

التقرير الأول
(مشترك)

جمهورية مصر العربية

مجلس النواب

الفصل التشريعي الأول

دور الانعقاد العادي الثالث

تقرير

اللجنة المشتركة من

لجنة الشؤون الصحية

ومكتبي لجنتي الخطة والموازنة، والشؤون

الدستورية والتشريعية

السيد الأستاذ الدكتور رئيس مجلس النواب

تحية طيبة وبعد، فأتشرف بأن أقدم لسيادتكم، مع هذا، تقرير اللجنة المشتركة من لجنة الشؤون الصحية، ومكتبي لجنتي الخطة والموازنة، والشؤون الدستورية التشريعية، عن مشروع قانون مقدم من الحكومة بشأن إصدار قانون التأمين الصحي الاجتماعي الشامل، وأربعة مشاريع قوانين أخرى مقدمة من السادة النواب (أيمن ابوالعلا، سليمان وهدان، هيثم الحريري، مجدي مرشد) وأكثر من عشر عدد أعضاء المجلس في ذات الموضوع، برجاء التفضل بعرضه على المجلس الموقر.

وقد اختارنتي اللجنة المشتركة مقررًا أصليًا، والسيد النائب/ مصطفى أبوزيد، مقررًا احتياطيًا، لها فيه أمام المجلس.

وتفضلوا بقبول وافر الاحترام،،

رئيس اللجنة المشتركة

أ.د/ محمد العماري

2017 / 12 /12

تقرير

اللجنة المشتركة من لجنة الشؤون الصحية ومكتبي لجنتي الخططة والموازنة، والشؤون الدستورية والتشريعية
عن مشروع قانون مقدم من الحكومة بشأن إصدار قانون التأمين الصحي الاجتماعي الشامل⁽¹⁾ ،
وأربعة مشاريع قوانين أخرى مقدمة من السادة النواب (أيمن ابوالعلا، سليمان وهدان، هيثم الحريري، مجدي مرشد) وأكثر من عشر عدد أعضاء المجلس في ذات الموضوع

سبق وأن أحال المجلس بجلسته المعقودة بتاريخ 9 من مايو 2016 بدور الانعقاد العادي الأول مشروع قانون مقدا من السيد النائب/ أيمن أبو العلا، وستين نائبًا آخرين (أكثر من عشر عدد أعضاء المجلس) بشأن إنشاء الهيئة العامة للمستشفيات والرعاية الصحية⁽²⁾، إلى لجنة مشتركة من لجنة الشؤون الصحية، ومكتب لجنة الشؤون الدستورية والتشريعية. لبحثه ودراسته وإعداد تقرير عنه يعرض على المجلس لنظره.
فعدت اللجنة المشتركة اجتماعين بتاريخ 22 من مايو، 26 من يوليو/2016، ووافقت عليه من حيث المبدأ.
كما سبق وأن أحال المجلس بجلسته المعقودة بتاريخ 10 من مايو 2017 بدور الانعقاد العادي الثاني مشروع قانون مقدا من السيد النائب/ سليمان وهدان، وستين نائبًا آخرين (أكثر من عشر عدد أعضاء المجلس) بشأن إصدار قانون التأمين الصحي الاجتماعي الشامل⁽³⁾، إلى لجنة مشتركة من لجان الشؤون الصحية، والخططة والموازنة، والشؤون الدستورية والتشريعية .

و أحال المجلس بجلسته المعقودة بتاريخ 7 من نوفمبر 2017 مشروع قانون مقدا من الحكومة عن إصدار قانون نظام التأمين الصحي الاجتماعي الشامل، ومشروع قانون مقدا من السيد النائب/ هيثم الحريري، وستين نائبًا آخرين (أكثر من عشر عدد أعضاء المجلس)⁽⁴⁾ بشأن إصدار قانون التأمين الصحي الاجتماعي الشامل، إلى لجنة المشتركة من لجنة الشؤون الصحية، ومكتبي لجنتي الخططة والموازنة، والشؤون الدستورية والتشريعية.

كما أحال المجلس بجلسته المعقودة بتاريخ 19 من نوفمبر 2017 مشروع قانون مقدا من السيد النائب/ مجدي مرشد، وستين نائبًا آخرين (أكثر من عشر عدد أعضاء المجلس)⁽⁵⁾ بشأن إصدار قانون التأمين الصحي

¹ مرفق (1) : مشروع القانون المقدم من الحكومة ومذكرته الإيضاحية، وكتاب مجلس الدولة في شأنه.
² مرفق (2) : مشروع القانون المقدم من النائب/ أيمن أبو العلا، وستين نائبًا آخرين (أكثر من عشر عدد أعضاء المجلس) ، ومذكرته الإيضاحية.
³ مرفق (3) : مشروع القانون المقدم من النائب/ سليمان وهدان، وستين نائبًا آخرين (أكثر من عشر عدد أعضاء المجلس) ، ومذكرته الإيضاحية.
⁴ مرفق (4) : مشروع القانون المقدم من النائب/ هيثم الحريري، وستين نائبًا آخرين (أكثر من عشر عدد أعضاء المجلس) ، ومذكرته الإيضاحية.
⁵ مرفق (5) : مشروع القانون المقدم من النائب/ مجدي مرشد، وستين نائبًا آخرين (أكثر من عشر عدد أعضاء المجلس) ، ومذكرته الإيضاحية.

الاجتماعي الشامل، إلى لجنة مشتركة من لجنة الشؤون الصحية، ومكتبي لجنتي الخطة والموازنة، والشؤون الدستورية والتشريعية.

وإعمالاً لحكم الفقرة الأولى من المادة (179) من اللائحة الداخلية للمجلس استأنفت اللجنة المشتركة نظر مشروعى القانونين المقدمين فى دوى الانعقاد الأول والثانى.

وإعمالاً لحكم المادة (186) من اللائحة الداخلية للمجلس والتي تنص على: "يعتبر مشروع القانون المقدم من الحكومة أساساً لدراسة اللجنة إذا تعددت مشروعات القوانين والاقتراحات بقوانين المحالة إليها إذا كانت متفقة من حيث المبدأ، وإلا اعتبر المشروع بقانون أو الاقتراح بقانون المقدم أولاً أساساً لدراسة اللجنة، وتعتبر المشروعات والاقتراحات الأخرى اقتراحات بالتعديل، وتقدم اللجنة تقريراً واحداً عنها".

وإعمالاً لحكم المادة (185) من الدستور، والتي تقضى بأخذ رأي الجهات والهيئات القضائية فى مشروعات القوانين المنظمة لشئونها، فقد رأت اللجنة المشتركة ضرورة استطلاع رأي مجلس القضاء الأعلى خاصة فى المادة (56) من مشروع القانون، وكذلك رأي مجلس الدولة فى المواد (5، 17، 33، 56، 60).

وإعمالاً لحكم المادة (203) من الدستور، التي تقضى بأخذ رأي مجلس الدفاع الوطنى فى مشروعات القوانين المتعلقة بالقوات المسلحة وخاصة فى المادتين (الأولى، 53) من مشروع القانون المعروض.

وإعمالاً لحكم المادة (215) من الدستور، والتي تقضى بأخذ رأي الجهاز المركزى للمحاسبات فى مشروعات القوانين المنظمة لشئونه، رأت اللجنة المشتركة ضرورة استيضاح رأيه لا سيما فى المادة (58)، وكذلك رأي الهيئة العامة للرقابة المالية فى مواد مشروع القانون.⁶

عقدت اللجنة المشتركة اجتماعاً فى يوم 12 من نوفمبر 2017 لنظر مشروع القانون المقدم من الحكومة ومشروعات القوانين الأخرى، واستقر رأي اللجنة على أن مشروع القانون المقدم من الحكومة يتفق من حيث المبدأ والمضمون مع مشروعات القوانين الأخرى المقدمة من النائب/ أيمن أبو العلا، وخمسة وستين نائباً آخرين (أكثر من عشر من أعضاء المجلس)، والنائب/ سليمان وهدان، وخمسة وستين نائباً آخرين (أكثر من عشر من أعضاء المجلس)، والنائب/ هيثم الحريري، وستين نائباً آخرين (أكثر من عشر من أعضاء المجلس)، والنائب/ مجدي مرشد، وستين نائباً آخرين (أكثر من عشر من أعضاء المجلس). وبناء عليه فقد رأت اللجنة المشتركة إعداد تقرير يكون فيه مشروع القانون المقدم من الحكومة هو أساس دراسة اللجنة.

وبحضور الأستاذ الدكتور/ احمد عماد الدين راضي
الأستاذ الدكتور / عمرو الجارحي
المستشار / عمر مروان
وزير الصحة والسكان.
وزير المالية.
وزير شئون مجلس النواب.

⁶ مرفق (6): خطابات مجلس القضاء الأعلى، مجلس الدولة، مجلس الدفاع الوطنى، الجهاز المركزى للمحاسبات، الهيئة العامة للرقابة المالية.

عقدت اللجنة المشتركة جلستي⁽⁷⁾ استطلاع ومواجهة" بتاريخ 21 من نوفمبر 2017، إعمالاً لحكم المادة (246) من اللائحة الداخلية.

كما عقدت خمسة عشر اجتماعاً لنظره بتاريخ 19، 20، 27، 28 من نوفمبر و3، 4، 5 من ديسمبر 2017.

وقد حضر الاجتماعات السادة:

الدكتور / علي حجازي	مساعد وزير الصحة رئيس الهيئة العامة للتأمين الصحي.
الدكتور / عبد الحميد أباطة	رئيس لجنة إعداد القانون.
الدكتور / محمد محسن عزام	رئيس مجلس إدارة التأمين الصحي الأسبق.
الدكتورة / وجيده أنور	عضو لجنة إعداد القانون.
الدكتور / علاء غانم	عضو لجنة إعداد القانون.
الدكتور / حسين خيرى	نقيب الأطباء.
الدكتور / محي عبيد	نقيب الصيادلة.
الدكتور / ياسر الجندي	نقيب أطباء الأسنان.
الدكتور / سامي سعد	نقيب العلاج الطبيعي.
الدكتورة / كوثر محمود	نقيب التمريض.
الدكتور / مصطفى الوكيل	وكيل نقابة الصيادلة.
الدكتور / حافظ محمد شوقي	وكيل نقابة العلاج الطبيعي.
الدكتور / إيهاب محمد أبو المجد	رئيس الإتحاد المصري للرعاية الصحية.
الدكتور / علاء عبد المجيد	رئيس غرفة مقدمي خدمات الرعاية الصحية للقطاع الخاص.
الدكتور / طلعت عبد القوي	رئيس الإتحاد العام للجمعيات والمؤسسات الأهلية.
الدكتور / محمود عبد المقصود	رئيس الشعبة العامة لأصحاب الصيدليات.
الدكتور / عبد الحميد محمدي محمد	عضو مجلس إدارة الشعبة العامة لأصحاب الصيدليات.
الدكتور / علي عوف	رئيس الشعبة العامة للأدوية ومستحضرات التجميل.
الدكتور / محمد علي عزالعرب	المستشار الطبي للمركز المصري للحق في الدواء.
الدكتور / محمود فؤاد	المدير التنفيذي للمركز المصري للحق في الدواء.
الأستاذ / حازم محمد منير	رئيس أمناء المؤسسة المصرية للتدريب وحقوق الإنسان.
الدكتور / صلاح سلام	عضو المجلس القومي لحقوق الإنسان.
المستشار / محمد ربيعي	نائب رئيس مجلس الدولة والمستشار القانوني للجنة الشؤون الصحية.
الأستاذة / وفاء عبد الحليم موسى	مستشار وزير المالية للشئون البرلمانية.

⁷ مرفق (7): موافقة السيد الأستاذ الدكتور / رئيس المجلس لعقد اللجنة لجلسات الاستطلاع والمواجهة.

وبعد أن اطلعت اللجنة المشتركة على مشروع القانون المقدم من الحكومة، ومذكرته الإيضاحية، والكتاب الوارد من مجلس الدولة في شأنه، واستعدت نظر الدستور واللائحة الداخلية للمجلس، وقوانين ذات الصلة بمشروع القانون، والاستماع للسادة الوزراء، وإلى آراء ممثلي الحكومة والحضور وإيضاحاتهم، ومناقشات السادة الأعضاء، فإن اللجنة المشتركة تعرض تقريرها على النحو التالي:

الفهرس

رقم الصفحة	الموضوع	م
6	<u>مقدمة</u>	
7	<u>المحور الأول: أولاً: الرعاية الصحية.</u>	
8	<u>تمهيد</u>	
8	أ- خطر المرض وسبل مواجهته	
	• المرض والصحة.....	
	• مواجهة المرض.....	
	ب- أنظمة الرعاية الصحية.....	
9	ج- مقومات الرعاية الصحية ومواصفاتها.....	
10	<u>ثانياً : الرعاية الصحية في مصر.....</u>	
	أ- التطور التاريخي للرعاية الصحية.....	
	ب- التنظيمات الحالية للرعاية الصحية.....	
	ج- الإطار الدستوري للرعاية الصحية.....	
14	<u>المحور الثاني: أولاً: التأمين الصحي.....</u>	
14	أ- المفهوم والنشأة.....	
	• المفهوم	
	• النشأة.	
16	ب- أهدافه وأطرافه.....	
	• الأهداف	
	• الأطراف	
17	ج- أنواعه ومصادر تمويله.....	
	• أنواعه	

	• مصادر تمويله
18	<u>ثانياً: التأمين الصحي في مصر</u>
	أ - التطور التاريخي لنظام التأمين الصحي.....
28	ب- تحليل الوضع الراهن (SWOT ANALYSIS)
	1. البيئة الداخلية
	• نقاط القوى (STRENGTHS) .
	• نقاط الضعف (WEAKNESS) .
	2. البيئة الخارجية.
	• التهديدات (THREATS) .
	• الفرص (OPPORTUNITIES) .
29	<u>ثالثاً: التجارب المقارنة</u>
	أولاً: التجارب الدولية
	1. بريطانيا.....
	2. أستراليا.....
	3. فرنسا.....
	4. ألمانيا.....
	5. كندا.....
	6. اليابان.....
	7. تشيلي.....
34	<u>ثانياً: التجارب العربية</u>
	1. الأردن
	2. تونس.....
	3. السودان.....
	4. الإمارات العربية المتحدة (إمارة دبي)
35	<u>المحور الثالث: مشروع قانون التأمين الصحي الاجتماعي الشامل المقدم من الحكومة</u>
36	أولاً: الفلسفة والهدف من مشروع القانون.
37	ثانياً: أهم الملامح الأساسية لمشروع القانون.
39	ثالثاً: التعديلات التي أدخلتها اللجنة على مواد مشروع القانون.
52	رابعاً: رأى اللجنة وتوصياتها.
	خامساً: الملاحق.

مقدمة

منذ بدء الخليقة اهتم الإنسان بصحته وبدأت أنظمة الرعاية الصحية على اختلاف أشكالها والمسؤولين عنها منذ زمن سحيق، ومع ظهور الأديان اهتمت كل الشرائع السماوية بمساعدة الضعفاء والمرضى والأيتام وتحولت المعابد والكنائس ودور العبادة إلى مراكز لأعمال البر وتقديم العون للضعفاء والمرضى.

وجاء الإسلام ليحض على التراحم والتواد والتكافل بين أفراد المجتمع وليجعل من التعاون على درء خطر المرض فرض كفاية واجبا، فواجب الأمة أن ترعى المريض وأن تكفل له الراحة والاطمئنان وأن تدفع عنه الضرر، لأنها في الحقيقة تدفع الضرر عن نفسها ولعل أبلغ تعبير جامع وهو قول الرسول صلى الله عليه وسلم "المؤمن للمؤمن كالبنيان المرصوص يشد بعضه بعضا".

وقوله صلى الله عليه وسلم "مثل المؤمنين في توادهم وتراحمهم وتعاطفهم مثل الجسد إذا اشتكى منه عضو تداعى له سائر الجسد، بالسهر والحمى". "صدق رسول الله صلى الله عليه وسلم"

لذلك أصبح في مقدمة الحقوق الأساسية التي تكفلها الدولة الحديثة لمواطنيها حق الرعاية الصحية، وهو أمر طبيعي أن يسبق كل الحقوق الأخرى، فما قيمة أي حقوق أو مزايا أخرى مهما اتسع مداها إذا ما وضعت في يد إنسان مريض فمن بديهيات الأشياء أن الإنسان لكي يتعلم لا بد أن يكون سليم البدن والعقل، ولكي يتعلم وينتج لابد أن يكون في صحة تمكنه من العمل والإنتاج، إذن هي قاعدة لم يعد عليها خلاف أن تسبق الرعاية الصحية غيرها من الحقوق، إنما الخلاف حول كيفية توفير تلك الرعاية، وأيضا حول طبيعة الأنظمة العلاجية التي تمارس من خلال المجتمعات أو الدول التي من مسؤوليتها في توفير تلك الرعاية الصحية لمواطنيها وقدرة هذه الرعاية على تغطية احتياجاتهم للوقاية والعلاج.

فمن يملك الصحة يملك الأمل، ومن يملك الأمل يملك كل شيء وبالصحة ينشط الناس للعمل، ويجتهد العابدون في العبادة.

ومن ثم تطورت النظرة لمفهوم الإنفاق على الرعاية الصحية، ومن الإنفاق على عمل خدمي إلى الإنفاق الاستثماري الذي يفوق عائد أي استثمار صناعي أو زراعي أو تجاري لأنه استثمار في أعلى عناصر الثروة التي يملكها المجتمع وهو الإنسان، مما أدى إلى تحول مفهوم الرعاية الصحية في مجال الاستهلاك والخدمات إلى مجال الإنتاج والتنمية وبالتالي فقد أصبح الإنسان هو هدف التنمية وتطورت أيضا النظرة إلى مفهوم الصحة ذاتها، فلم تعد الصحة منع المرض أو العجز عن الإنسان وشفاءه منها، وإنما أصبحت ضمانا لسلامته بدنيا وعقليا، واجتماعيا، وان كانت الرعاية الصحية للإنسان في الدول بصفة عامة هي قضية مهمة لأنها تنتج إلى صحة المواطن ك رأس مال ثمين - كما ذكرنا سالفا - فإنها بالنسبة للدول النامية قضية

مصيرية لأنها في الحقيقة قضية إنتاج وتنمية، لكنها في الوقت نفسه تعتبر من المشكلات الأساسية التي يواجهها لأنها ليست - فقط - مجرد عبء إنفاق متزايد في ضوء كل محدودية الموارد. ولم تعد القضية مجرد حق المواطن إزاء الدولة وإنما أصبحت قاعدة حتمية. فالمرض يتعرض له الفرد ويتعرضه لذلك يتعرض المجتمع بأسره للضرر سواء بانتشار الأمراض أو بما يترتب على مرض الأفراد وعدم قدرتهم على أداء الأعمال المكلفين بها. وإن إلقاء العبء على الدولة وحدها في ظل محدودية مواردها أدى إلى قصور في تمويل متطلبات تلك الرعاية بحيث صارت الرعاية الصحية المجانية في أغلب الأحوال شكلا دون مضمون حقيقي أو صحيح لذلك اتجهت معظم دول العالم إلى الرعاية الصحية التأمينية سبيلا للتغلب على ما يواجهها من مشكلات تعوق تحقيق هدفها المتبقي لرعاية صحة الإنسان بها، حيث تقوم هذه النظم على توفير مصادر تمويل متعددة ومتنوعة من الفرد والمجتمع معاً لتوفير متطلبات تلك الرعاية الصحية التي تحفظ للمواطن والوطن سلامته وصحته.

وقد جاءت التعهدات والالتزامات الدولية: لترسخ المنهج الحقوقي الذي عبر عنه بشكل كبير الدستور المصري المقر في عام 2014 بأن كل مواطن مصري يتمتع بحقوقه الكاملة وهو يجعلنا نقول انه يجب أن يأتي في مقدمة ذلك الحق في الصحة، الذي نص عليه في دستور منظمة الصحة العالمية منذ عام 1946 مروراً بالإعلان العالمي لحقوق الإنسان الصادر في عام 1948 وخاصة المادة رقم 25، ثم العهد الدولي للحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، والذي صدقت عليه مصر واعتبرته جزءاً من قوانينها منذ عام 1982، والذي ينص على حق كل فرد في التمتع بأعلى مستوى ممكن من الصحة، وإتاحة ما يخفض وفيات الأطفال ويوفر لهم بيئة صحية للنمو، وتحسن كافة جوانب السلامة والنظافة العامة والبيئة، ومكافحة الأوبئة والأمراض المتوطنة والناجمة عن وظائف معينة، وكذلك توجب على الدول الأطراف توفير الظروف المناسبة لإتاحة كافة الخدمات الطبية والرعاية الصحية في حالة المرض" وقد عرف المقرر الخاص للحق في الصحة بمفوضية حقوق الإنسان الحق في الصحة بأنه " لا يعنى مجرد أن يكون الفرد معافى صحياً إنما يتطلب تنفيذ الحق من الحكومات والسلطات العمومية في وضع سياسات وتنفيذ خطط عمل من شأنها أن تؤدي إلى إتاحة الرعاية الصحية، وتوفير سبل الحصول عليها للجميع في أقصر وقت ممكن". كما أشار التعليق العام رقم 14 إلى أن الحق في الصحة هو حق جامع لا يشمل توفير الرعاية الصحية فحسب، وإنما يشمل توفير العوامل المحددة الأساسية للصحة، مثل المياه الصالحة للشرب والصرف الصحي والغذاء المأمون والسكن والظروف المهنية الجيدة.

إن الرعاية الصحية ليست ذات أهمية إنسانية أو اجتماعية فقط، بل لها أهمية اقتصادية قصوى بجانب الأهمية الاجتماعية علي النحو التالي:

الأهمية الاقتصادية

أصبح الاهتمام بصحة المواطن أولوية قصوى ليس لاعتبارات إنسانية أو اجتماعية فحسب إنما لاعتبارات اقتصادية بحتة فهو من أساسيات التنمية البشرية وهدف من أهدافها لأن الاهتمام بالصحة يعد اهتماماً بالتنمية، كما أصبح ينظر للاستثمار في القطاع الصحي بشكل سليم استثماراً في رأس المال البشري وذلك نتيجة لما يسببه النمو الصحي من زيادة إنتاجية لرأس المال البشري من زيادة في معدل النمو الاقتصادي والتقليل من الخسائر الناجمة من مرض العمال وانقطاعهم عن العمل بسببه.

الأهمية الاجتماعية

تأتي الأهمية الاجتماعية في التأكيد على حق الفرد في الحصول على الخدمات الصحية وتحقيق العدالة والمساواة وصولاً إلى الهدف الأساسي المتمثل في توفير الصحة للجميع، مع تعميق مبدأ المشاركة بين الدولة والمواطن وبين صاحب العمل والموظف وبين الموظفين أنفسهم، ومن ثم التأثير الإيجابي على الفرد عند حدوث اطمئنان اجتماعي.

أ- خطر المرض وسبل مواجهته:

يعتبر المرض من أهم المخاطر التي يتعرض لها الإنسان طيلة حياته وحدثه يؤدي إلى مضار عديدة لا تقتصر فقط على تعرض الفرد للكثير من الخسائر المادية كتكاليف علاج أو انقطاع دخل أو الأضرار النفسية من شعور بالألم أو توقع فقد قدرة أو انخفاض كفاءة ومن قلق لانتشار العدوى؛ بل تتعدى إلى آثار أشمل على أفراد الأسرة مادياً ونفسياً وعلى المجتمع بأسره، ومن ثم يتطلب الأمر تعريف المرض، وتحديد سبل مواجهته.

• تعريف المرض:

المرض حدث احتمالي يتعرض له الإنسان في كافة مراحل حياته نتيجة بعض العوامل الطبيعية والاجتماعية مما يوجب على الفرد أو الجماعة أعباء مقاومته والقضاء عليه إن أمكن والتخفيف من حدته عند حدوثه

أما الصحة: فهي حالة اكتمال بدني وعقلي واجتماعي طبقاً لتعريف منظمة الصحة العالمية عام 1948 وليس مجرد خلو من الأمراض أو العاهات.

• سبل مواجهة المرض:

تحتاج مواجهة المرض إلى الرعاية الصحية التي تشمل على:

1. الرعاية الصحية الوقائية، وهي لحماية الإنسان من البيئة والحوادث والأمراض ونشر الوعي الصحي بين المواطنين بمختلف الوسائل.
2. الرعاية الصحية العلاجية، وهي لعلاج المريض وتخفيف آلامه وتقليل الآثار المترتبة عليه.

ب - أنظمة الرعاية الصحية:

تتمثل أنظمة الرعاية الصحية في العديد من النظم علي النحو الآتي:

1- النظم الحكومية وتتمثل أهمها في الأشكال التالية: نظم المساعدات الاجتماعية التي تقدمها الدولة وتتحمل كافة تكاليفها من إجمالي الدخل القومي وتتمثل في أوجه الرعاية الصحية المجانية من خلال برامج الوقاية والوحدات الصحية المجانية والتعليمية.

- نظم التأمين الاجتماعي: وتتمثل في تطبيق نظام التأمين الصحي الاجتماعي الذي يحتم على مشاركة المواطنين المؤمن عليهم والدولة والمجتمع في تكاليف الرعاية الصحية التي توفرها وتتولاها الهيئة العامة للتأمين الصحي.
- نظم أخرى: وتتمثل في توفير الدولة لبعض أوجه الرعاية الصحية بأجور رمزية مثل العلاج الاقتصادي بمستشفيات وزارة الصحة وبالمستشفيات الجامعية والتعليمية وبمستشفيات المؤسسات العلاجية بالمحافظات.

2- النظم الخاصة وتتمثل أهمها في الأشكال الآتية: نظم الرعاية الصحية الخاصة التي توفر الرعاية الصحية بالأجر ويتحملها المواطن بالكامل مثل ما تقدمه المستشفيات الخاصة والاستثمارية والعيادات الطبية الخاصة.

- نظم تأمينية تجارية: وتتمثل في وثائق التأمين علي الصحة التي تبرمها شركات التأمين المختلفة وتحدد قيمة اشتراك المؤمن عليه على ضوء اعتبارات متعددة أهمها المزايا التي تتضمنها وثيقة التأمين والحالة الصحية للمؤمن عليهم.

ج- مقومات الرعاية الصحية ومواصفاتها:

1. متوفرة... أي تكون سبل و إمكانيات الرعاية الصحية موجودة وفي المتناول.
2. متاحة... أي يسهل الوصول إليها.
3. مباحة.... أي يمكن استخدامها وقت الحاجة إليها.
4. متقبلة... أي تحظى بالرضاء العام.

5. **عادلة...** أي تحقق تكافؤ الفرص بين المواطنين ويحصل أي منهم على الخدمة حسب حاجته وليس حسب قدرته المادية أو وضعه الاجتماعي.
6. **تكلفة مناسبة...** أي تتناسب والقدرة على التحمل وبنفقة مرشدة.
7. **بنوعية جيدة...** أي يكون مستوى الخدمة ذا جودة عالية.
8. **مستمرة...** بمعنى ألا تتوقف تلك الرعاية إلا بعد الشفاء أو استقرار الحالة.
9. **منسقة...** أي مترابطة المراحل ومتسلسلة على نحو متناسق (ممارس - أخصائي مستشفى)

وبمعنى آخر فإن للرعاية الصحية السليمة مقومات عدة من أهمها:

1. أن تكون هذه الرعاية الصحية "حقاً" مكفولاً للمواطنين وليس منحة أو مساعدة يمكن تقديمها أو حجبها حسب الظروف.
2. أن يكون الحصول على تلك الرعاية مرتبطاً بالحالة الصحية ومدى احتياج المواطن لها وليس مرتبطاً بقدرته المادية أو مركزه الاجتماعي أو مستواه الوظيفي ومن ثم تحقيق الفرص المتكافئة في الحصول على الرعاية الصحية اللازمة.
3. أن تقدم تلك الرعاية لمن يحتاجها بأسلوب ميسر دون مشقة.
4. أن تكون تلك الرعاية الصحية.... بمستوى مقبول بحيث يتلقى المواطن الخدمة بالعناية الواجبة وباستخدام السبل والوسائل الكفيلة بالرعاية القادرة.

ثانياً: الرعاية الصحية في مصر:

رغم كل ما طرأ من إضافة على الخدمة الصحية في مصر على مدار السنوات الماضية فما زالت مشكلة الرعاية الصحية في مصر كغيرها من الدول تتمثل في جانبين:

الأول: يتمثل في عدم قدرة العلاج المجاني الذي تتكفل به الدولة على الوفاء باحتياجات المواطنين الصحية لسبب مهم أكد عليه سيادة الرئيس ووصفه بأنه أخطر من الإرهاب ألا وهو الزيادة السكانية أي أن السبب الرئيسي هو اختلال التوازن بين تعداد السكان وبين الإمكانيات العلاجية المتاحة لهم فالزيادة في أسرة المستشفيات التي لا تتم بنفس نسبة الزيادة السكانية، والزيادة في التجهيزات العلاجية على اختلافها لا تواكب النمو المضطرد في الحاجة لاستخدامها وهكذا بالنسبة لكافة الإمكانيات المادية والبشرية مما أدى حتماً إلى التردّي المستمر في مستوى الرعاية الصحية المجانية فالإمكانيات المتاحة غير قادرة على مواجهه ضغط الطلب عليها وخاصة مع الارتفاع المستمر في تكلفه العلاج الخاص.

عدم عدالة توزيع الإمكانيات الصحية على مناطق الجمهورية وضعف السيطرة والتخطيط بما يتناسب مع احتياجات المواطنين.

الثاني: يتمثل في عدم قدرة المواطنين على تحمل الأعباء المترتبة على المرض، بحكم انخفاض متوسط الدخل للغالبية العظمى لأفراد الشعب، بما يجعل اللجوء إلى الخدمات الصحية الخاصة أمراً مرهقاً للغاية. ومما سبق يتضح أن الغالبية العظمى من المواطنين غير القادرين على تحمل تكاليف العلاج في حالة مرض أي منهم كما لا يتوافر النظام الصحي الذي يكفل لهؤلاء جميعاً الرعاية الصحية الواجبة سواء مجاناً أو حتى بأجور في حدود الاستطاعة، إذن ليس أمام الدولة بحكم مسئوليتها عن توفير الرعاية الصحية لمواطنيها إلا أن تبحث عن أسلوب آخر لا هو مجاني تماماً ولا هو بأجر يفوق قدرة المواطن العادي.

ففي مجال تطوير نظام الرعاية الصحية عملت الدولة في اتجاهين رئيسيين:

الأول: هو التوسع الرأسي من خلال التحديث وبناء المستشفيات والتطوير التقني لمنافذ تقديم الخدمة. الثاني: هو التوسع الأفقي من خلال مد الخدمات خارج نطاق المدن والمناطق الحضرية ووصولها إلى الريف وأيضا إلى الوجه القبلي.

وكان من أهم الانجازات الصحية في تلك الفترة خطة تأسيس نموذج متكامل للتنمية المجتمعية الريفية تعمل الوحدات الصحية من خلاله وقد تم البدء في تنفيذ هذه الخطة في الخمسينيات تحت اسم الوحدات المجمعـة "قبل سنوات عديدة من إعلان "ألماتا"

أ- التطور التاريخي للرعاية الصحية في مصر:

حملت الآثار المصرية القديمة وأوراق البردي ومخطوطات الباحثين اهتمام الإنسان المصري منذ أكثر من سبعة آلاف سنة بالطب والعلاج واستمر هذا الاهتمام علي مر العصور فعندما تولي محمد علي باشا الحكم، أنشأ مجلساً صحياً عام 1825 للمحافظة علي جيوشه من الأوبئة والأمراض المنتشرة وفي عام 1825 أنشأ إدارة الخدمات الطبية في الجيش والبحرية وكان عدد السكان في مصر حينئذٍ حوالي ثلاثة ملايين ونصف مليون نسمة، ثم أنشأ في عام 1831 وبعد انتشار مرض "الكوليرا" في محافظة الإسكندرية مجلساً للصحة ثم مجلساً للطب الخصوصي عام 1856 ليشرف على جميع الوحدات الصحية والطبية ويعتبر بذلك أول إدارة صحة للبلاد، وهكذا حتى تم إنشاء مصلحة الصحة العمومية التابعة لوزارة الداخلية.

وفي 7 إبريل من عام 1936 أنشئت وزارة الصحة العمومية بالمرسوم الملكي وتحدد اختصاصها في الجمع بين الأعمال التي كانت مسندة إلى مصلحة التنظيم والمجاري بوزارة الأشغال وقسم البلديات ووكالة الوزارة التي أنشئت للإشراف علي المرافق القروية بوزارة الداخلية وبين أعمال الشؤون الصحية التي كانت تقوم عليها مصلحة الصحة التابعة لوزارة الداخلية.

وفيما عدا مستشفيات قليوب واسنا لم يكن بالقطر المصري حتى عام 1922 سوى مستشفى عمومي واحد في بندر كل مديرية وتوالي إنشاء المستشفيات بالمديريات، ثم أنشئت مصلحة الصحة عام 1937 وفي عام 1943، صدر قانون تحسين الصحة القروية وذلك بإنشاء مجموعة صحية لكل 150 ألف نسمة من السكان وتركزت الرعاية الصحية في نوعين:

1. نظام الرعاية الصحية المجانية الذي تكفلت به الدولة عن طريق المستشفيات الحكومية والمجموعة الصحية.

2. نظام الرعاية الصحية بالأجر وتتمثل فيما أنشئ تبعاً من عيادات ومستشفيات خاصة ومع ازدياد الوحدات الصحية الريفية واستمرار زيادة عدد المستشفيات الحكومية وتعدد أوجه نشاطاتها وخدماتها وتأميم بعض المستشفيات التابعة للجمعيات الخيرية.

ثم انتهت الدولة من إصدار أول قانون عمل موحد للعمل عام 1959 لتعمل علي إلزام أصحاب الأعمال بتوفير الرعاية الصحية للعاملين لديهم وبذلك تنقل رعاية قطاع الأعمال الاقتصادي من العلاج المجاني إلى العلاج بأجر ولكن علي جانب أصحاب الأعمال مع تنويع هذا الالتزام حسب أعداد العاملين بكل منشأة ثم استمر سريان قانون العمل بعد ظهور القطاع العام عام 1961 مع وضع الضوابط التي حاولت الحكومة بها الحد من تكلفة العلاج والدواء إلي أن صدر عام 1964 قانوناً التأمين الصحي اللذان اختصا بالتطبيق على القوى العاملة المنظمة والمتمثلة في العاملين بالمنشآت (قطاع عام وخاص) والعاملين بالحكومة.

ب- التنظيمات الحالية للرعاية الصحية:

يتكون النظام في مصر من عدد كبير من المنظمات والأنظمة التي تقدم خدماتها الصحية للمواطنين وتتمثل المكونات الرئيسية في هذا النظام والخدمات التي يقدمها فيما يلي:

وزارة الصحة وهي الجهة المنوط بها تنظيم وترتيب الرعاية الصحية والإشراف عليها وتوفيرها للمواطنين بالدولة وخدمات وزارة الصحة تمثل نظام العلاج المجاني أساساً وتقدم من خلال شبكة واسعة من وحدات مراكز الرعاية الصحية.

وزارات أخرى وهي التي توفر الخدمة الصحية لقطاع العاملين بها وعائلاتهم وكذلك خدمة المواطنين مثل المستشفيات التابعة للقوات المسلحة ووزارة الداخلية وغيرها...

الجامعات وتوفر الرعاية العلاجية من خلال مستشفيات كبيرة وحديثة للمواطنين وتقوم من خلالها بالدور التعليمي الطبي.

الهيئة العامة للمستشفيات والمعاهد التعليمية وهي امتداد للمستشفيات الجامعية وتقوم بتوفير رعاية طبية للمواطنين.

هيئة التأمين الصحي وقد أنشئت عام 1964 لتقدم بتوفير رعاية صحية لتأمين المواطنين الذين تشملهم مظلة التأمين الصحي.

القطاع الخاص ويتمثل في شبكة واسعة من العيادات والمستوصفات والمستشفيات التي توفر الرعاية العلاجية للمواطنين بأجر وهذه أتعابها ومستوى خدماتها بما يتناسب بالمتطلبات الاقتصادية لتشغيلها لذا فإن تكلفتها تفوق قدرة الغالبية العظمى من المواطنين.

ج- الإطار الدستوري للرعاية الصحية في مصر:

أقر الدستور المصري الجديد في العام 2014 عدداً من المواد التي تنص على الارتقاء بالصحة العامة وتحديد التزامات الدولة تجاه المواطنين منها:

المادة (13) والتي نصت على حقوق العمال في السلامة والصحة المهنية ونصها " تلتزم الدولة بالحفاظ على حقوق العمال، وتعمل على بناء علاقات عمل متوازنة بين طرفي العملية الإنتاجية، وتكفل سبل التفاوض الجماعي، وتعمل على حماية العمال من مخاطر العمل وتوافر شروط الأمن والسلامة والصحة المهنية، ويحظر فصلهم تعسفاً، وذلك كله على النحو الذي ينظمه القانون"

المادة (18) والتي نصت على حقوق جميع المواطنين في الرعاية الصحية المتكاملة ونصها "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 3% 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. ويجرم 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 لرقابة الدولة، وتشجع الدولة مشاركة القطاعين الخاص والأهلي في خدمات الرعاية الصحية وفقاً للقانون".

- فالمجتمع يقوم على التضامن الإجتماعي.
- تكفل الدولة تكافؤ الفرص لجميع المواطنين.
- تكفل الدولة حماية الأمومة والطفولة وترعى النساء.
- تكفل الدولة الخدمات التأمينية والاجتماعية والصحية.
- تكفل الدولة خدمات التأمين الإجتماعي والصحي.
- المواطنون لدى القانون سواء.
- تعتبر هذه النصوص الدستورية وحدة متكاملة تتربط المعاني المتولدة عنها فيما بينهما وتضع أحكامها نسيجاً متآلفاً متماسكاً وتفرض هذه النصوص الدستورية ضوابط تقيّد سلطة التشريع فيما يصدر عنها من تشريعات فمن ناحية تقيّد هذه السلطة بمقتضيات مبدأ المساواة أمام القانون.

ومن ناحية أخرى فإنها تلتزم بأعمال التزام الدولة في مجال توفير خدمات التأمين الصحي ومن ناحية ثالثة فإنها ملزمة كذلك بمقتضيات التضامن الإجتماعي فيما تصدره من تشريعات كما توضح النصوص أن توفير الخدمات الصحية للمواطنين هو إلزام جعل الدستور العبداء فيه على عاتق الدولة وان قيام المجتمع على

أساس التضامن الإجتماعى يعنى تحمل المواطن الميسور عبء في بعض الواجبات العامة يزيد من العبء الذي يتحمله محدود الدخل.

التأمين الصحي الاجتماعي والرؤية الفلسفية:

هو نظام اجتماعي موجه لحماية كل طبقات المجتمع لا يميز فئة عن أخرى، ويصبو إلى أن يكون نظاماً شاملاً يغطي كل أفراد المجتمع باختلاف طبقاتهم، (الغنى، والفقير، الكبير، الصغير، مكتمل الصحة، والمريض) وحيث إنه اختار هذا الطريق فهو بذلك نظام تكافلي تعاوني، إذ تتكامل وتتعاون كل هذه الشرائح بعضها مع بعض - داخلياً - من خلال النظام من خلال النظام الذي يجمعهم، وكذلك مالياً من خلال صندوق المشتركين فيه، وبهذا ترى أن الغنى يتكافل ويتعاون مع الفقير، والشباب مع المسن الكبير، المعافى مع المريض، بل إن الشخص الواحد يتكافل مع نفسه ما بين حالات غناه وفقره وشبابه مع شيخوخته، وكذلك مرضه مع أوقات عافيته.

وهكذا فإن الموارد كلها تتكافل وتتعاون للعناية بمن تعرضوا للخطر، وفي جميع هذه الأحوال فإن المؤمن عليه يحصل على ذات المزايا المتساوية مع غيره من المؤمن عليهم.

المحور الثاني: أولاً: التأمين الصحي

تمهيد

إن التأمين الصحي كنظام يساعد على تحقيق مبدأ التضامن الاجتماعي داخل الدولة، فبدون التأمين الصحي لن يتمكن الفرد داخل المجتمع من دفع تكاليف المعالجة الباهظة وخصوصاً العمليات الجراحية الكبرى سوى عدد قليل من الأفراد القادرين على الدفع وبالتالي فإن التأمين الصحي بما فيه من آلية تكافلية يمكن الأفراد من تلقي الخدمات اللازمة ذات الكلفة العالية بمبالغ معقولة.

يساعد التأمين الصحي أصحاب العمل على أداء التزامهم الأدبي والقانوني في معظم دول العالم تجاه العاملين لديهم.

والتأمين الصحي أيضا يعني أنه مقابل قسط معلوم مسبقاً يمكن للفرد والمؤسسة تجنب خسائر محتملة تؤدي لآثار اقتصادية واجتماعية وخيمة وبالتالي فمن الأهمية بمكان وجود قسط معلوم يمكن احتسابه ووضعه ضمن الميزانية المرصودة مسبقاً وبالتالي فإن التأمين أحد الطرق الأكثر فعالية في التعامل مع الأخطار ومنها خطر المرض وسبل مواجهته.

أ- المفهوم والنشأة:

- المفهوم: كما عرفته منظمة الصحة العالمية:

"هو الوسيلة التي يتم بها دفع بعض أو كل تكلفه الرعاية الصحية الواجبة للمريض المشترك في النظام حين يمرض فهو يحمي المؤمن عليه من دفع التكلفة العالية للعلاج في أحوال المرض."

وتعتبر أعمدة التأمين الصحي التمويلية هي قيام المشترك المؤمن عليه بدفع اشتراك منظم لمؤسسة إدارية وهي في مصر الهيئة العامة للتأمين الصحي والتي تعد هي المسؤولة عن إدارة تلك الاشتراكات داخل إطار نظام يقوم بدفع تكاليف التشخيص والعلاج عنه حين يمرض إلى مقدمي الخدمة الصحية وهو ما يطلق عليه في خارج مصر نظام التضامن بينما اصطلح عليه في مصر باسم التكافل حيث إننا جميعا نتكافل كل مع الآخر من اجل أن يجد المواطن العلاج عند حدوث مرض له.

وتعارفت دول العالم المختلفة على أن فئة المواطنين الذين يصلون لسن التقاعد والشيخوخة قد يستخدمون ما يقرب من أربعة أضعاف ما يدفعونه من اشتراكات تكلفة العلاج لكن في حقيقة الأمر هذا لا يمثل مشكلة حيث إن مجموع الاشتراكات التي قدموها في فترة شبابهم ولم ينتفعوا بها تستطيع تغطية تلك الفجوة وهذا التضامن هو ما يطلق عليه (اسم التأمين الصحي) وتقدمه الدولة وبالتالي يكون الاشتراك فيه إجباريا عن طريق خصم الاشتراك شهريا من الأجر ويتم دفع الاشتراك لكل العاملين لدى الغير بالنسبة العالمية 1% للمشارك و 3% لصاحب العمل في حين يدفع أصحاب الأعمال الحرة نسبة 4% كاملة لأنهم يعملون لدى أنفسهم وتحمل الخزانة العامة للدولة الاشتراك عن العاطلين والأطفال غير القادرين.

ويكون التأمين الصحي الإجتماعي الشامل عادة غير هادف للربح وذلك لأن الدولة تحصل الاشتراكات إجباريا من الجميع لعلاجهم وتحمل نفقات علاج غير القادرين والأطفال والمتعطلين من الخزانة العامة للدولة، وهي أموال دافعي الضرائب ولا يحق بالطبع لأي دولة أن تستخدم القوة في جباية الأموال ثم تسمح باستخدام هذه الأموال في تعاقدات تسمح بالتربح لقطاع معين لذلك يستخدم التأمين الصحي بالأساس المستشفيات والمؤسسات الحكومية أو الخيرية وتتبنى الدولة نظام التأمين الصحي الإجتماعي الشامل لا بغرض الربح ولكن استخدامه كأداة للدولة تهدف إلى إدارة المنظومة الصحية بشكل يضمن وصول الخدمة لكل مواطن وهو هدف من المفترض أن يوضع على رأس اهتمامات أي دولة تسعى إلى التقدم وحتى يصبح المواطن قادرا على الإنتاج.

لذلك فالتأمين الصحي الاجتماعي شامل دون الالتزام بحد أقصى من تكاليف العلاج ولا يمكنه تحديد حزم أمراض معينة ليعالجها ويرفض حزمًا أخرى لأن له مسئولية كاملة للمواطنين جميعاً، ولا يفرض مساهمات عند تلقي الخدمة (إلا في أضيق الحدود لمنع سوء الاستخدام) لأن فرض المساهمات عند تلقي الخدمة ممكن أن يمنع من لا يستطيع الدفع من الاستفادة من خدمة التأمين التي دفع لها اشتراكات سنوية طويلة. ويعتبر التأمين الصحي عقد اتفاق بين طرفين يتحمل فيه الطرف الأول النفقات اللازمة للخدمات العلاجية التي يقوم بتوفيرها للطرف الثاني (فرداً كان أو جماعة) مقابل مبلغ محدد مسبقاً على هيئة اشتراكات شهرية أو سنوية أو طبقاً للطريقة المناسبة للطرفين.

وتقوم فكرة التأمين الصحي على مفهوم توزيع الخطر المتوقع الذي قد يواجهه الفرد المؤمن عليه، مما يؤدي إلى تخفيف الأعباء والتكاليف المترتبة عند معالجة الحالات المرضية التي يتعرض لها المؤمن عليهم، وهو بذلك يعد أحد النظم الاجتماعية التي تقوم على التعاون والتكافل بين الأفراد لتحمل ما يعجز عن تحمله فرد واحد فقط وشركات التأمين تنظم الاستفادة من توزيع الخطر لقاء اشتراك معلوم مسبقاً.

نشأته: لم يكن يعرف في العهود السابقة نظم التأمين الصحي بمفهومها الشامل حتى صدرت أول وثيقة تأمين صحي على مستوى العالم في ألمانيا عام 1883م، أما فيما يتعلق بالعالم العربي فإن أول وثيقة كتبت باللغة العربية لتأمين العلاج الطبي ظهرت عام 1957 في مصر بين الشركة المتحدة للتأمين وبنك الإسكندرية، كما صدرت وثيقة أخرى في نفس العام بين شركة مصر للتأمين وشركة "أسوستاندر" للخدمات البترولية.

ب- أهداف التأمين الصحي وأطرافه:

• أهدافه:

- توفير الرعاية الصحية للأفراد والمجموعات.
- تأمين تكاليف الرعاية الصحية للأفراد والمجموعات.
- توزيع تكاليف الرعاية الصحية على الأفراد بحيث يدفع الجميع حصة متساوية وبذلك فإن الأشخاص الأصحاء الذين لا يعانون من المرضى يغطون تكاليف الأشخاص المرضى.
- حماية الفرد من نقص الرعاية الصحية التي تنتج عن فقر الشخص أو عدم قدرته على دفع تكاليف العلاج مما يؤدي إلى عدم حصوله على الرعاية الصحية وتدهور صحته.
- إدارة موارد التأمين الصحية المالية بشكل يضمن استمراره للأجيال القادمة وقد يشمل ذلك استثمارها في مشاريع تحسين مستوى الخدمات الطبية المقدمة من خلال توفير مصادر مالية ثابتة ومستمرة والحث على مزيد من التنوع والمنافسة في تقديم الخدمات الطبية.
- إزالة العائق المالي بين المريض وحصوله على الخدمة الطبية.
- توفير خدمة طبية متكاملة للمواطن بجودة عالية وكلفة مقبولة.
- رفع مستوى الرضا الوظيفي والاطمئنان الاجتماعي لدى الفرد.

- تحسين مستوى الخدمات الطبية المقدمة من خلال توفير مصادر مالية ثابتة ومستمرة.

• أطرافه:

- مؤسسة التأمين: والتي تكون مؤسسة حكومية مثل وزارة الصحة أو مؤسسة خاصة.
- المنتفع: قد يكون الفرد لشخصه عندما يشترك في التأمين أو يكون معه طرف ثان وهو عائلته.
- العقد: ويوضح مقدار الاقتطاع المالي للتأمين وأسسه والذي قد يكون شهرياً ثابتاً أو اقتطاعاً بنسبة معينة من تكاليف الإجراء الطبي عند حدوثه مثل أن يدفع الفرد 10% من كشف الطبيب أو 5% من رسوم المستشفى.
- طبيعة التغطية: وتشمل الأمراض المشمولة بالعلاج والإجراءات المغطاة، فمثلاً هناك بعض شركات التأمين ترفض تغطيه عمليات تصحيح البصر وفقدته وإجراء عملية تجميلية وكذلك تقويم الأسنان.
- مقدم الرعاية الصحية: قد يكون مؤسسات حكومية تابعة للحكومة كمراكز ومستشفيات وزارة الصحة وقد تكون مؤسسات صحية خاصة كمستشفيات خاصة.

ج- أنواع ومصادر تمويل التأمين الصحي:

• أنواعه:

1. ما يعرف بالتأمين الصحي التجاري أو الاختياري: وقد نشأ التأمين الصحي الاختياري أو التجاري في أول الأمر ليقدم جماعات من العمال المستهلكين ثم بدأ في الانتشار سواء بما تعرضه بعض المستشفيات وعيادات الأطباء من نظم تأمينية خاصة في محاولة لجذب عملاء يتعاملون معها أو من خلال ما تقدمه الشركات التأمينية التجارية من وثائق تأمينية تدرأ خطر المرض (كله أو بعضه) عن المؤمن عليه، وقد انتشر هذا النوع في كثير من دول أوروبا وأمريكا وكندا وهو نظام هادف للربح.
2. ما يعرف بالتأمين الصحي الاجتماعي أو الإلزامي: قد نشأ للقضاء على سلبيات صور التأمين الخاص وللعمل على حل مشكلة الطبقات البسيطة في المجتمع ولهذا فهو إلزامي يفرضه المجتمع لحماية أفرادهم جميعاً وليس متروكاً لرغبتهم، وهو لا يوفر علاجاً أو تعويضاً فقط، وإنما يضيف للمجتمع إمكانيات علاجية جديدة وبصفة مستمرة بما يتناسب مع احتياجات الرعاية الصحية للمواطنين المؤمن عليهم.

• مصادر تمويله:

- الفرد نفسه: وهذا عبر المبلغ الذي يقتطع منه على أسس شهرية أو حسب العلاج.
- الحكومة: إذ تغطي تكاليف التأمين وعادة يكون من أموال الضرائب، كما تغطي كامل تكاليف الأفراد الذين لا يملكون دفع تحملهم الشخصي من التأمين الصحي كالفقراء.

- **المؤسسات الخاصة:** إذ قد تدفع هي جزءاً من تكاليف تأمين موظفيها الصحي، فيما يدفعون هم المتبقي.
- **المنظمات الدولية:** فمثلا تدفع الأمم المتحدة تكاليف علاج اللاجئين الفلسطينيين في الأونورا وتحصل الأمم المتحدة على التمويل من الدول المانحة والمؤسسات الدولية الأخرى.
- **الهبات والمنح:** التي قد تكون من الأفراد أو المؤسسات وقد تكون مادية أو عينية كالمستلزمات الطبية والمباني.

ثانياً: التأمين الصحي في مصر

تمهيد

يقاس قدم الأنظمة الصحية بقدرة المجتمعات التي نشأت بها هذه الأنظمة ففي كل المجتمعات نشأت أنظمة لرعاية المرضى والتعامل مع الألم والعلّة، وقد عكست الأفكار حول مسببات الأمراض واعتلال الصحة الثقافة السائدة في مجتمع ما من ناحية بالإضافة إلى درجة تطور هذا المجتمع من ناحية أخرى ومن ثم فقد عكست الأنظمة الصحية بطرق متعددة السلوك السائد في المجتمعات تجاه الألم والمرضى والوفاء والصحة إلا أن درجة التطور الاجتماعي والاقتصادي والعلمي في أي مجتمع قد لعبت دوراً مهماً في الطريقة التي يصل من خلالها النظام الصحي بهذا المجتمع وأيضاً في توجه هذا النظام وفي ذات الوقت فقد كان للمتغيرات الاجتماعية والاقتصادية والسياسية أثراً ليس فقط على تحديد كمية وجودة الرعاية الصحية المقدمة، وإنما أيضاً على توجه النظام الصحي وخصائصه.

وبالنسبة لمصر فعلم من أهم السمات الحاكمة في تاريخ تطور مهنة الطب والنظم الصحية هي الانفصال شبه التام بين التاريخ والحاضر بين الأنظمة المؤسسية للرعاية الصحية والتي وجدت من عصور سحيقة وبين النظام الحديث.

أ- التطور التاريخي لنظام التأمين الصحي في مصر:

قد عرف النظام الصحي في مصر القديمة توثيق وتسجيل الملاحظات والتجارب والممارسات الطبية وقد تم هذا التسجيل على أوراق البردي وجدران المعابد والتي ما تزال نرى الكثير منها حتى الآن، وقد تم افتتاح أول مدرسة للطب في عهد الأسرة الأولى ثم تلتها مدارس أخرى عديدة مما جعل مصر من أكبر مراكز الصحة والاستشفاء في العالم القديم.

ولقد تم إنشاء مدارس للطب في مصر القديمة ملحق بالمعابد وكانت التخصصات في الفروع المختلفة معروفة للأطباء في مصر القديمة ووفقاً لهيرودوت فقد كان هناك متخصصون في العيون والفم والأسنان وفي علاج آلام المعدة وحتى في كل جزء من أجزاء الجسم كما كان هناك طبيبات وكانت المعرفة بعلم التشريح خاصة متقدمة بسبب التحنيط كما كانت الجراحة أيضاً متقدمة بسبب تطوير الأدوات الطبية والأدوية وتصنيفها وهذا

نراه في أوراق البردي المعروفة باسم "ايبيرس" وادوين سميث وعلى جدران المعابد والتي يرجع تاريخها إلى آلاف السنين قبل الميلاد.

ونتيجة للصراعات والحروب والغزوات التي تعرضت لها مصر بعد ذلك تم نقل العلوم الطبية التي نشأت في مصر القديمة لحضارات أخرى وخاصة حضارات حوض البحر المتوسط وظلت الإسكندرية العاصمة الجديدة لمصر والتي بنيت في عصر البطالمة عام 323 ق.م مركز إشعاع للعلوم والمعارف الطبية للعالم بأسره وتظهر العديد من الأدلة أن المعارف والممارسات الطبية الإغريقية تدين بالكثير للطب المصري القديم. وخلال العصر الإسلامي العربي خاصة في الفترات الأولى نقلت الحضارة الإسلامية الكثير من المعارف في المنطقة المحيطة للبناء عليه فقد شجع العرب الترجمة من اللغة الإغريقية وأصبحت الدول الإسلامية ملجأ للمفكرين والعلماء من شتى بقاع الأرض وتجدر الإشارة هنا إلى أن الكثير من الكتب الطبية المهمة تم تأليفها في إطار الحضارة الإسلامية ولعل من أهم الإنجازات التي نمت في ظل الحضارة الإسلامية في مجال بناء مؤسسات للرعاية الصحية كانت على الأرجح تأسس الميرستانات "المستشفيات" فقد تم بناء العديد من هذه المستشفيات في مصر خلال العصر الإسلامي وحتى القرن الثالث عشر الميلادي ولم تكن هذه المستشفيات مجرد أماكن للرعاية الصحية والعلاج وإنما لعبت دوراً مهماً في نقل المعرفة والمهارات الطبية وكان أقدمها "ميرستان" ابن طولون في الفترة بين عامي 874 - 872

وكما هو الحال في العديد من الدول التي شهدت مولد الحضارات القديمة نشأ بمصر نظام مؤسسي للرعاية الصحية منذ عدة آلاف من السنين وفي ذات الوقت فقد ظلت مصر لعصور طويلة تلعب دوراً قيادياً في التعليم والتدريب على الرعاية الصحية وبالرغم من ذلك ومنذ القرن الثالث عشر الميلادي شهدت المؤسسة الصحية كغيرها من مؤسسات مصر القديمة تدهوراً شديداً حتى أصبحت غير موجودة تقريباً مع بداية القرن التاسع عشر الميلادي ، وشهد القرن التاسع عشر تطوراً في الرعاية الصحية المؤسسية بصورة منعزلة ومنفصلة تماماً عن الموروث القديم حيث تم تبني النموذج الغربي البيولوجي الطبي والذي ساد من وقتها حتى الآن.

حيث يعود اختيار مصر للتأمين الصحي الإجتماعي كنموذج للنظام الصحي وتقديم الرعاية الصحية، وتجدر الإشارة إلى أن نظم التأمين الصحي الاجتماعي كانت - في كثير من الأحوال - مرتبطة بتحول المجتمعات إلى الصناعة، وقد بدأ المجتمع المصري هذا التغير منذ عهد محمد علي باشا في بداية القرن التاسع عشر، كما يلاحظ أن تطور التصنيع كان مرادف لنهاية الحرب العالمية الأولى في بدايات القرن العشرين (1914- 1918) وقد ارتبطت قصة التكافل والضمان الاجتماعي، كمطلب قومي في مصر بظهور الحركات العمالية في ذلك الوقت.

وقد اختارت مصر نظام التأمين الصحي الاجتماعي كنظام رئيسي لتقديم الرعاية الصحية منذ عام 1964 ومن خلال إدارة الدولة السياسية ورؤيتها وسعيها نحو تحقيق برنامج صحي يسعى من أجل تحقيق هدف تغطية جميع أفراد المجتمع بنظام التأمين الصحي الشامل ومكوناته واضحة ومباشرة هي الإتاحة الشاملة والعدالة لجميع المواطنين، ورعاية فعالة للوصول إلى صحة أفضل للجميع استخدام كشف للموارد الصحية

خدمة ذات جودة عالية واستجابة لاهتمامات وتكليفات المرضى وكثير من هذه المفاهيم ثم الأخذ بها لتحسين أداء النظام الصحي في مصر سمي "ببرنامج الإصلاح الصحي".

علماً بأن التأمين الصحي الاجتماعي في مصر هو أحد روافد التأمين الاجتماعي المصري، ومن المعروف أن نظام التأمينات الاجتماعية في مصر من أقدم النظم للتأمين في العالم، حيث صارت نشأته في عام 1854 (الأمر الصادر في 26 ديسمبر سنة 1854 بشأن المعاشات المدنية والتأمين الصحي هو مفتاح ومدخل رئيسي إلى تشكيل أكبر وأوسع يضم التأمين الاجتماعي وحماية الدخل الذي يقع في قلب احتياجات المجتمع، وبذلك فإن التأمين الصحي الاجتماعي يقوم بمهمة ترشيح المبادئ والاجتماعية وتشكيل جزء من نسيج المجتمع، مدعوماً بضميره الذي تضرب جذوره بعمق من التوازن العام للمجتمع ككل.

• نبذة عن التطور التشريعي لنظام التأمين الصحي في مصر

ترجع بداية التأمين الصحي الاجتماعي في مصر كنظام رئيسي لتقديم خدمات الرعاية الصحية إلى عام 1964، حيث سبق هذا التاريخ صدور العديد من التشريعات كانت موجهة بصفة أساسية للقوى العاملة من العمال والموظفين وبيئة العمل وتعنى بإصابات العمل وتعويضاتها وبعض النماذج للرعاية المرضية، وفيما يلي عرض موجز لها:

قانون رقم (64) لسنة 1936: حدد هذا القانون إلزام صاحب العمل بالتأمين الإجباري على عماله ضد إصابات العمل لدى إحدى شركات التأمين التجارية.

قانون رقم 86 لسنة 1942: تضمنت أحكام هذا القانون إلزام صاحب العمل بالتأمين الإجباري على عماله ضد إصابات العمل لدى إحدى شركات التأمين الإجباري.

قانون رقم (117) لسنة 1950: تضمن هذا القانون التأمين ضد أمراض المهن وذلك بقيام صاحب العمل بالتعويض لعماله في حالة الإصابة بأحد الأمراض المهنية.

قانون رقم (202) لسنة 1958: للتأمين والتعويضات ضد إصابات العمل الذي تم بموجبه نقل مسئولية تمويل والتزامات إصابات العمل إلى مؤسسة عامة وإنشاء الصندوق القومي لإصابات العمل للتغلب على تجاوزات شركات التأمين التجارية في حقوق العمال المصابين في ظل القوانين السابقة.

قانون العمل الموحد رقم (91) لسنة 1959: وضع هذا القانون مكونات أو معايير الرعاية الصحية اللازم توافرها لعمال المؤسسات المختلفة طبقاً لعدد العاملين بها من جانب صاحب العمل ونتيجة لهذا القانون بدأت الشركات والمصانع في إنشاء الأقسام والإدارات الطبية بها أو التعاقد مع شركات التأمين التجارية بعقود تأمين جماعية لعمالهم أو التعاقد مع المؤسسة الصحية العمالية والتي تم إنشاؤها بقرار رئيس الجمهورية رقم 571 لسنة 1961 طبقاً لهذا القانون لتقديم الرعاية الصحية للعاملين بالمصانع والشركات والمؤسسات الصناعية وبخاصة إصابات العمل وأصبحت المؤسسة العمالية فيما بعد نواة الهيئة العامة للتأمين الصحي.

• تحول عام في مسار التأمين الصحي في مصر عام 1964 وذلك بصدور قانونين هما:

- قانون رقم (75) لسنة 1964:

تقضى أحكام هذا القانون بتطبيق التأمين الصحي على موظفي الحكومة والهيئات العامة والمؤسسات العامة ووحدات الإدارة المحلية مقابل اشتراك قدره 3% من أجور العاملين شهرياً يسددها صاحب العمل (الحكومة) بالإضافة إلى 1% من الأجر الشهري يسدده العامل أو الموظف وبناءً على هذا القانون صدر قرار رئيس الجمهورية 1209 لسنة 1964 بإنشاء هيئة التأمين الصحي لتنفيذ ما جاء به.

- قانون رقم (63) سنة 1964:-

بتطبيق التأمين الصحي على العاملين بالقطاعات العام والخاص الخاضعين لقانون التأمين الإجتماعي مقابل اشتراك 4% من الأجور الشهرية يسددها صاحب العمل بالإضافة إلى 1% من الأجر الشهري يسدده العامل وقد أناط القانون بالهيئة العامة للتأمينات الاجتماعية في ذلك الوقت نظراً للازدواج في تنفيذ التأمين الصحي بين الهيئة العامة للتأمين الصحي والهيئة العامة للتأمينات الاجتماعية.

ثم صدر القرار الجمهوري رقم (3298) لسنة 1964 بنقل مسؤولية الهيئة العامة للتأمينات الاجتماعية فيما يخص تطبيق التأمين الصحي إلى الهيئة العامة للتأمين الصحي عام 1975 نقطة تحول أخرى.

- ثم صدر قانونان مهمان لا يزال العمل بهما سارياً حتى الآن وهما:-

- قانون رقم (32) لسنة 1975:

في شأن العلاج التأميني للعاملين بالحكومة ووحدات الإدارة المحلية والهيئات العامة والمؤسسات العامة الذين يصدر بتحديدهم على مراحل قرار من وزير الصحة والسكان خفض هذا القانون الأعباء المالية الملقاة على صاحب العمل من 3% من الأجور الشهرية إلى 1,5% كما خفض الأعباء على العاملين من 1% (إلى نصف في المائة) من الأجر الأساسي وفي مقابل هذا النقص أضاف بعض المساهمات المالية يدفعها المؤمن عليه عند الحصول على الخدمة.

قانون التأمين الاجتماعي الصادر بالقانون رقم (79) لسنة 1975 هو قانون التأمين الاجتماعي.

شمل خمسة أنواع تأمين وهي:

- تأمين الشيخوخة والعجز والوفاة.

- تأمين إصابة العمل.

- تأمين المرضى.

- تأمين البطالة.

- تأمين الرعاية الاجتماعية لأصحاب المعاشات.

وبذلك يكون هذا القانون قد أوضح بجلاء أن تأمين إصابات العمل وتأمين المرضى هي مكونات أساسية في نظام التأمين الاجتماعي، ويطبق القانون على العاملين المدنيين بالجهاز الإداري للدولة والهيئات العامة والمؤسسات العامة والوحدات الاقتصادية التابعة لها وغير هذا من الوحدات الاقتصادية بالقطاع العام والقطاع الخاص والخاضعين لأحكام قانون العمل، كما تسرى أحكام إصابات العمل على العاملين الذين تقل أعمارهم

عن 18 سنة والمتدربين والتلاميذ الصناعيين والطلاب المشتغلين فى مشروعات التشغيل الصيفي والمكلفين بالخدمة العامة، وذلك مقابل اشتراك تأمين المرضى كما يلي:-

- حصة صاحب العمل 3% من إجمالي الأجور الشهرية.

- حصة المؤمن عليه 1% من إجمالي الأجر الشهري.

كما يشمل تأمين المرض لأصحاب المعاشات مقابل 1% من المعاش الشهري لصاحب المعاش بـ2% من معاش الأرملة فقط بدون حصة لصاحب العمل بالنسبة لإصابات العمل، حدد القانون اشتراك صاحب العمل بـ1% من إجمالي أجور المؤمن عليهم والعاملين بالجهاز الإداري للدولة والهيئات والمؤسسات العامة والوحدات الاقتصادية التابعة لها و3% من الأجور لباقي العاملين.

ومن الجدير بالذكر أن مواد هذا القانون وما ترتب عليها من قرارات تنفيذية لوزير الصحة أو لوزير الشؤون الاجتماعية وضعت نظام متكامل للرعاية الصحية في حالة المرض، والإصابة والعجز لضمان حقوق المؤمن عليه.

فقد أوضحت المادة (47) من القانون المقصود بالرعاية الطبية ما يلي:-

- الخدمات الطبية التي يؤديها الممارس.

- الخدمات الطبية على مستوى الأخصائيين بما في ذلك أخصائي الأسنان.

- الرعاية الطبية المنزلية عند الاقتضاء.

- العلاج والإقامة بالمستشفى أو المصحة أو المراكز المتخصصة.

- العمليات الجراحية وأنواع العلاج الأخرى حسب ما يلزم.

- الفحص بالأشعة والبحوث المعملية "المخبرية".

- اللازمة وغيرها من الفحوص الطبية وما في حكمها.

صرف الأدوية اللازمة في جميع الحالات المشار إليها فيما تقدم توفير الخدمات التأهيلية وتقديم الأطراف والأجهزة الصناعية التعويضية وذلك طبقاً للشروط والأوضاع التي يحددها قرار من وزير الصحة والسكان بالاتفاق مع وزير التأمينات، كما ألزمت المادة رقم (86) من قانون الهيئة العامة للتأمين الصحي عند الإنفاق مع جهات العلاج أن لا يقل مستوى الخدمة عن الحد الأدنى الذي يصدر به قرار من وزير الصحة والسكان لضمان الحد الأدنى لجودة الخدمة.

• ثم صدر قانون رقم (99) عام 1992 فى شأن نظام التأمين الصحي على الطلاب:-

تطبيق قانون التأمين الصحي على طلاب جميع المراحل التعليمية من رياض الأطفال حتى المرحلة الثانوية دون التعليم الجامعي وذلك مقابل:-

- 4جنيهاً سنوياً اشتراك الطالب.

- 12 جنيهاً دعم من الخزنة العامة للدولة لكل طالب.

- مساهمات الطالب بواقع الثلث في ثمن الدواء خارج المستشفيات عدا الأمراض المزمنة.

- حصيلة رسم قدره (10) قروش على كل علبة سجائر 20 سيجارة.
- وبمقتضى هذا القانون يحصل الطالب بالإضافة للخدمات العلاجية التأهيلية على الخدمات الوقائية الآتية:-
- الفحص الطبي الشامل عند أول التحاق الطالب عند بدء كل مرحلة من مراحل التعليم.
- الفحص الطبي النوعي للطالب بصفة دورية أو لظروف صحية طارئة.
- إعطاء التوصيات الطبية للجهة التعليمية لتوفير الاشتراكات الصحية اللازمة للمحافظة على مستوى صحة البيئة.
- الكشف على الطلاب الممارسين للأنشطة المختلفة لتقرير مدى لياقتهم للقيام بهذه الأنشطة.
- نشر الوعي الصحي بين الطلاب.
- الإشراف على تغذية الطلاب إن وجدت وذلك كله وفقاً للشروط والأوضاع التي يصدر بها قرار من وزير الصحة والسكان وفي عام 1997، صدر قرار وزير الصحة والسكان رقم(380) لسنة 1997، بشأن تطبيق التأمين الصحي على الأطفال من الميلاد وحتى السن المدرسي ويكون الاشتراك كما يلي:-
- 5 جنيهات اشتراك سنوي.
- ثلث ثمن الدواء من خارج المستشفيات عدا الأمراض المزمنة.
- يقدم التأمين الصحي خدماته الوقائية العلاجية على مراحل تبدأ بالممارس العام ثم الاخصائى والاستشاري ثم المستشفيات والمراكز التخصصية من خلال نظام معتمد للإحالة من مرحلة لأخرى مع استقبال الحالات الطارئة والحوادث بالمستشفيات مباشرة.
- ب- الوضع الراهن لمنظومة التأمين الصحي في مصر:

• السياسة والمبادئ الأساسية:

تنتهج الدولة التي تأخذ بنظام التأمين الصحي الاجتماعي.... أحد منهجين أساسيين في التنفيذ.

المنهج الأول:

إما تقسيم المجتمع إلى شرائح (عمال - معاشات - أصحاب أعمال - فلاحين - طلاب - أرباب مهن حرة - خدم منازل....الخ) ، حيث تبدأ في تطبيق نظام التأمين الصحي على شريحة تلو الأخرى في كافة أنحاء البلاد أو أجزاء منها.

المنهج الثاني:

تقسيم المجتمع إلى مناطق جغرافية... بحيث يتم التطبيق على كافة المواطنين في نطاق جغرافي محدد (محافظة مثلاً) يتلوه نطاق جغرافي آخر وهكذا.

وقد أخذت مصر بالمنهج الأول... حيث صدر في مارس سنة 1964 أول تشريعات التأمين الصحي في مصر متمثلة في قانونين أحدهما يقضى بسريان التأمين الصحي على العاملين بالجهاز الإداري للدولة ووحدات الإدارة المحلية والهيئات العامة والمؤسسات العامة، والآخر يقضى بسريانه على العاملين بقطاع

الأعمال الخاضعين لقانون التأمينات الاجتماعية (قانون رقم 63 لسنة 1964) وأستثنى من الخضوع لأحكامه العاملين فى الزراعة وخدم المنازل والمشتغلين لحسابهم وأصحاب الحرف وأصحاب الأعمال أنفسهم... وبالتالي اتخذت مصر منذ البداية مسار تقديم الرعاية الصحية التأمينية فئوياً وليس جغرافياً، حيث أنها اختصت القوى العاملة (كفئة أو شريحة من فئات أو شرائح المجتمع، ثم انتقلت فى مرحلة تالية طلاب المدارس (كفئة أو شريحة أخرى) ثم الأطفال دون السن المدرسي ثم المرأة المعيلة، إلا أنه مع محاولة توجيه السياسات الصحية نحو تحقيق نتائج صحية أفضل وأكثر أنصافاً من أجل زيادة الرفاهية ودفع التنمية الاقتصادية، وضعت خطة التنمية المستدامة (2030) وهى الإستراتيجية التي تبنتها الدولة فى مختلف القطاعات بصفة عامة، وفى قطاع الصحة بصفة خاصة حيث استهدفت الدولة إحداث تغيير تدريجي بمنظومة الصحة خلال السنوات القادمة مع الأخذ فى الاعتبار النمو السكاني وعبء المرض الذي يتحول من الأمراض المعدية إلى الأمراض المزمنة الأكثر كلفة، وبالشراكة مع كافة الأطراف المعنية ومن خلال توفير الموارد البشرية والمالية والمؤسسية والقدرات اللازمة لتنفيذ الإصلاحات ويتماشى توجه الدولة مع المادة (18) من الدستور والتي تنص على الحق فى الرعاية الصحية من خلال أهم ركيزة وهى مظلة التأمين الصحي، وهو ما عبر عنه برنامج الحكومة تفصيلاً فى وضع خطة إجرائية انتقالية تمتد من 2016 إلى 2018 تعتبر لازمة وممهدة لإحداث التغييرات الشاملة لتطوير وإصلاح الخدمات الصحية عن طريق مد مظلة التأمين الصحي الحالية ومدى استدامتها وآليات الدمج فى نظام التأمين الصحي الشامل، وتطوير الهياكل التنظيمية للتأمين الصحي والوزارة من خلال إنشاء ثلاثة هيئات جديدة لمنظومة التأمين الصحي الجديد وهو ما نصت عليه مسودة قانون التأمين الصحي الجديد وجوهر عمليات إعادة هيكلة النظام برمته وهى (هيئة التحويل، هيئة للخدمات الصحية العامة، هيئة الاعتماد والجودة) ، وهو ما يظهر التحول فى المنهج الأساسي للأخذ بنظام التأمين الصحي الاجتماعي نحو المنهج الثاني الخاص بتقسيم المجتمع إلى مناطق جغرافية يشمل التطبيق للنظام كافة المواطنين يتلوه نطاق جغرافي آخر، وصولاً إلى تقديم رعاية صحية قادرة غير مشروطة بقدرة المواطن المادية بحيث تشمل هذه الرعاية المواطنين جميعاً، وبشكل تدريجي مخطط بالإضافة إلى تحقيق مبدأ التكافل الاجتماعي لجميع المؤمن عليهم للحصول على حق الرعاية الصحية التأمينية بسهولة، ثم العمل على تطوير أساليب الرعاية الصحية وإضافة إمكانيات علاجية حديثة وفق معدلات علمية محددة سلفاً، وبالتالي تحقيق تغطية صحية شاملة وضمان جودة وسلامة الخدمات الصحية المقدمة للمنتفعين وتحسين الحوكمة بما يضمن إدارة نظام التأمين الصحي بفاعلية ومسئولية وشفافية على جميع المستويات واشتراك جميع فئات المجتمع فى متابعة وتقييم أداء نظام التأمين الصحي مع ضمان الاستخدام الأمثل للموارد وضمان الاستدامة المالية للنظام.

• القوانين المطبقة:

(أ) يُنظم التأمين الصحي فى مصر خمسة قوانين.

1- القانون رقم(32) لسنة 1975 فى شأن نظام العلاج التأميني للعاملين فى الحكومة ووحدات الإدارة المحلية والهيئات والمؤسسات العامة التي يصدر بتحديددها على مراحل قرار من وزير الصحة.

وكان يمول هذا التأمين من الاشتراكات الشهرية التي تؤديها جهة العمل بواقع نسبة 1,5 % من أجور العاملين ويتحمل المؤمن عليه نسبة 5, % من أجره الإضافي إلى رسوم عند الانتفاع بالخدمة محددة بقرار من وزير الصحة، وقد تم إلغاء هذا القانون بموجب أحكام القانون رقم (3) لسنة 2017، وتحويل جميع المنتفعين به إلى قانون رقم (79) لسنة 1975.

2- القانون رقم (79) لسنة 1975 فى شأن التأمين الإجتماعى ليسرى على جميع العاملين فى الحكومة والهيئات العامة والمؤسسات العامة ووحدات الإدارة المحلية، وجميع العاملين بالقطاع الاقتصادى (المنشآت التابعة للقطاعين العام والخاص) والمندرجين منهم، وأصحاب المعاشات من العاملين بالجهاز الإدارى للدولة والمؤسسات العامة والوحدات الاقتصادية والعاملين بالقطاعين العام والخاص.

ويمول هذا التأمين من الاشتراكات الشهرية التي يؤديها صاحب العمل بواقع 3% من أجور عماله، ويتحمل المؤمن عليه 1% من أجره، و1% من المعاش الشهري يتحملها صاحب المعاش، بالإضافة إلى رسوم عند الانتفاع بالخدمة محددة بقرار من وزير الصحة.

3- القانون رقم (99) لسنة 1992 فى شأن التأمين الصحى على الطلاب، ويسرى على كافة طلاب المدارس من مرحلة رياض الأطفال حتى نهاية مرحلة التعليم الثانوي بأنواعه وطلاب المعاهد الأزهرية. ويحول هذا التأمين من الاشتراكات السنوية التي تتحملها الدولة عن كل طلب بواقع 12 جنية، والاشتراك السنوي الذي يتحمله الطالب بواقع 4 جنيهاً بالإضافة إلى تحمل ثلث قيمة الدواء فيما عدا الأمراض المزمنة، وقيمة 10 قروش من قيمة كل علبة سجاثر، وقد تم تعديل قيمة هذه الاشتراكات بموجب أحكام القانون رقم (3) لسنة 2017 لتصبح:-

12 جنية سنوياً يتحملها ولى أمر الطالب، و15 جنية عن كل طالب تتحملها الخزنة العامة للدولة، و50 قرشا من قيمة كل علبة سجاثر.

4- المرسوم بقانون رقم (86) لسنة 2012 بشأن نظام التأمين الصحى على الأطفال دون السن الدراسى، ويسرى على كافة المواليد ومن هم دون سن التعليم الأساسى من غير الخاضعين لأحكام القانون رقم (99) لسنة 1992 فى شأن التأمين الصحى على الطلاب ويكون التأمين إلزامياً. ويمول هذا التأمين من الاشتراكات السنوية التي تتحملها الخزنة العامة للدولة بواقع 12 جنية، والاشتراك السنوي الذي يتحمله ولى أمر الطفل بواقع 8 جنيهاً، وقد تم تعديل الاشتراكات بموجب أحكام القانون رقم (3) لسنة 2017 لتصبح:-

15 جنيهاً عن كل طفل تتحملها الخزنة العامة للدولة، و12 جنيهاً يتحملها ولى أمر الطفل.

5- القانون رقم (23) لسنة 2012 بشأن نظام التأمين الصحى للمرأة المعيلة، ويسرى على كل امرأة تتولى بمفردها رعاية نفسها أو أسرتها ولا تتمتع بمظلة التأمين الصحى تحت أى قانون، ويحول هذا التأمين من الاشتراكات السنوية التي تتحملها الخزنة العامة للدولة بواقع 200 جنية، والاشتراك الشهري الذي تتحمله المنتفعة بواقع نسبة 1% بحد أدنى 12 جنيهاً سنوياً.

ب) 1- قرار رئيس مجلس الوزراء رقم(1) لسنة 1981 والذي يجيز للأرملة المستحقة للمعاش وفقاً لأحكام القانون رقم (79) لسنة 1975 أن تطلب الانتفاع بأحكام التأمين الصحي مُقابل أداء اشتراك شهري بواقع نسبة 2% من المعاش المستحق لها.

2- كما صدر قرار رئيس مجلس الوزراء رقم(10) لسنة 1981 في شأن سريان أحكام التأمين الصحي على أسر المؤمن عليهم وأصحاب المعاشات من مواطني محافظة الإسكندرية وهم الزوجة والأولاد الذين تتوافر في شأنهم شروط استحقاق المعاش وذلك مقابل نسبة 5,5% من الأجر أو المعاش يتحمله المؤمن عليه عن كل فرد من أفراد الأسرة مقابل نسبة 5,5% أخرى يتحملها صاحب العمل.

• نطاق مظلة التأمين الصحي:-

يقصد بها مدى التغطية التأمينية، أي عدد من شملهم نظام التأمين الصحي في المحافظات بالنسبة لعدد سكان المحافظة.

التغطية التأمينية النسبية في المنوية لعدد المنتفعين إلى عدد السكان 2017/7	المنتفعون عام 2017	عدد السكان عام 2017م	المحافظة
60%	5,803,137	9,674,231	القاهرة
75%	3,811,320	5,031,445	الإسكندرية
66,3%	329,923	497,543	مطروح
74,9%	4,141,243	5,528,988	شمال غرب
51,9%	3,206,518	6,182,196	البحيرة
56,5%	2,824,197	4,998,841	الغربية
52,7%	1,777,034	3,372,455	كفر الشيخ
57,9%	2,413,838	4,170,481	المنوفية
53,1%	2,852,403	5,373,396	القليوبية
55,5%	3,811,478	6,864,565	الشرقية
51,2%	3,200,000	6,255,448	الدقهلية
59,6%	835,329	1,401,191	دمياط
76,2%	530,416	695,840	بورسعيد
67,2%	310,049	461,714	شمال سيناء
119,2%	206,958	173,565	جنوب سيناء
78,7%	1,047,423	1,331,119	القنال وسيناء
66,9%	839,818	1,255,573	الإسماعيلية
64,3%	422,704	657,012	السويس
60,60%	4,857,497	8,019,057	الجيزة

الفيوم	3,438,490	2,174,065	63,2%
بني سويف	3,069,006	1,965,537	64,0%
المنيا	5,529,104	2,814,107	50,9%
أسيوط	4,535,486	2,486,611	54,8%
الوادي الجديد	238,055	169,068	71,0%
وسط الصعيد	4,773,541	2,655,679	55,60%
سوهاج	4,923,226	2,591,635	52,6%
قنا	3,247,396	1,651,041	50,8%
البحر الأحمر	366,499	385,850	105,3%
جنوب الصعيد	3,613,895	2,036,891	56,4%
الأقصر	1,212,248	673,106	55,5%
أسوان	1,518,124	944,857	62,2%

يهدف القانون الجديد بعد إقراره إلى تنظيم جميع أعمال التأمين الصحي في إطار نظام تكافلي وإلزامي ويسعى لأن تكون وحدة التغطية التأمينية هي الأسرة وليس الفرد، حتى يحقق أهداف النظام التأميني في تقديم خدمات صحية على اعلى مستوى وان يكون هناك نظام فعال للرقابة على جودة تلك الخدمات ومنافذ تقديمها اى الارتقاء بمنظومة عمل الخدمات الصحية وأهميتها في رفع المستوى المعيشي للمواطنين.

يعد مشروع قانون التأمين الصحي الشامل أول قانون يؤسس لنظام شامل متكامل لتقديم الخدمات الصحية ويسهم في الارتقاء بالمنظومة الصحية كما أن مظلته تغطي جميع المواطنين وتكون الأسرة هي وحدة التغطية داخله.

كما أن قانون التأمين الصحي الشامل تكافلي بمعنى أن جموع الشعب المصري متساويين وسيقوم الغنى بدوره المجتمعي فيكفل الفقير، وهذا القانون إلزامي وبمجرد تطبيقه سيلزم جميع المواطنين على الانضواء به وقانون التأمين الصحي الحالي يغطي 60% فقط من الشعب المصري و 40% بلا تغطية تأميني أما القانون الجديد يشمل 100% من المواطنين كما أن القانون الجديد، ستكون الأسرة هي النواة وكل أسرة لها عائل سيتم استخراج ملف لهذا العائل يحتوى على جميع بيانات من يعولهم وسيتيح تلقى الخدمة في اى مكان وكل مكان، حيث سيتيح لمتلقي الخدمة سواء في القطاع الحكومي أو القطاع الخاص أو الجامعات ويغطي كل الأمراض. والتكلفة التقديرية لتطبيق مشروع قانون التأمين الصحي الاجتماعي الشامل ارتفعت بعد تعويم الجنيه لتتراوح حالياً بين 140-160 مليار جنيه كما إن الدراسة الاكثواريه للمشروع التي تحدد تكلفته المالية النهائية لم تصل حتى الآن من المكتب العالمي وانه ستنتم مراجعتها كل 5 سنوات وفي حالة وجود عجز في ميزانية تطبيق المشروع ستراجع الحكومة مجلس النواب للاختيار المؤمن عليهم

هيئات التأمين الصحي:

يتضمن مشروع قانون التأمين الصحي الجديد إنشاء 3 هيئات هي "هيئة التأمين الصحي الشامل" حيث تتولي إدارة وتمويل نظام التأمين وكذا هيئة الرعاية الصحية" والتي تتولى تنظيم تقديم خدمات الرعاية الصحية

والعلاجية بكافة مستوياتها من خلال منافذ تقديم الخدمة التابعة لها بالإضافة إلى الهيئة المصرية للجودة واعتماد المنشآت الصحية والتي تتولى وضع الرعاية الصحية حيث تهدف إلى ضمان جودة الخدمات الصحية والتحسين المستمر لها.

نظام التأمين الصحي الشامل الجديد هو نظام إلزامي يعتمد على توفير الخدمة الصحية الشاملة اللائقة لجميع المصريين المقيمين داخل جمهورية مصر العربية.

كما ان قانون التأمين الصحي الاجتماعي الشامل هو احد أهم الاستحقاقات التي اقرها الدستور المصري، للحصول على الرعاية الصحية دون معاناة وبمستوى عال من الجودة بالإضافة إلى ان هذا القانون سيسهم في تحقيق العدالة الاجتماعية بين فئات الشعب والقانون بعد إقراره سيتم تطبيقه عبر إليه فصل التمويل عن تقديم الخدمة من مختلف القطاعات الصحية كما يقوم المشروع على التكافل الاجتماعي على أن تتحمل الدولة أعباء غير القادرين- وفقا لما تحدده وزارة التضامن الاجتماعي من فئات مستحقة للدعم وبما يضمن توازن التغطية المالية لتلك الفئات.

والنظام الجديد يربط رقم التأمين الصحي بالرقم القومي ويعتمد على الأسرة وليس الفرد كما أن القانون سيسري على جميع المواطنين في كل الفئات العمرية بجميع أنحاء الجمهورية وستتحمل الدولة أعباء غير القادرين. وسيضمن التطبيق عدة مراحل، تبدأ في 5 محافظات هي: "السويس" "بور سعيد والإسماعيلية، بجانب شمال وجنوب سيناء ويستهدف مشروع القانون تشكيل 3 هيئات جديدة تمثل في هيئة التأمين الصحي الاجتماعي الشامل، وهيئة الرعاية الصحية، بالإضافة إلى هيئة للاعتماد والرقابة الصحية وذلك بجانب الدور التنظيمي لوزارة الصحة والسكان.

كما أن مشروع القانون يتضمن عدة آليات تمويل تشمل اشتراكات المؤمن عليهم من أصحاب الأعمال والعاملين لديهم واشتراكات يتحملها رب الأسرة عن أفراد أسرته بجانب تحمل الخزانة العامة للدولة لاشتراكات غير القادرين والتمويل يعتمد أيضا على عائد استثمار أموال الهيئات الثلاث، التي يتكون منها النظام بجانب مقابل الخدمات الأخرى، التي تقدمها هذه الهيئات بخلاف المنح والإعانات والتبرعات والوصايا وأموال الزكاة والقروض والمنح الخارجية والداخلية.

ب: تحليل الوضع الراهن (SWOT ANALYSIS):

(أ) البيئة الداخلية

ويتضح مما سبق أن منظومة التأمين الصحي الحالي تتأثر بالعديد من المؤثرات الداخلية والخارجية تتمثل في:

1. نقاط القوة (strengths).

- تقدم خدمة جيدة لكنها منقوصة.
- شمول نظام التأمين الصحي لكثير من الفئات داخل المجتمع حيث شمل بالتغطية حوالي 60%.
- محاولة تغطية النظام لجميع التخصصات الطبية.
- زيادة الإنفاق الصحي الحكومي لتوسيع نطاق مظلة التأمين الصحي.

2. نقاط الضعف (Weakness).

- تعدد التشريعات المنظمة للتأمين للفئات المختلفة داخل المجتمع.
- التغيرات التي طرأت علي تكلفة الخدمات الصحية وتغير الخريطة الصحية، والعبء المرضي.
- ضعف التمويل، حيث تغطي الخزانة العامة للدولة تقريباً نسبة ربع ما يحتاجه التأمين، لذا يغطي ربع الخدمة الصحية المطلوبة.
- وجود العديد من المشكلات الإدارية في بعض الفروع والأماكن؛ نتيجة ضعف رواتب العاملين في القطاع، ومن ثم عدم التزام الأطباء وانتشار ظاهرة التسرب، بالإضافة إلى وصف العلاج للمرضى دون توقيع الكشف عليهم.
- وصول نسب الشكاوى من الخدمة الصحية المقدمة في العيادات الخارجية والصيدليات والتشخيص والأشعات إلى حوالي 80% من الشكاوى.
- ضعف تكنولوجيا المعلومات والميكنة.
- تعقيد الإجراءات الإدارية.
- مشكلة الدواء وطرق صرفه ونظامه وجودته.

(ب) البيئة الخارجية

3. التهديدات (Threats).

- ضعف استمرارية التحويل لتغطية جميع نفقات تقديم الخدمة الصحية.
- عدم الاستفادة من تحقيق مستويات الجودة والاعتماد.
- عدم استقرار سعر صرف الدولار وتأثيره على أسعار الأدوية ونقص المستلزمات الطبية.
- تهالك البنية التحتية منذ أكثر من عشر سنوات.
- نقص التعليم والتدريب.

4. الفرص (opportunities).

- إمكانية الاستفادة من التنظيمات الحالية للتأمين الصحي من خلال منظومة اجتماعية شاملة لتطبيق النظام.
- توحيد التشريعات المنظمة للتأمين الصحي للفئات المختلفة في تشريع واحد يستهدف جميع أفراد المجتمع.
- إنشاء هيئة للتمويل تضمن استمرارية تمويل نظام التأمين الصحي.
- مشاركة مستشفيات القطاع الخاص في منظومة التأمين الصحي.

ثالثاً: تجارب المقارنة

أ - التجارب الدولية :

1. بريطانيا:

- بدأت دولة الرفاهة الحديثة في بريطانيا مع صدور القانون الوطني للتأمين في 1911.
- تم إنشاء نظام تأمين إجباري على الطبقة العاملة مما قوض الحركة العمالية لمساعدة النفس.
- جاء تقرير Beveridge ليزيد من المكاسب التي تحققت مع بداية القرن الماضي.
- وكان من أهم توصيات التقرير إنشاء خدمات صحية وطنية.
- عناصر الخدمات الصحية الوطنية:-
- ضمان توفير الفرص المتساوية لجميع السكان للحصول على الخدمات الصحية بصرف النظر عن الإمكانات المالية أو العمر أو الوظيفة.
- فصل العناية بالصحة عن الإمكانات الشخصية وتقديم الخدمة الصحية مجاناً.
- توفير خدمات شاملة تغطي جميع أوجه الطب الوقائي والعلاجي.
- وضعت هذه المبادئ في صورة تشريعية في قانون الخدمة الصحية الوطنية.
- تم منح وزير الصحة السلطة لنقل ملكية أى مستشفى يراها مناسبة إلى الملكية العامة للدولة.
- تم تنظيم المستشفيات تحت مظلة المجالس الصحية المحلية كنظام شامل للخدمة الصحية المجانية.
- يشبه هذا النظام في بعض جوانبه النظم الصحية الموجودة ببعض البلدان العربية التي تقدم الخدمة الصحية مجاناً.
- يتم تمويل النظام بنسبة 90% من حصيلة الضرائب العامة والباقي من ضريبة الضمان الاجتماعي.

أقسام الخدمة الصحية الوطنية:-

خدمات الرعاية الصحية المتخصصة:-

- تقدم عن طريق الاختصاصيين.

- يتم التحويل من قبل الممارس العام إلا في الحالات الطارئة.

الممارس العام:-

- نقطة اتصال المريض بالنظام.

- للمريض الحرية قبول أو رفض الخدمة.

- وله الحرية في اختيار الممارس العام الذي يرغبه.

2. ألمانيا:

تعد ألمانيا أول دولة تشرع قانوناً للتأمين الصحي ففي عام 1883 أصبح إلزامياً على بعض أرباب العمل (الشركات) والموظفين دفع الأقساط التأمينية لما يسمى صندوق المرض (Sickness Funds) الذي يغطي تكاليف علاج الموظفين والآن يشترك 90% من الألمان في هذه الصناديق معظم المشتركين ينتمون الى صندوق واحد طوال حياتهم على الرغم من أن التنقل بين الصناديق المالية المتعددة متاح وهناك 40% من

السكان (معظمهم من ذوى الرواتب العالية وعائلاتهم) يشتركون في صناديق وطنية لها فروع في جميع المناطق أما ما نسبته 12% فيشتركون في صناديق تمويل علاج في صناديق خاصة ويبلغ تعداد هذه الشركات 700 شركة ويجتمع نسبة 12% خاصة بشركاتهم الكبرى التي تضم صناديق تغطي الحرف والمهن الاخرى.

- أن صناديق التمويل (Sickness Funds) صناديق غير ربحية ولها أنظمتها وإدارتها المستقلة التي تزوج بين القطاعين الحكومي والخاص ويجمع الصندوق أمواله من أقساط المشتركين وأصحاب العمل (الشركات) ليمول الخدمات الصحية المقدمة إليهم ويوجد ما يقارب 500 صندوق في ألمانيا حالياً وهذه الصناديق لا يسمح لها باستثناء واستبعاد أي مواطن بسبب نوعه وفقره ومرضه ولا يرفع القسط التأميني استناداً الى العمر أو الحالة الصحية ويتطلب من الصندوق تغطيه نطاق واسع من الخدمات الصحية والخدمات المقدمة من المستشفيات والأطباء و الخدمات الوقائية وخدمات رعاية الأمومة والطفولة (Bodenheir&Grumbach, 2002)) - وللد من ارتفاع تكاليف الخدمات الصحية فإن المؤمن عليه قد يدفع نسبة تحمل نظير استهلاك بعض الخدمات، فعلى سبيل المثال: يدفع المستفيد نصف تكلفة تركيب طقم الأسنان على الرغم من أن معظم خدمات رعاية الأسنان مغطاة ضمن التأمين الاجتماعي.

3. استراليا:

لقد ظهر نظام التأمين الصحي الحكومي في استراليا عام 1973 بعد المصادقة على قانون التأمين الصحي، وقد شهد النظام عدة تعديلات وفقاً للمقتضيات والاحتياجات، ويغطي القانون تقديم جميع الخدمات الصحية التي تقدم في المراكز والمستشفيات الحكومية، وتتصف بأنها خدمات مجانية تقدم بموجبها خدمة الرعاية الصحية في المستشفيات العامة والمساعدة بتكاليف الرعاية خارج المستشفى والعلاج المجاني. وتعتبر استراليا من الدول التي تشمل تغطيتها الصحية كافة المواطنين والمقيمين سواء كانوا يحملون الجنسية الأسترالية أو أجانب ماداموا مقيمين بشكل شرعي.

ويتم تمويل نظام التأمين الصحي الحكومي من خلال برامج الاقتطاع الضريبي وتتطلع حكومة الكومنولث والحكومة الفيدرالية والمقاطعات بوضع السياسات الصحية اللازمة لإدارة خدمات الرعاية الصحية بما فيها خدمات التأمين الصحي، وذلك من خلال الإدارة الصحية وهي إدارة حكومية مستقلة.

4. فرنسا:

قامت فرنسا بإصدار قانون التأمين الصحي الفرنسي عام 1928م ولم يتم التنفيذ عام 1930 وكان التأمين الصحي الفرنسي عبارة عن مجموعة من الجمعيات التعاونية التي كانت موجودة قبل صدور القانون حيث كان التأمين في بادئ الأمر لمجموعات ذات مهن مشتركة وعقب الحرب العالمية الثانية قامت إدارة الضمان بتمويل مشروع الحكومة لتغطية جميع المواطنين واستمر النظام فور التطوير إلى أن وصل إلى وضعه الحالي المتفوق على الدول الاخرى.

يعتمد النظام الصحي الفرنسي على عمومية التغطية من خلال نظام حكومي مركزي يغطي المخاطر والتعويضات حيث يدار بواسطة هيئة الضمان الاجتماعي اعتماداً على وزارة الشؤون الاجتماعية والتكافل الاجتماعي في أمور التمويل وعلى وزارة الصحة في النواحي الإدارية كما يشارك المريض في تحمل جزء من الاشتراكات.

وتعد من أهم مميزات النظام حرية الخيار للمستفيد ودون حدود في الذهاب للأطباء في كافة التخصصات كما يشمل النظام المستشفيات العامة والخاصة حيث تركز المستشفيات الحكومية على الطب الباطني والنفسي فيما تركز الخاصة على الجراحات والتوليد.

وتبعاً لهذا النظام فان المريض يقوم بدفع الرسوم ويتم تعويضه من الضمان الاجتماعي أما الخدمات الوقائية وخدمات المستشفى والرعاية طويلة الأمد فيتم تعويضها بالكامل من النظام الحكومي.

بينما الرعاية في العيادات الخاصة والتي توفر رعاية متخصصة فيتم التعويض عن رسومها جزئياً كما يدفع الضمان قيمة الأدوية.

- أيضاً تمويل هيئة التأمين الصحي الوطني الإلزامي من خلال مساهمة أرباب العمل والمساهمات الاجتماعية والاقتطاع من الرواتب ويشمل النظام حالياً جميع السكان ويمثل القطاع الحكومي منها 78% من التمويل.

لذا يعتبر النظام الفرنسي من الأنظمة المتقدمة في العالم كما أفادت احدي تقارير منظمة الصحة العالمية بأن لدى فرنسا أفضل خدمات صحية وأكثرها إتاحة بمتوسط تكلفة.

5. اليابان:

- ظهر التأمين الصحي في اليابان عام 1922 كتأمين صحي خاص بالعمال والمستخدمين وتأخر تطويره حتى عام 1927 بسبب زلزال كانتو الكبير عام 1927 وسارعت اليابان باتخاذ خطوات جديه في سبيل توفير وتغطية صحية لكافة مواطنيها قبيل الحرب العالمية الثانية من اجل تقوية قوتها العاملة وقد بدأت الحكومة اليابانية في العمل بنظام التأمين الصحي عام 1938 وامتدت التغطية التأمينية لتشمل جميع السكان طبقه العمال و عائلتهم يشتركون في الصناديق التي تخدم مناطق جغرافيه محدده بينها 27% من السكان.

- وازدادت شمولية التغطية لتوفر منافع أكثر للمشاركين وانخفضت نسب المشاركة في التكلفة التي يدفعها المؤمن عليهم.

- وتقلصت الفروق بين الخطط التأمينية المختلفة وأصبح لكبار السن الحق في التمتع بجميع الخدمات المغطاة بدون دفع نسب المشاركة في التكلفة.

وتضمن برامج التأمين العامة والخاصة في اليابان الرعاية الصحية لجميع المواطنين.

- للمرضى حرية اختيار العلاج في اي مستشفى أو عيادة يختارونها.

- يحظى الأطفال خلال السنة الأولى من العمر برعاية صحية مجانية.

يوجد في اليابان 3 مجموعات للخطط التأمينية:

المجموعة الأولى:

تشمل التأمين المدار بواسطة المجتمع.

وتقدم خدماتها للعاملين في الشركات الكبيرة وأسرههم.

تشمل نوعاً من التأمين التبادلي يقدم خدماته للعاملين في القطاع العام بواسطة منظمات تأمين خدمية.

المجموعة الثانية:

تشمل التأمين الصحي المدار بواسطة الحكومة.

تقدم خدماتها للعاملين في الشركات الصغيرة.

المجموعة الثالثة:

تشمل التأمين على أصحاب الأعمال الخاصة من غير العاملين في الحكومة والمتقاعدين.

- وفقاً لنظام التأمين يتحتم على كل فرد أن ينضم لأحد الخطط التأمينية السالفة الذكر.

- و رغم اختلاف مستوى دخل المؤمن عليه في كل المجموعات إلا أنهم يتمتعون بنفس المزايا بالنسبة للخدمات التي يغطيها التأمين.

- يتم تمويل النظام التأميني الياباني من خلال أقساط التأمين التي يدفعها المشتركون أو تدفع عنهم.

- إضافة إلى الدعم الحكومي الذي يغطي بعض المنافع وتكاليف التشغيل.

- يتمتع برنامج موظفي الأعمال التجارية الصغيرة بدعم اكبر من موظفي الشركات الكبرى.

- تتفاوت قيمة القسط التأميني الذي يدفعه المشترك من برنامج لآخر إلا انه بصفة عامة يكون بمساهمة مشتركة متساوية من رب العمل والموظف بما لا يتعدى 8,5% من راتب الموظف.

- تحدد بعض أقساط البرامج وفقاً لعدد أفراد الأسرة ومستوى دخله.

دور الحكومة اليابانية في الخدمات الصحية:-

- تقوم الحكومة اليابانية بوضع أسعار محددة للخدمات الصحية المختلفة ووضع الضوابط الصارمة لعدم الإخلال بهذه الأسعار.

- تقوم بالمراجعة الدورية لهذه الأسعار بناء على نسب التضخم السنوي.

- يشرف على نظم التأمين المجلس المركزي للتأمين الاجتماعي الطبي.

6. كندا:

المبادئ التي يقوم عليها:

أن أهم مبادئ نظام التأمين الصحي الكندي هو:

1- العمومية: حيث يتم توفير جميع الخدمات الصحية المتاحة لجميع السكان المؤمن عليهم وبشروط محددة.

2- الشمولية: يتم تقديم جميع الخدمات الصحية المؤمن عليها والتي يوفرها الممارسون الطبيون وأطباء الأسنان وغيرها من الخدمات الصحية الاخرى.

3- الإتاحة: يمكن الوصول إلى جميع خدمات الأطباء والمستشفيات بدون أية حواجز مالية أو التمييز على أساس الدخل أو العمر أو الوضع الصحي.

4- التجوالية: ضمان التغطية عند تجوال المواطن من مكان إقامته أو سفره.

5- الإدارة العامة: يتم تفعيل النظام عن طريق جهاز حكومي تحدده الحكومة المحلية على أساس غير هادف للربح.

كما يتميز هذا النظام باتجاه نحو اللامركزية وتكون مصادر تمويله من الميزانية العامة للدولة من حصيلة الضرائب العامة، كما أن القانون نص على أن المساهمة الفيدرالية للنظام في المناطق بمبالغ نقدية ونقاط ضريبية على أساس عدد السكان.

7. تشيلي:

إن دولة تشيلي لديها تجربة ناجحة في نظام التأمين الصحي الشامل، حيث تحتل مركزاً متقدماً كدولة مطورة لنظام التأمين الصحي منذ عام 1952، فدولة تشيلي لديها نظامين:

الأول: عام يمول من خلال ضريبة الدخل العام.

الثاني: خاص يموله القطاع الخاص.

وأن هذه المنظومة تغطي نسبة 82% من السكان، وقد أدخلت إصلاحات منذ عام 2005 على المنظومة اعتمدت فيها بشكل كبير على المساواة وتوحيد النظامين بما يوفر منظومة تأمين صحي متكاملة وهو نظام (AUGE) من شأنها أن تضنع حداً للوائح الانتظار والتغلب على محدودية الدخل. وبالفعل قد أثبت نظام (AUGE) نجاحاً في تحسين جودة الرعاية الصحية وتحقيق مبدأ المساواة بالنسبة للأفراد محدودى الدخل، حتى صارت دولة تشيلي واحدة من دول (OECD).

ب- التجارب العربية

1. الأردن:

تعتمد الأردن كأغلب دول العالم في تقديمها للرعاية الصحية على نظامين متوازيين هما:

1- نظام التأمين الحكومي

2- نظام التأمين الصحي

ويهتم نظام التأمين الحكومي بأكثر شريحة من المواطنين في الاستفادة من خدمات الرعاية الصحية عن طريق اعتماد مبدأ التكافل الاجتماعي والذي يعد الأساس الذي تقوم عليه فكرة التأمين الصحي الحكومي، فقد أنشأت الحكومة الأردنية عدداً من صناديق التأمين الصحي معتمدة بذلك على نظام الشرائح الاجتماعية، من خلال اقتطاع مبالغ مالية كبديل اشتراك شهري ولا يمثل رسم الاشتراك ثمن معادلاً للخدمة الصحية التي يتلقاها المنتفع.

ويحدد نظام التأمين الصحي طرق وأساليب تقديم الرعاية الصحية التي يتم تقديمها في المراكز والمستشفيات الصحية التابعة لوزارة الصحة الأردنية بصورة خاصة والذي تتبع الأسلوب المزدوج في تقديم خدمة الرعاية الصحية من خلال اعتماده ثلاثة أساليب على النحو التالي:-

1- تقديم الرعاية الصحية داخل المراكز والمستشفيات التابعة لوزارة:

وهي الأصل في تقديم خدمة الرعاية الصحية للمنتفعين بنظام التأمين الصحي في مراكز مستشفيات الرعاية الصحية التابعة لوزارة الصحة.

2- العلاج خارج مراكز ومستشفيات وزارة الصحة، وداخل نطاق المملكة:-

وقد حدد نظام التأمين الصحي الأسباب التي يضطر فيها المنتفع من التأمين للحصول على العلاج خارج مراكز الرعاية والمستشفيات التابعة لوزارة الصحة وذلك في الأحوال الآتية:

أ- إذا لم يتوافر في المستشفى أو المركز السرير أو درجة الإقامة التي يستحقها المريض المشترك.
ب- إذا لم تتوافر المعالجة التخصصية اللازمة في المستشفى أو المركز فيتم معالجة المشترك أو المنتفع داخل المملكة في المستشفيات والمراكز الأخرى.

ج- إذا لم يتوافر الإجراء التشخيصي اللازم في الوزارة فيجوز المشترك أو المنتفع إلى المستشفيات أو المراكز التخصصية غير التابعة للوزارة بقرار من الوزير أو من يفوض إليه هذه الصلاحية وعلى حساب الصندوق.
النظرة الاجتماعية وقدرة الدولة:-

حينما تتوافر النظرة الاجتماعية لأهمية التأمين الصحي ضد المرض وتتوفر الرغبة والقدرة على تغطية الخسائر المادية الناشئة بسبب المرض يتم التأمين الصحي الشامل على جميع السكان إلزامياً ، كما في السويد مثلاً والدنمارك ، النرويج وفنلندا

أما حين تتوفر الرغبة وتتخلف القدرة فإن الدولة تلجأ إلى التدرج بأدائه بالأخف عبئاً وهذا هو الحال في العديد من الدول وخاصة النامي منها.

أولويات الحاجة:

أي الموازنة الصحيحة بين أولويات احتياج المجتمع المصري من الرعاية الصحية ، واقتصاديات الخدمة الصحية التأمينية ويرتبط بهذا قدرة أفراد المجتمع على المشاركة في الأعباء التي يفرضها التأمين الصحي ، وعلى تحمل الخسائر المادية الناشئة عن المرض ، فبينما تتحسس الدول التي ينخفض مستوى الدخل بها طريقها في امتداد الأعباء أو تحريكها على أفراد المجتمع و يتقلص بها دور التأمين الصحي الخاص ويعجز الأفراد عن سداد أقساطه.

فإن دولاً أخرى حيث يتوافر فيها قدرة الدولة والأفراد معاً مثل سويسرا لا يوجد بها قانون إجباري للتأمين الصحي على كافة طبقات الشعب ، ولكن القانون الفيدرالي الصادر عام 1911 أعطي للمقاطعات الحق في فرض التأمين الصحي فإن صندوق التأمين الصحي في المقاطعة يحصل على إعانة من الحكومة الاتحادية في هذه الحالة

مدى تنوع أنماط الرعاية التأمينية ودرجة تقبلها

فقد درجت قوانين التأمين الصحي في بعض الدول مثل مصر على تغطية كافة عناصر الخدمة الطبية العلاجية من الألف للياء.... مما يمثل عبئاً مرهقاً على الجهاز المسئول عن توفير هذه الخدمة الأمر الذي أبرز اتجاهها يطالب بتعدد أنماط الخدمة وتقليص التزام التأمين الصحي الاجتماعي الشامل إلى بعض العناصر وليس كلها بما يتناسب وتنوع قدرات الأفراد مع تحمل عبء المشاركة التأمينية

مما يجعلنا أن نتطلع إلى العلي القدير أن يجعل خطوات السيد الرئيس وما يقوم به نفعاً لأبناء مصر، وليبارك الله كل جهودنا لخدمة شعبنا العظيم.

2. تونس:

في إطار عملية إصلاح وتوحيد نظم التأمين الصحي على المرض والخدمات الصحية المقدمة من قبل الصندوق الوطني للضمان الوطني للتعاقد والحيطة الاجتماعية.

تم إنشاء الصندوق الوطني للتأمين على المرض وهو نظام التأمين الصحي الرئيسي في تونس ويعد الصندوق مؤسسة عمومية لا تكتسب صبغة إدارية، وتتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي والمنظم بمقتضى الأمر 321 سنة 2005 تحت إشراف وزارة الشؤون الاجتماعية.

حيث يتضمن نظام قاعدياً إجبارياً للخدمات العلاجية وأنظمة تكميلية اختيارية مثل التأمين الجامعي ويقوم بالمهام الآتية:-

- التأمين ضد المرض.
- الأضرار الناتجة عن حوادث العمل والأمراض المهنية بالقطاعات العمومية العام والخاص.
- اسناد منح المرض والوضع التي تخولها أنظمة الضمان الاجتماعي.
- يضمن هذا النظام التكفل بمصاريف الخدمات الصحية بالقطاعات العام والخاص اللازمة طبيياً للمحافظة على صحة المضمون الاجتماعي وأولى الحق منهم باستثناء المصاريف الناجمة عن حوادث العمل أو الأمراض المهنية التي تخضع إلى تشريع خاص.
- في ضوء هذا النظام فالمضمون الاجتماعي هو كل شخص منخرط بأحد أنظمة الضمان الاجتماعي الذي يشملها تطبيق نظام التأمين على المرض والمستفيد بالتأمين هو كل شخص تتوفر به شروط التمتع بالخدمات الصحية المسداة في إطار النظام وهم:-

(1) المضمون الاجتماعي.

(2) القرين غير المطلق وغير المنتفع بعنوان نشاطه بتغطية قانونية إجبارية ضد المرض.

(3) الأبناء القصر في الكفالة والبنات مهما كان سنهما ما لم تكن في كفالة زوج أم لم تكن لها تغطية صحية.

(4) تمويل الصندوق يعتمد على مساهمات العمل والأعراف وفقاً لنسب محددة يقوم النظام بالتكفل بمصاريف الخدمات وفقاً لإحدى الصيغ الآتية:-

(1) المنظومة العلاجية العمومية: ومن خلالها يتم التكفل بمصاريف الخدمات الصحية المسداة من

قبل الهياكل الصحية العمومية والصناديق الاجتماعية والهياكل الصحية الأخرى المتعاقد مع الصندوق حيث يتولى الصندوق الخاص هذه الهياكل الصحية العمومية مباشرة وفق جميع وتعريفات متفق عليها مسبقاً مع وزارة الصحة كما يتولى المضمون الاجتماعي دفع الفارق

التعدلي وهو الفارق بين مصاريف العلاج والخدمات الصحية ويتحدد السقف المالي طبقاً لقرار من وزارة الشؤون الاجتماعية.

(2) **المنظومة العلاجية الخاصة** : وفي إطار هذه المنظومة فإن المضمون الاجتماعي مطالب باختيار مسبق لطبيب العائلة الذي يكون المرجع في تلقي الخدمات الصحية المسداه وهو الذي من حقه توجيه المضمون الاجتماعي ومن هم في كفالته إلى مسدى خدمات آخرين عند الضرورة كما لا يشترط اللجوء إلى طبيب العائلة في حالات أمراض النساء والأسنان والأمراض الثقيلة والمزمنة.

(3) **منظومة استرجاع المصاريف**: ففي إطار هذه المنظومة يتولى المضمون الاجتماعي خلال مسدى الخدمات العلاجية المتعاقدين سواء بالقطاع العمومي أو الخاص ويتولى استرجاع هذه المصاريف مباشرة وفق التعريفات التعاقدية ونسب التكفل وسقف المبالغ المسترجعة.

3. السودان:

منذ عام 1956، ظلت دولة السودان تقدم الخدمات الصحية مجاناً ، وفي فترة السبعينات ارتفعت تكلفة الخدمات الصحية ، وشكلت عبئاً علي الدولة ، فتم تقديم نظام العلاج الاقتصادي ، ولم يتصدي هذا النظام إلي تدهور الخدمات الصحية ، فتم إصدار قانون الهيئة العامة للتأمين الصحي في عام 1994 بمساعدة فنية من منظمة الصحة العالمية وتم تطبيقه تدريجياً حتي مطلع عام 2004 .

ويتم تمويل النظام عن طريق :

- نسبة الاشتراك 4% للعاملين برواتب منتظمة وقيمة ثابتة لذوي الدخل غير المنتظم.
- إعانات من مؤسسات تهتم بالرعاية الاجتماعية في تحويل اشتراك مجموعات من الأسر (مثل : ديوان الزكاة).

- تمويل عيني من (المنتجات الزراعية والحيوانية وغيرها)

4. الإمارات العربية المتحدة (إمارة دبي)

يغطي القانون رقم (11) لسنة 2013 بشأن الضمان الصحي في إمارة دبي كل من فيها من مواطنين ومقيمين وزائرين.

ويشمل هذا القانون أربعة أهداف منها:-

- إيجاد منظومة صحية جاذبة للاستثمارات وتحافظ على تنافسية الإمارة.
- تتكفل الإمارة بمواطنيها ويتكفل صاحب العمل والكفيل بكل من المقيم والزائر.
- يلزم القانون صاحب العمل والكفيل بالتعاقد مع شركة التأمين لإصدار وثيقة تأمين للمقيمين والزائرين ويتحمل كامل التكلفة دون تحميلها للمقيمين والزائرين.
- يقتصر إلزام المستفيد على مبلغ مساهمة يدفعها عند استخدامه الخدمة.

المحور الثالث: مشروع قانون التأمين الصحي الاجتماعي الشامل
المقدم من الحكومة

أولاً: الفلسفة والهدف من مشروع القانون.

ثانياً: أهم الملامح الأساسية لمشروع القانون.

ثالثاً: التعديلات التي أدخلتها اللجنة علي مواد مشروع القانون.

رابعاً: رأي اللجنة وتوصياتها.

مشروع قانون التأمين الصحي الاجتماعي الشامل، حلم سعى الجميع إلى تحقيقه على مدار أكثر من عشرين عامًا، فمنذ التسعينيات من القرن الماضي كانت هناك جهود كثيرة ومحاولات متكررة تسعى لإصلاح القطاع الصحي من خلال نظام شامل للتأمين الصحي الاجتماعي، وذلك بعد أن أصبحت الخدمات التي تقدمها الهيئة العامة للتأمين الصحي - بعد خمسين عامًا من تأسيسها - تعاني العديد من نقاط الضعف أبرزها عدم رضاء المواطنين عن جودة الخدمات الطبية المقدمة، بالإضافة إلى عدم القدرة على تغطية جميع فئات المجتمع حيث أن أكثر من 40 % من المواطنين لا يتمتعوا بتغطية التأمين الصحي، بالإضافة إلى تعدد القوانين والقرارات التي تغطي مختلف نواحي العملية التأمينية، الأمر الذي أدى إلى تضارب وتعقيد العملية التأمينية الطبية وعدم تغطية جميع أفراد الأسرة بشكل كامل.

وعملًا على إصلاح المنظومة الصحية في مصر ضمن الإستراتيجية القومية للتنمية المستدامة " مصر 2030 "، فقد تم إعداد مشروع قانون جديد موحد للتأمين الصحي الاجتماعي الشامل، يراعى فيه الاستفادة من الخبرات العالمية في مجال إعادة تصميم وإصلاح نظم التأمين الصحي الاجتماعي وضمان استدامتها المالية مع مراعاة طبيعة المجتمع المصري، وذلك بالتوافق مع ما جاء بالمادة 18 بالدستور المصري والتي تعطي لكل مواطن الحق في الصحة وفي الرعاية الصحية المتكاملة وفقا لمعايير الجودة، وتكفل الدولة الحفاظ على مرافق الخدمات الصحية العامة التي تقدم خدماتها للشعب ودعمها والعمل على رفع كفاءتها وانتشارها الجغرافي العادل، وكذا التزام الدولة بإقامة نظام تأمين صحي شامل لجميع المصريين يغطي كل الأمراض وينظم القانون إسهام المواطنين في اشتراكاته أو إعفاءهم منها طبقا لمعدلات دخولهم.

أهم أهداف مشروع القانون

- الأسرة هي الوحدة التي يتعامل معها مشروع القانون وليس الفرد، مما يوسع القاعدة التي تدرج تحت مظلة التأمين، ليشمل تغطية جميع المواطنين بدلا من القانون الحالي الذي يغطي 60% فقط من الشعب.
- تحقيق مبدأ فصل التمويل عن تقديم الخدمة الصحية، حيث تنقسم المنظومة إلى 3 أقسام، الهيئة العامة للتأمين الصحي الاجتماعي الشامل وهي المسؤولة عن توفير التمويل للمنظومة، بينما تتولى الهيئة العامة للرعاية الصحية الإشراف الطبي على المستشفيات العاملة في المنظومة، بالإضافة إلى هيئة الاعتماد والرقابة التي تتولى اختيار المستشفيات التي تقدم خدمة التأمين، إلى جانب دورها الرقابي على تلك المستشفيات.
- تتكفل الدولة بدفع اشتراكات غير القادرين الذين تصل نسبتهم إلى 30% من السكان، وذلك من خلال وزارة المالية والموازنة العامة للدولة.
- حق المواطن في اختيار المكان والطبيب الذي يقدم الخدمة، مما يوفر منافسة بين المستشفيات المختلفة، ويوفر خدمة أفضل.
- العمل على توفير تمويل دائم للمنظومة عن طريق فرض رسوم على السلع غير الصديقة للبيئة وأخرى.

ومن أجل تحقيق ذلك تم إعداد مشروع القانون ليمثل إطاراً متكاملًا لإصلاح النظام الصحي بشكل شامل، والعمل على معالجة سلبيات النظام الحالي بتبني فكرة حديثًا ومتطورًا، وقد تم إعداده ليحل محل القوانين المعمول بها حاليًا، ويطبق بشكل تدريجيًّا جغرافيًا حتى يتمكن مختلف المعنيين من سد الفجوات وأوجه القصور في الموارد البشرية بشكل تدريجيًّا، على أن يستمر العمل بأحكام القوانين الحالية حتى حلول موعد تطبيق التأمين الصحي الاجتماعي الجديد في شأنهم.

ثانيًا - أهم الملامح الأساسية لمشروع القانون:

جاء مشروع القانون متضمنًا خمس مواد إصدار، وسبعًا وستين مادة قانون مقسمة على خمسة أبواب، بالإضافة إلى خمسة جداول مرافق:

أولاً : مواد الإصدار (من الأولى إلى الخامسة)

أهم ما تضمنته:

- إلزامية تطبيق القانون على جميع المصريين المقيمين بالداخل، واختياري للمصريين العاملين بالخارج وأسرهم.
- المجالات التي لا تسري عليها أحكام القانون هي الخدمات الوقائية، الخدمات الإسعافية، خدمات تنظيم الأسرة، الخدمات الصحية الخاصة بالكوارث بكافة أنواعها والأوبئة، وذلك لان هذه الخدمات هي مسئولية والتزام على أجهزة الدولة وتقديم مجانًا.
- استمرار انتفاع المؤمن عليهم بخدمات التأمين الصحي ومرافقه وفقا للقوانين واللوائح والقرارات المعمول بها حاليا، حتى سريان أحكام القانون المرافق في شأنهم طبقا للتدرج في التطبيق الجغرافي.
- يصدر رئيس مجلس الوزراء اللائحة التنفيذية للقانون المرافق خلال ستة أشهر من نشره بالجريدة الرسمية، مع استمرار العمل باللوائح والقرارات القائمة في تاريخ العمل به لحين صدور هذه اللائحة
- يبدأ العمل بأحكام القانون المرافق بعد ستة أشهر من تاريخ النشر.

ثانيا : مواد القانون:

تتضمن مواد القانون سبعة وستين مادة مقسمة على 5 أبواب:

الباب الأول : التعريفات ونطاق تطبيق أحكام القانون - ثلاث مواد

من المادة 1 إلى المادة 3 أهم ما تضمنته:

- التأمين الصحي نظام إلزامي - لضمان استدامة النظام- يقوم على التكافل الاجتماعي وتغطي مظلته جميع المواطنين المشتركين بالنظام، وتحمل الدولة أعباءه عن غير القادرين، مع التأكيد على ان الأسرة هي وحدة التغطية التأمينية الرئيسية داخل النظام.

- فصل التمويل عن تقديم الخدمة، حيث أوضحت أحكام القانون المرافق انه لا يجوز للهيئة تقديم خدمات علاجية أو الاشتراك في تقديمها، وهذا الفصل يمثل حجر الزاوية في إيجاد تنافس حر بين

مقدمي الخدمة الصحية ويمثل حافزاً لهم لرفع جودة الخدمات التي يقدمونها، ولهذا نص القانون على إنشاء ثلاث هيئات.

• العلاج بالخارج لمن يستحيل علاجه داخل مصر بناء على تقرير يصدر من لجنة مختصة.

الباب الثاني: إدارة النظام - وتضمن ثلاثة فصول

من المادة 4 إلى المادة 39 أهم ما تضمنته:

• الهيئة العامة للتأمين الصحي الاجتماعي الشامل : نصت أحكام القانون المرافق على إنشاء هيئة

عامة اقتصادية تسمى " الهيئة العامة للتأمين الصحي الاجتماعي الشامل"، تتولى إدارة وتمويل النظام وتكون لها شخصية اعتبارية وموازنة مستقلة وتكون تحت إشراف رئيس مجلس الوزراء، ويصدر بتعيين مجلس إدارتها قرار من رئيس مجلس الوزراء، ويكون لمجلس الإدارة السلطة العليا على شئون الهيئة وتصريف أمورها ووضع وتنفيذ السياسات اللازمة لتحقيق أهدافها، وتوول للهيئة جميع الأصول الإدارية والحقوق والالتزامات المالية الخاصة بالهيئة العامة للتأمين الصحي الحالية ماعدا الأصول العلاجية وما يخص الجودة والاعتماد، وتشكل لجنة دائمة بالهيئة تختص بتسعير قائمة الخدمات الطبية التي يتم التعاقد عليها، كما نصت أحكام القانون المرافق على حق المؤمن عليه اللجوء الى جهة علاجية غير متعاقد مع الهيئة وضوابط استرداد النفقات طبقاً لأسعار الهيئة، كما ألزم القانون الهيئة بتقديم تقارير وقوائم مالية نصف سنوية لكل من مجلس الوزراء ومجلس النواب ونشر القوائم المالية مرة سنويا على الأقل.

• الهيئة العامة للرعاية الصحية : نصت أحكام القانون المرافق على إنشاء هيئة خدمية تسمى " الهيئة

العامة للخدمات الصحية " وتكون مستقلة، تحت إشراف الوزير المختص بالصحة، وتتولى هذه الهيئة تقديم خدمات الرعاية الصحية والعلاجية بكافة مستوياتها لجميع المؤمن عليهم داخل جمهورية مصر العربية، وألزمت أحكام القانون المرافق الهيئة بتقديم تقارير أداء عن الخدمات الصحية والعلاجية التي تقدمها وقوائم مالية ونصف سنوية إلى مجلس الوزراء ونشر قوائمها المالية مرة سنويا على الأقل.

• الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية: نصت أحكام القانون المرافق على إنشاء هيئة عامة خدمية

تسمى " الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية" تكون لها شخصية اعتبارية وموازنة مستقلة، تحت الأشراف العام لرئيس مجلس الوزراء على أن يصدر بنظام العمل بها قرار من رئيس الجمهورية وتكون مدة المجلس أربع سنوات قابلة للتجديد مرة واحدة، وللهيئة الحق في الأشراف والرقابة على جميع المنشآت الطبية وأعضاء المهن الطبية العاملين في قطاع الخدمات الطبية، ووضع معايير الجودة للخدمات الصحية واعتماد تطبيقها، وإصدار التراخيص للمنشآت الطبية المستوفاة لمعايير الجودة، وحدد القانون مدة الترخيص، ويحق للهيئة إيقاف أو إلغاء التراخيص حال مخالفة المنشآت الطبية المتعاقد معها لأي شرط من شروط التراخيص، وكذلك أعضاء المهن الطبية.

الباب الثالث: مصادر تمويل الهيئة - وتضمن ثلاثة فصول

من المادة 40 إلى المادة 46 أهم ما تضمنته :

- الاشتراكات التي يؤديها المؤمن عليهم الخاضعون لهذا التأمين عن أنفسهم، والاشتراكات التي يلتزم بها بسدادها رب الأسرة عن الزوجة غير العاملة أو التي ليس لها دخل ومن يعيش في كنفه من الأبناء طبقا للجدول رقم (1) المرافق.
- المساهمات التي يؤديها المؤمن عليهم عند تلقي الخدمة طبقا للتفاصيل الواردة بالجدول رقم (3) المرافق مع إعفاء غير القادرين وذوي الأمراض المزمنة ومرضى الأورام.
- تتكفل الخزنة العامة للدولة بقيمة اشتراكات المؤمن عليهم من الفئات غير القادرين بواقع 5% من الحد الأدنى للأجور المعلن عنه بالحكومة
- مصادر التمويل الأخرى.

الباب الرابع: الأحكام العامة

من المادة 47 إلى المادة 60 أهم ما تضمنته :

- إعفاء جميع أموال الهيئة الثابتة والمنقولة، وجميع عملياتها الاستثمارية وعوائدها أيا كان نوعها من جميع الضرائب والرسوم.
- تتولى وزارة المالية والجهاز المركزي للمحاسبات مراجعة حسابات الهيئات الثلاث .
- تقدم الهيئة خدماتها لمواطني الدول الأجنبية المقيمين، ولها أن تضع من اللوائح والاشتراطات للمواطنين الأجانب وفق ما يتم تقديمه من خدمات للمواطنين المصريين بالدول المختلفة.
- تحل الهيئة محل الهيئة العامة للتأمين الصحي في المحافظات التي سيتم التطبيق فيها مرحليا وفقا لمراحل تطبيقه.

ثالثًا - التعديلات التي أدخلتها اللجنة على

مواد مشروع القانون.

أولاً: مواد الإصدار

المادة الأولى:

إضافة عبارة "وتسري أحكامه" قبل "الإزاميا على جميع المواطنين..." في الفقرة الأولى من المادة، وذلك لضبط الصياغة.

المادة الثانية:

- استبدال عبارة "وما ينتج" بعبارة "بتلك الناتجة"، وذلك لضبط الصياغة.

تعديل نص المادة ليصبح " تُطبق أحكام القانون المرافق تدريجياً علي المحافظات استرشاداً بالمراحل المبينة بالجدول رقم (5) المرافق، وبما يضمن استدامة الملاءة المالية للنظام وبمراعاة توازنه الإكتواري. ويستمر انتفاع المؤمن عليهم بخدمات التأمين الصحي ومرافقه وفقاً للقوانين واللوائح والقرارات المعمول بها حالياً، حتى تاريخ سريان أحكام القانون المرافق في شأنهم، طبقاً للتدرج في التطبيق الجغرافي. واعتباراً من التاريخ المشار إليه يوقف بالنسبة إليهم العمل بكل من القانون والقرارات الآتية:

- القانون رقم 10 لسنة 1967 في شأن تنظيم التعامل في أدوية الهيئة العامة للتأمين الصحي.
- القانون رقم 126 لسنة 1981 بشأن إنشاء المجلس الأعلى للرعاية العلاجية التأمينية.
- القانون رقم 99 لسنة 1992 في شأن نظام التأمين الصحي على الطلاب.
- القانون رقم 23 لسنة 2012 بشأن نظام التأمين الصحي للمرأة المعيلة.
- القانون رقم 86 لسنة 2012 بشأن نظام التأمين الصحي على الأطفال دون السن الدراسي.
- القانون رقم 127 لسنة 2014 في شأن نظام التأمين الصحي علي الفلاحين وعُمال الزراعة.
- القانون رقم 3 لسنة 2017 بتعديل بعض أحكام قانون التأمين الاجتماعي رقم 79 لسنة 1975.
- قرار رئيس الجمهورية رقم 1209 لسنة 1964 في شأن إنشاء الهيئة العامة للتأمين الصحي وفروعها للعاملين في الحكومة ووحدات الإدارة المحلية والهيئات العامة والمؤسسات العامة.

كما يوقف بالنسبة لهم العمل بكل حكم يتعارض مع أحكام القانون المرافق ورد في قانون التأمين الاجتماعي الصادر بالقانون رقم 79 لسنة 1975، أو أي قانون آخر.

وتلتزم الدولة برفع جودة وكفاءة المنشآت الصحية التابعة لها تدريجياً، قبل البدء في تطبيق النظام واستمراره في المحافظات المقرر البدء فيها حتى تحصل على الاعتماد.

وتحدد اللائحة التنفيذية للقانون المرافق القواعد والإجراءات المنظمة لعملية التدرج في تطبيق أحكامه"، وذلك لضبط الصياغة

ثانياً : مواد القانون

المادة (1) :

- البند (8) : إضافة كلمة " معدلات " قبل "إنجاب الأطفال " لضبط الصياغة.
- البند (10) : إضافة كلمة "والعلاج الطبيعي" لاسم البند ليصبح " الخدمات التأهيلية والعلاج الطبيعي"، وذلك لارتباط العلاج الطبيعي بالخدمات التأهيلية ارتباطاً وثيقاً.

▪ البند (14) : إضافة كلمة " والإحالة " في الفقرة الأولى من البند بعد عبارة "ويهتم بالجانب الوقائي"، لتوضيح أن المستوى الأول للرعاية الصحية يهتم بالجانب الوقائي وأيضاً إحالة المريض للجهات العلاجية الأخرى.

▪ البند (24) : استبدال عبارة "المعايير المصرية القياسية والمقررة من هيئة الاعتماد والجودة " بعبارة " المعايير الدولية، مع المحافظة على الهوية الثقافية للأمة"، وقد رأت اللجنة أن المعايير المصرية مأخوذة من المعايير الدولية ولكن بما يتماشى مع العادات والتقاليد المصرية.

▪ البند (31) :

1. فقرة (د) : إضافة كلمة " الرسمية " لتصبح "العمولات الرسمية"، وذلك حتى تكون العمولات الرسمية فقط هي أساس التعامل.

2. (هـ) : استبدال نسبة " 25% " بنسبة " 30% "، وذلك لتقليل نسبة ما يتم استبعاده من بدلات من إجمالي أجر المؤمن عليه وزيادة مصادر التمويل.

▪ البند (35) : إضافة عبارة "والجهاز المركزي للتعبة العامة والإحصاء"، وقد رأت اللجنة ضرورة تواجد الجهاز المركزي للتعبة العامة والإحصاء ضمن اللجنة المشكلة من وزارتي التضامن الاجتماعي والمالية المنوط بها تحديد الأسر غير القادرين.

▪ البند (37) :

إضافة عبارة " ولها كيان مادي ملموس " بعد عبارة "الأنشطة الطبية والعلاجية". واستبدال عبارة " مقدر فنيا" بعبارة "مقدر يزيد على سنة واحدة"، لضبط الصياغة.

▪ البند (38) : استبدال عبارة " مقدر فنيا " بعبارة " مقدر يزيد على سنة واحدة"، لضبط الصياغة.

المادة (2) :

حذف عبارة " وفقاً لما تنتهي إليه اللجنة المشكلة من وزارتي التضامن الاجتماعي والمالية في هذا الشأن " في نهاية الفقرة الأولى من المادة، وذلك بحسبان أن تحديد ضوابط الإعفاء من اختصاصات رئيس مجلس الوزراء.

المادة (3) :

▪ إضافة كلمة " تشخيصية " في الفقرة الأولى بالمادة وذلك لتوضيح أن الخدمات التشخيصية ضمن مجموعة الخدمات الصحية التأمينية التي تقدم للمؤمن عليهم داخل جمهورية مصر العربية.

▪ البند (6) : إضافة عبارة " **والعلاج الطبيعي** " بعد الخدمات التأهيلية، وذلك اتساقاً مع التعديل في المادة (1) .

▪ البند (7) : إضافة كلمة " **والمستلزمات** "، وذلك حتى لا يتحمل المؤمن عليّة قيمة المستلزمات اللازمة للعلاج عند صرف الأدوية.

▪ البند (8) : إضافة كلمة " **والدوري** "، وذلك لوجود بعض الأعمال تحتاج إلى كشف دوري كل فترة للمؤمن عليهم

المادة (5) :

• إضافة عبارة " **على أن يكون أحدهما خبير إكتواري متخصص في إكتواريات الصحة** " بعد عبارة " اثنين من الخبراء في مجال التمويل والاستثمار"، وقد رأّت اللجنة بأن ذلك يضمن وجود خبير إكتواري متخصص داخل تشكيل مجلس إدارة الهيئة العامة للتأمين الصحي الاجتماعي الشامل وهي التي تتولى إدارة وتمويل النظام.

• إضافة كلمة " **عدد**" في الفقرة الأخيرة بالمادة قبل كلمة أعضائه ، وذلك لضبط الصياغة

المادة (6) :

إضافة كلمة " **مشروع** " في الفقرة الثالثة لتصبح " الموافقة على مشروع موازنة الهيئة وحسابها الختامي."، وقد رأّت اللجنة بأن الموافقة تتم على مشروع الموازنة.

المادة (7) :

تعديل نص المادة ليصبح " **يكون للهيئة مديراً تنفيذياً، ويصدر بتعيينه وتحديد معاملته المالية واختصاصاته قراراً من مجلس الإدارة وذلك لمدة أربع سنوات قابلة للتجديد لمرة واحدة، ويحضر اجتماعات مجلس الإدارة دون أن يكون له صوت معدود في المداولات، و يتولى المدير التنفيذي إدارة الهيئة والعمل على تحقيق أهدافها وتنفيذ السياسات والإستراتيجيات والقرارات الصادرة عن مجلس الإدارة، وتحدد اللائحة التنفيذية الشروط الواجب توافرها فيمن يشغل هذا المنصب.**" وذلك لضبط الصياغة، كما رأّت اللجنة إضافة أن اللائحة التنفيذية تحدد الشروط الواجب توافرها فيمن يشغل هذا المنصب.

المادة (9) :

تعديل نص المادة ليصبح " **تشكل بالهيئة لجنة دائمة تختص بتسعير قائمة الخدمات الطبية التي يتم التعاقد على شرائها، ويصدر بتشكيلها قرار من مجلس إدارة الهيئة، على ألا يقل عدد أعضائها عن تسعة ولا يزيد على خمسة عشر عضواً، على أن يكون ربع عدد أعضائها على الأقل من الخبراء المستقلين عن الهيئة والمتخصصين في تسعير الخدمات الطبية، وربع عدد الأعضاء من ممثلي مقدمي الخدمة في**

القطاع الخاص كحد أقصى، وتبين اللائحة التنفيذية آليات و إجراءات و ضوابط عمل هذه اللجنة."، وذلك لضبط الصياغة، كما رأت اللجنة تحديد العدد المناسب لأعضاء اللجنة الدائمة المختصة بتسعين قائمة الخدمات الطبية التي يتم التعاقد على شرائها.

المادة (10) :

استبدال كلمة "يتم شفاؤهم" بكلمة "أن يشفو" في الفقرة الأولى، وذلك لضبط الصياغة.

المادة (16) :

استبدال كلمة "يتم ضمها" بكلمة "تضم" في الفقرة الأولى، وذلك لضبط الصياغة.

المادة (17) :

▪ حذف عبارة "عضوين عن إتحاد نقابات المهن الطبية من مهن مختلفة".

▪ إضافة "نقيب الأطباء".

▪ إضافة "نقيب الصيادلة".

▪ إضافة "نقيب أطباء الأسنان".

▪ إضافة "نقيب العلاج الطبيعي".

▪ إضافة عبارة "على أن يكونا من أساتذة كليات الطب ويكون لديهما خبرة في إدارة الرعاية الصحية"، في نهاية الفقرة "عضوين عن المجتمع المدني".

رأت اللجنة أن تمثل كل هذه الجهات داخل تشكيل مجلس إدارة الهيئة العامة للرعاية الصحية المنوط بها تقديم خدمات الرعاية الصحية والعلاجية.

المادة (19) :

تعديل نص المادة ليصبح " يكون لهيئة الرعاية مديراً تنفيذياً، ويصدر بتعيينه وتحديد معاملته المالية واختصاصاته قراراً من مجلس الإدارة وذلك لمدة أربع سنوات قابلة للتجديد لمرة واحدة، ويحضر اجتماعات مجلس الإدارة دون أن يكون له صوت معدود في المداولات، و يتولى المدير التنفيذي إدارة الهيئة والعمل على تحقيق أهدافها وتنفيذ السياسات والإستراتيجيات والقرارات الصادرة عن مجلس الإدارة،

وتحدد اللائحة التنفيذية الشروط الواجب توافرها فيمن يشغل هذا المنصب. " وذلك لضبط الصياغة، كما رأته اللجنة إضافة أن اللائحة التنفيذية تحدد الشروط الواجب توافرها في من يشغل هذا المنصب.

المادة (22) :

- استبدال عبارة " من مواد إصدار هذا القانون " بعبارة " من مواد الإصدار"، وذلك لضبط الصياغة.
- استبدال عبارة " من تاريخ دخول المحافظة الكائنة بها المنشأة " بعبارة " من تاريخ صدور هذا القانون"، وذلك لاختلاف تاريخ تطبيق النظام على المحافظات حسب الجدول الزمني.
- حذف كلمة " كحد أدنى " من آخر المادة وإضافتها قبل عبارة " بدرجاتهم المالية"، وذلك لضبط الصياغة.

المادة (23) :

إضافة عبارة " داخل المستشفيات والتعاقد مع الصيدليات العامة والخاصة" إلى الفقرة الأخيرة من المادة، وقد رأته اللجنة أن الهيئة تقوم بإنشاء الصيدليات داخل المستشفيات الحكومية التي تقدم خدمات الرعاية الصحية، وتقوم بالتعاقد مع الصيدليات العامة والخاصة أيضا وذلك لانتشارها في كافة الأماكن.

المادة (26) :

استبدال عبارة " لرئيس الجمهورية " بعبارة " لرئيس مجلس الوزراء"، رأته اللجنة أن الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية لما لها من أهمية لا بد أن تكون تحت إشراف رئيس الجمهورية مباشرة.

المادة (28) :

- استبدال عبارة " الاعتماد والتسجيل" بكلمة " الترخيص " عند ورودها في المادة، وذلك لان الهيئة المنوط بها الاعتماد والتسجيل وليس إصدار تراخيص.

- الفقرة (3) استبدال كلمة (أربع) بكلمة (ثلاث).

المادة (30) :

حذف عبارة " والتبرعات والهبات والوصايا والإعانات " في الفقرة الخاصة بقبول المنح، وذلك لان هذه الهيئة تختص بالاعتماد والرقابة ولا بد ألا تقبل أي هبات أو تبرعات.

المادة (31) :

تعديل نص المادة ليصبح " يكون لهيئة الاعتماد والرقابة مديراً تنفيذياً، ويصدر بتعيينه وتحديد معاملته المالية واختصاصاته قراراً من مجلس الإدارة وذلك لمدة أربع سنوات قابلة للتجديد لمرة واحدة، ويحضر اجتماعات مجلس الإدارة دون أن يكون له صوت معدود في المداولات، ويتولى المدير التنفيذي إدارة الهيئة والعمل على تحقيق أهدافها وتنفيذ السياسات والإستراتيجيات والقرارات الصادرة عن مجلس الإدارة، وتحدد اللائحة التنفيذية الشروط الواجب توافرها فيمن يشغل هذا المنصب." وذلك لضبط الصياغة، كما رأت اللجنة إضافة ان اللائحة التنفيذية تحدد الشروط الواجب توافرها في من يشغل هذا المنصب.

المادة (33) :

استبدال كلمة " الفصل " بكلمة " القانون"، وذلك لمنع التعارض بين هذه اللجنة واللجنة المشكلة بالمادة (60).

المادة (34) :

استبدال عبارة " شهادات الاعتماد والتسجيل " بكلمة " التراخيص"، وذلك اتساقاً مع التعديل بالمادة (28).

المادة (35) :

إضافة عبارة " أو أن يكون عضواً في مجلس إدارتها"، وقد رأت اللجنة الحظر على من يشارك في أعمال التقييم والاعتماد أن يقدم استشارات أو دورات تدريبية للمنشأة محل التقييم حتى يكون الاعتماد لتلك المنشآت بشفافية وموضوعية.

المادة (37) :

- استبدال عبارة " ثلاثة أشهر " بكلمة " شهرين".
- إضافة كلمة " التقدم " في الفقرة الأخيرة وذلك لجعل اللائحة التنفيذية تفسر كيفية إجراءات التقدم بالإضافة للتقييم والاعتماد.

المادة (38) :

- استبدال عبارة " رئيس مجلس الوزراء " بعبارة " رئيس الجمهورية ومجلس الوزراء ومجلس النواب"، رأت اللجنة إلزام الهيئة العامة للاعتماد والرقابة بتقديم التقرير السنوي لرئيس الجمهورية ومجلس النواب بالإضافة لمجلس الوزراء.

- استبدال كلمة " الصحف " بكلمة " الجرائد " لضبط الصياغة.

الباب الثالث : الفصل الأول :

- تعديل مسمى الفصل الأول من الباب الثالث ليصبح " مصادر تمويل الهيئة العامة للتأمين الصحي الاجتماعي الشامل" بدلا من " مصادر تمويل الهيئة"، وذلك لزيادة التوضيح بأن المصادر الواردة بهذا الفصل تخص هيئة التأمين الصحي الاجتماعي الشامل.

المادة (40) :

تاسعا: مصادر أخرى:

رأت اللجنة تعديل مصادر أخرى على النحو التالي:

يتم تحصيل المبالغ التالية طبقا لهذا القانون لصالح تمويل النظام:

- **75 قرش** من قيمة كل علبة سجائر مباعه بالسوق المحلي سواء كانت محلية أو أجنبية الإنتاج، علي أن يتم زيادة تلك القيمة كل ثلاث سنوات بقيمة خمسة وعشرون قرشا أخرى حتى تصل إلى جنيه ونصف.
- 10% من قيمة كل وحدة مباعه من مشتقات التبغ غير السجائر.
- جنيه واحد يحصل عند مرور كل مركبة على الطرق السريعة التي تخضع لنظام تحصيل الرسوم.
- **20 جنيهاً** عن كل عام عند استخراج أو تجديد رخصة القيادة.
- 50 جنيهاً عن كل عام عند استخراج أو تجديد رخصة تسيير السيارات التي سعتها اللترية أقل من 1,6 لتر.
- **150 جنيهاً** عن كل عام عند استخراج أو تجديد رخصة تسيير السيارات التي سعتها اللترية 1,6 لتر وأقل من 2 لتر.
- **300 جنيه** عن كل عام عند استخراج أو تجديد رخصة تسيير السيارات التي سعتها اللترية 2 لتر أو أكثر.
- مبلغ يتراوح من 1000 الى 15000 جنيه عند التعاقد مع النظام بالنسبة للعيادات الطبية و مراكز العلاج و الصيدليات و شركات الأدوية، وفقا للقواعد التي تحددها اللائحة التنفيذية.
- 1000 جنيه عن كل سرير عند استخراج تراخيص المستشفيات والمراكز الطبية.
- 05% من قيمة مبيعات شركات الأدوية والأغذية وقيمة أعمال شركات المقاولات.
- 05% ويحد أدنى خمسة جنيهات من قيمة كل وحدة مباعه (طن أو متر أو أي وحدة أخرى) من الأسمنت أو الحديد أو البتروكيماويات أو الأسمدة أو السيلكا والكيماويات والرخام والبورسلين والجرانيت المصنع محليا أو أجنبيا، وأية صناعات و خدمات أخرى يصدر بها قرار من مجلس الوزراء ولاتعد هذه الرسوم من التكاليف واجبة الخصم في تطبيق قانون الضريبة على الدخل، وتحدد اللائحة التنفيذية قواعد وضوابط تطبيق ذلك.

- 50 % من قيمة الإيرادات المحصلة عن لوائح تنمية الموارد الذاتية لتحسين كفاءة
المستشفيات والصادر بالقرارات الوزارية رقم 239 لسنة 1997، و 200 لسنة 2002.

أضافت اللجنة بنداً جديداً لمصادر أخرى، ونصه كالآتي:

"يصدر طابع دمغة بفئة خمسة جنيهاً باسم النظام يلصق على الطلبات التي تقدم إلى الهيئة
وهيئة الرعاية وهيئة الاعتماد والرقابة، وتحدد اللائحة التنفيذية الطلبات التي يتم فرض الطابع عليها."
وذلك لزيادة مصادر التمويل للنظام وضمان الاستدامة المالية له.

المادة (41) :

الفقرة "2" من البند ثانياً: استبدال كلمة " نصف " بكلمة " ربع "، وقد رأت اللجنة تعديل تحصيل الدفعات
الخاصة باشتراكات المؤمن عليهم من العاملين بالزراعة كل نصف سنة بدلاً من ربع سنة
وذلك لأن المزارع مرتبط بالزراعة الشتوية والصيفية أي كل نصف سنة.

المادة (46) :

البند (6) : حذف " الهبات والإعانات والتبرعات والوصايا " وذلك اتساقاً مع الحذف الذي تم في مادة
(1) بالتعريفات.

المادة (48) :

استبدال عبارة " وفقاً لما تراه الهيئة، فيما عدا حالات الطوارئ" بعبارة " فيما عدا حالات الطوارئ،
وفقاً لما تراه الهيئة " لضبط الصياغة.

المادة (55) :

إضافة عبارة " المتعاقد معها " في الفقرة الثانية، وذلك لتوضيح أن العاملين بالهيئة الذين لهم صفة
الضبطية القضائية لهم حق دخول الأماكن المتعاقد معها فقط.

المادة (63) :

إضافة عبارة " أو الفريق الطبي " وذلك حتى تشملهم العقوبة أيضاً في حالة تسهيل الحصول على
الأدوية أو خدمات أو أجهزة تعويضية بغير حق.

ثالثاً : الجداول المرفقة

جدول رقم (1) اشتراكات المؤمن عليهم والمعاليين:

رأت اللجنة حذف عبارة " بحد أقصى اثنين من الأبناء، 1,5% فيما زاد عن ذلك في الأبناء"

والإبقاء على نسبة 1% لكل المعاليين أو الأبناء بغض النظر عن العدد.

جدول رقم (3) رسوم ومساهمات المؤمن عليهم :

• البند الثالث: الأشعات وكافة أنواع التصوير الطبي (الغير مرتبطة بالأمراض المزمنة والأورام) أضافت اللجنة عبارة " بحد أقصى ألف جنيه للحالة " لتصبح " 10% من إجمالي القيمة بحد أقصى ألف جنيه ".

• البند الرابع: التحاليل الطبية والمعملية (الغير مرتبطة بالأمراض المزمنة والأورام) ، رأّت اللجنة تخفيض النسبة لتصبح 10% بدلاً من 20% ليكون النص " 10% بحد أقصى ألف جنيه للحالة " .

• البند الخامس: الأقسام الداخلية (فيما عدا الأمراض المزمنة والأورام) ، رأّت اللجنة خفض النسبة التي يتحملها المؤمن عليهم لتكون " 5% بحد أقصى خمسمائة جنيه للمرة الواحدة" بدلا من " 7% بحد أقصى ألف وخمسمائة جنيه للمرة الواحدة".

جدول رقم (4) التزامات الخزانة العامة عن غير القادرين

أضافت اللجنة في بداية الفقرة عبارة " مع عدم الإخلال بالبند ثانيا من المادة (40) "، وذلك لضمان سداد صاحب العمل لحصته في الاشتراكات عن العاملين لديه وأن الخزانة العامة تتحمل فقط قيمة اشتراك غير القادرين العاملين، وقيمة الاشتراك كاملة لغير العاملين، ليكون النص " مع عدم الإخلال بالبند ثانيا من المادة (40) تتحمل الخزانة العامة للدولة عن كل فرد من غير القادرين نسبة 5% من الحد الأدنى للأجور المعلن عنها بالحكومة على المستوي القومي " .

رابعاً - رأي اللجنة وتوصياتها:

بعد أن تدارست اللجنة مشروع القانون المعروض، واستمعت إلى آراء السادة الوزراء المعنيين وممثلي الحكومة والجهات المعنية، فإن اللجنة ترى:

• أن مشروع القانون المقدم من الحكومة يبين مدى الالتزام بتنفيذ خطة الدولة للتنمية المستدامة متوسطة المدى (2018/2017 - 2020/2019) المأخوذة من رؤية مصر 2030 والذي يتوافق مع الأولويات التنموية الواضحة التي حددها الدستور المصري بالمادة (18) بإلزام الدولة بإقامة نظام تأمين صحي شامل لجميع المصريين يغطي كافة الأمراض.

• نظام التأمين الصحي الاجتماعي الشامل، يحقق مبدأ التكافل الاجتماعي لجميع المؤمن عليهم للحصول على حق الرعاية الصحية، ويستهدف توحيد كافة أحكام قوانين التأمين الصحي كما يعد مشروعاً قومياً شاملاً، و إنجازاً حضارياً سيكون له تأثيرات واسعة المدى علي الصحة العامة واقتصاديات الخدمة والجوانب الاجتماعية وبالتالي فإننا نتوقع التحسن في المؤشرات الصحية حتى تتقارب مع المؤشرات المالية.

• أن فصل الهيئات الثلاثة يضمن جودة وسلامة الخدمات الصحية المقدمة للمؤمن عليهم، وتحسين الحوكمة بما يضمن إدارة النظام بفاعلية ومسئولية وشفافية على جميع المستويات.

توصيات اللجنة

• إن النظرية العكسية بين الحاجة الملحة الوقتية في مواجهة المرض وبين مقوم التدرج علي مراحل لسياسة تطبيق نظام التأمين الصحي الاجتماعي الشامل لإثبات نجاحه؛ لذا يجب لتحقيق هذه المعادلة الصعبة ضرورة مراعاة قصر مدة تدرج تطبيق هذا القانون في المستقبل بقدر المستطاع مع الحفاظ علي تحقيق التوازن في عدم تحمل الموازنة العامة للدولة لأعباء جديدة.

• تشكيل لجنة لتقييم ومتابعة النظام الجديد خلال المراحل الأولى من تطبيقه؛ لاستخلاص الإيجابيات، والعمل علي تلافي السلبيات الناتجة عن تطبيق نظام التأمين الصحي الشامل.

• وضع آليات تمويل خدمات التأمين الصحي الشامل لتحقيق الاستدامة المالية اللازمة لضمان استمراريتها.

• ضرورة الإسراع في وتيرة تطوير وحدات الرعاية الصحية الأولية والمستشفيات الحكومية من خلال استيفاء معايير الجودة لضمان قبولهم ضمن منظومة التأمين الصحي الجديد.

• أهمية الارتقاء بالمستوي المادي والتدريبي للفريق الطبي؛ نظراً لكونهم حجر الزاوية في هذه المنظومة.

• الاهتمام بالطب الوقائي بما يمثله من أهمية كبيرة في السيطرة علي حجم معدل انتشار الأمراض مما يؤدي إلي تقليل العبء الواقع علي ميزانية نظام التأمين الصحي الشامل الجديد.

• أهمية توفير خدمات صحية مميزة لفئات عديدة من المواطنين وخاصة متوسطي ومحدودي الدخل والعاطلين والمسنين وسكان القرى الأكثر فقراً.

• ضرورة العمل علي التوازي في إصلاح نظام التأمين الصحي الحالي في جميع المحافظات التي لم يشملها تطبيق قانون التأمين الصحي الاجتماعي الشامل في هذه المرحلة.

(ومن ثم ترى اللجنة الموافقة على مشروع القانون كما انتهى إليه رأيها)
(واللجنة إذ تقدم تقريرها إلى المجلس الموقر، ترجو الموافقة على مشروع القانون بالصيغة المرفقة)

رئيس اللجنة المشتركة

ا.د / محمد العماري

جـ دـ ل مـ قـ رـ ن

النص في مشروع القانون كما وافقت عليه اللجنة	النص في مشروع القانون كما ورد من الحكومة
مشروع قانون بإصدار قانون نظام التأمين الصحي الاجتماعي الشامل	قرار رئيس مجلس الوزراء بمشروع قانون بإصدار قانون نظام التأمين الصحي الاجتماعي الشامل
<u>باسم الشعب</u> <u>رئيس الجمهورية،</u>	<p>رئيس مجلس الوزراء، بعد الاطلاع على الدستور؛ وعلى قانون العقوبات؛ وعلى القانون المدني؛ وعلى قانون الإجراءات الجنائية؛ وعلى قانون المرافعات المدنية والتجارية؛ وعلى القانون رقم 61 لسنة 1963 بإصدار قانون الهيئات العامة؛ وعلى القانون رقم 10 لسنة 1967 في شأن تنظيم التعامل في أدوية الهيئة العامة للتأمين الصحي؛ وعلى القانون رقم 53 لسنة 1973 بشأن الموازنة العامة للدولة؛ وعلى القانون رقم 79 لسنة 1975 بإصدار قانون التأمين الاجتماعي؛ وعلى القانون رقم 108 لسنة 1976 في شأن التأمين الاجتماعي على أصحاب الأعمال ومن في حكمهم؛ وعلى القانون رقم 50 لسنة 1978 الصادر في شأن قانون التأمين الاجتماعي على العاملين المصريين في الخارج؛ وعلى القانون رقم 112 لسنة 1980 بإصدار قانون نظام التأمين الاجتماعي الشامل؛ وعلى القانون رقم 51 لسنة 1981 بشأن تنظيم المنشآت الطبية؛ وعلى القانون رقم 126 لسنة 1981 بشأن إنشاء المجلس الأعلى للرعاية العلاجية التأمينية؛</p>

النص في مشروع القانون كما وافقت عليه اللجنة	النص في مشروع القانون كما ورد من الحكومة
<p>قرر مجلس النواب القانون الآتي نصه، وقد أصدرناه.</p>	<p>وعلى القانون رقم 127 لسنة 1981 بشأن المحاسبة الحكومية؛ وعلى القانون رقم 99 لسنة 1992 في شأن نظام التأمين الصحي على الطلاب؛ وعلى القانون رقم 12 لسنة 2003 بإصدار قانون العمل؛ وعلى القانون رقم 137 لسنة 2010 بإصدار قانون الضمان الاجتماعي؛ وعلى القانون رقم 23 لسنة 2012 بشأن نظام التأمين الصحي للمرأة المعيلة؛ وعلى القانون رقم 86 لسنة 2012 بشأن نظام التأمين الصحي على الأطفال دون السن الدراسي؛ وعلى القانون رقم 127 لسنة 2014 في شأن نظام التأمين الصحي علي الفلاحين وعُمال الزراعة؛ وعلى قرار رئيس الجمهورية رقم 1209 لسنة 1964 في شأن إنشاء الهيئة العامة للتأمين الصحي وفروعها للعاملين في الحكومة ووحدات الإدارة المحلية والهيئات العامة والمؤسسات العامة؛ وعلى قرار رئيس الجمهورية رقم 242 لسنة 1996 بتنظيم وزارة الصحة والسكان؛ وبعد موافقة مجلس الوزراء. وبناءً على ما ارتآه مجلس الدولة.</p> <p>قرر مشروع القانون الآتي نصه، يقدم الى مجلس النواب</p>
(المادة الأولى)	(المادة الأولى)

النص في مشروع القانون كما وافقت عليه اللجنة	النص في مشروع القانون كما ورد من الحكومة
<p>يُعمل في شأن نظام التأمين الصحي الاجتماعي الشامل بأحكام القانون المرافق، وتسري أحكامه إلزامياً على جميع المواطنين المقيمين داخل جمهورية مصر العربية، واختيارياً على المصريين العاملين بالخارج والمقيمين مع أسرهم بالخارج.</p> <p>وتسري قواعد التأمين الصحي والرعاية الطبية المقررة بالقوات المسلحة علي أفرادها بالخدمة أو بالمعاش وأسره المقرر علاجهم علي نفقتها.</p>	<p>يُعمل في شأن نظام التأمين الصحي الاجتماعي الشامل بأحكام القانون المرافق، إلزامياً على جميع المواطنين المقيمين داخل جمهورية مصر العربية، واختيارياً على المصريين العاملين بالخارج والمقيمين مع أسرهم بالخارج.</p> <p>وتسري قواعد التأمين الصحي والرعاية الطبية المقررة بالقوات المسلحة علي أفرادها بالخدمة أو بالمعاش وأسره المقرر علاجهم علي نفقتها.</p>
<p>(المادة الثانية)</p> <p>يُطبق القانون المرافق على الخدمات الصحية التأمينية وما ينتج عن إصابات العمل، ولا يطبق على خدمات الصحة العامة، والخدمات الوقائية، والخدمات الإسعافية، وخدمات تنظيم الأسرة، والخدمات الصحية الخاصة بتغطية الكوارث بكافة أنواعها، والأوبئة، وما يُماثلها من خدمات تلتزم بتقديمها سائر أجهزة الدولة مجاناً.</p>	<p>(المادة الثانية)</p> <p>يُطبق القانون المرافق على الخدمات الصحية التأمينية وتلك الناتجة عن إصابات العمل، ولا يطبق على خدمات الصحة العامة، والخدمات الوقائية، والخدمات الإسعافية، وخدمات تنظيم الأسرة، والخدمات الصحية الخاصة بتغطية الكوارث بكافة أنواعها، والأوبئة، وما يُماثلها من خدمات تلتزم بتقديمها سائر أجهزة الدولة مجاناً.</p>
<p>(المادة الثالثة)</p> <p>تُطبق أحكام القانون المرافق تدريجياً علي المحافظات استرشاداً بالمراحل المبينة بالجدول رقم (5) المرافق، وبما يضمن استدامة الملاعة المالية للنظام وبمراعاة توازنه الإكتواري.</p> <p>ويستمر انتفاع المؤمن عليهم بخدمات التأمين الصحي ومرافقه وفقاً للقوانين واللوائح والقرارات المعمول بها حالياً، حتى تاريخ سريان أحكام القانون المرافق في شأنهم، طبقاً للتدرج في التطبيق الجغرافي. واعتباراً من التاريخ المشار إليه بوقف بالنسبة إليهم العمل بكل من القانون والقرارات الآتية:</p> <p>- القانون رقم 10 لسنة 1967 في شأن تنظيم التعامل في أدوية الهيئة العامة للتأمين الصحي.</p> <p>- القانون رقم 126 لسنة 1981 بشأن إنشاء المجلس الأعلى للرعاية العلاجية التأمينية.</p> <p>- القانون رقم 99 لسنة 1992 في شأن نظام التأمين الصحي على الطلاب.</p> <p>- القانون رقم 23 لسنة 2012 بشأن نظام التأمين الصحي للمرأة المعيلة.</p> <p>- القانون رقم 86 لسنة 2012 بشأن نظام التأمين الصحي على الأطفال دون السن الدراسي.</p> <p>- القانون رقم 127 لسنة 2014 في شأن نظام التأمين الصحي علي الفلاحين وعُمال الزراعة.</p> <p>- القانون رقم 3 لسنة 2017 بتعديل بعض أحكام قانون التأمين الاجتماعي رقم 79 لسنة 1975.</p>	<p>(المادة الثالثة)</p> <p>يستمر انتفاع المؤمن عليهم بخدمات التأمين الصحي ومرافقه وفقاً للقوانين واللوائح والقرارات المعمول بها حالياً، وذلك حتى تاريخ سريان أحكام القانون المرافق في شأنهم، طبقاً للتدرج في التطبيق الجغرافي، واعتباراً من هذا التاريخ بوقف بالنسبة إليهم العمل بكل من القانون والقرارات الآتية:</p> <p>- القانون رقم 10 لسنة 1967 في شأن تنظيم التعامل في أدوية الهيئة العامة للتأمين الصحي.</p> <p>- القانون رقم 126 لسنة 1981 بشأن إنشاء المجلس الأعلى للرعاية العلاجية التأمينية.</p> <p>- القانون رقم 99 لسنة 1992 في شأن نظام التأمين الصحي على الطلاب.</p> <p>- القانون رقم 23 لسنة 2012 بشأن نظام التأمين الصحي للمرأة المعيلة.</p> <p>- القانون رقم 86 لسنة 2012 بشأن نظام التأمين الصحي على الأطفال دون السن الدراسي.</p> <p>- القانون رقم 127 لسنة 2014 في شأن نظام التأمين الصحي علي الفلاحين وعُمال الزراعة.</p> <p>- القانون رقم 3 لسنة 2017 بتعديل بعض أحكام قانون التأمين الاجتماعي رقم 79 لسنة 1975.</p> <p>- قرار رئيس الجمهورية رقم 1209 لسنة 1964 في شأن إنشاء الهيئة العامة للتأمين الصحي وفروعها للعاملين في الحكومة ووحدات الإدارة المحلية والهيئات العامة والمؤسسات العامة.</p>

النص في مشروع القانون كما وافقت عليه اللجنة	النص في مشروع القانون كما ورد من الحكومة
<p>- قرار رئيس الجمهورية رقم 1209 لسنة 1964 في شأن إنشاء الهيئة العامة للتأمين الصحي وفروعها للعاملين في الحكومة ووحدات الإدارة المحلية والهيئات العامة والمؤسسات العامة.</p> <p>كما يوقف بالنسبة لهم العمل بكل حكم يتعارض مع أحكام القانون المرافق ورد في قانون التأمين الاجتماعي الصادر بالقانون رقم 79 لسنة 1975، أو أي قانون آخر.</p> <p>وتلتزم الدولة برفع جودة وكفاءة المنشآت الصحية التابعة لها تدريجياً، قبل البدء في تطبيق النظام واستمراره في المحافظات المقرر البدء فيها حتى تحصل على الاعتماد.</p> <p>وتحدد اللائحة التنفيذية للقانون المرافق القواعد والإجراءات المنظمة لعملية التدرج في تطبيق أحكامه.</p>	<p>كما يوقف بالنسبة لهم العمل بكل حكم يتعارض مع أحكام القانون المرافق ورد في قانون التأمين الاجتماعي الصادر بالقانون رقم 79 لسنة 1975، أو أي قانون آخر.</p> <p>وتطبق أحكام القانون المرافق تدريجياً على المحافظات وفقاً للمراحل المبينة بالجدول رقم (5) المرافق، وبما يضمن استدامة الملاءة المالية للنظام وبمراعاة توازنه الإكتواري.</p> <p>وتلتزم الدولة برفع جودة وكفاءة المنشآت الصحية التابعة لها تدريجياً، قبل البدء في تطبيق النظام في المحافظات المقرر البدء فيها حتى تحصل على الاعتماد.</p> <p>وتحدد اللائحة التنفيذية للقانون المرافق القواعد والإجراءات المنظمة لعملية التدرج في تطبيق أحكامه.</p>
<p>(المادة الرابعة)</p> <p>كما هي</p>	<p>(المادة الرابعة)</p> <p>يُصدر رئيس مجلس الوزراء اللائحة التنفيذية للقانون المرافق خلال ستة أشهر من تاريخ نشر هذا القانون في الجريدة الرسمية، ويستمر العمل باللوائح والقرارات القائمة في تاريخ العمل به لحين صدور هذه اللائحة، وذلك فيما لا يتعارض مع أحكام القانون المرافق.</p>
<p>(المادة الخامسة)</p> <p>يُنشر هذا القانون في الجريدة الرسمية، ويُعمل به من اليوم التالي لانقضاء ستة أشهر من تاريخ نشره</p> <p>يُبصم هذا القانون بخاتم الدولة، وينفذ كقانون من قوانينها</p>	<p>(المادة الخامسة)</p> <p>يُنشر هذا القانون في الجريدة الرسمية، ويُعمل به بعد ستة أشهر من تاريخ نشره</p> <p>رئيس مجلس الوزراء مهندس / شريف إسماعيل</p>

2017/11/4

النص في مشروع القانون كما وافقت عليه اللجنة	النص في مشروع القانون كما ورد من الحكومة
<p>قانون نظام التأمين الصحي الاجتماعي الشامل الباب الأول التعريفات ونطاق تطبيق أحكام القانون</p>	<p>قانون نظام التأمين الصحي الاجتماعي الشامل الباب الأول التعريفات ونطاق تطبيق أحكام القانون</p>
<p align="center">(المادة 1)</p>	<p align="center">(المادة 1)</p>
<p>في تطبيق أحكام هذا القانون يُقصد بالكلمات والعبارات التالية المعني المبين قرين كل منها:</p>	<p>في تطبيق أحكام هذا القانون يُقصد بالكلمات والعبارات التالية المعني المبين قرين كل منها:</p>
<p>1. كما هو</p>	<p>1. <u>النظام</u>: نظام التأمين الصحي الاجتماعي الشامل.</p>
<p>2. كما هو</p>	<p>2. <u>الهيئة</u>: الهيئة العامة للتأمين الصحي الاجتماعي الشامل.</p>
<p>3. كما هو</p>	<p>3. <u>هيئة الرعاية</u>: الهيئة العامة للرعاية الصحية.</p>
<p>4. كما هو</p>	<p>4. <u>هيئة الاعتماد والرقابة</u>: الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية.</p>
<p>5. كما هو</p>	<p>5. <u>الصحة العامة</u>: تدخلات منظمة للارتقاء بصحة الإنسان جسدياً وعقلياً واجتماعياً وليس مجرد غياب المرض أو حالة العجز أو الضعف.</p>
<p>6. كما هو</p>	<p>6. <u>الخدمات الوقائية</u>: أي نشاط صحي وطبي يؤدي إلى إنقاص أو الحد من اعتلال الصحة من مرض معين أو الوفاة، وهي تنقسم إلى ثلاثة مستويات أولية وثانوية ومستوى ثالث.</p>
<p>7. كما هو</p>	<p>7. <u>الخدمات الإسعافية</u>: الخدمات الطبية السريعة الثابتة أو المتحركة التي تقدم إلى المصاب بشكل فوري لتجنب حدوث مضاعفات خطيرة تؤثر عليه وعلى حياته، كما تقدم للأشخاص الذين يعانون من أمراض ونوبات مفاجئة خطيرة حتى يتم حمايتهم من أية تأثيرات قد تؤدي لوفاتهم.</p>
<p>8. <u>خدمات تنظيم الأسرة</u>: الخدمات التي تسعى لتخطيط <u>معدلات</u> إنجاب الأطفال واستخدام تقنيات تنظيم النسل وغيرها من تقنيات التلقيح الإنجابي والوقاية من الأمراض المنقولة جنسياً ومشورة ما قبل الحمل وعلاج العقم.</p>	<p>8. <u>خدمات تنظيم الأسرة</u>: الخدمات التي تسعى لتخطيط إنجاب الأطفال واستخدام تقنيات تنظيم النسل وغيرها من تقنيات التلقيح الإنجابي والوقاية من الأمراض المنقولة جنسياً ومشورة ما قبل الحمل وعلاج العقم.</p>
<p>9. كما هو</p>	<p>9. <u>الخدمات العلاجية</u>: كافة أنواع العلاج الطبي المبني على البرهان العلمي والمتعارف عليه، وذلك لعلاج الأمراض المختلفة سواء عن طريق الأدوية أو التدخلات الجراحية وغيرها .</p>
<p>10. <u>الخدمات التأهيلية و العلاج الطبيعي</u>: الخدمات التي تُساعد علي استعادة</p>	<p>10. <u>الخدمات التأهيلية</u>: الخدمات التي تُساعد علي استعادة المريض لحالته العضوية الوظيفية السابقة علي المرض أو الإصابة.</p>

النص في مشروع القانون كما وافقت عليه اللجنة	النص في مشروع القانون كما ورد من الحكومة
<p>المريض لحالته العضوية الوظيفية السابقة علي المرض أو الإصابة.</p> <p>11. كما هو</p>	<p>11. الكوارث الطبيعية: الظواهر الطبيعية المدمرة التي تؤثر علي حياة وسلامة الإنسان وصحته بصورة جماعية، مثل الزلازل والبراكين والأعاصير والفيضانات وغيرها.</p>
<p>12. كما هو</p>	<p>12. الأوبئة: الأمراض أو الأحداث الأخرى المتعلقة بالصحة، والتي تقع في مجتمع مُعين أو بقعة جغرافية مُحددة، بمعدلات تفوق بوضوح ما هو مُتوقع وفق الخبرة السابقة المُعتادة في نفس البقعة والزمن.</p>
<p>13. كما هو</p>	<p>13. الفحوصات الطبية والمعملية: كل ما يُساهم في تشخيص المرض خارج الكشف السريري بواسطة الطبيب المُختص، من فحوصات معملية وتصوير طبي وغير ذلك.</p>
<p>14. مستويات الرعاية الصحية:</p>	<p>14. مستويات الرعاية الصحية:</p>
<p>- المستوى الأول للرعاية الصحية: يعتبر المستوى الأول للرعاية الصحية خط الدفاع الأول ضد المرض، وهو يهتم بالجانب الوقائي والإحالة وتعزيز الصحة ومكافحة انتشار المرض أي مرحلة ما قبل الإصابة بالمرض، وتختص العيادات المجمع والمرافق الصحية بتقديم خدمات الرعاية الصحية الأولية وهي خدمة شاملة تهتم بعافية الفرد والمجتمع.</p> <p>-المستوى الثاني للرعاية الصحية:وهو يهتم بمرحلة تشخيص وعلاج المرض، وتقدم تلك الخدمات بالمستشفيات.</p> <p>-المستوى الثالث للرعاية الصحية:وهو يهتم بمرحلة إعادة التأهيل للحالات الخاصة من المرض.... مثل مركز الكلى التخصصي، مركز القلب إلي آخره.</p>	<p>-المستوي الأول للرعاية الصحية: يعتبر المستوى الأول للرعاية الصحية خط الدفاع الأول ضد المرض، وهو يهتم بالجانب الوقائي وتعزيز الصحة ومكافحة انتشار المرض أي مرحلة ما قبل الإصابة بالمرض، وتختص العيادات المجمع والمرافق الصحية بتقديم خدمات الرعاية الصحية الأولية وهي خدمة شاملة تهتم بعافية الفرد والمجتمع.</p> <p>-المستوى الثاني للرعاية الصحية:وهو يهتم بمرحلة تشخيص وعلاج المرض، وتقدم تلك الخدمات بالمستشفيات.</p> <p>-المستوى الثالث للرعاية الصحية:وهو يهتم بمرحلة إعادة التأهيل للحالات الخاصة من المرض.... مثل مركز الكلى التخصصي، مركز القلب إلي آخره.</p>
<p>15. كما هو</p>	<p>15. المنشآت الطبية: المستشفيات والمراكز الطبية والوحدات الصحية والإسعاف والمستوصفات والعيادات والمختبرات ومراكز الأشعة وبنوك الدم وكافة المرافق الصحية سواء الحكومية أو غير الحكومية، عدا التابعة للقوات المسلحة</p>
<p>16. كما هو</p>	<p>16. وحدات الرعاية الأساسية وصحة الأسرة: المستوى الأول لمُنشآت تقديم الخدمة الصحية الأولية، وتُقدم الخدمات العلاجية والتشخيصية والإحالة، والصحة الإنجابية والإسعافات الأولية لحالات الطوارئ في بعض هذه الوحدات على أن تكون حائزة على شروط ومواصفات الجودة والصادرة عن هيئة الاعتماد والرقابة.</p>

النص في مشروع القانون كما وافقت عليه اللجنة	النص في مشروع القانون كما ورد من الحكومة
كما هو	17. مراكز الرعاية الصحية الأساسية وصحة الأسرة: المستوى الثاني لمنشآت تقديم الخدمة الصحية الأولية، وتُقدم الخدمات العلاجية والتشخيصية والإحالة والطوارئ للمُنتفعين من المواطنين المقيمين بالنطاق الجغرافي للمركز والوحدات التابعة له، إلى جانب تقديم خدمات تخصصية طبقاً لتوافر الأطباء المُتخصصين، ويُمكن أن يتوافر بها دار للولادة على أن تكون حائزة على شروط ومواصفات الجودة والصادرة عن هيئة الاعتماد والرقابة.
كما هو	18. <u>المُستشفيات والمراكز المُتخصصة</u> : وحدات مُتخصصة في تقديم الرعاية الصحية العلاجية وفاقدة التخصص للمُستويين الثاني والثالث، على أن تكون حائزة على شهادة صادرة من هيئة الاعتماد والرقابة تفيد استيفائها لشروط ومواصفات الجودة، و أن تكون مُتعاقدة مع الهيئة طبقاً لنظم الإحالة التأمينية المُقررة مهنيّاً
كما هو	19. <u>طبيب الأسرة</u> : الطبيب الحاصل على شهادة علمية تخصصية أو مهنية في مجال طب الأسرة، ويعمل في المُستوى الأول لتقديم الخدمة الصحية، ويكون مسؤولاً عن تقديم خدمة صحية مُتكاملة ومُستمرة لجميع الفئات والأعمار في إطار الأسرة، ويُمكن له بموجب مؤهلاته تقديم الخدمة الصحية الأساسية، وتدعيم الأساليب الحياتية الصحية لكافة أفراد الأسرة، والعمل إدارياً ضمن فريق صحي متكامل.
كما هو	20. <u>المُمارس العام</u> : طبيب مؤهل علمياً (حاصل على بكالوريوس الطب والجراحة) ، مُقيد وحاصل على ترخيص مزاولة المهنة، وذو خبرة عملية، ويملك المهارة الإكلينيكية اللازمة لتقديم الرعاية الأساسية المُتكاملة والمُستمرة لكل أفراد الأسرة بالمجتمع المُحيط، وتحديد وتشخيص وعلاج الأمراض الشائعة والمُتوطنة وبعض الحالات الطارئة، وكذلك يكون على دراية كاملة بأسس وإجراءات تحويل المريض إلي المُستويات العلاجية المُختلفة، من خلال قواعد مُحدده للمُمارسة الطبية المبنية على البُرهان العلمي.
كما هو	21. <u>التقييم</u> : تحليل أداء المنشآت الصحية وقياس مستوى جودته، والتأكد من الالتزام بالبرامج الصحية وتحديد ما قد يوجد من جوانب قصور وما يلزم اتخاذ من إجراءات لتلافيها تحقيقاً لمستوى الجودة المطلوب وفقاً للمعايير.
	22. <u>ضمان الجودة</u> : هو استيفاء معايير الجودة بكافة عناصرها.

النص في مشروع القانون كما وافقت عليه اللجنة	النص في مشروع القانون كما ورد من الحكومة
22. كما هو	23. <u>الإعتماد</u> : هو إقرار هيئة الاعتماد والرقابة باستيفاء المنشآت الصحية لمعايير الجودة.
23. كما هو	24. <u>المعايير القياسية المعتمدة: المعايير الدولية، مع المحافظة على الهوية الثقافية للأمة.</u>
24. <u>المعايير القياسية المعتمدة: المعايير المصرية القياسية المقررة من هيئة الاعتماد والجودة.</u>	25. <u>الجهات التابعة لوزارة الصحة: الجهات المقدمة للخدمات الصحية والتابعة لوزارة الصحة من غير الهيئة العامة للتأمين الصحي، وتشمل "الهيئة العامة للمستشفيات والمعاهد التعليمية، وأمانة المراكز الطبية المتخصصة، والمؤسسة العلاجية بالمحافظات المختلفة، والمستشفيات والوحدات الصحية التابعة لمديريات الصحة بالمحافظات.</u>
25. كما هو	26. <u>المؤمن عليه</u> : كل من يسري في شأنه أحكام هذا القانون طبقاً للتدرج في التطبيق.
26. كما هو	27. <u>صاحب العمل</u> : كل من يستخدم عاملاً أو أكثر من المؤمن عليهم الخاضعين لأحكام هذا القانون.
27. كما هو	28. <u>الأسرة</u> : مجموعة من الأفراد مُكونة من الزوج وزوجة أو أكثر والمُعالين.
28. كما هو	29. <u>المصاب إصابة عمل</u> : كل من أصيب بإصابة عمل وفقاً لأحكام قوانين التأمين الاجتماعي ذات الصلة.
29. كما هو	30. <u>المريض</u> : كل من أصيب بمرض أو حادث غير إصابة عمل.
30. كما هو	31. <u>أجر الاشتراك</u> : كل ما يحصل عليه المؤمن عليه من مقابل نقدي من جهة أو جهات عمله وعلى الأخص ما يلي:
31. <u>أجر الاشتراك</u> : كل ما يحصل عليه المؤمن عليه من مقابل نقدي من جهة أو جهات عمله وعلى الأخص ما يلي:	أ- الأجر المنصوص عليه في الجداول المرفقة بنظم التوظيف وما يُضم إليه من علاوات.
31. <u>أجر الاشتراك</u> : كل ما يحصل عليه المؤمن عليه من مقابل نقدي من جهة أو جهات عمله وعلى الأخص ما يلي:	ب- الأجر المنصوص عليه بعقد العمل وما يُضاف إليه من علاوات أو الأجر اليومي المُستحق.
31. <u>أجر الاشتراك</u> : كل ما يحصل عليه المؤمن عليه من مقابل نقدي من جهة أو جهات عمله وعلى الأخص ما يلي:	ج- الحوافز.
31. <u>أجر الاشتراك</u> : كل ما يحصل عليه المؤمن عليه من مقابل نقدي من جهة أو جهات عمله وعلى الأخص ما يلي:	د- العُمولات.
31. <u>أجر الاشتراك</u> : كل ما يحصل عليه المؤمن عليه من مقابل نقدي من جهة أو جهات عمله وعلى الأخص ما يلي:	هـ- البدلات، فيما عدا البدلات الآتية:
31. <u>أجر الاشتراك</u> : كل ما يحصل عليه المؤمن عليه من مقابل نقدي من جهة أو جهات عمله وعلى الأخص ما يلي:	- بدل الانتقال وبدل السفر وبدل الوجبة وغيرها من البدلات التي تُصرف للمؤمن عليه مقابل ما يتكلفه من أعباء تقتضيها وظيفته، ويُستثنى من ذلك
31. <u>أجر الاشتراك</u> : كل ما يحصل عليه المؤمن عليه من مقابل نقدي من جهة أو جهات عمله وعلى الأخص ما يلي:	أ- الأجر المنصوص عليه في الجداول المرفقة بنظم التوظيف وما يُضم إليه من علاوات.
31. <u>أجر الاشتراك</u> : كل ما يحصل عليه المؤمن عليه من مقابل نقدي من جهة أو جهات عمله وعلى الأخص ما يلي:	ب- الأجر المنصوص عليه بعقد العمل وما يُضاف إليه من علاوات أو الأجر اليومي المُستحق.
31. <u>أجر الاشتراك</u> : كل ما يحصل عليه المؤمن عليه من مقابل نقدي من جهة أو جهات عمله وعلى الأخص ما يلي:	ج- الحوافز.
31. <u>أجر الاشتراك</u> : كل ما يحصل عليه المؤمن عليه من مقابل نقدي من جهة أو جهات عمله وعلى الأخص ما يلي:	د- العُمولات الرسمية.
31. <u>أجر الاشتراك</u> : كل ما يحصل عليه المؤمن عليه من مقابل نقدي من جهة أو جهات عمله وعلى الأخص ما يلي:	هـ- البدلات، فيما عدا البدلات الآتية:
31. <u>أجر الاشتراك</u> : كل ما يحصل عليه المؤمن عليه من مقابل نقدي من جهة أو جهات عمله وعلى الأخص ما يلي:	- بدل الانتقال وبدل السفر وبدل الوجبة وغيرها من البدلات التي تُصرف

النص في مشروع القانون كما وافقت عليه اللجنة	النص في مشروع القانون كما ورد من الحكومة
<p>للمؤمن عليه مقابل ما يتكلفه من أعباء تقتضيها وظيفته، ويُستثنى من ذلك بدل التمثيل.</p> <p>- بدل السكن وبدل الملابس وبدل السيارة وغيرها من البدلات التي تُصرف مُقابل مزايا عينية.</p> <p>- البدلات التي تستحق للمؤمن عليه لمواجهة أعباء المعيشة خارج البلاد.</p> <p>- ويراعى ألا تتجاوز قيمة مجموع ما تم استبعاده من بدلات 30% من إجمالي أجر المؤمن عليه.</p> <p>- وإذا كان المؤمن عليه يعمل لدى أكثر من صاحب عمل، فيُعتبر كل ما يتقاضاه من العناصر السابقة من كل صاحب عمل أجر الاشتراك.</p>	<p>بدل التمثيل.</p> <p>- بدل السكن وبدل الملابس وبدل السيارة وغيرها من البدلات التي تُصرف مُقابل مزايا عينية.</p> <p>- البدلات التي تستحق للمؤمن عليه لمواجهة أعباء المعيشة خارج البلاد.</p> <p>- ويراعى ألا تتجاوز قيمة مجموع ما تم استبعاده من بدلات 30% من إجمالي أجر المؤمن عليه.</p> <p>- وإذا كان المؤمن عليه يعمل لدى أكثر من صاحب عمل، فيُعتبر كل ما يتقاضاه من العناصر السابقة من كل صاحب عمل أجر الاشتراك.</p>
<p>32. كما هو</p>	<p>32. الحد الأدنى للأجور: الحد الأدنى للأجور المُعلن عنه بالحكومة على المُستوى القومي.</p>
<p>33. كما هو</p>	<p>33. الأجر التأميني: الأجر المسدد عنه اشتراكات التأمينات الاجتماعية.</p>
<p>34. كما هو</p>	<p>34. الخبير الإكتواري: الشخص المُرخص له في جمهورية مصر العربية بإعداد تقايم ودراسات إكتوارية.</p>
<p>35. غير القادرين : الأسر التي يتم تحديدها بمعرفة لجنة مشكلة من وزارتي التضامن الاجتماعي والمالية والجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء لوضع معايير وعناصر الاستهداف المتبعة في هذا الشأن واسترشادا بالحد الأدنى للمعلن عنه بالحكومة على المستوى القومي ومعدلات التضخم، ويتم تعديلها دورياً على فترات لا تزيد على ثلاثة أعوام.</p>	<p>35. غير القادرين : الأسر التي يتم تحديدها بمعرفة لجنة مشكلة من وزارتي التضامن الاجتماعي والمالية لوضع معايير وعناصر الاستهداف المتبعة في هذا الشأن واسترشادا بالحد الأدنى للمعلن عنه بالحكومة على المستوى القومي ومعدلات التضخم، ويتم تعديلها دورياً على فترات لا تزيد على ثلاثة أعوام.</p>
<p>36. كما هو</p>	<p>36. المصريون العاملون بالخارج: المواطنون الذين تقتضي ظروف دراستهم أو عملهم أو علاجهم أو مرافقتهم أي من أفراد أسرهم تواجدهم خارج البلاد لمدة لا تقل عن عام.</p>
<p>37. الأصول العلاجية: الممتلكات الضرورية اللازمة لقيام واستمرار الأنشطة الطبية والعلاجية، ولها كيان مادي ملموس وعمر اقتصادي مقدر سنة واحدة.</p>	<p>37. الأصول العلاجية: الممتلكات الضرورية اللازمة لقيام واستمرار الأنشطة الطبية والعلاجية، ملموس وعمر اقتصادي مقدر يزيد على سنة واحدة.</p>
<p>38. الأصول الإدارية: الممتلكات الضرورية اللازمة لقيام واستمرار النشاط الإداري، ولها كيان مادي ملموس وعمر اقتصادي مقدر سنة واحدة.</p>	<p>38. الأصول الإدارية: الممتلكات الضرورية اللازمة لقيام واستمرار النشاط الإداري، ولها كيان مادي ملموس وعمر اقتصادي مقدر يزيد على سنة واحدة.</p>
<p>(المادة 2)</p>	<p>(المادة 2)</p>

النص في مشروع القانون كما وافقت عليه اللجنة	النص في مشروع القانون كما ورد من الحكومة
<p>التأمين الصحي الاجتماعي الشامل نظام إلزامي، يقوم علي التكافل الاجتماعي، وتُغطي مظلته جميع المواطنين المُشتركين في النظام، وتتحمل الدولة أعباءه عن غير القادرين بناءً علي قرار يصدر من رئيس مجلس الوزراء بتحديد ضوابط الإعفاء وفقاً لما تنتهي إليه اللجنة المشكلة من وزارتي التضامن الاجتماعي والمالية في هذا الشأن.</p> <p>وتكون الأسرة هي وحدة التغطية التأمينية الرئيسية داخل النظام.</p> <p>كما يقوم هذا النظام على أساس فصل التمويل عن تقديم الخدمة، ولا يجوز للهيئة تقديم خدمات علاجية أو الاشتراك في تقديمها.</p>	<p>التأمين الصحي الاجتماعي الشامل نظام إلزامي، يقوم علي التكافل الاجتماعي، وتُغطي مظلته جميع المواطنين المُشتركين في النظام، وتتحمل الدولة أعباءه عن غير القادرين بناءً علي قرار يصدر من رئيس مجلس الوزراء بتحديد ضوابط الإعفاء وفقاً لما تنتهي إليه اللجنة المشكلة من وزارتي التضامن الاجتماعي والمالية في هذا الشأن.</p> <p>وتكون الأسرة هي وحدة التغطية التأمينية الرئيسية داخل النظام.</p> <p>كما يقوم هذا النظام على أساس فصل التمويل عن تقديم الخدمة، ولا يجوز للهيئة تقديم خدمات علاجية أو الاشتراك في تقديمها.</p>
<p>(المادة 3)</p> <p>تشمل خدمات النظام مجموعة الخدمات الصحية التأمينية لكافة الأمراض التي تُقدم للمؤمن عليهم داخل جمهورية مصر العربية، سواء كانت خدمات <u>تشخيصية</u> أو علاجية أو تأهيلية أو فحوصات طبية أو معملية، وللهيئة بناءً على عرض اللجان المختصة بها، إضافة خدمات أخرى إلى الخدمات المُشار إليها، وذلك بمراعاة الحفاظ على التوازن المالي والإكتواري للنظام.</p> <p>وتقدم تلك الخدمات من خلال:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. طبيب الأسرة أو الممارس العام في جهات العلاج المحددة. 2. الأطباء المُتخصصون بما في ذلك ما يتعلق بطب وجراحة الفم والأسنان. 3. الرعاية الطبية المنزلية عند الاقتضاء. 4. العلاج والإقامة بالمُستشفى أو المركز المُتخصص وإجراء العمليات الجراحية وأنواع العلاج الأخرى. 5. الفحص بالتصوير الطبي والفحوصات المعملية وغيرها من الفحوصات الطبية وما في حكمها. 6. الخدمات التأهيلية والأجهزة التعويضية طبقاً للقوائم الأساسية التي تصدر عن اللجان المختصة بالهيئة. 7. تحرير الوصفات الطبية وصرف الأدوية <u>والمستلزمات</u> اللازمة للعلاج، طبقاً للقوائم الأساسية والتكميلية التي تصدر عن اللجان المختصة بالهيئة، وكذا عمل التقارير الطبية اللازمة. 8. الكشف الطبي الابتدائي والدوري لكل مُرشح للعمل للتحقق من لياقته الصحية والنفسية. 	<p>(المادة 3)</p> <p>تشمل خدمات النظام مجموعة الخدمات الصحية التأمينية لكافة الأمراض التي تُقدم للمؤمن عليهم داخل جمهورية مصر العربية، سواء كانت خدمات علاجية أو تأهيلية أو فحوصات طبية أو معملية، وللهيئة بناءً على عرض اللجان المختصة بها، إضافة خدمات أخرى إلى الخدمات المُشار إليها، وذلك بمراعاة الحفاظ على التوازن المالي والإكتواري للنظام.</p> <p>وتقدم تلك الخدمات من خلال:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. طبيب الأسرة أو الممارس العام في جهات العلاج المحددة. 2. الأطباء المُتخصصون بما في ذلك ما يتعلق بطب وجراحة الفم والأسنان. 3. الرعاية الطبية المنزلية عند الاقتضاء. 4. العلاج والإقامة بالمُستشفى أو المركز المُتخصص وإجراء العمليات الجراحية وأنواع العلاج الأخرى. 5. الفحص بالتصوير الطبي والفحوصات المعملية وغيرها من الفحوصات الطبية وما في حكمها. 6. الخدمات التأهيلية والأجهزة التعويضية طبقاً للقوائم الأساسية التي تصدر عن اللجان المختصة بالهيئة. 7. تحرير الوصفات الطبية وصرف الأدوية اللازمة للعلاج، طبقاً للقوائم الأساسية والتكميلية التي تصدر عن اللجان المختصة بالهيئة، وكذا عمل التقارير الطبية اللازمة. 8. الكشف الطبي الابتدائي لكل مُرشح للعمل للتحقق من لياقته الصحية والنفسية.

النص في مشروع القانون كما وافقت عليه اللجنة	النص في مشروع القانون كما ورد من الحكومة
<p>9.العلاج بالخارج لمن يستحيل علاجه من خلال الخدمات المقدمة داخل جمهورية مصر العربية وله علاج بالخارج، بناءً على تقرير يصدر من لجنة مُختصة بهذا الشأن، تشكل بمعرفة الهيئة، وتوضح اللائحة التنفيذية إجراءاتها وضوابطها.</p>	<p>9.العلاج بالخارج لمن يستحيل علاجه من خلال الخدمات المقدمة داخل جمهورية مصر العربية وله علاج بالخارج، بناءً على تقرير يصدر من لجنة مُختصة بهذا الشأن، تشكل بمعرفة الهيئة، وتوضح اللائحة التنفيذية إجراءاتها وضوابطها.</p>
<p style="text-align: center;"><u>الباب الثاني</u> <u>إدارة النظام</u></p> <p style="text-align: center;"><u>الفصل الأول</u> <u>الهيئة العامة للتأمين الصحي الاجتماعي الشامل</u></p> <p style="text-align: center;">(المادة 4)</p> <p style="text-align: center;">كما هي</p>	<p style="text-align: center;"><u>الباب الثاني</u> <u>إدارة النظام</u></p> <p style="text-align: center;"><u>الفصل الأول</u> <u>الهيئة العامة للتأمين الصحي الاجتماعي الشامل</u></p> <p style="text-align: center;">(المادة 4)</p> <p>تنشأ هيئة عامة اقتصادية تسمى "الهيئة العامة للتأمين الصحي الاجتماعي الشامل" تكون لها شخصية اعتبارية وموازنة مستقلة، وتكون تحت الإشراف العام لرئيس مجلس الوزراء، ويكون مقرها الرئيسي بالقاهرة، ويجوز أن تنشئ فروعاً لها بجميع محافظات الجمهورية، ويصدر بنظام العمل بها وتحديد اختصاصاتها قرار من رئيس مجلس الوزراء.</p> <p>وتتولى الهيئة إدارة وتمويل النظام، وتكون أموال المشتركين بها أموالاً خاصة، تتمتع بجميع أوجه وأشكال الحماية المقررة للأموال العامة، وهي وعوائدها حق للمستفيدين منها، وتستثمر استثماراً آمناً وفقاً لإستراتيجية استثمار تحدد قواعدها اللائحة التنفيذية لهذا القانون.</p>
<p style="text-align: center;">(المادة 5)</p> <p>يكون للهيئة مجلس إدارة، يتكون من:</p> <ul style="list-style-type: none"> - رئيس الهيئة. - نائب رئيس الهيئة. - رئيس هيئة الرعاية. - أحد نواب رئيس مجلس الدولة يختاره رئيس مجلس الدولة. - رئيس اتحاد النقابات العمالية. - رئيس اتحاد الغرف التجارية. 	<p style="text-align: center;">(المادة 5)</p> <p>يكون للهيئة مجلس إدارة، يتكون من:</p> <ul style="list-style-type: none"> - رئيس الهيئة. - نائب رئيس الهيئة. - رئيس هيئة الرعاية. - أحد نواب رئيس مجلس الدولة يختاره رئيس مجلس الدولة. - رئيس اتحاد النقابات العمالية. - رئيس اتحاد الغرف التجارية.

النص في مشروع القانون كما وافقت عليه اللجنة	النص في مشروع القانون كما ورد من الحكومة
<ul style="list-style-type: none"> - رئيس اتحاد الصناعات. - رئيس قطاع الموازنة العامة للدولة بوزارة المالية. - وكيل أول وزارة الصحة. - وكيل أول الوزارة المختصة بالتأمينات الاجتماعية. - وكيل أول وزارة القوى العاملة. - ممثل عن مقدمي الخدمة بالقطاع الخاص. - أحد الخبراء في مجال اقتصاديات الصحة. - اثنين من الخبراء في مجال التمويل والاستثمار، <u>على أن يكون أحدهم خبير إكتواري</u> <p style="text-align: center;">متخصص في إكتواريات الصحة.</p> <p>ويحل نائب الرئيس محل رئيس مجلس الإدارة في مباشرة اختصاصاته حال غيابه أو وجود مانع لديه، ويمثل رئيس المجلس الهيئة أمام القضاء وفي صلاتها بالغير.</p> <p>ويصدر بتعيين مجلس الإدارة قرار من رئيس مجلس الوزراء، ويتضمن تحديد المعاملة المالية لرئيس المجلس ونائبه ومكافآت وبدلات باقي أعضاء المجلس.</p> <p>وتكون مدة المجلس أربع سنوات، قابلة للتجديد لمرة واحدة.</p> <p>ويجتمع مجلس الإدارة مرة على الأقل كل شهر بدعوة من رئيسه أو من وزير الصحة أو بناءً على طلب ثلثي أعضائه، وتكون اجتماعاته صحيحة بحضور أغلبية الأعضاء، وتصدر القرارات بأغلبية آراء الأعضاء الحاضرين، وعند التساوي يرجح الجانب الذي منه الرئيس، ويبلغ رئيس المجلس قرارات مجلس الإدارة إلي وزير الصحة.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - رئيس اتحاد الصناعات. - رئيس قطاع الموازنة العامة للدولة بوزارة المالية. - وكيل أول وزارة الصحة. - وكيل أول الوزارة المختصة بالتأمينات الاجتماعية. - وكيل أول وزارة القوى العاملة. - ممثل عن مقدمي الخدمة بالقطاع الخاص. - أحد الخبراء في مجال اقتصاديات الصحة. - اثنين من الخبراء في مجال التمويل والاستثمار. <p>ويحل نائب الرئيس محل رئيس مجلس الإدارة في مباشرة اختصاصاته حال غيابه أو وجود مانع لديه، ويمثل رئيس المجلس الهيئة أمام القضاء وفي صلاتها بالغير.</p> <p>ويصدر بتعيين مجلس الإدارة قرار من رئيس مجلس الوزراء، ويتضمن تحديد المعاملة المالية لرئيس المجلس ونائبه ومكافآت وبدلات باقي أعضاء المجلس.</p> <p>وتكون مدة المجلس أربع سنوات، قابلة للتجديد لمرة واحدة.</p> <p>ويجتمع مجلس الإدارة مرة على الأقل كل شهر بدعوة من رئيسه أو من وزير الصحة أو بناءً على طلب ثلثي أعضائه، وتكون اجتماعاته صحيحة بحضور أغلبية الأعضاء، وتصدر القرارات بأغلبية آراء الأعضاء الحاضرين، وعند التساوي يرجح الجانب الذي منه الرئيس، ويبلغ رئيس المجلس قرارات مجلس الإدارة إلي وزير الصحة.</p>
<p style="text-align: center;">(المادة 6)</p> <p>مجلس إدارة الهيئة هو السلطة العليا المهيمنة على شئونها وتصريف أمورها، ووضع وتنفيذ السياسات اللازمة لتحقيق أغراضها وأهدافها، وله أن يتخذ ما يراه لازماً من قرارات نهائية لمباشرة اختصاصاتها، وذلك دون الحاجة لاعتمادها من أي جهة أخرى، وله على الأخص ما يأتي:</p>	<p style="text-align: center;">(المادة 6)</p> <p>مجلس إدارة الهيئة هو السلطة العليا المهيمنة على شئونها وتصريف أمورها، ووضع وتنفيذ السياسات اللازمة لتحقيق أغراضها وأهدافها، وله أن يتخذ ما يراه لازماً من قرارات نهائية لمباشرة اختصاصاتها، وذلك دون الحاجة لاعتمادها من أي جهة أخرى، وله على الأخص ما يأتي:</p>

النص في مشروع القانون كما وافقت عليه اللجنة	النص في مشروع القانون كما ورد من الحكومة
<ul style="list-style-type: none"> - الإشراف على سير العمل بالهيئة، ومراجعة واعتماد سياساتها وإستراتيجياتها المختلفة في كافة المجالات. - وضع اللوائح و القرارات المنظمة لشئون الهيئة المالية والإدارية والفنية، وذلك دون التقيد باللوائح والنظم المعمول بها في الجهاز الإداري للدولة. - الموافقة على مشروع موازنة الهيئة وحسابها الختامي. - مناقشة واعتماد التقارير الإكتوارية الخاصة بالهيئة. - اعتماد قوائم أسعار مجموعات الخدمات الطبية المقدمة. - اعتماد إستراتيجية استثمار أموال النظام. - وضع قواعد الاستعانة بالخبرات المحلية والأجنبية لمعاونة الهيئة علي القيام بعملها. - اعتماد التقارير والحسابات المالية التي تلتزم الهيئة بتقديمهم للجهات المختلفة. - إبداء الرأي في مشروعات القوانين واللوائح المتعلقة بنظام عمل الهيئة، وبالأشطة ذات الصلة. - إبداء الرأي في المعاهدات أو الاتفاقيات أو الموائيق الدولية ذات الصلة. - مراجعة وتقييم فاعلية إدارة وأداء برامج تطبيق النظام. - اقتراح القروض اللازمة لتمويل البرامج والمشروعات التي تحقق أهداف الهيئة <p>لمجلس الإدارة أن يعهد إلى لجنة أو أكثر من بين أعضائه أو غيرهم ببعض اختصاصاته المشار إليها، وله تفويض رئيس المجلس أو نائبه أو أي من أعضائه في ممارسة بعض اختصاصاته أو القيام بمهمة محددة.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - الإشراف على سير العمل بالهيئة، ومراجعة واعتماد سياساتها وإستراتيجياتها المختلفة في كافة المجالات. - وضع اللوائح و القرارات المنظمة لشئون الهيئة المالية والإدارية والفنية، وذلك دون التقيد باللوائح والنظم المعمول بها في الجهاز الإداري للدولة. - الموافقة على موازنة الهيئة وحسابها الختامي. - مناقشة واعتماد التقارير الإكتوارية الخاصة بالهيئة. - اعتماد قوائم أسعار مجموعات الخدمات الطبية المقدمة. - اعتماد إستراتيجية استثمار أموال النظام. - وضع قواعد الاستعانة بالخبرات المحلية والأجنبية لمعاونة الهيئة علي القيام بعملها. - اعتماد التقارير والحسابات المالية التي تلتزم الهيئة بتقديمهم للجهات المختلفة. - إبداء الرأي في مشروعات القوانين واللوائح المتعلقة بنظام عمل الهيئة، وبالأشطة ذات الصلة. - إبداء الرأي في المعاهدات أو الاتفاقيات أو الموائيق الدولية ذات الصلة. - مراجعة وتقييم فاعلية إدارة وأداء برامج تطبيق النظام. - اقتراح القروض اللازمة لتمويل البرامج والمشروعات التي تحقق أهداف الهيئة <p>لمجلس الإدارة أن يعهد إلى لجنة أو أكثر من بين أعضائه أو غيرهم ببعض اختصاصاته المشار إليها، وله تفويض رئيس المجلس أو نائبه أو أي من أعضائه في ممارسة بعض اختصاصاته أو القيام بمهمة محددة.</p>
<p style="text-align: center;">(المادة 7)</p> <p>يكون للهيئة مديراً تنفيذياً، ويصدر بتعيينه وتحديد معاملته المالية واختصاصاته قراراً من مجلس الإدارة وذلك لمدة أربع سنوات قابلة للتجديد لمرة واحدة، ويحضر اجتماعات مجلس الإدارة دون أن يكون له صوت معدود في المداولات، و يتولى المدير التنفيذي إدارة الهيئة والعمل على تحقيق</p>	<p style="text-align: center;">(المادة 7)</p> <p>يكون للهيئة مديراً تنفيذياً يتولى إدارتها والعمل على تحقيق أهدافها وتنفيذ السياسات والإستراتيجيات والقرارات الصادرة عن مجلس الإدارة، ويصدر بتعيينه وتحديد معاملته المالية قرار من مجلس الإدارة، وذلك لمدة أربع سنوات قابلة للتجديد لمرة واحدة، ويحضر المدير التنفيذي للهيئة اجتماعات مجلس</p>

النص في مشروع القانون كما وافقت عليه اللجنة	النص في مشروع القانون كما ورد من الحكومة
<p>أهدافها وتنفيذ السياسات والإستراتيجيات والقرارات الصادرة عن مجلس الإدارة، وتحدد اللائحة التنفيذية الشروط الواجب توافرها فيمن يشغل هذا المنصب.</p>	<p>الإدارة دون أن يكون له صوت معدود في المداولات.</p>
<p>(المادة 8)</p> <p>كما هي</p>	<p>(المادة 8)</p> <p>مع مراعاة حكم المادة الثالثة من مواد الإصدار، تؤول للهيئة جميع الأصول الإدارية والحقوق والالتزامات المالية الخاصة بالهيئة العامة للتأمين الصحي وفروعها والجهات التابعة لوزارة الصحة، ماعدا الأصول العلاجية وما يخص الجودة والاعتماد، وتحل محلها قانونًا في كل ما لها من حقوق وما عليها من التزامات، وذلك في نطاق المحافظات التي يتقرر تطبيق القانون بها. وينقل للعمل بالهيئة العاملون بكل من الهيئة العامة للتأمين الصحي والجهات التابعة لوزارة الصحة من شاغلي الوظائف المرتبطة بمجال عمل الهيئة في نطاق المحافظات المشار إليها، وفي جميع الأحوال يحتفظ العاملون المنقولون إلى الهيئة بدرجاتهم المالية وبجميع المزايا الوظيفية التي يتمتعون بها في جهات عملهم كحد أدنى.</p>
<p>(المادة 9)</p> <p><u>تشكل بالهيئة لجنة دائمة تختص بتسعير قائمة الخدمات الطبية التي يتم التعاقد على شرائها، ويصدر بتشكيلها قرار من مجلس إدارة الهيئة، على ألا يقل عدد أعضائها عن تسعة ولا يزيد على خمسة عشر عضواً، على أن يكون ربع عدد أعضائها على الأقل من الخبراء المستقلين عن الهيئة والمتخصصين في تسعير الخدمات الطبية، وربع عدد الأعضاء من ممثلي مقدمي الخدمة في القطاع الخاص كحد أقصى، وتبين اللائحة التنفيذية آليات وإجراءات و ضوابط عمل هذه اللجنة.</u></p>	<p>(المادة 9)</p> <p><u>تتشأ بالهيئة لجنة دائمة تختص بتسعير قائمة الخدمات الطبية التي يتم التعاقد على شرائها، على أن يكون ربع عدد أعضائها على الأقل من الخبراء المستقلين عن الهيئة والمتخصصين في تسعير الخدمات الطبية، وربع عدد الأعضاء من ممثلي مقدمي الخدمة في القطاع الخاص، ويصدر بتشكيل اللجنة قرار من مجلس إدارة الهيئة، وتبين اللائحة التنفيذية آليات وإجراءات و ضوابط عمل هذه اللجنة.</u></p>

النص في مشروع القانون كما وافقت عليه اللجنة	النص في مشروع القانون كما ورد من الحكومة
<p align="center">(المادة 10)</p> <p>تكون الهيئة مسؤولة عن متابعة علاج المؤمن عليهم لدى أي من جهات تقديم الخدمة الصحية إلى أن يتم شفاؤهم أو تستقر حالتهم أو يثبت عجزهم.</p> <p>وللمؤمن عليه الحق في اختيار جهات العلاج من بين الجهات المتعاقدة مع الهيئة، لتقديم الخدمة طبقاً لمستويات الإحالة المحددة في هذا القانون ولائحته التنفيذية.</p> <p>وفي حالة لجوء المؤمن عليه في الحالات الطارئة إلى جهة علاجية غير متعاقدة مع الهيئة، تنظم اللائحة التنفيذية ضوابط استرداد النفقات طبقاً للائحة الأسعار المطبقة في الهيئة.</p> <p>وتلتزم الهيئة بشراء الخدمة الصحية لأصحاب نظم التأمين أو البرامج الصحية الخاصة سواء كانت الخدمة مقدمة بمستشفيات هيئة الرعاية أو بمستشفيات تلك النظم، وذلك طبقاً للائحة الأسعار المطبقة بالهيئة.</p>	<p align="center">(المادة 10)</p> <p>تكون الهيئة مسؤولة عن متابعة علاج المؤمن عليهم لدى أي من جهات تقديم الخدمة الصحية إلى أن يُشفو أو تستقر حالتهم أو يثبت عجزهم.</p> <p>وللمؤمن عليه الحق في اختيار جهات العلاج من بين الجهات المتعاقدة مع الهيئة، لتقديم الخدمة طبقاً لمستويات الإحالة المحددة في هذا القانون ولائحته التنفيذية.</p> <p>وفي حالة لجوء المؤمن عليه في الحالات الطارئة إلى جهة علاجية غير متعاقدة مع الهيئة، تنظم اللائحة التنفيذية ضوابط استرداد النفقات طبقاً للائحة الأسعار المطبقة في الهيئة.</p> <p>وتلتزم الهيئة بشراء الخدمة الصحية لأصحاب نظم التأمين أو البرامج الصحية الخاصة سواء كانت الخدمة مقدمة بمستشفيات هيئة الرعاية أو بمستشفيات تلك النظم، وذلك طبقاً للائحة الأسعار المطبقة بالهيئة.</p>
<p align="center">(المادة 11)</p> <p align="center">كما هي</p>	<p align="center">(المادة 11)</p> <p>تتولى الهيئة تمويل خدمات النظام عن طريق التعاقد مع مُقدمي خدمات الرعاية الصحية والأنظمة العلاجية التي تشملها هيئة الرعاية، أو أي جهة أخرى تتعاقد مع الهيئة، وذلك وفقاً لنظم التعاقد والأسعار والضوابط والإجراءات التي يقرها مجلس إدارة الهيئة ومعايير الجودة التي تُحددها هيئة الاعتماد والرقابة، وذلك دون التقيد بأحكام قوانين المناقصات والمزايدات الحكومية المعمول بها.</p> <p>وللهيئة الحق في استبعاد أي من مُقدمي الخدمة من السجلات المعدة لهذا الغرض حال ثبوت تقصيره أو إخلاله بمستوى الرعاية الطبية المقرر بمقتضى هذا القانون أو عدم التزامه بمعايير واشتراطات هيئة الاعتماد والرقابة.</p>
<p align="center">(المادة 12)</p> <p align="center">كما هي</p>	<p align="center">(المادة 12)</p> <p>في حالة إصابة المؤمن عليه أثناء العمل أو بمناسبةه، تلتزم جهة العمل بإبلاغ الهيئة بوقوع الإصابة فور حدوثها، طبقاً للإجراءات والتوقيعات وباستخدام النماذج التي يقرها الوزير المختص بالتأمينات الاجتماعية بالاتفاق مع الوزير المختص بالصحة، ولا يحول انتهاء خدمة المُصاب لأي سبب دون استمرار علاجه من إصابته.</p> <p>وإذا كان العامل المصاب منتدباً أو معاراً أو في أجازة للعمل بالخارج، فإذا انتهت مدة إعارته أو ندبة</p>

النص في مشروع القانون كما وافقت عليه اللجنة	النص في مشروع القانون كما ورد من الحكومة
	وكان لا يزال في حاجة إلي العلاج، فعلي الهيئة أو صاحب العمل أن يحيله إلي جهة العلاج المحددة له لاستكمال علاجه.
<p align="center">(المادة 13)</p> <p align="center">كما هي</p>	<p align="center">(المادة 13)</p> <p>تصدر الهيئة شهادات العجز الناتج عن الإصابة بأحد الأمراض العُضوية ونسبته، و شهادات العجز الناتج عن الإصابة بأحد الأمراض المهنية أو إصابات العمل الأخرى ونسبته.</p> <p>وتلتزم الهيئة بإخطار المصاب بانتهاء العلاج، وبالعجز الذي تخلف لديه إن وجد ونسبته، وللمُصاب أو المريض أن يتظلم من تقرير انتهاء العلاج أو تخلف العجز أمام لجان التحكيم الطبي المنصوص عليها بقوانين التأمينات الاجتماعية، كما تلتزم الهيئة بإخطار كل من صاحب العمل والهيئة القومية للتأمين الاجتماعي بذلك، مع بيان أيام التخلف عن العلاج إن وُجدت، وذلك كله وفقاً للشروط والأوضاع التي يصدر بها قراراً من الوزير المُختص بالصحة بالاتفاق مع الوزير المُختص بالتأمينات الاجتماعية.</p>
<p align="center">(المادة 14)</p> <p align="center">كما هي</p>	<p align="center">(المادة 14)</p> <p>تلتزم الهيئة بتقديم تقارير أداء عن الموقف المالي وقوائم مالية نصف سنوية إلى مجلس الوزراء ومجلس النواب، وذلك بعد إقرارها من مجلس الإدارة، كما تلتزم بنشر قوائمها المالية مرة على الأقل كل سنة.</p>
<p align="center">الفصل الثاني</p> <p align="center"><u>الهيئة العامة للرعاية الصحية</u></p> <p align="center">(المادة 15)</p> <p align="center">كما هي</p>	<p align="center">الفصل الثاني</p> <p align="center"><u>الهيئة العامة للرعاية الصحية</u></p> <p align="center">(المادة 15)</p> <p>تنشأ هيئة عامة خدمية تسمى "الهيئة العامة للرعاية الصحية"، تكون لها شخصية اعتبارية وموازنة مُستقلة، وتكون تحت الإشراف العام للوزير المختص بالصحة، ويكون مقرها الرئيسي بالقاهرة، ويجوز أن تنشئ فروعا لها بجميع محافظات الجمهورية . ويصدر بنظام العمل بها وتحديد اختصاصاتها قرار من رئيس مجلس الوزراء، وتكون أداة الدولة الرئيسية في ضبط وتنظيم تقديم الخدمات الصحية التأمينية.</p>
<p align="center">(المادة 16)</p>	<p align="center">(المادة 16)</p>

النص في مشروع القانون كما وافقت عليه اللجنة	النص في مشروع القانون كما ورد من الحكومة
<p>تتولى هيئة الرعاية تقديم خدمات الرعاية الصحية والعلاجية بكافة مستوياتها الأولية والثانوية والثلاثية داخل أو خارج المستشفيات لجميع المؤمن عليهم داخل جمهورية مصر العربية، وذلك من خلال منافذ تقديم الخدمة التابعة للهيئة العامة للتأمين الصحي القائمة في تاريخ العمل بهذا القانون، والجهات التابعة لوزارة الصحة، التي يتم ضمها تدريجياً للنظام بعد تأهيلها طبقاً لمعايير الجودة والاعتماد التي تحددها هيئة الاعتماد والرقابة، ويصدر بضم هذه المستشفيات للنظام قرار من رئيس مجلس الوزراء، ويجوز تقديم الخدمة من خلال أي من المستشفيات الخاصة بعد تأهيلها وفقاً للمعايير المشار إليها والمعايير التي تحددها هيئة الرعاية.</p> <p>وتتولى هيئة الرعاية إجراء فحص طبي ابتدائي لكل مُرشح للعمل، للتحقق من لياقته صحياً ونفسياً للقيام بهذا العمل، وذلك قبل تسلمه العمل، وفقاً لقواعد السلامة والصحة المهنية، ويُراعى في إجراء هذا الفحص طبيعة العمل ونوع المرض المعرض له المُرشح للعمل.</p> <p>وتقوم هيئة الرعاية بفحص المؤمن عليهم المُعرضين للإصابة بأحد الأمراض المهنية دورياً، وتكون المسئولة عن تحديد المُعرضين للإصابة بأحد الأمراض المهنية، وذلك بعد أداء مقابل هذه الخدمة الذي تحدده الهيئة عن كل مؤمن عليه تقوم بفحصه، ويتحمل صاحب العمل قيمة هذا المقابل، ويلتزم بسداده للهيئة خلال عشرة أيام من تاريخ مُطالبتها به.</p>	<p>تتولى هيئة الرعاية تقديم خدمات الرعاية الصحية والعلاجية بكافة مستوياتها الأولية والثانوية والثلاثية داخل أو خارج المستشفيات لجميع المؤمن عليهم داخل جمهورية مصر العربية، وذلك من خلال منافذ تقديم الخدمة التابعة للهيئة العامة للتأمين الصحي القائمة في تاريخ العمل بهذا القانون، والجهات التابعة لوزارة الصحة، التي تضم تدريجياً للنظام بعد تأهيلها طبقاً لمعايير الجودة والاعتماد التي تحددها هيئة الاعتماد والرقابة، ويصدر بضم هذه المستشفيات للنظام قرار من رئيس مجلس الوزراء، ويجوز تقديم الخدمة من خلال أي من المستشفيات الخاصة بعد تأهيلها وفقاً للمعايير المشار إليها والمعايير التي تحددها هيئة الرعاية.</p> <p>وتتولى هيئة الرعاية إجراء فحص طبي ابتدائي لكل مُرشح للعمل، للتحقق من لياقته صحياً ونفسياً للقيام بهذا العمل، وذلك قبل تسلمه العمل، وفقاً لقواعد السلامة والصحة المهنية، ويُراعى في إجراء هذا الفحص طبيعة العمل ونوع المرض المعرض له المُرشح للعمل.</p> <p>وتقوم هيئة الرعاية بفحص المؤمن عليهم المُعرضين للإصابة بأحد الأمراض المهنية دورياً، وتكون المسئولة عن تحديد المُعرضين للإصابة بأحد الأمراض المهنية، وذلك بعد أداء مقابل هذه الخدمة الذي تحدده الهيئة عن كل مؤمن عليه تقوم بفحصه، ويتحمل صاحب العمل قيمة هذا المقابل، ويلتزم بسداده للهيئة خلال عشرة أيام من تاريخ مُطالبتها به.</p>
<p align="center">(المادة 17)</p> <p>يكون لهيئة الرعاية مجلس إدارة يتكون من:</p> <ul style="list-style-type: none"> - رئيس هيئة الرعاية. - نائب رئيس هيئة الرعاية. - نائب رئيس الهيئة. - <u>نقيب الأطباء.</u> - <u>نقيب الصيادلة.</u> - <u>نقيب أطباء الأسنان.</u> - <u>نقيب العلاج الطبيعي.</u> - نقيب التمريض. 	<p align="center">(المادة 17)</p> <p>يكون لهيئة الرعاية مجلس إدارة يتكون من:</p> <ul style="list-style-type: none"> - رئيس هيئة الرعاية. - نائب رئيس هيئة الرعاية. - نائب رئيس الهيئة. - <u>عضوين عن اتحاد نقابات المهن الطبية من مهن مختلفة.</u> - نقيب التمريض.

النص في مشروع القانون كما وافقت عليه اللجنة	النص في مشروع القانون كما ورد من الحكومة
<ul style="list-style-type: none"> - أحد نواب رئيس مجلس الدولة يختاره رئيس مجلس الدولة. - أحد الخبراء في مجال محاسبة تكاليف الصحة. - أحد الخبراء في مجال اقتصاديات الصحة. - <u>عضوين عن المجتمع المدني، على أن يكونا من أساتذة كليات الطب ويكون لديهما خبرة في إدارة الرعاية الصحية.</u> <p>ويحل نائب الرئيس محل رئيس مجلس الإدارة في حالة غيابه أو وجود مانع لديه، ويمثل رئيس المجلس هيئة الرعاية أمام القضاء وفي صلاتها بالغير.</p> <p>ويصدر بتعيين مجلس الإدارة قرار من رئيس مجلس الوزراء بناءً على ترشيح الوزير المختص بالصحة، ويتضمن القرار تحديد المعاملة المالية لرئيس المجلس ونائبه ومكافآت وبدلات باقي أعضاء المجلس.</p> <p>وتكون مدة المجلس أربع سنوات قابلة للتجديد لمرة واحدة.</p> <p>ويجتمع مجلس الإدارة مرة على الأقل كل شهر بدعوة من رئيسه أو من وزير الصحة أوبناءً على طلب ثلثي أعضائه، وتكون اجتماعاته صحيحة بحضور أغلبية الأعضاء، وتصدر القرارات بأغلبية آراء الأعضاء الحاضرين، وعند التساوي يرجح الجانب الذي منه الرئيس، ويبلغ رئيس المجلس قرارات مجلس الإدارة إلي وزير الصحة.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - أحد نواب رئيس مجلس الدولة يختاره رئيس مجلس الدولة. - أحد الخبراء في مجال محاسبة تكاليف الصحة. - أحد الخبراء في مجال اقتصاديات الصحة. - عضوين عن المجتمع المدني. <p>ويحل نائب الرئيس محل رئيس مجلس الإدارة في حالة غيابه أو وجود مانع لديه، ويمثل رئيس المجلس هيئة الرعاية أمام القضاء وفي صلاتها بالغير.</p> <p>ويصدر بتعيين مجلس الإدارة قرار من رئيس مجلس الوزراء بناءً على ترشيح الوزير المختص بالصحة، ويتضمن القرار تحديد المعاملة المالية لرئيس المجلس ونائبه ومكافآت وبدلات باقي أعضاء المجلس.</p> <p>وتكون مدة المجلس أربع سنوات قابلة للتجديد لمرة واحدة.</p> <p>ويجتمع مجلس الإدارة مرة على الأقل كل شهر بدعوة من رئيسه أو من وزير الصحة أوبناءً على طلب ثلثي أعضائه، وتكون اجتماعاته صحيحة بحضور أغلبية الأعضاء، وتصدر القرارات بأغلبية آراء الأعضاء الحاضرين، وعند التساوي يرجح الجانب الذي منه الرئيس، ويبلغ رئيس المجلس قرارات مجلس الإدارة إلي وزير الصحة.</p>
<p style="text-align: center;">(المادة 18)</p> <p style="text-align: center;">كما هي</p>	<p style="text-align: center;">(المادة 18)</p> <p>مجلس إدارة هيئة الرعاية هو السلطة العليا المهيمنة على شؤونها وتصريف أمورها، ووضع وتنفيذ السياسات اللازمة لتحقيق أغراضها وأهدافها، وله أن يتخذ ما يراه لازماً من قرارات نهائية لمباشرة اختصاصاتها، وذلك دون الحاجة لاعتمادها من أي جهة أخرى، وله على الأخص ما يأتي:</p> <ul style="list-style-type: none"> - وضع الإستراتيجية العامة لهيئة الرعاية، ووضع السياسات التنفيذية لها ومراقبة تنفيذها. - وضع اللوائح والقرارات المتعلقة بالشؤون المالية والإدارية والفنية وشؤون العاملين وغيرها، ذلك دون التقيد باللوائح والنظم الحكومية المعمول بها.

النص في مشروع القانون كما وافقت عليه اللجنة	النص في مشروع القانون كما ورد من الحكومة
	<ul style="list-style-type: none"> - الموافقة على موازنة هيئة الرعاية وحسابها الختامي. - قبول الهبات والمنح واقتراح القروض اللازمة لتمويل كافة البرامج والمشروعات اللازمة لعملها. - اعتماد الهيكل التنظيمي لهيئة الرعاية وفروعها ومستشفياتها ووحدات الرعاية الصحية. - دراسة واقتراح أجور الخدمات الطبية التي تقترحها الفروع والمستشفيات والوحدات، وذلك في إطار ما يتم من تعاقدات والقواعد العامة التي تضعها هيئة الرعاية. - وضع نظام لأجور الأطباء المتعاقدين مع هيئة الرعاية. - إبداء الرأي في التعاقدات بكافة أشكالها التي تتم مع الهيئة أو مع أي جهات أخرى قبل دخولها حيز التنفيذ. - فحص وإقرار الحسابات المالية واللوائح الداخلية ولوائح العلاج الطبي للأقاليم التابعة. - إقرار التقارير الدورية التي تقدم عن سير العمل في هيئة الرعاية وأقاليمها. - التنسيق مع لجنة التسعير بالهيئة بشأن تحديد مقابل الخدمات التي تقدمها هيئة الرعاية. - وضع قواعد الاستعانة بالخبرات المحلية والأجنبية لمعاونة هيئة الرعاية علي القيام بعملها. - إبداء الرأي في مشروعات القوانين والقرارات المتعلقة بنظام عمل الهيئة، وبالأنشطة ذات الصلة. - اقتراح القروض اللازمة لتمويل البرامج والمشروعات التي تحقق أهداف هيئة الرعاية. - النظر فيما يرى وزير الصحة عرضه من مسائل تدخل في اختصاص هيئة الرعاية. - ولمجلس الإدارة أن يعهد إلى لجنة أو أكثر من بين أعضائه أو غيرهم ببعض اختصاصاته المشار إليها، وله تفويض رئيس المجلس أو نائبه أو أي من أعضائه في ممارسة بعض اختصاصاته أو القيام بمهمة محددة.
<p style="text-align: center;">(المادة 19)</p> <p>يكون لهيئة الرعاية مديراً تنفيذياً، ويصدر بتعيينه وتحديد معاملته المالية واختصاصاته قراراً من مجلس الإدارة وذلك لمدة أربع سنوات قابلة للتجديد لمرة واحدة، ويحضر اجتماعات مجلس الإدارة دون أن يكون له صوت معدود في المداولات، و يتولى المدير التنفيذي إدارة الهيئة والعمل على</p>	<p style="text-align: center;">(المادة 19)</p> <p>يكون لهيئة الرعاية مديراً تنفيذياً يتولى إدارتها والعمل على تحقيق أهدافها وتنفيذ السياسات والإستراتيجيات والقرارات الصادرة عن مجلس الإدارة، ويصدر بتعيينه وتحديد معاملته المالية واختصاصاته قراراً من مجلس الإدارة، وذلك لمدة أربع سنوات قابلة للتجديد لمرة واحدة، ويحضر</p>

النص في مشروع القانون كما وافقت عليه اللجنة	النص في مشروع القانون كما ورد من الحكومة
تحقيق أهدافها وتنفيذ السياسات والإستراتيجيات والقرارات الصادرة عن مجلس الإدارة، وتحدد اللائحة التنفيذية الشروط الواجب توافرها فيمن يشغل هذا المنصب.	المدير التنفيذي اجتماعات مجلس الإدارة دون أن يكون له صوت معدود في المداولات.
<p>(المادة 20)</p> <p>كما هي</p>	<p>(المادة 20)</p> <p>مع مراعاة حكم المادة الثانية من مواد الإصدار، تقدم الخدمات الصحية الأولية، والخدمات العلاجية والتشخيصية، وخدمات الصحة الإنجابية، والإسعافات الأولية لحالات الطوارئ، والإحالة إلى المستويات الأعلى، من خلال وحدات الرعاية الأساسية وصحة الأسرة، العامة أو الخاصة، على أن تكون حائزة على شهادة من هيئة الاعتماد والرقابة باستيفائها لشروط ومعايير الجودة، وأن تكون مُتعاقدة مع الهيئة، وتعد هذه الوحدات المستوى الأولي لجهات تقديم الخدمة الصحية ونقطة الاتصال الأولى للمُنتفعين بالخدمات الصحية وهيئة الرعاية.</p> <p>وتتولى وحدات الرعاية الأساسية وصحة الأسرة، عن طريق طاقم طبي أو أكثر يتكون من عدد مناسب من الأطباء ومعاونيهم، رعاية عدد من الأسر المقيمة في النطاق الجغرافي للوحدة الذي يتم تحديده وفقاً للمعايير التي يتم إقرارها في هذا الشأن، ويمكن لهذه الوحدات أن تقدم الخدمات التخصصية في حالة توافر الأطباء المتخصصين بها، كما تتولى تقديم خدمات الطب الوقائي على أن تتحمل الدولة تكلفة هذه الخدمات.</p>
<p>(المادة 21)</p> <p>كما هي</p>	<p>(المادة 21)</p> <p>تقدم الخدمات العلاجية والتشخيصية والطوارئ والإحالة إلى المستوى الأعلى من خلال مراكز الرعاية الصحية الأساسية وصحة الأسرة العامة والخاصة، على أن تكون حائزة على شهادة من هيئة الاعتماد والرقابة باستيفائها لشروط ومعايير الجودة، وأن تكون مُتعاقدة مع الهيئة، وتعد هذه المراكز المستوى الثاني لجهات تقديم الخدمة الصحية الأولية.</p> <p>وتتولى مراكز الرعاية الصحية الأساسية وصحة الأسرة، عن طريق الأطباء المتخصصين، تقديم الخدمات الصحية التخصصية لعدد من الأسر المقيمة في النطاق الجغرافي للمركز والوحدات التابعة له الذي يتم تحديده وفقاً للمعايير التي يتم إقرارها في هذا الشأن، كما تتولى تقديم خدمات الطب الوقائي، على أن تتحمل الدولة تكلفة تلك الخدمات.</p> <p>ويجوز أن يتوافر بالمركز دار للولادة طبقاً للمواصفات والشروط التي يتم إقرارها في هذا الشأن.</p>
<p>(المادة 22)</p>	<p>(المادة 22)</p>

النص في مشروع القانون كما وافقت عليه اللجنة	النص في مشروع القانون كما ورد من الحكومة
<p>مع مراعاة حكم المادة الثالثة من مواد إصدار هذا القانون، تؤول لهيئة الرعاية الأصول العلاجية منافذ تقديم الخدمة التابعة للهيئة العامة للتأمين الصحي، ومنافذ تقديم الخدمة التابعة لوزارة الصحة، ما عدا مكاتب الصحة ومنافذ تقديم ورعاية خدمات الطب الوقائي والأنشطة المرتبطة بها، ويجب تأهيل هذه الأصول وفقاً لمعايير الجودة والاعتماد خلال مدة لا تتجاوز ثلاثة أعوام من تاريخ دخول المحافظة الكائنة بها المنشأة، وتحل هيئة الرعاية محل الهيئة العامة للتأمين الصحي والجهات المشار إليها قانوناً في كل ما لها وما عليها فيما يتعلق بتلك الأصول.</p> <p>وينقل للعمل بهيئة الرعاية العاملون بكل من الهيئة العامة للتأمين الصحي والجهات التابعة لوزارة الصحة من شاغلي الوظائف المرتبطة بمجال عمل هيئة الرعاية في نطاق المحافظات التي يتم تطبيق القانون بها، وفي جميع الأحوال يحتفظ العاملون المنقولون إلى هيئة الرعاية بدرجاتهم المالية وجميع المزايا الوظيفية التي يتمتعون بها في جهات عملهم.</p>	<p>مع مراعاة حكم المادة الثالثة من مواد الإصدار، تؤول لهيئة الرعاية الأصول العلاجية لمنافذ تقديم الخدمة التابعة للهيئة العامة للتأمين الصحي، ومنافذ تقديم الخدمة التابعة لوزارة الصحة، ما عدا مكاتب الصحة ومنافذ تقديم ورعاية خدمات الطب الوقائي والأنشطة المرتبطة بها، ويجب تأهيل هذه الأصول وفقاً لمعايير الجودة والاعتماد خلال مدة لا تتجاوز ثلاثة أعوام من تاريخ صدور هذا القانون، وتحل هيئة الرعاية محل الهيئة العامة للتأمين الصحي والجهات المشار إليها قانوناً في كل ما لها وما عليها فيما يتعلق بتلك الأصول.</p> <p>وينقل للعمل بهيئة الرعاية العاملون بكل من الهيئة العامة للتأمين الصحي والجهات التابعة لوزارة الصحة من شاغلي الوظائف المرتبطة بمجال عمل هيئة الرعاية في نطاق المحافظات التي يتم تطبيق القانون بها، وفي جميع الأحوال يحتفظ العاملون المنقولون إلى هيئة الرعاية بدرجاتهم المالية وجميع المزايا الوظيفية التي يتمتعون بها في جهات عملهم كحد أدنى.</p>
<p align="center">(المادة 23)</p> <p>تقوم هيئة الرعاية بأداء مهامها بذاتها أو عن طريق تقسيماتها التنظيمية أو الفروع التابعة لها أو الكيانات التي تنشئها، وتكون المسؤولة عن التنسيق بينها والتفتيش والرقابة على أعمالها للوقوف على مدى تنفيذها للقوانين واللوائح والقرارات والقواعد المنظمة لتقديم خدمات الرعاية الصحية طبقاً لمعايير الجودة التي تقرها هيئة الاعتماد والرقابة.</p> <p>ولهيئة الرعاية في حدود الإستراتيجيات والسياسات التي يقرها مجلس إدارتها، القيام بما يأتي:</p> <ul style="list-style-type: none"> • إنشاء المستشفيات ووحدات الرعاية الصحية وغيرها من منافذ تقديم خدمات الرعاية الصحية وتجهيزها وإدارتها طبقاً لاحتياجات المجتمع وذلك بعد الدراسات الكافية للتأكد من الحاجة إليها. • استئجار المستشفيات أو غيرها من المؤسسات العلاجية وتجهيزها طبقاً للحاجة الفعلية. • إنشاء كيانات لأبنية الرعاية الصحية أو إدارتها • إنشاء كيانات لإدارة خدمة الرعاية الصحية و العلاجية بكافة مستوياتها • توفير الكوادر الطبية والفنية والإدارية وغيرهم من أرباب المهن اللازمة لأداء هيئة الرعاية لمهامها عن طريق التعيين أو التعاقد. • توفير الأدوية والمستلزمات الطبية اللازمة لتقديم خدمات الرعاية الصحية، ولها في سبيل 	<p align="center">(المادة 23)</p> <p>تقوم هيئة الرعاية بأداء مهامها بذاتها أو عن طريق تقسيماتها التنظيمية أو الفروع التابعة لها أو الكيانات التي تنشئها، وتكون المسؤولة عن التنسيق بينها والتفتيش والرقابة على أعمالها للوقوف على مدى تنفيذها للقوانين واللوائح والقرارات والقواعد المنظمة لتقديم خدمات الرعاية الصحية طبقاً لمعايير الجودة التي تقرها هيئة الاعتماد والرقابة.</p> <p>ولهيئة الرعاية في حدود الإستراتيجيات والسياسات التي يقرها مجلس إدارتها، القيام بما يأتي:</p> <ul style="list-style-type: none"> • إنشاء المستشفيات ووحدات الرعاية الصحية وغيرها من منافذ تقديم خدمات الرعاية الصحية وتجهيزها وإدارتها طبقاً لاحتياجات المجتمع وذلك بعد الدراسات الكافية للتأكد من الحاجة إليها. • استئجار المستشفيات أو غيرها من المؤسسات العلاجية وتجهيزها طبقاً للحاجة الفعلية. • إنشاء كيانات لأبنية الرعاية الصحية أو إدارتها • إنشاء كيانات لإدارة خدمة الرعاية الصحية و العلاجية بكافة مستوياتها • توفير الكوادر الطبية والفنية والإدارية وغيرهم من أرباب المهن اللازمة لأداء هيئة الرعاية لمهامها عن طريق التعيين أو التعاقد. • توفير الأدوية والمستلزمات الطبية اللازمة لتقديم خدمات الرعاية الصحية، ولها في سبيل

النص في مشروع القانون كما وافقت عليه اللجنة	النص في مشروع القانون كما ورد من الحكومة
ذلك إنشاء الصيدليات داخل المستشفيات والتعاقد مع الصيدليات العامة والخاصة وفقا لأحكام القانون 127 لسنة 1955 بشأن مزاوله مهنة الصيدلة.	ذلك إنشاء الصيدليات وفقا لأحكام القانون 127 لسنة 1955 بشأن مزاوله مهنة الصيدلة.
(المادة 24) كما هي	(المادة 24) تلتزم هيئة الرعاية بتقديم تقارير أداء عن الخدمات الصحية والعلاجية التي تقدمها وقوائم مالية نصف سنوية إلى مجلس الوزراء ومجلس النواب، وذلك بعد إقرارها من مجلس الإدارة، كما تلتزم بنشر قوائمها المالية مرة على الأقل كل سنة.
(المادة 25) كما هي	(المادة 25) تقدم هيئة الرعاية خدمات الرعاية الصحية على أساس من اللامركزية، وذلك من خلال تقسيم محافظات الجمهورية إلى مجموعة من الأقاليم طبقاً لما يقره مجلس إدارتها، على أن يكون لكل إقليم رئيس يعاونه مجلس تنفيذي يصدر بتشكيله قرار من مجلس الإدارة، ويشكل المجلس التنفيذي من: - مديري فروع هيئة الرعاية بالمحافظات التابعة للإقليم. - رئيس الإدارة المركزية للشئون المالية بالإقليم. - رئيس الإدارة المركزية للتخطيط والمشروعات بالإقليم. - اثنين من مديري المستشفيات بالإقليم. - اثنين من مديري وحدات الرعاية الصحية الأساسية بالإقليم. - اثنين من الشخصيات العامة يختارهما الوزير المختص بالصحة بترشيح من رئيس مجلس الإدارة
الفصل الثالث <u>الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية</u> (المادة 26) تنشأ هيئة عامة خدمية تسمى "الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية" تكون لها شخصية اعتبارية وموازنة مستقلة، وتكون تحت إشراف العام لرئيس الجمهورية، ويكون مقرها الرئيسي بالقاهرة ويجوز أن تنشئ فروعاً لها بجميع محافظات الجمهورية، ويصدر بنظام العمل بها قرار من رئيس الجمهورية.	الفصل الثالث <u>الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية</u> (المادة 26) تنشأ هيئة عامة خدمية تسمى "الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية" تكون لها شخصية اعتبارية وموازنة مستقلة، وتكون تحت إشراف العام لرئيس مجلس الوزراء، ويكون مقرها الرئيسي بالقاهرة ويجوز أن تنشئ فروعاً لها بجميع محافظات الجمهورية، ويصدر بنظام العمل بها قرار من رئيس الجمهورية.
(المادة 27)	(المادة 27)

النص في مشروع القانون كما وافقت عليه اللجنة	النص في مشروع القانون كما ورد من الحكومة
<p>كما هي</p>	<p>تهدف هيئة الاعتماد والرقابة إلى ضمان جودة الخدمات الصحية والتحسين المستمر لها وتوكيد الثقة في جودة مخرجات الخدمات الصحية بجمهورية مصر العربية على كافة المستويات المحلية والإقليمية والدولية ، و ضبط وتنظيم تقديم الخدمات الصحية التأمينية وفقاً لمعايير محددة للجودة والاعتماد، على النحو الذي تبينه اللائحة التنفيذية لهذا القانون، وتنظيم القطاع الصحي بما يضمن سلامته واستقراره وتميمته وتحسين جودته، والعمل على توازن حقوق المتعاملين فيه.</p>
<p>(المادة 28)</p> <p>لهيئة الاعتماد والرقابة في سبيل تحقيق أهدافها اتخاذ كافة الإجراءات والقرارات اللازمة لذلك، ولها على الأخص ما يأتي:</p> <p>(1) الإشراف والرقابة على جميع المنشآت الطبية وأعضاء المهن الطبية العاملين في قطاع تقديم الخدمات الطبية والصحية وفقاً لأحكام هذا القانون.</p> <p>(2) وضع معايير الجودة للخدمات الصحية واعتماد تطبيقها على منشآت تقديم الرعاية الطبية.</p> <p>(3) <u>الاعتماد والتسجيل</u> للمنشآت الطبية المستوفاة لمعايير الجودة المشار إليها بالبند السابق للعمل بالنظام، وتكون مدة <u>الاعتماد والتسجيل أربع</u> سنوات قابله للتجديد لمدد أخرى مماثلة بذات الشروط.</p> <p>(4) إجراء التفتيش الدوري على المنشآت <u>المعتمدة والمسجلة للعمل في هذا النظام</u>.</p> <p>(5) إيقاف أو إلغاء <u>الاعتماد والتسجيل</u> حال مخالفة المنشأة الطبية لأي من اشتراطات منح <u>الاعتماد والتسجيل</u>.</p> <p>(6) <u>الاعتماد والتسجيل</u> لأعضاء المهن الطبية وفقاً للتخصصات والمستويات المختلفة للعمل بالنظام، و إجراء التفتيش الدوري عليهم بالجهات <u>المعتمدة والمسجلة للعمل في هذا النظام</u>.</p> <p>(7) إلغاء أو إيقاف <u>الاعتماد والتسجيل</u> لأعضاء المهن الطبية للعمل بالنظام حال مخالفة أي من اشتراطات منح <u>الاعتماد والتسجيل</u>.</p> <p>(8) توفير الوسائل وإصدار القواعد والنظم التي تضمن كفاءة النظام وشفافية الأنشطة التي تمارس فيه.</p>	<p>(المادة 28)</p> <p>لهيئة الاعتماد والرقابة في سبيل تحقيق أهدافها اتخاذ كافة الإجراءات والقرارات اللازمة لذلك، ولها على الأخص ما يأتي:</p> <p>(1) الإشراف والرقابة على جميع المنشآت الطبية وأعضاء المهن الطبية العاملين في قطاع تقديم الخدمات الطبية والصحية وفقاً لأحكام هذا القانون.</p> <p>(2) وضع معايير الجودة للخدمات الصحية واعتماد تطبيقها على منشآت تقديم الرعاية الطبية.</p> <p>(3) <u>الترخيص</u> للمنشآت الطبية المستوفاة لمعايير الجودة المشار إليها بالبند السابق للعمل بالنظام، وتكون مدة <u>الترخيص ثلاث</u> سنوات قابله للتجديد لمدد أخرى مماثلة بذات الشروط.</p> <p>(4) إجراء التفتيش الدوري على المنشآت <u>المرخص لها بالعمل في القطاع الصحي</u>.</p> <p>(5) إيقاف أو إلغاء <u>الترخيص</u> حال مخالفة المنشأة الطبية لأي من اشتراطات منح <u>الترخيص</u>.</p> <p>(6) <u>الترخيص</u> لأعضاء المهن الطبية وفقاً للتخصصات والمستويات المختلفة للعمل بالنظام، و إجراء التفتيش الدوري عليهم بالجهات <u>التي يرخص لهم بالعمل بها في القطاع الصحي</u>.</p> <p>(7) إلغاء أو إيقاف <u>الترخيص</u> لأعضاء المهن الطبية للعمل بالنظام حال مخالفة أي من اشتراطات منح <u>الترخيص</u>.</p> <p>(8) توفير الوسائل وإصدار القواعد والنظم التي تضمن كفاءة النظام وشفافية الأنشطة التي تمارس فيه.</p>

النص في مشروع القانون كما وافقت عليه اللجنة	النص في مشروع القانون كما ورد من الحكومة
<p>(9) التنسيق والتعاون مع هيئات الرقابة الطبية في الخارج والجمعيات والمنظمات الدولية التي تجمعها أو تنظم عملها.</p> <p>(10) التنسيق مع المنشآت الطبية بما يكفل الوصول إلى منظومة متكاملة من المعايير وقواعد مقارنات التطوير وآليات قياس الأداء وفقاً للمعايير الدولية.</p> <p>(11) دعم القدرات الذاتية للمنشآت الطبية للقيام بالتقييم الذاتي.</p> <p>(12) إعلام المجتمع بمستوى جودة الخدمات بالمنشآت الطبية.</p> <p>و يجوز لهيئة الاعتماد والرقابة القيام بأعمال التقييم والاعتماد للمنشآت الصحية العربية والأجنبية العاملة خارج جمهورية مصر العربية بناءً على طلب هذه المنشآت.</p>	<p>(9) التنسيق والتعاون مع هيئات الرقابة الطبية في الخارج والجمعيات والمنظمات الدولية التي تجمعها أو تنظم عملها.</p> <p>(10) التنسيق مع المنشآت الطبية بما يكفل الوصول إلى منظومة متكاملة من المعايير وقواعد مقارنات التطوير وآليات قياس الأداء وفقاً للمعايير الدولية.</p> <p>(11) دعم القدرات الذاتية للمنشآت الطبية للقيام بالتقييم الذاتي.</p> <p>(12) إعلام المجتمع بمستوى جودة الخدمات بالمنشآت الطبية.</p> <p>و يجوز لهيئة الاعتماد والرقابة القيام بأعمال التقييم والاعتماد للمنشآت الصحية العربية والأجنبية العاملة خارج جمهورية مصر العربية بناءً على طلب هذه المنشآت.</p>
<p>(المادة 29)</p> <p>كما هي</p>	<p>(المادة 29)</p> <p>يكون لهيئة الاعتماد والرقابة مجلس إدارة يتكون من رئيس الهيئة ونائب الرئيس وسبعة أعضاء من المتخصصين في مجال جودة الخدمات الصحية وذوي الخبرة في المجالات الطبية والقانونية، ويحل نائب الرئيس محل رئيس مجلس الإدارة في مباشرة اختصاصاته حال غيابه أو وجود مانع لديه، ويمثل رئيس المجلس هيئة الاعتماد والرقابة أمام القضاء وفي صلاتها بالغير.</p> <p>ويصدر بتعيين مجلس الإدارة قرار من رئيس الجمهورية بناءً على ترشيح من رئيس مجلس الوزراء، ويتضمن القرار تحديد المعاملة المالية لرئيس المجلس ونائبه ومكافآت وبدلات باقي أعضاء المجلس. وتكون مدة المجلس أربع سنوات، قابلة للتجديد لمرة واحدة.</p> <p>ويشترط فيمن يختار لعضوية المجلس ألا تتعارض مصالحه مع مصالح وأهداف هيئة الاعتماد والرقابة وأن يكون متفرغاً.</p>
<p>(المادة 30)</p> <p>مجلس إدارة هيئة الاعتماد والرقابة هو السلطة العليا المهيمنة على شئونها وتصريف أمورها ووضع وتنفيذ السياسات اللازمة لتحقيق أغراضها وأهدافها، وله أن يتخذ ما يراه لازماً من قرارات نهائية لمباشرة اختصاصاتها، وذلك دون حاجة لاعتمادها من أي جهة أخرى، و له على الأخص ما يأتي:</p> <ul style="list-style-type: none"> - وضع الإستراتيجية العامة لهيئة الاعتماد والرقابة والسياسات التنفيذية لها ومراقبة تنفيذها. - وضع واعتماد الضوابط والمعايير القياسية ومؤشرات الاعتماد وقياس عناصر جودة الخدمات الصحية. 	<p>(المادة 30)</p> <p>مجلس إدارة هيئة الاعتماد والرقابة هو السلطة العليا المهيمنة على شئونها وتصريف أمورها ووضع وتنفيذ السياسات اللازمة لتحقيق أغراضها وأهدافها، وله أن يتخذ ما يراه لازماً من قرارات نهائية لمباشرة اختصاصاتها، وذلك دون حاجة لاعتمادها من أي جهة أخرى، و له على الأخص ما يأتي:</p> <ul style="list-style-type: none"> - وضع الإستراتيجية العامة لهيئة الاعتماد والرقابة والسياسات التنفيذية لها ومراقبة تنفيذها. - وضع واعتماد الضوابط والمعايير القياسية ومؤشرات الاعتماد وقياس عناصر جودة الخدمات الصحية.

النص في مشروع القانون كما وافقت عليه اللجنة	النص في مشروع القانون كما ورد من الحكومة
<ul style="list-style-type: none"> - وضع قواعد الرقابة والتفتيش على الجهات الخاضعة لرقابة هيئة الاعتماد والرقابة. - اعتماد الهيكل التنظيمي لهيئة الاعتماد والرقابة . - وضع اللوائح والقرارات المنظمة لشئون هيئة الاعتماد والرقابة المالية والإدارية والفنية وشئون العاملين وغيرها، وذلك دون التقيد باللوائح والنظم الحكومية المعمول بها في الجهاز الإداري للدولة. - وضع قواعد الاستعانة بالخبرات المحلية والأجنبية لمعاونة هيئة الاعتماد والرقابة في القيام بعملها . - الموافقة على موازنة هيئة الاعتماد والرقابة و حسابها الختامي . - إبداء الرأي في مشروعات القوانين واللوائح المتعلقة بنظام عملها، وبالنشاط ذات الصلة. - التصديق على منح شهادات الاعتماد، وتكون هذه الشهادات صالحة لمدة ثلاث سنوات، و يجوز تجديدها لمدد أخرى مماثلة، أو إيقافها أو إلغاؤها في ضوء ما تسفر عنه عمليات المتابعة والمراجعة الدورية وفقاً للضوابط التي تضعها هيئة الاعتماد والرقابة. - قبول المنح التي تقدم لهيئة الاعتماد والرقابة من غير المنشآت الطبية الخاضعة للتقييم وذلك بما لا يتعارض مع أهدافها. - اقتراح القروض اللازمة لتمويل كافة البرامج والمشروعات التي تحقق أهداف هيئة الاعتماد والرقابة.. - اعتماد التقارير السنوية عن نتائج أعمال هيئة الاعتماد والرقابة. - إقرار خطة تدريب الكوادر البشرية بهيئة الاعتماد والرقابة. - النظر في الموضوعات التي تطلب الوزارات أو الجهات الحكومية المختصة أو رئيس مجلس الإدارة عرضها على المجلس من المسائل المتصلة بنشاط هيئة الاعتماد والرقابة. - ولمجلس الإدارة أن يعهد إلى لجنة أو أكثر من بين أعضائه أو غيرهم ببعض اختصاصاته المشار إليها، وله تفويض رئيس المجلس أو نائبه أو أي من أعضائه في ممارسة بعض اختصاصاته أو القيام بمهمة محددة. 	<ul style="list-style-type: none"> - وضع قواعد الرقابة والتفتيش على الجهات الخاضعة لرقابة هيئة الاعتماد والرقابة. - اعتماد الهيكل التنظيمي لهيئة الاعتماد والرقابة . - وضع اللوائح والقرارات المنظمة لشئون هيئة الاعتماد والرقابة المالية والإدارية والفنية وشئون العاملين وغيرها، وذلك دون التقيد باللوائح والنظم الحكومية المعمول بها في الجهاز الإداري للدولة. - وضع قواعد الاستعانة بالخبرات المحلية والأجنبية لمعاونة هيئة الاعتماد والرقابة في القيام بعملها . - الموافقة على موازنة هيئة الاعتماد والرقابة و حسابها الختامي . - إبداء الرأي في مشروعات القوانين واللوائح المتعلقة بنظام عملها، وبالنشاط ذات الصلة. - التصديق على منح شهادات الاعتماد، وتكون هذه الشهادات صالحة لمدة ثلاث سنوات، و يجوز تجديدها لمدد أخرى مماثلة، أو إيقافها أو إلغاؤها في ضوء ما تسفر عنه عمليات المتابعة والمراجعة الدورية وفقاً للضوابط التي تضعها هيئة الاعتماد والرقابة. - قبول المنح <u>والتبرعات والهيئات والوصايا والإعانات</u> التي تقدم لهيئة الاعتماد والرقابة من غير المنشآت الطبية الخاضعة للتقييم وذلك بما لا يتعارض مع أهدافها. - اقتراح القروض اللازمة لتمويل كافة البرامج والمشروعات التي تحقق أهداف هيئة الاعتماد والرقابة.. - اعتماد التقارير السنوية عن نتائج أعمال هيئة الاعتماد والرقابة. - إقرار خطة تدريب الكوادر البشرية بهيئة الاعتماد والرقابة. - النظر في الموضوعات التي تطلب الوزارات أو الجهات الحكومية المختصة أو رئيس مجلس الإدارة عرضها على المجلس من المسائل المتصلة بنشاط هيئة الاعتماد والرقابة. - ولمجلس الإدارة أن يعهد إلى لجنة أو أكثر من بين أعضائه أو غيرهم ببعض اختصاصاته المشار إليها، وله تفويض رئيس المجلس أو نائبه أو أي من أعضائه في ممارسة بعض اختصاصاته أو القيام بمهمة محددة.
(المادة 31)	(المادة 31)

النص في مشروع القانون كما وافقت عليه اللجنة	النص في مشروع القانون كما ورد من الحكومة
<p>يكون لهيئة الاعتماد والرقابة مديراً تنفيذياً، ويصدر بتعيينه وتحديد معاملته المالية واختصاصاته قراراً من مجلس الإدارة وذلك لمدة أربع سنوات قابلة للتجديد لمرة واحدة، ويحضر اجتماعات مجلس الإدارة دون أن يكون له صوت معدود في المداولات، ويتولى المدير التنفيذي إدارة الهيئة والعمل على تحقيق أهدافها وتنفيذ السياسات والإستراتيجيات والقرارات الصادرة عن مجلس الإدارة، وتحدد اللائحة التنفيذية الشروط الواجب توافرها فيمن يشغل هذا المنصب.</p>	<p>يكون لهيئة الاعتماد والرقابة مدير تنفيذي يتولى إدارتها، والعمل على تحقيق أهدافها وتنفيذ السياسات والإستراتيجيات والقرارات الصادرة عن مجلس الإدارة، ويصدر بتعيينه وتحديد معاملته المالية واختصاصاته قرار من مجلس الإدارة، وذلك لمدة أربع سنوات قابلة للتجديد لمرة واحدة، و يحضر اجتماعات مجلس الإدارة دون أن يكون له صوت معدود في المداولات.</p>
<p>(المادة 32)</p> <p>كما هي</p>	<p>(المادة 32)</p> <p>ينقل للعمل بهيئة الاعتماد والرقابة العاملون بكل من الهيئة العامة للتأمين الصحي، والجهات التابعة لوزارة الصحة حال رغبتهم في ذلك، من شاغلي الوظائف المرتبطة بمجال عمل هيئة الاعتماد والرقابة، وفي جميع الأحوال يحتفظ العاملون المنقولون بدرجاتهم المالية وجميع المزايا الوظيفية التي يتمتعون بها في جهات عملهم كحد أدنى.</p>
<p>(المادة 33)</p> <p>ينشأ بهيئة الاعتماد و الرقابة لجنة مركزية تختص بتسوية المنازعات التي تنشأ بسبب تطبيق أحكام هذا الفصل وتدخل ضمن اختصاصاتها، برئاسة أحد نواب رئيس مجلس الدولة وعضوية مستشارين من مجلس الدولة يختارهم رئيس مجلس الدولة، وممثلين عن طرفي النزاع، و لا يجوز اللجوء للقضاء قبل العرض على هذه اللجنة، على أن يتم البت في النزاع خلال مدة لا تتجاوز ثلاثة أشهر، و تحدد اللائحة التنفيذية آلية وإجراءات وضوابط عمل تلك اللجنة.</p>	<p>(المادة 33)</p> <p>ينشأ بهيئة الاعتماد و الرقابة لجنة مركزية تختص بتسوية المنازعات التي تنشأ بسبب تطبيق أحكام هذا القانون وتدخل ضمن اختصاصاتها، برئاسة أحد نواب رئيس مجلس الدولة وعضوية مستشارين من مجلس الدولة يختارهم رئيس مجلس الدولة، وممثلين عن طرفي النزاع، و لا يجوز اللجوء للقضاء قبل العرض على هذه اللجنة، على أن يتم البت في النزاع خلال مدة لا تتجاوز ثلاثة أشهر، و تحدد اللائحة التنفيذية آلية وإجراءات وضوابط عمل تلك اللجنة.</p>
<p>(المادة 34)</p> <p>لهيئة الاعتماد والرقابة الحق في تقاضي مقابل عن شهادات الاعتماد والتسجيل التي تصدرها والخدمات التي تقدمها للغير وفقاً لأحكام هذا القانون، ويحدد مجلس الإدارة قيمة هذا المقابل مراعيًا في ذلك نوع الخدمة المؤدا.</p>	<p>(المادة 34)</p> <p>لهيئة الاعتماد والرقابة الحق في تقاضي مقابل عن التراخيص التي تصدرها والخدمات التي تقدمها للغير وفقاً لأحكام هذا القانون، ويحدد مجلس الإدارة قيمة هذا المقابل مراعيًا في ذلك نوع الخدمة المؤدا.</p>
<p>(المادة 35)</p> <p>يتعين أن تتم عمليات التقييم والاعتماد بموضوعية وشفافية، ويحظر على كل من شارك في أعمال التقييم أو الاعتماد تقديم استشارات أو دورات تدريبية للمنشأة محل التقييم أو أن يكون عضواً في</p>	<p>(المادة 35)</p> <p>يتعين أن تتم عمليات التقييم والاعتماد بموضوعية وشفافية، ويحظر على كل من شارك في أعمال التقييم أو الاعتماد تقديم استشارات أو دورات تدريبية للمنشأة محل التقييم أو الإفصاح عن البيانات</p>

النص في مشروع القانون كما وافقت عليه اللجنة	النص في مشروع القانون كما ورد من الحكومة
<p>مجلس إدارتها أو الإفصاح عن البيانات والمعلومات المتعلقة بأعمال التقييم أو النتيجة النهائية للتقييم قبل صدور قرار هيئة الاعتماد والرقابة، ولا يجوز تعديل نتائج التقييم والاعتماد التي ينتهي إليها قرار هيئة الاعتماد والرقابة.</p>	<p>والمعلومات المتعلقة بأعمال التقييم أو النتيجة النهائية للتقييم قبل صدور قرار هيئة الاعتماد والرقابة، ولا يجوز تعديل نتائج التقييم والاعتماد التي ينتهي إليها قرار هيئة الاعتماد والرقابة.</p>
<p>(المادة 36)</p> <p>كما هي</p>	<p>(المادة 36)</p> <p>مع مراعاة أحكام القانون رقم 51 لسنة 1981 بتنظيم المنشآت الطبية ، تلتزم المنشآت ومقدمو الخدمات الصحية العامة والخاصة بالحصول على شهادة الاعتماد بأي من مستوياته المختلفة التي تحددها هيئة الاعتماد والرقابة، وذلك خلال ثلاث سنوات من تاريخ دخول المحافظة الكائنة بها المنشأة في نطاق تطبيق أحكام هذا القانون، وإذا لم تلتزم المنشأة بذلك تقوم هيئة الاعتماد والرقابة بإخطار الجهات المعنية لاتخاذ الإجراءات اللازمة طبقاً للقوانين واللوائح المنظمة للعمل بها.</p>
<p>(مادة 37)</p> <p>تلتزم هيئة الاعتماد والرقابة بتقديم تقرير بنتيجة التقييم للمنشأة الطبية محل التقييم خلال ثلاثة أشهر من تاريخ التقييم كحد أقصى، وتحصل المنشأة على شهادة الاعتماد في خلال شهر من تاريخ إعلان نتائج التقييم.</p> <p>وتحدد اللائحة التنفيذية لهذا القانون إجراءات التقدم والتقييم و الاعتماد.</p>	<p>(مادة 37)</p> <p>تلتزم هيئة الاعتماد والرقابة بتقديم تقرير بنتيجة التقييم للمنشأة الطبية محل التقييم خلال شهرين من تاريخ التقييم كحد أقصى، وتحصل المنشأة على شهادة الاعتماد في خلال شهر من تاريخ إعلان نتائج التقييم.</p> <p>وتحدد اللائحة التنفيذية لهذا القانون إجراءات التقييم و الاعتماد.</p>
<p>(المادة 38)</p> <p>يلتزم المدير التنفيذي لهيئة الاعتماد والرقابة بتقديم تقرير سنوي إلى مجلس الإدارة عن نتائج أعمالها تمهيداً لعرضه على رئيس الجمهورية ومجلس الوزراء ومجلس النواب، وينشر ملخص لهذا التقرير بأحد الصحف القومية.</p>	<p>(المادة 38)</p> <p>يلتزم المدير التنفيذي لهيئة الاعتماد والرقابة بتقديم تقرير سنوي إلى مجلس الإدارة عن نتائج أعمالها تمهيداً لعرضه على رئيس مجلس الوزراء، وينشر ملخص لهذا التقرير بأحد الجرائد القومية.</p>
<p>(المادة 39)</p> <p>كما هي</p>	<p>(المادة 39)</p> <p>يتعين على أجهزة الدولة والمنشآت الطبية معاونة هيئة الاعتماد والرقابة في أداء مهامها وتيسير مباشرتها للأعمال اللازمة لتحقيق أهدافها وتزويدها بما تطلبه من بيانات أو معلومات تتعلق بذلك.</p>
<p>الباب الثالث مصادر التمويل</p>	<p>الباب الثالث مصادر التمويل</p>

النص في مشروع القانون كما وافقت عليه اللجنة	النص في مشروع القانون كما ورد من الحكومة
<p style="text-align: center;">الفصل الأول مصادر تمويل الهيئة العامة للتأمين الصحي الاجتماعي الشامل</p> <p style="text-align: center;">(المادة 40)</p> <p style="text-align: center;">تتكون موارد الهيئة مما يأتي:</p> <p style="text-align: center;">أولاً: حصة المؤمن عليهم والمُعاليين:</p> <ul style="list-style-type: none"> - الاشتراكات التي يؤديها المؤمن عليهم الخاضعون لهذا القانون، وفقاً للنسب الواردة بالجدول رقم (1) المرفق. - وفي حالة الجمع بين أكثر من وظيفة يلتزم المؤمن عليه بقيم الاشتراكات لكل ما يتحصل عليه من دخل. - الاشتراكات التي يلتزم بسدادها رب الأسرة عن الزوجة غير العاملة أو التي ليس لها دخل ثابت، ومن يعيش في كنفه من الأبناء والمُعاليين طبقاً للجدول رقم (1) المرفق، ويستمر الاشتراك عن الأبناء والمُعاليين حتى الالتحاق بعمل، أو زواج الإناث. <p style="text-align: center;">ثانياً: حصة أصحاب الأعمال:</p> <p>يلتزم أصحاب الأعمال المحددين بقوانين التأمينات الاجتماعية بأداء حصتهم عن اشتراكات العاملين لديهم بواقع 4% شهرياً من أجر الاشتراك للعامل المؤمن عليه و بما لا يقل عن خمسون جنيهاً شهرياً، نظير خدمات تأمين المرض والعلاج وإصابات العمل.</p> <p style="text-align: center;">ثالثاً: المساهمات:</p> <p>المبالغ التي يؤديها المؤمن عليه عند تلقي الخدمة طبقاً للجدول رقم (3) المرفق. ويُعفى من دفع قيمة المساهمات غير القادرين الذين تتحمل الخزنة العامة قيمة اشتراكاتهم، وذوي الأمراض المزمنة والأورام، وذلك كله طبقاً لقرار يصدر من رئيس مجلس الوزراء بتنظيم ضوابط الإعفاء</p> <p style="text-align: center;">رابعاً: عائد استثمار أموال الهيئة:</p>	<p style="text-align: center;">الفصل الأول مصادر تمويل الهيئة</p> <p style="text-align: center;">(المادة 40)</p> <p style="text-align: center;">تتكون موارد الهيئة مما يأتي:</p> <p style="text-align: center;">أولاً: حصة المؤمن عليهم والمُعاليين:</p> <ul style="list-style-type: none"> - الاشتراكات التي يؤديها المؤمن عليهم الخاضعون لهذا القانون، وفقاً للنسب الواردة بالجدول رقم (1) المرفق. - وفي حالة الجمع بين أكثر من وظيفة يلتزم المؤمن عليه بقيم الاشتراكات لكل ما يتحصل عليه من دخل. - الاشتراكات التي يلتزم بسدادها رب الأسرة عن الزوجة غير العاملة أو التي ليس لها دخل ثابت، ومن يعيش في كنفه من الأبناء والمُعاليين طبقاً للجدول رقم (1) المرفق، ويستمر الاشتراك عن الأبناء والمُعاليين حتى الالتحاق بعمل، أو زواج الإناث. <p style="text-align: center;">ثانياً: حصة أصحاب الأعمال:</p> <p>يلتزم أصحاب الأعمال المحددين بقوانين التأمينات الاجتماعية بأداء حصتهم عن اشتراكات العاملين لديهم بواقع 4% شهرياً من أجر الاشتراك للعامل المؤمن عليه و بما لا يقل عن خمسون جنيهاً شهرياً، نظير خدمات تأمين المرض والعلاج وإصابات العمل.</p> <p style="text-align: center;">ثالثاً: المساهمات:</p> <p>المبالغ التي يؤديها المؤمن عليه عند تلقي الخدمة طبقاً للجدول رقم (3) المرفق. ويُعفى من دفع قيمة المساهمات غير القادرين الذين تتحمل الخزنة العامة قيمة اشتراكاتهم، وذوي الأمراض المزمنة والأورام، وذلك كله طبقاً لقرار يصدر من رئيس مجلس الوزراء بتنظيم ضوابط الإعفاء</p> <p style="text-align: center;">رابعاً: عائد استثمار أموال الهيئة:</p>

النص في مشروع القانون كما وافقت عليه اللجنة	النص في مشروع القانون كما ورد من الحكومة
<p>رابعاً: عائد استثمار أموال الهيئة: العائد الناتج من استثمار الأموال والاحتياطيات المتاحة لدى الهيئة وفقاً للإستراتيجية الاستثمارية التي تحدد قواعدها اللائحة التنفيذية لهذا القانون.</p> <p>خامساً: التزامات الخزنة العامة عن غير القادرين: قيمة اشتراك المؤمن عليهم من فئات غير القادرين، بما فيهم المتعطلون عن العمل غير القادرين والمستحقين أو المستنفذون لمدة استحقاق تعويض البطالة وكذلك كل فرد من أفراد الأسرة المعالون، حيث تتحمل الخزنة نسبة 5% من الحد الأدنى للأجور المعلن عنه بالحكومة علي المستوي القومي شهرياً عن كلاً منهم، وذلك كله علي النحو الموضح بالجدول رقم (4) المرافق.</p>	<p>العائد الناتج من استثمار الأموال والاحتياطيات المتاحة لدى الهيئة وفقاً للإستراتيجية الاستثمارية التي تحدد قواعدها اللائحة التنفيذية لهذا القانون.</p> <p>خامساً: التزامات الخزنة العامة عن غير القادرين: قيمة اشتراك المؤمن عليهم من فئات غير القادرين، بما فيهم المتعطلون عن العمل غير القادرين وغير المستحقين أو المستنفذون لمدة استحقاق تعويض البطالة وكذلك كل فرد من أفراد الأسرة المعالون، حيث تتحمل الخزنة نسبة 5% من الحد الأدنى للأجور المعلن عنه بالحكومة علي المستوي القومي شهرياً عن كلاً منهم، وذلك كله علي النحو الموضح بالجدول رقم (4) المرافق.</p>
<p>سادساً: مقابل الخدمات الأخرى التي تقدمها الهيئة بخلاف ما يتضمنه هذا القانون وذلك وفقاً لما يحدده مجلس إدارتها.</p> <p>سابعاً: المنح الخارجية والداخلية والقروض التي تعقدها الحكومة لصالح الهيئة:</p> <p>ثامناً: الهبات والإعانات والتبرعات والوصايا التي يقبلها مجلس إدارة الهيئة :-</p> <p>تاسعاً: مصادر أخرى.</p>	<p>سادساً: مقابل الخدمات الأخرى التي تقدمها الهيئة بخلاف ما يتضمنه هذا القانون وذلك وفقاً لما يحدده مجلس إدارتها.</p> <p>سابعاً: المنح الخارجية والداخلية والقروض التي تعقدها الحكومة لصالح الهيئة:</p> <p>ثامناً: الهبات والإعانات والتبرعات والوصايا التي يقبلها مجلس إدارة الهيئة :</p> <p>تاسعاً: مصادر أخرى.</p>
<p>يتم تحصيل المبالغ التالية طبقاً لهذا القانون لصالح تمويل النظام:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 75 قرش من قيمة كل علبة سجائر مباعه بالسوق المحلي سواء كانت محلية أو أجنبية الإنتاج، علي أن يتم زيادة تلك القيمة كل ثلاث سنوات بقيمة خمسة وعشرون قرشا أخرى حتي تصل الي جنيه ونصف. - 10% من قيمة كل وحدة مباعه من مشتقات التبغ غير السجائر - جنيه واحد يحصل عند مرور كل مركبة على الطرق السريعة التي تخضع لنظام تحصيل الرسوم. - 25 جنيهاً عن كل عام عند استخراج أو تجديد رخصة القيادة. - 50 جنيهاً عن كل عام عند استخراج أو تجديد رخصة تسيير السيارات التي سعتها اللترية أقل من 1,6 لتر. - 100 جنيه عن كل عام عند استخراج أو تجديد رخصة تسيير السيارات التي سعتها اللترية 1,6 لتر وأقل من 2 لتر. 	<p>يتم تحصيل المبالغ التالية طبقاً لهذا القانون لصالح تمويل النظام:</p> <ul style="list-style-type: none"> - نصف جنيه من قيمة كل علبة سجائر مباعه بالسوق المحلي سواء كانت محلية أو أجنبية الإنتاج، علي أن يتم زيادة تلك القيمة كل خمسة سنوات بقيمة نصف جنيه آخر وذلك حتي نهاية تطبيق النظام - 10% من قيمة كل وحدة مباعه من مشتقات التبغ غير السجائر - جنيه واحد يحصل عند مرور كل مركبة على الطرق السريعة التي تخضع لنظام تحصيل الرسوم. - 25 جنيهاً عن كل عام عند استخراج أو تجديد رخصة القيادة. - 50 جنيهاً عن كل عام عند استخراج أو تجديد رخصة تسيير السيارات التي سعتها اللترية أقل من 1,6 لتر. - 100 جنيه عن كل عام عند استخراج أو تجديد رخصة تسيير السيارات التي سعتها اللترية 1,6 لتر وأقل من 2 لتر.

النص في مشروع القانون كما وافقت عليه اللجنة	النص في مشروع القانون كما ورد من الحكومة
<p>اللترية 1,6 لتر وأقل من 2 لتر.</p> <p>- <u>300 جنيه</u> عن كل عام عند استخراج أو تجديد رخصة تسيير السيارات التي سعتها اللترية 2 لتر أو أكثر.</p> <p>- <u>مبلغ يتراوح من 1000 إلى 15000 جنيه</u> عند التعاقد مع النظام بالنسبة للعيادات الطبية و مراكز العلاج و الصيدليات و شركات الأدوية، وفقاً للقواعد التي تحددها <u>اللائحة التنفيذية</u>.</p> <p>- <u>1000 جنيه</u> عن كل سرير عند استخراج تراخيص المستشفيات والمراكز الطبية.</p> <p>- <u>05% من قيمة مبيعات شركات الأدوية والأغذية وقيمة أعمال شركات المقاولات.</u></p> <p>- <u>05% ويحد أدنى خمسة جنيهات من قيمة كل وحدة مباحة (طن أو متر أو أي وحدة أخرى)</u> من الأسمنت أو الحديد أو البتروكيماويات أو الأسمدة أو السيلكا والكيماويات والرخام والبورسلين والجرانيت المصنع محلياً أو أجنبياً، وأية صناعات و خدمات أخرى يصدر بها قرار من مجلس الوزراء ولا تعد هذه الرسوم من التكاليف واجبة الخصم في تطبيق قانون الضريبة على الدخل، وتحدد اللائحة التنفيذية قواعد وضوابط تطبيق ذلك.</p> <p>- <u>50 % من قيمة الإيرادات المحصلة عن لوائح تنمية الموارد الذاتية لتحسين كفاءة المستشفيات والصادر بالقرارات الوزارية رقم 239 لسنة 1997، و 200 لسنة 2002.</u></p> <p>- <u>يصدر طابع دمغة بفترة خمسة جنيهات باسم النظام يلصق على الطلبات التي تقدم الى الهيئة وهيئة الرعاية وهيئة الاعتماد والرقابة، وتحدد اللائحة التنفيذية الطلبات التي يتم فرض الطابع عليها.</u></p>	<p>- <u>200 جنيه</u> عن كل عام عند استخراج أو تجديد رخصة تسيير السيارات التي سعتها اللترية 2 لتر أو أكثر.</p> <p>- <u>10,000 جنيه</u> عند استخراج تراخيص العيادات الطبية أو مراكز العلاج.</p> <p>- <u>20,000 جنيه</u> عند استخراج تراخيص الصيدليات.</p> <p>- <u>1,000 جنيه</u> عن كل سرير عند استخراج تراخيص المستشفيات.</p> <p>- <u>1,000 جنية</u> عند تجديد تراخيص العيادات الطبية والصيدليات و المستشفيات.</p> <p>- <u>500,000 جنية</u> عند استخراج تراخيص شركات ومصانع الأدوية والمستلزمات والأجهزة الطبية والتوزيع.</p> <p>- <u>250,000 جنيه</u> عند تجديد تراخيص شركات ومصانع الأدوية والمستلزمات والأجهزة الطبية والتوزيع.</p> <p>- <u>20 جنيهاً</u> من قيمة كل طن أسمنت مصنع محلياً أو أجنبياً.</p> <p>- <u>50 جنيه</u> عن كل طن حديد يصنع محلياً أو أجنبياً</p> <p>- <u>5 جنيه</u> من قيمة كل متر مربع من (رخام - بورسلين - جرانيت) مصنع محلياً أو أجنبياً.</p>
<p>(المادة 41)</p> <p>تلتزم الجهات التالية بسداد مستحقات الهيئة في المواعيد المحددة قرين كل منها:</p>	<p>(المادة 41)</p> <p>تلتزم الجهات التالية بسداد مستحقات الهيئة في المواعيد المحددة قرين كل منها:</p>

النص في مشروع القانون كما ورد من الحكومة

أولاً: بالنسبة للمؤمن عليهم الخاضعين لقوانين التأمينات الاجتماعية وأصحاب المعاشات:

- (1) يلتزم صاحب العمل بسداد الاشتراكات المُستحقة عليه شهرياً للهيئة القومية للتأمين الاجتماعي وتشمل: الحصة التي يلتزم بها، والحصة التي يلتزم باستقطاعها من أجر المؤمن عليه لسداد الاشتراكات المُستحقة عليه هو ومن يعولهم، على أن يتم توريدها في ذات مواعيد سداد اشتراكات التأمين الاجتماعي.
- (2) تلتزم الهيئة القومية للتأمين الاجتماعي باستقطاع قيمة اشتراك التأمين الصحي الاجتماعي الشامل من صاحب المعاش والمُستحقين عند استحقاق المعاش الشهري، وتوريدها شهرياً للهيئة.
- (3) تلتزم الهيئة القومية للتأمين الاجتماعي بسداد قيمة اشتراك التأمين الصحي الاجتماعي الشامل عن المتعطلين عن العمل المستحقين لتعويض البطالة وفقاً لأحكام قانون التأمين الاجتماعي المشار إليه.
- (4) تلتزم الهيئة القومية للتأمين الاجتماعي بتحصيل اشتراكات التأمين الصحي الاجتماعي المُستحقة من الجهات المُختلفة الخاضعة لقوانين التأمينات الاجتماعية مع اشتراكات التأمينات الاجتماعية.

ثانياً: بالنسبة للمؤمن عليهم غير الخاضعين لقوانين التأمين الاجتماعي:

- (1) يلتزم العامل لدى نفسه والمهني والحرفي من غير ذوي المُرْتَبات المُنتظمة، ورب الأسرة غير الخاضع لقوانين التأمين الاجتماعي، بسداد اشتراكه واشتراك الزوجة غير العاملة أو التي ليس لها دخل ثابت، ومن يعيش في كنفه من الأبناء والمُعاليين، على دفعات ربع سنوية للهيئة، وفي حالة وفاة رب الأسرة يلتزم صاحب الولاية بسداد الاشتراكات من أموال الصغير ما لم يكن داخلاً ضمن الفئات غير القادرة.
- (2) تلتزم الجمعيات الزراعية بتحصيل اشتراكات التأمين الصحي الاجتماعي الشامل من المؤمن عليهم العاملين بالزراعة، ومن يعولونهم، على دفعات ربع سنوية، وتقوم بتوريدها للهيئة.

وبجوز للهيئة أن تعهد بتحصيل مستحققاتها لغير ذلك من الجهات العامة أو الخاصة التي تتوفر لديها آليات تحصيل منتظمة، وذلك وفقاً للقواعد والإجراءات التي تحددها اللائحة التنفيذية.

النص في مشروع القانون كما وافقت عليه اللجنة

أولاً: بالنسبة للمؤمن عليهم الخاضعين لقوانين التأمينات الاجتماعية وأصحاب المعاشات:

1. يلتزم صاحب العمل بسداد الاشتراكات المُستحقة عليه شهرياً للهيئة القومية للتأمين الاجتماعي وتشمل: الحصة التي يلتزم بها، والحصة التي يلتزم باستقطاعها من أجر المؤمن عليه لسداد الاشتراكات المُستحقة عليه هو ومن يعولهم، على أن يتم توريدها في ذات مواعيد سداد اشتراكات التأمين الاجتماعي.
2. تلتزم الهيئة القومية للتأمين الاجتماعي باستقطاع قيمة اشتراك التأمين الصحي الاجتماعي الشامل من صاحب المعاش والمُستحقين عند استحقاق المعاش الشهري، وتوريدها شهرياً للهيئة.
3. تلتزم الهيئة القومية للتأمين الاجتماعي بسداد قيمة اشتراك التأمين الصحي الاجتماعي الشامل عن المتعطلين عن العمل المستحقين لتعويض البطالة وفقاً لأحكام قانون التأمين الاجتماعي المشار إليه.
4. تلتزم الهيئة القومية للتأمين الاجتماعي بتحصيل اشتراكات التأمين الصحي الاجتماعي المُستحقة من الجهات المُختلفة الخاضعة لقوانين التأمينات الاجتماعية مع اشتراكات التأمينات الاجتماعية.

ثانياً: بالنسبة للمؤمن عليهم غير الخاضعين لقوانين التأمين الاجتماعي:

1. يلتزم العامل لدى نفسه والمهني والحرفي من غير ذوي المُرْتَبات المُنتظمة، ورب الأسرة غير الخاضع لقوانين التأمين الاجتماعي، بسداد اشتراكه واشتراك الزوجة غير العاملة أو التي ليس لها دخل ثابت، ومن يعيش في كنفه من الأبناء والمُعاليين، على دفعات **نصف** سنوية للهيئة، وفي حالة وفاة رب الأسرة يلتزم صاحب الولاية بسداد الاشتراكات من أموال الصغير ما لم يكن داخلاً ضمن الفئات غير القادرة.
2. تلتزم الجمعيات الزراعية بتحصيل اشتراكات التأمين الصحي الاجتماعي الشامل من المؤمن عليهم العاملين بالزراعة، ومن يعولونهم، على دفعات ربع سنوية، وتقوم بتوريدها للهيئة.

وبجوز للهيئة أن تعهد بتحصيل مستحققاتها لغير ذلك من الجهات العامة أو الخاصة التي تتوفر لديها آليات تحصيل منتظمة، وذلك وفقاً للقواعد والإجراءات التي تحددها اللائحة التنفيذية.

النص في مشروع القانون كما وافقت عليه اللجنة	النص في مشروع القانون كما ورد من الحكومة
<p>(المادة 42)</p> <p>كما هي</p>	<p>(المادة 42)</p> <p>في حالة تأخر المُلتزم بسداد الاشتراكات عن أداء الاشتراكات في المواعيد المُحددة، يلتزم بأداء مبلغ إضافي سنوي عن مُدة التأخير من تاريخ وجوب الأداء حتى نهاية شهر السداد، ويُحسب المبلغ الإضافي وفقاً للقواعد المنصوص عليها في القانون المدني.</p>
<p>(المادة 43)</p> <p>كما هي</p>	<p>(المادة 43)</p> <p>تلتزم الجهات المنصوص عليها في المادة (41) من هذا القانون، بتوريد اشتراكات المؤمن عليهم وأصحاب الأعمال المُشار إليهم في المادة (40) من هذا القانون للهيئة خلال ثلاثين يوماً من تاريخ تحصيلها، وذلك بعد استقطاع نسبة يتم الاتفاق عليها مع تلك الجهات، علي النحو الذي تبينه اللائحة التنفيذية.</p>
<p>(المادة 44)</p> <p>كما هي</p>	<p>(المادة 44)</p> <p>يُفحص المركز المالي للنظام إكتوارياً مرة على الأقل كل أربع سنوات بواسطة خبير أو أكثر من الخبراء الإكتواريين المُتخصصين في المجال الصحي، يتم تكليفه بقرار من رئيس مجلس الوزراء، بناءً على ترشيح من الوزير المُختص بالمالية والوزير المُختص بالصحة، وفي حالة وجود فائض إكتواري يتم تكوين احتياطات، وفي حالة وجود عجز يُظهر الخبير الإكتواري أسبابه وطريقة تلافيه، ويتم العرض على مجلس النواب للنظر في تعديل قيمة الاشتراكات والمساهمات ومصادر التمويل الأخرى لاسترجاع التوازن والاستدامة المالية للنظام.</p> <p>كما تلتزم الهيئة باتخاذ كافة الإجراءات الممكنة لضمان التوازن المالي السنوي للنظام وقدرته على الوفاء بجميع التزاماته تجاه المؤمن عليهم المشتركين في هذا النظام والمتعاملين معه وذلك وفقاً لأحكام هذا القانون.</p>
<p>الفصل الثاني</p> <p><u>مصادر تمويل الهيئة العامة للرعاية الصحية</u></p> <p>(المادة 45)</p>	<p>الفصل الثاني</p> <p><u>مصادر تمويل الهيئة العامة للرعاية الصحية</u></p> <p>(المادة 45)</p>

النص في مشروع القانون كما وافقت عليه اللجنة	النص في مشروع القانون كما ورد من الحكومة
<p style="text-align: center;">كما هي</p>	<p>تتكون موارد هيئة الرعاية من المصادر الآتية:</p> <p>(1) مقابل الخدمات الطبية التي تُقدمها هيئة الرعاية وفقاً لقائمة أسعار الخدمات التي تقرها الهيئة.</p> <p>(2) أي إيرادات ومقابل أية خدمات طبية إضافية، أو أية خدمات غير طبية تقدمها هيئة الرعاية، وذلك وفقاً لما يقره مجلس إدارتها.</p> <p>(3) القروض التي تعقدها الدولة لصالح هيئة الرعاية.</p> <p>(4) الهبات والمنح والإعانات والتبرعات والوصايا التي يقبلها مجلس إدارة هيئة الرعاية.</p> <p>(5) عائد استثمار أموال هيئة الرعاية.</p> <p>(6) ما تخصصه الدولة أو أية جهة أخرى من أموال وأصول لدعم هيئة الرعاية.</p>
<p style="text-align: center;">الفصل الثالث مصادر تمويل الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية</p> <p style="text-align: center;">(المادة 46)</p> <p><u>تتكون موارد هيئة الاعتماد والرقابة من المصادر الآتية:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. مقابل الخدمات التي تقدمها هيئة الاعتماد والرقابة الصحية وفقاً لما يقره مجلس إدارتها. 2. القروض التي تعقدها الدولة لصالح هيئة الاعتماد والرقابة. 3. عائد استثمار أموال هيئة الاعتماد والرقابة. 4. ما تخصصه الدولة لهيئة الاعتماد والرقابة من أموال وأصول. 5. أية إيرادات أخرى يقرها مجلس إدارتها تتعلق بنشاط هيئة الاعتماد والرقابة. 6. المنح التي يوافق عليها مجلس الإدارة. 	<p style="text-align: center;">الفصل الثالث مصادر تمويل الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية</p> <p style="text-align: center;">(المادة 46)</p> <p><u>تتكون موارد هيئة الاعتماد والرقابة من المصادر الآتية:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. مقابل الخدمات التي تقدمها هيئة الاعتماد والرقابة الصحية وفقاً لما يقره مجلس إدارتها. 2. القروض التي تعقدها الدولة لصالح هيئة الاعتماد والرقابة. 3. عائد استثمار أموال هيئة الاعتماد والرقابة. 4. ما تخصصه الدولة لهيئة الاعتماد والرقابة من أموال وأصول. 5. أية إيرادات أخرى يقرها مجلس إدارتها تتعلق بنشاط هيئة الاعتماد والرقابة. 6. الهبات والمنح والإعانات والتبرعات والوصايا التي يوافق عليها مجلس الإدارة.
<p style="text-align: center;">الباب الرابع أحكام عامة</p> <p style="text-align: center;">(المادة 47)</p>	<p style="text-align: center;">الباب الرابع أحكام عامة</p> <p style="text-align: center;">(المادة 47)</p> <p>تلتزم جميع الجهات العامة أو الخاصة ذات الصلة بتطبيق أحكام هذا القانون بإمداد الهيئة بالبيانات</p>

النص في مشروع القانون كما وافقت عليه اللجنة	النص في مشروع القانون كما ورد من الحكومة
<p style="text-align: center;">كما هي</p>	<p>اللازمة عن الخاضعين لأحكام هذا القانون وتوزيعهم الجغرافي وأعمارهم ومهنتهم وكل ما تطلبه الهيئة من معلومات تتعلق بمباشرة نشاطها، وتُنشئ الهيئة قاعدة بيانات للمُنْتَفِعِينَ بالنظام، تشمل كافة البيانات اللازمة لقيامها بتطبيق أحكام هذا القانون، ويتم ربطها بقواعد البيانات الخاصة بالهيئة القومية للتأمين الاجتماعي ومصلحة الأحوال المدنية وغيرها من الجهات المعنية ذات الصلة بتطبيق أحكام هذا القانون.</p>
<p style="text-align: center;">(المادة 48)</p> <p>يُشْتَرَطُ للانتفاع بخدمات التأمين الصحي الاجتماعي الشامل، أن يكون المُنتَفِعُ مُشْتَرِكاً في النظام ومُسَدِّداً للاشتراكات، وفي حالة عدم الاشتراك أو التخلف عن السداد، يشترط لانتفاعه بخدمات النظام سداد الاشتراكات المتأخرة دفعة واحدة أو بالتقسيط، وفقاً لما تراه الهيئة، فيما عدا حالات الطوارئ، بدءاً من تاريخ سريان أحكام هذا القانون على نطاق المحافظة التي يتبعها المريض، ولا يسري هذا الشرط على المؤمن عليهم من العاملين بالجهاز الإداري للدولة ووحدات الإدارة المحلية والهيئات العامة والعاملين بالقطاع العام وقطاع الأعمال العام وأصحاب المعاشات، والقطاع الخاص الخاضع لأحكام قوانين التأمين الاجتماعي، وذلك في حالة تخلف صاحب العمل عن توريد الاشتراكات للهيئة.</p>	<p style="text-align: center;">(المادة 48)</p> <p>يُشْتَرَطُ للانتفاع بخدمات التأمين الصحي الاجتماعي الشامل، أن يكون المُنتَفِعُ مُشْتَرِكاً في النظام ومُسَدِّداً للاشتراكات، وفي حالة عدم الاشتراك أو التخلف عن السداد، يشترط لانتفاعه بخدمات النظام سداد الاشتراكات المتأخرة دفعة واحدة أو بالتقسيط، فيما عدا حالات الطوارئ، وفقاً لما تراه الهيئة، بدءاً من تاريخ سريان أحكام هذا القانون على نطاق المحافظة التي يتبعها المريض، ولا يسري هذا الشرط على المؤمن عليهم من العاملين بالجهاز الإداري للدولة ووحدات الإدارة المحلية والهيئات العامة والعاملين بالقطاع العام وقطاع الأعمال العام وأصحاب المعاشات، والقطاع الخاص الخاضع لأحكام قوانين التأمين الاجتماعي، وذلك في حالة تخلف صاحب العمل عن توريد الاشتراكات للهيئة.</p>
<p style="text-align: center;">(المادة 49)</p> <p style="text-align: center;">كما هي</p>	<p style="text-align: center;">(المادة 49)</p> <p>يتحمل المؤمن عليه حصته وحصّة صاحب العمل عن مُدِّد الإعارات الداخلية أو الخارجية، والإجازات الخاصة أو الدراسية، غير مدفوعة الأجر، ويقوم بتوريدها مباشرة للهيئة عدا:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. الإجازات الخاصة برعاية الطفل طبقاً لما هو وارد بقانون الطفل الصادر بالقانون رقم 12 لسنة 1996. 2. البعثات والإجازات الدراسية والمهام العلمية الممنوحة وفقاً لأحكام قانون تنظيم شؤون البعثات والإجازات الدراسية والمنح رقم 112 لسنة 1959، أو قانون تنظيم الجامعات الصادر بالقانون رقم 49 لسنة 1972، فتتحمل الجهة الموفدة أو المبعوث أو الدارس لحصّة العامل وصاحب العمل وذلك بحسب الأحوال. 3. الإعارة لوحدة الجهاز الإداري بالدولة فتتحمل الجهة المُستعيرة حصّة صاحب العمل.

النص في مشروع القانون كما وافقت عليه اللجنة	النص في مشروع القانون كما ورد من الحكومة
<p>(المادة 50)</p> <p>كما هي</p>	<p>(المادة 50)</p> <p>تضمن المنشأة الخاصة، بجميع عناصرها المادية والمعنوية في أي يد كانت، كامل مُستحقات الهيئة، ويكون الخلف الذي آلت إليه ملكية المنشأة لأي سبب مسئولاً عن الوفاء بجميع الالتزامات المُستحقة عليها للهيئة، وفق أحكام القانون المدني وذلك في حدود قيمة ما آل إليه.</p>
<p>(المادة 51)</p> <p>كما هي</p>	<p>(المادة 51)</p> <p>تُعفى جميع أموال الهيئات الثلاث المنشأة بموجب هذا القانون الثابتة والمنقولة، وجميع عملياتها الاستثمارية وعوائدها أيأ كان نوعها، من جميع الضرائب والرُسوم بما في ذلك ضريبة القيمة المضافة، كما تُعفى العمليات التي تُباشرها الهيئة من الخضوع لأحكام القوانين الخاصة بالإشراف والرقابة على هيئات وشركات التأمين.</p> <p>كما تُعفى الاستثمارات والمستندات والبطاقات والعقود والمخالفات والشهادات والمطبوعات وجميع المحررات التي يتطلبها تنفيذ هذا القانون من الرسوم.</p>
<p>(المادة 52)</p> <p>كما هي</p>	<p>(المادة 52)</p> <p>يكون لكل هيئة من الهيئات الثلاث المنشأة بموجب هذا القانون موازنة مستقلة، وتبدأ السنة المالية لكل منها مع بداية السنة المالية للدولة وتنتهي بنهايتها، ويكون لكل منها حساب خاص ضمن حساب الخزانة الموحد بالبنك المركزي تودع فيه أموالها، ويرحل فائض هذه الحسابات من سنة إلى أخرى.</p> <p>وتستحق الهيئة عائد سنوي عن أموالها يُساوي مُتوسط العائد علي أدون الخزانة المصدرة في نفس العام، ولا يكون الصرف منها إلا بموافقة مجلس إدارتها.</p>
<p>(المادة 53)</p> <p>كما هي</p>	<p>(المادة 53)</p> <p>يوقف سريان أحكام النظام خلال مدة التجنيد الإلزامي والاستبقاء والاستدعاء بالقوات المسلحة.</p>
<p>(المادة 54)</p> <p>كما هي</p>	<p>(المادة 54)</p> <p>دون الإخلال بأسباب انقطاع التقادم المنصوص عليها في القانون المدني، تُقَطع مدة التقادم أيضاً بالتبني على صاحب العمل بأداء المبالغ المُستحقة للهيئة بمقتضى هذا القانون، وذلك بموجب كتاب موصى عليه مصحوباً بعلم الوصول يتضمن بياناً بقيمة هذه المبالغ.</p> <p>ولا يسري التقادم في مواجهة الهيئة بالنسبة لصاحب العمل الذي لم يسبق اشتراكه في النظام عن كل</p>

النص في مشروع القانون كما وافقت عليه اللجنة	النص في مشروع القانون كما ورد من الحكومة
	<p>عماله أو بعضهم، إلا من تاريخ علم الهيئة بالتحاقهم لديه، كما لا يسري التقادم في مواجهة الهيئة بالنسبة للمؤمن عليه الذي لم يسبق اشتراكه في النظام إلا من تاريخ علم الهيئة بتوافر شروط الخضوع لأحكام هذا القانون.</p>
<p>(المادة 55)</p> <p>تثبت صفة الضبطية القضائية للعاملين بالهيئة الذين يصدر بتحديدهم قرار من وزير العدل بالاتفاق مع رئيس مجلس إدارة الهيئة، وذلك بالنسبة للجرائم المنصوص عليها في الباب الخامس من هذا القانون.</p> <p>ولهم في سبيل ذلك دخول أماكن تقديم الخدمة وتفتيشها وفحص ما بها من معدات أو أجهزة أو أدوية أو غيرها من المستلزمات الطبية أو العلاجية، وكذلك الاطلاع على السجلات والدفاتر والمستندات وسائر الأوراق التي يتطلبها تنفيذ هذا القانون،، وعلى المسؤولين في هذه الأماكن أن يقدموا البيانات والمستخرجات وصور المستندات التي يطلبونها لهذا الغرض، وذلك كله على النحو الذي تبينه اللائحة التنفيذية لهذا القانون</p>	<p>(المادة 55)</p> <p>تثبت صفة الضبطية القضائية للعاملين بالهيئة الذين يصدر بتحديدهم قرار من وزير العدل بالاتفاق مع رئيس مجلس إدارة الهيئة، وذلك بالنسبة للجرائم المنصوص عليها في الباب الخامس من هذا القانون.</p> <p>ولهم في سبيل ذلك دخول أماكن تقديم الخدمة وتفتيشها وفحص ما بها من معدات أو أجهزة أو أدوية أو غيرها من المستلزمات الطبية أو العلاجية، وكذلك الاطلاع على السجلات والدفاتر والمستندات وسائر الأوراق التي يتطلبها تنفيذ هذا القانون،، وعلى المسؤولين في هذه الأماكن أن يقدموا البيانات والمستخرجات وصور المستندات التي يطلبونها لهذا الغرض، وذلك كله على النحو الذي تبينه اللائحة التنفيذية لهذا القانون</p>
<p>(المادة 56)</p> <p>كما هي</p>	<p>(المادة 56)</p> <p>تُعفى من الرسوم القضائية في جميع درجات التقاضي، الدعاوى المتعلقة بتنفيذ أحكام هذا القانون، التي تُرفع من الهيئة أو من المؤمن عليهم، وللحكمة المختصة شمول الحكم في هذه الدعاوى بالنفاد المُعجل وبلا كفالة.</p>
<p>(المادة 57)</p> <p>يكون للمبالغ المستحقة للهيئة بمقتضى أحكام هذا القانون حق امتياز على جميع أموال المدين من منقول وعقار وتُستوفى هذه المبالغ قبل الضرائب والجمارك والمصروفات القضائية، وللهيئة سلطة تحصيلها بطريق الحجز الإداري.</p>	<p>(المادة 57)</p> <p>يكون للمبالغ المستحقة للهيئة بمقتضى أحكام هذا القانون امتياز على جميع أموال المدين من منقول وعقار وتُستوفى هذه المبالغ قبل الضرائب والجمارك والمصروفات القضائية، وللهيئة سلطة تحصيلها بطريق الحجز الإداري.</p>
<p>(المادة 58)</p> <p>كما هي</p>	<p>(المادة 58)</p> <p>تخضع الهيئات الثلاث المنشأة بموجب هذا القانون، لرقابة كل من وزارة المالية والجهاز المركزي للمحاسبات وفقا للقوانين المعمول بها في هذا الشأن.</p>
<p>(المادة 59)</p>	<p>(المادة 59)</p>

النص في مشروع القانون كما وافقت عليه اللجنة	النص في مشروع القانون كما ورد من الحكومة
كما هي	يجوز للهيئة تقديم خدماتها للأجانب المقيمين أو الوافدين لجمهورية مصر العربية، وفقا للضوابط والاشتراطات التي تضعها، وذلك بمراعاة شرط المعاملة بالمثل.
(المادة 60) كما هي	(المادة 60) مع مراعاة حكم المادة (33) من هذا القانون، ينشأ بالهيئة لجنة دائمة لتسوية المنازعات التي تنشأ بسبب تطبيق أحكام هذا القانون، ولا يجوز لأطراف المنازعة اللجوء للقضاء قبل اللجوء إلى هذه اللجنة. و تشكل اللجنة برئاسة أحد نواب رئيس مجلس الدولة يختاره رئيس مجلس الدولة وعضوية ممثل عن كل هيئة من الهيئات الثلاث المنشأة بموجب هذا القانون وممثل عن الطرف الآخر للنزاع، وتحدد اللائحة التنفيذية قواعد وإجراءات ومواعيد عمل تلك اللجنة.
الباب الخامس العقوبات (المادة 61) كما هي	الباب الخامس العقوبات (المادة 61) مع عدم الإخلال بأي عقوبة أشد منصوص عليها في قانون العقوبات أو في أي قانون آخر ، يعاقب على الجرائم المنصوص عليها في المواد التالية بالعقوبات المقررة في كل منها.
(المادة 62) كما هي	(المادة 62) يُعاقب بالحبس مدة لا تقل عن ستة أشهر وبغرامة لا تقل عن ألفي جنيه ولا تجاوز عشرة آلاف جنيه، أو بإحدى هاتين العقوبتين، كل من أعطى بيانات غير صحيحة أو امتنع عن إعطاء البيانات المنصوص عليها في هذا القانون أو في اللوائح المُنفذة له إذا ترتب على ذلك الحصول على أموال من الهيئة بغير حق. ويُعاقب بالحبس مدة لا تقل عن ستة أشهر وبغرامة لا تقل عن عشرون ألف جنيه ولا تجاوز مائة ألف جنيه أو بإحدى هاتين العقوبتين كل من منع العاملين بالهيئة ممن لهم صفة الضبطية القضائية من دخول محل العمل، أو لم يُمكنهم من الاطلاع على السجلات والدفاتر والمستندات والأوراق التي يتطلبها تنفيذ هذا القانون أو تعمد، عن طريق إعطاء بيانات خاطئة، عدم الوفاء بمستحقات الهيئة.
(المادة 63)	(المادة 63) يُعاقب بالحبس مدة لا تقل عن سنة وبغرامة لا تقل عن خمسين ألف جنيه ولا تجاوز خمسة وسبعين

النص في مشروع القانون كما وافقت عليه اللجنة	النص في مشروع القانون كما ورد من الحكومة
<p>ألف جنيه، أو بإحدى هاتين العقوبتين، كل عامل في الهيئة، أو أحد المتعاقدين معها من الأطباء أو الصيادلة أو غيرهم، سهل للمؤمن عليه أو لغيره ممن تتولى الهيئة تمويل تقديم الرعاية الطبية إليه، الحصول على أدوية أو خدمات أو أجهزة تعويضية بغير حق، أو لا تتطلب الأصول الطبية صرفها له وفق ما تراه اللجان المتخصصة في ذلك بناءً على البروتوكولات الطبية.</p> <p>ويُعاقب بالعقوبة ذاتها كل من صُرِفَ له أدوية أو أجهزة تعويضية ثم تصرف فيها إلى غيره بمقابل، وكذلك المتصرف إليه وكل من توسط في ذلك إذا كان يعلم بأنها قد صُرِفَت بناءً على نظام التأمين الصحي الاجتماعي الشامل.</p> <p>وفي جميع الأحوال تحكم المحكمة بمصادرة الأدوية أو الأجهزة التعويضية لصالح الهيئة، أو رد قيمتها في حالة تلفها أو هلاكها.</p>	<p>ألف جنيه، أو بإحدى هاتين العقوبتين، كل عامل في الهيئة، أو أحد المتعاقدين معها من الأطباء أو الصيادلة أو غيرهم، سهل للمؤمن عليه أو لغيره ممن تتولى الهيئة تمويل تقديم الرعاية الطبية إليه، الحصول على أدوية أو خدمات أو أجهزة تعويضية بغير حق، أو لا تتطلب الأصول الطبية صرفها له وفق ما تراه اللجان المتخصصة في ذلك بناءً على البروتوكولات الطبية.</p> <p>ويُعاقب بالعقوبة ذاتها كل من صُرِفَت له أدوية أو أجهزة تعويضية ثم تصرف فيها إلى غيره بمقابل، وكذلك المتصرف إليه وكل من توسط في ذلك إذا كان يعلم بأنها قد صُرِفَت بناءً على نظام التأمين الصحي الاجتماعي الشامل.</p> <p>وفي جميع الأحوال تحكم المحكمة بمصادرة الأدوية أو الأجهزة التعويضية لصالح الهيئة، أو رد قيمتها في حالة تلفها أو هلاكها.</p>
<p>(المادة 64)</p> <p>كما هي</p>	<p>(المادة 64)</p> <p>يُعاقب بالحبس مدة لا تقل عن سنة وبغرامة لا تقل عن مائة ألف جنيه ولا تجاوز مائتي ألف جنيه، أو بإحدى هاتين العقوبتين، كل مُقدم لخدمات الرعاية الصحية أو مُنتفع أو عامل في الهيئة، تعمد تقديم مُطالبات غير حقيقية أو مُطالبات عن خدمات لم يتم تقديمها، أو سمح لغير المُشتركين بالنظام الحصول على خدمات بغير وجه حق.</p>
<p>(المادة 65)</p> <p>كما هي</p>	<p>(المادة 65)</p> <p>يُعاقب بالحبس مدة لا تقل عن ستة أشهر وبغرامة لا تقل عن مائة ألف جنيه ولا تجاوز مائتي ألف جنيه، أو بإحدى هاتين العقوبتين، كل عامل بالهيئة أو مُقدم للخدمة التأمينية ساعد صاحب العمل أو المُشترك على التهرب من الوفاء بالتزاماته المُقررة في هذا القانون.</p>
<p>(المادة 66)</p> <p>كما هي</p>	<p>(المادة 66)</p> <p>يُعاقب بغرامة لا تقل عن عشرين ألف جنيه ولا تجاوز خمسين ألف جنيه، المسئول أو الموظف المُختص في الجهات المنصوص عليها في المادتين (41) ، (49) من هذا القانون، الذي لم يَحمَ بتحصيل أو توريد اشتراكات المؤمن عليهم وأصحاب الأعمال المُشار إليهم في المادة (40) من هذا القانون للهيئة خلال 30 يوماً من تحصيلها.</p>
<p>(المادة 67)</p>	<p>(المادة 67)</p>

النص في مشروع القانون كما وافقت عليه اللجنة	النص في مشروع القانون كما ورد من الحكومة
<p style="text-align: center;">كما هي</p>	<p>يُعاقب بالحبس مدة لا تتجاوز سنة وبغرامة لا تقل عن خمسة آلاف جنيه ولا تتجاوز خمسين ألف جنيه، أو بإحدى هاتين العقوبتين، الموظف المُختص في الجهات العامة أو القطاع العام وقطاع الأعمال العام أو صاحب العمل من القطاع الخاص، أو المسئول لديه الذي لم يُقم بالاشتراك في الهيئة عن أي من العاملين التابعين لجهته الخاضعين لأحكام هذا القانون، أو لم يقم بالاشتراك بأجورهم الحقيقية، ويُعاقب بذات العقوبة الموظف المُختص في الجهات العامة أو القطاع العام وقطاع الأعمال العام أو صاحب العمل من القطاع الخاص، أو المسئول لديه الذي يُحمل المؤمن عليهم أي مبالغ بخلاف المنصوص عليها في هذا القانون، وتحكم المحكمة من تلقاء نفسها بإلزامه بأن يرد للمؤمن عليهم قيمة ما تحملوه من هذه المبالغ.</p> <p>وفي جميع الأحوال تتعدد الغرامة بتعدد العمال الذين وقعت في شأنهم المخالفة.</p>

جدول رقم (1) اشتراكات المؤمن عليهم والمُعالمين

النص في مشروع القانون كما وافقت عليه اللجنة			النص في مشروع القانون كما ورد من الحكومة		
المُعالمون	الإشتراك	الفئة	المُعالمون	الإشتراك	الفئة
3% عن الزوجة غير العاملة أو التي ليس لها دخل ثابت، 1% عن كل مُعال أو ابن.	كما هي	العاملون المؤمن عليهم الخاضعون لقانون التأمين الاجتماعي الصادر بالقانون رقم 79 لسنة 1975.	3% عن الزوجة غير العاملة أو التي ليس لها دخل ثابت، 1% عن كل مُعال أو ابن <u>بحد أقصى اثنين من الأبناء، 1.5% فيما زاد عن ذلك في الأبناء.</u>	1% من أجر الإشتراك.	العاملون المؤمن عليهم الخاضعون لقانون التأمين الاجتماعي الصادر بالقانون رقم 79 لسنة 1975.
		المؤمن عليهم ومن في حكمهم الخاضعون لقانون التأمين الاجتماعي رقم 108 لسنة 1976			المؤمن عليهم ومن في حكمهم الخاضعون لقانون التأمين الاجتماعي رقم 108 لسنة 1976
	أعضاء المهن الحرة (في غير الخاضعين للقوانين المذكورة بالبندين السابقين) .	أعضاء المهن الحرة (في غير الخاضعين للمصريون العاملون بالخارج غير الخاضعين للمادة (48) من هذا القانون.		أعضاء المهن الحرة (في غير الخاضعين للقوانين المذكورة بالبندين السابقين) .	المصريون العاملون بالخارج غير الخاضعين للمادة (48) من هذا القانون.
	المصريون العاملون بالخارج غير الخاضعين للمادة (48) من هذا القانون.	العمال الخاضعون لقانون نظام التأمين الاجتماعي الصادر بقانون رقم 112 لسنة 1980		المصريون العاملون بالخارج غير الخاضعين للمادة (48) من هذا القانون.	العمال الخاضعون لقانون نظام التأمين الاجتماعي الصادر بقانون رقم 112 لسنة 1980
—	كما هي	الأرامل والمستحقون للمعاشات.	—	2% من قيمة المعاش الشهري.	الأرامل والمستحقون للمعاشات.
3% عن الزوجة غير العاملة أو التي ليس لها دخل ثابت، 1% عن كل مُعال أو ابن.	كما هي	أصحاب المعاشات.	3% عن الزوجة غير العاملة أو التي ليس لها دخل ثابت، 1% عن كل مُعال أو ابن <u>بحد أقصى اثنين من الأبناء، 1.5% فيما زاد عن ذلك في الأبناء.</u>	2% من قيمة المعاش الشهري.	أصحاب المعاشات.

جدول رقم (2) حصة أصحاب الأعمال عن العاملين لديهم

النص في مشروع القانون كما وافقت عليه اللجنة	النص في مشروع القانون كما ورد من الحكومة
قيمة الاشتراك	قيمة الاشتراك
كما هي	4% (3% تأمين مرض + 1% إصابات عمل) نظير خدمات تأمين المرض والعلاج وإصابات العمل من إجمالي أجر الاشتراك للعاملين المؤمن عليهم وفقاً لأحكام القانون رقم 79 لسنة 1975 المشار إليه ويحد أدنى خمسون جنيهاً شهرياً.

جدول رقم (3) رُسوم ومُساهمات المؤمن عليهم

النص في مشروع القانون كما وافقت عليه اللجنة		النص في مشروع القانون كما ورد من الحكومة	
قيمة المُساهمة *	الخدمة الطبية	قيمة المُساهمة *	الخدمة الطبية
كما هي	الزيارة المنزلية.	مائة جنيهاً.	الزيارة المنزلية.
كما هي	الدواء (فيما عدا الأمراض المزمنة والأورام)	10% بحد أقصى ألف جنيه وترتفع النسبة إلى 15% في السنة العاشرة من تطبيق القانون.	الدواء (فيما عدا الأمراض المزمنة والأورام)
10% من إجمالي القيمة بحد أقصى ألف جنيه للحالة.	الأشعاع وكافة أنواع التصوير الطبي (الغير مرتبطة بالأمراض المزمنة والأورام) .	10% من إجمالي القيمة	الأشعاع وكافة أنواع التصوير الطبي (الغير مرتبطة بالأمراض المزمنة والأورام) .
10% من إجمالي القيمة بحد أقصى ألف جنيه للحالة.	التحاليل الطبية والمعملية (الغير مرتبطة بالأمراض المزمنة والأورام) .	20% بحد أقصى ألف جنيه للحالة	التحاليل الطبية والمعملية (الغير مرتبطة بالأمراض المزمنة والأورام) .
5% بحد أقصى خمسمائة جنيه للمرة الواحدة.	الأقسام الداخلية (فيما عدا الأمراض المزمنة والأورام)	7% بحد أقصى ألف وخمسمائة جنيه للمرة الواحدة.	الأقسام الداخلية (فيما عدا الأمراض المزمنة والأورام)

جدول رقم (4) التزامات الخزانة العامة عن غير القادرين

النص في مشروع القانون كما وافقت عليه اللجنة	النص في مشروع القانون كما ورد من الحكومة
قيمة الاشتراك	قيمة الاشتراك
مع عدم الإخلال <u>بالبندين</u> ثانياً من المادة (40) تتحمل الخزانة العامة للدولة عن كل فرد من غير القادرين نسبة 5% من الحد الأدنى للأجور المعلن عنها بالحكومة علي المستوى القومي	تتحمل الخزانة العامة للدولة عن كل فرد من غير القادرين نسبة 5% من الحد الأدنى للأجور المعلن عنها بالحكومة علي المستوى القومي

* تزداد القيم الرقمية المقطوعة المذكورة سلفاً بنسبة تعادل 7% سنوياً بما فيها الحد الأدنى من الأجور المعلن عنها بالحكومة علي المستوى القومي

* تزداد القيم الرقمية المقطوعة المذكورة بجميع الجداول المذكورة سلفاً بنسبة تعادل 7% سنوياً بما فيها الحد الأدنى من الأجور المعلن عنها بالحكومة علي المستوى القومي

جدول رقم (5) مراحل تطبيق النظام

النص في مشروع القانون كما وافقت عليه اللجنة	النص في مشروع القانون كما ورد من الحكومة						
كما هي	المرحلة الثالثة		المرحلة الثانية		المرحلة الأولى		
	كفر الشيخ	الإسكندرية	البحر الأحمر	أسوان	جنوب سيناء	بورسعيد	
	سوهاج	البحيرة	مطروح	الأقصر	إسماعيلية	السويس	
		دمياط		قنا		شمال سيناء	
	كما هي	المرحلة السادسة		المرحلة الخامسة		المرحلة الرابعة	
	القليوبية	القاهرة	الشرقية	الدقهلية	الفيوم	أسيوط	
		الجيزة	المنوفية	الغربية	المنيا	الوادي الجديد	
						بني سويف	

مراحل تطبيق نظام التأمين الصحى الشامل على جمهورية مصر العربية بأكملها

النص في مشروع القانون كما وافقت عليه اللجنة	النص في مشروع القانون كما ورد من الحكومة		
	الفترة	المحافظات	المرحلة
كما هو		بورسعيد- السويس - جنوب سيناء- شمال سيناء- الإسماعيلية	المرحلة الأولى
		أسوان - الأقصر - قنا- مطروح- البحر الأحمر	المرحلة الثانية
		الإسكندرية- البحيرة- دمياط- سوهاج- كفر الشيخ	المرحلة الثالثة
		أسيوط- الوادي الجديد- الفيوم- المنيا- بني سويف	المرحلة الرابعة
		الدقهلية- الشرقية- الغربية- المنوفية	المرحلة الخامسة
		القاهرة- الجيزة- القليوبية	المرحلة السادسة