وثيقة

اصلاح النظام الصحى المصرى

HRE صحة مصر

Healthcare Reform Egypt

رؤيتنا : بناء نظام صحى مصرى جديد يقوم على الكفاءة و العدالة و الكرامة للمريض و الطبيب

هدف الوثيقة: زيادة و عى المصريين بحقوقهم الصحية و بطرق الاصلاح الجذرى للنظام الصحى و اصلاح التدهور فى مستوى تدريب الاطباء و صحة أبناء مصر

© 2013 Healthcare Reform Egypt (HRE) جمعية صحة مصر

مبادىء الوثيقة الاربعة
فك تشابك و تعارض المصالح
استقلال الرقابة على الجودة
المحاسبة المتبادلة
تطبيق مقاييس عالمية اثبتت نجاحها

HRE

المادة 1: من حق كل مصرى ان يتلقى نفس مستوى الخدمة الطبية التى يتلقاها باقى المصريين. فى الوقت الحالى تتفاوت مستويات الخدمة الطبية بشكل شديد الاتساع بحيث يقع نصيب الفقراء فى اقل درجات الخدمة و اكثرها رداءة . الاتجاهات العامة المقترحة لرفع مستوى الخدمة الى المستوى اللائق يجب ان تتبنى الاتى :

1. انشاء **مجلس أعلى للصحة** يتمتع بمواصفات توفر له الاستقلال و و الاشراف العام يعنى بالتنسيق و الرقابة على جميع الهيئات المتخصصة فى رقابة و تنظيم و تطوير النواحى المختلفة التى يحتاجها النظام الصحى المصرى كما فى الرسم التخطيطى

2. حملة قومية لتطبيق **مقاييس الجودة العالمية** فى جميع مراكز الخدمة الطبية فى انحاء مصر و على جميع مستويات الرعاية الطبية سواء التابعة لوزارة الصحة او الجامعة أو الخاصة بهدف القضاء على التفاوت الشاسع الذى يلقاه المصريين فى الخدمة الطبية على حسب موقعهم او مستواهم الاجتماعى. من أجل تحقيق ذلك لابد من اكتساب الخبرة و التعاون مع نماذج عالمية ناجحة فى تطبيق هذه المعايير مثل هيئات الجودة العالمية (Joint Commission International) إلى أن تنمو لدينا كوادر مؤهلة و نظام ثابت و يأتى

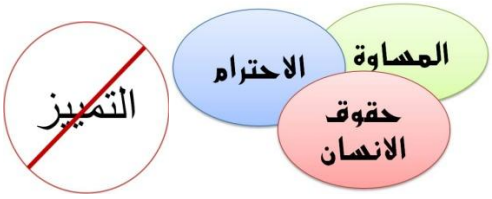
دور الحكومة و البرلمان فى توفير شرطين لهيئات الجودة لاغنى عنهما : شرط الاستقلال التام و شرط سلطة الرقابة و المحاسبة على أماكن الخدمة الطبية.

3. **التوزيع المنطقى لعدد الحالات** التى يراها الطبيب الواحد فى المستشفيات الجامعية و الحكومية و يحدد ذلك بحساب المدة الزمنية التى يجب أن يقضيها الطبيب مع المريض الواحد لكى يقدم له خدمة متميزة . لا يمكن أن ننتظر من طبيب تحت التدريب مسئول عن عشرات بل مئات المرضى يوميا بمفرده و لايتلقى الحد الأدنى الآدمى من الراحة أن يقدم خدمة جيدة أو أن يعنى بالناحية النفسية او مهارات التواصل مع المريض . لابد من تحديد ساعات العمل القصوى للأطباء تحت التدريب (النواب) و هى معروفة فى مقاييس برامج التدريب العالمية ولن يمكن هذا عمليا الا بالاشراك **الفعلى و المفعل** للأطباء الكبار من أعضاء هيئة التدريس أو الاستشاريين فى علاج المرضى جنبا الى جنب مع الأطباء الشبان مثلما يحدث فى الدول المتقدمة.
4. ضمان المستوى العلمى للطبيب المصرى و بالتالى مستوى الخدمة الطبية التى تقدم للمرضى عن طريق تطبيق التعليم الطبى المستمر **Continuing Medical Education** بشكل اجبارى مرتبط **بتجديد رخصة مزاولة المهنة** بحيث يكون على كل طبيب ان يحصل على تدريب حقيقى مستمر بصفة دورية و يجتاز اختبارات (كل 3-5 سنوات طوال فترة عمله بالمهنة كما هو مطبق فى معظم الدول) يؤهله للاستمرار فى التعامل مع المرضى بكفاءة و تطبيق المعلومات و المهارات الطبية الحديثة (فى الوضع الحالى الرخصة المصرية مفتوحة و عامة و ممنوحة مدى الحياة و يستمر الطبيب فى معالجة المرضى بما تعلمه من نصف قرن من علوم تغيرت تغيرا جذريا بل و يسمح للطبيب باداء عمليات جراحية جديدة لم يتدرب عليها من قبل دون اثبات انه قد تلقى مايكفى من تدريب لاجراء مثل هذه الجراحات.)
5. لتطبيق معايير الجودة يجب أن يكون علاج الأمراض فى مصر متبعا لقواعد طبية عالمية تقوم على الدليل **Evidence Based Guidelines** و ليس أراء شخصية تختلف من طبيب الى اخر و يتوارثها الاطباء دون دليل علمى على صحتها. هذه القواعد تصدرها المنظمات العالمية الطبية الأكثر احتراما فى التخصص بناء على نتائج ابحاث عالية المستوى و مع تقدم البحث العلمى المنشود فى مصر يمكن تدريجيا أن تكون هتاك هيئات مصرية متميزة عالميا تستطيع أن تصدر هذه القواعد العلاجية بناء على دراسات بحثية مصرية تهتم بالامراض الاكثر شيوعا فى مصر.
6. نتيجة لانتشار الكثير من الممارسات الطبية الغير مرخصة والتي يصنف بعضها على أنه ضمن علوم الطب البديل ، وجب أن تكون هناك ضوابط لتنظيم تلك الممارسات الطبية البديلة و التى تتسبب في حدوث أضرار جسيمة بصحة المصريين لذا وجب الآتي:
   a. حظر ممارسة كافة الأنشطة التي تندرج تحت مسمى "الطب البديل" **بدون ترخيص** سواء كانت بغرض الربح أم لم تكن ومحاسبة كل من يخالف ذلك قانونياً وجنائياً.
   b. إنشاء هيئة علمية طبية مستقلة من الأطباء التقليديين و العلماء المتخصصين فى هذا المجال معا تختص بالرقابة على ممارسة **مجالات الطب البديلة** فى مصر ودراسة جدواها العلمية وفقاً للمراجع الدولية ذات الثقة فى هذا المجال ، كما تختص بإعطاء التصاريح للأفراد والمؤسسات الراغبة في ممارسة الطب البديل.
7. انهاء استخدام المرضى المصريين **بلا ضوابط** و خارج نطاق البحث العلمى فى تجارب **لانواع جديدة** من العلاج لم يتم اختبارها بشكل كافى على البشر و غير مرخصة عالميا للاستخدام الاكلينيكى . ادى هذا الى وجود سوق تجاري للكثير من المراكز الخاصة يعتمد على الدجل العلمى و التكهنات و ليس الحقائق الغلمية الثابتة مثل العلاج بالخلايا الجزعية و الاوزون و غيرها.
8. انهاء الحرية الغير منضبطة فى انشاء **معامل التحاليل** التى قد يديرها غير مؤهلين علميا من حملة الشهادات المختلفة و التى ليس لها علاقة بالعلوم الطبية.
9. انهاء استخدام الاعلام **بلا ضوابط** للاعلان عن منتجات أو أجهزة علاجية لا يعلم مصدرها و لا كفاءتها و لا مدى الأمان الاكلينيكى و الاثار الجانبية المتعلقة باستخدامها . كذلك وضع ضوابط على استخدام الأطباء أو غيرهم الاعلام فى الدعاية وفى اعطاء نصائح علاجية للمرضى دون اجراء كشف طبى حقيقى عليهم.

10. تفعيل دور التطوع فى تجسين الخدمة الطبية مثل الاستفادة من طلاب الكليات المتعلقة بالعلوم الصحية (الطب و الصيدلة و التمريض) فى خدمات التطوع فى المسشتفيات مقابل درجات فى التقييم عن طريق اشراكهم فى برامج لتطوير خدمة المرضى مثل ارشاد المرضى و توعيتهم صحيا و متابعة تحسن المرضى و التزامهم بالعلاج تليفونيا....الخ
11. انشاء أو تفعيل **وحدة لخدمة المرضى** داخل كل مستشفى بشكل اساسى وظيفتها على سبيل **المثال:**
- أن تكون هذه الوحدات **محايدة و مستقلة** عن ادارة المستشفى و تعلن عن نفسها بوضوح لدى دخول المريض المستشفى حتى يتشجع على اللجوء إليها.
- وضع لائحة **ملزمة** لحقوق المرضى و المرافقين تشمل معايير تفصيلية واضحة لما يجب أن يتلاقاه المريض و مرافقيه من حسن الخدمة (بدأ من لحظة و صوله حتى مغادرته و مابعدها من متابعة تليفونية او منزلية).
- تنظيم محاضرات وتوزيع منشورات تعرف الاطباء و التمريض والمواطنين بهذه الحقوق .
- مساعدة المرضى فى مشاكلهم المتعلقة بأى قصور فى الخدمة الطبية .
- تيسير الحصول على المعلومات و الاوراق التى يحتاج اليها المرضى و المتعلقة بتاريخهم المرضى.
12. انشاء **جمعيات حقوقية طبية لتقييم الخدمة الطبية** فى المستشفيات بحيادية و عرضها اعلاميا على الشعب بصفة دورية (مثال : أفضل-أسوء مستشفى فى الخدمة ، أكثر-أقل المستشفيات نظافة ، أقلها-أكثرها فى وقت الانتظار) و تتفرع منها لجان لقياس الوفيات و المضاعفات و العدوى المكتسبة من المستشفيات ...الخ.
13. اقامة أيام الوعى **"Awareness Days"** تجمع المرضى في تخصص ما مع العاملين في هذا التخصص للتواصل ومناقشة المشكلات بين الجانبين وتصحيح المفاهيم و كذلك عمل يوم للعرفان " **Recognition Day"** يتم فيه تكريم المحسنين من العاملين فى التمريض او المتطوعين او العمال.
14. تطبيق **الوسائل العلمية و الحديثة** فى تقييم الخدمة الطبية مثل استبيان رضا المرضى الشهير PSQ و نشر ثقافة استخدام مواقع الانترنت لتقييم الأطباء مما سيجعلها حافزا للأطباء للإجادة مثل موقع RateMD فى العديد من بلاد العالم http://www.ratemds.com/

HRE

المادة 2 : انهاء تقليد استخدام المرضى الغير قادرين فى المستشفيات التعليمية فى الدروس العملية و الامتحانات و التدريب العملى و التى يجب أن تتغير إلى الأنظمة التعليمية الراقية و المتبعة عالميا مثل:



(فى الوضع الحالى يتجمهر عدد كبير من الطلاب على مريض واحد من مرضى القسم المجانى فيشعر المريض بالاهانة و لا يتعلم الطالب بشكل افضل)

1. **نظام الظل Clinical Shadowing** : ربط كل طالب بطبيب ذو خبرة مناسبة يصاحبه فى فترات عمله الجامعى ليتعلم منه عن قرب عن طريق الممارسة الحقيقية و التدريجية تحت اشراف و ليس المشاهدة عن بعد فقط و ينتقل الطالب من طبيب إلى آخر على حسب جداول نزيهة تراعى رغبة الطالب و تسمح **بالتقييم المتبادل** بين الطالب و الطبيب المعلم و هو النظام المحورى فى التعليم الاكلينيكى فى دول العالم المتقدم طبيا.
2. **نظام النوبتجية:** فى السنوات الاكلينيكية يعمل الطالب فى نوبتجيات فى المستشفيات شبيهة بدور أطباء الامتياز الحالى بحيث توكل إليه مهام مناسبة فى متابعة المرضى تحت اشراف الأطباء الأكثر خبرة.
3. **نظام التطوع:** يتطوع طلاب الطب من خلال مشاريع متنوعة لمساعدة المرضى فى المستشفيات مثل عمل نقاط ارشاد الى الاماكن الصحيحة أو مساعدة المرضى فى الاجراءات الادارية المختلفة أو نقاط لتوعية المرضى صحيا فيما يخص الامراض المنتشرة فى المجتمع أو استطلاع رأيهم فى الخدمة الطبية أو عمل محطات للكشف المبكر على الأمراض مثل قياس الضغط و السكر أو نقاط التبرع بالدم و غيرها من الأفكار الابداعية المفيدة فى مقابل حوافز معنوية و قدر من درجات التقييم فى الدراسة على هذه المشروعات.
4. **نظام الممثلين Simulated patients:** فى الامتحانات العملية يستبدل المرضى الحقيقيين بمتطوعين تدربهم هيئة الامتحانات على تقمص أعراض مرضية معينة لاختبار كفاءة الطبيب و بشكل أساسى على كيفية التعامل الانسانى مع المرضى **و أداب الفحص الطبى** و كفاءة توصيل المعلومة للمرضى على اختلاف مستوى تعليمهم أو ثقافتهم. و يمكن تطبيق هذه النظام ايضا فى تدريب الطلاب اكلينيكيا بنجاح الى جانب نظام الظل.
5. **تمثيل الحالات المرضية** بواسطة الطلاب المتدربين من خلال حلقات مناقشة يديرها أعضاء هيئة التدريس.
6. التوسع فى استخدام الفيديو التعليمى و الموديلات و السيميولاتور بشكل أكبر فى تعليم المهارات الاكلينيكية (مثال نظام موديل اصوات القلبThe Cardiopulmonary Patient Simulator). انشاء **معامل المهارات الجراحية و المناظير** التى تحتوى على نماذج السيميولاتور و أجهزة الواقع الافتراضى التدريبية Simulators and Virtual Reality Training فى المستشفيات التعليمية لتدريب الاطباء على المهارت الجراحية و اختبار كفاءاتهم فى هذه المهارات بطرق موضوعية مدروسة بدلا من استخدام المرضى الفقراء لاجراء التجارب و ارتكاب الاخطاء التى يمكن تلافيها بالتدريب الاولى على هذه النماذج .

HRE

المادة 3 : انهاء صدارة مصر العالمية فى الالتهاب الكبدى الوبائى كنتيجة للاهمال و غياب الرقابة على النظافة و التعقيم فى أماكن التى الطب فى مصر

- انشاء هيئة **رقابية مستقلة مدربة** لمراقبة التعقيم فى المستشفيات العامة و العيادات الخاصة و عرض تقرير دورى على الشعب بنتائج هذه الرقابة.
- انشاء جمعية متخصصة فى **جمع و رقابة مخلفات المستشفيات و العيادات** و التخلص منها طبقا للمقاييس العالمية . فى الوضع الحالى فوضى التخلص من النفايات الملوثة للمستشفيات و العيادات تمثل مصدر أساسى فى نقل أمراض الدم .
- ممرضة فى كل نوبتجية بالمستشفيات **وظيفتها الوحيدة** مراقبة كفاءة اجراءات التعقيم و لابد من تدريب هذه اللمرضة تدريبا جيدا على مبادىء و اجراءات التعقيم الصحيحة طبقا للمقاييس العالمية.
- **لابد من وجود بنك دم** فى أى مكان يقوم باجراء عمليات جراحية حيث يترتب على عدم وجود بنك دم (بالاضافة لتعريض حياة المرضى لخطر النزيف حتى الموت) انه فى حال حدوث نزيف مفاجىء للمرضى يلجأ الأطباء لاستخدام دم غير مفحوص يوفره بعض **باعة الدم الجائلين !** (حيث يؤخذ الدم من متبرعين بلا فحص لفيروسات الكبد أو الايدز و يعطى للمريض مباشرة).
- تصنيع المستلزمات الطبية التى تساعد على منع العدوى **محليا لتخفيض أسعارها** مثل الملاءات الجراحية الورقية والأدوات البلاستيكية التى يتم التخلص منها بعد استخدام كل مريض مع مراعاة طرق التخلص و اعادة التصنيع التى لاتؤثر سلبيا على البيئة.
- **تشديد و تفعيل العقاب** على و إعلام الرأى العام بالمستهترين بالتعقيم من الأطباء أو المستشفيات و كذلك مكافاءة الأماكن التى يثبت أنها تهتم بشدة باجراءات التعقيم.
- تفعيل ثقافة **منع العدوى** فى **التعليم الطبى** عن طريق عمل **مشاريع تخرج** و ابحاث حقيقية لاكتشاف الثغرات فى النظام الطبى المصرى التى تؤدى لانتشار العدوى و تبحث افكار جديدة لمنعها.
- **حملة اعلامية قومية** مستمرة للتوعية بما يجب أن يتبعه الطبيب من اجراءات تعقيمية فيكون المريض نفسه رقيبا على الطبيب.

HRE

المادة 4 : انهاء ظاهرة غياب العدالة الاجتماعية المعروفة فى امتحانات كليات الطب المصرية سواء للطلاب قبل التخرج أو الدراسات العليا عن طريق وضع جميع الامتحانات فى يد هيئات متخصصة مستقلة استقلالا تاما عن الجامعة و الحكومة لتطبق الانظمة القياسية التى تتبعها كليات الطب العالمية فى وضع و مراقبة الامتحانات.

- انشاء **هيئة متخصصة كاملة الاستقلال عن الجامعة و الحكومة** (غالبا ماتنشأ هذه الهيئة بقرار من مجلس الشعب أو تنبثق عن هيئة عالمية للامتحانات) لتضع وتراقب و تصحح الامتحانات .دور هذه الهيئة انشاء بنك متكامل لأسئلة ذات معايير محددة عالميا وواضحة تماما للطلاب و تكون هذه الهيئة معتمدة من الجهات الدولية الرقابية التى لديها خبرة فى هذا المجال (مثل الهيئات التى تعد البورد الامريكى و الكندى و الاسترالى و الزمالة البريطانية و التويفل و غيرها من الامتحانات ذات السمعة العالمية العالية).
- **الغاء الامتحانات الشفوية النظرية التقليدية** وهو نظام مصرى قلما يستخدم فى دول العالم الان و لم يثبت أنه أخرج طبيبا أفضل من نظيره العالمى لكنه أثبت بما لايدع مجال للشك أنه مصنع للواسطة و المحاباة وظلم الطلاب و الاطباء و عصاة غليظة فى يد غير أمينة فى الكثير جدا من الحالات. هذا بالإضافة إلى أن استخدام هذه الامتحانات لقياس قدرة الطالب على تسميع معلومات اختبرت من قبل فى التحريرى لا يمثل اى نوع من الاضافة و لايقيس قدرته على التعامل مع المرضى.
- وضع **الامتحانات الاكلينيكية التى تقيس قدرة الطبيب على التعامل مع المرضى (الممثلين كما أشرنا من قبل) تحت رقابة تلفزيونية تتم فى مراكز متخصصة للامتحانات** تقوم بتوفير ممتحنين من أطباء من جامعات مختلفة بطرق عشوائية عادلة **ليس لديهم أى تعارض أو تشابك مصالح** Conflict of interest مع الطلاب او أطباء التدريب ولديهم معايير موضوعية لتوزيع الدرجات يمكن قياسها . (النظام الأمريكى و الكندى و غيرها يستخدم نظام الرقابة التلفيزيونية فى الامتحانات الاكلينيكية)
- وجود **لجان حقوقية طبية مستقلة** لفحص أى تظلمات فى الامتحانات بصورة سريعة و عادلة.

HRE

المادة 5: تفعيل المحاسبة و الرقابة على التعليم الطبى و تفعيل اشراك الطلاب فى رسم ومتابعة تنفيذ أى خطة لتطوير التعليم الطبى و تقييم أداء المعلمين .

- من حق الطالب **تقييم المعلم و طرق التعليم معا** تقييما مفصلا و **موضوعيا** يؤخذ بنتيجته من قبل هيئة مستقلة قادرة على متابعة أداء هيئة التدريس و تكافئهم أو تحاسبهم بناء على معايير موضوعية شفافة يكون من ضمنها هذا التقييم الطلابى. تحقق هذا سيشحذ همة الأساتذة فى الابداع و التنافس لتحسين طرق توصيل المعلومة و استخدام الطرق الحديثة فى التدريس و سيلغى الركود و الاعتماد على مطلق الوظيفة الجامعية التى لا حسيب و لا رقيب عليها.
- انشاء هيئة مستقلة و فعالة لمراقبة التعليم الطبى **ماقبل و مابعد** التخرج دورها انشاء هذا النظام عملا بما هو متبع فى باقى دول العالم . **هيئة الجودة الحالية** هى هيئة لايتوفر فيها شرط الاستقلال حيث أن القائمين عليها هم من نفس أعضاء هيئة التدريس العاملين فى كليات الطب فى ذات الوقت و هذا تعارض مطلق فى المصالح لأنهم لن يتمكنوا من محاسبة انفسهم او زملائهم و ليس لديهم سلطة حقيقية تملى أى تغيير على باقى هيئة التدريس مما أدى إلى بقاء معظم أهداف هيئة الجودة الحالية فى طور الخطط النظرية .
- التعليم الاكلينيكى الحقيقى للطلاب قبل التخرج عن طريق الانظمة المذكورة فى المادة 2.
- عمل توعية للطلاب فى كل مرحلة بدأ من مرحلة ما قبل دخول الكلية لكل ماهو متوقع تعلمه و تفاصيل الدراسة و الاختيارات المتاحة فى العمل بعد التخرج و غيرها Orientation. كذلك اتاحة وصف تفصيلى للكورسات التى يتم دراستها و خبرة من يقوم بالتدريس فى بداية كل مرحلة .
- استخدام الاساليب العلمية فى تدريب الطلاب جيدا على نظم الامتحانات فى كل مرحلة.
- لابد أن يكون الطالب أو طبيب التدريب شريك رئيسى و صاحب قرار فى تطويرأساليب التعليم الطبى مثلا من خلال لجنة علمية طلابية **معترف بها** من الدولة لها حق تقديم مشاريع التطوير مباشرة لهيئات الرقابة المستقلة او لوزارة التعليم العالى.
- **استفتاء الطلاب** قبل أى تغيير جذرى فى أنظمة التعليم أو الاختبارات و الاسترشاد بنتائج هذه الاستفتاءات من قبل اللجان المختصة بشكل متوزان مع باقى المعايير العلمية .
- التركيز على أدبيات التعامل مع المرضى bedside manners وفن التواصل بين الطبيب و المريض communication skills فى جميع مراحل **التعليم والتدريب الطبى** و تخصيص جزء هام من الامتحانات على قياس كفاءة الطلاب و الاطباء كما يحدث فى الانظمة الطبية العالمية .
- تشجيع الحراك الأكاديمى و الاستثمار فى تعليم طلابنا تعليما راقيا عن طريق **استضافة أساتذة من الجامعات العالمية المرموقة فى الجامعات المصرية** لفترات قصيرة أو طويلة على حسب توفر الامكانيات المادية و هو ما سبقتنا اليه الكثير من الدول العربية . الانغلاق الجامعى و الركود التام فى الجامعات المصرية من أهم أسباب تأخر العلم فى مصر .
- تشجيع **البحث العلمى فى مرحلة مبكرة** من الدراسة الطبية فى صورة مشاريع صيفية تساعد الطلاب الراغبين فى التعرف على مبادىء البحث العلمى و تستفيد من طاقتهم و تعطيهم الخبرة التى تساعدهم فى بناء سيرة ذاتية جيدة.

المادة 6: لا بديل عن نيابة متساوية المستوى تحت اشراف هيئة مستقلة للجودة لكل خريج من كليات الطب المصرية قبل السماح له بعلاج المصريين كما هو الحال فى كل دول العالم . (مادة محورية و هامة جدا).

- قصر النيابة الجامعية على عدد محدود من كل دفعة دون غيرهم هو تقصير شديد فى حق المرضى قبل أن يكون تقصيرا فى حق الأطباء.
- لاستيعاب الأعدا د الكبيرة من الخريجين يتم **الاستفادة بكل المستشفيات** و المراكز الطبية الموجودة فى الجمهورية و ليس المستشفيات الجامعية الحالية فقط عن طريق إحدى الطرق الآتية:

أ- دمج المستشفيات و المراكز الكبرى الموجودة فى الصحة و التى تمتلك الامكانيات مع المستشفيات الجامعية فى كيان واحد بحيث تخضع لإشراف و تبادل خبرات جامعى حتى تستطيع الاستقلال و تقديم برامج نيابة متميزة.

ب- استخدام خبرات مصرية و اجنبية طبية لانشاء النواة الأولى لبرامج نيابات (تدريب طبى) قوية فى المستشفيات الحكومية التابعة لوزارة الصحة و التى تتوفر فيها الامكانات الاساسية .

- يتم **توزيع الخبرات المتمركزة** فى المستشفيات الجامعية من أعضاء هيئة التدريس و معاونيهم لتقوم بالتدريب فى الأماكن الأخرى الأقل تطورا.
- اعتبار **سنة الأمتياز هى السنة الأولى فى النيابة** مع وضع بعض التعديلات بها و هى كما يتفق الجميع سنة ضائعة من عمر الطبيب لا يتعلم فيها شيئا لأنه غير مسئول .
- تقسم النيابات بعد التخرج إلى نيابة ممارس عام أو **طب أسرة و نيابات التخصصات** . أى أن طبيب الأسرة لابد أن يقضى فترة نيابة للتدريب على هذا العلم الطبى المتطور و لا يصح أن يكون طبيبا غير مدرب نهائيا مثل الوضع الحالى.
- وضع **منهج واضح ودقيق لما يجب أن يتعلمه النائب** من مهارات فى كل سنة من سنوات النيابة و يكون هذا المنهج ملزم للمعلمين قبل الطلاب (كتاب الانشطة Log book الحالى صوريا بشكل كبير و غير ملزم لاى طرف سواء المعلم او الطالب ان يلتزم بما فيه)
- بالإضافة للمهارات الأساسية التى يجب أن يتعلمها النائب فى مستشفاه الرئيسى يستطيع أيضا أن يتنقل بين المستشفيات على مستوى الجمهورية للتدرب على مهارات اختيارية فى جامعة أخرى أو مركز طبى آخر طالما استوفى هذا المركز شروط الاعتماد من الهيئة المستقلة المذكورة فى المادة 7.

HRE

المادة 7 : انشاء هيئة رقابية مستقلة تماما عن الجامعة و الحكومة بواسطة قرار من مجلس الشعب المصرى و يكون لها توثيق عالمى باتفاقيات مع الهيئات العالمية المماثلة و ذلك لبناء ومتابعة كفاءة برامج النيابة المقترحة فى المادة 6

- استقلال و كفاءة هذه الهيئة هو الطريق الوحيد لضمان جودة برامج النيابة و عدالة البرنامج فى تعليم النواب مهارات محددة وواضحة يتساوى فيها الجميع اتباعا للمعايير العالمية. من حق هذه الهيئة الغاء برنامج النيابة فى أى وقت يثبت فيه عدم التزام القائمين عليه بالمستوى المطلوب فى التدريب.
- من أدوار هذه الهيئة متابعة حقوق النواب من حيث المرتبات المناسبة و ساعات العمل الأدمية و الأجازات و حق تمويل التعليم من خلال المشاركة فى مؤتمرات أو الكورسات الهامة و غيرها

أمثلة على هذه الهيئات فى الدول المتقدمة طبيا:

1. "The Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME) is responsible for the Accreditation of post-MD medical training programs within the United States. Accreditation is accomplished through a peer review process and is based upon established standards and guidelines."
2. "Founded on June 14, 1929, by an Act of the Canadian Parliament, The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada was established primarily to oversee postgraduate medical education. Thus, the College sets up criteria for the designation of a specialty, develops and defines the educational objectives and national standards for medical, laboratory, and surgical specialties; accredits specialty training programs; and conducts examinations for certificates of qualification."

ACGME

ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS AND SURGEONS OF CANADA

Australian Medical Council

HRE

المادة 8 : انهاء منظومة الطبيب كشكول أو الطبيب all in one فى التخصصات الطبية الجامعية:

- لكى يصبح لدينا أفضل طبيب بالمقاييس العالمية التى تحيط بنا يجب أن ندرك أولا أن الطب يتحرك بسرعة فائقة فى **اتجاه دقة التخصص** و أن العلم يتسع اتساعا هائلا و ادعاء المعرفة و المهارة فى كل شىء من أكبر الأسباب التى أدت لتأخر الطب المصرى . التخصص يتيح للطبيب التركيز فى مهارات محددة يكتسب فيها خبرة تراكمية و يتفرغ لمتابعة أحدث مافيها.
- بعد الانتهاء من فترة النيابة فى التخصصات الأساسية العامة مثل الباطنة أو الجراحة أو النساء و التوليد يجب أن يصبح للطبيب الحق فى ممارسة المهنة فى التخصص العام مستقلا أو التنافس مع المتفوقين من النواب للالتحاق بتدريب جامعى متقدم فى تخصص دقيق Subspecialty (فى الوضع الحالى لا يزال المدرس المساعد فى المستشفيات الجامعية يهدر سنوات من عمره تصل إلى العشر سنوات بعد فترة النيابة فى العمل فى نفس التخصص العام الذى عمل به اثناء نيابته دون أن يكتسب أى مهارة طبية جديدة و هكذا ينتج استاذ جامعى غير متخصص و غير قادر على تطوير المجال).
- لابد من بناء **هيكل التخصصات الدقيقة الجامعية** بعد فترة النيابة فى جميع كليات الطب المصرية لرفع مستوى الطب الجامعى فى مصر إلى المستوى العالمى.
- الالتحاق بالتدريب الاكلينيكى فى التخصص الدقيق Clinical Fellowship يجب أن يتاح للأطباء بطريقة تنافسية Competitiveعلى حسب السيرة الذاتية و بشروط شفافة و عادلة و ليست احتكارية على أعضاء هيئة التدريس و معاونيهم Equal Opportunity و يمكن أن يفتح للأطباء من دول أخرى مقابل عقد يعود على الجامعة بدخل يخصص لصالح تطوير هذا التدريب .
- نفس الهيئة المستقلة التى تتولى وضع المعايير و مراقبة جودة برامج النيابة أو ماينبثق عنها من هيئات اكثر تخصصا يوكل إليها مراقبة كفاءة برامج التخصصات الدقيقة و اعتماد البرامج الجيدة منها.
- لتجنب التنازع بين أطباء الجامعة على التوزيع داخل هذه الوحدات المتخصصة و حتى نبنى وحدات متطورة حقيقية و ليست شكلية فلن يتم هذا إلا بالتقييم الموضوعى العادل للأطباء بناء على شروط توفر خبرة سابقة فى المجال أو بناء على اجتياز تدريب أو اختبار محدد قبل الالتحاق بها. أما الاطباء الجامعيين الذين لايريدون الالتحاق بتخصص دقيق يمنح لهم اختيار البقاء فى وحدة للتخصص العام.
- يتم تدريب الملتحقين بالوحدات المتخصصة على يد أفضل الخبراء العالميين و يتم استضافتهم فى مصر بجداول عمل مركزة بحيث يستفيد عدد أكبر من الأطباء المصريين بالخبرة الأجنبية بتكلفة ووقت أقل بالمقارنة بالمال و الوقت الذى تنفقه الدولة على المبعوثين المصريين من الاطباء و الذين لم تتمكن الجكومات المصرية فى ماسبق من أن توفر لهم أى ضمان لتدريب اكلينيكى فى الخارج فتنفق اموال الدولة فى استثمار ضعيف لايضمن أن يتعلم الطبيب المبعوث اى مهارت اكلينيكية متطورة مما يضطر الغالبية من الاطباء المبعوثين الى الخارج الى الاكتفاء بالمشاهدة عن بعد Observership أو المساعدة فى اجراء الابحاث Research fellowship

HRE

المادة 9: فصل الدرجات الأكاديمية (الماجستير و الدكتوراة) عن الشهادات الاكلينيكية و استبدال امتحان الماجستير بامتحان الزمالة فى التخصص و استبدال امتحان الدكتوراة المصرية العام بامتحان فى التخصص الدقيق بعد قضاء التدريب فى هذه التخصص الدقيق.

- اتباعا لما يحدث فى دول العالم هناك **فصل واضح بين الدرجات الأكاديمية و الاكلينيكية** فالبارعون من الأطباء اكلينيكيا و جراحيا ليسوا بالضرورة علماء أو باحثين و العكس صحيح . يجب أن نفتح المجال أمام كلا الفريقين للتميز فيما يناسب امكانياته و رغباته.
- فترة النيابة هى فترة شديدة الازدحام يركز فيها الطبيب على تعلم المهارات الاكلينيكية حتى يمتلك المهارات الاساسية فى تخصصه لذا يجب أن تنتهى بامتحان اكلينيكى و شهادة اكلينيكية فى التخصص مثل الزمالة .
- يتاح كاختيار للنواب المتميزين الذين لديهم الرغبة و يستطيعون فى الجمع بين النيابة و درا سة الماجستير او الدكتوراة الاكاديمية **بفترات تفرغ** محددة تساعدهم على اداء بحث علمى حقيقى على أن يستكمل النيابة بعد انقضاء هذه الفترة.
- أن تعقد الحكومة المصرية الاتفاقيات مع دول العالم المتقدم **للاعتراف بشهادة الزمالة المصرية** مما يتيح للأطباء المصريين فرص كريمة للعمل فى أى مكان داخل أو خارج مصر و يمكن حدوث ذلك بسهولة إذا تم التنسيق فى مراحل التدريب و الامتحانات مع الهيئات المماثلة فى هذه الدول كما تفعل الكثير من الدول العربية و الآسيوية.
- **الدكتوراة المصرية** شهادة لا مثيل لها فى معظم دول العالم المتقدم طبيا إن لم يكن جميعها و السبب هو عدم وجود هدف واضح من وراء **الامتحانات الاكلينيكية** التى تمثل الجزء الاستراتيجى من هذه الشهادة . الامتحانات فى شهادة الدكتوراة المصرية لا تختبر مهارات معينة زائدة تعلمها الطبيب بعد فترة النيابة بل تغطى نفس الموضوعات و المهارات الاكلينيكية العامة التى يمتحن فيها الطبيب فى نهاية نيابته فى الماجستير . الدكتوراة فى جامعات العالم هى شهادة يحصل عليها الطالب من خلال برنامج أكاديمى بعد اجتياز كورسات متخصصة والقيام بأبحاث علمية جيدة و نشرها فى مجلات عالمية.
- (هذه الامتحانات حاليا هى امتحانات داخلية تقوم بها و تتحكم فيها الأقسام الجامعية بشكل مطلق و استخدمت (نكاد نزعم بلا استثناء واحد) إما فى تعمد التطويل و الرسوب المتكرر لمن ليس لديهم وساطة أو النجاح الصاروخى من المرة الأولى لمن لديه الوساطة الكافية لتيسر وصوله لمقعد عضو هيئة التدريس. ان اهدار افضل سنوات العمرلشباب الأطباء المصريين من حيث القدرة على الانتاج و الابداع فى انتظار درجة علمية شكلية تؤخذ بقرار سياسى و لا يعترف بها العالم و لا يتعلم منها الطبيب مهارة زائدة هى جريمة فى حق الوطن قبل ان تكون ظلما لهؤلاء الشباب المتميزين).
- الامتحان الاكلينيكى الذى يجب أن يحل محل الامتحانات الاكلينيكية فى الدكتوراة هو **امتحان للتخصص الدقيق** يعقد من قبل الهيئة المستقلة للامتحانات المذكورة فى المادة 4 و بعد انتهاء الطبيب من فترة التدريب فى التخصص الدقيق (سنتين او ثلاثة كما هو مطبق عالميا) بحيث يمنح شهادة معتمدة بتخصصه فى هذا المجال الدقيق.

HRE

المادة 10: اصلاح المنظومة الاساسية التى من المفترض ان تقوم بانتاج العلم الطبى فى مصر و هى منظومة الدراسات العليا المصرية الطبية فى الماجستير و الدكتوراة

(تحولت هذه المنظومة على مدى العقود الماضية من الة يجب ان عليها انتاج العلم الحقيقى و الابتكار من عقول شبابنا الى الة متحجرة لانتاج اوراق ينتهى مصيرها الى الادراج و شهادات صورية هزيلة عالميا لم تسهم كثيرا او قليلا فى تقدم علوم العالم الطبية او تقدم لمصر مايرفع من شانها العلمى) .

مايلى هى الخطوات الاساسية التى لا غنى عنها لاصلاح هذا النظام جديا و هى ما تتبعه كليات الطب المتقدمة التى انتجت لنا العلوم و الاختراعات الهامة فى العصر الحديث:

- انهاء تفليد **التطويل فى الاشراف** على رسائل الماجستير و الدكتوراة و اتباع نظام الجامعات العالمية للمدد المحددة و التى يتبع الكثير منها حد أقصى للماجستير 3 سنوات و للدكتوراة 5 سنوات يتم بعدها محاسبة الأستاذ قبل الطالب على أسباب التأخير و عدم تداركها فى وقتها. يؤدى هذا الى خلق هدف مشترك بين الطالب و الاستاذ كلاهما يحرص على انجازه فى افضل و اسرع صوره.
- **لجنة الاشراف يجب أن تكون متنوعة** من استاذ رئيسى من القسم و اعضاء اخرين من خارج القسم او من خارج الكلية او الجامعة اذا تطلبت طبيعة البحث و ليست اجبارية بالدور و الترقيات من داخل القسم فقط كما هو جارى و يقوم باختيارها الطالب و المشرف سويا من أى من اعضاء هيئة التدريس ذوى الخبرة بحثية متميزة فى موضوع البحث. سيسمح ذلك بالتعاون العلمى بين الاقسام و الكليات و الابداع فى افكار الابحاث و الاستفادة بامكانيات الوحدات المختلفة و كذلك المرونة و العدالة مع الطالب.
- تقوم اللجنة **بعمل متابعة موضوعية دورية** كل 6 أشهر لتقيم الباحث و أدائه و مساعدته فى التغلب على الصعاب فور ظهورها.
- وضع لائحة مفعلة توضح **حقوق وواجبات المشرف** و الطالب فى فترة الدراسة.
- **التقييم الدورى المتبادل بين الطالب و لجنة الاشراف** من خلال استطلاعات موضوعية بأسئلة مفصلة تصل لهيئة مستقلة متخصصة فى متابعة برامج الدراسات العليا بالجامعات. تفعيل حق الطالب فى المشاركة فى اختيار الموضوع .
- وضع نظام عادل وواضح و مرن لحل الخلافات بين المشرف و الطالب . و حق تغيير المشرف فى حال ثبات عدم الأداء بواجباته المحددة فى قواعد الإشراف طبقا للمقاييس العالمية المعروفة .
- حق الطالب الذى قام بالمجهود البحثى الاساسى **فى نشر أبحاثه** باعتباره **المؤلف الأول First author** و الرئيسى و ليس الأخير كما يحدث الان فى الجامعات المصرية حيث يوضع الاساتذة المشرفين باسمائهم على البحث بحسب ترتيبهم سنيا او وظيفيا و هو ما يخالف المعايير العالمية فى تعريف المؤلفين و يؤدى لعدم استفادة الطالب بالبحث فى مستقبله العملى بعد ذلك مما يؤدى الى الاحباط و الاحساس بعدم الانتماء للمؤسسة و عدم وجود الحافز فى عمل بحث علمى متميز و هو اختلاف جذرى بين الجامعات المصرية و الجامعات العالمية و من اهم اسباب تاخرنا عنها.
- وضع **معايير واضحة موضوعية للتخرج** لا تخضع للاهواء و التقديرات الشخصية للمشرف مثل اجتياز النقاط المعتمدة بالمعايير العالمية لمثل هذه الشهادات و نشر بحث واحد فى الماجستير و بحثين أو 3 فى الدكتوراة فى أحد المجلات العالمية.
- توفير المعلومات و المساعدة من الحكومة و الجامعة و المشرفين للباحث لايجاد فرص تمويل جيدة للانفاق على عمل البحث و عرضها فى المؤتمرات العلمية المتخصصة بشكل منتظم.

المادة 11: القضاء على سلوكيات النسخ و الاختلاق فى رسائل الماجستير و الدكتوراة و الأبحاث العلمية فى مصر عن طريق وجود هيئات رقابية علمية مستقلة و حازمة.

- يسمى نقل أو استعارة الكلام جزئيا أو كليا من أبحاث أخرى و نسبها لشخص غير كاتبها الأصلى بمصطلح البلاجياريزم PLAGIARISMو يعتبر هذا جريمة فى أخلاق البحث العلمى العالمية يعاقب عليها القانون فى جميع دول العالم و يتعرض مرتكبها لعقوبات أكاديمية كبرى تصل إلى الرسوب فى حالة الطلاب أو الفصل فى حالة الباحثين و اعضاء هيئة التدريس.
- لن يكون هناك تقدم حقيقى للعلم و نحن لانطبق أخلاقيات **البحث العلمى المحورية**. لا يصح أن نحلم بحدوث طفرة علمية فى مصر و نحن لانزال نقتبس الأفكار البحثية من الاخرين الذين يفكرون لنا فننقل الدراسات الأجنبية كما هى فى رسائل الماجستير و الدكتوراة و ننسخ الأبحاث الأجنبية المنشورة جزئيا أو كليا . كل هذا أدى إلى قتل روح الابتكار والثقة بانفسنا و عقولنا.
- تفعيل و استقلال هيئة الرقابة على أخلاقيات الأبحاث العلمية فى مصر و جعلها أيضا هيئة مستقلة غير متشابكة أو متعارضة المصالح مع من تراقبهم.
- لابد من زرع أخلاقيات البحث العلمى مبكرا فى الطلاب أثناء التعليم الطبى من خلال برامج بحثية موجهة للطلاب .
- لابد من توعية الباحثين و طلاب الدراسات العليا جديا بخطورة و عقوبات المشاركة فى أى من هذه الأخطاء.
- تحفيز الأبحاث التى تعتمد على الابتكار والتى قد تؤدى إلى تطور الطب و تثبيط تلك التى تعتمد على التقليد و الأفكار المستهلكة التى قتلت بحثا.
- تفعيل حقوق المرضى الذى تجرى عليهم الأبحاث الطبية فى معرفة طبيعة البحث و عدم الأجبار على الاشتراك و غيرها من حقوق احترام المرضى (لاتزال هذه الحقوق موجودة لدينا نظريا لا تطبق).

HRE

المادة 12 : كليات الطب و دورها الحتمى فى تقدم العلم و مهنة الطب فى مصر:

- خطة البحث العلمى الطبى المصرى لابد أن تشمل خطة قومية جادة لدفع اولويات البحث فى هذه الاتجاهات السبعة:

1. **الابحاث التى تقوم على الابداع و الابتكار فى العلم بدلا من التقليد و تنفيذ ما ابتكره الاخرون**
2. **الابحاث التى ترتبط بالصناعة الطبية و قد تؤدى الى تصنيع منتج جديد او تصنيع بديل محلى بنفس كفاءة المعدات الطبية العالمية و اقل تكلفة**
3. **الابحاث التى تعتمد على التعاون بين تخصصات مختلفة مثل استخدام العلوم الفيزيائية و البيولوجية و الكيميائية فى حل المشاكل الطبية و كذا الابحاث التى تعتمد على فرق عمل قوية بدلا من الابحاث الفردية فى تخصص واحد.**
4. **الابحاث التى ترتبط بحل مشكلة من مشكلات البيئة المصرية**
5. **الابحاث التى تخلق كوادر طلابية ذات قدرات بحثية عالية فى مراحل مبكرة**
6. **الابحاث التى تساهم فى تقديم حلول حقيقية لمشكلة طبية عالمية**
7. **الابحاث التى تشمل تعاون مع دول اخرى متقدمة طبيا او ماديا**

- كليات الطب و مايتبعها من مستشفيات جامعية يجب ان تكون **مسؤلة و محاسبة** من الشعب عن تطوير الطب و الصحة فى مصر بعد أن تحولت لدينا الى مجرد مراكز رعاية صحية تقدم خدمة طبية عادية أو أقل من العادية فى معظم التخصصات (مع استثناءات معدودة) نتيجة ل **3 أسباب رئيسية** ينبغى علاجها أولا:

1. عدم وجود **خطة قومية** لتطوير العلوم الطبية و بناء التخصصات الجديدة و الدقيقة و الأكثر دقة فى مستشفياتنا الجامعية أدى الى ان ظلت المهارات الطبية الكلاسيكية فى التشخيص و العلاج التى تعلمها الاساتذة من الخمسينات هى نفسها ما يمارسها أبناؤهم و أحفادهم من الأطباء (مع وجود حالات استثنائية و مجهودات فردية لا يقاس بها تقدم الدول).
2. غياب الية متابعة و محاسبة حقيقية لأعضاء هيئة التدريس المفترض بهم القيام بتخطيط و تنفيذ مهمة تطوير هذه المستشفيات فى ظل و ظيفة عضو هيئة التدريس الدائمة الى يعلو شأنها و تزيد مزاياها بمجرد التقدم الطبيعى فى السن و ليس التقدم المقصود فى العلم و الانجازات فى السيرة الذاتية او الخدمات التى يقدمها لتطوير مكانه.
3. أهم من كل ذلك يأتى السبب الحتمى و **هو تضارب مصلحة الوطن (فى صورة الخدمة المقدمة فى المستشفيات الجامعية)** مع مصلحة الفرد (فى صورة عمل الاساتذة) و كون تفوق الخدمة المجانية فى المستشفى الجامعى يعنى حتما انصراف المرضى عن العيادات الخاصة مما أدى إلى استمرار سياسات التعطيل و التثبيط لبناء العديد من الوحدات الطبية المتخصصة ذات المهارة العالية فى هذه المستشفيات.

- كليات الطب المصرية يجب أن تحاسب على **المستوى النوعى** لاعضاء هيئة التدريس العاملين بها. يجب أن يكون هناك معيار واضح لقياس و زيادة نسبة العلماء النابغين و شباب العلماء فى كل كلية من كليات الطب و يسهل تحقيق ذلك بخلق بيئة لا يحكمها التنافس السلبى و تعارض المصالح لاستقطاب ابناء مصر من شباب و كبار الاطباء المتفوقين عالميا و الحاصلين على شهادات و تدريب عالمى بدلا من الوضع الحالى الذى تقوم فيه كليات الطب بخلق العراقيل و العلل الواهية لطرد و نبذ و ازدراء كل من لايخضع لمقاييسها الغير موضوعية من الاطباء الحاصلين على **شهادات عالمية** تتنافس عليها و تقدرها الدول العربية و الاجنبية.
- من أهم عوامل تقدم الجامعات العالمية الكبرى ظاهرة صحية غائبة لدينا تماما و هى التنوع **و الانفتاح** و **الديناميكية** فى تعيين الباحثين و الاطباء و البعد عن **الانغلاق و الركود** فتجد أن الجامعات الكبرى تبحث عن أفضل العلماء على مستوى العالم من الجنسيات

المختلفة فى التخصصات الغير متطورة لديها و تستقطبهم بعروض متميزة ماديا او معنويا قصيرة او طويلة المدى ليطور لها التخصص و يبنى كوادر متفوقة فى هذا المجال من أبناء الجامعة.

- كل كلية طب فى مصر يجب أن يرتبط بها **مركز طبى بحثى** تشارك فى بنائه و تجهيزه أقسام الكلية الاكلينيكية و أقسام العلوم الطبية الاساسية و علوم الفيزياء و الكيمياء و البيولوجيا ليخدم الباحثين فى الكلية و يخلق علاقات تعاون بحثى نحتاج اليه Collaborative/multidisciplinary research.
- يجب أن يكون الحصول على منح مالية لدعم البحث العلمى او تطوير التعليم Scientific and Educational Grant Funding من المقاييس الفارقة فى تقييم أعضاء هيئة التدريس.
- تتطوير الضوابط التى تحكم عملية الترقى لأعضاء هيئة التدريس و النشر فى المجلات العلمية المصرية لتحقيق عدم تشابك المصالح و الوصول بالمجلات المصرية العلمية لمستوى عالمى مقبول.

المادة 13: استبدال بيئة الكهنوت الطبى و الحقوق و الوجبات الغير محددة لأعضاء هيئة التدريس من الأطباء و كبار أطباء الصحة ببيئة صحية مشجعة و متوازنة من الجقوق و الواجبات و الاحترام المتبادل بين الاطباء :

- **كل ما سبق من مواد** الوثيقة يجعل السلطات موزعة و غير مطلقة مثل وجود الهيئات المستقلة للامتحانات و تقييم برامج النيابة و الدراسات العليا و التقييم المتبادل بين الطلاب و المعلمين .
- كذلك تطبيق المواد السادسة و السابعة التى تملى تدريب جميع الاطباء فى مستشفيات معتمدة من هيئات مستقلة و المادة التاسعة عشر التى تشمل التأمين الصحى الوطنى العام على جميع المرضى سيعيد تشكيل التقسيم الحالى للمستشفيات من حيث الجامعى و الحكومى و الخاص مما سيؤدى إلى حتمية وجود عقد فعال بين الطرفين (المستشفى و الطبيب) له آلية تنفيذ واضحة للواجبات وساعات العمل لابد أن يشمل:

1. **معادلة مادية عادلة** (لعضو هيئة التدريس و لغيره من الاطباء) تمكن من املاء ضرورة **التفرغ الكلى الحقيقى** للعمل الحكومى لتجعلهم يشاركون فعليا فى تدريب الأطباء و الطلاب و البحث العلمى و التدريس.
2. آلية فاعلة للتخلص من حالة التنصل الغالبة للأطباء من أعضاء هيئة التدريس و الاستشاريين عن المشاركة فى علاج مرضى المستشفيات الجامعية و العامة و تركهم مسئولية ملايين المرضى المصريين عبئا ثقيلا على صغار أطباء التدريب الذين لايمتلكون العلم و الخبرة و لا الوقت الكافى للعناية بهذه الأعدادالهائلة مما ينتج عنه خدمة طبية غير جيدة.

(فى المستشفيات الجامعية العالمية يظل الاستاذ الجامعى يقدم خدمة مباشرة للمرضى حتى نهاية حياته العملية و يجرى العمل فى صورة فرق يتعلم فيها الصغير من الكبير من خلال الاحتكاك المباشر).

HRE

المادة 14: رفع مستوى التمريض و الذى يمثل جزءا خطيرا من الخدمة الطبية فى مصر إلى المستوى العالمى.

لن يتم هذا الا بوضع قواعد جديدة للتعامل بين الاطباء و التمريض على أساس روح فريق العمل و الاحترام المتبادل و رفع المستوى الثقافى للتمريض عن طريق تدريبهم تدريبا عالميا و تحفيزهم معنويا و ماديا على التفوق و الابداع فى خدمة المرضى.

- ان يكون اساس التمريض الذى يتعامل مع المرضى من خريجات كلية التمريض بينما تقتصر مدارس التمريض على تخريج مساعدات التمريض فقط ممن يكلفن بمهمات اقل مهارة (فى الوضع الحالى خريجات كلية التمريض ليس لهن دور فعال و يعملن بوظائف ادارية شرفية لم تؤدى إلى تحسن خدمة التمريض فى مصر)
- استضافة نماذج عالمية ناجحة من التمريض لتدريب التمريض المصرى و رفع احساسه بقيمة المهنة (فى الدول المتقدمة طبيا التمريض من أعلى الوظائف أجرا و تنافسية واحتراما فى نفس الوقت و تربط الطبيب و التمريض علاقة زمالة و تخصص).
- تعليم طبى مستمر عن طريق ندوات و حوافز معنوية و مادية ترتبط بالاستمرار فى تطوير الذات كشرط للاستمرار فى المهنة.
- يركز هذا التعليم على أدبيات التعامل مع المرضى و حقوقهم و أهمية دور التمريض فى التعقيم و الحفاظ على الأمان الاكلينيكى للمرضى.
- اشراك التمريض فى اجراء الابحاث و تنمية مهارات متابعة المرضى المشاركين فى الابحاث الطبية بشكل متطور يتبع المقاييس العالمية.
- تشجيع التمريض على الإضافة و الابداع فى الخدمات الطبية عن طريق حوافز للمتميزين.
- تشجيع و اتاحة الفرصة للتمريض الحالى ذو المؤهلات المتوسطة العودة للجامعة و الالتحاق بكليات التمريض.
- نشر ثقافة روح الفريق بين الأطباء و التمريض بطرق عملية عن طريق اشراك التمريض فى بعض المسئوليات العلاجية البسيطة او التوعوية بعد التدريب الكافى

.

HRE

المادة 15: بناء ديمقراطية داخلية فى القطاع الطبى تتمثل فى مشاركة جميع الأطباء و التمريض و العاملين بالمستشفيات الجامعية و الحكومية فى مجموعات خاصة تهتم بأمور كل منهم و لها صالحيات التعامل السريع مع الأمور الفنية و كذا تمثلهم ديمقراطيا فى مجالس ادارة هذه المستشفيات.

- من حق الطلاب والنواب و جميع أنواع الأطباء **التمثيل الحر الفاعل** فى مجالس عمادة كليات الطب.
- مجالس للنواب و المدرسين المساعدين و الاخصائيين
- مجالس للتمريض و الفنيين و العمال.
- صلاحيات لهذه المجالس لاتخاذ قرارات داخلية فيما يخصها.
- تمثيل ديمقراطى لهذه المجالس ولها الحق فى انتخاب مديرى المستشفيات ورؤساء الأقسام.

المادة 16: الطب الوقائى بدلا من طب اللحظات الأخيرة

- بناء **جهة** مدربة بمقاييس عالمية متخصصة فى التخطيط للطب الوقائى و تنفيذ الياته.
- **الية الزام** المستشفيات بالالتزام بتطبيق بما تضعه هذه الجهة من برامج طب وقائى.
- نشر **احصائيات دقيقة** عن انتشارالأمراض المعدية فى مصر لرفع احساس المصريين باهمية الوقاية.
- من مهام الجهة المتخصصة تدريب الكوادر الطبية (أطباء، صيادلة، ممرضين... الخ) أولا على استخدام وسائل الوقاية و التشخيص المبكر مع مرضاهم و ثانيا على نشر هذه الثقافة لدى مرضاهم .
- تدعيم الحكومة لمنظمات المجتمع التطوعية التى تقدم المحاضرات، و المنشورات التى تخدم هذا الغرض ..أى تيسر و توجه انشطة الجمعيات لاولويات المجتمع.
- ان يوظف الاعلام المصرى بكفاءة و ابداع (عن طريق اولويات التمويل) فى نشر الثقافة التى تخص جزء الوقاية و التشخيص المبكر . مثال : معلومات معدلات الشفاء من انواع السرطان المختلفة و ثقافة الرياضة و ثقافة التغذية التى التى تمثل العامل الرئيسى فى امراض الضغط و السكر و ثقافة الاهتمام بالتعقيم و وسائل نقل الالاتهاب الكبدى الوبائى.
- ان نحفز البحث العلمى الذى يقوم به الاطباء و طلاب الطب ليكون اولا حقيقيا و ليس صوريا و ثانيا ليجد لنا حلول للوقاية و التشخيص المبكر واختراع التطعيمات و رصد الواقع لما يهمنا من الامراض , فمثلا الالتهاب الكبدى سى لاينتشر فى الدول الكبرى و لايمثل حجما كبيرا فى اهتمامهم و ابحاثهم بالمقارنة مع المشاكل الاخرى بينما يمثل مشكلة قومية لنا يجب ان نجد لها حلا و لا ننتظر تسول مجهودات الاخرين.
- Audit System: مهما و ضعنا من برامج جيدة نظريا لابد من وجود مقاييس و متابعة دورية للتاكد من نجاح هذه البرامج و كم نحقق سنويا فى اتجهات الو قاية الثلاثة

HRE

1. **الوقاية الأولية** أى محاولة منع المرض من الحدوث من الاساس عن طريق توسيع دائرة استخدام التطعيمات المجانية الهامة. فى الوضع الحالى الكثير من التطعيمات المنتشرة عالميا لاتستخدم الا لفئات محدودة فى مصر مثل الالتهاب الكبدى الوبائى بى و الالتهاب السحائى و الالتهاب الرئوى و التيتانوس .
2. **الوقاية الثانوية** و هى القيام بالاختبارات و الفحوص المبكرة التى تكشف الامراض الخطيرة فى بدايتها. و لابد أن يكون ذلك الزاميا بما يشبه نظام التطعيمات الاساسية لمراكز معينة مجهزة بالادوات اللازمة لعمل ثلاث برامج :

a. الفحص الدورى الشامل annual check- up: وهو القيام بفحص شامل مجانى للاصحاء بصفة سنوية بطريقة ميسرة و تعتمد على استدعاء المواطنين و ليس انتظارمرضهم و شكواهم.

b. الفحص الشامل للمواليد الجدد للتأكد من عدم وجود أمراض خطيرة يمكن الوقاية منها باكتشافها مبكرا مثل امراض التمثيل metabolic diseases و قصور في الغدة الدرقية...الخ

c. فحوصات متخصصة : وتشمل فئة عمرية او وظيفية معينة معرضة لخطر أكثر من غيرها مثل: القيام بفحص دوري لثدي المرأة من خلال عمل ما يسمى (أشعة الثدى mammogram) السنوى. الكشف على العاملين بالمهن الطبية لضمان عدم وجود أمراض الدم المعدية. كذلك الكشف عن هشاشة العظام فى كبار السن قبل حدوث الكسور.

3. **الوقاية المرحلة الثالثة** تشمل متابعة المرضى بعد العلاج لمنع تكرار المرض او حدوث مضاعفات **و**إعادة تأهيل المريض للتعايش مع مرضه مثل: متابعة مرضى السكر بالأختبارات التى تقيس مدى التحكم فى السكر والتاثير على باقى الجسم . و كذلك مرضى السرطان(كثير من مرضى السرطان فى الدول المتقدمة يتم شفاؤهم تماما نتيجة الكشف المبكر و المتابعة الدقيقة بعد العلاج الاولى بينما نفقد الغالبية العظمى من مرضانا لغياب ذلك فى مصر).

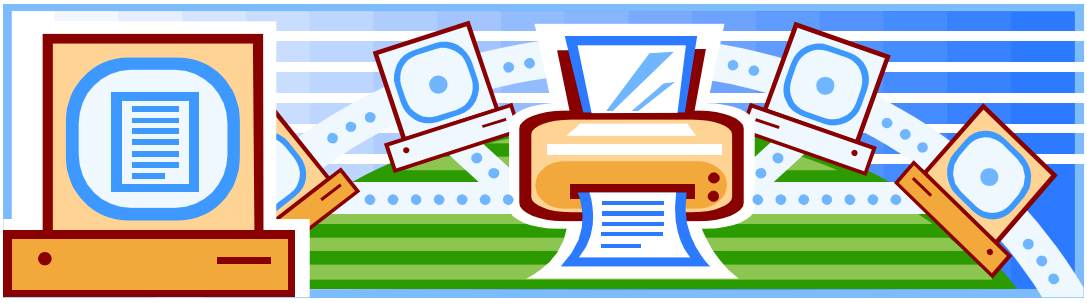
- بناء مجموعات علمية متخصصة فى اصدار **نشرات الأمان** القومية و التحذيرات الطبية العامة للوقاية من المخاطر الصحية التى تستجد معرفتها بناء على نتائج أحدث الابحاث مثل **Rapid Response Reports** التى تصدرها هيئة NHS البريطانية.
- وجود وسائل اتصال **و نشر معلومات** متطورة يوفرها المجلس الأعلى للصحة لتمثل المصدر الأول الشامل و الدقيق للمعلومات الصحية للمصريين مثل موقع http://www.nih.gov/ الامريكى و موقع صحة كندا http://www.hc-sc.gc.ca/index-eng.php

HRE

المادة 17: فى غياب كامل لنظام السجلات الطبية فى مصر لا بد من خلق شبكة توثيق الكترونية طبية شاملة لكل مايخص صحة المصريين .

طبقت الدول المتقدمة نظام التسجيل و التوثيق الطبى منذ ما يقرب من قرن و تطورت فيه تطورا هائلا و يجب الاستعانة بخبرات هذه الدول فى انشاء نظام مصرى متطور يطبق هذه المبادىء الاساسية :

- لكل مصرى الحق فى ان يكون له **ملف صحى** به كل المعلومات التى تخص صحته و مرضه منذ ولادته حتى وفاته .يكون هذا الملف مرتبط **برقم خاص** مرتبط بالرقم القومى و يطالب به المواطنين فى كل الاجراءات الحكومية الهامة لكى يتم رفع قيمته و تفعيله بشكل اسرع.
- يشترط على جميع المستشفيات و العيادات بانواعها ان تشترك فى **الشبكة الطبية المعلوماتية المصرية** و تسجل البيانات المتعلقة بعلاج المرضى لديها باستخدام هذه الشبكة.
- هذا التاريخ المرضى المسجل يجب ان يكون متاحا للطبيب المعالج عن طريق استدعاءه الكترونيا بعد وضع ضوابط السرية و التأمين الالكترونى اللازمة.
- ما يخص المريض من معلومات صحية يجب أن يعتبر سريا ولا يحق لأي شخص غير مخول بالاطلاع عليها إلا بإذن المريض
- تتصل شبكة التوثيق الطبية بشبكة أخرى تشمل الصيدليات و التى يجب ان تسجل كل الوصفات الطبية (الروشتات) التى ترد اليها و ترتبط بدورها بملف المريض الاساسى فى الشبكة الطبية.
- وجود هيئة رقابية مستقلة تتابع الضوابط التى تضمن دقة التسجيل و تطوير الشبكة بشكل مستمر و تضمن الحفاظ على سلامة السجلات.



HRE

المادة 18 : الدواء المصرى و اليات رقابة تصنيعه و ضمان جودته

- انشاء هيئة متطورة كبرى و مستقلة للترخيص و الرقابة على كل ما يصل الى المصريين من مستحضرات دوائية أو أجهزة علاجية (مثل المفاصل الصناعية و منظمات ضربات القلب و غيرها) بحيث لا تسمح بتواجد أى منتج لا يطابق المقاييس العلمية و العالمية او ما لم يتم اختباره و اختبار مخاطره بشكل كافى من منتجات. أمثلة على المستوى الذى نتطلع اليه لهذه الهيئة منظمة الدواء و الغذاء الامريكية FDA و منظمة صحة كندا Health Canada و منظمة NHS البريطانية .
- انشاء هيئة اعلامية للدواء مسئولة عن اعلام المصريين بسحب أى دواء من السوق و أسباب سحبه و أصدار نشرات التحذير من أى مخاطر تتعلق بالدواء نتجت عن الابحاث الحديثة فى مصر او فى الخارج.
- الزام شركات الأدوية المصرية بقياس و عرض انتاجها العلمى و البحثى فى مجال ابتكار الأدوية الجديدة و ليس فقط تصنيع أدوية عالمية بشكل اقل جودة.
- تفعيل حقيقى بأمانة و اتقان لنظام رقابة الجودة Quality Control و نظام توكيد الجودة Quality Assurance و نظام الممارسة الصناعية الجيدة Current Good Manufacturing Practices for Drugs
- استيراد المواد الخام اللازمة لتصنيع الدواء (مواد فعالة و اضافات غير فعالة) من مصادر جيدة موثوق فيها و تتبع نظام c GMP و الرقابة الكلية فى مصانعها.
- عدم السماح للافراج و تداول الدواء إلا بعد اجراء دراسات Bioequivalence و الحصول على شهادات من مراكز معتمدة من هيئات صحية عالمية.
- انشاء شبكة معلومات صيدلية مصرية عامة تتصل بها كافة الصيدليات تهدف الى توثيق المعلومات الخاصة بصرف الأدوية للمرضى و تسجيل الوصفات الطبية (الروشتات) مما يتيح متابعة أى اثار جانبية او مشاكل عامة من دواء محدد و يجب أن تخضع هذه العملية لقواعد الامان و السرية التى تكفل خصوصية المرضى فى نفس الوقت.
- انشاء شبكة من وحدات الصيدلة الاكلينيكية فى جميع المستشفيات الكبرى و التى يمكن تمويل انشاءها من خلال شركات الادوية . وجود هذه الوحدات يؤدى إلى التوفير فى الفاقد من الدواء فى المستشفيات و يضمن اعطاء الجرعات الدقيقة المناسبة لكل مريض.
- تصنيف الأدوية إلى أدوية بيع حر وأدوية روشتات و الحد من بيع أدوية الروشتات بدون روشتة مع تحديد عدد مرات بيع الدواء من نفس الروشتة من قبل الطبيب.
- هيئة رقابية مستقلة تضمن الانضباط فى قواعد عمل الصيدليات و صرف الأدوية دون روشتات طبية و منع الممارسات الشائعة مثل بيع اسم الصيدلى لمن ليس له حق ممارسة المهنة.
- هيئة مستقلة لجودة التعليم الصيدلى تضمن خريجا ذو مهارات علمية و بحثية حديثة.
- الاهتمام ببرنامج التعليم الصيدلى المستمر و جعله شرطا لتجديد ترخيص الصيدلى كل عدة سنوات.

HRE

المادة 19: التأمين الصحى المصرى العام

هناك الكثير من الانظمة الصحية الناجحة فى العالم التى استطاعت ان تقدم لمواطنيها خدمة صحية مجانية متميزة يتساوى فيها الجميع عن طريق نظام تامينى شامل توفره الدولة و يغطى جميع انواع الخدمة الطبية مثل النظام الصحى الكندى و النظام البريطانى و اليابانى و غيره.

(فى مصر الان تغطى هيئة التأمين الصحى نظريا حوالى نصف السكان من العاملين فى القطاع العام و بعض فئات الطلاب لكنها تقدم خدمة سيئة كما و نوعا مما يجعل الجميع ممن يغطيهم التامين او لا يغطيهم يلجأون الى العلاج الخاص الباهظ الثمن او الحكومى المجانى المتواضع المستوى).

فيما يلى مبادىء عامة نطالب بتوفرها فى نظام **التأمين العام المتميز** الذى نتبناه :

- انشاء **مجلس اعلي للصحة** في مصر بواسطة مجلس الشعب و الشورى و يضم المنتفعين والممولين وهم اصحاب العمل و أصحاب الخبرات من المستقلين عن النظام المنفذ و ذلك بهدف وضع وتنفيذ سياسة **التامين الصحى المصرى الوطنى الموحد** ويمكن ان تشارك فيه الوزارات المعنية ومقدمو الخدمات كاعضاء ليس لهم حق التصويت وهذا ما يحدث في العالم كله تقريبا. على أن تصدر اللائحة التنفيذية له و طريقة التصويت من المجلس وتوجد الية لتقديم طعون على هذه القرارات لمنع الاحتكارية لاى جهة.
- يؤمن صحيا على **كافة المواطنين المصريين** و يبدا التسجيل فى التامين من لحظة استخراج شهادة الميلاد للمواليد الجدد.
- **توحيد جميع أشكال التأمين الصحى** المتعددة و المتداخلة الحالية التى تقدمها الهيئات و الوزارات و شركات القطاع الخاص و العلاج على نفقة الدولة بحيث تصب جميعها فى نظام تامينى وطنى واحد تشارك فيه جميع هذه الهيئات و القطاع الخاص و تسرى عليه نفس معايير الجودة الطبية و العدالة.
- يغطى التامين **كافة المستشفيات** و الوحدات الصحية الحكومية و الجامعية و العيادات و المراكز الخاصة التى تقدم الخدمة الطبية الاساسية و يكون شرط انضمام أى مركز طبى أو عيادة ما فى نظام التامين الوطنى ان يلتزم المركز أو العيادة بشروط الجودة المتميزة فى الخدمة الطبية و يلتزم بتقديم الخدمات الطبية التى تلائم اعداداته الفنية و خبرات أطبائه و التى يحددها و يراقبها المجلس الخاص بالتامين الصحى و تضع معايرها هيئات الجودة الحقيقية المستقلة التى اشرنا لها فى المواد السابقة.
- تكون تغطية النظام التأمينى الموحد للخدمات الطبية سواء فى المراكز الحكومية او الخاصة على أساس **أولوية و أهمية الخدمة الطبية** للمصريين بحيث يغطى التأمين بشكل كامل احتياجات المواطن المصرى الاساسية (بمستوى راقى يخضع لمعايير الجودة ويتساوى فيه الجميع) من علاج للطوارىء و عناية مركزة و عمليات جراحية علاجية و خدمات طب الاسرة و علاج الامراض التخصصية و التحاليل الاساسية و وسائل التشخيص و الكشف مبكر عن الامراض المنتشرة و التطعيمات اساسية و كل ما تراه هيئة التأمين مناسبا بالرجوع الى خبرات الدول الاخرى و احتيجات البيئة الصحية المصرية...الخ بينما لا يغطى التأمين الخدمات الغير أساسية للصحة و المكلفة مثل بعض الخدمات التجميلية للاصحاء أو اطفال الانابيب أو التحاليل المعقدة النادر استخدامها او التى لاتزال تحت الدراسة وكل ماشابه .كذلك لايغطى التأمين الوطنى الاضافات الخدمية التى تعد رفاهية يتحملها المواطن الراغب فيها مثلا تكاليف غرفة خاصة بتجهيزات فندقية فى مستشفى ما .
- يشارك المواطنين جميعا فى دعم نظام التامين من خلال **نظام الضرائب التصاعدية** التى يدفعها المواطن القادر للدولة على حسب دخله كما يحدث فى دول العالم المتقدم (مع مراعاة أنه **اولا** يجب على الدولة اصلاح نقاط الخلل الحالى فى نظام جمع الضرائب و الثغرات الكبيرة التى تؤدى للتهرب منها) او عن طريق اشتراكات الزامية تصاعدية على حسب الدخل تؤخذ من المنبع بحيث تضمن

عدم التهرب من الاشتراك أو غيرها من الوسائل التى تضمن عموم تطبيق المشاركة من قبل أفراد الشعب بشكل عادل . و يقوم المجلس الاعلى للصحة و مجلس التأمين الصحى الوطنى بايجاد وسائل شفافة لاعفاء و دعم غير القادرين على المشاركة تماما و ايجاد بدائل دعمهم بمشاركة الهيئات الخيرية و الوطنية المختلفة.

- يتم اصدار بطاقة تامين شخصية مرتبطة بالرقم القومى و تكون هى وسيلة التعامل الوحيدة بين المريض و الطبيب .ويكون لدى جميع مقدمى الخدمة الطبية ارتباط بشبكة معلومات للخدمات الطبية التى تقدم للمرضى . من خلال استخدام الكارت التأمينى الخاص و هذه الشبكة التى تتبع مجلس التأمين الصحى يمكن التأكد من عدم استغلال النظام التأمينى أو ازدواج الخدمة الطبية للمواطن.
- يغطى التأمين **الأدوية الحيوية** الأكثر استخداما فى المجتمع مقابل دفع المريض لمقابل مادى بسيط فى مقدور الشرائح الفقيرة بينما يقوم المواطن بدفع رسوم اضافية اختيارية اذا رغب فى الاشتراك فى خطط تأمين اضافية لتغطية باقى الأدوية الاقل شيوعا فى الاستخدام. يتم صرف هذه الأدوية عن طريق الصيدليات التى يجب أن تتصل جميعها بشبكة معلومات مصرية عامة لمنع استغلال اى من المواطنين هذا النظام التأمينى أو خلق سوق سوداء للدواء.
- ضمان تحقيق **مبدا عدم تعارض و تشابك** المصالح فى كل تفاصيل تنغيذ هذا النظام التامينى و الذى يتعلق تنفيذه بباقى نقاط اصلاح النظام الطبى . مثال لا يسمح للطبيب الذى لديه عمل طبى حكومى أو جامعى بعد تحقيق مقاييس الجودة بهما (و **منها رفع الدخل** فى هذه الاماكن للأطباء بشكل مناسب) بان يكون له **عيادة خاصة تتعارض مصالحها** مع نجاح العمل الحكومى و هذا من **أكبر مسببات انهيار نظام العلاج الحكومى و الجامعى فى مصر** و قد سبقت بعض الانظمة العالمية التى استخدمت نظام التأمين الوطنى العام فى حل هذه المعادلة مثل النظام الكندى الذى يدمج عمل الطبيب الجامعى الخاص مع عمله الجامعى بحيث يكون مكان عمله الخاص فى نفس المستشفى الجامعى مقابل صفقة عادلة بين الطرفين من حيث استخدام المكان و الخدمات العامة به أو يحتفظ بمكان عمله الخاص مع وجود شراكة و اتباع للجامعة مقابل شروط جيدة تسمح بعملية التعليم الطبى و استفادة المستشفى الجامعى و الطبيب و المريض فى وقت واحد.
- تقوم **المحافظات** باتباع جميع السياسات التى يضعها المجلس الأعلى للصحة و منه مجلس التأمين الصحى العام بينما تشارك فى إدارة صناديق التأمين الخاصة من الناحية الأدارية بحيث لا يحدث ضغط شديدا على الادارة المركزية فى العاصمة.
- تتاح امكانية التامين **لغير المصريين** المقيمين باقامه شرعيه او سياحية الاشتراك بالنظام على حسب تعريفه يحددها المجلس ا لاعلي للصحه مسترشدا بخبرات شركات التامين الدوليه و الدول الاخرى فى التأمين الصحى للاجانب.

المادة 20 : تمويل الخدمات الصحية المصرية

1. ميزانية الانفاق على الصحة يجب أن ترفع بجدول زمنى واضح الى المستويات العالمية و التى تتراوح بين (8 الى 17 فى المائة فى الدول المتقدمة) و لكى تحدث الزيادة فرقا حقيقيا يجب أن تسد الثغرات الفاسدة و البيروقراطية التى تستنزف فيها ميزانية الصحة بحيث تؤدى أى زيادة الى تحقيق تحسن ملموس فى مايجده المواطن المصرى من خدمة صحية.
2. يجب أن تكون أولويات الانفاق فيما سبق ذكره من مواد الوثيقة من وسائل نهضة الرعاية الصحية.
3. يجب أن يكون العمل فى القطاع الصحى مجزى ماديا بشرط الحصول على تفرغ تام و مستوى متميز من الخدمة يؤديه العاملين بالصحة من اطباء و تمريض (أى تناسب الجزاء المادى مع خطورة و كفاءة العمل)
4. انشاء هيئة متخصصة و مدربة فى ايجاد موارد جديدة غير تقليدية للصرف على الصحة .
5. اتباع النماذج العالمية فى تفاصيل بناء المستشفيات الجديدة و تنظيم المستشفيات الحالية بحيث يدخل فى تصميمها فكرة ايجاد دخل داخلى للمستشفى عن طريق وجود محلات و صيدليات و محلات هدايا و مطاعم تخدم احتياجات المرضى و الزوار .
6. الحصول على تبرعات كافية للمستشفيات من الأفراد و المنظمات و الشركات هو **علم له أصول** مفقود تماما فى المستشفيات الحكومية و الجامعية و يمثل مصدر رئيسى لدعم الصحة فى العالم. يجب أن يكون هناك ادارة متخصصة و مدربة و محاسبة على ايجاد وسائل بديلة للدخل عن طريق التبرعات و غيرها من وسائل رفع الدعم او Fundraising
7. لايصح أن تكون المستشفيات بخطورة دورها مكانا لموظفى البطالة المقنعة و المحسوبيات التى لا يوجد دور حقيقى لهم غير استنزاف ميزانيات هذه المستشفيات فلابد من اعادة توزيع و اعادة صياغة شروط العمل التى تخص كل فئة تعمل فى القطاع الطبى من تمريض و عمال و اداريين لتفسح فقط المجال لمن لديه الكفاءة و يستفيد بوجوده مكان العمل بشكل اساسى لا يمكن الاستغناء عنه.
8. تشجيع شركات الأدوية على الانفاق على البحث العلمى و التطوير الصحى الغير متعلق بالدواء الذى تنتجه بشكل خاص عن طريق خصم هذا الانفاق من الضرائب المستحقة عليها.

HRE

من نحن؟

- فريق من الطلاب و الاطباء و المرضى و النشطاء من غير الاطباء من كل انحاء مصر و الجاليات المصرية فى الخارج
- تجمعنا الأهداف الموجودة فى وثيقة لاصلاح التعليم و التدريب و خدمة المرضى حتى تنفيذها سلميا و قانونيا
- كل من يشارك و لو بفكرة بسيطة فى الوثيقة او نشرها او تنفيذها المشاريع المتعلقة بها يصبح عضو هام جدا فى الفريق
- جمعية اهلية غير هادفة للربح لاتمثل اى حزب سياسى او دينى
- مصممون على اصلاح النظام الصحى فى مصر باذن اللّه

كيف نرى طريق تحقيق الوثيقة؟

1. مرحلة زيادة و الوعى و نشر الوثيقة و البرامج التطبيقية عليها شعبيا و اعلاميا
2. مرحلة جمع التاييد الشعبى و الحصول على دعم الجهات الاكاديمية و الحكومية و المنظمات الغير حكومية المختصة
3. مرحلة البرلمان و التشريع
4. مرحلة التنفيذ و التطبيق الواسع للمشاريع الاصلاحية

شارك معنا

Website
www.fixingmedicine.org

Email
healthcarereformegypt@gmail.com

Facebook (New Page)
https://www.facebook.com/HealthcareReformEgypt

Twitter
http://twitter.com/#!/FixingMedicine

HRE