

اشكالية تباين توزيع الخدمة الصحية في مصر كميًا ونوعيًا

إنجي عادل محمد عبد الرحيم (*)

إن الخدمات الصحية لا تولد من فراغ ولكنها وليدة السياق الاجتماعي والفلسفة التي توجهها، فالصحة كانت ولا تزال مرآة لتفهم المجتمع، وأوضاعه ونظرة الشعوب إلى واقعها وطموحها.^(١) فكل حقبة زمنية لها أيديولوجية وفلسفة توجهها وتؤثر على السياسات الصحية وعلى مستوى أداء الخدمة الصحية في تلك الحقبة، فعلى سبيل المثال اختلفت السنوات المبكرة للثورة عن السنوات اللاحقة لها، وفي فترة الانفتاح الاقتصادي والتي كانت بمثابة البدايات الأولى نحو انتهاج فلسفة الخصخصة، اختلفت عن فترة التوجه الاشتراكي.

والجدير بالذكر أن مصر تعد من أول بلاد العالم التي عرفت الطب ونظمت ممارساته ويسجل التاريخ ذلك في البرديات؛ ومنها البردية التي عثر عليها رجال الآثار المصريون وتعرف باسم " أدوين سميث الطبية "، والتي توضح مدى تقدم التفكير العلمي في مصر الفرعونية القديمة، وأنه كان قائماً على أسس علمية تقربه من الطب الحديث.^(٢)

فتمتلك مصر هيكلًا ضخماً للخدمات الصحية، فقد دخل الطب الحديث إليها منذ أيام محمد علي وأنشئت أول كلية طب حديثة بها منذ عام ١٨٢٧. فكان محمد علي باشا هو أول من أنشأ مدرسة للطب في منطقة ابي زعل وقد تخرج منها عدد من الأطباء تم إرسالهم في بعثات تعليمية للحصول على الخبرات المختلفة في فرنسا وألمانيا وإنجلترا وعادوا بالعلم والخبرة حيث كان يحكم المدينة ميثاق شرف يلتزم به الأطباء وتم بناء مستشفى القصر العيني والمواساة.

(*) هذا البحث من رسالة الدكتوراه الخاصة بالباحثة، وهي بعنوان: [التنظيم الطبي وجودة الخدمات الصحية "دراسة ميدانية مقارنة بين المستشفيات العامة والخاصة بمحافظة سوهاج"] تحت إشراف أ.د. عبد الرؤوف أحمد الضبع - كلية الآداب - جامعة سوهاج & أ.د. علي محمد المكايي - كلية الآداب - جامعة القاهرة.

(١) الكتاب الطبي الجامعي " لإدارة الصحة " منظمة الصحة العالمية، الطبعة العربية، أكاديمية انترناشيونال، ٢٠٠٢ م، ص ٢٠.

(٢) عزة عبد العزيز سليمان: دراسة تحليلية لمستوى الخدمات الصحية في محافظات جمهورية مصر العربية " دراسة التوطن الصناعي في مصر حتى عام ٢٠٠٠"، مذكرة خارجية رقم (١٤٣٢)، معهد التخطيط القومي، يناير ١٩٨٧، ص ٩.

المبحث الأول - نشأة وتطور نظام الخدمة الصحية في مصر:

بدأت المنظومة الطبية في الانهيار كنتيجة للبيروقراطية وتدخل عنصر الربحية وانهيار التعليم وارتفاع الأسعار وانخفاض مستوى الدخل وانخفاض المستوى العلمي والاقتصادي والأخلاقي وانتشار الفساد وانعدام دور الجهات الرقابية وارتفاع عدد السكان.

ظهر التأمين الصحي في عام ١٩٦٤ لتوفير خدمة تكافئية طبية ولكن شابه بعض السلبيات منها التفرقة المالية بين القوانين الصادرة وكذلك حرمان بعض فئات المجتمع من التمتع بالنظام ومع مرور الوقت اصابه كل اثار السلبيات التي ظهرت في المجتمع لتؤدي إلى تراجع الخدمة الطبية أيضاً^(١) فمن خلال هذا الفصل سوف يتم عرض الخدمات الصحية في مصر والسياسات الخاصة بها عبر مراحل مختلفة، بداية من الجهود الصحية في فترة الثورة، ثم بعد ذلك عرض توجه الدولة في مرحلة الانفتاح الاقتصادي، والتي كانت عنصر تحول كبير في المجتمع المصري أثرت على توجه الدولة والتزامها بالأدوار المنوطة بها تجاه مواطنيها، ثم سنتناول واقع الخدمة الصحية في مصر في ظل الخصخصة.

- الجهود الصحية في مصر من ١٩٥٢ - ١٩٧٠م:

تعتبر ثورة ٢٣ يوليو ١٩٥٢م واحدة من أهم العلامات في تاريخ مصر الحديث، وقد أولت حكومة الثورة منذ بداية قيامها اهتماماً كبيراً بالخدمة الصحية وأضفت بعداً جديداً على دور الدولة في المجال الصحي ورعاية المرضى وارتكزت الدولة القومية الجديدة الممتلئة بالأمال والطموحات على نموذج اقتصادي موجه لتلبية مجمل احتياجات الشعب، بما في ذلك خدمات الصحة والتعليم^(٢)، وأصبحت الدولة هي صانع السياسات المختلفة والمراقب لها أيضاً وكذلك مقدم رئيسي لكافة الخدمات الموجهة للمواطنين، فمع إعلان الجمهورية وصدور قوانين الإصلاح الزراعي تلقى النظام الصحي قوة دافعة كبيرة، فقد تبنت الدولة سياسة للتوسع الشامل في البنية الأساسية للخدمات الحكومية المقدمة للريف وأعلن النظام التزامه بتقديم الخدمة، وإتاحتها للجميع بدون استثناء^(٣).

(١) ورقة سياسات تطوير منظومة الخدمات الصحية بالمستشفيات الحكومية - مركز هي

للسياسات العامة Heya center for public policy: - القاهرة - يناير ٢٠١٦

(٢) سيلفيا شيفولو: الطب والأطباء في مصر، بناء الهوية المهنية والمشروع الطبي، ت: ماجدة أباطة، طارق يوسف محرراً، المجلس الأعلى للثقافة، عدد ٩٥٥، ط١، ٢٠٠٥، ص ٣١٣، ٣١٤.

(٣) جمعية التنمية الصحية والبيئية، برنامج السياسات والنظم الصحية، الحالة الصحية والخدمات الصحية في مصر: دراسة تحليلية للوضع الراهن ورؤى مستقبلية، ط ٢، ٢٠٠٥، ص ٨.

وفي الحقبة الناصرية أكد الدستور المصري في نصوصه وإعلانه حق كل مواطن في العلاج وسعت جهود الدولة إلى تحقيق هذا الهدف، والذي يعكس صدق هذا التوجه من قبل حكومة الثورة، ودرجة مسؤوليتها من توفير أوجه الرعاية الاجتماعية المختلفة للمواطنين، ما نص عليه الميثاق الوطني للثورة في الباب السابع " أن الرعاية الصحية تصبح حقاً مكفولاً لكل مواطن غير مشترط بثمن مادي، ولا بد من أن تكون هذه الرعاية في متناول كل مواطن في كل ركن من الوطن، وفي ظروف ميسرة، ولا بد من التوسع في التأمين الصحي حتى يظل بحمايته كل المواطنين" (١)

ويفصح التحليل الدقيق للجهود المبذولة من أجل تطوير الرعاية الصحية في تلك الفترة أنها سارت في بعدين أساسيين:
الأول: هو التوسع الرأسي من خلال التحديث وبناء المستشفيات، والثاني: يتمثل في التوسع الأفقي من خلال مد الخدمات خارج نطاق المدن، وصولاً إلى الريف والوجه القبلي وتشير بيانات الجدول التالي عدد الخدمات العلاجية في القطاع الريفي وعدد الأسرة فيها(٢):

جدول رقم (٤)

عدد الخدمات العلاجية في القطاع الريفي وعدد الأسرة فيها

البيان	الوحدة	١٩٦٠/٥٩	١٩٧٠/١٩٦٦
المجموعات الصحية	العدد عدد الأسرة	٢٥٦ ٣٦١١	٢٦٢ ٣٦٦٣
الوحدات المجمع	العدد عدد الأسرة	٢١٣ ٢٩٨٩	٣١٠ ٤٣٤٦

فمن خلال الجدول السابق يتضح أنه قد زادت عدد المجموعات الصحية من ٢٥٦ مجموعة عام ١٩٦٠/٥٩م، إلى ٢٦٢ مجموعة عام ١٩٦٧م، وكذلك زيادة عدد الوحدات المجمع من ٢١٣ وحدة، إلى ٣١٠ وحدة في نفس السنوات السابقة.

- التوجهات الجديدة للدولة في ظل مرحلة الانفتاح الاقتصادي من ١٩٧٠م - ١٩٨٥م:

تميزت هذه المرحلة بتغيرات جوهرية في السياسة الداخلية والخارجية وكذلك تميزت بتشجيع الاستثمار الخاص، والأجنبي، والعربي، والحد من دور

(١) يحي محمد عبد القادر: نموذج اقتصادي قياسي لمستقبل الخدمة الطبية في مصر، رسالة مقدمة للحصول على درجة الزمالة في العلوم الإدارية " أكاديمية السادات للعلوم الإدارية"، ٢٠٠٥، ص ١٢.

(٢) يحي محمد عبد القادر: المرجع نفسه - ص ١٣١

الدولة والقطاع العام الذي ظل طوال المرحلة الناصرية. وفي ظل الضغوط الاقتصادية التي تعرضت لها مصر، أدى بها إلى الدخول في مفاوضات مع المؤسسات المالية الدولية المانحة للقروض، وصاحب ذلك مشكلات اجتماعية

و لكن ظلت الدولة ملتزمة بالإنفاق على القطاع الصحي، وظلت تقدم الخدمات الصحية المجانية لكافة المواطنين، بالرغم من التدني الواضح في مستوى الخدمات الصحية والتعديلات التي ظهرت في تلك السنوات في الموازنات الصحية.

وقد شهدت فترة السبعينيات مراجعة من قبل الدولة في أسلوب تقديم الخدمة الصحية وبشكل خاص أن المجتمع قد شهد زيادة سكانية مطردة، إذ كان عدد السكان عام ١٩٦٠ (٢٦,٦) مليون نسمة، ثم أصبح ٣٦.٦ مليون نسمة في عام ١٩٧٦ م^(١)

- الخدمة الصحية خلال مرحلة الخصخصة:

مما لا شك فيه أن أي سياسة عامة تؤثر في البيئة التي تتعامل معها وتتأثر بها، وعلى غرار ذلك نجد فإن سياسة الخصخصة قد أثرت على سياسات وزارة الصحة، حيث أن فلسفة الدولة قد تغيرت، وتغيرت معها الأنوار والمسئوليات وصار هناك اتجاه عالمي جديد: وهو أن الدولة تشرك الأفراد في تحمل نفقات الخدمة المقدمة إليهم، ولم تعد الحكومات بمثابة أولياء أمور للمواطنين من الشعب، بل ظهرت سياسات تحمل التبعات، ومشاركة الأفراد في الخدمات التي تقدم إليهم وارتفعت تكاليف هذه الخدمات، والتي في كثير من الأحيان لا طاقة لهم بها.

وفي الوقت ذاته علينا ألا نغفل التقدم الملحوظ الذي حققته الدولة من أجل الارتقاء بالحالة الصحية للمواطنين في أواخر الثمانينيات وبداية التسعينيات وانعكس هذا التقدم على المؤشرات الصحية المختلفة، حيث تراجع معدل الوفيات بصفة عامة، ووفيات الأطفال بصفة خاصة، وأدى هذا التقدم إلى ارتفاع معدل متوسط عمر الفرد المتوقع عند الميلاد ليصل إلى حوالي ٧٠ سنة.^(٢)

وبالرغم من ذلك فإن القطاع الصحي في مصر يواجه العديد من التحديات التي تحول دون الوصول إلى مستوى متميز من الخدمات التي يحصل عليها المواطنون، فمصر تمر الآن بمرحلة انتقالية تتميز بظهور وانتشار عدد من الأمراض المزمنة، وأمراض الشيخوخة، والأمراض الحديثة التي تتطلب

(١) الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء: السكان والغذاء في مصر، فبراير ٢٠٠٨، ص ٢٥.

(٢) مركز دعم المعلومات واتخاذ القرار: التحديات التي تواجه قطاع الصحة في مصر وسياسات التغلب عليها، مارس ٢٠٠٥، ص ٧.

تكاليف علاج مرتفعة.

ويوضح الجدول التالي تطور الإنفاق على الصحة من الناتج وكذلك توقع الحياة عن الميلاد بالإضافة إلى نصيب الفرد من الدخل في الإجمالي خلال الفترة من ١٩٨٩/٢٠٠٥م^(١).

جدول رقم (٥)

تطور الإنفاق على الصحة وتوقع الحياة عند الميلاد

السنوات	الصحة %	توقع الحياة عند الميلاد
١٩٨٩	١.٣	٦٢.٨
١٩٩٤	١.١	٦٣.٣
٢٠٠٣	٢.٤	٦٧.١
٢٠٠٤	١.٩	٧.١
٢٠٠٥	١.٨	٧٠.٥٥

تشير بيانات الجدول السابق إلى أن الإنفاق على قطاع الصحة قبل تطبيق سياسات الإصلاح الاقتصادي أكبر من الإنفاق عليه بعد تطبيق هذه السياسات، بعد أن مثل هدف تعميم الخدمات العلاجية المجانية أحد معالم سياسة وزارة الصحة في الستينات والسبعينات ولكن منذ بداية الثمانينات حدث تحول في السياسة الصحية في مصر، بغرض إعادة النظر في درجة شمول الخدمات العلاجية المجانية والتمهيد لخصخصة هذا العلاج الطبي؛ الذي يرفع المواطنين منهم أغنياء وكثير منهم فقراء؛ وهم الأكثر تضرراً .

ويمكن القول أن الخصخصة قد دخلت إلى القطاع الصحي من خلال مراحل تدريجية بحيث يتم من خلالها تغيير هيكل في شكل القوانين والقواعد المنظمة لإدارة المؤسسات الصحية المختلفة، كما يتم أيضاً خلالها تعويد متلقي الخدمة - المواطنين - تدريجياً على قبول الخصخصة كحل أمثل لتحسن الخدمة.

(١) ماجدة إمام حسن: التنمية الاجتماعية في مرحلة الإصلاح الاقتصادي "دراسة سوسولوجية للمؤشرات الاجتماعية، مؤشرات نوعية الحياة، رسالة دكتوراه، كلية الآداب، قسم اجتماع، جامعة عين شمس، ٢٠٠٧، ص ٨٦.

المبحث الثاني - النظام الصحى فى مصر وتقييم جودة الأداء:

تتسم الخدمات الصحية فى مصر بالتنوع والشمول حيث تقدم على نطاق واسع من خلال أنشطة صحية عامة فى قطاع الريف وفى قطاع الحضر، وقد تحددت معالم هذا النظام قبل الستينات حيث يكلف خريجو كليات الطب للعمل فى الريف لمدة ثلاث سنوات، على أن ذلك لا يعنى أن الخدمات الصحية تقدم بدرجات متساوية لكل قطاعات السكان.^(١)

وعلى الوحدات الصحية أن تلعب دوراً أكبر من مجرد الإشراف على البرامج الوقائية، ومن ثم أكدت الدراسات على ضرورة تقديمها للرعاية الصحية للمترددين عليها خاصة فى القطاعات الفقيرة من السكان.^(٢)

فتعتبر مصر إحدى الدول الرائدة فى تبنى سياسة الوقاية من الأمراض ومكافحتها كهدف إستراتيجي لتحسين صحة المواطن المصري وتعزيز نمط حياته وسلوكه الصحى، ولذا قام القطاع الوقائي بوزارة الصحة والسكان بإعداد وتنفيذ العديد من البرامج والخطط الوقائية ووضعاً هذا الهدف كغاية لابد من الوصول إليها.

لقد كان من نتيجة النشاطات المختلفة التى أحسن أداءها هذا القطاع أن أصبحت معظم الأمراض تحت تحكمه الكامل كما تمت السيطرة على معظم الأمراض الوبائية والمعدية.

ولقد ظهر أثر هذا التطبيق واضحا فى متابعة مختلف المؤشرات الصحية التى أوشكت العديد من الأمراض على الاختفاء من مصر مثل شلل الأطفال والدفتيريا، كما وصل معدل الإصابة بالتيتانوس الوليدي إلى أقل من ٠.٣ لكل ألف مولود حى وهو أقل من المعدل العالمي (١ لكل ألف مولود).

تعد منظومة الخدمات الصحية والقطاع الطبى من أهم القطاعات فى الدولة حيث ان محاولة التطوير والتحسين من أداء المنظومة الصحية سيؤدى لتحسين نوعية الحياة وارتفاع معدلات الشفاء من العديد من الأمراض المزمنة وسيحقق رضا شعبيا بكافة أنحاء الجمهورية حيث تتسبب مشكلة قصور وسوء الخدمة الطبية المقدمة للمواطنين فى تراجع مستوى الأداء المهني وانخفاض

(١) ابتسام علام وآخرون، الصحة والبيئة: دراسات اجتماعية وأنتروبولوجية، مركز البحوث والدراسات الاجتماعية، القاهرة، ٢٠٠١م، ص١٨٦.

(٢) Francios champagne & others: organizational and Environmental Determinants of the performance of public Health units, social science & medicine (Journal), Vol.73, No.1993, p. 85.

إنتاجية العاملين بالدولة ومستوى التحصيل العلمي للطلاب^(١).

- مستويات الخدمات الصحية في المجتمع المصري:
هناك خمسة مستويات للخدمات الصحية في مجتمعنا المصري تتمثل فيما يلي:-
 - ١- المستوى الأول وهو يشمل الوحدات الصحية في كل من الريف والحضر، لأنها بمثابة مراكز للرعاية الصحية للأمومة والطفولة، ويشتمل كل مركز منها على عيادة خارجية ومعمل ومستوصف. وهي وحدات بدأت تنتشر في الريف لتغطي الآن ٢٢٣٧ وحدة صحية ريفية.
 - ٢- ويشير المستوى الثاني إلى المراكز الصحية وربطها بالوحدات الصحية.
 - ٣- في حين يتضمن المستوى الثالث عدد الاسرة والمستشفيات.
 - ٤- ويختص المستوى الرابع ببعض المستشفيات المتخصصة مثل مستشفيات الدرن والسرطان، والقلب.. الخ والمستشفيات العامة.
 - ٥- بينما يشمل المستوى الخامس:-
 - أ- المستشفيات الكبرى في مدينتي القاهرة والاسكندرية.
 - ب- المستشفيات الخاصة ببعض الامراض (القلب - الدرن مثلا).
 - ج- المستشفيات التعليمية الجامعية^(٢).

المبحث الثالث - مؤشرات الحالة الصحية في مصر:

مؤشرات الرعاية الصحية في مصر لعام ٢٠٠٢ م بناءً على البيانات المتوفرة من المصادر المختلفة (وزارة الصحة والسكان - نشرات المعلومات للمحافظات- بيانات الخريطة المعلوماتية). واستناداً إلى التعداد التقديري للسكان في ٢٠٠٢/١/١ م الصادر من الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء وكانت أهم المؤشرات ما يلي^(٣):

- (١) مؤشرات الإنفاق على الخدمات الصحية:
بلغت مخصصات وزارة الصحة والسكان حوالي ٢.٤٤ مليار جنية بنسبة (١.٩%) من إجمالي الموازنة العامة للدولة لعام ٢٠٠٢/٢٠٠١ م، كما وصل نصيب الفرد في المتوسط ما يعادل (٣٧ جنية) للإنفاق على الصحة.
- (٢) مؤشرات الصحة العامة في الجمهورية:
وصل معدل وفيات الأطفال الرضع خلال عام ٢٠٠١ (٢٥.٥) طفل لكل (١٠٠٠) مقابل (٣) طفل في السويد، (٦) طفل في إسرائيل، كما وصل معدل

(١) ورقة سياسات تطوير منظومة الخدمات الصحية بالمستشفيات الحكومية - مركز هي

للسياسات العامة Heya center for public policy: - مرجع سابق

(٢) على المكاوي واخرون: دراسات في علم الاجتماع الطبى فى الوطن العربى،

١٩٩٨، ص ٢٤١-٢٤٢، متاح على <https://ebook.univeyes.com>

(٣) مركز المعلومات ودعم اتخاذ القرار: قطاع المعلومات المحلية، متاح على

<https://www.idsc.gov.eg/IDSC/Default.aspx>

وفيات الأطفال أقل من (٥) سنوات (٣٢.٥) طفل لكل (١٠٠٠) مقابل طفل واحد في إسرائيل.

(٣) مؤشرات الموارد الطبية الحكومية (مستشفيات- أطباء بشريون- ممرضون- أسرة):

متوسط الجمهورية يحقق الآتى:

- منشأة صحية لكل (١٤.٨) ألف نسمة.
- طبيب لكل (١.٨) ألف نسمة.
- ممرض لكل (١.٢٤٧) ألف نسمة.
- سرير لكل (٤٧٠) نسمة.

(٤) مؤشرات الخدمة الصحية الحكومية في الريف:

بلغ متوسط الجمهورية في نصيب سكان الريف من المنشآت الصحية الحكومية الريفية (١٠.٤) ألف نسمة لكل منشأة، ويوفر ذلك خدمة صحية لنسبة (٧٩%) من إجمالي القرى.

(٥) مؤشرات الأنشطة الصحية الموجهة للمرأة والطفل:

متوسط الجمهورية يحقق الآتى:

- وحدة رعاية أمومة وطفولة لكل (٨.٢٢) ألف سيدة في سن الإنجاب.
- مستشفى نساء وولادة لكل (١.٠٦) مليون سيدة في سن الإنجاب (من سكان ٧ محافظات بينما توجد ٢٠ محافظة محرومة من الخدمة المباشرة لمستشفيات النساء والولادة).

• مركز رعاية طفل لكل (٨٥) ألف طفل (من ١-١٢ سنة).

• وحدة تنظيم أسرة لكل (٢.٦٣) ألف سيدة في سن الإنجاب.

(٦) مؤشرات التجمعات السكانية المحرومة من الخدمات الصحية:

متوسط الجمهورية يحقق الآتى:

• منشأة صحية حكومية لكل (١٠.٤) ألف نسمة من سكان المحافظات.

• (٢١%) من إجمالي القرى تفتقر إلى الخدمة الصحية المباشرة.

• أما على المستوى الدولي وفقاً لمنظمة الصحة العالمية:

• فبلغ إجمالي الإنفاق على الصحة في مصر نحو (٦.٣%) من الناتج

المحلى الإجمالى عام ٢٠٠٦م، مرتفعاً بذلك عن تركيا (٤.٨%)،

والصين (٤.٦%)، وماليزيا (٤.٣%). بينما بلغت هذه النسبة في

البرازيل نحو (٧.٥%) خلال العام نفسه.

• بلغت نسبة الإنفاق العام الحكومي على الصحة في مصر نحو (٤١.٤%)

من إجمالي الإنفاق على الصحة عام ٢٠٠٦م، منخفضة بذلك عن كل من

تركيا (٧٢.٥%)، وتايلاند (٦٤.٥%)، وأندونيسيا (٥٠.٥%)،

ومرتفعة بذلك عن الهند (٢٥%).

• تمتعت البرازيل بأعلى متوسط لنصيب الفرد من إجمالي الإنفاق على الصحة عام ٢٠٠٦م - بين مجموعة الدول محل الدراسة - والذي بلغ ٣٧٩ دولاراً لكل فرد، تليها تركيا حيث بلغ متوسط نصيب الفرد من إجمالي الإنفاق على الصحة بها نحو ٣٥٢ دولاراً لكل فرد، بينما بلغ متوسط نصيب الفرد في مصر نحو ٩٢ دولاراً خلال العام نفسه مرتفعاً بذلك عن العام السابق بنحو ١٧.٩%.

حقق معدل وفيات الأطفال الرضع في مصر ارتفاعاً طفيفاً عام ٢٠٠٧م بنحو ٣.٤% مقارنة بعام ٢٠٠٦م ليبلغ عام ٢٠٠٧ نحو ٣٠ حالة لكل ألف مولود حي، وذلك وفقاً لبيانات منظمة الصحة العالمية. ويرتفع هذا المعدل عن كل من سوريا وتونس (١٥ و ١٨ حالة على التوالي لكل ألف مولود حي)، بينما يعتبر منخفضاً مقارنة بالهند (٥٤ حالة لكل ألف مولود حي).

ومن المؤشرات التي يرصدها البعض كشاهد على تضاؤل الرعاية الصحية المقدمة للمواطن، سواء في شقها العلاجي أو الوقائي:- ضيق النطاق الرسمي لمفهوم الرعاية الصحية وبخاصة بمعناها الوقائي، وتفاوت الأفراد في حصولهم على العلاج، حيث أن هناك تمييزاً بين الأفراد في حصولهم على الخدمات العلاجية والوقائية على كافة المستويات، والتفاوت الجغرافي للخدمة العلاجية والوقائية بين الريف والحضر، وتواضع المخصصات المالية للرعاية الصحية وابتلاعها من جانب الهياكل الإدارية والبيروقراطية داخل النظام الصحي الريفي، بالإضافة إلى انتشار بعض الأمراض كالالتهابات الكبدية على سبيل المثال. كما أن هناك إشارات إلى بعض أوجه القصور في السياسات الدوائية، وسياسات التأمين الصحي.

وتشير المؤشرات الصحية خلال العامين (٢٠١٤-٢٠١٥) - (٢٠١٥-٢٠١٥) -

(٢٠١٦) إلى حجم الانجازات التي تمت خلال تلك الفترة ومن أبرزها:-

- الانتهاء من إنشاء وتطوير عدد ١٨٦ (مستشفى-مركز طبي-وحدة صحية) من أصل ٢٠٥.

- تم تعديل وتحديث معايير اعتماد المستشفيات ومعايير اعتماد وحدات طب الأسرة والمستوصفات (حسب معايير الجهة الدولية للاعتماد (Is Qua) وكانت مصر هي الدولة الأولى في الشرق الأوسط والتاسعة في العالم في الحصول على تلك الشهادة.

- تفعيل حملة قومية واسعة النطاق للقضاء على أمراض الكبد وفيروس (C)، ومن خلال منظومة عمل كاملة تضمنت توسيع دور مؤسسات المجتمع المدني، وأطلق صندوق تحيا مصر استراتيجية سريعة لتنفيذ برنامج ومكافحة وعلاج فيروس (C) بالتنسيق مع وزارة الصحة والسكان، كما استهدف البرنامج حصر وتوفير العلاج والمتابعة لعدد كبير من المواطنين على قوائم انتظار الحالات التي تم لها إصدار قرار علاج

على نفقة الدولة بوزارة الصحة والسكان أو التي لا يشملها قرارات العلاج على نفقة الدولة.

- كما أعلنت وزارة الصحة عن برنامج علاج المليون مصاب (الفترة من نوفمبر ٢٠١٥ إلى مايو ٢٠١٦).
- تطبيق اربع مشروعات قومية لخدمة مرضى السكر وجار انشاء ٢٦ وحدة لعلاج مرضى السكر فى جميع محافظات الجمهورية.
- الانتهاء من مشروع قانون التأمين الصحى الجديد والذى سيسرى على جميع المواطنين فى كل الفئات العمرية بجميع انحاء الجمهورية. (١)

وفيما يلى عرض لبعض مؤشرات الخدمة الصحية في مصر

جدول (٦) يبين تطور أعداد المؤمن عليهم عام ٢٠١٨ (الأرقام بالآلاف) (٢)

السنة	قوى عاملة	معاشات وارامل	طلاب مدارس	مواليد	المرأة المعيلة	اخرى	اجمالي المنتفعين
2014	10954	3447	20660	14504	622	7	50194
2015	11334	2635	21356	15014	787	7	51133
2016	11674	2852	21965	15482	831	6	52810
2017	11999	3075	22565	15700	833	6	54178
2018	12350	3273	23362	15815	775	6	55581

يتضح من خلال الجدول السابق والذي يوضح تطور أعداد المؤمن عليهم عام ٢٠١٨م أن إجمالي عدد المنتفعين فى عام ٢٠١٨م قد بلغ (٥٥٥٨١)، حيث جاءت أعلى نسبة من فئة طلاب المدارس بعدد (٢٣٣٦٢) ألف، يليها فئة المواليد بعدد (١٥٨١٥) ألف، ثم تأتي فئة القوى العاملة بعدد (١٢٣٥٠) ألف، ثم يليها فئة المعاشات والأرامل بعدد (٣٢٧٣) ألف، ويليهما فئة المرأة المعيلة بعدد (٧٧٥) ألف، وفى النهاية يأتي عدد (٦) آلاف فى الفئات الأخرى.

(١) محمد سميح: " بالتفاصيل والأرقام - كشف حساب الرئيس السيسى فى عامين "، موقع مجلة

الإذاعة والتلفزيون ٤ يونيو ٢٠١٦ - متاح على [http:// maspiro.net](http://maspiro.net)

(٢) الجهاز المركزى للتعبئة العامة والإحصاء - الخدمات الصحية

جدول رقم (٧) يبين عدد الأطباء وهيئة التمريض بالمستشفيات والمنشآت العلاجية بالقطاع الخاص طبقاً للنوع عام ٢٠١٨

هيئة تمريض (٢)			الأطباء (١)			عدد المنشآت	نوع المنشأة/ العاملين
جملة	إ	ذ	جملة	إ	ذ		
24379	17532	6847	29097	7026	22071	1605	الاجمالي
22766	16248	6518	25127	5976	19151	1157	المستشفيات
1613	1284	329	3970	1050	2920	448	المنشآت العلاجية التي ليس بها عيادة داخلية

(١) بما فيهم الإداريون من الأطباء الاخصائيين والممارسين العموميين وأصحاب المنشأة والمديرين ولا تشمل اطباء الامتياز (٢) تشمل العاملين في التمريض (حكيمات-رئيس ممرضين -رئيسة ممرضات -ممرضون-ممرضات-مساعدوممرضون-مساعداات ممرضات- زائرات صحيات-^(١))

يتضح من الجدول السابق أن عدد الأطباء الذكور في المستشفيات قد بلغ ١٩١٥١، بينما عدد الأطباء الإناث قد بلغ ٥٩٧٦، في حين أن عدد الأطباء الذكور في المنشآت العلاجية التي ليس بها عيادة داخلية قد بلغ ٢٩٢٠، بينما عدد الأطباء الإناث قد بلغ ١٠٥٠، وعلى الجانب الأخر نجد أن عدد هيئة التمريض الذكور في المستشفيات قد بلغ ٦٥١٨، بينما عدد هيئة التمريض الإناث قد بلغ ١٦٢٤٨، في حين أن عدد هيئة التمريض الذكور في المنشآت العلاجية التي ليس بها عيادة داخلية قد بلغ ٣٢٩، بينما بلغ عدد هيئة التمريض الإناث ١٦١٣. ومما سبق يتضح أن إجمالي عدد الأطباء بالمستشفيات والمنشآت العلاجية بالقطاع الخاص طبقاً للنوع عام ٢٠١٨ قد بلغ ٢٩٠٩٧، بينما بلغ إجمالي عدد هيئة التمريض بالمستشفيات والمنشآت العلاجية بالقطاع الخاص طبقاً للنوع عام ٢٠١٨ (٢٤٣٧٩).

(١) الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء ٢٠١٨: الخدمات الصحية .

اشكالية تباين توزيع الخدمة الصحية في مصر كيميا ونوعيا

جدول رقم (٨) بين عدد الأسرة بمستشفيات وزارة الصحة والجهات التابعة لوزارة الصحة بالمحافظات عام ٢٠١٨

الجملة	الأمانة العامة للمراكز الطبية المتخصصة		المؤسسة العلاجية		المستشفيات والمعاهد التعليمية		الهيئة العامة للتأمين الصحى		مستشفيات الصحة النفسية		وزارة الصحة		المحافظات/البيان	
	وحدا ت	اسرة	وحدا ت	اسرة	وحدا ت	اسرة	وحدا ت	اسرة	وحدا ت	اسرة	وحدا ت	اسرة		وحدا ت
6293	545	599	55	68	8	535	23	723	40	584	19	3782	400	الإجمالى
9904	61	236	18	46	5	213	8	141	8	147	3	2055	19	القاهرة
4590	29	242	3	22	3	43	1	147	4	100	2	1601	16	الأسكندرية
804	12	82	1	-	-	-	-	159	2	140	1	423	8	بورسعيد
505	6	-	-	-	-	-	-	128	1	-	-	377	5	السويس
656	10	-	-	-	-	31	1	42	1	-	-	583	8	الإسماعيلية
2013	20	184	3	-	-	-	-	40	1	-	-	1789	16	دمياط
4171	35	119	3	-	-	-	-	395	2	100	1	3557	29	الدقهلية
3162	29	-	-	-	-	397	1	310	3	204	1	2251	24	الشرقية
4816	24	172	2	-	-	342	1	567	3	232	2	1407	16	القليوبية
2139	23	86	2	-	-	-	-	356	2	-	-	1697	19	كفر الشيخ
3304	28	286	2	-	-	123	1	456	3	112	2	2327	20	الغربية
3304	25	80	1	-	-	567	1	89	1	113	1	2455	21	المنوفية
3358	25	98	1	-	-	696	1	127	1	-	1	2437	21	البحيرة
3906	33	668	5	-	-	812	6	304	1	-	-	2122	21	الجيزة
1644	12	447	1	-	-	-	-	206	1	103	1	888	9	بنى سويف
1496	10	-	-	-	-	-	-	300	1	-	-	1196	9	الفيوم
2222	31	74	2	-	-	-	-	196	1	53	1	1899	27	المنيا
2441	20	-	-	-	-	-	-	205	1	117	1	2119	18	أسيوط
2405	26	207	2	-	-	130	1	215	1	-	1	1853	21	سوهاج
1236	15	111	1	-	-	79	1	74	1	-	-	972	12	قتنا
1296	17	176	3	-	-	-	-	176	1	87	1	857	12	أسوان
913	10	437	2	-	-	-	-	-	-	-	-	476	8	الأقصر

الجملة	الأمانة العامة للمراكز الطبية المتخصصة		المؤسسة العلاجية		المستشفيات والمعاهد التعليمية		الهيئة العامة للتأمين الصحى		مستشفيات الصحة النفسية		وزارة الصحة		المحافظات/البيان	
	وحدا ت	اسرة	وحدا ت	اسرة	وحدا ت	اسرة	وحدا ت	اسرة	وحدا ت	اسرة	وحدا ت	اسرة		وحدا ت
445	7	21	1	-	-	-	-	-	-	-	-	424	6	البحر الأحمر
401	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	401	7	الوادى الجديد
868	15	17	1	-	-	-	-	-	-	-	-	851	14	مطروح
518	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	518	7	شمال سيناء
414	8	127	1	-	-	-	-	-	-	-	-	287	7	جنوب سيناء

يتضح من خلال الجدول السابق والذي يوضح عدد الأسر بمستشفيات وزارة الصحة والجهات التابعة لوزارة الصحة بالمحافظات عام ٢٠١٨م أن إجمالي عدد الأسر في وزارة الصحة في جميع المحافظات قد بلغ (٣٧٨٢٢) فى (٤٠٠) وحدة، حيث كانت أعلى نسبة فى محافظة الدقهلية بعدد (٣٥٥٧) سرير فى (٢٩) وحدة، وكانت اقل نسبة فى محافظة جنوب سيناء بعدد (٢٨٧) سرير فى (٧) وحدات.

بينما بلغ إجمالي عدد الأسر فى مستشفيات الصحة النفسية فى جميع المحافظات (٥٨٤١) سرير فى (١٩) وحدة، حيث كانت أعلى نسبة فى محافظة القليوبية بعدد (٢٣٢٨) سرير فى (٢) وحدة، بينما جاءت فى المرتبة الأخيرة حيث لا يوجد بها وحدات ولا أسر فى كل من السويس، الإسماعيلية، دمياط، كفر الشيخ، البحيرة، الجيزة، الفيوم، سوهاج، قنا، الأقصر، البحر الأحمر، الوادى الجديد، مطروح، شمال سيناء، جنوب سيناء.

فى حين أن إجمالي عدد الأسر فى الهيئة العامة للتأمين الصحى فى جميع المحافظات قد بلغ (٧٢٣٣) سرير فى (٤٠) وحدة، حيث كانت أعلى نسبة فى محافظة الإسكندرية بعدد (١٤٧٥) سرير فى (٤) وحدات، بينما جاءت فى المرتبة الأخيرة عدد من المحافظات التى لا يوجد بها أسر فى الهيئة العامة للتأمين الصحى وهى الأقصر، البحر الأحمر، الوادى الجديد، مطروح، شمال سيناء، جنوب سيناء.

بينما نجد أن إجمالي عدد الأسر فى المستشفيات والمعاهد التعليمية فى جميع المحافظات قد بلغ (٥٣٥٢) سرير فى (٢٣) وحدة، حيث كانت أعلى نسبة

في محافظة القاهرة بعدد (٢١٣٢) سرير في (٨) وحدات، وجاءت في المرتبة الأخيرة كلا من بورسعيد، السويس، دمياط، الدقهلية، كفر الشيخ، بنى سويف، الفيوم، المنيا، أسيوط، أسوان، الأقصر، البحر الأحمر، الوادى الجديد، مطروح، شمال سيناء، جنوب سيناء حيث لا يوجد بهم أسرة ولا وحدات.

في حين أن إجمالي عدد الأسرة في المؤسسة العلاجية قد بلغ (٦٨٥) سرير في (٨) وحدات في جميع المحافظات، وجاءت في المرتبة الأولى القاهرة بعدد (٤٦٤) سرير في (٥) وحدات، تليها الإسكندرية بعدد (٢٢١) سرير في (٣) وحدات، في حين أن باقى المحافظات لا يوجد بها أسرة ولا وحدات خاصة بالمؤسسة العلاجية بها.

كما نجد أن إجمالي عدد الأسرة في الأمانة العامة للمراكز الطبية المتخصصة في جميع المحافظات قد بلغ (٥٩٩٨) سرير في (٥٥) وحدة، حيث جاءت في المرتبة الأولى محافظة القاهرة بعدد (٢٣٦٤) سرير في (١٨) وحدة، بينما كان هناك العديد من المحافظات التي لا يوجد بها أسرة ولا وحدات ومنها السويس، الإسماعيلية، الشرقية، الفيوم، أسيوط، الوادى الجديد، شمال سيناء.

ومما سبق يتضح أن محافظة سوهاج قد بلغ إجمالي عدد الأسرة بها الخاصة بوزارة الصحة (١٨٥٣) سرير في (٢١) وحدة، بينما بلغ عدد الأسرة الخاصة بالهيئة العامة للتأمين الصحى بها (٢١٥) سرير في (١) وحدة، في حين أن إجمالي عدد الأسرة الخاصة بالمستشفيات والمعاهد التعليمية بها قد بلغ (١٣٠) سرير في (١) وحدة، بينما بلغ إجمالي عدد الأسرة بها والخاصة بالأمانة العامة للمراكز الطبية المتخصصة (٢٠٧) سرير في (٢) وحدة، في حين أنه لا يوجد بها أسرة في كل من المؤسسة العلاجية ومستشفيات الصحة النفسية وان كان يوجد بالمحافظة وحدة خاصة بمستشفيات الصحة النفسية ولكن لا يوجد بها أسرة.

جدول رقم (٩) عدد الأسر بمستشفيات الوزارات والهيئات الأخرى بالمحافظات
عام ٢٠١٨

المحافظات/البيان	الجامعات		الهيئات الأخرى*		الشرطة والسجون		السكة الحديد		الجملة	
	اسرة	وحدات	اسرة	وحدات	اسرة	وحدات	وحدات	اسرة	وحدات	اسرة
الإجمالي	28168	89	2761	28	1368	26	3	455	146	32752
القااهرة	10071	32	871	6	240	4	1	272	43	11454
الأسكندرية	3337	8	-	-	150	3	-	-	11	3487
بورسعيد	-	-	20	1	18	1	-	-	2	38
السويس	-	-	62	3	-	-	-	-	3	62
الإسماعيلية	478	3	249	3	-	-	-	-	6	727
دمياط	335	1	70	1	-	-	-	-	2	405
الدقهلية	2614	7	56	2	12	1	-	-	10	2682
الشرقية	1805	8	-	-	40	1	-	-	9	1845
القليوبية	728	1	214	2	195	5	1	145	9	1282
كفر الشيخ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
الغربية	1226	4	533	1	40	1	1	38	7	1837
المنوفية	850	5	10	1	38	1	-	-	7	898
البحيرة	-	-	137	3	125	4	-	-	7	262
الجيزة	-	-	427	3	370	1	-	-	4	797
بنى سويف	456	1	-	-	-	-	-	-	1	456
الفيوم	499	2	-	-	30	1	-	-	3	529
المنيا	767	5	-	-	40	1	-	-	6	807
أسيوط	3409	9	-	-	-	-	-	-	9	3409
سوهاج	965	1	-	-	-	-	-	-	1	965
قنا	326	1	102	1	40	1	-	-	3	468
أسوان	302	1	10	1	-	-	-	-	2	312
الأقصر	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
البحر الأحمر	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
الوادى الجديد	-	-	-	-	30	1	-	-	1	30
مطروح	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
شمال سيناء	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
جنوب سيناء	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

يتضح من خلال الجدول السابق والذي يوضح عدد الأسر بمستشفيات

الوزارات والهيئات الأخرى بالمحافظات عام ٢٠١٨م أن إجمالي عدد الأسرة في جميع المحافظات الخاصة بالجامعات قد بلغ (٢٨١٦٨) سرير في (٨٩) وحدة، حيث كانت أعلى نسبة في محافظة القاهرة بعدد (١٠٠٧١) سرير في (٣٢) وحدة، في حين أن هناك العديد من المحافظات التي لا يوجد بها أسرة ولا وحدات والخاصة بالجامعات ومنها بورسعيد، السويس، كفر الشيخ، البحيرة، الجيزة، الأقصر، البحر الأحمر، الوادي الجديد، مطروح، شمال سيناء، جنوب سيناء.

بينما قد بلغ إجمالي عدد الأسرة في الهيئات الأخرى في جميع المحافظات (٢٧٦١) سرير في (٢٨) وحدة، وقد كانت أعلى نسبة في محافظة القاهرة بعدد (٨٧١) سرير في (٦) وحدات، في حين أن هناك العديد من المحافظات والتي لا يوجد بها أسرة ولا وحدات الخاصة بالهيئات الأخرى وهي الإسكندرية، الشرقية، كفر الشيخ، بنى سويف، الفيوم، المنيا، أسيوط، سوهاج، الأقصر، البحر الأحمر، الوادي الجديد، مطروح، شمال سيناء، جنوب سيناء.

في حين أن إجمالي عدد الأسرة في الشرطة والسجون في جميع المحافظات قد بلغ (١٣٦٨) سرير في (٢٦) وحدة، حيث كانت أعلى نسبة في محافظة الجيزة بعدد (٣٧٠) سرير في (١) وحدة، بينما هناك العديد من المحافظات التي لا يوجد بها أسرة ولا وحدات خاصة بالشرطة والسجون ومنها السويس، الإسماعيلية، دمياط، كفر الشيخ، بنى سويف، أسيوط، سوهاج، أسوان، الأقصر، البحر الأحمر، مطروح، شمال سيناء، جنوب سيناء.

في حين أن إجمالي عدد الأسرة في السكة الحديد في جميع المحافظات قد بلغ (٤٥٥) سرير في (٣) وحدات، حيث جاءت أعلى نسبة في محافظة القاهرة بعدد (٢٧٢) سرير، تليها القليوبية بعدد (١٤٥) سرير، ثم الغربية بعدد (٣٨) سرير، في حين أن باقي المحافظات لا يوجد بها أسرة ولا وحدات خاصة بالسكة الحديد في كلا منها.

ومما سبق يتضح أن محافظة سوهاج بها عدد (٩٦٥) سرير في (١) وحدة خاصة بالجامعات فقط من إجمالي الوزارات والهيئات الأخرى.

جدول رقم (١٠) يبين عدد عيادات الهيئة حسب نوع العيادة والفرع عام
(٢٠١٨)^(١)

البيان	مراكز اصابات العمل	لجان طبية	عيادات تابعة للهيئة		عيادات الطلاب			عيادات الاسنان		
			عيادات شاملة	عيادة موقع	ممارس بالمدرسة احادية	وحدات ثنائية	وحدات ثلاثية	منتفعين	طلاب مدارس	تركيبات
الإجمالي	68	37	337	659	7240	145	57	255	300	60
رئاسة الهيئة	-	1	2	-	-	-	-	9	-	2
القاهرة	4	5	42	158	1997	45	8	40	72	6
شمال غرب الدلتا	6	4	37	90	653	20	1	16	36	7
البحيرة	4	1	20	8	96	7	4	11	12	3
الغربية	7	2	21	29	304	19	8	12	10	5
كفر الشيخ	2	1	12	3	130	2	8	8	10	2
المنوفية	5	1	10	7	138	7	3	9	11	1
القليوبية	4	2	16	31	613	3	5	14	6	3
الشرقية	4	2	13	137	292	-	-	24	3	7
شمال شرق الدلتا	2	1	35	11	275	4	-	16	36	7
دمياط	1	1	8	1	87	-	-	4	5	1
القتال وسيناء	4	3	6	18	306	-	5	4	5	1
الإسماعيلية	1	1	8	5	158	-	3	8	5	1
السويس	1	1	3	1	185	3	3	3	5	1
شمال الصعيد	4	1	13	121	740	17	2	13	18	1
الفيوم	1	1	11	6	438	1	-	3	8	1
بنى سويف	1	1	10	5	138	-	-	8	1	1
المنيا	1	1	10	5	215	6	1	7	11	1
وسط الصعيد	7	2	18	18	178	3	3	14	16	3
سوهاج	2	1	13	3	155	4	-	13	12	4
جنوب الصعيد	3	2	15	1	72	4	-	9	10	-
الأقصر	1	1	6	-	41	-	-	3	3	1
أسوان	3	1	8	1	29	-	3	7	5	1

(١) الجهاز المركزي للتعبة العامة والإحصاء: الخدمات الصحية.

يتضح من خلال الجدول السابق والذي يوضح عدد عيادات الهيئة حسب نوع العيادة والفرع عام ٢٠١٨م أن إجمالي عدد عيادات الطلاب (ممارس بالمدرسة أحادية) قد بلغ (٧٢٤٠) في جميع المحافظات حيث كانت اكبر نسبة في محافظة القاهرة بعدد (١٩٩٧) عيادة، بينما كانت اصغر نسبة في محافظة أسوان بعدد (٢٩) عيادة.

بينما بلغ إجمالي عدد (عيادة موقع) (٦٥٩) في جميع المحافظات، حيث كانت اكبر نسبة في محافظة القاهرة بعدد (١٥٨)، بينما كانت اصغر نسبة في محافظة الأقصر حيث لا يوجد بها (عيادة موقع)

في حين أن إجمالي عدد العيادات الشاملة في جميع المحافظات قد بلغ (٣٣٧) حيث كانت أعلى نسبة في محافظة القاهرة بعدد (٤٢)، بينما كانت اصغر نسبة في محافظة السويس بعدد (٣) عيادات شاملة.

بينما نجد أن إجمالي عدد عيادات الأسنان (طلاب مدارس) قد بلغ (٣٠٠) حيث كانت أعلى نسبة في محافظة القاهرة بعدد (٧٢)، بينما كانت اصغر نسبة في محافظة بنى سويف بعدد (١) عيادة أسنان (طلاب مدارس).

بينما نجد أن إجمالي عدد عيادات الأسنان (منتفعين) في جميع المحافظات قد بلغ (٢٥٥)، حيث كانت أعلى نسبة في محافظة القاهرة بعدد (٤٠)، بينما كانت اصغر نسبة بعدد (٣) عيادات أسنان (منتفعين) في كل من الأقصر والفيوم والسويس.

في حين أن إجمالي عدد عيادات الطلاب (وحدات ثنائية) قد بلغ (١٤٥) في جميع المحافظات، حيث كانت أعلى نسبة في محافظة القاهرة بعدد (٤٥)، بينما كان هناك العديد من المحافظات التي لا يوجد بها عيادات الطلاب (وحدات ثنائية) وهي الشرقية، شمال شرق الدلتا، دمياط، القنال وسيناء، الإسماعيلية، بنى سويف، الأقصر، أسوان.

في حين أن إجمالي عدد مراكز إصابات العمل قد بلغ (٦٨) في جميع المحافظات، حيث كانت أعلى نسبة في محافظة الغربية ووسط الصعيد بعدد (٧)، بينما كانت اقل نسبة بعدد (١) في كل من دمياط، الإسماعيلية، السويس، الفيوم، بنى سويف، المنيا، الأقصر.

بينما نجد أن إجمالي عدد عيادات الأسنان (تركيبات) قد بلغ (٦٠) في جميع المحافظات، حيث كانت أعلى نسبة بعدد (٧) عيادة في كل من شمال غرب الدلتا، الشرقية، شمال شرق الدلتا، بينما نجد أن جنوب الصعيد جاءت في المرتبة الأخيرة حيث لا يوجد بها عيادات أسنان (تركيبات).

في حين أن إجمالي عدد عيادات الطلاب (وحدات ثلاثية) قد بلغ (٥٧)

فى جميع المحافظات، حيث كانت أعلى نسبة بعدد (٨) عيادة فى كل من القاهرة، الغربية، كفر الشيخ، بينما نجد أن هناك العديد من المحافظات التى لا يوجد بها عيادات الطلاب (وحدات ثلاثية) وهى الشرقية، شمال شرق الدلتا، دمياط، الفيوم، بنى سويف، سوهاج، جنوب الصعيد، الأقصر.

بينما قد بلغ إجمالي عدد اللجان الطبية فى جميع المحافظات (٣٧)، حيث كانت أعلى نسبة فى محافظة القاهرة بعدد (٥)، بينما كانت أقل نسبة بعدد (١) فى كل من البحيرة، كفر الشيخ، المنوفية، شمال شرق الدلتا، دمياط، الإسماعيلية، السويس، شمال الصعيد، الفيوم، بنى سويف، المنيا، سوهاج، الأقصر، أسوان.

ومما سبق نجد أن محافظة سوهاج يوجد بها عدد (١٥٥) عيادات الطلاب (ممارس بالمدرسة أحادية)، وعدد (١٣) عيادة أسنان (منتفعين)، وعدد (١٣) عيادات تابعة للهيئة (عيادات شاملة)، وعدد (١٢) عيادات الأسنان (طلاب مدارس)، وعدد (٤) عيادات الأسنان (تركيبات)، وعدد (٤) عيادات الطلاب (وحدات ثنائية)، وعدد (٣) عيادات تابعة للهيئة (عيادة موقع)، وعدد (٢) مراكز إصابات العمل، وعدد (١) لجان طبية، ولا يوجد بها عيادات طلاب (وحدات ثلاثية).

جدول رقم (١١) مؤشرات حركة المرضى بمستشفيات الهيئة طبقا للمحافظات

عام ٢٠١٨ (١)

المحافظات	نسبة شغل الاسرة	متوسط مدة الاقامة	دوران السرير
الإجمالى	49.3	2.6	75.7
القاهرة	47.2	3.6	48.4
الأسكندرية	75.0	3.1	98.0
بورسعيد	65.7	3.3	76.4
السويس	33.1	3.1	41.1
الإسماعيلية	41.7	2.6	58.2
دمياط	49.3	2.3	82.5
الدقهلية	49.7	2.5	78.9
الشرقية	56.0	2.9	71.8
القليوبية	40.6	2.9	54.6
كفر الشيخ	67.8	3.1	87.4

(١) الجهاز المركزى للتعبة العامة والإحصاء: الخدمات الصحية .

اشكالية تباين توزيع الخدمة الصحية في مصر كيميا ونوعيا

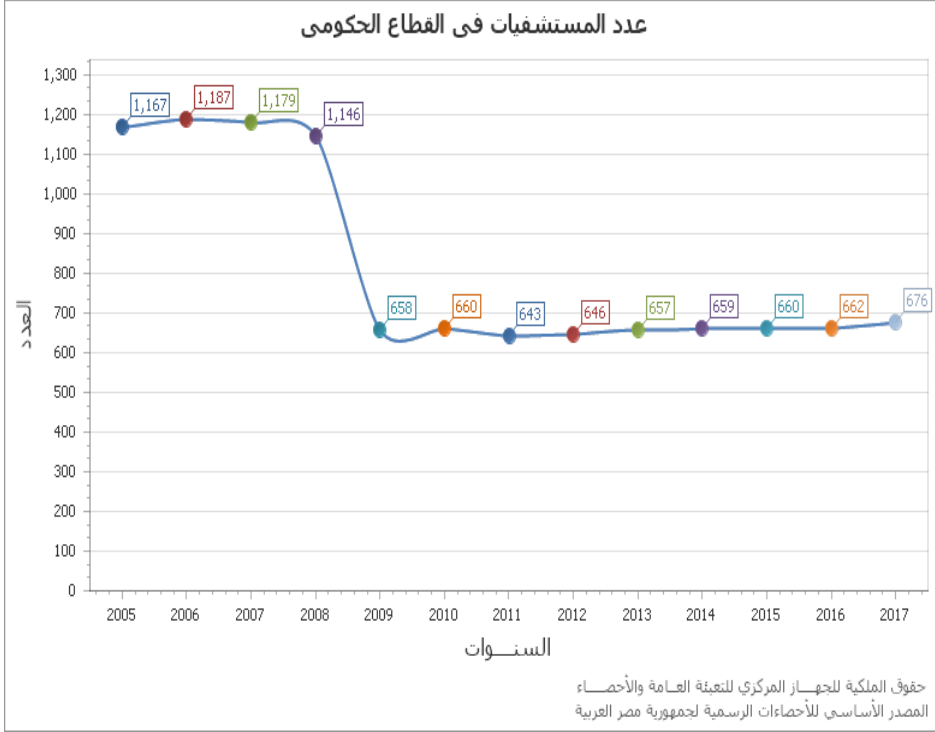
المحافظات	نسبة شغل الاسرة	متوسط مدة الإقامة	دوران السرير
الغربية	49.7	2.9	67.1
المنوفية	47.2	3.4	52.2
البحيرة	51.2	2.8	70.1
الجيزة	33.9	2.6	50.1
بنى سويف	50.5	2.0	103.3
الفيوم	55.4	2.2	94.7
المنيا	55.6	1.9	113.3
أسيوط	65.4	2.3	112.4
سوهاج	38.7	2.5	71.5
قنا	70.1	2.2	124.3
أسوان	32.0	2.9	49.9
الأقصر	63.6	2.5	92.8
البحر الأحمر	22.8	2.0	40.6
الوادى الجديد	54.4	2.1	115.7
مطروح	25.9	2.1	61.8
شمال سيناء	27.1	2.4	46.5
جنوب سيناء	16.1	1.9	31.1

يتضح من الجدول السابق والذي يوضح مؤشرات حركة المرضى بمستشفيات الهيئة طبقا للمحافظات عام ٢٠١٨م أن إجمالي نسبة شغل الأسرة قد بلغ (٤٩.٣) في جميع المحافظات، حيث نجد أن الإسكندرية جاءت في المرتبة الأولى بنسبة (٧٥)، بينما جاءت جنوب سيناء في المرتبة الأخيرة بنسبة (١٦.١).

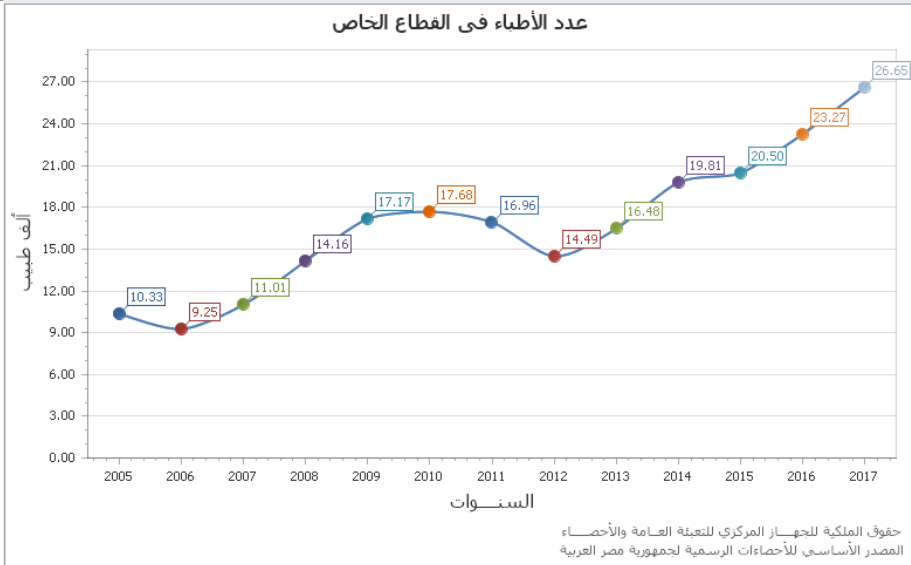
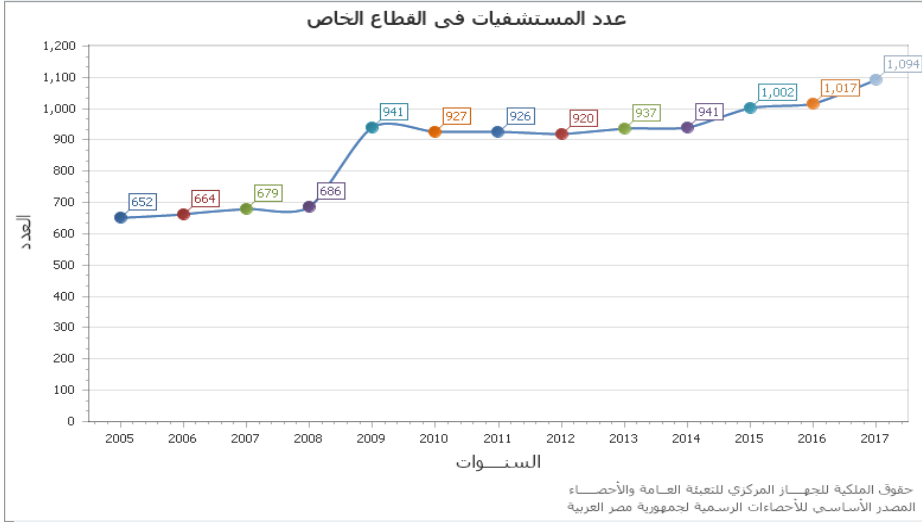
في حين أن إجمالي متوسط مدة الإقامة قد بلغ (٢.٦) في جميع المحافظات، حيث جاءت القاهرة في المرتبة الأولى بنسبة (٣.٦)، بينما جاءت نسبة (١.٩) في المرتبة الأخيرة في كل من المنيا، جنوب سيناء. بينما نجد أن إجمالي نسبة دوران السرير قد بلغت (٧٥.٧) في جميع المحافظات، حيث كانت النسبة الأكبر في محافظة قنا والتي بلغت (١٢٤.٣)، بينما جاءت في المرتبة الأخيرة جنوب سيناء والتي بلغت (٣١.١).

ومما سبق يتضح لنا أن محافظة سوهاج قد بلغت بها نسبة شغل الأسرة (٣٨.٧)، بينما بلغ متوسط نسبة الإقامة بها (٢.٥) في حين أن نسبة دوران السرير قد بلغ بها (٧١.٥).

شكل رقم (٢) يبين رسم بياني لعدد المستشفيات في مصر



شكل رقم (٣) يبين رسم بياني لعدد الأطباء في مصر



حيث تعتمد الرعاية الصحية على القطاع الحكومي بالدرجة الأولى في معظم مجتمعات العالم، وفي مجتمعنا المصري تتصدر الحكومة قيادة تقديم الخدمة والرعاية الصحية من خلال:

(١) وزارات الصحة والتعليم العالي والدفاع والداخلية والنقل والمواصلات والأوقاف وغيرها.

(٢) كما يتصدر القطاع العام هو الآخر موقعاً متميزاً في تقديم تلك الخدمات من خلال هيئة التأمين الصحي وهي المسنولة عن تنفيذ قانون التأمين الصحي للعاملين في الحكومة وهيئات الإدارة المحلية، وهيئات العامة،

والمؤسسات العامة تحت رقم (٧٥) لسنة ١٩٦٤. وتشارك المؤسسة العلاجية في تقديم الخدمات الصحية عن طريق المستشفيات الخاصة التي خضعت للتأمين لتنفيذ مشروع التأمين الصحي، وتضم مؤسسات علاجية تتبع محافظة القاهرة (ويتبعها ١١ مستشفى)، ومحافظة الإسكندرية (ويتبعها ٥ مستشفيات).

ويأتي القطاع الثاني (الخاص) بعد القطاع الحكومي في تقديم الخدمة والرعاية الصحية، وهو يشمل كافة المستشفيات والعيادات الخاصة التي توفر الخدمة للمواطنين باجر نقدي بناءً على قوى العرض والطلب، على أن تقوم وزارة الصحة بالرقابة على نشاط هذا القطاع الذي يؤدي دوره من خلال تلك المستشفيات والعيادات الخاصة. والملاحظ أن ما يزيد عن ٨٠% من أطباء الحضر - في مصر - يعملون في عيادات خاصة بعد تكملة عملهم في مستشفيات وزارة الصحة والقطاع العام. كما تسمح الوزارة أيضاً لأطباء المناطق الريفية بالزيارات المنزلية للمرضى، وإجراء الفحوص الخاصة بأجر داخل الوحدات الصحية بعد الظهر يومياً، كما يمتلك معظمهم عيادات خاصة، وقليل منهم يمتلك مستشفى صغيراً.^(١)

المبحث الرابع - المشكلات التي تواجه تقديم الخدمات الصحية في

مصر لمستحقها:

تتعدد المشكلات التي تقف عائق أمام تحقيق نهضة في مجال الخدمات الصحية في مصر خاصة أن سوء جودة الخدمات الصحية المقدمة من الدولة كانت أحد اهم دوافع ثورة الخامس والعشرين من يناير والتي حملت في طياتها نبراس امل لتطوير المنظومة وجعلت من حلم النهضة الصحية خاصة على المستوى الوقائي امر مشروعاً الا أن هذا التعدد في المشكلات يقف حائلاً امام تحقيق هذه النهضة وعلى سبيل المثال فهناك مشاكل تشريعية ومشاكل تمويلية ومشاكل في مستوى تقديم الخدمة نفسه.^(٢)

تقديم الخدمة الصحية في مصر بمعايير وجودة أفضل، أزمة باتت تشكل عبئاً على أكتاف الساعين لتطويرها، نتيجة لتراكم العديد من المشكلات على مدى عشرات السنين، بما يتضمنه ذلك من أزمات تتطلب وقتاً طويلاً لحلها.

(١) على محمد الكاوي: علم الاجتماع الطبي والمشكلات الصحية، مركز جامعة القاهرة للتعليم المفتوح، ٢٠١٣، ص ١٤٦

(٢) تحسين مستوى الخدمات الصحية في مصر: ورقة سياسات - تصدرها " وحدة تحليل السياسة العامة وحقوق الإنسان " - التابعة لمؤسسة " ماعت للسلام والتنمية وحقوق الإنسان " - في إطار مشروع " الاستعراض الدوري الشامل كأداة لتحسين السياسات العامة خلال المرحلة الانتقالية " - ١٤ ابريل ٢٠١٦ - ص ٧.

ويبرز من بين تلك المشكلات المزمنة ضعف الإنفاق والمخصصات المالية، خاصة أن الدستور المصرى لم يخصص أكثر من ٣% من ميزانية الدولة لصالح الصحة، بالإضافة إلى غياب الرقابة على المؤسسات الصحية، وتعدد الهياكل الطبية، والعجز بهيئات التمريض، واحتكار سوق الأدوية والمستشفيات.

ويظهر اندماج تلك المشكلات فى الوحدات الصحية بالمحافظات، والتي تعاني بطبيعة الحال من نقص فى جميع المستلزمات الطبية، والأطقم الطبية بكل عناصرها، الأمر الذى يضعف من قدرة المستشفيات الحكومية على القيام بدورها فى تقديم خدمة صحية لائقة، كما يعرض حياة البعض للخطر فى بعض الأحيان. هناك أيضاً مشكلة تضاف إلى ما سبق، هى زيادة نسبة الأخطاء الطبية مؤخراً، بشكل جعل من الإقدام على عملية جراحية فى مستشفى حكومى أو حتى خاص جزءاً من مخاطرة يمكن أن تفضى إلى الموت فى بعض الأحيان، كما أكدت عدة شواهد وحوادث على أن الإهمال الطبى بات ملفاً ينبغى النظر بشأن معالجته بأسرع ما يمكن، كما أن الأمر يدق ناقوس الخطر بشأن مستوى الخريجين، والذى يبدو أنه فى انحدار دائم بعد تخريج الجامعات الخاصة أعداداً كبيرة لتبدأ رحلتها فى سوق العمل.^(١)

المبحث الخامس - تجارب دولية فى مجال تطوير الخدمات الصحية^(٢):

- تجربة هولندا:

سوف نعرض هنا دراسة صادرة عن المعهد الدولى للدراسات الاجتماعية -

هولندا - "International Institute for social studies-

Netherlands

هدف الدراسة:

معرفة أثر عدم المساواة فى مجال الصحة على النمو الإقتصادي فى بلدان الدخل المنخفض والمتوسط.

وتبحث هذه الدراسة فى ما إذا كان عدم المساواة فى المجال الصحى يعوق النمو فى البلدان منخفضة الدخل ومتوسطة الدخل أم لا ؟، فالبلدان التي يكون لدى الفقراء فيها حالة صحية نسبية أفضل قياساً إلى الأغنياء تتمتع بدخل أعلى.

نتائج الدراسة:

وبصورة عامة تشير نتائج هذه الدراسة إلى أنه للحد من عدم المساواة فى

(١) أية دعبس: ١٠ مشكلات تواجه المنظومة الصحية فى مصر، يناير ٢٠١٥، ص٤٥، متاح

على <https://www.youm7.com>

(٢) مركز المعلومات ودعم اتخاذ القرار: تجارب دولية لتطوير الخدمات الصحية، مارس،

٢٠٠٥، ص٧٦

المجال الصحي، يجب على واضعي السياسات توجيه جهودهم إلى تحسين صحة السكان وخصوصاً من هم أكثر فقراً، وذلك لأنه في أنحاء عديدة من العالم مازالت مرافق الرعاية الصحية الجيدة تتركز إلى حد كبير في المناطق الحضرية، والتي غالباً ما تستبعد الريف الفقير من خدماتها، كما يتوفر التأمين الصحي الرسمي عادةً للموظفين في القطاع العام والقطاع الخاص الرسمي فقط، بينما غالبية القوى العاملة التي تعمل في القطاع غير الرسمي، غير المؤمن عليهم، بل أن أدوية مرض الإيدز- على سبيل المثال - والذي انتشر بصورة هائلة في السنوات القليلة الماضية، خصوصاً في البلدان الأفريقية، مازال لم يصل إلى الكثير من المناطق الريفية الفقيرة والنائية، وعلاوة على ذلك ينبغي استكمال هذه السياسات بسياسات تتركز على السلوك المرتبط بالصحة والتعليم.

٢ - تجربة فرنسا

تعد فرنسا دولة من الدول المتقدمة في مجال الرعاية الصحية؛ حيث بلغت نسبة الإنفاق العام على الصحة ١٤% من إجمالي الإنفاق العام للدولة عام ٢٠٠٦م^(١)، حيث أولت اهتماماً خاصاً بالخدمات الصحية، ومحاولة توفيرها للجميع.

أهم المشكلات التي تواجه القطاع الصحي في فرنسا:
فبالرغم من تقدم الدولة في مجال الرعاية الصحية، إلا أنه يعد ارتفاع تكاليف الخدمات الصحية أحد أهم المشكلات، حيث ارتفع إجمالي الإنفاق العام على الصحة من ٩.٥% من الناتج المحلي الإجمالي، إلى ١٤% عام ٢٠٠٦م
ومن ثم فقد اتبعت مجموعة من الخطوات من أجل التغلب على مشكلة زيادة العجز المستمر في ميزانية وزارة الصحة في الإنفاق على الخدمات الصحية، ومن هذه الخطوات:

- ١) زيادة أسعار المبيت في المستشفيات:
 - ٢) زيادة الضرائب المفروضة على شركات الأدوية:
 - ٣) تحويل نسبة من الضرائب على التبغ إلى وزارة الصحة:
- أهم نتائج هذه السياسات:

- من المتوقع أن تؤدي زيادة مساهمة أصحاب المعاشات إلى ارتفاع موارد التأمينات بمقدار ٥٦٠ مليون يورو سنوياً.
- كذلك من المتوقع أن تؤدي زيادة مساهمة أصحاب العمل إلى ارتفاع موارد التأمينات بحوالي ٧٨٠ مليون يورو سنوياً.

٣- تجربة إنجلترا:

وكذلك نجد أن إنجلترا من البلاد التي اتبعت مجموعة من السياسات من

(١) تقرير المجلس القومي لخدمات التنمية الاجتماعية، الدورة الثامنة والعشرين، القاهرة ٢٠٠٨،

أجل تطوير الخدمة الصحية، ولكنها واجهت العديد من المشكلات التي حاولت إيجاد حلول لها لكي ترتقي بمستوى جودة الخدمة فيها.

وكانت أهم المشكلات التي واجهت القطاع الصحي في إنجلترا:

- (١) ارتفاع التكاليف الإدارية للوحدات الطبية.
- (٢) انخفاض الكفاءة الإدارية لقطاع الصحة نتيجة المركزية.
- (٣) نقص الموارد البشرية العاملة في مجال تقديم الخدمات الصحية.

السياسات التي اتبعتها للتغلب على هذه المشكلات:

ففي واقع الأمر بدأت إنجلترا في تنفيذ حزمة من سياسات الإصلاح الصحي مع بدايات ١٩٩٠م، من أجل رفع المستوى الصحي، وكان مضمون هذه السياسات:

• تطوير أداء الخدمات الصحية (بتطبيق اللامركزية)

• إنشاء وحدات صحة الأسرة **Family Health**

• إنشاء مجالس الصحة المحلية:

وكانت نتائج هذه السياسات والآليات:

انخفاض عدد المرضى في قوائم الانتظار بحوالي ٧٠ ألف حالة في الفترة من ١٩٩١ حتى عام ١٩٩٩م.

٤- تجربة اليابان:

وتعتبر اليابان أيضاً من الدول التي اتبعت مجموعة من السياسات من أجل الإرتقاء بمستوى الخدمة الصحية فيها، ولكنها في بداية الأمر عملت على التغلب على المشكلات التي كانت تعاني منها.

أهم المشكلات التي تواجه القطاع الصحي في اليابان

• عدم الاستقرار المالي، نتيجة انخفاض معدلات نمو الإيرادات من ناحية، وارتفاع معدلات الإنفاق من ناحية أخرى.

• تحدد الحكومة أسعار الخدمات دون مراعاة للاختلاف في مستوى الجودة بين مقدمي الخدمة.

• ارتفاع متوسط مدة الإقامة بالمستشفيات مقارنة بالدول المتقدمة، مما يؤدي إلى ارتفاع تكاليف الرعاية الصحية.

• ارتفاع معدلات استهلاك الأدوية حيث تأتي اليابان في المرتبة الثالثة بين دول العالم من حيث متوسط استهلاك الأدوية.

• عدم كفاءة القوانين الحكومية المنظمة لقطاع الخدمات الصحية.

السياسات المتبعة لتطوير الخدمة الصحية:

ولذلك اتبعت الدولة مجموعة من السياسات من أجل التغلب على هذه

المشكلات، حيث بدأت اليابان في تنفيذ سياسات إصلاح قطاع الصحة عام ١٩٩٢م، وقد تضمنت هذه السياسات ما يلي:

١) تطوير قطاع التأمين الصحي

٢) تطوير قطاع الأدوية

٣) تحسين جودة الخدمات الصحية

٤) خفض الإنفاق على الصحة

النتائج التي حققتها اليابان من هذه السياسات:

- بالفعل حدث انخفاض في تكاليف الرعاية الصحية المقدمة لكبار السن، نظراً

لانخفاض تكلفة العلاج بالمنازل مقارنة بالتكلفة المثيلة في المستشفيات.

- انخفاض هامش ربح بيع الأدوية ١٥% إلى ٥% فقط عام ١٩٩٨م، مما

يشجع على خفض استهلاك الأدوية.

٥- تجربة الهند:

وتعتبر الهند أيضاً من البلاد التي عملت على تطوير الخدمات الصحية

التي تقدمها لمواطنيها ولكن في الوقت ذاته كانت تعاني من مجموعة من

المشكلات والتي وضعت لها مجموعة من السياسات للتغلب عليها.

أهم المشكلات التي تعاني منها الهند:

• انخفاض حجم الموارد المالية المخصصة للإنفاق العام على قطاع الصحة

وما ترتب عليه من انخفاض الاستثمار العام في مجال الصحة.

• ارتفاع تكاليف الرعاية الصحية.

ولذلك اتبعت الهند مجموعة من السياسات من أجل التغلب على

المشكلات السابقة، ومن ثم تطوير مستوى الخدمة الصحية فيها، فبدأت في

تطوير قطاع الصحة فيها منذ عام ١٩٨٣ م، من خلال اتباع مجموعة من

السياسات منها:

زيادة التعاون مع القطاع الخاص من خلال:

أ- التعاقد مع القطاع الخاص

ب- المشاركة في تنفيذ برامج الصحة العامة

ج- إنشاء قاعدة بيانات صحية

وأثمرت نتائج هذه السياسة عن:

أصبح القطاع الخاص يمثل المصدر الرئيسي للإنفاق على الصحة، حيث

يمثل الإنفاق الخاص حوالي ٨٢% من إجمالي الإنفاق على الصحة عام ٢٠٠٠

م، بما يوازي ٤.٠٢% من الناتج المحلي الإجمالي.

وفي هذا السياق يتبادر إلى الذهن سؤال يحتاج إلى إجابة وهو:

كيف يمكن الاستفادة من هذه التجارب الرائدة من أجل تطوير النظام الصحي في

مصر؟

يمكن الاستفادة منها من خلال الانتباه إلى ضرورة إيجاد بدائل آمنة

لرعاية المرضى الفقراء، فالبديلان السابقة قد أوجدت بدائل لرعاية الفقراء

صحيحاً، ففي الهند وبالرغم من أنها عملت على زيادة التعاون مع القطاع الخاص، إلا أن الحكومة قد تحملت الفرق في سعر كافة الخدمات الصحية المقدمة للمرضى الفقراء، وكذلك عملت على زيادة دور مؤسسات المجتمع المدني في تقديم الخدمات الصحية لهم، حيث ينصب الاهتمام الرئيسي لهذه المنظمات على تقديم الرعاية الصحية الأولية، خاصة في ظل ما يمكن أن تقدمه هذه المنظمات من مساعدات لتنفيذ برامج الصحة العامة.

حتى في الولايات المتحدة الأمريكية التي تعتبر من رواد أنصار سياسة الخصخصة بل والمصدرة لها أيضاً، إلا أنها أدركت خطورة الموقف، وعملت على رعاية الفقراء وتوسيع مظلة التأمين الصحي لكل المواطنين، سواء كان تأميناً عاماً، أو خاصاً، وكذلك نجد أن كل مواطن في فرنسا - أيضاً - مؤمن عليه، إما تأميناً عاماً أو خاصاً.

وعند تدقيق النظر في تجربة اليابان، والتي تعتبر أيضاً من التجارب الرائدة في مجال تطوير الخدمات الصحية، فنجد أنها عملت على تطبيق نظام التأمين الصحي طويل الأمد لرعاية كبار السن في منازلهم، حتى توفر تكاليف الإقامة في المستشفيات، وبالفعل حدث تطور في انخفاض مجمل هذه التكاليف المتعلقة برعاية المرضى، وكذلك عملت على تطوير قطاع الأدوية، وأثمرت الجهود أيضاً عن خفض هامش ربح بيع الأدوية من ١٥% إلى ٥% فقط عام ١٩٩٨م، مما يشجع على خفض استهلاك الأدوية.

بدأت بريطانيا في تنفيذ حزمة من سياسات الإصلاح الصحي مع بدايات ١٩٩٠م، وكان مضمون هذه السياسات هو إنشاء وحدات صحة الحي وصحة الأسرة التي تتخصص في تقديم الرعاية الصحية الأولية للأفراد، فما المانع أن تقوم الحكومة المصرية بتطبيق مشروع طبيب الأسرة في مصر، مع تطبيق نظام الإحالة من مستوى إلى مستوى آخر حتى يقل الضغط على المستشفيات المتخصصة.

فالعلاج على نفقة الدولة بالخارج هو مسئولية الدولة لإتاحة الرعاية الطبية بالخارج في حدود إمكانياتها، وحيث يكون التشخيص والعلاج بالداخل أقل من مثيله في الدول المتقدمة ففي بعض الحالات يكون توفير العلاج في هذه الدول من المسئولية الاجتماعية للدولة.

والسؤال هنا: هل كل المواطنين لهم الحق في السفر للعلاج بالخارج - إذا استحال فرص علاجهم بالداخل؟ أم هنا تتدخل أبعاد أخرى تحسم هذه القضية؟ مثل العلاقات المتشابكة والوساطة والمستوى الاجتماعي للمريض وغيرها من الأبعاد!؛ أو بمعنى آخر هل العلاج بالخارج المستفيد منه بنسبة أكبر هم الفقراء أم الأغنياء والمشاهير- فنانون وسياسيون - وغيرهم من القيادات المسئولة؟

والإجابة بالطبع محسومة فالملاذ الوحيد للفقراء هو المستشفيات

الحكومية بالإضافة إلى هذا البرنامج المتناقض المسمي " بقرار العلاج على نفقة الدولة "- أي العلاج في المستشفيات والمعاهد داخل الجمهورية - والذي يفترض أنه موجه للمستفيدين الفقراء وهذا الأمر غير واضح، حيث أن العلاج في الدولة أصله علاج مجاني، ولكن مع وجود هذا البند من المصروفات أصبحت المستشفيات والمعاهد تصر على تقاضي المبالغ المعتمدة من المجالس الطبية لإدخال المريض وإجراء الفحوصات أولاً، وأدى ذلك إلى وجود ازدواج في صفة المريض، حيث أن هناك من هم من الجمهور الذين يتم علاجهم بالمجان، وآخرون يعالجون بالمجان ولكن على نفقة الدولة، وبالتالي أصبح هذا النظام يكبد الدولة تكاليف لها صفة الازدواج.^(١)

أن - العلاج على نفقة الدولة - والموجه للمواطنين الفقراء الذين لا يقعون تحت مظلة التأمين الصحي الاجتماعي والذي تخصص له وزارة المالية، ووزارة الصحة والسكان حوالي ١.٧ بليون جنيه مصري، والذي يفترض أنه يخدم هؤلاء المواطنين البسطاء، ولكنه تحول إلى مورد للمستشفيات العامة لتقديم العلاج المنتظم والمفترض أنه مجاني.^(٢)

ويتطلب الأمر إعادة صياغة للعلاقة بين الدولة ومؤسسات العلاج لكي يستفيد الفقراء بهذا البرنامج وتستخدم كل الموارد المتاحة من أجل توسيع نطاق تغطية التأمين الصحي ليشمل كل المواطنين كما هو موجود في كثير من الدول المتقدمة مثل كندا وفرنسا، ففي فرنسا كل فرد مؤمن عليه صحياً، إما تأميناً حكومياً أو في شركات التأمين الخاصة، ويختلف وفقاً للدخل ولكن الخدمة الصحية واحدة ولا يزيد ما يُحصَل من العامل علي ٢.٥% من المرتب.^(٣)

فمثلاً لو تأملنا مصادر التمويل في مصر علي الخدمات الصحية لوجدنا أنها تتسم بعدم الكفاءة فيتحمل المواطن ما يزيد عن ٦٠% من مصروفات الرعاية الصحية من نفقاتهم الخاصة، والنسبة الباقية موزعة علي باقي الوزارات، سواء وزارة الصحة أو المالية، أو الهيئة العامة للتأمين الصحي، وشركات القطاعين العام والخاص التي تقدم تغطية تأمينية للعاملين بها.

ويمكن أن تستغل هذه الموارد والميزانية المخصصة في تحسين كفاءة الخدمة الصحية المقدمة في المستشفيات العامة والمركزية المجانية، بدلاً من كل هذا التشتت الذي يرهق المواطن، ويحمله أعباء مادية ونفسية هو في غنى عنها مادامت المحصلة النهائية واحدة؛ وهي السماح بعلاجهم متى احتاج إلى ذلك.

(١) تقرير المجلس القومي للخدمات والتنمية الاجتماعية، الدورة الخامسة والعشرون، مرجع سابق، ص ٨٨.

(٢) تقرير التنمية البشرية لمصر ٢٠٠٥، ص ٧٧. متاح على

<https://www.un.org/ar/esa>

(٣) المجالس القومية المتخصصة: الدورة الخامسة والعشرون، القاهرة ١٩٩٩، ص ٩٠. متاح

على <http://library.mwri.gov.eg/cg>

ومن كل ما سبق نجد أنه من الضروري البحث عن نظام صحي آمن يغطي كل أفراد المجتمع سواء كانوا أغنياء أم فقراء، حتى لو تحمل المواطن في سبيل ذلك بعض التكاليف والتي سوف تكون في النهاية هي حماية له من أخطار المرض.

المراجع

- ١- الكتاب الطبي الجامعي "إدارة الصحة" : منظمة الصحة العالمية ، الطبعة العربية ، أكاديمية انترناشيونال ، ٢٠٠٢ م ، ص ٢٠ .
- ٢- عزة عبد العزيز سليمان : دراسة لمستوى الخدمات الصحية في محافظات جمهورية مصر العربية " دراسة التوطن الصناعي في مصر عام ٢٠٠٠ " ، مذكرة خارجية رقم (١٤٣٢) ، معهد التخطيط القومي ، يناير ١٩٨٧ ، ص ٩ .
- ٣- ورقة سياسات تطوير منظومة الخدمات الصحية بالمستشفيات الحكومية - مركز هي للسياسات العامة Heya center for public policy - القاهرة - يناير ٢٠١٦
- ٤- سيلفيا شيفولو : الطب والأطباء في مصر ، بناء الهوية المهنية والمشروع الطبي ، ماجدة أباطة مترجماً ، طارق يوسف محرراً ، المجلس الأعلى للثقافة ، عدد ٩٥٥ ، الطبعة الأولى ، ٢٠٠٥ ، ص ٣١٣ ، ٣١٤
- ٥- الحالة الصحية والخدمات الصحية في مصر : دراسة تحليلية للوضع الراهن ورؤى مستقبلية ، جمعية التنمية الصحية والبيئية ، برنامج السياسات والنظم الصحية ، ط ٢ ، ٢٠٠٥ ، ص ٨ .
- ٦- يحي محمد عبد القادر : نموذج اقتصادي قياسي لمستقبل الخدمة الطبية في مصر، رسالة مقدمة للحصول على درجة الزمالة في العلوم الإدارية " أكاديمية السادات للعلوم الإدارية " ، ٢٠٠٥ ، ص ١٢
- ٧- الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء : السكان والغذاء في مصر ، فبراير ٢٠٠٨ ، ص ٢٥
- ٨- مركز دعم المعلومات واتخاذ القرار : التحديات التي تواجه قطاع الصحة في مصر وسياسات التغلب عليها ، مارس ٢٠٠٥ ، ص ٧

٩- ماجدة إمام حسن : التنمية الاجتماعية في مرحلة الاصلاح الاقتصادي "دراسة سوسيولوجية للمؤشرات الاجتماعية ، مؤشرات نوعية الحياه ، رسالة دكتوراه ، كلية الآداب ، قسم اجتماع ، جامعة عين شمس ، ٢٠٠٧ ، ص ٨٦.

١٠- ابتسام علام وآخرون، الصحة والبيئة : دراسات اجتماعية وأثروبولوجية، مركز البحوث والدراسات الاجتماعية، القاهرة، ٢٠٠١م، ص ١٨٦.

١١- Francios champagne & others : organizational and Environmental Determinants of the performance of public Health units , social science& medicine (Journal) ,Vol .73,No ,1993 ,p. 85

١٢- مركز المعلومات ودعم اتخاذ القرار: قطاع المعلومات المحلية، متاح على

<https://www.idsc.gov.eg/IDSC/Default.aspx>

١٣- سمير فياض : " دراسة النظام الصحى فى مصر و مشروع الاصلاح الصحى - قانون التأمين الصحى القومى الشامل ديسمبر ٢٠٠٥ " ، جريدة الاهالى (١-٨ فبراير ٢٠٠٦) ، متاح على

www.al-ahaly.com

١٤- تحسين مستوى الخدمات الصحية فى مصر : ورقة سياسات - تصدرها " ودة تحليل السياسة العامة و حقوق الانسان " - التابعة لمؤسسة " ماعت للسلام و التنمية و حقوق الانسان " - فى اطار مشروع " الاستعراض الدورى الشامل كأداة لتحسين السياسات العامة خلال المرحلة الانتقالية " - ١٤ ابريل ٢٠١٦ - ص ٧

١٥- اية دعيبس : ١٠ مشكلات تواجه المنظومة الصحية فى مصر.. أبرزها ضعف المخصصات المالية وغياب الرقابة.. وعجز هيئات التمريض واحتكار بعض الشركات سوق الأدوية ، الاربعاء ٢٨ يناير

٢٠١٥ متاح على <https://www.youm7.com>

١٦- مركز المعلومات ودعم اتخاذ القرار : تجارب دولية لتطوير الخدمات الصحية ، مارس ، ٢٠٠٥

- ١٧- تقرير المجلس القومي لخدمات التنمية الاجتماعية ، الدورة الثامنة والعشرين، القاهرة ٢٠٠٨ ، ص ٥٠ ، متاح على <http://library.mwri.gov.eg/cgi>
- ١٨- الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء : علاج المواطنين على نفقة الدولة بالداخل والخارج خلال الفترة ١٩٨٠-٢٠٠٦ م ، يونيو ٢٠٠٧ ، ص ٩ .
- ١٩- تقرير المجلس القومي للخدمات والتنمية الاجتماعية، الدورة الخامسة والعشرين، مرجع سابق ، ص ٨٨ .
- ٢٠- تقرير التنمية البشرية لمصر ٢٠٠٥ ، ص ٧٧ . متاح على <https://www.un.org/ar/esa>
- ٢١- المجالس القومية المتخصصة : الدورة الخامسة والعشرون ، القاهرة ١٩٩٩ ، ص ٩٠ . متاح على <http://library.mwri.gov.eg/cg>