معدل الفقر الوطني.

- **الأفراد والجماعات غير القادرة والضعيفة الأخرى.**

كما ورد بالتفصيل في تقييم الأثر الاجتماعي، هناك خطر محتمل بأن بعض الجماعات الضعيفة قد لا يكون لديها الاستفادة المثلى وقد تُستبعد من مزايا المشروع. وهذه الفئات هي:

الأشخاص ذوو الإعاقة: من المتوقع أن يستفيد الأشخاص ذوو الإعاقة بشكل كبير من نظام التأمين الصحي الشامل، بما في ذلك الإعفاءات التي تقدمها الدولة. وتوفر معايير الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بشأن السلامة الشخصية مجموعة من التدابير تسمح بالوصول المادي للأفراد ذوي الإعاقة إلى المقار الصحية على المستويين الأساسي والأعلى للخدمات. بالإضافة إلى ذلك، يخطط نظام التأمين الصحي الشامل لتزويد منشآت الرعاية الصحية الأساسية بالعاملين الصحيين الضروريين في المجتمعات الريفية والنائية. وسيعمل ذلك بدوره على دعم الأشخاص ذوي الإعاقة وأسرهم للوصول إلى الخدمات الصحية الأقرب لهم. وبرغم ذلك، فإن العبء المحتمل للنفقات الأخرى المرتبطة بالإعاقات -بما في ذلك خدمات المرافقة الطبية، وتكلفة النقل، وفي بعض الأحيان التقدم للحصول على الخدمات في المراكز الحضرية والتمريض-التي لن يغطيها نظام التأمين الصحي الشامل يجب أن يتم رصده. ولا يعالج بناء القدرات للموظفين الصحيين ومقدمي الخدمات الصحية مشكلات الإعاقة، وبالتالي فإن المستفيدين الذين يندرجون تحت هذه الفئة قد لا يحصلون على الخدمات المناسبة. بناءً عليه، من المهم رصد هذه الفئة والتشاور معهم أيضًا خلال تنفيذ هذا البرنامج.

النساء اللاتي يعشن في المجتمعات الريفية والنائية: بموجب نظام التأمين الصحي الشامل، فإن الأفراد الذين يرغبون في الحصول على خدمات صحية أرقى يجب إحالتهم من قِبل طبيب الأسرة الموجود في وحدة الرعاية الصحية الأساسية. وهذه الآلية قد تقيد الوصول إلى النساء من المجتمعات الأكثر محافظة، على سبيل المثال بعض المجتمعات يكون لديها ارتياحيه أكبر عند إجراء الكشف من قِبل الطبيبات الإناث (تم ذُكر الأمر في التشاور العام مع المجتمعات القبلية في جنوب سيناء). وبالمثل، سيكون الأشخاص الذين يعيشون في المناطق الريفية والتي تنتمي إلى عقيدة معينة أكثر ارتياحًا لإجراء الكشف عليهم من قِبل طبيب ينتمي إلى نفس العقيدة والجنس والنوع. وهناك نقص عام في أطباء الأسرة، وبالتالي فإن تخصيص طبيبة أنثى في المناطق الريفية والنائية سيكون أمرًا صعبًا بشدة للحكومة.

الأشخاص الذين يعيشون بفيروس نقص المناعة البشرية: في ظل غياب إجراءات التشغيل القياسية وموظفي الرعاية الصحية المدربين في وحدة الرعاية الصحية الأساسية، قد يعاني الشخص المصاب بفيروس نقص المناعة البشرية من التمييز في المنشآت الصحية، نظرًا لأسباب متعددة، بما في ذلك الوصم بالعار[٨] والخوف من العدوى نظرًا لقلة معرفة وخبرة الفرق الصحية في التعامل مع ذلك المرض المعدي. بناءً عليه، قد يمتنع الأفراد المصابون بفيروس نقص المناعة البشرية عن طلب الملاحظة الصحية في منشآت الرعاية الأساسية أو لا يصرحون بإصابتهم بفيروس نقص المناعة البشرية.

يجب أن يستمر المشروع في رصد الأثر الواقع على تلك الفئات عن كثب، ويجب اتخاذ تدابير تخفيف مناسبة لمعالجة أي آثار ناشئة. ويجب أن تدعم خطة إشراك أصحاب المصلحة الحكومة من خلال ضمان فتح قناة اتصال مستمرة مع تلك الفئات للحصول على تعقيباتهم.

- **المواطنون العاملون في الكيانات الخاصة:**

تشمل هذه الفئة الفرعية من المواطنين المصريين الأشخاص الذين يعملون في قطاع البترول وشركات الاستثمار والبنوك الخاصة والقطاعات الأخرى غير المملوكة للحكومة أو التي لا تُشغلها الحكومة. ووفقًا لقانون التأمين الصحي الشامل رقم ٢٠١٨/٢، من المتوقع أن يدفع الأفراد الذين يعملون في الكيانات الخاصة نسبة ٥ في المائة قسطًا للتأمين لكل فرد/موظف، و١٠ في المائة إذا كان الفرد يعول أسرة تتكون من زوجة (غير عاملة) وطفلين. وفي المرحلة الأولى من البرنامج، فإن **تقدير يشمل ٥٠٥,٧٦٤ فردًا، بإجمالي ١٠ في المائة من تعداد السكان المستهدفين في المرحلة الأولى** (إحصاء الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء ٢٠١٧)، يراعي الأفراد المؤمن عليهم في القطاع الخاص فقط. ويمكن أن تتأثر هذه الفئة إذا طُلب منهم أن يدفعوا مرتين في مقابل التأمين الصحي (تكلفة قسط التأمين، فضلًا عن تغطية التكلفة الخاصة بشركة التأمين الخاصة لهم). إن قرار الانتقال بالكامل إلى نظام التأمين الصحي الشامل يخضع

[٨] في بعض الأحيان، تنظر العقلية الانتقادية العامة إلى الشخص المصاب بفيروس نقص المناعة البشرية بوصفه تعرض للعدوى بسبب عدم الإخلاص، وتتجاهل حقيقة أنه يمكن أن يكون أُصيب به في المنشآت الصحية دون المثلى نتيجة لعدم كفاية تدابير السيطرة على العدوى.

لتقدير أصحاب الأعمال لهم وليس قرارهم الخاص. بالإضافة إلى ذلك، فإنهم سيكونون ملزمين بدفع المتأخرات من خلال دفعة واحدة أو على أقساط حسبما هو مذكور في قانون التأمين الصحي -المادة (٤٨) تنص على أن استغلال خدمات التأمين الصحي الاجتماعي الشامل يتطلب أن يكون المستفيد مشاركًا في النظام ويدفع نصيبه. أما الأفراد الذين لا يلتحقون بنظام التأمين الشامل من البداية، بل يقررون القيام بذلك في وقت لاحق سيكونون ملزمين بدفع المتأخرات في دفعة واحدة أو على أقساط، باستثناء أي حالة من حالات الطوارئ التي تحددها الهيئة. كما أن بعض الموظفين يشعرون بالارتياح أيضًا مع مقدمي خدمات التأمين الصحي الحاليين لهم وقد يقاوموا التغيير إلى الخدمة الحكومية.

مقدمي الرعاية الصحية:

- **وزارة الصحة والسكان/ مقدمو الخدمات الصحية الحكوميون والعموميون:**

يُعد مقدمو الخدمات من القطاع الحكومي هم القوة العاملة التي تقدم بالفعل أنماط متعددة من الرعاية. ويتضمن الموظفون الذين يقدمون الخدمات الأطباء أو الممارسين العامين، وأطباء الأسنان، والصيادلة، وفنيي المعامل، والممرضات، وأخصائيين العلاج الطبيعي، وغيرهم ممن يعملون في المستشفيات الحكومية وشبه الحكومية، ومراكز الرعاية الصحية ووحداتها. ويمكن تحويل جميع هذه الوظائف إلى الهيئة العامة للرعاية الصحية. ومن المتوقع أن ينتج عن هذا التحويل عدد كبير من التأثيرات الإيجابية على مقدمي الرعاية الصحية. على سبيل المثال، سيتم تطبيق برامج الرواتب الجديدة بصفة خاصة على الموارد البشرية الذين سيتم استقدامهم لخدمة المناطق النائية، وسيتم توفير فرص التعلم والتدريب، وبيئة العمل الأفضل، والتطبيق الصارم لاشتراطات الصحة والسلامة المهنية، وتطبيق المعايير العليا للخدمات الدولية، وتقديم البروتوكولات والتوجيهات. بناءً عليه، يمكن أن يتأثر معظم مقدمي الرعاية الصحية بشكل إيجابي.

- **مقدمو الخدمات الخاصة، بما في ذلك الصيدليات الخاصة التقليدية، وعيادات الأطباء الخاصة، والمستشفيات الخاصة من جميع الأحجام.**

يشمل القطاع الخاص الكيانات الربحية، مثل الصيدليات الخاصة التقليدية، وعيادات الأطباء الخاصة، والمستشفيات الخاصة من جميع الأحجام. ويجب أن تستوفي المنشآت الخاصة معايير الاعتماد المطلوبة في غضون ثلاثة أعوام من تنفيذ القانون في نطاق محافظاتهم، من أجل التعاقد معها بموجب قانون التأمين الصحي الشامل (المادة ٣١ من اللائحة الخاصة بالتأمين الصحي الشامل). وفي ذلك السياق، يوفر تطبيق القانون فرصة جيدة جدًا للمنشآت الخاصة التي سيتم اعتمادها وضمها في النظام. وفي غضون ذلك، قد يتأثر أولئك الذين لن يكون بمقدورهم استيفاء معايير الاعتماد تأثيرًا سلبيًا. وللتصدي لهذا الخطر، تتخذ الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية برنامج توعية شامل لمقدمي الخدمات الخاصة حيث يتم شرح مزايا النظام إلى جانب جميع المعايير المطلوبة للحصول على الاعتماد. ومن أساليب الدعم الاستباقية الأخرى لدعم مقدمي الخدمات الخاصة هو اعتبارهم ضمن الاعتقاد الحكومي بأن القطاع الخاص هو شريك رئيسي وضروري في تقديم الخدمات. وتعتبر الحاجة إلى ضم مقدمي الخدمات الخاصة ذات أهمية خاصة في بعض المحافظات حيث يكون مقدار الخدمات التي يقدمونها مرتفعًا بشكل كبير إذا ما قورن بخدمات الحكومة. يُرجى الاطلاع على الملحق ٢، تراوح عدد الوحدات الصحية المزودة بأسرة من قِبل القطاع (العام/الخاص) في محافظات المرحلة الأولى من ٤,٥ في أسوان إلى ٤٥,٢ في السويس.[٩]

- **المنظمات الصحية المجتمعية / مقدمو الخدمات المجتمعيون**

هناك عدد كبير من المنظمات الصحية المجتمعية، على سبيل المثال المنظمات التطوعية الخاصة والمنظمات غير الحكومية التي تقدم الخدمات الصحية، بما في ذلك العيادات التي تنتمي إلى مؤسسات دينية، وغيرها من المؤسسات الخيرية، وجميعها مسجلة لدى وزارة الشؤون الاجتماعية. وهذه المنظمات غير الحكومية والمنظمات التطوعية الخاصة تعمل بنشاط كبير في المناطق والقرى الريفية الفقيرة النائية التي تحصل بشكل محدود على خدمات الرعاية الصحية. وتفتقد الإحصاءات الحالية إلى عدد هذه المؤسسات في المحافظات الست. وتعي الحكومة الوظائف الجوهرية التي تقدمها هذه الفئة من مقدمي الخدمات، وبصفة خاصة للمناطق الريفية والنائية. وبناءً عليه، تولي الحكومة -وخصوصًا الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية-اهتمامًا كبيرًا لدعم هذه المنظمات غير الحكومية من أجل رفع معاييرها كي يكون بإمكانها الحصول على الاعتماد. وفي ضوء ذلك، يُتوقع من تلك المنظمات غير الحكومية -بوصفها مقدمي خدمات-أن تستفيد من المشروع. برغم ذلك، قد تجد المنظمات غير الحكومية صغيرة الحجم وتلك المؤسسات ذات الإمكانيات المحدودة صعوبات في استيفاء

[٩] مصر في أرقام -إحصاء الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء ٢٠١٨.

معايير الاعتماد. وقد يؤدي ذلك إلى آثار سلبية محتملة عليها وعلى الموارد البشرية المشاركة فيها. وجدير بالذكر أن الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية تقوم بنفس برنامج التوعية الشامل بالاشتراك مع المنظمات غير الحكومية لمساعدتها في الحصول على الاعتماد. ويسري ذلك بصفة خاصة في المحافظات التي تعتمد بشكل كبير على خدمات المنظمات غير الحكومية، مثل الأقصر وجنوب سيناء.

- **شركات التأمين الصحي التجارية الخاصة.**

تُعد شركات التأمين الصحي التجارية الخاصة في الوقت الحالي هي المقدم الرئيسي لخدمات التأمين الصحي للعديد من الكيانات الحكومية والخاصة والمستفيدين (على سبيل المثال البنوك، والنقابات، والشركات، وغير ذلك). ولا تتضح طبيعة الأثر المتوقع من المشروع على تلك الشركات. ففي حين أن هناك خطرًا يبدو من تعميم المشروع على الأعمال التي تقدمها تلك الشركات، فإن المشاورات التي جرت خلال إعداد تقييم الأثر الاجتماعي وخطة إشراك أصحاب المصلحة تكشف النقاب عن أن التأمين الصحي الخاص لا يزال مهمًا حتى في الدول التي تم فيها إنجاز التغطية الشاملة. كما أن الحكومة تعي حجم الأعمال الخاصة بشركات التأمين الصحي التجارية الخاصة، وتخطط الحكومة لمواصلة الحوار معها لاكتشاف الخيارات المثلى للتعاون معها بدلًا من استبعادها. وقد أظهرت الشركات -من خلال المشاورات- أنها واثقة من أن برنامج التأمين الصحي الشامل للحكومة سيكون له أثر ضئيل عليها نظرًا لأسباب عديدة، بما في ذلك التنفيذ التدريجي المخطط للتأمين الصحي الذي تديره الحكومة، فضلًا عن الحوار المتواصل الذي يقترح أن الدور التكميلي للتأمين الصحي التجاري سيتم الوصول إليه.

- **الشركاء/ أصحاب المصلحة الحكوميون:**

يتضمن هؤلاء -على سبيل المثال وليس الحصر- (١) وزارة المالية التي تشرف على الهيئة العامة للتأمين الصحي الشامل، وتلعب دورًا مركزيًا في تمويل النظام وضمان الحماية المالية للفقراء، و(٢) وزارة الصحة والسكان التي تشرف على الهيئة العامة للرعاية الصحية من خلال ترقية منشآت الصحة العامة وتشغيلها بشكل مناسب، و(٣) مكتب رئيس الجمهورية الذي يشرف على الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بوصفها منظم مستقل لخدمات الجودة في نطاق مقدمي الخدمات العامة والخاصة، و(٤) مكتب رئيس الوزراء الذي يشرف على الهيئة المصرية للشراء الموحد والإمداد والتموين الطبي وإدارة التكنولوجيا الطبية. وبعبارات عامة جدًا، سوف تتأثر جميع الكيانات الحكومية المشاركة بشكل مباشر بالمشروع على نحو إيجابي. ويُعد نجاح المشروع هدفًا مشتركًا لتلك الكيانات على الرغم من التحدي المتعلق بالتنسيق وإدارة عبء العمل الإضافي. ويوضح الملحق ٣ المنظمات الرئيسية المشاركة في نظام التأمين الصحي الشامل والوظائف الرئيسية لأهمها.

٤-٢ الأطراف المهتمة الأخرى

- **الوزارات والجهات الحكومية الأخرى:**

تتضمن تلك الجهات على الأخص وزارة التضامن الاجتماعي، وهيئة الرقابة الإدارية، والجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء. وهذه الجهات أعضاء في لجنة قيد الأشخاص غير القادرين. وقد أُنشئت هذه اللجنة بقرار من رئيس مجلس إدارة الهيئة العامة للتأمين الصحي الشامل من أجل استقبال، وفحص وتقرير أوضاع المتقدمين للقيد بوصفهم أشخاصًا ضعفاء. وتُعد وزارة التخطيط جزءًا من لجنة قيادة المشروع التي سيتم إنشاؤها لتكون مسؤولة عن قيادة المشروع بوجه عام، والإشراف عليه، ومتابعة تقدم تنفيذه.

- **نقابة الأطباء:**

تُعد نقابة الأطباء هي الجهة التي تضم فئات مختلفة من الممارسين ذوي الخبرة الطبية. وهي من بين الجمعيات المهنية الأكثر فاعلية في القطاع الصحي. كما تُعد نقابة الأطباء الجمعية المهنية الأكثر احتمالية لتصبح مشاركة في أي إصلاح صحي. وتتابع النقابة عن كثب تنفيذ البرنامج والآثار المحتملة له على أعضائها، وربما تدعو إلى إجراء تغييرات لحماية حقوق الأطباء في حالة الحاجة إلى ذلك.

- **شركاء التنمية:**

كان هناك اتفاق متبادل بين الشركاء المختلفين لإجراء إشراك للعملاء وتنفيذ مهام بشكل موحد قدر الإمكان. وتدعم الوكالة الفرنسية للتنمية نظام التأمين الصحي الشامل بتمويل السياسة الإنمائية يُقدر بـ ٦٠ مليون يورو تركز على دعم الركائز القانونية الأساسية للنظام. علاوة على ذلك، تستكشف وكالة اليابان للتعاون الدولي فرصًا للمشاركة في تمويل موازٍ مع البنك وفقًا لنمط التمويل القائم على النتائج (بعد

أبريل ٢٠٢٠). وفي النهاية، قدمت منظمة الصحة العالمية مساعدة فنية لنظام التأمين الصحي الشامل، وتخطط حاليًا لتنسيق جهودها مع البنك في هذا الصدد. ويتم اتباع التنسيق المبكر والمشاركة مع شركاء التنمية الآخرين لضمان الاتساق والتناغم في الاستجابة للاحتياجات المالية والفنية لنظام التأمين الصحي الشامل.

- المنظمات الطبية والمجتمعية:

يتضمن أصحاب المصلحة الآخرين الذين قد يكونون مهتمين بالمشروع المنظمات المجتمعية ووسائل الإعلام الفاعلة في القطاع الصحي في مصر على جبهات متعددة. ويمكن أن تدعم هذه المنظمات نظام التأمين الصحي الشامل خلال تنفيذ السياسة البيئية والاجتماعية بواسطة إجراء حملات التوعية المجتمعية، وتيسير أنشطة التشاور، وتنفيذ الأنشطة وجهًا لوجه وأنشطة التوعية والتعليم والاتصال بشأن مزايا نظام التأمين الصحي الشامل، فضلًا عن إمكانية دعم أنشطة التسجيل والقيد. وفي نفس الوقت، هناك فئات من المنظمات غير الحكومية التي تقوم بدور فعال في متابعة الأطراف الأخرى/المتابعة المستقلة للبرامج المتعلقة بالصحة. وفي الفترة الأخيرة، أجرت المبادرة المصرية للحقوق الشخصية وشمسية لحلول الرعاية الصحية المجتمعية المبتكرة تقييمًا مجتمعيًا لنظام التأمين الصحي الشامل في محافظة بورسعيد. وتمت مناقشة النتائج مع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية ويتم تقديم المعلومات في هذا الشأن في سبيل المضي قدمًا.

يجدر الذكر أن مجموعات أصحاب المصلحة المحددة والتحليل الذي تم إجرائه كجزءً من الإعداد للمشروع (خلال إعداد وثيقة تقييم المشروع) يجب أن يتم مراجعتها بعد ستة شهور من تفعيل البرنامج، لأن مجموعات أصحاب المصلحة المراد إشراكها قد يتم التوسع فيها خلال تنفيذ المشروع. علاوة على ذلك، يجب أن يُنظر إلى خطة إشراك أصحاب المصلحة بوصفها وثيقة حية، وبالتالي يتم تحديثها باستمرار من قِبل وحدة تنفيذ المشروع مع تقدم المشروع.

٤-٣ ملخص احتياجات أصحاب المصلحة للمشروع

يلخص الجدول ٢ مجموعات أصحاب المصلحة المحددة أعلاه ويحدد الوسائل المفضلة للتواصل مع أصحاب المصلحة هؤلاء، ومدى تواتر إشراكهم. ويجب أن تراعي اجتماعات التواصل والتشاور التي تُعقد مع الفئات المختلفة من أصحاب المصلحة المتأثرين مستوى التعليم ومصطلحات اللغة المحلية، وبصفة خاصة عند التواصل مع القرويين والمجتمعات القبلية، لا سيما عندما تُعقد هذه الاجتماعات في محافظات صعيد مصر وجنوب سيناء.

الجدول ٢ : ملخص احتياجات أصحاب المصلحة للمشروع

فئة أصحاب المصلحة	الخصائص الرئيسية	تواتر الإشراك	أسلوب الإخطار المفضل	الاحتياجات الخاصة
المواطنون المصريون في المحافظات الست:	الخصائص الاقتصادية الاجتماعية المختلفة، بما في ذلك اختلاف الطبقات الاجتماعية، ومستوى التعليم، والتقسيم الحضري/الريفي، والسكان القبليين.	• يجب أن يتم الإشراك بوصفه عملية مستمرة في مختلف مراحل تنفيذ المشروع. • خلال مرحلة التسجيل للمحافظات الخمس، وحسب الحاجة خلال مدة حياة البرنامج. • يجب توعية المصريين وتحديث معلوماتهم بشكل منتظم/شهريًا بشأن نظام التأمين الصحي الشامل وأن يحصلوا على معلومات تخص نتائج استطلاعات رضا العملاء المنتظمة ونتائج آليات التعامل مع الشكاوى. • عند الأهداف المرحلية المختلفة المتعلقة بتقييم النظام.	مجموعة كبيرة من أساليب الإخطار وفقًا للحالة الاقتصادية الاجتماعية، والمستوى التعليمي والثقافي. يتضمن ذلك -على سبيل المثال وليس الحصر-ما يلي: وسائل الإعلام ووسائل التواصل الاجتماعي -شبكات التلفاز والراديو. الرأي العام، والمدونات، والمواقع الإلكترونية، والمعلومات المكتوبة، والتقارير ومنشورات نظام التأمين الصحي الشامل، أدوات مرئية لاستيفاء اشتراطات الأشخاص الأميين.	تُعد احتياجات الفئات المختلفة متنوعة، ويجب صياغة الرسائل وأسلوب الإشراك وفقًا لاحتياجات كل فئة مستهدفة لضمان إجراء العملية بطريقة تشاركية ومناسبة ثقافيًا، وبأسلوب يلائم إمكانيات الفئات المستهدفة. تعزيز المشاركة وآليات المساءلة باتجاه الجمهور، من خلال وضع آلية للتعقيب داخل منظومة نظام التأمين الصحي الشامل أو خارجها. نشر معلومات عن آليات التعامل مع الشكاوى.
السكان الفقراء (المقصود إعفاؤهم من قسط التأمين والرسوم المشتركة)	الصوت المحدود، التمثيل المنخفض، عدم الحصول على المعلومات، أكثر ضعفًا وفقًا للحكومة وقرار رئيس الوزراء.	• في مرحلة مبكرة للتسجيل في النظام. • خلال الإعداد لتعميم النظام من قِبل وزارة الصحة والسكان. • خلال دورة حياة المشروع.	إشراك المنظمات غير الحكومية، آراء القادة، يصل العاملون الصحيون إلى الأشخاص الضعفاء على المستوى المجتمعي للمساعدة في نشر المعلومات، وتنظيم فاعلية للتشاور على المستوى المجتمعي. إجراء زيارات لمنشآت الرعاية الاجتماعية أو الصحية. شبكات التلفاز والراديو، والصحف والمواقع الإلكترونية، ووسائل التواصل الاجتماعي.	عقد الاجتماعات في المواقع القريبة داخل المجتمعات، الوصول إلى الفئات غير القادرة لضمان توفر المعلومات عن المشروع وأليات التعامل مع الشكاوى. اجتماعات منفصلة مع النساء في جنوب سيناء وصعيد مصر.
السكان أشباه الفقراء:	الصوت المحدود، التمثيل المنخفض، عدم الحصول على المعلومات،	• في مرحلة مبكرة للتسجيل في النظام. • خلال الإعداد لتعميم النظام من قِبل وزارة الصحة والسكان. • خلال دورة حياة المشروع.	أساليب متنوعة كالمذكور أعلاه.	تقديم الدعم في استكمال مستند التعريف الذاتي الخاص بالأهلية. مشاركة المعلومات باستخدام أساليب مناسبة محليًا.

فئة أصحاب المصلحة	الخصائص الرئيسية	تواتر الإشراك	أسلوب الإخطار المفضل	الاحتياجات الخاصة
	قد تتم مصادفة تحدٍ لإظهار أنهم مؤهلون للإعفاء.			
الأفراد والجماعات المحرومة والضعيفة الأخرى (بصفة خاصة النساء في المناطق الريفية النائية/المجتمعات القبلية)، والأشخاص المصابون بفيروس نقص المناعة البشرية، والأفراد ذوو الإعاقة.	الوصم بالعار الاجتماعي خطر الاستبعاد القيود على الحركة	في مرحة مبكرة من المشروع، يجب التشاور مع تلك الفئات لمناقشة احتياجاتهم. خلال التنفيذ لتلقي التعقيبات	أنشطة الوصول إلى السكان المستهدفين (النساء في المناطق النائية والأشخاص ذوي الإعاقة) باستخدام فرق مناسبة (على سبيل المثال العاملات الإناث للتعامل مع النساء، والعاملين الصحيين المدربين للتعامل مع الأشخاص المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية). المشاركة والتشاور بطريقة تحترم السرية والخصوصية الثقافية.	الخصائص الضعيفة لأولئك الأفراد يجب مراعاتها. آليات التعامل مع الشكاوى المناسبة (مع عدم الإفصاح عن الهوية عند الحاجة) يجب وضعها لتلبية احتياجات السرية المحتملة.
المواطنون الذين يعملون في كيانات خاصة:	موظفو القطاع الخاص ذوو الخصائص الاقتصادية الاجتماعية، بما في ذلك الطبقات الاجتماعية المختلفة، ومستويات التعليم المختلفة.	في مرحلة مبكرة للتسجيل في النظام.	جلسات التشاور مع القطاع الخاص الأوسع نطاقًا، والمراسلات الرسمية، عقد مؤتمر مع أصحاب العمل، وبصفة خاصة مع القطاع الخاص الذي لديه فروع في محافظات المرحلة الأولى.	قبل عقد هذا الاجتماع، سيكون للهيئة العامة للتأمين الصحي الشامل رؤية واضحة بشأن كيفية مشاركة شركات التأمين الخاصة التي تتعامل في الوقت الحالي مع القطاع الخاص.
مقدمو الخدمات الصحية وزارة الصحة والسكان/موظفو الحكومة والقطاع العام.	مقدمو الخدمات الصحية الذين يعملون في المنشآت الصحية الحكومية والعامة التي لن يتم اعتمادها أو في المنشآت ذات عدد الموظفين الزائد.	حسب الحاجة خلال تنفيذ نظام التأمين الصحي الشامل	المراسلات الرسمية وأوراق السياسة، اجتماعات التشاور ومناقشات المائدة المستديرة، آلية شكاوى العمال.	بيان السياسة بشأن التدريب من أجل التحول وفرص التعليم سيتم تقديمه لإعادة توطين الموظفين أو إعادة توزيعهم.
منظمات القطاع الخاص والمنظمات الصحية المجتمعية	يتضمن القطاع الخاص المنظمات الربحية والمنظمات غير الربحية، مثل العيادات الخاصة، والمستشفيات من جميع	قبل البدء في البرنامج في كل محافظة من محافظات المرحلة الأولى، وخلال التنفيذ عند الحاجة في محافظة بورسعيد.	المراسلات الرسمية، ووسائل الإعلام/وسائل التواصل الاجتماعي، قنوات الصحافة التقليدية (الصحف، وقنوات التلفاز والراديو)، والمؤتمرات	معلومات مكتوبة بشأن معايير اعتماد نظام التأمين الصحي الشامل: التسجيل - اشتراط واضح لأنواع مختلفة من المنشآت الصحية، والتوضيح بشأن دور

فئة أصحاب المصلحة	الخصائص الرئيسية	تواتر الإشراك	أسلوب الإخطار المفضل	الاحتياجات الخاصة
	الأحجام، والمعامل، ومراكز العلاج الطبيعي، وغير ذلك.		الصحفية، وأوراق السياسة، واجتماعات المشاورات، ومناقشات المائدة المستديرة، وآلية شكاوى العمال.	المنشآت غير المعتمدة، وفرص مقدمي الخدمات للانضمام إلى برنامج الهيئة العامة للتأمين الصحي الشامل/البقاء فيه. معايير الاعتماد لجميع أنواع المنشآت الصحية.
شركات التأمين الصحي الخاصة	مصر والقطاع الخاص على المستوى العالمي. تمتلك شركات التأمين فريقًا صحيًا يتألف من ممارسين عامين وأخصائيين يقدمون الخدمات في التأمين الصحي من خلال شبكة من مقدمي الخدمات الصحية.	قبل البدء في البرنامج في المحافظة الجديدة. خلال التنفيذ حسب المطلوب في محافظة بورسعيد	المراسلات الرسمية، مناقشات المائدة المستديرة، جلسات التشاور.	رؤية واضحة من الهيئة العامة للتأمين الصحي بشأن كيفية مشاركة التأمين الصحي الخاص في نظام التأمين الصحي الشامل. من المقرر إعداد مسودة ورقة سياسة للدور التكميلي للتأمين الصحي التجاري قبل التشاور.
الشركاء/ أصحاب المصلحة الحكوميون: وزارة المالية، ووزارة الصحة والسكان، والهيئة العامة للتأمين الصحي الشامل، والهيئة العامة للرعاية الصحية، والهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية والهيئة المصرية للشراء الموحد والإمداد	تنظيم الشركاء المسؤولين عن تنفيذ نظام التأمين الصحي الشامل. لجنة قيادة المشروع سيتم تشكيلها من أجل الإشراف، ومتابعة التنفيذ، وصنع القرار. لجنة قيد الأشخاص غير القادرين. أُنشئت هذه اللجنة بقرار من رئيس مجلس إدارة الهيئة العامة للتأمين الصحي الشامل من أجل استقبال، وفحص وتقرير أوضاع المتقدمين للقيد بوصفهم أشخاصًا غير قادرين.	بانتظام (أسبوعيًا). لجنة قيادة المشروع ستنعقد كل ستة شهور على الأقل.	المراسلات الرسمية، جميع أنواع التقارير، والمؤتمرات، والاجتماعات، والاستطلاعات، وأوراق السياسة، ومنتديات المناقشة. خطط العمل والموازنات السنوية،	

فئة أصحاب المصلحة	الخصائص الرئيسية	تواتر الإشراك	أسلوب الإخطار المفضل	الاحتياجات الخاصة
والتموين الطبي وإدارة التكنولوجيا الطبية.				
شركاء التنمية:	وكالة التنمية الفرنسية، ووكالة اليابان للتعاون الدولي، ومنظمة الصحة العالمية قدمت مساعدة فنية (لنظام التأمين الصحي الشامل، وتخطط حاليًا لتنسيق جهودها مع البنك في هذا الصدد. المشاركة في المساعدة الفنية وغير الفنية (الإدارة التشغيلية).	بتكرار (شهريًا)	المراسلات الرسمية، والاجتماعات، وورش العمل، والمؤتمرات، والمنصات عبر الإنترنت، والتحديثات المنتظمة بشأن تقدم العمل.	
نقابة الأطباء:	نقابة الأطباء هي الجهة التي تضم الأطباء، وحتى الآن هي الجمعية المهنية الأكثر فاعلية في القطاع الصحي.	حسب المطلوب	المراسلات الرسمية، والاجتماعات، وورش العمل، والمؤتمرات.	
أصحاب المصلحة الآخرون.	يتضمن أصحاب المصلحة الآخرون المجتمع المدني، والمنظمات المجتمعية، والمنظمات غير الحكومية، ووسائل الإعلام الفاعلة في القطاع الصحي بمصر. قد يكون لها معرفة عميقة بشأن الصحة، ويمكن أن يدعموا نظام التأمين الصحي الشامل خلال تنفيذ السياسة البيئية والاجتماعية.	في مرحلة مبكرة وخلال التنفيذ في المراحل المختلفة.	المراسلات الرسمية، ووسائل الإعلام ووسائل التواصل الاجتماعي، وقنوات الصحافة التقليدية (الصحف، وقنوات التلفاز والراديو)، والمؤتمرات الصحفية، واجتماعات التشاور.	

٥. برنامج إشراك أصحاب المصلحة

إشراك أصحاب المصلحة هي عملية مستمرة يوظفها المشروع لإشراك أصحاب المصلحة المعنيين لغرض واضح لتحقيق نتائج مقبولة. وهي تشمل مجموعة من الأنشطة والتفاعلات على مدى عمر المشروع تتضمن تحديد وتحليل أصحاب المصلحة، والافصاح عن المعلومات، والتشاور مع أصحاب المصلحة، والشراكات، وإدارة الشكاوى، وإشراك أصحاب المصلحة في متابعة المشروع، وتقديم الملاحظات، وإعداد التقارير ومهام الإدارة.

ويمكن تلخيص الأهداف الرئيسية لخطة إشراك أصحاب المصلحة على النحو التالي:

- فهم متطلبات عملية إشراك أصحاب المصلحة للبرنامج وتحديد أصحاب المصلحة الرئيسيين المتأثرين و/أو القادرين على التأثير في البرنامج وأنشطته؛
- تحديد عملية التشاور مع أصحاب المصلحة وأنشطة التواصل طوال مدة البرنامج؛
- تحديد أفضل الأساليب والتوقيتات والهيكل الذي يمكن من خلاله تبادل المعلومات المتعلقة بالمشروع، وضمان التشاور المنتظم والمتاح والشفاف والمناسب؛
- تشجيع المشاركة المتساوية لجميع الفئات المعنية بعملية التشاور وتهيئة الظروف المناسبة لتشجيع جميع الفئات، بما في ذلك الفئات غير القادرة/المحرومة على المشاركة (بما في ذلك استخدام نُهج التشاور المصممة خصيصاً)؛
- تسهيل التواصل والتشاور المفتوحين والمستمرين بين الحكومة ومجموعة أصحاب المصلحة في المشروع، بما في ذلك القطاع العام والخاص، والمواطنين؛
- إعداد وتفعيل آليات فعالة للتعامل مع الشكاوى؛
- تحديد إجراءات إعداد التقارير والمتابعة لضمان فعالية خطة إشراك أصحاب المصلحة وتحديد المراجعات الدورية للخطة.

وقد اعتبرت مخاطر أصحاب المصلحة مخاطر كبيرة في ضوء تعقد المؤسسات والجهات التي يتضمنها المشروع وعدم التيقن من القدرة على تنفيذ العمليات المستمرة لإشراك أصحاب المصلحة.

٥-١ برنامج إشراك أصحاب المصلحة

٥-١-١ الغرض والتوقيت

فيما يلي قائمة بالخطة المتصورة للمشاركة مع أصحاب المصلحة المحددين طوال دورة المشروع :

- بناء على خطة الحكومة، سوف يبدأ نظام التأمين الصحي الشامل في الأقصر وجنوب سيناء في الربع الثاني من عام ٢٠٢٠. وفي الربع الأخير من عام ٢٠٢٠، سوف تتبعهما أسوان والسويس والاسماعيلية. وبناء على ذلك، فقد بدأت الحكومة بالفعل في إقامة العديد من المشاورات ونشر المعلومات لجميع أصحاب المصلحة وأنشطة المشاركة على النحو المبين أعلاه والمفصل في الملحق١، ولا سيما في بورسعيد والأقصر وجنوب سيناء، وستظل مستمرة. وسيكون الجدول الزمني لتنفيذ أنشطة المشاركة ونشر المعلومات كما يلي:

- الأقصر وجنوب سيناء: الربع الأول من عام ٢٠٢٠ وستستمر طوال دورة المشروع
- أسوان والسويس والإسماعيلية: الربع الثالث من عام ٢٠٢٠ وستستمر طوال دورة المشروع

- وقبل تعميم نظام التأمين الصحي الشامل على باقي محافظات المرحلة الأولى، يجب إجراء تقييمات شاملة مع أصحاب المصلحة في بورسعيد لتقييم فترة التنفيذ السابقة للتجربة. وينبغي أن تشارك في هذا التقييم فئات مختلفة من أصحاب المصلحة المعنيين والأطراف المهتمة، بما في ذلك المواطنين ذوي الإعاقة والفئات غير القادرة/الضعيفة للاستماع إلى آرائهم وأخذها في الاعتبار في بقية المحافظات. وينبغي النظر في الدروس المستفادة لتوسيع نظام التأمين الصحي الشامل في محافظات المرحلة الأولى. ويجب التخطيط لهذا النشاط في الربع الأول والثاني من عام ٢٠٢٠.

- **المواطنون المصريون في المحافظات الست**: سوف يستمر تنفيذ حملة التوعية العامة لتعريف المواطنين في محافظات المرحلة الأولى بنظام التأمين الصحي الشامل وطريقة التسجيل. وسيستمر اتباع نفس النهج المناسب محلياً (الحملات المتنقلة في المناطق التي يصعب الوصول إليها). وسيتم التشاور مع جميع الجهات المعنية والأطراف المعنية في الأقصر وجنوب سيناء وإشراكهم في مراحل مختلفة. وسيتم تنفيذ معظم أنشطة المشاركة التالية قبل الإعلان الرسمي عن نظام التأمين الصحي الشامل في المحافظتين.

- من خلال لجنة قيد الأفراد غير القادرين، فضلاً عن المشاركة المباشرة مع أصحاب المصلحة المعنيين على أرض الواقع (بما في ذلك الفئات المهمشة)، إقامة حوار مستمر حول الفئات المحرومة يفيد بأن الدولة سوف تتحمل أقساط أسرهم وغيرهم من الفائت المحرومة / المهمشة الذين قد يتأثرون بشكل سلبي بالبرنامج إذا لم يكونوا مسجلين في أي من برامج الدعم النقدي والرعاية الاجتماعية. والهدف من هذه المشاركة هو ضمان معالجة أي قضايا ناشئة تتعلق بالفئات الضعيفة وأولئك الذين يمكن استبعادهم معالجة سليمة وسريعة. ومن المتوقع أن يتم ذلك شهرياً كجزء من الاجتماعات المقررة للجنة قيد الأفراد غير القادرين.

- إشراك المنظمات غير الحكومية المحلية؛ قادة الرأي؛ الزوار الصحيون للوصول إلى الأشخاص المهمشين على مستوى المجتمع المحلي للمساعدة في نشر المعلومات؛ وتنظيم المشاورات؛ وتسهيل التسجيل. وسيكون توقيت التنفيذ وفقا للتواريخ المذكورة سابقاً لتوسيع نطاق الهيئة العامة للتأمين الصحي الشامل في محافظات المرحلة الأولى.

- بناء على ممارسات التوعية العامة الحالية لوزارة الصحة ، ستتعاون وحدة إدارة المشروع من أجل تنفيذ المزيد من أنشطة المشاركة للوصول إلى قبائل سيناء والمجتمعات النائية في محافظات المرحلة الأولى. وسيستمر استخدام الوحدات المتنقلة لإبلاغ جميع المستفيدين والتشاور معهم وتشجيعهم على التسجيل في هذه المناطق بما في ذلك الفئات غير القادرة ، وخاصة الأشخاص ذوي الإعاقة. وقد تم تنظيم هذه الأنشطة وما زالت جارية في محافظتي الأقصر وجنوب سيناء.

- **المواطنون العاملون في الجهات الخاصة**: سوف تقوم وحدة إدارة المشروع بالهيئة العامة للتأمين الصحي الشامل بإعداد قائمة بشركات القطاع الخاص والمنظمات كبيرة الحجم التي تستخدم شركات التأمين التابعة للقطاع الخاص، بما في ذلك شركات البترول وشركات الاستثمار والبنوك وغيرها من القطاعات الخاصة التي لا تملكها أو تديرها الحكومة. ومن المتوقع وضع خطة تشاورية للتفاصيل لتلبية حاجة **المواطنين العاملين في الشركات الخاصة** حسب الحاجة لكل محافظة. وسوف تركز هذه الخطة على متطلبات الاشتراك في نظام التأمين الصحي الشامل. وفيما يلي الإطار الزمني لوضع هذه الخطط ، وسوف يكون التنفيذ عملية مستمرة.

  - بورسعيد: مارس ٢٠٢٠
  - الأقصر وجنوب سيناء: الربع الثاني من عام ٢٠٢٠
  - أسوان والسويس والإسماعيلية: الربع الثالث من عام ٢٠٢٠

٥-١-٢ مجالات المشاركة

سيتم تزويد الفئات المختلفة من أصحاب المصلحة المعنيين والأطراف المهتمة في كل محافظة بمجموعة متنوعة من المعلومات، حسب مرحلة المشروع. وسوف يختار فريق وحدة إدارة المشروع بالهيئة العامة للتأمين الصحي الشامل أفضل طريقة لنشر هذه المعلومات للجمهور المستهدف. وينبغي أن يتم تجميع هذه المعلومات بطرق مختلفة حسب ما يناسب الفئات المستهدفة لكي تشمل ما يلي: أهم البنود:

- الهدف من نظام التأمين الصحي الشامل في مصر
- المزايا التي ستعود على الأشخاص بموجب هذا النظام، وكذلك الفئة غير القادرة.
- خطة تنفيذ نظام التأمين الصحي الشامل
- إجراءات الاشتراك والتسجيل
- شرط التسجيل
- المستندات اللازمة لتحديد الهوية (للتأهل للإعفاء)
- أماكن تواجد مراكز الرعاية الأولية وطبيب الأسرة للتسجيل، وتوقيت تقديم الخدمات، ونظام التحويل، والوثائق المطلوبة.
- الخدمات التي سيتم تغطيتها وتفاصيل عن تقديم الخدمات (بما في ذلك نظام التحويل)؛
- شروط الاستخدام لخدمات التأمين الصحي الشامل الجديدة؛
- قائمة حديثة للجهات المقدمة للخدمات بما في ذلك وحدات الرعاية الأسرية والمستشفيات في كل محافظة
- نظام التعامل مع الشكاوى بما في ذلك رقم الخط الساخن لتقديم الشكوى (١٥٣٤٤)
- نتائج عمليات مسح واستطلاع لآراء المستفيدين

وينبغي للحكومة أن تعمل بانتظام مع مختلف أصحاب المصلحة، بما في ذلك الفئات غير القادرة والمهمشة، لتحديث تقييم الأثر البيئي وخطة إشراك أصحاب المصلحة، والحصول على التعقيبات حول مدى تنفيذ مختلف الالتزامات المنصوص عليها في المستندات.

٥-١-٣ الطرق المستخدمة في إشراك أصحاب المصلحة

يجب اختيار الطريقة التي ستستخدم على أساس سمات أصحاب المصلحة المستهدفين الذين سيتم التعامل معهم. وفيما يلي أمثلة على الطرق التي ينبغي استخدامها :

- استخدام أشكال مختلفة من وسائل الإعلام (بما في ذلك وسائل التواصل الاجتماعي)
- الزيارات المنزلية (لا سيما للمناطق النائية أو للمجموعات التي تواجه مشاكل في التنقل، مثل المسنين والمعوقين)
- حملة توعوية
- اجتماعات المنشآت الصحية
- مناقشة مجموعات التركيز (بما في ذلك النساء فقط)
- عمليات مسح لاستطلاع الآراء
- الاستفادة من قادة المجتمعات المحلية (خاصة القبائل)

وينبغي إعداد المواد المكتوبة والمرئية واستخدامها من قبل فرق مؤهلة لتقديم الدعم في أساليب المشاركة المختلفة المذكورة أعلاه حسب الحاجة.

٥-٢ الاستراتيجية المقترحة للإفصاح عن المعلومات

يعد التوقيت والتخطيط المتقدم في عملية المشاركة أحد العناصر الرئيسية التي تضمن أن المشاورات ذات صلة، ويُعتبر نشر المعلومات أيضا أمر بالغ الأهمية لإشراك أصحاب المصلحة في المشروع. وينبغي أن تكون المعلومات متاحة لأصحاب المصلحة من أجل التنفيذ الفعال للمشروع، وتشمل المعلومات والوثائق التي سيتم الافصاح عنها، على سبيل المثال لا الحصر، ما يلي:

مراحل المشروع	موضوع المشاورات	الطريقة	الجدول الزمني والمكان والزمان	أصحاب المصلحة المستهدفين	المسئوليات
قبل التقييم	تقييم الأثر الاجتماعي	عقد اجتماعات مع مختلف أصحاب المصلحة، على المستويين المركزي والمحلي، وفاعليات التوعية، ووسائل التواصل الاجتماعي، ومواقع الانترنت لمختلف الجهات المعنية	مقر عمل الجهات المختلفة على المستويين المركزي والمحلي، وكذلك في الأماكن العامة والمجالس المحلية	الجهات المنفذة، والجهات المقدمة للخدمات، والنقابات، والمجتمع المدني، والجهات المستفيدة المستهدفة	وزارة المالية بالتنسيق مع الجهات ذات الصلة
	خطة إشراك أصحاب المصلحة				
	خطة الالتزام البيئي والاجتماعي				
بعد التقييم / أثناء تنفيذ المشروع	صحائف الحقائق والأسئلة الشائعة حول المشروع		سيتم تحديد مواعيد محددة مع الجهات المنفذة والجهات المعنية الأخرى		
	تحديث تقييم الأثر الاجتماعي وخطة إشراك أصحاب المصلحة وخطة الالتزام البيئي والاجتماعي على النحو المطلوب				
	آلية التعامل مع الشكاوى والتقارير والإحصاءات ذات الصلة				
	مجموعة المزايا				
	تغطية غير قائمة على الاشتراكات للفئات غير القادرة				
	تحديثات أخرى				

وينبغي إتاحة المواد بالأشكال واللغات اللازمة للفئات غير القادرة والمهمشة، بما في ذلك الأفراد ذوي الإعاقة.

بالنسبة للجهات المقدمة للخدمات الصحية من القطاع الخاص والمجتمع المحلي: وضع استراتيجية شاملة للاتصالات ونشر المعلومات لإشراك مجموعة كبيرة من الجهات المقدمة للخدمات الصحية، خاصة الجهات التي تقع خارج مظلة الهيئة العامة للرعاية الصحية ، مثل المستشفيات الخاصة، والمنظمات غير الحكومية، والممارسين من القطاع الخاص، الخ. وهذا يحتاج إلى توضيح أدوار ومسئوليات الجهات المقدمة للخدمات وكذلك متطلبات الانضمام إلى النظام الجديد. ويجب أن تركز المستندات ونشر المعلومات على عملية الاعتماد

ومعاييره. بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر ما يلي:

- معلومات عامة عن عملية الاعتماد ذات المستويين تشمل: '١' التسجيل: ضمان استيفاء مقدم الخدمة لإجراءات السلامة الأساسية والإجراءات التنظيمية وإجراءات الترخيص؛ و'٢' الاعتماد: التصديق على جودة أعلى للعمليات الإدارية والسريرية والرعاية والصحة.
- متطلبات التسجيل للمنشآت الصحية التالية:
  - المستشفيات؛
  - مراكز الأشعة.
  - الصيدليات.
  - المختبرات؛
  - مراكز الرعاية الصحية الأولية؛ و
  - مراكز العلاج الطبيعي.

من المهم أن تعد الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية موقع على شبكة الانترنت لنشر هذه المعلومات، بالإضافة إلى الوسائل الأخرى للكشف عن المعلومات ونشرها.

وبالإضافة إلى المواقع على شبكة الانترنت، ينبغي استخدام مجموعة متنوعة من أساليب الاتصال للوصول إلى غالبية أصحاب المصلحة من خلال ما يلي:

- قنوات وسائل الإعلام الوطنية التقليدية مثل الصحافة المكتوبة مثل الصحف والإذاعة والشبكة التلفزيونية؛
- محطات الإذاعة والتلفزيون المحلية؛
- بوابات الأخبار عبر شبكة الإنترنت
- مدونات على شبكة الإنترنت
- وسائل التواصل الاجتماعي
- وسائل الافصاح عن المعلومات الأخرى مثل الملصقات والكتيبات ولافتات اللوحات الإعلانية والنشرات.

٥-٣ الاستراتيجية المقترحة لإدماج وجهة نظر الفئات المهمشة وتبادل المعلومات معها

سوف تكفل وزارة المالية دراسة آراء الفئات المهمشة أو غير القادرة وأخذها في الاعتبار خلال عملية التشاور. ويتبع المشروع نهجاً دينامياً للغاية ويحاول اعتماد نهجاً ذو صبغة محلية. ومن ثم، فإن من الأهمية بمكان ضمان مراعاة الآراء والتعقيبات الواردة من المجتمعات المحلية عند التنفيذ ووضع آلية مناسبة لإغلاق حلقة الأراء والتعقيبات.

وسيتم تصميم أساليب لتبادل المعلومات معدة خصيصاً وفقاً لطبيعة أنواع التهميش والحرمان والأنواع الشائعة منها. ويمكن أن تشمل هذه الآليات، على سبيل المثال، الوسائل المرئية ومترجمي لغة الإشارة للأشخاص ذوي الإعاقة السمعية والأميين؛ بالإضافة إلى التأكد من أن المكان سيكون في متناول الأشخاص ذوي الإعاقات الجسدية. ويمكن أن تشمل التدابير أيضا ترتيب دورات تدريبية محددة للنساء في المجتمعات المحافظة في محافظات جنوب سيناء أو صعيد مصر.

٦. آلية التعامل مع الشكاوى

آليات التعامل مع الشكاوى هي الأساليب والعمليات التي يتم من خلالها إيجاد حل للشكاوى وتوفيره. وتوفر آلية التعامل مع الشكاوى عملية يمكن التنبؤ بها وشفافة وذات مصداقية لجميع الأطراف (المواطنون، والمسئولون الحكوميون، والجهات المقدمة للخدمات)، مما يؤدي إلى نتائج تعتبر عادلة وفعالة ودائمة. ويمكن أن توفر آلية التعامل مع الشكاوى والتي تعمل بشكل جيد فوائد لكل من الحكومة ومقدمي الخدمات والمستفيدين. كما يمكن أن تساعد الموظفين على تحديد المشاكل قبل أن تصبح أكثر خطورة أو انتشاراً. يقدم الملحق٥ ملخصًا موجزًا حول حلقة الآراء المتعلقة بآلية التعامل مع الشكاوى والمحاور الرئيسية.

وقد أدى البدء في تنفيذ نظام التأمين الصحي الشامل بالفعل إلى وجود عدد كبير من الشكاوى والاقتراحات والاستفسارات التي استلزمت إنشاء آلية استجابة تفاعلية للتعامل مع هذه الشكاوى. ويوجد حالياً مركز اتصال يعمل على مدار الساعة طوال أيام الأسبوع مكلف بالرد على استفسارات المستفيدين وشكاواهم. ومن المفترض أن يكون هذا المركز قناة رئيسية للمشاركة، يمكن من خلالها تلقي الشكاوى وإعادة توجيهها إلى الهيئات ذات الصلة (مثل الهيئة العامة للرعاية الصحية أو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية أو الهيئة العامة للتأمين الصحي الشامل) لاتخاذ المزيد من الإجراءات/الحصول على المزيد من التعقيبات. ويتم الاعلان عن رقم مركز الاتصال على نطاق واسع من خلال جميع المشاورات التي أجريت والمواد الترويجية وأنشطة التوعية. منذ إنشائه في سبتمبر ٢٠١٩، تلقى مركز الاتصال ٤٩٦٨ شكوى واستفسار. وقد بلغ عدد الشكاوى الواردة ١٤٢٤ شكوى وجميع ما تبقى عبارة عن استفسارات. ومن الشكاوى الواردة، تم حل ١٣٧٧ شكوى والباقي قيد التحقيق[١٠]. ومن الجدير بالذكر أنه بالإضافة إلى الشكاوى والاستفسارات، يقدم مركز الاتصال أيضاً خدمات الحجز.

كما يمكن الرد على الشكاوى على مستوى المنشآت، حيث يوجد موظف في كل منشأة من منشآت الرعاية الصحية مسئولاً عن رضا العملاء. وكما ذكر آنفاً، وفر القانون قنوات معينة من خلال فروع الهيئة العامة للرعاية الصحية للمرضى لتقديم شكاوى أو الإبلاغ عن أي أحداث معينة قد تحدث أثناء التعامل مع النظام (المادة ١٧ من لائحة الهيئة العامة للتأمين الصحي الشامل). كما نص قرار رئيس الوزراء رقم ٢٠١٩/١٩٤٨ على مستوى أعلى من آلية التعامل مع الشكاوى في شكل لجنة دائمة مكلفة بتسوية النزاعات حول الشكاوى المتعلقة بالاستبعاد التي تقدمها لجنة قيد الأفراد غير القادرين. ويرأس اللجنة رئيس الهيئة العامة للتأمين الصحي الشامل. وعلاوة على ذلك، فإن فحص الشكاوى المتعلقة بالاستبعاد هو أمر بتكليف من قرار رئيس الوزراء رقم ٢٠١٩/١٩٤٨ إلى لجنة دائمة، شكلها رئيس الهيئة العامة للتأمين الصحي الشامل. وبالإضافة إلى ذلك، وتحسباً للمنازعات التي قد تنشأ عن تطبيق القانون، سوف تنشأ لجنة دائمة لتسوية المنازعات تضم ممثلين عن المنظمات الثلاث وطرف النزاع (المادتان ٦٠ من قانون الهيئة العامة للتأمين الصحي الشامل والمادة رقم ٦٩ من لائحة الهيئة). ومن المفترض أن تركز هذه اللجنة على القضايا الرئيسية مثل ممارسة الصيدلة، ووضع التأمين الخاص، وما إلى ذلك.

تتمتع آليات التعامل مع الشكاوى الحالية بعدد من نقاط القوة، أهمها النشر الواسع للمعلومات الأمر الذي جعل المواطنين (خاصة في المحافظة المستهدفة) على دراية بالنظام وكيفية استخدامه، واستخدام القنوات المتعددة والمواءمة الثقافية. وسيلزم متابعة بدء تنفيذ النظام بعناية لضمان الوفاء بالمتطلبات المختلفة للمعيار البيئي والاجتماعي رقم ١٠. والأهم من ذلك فإن تطور هذه الآليات ينبغي أن ينظر فيما يلي:

- تعميم آلية التعامل مع الشكاوى الرسمية أو غير الرسمية الحالية المختلفة بشكل جيد للسماح بتوثيق قوي واستجابة لجميع أنواع الشكاوى بغض النظر عن موقع المتابعة.

[١٠] كما ورد في جريدة اليوم السابع ، ٢٣ فبراير ٢٠٢٠

- قد يلزم إنشاء قنوات مناسبة ثقافياً في مناطق معينة (على سبيل المثال في المناطق النائية في جنوب سيناء أو في الأقصر). مثلاً بطريقة تسمح للمرأة الريفية والأميين والأشخاص ذوي الإعاقة التعبير عن مشاكلهم على قدم المساواة.
- ينبغي توضيح الالتزامات الزمنية لتحديد المشاكل وحلها. التواصل مع صاحب الشكوى طوال العملية؟
- كيفية تعريف جميع مجموعات أصحاب المصلحة بوجود آلية التعامل مع الشكاوى؟ هل هناك حاجة إلى عمليات منفصلة لأصحاب المصلحة المهمشين؟
- إذا اعتبرت الشكوى غير مناسبة للتحقيق، هل سيقدم تفسير إلى صاحب الشكوى بشأن سبب عدم إمكانية متابعتها؟
- هل ستكون هناك عملية طعن إذا لم يكن صاحب الشكوى راضياً عن الحل المقترح للشكوى؟ وفي جميع الحالات، يحتاج أصحاب الشكوى إلى الاطمئنان إلى أنهم لا يزالون يتمتعون بجميع حقوقهم القانونية في إطار العملية القضائية.
- ينبغي تقديم موجز عن تنفيذ آلية التعامل مع الشكاوى إلى الجمهور بشكل منتظم، وذلك بعد حذف البيانات الخاصة بالأفراد لحماية هوياتهم. كم عدد المرات التي تُعرض فيها التقارير على الملأ لإظهار أن العملية يجري تنفيذها؟

٧. الموارد والمسئوليات الخاصة بتنفيذ أنشطة إشراك أصحاب المصلحة

تتولى وحدة تنفيذ المشروع بالهيئة العامة للتأمين الصحي الشامل مسئولية تنفيذ المشروع وضمان تنفيذ خطة إشراك أصحاب المصلحة على مستوى المشروع بأكمله، فضلاً عن تخصيص موازنة كافية للتنفيذ الفعال وبناء القدرات. وينبغي تعيين أخصائيين اجتماعيين على الأقل وتكليفهما بالنهوض بمسئوليات آلية التعامل مع الشكاوى وخطة إشراك أصحاب المصلحة. وينبغي للموظف المسئول عن متابعة تنفيذ خطة إشراك أصحاب المصلحة أن:

- وضع جداول زمنية مفصلة لتحقيق مشاركة أصحاب المصلحة على النحو المبين في خطة إشراك أصحاب المصلحة ومع تطور الوضع وظهور الحاجة إليها.
- التنسيق والتعاون مع الجهات ذات الصلة المشاركة في نظام التأمين الصحي الشامل من أجل تنفيذ جميع الأنشطة ذات الصلة بإشراك أصحاب المصلحة،
- ضمان النظر في الآراء التي أثارها أصحاب المصلحة في الدورات التشاركية من خلال التواصل في الوقت المناسب مع أصحاب المصلحة المعنيين والمسئولين.
- العمل على تطوير أساليب مناسبة محلياً لإغلاق حلقة التعقيبات.
- قيادة متطلبات إعداد التقارير بما في ذلك تجميع مختلف المدخلات من الجهات ذات الصلة.
- تلبية الاحتياجات الناشئة لتحديث خطة إشراك أصحاب المصلحة وقيادة عملية التحديث.

وسيتم تكليف أخصائي آلية التعامل مع الشكاوى بالمسئوليات والواجبات الاساسية التالية:

- ضمان إجراء اتصالات عامة بشأن عملية إدارة الشكاوى على المستوى (حسب الحاجة)
- متابعة ورصد الشكاوى المحالة إلى الجهات ذات الصلة وإلى المستوى الأعلى (حسب الحاجة)
- إعداد تقرير مطلوب ومنتظم عن نتائج آلية التعامل مع الشكاوى.
- تطوير إجراءات تفعيل آلية التعامل مع الشكاوى والتأكد من التنفيذ الفعال من قبل الموظفين المعنيين بهذه الآلية على جميع المستويات من خلال توفير التدريب وبناء القدرات.
- العمل على ضمان الافصاح عن نتائج آلية التعامل مع الشكاوى محلياً بطريقة مناسبة وسهلة.

وينبغي توفير التدريب وبناء القدرات بشأن مجموعة من المواضيع للموارد البشرية لضمان التنفيذ الفعال لخطة اشراك أصحاب المصحلة وتقييم الأثر البيئي (يرد مزيد من التفصيل بشأن مواضيع بناء القدرات في تقييم الأثر البيئي).

٨. موازنة إشراك أصحاب المصلحة

تشكل الأنشطة المختلفة المتصلة باشراك أصحاب المصلحة، والتواصل، والتوعية، وإجراء عمليات مسح لاستطلاع الأراء، وتدريب مختلف الموارد البشرية المسئولة عن تنفيذ تقييم الأثر البيئي وخطة اشراك أصحاب المصلحة، جزءاً لا يتجزأ من تصميم المشروع. وكما سبق تفصيله، فإن العديد من المؤشرات المرتبطة بالصرف محددة لمعالجة الجوانب الاجتماعية على النحو المبين في مزيد من التفاصيل في إطار وصف المشروع. وفي نفس الوقت، تتداخل عدة إجراءات في إطار خطة الالتزام الاجتماعي (الموضوعة في إطار تقييم الأثر البيئي) مع متطلبات خطة اشراك أصحاب المصلحة. ومن الصعب في هذه المرحلة اتخاذ قرار بشأن الموازنة الدقيقة لتنفيذ خطة اشراك أصحاب المصلحة. **وعلى أيه حال، فقد تم تقدير مبلغ وقدره ٥٠٠,٠٠٠ دولار أمريكي تقريباً ليكون الموازنة الإرشادية لتنفيذ خطة اشراك أصحاب المصلحة.**

٩. المتابعة وإعداد التقارير

يعد تنفيذ خطة اشراك أصحاب المصلحة من أهم الأعمال المرتبطة بهذا المشروع نظرًا لطبيعة المخاطر الكبيرة والحاجة إلى مشاركة مستمرة مع أصحاب المصلحة لبناء علاقة بناءة والمساهمة في نجاح المشروع. وستشارك الثلاث جهات المعنية بنظام التأمين الصحي الشامل بشكل جماعي في تنفيذ خطة اشراك أصحاب المصلحة. وسوف تقوم وزارة المالية بتنفيذ هذا المشروع من خلال وحدة إدارة المشروع التي يمكن أن تضم موظفين حكوميين و / أو متعاقدين. وستكون وحدة إدارة المشروع مسئولة عن التنسيق بين الجهات الثلاث من أجل التنفيذ الفعال ، وكذلك أنشطة المتابعة والتقييم ، وإعداد تقارير لوزارة المالية والبنك الدولي بشأن جميع جوانب المشروع. وسيدعم المكون ٣ من المشروع أنشطة المتابعة والتقييم لمتابعة وتوثيق التقدم والنتائج التي حققها المشروع وإعداد تقارير عن ذلك، ويتضمن هذا متابعة خطة إشراك أصحاب المصلحة. سيكون أخصائي المتابعة والتقييم في وحدة إدارة المشروع مسئولاً عن التجميع الشامل للتقدم والنتائج. وبالإضافة إلى الأخصائي الاجتماعي الذي سيكون مسئولاً عن متابعة خطة إشراك أصحاب المصلح ؛ يجب عليه أيضًا توثيق أي التزامات أو إجراءات متفق عليها أثناء المشاورات أو أي تغييرات في تصميم المشروع أو في خطة إشراك أصحاب المصلحة ؛ وإعداد تقرير دوري لتقديمه إلى البنك الدولي واللجنة الدائمة لاتخاذ القرارات. ويمكن تنفيذ هذا الأمر من خلال إعداد واستخدام سجل إشراك أصحاب المصلحة لتسجيل كل مشاركة أصحاب المصلحة التي تم تنفيذها أو التخطيط لها. ويتضمن سجل المشاركة موقع وتواريخ الاجتماعات وورش العمل والمناقشات ، ووصف للأطراف المتأثرة بالمشروع وأصحاب المصلحة الآخرين الذين تمت استشارتهم ، والتعليقات التي تم تلقيها خلال المشاورات وكيف تم أو سيتم تناول هذه التعليقات. وتُعتبر متابعة وتتبع مشاركة أصحاب المصلحة أمر مهم لضمان المشاركة الفعالة والمتابعة المستمرة.

يتم اقتراح مؤشرات محددة لخطة إشراك أصحاب المصلحة كجزء من عملية المتابعة والتقييم للمساعدة في متابعة مستوى المشاركة خلال المشروع ، ويمكن أن تشمل:

- عدد الجهات الحكومية والأطراف المتأثرة والأطراف المهتمة وغيرها من مجموعات أصحاب المصلحة الذين شاركوا في مرحلة تنفيذ المشروع على أساس ربع سنوي وسنوي مصنفة حسب النوع.
- عدد المواطنين (حسب النوع) الذين شاركوا في المشاورات في كل محافظة من المحافظات المستهدفة على أساس ربع سنوي وسنوي.
- عدد المشاركات (مثل الاجتماعات وورش العمل والمشاورات) مع أصحاب المصلحة خلال مرحلة تنفيذ المشروع لكل محافظة على أساس ربع سنوي وعلى أساس سنوي.
- عدد الاجتماعات والدورات التشاورية التي عقدت للفئات غير القادرة في كل محافظة، مصنفة حسب النوع على أساس ربع سنوي أو سنوي.
- عدد القرارات المتخذة بناءً على جلسات التشاور التي أجريت مع الفئات المتأثرة حسب المحافظات مصنفة حسب النوع.

وبالإضافة إلى نظام المتابعة الداخلي المذكور أعلاه، ستشجع الحكومة أيضا أي مبادرة متابعة خارجية تقوم بها جهات أخرى (مثل حالة منظمة شمسية غير الحكومية التي أجرت تقييماً لنظام التأمين الصحي في بورسعيد) وستنسق للحصول على النتائج التي من شأنها أن تثري المشروع وتدفعه للأمام.

الملاحق

الملحق رقم ١ -ملخص بجلسات التشاور

خلال الفترة من ديسمبر ٢٠١٩ إلى فبراير ٢٠٢٠، أجرت الحكومة (وزارة الصحة والسكان / الهيئة العامة للرعاية الصحية) المشاورات التالية المشار إليها في الجدول أدناه. وكانت أهم أهداف الاجتماعات كما يلي:

- استحداث نظام التأمين الصحي الشامل الجديد
- الآثار الإيجابية المتوقعة للنظام
- المخاطر وكيف تخطط الحكومة للتعامل معها
- مقدمة عن التسجيل في النظام

المكان	أصحاب المصلحة[١١]	العدد التقديري للمشاركين[١٢]
محافظة الأقصر		
مدينة الأقصر	مسئولي شركة مياه الشرب والصرف الصحي، الأقصر	٣٠
محافظة الأقصر	مسئولي محافظة الأقصر	٣٠
مدينة القرنة	مسئولي مجلس مدينة القنا	٥٠
مدينة أرمنت	مسئولي مجلس مدينة أرمنت ومواطنون من غير الموظفين	٦٠
مكتبة مصر	مواطنون من مدينة الأقصر	٥٠
مستشفى أرمنت	مقدمو الخدمات	٤٠
بيت العائلة، الأقصر	الزعماء الدينيون الإسلاميون والمسيحيون وزعماء المجتمعات المحلية	٥٠
مجلس مدينة إسنا	مسئولي مجلس مدينة إسنا ومواطنون من غير الموظفين	١٠٠
مستشفى إسنا	مقدمو الخدمات	٧٠
محافظة بورسعيد		
نادي الصيد ببورسعيد	أعضاء النادي	٥٠
نقابة المهندسين	أعضاء النقابة	٣٠
نادي المصري لكرة القدم	أعضاء النادي	٥٠
نادي التجديف	أعضاء النادي	٤٠
المجلس القومي للمرأة	النساء (أعضاء المجلس القومي للمرأة)	٥٥
مجموعات الشباب	شباب	٢٥
المنظمات غير الحكومية (تمكين المرأة)	أعضاء المنظمات غير الحكومية	٥٠
نادي الصيد بور فؤاد	أعضاء النادي	١٥٠
نادى بورسعيد الرياضي	أعضاء النادي	١٠٠
قصر الثقافة في بورسعيد	مسئولين حكوميين في محافظة بورسعيد والوزارات الخدمية	١٠٠٠
غرفة الاجتماعات في مستشفى المبرة	أعضاء الرعاية الصحية	١٢٠
نقابة التجاريين في بورسعيد	أعضاء النقابة وأعضاء الأحزاب السياسية والزعماء الدينيون المسيحيون	١٠٠

[١١] تجدر الإشارة إلى أن جميع المسئولين الحكوميين الذين حضروا المشاورات حضروا بصفتهم كمسئولين حكوميين وسكاناً محليين ومستفيدين في المستقبل من النظام في محافظاتهم.

[١٢] لم تكن سجلات المشاركين مصنفة حسب النوع، ولذلك لن يكون من الدقيق إدراج النسبة المئوية أو الأرقام. غير أن النساء شاركن بكثافة في المشاورة. وعلاوة على ذلك، نُظمت جلسات تشاور للنساء فقط على النحو المبين في الجدول أعلاه.

المكان	أصحاب المصلحة[11]	العدد التقديري للمشاركين[12]
مكتبة مصر	المواطنون بمن فيهم أعضاء الروتاري وروتااكت	٣٠
نادي الصيد في بورسعيد	المواطنون (رجالاً ونساءً)	٥٠
محافظة جنوب سيناء		
المشاورات في سبعة مراكز	المجتمعات القبلية في جنوب سيناء. واستهدفت كل مشاورة ٢٠ فردا، بمن فيهم ممثلون عن زعماء القبائل، والمسئولون الحكوميون	حوالي ١٤٠
المجلس المحلي في سبعة مراكز	مسئولي المجلس المحلي في سبعة مراكز	٥٠
جلسة توعوية كبيرة	ممثلون عن زعماء القبائل، وزعماء البرلمان المنتخبون، ورؤساء مديريات القطاعات المختلفة	٣٠٠

مشاركة إضافية لأصحاب المصلحة أثناء إعداد تقييم الأثر البيئي وخطة إشراك أصحاب المصلحة

أنشطة المشاركة	التاريخ	المكان
زيارة ميدانية لمحافظة بورسعيد - مقابلات شخصية مع مكتب الهيئة العامة للتأمين الصحي الشامل في بورسعيد شملت: الدكتور سعيد محمود، رئيس هيئة التأمين الصحي الشامل في محافظة بورسعيد - فريق عمل الهيئة العامة للتأمين الصحي الشامل: الدكتورة نسرين حسن مديرة قسم المستفيدين، والدكتور علاء مصطفى مدير إدارة تسوية المطالبات. - اجتماع مع مسئولي مكتب إدارة الشكوى - مقابلة شخصية مع نائب مدير الهيئة العامة للرعاية الصحية - الدكتور هاني راشد، والمدير التنفيذي، الدكتور أمير التلواني **زيارات إلى:** - وحدة الرعاية الصحية للأسرة الكويتية -مكتب إدارة الحالات، طبيب الأسرة ورئيس وحدة رضا العملاء. - مستشفى نصر النصر للأطفال، وأجريت مقابلات شخصية مع المدير العام ورئيس قسم الاتصال والتوعية.	٩-١٠ ديسمبر ٢٠١٩	محافظة بورسعيد: تشغيل وحدة الرعاية الصحية الأولية ومستشفى الرعاية المتقدمة بمحافظة بورسعيد
وزارة الصحة - مكتب مساعد الوزير للمتابعة والرصد، اجتماع مع: - الدكتور محمد ناجي - الدكتورة رضوى أحمد - السيد أحمد دونقل	٢٣ ديسمبر ٢٠١٩	وزارة الصحة
لقاء مع الدكتور محمد أحمد نصر – استشاري – معهد القلب القومي بالقاهرة	١ يناير ٢٠٢٠	عيادة خاصة
لقاء مع الدكتور محسن جورج المستشار الفني لوزير المالية لهيئة التأمين الصحي الشامل	٣١ ديسمبر ٢٠١٩	مستشفى مدينة نصر للتأمين الصحي
اجتماع مع المهندس سعد جاد مستشار تكنولوجيا المعلومات لوزير المالية لمستشار الهيئة العامة للتأمين الصحي الشامل	٢٥ ديسمبر ٢٠١٩	الهيئة العامة للتأمين الصحي الشامل – مصر الجديدة
لقاء مع المدير التنفيذي للهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية، الدكتورة داليا بدوي وفريق العمل	١٢ فبراير ٢٠٢٠	مكتب الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية في المجلس القومي للسكان
لقاء مع ممثلي ثلاث جهات ووزارة المالية	١٥ فبراير ٢٠٢٠	وزارة المالية

الملحق رقم ٢: عدد الأسرة بالوحدات الصحية حسب القطاع [١٣]

عدد الأسره بالوحدات الصحية طبقا للقطاع والمحافظة عن عام ٢٠١٦

No.of Beds in Healthy Units By Sector and Governorate 2016

Unit : No. — الوحدة : بالعدد

Governorate	% القطاع الخاص /للجملة	الجملة	القطاع الخاص	القطاع الحكومى	المحافظة
	% Private Sector toTotal	Total	Private Sector	Gov. Sector	
Cairo	27.9	**29 600**	8 267	21 333	القاهرة
Alexandria	33.5	**12 399**	4 154	8 245	الاسكندرية
Port-Said	26.1	**1 402**	366	1036	بورسعيد
Suez	45.2	**990**	447	543	السويس
Damietta	9.8	**2 646**	259	2 387	دمياط
Dakahlia	28.6	**9 477**	2 712	6 765	الدقهلية
Sharkia	33.4	**6 854**	2 289	4 565	الشرقية
Kalyoubia	15.7	**7 330**	1154	6 176	القليوبية
Kafr-El-Sheikh	20.2	**2 481**	502	1 979	كفر الشيخ
Gharbia	29.9	**7 045**	2 108	4 937	الغربية
Menoufia	19.9	**5 197**	1035	4 162	المنوفية
Behera	24.9	**4 158**	1037	3 121	البحيرة
Ismailia	169.5	**1 829**	432	1 397	الاسماعيلية
Giza	7.7	**7 196**	3100	4 096	الجيزة
Beni-Suef	7.4	**2 607**	554	2 053	بني سويف
Fayoum	25.9	**1 958**	194	1 764	الفيوم
Menia	29.2	**4 471**	508	3 963	المنيا
Asyout	7.8	**7 334**	1304	6 030	أسيوط
Suhag	10.3	**3 871**	574	3 297	سوهاج
Qena	28.7	**1 932**	400	1 532	قنا
Aswan	4.5	**1 932**	555	1 377	أسوان
Luxor	8.9	**975**	87	888	الاقصر
Red Sea	53.5	**724**	387	337	البحر الاحمر
El-Wadi ElGidid	9.5	**462**	44	418	الوادى الجديد
Matrouh	5.1	**829**	42	787	مطروح
North Sinai	21.5	**441**	95	346	شمال سيناء
South Sinai	20.2	**455**	92	363	جنوب سيناء
Total	**25.8**	**126 595**	**32 698**	**93 897**	**الاجمالي**

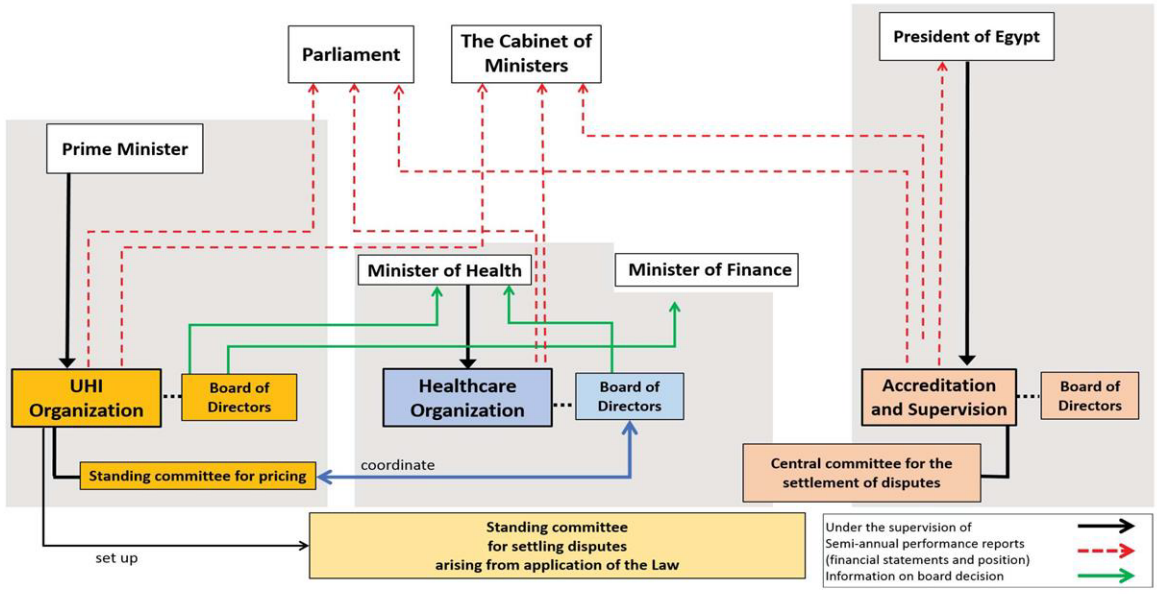
Source : Ministry of Health & Population — المصدر: وزارة الصحة والسكان

Egypt in Figures 2018 — **مصر فى أرقام ٢٠١٨**

[١٣] المصدر: مصر في أرقام ٢٠١٨ ـ الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء

الملحق رقم ٣: الجهات الرئيسية في نظام التأمين الصحي الشامل

Figure 3: New governance structure of the UHI system, as per the UHI Law



Source: Authors

المصدر: تطبيق قانون التأمين الصحي الشامل في مصر -دراسة حالة التمويل الصحي رقم ١٣ -حقوق الطبع والنشر محفوظة لمنظمة الصحة العالمية ٢٠١٩

- **الهيئة العامة للتأمين الصحي الشامل**

تقع تحت الإشراف العام لرئاسة مجلس الوزراء (المادة ٤ من قانون التأمين الصحي الشامل)، وهي مسئولة عن تسجيل المستفيدين، وتحصيل الاشتراكات وتلقي موازنة الدولة، والتحويلات، وإدارة الأموال، وتسديد مستحقات مقدمي الخدمة، وتقييم العقود؛ وتسعير الخدمات الطبية وذلك من خلال لجنة دائمة تحت اشراف الهيئة العامة للتأمين الصحي الشامل؛ وإدارة منافذ خدمة المؤمن عليهم بطريقة تضمن إمكانية الوصول الجغرافي في جميع أنحاء مصر. بالإضافة إلى إدارة نظام المعلومات للاضطلاع بجميع هذه الوظائف الإدارية والتنظيمية مع التعامل مع مقدمي الخدمات والهيئة العامة للرعاية الصحية بشأن المسجلين في نظام التأمين الصحي الشامل. وقد أنشأت لجنة دائمة بقرار من مدير الهيئة العامة للتأمين الصحي الشامل لدراسة طلبات تسجيل الأشخاص غير المخدومين وفحصها والبت فيها. يمكن للأشخاص المعنيين تقديم الشكاوى إلى لجان التظلمات ضد القرارات التي تتخذها اللجنة.

- **الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية**

تقع تحت الإشراف العام لرئيس الجمهورية (المادة ٢٦ من قانون التأمين الصحي الشامل). وتتولى الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بصفة أساسية؛ اعتماد الجهات المقدمة لخدمات الرعاية الصحية وإصدار دليل جودة قياسي مفصل لمقدمي الخدمات للالتزام به؛ وضمان استمرار تحسين جودة الخدمات الصحية؛ ومراقبة وتنظيم خدمات التأمين الصحي بما في ذلك: وضع المعايير، ومنح وتعليق الاعتماد وتسجيل المرافق الطبية والاخصائيين، وبناء القدرات؛ وإعلام الجمهور بمستويات جودة الخدمات الطبية. ووفقاً للقانون، سيتم

إنشاء لجنة مركزية لتسوية المنازعات داخل الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية لتسوية أي نزاع ذي صلة في غضون ثلاثة أشهر.

- **الهيئة العامة للرعاية الصحية**

تقع تحت الإشراف العام لوزير الصحة (المادة ١٥ من قانون التأمين الصحي الشامل)، وتعمل بمثابة الأداة الرئيسية للدولة في تنظيم الخدمات الصحية المقدمة. كما تقدم الخدمات الصحية والعلاجية - على جميع المستويات الثلاثة، داخل المستشفيات أو خارجها - لجميع الأشخاص المؤمن عليهم من خلال منافذها ومن خلال الجهات الفرعية التابعة لوزارة الصحة. وسيتم نقل الأصول الإدارية والحقوق والالتزامات المالية لمرافق توفير الخدمات الصحية والمرافق العلاجية للهيئة العامة للتأمين الصحي التابعة لوزارة الصحة إلى الهيئة العامة للرعاية الصحية بالإضافة إلى الموظفين العاملين في الهيئة العامة للتأمين الصحي ووزارة الصحة والسكان الذين يؤدون وظائف تتعلق بالهيئة العامة للرعاية الصحية مع الحفاظ على مستويات دخلهم.

- **الهيئة المصرية للشراء الموحد والامداد والتموين الطبي وإدارة التكنولوجيا الطبية وهيئة الدواء المصرية**

تقع تحت إدارة مكتب رئيس الوزراء والهيئة مسئولة عن شراء المستحضرات الصيدلانية والمواد الاستهلاكية والمعدات الطبية وكذلك إدارة الاستخدام الفعال للتكنولوجيا الطبية داخل جميع منشآت الرعاية الصحية والمستشفيات المملوكة للقطاع العام بما في ذلك تلك التي تمولها المنظمات الشريكة في التنمية. كما ستقوم الهيئة بمهام تقييمات التكنولوجيا الصحية نيابة عن جميع منشآت الرعاية الصحية العامة.

الملحق رقم ٤-العدد التقديري للأفراد غير القادرين على أساس معدل الفقر الوطني لمحافظات المرحلة الأولى المفصلة في التعداد القومي لعام ٢٠١٧.

المحافظة	عدد السكان	نسبة الفقر	عدد الأفراد
بورسعيد	٧٤٩,٣٧١	٧,٦٠٪	٥٦,٩٥٢
الاسماعيلية	١,٣٠٣,٩٩٣	٣٢٪	٤٢٢,٤٩٤
السويس	٧٢٨,١٨٠	٢٠٪	١٤٥,٦٣٦
جنوب سيناء	١٠٢,٠١٨	٥١٪	٥٢,٠٢٩
الأقصر	١,٢٥٠,٢٠٩	٥٥,٣٠٪	٦٩١,٣٦٦
أسوان	١,٤٧٣,٩٧٥	٤٦,٢٠٪	٦٨٠,٩٧٦
الإجمالي	٥,٦٠٧,٧٤٦		٢,٠٤٩,٤٥٣

*

الملحق رقم ٥: حلقة التعقيبات والمحاور الأساسية لآلية التعامل مع الشكاوى

تتضمن آلية التعامل مع الشكاوى الخطوات التالية:

التواصل

تبدأ عملية التعامل مع الشكاوى بالتواصل العام، أي عندما يتم إبلاغ المواطنين بالآليات القائمة التي يمكنهم من خلالها تسجيل شكاواهم. كما يتم إبلاغهم عن طرق تسجيل الشكاوى والتوقعات من هذه العملية. وسيجري نشر المعلومات المتعلقة بآلية التعامل مع الشكاوى من خلال وسائل مختلفة. وتشمل هذه الوسائل ما يلي على سبيل المثال لا الحصر:

- منشورات وكتيبات وملصقات ومواد مطبوعة متاحة على مستوى وحدات الرعاية الصحية الأولية والمستشفيات، وستوزع خلال جلسات التشاور، وكذلك من خلال الاتصال المباشر في محافظات المرحلة الأولى
- على الصعيد الوطني من خلال قنوات وسائل الإعلام الجماهيري؛
- وسائل التواصل الاجتماعي مثل فيسبوك؛
- مواقع الهيئة العامة للتأمين الصحي الشامل، والهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية والهيئة العامة للرعاية الصحية على شبكة الانترنت.

تلقي الشكاوى

سوف يتم تلقى الشكاوى على مستويات متعددة من خلال مجموعة كبيرة من القنوات تشمل ما يلي:

- **الخط الساخن / مركز الاتصال:** ١٥٣٤٤ على المستوى الوطني
- موظفو الخطوط الأمامية في المكاتب الإقليمية/المحافظات للهيئة العامة للتأمين الصحي الشامل والهيئة العامة للرعاية الصحية.
- على مستوى مراكز الرعاية الصحية الأولية والمستشفيات، هناك عدد من الموظفين المكلفين بتلقي جميع أنواع الشكاوى والتعامل معها.
- على الصعيد الوطني، كُلفت لجنة قيد الأفراد غير القادرين بتسوية المنازعات المتعلقة بالشكاوى المتصلة بالاستبعاد.

تستخدم جميع قنوات تلقى الشكاوى السابقة نفس نموذج الشكوى لضمان تقديم الشكاوى بشكل صحيح[١٤].

تسجيل الشكاوى

بمجرد جمع الشكاوى، يتعين تسجيلها. وتتطلب الأنواع المختلفة من الشكاوى إجراءات متابعة مختلفة. في هذه المرحلة يتم تصنيف الشكاوى، والأولويات، وتوجيهها إلى الجهة المناسبة من خلال عملية التسجيل. وسوف يكزم نظام التأمين الصحي الشامل نظام متكامل تمامًا ، وستكون الشكاوى مسجلة في قاعدة بيانات مركزية قيد الإنشاء حاليًا ويمكن استخدامها من قبل الجهات الثلاث ـ الهيئة العامة

[١٤] الملحق٥ هو نموذج الشكوى

للتأمين الصحي الشامل والهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية والهيئة العامة للرعاية الصحية - لأغراض مختلفة ، وكذلك لإصدار تقارير مختلفة و اصدار الإحصاءات إلكترونيا.

سيتم تسجيل جميع الشكاوى الواردة من خلال مختلف القنوات. يجب أن يتضمن السجل المعلومات التالية:

- تاريخ تقديم الشكوى
- اسم مقدم الشكوى ومعلومات الاتصال به
- محتوى الشكوى باختصار
- اسم الشخص الذي تلقى الشكوى
- الفئات الرئيسية لآلية التعامل مع الشكاوى
  - الشكاوى المتعلقة بالموظفين
  - الشكاوى المتعلقة بالخدمات
  - الشكاوى المتعلقة بالأدوية والمستلزمات الأخرى
  - الشكاوى المتعلقة بالبنية التحتية، مثل النظافة والسلامة
  - الشكاوى المتعلقة بالدفع والمشاركة في الدفع
  - أنواع أخرى من الشكاوى
- الفئات الرئيسية التي سيتم تصنيفها إلى فئات فرعية

المتابعة والحل:

تتضمن هذه الخطوة إحالة الشكوى إلى الجهات ذات الصلة لتحديد صحتها، وحلها. وكثيرا ما يمكن حل الشكاوى المباشرة بسرعة. وتحال الشكاوى التي لا يمكن حلها على مستوى واحد من النظام إلى مستوى أعلى و/أو إلى جهة خارجية للتحقق منها ومواصلة التحقيق فيها وفقا لجدول زمني محدد بوضوح. وينبغي أن تكون الجهات المسئولة في نظام التأمين الصحي الشامل مسئولة عن المتابعة مع الإدارات والجهات ذات الصلة بشأن تسوية الشكاوى.

التعقيب/الرد:

من الضروري تقديم ردود إلى صاحب الشكوى بشأن وضع الشكوى. ويتلقى أصحاب الشكاوى تحديثات دورية عن وضع شكاواهم. وبوجه خاص، بمجرد حل الشكوى، يتم إبلاغ صاحب الشكوى بنتائج العملية. ويمكن تقديم الرد عن طريق الاتصال بصاحب الشكوى مباشرة و/أو نشر نتائج الحالات في مواقع بارزة وعرض النتائج من خلال قنوات الاتصال.

المتابعة والتقييم:

تشير المتابعة إلى عملية تتبع الشكاوى وتقييم مدى التقدم المحرز في حلها. وينطوي المتابعة والتقييم على تحليل بيانات الشكاوى واستخدامها لإجراء تغييرات في السياسات و/أو العمليات لتقليل حجم الشكاوى المماثلة إلى أدنى حد في المستقبل.

إمكانية الطعن

وفي حالة رضا صاحب الشكوى عن الرد، يكون لدى صاحب الشكوى الحق في الطعن في الجهات ذات الصلة استناداً إلى نوع الشكاوى.

نموذج الشكوى / الاقتراح

نموذج الشكوى / الاقتراح

المحافظة: ..... المركز: ..... الوحدة / المركز الصحي: .....

التاريخ: / / عدد الشكاوى: .....

اسم المواطن / مقدم الشكوى: .....
العنوان: .....
رقم التليفون: .....
الرقم القومي: .....

شكوى ☐ اقتراح ☐

الشكوى/ الاقتراح

السيد/
تحيه طيبه وبعد،

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

توقيع المواطن: .....
اسم الموظف: .....
الإجراء: .....