

جمعيّة التنمية الصحيّة و البيئيّة  
برنامج السياسات و النظم الصحيّة

# الحالة الصحيّة والخدمات الصحيّة في مصر

دراسة تحليليّة للوضع الراهن و رؤى مستقبليّة

## إعداد ونشر

برنامج السياسات و النظم الصحيّة  
جمعيّة التنمية الصحيّة و البيئيّة

## هذا الكتاب..

اهتمت جمعية التنمية الصحية والبيئية منذ نشأتها بمناقشة القضايا الصحية العامة والنوعية خاصة فيما يتعلق بالنظم الصحية واستراتيجيات وسياسات الرعاية الصحية. واعتمدت الجمعية في ذلك على عدد من الأدوات كان من أهمها عقد المؤتمرات والندوات. ومنها على سبيل المثال مؤتمر "السياسات والاستراتيجيات الصحية في مصر" عام ١٩٩١. ومؤتمر "الاستخدام الرشيد للدواء" عام ١٩٩٣. ومؤتمر "بإتجاه التأمين الصحي الاجتماعي الشامل" عام ٢٠٠٣. وكان من هذه الأدوات نشرة الجمعية "منبر الصحية والبيئة" والتي استخدمت في نشر المقالات وفتح قناة للحوار حول القضايا الصحية. وكان من أهم هذه القضايا: الرعاية الصحية الأساسية في مصر - التأمين الصحي في مصر - قضايا صحة المرأة - جودة الرعاية الصحية.. الخ. كما أصدرت الجمعية عدداً من الدراسات والأبحاث منها: أثر اتفاقية الجات على الصناعة الدوائية في مصر - الوضع الراهن للحالة الصحية للمرأة في مصر.. الخ. كما عقدت العديد من الندوات حول محددات الصحة في مصر وأيضاً تأثر صحة المواطنين في مصر بالمتغيرات الاقتصادية العالمية.

وامتداداً لهذه الأنشطة. نشأت فكرة إصدار ونشر تقرير دوري عن الحالة الصحية والخدمات الصحية في مصر. ولم يكن الهدف من التقرير تكرار الجهود العديدة التي تبذلها جهات متعددة باصدار تقارير صحية. وإنما كان الهدف هو رصد وتحليل الواقع المصري الصحي من وجهة نظر المجتمع المدني الذي تنتمي إليه جمعية التنمية الصحية والبيئية.

ومنذ نشأة هذه الفكرة. حرصت الجمعية - ممثلة في برنامجها: برنامج السياسات والنظم الصحية - على استدعاء أكبر عدد ممكن من ذوي الرأي والخبرة في الصحة. كما حرصت على تمثيل أكبر عدد من الجهات المعنية بالصحة في مصر - وإن كان تمثيلاً غير رسمي - للمشاركة في الإعداد والتخطيط لإصدار مثل هذا التقرير. ونعني الإصدار الأول منه. فبدأ المشروع بعقد عدد كبير من الندوات المصغرة دعي إليها عدد من الخبراء في مجال الرعاية الصحية يمثلون قطاعات مختلفة وتخصصات مختلفة للمساهمة مع الجمعية في وضع الإطار الفكري والمنهجي للتقرير. والاتفاق على محتويات التقرير (أبوابه وفصوله). إضافة إلى المساهمة في تحديد محوري الفصول المختلفة.

وقد تلى ذلك خطوات عديدة تمثلت في الاتفاق النهائي على محتويات التقرير وطريقة تقسيم فصوله. ثم الاتفاق مع عدد من المحررين الأساسيين وفاق عددهم العشرة محررين من قطاعات وتخصصات مختلفة. وطلب من أغلب المحررين كتابة ثلاث مسودات متتالية. الأولى لمراجعتها وفقاً للبنود المتفق عليها سلفاً. ثم الثانية للعرض على عدد أوسع من الخبراء في إطار مائدة حوار للوصول للمسودة النهائية التي تراعي قدر الإمكان المقترحات والتوصيات الناتجة عن النقاش بمائدة الحوار. وكان الحرص على هذه الخطوات المطولة هادفاً إلى إشراك أكبر عدد من المتخصصين والمهتمين بقضايا الصحة في مصر وفتح الباب للآراء المختلفة قدر الإمكان.

وقد اعتمد الإصدار الأول من "تقرير الحالة الصحية والخدمات الصحية في مصر" والذي بين أيديكم الآن على البيانات والمعلومات المتاحة بالفعل مع محاولات جادة لتدقيقها. لكننا لم نلجأ لإنتاج بيانات جديدة من خلال أبحاث خاصة بالتقرير.

وقد روعي في الإصدار الأول من التقرير أن يغطي أكبر قدر من قضايا الرعاية الصحية العامة والنوعية - دونما تفاصيل كثيرة - وأن يأتي تحليلياً قدر الإمكان. قد يجد القارئ اختلافاً في منهج التحليل واستنتاج الرؤى المستقبلية بين فصل وآخر - باختلاف المحررين واختلاف القضايا - الأمر الذي وجدناه مفيداً ومثيراً لفتح الحوار. على أنه قد يتم الاتفاق على توحيد مناهج التحليل في الإصدارات التالية.

ونتمنى في النهاية أن نكون قد قدمنا تقريراً متكاملًا بعض الشيء يمكن البناء عليه ويمكن تطويره في الإصدارات التالية.

برنامج السياسات والنظم الصحية  
جمعيّة التنمية الصحية والبيئية

# إهداء

تهدي "جمعية التنمية الصحية والبيئية"  
هذا العمل لروح العالم الجليل

الأستاذ الدكتور

زهير محمد نكمان

مؤسس الجمعية

والعميد المؤسس لكلية الطب - جامعة قناة السويس



## المحررون<sup>1</sup>

### ● إسماعيل يوسف

- أستاذ الأمراض النفسية - كلية الطب - جامعة قناة السويس
- عضو جمعية التنمية الصحية والبيئية، وعضو مجلس إدارتها سابقاً

### ● جمال السمره

- أستاذ طب الصناعات - كلية الطب - جامعة القاهرة

### ● سلمى جلال

- أستاذ طب المجتمع - كلية الطب (بنات) - جامعة الأزهر

### ● علاء شكر الله

- استشاري إعاقات الطفولة
- رئيس مجلس إدارة جمعية التنمية الصحية والبيئية

### ● محمد حسن خليل

- استشاري أمراض القلب - الهيئة العامة للتأمين الصحي
- عضو جمعية التنمية الصحية والبيئية، ورئيس مجلس إدارتها السابق

### ● محمد رءوف حامد

- أستاذ علم الأدوية بالهيئة القومية للرقابة والبحوث الدوائية
- عضو مجلس إدارة غرفة الدواء - اتحاد الصناعات المصرية
- عضو لجنة الثقافة العلمية بالمجلس الأعلى للثقافة - مصر
- عضو مجلس إدارة جمعية التنمية الصحية والبيئية

### ● مهدي التحيوي

- أستاذ طب المجتمع - كلية الطب - جامعة عين شمس

### ● نادية رزق الله

- أستاذ طب المجتمع - كلية الطب - جامعة قناة السويس
- عضو جمعية التنمية الصحية والبيئية، ومستشار برنامج السياسات والنظم الصحية

---

<sup>1</sup> الأسماء مرتبة تصاعدياً وفقاً للأجدية العربية

### ● نجوى خلاف

- مدير تنفيذي بمشروع صحة الأم والطفل - وزارة الصحة والسكان
- عضو جمعية التنمية الصحية والبيئية

### ● هالة الدمنهوري

- أخصائي أمراض النساء والتوليد
- عضو جمعية التنمية الصحية والبيئية. وعضو مجلس إدارتها سابقاً

### ● هبة نصار

- أستاذة الاقتصاد - كلية الاقتصاد والعلوم السياسية - جامعة القاهرة

### ● يوسف وهيب

- أستاذ طب المجتمع - كلية الطب - جامعة قناة السويس
- عضو جمعية التنمية الصحية والبيئية

## المحتويات

١	مقدمة عن التطور التاريخي للرعاية الصحية في مصر
١	مقدمة
٢	علامات أساسية في تطور الرعاية الصحية من العصور القديمة للعصور الحديثة
٤	مصر والنموذج الغربي "الحديث" للرعاية الصحية
٦	تأسيس الجامعة المصرية وإنشاء كلية الطب (١٩٢٥)
٨	تطورات الرعاية الصحية والتعليم الطبي في الحقبة الناصرية
٨	المراجع

## الجزء الأول: وصف وتقييم النظام الصحي في مصر

١١	الفصل الأول: استراتيجيات وسياسات الرعاية الصحية
١١	مقدمة
١٦	تحليل الموقف الحالي
٢١	الإصلاح الصحي
٢٦	الأجندات الجديدة والأنشطة المستحدثة في استراتيجيات وزارة الصحة والسكان
٣٧	النظام الصحي والاستراتيجيات الصحية وتحديات المستقبل

## الفصل الثاني: الوصف الهيكلي والوظيفي للنظام الصحي

٤٧	مقدمة
٤٧	النظام الصحي في مصر
٤٩	مراجع الفصلين الأول والثاني
٦٥	ملاحق الفصلين الأول والثاني
٦٩	

## الفصل الثالث: جداول إحصائية عن القوى العاملة في مجال الصحة

٧٥	وصف القوى العاملة حالياً من حيث الأعداد - الفئات المختلفة - التخصصات - التوزيع الجغرافي
٧٥	

## الفصل الرابع: الإنفاق الاجتماعي على الصحة "رؤية وتقييم عام"

٨٧	أولاً: الإنفاق الاجتماعي على الخدمات الصحية
٨٧	ثانياً: تقييم الخدمات الصحية العامة في مصر
١٠٠	الملحق الإحصائي
١١٧	المراجع
١٢٦	

## الفصل الخامس: نظام التسجيل والمعلومات في القطاعات الصحية

١٢٧	مصادر المعلومات للقطاع الصحي
١٢٩	الدورة المعلوماتية
١٣٠	تطور نظام المعلومات الصحي في مصر
١٣٢	الوضع الحالي للمركز القومي لمعلومات الصحة والسكان
١٣٤	النظام القومي للمعلومات الصحية Health Information System

١٣٤	تاريخ إعداد الكوادر البشرية للعمل في مجال التسجيل والإحصاء الطبي
١٣٧	المسوح الميدانية كمصادر للمعلومات
١٣٩	نظرة مستقبلية

١٤١	<b>الفصل السادس: تقييم جودة الأداء</b>
١٤١	مقدمة
١٤١	تعريف الجودة
١٤٢	من هم العملاء في الخدمة الصحية (Customers of Health Care)
١٤٢	أبعاد الجودة
١٤٣	تطور مفهوم الجودة
١٤٥	إدارة الجودة الكلية (TQM)
١٤٦	قياس الجودة في الخدمات الصحية
١٤٧	وصف وتقويم الوضع الحالي في مصر
١٥٥	الفجوات ومقترحات للتطوير
١٥٧	ملحق (١): بعض المؤشرات من واقع مشروعات تحسين الجودة بوحدات الرعاية الصحية الأساسية

## **الجزء الثاني: وصف الحالة الصحية في مصر**

١٦١	<b>الفصل السابع: مؤشرات الحالة الصحية في مصر</b>
١٦١	١. مؤشرات متعلقة بالسياسة الصحية
١٦٧	٢. مؤشرات اجتماعية واقتصادية
١٧٠	٣. مؤشرات تغطية الصحة الأولية
١٧٣	٤. مؤشرات الحالة الصحية الأساسية

## **الجزء الثالث: قضايا صحية نوعية**

١٨١	<b>الفصل الثامن: الدواء في مصر.. الأوضاع والمستقبلات</b>
١٨١	أولاً: الدواء - الخصوصيات والأبعاد
١٨٣	ثانياً: المنظومة الدوائية في مصر
١٨٦	ثالثاً: حال السياسة الدوائية المصرية
١٩١	رابعاً: حال الصناعة الدوائية المصرية
١٩٤	خامساً: انعكاسات الاتفاقية الدولية على الأوضاع الدوائية في مصر
١٩٧	سادساً: وقفة وطنية.. ونظرة مستقبلية
٢٠٢	مراجع للمزيد من التفاصيل

٢٠٣	<b>الفصل التاسع: صحة الطفل</b>
٢٠٣	مقدمة
٢٠٥	تقييم الحالة الصحية للأطفال في مصر
٢١٢	الإعاقة
٢١٨	عمالة الأطفال
٢٣٦	رؤية مستقبلية

٢٤١	الخلاصة
٢٤٢	المراجع

## ٢٤٧ **الفصل العاشر: صحة المرأة**

٢٤٧	مقدمة
٢٥١	وفيات الإناث
٢٥٨	صحة الطفلة
٢٦٢	الفتيات في مرحلة النضوج والمراهقة
٢٦٩	المرحلة الإيجابية
٢٨٥	المرأة في مرحلة ما بعد انقطاع الحيض
٢٨٨	رؤية مستقبلية
٢٩٠	المراجع

## ٢٩٣ **الفصل الحادي عشر: الصحة المهنية**

٢٩٣	مقدمة
٣٠٣	وصف وتقييم الحالة الصحية للعاملين
٣٠٦	وصف وتقييم الخدمات الصحية للعاملين
٣١١	رؤية مستقبلية
٣١٦	المراجع
٣١٧	ملحق ١: جداول

## ٣٢٧ **الفصل الثاني عشر: الصحة النفسية**

٣٢٧	مقدمة
٣٢٨	أهداف الصحة النفسية المجتمعية ومشكلاتها
٣٣٠	مفاهيم أساسية لحركة الصحة النفسية المجتمعية
٣٣٤	المؤشرات المتاحة لحجم المشاكل النفسية
٣٣٧	الخدمات الطب نفسية المتاحة في مصر
٣٤١	رؤية مستقبلية

## مقدمة عن

# التطور التاريخي للرعاية الصحية في مصر

د. علاء شكر الله

### مقدمة

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

وبالنسبة لمصر، فلعل من أهم السمات الحاكمة في تاريخ تطور مهنة الطب والنظم الصحية هي الانفصال شبه التام بين التاريخ والحاضر: بين الأنظمة المؤسسية للرعاية الصحية والتي وجدت من عصور سحيقة، وبين النظام الحديث منذ مطلع القرن التاسع عشر.

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

ومع نهاية القرن التاسع عشر الميلادي وبداية القرن العشرين - ومن خلال مراحل تطور متعددة - نما هذا النموذج، ليس فقط بمعزل عن الموروث القديم وخصائصه الاجتماعية؛ بل أيضاً بمعزل عن غالبية الشعب المصري. فقد مثل هذا النموذج وخدم - بالأساس - الصفوة التي عاشت بالمناطق الحضرية خاصة في الوجه البحري من مصر دونما صعيد مصر.

وبالرغم من عبور هذا النموذج في مصر بمراحل تطور متعددة والتي تأثرت بدورها بالتحويلات التاريخية الاجتماعية والاقتصادية والسياسية. فقد ظلت شروط النشأة حاکمة لفعالية النظام وقدرته على الارتباط بالناس وتحقيق احتياجاتهم.

## علامات أساسية في تطور الرعاية الصحية من العصور القديمة للعصور الحديثة

### من مصر القديمة إلى العصر العربي الإسلامي

بالرغم من اكتشاف عدد كبير من المواد المتعلقة بالأمراض والتدخلات الصحية في مصر القديمة، إلا أن هناك قصوراً في المعلومات التي تعطي صورة واضحة ومتكاملة عن الهيكل البنيوي والوظيفي لنظام الرعاية الصحية في ذلك الوقت. ومع ذلك فقد أجمع العديد من المؤرخين على أن أقدم علم طبي قد نشأ بوادي النيل.

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

ولقد تم إنشاء مدارس الطب في مصر القديمة ملحقة بالمعابد. وكانت التخصصات في الفروع المختلفة معروفة للأطباء في مصر القديمة، ووفقاً لهيرودوت فقد كان هناك متخصصون في العيون، والضم، والأسنان، وفي علاج آلام المعدة، وحتى في كل جزء من أجزاء جسم الإنسان. كما كان هناك طبيبات. وكانت المعرفة بعلم التشريح - خاصة - متقدمة بسبب التحنيط. كما كانت الجراحة أيضاً متقدمة. وتم تطوير الأدوات الطبية والأدوية وتصنيفها. وهذا نراه في أوراق البردي المعروفة باسم "إيبيرس وإدوين سميث" وعلى جدران المعابد والتي يرجع تاريخها إلى ١٦٠٠ - ١٠٠٠ قبل الميلاد.

ونتيجة للصراعات والحروب والغزوات الاستعمارية التي تعرضت لها مصر بعد ذلك، تم نقل العلوم الطبية التي نشأت في مصر القديمة لحضارات أخرى. خاصة حضارات حوض البحر المتوسط. وظلت الإسكندرية - العاصمة الجديدة لمصر - والتي بنيت في عصر البطالمة عام ٣٢٣ ق.م. مركز إشعاع للعلوم والمعارف الطبية للعالم بأسره. وتظهر العديد من الأدلة أن المعارف والممارسات الطبية الإغريقية تدين بالكثير للطب المصري القديم.

خلال العصر الإسلامي العربي - خاصة في الفترات الأولى - نقلت الحضارة الإسلامية الكثير من المعارف في المنطقة المحيطة للبناء عليه. فقد شجع العرب الترجمة من اللغة الإغريقية، وأصبحت الدولة الإسلامية ملجأً للمفكرين والعلماء من شتى بقاع الأرض. وتجدد الإشارة هنا إلى أن الكثير من الكتب الطبية الهامة تم تأليفها في إطار الحضارة الإسلامية.

ولعل من أهم الإنجازات التي تمت في ظل الحضارة الإسلامية في مجال بناء مؤسسات للرعاية الصحية كانت على الأرجح تأسيس الميرستانات (المستشفيات). فقد تم بناء العديد من هذه

المستشفيات في مصر خلال العصر الإسلامي وحتى القرن الثالث عشر الميلادي. ولم تكن هذه المستشفيات مجرد أماكن للرعاية الصحية والعلاج. وإنما لعبت أيضاً دوراً هاماً في نقل المعرفة والمهارات الطبية. وكان اقدمها ميريستان "ابن طولون" والتي أنشأت في الفترة بين عامي ٨٧٢ - ٨٧٤.

ويجدر هنا التأكيد على أن بداية طب المستشفيات في أوروبا - والذي يعتبر نقلة نوعية في تطور نمط الطب العلاجي الغربي - تنتمي بصورة أساسية للقرن الثامن عشر الميلادي.

لم نبغ من سرد السمات السابقة تمجيد الماضي؛ وإنما إلقاء الضوء على ظاهرة هامة وهي أن نظم الرعاية الصحية في مصر القديمة وحتى القرنين الثامن عشر والتاسع عشر الميلاديين قد نبعت وارتكزت على روافد محلية. فكانت متصلة بعادات وتقاليد الشعب. ووجدت من داخل المؤسسات الاجتماعية القائمة. وكانت جزءاً لا يتجزأ من التطور الطبيعي للمجتمع المصري. بالإضافة إلى ذلك فإن نظم الرعاية الصحية التي كانت قائمة قبل إدخال "النموذج الطبي البيولوجي الغربي" لم تكن محض ممارسات دجالين بل أنظمة متطورة للرعاية الصحية المؤسسية بنيت على تراكم معرفي وتجريبي.

### **مصر في فترة الركود والتراجع من القرن الثالث عشر إلى القرن التاسع عشر**

منذ القرن الثالث عشر فصاعداً. بدأ عصر الركود والتراجع في مصر. فعند قدوم الحملة الفرنسية إلى مصر في عام ١٧٩٨ كان العصر الذهبي للطب العربي والمؤسسات وكل التطورات الاجتماعية الأخرى قد ولى.

فمصر التي كان عدد سكانها قد وصل إلى ١٨,٥ مليون نسمة تقريباً في العصر الفاطمي. كانت قد وصلت - بعد أربعة قرون - إلى عدد سكان يبلغ ٢,٥ مليون نسمة تقريباً في زمن الحملة الفرنسية. وعاش الشعب المصري - والذي كان أكثر من ٨٥٪ منه يعيش في الريف - في انفصال شبه تام عن الحكومة. وكل ما يربط بينهما هو الضرائب فقط. ووفقاً لما قرره الفرنسيون. كانت الأمراض المتوطنة في مصر تتضمن الرمد والطاعون والدوسنتاريا. بالإضافة إلى الجدام والجذري والأنيميا المزمنة - نتيجة للأنكلستوما - والدرن.

وفي الحقبة المملوكية. والتي امتدت حتى منتصف القرن السادس عشر. لم تقدم الدولة شيئاً للشعب. وفي المقابل طالبت الناس بالمزيد. وتركت المؤسسات الاجتماعية تنحدر نحو الانهيار.

ولم يغير الغزو العثماني لمصر شيئاً من هذه الصورة السيئة. بل لعلها قد ازدادت سوءاً. فقد تراجعت كل المؤسسات تقريباً بما فيها مؤسسات الرعاية الصحية. وبناءً على ما سبق. يصبح من السهل تفهم الأساس الذي بنيت عليه الدولة المصرية الحديثة. حيث ترسب لدى الناس الإحساس بعدم الثقة وسوء الظن تجاه كل مؤسسات الدولة.

وفي ظل الانهيار الكامل لكل المؤسسات الصحية والتعليمية. وبعيداً عن الكتابات. ظل الجامع الأزهر هو المؤسسة التعليمية الوحيدة الناجية. والتي كانت تدرس - بالأساس - اللغة العربية وأصول العقيدة الإسلامية.

وكانت ملامح الصورة العامة لكل السكان تقريباً في مصر تتضمن اعتلال الصحة، والجهل، وانتشار الأوبئة. ووفقاً لما قاله "محمد علي باشا" فقد كان عدد المتعلمين في مصر عند توليه السلطة حوالي ٢٠٠ شخصاً فقط. ووفقاً لما قرره "كلوت بيه" منشئ أول مدرسة حديثة للطب في مصر، فقد كان حوالي ٢٪ من المصريين يموتون سنوياً نتيجة للطاعون. وكانت معدلات الوفاة للأطفال تحت سن ٣ سنوات، كما قدرها أطباء الحملة الفرنسية، حوالي ١٠٪ في القاهرة.

أضف إلى ذلك، أن الشعب المصري لم يكن فقط معزولاً عن الشئون العامة، بل كانت الأمة المصرية بكاملها معزولة تقريباً عن التطورات الحادثة في العالم الخارجي وخاصة النهضة الأوروبية.

وبعيداً عن التحليلات المختلفة والمشاعر المتباينة تجاه الحملة الفرنسية ودورها في مصر، فقد مثلت هذه الحملة علامة هامة في تطور مصر الحديثة. فقد كان انفتاح المصريين تجاه العالم الخارجي، وكذا ضعف دور المماليك في الحكم، وإصرار الزعماء المصريين - ممثلين في علماء الأزهر - على المشاركة، بالإضافة إلى ظهور المطبعة، كل هذه الأسباب لعبت دوراً هاماً في إعطاء قوة دافعة جديدة للحراك الاجتماعي في مصر.

وبالإضافة إلى الثروة المعرفية التي جنيت من خلال الكتابات والدراسات التي قام بها علماء الحملة الفرنسية، تعرض المصريون للعديد من التطورات والإجراءات المؤسسية مثل بناء المستشفيات وتنفيذ إجراءات الحجر الصحي، وعلى وجه العموم، فإن مكوث الحملة الفرنسية في مصر لم يزد عن ثلاث سنوات، ولم تستطع أن تحدث تغييراً جذرياً في هياكل ومؤسسات المجتمع المصري.

## مصر والنموذج الغربي "الحديث" للرعاية الصحية

لعب "محمد علي" - كشخص طموح وعبقري وعملي ذي مبادئ ماكيافيلية - دوراً كبيراً في تغيير تاريخ مصر. فقد قام ببناء دولة إقليمية قوية حديثة هدت وجود الدولة العثمانية نفسها، والتي كانت مصر إحدى ولاياتها، ولكي يقوم ببناء الجيش القوي الذي يساند طموحه، سار "محمد علي" في طريق بناء الدولة القوية، والذي أدى به إلى الاعتماد على المصريين. ولكي يحقق هذا البرنامج الطموح، كان عليه أن يقوم بتعبئة القوى العاملة للأمة المصرية، وكانت الصحة والتعليم من المحاور الأساسية اللازمة لإدراك هذه الأهداف.

وبعد ٣٥ عاماً من تولي "محمد علي" السلطة في مصر كان الكثير قد تحقق، فزادت موارد الدولة حوالي عشر مرات، وتم بناء جيش يتكون من ٢٠٠٠٠٠ جندي من بينهم حوالي ١٣٠٠٠٠ مصرياً، وبدلاً من ٢٠٠ شخص متعلم كانوا موجودين في بداية توليه أصبح هناك ٩٠٠٠ طالب في مختلف مراحل التعليم.

كانت الحالة الصحية البائسة للمصريين والتي انعكست في حالة مجندي الجيش الصحية السيئة، بالإضافة إلى تدهور الخدمات الصحية، والنقص الشديد في العمالة الصحية للجيش، والتكلفة المرتفعة لاستقدام أطباء أجانب، من العوامل التي أدت إلى وضع مسألة "تطوير الخدمات الصحية" على قمة الأولويات.

وقد كانت للحالة الصحية للجيش أهمية قصوى. ولذلك فإن حالة مجندي الجيش الصحية السيئة. والذين كانوا مهددين بالأوبئة المتكررة والتي تزيد حالتهم سوءاً كما ظهر في وباء الطاعون عام ١٨٢٤. أدت إلى ضرورة وجود رعاية صحية وكذا إصلاح أنظمة المياه والصرف الصحي والنظافة.

تبنى "محمد علي" النموذج العسكري الفرنسي بما يتضمنه من النظام الطبي للجيش. ولذلك قام بتوظيف بعض الضباط الفرنسيين. والذين كان من بينهم ضابط جراح فرنسي جعله "محمد علي" المسئول الطبي والجراحي الأول في الجيش المصري الجديد. ونظراً للحالة الصحية السيئة للجيش. وعدم توافر الإلحاح ٥٠ طبيباً وصيدلياً أوروبياً فقط لخدمة الجيش المكون من ١٥٠٠٠٠ جندي. أيقن "محمد علي" أن الحل الوحيد هو في تدريب أطباء مصريين.

في عام ١٨٢٨ افتتحت أول مدرسة طبية مصرية أقيمت على أساس النموذج الغربي. وكانت المدرسة ملحقة بكنات الجيش في أبو زعبل. وفي البداية كانت المدرسة مؤسسة لخدمة الجيش. وكانت تعيينات العاملين في المدرسة تأتي من مصادر متعددة. وبينما كان العنصر التركي في الوظائف يقل تدريجياً كان العنصر المصري يزداد. ولما كانت معرفة اللغة العربية - قراءة وكتابة - والرياضيات من متطلبات التعيين. أجهت الأنظار إلى خريجي الأزهر والمدارس الملحقة بالجموع الأخرى. وكانت الدراسة عبارة عن خمسة أعوام تبدأ بعام تمهيدي يتلوه أربعة أعوام من الدراسة الطبية على غرار النظام الفرنسي الموجود في ذلك الوقت.

وتم افتتاح مدرسة للقابات في عام ١٨٣٢. وكانت في البداية ملحقة بمدرسة أبو زعبل الطبية. وكان الهدف منها تدريب القابات. وقد أنشئت هذه المدرسة من أجل غرض تحسين الحالة الصحية للأجيال المقبلة عن طريق تقديم رعاية صحية للأمهات والأطفال بواسطة كادر مدرب من النساء. وكانت هذه المدرسة هي المؤسسة التعليمية الأولى للنساء في الشرق الأوسط. وكان النهج التعليمي للمدرسة يتكون من ٦ سنوات دراسية. خصصت السنتين الأوليتين منها لتعليم القراءة والكتابة. والسنوات الأربع التالية للتدريب على الموضوعات الخاصة بالولادة ورعاية ما حول الحمل للأمهات ورعاية الأطفال حديثي الولادة. بالإضافة إلى العناية بالجروح والتطعيمات.

وقد تم إنشاء مدرسة للصيدلة بعد عام واحد من إنشاء المدرسة الطبية. وبالإضافة إلى ما سبق. فقد تم إرسال البعثات التعليمية إلى أوروبا. والتي لعبت دوراً هاماً في التطور التاريخي والثقافي المصري.

وكان من العلامات الهامة في تطور نظام الرعاية الصحية في ذلك الوقت إنشاء "المجلس العام للصحة" وكذلك إنشاء المستشفيات في الأقاليم. وكان "المجلس العام للصحة" هو أول مؤسسة صحية حكومية في مصر الحديثة. ويمكن اعتباره نواة لوزارة الصحة.

وقد شهدت التطورات السابقة تراجعاً حاداً بعد هزيمة "محمد علي" في عام ١٨٤١. والتي أدت بعد ذلك بواحد وأربعين عاماً إلى الاحتلال البريطاني لمصر في عام ١٨٨٢. وكان من النتائج الهامة لهزيمة "محمد علي" تقلص مستعمراته وانكماش جيشه. وكان لها أيضاً تأثيراً كبيراً على كل التطورات الاجتماعية والاقتصادية والثقافية التي تمت في مصر. فقد تراجعت بشكل كبير قطاعات

الصناعة والزراعة والتجارة. مما أدى إلى انكماش الاقتصاد المصري ووقوعه تدريجياً تحت سيطرة القوى الغربية.

وبعد انتهاء حقبة "محمد علي" تم إحباط المحاور الرئيسية لمشروعه الطموح. وكان التعليم على رأس هذه المحاور وعلى وجه الخصوص التعليم الطبي وتمصيره.

وشهدت فترة خلفاء "محمد علي" - خاصة في عهد الخديوي سعيد والخديوي عباس - تراجعاً شديداً في التعليم وبالأخص التعليم الطبي. وإن كانت هناك بعض المحاولات لإحياء التعليم والثقافة قد حدثت في عهد الخديوي إسماعيل متضمنة إعادة إرسال البعثات - على نطاق ضيق - إلى أوروبا.

وفي عصر الاحتلال البريطاني. حدثت تطورات جديدة. فقد تم إدارة الاقتصاد المصري كتابع للاقتصاد البريطاني. مثله في ذلك مثل كل المؤسسات الأخرى والتي أصبحت تابعة للمؤسسات البريطانية.

فعند بداية الاحتلال البريطاني كان كل العاملين في كلية الطب المصرية - ما عدا واحداً - مصريون. وفي غضون بضعة سنوات أصبح كل العاملين تقريباً إما بريطانيين أو أجانب. وأصبحت الدراسة من الآن فصاعداً باللغة الإنجليزية. وأصبح النموذج البريطاني في التعليم هو السائد. كما أصبحت الدراسة بمصروفات. وتم إيقاف البعثات الحكومية للخارج. وحوّلت كلية الطب إلى مؤسسة للطلبة الأغنياء. وكان الأطباء المتخرجون منها يقومون بخدمة المناطق الحضرية الغنية بالأساس. وأدت هذه التطورات إلى تدهور الخدمات الصحية المقدمة للريف. وظلت على هذا الحال مدة طويلة. ولم تحدث محاولات جدية لتطوير الخدمات الصحية للريف إلا بداية من عام ١٩٤٢.

كما رأينا في السابق. فقد شهد تاريخ نظام الرعاية الصحية والتعليم الطبي في مصر مرحلتين رئيسيتين: الأولى منذ العصور القديمة وحتى تراجع الدولة العربية الإسلامية. والتي تميزت بوجود المدارس الطبية المرتبطة بالروافد المحلية. والتي نمت وازدهرت عبر التفاعل مع جيرانها في المنطقة ومن خلال مصادر مختلفة للمعرفة. أما المرحلة الثانية فقد تميزت بتبني النموذج الطبي الغربي للرعاية الصحية.

### **تأسيس الجامعة المصرية وإنشاء كلية الطب (١٩٢٥)**

كما ذكرنا في السابق. فبعد فترة قليلة من الاحتلال البريطاني أصبحت المدرسة الطبية المصرية تحت الإدارة البريطانية بالكامل. وظل المصريون لفترة طويلة غير مفضلين للعمل في المدرسة. كما تم إحباط محاولات المصريين للتخصص في فروع الطب المختلفة. فاستمراراً لنفس المنطق الذي اتبعه "اللورد كرومر" عندما قرر أن "مصر ليست بحاجة للتصنيع". قام هو نفسه بإعلان أن "مصر ليست بحاجة إلى إخصائين. بل إلى مارسين عامين". بالإضافة إلى ذلك تناقص عدد الطلاب المصريين في المدرسة الطبية بدرجة كبيرة حتى أنه وصل في عام ١٨٩٣ إلى ١٢ طالباً فقط.

وبين عامي ١٨٨٢ و١٩١٤. كان معظم الأطباء المرخص لهم بالعمل من الأجانب. كما أصبح الالتحاق بالمدرسة الطبية نفسها غير متاح إلا للأجانب أو للأثرياء من المصريين. وأكثر من ذلك. تم

إيقاف البعثات الحكومية - تقريباً - إلى أوروبا. وأصبح الالتحاق بالجامعات الأوروبية مقصوراً على الأغنياء الذين يستطيعون تحمل التكلفة.

وفي ظل هذه المعطيات. واتباعاً لنفس النهج الذي سنه "كرومر" لم يدعم البريطانيون تأسيس جامعات أو كليات في مصر. وظلت غاية الأمر إنشاء مدارس فنية. وانطبق ذلك على المدرسة الطبية المصرية التي استمرت كما هي مدرسة ورفض أن تتحول إلى كلية. ولم تتغير هذه الصورة إلا مع بداية صعود الحركة الوطنية ضد الاستعمار البريطاني. وخاصة بعد ثورة ١٩١٩. وأصبح تأسيس الجامعة المصرية من بين أهم المطالب الاجتماعية للحركة الوطنية.

تم تأسيس أول جامعة مصرية حديثة في عام ١٩٠٧. وكانت عبارة عن مبادرة أهلية غير حكومية. وكانت كلية "الفنون والآداب" هي الكلية الرئيسية التي تكونت حولها الجامعة.

وفي عام ١٩٢٥ - بعد عامين من إصدار أول دستور - تم إنشاء أول جامعة حكومية في التاريخ المصري الحديث. وهي "جامعة فؤاد الأول" والتي أطلق عليها فيما بعد "جامعة القاهرة". وكانت هذه الجامعة هي نتاج صراع طويل خاضته الحركة الوطنية المصرية منذ عهد "اللورد كرومر". ومن بين أربع كليات تم تأسيسها في البداية كانت هناك كلية للطب.

في عام ١٩٢٩. أصبح "الدكتور علي بيه إبراهيم" أول عميد مصري لكلية الطب بعد ٣٦ عاماً من السيطرة البريطانية. والتحقّت النساء بكلية الطب تدريجياً. وإن كانت أعدادهن قليلة جداً. فبين عامي ١٩٢٩ و١٩٣٧ التحقت بكلية الطب ٥٩ طالبة فقط.

بدأ تطوير الخدمات الصحية منذ عام ١٩٢٣ بإنشاء المستشفيات المركزية. وتبع ذلك في عام ١٩٢٨ إنشاء المستشفيات الريفية كعيادات خارجية مع وجود سريرين فقط للطوارئ. وتم استبدال هذه المستشفيات الريفية في عام ١٩٤٠ بالمكاتب الصحية الشاملة (مكتب صحة لكل ٣٠٠٠٠ نسمة). وكانت أول خدمة صحية متخصصة يتم تقديمها خارج نطاق المدن الكبيرة قد بدأت في عام ١٩٠٤ من خلال عيادات العيون المتنقلة. وقد استخدمت هذه العيادات المتنقلة أيضاً في عام ١٩٢٨ لمكافحة الأمراض المتوطنة.

وفي عام ١٩٣٦ تم إنشاء "وزارة الصحة" والتي كانت تحتوي على قسم خاص بالصحة الريفية. وكان من مهام هذا القسم إنشاء مكاتب الصحة للقيام بالإجراءات الوقائية. وألحقت بهذه المكاتب أسرة للعناية بصحة الأمهات والأطفال. ووحدات متنقلة لتقديم العلاج.

في عام ١٩٤٢ صدر القانون رقم ٦٤ والخاص بتحسين الصحة في الريف. وقد قرر القانون تأسيس إدارات للصحة والهندسة في كل مديرية (محافظة) من مديريات مصر. وكانت مهمة هذه الإدارات تحسين الظروف الصحية العامة للقرى في المناطق التابعة لكل مديرية. وقرر القانون أيضاً إنشاء المجمعات الصحية (مجمع صحي واحد لكل ١٥٠٠٠٠ نسمة).

وعلى الرغم من الحماس الذي قوبل به إنشاء المجمعات الصحية. إلا أن المشروع توقف بعد عام ١٩٤٧ وذلك عندما آلت تبعية كل الإدارات الصحية إلى وزارة الصحة. وتناقصت بشكل كبير الميزانيات المخصصة للمديريات.

## تطورات الرعاية الصحية والتعليم الطبي في الحقبة الناصرية

تعتبر ثورة ٢٣ يوليو ١٩٥٢ واحدة من أهم العلامات في تاريخ مصر الحديث. وخلال الفترة التالية لها "الحقبة الناصرية" أصبحت الدولة هي صانع السياسات والمراقب وأيضاً مقدم الخدمة الرئيسي. فمع إعلان الجمهورية وصدور قوانين الإصلاح الزراعي. تلقى النظام الصحي قوة دافعة كبيرة. فبنت الدولة سياسة للتوسع الشامل في البنية الأساسية للخدمات الحكومية المقدمة للريف. وأعلن النظام التزامه بتقديم الخدمة وإتاحتها للجُمعيّ دون استثناء. وذلك كما جاء في دستور ١٩٦٢.

كان التحديث. والتغطية الشاملة. والتوزيع المتساوي بين الريف والحضر وبين الوجه البحري والوجه القبلي هي المبادئ الأساسية التي وجهت صنع سياسات تقديم الخدمات الاجتماعية عامة والخدمات الصحية على وجه الخصوص في "الحقبة الناصرية".

ففي مجال تطوير نظام الرعاية الصحية. عملت الدولة في الجاهين رئيسيين: الأول هو التوسع الرأسي من خلال التحديث وبناء المستشفيات والتطوير التقني لمتأخذ تقديم الخدمة. والاتجاه الثاني هو التوسع الأفقي من خلال مد الخدمات خارج نطاق المدن والمناطق الحضرية ووصولها إلى الريف. وأيضاً إلى الوجه القبلي.

وكان من بين أهم المنجزات الصحية في تلك الفترة خطة تأسيس نموذج متكامل للتنمية المجتمعية الريفية تعمل الوحدات الصحية من خلاله. وقد تم البدء في تنفيذ هذه الخطة في الخمسينيات تحت اسم "الوحدات الجمعة" قبل سنوات عديدة من إعلان "أما آتا".

## المراجع

1. C. Fraser Brockington. A Short History of Public Health. Second edition; J. & A. Churchill Ltd, London 1966
2. Ebid. Occupational Medicine in the Time of the Pharos; presented in The 21st International Congress of the History of Medicine, Cairo 26th Dec. 84 - 1st Jan. 85
3. Ibrahim Gamil Badran et al. History of the Scientific Movement in Modern Egypt; Medical Sciences; Medicine and Health in the 19th and 20th Centuries. Academy of Scientific Research and Technology, 1995.
4. Amina Sabri Murad. Synopsis from the History of Ancient Medicine. El-Nasr El-Hadesa Bookshop, Cairo, 1966
5. Mohamed Abdel-Hamid Bayoni. Pharos and Modern Medicine. Dar El-Maaref 1985.
6. Suliman Hazin. The university tree in Egypt, a historical analytical vision. Cairo University Press, Cairo, 1985.
7. Margret Stacey. The Sociology of Health and Healing. The academic division of Unwin Hyman Ltd, London, UK.

8. Studies in the political history of Egypt since the Mamluks time (Fawzy Girgis 1955)
9. Description of Egypt. G. Chaproll. "Studies in the Habits and Traditions of Egyptian People." Translated by: Zoheir El-Shaeib, 1976.
10. Laverne Knke. Lives at Risk; Public Health at the 19th Century Egypt. The American University in Cairo Press, 1990.
11. Amira Azhary Sonbol. The Creation of a Medical Profession in Egypt, 1800-1922. Syracuse University Press 1991.
12. Mohamed El-Mangoury. Glimpses from the History of Medical Renaissance in Egypt from Mohamed Ali Pasha Todate. Journal of Union of the Faculty of Medicine; First issue, April 1938.
13. Health policies, A statements of Dr. Abdoh Mahmoud Salam the Ministry of Health to the National Assembly 22 of December 1969. Alakhbar Press.

# الجزء الأول

## وصف وتقييم النظام الصحي في مصر

- الفصل الأول: استراتيجيات وسياسات الرعاية الصحية
- الفصل الثاني: الوصف الهيكلي والوظيفي للنظام الصحي ومكوناته وتطوره وأوضاع الخدمات الصحية المقدمة
- الفصل الثالث: جداول إحصائية عن القوى العاملة في مجال الصحة
- الفصل الرابع: الإنفاق الاجتماعي على الصحة
- الفصل الخامس: نظام التسجيل والمعلومات في القطاعات الصحية
- الفصل السادس: تقييم جودة الأداء

## الفصل الأول:

# استراتيجيات وسياسات الرعاية الصحية

أ. د. نجوى خلاف

### مقدمة

صحة الفرد من المقومات الأساسية للمجتمع فهي مطلب أساسي من مطالب الحياة. وهي أيضا ضرورة من ضرورات التنمية، فالإنسان الذي تتكامل له صحة نفسية وجسمية هو الإنسان الأوفر على العمل والإنتاج وتحقيق أهداف التنمية.

والدولة التي تبغي التنمية لا بد أن تعمل على حماية صحة الفرد ومنع المرض عنه ثم توفير الخدمات اللازمة لسرعة اكتشاف أي انحراف في الصحة نتيجة المرض أو الإصابة أو تلوث البيئة وتوفير العلاج الكامل لشفائه من المرض ومضاعفاته. ولذلك فإن الرعاية الصحية يجب اعتبارها استثماراً في خطة التنمية.

ولكي يتحقق هذا الهدف يجب أن تنجح الخطة الصحية إلى التركيز على البرامج الوقائية، في مخطط صحي. يهدف أساساً إلى الارتقاء بالصحة، عن طريق الوقاية والاكتشاف المبكر للأمراض والعلاج السليم لها في توازن علمي يأخذ في الاعتبار أن الخدمة الصحية الوقائية هي المسئولة الأساسية لوزارة الصحة كالتزام قومي دون مساس بالخدمات العلاجية، وهو نشاط تقوم به وزارة الصحة وتؤديه أيضا هيئات وأجهزة عامة وخاصة متعددة، تتباين في قدراتها الفنية وأمطها الاقتصادية.

### السياسة الصحية بجمهورية مصر العربية

الصحة هي حق من حقوق الإنسان، وضرورة إتاحة الرعاية الصحية أمام الجميع بما يتناسب مع كافة الشرائح الاجتماعية هي مسئولية الدولة. وهذه الاستراتيجية الأساسية أطلق عليها اسم الرعاية الصحية الأساسية (PHC)، وهي لا تضمن تقديم الخدمات الصحية العلاجية والوقائية فقط؛ بل تتضمن الخدمات التعليمية والتنمية الاجتماعية والاقتصادية أيضاً. ويتضمن مفهوم الرعاية الصحية الأولية أيضا مشاركة المجتمع، وأهمية هذه الإجراءات للمجتمع، واستخدام أساليب تكنولوجية بسيطة ومؤثرة والمشاركة الفعالة للعمال الطبية المساعدة.

والمكونات الأساسية للرعاية الصحية الأولية هي: التثقيف الصحي، الصحة البيئية، البرامج الصحية لرعاية الطفولة والأمومة، التطعيم وتنظيم الأسرة، الوقاية من الأمراض المتوطنة، والعلاج المناسب للأمراض والإصابات الشائعة، توفير الأدوية الضرورية، ونشر الوعي بأسس التغذية الصحية وطرق العلاج التقليدية.

والرعاية الصحية الأولية يجب أن تتسم بالشمولية، الجودة، المساواة والكفاءة. وتعرف الرعاية الصحية الأولية المقدمة على أنها مستوى الرعاية الأولية المقدمة لجميع الأفراد التي تعالج أكثر المشكلات شيوعاً في المجتمع من خلال تقديم الخدمات الوقائية والعلاجية والتأهيلية لتحقيق الحد الأقصى من الصحة والسلامة والرعاية.

والمحور الأساسي للسياسة الصحية في المجتمع يتحرك في نطاق التنمية التي تعمل على حماية صحة الفرد ومنع المرض، وتوفير الخدمات اللازمة لسرعة اكتشاف أي انحراف في الصحة نتيجة المرض، أو الإصابة أو تلوث البيئة، وتوفير العلاج ليصبح قادراً على العمل والإنتاج بأكثر كفاءة فنية وجسمية. ومن ثم فإن الرعاية الصحية يجب اعتبارها استثماراً في خطة التنمية. ولكي نحقق هذا الهدف يجب أن تعتمد الخطة الصحية على التركيز على البرامج الوقائية في مخطط صحي يهدف أساساً إلى الارتقاء بالصحة عن طريق الوقاية من الأمراض والاكتشاف المبكر لها والعلاج الكامل لها في توازن علمي يأخذ في الاعتبار أن الخدمة الصحية الوقائية هي المسئولية الأساسية لوزارة الصحة كالتزام قومي دون المساس بالخدمات العلاجية. وهو نشاط تقوم به وزارة الصحة وتؤديه أيضاً هيئات وأجهزة علمية متعددة أخرى.

### **ترتكز السياسة الصحية في جمهورية مصر العربية على:**

1. تنسيق السياسات بين مؤسسات وأجهزة القطاع الصحي والقطاعات الأخرى التي ترتبط وظائفها وأنشطتها بالصحة العامة.
2. تدعيم خدمات الرعاية الصحية الأساسية وتوفيرها بالمناطق المحرومة لمواجهة الاحتياجات الأساسية لجميع فئات المجتمع خاصة الأم والطفل.
3. توسيع قاعدة المشاركة في التكاليف المتزايدة للرعاية الطبية.
4. تشجيع الإنتاج المحلي لتلبية احتياجات المواطنين من الدواء والطعوم والأمصال ووسائل تنظيم الأسرة والمستلزمات الطبية والعملية.
5. تطوير نظم المعلومات بما يدعم أسلوب اتخاذ القرارات وإعداد الخطط والبرامج الصحية ومتابعة تنفيذها وتوزيع الموارد المتاحة على المحافظات طبقاً لاحتياجاتها.
6. تنمية الموارد البشرية الصحية بجميع فئاتها كمياً وكيفياً وتأكيد حسن استخدامها وعدالة توزيعها لمواكبة التطورات العلمية والتقنية المتلاحقة وضمان جودة الأداء.

### **تعتمد استراتيجيات الصحة على عدة محاور أساسية، أهمها:**

1. التأكيد على حق المواطن المصري في الرعاية الصحية والاجتماعية كحق كفله له الدستور.
2. الالتزام بالمواثيق الوطنية والدولية في إطار من التعاون الإنساني بما يخدم الطفل والمرأة والأسرة والمجتمع.
3. المشاركة الإيجابية في تحقيق أهداف خطة التنمية الاجتماعية والاقتصادية للدولة.

٤. التأكيد على مفهوم أن الأنفاق الصحي هو استثمار ذو عائد كبير بكل المقاييس. وأنه من الضروري زيادة نصيب القطاع الصحي في الموازنة العامة للدولة للوفاء بالاحتياجات الصحية الأساسية للمواطن المصري.
٥. التأكيد على عدالة الخدمات الصحية العلاجية المتخصصة على أقاليم الجمهورية. وتوفير الخدمات الصحية الأساسية للمناطق المحرومة. وذلك تيسيراً على المواطن وتنفيذا لتوجيهات الدولة في المرحلة القادمة.

### الاستراتيجية العامة للقطاع الصحي:

١. العمل على التنسيق والتكامل بين الوزارات التي ترتبط أنشطتها بالصحة العامة لضمان رفع المستوى الصحي للمجتمع.
٢. الارتقاء بمستوى خدمات الرعاية الصحية الأولية وقائياً. علاجياً. وثنائياً. والتوسع الأفقي في تقديم الخدمات المتكاملة. وخاصة بمناطق الامتداد العمراني.
٣. زيادة الموارد المالية لتوفير وتطوير الخدمات الصحية. وتوجيه الموارد المتاحة من خلال الاتفاقيات الدولية لدعم الخدمات الوقائية ومواجهة المشكلات الصحية ذات الأولوية.
٤. تطوير الخدمات العلاجية والعاجلة بما فيها الخدمات التخصصية الدقيقة وتوفيرها على المستوى الإقليمي.
٥. التوسع في خدمات التأمين الصحي لتغطية فئات جديدة وتطوير نظم تقديم الخدمة.
٦. التوسع جغرافياً في نظام المؤسسات العلاجية لاسترداد كل أو جزء من نفقات الخدمة الطبية.
٧. تشجيع دور المؤسسات الأهلية والتطوعية والقطاع الخاص لاستكمال بعض جوانب الخطط الصحية.
٨. توعية المجتمع بدوره الإيجابي في الحفاظ على صحة أفرادهم وإصحاح البيئة.
٩. زيادة الاهتمام بالبحوث العلمية التطبيقية للاستفادة من نتائجها في تطوير الخدمة الصحية مثل:

○ بحوث النظم الصحية Health System Research

○ البحوث التطبيقية وبحوث العمليات Operational Research

١٠. التعرف على مشاكل أداء الخدمات وتحليلها واختيار أنسب الحلول وتقييم كفاءتها وفعاليتها.
١١. التوسع في استخدام أساليب الاستقصاء ومؤشرات التنبؤ بالأمراض. خاصة بين الفئات المعرضة لها وسرعة اتخاذ الإجراءات اللازمة للسيطرة عليها.
١٢. تحسين أسلوب تخطيط تنمية القوى البشرية العاملة بالقطاع الصحي وربط العملية التعليمية باحتياجات المجتمع.

## استراتيجية البرامج الصحية:

في إطار استراتيجيات السياسة الصحية التي تستهدفها وزارة الصحة والسكان حاليا وفي المرحلة القادمة فإن التركيز على البرامج الصحية والأنشطة السكانية وصحة المرأة والطفل والصحة الإنجابية كوسيلة لتحقيق الأهداف الاستراتيجية على النحو التالي:

١. دعم كفاءة برنامج الإعلام والاتصال والتنسيق مع الأجهزة الإعلامية لتنفيذ برامج التثقيف الصحي التي تستهدف تغيير الأنماط السلوكية والغذائية غير الصحية.
  ٢. دعم البرامج الصحية الوقائية بالتعاون مع الأجهزة والجهات المعنية من خلال:
    - التوسع في التحصينات ضد الأمراض وتطوير المعامل للاكتشاف المبكر للأمراض.
    - مراقبة الأغذية المحلية والمستوردة لضمان جودتها وسلامتها.
    - التحكم في مصادر التلوث البيئي.
    - تعميم نظام البطاقة الصحية لكل مواطن.
  ٣. توفير الرعاية الصحية الأساسية لجميع المواطنين والعمل على تكامل الخدمات بالمناطق الطبية.
  ٤. توفير الرعاية الطبية العاجلة لجميع شرائح المجتمع بدون أجر وبمعدلات عالية من الجودة.
  ٥. دعم وتطوير المعامل الإقليمية بالمحافظات لمواكبة التقنيات الحديثة للاكتشاف المبكر للمخاطر الصحية وتقوية القدرات الذاتية العملية إقليميا.
  ٦. رفع كفاءة الرعاية العلاجية للأمراض الحادة والمزمنة. مع نشر واستخدام التقنيات الحديثة ودعم الخدمات العلاجية النوعية دقيقة التخصص وعالية التقنية في نطاق التنمية الإقليمية وبالتنسيق مع الجامعات ومراكز البحث العلمي.
  ٧. زيادة الاهتمام بتنمية القوى البشرية. برفع مستوى الكوادر الفنية. لضمان كفاءة الأداء طبقا للمعايير الفنية وتأصيل برامج التعليم المستمر لجميع الفئات. لمواكبة التطورات العلمية والتقنية والتوجه نحو تحقيق التوازن في توزيعها جغرافيا وبين مستويات الخدمة والفئات المختلفة.
  ٨. دعم قطاع الدواء من خلال الاهتمام بقائمة الأدوية الأساسية وتحديثها بصفة دورية وتشجيع الإنتاج المحلي وتطوير ودعم معامل وزارة الصحة.
- هذا بالإضافة إلى رفع كفاءة قطاع الصيدلة والرقابة والبحوث الدوائية. للقيام بدورها للتحكم في رقابة جودة المستحضرات الدوائية والحيوية وتسجيل الأدوية وتستهيرها وحماية الإنتاج المحلي والعمل على حسن استخدام الدواء وترشيد استهلاكه. مع دعم مراكز المعلومات مركزيا وإقليميا وتحديث قواعد البيانات والتحقق من صحتها والاعتماد عليها في التخطيط الصحي ونشر البيانات والمعلومات دوريا.

## السياسة والبرامج السكانية:

ظهر الاهتمام بالمشكلة السكانية من خلال الميثاق الوطني الذي تم إصداره في الستينيات. اعتبر الميثاق النمو السكاني السريع معوقاً لجهود رفع مستوى المعيشة للشعب المصري. وتم أيضاً في الستينيات وضع برنامج قومي لتنظيم الأسرة يهدف البرنامج الذي أنشئ من خلال وزارة الصحة. إلى خفض الإنجاب وبالتالي خفض النمو السكاني. وقد تم إصدار أول سياسة قومية للسكان عام ١٩٧٣ وتم إعادة صياغتها عام ١٩٧٥. أخذة في الاعتبار الأهمية المتزايدة لأربعة أبعاد متشابكة للمشكلة السكانية في مصر.

## النمو والتوزيع الجغرافي والخصائص والهيكل

كان تبني السياسة السكانية في السبعينيات مصحوباً بزيادة في الأنشطة الحكومية المرتبطة بتنظيم الأسرة. فقد أنشأت وزارة الصحة في ذلك الوقت قطاعاً لتنظيم الأسرة وتم تدريب موظفي الحكومة على إدارة برنامج تنظيم الأسرة. كذلك تم تنفيذ مشروع الإعلام والتعليم والاتصال بواسطة مركز تم تأسيسه للهيئة العامة للاستعلامات. ويهدف إلى زيادة وعي العامة بتنظيم الأسرة.

وقد تم إصدار تعديل على السياسة السكانية عام ١٩٨٠. وركز بشكل أكبر على الاتصال المباشر بين الأفراد والأنشطة المحلية لتشجيع تنظيم الأسرة. ووضعت ثالث سياسة سكانية قومية (الحالية) عقب إنشاء المجلس القومي للسكان في منتصف الثمانينيات. وقد ركزت هذه السياسة مرة أخرى على خطورة المشاكل السكانية وإدراك التفاعل بين السكان والتنمية.

مؤخراً وبناء على توصيات المؤتمر الدولي للسكان والتنمية (ICPD) الذي عقد بالقاهرة عام ١٩٩٤. تم توسيع استراتيجية تحقيق الأهداف السكانية المصرية لتشمل توافر خدمات الصحة الإنجابية وتأييد مجهودات التنمية المحلية للمنظمات غير الحكومية. كما ركزت الاستراتيجية الجديدة على الاهتمام بتعليم المرأة ونادت بزيادة فرص العمل للسيدات لتقليل الفجوة النوعية.

في يناير ١٩٩٦. أصبحت وزارة الصحة. وزارة الصحة والسكان (MOHP). لتعكس المسؤولية المتزايدة لأنشطة القطاع السكاني.

واستجابة للاعتبارات التي تم إعلانها في مؤتمر القاهرة. قامت وزارة الصحة والسكان بدمج خدمات تنظيم الأسرة وصحة الأم والطفل في برنامج أوسع. هو برنامج "صحة المرأة". كما تم التوسع في خدمات تنظيم الأسرة خاصة لمحدودي الدخل وريف الوجه القبلي. وكجزء من هذه الجهود. قامت وزارة الصحة والسكان بتجديد معظم العيادات وإضافة أكثر من ٣٠٠ عيادة لتنظيم أسرة متنقلة لتحسين توفير الخدمات.

بالإضافة إلى ذلك ومع مطلع الألفية الجديدة. تم إنشاء "المجلس القومي للمرأة". ويهدف المجلس أساساً إلى زيادة دور المرأة في المجتمع المصري وتقليل الفجوة بين الرجل والمرأة في جميع المجالات (التعليم. العمل.. الخ).

## تحليل الموقف الحالي

تعتبر الصحة والرعاية الصحية من الموضوعات ذات الأهمية بالنسبة للمصريين والقيادات السياسية. وكما هو الحال في كثير من البلدان. تواجه مصر اختيارات صعبة في محاولة تلبية المطالب والتوقعات المتزايدة للسكان.

ولقد حققت مصر خلال الحقبة الماضية تقدما حقيقيا ولموسا في الخدمات الصحية للسكان وخفض نسبة الإيجاب الغير مرغوب فيه. وبالرغم من هذه المكاسب فلا يزال هناك تباينات عريضة في الحالة الصحية. كذلك بدأت التحديات الصحية الجديدة في الظهور. وسوف تزيد من الحاجة إلى علاج الأمراض وتغيير السلوك.

بالرغم من وجود مفارقات بين نتائج المسح الديموجرافي الصحي لعام ١٩٩٥ (DHS) والتقارير المنشورة بواسطة الجهاز المركزي للتعبئة والإحصاء (CAPMAS) فإن كلا المصدرين متممان لبعضهما. ويؤكدان أنه خلال الحقبة الماضية تم إحراز تقدم ملموس في زيادة العمر المتوقع للفرد وخفض وفيات الأطفال الرضع. وكذلك خفض نسبة الحمل الغير مرغوب فيه. إلا أن الفرق كبير بين مختلف المناطق. والمحافظات الحضرية. فمؤشرات وحضر الوجه البحري أفضل من مؤشرات الوجه القبلي وهذا الاختلاف يظهر على وجه الخصوص في المناطق الريفية.

### والمؤشرات التالية توضح الأنشطة والبرامج الناجحة في مصر:

- العمر المتوقع للفرد عند الولادة حاليا هو ٦٥,٥ سنة (١٩٩٢).
- هناك انخفاض بنسبة ٣٥٪ في معدل وفيات الرضع خلال الخمس عشرة سنة الماضية. والانخفاض في وفيات الأطفال الأقل من خمس سنوات كان أكثر من ذلك بكثير حيث يمثل ٤٠٪ من الانخفاض لنفس الفترة. كما يبين المسح الصحي الديموجرافي لسنة ١٩٩٥ (DHS). ومع ذلك. فإن الاختلاف بين مصدري البيانات كبير. فالأرقام حسب المسح الصحي الديموجرافي (DHS) أكثر بكثير فنجد أن ١٠٠٠/٦٣ و ١٠٠٠/٨١ لوفيات السنة الأولى من العمر (IMR) والوفيات تحت سن ٥ سنوات (UNDER 5 MR) على التوالي. بينما الأرقام حسب تقارير وزارة الصحة والسكان نجد فيها أن معدل الوفيات للسنة الأولى من العمر (IMR) والوفيات لأقل من ٥ سنوات (U-5 MR) على التوالي هي ١٠٠٠/٤٠ و ١٠٠٠/٦٠. معدل وفيات الرضع حاليا ١٠٠٠/٤٤ والأطفال > ٥ سنوات ١٠٠٠/٥٤ (DHS 2000).
- نسبة وفيات الأمهات (والتي قدرت في المسح القومي لوفيات الأمهات لسنة ١٩٩٢) هي ١٧٤ حالة وفاة للأمهات لكل مائة ألف مولود حي. وصل هذا المعدل إلى ٨٣ حالة وفاة لكل ١٠٠٠ مولود حي سنة ٢٠٠٠ (مشروع صحة الأم والطفل).
- انتشار مصادر تنظيم الأسرة وارتفاع نسبة معرفة الطرق المختلفة بدرجة جيدة. وتصل نسبة المستخدمة لوسائل تنظيم الأسرة إلى ٥٦٪ من السيدات المتزوجات (DHS 2000).

- لاقت بعض البرامج الصحية الرأسية دعماً عالمياً كبيراً وأصبحت من الخبرات الناجحة. مثل البرنامج الموسع للتطعيمات وبرنامج مكافحة التهابات الجهاز التنفسي الحادة وبرنامج مكافحة الإسهال وبرامج الأمومة الآمنة.

#### جدول (١-١): وفيات الأطفال ووفيات الرضع

معدلات وفيات الرضع ووفيات الأطفال لفترات خمسية سابقة على المسح. مصر ٢٠٠٠

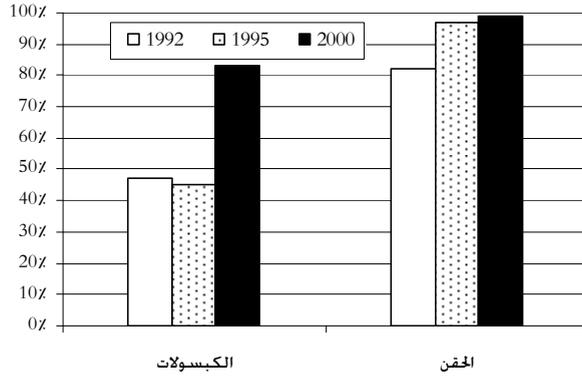
السنوات السابقة للمسح	مركز الفترة التقريبي أو الفترة المرجعية	وفيات حديثي الولادة	وفيات ما بعد حديثي الولادة	وفيات الرضع	وفيات الأطفال	وفيات الأطفال دون الخامسة من العمر
٤-٠	١٩٩٨	٢٤,٠	١٩,٦	٤٣,٥	١١,٣	٥٤,٣
٩-٥	١٩٩٣	٣٤	٣٢	٦٦,١	١٩,٤	٨٤,٢
١٤-١٠	١٩٨٨	٣٧,٢	٣٧	٧٤,٢	٣٠,٥	١٠٢,٥
١٩-١٥	١٩٨٣	٤٤	٥٤,٣	٩٨,٣	٤٦,٢	١٤٠

#### جدول (٢-١): المعرفة بوسائل تنظيم الأسرة

نسبة السيدات المتزوجات حالياً في فئة العمر ١٥ - ٤٩ اللاتي يعرفن وسائل معينة لتنظيم الأسرة مصر - ٢٠٠٠

الوسيلة	نسبة السيدات اللاتي يستعملن الوسيلة (%)
أي وسيلة	١٠٠
أي وسيلة حديثة	١٠٠
الحبوب	٩٩,٩
اللولب	٩٩,٩
الحقن	٩٩,٤
حاجز مهيلي	--
أقراص فوارة / كريم	٥٨
الواقى الذكري	٦٨,١
تعقيم المرأة	٧٤,٩
تعقيم الرجل	١٥,٧
كيسولة تحت الجلد	٨٣,١
أي وسيلة تقليدية	٧٧,٨
فترة الأمان	٣٨
القذف الخارجي	٣١,٣
إطالة فترة الرضاعة	٦٩,٢
وسائل أخرى	١,٥
عدد السيدات	١٤٣٨٢

شكل (1-1): تطور المعرفة بالكبسولات والحقن بين السيدات المتزوجات حالياً، مصر 1992- 2000



استمرت وزارة الصحة والسكان خلال التسعينيات في رفع شعارها " الصحة للجميع بحلول عام ٢٠٠٠". وحث هذا الشعار قامت الحكومة بوضع الأولوية لوفاء بالاحتياجات الصحية للأطفال. وذلك عقب إعلان الرئيس مبارك أن الفترة ١٩٨٩ - ١٩٩٩ تعتبر عقد تنمية وحماية الطفل المصري. في نفس الوقت تم تأسيس المجلس القومي للطفولة والأمومة تحت رئاسة كل من سيدة مصر الأولى ورئيس مجلس الوزراء. لتنسيق الجهود بين الوزارات في مجال الأنشطة الخاصة بالأطفال والأمهات.

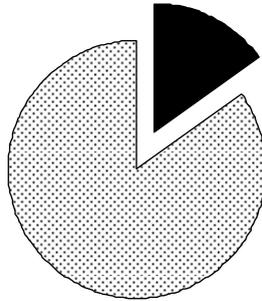
ومن أجل تحسين صحة الطفل، قامت وزارة الصحة والسكان بالتركيز على البرامج القومية للوقاية من الإسهال، وعدوى الجهاز التنفسي الحادة، وخاصة الالتهابات الرئوية. ونشر برنامج تطعيم الأطفال. وقد تم وضع الأهداف الخاصة بالقضاء على شلل الأطفال والتيتانوس الوليدي قبل حلول عام ٢٠٠٠ وقد قامت وزارة الصحة والسكان بتوجيه الاهتمام أيضا إلى تقليل وفيات حديثي الولادة، من خلال تحسين جودة الرعاية الصحية المقدمة للمواليد في المنازل والوحدات الصحية من خلال رعاية ما بعد الولادة.

وقد قامت وزارة الصحة والسكان، عقب دمج خدمات الصحة والسكان في وزارة الصحة، بالتركيز على أهمية دمج تنظيم الأسرة ورعاية صحة الأم والطفل. وقد تم تبني سياسة إصلاح مرحلية، لتوسيع قاعدة المستفيدين بالتأمين الصحي وإدخال تغييرات لتحسين جودة الخدمات الصحية. وقد تم توجيه الاهتمام إلى تحسين توزيع القوى العاملة في مجال الصحة، وكذلك التعويضات التي تمنح للعاملين بالصحة. كما تم إدراك الاهتمام بالتركيز على نظم المعلومات، لجمع وتحليل وتسهيل استخدام المعلومات الصحية على جميع المستويات وقد تم أخذ الخطوات اللازمة لترسيخ هذه الأنشطة. ومن المتوقع أن يكون لجميع خطط سياسة الإصلاح الصحي تأثير إيجابي على صحة الأم والطفل.

## السلبيات الموجودة في النظام الصحي

١. وجود مفارقات بالنسبة لمعدلات الوفيات والمرض بين الأطفال أقل من خمس سنوات وحديثي الولادة والأمهات. وهذه الاختلافات تتضح في المناطق الحضرية والمناطق الريفية وبين الوجه البحري والوجه القبلي.
  ٢. بالرغم من الانخفاض الملحوظ في وفيات الأطفال  $> 5$  سنوات. فإن هذا الانخفاض قد وصل لحالة من الثبات (PLATEAU) وهناك حاجة لتركيز الجهود لخفض وفيات حديثي الولادة التي تصل الآن إلى ٥٠٪ من معدل وفيات الأطفال الرضع.
  ٣. تعتبر نوعية الرعاية الصحية المقدمة بواسطة الوحدات العامة، دون المتوسط من وجهة نظر مستخدمي الخدمة. وهذا يوضح قلة استخدام هذه الوحدات بالرغم من وجود تغطية جيدة. هذا إلى جانب انخفاض استخدام بعض الخدمات الصحية بصورة حرجة: مثل رعاية ما قبل الولادة. فقد بلغت نسبة الحوامل اللاتي يتلقين رعاية ما قبل الولادة حوالي ٥٠٪ (٣٩٪ خدمة في القطاع الخاص. ١٣٪ خدمات القطاع الحكومي) وفي الأماكن الريفية تكون هذه النسبة ١٥٪ فقط.
- وتشير نتائج المسح الديمغرافي إلى أنه بالرغم من أن غالبية السيدات قمن بزيارة مقدم خدمة طبي في فترة ما خلال الحمل. فإن كثيرا منهن لم يتلقين رعاية شاملة. أي رعاية حمل وتطعيمات التيتانوس. وبصفة خاصة يحصل عدد ليس بالقليل من السيدات على حقن التيتانوس دون الحصول على رعاية حمل. كما أن هناك عددا من السيدات اللاتي زرن مقدم خدمة لرعاية غير متعلقة بالحمل وتمثل هؤلاء السيدات فرصا لتحسين انتشار خدمات رعاية الحمل.

شكل (١-٢): استشارة مقدم خدمة طبية خلال الحمل



■ لا توجد رعاية □ رعاية حمل - حقن التيتانوس و/أو أي رعاية أخرى

٤. ٥٢٪ من حالات الوضع تتم في المنزل. منهم ٧,٤٪ تتلقى مساعدة بواسطة مولدات مدربات و٣٥,٥٪ تتلقى مساعدة من دايات. ودراسات وفيات الأمهات تظهر أن حوالي ٦٠٪ من وفيات الأمهات تحدث في الوحدات الصحية الطبية. وأن ٩٠٪ من هذه الوفيات تكون بسبب بعض العوامل التي يمكن تجنبها.

٥. بينما يظهر نقص التغذية الحاد على أنه مشكلة هامشية إلا أن معدلات الإعاقة بالنسبة للنمو تعتبر عالية بدرجة غير مناسبة. وتصيب ثلث الأطفال المصريين تحت سن ٥ سنوات. كما أن ١٢٪ من الأطفال أقل وزنا بالنسبة لأعمارهم. نسبة الأيميا تصل إلى ٣٨٪ من الأطفال قبل السن المدرسى. ٢٢٪ بين الحوامل والمرضعات. نقص اليود منتشر بصورة ملحوظة في ٩ محافظات ويمثل ذلك مليونان من السكان. هذا الى جانب نقص فيتامين (أ) والزنك.

بالرغم من أن الرضاعة الطبيعية لا تعتبر مشكلة بين المصريين. فإن ٣٤٪ فقط يعتمد اعتمادا كلياً على الرضاعة الطبيعية خلال أربعة أشهر الأولى من العمر.

٦. حملات التوعية الصحية. خاصة التي يستخدم فيها الوسائل المرئية المسموعة (التلفزيون) لها تأثير كبير في الوصول للمجتمعات المحلية والترويج لتغيير السلوكيات المتعلقة ببعض الممارسات مثل استعمال موانع الحمل. واستعمال محلول معالجة الجفاف. والوقاية من التيتانوس الوليدى. والأهتمام بالتطعيم. ومع ذلك أظهرت التجارب أن هذه المنافع تميل الى التلاشى سريعاً حينما لا يقوم مقدمو الخدمة الصحية بتقوية هذه الرسائل وإدخال التغييرات المناسبة في تقديم الرعاية وتحسين الاستشارات الشخصية.

٧. يتطور متوسط عمر الفرد وبالتالي شكل وتوزيع السكان والأوبئة بمصر وهذا يؤدي إلى التغيير في الطلب (DEMAND) والحاجة (NEED) للخدمات الصحية. ونسبة السكان > ١٥ سنة مازالت مرتفعة جدا (٥٧٪) وعدد السكان فوق سن الستين يعادل فقط حوالى (٦٪) ومن المتوقع زيادة هذه النسبة وبالتالي سوف يزيد طلب الرعاية الصحية المكلفة لفئة المسنين وكبار السن. والمرضى البالغون يستهلكون نسبة كبيرة من موارد القطاع الخاص. والإنفاق على الصحة يتوقع نموها سريعاً. وبالنسبة للأمراض المزمنة مثل القلب. والأوعية الدموية والأورام والسكر والدرن والإصابات. فما زالت تمثل مشاكل كبيرة ومهملة الى حد كبير وحتاج الى المواجهة الصريحة.

إن التحول الوبائي والذي يواكبه اهتمام أكثر بأمراض البالغين والاختفاء النسبي في الأمراض المعدية حدث بطريقة غير متجانسة في أنحاء مصر.

**ومع ذلك فإن التغيير في أشكال المرض وهياكل العمر للسكان هي متغيرات هامة يجب أخذها في الاعتبار عند إصلاح النظام الصحي.**

إلى جانب هذه المؤشرات هناك عدد من المؤشرات الأخرى التي تبين مدى انخفاض مستوى الخدمة الصحية مما جعل الحاجة ملحة وعاجلة للبدء في تنفيذ برنامج لإصلاح القطاع الصحي. ومن أمثلة هذه المؤشرات:

- وفيات الأمهات بسبب الحمل والولادة عام ١٩٩٣ (١٧٤ لكل ١٠٠,٠٠٠ مولود حي) (على مستوى الجمهورية) ويرتفع هذا الرقم في بعض المحافظات وخاصة الوجه القبلي.
- يموت طفل من بين كل ١٢ قبل أن يصل الخامسة من عمره وواحد من بين كل ٧ في صعيد مصر. وذلك بسبب أمراض الالتهابات الرئوية والإسهال.

- أقل من ٤٠٪ من السكان يستفيدون من التأمين الصحي. سواء من خلال التأمينات الاجتماعية أو القطاع الخاص.
- ٦٠٪ من زيارات الرعاية الأساسية تكون في القطاع الخاص (العيادات الخاصة) وذلك نتيجة تحويل الأطباء لمرضى القطاع الحكومي (PUBLIC) إلى القطاع الخاص بسبب:
  - ضعف إمكانيات القطاع الحكومي (أدوية وأجهزة) نتيجة لضعف التدريب وعدم كفايته وخاصة الجزء العملي لاكتساب المهارات اللازمة.
  - عدم رضا الجمهور عن أداء القطاع الحكومي.
- إجمالي الإنفاق الحكومي على القطاع الصحي ضعيف. مقارنة بالمعدلات الدولية. ولا يكفي للتوسع لتغطية الفئات الفقيرة والمحدودة الدخل مع وجود الزيادة السكانية ومواجهة الأمراض المزمنة غير المعدية والمرتفعة في تكاليف علاجها.
- ارتفاع استهلاك الأدوية والإنفاق عليها مع وجود ضعف في الرقابة على عدالة التوزيع.
- ٥٠٪ من وفيات الحالات الحرجة والطوارئ نتيجة عدم الدقة في التعامل الطبي معها.
- تعدد الجهات المقدمة للخدمة حيث يوجد ٢٩ جهة حكومية وتابعة للقطاع العام تقدم الخدمات الصحية ولا يوجد بينها تعاون أو تنسيق.
- ينفق الأشخاص والعائلات الفقيرة (الأقل دخلاً) نسبة كبيرة من دخلهم للرعاية الصحية مقارنة بما يدفعه القادرون.

## الإصلاح الصحي

النظام الصحي الحالي. نظام رأسي يحد من فرص الاستفادة بأفضل الممارسات الطبية الحديثة التي تعمل على تحقيق الكفاءة والجودة. إذ إن الرعاية الصحية ليست متاحة جغرافياً أو مالياً. بشكل عادل ومنصف بين فئات المواطنين ذوي الدخول المتفاوتة في مختلف المحافظات. برغم زيادة أعداد الأطباء وأسرة المستشفيات المخصصة للرعاية العلاجية من المستوى الثاني والثالث في المدن والمناطق الحضرية. فإن الريف والمناطق الفقيرة تعاني من نقص الرعاية الصحية وزيادة تكلفتها. مما يؤكد ضرورة وضع إستراتيجية تعمل على تحقيق أفضل قيمة للخدمات الصحية مقابل الأموال التي تنفق عليها من ميزانية الدولة.

قامت وزارة الصحة والسكان بإعداد برنامج لإصلاح القطاع الصحي. ساهم فيه كثير من الخبراء من داخل وخارج مصر. والإصلاح الصحي يعنى البناء على الإيجابيات الموجودة في النظام الحالي. وإصلاح وتقويم جوانب الضعف والسلبيات من أجل الوصول وإنجاز الأهداف الصحية ومن أجل التنسيق والتعاون بين جميع قطاعات الدولة. لذلك فإن برنامج إصلاح القطاع الصحي في مصر يعمل على تشجيع القطاع الصحي الخاص لتدعيم أهداف الصحة.

## والمبادئ الأساسية لبرنامج الإصلاح الصحي في مصر هي:

- التغطية الشاملة (Universality): وتعنى تغطية جميع المواطنين بمجموعة متكاملة من الخدمات الأساسية ذات الأولوية بحيث يكون لكل فرد في أي مكان نفس الفرصة المتكافئة للحصول على الرعاية الصحية الأساسية والاستفادة منها.
- الجودة (Quality): وهي ضمان وتحسين مستويات الرعاية الصحية. وأيضا أماكن تقديم الخدمات (الوحدات / المستشفيات) لتعظيم القدرات التشخيصية والإكلينيكية ورفع مستوى التعليم الطبي والتمريضي والتدريب أثناء الخدمة.
- العدالة (Equity): تمويل الخدمات الصحية يعتمد على القدرة على دفع التكلفة. بينما يعتمد تقديم الخدمات على الحاجة إليها: لذا سوف يكون لكل المناطق والأفراد نصيب عادل في الحصول على الخدمة الصحية.
- الكفاءة (Efficiency): تخصيص وتوزيع الموارد المالية والبشرية والمنشآت الصحية. بناء على احتياجات المواطنين وزيادة الفاعلية مقابل التكلفة (Cost Effectiveness) بحيث تحصل الحكومة والمواطنون على أكبر قيمة صحية مقابل ما ينفق من أموال.
- الاستمرارية (Sustainability): وتعنى ضمان دوام نظام الإصلاح الصحي وخدماته وكفاءته الذاتية لصالح صحة المواطنين وخاصة الأجيال القادمة.

## استراتيجيات الإصلاح الصحي

برنامج الإصلاح الصحي عملية متشابكة ومستمرة تحتاج إلى قيادة حكومية وتعاون بين القطاع الصحي الحكومي (العام) والخاص ومشاركة المجتمع.

وبرنامج الإصلاح الصحي يقدم رؤية وخطة مستقبلية في العقدين القادمين للنظام الصحي مبنية على واقع مصر اليوم وآمال ورغبات الشعب المصري وقياداته.

ومرحلة السنوات الخمس الأولى (١٩٩٨ - ٢٠٠٣) من الإصلاح تمهد للتوجه للهدف النهائي للتغطية الشاملة. وتبدأ باستراتيجية جديدة للرعاية الأساسية. تشمل برامج الصحة العامة ورفع المستوى الصحي وعلاج المشكلة السكانية والخدمات الوقائية والعلاجية متضمنة أوجه العلاج داخل المستشفيات وتهدف الوزارة إلى أن تعد خطة خدمات رعاية أساسية ذات جودة وفاعلية عالية تستطيع الدولة تحمل تكلفتها (مجموعة الخدمات الصحية الأساسية) (Basic Benefit Package).

وحاليا يبحث أغلب المواطنين - بما فيهم ذوو الدخول الضعيفة - عن الرعاية الصحية الأولية في القطاع الخاص لأن خدمات الرعاية الأولية الحكومية غير كافية ويشعر كثيرون أن كفاءتها دون المطلوب. ويتحمل الفقراء عبئا كبيرا (مالياً) للحصول على الرعاية الصحية الأولية من القطاع الخاص.

والهدف من الإصلاح الصحي في هذا المجال هو تمويل ودفع مقابل خدمات الرعاية الصحية الأولية من خلال كيان تأميني موحد يجمع بين الإنفاق الصحي العام والخاص.

وهذه الطريقة للتمويل من المتوقع أن تتيح حسن استخدام الأموال المتاحة، وجعلها أكثر فاعلية وتخفيض إنفاق ذوى الدخل الصغيرة من الفقراء على الرعاية الصحية. وقد وجد أنه من الضروري تحسين الرقابة على جودة وفاعلية الرعاية الصحية والتعرف على رأى المنتفعين بالخدمة، وأن فصل التمويل عن تقديم الخدمات يعطى المنتفعين حق اختيار مقدم الخبرة ولا يلزمهم بمقدم خدمة صحية معين أو بجهة محددة. ويكون لدى مقدمي الخدمات من القطاع العام والخاص حافز أكبر لتحسين جودة خدماتهم واجتذاب المرضى والاحتفاظ بهم. ورضاء كل من مقدمي الخدمة الصحية والمنتفعين بها.

وفصل مهام التمويل عن تقديم الرعاية الصحية الأساسية سيسمح لكل جهاز صحي بتنمية موارده والتركيز على تطوير الخدمات.

تمثيا مع الأهداف والمبادئ الأساسية لبرنامج إصلاح القطاع الصحي بجمهورية مصر العربية، فإن الهدف هو إيجاد خدمات رعاية أولية فعالة وذات جودة عالية تستطيع الدولة أن تتحمل تكلفتها. وتقدم مستوى جيدا من المكاسب الصحية للمواطنين. وتوزع تلك المكاسب وما يصاحبها من تكلفة بعدالة على الأفراد حسب احتياجاتهم وقدراتهم على دفع التكلفة.

والموارد المتاحة للرعاية الأولية تركز على مجموعة محددة من الخدمات ذات الأولوية "مجموعة الخدمات الصحية الأساسية" والتي سوف يستفيد منها كل مواطن. خاصة من هو في حاجة شديدة إليها مثل النساء والأطفال. وينتج عنها أكبر خفض لأعباء المرض وما يتم إنفاقه على الرعاية. وكذلك يساهم في تقليل التباين بين المناطق الحضرية والريفية.

وحيث إنه لا يمكن واقعا أن تكون كل الخدمات الصحية متاحة على كافة مستويات الخدمة في أي دولة، فإنه يجب وضع أولويات للخدمات الصحية التي يجب إتاحتها وتوفيرها مباشرة في وحدات الرعاية الصحية الأولية أو بطريق غير مباشر. من خلال نظام الإحالة إلى المستويات الأعلى.

وعند اختيار الخدمات التي تدخل في مجموعة الخدمات الصحية الأساسية في مصر تم مراعاة المعايير الآتية:

- احتياجات المواطنين الصحية.
- شدة الأمراض التي تصيب المواطنين.
- العلاقة بين التكلفة والفاعلية في التداخلات التي تتخذ لعلاج تلك الأمراض للحصول على أكبر مقابل صحي للأموال التي يتم إنفاقها.
- توفير الموارد المالية.

### وتشمل مجموعة الخدمات الصحية الأساسية:

- خدمات صحة الطفل: التطعيمات، مراقبة نمو وتطور الطفل، تشخيص وعلاج الحالات المرضية الشائعة بين الأطفال الصغار ورعاية حديثي الولادة.
- خدمات صحة الأم: رعاية الأم أثناء الحمل، خدمات التوليد ورعاية الأم أثناء فترة النفاس، التثقيف الصحي وخدمات تنظيم الأسرة.

- خدمات صحية مقدمة لكل الأعمار:

- مكافحة وعلاج الأمراض المعدية.
- علاج الدرن.
- علاج الأمراض المتوطنة.
- اكتشاف وعلاج عدوى الجهاز التناسلي والأمراض المنقولة جنسياً.
- مكافحة وعلاج الأمراض المزمنة والأمراض غير المعدية مثل:
  - حالات السكر التي ليس لها مضاعفات.
  - اكتشاف وعلاج ضغط الدم المرتفع.
  - اكتشاف وعلاج حالات قصور الدورة الدموية.
  - اكتشاف وعلاج أمراض العيون.
  - اكتشاف وعلاج الحميات.
  - خدمات الرعاية العاجلة.
  - الجراحات الصغير الطارئة.

### عناصر المسار السريع لبرنامج الإصلاح

من المعروف أن كثيرا من توصيات الإصلاح الصحي سوف تأخذ وقتا للتطبيق وسيتأثر الاتجاه النهائي للتغيير في التنظيم والتمويل للرعاية الأولية بالبيئة الاجتماعية والسياسية والاقتصادية. ومع ذلك فهناك مجموعة من الخطوات يمكن تنفيذها لتساهم على المدى القصير في عملية الإصلاح بغض النظر عن الاستراتيجية والاتجاه النهائي.

### أنشطة "المسار السريع" الممكن تمويلها وتطبيقها:

- إنشاء لجنة التخطيط والتقييم ومتابعة عملية الإصلاح.
- تحديد مجموعة الخدمات الأساسية.
- عمل استراتيجيات بديلة لإقامة نظم المعلومات المطلوبة.
- تحديد وتطبيق قائمة الأدوية الضرورية لدعم مجموعة الخدمات.
- وضع سياسة قومية للدواء.
- إنشاء وحدة تحسين الجودة.
- وضع خطة خمسية كاملة للتمويل الصحي.
- وضع خطة استثمارية تفصيلية لتحديث المنشآت متزامنة مع تطبيق الإصلاح.
- وضع خطة قومية للتدريب لتحديث مهارات الأطباء والمرضات.
- وضع منهج للتعليم الطبي يتيح للفريق الطبي تقديم خدمات الرعاية الأولية بكفاءة.

- الفصل بين وظيفتي التمويل وتقديم الخدمة، في إطار داخل هيئة التأمين الصحي.
- الاستثمار في تطوير القطاع الخاص.

### دور وزارة الصحة والسكان في الإصلاح الصحي

تبدأ استراتيجية الإصلاح الصحي بتطوير العلاقة بين وزارة الصحة والسكان وهيئة التأمين الصحي، مما يؤدي إلى تحسين الموارد البشرية والنظم الإدارية.

وبما أن وزارة الصحة هي المسئول الأول عن تنظيم وتنسيق وتحليل كل أنشطة القطاع الصحي، فإنها تقوم بتخطيط سياسة متطورة لبرامج الصحة العامة، وتحمل المحافظات والمراكز تدريجياً مسئوليات وسلطات متزايدة، لإدارة الرعاية الصحية وتكون لديها المرونة لإدخال التعديلات حسب الاحتياجات المحلية، وتصبح هيئة التأمين الصحي كياناً مالياً قومياً جديداً للتأمين الصحي الاجتماعي، وعليه المسئولية الأولى لتمويل الرعاية الصحية. كما تتحمل وزارة الصحة والسكان مسئولية تنفيذ ومتابعة وتقييم برامج إصلاح القطاع الصحي وتنسيق الأدوار بين كل من المؤسسات العامة والخاصة المشاركة في البرنامج.

ومن أجل تحقيق هذه الغاية، تقوم الوزارة بتوفير آليات جديدة لتسهيل الدعم الفني والإداري لعملية إعادة التنظيم المطلوبة لنظام تقديم خدمات الرعاية الصحية والارتقاء بنظم المعلومات، فقد أنشأت الوزارة مكتب الدعم الفني وإدارة تحسين الجودة والمركز القومي للمعلومات في مجال الصحة والسكان كأمانة للدعم المطلوب.

### كيفية تمويل برنامج الإصلاح الصحي

الممول الرئيسي لهذا البرنامج هو الحكومة المصرية، مع بعض المشاركة الفعالة من الدول المانحة والمساعدة الفنية من وكالة التنمية الأمريكية والاتحاد الأوروبي، بالإضافة إلى قرض من البنك الدولي. يتم تجربة الإصلاح الصحي في بعض المحافظات كمشروع استرشادي لاختبار المشروعات المتكاملة المقترحة لإصلاح نظام الرعاية الصحية الأولية وتنقيحها في مواقع تجريبية في ثلاث محافظات تمثل الأحوال الصحية والبيئية والمجموعات السكانية المختلفة في جميع أنحاء الجمهورية، وهي الإسكندرية - المنوفية - سوهاج، ويتم تنفيذ هذا المشروع التجريبي لبرنامج إصلاح القطاع الصحي تدريجياً وعلى مراحل لإعطاء الفرصة للتجربة ولتقديم الخدمة والمجتمعات المشاركة في التجربة.

### مدخلات وآليات تحقيق استراتيجية الإصلاح الصحي

- التركيز على الوقاية وتغيير المفهوم من التعامل مع الحدث عند وقوعه إلى التنبؤ به، وهو نظام الترصد، وذلك بالتحرك لمنع حدوثه وذلك من خلال إدخال اللقاحات والطعوم الجديدة والحديثة.
- زيادة نسبة التغطية بالتطعيمات الإجبارية إلى ٩٧٪، مما يؤدي إلى السيطرة على كثير من الأمراض المعدية وأمراض الطفولة.

- إعادة هيكلة القطاع الصحي وتطبيق نظام طب الأسرة. بالتركيز على تقديم مجموعة من الخدمات الأساسية الوقائية والعلاجية والتأهيلية.
- الاهتمام بالموارد البشرية والتوسع في برامج التدريب وتوفير التمويل اللازم لتنفيذها.
- تطبيق نظام الجودة الشاملة وذلك لتنسيق تطوير وتوزيع ومراقبة مستوى الرعاية ومستوى الخدمة في مواقع تقديمها.
- تطوير السياسات التمويلية للقطاع الصحي بناء على دراسة اقتصادية.
- زيادة مخصصات الخطة الاستثمارية لمشروع القطاع الصحي.

## الاتجاهات الجديدة والأنشطة المستحدثة في استراتيجيات وزارة الصحة والسكان

### ١. طب الأسرة (طبيب الأسرة)

طب الأسرة. هو حجر الزاوية في نموذج الرعاية الصحية الأساسية الحديثة. وطب الأسرة تخصص يضمن:

- استمرارية وشمولية العلاج: فطبيب الأسرة يمثل اللقاء الأول مع أفراد الأسرة. كما أنه يقوم بعلاجهم جميعاً. وهذا يساعد أكثر على تفهم كافة العوامل التي تؤثر على صحة الفرد.
- التنسيق: حيث إن طبيب الأسرة هو مقدم الخدمات الصحية الأولية والمسئول عن الإحالة في الحالات التي تستدعي مستوى أعلى لتقديم الخدمة.
- وقد ركز النموذج الجديد للرعاية الصحية الأولية على ممارسة نظام طب الأسرة مرتبا حسب المستويات الآتية لزيادة إمكانية الحصول على الرعاية الصحية المطلوبة:
- وحدات صحة الأسرة: لتقديم الخدمات الوقائية والعلاجية الأساسية لمرضى العيادات الخارجية.
- مراكز صحة الأسرة: لتقديم خدمات تخصصية في مجال طب الأطفال. الأمراض الباطنية. النساء والتوليد وتحتوى على قسم للجراحات الصغيرة والخدمات التشخيصية (معمل / الأشعة)
- المستشفيات المركزية: تقدم خدمات علاجية خارجية وداخلية. وخدمات الجراحات والحالات العاجلة.
- ولدعم وتحسين الجودة وزيادة رضا المنتفع. تعطى الفرصة للأسرة لتغيير أطبائهم. كما يقدم هذا النظام حوافز جيدة لمقدمي الخدمة اعتمادا على جودة الأداء والإنتاج. حتى تقلل من حاجتهم إلى العمل في أكثر من مكان.

### أهداف برنامج طب الأسرة:

- دراسة المجتمع المستهدف بالخدمة وتحديد المشاكل الصحية والاقتصادية والاجتماعية.
- عمل تحليل لهذه المشاكل وبيان حجمها وأسبابها ومدى تأثيرها على المجتمع.
- وضع تصور وخطة عمل لحل هذه المشاكل.

- تحديد احتياجات المجتمع.
- دعم التعاون مع المجتمع بفئاته المختلفة لدراسة المشاكل ووضع الحلول المناسبة لها.
- دعم التعاون مع الهيئات المختلفة ذات العلاقة.

### استراتيجيات البرنامج:

١. إيفاد أطباء الرعاية الصحية الأساسية للحصول على مؤهلات عليا في مجال طب الأسرة من كليات الطب المختلفة.
٢. عمل برامج تدريبية للأطباء والمرضات ومختلف الفئات العاملة في وحدات الرعاية الصحية الأساسية وتشتمل هذه البرامج على:
  - بعثات خارجية للتدريب على كيفية تطبيق نظام طب الأسرة بالدول المتقدمة مثل المملكة المتحدة والولايات المتحدة وهولندا.. الخ
  - دورات تدريبية داخلية بالتعاون مع الجامعات المصرية التي تقوم بتطبيق هذا البرنامج في مناهجها.
٣. تأهيل بعض المراكز الصحية في المحافظات لتكون نواة لتدريب الأطباء والعاملين في مراكز طب العائلة وطلبة كليات الطب على برامج طب الأسرة.
٤. وضع نظام للإحالة بين مستويات الخدمات الصحية المختلفة ونظام التغذية المرجعة حتى نضمن تقديم خدمة صحية متكاملة للمواطن.
٥. وضع نظام لتدفق المعلومات بين الوحدات الطرفية والوحدات المركزية مروراً بالمراكز والمديرية بالمحافظات.
٦. تطبيق نظام تمويل يتم بموجبه تحسين مستوى الأداء وتوفير الأدوية وأعمال الصيانة اللازمة للأجهزة والمباني. وكذلك صرف حوافز للعاملين المتميزين.
٧. إعداد كادر وظيفي لأطباء طب الأسرة. يضمن لهم نظام الترقى للدرجات الوظيفية الأعلى.
٨. إعداد برنامج إعلامي لتوعية المواطنين بأهمية الملف العائلي ودور طبيب الأسرة في تقديم خدمة صحية متميزة حتى يساهم المواطنون في إنجاح البرنامج والاستخدام الأمثل له.
٩. خفض المشاركة الشعبية عن طريق عقد الندوات مع قيادات المجتمع للمشاركة في دراسة المشاكل وتحديد الأولويات والاحتياجات.
١٠. عقد بروتوكولات تعاون مع الهيئات والوزارات والقطاعات الأخرى ذات العلاقة بصحة المواطنين مثل وزارات التعليم - الشؤون الاجتماعية - الأوقاف - البيئة - المجلس الأعلى للشباب والرياضة - المجالس المحلية - الجامعات.. الخ.

## ٢. التوسع بمظلة التأمين الصحي لتغطي جميع المواطنين

بدأت وزارة الصحة والسكان. منذ سنوات بإعداد برنامج طموح. لتطوير نظام التأمين الصحي الحالي. ليشمل مظلة تأمينية اجتماعية تشمل جميع أفراد الأسرة كهدف استراتيجي بتقديم مجموعة من الخدمات الصحية الأساسية بأعلى جودة ممكنة وبرؤية اجتماعية وبيئية وسكانية ووقائية متكاملة. تضع في اعتبارها الفئات محدودة الدخل وغير القادرة.

و مفهوم التأمين الصحي الاجتماعي لا يشمل فقط الخدمات العلاجية. بل يشمل أيضا الرعاية الصحية الأساسية لجميع أفراد الأسرة ويعتمد على المشاركة المجتمعية كعنصر فعال في تحقيق هدف الصحة للجميع. وقد كان ذلك على قائمة اهتمامات الدولة منذ تطبيق التأمين الصحي على طلاب المدارس.

قامت وزارة الصحة والسكان بدراسة تطبيق التأمين الصحي على الأطفال والمواليد وتوفير الميزانية اللازمة للتنفيذ وإعداد الإمكانيات اللازمة لمتابعة التنفيذ ١٩٩٦.

ولقد تم إعداد وصدور البطاقة الصحية للطفل كخطوة أولى بداية من ١٩٩٦/٩/١. وتنفيذ التأمين الصحي بداية من مواليد ١٩٩٧/١٠/١ في جميع أنحاء الجمهورية. وقد تم حتى الآن تغطية ٥ ملايين طفل بالتأمين الصحي وتبلغ نسبة التغطية على مستوى الجمهورية حوالي ٦٥٪ وتتراوح هذه النسبة من أقل من ١٠٪ إلى أكثر من ٨٦٪ في بعض المحافظات. نظراً لأنها خدمة اختيارية للمواطنين.

## ٣. إدخال مفهوم وخدمات صحة المرأة والصحة الإيجابية

- قامت وزارة الصحة والسكان بالتركيز على صحة المرأة بصفة خاصة. فقد تم إنشاء وحدات لرعاية صحة المرأة داخل القرى والنجوع في جميع. إن لم يكن في كل محافظات جمهورية مصر العربية.
- تقوم العيادات المتنقلة (والقوافل الطبية) بتقديم خدمات الصحة الإيجابية في المناطق المحرومة والعشوائيات خاصة في صعيد مصر.
- تعتبر نوادي المرأة التي تم إنشاؤها بالمراكز والوحدات الصحية مدخلا تنمويا هاما للمرأة بصفة عامة والمرأة الريفية والبدوية بصفة خاصة. فعن طريق هذه الأندية يمكن محو أمية المرأة وإشراكها في العمل وتعليمها الأعمال المهنية التي ترفع من خلالها دخل أسرتها.
- وتشير استراتيجية السكان التي تنفذها وزارة الصحة بمفهوم شامل. إلى أن منظومة العمل الصحي تتضمن أيضا وضع شبكة متكاملة لخدمات صحة الأم من خلال تحقيق المستهدف من استراتيجية الحفاظ على صحة الأم والطفل. عن طريق الترابط والتواصل بين برامج تنظيم الأسرة ورعاية الأمهات أثناء الحمل.
- كما أن مواجهة المشكلة السكانية تأخذ حاليا أبعاداً أخلاقية ودينية وصحية. فهي تعتمد في المقام الأول على الرعاية الصحية وتوفير الصحة الإيجابية بمفهومها الشامل والأعم. للحفاظ على الأسرة المصرية وكيان المجتمع المصري.

- من خلال التعاون بين وزارة الصحة ووزارة التعليم، سيتم تدريس مناهج صحية ووقائية جديدة للمراهقين. يتم تزويدهم من خلالها بمعلومات صحية أساسية.

#### ٤. مبادرة مصريين أصحاء ٢٠١٠

هذه المبادرة هي برنامج شامل للصحة العامة يتضمن إعداد برنامج وقائي قومي لمواجهة المخاطر الصحية التي تهدد صحة الفرد والمجتمع من منظور "مواطنون أصحاء في مجتمع صحي".

#### و أهم أهداف هذا البرنامج

- زيادة متوسط عمر الفرد (عمر أطول وصحة أفضل للمواطن المصري).
- تعزيز أنماط الحياة الصحية والسلوك الصحي لكل المصريين.
- تحقيق العدالة في إتاحة الخدمات الصحية للجميع. خفض التباين بين شرائح المجتمع المختلفة.
- التغطية القومية الشاملة وضمان وصول خدمات الرعاية الصحية الأساسية ذات الجودة والكفاءة لجميع المصريين.
- وتحقيق هذه الأهداف من شأنه أن يعزز الصحة البدنية والنفسية والاجتماعية وصحة البيئة لكل المصريين وأهم المشاكل ذات الأولوية التي يتم العمل بها:
  - صحة الأم والطفل.
  - صحة البيئة.
  - الوقاية والحد من الإصابات والحوادث.
  - مكافحة التدخين والوقاية من أضراره.
- وسوف يمثل التعاون المشترك وتفاعل المجتمع بكافة قطاعاته مع جهات الريادة والشركاء الأساسيين دورا هاما في الوصول إلى الغاية ووضع الأهداف وصياغة الخطط والاستراتيجيات حتى نهاية عام ٢٠١٠.

#### كيف تعمل وزارة الصحة والسكان بالتعاون مع شركائها لضمان تحقيق أهدافها:

- التدريب اللازم للعاملين الصحيين لتحسين مستوى كفاءة أدائهم.
- تجديد المنشآت الصحية والارتقاء بها إلى المستوى المطلوب لتوفير الخدمات ذات الجودة.
- توفير الأجهزة والمعدات الضرورية والمستلزمات الطبية.
- تطبيق نظم الإدارة والإشراف لدعم توفير الخدمات ذات الجودة.
- توفير المواد الإعلامية اللازمة للاتصال والمشورة للتأثير على الممارسات داخل الأسرة والمجتمع.

## ٥. الرعاية المتكاملة للطفل في حالة الصحة والمرض

من الاتجاهات الحديثة الآن هو تقديم استراتيجيات متكاملة لرعاية الأطفال تحت سن ٥ سنوات. وهذه الرعاية تشمل الجانب الوقائي والعلاجي والنمو النفسي والعقلي. وقد بدأ العمل لتنفيذ هذه الإستراتيجية في سنة ١٩٩٧.

### وتهدف هذه الاستراتيجية إلى:

- خفض وفيات الأطفال التي تنشأ من أمراض الطفولة الشائعة.
- الحد من معدلات الإصابة بالأمراض.
- تحسين نمو الطفل بدنياً، وعقلياً، واجتماعياً.

### ومكونات هذه الإستراتيجية:

- تحسين كفاءة مقدمي الخدمة الصحية على مستوى الرعاية الصحية الأساسية والمستشفيات.
  - تحسين النظام الصحي من حيث تادية الخدمات وتوفير الأدوية. الأجهزة.. الخ.
  - تحسين الممارسات المؤثرة على الصحة داخل الأسرة والمجتمع.
- وتنفذ أنشطة هذه الاستراتيجية على مستوى الوحدة الصحية والمستشفى بالإضافة إلى الأسرة بالمنزل.

### والأنشطة المختلفة لتحقيق أهداف هذه الاستراتيجية يتم تنفيذها من خلال:

١. الوحدة / المستشفى حيث يتم:
  - الاكتشاف المبكر للمرض.
  - العلاج السليم.
  - تقديم المشورة الصحية السليمة.
  - متابعة الحالة المرضية من خلال زيارات المتابعة.
٢. الأسرة والمجتمع: (رفع الوعي الصحي والبيئي)
  - التعرف على المرض.
  - التعرف على علامات الخطر.
  - سرعة طلب المشورة الصحية من الشخص المناسب.
  - اتباع تعليمات الطبيب الخاصة بالعلاج والمتابعة.
  - رعاية الطفل المريض بالمنزل.

## ٦. ضمان الجودة

بذلت وزارة الصحة والسكان في السنوات الأخيرة جهداً كبيراً لتدعيم الخدمة الصحية ورفع كفاءتها مثل: زيادة الموارد المتاحة، تحديث الأجهزة والمعدات، إدخال تكنولوجيا حديثة للتشخيص والعلاج وتحسين البنية الأساسية وتدريب الفريق الصحي. ولم يواكب معظم هذه الأنشطة قياس جودة الخدمات الصحية المقدمة.

وضمن الجودة يعنى في أبسط صورة، أن يكون هناك مراجعة مستمرة للمناخ الذي يتم فيه تقديم الخدمات الصحية وتقييمها ومتابعة النتائج واكتشاف أوجه القصور لاختلاف الإجراءات التصحيحية المناسبة مما يؤدي إلى تحسين هذه الخدمات ورضاء المستفيدين عنها. ويتم هذا بتطبيق معايير محددة للجودة بالنسبة للأنشطة والبرامج المختلفة تؤدي إلى اكتشاف أوجه القصور.

وضمن الجودة في مجال الرعاية الصحية ليس مفهوماً جديداً، فهو أحد مبادئ الرعاية الصحية الأولية وقد أوضحت التجارب أن قلة التردد والاستفادة من الخدمات الصحية المقدمة يكون بسبب عدم رضاء المنتفعين من نوعية الخدمات المقدمة.

### بدأ العمل ببرنامج الجودة سنة ١٩٩٦ وكانت أهم أهدافه:

- تحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة وزيادة معدل استخدام هذه الخدمات.
- تحقيق الاستخدام الأمثل للإمكانات المتاحة بالوحدات الصحية.
- دعم استراتيجية اللامركزية في التخطيط والتنفيذ والمتابعة للأنشطة المختلفة.

### وقد شملت خطوات التطبيق:

- استحداث معايير للخدمات وقائمة للمتابعة (Services Indicators & Monitoring Check List)
- وضع دليل لتدريب الفئات المستهدفة.
- تدريب فريق مركزي للإشراف والمتابعة.
- تدريب الهيئة الإشرافية على مستوى المديرية والإدارات الصحية وأطباء وحدات الرعاية الصحية الأولية على استخدام معايير الخدمات في تحسين الأداء وحل المشكلات المتعلقة به.

## ٧. الإرشاد الوراثي وفحص حديثي الولادة:

وهو برنامج قومي يهدف إلى الحد من حدوث الأمراض الوراثية التي تؤدي إلى الإعاقة والتخلف العقلي. ولتحقيق هذا الهدف تم تنفيذ عدة أنشطة وهي:

- تشكيل لجنة فنية عليا للإشراف على البرنامج.
- إعداد عيادات للإرشاد الوراثي لتكون حلقة الوصل بين قطاع الرعاية الصحية الأساسية وطبيب الأسرة في الريف والحضر والمراكز المتخصصة في الأمراض الوراثية والإرشاد الوراثي.
- التعاون بين وزارة الصحة والسكان والجامعات ومراكز الإرشاد الوراثي المتخصصة.
- إعداد الكوادر الفنية اللازمة لعيادات الإرشاد الوراثي وتدريبها على أعمال البرنامج.

- إنشاء نظام إحالة فعال بين مستويات الخدمة المختلفة.
- ومن أهم المشاكل التي سوف يشملها هذا البرنامج: التخلف العقلي - الأمراض الوراثية - التشوهات الخلقية.

### والتدخلات التي سوف يقوم البرنامج بتنفيذها هي:

- فحص راغبي الزواج.
  - الإرشاد الوراثي قبل الحمل. وما قبل الولادة وأثناء الولادة.
  - الإرشاد الوراثي لحديثي الولادة لاكتشاف المشاكل الوراثية.
  - تقدم خدمة الإرشاد الوراثي من الولادة حتى عمر ٣٥ عاما.
- ومن الأنشطة الناجحة التي قام بها برنامج فحص حديثي الولادة. الكشف المبكر لمرض نقص هرمون الغدة الدرقية بين حديثي الولادة.

## ٨. برنامج الحد من الإعاقة ورعاية ذوى الاحتياجات الخاصة والأطفال المعثر عليهم

الاهتمام بالصحة لذوى الاحتياجات الخاصة والمعثر عليهم من الموضوعات بالغة الأهمية في وزارة الصحة والسكان. حيث إن الاهتمام بالوقاية من الأمراض أو الاكتشاف المبكر والتأهيل هو المدخل الحقيقي للعناية بهذه الفئة.

### و من أهم التدخلات في هذا المجال:

- إعداد استراتيجية قومية للحد من الإعاقة بالتعاون مع مركز المعلومات ودعم اتخاذ القرار برئاسة مجلس الوزراء ١٩٩٦.
- إعداد خطة الوزارة الخاصة بالإعاقة ١٩٩٦.
- تقديم خدمات مختلفة ومتعددة وقائية وعلاجية في مجال الإعاقة.
- تطبيق نظام التأمين الصحي بالمجان (لهذه الفئات).
- تنفيذ برامج تدريبية للأخصائيين الاجتماعيين. لرفع مستوى أداؤهم والعمل على إعدادهم كهمزة وصل بين الفريق الطبي والمترددات على وحدات الرعاية الأساسية.
- إنشاء لجنة قومية عن الإعاقة عام ١٩٩٧ وتشمل ممثلين من وزارات الصحة. الشؤون الاجتماعية والتعليم وأهم استراتيجية لهذه اللجنة هي " التأهيل المعتمد علي المجتمع "والتي أقرتها الهيئات الدولية والمعاهد المتخصصة. ولقد تم تنفيذ أنشطة هذه الإستراتيجية من خلال الزيارات المنزلية والقوافل المتنقلة بالتعاون مع الوزارات المعنية في بعض المحافظات من خلال دمج الأطفال المعاقين بالمدارس العامة.

## و من أمثلة هذه الأنشطة:

- رفع وعى الجمهور والمجتمع بالنسبة للإعاقة ودور المجتمع في التعامل مع الحالات. من خلال المؤتمرات وورش العمل المختلفة.
- وضع نظام للتعاون بين الجهات المختلفة التي تقوم بتقديم خدمات في هذا المجال.
- إنشاء ورش لتصنيع الأجهزة التعويضية في بعض المحافظات.
- إعداد كوادر وأقسام بالمستشفيات العامة للتأهيل.
- وضع نظام جيد للإحالة مثل الإحالة إلى:
  - المعهد القومي للجهاز العصبي والحركي (معهد شلل الأطفال سابقا).
  - معهد السمع والكلام.
  - معهد رمد الجيزة.. الخ.

## ٩. تطوير نظم المعلومات الصحية

- إن الدور المحوري للصحة في التنمية الاقتصادية والاجتماعية يتطلب التعرف على الأوضاع الصحية للمجتمع وتوفير نظام فعال للمعلومات الصحية. لدعم عملية اتخاذ القرار التي تتطلبها إدارة الخدمات الصحية وتحديد أولويتها. في النصف الثاني من عام ١٩٩٥ تم العمل على تطوير نظم المعلومات بحيث تكون أكثر كفاءة وإيجابية من خلال:
- إصدار بطاقة صحية للطفل (لتستمر معه كمواطن خلال فترة حياته).
  - إنشاء قاعدة بيانات لجميع برامج رعاية الأمومة والطفولة.
  - تحديد عدد البيانات المطلوبة لضمان دقتها.
  - جمع ومعالجة وتحليل البيانات يدويا على مستوى الوحدة نظريا لصعوبة استخدام الحاسب الآلي وعدم وجود العمالة المدربة (منذ ١٩٩٩ تم توفير حاسبات آلية في بعض الوحدات التي يوجد بها نظام طبيب الأسرة).
  - توفير حاسب آلي على مستوى الإدارات الصحية وتدريب مسئولى الإحصاء والفنيين.
  - تصميم برنامج حاسب آلي لجمع وتحليل البيانات واستخراج المعلومات على مستوى الإدارات والمديريات الصحية ووزارة الصحة مركزيا.
  - تصميم أدوات نظم المعلومات مثل: البطاقة الصحية. السجلات الخاصة بالفئات المختلفة. التقارير الشهرية.. الخ.

## ١٠. تكامل الخدمات (المنطقة الصحية) ونظام الإحالة

تبنت وزارة الصحة والسكان مفهوم تكامل الخدمات الصحية على مستوى المركز الإداري باعتباره المدخل الرئيسي لتحقيق هدف الصحة للجميع - ويعتمد نظام دعم المركز الصحي الإداري على

تقديم خدمات الرعاية الصحية الأساسية الوقائية والعلاجية (حكومية وغير حكومية) وترتبط بينها خطوط تنظيمية لتقديم الخدمات وليست مستويات للفصل بينها.

وتعرف الإحالة: بأنها أحد مكونات الرعاية الأساسية وهي نظام كامل ومستمر ذو اتجاهين للربط بين وحدات الرعاية الصحية الأساسية والمستشفيات.

ونظام الإحالة هو أحد الأركان الرئيسية للرعاية الصحية الأساسية الذي يجب أن يتسم بأنه نظام فعال ومتكامل كجزء موحد معها مما يؤدي لتحسين الرعاية الصحية الشاملة.

وينفذ نظام الإحالة من خلال ثلاثة مستويات هي:

- وحدات الرعاية الصحية الأساسية (مستوى أول)
- المستشفيات المركزية والعامه (مستوى ثان)
- المستشفيات التعليمية والتخصصية (مستوى ثالث)

### سياسة الوزارة في تطبيق نظام الإحالة:

- قيام وحدات الرعاية الصحية الأساسية بفحص جميع الحالات المترددة طوال ٢٤ ساعة لتقديم خدمات الممارس العام وتحويل الحالات التي تحتاج لمستوى أعلى من الخدمة.
- يعمل قسم الاستقبال والطوارئ بالمستشفيات لمدة ٢٤ ساعة.
- يستمر نظام عيادات العلاج الاقتصادي بالمستشفيات.
- تعمل العيادات الصباحية بالمستشفى كعيادة أخصائي للحالات المحولة من وحدات الرعاية الأساسية.

والموقف الحالي لنظام الإحالة ليس بالقوة المتوقعة حيث إنه لا يوجد إشراف جيد من الوزارة على تنفيذ هذا النظام ولكنه يعتمد على:

- الاجتهاد الشخصي للطبيب في تحويل الحالات المرضية إلى المستشفى العام أو المركزي بدون أي دعم أو تعليمات من الإدارة أو مديرية الصحة. ولا توجد أي تغذية راجعة من المستشفى.
- من خلال المشروعات التي عملت وتعمل في قطاع الرعاية الأساسية حيث إنه توجد محاولات لتطبيق نظام الإحالة منذ السبعينيات.
- من خلال قيام طبيب الوحدة بتحويل حالات الأمراض المعدية المشتبه فيها لمستشفيات الصدر والحميات وذلك بواسطة نظام محدد قائم حالياً.
- من خلال التأمين الصحي وهو نظام قائم ومستمر حالياً حيث يتم التحويل للأخصائي بمعرفة الممارس العام فقط.

### ومعوقات الاستمرار لهذا النظام:

- عدم وجود الدعم الإداري والسياسي.
- انتهاء المشاريع التي طبقت هذا النظام لعدم وجود مقومات الاستمرارية.

- نقص وحدات الرعاية الصحية الأساسية بالحضر.
- نقص القوى البشرية العاملة من الأطباء والتمريض بوحدات الرعاية الصحية الأساسية.

### ١. الرعاية الصحية للنشء (صحة المراهقين)

يمكن تعريف صحة المراهق: بأنها الحالة البدنية والذهنية والعاطفية العامة للمراهق وبينما تشيع بعض الأمراض والمشاكل الصحية لدى جميع الأعمار، إلا أن كل مرحلة من عمر الإنسان لها مخاطرها الصحية الخاصة. وقد ركزت العلوم الطبية والتخصصات التقليدية على مراحل عمر الإنسان في طور الطفولة المبكرة والطفولة والسنوات الإيجابية. ولكنها لم تول اهتماماً كافياً بالحاجات الخاصة لمن هم في طور المراهقة.

ومرحلة المراهقة تواكبها تغيرات بدنية وهرمونية ونفسية كبيرة تدعو إلى إعطاء المراهق رعاية صحية خاصة. وهذه الفترة تعتبر فترة حساسة في حياة الإنسان من حيث تأثيرها على نمو الفرد من الناحية الفسيولوجية والنفسية والثقافية. وكذلك تأثيرها على نمو المجتمع وتقدمه بشكل عام.

وفئة المراهقين تمثل ٢٤٪ من المجتمع. منهم ٥٢٪ ذكوراً و٤٨٪ إناثاً (الجهاز المركزي للتعبئة والإحصاء ١٩٩٦).

ومن المتوقع أن تزداد هذه النسبة العمرية في المستقبل نتيجة الانخفاض الكبير الذي طرأ على معدلات وفيات الأطفال دون الخامسة. بعد تنفيذ برامج عديدة لرعاية الأطفال. مثل البرنامج الموسع للتطعيمات. برنامج مكافحة التهابات الجهاز التنفسي. برنامج الرعاية المتكاملة للطفل المريض. برنامج مكافحة المكونات الغذائية الدقيقة.. الخ.

وتشير الدلائل ونتائج البحوث والدراسات المعنية بالشباب. أن صحة المراهق في مصر مشابهة إلى حد بعيد لصحة المراهقين في الدول المماثلة في الظروف الاجتماعية والاقتصادية من حيث حجم وتنوع المشاكل الصحية.

ومن المؤشرات التي تعكس المشاكل الصحية للشباب (١١-١٩ سنة):

- نسبة أنيميا نقص الحديد في هذه الفئة:
  - أنيميا بسيطة ٢٩,٥٪ بين الذكور و٢٦,١٪ بين الإناث.
  - أنيميا متوسطة ٠,٧٪ بين الذكور و٢,٨٪ بين الإناث.
  - أنيميا حادة ٠,١٪ بين الذكور و٠,١٪ بين الإناث.

(المسح الصحي الديمجرافي ٢٠٠٠)

- يعاني ١٧٪ من النشء من التقزم (١٩٪ بين الذكور و١٥٪ بين الإناث). (المسح القومي حول النشء في مصر مجلس السكان ١٩٩٩).
- يعاني ١٠٪ من النشء من أخطار السمنة. خاصة بين الفتيات. (مجلس السكان ١٩٩٩).

- أثبتت الإحصائيات أن مصر من أقل الدول إصابة بمرض الإيدز وبلغ عدد المصابين ١٠٤٤ حالة (٩,٤٪ منهم من الشباب) عام ٢٠٠١. (البرنامج القومي لمكافحة الإيدز)
- نسبة المدخنين في الفئة العمرية (١١-١٩ سنة)، و١١,٢٪ بين الذكور، و٠,٣٪ بين الإناث. (مجلس السكان ١٩٩٩)
- زاد عدد المؤيدين لمنع ختان الإناث من ١٨٪ عام ١٩٩٥ إلى ٢٥٪ عام ٢٠٠٠. (المسح الصحي الديمغرافي ٢٠٠٠)

وحيث إن الرعاية الصحية حق أساسي كفله الدستور لجميع المواطنين ويتمتع الجميع بها. فإن وزارة الصحة والسكان هي الجهة المنوطة بالمسئولية الأساسية في هذا المجال. وتسعى وزارة الصحة والسكان حالياً إلى تحقيق هدف الصحة للجميع. "مصريون أصحاء ٢٠١٠" الذي يضع بعض الاستراتيجيات القومية الخاصة بفئة المراهقين من الشباب.

### الاستراتيجيات الصحية القومية للشباب:

١. تعزيز الصحة العامة وتشمل التغذية والنمو ومنع تفشي الأمراض. والعادات الصحية السليمة والعناية الطبية والتطعيمات وكافة العوامل التي تؤثر في الحالة الصحية للمجتمع.
٢. تحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة من القطاعات المختلفة مثل: وزارة الصحة والسكان - التأمين الصحي (التأمين على طلاب المدارس) - العيادات الجامعية - الجمعيات الأهلية عن طريق تدريب مقدمي الخدمة الصحية لتوافق احتياجات الشباب.
٣. الصحة الإيجابية: الاهتمام بنشر الوعي الصحي الخاص بفترة البلوغ وصحة المرأة وتنظيم الأسرة ومشاركة الزوج في الصحة الإيجابية والوعي بالصحة الجنسية والاهتمام بتطبيق مفهوم الولادة الآمنة والاهتمام بمشكلة الزواج المبكر. وكذلك مشاركة الزوجة في القرارات الخاصة بالأسرة.
٤. حماية المراهقين من العنف. خاصة بين أفراد الأسرة كوسيلة للعقاب على الأخطاء. وكذلك العنف الذي يحدث من خلال عملية ختان الإناث وذلك عن طريق وضع قوانين تمنع جرائم العنف الأسرى.
٥. المساواة وعدم التفرقة بين الأولاد والبنات في تقديم الخدمات.
٦. توجيه وسائل الإعلام للتصدي للمشاكل التي تؤثر على المراهقين. وخاصة العنف والتمييز ومجابهة التأثير الإعلامي السلبي غير المتناسب مع البيئة الاجتماعية في مصر والاهتمام بالصحة العامة من حيث التغذية والنظافة الشخصية.

### بعض الخدمات الصحية المقدمة للنشء:

- برنامج التأمين الصحي لطلاب المدارس. الذي يشمل ١٢ مليون طالب وطالبة. من خلال حوالي ٧٠٠ عيادة للصحة المدرسية وتشمل:
  - خدمات وقائية.

- خدمات علاجية.
- خدمات تأهيلية.
- برنامج مكافحة أنيميا نقص الحديد بين المراهقين.
- التثقيف الصحي عن طريق التعاون مع القطاع الخاص والجمعيات الأهلية ووسائل الإعلام المختلفة. ويشمل البرنامج الموضوعات المتعلقة:
  - النظافة العامة.
  - الصحة الإيجابية.
  - التغذية.
- الأحكام الشرعية وفقه الطهارة.

## النظام الصحي والاستراتيجيات الصحية وتحديات المستقبل

تواجه الرعاية الصحية في مصر تحديات متعددة تضع صعوبات في طريق تحسين وضمان صحة ورفاهية الشعب المصري فنحن نعاني عبئين رئيسيين:

- عبء المرض.
  - عبء الزيادة السكانية.
- فعبء المرض يمثل ضغوطا متعددة: اقتصادية واجتماعية وسياسية. وفي مصر نحن نعاني من عبء الأمراض الناجمة عن الفقر والغنى معا. هذا العبء المزدوج يتطلب أولا مكافحة الأمراض المرتبطة بالفقر والأمراض المرتبطة بالأمية ونقص التعليم.
- أما العبء الآخر فهو عبء الأمراض والأعباء المرتبطة بالتغيرات الاجتماعية والاقتصادية التي شملت جميع مرافق الدولة.
- أما عبء الزيادة السكانية فيتجسد في ارتفاع معدل المواليد مع التزايد في متوسط العمر المتوقع.

### ما هي الاحتياجات الصحية لمصر حاليا وفي المستقبل؟

١. ورغم الجهود الكثيرة التي بذلت، فما زالت الزيادة السكانية تمثل عائقا كبيرا أمام خطط التنمية وتؤثر على التطور والنمو الاقتصادي والصحي والاجتماعي ويتطلب حل هذه المشكلة تكاتف جميع قطاعات وهيئات الدولة ذات العلاقة. وكما أن وزارة الصحة تتحمل المسؤولية الكاملة عن صحة المواطنين فهي تضطلع بالنصيب الأكبر من المسؤولية لمواجهة المشكلة السكانية وقد تعظم هذا الدور حتى أسند إليها مهام العمل في مجال السكان بالكامل عام ١٩٩٦ بضم وزارة السكان وتنظيم الأسرة إلى وزارة الصحة ليصبح مسماهما الرسمي "وزارة الصحة والسكان" (منذ ذلك التاريخ). ومن ثم أخذت البرامج السكانية منعطفاً جديداً وتم تكثيف الجهود لدفع خطوات حل المشكلة ومواجهة التحديات المستقبلية للتنمية الاقتصادية والصحية والاجتماعية.

## ٢. الصحة الإيجابية ومكافحة أمراض الطفولة:

رغم الإنجازات الكثيرة في المجالات الصحية المختلفة، فما زالت هناك معدلات عالية من الأمراض والوفيات التي يمكن الوقاية منها بين الأمهات والأطفال. خاصة بين فئة الفقراء والأميين. وكذلك في المناطق التي تنقصها الخدمات الصحية في المناطق الريفية. حيث توجد مشاكل الصحة البيئية وحيث تسود ظروف سيئة للصحة العامة ويعانى ثلث الأطفال أقل من ٥ سنوات من العمر من سوء التغذية. كما تنتشر حالات الإسهال والتهابات الجهاز التنفسي وخاصة الالتهابات الرئوية (التي تمثل حوالي ٥٠٪ من إجمالي وفيات الأطفال الرضع) وهذا بالإضافة إلى عودة ظهور بعض الأمراض مرة أخرى مثل الدرن الذي يمثل مشكلة خطيرة.

## ٣. الوقاية من الأمراض المزمنة وعلاجها:

أمراض القلب والأوعية الدموية تتسبب في حوالي نصف وفيات البالغين. وتزايد الأمراض غير المعدية بالجهاز الدوري والتنفسي والعصبي. نتيجة نقص ممارسة الرياضة وزيادة التدخين وسوء التغذية وزيادة الوزن والسمنة. كما تزايد أمراض ارتفاع ضغط الدم والسكر والأورام.

## ٤. الوقاية من الإصابات والحوادث وعلاجها:

من أهم أسباب الوفاة حالياً زيادة الإصابات والحوادث. كما أن خدمات الرعاية العاجلة لم تكن على المستوى المطلوب أو المتوقع في الفترة السابقة. وكانت غير مجهزة لمواجهة حالات الإصابة الشديدة (ما نتج عنه زيادة الوفيات).

## ٥. رفع الوعي الصحي:

تعتبر الحاجة ملحة لتحسين ودعم الإعلام الصحي وتقديم المشورة للجماهير للوقاية من الأمراض ورفع مستوى الوعي بأمور التغذية والصحة العامة وخفض مخاطر الأمراض المعدية وغير المعدية. وذلك بغرض "تغيير السلوكيات" التي تؤدي إلى زيادة المخاطر على الصحة وبالتالي الوفاة المبكرة.

هناك عدد من المؤشرات التي تبين مدى انخفاض مستوى الخدمات الصحية. مما جعل الحاجة ملحة وعاجلة للبدء في تنفيذ البرنامج لإصلاح القطاع الصحي عام ١٩٩٦.

## المعوقات والصعوبات التي تواجه تنفيذ استراتيجيات الصحة

١. ضعف التنسيق بين وزارة الصحة والسكان والوزارات الأخرى المعنية (البيئة - التموين - التعليم ٠٠ الخ).

٢. ضعف التنسيق بين الإدارات الفنية المختلفة داخل وزارة الصحة والسكان.

٣. وجود تمويل من الهيئات الدولية مثل (USAID - UNICEF، وغيرها) منذ بداية الثمانينيات لتنفيذ بعض البرامج الصحية والبيئية التي من أهم أهدافها خفض نسبة الوفيات بين الفئات الحساسة (الأم والطفل). وتحسين صحة المواطن المصري؛ أدى ذلك إلى وجود تعددية في الأنشطة الصحية الموجهة إلى الطفل الواحد. التي تقدم عن طريق الفريق الصحي (الطبيب والمرضة) وإلى ضعف التنسيق بين هذه البرامج الصحية الرئيسية بوزارة الصحة.

٤. توقف بعض الأنشطة بمجرد انتهاء التمويل الخارجي المخصص لها. نظراً لعدم وجود بنود للإنفاق عليها من الوزارة (ضعف المخصصات المالية). ويحدث هذا لجميع المشاريع والبرامج الممولة من الخارج حيث لا يوجد خطة للاستمرارية بعد انتهاء التمويل Sustainability.
٥. تعدد الجهات المقدمة للخدمات الصحية. وعدم وجود سياسات موحدة لمتابعة أداء هذه الجهات.
٦. قصور الإشراف (مركزياً ومحلياً):
- سوء اختيار المشرفين والقائمين بالمهام الإدارية (مدبرو الإدارات الفنية والصحية).
  - ضعف مفهوم الإشراف بحيث يكون الهدف الرئيسي منه هو تصيد الأخطاء والمجازاة فقط بدون أي عنصر تدريبي وتوجيهي لإصلاح الأخطاء.
  - عدم وجود تغذية راجعة FEED BACK.
٧. ضعف الإنفاق الصحي:
- أوضحت دراسة أجريت عام ١٩٧٨ عن الإنفاق الصحي في مصر أن ٤٦٪ من الإنفاق الصحي يكون عن طريق الجانب الحكومي. وأن ٥٤٪ يكون من خلال القطاع الخاص وتعتبر هذه النسبة في إجمالها مقبولة. غير أن انخفاض الإنفاق الحكومي في الصحة. سوف يصحبه زيادة في الإنفاق من خلال القطاع الخاص.
٨. مشاكل جودة الخدمات الصحية: وهذه المشاكل تشمل:
- أ. ضعف مهارات مقدمي الخدمة وتنشأ من قصور البرامج التدريبية المعتمدة أساساً على الجزء النظري. مع إهمال الجزء العملي المتصل بجوانب عمل الأطباء والمرضات (المهارات).
- التعليم الجامعي لا يشمل أهم الأنشطة التي يقوم بها الطبيب كمقدم للخدمة بعد تخرجه والعمل مع الجمهور في وحدات ومستشفيات وزارة الصحة.
  - وأيضا عدم دراية الطبيب والمرضة بأهم المشاكل الصحية وطرق اكتشافها وعلاجها مما يشكل عبئاً على العاملين والمسؤولين بوزارة الصحة. لإعداد مواد تدريبية تشمل جوانب القصور والقيام بتدريب الأعداد الكبيرة من الخريجين قبل أن يتسلموا عملهم وأثناء قيامهم به.
  - قصور الميزانيات المدرجة للتدريب والتعليم الطبي المستمر للعاملين بوزارة الصحة (أطباء وفئات مساعدة).
  - عدم الاهتمام بتدريب الفئات المساعدة مثل: فنيي الأجهزة - مساعدي المعامل. فنيي الأشعة.. الخ.
- ب. بالنظام الصحي:
- عدم توافر الأدوية الأساسية على مستوى الرعاية الصحية الأولية والمستشفيات.

- سوء استخدام الأدوية نظراً لضعف تدريب الأطباء. وقلة وعى الجمهور. وعدم وجود قوانين منظمة لاستخدام الأدوية ووصفها. وضعف الإشراف.
- الاستعانة بأجهزة طبية معقدة. يتم تكهينها وعدم استعمالها بعد فترة قصيرة. نظراً لعدم تدريب وقلة وعى مستخدمي هذه الأجهزة.
- تداخل مسؤوليات مقدمي الخدمة الصحية. نظراً لعدم وجود توصيف وظيفي لكل فئة على المستويات المختلفة.

٩. ضعف وقصور نظم المعلومات الصحية ويشمل التوثيق والتسجيل وحفظ السجلات.

١٠. ضعف دور البحوث الصحية لمساعدة متخذي القرار. والاعتماد فقط على الدعم الأجنبي لتنفيذ بعض البحوث والمسوح الصحية التي تلبى إجابات الجهات الممولة (تم إلغاء قطاع التنمية والبحوث بوزارة الصحة منذ الثمانينيات حيث كان يشمل التدريب والبحوث. ثم أعيد في التشكيل الجديد لديوان عام وزارة الصحة ١٩٩٨). وأصبحت البحوث جزءاً من أنشطة البرنامج الصحية والقطاعات الفنية المختلفة بالوزارة حسب احتياجات العمل.

١١. لا يوجد تغذية راجعة Feed Back بين المستويات المركزية والطرفية ما يؤدي إلى فقد الصلة في متابعة الأنشطة وتفادي الاستمرار في بعض الأخطاء.

١٢. ضعف الأجور الخاصة بالعاملين بقطاع الصحة (أطباء - فئات مساعدة - فريق إشرافي) مما يشكل أثراً سلبياً على أداء العاملين وعدم اهتمامهم بالانتظام بالعمل الحكومي والالتزام باللوائح والقوانين المنظمة.

١٣. الإدارة الوسطى Mid-Level Management

- ضعف الأداء.
- سوء اختيار العاملين في هذا المجال (مديري الإدارات الصحية بالمحافظات) لعدم وجود أسس ثابتة للاختيار.
- ضعف الأجور والحوافز.
- عدم التفرد لهذا العمل؛ مما يسبب ضعفاً في الأداء ومتابعة الأنشطة المختلفة.
- عدم إشراك المحليات. وأفراد ممثلين من المجتمع في تحديد الاحتياجات ووضع التصور الخاص بالخطط الصحية على مستوى المحلي.
- قصور دور وسائل الإعلام المختلفة بالنسبة لرفع الوعي الصحي والتغذوي لدى الجمهور.

## انعكاسات السياسات (والأنشطة المختلفة لوزارة الصحة) على الحالة الصحية

١. تقديم حزمة أساسية متكاملة من الخدمات الصحية للمرأة والطفل من خلال جميع وحدات الرعاية الأولية بوزارة الصحة والسكان.

٢. رفع كفاءة القوى البشرية من خلال التدريب ورفع وتطوير مهارات مقدمي الخدمة حتى تتناسب مع مستويات الخدمة لتغطية جميع الأماكن النائية والمحرومة من الخدمة.
٣. تنفيذ برامج صحية متخصصة تشمل الاتجاهات الجديدة في تقديم خدمة متميزة مثل: طبيب الأسرة، المسح الصحي لحديثي الولادة كخطة أولى لمنع الإعاقة.
٤. تنفيذ استراتيجيات الإصلاح الصحي في مجال الرعاية الصحية الأولية، لتحسين كفاءة الخدمات المقدمة في صورة خدمة متكاملة يمكن الحصول عليها بسهولة.
٥. تقديم حزمة من الخدمات الصحية الأساسية المؤثرة، بناء على احتياجات وأولويات المجتمع والمواطنين.
٦. انخفاض معدل الوفيات بالنسبة للفئات الحساسة مثل الأطفال (الرضع، أقل من ٥ سنوات) والمرأة في سن الإنجاب.
٧. انخفاض نسبة الإصابة ببعض الأمراض الشائعة بين الأطفال والمسببة للوفاة، مثل الإسهال والتهابات الجهاز التنفسي.
٨. استخدام التكنولوجيا الحديثة في التشخيص والعلاج، الملائمة لمستوى تقديم الخدمات، وخاصة في مجال الرعاية الصحية الأساسية مثل مراكز الأكسجين (بدلاً من الاسطوانات) وموسعات الشعب والساعات الميقاتية.. الخ.

## المعونات والمنح والقروض الأجنبية وآثارها مزايا المعونات الأجنبية:

- خلق كوادر من الجيل الجديد قادرة على الإدارة والابتكار.
- رفع درجة وعى العاملين بالصحة على المستويات المختلفة (إدارياً / فنياً) مركزياً ومحلياً.
- زيادة فرص الأطباء الشباب للسفر إلى الخارج من خلال منح قصيرة (دورات تدريبية في مجالات الإشراف والإدارة - التدريب - الإحصاء.. الخ) ومنح طويلة للحصول على الماجستير والدكتوراه.
- توافر المواد العلمية (المطبوعات) في المجالات المختلفة.
- إدخال التكنولوجيا الحديثة من خلال الأجهزة، وسائل الاتصال.. الخ.
- الاهتمام بالجانب الإحصائي في العمل الصحي ومحاولة تنميته وتطويره.

## عيوب المعونات الأجنبية:

- فرض المشروعات التي يتم تمويلها وتحديد أهدافها والأنشطة المطلوب تنفيذها مثل:
  - برامج الزيارات المنزلية.
  - خفض معدل وفيات الأطفال الرضع عن طريق تطعيمات / متابعة نمو / برامج صحية مختلفة مستحدثة.

- برامج تنظيم الأسرة.
- التعليم الطبي (جامعة قناة السويس).
- استرداد نفقات العلاج.
- تحديد أماكن تنفيذ هذه المشروعات (ريف، أو حضر، أو محافظات وجه قبلي أو مجري)
- وضع السياسة العامة لبنود الصرف من الجهة الممولة للمشروعات:
  - أكثر من ٥٠٪ يكون مخصصاً للخبرات الفنية (Technical Assistant).
  - ٧٥٪ منها لاستشاريين أجانب، و٢٥٪ استشاريين محليين (جامعات).
  - التدريب.
  - البحوث (قد يكون جزءاً كبيراً منها غير ملائم ولا يستفاد من نتائجه).
  - شراء أجهزة ومعدات وسيارات من البلد الممول للمشروع.
- كل مشروع لابد أن يقوم بالإشراف عليه وتنفيذ أنشطته بيت خبرة أجنبي واختيار بيت الخبرة يكون عن طريقين إما:
  - من خلال الجهة المستفيدة من التمويل وهي وزارة الصحة (Host Country Contract)
  - أو من خلال الجهة الممولة (Direct Contract)
- ويوجد فرق كبير بين هذين النوعين من التعاقد من حيث المبدأ حيث إن النوع الأول يعطى الفرصة للجهة المستفيدة من اختيار الاستشاريين. نوعية البرامج - نوعية الأجهزة وأيضاً اختيار بيت الخبرة من خلال تقييم فريق من الوزارة (الجهة المستفيدة) وأعضاء مرشحين من لهم خبرة في هذا المجال.
- أما النوع الثاني من التعاقد فيتم مباشرة بين الجهة الممولة وبيت الخبرة الذي يتم اختياره بواسطتها دون اللجوء أو الاعتماد على رأى الجهة المستفيدة. وإن كان في بعض الأحيان يتم سؤال الجهة المستفيدة ترشيح واحد أو اثنين ممثلين لها. لحضور هذا التقييم (وتكون بطريقة صورية حيث إنهم في معظم الأحيان يقومون بترشيح من يرونهم ويرسلون في طلبهم من الجهة المستفيدة).
- يقوم بيت الخبرة بعد اختياره بتنفيذ جميع أنشطته المشروع التي تم توقيعها من الجانبين (الممول والمستفيد) من خلال العاملين بالجهة المستفيدة ومعاونه الخبرات الأجنبية التي تكون - في معظم الأحيان - دون المستوى العلمي الذي يؤهلها لهذا العمل.
- من شروط هذه المنح الأجنبية وجود اتفاق أو موافقة من الجهة المستفيدة (وزارة الصحة) على تخصيص ميزانية لهذا المشروع تمثل ٣٠٪ من إجمالي قيمة المنحة بالجنيه المصري. وتودع بالبنك قبل البدء في تنفيذ أنشطة المشروع. وقد جُزأ على مراحل سنوية. وهذه الميزانية تصرف على بنود متفق عليها مثل:
  - الأجور والمكافآت.

- المصروفات اللازمة للتشغيل.
- بنزين السيارات المستخدمة بالمشروع.
- الأجهزة والمعدات التي يتم تخديدها لا تكون من جانب الجهة المستفيدة بقدر اختيارها وتحدد مواصفاتها من الجهة الممولة بطريقة مباشرة أو غير مباشرة.
- ومعظم هذه الأجهزة والسيارات لا يكون لها قطع غيار وقد تكون موديلات قديمة تم انتهاء العمل بها في مصدر البلد المورد.
- وقد تكون هناك تحسين حالياً بالنسبة للجهة المستفيدة في اختيار أعداد ومواصفات المعدات المطلوبة وطلب قطع الغيار اللازمة وأيضا الصيانة وهذا بالطبع بعض حلول التجارب منذ بداية هذه المشروعات في أواخر السبعينيات.
- إذا كان هناك نوع من التقييم من جانب الجهة المستفيدة للمشاريع التي يتم تنفيذها خلال ٢٠ سنة الماضية فسوف يفاجئ المسئولون بأن:
  - معظم الأجهزة قد تم تكهينها لعدم وجود قطع غيار أو ميزانية لصيانتها.
  - تم تكهين السيارات وخاصة أنه ليس لها قطع غيار أو ميزانية للإصلاح والصيانة من الجانب المستفيد (وزارة الصحة).
  - دائما تقوم الجهة الممولة بإرساء العطاءات على شركات من نفس البلد الممول ويتم توريد أجهزة ومعدات وسيارات لا تتناسب مع احتياجات الدولة (وزارة الصحة والجهة المقدمة للخدمة) وقد تكون موديلات قديمة لا يتم العمل بها. وهذا أيضا يرجع إلى عدم وجود جهة فنية عالية المستوى بالوزارة. للقيام بدراسة مواصفات هذه الأجهزة والعمل على قبولها أو رفضها.
- التقييم النهائي لأي مشروع (وهو مرتبط بالمدة المحددة للمشروع وتكون في حدود ٥-٨ سنوات يتم بناء على الاتفاقية الخاصة بالمشروع) وتقوم الجهة الممولة في معظم الأحيان باختيار فريق التقييم سواء من الأجانب أم المصريين وتكون النتيجة النهائية للتقييم بما يتناسب مع اتجاهات الجهة الممولة.
- إدخال نظام الحوافز والمكافآت بالنسبة للعاملين بالمشروعات أدى إلى بعض السلبيات:
  ١. أصبح مصدراً لرفع مستوى الدخل وليس له علاقة بالكفاءة أو مدى الإبداع.
  ٢. أوجد نوعاً من المقارنة بين العاملين خارج المشروع والعاملين بالمشروع.
  ٣. بمجرد انتهاء تمويل أي مشروع تقف الأنشطة التي كانت تؤدي لعدم وجود الإشراف الجيد على هذه الأنشطة التي كان يجب أن تستمر وتقوى مثال:
    - برامج الزيارات الميدانية.
    - برامج الإسهال (في فترة معينة توقف فيها التمويل).
    - نظم المعلومات الصحية.

وقد يكون هذا بسبب الاعتماد على المكافآت بغض النظر عن الإدارة. الإشراف. المتابعة. الاستمرارية.

٤. وجود فوارق كبيرة بالمرتبات بين العاملين بالحكومة والمعينين (المتعاقدين): مما أدى إلى وجود نوع من الحساسية في العمل. كما أدى إلى أن جزءاً كبيراً من العاملين بالصحة انتقلوا من عملهم كحكوميين إلى متعاقدين. وقد أثر هذا على كفاءة العمل والإحساس بالمسئولية تجاه جهة العمل الأصلية.

### النظرة المستقبلية لخدمات وزارة الصحة والسكان

١. التوسع في تطبيق مفهوم طب الأسرة، وإعداد الكوادر البشرية من الأطباء والتمريض المؤهلة للقيام بتنفيذ الخدمات الصحية مع التخطيط السليم لتوزيع هذه الخدمات.
٢. التوسع في التأمين الصحي لتغطية جميع الفئات، وخاصة الأطفال شاملاً الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة، كذلك تطبيق التأمين الصحي على السيدات في فترة الحمل والإجباب لتوفير خدمات الأمومة الآمنة.
٣. التوسع في تطبيق برنامج الإصلاح الصحي، ويأتي في مقدمة ذلك التركيز على الرعاية الصحية الأساسية والوقائية من الأمراض. مع ضمان المساواة والجودة والشمولية في تقديم الخدمات مع تحسين الكفاءة واستمرارية الخدمات.
٤. التركيز على الخدمات الصحية لحديثي الولادة، واتباع أحدث الأساليب العلمية للتعامل مع الحالات الحرجة، مع توفير الخدمة في جميع أنحاء الجمهورية.
٥. التحكم في الأمراض المعدية الخطيرة والأمراض الطفيلية، من خلال نظام جيد للتوحيد وإدخال طعوم جديدة للوقاية من الأمراض.
٦. الوقاية من إصابات الحوادث وعلاجها.
٧. التركيز على رفع كفاءة التمريض كمهنة فنية وإنسانية، وتأهيل العاملين مع مراعاة تحسين ظروف العمل والظروف الاقتصادية للفريق الطبي والتمريض.
٨. التحكم في الزيادة السكانية حيث تمثل عائفاً كبيراً أمام خطط التنمية.
٩. الاهتمام ببعض المشاكل الصحية التي لم تكن واضحة من قبل، مثل مشاكل الطفلة الأنثى والأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة، وأمراض الدم ما يتطلب الاهتمام بالخدمات الصحية وعمل الدراسات اللازمة لتحديد حجم ووبائيات تلك المشاكل.
١٠. ضرورة وضع برامج صحية لفئة المراهقين بعد أن تزايد عدد هذه الفئة؛ نتيجة انخفاض معدلات وفيات الأطفال. كما يجب توفير الخدمات الخاصة لمرحلة الشباب بما فيها من خدمات الصحة الإيجابية.
١١. دمج برامج خدمات الطفولة وتقديم خدمة متكاملة شاملة للأطفال.
١٢. تطبيق نظام جودة الخدمات الصحية.

١٣. تشجيع المشاركة الفعالة للمجتمع لتقديم ومتابعة الخدمات الصحية وتقوية دور الجمعيات الأهلية.

١٤. حدوث التطور التكنولوجي وابتكار أساليب حديثة للعلاج والوقاية واكتشاف الطعوم الجديدة. مع زيادة وسائل الاتصال وتبادل الخبرات والمعلومات على المستوى العالمي من شأنه أن يزيد الطلب على هذه الخدمات وأساليب الوقاية الحديثة التي يجب أن تكون على أتم الاستعداد للتعامل معها.

١٥. العمل على زيادة الموارد المالية وتوفير الميزانيات اللازمة لتنفيذ خطط واستراتيجيات تطوير الخدمة بوزارة الصحة.



## الفصل الثاني:

# الوصف الهيكلي والوظيفي للنظام الصحي

أ. د. نجوى خلاف

### مقدمة

تعد مصر من أكبر وأكثر البلاد العربية من حيث الكثافة السكانية وتبلغ المساحة الإجمالية للدولة حوالي مليون كيلو متر مربع. ومع ذلك فإن أغلب أراضيها صحراء. ٦٪ فقط من مساحتها مأهولة بالسكان (الجهاز المركزي للتعبئة والإحصاء ١٩٩٩).

وقد تبنت الحكومة المصرية - حديثاً - سياسة استصلاح الأراضي وإنشاء مدن جديدة في الصحراء. وعلى الرغم من هذه الجهود فإن غالبية السكان يعيشون في دلتا النيل. متمركزين في الجزء الشمالي من الدولة، أو في وادي النيل الضيق جنوب القاهرة.

تنقسم مصر إدارياً إلى ٢٧ محافظة. أربع منها محافظات حضرية (القاهرة - الإسكندرية - بورسعيد - السويس) ليس بها ريف بينما كل من المحافظات (٢٣) مقسمة إلى مناطق حضرية ومناطق ريفية وتقع ٩ من هذه المحافظات في دلتا النيل (وجه بحري). وتقع ٩ في وادي النيل (وجه قبلي) ومحافظات الحدود الخمس الباقية تقع على الحدود الشرقية والغربية لمصر.

### تغير حجم وهيكل السكان (المعدل الحديث للزيادة الطبيعية)

تم إجراء آخر تعداد سكاني في مصر في نوفمبر ١٩٩٦. ووفقاً لنتائج هذا التعداد يبلغ عدد سكان مصر ٥٩,٣ مليون نسمة. وتتجاوز الكثافة السكانية من ١٩٨٥ فرداً لكل كيلو متر مربع. ويتفاوت هذا المؤشر بدرجة كبيرة بين المحافظات من ٣١٧٥٠ فرداً لكل كيلو متر مربع بالقاهرة إلى ٣٤ فرداً لكل كيلو متر مربع بالسويس.

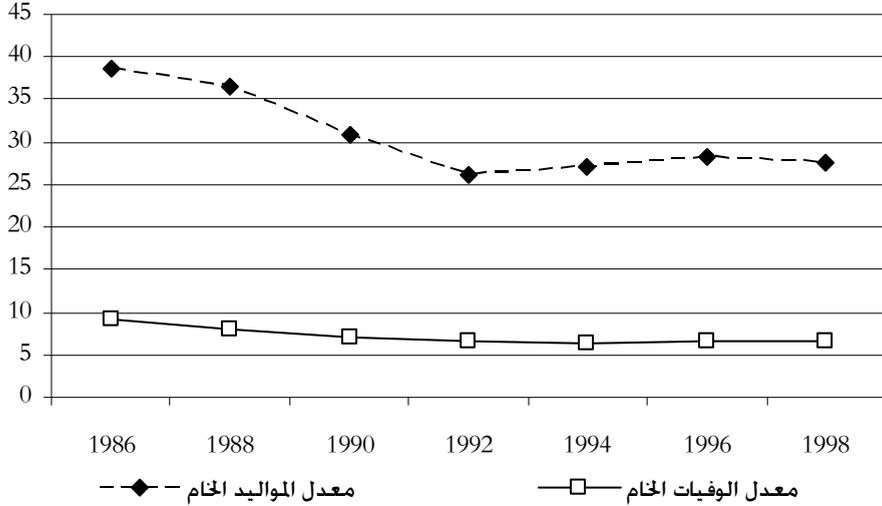
ويمثل نسبة سكان الحضر ٤٣٪ من مجموع السكان الكلي.

يمثل معدل الزيادة الطبيعية الفرق بين معدلات المواليد والوفيات في المجتمع. وهو يشير إلى مدى سرعة نمو السكان. وقد بدأ معدل الزيادة الطبيعية في مصر في الانخفاض منذ عام ١٩٨٦.

وقد كان أغلب الانخفاض في معدل الزيادة الطبيعية منذ ١٩٨٦ نتيجة للتغيرات في السلوك الإيجابي. حيث انخفض معدل المواليد الخام من حوالي ٣٩ في الألف عام ١٩٨٦ إلى ٢٧ في الألف في عام ١٩٩٤. وقد بدأ الانخفاض في الثبات في منتصف التسعينيات مع تذبذب معدل المواليد الخام حول ٢٧ في الألف خلال الفترة من ١٩٩٤ - ١٩٩٨.

انخفض معدل الوفيات الخام من ٩,٢ في الألف ١٩٨٦ إلى ٦,٥ في الألف ١٩٩٨. وكان لانخفاض الوفيات تأثير واضح على زيادة توقع عمر الفرد عند الميلاد. وقد ارتفع توقع الحياة عند الميلاد بين الإناث بصورة أسرع من الذكور في الفترة من ١٩٦٠ - ٢٠٠١.

شكل (٢-١): معدل المواليد ومعدل الوفيات الخام في مصر (١٩٨٦-١٩٩٨)



جدول (٢-١): توقع الحياة عند الميلاد حسب النوع، مصر ١٩٦٠-٢٠٠١

السنة	ذكر	أنثى
١٩٦٠	٥١,٦	٥٣,٨
١٩٧٦	٥٢,٧	٥٧,٧
١٩٨٦	٦٠,٥	٦٣,٥
١٩٩١	٦٢,٨	٦٦,٤
١٩٩٦	٦٥,١	٦٩
٢٠٠١	٦٧,١	٧١,٥

المصدر: الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء ٢٠٠٠

تبنت الحكومة المصرية عديداً من الاستراتيجيات لتعزيز التنمية الاقتصادية خلال النصف الثاني من القرن العشرين. فقد تم التحول من سياسة الاقتصاد المغلق خلال الستينيات إلى سياسة السوق المفتوح في منتصف السبعينيات، وقد نما الاقتصاد بصورة سريعة خلال التسعينيات حيث تضاعف نصيب الفرد من الناتج القومي الإجمالي في الفترة من ١٩٩٣ - ١٩٩٧ من ٦٦٠ دولاراً إلى ١٢٠٠ دولاراً، وانخفض معدل التضخم إلى ٦,٣٪ (صندوق الأمم المتحدة للتنمية ٢٠٠٠).

وقد صاحب النمو الاقتصادي الجديد تطور في عدد من مؤشرات التنمية البشرية مثل:

- زيادة نسبة الأسر التي تصل إليها مياه الشرب النقية من ٧٠٪ (١٩٨٦) إلى ٨٣٪ (١٩٩٦).
- ارتفعت نسبة الإلمام بالقراءة والكتابة بين البالغين إلى ٥٣٪ ونسبة الالتحاق بالتعليم الابتدائي إلى ٩٥,٢٪ عام ١٩٩٧.

ارتفعت نسبة التحاق الإناث بالتعليم الابتدائي من ٥٧٪ (١٩٧٠) إلى ٩١٪ (١٩٩٧) وارتفعت نسبة التحاق الإناث بالتعليم الثانوي بصورة سريعة من ٢٣٪ (١٩٧٠) إلى ٧٠٪ (١٩٩٧). (معهد التخطيط القومي ٩٧).

وبالرغم من تطور عديد من المؤشرات. فإنه ما زال هناك فجوات واضحة بين بعض المجموعات النوعية:

- على الرغم من حصول الإناث على مكاسب في التعليم والعمل. فإن نسبة إلمام الإناث بالقراءة والكتابة تبلغ فقط ثلثي هذه النسبة بين الذكور. ومشاركة الإناث في قوة العمل تبلغ حوالي ١٨٪ من مشاركة الذكور في قوة العمل.
- المؤشرات الخاصة بسكان الريف أقل من مثيلاتها بالحضر.
- مثال: نسبة سكان الريف الذين تصل إليهم مواسير مياه الشرب النقية تبلغ ٧٣٪ من نسبة سكان الحضر الذين إليهم مواسير مياه شرب نقية. كما تتسع الفجوة بين الحضر والريف بالنسبة لخدمات الصرف الصحي. حيث إن نسبة سكان الريف المتاح لهم خدمات الصرف الصحي تمثل ٢٣٪ من نسبة سكان الحضر الذين لديهم صرف صحي.
- مستوى التعليم بين سكان الحضر أفضل منه بين سكان الريف.

## النظام الصحي في مصر

### نشأة وتطور النظام الصحي في مصر

ترجع جذور نشأة وتطور النظام الصحي في مصر إلى العصر الفرعوني حيث تشير المومياءات وأوراق البردي إلى أن المصريين القدماء عرفوا الكثير عن تشريح الجسم البشري. كما أنهم أجادوا فن التحنيط ووصفوا الكثير من الأمراض مثل البلهارسيا. اكتشفوا أعشابا للعلاج مازال بعضها يستخدم حتى الآن في صناعة الدواء.

ومارسوا العديد من أنواع الجراحات. وفوق ذلك اهتموا بالصحة العامة وصحة البيئة. كما وضعوا أسس الرعاية الطبية الأساسية. وقاموا بالتحقيق الصحي. وتوثيق المعلومات بأسلوب منظم للحد الذي جعل مؤرخ المصريين إدوين سميث يشهد بأن بردية إيبرس الشهيرة تشابه مرجعا طبيا حديثا.

وفي العصر الروماني أنشأت الأكاديمية الطبية دار الولادة بالإسكندرية القديمة وعددا من المؤسسات الطبية بأمكان متفرقة بمصر.

وفي العصر القبطي اهتم القساوسة بالرعاية الطبية الأساسية وجعل الأديرة دورا للعلاج والتعليم إلى جانب الاهتمام بتثقيف المواطنين.

وتميز العصر الإسلامي باهتمامه البالغ بقضايا النظافة الشخصية وأرسى الأسس الاجتماعية في الرعاية الطبية. وأنشأ عددا من المستشفيات والعيادات المجانية لغير القادرين. ومازال مستشفى قلاوون بالقاهرة يعمل حتى الآن.

وقد أدى عدم الاستقرار السياسي بدءاً من الغزو العثماني لمصر حتى أواخر القرن الثامن عشر إلى تدهور الخدمات العامة بشكل ملحوظ ومنها الخدمات الصحية.

في أواخر القرن التاسع عشر وأوائل القرن العشرين كانت جهود مصلحة الصحة قاصرة على مكافحة الأوبئة والخدمات الوقائية.

- صاحبت الحملة الفرنسية لمصر عام ١٨٧٨ فرقة طبية كان هدفها رعاية جنود الحملة من الأوبئة والأمراض المتوطنة السائدة في ذلك الوقت وأجرت الحملة تعداداً للسكان عام ١٨٠٠ وكانت الإدارة الصحية للجيش نواة النظام الإداري للخدمات الصحية التي رأسها كلود بك عام ١٨٢٠، والذي شكل مجلساً استشارياً من الأطباء لوضع سياسة الصحة العامة، كما افتتحت أول مدرسة للطب عام ١٨٢٧ ووحدات الحجر الصحي بالمنافذ الشمالية عام ١٨٣١ ووضع أول نظم للصحة المدرسية ونظم المواليد والوفيات، والتطعيم ضد الدرن.

- كانت جهود مصلحة الصحة في أواخر القرن التاسع عشر وأوائل القرن العشرين قاصرة على مكافحة الأوبئة، مكافحة كان قوامها في الريف الداية وكان دور حلاق الصحة في القرية هو التطعيم ضد الجدري والتنبيه إلى وجود وفيات غير عادية مثل الوفيات بين الأقارب أو في سن الشباب أو وجود طفح أو علاقات غير عادية بين المتوفين.

- كما كان دور الداية في مكافحة الأوبئة الكشف على وفيات الإناث البالغات بنفس الأسس التي كان يقوم بها حلاق الصحة بالنسبة لوفيات الرجال والأطفال.

و يشهد عام ١٩٢٧ تطوراً ملحوظاً في أنشطة مصلحة الصحة (التابعة لوزارة الداخلية) حين ذاك حيث تقدمت ببرنامج مفصل للإصلاح الصحي شمل إنشاء المستشفيات المركزية ومراكز رعاية الأمومة والطفولة بالمدن، والعديد من أوجه إصلاح البيئة.

وفي عام ١٩٣٦ أنشئت وزارة الصحة العمومية. وفي عام ١٩٤٢ بدئ في تنفيذ برنامج الصحة القروية بإنشاء المجموعات الصحية لتقديم برامج الرعاية الصحية الأساسية للمواطنين بالريف. بعد قيام ثورة ١٩٥٢ أخذ مفهوم العدالة الاجتماعية طريقه في الخدمات العامة ومنها الخدمات الصحية، الذي انعكس على مجانية الرعاية الصحية علاجاً ووقاية.

وقد قامت وزارة الصحة في عام ١٩٥٩ بإنشاء المناطق الطبية بحيث أصبح في كل مديرية مدير للصحة له سلطات مدير عام على جميع الوحدات والمستشفيات في المديرية وكانت هذه السلطة تفويضاً من وزارة الصحة المركزية كما ضمت جميع أجهزة الإشراف المحلية على الخدمات الصحية تحت إشراف مدير المنطقة.

في عام ١٩٦٠ طبق نظام الإدارة المحلية وأصبحت المنطقة الطبية ضمن أجهزة المحافظة. وفي أواخر الستينيات بدأ نظام الإدارة الصحية في المراكز وأصبح مدير الإدارة الصحية بالمركز مسئولاً عن الخدمات الصحية فنياً. ويتبع مديرية الصحة ورئيس مجلس المدينة إدارياً وبهذا بدأت فكرة

اللامركزية في إدارة الخدمات الصحية منذ وقت مبكر. وهي ليست فكرة حديثة، ولكنها تحتاج إلى دعم وتقوية للمهارات الإدارية لدى مديري الصحة على مستوى المحافظات والإدارات الصحية. كما بدأ البرنامج القومي لتنظيم الأسرة عام ١٩٦٦. وزادت في الستينيات أعداد المؤسسات التعليمية في مجال الصحة بحيث تغطي معظم محافظات الجمهورية. وفي يناير عام ١٩٩٦ أصبح مسمى الوزارة بعد ضم وزارة السكان إليها هو "وزارة الصحة والسكان".

## مقدمة عن النظم الصحية

الرعاية الصحية حق لكل مواطن وهي متاحة للمواطن المصري بنسبة ٩٥٪ في حدود ٥ كم من الوحدة المقدمة للخدمة.

ورسالة وزارة الصحة تتلخص في تقديم الخدمات الصحية للمواطنين. وتأمين بيئتهم للحفاظ عليهم في جميع مراحل الحياة - وذلك عن طريق إنشاء وتوفير وسائل الخدمة الصحية والطبية. وتنسيق وتنظيم استخداماتها - ورغم أن وزارة الصحة تؤدي هذه الخدمات بالاشتراك والتعاون مع الهيئات الأخرى التي تقدم خدمات علاجية فإن مسؤولية الصحة هي مسؤولية جماعية تشارك فيها كل الأجهزة التي تقوم بأنشطة التنمية الاجتماعية والاقتصادية الأخرى. وبالرغم من أن العديد من هذه الأنشطة لا يقع في اختصاصات وزارة الصحة المباشرة فإن مسؤولية الوزارة في هذه المجالات هي العمل على ترشيد الأجهزة المسؤولة والمساهمة في عمليات التنسيق بينها وبين هذه الأجهزة.

كما يؤثر كل من التعليم الأساسي والطبي على الحالة الصحية لما لها من انعكاسات على مستوى الخريج من مرافق التعليم المختلفة، وخاصة كليات الطب والمعاهد الصحية. حيث إن وزارة الصحة كمستفيد من هذا الخريج تتعاون مع الجامعات والمعاهد في تطوير برامج التعليم الطبي وتأهيل الخريجين. كما أن وزارة الصحة تتولى أيضا إمداد أجهزة التعليم والإعلام بالإرشادات اللازمة لرفع الوعي الصحي بين المواطنين وإدخال سلوكيات جديدة بمفاهيم جديدة.

ولابد من اكتمال عدد من المواصفات لتوفير رعاية صحية جيدة شاملة مثل أن تكون: متوفرة، متاحة، مقبولة، تكلفتها مناسبة، ذات كفاءة عالية، مستمرة، منسقة وعادلة.

ويوجد عدة نظم ونوعيات للرعاية الطبية في مختلف مجتمعات العالم منها:

- الطب الشعبي (ديني، سحري).

- الطب الرسمي (حكومي، خاص، تأمين صحي).

١. **الطب الشعبي:** الذي يمارس خارج سبل أو طرق العلاج الرسمية المعتمدة كبديل لها. ولا تزال قطاعات غير قليلة خاصة في المناطق الريفية والبدوية والأحياء الشعبية الفقيرة بالمدن تلجأ إليه إما لأسباب اعتقادية متوارثة تتصل بفهمهم لطبيعة المرض وأسبابه، وإما لأسباب اقتصادية تتصل بعدم توافر الإمكانات لمواجهة عبء التعامل مع المرض بالطرق الرسمية، وإما لنقص الإمكانات المتاحة لوسائل الرعاية الرسمية أو في أماكن الوصول إلى منافذها.

والطب الشعبي (العقلاني) يشمل التداوي بالأعشاب والكي والفصد والتدليك، وكتاسات الهواء.. الخ.

ومن الملاحظ أن عددا من هذه الوسائل كالتداوي بالأعشاب وأساليب العلاج الطبيعي قد دخلت بدرجة ما في مجال الرؤية العلمية تحت مظلة العلاج الرسمي.

العلاج الشعبي الديني السحري ويشمل التداوي بالرقى والسحر وغيرها. وتكون المعتقدات المتوارثة، والعامل النفسي وآثار الإخاء عوامل استمرارية تواجدها.

٢. **الطب الرسمي:** ويشمل الخدمات الطبية المقننة في اللوائح والقوانين السارية، التي تعتمد على العلوم الطبية والتكنولوجيا الحديثة. وبمنظرة عامة فإن نظم تقديم الرعاية الصحية يمكن تقسيمها:

- النظام الحكومي.
  - النظام الخاص.
  - نظام التأمين الصحي.
  - وهناك بعض السبل الوسيطة بين النظامين الحكومي والخاص.
  - وفي أمثلة قليلة تطور النظام الحكومي إلى نظام التأمين.
- وفي إطار تلك النظم تختلف سبل أو طرق تقديم الرعاية والعلاج طبقا لعدة عوامل منها:
- احتياجات الخدمة الصحية.
  - توافر إمكانات تقديم الخدمة المطلوبة.
  - مستوى ونوعيات الخدمة المقدمة.
  - تكلفة توفير وتقديم الخدمة.
  - حجم العبء المادي على طالب الخدمة.
  - الرضا النفسي للعميل (المريض، أهله، المجتمع).
  - توافر قاعدة بيانات يمكن أن تساهم في تخطيط الخدمة الصحية وفي مجالات البحث العلمي.

## ٢-١. العلاج المجاني (أو شبه المجاني) الذي توفره الدولة:

وذلك في الوحدات الصحية التابعة للدولة: وزارة الصحة ووحدات الحكم المحلي أو المستشفيات الجامعية. أو غيرها من الجهات الحكومية التي لها نظم علاجية خاصة مثل القوات المسلحة، الشرطة، بعض المؤسسات. كما يشمل ما تقدمه الدولة في بعض الظروف من خدمات علاجية معينة في غير وحداتها (علاج المواطنين على نفقة الدولة).

## نقاط الضعف في هذا المجال:

- قصور الميزانية المخصصة من الدولة تؤدي إلى عدم الوفاء بخدمة طبية متكاملة على مستوى مرتفع فنيا ومنتقل من المواطنين وذلك نتيجة:
  - الارتفاع الحاد المستمر في تكلفة عناصر الخدمة الطبية.
  - الابتكارات المستمرة سواء في وسائل البحث والتشخيص أو في أساليب العلاج والتدخلات. وكلها وسائل غالية ومكلفة. سواء في توفير ما تتطلبه من أجهزة وآلات أو في تشغيلها وصيانتها أو في تحديثها أو في الخبرة المطلوبة للتعامل معها.
  - الارتفاع المطرد في متوسط الأعمار وارتفاع تكاليف رعاية المسنين.
- عدم وجود حرية اختيار للمريض في اختيار من يتولى مسؤولية علاجه. حيث إنه محكوم بنظام معين أو بالجهة التي يتقدم إليها.
- وجود أكثر من فرصة للاستفادة من الخدمة الطبية (وذلك في حالة عدم وجود نظام بطاقة صحية يمنع حدوث ذلك) مما يؤدي لزيادة العبء إلى المنافذ المقدمة للخدمة. زيادة التكلفة بالإضافة إلى احتمال حدوث تعارض بين مختلف أساليب التعامل مع المريض.

### ٢-٢. العلاج الخاص (بأجر):

ويتميز هذا النظام بجرية المريض في اختيار من يطمئن إليه ويثق فيه. والمستوى الذي يلائمه. وبهذا تتلافى إحدى نقاط الضعف في النظام الحكومي (ال مجاني). ولكن نقطة الضعف الرئيسية التي تحد للجوء إلى هذا النظام هو عنصر التكلفة. وهو أمر يزداد حدة يوما بعد يوم للزيادة المطردة في حجم رأس المال المطلوب لتوفير الإمكانيات. للارتفاع المستمر في مصاريف التشغيل. وفي ضوء تلك العوامل والمتغيرات فإن أهمية عنصر التكلفة المتزايدة تصبح عاملا مؤثرا بحيث تقل بصفة متزايدة أعداد الشرائح القادرة على استخدام هذا النظام.

### ٢-٣. العلاج من خلال بعض النظم الوسيطة:

في محاولة لتقريب الفجوة بين النظامين الحكومي. والخاص. من زاوية مستوى الخدمة وحرية الاختيار من جانب وزاوية العبء المادي من الجانب الآخر. فقد استحدث عدد من النظم:

- أ- قدمت النظم الحكومية عدة أشكال لتقديم خدمة تعلو مستوى الخدمة المجانية العادية وبتكاليف رمزية أو مخصصة. مثل أقسام العلاج الاقتصادي. والعلاج بأجر. وتمثل نظم استرداد النفقات (Cost Recovery) وجها آخر لهذه الأشكال.
- ب- كما قدمت بعض جهات العلاج الخاص أشكالا معينة أو محتوى معين للخدمة (Package) بتسهيلات معينة بهدف توفير مستوى خدمة أعلى مما يتيح المستوى المجاني بتكلفة تقل عن نظيرتها في العلاج الخاص العادي.

ولكن عائد تلك الأشكال لم يكن من الناحية الفعلية بالقدر الذي يخفف عن موازنة الدولة عبء تكلفة الرعاية الصحية ولم يكن في المقابل حلا كاملا للعبء الذي يتحمله المريض. كما أنها في الحالتين لا يمكن تصنيفها كنظام رعاية متكاملة له صفة الثبات والاستمرارية.

## ٢-٤. نظم التأمين ضد المرض وضد الإصابة:

على ضوء حتمية احتياج المريض أو المصاب للرعاية والعلاج وعلى ضوء الارتفاع المطرد والحاد في تكلفتها. والعديد من العوامل السابق الإشارة إليها.

كان المخرج الممكن في رأي كثير من المخططين هو من خلال نظم تأمينية تسهم في توفير مصادر تمويل ملائمة من مصادر مختلفة: الدولة، العاملين، أصحاب أعمال المجتمع.. الخ. حسب نوعية التطبيق والانتشار ومفهوم هذا النظام تكافلي لا ينفرد فيه المضار بتحمل كل العبء، بل يتم توزيع المخاطر المتوقعة على مجموع المشاركين في النظام.

وبحكم قانون الأعداد الكبيرة، فإنه يمكن تخفيف نصيب كل فرد من العبء المادي، كما أن نصيب الفرد من العبء المادي يسد في صورة اشتراكات مقسطة على المدى الطويل بنظام الاشتراك المسبق بدلا من حمل العبء مرة واحدة.

### التأمين الصحي الاجتماعي:

والهدف الأول في هذا النظام هو تقديم خدمة طبية متكاملة بأسلوب التكافل الاجتماعي. تؤدي إلى تخفيف العبء الاقتصادي للرعاية الطبية عن كاهل الدولة وعن كاهل الأفراد ورفع المستوى الصحي مع تحقيق عدد من الأهداف الفرعية مثل:

- رفع كفاءة الإنتاج (نتيجة لتقليل الفائض من أيام الغياب بسبب المرض وتقليل حدوث العجز).
- ترشيد استهلاك المواد والآلات.
- رفع كفاءة وجودة الخدمة.
- إضافة إمكانيات خدمية جديدة.

### ويتميز هذا النوع من نظم التأمين:

- التغطية في أغلب الحالات التطبيقية هي تغطية شاملة متكاملة لكل ما تتطلبه الرعاية الصحية، وهذا هو الأصل في الخلفية الاجتماعية للتأمين الصحي.
- وجود نوع من التكافل الاجتماعي بين القطاعات المؤمن عليها في الجوانب التمويلية، نتيجة تحديد الاشتراكات بنسبة من الدخل ونتيجة إسهام أصحاب الأعمال (أو الدولة في بعض الحالات) مع العاملين في تمويل النظام.
- وجود نوع آخر من التكافل الاجتماعي في تلقى مزايا النظام، إذ يتكافل السليم مع المريض، بل ويتكافل المرء مع نفسه (في حالتي الصحة والمرض).

- توفر مبدأ الثبات والاستمرارية حيث إن أغلب النظم الاجتماعية تتمتع بضمان من الدولة والتزام بمساندتها.
- حيث إنه نظام لا يهدف إلى الربح. ففي حالة وجود أي فائض. فإنه يوجه لرفع مستوى الخدمة المقدمة أو الاتساع فيها. مما يؤدي إلى رفع كفاءة هذه الخدمة.

## النظم الصحية بمصر وكيفية تقديم الخدمات الصحية تنفيذ وتقديم الخدمات الصحية:

يتصف بأنه أحد الأنظمة المعقدة حيث تتعدد جهات تقديم الخدمات الصحية التي تصل إلى حوالي ٢٩ هيئة أو منظمة عامة، وأيضاً يتصف بتعددية مصادر التمويل والإدارة والخدمة. ولكن المسئول عن السياسة الصحية بما في ذلك الخدمات الصحية الأساسية والعلاجية هو وزارة الصحة والسكان.

وأهم ثلاثة قطاعات لتقديم الخدمات الصحية بمصر هي:

١. القطاع الحكومي.
  ٢. القطاع العام.
  ٣. القطاع الخاص.
١. ويتكون **القطاع الحكومي** أساساً من جميع وحدات ومستشفيات وزارة الصحة والسكان وأيضاً من خلال وحدات ومستشفيات بعض الوزارات وقطاع الجيش لخدمة العاملين به.

وينقسم الهيكل التنظيمي العام لوزارة الصحة والسكان إلي:

- هيكل إداري Administrative Structure

- هيكل خدمي Service Delivery Structure

وتدار وزارة الصحة من خلال خمسة قطاعات عريضة داخل هذه الهياكل، أهمها:

- قطاع مكتب الوزير ويشمل أنشطة المتابعة والإعلام والدعم الفني.
- قطاع الرعاية الصحية الأساسية والخدمات الوقائية.
- القطاع العلاجي والطوارئ.
- قطاع السكان وتنظيم الأسرة.
- قطاع الشؤون الإدارية والحسابات.

ويرأس هذه القطاعات وكلاء (أول) وزارة لمعاونة السيد وزير الصحة.

ويوجد ١٣ إدارة مركزية للأنشطة المختلفة داخل القطاعات الرئيسية المذكورة تقوم برفع تقاريرها إلى وزير الصحة، منها: الرعاية الوقائية، والمعامل، والرعاية الصحية الأساسية، والأمراض المتوطنة، والرعاية العلاجية، والتنمية والبحوث، وشئون الصيدلة، وطب الأسنان، وتنظيم الأسرة

والتمريض. هذا إلى جانب الإدارة المركزية للإعلام، الدعم الفني والمشروعات، التخطيط، المتابعة.. الخ.

ويرأس كل إدارة من هذه الإدارات مدير عام، ويرأس كل عدة أنشطة يديرها مدير عام وكيل وزارة، وعلى المستوى المحلي (المحافظات) فإن نموذج القطاعات الصحية (الهيكل التنظيمي) يتكرر في كل محافظة ويكون بمثابة مرآة لما ينفذ في وزارة الصحة مركزيا.

وتكون مديرية الشؤون الصحية في كل محافظة مسؤولة عن الأنشطة الفنية، ولكن الأنشطة الإدارية والأنشطة اليومية تكون تحت إشراف المحافظ (يقوم المحافظ بالإشراف على مديري الصحة كأحد مديري الخدمات في المحافظة) كل مديرية شؤون صحية يرأسها وكيل وزارة أو مدير عام ويقوم برفع تقاريره إلى وزير الصحة والسكان.

تقوم مديريات الشؤون الصحية في ٢٧ محافظة بالإشراف ٢٣٠ إدارة صحية (وهي عدد الإدارات الصحية تبعا للتقسيم الإداري بالمحافظة) إدارة صحية في كل مركز إداري.

كل إدارة صحية يرأسها مدير يساعده مجموعة من المشرفين، ويقوم برفع تقاريره إلى مدير عام / وكيل وزارة مديرية الشؤون الصحية بالمحافظة.

وتقوم وزارة الصحة بوضع السياسات الصحية والخطط كجزء من السياسات القومية الاقتصادية والاجتماعية.

وتقوم مديريات الشؤون الصحية بالمحافظات بتنفيذ هذه الخطط والسياسات على مستوى المحافظة من خلال إدارات فنية ماثلة كما هو موجود بالوزارة مركزيا.

ومسئولية وزارة الصحة مركزيا ومحليا (من خلال مديريات الصحة) هو التنظيم والإشراف على الأنشطة المختلفة والتدريب للفئات المختلفة المقدمة للخدمة.

أما التنفيذ الحقيقي الفني للخدمات الصحية فيكون من خلال الفريق الصحي العامل بشبكة الوحدات والمستشفيات بنظام اللامركزية.

وتمثل الخدمات الصحية المقدمة عن طريق وزارة الصحة حوالي ٨٠٪ من إجمالي الخدمات الصحية في مصر.

ووزارة التخطيط والتعاون الدولي مسؤولة عن الميزانية (التمويل الاستثماري investment budget) في حين أن وزارة التعليم العالي مسؤولة عن التعليم الطبي وتقديم الخدمات الصحية (المستشفيات الجامعية) ووزارة المالية مسؤولة عن ميزانيات التشغيل (operational budget).

إلى جانب هذه الجهات، يوجد ثلاث جهات قومية لها مسؤولياتها وهي:

- مجلس الصحة (لوضع لوائح التشغيل).
- مجلس الشورى (وظيفته استشارية).
- المجلس الأعلى للصحة (يقوم بالتنسيق).

## و تقدم الخدمات الصحية من خلال ثلاثة مستويات:

### - المستوى الأول (الرعاية الصحية الأولية):

وتقدم الخدمات من خلال شبكة ممتدة من وحدات الرعاية الصحية الأولية في الريف والحضر يقرب عددها من ٤٠٠٠ وحدة وتشمل الوحدات الصحية الريفية والمجموعات الصحية ومستشفيات التكامل الصحي (المستشفيات القروية سابقا) والمراكز الصحية الحضرية ومراكز رعاية الأمومة والطفولة ومكاتب الصحة.

### - الوحدات الصحية الريفية وعددها (٢٣٤٥). وتقدم خدمات الرعاية الصحية الأولية.

#### وتشمل:

- التثقيف الصحي.
- خدمات رعاية الأمومة والطفولة.
- خدمات الصحة الإيجابية وصحة المرأة وتنظيم الأسرة.
- مكافحة الأمراض المعدية.
- مكافحة وعلاج الأمراض المتوطنة.
- إصحاح البيئة.
- مكافحة أمراض الإسهال في الأطفال.
- التطعيمات.
- الرعاية العلاجية لبعض الأمراض الشائعة والرعاية العاجلة للإصابات والحوادث البسيطة.

الوحدة الصحية الريفية عبارة عن مبنى مكون من حوالي ١٠ حجرات لتأدية الخدمة وسكن للطبيب وآخر للممرضات وتقدم الخدمات لحوالي ٣٠٠٠ إلى ٥٠٠٠ نسمة من السكان.

ويتكون الفريق الصحي بالوحدة الصحية الريفية من:

- طبيب أو أكثر.
- ممرضتين أو أكثر.
- طبيب أسنان في بعض الوحدات.
- معاون أو ملاحظ صحي.
- فني أو مساعد معمل.
- كاتب.
- أمين مخزن.
- خدمات معاونة رجال أو حريم.

#### - المجموعات الصحية (المراكز الصحية الريفية) وعددها ٣٥٩:

وتقدم هذه المراكز خدمات الرعاية الصحية الأولية والخدمات العلاجية والعاجلة أسوة بالوحدات الصحية الريفية لمجموعة أكبر من السكان من ١٥ إلى ٢٥ نسمة. وذلك على مستوى العيادة الخارجية والقسم الداخلي. عدد الأسرة بهذه المراكز حوالي ٥٩٧٦ سريراً بمعدل ١٥ إلى ٢٠ سريراً لكل مركز صحي ريفي. وللأسف فإن معظم هذه الأسرة غير مستغل وعليه فإنه لا يوجد خدمات أقسام داخلية حقيقية بهذه المراكز. وهناك خطة لتحويل هذه المراكز إلى مراكز طب أسرة.

#### - مستشفيات التكامل الصحي (المستشفيات القروية سابقاً) وعددها (٢٣٠):

وهي تقدم خدمات الرعاية الصحية الأولية في وحدة رعاية صحية أولية مستقلة لعدد من السكان يتراوح بين ١٥ إلى ٢٥ ألف نسمة وتقدم أيضاً الخدمات العلاجية والعاجلة بالمستشفى. وهذه المستشفيات أصبحت تتبع من الناحية الفنية الطب العلاجي وتقدم خدمات الجراحة بها والمعمل والأشعة وعدد الأسرة ٤١٢١ بمعدل ٣٠ إلى ٦٠ سريراً بكل مستشفى وقد كان معدل الإشغال لهذه الأسرة ٤٪ ونأمل زيادة نسبة الإشغال بعد التطوير الناتج من تبعيتها الفنية للطب العلاجي.

#### - المراكز الصحية الحضرية وعددها الآن (١٩٦):

وهي مسؤولة عن تقديم خدمات صحية تعزيزية ووقائية وعلاجية كالتالي تقدمها الوحدات الصحية الريفية. والمركز الصحي الحضري يخدم منطقة سكانية يتراوح عددها بين ٢٥ إلى ٥٠ ألف نسمة وهي تقدم الخدمة الصحية على مستوى الممارس العام والأخصائي. أي يطبق بها نظام الإحالة الداخلي. والمركز الصحي الحضري به طبيب لكل ٥ آلاف نسمة وممرضة لكل ٢٠٠٠ نسمة ويقدم خدمات الرعاية العلاجية والوقائية للأسنان. وبكل مركز صحي حضري معمل أكثر تطوراً من معمل الوحدة الريفية وخدمات أشعة وخدمات توليد... الخ.

#### - مراكز رعاية الأمومة والطفولة:

تقع في المناطق الحضرية وهي مسؤولة عن تقديم رعاية ما قبل الولادة والتوليد ورعاية ما بعد الولادة والخدمات الصحية والخدمات الصحية للأطفال دون السادسة ورعاية أسنان الأمهات والأطفال وهناك خدمات معملية وأشعة فوق صوتية ويوجد بهذه المراكز ٣٣٤ سريراً وليس بكل مركز أسرة وهناك خطتان الأولى لتحديث مراكز صحية حضرية ومن ثم تناقص عدد المراكز بصفة مستمرة.

والثانية لتحسين وظيفتها مع إدخال دار للتوليد بها ويوجد الآن ١٩٤ مركزاً لرعاية الأمومة والطفولة منها ١١٢ ملك الحكومة والـ ٨٢ الباقية مؤجرة - مصيرها التسليم للملكية.

- مكاتب الصحة وعددها الآن (٣٥٤):

وتوجد في المناطق الحضرية وتقدم خدمات التسجيل للمواليد والوفيات ومراقبة الأغذية وإصحاح البيئة وغيرها من الخدمات الوقائية. وسياسة الوزارة هي إنشاء المراكز الصحية الحضرية التي تقدم الخدمات التعزيزية والوقائية والعلاجية المتكاملة ولا مزيد من هذه المكاتب.

- **المستوى الثاني من الخدمة:**

تقدمها المستشفيات المركزية في عواصم المراكز الإدارية وتقدم الخدمات من خلال عيادات خارجية وأقسام داخلية للتخصصات الطبية المختلفة.

- **المستوى الثالث من الخدمة:**

تقدمها المستشفيات العامة في عواصم المحافظات ويدعم هذا المستوى من الخدمة المستشفيات الجامعية والمستشفيات والمعاهد التعليمية ومستشفيات القطاع العام من التأمين الصحي والمؤسسة العلاجية ومستشفيات القطاع الخاص. وعدد المستشفيات العامة والمركزية، التابعة لوزارة الصحة ٢١٤ مستشفى بها ٣٢٥٩١ سريراً إلى جانب عدد ٩٣ مستشفى تخصصياً:

- ٤ مستشفيات أطفال، نساء وتوليد بها ٣٩٠ سريراً.
- ٨١ مستشفى حميات بها ٧٣٢٣ سريراً.
- ٨ مستشفيات للأمراض الباطنية بها ٨١ سريراً.

إلى جانب هذه الوحدات هناك مراكز أخرى لتقديم الخدمة الصحية مثل:

- مكاتب التثقيف الصحي.
- العيادات التخصصية الشاملة في المناطق الحضرية.
- عيادات الأحياء.
- وحدات ومراكز الحجر الصحي.
- وحدات مقاومة الملاريا.
- وحدات مقاومة الفلاريا.

**الموارد البشرية داخل وزارة الصحة والسكان:**

القطاع الصحي في مصر لديه موارد بشرية غنية وقاعدة عريضة من العمالة، وحسب آخر إحصائيات الوزارة ٢٠٠١، يقدر عدد القوى العاملة بوزارة الصحة والسكان (مركزياً / محلياً) في جميع محافظات الجمهورية بجوالي ٢٣٢٦٠٥ موظفين يشغلون القطاعات الفنية، والإشرافية، والوظائف المساعدة ٢١٠١ موظفين على مستوى ديوان عام الوزارة ٢٣٠٥٠٤ موظف على المستوى المحلي بالمحافظات.

بالنسبة للقوى العاملة الفعلية على المستويين المركزي والمحلي فهي ١٨٩٦٥٦ موظفاً (١٨٩١) مركزياً، ١٨٧٧٦٥ محلياً).

وأهم أسباب الفروق بين الأعداد الفعلية والمقيدة هو التجنيد (بالنسبة للذكور). الإعانات. الإجازات بدون مرتب. (إحصائيات وزارة الصحة ٢٠٠١).

يعمل بوزارة الصحة والسكان عدد كبير من الأطباء وأعضاء هيئة التمريض. ٤٠٪ من الأطباء يعملون في الرعاية الصحية الأولية والخدمات الوقائية ٥٢,٥٪ من الممرضات يعملن في الرعاية الصحية الأولية والخدمات الوقائية.

نسبة الأطباء / التمريض ٢: ٣ (أي طبيب لكل أقل من ٢ ممرضة).

جدول (٢-٢): القوى العاملة بالوزارة

مقيدين	قائم بالعمل (فعلي)	الفئة
٥٨٩٦٩	٤٠٣٦١	أطباء بشريون
٧١٦٧		أطباء أسنان
٤٦٤٠		صيادلة
٩١٧٠٣		هيئة تمريض

جدول (٢-٣): توزيع وحدات الرعاية الصحية الأساسية بالريف والحضر

الحضر:
- المراكز الصحية الحضرية (٢٤٦): توفر جميع برامج الرعاية الصحية الأساسية (الوقائية والعلاجية).
- مراكز رعاية الأمومة والطفولة (٢٢٣): توفر رعاية ما قبل الحمل وأثناء الحمل وما بعد الولادة.
- المكاتب الصحية (٤١٨): توفر جميع الخدمات الوقائية من بينها التطعيمات والنظافة البيئية بالإضافة إلى تسجيل المواليد والوفيات.
- تعداد السكان في المناطق الحضرية (٣٠٤٤٦٣٠٦).
المناطق الريفية
- وحدات الصحة الريفية (٢٨٦٥)
- مراكز الصحة الريفية (٣١٠)
- مستشفيات الريف (٣٠٩)
- توفر من خلال هذه الأماكن جميع برامج الرعاية الصحية الأساسية
- تعداد السكان في المناطق الريفية (٣٢٩٨٣٤٩٩)

## ٢. القطاع العام:

ويتكون القطاع العام من مجموعة من المؤسسات الصحية التي تتبع مباشرة وزير الصحة مثل:

- هيئة التأمين الصحي.
- المؤسسة العلاجية.
- الهيئة العامة للمستشفيات والمعاهد التعليمية.
- المستشفيات الجامعية.

وهذه الهيئات تعد هيئات حكومية ذات استقلالية اقتصادية وتقدم خدمات علاجية أساسا.

### ٢-١. نظام تطبيق التأمين الصحي بمصر:

التأمين الصحي هو نظام حكومي أوكلت مسؤولية تنفيذه إلى هيئة عامة هي "الهيئة العامة للتأمين الصحي".

- وقد أنشئت الهيئة العامة للتأمين الصحي عام ١٩٦٤ بقرار جمهوري.
- وللهيئة مجلس إدارة هو السلطة العليا. ويرأسه رئيس مجلس الإدارة.
- والهيئة تحت إشراف وزير الصحة وهو الذي يعتمد قرارات مجلس إدارتها. وعن طريقه ترفع مشروعات القوانين والقرارات إلى مجلس الوزراء أو رئيس الجمهورية.
- مقر رئاسة الهيئة بالقاهرة. وتنقسم إلى عدة فروع. يدير كل فرع طبيب متفرغ. وينفذ كل فرع أنشطة الهيئة في قطاع جغرافي من الجمهورية. وتنقسم الفروع إلى مناطق تتبعها الوحدات المختلفة. ومسئولية الفروع أساسا هي التنفيذ. والمشاركة في التخطيط والإشراف والمتابعة للمستويات الأدنى.

### اختصاصات الهيئة العامة للتأمين الصحي:

- تنفيذ تأمين إصابات العمل لجميع العاملين في قطاعات الدولة.
١. تنفيذ تأمين المرض للمنتفعين به من العمالة المنتظمة المؤمن عليها من حكوميين. قطاع عام. قطاع خاص. ويتم التوسيع تدريجيا في هذه القطاعات. (قانون ١٩٧٥).
  ٢. تنفيذ تأمين المرض لمن يرغب من المحالين للمعاش ومن أرامل المؤمن عليهم. وأيضا لأسر المنتفعين (بنظام خاص).
  ٣. تنفيذ نظام العلاج التأميني للعاملين في الحكومة ووحدات الإدارة المحلية والهيئات العامة والمؤسسات العامة (١٩٧٥).
  ٤. إجراء الفحص الطبي الدوري للعاملين المعرضين للإصابة بالأمراض المهنية بهدف الاكتشاف المبكر للأمراض المهنية.
  ٥. تنفيذ نظام التأمين الصحي على الطلاب (قانون ٩٩ لسنة ١٩٩٢).
  ٦. اللجان الطبية (إجازات مرضية) تقرير اللياقة للالتحاق بالأعمال أو مد مدة الخدمة. تحديد سبب العجز. تقرير الحالة في بعض أنواع المعاشات الاستثنائية.. الخ.
  ٧. أنشطة أخرى تزاولها الهيئة من خلال صندوق للعلاج الخاص. أنشئ بالهيئة بهدف استغلال أي فائض متاح في إمكانيات الهيئة. لإتاحة تقديم خدمات الهيئة في بعض الأحوال لغير المؤمن عليهم بأسعار مرشدة مثل العلاج الشامل. العلاج بالإحالة.
  ٨. تنفيذ نظام التأمين الصحي على الأطفال أقل من ٥ سنوات من العمر منذ عام ١٩٩٧.

### أساليب توفير الخدمة التأمينية:

#### الأسلوب المباشر:

- وذلك عن طريق تقديم الخدمة في مراكز أو وحدات تابعة أو ملوكة للهيئة. وتدار بنظامها ويتميز هذا الأسلوب بإمكانية تدقيق الرقابة والمتابعة والحصول على إحصاءات ومعلومات أكثر سلامة. وإن كان يعيبه إرغام المنتفع على استعمال هذه الوحدات والإمكانات.

- الوحدات الطبية المملوكة للهيئة: والمخصصة أساساً لخدمة قطاعات العمالة المنتظمة المؤمن عليها (الإحصاء والتقارير السنوي للهيئة العامة للتأمين الصحي ١٩٩٤/٩٣).

جدول (٢-٤): الوحدات الطبية المملوكة للهيئة

عيادات مارس	٥٦٥ عيادة
عيادات مارس عام مجمه	٢٠ عيادة
عيادات شاملة للأخصائيين	١٢٠ عيادة
مراكز إصابات العمل	٤٥ مركزاً
مستشفيات	٢٦ مستشفى بها ٥٤٩٥ سريراً

\* لا يشمل هذا الحصر العيادات والمستشفيات المخصصة لخدمة تأمين الطلاب

الأسلوب غير المباشر: تقدم الخدمة في وحدات وجهات غير تابعة للهيئة عن طريق التعاقد. مثل الجهات التابعة لوزارة الصحة. المؤسسات العلاجية. المستشفيات الجامعية. المستشفيات المتخصصة كالحميات.. الخ. والمعاهد المتخصصة. ومستشفيات القوات المسلحة والمستشفيات الخاصة وعيادات الأطباء الخاصة.

**الموقف التطبيقي لهذا القطاع:**

انتشار التغطية التأمينية داخل القطاعات الخاصة لنظام التأمين الصحي وصل إلى:

- ٩٦٪ من الحكوميين (الباقون في الأغلب لهم نظم علاجية من خلال جهات عملهم).
- ٢٦٪ من القطاعين العام والخاص (أغلب باقي هذا القطاع له نظام علاجي بصورة ما من خلال مؤسسة أو نقابة).
- ٦٥٪ من أصحاب المعاشات (الانضمام اختياري وله موعد معين).
- ٢٣٪ من الأراامل (الانضمام اختياري).
- أكثر من ٦٥٪ من الأطفال "٥ سنوات من العمر. (تفاوت النسب بين المحافظات المختلفة نظراً لأنها خدمة اختيارية للمواطنين)

**٢-٢. المؤسسة العلاجية (CURATIVE CARE ORGANIZATION; CCO)**

أنشئت المؤسسة العلاجية عام ١٩٦٤ تحت إشراف وزير الصحة والسكان وذلك بتأميم عدة مؤسسات ومستشفيات خاصة وخيرية.

والمؤسسة العلاجية تكونت في القاهرة والإسكندرية في نفس العام. ويوجد حالياً أربع مؤسسات في محافظة بورسعيد ومحافظات الدلتا (القليوبية. دمياط. كفر الشيخ) ولا يوجد مستشفيات خاصة بالمؤسسة في الوجه القبلي. وتدير المؤسسات العلاجية الست (٦). ٢١ مستشفى تشمل حوالي ٤٪ من إجمالي عدد أسرة المستشفيات بجمهورية مصر العربية.

ونظام المؤسسة العلاجية يدار بطريقة (Independently on a non profit basis) ولكن لا يهدف للربح. ويستخدم الأجر المحصل في تحسين الخدمات المقدمة. والخدمات المقدمة هي الخدمات العلاجية.

## ٢-٣. الهيئة العامة للمستشفيات التعليمية:

تم إنشاء الهيئة بالقرار الجمهوري رقم ١٠٠٢ لعام ١٩٧٥ وتتبع "الهيئة العامة للمستشفيات والمعاهد التعليمية" وزير الصحة الذي يرأس مجلس إدارة الهيئة ومقرها بالقاهرة. وتعتبر الهيئة من المؤسسات التعليمية. والهدف من إنشائها هو تحقيق الرعاية الطبية المتطورة للجماهير على المستوى الإقليمي والقومي بما يساهم به الأطباء العلميون في رفع المستوى العلمي للأداء بوحدة الهيئة وغيرها. وكذلك تعليم طلبة كليات الطب جنبا إلى جنب مع أساتذة الجامعات وتدريب الأطباء في التخصصات المختلفة. ويقوم السادة أعضاء الهيئة العلميون بإجراء الأبحاث المختلفة كل في مجال تخصصه. للإسهام في إحداث التطوير المستمر في أسلوب التشخيص والعلاج نتيجة الأبحاث.

## تتكون الهيئة العامة للمستشفيات والمعاهد التعليمية من:

١. المستشفيات التعليمية وتتكون من مجموعة الأقسام الإكلينيكية والوحدات المساعدة الأخرى وتشمل:

- مستشفيات داخل القاهرة:

- مستشفى أحمد ماهر التعليمي.
- مستشفى الساحل التعليمي.
- مستشفى المطرية التعليمي.
- مستشفى الجلاء التعليمي.

- مستشفيات خارج القاهرة:

- مستشفى بنها التعليمي.
- مستشفى شبين الكوم التعليمي.
- مستشفى دمنهور التعليمي.
- مستشفى سوهاج التعليمي.

وتقوم هذه المستشفيات بأداء كافة الخدمات الطبية والعلاجية والتعليمية في جميع التخصصات. كما تجرى بها عمليات جراحية حديثة مثل: زرع الكلى. الغسيل الكلوي. وعمليات القلب المفتوح.

## ٢. المعاهد التعليمية:

- معهد السكر.
- معهد التغذية.
- معهد الأبحاث لطب المناطق الحارة.
- معهد بحوث الحشرات.

- معهد السمع والكلام.
- معهد شلل الأطفال.
- معهد جراحة القلب والصدر.
- المعهد التذكاري للبحوث الرمديّة.

وتقوم هذه المعاهد بعلاج الحالات المتخصصة بأحداث الأساليب وباستمرار الأجهزة المتطورة وكذلك يقوم الأطباء بإجراء البحوث المختلفة للوصول لأعلى مستوى من الأداء العلاجي للمواطنين.

### ٣. القطاع الخاص

- القطاع الخاص يقدم الخدمات الصحية بداية من حلاق الصحة والداية، الصيدليات، الطبيب الخاص والمستشفيات الخاصة بجميع أحجامها. ويشمل هذا القطاع أيضا عدد كبيراً من المؤسسات والهيئات غير الحكومية، ويقدم خدمات صحية مثل العيادات التابعة للجوامع والكنائس (المؤسسات الدينية) والعيادات الخيرية، وكلها مسجلة بوزارة الشؤون الاجتماعية.

بعد إعلان سياسة الانفتاح في عام ١٩٧٤، بدأ القطاع الخاص الصحي في النمو ما بين عام ١٩٧٥، ١٩٩٠ وارتفع عدد الأسرة بالمستشفيات الخاصة بصورة كبيرة.

تتراوح خدمات القطاع الخاص الصحي ما بين مستشفيات حديثة كبيرة ومجهزة تجهيزاً معقداً إلى مستشفيات صغيرة ومراكز رعاية طبية يومية أو عيادات عامة شاملة.

- يوجد عدد من المؤسسات أو المنظمات الخاصة الأهلية أو التطوعية داخل هذا النظام الصحي الخاص. يقدم الخدمات الصحية من خلال العيادات الشاملة والمستشفيات الصغيرة. وغالبا ما تكون متصلة ببعض المؤسسات الدينية وتمول بنظام المشاركة والتبرع.

- منذ عدة سنوات بدأت النقابات العامة في مصر (الأطباء، المهندسين، التجار... الخ) في إنشاء مشروع علاج الأعضاء وأفراد أسرهم من خلال اشتراكات سنوية ومقننة لكل عضو وكل عضو داخل أسرته، ويتم تقديم الخدمات وكلها خدمات علاجية من خلال عيادات خاصة للأطباء، ومستشفيات خاصة، يتم عمل تعاقد معها (تعاقد بين النقابة والطبيب). ويعتبر هذا النظام هو نوع من التكافل بين أعضاء كل نقابة، حيث إن الاشتراك السنوي يتم تسديده بغض النظر من مدى الاستفادة مما تم دفعه سابقا. (نوع من نظم التأمين)

ونسبة الخدمات المقدمة من كل قطاع يمكن أن تقيم من خلال الجدول التالي:

جدول (٢-٥): نسبة الخدمات المقدمة من كل من القطاعات الصحية

المؤسسات	نسبة الخدمات المقدمة	نسبة الأسرة
وحدات ومؤسسات وزارة الصحة	٪١١,٤	٪٥٧,٨
هيئات تابعة لوزارة الصحة:	٪٣٢	٪١٢,٨
· المعاهد التعليمية		٪٣,٨
· المؤسسة العلاجية		٪٤
· التأمين الصحي		٪٥
الجامعات	٪١,٩	٪١٦,٥
وزارات أخرى	٪١,٩	٪٢,٣
قطاع خاص	٪٣١,٦	٪١٠,٦

\* المصدر: (قسم الإحصاء بالوزارة ١٩٩٦)

ويهدف النظام الصحي في مصر إلى تحقيق الهدف المنشود، وهو الصحة للجميع من خلال تقديم الرعاية الصحية الأولية مدعومة بنظام جيد للإحالة للمستوى الثاني والثالث من الخدمات الصحية.

## مراجع الفصلين الأول والثاني

### المراجع العربية

١. تقرير المسح الديمجرافي ١٩٩٥ (DHS).
٢. تقرير المسح السكاني الصحي في مصر ١٩٩٩.
٣. تقرير المسح السكاني الصحي في مصر ٢٠٠٠. فاطمة الزناتي، يناير ٢٠٠١ وزارة الصحة والسكان - المجلس القومي للسكان.
٤. تقرير الجهاز المركزي للتعبيئة العامة والإحصاء ١٩٩٩.
٥. تقرير الجهاز المركزي للتعبيئة والإحصاء ٢٠٠٠.
٦. السياسة الصحية والتقرير السنوي وزارة الصحة ج ٢٠٠٠ ع ١٩٨٠.
٧. السياسة الصحية. أ. د. محمود محمد محفوظ - وزارة الصحة ج ٢٠٠٠ ع ١٩٨٠.
٨. دليل العمل بالرعاية الصحية الأساسية. وزارة الصحة والسكان. منظمة الصحة العالمية عام ١٩٩٩/٢٠٠٠.
٩. الكتاب الذهبي - وزارة الصحة ١٩٣٦-١٩٨٦. وزارة الصحة - ج.م.ع. ١٩٨٦.
١٠. مبارك وصحة الأسرة المصرية. حقائق وأرقام ١٩٩٥. وزارة الصحة والسكان ج.م.ع.
١١. خليل لوضع وحدات الرعاية الصحية الأساسية. ملخص تقرير - إدارة الحصر - وزارة الصحة والسكان ١٩٩٩.

١٢. مجلة التأمين الصحي الاجتماعي العدد "٣٠" سبتمبر ١٩٩٥ تصدرها الجمعية العلمية للتأمين الصحي الاجتماعي ج٠م٠ع.
١٣. الدليل الاسترشادي: الهيئة العامة للمستشفيات والمعاهد التعليمية ١٩٩٦.
١٤. تقرير البنك الدولي عن التنمية العالمية يوليو ١٩٩٣.
١٥. تقرير منظمة أوكسفام مايو ١٩٩٥.
١٦. استراتيجية الإصلاح الصحي للرعاية الأولية في مصر المسودة الأولى ١٩٩٧ - وزارة الصحة والسكان ج٠م٠ع.
١٧. نموذج مصري حديث للرعاية الصحية في القرن الحالي. وزارة الصحة والسكان ج٠م٠ع ١٩٩٩.
١٨. الخدمات الصحية الحالية ومدى تلاؤمها مع تخصص طب الأسرة: ورقة مقدمة من د٠ حسنى تمام رئيس الإدارة المركزية للرعاية الصحية الأساسية - وزارة الصحة والسكان ١٩٩٨.
١٩. تقرير عن إنجازات وزارة الصحة والسكان لتحقيق أهداف عقد حماية الطفل المصري (١٩٨٩ - ١٩٩٩). الإدارة العامة لرعاية الأمومة والطفولة. وزارة الصحة والسكان ٢٠٠٠.
٢٠. قضية الطفولة في مصر - حاضرها ومستقبلها. تقرير الإدارة العامة لرعاية الأمومة والطفولة - وزارة الصحة والسكان ٢٠٠٠.
٢١. صحة الأم والطفل - الواقع والإنجازات والتحديات. ورقة مقدمة في مؤتمر للرعاية الصحية الأساسية - وزارة الصحة والسكان ٢٠٠٠.
٢٢. الصحة والسكان. مجلة تصدر عن قطاع السكان وتنظيم الأسرة بوزارة الصحة والسكان والمشروع الإعلامي لدعم حقوق المرأة الصحية أعداد ٧، ٨، ٩، ١٠، ١٣، ١٤، ٢٠٠١.
٢٣. تقرير عن إنجازات مشروع صحة الأم والطفل: في الفترة من ١٩٩٦ - ٢٠٠١ وزارة الصحة والسكان (٢٠٠٢).
٢٤. مصريون أصحاء في مجتمع صحي. كتيب أعدت تحت إشراف أ. د. إسماعيل سلام. للإعلان عن مبادرة "مصريون أصحاء ٢٠١٠" وزارة الصحة والسكان ٢٠٠١.
٢٥. دليل خدمات الصحة المهنية. وزارة الصحة والسكان بالتعاون مع منظمة الصحة العالمية ١٩٩٧.
٢٦. نظام ضمان جودة الخدمات الصحية بوحدات الرعاية الصحية الأساسية. دليل عمل ١٩٩٩ - مشروع صحة الأم والطفل وزارة الصحة والسكان.
٢٧. العملية الإدارية في التنمية الصحية الوطنية. دليل عمل لمديري الخدمات الصحية ١٩٩٢ قطاع الرعاية الصحية الأساسية وزارة الصحة والسكان بالتعاون مع منظمة الصحة العالمية.

٢٨. دليل عمل نظام الإحالة للعاملين بالرعاية الصحية الأولية. وزارة الصحة والسكان – برنامج رفع كفاءة الخدمات الصحية الأولية ١٩٩٦.
٢٩. النشء وسياسات الدولة في مصر. هالة الشافعي. مجلس السكان الدولي ١٩٩٨.
٣٠. الاستراتيجية القومية للرعاية الصحية للشباب. ورقة مقدمة من د. عصمت منصور، رئيس الإدارة المركزية للرعاية الصحية الأساسية – وزارة الصحة والسكان ٢٠٠٢.
٣١. الصلف الذكوري للمشروع المصري. مقالة افتتاحية. أ.د. سعد الدين إبراهيم. مجلة المجتمع المدني. يصدرها مركز ابن خلدون للتنمية (العدد ٨٥ – السنة الثانية) يناير ١٩٩٩.
٣٢. المعاناة الصامتة. جوانب من الظروف الاجتماعية المحيطة بصحة المرأة الإيجابية في ريف مصر. هند أبو السعود خطاب. مجلس السكان واليونيسف ١٩٩٨.
٣٣. اتصالات شخصية ببعض العاملين بوزارة الصحة والسكان والمسئولين عن القطاعات الصحية الفنية.

## Other References

1. WHO, UNICEF. Primary Health Care, Alma Ata. 1978.
2. Managerial Process for National Health Development. Guiding Principles. 1981.
3. MOH, “ Strategy for Health for all by the year 2000”. ARE, 1989.
4. El Zanaty F., Kumar N., Berman. P. “The Egyptian Household Health care utilization and expenditure survey. (Results from the first round).1995.
5. A New Egyptian Health Care Model for the 21<sup>st</sup> Century. Egypt Health Sector Reform. 1998.
6. Health Care Finance in Egypt. MOH, Cost Recovery for Health Project, 1993.
7. Egypt Health Sector Reform Program”. Draft Document. 1997, MOHP.
8. Integrated Management of Childhood Illness- IMIC- Information 2000. WHO, Geneva.
9. Health and Survival” Situational Analysis of health services and its impact on child health. Document prepared by Dr. Nagwa Khallaf.
10. Renewal of the health – for – all strategy” Derek Yach. World Health Forum. Volume 17, Number 4, 1996. WHO, Geneva.
11. National Adolescents strategy. Population and family planning sector, MOHP, 2001.
12. Adolescence and state policy in Egypt. Halla E. Shafey. Population Council, 1998.

13. Transitions to Adulthood". A national survey of Egyptian Adolescents. Population Council, AUC, HIPH. Alexandria University and public health department, Assuit University, 1999.
14. Progress in child and Adolescent health and development. WHO, Geneva, 1999.
15. National Maternal Mortality Study. HM/HC Project, MOHP & JSI, 2000.
16. Assessment of the concepts of the curricula of medical and nursing colleges of Egyptian universities (on family health concept and approach). Report on the study. Conducted by the Egyptian Association of Community Medicine, 1999.

## ملاحق الفصلين الأول والثاني

### ١. مرسوم بإنشاء وزارة الصحة العمومية عام ١٩٣٦

الوقائع المصرية - العدد ٣٨ في ٩ أبريل سنة ١٩٣٦

#### المرسوم

بانشاء وزارة للصحة العمومية

#### نحن هواد الأول ملك مصر

بعد الاطلاع على الأمر العالى الصادر فى ١٠ ديسمبر سنة ١٨٧٨ بتوزيع مصالح الحكومة بين الوزارات ؛

وعلى الأمر العالى الصادر فى ٨ فبراير سنة ١٨٨٦ بإنشاء مصلحة الصحة العمومية ؛

لئلا أن نرغبنا متجهة على الدوام الى البحث عن كل الوسائل التى تؤدى لتحسين الحالة الصحية بالبلاد ؛

لئلا أن يقتضى من جانب آخر التنسيق بين الأعمال التى تتولاها الان مصلحة الصحة العمومية التابعة لوزارة الداخلية وبين أعمال مصالح أخرى تابعة لوزارة الداخلية أو لوزارة الأشغال العمومية والجمع بينها جميعا فى ادارة موحدة ؛

لئلا أن تكون تلك المصالح من بلوغ الغاية التى تقتضيها رفاهية الشعب ومن أن تكون جهودها أبلغ أثرا من ذى قبل يبنى انشاء وزارة للصحة العمومية لإدارة شؤون تلك المصالح وتوسيع نطاقها ؛

بعد الاطلاع على المادة ٤٤ من الدستور ؛

لئلا أن على ما عرضه علينا رئيس مجلس الوزراء ، وموافقة رأى المجلس المذكور ؛

#### لئلا أن نرغبنا بما هوأت :

شادة ١ - نحننا وزارة للصحة العمومية بتولى ادارتها وزيراعوانه وكلاء وزارة وتقوم على الشؤون التى تباشرها المصالح التى من القسمين الآتيين ، ويكون على رأس كل قسم منهما وكيل وزارة :

#### القسم الأول :

(أ) المستشفيات (المرمى والمستشفيات العامة) والمعامل .

(ب) مقاومة الأوبئة .

(ج) الصحة العامة : ١- الأمراض المتوطنة ، ٢- رعاية الطفل ،

٣- مقاومة الحشرات والحيوانات الضارة . ٤- مراقبة الأغذية ،

٥ - المنازل غير الصحية والمخيمات المقتاة للراحة والمضرة بالصحة والخطرة (عدا ما استثنى منها خاصا بالأمن العام) .

#### القسم الثانى :

(أ) المرافق القروية وبالأخص توفير مياه الشرب وتنظيم القرية .

(ب) تنظيم مصر .

(ج) البلديات .

(د) المحارى .

شادة ٢ - لئلا أن رئيس مجلس الوزراء ووزيرى الداخلية والأشغال العمومية تنفيذ هذا المرسوم ، ويعمل به من تاريخ نشره بالجريدة الرسمية

مدربراى القية فى ١٥ محرم سنة ١٣٥٥ (٧ أبريل سنة ١٩٣٦)

#### هواد

بئامر حضرة صاحب الجلالة

وزير الأشغال العمومية وزير الداخلية رئيس مجلس الوزراء

كائنظ حسن لئلا أن شاهر لئلا أن شاهر

## ٢. الحاجة لسياسة صحية طويلة المدى ١٩٣٦

القوائم المصرية - العدد ٣٨ في ٩ أبريل سنة ١٩٣٦

٦

### تهذكرة مجلس الوزراء

لحسن البلاد أشد الحاجة إلى سياسة صحية بعيدة المدى يقوم على تنفيذها وزير مسئول. وقد اتجه التفكير منذ بضع سنين إلى هذا الشأن ووضع بروجرام صحي كان له بدء تنفيذ حسن وأثبت في الميزانية اعتماد لوزير الصحة. ولكن نظرا لأن ذلك الوزير لم يعين ولأن أعمال الصحة لم تفصل من وزارة الداخلية، التي ظلت حتى الآن تابعة لها، وليست لها وزيرها المسئول في تجرد وتفرغ تامين، فإن مدى التقدم في هذا السبيل كان محدودا ودون ما ترجوه البلاد في هذا الدور من تطورها.

لأيسر يعني ما للشؤون الصحية العامة من الأهمية الحيوية ومن الأثر البالغ في مظهر حضارة البلد وفي كيانها الاجتماعي. لذلك أرى أنه لم يعد محل لتأخير الإصلاح المنشود في هذه الناحية.

لوعندي أن التفكير في إنشاء وزارة للصحة يقتضى البحث فيما يجب أن يلحق بها من الإدارات والمصالح التي لم تكن داخلة يوما في نطاق أعمال مصلحة الصحة والتي توجد مع ذلك - بسبب تمازجها معها في الوسائل أو الغاية - مصلحة حقيقية في ادخالها وإياها في إدارة موحدة فان ما يترتب على توحيد الاشراف من تنسيق العمل وحسن تأسكه وتوفير الزمن والعمل وتحقيق أقصى الفائدة وأكبر الخير لتلك المصالح جعله فرادى يجعل النظر في هذا التوحيد فرضا لازما.

لولا شك في أن الأعمال التي تقوم عليها مصلحة التنظيم والمجاري بوزارة لأشغال وقسم البلديات ووكالة الوزارة التي أنشئت للاشراف على المرافق لفرورية بوزارة الداخلية تتصل أشد الاتصال بالشؤون الصحية وإن يكن لها طابع هندسي ظاهر.

لذلك يكون من المستحسن ضم هذه المصالح جميعا في إدارة موحدة شرف عليها وكيل وزارة ممن لم اضطلاع بالأمور الهندسية والحاقها بوزارة صحة.

لأكون للشؤون الصحية البعثة وكيل وزارة آخر يقوم على الإدارات التابعة حالا لمصلحة الصحة العمومية. ويحسن بهذه المناسبة أن توسع أعمال قسم الصحة العامة لتشمل إدارات ثلاث تمس الحاجة إليها ولم يسبق لمصر المعهد بانشائها: الأولى خاصة بمقاومة الحشرات والحيوانات الناقلة للكروبات كالبعوض والذباب والقيران وما شابه ذلك. والثانية خاصة بمراقبة الأغذية. والثالثة خاصة بالمنازل غير الصحية، ويجب أن تلحق بها طبعاً الإدارة الخاصة بالمحلات المقلقة للراحة والمضرة بالصحة والخطرة.

لقد كانت هذه الإدارة تابعة لوزارة الداخلية ومنذ زمن الحقت بمكتب العمل. فلما أنشئت وزارة التجارة الحق بها مكتب العمل على أن هذا الالحاق لم ينظم بعد. ولا شك في أن هذه الإدارة في جعلتها أشد اتصالا بوزارة الصحة ويجب أن تكون مع المنازل غير الصحية قسما من أقسام الصحة العامة. غير أن هذه الإدارة التي تقوم على تنفيذ القانون رقم ١٣ لسنة ١٩٠٤ تبأشر شؤونها هي أمس بالأمن العام منها بالصحة ويجب أن يبقى الاشراف عليها من اختصاص وزارة الداخلية. ذلك هو شأن ستودمات ومعامل البارود وأمداح البارود والألعاب النارية ومواد الاشتعال والديناميت والجليفت وجميع المواد المرقمة المشابهة ومخلات الرماية على الحمام.

لأجل هذه الصورة يصبح تنفيذ القانون المتقدم ذكره موزعا بين وزارة الصحة ووزارة الداخلية.

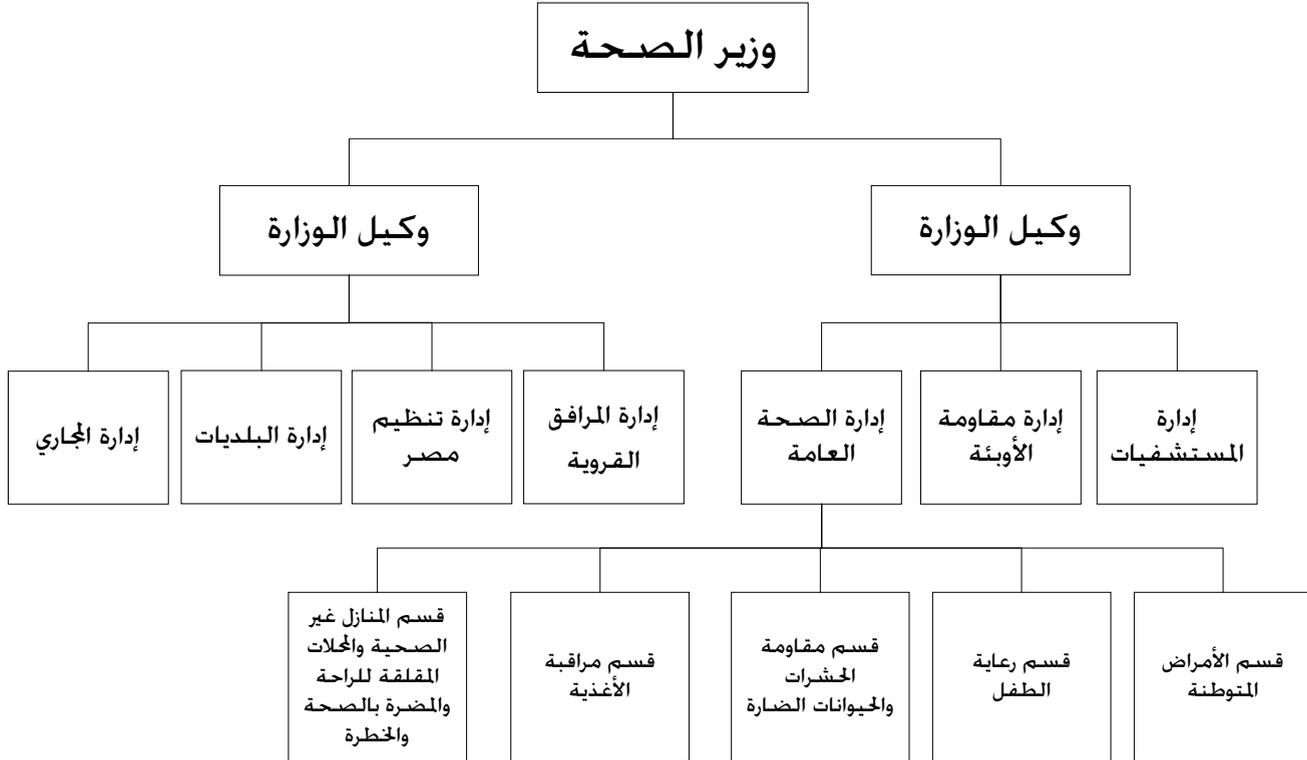
لذا صادفت هذه الاعتبارات قبولا من مجلس الوزراء بمفضل بالموافقة على مشروع المرسوم المرفق بهذا العرض على الأعتاب السنية ما

٤ أبريل سنة ١٩٣٦

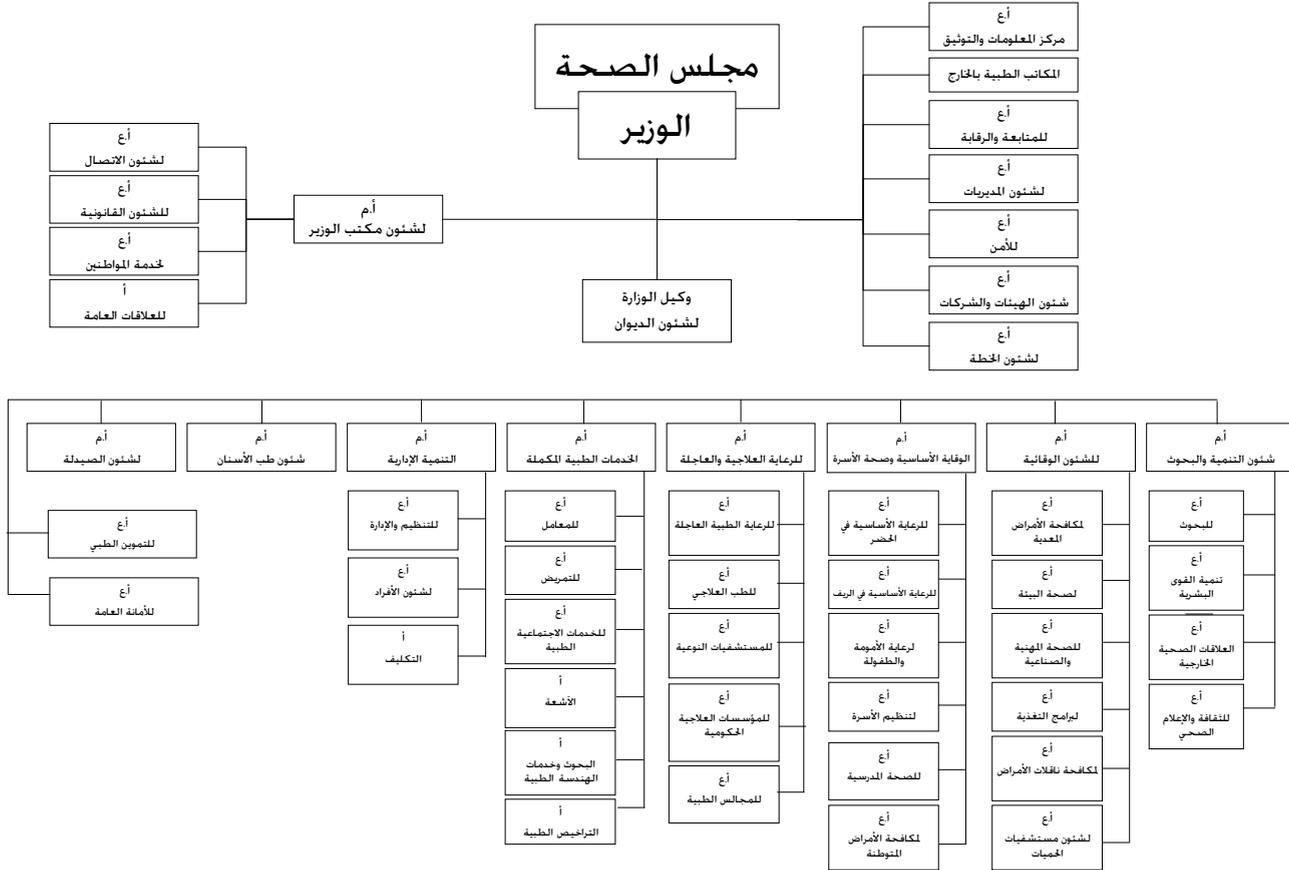
لأئيس لمجلس الوزراء

لأعلى شأهر

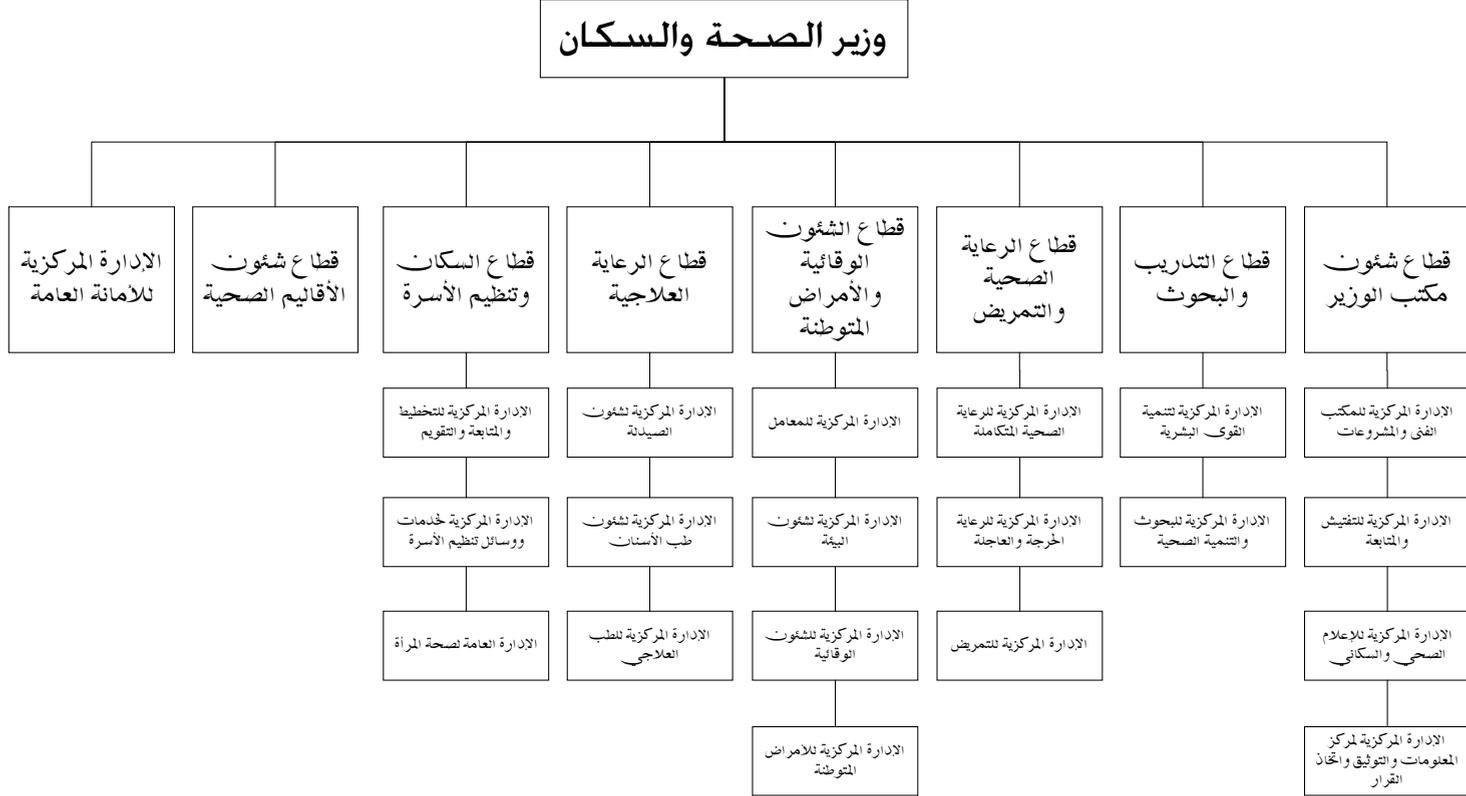
٣. الهيكل التنظيمي لوزارة الصحة عام ١٩٣٦



## ٤. الهيكل التنظيمي لوزارة الصحة عام ١٩٨٥



## ٥. الهيكل التنظيمي لديوان عام وزارة الصحة والسكان ١٩٩٨





## الفصل الثالث:

### جداول إحصائية عن القوى العاملة في مجال الصحة

#### برنامج السياسات والنظم الصحية

#### وصف القوى العاملة حالياً من حيث الأعداد - الفئات المختلفة - التخصصات - التوزيع الجغرافي

جدول (١-٣) بيان بعدد القوى العاملة القائمة بالعمل عن عامي ٢٠٠١/٩١

النسبة المئوية للزيادة في هذه الفترة	٢٠٠١		١٩٩١		البيان
	المعدل / ١٠ آلاف من السكان	العدد	المعدل / ١٠ آلاف من السكان	العدد	
٢٩,٠٩	٦,١٨	٤٠,٤٢٢	٥,٨	٣١,٣١٢	الأطباء البشريون
٢,٣٧-	٠,٨٨	٥,٧٧٠	١,١١	٥,٩١٠	أطباء الأسنان
١٣,٦٤	٠,٥٢	٣,٣٧٥	٠,٥٦	٢,٩٧٠	الصيدالة
٦٦,٩٣	١٢,٨٢	٩٣,٨٧٩	٩,٤٠	٥٠,٢٤٧	هيئة التمريض

مصدر البيان: مديريات الشئون الصحية بالمحافظات

جدول (٢-٣) القوى العاملة المقيدة عن عامي ٢٠٠١/٩١

النسبة المئوية للزيادة في هذه الفترة	٢٠٠١		١٩٩١		البيان
	المعدل / ١٠ آلاف من السكان	العدد	المعدل / ١٠ آلاف من السكان	العدد	
٤٢,١	٨,٩٩	٥٨,٨٢٩	٧,٧٤	٤١,٤١٢	الأطباء البشريون
١,٨	١,١٧	٧,٦٣١	١,٤٠	٧,٤٩٥	أطباء الأسنان
١٩,٢	٠,٦٦	٤,٣٤٥	٠,٦٨	٣,٦٤٥	الصيدالة
٧٠,٦	١٤,٣٦	٩٣,٩٣١	١٠,٢٩	٥٥,٠٥٢	هيئة التمريض

مصدر البيان: مديريات الشئون الصحية بالمحافظات

جدول (٣-٣) المقيدین حسب الوضع الوظيفي والمسمى الوظيفي عن عامي ٢٠٠١/٩١

البيان	٢٠٠١				١٩٩١				البيان
	غير قائم بالعمل		العمالة الفعلية		غير قائم بالعمل		العمالة الفعلية		
	النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد	
الأطباء البشريون	٣١,٣	١٨,٤٠٧	٦٨,٧	٤٠,٤٢٢	٤١,٤١٢	٢٤,٤	١٠,١٠٠	٧٥,٦	٣١,٣١٢
أطباء الأسنان	٢٤,٤	١,٨٦١	٧٥,٦	٥,٧٧٠	٧,٤٩٥	٢١,١	١,٥٨٥	٧٨,٩	٥,٩١٠
الصيدالة	٢٢,٣	٩٧٠	٧٧,٧	٣,٣٧٥	٣٦٤٥	١٨,٥	٦٧٥	٨١,٥	٢,٩٧٠
هيئة التمريض	١٠,٧	١٠,٠٥٢	٨٩,٣	٨٣,٨٧٩	٥٥,٠٥٤	٨,٧	٤,٨٠٧	٩١,٣	٥٠,٢٤٧

مصدر البيان: مديريات الشئون الصحية بالمحافظات

جدول (٣-٤) الأطباء البشريون حسب التخصص

المعدل لمستخدمي الخدمة	جملة		مقيم تخصص	أخصائي / م. أخصائي	البيان
	توزيع نسبي حسب التخصص	عدد			
٤,٩	١٤,٩	٣,١٧٣	٧٨٢	٢,٣٩١	جراحة عامة
٠,١	٠,٣	٦٤	٨	٥٦	جراحة جميل وحروق
٠,١	٠,٤	٩١	٣٣	٥٨	جراحة صدر وقلب
٠,٠	٠,١	٣١	٧	٢٤	جراحة مخ وأعصاب
١,٧	٥,٢	١,١٠٠	٢٦٠	٨٤٠	جراحة مسالك بولية
١,٧	٥,٢	١,١١٣	٣٤٦	٧٦٧	جراحة عظام
١,٨	٥,٥	١,١٧٤	٣٣٨	٨٣٦	جراحة أنف وأذن وحنجرة
٥,٧	١٧,٧	٣,٧٥٨	١,٣٤٣	٢,٤١٥	أمراض نساء وولادة
١,٧	٥,٢	١,٠٩٦	٢٧٧	٨١٩	أمراض العيون وجراحاتها
٣,٥	١٠,٩	٢,٣١٨	٥٩٦	١,٧٢٢	أمراض باطنة عامة
٠,٥	١,٤	٢٩٥	٨٥	٢١٠	أمراض قلب وأوعية دموية
٠,٥	١,٥	٣٢٠	٥٨	٢٦٢	أمراض عصبية وفسية
٣,٧	١١,٥	٢,٤٥٠	٦٢٣	١,٨٢٧	أمراض الأطفال
١,١	٣,٥	٧٤٠	٢٠٤	٥٣٦	أمراض صدرية
١,٦	٤,٩	١,٠٤٤	٢٩٤	٧٥٠	أمراض جلدية

المعدل لمستخدمي الخدمة	جملة		مقيم تخصص	أخصائي / م. أخصائي	البيان
	توزيع نسبي حسب التخصص	عدد			
٠.١	٠.٢	٣٥	١٢	٢٣	أمراض الغدد
٠.٩	٢.٩	٦٠٨	١٣٥	٤٧٣	أمراض متوطنة
١.٥	٤.٨	١.٠١٣	٢٩٢	٧٢١	تخدير
٠.٥	١.٦	٣٤٢	١٤٢	٢٠٠	أشعة تشخيصية
٠.١	٠.٣	٦٣	٣٤	٢٩	أشعة علاجية
٠.٦	٢.٠	٤٢٠	١٣٧	٢٨٣	طب علاج طبيعي
٣٢.٥	١٠٠.٠	٢١,٢٤٨	٦,٠٠٦	١٥,٢٤٢	الإجمالي

المعدل لكل ١٠٠ ألف من مستخدمي الخدمة من السكان

#### جدول (٣-٥) هيئة التمريض حسب المسمى الوظيفي

البيان	مقيد		قائم	
	العدد	النسبة	العدد	النسبة
مشرفات تمريض	٢,٣٦٢	٢.٥	١,٨٩٧	٢.٣
فنيو تمريض	١,٢٣١	١.٣	١,٠٣٠	١.٢
حكيمات ومرضات	٣٣٢	٠.٤	٣١٣	٠.٤
نظام ثلاث سنوات	٨٤,٦٠٠	٩٠.١	٧٥,٤٦٤	٩٠.٠
مساعداً مرضات نظام السنة والنصف	٣,٨٢٦	٤.١	٣,٦٣٢	٤.٣
الزائرات الصحيات	٧٠٦	٠.٨	٦٦٩	٠.٨
مرضات بالخبرة	٨٧٤	٠.٩	٨٧٤	١.٠
الجملة	٩٣,٩٣١	١٠٠.٠	٨٣,٨٧٩	١٠٠.٠

مصدر البيان: مديريات الشؤون الصحية بالمحافظات

جدول (١-٣) معدل توافر خدمات هيئة التمريض للقائمين بالعمل حسب المؤهل لكل ١٠٠٠٠ من السكان

المعدل / ١٠,٠٠٠ من السكان	العدد	البيان
٠,٢٩	١,٨٩٧	مشرفات تمريض
٠,١٦	١,٠٣٠	فني تمريض
٠,٠٥	٣١٣	نظام خمس سنوات
١١,٥٤	٧٥,٤٦٤	نظام ثلاث سنوات
٠,٥٦	٣,٦٣٢	مساعداً مرضات
٠,١٠	٦٦٩	الزائرات الصحيات
٠,١٣	٨٧٤	مرضات بالخبرة
١٢,٨٢	٨٣,٨٧٩	الإجمالي

مصدر البيان: مديريات الشئون الصحية بالمحافظات

جدول (٧-٣) توزيع الفنيين خريجي المعهد الفني الصحي

نسبة القائم بالعمل	المقيدين	القائم بالعمل	البيان
٨٩,٤	٩,٣٢٣	٨,٣٣٢	معاون صحي
٨٥,٣	٨,٥١٠	٧,٢٦١	فني معمل
٨٢,٠	٤,٣٧٩	٣,٥٨٩	فني أشعة
٧٩,٤	١,٤٧٧	١,١٧٣	فني صناعة أسنان
٨٨,٢	٥,٠٤٤	٤,٤٤٩	فني تسجيل طبي وإحصاء
٨١,٨	٤٩٤	٥٦٨	فني صيانة أجهزة طبية

جدول (٨-٣) توزيع مساعدي الفنيين

البيان	القائم بالعمل	المقيدين	نسبة القائم بالعمل
ملاحظ صحي	٧,٧٩٠	٨,٠٨١	٩٦,٤
مساعد معمل	٣,٣٣٠	٣,٥٢١	٩٤,٦
مساعد أشعة	٧٥	٨٢	٩١,٥
مساعد الصيادلة	٢٠	٢٢	٩٠,٩
مسعف نظام ثلاث سنوات	٣,٦٣٤	٤,٠١١	٩٠,٦
مسعف نظام سنة ونصف	٣٨	٣٩	٩٧,٤

جدول (٩-٣) توزيع الوظائف غير الفنية

البيان	القائم بالعمل	المقيدين	نسبة القائم بالعمل
طبيب بيطرى	٣	٣	١٠٠,٠
مهندس زراعى	١,٤٥٧	١,٥٣٢	٩٥,١
مساعد مهندس زراعى	٣,١٦٧	٣,٣٠٦	٩٥,٨
مهندس	١١٩	١٣١	٩٠,٨
مساعد مهندس	٢,٩٠٧	٣,٠٠٩	٩٦,٦
مساعد أخصائي تغذية	٣٠٧	٣٢٤	٩٤,٨
مساعد إدارى	٦٩٨	٧٣٨	٩٤,٦

جدول (٣-١٠): توزيع الأطباء البشريين القائمين بالعمل فعلاً بالقطاعات موزعة حسب المحافظات في ٢٠٠١/١/١

المحافظة	وظائف إشرافية	طب علاجي	بنك دم	مراكز رعاية الأمومة والطفولة	مكاتب الصحة	مراكز صحية حضرية	خدمات وقائية أخرى	أمراض متوطنة	معامل مستقلة	معاهد ومدارس ومراكز التدريب	قطاع الريف	الجملة
القاهرة	٢٨٣	٣١٥٧	٠	٢٠٣	١٧١	١٠٤٧	٧٦	١٩	٣	٠	١٥	٥٢١٠
الإسكندرية	٧٧	١٢٩٤	١٢	٢٠٧	١٢٤	٢٧٩	١٦	١٤	٤	٠	١٢١	٢٢٦٠
بور سعيد	٢٠	٣٩٦	٣	٥٨	٨	٩٦	٨	٦	٠	٠	٢٧	٦٣٣
السويس	١٨	٢٤٨	٢	١١	٢	٢٦	٧	٢	١٢	٠	١٢	٣٥٠
الإسماعيلية	٥٣	٢٢٠	٢	٢	٥	٦٢	٠	٠	١	٠	٤١	٤٠٢
دمياط	٣٦	٨٠٧	٦	٤٩	٩	٨٠	١	٥	١	٠	١١٧	١١٦٧
الدقهلية	١١١	٢٢٤٣	٥	٢٢٠	١٢١	٩٧	١٧	٣٨	١٤	٩	١٠٠١	٣٩٥٥
الشرقية	٦٩	١٤٨٠	١٢	٧٩	٢٠	١٣٢	٢	١٦	١٢	١	٤٢٤	٢٣٣٣
القليوبية	٢٨	٨٠٠	٣	٤٢	٢٧	١٣٩	٦	٦	٧	١	٢٩١	١٤٢٥
كفر الشيخ	٢٨	٨٧٧	١٩	٣٢	١٢	٤٩	٣	١	٩	٤	٥٣٧	١٥٩٨
الغربية	٣١	٢٣٠٥	١٤	١٦٤	٦٣	١٣٤	١٠	٢٢	٤٦	٠	٥٢٨	٣٤٨٢
المنوفية	٥٨	٨٩٢	٦	٢٥	٢٤	٦٢	٢	٢	٥	٠	٢٦٩	١٤١١
البحيرة	٧٧	١١٠٣	٠	١٤٧	٤٨	٦٤	٣	١٩	٥	٥٨	٤٣٧	٢٠٧٠
الجيزة	٣٨	٢٧٣٢	٤١	٢٧٣	٣٩	١٢٨	٣٠	٦٦	٠	٠	٤٣٩	٣٨٨٥
بني سويف	٤٣	٤٢٠	٠	٤٤	١١	٣٠	٣	٢	٣	٠	١٦٣	٧٣٣
الفيوم	٣٥	٤٥٢	٧	١٣	٨	٤٤	١	١	٤	٠	١٣٩	٧١٠
المنيا	٣٥	٧٨٢	٤	١٨٥	٥٠	٧٧	١١	٣٠	١٤	٠	٣٥٨	١٦٣١
أسيوط	٢٦	٨٧٠	١٥	٣٣	٤٦	١٠١	٤٧	٦٠	٨	١٥	٢١٥	١٥٢٣
سوهاج	١١	٨٧٢	١	٤٧	٢٤	٥٣	٤	٨	٢	٠	٣٢٧	١٤١١
قنا	٢٨	٤٦١	٠	٣٢	١٢	٢٥	٠	١	٣	١	٢٣٨	٨٥٢

المحافظة	وظائف إشرافية	طب علاجي	بنك دم	مراكز رعاية الأمومة والطفولة	مكاتب الصحة	مراكز صحية حضرية	خدمات وقائية أخرى	أمراض متوطنة	معامل مستقلة	معاهد ومدارس ومراكز التدريب	قطاع الريف	الجملة
أسوان	٢٤	٣١٦	٠	٩	٨	١٢	١٤٢	١١٧	٣	١	١٥٣	٨٠٩
مرسى مطروح	٢٢	٥٥	٠	١٦	١٥	١٩	٤	١	٠	٠	٨٧	٢١٩
الوادي الجديد	٥	٦٧	٠	٣	١	٣	٤	٠	١	٠	٥٣	١٣٧
البحر الأحمر	١٨	١٧١	١	١٠	٠	٠	٠	٠	١	٠	٧٢	٢٧٣
شمال سيناء	٢٤	١٥١	٠	٨	٠	٢٠	٨	٠	٠	١	٧٨	٢٩٠
جنوب سيناء	٢٣	٢٩	٠	٢	٣	٨	١١	٠	٠	٠	٣٥	١١١
الأقصر	٣٣	١٩١	١	١٧	٥	١٠	٨	١	١	١	٤٤	٣١٤
<b>الجملة</b>	<b>١٣٥٤</b>	<b>٢٣٣٩١</b>	<b>١٥٤</b>	<b>١٩٣١</b>	<b>٨٥٦</b>	<b>٢٧٩٨</b>	<b>١٤٠٩</b>	<b>٤٣٧</b>	<b>١٥٩</b>	<b>٩٢</b>	<b>٦٢٢١</b>	<b>٣٩٢٠٤</b>

مصدر البيان: التقارير السنوية لإدارات الشؤون الصحية بالمحافظات

جدول (٣-١١): توزيع الصيادلة القائمين بالعمل فعلاً بالقطاعات موزعة حسب المحافظات في ٢٠٠١/١/١

المحافظة	وظائف إشرافية	طب علاجي	بنك دم	مراكز رعاية الأمومة والطفولة	مكاتب الصحة	مراكز صحية حضرية	خدمات وقائية أخرى	أمراض متوطنة	معامل مستقلة	معاهد ومدارس ومراكز التدريب	قطاع الريف
القاهرة	١٢٥	٩٠	٠	١٩	٠	٨٢	٢٠	٠	٠	٠	٠
الإسكندرية	١٤٠	١٦٧	٠	٢٥	١	٣٥	٠	٠	٠	١	١٨
بور سعيد	٧	١٩	٠	٧	٠	١٠	٠	٠	٠	٠	٠
السويس	٥	٧	٠	١	٠	١	٠	٠	٠	٠	٠
الإسماعيلية	٧	١٣	٠	٠	٠	٢	٠	٠	٠	٠	١
دمياط	١٧	٣٩	٠	١	٠	١٠	٠	٠	٠	٠	٢
الدقهلية	٦١	١٠٥	٠	١٠	٥	٤	٠	٠	٣٣	٠	٦٨

المحافظة	وظائف إشرافية	طب علاجي	بنك دم	مراكز رعاية الأمومة والطفولة	مكاتب الصحة	مراكز صحية حضرية	خدمات وقائية أخرى	أمراض متوطنة	معامل مستقلة	معاهد ومدارس ومراكز التدريب	قطاع الريف
الشرقية	٢١	٤٥	٠	٢	٠	٦	١	٠	٩	٠	٧
القليوبية	١٣	٢٣	٠	٠	٠	٠	١	٠	٠	٠	٢٢
كفر الشيخ	٧	٧٩	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠
الغربية	٤١	١٠٤	٠	١٨	٠	٣٩	٠	٠	٠	٠	٠
المنوفية	٢٦	٣٢	٠	٣	٠	٤	٠	٠	٠	٠	٢
البحيرة	٣٤	٨٤	٠	٦	٠	٤	٠	٠	٠	٠	٣١
الجيزة	٩	١٤٣	٠	١٧	٠	١٣	٠	٠	٠	٠	٦٢
بني سويف	١٨	٢٤	٠	١	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠
الفيوم	٢٨	١٩	٠	٤	٠	٤	٠	٠	٠	٠	١
المنيا	٠	٠	٠	٥	٠	١٣	١٠	٠	٠	٠	٨٨
أسيوط	٢٧	٢٩	٠	٦	١٢	٦	٨	١	٠	٠	٦٦
سوهاج	١٨	٦٤	٠	٣	٠	٣	١	٠	٠	٠	٠
قنا	١٢	١٨	٠	٢	٠	١	٠	٠	٠	٠	٠
أسوان	٣	٩	٠	١	٠	٢	٠	٠	٠	٠	٢
مرسى مطروح	٣	٦	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠
الوادي الجديد	١	٤	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠
البحر الأحمر	١	١٤	٠	٢	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠
شمال سيناء	٢	٣	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠
جنوب سيناء	١	٣	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٣
الأقصر	١	٤	٠	٢	٠	١	٠	٠	٠	٠	٦
الإجمالي	٦٢٨	١١٤٧	٠	١٣٥	١٨	٢٤٠	٤١	١	٤٢	١	٣٧٩

مصدر البيان: التقارير السنوية لمديريات الشئون الصحية بالمحافظات

جدول (٣-١٢): توزيع أطباء الأسنان القائمين بالعمل فعلاً بالقطاعات موزعة حسب المحافظات في ٢٠٠١/١/١

المحافظة	وظائف وإشرافية	طب علاجي	بنك دم	مراكز رعاية الأمومة والطفولة	مكاتب الصحة	مراكز صحية حضرية	خدمات وقائية أخرى	أمراض متوطنة	معامل مستقلة	معاهد ومدارس ومراكز التدريب	قطاع الريف	الجملة
القاهرة	٣٩	٢١٥	٠	١٠٨	٠	٤٥٤	٤٣	٠	٠	٠	٣	٨١٢
الإسكندرية	٨	١٦٣	٠	٥٧	٥	١٤٠	٠	٠	٠	١٠	٩٧	٤٨٠
بور سعيد	٣	٦٣	٠	١٤	٠	٢٤	٠	٠	٠	٠	١	١٠٥
السويس	١	١١	٠	٢	٠	١٠	٠	٠	٠	٠	١١	٣٥
الإسماعيلية	٣	٢٨	٠	٠	٠	٢٦	٠	٠	٠	٠	١٢	٦٩
دمياط	٣	٦٣	٠	٢	٠	٣١	٠	٠	٠	٠	٦٥	١٦٤
الدقهلية	١٣	١١٣	٠	٢٥	٢٩	٦	٠	١	٠	٠	١٣٨	٣٢٥
الشرقية	١٤	٨١	٠	٤	٠	٢١	٢	٠	٠	٠	٦١	١٨٣
القليوبية	٠	٧٥	٠	١٠	٢	٦٨	١	٠	٠	٠	١٣٧	٢٩٣
كفر الشيخ	٤	٥٧	٠	٥	٠	١٩	٠	٠	٠	٠	٤٧	١٣٢
الغربية	٢	١١٨	٠	٦٠	١٩	٧٢	٠	٠	٠	٠	١٧٧	٤٤٨
المنوفية	١٢	٥٤	٠	٤	٠	١٩	٠	٠	٠	٠	٧١	١٥١
البحيرة	١١	١٥٧	٠	٧٦	٧	٤٤	٠	٠	٠	٠	١٦٧	٤٦٢
الجيزة	٧	٢١٣	٠	٥٤	٠	١٠٤	٠	٠	٠	٠	٢٩٦	٦٦٥
بني سويف	٤	٣٢	٠	٧	٠	١١	٨	٠	٠	٠	٣٧	٩٩
الفيوم	٩	٣٦	٠	٥	٠	١١	٠	٠	٠	٠	٢٩	٩٠
المنيا	٣٢	٤٠	٠	٣٥	٠	٥١	١٠	٠	٠	٠	٠	١٦٨
أسيوط	٨	٢٣	٠	٦	٨	٧	٠	١٠	٣	٢	٨٢	١٥٣
سوهاج	١	٧٧	٠	٣	٠	٥	٠	٠	٠	٠	٣٩	١٢٥
قنا	٢	٢٢	٠	٤	٠	١٧	٠	٠	٠	٠	٥٤	٩٩

المحافظة	وظائف إشرافية	طب علاجي	بنك دم	مراكز رعاية الأمومة والطفولة	مكاتب الصحة	مراكز صحية حضرية	خدمات وقائية أخرى	أمراض متوطنة	معامل مستقلة	معاهد ومدارس ومراكز التدريب	قطاع الريف	الجملة
أسوان	١	٦٢	٠	١٨	٠	١٢	٨	٠	٠	٠	٢١	١٢٩
مرسى مطروح	٢	٧	٠	٨	٠	٣	٠	٠	٠	٠	١٥	٣٥
الوادي الجديد	١	١٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	١٥	٢٥
البحر الأحمر	٢	١٥	٠	٥	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٢٢	٤٤
شمال سيناء	٢	١٩	٠	٢	٠	٧	٠	٠	٠	٠	٢٢	٥٢
جنوب سيناء	٢	٥	٠	٠	٠	١	٠	٠	٠	٠	٩	١٧
الأقصر	١	٢٢	٠	١	٠	٨	٠	١	٠	٠	١٥	٤٨
<b>الجملة</b>	<b>١٨٧</b>	<b>١٧٧٢</b>	<b>٠</b>	<b>٥٠٦</b>	<b>٧٠</b>	<b>١١٧١</b>	<b>٧٢</b>	<b>١٩</b>	<b>٣</b>	<b>١٢</b>	<b>١٦٤٣</b>	<b>٥٤٥٩</b>

مصدر البيان: التقارير السنوية لمدريات الشئون الصحية بالمحافظات

### جدول (٣-١٣): بيان بعدد القوى العاملة المقيدون بالانقابات

البيان	١٩٩٧	٢٠٠١	%
الأطباء البشريون	١٢٥,٠٠٠	١٤٤,٣٥٤	١٥
أطباء الأسنان	١٦,٠٠٠	١٨,٤٦٩	١٥
الصيدلة	٣٦,٥٠٠	٥٥,٦٨٣	٥٣
مشتريات تمريض	٨,٥٠٠	١٣,٢٣٧	٥٦
فنى تمريض	١,٠٠٠	٣,٠٤٦	٢٠٥
نظام ثلاث سنوات (دبلوم)	٧٤,٠٠٠	١٦٩,٥٧٦	١٢٩
تمريض - أخرى	١٠,٦٠٠	١٥٨١٠	٤٩
إجمالي عدد الممرضات	٩٤,١٠٠	٢٠١,٦٦٩	١١٤
إجمالي الفنيين والإداريين	٢٧١,٦٠٠	٤٢٠,١٧٥	٥٥
الفنيين	١٨,٠٠٠		
آخرون	٤٠,٠٠٠		
<b>إجمالي</b>	<b>٣٢٩,٦٠٠</b>	<b>٤٢٠,١٧٥</b>	

جدول (٣-١٤): مقارنة بين القوى العاملة المقيدين والقائمين بالعمل بوزارة الصحة والسكان لعام ٢٠٠١

البيان	المقيدين	القائمين بالعمل	نسبة المتغيبين عن العمل %
الأطباء البشريون	٥٨,٨٢٩	٤٠,٤٢٢	١٨,٤٠٧
أطباء الأسنان	٧,٦٣١	٥,٧٧٠	١,٨٦١
الصيدلة	٤,٣٤٥	٣,٣٧٥	٩٧٠
مشرفات تريض	٢,٣٦٢	١,٨٩٧	٤٦٥
فنى تريض	١,٢٣١	١,٠٣٠	٢٠١
نظام ثلاث سنوات (دبلوم)	٨٤,٦٠٠	٧٥,٤٦٤	٩,١٣٦
تريض - أخرى	٥,٧٣٨	٥,٤٨٨	٢٥٠
إجمالي عدد المرضات	٩٣,٩٣١	٨٣,٨٧٩	١٠,٠٥٢
الفنيين	٢٩,٤٢٧	٢٥,٣٧٢	٤,٠٥٥
مساعدين الفنيين	١٥,٧٥٦	١٤,٨٨٧	٨٦٩
أخرى	٧٣٨	٦٩٨	٤٠
إجمالي	٢١٠,٦٥٧	١٧٤,٤٠٣	٣٦,٢٥٤

جدول (٣-١٥) بيان بالقوى العاملة المقيدة والقائمة بالعمل بوزارة الصحة والسكان بالإضافة لنسبة الزيادة على مدار العشرين سنة الماضية

البيان	١٩٨٢		١٩٩٠		١٩٩٥		٢٠٠٢		٢٠ سنة inc %
	المقيدين	القائمين بالعمل							
الأطباء البشريون	٢٢٤٦٨	١٦١٢١	٣٩٨٢٨	٣٠٣٤٧	٥٢٦٢٥	٣٦٩٦٥	٥٨٨٢٩	٤٠٤٢٢	١,٧
أطباء الأسنان	٣٥٩٢	٢٨١٤	٦٨٩٣	٥٥٧٧	٦٩٢٠	٥٠٥٤	٧٦٣١	٥٧٧٠	١,٣
الصيدلة	٣٢٣٠	٢٣٣٠	٣٦١٥	٢٩١٥	٣٦٠٣	٢٦١١	٤٣٤٥	٣٣٧٥	-٠,٣
مشرفات تريض	٣٢٥	٢٤٨	٤٩٧	٣٣٤	١٠١٣	٨٩٠	٢٣٦٢	١٨٩٧	١,٠

جدول (٣-١٦): نسبة الأطباء البشريين والمرضات في قطاعات الصحة المختلفة

المرضات	الأطباء البشريون		البيان
	٢٠٠١	١٩٩٧	
العلاجي	٤٧,٧	٤٤,٢	٥٨,٦ / ٦٠,٣
الإدارة	١,٤	١,١	٤,٠ / ٢,٦
وقائي	٥٠,٩	٥٤,٧	٣٧,٤ / ٣٧,١
إجمالي	١٠٠	١٠٠	١٠٠ / ١٠٠

جدول (٣-١٧): توزيع الأطباء البشريين والمرضات القائمين بالعمل فعلاً بالقطاعات موزعة حسب المحافظات في وزارة الصحة والسكان

المرضات	الأطباء البشريين			٢٠٠١		البيان		
	المعدل ١٩٩٧	المعدل ٢٠٠١	العدد ٢٠٠١	النسبة	المعدل / ١٠٠٠ من السكان			
المحافظات الحضرية	٠,٨٥	٠,٨٣	٩٨٩٢	١,١٢	٠,٦٨	٨١٢٧	١٨	١١٩٣٣
محافظات الوجه البحري	١,٣٢	١,٦٦	٤٦٥٥٢	٠,٦٥	٠,٦٦	١٨٥٣٢	٤٣	٢٨١١٩
محافظات الوجه القبلي	٠,٨٢	١,٠١	٢٤٥٠٩	٠,٥٣	٠,٥٢	١٢٧٢١	٣٧	٢٤٢٣٦
المحافظات الساحلية	٢,٤٨	٣,١٧	٢٩٢٦	٠,٩٦	١,١٣	١٠٤٢	١	٩٢٢
إجمالي	١,٢٩	١,٢٩	٨٣٨٧٩	٠,٦٢	٠,٦٢	٤٠٤٢٢		٦٥٢٠٩

## الفصل الرابع:

### الإنفاق الاجتماعي على الصحة "رؤية وتقييم عام"

أ. د. هبة نصار

#### أولاً: الإنفاق الاجتماعي على الخدمات الصحية

يرتبط نظام الصحة في مصر بمؤسسات متعددة إما حكومية أو خاصة. وتساهم جميع المؤسسات والمعاهد في توفير وتمويل عدد متنوع من الخدمات الصحية. وفي هذا الخصوص يجب أن نشير إلى أن أي دراسة للإنفاق الاجتماعي تواجه عقبات متعددة مثل:

- عدم دقة البيانات المتوفرة عن الخدمات الصحية في مصر وعلى وجه الخصوص البيانات الخاصة بالإنفاق.
- اختلاف أنظمة الحسابات وفقاً لنوعية الممولين. حكومي أو خاص أو عام.
- عدم وجود نظام واضح لنشر البيانات الخاصة بالخدمات الصحية.

ومن هذا المنطلق فإن الهدف الأساسي لهذا البحث هو توضيح المصادر الرئيسية للإنفاق الاجتماعي والاتجاهات المختلفة للإنفاق الصحي. هادفين بذلك إلى وضع تقييم عام للإنفاق الاجتماعي على الخدمات الصحية في مصر.

#### ١- مقدمو الرعاية الصحية في مصر

تقوم كل من المؤسسات الحكومية ومؤسسات القطاع العام والخاص بتوفير الخدمات الصحية للأفراد مباشرة أو بطريق غير مباشر من خلال التعاقد.

##### أ- الحكومة

١. يتضمن قطاع الحكومة جميع الخدمات الصحية التي توفرها وزارة الصحة ووزارات أخرى. ووزارة الصحة هي الجهة الرئيسية التي توفر الخدمات الصحية في مدن وريف مصر. وهي المؤسسة الوحيدة المسؤولة عن توفير الرعاية الصحية الوقائية في مصر. وتوفر وزارة الصحة الرعاية الصحية في مصر من خلال ثلاثة مستويات: المستوى المركزي. ومستوى المحافظات. والمستوى القروي. ولا يوجد نظام مرجعي محدد لهذا النظام. فللفرد الحق في طلب الرعاية الصحية من أي جهة حكومية يختارها على أي مستوى (محافظة. مديرية. قرية). (Nassar 1995).

٢. تعمل وزارات حكومية أخرى مثل هيئة السكك الحديدية. وزارة الدفاع. وزارة الداخلية ووزارة التعليم العالي. كجهات مستقلة في توفير بعض خدمات صحة وتمولها من ميزانياتها. فمثلاً تمول وزارة التعليم العالي التعليم الطبي والمستشفيات الجامعية. وتقوم وزارة الدفاع بتمويل بعض الخدمات الصحية الخاصة بمؤسساتها الطبية.. وهكذا.

## ب - مؤسسات القطاع العام

تتمثل تلك المؤسسات في هيئة التأمين الصحي. وهيئة المستشفيات التعليمية. والمؤسسة العلاجية.

وتوفر هيئة التأمين الصحي كلاً من التأمين الصحي والتأمين ضد إصابات العمل للموظفين. وعلى جميع الموظفين دفع أقساط تأمينية محددة بقوانين: القانون الأول رقم ٣٢ الذي يغطي موظفي الحكومة. والقانون الثاني رقم ٧٩ الذي يغطي موظفي الحكومة والقطاع الخاص. وهناك مؤسستان جُمعان هذه الأقساط وهما هيئة التأمينات الاجتماعية وهيئة التأمين والمعاشات. ومنذ عام ١٩٨٤ أصبح للشركات أن تدفع الأقساط التأمينية لموظفيها في حالة إذا كانت توفر خدمات صحية لموظفيها في مكان آخر وعليهم في كل الأحوال دفع جزء من الأقساط التأمينية إلى هيئة التأمين الصحي (Kemprecos, 1993). يدفع الموظفون الذين ينطبق عليهم القانون رقم ٧٩ لسنة ١٩٧٥ (١٪) من مرتبهم الأساسي و٣٪ يدفعها صاحب العمل. في حين يدفع الموظفون الذين ينطبق عليهم القانون رقم ٣٢ لسنة ١٩٧٥ ٠,٥٪ فقط من مرتبهم الأساسي. ويساهم صاحب العمل بنسبة ١,٥٪. وتمول الخدمات المقدمة لأصحاب المعاشات والأرامل من خلال قسط تأميني نسبته ١٪ من المعاش الأساسي.

بالإضافة إلى ذلك، يمول برنامج التأمين الطبي على الطلاب من خلال اشتراك سنوي يدفعه الطلاب كل عام دراسي وفقاً لخالتهم الاجتماعية والاقتصادية. ولو أن هذا النظام نفذ كما يجب لكان من المتوقع أن يغطي ١٤ مليون طفل تقريباً خلال ٥ سنوات. ويستمد التمويل من عدة مصادر هي: الضرائب الجديدة على السجائر ومساهمات حكومية إضافية. وتبرعات من عائلات الأطفال في كل من المدارس الحكومية والخاصة للخدمات. ويتمتع المستفيدون بمجموعة من الخدمات تتضمن الفحوص الطبية الروتينية. والرعاية الوقائية الفردية. وعلاج المرضى خارج وداخل المستشفيات مثل الفحوص العملية واختبارات التشخيص. وقد بدأت هيئة التأمين الصحي منذ فترة أيضاً بتطبيق نظام تعاقد على الخدمات مثلما حدث مع جامعة قناة السويس (Kemprecos, 1993)

أما مستشفيات المؤسسة العلاجية فتدار وتمول بصورة مستقلة مثل أي مؤسسة بالقطاع الخاص. وتعتبر هذه المؤسسة مستقلة بذاتها منذ عام ١٩٨٢. وتتكون مصادرها المالية من أجور الخدمات العملية وخدمات المرضى المقيمين داخل المستشفيات والأقساط والمصروفات من التعاقدات ونسبة من مبيعات الأدوية والإعانة الحكومية للأسرة المجانية بالإضافة إلى التبرعات والمنح. وتضم مستشفيات المؤسسة العلاجية درجات مختلفة للإقامة (الأولى والثانية والثالثة). وتعتبر خدمات هذه المستشفيات منخفضة التكلفة نسبياً وتستخدم هذه المصاريف لتحسين الخدمة وتمويل الأسرة المجانية.

وتمول المستشفيات التعليمية أساساً عن طريق الحكومة بالإضافة إلى بعض الدخل الذاتي من الخدمات العلاجية المتميزة مقابل أجر.

## ج - مؤسسات القطاع الخاص

تعد شركات التأمين الخاصة محدودة للغاية في مصر وتتركز في القاهرة والإسكندرية. وتجمع هذه المؤسسات الموارد المالية من الأفراد وأصحاب العمل. وتوفر بعض المؤسسات غير الحكومية الخدمات الصحية وتتلقى تمويلاً من بعض الهيئات الدولية والمحلية بالإضافة إلى الأفراد. وهناك بعض المساجد التي تقدم الخدمات الصحية في أنحاء عديدة من الجمهورية.

وبالإضافة إلى ما سبق هناك الخدمات الطبية الخاصة لذوى الدخل المرتفع والمتوسط. وتتضمن العيادات الخاصة، ومراكز الأشعة، والباثولوجيا الإكلينيكية، والمعامل بالإضافة إلى المستشفيات الحديثة التي انتشرت بعد قانون الاستثمار سنة ١٩٧٤. وقد أحدث القطاع الخاص نمواً سريعاً من ناحية الأطباء والأسرة خاصة بعد رفع القيود عن بناء المستشفيات في بداية الثمانينات. وارتفع عدد الأسرة الإجمالي في مصر بنسبة ٦٠٪ خلال الفترة ١٩٧٥ إلى ١٩٩٠. بينما ارتفعت هذه النسبة بواقع ١٨٠٪ في القطاع الخاص.

ويشير الجدول رقم (٤-١) إلى الأهمية النسبية للقطاعات المختلفة التي توفر الخدمات الصحية. ويتضح من الجدول أن وزارة الصحة هي الجهة الأساسية التي توفر الخدمات الصحية في مصر. ويوفر القطاع الحكومي تقريباً ثلاثة أرباع الأسرة في مصر. بينما يساهم القطاع العام بنسبة ٩٪ من إجمالي الأسرة والقطاع الخاص بنسبة ١٠٪ من إجمالي الأسرة في مصر.

جدول رقم (٤-١): احتياطي الأسرة (نسبة الأسرة إلى النسبة الإجمالية بمصر) ١٩٩٧

الوصف	عدد الوحدات	عدد الأسرة	النسبة المئوية
وزارة الصحة	١٢٣٨	٧٠٤٧٠	٪٥٦,٩٨
المناطق الحضرية			
المستشفيات العامة ومستشفيات الأحياء	٢٢٣	٣٢٧١٤	٪٢٦,٤٥
مستشفيات الولادة والأطفال	٦	٤٨٢	٪٠,٣٩
مستشفيات الأمراض المعدية	١٢	٦٩٨٤	٪٥,٦٥
مستشفيات صدر	٣٤	٧٥٦٠	٪٦,١١
مستشفيات الصدر مستوصفان صدر بأسرة	١٢	٢١٥	٪٠,١٧
مستشفيات الأمراض الجلدية	١	٧٣	٪٠,٠٦
مستشفيات طب وأمراض العيون	٣١	١٧٤٤	٪١,٤١
مستشفيات الأورام *	١	١٠٥	٪٠,٠٨
مستشفيات الأمراض المتوطنة	٩	٦٨	٪٠,٠٥
مستشفيات الحميات	٨٨	٧٨٥٦	٪٦,٣٥
مستشفيات الكلب	٤	٠٠,٥٨	٪٠,٩٦
العزل	٥	١٨٥	٪٠,١٥
مراكز الرعاية الصحية الأولية	٢٣٢	٣٤٣	٪٠,٢٨
المناطق الريفية			
مستشفيات قروية	٢٠٧	٥٤٣٠	٪٤,٣٩
مراكز الصحة القروية (مجموعات صحية)	٣٧٣	٥٥٢٦	٪٤,٤٧
منظمات ومعاهد			
هيئة المستشفيات والمعاهد التعليمية	٨	٣٨٦٩	٪٣,١٣

الوصف	عدد الوحدات	عدد الأسرة	النسبة المئوية
مراكز علاجية	١٠	٨٨٤	٪٠.٧١
المؤسسات العلاجية	٢١	٥٤٧٧	٪٤.٤٣
هيئة التأمين الصحي	٢٢	٦٣٨٠	٪٥.١٦
مستشفيات تابعة لوزارات أخرى			
الجامعات (المستشفيات الجامعة)	٣٦	١٨٨٦٩	٪١٣.٣
مستشفيات الطلبة	١٠	٨٤٤	٪٠.١٧
مستشفيات الشرطة والسجون	١٧	١٠١٦	٪٠.٨٢
معاهد أخرى			
مستشفيات السكك الحديدية	٣	٣٤٦	٪٠.٢٥٥
معاهد أخرى	٢٠	١٥٨٢	٪١.٢٨
مستشفيات بالقطاع الخاص	٧٥٢	١٤٥٤٥	٪١١.٧٦
<b>الرقم الكلي</b>	<b>٢١٣٩</b>	<b>١٢٣٦٧١</b>	<b>٪١٠٠</b>

\* المصدر: وزارة الصحة ١٩٩٧

## ٢- مصادر وأنواع التمويل للإنفاق الاجتماعي على الصحة

تعد الحكومة أهم مصادر التمويل وذلك من خلال الدخل الحكومي الذي يتكون من الضرائب. المنح الدولية والمحلية في شكل تبرعات ومساهمات. بالإضافة إلى الشركات العامة والخاصة وإنفاق القطاع العائلي على الخدمات الصحية الخاصة كما هو موضح في الجدول رقم (٤-٢).

جدول (٤-٢): مصادر وأنواع التمويل للقطاع الصحي

أنواع التمويل	مصادر التمويل
الدخل الحكومي من الضرائب	الحكومة
التبرعات	الهيئات المانحة الدولية والمحلية
المساهمات	الشركات الخاصة والعامة
المشتريات والمساهمات	القطاع المنزلي

## ٣- مصادر واتجاهات الإنفاق الاجتماعي على الصحة

يعرض الجدول رقم ٤-٣ مجموعتين من البيانات. المجموعة الأولى هي بيانات الإنفاق الصحي على المستوى القومي لمصر لسنة ١٩٩٠ / ١٩٩١. أما المجموعة الثانية فهي بيانات من المؤسسات الصحية المختلفة لسنة ١٩٩٦/٩٥. وتعد المصادر الثلاثة الرئيسية للإنفاق الصحي في مصر هي إنفاق القطاع العائلي (إنفاق خاص). الإنفاق الحكومي (كل من وزارة الصحة ووزارة التعليم) وهيئة التأمين الصحي (إنفاق عام). ويشكلون معاً أكثر من ٩٥٪ من مجموع إنفاق الصحة لسنة ١٩٩٠ / ١٩٩١ و٩٨٪ لسنة ١٩٩٦/٩٥.

جدول (٤-٣): مصادر الإنفاق الاجتماعي على الصحة في مصر: ١٩٩٠-١٩٩٥. ٩١/١٩٩٥ (مليون جنيه مصري)

مصادر التمويل الحكومي	١٩٩١/٩٠ (١)	١٩٩٦/٩٥ (٢)
الحكومة	١٢٠.٨ (٪٢٩)	٢١٩٥.٤ (٪٢٩)
التأمين الصحي القومي	٣٧٠ (٪٨,٩)	١٠٦٧,١ (٪١٤,١)
القطاع العائلي	٢٣٢٢ (٪٥٥,٧)	٤١١٢ (٪٥٥)
الشركات	٨٠ (٪٢)	١٠٠ (٪١,٣)
المتبرعين	١٨١	غير متاحة
المؤسسة العلاجية		١٧١,٨ (٪١,٥)
<b>المجموع</b>	<b>٤١٦٦</b>	<b>٧٥٨٩,٥</b>

\* المصدر:

1. Des Rochers, G. "Health Care Financing", 1996 Health Sector, World Bank.
2. Compiled from MOH, HIO, CCO and CAPMAS Expenditure Data

#### أ - الإنفاق الحكومي على الخدمات الصحية

بالرغم من حقيقة أن الحكومة هي الجهة الرئيسية التي توفر الخدمات في مصر فإن إنفاقها يشكل ٢٩٪ من إجمالي الإنفاق الصحي لسنة ٩٠ / ١٩٩١. وبنفس النسبة لسنة ١٩٩٨ كما يوضح بالجدول رقم ٤-٣. ويعد إنفاق كل من وزارة الصحة ووزارة التعليم العالي مصدرا هاما للإنفاق الحكومي. أما الإنفاق الصحي لبقية الوزارات الحكومية مثل الدفاع والداخلية فيصعب تقييمه. ويوضح الجدول رقم ٤ إنفاق وزارة الصحة بالمقارنة بالإنفاق الحكومي العام ١٩٩٧/٩٦. وتظهر البيانات المتاحة أن إنفاق وزارة الصحة يمثل ٦٠,٥٪ من إجمالي الإنفاق الصحي. ويأتي بعدها هيئة التأمين الصحي بنسبة ٣١,١٪ ويشير هذا الجدول إلى أن الهيئتين تمثلان ٩١,٦٪ من إنفاق قطاع الصحة (يستثنى من ذلك الإنفاق الصحي الخاص).

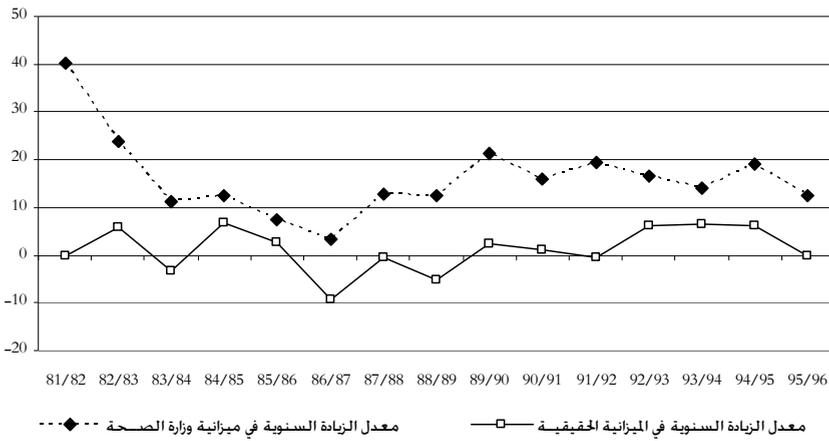
جدول (٤-٤): ميزانية قطاع الصحة (مليون جنيه مصري)

الهيئة	الباب	٩٦/٩٥	٩٧/٩٦
مؤسسة المستشفيات التعليمية	I	٣٦,٥	٤١,٧
	II	٣٣,١	٣٤,٢
	III	٤٥,٨	٦١,٩
وزارة الصحة	I	٨٤٥,٣	٩٤٠,٧
	II	٤٩٠,٩	٣١٤,٧
	III	٧٤٣,٨	٩١٣,٨
هيئة التأمين الصحي	I	٢٣٩,٣	٢٨٣,١
	II	٧٥٥,٩	٨٤٦,٢
	III	٧١,٩	٦١,٣
المؤسسة العلاجية بالقاهرة	I	٢٤,٩	٣٠,٨
	II	١٣٨,٢	١٦٠,٧
	III	٨,٧	١٣,٣
الإجمالي	I	١١٤٦	١٢٩٦
	II	١٤١٨	٤١٨٨
	III	٨٧٠,٢	١٠٥٠
<b>الإجمالي الكلي</b>		<b>٣٤٣٤</b>	<b>٦٥٣٤</b>

\* المصدر: بيانات وزارة الصحة. المؤسسة العلاجية. هيئة التأمين الصحي. هيئة المستشفيات التعليمية

وبدراسة ميزانية وزارة الصحة يستطيع الفرد أن يدرك أنه مع برامج الإصلاح الاقتصادي. حدث انخفاض واضح في معدل الزيادة السنوي لميزانية وزارة الصحة بالأسعار الثابتة والمجارية خلال الفترة من ١٩٨٢/٨١ - ١٩٨٧/٨٦. وكانت هذه الزيادة السنوية لميزانية وزارة الصحة بالأسعار الثابتة والمجارية سلبية للأسعار الثابتة في سنة ١٩٨٧/٨٦ وإيجابية فقط في عام ١٩٩٠/٨٩. ومع تطبيق سياسة المخصصة سنة ١٩٩٢/٩١ استمر هذا التغير المتصاعد حتى ١٩٩٦/٩٥ مشيراً إلى وجود علاقة قوية بين أداء الاقتصاد المصري بصفة عامة وإنفاق القطاع الصحي الحكومي حتى عام ١٩٩٦/٩٥.

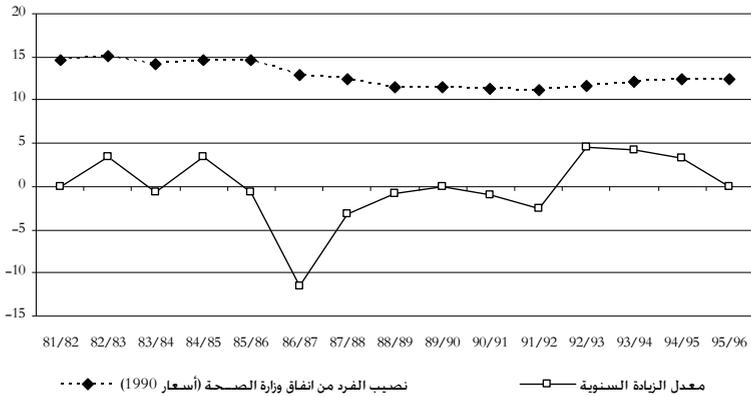
شكل (٤-١): معدل الزيادة السنوي لميزانية وزارة الصحة بالأسعار الثابتة والمجارية



\* المصدر: جدول رقم ١ بالملحق الإحصائي

وفي نفس الوقت يشير الجدول (٤-١) إلى انخفاض متوسط إنفاق وزارة الصحة للفرد بالأسعار الثابتة لسنة ١٩٩٠ في الفترة من ١٩٨٦/٨٥ - ١٩٩٠/٨٩ ليصل إلى ١٠,٥ جنيه مصري في سنة ١٩٩٠/٨٩. ولقد ارتفع هذا المبلغ إلى ١٢,٥ جنيه مصري مع زيادة معدل النمو السنوي لميزانية وزارة الصحة بالأسعار الثابتة في سنة ١٩٩٥/٩٤. ومع ذلك يظل هذا الرقم منخفضاً للغاية بالمقارنة بالمتوسط الذي حقق في السبعينيات خاصة أنه من المفترض أن وزارة الصحة تقدم شريحة كاملة من الخدمات الوقائية والعلاجية بدون استثناء.

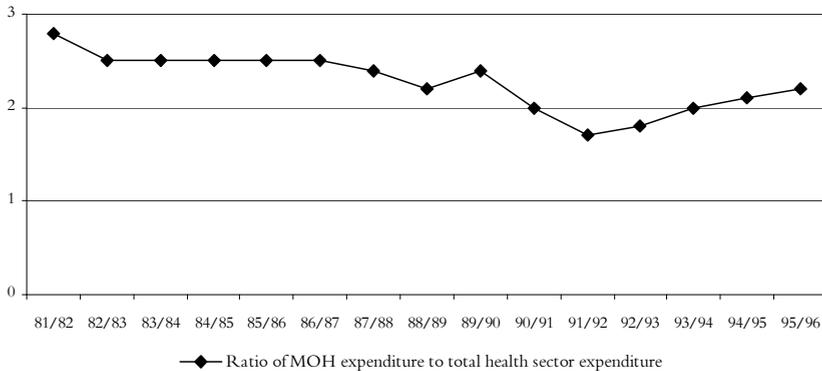
شكل (٤-٢): إنفاق وزارة الصحة للفرد الواحد بالأسعار الثابتة (١٩٨١/٨٢-١٩٩٤/٩٥)



\* المصدر: جدول ٢ بالملحق الإحصائي

ويوضح الشكل رقم (٤-٣) حدوث انخفاض في نسبة إنفاق وزارة الصحة إلى الإنفاق الصحي العام من ٢,٨٪ في سنة ١٩٨٢/٨١ إلى ١,٨٪ في سنة ١٩٩٣/٩٢. ولقد زادت هذه النسبة مرة ثانية مع تطبيق المرحلة الجديدة للخصخصة وإعادة هيكلة القطاعات الاجتماعية إلى ٢,٢٪ في سنة ١٩٩٦/٩٥.

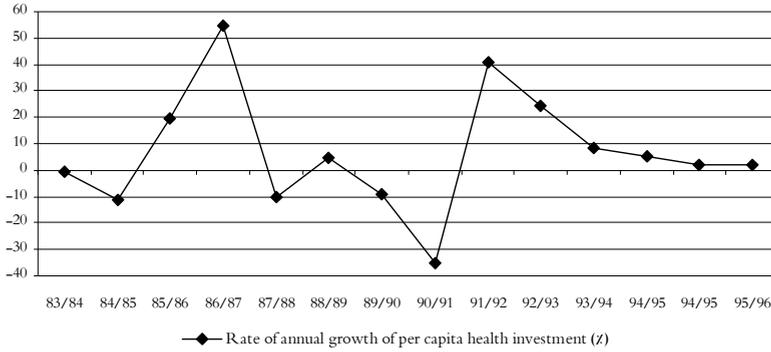
شكل (٤-٣): معدل إنفاق وزارة الصحة منسوب إلى إنفاق قطاع الصحة الإجمالية



\* المصدر: جدول ٣ في الملحق الإحصائي

هذا ولا يظهر اتجاه متوسط نصيب كل فرد في الاستثمار الصحي بالأسعار الثابتة. التقلب الواضح في المؤشرات المالية لوزارة الصحة. حيث يوضح اتجاهها متصاعدا مستمرا عبر الفترة ١٩٨٣/٨٢-١٩٩٥/٩٤ فيما عدا السنوات ١٩٨٨/٨٧ و١٩٩١/٩٠.

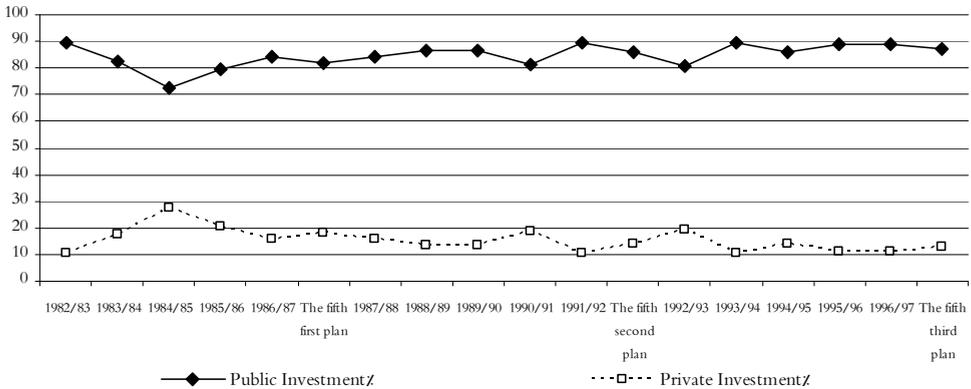
الشكل (٤-٤): معدل النمو السنوي لنصيب الفرد في الاستثمار الصحي بالأسعار الثابتة



\* المصدر: الجدول ٤ بالملحق الإحصائي

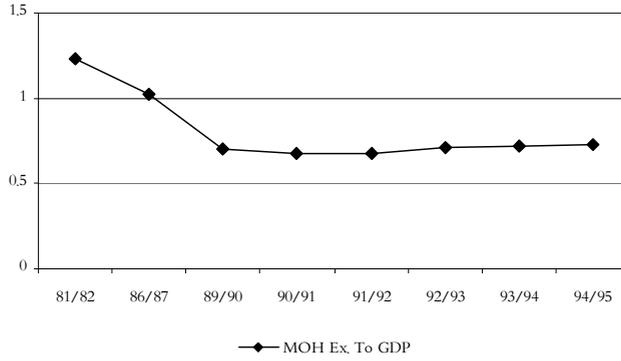
ومع ذلك فإن اتجاه نسبة الاستثمار العام إلى إجمالي الاستثمار الصحي. وكذلك نسبة الاستثمار الخاص إلى إجمالي الاستثمار الصحي كانت غير ثابتة. فلقد زاد الاستثمار الصحي الخاص بشكل واضح من ١٠,٥٪ في سنة ١٩٨٣/٨٢ حتى ٢٠,٥٪ في سنة ١٩٨٦/٨٥. ولقد بدأ هذا الاتجاه الصاعد من عام ١٩٧٤ مع سياسة الانفتاح وزيادة عدد المستشفيات الخاصة. وقد شهدت الفترة من ١٩٨٨/٨٧ - ١٩٩٢/٩١ تقلبات في الدور النسبي لكل من القطاعين بعد انتعاش القطاع الخاص وتدهور نسبة الاستثمار الصحي الخاص إلى ١٠,٣٪ في سنة ١٩٩٢/٩١. التي تذبذبت لتصل إلى ١٢,٨٪ في سنة ١٩٩٧/٩٦.

شكل (٤-٥): الاستثمار العام والخاص في الخدمات الصحية



\* المصدر: جدول ٥ بالملحق الإحصائي

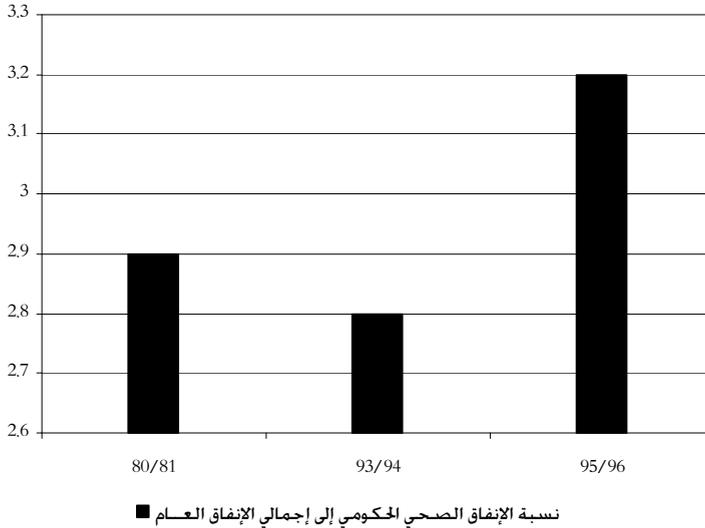
شكل (٤-٦): نسبة الاستثمار العام في الصحة إلى إجمالي الناتج المحلي



\* المصدر: جدول ٦ بالملحق الإحصائي

ومثل جميع المؤشرات الأخرى فإن نسبة الاستثمار العام في الصحة قد حدث له انتعاش في سنة ١٩٩٣/٩٢ بعد التدهور العام في النصف الأخير في الثمانينيات. وبصفة عامة فإن حصة الإنفاق الصحي الحكومي إلى إجمالي الميزانية قد ارتفع من ٢,٩٪ لسنة ١٩٨١/٨٠ إلى ٣,٢٪ لسنة ١٩٩٦/٩٥. ومع ذلك لم تصل هذه النسبة لمستواها في منتصف السبعينيات والتي كانت ٣,٧٪.

شكل (٤-٧): نسبة الإنفاق الصحي الحكومي إلى إجمالي الإنفاق العام



■ نسبة الإنفاق الصحي الحكومي إلى إجمالي الإنفاق العام

\* المصدر: جدول رقم ٧ بالملحق الإحصائي

## ب - التطورات الأخيرة في التمويل الصحي بالنسبة للقطاع الحكومي: برنامج استعادة الإنفاق

بدأت وزارة الصحة برنامجاً جديداً تموله هيئة المعونة الأمريكية في منتصف الثمانينيات هو برنامج "استعادة الإنفاق الصحي". ولهذا البرنامج ثلاثة مكونات. يركز المكون الأول على مستشفيات وزارة الصحة. ويتضمن: (١) استثمار جديد لتحسين المستشفيات المختارة. (٢) إصلاحات إدارية بالمستشفيات. (٣) تدريب كوادر مستشفيات وزارة الصحة. (٤) تأسيس ميزانيات إنفاق معتمدة على التكاليف الحقيقية في مستشفيات وزارة الصحة يقصد منها تحقيق تغطية جزئية أو كلية للإنفاق الصحي (أوراق مشروع هيئة المعونة الأمريكية، ١٩٩٥). ويهدف هذا المكون إلى استخدام إدارات المستشفيات في تحسين الكفاءة الفنية في مؤسسات وزارة الصحة وتقليل العبء المادي لخدمات المستشفيات عن وزارة الصحة. وقد بدأ تنفيذ هذا البرنامج بهدف مبدئي هو تنفيذ ما سبق في ٥٠ مستشفى حكومياً. وقد تم تقليص الهدف إلى ٥ مستشفيات.

## ج - الإنفاق العائلي على الصحة

ويعد المصدر الأكبر للإنفاق الصحي هو إنفاق القطاع العائلي. ويشمل الإنفاق الصحي الخاص إنفاق القطاع العائلي ومساهمات التأمين الصحي للموظفين أيضاً. واعتماداً على تقرير الجهاز المركزي للتعبة العامة والإحصاء ١٩٩١/٩٠ فإن تقييم إنفاق القطاع العائلي الخاص كان ٢,٣٠٤ مليون جنيه مصري تقريباً في سنة ١٩٩١/٩٠ وتمثل ٥٥٪ من الإجمالي أو ٢,٤٪ من الناتج المحلي الإجمالي. وبالإضافة إلى ذلك تم تقدير الأقساط التأمينية في حدود ٩٠ مليون جنيه مصري تقريباً وهي مساهمات الموظفين ومستفيدين آخرين إلى هيئة التأمين الصحي. بالإضافة إلى حوالي ١٠ ملايين جنيه مصري تقريباً تدفع بواسطة أفراد ذوي مقدرة مادية للتأمين الصحي الخاص. ويعنى ذلك أن ٦٥٪ تقريباً من إجمالي الإنفاق الصحي يأتي من القطاع العائلي (Berman 1995).

واعتماداً أيضاً على بيانات الجهاز المركزي للتعبة العامة والإحصاء ١٩٩٦/٩٥ فقد بلغ الإنفاق العائلي على الصحة ٣٦٧١٧٣١ جنيهاً مصرياً يعنى نسبة ١,٨٪ من الناتج المحلي الإجمالي. وقد تم تقييم مساهمات الموظفين إلى هيئة التأمين الصحي بـ (١٣٠ مليون جنيه مصري) لنفس العام والتي جعلت إجمالي إنفاق الصحة الخاص يصل إلى ١,٩٪ من الناتج المحلي الإجمالي لهذا العام.

ووفقاً لبيانات الجهاز المركزي للتعبة العامة والإحصاء فلقد تم تقييم الإنفاق الصحي للفرد الواحد لسنة ١٩٩٦/٩٥ بحوالي ٣٩ جنيهاً مصرياً في المناطق الريفية و٦٢,٢ جنيه مصري في المناطق الحضرية. وبعد هذا التقدير تقديراً متحيزاً لأدنى. فلو أن استهلاك الدواء للفرد الواحد قد قدر بحوالي ٥٥ جنيه مصري وبحوالي ٥٠٪ من الإنفاق الصحي. فإن الإنفاق الصحي للفرد الواحد كان يجب أن يصل إلى ١١٠ جنيهات مصرية. وما لا شك فيه أن القطاع الخاص هو الممول الأكبر للخدمات الصحية في مصر. بالرغم من أن جميع الأفراد يتم تغطيتهم بواسطة خدمات صحية مجانية.

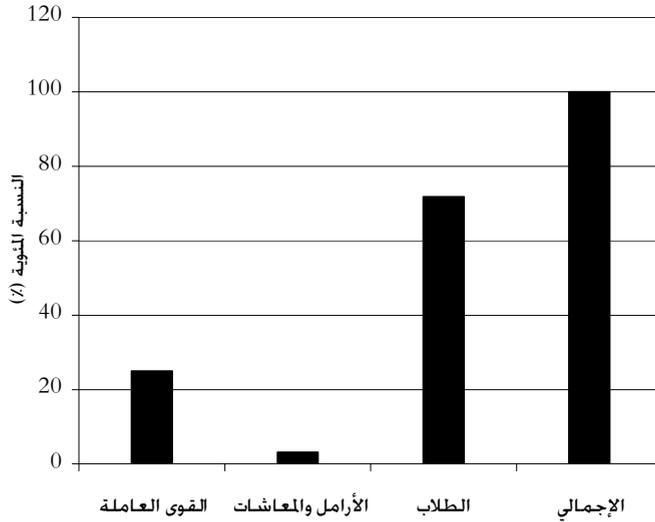
## د - نظام التأمين الصحي

تأتي هيئة التأمين الصحي والتي هي جزء من هيئة التأمينات الاجتماعية في المركز الثاني من حيث مصادر الإنفاق. تستقبل هيئة التأمين الصحي تمويلها أساساً من الأقساط التأمينية المدفوعة

لهيئة التأمينات الاجتماعية وهيئة التأمين والمعاشات بواسطة الحكومة. والقائمين بالتوظيف والموظفين. وقد قدر لهذه الأقساط أن تصل إلى حوالي ٨٥٪ من الدخل الإجمالي. وتأتي مصادر الدخل الإجمالي الأخرى من بيع الخدمات مباشرة للجمهور. والأجور والمدفوعات والتحويلات الحكومية. (Berman 1995)

ويتكون الـ ٤,٩ مليون المنضمين لنظام التأمين الصحي في سنة ١٩٩٥ من ٥١٪ موظفين بالحكومة (القانون رقم ٣٢). ٣٩٪ عمال القطاع العام والخاص ( القانون رقم ٧٩) و ١٠٪ متمثلة في الأرامل وأصحاب المعاشات. وفي سنة ١٩٩٣ توسعت تغطية هيئة التأمين الصحي بشكل كبير لتشمل أطفال المدارس. ولا توفر هيئة التأمين الصحي لعائلات العمال. وعلى الصعيد الآخر فإن تغطية التأمين الخاص في مصر محدودة للغاية. حيث يقدر بأقل من ٢٪ من الإنفاق الصحي العام في سنة ١٩٩٧. ويشير ما سبق إلى التوزيع التالي للمؤمن على صحتهم: ٢٤,٩٪ للموظفين. ٣,٢٪ لأصحاب المعاشات و ٧١,٩٪ طلاب.

شكل (٤-٨): تصنيف المنتفعين من هيئة التأمين الصحي



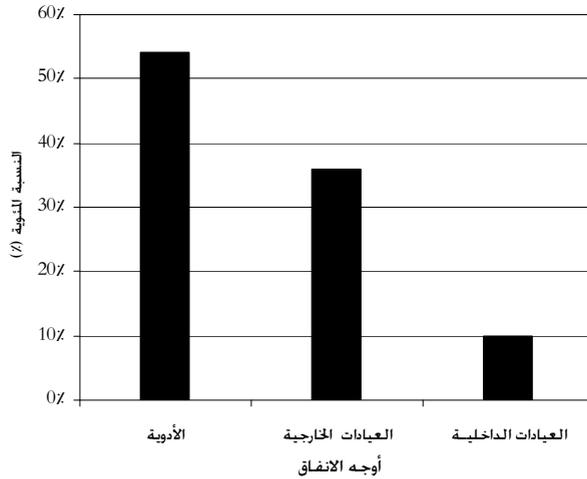
\* المصدر: جدول ٨ بالملحق الإحصائي

والمشكلة الواضحة لهيئة التأمين الصحي هي الفجوة بين إنفاقها ودخلها التي ارتفعت في السنوات الأخيرة وقدرت بـ ٢٢٠ مليون جنيهاً مصرياً في السنة المالية ١٩٩٥. وفي الوقت نفسه ففي أوائل عام ١٩٩٤ أجرت هيئة التأمين الصحي تقدير أولياً لمشروع التأمين الصحي للطلاب. وتبين منه أن مستويات الإنفاق أعلى كثيراً من خصم التمويل مما أدى إلى توازن غير متوقع وصل إلى ٨٠٪ بين الإنفاق والإيراد.

## ٤- بنود الإنفاق الاجتماعي على الصحة

ينفق القطاع العائلي أكثر من نصف إجمالي الإنفاق الكلي على الصحة على النحو التالي: ٥٦٪ من الإنفاق على الدواء، ٣٦٪ على الرعاية الطبية الخارجية و ١٠٪ على الرعاية الطبية الداخلية.

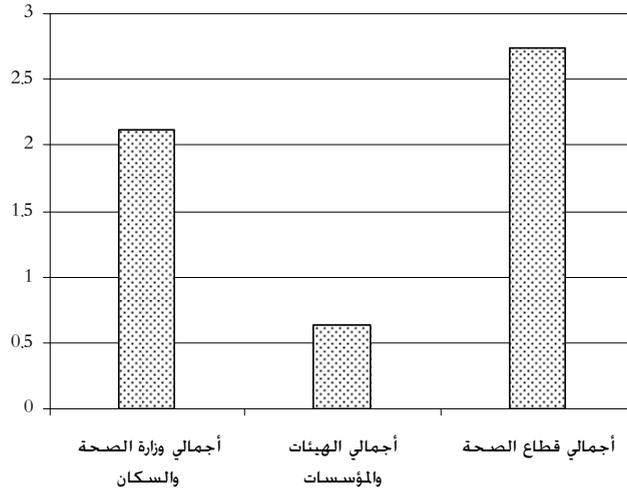
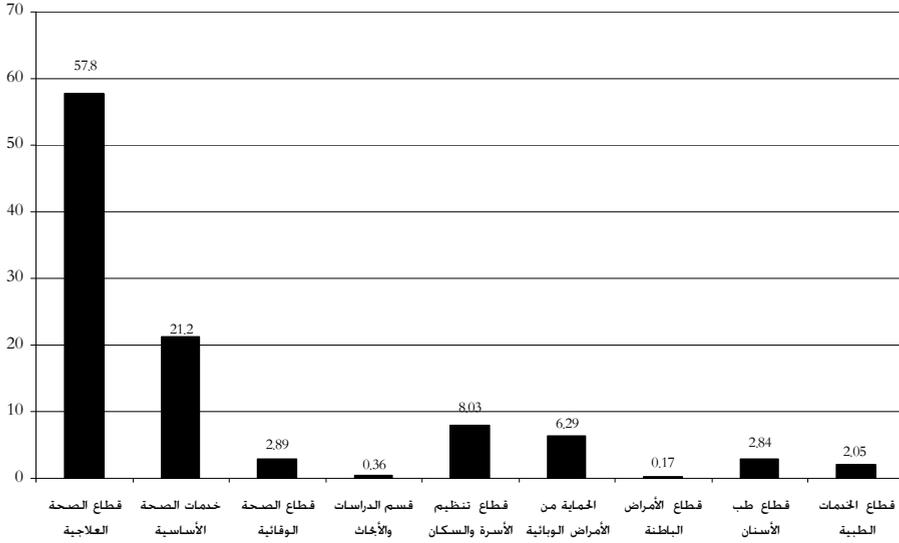
شكل (٤-٩): هيكل الإنفاق القطاع العائلي



\* المصدر: جدول رقم ٩ بالملحق الإحصائي

وبمراجعة ميزانية وزارة الصحة تم استنتاج أن معظم إنفاق الوزارة موجه للخدمات العلاجية حيث إن أكثر من نصف إنفاق وزارة الصحة موجه لهذه الخدمات بنسبة ( ٥٧,٩ ٪ ). وتلقى الرعاية الصحية الأساسية ٢١,٢ ٪ من إجمالي الإنفاق الصحي. وتأتي برامج تنظيم الأسرة في المركز الثالث كمستقبل للاستثمار الصحي. وتأتي برنامج الحماية ضد الأمراض المستوطنة في المركز الرابع من حيث التوزيع. ويتلقى قطاع الصحة الوقائية ٢,٨٩ ٪ من إجمالي استثمارات وزارة الصحة سنة ١٩٩٧/٩٦.

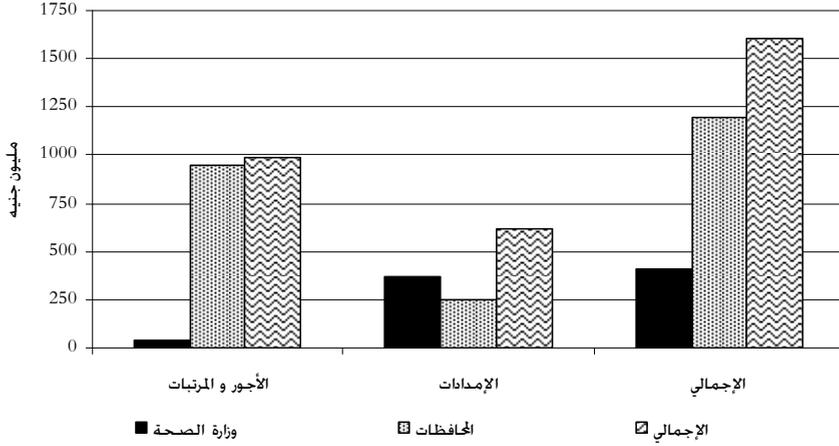
شكل (٤-١٠): توزيع استثمارات وزارة الصحة على القطاعات المختلفة



\* المصدر: جدول ١٠ بالملحق الإحصائي

وفضلاً عن ذلك فإن دراسة ميزانية وزارة الصحة توضح أن الأجرور والمرتبات تحتل ٦١,٤٪ تقريباً من إجمالي ميزانية وزارة الصحة والجزء الباقي للمستلزمات.

شكل (٤-١١): توزيع ميزانية وزارة الصحة (١٩٩٥)



\* المصدر: جدول ١١ بالملحق الإحصائي

وهناك استنتاج هام من خلال ميزانية وزارة الصحة لعام ١٩٩٥ وهو أن هناك ٣٥٪ من إنفاق وزارة الصحة العام يذهب للخدمات الأساسية بالمستشفيات و٦٥٪ منه يذهب للخدمات غير الأساسية والأكثر أهمية هو أن الإنفاق الصحي الخاص في مصر موجه أساساً لغير خدمات المستشفيات. بينما يتركز الإنفاق الصحي للحكومة والقطاع العام أساساً على الإنفاق على المستشفيات. وقد سبقت الإشارة إلى أن المساعدات المادية التي تقدمها الحكومة والقطاع العام تمثل ٧٥٪ من قطاع المستشفيات و٢٥٪ الخدمات الصحية الأخرى غير خدمات المستشفيات ولا يدفع القطاع العائلي إلا ٢١٪ فقط من إنفاقه لقطاع المستشفيات و٧٧٪ للمستلزمات الصحية (USAID, 1995). وطالما أن الإنفاق الصحي العام أقل من الإنفاق الصحي الخاص. فإن مقدار ما ينفق على قطاع المستشفى سيكون حصة صغيرة بشكل ملحوظ من إجمالي الإنفاق الصحي. مما سيؤثر على جودة الخدمات الصحية للمرضى المقيمين.

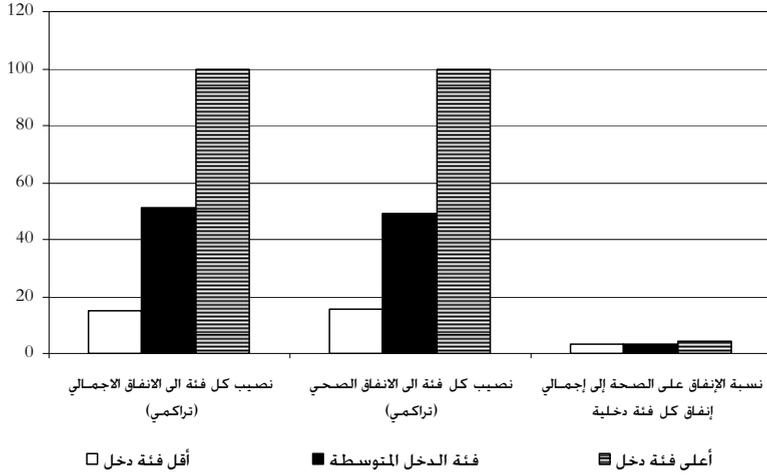
## ثانياً: تقييم الخدمات الصحية العامة في مصر

### ١- توازن الإنفاق وضرورة الاستهداف

يشير تحليل إنفاق القطاع العائلي على الصحة إلى انخفاضه بالنسبة للدخل. وباستخدام ميزانية الأسرة لعام ١٩٩٦/٩٥ يوضح الجدول (٤-١١أ. ٤-١٢ب) بالملحق الإحصائي أن متوسط الإنفاق الصحي لمحدودي الدخل أقل بكثير عند المقارنة بمرتفعي الدخل. في حين أن نسبة الإنفاق الصحي إلى إجمالي الإنفاق أعلى بالنسبة لمحدودي الدخل عن ذوي الدخل المرتفع مشيراً بذلك إلى عبء أعلى نسبياً للإنفاق الصحي على فئات الدخل المحدود. ويوضح الشكلين ٤-١١أ و٤-١٢ب نمط الإنفاق

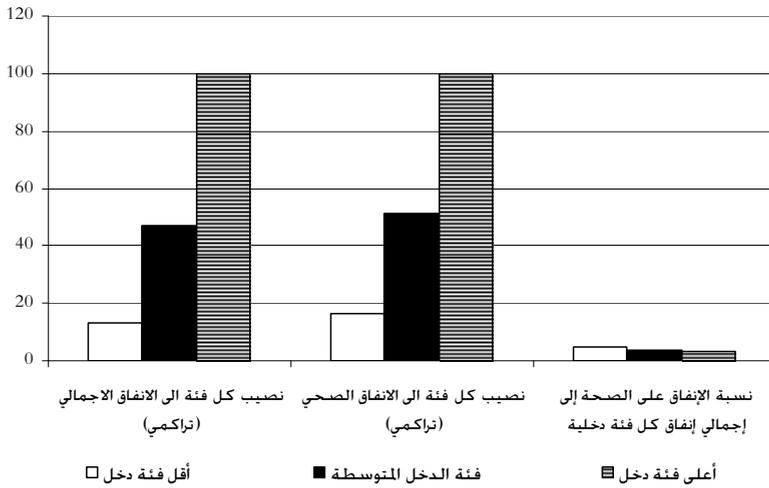
الصحي لفئات الدخل المختلفة وفقاً لخط الفقر الأعلى في المناطق الحضرية (٤٥٪) والمناطق الريفية (٤٩٪) (تقرير التنمية البشرية ١٩٩٦) وتقدر فئة الإنفاق الأعلى بأنها الـ ١٠٪ الأعلى إنفاقاً.

شكل (٤-١٢ أ): النسبة المئوية لإجمالي الإنفاق والنسبة المئوية للإنفاق الصحي إلى إجمالي الإنفاق لفئات الدخل المختلفة (للريف)



\* المصدر: الجدول ١٢ أ في الملحق الإحصائي

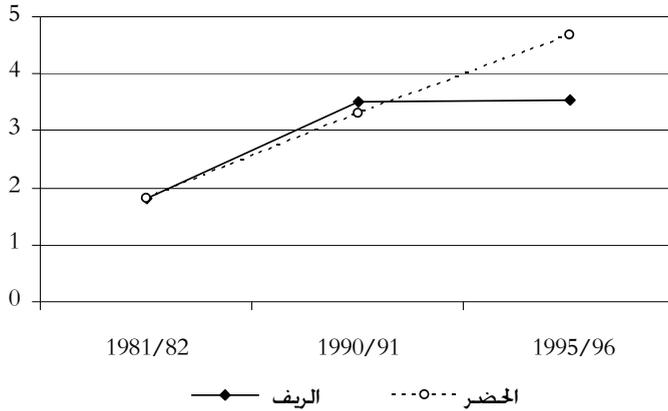
شكل ١٢ ب: النسبة المئوية لإجمالي الإنفاق الصحي والنسبة المئوية للإنفاق الصحي إلى إجمالي الإنفاق لفئات الدخل المختلفة (الحضر)



\* المصدر: جدول ١٢ ب بالملحق الإحصائي

وفضلاً عن ذلك يوضح الجدول رقم ١٣ بالملحق الإحصائي والشكل رقم ٤-١٣ اتجاه الإنفاق الصحي للفقراء اعتماداً على بيانات الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء لميزانية الأسرة ١٩٨٢/٨١، ١٩٩١/٩٠ و ١٩٩٦/٩٥ في الحضر ويشير إلى تزايد متوسط إنفاق هذه الفئة على الخدمات الصحية إلى إجمالي إنفاق القطاع العائلي في المناطق الحضرية على وجه الخصوص.

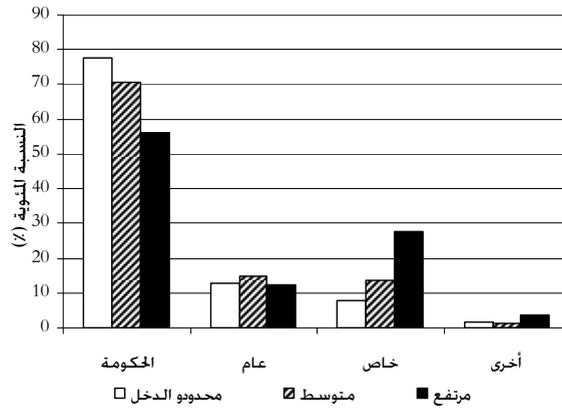
شكل (٤-١٣): نسبة الإنفاق الصحي إلى إجمالي الإنفاق لمحدودي الدخل ١٩٨١ بالمناطق الحضرية والريفية ١٩٨٢/٨١ - ١٩٩٠/٩١ - ١٩٩٦/٩٥ (%)



\* المصدر: جدول ١٣ بالملحق الإحصائي

ولقد ارتفعت نسبة الإنفاق الصحي إلى إجمالي الإنفاق لمحدودي الدخل في المناطق الحضرية من ١,٨٪ في ١٩٨٢/٨١ إلى ٣,٣٪ في ١٩٩١/٩٠ ثم إلى ٤,٧٪ في ١٩٩٦/٩٥. بينما زادت نفس النسبة لفئات الدخل المرتفعة من ١,٨٪ في ١٩٨٢/٨١ إلى ٣,٥٪ في ١٩٩١/٩٠ وإلى ٣,٥٣١٪ في ١٩٩٦/٩٥ في المناطق الريفية. وهذا من واقع بيانات الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء للإنفاق ١٩٨٢/٨١ - ١٩٩٢/٩١ و ١٩٩٦/٩٥. ويعنى ذلك أن نسبة الإنفاق الصحي إلى إجمالي الإنفاق قد زادت حتى بالنسبة للفقراء الذين يفترض أن تتم تلبية خدماتهم الصحية مجاناً. فضلاً عن ذلك فإن نظام الخدمات الصحية العامة يعاني من عدم الاستهداف لمحدودي الدخل في مصر. حيث توضح نتائج مسح الإنفاق الصحي أن أكثر من نصف ذوي الدخل المرتفع كانوا مستفيدين من الخدمات الحكومية. وتشير البيانات المفصلة إلى أن المستشفيات الحضرية تليها المستشفيات التعليمية تحقق أعلى معدلات للتردد من جانب هذه الفئة بالمقارنة بالوحدات الصحية في المناطق الحضرية والريفية. والغرض من وراء هذا النمط هو الاستفادة من معظم الأسر الحكومية في مصر التي تتركز في المستشفيات الحضرية والمستشفيات التعليمية (شكل ٤-١٤).

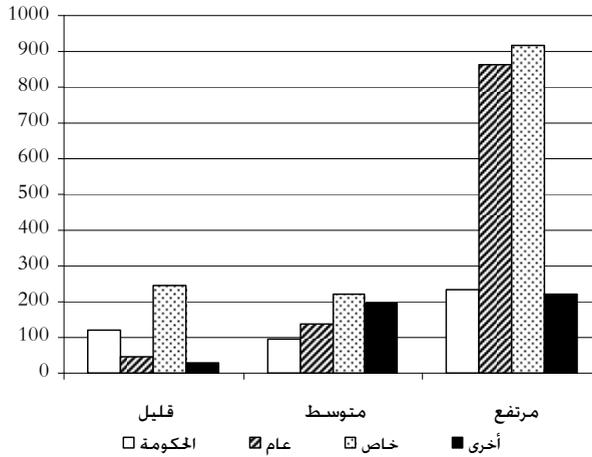
شكل (٤-١٤): الزيادة الأخيرة وفقاً للفئة الداخلية حسب نوعية الخدمة الصحية



\* المصدر: جدول ١٤ بالملحق الإحصائي

ويأتي ترتيب فئة الدخل المرتفعة بالنسبة للخدمات الصحية العامة في المرتبة الثانية. ولقد تم جمع الخدمات الصحية الآتية معاً تحت الخدمات الخاصة: وهي الطبيب الخاص، الصيدلية، الشركات، المستشفيات والنقابات. وكما هو متوقع فإن القطاع العائلي من ذوي الدخل المرتفع كان أكثر استغلالاً للخدمات الصحية الخاصة بينما ٧,٧٪ فقط من محدودي الدخل تستخدم تلك الخدمات. وترتفع هذه النسبة إلى ١٣,٧٪ و ٢٧,٨٪ بالنسبة لفئات الدخل المتوسطة والعليا على التوالي.

شكل (٤-١٥): إجمالي التكلفة للمرضى المقيمين حسب القطاع الصحي لفئات الدخل المختلفة

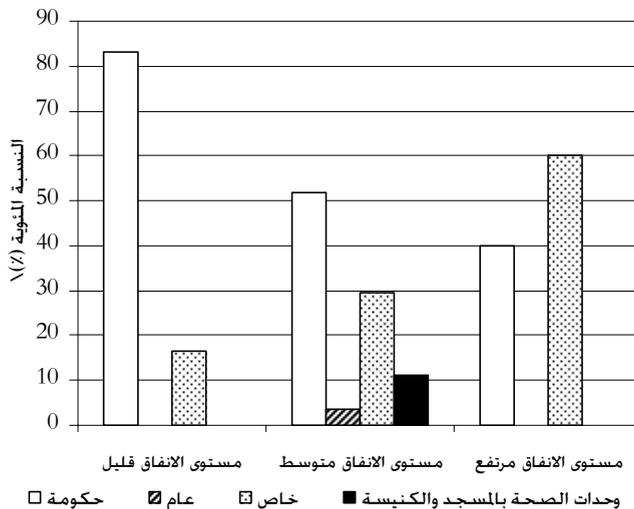


\* المصدر: الجدول ١٥ ب بالملحق الإحصائي

ولا تقدم المستشفيات الحكومية كافة خدماتها بدون مقابل حيث يدفع محدودو الدخل في المستشفيات الحكومية مقابل الخدمات العلاجية والعيادات الداخلية. ويساوى متوسط ما تدفعه هذه الفئة للخدمات الصحية الحكومية في العيادات الداخلية حوالي (١٢٠.٥) أي ضعف متوسط المرتب الشهري لموظف حكومي.

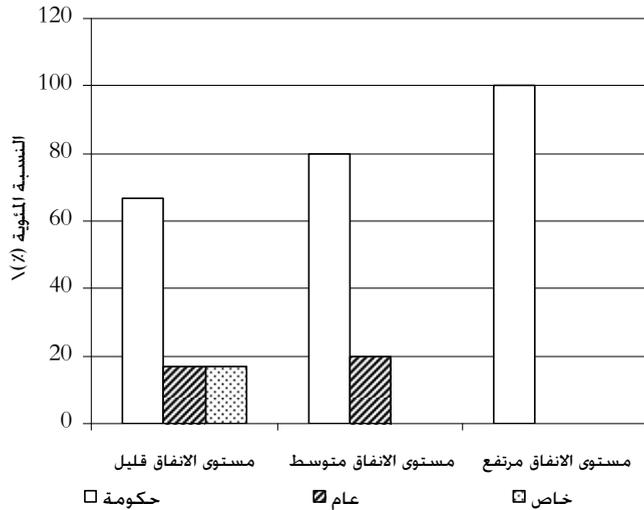
ويشير هيكل الإنفاق في المستشفيات الحكومية المجانية إلى أن تكاليف الدواء هي العنصر الرئيسي فيها. حيث تشير بيانات مسح الإنفاق الصحي لعام ١٩٩٥/٩٤ أن الأدوية هي المكون الرئيسي في بنود الإنفاق على العيادة الداخلية في الوحدات الصحية العامة. بينما تشكل أتعاب الأطباء المكون الرئيسي للإنفاق على الخدمات الصحية. وتتصاعد الأتعاب مع زيادة الدخل بالخدمات المختلفة. وبصفة عامة تدفع فئات الدخل المتوسط والمرتفع مبالغ أكثر ارتفاعاً في جميع الخدمات الصحية. ويعتبر ارتفاع كافة الخدمات الصحية من أهم أسباب عدم الرضا حوالي ٨٣,٣% و٦٦,٧% لفئات الدخل المنخفضة من المرضى المقيمين والمرضى المترددين على العيادات الخارجية في المستشفيات العامة على التوالي. بينما تقل نسبة عدم الرضا عن الخدمات الصحية إلى ١١,٧% بالنسبة للإنفاق الخاص (جدول رقم ١٦ وشكل رقم ١١ أ و ب). ويمكن تبرير ذلك عن طريق القول بأن محدودي الدخل عند استخدامهم للخدمات العامة لا يتوقعون دفع أي أتعاب. ويعد أي إنفاق مصدر شكوى لهم. ومن المثير للدهشة أن نجد الفئات المتوسطة والعالية لا يعتبرون ارتفاع التكلفة أحد الأسباب الهامة لعدم الرضا عن الخدمات الصحية الخاصة (الجدول رقم ١٦ بالملحق الإحصائي). حيث إنهم يتوقعون ارتفاع تكلفة للخدمات الصحية الخاصة.

شكل (٤-١٦): التكاليف كسبب لعدم الرضا اقتصادياً للمرضى بالعيادة الداخلية (%)



\* المصدر: جدول ١٦ بالملحق الإحصائي

شكل (٤-١٧): تكلفة الخدمات الصحية كسبب لعدم الرضا للمرضى بالعيادات الخارجية (%)



\* المصدر: جدول ١٦ بالملحق الإحصائي

وبالإضافة إلى ذلك فإن المرضى من محدودى الدخل لا ينالون رعاية بالمستشفيات بنفس الجودة مثل الأفراد الأفضل حالاً (٢٨٪ إلى ٣٥٪). وبالتأكيد فإن نسبة الأفراد الذين يعتبرون "التكاليف" سببا لعدم دخول المستشفيات كانت أعلى بالنسبة لمحدودي الدخل (٦٢٪) مقارنة بكل من الطبقة المتوسطة (٥٢٪) والطبقة العليا (٤٠٪).

وبالرغم من أن محدودى الدخل يجب إعفاؤهم من الإنفاق نظير الرعاية في مستشفيات وزارة الصحة والمؤسسة العلاجية. فإنهم يدفعون بالفعل مقابل الأدوية بصفة أساسية ولبعض الخدمات كالأشعة المقطعية والاختبارات المعملية. (Kemprecos1993). ووفقا Berman1995 يصل متوسط تكلفة الإقامة بالمستشفى ٢٩٤ جنيهاً مصرباً في حضر مصر و٢٢٨ جنيهاً مصرباً في الريف المصري. وبالرغم من أن هذا المعدل يشمل جميع فئات الدخل وجميع أنواع المستشفيات (مثل المستشفيات الجامعية مرتفعة التكاليف) فإن التكاليف بصفة عامة تعتبر عائقاً لمحدودي الدخل في مصر للحصول على الرعاية الطبية للمرضى المقيمين.

جدول (٤-٥): النسبة المئوية لتوزيع الأفراد (١٦ سنة فأكثر) الذين في حاجة للرعاية الصحية وفقاً لحالة المريض ووفقاً لمجموعة الدخل

مستوى الدخل				
الإجمالي	مرتفع	متوسط	منخفض	
٢٢٪	٣٤٪	٣٤٪	٢٨٪	المرضى المقيمون في المستشفى
٧٨٪	٦٦٪	٦٦٪	٧٢٪	المرضى غير المقيمين ولكن في حاجة للإقامة بها
١٠٠٪	١٠٠٪	١٠٠٪	١٠٠٪	الإجمالي
(٣,٨٢٠)	(٢,٢٣٦)	(٥٤٢)	(٣,٨٢٠)	

\* المصدر: محسوبة من تقرير الإنفاق على قطاع الصحة ١٩٩٥/٩٤

## ٢- الفعالية

يمكن تقييم فعالية أي نظام عن طريق تقييم نتائج الإنفاق الاجتماعي الصحي. ويشير الجدول التالي إلى بنود الفعالية وبنود عدم الفعالية للإنفاق الاجتماعي الصحي:

بنود عدم فعالية نظام الصحة المصري	بنود فعالية نظام الصحة المصري
١. الأداء المنخفض للخدمات الصحية الأساسية	١. تحسن في مؤشرات الحالة الصحية
٢. تباين مستوى الأداء في الخدمات الصحية تبعاً للمنطقة	٢. ارتفاع معدل استخدام التطعيم
٣. التدهور في خدمات وزارة الصحة	٣. انخفاض في معدلات الوفاة والإصابة بالمرض
٤. وجود الأمراض المتعلقة بالفقر	٤. التحسن في بعض مؤشرات نظام توصيل الخدمات الصحية
٥. انخفاض مستوى الحالة الصحية للأمهات والأطفال	٥. التغطية الكاملة لخدمات الصحة العامة
٦. التباين في تكلفة الوحدة	٦. وجود بنية تحتية صحية
٧. تكدرس القوة العاملة الطبية	٧. نظام متعدد للخدمات الصحية
٨. انخفاض معدلات الاستخدام للوحدة الصحية	
٩. انخفاض الأجور الفعلية	
١٠. سوء الخدمات الصحية لهيئة التأمين الصحي.	

## أ- بنود فعالية النظام الصحي

١. تحسن في مؤشرات الحالة الصحية: حدث تحسن واضح في معدلات الوفيات ومتوسط العمر المتوقع أثناء العقدين الأخيرين. ويشير الجدول رقم ٥ بالملحق الإحصائي إلى التحسن في مؤشرات الصحة الأساسية كما هو موضح في التقارير الرسمية. حيث انخفضت معدلات الوفيات من ١٠ في الألف عام ١٩٨١ إلى ٧ في الألف عام ١٩٩٥. انخفضت معدلات وفيات الرضع من ٩٧ في الألف إلى ٦٣ في الألف عام ١٩٩٥ وانخفضت معدلات وفيات الأطفال (حت ٥ سنوات) من ١٣٩ في الألف ١٩٩٠ إلى ٨١ في الألف ١٩٩٥. ولقد حقق معدل وفيات الأطفال تحت الخامسة تقريبا ٥٠٪ انخفاضا خلال الفترة من ١٩٧٨-١٩٨٢.

كذلك وقع انخفاض واضح في معدل وفيات الأمهات من ٧٧٪ لكل ألف عام ١٩٨١ إلى ٥٤٪ لكل ألف في ١٩٨٩. وفيما يتعلق بمعدلات الوفيات بصفة عامة يمكن استنتاج أنه حدث انخفاض عام في الإصابة ببعض الأمراض في مصر مثل الدفتيريا. السعال الديكي. الحصبة. السل. والبلهارسيا. وكذلك ارتفع متوسط العمر المتوقع للذكور والإناث من ٤٩,٥ سنة - ٥١,٩ سنة في ١٩٨١ إلى ٦٥ سنة - ٦٧ سنة عام على التوالي في ١٩٩٥. ويعزى هذا التحسن إلى الانخفاض

في معدلات الوفيات للرضع. وللأطفال والأمهات والاختفاض في معدلات الإصابة في بعض أمراض الطفولة نتيجة لتطبيق بعض البرامج الصحية تحت رعاية وزارة الصحة في الثمانينيات كالتوسع في التطعيم ومكافحة الإسهال.

المؤشرات	سنة الأساس	سنة المقارنة
وفيات الأطفال الصغار(المعدل لكل ألف)	٩٧- (١٩٨٣)	٦٣-(١٩٩٦)
معدلات الوفاة	١٠ - (١٩٨١)	٧ (١٩٩٥)
وفيات الأطفال (المعدل لكل ألف من نفس العمر لكل ١٠٠٠ مولود حي)	١٣٩ (١٩٨٣)	٨١ (١٩٩٥)
معدل وفاة الأمهات (لكل ١٠٠٠٠٠ مولود حي)	٧٧ (١٩٨١)	٥٤ *
<b>معدل حدوث بعض الأمراض</b>		
١- دفتريا	٠.٨ (١٩٨٠)	٠.٥ (١٩٩٢)
٢- السعال الديكي	٠.١	٠.١
٣- تيتانوس حديث الولادة غير محدد العمر(لكل ١٠٠٠٠٠)	١٠.٨	٥.٣ (١٩٩٢)
٤- شلل الأطفال	٠.٨	٢.٩٨ (١٩٩٢)
٥- السيل	١٥.٢	٠.٨٤ (١٩٩٢)
٦- البلهارسيا	١٩.٧ (١٩٨٣)	١١.٢ (١٩٩٣)
٧- الخالات الرئوية	١٥.٢ (١٩٨٤)	١١.٣ (١٩٨٧)
<b>معدلات توقع الحياة</b>		
الذكور	٤٩.٥	٦٥
الإناث	٥١.٩(١٩٨١)	٦٧
<b>تغطية التطعيمات</b>		
السيل	٪٧١.٦(١٩٨٧)	٪٨٧.٨
الثلاثي	٪٨١.٦(١٩٨٧)	٪٨٦.٤
شلل الأطفال	٪٨٨.١(١٩٨٧)	٪٨٧ (١٩٩٠)
الحصبة	٪٧٦.١(١٩٨٧)	٪٨٦ (١٩٩٠)
تيتانوس <sup>٢</sup>	٪١٢.٤(١٩٨٧)	٪٦٢.٨(١٩٩٠)
<b>الأطفال كاملو التطعيم</b>		
- السيدات اللاتي استخدمن محلول معالجة الجفاف	٪٧٧.١(١٩٨٠)	٪٧٩(١٩٨٩)
- نسبة النساء اللاتي أوقفن الرضاعة الطبيعية من الثدي	٪٥٨ (١٩٨٠)	٪٥(١٩٨٩)

٢. ارتفاع معدل استخدام التطعيم: بلغت نسبة الأمهات اللاتي استخدمن محلول معالجة الجفاف ١٧٪ خلال عام ١٩٨٠، ٣٧٪ خلال عام ١٩٨٣ ووصلت إلى ٩٧٪ خلال عام ١٩٩٠. وانخفضت النسبة المئوية للأمهات اللاتي توقفن عن الرضاعة الطبيعية أثناء فترة الإسهال من ٥٨٪ خلال ١٩٨٠ إلى ٤١٪ خلال ١٩٨٣ ووصلت إلى ٥٪ خلال ١٩٨٩. ويتوقع لذلك أن يكون له أثر كبير على تحسين الحالة الغذائية للأطفال أقل من سنتين مثل الأطفال قبل سن المدرسة.

٣. انخفاض في معدلات الوفيات والإصابة بالمرض: وبالإضافة إلى ذلك فإن التعامل المبكر والمناسب للحالات الحادة بواسطة تقنيات معالجة الجفاف عبر الفم قد نجح في تقليل عدد الوفيات منذ عام ١٩٨٧. وأصبح الإسهال الذي كان من الأسباب الرئيسية لوفيات الأطفال الرضع هو

\* الجهاز المركزي للتعبئة والإحصاء

السبب الثاني الرئيسي لحالات الوفيات في الأطفال. وفي الوقت نفسه فإن برنامج مكافحة البلهارسيا الذي قدم علاجاً كيميائياً جديداً يمكن تناوله في شكل جرعة واحدة عبر الفم؛ قد نتج عنه نتائج مشجعة في إبادة هذا المرض ( بلهارسيا المستقيم وبلهارسيا الجارى البولية) في منطقة الدلتا. وحدث انخفاض في معدلات الانتشار من ١٩,٧ لكل ١٠٠٠٠٠ في عام ١٩٨٣ إلى ١١,٢ لكل مائة ألف في عام ١٩٩٣.

٤. التحسن في بعض مؤشرات نظام توصيل الخدمات الصحية: على سبيل المثال - ارتفعت نسبة طبيب/١٠٠٠٠ مواطن إلى ١٩,٩ طبيب في عام ١٩٩٤ والتي تعد نسبة عالية إلى حد.
٥. التغطية الكاملة للخدمات الصحية العامة: من المعلن عنه أن ٩٩٪ من السكان قد تمت تغطيتهم بالخدمات الصحية في مصر.
٦. وجود بنية تحتية صحية: لا شك أن مصر مقارنة ببلدان أخرى كثيرة لديها وحدات بنية تحتية صحية كاملة تقريبا بالمناطق الحضرية والريفية.
٧. نظام صحي متعدد للخدمات الصحية: يحظى المواطن المصري بخدمات صحية مجانية ولدى عدد ليس بقليل من العمال والموظفين المصريين تأمين اجتماعي. بالإضافة إلى أشكال أخرى من الخدمات الصحية مثل الخدمات الصحية في المؤسسات والمعاهد التعليمية. بالإضافة إلى الخدمات الصحية في المؤسسة العلاجية والخدمات الصحية الخاصة.

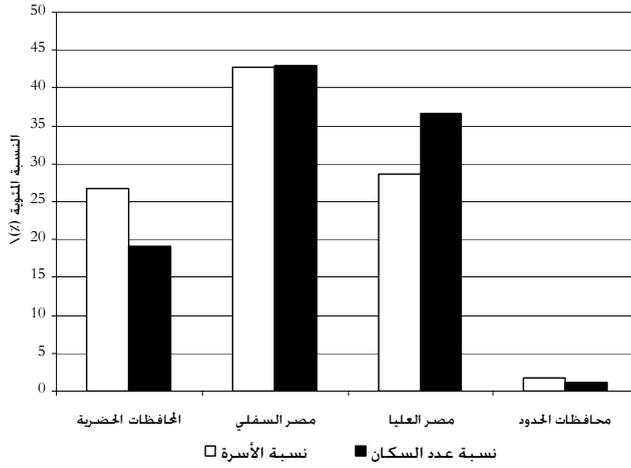
### ب- بنود عدم فعالية النظام الصحي المصري

١. الأداء المنخفض للخدمات الصحية الأساسية: بالرغم من وجود الخدمات الصحية الريفية المتسعة وخدمات الرعاية الصحية الأساسية. فإن إنفاق وزارة الصحة يتركز على الخدمات العلاجية. وتستهلك المستشفيات الثلثين تقريبا من ميزانية وزارة الصحة الجارية. بينما تمثل الرعاية الصحية الأساسية حوالي ٢٥٪ من الميزانية. وتستهلك الخدمات الوقائية حوالي ١٢٪ من الميزانية المتبقية كما ذكر سابقا. بالإضافة إلى ذلك يستحوذ الحضر على النصيب الأكبر من ميزانية وزارة الصحة على المناطق الحضرية. بينما تستقبل المستشفيات الريفية ٣٪ فقط من إجمالي ميزانية وزارة الصحة مقابل ٥٨٪ للمستشفيات الحضرية.
- وهناك تباينات واضحة في توزيع الخدمات الصحية الوقائية والعلاجية بين الأفراد. كذلك فإن نسبة الأطباء ومرضات ووزارة الصحة العاملين في المستشفيات هي ٥٥٪ و ٥٢٪ على الترتيب بينما يعمل ٢٤٪ و ٣٠٪ فقط منهم في خدمات الرعاية الصحية الأساسية. في نفس الوقت. نجد أن النسبة بين الأطباء إلى المرضات هي ١,١ إلى ١ فقط. بينما المعدل الدولي لتلك النسبة هو إلى ٣. ويعكس ذلك كل من الاختلافات في الرتبات بين الأطباء والمرضات والنظام الصحي الموجه للخدمات العلاجية أكثر من الوقائية. وقد أدى نقص التمويل للمراكز الصحية الريفية والحضرية إلى نقص في الإمدادات والأدوية. ونقص الاحتياطي من المستلزمات الأساسية. وتؤثر هذه المشاكل على جودة الرعاية في هذه الوحدات وتؤدي إلى انخفاض المكافآت للعاملين بهذه الوحدات وعلاج غير مثمر وتشخيص غير دقيق ومواقف سلبية للأطباء وفترات انتظار طويلة. لقد أدى عدم رضا المرضى إلى تقليل استخدام الخدمات الصحية الأساسية.

وتعد الأسرة في الريف أيضا غير مستغلة بصورة شديدة (٢٪ معدل الإشغال). خاصة أن معظم الموارد الحكومية للصحة في مصر موجهة للرعاية العلاجية في المستشفيات والمناطق الحضرية. وفي عام ١٩٩٧/٩٦ انقسمت ميزانية وزارة الصحة بالتساوي تقريبا بين قطاع المستشفيات وغير المستشفيات؛ وبالرغم من ذلك فقد حظيت خدمات المستشفيات بـ ٦٣٪ من ميزانية الحكومة (متضمنة المستشفيات الجامعية. خدمات وزارات أخرى وهيئة التأمين الصحي) و٣٧٪ فقط كانت موجهة لاستخدامات غير المستشفيات. وكما ذكر Berman, 1995 "فإن القطاع الصحي ينفق الكثير على الخدمات الأقل فاعلية من ناحية التكلفة". على سبيل المثال. فإن مصر تمتلك حوالي ٨٠٠ وحدة غسيل كلى في البلاد: ٤٦٣ منها في القطاع الحكومي. وبالرغم من ذلك فإن المنفق لمدة عام على الغسيل الكلوي (٣٦ ألف جنيه مصري) يمكن أن يزيد ١٧٤ سنة صحية إذا ما تم إنفاق هذا المبلغ على التطعيم (٢٠٠ جنيه مصري لكل حياة صحية توفر).

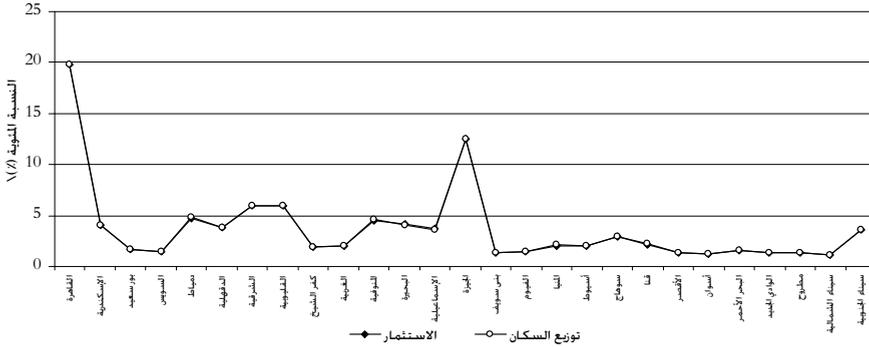
٢. تباين مستوى الأداء في الخدمات الصحية تبعا للمنطقة: تعد الخدمات الصحية غير موزعة بالتساوي. حيث توجه بصفة خاصة إلى محافظات الحضر بالمقارنة بمحافظات مصر العليا والسفلي. ووفقا لمؤشرات الحالة الصحية فإن محافظات مصر العليا لديها أعلى معدلات وفيات بمتوسط (٧,٤٪). وتبلغ معدلات وفيات الأطفال دون الخامسة (٦,٣٪) في محافظات مصر العليا في المتوسط و٣,٣٥٪ في مصر السفلي وبلغت ٢,٢٪ في محافظات الحضر. تشير تغطية التطعيمات إلى الوضع الجيد نسبيا لمحافظات الحضر ومحافظات مصر السفلي مقارنة بمحافظات مصر العليا. وفي نفس الوقت فإن معدل الطبيب / ١٠٠٠ مواطن قد وصل إلى ٩,٢٦ في المحافظات الحضرية وانخفض إلى ٦,١٢ في محافظات مصر العليا و٥,٩٤ في محافظات مصر السفلي. وتسود نفس التباينات الإقليمية في مؤشرات أطباء الأسنان / ١٠٠٠ مواطن والتي وصلت إلى ١,٦٦ في المحافظات الحضرية وانخفضت إلى ٨٣, في محافظات مصر العليا وإلى ٨٥, في محافظات مصر السفلي. وتوجد اختلافات إقليمية أيضا للمؤشرات: صيدلي / ١٠٠٠ مواطن وممرضة / ١٠٠٠ مواطن بين محافظات الحضر. وترتفع جميع وحدات قطاع الصحة / ١٠٠٠ مواطن في المحافظات الحضرية وتصل لذروتها في القاهرة ولأقل نسبة في البحيرة ومصر العليا كإقليم. وبالنسبة لمعدل الأسرة / ١٠٠٠ مواطن. تمتلك المحافظات الحضرية النسبة الأعلى سواء لخدمات وزارة الصحة أو جميع الخدمات الصحية (٣٢,٢٨ و١٦,٦٧). وتأتي محافظات مصر العليا في القاع (١٣,٢٩ و١٠,٩). ويشير الشكل (٤-١٨) والشكل (٤-١٩) إلى الاختلافات الإقليمية بخصوص التوزيع النسبي للأسرة بالنسبة إلى التوزيع النسبي للسكان والتوزيع النسبي للاستثمار.

### شكل (٤-١٨): التوزيع النسبي للأسرة والسكان



\* المصدر: جدول رقم ١٧ بالملحق الإحصائي.

### شكل (٤-١٩): التوزيع النسبي للاستثمار لمحافظة الجمهورية



\* المصدر: جدول رقم ١٧ بالملحق الإحصائي.

كذلك فإن هناك خيلاً في الإنفاق الصحي في توزيع موارد الحكومة ضد الفقراء وسكان المناطق الريفية يعكسه التباين في الدعم المالي الحكومي بين أسرة مستشفيات وزارة الصحة التي هي المصدر الوحيد المتاح لرعاية المرضى الداخليين لسكان الريف. وأسرة المستشفيات الجامعية والتعليمية والمتاحة أساساً لسكان الحضر والمحافظات الحضرية. حيث بلغ الدعم المالي الحكومي لكل سرير بالمستشفيات ٥,٨ جنيه مصري و١١,٥ جنيه مصري بالمستشفيات الجامعية و١٩,١ جنيه مصري للمستشفيات التعليمية في ١٩٩٥.

٣. التدهور في خدمات وزارة الصحة: لقد أدى التمويل غير الكافي لخدمات وزارة الصحة إلى نقص المستلزمات الطبية المطلوبة للعمليات الطبية ونقص الأدوية الأساسية. ولقد ازدادت هذه

المشكلات بسبب الزيادة الهائلة في الأسعار العالمية للمنتجات الدوائية. ولقد أدى عدم الرضا بالخدمات الصحية لوزارة الصحة إلى نقص عدد المرضى المترددين إلى العيادات الخارجية في مستشفيات وزارة الصحة بنسبة ٢٣٪ خلال فترة عام ١٩٨٢- عام ١٩٩٣ بالرغم من زيادة خدمات وتسهيلات وزارة الصحة في هذه الفترة بنسبة ٣٣٪. أما الآن فلقد انخفضت معدلات إشغال الأسرة من ٦٠٪ في عام ١٩٨٢ إلى ٤٥٪ في عام ١٩٩٥ وقلت نسبة سرير / ١٠٠٠ مواطن في العقد الأخير في خدمات وزارة الصحة من ١٤,٤ في عام ١٩٧٩ إلى ١١,٦٤ في عام ١٩٩٥. يعكس هذا النقص الموقف المالي الحرج لوزارة الصحة والذي يوفر أعلى نسبة من الأسرة في مصر (٥٩,٧). كذلك فإن هناك اختلافات واضحة في الإنفاق اليومي لخدمات وزارة الصحة بين مختلف الهيئات الصحية. هيئة التأمين الصحي، أسرة وزارة التربية والتعليم، أسرة وزارة الصحة.

٤. استمرارية وجود الأمراض المتعلقة بالفقر: ينفق القطاع الصحي في مصر مبالغ قليلة جداً على المشاكل الصحية الرئيسية. وبالرغم من الصورة الإيجابية المذكورة سابقاً للشبكة الصحية المصرية ذات التغطية المناسبة وإتاحة الخدمات الصحية للأمراض المرتبطة بالفقر. فإن الأمراض الوبائية مازالت تمثل المشكلة الصحية الأساسية. الأكثر خطورة هي الأمراض المتعلقة بالمعدة والأمعاء والمنتشرة على نطاق واسع بين سكان الريف ومحدودي الدخل في المناطق الحضرية. وبالرغم من انخفاض نسبة الأمراض المعدية. فإنها لا تزال موجودة. وتمثل أمراض الإسهال واحدة من أكثر المشاكل الصحية في مصر. وتعتبر الأنيميا (فقر الدم) أيضاً من الأمراض ذات الانتشار الواسع بين الفقراء. ومازال مرض التراكوما (الرمد الحبيبي) منتشراً بمعدلات مرتفعة نسبياً في المناطق الريفية. وتعد أمراض الجهاز التنفسي مثل الالتهاب الرئوي والالتهاب الشعبي أحد الأسباب الرئيسية للوفاة في مصر. ويجب الإشارة إلى أنه مازالت عدوى بعض الأمراض المزمنة مثل السل والأمراض الطفيلية تنتشر بين الفئات الأكثر فقراً من السكان.

ويوجد نوعان من البلهارسيا إكلينيكيا في مصر: النوع الأول هو بلهارسيا المجاري البولية (Schistosomiasis Haematobia) بمعدل انتشار ٧,٣٪ في مصر العليا. والبلهارسيا المعوية (Schistosomiasis Mansoni) بمعدل انتشار مرتفع جداً في الدلتا: من ٢٠٪ إلى ٥٣٪ وفقاً للمحافظة. أما بالنسبة لانتشار مرض الجزام فهو بصورة أكثر نسبياً في مصر العليا التي تسجل أدنى مؤشرات الحالة الصحية بالمقارنة بكل من مصر السفلى أو المحافظات الحضرية.

٥. انخفاض مستوى الحالة الصحية للأمهات والأطفال: إن أحد أهم النقاط الحرجة في الصحة بمصر هي الحالة الصحية للأمهات والأطفال. فبالرغم من التحسينات الهائلة في مشروع الحفاظ على بقاء الأطفال. فإن معدل وفيات الأطفال (IMR) ما زال مرتفعاً وأسوأ نسبياً بالنسبة لمعظم دول الشرق الأوسط وشمال إفريقيا. بجانب إسهال الأطفال. هناك أمراض أخرى مثل الحصبة، التهاب الغدة النكافية، السعال الديكي، الجديري المائي والحصبة الألمانية والتي توجد بنسبة حدوث متوسطة لكن عادة في أشكال وبائية.

٦. التباين في تكلفة الوحدة: توضح النتائج التمهيدية لدراسات التكاليف الصحية أنه يوجد نقص جوهري في فعالية خدمات وزارة الصحة حيث تتنوع تكاليف الوحدات في الخدمات ذات الحجم المماثل بصورة كبيرة. وتتراوح التكلفة لكل مريض خارجي في الوحدة الصحية الريفية من ٥ جنيهات مصرية إلى ٨٠ جنياً مصرية. في حين تتراوح التكلفة بين ٢٥ إلى ٥٧٥ جنياً مصرية في المستشفيات. وبالرغم من أن اختلاف التكاليف قد يفسر بعدة عوامل متضمنة اختلاف الحالة المرضية ومستويات الدخول. فإنها تشير أيضاً إلى اختلافات في نوعية الخدمة وعدم الكفاءة في توزيع الخدمات الصحية حسب نوع الخدمة.

وتبلغ متوسط تكلفة السرير في مستشفيات وزارة الصحة ٧٠٣١ جنياً مصرية فقط. بينما هي ٢١٧٨٩ جنياً في المستشفيات الجامعية. و٤٦٤٧٤ جنياً في مستشفيات هيئة التأمين الصحي و١٧٢٣١ جنيه في المستشفيات الخاصة. وينعكس ذلك على جودة الرعاية في كل مؤسسة.

٧. تكدر القوة العاملة الطبية: تشير المقارنات العالمية إلى وجود عدد كبير نسبياً من الأطباء بمصر. فعلى سبيل المثال فإن المرضى المترددين على الطبيب في اليوم الواحد يتراوح بين ٠,١٧ إلى ٣,٠٤ في الوحدات الصحية الريفية. وهي معدلات منخفضة بشدة بالنسبة لسبع ساعات عمل يومياً. ويرجع ذلك لسوء توزيع العمالة الطبية بين الحضر.

٨. انخفاض معدلات الاستخدام للوحدة الصحية: ونتيجة لقلّة الجودة في الخدمات الصحية في وحدات معينة في الريف وفي المدن. فإن معدلات الاستفادة المشار إليها في الشكل رقم ٢٠ توضح أنه في كل ٣٠ قسماً للمرضى المقيمين. فقط ٤ أقسام لديها معدل إشغال أكثر من ٨٠٪. وفي ٥٤٪ من أقسام المرضى المقيمين بالمستشفيات وجدت زيادة في إتاحة الأسرة. ونسبة إشغال أقل من ١٠٪ ومعدل تحول أقل من ٣٢ مريضاً للسرير كل سنة.

شكل (٢٠-٤): معدلات الاستفادة للمرضى من الخدمات الحكومية



المصدر: جدول ١٩ بالملحق الإحصائي

٩. انخفاض الأجور الفعلية: إن السبب في ممارسة الأعمال الخاصة لمعظم موظفي المجال الطبي هو أنهم يتقاضون أجور منخفضة كموظفين حكوميين.

١٠. سوء الخدمات الصحية لهيئة التأمين الصحي: تواجه هيئة التأمين الصحي عدداً من المشاكل مثل: انخفاض جودة الخدمات، انخفاض التغطية، فجوة عجز واضحة في ميزانيتها المقدرة، وعلى الجانب الآخر، تجمع هيئة التأمين الصحي مساعدات متواضعة من موظفي الحكومي المتمتعين بتغطيتها بالإضافة إلى الدخل الحكومي من المبيعات. وفي الوقت نفسه ترتبط هيئة التأمين الصحي ببعض التعاقبات مع الخدمات الخارجية والممولين على أساس المصروفات مقابل الخدمات. وتتلقى هيئة التأمين الصحي تمويلها الأساسي من الأقساط التأمينية المدفوعة لهيئة التأمينات الاجتماعية وهيئة التأمين والمعاشات بواسطة الحكومة، الموظفين والقائمين على التوظيف. وبالرغم من ذلك من معدل الاستفادة المقدم من قبل هيئة التأمين الصحي يعتبر كبيراً بالنسبة للأقساط السنوية التي تتراوح بين ٤٢-٨٠ جنيهاً مصرياً (١٩٩٥/٩٤) بالنسبة للمجموعات المختلفة التي يتم تغطيتها. بينما معدل الإنفاق لكل مستفيد يعتبر ضئيلاً بنسبة ٨١ جنيهاً مصرياً في السنة المالية ١٩٩٢. وقد نتج عن ذلك رداءة جودة الخدمات الصحية.

وبما أن وزارة التأمينات تغطي موظفي الحكومة بشكل أساسي والعمال في القطاع الرسمي، فإنها تترك معظم الفقراء الذين يعملون في مجال الزراعة أو في القطاع الخاص غير الرسمي. ولا تحظى النساء بنفس التغطية التي يحظى بها الرجال. وذلك لأن نسبة كبيرة منهم تعمل في القطاع غير الرسمي مقارنة بالرجال حيث أن وزارة التأمينات لا تغطي كافة المنتفعين. وبالرغم من أنه كان من المتوقع أن برنامج التأمين الصحي للطلاب سوف يساعد في توسيع تغطية التأمين الصحي للكثير من الأطفال الفقراء. فإن هناك عدداً من الأطفال الأكثر فقراً لن يتم تغطيتهم بهذا البرنامج طالما أنهم لم يلتحقوا بالمدارس أصلاً. وتستفيد الفتيات خاصة اللاتي ينتمين إلى عائلات فقيرة استفادة أقل من برنامج التأمين المدرسي عن الطلاب الذكور. وذلك لأن ٤١٪ فقط من الفتيات قد استكملن تعليمهن الابتدائي. مقارنة بنسبة ٧٥٪ للذكور. توضح أيضاً بيانات تقرير الإنفاق الصحي لعام ١٩٩٥/٩٤ أن التأمين الصحي في مصر يستفيد منه سكان الحضر أكثر من سكان الريف. فلقد تبين أن نصف عدد ربات المنازل ذات الدخل المنخفض لديهن نوع من التأمين الصحي لفرد واحد من الأسرة على الأقل عند مقارنتهم بثلاثة أرباع ربات المنازل في الأسر من ذوات الدخل المتوسط والدخل المرتفع. (تقرير الإنفاق الصحي ١٩٩٥/٩٤).

### ٣ - إصلاح تمويل قطاع الصحة

عند تصميم خريطة إصلاح الإنفاق في القطاع الصحي نواجه المشاكل التالية:

- نقص المعلومات عن نظام الإنفاق والتمويل الموجود.
- نقص المعلومات عن توظيف النظام الموجود في كل من القطاعين الخاص والعام.

- نقص الدراسات عن تأثير إصلاح قطاع الصحة على جميع فئات المستخدمين.

ومع ذلك فإن اقتراحات الإصلاح هي كالتالي: (عدم الحصانة الاجتماعية والإصلاح الصحي. يونيو ١٩٩٦).

١. إعادة تخصيص ميزانية الصحة القومية وزيادة مساهمة وزارة الصحة في الميزانية الصحية: منذ منتصف التسعينيات على الرغم من زيادة نصيب قطاع الصحة من الميزانية القومية (باستثناء خدمات وزارة الصحة). تقل حصة الميزانية الصحية الموجهة لوزارة الصحة. ولهذا فإنه يجب توجيه خدمات الرعاية الصحية العامة للفقراء. يمكن التوصل إلى ذلك من خلال تقليل ميزانية الاستثمار للخدمات الصحية الجديدة والتوقف عن الخدمات غير الفعالة في شكل معدلات الأشغال المنخفضة.

٢. إعادة بحث برنامج استعادة الإنفاق. لجعله أكثر فاعلية في الحصول على إنفاق لتمويل أسرة مجانية للفقراء. وهكذا يجب أن يكون هدف هذا البرنامج حماية السكان الفقراء من الأضرار الناجمة عن تطبيق هذا البرنامج من خلال توجيه فعال يجب أن يكون جزءاً أساسياً من تصميم البرنامج. وعلى صانعي السياسة الخاصة بتنفيذ البرنامج الاختيار بين التوجه الجغرافي وتقنيات أخرى مثل اختبار الوسائل means testing باستخدام الباحثين الاجتماعيين للحصول على معلومات عن مستوى دخل المرضى الموجودين ضمن خدمات الرعاية الصحية. فالأول يمتاز بإنفاق إداري منخفض ومستوى مرتفع للتسرب بينما الآخر بإنفاق إداري مرتفع ومستوى منخفض للتسرب.

وقد يكون التوجه الجغرافي مناسباً للمجتمع الفقير في مصر العليا. بينما يمكن أن يكون اختبار الوسائل هو الأفضل في القاهرة. حيث قطاع التوظيف الرسمي وغير الرسمي أكثر شيوعاً. وبذلك فإن القدرة على تحديد مستويات الدخل تكون أكبر.

كذلك يجب عدم تطبيق هذا البرنامج على الخدمات الوقائية. حيث تقل الرغبة في الدفع خاصة بالنسبة لهذه الخدمات وعلى وجه الخصوص للفقراء. ولهذا يجب أن تستمر هذه الخدمات في تلقي إعانات مالية أساسية لكي تزيد من فرصة استغلالها من جانب الفقراء.

كذلك فإنه يتضمن تقييم إصلاح قطاع الصحة ومتابعة برامجه وتقييم برنامج استعاضة التكاليف بصورة مستمرة. وتستخدم المتابعة لتحديد مدى تناول البرنامج بشكل جيد على مستويات مختلفة والى مدى فعالية البرنامج في تحقيق أهدافه. ويقاس أثر التقييم الخد الذي يمكن أن تنخفض فيه الاختلافات في استغلال الرعاية الصحية. والنتائج الصحي والإنفاق بالبرنامج. ومن ناحية متابعة البرنامج. فإن القائمين على البرنامج يجب أن يوفر مقياساً لاختيار مؤشرات مناسبة للتقييم. للتعريف بالموارد الموجودة والكامنة للبيانات لتطوير تنفيذ الخطة. وتحليل النتائج ودمج نتائج التقييم بالتخطيط الإستراتيجي وتصميم البرنامج. ومن ناحية أثر التقييم. يجب أن تحدد الأهداف إذا ما كانت التغيرات في المؤشرات ناجمة عن اختلاف عدد السكان مرتبطة بعوامل أخرى.

٣. التنسيق الأمثل بين موفري الصحة الأساسية في مصر حتى يكونوا قادرين على خصخصة الخدمات التي توفر للمواطنين ميسوري الحال وضمان خدمات صحية مجانية في القطاع الخاص مثل تحديد نسبة الأسرة بكل مستشفى. وبالتالي نجد أن قطاع الصحة الخاص يمكن أن يساعد في تحسين الخدمات الصحية للفقراء في وحدات وزارة الصحة. كجزء من مسؤوليته الاجتماعية. وعلى المستوى الحكومي فإن التوفيق الأمثل يعنى تجنب ازدواج الخدمات. ونظام مرجعي جيد. بجانب إدارة على قدر كبير من الكفاءة. وخلق نظام تعاقد تمتد للنظم المختلفة.
٤. زيادة حصة وزارة الصحة الموجهة للخدمات الصحية الأساسية وتعزيز دور وزارة الصحة في توفير خدمات صحية أساسية: كما تمت الإشارة سابقاً فإن الأنماط الحالية لتوزيع الموارد وتوفير خدمات الرعاية الصحية لا تتوافق مع حاجات الأفراد غير المحصنين اجتماعياً. ولتحسين خدمات الرعاية الصحية الأساسية يقترح الآتي:
- يجب أن يزيد استغلال الخدمات الحكومية للمرضى الخارجيين خاصة في المناطق الريفية ويتطلب ذلك جودة الرعاية العلاجية والخدمات الوقائية وذلك من خلال: تأمين التخصيص الكافي من الإمدادات البشرية للأدوية والمعدات والتوسع في الرعاية الصحية الأساسية / رعاية الأمومة والطفولة بالنسبة للأطباء والمرضات كجزء من برنامج التعليم الطبي المستمر. واستخدام الوسائل الإعلامية بجانب التدريب في التعليم الصحي العملي لطلبة كليات الطب.
٥. الحاجة إلى ضوابط الممارسة الطبية الخاصة: وذلك لتفادي تفوق الهيئات الخاصة على العامة وذلك لأن معظم الأطباء في القطاع العام لديهم أعمال خاصة. وقد يستخدمون الخدمات الصحية في القطاع الحكومي في بعض أعمالهم الخاصة. كما يحدث في بعض المناطق الريفية.
٦. إعادة تخصيص الموارد المادية والبشرية لمستشفيات وزارة الصحة: إن إعادة توزيع موارد وزارة الصحة وخاصة العاملين إلى المناطق التي تحتاج إلى رعاية صحية. والتي تمتاز أيضاً بمؤشرات حالة صحية منخفضة. وهو أمر ضروري. وهناك طريقتان محددتان للإصلاح: توفير حوافز للعاملين بوزارة الصحة والعاملين الآخرين (متضمنين القطاع الخاص) في مصر العليا والمناطق الريفية. والأخرى هي توفير تدريب بعض السكان المتطوعين في هذه المناطق على أعمال الرعاية الصحية الأساسية.
٧. تخفيض عدد العاملين بوزارة الصحة: إن نصف إجمالي إنفاق الوزارة و٦٠٪ من إنفاقها الجاري موجه للأجور. وهناك سياستان للإصلاح هدفهما تخفيض عدد العاملين في وزارة الصحة الذي يؤدي إلى تخفيض في ميزانية وزارة الصحة. وهما تقلص التوظيف الحكومي لخرجي مدارس الطب الجدد. والآلية الأخرى هي عدم استبدال العمال المتقاعدين.
٨. التوسع في التأمين الصحي: إن الأشخاص المتمتعين بالتأمين الصحي هم أكثر من يطلبون الرعاية الصحية عن هؤلاء الذين لا يتمتعون بذلك التأمين. وعلى الأخص فإن عدد زيارات المرضى للعيادات الخارجية للفرد الواحد في السنة الواحدة في تقرير الإنفاق الصحي كانت

أعلى بنسبة ٢٨٪ ضمن الأفراد المؤمن عليهم عن هؤلاء غير المؤمن عليهم (٤,٨٣ ضد ٣,٧٧) (Berman 1995). وتوفير التغطية العامة يجب أن يقلل الفجوة في استغلال الرعاية الصحية. خاصة الرعاية الداخلية ما بين الفقراء والأيسر حالاً. وبين قاطني الريف والحضر وبين النساء والرجال.

ويتم تأمين فاعلية خدمات هيئة التأمين الصحي عن طريق تقليل العجز. وعن طريق التعاقد والسماح للمستفيدين أن يختاروا موليهم. وهذا يجب أن يكون خطوة ضرورية قبل أن تبدأ الحكومة في برنامج مرتفع وعالي التكلفة للتأمين الصحي العام. ولكي تتم حماية الفقراء يجب أن تضم هيئة التأمين الصحي وبرنامج التأمين الصحي المحلي نظام إعفاءات من الأقساط التأمينية مع تفاوت الدعم حسب مستوى الدخل. ومثل هذا النظام يجب أن يشمل دفع أقساط تأمينية مرتفعة فوق التكاليف للمنتفعين الأكثر ثراء. وتطالب هذه الاستراتيجية أيضاً بفصل التمويل عن توفير الرعاية من خلال نظام التعاقد على برامج مختلفة للتأمين. بالإضافة إلى السماح للمستفيدين بالاختيار بين الممولين.

## الملحق الإحصائي

الجدول (١): ميزانية وزارة الصحة (بالأسعار الجارية والأسعار الثابتة من سنة ١٩٩٠ - ١٩٩٦)

السنة	الميزانية بالأسعار الجارية (٠٠٠)	معدل الزيادة السنتوية %	الرقم القياسي للأسعار	الميزانية بأسعار عام ١٩٩٠	معدل الزيادة السنتوية في الميزانية الحقيقية %
٨٢/٨١	٢٤٢٠٠١	٤٠,١	٣٧,١	٦٥٢٢٩٣,٨	٠,٠
٨٣/٨٢	٢٩٩٩٤١	٢٣,٩	٤٣,٥	٦٨٩٥١٩,٥	٥,٧
٨٤/٨٣	٣٣٣١٠٢,٤	١١,١	٥٠,٠	٦٦٦٢٠٤,٨	٣,٤-
٨٥/٨٤	٣٧٤٤٧٦,٧	١٢,٤	٥٢,٦	٧١١٩٣٢,٩	٦,٩
٨٦/٨٥	٤٠٢٥٧٦,٣	٧,٥	٥٥,١	٧٣٦٢٨,٥	٢,٦
٨٧/٨٦	٤١٥٧٣٢,١	٣,٣	٦٢,٧	٦٦٣٠٤٩,٦	٩,٢-
٨٨/٨٧	٤٦٩٣٩٩,٤	١٢,٩	٧١,١	٦٦٠١٩٦,١	٠,٤-
٨٩/٨٨	٥٢٨١٩٧,٣	١٢,٥	٨٤,٥	٦٢٥٠٨٥,٦	٥,٣-
٩٠/٨٩	٦٤٠٥١٣,٨	٢١,٣	١٠٠,٠	٦٤٠٥١٣,٨	٢,٥
٩١/٩٠	٧٤٢٠٨٣,٥	١٥,٩	١١٤,٥	٦٤٨١٠٧,٩	١,٢
٩٢/٩١	٨٨٦٢٠٠,٥	١٩,٤	١٣٧,١	٦٤٦٣٩٧,٢	٠,٣-
٩٣/٩٢	١٠٣٣٦٥٣,٥	١٦,٦	١٥٠,٧	٦٨٥٨٩٠١,٥	٦,١
٩٤/٩٣	١١٧٧٢٢٦,٦	١٣,٩	١٦١,٣	٧٢٩٨٣٦,٧	٦,٤
٩٥/٩٤	١٤٠٠٨٠٠	١٩,٠	١٨٠,٧	٧٧٥٢٠٧,٥	٦,٢
٩٦/٩٥	١٥٧٦٠٠٠	١٢,٥			

\* المصدر: وزارة الصحة - قسم الإحصاء

الجدول (٢): متوسط إنفاق وزارة الصحة على الفرد (أسعار ١٩٩٠)

السنة	ميزانية وزارة الصحة الإجمالية بأسعار ١٩٩٠	السكان	نصيب الفرد من إنفاق وزارة الصحة (أسعار ١٩٩٠)	معدل الزيادة السنتوية %
٨٢/٨١	٦٥٢٢٩٣,٨	٤٤٥٠٦	١٤,٦	-
٨٣/٨٢	٦٨٩٥١٩,٥	٤٥٧٢١	١٥,١	٣,٤
٨٤/٨٣	٦٦٦٢٠٤,٨	٤٦٩٩٠	١٤,٢	٠,٦-
٨٥/٨٤	٧١١٩٣٢,٩	٤٨٣٤٩	١٤,٧	٣,٥
٨٦/٨٥	٧٣٦٢٨,٥	٤٩٩١٢	١٤,٦	٠,٧-
٨٧/٨٦	٦٦٣٠٤٩,٦	٥١٣٩٨	١٢,٩	١١,٦-
٨٨/٨٧	٦٦٠١٩٦,١	٥٢٨٧٦	١٢,٥	٣,١-
٨٩/٨٨	٦٢٥٠٨٥,٦	٥٤٢٥٩	١١,٥	٠,٨-
٩٠/٨٩	٦٤٠٥١٣,٨	٥٥٦٣٥	١,٥	٠,٠
٩١/٩٠	٦٤٨١٠٧,٩	٥٦٩٢٢	١١,٤	٠,٩-
٩٢/٩١	٦٤٦٣٩٧,٢	٥٨١٠٣	١١,١	٢,٦-
٩٣/٩٢	٦٨٥٨٩٠١,٥	٥٩٢٣٠	١١,٦	٤,٥
٩٤/٩٣	٧٢٩٨٣٦,٧	٦٠٥٤٠	١٢,١	٤,٣
٩٥/٩٤	٧٧٥٢٠٧,٥	٦١٩٠	١٢,٥	٣,٣

المصدر: قسم الإحصاء بوزارة الصحة وبيانات التنبؤ بالسكان للجهاز المركزي للتعبئة والإحصاء.

الجدول (٣): نسبة إنفاق وزارة الصحة إلى إجمالي الإنفاق الصحي

السنة	وزارة الصحة بالمليون جنيه (١)	إجمالي الإنفاق (٢)	٢ : ١ %
٨٢/٨١	٢٤٢٠٠١	٨٥٥٩٦٢٧	٢,٨
٨٣/٨٢	٢٩٩٩٤١	١٢٠٨١٣٣٦	٢,٥
٨٤/٨٣	٣٣٣١٠٢,٤	١٣٣٧٢٣٦٥	٢,٥
٨٥/٨٤	٣٧٤٤٧٦,٧	١٥١٧٩٣٥٦	٢,٥
٨٦/٨٥	٤٠٢٥٧٦,٣	١٦٣٨٦٦٧٨	٢,٥
٨٧/٨٦	٤١٥٧٣٢,١	١٦٩٠١٥٠١	٢,٥
٨٨/٨٧	٤٦٩٣٩٩,٤	١٩٤٧١٠٨٢	٢,٤
٨٩/٨٨	٥٢٨١٩٧,٣	٢٣٦٥٦٢٢٩	٢,٢
٩٠/٨٩	٦٤٠٥١٣,٨	٢٧١٩٥٠٩٤	٢,٤
٩١/٩٠	٧٤٢٠٨٣,٥	٣٧٩١٨٠٦٨	٢,٠
٩٢/٩١	٨٨٦٢١٠,٥	٥٠٨٤٤٩٠١	١,٧
٩٣/٩٢	١٠٣٣٦٥٣,٥	٥٧٨٨٦٥٠٢	١,٨
٩٤/٩٣	١١٧٧٢٢٦,٦	٦٠٠٠٦١٧٨	٢,٠
٩٥/٩٤	١٤٠٠٨٠٠	٦٥٠٤٧٣٠٠	٢,١
٩٦/٩٥	١٥٧٦٠٠٠	٧١٦٨١٩٠٠	٢,٢

المصدر: وزارة الصحة - قسم الإحصاء

الجدول (٤): معدل الزيادة في نصيب كل فرد في الاستثمار بالأسعار الثابتة.

السنة	إجمالي الاستثمار الصحي	عدد السكان	نصيب الفرد في الاستثمار الصحي	معدل الزيادة في نصيب الفرد من الاستثمار (%)	الرقم القياسي	نصيب كل فرد في الاستثمار بالأسعار الثابتة	معدل الزيادة في نصيب الفرد في الاستثمار بالأسعار الثابتة
٨٣/٨٢	٨٥,١	٤٥,٧٢١	١,٨٦	-	٤٣,٥	٤,٢٨	-
٨٤/٨٣	١٠٠,٢	٤٦,٩٩٠	٢,١٣	١٤,٥	٥٠,٠	٤,٢٦	-٠,٥
٨٥/٨٤	٩٦,٤	٤٨,٣٤٩	١,٩٩	٦,٥-	٥٢,٦	٣,٧٨	١١,٣-
٨٦/٨٥	١٢٤,٤	٤٩,٩١٢	٢,٤٩	٢٥,١	٥٥,١	٤,٥٢	١٩,٦
٨٧/٨٦	٢٢٥,٤	٥١,٣٩٨	٤,٣٩	٧٦,٣	٦٢,٧	٧,٠	-٥٤,٩
٨٨/٨٧	٢٣٨,٥٣	٥٢,٨٧٦	٤,٥١	٢,٧	٧١,١	٦,٣	١٠,٠
٨٩/٨٨	٣٠٣,١	٥٤,٢٥٩	٥,٥٩	٢٣,٩	٨٤,٥	٦,٦	٤,٨
٩٠/٨٩	٢٣٤,٣	٥٥,٦٣٥	٦,٠١	٧,٥	١٠٠,٠	٦,٠١	٨,٩-
٩١/٩٠	٢٥٢,٠	٥٦,٩٢٢	٤,٤٣	٢٦,٣-	١١٤,٥	٣,٩	٣٥,١-
٩٢/٩١	٤٣٧,٠	٥٨١,١٠٣	٧,٥٢	٦٩,٨	١٣٧,٥	٥,٥	٤١,٠
٩٣/٩٢	٦٠٨,٠	٥٩,٢٣٠	١٠,٣	٣٧,٠	١٥٠,٧	٦,٨٣	٢٤,٢
٩٤/٩٣	٧٢١,٠	٦٠,٥٤٠	١١,٩	١٥,٥	١٦٦,٣	٧,٤	٨,٣
٩٥/٩٤	٨٧٥,٠	٦١,٩٠٠	١٤,١	١٨,٥	١٨٠,٧	٧,٨	٥,٤

المصدر: وزارة الصحة - قسم الإحصاء.

الجدول (٥): التوزيع النسبي للاستثمار الصحي العام والخاص ١٩٩٧-٨٢

الاستثمار الخاص %	الاستثمار العام %	السنة
١٠,٥	٨٩,٥	٨٣/١٩٨٢
١٧,٣	٨٢,٧	٨٤/١٩٨٣
٢٧,٢	٧٢,٨	٨٥/١٩٨٤
٢٠,٥	٧٩,٥	٨٦/١٩٨٥
١٦	٤٨	٨٧/١٩٨٦
١٨,٣	٨١,٧	الخطة الخمسية الأولى
١٥,٩	٨٤,١	٨٨/١٩٨٧
١٣,٤	٨٦,٦	٨٩/١٩٨٨
١٣,٢	٨٦,٨	٩٠/١٩٨٩
١٩	٨١	٩١/١٩٩٠
١٠,٣	٨٩,٧	٩٢/١٩٩١
١٣,٩	٨٦,١	الخطة الخمسية الثانية
١٩,١	٨٠,٩	٩٣/١٩٩٢
١٠,٥	٨٠,٥	٩٤/١٩٩٣
١٣,٨	٨٦,٢	٩٥/١٩٩٤
١١,٣	٨٨,٧	٩٦/١٩٩٥
١١,٢	٨٨,٨	٩٧/١٩٩٦
١٢,٨	٨٧,٢	الخطة الخمسية الثالثة

المصدر: مجلس الشورى الخطة القومية ٩٧ / ١٩٩٨.

الجدول (٦): نسبة الاستثمار الصحي إلى إجمالي الناتج المحلي ١٩٨٧/٨٦-١٩٩٥/٩٤

السنة	الاستثمار بالمليون جنيه (١)	إجمالي الناتج المحلي بالمليون جنيه (٢)	١ : ٢ %
٨٧/٨٦	٢٢٥,٨	٤٠٨٨٤,٧	٠,٥٥
٩٠/٨٩	٣٣٤,٣	٩١٥٧٥	٠,٣٧
٩١/٩٠	٢٥٢	١٠٨٧٤٠	٠,٢٣
٩٢/٩١	٤٣٧	١٣١٠٥٧	٠,٣٣
٩٣/٩٢	٦٠٨	١٤٦١٦٠	٠,٤٢
٩٤/٩٣	٧٢١	١٦٢٩٦٧	٠,٤٤
٩٥/٩٤	٨٧٥	١٩١٠١٠	٠,٤٦

المصدر: وزارة الصحة. قسم الإحصاء. بيانات غير منشورة

الجدول (٧): ميزانية قطاع الصحة إلى الميزانية الإجمالية ١٩٨١/٨٠-١٩٩٨/٩٥

السنة	إنفاق قطاع الصحة الحكومي بالمليون جنيه	الميزانية الإجمالية بالمليون جنيه	نسبة الإنفاق الصحي الحكومي إلى إجمالي الإنفاق العام
٨١/٨٠	١٩٦,٥	٦٨٠١,٧	٢,٩
٩٤/٩٣	١٦٦٢,١	٦٠٠٠٦,٢	٢,٨
٩٦/٩٥	٢٢٥٢,٦	٧١٦٨١,٩	٣,٢

المصدر: وزارة الصحة. قسم الإحصاء. بيانات غير منشورة

الجدول (٨): الأشخاص المؤمن عليهم حسب طبيعتهم. (١٩٩٦/٩٥)

البند	العدد	%
القوى العاملة	٤,٨٨٣	٢٤,٩
الأرامل والمعاشات	٠,٦٢٠	٣,٢
الطلاب	١٤,٠٨٦	٧١,٩
<b>الإجمالي</b>	<b>١٩,٥٩٢</b>	<b>١٠٠</b>

المصدر: وزارة التأمينات والشؤون الاجتماعية ١٩٩٦/٩٥

الجدول (٩): إنفاق القطاع العائلي على الصحة حسب نوعه (١٩٩٥/٩٤)

بنود الإنفاق %	
الأدوية	% ٥٤
العيادات الخارجية	% ٣٦
العيادات الداخلية	% ١٠

المصدر: حسبت من بيانات وزارة الصحة، بيانات إنفاق DDM، ١٩٩٥/٩٤.

الجدول (١٠): توزيع استثمار وزارة الصحة على القطاعات المختلفة (١٩٩٧/٩٦)

المشروع	الإجمالي	النسبة المئوية %
قطاع الصحة العلاجية	١٢٢٢١٨٦	٥٧,٨
خدمات الصحة الأساسية	٤٤٧١٩٤	٢١,٢
قطاع الصحة الوقائية	٦١٢٣٧	٢,٨٩
قسم الدراسات والأبحاث	٢٨٨٩٣	٠,٣٦
قطاع تنظيم الأسرة والسكان	١٦٩٧٣٦	٨,٠٣
الحماية من الأمراض الوبائية	١٣٣٠٥٦	٦,٢٩
قطاع الأمراض الباطنة	٢٤٧٨	٠,١٧
قطاع طب الأسنان	٦٠٠٧	٢,٨٤
قطاع الخدمات الطبية	٤٢٧٣٧	٢,٠٥
أجمالي وزارة الصحة والسكان	٢١١٣٥٢٤	
أجمالي الهيئات والمؤسسات	٦٢٩٠٠٥	
أجمالي قطاع الصحة	٢٧٤٢٥٢٩	

المصدر: وزارة الصحة، قسم التخطيط، بيانات غير منشورة، ١٩٩٨

الجدول (١١): توزيع ميزانية وزارة الصحة بالمليون جنيه (١٩٩٨/٩٧)

١٩٩٨/٩٧			
الإجمالي	الإمدادات	الأجور والمرتبات	
٤٠٩٠١٣	٣٧١٨٦٦	٣٧١٤٧	وزارة الصحة
١١٩٨٠٩٤	٢٤٨٧٣٥	٩٤٩٣٥٩	المحافظات
	٦٢٠٦٠١	٩٨٦٥٠٦	<b>الإجمالي</b>

المصدر: وزارة الصحة، قسم الإحصاء، بيانات غير منشورة، ١٩٩٨

الجدول (١١٢): متوسط الإنفاق ومتوسط إنفاق القطاع الصحي للمناطق الريفية حسب فئات الإنفاق

الريف					فئات الإنفاق
نسبة الإنفاق على الصحة إلى إجمالي إنفاق كل فئة من فئات الدخل %	متوسط الإنفاق الصحي حسب فئات الدخل المختلفة	متوسط الأنفاق الإجمالي بالجنيه	نسبة الإنفاق على الصحة إلى إجمالي إنفاق الصحة (تراكمي %)	نسبة الإنفاق الإجمالي لكل فئة إلى إجمالي الإنفاق (تراكمي %)	
٤,٣٦٦	٧٩,٢٠٠	١٨١٤,٠١٧	٤,٠٠٨	٣,١٧٦	٪١٠
٣,٥٥٦	١٠٦,٥٠٢	٢٩٩٤,٦٤٧	٩,٣٩٧	٨,٤١٩	٪٢٠
٣,٣١٤	١١٩,٦٨٩	٣٦١١,١٩٥	١٥,٤٥٤	١٤,٧٤١	٪٣٠
٣,٢٧٥	١٤٤,٤٨٩	٤٤١٢,٢٨٢	٢٢,٧٦٦	٢٢,٤٦٦	٪٤٠
٣,١٤٤	١٥٤,١٠٢	٤٩٠١,٨٦٤	٣٠,٥٦٤	٣١,٠٤٨	٪٥٠
٣,١٠٣	١٦٨,٨٢٩	٥٤٤٠,٨٠٦	٣٩,١٠٧	٤٠,٥٧٢	٪٦٠
٣,١٦٩	١٩٥,٤٣٨	٦١٦٦,٨٠٦	٤٨,٩٩٧	٥١,٣٦٨	٪٧٠
٣,١١٨	٢١٥,٢٢٠	٦٩٠٣,٥٧٣	٥٩,٨٨٨	٦٣,٤٥٥	٪٨٠
٣,٢٨١	٢٧٠,٥٠٣	٨٢٤٤,٣٠٠	٧٣,٥٧٧	٧٧,٨٨٨	٪٩٠
٤,١٣٤	٥٢٢,١٥٦	١٢٢٢٩,٧٨٩	١٠٠,٠٠٠	١٠٠,٠٠٠	٪١٠٠
					إجمالي إنفاق القطاع العائلي
					٨١٨٣
					إجمالي الإنفاق بالجنيه
					٤٦٧٤٠٠٩٤
					إجمالي الإنفاق على الخدمات الصحية
					١٦١٧٠٦٥

المصدر: حسب من إحصائيات الإنفاق للجهز المركزي للتعبنة والإحصاء ١٩٩٥ / ٩٦ بواسطة هبة الليثي

الجدول (١١٢): متوسط الإنفاق ومتوسط إنفاق الصحة للمناطق الحضرية حسب فئات الإنفاق

الحضر					فئات الإنفاق
نسبة الإنفاق على الصحة إلى إجمالي إنفاق كل فئة من فئات الدخل	متوسط الإنفاق الصحي حسب فئات الدخل المختلفة	متوسط الأنفاق الإجمالي بالجنيه	نسبة الإنفاق على الصحة إلى إجمالي إنفاق الصحة (تراكمي %)	نسبة الإنفاق الإجمالي لكل فئة إلى إجمالي الإنفاق (تراكمي %)	
٥,٧٩٩	١٣٣,٨٦٦	٢٣٠٨,٣٧٥	٤,٣٠٤	٢,٩٤٩	٪١٠
٤,٥٦٣	١٦٣,٣٣٣	٣٥٧٩,٤٦٢	٩,٥٥٥	٧,٥٢١	٪٢٠
٤,٧٧١	٢١٤,٢٠٤	٤٤٨٩,٥٦٧	١٦,٤٤٢	١٣,٢٥٦	٪٣٠
٤,١٠٦	٢١٦,٥٦٤	٥٢٧٤,٠٧٥	٢٣,٤٠٥	١٩,٩٩٣	٪٤٠
٤,٢١٤	٢٦٠,٥١٣	٦١٨١,٦٢٤	٢٧,٥٩٣	٢٣,٤٠٥	٪٤٥
٤,٢١٤	٢٦٠,٥٧٧	٦١٨٣,٤٩١	٣١,٧٨٣	٢٧,٨٩٢	٪٥٠
٤,١١٥	٢٨٤,١٣٤	٦٩٠٥,١٣٧	٤٠,٩١٨	٣٦,٧١٢	٪٦٠
٣,٩٦٠	٣٢٠,١٧٠	٨٠٨٥,٠٠٩	٥١,٢١١	٤٧,٠٤٠	٪٧٠
٣,٨٧٥	٣٥٤,٧٨٢	٩١٥٦,٢١٨	٦٢,٦١٨	٥٨,٧٣٦	٪٨٠
٣,٩٧٤	٤٦٣,٥١٨	١١٦٦٤,٤١٤	٧٧,٥٢٠	٧٣,٦٣٥	٪٩٠
٣,٣٨٨	٦٩٩,١٩١	٢٠٦٣٩,٥٨٣	١٠٠,٠٠٠	١٠٠,٠٠٠	٪١٠٠
					الإجمالي
					٦٦٢٢
					إجمالي إنفاق القطاع العائلي
					٥١٨٤٠٥٤٦
					إجمالي الصحة
					٢٠٥٩٦٦٦

المصدر: حسب من إحصائيات الإنفاق للجهز المركزي للتعبنة والإحصاء ٩٥ / ١٩٩٦ بواسطة هبة الليثي

الجدول (١٣): نسبة الإنفاق العام على الصحة إلى إجمالي الإنفاق العام خلال الفترة ١٩٨٢/٨١ - ١٩٩١/٩٠ و١٩٩٦/٩٥ (%)

السنة	الريف	الحضر
٨٢/١٩٨١	١,٨	١,٨
٩١/١٩٩٠	٣,٥	٣,٣
٩٦/١٩٩٥	٣,٥٣١	٤,٦٩٠٦

المصدر: إحصائيات الإنفاق للجهاز المركزي للتعبئة والإحصاء.

الجدول (١٤): الزيارة الأخيرة للمرضى حسب فئات الدخل ١٩٩٥/٩٤

المرفق الصحي	مستوى الإنفاق		
	محدودو الدخل %	متوسط %	مرتفع %
الحكومة	٪٧٧,٨	٪٧٠,٤	٪٥٦,١
عام	٪١٢,٨	٪١٤,٨	٪١٢,٣
خاص	٪٧,٧	٪١٣,٧	٪٢٧,٨
أخرى	٪١,٦	٪١,١	٪٣,٩

المصدر: حسبت من بيانات إحصاء الإنفاق على الصحة. ١٩٩٥/٩٤ DDM & CDC.

الجدول (١٥أ): متوسط إجمالي إنفاق المرضى المقيمين حسب فئات الدخل ١٩٩٥/٩٤

المرفق الصحي	مستوى الأنفاق		
	قليل	متوسط	مرتفع
الحكومة	١٢٠,٥	٩٧,٥	٢٣١,٥
عام	٤٦	١٣٦,٥	٨٦٤,٥
خاص	٢٤٤,٢٥	٢٢١,٥	٩١٨,٢٥
أخرى	٣٠	١٩٤	٢٢٢

المصدر: حسبت من بيانات إحصاء الإنفاق على الصحة. ١٩٩٥/٩٤ DDM & CDC.

الجدول (١٥ب): متوسط إجمالي إنفاق المرضى من الخارج حسب فئات الدخل ١٩٩٥/٩٤

مكان المرضى من الخارج	مستوى الأنفاق بالجنيه		
	قليل	متوسط	مرتفع
الحكومة	٩	١١	١٦,٨٣
عام	٤	٤	٨
خاص	١٢,٧٥	١٦,٧٥	٣٩
وحدات الصحة بالمسجد والكنيسة	١٣	٢٠	٢٣
DK	٣٠	١٥	٦١

المصدر: حسبت من بيانات إحصاء الإنفاق على الصحة. ١٩٩٥/٩٤ DDM&CDC.

الجدول رقم (١٦): التكلفة كسبب لعدم الرضا عن مستوى الخدمات الصحية حسب فئات الدخل المختلفة

مستوى الإنفاق			المرفق الصحي
مرتفع %	متوسط %	قليل %	
مكان المرضى الخارجين			
٪٤٠،٠	٪٥١،٨	٪٨٣،٣	حكومة
٪٠،٠	٪٣،٧	٪٠،٠	عام
٪٦٠،٠	٪٢٩،٦	٪١٦،٧	خاص
٪٠،٠	٪١١،١	٪٠،٠	وحدات الصحة بالمسجد والكنيسة
مكان المرضى المقيمين			
٪١٠٠،٠	٪٨٠،٠	٪٦٦،٧	حكومة
٪٠،٠	٪٢٠،٠	٪١٦،٧	عام
٪٠،٠	٪٠،٠	٪١٦،٧	خاص

المصدر: حسبت من بيانات إحصاء الإنفاق على الصحة، ٩٤/ ١٩٩٥ & DDM.

الجدول (١٧): التوزيع الإقليمي لأسرة وزارة الصحة (١٩٩٨/٩٧)

المحافظة	عدد الأسرة	%	عدد السكان	%
القاهرة	٩٢٨٨	١١،٢	٦٩٥٥	١١،٨
الإسكندرية	١٠٣٥٩	١٢،٤	٣٤٣١	٥،٨
بور سعيد	١٦٨٢	٢،٠	٤٦٧	٠،٨
السويس	٩١١	١،١	٤١١	٠،٧
المحافظات الحضرية	٢٢٢٤٠	٢٦،٧	١١٢٦٤	١٩،١
دمياط	٢٤٣٩	٢،٩	٨٩٨	١،٥
الدقهلية	٤٦٢٤	٥،٥	٤٢٢٦	٧،٢
الشرقية	٣٥٠٩	٤،٢	٤٢٢٠	٧،١
القليوبية	٧٥٦٨	٩،١	٣٠٤٥	٥،٢
كفر الشيخ	٢٤٢٣	٢،٩	٢٢٦٦	٣،٨
الغربية	٦٨٣٥	٨،٢	٣٤٣٧	٥،٨
المنوفية	٣٤١٠	٤،١	٢٦٧٢	٤،٥
البحيرة	٣٥٤٦	٤،٣	٣٩٦٨	٦،٧
الإسماعيلية	١٣٦١	١،٦	٦٨١	١،٢
مصر السفلى	٣٥٧١٥	٤٢،٨	٢٥٤١٣	٤٣
الجيزة	٤٥٩٥	٥،٥	٤٥٢٥	٧،٧
بنى سويف	١٦٠٤	١،٩	١٨٣٦	٣،١
الفيوم	١٨٩٦	٢،٣	١٩٩٥	٣،٤
المنيا	٤٥٣٦	٥،٤	٣٣٧٢	٥،٧
أسيوط	٤٦١٨	٥،٥	٢٨٤٣	٤،٨
سوهاج	٣٣٣١	٤،٠	٣١٣٦	٥،٣
قنا	١٦٦٥	٢،٠	٢٧٦٦	٤،٧
الأقصر	٢٨٦	٠،٤	١٥٩	٠،٢
أسوان	١٤٢٣	١،٧	١٠٤٢	١،٨
مصر العليا	٢٣٩٥٤	٢٨،٧	٢١٦٧٤	٣٦،٧
البحر الأحمر	٢٥٠	٠،٣	١٢٠	٠،٢
الوادي الجديد	٤٣٠	٠،٥	١٣٦	٠،٢
مطروح	٣٤٤	٠،٤	١٨٦	٠،٣
شمال سيناء	٣٥١	٠،٤	٢١٩	٠،٤

المحافظة	عدد الأسرة	%	عدد السكان	%
جنوب سيناء	١٣٧	٠,٢	٣٥	٠,١
محافظة الحدود	١٥١٢	١,٨	٦٩٦	١,٢
مصر	٨٣٤٢١	١٠٠	٥٩٠٤٧	١٠٠

المصدر: بيانات الجهاز المركزي للتعبئة والإحصاء ووزارة الصحة.

الجدول (١٨): توزيع استثمار وزارة الصحة والسكان على محافظات الجمهورية (١٩٩٨/٩٧ - ٢٠٠١/٢٠٠٢)

المحافظات	الاستثمار (٠٠٠)	توزيع السكان
القاهرة	٤١٥٤٠٠	١٩,٨
الإسكندرية	٨٤٥٦٥	٤
بور سعيد	٣٥٣٨٠	١,٧
السويس	٣١٢٤٥	١,٥
المحافظات الحضرية	٥٦٦٥٩٠	٢٧
دمياط	٩٩٧٩٥	٤,٨
الدقهلية	٨٠٤٢٥	٣,٨
الشرقية	١٢٤٩٥٥	٦
القليوبية	١٢٥٣٧٥	٦
كفر الشيخ	٣٩٤٩٠	١,٩
الغربية	٤٢١٨٥	٢
المنوفية	٩٥٤٢٥	٤,٦
البحيرة	٨٦٣٢٥	٤,١
الإسماعيلية	٧٦٨١٥	٣,٦
مصر السفلي	٧٧٠٧٩٠	٣٦,٨
الجيزة	٢٦٢٦٠٥	١٢,٥
بنى سويف	٢٨٨١٠	١,٤
الفيوم	٣١٦٠٠	١,٥
المنيا	٤٣٠٦٥	٢,١
أسيوط	٤٢٢٠٠	٢
سوهاج	٦١٤٣٥	٢,٩
قنا	٤٥١٧٥	٢,٢
الأقصر	٢٧٤٠٠	١,٣
أسوان	٢٤٨٧٥	١,٢
مصر العليا	٥٦٧١٦٥	٢٧,١
البحر الأحمر	٣٣٣٤٠	١,٦
الوادي الجديد	٢٩١٥٠	١,٤
مطروح	٢٨٨٦٠	١,٤
سيناء الشمالية	٢٣٤٨٠	١,١
سيناء الجنوبية	٧٦٢٧٥	٣,٦
محافظة الحدود	١٩١١٠٥	٩,١
مصر	٢٠٩٥٦٥٠	١٠٠

المصدر: وزارة لتخطيط (١٩٩٧).

الجدول (١٩): معدلات الاستخدام في المستشفيات العامة والمركزية

معدل الإشغال للأسرة بالمستشفيات العامة	السنة	معدل الإشغال الأسرة في المستشفيات الحكومية	السنة
٥٦,٩٦	١٩٨٨	٥٠,١٥	١٩٨١
٤٧,٩٦	١٩٨٩	٦٢	١٩٨٢
٤٨,٤٩	١٩٩٠	٦٩	١٩٨٣
٤٩,١٧	١٩٩١	٦٣	١٩٨٤
٤٢,٨٧	١٩٩٢	٥٤,٩٥	١٩٨٥
٤٣,٩٤	١٩٩٣	٦٣,٣٣	١٩٨٦
٤٢,٢٨	١٩٩٤	٥٣,٣٩	١٩٨٧

المصدر: وزارة الصحة. بيانات غير منشورة.

## المراجع

### أولاً: باللغة العربية

١. المجالس القومية المتخصصة. ١٩٩٦.
٢. مجلس الشورى. ١٩٩٨. التأمين الصحي في مصر.
٣. وزارة التخطيط. ١٩٩٨. الخطة القومية ١٩٩٨/٩٧.

### ثانياً: باللغة الإنجليزية

1. Berman, Peter. 1995. The Financing of Health Services in Egypt, DDM-Data for Decision Making. Egypt: Strategies for Health Sector, Change, Harvard University, USAID.
2. Des Rochers. 1996. Health Care Financing, Egypt's. World Bank's Health Sector Reconnaissance Mission.
3. Human Research Center for AID Egypt. 1996. "Social Vulnerability and Health Reform" Abt Associates, University Research Cooperation.
4. Institute National Planning (INP). 1996. Human Development Report, Egypt.
5. Kemprecos, L. 1993. Health Care Financing in Egypt, Cost Recovery For Health Project, Cambridge Consulting Cooperation.
6. Nassar, H. 1995. Health and Development. INP Egypt Human Development Background Paper.

## الفصل الخامس :

### نظام التسجيل والمعلومات في القطاعات الصحية

أ. د. يوسف وهيب

لن نستفيض في الحديث عن أهمية المعلومات في التخطيط واتخاذ القرار الرشيد في المجال الصحي، فقد أصبحت هذه الحقيقة من الأمور المسلم بها على نطاق واسع. ويبدو أن إدراك قيمة المعلومات في القطاع الصحي ليس بالأمر المستحدث كما قد يظن البعض. ولكنه واكب تطور ونمو نظام الرعاية الصحية الحديث في مصر منذ نشأته في مطلع القرن التاسع عشر. كما سيتضح من الموجز التاريخي الوارد في هذا الفصل.

#### مصادر المعلومات للقطاع الصحي

هناك مصدران رئيسيان للمعلومات في المجال الصحي وهما: السجلات الروتينية والمسوح الخاصة. والسجلات الروتينية تعني بها السجلات التي تقتضي القوانين واللوائح المنظمة للعمل استيفائها بشكل منتظم وذلك لخدمة أغراض معلوماتية وأغراض أخرى (قانونية، إدارية، الخ....). ولا تعني كلمة "روتينية" المعنى السلبي الذي التصق بها في مجتمعنا من جمود وتعويق وسطحية ومظهرية اهتمام بالشكل على حساب الجوهر والمضمون وبالتالي عدم التركيز على صدق ودقة البيانات في المجال المعلوماتي ما دام الشكل مستوفي طبقاً للتعليمات.

والسجلات الروتينية في كافة دول العالم هي مصدر رئيسي (بل المصدر الرئيسي) للمعلومات في المجال الصحي. فهذه السجلات التي تتضمن تسجيلاً منتظماً للمواليد والوفيات ووقائع حدوث المرض (أمراض معدية - أمراض غير معدية - إصابات) ونشاط الرعاية الصحية والعمالة الصحية والعوامل المتحكمة في حدوث المرض والوفاة. كانت وستظل مصدراً ممتازاً للمعلومات في القطاع الصحي. وإذا قارناها بالمصدر الرئيسي الآخر وهو المسوح الخاصة، فإنها تنفرد بعدة مزايا منها ما يلي:

أولاً: **الشمول**. فهي تشمل (أو مفترض أن تشمل) كافة الوقائع في المجال موضع التسجيل وليس عينة من هذه الوقائع. أما المسوح فهي عادة تتم عن طريق العينة. مما يطرح دائماً مجالاً للتساؤل عن دقة تمثيل العينة وبالتالي إمكانية التعميم من نتائجها للمجتمع بأكمله وكذلك كفاية حجم العينة وبالتالي مدى هامش الخطأ في التقديرات.

ثانياً: **الاستمرارية الزمنية** - فالجمع عن طريق السجلات يتم بشكل دائم. يسمح بالمقارنة بين فترات زمنية مختلفة. بينما المسوح تتم عند مقطع زمني معين أو عند مقاطع زمنية معينة.

تسمح بالمقارنة فقط عند هذه المقاطع الزمنية. أما ما بينها فالأمر متروك للاستنتاج الرياضي بأساليب مختلفة.

ثالثاً: تحميل التكلفة الاقتصادية على البنية الأساسية للمؤسسة - استيفاء السجلات الروتينية يقوم به عادة عاملون بالمؤسسات الصحية ضمن أنشطتهم المعتادة اليومية وبشأن هذه الأنشطة ما يخفض تكلفة جمع البيانات. كما أن جمع هذه البيانات ليس فقط للأغراض المعلوماتية بل إنه يخدم أغراضاً أخرى كالحفاظ على حقوق قانونية أو إدارية للمؤسسة أو للأفراد العاملين بها أو الأفراد المنتفعين بخدماتها ما يعظم من عائد تكلفة جمع البيان. بينما المسوح تحتاج لتصميم خاص وتنظيم خاص وبالتالي تكلفة واعتمادات مالية إضافية.

رابعاً: تخصيص القائمين باستيفاء السجلات الروتينية - فالبيانات يتم جمعها بواسطة عاملين في مجال نشاطهم اليومي الذي مارسوه لفترة طويلة وبألفونه تماماً. بينما المسوح تتم بواسطة أفراد يتم تدريبهم خصيصاً لهذا الغرض وربما يكون المجال جديداً تماماً بالنسبة لهم. كما أن العاملين بالمؤسسة عند استيفائهم للسجلات يشعرون (أو ينبغي أن يشعروا) أن ما يجمعونه ويسجلونه من بيانات سيفيدهم شخصياً في تطوير أدائهم الوظيفي وأداء مؤسساتهم. والأمر مختلف بالنسبة لمن يعمل في مسح من المسوح لفترة معينة لحساب مؤسسة معينة ولن تتاح له شخصياً فرصة الاستفادة من نتائج المسح. وبالتالي يقل عنده الحافز الشخصي.

خامساً: تقبل الأفراد الذين يتم جمع البيانات منهم لهذا الإجراء - يتم جمع البيانات بشكل تلقائي للسجلات الروتينية. فالمواطن يقدم بنفسه للإبلاغ عن حالات الميلاد والوفاة. كما أن المريض يرى أنه من المنطقي الإجابة عن أية أسئلة توجه إليه بشأن حالته. والعاملون بالمؤسسات الصحية يرون أنه من الطبيعي أن يقدموا أية بيانات تطلبها جهة عملهم منهم. بينما في المسوح بالعينة يحتاج الأمر لجهد لإقناع المستجيب بمبررات البحث وفوائده. ولماذا وقع عليه الاختيار هو شخصياً دون غيره لتوجيه الأسئلة عليه ما قد يؤثر على تقبله للاستجابة بما يتراوح من عدم الاكتراث إلى حجب بعض البيانات إلى الرفض الصريح للتعاون.

ومن ناحية أخرى. فهناك مزايا للمسوح الخاصة على السجلات الروتينية. (بل إن بعض مزايا السجلات قد تنقلب في حالات معينة إلى عيوب). ونجمل مزايا المسح كمدخل لجمع البيانات فيما يلي:

أولاً: جمع بيانات غير متضمنة بالسجلات الروتينية - فالسجلات الروتينية لا تتضمن عادة إلا عدداً محدوداً من البيانات الأساسية حتى يتسنى جمعها من الكافة. وهي عادة بيانات لا تتطلب مهارة كبيرة في جمعها.

ثانياً: جمع البيانات بكفاءة أكبر ودقة أعلى - التركيز على عينة محددة من المجتمع يسمح بجودة بيانات عالية الجودة بواسطة أفراد مدربين على مستوى عالٍ وحتّى إشراف دقيق وضبط لجودة الأداء (يمكننا المقارنة مثلاً بين دقة القياسات الأنثروبومترية من طول ووزن وخلافه التي يتم جمعها في الدراسات المسحية الخاصة مثل المسح الصحي والديموجرافي (DHS) وتلك التي يتم جمعها بشكل روتيني في مراكز رعاية الأمومة والطفولة أو برامج الصحة المدرسية). فرغم أن تكرار الجمع

لنفس البيانات يكسب جامع البيانات خبرة. فإنه قد يصاب بالملل مع طول الزمن ويفقد الحماس. خصوصاً إذا لم يكن يرى مردوداً واضحاً لجهدده. وإذا كان نشاط جمع البيانات وتسجيلها يتم على حساب أنشطة أخرى قد يراها أكثر أهمية وأقرب صلة بتخصصه المهني. فقد يتراجع مستوى الدقة والإتقان في أدائه. بينما من يجمع البيانات في مشروعات المسح الصحي قد يرى أنه مقبل على خبرة جديدة فيمارس عمله بشغف وحماس ورغبة في تحقيق الذات بما يرفع مستوى أدائه.

**ثالثاً: الإجابة على تساؤلات محددة أو مواجهة مشكلة محددة تثير اهتمام المخططين وصناع القرار** ويتم تخطيط المسح خصيصاً لبحثها.

## الدورة المعلوماتية

عندما نتحدث عن نظم المعلومات، فإن أول ما يتبادر لذهن البعض هو مصادر المعلومات وهم محقون في ذلك إلى حد كبير. فلا توجد فائدة من أي نظام للمعلومات ما لم يكن مؤسساً على بيانات دقيقة ومعلومات صحيحة. ولكن ينبغي أن نتذكر أن المعلومة من خلال منظور ديناميكي متحرك لا المنظور الاستاتيكي الثابت. فهناك دورة للمعلومات تشبه دورة الحياة للكائن الحي ويمكن تصورها كما يلي:

١. التخطيط المعلوماتي: لتحديد المعلومات المطلوب جمعها لدعم اتخاذ القرار.
٢. الإعداد لجمع المعلومة (من تصميم نماذج وتدريب وإعلام الخ..).
٣. جمع المعلومة (بما في ذلك عمليات ضبط الجودة والمراجعة والتدقيق).
٤. تحليل المعلومة (إدخال بيانات، تحليل إحصائي، الخ...).
٥. استقراء البيانات والخلوص بالاستنتاجات.
٦. عرض النتائج وتوفيرها لصناع القرار وغيرهم من المهتمين.
٧. ترشيح السياسات والقرارات والأساليب التنفيذية في ضوء ما توافر من معلومات.
٨. تقييم تأثير التعديل الذي تم في السياسات والأساليب التنفيذية، وفي ضوء هذا التقييم يتم تحديد جديد للاحتياجات المعلوماتية لمواجهة الفجوات والثغرات التي يظهرها التقييم. أي أننا نعود ثانية للخطوة الأولى لتبدأ الدورة المعلوماتية من جديد.

وبعد هذا التقديم فإننا سنتناول في هذا الفصل بإيجاز الموضوعات التالية:

١. تطور نظام المعلومات الصحي في مصر.
٢. إعداد الكوادر البشرية للعمل في التسجيل الطبي في مصر.
٣. المسوح الصحية كمصادر للمعلومات في مصر.
٤. الجهات المستقبل في نظم المعلومات الصحية في مصر.

## تطور نظام المعلومات الصحي في مصر

لا ينفصل تطور نظام المعلومات عن تطور القطاع الصحي نفسه. ويتأثر نظام المعلومات في كل مرحلة بالفلسفة والفكر الحاكمين لهذه المرحلة. والمصادر قليلة ومعظمها غير منشور أو غير متوافر لكتابة تاريخ نظم المعلومات الصحية بمصر. ولكن في حدود ما أمكننا التوصل إليه من تقارير ومراجع فإننا نوجز هذا التطور فيما يلي:

- في عصر الوالي محمد علي صدرت لائحة بقيد المواليد والوفيات (عام ١٨٣٨).
- في عام ١٨٥١ أنشئت دفاتر لقيد المطعمين (ضد الجدري) في مكاتب صحة القاهرة.
- في عام ١٨٧٠ (بتاريخ ٢٢ مارس) نشرت جريدة الوقائع المصرية الرسمية أول إحصاء للمواليد والوفيات وعدد الذين لقحوا ضد الجدري وعدد الذين عولجوا بالمستشفيات (كان عدد المواليد: ١٩٥٢٢٤ منهم ١٠٢٩٢٨ من الذكور و٩٢٢٩٦ من الإناث. وعدد الوفيات: ١١٥٦٦٣ منهم ٦٢٢٠٨ من الذكور و٥٣٤٥٥ من الإناث وعدد المطعمين ١٣٥٥٩٠ منهم ٧١٠٥٧ من الذكور و٦٤٨٩٣ من الإناث).
- عام ١٨٨٤ أنشئت إدارة لمصالح الصحة العمومية تابعة لنظارة (وزارة) الداخلية. وفي عام ١٩٢٠ تقرر رفع درجة رئيس مصلحة الصحة العمومية حينذاك لتشمل أربعة أقسام فنية منها "قسم المسائل الصحية" وكان لهذا القسم عدة اختصاصات منها الإحصاء والتخطيط.
- في عام ١٩٣٦. أنشئت وزارة الصحة العمومية واستقلت عن وزارة الداخلية.
- في عام ١٩٥٩ صدر قرار جمهوري بإعادة تنظيم وزارة الصحة العمومية وأنشئت إدارة للإحصاء والتنظيم تشمل أربعة أقسام (التخطيط - متابعة المشروعات - الإحصاء - التنظيم).
- نص قرار وزاري لاحق في نفس العام على أن اختصاص قسم الإحصاء بإدارة الإحصاء والتنظيم هو أعمال الإحصاء الصحي لوحدات الوزارة وتحليل الإحصائيات وتبويبها واستقراء النتائج وإعداد الرسوم البيانية والاشتراك مع الإدارات العامة المختصة في تقديم المقترحات اللازمة في هذا الشأن على ضوء هذه الدراسات.
- ونلاحظ هنا أمرين لافتين للنظر وهما: وضوح الرؤية لدى صناع القرار في هذا الوقت المبكر بشأن ارتباط الإحصاء والمعلومات بشكل وثيق بالتخطيط. حتى أنهما قد جمعا في إدارة واحدة. وكذلك الإدراك الواضح لأهمية الاشتراك مع الإدارات العامة المختصة (وليس مجرد التنسيق) لوضع خطة جمع البيانات والاستفادة منها (بما يتطابق مع مفهوم الدورة المعلوماتية).
- ارتقى المستوى الوظيفي لقسم الإحصاء بعد ذلك ليصبح إدارة مستقلة ثم إدارة عامة للإحصاء.
- في عام ١٩٨١ صدر قرار السيد رئيس الجمهورية رقم ٦٢٧ لسنة ١٩٨١ بشأن إنشاء مراكز للمعلومات والتوثيق في كافة الوزارات والهيئات وبناء عليه صدر قرار وزير الصحة بأن تتحول

الإدارة العامة للإحصاء بالوزارة إلى مركز للمعلومات والتوثيق. وتم الاتفاق مع المركز القومي للإحصاءات الصحية بالولايات المتحدة الأمريكية NCHS لتبادل الخبرة الفنية لتطوير العمل بمركز المعلومات والتوثيق بوزارة الصحة المصرية وتم إدخال الحاسبات الدقيقة (الميكروكومبيوتر) بشكل تجريبي في مديرية الصحة بالفيوم، ثم بالإسماعيلية، ثم تم تعميمها بجميع المحافظات.

وكانت مصلحة الصحة العمومية حُرس على إصدار تقرير سنوي، به الكثير من المعلومات المفيدة، وأقدم تقرير من هذا النوع تمكنا من الإطلاع عليه هو التقرير الخاص لعام ١٩١٦، وهو تقرير مجلد مطبوع طباعة جيدة يقع في ٩٥ صفحة بلغة إنجليزية راقية صادر عن مصلحة الصحة العمومية بوزارة الداخلية المصرية ومتاح للبيع بمبلغ قدره عشرون قرشاً من مكتب المطبوعات الحكومية، ويشمل عشرة أبواب كل منها يشمل عدة فصول. وقد يكون من المفيد استعراض بعض العناوين التي اشتمل عليها التقرير فمنها على سبيل المثال: الإحصاءات الحيوية (من تعداد للسكان ومواليد ووفيات ووفيات الرضع لجميع المحافظات والمديريات مصنفين إلى مصريين وأجانب)، والفحوص الطبية الشرعية، والأماكن الملوثة للبيئة، والمستشفيات الحكومية (عدد الأسرة، وعدد المرضى بالقسم الخارجي والقسم الداخلي، ومعدل وفاة المرضى، وعدد أيام العلاج، وعدد العمليات الجراحية، والتكلفة، والدخل، وذلك لجميع المحافظات بالإضافة لتصنيف المرضى طبقاً للتشخيص)، والإحصاءات الخاصة بالمستوصفات الحكومية، ومستوصفات رعاية الأم والطفل، ومدارس المولدات (الدايات)، ومستشفيات الرمد، والحميات، والحج، والمولد، وحلالي الصحة، والحجر الصحي، والمعامل (بكتريولوجية، كيميائية، تحليل مياه، لقاحات، الخ)، وأعمال القومسيونات الطبية، والصيدليات، والمخازن الدوائية، وميزانية الصحة، والعاملون بها، وعدد الأطباء وسائر المهن الصحية والتشريعات الصحية الصادرة خلال العام، ولا يسعنا سوى إبداء الإعجاب بهذا الجهد في ذلك الوقت رغم عدم توافر الإمكانيات الحديثة من حاسبات آلية ووسائل اتصال متقدمة.

وكانت مصر سباقة كذلك في الأخذ بنظام التصنيف الدولي للأمراض، وهو نظام لوضع رموز موحدة دولياً للأمراض وأسباب الوفاة، بهدف تيسير المقارنة بين إحصاءات الدول المختلفة ولسنوات مختلفة دون خوف من حدوث أخطاء بسبب الإشارة لنفس المرض بأسماء مختلفة أو استعمال نفس الاسم للإشارة لأمراض مختلفة. وهذا التصنيف تصدره منظمة الصحة العالمية منذ تأسيسها بعد الحرب العالمية الثانية (وكانت تصدره عصبة الأمم قبل ذلك) - فاعتباراً من عام ١٩٥٠ قررت وزارة الصحة العمومية تعميم استعمال التصنيف الدولي للأمراض، وقامت بإعداد دليل إرشادي للأطباء، لكتابة أسباب الوفاة مصنفة طبقاً للدليل الدولي.

ولم يقتصر نشر الإحصاءات ذات الأهمية الصحية على وزارة الصحة، فقسم الإحصاء بالإدارة العامة للصحة المدرسية بوزارة المعارف العمومية كان ينشر تقارير سنوية خاصة بها (كانت الصحة المدرسية تتبع وزارة المعارف "التربية والتعليم" لفترات طويلة). والتقرير الخاص بالعام الدراسي ١٩٤٨ - ١٩٤٩ يقع في أكثر من ١٠٠ صفحة، ومن محتوياته القيمة جداول خاصة

بمتوسطات الأوزان والأطوال ونسب الإصابة بالأمراض. لو توافر الباحثون على دراستها ومقارنتها لسنوات مختلفة لبينت تطور الحالة الصحية للطالب المصري عبر السنين.

وكانت مصلحة عموم الإحصاء التابعة لوزارة المالية تصدر نشرة سنوية عن المواليد والوفيات والأمراض المعدية. وكانت هذه النشرة بالغة التفصيل (نشرة عام ١٩٢٢ تقع في أكثر من ٧٠ صفحة، وتحتوي التفاصيل على مستوى الأقسام والمراكز وليس فقط المحافظات والمديريات).

ولا تفوتنا الإشارة إلى التقرير الإحصائي السنوي الذي صدر عام ١٩٧٢ في عهد السيد الوزير الدكتور محمود محفوظ والذي صدر في شكل مجلد كبير تزيد صفحاته عن ٣٥٠ صفحة، ويتضمن ضمن ما يتضمن لأول مرة، تقريراً مطولاً عن السياسة الصحية مؤكداً بذلك إيمان الوزارة بأن الإحصاءات هي الأساس الذي تبنى عليه السياسة الصحية.

## الوضع الحالي للمركز القومي لمعلومات الصحة والسكان

أنشئ المركز القومي لمعلومات الصحة والسكان بقرار وزاري في يوليو ١٩٩٨ تابعاً مباشرة لقطاع مكتب الوزير، وتم الاستفادة بمبلغ يقارب المليون دولار من المعونة الأمريكية المخصصة لوزارة الصحة والسكان لتطوير أحد مباني الوزارة ليكون مقراً لهذا المركز بالإضافة لإدارة التخطيط، إذ يشغل المركز ثلاثة أدوار من المبنى، وتشغل إدارة التخطيط دوراً واحداً، وروعي أن يضم مبنى واحد كلا النشاطين (المعلومات والتخطيط) تأكيداً على الارتباط العضوي بينهما، ولا ننسى أنهما كانا يتبعان إدارة واحدة حتى قرب نهاية الخمسينيات.

وقام وزير الصحة والسكان بافتتاح المركز بعد تطويره يوم ١ ديسمبر ١٩٩٨ بحضور وزيرة الصحة الأمريكية في ذلك الوقت (دونا شلالا).

ويضم المركز خمس إدارات: الحاسبات، الإحصاءات والمعلومات، النشر، التوثيق والمكتبات، دعم اتخاذ القرار.

كما أن بالمركز برامج ووحدات وأنشطة منها: التدريب في مجال المعلومات (وقد أقيم لهذا الغرض مركز تدريب متقدم مقره مستشفى المنيرة بالقرب من الوزارة)، السجل القومي للسرطان، شبكة الإنترنت بالوزارة والمستشفيات، التخطيط لتكنولوجيا إدارة المعلومات، شبكة معلومات بنوك الدم، الخ.

وطبقاً لتوصيف المركز ضمن الهيكل التنظيمي لوزارة الصحة والسكان، فإن المركز:

- يعتبر وحدة البيانات الأساسية في وزارة الصحة والسكان.
- يكون مسؤولاً عن تطوير واستمرارية إدارة نشاط تكنولوجيا المعلومات لوزارة الصحة والسكان.
- يكون مسؤولاً عن كافة نظم المعلومات والتقارير الصحية على المستوى القومي.
- عليه التعاون مع كافة الوحدات التابعة لوزارة الصحة والسكان في سبيل استكمال وتكامل نظم المعلومات الصحية.

وبناءً عليه تم وضع معايير محددة لعمل المركز تتمثل فيما يلي:

١. اعتبار المركز هو الوحدة المركزية الرئيسية لتنظيم المعلومات لكافة الوحدات التابعة للوزارة.
٢. التعاون في تصميم وتطوير نظام متكامل فعال لنظام المعلومات الصحي القومي.
٣. إتاحة كافة المعلومات الصحية لدعم وتنفيذ السياسة الصحية لكافة الإدارات الحالية التابعة لوزارة الصحة والسكان وما يستجد من هذه الإدارات.
٤. أن يكون مسئولاً عن إيجاد وتحديد سبل التعاون مع مراكز المعلومات على مستوى مديريات الشئون الصحية بالمحافظات والإدارات الصحية.

وتحددت مسؤوليات المركز على أنها:

- تخطيط وتصميم وتطبيق ودعم كافة معايير نظم وتكنولوجيا المعلومات.
- وضع معايير نظم المعلومات الخاصة بنظام المعلومات الصحي للوزارة.
- تدريب مثلي مراكز المعلومات الصحية بالمحافظات والإدارات الطبية على نظم المعلومات الصحية مع تطبيق المعايير الخاصة بذلك.
- تصميم وتطوير نظم المعلومات القيادية التي تستخدم بواسطة الإدارة العليا.

وتحددت وسائل تحقيق المهام والمسؤوليات كما يلي:

- تجميع ومعالجة وتدقيق وتحليل البيانات الصحية لكافة الوحدات التابعة لوزارة الصحة سواء في الديوان العام للوزارة أم مديريات الشئون الصحية أم الإدارات أم الوحدات الصحية بكافة أنواعها.
- إنشاء نظام تدريبي ذي كفاءة عالية وديناميكية لتنفيذ ذلك على مستوى العاملين بوزارة الصحة أو الإدارات الصحية في المحافظات.
- التعاون الهيكلي الفعال بين كافة وحدات المعلومات بدءاً من المستوى المركزي حتى مستوى المحافظات والمراكز والوحدات الصحية.
- أن يكون المركز هو بنك المعلومات الصحية وذلك عن طريق تنظيم وإنشاء مكتبة قومية عصرية لكافة المعلومات الصحية على أحدث المستويات التكنولوجية المتاحة.

## إتاحة كافة البيانات الصحية المسموح بها لمن يحتاجها

وذلك باستخدام الوسائل التالية:

- المطبوعات الإدارية.
- إنشاء موقع وزارة الصحة على شبكة المعلومات (الإنترنت).
- الحملات الإعلامية المرئية والمسموعة وغيرها من الوسائل.

ويصدر المركز تقريراً سنوياً مطولاً وكذلك نشرة مختصرة يتناول فيها المعدلات السكانية والصحية وبيانات عن الوحدات والمستشفيات التابعة لوزارة الصحة وأنشطتها وبيانات عن العمالة الصحية (أطباء وتمريض وغير ذلك).

## النظام القومي للمعلومات الصحية Health Information System

في محاولة لتوحيد وتحديث نظم المعلومات المختلفة في الجهات التابعة لوزارة الصحة والسكان تم تصميم النظام القومي للمعلومات الصحية وهو نظام للمعلومات متعدد المستويات ومستوياته هي:

1. المستوى القاعدي (مستوى جمع البيانات من الوحدات الصحية).
2. مستوى الإدارة الصحية (تقابل المركز أو الحي).
3. مستوى المديرية (تقابل المحافظة).
4. المستوى المركزي (مركز المعلومات بديوان وزارة الصحة والسكان).

ويهدف النظام القومي للمعلومات الصحية إلى:

1. تحويل جميع الأنشطة الخاصة بالمعلومات من النظام اليدوي إلى النظام الحاسوبي (الكومبيوتر) وذلك بدءاً من مستوى الإدارة الصحية فأعلى.
2. تطبيق نظام المعلومات الجغرافي (GIS).
3. إنشاء قاعدة بيانات مركزية بوزارة الصحة والسكان.
4. جمع بيانات صحيحة ومستوفاة من جميع المحافظات.
5. استخراج المؤشرات وتوزيعها.
6. التنسيق مع كافة القطاعات والمشاريع لمنع التكرار في جمع المعلومات.

ويغطي هذا النظام كافة القطاعات من وقائية وعلاجية ورعاية صحية أولية.

ويهدف النظام كذلك إلى التوحيد القياسي في مجال جمع المعلومات. لذلك فقد حدد 18 من نظم الأكواد الموحدة منها ما هو دولي: كنظام تكويد العقاقير أو نظام لتكويد الأمراض (التصنيف الدولي للأمراض - المراجعة العاشرة) ومنها ما هو محلي مثل نظم تكويد التخصصات المهنية أو أنواع الوحدات الصحية.

والغاية من هذا النظام دعم مقدرة متخذ القرار في المجال الصحي على اتخاذ القرار الأفضل والأكثر فعالية في المجال الصحي.

## تاريخ إعداد الكوادر البشرية للعمل في مجال التسجيل والإحصاء الطبي

من البديهيات أن مستوى المعلومات في المجال الصحي لا يمكن أن يكون أفضل من مستوى البيانات الأولية التي تم جمعها على المستوى الطرفي كأساس للمعلومات. فالحاسبات الآلية المتقدمة

والبرامج المتطورة لا يمكنها إنتاج بيانات عالية الجودة ما لم تكن البيانات الأولية الطرفية صحيحة ودقيقة. لذلك فلا يمكن إقامة نظام معلومات صحي مفيد ما لم تكن هناك كوادر بشرية مدربة تدريباً جيداً بالوحدات الطرفية لجمع البيانات.

ولا يقتصر جمع البيانات على أفراد معينين بالذات. فالأطباء وأفراد هيئة التمريض والإداريون وغيرهم، هم جامعون ومسجلون للبيانات. ولكن الأمر يحتاج بالإضافة الى ذلك لأفراد يكون التسجيل الطبي هو شغلهم الأساسي ونشاطهم الرئيسي وليس مجرد مهمة إضافية يمارسها البعض ربما دون اقتناع أو حماس. ولا يعنى هذا الاستغناء عن دور الفئات الأخرى فى عملية التسجيل الطبي. فهو دور لا يمكن الاستغناء عنه. فمن غير الطبيب مثلاً يمكنه قيد بيانات أسباب الوفاة بشكل صحيح بشهادة الوفاة أو كتابة تشخيص المرض بتذكرة المريض. ولك لا بد من وجود فنى للتسجيل الطبي للتأكد من أن كل فرد مكلف بتسجيل بيانات ما. قد أدى دوره بالفعل بشكل متقن وعليه كذلك أن يقوم بجدولة وفهرسة هذه البيانات واستخراج المؤشرات منها ثم تصعيدها للمستويات الأعلى بالإدارات الصحية ثم المدرجات ثم مركز المعلومات بالوزارة.

وعلى فنى التسجيل نشر "ثقافة التسجيل" بين كافة العاملين. أي تبصيرهم بأهمية التسجيل وتزويدهم بالبيانات والمعلومات التي تمكنهم من تطوير أدائهم حتى لا يفقدون حماسهم لدقة جمع البيانات إذ شعروا أن ما يبذلونه من جهد في جمع البيانات لا يؤدي لفائدة واضحة لهم وللمؤسسة التي يعملون بها.

واستشعاراً من وزارة الصحة لأهمية وجود كوادر فنية متخصصة في التسجيل الطبي والإحصاء. قامت بإنشاء شعبة التسجيل الطبي والإحصاء بالمعاهد الفنية الصحية. وقد أنشئت لأول مرة بالمعهد الفني الصحي بإمبابة عام ١٩٧٢. ثم تتابع إنشاء الشعبة في كافة المعاهد الصحية حتى أصبحت مثله في جميع المعاهد الفنية الصحية بالجمهورية (أحد عشر معهداً حتى الآن) والجدول رقم (١) يوضح تاريخ إنشاء شعبة التسجيل الطبي والإحصاء بالمعاهد المختلفة.

جدول (٥-١): تاريخ إنشاء شعبة التسجيل الطبي والإحصاء بالمعاهد الفنية الصحية

المعهد الفني الصحى	تاريخ إنشاء شعبة التسجيل الطبي والإحصاء
إمبابة	١٩٧٢
الإسكندرية	١٩٧٣
الزقازيق	١٩٧٥
أسيوط	١٩٨٠
المنصورة	١٩٨٠
طنطا	١٩٨١
بنى سويف	١٩٩١
سوهاج	١٩٩٢
بور سعيد	١٩٩٣
بنها	١٩٩٤
الإسماعيلية	١٩٩٥

وكان عدد خريجي الشعبة محدداً في بادئ الأمر ولكنه تزايد بسرعة. لا سيما في عقد التسعينيات (كما هو موضح في جدول ٢-٥).

ويبدو أن التوسع في القبول لم يواكبه تصور واضح (أو اقتناع واضح) بخصوص الاستفادة من الخريجين (رغم الحاجة الشديدة لهذا التخصص). مما أدى لتوزيع العديد من الخريجين في مواقع لا تمت بصلة لعملهم. كالعامل ككتبة على الآلات الكاتبة أو في أعمال السكرتارية أو الأعمال الإدارية والمالية والمخزنية. مما سبب شعوراً بالإحباط بين الخريجين بل حتى بين الطلاب الذين ما زالوا يدرسون بالشعبة.

جدول (٢-٥): عدد خريجي شعبة التسجيل الطبي والإحصاء بالمعاهد الفنية الصحية

الفترة الزمنية	عدد الخريجين	المتوسط السنوي
١٩٨٥-١٩٨١	٩٤٨	١٩٠
١٩٩٠-١٩٨٦	١٤٠٦	٢٨١
١٩٩٢	٥٣٦	
١٩٩٣	٦٣٧	
١٩٩٤	٣١٧	
١٩٩٥	٤٠٠	
١٩٩٦	٥١٩	

وقد تزايد عدد العاملين من فنيي التسجيل الطبي بوزارة الصحة (سواء كانوا يعملون في مجال تخصصهم أم غيره من المجالات). فبينما كان عددهم بالوزارة ١٣٠ فنياً فقط عام ١٩٨٢، بلغ عددهم في أول يناير ١٩٩٧، ٢٨١٢ فني تسجيل طبي قائماً بالعمل فعلاً. بالإضافة لحوالي ٤٠٠ على قوة الوزارة ولكن غير قائمين بالعمل (إعارات، إجازات، رعاية طفل، الخ). أي أنه في ١٥ عاماً تضاعف العدد أكثر من ٢٢ مرة. وبتاريخ أول يناير ٢٠٠١ كان عدد القائمين بالعمل من فنيي التسجيل الطبي ٤٢٥٦. بالإضافة إلى حوالي ٥٠٠ على قوة الوزارة غير قائمين بالعمل. ولا نرى أنه يوجد فائض. فلو افترضنا أن كل وحدة صحية أو مستشفى يحتاج إلى فني تسجيل طبي واحد فقط لتبين لنا أن العدد المتاح أقل من المطلوب. ولكن لا بد من سياسة رشيدة في التوزيع. لوضع الرجل المناسب في المكان المناسب.

## نظام الدراسة

يتم قبول الطلاب من حملة شهادة الثانوية العامة أو الثانوية التجارية (والغالبية بالفعل يحملون دبلوم الثانوية التجارية). وتشكل الطالبات الأغلبية (في عام ١٩٩٥ كان ٥٧٪ من خريجي الشعبة من الإناث. على عكس جميع الشعبات الأخرى بالمعاهد الفنية. حيث شكل الطالبات ١٤٪ فقط من الخريجين).

وتستمر الدراسة على مدى سنتين دراسيتين بواقع ٢٧ أسبوعاً في السنة الأولى و٣٠ أسبوعاً في السنة الثانية. ويتخلل العامين تدريب صيفي مدته ٤ أسابيع بواقع ٣٠ ساعة أسبوعياً.

ويعتمد التدريس إلى حد كبير على نظام الانتداب من كليات الطب ومن كبار العاملين بوزارة الصحة وغيرها من الهيئات. وجزء كبير من ساعات التدريس مخصص للجوانب العملية التطبيقية.

## المقررات

قامت وزارة الصحة والسكان عام ١٩٩٥ بمبادرة لتطوير مقررات شعبة التسجيل الطبي والإحصاء بالمعاهد الفنية الصحية وذلك لتواكب المتغيرات الحديثة في هذا المجال السريع التطور. وصدر القرار الوزاري رقم (٧٩) لسنة ١٩٩٦ مشتركاً من وزيرى التعليم العالى والصحة والسكان متضمناً التعديلات المقترحة وخرجت في شهر أغسطس ١٩٩٧ أول دفعة من الشعبة طبقاً لللائحة المطورة. وتضمن التطوير إدخال مقررات خاصة بالحاسب الآلى والتصنيف الدولى للأمراض ونظم الإدارة الصحية مع زيادة مكون التدريب العملي الميداني في المقررات.

وبالإضافة لذلك يدرس الطالب على مدار العامين مقررات في الإحصاء التطبيقي والمصطلحات الطبية باللغة الإنجليزية والمحاسبة المالية. هذا بالطبع بجانب تخصصه الأساسي في التسجيل الطبي حيث يقوم بدراسة كافة النماذج الإحصائية المطبقة بالوزارة والتي تم جمعها في نظام موحد.

## المسوح الميدانية كمصادر للمعلومات

رغم كل الجهود المبذولة لتحسين التسجيل الطبي، فلا زالت هناك مشاكل كبرى خاصة باستكمال التسجيل ونوعيته. فالإبلاغ عن وفيات الأطفال يعتبره قصور كبير لا سيما بالنسبة لوفيات الشهر الأول. قد قدرت بعض الدراسات نسبة هذا القصور في بعض المحافظات بحوالي ٦٠٪. ووفيات الأمهات يتم الإبلاغ عنها بصفة عامة. ولكن نتيجة التقصير في إيضاح أن سبب الوفاة راجع للأمومة (الحمل، الولادة، النفاس) فإن تقدير معدل وفيات الأمهات على أساس السجلات يكون دون الواقع. فعلى سبيل المثال، يتم تسجيل وفاة الأم على أن سببها "صدمة بالجهاز القلبي الدوري بسبب النزف" دون إيضاح أن النزف كان من الرحم أثناء الولادة.

وواضح أن القصور إما راجع لنقص وعي المواطن الذي قد يتراخى في الإبلاغ عن الوقائع الواجبة التبليغ. مثل المواليد أو الوفيات أو بعض الأمراض المعدية. أو لقصور في الأداء الفني للطبيب الذي يقوم باستيفاء بيانات التشخيص أو أسباب الوفاة أو غيرها من البيانات. وما لا شك فيه أن للتدريب والمتابعة والإشراف المنضبط دوراً في تصحيح هذه الأوضاع ولكن سيظل القصور موجوداً وبالتالي هناك خطورة في أن ترسم سياسات صحية بناء على مؤشرات إحصائية غير دقيقة مستمدة من بيانات يشوبها القصور.

والحل المكمل (ولا نقول البديل) هو المسوح الصحية الميدانية، فعن طريقها يمكن معرفة نسبة قصور التسجيل وتصحيح المؤشرات إلى حد كبير.

والمسوح الميدانية الصحية نشطة بمصر وتتراوح بين مسوح قومية ضخمة على عينات عشوائية مختارة على أساس علمي دقيق لتمثل المجتمع المصري إلى مسوح صغيرة على عينات عمدية في مناطق جغرافية محدودة، والكثير من بحوث الدكتوراه والماجستير في كليات الطب والتمريض وغيرها من الكليات تشتمل على مسوح ميدانية وكذلك العديد من المشاريع البحثية والخدمية.

ولأسف فإن الكثير من نتائج هذه المسوح غير منشور أو متوافر فقط في شكل تقارير غير متاحة على نطاق واسع. بل قد لا يعرف بوجودها أساساً الكثيرون من المهتمين بموضوع المسح. سنكتفي هنا بإعطاء ثلاثة أمثلة لمسوح قومية هامة:

### أ- المسح الصحي الديموجرافي

طبق هذا المسح لأول مرة في مصر عام ١٩٨٨. ثم تكرر في أعوام ١٩٩٢ و ١٩٩٥ و ٢٠٠٠. بالإضافة لمسحين محدودي الحجم نسبياً لأعوام ١٩٩٧ و ١٩٩٨. وقد اكتسب المسح الصحي الديموجرافي صفة المرجعية بالنسبة للعديد من الهيئات المحلية والدولية وذلك للأسباب التالية:

١. كبر حجم العينة. فالمسح الأخير لعام ٢٠٠٠ تم على حوالي ١٦٠٠٠ أسرة.
٢. التمثيل القومي. حيث يتم تمثيل كافة مناطق ومحافظات الجمهورية.
٣. اختيار العينة على أساس علمي بواسطة خبراء متخصصين. لتكون عينة عشوائية مثله بدقة للمجتمع المصري.
٤. المسح يتم لحساب المجلس القومي للسكان ووزارة الصحة والسكان وهي هيئات رسمية ويتم التنفيذ الفني عن طريق التعاقد مع جهات متخصصة ذات خبرة فنية طويلة.
٥. المسح يتوافر له التمويل الكافي وتتم به عمليات لضبط جودة الأداء.
٦. المسح يشمل بيانات عن التركيبة السكانية والخصوبة ووفيات الأطفال وصحة الطفل وصحة الأم والتعليم ومجالات أخرى. والبيانات متاح على شبكة الإنترنت بما يسمح للباحثين بإجراء تحليلات إحصائية مبتكرة للربط بين المتغيرات في مجالات مختلفة.
٧. تتوافر نتائج البحث خلال فترة قصيرة نسبياً من انتهاء العمل الميداني بما يسمح بالاستفادة من هذه النتائج لرسم السياسات. عكس مسوح أخرى لم تتوافر بياناتها إلا بعد سنوات تكون أحوال المجتمع قد تغيرت خلالها ويفقد البحث أية قيمة له بشأن المساعدة في اتخاذ القرار وتبقي له فقط الأهمية التاريخية.

### ب- المسح القومي للمراهقين المصريين

أجري عام ١٩٩٧ وشمل ٩١٢٨ من المراهقين والمراهقات وأسرههم واشتركت في إجراءاته خمس جهات علمية (منها ثلاث جامعات) وشمل جميع محافظات مصر (عدا محافظات الحدود). وسد هذا المسح فراغاً معلوماتياً كبيراً فيما يتعلق بالشرخة العمرية ١٠ - ١٩ سنة. لأن معظم المسوح كانت تركز في العادة على مرحلة الطفولة المبكرة. وشمل المسح بيانات خاصة بالتغذية والنمو ومراحل البلوغ والعادات الغذائية والتدخين والإعاقة واستعمال الخدمات الصحية من تأمين صحي مدرسي وغيرها. شمل كذلك الجوانب التعليمية بما في ذلك النواحي النفسية والاجتماعية في الحياة المدرسية. وتناول المسح أيضاً بيانات عن العمل والمعاملة الأسرية وممارسة الرياضة ووسائل الترفيه والتعرض للإعلام ووجهات النظر بشأن الزواج وتقاسم المسئوليات في الحياة الأسرية وغير ذلك من البيانات.

ونلاحظ هنا أن هذا المسح كمصدر للمعلومات يتميز بشموله لبيانات صحية مباشرة وبيانات في مجالات أخرى كالتعليم والحياة الاجتماعية. مما يمكن الباحثين من الربط بين الجوانب الصحية وهذه المجالات التي أصبح من المسلم به أن دورها في الصحة دور جوهري مؤثر للغاية.

### ج- الدراسة القومية لوفيات الأمومة ٢٠٠٠

هي ثاني دراسة قومية من نوعها إذ أن الدراسة الأولى أجريت في عامي ١٩٩٢ / ١٩٩٣. وقد أجرت كلتا الدراستين وزارة الصحة - قطاع رعاية الأمومة والطفولة بتمويل من هيئة المعونة الأمريكية. واعتمدت الدراسة على مقابلة أسر السيدات اللاتي توفين خلال عام ٢٠٠٠ وكانت أعمارهن تتراوح بين ١٥ سنة و٤٩ سنة. للتحقق من سبب الوفاة. إذ أنه من المعلوم. كما سبق الذكر. أن الوفيات في هذه الشريحة العمرية ينذر ألا يتم الإبلاغ عنها. أي أن نسبة الإبلاغ تكاد تكون كاملة. ولكن في كثير من الأحيان لا يتم تسجيل سبب الوفاة بالتفصيل الكافي. فلا يذكر أن الوفاة ارتبطت بالحمل أو الولادة أو النفاس. أي أن الوفاة تسجل ك وفاة ولكن ليس ك وفاة أمومة. وطريقة المقابلة المباشرة تتيح الفرصة للتعرف على ملابسات الوفاة بالتفصيل وهل هي مرتبطة بالأمومة أم لا. مما يسمح بالحصول على تقديرات دقيقة لمعدل وفيات الأمهات. وقد توصل المسح إلى أن معدل وفيات الأمهات لعام ٢٠٠٠ كان ٨٤ حالة وفاة أمهات لكل ١٠٠٠٠٠ مولود حي. وهو رقم يزيد كثيراً عن الرقم الذي تظهره السجلات العادية. ورغم هذا فهو يقل كثيراً عن الرقم الذي أظهره مسح ١٩٩٢ - ١٩٩٣ والذي كان ١٧٤ حالة وفاة أمهات لكل ١٠٠٠٠٠ مولود حي. أي أن معدل وفيات الأمومة انخفض جوالي النصف تقريباً خلال ٨ سنوات. وتناول المسح كذلك تباين معدلات وفيات الأمهات طبقاً لأقاليم مصر الجغرافية وتبعاً لسن الأم وعدد أطفالها وترددتها على خدمات رعاية الحمل وعوامل أخرى. وتناولت الدراسة كذلك أسباب وفيات الأمهات وهل كان يمكن تفاديها أم لا.

ونكتفي بهذه الأمثلة. حيث إن غرضنا ليس إعطاء بيان بالمسوح الصحية المختلفة. ولكن إيضاح أهميتها كمصدر للمعلومات لا غنى عنه.

### نظرة مستقبلية

هناك مؤشرات إيجابية قد تبشر بتطور في مجال المعلومات الصحية وأهم هذه المؤشرات هو انتشار القناعة على نطاق واسع بأن المعلومات ليست ترفاً ولكنها أساس للقرار الرشيد. كما أن الحاسبات الآلية قد انخفض ثمنها وتوافرت على نطاق واسع. وكذلك زاد عدد من يجيدون استعمالها بعد تبسيط نظم تشغيلها تبسيطاً كبيراً. وأصبح المجتمع بأسره يدرك أن العالم يعيش الآن "عصر المعلومات".

ولكن لا زالت هناك بعض السلبيات في مجال المعلومات الصحية تعوق الاستفادة الكاملة من الاستثمارات الكبيرة التي أتاحتها الدولة في هذا المجال من تجهيزات ومبان على مستوى الوزارة وعلى مستوى المحافظات. ومن تدريب للأفراد داخل وخارج مصر. ومن توفير الخبراء الدوليين والمحليين. ومن أمثلة هذه السلبيات:

١. عدم دقة البيانات الواردة من المصدر الأصلي للبيان. فكاتب الوحدة الصحية الريفية بإحدى القرى النائية. قد لا يكون إدراكه لأهمية البيان الذي يرسله مائلاً لإدراك كبار المسؤولين في المجال الصحي الذين يعلمون أن البيانات هي عصب عملية صنع القرار.
  ٢. التأخير في بعض الأحيان في تجهيز البيانات وإتاحتها لصانع القرار في الوقت المناسب. مما يقلل من قيمتها في دعم القرار.
  ٣. الهيئات الصحية العامة والخاصة التي لا تتبع مباشرة وزارة الصحة والسكان قد تتقاعس عن تزويد مركز المعلومات بالوزارة ببيانات تفصيلية دقيقة. بينما كان الهدف من إنشاء هذا المركز أن يكون مستقراً مركزياً قومياً لجميع بيانات الصحة والخدمات الصحية بغض النظر عن التبعية الإدارية للوزارة من عدمه.
- ونأمل أن يؤدي تزايد الوعي المعلوماتي في المجتمع بصفة عامة وبين العاملين في المجال الصحي بصفة خاصة إلى الزوال التدريجي لهذه السلبيات حتى يمكن تحقيق الاستفادة القصوى من المعلومات للوصول إلى أفضل مستوى صحي للمواطن المصري.

## الفصل السادس:

### تقييم جودة الأداء

أ. د. مهدي التحيوي

#### مقدمة

لقد أضحت تطبيق نظم الجودة في مجال الرعاية الصحية من الضرورات الملحة في العقدين الأخيرين وخاصة في دول العالم النامي حيث تزداد الحاجة إلى الخدمات الصحية في ظل ارتفاع مستمر في تكلفة هذه الخدمات وأيضاً في وجود تباين كبير في مردود ونتائج الخدمة الصحية في المؤسسات الصحية المتماثلة مما يبرز الحاجة إلى اتباع معايير قياسية في الأداء الطبي واتباع بروتوكولات مبنية على أدلة علمية.

#### تعريف الجودة

لقد عرّف الرسول الكريم (صلوات الله عليه وسلامه) الجودة منذ أربعة عشر قرناً من الزمان في حديثه الشريف " إن الله يحب إذا عمل أحدكم عملاً أن يتقنه".

إذا فالجودة هي إتقان العمل وبمعنى آخر الجودة هي أن تقوم بالإجراء الصحيح بطريقة سليمة ومن أول مرة بل وكل مرة (Doing right thing right, first time and every time).

ومن ناحية أخرى يمكن رؤية الجودة من ثلاث زوايا مختلفة.

**جودة قياسية:** حيث يمكن تقييمها بطريقة موضوعية وذلك بمدى مسابقتها للمعايير القياسية.

**جودة تقديرية:** وهي مدى التفوق والامتياز الذي يقدره مقدمو الخدمة أو مجموعة من الخبراء والأطباء المهرة وهي بذلك تكون أبعد من مجرد مطابقة أو مسابرة بعض المعايير.

**جودة مدركة:** وهي مدى التفوق الذي يدركه أو يميزه المستفيدون من الخدمة.

ومن هنا يأتي أحياناً الاختلاف في تقييم جودة الخدمة الصحية من وجهة نظر كل من مقدم الخدمة والمستفيد من الخدمة ومالك أو مدقق الخدمة، ولذلك فقد أضاف العالم المعروف جوران (1989) بعداً جديداً لتعريف الجودة ألا وهو إرضاء العميل (أو المنتفعين من الخدمة) حيث عرّف الجودة على أنها خدمة (منتج) خالٍ من العيوب أو الأخطاء وذو مظهر جيد، بما يعنى في المجال الصحي تقديم خدمة خالية من العيوب (مثل التهاب الجرح بعد الجراحة أو طول انتظار المريض في العيادة الخارجية أو ضياع نتائج التحاليل من الملف ... وغيرها) وكذلك ذو مظهر لائق (مثل غرفة انتظار مناسبة واستخدام الحاسوب في السجلات الطبية وغيرها) ونلاحظ هنا أن تقديم خدمة خالية من العيوب

يزيد من رضا المريض والعملاء وبذلك يزيد من دخل المؤسسة الصحية. أما المبالغة في تحسين مظهر الخدمة أو المنتج يزيد من التكلفة ولذلك يراعى في التخطيط للخدمة الصحية المظهر اللائق بالخدمة مع مراعاة التكلفة.

## من هم العملاء في الخدمة الصحية (Customers of Health Care)

تهتم الجودة بشكل كبير بتلبية احتياجات وتوقعات العميل ولذلك يجب أن نوضح هنا ما المقصود بالعملاء في مجال الرعاية الصحية حيث يمكن تقسيمهم إلى مجموعتين:

عملاء خارجيين: وهم يتعاملون مع الخدمة الصحية ولكنهم من خارج المؤسسة الصحية مثل المرضى والأسر والأفراد وكذلك من يدفع نفقات الخدمة الصحية مثل التأمين الصحي والنقابات المهنية والشركات وغيرهم.

عملاء داخليين: أي من داخل المؤسسة الصحية ويتأثر عملهم بجودة العمل بالمؤسسة الصحية مثل أفراد الفريق الصحي والعاملين بالصيدلية والمعامل والأشعة وغيرهم. أي أن العاملين بالمؤسسة الصحية يعتبرون عملاء بعضهم لبعض حيث إن تلبية احتياجات وتوقعات العميل الخارجي تتطلب أولاً تلبية احتياجات وتوقعات العميل الداخلي ومثال ذلك: عند كتابة وصفة دواء لمريض منوم بالمستشفى فإن مرضة القسم تعتبر عميلاً داخلياً للصيدلية ولها احتياجات يجب تلبيتها مثل صرف الدواء في الوقت المناسب وبالجرعة الصحيحة والشكل المطلوب ولكي تتم تلبية احتياجات المريض (العميل الخارجي) لابد أولاً من تلبية احتياجات العميل الداخلي (المرضة)

## أبعاد الجودة

ويتم مفهوم الجودة ليشمل أبعاداً مختلفة في الخدمة الصحية وسوف نتناول بالمناقشة هنا أهم هذه الأبعاد:

١- **الملاءمة (Appropriateness):** وهي درجة ملاءمة الرعاية المقدمة للمريض لاحتياجاته الصحية (مع مراعاة أحدث المعلومات الطبية) وبذلك يهتم هذا البعد باختيار الإجراء الصحيح أو المناسب (Doing right thing).

٢- **سهولة الوصول إلى الخدمة (Accessibility):** هي درجة توافر الخدمة لمقابلة الاحتياجات الصحية لأفراد المجتمع دونما عائق جغرافي أو اقتصادي أو اجتماعي أو حتى ثقافي.

٣- **التسلسل والتنسيق (Continuity):** وهي درجة التنسيق في تقديم مراحل الخدمة المختلفة للمريض أو بمعنى آخر أن يحصل المريض على الخدمة الصحية التامة التي يحتاجها بمراحلها المختلفة دون نقص أو تكرار.

٤- **الفعالية (Effectiveness):** وهي درجة فعالية تقديم الخدمة للحصول على النتائج المرجوة أي أن هذا البعد يهتم بأن يتم الإجراء بطريقة صحيحة (doing things right).

٥- **الكفاءة (Efficiency):** وتعنى تقديم أفضل خدمة في ظل الموارد المتاحة أي أن هذا البعد يهتم بالعلاقة بين مردود الخدمة والتكلفة.

٦- **الفعالية المثالية (Efficacy):** هي قدرة التدخلات الطبية على تحسين صحة المستفيدين وذلك باستخدام التدخلات الطبية التي تقوم على أدلة علمية (Evidence based medicine).

٧- **المهارة (الجدارة) (Competency):** وتعنى درجة التزام الأطباء والفريق الصحي بمعايير الأداء ولذلك يهتم هذا البعد بمهارات وقدرات والأداء الفعلي للفريق الصحي والإداري والخدمات المساندة.

٨- **الاحترام المتبادل (Respect and caring):** : درجة مشاركة المريض في اتخاذ القرار وكذلك رد فعل مقدمي الخدمة لاحتياجات المريض وتوقعاته.

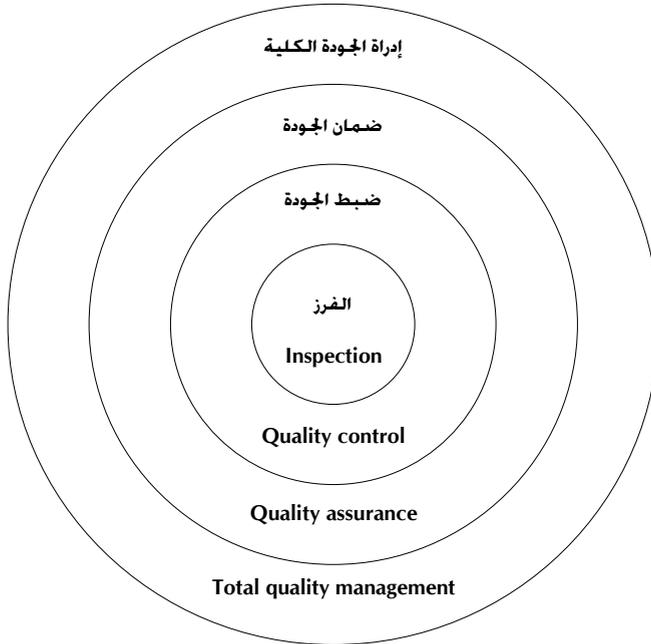
٩- **السلامة (Safety):** وهي درجة خلو بيئة المؤسسة الصحية من المخاطر أي أن هذا البعد يهتم بتقليل المخاطر الناجمة عن تقديم الخدمة وذلك لكل من مقدمي الخدمة والمستفيدين منها.

١٠- **التوقيت (Timeliness):** ويقصد به القدرة على تقديم الخدمة الصحية في الوقت المناسب للحصول على النتائج المرجوة.

## تطور مفهوم الجودة

والحديث عن تطور مفهوم الجودة يستوجب مناقشة بعض التفاصيل عن مفهوم الجودة في الصناعة ثم نندرج إلى المجال الصحي حتى نتمكن من إدراك تطور مفهوم الجودة على مر العصور. فقبل القرن العشرين كانت الجودة في الصناعة تعنى فرز المنتج. وبعد الحرب العالمية الثانية قام اليابانيون بثورة في جودة الصناعة حيث تم تطبيق الرقابة الإحصائية (Statistical Process Control) لاكتشاف نقاط الضعف والخلل أثناء إجراء العمليات ومعنى آخر الوصول إلى العيب من المصدر (Catching Defects at the Source) ثم تطور المفهوم إلى ضمان الجودة (التأكيد على الجودة) (Quality Assurance) للتأكد من ملاءمة السلعة لأوجه استعمالها (Fitness Use) حيث يكون التركيز على جودة المطابقة للمواصفات (Quality of Conformance) بما يضمن الوصول للعميل الصحيح من أول مرة ثم أصبحت إدارة الجودة الكلية (Total Quality Management TQM) التي تركز على التحسين المستمر للجودة (Continuous Quality Improvement) هي الشعار لعدد كبير من المؤسسات الصناعية والتجارية الآن.

### شكل (٦-١): تطور مفهوم الجودة



أما في مجال الرعاية الصحية: فقد كانت جهود الجودة كلها تركز على الرعاية السريرية بالمستشفيات وكانت علاقة الطبيب بالمريض هي محور الجودة ثم تطور هذا المفهوم حتى أصبح علاقة الخدمة ككل بالمريض بما يعنى بروز أهمية دور باقي أفراد الفريق الصحي والإداري والخدمات المساندة في الجودة. فمثلا يمكن لجراح ذي كفاءة عالية إجراء جراحة ناجحة ولكن نظرا لضعف الخدمة التمريضية بعد العملية تحدث مضاعفات تؤثر على النتائج النهائية للجراحة وبالتالي جودة الخدمة.

ويمكن تلخيص تطور مفهوم الجودة في المجال الصحي في النقاط التالية:

- اتسع الغرض من جودة الرعاية الصحية ليشمل تحسين الخدمة لجميع أفراد المجتمع وجميع العملاء وليس فقط المرضى.
- امتد مجال الجودة ليغطي جميع الخدمات الوقائية والتعزيزية وليس فقط الخدمات السريرية.
- تطور مفهوم القيادة ليشمل أيضا دور القيادات الإدارية والمجتمعية بالمؤسسات الصحية
- انتقل التركيز من الفرز أو التفتيش لاكتشاف النتائج غير المرضية (وما يتبعها من تصليح أو إعادة الخدمة مع إهدار للوقت والمال بالإضافة إلى الآثار النفسية والصحية السيئة على المريض) إلى التحسين المستمر للإجراءات التي تتم أثناء الخدمة بما يضمن أو يمنع حدوث الأخطاء.

- بدأ استخدام أدوات الجودة لتحسين الخدمة وتطور ليشمل استخدام العصف الذهني ومصفوفة الأولويات والرسومات التوضيحية والبيانية وغيرها من الأدوات.
- أصبح هناك معايير للخدمة يشارك في وضعها بالإضافة إلى المهنيين. المستفيدون من الخدمة وباقي العملاء وذلك بهدف التحسين المستمر للخدمة.
- انتشر مفهوم روح الفريق وأصبح أداء كل فرد وعامل في المؤسسة الصحية مهماً ويؤثر على جودة الخدمة.

## إدارة الجودة الكلية (TQM)

لقد تعددت تعاريف إدارة الجودة الكلية فهناك من يعرفها بأنها استراتيجية تنظيمية وأساليب إدارية تؤدي إلى خدمة ذات جودة عالية ترضى العملاء. وهناك تعريف آخر ينص على أنها شكل تعاوني لأداء العمل يعتمد على القدرات المشتركة لكل من الإدارة والعاملين بهدف تحسين وزيادة الإنتاجية بصفة مستمرة من خلال فريق العمل.

وقد تختلف التعاريف الخاصة بإدارة الجودة الكلية (TQM) ولكن يجب أن يحتوي التعريف على النقاط الهامة التالية:

1. ضرورة أن تتشكل الاستراتيجية على مستوى الإدارة العليا ثم تنتشر في المؤسسة بحيث تصبح الجودة الكلية هي القيم الثقافية الأساسية التي تؤمن بها المؤسسة الصحية من أجل تقديم الخدمة.
2. أن أساليب إدارة الجودة الكلية TQM تتراوح بين الأساليب التقليدية المبنية على التفتيش (الفرز) والرقابة الإحصائية إلى الأساليب الحديثة المتعلقة بإدارة الموارد البشرية وفرق الإدارة الذاتية.
3. تتم إدارة الجودة من خلال العملاء فالخدمة يجب أن تلبى أو تزيد عن توقعات العملاء.
4. يجب ألا تكون الجودة مجرد شعارات مكتوبة بل يجب أن تكون شيئاً ملموساً يدركه العميل (الداخلي والخارجي) بالفعل.
5. لا يقصد بالعملاء مجرد مستخدمي الخدمة بل يتضمن أيضاً العملاء الداخليين بالمؤسسة ولذلك نجد أن إدارة الجودة الكلية تتضمن كل الأفراد داخل وخارج المنظمة والذين يرتبطون بالخدمة.

وما سبق يتضح أن فلسفة إدارة الجودة الكلية تركز على ثلاثة محاور هامة:

- أولاً: إرضاء العميل.
- ثانياً: ثقافة الجودة.
- ثالثاً: قياس الجودة.

## قياس الجودة في الخدمات الصحية

لقد أصبح قياس الجودة واستخدام الأدوات الإحصائية في التحسين المستمر للجودة ضرورة ملحة ولا سبيل إلى تجاهلها ولكن عند اختيار القياسات المناسبة يجب أن يؤخذ في الاعتبار عوامل عدة منها:

- لماذا نقيس أو ما الغرض من قياس الجودة؟
- ما هي أنواع القياسات؟
- ما هي أنواع المتغيرات التي سوف نقيسها؟

### أولاً: الغرض من قياس الجودة

١. تقييم الأداء (Assessment of Performance)

٢. تحسين الإجراءات (Improve Processes)

٣. ضبط الإجراءات (Control Processes)

ونود أن نشدد هنا على أنه رغم أن كل المقاييس تصلح للتقييم، فإنه هناك بعض المقاييس تفيد أكثر في تحسين الإجراءات أو ضبط الإجراءات.

### ثانياً: أنواع القياسات

ومن المفيد أن نفرق هنا بين ثلاثة أنواع من القياسات

١. قياسات للبنية (Measurement of structure): مثل الموارد البشرية والأجهزة والإمدادات.
٢. قياسات الإجراءات (Measurement of processes): مثل قياس إجراءات رعاية الحوامل من تغطية بالخدمة وعدد الحوامل اللاتي راجعن أكثر من خمس زيارات أثناء فترة الحمل ومدة انتظار المريض في العيادة الخارجية وغيرها.
٣. قياسات النتائج (Measurement of outcomes): مثل الوفيات والمعدلات المرضية ودرجة رضاء العميل عن الخدمة وغيرها.

ولابد أن نوضح هنا أن الاهتمام بقياس النتائج دون مناظرة الإجراءات لا يساعد على التحسين المستمر للجودة ولذا يجب اختيار مجموعة من القياسات التي تغطي الأنواع الثلاثة من القياسات. وذلك حسب الغرض من القياسات فقياس النتائج يستخدم غالباً بغرض تقييم الأداء بينما قياس الإجراءات والبنية يستخدم بغرض تحسين وضبط الإجراءات.

### ثالثاً: أنواع المتغيرات

والمتغير هو صفة أو خاصية تأخذ قيمةً مختلفة في مختلف المشاهد. ورغم أننا لن نحوض في تفاصيل أنواع المتغيرات هنا ولكن سنذكر على استعجال الأنواع التالية وعلاقتها بقياس الجودة:

- متغيرات وصفية: مثل النوع، فصيلة الدم، التدخين.. وغيرها.

- متغيرات وصفية طبقية: مثل مستوى التعليم، والمستوى الاجتماعي، وشدة المرض وغيرها.
  - متغيرات كمية عديدة: مثل عدد المرضى، عدد الأُولاد، عدد مرات الإجهاض، عدد أفلام الأشعة وغيرها.
  - متغيرات كمية متصلة (قياسية): مثل الوقت، والنقود، والقياسات المختلفة لضغط الدم والحرارة والطول والوزن وغيرها.
- ويجب أن نوضح هنا أن المتغيرات العددية تصلح في تقييم الأداء في حين أن المتغيرات القياسية تصلح في تحسين الإجراءات أو ضبط الإجراءات.
- وهناك نقاط أخرى يجب مراعاتها عند قياس الجودة مثل:**
- سهولة الحصول على البيانات لهذه القياسات.
  - مدى الفائدة من القياس في مقابل تكلفة القياس.
  - درجة اعتمادية (Reliability) هذه القياسات.
  - درجة صدق القياسات (Validity).
- وأخيراً لا بد أن يكون هناك نظام لإدارة المعلومات بالمؤسسات الصحية تحدد فيه الإجراءات الفعلية لجمع وتوزيع البيانات مع توضيح الآتي:
- من هم في حاجة إلى هذه المعلومات ( مديرو الوحدات وأعضاء مجلس الإدارة والأطباء وغيرهم).
  - ما هي المعلومات التي يحتاجها كل منهم حتى يستطيع اتخاذ القرارات المتعلقة بتحسين الجودة؟
  - ويراعى في هذا النظام وصول المعلومات الصحيحة إلى الشخص المناسب وفي الوقت المناسب وبالطريقة المناسبة.

## وصف وتقييم الوضع الحالي في مصر

رغم أننا نعتقد أن جودة الرعاية الصحية قد لاقت الاهتمام الجدير بها خلال عصور ازدهار الحضارة الفرعونية والقبطية والإسلامية بمصر. إلا أننا سنركز في هذا التقرير على وصف وتقييم الوضع الحالي. فقد بدأ الاهتمام بجودة الرعاية الصحية في العصر الحديث منذ وقت مبكر في مجالات المنتجات الصيدلانية والفحوص العملية ومراقبة الأغذية والبيئة، وذلك باتباع معايير وإجراءات مراقبة الجودة العالمية. كما أنه في منتصف الستينيات من القرن العشرين قامت العديد من الإدارات الفنية بإعداد أدلة عمل توضح الموارد النمطية وإجراءات العمل. ونظراً لتعدد الأنظمة التي تقدم من خلالها الرعاية الصحية بمصر فسوف نستعرض في إيجاز جهود إدارة الجودة في بعض هذه الأنظمة.

## أولاً: في مجال الرعاية الصحية الأولية

بدأ الاهتمام بالجودة في هذا المجال منذ منتصف الثمانينيات حيث قامت ثلاثة برامج قومية هي التطعيمات ومكافحة أمراض الإسهال ومكافحة أمراض الجهاز التنفسي الحادة. باتباع وتطوير معايير وإجراءات ضمان الجودة الذي أعدته منظمة الصحة العالمية في هذه المجالات. وفي أوائل التسعينيات تم إعداد وتطبيق معايير المستشفيات صديقة الطفل لتشجيع الرضاعة الطبيعية كما تبنى برنامج تنظيم الأسرة نظام تحسين الجودة في جميع وحدات وزارة الصحة بدءاً من عام ١٩٩٢ حيث تم وضع ١٠١ معيار للخدمة بهذه الوحدات وتمنح النجمة الذهبية للوحدة التي تتطابق مع هذه المعايير. وفي سنة ١٩٩٣ قام مشروع الحفاظ على حياة الطفل Child Survival Project (CSP) بتكوين فريق ضبط الجودة المركزي الذي قام بوضع خطة عمل لبرنامج الحفاظ على حياة الطفل من خلال مراكز نموذجية (CSP Model Clinic Program) وقد اعتمد البرنامج على الاستراتيجيات التالية:

١. استخدام معايير الخدمة لتحسين الأداء الفني والإداري.
  ٢. تطوير مراكز نموذجية.
  ٣. التوسع في استخدام معايير الخدمة عن طريق التدرج إلى اللامركزية في التطبيق.
- وبناء على ذلك تم إعداد كتيبات لتحديد معايير الخدمة لبرنامج الحفاظ على حياة الطفل شملت معايير خدمات كل من:

- البرنامج الموسع للتطعيمات EPI
  - رعاية الأمومة والطفولة MCH
  - مكافحة أمراض الجهاز التنفسي ARI
  - مكافحة أمراض الإسهال DDC
  - بالإضافة إلى معايير الخدمات العامة بالمراكز الصحية
- كما تم إعداد قائمة مراجعه لتسهيل استخدام معايير الخدمة وتقييم الأداء. وتحتوي معايير البرامج الفنية على الجزئيات اللازمة لتقديم الخدمة وهي:

- المرافق.
  - الأثاث.
  - الإمدادات والمستلزمات.
  - الإجراءات الفنية.
  - التثقيف الصحي.
  - السجلات والتقارير والمؤشرات.
- كما تحتوي معايير الخدمات العامة للمركز على الجزئيات الضرورية لاستكمال الخدمة الصحية والتي تساهم في إرضاء المترددين على الخدمة وهي:

- المرافق.
- الخدمات المساعدة.

- القوى العاملة.
- إجراءات مكافحة العدوى.
- الصيدلية.
- العمل.
- صيانة المباني والمعدات.
- إرضاء المترددين.

وقد قام المشروع بتطبيق هذه المعايير على الخدمات المقدمة بالمراكز الحضرية بالمحافظات التي بها كليات للطب كمرحلة تجريبية وذلك من عام ١٩٩٣ وحتى عام ١٩٩٥ حيث أثبتت التجربة أن استخدام هذه المعايير يؤدي إلى اكتشاف أوجه القصور في هذه الخدمات واتخاذ الإجراءات التصحيحية المطلوبة لرفع مستوى الخدمة ورغم أن هذه المرحلة استهدفت المحافظات التي بها كليات طب حتى يتم تدريب الطلبة بالمراكز النموذجية إلا أن بعض الجامعات استجابت والبعض الآخر تقاعس عن التعاون مع المشروع.

ثم دخلت جهود تحسين جودة الرعاية الصحية الأولية مرحلة جديدة مع بدء مشروع صحة الأم والطفل عام ١٩٩٦ حيث تبنى هذا المشروع الأهداف التالية:

١. تحسين المهارات الإدارية والإشرافية لمديري الإدارات باستخدام قائمة مراجعات معايير الخدمة.
٢. زيادة استخدام الخدمات الصحية وخاصة خدمات رعاية الحوامل.
٣. زيادة عدد المراكز النموذجية لتشمل ١٠ ٪ من مراكز الرعاية الصحية الأولية بكل المحافظات وتشمل ٤٠ ٪ من المحافظات المستهدفة.
٤. دعم اللامركزية في التخطيط والتنفيذ والمتابعة (الإشراف)

ومن ثم تم تطوير معايير الخدمات حتى تتلاءم في تطبيقها مع الوحدات الصحية الصغيرة في الريف المصري. كما تم تطوير قائمة المتابعة. وقد بدأ تطبيق البرنامج في محافظة بنى سويف كدراسة استرشادية حيث تم تدريب كل الأطباء في مراكز الرعاية الصحية الأولية بالمحافظة على استخدام معايير الخدمة والتقييم الذاتي وحل المشكلات. كما تم تدريب فريق إشرافي على مستوى المديرية وآخر على مستوى كل إدارة صحية ثم امتد تطبيق البرنامج ليشمل أربع عشرة محافظة حتى الآن وهي من الوجه القبلي: بنى سويف - قنا - الأقصر - أسوان - الفيوم - سوهاج - المنيا - أسيوط. ومن الوجه البحري: البحيرة. بالإضافة إلى الإسكندرية - بور سعيد - الوادي الجديد- شمال سيناء وجنوب سيناء.

## كيفية تقويم جودة الأداء بالبرنامج:

تقويم ذاتي: يستخدم فريق الوحدة الصحية المعايير وقائمة المتابعة في تقويم مدى توافق الوحدة مع المعايير. ثم تحديد المشاكل ثم حل المشاكل لزيادة نسبة التوافق.

تقويم إشرافي من الإدارة الصحية: يستخدم فريق الإدارة المعايير وقائمة المتابعة في تقويم عدد ١٠ وحدات شهرياً ومناقشة أطباء الوحدات الصحية في النقاط غير المتوافقة مع المعايير وإعطاء التوجيهات اللازمة لزيادة نسبة التوافق.

تقويم متابعة من المديرية: يستخدم فريق المتابعة المعايير وقائمة المتابعة في تقويم عدد (٢) وحدة في كل إدارة صحية لمتابعة عمل الإدارة الصحية ومساعدة الوحدات في حل بعض المشكلات التي تحتاج تدخل المديرية.

تقويم متابعة مركزي: يستخدم الفريق المركزي المعايير وقائمة المتابعة لتطبيق النظام وإعطاء التوجيهات اللازمة بمشاريع تحسين الجودة.

ويتكون الفريق الإشرافي في المديرية من:

- مدير عام رعاية الأمومة والطفولة.
- مديرة التمريض.
- مراقب صحي أول المديرية.

ويتكون فريق الإشراف على مستوى الإدارة من:

- مساعد مدير الإدارة.
- مفتشة التمريض.
- مراقب صحي أول الإدارة.

وقد قام البرنامج بتدريب الفريق الإشرافي بالمديرية والإدارات في أربع وفئتين إدارة صحية تتبع أربع عشرة مديرية صحية بالمحافظات السابق ذكرها. وقد أثمرت هذه الجهود عن قيام أطباء وحدات الرعاية الصحية الأساسية بتحسين الخدمات المقدمة في مجالات رعاية صحة الأم والطفل وقيام عدد من الوحدات بعمل مشروعات لتحسين مؤشرات العمل في الوحدات. وقد بلغت هذه المشروعات حتى الآن ١٥٣ مشروعاً تم تقييم عدد ٨٨ مشروعاً وجار تقييم الباقي. ويظهر في الملحق الخاص بهذا الفصل نتائج هذه المشروعات في محافظتي بنى سويف والإسكندرية.

في عام ١٩٩٨ قام مشروع رفع الكفاءة بالتعاون مع منظمة الصحة العالمية بإصدار دليل ضمان الجودة لتوحيد النظام. يتوى على اثنتي عشرة مجموعة من المعايير تغطي نشاط وحدات الرعاية الصحية الأولية كما تم وضع مؤشرات للجودة وتم تطبيق النظام في ٦ محافظات معظمها في وجه جري وهي المنوفية والشرقية والبحيرة وكفر الشيخ والمنيا وسوهاج.

وقد انتقل الاهتمام بالجودة إلى مرحلة أخرى جديدة بعد إنشاء إدارة الجودة بالهيكل التنظيمي لديوان وزارة الصحة سنة ١٩٩٨ كأحد متطلبات مشروع إصلاح القطاع الصحي Health Sector Reform Program حيث قامت إدارة الجودة بإعداد أدلة العمل الإكلينيكي لحزمة الخدمات المقدمة بوحدات ومراكز طب

الأسرة مستعينة بما تم إعداده مسبقاً عن طريق المشروعات القومية وهيئة التأمين الصحي. كما قامت إدارة الجودة بإعداد أداة لاعتماد الوحدات الصحية في المجالات الآتية:

- حقوق المرضى.
- رعاية المرضى وتشمل التشخيص والعلاج ورعاية الحوامل والتطعيمات وتنظيم الأسرة وخدمات الطفولة المتكاملة ومتابعة مرضى السكري وارتفاع ضغط الدم.
- الأمن والسلامة وتشمل سلامة البيئة والسلامة الإكلينيكية (تختص بالتعقيم ومكافحة العدوى) والصحة المهنية للعاملين.
- الخدمات المساعدة: وتنقسم إلى الإكلينيكية وتشمل الصيدلة والمعمل والأشعة (إن وجدت) وغير الإكلينيكية وتشمل إدارة الممتلكات وتأمين التجهيزات وخدمات المغسلة والمطبخ (إن وجد).
- إدارة المعلومات.
- أنشطة التحسين المستمر للجودة.
- الرعاية المتكاملة: نظام طب الأسرة.
- الإدارة.

وتعتمد أداة الاعتماد في كل من المجالات السابقة على:

- الملاحظة باستخدام قائمة المراجعة.
- مراجعة عدد عشرة ملفات مرضى.
- المقابلة الشخصية لعدد عشرة من المرضى المترددين على الوحدة.
- المقابلة الشخصية للعاملين بالوحدة وتشمل مدير الوحدة وخمسة من الأطباء وكذلك خمسة مرضات وعدد اثنين من العاملين بالمغسلة واثنين من العاملين بإدارة الممتلكات وتأمين التجهيزات وأحد المسؤولين بمكافحة العدوى.

هذا وقد قامت إدارة الجودة حتى الآن بتدريب ٤٥ من العاملين بالمحافظات المستهدفة للعمل في لجان الاعتماد وتم اعتماد ثلاثين وحدة ومركز لطب الأسرة في ثلاث محافظات هي الإسكندرية والمنوفية وسوهاج.

وتنقسم الوحدات طبقاً لأداة الاعتماد إلى ثلاث فئات حسب نسب تطابقها مع المتطلبات وهي:

- وحدات تتطابق بنسبة أكثر من ٨٠ ٪ وتمنح اعتماداً لمدة سنتين يعاد بعده تقييمها واعتمادها.
- وحدات تتطابق بنسبة بين ٥٠ . ٨٠ ٪ وتمنح اعتماداً لمدة سنة واحدة على أن تستكمل المتطلبات خلال هذه السنة لإعادة اعتمادها.
- وحدات تتطابق بنسبة أقل من ٥٠ ٪ ولا تمنح اعتماداً بل تمنح مهلة ٦ شهور لتحسين الأداء حتى تتوافق مع المتطلبات ويعاد تقييمها.

وقد قامت الوحدات التي منحت الاعتماد بعمل سبعين مشروعاً لتحسين الجودة حتى الآن تم توثيق خمسين منها.

وتقوم إدارة الجودة حالياً بإعداد هيكل تنظيمي على مستوى المحافظات يشمل مديراً للجودة على مستوى المديرية ولجنة للجودة على مستوى المديرية ولجاناً للجودة على مستوى الإدارات وفرق جودة على مستوى الوحدات الصحية وتستهدف الخطة المستقبلية لإدارة الجودة اعتماد ٥٠٠ وحدة ومركز لطب الأسرة على المستوى القومي.

## ثانياً: في مجال خدمات المستشفيات

لعل هيئة التأمين الصحي هي أول من بدأ الاهتمام بجودة الأداء في مجال خدمات المستشفيات حيث قامت في الثمانينات بإعداد أدلة العمل في بعض المجالات الإكلينيكية بهدف تحسين أداء الأطباء وتحسين نظام المعلومات لأغراض تعليمية واقتصادية إلا أنه لم يتم تطبيق برنامج متكامل في هذا المجال. وفي عام ١٩٩٣ قام مشروع استرداد تكاليف العلاج (Cost Recovery for Health Project) بتنفيذ تجربة تحسين الخدمات بالمستشفيات من خلال إعداد أدلة العمل وإجراءات قياسية في مجالات مكافحة العدوى وسير الإجراءات الطبية والإدارية والمالية.

واستهدف برنامج ضمان الجودة بمشروع استرداد تكاليف العلاج تطبيق برنامج عملي وفعال لضمان الجودة وتم اختيار كل من مستشفى ١٥ مايو بالقاهرة ومستشفى القنطرة غرب بالإسماعيلية كتجربة استرشادية وتم بالفعل وضع خطة عمل لمستشفى ١٥ مايو تضمنت الرؤية المستقبلية ورسالة المستشفى والغايات الآتية:

- تهيئة المناخ العام وشحن الطاقات الجماعية لخلق اتجاه إيجابي نحو برنامج ضمان الجودة.
- استكمال البنية الأساسية اللازمة لتقديم الخدمات الصحية.
- زيادة عدد المترددين عن طريق رفع مستوى الخدمة.
- تحقيق رضا المرضى والعاملين والمجتمع.

وقد تم وضع أهداف محددة لكل غاية والأساليب المختلفة لتحقيق الأهداف وبناء على ذلك تم تشكيل لجنة ضمان الجودة بالمستشفى مع تحديد صلاحيات وواجبات اللجنة. كما تم اختيار منسق للبرنامج وتحديد مهامه. ويلاحظ أنه تم إعادة صياغة وتنسيق خطة العمل عدة مرات على فترات وقام الفريق برصد العقبات التالية:

- ضعف التزام الإدارة تجاه اللجنة.
  - عدم شرعية لجنة ضمان الجودة.
  - صعوبة التسويق لمفهوم الجودة.
  - نقص التأهيل اللازم لأداء عمل اللجنة.
  - نقص الموارد.
  - عدم وجود نظام ثابت لعمل اللجنة.
- وقد انتهى البرنامج عام ١٩٩٥ دون نتائج مرضية.

وتقوم حالياً إدارة الجودة بالوزارة بإعداد برنامج لتقييم أداء المستشفيات (أداة اعتماد) مبنى على قياس معايير الأداء وتجربتها ميدانياً.

أما بالنسبة للمستشفيات الجامعية فقد بدأت الاهتمام بالجودة في وقت متأخر نسبياً حيث حصل مستشفى عين شمس التخصصي الجامعي على شهادة الأيزو ١٩٩٤/٩٠٠٠ عام ١٩٩٨. كما حصل قصر العيني الجديد على شهادة الأيزو ٩٠٠٠ / ٢٠٠٠ عام ٢٠٠٢ وحتى الآن فإن الجهود المبذولة في هذا المجال في المستشفيات الجامعية تعتبر محدودة ومتفرقة وغالباً ما تقتصر على وحدات العلاج بأجر.

وإذا ما انتقلنا إلى الهيئة العامة للمستشفيات التعليمية نجد أن الاهتمام بالجودة بدأ حديثاً حيث حصل مستشفى أحمد ماهر التعليمي على شهادة الأيزو ٩٠٠٠ سنة ٢٠٠١. وهناك جهود حثيثة بالهيئة للاستفادة من تجربة مستشفى أحمد ماهر في باقي مستشفيات الهيئة. أما بالنسبة لمستشفيات القطاع الخاص فلن يتسع المجال لنخوض في تفاصيل تجربة المستشفيات الخاصة حيث يتطلب ذلك دراسة منفصلة ترصد الواقع وتقييمه وتحلله بعمق.

### ثالثاً: دور الجمعيات الأهلية والمؤسسات غير الحكومية

في عام ١٩٩٥ تأسست الجمعية المصرية لجودة الرعاية الصحية (ESQua) Egyptian Society of Quality بهدف:

- نشر الوعي في المجتمع وبين العاملين في حقل الرعاية الصحية عن ضمان جودة الرعاية الصحية وتحسينها المستمر.
- ترسيخ مفهوم أن المستفيد من الخدمة هو حجر الزاوية لجميع خطط الرعاية الصحية ولذا يلزم العمل المستمر لتحقيق احتياجاته وتوقعاته.
- التعاون مع الجهات المعنية لتعبئة وتنمية وتطوير الموارد البشرية.
- التنسيق مع الجهات المعنية والجمعيات العلمية والطبية لوضع معايير الجودة بما يواكب المعايير العالمية ويتناسب مع البيئة المحلية.

وقد قامت الجمعية بتنظيم مؤتمرات قوميين عامي ١٩٩٥، ١٩٩٩ شارك فيهما الكثير من خبراء الجودة على المستوى المحلي والعالمي. كما شاركت الجمعية في العديد من الندوات والدورات التدريبية. كذلك تأسست أيضاً جمعية جودة الرعاية التمريضية والبحوث بهدف تحقيق رعاية تمريضية ذات جودة عالية من خلال ربط البحوث التطبيقية بالأداء التمريضي بكافة تخصصاته.

ويلاحظ أنه بدأ حديثاً اهتمام بعض الجمعيات العلمية الطبية التخصصية بإعداد أدلة العمل الإكلينيكي في مجال التخصص ومثال ذلك ما قامت به الجمعية المصرية لدراسة أمراض الكبد والجهاز الهضمي حيث أعدت دليل الإجراءات الإكلينيكية لأمراض التهاب القولون، ولا بد هنا من التأكيد على أهمية دور هذه الجمعيات وإشراكها في وضع / مراجعة المعايير وإعداد أدلة العمل ويتعين إيجاد آلية لتفعيل دور هذه الجمعيات وتنسيق العمل معها في هذا المجال.

ولا يفوتنا هنا الإشارة إلى الجهود التي تبذلها نقابة الأطباء في هذا المجال حيث قامت بتكوين لجنة قومية للجودة من الخبراء في هذا المجال بهدف وضع معايير وأدلة العمل للمستشفيات ولكن تعثر عمل اللجنة بعد عدد محدود من الاجتماعات نظراً لعدم تفرغ أعضائها للمهام المنوطة بهم.

وتجدر الإشارة هنا إلى أنه تم حديثاً تأسيس رابطة عربية لجودة الرعاية الصحية لتوحيد جهود الدول العربية في هذا المجال وجرار اتخاذ باقي الإجراءات اللازمة لتفعيل دور هذه الرابطة في هذا المجال.

ولا يفوتنا في هذا المقام أن نذكر الجهود الحثيثة التي يبذلها حالياً المكتب الإقليمي لشرق المتوسط التابع لمنظمة الصحة العالمية الذي قام مؤخراً بوضع دليل اعتماد المستشفيات لدول الإقليم وجرى مراجعته حالياً بواسطة مجموعة من الخبراء، ويتميز هذا الدليل بمراعاة المستويات المختلفة للمستشفيات وذلك بوضع المعايير على ثلاثة مستويات، ولا تمنح المستشفى اعتماداً بمستوى معين إلا إذا تطابقت كل الوظائف والإجراءات فيه مع معايير هذا المستوى. ويهدف تبنى هذه الاستراتيجية إلى تشجيع كل المستشفيات على اختلاف مستوياتها وسعتها السريرية في مختلف دول الإقليم الاشتراك في برنامج الاعتماد والالتزام بالمعايير. كما قامت المنظمة أيضاً بالتعاون مع وحدة جودة الخدمات الصحية بكلية طب عين شمس لإعداد كتيب تدريبي في مجال إدارة الجودة بالمؤسسات الصحية. كذلك تنفيذ ثلاث دورات تدريبية لتأهيل القيادات الصحية بدول الإقليم لتطبيق وقيادة برامج الجودة بالمؤسسات الصحية بالمنطقة.

#### **رابعاً: التدريب والتعليم في مجال جودة الخدمات الصحية**

لقد صاحب الاهتمام بتطبيق جودة الرعاية الصحية في المجالات السابقة الذكر الكثير من الدورات التدريبية وحلقات العمل وخاصة من خلال البرامج القومية وإدارة الجودة بوزارة الصحة. كذلك ساعدت المؤتمرات القومية في هذا المجال على ترويج فكرة ضمان الجودة والتحسين المستمر بين بعض العاملين في المجال الصحي.

كذلك قام معهد الجودة بالجامعة الأمريكية بتصميم وعقد عدة دورات تدريبية في مجال جودة الرعاية الصحية ثم تم تطويرها إلى درجة دبلوم في جودة الرعاية الصحية. كذلك أنشئت وحدة جودة الخدمات الصحية بكلية الطب جامعة عين شمس عام ١٩٩٩ تعمل في مجالات التدريب والبحوث والخدمات الاستشارية في مجال التحسين المستمر للجودة في الرعاية الصحية. كما قامت الوحدة بالتعاون مع الجمعية المصرية لجودة الرعاية الصحية باتخاذ الإجراءات اللازمة للموافقة على عقد امتحان البورد الأمريكي في جودة الرعاية الصحية بكلية الطب جامعة عين شمس بدءاً من عام ٢٠٠٠ م وتم عقد هذا الامتحان العالمي بمصر في الأعوام الثلاثة الأخيرة. كما قامت كلية الطب بجامعة عين شمس بالتقدم بإنشاء درجة دبلوم في إدارة جودة الرعاية الصحية وتم إعداد لائحة تفصيلية للتدريس والتقويم وتمت الموافقة عليها من قبل مجلس الجامعة ورفعها للعرض على المجلس الأعلى للجامعات الذي وافق مؤخراً على تضمين هذه الدرجة ضمن خطة تطوير الدراسات العليا بكلية الطب جامعة عين شمس. ولا يفوتنا أن ننوه هنا عن جهود المعهد العالي للصحة العامة بالإسكندرية في التدريب والتدريس في هذا المجال.

## الفجوات ومقترحات للتطوير

يتضح مما سبق عرضه أن هناك جهوداً حثيثة في العقدين الأخيرين لضمان وتحسين جودة الأداء في الرعاية الصحية بمصر وخاصة في خدمات وزارة الصحة والسكان. ولكن جاءت هذه الجهود متفرقة من خلال البرامج والمشروعات القومية حيث يعمل كل منهم باستراتيجية مختلفة ودون تنسيق وتكامل مع باقي البرامج مما تسبب في تشتت الجهود والموارد. ومبعث قلقنا الحقيقي هو احتمال انتهاء جهود تحسين الجودة والعمل بالمعايير مع انتهاء هذه المشروعات والبرامج. ولكن تبقى هناك بارقة أمل في استمرار الجهود في هذا المجال من خلال إدارة الجودة بوزارة الصحة والسكان وخاصة بعد تفعيل الهيكل التنظيمي لإدارة الجودة على مستوى المحافظات والإدارات الصحية حيث إن الضمان الوحيد لاستمرار أنشطة تحسين الجودة هو تضمين هذه الأنشطة في البرامج الأفقية بالمؤسسات الصحية. وفي هذا الإطار يتعين إيجاد آلية للتنسيق بين القطاعات والبرامج المختلفة في هذا المجال كما يتعين إيجاد آلية أكثر فعالية لتقييم جودة الخدمات الصحية مع توحيد النماذج المستخدمة في ذلك.

ولابد أن نقر هنا بصعوبة التحديات التي تواجه برامج تحسين الجودة في المؤسسات الصحية القائمة في مصر في ظل ما رسخ فيها من ممارسات وثقافات إدارية متوارثة عبر الأجيال. وهناك الكثير من المعوقات التي تعرقل مساعي تحسين الجودة في المؤسسات الصحية حيث يتصدر هذه المعوقات عدم التزام الإدارة العليا بتطبيق نظم الجودة وعدم انتشار ثقافة الجودة بين كل من مقدمي الخدمة الصحية وكذلك المستفيدين من الخدمة والمجتمع ككل وما يترتب على ذلك من صعوبة في تسويق مفهوم الجودة بين العاملين في المجال الصحي. كذلك ندرة الكوادر البشرية المؤهلة في هذا المجال والقادرة على قيادة برامج تحسين الجودة في المؤسسات الصحية. أيضا ضعف المخصصات المالية حيث إنه بالرغم من أن تحسين الجودة يحد من الفاقد في الموارد ويزيد مردود الخدمة على المدى البعيد. فإن بداية التطبيق يحتاج إلى دعم البنية التحتية. وربما يحتاج الأمر في الدول النامية إلى دعم سياسي قوى. كذلك توفير نموذج عملي مطبق ونجاح يمكن تعميمه.

ونرى أنه من المقلق تطلع الكثير من المؤسسات الحكومية والخاصة إلى الحصول على شهادة الأيزو العالمية في الجودة. حيث إن لنا تحفظات على صلاحية هذه المواصفة للمؤسسات الصحية. وربما يرجع ذلك إلى غياب نظم أخرى في مصر تجيز أو تميز مستوى الجودة بالمؤسسات الصحية. ونأمل في المستقبل القريب إلى تأسيس هيئة مصرية مستقلة أو كيان مستقل لاعتماد المؤسسات الصحية تقوم بوضع المعايير القومية ومراجعتها وتحديثها كل فترة. كذلك اعتماد المراجعين وتحديد مواصفاتهم والمهام المنوطة بهم. ويراعى أن يتم الاعتماد بنفقات مقبولة تضمن استمرارية التوافق مع المعايير لإعادة الاعتماد بعد انتهاء المدة المقررة. ورغم أننا نقدر جهود إدارة الجودة بوزارة الصحة والسكان للبدء في تطبيق نظام الاعتماد بمراكز طب الأسرة والعمل على إعداد أداة الاعتماد للمستشفيات. إلا أننا نفضل أن تبقى جهود إدارة الجودة لإعداد المؤسسات التابعة لها للاعتماد وإعادة الاعتماد على أن يمنح الاعتماد هيئة قومية أو جهة مستقلة.

ومن الغريب أن كليات الطب بالجامعات المصرية - والمشهود لها دائماً بالسبق في العديد من المجالات - تباطأت في هذا المجال حتى إنه لم يتم حتى الآن تضمين المناهج الدراسية أي تنويه عن إدارة الجودة في الرعاية الصحية. ولولا جهود متواضعة بدأتها كلية طب عين شمس وكلية طب قناة السويس للتنبؤ به عن مفهوم جودة الرعاية الصحية ضمن منهج طب المجتمع لقلنا إن كليات الطب تخلت عن الركب ، ونأمل في المستقبل القريب أن يلقي هذا المجال الاهتمام الجدير به وأن تتعاون كليات الطب مع وزارة الصحة والسكان والبرامج القومية لتدريب طلبة كلية الطب على استخدام معايير الخدمة وقائمة المراجعات ومهارات حل المشاكل وأدوات تحسين الجودة وذلك أثناء التدريب العملي والزيارات الميدانية لمراكز ووحدات طب الأسرة ضمن منهج التدريب العملي لمادة طب المجتمع.

وتجدر الإشارة هنا أن مناهج برنامج الزمالة المصرية التابع لوزارة الصحة تخلو من أي محتوى في إدارة جودة الرعاية الصحية. ويجب أن نشدد هنا على أهمية تضمين هذا الجزء في برامج الزمالة المصرية وخاصة زمالة طب الأسرة. كما يجب على المستشفيات التي يتم بها التدريب لبرنامج الزمالة أن تنشئ نظام جودة موثقاً ومطبقاً بفاعلية ويجب على الإدارة العليا بهذه المستشفيات أن توفر أدلة على التزامها بتطوير وتطبيق نظام إدارة الجودة.

وفي النهاية فإننا نتطلع في القريب العاجل إلى إصدار وثيقة قومية لسياسة الجودة في الرعاية الصحية توضح الرؤية القومية والأهداف الاستراتيجية والخطوات العملية في هذا المجال وتكون بمثابة ميثاق تتطلع إليه كل المؤسسات الصحية بمصر.

**ملحق (١): بعض المؤشرات من واقع مشروعات تحسين الجودة بوحدات الرعاية الصحية الأساسية**

**أولاً: محافظة بني سويف**

**مؤشر ١: متوسط تردد الحامل**

م	اسم الوحدة	تاريخ بداية المشروع	متوسط النسبة قبل التحسين	متوسط النسبة بعد التحسين
<b>أ. مشروعات حققت نتائج ومازال التحسين مستمرا</b>				
١	بيليفيا	فبراير ٢٠٠١	٠,٦	٤,٥
٢	ابسوج	يونيو ٢٠٠١	٠,٩	٣,٩
٣	أنفسط	أكتوبر ٢٠٠١	١,٣	٣
٤	الماليك	أكتوبر ٢٠٠١	٠,٩	٣,٣
٥	النويرة	ديسمبر ٢٠٠١	١,١	٣
٦	ثلت	ديسمبر ٢٠٠١	٠,٥	٣,٣
٧	نزلة المشاركة	يناير ٢٠٠٢	١	٤,٢
٨	منشأة الأمراء	يناير ٢٠٠٢	٠,٨	٢,٦
٩	براوة	فبراير ٢٠٠٢	٠,٨	٤,٤
١٠	نزلة حنا	مارس ٢٠٠٢	١,٤	٢,٥
١١	ننا	يوليه ٢٠٠٢	٠,٩	٢,٧
١٢	كوم أدرجة	يوليه ٢٠٠٢	٠,٩	٣,٩
<b>الإجمالي</b>			٠,٨	٣,٤
<b>ب- مشروعات لم تحق نتائج أو توقف العمل بها</b>				
١	العواونة	يناير ٢٠٠٢	٢,٧	٢,٣
<b>الإجمالي</b>			٢,٧	٢,٣

**مؤشر ٢: نسبة تغطية فحص الهيموجلوبين في عمر سنة**

م	اسم الوحدة	تاريخ بداية المشروع	متوسط النسبة قبل التحسين	متوسط النسبة بعد التحسين
<b>أ. مشروعات حققت نتائج ومازال التحسين مستمرا</b>				
١	طنسا بني مالو	أغسطس ٢٠٠٢	صفر%	٩٠,٧%
<b>الإجمالي</b>			صفر%	٩٠,٧%
<b>ب. مشروعات لم تحق نتائج أو توقف العمل بها</b>				
١	أبسوج	فبراير ٢٠٠٢	صفر%	٢٦,١%
<b>الإجمالي</b>			صفر%	٢٦,١%

مؤشر ٣: نسبة تغطية الولادات للحوامل الجدد

م	اسم الوحدة	تاريخ بداية المشروع	متوسط النسبة قبل التحسين	متوسط النسبة بعد التحسين
١	رعاية طفل ناصر	يناير ٢٠٠٢	٪٢١,٤	٪٣٥
<b>الإجمالي</b>				
			٪٢١,٣	٪٣٥

ثانياً: محافظة الإسكندرية

مؤشر ١: متوسط تردد الحامل

م	اسم الوحدة	تاريخ بداية المشروع	متوسط النسبة قبل التحسين	متوسط النسبة بعد التحسين
١	مركز طبي القباري	إبريل ٢٠٠٠	١٠,٧	٥٠,١
٢	رعاية طفل كرموز	مايو ٢٠٠٠	١,٦	٣,٨
٣	رعاية طفل محرم بك	يونيو ٢٠٠١	١,٩	٣,٩
٤	برج العرب	يوليو ٢٠٠١	١,٩	٣
٥	المنتزة الريفية	يوليو ٢٠٠١	١,٥	٣,٢
٦	مركز طبي باكوس	ديسمبر ٢٠٠١	٢,٩	٤,١
٧	مركز طبي دنا	يناير ٢٠٠٢	٢,٥	٣,٢
٨	وحدة طومسون	يناير ٢٠٠٢	٢,٣	٢,٦
٩	رعاية طفل أبو قير	يناير ٢٠٠٢	٢,٩	٣,١
١٠	رعاية الأمومة بالحضرة	يناير ٢٠٠٢	٣,٦	٣,٩
١١	وحدة كينج مريوط	فبراير ٢٠٠٢	١,٩	٢,٦
١٢	وحدة بهيج	فبراير ٢٠٠٢	٢,٤	٣,٨
١٣	رعاية طفل الهانوفيل	فبراير ٢٠٠٢	١,٨	٣,١
١٤	وحدة أبو صير	مارس ٢٠٠٢	٢,٥	٣,٤
<b>الإجمالي</b>				
			٢,٤	٣,٨

مؤشر ٢: نسبة تغطية رعاية الطفل حديثي الولادة

م	اسم الوحدة	تاريخ بداية المشروع	متوسط النسبة قبل التحسين	متوسط النسبة بعد التحسين
١	رعاية طفل كرموز	ديسمبر ٢٠٠٠	٪٣٤,٤	٪٦٩,٥
٢	رعاية طفل العامرية	أغسطس ٢٠٠١	٪٧,٢	٪٨٦,٤
٣	وحدة الوردبان	يناير ٢٠٠٢	٪٥٨,٦	٪٩٢,٢
٤	رعاية طفل أبو قير	فبراير ٢٠٠٢	٪٦٢,١	٪٦٤,٥
<b>الإجمالي</b>				
			٪٥٣,١	٪٨٧,٣

نسبة تغطية الحوامل الجدد بخدمات الرعاية

م	اسم الوحدة	تاريخ بداية المشروع	متوسط النسبة قبل التحسين	متوسط النسبة بعد التحسين
١	مركز طبي سموحة	يونيو ٢٠٠١	٪٥٥,٣	٪٥٥,٣
٢	الجمرك	ديسمبر ٢٠٠١	٪٣٣,٤	٪٥٤,٦
٣	رعاية طفل اللبان	ديسمبر ٢٠٠١	٪٣٣,٢	٪٧٠,٣٤
الإجمالي			٪٤٠,٦	٪٦٠,٢

مؤشر ٣: نسبة تغطية الولادات للحوامل الجدد

م	اسم الوحدة	تاريخ بداية المشروع	متوسط النسبة قبل التحسين	متوسط النسبة بعد التحسين
١	الجمرك	يونيه ٢٠٠١	٪٢١,٦	٪٣٠,٧
٢	القباري	يونيه ٢٠٠١	٪١٦,٣	٪٢٨,٢
٣	مركز طبي باكوس	ديسمبر ٢٠٠١	٪٣٥,١	٪٣٧
٤	رعاية طفل العامرية	مايو ٢٠٠٢	٪٩,٦	٪١١,٤
٥	رعاية طفل محرم بك	يونيو ٢٠٠٢	٪٢٠,١	٪٢٠,٧
الإجمالي			٪٢٠,٥	٪٢٥,٧

ملحوظة: واجه هذا المؤشر صعوبات كبيرة نتيجة لحدوث حالة وفاة في رعاية طفل كرموز مما أثر على جميع حالات الولادة في دور الولادة بالمحافظة.

## الجزء الثاني

# وصف الحالة الصحية في مصر

• الفصل السابع: مؤشرات الحالة الصحية في مصر

## الفصل السابع:

### مؤشرات الحالة الصحية في مصر

#### برنامج السياسات والنظم الصحية

يحاول هذا الفصل من التقرير إلقاء الضوء على حالة الصحة في مصر من خلال عرض عدد من المؤشرات المختارة والتي تتعلق بالحالة الصحية للمواطنين. أو بمحددات حاكمة للحالة الصحية ومقارنتها بمؤشرات بعض الدول الأخرى المختارة. تم اختيار هذه المؤشرات بالاستعانة بتقسيم المؤشرات لمنظمة الصحة العالمية (WHO). مع إجراء بعض التعديلات وفقاً لتوفر البيانات عن الواقع المصري. ويمكن تصنيف المؤشرات التي تم اختيارها كما يلي:

#### ١. مؤشرات متعلقة بالسياسة الصحية

##### أ. توزيع الموارد

١-١: إجمالي الإنفاق الاجتماعي على الصحة (بليون جنيه).

جدول (١-١): تطور الإنفاق على الصحة في مصر وذلك خلال الفترة (١٩٩١/٩٠-١٩٩٩/٢٠٠٠) بالمليون جنيه

الانفاق على الصحة (بالمليون جنيه)	عام
742.1	١٩٩١/١٩٩٠
886.2	١٩٩٢/١٩٩١
1033.7	١٩٩٣/١٩٩٢
1197.2	١٩٩٤/١٩٩٣
1400.8	١٩٩٥/١٩٩٤
1576.3	١٩٩٦/١٩٩٥
1993.7	١٩٩٧/١٩٩٦
2129.6	١٩٩٨/١٩٩٧
2512.9	١٩٩٩/١٩٩٨
3106.5	٢٠٠٠/١٩٩٩

الموازنة العامة للدولة ١٩٩٩

أ-2: نسبة جمالي الإنفاق الصحي إلى إجمالي الدخل القومي (%)

جدول (أ-1): نسبة جمالي الإنفاق الصحي إلى إجمالي الدخل القومي (%) في مصر بالمقارنة بدول أخرى.

الدولة	١٩٩٥	١٩٩٦	١٩٩٧	١٩٩٨	١٩٩٩	٢٠٠٠
البرازيل	٧,٢	٧,٤	٧,٥	٧,٥	٧,٩	٨,٣
الصين	٣,٩	٤,٢	٤,٥	٤,٧	٥,١	٥,٣
كوبا	٥,٧	٥,٨	٦,٣	٦,٤	٦,٩	٦,٨
مصر	٣,٧	٣,٨	٣,٩	٤	٣,٩	٣,٨
الهند	٥	٥,٢	٥,٣	٥	٥,١	٤,٩
إسرائيل	٩,٩	١٠,٢	١٠,١	١٠	١٠,٩	١٠,٩
اليابان	٧	٧	٧,٢	٧,١	٧,٤	٧,٨
كينيا	٨,١	٨,١	٨,٣	٨,٤	٨,٤	٨,٣
كوريا	٤,٧	٤,٩	٥	٥,١	٥,٦	٦
روسيا	٥,٥	٥,٤	٥,٨	٥,٩	٥,٦	٥,٣
السعودية	٥,٣	٥,١	٥,١	٥,٧	٥,٤	٥,٣
جنوب إفريقيا	٨,٤	٩,٢	٩	٨,٧	٨,٨	٨,٨
تونس	٦,٨	٦,٦	٦,٤	٦,٨	٧	٧
إنجلترا	٧	٧	٦,٨	٦,٨	٧,١	٧,٣
الولايات المتحدة	١٣,٣	١٣,٢	١٣	١٢,٩	١٣	١٣

تقرير الصحة في العالم - منظمة الصحة العالمية - ٢٠٠٢

أ-3: نسبة الإنفاق الخاص على الصحة إلى إجمالي الإنفاق الصحي (%) في مصر بالمقارنة بدول أخرى.

جدول (أ-1): نسبة الإنفاق الخاص على الصحة إلى إجمالي الإنفاق الصحي (%) في مصر بالمقارنة بدول أخرى.

الدولة	١٩٩٥	١٩٩٦	١٩٩٧	١٩٩٨	١٩٩٩	٢٠٠٠
البرازيل	٥٧,٣	٥٩,٦	٥٦,٥	٥٦	٥٧,٢	٥٩,٢
الصين	٥٣,٣	٥٧,٨	٦٠	٦١	٦٢	٦٣,٤
كوبا	٩,٨	١٠,٥	١٢,٥	١٢,٤	١١,٤	١٠,٨
مصر	٥٦,١	٥٥,٤	٥٤,١	٥٤	٥٣,٦	٥٣,٩
الهند	٨٣,٨	٨٤,٤	٨٤,٣	٨١,٦	٨٢,١	٨٢,٢
إسرائيل	٢٥,٦	٢١,٤	٢١,٣	٢٣	٢٢,٣	٢٤,١
اليابان	٢١,٨	١٩,٧	٢٠,٥	٢٢,٦	٢٢	٢٣,٣
كينيا	٧٣,٤	٧٢,٧	٧٣,٨	٧٣,٨	٧٣,٥	٧٧,٨
كوريا	٦٣,٥	٦١,٢	٥٩	٥٣,٨	٥٦,٩	٥٥,٩
روسيا	١٨,٥	٢١,٩	٢٧,١	٣١,١	٣٥,٣	٢٧,٥
السعودية	٢١,٣	٢٢	٢١,٥	٢٠,٩	٢٠,٧	٢٠,٩
جنوب إفريقيا	٥١,٣	٥٣,١	٥٣,٩	٥٧,٦	٥٧,٤	٥٧,٨
تونس	٤٣,٩	٣٢,٥	٢٢,٣	٢٠,٩	٢١,٢	٢١,٨
إنجلترا	١٦,١	١٧,١	٢٠,١	٢٠,١	١٩,٨	١٩
الولايات المتحدة	٥٤,٧	٥٤,٥	٥٤,٨	٥٥,٥	٥٥,٧	٥٥,٧

تقرير الصحة في العالم - منظمة الصحة العالمية - ٢٠٠٢

أ-٤: نسبة الإنفاق الحكومي على الصحة إلى إجمالي الإنفاق الصحي (%).  
جدول (٤-١): نسبة الإنفاق الحكومي على الصحة إلى إجمالي الإنفاق الصحي (%) في مصر بالمقارنة بدول أخرى.

الدولة	١٩٩٥	١٩٩٦	١٩٩٧	١٩٩٨	١٩٩٩	٢٠٠٠
البرازيل	42.7	40.4	43.5	44	42.8	40.8
الصين	46.7	42.2	40	39	38	36.6
كوبا	90.2	89.5	87.5	87.6	88.6	89.2
مصر	43.9	44.6	45.9	46	46.4	46.1
الهند	16.2	15.6	15.7	18.4	17.9	17.8
اسرائيل	74.4	78.6	78.7	77	77.7	75.9
اليابان	78.2	80.3	79.5	77.4	78	76.7
كينيا	26.6	27.3	26.2	26.2	26.5	22.2
كوريا	36.5	38.8	41	46.2	43.1	44.1
روسيا	81.5	78.1	72.9	68.9	64.7	72.5
السعودية	78.7	78	78.5	79.1	79.3	79.1
جنوب افريقيا	48.7	46.9	46.1	42.4	42.6	42.2
تونس	56.1	67.5	77.7	79.1	78.8	78.2
الجلترا	83.9	82.9	79.9	79.9	80.2	81
الولايات المتحدة	45.3	45.5	45.2	44.5	44.3	44.3

تقرير الصحة في العالم - منظمة الصحة العالمية - ٢٠٠٢

أ-٥: نسبة الإنفاق الحكومي على الصحة إلى إجمالي الإنفاق الحكومي (%).  
جدول (٥-١): نسبة الإنفاق الحكومي على الصحة إلى إجمالي الإنفاق الحكومي (%) في مصر بالمقارنة بدول أخرى.

الدولة	١٩٩٥	١٩٩٦	١٩٩٧	١٩٩٨	١٩٩٩	٢٠٠٠
البرازيل	8.3	8.3	9.1	9	9.3	8.4
الصين	15.5	15.2	14.7	13.7	12	11
كوبا	8	9.3	10	10.3	11.8	13.5
مصر	4.8	5.2	5.9	6.5	6.2	6.5
الهند	4.7	4.7	4.7	5.6	5.7	5.3
اسرائيل	15.7	16.8	14.6	14.3	15.9	15.7
اليابان	15.1	15.2	16.2	13.2	15.3	15.4
كينيا	6.6	7.2	8	8.1	8.1	8.1
كوريا	8.6	9.1	9.4	9.6	10.2	11.2
روسيا	11.7	10.4	10.6	12.3	11.9	14.5
السعودية	13.3	14	12.2	11.1	13.9	14.6
جنوب افريقيا	12.6	12.6	12.4	11.3	11.1	11.2
تونس	11.5	13.5	15.7	16.9	17.3	17.2
الجلترا	13.1	13.5	13.2	13.7	14.6	14.9
الولايات المتحدة	16.8	17	17.2	16.8	16.7	16.7

تقرير الصحة في العالم - منظمة الصحة العالمية - ٢٠٠٢

أ-1: نسبة المصادر الخارجية للإنفاق على الصحة إلى الإنفاق الحكومي على الصحة (%).

جدول (أ-1): نسبة المصادر الخارجية للإنفاق على الصحة إلى الإنفاق الحكومي على الصحة (%) في مصر بالمقارنة بدول أخرى.

الدولة	١٩٩٥	١٩٩٦	١٩٩٧	١٩٩٨	١٩٩٩	٢٠٠٠
البرازيل	0.4	0.4	0.8	1.2	1.2	1
الصين	0.8	0.7	0.7	0.5	0.7	0.6
كوبا	0.1	0	0.2	0.1	0.3	0.2
مصر	5.7	5.8	4.2	4.5	3.8	3.8
الهند	13.2	12.8	14.8	13.1	12.5	12.4
اسرائيل	0	0	1.4	0	0.3	0.4
اليابان	0	0	0	0	0	0
كينيا	32.3	26.1	26.9	29.8	32.3	38.3
كوريا	0	0	0	0	0	0
روسيا	0.3	0.4	0.5	1.7	5.8	4.4
السعودية	0	0	0	0	0	0
جنوب افريقيا	0.1	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2
تونس	1.2	0.9	0.9	0.7	0.6	0.7
الجلترا	0	0	0	0	0	0
الولايات المتحدة	0	0	0	0	0	0

تقرير الصحة في العالم - منظمة الصحة العالمية - ٢٠٠٢

أ-٧: نسبة إنفاق الأمان الاجتماعي على الصحة إلى الإنفاق الحكومي على الصحة (%).

جدول (أ-٧): نسبة إنفاق الأمان الاجتماعي على الصحة إلى الإنفاق الحكومي على الصحة (%) في مصر بالمقارنة بدول أخرى.

الدولة	١٩٩٥	١٩٩٦	١٩٩٧	١٩٩٨	١٩٩٩	٢٠٠٠
البرازيل	0	0	0	0	0	0
الصين	62.1	60	58	53	51.4	50.7
كوبا	17.7	13	20.9	19.4	11	10.6
مصر	27.9	28.3	28	28.4	29.5	29.5
الهند	0	0	0	0	0	0
اسرائيل	23.8	24.9	25.6	26.3	24.3	25.8
اليابان	84.7	84.4	89	84.8	84	89.1
كينيا	13.4	13	13.3	13.1	12.8	15.2
كوريا	69.6	71	71.9	74.5	75.2	77.3
روسيا	28.1	31.5	33.8	36.3	36.9	24.5
السعودية	0	0	0	0	0	0
جنوب افريقيا	0	0	0	0	0	0
تونس	37.2	42.2	45.3	47.1	47.8	47.6
الجلترا	11.3	11.3	11.9	12.2	11.6	11.2
الولايات المتحدة	32.1	32.8	32.2	33.4	33.3	33.7

تقرير الصحة في العالم - منظمة الصحة العالمية - ٢٠٠٢

## ب. عدالة التوزيع

### ب-١: معدل الإنفاق الصحي للفرد (بالدولار الأميركي).

جدول (١-٨): معدل الإنفاق الصحي للفرد (بالدولار الأميركي) في مصر بالمقارنة بدول أخرى.

الدولة	١٩٩٥	١٩٩٦	١٩٩٧	١٩٩٨	١٩٩٩	٢٠٠٠
البرازيل	319	355	365	351	248	267
الصين	22	28	33	36	40	45
كوبا	112	121	131	138	157	169
مصر	36	41	46	48	52	51
الهند	20	21	23	22	23	23
إسرائيل	1653	1823	1819	1767	1888	2021
اليابان	2950	2594	2467	2213	2631	2908
كينيا	27	27	31	33	29	28
كوريا	508	568	523	354	486	584
روسيا	126	153	167	112	71	92
السعودية	397	408	411	387	394	448
جنوب إفريقيا	318	324	322	275	269	255
تونس	137	142	133	145	155	145
إنجلترا	1357	1422	1531	1657	1753	1747
الولايات المتحدة	3621	3762	3905	4068	4252	4499

تقرير الصحة في العالم - منظمة الصحة العالمية - ٢٠٠٢

### ب-٢: معدل الإنفاق الحكومي الصحي للفرد (بالدولار الأميركي).

جدول (١-٩): معدل الإنفاق الحكومي الصحي للفرد (بالدولار الأميركي) في مصر بالمقارنة بدول أخرى.

الدولة	١٩٩٥	١٩٩٦	١٩٩٧	١٩٩٨	١٩٩٩	٢٠٠٠
البرازيل	203	203	231	234	243	257
الصين	44	48	54	60	67	75
كوبا	112	126	139	144	161	166
مصر	44	49	55	58	61	64
الهند	9	9	10	12	13	13
إسرائيل	1321	1510	1527	1515	1699	1776
اليابان	1277	1365	1455	1343	1443	1540
كينيا	28	30	30	31	31	26
كوريا	196	238	271	294	330	401
روسيا	300	277	284	263	245	293
السعودية	536	506	512	576	542	541
جنوب إفريقيا	271	296	294	262	272	280
تونس	186	234	280	316	348	369
إنجلترا	1103	1179	1184	1223	1340	1437
الولايات المتحدة	1639	1714	1767	1810	1883	1992

تقرير الصحة في العالم - منظمة الصحة العالمية - ٢٠٠٢

### ب-٣: توزيع فريق العمل بالقطاع الصحي.

جدول (١٠-١): توزيع فريق العمل بالقطاع الصحي بمناطق مصر الجغرافية (وزارة الصحة فقط) لكل ١٠٠ ألف نسمة.

النطاق الجغرافي	أطباء	تمريض
المحافظات الحضرية	99	99
محافظات الوجه البحري	67.4	143
محافظات الوجه القبلي	56	89
الحدود	110	212

تقرير التنمية البشرية - مصر (١٩٩٨/١٩٩٩).

جدول (١١-١): توزيع فريق العمل بالقطاع الصحي بمصر لكل ١٠٠ ألف نسمة (١٩٨٠ - ١٩٩٨).

العام	أطباء	تمريض	المصدر	ملاحظات
١٩٨٠	110	..	١	
١٩٨٢	54	91	2	وزارة الصحة فقط
١٩٨٤	125	125	3	
١٩٨٤-١٩٨٩	129.8	128.2	٤	
١٩٩٠-١٩٩٩	160	..	١	
١٩٩٤	65	86	٢	وزارة الصحة فقط
١٩٩٨	69	116	٥	وزارة الصحة فقط

.. لم يذكر

١. مؤشرات التنمية العالمية - البنك الدولي (٢٠٠٢) ٢. تقرير التنمية البشرية - مصر (١٩٩٦) ٣. تقرير التنمية البشرية العالمي (١٩٩٠).  
٤. تقرير التنمية البشرية العالمي (١٩٩٣) ٥. تقرير التنمية البشرية - مصر (٢٠٠١).

جدول (١٢-١): توزيع فريق العمل بالقطاع الصحي في مصر بالمقارنة مع دول أخرى لكل ١٠٠ ألف نسمة.

الدولة	أطباء بشريين	عام	تمريض	عام	قابلات	عام	أطباء أسنان	عام	صيادلة	عام
البرازيل	127.2	1996	41.3	1996	...	...	85.1	1996	...	...
الصين	161.7	1998	98.6	1998	3.9	1998	...	...	...	...
كوبا	530.4	1997	677.6	1997	...	...	84.5	1997	...	...
مصر	202	1996	233	1996	..	..	25	1996	56	1996
الهند	48	1992	45	1992	...	...	...	...	...	...
اسرائيل	385	1998	613	1998	18.6	1998	116	1998	60.5	1998
اليابان	193.2	1996	744.9	1996	18.9	1996	68.6	1996	...	...
كينيا	13.2	1995	90.1	1995	...	...	2.2	1995	...	...
كوريا	136.1	1997	291.2	1997	...	...	33.4	1997	...	...
روسيا	421	1998	821	1998	62.5	1998	32.2	1998	6.2	1998
السعودية	166	1997	330	1997	..	..	16	1997	21	1997
جنوب أفريقيا	56.3	1996	471.8	1996	...	...	17.8	1996	...	...

الدولة	أطباء بشريين	عام	تمريض	عام	قابلات	عام	أطباء أسنان	عام	صيادلة	عام
تونس	70	1997	286	1997	..	..	13	1997	17	1997
الجزيرة	164	1993	497	1989	43.3	1989	39.8	1992	58.2	1992
الولايات المتحدة	279	1995	972	1996	...	...	59.8	1996	...	...

نظام المعلومات الإحصائي لمنظمة الصحة العالمية (WHOSIS).

## ٢. مؤشرات اجتماعية واقتصادية

### أ. معدلات النمو السكاني (معدلات المواليد - معدلات الوفيات - معدل الزيادة الطبيعية)

جدول (٢-١): معدلات المواليد ومعدلات الوفيات ومعدل الزيادة الطبيعية بمناطق مصر الجغرافية عام ١٩٩٨

النطاق الجغرافي (عام ١٩٩٨)	معدل المواليد (لكل ١٠٠٠ نسمة)	معدل الوفيات (لكل ١٠٠٠ نسمة)	معدل الزيادة الطبيعية (%)
المحافظات الحضرية	23.3	6.7	1.66
محافظات الوجه البحري	25.8	5.9	1.99
محافظات الوجه القبلي	31.6	7.2	2.44
الحدود	30.4	4.2	2.62

تقرير التنمية البشرية - مصر (١٩٩٩/١٩٩٨).

جدول (٢-٢): معدلات المواليد ومعدلات الوفيات ومعدل الزيادة الطبيعية بمصر (١٩٦٠ - ٢٠٠١).

العام	معدل المواليد (لكل ١٠٠٠ نسمة)	معدل الوفيات (لكل ١٠٠٠ نسمة)	معدل الزيادة الطبيعية (%)	المصدر
١٩٦٠	45	21	2.4	١
١٩٧٠	40	17	2.3	١
١٩٩١	31	10	2.1	١
١٩٩٥	28	8	2	٢
١٩٩٦	27	7	2	٣
١٩٩٧	26	7	1.9	٤
١٩٩٨	26	7	1.9	٥
١٩٩٩	26	7	1.9	٦
٢٠٠١	24	6	1.8	٧

١. تقرير حالة أطفال العالم (١٩٩٣). ٢. تقرير حالة أطفال العالم (١٩٩٧). ٣. تقرير حالة أطفال العالم (١٩٩٨).

٤. تقرير حالة أطفال العالم (١٩٩٩). ٥. تقرير حالة أطفال العالم (٢٠٠٠). ٦. تقرير حالة أطفال العالم (٢٠٠١).

٧. تقرير حالة أطفال العالم (٢٠٠٢).

جدول (٢-٣): معدلات المواليد ومعدلات الوفيات ومعدل الزيادة الطبيعية بمصر بالمقارنة بدول أخرى.

معدل الزيادة الطبيعية (%)			معدل الوفيات (لكل ١٠٠٠ نسمة)			معدل المواليد (لكل ١٠٠٠ نسمة)			الدولة
2001	1997	1970	2001	1997	1970	2001	1997	1970	
1.4	1.4	2	6	6	7	20	20	27	إسرائيل
1.2	1.3	2.4	7	7	11	19	20	35	البرازيل
3	3	3	4	4	18	34	34	48	السعودية
0.1	0.2	1.2	8	8	7	9	10	19	اليابان
1.1	1.8	2.6	7	6	14	18	24	40	تونس
1	2.2	2.4	15	8	14	25	30	38	جنوب إفريقيا
0.7	0.9	2.2	6	6	9	13	15	31	كوريا
2.2	2.6	3.5	13	11	17	35	37	52	كينيا
1.8	1.9	2.3	6	7	17	24	26	40	مصر

## ب. مؤشرات اقتصادية

ب-١: إجمالي الدخل القومي ونصيب الفرد من الدخل القومي.

جدول (٢-٤): إجمالي الدخل القومي (بليون دولار أمريكي) ونصيب الفرد من الدخل القومي (دولار أمريكي) بمصر عام ٢٠٠٠ بالمقارنة بدول أخرى

الدولة	إجمالي الدخل القومي (بليون دولار أمريكي) (٢٠٠٠)	نصيب الفرد من الدخل القومي
الولايات المتحدة	9,837.4	34,142
اليابان	4,841.6	26,755
المملكة المتحدة	1,414.6	23,509
إسرائيل	110.4	20,131
كوريا	457.2	17,380
روسيا	251.1	8,377
السعودية	173.3	11,367
البرازيل	595.5	7,625
الصين	1,080.0	3,976
تونس	19.5	6,363
جنوب إفريقيا	125.9	9,401
مصر	98.7	3,635
الهند	457.0	2,358
كينيا	10.4	1,022

تقرير التنمية البشرية - العالم (٢٠٠٢).

## ب-٢: أولويات أنفاق الدخل القومي.

جدول (٢-٥): أولويات أنفاق الدخل القومي بمصر بالمقارنة بدول أخرى.

Total debt service (as % or GDP)		الانفاق العسكري (%) من الدخل القومي		الانفاق العام على الصحة (%) من الدخل القومي		الانفاق العام على التعليم (%) من الدخل القومي		الدولة
2000	1990	2000	1990	1998	1990	١٩٩٧-١٩٩٥	١٩٨٧-١٩٨٥	
..	..	3.1	5.3	5.7	4.7	5.4	5.0	الولايات المتحدة
..	..	1.0	0.9	5.7	4.6	3.6	..	اليابان
..	..	2.5	3.9	5.8	5.1	5.3	4.8	إنجلترا
..	..	8.0	12.2	6.0	3.8	7.6	6.7	إسرائيل
5.1	3.3	2.8	3.7	2.4	1.8	3.7	3.8	كوريا
..	..	..	..	..	4.9	6.7	6.8	كوبا
4.6	2.0	4.0	12.3	..	2.5	3.5	3.4	روسيا
..	..	11.6	12.8	..	..	7.5	7.4	السعودية
10.5	1.8	1.3	1.9	2.9	3.0	5.1	4.7	البرازيل
2.0	2.0	2.1	2.7	2.1	2.2	2.3	2.3	الصين
9.8	11.6	1.7	2.0	2.2	3.0	7.7	6.2	تونس
3.1	..	1.5	3.8	3.3	3.1	7.6	6.1	جنوب إفريقيا
1.8	7.1	2.3	3.5	..	1.8	4.8	4.5	مصر
2.2	2.6	2.4	2.7	..	0.9	3.2	3.2	الهند
4.6	9.3	1.8	2.9	2.4	2.4	6.5	7.1	كينيا

تقرير التنمية البشرية - العالم (٢٠٠٢).

## ج. مؤشرات التعليم

جدول (٢-٦): معدلات تعليم البالغين (أكبر من ١٥ عاماً) بمناطق مصر الجغرافية عام ١٩٩٨.

النطاق الجغرافي	١٩٩٩-١٩٩٨
المحافظات الحضرية	75
محافظات الوجه البحري	57
محافظات الوجه القبلي	47.8
الحدود	70.1

تقرير التنمية البشرية - مصر (١٩٩٩).

جدول (٢-٧): معدلات أمية البالغين (أكبر من ١٥ عاماً) في مصر (١٩٧٠ - ٢٠٠٠).

العالم	نسبة الأميين (%)			عدد الأفراد الأميين (١٠٠٠)		
	كلي	ذكور	إناث	كلي	ذكور	إناث
١٩٧٠	68.4	53.6	83.2	14,150	5,533	8,617
١٩٨٠	60.7	46.3	75.3	16,063	6,154	9,909
١٩٩٠	52.9	39.6	66.4	17,866	6,752	11,116
١٩٩٥	48.9	36.5	61.5	18,687	7,025	11,669
٢٠٠٠	44.7	33.4	56.2	19,613	7,374	12,253

موقع إحصائيات اليونسكو (www.uis.unesco.org).

جدول (٢-٨): معدلات أمية البالغين (أكبر من ١٥ عاماً) في مصر مقارنة بدول أخرى (عام ٢٠٠٠)

الدولة	نسبة الأميين (%)			عدد الأفراد الأميين (١٠٠٠)		
	كلي	ذكور	إناث	كلي	ذكور	إناث
البرازيل	13.1	13.0	13.2	15,885	7,690	8,195
الصين	14.8	7.9	22.1	141,903	38,424	103,499
كوبا	3.3	3.2	3.4	294	141	153
مصر	44.7	33.4	56.2	19,613	7,374	12,253
الهند	42.8	31.6	54.6	286,951	109,367	177,689
اسرائيل	5.2	3.0	7.3	225	64	162
كينيا	17.6	11.1	24.0	3,049	954	2,102
كوريا	2.2	0.9	3.6	831	159	673
روسيا	0.4	0.3	0.6	535	159	376
السعودية	23.8	17.0	33.1	2,760	1,092	1,723
جنوب أفريقيا	14.8	14.0	15.4	4,217	1,956	2,260
تونس	29.0	18.6	39.4	1,928	621	1,307

موقع إحصائيات اليونسكو (www.uis.unesco.org).

### ٣. مؤشرات تغطية الصحة الأولية

#### أ. المياه النقية والصرف الصحي

جدول (٣-١): النسبة المئوية للوحدات السكنية المتصلة بالمياه نقيه والصرف الصحي في مناطق مصر الجغرافية عام ٢٠٠١.

النطاق الجغرافي	الوحدات المتصلة بمياه نقيه (%)	الوحدات المتصلة بالصرف الصحي (%)
المحافظات الحضرية	99.8	99.9
محافظات الوجه البحري	89.6	98.2
محافظات الوجه القبلي	85.9	84.9
الحدود	90	91.6

تقرير التنمية البشرية - مصر (٢٠٠٣).

جدول (٣-٢): النسبة المئوية للوحدات السكنية المتصلة بالمياه نقيه والصرف الصحي في مصر (١٩٨٠-٢٠٠١)

العام	الوحدات المتصلة بمياه نقيه (%)	الوحدات المتصلة بالصرف الصحي (%)	المصدر
١٩٨٠	75	70	١
١٩٩٠-١٩٨٨	86	54	٢
١٩٩٣	86	..	١
١٩٩٥	83.3	84.3	٣
١٩٩٦	82.6	45.1	٤
١٩٩٩	87.4	94.5	٥
٢٠٠١	91.3	93.6	٦

١. مؤشرات التنمية العالمية - البنك الدولي (١٩٩٦) ٢. تقرير التنمية البشرية - العالم (١٩٩٣) ٣. تقرير التنمية البشرية - مصر (١٩٩٦).

٤. تقرير التنمية البشرية - مصر (١٩٩٧) ٥. تقرير التنمية البشرية - مصر (١٩٩٩) ٦. تقرير التنمية البشرية - مصر (٢٠٠٣).

جدول (٣-٣): النسبة المئوية للسكان الذين يصلهم مياه نقية وصرف صحي في مصر بالمقارنة بدول اخرى (عام ٢٠٠٠).

الدولة	نسبة السكان الذين يستخدمون صرف صحي (%)	نسبة السكان الذين يستخدمون لماء نقي (%)
البرازيل	77	87
الصين	38	75
كوبا	95	95
مصر	94	95
الهند	31	88
اسرائيل	..	..
اليابان	..	..
كينيا	86	49
كوريا	63	92
روسيا	..	99
السعودية	100	95
جنوب افريقيا	86	86
تونس	..	..
الجزترا	100	100
الولايات المتحدة	100	100

تقرير التنمية البشرية - العالم (٢٠٠٢).

## ب. التطعيم

جدول (٤-٣): النسبة المئوية للأطفال اكبر من سنة وتلقوا كافة التطعيمات بمناطق مصر الجغرافية.

النطاق الجغرافي	% (عام ١٩٩٨)
المحافظات الحضرية	97.3
محافظات الوجه البحري	82.4
محافظات الوجه القبلي	81.2
الحدود	..

تقرير التنمية البشرية - مصر (١٩٩٨/١٩٩٩).

جدول (٥-٣): النسبة المئوية لتطعيم الأطفال اكبر من سن عام منذ ١٩٨٧ وحتى ٢٠٠١.

العام	تلقوا كافة التطعيمات (%)	المصدر	تلقوا التطعيم ضد الدرن (%)	المصدر	تلقوا التطعيم ضد الحصبة (%)	المصدر
١٩٨٧	85	1	..	..	..	..
١٩٩١-١٩٨٩	87	2	..	..	..	..
١٩٩١-١٩٩٠	..	..	93	٣	93	٣
١٩٩٥-١٩٩٢	..	..	95	٤	90	٤
١٩٩٦-١٩٩٥	..	..	91	٥	77	٥
١٩٩٧-١٩٩٥	..	..	98	٦	92	٦
١٩٩٨-١٩٩٥	..	..	97	٧	98	٧

٨	97	٨	99	..	١٩٩٧-١٩٩٩
..	..	..	٩	84.3	١٩٩٨
١٠	95	١٠	99	..	١٩٩٩
..	..	..	٩	97.9	٢٠٠١

١. تقرير التنمية البشرية - العالم (١٩٩٠). ٢. تقرير التنمية البشرية - العالم (١٩٩٣). ٣. تقرير حالة أطفال العالم (١٩٩٣).  
٤. تقرير حالة أطفال العالم (١٩٩٧). ٥. تقرير حالة أطفال العالم (١٩٩٨). ٦. تقرير التنمية البشرية - العالم (١٩٩٩).  
٧. تقرير التنمية البشرية - العالم (٢٠٠٠). ٨. تقرير التنمية البشرية - العالم (٢٠٠١). ٩. تقرير التنمية البشرية - مصر (٢٠٠٣).  
١٠. تقرير التنمية البشرية - العالم (٢٠٠٢).

**جدول (٣-١): عدد حالات الإصابة المسجلة بأمراض يتم التطعيم ضدها في مصر بالمقارنة بدول أخرى (عام ٢٠٠٠).**

الدولة	دفترية	حصبة	تيتانوس حديثي الولادة	السعال الديكي	شلل الاطفال	مجمو التيتانوس	الحمى الصفراء
إسرائيل	0	33	0	434	0	1	..
البرازيل	48	38	40	1044	0	447	85
السعودية	0	2815	10	11	0	19	0
الصين	19	71093	3230	5561	0	..	..
الهند	3094	22236	1679	27851	265	6694	..
الولايات المتحدة	4	81	0	6755	0	26	0
اليابان	1	22497	0	3787	0	90	0
إنجلترا	2	104	0	866	0	2	..
تونس	0	47	2	1	0	5	..
جنوب إفريقيا	2	1459	11	8	0	11	0
روسيا	838	7428	40	22222	0	49	..
كوبا	0	0	0	0	0	1	0
كوريا	0	32088	0	28	0	6	0
كينيا	15	21002	1278	424	0	628	0
مصر	0	2633	321	3	4	597	0

.. لم يذكر

ب. عام ١٩٩٨

أ. عام ١٩٩٩

نظام المعلومات الإحصائي لمنظمة الصحة العالمية (WHOSIS).

## ٤. مؤشرات الحالة الصحية الأساسية

### أ. الوفيات

#### أ-١: وفيات الرضع دون سن عام.

جدول (٤-١): وفيات الرضع دون سن عام بمناطق مصر الجغرافية عام ٢٠٠١ لكل ١٠٠٠ مولود حي.

النطاق الجغرافي	وفيات الرضع (لكل ١٠٠٠ مولود حي)
محافظات الوجه البحري	22.2
الحدود	25.9
محافظات الوجه القبلي	35.7
المحافظات الحضرية	36.6

تقرير التنمية البشرية - مصر (٢٠٠٣).

جدول (٤-٢): وفيات الرضع دون سن عام بمصر (عام ١٩٩٠-٢٠٠١) لكل ١٠٠٠ مولود حي.

العام	وفيات الرضع (لكل ١٠٠٠ مولود حي)	المصدر	وفيات الرضع (لكل ١٠٠٠ مولود حي)	المصدر	وفيات الرضع (لكل ١٠٠٠ مولود حي)	المصدر
١٩٩٠	76	١	62	٢		
١٩٩١	59	3				
١٩٩٢	62	4				
١٩٩٣	66.1	2	82	5	37	6
١٩٩٥	40	7				
١٩٩٦	57	٨	34	9		
١٩٩٧	54	١٠	54	١١		
١٩٩٨	51	١٢	43.5	٢	29.8	13
١٩٩٩	41	١٤				
٢٠٠٠	37	1				
٢٠٠١	35	15	30	١٦		

١. إحصائيات اليونيسيف ([www.childinfo.org](http://www.childinfo.org)).

٢. المسح الديموجرافي والصحي - مصر (٢٠٠٠).

٣. تقرير التنمية البشرية العالمي (١٩٩٣).

٤. تقرير حالة أطفال العالم (١٩٩٣).

٥. تقرير الصحة في العالم - منظمة الصحة العالمية (١٩٩٥).

٦. تقرير التنمية البشرية العالمي (١٩٩٦).

٧. تقرير حالة أطفال العالم (١٩٩٧).

٨. تقرير حالة أطفال العالم (١٩٩٨).

٩. تقرير التنمية البشرية العالمي (١٩٩٧).

١٠. تقرير حالة أطفال العالم (١٩٩٩).

١١. تقرير التنمية البشرية العالمي (١٩٩٩).

١٢. تقرير حالة أطفال العالم (٢٠٠٠).

١٣. تقرير التنمية البشرية - مصر (١٩٩٩).

١٤. تقرير حالة أطفال العالم (٢٠٠١).

١٥. تقرير حالة أطفال العالم (٢٠٠٣).

١٦. تقرير التنمية البشرية - مصر (٢٠٠٣).

جدول (٤-٣): وفيات الرضع دون سن عام بمصر بالمقارنة بدول أخرى (لكل ١٠٠٠ مولود حي).

الدولة	١٩٦٠	١٩٧٠	١٩٨٠	١٩٩٠	١٩٩٥	٢٠٠٠
البرازيل	115	95	70	50	41	32
الصين	150	85	49	38	37	32

الدولة	١٩٦٠	١٩٧٠	١٩٨٠	١٩٩٠	١٩٩٥	٢٠٠٠
كوبا	39	34	22	12	9	7
مصر	189	157	119	76	56	37
الهند	146	127	113	84	74	69
إسرائيل	32	24	16	10	7	6
اليابان	31	14	8	5	4	4
كينيا	122	96	73	63	73	77
كوريا	90	43	16	8	6	5
روسيا	48	29	28	21	18	18
السعودية	170	118	65	34	27	24
جنوب إفريقيا	89	80	65	45	50	55
تونس	170	135	72	41	29	22
إنجلترا	23	18	12	8	6	6
الولايات المتحدة	26	20	13	9	8	7

إحصائيات اليونيسيف (www.childinfo.org).

## أ-٢: وفيات الأطفال دون سن خمسة أعوام.

جدول (٤-٤): وفيات الأطفال دون سن خمسة أعوام بمناطق مصر الجغرافية عام ١٩٩٨ لكل ١٠٠٠ طفل دون سن الخامسة.

النطاق الجغرافي	وفيات الأطفال دون سن خمسة أعوام (لكل ١٠٠٠ طفل دون سن الخامسة)
محافظات الوجه البحري	٣٠,٧
المحافظات الحضرية	٣١,٢
الحدود	٤١,٣
محافظات الوجه القبلي	٥٨,٧

تقرير التنمية البشرية - مصر (١٩٩٩).

جدول (٤-٥): وفيات الأطفال دون سن خمسة أعوام بمصر لكل ١٠٠٠ طفل دون سن الخامسة.

المصدر	وفيات الأطفال دون سن خمسة أعوام بمصر لكل ١٠٠٠ طفل دون سن الخامسة	المصدر	وفيات الأطفال دون سن خمسة أعوام بمصر لكل ١٠٠٠ طفل دون سن الخامسة	العام
		1	300	١٩٦٠
		2	243	١٩٦٧
		3	235	١٩٧٠
		٢	238	١٩٧٢
		٢	203	١٩٧٦
		٢	191	١٩٧٧
		٢	157	١٩٨٠
		٢	167	١٩٨١
		٢	139	١٩٨٣

المصدر	وفيات الأطفال دون سن خمسة أعوام بمصر لكل ١٠٠٠ طفل دون سن الخامسة	المصدر	وفيات الأطفال دون سن خمسة أعوام بمصر لكل ١٠٠٠ طفل دون سن الخامسة	العام
		٢	130	١٩٨٥
		٢	102	١٩٨٦
1	125	٢	103	١٩٨٨
		٢	85	١٩٩٠
		4	85	١٩٩١
		٢	81	١٩٩٣
		5	51	١٩٩٥
٧	34	٦	78	١٩٩٦
3	73	٨	73	١٩٩٧
9	69	٢	54	١٩٩٨
١١	52	10	52	١٩٩٩
		12	45	٢٠٠٠
١٤	39.1	١٣	41	٢٠٠١

١. تقرير حالة أطفال العالم (١٩٩٠).  
٢. المسح الديموجرافي والصحي - مصر (٢٠٠٠).  
٣. تقرير التنمية البشرية العالمي (١٩٩٩).  
٤. تقرير حالة أطفال العالم (١٩٩٣).  
٥. تقرير حالة أطفال العالم (١٩٩٧).  
٦. تقرير حالة أطفال العالم (١٩٩٨).  
٧. تقرير التنمية البشرية - العالمي (١٩٩٧).  
٨. تقرير حالة أطفال العالم (١٩٩٩).  
٩. تقرير حالة أطفال العالم (٢٠٠٠).  
١٠. تقرير حالة أطفال العالم (٢٠٠١).  
١١. تقرير التنمية البشرية - العالمي (٢٠٠١).  
١٢. إحصائيات اليونيسيف ([www.childinfo.org](http://www.childinfo.org)).  
١٣. تقرير حالة أطفال العالم (٢٠٠٣).  
١٤. تقرير التنمية البشرية - مصر (٢٠٠٣).

**جدول (٤-١): وفيات الأطفال دون سن خمسة أعوام بمصر لكل ١٠٠٠ طفل دون سن الخامسة بمصر بالمقارنة بدول أخرى.**

الدولة	١٩٦٠	١٩٧٠	١٩٨٠	١٩٩٠	١٩٩٥	٢٠٠٠	٢٠٠١
البرازيل	177	135	92	60	48	38	36
الصين	225	120	64	49	46	40	39
كوبا	54	43	22	13	10	9	9
مصر	282	235	175	104	71	45	41
الهند	242	202	173	123	104	95	93
اسرائيل	39	27	19	12	7	6	6
اليابان	40	21	11	6	6	5	5
كينيا	205	156	115	97	111	120	122
كوريا	127	54	18	9	6	5	5
روسيا	64	36	35	21	22	21	21
السعودية	250	185	85	44	34	29	28
جنوب أفريقيا	130	115	90	60	65	70	71
تونس	254	201	100	52	37	28	27
الجمهورية المتحدة	27	23	14	10	7	7	7
الولايات المتحدة	30	26	15	10	9	9	8

إحصائيات اليونيسيف ([www.childinfo.org](http://www.childinfo.org)).

### أ- ٣: وفيات الأمهات.

جدول (٤-٧): وفيات الأمهات بمناطق مصر الجغرافية ( لكل ١٠٠٠٠٠ مولود حي).

وفيات الأمهات بمناطق مصر الجغرافية ( لكل ١٠٠٠٠٠ مولود حي)			النطاق الجغرافي
٢٠٠١ (٣)	٢٠٠٠ (٢)	١٩٩٣-١٩٩٢ (١)	
41.8	93	132	محافظات الوجه البحري
50.3	120	..	الحدود
61.8	89	217	محافظات الوجه القبلي
88.9	48	233	المحافظات الحضرية

١. الدراسة القومية لوفيات الأمهات (١٩٩٣).

٢. الدراسة القومية لوفيات الأمهات (٢٠٠٠).

٣. تقرير التنمية البشرية - مصر (٢٠٠٣).

جدول (٤-٨): وفيات الأمهات بمصر ( لكل ١٠٠٠٠٠ مولود حي) (١٩٧٩-٢٠٠١).

المصدر	وفيات الأمهات بمصر ( لكل ١٠٠٠٠٠ مولود حي)	العام
١	78	١٩٧٩
٢	320	١٩٨٧-١٩٨٠
3	300	١٩٨٨
4	170	١٩٩٠
5	170	١٩٩٧-١٩٩٠
1	174	١٩٩٣-١٩٩٢
4	170	١٩٩٥
6	96	١٩٩٨
7	84	٢٠٠٠
٨	60.7	٢٠٠١

١. الدراسة القومية لوفيات الأمهات (١٩٩٣).

٢. تقرير التنمية البشرية - العالم (١٩٩٠).

٣. تقرير التنمية البشرية - العالم (١٩٩٣).

٤. نظام المعلومات الإحصائي لمنظمة الصحة العالمية (WHOSIS).

٥. تقرير الصحة في العالم - منظمة الصحة العالمية (٢٠٠٠).

٦. تقرير التنمية البشرية - العالم (١٩٩٩).

٧. الدراسة القومية لوفيات الأمهات (٢٠٠٠).

٨. تقرير التنمية البشرية - مصر (٢٠٠٣).

جدول (٤-٩): وفيات الأمهات بمصر ( لكل ١٠٠٠٠٠ مولود حي) بالمقارنة بدول أخرى.

الدولة	وفيات الأمهات ( لكل ١٠٠٠٠٠ مولود حي)	
	١٩٩٥	١٩٩٠
البرازيل	260	220
الصين	60	95
كوبا	24	95
مصر	170	170
الهند	440	570
اسرائيل	8	7
اليابان	12	18

وفيات الأمهات ( لكل ١٠٠٠٠٠ مولود حي)		الدولة
١٩٩٥	١٩٩٠	
1300	650	كينيا
75	75	روسيا
23	130	السعودية
340	230	جنوب افريقيا
70	170	تونس
10	9	الجزائر
12	12	الولايات المتحدة

نظام المعلومات الإحصائي لمنظمة الصحة العالمية (WHOSIS).

## ب. العمر المتوقع عند الميلاد

جدول (٤-١٠): تطور العمر المتوقع عند الميلاد في مصر (١٩٧٦-٢٠٠١)

المصدر	العمر المتوقع عند الميلاد	العام
1	55	١٩٧٦
2	56	١٩٨٠
٣	62	١٩٨٧
4	61	١٩٨٨
5	60.3	١٩٩٠
٦	61	١٩٩١
٧	64	١٩٩٣
٨	66.7	١٩٩٤
9	65	١٩٩٥
10	65	١٩٩٦
11	66	١٩٩٧
١٢	67	١٩٩٨
١٣	67	١٩٩٩
14	67	٢٠٠٠
15	68	٢٠٠١

١. تقرير التنمية البشرية - مصر (٢٠٠٣).
٢. تقرير الصحة في العالم - منظمة الصحة العالمية (٢٠٠٠).
٣. تقرير التنمية البشرية - العالم (١٩٩٠).
٤. تقرير حالة أطفال العالم (١٩٩٠).
٥. تقرير التنمية البشرية - العالم (١٩٩٣).
٦. تقرير حالة أطفال العالم (١٩٩٣).
٧. تقرير التنمية البشرية - العالم (١٩٩٥).
٨. تقرير التنمية البشرية - مصر (١٩٩٦).
٩. تقرير حالة أطفال العالم (١٩٩٧).
١٠. تقرير حالة أطفال العالم (١٩٩٨).
١١. تقرير حالة أطفال العالم (١٩٩٩).
١٢. تقرير حالة أطفال العالم (٢٠٠٠).
١٣. تقرير حالة أطفال العالم (٢٠٠١).
١٤. تقرير التنمية البشرية - العالم (٢٠٠٢).
١٥. تقرير حالة أطفال العالم (٢٠٠٣).

جدول (٤-١١): العمر المتوقع عند الميلاد في مصر بالمقارنة بدول أخرى (٢٠٠١).

العمر المتوقع عند الميلاد			الدولة
اناث	ذكور	كل السكان	
84.7	77.9	81.4	اليابان
80.9	76.1	78.5	اسرائيل
78.7	71.2	74.9	كوريا
73.5	69	71.1	تونس
73.5	68.4	70.5	السعودية
72	65.5	68.7	البرازيل
67.8	65.3	66.5	مصر
50.3	47.7	49	جنوب افريقيا
49.6	48.2	48.9	كينيا
72.3	58.9	65.2	روسيا
72.7	69.8	71.2	الصين
79.9	75.1	77.5	الجلترا
79.5	74.3	77	الولايات المتحدة
79.2	74.7	76.9	كوبا
60.7	60	60.8	الهند

نظام المعلومات الإحصائي لمنظمة الصحة العالمية (WHOSIS).

ج. العمر المتوقع عند الميلاد بدون علة (Healthy life expectancy at birth).

جدول (٤-١٢): العمر المتوقع عند الميلاد بدون علة في مصر بالمقارنة بدول أخرى (٢٠٠١).

العمر المتوقع عند الميلاد بدون علة			الدولة
اناث	ذكور	كل السكان	
75.8	71.4	73.6	اليابان
70.8	68	69.4	إسرائيل
70.3	64.5	67.4	كوريا
63.7	58.9	61.3	تونس
62.5	57.4	60	السعودية
57	56.4	56.7	مصر
61.1	52.2	56.7	البرازيل
42.7	40	41.3	جنوب إفريقيا
42.1	39.5	40.8	كينيا
61.9	51.5	56.7	روسيا
64.3	62	63.2	الصين
70.4	68.4	69.6	إجلترا
68.8	66.4	76.6	الولايات المتحدة
68.5	64.7	66.6	كوبا
51.3	51.5	51.4	الهند

نظام المعلومات الإحصائي لمنظمة الصحة العالمية (WHOSIS).

د. السنوات المتوقعة فقدها من العمر بسبب العلة عند الميلاد  
(Expected lost health years at birth)

جدول (٤-١٣): السنوات المتوقعة فقدها من العمر بسبب العلة عند الميلاد في مصر بالمقارنة بدول أخرى (٢٠٠١).

السنوات المتوقعة فقدها من العمر بسبب العلة عند الميلاد		الدولة
ذكور	إناث	
13.3	11.0	البرازيل
7.7	8.4	الصين
10.0	10.8	كوبا
8.9	10.8	مصر
8.4	10.4	الهند
8.1	10.0	إسرائيل
6.5	8.9	اليابان
8.7	7.5	كينيا
6.7	8.4	كوريا
7.4	10.4	روسيا
10.9	11.0	السعودية
7.7	7.6	جنوب أفريقيا
10.1	9.8	تونس
6.6	9.0	الجمهورية
8.0	10.7	الولايات المتحدة

نظام المعلومات الإحصائي لمنظمة الصحة العالمية (WHOSIS).

هـ. النسبة المئوية لاحتمالات الحياة حتى سن ٦٥ عاماً (عند الميلاد).

جدول (٤-١٤): النسبة المئوية لاحتمالات الحياة حتى سن ٦٥ عاماً (عند الميلاد) في مصر بالمقارنة بدول أخرى (١٩٩٥-٢٠٠٠).

النسبة المئوية لاحتمالات الحياة حتى سن ٦٥ عاماً (عند الميلاد).		الدولة
ذكور	إناث	
59.3	75.4	البرازيل
70.9	79.4	الصين
78.1	84.1	كوبا
63.9	72.8	مصر
59.9	64.7	الهند
85.1	89.7	إسرائيل
84.0	92.1	اليابان
38.5	43.6	كينيا
72.1	87.5	كوريا
46.4	77.0	روسيا

النسبة المئوية لاحتمالات الحياة حتى سن ٦٥ عاماً (عند الميلاد).		الدولة
ذكور	إناث	
73.4	78.4	السعودية
40.2	53.7	جنوب إفريقيا
70.6	75.8	تونس
81.5	88.3	إنجلترا
77.4	85.7	الولايات المتحدة

تقرير الصحة في العالم - منظمة الصحة العالمية (٢٠٠٢)

## الجزء الثالث

### قضايا صحية نوعية

- الفصل الثامن: الدواء في مصر.. الأوضاع والمستقبلات
- الفصل التاسع: صحة الطفل
- الفصل العاشر: صحة المرأة
- الفصل الحادي عشر: الصحة المهنية
- الفصل الثاني عشر: الصحة النفسية

## الفصل الثامن:

# الدواء في مصر.. الأوضاع والمستقبلات

أ. د. محمد رؤوف حامد

### أولاً: الدواء – الخصوصيات والأبعاد

#### تعريف

يعرف الدواء بأنه "أي مادة مدرجة في دستور للأدوية Pharmacopoeia أو موجودة في منتج صيدلي ويكون من شأن استخدامها تغيير أو استكشاف نظم فسيولوجية أو حالات مرضية لصالح متلقيها".

#### خصوصيات رئيسية

هذا، وللدواء ثلاث خصوصيات رئيسية جعلت له أبعاداً غير عادية. أما عن الخصوصيات فهي كالتالي:

- الخصوصية الأولى هي أن الدواء سلعة لا يمكن لمن يحتاجها أن يستغني عنها.
- الخصوصية الثانية هي أن الدواء سلعة توجد على الدوام منذ عرفها الإنسان ولم تتوقف الحاجة إليها قط. وهي تتطور باستمرار لزوم الحصول على علاج أحسن. وكذلك لزوم المجابهة العلاجية لمستجدات مرضية جديدة.
- الخصوصية الثالثة هي أن الابتكار الدوائي يعتمد على البحث العلمي العميق والمتواصل. وهو الأمر الذي جعل لبراءات الاختراع في المجالات الدوائية قيمة كبيرة.

#### أبعاد قضايا الدواء

لقد تسببت هذه الخصوصيات في توليد وتطوير أبعاداً غير عادية ترتبط بالدواء. وغالباً لم تنشأ أبعاداً ماثلة لها في الأهمية والتعدد والتعقد بخصوص أية سلعة أخرى عرفها الإنسان. ويمكن الإشارة – فيما يلي – إلى أهم هذه الأبعاد:

1. شيوع ارتباط استخدام مصطلح "مافيا" بـ "الدواء". وهو مصطلح لم يشع استخدامه عالمياً في غير المخدرات والسلاح والدواء. وإذا كان من المفهوم ارتباط هذا المصطلح بالمخدرات والسلاح. حيث لكل منهما استخدامات بغضه معادية للإنسانية. فإن ارتباطه بالدواء قد يكون أمراً غريباً يبعث على التساؤل. لماذا بزغ وشاع استخدام مصطلح "مافيا" مع الدواء بالذات دون بقية السلع المفيدة للبشر. ربما يكمن جزء كبير من الإجابة في حقيقة أن الدواء يتميز بقيمة مضافة هائلة. هي الأعلى مقارنة بأية سلع مشروعة أخرى.

٢. ارتباط الدواء باحتياجات تنموية مباشرة. من أبرزها الاحتياجات البشرية (من خلال مكانة الدواء في الرعاية الصحية). والاحتياجات الاقتصادية (عبر القيمة المضافة العالية). ذلك فضلاً عن احتياجات اجتماعية سياسية (من منظور الدور الرئيسي لتلبية الحاجات في صنع الاستقرار الاجتماعي والحفاظ على إمكانات الحس الديمقراطي).

٣. تميز "الدواء" بارتباط عالٍ بالعديد من الحركات "عبر الوطنية" Transnational. فيما يلي أبرز هذه الحركات: -

أ. التحالفات الاستراتيجية بين الشركات وبعضها البعض أو بين الشركات ومعاهد البحوث.

ب. الاندماج بين شركات عالمية كبرى وقيام شركات كبرى بشراء شركات أخرى أصغر منها.

ج. نشاط مكثف بهدف توافق المواصفات على مستوى عالمي. والذي يرى فيه البعض قدراً من التهديد للمنتجين والدول الأقل نمواً. حيث يمثل بالنسبة لهم Harmon – Imperialism. أو استعماراً قائماً على عملية التوافق في المواصفات. حيث من المتوقع - على الدوام - ارتفاع المواصفات طبقاً لاستيعاب وتمكن اللاعبين الكبار (الشركات العالمية الكبرى).

د. بزوغ اتفاقية حقوق الملكية الفكرية TRIPs كواحدة من اتفاقيات الجات من خلال - على وجه الخصوص - قوة دفع من الشركات الدوائية ذات النشاط الدولي.

هـ. تكرار انكشاف ممارسات سلبية في البيئة الدوائية الدولية. من هذه الممارسات الادعاء بتكاليف مغال فيها بشدة بشأن البحوث الدوائية. حيث يظن أن درجة المغالاة تصل إلى حوالي عشرة أمثال الحقيقة. ومن هذه الممارسات أيضاً استخدام نشرات دوائية إعلامية معيبة. وتقديم رشواي لمسئولين حكوميين من أجل الحصول على معاملات تفصيلية في عطاءات تختص بالإمداد الدوائي. لقد بلغت هذه السلبيات حد إنتاج عبوات من دواء لمنع الحمل (بواسطة شركة فرعية لإحدى الشركات العالمية في البرازيل) لا يحتوي على المادة الفعالة.

### بزوغ الحاجة لسياسات دوائية معلنه

وهكذا، نتيجة لتفرد "الدواء" بالعديد من الخصوصيات والقضايا المتداخلة بوضوح مع المصالح الإنسانية المباشرة على مستويات مختلفة (الفرد - الجماعة - الدولة - العالم). بزغت الحاجة لصياغة وتطبيق سياسات قومية للدواء National Drug Policies. سياسات يكون من شأنها تنظيم الأداء الدوائي على المستويات الوطنية، وترشيد التعاملات الدوائية عبر الدول. لقد بدأت الاهتمامات الملحوظة بالسياسة الدوائية تتطور دولياً من خلال إصدار منظمة الصحة العالمية لنموذج قائمة الأدوية الأساسية عام ١٩٧٧. ثم من خلال اعتبار إتاحة الأدوية الأساسية كأحد العناصر الرئيسية في الرعاية الصحية الأساسية (بواسطة المؤتمر المشترك لمنظمة الصحة العالمية واليونيسيف - عام ١٩٧٨). بعد ذلك تأسس برنامج منظمة الصحة العالمية للأدوية الأساسية عام ١٩٧٩. وتساعد الاهتمام بأمور سياسات الدواء بانعقاد مؤتمر خبراء الاستخدام

السليم للدواء في نيروبي عام ١٩٨٥. والذي اعتمدت توصياته في العام التالي بواسطة مجلس الصحة العالمية. لقد أدت هذه الأنشطة والمبادرات المتتالية إلى انعقاد اجتماع خاص للخبراء من خلال منظمة الصحة العالمية (عام ١٩٨٦) لوضع إرشادات عملية يكون من شأنها مساعدة الدول الأعضاء على صياغة السياسات الدوائية الوطنية. وقد صدرت هذه الإرشادات عام ١٩٨٨ في تقرير (أو كتيب) بعنوان Guidelines For Developing National Drug Policies. وكنتيجة لهذه الجهود. واستجابة للحاجات الوطنية لتنظيم التعامل مع قضايا الدواء. تصاعد عدد الدول التي اعتمدت سياسات وطنية للدواء من عدد ١٤ دولة عام ١٩٨٩ إلى عدد ٦٦ دولة عام ١٩٩٩. ذلك بينما وصل عدد الدول التي تنظم حاجاتها الدوائية من خلال قائمة الأدوية الأساسية إلى عدد ١٥٦ دولة. في نفس العام.

وباختصار شديد يمكن الإشارة إلى أن الحاجة إلى وجود سياسة دوائية قومية National Drug Policy في ظل تعقيدات (وتعدد جوانب) قضايا الدواء تعود إلى أسباب عديدة، فيما يلي إشارة إلى أهمها:

١. تقديم توضيح موثق للقيم والطموحات والأهداف والقرارات والالتزامات الحكومية (متوسطة وطويلة المدى) بخصوص قضايا الدواء.
٢. تحديد الأهداف والمقاصد والأولويات المنوطة إلى القطاع الدوائي.
٣. تحديد الاستراتيجيات المطلوبة لتحقيق الأهداف والمقاصد والأولويات. وكذلك تحديد المسئوليات والمسئولين بخصوص تطبيق السياسة.
٤. تأسيس منتدى Forum للمناقشات القومية بخصوص قضايا السياسة الدوائية.

هذا. ويجدر الانتباه إلى أن المقاصد الرئيسية لكافة السياسات الوطنية للدواء تتضمن المساواة في إتاحة الدواء لمن يحتاجه. وضمان جودة الدواء. واستخدامه استخداماً سليماً. وعن هذه المقاصد وغيرها (من مقاصد السياسة الدوائية) فإن تحديدها (وتحديد الاستراتيجيات الخاصة بتحقيقها) يعتمد على مستوى التنمية الاقتصادية. وعلى قيم وخيارات سياسية. كما يعتمد كذلك على عوامل ثقافية وتاريخية.

## ثانياً: المنظومة الدوائية في مصر

المنظومة هي الإطار (أو الكيان) الذي جرى داخله العمليات والتفاعلات الخاصة بتحديد الأهداف. وبالتشغيل. والتنسيق والمتابعة. وهي التي تقوم من خلال حركياتها الداخلية باستيعاب التحديات والمدخلات. وتحويلها جميعاً إلى مخرجات تحافظ بها على استمرار وجودها وعلى إنجاز تقدمها. إن المكونات الرئيسية للمنظومة الدوائية المصرية تتضمن الجهات الدوائية الحكومية. كما تتضمن مؤسسات الصناعة الدوائية. هذا بالإضافة إلى جهات أخرى متعددة تعتمد في عملها - إلى حد كبير - على المكونات الرئيسية المشار إليها. إننا نعني هنا (في ثانياً) بالجهات الدوائية الحكومية وأليات عملها. في هذا الإطار نشير إلى أن الجهات الدوائية الحكومية تتبع جميعها وزارة الصحة والسكان وتتكون بشكل أساسي من:

١. الإدارة المركزية لشئون الصيدلة.

٢. الهيئة القومية للرقابة والبحوث الدوائية.

٣. مركز التخطيط والسياسات الدوائية.

وفيما يلي نشير إلى المهام الرئيسية المنوطة بهذه الجهات.

### ١- الإدارة المركزية لشئون الصيدلة

تحمل الإدارة المركزية لشئون الصيدلة العديد من المسؤوليات الإدارية الهامة بشأن التيسير الإداري والفني لشئون الدواء على المستوى القومي. ويعود إليها الاختصاص في هذه الأمور من خلال العديد من المهام الموكلة إليها ومن أهمها ما يلي:

- الإشراف على تنفيذ أحكام قانون مزاوله مهنة الصيدلة وقانون المخدرات والقوانين المعدلة له، والقرارات المنفذة لهما.
- الترخيص بفتح مصانع الأدوية والمستودعات والمخازن التابعة لها.
- تسجيل الأدوية المحلية والأجنبية، والرقابة على الأدوية والكيماويات المستوردة والمصنعة محلياً والمصدرة.
- متابعة الأداء الصيدلي في الوحدات التابعة للوزارة مركزياً، ومديريات الشئون الصحية بالمحليات.
- الرقابة على توفير الأدوية للوحدات الحكومية ووحدات القطاعين العام والخاص طبقاً للخطة الدوائية على المستوى القومي. ووضع الخطط والبرامج التي تهدف إلى ترشيد استهلاك الدواء ومتابعتها.

هذا، وتنجز الإدارة المركزية لشئون الصيدلة مهامها من خلال عدد من الإدارات العامة (تختص بالتفتيش والتسجيل والترخيص والدراسات.. الخ). كما أنها تتعاون في أداء مهامها مع الجهتين الأخريين (الهيئة القومية للرقابة والبحوث الدوائية ومركز التخطيط والسياسات الدوائية).

### ٢- الهيئة القومية للرقابة والبحوث الدوائية

تم إنشاء الهيئة القومية للرقابة والبحوث الدوائية عام ١٩٧٦. وذلك بدمج كل من معامل الرقابة الدوائية في وزارة الصحة، ومركز الأبحاث والرقابة الدوائية. وتعتبر هيئة علمية، وتتحدد مهام هذه الهيئة (بخصوص الدواء) في أداء ما يلي:

- القيام بالأعمال الرقابية على المستحضرات وموادها الخام واستحداث الوسائل والطرق الرقابية بما يتفق والتقدم العلمي.
- إجراء التحاليل والفحوص والدراسات على المستحضرات المستجدة والمعدة للتسجيل أو التي تدعو الحاجة إلى تقييمها أو إعادة النظر في تقييمها. وذلك بهدف ضمان مطابقتها للمواصفات، وفعاليتها، وخلوها من الأضرار.
- إقرار المواصفات الرقابية للمستحضرات الدوائية.
- النهوض بالمستوى العلمي في مجال الرقابة الدوائية.

- تقديم المشورة العلمية والدراسات للجهات العلمية وإجراء الأبحاث العلمية في مجالات الرقابة والتقييم الدوائي.
- إبداء الرأي في المضمون العلمي للنشرات العلمية والإعلانات العامة عن المواد والمستحضرات العلاجية.
- إصدار النشرات الإعلامية عن الأدوية الجديدة أو الأدوية التي يبطل استعمالها. وعن التأثيرات الجانبية التي تنتج عن الأدوية.
- التصريح بإجراء الدراسات الإكلينيكية التي تهدف إلى تقييم تأثير الأدوية في الإنسان.
- مزاولة الاختصاصات والسلطات الأخرى التي كانت تباشرها الجهات التي نقلت إليها (خاصة بحوث وتطوير الأدوية).

هذا، وتتكون الهيئة من العديد من الشعب العلمية والمعامل والمراكز المتخصصة في المجالات المختلفة لرقابة وبحوث الدواء (الكيمياء - النبات - الميكروبيولوجيا - النباتات الطبية - الفارماكولوجيا والسموم - الكيمياء الحيوية - المعلوماتية - الإتاحة الحيوية للأدوية.. الخ).

### ٣- مركز التخطيط والسياسات الدوائية

نشأ هذا المركز في البداية باسم لجنة الخدمات الدوائية عام (١٩٩٢). ثم تغير الاسم عام ١٩٩٥ إلى مسمى مركز التخطيط والسياسات الدوائية. وإن كانت المهام لم تتغير. ويتولى هذا المركز القيام بما يلي:

- إعداد الدراسات والتقارير اللازمة لتسعير منتجات شركات الأدوية.
- تدعيم الإعلام الدوائي.
- السعي إلى تحقيق ما يكفل توفير الدواء واستكمال نواقصه.
- دعم البحوث العلمية الدوائية وتداول المعلومات العلمية والتنظيمية المتعلقة بالدواء.
- مباشرة المهام التي كانت تقوم بها هيئة القطاع العام للأدوية والكيمائيات والمستلزمات الطبية فيما يتعلق بتسجيل الأدوية (ملحوظة: الهيئة المذكورة ألغيت من خلال تحويلها إلى شركة قابضة في قطاع الأعمال).
- الجدير بالإشارة أن كلا من الإدارة المركزية لشئون الصيدلة ومركز التخطيط والسياسات الدوائية يمارسا أعمالهما في إطار عدد من القوانين والقرارات المرجعية والتي تضم - في الأساس - ما يلي:
- القانون رقم ١٢٧ لسنة ١٩٥٥ في شأن مزاولة مهنة الصيدلة.
- القانون رقم ٢١٢ لسنة ١٩٦٠ بشأن تنظيم تجارة الأدوية والمستلزمات والكيمائيات الطبية. والقوانين المعدلة له.
- القانون رقم ١١٨ لسنة ١٩٧٥ في شأن الاستيراد والتصدير.
- قرار رئيس الجمهورية رقم ٩٦ لسنة ١٩٧٨ بإنشاء صندوق لتحسين الخدمة ودعم البحوث المشتركة بالقطاع الصحي.

- قرار مجلس الوزراء الصادر بجلسته المعقودة بتاريخ ١٩٨٩/٩/٣٠ في شأن تسعير منتجات شركات الأدوية الخاضعة لقانون الاستثمار.
  - هذا. بالإضافة إلى عدد من القرارات الوزارية.
- وبالإضافة إلى الجهات الرئيسية الثلاث المشار إليها توجد كيانات أخرى تتصل مهامها واهتماماتها بشكل أو آخر بالمنظومة الوطنية للدواء. ومن أهم هذه الكيانات نشير إلى:
- غرفة صناعة الدواء بالحداد الصناعات.
  - شعبة بحوث الدواء بمجلس البحوث الطبية بأكاديمية البحث العلمي.
  - شعبة الدواء بمجلس الخدمات بالمجالس القومية المتخصصة.
- وتجدر الإشارة أيضاً إلى وجود لجان علمية تساهم بالرأي في قرارات تسجيل الأدوية. تضم هذه اللجان لجنة الفارماكولوجيا ولجان طبية متخصصة في شتى فروع الطب. كما تتم الموافقة النهائية على تسجيل أو عدم تسجيل الدواء بواسطة اللجنة الفنية لمراقبة الأدوية. هذا. وتوجد لجنة خاصة بقائمة الأدوية الأساسية.
- والجدير بالذكر أنه قد نشأ مؤخراً مجلس لتحديث وتطوير صناعة الدواء والمستلزمات الطبية يختص أيضاً بالتخطيط والتسعير. وذلك بقرار رئيس مجلس الوزراء رقم ١٢١٦ لسنة ٢٠٠٢ ويتعلق هذا المجلس طبقاً لقرار إنشائه بوضع السياسات والاستراتيجيات بخصوص تحديث الصناعة. وإعداد التخطيط للتسعير العادل. والترويج للاستثمارات في مجالي الخامات الدوائية. والمستلزمات الطبية وتنشيط الصادرات المصرية. والعمل على توفير الأدوية والمستلزمات الطبية لمحدودي الدخل.. الخ. ويمارس المجلس مهامه برئاسة وزير الصحة والسكان.

### ثالثاً: حال السياسة الدوائية المصرية

قبل تناول حال السياسة الدوائية الوطنية في مصر فإنه تجدر الإشارة إلى الاعتبارات المنطقية التالية:

- الاعتبار الأول:** أن وجود سياسة دوائية وطنية أمر يعني وجود التزام بهدف (أو بأهداف). ويعني أيضاً وجود تصور استرشادي للتطبيق.
- الاعتبار الثاني:** أنه في عدم وجود وثيقة للسياسة (أي في غيبة سياسية مكتوبة) فإنه من الصعب (أو من المستحيل) القول بوجود التزام بهدف (أو بأهداف). أو بوجود تصور استرشادي للتطبيق.

**الاعتبار الثالث:** أن عملية التوصل إلى سياسة دوائية وطنية (بما تتضمنه من تصورات واستشارات ومناقشات ودراسات.. الخ) تتكافأ في الأهمية مع مسألة وجود السياسة كوثيقة. وبالتالي فإنه في غيبة عملية Process كفتة للتوصل إلى سياسة فإن الوثيقة الناجمة ستكون وثيقة غير كفتة.

**الاعتبار الرابع:** أن وجود سياسة دائية دون وجود خطة للتطبيق أمر يعني أن السياسة مجرد وثيقة ميتة.

وهكذا، بالأخذ في الحسبان للاعتبارات الأربعة السابقة تتجسم الرؤية التقويمية لخال السياسة الوطنية للدواء في مصر. فبالرغم من وجود بني Structures دائية ضخمة وعريقة (كما وضع في الجزء السابق "ثانياً) مقارنة بالبنني المثيلة في كافة دول المنطقة ومعظم الدول النامية. إلا أن هذه البني (بما تضم من موارد بشرية مشهود لها بالكفاءة) كانت - وربما لا زالت - تفتقد إلى الطريق الأمثل للأداء الكفاء والمتطور دائماً. وذلك بسبب غيبة العمل في إطار اعتبارات المنظومة System. وديناميكياتها الفاعلة Active Mechanisms. والشفافة. والمتطورة باستمرار. إن هذه الوضعية تتجسم كحقيقة في ضعف السياسة الدوائية المصرية. وذلك سواء قبل صدور الوثيقة المعونة السياسة الدوائية الوطنية (عام ٢٠٠١). أم بعد صدور هذه الوثيقة.

إن مؤشرات هذا الضعف متعددة. نشير فيما يلي إلى البعض منها:

١. أنه في سبتمبر ١٩٨٨. وفي لقاء عام يختص بموضوع السياسة الدوائية الوطنية في مصر<sup>١</sup> نفى المتحدثون نيابة عن الحكومة الحاجة الملحة لتطوير أوضاع وسياسات الدواء. وذلك بتأكيدات قاطعة بأن هذه الأوضاع والسياسات هي الأحسن على مستوى كافة دول المنطقة. وأن أية رؤى أو تحليلات تقضي إلى غير ذلك هي رؤى أو تحليلات غير سليمة مطلقاً و(١٤).

المفاجئة (أو المشكلة) أن وضعية السياسة الدوائية في مصر قد اتضحت بعد ذلك من خلال استقراء بيانات هامة صدرت في نهاية عام ١٩٨٨ في شكل تقرير لمنظمة الصحة العالمية بعنوان وضعية الدواء في العالم 1988 - Drug Situation in the world.

لقد وصفت منظمة الصحة العالمية الأوضاع الدوائية في بلدان العالم من خلال أحد عشر مؤشراً Indicator تتعلق بالتشريع والإنتاج والأدوية الأساسية والمعلوماتية والرقابة والتوزيع والتنمية البشرية والترشيد الدوائي.. الخ. وذلك باستعمال مدى من الدرجات لكل مؤشر يصف حالة البلدان فيما يختص بأوضاعها المتعلقة بهذا المؤشر. ويفحص أوضاع الدواء في العالم حسب مؤشرات وبيانات الصحة العالمية. وبالكشف على عدد المؤشرات التي تحقّق فيها البلدان المختلفة الحد الأعلى من الدرجات. يتضح لنا أن مرتبة مصر في السياسة الدوائية عام ١٩٨٨ كانت مكانة منخفضة جداً. ولا تتناسب أبداً مع تاريخها وإمكاناتها. لقد كان مستوى السياسة الدوائية في مصر حسب المعيار المشار إليه لا يسبق من الدول العربية غير موريتانيا والصومال. ولا يسبق من دول مجموعة الـ ١٥ غير نيجيريا والسنغال وزمبابوي. ذلك بينما كانت العراق تحقّق أعلى مستوى في مجموعة البلدان العربية (تليها

<sup>١</sup> عقد هذا اللقاء برعاية النقابة العامة للصيادلة في مصر. وكان يتكون من محاضرة لكتاب هذه السطور بعنوان "نحو سياسة دوائية أكثر تكاملاً". يعقبها تعليقات رئيسية من السادة رؤساء الإدارة المركزية لشئون الصيدلة. والهيئة القومية للرقابة والبحوث الدوائية. وهيئة القطاع العام للأدوية. وقد أدار الحوار نقيب صيادلة مصر وقتها المرحوم أ. د. يوسف عز الدين حمودة. انظر أيضاً مقال "السياسة الدوائية المفقودة" - الأهرام ٢١ / ٣ / ١٩٨٨.

الجزائر)...!!، وكانت الجزائر (بالاشتراك مع البرازيل وشيلي وإندونيسيا والمكسيك) تحقق أعلى مستوى بين مجموعة دول الـ ١٥ (انظر الجدولين "٨-١"، "٨-٢").

ذلك كله في الوقت الذي كانت الدولة في مصر مثلة في القيادات الدوائية المسئولة ترفض (ولا تبالي بـ) نداءات ودراسات وطنية تنبه وتحذر بخصوص ضعف مستوى السياسة الوطنية للدواء. والجدير بالانتباه هنا أن السيد وزير الصحة كان قد تفضل عام ١٩٩٢ بالترحيب باقتراح بإنشاء مجلس أعلى للدواء (نشر في الأهرام - ١٢/٣/١٩٩٢) من أجل وضع سياسة وطنية للدواء، ومتابعة تنفيذها وتطويرها. غير أن الكيان الذي أنشئ بعد ذلك بالفعل كان - ولا يزال - يختص بأعمال إجرائية. وقد أطلق عليه "لجنة الخدمات"، ثم تغير مسماه بعد ذلك إلى مركز التخطيط والسياسات الدوائية.

جدول (٨-١): ترتيب دول مجموعة الـ ١٥ حسب عدد مؤشرات السياسة الدوائية التي تحقق فيها الدولة الدرجات الأعظم.

أولاً: دول تحقق الدرجات الأعظم في "٥" مؤشرات: الجزائر - البرازيل - شيلي - إندونيسيا - المكسيك
ثانياً: دول تحقق الدرجات الأعظم في "٣" مؤشرات: الأرجنتين - الهند - ماليزيا
ثالثاً: دول تحقق الدرجات الأعظم في مؤشر واحد: مصر - جاميكا - فنزويلا
رابعاً: دول لا تحقق الدرجات الأعظم في أي مؤشرات: نيجيريا - السنغال - زيمبابوي

\* المرجع: م.ر. حامد محاضرة أمام اجتماع خبراء مجموعة الـ ١٥ في المعايير والجودة - نيودلهي - يناير ١٩٩٨.

جدول (٨-٢): ترتيب الدول العربية حسب عدد مؤشرات التي تحقق فيها الدولة الدرجات الأعظم

أولاً: دول تحقق الدرجات الأعظم في "٨" مؤشرات: العراق
ثانياً: دول تحقق الدرجات الأعظم في "٥" مؤشرات: الجزائر
ثالثاً: دول تحقق الدرجات الأعظم في "٤" مؤشرات: ليبيا - سوريا
رابعاً: دول لا تحقق الدرجات الأعظم في "٣" مؤشرات: الكويت
خامساً: دول لا تحقق الدرجات الأعظم في مؤشرين فقط: البحرين - الأردن - جيبوتي
سادساً: دول تحقق الدرجات الأعظم في مؤشر واحد: مصر - اليمن الديمقراطي - عمان - لبنان - السودان - السعودية
سابعاً: دول لا تحقق الدرجات الأعظم في أي مؤشرات: الصومال - موريتانيا

\* المرجع: م.ر. حامد: محاضرة أمام الاجتماع الاستثنائي في الصناعة الدوائية - مجموعة دول شرق المتوسط - منظمة الصحة العالمية - الإسكندرية - إبريل ١٩٩٨.

٢. أن وثيقة السياسة الدوائية الوطنية، والتي صدرت عن وزارة الصحة عام (٢٠٠١)، قد جاءت على استحياء (كما يبدو من محتوياتها) وفي عجلة شديدة أو كرد فعل أدائي تجاه الرأي العام المطالب بسياسة دوائية قومية (منذ منتصف ثمانينيات القرن العشرين). وما يلفت الانتباه بشأن هذه الوثيقة ما يلي:

أ. انه، وإن كانت الوثيقة بعنوان "السياسة الدوائية الوطنية"، إلا أنه من الثابت من محتوياتها، ومن تشكيل لجنة إعدادها ولجنة صياغتها، أن مركز التخطيط والسياسات الدوائية لم يشارك رسمياً في التوصل إلى هذه الوثيقة، وهو الأمر الذي جذب الانتباه إليه، ليس من منظور كفاءة الوثيقة ومصداقيتها، ولكن من منظور صحة البنى والعلاقات المنظومية المولدة لهذه الوثيقة، أو لأي من أنشطة السياسة الدوائية الوطنية.

ب. أن الوثيقة في بنائها ومحتوياتها وصياغتها لم تعتمد على منهج علمي Scientific method مناسب، سواء باستخدام مؤشرات معيارية Standardized indicators أم رؤى وتقييمات سياسية.. الخ.

ج. أن الوثيقة قد خلت من أية توصيفات أو إشارات للواقع ولمشكلاته.

د. أنه من الطبيعي في إطار الملابس المشار إليها في "أ"، و"ب"، و"ج" أن تميل الوثيقة إلى الإفراط في العمومية وأن تخلو من الأبعاد والتناولات السياسية والتخطيطية والتعاونية المتوقعة منها.

٣. أن الملامح الحقيقية للأوضاع الدوائية الوطنية تتضمن مؤشرات ضعف تدفع إلى ضرورة الدعوة لعمل سياسة دوائية "حقيقية" إننا هنا نكتفي - فقط - بالإشارة بقدر من التفصيل إلى مثال واحد لنماذج مؤشرات الضعف، والذي يتعلق بالتفاوت الضخم في توزيع قيم استهلاك الدواء في محافظات مصر، حيث نجد أن التفاوت في متوسط نصيب الفرد بين محافظة وأخرى يصل إلى قدر يزيد على الأربعة أمثال، وأن هناك تفاوتات كبيرة بين توزيع قيم استهلاك الدواء على مستوى محافظات مصر، مقارنة بتوزيع السكان، من الأمثلة الصارخة على التفاوتات نجد أن متوسط نصيب الفرد يبلغ في محافظات دمياط والقاهرة (بالجنيه) ٩٩، و٩٠، على الترتيب بينما هو في حدود ٢١ إلى ٢٥ جنيهاً في محافظات أسيوط والوادي الجديد، والفيوم وبنى سويف، والمنيا، وسوهاج، والبحيرة (انظر جدول "٨-٣").

جدول رقم (٨-٣): قيم استهلاك الدواء على مستوى محافظات مصر (عام ١٩٩٦)

المحافظة	السكان		استهلاك الدواء		متوسط نصيب الفرد بالجنيه
	مليون نسمة	(%)	مليون جنيه	%	
القاهرة	٦،٩	١١،٧	٦١٧،٣	٢٢،٥	٩٠
الجيزة	٤،٨	٨،٢	٢٩٢،٠٠	١٠،٧	٦١
الإسكندرية ومطروح	٣،٦	٦،٢	٢٧٦،٨	١١،١	٧٧
البحيرة	٣،٩	٦،٦	٩٤،٥	٣،٥	٢٤
كفر الشيخ	٢،٢	٣،٨	٨٨،٥	٣،٢	٤٠
الغربية	٣،٤	٥،٨	١٩٠،٠٠	٦،٩	٥٦
المنوفية	٢،٧	٤،٦	١٠٢،٥	٣،٧	٣٨
القليوبية	٣،٠٠	٥،١	٧٩،٨	٢،٩	٢٧
دمياط	٠،٩	١،٥	٨٩،٠٠	٣،٣	٩٩
الدقهلية	٤،٢	٧،٢	١٨١،٠٠	٦،٦	٤٣

متوسط نصيب الفرد بالجنيه	استهلاك الدواء		السكان		المحافظة
	%	مليون جنيه	(%)	مليون نسمة	
٤٦	٧,٠٠	١٩٢,٧	٧,٢	٤,٢	الشرقية
٦٢	٢,٨	٧٤,٥	٢,٠٠	١,٢	الإسماعيلية وبورسعيد وسينا
٢٩	٠,٧	٢٠,٢	١,٢	٠,٧	السويس وسيناء الشمالية
٢٢	٢,٩	٨١,٥	٦,٥	٣,٨	الفيوم وبني سويف
٢٥	٣,٠٠	٨٢,١	٥,٦	٣,٣	المنيا
٢١	٢,٣	٦٣,٨	٥,١	٣,٠٠	أسيوط والوادي الجديد
٢٥	٢,٩	٨٠,٢	٥,٥	٣,٢	سوهاج
٣٨	٤,٩	١٣٤,٧	٦,٢	٣,٦	قنا وأسوان والبحر الأحمر
٤٧	١٠٠	٢٧٤١,١	١٠٠	٥٨,٦	الإجمالي

٤. أن مؤشرات ضعف السياسة الدوائية تتضمن أمثلة واقعية أخرى نشير إلى بعضها بإيجاز كما يلي:

أ. ندرة (أو غيبة) الدراسات الميدانية (أو دراسات الحالة) فيما يتعلق بأوضاع وإشكاليات وتطورات عمليات إتاحة وتوزيع ووصف واستخدام الأدوية. وكذلك عمليات متابعة احتماليات وجود آثار ضارة بعد الاستخدام Pharmacovigilance.

ب. فقدان الاهتمام العملي بضبط صرف العيوب الدوائية. بحيث يتم صرف رشيد للجرعات الدوائية المقررة. بالقدر الموصوف. لا أكثر ولا أقل. وكذلك بهدف تقليل الفاقد. وفي نفس الوقت ضمان عدم وجود قصور أو نقص في العلاج بالجرعات الكاملة. حيث يؤدي هذا النقص إلى أضرار عديدة من أشدها انتشار حالات مقاومة الميكروبات للعلاج Resistance.

ج. وجود مغالاة في هامش الربح في بعض الأحيان. وهو الأمر الذي يظهر في تباينات كبيرة في أسعار بعض المستحضرات الدوائية خارج وداخل المناقصات الحكومية. كما يظهر أيضاً في بعض سلوكيات البيع والدعاية لبعض الشركات. والغريب أن ذلك يحدث في ذات الوقت الذي تجابه فيه بعض الشركات صعوبات في إنتاج بعض الأدوية المهمة متدنية السعر. والتي لم تتحرك أسعارها منذ سنوات عديدة رغم التعرض للعديد من المتغيرات النقدية المؤثرة في الأسعار بشكل عام.

د. افتقاد تعميم تطبيق المفاهيم والتوجهات الحديثة الخاصة بترشيد استخدامات (واقصديات) الأدوية. وذلك مثل مفهوم "قائمة الأدوية الأساسية" (من حيث استيعابه وتطبيقه على مستويات مختلفة. فيما يتعلق بالتصنيع الدوائي وعمليات الوصف الدوائي في المؤسسات الصحية على تباين أنواعها).

هذا. وإذا كنا قد أكدنا على ضعف أوضاع السياسة الدوائية المصرية. فإنه يحسب للقيادات الصحية القومية المتتالية (نقصد السادة وزراء الصحة ومعاونهم) تمسكهم - بقدر الإمكان - بالعمل على توفير الأدوية ومقاومة رفع أسعارها. غير أن استمرار الأوضاع الجارية (فيما يتعلق

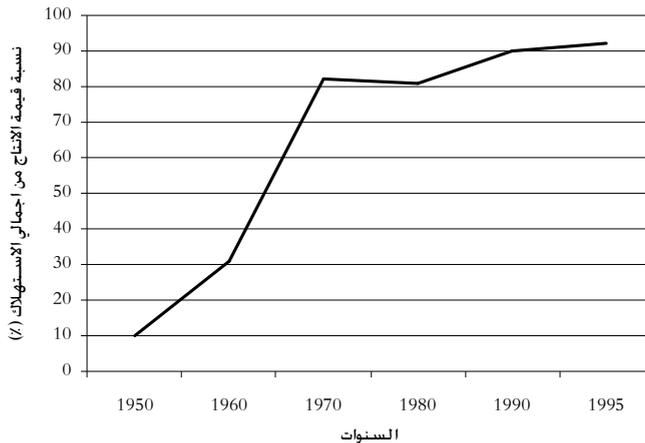
بالسياسة الدوائية الوطنية) على ما هي عليه. يعني استمرار وجود فاقد كبير في الممكنات والفرص. ويعني كذلك ارتفاع احتمالية التعرض للضغوط والمفاجآت والأزمات.

## رابعاً: حال الصناعة الدوائية المصرية

تقدم صناعة الدواء المصرية نموذجاً فريداً في "هدر الإمكانيات". بالرغم من الموارد البشرية الكثيفة الموجودة داخل مؤسسات هذه الصناعة وكذلك خارجها في معاهد ومراكز البحث العلمي على المستوى الوطني. وبالرغم من أن هذه الصناعة كانت هي الرائدة والقائدة والمعلمة على المستويات الإقليمية في زمن سابق. إلا أنها تعاني حالياً من تأخر نسبي واضح. وذلك بالأخذ في الاعتبار للإمكانيات والموارد الذاتية. وأيضاً بالمقارنة مع حال الصناعات الدوائية في دول المنطقة وفي العديد من الدول النامية. وأيضاً بالنظر إلى إيقاع تقدم الصناعات الدوائية على المستوى الدولي. وفي تقديرنا. يمكن التعرف على "أوضاع سياسة صناعة الدواء في مصر" من خلال التناول الموجز لبعض خلفياتها العامة. وللمشكلات الذاتية الرئيسية الكامنة فيها. وللأخطاء الاستراتيجية التي أضعفت مسيرتها على مدى العقود الثلاثة الماضية.

### أ- خلفيات عامة

1. تعتبر صناعة الدواء في مصر صناعة عريقة. حيث هي الأولى من حيث النشأة على المستوى الإقليمي (الإفريقي - العربي - الشرق أوسطي).
  2. استطاعت هذه الصناعة أن تحقق الهدف التقليدي للتنمية في فترة الخمسينيات والستينيات من القرن العشرين. وهو "الإحلال محل الواردات".
  3. فقدت هذه الصناعة الوطنية مكانتها القيادية بين دول العالم الثالث تدريجياً منذ السبعينيات. حيث تقدمت عليها صناعة الدواء في دول كثيرة مثل الهند والأرجنتين والبرازيل والصين وكوريا الجنوبية.
- شكل (٨-١): تطور نصيب الإنتاج الوطني من المستحضرات الصيدلانية في جملة الاستهلاك المحلي (%)



٤. بلغت بعض الصناعات الدوائية الناشئة في بعض البلدان العربية نفس المستوى النوعي للصناعة المصرية (في مجال التشكيل الصيدلي). وأحياناً تفوقت عليها. وقد تفوقت الأردن بشكل واضح في مجال التصدير (حيث تصدر أكثر من ضعف ما تصدره مصر).
٥. وصلت القدرة الوطنية في صناعة الدواء منذ بداية سبعينيات القرن العشرين إلى سقف منحني تطورها في إطار السياسات والآليات القائمة (انظر الشكل "٨-١").

## ب- المشكلات (أو السلبيات) الذاتية

١. عدم وجود سياسة دوائية وطنية متكاملة. وكذلك عدم وجود مخطط استراتيجي لتطوير الصناعة الدوائية.
٢. عدم استيعاب صناعة الدواء الوطنية من خلال منظومتها القائمة لطبيعة صناعة الدواء باعتبارها من نوع الصناعات التي يعتمد فيها التقدم التكنولوجي - في الأساس - على أنشطة البحث والتطوير. هنا يجذب الانتباه إلى أن نسبة الصرف على أنشطة البحث والتطوير (مقارنة بالمبيعات) في الشركات المصرية تكاد لا تتعدى ٢,٥٪. يصرف أكثر من نصفها على الأجور. ذلك بينما ترتفع هذه النسبة في شركات الدواء التي تقوم بنشاط بحثي تطوري حقيقي إلى أكثر من ١٥٪.
٣. تدهور المعايير الخاصة بتقييم الصناعة الدوائية ومخرجاتها. حيث تركز هذه المعايير - حتى الآن - على حجم تغطية احتياجات السوق المحلي. كما تتداخل اعتبارات وتوجهات ذاتية (تتمثل في الرؤى الشخصية وغلبة "البرواجندا") مع أي جهود لتقويم هذه المعايير.
٤. غيبة التحالفات والتكتلات الوطنية التطويرية الفعالة في المجالات البحثية والتسويقية والتجارية.
٥. وجود حاجز نفسي أمام الابتكار الدوائي الوطني. وتعود أسباب هذا الحاجز النفسي إلى سلبيتين رئيسيتين. السلبية الأولى تتعلق بضعف قدرة الأجهزة الدوائية القائمة (في الصناعة والبحوث) على استقراء وفهم سياسات واقتصاديات التطورات العالمية في صناعة الدواء. وأما السلبية الثانية فتتعلق بسوء حال إدارة أنشطة البحث والتطوير الدوائي في مصر. وكذلك ضعف قدرة القيادات والأنظمة القائمة (في مؤسسات الدواء) بخصوص استيعاب وتسيير الإمكانيات الوطنية. هنا يجدر جذب الانتباه إلى أن السلبيتين المذكورتين أعلاه تصفا الوضع العام. والذي توجد - بالقطع - استثناءات فردية مخالفة له.

هذا. وقد نتج عن المشكلات (أو السلبيات) المشار إليها ما يلي:

- هدر إمكانيات البحث والتطوير الدوائي في مؤسسات الدولة (الجامعات ومراكز البحوث).
- تأخر صناعة الدواء المصرية (كما أشرنا من قبل). وحيث تعتمد على بشكل شبه كلي على استيراد المواد الخام والتكنولوجيا. وأيضاً - إلى حد كبير - استيراد مواد التعبئة.
- تأخر إنشاء بنية أساسية للتكنولوجيا الحيوية داخل الصناعة الدوائية المصرية. وذلك في ظل استمرار غياب رؤية قومية. وجهد وطني لتنمية الصناعة الدوائية تكنولوجيا.

- دخول بعض الشركات العالمية لشراء شركات قائمة. حيث يجرى ذلك في إطار توجه يخصص في الأساس - بالاستحواد على السوق المحلي أكثر مما يخصص بنقل التكنولوجيا (ملحوظة: يستحوذ فرع شركة جلاكسو العالمية في مصر على أكثر من ٩٪ من حجم السوق المصرية).

وفي غمار التعرض للمشكلات (أو السلبيات) الذاتية في قطاع الدواء. جدر الإشارة إلى وجود نشاط ملحوظ ومنتزاد في مجال الأمصال واللقاحات (خاصة مع تحول هيئة الأمصال واللقاحات إلى شركة قابضة). وهو أمر يحتاج إلى تقييم نوعي وكمي.

## ج- الأخطاء الاستراتيجية التي أضعفت مسيرة صناعة الدواء الوطنية

١. الاقتصار على التطور الأفقي. بمعنى زيادة عدد المصانع دون الانتباه إلى التطور الرأسى (تطور المنتجات والعمليات الإنتاجية والخدمية وقدرات البحث والتطوير). وذلك بينما التطور الرأسى في صناعة تعتمد على العلم مثل صناعة الدواء. هو الطريق الرئيسى لتنظيم القيمة المضافة والنمو والتنافسية.

٢. غيبة دور إيجابي للحكومات المصرية المتعاقبة (ربما منذ أواخر ستينيات القرن العشرين) جَاه ضرورات التطور الرأسى للصناعة الدوائية. لقد ركزت الحكومات المصرية طلباتها من القطاع العام الدوائى (ثم القطاع الخاص بعد ذلك) في تغطية الاحتياجات المحلية. ولم تشأ أي منها (أي الحكومات) حمل مسؤولية الترشيد الإيجابي أو إدارة الدفة لصناعة الدواء المصرية من خلال استخدام الآليات المالية والتشريعية والاستثمارية المناسبة من أجل دفع هذه الصناعة إلى التطور الرأسى (التطور القائم على أنشطة البحث والتطوير). وفي المقابل فقد قامت (وتقوم) حكومات الدول المتقدمة واللاحقة - على السواء - بأدوار إيجابية هامة في ترشيد وتطوير الصناعات الدوائية الوطنية.

٣. نشأة القطاع الخاص الدوائى - في الأساس - كامتداد موازٍ (وربما بديل) للقطاع العام الدوائى مما حصر المنافسة في إطار محلي. وحت سقف مستويات تكنولوجية متشابهة إلى حد كبير. ونتيجة لذلك لم تتطور القدرات النوعية النسبية لصناعة الدواء المصرية (ولا القدرات الإدارية لقياداتها) عن أوضاع ما قبل الخصخصة أو العولمة. بل لم تتطور كثيراً عن أوضاع ستينيات القرن العشرين.

وهكذا. يتضح أن الأخطاء الاستراتيجية الثلاثة السابق ذكرها تشترك في جوهر رئيسى واحد. وهو عدم الانتباه إلى التطور الرأسى المعتمد على أنشطة البحث والتطوير والتسويق.

لقد أدى ذلك إلى تعطيل مسيرة صناعة الدواء المصرية عن المسيرات المناظرة في دول بدأت معها (مثل الهند). كما لحقت بها صناعات حديثة النشأة (مثل الصناعات الدوائية في العديد من الدول العربية. كتلك في الأردن والإمارات وفلسطين وسوريا والمغرب). ذلك فضلاً عن السبق الذي حققته كيانات دوائية حديثة لم تكن موجودة عندما بدأت مصر صناعتها الدوائية (نقصد الصناعة الدوائية الإسرائيلية). وبينما قيادات الصحة والدواء في مصر تتمسك بمعيار تغطية الاستهلاك

المحلي كدليل قوة لهذه الصناعة (وهو معيار خاطئ في صناعة تعتمد على العلم مثل صناعة الدواء). حيث دأبت هذه القيادات على الإعلان بأن صناعة الدواء الوطنية تغطي ٩٥٪ من الاحتياجات المحلية (كدليل قوة لهذه الصناعة). فإن تقرير حديث قد صدر من اتحاد الصناعات قد أوضح أن هذه النسبة قد انخفضت مؤخراً إلى ٨٥٪. وفي تقديرنا أن ارتفاع أو انخفاض هذه النسبة ليس له علاقة مباشرة بتفوق القدرات العلمية والتكنولوجية الأصيلة لصناعة الدواء الحديثة (ملحوظة: صناعات الدواء في بلدان مثل سويسرا وإنجلترا لا تغطي أكثر من ١٠٪ من الاحتياجات المحلية بينما لها أنصبة كبيرة في السوق العالمي).

### خامساً: انعكاسات الاتفاقية الدولية على الأوضاع الدوائية في مصر

تشكل اتفاقيات منظمة التجارة العالمية القوة الرئيسية (وربما الكلية) في التأثير على الأوضاع الدوائية في مصر. وفي تقديرنا ستكون الأولوية في التأثيرات راجعة لآليات ثلاث:

١. النفاذية للأسواق.

٢. الالتزام بالموصفات المقبولة عالمياً.

٣. حماية الملكية الفكرية.

إن الإشارة إلى هذه الآليات تأخذ في الاعتبار مجمل اتفاقيات الجات. وليس فقط اتفاقية "حقوق الملكية الفكرية المرتبطة بالتجارة" TRIPs. وإن كانت هذه الأخيرة هي الأكثر وضوحاً في التأثير المباشر.

الجدير بالانتباه أن اتفاقية تريبس TRIPs تؤثر على الأوضاع الدوائية عامة من خلال العديد من الجوانب. نذكر منها هنا جانبين رئيسيين. وهما تغطية براءة الاختراع لكل من العملية الابتكارية Process. والمنتج Product. وذلك بعد أن كان الوضع الدارج في قوانين الدول هو منح البراءة على العملية الابتكارية فقط. ذلك بالإضافة إلى جعل فترة حماية براءة الاختراع تمتد إلى عشرين عاماً على الأقل.

إن تقييم الانعكاسات الممكنة لهذه الاتفاقية على الأوضاع الدوائية ينبغي أن يأخذ في الحسبان. بالإضافة إلى الجانبين المشار إليهما. اعتبارات أخرى تنتج في مجملها من كافة بنود هذه الاتفاقية. بالإضافة إلى المستجدات الخاصة ببقية اتفاقيات الجات (وهي الاتفاقيات التي ترعاها منظمة التجارة العالمية منذ يناير ١٩٩٥). وخاصة فيما يتعلق بفض النزاعات. والاستثمار. والخدمات. والاعتبارات الصحية. ذلك كله (بالإضافة إلى وضعية صناعة الدواء باعتبارها صناعة تعتمد على البحث العلمي Research – Driven Industry يعني في تقديرنا أن الانعكاسات الرئيسية لهذه الاتفاقية تكون – أساساً – في الجاهين:

**الاجته الأول:** زيادة قوة الجهة صاحبة الاختراع الدوائي. وذلك من حيث سطوتها في حماية منتجها. واكتساب ريع عنه لفترة طويلة جداً. ذلك فضلاً عن محاولتها تمديد فترة البراءة. من خلال إدخال تعديلات طفيفة في المنتج.

**الاتجاه الثاني:** الإبطاء من سرعة نمو العديد من الصناعات الدوائية الناشئة في البلدان النامية. وتقليص إمكانيات تطورها المستقبلي. بحيث يصعب قيامها بإنتاج أدوية غير تلك التي زالت عنها براءات الاختراع (والمسماة بالأدوية الجنيصة Generics).

هذا. وما يزيد من احتمالية تقليص قدرات الصناعات الدوائية في البلدان النامية (ومنها مصر) على النمو. زيادة التنافسية بين هذه البلدان بخصوص الأدوية التي زالت عنها فترات حماية براءات اختراعها (أي تلك التي أصبحت في حيز الملك العام Public domain). ذلك بالإضافة إلى اتجاه الشركات العالمية الكبرى إلى إنشاء شركات صغيرة تابعة لها لتقوم بإنتاج الأدوية الجنيصة من نفس المنتجات الخاصة بالشركات الأم. وبنفس الأسماء التجارية Brand names التي اشتهرت بها.

خلاصة ما سبق هو أن تأثير اتفاقية "تريبس" على أوضاع الدواء في مصر يتركز في مجالين. هما "الأسعار." و"مصير الصناعة الدوائية الوطنية".

وعليه. فبالتركيز على مصر نشير إلى ما يلي:

### أ- بالنسبة للأسعار

١. نظراً لأن معظم الأدوية المتداولة في السوق المصرية (٩٠ - ٩٥٪ على الأقل) هي أدوية سقطت براءاتها في الملك العام. فإن أسعارها لن تتأثر سلبياً بتطبيق الاتفاقية. بل يتوقع أن يكون هناك انخفاض في أسعارها نتيجة التنافسية بين الصناعات الدوائية في الدول النامية. حيث نتوقع أن الصناعات الدوائية في بعض هذه البلدان (مثل الهند والبرازيل) ستكون على قدرة أكبر بخصوص توفير هذه الأدوية بأسعار أقل.

٢. ومع ملاحظة أن حوالي ٤٠٪ من الأدوية المصرية تنتج بترخيص license من شركات أجنبية (رغم أن جزءاً قليلاً منها هو فقط الخاضع للملك الخاص - أي لحماية براءة الاختراع). فإن أسعار هذه الأدوية لن تتأثر بتطبيق الاتفاقية. بل يمكن أن تنخفض.

٣. وأما الأدوية الخاضعة حالياً لحماية براءة الاختراع. وهي تمثل في حدود ٥ - ١٠٪ من الأدوية الموجودة في السوق المصرية. فإن جزءاً منها يستورد من الشركات الأجنبية الأم Mother Companies. وبالتالي فإن هذا الجزء لن ترتفع أسعاره بتطبيق الاتفاقية. وأما الجزء الآخر والذي يصنع بواسطة شركات مصرية. أو يستورد من شركات أجنبية غير الشركات الأم. فهو جزء قليل جداً (يمثل جزءاً من الـ ٥-١٠٪). وهو عرضة لارتفاع في السعر عند تطبيق الاتفاقية (إذا ما كان حينئذ لا يزال متمتعاً بالحماية). وحتى عندئذ فمن المحتمل أن لا يتأثر تسعير بعض هذه الأدوية. حيث سيكون للشركات الأجنبية الأم بعض المصلحة في تجنب الإساءة إلى صورتها الذهنية عند جمهور يكون قد تعود على اقتناء الدواء بأسعار منخفضة (خاصة أدوية الأمراض المزمنة).

٤. تأتي المشكلة في السعر أكثر وضوحاً مع الأدوية الجديدة خاصة تلك التي سيكون إنتاجها من خلال تكنولوجيا راقية نسبياً. وإن أسعار هذه الأدوية ستكون مرتفعة للغاية بالنسبة لتوسطي الدخل (ومنهم كبار موظفي الدولة) ومن دونهم.

٥. والجدير بالتوقف والانتباه هو أنه مع مرور الزمن ستزداد نسبة الأدوية الجديدة الخاضعة لبراءات اختراع جعلها خاضعة للملكية الخاصة، وأيضاً ستكون هذه الأدوية أكثر تفوقاً في الكفاءة العلاجية مقارنة بالأدوية التي ستكون في الملك العام، حيث ستكون الأدوية الأحدث أكثر تميزاً (في الفعالية والمأمونية) من خلال تمكن المستحضر الدوائي من إنجاز العلاج الدقيق للجزء المصاب من الجسم Drug Targeting. وذلك بالاعتماد على المعارف والتطبيقات العلمية والتكنولوجية الأحدث (الهندسة الوراثية - المواد الجديدة - التشكيل الدوائي المتطور جداً.. الخ).

٦. ذلك يعني أن مشكلة الأسعار لن تبرز بالفعل بشكل كبير وحقيقي إلا بعد سنوات، ولكنها عندئذ ستفاجم بعجلة متسارعة.

## ب- بالنسبة للصناعة

هنا يمكن القول إن الصناعة الدوائية المصرية (بوجه عام) لا تملك - حالياً - قدرة تنافسية في مجال أنشطة البحث والتطوير (وإن كانت تملك إمكانيات مالية وبشرية مدفونة غير موظفة، وإذا استمرت بوضعها الحالي دون حدوث تعديلات عادية وجذرية في إدارتها وفي استراتيجياتها، فإنها ستواجه بتنافسية عالية من الدول النامية المتطورة دوائياً في مجال إنتاج أدوية جنيسة Generics بكفاءة علاجية عالية وأسعار منخفضة. إن هذه التنافسية (في إطار اتفاقيات التجارة العالمية) يمكن أن تؤثر سلباً على قدرة صناعة الدواء المصرية، ليس فقط بخصوص المنافسة في الأسواق الدوائية داخل البلدان العربية وسائر الدول النامية، ولكن أيضاً بخصوص المنافسة داخل السوق المصرية ذاتها.

وإذا ما كانت التأثيرات المباشرة الرئيسية تتركز في "الأسعار" و"مصير الصناعة الوطنية للدواء"، فإن الشركات الدوائية العالمية ذات النشاط الدولي (أو متعددة الجنسية) وحكومات البلدان التي تنتمي إليها تسعى باستمرار وبكثافة إلى تعطيل الانتباه إلى الإمكانيات الكامنة والممكنة في الصناعات الدوائية الوطنية (خاصة في البلدان التي تملك إمكانيات بشرية كامنة واعدة مثل مصر). وهي تنتهج هذا النهج من خلال الارتكاز على بعض مواد اتفاقية تريبس من أجل تقييد استخدام الصناعة الوطنية للدواء للفترة الانتقالية والتي تنتهي بنهاية عام ٢٠٠٤. وذلك كما حدث بخصوص طلب مجموعة شركات أجنبية (معظمها ينتمي إلى الولايات المتحدة) إيقاف إنتاج أكثر من مائة منتج دوائي محلي بحجة حصول الشركات الوطنية على معلومات غير متاحة للملك العام (وذلك اعتماداً على نص المادة ٣٩ من اتفاقية تريبس). وكذلك مطالبة بعض الشركات الدوائية العالمية لاكتساب حق التسويق الاستثنائي لأدوية معينة.

ومع الأخذ بضرورة التعامل مع نهج الشركات العالمية في مثل التصرفات المشار إليها أعلاه. من خلال منظور سياسي وجهد نضالي منظومي علمي مكثف. إلا أن ذلك ينبغي أن يحفز (ولا يعطل) بناء وتطبيق رؤية استراتيجية لتطوير الصناعة الدوائية الوطنية.

إن مثل هذا الاعتبار يرقى لأن يكون حذيراً سياسياً واستراتيجياً. وذلك عند الأخذ في الحسبان للجهود الحاد الذي تبذله الرابطة الأمريكية لمصنعي الأدوية PHRMA في حجيم استفادة عدد من البلدان النامية على رأسها الهند والصين ومصر والبرازيل من بعض مكتسبات إعلان الدوحة. (وبالتحديد فيما يتعلق بالمرونات المقررة بخصوص الاستفادة من مبدأ الترخيص الإلزامي).

هذا. وفي نهاية هذا العرض بخصوص انعكاسات الاتفاقيات الدولية على أوضاع الدواء في مصر. تجذب الانتباه إلى أن اتفاقية المشاركة المصرية الأوروبية. ربما بالنسبة للدواء على وجه الخصوص. لا تأتي بجديد رئيسي يضاف إلى انعكاسات اتفاقيات التجارة العالمية (وعلى وجه الخصوص اتفاقية تريبس). حيث تنص اتفاقية المشاركة المصرية الأوروبية في المادة ٢٦ منها على عدم تعرض الاتفاق لحماية حقوق الملكية الفكرية.

## **سادساً: وقفة وطنية.. ونظرة مستقبلية**

في ظل ما يكون قد وضح في الأجزاء السابقة من هذا الفصل بخصوص ما هو حادث في مصر من هدر مزمّن للإمكانات الوطنية البشرية والمادية والتاريخية في سياسات ومجالات الدواء. فإنه يتعذر – من الناحية المنطقية – الانتقال إلى عمل نظرة مستقبلية دون إجراء "وقفة وطنية" للتمعن في الواقع وأيضاً بما فيه من ظروف معرقله لأية توجهات للتقدم. وأيضاً بما فيه من ظروف وعوامل يكون من شأن الانتباه إليها وتوظيفها إتاحة فرص للخروج من شرنقة "مهلك سر" الجارية وإجاز تقدم وطني حقيقي.

إن "الوقفة الوطنية" المطلوبة تمثل "العتبة" التي لا مناص من عبورها. باعتبارها – في تقديرنا – الطريق الوحيد لصياغة رؤى وسياسات وبرامج مستقبلية تكون بالفعل على درجة مقبولة من الفعالية. ذلك يعني الحاجة لأن تمارس هذه الوقفة بواسطة ما يمكن أن يطلق عليه "العقل الجماعي الدوائي الوطني". والذي يتشكل من مفكرين وخبراء ومثّلين للمصالح المجتمعية المتعلقة بالدواء. وليس فقط مثلو الجهات التنفيذية المعنية. المسألة إذن أنه يستحيل إجراء وقفة وطنية حقيقية ومسئولة من منظور بيروقراطي تقليدي. أو من منظور فردي. وعليه. فإن ما يمكننا تقديمه هنا لا يعدو مجرد الإشارة إلى اعتبارات عامة نظن بإمكان مساهمتها كمدخل لعمل جماعي مسئول في شأن "الوقفة الوطنية" و"النظرة المستقبلية".

## **أ- اعتبارات عامة بخصوص الوقفة الوطنية**

تركز الاعتبارات التالية على النقاط الكفيلة بإجراء وقفة وطنية شاملة ومؤثرة:

١. الحاجة لكشف "تضاريس" الضعف الجاري في كل من السياسة الدوائية الوطنية وأحوال الصناعة الدوائية الوطنية. وإدراك حقيقة وفداحة غيبة رؤى استراتيجية لتطويرها.

٢. الحاجة إلى قياس "فجوة الاستنهاض الدوائي الوطني". ويمكن تعريف هذه الفجوة بأنها الفارق (الاقتصادي والمؤسساتي والمعرفي) بين حالة محلك سر القائمة منذ سنوات طويلة (في مجالات الصناعة الدوائية والسياسية الدوائية). وحالة التقدم التي يمكن أن تتحقق بالتفعيل الأمثل للإمكانات الدوائية الوطنية (البشرية والمادية).

٣. الحاجة للتفاعل الإيجابي مع ظروف البيئة الدولية. وذلك من منظورين:

**المنظور الأول:** اكتشاف وقياس واستشراف "التحديات" الواقعة أو التي يمكن أن تقع علينا (وعلى المنطقة) من البيئة الدولية. ورسم سيناريوهات (متوسطة وطويلة المدى) للتعامل مع هذه التحديات من خلال الاستعداد والتوظيف ودرء السلبات. ومن أمثلة هذه التحديات يمكن الإشارة إلى:

▪ توجهات وآليات وأدوات الشمال المتقدم (من شركات وحكومات) بشأن توكيد الاحتكار.

▪ تسارع آليات وتقنيات رسم وتطبيق وتطوير السياسات الدوائية الوطنية.

**المنظور الثاني:** التبكير في الحس ببزوغ أحداث ورؤى (أو مفاهيم) يكون من شأنها إتاحة و/أو توليد فرص لبرامج وتغييرات تساهم في تسريع إنجاز التقدم الدوائي الوطني. من أمثلة هذه الأحداث والرؤى (أو المفاهيم) يمكن الإشارة إلى:

▪ تصاعد في الاتجاه العالمي باعتبار أن من شأن اتفاقية حقوق الملكية الفكرية "تربس" بأوضاعها الراهنة عرقلة التنمية الصحية في البلدان النامية. ومن المعالم الرئيسية لهذا التصاعد ما يلي:

○ المعارضات الشعبية والحكومية قبل انعقاد مؤتمر الوزراء الرابع لمنظمة التجارة العالمية في الدوحة (نوفمبر ٢٠٠١).

○ التوكيد الذي جاء في إعلانات مؤتمر الدوحة بخصوص حق الدول النامية في الاستفادة والتمتع بمرونة الاتفاقية.

○ صدور تقرير عن لجنة دولية مشكلت بواسطة الحكومة البريطانية بشأن حقوق الملكية الفكرية (٢٠٠٢). يقف في صف الدول النامية بشأن التمتع بالعديد من المرونة والحقوق بشأن الملكية الفكرية والدواء. وذلك برغم الصلف المتواصل من شركات ودول كبرى.

▪ ظهور تحديات واعتبارات حديثة تؤكد على تنامي قدرة الشركات الدوائية الصغيرة والمتوسطة الحجم Small and medium-sized companies على توليد القيمة Value Creation Potential. تماماً بنفس القدرة النسبية للشركات الكبيرة. وذلك باتباع أدوات وتوجهات اقتصادية إدارية جديدة.

## ب- اعتبارات عامة بخصوص النظرة المستقبلية

إذا كان من شأن "الوقفة الوطنية" الجيدة (من حيث أدائها وشفافيتها) أن تمكن من القدرة على إحداث قفزات في التقدم الدوائي. فإن من شأن النظرة المستقبلية أن تستكشف أسس وأدوات وآفاق التطور الدوائي المستقبلي.

من هذا المنظور نشير إلى الاعتبارات (والاحتياجات) السياسية والاستراتيجية التالية. كمدخل للنظرة المستقبلية:

١. ضرورة التعامل بوضوح وشفافية مع ثلاثة أنواع من العلاقات بين السياسة الدوائية الوطنية من جهة، والصناعة الوطنية للدواء من جهة أخرى (انظر شكل ٨-٢):

١-١: علاقات تختص بنقاط تلاقى:

تلتقي كل من الصناعة الدوائية والسياسة الوطنية للدواء في هدف حماية الإنسان. ليس فقط بتوفير الأدوية المفيدة له. بل وحمائته من أي ممارسات قد يستغل فيها الإنسان بقصد أو دون قصد. وفي هذا الإطار تلتقي السياسة الدوائية مع الصناعة الدوائية في الحفاظ على اعتبارات أساسية. من أهمها ما يلي:

- أ. أخلاقيات طبية - غير معيبة - في ترويج الأدوية.
- ب. ضوابط تجريب الأدوية على الإنسان.
- ج. متابعة الآثار الطبية والسلبية للدواء بعد تسويقه.
- د. التسعير المناسب.
- هـ. التفتيش والرقابة على جودة الأدوية.

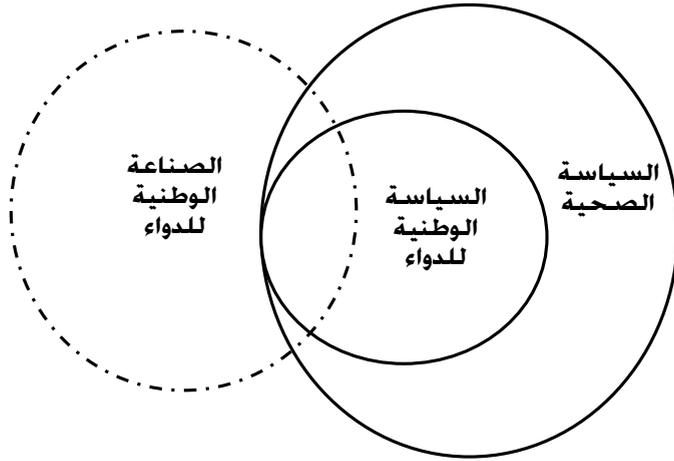
٢-١: علاقات تختص بنقاط تكامل:

تكامل الصناعة الدوائية مع السياسة الوطنية للدواء من خلال تحقيق التطبيق المناسب لمفاهيم مهمة مثل: مفهوم الأدوية الجينية (أو النوعية) Generic drugs، ومفهوم الأدوية الأساسية Essential drugs. وكذلك مفهوم اقتصاديات العلاج الدوائي Pharmaco - Economics. وذلك من خلال التوافق بين آليات مختلفة في الصناعة. وفي المؤسسات المعنية بالنظم الدوائية Drug Regulations. وكذلك في مؤسسات الرعاية الصحية. ومن ناحية أخرى يكون على السياسة الدوائية الرشيدة أن تأخذ في الاعتبار إنعاش وتخفيف الصناعة الدوائية الوطنية. من خلال ضبط الأهداف الآنية وبعيدة المدى وخلق المناخ الاقتصادي والتشريعي المناسب لتحقيق الصناعة الدوائية لأهدافها.

٣-١: علاقات تختص بنقاط تباعد أو حدود فاصلة:

من أهم هذه النقاط استقلالية أجهزة التنظيم الدوائي والرقابة الدوائية. من ناحية. عن أجهزة الصناعة الدوائية من ناحية أخرى. بحيث لا يكون هناك تداخل في المصالح Conflict of Interests في الأهداف الجزئية لكل منهما. أو في المصالح الشخصية الخاصة بالفائزين عليهما. هنا جدر الإشارة إلى أن أجهزة الرقابة الدوائية عادة ما تفرض عليها مهامها اتخاذ موقف الحكم بين أطراف صناعية مختلفة. مثلما حدث في الولايات المتحدة في تسعينيات القرن العشرين. عندما اضطرت

هيئة الأغذية والأدوية الأمريكية FDA إلى إصدار بيان لمواجهة شائعات تروجها بعض الشركات الدوائية الكبرى ضد شركات المستحضرات الدوائية الجنييسة Generics. وغني عن البيان هنا أن المتغيرات التقانية والتجارية المصاحبة للعولمة تتطلب أن تكون الأجهزة المختصة بتنظيم شؤون الدواء ورقابته أجهزة قوية "دائمة التطور الذاتي". بحيث تقدر على حماية مصالح كافة الأطراف (مثل: الصناعة الدوائية - المستهلكين - اقتصاد الدولة). وذلك بسحب الأدوية غير المطابقة، وتصحيح أية حيود للشركات في أساليب الترويج والدعاية. وكذلك اتباع الممارسات الجيدة في التصنيع الدوائي أو في الاختبارات العملية، أو في التجريب الدوائي على الإنسان.. الخ. مع الدفع على التحسين المتواصل لأساليب الإنتاج وأساليب الرقابة والبحوث الدوائية.



٢. أن تصاغ السياسة الوطنية للدواء بمنهج علمي، وأن تستند صياغتها على "معلومات ومعارف" تتضمن تقييم الأداء، و تحليل أسباب النجاح وال فشل، واقتراحات محددة باستراتيجيات للتحسين. ذلك على أن تعتمد مسارات التطبيق على التحديد والوضوح بشأن الأولويات، والخطط، والمسئوليات، والموارد، وأهداف وميكانيزمات وآفاق التعاون على المستويين، الإقليمي والدولي.

٣. أن تقوم الحكومة بالدور المأمول منها، والذي لا يمكن أن تتعهد برعايته جهة (أو جهات) أخرى غيرها، وهو دور إدارة دفة التقدم الدوائي الوطني، وتحدد معالمه الرئيسية فيما يلي:

٣-١: صياغة السياسات.

٣-٢: رعاية تصميم وتطبيق الاستراتيجيات الدوائية القومية (الصناعية وغير الصناعية).

٣-٣: تحديث هيكل المنظومة الدوائية المصرية.

ملحوظة: غنى عن البيان أن قيام الحكومة بدور إدارة الدفة يعني وجود أدوار مساعدة لكافة أصحاب المصلحة المجتمعية الدوائية في كافة القطاعات).

٤. أن تقوم عناصر منظومة الصناعة (بقوة دفع وبرعاية من الحكومة) بوضع رؤية استراتيجية يكون من شأنها إحداث "تحول" إيجابي في مسار الصناعة الوطنية للدواء، على أن تعتمد صياغة هذه الرؤية على دراسات علمية، وأن تقوم على آليات مبتكرة ترتكز - أساساً - على الخصوصيات القومية، وتأخذ في الاعتبار للظروف والتحديات الإقليمية والدولية. هذا، ونكتفي هنا بأن نورد - في إيجاز شديد - أمثلة لآليات يمكن من خلال توافقها واتزانها (في إطار حزمة من الوسائل) أن تساهم في إدارة تحول صناعة الدواء في مصر (انظر لمزيد من التفاصيل (١) مقال "تحالف استراتيجي وطني في صناعة الدواء". الأهرام الاقتصادي - ١٩٩٣/١٢/٧، (٢) كتاب "الوطنية في مواجهة العولمة" - سلسلة أقرأ - دار المعارف - ١٩٩٩ - ص ٢٠٤):

١-٤: تصحيح معايير تقييم الصناعة الدوائية.

٢-٤: تصنيف الصناعة القائمة إلى مستويين، أحدهما خاص بصناعة الأدوية الجنيسة Generics، والآخر خاص بصناعة تقوم على التطوير العلمي التكنولوجي المباشر، مع ما يترتب على ذلك من تباين في وسائل وإجراءات التشجيع والتحفيز.

٣-٤: إدخال إدارة التغيير التكنولوجي إلى الصناعة الدوائية المصرية.

٤-٤: استيعاب المتغيرات العالمية في إدارة واقتصاديات الصناعة الدوائية (مثل العملاقة والتحالف والتكتلات وشبكات البحوث).

٥-٤: الالتفاف الإيجابي حول قانون حماية الملكية الفكرية بواسطة استراتيجية التطويرات البسيطة المتصاعدة Incremental changes.

٦-٤: التواصل الأفقي مع الموارد المحلية والإقليمية القائمة (من منتجات طبيعية وصناعات).

٧-٤: استخدام التعليم والدراسات العليا كآلية رئيسية في التغيير التكنولوجي الدوائي.

٨-٤: تحفيز الإعارة المتبادلة بين شركات الدواء من ناحية، والكليات العملية من ناحية أخرى.

٩-٤: إنشاء شركة مساهمة مصرية (قطاع خاص) في شكل مركز بحثي عملاق، يتحالف في إقامته البنوك وشركات الدواء والمستثمرون، وتكون مهمته بناء قدرات بحثية تتمكن من اختراق التطورات العلمية والتكنولوجية وتقديم منتجات وعمليات إنتاجية جديدة تحتكرها الشركات المصرية (وهو اقتراح قدمناه مفصل عام ١٩٩٣ ولقي موافقة أحد البنوك الوطنية الكبرى، بينما قوبل بعدم اكتراث (أو برفض) من قيادات دوائية عليا).

٥. الحرص على تشييد وابتكار تآزر (أو ديكالتيك إيجابي) بين السياسات الوطنية للدواء من جهة والتشريعات الوطنية من جهة أخرى، وذلك حتى يمكن الحفاظ على إمكانية توليد أكبر استفادة ممكنة من ظروف اتفاقيات التجارة العالمية، والتي هي عرضة للتطور باستمرار.

١. تطبيق الاستخدام الحكومي للأدوية المحمية ببراءات اختراع بعيداً عن المنفعة التجارية. وهو أمر مسموح به دولياً. وذلك في إطار توفير الدواء لمحتاجيه من لا يقدررون على شرائه بأسعار السوق.

٧. الاستخدام البحثي للأدوية المحمية.

وكخاتمة لأبد من الإشارة إلى أن طبيعة "الدواء" كسلعة سريعة التطور من شأنها جعل كافة نشئون الدواء (في السياسات والصناعة) شديدة الحساسية لضعف أو تأخر "الإدارة". وهو الأمر الذي يعني في مجمله أن العبور إلى أوضاع وآفاق أكثر إيجابية في أحوال وسياسات الدواء في مصر أمر مرهون - إلى حد كبير - بقدر جودة التغيير والشفافية في المنظومة الدوائية المصرية. داخل الحكومة وخارجها.

## مراجع للمزيد من التفاصيل

١. م. ر. حامد: مستقبل صناعة الدواء في مصر والمنطقة العربية - كراسات مستقبلية - المكتبة الأكاديمية - القاهرة - ١٩٩٧.

٢. م. ر. حامد: الاستنهاض التكنولوجي لصناعة الدواء - في: بديل للتقدم - تحرير د. محمد السيد سعيد - مركز الدراسات الاستراتيجية - الأهرام - ١٩٩٨.

٣. م. ر. حامد: ثورة الدواء.. المستقبل والتحديات - سلسلة أقرأ - دار المعارف ٢٠٠١.

٤. محمد عبده بدر الدين - إنتاج الأدوية واستهلاكها في مصر - دراسة في الجغرافيا الاقتصادية - رسالة دكتوراه - كلية الآداب - جامعة الإسكندرية - ٢٠٠١.

٥. م. ر. حامد: حقوق الملكية الفكرية - رؤية جنوبية مستقبلية - كراسات مستقبلية - المكتبة الأكاديمية - القاهرة - ٢٠٠٢.

١. National Drug Policy, WHO, 2001

## الفصل التاسع:

### صحة الطفل

أ. د. نادية حسني رزق الله

د. علاء إبراهيم شكر الله

#### مقدمة

لقد طلب مؤتمر القمة العالمي من أجل الطفل إلي جميع الشعوب أن تسترشد بمبدأ "الأطفال أولاً". الذي ينادي بضرورة إعطاء احتياجات الأطفال الأساسية أولوية عليا عند تخصيص الموارد. سواء في أوقات الرخاء أو الشدة. وعلى كافة المستويات الوطنية والدولية. وعلى مستوى الأسرة نفسها. إن مبدأ "الأطفال أولاً" لم يبن على الرمال العاصفة والأحاسيس. ذلك أن نمو الطفل العقلي والجسدي يحدث معظمه خلال السنوات الأولى من العمر. ولهذا فإن هذه السنوات هي فرصة الطفل الأولى والوحيدة لكي ينمو عقليا وجسديا. ويحقق طاقاته الوراثية كاملة. وإذا لم تكتمل المراحل المختلفة للنمو في الوقت الملائم. فإن تلفا دائما سيلحق بمجمل عمليات النمو. ولن تكون هناك فرصة أخرى لإصلاح الخلل. على أرضية هذه الحقيقة الفسيولوجية. تم بناء على مبدأ "الأطفال أولاً". ولهذا فإن هذا المبدأ يطالب بإيلاء أهمية خاصة لحماية الأطفال. وينادي بعدم المساس بها. حتى في أحلك الظروف والأوقات. كما يطالب بالإبقاء عليها كآخر عنصر في الحماية الاجتماعية. بدلا من جعلها الضحية الأولى لأي تغيير.

وينبغي على كل المجتمعات أن تلتزم بتوفير المقومات الأساسية لنمو الطفل. بما في ذلك الحب والاهتمام المناسب والرعاية الحانية وأن تضمن له النمو الجسدي السوي. والتحصين ضد الأمراض. وأن توفر له الرعاية الصحية الأساسية وفرصة الالتحاق بالمدارس. في أوقات الرخاء والشدة. هذا الالتزام يجب ألا يضعف في أوقات الركود الاقتصادي. ولا أمام المتطلبات القصيرة الأمد لبرامج التكيف الهيكلية. كما ينبغي أن لا يخضع هذا الالتزام للضغوط التي يمارسها أصحاب المصالح الخاصة. ولا أن يتقلب وفقا لأهواء أحزاب سياسية معينة. وينبغي ألا يتزعزع في أوقات الاضطرابات أو أثناء الفترات الانتقالية. وألا يعتمد على أية أيديولوجية سياسية. وألا يجمد في أوقات الحروب أو الصراعات الأهلية.

تم تأسيس ميثاق حقوق الطفل على المبدأ الأساسي لحق الطفل المكتسب في العيش والبقاء والنمو. إلا إنه في أغلب الأحيان يتعرض كثير من الأطفال لخطر عدم امتلاكهم نفس الفرص لإدراك تلك الحقوق. وفي أحيان كثيرة. تتفاعل ظروف سياسية واجتماعية واقتصادية وبيئية وبيولوجية في جعل فئات عديدة من الأطفال في وضع يضر ويهمش من دورهم في المجتمع. وذلك إما يعرض حياتهم وبقاءهم للخطر و/أو يعرقل نموهم. لذلك فقد أكد ميثاق حقوق الطفل على دور الدولة والمجتمع بأكمله في ضمان حماية الأطفال من الظروف التي قد تنتهك تلك الحقوق. كذلك يشتمل

مفهوم حقوق الطفل على مقاييس وقائية وتعزيزية. وبالتالي يتخطى واجب الدولة والمجتمع للمهام العلاجية ليمتد دورها إلى دور سابق لذلك وهو علاج الأسباب الجذرية التي تعرقل وتهدد نمو الطفل. بجانب توفير البيئة اللازمة التي تمكن الأطفال من تنمية كل قدراتهم الكامنة.

لم تكن مصر مجرد إحدى الدول الموقعة على ميثاق حقوق الطفل. ولكنها لعبت أيضاً دوراً قيادياً في تعزيز وتأييد حقوق الأطفال. بالأخص المجموعات المعرضة والمحرمين. وقد شهد العقد الماضي، خاصة آخر خمس سنوات، تنميات هامة على مستويات السياسات والتشريعات وتوفير الخدمات بجانب الوعي العام لحقوق الطفل. فعلى مستوى السياسات، وصل التأكيد على مسألة حماية الطفل ذروة جديدة تم إثباتها بالتصريح بأن السنوات من ١٩٨٩ إلى ١٩٩٩ هو عقد حماية الطفل المصري. كما ساهمت مصر في صدور دستور حقوق الطفل العربي. والذي يعتبر مجهوداً مشتركاً بين كل الدول العربية (A-Wahdan, 1999).

وعلى المستوى التشريعي لعام ١٩٩٦، تم إصدار أول تشريع شامل يخص الطفل المصري. فلأول مرة في تاريخ مصر، تم جمع كل القوانين الخاصة بحماية الطفل في تشريع واحد. هو قانون رقم ١٢ لسنة ١٩٩٦. إذ يتضمن التشريع الخاص بالطفل فصولاً مخصصة لصحة الطفل، والرعاية الاجتماعية، والتعليم، والأطفال العاملين وغير القادرين. بالإضافة إلى حقوقهم الثقافية. وقد احتلت البنود الخاصة بمعاقبة الأطفال فصلاً واحداً فقط من التشريع. بالإضافة إلى هذا، فإن الإطار العام للأطفال الواقعين تحت المعاقبة القانونية، هو التركيز الأكبر على الحماية والإصلاح أكثر من المعاقبة والتجريم. وعلى مستوى الخدمات، فقد شهدت التسعينيات الظهور والتكاثر السريع للبرامج والمشروعات التي تخطب احتياجات وحقوق الأطفال المحرومين في كل من الهيئات الحكومية وغير الحكومية.

في الوقت نفسه، لم تكن التطورات التي طرأت على المنظمات المهتمة باحتياجات الأطفال المحرومين في الكم فقط ولكنها في الكيف أيضاً. إذ عكست التطورات تحولاً كبيراً من الإشفاق وتوفير الخدمات والعناية إلى دور نشط أكثر فاعلية في تأييد ودعم حقوق هؤلاء الأطفال. لم تكن تلك الفترة شاهدة فقط على إنشاء وتطوير العديد من المنظمات المهتمة بحقوق الأطفال بشكل عام والمحرومين منهم خاصة، ولكن بالإضافة إلى ذلك تبنت أنواع من المنظمات التي توفر الخدمة والرعاية التقليدية أدواراً جديدة لتأييد ودعم حقوق الأطفال. وفي كثير من الأحيان، تعمل المنظمات على الجمع بين توفير الخدمة وتأييد ودعم حقوق الأطفال. وأخيراً، فقد أدى الإدراك الأفضل لحقوق الطفل في التعبير والاجتماع، إلى عمل الكثير من المنظمات مع الأطفال لتطوير المناير التي فيها يمكن للأطفال والشباب إبداء آرائهم والتعبير والدفاع عن احتياجاتهم، ولذلك تم إنشاء ائتلاف للمنظمات غير الحكومية خاص بحقوق الطفل. بجانب ذلك، توفر المناير الفرص للأطفال والشباب للمرة الأولى كممثلين إيجابيين في هذه المنظمات والمجتمعات التي يعملون بها وليسوا فقط كمتلقين.

إلا إنه على الرغم من التطورات الإيجابية التي سبق ذكرها، يلقي هذا التحليل الضوء على الفجوات التي في حاجة ماسة للعلاج وذلك إذا أدرك كل الأطفال المصريين حقوقهم في الحياة

والبقاء والتنمية. وفي محاولة لإيقاد شعلة مبدأ "الأطفال أولاً". يستطيع العالم الآن الاستفادة من الاتفاق الدولي الحالي على الحد الأدنى من الحماية الواجب توفيرها للأطفال. وتشمل أهداف مؤتمر القمة العالمي من أجل الطفل وبنود الاتفاقية الدولية لحقوق الطفل. على معايير دنيا متفقا عليها لحماية بقاء الأطفال وصحتهم وتعليمهم. كما تشمل على الحد الأدنى من المعايير المتفق عليها لتوفير الحماية لكل الأطفال في مختلف أماكن تواجدهم من الاستغلال وسوء الاستخدام. سواء في أوقات الحروب أم في العمل أم المنزل. ولهذا. فإن العالم قد وضع مجموعة من المعايير المتفق عليها دوليا لحماية الأطفال. وتستطيع أي دولة من دول العالم أن تقيس مدى التقدم العملي الذي أحرزته على صعيد إقامة نظام جديد للأطفال. في ضوء هذه المعايير.

## تقييم الحالة الصحية للأطفال في مصر

هناك عدة معايير تم وضعها عالميا لتقييم حالة الأطفال. وكانت مصر من الدول التي وافقت علي هذه المعايير. وعند تقييم حالة الأطفال في مصر يمكن استخدام هذه المعايير. ولكن تكمن مشكلة التقييم في مصادر البيانات. وفي مصر. كمعظم الدول النامية. يعتمد تقييم الحالة الصحية علي طرق غير مباشرة مثل الدراسات التي تحدد مدى انتشار بعض الأمراض وعلى معدلات الوفيات نتيجة هذه الأمراض. ولتابعة وتقييم الإنجازات في مجال التنمية بين الأطفال في مصر يجب الاعتماد على بيانات موثوق بها. وقد تم الاعتماد على تقييم حالة الأطفال في مصر. في هذا التقرير. علي بيانات موثقة دوليا وعلي البيانات المحلية والتي قد وجد أنه يوجد تباين بينها.

والمجدول التالي يوضح درجة الإنجاز في مصر نحو تحسين حال الأطفال بها والتي تم تقييمها حسب قائمة الأهداف التي وضعت بواسطة مؤتمر القمة العالمي من أجل الطفل الذي عقد في ٣٠ سبتمبر ١٩٩٠ والذي وقعت عليه مصر. وهذه الأهداف ينبغي تحقيقها بحلول عام ٢٠٠٠. وبذلك يمكن تقييم الإنجاز الذي حققته مصر خلال العقد السابق. وقد تم الاعتماد في التقييم علي بيانات متوفرة عن مصر من مصدر واحد لكل مؤشر لمراعاة توحيد القياس.

جدول (١-٩): أهداف عام ٢٠٠٠ الخاصة مباشرة بالأطفال (يونيسف. ١٩٩٢)

الأهداف	المعدل سنة ١٩٩٠-١٩٩٢	المعدل سنة ١٩٩٥-٢٠٠٠	درجة الإنجاز في مصر
<b>الأهداف الشاملة ١٩٩٠-٢٠٠٠</b>			
خفيض معدلات وفيات الأطفال دون الخامسة بنسبة الثلث (أو خفيضها إلي ما دون ٧٠ وفاة لكل ١٠٠٠ ولادة حية - أيهما أقل)#	٨٥	٥٤	خقق
خفيض معدلات وفيات الأطفال الرضع إلي ما دون ٥٠ وفاة لكل ١٠٠٠ ولادة حية#	٦٢	٤٤	خقق
خفيض معدلات وفيات الأطفال حديثي الولادة إلي ما دون	٣٣	٢٤	
التعليم:			
توفير التعليم الأساسي لكل الأطفال (٦-١٥ سنة من العمر) (% المتحقين بالمدارس الابتدائية حاليا)#	٨٤,٤	٨٤,٣	لم يتحقق
التعليم الابتدائي الكامل لـ ٨٠% علي الأقل من الأطفال ما بين ٦-١٥ سنة من العمر.#	٤٧,٠		

الأهداف	المعدل سنة ١٩٩٠-١٩٩٢	المعدل سنة ١٩٩٥-٢٠٠٠	درجة الإجازة في مصر
<b>التغذية</b>			
خفيض عدد الولادات بوزن منخفض أقل من ٢,٥ كجم إلي ما يقل عن ١٠٪**	١٠	١٠	
خفيض حالات سوء التغذية الحادة والمعتدلة إلي النصف بين الأطفال الذين هم دون الخامسة. <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ انخفاض الوزن*</li> <li>▪ الهزال*</li> <li>▪ التقزم*</li> </ul>	٩	١٢	تفاقت المشكلة
القضاء كلياً علي الإضرابات الناتجة عن نقص فيتامين أ واليود. <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ٪ الأطفال (١٢-٢٣ شهراً) حصلوا علي فيتامين أ التكميلي#</li> <li>▪ ٪ استهلاك أفراد العائلة للملح اليود#</li> </ul>	لم يبدأ	٢٢,٧ ٥٥,٩	
نشر المعرفة بين العائلات جميعها عن أهمية تقديم الدعم للمرأة في عملية إرضاع الطفل عن طريق الثدي خلال أول ٤-٦ أشهر من حياة الطفل. <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ٪ الأطفال يرضعون رضاعة طبيعية فقط (٣-٠ شهور)*</li> <li>▪ يتناولون أغذية مكملية لحليب الأم (٦-٩ شهور)*</li> </ul>	٦٨	٥٣	تفاقت المشكلة
الأنياميا <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ انتشار الأنياميا بين الأطفال في العمر ٦-٥٩ شهر#</li> <li>▪ انتشار الأنياميا بين الأطفال في العمر ١١-١٩ عاماً#</li> </ul>		٢٩,٩ ٢٩,٧	
<b>صحة الطفل</b>			
القضاء علي شلل الأطفال. <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ نسبة المحصنين خصيصاً كاملاً*</li> </ul>	٩١	٩٦	لم يتحقق
أمراض الإسهال بين الأطفال دون الخامسة <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ خفيض نسبة حدوث الأمراض الإسهالية بنسبة ٢٥٪#</li> </ul>	١٥,٩	٧,١	تحقق
الالتهابات التنفسية الحادة بين الأطفال دون الخامسة <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ خفيض نسبة حدوث الالتهابات التنفسية بمقدار الثلث#</li> </ul>	٢٣,٢	٩,٥	لم يتحقق

\*\* وزارة الصحة والسكان (٢٠٠٠)

# المسح السكاني الصحي

\* اليونيسيف

## معدل وفيات الأطفال دون الخامسة

وجد أن معدل وفيات الأطفال دون الخامسة من العمر في خلال الخمس سنوات السابقة للمسح السكاني الصحي (مصر ٢٠٠٠) هو ٥٤ حالة وفاة لكل ١٠٠٠ مولود. وعند هذا المستوى. فإن هناك طفل من بين كل ٢٠ طفلاً مصرياً سوف يتوفي قبل بلوغه السنة الخامسة من العمر. كما أن معدل وفيات الرضع (خلال العام الأول من العمر) هو ٤٤ حالة وفاة لكل ١٠٠٠ مولود. أما معدل وفيات حديثي الولادة (خلال الشهر الأول من العمر) فهو ٢٤ حالة وفاة لكل ١٠٠٠ مولود. ويوضح هذا أن ٨٠٪ من وفيات الطفولة المبكرة في مصر تحدث قبل بلوغ الطفل السنة الأولى من العمر. وأكثر من ٤٠٪ من الوفيات تحدث خلال الشهر الأول من العمر.

يمكن دراسة تطور وفيات الطفولة المبكرة في مصر وذلك بمقارنة التقديرات من مسوح أجريت في فترات زمنية مختلفة (الدورات الأربع الخاصة بالمسح السكاني الصحي في مصر ومسح الخصوبة

المصري ١٩٨٠). وتغطي هذه التقديرات مع بعضها البعض فترة خمسة وثلاثين عاما بين ١٩٦٥ وحتى عام ٢٠٠٠. تؤكد التقديرات أن وفيات الطفولة المبكرة قد انخفضت انخفاضاً ملحوظاً في مصر خلال العقود الثلاثة السابقة. حيث بلغ احتمال وفاة الطفل قبل بلوغه سن الخامسة في منتصف الستينيات خمسة أضعاف نظيره في نهاية التسعينيات. كما تؤكد التقديرات التغيير في النمط العمري للوفيات بين الأطفال. حيث تناقصت المعدلات بصفة عامة وتركزت الوفيات بشكل متزايد في الشهور الأولى من الحياة. ففي منتصف الستينيات حدثت ٤٠٪ من الوفيات بعد بلوغ الطفل عامه الأول وفي التسعينيات حدثت ٢٠٪ فقط من وفيات الأطفال دون الخامسة من العمر بعد أن أمّ الطفل ١٢ شهراً من حياته.

كما وجد أن هناك تباينات في وفيات الطفولة المبكرة حسب الخصائص الاجتماعية والاقتصادية والديموغرافية. فإن احتمال الوفاة بين الأطفال في الحضر. في أي مرحلة من مراحل الطفولة المبكرة أقل منه لدى الأطفال في الريف. وهناك تباينات حسب محل الإقامة. حيث توجد أقل معدلات للوفيات في المحافظات الحضرية ومحافظات الحدود. بينما توجد أعلى هذه المعدلات في ريف الوجه القبلي. وبالرغم من أن الوفيات في ريف الوجه القبلي أعلى لكل الأعمار من الوفيات في ريف الوجه البحري. إلا أن التباينات الكبيرة في وفيات الأطفال ما بعد حديثي الولادة بصفة خاصة تثير الانتباه. إن معدل وفيات ما بعد حديثي الولادة (الفرق بين وفيات الرضع ووفيات حديثي الولادة) في ريف الوجه القبلي ضعف المعدل في ريف الوجه البحري (٤٢ و ٢١ حالة وفاة لكل ١٠٠٠ مولود). كذلك فإن معدل وفيات الرضع في ريف الوجه القبلي أعلى بنسبة ٦٤٪ عن المعدل في ريف الوجه البحري (٧٧ و ٤٧ حالة وفاة لكل ١٠٠٠ مولود). وبالنظر إلى المناطق الحضرية. تعتبر مستويات الوفيات أعلى بكثير في حضر الوجه القبلي عنها في حضر الوجه البحري أو المحافظات الحضرية حيث ترجع أغلب هذه التباينات إلى ارتفاع وفيات الرضع. بينما تعتبر الفجوة في وفيات الأطفال بين المناطق الحضرية الثلاث أقل بكثير.

وكما هو مبين في مسوح سابقة. هناك أثر ذو معنوية إحصائية للرعاية الصحية للأُم خلال فترة الحمل والولادة على مخاطر وفيات الطفولة المبكرة. حيث تعتبر مستويات الوفيات خلال مرحلة العام الأول أقل للمواليد الذين حصلت أمهاتهم على كل من رعاية الحمل والولادة من مقدم خدمة طبي متمرس مقارنة بالمواليد الذين حصلت أمهاتهم على رعاية الحمل فقط أو لم يحصلن على أي رعاية. كما أوضحت الأبحاث وجود علاقة قوية بين أنماط الإنجاب للأمهات واحتمالية البقاء على قيد الحياة. وتزداد خطورة الوفاة في الطفولة المبكرة لمواليد الأمهات الصغيرات جداً أو الكبيرات جداً في السن (أقل من ١٨ وأكبر من ٣٤ سنة) ولالأطفال المولودين بعد فترة مبعادة قصيرة (أقل من ٢٤ شهراً من الولادة السابقة) وذوي الترتيب العالي (الترتيب الرابع أو أعلى) عند الإنجاب. كما تبلغ مستويات الوفيات أدها للمواليد أمهات أعمارهن بين ٢٠-٢٩ سنة. وتشير نتائج المسح السكاني الصحي ٢٠٠٠ إلى أن ٤٨٪ من المواليد في الخمس سنوات السابقة على المسح كانوا في فئة واحدة على الأقل من فئات الخطر العالي المحددة و١٥٪ كانوا عرضة لعاملين أو أكثر من عوامل الخطر العالي. كذلك تعتبر قصر الفترة بين المواليد وترتيب المولود الأعلى أكثر عوامل الخطر المرتفع الشائعة. ويصل خطر الوفاة للطفل الذي يقع في أي فئة من فئات الخطر العالي إلى ١.٩ مرة لخطر

الطفل الذي لا يقع في أي فئة من فئات الخطر العالي. وبصفة عامة. فإن غالبية السيدات المتزوجات حالياً (٧٦٪) لديهن مقومات إيجاب طفل بنسب مخاطر عالية للوفاة. فحوالي سيدة واحدة من بين كل ثلاث سيدات يمكن أن تنجب طفلاً بفئة خطر واحدة مرتفعة (أساساً ترتيب أعلى للمولود) بينما حوالي سيدة واحدة من بين كل ثماني سيدات يمكن أن تنجب طفلاً بفئة مخاطر متعددة (أساساً كبر العمر عند الإيجاب والترتيب العالي للمولود).

## الرضاعة الطبيعية والأغذية المكملة

إن نمط تغذية الرضع له تأثير هام علي صحة الأطفال. كذلك تعتبر العادات الغذائية المحدد الرئيسي للحالة التغذوية للأطفال الصغار. فلقد ثبت أن سوء الحالة الغذائية تزيد من مخاطر التعرض للمرض والوفاة بين الأطفال. كما أن ممارسة الرضاعة الطبيعية لها تأثير علي خصوبة الأم.

أوضحت نتائج المسح السكاني الصحي - مصر ٢٠٠٠ أنه تم وضع ٥٧٪ من الأطفال علي ثدي الأم خلال ساعة من الولادة و٨٨٪ رضعوا رضاعة طبيعية خلال اليوم الأول. كما أن ٥٤٪ من الأطفال قد تناولوا أغذية قبل الرضاعة الطبيعية وذلك خلال الثلاثة أيام الأولى بعد الميلاد.

تعتبر الرضاعة الطبيعية المطلقة ليست ظاهرة عامة في الطفولة المبكرة في مصر. فإن قلة من الأطفال يرضعون رضاعة طبيعية مطلقة خلال الستة أشهر الأولى من العمر. فقد وجد أن ٧٩٪ من الأطفال الرضع وعمرهم أقل من شهرين يتناولون لبن الثدي فقط. ثم تنخفض نسبة من يرضعون رضاعة طبيعية مطلقة إلي ٦٠٪ بين الأطفال عند العمر ٢-٣ أشهر و٣٤٪ بين الأطفال عند العمر ٤-٥ أشهر. ومع ذلك فعند العمر من ٨-٩ شهور فإن حوالي واحد من بين كل ستة أطفال لم يتناول أي أغذية صلبة أو شبه صلبة أو لبن آخر بالإضافة إلي لبن الثدي. وعند العمر من ١٠-١١ شهراً. فإن واحداً من بين كل عشرة أطفال لم يتناول أي أغذية أخرى أو لبن. وقد وجد أن أكثر من ٨٠٪ من الأطفال في العمر ١٢-١٣ شهراً يرضعون رضاعة طبيعية وحوالي نصف الأطفال في العمر ١٨-١٩ شهراً مستمرين في الرضاعة. وقد وجد أن أقل من واحد من بين كل ستة أطفال لازالوا يرضعون من الثدي في العمر ٢٤-٢٥ شهراً.

## نقص وزن المواليد

يعرف وزن الولادة المنخفض بالوزن عند الولادة أقل من ٢٥٠٠ جم بصرف النظر عن عمر الحمل. ويعد وزن الولادة المنخفض أحد المحددات الرئيسية للحفاظ علي حياة حديثي الولادة في الشهر الأول بعد الولادة ولمراضته بعد ذلك. في المدة من ١٩٩٥-١٩٩٧. أجريت دراسة ميدانية لدراسة مشكلة وزن الولادة المنخفض في مصر. وقد شملت عينة البحث محافظات جمهورية مصر باستثناء محافظات الحدود. وقد سجلت الدراسة أن معدل ولادة أطفال ناقصي الوزن بين المواليد الأحياء هو ١٢,٩٪ ويتراوح هذا المعدل بين ٧,٤٪ في بورسعيد و٨,١٪ في البحيرة ليصل إلي ١٤,٤٪ في الدقهلية و١٧,١٪ في القاهرة. وتعتبر هذه المعدلات عالية بالمقارنة بالمقاييس العالمية. حيث إن هذا

المعدل يجب أن يقل عن ١٠٪. كما أظهرت الدراسة أن ٣١,٦٪ من الأطفال ناقصي الوزن كانوا في احتياج لدخول الرعاية المركزة وأن نسبة الوفاة بينهم وصلت إلى ٢٪.

## مقاييس الحالة الغذائية

هناك ثلاث مؤشرات قياسية للنمو الطبيعي يمكن من خلالها تصنيف الحالة الغذائية للأطفال

- الطول بالنسبة للعمر.
- الوزن بالنسبة للطول.
- الوزن بالنسبة للعمر.

يقيس كل مؤشر من هذه المؤشرات مفاهيم مختلفة للحالة الغذائية. فمقياس الطول بالنسبة للعمر هو مؤشر للقصور عن خط النمو (التقزم). والتقزم في نمو الأطفال يكون نتيجة لعدم حصول الطفل على الغذاء المتوازن لمدة زمنية طويلة أو نتيجة لتكرار العدوى أو الإصابة بمرض مزمن. وبالتالي فإن مقياس الطول بالنسبة للعمر يمثل ناتج سوء التغذية في مجتمع علي مدار فترة زمنية طويلة ولا يتغير كثيرا حسب فصل جمع البيانات. أما مقياس الوزن بالنسبة للطول فيقيس كتلة الجسم وعلاقتها بالطول. الأطفال الذين تكون مقاييس الوزن بالنسبة للطول أقل من وسيط المجتمع المرجعي يعانون من جافة. وتنتج هذه النحافة عن فشل حصول الطفل على الغذاء الكافي خلال الفترة السابقة مباشرة للمسح والتي تكون نتيجة لإصابة الطفل بسلسلة من الأمراض المتعاقبة أو بسبب نقص توافر الغذاء. ويعتبر مقياس الوزن بالنسبة للعمر مؤشرا مركبا لكل من الطول بالنسبة للعمر والوزن بالنسبة للطول. والأطفال الذين يكون مقياس وزنهم بالنسبة لعمرهم أقل من وسيط المجتمع المرجعي يعتبرون مصابين بنقص الوزن بالنسبة للعمر. ويمكن أن يكون الطفل ناقص الوزن بالنسبة لعمره بسبب التقزم (قصر القامة) أو النحافة أو بسبب أنه قصير القامة وخفيف في نفس الوقت.

يتضح من نتائج المسح السكاني الصحي - مصر ٢٠٠٠ وجود سوء تغذية مزمن بين الأطفال المصريين. بصفة عامة، فإن ١٩٪ من الأطفال دون سن الخامسة من العمر يعانون من التقزم (قصر القامة بالنسبة للعمر) و ٦٪ يعانون من قصر قامة حاد. وهناك ارتباط بين عمر الطفل والتقزم. فقصر القامة يزيد بسرعة مع العمر من ١١٪ فقط بين الأطفال أقل من ٦ أشهر من العمر إلى ٢٤٪ بين الأطفال ما بين ١٢-٢٣ شهرا. قبل أن تنخفض إلى ١٨٪ بين الأطفال عند سن ٤ سنوات فأكثر. كما نجد أن ٣٪ من الأطفال المصريين مصابون بالنحافة. والنحافة أكثر انتشارا بين الأطفال أقل من عامين عن الأطفال الأكبر عمرا. كذلك ٤٪ من الأطفال أقل من ٥ سنوات لديهم نقص في الوزن بالنسبة للعمر.

## انتشار الأنيميا بين الأطفال

صغار الأطفال (٦-٥٩ شهراً): بصفة عامة، يعاني ثلاثة من بين كل عشرة أطفال من درجة ما من الأنيميا. تعتبر الأنيميا بسيطة في حالات عديدة، فقد وجد أن ١١٪ من صغار الأطفال لديهم أنيميا متوسطة (٧-٩,٩ جم / ديسيلتر) ونسبة صغيرة (أقل من ١٪) تم تصنيفهم بأن لديهم أنيميا

حادة (أقل من ٧ جم / ديسيلتر) (المسح السكاني الصحي - مصر ٢٠٠٠). ويزداد احتمال إصابة الأطفال دون الثانية من العمر بالأنيميا عن الأطفال الأكبر عمرا. كما تزداد احتمال إصابة الأطفال في الريف بالأنيميا عن الأطفال في الحضر (٣٤٪ و ٢٤٪ علي الترتيب) وريف الوجه القبلي ومحافظات الحدود (٣٨٪).

الأطفال (١١-١٩ سنة): بصفة عامة فإن حوالي ثلاثة من بين عشرة أفراد في العمر ١١-١٩ لديهم أنيميا. وتعتبر الأنيميا لدى الغالبية منهم بسيطة بينما تم تصنيف ٢٪ بأن لديهم أنيميا متوسطة ونسبة قليلة جدا كانت لديهم أنيميا حادة.

## فيتامين "أ" التكميلي

تبنى مصر برنامجا لفيتامين "أ" التكميلي لكل من الأمهات الجدد وللأطفال ابتداء من عمر ٩ شهور. ويشتمل البرنامج علي عنصرين. أولا، يتم إعطاء كبسولة فيتامين "أ" للأمهات خلال الشهرين الأولين بعد الولادة بهدف حصول الرضيع علي كمية كافية من العناصر الغذائية الدقيقة لضمان النمو السليم من خلال لبن الأم. ثانيا، ابتداء من الشهر التاسع للطفل (الوقت الذي يتم فيه عادة أخذ تطعيم الحصبة) يتم إعطاء الطفل كبسولة فيتامين "أ" (١٠٠٠٠٠ وحدة دولية) كما يتم إعطاء الطفل كبسولتين إضافيتين (٢٠٠٠٠٠ وحدة) في العمر ١٨ شهراً مع الجرعة المنشطة للشلل. تبين من خلال المسح السكاني الصحي - مصر ٢٠٠٠ أن ١١٪ فقط من الأمهات حصلن علي فيتامين "أ" التكميلي في الفترة بعد الولادة. كما حصل حوالي خمس الأطفال المصريين علي الأقل علي كبسولة واحدة من فيتامين "أ".

## استخدام الملح المعالج باليود

لقد تبنت مصر برنامجا لمعالجة الملح باليود للتغلب علي نقص اليود بالجسم. بصفة عامة، فإن ٥٦٪ من الأسر تستخدم الملح المعالج باليود. بينما الملح المستخدم في ٤٤٪ من الأسر لم يكن يحتوي علي اليود. كما وجد أن الأسر المعيشية في الحضر أكثر استخداما لمالح يمكن اعتباره معالج بنسبة كافية من اليود عن الأسر المعيشية في الريف. حيث لم يعالج الملح باليود في أكثر قليلا من نصف الأسر المعيشية في الريف وثلث الأسر المعيشية في الحضر. أما حسب محل الإقامة فتتراوح نسبة الأسر المعيشية التي تستخدم ملحاً غير معالج باليود من ٢٢٪ في محافظات الحدود إلي ٥٧٪ في ريف الوجه البحري.

## الإسهال

يعتبر الجفاف الناجم عن الإسهال الحاد من أهم أسباب المرض والوفاة بين صغار الأطفال. بين المسح السكاني الصحي- مصر ٢٠٠٠ أن نسبة الأطفال دون الخامسة من العمر الذين أصيبوا بالإسهال في أي وقت خلال فترة الأسبوعين السابقين علي المسح. وبما أن هناك اختلافات موسمية في أنماط الإصابة بالإسهال. فإنه يجب تذكر أن وقت إجراء المسح السكاني الصحي- مصر ٢٠٠٠ كان في الفترة ما بين فبراير-مارس ٢٠٠٠. وجد أن ٧٪ من الأطفال دون الخامسة قد أصيبوا بالإسهال خلال الأسبوعين السابقين علي المسح. ومع الأخذ في الاعتبار التباينات في مستوى الإسهال حسب

العمر. فإن النتائج توضح أن الأطفال في العمر ٦-٢٣ شهرا أكثر عرضة للإصابة بالإسهال من غيرهم من الأطفال الأكبر أو الأصغر سنا. وبالنسبة للخصائص الخلفية الأخرى. فقد لوحظ أكبر تباين بين المناطق الجغرافية المختلفة. حيث تتفاوت نسبة الأطفال الذين أصيبوا بالإسهال خلال فترة الأسبوعين السابقين للمسح ما بين ٥٪ من الأطفال في المحافظات الحضرية و ١٠٪ من الأطفال في ريف الوجه القبلي. وقد وجد أن الأطفال لأمهات يعملن مقابل عائد نقدي (٩١٪) كانوا أكثر حصولا علي رعاية أو علاج خلال فترة الإصابة بالإسهال. بينما الأطفال المقيمون في ريف الوجه القبلي (٧٠٪) كانوا أقل حصولا علي رعاية لعلاج الإسهال. وقد تم الحصول علي الرعاية الصحية أكثر للأطفال أقل من عام والأطفال المقيمين في المناطق الحضرية. وكان الأطفال في الريف أكثر حصولا علي محلول لعلاج الجفاف أو زيادة السوائل من الأطفال في الحضر. ووجد أن الأطفال الذين تقل أعمارهم عن ستة أشهر أو الذين يقيمون في الحضر خاصة في المحافظات الحضرية. أقل احتمالا لزيادة السوائل لهم خلال فترة إصابتهم بالإسهال. كما أن الاعتماد علي المضادات الحيوية أو أي عقار آخر لعلاج الإسهال أكثر شيوعا في المناطق الحضرية عنه في المناطق الريفية. علما بأنه لا ينصح باستخدام المضادات الحيوية ومضادات الإسهال في الأطفال الصغار. وبالرغم من ذلك. تبين النتائج بصفة عامة أنه تم إعطاء المضادات الحيوية ل ٢٤٪ من الأطفال المصابين بالإسهال بينما تلقي ٣١٪ من الأطفال علاجاً آخر.

### أمراض الجهاز التنفسي الحادة

تعتبر أمراض الجهاز التنفسي وخصوصا الالتهاب الرئوي. بالإضافة إلي الإسهال. من الأسباب الشائعة لوفيات الرضع وصغار الأطفال. فالتشخيص المبكر والعلاج بالمضادات الحيوية يمكن أن يمنع نسبة كبيرة من الوفيات بسبب الالتهاب الرئوي. تم تقدير انتشار أمراض الجهاز التنفسي للأطفال دون الخامسة بسعال مصحوب بتنفس قصير وسريع (أعراض الالتهاب الرئوي) في فترة الأسبوعين السابقين علي المسح. وجد أن نسبة انتشار أمراض الجهاز التنفسي للأطفال دون الخامسة في المسح السكاني الصحي - مصر ٢٠٠٠ كان ١٠٪. وأيضاً كما هو الحال في أمراض الإسهال. تتفاوت أمراض الجهاز التنفسي حسب الموسم. وقد وجد أن التباينات في نسبة الأطفال المصابين بأمراض الجهاز التنفسي الحادة صغيرة. وقد لوحظ أكبر تباين حسب عمر الطفل حيث إن أكبر نسبة أصيبت كانت بين الأطفال في العمر ٦-٢٣ شهراً. كما أن ١٦٪ من الأطفال المرضى قد تلقوا نصيحة أو علاج من مقدم خدمة صحي. وقد تم استشارة مقدمي الخدمة في القطاع الخاص أكثر من مقدمي الخدمة في الوحدات الصحية الحكومية (٤٣٪ و ٢٥٪ علي الترتيب). وأن ٧٥٪ من الأطفال المصابين قد تم استعمال المضادات الحيوية لعلاجهم.

### تطعيمات الأطفال

تبنت وزارة الصحة والسكان في مصر إرشادات منظمة الصحة العالمية الخاصة بتطعيمات الطفولة وذلك بأن يحصل جميع الأطفال خلال العام الأول من العمر علي تطعيم ضد الدرن (بي سي جي) وثلاث جرعات من طعم الثلاثي للحماية من الدفتيريا والسعال الديكي والتيتانوس. وثلاث جرعات من طعم شلل الأطفال. وجرعة من طعم الحصبة. بالإضافة إلي هذه التطعيمات

الأساسية. فقد أوصى البرنامج المصري لتطعيمات الطفولة بأن يأخذ الأطفال ثلاث جرعات من طعم الكبد الوبائي. في أثناء المسح السكاني الصحي الأخير ٢٠٠٠. كانت شهادة الميلاد و/أو البطاقة الصحية متاحة في ٧٠٪ من الأطفال في العمر ١٢-٢٣ شهرا. أما النسبة الباقية من الأطفال فإن المعلومات عن التطعيمات تعتمد علي ما ذكرته الأم. ومن المهم أن نتذكر أن الإجراءات التي استخدمت في إيجاد التقديرات. افترضت أن نسبة من التطعيمات التي تم إعطاؤها خلال السنة الأولى من العمر للأطفال الذين تم الحصول علي المعلومات الخاصة بهم وفقا لما ذكرته الأم مثل حالة الذين لديهم شهادة ميلاد/بطاقة صحية مسجل فيها تواريخ مختلف التطعيمات. ومن الواضح أن هذا الافتراض أكثر مصداقية إذا كانت النسبة المثوية من الأطفال التي اعتمدت المعلومات الخاصة بهم علي ما ذكرته الأم صغيرة.

بصفة عامة وجد أن ٩٢٪ من الأطفال في فئة العمر ١٢-٢٣ شهرا قد أخذوا جميع التطعيمات (ضد الدرن). ثلاث جرعات من كل من طعم الثلاثي وشلل الأطفال). وأن أكبر تغطية للتطعيمات في هذه الفئة السنوية كانت لتطعيم الدرن حيث بلغت النسبة ٩٩.٣٪. يليه تطعيم الحصبة حيث بلغت النسبة ٩٦.٩٪ وربما يرجع ذلك أن التطعيم ضد هذه الأمراض يتكون من جرعة واحدة. أما عند تقييم نسب الأطفال الذين تم تطعيمهم قبل بلوغهم السنة الأولى من العمر كما يوصي بذلك. بصفة عامة. فإن ٨٨٪ من الأطفال في العمر ١٢-٢٣ شهرا قد حصلوا علي التطعيمات المطلوبة (باستثناء الكبد الوبائي) ببلوغهم السنة الأولى من العمر. وقد تم إدخال تطعيم الكبد الوبائي ضمن البرنامج المصري لتطعيمات الطفولة منذ منتصف التسعينيات. وتبين النتائج أن ٩٢٪ من الأطفال قد حصلوا علي الجرعة الثالثة من طعم الكبد الوبائي قبل بلوغهم السنة الأولى من العمر. كما يوصي بذلك. وبصفة عامة فإن ٨٧٪ من الأطفال قبل بلوغهم السنة الأولى من العمر قد حصلوا علي تطعيم كامل ضد الكبد الوبائي بالإضافة إلي السبعة أمراض الأخرى التي يمكن الوقاية منها.

وهكذا. من استعراض المؤشرات السابقة. يتبين أن هناك تحسناً في الأحوال الصحية للطفل المصري. إلا أن هذا التحسن لم يبلغ الأهداف الاستراتيجية التي سبق وضعها. وبعد استعراض الحالة الصحية للأطفال في مصر. هناك قضيتان مرتبطتان بوضع الأطفال في مصر. الإعاقة وعمالة الأطفال. ولما كانت هاتان القضيتان من الأهمية. كان يجب أن نلقي الضوء عليهما في هذا التقرير. وتأتي أهمية هاتين القضيتين لما لهما من أبعاد مختلفة وواسعة سوف تساعد عند عرضهما علي تفهم أكثر وضوحا لحال الأطفال في مصر.

## الإعاقة

تشكل الإعاقة في مصر معوقا هاما للتنمية. وذلك لما لها من آثار سلبية صحية ونفسية واجتماعية علي الأشخاص المعاقين أنفسهم وأسرهم ومجتمعاتهم المحلية وعلي الوطن كله.

منذ البداية نود أن نوضح صعوبة الوصول إلي تقديرات دقيقة لحساب نسبة انتشار الإعاقة بين الأطفال في مصر وهذا يرجع إلي عدم وجود توحيد قياسي لتعريف وتصنيف الإعاقة وندرة البيانات

السنوية التي يمكن الرجوع إليها. هذا بالإضافة إلي أن نتائج البحوث السابقة في هذا المجال جاءت متباينة إلي حد كبير. فبينما نجد أن نسبة الإعاقة في تعداد السكان لسنة ١٩٧٦ لا تتعدى ٣٪ نجدها تصل إلي ١١.٨٪ في دراسة قام بها معهد شلل الأطفال في ٦ قرى و١٨ مدرسة بمنطقة إمبابة في محافظة الجيزة (١٩٨٨). أما الدراسة الخاصة بصحة الطفل فلم تتعد النسبة فيها ١.٥٤٪ (١٩٩٢). وكذلك الخريطة الصحية لمصر وصلت النسبة فيها إلي ١.٥٢٪ (١٩٨٧). وفي عام ١٩٩٤ قام المجلس القومي للأمومة والطفولة بدراسة في ثلاث محافظات وهي الجيزة وكفر الشيخ وأسوان. واعتمدت هذه الدراسة علي المنهج المستخدم في الدراسة الدولية لوبائيات الإعاقة بين الأطفال. وقد بينت دراسة المجلس القومي للطفولة أن نسبة الإعاقة بين الأطفال من سن صفر إلي سن ١٥ سنة في المحافظات الثلاثة كانت كالآتي: الجيزة بنسبة ١.٢٪ - كفر الشيخ بنسبة ١.٩٪ - أسوان بنسبة ٤.٥٪. وفي نفس العام (١٩٩٤) تعاونت جمعية التنمية البيئية والصحية مع منظمة اليونيسيف في دراسة مسحية بمنطقة عين حلوان علي الأطفال من سن ٢ إلي ١٥ سنة ووصلت النتائج في تلك الدراسة إلي نسبة ٥.٧٪. وأخيرا وضحت نتائج المسح السكاني الصحي - مصر ٢٠٠٠ أن نسب الإعاقة بين الأطفال تصل إلي ٨٪ علما بأن هذه النسبة تشمل الدرجة البسيطة من الإعاقة البصرية وإذا استبعدت هذه الفئة تصل نسب الإعاقة إلي ٣.٤٪. وترجع هذه الاختلافات إلي عدد من الأسباب أهمها وجود تعريف موحد لمفهوم الإعاقة، ومعظم التقديرات الخاصة بالإعاقة جاءت من خلال دراسات عامة محدودة، والصعوبات المنهجية للدراسات التي تعرضت لمفهوم الإعاقة. بالإضافة إلي غياب التسجيل الدقيق في معظم الجهات التي تتعامل من الإعاقة.

ولو التزمنا بالنسب التي حددتها منظمة الصحة العالمية والتي حدد نسبة الإعاقة في البلاد الصناعية بنسبة ١٠٪ وفي البلاد النامية بنسبة ١٢-١٣٪. فسوف يمكننا أن نجد عدد الأطفال المصابين بإعاقات في مصر بين سن صفر إلي ١٥ سنة جوالي ٢.٤ مليون طفل وطفلة نصفهم علي الأقل مصابون بأكثر من إعاقة. وبالرغم أن الإعاقات تصيب الذكور والإناث بشكل متقارب كما أظهرت بعض الدراسات التي أجريت في مجتمعات محلية إلا أن الواضح أن الأسر والمجتمع بشكل عام يهتم بالإعاقات لدى الذكور بشكل أكبر ومن ثم يظهر حجم الإعاقة لديهم وكذا استخدامهم للخدمات التأهيلية أكثر من الإناث.

وتشير الدراسات القليلة التي أجريت عن أهم الأسباب وعوامل الخطورة المرتبطة بحدوث الإعاقة إلي أن الأمراض المعدية والحوادث لا تزال تشكل الأسباب الأكثر شيوعا. وهي بطبيعتها أسباب مرتبطة بالأوضاع الاقتصادية والاجتماعية والثقافية ويمكن التغلب عليها وتجنبها من خلال تطبيق برامج وقائية وبتنمية المجتمع وتحسين الظروف المعيشية والبيئية بشكل عام.

أما الخدمات المتاحة فلا تخدم أكثر من ١٠٪ من هذا العدد علي أكثر تقدير. هذا إلي جانب غياب استراتيجية قومية واضحة ومبلورة لمواجهة قضية الإعاقة علي مستوياتها المختلفة مع سيادة النظرة المؤسسية الطبية الجزئية في التعامل مع الإعاقة. وعجزها عن الاستجابة لاحتياجات الإنسان المعاق وأسرته. بل نتائجها الضارة في تكريس عزلة المعاق وأسرته.

تشارك ثلاثة قطاعات رئيسية في تحمل خدمات الأطفال المعاقين. قطاع الصحة. وقطاع التعليم. وقطاع الشؤون الاجتماعية. وعدد من المنظمات غير الحكومية بتقديم الخدمات لهذه الفئة من الأطفال. كما يقوم القطاع الخاص أيضا ببعض الخدمات في المجال الصحي والتعليمي ولكن نسبة المستفيدين من هذه الخدمات محدودة للغاية. كما أن غياب التكامل والترابط بين القطاعات من جهة، وداخل القطاع الواحد من جهة أخرى، يؤدي إلي إضعاف قدرة هذه الخدمات في الاستجابة لاحتياجات المعاقين وأسرتهم إلي أقصى الحدود. وهو ما يؤدي إلي مضاعفة الأعباء الاقتصادية والاجتماعية علي هؤلاء الأشخاص وأسرتهم.

ونظرا للأهمية الواضحة والتأثير الكبير لقضية الإعاقة فقد اهتمت بها كافة الأطراف المعنية. ما أدى إلي حدوث تطورات هامة علي كافة مستويات التعامل معها خلال العقد الماضي "عقد المعاقين" وعلي الأخص خلال الخمس سنوات الماضية. فعلى مستوى المفاهيم واتجاهات التأهيل، ظهرت استراتيجية التأهيل المرتكز علي المجتمع في النصف الثاني من السبعينيات متزامنة ومتوافقة مع نمو المفهوم الاجتماعي للصحة بشكلها الشامل والتعامل معها علي محاور المساواة والعدالة الاجتماعية وتعدد القطاعات والمشاركة المجتمعية من خلال استراتيجية ومنهج الرعاية الصحية الأساسية وحقوق الفئات الخاصة كجزء لا يتجزأ من حقوق الإنسان. وقد تطورت نماذج التأهيل المرتكز علي المجتمع وزيادة انتشار جمعيات المعاقين أنفسهم وأسرتهم في مصر. منذ منتصف الثمانينيات وخاصة في عقد التسعينيات. وظهرت العديد من المبادرات في الخمس سنوات الأخيرة مثل تشكيل لجنة الحد من الإعاقة في وزارة الصحة وتبني وزارة الشؤون الاجتماعية منهج التأهيل المرتكز علي المجتمع والعمل علي نشره بين الجمعيات. وتأسيس أكثر من ٣٠ مشروعاً للتأهيل المرتكز علي المجتمع بجانب تبني العديد من جمعيات التنمية مفهوم الإعاقة كمكون أساسي من مكونات التنمية المجتمعية. كما تم في السنوات الأخيرة نمو حقيقي من حيث الكم والكيف في اهتمام الإعلام بقضية الإعاقة والمعاقين حيث ازداد عدد البرامج التليفزيونية أكثر من خمسة أضعاف وانتشرت المقالات التي تتناول قضية الإعاقة في مختلف الصحف والمجلات القومية والمحلية.

أما على مستوى السياسات والتشريعات، فقد تنامي اهتمام صانعي القرار والسياسات بقضية الإعاقة. ما حسن من موقعها علي سلم أولويات جدول العمل الاجتماعي والتنموي في مصر. كما ظهرت عدة قوانين ومشاريع قوانين جديدة تشكل أرضية هامة إذا ما تم تفعيلها. ومنها قانون الطفل عام ١٩٩٦ ولائحته التنفيذية عام ١٩٩٧ والذي أفرد بابا كاملا لحقوق الطفل المعاق لأول مرة. وقانون التأمين الصحي لعام ١٩٩٨ الذي مد مظلة التأمين الصحي لتشمل كافة الأطفال المولودين بعد هذا العام لتوسيع المظلة العامة للتأمين ولتوفير الأجهزة والمعدات المعينة للأطفال المعاقين الذين لم يشملهم ذلك من قبل. كما ظهرت عدة مبادرات هامة في اتجاه بلورة استراتيجيات قومية لمواجهة مشكلة الإعاقة من أبرزها الاستراتيجية القومية بمبادرة من مركز المعلومات لدعم اتخاذ القرار التابع لمجلس الوزراء تحت مظلة المجلس القومي للأهنة والطفولة.

أما على مستوى التنسيق والتكامل بين القطاعات المختلفة، قد حدثت طفرة هامة في التنسيق والتكامل بين القطاعات المختلفة من مقدمي الخدمات في مجال الإعاقة خاصة في الخمس سنوات الأخيرة، فبجانب الدور الذي يلعبه المجلس القومي للأهوية والطفولة في التنسيق بين مقدمي الخدمات وصانعي القرار في مجال إعاقات الطفولة، قامت عدة مبادرات لتأسيس شبكات للتعاون على مستوى المراكز والمحافظات جمعت بين الجمعيات الأهلية والمجالس المحلية وإدارات الوزارات المختلفة في عدد من المحافظات المصرية.

وعلى مستوى وزارة الصحة والسكان، قامت الوزارة ببلورة البرنامج القومي للحد من الإعاقة والذي حدد الوقاية والاكتشاف المبكر والتدخل المبكر بالعلاج والتأهيل كثلاثة محاور رئيسية للوزارة في التعامل مع قضية الإعاقة. مع تطبيق عدة مبادرات لنماذج للاكتشاف المبكر والتأهيل المرتكز على المجتمع في عدد من المجتمعات المحلية والمحافظات على مستوى مصر بالتعاون مع الجمعيات الأهلية والقطاعات الأخرى. كما تم تنفيذ عدة برامج للارتقاء بكفاءة أفراد الفريق الصحي في التعامل مع قضية الإعاقة على عدة مستويات بداية من التثقيف الصحي والاكتشاف المبكر والعلاج وإجراء التحويلات الملائمة. وقد تم تشكيل اللجنة القومية للحد من الإعاقة في عام ١٩٩٧ التي شملت عددا من الوزارات المعنية والجمعيات. وتشرف اللجنة حاليا على تنفيذ نماذج لمواجهة مشكلة الإعاقة بشكل متكامل على أسس التأهيل المرتكز على المجتمع في ٤ محافظات وذلك بالتعاون مع القطاعات الأخرى والعمل الأهلي والمعاقين وأسرههم. وقد تم تشكيل إدارة خاصة بالإعاقة بهيئة التأمين الصحي تشرف على كافة مجالات تقديم الخدمة وتطويرها. كما تم دخول التأمين الصحي كطرف أساسي في تقديم الخدمات في مجال الإعاقة، وتشمل هذه الخدمات الكشف الطبية الشاملة على جميع طلاب المدارس وتوفير خدمات التقييم والتوجيه وتأهيل التخاطب والعلاج الطبيعي من خلال مراكزه المنتشرة.

على مستوى وزارة الشؤون الاجتماعية، تم التوسع في منافذ تقديم الخدمات بإنشاء أكثر من ٢٣ مكتب تأهيل اجتماعي جديداً للمساهمة في تغطية احتياجات المعاقين في المناطق المحرومة والناحية بصورة خاصة والتوسع في تأسيس حضانات المعاقين. كما عملت الوزارة على تجريب برنامج التأهيل المنزلي (بورتيدج) في عدد من المراكز بالتعاون مع المجلس العربي للطفولة والعمل على تطوير برامج التأهيل المهني. كما قامت الوزارة بدعم عدد واسع من الجمعيات الأهلية في هذا المجال.

على مستوى وزارة التربية والتعليم، تم البدء في برنامج لتطوير آفاق التربية الفكرية من خلال نماذج تجريبية متزايدة. كما تم التوسع في التغطية الجغرافية للمدارس والفصول الملحقة (٢٤٤) لتشمل المراكز والقرى النائية بعد أن كانت تتركز تقريبا في المدن. كما يجري حاليا استحداث مرحلة رياض الأطفال والتي لم تكن موجودة من قبل والاتجاه نحو دمج الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في المدارس العامة.

## فجوات يجب التغلب عليها

وبالرغم من كل هذه التطورات الهامة، فما زالت هناك فجوات كبيرة بين احتياجات مواجهة المشكلة من جانب والتدخلات القائمة من جانب آخر. إن رصد هذه الفجوات يساعد ولاشك في تحديد المجالات التي مازالت تحتاج إلي تطور وبالتالي الأهداف والاستراتيجيات والتدخلات المطلوب القيام بها.

أولاً: في مجال المفاهيم والجهات التأهيل: عدم الوصول إلي اتفاق واضح حول تعريف وتصنيف وطرق رصد الإعاقه ومواجهتها. مع تباينات في طرق المواجهة وأولويتها وفي مدى وعمق تبني وتطبيق منهج التأهيل المرتكز علي المجتمع. واستمرار اعتماد معظم الخدمات التأهيلية علي المراكز والمؤسسات التي تتبع أسلوب التأهيل المؤسسي الذي يعاني من سلبيات هامة في مقدمتها عدم الكفاية وعدم العدالة والابتعاد عن الدمج والخروج من إطار التنمية ونقص المشاركة المجتمعية.

ثانياً: في مجال السياسات والتشريعات: استمرار الاحتياج للمزيد من توحيد الرؤى والسياسات بين الأطراف المعنية المختلفة وطرق تحويلها إلي تدخلات محددة علي المستويين المحلي والقومي. وتقليل المسافة بين الخطط والبرامج الفعلية في القدرة علي التصدي للأبعاد المختلفة للمشكلة واستيعاب الأطراف المعنية المختلفة وتغطية الأقاليم الجغرافية المختلفة.

ثالثاً: في مجال التنسيق والتكامل: استمرار مشكلة نقص التنسيق والتكامل بين القطاعات المختلفة وبين مقدمي الخدمات كظاهرة عامة علي أرض الواقع. مما يؤدي إلي إهدار للموارد وإلي إضافة أعباء مالية واجتماعية باهظة. فهناك قصور في تحديد الأدوار المختلفة للأطراف المعنية والاتفاق عليها والإلزام بها واستمرارها من أجل تعميق تكاملها وتجاوز تكرارها. كما أن هناك قصوراً في آليات وأدوات تحقيق التكامل والتعاون بين الأطراف المعنية علي المستويات المختلفة.

رابعاً: في مجال تقديم الخدمات: استمرار وجود نقص حاد في الخدمات القائمة مقارنة بالاحتياجات، إذ تغطي ما يقرب من 3-5% فقط في بعض الجوانب. كما لا تزال فعلياً صعبة المنال خاصة بالنسبة للفقراء ولقاطني الريف والمناطق النائية. وما زالت يغلب عليها التعامل مع الأعراض وليس الأسباب الاجتماعية والبيئية المؤدية لها. وتفتقد التكامل وتتعامل مع ذوي الاحتياجات الخاصة وأسرهم باعتبارهم متلقين للخدمة وليسوا شركاء في القضية. مما يعمق الاعتمادية عند جمهور الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة ويقلل من قدرة الخدمات علي التصدي لاحتياجاتهم الحقيقية.

خامساً: فجوات خاصة:

في مجال الوقاية والاكتشاف المبكر: استمرار نقص المعلومات المتوافرة عن أسباب الإعاقه في مصر وعوامل الخطر المؤدية لها مما يضعف وضع الأولويات والتخطيط. ووجود قصور في نظم وأدوات الاكتشاف المبكر للإعاقه والاتفاق عليها وتعميمها علي منافذ الخدمات الملائمة والقدرة علي التعرف واكتشاف الإعاقه بين المواطنين من مختلف الأعمار خاصة سن ما قبل المدرسة.

في مجال التشخيص والتقييم: استمرار القصور في توفر فرق العمل متعددة التخصصات وضعف طريقة عملها كفريق متكامل. مما يؤدي إلى جُزئة خدمات التشخيص والتقييم بين المهنيين المختلفين. وصعوبة الوصول إلى تشخيص وتقييم متكامل يستجيب للاحتياجات المختلفة للشخص المعاق بصورة متكاملة.

في مجال تعليم الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة: استمرار وجود نقص كبير في الخدمات التعليمية وفي وعي الأسر بأهمية التعليم. تنعكس علي عدم وصول قطاعات واسعة من الأطفال المعاقين في سن التعليم للخدمات التعليمية. خاصة بالنسبة لقاطني الريف والمناطق النائية ولتعددي الإعاقة وكذلك متوسطي وشديدي الإعاقات الذهنية.

في مجال التأهيل المهني: استمرار نقص إمكانيات وفرص التأهيل المهني ونمطية أساليبه القائمة وعدم توافقها مع قدرات المعاق ورغبات وإمكانيات الأسر وعدم جأوبها مع الاحتياجات الحقيقية لسوق العمل.

في مجال العمل والتشغيل: تنعكس السلبيات القائمة في مجال التأهيل المهني من جانب وتغيرات احتياجات السوق وتفاعلها مع سيادة التوجهات السلبية لصاحبي الأعمال في وضع صعوبات وعراقيل حقيقية جأه عمل وتشغيل الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة.

بالنسبة للمعلومات الخاصة بجسم المشكلة وأسبابها: ما زالت المعلومات سواء تلك المتعلقة بأسباب المشكلة أو أنواعها متباينة في أحيان كثيرة. ويتم الوصول إليها وفقا لمعايير وطرق وأدوات مختلفة. في ظل غياب نظام موحد لتسجيل الإعاقة عند اكتشافها في المراحل السنبة المختلفة وفقا لمعايير محددة ولربط منافذ التسجيل بمركز قومي للمعلومات. كما لا يزال توثيق التجارب والقضايا والأجأث المختلفة وإتاحة هذه الوثائق لصانعي القرار ومقدمي الخدمات المهتمين بتلك القضية غير كاف بشكل كبير.

بالنسبة لدور الإعلام: ما تزال الرسالة الإعلامية تصور المعاق في الأغلب بشكل غير موضوعي وغير حقيقي يدعو إلي الشفقة أو يهول من إمكانياته. وما زالت البرامج التي تتناول قضية الإعاقة في الأغلب برامج خاصة غير جذابة. لا تعرض المعاقين كجزء طبيعي من نسبح المجتمع ولا تركز علي مشاركة الأشخاص المعاقين وأسرههم في الحياة الطبيعية.

بالنسبة للقطاع الأهلي: لا تزال مساهمة هذا القطاع تعاني من نقص الإمكانيات والموارد وخاصة الموارد الداخلية. كما يركز عمل أغلبية الجمعيات الأهلية في المدن دون الريف والمناطق النائية. كما يوجد ضعف تمثيل الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة وأسرههم بشكل عام في إدارات هذه الهيئات.

بالنسبة لدور الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة وأسرههم: لا يزال دور الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة وأسرههم محدودا وغير منظم. وما زالت أغلبية الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة في موقع المتلقي للخدمة وليس العنصر الفاعل والقائد للتطوير. وما زال العديد من أسر الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة تشوبها السلبية جأه المعاقين خاصة الإناث. وتتراوح التوجهات من الخجل والشفقة عليهم إلي عزلهم عن المشاركة في حياة الأسرة وتشجيعهم للاندماج في المجتمع. وما

زالت الهيئات التي تشكلت من قبل الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة وأسرههم تنتمي في الأغلب الأعم إلى القطاعات المسورة ولا تمثل صوت القطاعات الأوسع من المعاقين وأسرههم. وما زالت تركز علي تأسيس خدمات تعليمية وتأهيلية متقدمة غير قابلة للتعميم والتكرار في حين تفتقد إلى الرؤية الخاصة بضرورة تطوير الوعي المجتمعي وتغيير التوجهات السلبية في المجتمع والتعبئة والدفاع عن حقوق المعاقين.

بالنسبة لتوجهات المجتمع تجاه قضية الإعاقة والأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة: لا تزال التوجهات السائدة يشوبها الكثير من السلبيات. إذ تتراوح نظرة العديد من المواطنين تجاه الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة من الشفقة إلى الخوف بل والاشمئزاز أحيانا. مما ينعكس علي البيئة الفيزيقية للمجتمع والتي لا تضع في حساباتها احتياجات الأشخاص ذوي الإعاقات. فالطرق والمواصلات والأماكن العامة في الأغلب غير متاحة لهم. ويؤثر ذلك علي عملية الإعاقة والتي تؤدي إلي العجز ربما أكثر من الأسباب البيولوجية الأصلية.

بالنسبة للبرامج القائمة في مجال التأهيل المرتكز علي المجتمع: فلا توجد خطة قومية لدعم المبادرات والمشروعات المحلية للتأهيل المرتكز علي المجتمع. كما أن هناك نقصاً في شمولية الأنشطة المحلية للفئات العمرية ونوعيات الإعاقات المختلفة وعدم كفاية مشاركة الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة وأسرههم وعناصر المجتمع المحلي. كما أن هناك صعوبة في توفير التمويل اللازم للمشروعات وضعف عوامل الاستمرارية وبطء انتشار المشروعات والتوسع فيها.

في عام ٢٠٠٢ بدأ العمل في برنامج تطوير مشروعات التأهيل المرتكز علي المجتمع والذي تتعاون فيه اللجنة القومية للحد من الإعاقة ووزارتي الصحة والشئون الاجتماعية وهيئات اليونسيف وإنقاذ الطفولة البريطانية، مع مركز سيتي (CARITAS-EGYPT) والهيئة القبطية الإنجيلية للخدمات الاجتماعية (CEOSS) وجمعية التنمية الصحية والبيئية (AHED) كجمعيات مساندة. وجمعيات التأهيل الاجتماعي بكل من الإسكندرية وقنا وجمعية تنمية المجتمع المحلي السلام ثاني بالقاهرة كجمعيات محلية منفذة أساسية تتعاون مع جمعيات تنمية ومكاتب تأهيل محلية في مواقع المشروعات بمحافظات القاهرة والإسكندرية وقنا.

## عمالة الأطفال

بداخل الإطار العام لحقوق الطفل. يجب أن يشمل معنى الحماية الآتي:

١. الحماية من كل أشكال العنف والإيذاء وإساءة المعاملة. والإهمال والاستغلال... بجانب.
٢. حماية حقوق الطفل.

بالتالي فقد تبني نموذج الحماية الخاص بميثاق حقوق الطفل التنموية الشاملة وليس فقط دنو بسيط منها. وهو بذلك يساهم في تنمية الأطفال المعرضين.

## نُظم قانونية

يعتبر سن الرابعة عشرة الحد الأدنى القانوني لكل فئات العمل. وبالاتفاق مع وزارة التعليم يمكن لرؤساء الحكومات السماح بعمل الأطفال من سن ١٢ - ١٤ عاماً في أعمال موسمية غير ضارة بالصحة أو معطلة للحضور المدرسي. كما تم منع الأعمال الخطيرة لمن هم أقل من ١٧ عاماً. بجانب إرساء القوانين المنظمة لمواعيد العمل وشروطه. على أن يتم تعرض العاملين غير المتزمين بهذه القوانين إلى غرامة مالية تصل إلى ١٠٠ - ٥٠٠ جنيه بالإضافة إلى تعرض هؤلاء الذين يعيقون عملية تعليم الطفل إلى سجن لمدة شهر أو غرامة مالية تصل إلى ٢٠٠ - ٥٠٠ جنيه. وبالرغم من كل هذه القوانين إلا أن عمالة الأطفال مازالت مستمرة.

## نسبة انتشار ظاهرة عمالة الأطفال في مصر

هناك تعدد في التقديرات الخاصة بتحديد مدى انتشار هذه الظاهرة. فقد قدر الجهاز المركزي للتعبئة والإحصاء في مصر (CAPMAS) نسبة عمالة الأطفال (ما بين ٦ - ١٤ عاماً) خلال منتصف السبعينيات، جوالي ١٠٪. لتصل النسبة إلى ١٢٪ في عام ١٩٨٨. ثم تبعها انخفاض حاد خلال التسعينيات ويصل إلى ٢.٦٪ في عام ١٩٩٥. غير أن دراسات ميدانية أخرى قد أظهرت تقديرات مختلفة عما سبق.

جدول (٩-٢): النسبة المئوية لعمالة الأطفال من مجموع الأطفال من سن ٦ - ١٤ عاماً

النسبة المئوية للأطفال العاملين بلا أجر من بين الأطفال العاملين	النسبة المئوية للأطفال الجامعين بين الدراسة والعمل من بين الأطفال العاملين	النسبة المئوية للأطفال العاملين من عمر ٦ - ١٤ عاماً	العام	مصدر البيانات
٤٤.٠	٣٥.٤	١٢	١٩٨٨	(١) LFSS
-	-	٢.٦	١٩٩٥	(١) LFSS
٢٤.٠	٩.٨	٣.٦	١٩٩٥	(٢) DHS
٧٢.٦	٦٥.٨	١١.٩	١٩٩٦	(٣) EMICS
٧٣.٠	٦٥	١٤.٧	١٩٩٧	(٤) ASCE
-	٣٦.٤	٦.٣	١٩٩٨	(٥) ELMS

١. مسح قوة العمل

٢. مسح ديموجرافي وصحي.

٣. المسح العنقودي لمؤشرات متعددة في مصر.

٤. الأوضاع الصحية والاجتماعية والإجازة الدراسي للمراهقين في مصر.

٥. مسح عن سوق العمالة المصرية. (دراسة خاصة لتقييم التغير في الانتشار من بين عامي ١٩٨٨ - ١٩٩٨ بتبني نفس المنهج العلمي).

إن تضارب التقديرات المختلفة الواردة في الجدول السابق واضحة، وهذا ناتج عن الاختلافات في التعريفات والمنهج المستخدمة في الدراسات المختلفة بالإضافة إلى موسمية عمل الأطفال.

## تفهم ظاهرة عمالة الأطفال

إن تفهم طبيعة عمالة الأطفال والعوامل المرتبطة باستمراريتها شرط أساسي لوضع السياسات. إذ كانت التقييمات الخاصة بظاهرة عمالة الأطفال في الماضي متأثرة بتفسيرات

انطباعية ونزعات مفاهيمية. ومن هنا أجريت دراسات عدة في القاهرة الكبرى حول عمالة الأطفال وقد أثبتت بطلان العديد من الاعتقادات الخاطئة.

١. ادعت التفسيرات السابقة أن عمالة الأطفال ترتبط. بل غالباً تنتج عن الانهيار الأسري (NCSCR, 1991). ولكن العكس صحيح، إذ كشف مجال البحث عن وجود ارتباط وتضامن وثيق بين أفراد عائلات الأطفال العاملين. وإن الانهيار الأسري الناتج عن الطلاق وفقدان أحد الآباء لا تتعدى نسبته ١,٩٪ من أسر الأطفال العاملين.

٢. كما تم إثبات عدم دقة الادعاءات القائلة إن الهجرة من الريف إلى المدن تؤدي إلى ارتفاع نسبة العمالة بين الأطفال (Al Heneidi, 1986). إذ أشارت الدراسة إلى أن ٥٢٪ من عائلات الأطفال العاملين هم في الأساس من سكان القاهرة. وأن ٤٨٪ قد هاجروا إلى القاهرة منذ أكثر من ١٠ - ١٥ عاماً مضى.

٣. آخرون قد ادعوا أن المستوى التكنولوجي المتدني للزراعة والصناعة يعد عاملاً مسبباً لظاهرة العمالة بين الأطفال. إلا أنه من الضروري التفرقة بين العوامل المسببة والأحداث والظروف التي تعمل على "تسهيل" وجود الظاهرة بل وتوفر البيئة المناسبة لانتشارها. كما أنه من الضروري إدراك أن التفشي الواضح لظاهرة أو مشكلة ما، ما هو إلا جرس إنذار يعلن عن وجود المشكلة وليس هو بسببها.

لذلك فإن التفهم الحقيقي لتلك الظاهرة يستلزم تحديد ما يلي:

- طبيعة الظاهرة بداخل محيطها الاجتماعي.
- الترابط الجذري لعدة عوامل تساعد على وجود واستمرار ظاهرة عمالة الأطفال.
- تضارب وتضامن السياسات الاجتماعية والاقتصادية وتأثيرها على عمالة الأطفال.

### عمالة الأطفال وما يتبعها من آثار سلبية

▪ غالباً ما تكون المشكلات التي يواجهها الأطفال الذين يعملون مؤشراً للحرمان أو / وتؤثر سلباً على دراستهم وراحتهم وامتعتهم. وقد أشارت نتائج البحوث إلى وجود ارتباط واضح بين عمالة الأطفال والحرمان الذي يتعرضون إليه. وهو في الواقع حرمان من حقوقهم الأساسية. مثال لذلك ما كشفه المسح الديموجرافي والصحي المصري (EDHS, 1992) عن وجود علاقة ثلاثية الأبعاد بين الفقر والحرمان التربوي وعمالة الأطفال.

▪ كذلك يتطلب تفهم الظاهرة بداخل محيطها الاجتماعي. مع الأخذ بعين الاعتبار الخلفية الاجتماعية والاقتصادية للأطفال العاملين بالإضافة إلى خصائصهم.

#### ١. خلفية عن أسر الأطفال العاملين

يأتي الغالبية العظمى من الأطفال العاملين من خلفيات ذات مستوى اجتماعي واقتصادي متدن.

(1) كشف مسح أجراه الجهاز المركزي للتعبئة والإحصاء CAPMAS في مصر على عمالة الأطفال (عام ١٩٨٨) أن النسبة المئوية للأطفال العاملين مرتفعة بمعدل ٨٦٪ في ثلاث فئات من الأسر ذات الدخل المنخفض (٢٨٪ في الأسر التي يصل مكسبها السنوي أقل من ١٠٠٠ جنيه. ٣٢٪ في الأسر التي يصل مكسبها السنوي ما بين ١٠٠٠ إلى ١٩٩٩ جنيهًا. و٢٦٪ في الأسر التي يصل مكسبها السنوي ما بين ٢٠٠٠ إلى ٢٩٩٩ جنيهًا سنوياً).

وقد أسفرت الدراسات التي أجراها المسح الديموجرافي الصحي المصري DHS (1992) عن نتائج مطابقة والتي تستخلص في جملتها أن المستوى الاجتماعي والاقتصادي لأسر الأطفال العاملين أقل من مستوى الأسر التي لا تضم أطفالاً عاملين.

كما أكدت الدراسة التي أجرتها NCSCR (١٩٩١) على الأطفال العاملين في القاهرة الكبرى عن وجود علاقة وثيقة بين الحرمان الاقتصادي وعمالة الأطفال. مشيرة إلى أن مكاسب الأطفال العاملين تمثل في المتوسط ما بين ٢٣٪ (على حسب تقدير الأمهات) و٣١٪ (على حسب تقدير الأطفال) من الدخل الشهري للأسرة. في الوقت الذي بينت فيه دراسة حديثة بالقاهرة الكبرى (Nassar, 1999) بأن ٦٨٪ من الأولاد العاملين و١٠٠٪ من الفتيات العاملات يوفرون المساعدة المادية لأسرهم.

(٢) كذلك تشير الدراسات أن الحالة الاجتماعية والوظيفية والاقتصادية لعائل هذه الأسر متدن:

مستوي تعليم رب الأسرة: أشار المسح الديموجرافي الصحي (1995) EDHS أن أرباب الأسر الذكور بداخل أسر الأطفال العاملين يحظون على مستوى تعليمي متدن: ٨٤٪ منهم لم يحصلوا على أي قسط من التعليم أو لم يكملوا تعليمهم الابتدائي. بينما ٧,٧٪ أكملوا التعليم الابتدائي. في الوقت نفسه أشارت تلك الدراسة إلى أن ٣,٣٪ لم يكملوا التعليم الثانوي. و فقط ١,٩٪ أكملوا تعليمهم الثانوي.

طبيعة عمل رب الأسرة: كشفت دراسة أجرتها NCSCR حول عمالة الأطفال في القاهرة الكبرى في عام ١٩٩١ عن أن آباء الأطفال العاملين في معظم الحالات يشغلون وظائف متدنية أو بسيطة إذ تصل نسبة العمال بينهم إلى (٣٤٪) والخدام (٢٥٪) والبائعين (١٤٪). بجانب أعمال أخرى مشابهة.

نسبة بطالة عائل الأسرة: أشارت نتائج المسح الديموجرافي الصحي (1995) أن نسبة بطالة رب الأسرة تصل إلى ٩٪. في الوقت الذي تصل فيه نسبة ربات الأسرة اللاتي لا يعملن إلى ٨٠٪. تعد تلك النتائج مؤشراً إضافياً للحرمان والمعاناة التي تواجهها تلك الأسر.

## ٢. خصائص الأطفال العاملين:

### أ. نسبة عمالة الأطفال في المناطق الريفية والحضرية:

يوضح الجدول التالي نسب توزيع الأطفال العاملين بحسب الإقامة (الريف / المدينة) في دراسات مختلفة. وإلى أن انتشار ظاهرة عمالة الأطفال أكبر في المناطق الريفية.

جدول (٩-٣): نسبة عمالة الأطفال (%) حسب محل الإقامة في ثلاثة مسوح مختلفة

ELMS - 98	EMICS - 96	LFSS - 88	
٢,٥	٣,٨	٥,٣	المدينة
٨,٧	١٣,٦	١٥,٦	الريف
٦,٣	١٠,٤	١١,٦	المجموع

وغالباً ما يتم تشغيل الأطفال في أنشطة زراعية مثل جني القطن. إلا أنه من الضروري الأخذ في الاعتبار أن نسبة الأطفال العاملين في مجال الزراعة تختلف على مدار العام. ذلك لأن عمل الأطفال غالباً ما يكون موسمياً.

### ب. السن والنوع:

يوضح الجدول التالي نسبة انتشار ظاهرة الأطفال العاملين طبقاً لفئات العمر المختلفة:

جدول (٩-٣): نسبة عمالة الأطفال (%) حسب الفئة العمرية في ثلاثة مسوح مختلفة

ELMS - 98	EMICS - 96	LFSS - 88	الفئة العمرية
٣,٤	٦,٩	٧,٢	٦ - ١١
١١,٤	١٧,٣	٢٠,٧	١٢ - ١٤
٦,٣	١٠,٤	١١,٦	٦ - ١٤

يشير الجدول إلى ارتفاع نسبة الأطفال العاملين في الفئة العمرية من ١٢ - ١٤ سنة بالمقارنة بالأطفال في الفئة العمرية ٦ - ١١ سنة. وقد تم تأكيد تلك النتائج في الثلاثة مسوحات. على الرغم من وجود تباين في النتائج. كما تشير النتائج أيضاً إلى ارتفاع هذه النسب بين الإناث مقارنة بالذكور وخاصة في المناطق الريفية.

### ج. التعليم:

- عينت الدراسة التي أجرتها LFSS - 88 المستوى التعليمي للأطفال العاملين. وقد كشف المسح عن وجود ١٨,٤٪ من الأطفال العاملين تحت سن العاشرة. و٤٩,٧٪ غير متعلمين. و١٩,٣٪ من المتعلمين. بالإضافة إلى ١٢,٦٪ تحت المستوى المتوسط. لترتفع نسبة الأمية بين الإناث إلى (٥٢٪) وبين الذكور إلى (٣٠,٥٪).
- كما طلبت دراسة أجرتها EMICS - 1996 من الأطفال العاملين أن يحددوا السنة الدراسية التي وصلوا إليها. وكشفت النتائج إلى أن ٣٣٪ من الأطفال العاملين لا يذهبون إلى المدارس (٢٢,١٪ من الذكور و٥٥,٣٪ من الإناث). وتصل نسبة الذين وصلوا إلى الصف الخامس لما فوق ١٢,١٪ من الأطفال العاملين.

○ كذلك كشفت نتائج الدراسة السابقة أن ٤٤,٢٪ من الأطفال العاملين مواظبون على الدراسة في وقت المسح (٩٠٪ منهم من المناطق الحضرية، و١٠٪ من المناطق الريفية).

○ كشفت الدراسة التي أجرتها EDHS - 95 أن ١٢٪ من الأطفال العاملين لم يستكملوا عامهم الأول في التعليم الابتدائي. وهي نسبة تصل إلى ١٥,٧٪ في المناطق الريفية، و١٠,٤٪ في المناطق الحضرية. ومع اختلاف نوع الطفل فإن ١٣,٢٪ من الذكور و٣٣,٣٪ من الإناث الذين يعملون كانوا منتظمين في الدراسة.

## العوامل المساهمة في عمالة الأطفال

إن التفشي الواضح لظاهرة معينة هو غالباً البريق الذي يسبق بقاؤها وسببها. (اليونسيف، ١٩٩٦). لذلك يجب أن نتفهم ظاهرة مثل عمالة الأطفال على أنها عرض لموقف أكثر عمقاً وتعقيداً بداخل نطاق اجتماعي محدد.

### ١. أسباب متعلقة بالعمل

تدعي معظم البحوث أن أسباب التوقف عن الدراسة غالباً ما تقود إلى عمالة الأطفال. إلا أن هذا الادعاء يمكن أن يكون مضللاً. فقد أظهرت دراسة حديثة حول عمالة الأطفال أن الأسباب الرئيسية للتسرب من المدارس هي أسباب مالية بجانب انعدام الرغبة في الاستمرار في التعليم. (راجع الجزء الخاص بعمالة الطفل والتعليم). ومن ناحية أخرى، أشارت دراسة حول عمالة الأطفال في القاهرة الكبرى عام ١٩٩١ على عينة من الأطفال العاملين إلى أن أسباب العمل هي كما يلي:

جدول (٩-٤): أسباب العمل حسب النوع

النسبة المئوية من الإناث	النسبة المئوية من الذكور	السبب *
١٨,٩	٥٢,٦	فشل في التعليم
١٨,٩	٤٧,٨	تعلم مهنة
٦٦	٤٣,٣	المساهمة في دخل الأسرة
٥٨,٥	٣٤,٥	كسب مال خاص
١٨,٩	٥,٥	أسباب أخرى

\* تم السماح للمجيبين ذكر أكثر من سبب.

الفشل في التعليم والرغبة في تعلم حرفة ما. كانا من أهم الأسباب بالنسبة للذكور. أما بالنسبة للإناث، فكانت العوامل الاقتصادية من أكثر الأسباب المحفزة على العمل. وقد استنكر بعض الآباء، في مقابلات شخصية إذا ما كان التعليم الأساسي كافياً لمد أولادهم بما يحتاجونه لكسب الخبرة. في الوقت الذي اشتكى فيه البعض من أعباء تكاليف المدرسة. كما أظهرت الدراسة الضغوط الاقتصادية التي تتعرض لها الأسر للأطفال العاملين. إذ أشارت النتائج أن مساهمة الطفل في ميزانية الأسرة يمثل في المتوسط فيما بين ٢٢,٨٪ (حسب تقدير الأمهات) و٣٠,٧٪ (حسب تقدير الأطفال). وغالباً ما تكون ربة الأسرة من أكثر الفئات قهراً.

وبالتالي نجدها تعتمد بقدر كبير على عمالة الطفل كمصدر للدخل. وقد أظهرت تلك النتائج إلى المعاناة التي تعيشها ربة الأسرة. تلك الحقيقة التي تدعو إلى أخذ تلك الظاهرة بعين الاعتبار في وضع إستراتيجية شاملة لحماية تلك الفئات المُعذبة.

جدول (٩-٥): أسباب عمالة الأطفال في أسر مكونة من أبوين وأسر ذات عائل واحد

السبب *	% لأطفال بداخل أسر تعولها ربة المنزل	% لأطفال بداخل أسر يعولها الأبوان
يساهم في دخل الأسرة	٦١,٨	٣٩,٩
يكسب ماله الخاص	٤٣,٦	٣٣
فشل في الدراسة	٤٢,٣	٤٩,٦
تعلم حرفه	٣٨,٥	٤٥,٢
أسباب أخرى	٥,١	٦,٧

\* تم السماح للمجيبين بذكر أكثر من سبب

## ٢. الفقر وعمالة الأطفال

يوجد في مصر تفاوت واسع في الثروات. حيث قيم البنك الدولي إن أغنى ٢٠٪ من ملاك الأراضي يحظون بـ ٧٩٪ من الأراضي الزراعية. بينما يحظى أفقر ٢٠٪ بـ ١٥٪ فقط من الأراضي الزراعية. وقد تبنت الحكومة. متأثرة بالتيارات العالمية. سياسة "الباب المفتوح" الاقتصادية في عام ١٩٧٤ والتي أدت إلى النمو في التجارة. خاصة في بضائع المستهلكين. وذلك أدى بالنفع على فئة محددة من رجال الأعمال. وكان للعجز في الميزانية السنوية. بجانب ثقل الديون المحلية والدولية تأثيره على الاقتصاد. لذلك فقد تبنت مصر في عام ١٩٨٦ سياسات الإصلاح الاقتصادي. فانتهجت سياسة الحد من الإنفاق العام بجانب زيادة في معدلات الماء والكهرباء. وكذلك الحد من فرص التوظيف. وقد قدر البنك الدولي في بداية التسعينيات أن ما بين ٢٠ - ٢٥٪ من عدد السكان يعيشون تحت خط الفقر وأن ١٠ - ١٣٪ من السكان يعيشون أشكال قصوى من الفقر (البنك الدولي. ١٩٩٠).

وأكثر التقديرات الحديثة حول قضية الفقر تقوم على أساس مسح الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء CAPMAS (١٩٩٥ - ١٩٩٦) حول دخل الأسرة والإنفاق ليقدر أن خط الفقر القائم على الإنفاق علي المأكّل فقط يصل إلى ٣١٤٨ جنيهاً للأسرة أو أقل أو ٥٩٤ جنيهاً للفرد. تبعاً. فقد قيمت مؤسسة التخطيط القومي (INP) أن ٢٤٪ من السكان يعيشون تحت خط الفقر. كما تم اعتبار خمس السكان يعيشون في "فقر نسبي". بالإضافة إلى ذلك فقد أشارت نتائج البحث أن ٤٢٪ من الفقراء يعيشون في المناطق الحضرية و٥٨٪ في المناطق الريفية. ووفقاً للأقاليم. يعيش ٣٦٪ منهم في محافظات الوجه البحري و٨٪ في مصر العليا. (INP, 1996).

وقد أشار مسح آخر (Nagi, 1995) إلى أن المعنى المطلق للفقر في مصر يتراوح فيما بين ٣٢,٦٪ إلى ٣٧,٢٪ إذا أخذنا نصف أو ثلثي مستوي الإنفاق السابق ذكره كحد لمستوي الفقر بالترتيب. كما أوضحت ذات الدراسة إلي أن الدخل الشهري لـ ٨٢,٨٪ من السكان أقل من ٥٠٠ جنيهه و٢٨,٣٪ يقل دخلهم الشهري عن ٢٠٠ جنيهه. كما كشف هذا المسح أيضا عن أن الفقر

أكثر تفشيًا بين السيدات المعيلات للأسرة بنسبة ٤٣,٢٪. مقارنة بالرجال التي تصل النسبة بينهم إلى ٣٤,٣٪.

أشارت دراسة ميدانية تم إجراؤها في محافظة سوهاج (INP, 1996) إلى أن القرويين الذين لا يملكون أراضي زراعية يعدون من أكثر الفقراء معاناةً. إذ أنهم يعتمدون على العمل الموسمي الذي يقدر على نحو من ٨ - ١٠ أيام في الشهر. وقد أشار المسح إلى أن هذه الفئة غير قادرة على إبقاء أبنائها في المدارس. في حين يستطيع المستأجرون البسطاء وملاك الأراضي (أقل من فدان واحد) أن يوفروا احتياجاتهم الأساسية لمدة شهرين أو ثلاثة ليجدوا أنفسهم في حاجة إلى البحث عن عمل يكفيهم لبقية الأشهر. ذلك بالإضافة إلى عدم توفر أي موارد أخرى لتعليم الأطفال. وفي المناطق الحضرية. يعد القطاع العام الملاذ الأساسي للفقراء. إذ يجتذب النساء والأطفال لشغل أدنى حدود الأنشطة الاقتصادية (INP, 1996).

ولأوجه معاناة الفقراء مظاهر عدة. فقد كشف مسح (Nagi, 1995) أن ٢٩,٧٪ من الأسر التي تم إجراء الدراسة عليها تواجه صعوبات في الحصول على ثمن الطعام. و٣٥,٣٪ من الأسر تواجه صعوبة في تحمل تكلفة المأكل والملبس. و١٣,٦٪ من الفقراء الذين هم في حاجة إلى رعاية طبية لا يحظون بها. و فقط ١١,٩٪ من الفقراء تصلهم معونة مادية. بوجه عام. فقد وجد أن الخدمات والقروض المخصصة للفقراء قليلة ومتفرقة. كذلك فقد كشفت شواهد قوية أن نسبة الأطفال الذين لا يحضرون المدارس في زيادة مستمرة بسبب انخفاض معدلات دخول الأسر. وقد أشارت دراسة أخرى إلى أن دخل الطفل العامل يمثل ٢٣٪ من دخل الأسرة. (عمالة الأطفال في القاهرة الكبرى. ١٩٩١).

جدول (٦-٩): الأطفال (بين سن ٦ - ١٥) الذين لا يحضرون المدرسة ودخل الأسرة

المجموع N = 3696	الدخل السنوي بالجنيه			عدد الأطفال الذين لا يحضرون المدرسة
	٨٤٠٠+	٨٣٩٩ - ٢٤٠٠	(٢٣٩٩ - ١٢٢٠ <sup>٠</sup> )	
	N = 221	N = 2537	N = 939	
٧٠,٥٪	٨٤,٢٪	٧٤,٢٪	٥٧,١٪	لا أحد
١٨,٣٪	١٠,٩٪	١٦,٤٪	٢٥,٥٪	واحد
٦,٤٪	٣,٦٪	٥,٣٪	١٠,١٪	اثنان
٤,٨٪	١,٤٪	٤,٢٪	٧,٢٪	ثلاثة أو أكثر
١٠٠,٠٪	١٠٠,٠٪	١٠٠,٠٪	١٠٠,٠٪	المجموع

\* ملحوظة: يقتصر التحليل على الأسر التي تضم - على الأقل - طفلاً واحداً في عمر ما بين (٦ - ١٥ سنة) (Nagi, 1995).

### ٣. التعليم وعمالة الأطفال

ينص القانون المصري على أن التعليم هو حق تضمنه الدولة (بند ١٨) مجاناً في المؤسسات التعليمية الحكومية (بند ٢٠) وإجباري في المرحلة الابتدائية بالإضافة إلى أن الدولة تعمل لمد إجبارية التعليم لتشمل المراحل الأخرى (بند ١٨). وفي الوقت الحالي. تضم المرحلة الإجبارية خمس سنوات التعليم الابتدائي. وثلاث سنوات التعليم الإعدادي. عملياً. يواجه نظام التعليم صعوبات ذات مضاعفات على الأطفال الفقراء.

طبقاً للإحصائيات الرسمية، تصل نسبة الأطفال من فئة سن ( ٦ - ٨ سنوات) المسجلين في مراحل التعليم الأساسية (لعام ١٩٩٣) إلى ٩١,٩٪. إلا أنه يوجد تباين واضح بين المحافظات (تصل نسبة القيد إلى ١٠٠٪ في محافظات مثل الإسماعيلية ودمياط. في الوقت الذي تصل فيه النسبة بين ٧٢ - ٨٦٪ في سوهاج وكفر الشيخ وأسيوط وبني سويف والفيوم) (وزارة التعليم، ١٩٩٣).

وفي مسح حديث أجرته (Datt et al, 1997) في ٢٠ محافظة حول "أوجه الفقر في مصر". تم التحري عن الأسباب التي أدلى بها أفراد في سن ١٥ عاماً أو أكثر حول عدم ذهابهم للمدارس نهائياً. وكان السببان الرئيسيان اللذان حظيا على أعلى نسبة مئوية لدى الجيبين من الفقراء وغير الفقراء هما: أسباب مادية، وقلة الرغبة في التعليم.

### التسرب المدرسي

- قدرت نسبة التسرب المدرسي من الصف الخامس للتعليم الابتدائي خلال فترة العشرة أعوام ١٩٧٨/١٩٧٩ حتى ١٩٨٨/١٩٨٩ بين ١٠ - ١١ ٪ (وزارة التعليم، التعليم للجميع، ١٩٩٣).
- وفي تقييم آخر للتسرب المدرسي علي الأطفال الذين التحقوا بالصف الأول من التعليم الابتدائي في ١٩٨٧-٨٨. وعن إتمامهم المرحلة الابتدائية في ١٩٩١/١٩٩٢. وجد أن ٢٠٪ من هؤلاء الأطفال تركوا التعليم (وزارة التعليم، التعليم للجميع، ١٩٩٣).
- كذلك فإن نسبة المتسربين من المرحلة الإعدادية للتعليم الأساسي قد وجدت عالية. ففي خلال الفترة بين ١٩٩١/١٩٩٢ إلى ١٩٩٣/١٩٩٤ وجد أن نسبة التسرب من الصف الأول للتعليم الإعدادي تصل إلى ٩,١٪ ومن الصف الثاني تصل إلي ٧,٢٪. كما أشارت نفس الدراسة إلى أن هذه المعدلات أعلى في القاهرة. بنسبة ١٦,٨٪ من الصف الأول و١٧,٢٪ من الصف الثاني ( وزارة التعليم، التعليم للجميع، ١٩٩٣ ).
- وعند الأخذ في الاعتبار نسب المتحققين ونسب المتسربين. أظهرت الدراسة أن خلال الفصل الدراسي ١٩٩٢/١٩٩٣ تصل نسبة الأطفال الحاضرين للمرحلة الابتدائية للتعليم الأساسي إلى ٧٧,٥٪ من المجموع الكلي للأطفال في هذه الفئة العمرية. وأن الأطفال في المرحلة الإعدادية يمثلون ٨٢,٩٪ من مجموع الأطفال في هذه الفئة العمرية. بذلك تم تقدير نسبة الأطفال الذين أتموا مرحلة التعليم الأساسي بـ ٨١٪ ( وزارة التعليم، التعليم للجميع، ١٩٩٣).
- وقد سعت دراسة ميدانية (Datt et al.1997) أقيمت في ٢٠ محافظة لتحديد "أوجه الفقر في مصر" إلى تقييم سنوات الدراسة ونسب أمية الجيبين من الفقراء وغير الفقراء خلال أكثر من ١٥ عاماً. إذ عينت الدراسة أن متوسط السنوات الدراسية لفئة "غير الفقراء" تعد ٧,٢ عام. في مقابل ٤,٤ عام لفئة "الفقراء". و فقط ٣,١٤ عام للذين تم اعتبارهم "أكثر فقراً". وكذلك سجلت الدراسة وجود هوة بين الفقراء وغير الفقراء في المناطق الحضرية والريفية. وبين الذكور والإناث. كما كشفت البحث علي نسب الأمية

على المستوى الوطني. فقد بلغت النسبة المئوية للقادرين على القراءة من غير الفقراء ٦٦,٥٪ ومن الفقراء ٤٨,٤٪. كما بلغت النسبة المئوية للقادرين على الكتابة من غير الفقراء ٦٥,٦٪ ومن الفقراء ٤٧,٣٪.

### أسباب التسرب من المدرسة

سعت العديد من الدراسات والمسوح لتحديد الأسباب التي تساهم في زيادة نسب التسرب من المدارس. ويعد ذلك التقييم ذا صلة وثيقة بتفهم قضية عمالة الأطفال.

جدول (٩-٧): أسباب ترك المدرسة بحسب القطاع والنوع\* (٪)

عدد الملاحظات	أسباب أخرى	عدم الرغبة في الاستمرار	أسباب مادية	لم يتم الالتحاق بالمدرسة	إنهاء الدراسة	
٤١٣	١,٧٩	٢٥,٨١	٣١,٠١	٠,٠٠	٤١,٣٩	المدينة فقير
١,٨٥٦	٥,٤٥	١٤,٠١	١٥,٠٦	٠,٣٧	٦٥,١١	غير فقير
٢,٢٦٩	٤,٧٦	١٦,٢٣	١٨,٠٦	٠,٣٠	٦٠,٦٥	كلاهما
٤٠٨	٢,١١	٢٩,٣٩	٣١,٩١	٢,٣١	٣٤,٢٨	الريف فقير
١,٦٧٥	٥,٢٠	٢١,٠٢	٢٥,٨١	١,٣٨	٤٦,٥٩	غير فقير
٢,٠٨٣	٤,٦٠	٢٢,٦٦	٢٧,٠٠	١,٥٧	٤٤,١٨	كلاهما
٥١٧	٠,٤٧	٢٥,٠١	٣٥,٤٨	١,١٣	٣٧,٩٠	ذكور فقير
٢,٠٨٨	٠,٩٦	١٩,٨٤	٢٢,٢٤	٠,٨٠	٥٨,١٧	غير فقير
٢,٦٠٥	٠,٨٦	١٩,٢٨	٢٤,٨٨	٠,٨٦	٥٤,١١	كلاهما
٣٠٤	٤,٣١	٣١,٣٣	٢٤,٨٥	٠,٩٠	٣٨,٦٢	إناث فقير
١,٤٤٣	١١,٥٢	١٦,٠٥	١٦,٣٤	٠,٨٤	٥٥,٢٦	غير فقير
١,٧٤٧	١٠,٢٣	١٨,٧٨	١٧,٨٦	٠,٨٥	٥٢,٢٨	كلاهما
١٩٩	١,٨٠	٣٢,٥٦	٤٠,٧٨	٠,٩١	٢٣,٩٥	في كل مصر فقير
٨٢١	١,٩٣	٢٧,٤٣	٣١,٤٢	١,٠٤	٣٨,١٨	غير فقير
٣,٥٣١	٥,٢٤	١٧,١٠	١٩,٧٩	٠,٨٢	٥٦,٩٦	كلاهما
٤,٣٥٢	٤,٩٦	١٩,٠٨	٢٢,٠١	٠,٨٦	٥٣,٣٦	

\* Datt et al (1997)

نفدت تلك النتائج الادعاءات القائلة بعدم الالتحاق بالمدارس بسبب بعد المسافة أو عدم توفر المدارس. وكما هو واضح. فقد مثلت الأسباب المادية الأسباب الرئيسية للتسرب المدرسي (٢٠٪ من غير الفقراء. ٣١٪ من الفقراء). ويتمثل السبب الآخر المتصل بالقضية في عدم الرغبة في استكمال التعليم (١٧٪ من غير الفقراء. ٢٧٪ من الفقراء). كذلك تؤكد دراسة ميدانية أخرى (Nagi, 1995) تلك النتائج مشيرة إلى أن عدد الأطفال الذين لا يحضرون المدارس في تزايد واضح مع تدني دخول الأسر (انظر إلى الجزء الخاص بالفقر وعمالة الأطفال).

## تكلفة التعليم

على الرغم من أن التعليم في المؤسسات الحكومية في مبدئه مجاناً. إلا أن قانون التعليم (رقم ١٩٨١/١٤٦) يشرع نفقات خاصة لـ "خدمات إضافية" وتأمين على استعمال أدوات المدرسة (بند ٣). كذلك قدم قرار وزاري (رقم ١٩٨٦/١٤٨) نظام لرسم المجموعات الخاصة لاستكمال دروس المدرسة ومقاومة الرسوم الخاصة. بذلك تختلف التقديرات حول تكلفة التعليم.

وفي دراسة حول تكلفة التعليم التي تحملها الأسر من الدخل السنوي لا يتعدى ٣٦٠٠ جنيه. قدرت الدراسة أن تكلفة التعليم تخطى بـ ١٠٪ من دخل الأسرة في المراحل الابتدائية من التعليم الأساسي ١٢,٥٪ في المرحلة الإعدادية من التعليم الأساسي. ( estimated by El Leithy H, quoted by Nassar H., 1995). كذلك أشارت دراسة أخرى أجرتها وزارة التعليم في ١٩٩٣ إلى أن الأسر التي لا يزيد دخلها الشهري عن ٥٠٠ جنيه. تنفق في المتوسط ٢٦٠ جنيهاً سنوياً في التعليم الابتدائي و٣٥٦ جنيهاً سنوياً في التعليم الإعدادي (وزارة التعليم. التعليم للجمع. ١٩٩٣). وقد احتوت نتائج البحث دلائل على عدم قدرة الأسر الفقيرة لتحمل تكلفة التعليم. إذ أشارت دراسة حول عمالة الأطفال في مصر عام ١٩٩١ إلى أن ٤٢٪ من أسر الأطفال العاملين يؤمنون بأن تكلفة المدرسة تعتبر عبئاً ثقيلاً. كما أظهرت دراسة أخرى أن ٥٦,٢٪ من أسر الأطفال العاملين لا يستطيعون تحمل دفع مصاريف المجموعات الخاصة.

## جودة التعليم

تعد جودة التعليم قضية أكثر تعقيداً. فهي ترتبط بيئة المدرسة. والتسهيلات التربوية. والمناهج والأساليب. والمهارات المقدمة. وفي بعض الأحيان. يتطلب العجز في التسهيلات إلى استخدام نفس المبنى لفترتين أو أكثر. (Nagi, 1995)

وقد أشار تقييم المهارات الأساسية بداخل أعضاء الأسرة لفئة سن ما بين ١٠-١٧ عاماً. إلى مستويات منخفضة. خاصة في الرياضيات. إذ لم يتعد متوسط العلامات ثلث الكفاءة المتوقعة. أما بالنسبة للقراءة والكتابة. فقد هبط متوسط العلامات إلى أقل من ٥٠٪. وكانت أسوأ النتائج للأسر في المناطق الفقيرة (Fergani, 1995). وقد أثارت هذه النتائج مؤخراً قضايا عديدة لأخذ سياسة التعليم بعين الاعتبار. مثل مستوى التدريس. أساليب المدرسين. ترابط المناهج.. الخ. كل هذا لأقل قطاعات المجتمع استفادة. وأشار تقرير اليونسكو إلى أنه غالباً ما يكون المناهج بعيدة الصلة بالأسر ذات الدخل المنخفضة وخبرة الأطفال الحياتية. وفي دراسة مبدئية لتقييم التعليم الأساسي في مصر. أقر حوالي نصف الآباء إلى أن التعليم لا يضمن وجود الوظيفة. كما يؤمنوا بأن التعليم لا يوفر المكسب الكافي (Fergani, 1995).

## توافر المصادر

قسّم اليونسيف المصادر اللازمة لتطبيق ميثاق حقوق الطفل إلى ثلاث فئات أساسية: مصادر إنسانية. واقتصادية. وتنظيمية.

في الماضي. كانت ميزانية الحكومة المصرية المخصصة للتعليم محدودة. وكان لذلك تأثير دائم على جودة التعليم. ومؤخراً. بدأت حصص الميزانية المخصصة للتعليم في ازدياد. إذ تم تخصيص ما يتعدى الـ ١٤ بليون جنيه لهذا العام. تلك الزيادة التي لا شك سوف تقود إلى تحسينات في البنية التحتية المنهكة والخدمات في الوقت الحالي.

والتحسين مطلوب في جهات عدة:

- إكسابات المدرسين: طبقاً لإحصائيات عام ١٩٩٧. تعد نسبة المعلمين في المدارس الحاصلين على شهادة جامعية ومؤهلات تربوية (١١٪) في المرحلة الابتدائية و١,٣٪ في المرحلة الإعدادية. كما تصل نسبة الحاصلين على شهادة جامعية ولكن بدون تأهيل على التدريس إلى ١,٢٪ في المرحلة الابتدائية و٢٤,٤٪ في الإعدادية. بينما تصل نسبة المدرسين غير الحاصلين على شهادات جامعية إلى ٨٥,٧٪ في المرحلة الابتدائية و١٩,٣٪ في التعليم الإعدادي (وزارة التعليم. ١٩٩٧).
- كثافة الفصل: إن متوسط عدد الطلاب في الفصل يصل إلى ٤٤ طالباً. ومع ذلك فالأعداد متزايدة في بعض المحافظات لتصل إلى ٦٠ طالباً في بعض الحالات (وزارة التعليم. ١٩٩٧).
- يتم توفير التغذية اللازمة (خاصة البسكويت الجاهز) إلى أكثر من ٥ ملايين من أطفال المدارس في المناطق الريفية والحضرية الفقيرة ويكون هذا كافياً (وزارة التعليم. ١٩٩٩)

### الجمع بين العمل والتعليم

تعد قضية إمكانية الجمع بين العمل والتعليم للأطفال الصغار قضية مثيرة للجدل. إلا أن بعض المسوح قد أمدتنا بنظرياتها المتعمقة في هذه القضية:

أشارت دراسة حديثة (Zibani, 1999) إلى أن الأغلبية العظمى من الأطفال لا يجمعون بين العمل والدراسة. خاصةً في المناطق الحضرية وبين الذكور. وأن النسبة الأعلى من أولئك الذين يجمعون بين العمل والتعليم فتكون من بين الأطفال المتراوح أعمارهم بين (١٢ - ١٤ عاماً) في المناطق الريفية. وهذا يعد منطقياً. إذ إن العمل في المناطق الريفية عمل مرن وموسمي. خاصةً في نطاق العمل الخاص بالأسرة.

جدول (٨-٩): نشاطات الأطفال بحسب النوع والعمر والموقع (الريف / المدينة) لعام ١٩٩٨

	١٤-٦			١٤-١٢			١١-٦		
	المجموع	في الريف	في المدينة	المجموع	في الريف	في المدينة	المجموع	في الريف	في المدينة
الذكور									
في المدرسة	٩١,٤	٨٩,٥	٩٤,٦	٨٥,٨	٨٢,٢	٩٢,١	٩٤,٥	٩٣,٦	٩٦,١
في العمل	٢,٩	٣,٥	١,٨	٦,٦	٨,٠	٤,٢	٠,٨	١,٠	٠,٤
كلاهما معاً	٠,٨	١,٠	٠,٥	١,٩	٢,٧	٠,٥	٠,٢	٠,١	٠,٤
لاهذا ولا ذلك	٤,٩	٦,٠	٣,٢	٥,٧	٧,١	٣,٢	٤,٥	٥,٣	٣,١
الإناث									
في المدرسة	٨٢,٠	٧٥,٤	٩١,٨	٧٥,٢	٦٦,٢	٨٧,١	٨٦,٢	٨٠,٦	٩٥,٠
في العمل	٤,٣	٦,٥	١,٠	٧,٠	١١,٣	١,٥	٢,٦	٣,٨	٠,٧
كلاهما معاً	٣,٩	٥,٧	١,٢	٥,٦	٨,٣	٢,٠	٢,٨	٤,٢	٠,٧
لاهذا ولا ذلك	٩,٨	١٢,٥	٥,٩	١٢,٢	١٤,٢	٩,٤	٨,٤	١١,٥	٣,٦

\*Zibani (1999)

كذلك فقد حددت دراسة أخرى (SRC, 1996) الحالة التعليمية والمهنية لدى الأطفال العاملين.

جدول (٩-٩): توزيع الأطفال العاملين من فئة سن ٦ - ١٤ بحسب الحالة التعليمية والمهنية وبحسب العمر في المناطق الحضرية والريفية - ١٩٩٦

	١٤ - ٦			١٤ - ١٢			١١ - ٦		
	المجموع	بلا أجر	بأجر مدفوع	المجموع	بلا أجر	بأجر مدفوع	المجموع	بلا أجر	بأجر مدفوع
المُسجلين	١٠٠,٠	٨٩,٧	١٠,٣	١٠٠,٠	٨٤,١	١٥,٩	١٠٠,٠	٩٤,٦	٥,٤
غير المُسجلين	١٠٠,٠	٤٢,٩	٥٧,١	١٠٠,٠	٤٢,٣	٥٧,٧	١٠٠,٠	٤٤,٧	٥٥,٣
المجموع	٧٣,٧	٧٣,٧	٢٦,٣	١٠٠,٠	٦٣,٩	٣٦,١	١٠٠,٠	٨٧,٨	١٢,٢

المصدر: مشروع الارتقاء بالطفل في مصر SRC

أشار المسح إلى النتائج الهامة التالية: إن الغالبية العظمى من الأطفال العاملين الذين يُجمعون بين العمل والدراسة، يعملون بلا أجر (٩٤,٦٪ فيما بين ٦ - ١١ عاماً، ٨٤,١٪ فيما بين ١٢ - ١٤ عاماً، ٨٩,٧٪ بالنسبة لجميع الأطفال العاملين بلا أجر فيما بين ٦ - ١٤ عاماً). كما أن أكثر من نصف الأطفال العاملين غير المُسجلين بالتعليم، يحصلون على أجر. بمعنى أن نسبة الأطفال العاملين بأجر تصل إلى (٥٣٪ فيما بين ٦ - ١١ عاماً، ٥٧,٧٪ فيما بين ١٢ - ١٤ عاماً، ٥٧,١٪ بالنسبة لجميع الأطفال فيما بين ٦ - ١٤ عاماً)

وقد وفرت تلك النتائج نظرة دقيقة هامة. ويُنصح أن تأخذ الدراسات المستقبلية الخاصة بعمالة الأطفال في الاعتبار الترددات الموسمية التي ترتبط ارتباطاً وثيقاً جداً بهذه الظاهرة. في الوقت نفسه، اتخذت وزارة التعليم أولويات لتطوير التعليم الأساسي وتحديث المناهج بالإضافة إلى تحسين أساليب التدريس. ومع ذلك يعد تزايد غير المُسجلين بالمدارس والمتسربين منها تحدياً خطيراً. لذلك يجب أن يوازي تلك الجهود المبذولة لتطوير النظام الرسمي للمدارس أن توفر البرامج الحكومية الأخرى فرصاً بديلة لهؤلاء الذين لم يتم تسجيلهم في المدارس أو المتسربين منها قبل إتمام دراستهم.

تسعي الدولة إلى معالجة قضية التسرب المدرسي عن طريق برامج غير تقليدية. وتشمل برنامج المدارس المشتركة ذات الفصل الواحد. والتعليم غير الرسمي. ومدارس التكوين المهني. يهدف برنامج المدارس المشتركة ذات الفصل الواحد إلى إنشاء ٣٠٠ مدرسة ذات فصل واحد. كما يسعى إلى خفض التباينات بين المدارس التي تضم مجموعات ذات السن الواحد. هذا بالإضافة إلى معالجة قضية التسرب المدرسي. أما التعليم غير الرسمي في مركز تعليم الكبار في حلوان فيوفر دورات تعليمية للمتسربين من المدارس. بالإضافة إلى تدريب مهني. كما أن بعض NGO توفر تعليماً غير رسمي في أجزاء متفرقة من الدولة. وأخيراً. ساهمت وزارة الشؤون الاجتماعية في معالجة مشكلة التسرب المدرسي من خلال مدارس التكوين المهني. فقد أنشئ ٥٦ مركزاً للتدريب المهني. وصل عدد المنتفعين بها في عام ١٩٩٦ إلى ٤٤٢٧ مراهقاً.

## تأثير عمالة الأطفال

### شروط العمل

ينظم القانون المصري عمالة الأطفال وذلك بالسماح للأطفال بالعمل ست ساعات فقط في اليوم على أن يكون لهم على الأقل ساعة راحة. وغير مسموح لهم أن يعملوا أكثر من أربع ساعات متواصلة.

إلا أن معظم الدراسات أوضحت أن الأطفال يعملون لعدد ساعات أطول من المحددة. ففي دراسة أجرتها NCSCR في عام ١٩٩١. أشارت إلى أن متوسط ساعات العمل لدى الأطفال كان حوالي ١١ ساعة في اليوم. يعمل نسبة ١٣,٦٪ من الأطفال بشكل متواصل بدون فترة راحة. بينما يحصل ٣٤,٦٪ منهم على نصف ساعة راحة فقط. وبعض الأطفال عليهم العمل لوقت متأخر في الليل. وآخرون عليهم العمل لمدة فترتين متواصلتين. كما أكدت دراسات أخرى تلك النتائج باختلافات طفيفة. إذ أوضحت دراسة أجراها Rashad في عام ١٩٩٣ أن متوسط ساعات العمل يصل إلى ٩,٤ ساعة في اليوم. وأن ٧٣,٦٪ من الأطفال يعملون لمدة أطول من ٨ ساعات في اليوم. كذلك أكدت دراسات أخرى أكثر حداثة عمل الأطفال لساعات أطول مما أثبتته الدراسات السابقة. أشارت دراسة أجراها Abdel Gawad في عام ١٩٩٧ على ١٠٠ طفل عامل في شرق القاهرة إلى أن الأطفال يعملون في المتوسط لمدة ١٢ ساعة في اليوم. وفي دراسة تحت إشراف NCSCR على ١٠٠ طفل عامل أشارت النتائج أن ٤١٪ من الأطفال يعملون لمدة ١٢ ساعة في اليوم (NCSCR, 1999).

لا يعمل الأطفال عدد ساعات طويلة فقط. ولكنهم لا يحصلون أيضاً على فترات راحة كافية خلال عملهم. وفي بعض الأحيان لا يحصلون على أي راحة مطلقاً. ففي دراسة أجرتها NCSCR (1991). كشفت النتائج أن ١٣,٦٪ لا يحصلون على راحة مطلقاً. بينما يحصل ٣٤,٦٪ على نصف ساعة. و٣٤,٤٪ على ساعة راحة واحدة. بينما أشار Abdel Gawad في عام ١٩٩٧ أن ٤٢٪ من الأطفال لا يحصلون على راحة مطلقاً. بينما ٢٤٪ يحصلون على نصف ساعة فقط و١٧٪ على ساعة راحة. ويرجع ذلك الاختلاف إلى تباين المجتمعات وأنواع النشاطات. والمشكلة لا تقتصر فقط على توظيف الأطفال تحت السن القانونية وإجبارهم على العمل لمدة ساعات أكثر من المدة القانونية. ولكن يمكن أيضاً دمج كل هذا بالأجور الظالمة والعمل ذي الطابع الخطر.

كذلك كشفت دراسة أجرتها NCSCR, 1991 أن الأوضاع في أماكن العمل بصورة عامة غير ملائمة. إذ يفتقر مكان العمل للتسهيلات الأساسية مثل إمكانية شرب الماء (٣٨٪). توفر دوارات المياه (٥٠٪). بجانب أنواع التلوث المختلفة بداخل أماكن العمل كالغبار والضوضاء والرائحة الكريهة. هذا بالإضافة إلى عدم توفر أدوات الطوارئ والأمان. بينما تتوفر حقائب الإسعافات الأولية فقط في ٥٠٪ من أماكن العمل. في الوقت الذي فيه يرتدي ٨,٦٦٪ فقط من الأطفال الملابس الواقية. وفي دراسة لأبعاد عمالة الأطفال علي الصحة. أكد Youssef, 1995 وجود أشغال خطيرة. إذ يتعرض الأطفال لضوضاء وحرارة عالية بالإضافة إلى مخاطر مهنية مثل التعامل بالكيماويات أو الماكينات. هذا وقد أكدت دراسات أخرى عن نقص مياه الشرب النظيفة والتعرض لدرجات حرارة عالية بجانب غياب أدوات الأمان.

إن طبيعة الخدمة المنزلية جُذ ذاتها تعني أن أولئك القائمين بها بعيدون تماما عن أنظار العالم الخارجي. ولا تتوافر لهم أية حماية من الإساءات. إن هذه العزلة تجعل من الصعب التوصل إلي تقديرات صحيحة حول عدد الأطفال في هذا المجال. ومع هذا فيمكن للمسوحات المحلية أن تعطينا فكرة. ولو بسيطة. عن حجم هذه المشكلة وأبعادها.

علي عكس الأطفال العاملين في الخدمة المنزلية. يعمل الأطفال في أماكن ظاهرة للجميع تماما. في الشوارع. تراهم في كل مكان. ينادون علي بضاعتهم في الأسواق. يتدافعون في وسط زحمة حركة المرور. يعرضون بضاعتهم في الحافلات والقطارات. وأمام الفنادق والمحلات التجارية. ويرى كثير من الكبار هؤلاء الأطفال مصدرا للإزعاج. إن لم يكونوا مجرمين صغارا خطرين. وفي واقع الحال. فإن ما يفعله هؤلاء الأطفال في الشوارع هو نوع من أنواع العمل. يعمل الأطفال في الشوارع في تلميع الأحذية وغسل السيارات وحراستها. وحمل الأمتعة. وبيع الزهور. كما يبتدعون آلاف الطرق للحصول علي النقود. ومع أن ما يجمعونه من نقود ربما كان قليلا. إلا أنه يزيد في بعض الأحيان عن الأجر الذي يمكن أن يتلقوه من عملهم في القطاع الرسمي.

تعود الغالبية العظمى من هؤلاء الأطفال إلي أهلهم كل ليلة. فهم يعملون في الشوارع ولكنهم ليسوا أطفال شوارع. وبالرغم من ذلك. فغالبا ما تكون الحياة بالنسبة لهم محفوفة بالمخاطر وتندثر بالعنف. وغير صحية ومع أن بعضهم يستطيعون الجمع بين الدراسة والعمل في الشارع. إلا أن الكثيرين منهم يعانون من الاستغلال. ومن احتيال الكبار. كما يعاني الكثيرون من سوء التغذية والأمراض. وغالبا ما تكون ثقتهم بأنفسهم ضعيفة بالرغم مما يحاولون تصنعه من ثقة مبالغ بها بالنفس لإظهار براعتهم في الشوارع. ومن المحتم في مثل هذه الحالة أن يصبح هؤلاء عرضة للاختراط في الأعمال الهامشية وغير المشروعة. كالتسول والنشل. كما ينجر الكثيرون منهم إلي ترويح المخدرات. إن الثقافة الخاصة التي يغمس فيها هؤلاء الأطفال لا تعرف سوي العدوانية والإساءة.

## أ - الأثر علي الصحة

تؤثر عناصر عدة لعمالة الأطفال بصورة خطيرة علي صحة الأطفال منها الانضمام إلي سوق العمل في سن صغير العمل لمدة ساعات طويلة. إنجاز مهام ثقيلة. بجانب العمل في بيئة قاسية.

والأكثر من ذلك. فقد أشارت نتائج (Badran 1995) أن الأطفال يعانون من سوء التغذية بالإضافة إلى تعرضهم لأخطار تناول الأطعمة الملوثة والفاسدة. وهذا يعود بآثار سلبية على صحتهم ونموهم. وفي كثير من الأحيان يستمر الأطفال في العمل خلال مرضهم. وذلك لأنهم محرومون من الدواء الملائم في المستشفيات العامة التي يلجئون إليها للعلاج.

وقد اختبرت دراسة أجرتها NCSCR, 1991 الحالة الصحية للأطفال العاملين لتقييم الحالات التي تتعرض لأوضاع العمل الخطيرة. وقد وجدت أن الأطفال يعانون من أمراض مختلفة مثل البلهارسيا بنسبة 21,8٪، وأنواع مختلفة من الإسهال بنسبة 22,8٪. كما يعاني 21,9٪ من مشاكل خطيرة في الهضم. و1٪ لديهم مشاكل لها علاقة بأمراض القلب. هذا بجانب وجود اختلاف واضح بين الأطفال العاملين والأطفال غير العاملين فيما يتعلق بسعة رئتهم. تلك النتائج السلبية ظهرت بوضوح في صناعات النسيج والزجاج على وجه الخصوص. كما أوضحت النتائج إلى أن الأطفال العاملين في تلك الصناعات لديهم انخفاض في متوسط سرعة إخراج الهواء بالمقارنة بالحالات العادية.

إن ساعات العمل الطويلة وظروف العمل القاسية بالإضافة إلى الظروف الصحية السيئة كل هذا جعل الأطفال يعانون من حوادث في العمل وإصابات مهنية. وقد أوضحت دراسة أجرتها NCSCR, 1991 أن 43,1٪ من الأطفال أصيبوا أثناء العمل وتلثمهم قد أصيب أكثر من مرة. بينما كشفت نتائج الدراسة التي قام بها (Abdel Gawad 1997) أن 12٪ من الأطفال يعانون من إصابات أثناء العمل. وإن أكثر من نصفهم أصيبوا أكثر من مرة. تلك النسبة العالية من الإصابات تم تفسيرها بسبب صغر سن الأطفال وافتقارهم للخبرة. وما زاد من نسبة الإصابات استخدام التكنولوجيا البدائية وأيضاً إرهاق الأطفال بأعمال ثقيلة. كذلك جرى Abdel Gawad عن ردود أفعال أصحاب العمل تجاه إصابات الأطفال. فوجد أن 38٪ من الحالات لا يفعل أصحاب العمل أي شيء تجاهها. وتقريباً ربع الحالات يأخذ صاحب العمل الطفل إلى المستشفى. بينما يتم علاج الإصابات البسيطة في محل العمل (ربع الحالات) أو عند صيدلي قريب (13٪).

### ب - الأثر الاقتصادي والاجتماعي

يؤدي الالتحاق بسوق العمل في سن صغيرة إلى حرمان الأطفال من حقهم في التعليم والتمتع بطفولتهم والعيش في بيئة صحية. كما يحد أيضاً من فرص تنمية قدراتهم العقلية ويؤذي صحتهم. كل هذا يصبح عائقاً لنموهم الجسدي والعقلي والنفسي. وفي بعض الأحيان يجمع الأطفال بين العمل والدراسة. وفي تلك الحالات يتداخل العمل الشاق مع عملية التعليم ويجعلها غير مؤثرة إذ أنه يقلل من تركيز الأطفال في الفصول ويحد من الوقت الكافي للواجبات المدرسية (Abdel-Gawad, 1997).

كذلك يمكن لعمالة الأطفال أن تؤثر على الحياة الاجتماعية للطفل بداخل أسرته والمجتمع الأوسع. وفي مقابل النتائج السلبية الخطيرة على الصحة. لم تشر الكثير من الدراسات إلى التأثيرات السلبية الحقيقية التي تؤثر على العلاقة بين الأطفال وعائلاتهم. إذ أوضحت نتائج الدراسة التي أجرتها NCSCR, 1993 أن الأطفال الذين يقضون معظم وقتهم خارج البيت تكون علاقتهم

بأسرتهم قوية بالإضافة إلى اشتياقهم للتجمع مع عائلتهم للعشاء أو مشاهدة التلفاز. ووفقاً لآراء الأمهات، تتصف علاقة الأطفال العاملين بأخوتهم بالحبّة والتفاهم والتعاون. وهذا يعني عدم وجود نتائج سلبية تؤثر على علاقة الطفل بالأسرة بسبب عمله. بل بالعكس، إذ تقل المشاكل مع الأخوة بعد العمل. كما أبدت ذات الدراسة أنه في ٥٦٪ من الحالات يشترك أعضاء الأسرة إلى الاجتماع معاً لتناول وجباتهم خصوصاً في العطلات. بالرغم من ذلك، فإن قضاء ساعات عمل طويلة في العمل يحرم الأطفال في حقهم في الاستمتاع بطفولتهم. وفي إجابة لسؤال عن ماذا يفعلون عندما يعودون إلى المنزل بعد العمل أجاب ٦٩٪ إنهم يتناولون العشاء ويخلدون للنوم، بينما ذكر ٢٢٪ منهم أنهم يلعبون مع الإخوة والأخوات. وقال ٩٪ إنهم يتحدثون عن مشكلاتهم مع باقي أفراد الأسرة.

كما يشترك الأطفال العاملون مع أسرهم في المسؤوليات الاقتصادية. فقد أوضحت الدراسة التي أجرتها NCSCR, 1991 أن الأطفال يساهمون بوضوح في دخل الأسرة. إذ يساهم ٦٦,٤٪ منهم بأجره كاملاً. ويساهم ١٨,٤٪ بثلاثة أرباع أجره. بينما يساهم ٦,٥٪ بنصف أجره. في حين أنه ٥٪ فقط لا يساعدون أسرهم. وتتراوح نسبة المساهمة فيما بين ٢٢,٨٪ و ٣٠,٨٪ من دخل الأسرة. إذ اعتبر ٨١٪ من أمهات الأطفال العاملين أن مساهمة الأطفال ضرورية في ميزانية الأسرة. كما أوضحت الدراسة التالية NCSCR, 1993 أن الأطفال العاملين يساهمون في المتوسط في حدود ربع دخل الأسرة.

كذلك أكدت دراسات أكثر حداثة مساهمة الأطفال العاملين في دخل أسرهم. إذ قدر Abdel-Gawad, 1997 أن مجموع دخل الطفل (الأجر والبقشيش) يصل في المتوسط إلى ١٥,٥ جنيه في الأسبوع. كما يساهم حوالي ٩٧٪ من الأطفال في دخل الأسرة بمعدلات مختلفة: ٥٧٪ منهم يساهمون بالأجر كله. و ٢٣٪ بثلاثة أرباع أجرهم. و ١١٪ بنصف الأجر و ٦٪ بمعدلات مختلفة. لذلك، فإن واحداً من أهم التأثيرات الإيجابية لعمالة الأطفال هو المساهمة في ميزانية الأسرة. ذلك لأن معظم أسر هؤلاء الأطفال من الفقراء. أيضاً يساعد ذلك على رفع تقدير الطفل لنفسه. هذا الأمر الذي يمكنه أن يضمّد أي نتائج عاطفية سلبية أخرى. إذ إن ٩٧٪ من الأطفال سعداء وراضون لمساهمتهم في دخل الأسرة. وسبب ذلك هو ما يلي: ٤٧٪ منهم يشعرون بالفخر واحترام الذات. ٢٥٪ منهم يختبرون مشاعر النضج وتحمل المسؤولية. ١٨٪ يكفون حاجتهم المادية. و ٦٪ يدخر أسرهم لهم النقود. بينما يشعر ٤٪ منهم أن أسرهم تقدر دورهم.

### ج - النتائج النفسية المترتبة على عمالة الطفل

اهتمت دراسات قليلة بالآثار السلبية لعمالة الأطفال على نفسية الطفل وصحته العقلية. فقد اهتمت الدراسة التي أجرتها Fathi, 1994 بصورة الأسرة كما يراها الطفل العامل وميزات شخصيته. إذ تبنت الدراسة منهج قارنت فيه بين عينة من الأطفال غير العاملين وعينتين من الأطفال العاملين. وتم اختيار الأطفال العاملين في مجالين عمل مختلفتين. أحدهما خطر والآخر عمل بسيط. وكان هناك اختلافات واضحة بين هؤلاء الذين يعملون في أشغال خطيرة وهؤلاء الذين يعملون في أشغال بسيطة. فالأطفال الذين يعملون في أعمال بسيطة لديهم علاقات أكثر وثيقة

بعائلاتهم. فكلا الذكور والإناث العاملين لديهم إحساس متساو بالالتزام تجاه عائلاتهم. أما بالنسبة للمميزات الشخصية. فوجد أن الأطفال العاملين أكثر استقلالاً من غير العاملين بالإضافة إلى تأثيرهم الواضح. إذ يمكن وصفهم بالمحاربين. إلا أنهم أكثر عدوانية من الأطفال غير العاملين.

ومن ناحية أخرى. قاد El-Garhi, 1994 دراسة على الأطفال العاملين في القطاع الزراعي وعينة من الأطفال غير العاملين. لتأتي النتائج موضحة اختلافات هامة بين الفريقين فيما يتعلق بالتوافق الاجتماعي والشخصي. وكانت النتيجة في صالح الأطفال غير العاملين الذين التحقوا بالمدارس. موضحاً أن الأطفال العاملين يعانون من مستويات منخفضة من التوافق المهني والصحي والاجتماعي الشخصي.

وقد عينت دراسة شاملة NCSCR, 1991 على عمالة الأطفال النتائج النفسية المترتبة على دخول الأطفال سوق العمل في سن مبكرة. كما جثت الدراسة عينة مكونة من ٥٦٦ طفلاً عاملاً. أضيف إليهم ١٨ آخرون لدراسة الحالات الأكثر تعقيداً. ففي هذه الدراسة. ادعى Ramzi أن دخول سوق العمل في سن مبكرة يحد من فرص الأطفال في تنمية مهاراتهم ويقلل من قدرتهم على التوافق. وقد أكدت الدراسة على الحاجة إلى استقصاء المتغيرات التي ترتبط ارتباطاً وثيقاً بظاهرة عمالة الأطفال مثل الذكاء والتوافق الشخصي والتوافق الاجتماعي والتوافق العام. فبالنسبة للذكاء. تم الادعاء بأن مستوى ذكاء الأطفال التارخين للمدرسة منخفض وفي الوقت نفسه ترك المدرسة لم يوفر لهم الفرصة لتنمية ذكائهم. إن التوافق الشخصي يتم تكوينه على أساس من الشعور بالأمن ويعكس استقلالية واحتراماً للنفس. أما التوافق الاجتماعي فيتولد عندما يشعر الطفل باهتمام واحترام الآخرين له. ويحترم هو القوانين والقواعد. إن التوافق العام هو نتيجة التوافق الاجتماعي والشخصي. فهو يعكس قدرة التوافق مع الآخرين في مختلف المواقف.

وقد تبنى (Ramzi ١٩٩٨) منهجاً قارن فيه عينة ثانوية من الأطفال العاملين بعينة من الأطفال غير العاملين الملتحقين بالمدارس. وكشفت النتائج عن ارتفاع مستوى الذكاء لدى الأطفال في المدارس عن ذويهم من الأطفال العاملين. وقد أكدت تلك النتائج أن الدراسة أكثر تأثيراً في الأطفال من العمل إزاء تطوير معامل الذكاء لدى الطفل. كما أنها تنمي القدرات اللازمة لكسب المعيشة. إلا أن معظم الأطفال يمارسون أعمالاً يدوية تحتاج إلى مستويات متوسطة من الذكاء كما إنها توفر فرصاً أقل لتدريب مستويات عليا من القدرات العقلية ذلك لأن القدرات التي تنمي القدرة المعرفية والذكاء تكون أكثر فاعلية من خلال نظام مدرسي فعال.

كما كشفت النتائج عن متغيرات هامة بين مجموعتين من الأطفال العاملين وغير العاملين فيما يتعلق بالتوافق الاجتماعي والعام. إلا أنه لا يوجد متغيرات فعالة بين العينتين فيم يختص بالتفاعل الذاتي. ويمكن شرح هذا في ضوء النتائج التي تكشف أن ٩١,٦٪ من الأطفال العاملين يساهمون في دخل الأسرة مما يكون لديهم الإحساس بالرضا بالنفس والتأثير وهذا ينعكس على توافقهم الذاتي (NCSCR,1991). إلا أن ذلك غير كاف لتعويض الإحساس بالقهر والظلم الاجتماعي وذلك بمقارنة أنفسهم بالأطفال الآخرين في نفس المرحلة العمرية. كذلك يعاني الأطفال العاملون من

تضارب مشاعرهم مع مهامهم. ففي الوقت الذي يدركون فيه أهمية دورهم في الأسرة وكذلك أهمية إسهامهم المادي. إلا أنهم يتطلعون للعيش معيشة الأطفال التي تمكنهم من اللعب والاستمتاع.

وقد بحث Abdel-Gawad, 1997 العلاقة بين الرضا الناتج عن العمل والتفاعل النفسي. ليجد أن هذا الرضا هو نتيجة تحول نظرة الطفل للعمل وقيمه. وهذا نتيجة للمتغيرات المختلفة المتصلة بالبيئة الطبيعية المحيطة بالعمل والعلاقة بالزملاء وأصحاب العمل والأجر ونوع العمل. كما يتأثر الرضا الناتج عن العمل ببعض المتغيرات الثقافية والتربوية والاقتصادية والاجتماعية وأيضاً النفسية. وقد استخدم Abdel-Gawad نفس مقاييس التفاعل الذاتي والنفسي التي أرساها Ramzi. إذ أوضحت الدراسة وجود علاقة متوسطة بين الرضا الناتج عن العمل والتفاعل النفسي في أبعاده الذاتية والاجتماعية.

## رؤية مستقبلية

### المشاكل الصحية التي يعاني منها الأطفال

هناك مجالات محددة يجب علي الحكومة وكل الأطراف المعنية وضعها في الاعتبار عند وضع السياسات:

- عدم الاعتماد كلياً علي النظم التقليدية في التسجيل والإحصاء. ولكن يجب دعم هذه الإحصائيات بمسوح ميدانية في إطار سياسة بحثية قومية.
- تقليل الفجوة في الحالة الصحية للأطفال في المناطق الحضرية والريفية. وبين محافظات الوجه البحري والوجه القبلي.
- مازالت مشاكل سوء التغذية بين الأطفال منتشرة ويجب علي جميع الجهات والوزارات المعنية التصدي لها بسياسة متكاملة. هذا يجب أن يتضمن سياسة للأمن الغذائي. برامج تدعيمية لمنع وعلاج أمراض سوء التغذية الناجمة من الأمراض المزمنة. ومواجهة الأساليب الغذائية الخاطئة.
- العمل علي تكثيف جهود المنظمات غير الحكومية في التصدي لبعض المشاكل وخاصة في الأماكن المحرومة مثل المناطق الريفية. ومحافظات الوجه القبلي. والمناطق العشوائية والمحرومة.

### سياسة الإعاقة بداخل مفهوم حقوق الطفل

الوسائل المقترحة لعلاج القضية وبناء على الاحتمالات الإيجابية التي تم تطويرها خلال السنوات الماضية. فقد ركز التحليل على المحاور الأساسية التالية:

- تكوين رؤية قومية موحدة واستراتيجية لعلاج قضية الإعاقة عامة. وقضية إعاقة الأطفال بشكل خاص. قائمة على مفاهيم ميثاق حقوق الطفل وحماية الطفل مع إدماج طاقات الأفراد المعاقين وأسرتهم.

- تشجيع التأهيل المرتكز علي المجتمع لمعالجة القضية بداخل إطار تنمية المجتمع بأكمله.
- التركيز على التجميع والتنسيق بين المقترحات المختلفة القائمة على تكرار وامتداد الخبرات الإيجابية للنماذج الناجحة الكثيرة. فضلاً عن بناء نماذج جديدة.

### سياسة عمالة الأطفال بداخل مفهوم حقوق الطفل

تشير الدراسات السابقة لقضية عمل الأطفال في مصر. إلى أن عمالة الأطفال هي في الأساس وجه واحد من أوجه الحرمان العديدة التي يتعرض لها الطفل. فقد كشفت نتائج البحوث أن العوامل الرئيسية المؤدية إلى عمالة الطفل هي في تعارض مع حق الطفل في العيش في مستوى ملائم (بند ٢٨ CRC). وغالباً ما تزيد عمالة الطفل فرص التعرض للاستغلال و/أو التعرض لأعمال خطيرة. التي يمكن أن تكون ضارة لأمن الطفل وصالحه. إن مضمونات مفاهيم حقوق الطفل والاقتراب من معالجة قضية عمالة الأطفال سوف يستلزم سياسة شاملة تسعى لتحقيق هدفين:

- معالجة الموقف الراهن الذي يشير إلى وجود أعداد كبيرة من الأطفال العاملين الشاغلين ووظائف مختلفة في كل من المناطق الحضرية والزراعية. بدون حماية كافية.
  - التوجه إلى الأسباب الجذرية لعمالة الطفل. ونقصد بذلك العوامل المسببة التي تنتهك حقوق الطفل الأساسية وتساهم في التدفق المستمر للأعداد الجديدة من عمالة الأطفال.
- ويمكن معالجة ظاهرة عمالة الأطفال علي مرحلتين. مرحلة انتقالية ومرحلة بعيدة المدى.

### المرحلة الانتقالية في حماية الأطفال العاملين

كشفت الخبرات المقارنة في البلدان المختلفة أن محاولات التخلص من عمالة الأطفال بالقوة والمنع قد فشلت. وفي بعض الحالات. مثلاً في بنجلادش. تعرض الأطفال لأشكال متطرفة من الحرمان والاستغلال. إلا إنه بالنظر إلى الطبيعة المعقدة لعمالة الأطفال يكون من المنطقي توقع استمرارها طالما استمرت العوامل المؤدية إلى بقائها. وفي خلال المرحلة الانتقالية. لا يمكن تجاهل الموقف الحالي للأطفال العاملين. وهذا يدعو إلى أخذ بعين الاعتبار ما يلي في تلك السياسة:

١. **الحماية القانونية:** كما سبق أن ذكرنا. يوجد مبادئ قانونية تمنع عمل الطفل قبل سن ١٤ عاماً بجانب منع شغله في الوظائف الخطيرة حتى سن الـ ١٧ عاماً. بالإضافة إلى شرط حمايته من ظروف العمل الخطيرة والضارة. إلا أن العوامل الاجتماعية والاقتصادية المؤدية لعمالة الطفل منتشرة ومُبطلة لفاعلية الحماية القانونية.
٢. **الصحة والأمن الصناعي:** يتم تنظيمه بقانون وأن يكون مضموناً من خلال مفتشين على العمالة معينين من قبل وزارة القوى العاملة والهجرة (MOMM). إلا أن عملية التفتيش غير منتظمة وليس لها أي أثر. بجانب أنها لا تتضمن القطاع الزراعي. لذلك يجب تصور دور جديد للمفتشين خلال المرحلة الانتقالية. إذ إن دور المفتشين يجب أن يكون أقرب إلى شخص واسع الأفق. مُنظم للجماعة وقادر على القيام بعمل تربيوي. كما توفر البرازيل حماية محلية من خلال مجالس حماية الطفل (Bequele and Myers, 1995).

٣. **برامج جمع بين الحماية والتنمية:** إذ إن الهدف الذي يسعى إليه ميثاق حقوق الطفل هو ضمان التنمية المتجانسة لكل طفل. لذلك يجب أن تتضمن البرامج الخاصة بحماية الأطفال العاملين عنصر التنمية. اعتماداً على هذا المبدأ، فقد أسس المجلس القومي للطفولة والأمومة NCCM مشروعاً شاملاً في مدينة الحرفيين. بالإضافة إلى مشروعين آخرين أنشأتهما اليونيسيف (في الإسكندرية) ومنظمة العمل الدولية (ILO) (في شبرا الخيمة). لذلك يجب تقييم تلك المشروعات الناجحة الرائدة وتقديم نماذج ماثلة لها. هذا وقد وقعت وزارة القوى العاملة والهجرة MOMM اتفاقية مع منظمة العمل الدولية -IPEC ILO في ١٩٩٦ لإنشاء برامج لعمالة الأطفال في مصر. ولكن حتى الآن لم يتبن هذا البرنامج سياسة شاملة لمحاربة أو القضاء على عمالة الأطفال.

- كما أن هناك موضوعات عدة يجب أخذها في الاعتبار عند رسم السياسة الخاصة بعمالة الأطفال:
- فطبقاً لميثاق منظمة العمل الدولية (ILO) رقم ١٨٢/١٩٩٩، يجب عدم إجازة الأشغال الخطرة لعمالة الأطفال. بالإضافة إلى توفير بدائل للطفل والأسرة مثل الجمع بين الفرص التدريبية والتربوية، وتوفير ما يضمن للأجيال القادمة بدائل لعمل الأطفال.
  - كذلك يتم توفير دورات تدريب مهني للأطفال المتسربين من المدارس من خلال ٥٦ مركزاً تحت إشراف وزارة الشؤون الاجتماعية. إلا أن التدريب يقتصر على الأعمال التقليدية مثل النجارة واللحام والنسيج... الخ. على أن يتم التوسع في البرامج المهنية لتوفر فرص تدريب للأطفال العاملين ولإعادة توظيف هؤلاء العاملين في أعمال خطيرة لأعمال أكثر أمناً وملاءمة (مجموعة عمل وزارة القوى العاملة والهجرة MOMM بخصوص عمالة الأطفال).
  - وفي الوقت الحالي، يتم حرمان الأطفال العاملين من التأمين الصحي القاصر على الأطفال الملحقين بالمدارس. لذلك يجب على السياسة الواقعية المتدرجة والمتقدمة في التخلص من عمالة الأطفال مع عدم إغفال توفير الحماية الصحية للأطفال العاملين في خلال المرحلة الانتقالية.
  - كذلك يجب إنشاء نظام مراقبة لمنع عمالة الأطفال وحماية الأطفال العاملين على مستوى المنطقة المحلية. فقد تم إنشاء مشروع استكشافي لمراقبة الأطفال المعرضين لمخاطر العمل وذلك تحت إشراف الهلال الأحمر وجمعية الرعاية المتكاملة.

### سياسة بعيدة المدى

إن المرحلة الانتقالية والخطوات اللازمة لحماية الأطفال العاملين ضروريان لمعالجة الوضع الراهن. إلا أن هذه الخطوات لا تتعامل مع الأسباب الجذرية التي تساهم في استمرارية عمالة الأطفال. لذا فإن التفهم الحقيقي لميثاق حقوق الطفل يستلزم تبني نموذج للتنمية عن تبني نموذج ثانوي اجتماعي. إن حماية الطفل لا تقتصر على الوقاية ومعالجة لكل أشكال "الأذى" التي تقع على الأطفال. ذلك لأن الحماية، كما يراها ميثاق حقوق الطفل، هي حماية لحقوق الطفل، وهي بذلك تساهم في تنمية

الأطفال المحرومين والمعذبين. في نطاق هذه الاستراتيجية. هناك بعض القضايا يجب أن تؤخذ في الاعتبار عند رسم السياسة.

### (١) التوجيه والمساعدة التقنية في تربية الطفل

- أدرك ميثاق حقوق الطفل المبدأ الخاص بأن كلا من الأبوين لديهما مسئوليات مشتركة في تربية الطفل وتنميته. وفي بعض الأحيان يمكن أن يكون الآباء غير قادرين على أداء مسئوليتهم بالشكل الكافي. لذلك فعلى أحزاب الدولة في تلك الأحيان أن تقدم المساعدة المناسبة للآباء وأولياء الأمور في أداء مسئوليتهم في تربية الطفل. كذلك يجب ضمان تنمية المؤسسات والتسهيلات والخدمات الخاصة برعاية الأطفال (بند ١٨)
- ويقدم في الوقت الحاضر ٩٣ مكتباً للمشورة والمساعدة الأسرية تحت رعاية وزارة الشؤون الاجتماعية (MOSA) النصيحة والمساعدة للعائلات لحل مشاكلهم وخلافاتهم. وتختص أغلب الحالات بالخلافات الأسرية والنزاعات المدنية. ولكن لا يقدم أي مشورة أو مساعدة في تربية الأطفال. لذلك هناك الحاجة لتوفير الأخصائيين المتدربين لتوفير تلك الخدمة.
- في حالة تعرض الطفل لأذى عقلي أو جسدي. يجب أن يتم توفير وسائل الحماية له متضمنة إنشاء برامج الدعم الاجتماعي للطفل ولكل المهتمين به (بند ١٩).

### (٢) الاهتمام بالصحة

في الآونة الأخيرة. اتخذت وزارة الصحة خطوات إيجابية تجاه توفير التأمين الصحي للأطفال في المدارس. إلا أنه في حالة التسرب المدرسي. لا يوجد ربط بين الطفل والتأمين الصحي. إذ أوضحت الدراسات أن الأطفال العاملين يمكن ألا يجدوا أي علاج في حالة مرضهم (Badran, 1995). وفي حالة الأمراض المزمنة. تجد أسرة الطفل أن العلاج يفوق إمكانياتها. لذلك يجب على السياسة الصحية أن تأخذ بعين الاعتبار توفير التأمين الصحي لكل الأطفال وبخاصة للحالات المزمنة.

### (٣) الضمان الاجتماعي والاقتصادي

بالإضافة لعمالة الأطفال. يرتبط الفقر ارتباطاً وثيقاً بمعاناة الطفل. لذلك تبنت سياسة الدولة برامج للحد من الفقر. إذ يوجد برنامجان رئيسيان ذي أهمية خاصة يتطلبا أخذهما في الاعتبار:

١-٣. يوفر نظام التأمين الاجتماعي للفقراء معاشاً شهرياً. وصل مؤخراً إلى ٥٠ جنيهاً. لفئات محددة من العاطلين. من أمثال كبار السن والأيتام والمطلقات بجانب فئات أخرى. وقد قيمت مؤسسة التخطيط القومي في عام ١٩٩٦. ٨١٤ جنيهاً كمجموع سنوي لازم لضمان أقل مستوى للمعيشة للفرد (INP, 1996). ويعد هذا الموضوع مهماً عند وضع السياسات المستقبلية.

٢-٣. تفضل السياسات الحالية للحد من الفقر توفير ما يضمن للفرد الفقير تأسيس مشروعات الأسر المنتجة وذلك كبديل لعاشات التأمين الاجتماعي. وما يتوفر من معلومات عن فاعلية وتأثير تلك المشروعات محدود.

▪ يوفر الصندوق الاجتماعي للتنمية (SFD) نظاماً يتضمن مشروعات تنمية المجتمع. وقد تم تقييم فاعلية القروض في محافظات الإسكندرية والشرقية وأسيوط (El Leithy, 1999).

▪ وحتى ٣٠ مايو ١٩٩٨، وزع برنامج تنمية المجتمع حوالي خمسة ملايين ونصف المليون جنيه على النشاطات القائمة على الضمانات لـ ٤٢,٩٦٦ مشروعاً صغيراً. بعدد مستفيدين يصل إلى ٤٣,٠٥١. بمتوسط حجم قرض يصل إلى ١,٢٨٨ جنيهًا للمشروع. هدف برنامج تنمية المجتمع هذا هو الحد من الفقر ورفع المستوى المعيشي للقطاعات الأكثر فقراً من السكان. وكان التركيز في ثلاث محافظات على صناعات الجبن، وتربية الحيوانات وخدمة التوصيل للمنازل بالإضافة إلى الأعمال اليدوية والصناعات الصغيرة. لتصل نسبة الفائدة فيما بين ٨-٩٪.

#### ٤) التعليم

يوفر ميثاق حقوق الطفل الخطوط الأساسية لتوفير التعليم على أساس من توافق الفرص (بند ٢٨). وقد أشارت الدراسات إلى أن الأطفال الفقراء قد واجهوا عوائق عدة ساهمت في عدم التحاقهم بالمدارس أو تسربهم منها قبل إتمامهم التعليم الأساسي. كما تم مناقشة تلك المشكلات لاحقاً ما أثار قضايا عدة يجب أخذها بعين الاعتبار عند وضع السياسات.

٤-١. عدم الإمكانية: تتحمل الأسر الفقيرة العديد من تكاليف المدارس. وفي الآونة الأخيرة أصبحت مصروفات الدروس الخصوصية شبه إجبارية إذ مثلت مصاريف إضافية يجب أن يتم دفعها شهرياً لكل مادة دراسية. وقد قامت دراسة استكشافية أجرتها منظمة غير حكومية في القاهرة. بدفع ٣٧ جنيهاً شهرياً لكل طفل يحضر مجموعة بمصروفات في المرحلة الإعدادية من التعليم الأساسي. وقد كشفت نتائج الدراسة أن الأسر الفقيرة غير قادرة على تحمل المصاريف المدرسية وأن هذا العامل يعد سبباً رئيسياً للتسرب المدرسي. تلك القضية التي يجب دراستها من قبل الحكومة.

٤-٢. الملاءمة: تعد قضية ملاءمة التعليم الأساسي للأطفال المعدمين وأسرهم قضية قد آثارها أولياء أمور الأطفال العاملين. معبرين عن إيمانهم بضرورة أن يشمل التعليم الأساسي دورات مهنية لتحضير الأطفال للحياة العملية والتوظيف. كما ذكرت نسبة ماثلة للأطفال المتسربين من المدرسة أنهم يأملون في تعلم حرفة.

▪ جعل المنهج ملائماً للبيئات والمجتمعات المختلفة. وقد سبق أن دعا المجلس الأعلى للتعليم أن تكون المناهج متكيفة مع الظروف المختلفة (المجلس الأعلى للتعليم، ١٩٧٤).

▪ تقديم مهارات مهنية وعملية متماشية مع الظروف السائدة في المجتمعات. وقد تبنت العديد من الدول استراتيجيات عدة في حدود الأولويات الرسمية وغير الرسمية لتوفير مجال للاختيار والفرص للأطفال المحرومين. وفي كثير من الأحوال يتم

تكملة التعليم الأساسي بتدريب ما قبل المهني والمهني وفقاً لسن الطفل (كما يحدث في الهند). تخصيص فترة المساء لتعليم الأطفال العاملين (في البرازيل). توجيه الأطفال العاملين في ظروف خطيرة لبرامج تعليم وكسب (الفلبين). توفير حوافز اقتصادية وضمنان للأسر الفقيرة على شرط أن يحضر الطفل المدرسة (البرازيل) (Azer and Saad, 1998)

٣-٤. المراقبة: يفتقر المحيط المدرسي للخدمات الاجتماعية والنفسية. إذ لا يتم مراقبة أو مساندة الأطفال في المدارس الذين يواجهون مشاكل أو الذين لا يحضرون المدرسة بانتظام أو المتسربين منها. لذلك يجب إرساء نظام ملائم وتمد للمراقبة والمتابعة وذلك لعلاج قضية التسرب من المدرسة.

### ٥) سياسات متكاملة

تفتقر وسائل السياسة الاجتماعية الحالية للتكامل والتنسيق. إذ كشفت الكثير من الشواهد عن الحاجة إلى التنسيق: فالعقيدات بين التعليم والثقافة. بين التعليم والصحة. بين وسائل الحد من الفقر. والأمن الاجتماعي. بالإضافة إلى الحماية الاجتماعية والاقتصادية للأطفال المحرومين - كلها أمور تتطلب اعتبارات سياسية تضمن تنمية مناسبة شاملة لكل طفل.

### في المناطق التي حرم فيها الأطفال من الرعاية الأسرية

وسائل مقترحة لعلاج القضية:

- ابتكار اقتراحات منفردة للقضاء على عزلة الأطفال الضالين واللقطاء بدون أي تعقيدات قانونية.
- تقديم وتعزيز برامج التنمية الاجتماعية لعلاج قضية أطفال الشوارع بدلا من النماذج المؤسسية والتي منبت بالفشل.
- معالجة الأسباب بداخل الأسرة المؤدية إلى ترك الطفل لأسرته. بما في ذلك التحديد والتدخل المبكر والفعال مع أطفال الشوارع لمنع أي سلوك منحرف.

### الخلاصة

وفي النهاية. علي الرغم من الإنجازات والكم الهائل من المقترحات في مصر نحو تحقيق الحماية الكاملة للأطفال. هناك بعض التدخلات الهامة والأساسية والتي يجب أن تؤخذ بعين الاعتبار في المرحلة القادمة:

١. الاحتياج إلي رؤية وسياسات مندمجة ومتكاملة تواجه الأسباب الجذرية لتهميش بعض الفئات من الأطفال وحرمانهم من الحقوق الأساسية.
٢. الاحتياج لتكوين نظام مراقبة مستمر للأطفال بغرض التحديد المبكر للأطفال المعرضين والمحرومين والتوصية بالتدخلات المناسبة علي مستوي المجتمعات المحلية والوطنية.

٣. الاحتياج إلى تكامل وتعاون القطاعات المختلفة في مجال حقوق الطفل شاملة الجهات الحكومية وغير الحكومية وعلى المستويات المحلية والإقليمية والوطنية.

## المراجع

1. Abdallah, Ahmed. Child Labor in Egypt: Leather Tanning Industry in Cairo. In Assefa Bequelle and Jo Boyden (eds). Combating Child Labor. ILO Geneva, 1988.
2. Abdel Gawad, Muhamed. A Study or the Relationship between Work Satisfaction and Psychological Adjustment of Working Children. Institute of Childhood Studies. Ain Shams University. Master dissertation, Cairo, 1997.
3. Abdel Gawad, M. Social Dimensions of Child Labor in Egypt. Paper represented 10 workshop on Convention No. 138 of 1973 Concerning the Minimum Age for Employment. 20-22 Oct. 1997. Ministry of Labor Force and ILO. Cairo, 1997.
4. Azer, A, Training and Welfare of Working Children in Shubra El Kheima: A Pre-Project Survey. The National Center for Social and Criminological Research in Collaboration with ILO, Cairo. 1993.
5. Azer, A. and Ramzi, N. Child Labor in Egypt, The National Center for Social and Criminological Research, in collaboration with UNICEF. Cairo, 1991,
6. Azer, A. Modalities of the Best Interests Principle in Education.
7. Azer, A. and Saad, M. The Interfce Between Child Labor and Education Within the Framework of the Child Rights Convention. UNICEF, Egypt, May 1998.
8. Badran, A,, Health Care of Children in Difficult Circumstances, Unicef, Cairo, 1995 (Report Not Published).
9. Bequele, A. and Myers, W.B., First Things First in Child Labor, Unicef, 1995.
10. Datt, G. et. al. A Profile of Poverty in Egypt: 1997. Ministry of Agriculture and Land Reclamation, and the Ministry of Trade and Supply. March 31,1998.
11. El-Deeb, B. Size and Charactristica of Child Labor in Egypt. Paper presented in the workshop on "Reducing Child Labor in Egypt, organized by the Ministry of Manpower and Migration. Cairo, 1995.

12. Ei-Gai-hl, Hassan. Psychological Adjustment and Self- Respect of Working Child and School Child. Ain Shams University, Master Dissertation, Cairo, 1994.
13. El Leithy, H. et al., Social and Economic Impact Assessment of Loans Provided by the Social Fund for Development Through the Enterprise Development Program and the Community Development Program, Cairo, May 1999.
14. Bl-Tawila, S. & et. al. Transition to Adulthood, A National Survey of Egyptian Adolescents. The Population Council, New York, 1999.
15. Fathi, Randa. "Family Image as Conceived by the Working Child", Ain Shams University. Master Dissertation. Cairo, 1994.
16. Fergany, N. Survey of Access to Primary Education and Acquisition to Basic Literacy Skills in Three Governorates in Egypt. Cairo, UNICEF, 1995.
17. Heneidi, Abdel Salam, Child Labor. Paper Presented in the Symposium on Child Labor. The National Center for Social and Criminological Research. Cairo, 1986.
18. High Council of Education, the National Specialized Councils (NSC), Repcm No. 103. Vol. 6 Cairo. NSC, 1974.
19. Institute of National Planning, Egypt Human Development Report, Cairo, 1996.
20. Ministry of Education (MOB), "Al Taaleem Lilgamea\*". (Education for All). Meeting of Nine Countries on Education for All, MOE, Cairo, 1993.
21. Ministry of Education (MOE). Pre-University Education Statistics. Cairo, 1997.
22. Nagi, S. In Pursuit of Progress - An Agenda for Social Development. Report presented to the Ministry of Insurance and Social Affairs, and UNDP. Cairo, 1998.
23. Nassar, H. The Economic Aspects of Children's Vulnerability in Egypt. Cairo, UNICEF. 1995.
24. Nassar, H. Survey on Socio-Economic Conditions of Work in Greater Cairo. The American University in Cairo (AUC), 1999.
25. National Center, (NCSCR) Symposium on Child Labor. The National Center for Social and Criminological Research and UNICEF, Cairo, 1986.
26. NCSCR. Training and welfare of Working Children in Shoubra El-Kheima: Pre-Project Survey. NCSCR & ILO. Cairo. 1993.
27. NCSCR. Working. Children in Urban Areas. Cairo" NCSCR. Cairo, 1999.

28. Ramzi, Nahed "Child Labor Phenomenon in Arab Countries; Towards an Arab Strategy to Face the Phenomenon, Cairo" Arab Council for Childhood and Development, Cairo, 1998.
29. Rashad, Nadia. Child Labor in Relation to Psychological Adjustment: Empirical Study on Working Children in Industrial Workshops. Cairo Am Shams University. Master Dissertation, Cairo, 1993.
30. UNESCO, Final Report of the International Consultative Forum on Education for All. Paris, UNESCO. 1991.
31. Youssef, Zainab, Health and Child Labor. Workshop on Combating Child Labor in Egypt. Ministry of Labor force and ILO. Cairo, 1995.
32. Zibani, N. Children's Work and Schooling in Egypt, Trends of Change Between 1988 and 1998. A Paper Presented for the Conference on Labor Market and Human Resources Development in Egypt, Cairo, 1999.
33. Abu Zeid, Samira. Pre-school Programs and Educational Techniques for the Disabled Child. Cairo: Zahraa El Sharq Bookstore, 1998. (Arabic)
34. Alien, Louise R (preparation) The Situation of Children in Upper Egypt. Capmas and Unicef, November 1959.
35. Boylan, Esther, (preparation) Women and Disability. London and New Jersey: Zed Books Ltd, 1991.
36. Campbell, Jane and Mike Oliver. Disability Politics: Understanding our past, changing our future. London and New York: Routledge, 1996.
37. Cartwright, F.F. A Social History in Medicine. London and New York: Longman, 1977.
38. Child Law and its internal regulations. Published by the Organization of Protecting the Rights of the Child, Cairo - Egypt.
39. Childhood and Handicap: concepts and strategies. Proceedings of the seminar held at the French Cultural Center. Published in collaboration between the Ministry of Health and Population, UNDP and the French Embassy: the French cultural center. Egypt" Cairo: FOTIADIS Press, 1997.
40. Disability, Handicap and Society. Vol. 8, No. 4. Journals Oxford Ltd, 1993.
41. Disability. Chapter 5 in die Oxfam Handbook of Development and Relief, vol. 1 & 2. Oxfam (UK & Ireland): UK, 1995,
42. Persons with Special Needs and the 21st Century in the Arab World. Researches, Studies and Recommendations. Seventh National Conference

- for the Union of Organizations for the Care of Groups with Special Needs and Disabled Persons. Egypt, Cairo; Dec. 1998. (Arabic)
43. El Deeb, Bothayna ei al. (preparation) The State of Egyptian Children. CAPMAS and Unicef, June 1988.
  44. Future Visions for Educational Manuals in the Arab World, The Third Scientific Conference, Published by the Egyptian Association for Manuals and Educational Techniques. Alexandria, 1991. (Arabic)
  45. Gaff, Angela. The Human Rights of persons with Disabilities. Al Hag: West Bank Affiliate of the International Commission of Jurists, 1994. Uver, Michael. The Politics of Disablement. London: Macmillan Press Ltd, 1990.
  46. Guide to organizations caring and rehabilitating disabled persons in Egypt. The International Year of Disability 1981. published by the Union of Organizations for the Care of Groups with Special Needs and Disabled Persons, 1982. (Arabic)
  47. Laws and Legislations regarding the Rehabilitation of Disabled Persons. Ministry of Social Affairs (MOSA). Cairo: Amireya Press, 1985.
  48. Mandl, P.E. (editor) The Disabled Child; a new approach to prevention and rehabilitation. Assignment children - a journal concerned with children, women and youth in development. 53/54. Unicef, spring 1981.
  49. NGO Coalition on the Rights of the Child, NGOs Report on the Rights of the Child in Egypt. Egypt, June 2000.
  50. Normal Life is a Right for the Disabled, a periodical issued by the Union of Organizations for the Care of Groups with Special Needs and Disabled Persons. No. 58-62 for the year June 99 - June 2000. (Arabic)
  51. Pinet, Genevieve. (coordination) Is the Law Fair to the Disabled? A European survey. "WHO regional Publications, European Series, No.29.1990.
  52. Shukrallah, Alaa and Ahmed Fathi (preparation). The DHS Childhood Disability Survey Report (second Draft). April 2000.
  53. Shukrallah, Alaa and Manal Abaza (editing). The Disability Services in the Ismailia Governorate, Field Study, second phase. North-South INSERM Network. Cairo, April 1999.
  54. Shukrallah. Alaa et al. The Current State of the Disability Question in Egypt. Preliminary study. North-South INSERM Network- April, 1997.

55. Shukrallah, Alaa. "Prevention, Early Detection and Rehabilitation of Children with Special Needs" Scaling up the Childhood Disability Project. November 1997.
56. Shukrallah, Alaa. Final Progress Report on Childhood Disability Project presented to Unicef. Cairo: AHED, January 1997.
57. Statistical Indicators. Ministry of Social Affairs (MOSA) and the Information and Decision Support Center (IDSC). Cairo. 1997.
58. Towards a Better Future for the Disabled, Reports. Researches, Studies and Recommendations. The Sixth Conference for the Union of Organizations for the Care of Groups with Special Needs and Disabled Persons Egypt, Cairo; March 1994. (Arabic)
59. Towards a Unified Egyptian National Strategy in the Area of Childhood Disability; common needs, obstacles and strategic issues, Workshop Report organized by Unicef-AHED. January 1995.
60. UN. Convention on the Rights of the Child. Egypt: Elias Modem Press, 1989.
61. WHO, International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps. WHO Geneva, 1980.
62. World Declaration on Education for all and Framework for Action to Meet Basic learning Needs. World Conference on Education for All. WCEPA. New York, April 1990-Hurst, Rachel, (editing) Are Disabled People Included? Published by Disability Awareness in Action. Printed by Freeways Print.

## الفصل العاشر:

### صحة المرأة

أ. د. سلمى جلال

د. هالة الدمنهوري

#### مقدمة

بالمقارنة بدول العالم الثالث فإن مصر تمتلك شبكة خدمات صحية ممتدة عبر القطر كله. مع أنه لا يزال يوجد الفرق الواضح بين تلك الخدمات وعدد الأطباء حديثي التخرج سنوياً. حوالي ٥٠٠٠ طبيب. وتوجد الخدمات الطبية التي توفرها وزارة الصحة في مدى ٥ كيلومترات من المراكز الصحية لـ ٩٥٪ من السكان. ومع ذلك فإن المستوى العام للرعاية الصحية متدن. وهناك قلة في عدد الممرضات<sup>(١)</sup>. وكذلك فإن مؤشرات الصحة مثل معدلات وفيات الأمهات والمواليد لا تزال ماثلة لتلك المعدلات في بلدان العالم الثالث الفقير. فمعدل وفيات الأمومة ٨٤ لكل مائة ألف مولود حي (سنة ٢٠٠٠) (وزارة الصحة) وهو يعتبر معدلاً منخفضاً بالمقارنة بالرقم السابق في مصر لعام ١٩٩٢ وهو ١٧٤ لكل مائة ألف. ٣٧٪ لم ينالوا متابعة أثناء الحمل. و٦٠٪ من الولادات كانت عن طريق مساعدة الداية<sup>(٢)</sup>.

يوجد العديد من العوامل التي تشارك في هذا الوضع تأتي على رأسها الحالة الاقتصادية. حيث يمثل الإنفاق على قطاع الصحة ١,٧٪ من الموازنة العامة للدولة والذي ظل ثابتاً على مدار السنوات السابقة بالمقارنة بالإنفاق على التعليم الذي زاد من ٤,١٪ إلى ٥,٦٪ من الموازنة العامة بين عامي (١٩٩١ – ١٩٩٩). بالإضافة إلى أجيال الإنفاق بنسبة تقترب من الثلثين ناحية الطب العلاجي على حساب الطب الوقائي والرعاية الطبية الأولية. وكذلك هناك أجيال إلى المناطق المدنية على حساب المناطق الريفية.

عندما نتحدث عن صحة المرأة. فإننا نتحدث عن قطاع يشكل كميّاً نصف عدد السكان. بالإضافة إلى ذلك. فإن أوضاع المرأة خاصة تجعلها جديرة بالدراسة – ليس فقط من واقع أن للمرأة احتياجات خاصة بها من الناحية البيولوجية. ولكن يوجد العديد من المشكلات الصحية الخاصة بالمرأة والتي يشكلها دورها في المجتمع أو ما يسمى بالنوع الاجتماعي. والتي تعبر عن نفسها من خلال التفرقة المجتمعية بين الجنسين في الحقوق والموارد مما يؤدي إلى عدم التماثل في العبء الذي يقع على كل من النوعين في المجتمع ومنها عبء المشاكل الصحية.

ففي الواقع يوجد تداخل كبير يصعب الفصل – في بعض الأحيان – بين مفهوم الصحة والجنس (ذكر أو أنثى). وبين الصحة والنوع الاجتماعي. فعلى سبيل المثال فإن الوظائف الإيجابية للمرأة لتعرضها للعديد من المشكلات الصحية مثل زيادة انتشار الأنيميا بين النساء عنها بين الرجال

(والتي يعزى سببها لحدوث الدورة الشهرية) إلى مواجهة أخطار قد تؤدي إلى الموت أثناء الولادة. ومثل هذه الأشياء والعديد من المشكلات الأخرى قد تبدو أن محددها بيولوجية فقط. ولكن يزيد من معدلاتها السياق المجتمعي والثقافي الذي يزيد من تعرض النساء لبعض الأمراض ويحدد الموارد التي تسمح لهن بالتعامل السليم مع مشكلاتهن الصحية وتحد من وصولهن إلى مراكز الخدمات الصحية. ولا يخفى على أحد حقيقة أن وفيات الأمهات تعكس الفرق الكبير بين البلدان النامية والبلدان المتقدمة في مؤشرات التطور الإنساني. ويعتبر هذا مثلاً واضحاً على كيفية التفاعل بين النوع الاجتماعي وفروق الجنس وتأثير ذلك على الصحة.

لقد تزايد الاهتمام في العقدين الأخيرين بصحة المرأة على المستوى العالمي بسبب الجهود التي تبذلها الحركة النسائية ودعاة التنمية الشاملة والجمعيات غير الحكومية والمؤسسات الدولية العاملة في مجال الصحة والتنمية. وقد تكثف هذا الجهد إبان انعقاد مؤتمر القاهرة الدولي للسكان (ICPD) في سبتمبر ١٩٩٤ وما صدر عنه من وثائق وما انبثق عنه من تجمعات عمل وبرامج مثل مؤتمر بكين ١٩٩٥. وقد تبنت السياسات والبرامج السكانية مفهوم الصحة الإيجابية بدلاً من تنظيم الأسرة؛ حيث إن ذلك المفهوم يعتبر أكثر إنسانية؛ فهو يستجيب لاحتياجات الفرد ويشكل فعالية أكثر في إيطاء النمو السكاني من النموذج القديم الذي ارتكز على تنظيم الأسرة.

وفي مصر تزايد الاهتمام بصحة المرأة وتنامي عدد الجمعيات الأهلية التي تعمل في هذا المجال سواء بتقديم الخدمات المباشرة أو التثقيف والتوعية والتمكين. كذلك اهتمت الدولة مثلة -أساساً- في وزارة الصحة والسكان والهيئات القومية العاملة في مجالات تنظيم الأسرة والأمومة والطفولة بإبراز قضية صحة النساء كقضية نوعية وتزايد السعي لتكثيف الخدمات المقدمة للمرأة بشكل خاص.

وقد ساهمت جهود مؤسسات الأمم المتحدة والجمعيات غير الحكومية وهيئات التمويل الدولية في دعم الجهود المصرية ودفعها نحو التبلور والتنسيق والفعالية. غير أن الكثير من هذه الجهود ظلت محصورة في إطار لصحة المرأة يعني أساساً بالتركيز على تنظيم الخصوبة (تنظيم الأسرة).

ورغم أن هذا التوجه لعب دوراً مهماً في تسليط الضوء على قضية صحة المرأة إلا أنه أدى إلى طبع مفهومنا عنها في حدود الدور الإيجابي وفي النطاق العمري ما بين ١٥-٤٥ سنة. ومع أن المفهوم قد بدأ يتسع في السنوات الأخيرة ليشمل الأمومة الآمنة ثم الصحة الإيجابية؛ إلا أنه مازالت هناك جوانب عديدة وهامة غير مطروحة وغير معروفة فيما يتعلق بصحة المرأة.

ولعل أول ما يواجه الباحث في هذا المجال هو غياب تعريف محدد وواضح لما يشتمل عليه تعبير صحة المرأة. فلا يوجد في الأدبيات سوى عدد محدود نسبياً من المحاولات لوضع تعريف واضح. ويحتوى أغلبها على درجة من التداخل مع تعريفات للصحة الإيجابية أو صحة الأم<sup>(٣)</sup>.

وفي إطار المفهوم الشمولي والإيجابي للصحة الذي اعتمده دول العالم كلها في ميثاق منظمة الصحة العالمية<sup>(٤)</sup> باعتبارها "حالة من اكتمال الرفاهة البدنية والعقلية والاجتماعية وليست مجرد السلامة من المرض أو الإعاقة" فإنه يجدر تبني مفهوم لصحة المرأة يتعدى دورها الإيجابي إلى الأخذ في الاعتبار احتياجات ما قبل وما بعد هذه المرحلة من دورة حياتها. ويأخذ في الاعتبار أن كثير

من العوامل الاجتماعية لحياة النساء التي تؤثر على صحتهن. ولعل أقرب التعريفات لهذا المفهوم هو الذي طرحه "فان دير كواك" سنة ١٩٩١<sup>(٥)</sup> على النحو التالي: "إن صحة المرأة هي رفايتها الكلية التي لا تحدها العوامل البيولوجية والإيجابية وحسب؛ إنما تتحدد أيضاً بتأثيرات عبء العمل والتغذية والتوتر والحرية والهجرات من بين عوامل أخرى". ويمكننا أن نضيف إلى هذه العوامل أيضاً وضع المرأة في المجتمع. وتعليمها واستقلالها الاقتصادي والقيم الثقافية البالية التي تميز ضدها أو تضطهدها. وبعبارة أخرى كما يقول "أور"<sup>(١)</sup>: "إن صحة المرأة -ومع الأخذ في الاعتبار حقائق دور النساء في الإيجاب والتنشئة- تأخذ منظوراً أوسع لحياة المرأة وتجعل متطلباتها من الخدمات التي تلبى احتياجات النساء ككل مشروعة بصرف النظر عن السن أو الوضع الاجتماعي". ورغم الأهمية القصوى لهذه التعريفات العريضة التي تغلب المفهوم الإيجابي والشمولي للصحة على المفاهيم البيولوجية الضيقة والتي تعرف الصحة سلبياً بغياب المرض. رغم أهميتها في فهم الصحة كقضية تنموية وفتح المجال أمام مشاركة المجتمعات في تحديد أولوياتها ودفع الهيئات العاملة في مجال الصحة نحو صياغة استراتيجية بديلة من أجل توزيع أكثر عدلاً لمدخلات التنمية الصحية ورفع كفاءتها وكفايتها؛ إلا أن هذه التعريفات تواجه بصعوبات شديدة عند محاولة وضع تعريفات كلية لقياس الحالة الصحية وتحديد المؤشرات المطلوبة لرسم الخريطة الصحية.

### ولعل أهم هذه الصعوبات تتلخص في النقاط التالية:

- استبدال مفهوم "الصحة" الهلامي بمفهوم مطاطي هو "الرفاة" يصعب قياسه أيضاً.
- وضع الصحة كهدف مثالي يمكن التوجه نحوه ولكن لا يمكن تحقيقه بالكامل.
- احتواء ظاهرة الصحة على عدد غير محدود من الأبعاد والمداخلات.
- تأثر القياس والتقييم للصحة في إطار هذه المفاهيم بالمرجعية التنموية والثقافية للمقيم ذاته.

لهذا فقد اتجه الباحثون إلى اختيار مؤشرات محددة لرسم الخريطة الصحية للمجتمعات أو قطاعات محددة منها كما يقول "هانسلوكا"<sup>(٧)</sup>: "إذا اعتبرنا أن الصحة طيف من الأحوال تقع في أحد حدودها القصوى حالة اكتمال الصحة. فإنه يبدو أكثر سهولة تخليلاً وأكثر دلالة عملياً في أن واحد أن يتم التركيز على الأحوال البينية وعلى التحسينات عوضاً عن الحالة القصوى ذاتها والتي قد تكون غير قابلة للتحقق أو حتى غير متخيلة". وعليه فيمكننا أن نجمل أنه لا يوجد حتى الآن نموذج محدود وواضح لدراسة وتوصيف "صحة المرأة" فما زلنا حتى الآن في المراحل الأولية لتعريف وقياس ما الذي يتضمنه مفهوم صحة المرأة وكيف يمكن قياسه. ومع ذلك فهناك بعض الاجتهادات التي بدأت تتبلور وتصل إلى اقتراحات مقبولة من الباحثين والعاملين في مجال المرأة.

وقد حاولت هذه الدراسة اعتماد بعض المفاهيم التي بدأت ترسخ في دراسات صحة المرأة ومنها:

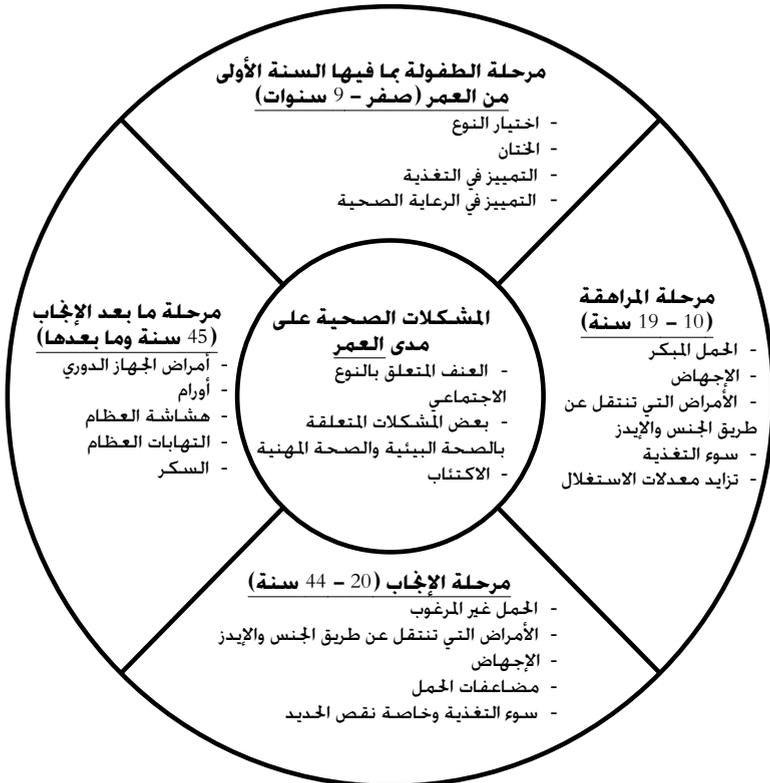
- مفهوم دورة الحياة (شكل ١) الذي يستوجب النظر إلى احتياجات النساء البيولوجية والاجتماعية في كل مرحلة عمرية. إن النظر إلى النساء كقطاع واحد يؤدي إلى طمس حقائق هامة واحتياجات محددة لكل مرحلة من مراحل العمر. الأمر الذي يؤدي إلى صعوبة

مقارنة البيانات بين المجتمعات وبين الذكور والإناث. فضلاً عن ذلك فإن هذا المفهوم يؤكد على توسيع نطاق "صحة المرأة" بما يتعدى الصحة الإيجابية.

- إطار محدودات الصحة الذي يدعو إلى النظر إلى الواقع الاجتماعي للمرأة والعوامل المؤثرة في حالتها الصحية بنفس القدر الذي ينظر به إلى تديات الحالة الصحية ذاتها وتقسيم هذه المحدات إلى مستويات. يأتي في المستوى الأقرب إلى الحالة المرضية ذاتها محدد التعرض للمرض أو عوامل المخاطرة المباشرة. أما المستوى الوسيط فيتضمن أنماط الحياة والسلوكيات المتعلقة بالصحة واستخدام الخدمات الصحية. أما المستوى الأبعد فيحتوي على الموارد المتاحة للفرد في المجتمع (شكل ٢).

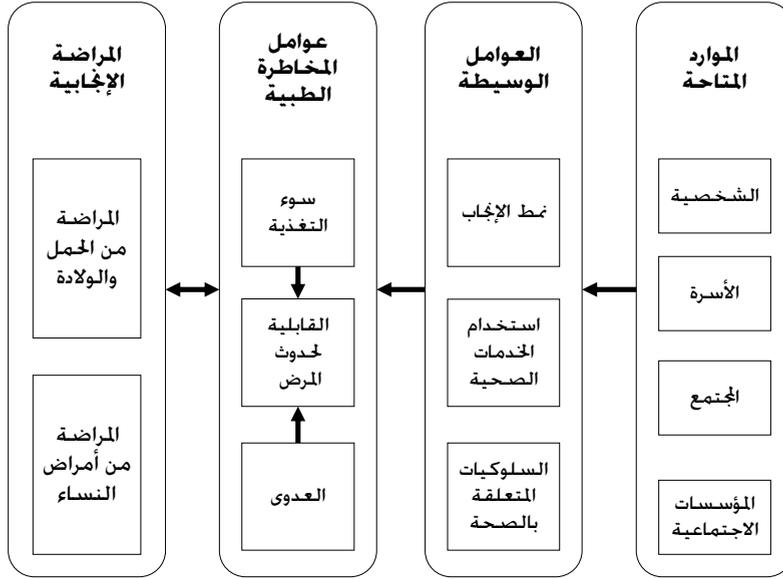
- مفهوم العبء الكلي للمرض والذي يأخذ في الاعتبار عبء المراضة Morbidity إلى جانب عبء الوفاة Mortality عند تحديد أولويات المشاكل الصحية. ففي كثير من الأحيان لا تعكس معدلات الوفاة ولا حتى سنوات العمر المفقودة بالوفاة من مرض معين مدى العبء الكلي كما يتضح على وجه الخصوص في حالات الإعاقة البدنية والعقلية وسوء التغذية<sup>(٨)</sup>.

شكل (١٠-١): مشكلات الصحة والتغذية التي تؤثر بدرجة محدودة أو بدرجة كبيرة على صحة المرأة



المصدر: مترجم عن: World Bank 1994: A New Agenda for Women's Health & Nutrition

شكل (١٠-٢): محددات المراضة الإيجابية



المصدر: مترجم عن: (Huda Zurayk. Women's Reproductive Health In The Arab World. Cairo, Egypt: The Population Council Regional Office for West Asia and North Africa, 1994)

## وفيات الإناث

### توقع الحياة عند الميلاد

يقدر توقع الحياة عند الميلاد بـ ٦٦ سنة للسكان في مصر عام ١٩٩٧ بنسبة ١٠٤٪ للإناث بالنسبة للذكور<sup>(٩)</sup>. وطبقاً لبيانات الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء فإن العمر المتوقع عند الميلاد هو ٦٩ سنة للإناث و ٦٥,٠١ سنة للذكور سنة ١٩٩٦<sup>(٩)</sup> بنسبة ١٠٦٪ للإناث مقارنة بالذكور. يتضح من تطور توقع الحياة عند الميلاد في مصر في سنة ١٩٦٠ إلى ١٩٩٦ أن توقع الحياة للإناث قد زاد ٥,٨ سنة (١٠٪) بين سنة ٧٦-٨٦ و ٥,٥ سنة (٨,٧٪) بين سنة ٨٦-٩٦ مقارنة بـ ٧,٨ سنة (١٤,٩٪) و ٤,٦ سنة (٧,٧٪) للذكور في نفس الفترات. (جدول ١٠-١).

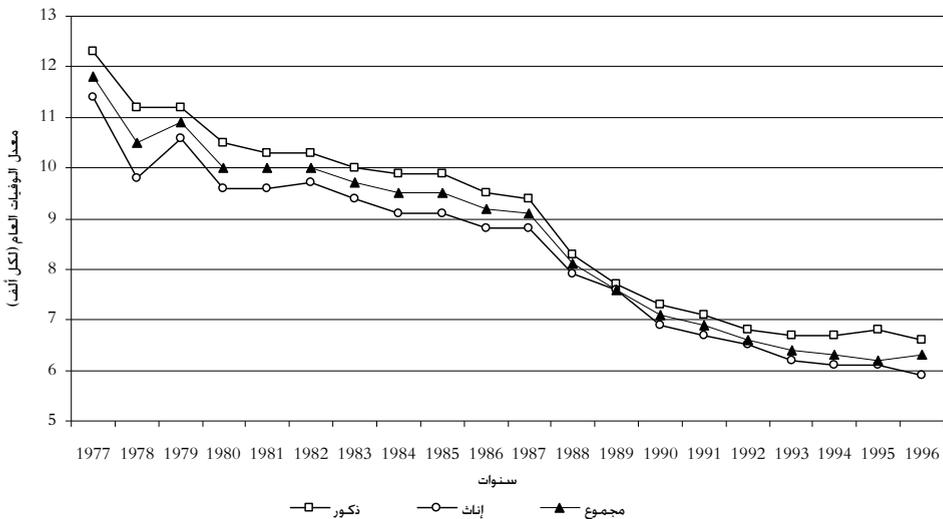
جدول (١٠-١): العمر المتوقع عند المولد وفقاً للنوع

السنة	ذكور	إناث
١٩٦٠	٥١,٦	٥٣,٨
١٩٧٦	٥٢,٧	٥٧,٧
١٩٨٦	٦٠,٥	٦٣,٥
١٩٩١	٦٢,٨	٦٦,٤
١٩٩٦	٦٥,١	٦٩,٠

المصدر: الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء ١٩٩٨

وقد زاد توقع الحياة عند الميلاد للإناث والذكور في العالم كله ومع ذلك فما زالت الفروق كبيرة بين الدول النامية (ومن بينها مصر) والدول المتقدمة. وينخفض توقع الحياة فيما يتراوح بين ٣-٥ سنوات في المتوسط في الدول النامية كما هو الحال في مصر. ما يعكس إهداراً لجزء من الميزة البيولوجية التي منحها الطبيعة للمرأة. بسبب التمييز ضدها أو بسبب الجهد الزائد الذي تتحمله في الحياة الاجتماعية وارتفاع معدلات الحمل والولادة وما ينتج عنها من مخاطر على الحياة<sup>(١)</sup> ومع إن العمر المتوقع عند الميلاد في مصر ينتظر أن يصل إلى ٧٤ سنة بنهاية عام ٢٠٢٥ وهو ما يقارب فقط ما كان عليه في الدول المتقدمة في أواخر الثمانينيات إلا أنه يجب أن يؤخذ في الاعتبار عند التخطيط الاستراتيجي لصحة المرأة أن نسبة النساء في الأعمار الأكبر أخذت في الزيادة بما حمله من مشكلات هذه المرحلة من دورة الحياة.

شكل (١٠-٣): تطور معدل الوفيات العام



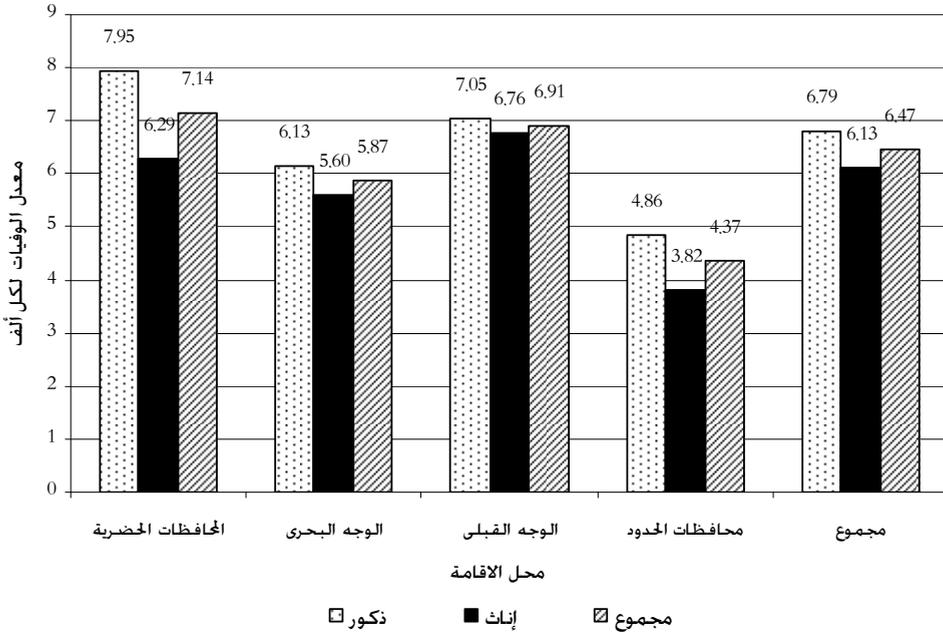
المصدر: بيانات الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء ١٩٩٨

## الوفيات العامة للإناث

يتراوح معدل الوفيات العامة للسكان في الفترة من ١٩٩٠-١٩٩٧ بين ٧,١ و ٦,٤ وفاة لكل ألف من السكان في مصر<sup>(٩)</sup> وبين الشكل (٣-١٠) تطور انخفاض معدل الوفيات العام للإناث والذكور والإجمالي من سنة ١٩٧٧ إلى ١٩٩٦. ويتضح منه أن معدل الوفيات للإناث والذكور قد انخفض من ١١,٨ في الألف إلى ٦,٣ في الألف (تقريباً ٥٠٪) وقد احتفظت الإناث بمعدل أقل قليلاً من الرجال خلال هذه الفترة يتراوح بين ٠,١ و ٢,١ في الألف وكان حوالي ٢٠٪ من هذا الانخفاض في العشر سنوات الأولى وحوالي ٣٠٪ في العشر سنوات التالية. ومن المهم أن نذكر هنا أيضاً أن معظم هذا التغيير ناتج عن انخفاض معدلات وفيات الرضع والأطفال خلال نفس الفترة. وبين شكل (١٠-٤) أن أعلى معدل لوفيات الإناث في مصر هو في صعيد مصر تليها المحافظات الحضرية ثم الوجه البحري

فالمحافظات الحدودية. ويلاحظ أيضاً في الشكل أن أعلى مزية نسبية للإناث من حيث معدل الوفيات بالنسبة للرجال هو في المحافظات الحضرية بينما تتدنى هذه المزية لتصل إلى أقل معدلاتها في محافظات الصعيد وتعكس هذه الصورة مدى تدني الأوضاع الصحية والاجتماعية لنساء الوجه القبلي على وجه الخصوص.

شكل (١٠-٤): معدل الوفيات العام وفقاً للنوع ومحل الإقامة



المصدر: بيانات الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء ١٩٩٨

## أسباب وفيات الإناث

على الرغم من دقة تسجيل الوفيات إلى حد كبير في مصر نظراً لاحتياج المواطنين إلى توثيق حدوث الوفاة. إلا أن تسجيل أسباب الوفاة يشوبه الكثير من عدم الدقة بسبب صعوبات تشخيص المرض الأصلي المتسبب في الوفاة والخلط بينه وبين السبب النهائي وعدم الالتزام بالتصنيف الدولي للأمراض. فضلاً عن ذلك فإن بيانات أسباب الوفاة لا تصدر بالسرعة المناسبة ويصعب الحصول عليها من مصادرها أحياناً؛ لذلك فقد لجأنا في هذه الدراسة لمقارنة بيانات الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء مع نتائج بعض الدراسات الميدانية التي أمكن الحصول عليها. ويوضح الجدول (٢-١٠) بعض التباين في معدلات الوفاة بين الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء وعدد من هذه الدراسات وبين بعضها البعض.

رغم هذا التباين فإن هناك اتفاقاً بين المصادر المختلفة على أن أمراض الجهاز الدوري والقلب هي المسبب الأول للوفيات بين الإناث في جميع المراحل العمرية بعد مرحلة الطفولة الأقل من خمس سنوات. وتتضمن هذه المجموعة من الأمراض ارتفاع ضغط الدم والذخة الصدرية وقصور الشرايين التاجية وجلطات المخ وتصلب الشرايين؛ بالإضافة إلى الحمى الروماتيزمية وأمراض صمامات القلب الناتجة عنها. والجدير بالملاحظة أن معدل وفيات الإناث بشكل عام من جملة هذه الأمراض (٤٩٪) هو أعلى منه عند الذكور (٤٦٪)\*. ومن المهم الإشارة إلى احتمال المبالغة في تسجيل سبب الوفاة على أنه ضمن هذه المجموعة حيث إن السبب النهائي للوفاة في الكثير من الأمراض الأخرى يكون نتيجة فشل القلب والدورة الدموية.

وتمثل أمراض الجهاز البولي والتناسلي أيضاً مرتبة عالية في ترتيب أسباب الوفيات العامة بين النساء على الرغم من أن هذه المجموعة لا تتضمن أسباب الوفاة الناتجة عن الحمل والولادة. كما لا تتضمن أيضاً أورام الجهاز التناسلي الخبيثة ولا أورام الجهاز البولي. ورغم هذا فإن الإناث أكثر عرضة قليلاً للوفاة بسبب هذه المجموعة من الأمراض (١١٪) عن الذكور (١٠٪)<sup>(٩)</sup>.

وما زالت الأمراض المعدية والطفيلية تشكل عبئاً هاماً للوفيات وإن كان معظمها يحدث في مرحلة الطفولة والمراهقة. وتظل إجمالي وفيات الإناث بسبب هذه المجموعة (٦٪) أعلى من نسبتها في الذكور بمعدل (١٪) أيضاً ويأتي بعد ذلك في ترتيب الأهمية أمراض الغدد الصماء والتغذية والجهاز الهضمي والجهاز التنفسي حيث تمثل كل منها ٣-٤٪ من أسباب وفيات النساء. كما أن نسب وفيات الرجال منها أعلى قليلاً من الإناث ما عدا مجموعة الغدد الصماء والتغذية.

---

\* يجب ملاحظة أن المقارنة بين الذكور والإناث هنا هي في نسبة السبب إلى إجمالي الوفيات داخل كل نوع ولا تعبر عن العدد المطلق للوفيات داخل كل نوع ولا تعبر عن العدد المطلق للوفيات من هذا السبب في كل نوع.

جدول (١٠-٢): أسباب الوفاة في السيدات من سن ١٤ - ٤٥ سنة

بيانات الجهاز المركزي للتعبة العامة والإحصاء %	دراسة وفيات الأمهات ببيورسعيد %	دراسة وفيات الأمهات بالمنوفية %	الدراسة القومية لوفيات الأمهات %	السبب
٣,٦	٢,٧	٧,٣	٣,٨	الأمراض المعدية والطفيليات
٨,٥	١٣,٨	٧,٧	١٤,١	الأورام
٢	٠٠	٠٠	٣,٦	أمراض الغدد الصماء، والتغذية والتمثيل الغذائي
١	٠٠	٠٠	٠,٦	أمراض الدم
٠٠	٠٠	٠٠	٠,٤	أمراض عقلية
٢	٠٠	٠٠	٤,٧	أمراض الجهاز العصبي
٤١,٣	٣٩,٥	٢٨,١	٢٩,٨	أمراض الجهاز الدوري
٦,٢	٥,١	٣	٥	أمراض الجهاز التنفسي
٦,١	٤,٦	٤,٦	١٢,١	أمراض الجهاز الهضمي
٧	٥,٨	٣,٦	٩,٧	أمراض الجهاز البولي والتناسلي
٣,٣	١,٩	٢٢,٨	٠٠	مضاعفات الحمل والولادة
٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	أمراض وراثية
٠٠	٠,٥	٥,٢	٠,٢	غير محدد
١٢	١٠,٥	١٤,١	١٦,١	الإصابات والتسمم
٠٠	١١,٣	٣,٣	٠٠	أخرى

المصادر:

- ١ - مترجم عن: (National Maternal Mortality Study: Egypt, 1992-1993 Findings & Conclusions. Ministry of Health - Child Survival Project In Cooperation with USAID, 1994)
- ٢ - سنية صالح وآخرون. أسباب وفيات السيدات في سن الإنجاب - دراسة ميدانية في محافظة المنوفية. مركز البحوث الاجتماعية - الجامعة الأمريكية بالقاهرة. ١٩٨٧.
- ٣ - مترجم عن: (Ghoneim H.1990, Study of Maternal Mortality in Port Said during the period of 1989 - 1993).
- ٤ - بيانات الجهاز المركزي للتعبة العامة والإحصاء. ١٩٩٣.

ورغم أهمية استعراض نسب مساهمة جملة الأسباب المختلفة لوفيات الإناث ومقارنتها بالنسب الخاصة بالذكور للتعرف على عبء المشاكل الصحية المختلفة التي تتعرض لها النساء في المجتمع بشكل عام إلا أن النسب الإجمالية تخفي في طياتها مفارقات هامة ومعلومات أساسية لازمة لقياس الحالة الصحية للنساء في المراحل المختلفة من العمر.

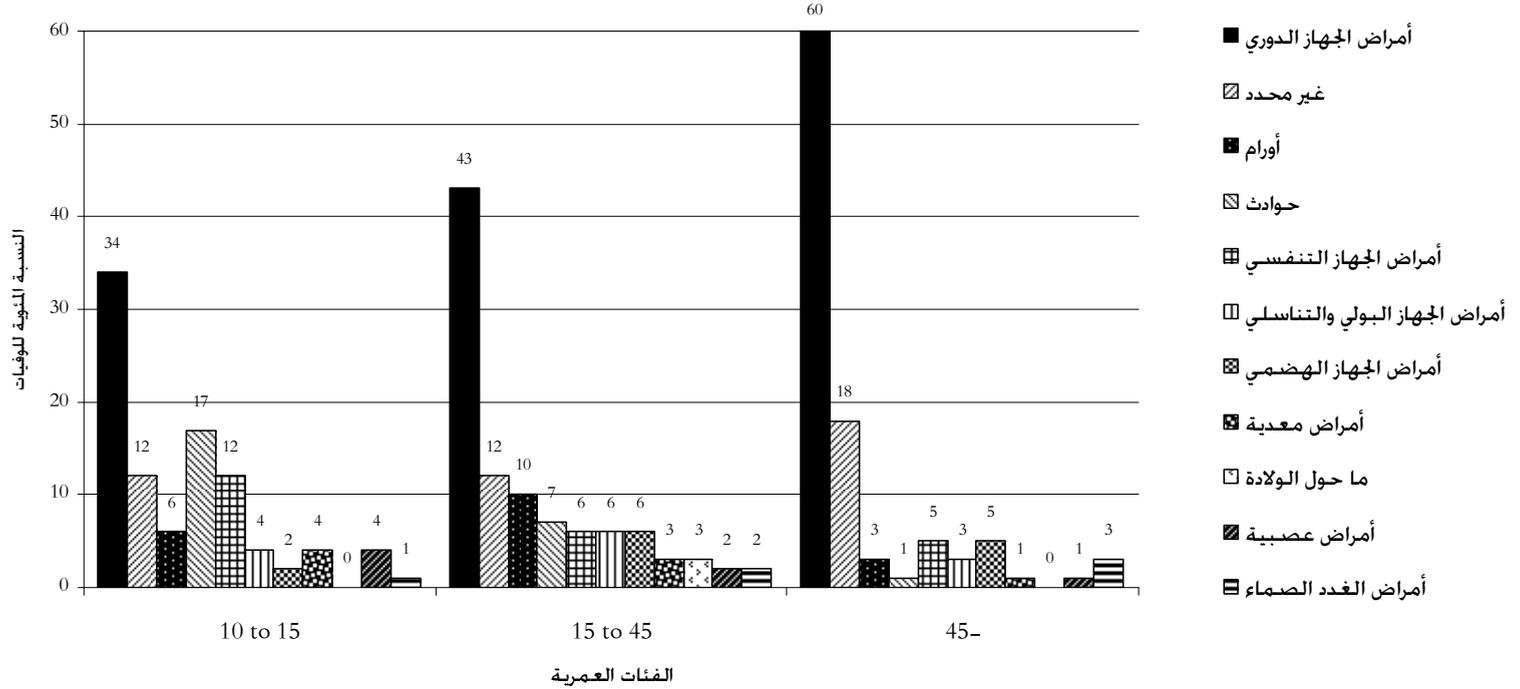
أولى هذه المفارقات هي أن نسبة ١٥٪ من إجمالي وفيات النساء تقع في مجموعة ما يسمى بـ "الأعراض والأسباب غير المحددة" وهي أعلى منها عند الذكور بمقدار ٣٪. ورغم أن هذه المجموعة واردة في كل تصنيف لأسباب الوفاة إلا أن ارتفاع نسبتها وخاصة بين النساء تعكس عدم دقة ومصداقية تسجيل أسباب الوفاة من ناحية. ومن ناحية أخرى تشير إلى احتمال تعدد الأعراض والظواهر المرضية لدى بعض السيدات خاصة كبار السن بسبب التعرض المستمر لأعباء الحياة والأدوار البيولوجية وعدم تلبية حاجاتهن الصحية عبر مراحل دورة الحياة.

أما المفارقة الثانية فهي عدم وضوح أهمية الحوادث والتسمم والعنف في النسبة الإجمالية لوفيات النساء (٢٪ فقط) رغم ارتفاع نسبة هذه المجموعة بدرجة كبيرة في مراحل معينة من العمر كما سوف يتضح لاحقاً.

والمفارقة الثالثة الهامة هي عدم حصول مجموعة مضاعفات ما حول الولادة (وفيات الأمومة) على أية نسبة من جملة الوفيات العامة للإناث نظراً لضآلة عدد الوفيات بهذا السبب إلى جملة الوفيات رغم خطورة هذه المشكلة ورغم أن معدل وفيات الأمومة في مصر يعتبر مرتفعاً كما سيتضح لاحقاً.

ويبين الشكل (١٠-٥) الوزن النسبي لأسباب الوفيات للإناث في كل مرحلة من مراحل العمر طبقاً لبيانات الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء لسنة ١٩٩٦.

شكل (١٠-٥): أسباب الوفيات عند النساء



المصدر: بيانات الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء ١٩٩٨

## صحة الطفلة

نالت صحة الأطفال اهتماماً واسعاً في مصر خلال العقود الأخيرة بداية من الاهتمام بالتطعيم، والعلاج بحلول معالجة الجفاف، وبرنامج عدوى الجهاز التنفسي الحادة، بالإضافة إلى حملات تشجيع الرضاعة الطبيعية.

وقد صاحبت هذه المبادرات، مبادرات أخرى لتحسين الصحة الإيجابية وصحة الأم، وبالأخص برامج تنظيم الأسرة والأمومة الآمنة، بالإضافة إلى الجهود المكثفة لتحسين وزيادة البنية التحتية للعيادات والمستشفيات ومحاولات لتقوية قطاع خدمات الصحة الأولية كجزء من المشروع طويل المد لإصلاح القطاع الصحي. وبشكل عام، يبدو أن صحة الطفلة في مصر تستجيب لجهود التطور كما يظهر في الجدول (١٠-٣).

جدول (١٠-٣): تطور معدل وفيات الأطفال الرضع، وحيثي الولادة، وما بعد حديثي الولادة، والأطفال دون الخامسة

السنة	المسح	الأطفال الرضع		حيثي الولادة		ما بعد حديثي الولادة		من ١-٤ سنوات	
		إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور
١٩٩٠ - ٢٠٠٠	المسح الصحي والديمجرافي ٢٠٠٠	٥٥.٠	٥٤.٥	٣٢.٦	٢٥.٢	٢٢.٤	٢٩.٣	١٤.٦	١٦.١
١٩٨٥ - ١٩٩٥	المسح الصحي والديمجرافي ١٩٩٥	٧٢.٥	٧٣.٣	٤٢.٦	٣١.٥	٢٩.٩	٤١.٨	٢١.٧	٢٨.١
١٩٨٢ - ١٩٩٢	المسح الصحي والديمجرافي ١٩٩٢	٨٤.٤	٧٥.٣	٤٨.٤	٣٦.١	٣٦.٠	٣٩.٢	٢٤.٦	٣٦.١
١٩٧٨ - ١٩٨٨	المسح الصحي والديمجرافي ١٩٨٨	٩٥.١	٩٣.٤	..	..	..	..	٢٨.١	٤٦.٢

المصدر: الزناتي وواي - ٢٠٠١ - جدول ١٠-٤، الزناتي وآخرون - ١٩٩٦ - جدول ٩-٤، الزناتي وآخرون - ١٩٩٣ - جدول ١٠-٤، سيد وآخرون - ١٩٨٩ - جدول ٨-٨

بملاحظة البيانات الواردة في الجدول السابق، نجد أن معدلات وفيات حديثي الولادة تعكس الزيادة البيولوجية للإناث، ولكن تزداد معدلات وفيات الإناث في مرحلة الأطفال الرضع ومرحلة الطفولة.

## الرعاية الصحية للطفلة

تقدم المعلومات المستمدة من المسوح القومية التي قام بها مشروع التطعيم في مصر مقارنة بين الذكور والإناث في طلب العلاج وزيارة الأطباء. وتوضح هذه البيانات التمييز ضد الإناث في الذهاب إلى الطبيب، خاصة في صعيد مصر. وفي المجتمعات الريفية والمناطق العشوائية الحضرية الفقيرة<sup>(١١)</sup>.

جدول (١٠-٤): أهم المؤشرات الصحية للأطفال

نسبة القيد الإجمالي في التعليم الأساسي للإناث	% سوء التغذية للأطفال دون الخامسة (الطول / السن) -SD٢	% لأي رضاعة طبيعية	وفيات الأطفال دون الخامسة	وفيات الرضع	
	١٩,٨	٩٥,١			ذكر
	١٨,٤	٩٥,٩			أنثى
١٠٤,٥	٨,٥		٤٤,٩	٣٧,٤	المحافظات الحضرية
٩٤,٨	١٦,٠		٥٨,٦	٤٥,٣	وجه بحري
	١٣,٧		٥١,٩	٤٠,٣	- حضر
	١٦,٨		٦٠,٨	٤٧,٠	- ريف
٨٠,٥	٢٥,٨		٨٩,٦	٧١,٢	وجه قبلي
	٢١,٩		٦٥,٢	٥٤,٣	- حضر
	٢٧,٢		٩٨,٥	٧٧,٣	- ريف
٩٠,٨	١٦,٧		٤٦,٢	٣٧,٣	محافظات الحدود
٩٠,٨	١٨,٧		٦٩,٢	٥٤,٧	إجمالي ٢٠٠٠
	٢١,٠		٨٥,٠	٦٢,٠	إجمالي ١٩٩٢

المصدر: المسح الديمغرافي والصحي ٢٠٠٠

نلاحظ أن الفجوة بين الريف والحضر فيما يخص وفيات الأطفال الرضع قد تصل إلى الضعف بين المناطق الجغرافية المختلفة؛ فتصل أعلى معدلاتها في الوجه القبلي وأقلها في المحافظات الحضرية ومحافظات الحدود.

ويدل الجدول السابق على أن هناك تمييزاً ضد الطفلة في مناح أخرى تندرج تحت محددات الصحة منها نسبة القيد في التعليم الأساسي حيث تصل الفجوة بين الذكور والإناث إلى ٨٥٪ (INP, 1999). كما وجد أن نسبة سوء التغذية محسوبة (الطول / السن)، وهي أكثر انتشاراً في الوجه القبلي تليه المحافظات الحضرية ثم الوجه البحري، ونجد أنها أعلى في الريف عنه في الحضر.

جدول (١٠-٥): الأنيميا في الأطفال

متوسطة (٧-٩,٩ جم/دل)	بسيطة (١٠-١٠,٩ جم/دل)	متوسطة (٧-٩,٩ جم/دل)	بسيطة (١٠-١٠,٩ جم/دل)	
١٢,١	١٧,٥	٠,٧	٢٩,٥	ذكر
١٠,٣	١٩,٦	٢,٨	٢٦,١	أنثى
١١,٢	١٨,٥	١,٧	٢٧,٩	إجمالي

المصدر: المسح الديمغرافي والصحي ٢٠٠٠

يعاني ٣١,٦٪ من الأطفال في مصر من أنيميا سوء التغذية. وتأتي النسب الأعلى في محافظات الحدود تليها محافظات الوجه القبلي ثم المحافظات الحضرية ثم الوجه البحري. وبصفة عامة فإن نسب سوء الأنيميا في الريف أعلى منها في الحضر<sup>(١٢)</sup>.

وتعتبر التفرقة بين الطفل والطفلة في التنشئة الاجتماعية من أحد العوامل التي تؤثر على الصحة. فنجد أن متوسط مدة إرضاع الطفل (١٩ شهراً) يزيد عنه في الطفلة (١٧,٧ شهراً). حيث يسود الاعتقاد إرضاع الطفلة لمدة أكبر "يقويها". وبالتالي يتم إيقاف رضاعتها مبكراً. ووجد أن ٩٢,٢٪ من الأطفال يتم إرضاعهم. بلا فروق كبيرة بين الوجهين القبلي والبحري أو بين الريف والحضر. إلا أن هذه النسبة تقل في المحافظات الحضرية لتصل إلى ٨٤,٧٪ (EDHS-2000). وفي بعض الأسر وجد أن الرجل ثم الابن يحصلان على أفضل الطعام في الأسرة يليهما المرأة والابنة. ويحدث هذا بالأخص في الغذاء ذي القيمة الغذائية العالية.

وبالنسبة للحوادث المنزلية. نجد أن البنات أكثر عرضة للإصابة بالحروق والجروح لمعاونتهن في الطهي والأعمال المنزلية. بينما يكون البنون أكثر عرضة للكسور غالباً بسبب اللهو خارج المنزل.

## ختان الإناث

يمثل طقس ختان الإناث في مصر ظاهرة أخرى للقيم المجتمعية المتعلقة بالنوع. فالبرغم من نفي علاقته بالأديان. إلا أنه عادة موروثه تحمل بين طبقاتها العديد من الرسائل لها تأثير سلبي ونتائج سلبية عقلية وجسدية ومجتمعية. تصل نسبة انتشار هذه العادة - كما يشير تقرير المسح الديمجرافي والصحي ٢٠٠٠ - إلى ٨٠٪ بين المتزوجات من سن (١٥ - ٤٥ سنة). ولم تتحسن هذه النسبة كثيراً في السنوات الأخيرة<sup>(١٢)</sup>.

من الملاحظ أن نسبة عمليات الختان التي يقوم بها الأطباء والممرضات قد ازدادت لتصل على حوالي ٥٥,١٪ من العمليات التي أجريت لفتيات في فترة المراهقة. خاصة بعد قرار وزير الصحة للسماح للأطباء فقط بإجراء هذه العمليات بقصد الحد من المخاطر الجسدية التي قد يسببها الختان. مما يشير إلى أهمية تثقيف الأطباء إذ لا توجد قواعد صحية تبرر إجراء تلك العملية<sup>(١٣)</sup>.

ومازال موضوع ختان الإناث في مصر في حاجة إلى المزيد من الجهود لوقف تلك الممارسة الضارة. وحيث إن هذه القضية معقدة وتمتزج بالمعتقدات المجتمعية. فالتأثير فيها لن يكون ببساطة لإعداد مجموعات للتثقيف والتوعية. وإنما يحتاج الأمر إلى منظومة تنموية كاملة. ويعد مثال قرية "البرشة" نموذجاً حياً يبرهن على ذلك. ففي قرية تبلغ فيها نسبة الأمية ٧٥٪. تضافت جهود تنموية مختلفة من خلال إشراك المجتمع والقيادات أدت في النهاية إلى اختفاء تلك العادة من القرية. ما يجعلها تجربة رائدة في مصر (آمال عبد الهادي - ١٩٩٨)<sup>(١٣)</sup>.

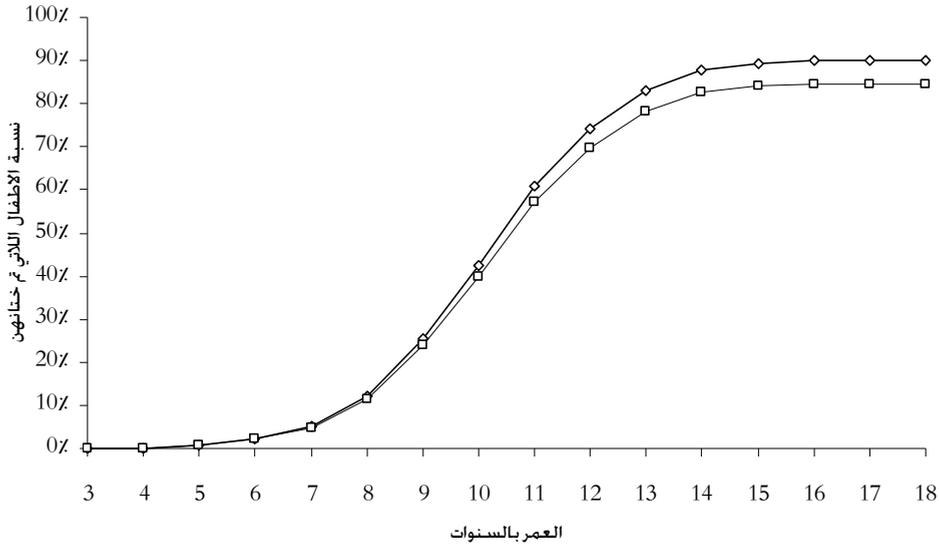
جدول (١٠-٦): النسب المئوية للفتيات في الفئة العمرية ١٣-١٩ عاماً اللاتي تم ختانهن. حسب خصائص متصلة بالخلفية (العدد = ٧٨٩):

الانتشار	
الانتشار الكلي	٨٦,٠
الحالة التعليمية للكبار	
لم يلتحقوا بالتعليم	٩٢,٥
لم يكملوا المرحلة الابتدائية	٩٧,٤
أكملوا المرحلة الابتدائية / لم يكملوا المرحلة الإعدادية	٨٤,٤

٦٨,٤	ثانوي / مؤهل فوق المتوسط
٤٧,٩	ثانوي فأعلى
<b>الحالة الاجتماعية / الاقتصادية</b>	
٩١,٠	منخفضة
٩٠,٨	متوسطة
٧٤,٨	مرتفعة
<b>التوزيع الجغرافي</b>	
٦٩,٤	المحافظات الحضرية
٨٢,٨	وجه بحري
٨٨,٢	وجه قبلي
<b>حضر / ريف</b>	
٨٢,٤	حضر
٩٣,٥	ريف

\* مستوى المعنوية لاختبارات الفروق الفردية بين المستويات الداخلية لكل متغير من المتغيرات الخلفية « ٠,٠٠١ »  
المصدر: (سحر الطويلة وآخرون. الانتقال إلى مرحلة النضج - مسح قومي حول النشء في مصر. القاهرة: مجلس السكان الدولي. ١٩٩٩).

شكل (١٠-٦): الاحتمال التراكمي لختان الإناث قبل بلوغ ١٥ عاماً لمجموعتين عمريتين مختلفتين



المصدر: (سحر الطويلة وآخرون. الانتقال إلى مرحلة النضج - مسح قومي حول النشء في مصر. القاهرة: مجلس السكان الدولي. ١٩٩٩).

جدول (١٠-٧): مضاعفات الختان

غير المختنات		المختنات		
النسبة	العدد	النسبة	العدد	
<b>المضاعفات العاجلة</b>				
-	-	٥١,٣	١٠٣	الألم
-	-	١٦,٥	٣٣	التهاب
-	-	٤٣,٠	٨٦	التهاب
-	-	٩,٥	١٩	تنشوء خارجي
<b>المضاعفات الأجلة</b>				
٥,٢	٥٢	٦٨,٥	١٣٧	ألم الدورة
٨,٠	٨	١٥,٥	٢١	العقم الأولي
١٣,٥	١٣	١٨,٥	٣٧	العقم الثانوي
٢٩,٠	٢٩	٤١,٥	٨٣	ألم أثناء الجماع
٢٣,٠	٢٣	٦٢,٠	١٢٤	ضعف الرغبة الجنسية
٥٤,٠	٥٤	٦٨,٩	١٣٦	ضعف الاستمتاع الجنسي
٢٩,٠	٢٩	٤١,٥	٨٣	فقد الأورجازم

المصدر: Adel Ali Sakr. M.Sc. Thesis in Obst & Guyn. A Study of Female Circumssion in Ismailia City, Suez Canal University, 1995

### الفتيات في مرحلة النضوج والمراهقة

يبلغ عدد السكان في المرحلة العمرية من ١٠-١٩ سنة في مصر ١٤,٥ مليون شاب وفتاة يمثلون ٢٢٪ من السكان. ويعني هذا أن نسبة الفتيات في هذه المرحلة تصل إلى أكثر من ١٠٪ من السكان (حوالي ٧,٥ مليون فتاة). وتبلغ نسبة الفتيات بين ١٥-١٩ سنة ٣,٣ مليون شابة<sup>(٩)</sup>. ولا تتعدى نسبة الحاصلات على ٧ سنوات دراسية أو أكثر نصف الفتيات في هذه المرحلة العمرية (٤٩٪). بينما لا تزيد نسبة الحاصلات على أكثر من ١٠ سنوات دراسية عن الربع (٢٣٪) بين الفتيات من سن ١٨-١٩ سنة.

أما نسبة العمالة بين الفتيات من ١٥-١٩ سنة، فهي ٨٪ ونسبة المتزوجات منهن حوالي ١٤٪ بالمقارنة بثلاثة بالمائة فقط بين الذكور في نفس السن. ويرتبط الزواج المبكر للبنات بالانقطاع عن التعليم. فاحتمال الزواج بين الفتيات الحاصلات على أقل من ٧ سنوات دراسية ٨ أمثال الحاصلات على عدد أكبر من السنوات الدراسية (٤٩٪ مقابل ٦٪). وفي كل عام تنجب حوالي ٦٪ من الشابات في سن ١٥-١٩ سنة مواليد جددًا. ففي سنة ١٩٩٧ أُجِين ٢٠٨,٨٠٠ مولود<sup>(١٤)</sup>.

### تقييم النمو والحالة الغذائية

يعتبر تقييم النمو والحالة الغذائية في مرحلة المراهقة من المؤشرات الأساسية للصحة. وأولاً لتأثيرها المباشر على الصحة البدنية والنفسية والقدرة على التحصيل والإنتاج في هذه المرحلة. وثانياً لامتداد أثرها على إعداد الفتاة. خصوصاً للمرحلة اللاحقة من دورة حياتها وعلى أبنائها في المستقبل.

فالطفلة التي تعاني في فترة النضوج من سوء التغذية وفقر الدم بسبب سوء الأوضاع الاقتصادية والاجتماعية وقصور المعرفة والأمية والتمييز ضدها في صالح الذكور. هي أكثر عرضة في ذات الوقت للإصابة بالطفيليات والزلات المعوية والالتهابات الصدرية التي تنهك قواها وتضعف قدرتها على وقاية نفسها من الحمل المبكر جداً الذي بدوره يعرضها وطفلتها للمخاطر الصحية خاصة في حالة عدم توافر رعاية صحية مناسبة وفعالة أثناء فترة الحمل والولادة. فهي قد تتعرض لمضاعفات الولادة بسبب تقزمها أو لجأفتها أو الأثنين معاً. مما عنه ينتج عنها ولادة متعسرة أو انفجار في الرحم أو حمى نفاس قد تؤدي بحياتها. فإذا نجحت في إكمال الحمل والولادة فإن طفلتها في معظم الأحوال لا تكون على الدرجة المثلى من اكتمال النمو والصحة عند الميلاد. وبما أن الأم نفسها تصبح أكثر ضعفاً واعتلالاً بعد الولادة فإنها تكون أقل قدرة على رعاية الطفلة مما يعرضها لزيادة احتمالات الوفاة قبل الوصول إلى سن الخامسة وإذا كتب لها العمر فإنها تظل في حالة صحية أقل من المستوى المنشود وهكذا تتكرر حلقات الدائرة المفرغة لاعتلال الصحة عبر الأجيال بين البنات والفتيات والأمهات (شكل ١٠-٧).

وتفيد الدراسات أن نسبة ليست قليلة من الفتيات في سن المراهقة يعانين من مشكلات في النمو الجسدي. فقد بينت دراسة "النشء والتطور الاجتماعي في مصر ١٩٩٩"<sup>(١٥)</sup> أن نسبة التقزم تتراوح بين ٢١,٢٪ بين الفتيات من ١٠-١١ سنة إلى ٨٪ بين الفتيات الأكبر من ١٦ سنة بنسبة إجمالية ١٤,٥٪ وهي أقل قليلاً من نسبة التقزم الإجمالية بين الفتيان في نفس المرحلة العمرية (١٨,٩٪). وبمقارنة متوسط الطول بالنسبة للفتيات المصريات مع العينة المرجعية المنتقاة من المركز القومي الأمريكي للإحصاء ومنظمة الصحة العالمية (وهي عينة تمثل شريحة سكانية تتمتع بتغذية جيدة) تبين أنه أقل في جميع الفئات العمرية من ١٠-١٩ سنة بين الفتيات المصريات.

أما بالنسبة للنحافة فقد تراوحت نسبتها بين ٩,١٪ في الفتيات الأصغر (١٠-١١ سنة) و ٣,٥٪ بالنسبة للفتيات الأكبر (١٦-١٨ سنة) بنسبة إجمالية ٦,٣٪ وهي أيضاً أقل من نسبة النحافة بين الفتيان في نفس المرحلة العمرية (١٢,٥٪) (جدول ١). ويرجع هذا إلى أن نسبة المعرضات للبدانة والمصابات بها (١٤,١٪ و ٥,١٪ على التوالي) هي أعلى من مثيلاتها بين الفتيان (٥,٠٪ و ٣,٢٪ على التوالي). وقد كانت معدلات مؤشر كتلة الجسم BMI بين الفتيات المصريات أقل من العينة المرجعية حتى سن ١٣ سنة. ثم تأخذ في الزيادة بعد هذه السن حتى سن ١٩ سنة لتصل نسبة المعرضات للبدانة إلى ٢٠,٩٪ في الفتيات بين ١٦-١٩ سنة (أي ضعف النسبة المتوقعة مقارنة بالعينة المرجعية) (شكل ١٠-٨). كما تصل نسبة البدينات فعلاً إلى ٦,٦٪. وقد بررت الدراسة انتشار البدانة بين الفتيات بالقيود التي كثيراً ما تفرض على حركة الفتيات ونشاطهن البدني فضلاً عن تناقص حجم وقت الفراغ الذي يمكن تخصيصه للأنشطة البدنية بسبب زيادة أعبائهن المنزلية مع تقدم العمر.

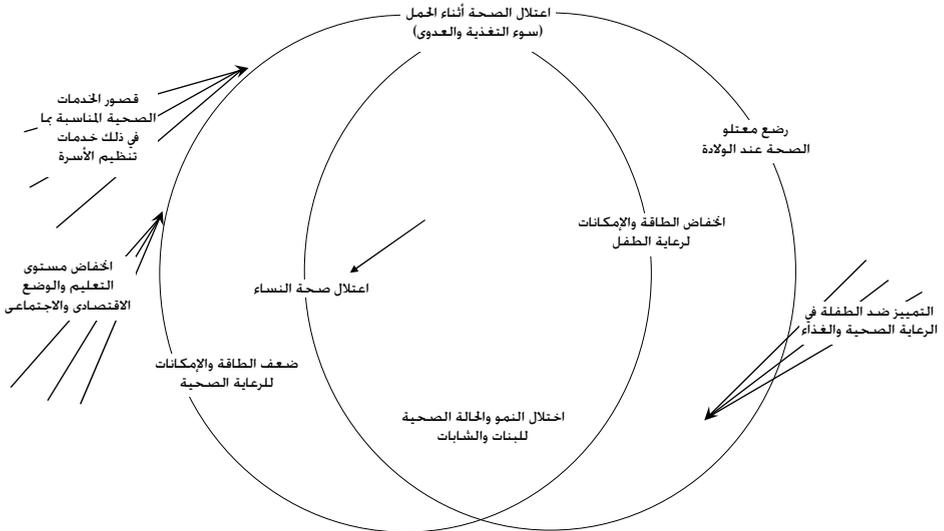
من المهم الانتباه إلى الفروق الكبيرة في هذه المؤشرات حسب الحالة الاجتماعية والاقتصادية ومحل الإقامة. حيث تصل نسبة انتشار التقزم والنحافة إلى أقل قليلاً من ضعف مستواها بين النشء من الفئة الاجتماعية والاقتصادية الدنيا (٢٠,٢٪ و ١٣,٢٪ على التوالي) بالمقارنة بالفئة العليا

(١١,٧٪ و٧,٨٪ علي التوالي). بينما على العكس من ذلك فإن معدل البدانة بين النشء من الفئات العليا (٧,١٪) ضعف المعدل في الفئات الدنيا (٣٠,١٪) كما تزداد معدلات التقزم والنحافة بشكل ملحوظ في محافظات الوجه القبلي (٢٣,٢٪، ١٦,٣٪) عنها في محافظات الوجه البحري (١٣,٩٪ و١,٢٪) والمحافظات الحضرية (٩,٠٪). بينما يحدث العكس بالنسبة لبدانة التي تزيد في المحافظات الحضرية (٧,٠١٪) عن كل من محافظات الوجهين البحري (٤,٤٪) والقبلي (٢,٨٪).

ويؤكد المسح الديموجرافي والصحي لمصر ١٩٩٥<sup>(١١)</sup> أثر التغذية في مرحلة المراهقة، حيث تبين أن متوسط طول الأمهات ١٥٨ سم وتقع حوالي ١٠٪ منهن في مستوى طول أدنى من الحد الذي يعتبر آمناً من مخاطر الولادة المتعثرة (١٤٠-١٥٠سم). كما تبين أن ٢٪ من الأمهات أقصر من ١٤٥ سم و٩٪ ما بين ١٤٥-٤٩ سم. ومع ذلك يتضح من النتائج أن نسبة الأمهات الأقل من ١٤٥ سم تقل عبر الأجيال حيث تبلغ النسبة ٢,٣٪ بين الأمهات الأكبر سناً (٣٥-٤٩ سنة). بينما تقل إلى ٨٪ ثم ١,٦٪ بين الأمهات الأصغر سناً (٢٠-٢٤ سنة). (١٥-١٩ سنة) على التوالي.

وتبين نفس الدراسة أن متوسط مؤشر كتلة الجسم لدى الأمهات المصريات هو (٢٦,٣) وأن ٢٪ منهن فقط يقعن في مستوى أقل من المستوى الذي يعتبر حداً أدنى للدلالة على نقص الطاقة الغذائية المزمّن (١٨,٥). والملفت للنظر أن هذه النسبة -على عكس ما هو حادث بالنسبة لتطور الطول- أخذت في الزيادة عبر الأجيال حيث تصل إلى ٢,٣٪ بين الأمهات من ١٥-١٩ سنة وتنخفض إلى (١,١٪) بين الأمهات من ٣٥-٤٩ سنة.

#### شكل (١٠-٧): الدائرة المفرغة لاعتلال الصحة عبر الأجيال



المصدر: مترجم عن: Winikoff B., Women's Health in the Developing Countries. In Koblisky et al eds.: The Health of Women: A global perspective. Boulder, Westview press, 1993. Ch. 16 pp 168-190.

جدول (١٠-٨): توزيع الفتيات والفتيان المصنفين كناقصي تغذية وفقاً للطول بالنسبة للسن ودليل كتلة الجسم بالنسبة للسن (بالنسب المئوية) حسب خصائص مختارة

العمر	نسبة التقزم (اعتلالات النمو)	إجمالي العدد	نسبة المصابين بالنحافة	نسبة المعرضين للسمنة	نسبة المصابين بالسمنة	إجمالي العدد
الإجمالي	١٦,٦	١٦٥٨	٩,٣	١٠,١	٤,٢	١٩٦٨

الفتيان	١٨,٩	٨٠١	١٢,٥	٥,٩	٣,٣	٩٥٧
الفتيات	١٤,٥	٨٥٧	٦,٣	١٤,١	٥,١	١٠١١

الفتيان

١٢-١٠	١٩,٣	٣٦٥	١٦,١	٨,٠	٢,٨	٣٨١
١٥-١٣	١٩,٨	٢٨٨	١٣,٦	٣,٧	٤,١	٣٠٥
+١٦	١٥,٨	١٤٨	٦,١	٥,٦	٢,٩	٢٧١

الفتيات

١٢-١٠	٢١,٢	٣٨٠	٩,١	٦,١	٤,٠	٣٩٩
١٥-١٣	٩,٦	٣١٩	٥,١	١٨,٤	٥,٣	٣٣٢
+١٦	٨,٠	١٥٨	٣,٥	٣٠,٩	٦,٦	٢٨٠

الوضع

الاقتصادي/الاجتماعي

منخفض	٢٠,٢	٤٧٤	١٣,٢	٧,٧	٣,١	٥٥١
متوسط	١٥,٦	٥٥٢	٧,١	١١,٠	٢,٨	٦٣٢
مرتفع	١١,٧	٤٨٦	٧,٨	١٠,٨	٧,٠	٥٨٢
لم يلتحقوا مطلقاً / لم يكملوا المرحلة الابتدائية	١٨,٢	٣٥٥	١٢,١	٨,٥	٣,٣	٤١٧
ابتدائي / لم يكمل الإعدادي	١٩,٢	٧٨١	١١,٥	٧,١	٣,٢	٨٤٥
إعدادي / لم يكمل ثانوي	١٢,٠	٤١١	٦,٥	١٣,٨	٦,٢	٤٦١
ثانوي	١٠,٨	٩١	٢,٧	١٧,٦	٥,٧	١٧٦
فوق متوسط / جامعة	١٠,٠	٢٠	٢,٠	١٢,٩	٥,٩	٦٩

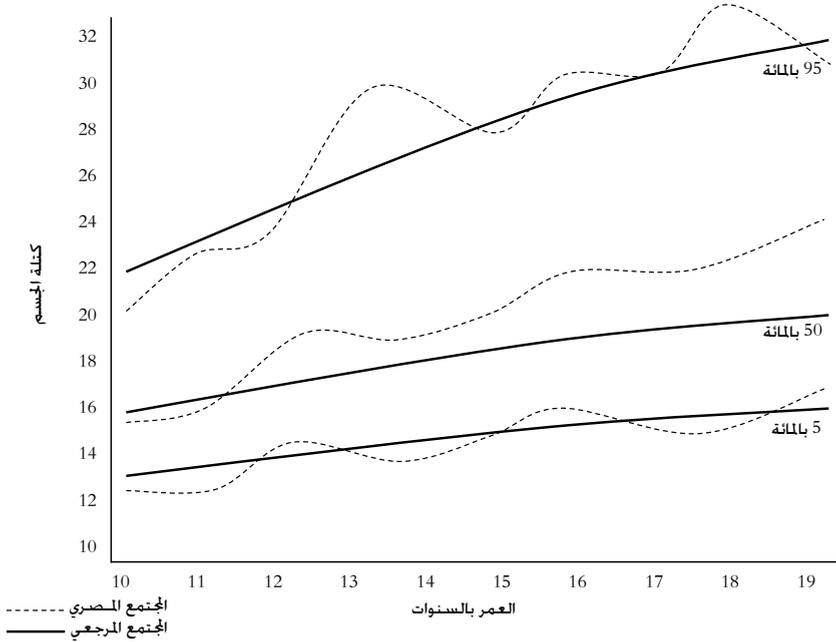
حضر	١٢,٧	٥٥٧	٤,٩	١٤,٧	٧,٩	٦٧٧
ريف	١٨,١	١١٠١	١١,٥	٧,٩	٢,٥	١٢٩١

الحافظات الحضرية	٩,٠	٢٦١	٣,٧	١٧,٠	٧,١	٣٢٨
وجه جري	١٣,٩	٨١٦	٦,٢	١٠,٨	٤,٤	٩٦٧
وجه قبلي	٢٣,٢	٥٨١	١٦,٢	٦,١	٢,٨	٦٧٣

\* ملاحظة: تم استبعاد ٤٪ من المشاهدات. أيضاً تم استبعاد النشء أكبر من ١٨ سنة نظراً لأن المجتمع المعياري يتضمن فقط النشء في الفئة العمرية من ١٠-١٨ سنة.

المصدر: (سحر الطويلة وآخرون. الانتقال إلى مرحلة النضج - مسح قومي حول النشء في مصر. القاهرة: مجلس السكان الدولي. ١٩٩٩).

شكل (١٠-٨): مقارنة دليل كتلة الجسم للفتيات المصريات بالبيانات المرجعية لمنظمة الصحة العالمية / المركز القومي للإحصاءات الصحية



المصدر: (سحر الطويلة وآخرون. الانتقال إلى مرحلة النضج - مسح قومي حول النشء في مصر. القاهرة: مجلس السكان الدولي، ١٩٩٩).

### فقر الدم (الأنيميا)

لعله من المعروف أن الأنيميا هي إحدى المشاكل الصحية الأكثر انتشاراً بين النساء في مصر بشكل عام وخاصة بين الحوامل والمرضعات. كما أن الآثار الضارة لها على الأم والطفل ليست خافية وسوف يتم الإشارة إليها تفصيلاً عند الحديث عن المرحلة الإيجابية ولكن من المهم التأكيد على أن هذه المشكلة تبدأ أصولها منذ المراحل الأولى للنمو والنضج في المراهقة. فقد أثبت مسح "النشء والتطور الاجتماعي في مصر" أن حوالي ٤٥,٦٪ من الفتيات يعانين من درجة أو أخرى من الأنيميا. وقد صنفت درجة الأنيميا على أنها ضعيفة في ٨٣٪ منهن (١٠-١٢ جراماً هيموجلوبين/١٠٠ملل). ومتوسطة في ١٦,٥٪ (٧-٩,٩ جرام/١٠٠ملل) وشديدة في ٠,٤٪ (أقل من ٧جم/١٠٠ملل) ولم يكن هناك فرق واضح في هذه النسب الإجمالية بين الفتيات والفتيان. إلا أن هناك اختلافاً واضحاً في نسب انتشار الأنيميا حسب السن بين النوعين. فبينما تزداد معدلات انتشار الأنيميا بين الفتيات تدريجياً بداية من ١٤ سنة حتى تصل إلى أعلى معدلاتها (حوالي ٦٠٪) عند سن ١٩ سنة. فإن معدلات الانتشار تقل بشكل مطرد بين الفتيان حتى تصل إلى أقل معدلاتها عند سن ١٩ سنة (حوالي ٢٠٪) باستثناء ارتفاع مؤقت عند سن ١٦ سنة تقريباً. وتعزى

هذه الزيادة المطردة للأنيميا بين الفتيات إلى عدم كفاية الغذاء وخاصة عنصر الحديد وحمض الفوليك لتلبية الاحتياج المتزايد مع بداية الطمث وفقدان الدم المستمر. تؤثر الأنيميا - كما هو موضح في الجدول رقم (١٠-٩) - على ثلث أطفال مصر من ١١ - ١٩ سنة وأعلى بقليل بين الذكور عن الإناث.

جدول (١٠-٩): انتشار الأنيميا بين المراهقين

ASCE 1997		DHS 2000		
إناث	ذكور	إناث	ذكور	
٠,٢	٠,٢	٠,١	٠,١	حادة
٧,٥	٧,١	٢,٨	٠,٧	متوسطة
٣٧,٩	٤٠,٤	٢٦,١	٢٩,٥	خفيفة
٤٥,٦	٤٧,٧	٢٩,٠	٣٠,٣	المجموع

المصدر: El-Zanaty and Way, 2001, table 13.3  
El-Tawila et al., 2000, table 4.4 and figure 4.3

### وفيات ومراضة المراهقات

في مصر: هذه النسبة منخفضة وفي الذكور أعلى منها في الإناث. أما المراضة فهي متساوية تقريباً. وتوجد زيادة طفيفة في الإصابات الطفيلية بين الإناث<sup>(١٥)</sup>.

### الصحة المجتمعية

#### الزواج المبكر والإجباب المبكر

يسبب الزواج المبكر مخاطر صحية بالإضافة إلى أنه يحمل انتهاكاً لحقوق الإنسان الخاصة بالفتيات. فالفتيات المتزوجات صغيرات في السن يواجهن مخاطر مرتفعة أثناء الحمل والولادة من وفيات ومراضة. ويكن على الأغلب لا دور لهن في اختيار الزوج. أقل حظاً من التعليم وأقل معرفة فيما يخص الصحة الإيجابية والجنسية. ولا يزال الزواج المبكر في مصر يشكل خدياً كبيراً. كما يوضح جدول (١٠-١٠): النسبة المئوية للنساء الحوامل ما بين سن ١٥ - ١٩.

جدول (١٠-١٠): النسبة المئوية للنساء الحوامل من سن ١٥-١٩ سنة والثلاثي بدأن حملهن في أول طفل وفقاً للخصائص الديمجرافية لهن (DHS 2000).

النسبة المئوية للمراهقات اللاتي بدأن حملهن	السمات الديمجرافية
	<b>السن</b>
٠,٦	١٥ سنة
٢,٧	١٦ سنة
٧,٣	١٧ سنة
١٢,٣	١٨ سنة
٢٠,٤	١٩ سنة
	<b>الإقليم الجغرافي</b>
٤,٦	المحافظات الحضرية
٥,٥	حضر الوجه البحري
٩,٣	ريف الوجه البحري
٦,٢	حضر الوجه القبلي
١٣,٠	ريف الوجه القبلي
	<b>أعلى مستوى تعليمي</b>
١٦,٩	غير متعلمين
١٦,٣	لم يكملوا التعليم الابتدائي
٤,٩	أكملوا التعليم الابتدائي وبعض الإعدادي
٦,٥	أكملوا التعليم الإعدادي وما قد يكون أعلى
<b>٨,٥</b>	<b>الإجمالي</b>

المصدر: El-Zanaty and Way, 2001, table 4.10

## المعرفة بالصحة الإيجابية

أوضحت دراسة حديثة نقص في المعلومات عن الصحة الإيجابية بين الفتيات. فعند سؤال مجموعة من الفتيات من ١٦ - ١٩ سنة عن فترة الخصوبة. أجابت ١٥٪ فقط منهن إجابة صحيحة. أما عن وسائل منع الحمل. ٥٪ فقط كن يعرفن الواقي الذكري. بالمقارنة بـ ١٤٪ بين الذكور<sup>(١٥)</sup>.

أما عن المعرفة بالأمراض المنقولة جنسياً فكانت أيضاً ضعيفة ٣٠٪ كن لا يعرفن أن هناك أمراضاً تنتقل عن طريق الجنس. و١٪ فقط كن يعرفن أن هناك أمراضاً أخرى تنتقل عن طريق الجنس غير مرض الإيدز (AIDS).

وقد أبدى جزء كبير من الفتيات رغبتهن في مدهن بمعلومات عن التغيرات الفيزيائية بأجسادهن ولكنهن رغبن بنسبة أقل من الذكور عن معرفة معلومات عن الأمراض المنقولة عن طريق الجنس<sup>(١٥)</sup>.

## المرحلة الإيجابية

إن الاهتمام بالمرحلة الإيجابية للمرأة حديثاً نسبياً. وقد نشأ هذا الاهتمام نتيجة لملاحظة النسبة العالية لوفيات الأمهات. وقد كان التركيز في الأساس على برامج تنظيم الأسرة والتي طمست الاهتمام بحاجات النساء ومتطلباتهن وجاهلت العبء القاسي الذي تحمله النساء.

## وفيات الأمومة

تعرف وفيات الأمومة بأنها " وفاة المرأة أثناء حملها أو خلال ٤٢ يوماً من انتهاء الحمل -بصرف النظر عن مدة الحمل وموضعها- لأي سبب من الأسباب التي تتعلق بالحمل أو تتفاقم بسببه ولكن لا تعد ضمن ذلك الحوادث والأسباب العرضية التي يتصادف حدوثها أثناء الحمل"<sup>(١٧)</sup>. وتشير بيانات الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء إلى انخفاض نسبة وفيات الأمومة في مصر من ٦٠ لكل مائة ألف مولود في سنة ١٩٨٦ إلى ٥٠ لكل مائة ألف في سنة ١٩٩٠ ثم إلى ٣٠ لكل مائة ألف في سنة ١٩٩٥. غير أنه من المعلوم أن التقديرات لوفيات الأمومة المستخلصة من سجلات الوفيات الرسمية عادة ما تقدر نسبتها بأقل من قدرها الحقيقي حتى في الدول المتقدمة صناعياً؛ لذلك يلجأ المخططون والباحثون إلى الحصول على تقديرات أقرب إلى الدقة من خلال دراسات وفيات الأمهات في المستشفيات أو في البحوث الميدانية. ويعرض الجدول (١٠-١١) عدداً من هذه الدراسات التي تمت في مصر خلال العقدين الأخيرين ورغم أن النسب تتباين بين هذه الدراسات بسبب اختلاف مناهج البحوث المستخدمة وأماكنها إلا أنها جميعاً تشير إلى أن نسبة وفيات الأمهات في مصر أعلى بكثير من التقديرات الرسمية.

جدول (١٠-١١): نسب وفيات الأمهات في دراسات مختلفة

نوع الدراسة	المكان	التاريخ	نسبة وفيات الأمهات
دراسة ميدانية	المنوفية	١٩٨١ - ١٩٨٣	١٩٠
دراسة ميدانية	الدقهلية	١٩٨١ - ١٩٨٥	٤٥٠
دراسة ميدانية	الجيزة	١٩٨٥ - ١٩٨٦	١٥٠
دراسة ميدانية	أسيوط و٣ قرى	١٩٨٧ - ١٩٨٨	٣٦٨
دراسة ميدانية	قنا	١٩٨٩ - ١٩٩٠	٢٠٧
دراسة ميدانية	قومية	١٩٩٢ - ١٩٩٣	١٧٤
دراسة في مستشفى (قصر العينى)		١٩٨١ - ١٩٨٦	٢٠٩
دراسة في مستشفى (قصر العينى)		١٩٩٢ - ١٩٩٥	٢٩٧
دراسة في مستشفى (عين شمس - الأزهر)		١٩٩٠ - ١٩٩٣	١٠١ (عين شمس) ٦٤ (الأزهر)

جدول (١٠-١٢): وفيات الإناث ووفيات الأمهات ونسبة وفيات الأمهات حسب محل السكن

المواليد أحياء	وفيات الإناث	وفيات الأمهات	وفيات الأمهات / وفيات الإناث %	نسبة وفيات الأمهات لكل ١٠٠٠٠٠ من المواليد الأحياء
٦٠٨٨٢	١٧٠٢	١٤٢	٨,٣	٢٣٣
٢٣٧٠٠٦	٣٥٦٤	٣١٤	٨,٨	١٣٢
١٤٥٣٦٠	٢٢٢١	٣١٦	١٤,٢	٢١٧
٤٤٣٢٤٨	٧٤٨٧	٧٧٢	١٠,٣	١٧٤

المصدر: مترجم عن: (National Maternal Mortality Study: Egypt, 1992-1993 Findings & Conclusions. Ministry of Health - Child Survival Project In Cooperation with USAID, 1994)

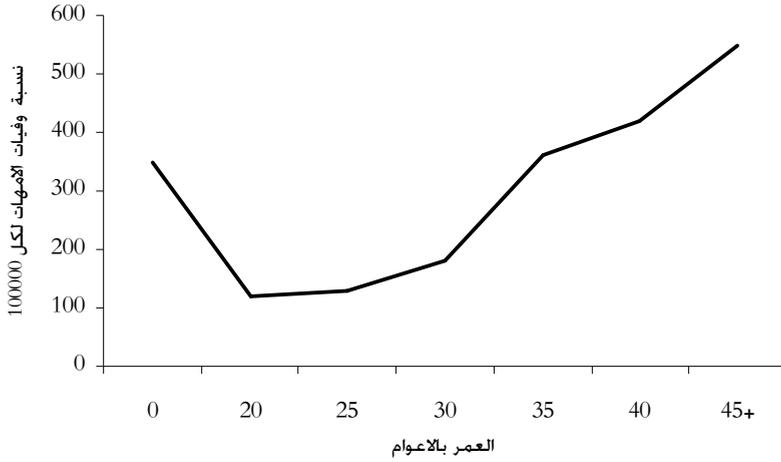
العالم الثالث (٢٥-٣٠٪)<sup>(١٧)</sup>. ويعزي هذا إلى أن انخفاض الخصوبة في مصر قد أدى إلى انخفاض في أعداد الحوامل وبالتالي عدد وفيات الأمومة ونسبتها إلى إجمالي الوفيات في هذه المرحلة العمرية. وتظل نسبة وفيات الأمومة عالية حيث لا تتأثر بانخفاض عدد الحوامل لأنها تنسب إلى المواليد الأحياء. ويعني هذا أن نسبة وفيات الأمومة تعكس فقط المشكلات التي تقدم للنساء الحوامل وصورة الخدمات الصحية المقدمة لهن وليست لجملة النساء.

ويبين الشكلان (١٠-١٠، ٩-١٠) أهم عناصر المخاطرة التي تساهم في وفيات الأمهات وهي "عمر الأم أثناء الحمل" و"عدد مرات الحمل السابقة" حيث تكون نسب الوفيات في أقل معدلاتها بين ٢٠ و٣٠ سنة. بينما تكون عالية قبل سن العشرين ومرتفعة بعد سن ٣٠ حتى تصل لأعلى معدلاتها بعد سن ٤٥ سنة. كما تزيد معدلات وفيات الأمهات اطرادياً بزيادة عدد مرات الحمل.

ويبين الشكلان (١٠-١١، ١٠-١٢) الوزن النسبي للأسباب المختلفة لوفيات الأمومة حيث يتضح أن أهم الأسباب المباشرة التي حدثت بسبب الحمل والولادة أو التدخلات المصاحبة لها هي النزف ما قبل الولادة (حوالي ١١٪) والنزف بعد الولادة (٣٥٪) وارتفاع ضغط الدم أثناء الحمل (٢٣٪) وتقيح الجهاز التناسلي (١٢٪) وتساهم عمليات الولادة القيصرية حوالي ٩٪ من الأسباب المباشرة. أما الأسباب غير المباشرة لوفيات الأمومة (الناجئة عن أمراض موجودة أصلاً قبل الحمل أو حدثت أثناء الحمل وليست بسبب الحمل ذاته ولكنها تفاقمت بسببه) فإن أهمها أمراض القلب والأوعية الدموية والتي تمثل أقل قليلاً من نصف الأسباب غير المباشرة.

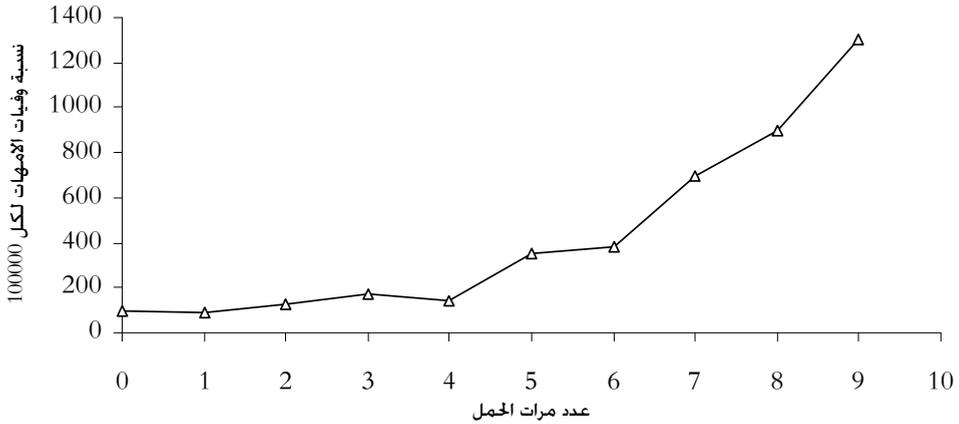
ولعل المأساة الكبرى في وفيات الأمومة أن غالبيتها العظمى يمكن تجنبها. وقد وجدت الدراسة أن حوالي ٨٪ فقط من الوفيات بسبب عوامل لا يمكن تجنبها. بينما كانت أهم العوامل التي يمكن تجنبها هي الرعاية الأقل من المستوى المطلوب من فريق إخصائيي التوليد في ٤٧٪ من الحالات وضعف جودة الخدمات الصحية في متابعة الحمل ٣٣٪ والتأخر في الحصول على الخدمة الطبية من جانب السيدة أو أسرتها في ٤٤٪ من الحالات<sup>(١٨)</sup>.

شكل (٩-١٠): نسبة وفيات الأمهات وفقاً للمجموعات العمرية للنساء



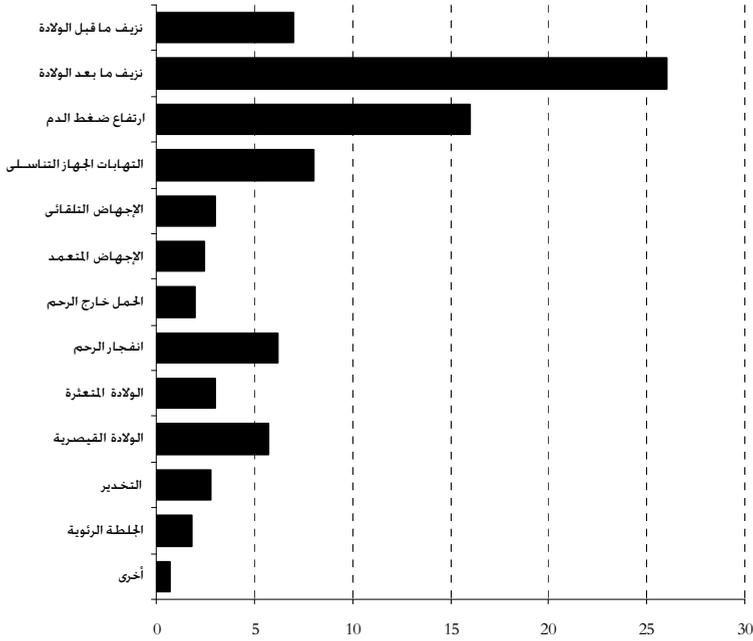
المصدر: مترجم عن: (National Maternal Mortality Study: Egypt, 1992-1993 Findings & Conclusions. Ministry of Health - Child Survival Project In Cooperation with USAID, 1994)

شكل (١٠-١٠): نسبة وفيات الأمهات وفقاً لعدد مرات الحمل

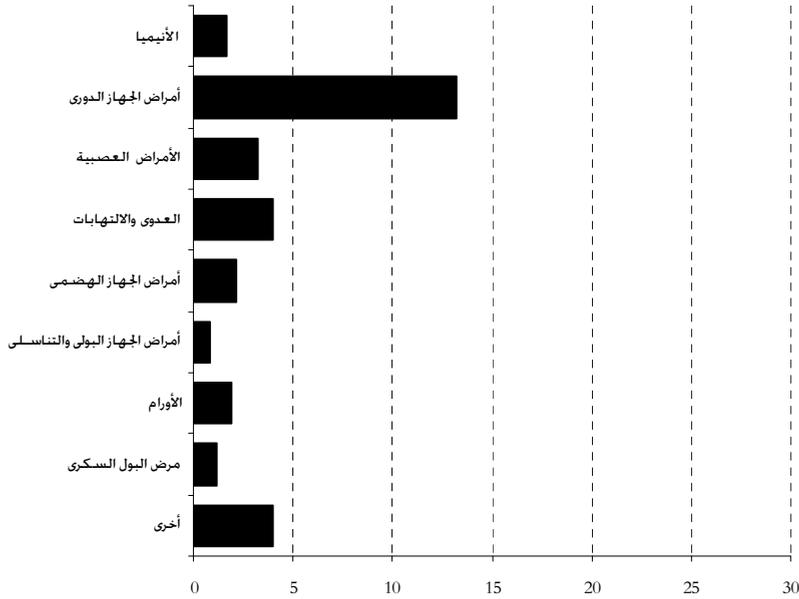


المصدر: مترجم عن: (National Maternal Mortality Study: Egypt, 1992-1993 Findings & Conclusions. Ministry of Health - Child Survival Project In Cooperation with USAID, 1994)

شكل (١٠-١١): الأسباب المباشرة لوفيات الأمهات



شكل (١٠-١٢): الأسباب غير المباشرة لوفيات الأمهات



المصدر: مترجم عن: (National Maternal Mortality Study: Egypt, 1992-1993 Findings & Conclusions. Ministry of Health - Child Survival Project In Cooperation with USAID, 1994)

وقد قامت وزارة الصحة بدراستين قوميتين لوفيات الأمهات وذلك في بداية التسعينيات والأخرى في عام ٢٠٠٠ وقد أعلنت بأمانة المسؤولية على مقدمي الخدمات الصحية والأطباء. بعدم كفاءتهم في منع الأسباب التي يمكن الوقاية بصدد وفيات الأمهات.

يمثل الجدول (١٠-١٣) الانخفاض الملحوظ في وفيات الأمهات في مصر. والحاجة إلى المزيد من الجهد لخفض الرقم الذي لا يزال مرتفعاً لوفيات الأمهات.

ولا تزال الحاجة إلى تحسين الرعاية الصحية داخل المستشفيات تلعب دوراً رئيسياً في تفادي وفيات الأمهات. فلا يزال دور إخصائبي النساء والتوليد في التشخيص والعلاج للحالات المختلفة يمثل أكبر سبب يمكن أن يمنع وفيات الأمهات. وأيضاً الرعاية دون المستوى المقدمة في القطاع الخاص ٢٦٪ بالمقارنة بالقطاع الحكومي ٢٢٪ (DHS 2000). أيضاً الممارسون العموم يشاركون بدورهم في وفيات الأمهات عن طريق تأخير التحويل إلى المستشفيات وإساءة استخدام الأدوية المحفزة للرحم أثناء الولادة.

وعلى النقيض. فقد قامت الدايات والمولدرات بمشاركة إيجابية فيما عدا زيادة عدد الوفيات من تعفن الدم معهن أكثر من الأطباء.

جدول (١٠-١٣): نسبة وفيات الأمهات\*

٢٠٠٠	١٩٩٢-٩٣	
<b>نسبة وفيات الأمهات</b>		
٨٤	١٧٤	على مستوى مصر
٤٨	٢٣٣	العاصمة
٨٩	٢١٧	الوجه القبلي
٩٣	١٣٢	الوجه البحري
<b>الأسباب المباشرة وغير المباشرة للوفاة</b>		
٣٢	٥٦	نزيف
١٨	٢٨	أمراض ناجمة عن ارتفاع ضغط الدم
٧	١٤	أمراض صديدية
٧	١٢	انفجار الرحم
١١	٢٣	أمراض القلب والأوعية الدموية
<b>التعرف على المشكلة والتأخير في محاولة الحصول على الرعاية الطبية</b>		
٢٥	٧٣	الوفاة نتيجة التأخير في التعرف على المشكلة وطلب الرعاية الطبية
<b>وسائل النقل إلى الأماكن الطبية</b>		
٤	٧	الموت نتيجة قلة وسائل النقل للأماكن الطبية
<b>مستوى الخدمة</b>		
الخدمات دون المستوى من:		
٣٦	٨٢	أطباء النساء والتوليد
٩	٢١	الممارسون العموم
٧	٢١	الدايات

\* نسبة وفيات الأمهات = وفيات الأمهات / ١٠٠٠٠٠٠ مولود حي  
المصدر: وزارة الصحة والسكان - ٢٠٠١.

## المرضاة الإيجابية

رغم أهمية وخطورة وفيات الأمومة إلا أنها تشكل فقط قمة جبل الجليد من حجم العبء المرضي للنساء في المرحلة الإيجابية. وتستدعي النظرة الشمولية للصحة دراسة الأحوال المرضية والأعراض التي تشكو منها النساء وتؤثر على حياتهن. بل إنها قد تشكل بالنسبة للمجتمع ككل الحجم الأكبر من سنوات العمر المفقودة بسبب اعتلال الصحة.

وتشمل أسباب المرضة الإيجابية تلك المتعلقة بالحمل والولادة والنفاس؛ بالإضافة إلى الأمراض النسائية المتعلقة بالجهاز التناسلي غير المرتبطة بحمل محدد مثل الالتهابات والتغيرات في عنق الرحم وتدلي أجزاء من الجهاز التناسلي والعقم. بالإضافة إلى بعض الأمراض المرتبطة بالنساء مثل التهابات الجهاز البولي والأنيميا وارتفاع ضغط الدم والبدانة<sup>(١٩)</sup>.

وتعتبر بيانات المرضة من تلك التي يصعب الحصول عليها حيث لا يتم تسجيلها في السجلات الرسمية وإذا توفرت في سجلات المستشفيات فإنها في الأغلب تكون غير دقيقة. فضلاً عن عدم تمثيل المترددات على المستشفيات لمجموع النساء في المجتمع.

وقد أجريت في مصر في العقد الأخير دراستان هامتان للتعرف على حجم المرضة الإيجابية. الأولى هي دراسة في إحدى قرى محافظة الجيزة. والثانية شملت محافظات أسيوط وسوهاج وقنا<sup>(٢٠)</sup>. وقد استخدمت الدراستان الاستبيان لسؤال النساء عن مشكلاتهن الصحية المصاحبة لآخر حمل. كما أجرت الدراسة الأولى فحصاً طبياً وبعض التحاليل للتعرف على الأمراض النسائية.

ويبين الجدول (١٠-١٤) أهم المشكلات الصحية المرتبطة بالحمل والولادة في الدراستين. ويتضح من الدراستين أن أهم أسباب المرضة بسبب الحمل والولادة هي النزف وارتفاع ضغط الدم والتشنجات في المرحلة الثالثة من الحمل نظراً لخطورة هذه الأمراض.

أما أكثرها شيوعاً فهي الصداع والإفرازات المهبلية وآلام الحوض والحمى (خاصة فيما بعد الولادة) ومشكلات الثدي. وتجدر الإشارة إلى أن نسبة حدوث المشكلات أثناء الولادة تتراوح بين ١٧٪ و ٤٣٪. علماً بأن كلتا الدراستين أكدتا على أن أغلبية الولادات بالمنزل (٧٧٪-٨١٪).

جدول (١٠-١٤): المرضة أثناء الحمل وأثناء وبعد الولادة

دراسة مجلس السكان الدولي (الجيزة)	دراسة الجمعية المصرية لرعاية الخصوبة	الحالة
٪	٪	
<b>خلال الحمل</b>		
٩	٧	نزيف
٤٥	٣٧	إفرازات أو هرش بالمهبل
٢١	٢٦	ارتفاع في درجة الحرارة
٥٩	--	صداع
٢٠	٢٤	تورم بالقدمين
٢٧	٢١	مشكلات بولية
١١	١٠	ارتفاع ضغط الدم
٢	٥	تشنجات في الثلث الأخير من الحمل

دراسة مجلس السكان الدولي (الجيزة)	دراسة الجمعية المصرية لرعاية الخصوبة	الحالة
%	%	
--	٢٠	قيء شديد
--	--	مجموع

#### خلال الولادة

--	١٧	ولادة استمرت ١٨ ساعة
--	٢	تشنجات
--	٧	نزيف شديد
--	٩	فقد الوعي
--	١	انفجار الرحم
--	١٠	قطع مهبل
١٧	--	مجموع

#### بعد الولادة

١٠	٦	نزيف
٣٠	١٢	إفرازات أو التهابات مهبلية
٣٠	٢٢	ارتفاع في درجة الحرارة
١٤	٢١	اكتئاب
--	٦	فقد الوعي
--	٢	تشنجات
--	٥٦	آلام في الحوض
--	٢٢	مشكلات في الثدي
--	١٢	حرقان في البول
--	--	مجموع

المصدر: مترجم عن:

1. The Egyptian Fertility Care Society 1996, Community-Based Survey of Maternal Mortality in Assuit Sohag, and Qena Governorates – Final Report.
2. Zurayk H., Khattab H., Younis N., El-Mouelhy M., and Fadle M., 1993. Concepts and Measures of Reproductive Health – Health Traditions Review Vol.3.

ويبين الجدول (١٠-١٥) الأمراض النسائية غير المرتبطة بحمل أو ولادة في دراسة الجيزة. ويتضح من الجدول الحجم الكبير للعبء المرضي لهذه المجموعة من الأمراض حيث يبلغ معدل انتشار التهابات الجهاز التناسلي حوالي ٥٠٪ بين النساء تقريباً بصرف النظر عن السن. ويبلغ معدل انتشار تدلي أجزاء من الجهاز التناسلي ٦٥٪ وتزايد النسبة مع زيادة العمر بسبب تزايد مرات الحمل والولادة. وتختل الأنيميا مرتبة هامة حيث يبلغ معدل الانتشار ٦٣٪.

## جدول (١٠-١٥): انتشار أمراض النساء

الحالة	الفئة العمرية				
	١٩-٢٤	٢٥-٣٠	٣١-٣٥	٣٥-٤٤	٤٥+
التهابات الجهاز التناسلي	٤٣	٥٤	٤٩	٥٦	٤١
تدلي أجزاء الجهاز التناسلي	٢٤	٤٣	٦٥	٧٤	٦٣
التهابات قناة مجرى البول	١٣	١٢	١١	١٦	٢٥
الأنيميا	٧٦	٦٣	٦٦	٥٥	٤٩
السمنة	٢١	٣٢	٤٤	٥٩	٦١
ارتفاع ضغط الدم	٧	٨	١٣	٣٠	٥٥
متوسط عدد النساء	٧٨	٩٤	١٧٤	١١٥	٤٤

المصدر: مترجم عن: Zurayk H., Khattab H., Younis N., El-Mouelhy M., and Fadle M., 1993. Concepts and Measures of Reproductive Health – Health Traditions Review Vol.3.

ورغم أهمية وخطورة كل مرض من الأمراض المبينة بالجدول على حدة. فقد أثبتت الدراسة أن حوالي ٥٪ من السيدات المبحوثات فقط كن يعانين من مرض واحد فقط من هذه الأمراض. وأن أكثر من نصف السيدات كن يعانين من ثلاثة أو أكثر من هذه الأمراض في نفس الوقت. ويرتفع تعدد الأمراض التي تشكو منها السيدات مع زيادة العمر.

### الإجهاض

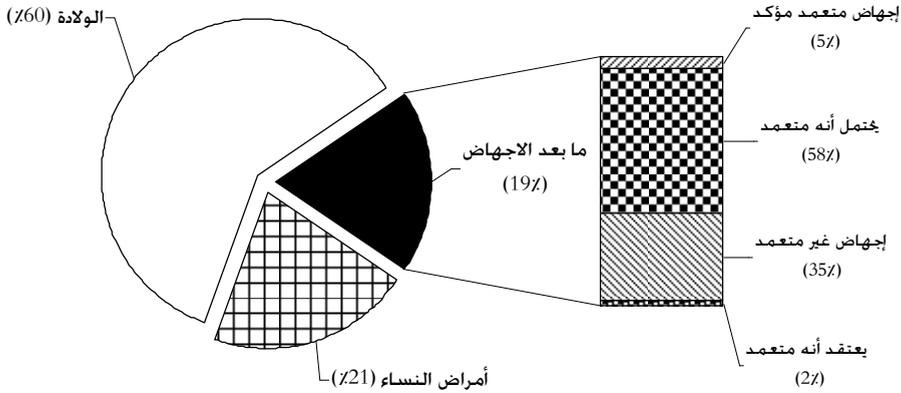
على الرغم من الانطباع السائد أن الإجهاض غير منتشر في مصر إلا أن الدراسات تشير إلى أن النساء يلجأن إلى الإجهاض في أحوال كثيرة. وأنه منتشر حتى في الريف. فقد أجريت دراسة<sup>(١١)</sup> باستخدام الطرق الكمية (الاستقصاء) والكمية (مجموعات نقاش بؤرية. وملاحظة بالمشاركة. ومقابلات متعمقة) في إحدى المناطق الريفية للتعرف على العوامل المؤثرة في الإجهاض العمدي في مصر. فتقول الدراسة إن ١٤٪ من المبحوثات بالاستقصاء قد لجأن إلى الإجهاض مرة واحدة على الأقل طوال حياتهن بالرغم من أن النتائج تشير إلى انتشار أكبر من ذلك. وتلجأ النساء على الأغلب للإجهاض لنفس الأسباب التي يلجأن فيها إلى وسائل تنظيم الأسرة أو لتغطية فشل هذه الوسائل.

ومن الأسباب الشائعة للإجهاض وجود أبناء كبار أو متزوجين لدى السيدة. كما كشفت الدراسة عن أن حدوث "حمل خارج علاقة زوجية شرعية" هو أحد أسباب اللجوء إلى الإجهاض الآخذة في الازدياد. ويزداد اللجوء إلى الإجهاض مع زيادة السن ومدة الزواج وعدد الأولاد وضعف تعليم الزوج. بينما لم يكن هناك ارتباط بين الإجهاض ومستوى تعليم السيدة وعملها أو المستوى الاقتصادي والاجتماعي. وبينت الدراسة أن الإجهاض الطبي الآمن متوافر وسهل الحصول عليه لمن تستطيع دفع الثمن الغالي. أما من ليس لديهن القدرة فيلجأن إلى الأساليب غير الطبية التي تراوحت بين استخدام الأدوات الجراحية أو الأدوية أو اللجوء إلى بذل مجهود زائد (كالقفز من أماكن عالية أو حمل أحمال ثقيلة أو قفز الأطفال فوق بطن المرأة الحامل) أو الوسائل الميكانيكية عن طريق إدخال

جزء من بعض النباتات أو ريش الطيور أو أسياخ معدنية داخل الرحم. وتؤكد الدراسة تعدد الوسائل والمعلومات المنتشرة عن أن الإجهاض ليس ظاهرة حديثة. وأن له جذوراً قديمة في المجتمع. ويوضح الشكل (١٠-١٣) أن نسبة حالات الإجهاض بين النساء المحجوزات في أقسام أمراض النساء والتوليد في المستشفيات العامة والجامعية في مصر تمثل ١٩٪ من المجموع. وأن نسبة الإجهاض غير العمدي بين هذه الحالات تمثل ٣٥٪ فقط. بينما ٦٠٪ من الحالات بسبب الإجهاض العمدي أو المحدث. و٥٪ فقط من المؤكد أنها محدثة.

وتتركز معظم حالات الإجهاض التي تدخل المستشفيات في المرحلة العمرية بين ٢٠ إلى ٣٠ سنة (٣٥٪) ولكن يلاحظ أن ٨,٥٪ من الحالات هي من سن ١٥-١٩ سنة. كما أن أكثر من ٦٠٪ من هذه الحالات من النساء غير المتعلقات. وتقل النسبة كلما ارتفع مستوى التعليم.

شكل (١٠-١٣): حالات الدخول بقسم النساء والولادة خلال ٣٠ يوماً في المستشفيات العامة



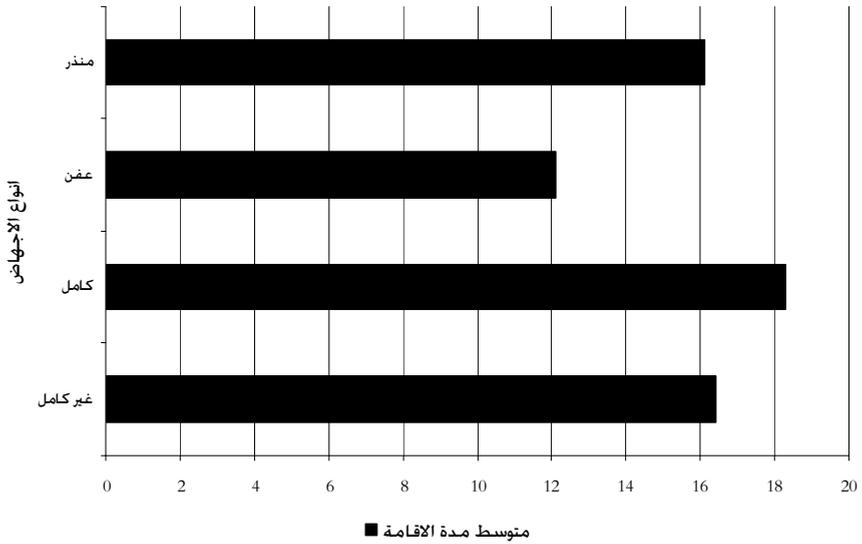
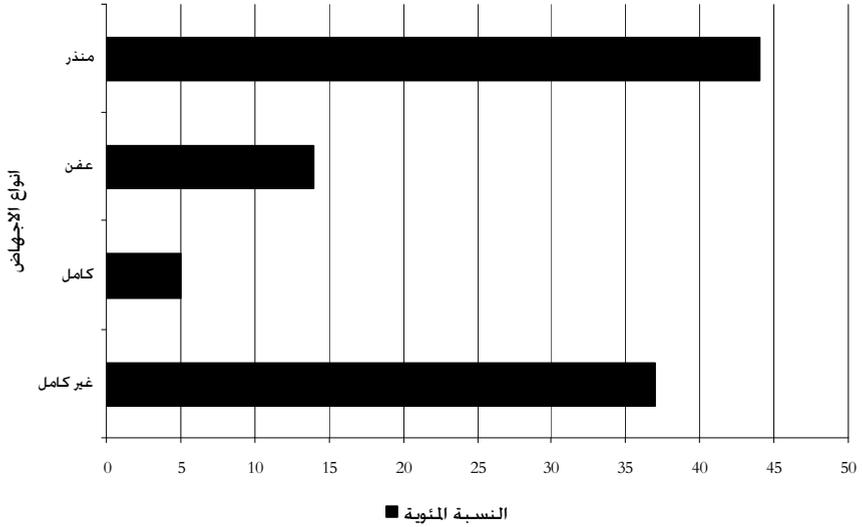
المصدر: مترجم عن: (The Egyptian Fertility Care Society 1997, Postabortion Case Load Study in Egyptian Public Sector Hospitals - Final Report.)

وبالنسبة لعدد مرات الحمل فإن أغلب الحالات قد سبق لهن الحمل من ١-٥ مرات. ولكن جدر الإشارة إلى أن ١٦,١٪ لم يكن حوامل من قبل.

ويبين الشكل (١٠-١٤) أنواع الإجهاض المختلفة ونسبها وطول مدة البقاء بالمستشفى لكل منها. وقد كانت أهم المضاعفات المصاحبة للإجهاض عند دخول المستشفيات هي النزف في ٨٦٪ من الحالات والنزف الشديد في ١٤٪ من الحالات وصدمة الجهاز الدوري في ٥٪ من الحالات والالتهابات في ٥٪ والإصابات في ١٪ تقريباً (الشكل ١٠-١٥).

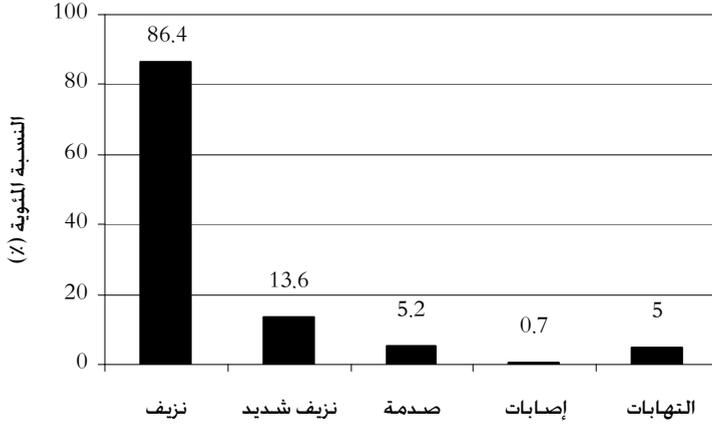
وقد تراوحت نسبة الوفيات من الإجهاض بعد دخول المستشفى بين ٢٣٪ في بعض المستشفيات العامة بالمحافظات الحدودية إلى ما بين ١١,١٪ إلى ٢,٣٪ في المستشفيات العامة والمركزية في الوجهين البحري والقبلي إلى ١,٣٪ في أحد المستشفيات الجامعية.

شكل (١٠-١٤): مدة الإقامة في المستشفى وفقاً لنوع الإجهاض الذي تم تشخيصه عند الدخول



المصدر: مترجم عن: (The Egyptian Fertility Care Society 1997, Postabortion Case Load Study in Egyptian Public Sector Hospitals - Final Report.)

شكل (١٠-١٥): المضاعفات بين السيدات بعد الإجهاض عند دخولهن المستشفيات



المصدر: مترجم عن: (The Egyptian Fertility Care Society 1997, Postabortion Case Load Study in Egyptian Public Sector Hospitals - Final Report.)

### الأمراض المنقولة جنسياً والإيدز

تمثل الأمراض المنقولة عن طريق الجنس سبباً مهماً من أسباب المرض في مصر. نتائج مسح قد أجري في القاهرة أكد أن هناك نسبة مرتفعة من الأمراض المنقولة عن طريق الجنس القابلة للشفاء تصل إلى ٣٦,٥٥٪ بين الممارسات للجنس التجاري و٢٢,٨٪ بين الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال. ٨,٣٪ بين النساء المترددات على عيادات تنظيم الأسرة و٥,٣٥٪ بين المدمنين<sup>(٢٢)</sup>.

مع تبني مصطلح الصحة الإيجابية في المؤتمر الدولي للسكان والتنمية عام ١٩٩٤ اقترح اسم "عدوى الجهاز التناسلي" بدلاً من الأمراض المنقولة جنسياً. وقد قامت بالتركيز أساساً على النساء. وكانت الأبحاث التي أجريت في مصر بعد ذلك تعتمد على فحص النساء أساساً في العيادات أو المستشفيات. مما أدى إلى أرقام وتقديرات أقل مما هو عليه الحال في المجتمع. وكان السبب في تقدير معظم الدراسات التي أجريت على هذا الموضوع على عدم كفاية المعلومات (ومنها دراسة الجيزة. هند خطاب وآخرون) بسبب اعتبار النساء أن تلك الأمراض تمثل عاراً اجتماعياً. وكذلك أرجعت الكثير من الدراسات عدم ذكر النساء لكثير من الأعراض وارتباكهن نتيجة للمعاملة السيئة من الأطباء.

وكانت نتائج دراسة أجريت على النساء داخل بيوتهن أن ٥٪ فقط من النساء كن لا يعانين من أي أمراض خاصة بالجهاز التناسلي. نصف النساء كن يعانين من مرضين في نفس الوقت. وخمس النساء كن يعانين من ثلاثة أمراض أو أكثر. نصف النساء يعانين من الأمراض المنقولة عن طريق الجنس: ٤٤٪ التهابات في المهبل (بسبب البكتيريا ٢٢٪، بسبب التريكوومونس ١٨٪ بسبب الكانديدا ١١٪). و١٥٪ يعانين من التهاب بعنق الرحم؛ ٩٪ منهن بسبب الكلاميديا.

وكذلك فإن ثلثي النساء كن يعانين من سقوط في الجهاز التناسلي<sup>(٢٣)</sup>.

وقد قامت وزارة الصحة المصرية بالتعاون مع منظمة الصحة والأسرة الدولية ببحث (كما سبق ذكره) أظهرت فيه أن ٧,٩٪ من المشاركات كن مصابات بأمراض تنقل عن طريق الجنس. وكانت النسبة ٨,٣٪ من بين المترددات على عيادات تنظيم الأسرة. و٤٪ من النساء المترددات على عيادات متابعة الحمل. وقد أوصت الدراسة باقتراح استراتيجيات للسيطرة على الأمراض المنقولة جنسياً في مصر وهي تشمل: الأبحاث والمسوح. كذلك عمل وتطوير أدلة للتشخيص والعلاج للأطباء والعاملين الصحيين. ويعكس هذا التطور من الموقف السابق الراض بدون بينة والذي ينكر وجود الجنس التجاري في مصر وكذلك الجنسية المثلية بين الذكور<sup>(٢٤)</sup>.

في عام ١٩٨٦ تم إقامة البرنامج الوطني للتحكم في الإيدز. وفي عام ١٩٩٦ قام البرنامج الوطني بمعاونة مؤسسة فورد بإقامة الخط الساخن وذلك محاولة للتعرف على الاحتياجات والمعلومات التي يصعب الحصول عليها لما يحيط بالإصابة بالإيدز من العار الاجتماعي. وقد نجح هذا البرنامج في الإجابة على العديد من الأسئلة الحساسة عن طريق نقل العدوى والعلاج والممارسات الجنسية الصحيحة؛ مثل هل يقوم الناموس بنقل المرض؟<sup>(٢٥)</sup>.

في الفترة من ١٩٨٦ - ٢٠٠١ كان أكثر من خمسة ملايين مصري قد تم فحصهم. وقد تم اكتشاف ١٥٨٤ حالة AIDS و HIV كان منهم ٥٤٠ حالة أجنبية. ٥٩٪ من الحالات كانوا من الفئة العمرية بين ٢٠ - ٣٩ سنة ومثل الذكور ٨٩٪ من إجمالي الحالات. وكان معدل انتشار الحالات بين الناس ٠,٣٪. ومع هذه النسب تبقى مصر من البلدان الأقل في انتشار مرض الإيدز<sup>(٢٦)</sup>.

### الصحة الجنسية للسيدات في مصر

إن الأطباء في مصر غير مدربين على التعامل مع المشاكل الجنسية للسيدات. فإن منهج التعليم الطبي في معظم الجامعات لا يشمل الصحة الجنسية. فقط أظهرت دراسة حول موقف الأطباء حول مناقشة المشاكل الجنسية مع المترددات على عيادات تنظيم الأسرة أن الأطباء يجمن عن مناقشة تلك الأمور خوفاً من التسبب في إحراج المترددات. وعلى النقيض أعلنت السيدات رغبتهن في مناقشة مشاكلهن الجنسية المتعلقة بوسائل تنظيم الأسرة مع مقدمي الخدمة ولكنهن لا يرغبن أن يكن هن البادئات بالمناقشة<sup>(٢٧)</sup>.

كذلك فإن النظام الصحي غير معد للتعامل مع ضحايا العنف الجنسي (الاغتصاب) ولا توجد بروتوكولات في المستشفيات توضح طريقة التعامل مع ضحايا العنف مثل المشورة والعلاج النفسي. اختبار انتقال العدوى عن طريق الجنس وكذلك تقديم الوسيلة المناسبة لمنع الحمل.

### عدم الإجاب (العقم)

للأهمية الكبرى المعطاة لأدوار المرأة الإجابية في مصر والقيمة المرتبطة بإجاب الأطفال يمثل العقم مشكلة خطيرة في مصر لها نتائج هامة على المرأة وأسرتها. فيبدأ الضغط على إجاب الطفل الأول بعد فترة قصيرة من الزواج. فعلى سبيل المثال تم تقدير ثلاثمائة ألف حالة من النساء تأخر حملهن على الأقل ٢٤ شهراً. ويتبع هذا التأخير الكثير من القلق والخوف واتباع الكثير من الطقوس

الشعبية والطقوس الضارة والاستخدام المبكرة للوسائل الطبية لعلاج الخصوبة وكل تلك العجلة جعل المرأة وجهازها التناسلي في حالة أكثر سوءاً<sup>(٢٨)</sup>.

## فقد الأجنة

جانب آخر من جوانب الصحة الإيجابية المهمة وهو المعدلات المرتفعة لفقد الأجنة وما ينتج عنه من مشاكل نفسية وجسدية. العديد من الدراسات قد أجريت وأوضحت العبء المرتفع لدى السيدات من فقد الأجنة<sup>(٢٩)</sup> ١٣٪ من الأحمال تفقد.

جدول (١٠-١٦): مقاييس فقدان الحمل بين النساء اللاتي سبق لهن الزواج (١٥-٤٩ سنة)

النساء من ٤٠ سنة أو أكثر	كل النساء	
٩٩	٦٢	معدل فقدان الحمل (١)
٤١,٢	٢٩,٧	النسبة المئوية للنساء اللاتي سبق لهن تجربة فقد الحمل
		النسبة المئوية للنساء اللاتي جرين فقد الحمل ٣ مرات أو أكثر
		فقدان الحمل بين من سبق لهن الحمل
		فقدان الحمل وفقاً لنوع فقدانه
	٢٠,٢	إجهاض
	١٥,٩	مواليد أحياء
	٢٣,٧	أي نوع

## مشكلات صحية أخرى

**البلهارسيا:** مرض ينتقل عن طريق الماء ويمثل قضية صحة عامة هامة بمصر وينتشر المرض بين الذكور بنسبة أعلى من الإناث: فيصل انتشار البلهارسيا المعوية إلى ٣١,٤٪ بين الإناث و٤١,٥٪ بين الذكور. أما انتشار بلهارسيا المجاري البولية فيصل إلى ٥,٦٪ بين الإناث، و١٠,١٪ بين الذكور<sup>(٣٠)</sup>.

وبالرغم من أن النسبة أعلى بين الذكور إلا أن علاج البلهارسيا في حاجة إلى حساسية خاصة تجاه النوع. حيث إن العلاج في الأساس يكون من خلال المدرسة. ونسبة الإناث خارج المدرسة أعلى ولا يتلقين العلاج. بالإضافة إلى ذلك فإن السيدات الحوامل لا يأخذن العلاج.

**كثرة الإيجاب:** يقدر معدل الخصوبة في مصر بـ ٣,٥. ويتراوح ما بين ٢,٨٩ في المحافظات الحضرية إلى ٤,٦٦ في المناطق الريفية بصعيد مصر (المسح الديمغرافي والصحي - مصر ٢٠٠٠). ووفق إحصاءات المسح الديمغرافي والصحي - مصر ٢٠٠٠. فإن ١٩,٢٪ من النساء المتزوجات لديهن ٦ مواليد أحياء، و١١,٣٪ من المواليد الحديثة قد حدثت بعد أقل من ١٨ شهراً منذ آخر ولادة.

ولا تزال معدلات الإيجاب العالية في مصر قضية هامة. وخفض تلك المعدلات هدف من الأهداف التنموية. وما زالت توجد البيئة على إمكانية خفض تلك المعدلات عن طريق تلبية احتياجات الأفراد. فأرقام الحمل غير المرغوب فيه في تقدير<sup>(١١)</sup> كانت ١٣,٤٪ كما يوضح ذلك أيضاً تزايد أعداد الحمل السري. حيث يمثل الحمل غير المرغوب فيه عبئاً نفسياً وجسدياً عالي على المرأة والطفل أيضاً.

ويوجد طريق واحد لخفض معدلات الحمل الغير مرغوب فيه وهو: تلبية الرغبة غير الملباة للنساء بالنسبة لوسائل تنظيم الأسرة. وتفادي فشل استخدام وسائل تنظيم الأسرة. وتقاس الرغبة غير الملباة بنسبة النساء المعرضات للحمل. ولكن لا يستخدمون وسائل لتنظيم الأسرة.

وحسب إحصاءات<sup>(١١)</sup> فإن ١١,٢٪ من النساء المتزوجات لديهن رغبة غير ملباة في استخدام وسائل تنظيم الأسرة ويرتفع هذا العدد إلى ١٨,٧٪ في ريف صعيد مصر. ١٤٪ للنساء غير المتعلمات. ومن المثير أن هذا الرقم مرتفع نسبياً للنساء المتعلمات واللاتي يعملن للكسب ٧,٤٪ لكل مجموعة.

وكما يظهر بالبينة أنه في مصر توجد نسبة عالية للرغبات غير الملباة في استخدام وسائل تنظيم الأسرة. ومعدل عالٍ للتوقف في استخدام وسائل منع الحمل. العدد الكبير من الولادات غير المخطط لها. كل هذا يستدعي وجود خطط واستراتيجيات لتبني طرق مختلفة ربما تكون أكثر حساسية للنوع في التعامل مع مشاكل النساء الإيجابية.

### استخدام وسائل تنظيم الأسرة

كما هو متوقع فقد كان موضوع تنظيم الأسرة ووسائله هو الأكثر حظاً من البحث خلال العقدين الماضيين. وسوف نلخص فيما يلي بعض المعلومات والبيانات الأساسية المتعلقة بالحالة الصحية.

تشير أحدث الدراسات إلى أن حوالي ٥٠-٦٠٪ من السيدات المتزوجات يستخدمن الوسائل الحديثة لمنع الحمل. وأن نسبة ضئيلة تبلغ حوالي ٢٪ ما زلن يستخدمن الوسائل التقليدية. وقد تضاعف استخدام الوسائل خلال السنوات العشرين الأخيرة. وعلى الأخص فقد زاد انتشار استخدام اللولب بشكل مطرد من ٤٪ إلى ٣٠٪ في خلال هذه الفترة بحيث أصبح استخدامه يصل إلى ثلاثة أضعاف أقرص منع الحمل التي قل استخدامها بشكل ملحوظ.

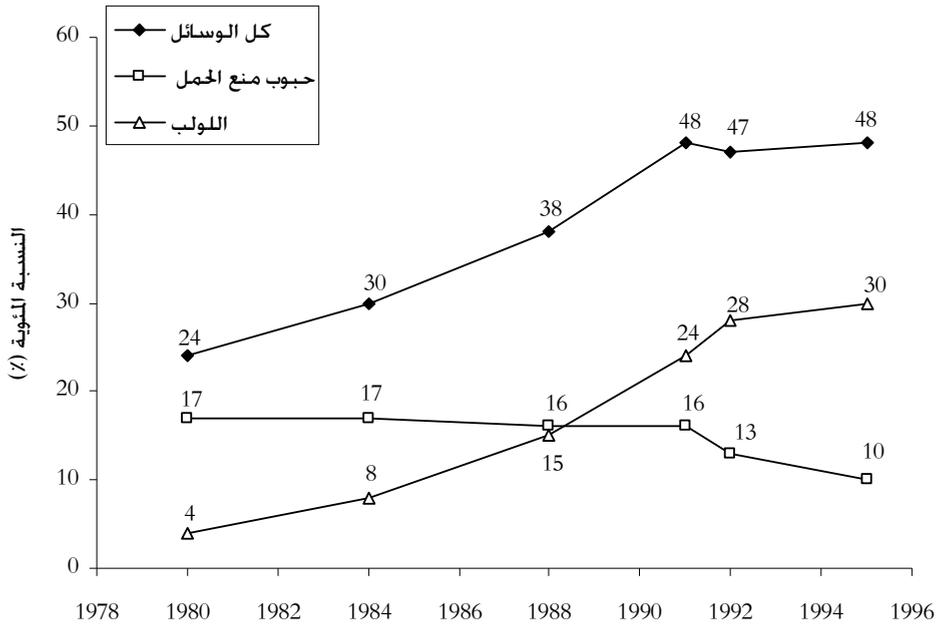
ويبلغ استخدام وسيلة منع الحمل بالحقن حوالي ٢,٥٪ بينما يستخدم الواقي الذكري بنسبة ١,٥٪ فقط.

وقد كان معدل الزيادة في استخدام وسائل منع الحمل مرتفعاً خلال الثمانينيات. ولكنه قل في التسعينيات حتى وصل إلى درجة من الثبات تقريباً<sup>(١١-٣١-٣٥)</sup>.

ويبين الشكل (١٠-١٧) الأسباب التي تؤدي إلى توقف السيدات المتزوجات عن استخدام الوسائل المختلفة. وقد بينت إحدى الدراسات أسباب عدم رضاء السيدات التي تؤدي إلى توقفهن عن الاستخدام وكان أهمها النزف واضطرابات الدورة الشهرية (٤٧٪) والصداع والزلزلة (٣٣٪) والالتهابات والإفرازات (٦٪) وتغير الوزن (٣٪) وفقدان الاستمتاع الجنسي (٣٪) وأعراض الجهاز البولي (٤٪).

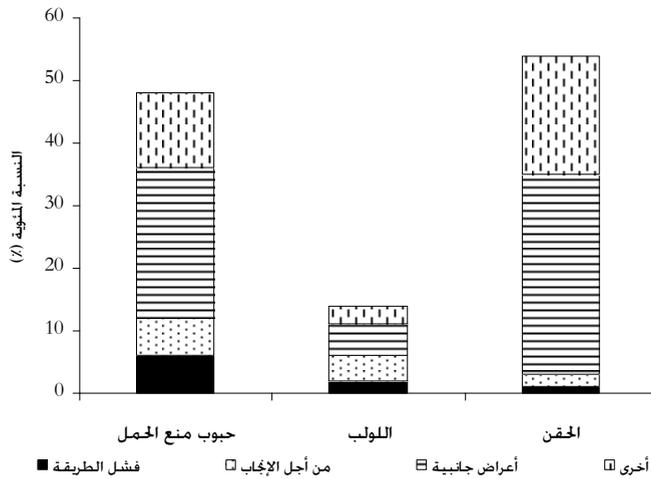
ولا يعرف حجم المضايقات التي تتحملها السيدات اللاتي يستمرن في استخدام الوسائل. ولكن من المعتقد أنها من بين الأسباب التي تؤدي إلى تكرار الشكوى من الأعراض المختلفة بين السيدات والتردد على عيادات الأطباء.

شكل (١٠-١٦): تطور استخدام وسائل تنظيم الأسرة في مصر ١٩٨٠ - ١٩٩٥



EFS (1980), ECPS (1984), DHS (1988), EMCHS (1991), EDHS (1992), EDHS (1995)  
 المصدر: مترجم عن: (National Population Council, Demographic and Health Survey 1995.)

شكل (١٠-١٧): معدلات التوقف عن استخدام وسائل تنظيم الأسرة وفقاً للسبب والطريقة المستخدمة



## الأمراض المزمنة

لقد حاولنا في هذه الدراسة الحصول على دراسات أو بيانات عن المراضة من الأمراض المزمنة مثل ارتفاع ضغط الدم والبول السكري والأورام والأمراض الروماتيزمية....الخ. وقد توصلنا إلى عدد من محدود من الدراسات عن بعض هذه الأمراض وكانت معظمها من رسائل الماجستير والدكتوراه في كليات الطب المختلفة. ولكن يلاحظ على معظم هذه الدراسات أن عينات الأفراد المبحوثين محدودة ولا تمثل المجتمع المصري أو حتى قطاعاً منه نظراً إلى أنها تتم في إطار مستشفى معين.

وثانياً في كثير من الأحيان لا يؤخذ عامل النوع بشكل واضح ضمن تحليل النتائج. وأخيراً فإن أغلب هذه الدراسات كانت تعني بقضايا بعيدة إلى حد ما عن مجال الصحة العامة وفهم المشكلة في إطار المجتمع.

وقد كان المرض الوحيد الذي جرى بخصوصه مسح على المستوى القومي هو ارتفاع ضغط الدم<sup>(٣٢)</sup>. وتبين نتائج هذا البحث أن أكثر من ربع النساء في مصر مصابات بارتفاع ضغط الدم (٢٧٪) ويزيد انتشار هذا المرض اطرادياً عند النساء مع العمر من ٤,٦٪ عند النساء بين ٢٥-٣٤ سنة إلى ٦٥٪ عند النساء الأكبر من ٧٠ سنة. وتزيد نسبة المرض في النساء عن الرجال بعد سن ٤٥ سنة بنسبة تتراوح بين ٥٪ و ١٧٪ في المراحل العمرية التالية (جدول ١٠-١٧).

جدول (١٠-١٧): تقديرات معدلات الانتشار القومية لارتفاع ضغط الدم والعلاج المستخدم له وفقاً للفئات العمرية

الفئة العمرية	ارتفاع ضغط الدم			استخدام العلاج		
	رجال %	نساء %	مجموع %	رجال %	نساء %	مجموع %
٢٥-٣٤ سنة	١١,٠	٤,٦	٧,٨	٠,٥	١,٠	٠,٨
٣٥-٤٤ سنة	٤٩,٢	١٦,٩	١٨,٦	٢,٥	٤,٧	٣,٦
٤٥-٥٤ سنة	٣٤,٠	٤٠,٨	٣٧,٥	٥,٨	١٣,٨	١٠,٠
٥٥-٦٤ سنة	٤٠,٩	٥٥,٣	٤٨,٢	١٠,٥	١٧,٦	١٤,١
٦٥-٧٤ سنة	٥٤,٤	٦٤,٨	٥٩,٤	١٢,٥	١٧,٨	١٥,٠
+٧٥ سنة	٤٨,٠	٦٥,٠	٥٦,٦	٦,٢	٢٠,٣	١٣,٤
التقدير القومي	٢٥,٧	٢٦,٩	٢٦,٣	٤,٣	٨,٢	٦,٣

المصدر: Ibrahim M. et al. Hypertension Prevalence, Awareness, Treatment and Control in Egypt (NHP)-(Results from the Egyptian National Hypertension Project

ومع ذلك تبين الدراسة أن حوالي ٦٪ فقط من النساء يتناولن علاجاً للضغط. وكانت هذه النسبة أقل عند النساء منها عند الرجال في كل المجموعات السنية على الرغم من أن نسبة أكبر من النساء كن يعلمن أنهن مصابات بالمرض (٤٧٪) مقابل (٢٨٪) من الرجال.

وقد أخذنا هذه الدراسة للعرض هنا على سبيل المثال لبيان أهمية بعض الأمراض غير الإيجابية بالنسبة للمرأة. وعلى أية حال فإن تحليل بيانات وفيات النساء حسب المرحلة العمرية المعروض سابقاً يدل على الأوزان النسبية لبعض هذه الأمراض وأولوياتها. وإن كان لا يعني عن دراسة المراضة لتحديد العبء الكلي. ولعل هذا الأمر يتطلب دراسة خاصة.

## المرأة في مرحلة ما بعد انقطاع الحيض

إن النسبة العظمى للسكان في مصر. تعتبر صغيرة السن. فيمثل عدد السكان في سن الـ ٦٠ فيما فوق فقط ٦٪ من مجموع السكان.

وحيث إن نسبة الإناث للذكور متشابهة إلا أنه يوجد فرق كبير في الخصائص. فإن ٣/٢ من الإناث أرامل في مقابل ٨٧٪ من الذكور متزوجون. و١٢٪ فقط أرامل. وكذلك فإن الفرق النوعي في الحالة الصحية بعد هام آخر. ففي الوقت الذي يفوق فيه معدل عمر الإناث عمر الذكور إلا أن مراضة النساء في هذه العمر تفوق مراضة الذكور<sup>(٩)</sup>.

جدول (١٠-١٨): مستويات الإحساس الشخصي بالمراضة والخبرة مع المرض كبار السن من المصريين مقسمة تبعاً للجنس

المراضة	ذكور	إناث	المجموع
التقييم الشخصي للإحساس بالصحة			
متأزة			
جيدة	٦.٤	٢.٦	٤.٥
متوسطة	٣٧.٧	٢٩.٢	٣٣.٥
ضعيفة	٤٣.٩	٥٧.٢	٥٠.٤
المستوى الصحي مقارنة بالآخرين في نفس العمر			
أفضل	١٢.٠	١١.١	١١.٦
تقريباً نفس المستوى	٢١.٨	١١.٣	١٦.٦
أسوأ	٥٠.٠	٥٥.٨	٥٢.٨
لا أستطيع التحديد	١١.٦	١٥.٥	١٣.٥
التجارب المرضية السابقة			
ضغط الدم المرتفع	١٢.٣	٢٢.٤	١٧.٢
أزمة قلبية	٧.٠	١٣.٤	١٠.٢
أية مشاكل أخرى في القلب	٦.٤	٧.٥	٦.٩
روماتيزم	١٦.٦	٣٢.٥	٢٤.٤
جلطة أو شلل	٣.٦	١.٩	٢.٨
سكر	٦.٨	٨.٢	٧.٥
سرطان	٠.٥	٠.٥	٠.٥
كسور أو شروخ بالعظام	٥.٠	٢.٨	٣.٩
هبوط	١٥.٩	١١.٨	١٣.٩
أمراض رئوية مثل الربو	٠.٩	٠.٢	٠.٦
حروق	٠.٧	٠.٢	٠.٥
درن	٥.٢	٧.٨	٦.٥
مشاكل في القدمين	٢.٠	٣.٥	٢.٨
قرحة في المعدة	١.٨	٢.٤	٢.١
مرض معد أو طفيلي	٣.٦	٢.٨	٣.٢
أمراض أخرى	٩.٥	١٠.٨	١٠.٢
عدد الأمراض التي أصبت بها خلال الـ ١٢ شهر الماضية	٤٧.٠	٣١.٣	٣٩.٣
صفر	٤٨.٤	٦٣.٥	٥٥.٩
١ - ٣	٤.٦	٥.٢	٤.٨
٤+	١.٠٢	١.٣٢	١.١٧
عدد الأمراض التي أصبت بها خلال الـ ١٢ شهر الماضية	١.٤٢	١.٤٤	١.٤٤
المتوسط			
الاختلاف المعياري			
المجموع	٤٤٠	٤٢٥	٨٦٥

المصدر: Khadr, 2002. Table1.

جدول (١٠-١٩): مستويات الإعاقة وقيود الحركة بين كبار السن المصريين وفقاً للجنس

إجمالي	إناث	ذكور	المقاييس
النسبة المئوية لمن لديهم صعوبة في أو عدم قدرة على:			
٥٢,٠	٦٤,٠	٤٠,٥	السفر والتجوال والتسوق
٥٥,٤	٥٠,٤	٦٠,٢	إعداد الطعام
٤٦,٠	٥٦,٥	٣٥,٩	دفع وجر الأشياء الكبيرة
٣٢,٨	٣٨,٤	٢٧,٥	المشي
٤٨,٤	٥٧,٦	٣٩,٥	الأجناء والركوع
٤٧,٩	٦٠,٠	٣٦,١	حمل أشياء يتخطى وزنها ٥ كجم
٤٣,٢	٤٣,١	٢٥,٧	ثني وفرذ الذراع
٣٠,٣	٣٩,١	٢١,٨	التعامل مع أو مسك أشياء صغيرة بالأصابع
عدد الأنشطة التي يتم فعلها بدرجة من الصعوبة			
٢٦,١	٢٠,٥	٣١,٦	صفر
٢٩,٨	٢٦,٦	٣٣,٠	٣-١
١٧,٦	١٨,٨	١٦,٣	٦-٤
٢٦,٥	٣٤,١	١٩,١	٨-٧
٣,٤٧	٤,٠٨	٢,٨٧	متوسط عدد الأنشطة
٣,٠٩	٣,١٢	٢,٩٥	الأجراف المعياري
٣٩,٥	٤٢,٨	٣٦,٤	النسبة المئوية لمن لديهم مشكلات بصرية
٢٤,٥	٢٧,٨	٢١,٤	النسبة المئوية لمن يحتاجون إلى نظارات ولا يتحملون شرائها
١٣,٢	١٤,١	١٢,٣	النسبة المئوية لمن لديهم مشكلات سمعية
٤,٧	٦,٦	٨,٢	النسبة المئوية لمن يحتاجون إلى معينات السمع ولا يتحملون شرائها
السلوكيات ذات الخطورة			
٢١,٣	٠,٧	٤١,١	النسبة المئوية للمدخنين حالياً
٨٦٥	٤٢٥	٤٤٠	المجموع

جدول (١٠-٢٠): الخصائص الديمغرافية لكبار السن في مصر وفقاً للنوع - تعداد ١٩٩٦

إجمالي	إناث	ذكور	السمات
٥,٧	٥,٧	٥,٨	النسبة المئوية لكبار السن
العمر (النسبة المئوية)			
٤١,٠	٤٢,٢	٣٩,٩	٦٠-٦٤
٢٧,٣	٢٥,٨	٢٨,٧	٦٥-٦٩
١٨,١	١٨,٤	١٧,٨	٧٠-٧٤
١٣,٦	١٣,٧	١٣,٦	+٧٥
٦٧,٧	٦٧,٧	٦٧,٨	المتوسط
٤٤,٩	٤٢,٨	٤٧,٠	النسبة المئوية في الحضر
الحالة الاجتماعية (%)			
٠,٩	١,٠	٠,٧	لم يتزوج مطلقاً (%)
٦٠,٨	٣٢,٥	٨٧,١	متزوج (%)
٣٧,٧	٥٦,٥	١١,٨	أرمل (%)
٠,٦	٠,٩	٠,٤	مطلق (%)
٧٤,٣	٨٨,٦	٦١,٠	الأميون (%)
٢٠,٧	١,٤	٣٨,٠	العاملون (%)

المصدر: الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء

جدول (١٠-٢١): المراضة الإيجابية المشخصة\* في دراسة مجتمعية بالفيوم

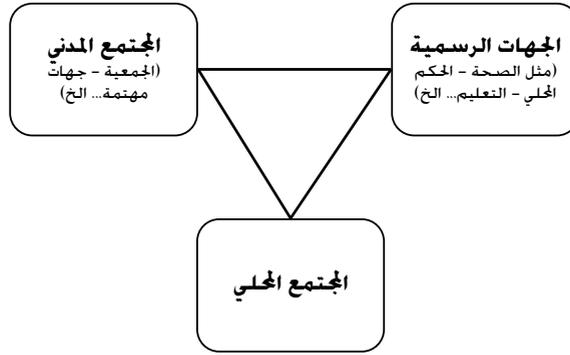
أمراض النساء	
١- عدوى القناة التناسلية السفلى	
التهابات مهبلية	٪٣٩,٥
التهابات عنق الرحم المزمنة	٪٧٥,٦
٢- عدوى القناة التناسلية العليا	
التهابات الحوض	٪٩,٣
٣- سقوط الأعضاء التناسلية	٪٥٣,٥
٤- تآكل عنق الرحم	٪٢٣,٤
٥- تغيرات في الخلايا تدعو للشك	
٦-	
أمراض ذات علاقة (عدد= ١٢٦)	
١- تضخم في الكبد أو الطحال	٪١٥,١
٢ سمينة	٪١١,٩
٣- ارتفاع ضغط الدم (ضغط الدم الانبساطي « ٩٠)	٪٢٨,٦
٩٠- ٩٩	٪٦,٤
+ ١٠٠	٪٢٢,٢
٤- عدوى القناة البولية	٪٧٦,٧
٥- أينميا	٪٤٦,٢
٦- التريكوموناس	٪٢٥,٦
٧- عدوى بلهارسيا أجمارى البولية	٪١٦,٧

(\*) يرتكز التشخيص على فحص عدد من النساء يتراوح بين ٨٦ - ١٢٦ المصدر: طلعت. ٢٠٠١. جدول (٧ و٨)

## رؤية مستقبلية

لا شك أن مؤشرات صحة المرأة قد تحسنت في العقدين الأخيرين. إلا أن الوعي الصحي ما زال في حاجة إلى الارتقاء سواء للحفاظ على الصحة أو تحسينها. ويجب أن يشارك المجتمع المدني بمؤسساته وجمعياته الأهلية وأفراده للنهوض بهذا الوعي لحياة أفضل.

١- إن الشراكة بين المجتمع المدني والحكومة والمجتمع المحلي ضرورة. فلا يكفي أن نطعم الأطفال والأمهات. فأكثر الأمراض ليس لها تطعيم وأسلوب المعيشة يؤثر فيها. وتغير السلوك إلى سلوك صحي يتطلب سنوات عديدة. الاجتماعات الدورية بين المجتمع المحلي والجهات الرسمية والمجتمع المدني ضرورة لارتقاء مستوى الصحة. فما دور كل من الأطراف الثلاثة حتى تتحقق طريقة معيشة صحية للمجتمع المحلي؟



- ٢- للارتقاء بمستوى صحة المرأة فإن التعاون بين الجهات الحكومية المختلفة - متضمناً الإعلام - والجمعيات الأهلية ضرورة في إطار اتفاقيات القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة.
  - الارتقاء بصحة المرأة الريفية وتوعيتها بأهمية الوقاية الصحية لها ولأسرتها والاعتناء بنظافة البيئة في إطار متكامل بمشاركة المجتمع.
  - مشاركة المرأة من المجتمع المحلي سوف يوضح العوقات والاحتياجات الصحية لها.
- ٣- التنسيق بين القطاعات الصحية في نفس المنطقة ضروري حتى يستطيع المريض الاستفادة من الخدمات الصحية المقدمة. وحتى لا تهدر الموارد المتاحة.
- ٤- التنسيق بين القطاعات الصحية والقطاعات الأخرى مثل التعليم والزراعة والري والإعلام وغيرها ضروري على مستوى الحي. حتى يمكن حل مشاكل المجتمع المحلي.
- ٥- الارتقاء بمستوى الرعاية الصحية الأساسية وتوفير الموارد اللازمة.
- ٦- أما بخصوص فريق العمل الصحي:
  - التدريب المستمر للأطباء والممرضات لتحسين أدائهم للخدمة.
  - متابعة عملهم وأدائهم.

٧- أهمية التوعية الغذائية ونظافة الغذاء والتوعية عن طرق انتشار العدوى للمرأة وبالأخص المرأة الأمية لخفض نسبة انتشار الأنيميا والطفيليات والأمراض المعدية بينهن وبين أطفالهن وأسرهن.

٨- التنسيق بين الجمعيات في مجالات التوعية الصحية والبيئية وتبادل الخبرات بينها.

٩- ثبت أن للشباب دوراً هاماً في التطوع وبث الرسائل الصحية والبيئية<sup>(٣٣)</sup>.

١٠- محاولات تدريب الأطباء في مجالات التوعية الصحية والاتصال وتنظيم الأسرة عليها أن تبدأ أثناء دراسة الطب وليست فقط بعدها.

١١- على الدولة ووزارة الصحة والسكان أن تعطي مسئولية الوحدات الصحية الريفية إلى المجتمع المحلي وعليها الإشراف الفني والتركيز على الوقاية من الأمراض.

١٢- عمل تأمين صحي لرية المنزل.

مع انتشار العولة من المتوقع أن تنشأ بالمدن مستشفيات عالمية على أرقى مستوى. تتيح العمل للأطباء والمرضات الأجانب. يستطيع استخدامها الأجانب والأغنياء. أما الغالبية العظمى من الناس. فلن تستطيع أن تسدد تكلفة المرض. إذا لم يشتركوا في أي نوع من التأمين الصحي. حيث أنه من المتوقع انتشار خصخصة الخدمات الصحية.

- لن تكون الخدمات الصحية متاحة للأغلبية العظمى من الناس. خصوصاً بعد ٢٠٠٥ مع نفاذ اتفاقية TRIPS. فتكلفة الدواء لن يقدر عليها سواد الشعب.
- سوف يموت المرضى الفقراء لأنهم لا يملكون تكلفة العلاج.
- سوف تلجأ المرأة غير المقتدرة مرة أخرى إلى الطب الشعبي.
- وتتدهور مؤشرات العمر المتوقع ووفيات الرضع والأطفال ووفيات الأمهات.
- بل هذا سينافي المادة ٢١ و٢٥ لحقوق الإنسان. وكذلك المادة ١٢ لاتفاقية القضاء على كافة أشكال التمييز ضد المرأة.

## المراجع

- 1- Health Action (May – December 1998) P. 5.
- 2- Maternal Mortality in Egypt (Ministry of Health) 2000.
- 3- Graham, Kobinsky M. A. Campbello. M. R. & Halow S.D. In. Koblinsky M, Timyan J & Gay J. The Health of Women: A Global Perspective 1993. West View Press.
- ٤- منظمة الصحة العالمية ١٩٨٥ (الوثائق الأساسية – الطبعة ٣٥ – جنيف).
- 5- Van Der Kwaak et al 1991. Women and Health. Vena Journal 3(1): 233 quated in Koblinsky et al 1993.
- 6- Orr J. 1987. Women's Health in the community. London: John Wiley.
- 7- Hansluwka, H. 1985. Measuring the Health of Populations: Indicators and Interpretations. Social Science and Medicine 20, 12: 1207-1224.
- 8- Zuirayk. H. Women's Reproductive Health in the Arab World. The Population Council. West Asia and North Africa, Regional Paper No. 39 pp 14-22.
- ٩- الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء – الكتاب الإحصائي السنوي ١٩٩٢-١٩٩٧ (يونيو ١٩٩٨).
- 10- Haider R, 1996: Gender and Development: Women and Demographic Dynamics. The American University in Cairo Press, pp: 76-78.
- 11- El-Zanati et al 1996. Egypt Demographic and Health Survey 1995.
- 12- El Zanaty, Fatma and Ann A. Way. 2001. Egypt Demographic and Health survey 2000. Calverton, Maryland (USA); Ministry of Health and population (Egypt), National Population Council.
- 13- Abdel-Hadi, Amal 1998.
- ١٤- معهد آان جشماخر: جُو عالم جديد: الحياة الجنسية والإيجابية للنساء والشابات (نيويورك – مايو ١٩٩٨).
- 15- El Tawila, Saher, Barbra Ibrahim, Sunny Sallam, Omaima El Eibaly and Firat El sahn. 2000. Transition to Adulthood – A national survey of Egypt. Population council – regional office for west Asia and Africa, Social Research center – the American University in Cairo.
- 16- Egypt Demographic and Health Survey 1995.
- 17- Royton E and Armtrong S. 1989, Preventing Maternal mortality. WHO, Geneva.
- 18- National Maternal Mortality Study: Egypt, 1992-1993 Findings & Conclusions. Ministry of Health - Child Survival Project In Cooperation with USAID, 1994)

- 19- Zurayk H, Khattab H, Younis N, El-Moulhy M and Fadie M. 1993. Concepts and Measures of Reproductive Health. Health Transition Review, Vol. 3. No. 17-40.
- 20- The Egyptian Fertility Care Society 1996. Community Based Survey of Maternal Morbidity in Assuit, sohag and Qena Governorates – Final Report, Cairo.

٢١- أحمد رجائي رجب ١٩٩٨ - اتصال شخصي

- 22- Egyptian National Aids Program and Family Health International, 2001.
- 23- Younis, Nabil, Etal. Learning about Gynecological Health of Women. The policy series in Reproductive Health no. 2. population council regional office for west Asia and North Africa. Cairo, 1994.
- 24- Evaluation of selected reproductive health infections in various Egyptian population groups in greater Cairo, 1998 – 2000 (executive summary) released 2002.
- 25- Annual AIDS hotline report. Ministry of Health, National AIDS program, 2001.
- 26- HIV/AIDS prevention and control in Egypt. Report by Ministry of Health and population, National AIDS control program, 2001
- 27- Abd El Tawab, Naltla, RH. M. magazine, volume number.
- 28- Greenhalgh, S. 1995. Marcio C. Inhorn. Guest for conception: gender, infertility, and Egyptian medical tradition: in Book Reviews, population and development review, 21 (2): 431.
- 29- El Sasani, S. M. 1998. Infertility, Pregnancy loss and their precipitating Factors, Social Research Center, the American University in Cairo.
- 30- American Journal of Tropical Medicine, 2000.
- 31- Ragab A. R. A., Ankoman A., Ford N. J. and Powell R. A. 1996. Understanding the Pattern of Contraceptive Use and Un-met Need among Egyptian Married Women. In Powell RA, Mwegen EA and Ankomak A (eds) Population Dynamics: Some Past and Emerging Issue, Institute of Population Studies – University of Exeter.
- 32- Ibrahim M. M., Rizk H, Appel LJ et al. 1995, Hypertension Prevalence Awareness, Treatment and Control in Egypt. Results from the Egyptian National Hypertension Project (NHP). Hypertension vol 26, No 6, pp 886-890.

٣٣- سلمى جلال (١٩٩٧): طلبة الطب كدعاة للصحة والبيئة. منظمة الصحة العالمية بالتوسط.

## مراجع ومصادر أخرى

- ٣٤- سلمى جلال (١٩٩٨): صحة الأم والطفل - دار قباء
- ٣٥- المجلس العربي للطفولة والتنمية: التقرير الإحصائي السنوي لواقع الطفل العربي. ١٩٩٣.
- ٣٦- سلمى جلال (١٩٩٤): صحة المرأة المصرية من نيروبي إلى بكين.
- ٣٧- مصر - تقرير التنمية البشرية. معهد التخطيط القومي. ١٩٩٨.
- ٣٨- مصر - تقرير التنمية البشرية. معهد التخطيط القومي. ١٩٩٩.
- ٣٩- هند أبو السعود خطاب: المعاناة الصامتة - جوانب من الظروف الاجتماعية المحيطة بصحة المرأة الإيجابية في ريف مصر - اليونيسيف. ١٩٩٢.
- ٤٠- وزارة الصحة والسكان - وحدة الإحصائيات. ١٩٩٦.
- 41- Alma Ata Declaration, WHO/ UNICEF (1978)
- 42- CEDAW
- 43- Declaration of Human Rights
- 44- EDHS 1998
- 45- EDHS 2000
- 46- El Gueneidy, M., E. Abd El Kader & N. Mahgoub, Prevalence of female circumcision among preparatory school girls in Alexandria, The First Intern. Scientific Nursing Congress, High Institute of Nursing, May, 1990
- 47- El-Guindy, A., paper prepared for the World Summit on Environment, (1992)
- 48- Galal, S. The role of pharmacies in the promotion of community health services, The Egyptian Journal of Community Medicine, Vol 4, No3, 189-200 (1988)
- 49- Galal, S., G. Ayoub, S. El-Mallah, A case control study on toxoplasmosis, The Egyptian Journal of Community Medicine, Dec (1992)
- 50- MOH, Egyptian Experience in Primary Health Care, (1977)
- 51- MOH/DANIDA/Carl Bro/ Galal/DTRC, (1991)
- 52- UNDP, Human Development Report, 1998
- 53- UNDP, Human Development Report, 1994
- 54- UNDP & Arab Fund for Economic and Social Development, Arab Human Development Report 2002, Jordan
- 55- El Kassas, M 1994. National Maternal mortality study: Egypt, 1992 - 1993. Findings and conclusions, Cairo: Ministry of Health.
- 56- The situation of Egyptian children and women, UNICEF 2000, P. 55.

## الفصل الحادي عشر:

### الصحة المهنية

أ. د. جمال حسني السمرة

#### مقدمة

يمثل الإنسان العامل اللبنة الأولى في طريق التنمية الاقتصادية والاجتماعية. ومع نشأة الصناعة وتطورها في الدول الصناعية بدا واضحا أنه - وإن كان العمل بالنسبة إلى الإنسان إحدى ضرورات الحياة - إلا أن بيئة العمل في كثير من الأحيان تحتوى على عوامل متباينة تشكل خطورة على صحة العاملين ورفاهيتهم.

وقد لاحظ أبوقراط منذ زمن بعيد أنه - لكي يصل الطبيب إلى التشخيص الصحيح في كثير من الأحيان - يجب عليه أن يتعرف على العوامل المختلفة التي تحيط بالمرضى في مكان عمله<sup>(١)</sup>.

وفي القرن الثامن عشر ألف العالم الإيطالي الشهير ب. رامازيني Bernardino Ramazzini كتابه الشهير عن الأمراض المهنية في المهن المختلفة<sup>(٢)</sup>.

وقد نشأ علم الصحة المهنية مواكبا لتطور الصناعة. وكان الهدف الرئيسي هو توفير بيئة العمل الآمنة Safe work environment ووقاية العاملين من مخاطر المهنة.

وقد عرفت اللجنة المشتركة من منظمة الصحة العالمية ومنظمة العمل الدولية في اجتماعها سنة ١٩٥٠<sup>(٣)</sup> الصحة المهنية بأنها الأنشطة التي تهدف إلى تحسين والاحتفاظ بأعلى درجات الرفاهية البدنية والنفسية والاجتماعية للعاملين في جميع المهن Promotion and maintenance of the highest degree of physical, mental and social well being of workers in all occupations وذلك عن طريق حمايتهم من أخطار المهنة ومن كافة المؤثرات على الصحة في مكان العمل ووضع العامل في مكان العمل الذي يتناسب مع قدراته البدنية والذهنية والنفسية. وجدير بالذكر أن هذه المهن لا تشمل المهن الصناعية فحسب بل تشمل أيضا الزراعة والتجارة والأعمال الكتابية والإدارة وغير ذلك.

وتشير إحصائيات منظمة العمل الدولية إلى أن الخسائر بسبب إصابات العمل في إنجلترا خلال سنوات الحرب العالمية الثانية بلغت ثلاثة أضعاف خسائر الحرب. وأن هذه الخسائر في الولايات المتحدة بلغت أكثر من سبعة أضعاف خسائر الحرب. وفي سنة ١٩٤٤ كانت هناك في الولايات المتحدة أكثر من ستة ملايين إصابة عمل وأكثر من نصف مليون حالة مرض مهني. وفي نفس العام أنفقت الولايات المتحدة ١٢١ بليون دولار بسبب إصابات العمل ما بين تكلفة أيام الغياب وخسائر الإنتاج وتكاليف العلاج والمصروفات الإدارية<sup>(٤)</sup>. وجدير بالذكر أنه في الدول النامية يكون حجم مشكلة إصابات العمل والأمراض المهنية أكبر بكثير منه في الدول المتقدمة وأكثر تكلفة.

ولهذا اهتمت الدول الصناعية الكبرى بحماية العامل وتأمين سلامته وظهر شعار "السلامة أولاً" Safety first وليس الإنتاج أولاً.

وقد ظهر أول قانون لحماية العاملين سنة ١٨٠٢ في إنجلترا وفي سنة ١٨٣٠ أنشئت أول هيئة للتفتيش على المصانع ثم ظهرت تشريعات للصحة والسلامة المهنية سنة ١٨٤٠ في سويسرا والدانمارك. وفي ١٨٧٧ في الولايات المتحدة وتلاها سن قوانين مشابهة في كثير من الدول الأخرى.

أما في مصر<sup>(٥)</sup> فقد صدر لأول مرة القانون رقم ٦٤ لسنة ١٩٣٦ للتأمين ضد إصابات العمل وكان على العامل أن يثبت خطأ صاحب العمل حتى يكون له حق التعويض عن الإصابة. الأمر الذي كان من الصعوبة بمكان. وفي سنة ١٩٤٢ صدر القانون رقم ٨٦ بشأن التأمين الإجباري ضد إصابات العمل لضمان حقوق العاملين وتولت شركات التأمين هذه المهمة حتى سنة ١٩٥٢ حيث أنشئت مؤسسة التأمين والادخار التي تحولت بعد ذلك إلى الهيئة العامة للتأمينات الاجتماعية. وتطور تأمين إصابات العمل من خلال تعديلات عديدة فأضيفت أمراض المهنة إلى إصابات العمل سنة ١٩٥٠ (قانون رقم ١١٧) وانتهت التعديلات المختلفة إلى القانون الحالي رقم ٧٩ لسنة ١٩٧٥ وتعديلاته الذي اعتبر أن إصابة العمل هي كل إصابة تقع أثناء العمل أو بسببه بما في ذلك إصابات الطريق والأمراض المهنية والأمراض الناجمة عن الإجهاد والإرهاق.

وفي سنة ١٩٥٩ صدر قانون العمل رقم ٩١ والذي اختص الباب الخامس منه برعاية صحة العاملين وتنظيم إجراءات الصحة والسلامة المهنية. وقد تم تعديله فيما بعد بالقانون رقم ١٣٧ لسنة ١٩٨١.

### الخسائر بسبب إصابات العمل والأمراض المهنية

في تقرير لشعبة القوى العاملة بالمجالس القومية المتخصصة سنة ١٩٩٣ وبناء على تقرير الإدارة العامة للصحة والسلامة والصحة المهنية بوزارة القوى العاملة سنة ١٩٨٣<sup>(١)</sup> وردت الحقائق التالية للدلالة على حجم الخسائر الاقتصادية بسبب إصابات العمل وأمراض المهنة خلال عام ١٩٨٣:

عدد العاملين	١٣٠٥٩٣٠٠	عامل
متوسط الأجر اليومي (بحساب سنة ١٩٨٣)	٤٠٦٠	جنيه
عدد الأيام الضائعة بسبب إصابات العمل	٢٢٢٤٠٩٩٣	يوماً
تكاليف أيام الانقطاع بسبب الإصابة	٩٠٢٩٨٤٣١	جنيهاً
التعويضات الناجمة عن الإصابة والوفاة	٩٣٨٨٣٤٤	جنيهاً
تكاليف الأمراض المهنية (الأيام المفقودة)	٣٥٨٥٨٦٣	جنيهاً
تكاليف العلاج للإصابات والأمراض المهنية	٦٩٩٤٦٧٤٦	جنيهاً
مجموع الخسائر المباشرة	١٧١٢١٩٣٨٤	جنيهاً

فإذا اعتبرنا أن الخسائر غير المباشرة (الحد الأدنى) تساوي خمسة أضعاف الخسائر المباشرة لتبين لنا أن مجموع الخسائر المباشرة وغير المباشرة يتعدى المليار جنيه سنوياً بتقدير سنة ١٩٨٣. ولا شك

أنه منذ ذلك التاريخ زادت مجالات العمالة وزادت الأجور وتكاليف العلاج، وزادت بناء على ذلك الحسائر الناجمة عن إصابات العمل وأمراض المهنة.

## التشريعات في مجال الصحة والسلامة المهنية

تهدف التشريعات في مجال الصحة والسلامة المهنية إلى توفير بيئة العمل الآمنة والحفاظ على صحة وسلامة العاملين في أعلى درجات اللياقة، وتوفير الرعاية الصحية والتي تضمن الاكتشاف المبكر للأمراض والإصابات المهنية وعلاجها ومنع أو التقليل من العجز الناتج عنها، وتعويض العامل في حالة العجز عن العمل، والعمل على وضع العامل المناسب في العمل المناسب.

والتشريع الأساسي في مجال العمل هو قانون العمل رقم ١٣٧ لسنة ١٩٨١ والذي ينظم العلاقات الخاصة بتشغيل العاملين: عقد العمل الفردي وتنظيم تشغيل العاملين وساعات العمل والإجازات وحقوق العاملين والأجور والمكافآت والجزاءات وغير ذلك من موضوعات العمالة. ويحتوي القانون في الباب الخامس على كافة الجوانب المتعلقة بالصحة والسلامة المهنية بما في ذلك وسائل وقاية العاملين من المخاطر المهنية وتوفير وسائل الإسعافات الأولية والرعاية الطبية وتنظيم الأجهزة المشرفة على صحة وسلامة العاملين. وقد صدر القانون رقم ١٣٧ لسنة ١٩٨١ معدلاً لقانون العمل رقم ٩١ الصادر في سنة ١٩٥٩.

ولما لصناعة التعدين من وضع خاص من حيث قسوة ظروف العمل والمخاطر التي يتعرض لها العاملون فقد صدر في سنة ١٩٨١ القانون رقم ٢٧ الخاص بتشغيل العاملين في المناجم والمحاجر. وينظم القانون - على غرار قانون العمل - علاقات العمل فيما يتعلق بالعمل في تلك الصناعات، وقد احتوى أيضا على مواد خاصة بالصحة والسلامة المهنية في صناعة التعدين.

وهذان القانونان ينظمان بصفة أساسية النواحي الوقائية في أماكن العمل والتي تشكل اهتماما رئيسيا للمختصين في هذا المجال.

وفي مرحلة الترخيص بإنشاء المحال الصناعية والتجارية وغيرها تراعى اشتراطات الصحة والسلامة للعاملين والجمهور ويشترك في إصدار التراخيص لجنة يشارك فيها مسئولو الصحة والقوى العاملة في المحليات. وينظم عملية إصدار التراخيص ومراعاة اشتراطات الصحة والسلامة القانون رقم ٤٥٣ لسنة ١٩٥٤ والقرارات المنفذة له والتشريعات المتعلقة به.

ومهما بلغت الأنشطة الوقائية من الكمال فإن إصابات العمل وأمراض المهنة تظل أمرا محتمل الحدوث، ولم تغفل التشريعات المصرية تأمين العاملين ضد إصابات العمل، وقد تطورت حتى انتهت إلى القانون رقم ٧٩ لسنة ١٩٧٥ وتعديلاته والذي يتناول الاكتشاف المبكر للأمراض المهنية ويوفر العلاج والتأهيل والتعويض عن العجز في حالات الإصابة والمرض المهني. وذلك عن طريق تأمين إصابات العمل. ويشمل هذا القانون أيضا تنظيم إجراءات الخدمة العلاجية للأمراض غير المهنية عن طريق تأمين المرض (التأمين الصحي).

ويلاحظ أن القانون ٧٩ لسنة ١٩٧٥ يتناول الجوانب العلاجية سواء للأمراض المهنية أم غير المهنية.

وهناك بعض تشريعات أخرى مكملة للقوانين التي تتناول الجوانب الوقائية وذلك في حالات خاصة مثل التعرض للإشعاعات المؤينة وتداول المبيدات واستعمال الآلات الحرارية والمراجل البخارية. ويتناول القانون رقم ٤ لسنة ١٩٩٤ المسائل المتعلقة بالبيئة العامة، وبه القليل من المواد التي تتناول بيئة العمل وتحتوي اللائحة التنفيذية على المعايير ومستويات التعرض المسموح بها. وتشمل التشريعات في مجال الصحة والسلامة المهنية ما يأتي:

#### ١ - قانون العمل رقم ١٣٧ لسنة ١٩٨١ والقرارات الوزارية المنفذة له:

ويعتبر القانون الرئيسي في مجال الصحة والسلامة المهنية، وفيما يلي الأجزاء الخاصة به:

**الباب الخامس:** خلافا لبقية مواد القانون فإن هذا الباب ينطبق على جميع أماكن العمل دون استثناء (القطاع العام والقطاع الخاص وقطاع الأعمال العام والعاملين بالهيئات الحكومية).

**الفصل الثاني:** يتناول اختيار الموقع وإجراءات الترخيص وفقا للقانون رقم ٤٥٣ لسنة ١٩٥٤ والقرارات الوزارية المنفذة له.

ويتناول **الفصل الثالث** توفير بيئة العمل الآمنة (المواد ١١٥ - ١٢٠) حيث يكون صاحب العمل مسؤولاً عن ذلك وكذلك عن تعريف العاملين بأخطار المهنة وتوفير وسائل الوقاية لهم بما في ذلك وسائل الوقاية الشخصية وتدريبهم على استعمالها وصيانتها.

ويوضح **القرار الوزاري رقم ٥٥ لسنة ١٩٨٣** تفاصيل وسائل الوقاية بما في ذلك سلامة المبنى واحتياطات الوقاية من الحريق وكذلك الوقاية من المخاطر الكيميائية والميكانيكية والطبيعية والمخاطر المتعلقة بأعمال المقاولات. وقد أُلحِق بهذا القرار المستويات المأمونة للوطأة الحرارية وشدة الإضاءة والضوضاء وتركيز المواد الضارة مثل الغازات والأتربة المسموح بها في بيئة العمل.

وتنص التشريعات على أنه يجوز للجهة الإدارية الأمر بإغلاق المنشأة كلياً أو جزئياً إذا لم تتبع المستويات المنصوص عليها في القرار إذا كان ذلك يشكل خطراً على الصحة.

وتؤكد **المادة ١١٦ من القانون** على ضرورة إجراء الفحص الطبي الابتدائي للعاملين بواسطة الهيئة العامة للتأمين الصحي. وحقيقاً لمبدأ وضع العامل المناسب في العمل المناسب فقد صدر قرار وزير الصحة رقم ١٣٣ لسنة ١٩٨٣ بتحديد مستويات اللياقة الصحية للأعمال المختلفة. وقد أكد القرار على ضرورة إجراء بعض الفحوص الطبية الخاصة للعاملين المعرضين للمخاطر المهنية المختلفة - أثناء الفحص الطبي الابتدائي - حتى يمكن أن تستعمل نتائج هذه الفحوص للمقارنة عند إجراء الفحص الطبي الدوري بهدف الاكتشاف المبكر للأمراض المهنية. وإن كانت هذه الفحوص قلما تجري أثناء الفحص الطبي الابتدائي.

ويتناول **الفصل الرابع** الخدمات الطبية ووسائل الإسعاف والتغذية والإسكان والمواصلات كما ينص على أن تلتزم المنشأة بإجراء الفحص الطبي الدوري للعاملين المعرضين للمخاطر المهنية وذلك بواسطة الهيئة العامة للتأمين الصحي.

ويتناول **الفصل الخامس** أمور التفتيش على أماكن العمل للتأكد من تنفيذ القانون رقم ١٣٧ لسنة ١٩٨١ وكذلك للتأكد من تنفيذ اشتراطات الصحة والسلامة المهنية التي تنص عليها

بعض التشريعات الأخرى مثل القانون رقم ٤٥٣ لسنة ١٩٥٤. ويتم التفتيش بصفة دورية بواسطة أفراد جهاز التفتيش التابع لوزارة القوى العاملة والمكون من الإدارة العامة للسلامة والصحة المهنية ومكاتب السلامة والصحة المهنية بمديريات القوى العاملة بالمحافظات. ويبلغ عدد أفراد جهاز التفتيش على مستوى الجمهورية ٩١٦ فرداً بين كيميائي ومهندس وطبيب. لهم صفة الضبطية القضائية. ويتم تدريبهم دورياً لرفع مستوى الأداء وكذلك تزويدهم بأجهزة ومعدات لقياس المخاطر وتقييم بيئة العمل. ولأفراد الجهاز إجراء الفحوص البيئية والطبية في المنشآت للتأكد من سلامة بيئة العمل وكذلك لفحص أية شكوى من المواطنين أو العاملين بشأن مشاكل بيئة العمل.

ويختص الفصل السادس والقرار الوزاري رقم ١١٦ لسنة ١٩٩١ بإنشاء وتكوين وتشكيل وتدريب أجهزة السلامة والصحة المهنية بالمنشآت واختيار وعدد ومؤهلات أفرادها وكذلك تحديد جهات تدريبهم. كما تطرق التشريع إلى إنشاء لجان للأمن الصناعي في المنشآت وتحديد اختصاصاتها وتكوينها.

ويلزم القرار الوزاري رقم ٧٥ لسنة ١٩٩٣ المنشآت بإخطار مديريات القوى العاملة عن الأمراض والإصابات المهنية والحوادث الجسيمة وكذلك الأمراض غير المهنية والأمراض المزمنة إذا كان عدد العاملين في المنشأة ٥٠ عاملاً فأكثر.

وينص الفصل السابع على أن ينشأ بقرار من رئيس الجمهورية " المجلس الاستشاري الأعلى للسلامة والصحة المهنية " برئاسة وزير القوى العاملة ويضم ممثلين عن الجهات المعنية ويختص برسم السياسات في هذا المجال والتنسيق بين الجهات العاملة فيه (قرار رئيس الجمهورية رقم ١١٤ لسنة ١٩٨٤). كما نص القانون على تشكيل لجان استشارية للسلامة والصحة المهنية في المحافظات.

وينظم الباب السابع تشغيل الأحداث. وقد صدرت في هذا الشأن قرارات وزير القوى العاملة رقم ١٢ لسنة ١٩٨٢. و١٣ لسنة ١٩٨٣. و١٤ لسنة ١٩٨٢. وكذلك ينظم هذا الباب تشغيل النساء ومنحهن إجازة وضع مدفوعة الأجر. وإنشاء دور حضانه. وقد صدرت بهذا الشأن قرارات وزير القوى العاملة رقم ٢٣ لسنة ١٩٨٢. و٣٠ لسنة ١٩٨٢.

وفي وزارة القوى العاملة إدارة لعمالة الأطفال تقوم بحصر للأحداث العاملين. ويقوم مفتشو السلامة والصحة المهنية بمراقبة تنفيذ التشريعات الخاصة بالأحداث العاملين في الورش الصغيرة.

وفي مجال الرعاية الصحية للأطفال. فقد احتوى قانون الطفل رقم ١٢ لسنة ١٩٩٦ على مواد تعنى بتقديم الرعاية الصحية لهم بما في ذلك الفحص الطبي الدوري. وكذلك يتم إعفاؤهم من دفع أية رسوم عند استخدام مراكز الرعاية الصحية الأساسية التابعة لوزارة الصحة - بناءً على قرار وزير الصحة والسكان.

ويتم في مجال رعاية الأطفال العاملين التنسيق بين وزارة الصحة (الصحة المهنية والرعاية الأساسية) والمجلس القومي للأمومة والطفولة.

ويدعم أعمال وزارة القوى العاملة " المركز القومي لدراسات الأمن الصناعي " المنشأ بالقرار الجمهوري رقم ٩٣٢ لسنة ١٩٦٩ ويتبع وزير القوى العاملة مباشرة ويختص بالدراسات والبحوث وتقديم الخدمات الميدانية والتدريب ذي المستوى العالي والتخصصي.

## ٢- القانون رقم ٢٧ لسنة ١٩٨١ بشأن تشغيل العاملين في المناجم والحاجر:

وينص القانون من بين مواده على إجراء الفحص الطبي الابتدائي للعاملين وكذا فحص الصدر بالأشعة كل أشهر للمعرضين بصفة مباشرة أو غير مباشرة للآتربة. كما يوضح إجراءات الأمن الصناعي ويتناول أمور الإسكان والتغذية والرعاية الطبية لعمال المناجم والحاجر. ويلاحظ أن اللائحة التنفيذية للقانون لم تصدر بعد.

## ٣- القانون رقم ٤٥٣ لسنة ١٩٥٤ بشأن تراخيص المجال الصناعية والتجارية وغيرها من المجال المقلقة للراحة والمضرة بالصحة والقرارات المتعلقة به:

ينظم القانون بصفة عامة إجراءات ترخيص المجال المشار إليها ويحتوى على اشتراطات الصحة والسلامة المهنية. وقد صدر أيضا في هذا المجال القرار الجمهوري رقم ٩٩١ لسنة ١٩٧٦ بشأن إجراءات الأمن الصناعي في هذه المجال. وتراعى هذه الاشتراطات عند الترخيص للمجال بواسطة ممثلي وزارات الإسكان والصحة والقوى العاملة على المستوى المحلى.

وقد نص قرار وزير الإسكان رقم ٣٨٠ لسنة ١٩٧٥ على اشتراطات السلامة والصحة المهنية في أنواع متعددة من المنشآت بما في ذلك مواد البناء والأرضيات وارتفاع المبنى والسقف والتهوية والإضاءة والمرافق الصحية والتوصيلات الكهربائية واحتياطات الحريق وغير ذلك. وقد شملت الجداول المرفقة بالقرار حوالي ١٨٠ نشاطا مهنيا.

## ٤- قانون التأمين الاجتماعي رقم ٧٩ لسنة ١٩٧٥ المعدل بالقانون رقم ٢٥ لسنة ١٩٧٧ والقرارات المنفذة له:

ويشمل القانون - إلى جانب التأمينات الاجتماعية الأخرى- تأمين إصابات العمل والتأمين الصحي. ويشمل تأمين إصابات العمل جميع العاملين في الحكومة والعاملين الذين ينطبق عليهم قانون العمل والذين بلغوا من العمر ١٨ عاما فأكثر - مع بعض الاستثناءات. ويمول تأمين إصابات العمل صاحب العمل. ويوفر التأمين خدمات الاكتشاف المبكر للأمراض المهنية وعلاج هذه الأمراض والإصابات المهنية وتعويض الأجر في حالة العجز المؤقت وكذلك التعويض في حالة العجز المستديم والوفاة أو التقاعد لأسباب مهنية وكذلك خدمات التأهيل.

وملحق بالقانون جدول أمراض المهنة والذي يحتوى - على سبيل الحصر - ٢٩ تعرضا مهنيا ويمكن تعديله بالزيادة بقرار من وزير التأمينات. والعاملون المعرضون لهذه التعرضات يجرى فحصهم دوريا بغرض الاكتشاف المبكر للأمراض المهنية. وينظم إجراءات الفحص ودورته قرار وزير التأمينات رقم ٢١٨ لسنة ١٩٧٧ المعدل بالقرار رقم ٧٨ لسنة ٧٨. وتتولى الهيئة العامة للتأمين الصحي إجراء الفحص الطبي الدوري واكتشاف وعلاج وتأهيل المرضى والمصابين وتقدير نسب العجز ومنح الإجازات المرضية.

وبالإضافة إلى الأمراض المدرجة في جدول الأمراض المهنية فإن الأمراض المتسببة عن الإجهاد والإرهاق يمكن اعتبارها من الأمراض المهنية تحت ظروف معينة تنظمها قرارات وزير التأمينات رقم ٢٣٩ لسنة ١٩٧٧ والمعدل بالقرارات رقم ١٣٦ لسنة ١٩٨٠ ورقم ٣٦ لسنة ١٩٨٢ ورقم ١١١ لسنة ١٩٨٢.

ويمول خدمات التأمين الصحي صاحب العمل والعامل بنسب محددة وتقدم الخدمة الطبية المجانية في الأغلب الهيئة العامة للتأمين الصحي المنشأة بالقرار الجمهوري رقم ١٢٠٩ لسنة ١٩٦٤ وذلك بالإضافة إلى إجراء الفحص الطبي الابتدائي والدوري. ويشرف على أعمال الهيئة وزير الصحة والسكان.

وقد أجاز قرار وزير الصحة رقم ٣٩٣ لسنة ١٩٧٧ للمنشآت - تحت ظروف معينة - تقديم خدمات التأمين بالنسبة للأمراض المهنية وغير المهنية شريطة أن تكون الخدمة على مستوى ترضى عنه الهيئة.

ويتيح القانون رقم ٣٢ لسنة ١٩٧٥ للعاملين في الحكومة ووحدات الإدارة المحلية والهيئات العامة والمؤسسات العامة الانتفاع بنظام العلاج التأميني الذي يتيح القانون رقم ٧٩ لسنة ١٩٧٥ على أن يدفع المنتفع اشتراكا مخفضا (٥,٠٪) بالإضافة إلى رسم رمزي يؤديه عند الانتفاع بالخدمة.

وهناك العديد من القوانين والقرارات الوزارية وقرارات رؤساء الهيئة العامة للتأمين الصحي المنظمة لخدمات التأمين الصحي وتأمين إصابات العمل.

#### ٥- القرار الجمهوري رقم ٥٩ لسنة ١٩٦٠ بشأن استعمال الإشعاعات المؤينة والوقاية من أخطارها:

ينفذ هذا القانون الذي تجاوز عمره الأربعين عاما "المكتب التنفيذي للوقاية من الإشعاعات المؤينة" التابع لوزارة الصحة والسكان. والذي يعاني من نقص في عدد وتدريب العاملين به. ويختص المكتب بالترخيص وتنظيم استعمال مصادر الإشعاعات المؤينة ويعطى هذا الاختصاص لهيئة الطاقة النووية فيما يختص بالمصادر المفتوحة ولوزارة الصحة فيما يختص بالمصادر المغلقة وأجهزة الأشعة. وينظم المكتب عمليات الترخيص بالاستيراد للأفراد والمؤسسات ويحدد مؤهلات وتدريب الأفراد العاملين في هذا المجال ويؤكد على استعمال وسائل الوقاية. ويقوم العاملون في المكتب بالتفتيش وحفظ الملفات الخاصة بالمصادر والتأكد من رعاية صحة العاملين والجمهور ومن التخلص الآمن من تلك المصادر أو إعادة تصديرها.

#### ٦- قرار وزير الصحة رقم ١٧٤ لسنة ١٩٨٦ بشأن الترخيص للمنشآت المعدة لمقاومة الآفات:

ينظم القرار عملية الترخيص للأشخاص والمؤسسات العاملة في مجال مقاومة الآفات والمؤهلات المطلوبة للعاملين بهذه الأعمال والشروط الصحية الواجب توافرها وإجراءات السلامة.

#### ٧- القانون رقم ٥٥ لسنة ١٩٧٧ بشأن إقامة وإدارة الآلات الحرارية والمراجل البخارية:

يوضح القانون الاشتراطات الواجب توافرها في هذه الآلات والمراجل لتحقيق السلامة للعاملين.

ويقوم بالتفتيش على تنفيذ هذا القانون جهاز التفتيش التابع لوزارة القوى العاملة.

## ٨- القانون رقم ٤ لسنة ١٩٩٤ بشأن حماية البيئة ولائحته التنفيذية الصادرة بقرار رئيس مجلس الوزراء رقم ٣٣٨ لسنة ١٩٩٥:

ينص القانون في مادته الأولى على أن يعمل بأحكامه مع مراعاة القواعد والأحكام الواردة في القوانين الخاصة، وفي المادة الثانية أوكل إلى الوزراء، كل فيما يخصه، إصدار المعدلات والنسب اللازمة لتنفيذ أحكام الباب الثاني من القانون.

وتتناول معظم مواد القانون الأمور التي تضمن عدم تلوث البيئة الخارجية، وفيما يتعلق ببيئة العمل فهناك بعض المواد التي تناولت هذا الجانب:

مادة ٣٨: تتناول الشروط والضوابط والضمانات - عند استخدام مبيدات الآفات أو أي مركبات كيميائية أخرى لأي غرض - التي تكفل عدم تعرض الإنسان أو الحيوان أو النبات أو مجارى المياه.

مادة ٤٠: عند حرق الوقود يجب أن تكون الملوثات الناتجة في الحدود المسموح بها.

مادة ٤٢: تنص على عدم تجاوز شدة الصوت الناتج من معدات الإنتاج الحدود المسموح بها.

مادة ٤٣: على صاحب العمل اتخاذ الاحتياطات لعدم تسرب أو انبعاث ملوثات الهواء داخل مكان العمل إلا في الحدود المسموح بها وأن يوفر سبل الحماية للعاملين تنفيذاً لشروط السلامة والصحة المهنية.

مادة ٤٤: تهدف إلى المحافظة على درجتي الحرارة والرطوبة داخل مكان العمل في الحدود المسموح بها.

مادة ٤٥: تتناول تهوية الأماكن المغلقة وشبه المغلقة.

مادة ٤٦: منع التدخين في الأماكن المغلقة.

مادة ٤٧: تحديد مستويات التعرض للنشاط الإشعاعي.

وقد احتوت اللائحة التنفيذية على المستويات المسموح بها للوطأة الحرارية والضوضاء والملوثات في بيئة العمل.

## الجهات والهيئات المعنية بتنفيذ ومراقبة تشريعات السلامة والصحة المهنية

### ١. وزارة القوى العاملة والهجرة ومديريات القوى العاملة في المحافظات:

وتقوم بمراقبة تنفيذ قانون العمل وقانون تشغيل العاملين بالمناجم والحاجر والتفتيش الدوري على أماكن العمل. كما يقوم مفتشو السلامة والصحة المهنية أيضاً بمراقبة تنفيذ التشريعات الأخرى المتعلقة بالسلامة والصحة المهنية مثل القانون رقم ٤٥٣ لسنة ١٩٥٤ والقرار الجمهوري رقم ٩٩١ لسنة ١٩٧٦ وقرار وزير الإسكان رقم ٣٨٠ لسنة ١٩٧٥ والقانون رقم ٥٥ لسنة ١٩٧٧.

ويراقب مفتشو السلامة والصحة المهنية كذلك أعمال لجان وأجهزة السلامة والصحة المهنية في المنشآت.

ويتبع وزير القوى العاملة والهجرة المركز القومي لدراسات الأمن الصناعي المنشأ بالقرار الجمهوري رقم ٩٣٢ لسنة ١٩٦٩. ويختص المركز بالدراسات والبحوث وتقديم الخدمات الميدانية والتدريب.

ويرأس وزير القوى العاملة المجلس الاستشاري الأعلى للسلامة والصحة المهنية المنشأ - تطبيقاً لقانون العمل - بالقرار الجمهوري رقم ١١٤ لسنة ١٩٨٤. ويختص المجلس بالتنسيق بين الوزارات والهيئات العاملة في مجال السلامة والصحة المهنية. كذلك نص القانون على إنشاء مجالس استشارية مشتركة في المحافظات.

## ٢. وزارة التأمينات الاجتماعية - الهيئة القومية للتأمينات الاجتماعية:

وتقوم بتنفيذ قانون التأمين الاجتماعي رقم ٧٩ لسنة ١٩٧٥ وتعديلاته فيما يختص بتأمين إصابات العمل والعلاج والتأهيل والتعويض عن إصابات العمل والأمراض المهنية والفحص الطبي الدوري. وتتولى الهيئة أساساً الجوانب المتعلقة بالحقوق المادية وتتولى الهيئة العامة للتأمين الصحي النواحي الطبية.

## ٣. وزارة الصحة والسكان والهيئة العامة للتأمين الصحي:

تقوم الإدارة العامة للصحة المهنية ومديريات الصحة المهنية بالمحافظات ببحث شكاوى المنشآت والمواطنين فيما يتعلق بأمكان العمل وعمل البحوث الميدانية وإعطاء التوصيات وتدريب الكوادر العاملة في هذا المجال.

كما يقوم مركز الرصد البيئي ودراسات بيئة العمل المنشأ بقرار وزير الصحة رقم ٤٩ لسنة ١٩٩٠ بإجراء الدراسات الميدانية وبحث مشكلات بيئة العمل.

ويشرف المكتب التنفيذي للوقاية من الإشعاعات المؤينة على تنفيذ القرار رقم ٥٩ لسنة ١٩٦٠.

ويشرف وزير الصحة والسكان على الهيئة العامة للتأمين الصحي التي تختص بما يأتي:

- الفحص الطبي الابتدائي للعاملين بالدولة وتطبيق مستويات اللياقة الصحية الواردة بقرار وزير الصحة رقم ١٣٣ لسنة ١٩٨٣.

- الفحص الطبي الدوري للعاملين المعرضين للمخاطر المهنية الواردة في جدول أمراض المهنة الملحق بقانون التأمين الاجتماعي.

- التشخيص والعلاج والتأهيل وتقدير نسب العجز للإصابات والأمراض المهنية.

- تقديم خدمات التأمين الصحي للعاملين. والهيئة مرخص لها بأداء خدمات طبية بأجر بمقتضى قرار رئيس الجمهورية رقم ٢٣٢٣ لسنة ١٩٦٧.

## ٤. وزارة الإسكان والمرافق:

وتقوم - بالتعاون مع وزارات الصحة والسكان والقوى العاملة والحكم المحلي - بتنفيذ القانون رقم ٤٥٣ لسنة ١٩٥٤ بشأن الترخيص بإنشاء المؤسسات الصناعية والقرارات الأخرى المتعلقة بالسلامة والصحة المهنية.

## ٥. وزارة الزراعة:

تشارك معها وزارة الصحة في اللجنة العليا للمبيدات والتي تهتم بدراسة سمية المبيدات والتأكد قبل التصريح باستعمالها في البلاد من أن تأثيرها على صحة العاملين والجمهور في الحدود المقبولة.

وتتشارك مع وزارات الصحة والسكان والقوى العاملة في التوعية بشأن التداول السليم للمبيدات.

## ٦. وزارة الصناعة:

تتشارك مع وزارات أخرى منها وزارات الإسكان والقوى العاملة في الإشراف على تنفيذ القانون رقم ٥٥ لسنة ١٩٧٨ بشأن الآلات الحرارية والمراجل البخارية وكذلك القانون رقم ٢٧ لسنة ١٩٨١ بشأن تشغيل العاملين في المناجم والمحاجر.

## ٧. وزارة الدولة لشئون البيئة وجهاز شئون البيئة برئاسة مجلس الوزراء:

تقوم بتنفيذ القانون رقم ٤ لسنة ١٩٩٤ بشأن حماية البيئة.

## ٨. وزارة الداخلية:

تساهم الوزارة بأجهزتها المختلفة في تنفيذ كافة القوانين.

وتقوم مصلحة الدفاع المدني بتنفيذ القانون رقم ١٠٧ لسنة ١٩٨٢ بشأن أجهزة الدفاع المدني في المنشآت الصناعية.

## ٩. أجهزة معاونة:

تعاون في تحقيق أهداف السلامة والصحة المهنية الجهات الآتية:

- الجامعات والمراكز البحثية والمعاهد العلمية.
- الاتحاد العام لنقابات عمال مصر وبه أمانة متخصصة للأمن الصناعي ويتبعه:
  - الجامعة العمالية بشعبها المختلفة ومنها شعبة السلامة والصحة المهنية
  - المؤسسة الثقافية العمالية ويتبعها معهد الأمن الصناعي الذي يقوم بتدريب الأخصائيين والفنيين وأعضاء لجان السلامة والصحة المهنية بالمنشآت. وهوالجهة المعتمدة من وزارة القوى العاملة للقيام بهذا التدريب.

١٠. **ولبعض الوزارات الأخرى** أنشطة لها انعكاسات إيجابية على السلامة والصحة المهنية منها وزارات التعليم والتعليم العالي والبحث العلمي - أكاديمية البحث العلمي والتكنولوجيا - ووزارة الإعلام.

## وصف وتقييم الحالة الصحية للعاملين

الجدول رقم ١٥ يوضح توزيع العاملين من سن ١٥ سنة فأكثر حسب النشاط الاقتصادي والمهنة والنوع في ريف وحضر جمهورية مصر العربية طبقاً لنتائج تعداد سنة ١٩٩٦<sup>(٧)</sup>.

يبين الجدول رقم ١ أن من مجموع العاملين من سن ١٥ سنة فأكثر - وعددهم حوالي ١٥,٨ مليون عامل - فإن العاملين في المهن الزراعية يمثلون حوالي ٤,٩ مليون عامل أي ٣١٪ وذلك مع الأخذ في الاعتبار أن عمالة الأطفال تحت سن ١٥ سنة أكثر بدرجة كبيرة في الأعمال الزراعية منها في المهن الأخرى.

وتختلف درجة التعرض للمخاطر المهنية - وخاصة إصابات العمل - كما يتبين ذلك من حسابات معدل التكرار ومعدل الشدة للإصابات في المهن المختلفة.

(معدل تكرار الحوادث = عدد الإصابات خلال عام × مليون ÷ عدد الساعات التي عملها جميع العاملين خلال نفس الفترة الزمنية).

(معدل شدة الحوادث = عدد أيام الغياب خلال عام × ١٠٠٠ ÷ عدد الساعات التي عملها جميع العاملين خلال نفس الفترة).

ويوضح الجدول رقم ٣ معدل تكرار وشدة الحوادث في بعض الأنشطة الاقتصادية من واقع نتائج دراسة أجريت بواسطة وزارة القوى العاملة في سنة ١٩٩١ في المنشآت التي يعمل بها ٥٠ عاملاً فأكثر (جدول رقم ١٠).

ويتبين من الجدول رقم ٣ أن أعلى معدل لتكرار الحوادث في الصناعات التحويلية تليها صناعة التعدين فصناعة البناء والإنشاءات، فمهن التجارة والفنادق والمطاعم. ثم الأعمال الزراعية. في حين أن معدل شدة الحوادث أعلى في صناعة التعدين ثم الصناعات التحويلية ثم البناء والإنشاءات وهي الأقل في المهن الزراعية.

ويبين الجدول رقم ٢ توزيع العاملين حسب المهن في الأنشطة المختلفة في حضر وريف الجمهورية والنسبة المئوية للعاملين في كل مهنة. ويتضح من الجدول أن عمال الزراعة هم الأكثر عدداً يليهم الحرفيون ثم العاملون في المهن الأخرى.

## الأمراض المهنية

تعتبر إحصائيات الهيئة العامة للتأمين الصحي المصدر الأساسي للمعلومات الخاصة بحالات الأمراض المهنية وذلك من واقع نتائج الفحص الطبي الدوري للعاملين المعرضين للمخاطر المهنية المختلفة. ولا يجري الفحص الطبي الدوري لجميع العاملين الخاضعين لتأمين إصابات العمل ولكن يحدد الفئات الخاضعة للفحص جدول أمراض المهنة الملحق بقانون التأمين الاجتماعي رقم ٧٩ لسنة ١٩٧٥ والذي يحدد على سبيل الحصر ٢٩ تعرضاً مهنيًا كما تحدد التشريعات أيضاً دورية الفحص لفئات العاملين المعرضين حسب نوع التعرض ودرجة خطورته. وتتراوح دورية الفحص من ستة شهور إلى سنة إلى سنتين. ويجب أن يؤخذ في الاعتبار أن قليلاً من المؤسسات الكبرى -

بالمخالفة للقوانين - ترفض السماح لأطباء التأمين الصحي بإجراء الفحص الطبي للعاملين بها. وهناك أيضا بعض المنشآت التي تهرب لأسباب شتى من إجراء الفحص. ومن ثم فإن تقديرات الأمراض المهنية والإصابات قد تكون أكثر مما يظهر في إحصائيات الهيئة العامة للتأمين الصحي.

ويبين الجدول رقم ٤ أعداد العمال المنتفعين بتأمين إصابات العمل وعدد العمال المعرضين للمخاطر المهنية في الفروع المختلفة للهيئة العامة للتأمين الصحي موزعين حسب دورية الفحص في الفترة من ١٩٩٩/١/١ إلى ٢٠٠٠/١٢/٣١<sup>(٨)</sup> ويلاحظ أن عدد العمال الخاضعين للفحص الطبي الدوري يمثل ٥,٩٪ من إجمالي عدد المنتفعين منهم ٢,٩٪ يتم فحصهم كل ستة أشهر و٦٣٪ يتم فحصهم كل سنة و٣٤,١٪ يتم فحصهم كل سنتين.

كما يبين الجدول رقم ٥ أعداد العمال المعرضين للمخاطر المهنية المختلفة التي نتجت عنها أمراض مهنية وعدد حالات الأمراض المهنية المكتشفة ونسبة الإصابة بين المعرضين وذلك في الفترة من ١٩٩٩/١/١ إلى ٢٠٠٠/١٢/٣١<sup>(٨)</sup>.

ويوضح الجدول رقم ٦ عدد حالات الأمراض المهنية المكتشفة في الفترة من ٢٠٠٠/١/١ إلى ٢٠٠٠/١٢/٣١ في المناطق المختلفة للهيئة<sup>(٨)</sup>.

ويلاحظ التفاوت الكبير في عدد الحالات ونسب الإصابة وذلك نظرا لاختلاف عدد العمال المعرضين وطبيعة النشاط المهني واختلاف أنواع التعرضات وشدها وأنواع الصناعات بين المناطق المختلفة. وقد تكون هناك أسباب أخرى لاختلاف نسب الإصابات والأمراض المهنية في الصناعات المختلفة وفي الصناعة الواحدة في المواقع المختلفة. وقد يكون من المفيد أن تقوم الهيئة العامة للتأمين الصحي بالاشتراك مع الجامعات ومراكز البحوث بإجراء دراسات للكشف عن أسباب ارتفاع نسب الإصابة في المواقع المختلفة ما يساعد على تخطيط الأنشطة الوقائية على أساس علمي سليم.

ويتبين من الجدول رقم ٥ أن أعلى نسبة إصابة هي بين المعرضين لغبار السليكا (١٣٪) كما يبين الجدول رقم ٦ أن نسبة الإصابة بمرض السليكوزس بين المعرضين تختلف من منطقة إلى أخرى فهي تتراوح من ١٤,٤٪ في وسط وجنوب الصعيد إلى ١٢٪ في منطقة القنال إلى ١٠,٣٪ في شرق الدلتا إلى ٧,٤٪ في شمال غرب الدلتا إلى ٧,١٪ في شمال الصعيد إلى ٠,٤٩٪ في القاهرة.

وتبلغ نسبة الإصابة بالأمراض التي تنشأ عن التعرض للهرمونات بين المعرضين لها ٣,٨٪ وإن كان عدد المعرضين لها أقل كثيرا من المعرضين للتعرضات الأخرى ويتركز التعرض في منطقة واحدة هي شمال الصعيد (صناعة الأدوية) (جدول ٥). وكذلك تبلغ نسبة الإصابة بالصمم المهني بين المعرضين للضوضاء ١,٤٪ من إجمالي عدد المعرضين على مستوى الجمهورية (جدول رقم ٥).

والحالات الواردة في جدول رقم ٥ و٦ تحت "التسمم بالفوسفور" هي حالات تسمم بالمبيدات الفسفورية اكتشفت أثناء الفحص الطبي الدوري لفئات العمال المنتظمين المعرضين وهم عمال مصانع المبيدات والعمال في الجمعيات الزراعية ويتعرض للمبيدات أيضا عمال الزراعة ولا يسلم من التعرض من هم دون الخامسة عشرة. وإجراء الفحص الطبي الدوري لعمال الزراعة المعرضين للمبيدات تقابله مصاعب جمة. فرش المبيدات في الحقول والبساتين عملية موسمية قد لا يدركها الفحص الدوري كما أن أعدادا هائلة من المزارعين لا يشملهم تأمين إصابات العمل (لأنهم ملاك

الأرض أو أفراد العائلة أو عمال موسمين صغار السن يتهرب المقاتل الذي يستخدمهم من دفع التأمينات). ولذلك فإن الفحص الدوري يشمل مجموعة محدودة منهم.

وهناك حالات من التسمم الحاد حدثت لعمال الزراعة عند التعرض للمبيدات أثناء العمل وتعالج في المستشفيات أو الوحدات الصحية التابعة لوزارة الصحة ولا تبلغ هذه الحالات عادة إلى الهيئة العامة للتأمين الصحي أو إلى مديريات القوى العاملة ولا توجد في الوقت الحاضر إحصائيات حديثة ودقيقة عن حجم المشكلة.

### إصابات العمل والأمراض المهنية - أيام الغياب والوفيات والخسائر المادية

يوضح الجدول رقم ٧ عدد إصابات العمل في الفروع المختلفة للهيئة العامة للتأمين الصحي خلال عام ١٩٩٩-٢٠٠٠ مع بيان الحالات التي احتاجت إلى استشارة الأخصائي أو دخلت المستشفى وعدد الحالات التي شفيت وأيام الغياب<sup>(٩)</sup>. ويتبين من الجدول اختلاف معدل حدوث الإصابة لكل ١٠٠٠ ومعدل أيام الانقطاع لكل ١٠٠٠٠٠٠ منتفع بين الفروع المختلفة حيث بلغ معدل حدوث الإصابة ٤١,٧ في وسط الدلتا و١٠,٩ في القاهرة و٠,٦ في أسيوط ووسط الصعيد بينما كان معدل أيام الانقطاع في القاهرة أعلى منه في الفروع الأخرى.

وقد كان من المتوقع - مع ما يتم من تحديث للعمليات الصناعية وتقدم تكنولوجيات التحكم في المخاطر. واهتمام المسؤولين على مستوى مواقع العمل وعلى المستوى الحكومي - أن تتناقص معدلات حدوث الأمراض المهنية وإصابات العمل. ويوضح الجدول رقم ٨ أعداد الوفيات وحالات العجز نتيجة الإصابة وتوزيع المعاشات المنصرفة للوفاة والإصابة والعجز خلال سنوات ١٩٩٦ - ٢٠٠١ في القطاع الحكومي. ومن الجدول يلاحظ أن هناك تزايداً مستمراً في عدد الوفيات بسبب إصابات العمل وكذلك في حالات العجز. وبالتالي فقد زادت قيمة المعاشات المنصرفة كتعويض عن الوفاة والعجز الإصابي (بسبب الأمراض المهنية والإصابات الناتجة عن الحوادث)<sup>(١٠)</sup>. وجدير بالذكر أنه من المتوقع أن تكون معدلات حدوث الأمراض المهنية والإصابات في القطاعين العام والخاص أعلى منها في القطاع الحكومي.

وقد قامت الإدارة العامة للسلامة والصحة المهنية بوزارة القوى العاملة بدراسة عن إصابات العمل والأمراض المهنية في الفترة من ١٩٨٦ - ١٩٩١. ويوضح الجدول رقم ٩ عدد العاملين خلال السنوات ١٩٨٦ إلى ١٩٩٠ وعدد الإصابات والوفيات وأيام الغياب وكذلك عدد حالات الأمراض المهنية وأيام الغياب بسببها.

يتبين من الجدول أنه كانت هناك حوالي ٢٠٠ وفاة سنوياً بسبب الإصابات خلال تلك الفترة. وتراوحت أيام الغياب خلال نفس الفترة - بسبب الإصابات والأمراض المهنية - بين ٠,٩٥ إلى ١,٢ مليون يوم.

كما يوضح الجدول رقم ١٠ عدد المنشآت التي يعمل بها ٥٠ عاملاً فأكثر وعدد عمالها وعدد الإصابات وأيام الغياب نتيجة الإصابة في الأنشطة المختلفة خلال عام ١٩٩١.

ويتبين من الجدول أنه كانت هناك ٥٤٣ إصابة خلال ذلك العام خلف عنها عجز منها ٣٥٥ في الصناعات التحويلية و٧٥ في صناعة البناء والتشييد و٤٨ في صناعة النقل والاتصالات والتخزين. كما حدثت في نفس العام ١٩٢ وفاة منها ٩١ في الصناعات التحويلية و٣٠ في البناء والتشييد و٢٤ في قطاع الكهرباء والمياه والغاز و١٩ في صناعة النقل والاتصالات والتخزين. وتفيد البيانات الواردة من الهيئة القومية للتأمينات بأن عدد الوفيات والإصابات التي خلف عنها عجز قد زادت خلال سنوات ١٩٨١ - ١٩٩١ بنسبة ٦٠٪ وأن ما دفعته الهيئة كتعويض عن إصابات العمل وما خلف عنها قد زاد خلال نفس الفترة بنسبة ٦٥٤٪ وأن قيمة التعويضات في سنة ١٩٨٩ كانت ١١٢٩٦٠٠٠ جنيه مصري.

## وصف وتقييم الخدمات الصحية للعاملين

الخدمات الصحية للعاملين - شأنها شأن الخدمات الصحية لكافة المواطنين - تنقسم إلي خدمات علاجية وخدمات وقائية. ولكنها تتميز ببعض الخواص التي جعل لها طابعا متميزا. فمجموعات العاملين مجموعات منتظمة يمكن الوصول إليها في أماكن العمل بطريقة منظمة وتتبع الحالة الصحية وتسجيلها وتقديم خدمة طبية علاجية ذات طابع موحد من حيث مستوى الخدمة. وفي غير ساعات العمل يتمتع العاملون بالخدمات التي تؤدي إلى كافة المواطنين بالإضافة إلي ما تقدمه أنظمة العلاج الخاصة بهم والتي يمولها في أغلب الأحيان نظام تأميني أو صاحب العمل.

أما الخدمات الوقائية فإن العاملين في أماكن عملهم يستفيدون من الخدمات الوقائية التي توفرها الدولة للمواطنين كافة وذلك بالإضافة إلي الخدمات الوقائية النوعية التي يتطلبها التعامل مع المخاطر المختلفة التي قد توجد في بيئة العمل وهي الأنشطة الوقائية التي تندرج تحت مسمى "الصحة والسلامة المهنية".

## الخدمات العلاجية

ألزمت الدولة صاحب العمل بتقديم الخدمات العلاجية للعاملين بالمجان. فقد نص قانون العمل رقم ١٣٧ لسنة ١٩٨١ في المادة ١٢١ على أن:

- تلتزم المنشأة بأن توفر للعاملين بها وسائل الإسعاف الطبية.
- وإذا زاد عدد العاملين في مكان واحد أو بلد واحد أو في دائرة نصف قطرها خمسة عشر كيلومترا عن خمسين عاملا تلتزم المنشأة بأن تستخدم ممرضا ملما بوسائل الإسعاف الطبية يخصص للقيام بها. وأن تعهد إلي طبيب بعيادتهم في المكان الذي تعده لهذا الغرض. وأن تقدم لهم الأدوية اللازمة وذلك كله بدون مقابل.
- فإذا زاد عدد العاملين الذين تستخدمهم المنشأة ولو في فروع متعددة لها على ثلاثمائة عامل وجب عليها فضلا عن ذلك أن توفر لهم جميعا وسائل العلاج الأخرى في الحالات التي يتطلب

علاجها الاستعانة بأطباء أخصائيين أو القيام بعمليات جراحية أو غيرها وكذلك الأدوية اللازمة وذلك كله بالجآن.

وقبل صدور القانون رقم ١٣٧ لسنة ١٩٨١ كان هناك القانون رقم ٩١ لسنة ١٩٥٩ والذي نص أيضا على تقديم الخدمات العلاجية للعاملين.

في سنة ١٩٦٤ صدر القرار الجمهوري رقم ١٢٠٩ بشأن إنشاء الهيئة العامة للتأمين الصحي والتي تختص بالتأمين الصحي (تأمين المرض) على العاملين في الحكومة ووحدات الإدارة المحلية والهيئات العامة والمؤسسات العامة.

وقد أوضح قانون التأمين الاجتماعي رقم ٧٩ لسنة ١٩٧٥ في المادة ٤٧ مجالات العلاج والرعاية الطبية التي يقدمها تأمين المرض وتتلخص فيما يأتي:

١. الخدمات الطبية التي يؤديها الممارس العام.
٢. الخدمات الطبية على مستوى الأخصائيين بما في ذلك أخصائيي الأسنان.
٣. الرعاية الطبية المنزلية عند الاقتضاء.
٤. العلاج والإقامة في المستشفى أو المصح أو المركز الطبي المتخصص.
٥. العمليات الجراحية وأنواع العلاج الأخرى حسب ما يلزم.
٦. الفحص بالأشعة والبحوث المعملية (المخبرية) اللازمة وغيرها من الفحوص الطبية وما في حكمها.
٧. صرف الأدوية اللازمة في جميع الحالات المشار إليها.
٨. توفير الخدمات التأهيلية وتقديم الأطراف والأجهزة الصناعية والتعويضية.

وبالإضافة إلي حصة صاحب العمل يؤدي العاملون المؤمن عليهم اشتراكا يساوي ١٪ من الأجر نظير الانتفاع بخدمات التأمين الصحي المنصوص عليها بالقانون رقم ٧٩ لسنة ١٩٧٥. أما من ينطبق عليهم نظام العلاج التأميني الصادر بالقانون رقم ٣٢ لسنة ١٩٧٥ فيؤدي المؤمن عليه اشتراكا يساوي ٠,٥٪ من مرتبه بالإضافة إلي رسم رمزي يدفعه عند الانتفاع بالخدمة ونسبة من ثمن الأدوية وتكاليف العلاج والفحوص المعملية والأشعة.

وقد صدر قرار رئيس مجلس إدارة الهيئة العامة للتأمين الصحي رقم ٦١٤ لسنة ٦٧ بشأن تنظيم إجراءات الرعاية الطبية للمنتفعين بأحكام قوانين التأمين الصحي في كافة مراحلها.

كما صدر قرار وزير الصحة رقم ١٤٠ لسنة ١٩٧٦ بالحد الأدنى لمستويات تقديم الخدمة الطبية التأمينية من حيث عدد الأطباء ومعاونيهم بالنسبة إلي عدد المنتفعين. ومؤهلات أفراد الفريق الطبي والتوزيع الجغرافي للوحدات الصحية والعيادات الشاملة وخدمات الممارس وخدمات الأخصائي والتخصصات المطلوب توافرها وحفظ ملفات المرضى وتجهيزات الوحدات والعيادات الطبية المختلفة. وأوضح كذلك الخدمات التي تؤدي في المستشفيات والتجهيزات المطلوبة والأفراد وأعدادهم وتخصصاتهم. كما تناول أيضا العلاج خارج الجمهورية وشروطه.

وكذلك صدر قرار وزير الصحة رقم ١٤١ لسنة ١٩٧٦ في شأن شروط وأوضاع توفير الخدمات التأهيلية وتقديم الأطراف والأجهزة الصناعية.

وقد صدرت من رؤساء مجلس إدارة الهيئة قرارات متعددة لتنظيم العمل ووضع مستويات الخدمة والتجهيزات والأفراد بالوحدات التابعة للهيئة.

وعند إنشاء الهيئة العامة للتأمين الصحي بدأ العمل بنظام التأمين في محافظة الإسكندرية وفي المؤسسات الكبرى وامتدت الخدمات التأمينية بعد ذلك لتغطي كافة المحافظات وكافة المؤسسات.

وعندما صدر قانون العمل سنة ١٩٨١ لم يكن نظام التأمين الصحي قد غطى جميع المنشآت.

وفي سنة ١٩٨١ صدر قرار وزير الصحة رقم ٨٥٨ بشأن سريان أحكام تأمين المرض على العاملين بمنشآت القطاعين العام والخاص التي يعمل بها من ٥ - ٤٩٩ عاملاً بجميع محافظات الجمهورية. ثم صدر القرار رقم ٥٥٣ لسنة ١٩٨٣ بشأن سريان أحكام تأمين المرض على العاملين بمنشآت القطاعين العام والخاص التي يعمل بها من ١ - ٤ عمال في جميع محافظات الجمهورية.

ويبين الجدول رقم ١١ أعداد المنتفعين بالتأمين الصحي في الفروع المختلفة للهيئة العامة للتأمين الصحي في ١٩٩٩/٦/٣٠<sup>(٩)</sup>.

ويجوز للهيئة العامة للتأمين الصحي التصريح لبعض المنشآت بعلاج العاملين بها تحت ظروف معينة شريطة أن تتوفر لديها مستويات خدمة طبية ترضى عنها الهيئة.

ونشأ عن ذلك وجود شريحة من المنشآت تتولى تقديم خدمة العلاج الطبي للعاملين بها وهي في أغلب الأحيان هيئات أو شركات كبرى تقدم خدمات قد تتفوق على مستوى الخدمة الذي تقدمه الهيئة. وتؤدي الخدمة عن طريق أنظمة مختلفة فمنها من يستخدم أطباء معينين متخصصين كل الوقت أو متعاقدين كل أو بعض الوقت ومنهم من يتعاقد مع أطباء في عياداتهم أو في مستشفيات ومنهم من أنشأ مستشفيات خاصة بهم مثل مستشفى البترول ومستشفى الكهرباء ومستشفى هيئة السكك الحديدية ومستشفى مصر للطيران ومستشفى الدعاة وغيرها.

وتقدم الهيئة العامة للتأمين الصحي للشريحة الأكبر عدداً من العاملين الخدمات العلاجية المشار إليها عن طريق شبكة من الوحدات الصحية. ففي المؤسسات الكبرى يعمل طبيب أو أكثر كل الوقت وفي المؤسسات الأصغر حجماً يؤدي خدمة الممارس طبيب بعض الوقت يقوم برعاية عدد من المنشآت. وهناك عيادات الممارس الشاملة وكذلك العيادات الشاملة التي تؤدي - إلى جانب خدمة الممارس العام للمنشآت الصغيرة وللحالات التي تحتاج إلى هذه الخدمة - خدمات الطبيب الأخصائي في فروع الطب المختلفة. وكذلك خدمة الطبيب الاستشاري. وفي المناطق الصناعية والمراكز الحضرية الكبرى هناك العديد من المستشفيات التابعة مباشرة للهيئة. كما تشتري الهيئة الخدمة العلاجية من بعض المستشفيات والمراكز المتخصصة بالنسبة للأنشطة العلاجية أو الفحوص الطبية التي لا تتوافر في وحدات الهيئة.

وتعتمد الهيئة في تقديم الخدمة بصفة أساسية على الأطباء المعينين الممارسين والأخصائيين والأفراد المعاونين لهم ولكنها في مواقع كثيرة تلجأ إلي التعاقد مع الأطباء الأخصائيين والاستشاريين وغيرهم ولاسيما في المدن الصغرى والمناطق النائية حيث لا تتوفر لديها هذه الكفاءات.

وتغطي خدمات التأمين الصحي كل المحافظات وتقدم خدمة علاجية على مستوى مقبول. وبالنسبة لبعض الخدمات المتخصصة قد يحتاج الأمر إلي أن تستعين بعض وحدات التأمين الصحي بالخبرات المتوفرة في وحدات تأمينية أخرى في بعض المدن الكبرى حيث يحتاج المريض إلي الانتقال إلي الوحدة المتاحة بها الخدمة.

وتبين الجداول رقم ١٢ و ١٣ القوى العاملة بالهيئة العامة للتأمين الصحي من المعينين والمتعاقدين في ٣٠ /١/ ١٩٩٩ وكذلك بعض الخدمات التي تؤديها الهيئة وتكاليفها الإجمالية خلال عام ١٩٩٨/١٩٩٩.

والرأي أن المنتفعين بخدمات التأمين الصحي يحصلون على خدمة ذات مستوى مقبول بتكاليف رمزية لا يعيبها سوى بعض تصرفات العنصر البشرى عند تقديم الخدمة المجانية. فمقدم الخدمة يؤديها بطريقة روتينية ومتلقي الخدمة يطمح إلي مزيد من البشاشة وحسن المعاملة وإلي مزيد من الدواء والإجازات التي يطلبها أحيانا دون وجه حق.

والهيئة مدينة بمبالغ طائلة تدفعها إلي شيء من التقشف فيما يتعلق بالدواء. وهو ليس تقشفا جوهريا. إذ أن الهيئة تقدم الدواء الفعال الأرخص ثمنا في أضيق الحدود المقبولة.

وقد بلغ إجمالي عدد شكاوى المنتفعين بالتأمين الصحي ٨٠٤٥ شكوى خلال عام ١٩٩٨/١٩٩٩ بمعدل ٢,٧ شكوى لكل ١٠٠٠٠ منتفع<sup>(٩)</sup>.

وفي المؤسسات التي تقدم الخدمة للعاملين بها تكون المؤسسة في أغلب الأحيان أقل تقشفا وتكون العلاقات الإنسانية بين الفريق الطبي والمريض أحسن حالا ويكون رضا متلقي الخدمة أكثر منه في المؤسسات التي تغطيها الهيئة. وفي المؤسسات التي تقدم خدماتها للعاملين بها قد تشمل البرامج العلاجية أسر العاملين.

ولا ننسى في هذا المقام ما تقدمه نقابات العمال لأعضائها من خدمات علاجية متواضعة في عيادات طبية تنشئها من ميزانياتها الخاصة.

## الخدمات الوقائية

بالإضافة إلي الخدمات الوقائية التي تقدمها وزارة الصحة والسكان لكافة المواطنين هناك الخدمات الوقائية التي تهدف أساسا إلي توفير بيئة عمل آمنة وإلي التعامل مع المخاطر المهنية بصفة خاصة.

وقد كفلت التشريعات إنشاء الأجهزة المسئولة عن تقديم خدمات الصحة والسلامة المهنية على كافة المستويات ووضعت المعايير والاشتراطات اللازمة لتنفيذ برامج تهدف إلي حماية العامل في مكان عمله.

## فعلى مستوى المؤسسة:

صدر قرار وزير العمل رقم ١١٦ لسنة ١٩٩١ بتحديد المنشآت وأجهزة السلامة والصحة المهنية وجهات التدريب.

ويسرى القرار على المنشآت الصناعية وغير الصناعية التي تستخدم ٥٠ عاملاً فأكثر في موقع واحد وينص على أن ينشأ في كل منها جهاز وظيفي متخصص للسلامة والصحة المهنية يتناسب حجمه ومؤهلات أفرادهِ وتدريبهم مع مسؤوليات المنشأة ونوع النشاط وحجم العمالة. ويتبع الجهاز صاحب العمل ويكون مسؤولاً عن توفير اشتراطات السلامة والصحة المهنية داخل المنشأة. ويختص بالاشتراك في تنفيذ الإنشاءات والتوسعات بالمنشأة لتوفير وسائل السلامة والصحة المهنية وإعداد برامج تدريب العاملين وعقد اجتماعات لجان السلامة والصحة المهنية بالمنشأة وإعداد خطة سنوية تكفل التفتيش الدوري على أماكن العمل وعمل القياسات اللازمة ومعاينة الحوادث وأماكن حدوث الإصابات والأمراض المهنية وإعداد التقارير والإحصائيات اللازمة.

كما نص القرار على إنشاء لجان للسلامة والصحة المهنية بتلك المنشآت تختص بمتابعة شروط واحتياطات الوقاية ومناقشة الحوادث والإصابات ومتابعة برامج السلامة والصحة المهنية.

وقد حدد القرار أعداد ومؤهلات أفراد جهاز السلامة والصحة المهنية بالمنشأة وكذلك مستويات وجهات التدريب.

كما صدر قرار وزير العمل رقم ٥٥ لسنة ١٩٨٣ في شأن الاشتراطات والاحتياطات اللازمة لتوفير وسائل السلامة والصحة المهنية في أماكن العمل. وذكر القرار بالتفصيل وسائل الوقاية من المخاطر الطبيعية والميكانيكية والكيميائية وحدد المستويات المأمونة للوطأة الحرارية والإضاءة والضوضاء والملوثات الكيميائية في بيئة العمل.

وتلتزم المنشآت بموافاة مديريات القوى العاملة بإحصائيات نصف سنوية عن الأمراض والإصابات والإبلاغ عن الحوادث الجسيمة خلال ٢٤ ساعة.

## على مستوى مديريات القوى العاملة بالمحافظات:

نصت المادة ١٢٥ من قانون العمل على إعداد جهاز متخصص يقوم بالتفتيش الدوري على المنشآت للتحقق من تنفيذ قانون العمل والقرارات المنفذة له فيما يتعلق بالسلامة والصحة المهنية وأن تتوفر في أفراد الجهاز المؤهلات والخبرة اللازمة في النواحي الطبية والهندسية والكيميائية وأن تنظم لهم برامج تدريبية مناسبة لرفع كفاءتهم. وتزويدهم بأجهزة القياس اللازمة لأداء أعمالهم. ومن بين أعمال أجهزة التفتيش مراقبة أعمال أجهزة السلامة والصحة المهنية في المنشآت.

ويعمل في جهاز التفتيش في الإدارة العامة وفي مديريات القوى العاملة بالمحافظات حوالي ألف من العاملين. ويعانى جهاز التفتيش من قلة عدد المفتشين نسبة إلى عدد المنشآت ومن نقص في بعض التخصصات مثل الطب والهندسة. ومن نقص التدريب. وأجهزة القياس. ومن صعوبة الانتقال إلى المؤسسات المراد التفتيش عليها<sup>(١)</sup>.

## على مستوى الجمهورية:

صدر قرار رئيس الجمهورية رقم ١١٤ لسنة ١٩٨٤ بإنشاء المجلس الاستشاري الأعلى للسلامة والصحة المهنية. ويختص المجلس برسم السياسة العامة للسلامة والصحة المهنية والإشراف على تنسيق الجهود وتنظيم التعاون بين الجهات ذات الصلة.

كما نص القرار على تشكيل لجان استشارية مشتركة للسلامة والصحة المهنية بكل محافظة لها نفس الاختصاص على المستوى المحلي.

وإذا نظرنا إلي الجداول ٥ - ١٠ لوجدنا أنه - على الرغم من كفاءة التشريعات - فإن مشكلات التطبيق والنظم الموضوعة لوقاية العاملين من أخطار المهنة كانت ذات نتائج محدودة. وأنه - على الرغم من أن إدارات السلامة والصحة المهنية بالمحافظات يتم إخطارها بكل حالات الإصابات والأمراض المهنية. وأن على تلك الإدارات تنفيذ التشريعات المختلفة التي تهدف إلي توفير بيئة عمل آمنة - إلا أن الملاحظ من جدول ٨ أن حالات الوفاة الإصابية كانت في تزايد مستمر منذ عام ١٩٩٦ حتى عام ٢٠٠١. وأن حالات العجز الإصابي قد زادت كذلك في نفس الفترة.

وبالإضافة إلي الصعوبات التي يعاني منها جهاز التفتيش فإن العقوبات التي يمكن أن توقع على صاحب العمل المخالف غير رادعة. وفي كثير من الأحيان يعاني جهاز التفتيش من عدم تعاون أصحاب الأعمال.

ويتفاوت اهتمام أصحاب الأعمال بأمور الصحة والسلامة المهنية بما ينعكس بالضرورة على أداء أجهزة السلامة والصحة المهنية في منشآتهم. ففي كثير من الأحيان يقوم أفراد السلامة والصحة المهنية بهذه الأعمال إلي جانب أعمالهم الأصلية فلا يتاح لهم الوقت الكافي لأدائها. وفي معظم الأحيان لا يتوفر لهم التدريب الكافي ولا أجهزة القياس اللازمة لتقييم بيئة العمل.

كذلك لا تنعقد لجان السلامة والصحة المهنية بصفة دورية منتظمة كما تنص التشريعات. وتؤدي دورها بطريقة صورية. وعلى الرغم من أن من مسؤوليات مفتشي مديريات القوى العاملة التأكد من حسن سير العمل بهذه اللجان إلا أن محاضر الجلسات كثيرا ما تدون في الدفاتر المعدة لذلك بدون عقد اجتماعات.

وبصفة عامة فإنه - باستثناء بعض المنشآت الكبرى والمتوسطة - فإن أداء أجهزة السلامة والصحة المهنية في المنشآت ليس على المستوى المأمول.

## رؤية مستقبلية

إن المدقق في الإحصائيات الخاصة بالأمراض المهنية وإصابات العمل سوف يصبح على يقين من أن الأنشطة الموجهة للوقاية من المخاطر المهنية لم تؤت النتائج المرجوة. فبالرغم من أن التشريعات الخاصة بالصحة والسلامة المهنية على درجة عالية من الشمول إلا أن الأعداد الكبيرة والمتزايدة من الإصابات والأمراض المهنية تشير إلي أن التنفيذ ليس على درجة مقبولة من الكفاءة.

■ والرأي أن رفع درجة الوعي والاهتمام لدى الإدارة العليا من فئة أصحاب الأعمال أمر جوهري يجب أن تتجه الجهود إلى تحقيقه.

وخلق جيل من المديرين المسؤولين في الصناعة على وعى بأمور الصحة والسلامة المهنية يجب أن تبدأ توعيتهم وتدريبهم في مراحل التعليم المختلفة ولا سيما في المرحلة الجامعية. ويجب أن تشمل برامج تدريب الإدارة العليا قدرا كبيرا من الاهتمام بصحة العاملين وسلامتهم حيث إن ذلك - بكل تأكيد - ينعكس على جودة الإنتاج كما وكيفا. ويمكن أن تساهم وسائل الإعلام في هذه التوعية.

■ فإذا حقق اهتمام الإدارة العليا بأمور الصحة والسلامة المهنية فإن ذلك سيؤدي إلى قيام أجهزة السلامة والصحة المهنية في المنشآت بدورها بشكل أفضل. ويجب أن ننظر عندئذ إلى الإصابات والأمراض المهنية التي تحدث في المنشأة على أنها دلالة على وجود نقص في أداء هذه الأجهزة وأن تبذل الجهود لمعرفة أسباب النقص والعمل على تلافيه.

ولا ننسى في هذا المجال أن تدريب هذه الأجهزة على التعرف على المخاطر في بيئة العمل وقياسها ومقارنتها بالمعايير المسموح بها وتوفير أجهزة القياس أمر شديد الأهمية. ويجب ألا ننتظر وقوع الإصابات أو حدوث الأمراض لكي نتخذ إجراءات الوقاية بل تكون القياسات هي المؤشر على وجود المخاطر التي يجب العمل على التحكم فيها قبل حدوث الإصابات والأمراض.

■ وجهاز التفتيش التابع لوزارة القوى العاملة ومديرياتها يتلقى من المنشآت بيانات دورية عن الحوادث والإصابات والأمراض المهنية. وبالنظر إلى الإحصائيات المتاحة لدينا نرى أن هذه البيانات تعامل على أنها أمر واقع لا يمكن تغييره ولا تلفت النظر إلى الأوضاع المتدنية - للسلامة والصحة المهنية - في بعض أماكن العمل. وهناك عدة أسباب محتملة لاستمرار الأوضاع على ما هي عليه منها:

- النقص في الإمكانيات البشرية والتدريب والأجهزة لدى جهاز التفتيش مما يعجزه عن القيام بدوره على الوجه الأكمل.

- اللامبالاة واعتبار إصابات العمل وأمراض المهنة مسألة مقبولة طالما يحصل المصاب على التعويض اللازم.

- ضعف العقوبات التي يفرضها القانون على أصحاب العمل المخالفين.

- عدم اهتمام أصحاب العمل بأمور الصحة والسلامة المهنية.

- ضعف الإمكانيات المادية لدى صاحب العمل - لاسيما في الصناعات الصغيرة - مما لا يمكنه من التحكم في المخاطر المهنية في المنشأة.

ونرى أن هذه الأمور - مجتمعة - تؤدي إلى النتائج المشار إليها. ويجب أن تتولى الجهات المسئولة عن كل منها بحث الصعوبات والعمل على تذليلها. وأن تقوم وزارة القوى العاملة بدور رائد في تحسين أداء جهاز التفتيش وإمداده بالقوى البشرية والتدريب والأجهزة اللازمة لأداء عمله على أحسن وجه.

- الهيئة القومية للتأمينات الاجتماعية تتلقى اشتراكات المؤمن عليهم بتأمين إصابات العمل وتتكدس لديها الأموال. تنفق منها على اكتشاف وعلاج وتأهيل وتعويض المصابين. دون أن يكون لديها الإرادة - أو الالتزام القانوني - لكي تساهم في التقليل من الفاقد. الأمر الذي يعود عليها بالفائدة - بكل تأكيد.
- وتقوم الهيئة العامة للتأمين الصحي بالأعمال الطبية في مجال تأمين إصابات العمل. وليس لها - بحكم القانون - أي دور في أعمال الوقاية من الإصابات والأمراض المهنية فيما عدا إجراء الفحص الطبي الابتدائي والدوري.
- ونرى أن جرى دراسة هذه الأوضاع وتقييم الجدوى الاقتصادية من اشتراك الهيئة القومية للتأمينات الاجتماعية والهيئة العامة للتأمين الصحي بطريقة أو بأخرى في أعمال الوقاية من إصابات العمل والأمراض المهنية.
- وبالرغم من أن نقابات العمال لها دور فعال في العمل على الحصول على مزايا للعاملين. ورغم أن النقابة العامة لعمال مصر بها أمانة للأمن الصناعي. إلا أنه - على مستوى أماكن العمل - يتبلور نشاط النقابات في المطالبة بإجراء الفحص الطبي الدوري والحصول على حقوق العمال المصابين في العلاج والإجازة والتعويض دون أن تبذل جهوداً تذكر في مجال الوقاية من المخاطر المهنية. إلا في حالات نادرة.
- من بين اختصاصات المجلس الاستشاري الأعلى للسلامة والصحة المهنية الإشراف على تنسيق الجهود وتنظيم التعاون بين الجهات ذات الصلة بهدف النهوض بمستوى أدائها. ونادراً ما يجتمع المجلس. وليست لديه الآليات التي تمكنه من إحداث تغيير في أسلوب العمل بحيث يؤدي ذلك إلى تحسين أداء هذه الجهات وتحقيق وقاية حقيقية للعاملين. ويحتاج الأمر إلى تعديل القرار الجمهوري لكي يعطى للمجلس الصلاحيات اللازمة وكذلك إلى تفعيل دور اللجان الاستشارية في المحافظات وإعطائها الصلاحيات اللازمة لتأدية دورها على الوجه الأكمل.
- ويجب أن يقوم المجلس عندئذ بإجراء تقييم دوري لحالة الصحة والسلامة المهنية على المستوى القومي وأن يكون التقييم مبنياً على مؤشرات واقعية من أهمها معدلات الإصابات والأمراض المهنية. ويتم بناء على هذا التقييم تحديد نقاط الضعف وتوجيه برامج الصحة والسلامة المهنية الوجيهة الصحيحة. ويستلزم ذلك إنشاء " قاعدة بيانات الصحة والسلامة المهنية " تستمد بياناتها من كافة الجهات المعنية بالأمر وتكون متاحة للمهتمين وتساعد في ترتيب أولويات العمل في هذا المجال ورسم السياسات اللازمة.
- يوصى بأن تقوم الأجهزة القائمة على منح التراخيص للمنشآت بمراعاة التخطيط العمراني السليم والتأكيد على استعمال التقنيات الصناعية غير الملوثة ومراعاة اشتراطات الصحة والسلامة المهنية قبل منح الترخيص بتشغيل المنشأة. وأن يراعى ذلك بصفة خاصة في التجمعات العمرانية الجديدة.
- يوصى بعمل مراجعة دورية للتشريعات الخاصة بالصحة والسلامة المهنية بغرض تحديثها لتواكب التطور التقني والصناعي. وبصفة خاصة:

- جدول أمراض المهنة الملحق بقانون التأمين الاجتماعي والحاجة إلى تعديله بإضافة التعرضات المهنية التي تستجد نتيجة للتطور المستمر في الصناعة واستحداث عمليات صناعية واستعمال كيماويات لم تكن تستعمل من قبل.
- النسب المسموح بالتعرض لها في حالة وجود المخاطر الكيميائية والفيزيائية في بيئة العمل.
- القرار الجمهوري رقم ٥٩ لسنة ١٩٦٠ بشأن استعمال الإشعاعات المؤينة والوقاية من أخطارها.
- تغليظ العقوبات والغرامات على إهمال وسائل الوقاية بما يتلاءم مع الأضرار الناجمة عن هذا الإهمال.
- الاهتمام بإجراء دراسة متأنية عن كيفية توصيل خدمات الصحة والسلامة المهنية إلى عمال الزراعة مع التأكيد على دور برامج الرعاية الصحية الأولية القائمة حالياً. بعد تدريب الكوادر تدريباً مناسباً. والتأكيد على أهمية دور وزارة الصحة والسكان في تأمين سلامة اختيار المبيدات التي يصرح باستعمالها. وزيادة التنسيق بينها وبين وزارة الزراعة في هذا المجال.
- يوصى بأن ينص قانون العمل على إلزام الشركات التي يزيد عدد عمالها عن ٥٠٠ عامل باستخدام طبيب (كل الوقت أو بعض الوقت) متخصص في الصحة المهنية.
- تحسين الأداء فيما يتعلق بالفحص الطبي الدوري للعاملين المعرضين للمخاطر المهنية وذلك بتخصيص أطباء مستديمين لهذا العمل وتدريبهم على الاكتشاف المبكر للأمراض المهنية.
- التدريب المستمر على كافة المستويات للفئات الآتية:
  - أفراد أجهزة السلامة والصحة المهنية بالمنشآت مع التركيز على التدريب العملي على استعمال أجهزة القياس.
  - مفتشو السلامة والصحة المهنية بمديريات القوى العاملة مع توفير أجهزة قياس المخاطر وتدريبهم عليها وأن توفر وزارة القوى العاملة لبعضهم تدريباً متقدماً عن طريق بعثات داخلية كل في مجال تخصصه.
  - التدريب في الصحة المهنية لأطباء التأمين الصحي العاملين في المنشآت الصناعية وبصفة خاصة القائمين بالفحص الطبي الدوري.
  - الاهتمام بالصحة والسلامة المهنية في برامج التعليم العام والتعليم الفني والتعليم الجامعي وفي برامج التدريب التي تنظمها نقابات العمال والجامعة العمالية.
  - الاهتمام بتخصص "صحة بيئة العمل Industrial hygiene". ويمكن في الوقت الحاضر الاستعانة بالمختصين Industrial hygienists في المركز القومي لدراسات الأمن الصناعي التابع لوزير القوى العاملة. وكذلك المتخصصين في مراكز البحوث والجامعات. لإجراء التدريب في هذا المجال. وعلى إجراء دراسات صحة بيئة العمل في المواقع المختلفة. وكذلك حتى يمكن تلافي حدوث الأمراض المهنية والإصابات أو التقليل منها.

- يوصى بإجراء دراسة متأنية بهدف إيجاد حوافز إيجابية وسلبية لأصحاب الأعمال لحفزهم على بذل مزيد من الجهد للتقليل من معدلات حدوث إصابات العمل والأمراض المهنية.
- الاستفادة من نشاط الجمعيات غير الحكومية في دعم وتفعيل الأنشطة الوقائية والقيام بدور إيجابي عن طريق إبراز الحاجة إلى إجراءات وقائية في مواقع معينة والقيام بالدور الرقابي الذي أتاحه القانون رقم ٤ لسنة ١٩٩٤. وكذلك توعية الجماهير لممارسة الضغط على الأجهزة التنفيذية لبذل المزيد من الجهد. والقيام بدور فعال في توعية العمالة غير المنتظمة (مثل عمال قطاع المقاولات) بحقوقهم الصحية والمادية والتأمينية.

## المراجع

١. Hunter D. The Diseases of Occupations. London: Hodder & Stough, ١٩٨٧.
٢. Ramazzini B. Diseases of Workers. Translated by Wright W C. In: De Morbis Artificum Diatriba, ١٧١٣. New York: Hofner, ١٩١٤.
٣. World Health Organization. Technical Report Series no. ١١. Joint ILO/WHO Committee on Occupational Health. WHO, Geneva, ١٩٥٣.
٤. Rom WN. The discipline of environmental and occupational medicine. In: Rom WN ( ed.), Environmental and Occupational Medicine, ٣<sup>rd</sup> edition. Lippincot-Raven, Philadelphia, New York. ١٩٩٨. PP ٣.
٥. المجلس القومي المتخصصة - رئاسة الجمهورية- المجلس القومي للخدمات والتنمية الاجتماعية - شعبة الخدمات الصحية. تقرير عن الصحة والسلامة المهنية - رؤية مستقبلية. ١٩٩٤. القاهرة.
٦. وزارة القوى العاملة - الإدارة العامة للصحة والسلامة المهنية. التقرير السنوي. ١٩٨٣. القاهرة.
٧. الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء - الكتاب الإحصائي السنوي ١٩٩٣ - ١٩٩٩ - يونيو ٢٠٠٠.
٨. الهيئة العامة للتأمين الصحي - اللجنة الدائمة للتخطيط والإشراف ومتابعة إجراءات تنفيذ الفحص الطبي الدوري - يونيو ٢٠٠١.
٩. الهيئة العامة للتأمين الصحي. الإدارة العامة للمعلومات والتوثيق. تقرير المتابعة السنوي عن نشاط الهيئة خلال عام ١٩٩٨/١٩٩٩.
١٠. الهيئة القومية للتأمين الاجتماعي - القطاع الحكومي- وزارة التأمينات والشئون الاجتماعية ٢٠٠١.
١١. وزارة القوى العاملة والهجرة - الإدارة العامة للصحة والسلامة المهنية. التفتيش في مجال السلامة والصحة المهنية. تقرير عن بيئة العمل والصحة المهنية. الواقع ومشاكل التطبيق. ٢٠٠١.

## ملحق ١: جداول

جدول (١١-١): توزيع السكان ١٥ سنة فأكثر حسب النشاط الاقتصادي في حضر وريف الجمهورية (تعداد ١٩٩٦)

جملة	إناث	ذكور	حضر- ريف	النشاط الاقتصادي
٥٥٨١٣٦	٢٥٨٤٦	٥٣٢٢٩٠	حضر	زراعة- صيد- قطع أخشاب
٤٣٢٢٧٣٥	٢١٤٣١٨	٤١٠٨٤١٧	ريف	
٤٨٨٠٨٧١	٢٤٠١٦٤	٤٦٤٠٧٠٧	جملة	
٤٢٨٤٥	٢٣١١	٤٠٥٣٤	حضر	تعددين- مناجم- محاجر
٢٠٨٢٥	٤٨٩	٢٠٣٣٦	ريف	
٦٣٦٧٠	٢٨٠٠	٦٠٨٧٠	جملة	
١٣٨٣٣٧٩	١٤٦٣٦٦	١٢٣٧٠١٣	حضر	صناعات خفيفة
٧٩٤٠٥٨	٦٣٢٧١	٧٣٠٧٨٧	ريف	
٢١٧٧٤٣٧	٢٠٩٦٣٧	١٩٦٧٨٠٠	جملة	
٩٥٨٥٥	١٢٠٢٠	٨٣٨٣٥	حضر	كهرباء- غاز- مياه
٦٣٥١٩	٢٢٤٦	٦١٢٧٣	ريف	
١٥٩٣٧٤	١٤٢٦٦	١٤٥١٠٨	جملة	
٧٥٩٦٧٠	١٦٤٥٥	٧٤٣٢١٥	حضر	إنشاءات
٥٢٣١١٠	٤٤٥٢	٥١٨٦٥٨	ريف	
١٢٨٢٧٨٠	٢٠٩٠٧	١٢٦١٨٧٣	جملة	
١٥٦٢٧٧	٨٤٨٨	١٤٧٧٨٩	حضر	مطاعم وفنادق
٤٩٥٧٥	٢٠٥٩	٤٧٥١٦	ريف	
٢٠٥٨٥٢	١٠٥٤٧	١٩٥٣٠٥	جملة	
٥٧٤٨٨٩	٣٩٦٢٢	٥٣٥٢٦٧	حضر	نقل- اتصالات- تخزين
٣٤١٦٠٦	٥٣٢٣	٣٣٦٢٨٣	ريف	
٩١٦٤٩٥	٤٤٩٤٥	٧٨١٥٥٠	جملة	
٤٥٨٩٥٩	١٣٩٥٧٧	٣١٩٣٨٢	حضر	وساطة مالية- عقارات وخدمات أعمال
٢٤٩٦٩٤	٨٥٤٨٦	١٦٤٢٠٨	ريف	
٧٠٨٦٥٣	٢٢٥٠٦٣	٤٨٣٥٩٠	جملة	
٢١٣٤٩٧	٣٧٩٢٩	١٧٥٥٦٨	حضر	خدمات اجتماعية- هيئات دولية- خدمات منزلية
١٣٥٢١٣	٥٩٦٣	١٢٩٢٥٠	ريف	
٣٤٨٧١٠	٤٣٨٩٢	٣٠٤٨١٨	جملة	
١٠١٩٩٩٣	٨١٩٦٥	٩٣٨٠٢٨	حضر	جارة الجملة والتجزئة وصيانة المركبات والأجهزة
٤١٣١٨٩	٣٨٠٥٩	٣٧٥١٣٠	ريف	
١٤٣٣١٨٢	١٢٠٠٢٤	١٣١٣١٥٨	جملة	
٨٧٧٩٣٣	٢٧٣٦١٤	٦٠٤٣١٩	حضر	إدارة الدفاع
٦٥٥٠٢٢	٦٢٨٩٣	٥٩٢١٢٩	ريف	
١٥٣٢٩٥٥	٣٣٦٥٠٧	١١٩٦٤٤٨	جملة	

النشاط الاقتصادي	حضر- ريف	ذكور	إناث	جملة
التعليم	حضر	٤١٤٢٣٠	٤٢٠٨٠٢	٨٣٥٠٣٢
	ريف	٤٧٣٧٣١	٢٠٢١٩٣	٦٧٥٩٢٤
	جملة	٨٨٧٩٦١	٦٢٢٩٩٥	١٥١٠٩٥٦
الصحة والعمل الاجتماعي	حضر	١١١٣٩٥	١٣٠٣١٥	٢٤١٧١٠
	ريف	٧٩٤٤٧	٥٢٣٤٥	١٣١٧٩٢
	جملة	١٩٠٨٤٢	١٨٢٦٦٠	٣٧٣٥٠٢
أنشطة غير كاملة التوصيف	حضر	٧٩٥٧٤	١٥٤٨٨	٩٥٠٦٢
	ريف	٦٧٣٠٩	١١٤٠٧	٧٨٧١٦
	جملة	١٤٦٨٨٤	٢٦٨٩٥	١٧٣٧٧٨
الجملة	حضر	٥٩٦٢٤٣٩	١٣٥٠٧٩٨	٧٣١٣٢٣٧
	ريف	٧٧٠٤٤٧٤	٧٥٠٥٠٤	٨٤٥٤٩٧٨
	جملة	١٣٦٦٦٩١٣	٢١٠١٣٠٢	١٥٧٦٨٢١٥

المراجع: الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء. الكتاب الإحصائي السنوي (٩٣-١٩٩٩). يونيو ٢٠٠٠ (٧)

جدول (١١-٢): توزيع السكان ١٥ سنة فأكثر حسب المهنة والنوع في حضر وريف الجمهورية والنسبة المئوية لكل مهنة (تعداد ١٩٩٦)

المهنة	حضر- ريف	ذكور	إناث	جملة	%
المشروعون- كبار المسئولون والمدبرون	حضر	٤٨٨٢٩٢	٧٢٧٤١	٥٦١٠٣٣	
	ريف	١٦٢٣١٩	١٥٩١٨	١٧٨٢٣٧	
	جملة	٦٥٠٦١١	٨٨٦٥٩	٧٣٩٢٧٠	٤,٢
العلميون	حضر	٩٢٦١١٦	٤٩٥٩١٢	١٤٢٢٠٢٨	
	ريف	٥٠١٣٠٤	١٥٨٢٢٠	٦٥٩٥٢٤	
	جملة	١٤٢٧٤٢٠	٦٥٤١٣٢	٢٠٨١٥٥٢	١٢
فنيون ومساعدو أخصائيين	حضر	٦٣٣٠٥٦	٢٩٩٠٧٧	٩٣٢١٣٣	
	ريف	٥٠٨٦٦٢	١٢٤٦٣٧	٦٣٣٢٩٩	
	جملة	١١٤١٧١٨	٤٢٣٧١٤	١٥٦٥٤٣٢	٩
أعمال كتابية وما إليها	حضر	٣٥٩٨٣٧	٢٧٢٥٢٦	٦٣٢٣٦٣	
	ريف	٣٢٨٢٤٤	١٦٤٦٠٧	٤٩٢٨٥١	
	جملة	٦٨٨٠٨١	٤٣٧١٣٣	١٢٢٥٢١٤	٧,١
الخدمات ومحال البيع	حضر	٦٩٩٣٢٧	٩٢٥٥٨	٧٩١٨٨٥	
	ريف	٦٣٩٠٨١	٣٠٤٣٣	٦٦٩٥١٤	
	جملة	١٣٣٨٤٠٨	١٢٢٩٩١	١٤٦١٣٩٩	٨,٤
عمال الزراعة والصيد	حضر	٤٨٦١٥٤	١٣٩٢٣	٥٠٠٠٧٧	
	ريف	٣٩٨٦٥١٣	١٩٥٥٢١	٤١٨٢٠٣٤	
	جملة	٤٤٧٢٦٦٧	٢٠٩٤٤٤	٤٦٨٢١١١	٢٧,١
الحرفيون ومن إليهم	حضر	١٤٤٣٧٧٤	٣٤٩٢٩	١٤٧٨٧٠٣	
	ريف	٩٠٦٦٧٠	٢٣٨١٥	٩٣٠٤٨٥	
	جملة	١٣٥٠٤٤٤	٥٨٧٤٤	٢٤٠٩١٨٨	١٣,٩

المهنة	حضر- ريف	ذكور	إناث	جملة	%
عمال تشغيل الماكينات والمصانع وعمال جميع	حضر	٥٧١٦٤٤	٣١٦٥١	٦٠٨٢٩٥	
	ريف	٤٥١٧٤٧	٩٣٦٩	٤٦١١١٦	
	جملة	١٠٢٨٣٩١	٤١٠٢٠	١٠٦٩٤١١	٦,٢
عمال المهن العادية	حضر	٢٤٩٩٨٣	١٣٩٢٦	٢٦٣٩٠٩	
	ريف	١٤١٥٢٥	١٣٧١٢	١٥٥٢٣٧	
	جملة	٣٩١٥٠٨	٢٧٦٣٨	٤١٩١٤٦	٢,٤
عمال لا يمكن تصنيفهم (تشمل متعطل حديث)	حضر	٤٩٥١١١	٢٦٩١١٨	٧٦٤٢٢٩	
	ريف	٦١٤٥٥٥	٢٩٩١٢٧	٩١٢٦٨٢	
	جملة	١١٠٩٦٦٦	٥٦٨٢٤٥	١٦٧٧٩١١	٩,٧
الجملة	حضر	٦٣٥٨٢٩٤	١٥٩٦٣٦١	٧٩٥٤٦٥٥	
	ريف	٨٢٤٠٦٢٠	١٠٣٥٣٥٩	٩٢٧٥٩٧٩	
	جملة	١٤٥٩٨٩١٤	٢٦٣١٧٢٠	١٧٢٣٠٦٣٤	١٠٠

المرجع: الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء. الكتاب الإحصائي السنوي (٩٣-١٩٩٩). يونيو ٢٠٠٠ (٧)

جدول (١١-٣): النسب المئوية للعاملين في الأنشطة الاقتصادية المختلفة ومعدلات تكرار وشدة الإصابات في بعض الأنشطة

الأنشطة الاقتصادية	النسبة المئوية	معدل التكرار	معدل الشدة
الزراعة والصيد	٣١	٦,٨	٠,١٥
التعدين	٠,٤	٢٧,٦	١,١
الصناعات التحويلية	١٣,٨	٣١,٨	٠,٧
البناء والإنشاءات	٨	٢٣,٥	٠,٥٥
التجارة والمطاعم والفنادق	١,٣	٧,٥	٠,٢
الصحة والعمل الاجتماعي	٢,٣		
التعليم	٩,٥		

جدول (١١-٤): إجمالي عدد المنتفعين بتأمين إصابات العمل وعدد العمال المعرضين للأمراض المهنية في الفروع المختلفة للهيئة العامة للتأمين الصحي موزعين حسب دورية الكشف الطبي الدوري من أول يناير ١٩٩٩ إلى آخر ديسمبر ٢٠٠٠

الفرع	إجمالي عدد المنتفعين	عدد العمال المعرضين			إجمالي عدد المعرضين
		سنتان	سنة	سنة شهور	
شمال غرب الدلتا	١٧٤٠٠٨٧	٣٥٦٤٨	٤٨٧٩٩	١٦١١	٨٦٠٥٨
القاهرة	٢٠٨٣٠٨٥	٩٢٣٦٩	١٤٤٤٥٠	٨٩٩٠	٢٤٥٨٠٩
شرق الدلتا	٨٤٤٦٠٣	١٣٣٩٢	٨٢٤٢٢	٣٦٣	٩٦١٧٧
وسط الدلتا	١٢٩٥٩٧٣	٩٦٥٢	١١٨٢١	١١٧	٢١٥٩٠
القنال	٥٩٨٦٥٨	١٧٦٠٨	١٢٧٢٥	١٠٩٩	٣١٤٣٢
شمال الصعيد	١٥٧١٩٤٦	٨٧١٤	٥٦٦٣٦	٥١٩	٦٥٨٢٩
وسط وجنوب الصعيد	١٣٤٤٧٩٤	٢٤٢٢١	٣٨٠٤	٤٨٠٤	٣٢٨٢٩
شمال شرق الدلتا	٨١٩٦٠٧	٤٥٢٦	٢٠٨٢٢	١٨٠	٢٥٥٢٨
إجمالي جميع الفروع	١٠٣٠٣٧٥٣	٢٠٦١٣٠	٣٨١٤٧٩	١٧٦٨٣	٦٠٥٢٩٢

المرجع: الهيئة العامة للتأمين الصحي (٨)

جدول (١١-٥): النسبة المئوية للحالات الإيجابية لعدد المعرضين لكل تعرض مهني خلال الفترة من ١-١٩٩٩ إلى ٣١-١٢-٢٠٠٠ على مستوى الجمهورية \*

المرضى المهني	عدد المعرضين	الحالات الإيجابية	نسبة الحالات للمعرضين %
سليكوزس	٤٠٧١٨	٥٤٨٢	١٣,٠٠
الأعراض والأمراض التي تنشأ عن التعرض للهرمونات ومشتقاتها	١٥٥	٦	٣,٨٠
التسمم بالفوسفور	٦٥٣	٢٠	٣,٠٠
الصمم المهني	١٢٦٢١٥	١٨٣٨	١,٤٠
التسمم بالكبريت	١٦٨	١	٠,٥٠
بروسلوزس	٤١٩	١	٠,٢٠
اكزيما مهنية	٩٩١٩٣	١١٧	٠,١٠
التهاب كبدي وبائي سي	٤٤٨٦	١٤	٠,٣٠
كتاراكتا خلفية مهنية	٤٩٨٧٩	٦	٠,٠١
حبيبات بترولية	٥٧٨٦	٢	٠,٠٣
أسبستوزس	٧٥٩٣	٢١	٠,٢٠
التهاب كبدي وبائي بي	١١٢٧	١	٠,٠٨

المرجع: الهيئة العامة للتأمين الصحي (٨)

\* يغطي فترة عامين (دورية كاملة)

جدول (11-1): عدد العمال المعرضين وعدد الحالات الإيجابية للأمراض المهنية المكتشفة خلال الفحص الطبي الدوري في الفترة من أول يناير ٢٠٠٠ إلى آخر ديسمبر ٢٠٠٠ في المناطق المختلفة\*

الفرع	المرض	التسمم بالفسفور	حببيات بتروولية	اكزيما مهنية	كتاراكنا خلفية مهنية	أمراض الغبار الرئوية		أمراض الحميات المعدية			مضاعفات التعرض للهرمونات	صمم مهني
						سيليكوزس	أسبستوزس	التهاب كبدى C	التهاب كبدى B	بروسلوزس		
شمال غرب الدلتا	معرض			٣٣٨٥٣	٢٢١٥		١٧٩٣					٥٠٠
	إيجابي			٤٠	(٧٧,٤) ١١٣		٣					١٥٦
القاهرة	معرض				٢١٥٠٦	٧١٦٨						١٣١٩٥
	إيجابي				(١٠٧,٤٩) ٣		٣					١٨
شرق الدلتا	معرض			٤١٠٨٩	١٢٨٨	٤٨٥٨	١١٢٧	١١٢٧	٤٩٥			٥٠٥٤
	إيجابي			٤	٢	(١٠,٣) ٤٩٨	١	١	١			١٤
وسط الدلتا	معرض	٦٥٣	٥٧٨٦	٥٧٨٦	١٨٤							١٢٦٣
	إيجابي	١٢	٢	٣	١							٣
القنال	معرض				٦٥٠٨		٣٥٠					١٢١٩٩
	إيجابي				(١٢) ٧٨٩		١					٤٩٧
شمال الصعيد	معرض			١٨٤٦٥	٦٣٢		٢١٦			١٥٥		٢٦١٠
	إيجابي			٣	(٧,١) ٤٥		٢			٥		٣٥
وسط وجنوب الصعيد	معرض				٧٥٥							٨٤٤٢
	إيجابي				(١٤,٤) ٦١٢							٢٦٧
شمال شرق الدلتا	معرض											٤٥٢٦
	إيجابي											٣
الإجمالي	معرض	٦٥٣	٥٧٨٦	٩٩١٩٣	٢٢٢٧	٣٩٩٦٢	٧١٦٨	٣٤٨٦	٤٩٥	١٥٥		٩٨٢٨٩
	إيجابي	١٢	٢	٥٠	٥	٢٢١٤	٣	٧	١	٥		٩٩٣
	%	١,٨	٠,٠٣٤	٠,٠٥	٠,٢٢	٥,٥	٠,٠٤	٠,٢٠	٠,٠٩	٠,٢٠	٣,٢	١,٠

المرجع: الهيئة العامة للتأمين الصحي (٨)

\* يغطي فترة عام واحد (نصف دورية) ولهذا يلاحظ اختلاف الأرقام والنسب عن ما ورد في جدول ٥

جدول (١١-٧): إصابات العمل في الفروع المختلفة للهيئة العامة للتأمين الصحي خلال عام ١٩٩٩ - ٢٠٠٠

الإجمالي	قنا وجنوب الصعيد	أسيوط ووسط الصعيد	الجيزة وشمال الصعيد	القاهرة	القنال	شمال شرق الدلتا	شرق الدلتا	وسط الدلتا	شمال غرب الدلتا	الفروع
١٠٢٦٤	٦١٣	٧٣٢	١٥٧٧	٢٠٨٣	٥٥٩	٨٢٠	٨٤٤	١٢٩٦	١٧٤٠	عدد المنتفعين بالألف
% ١٠٠	٥,٩	٧,١	١٠,٣	٢٠,٢	٥,٨	٨,٠	٦,٢	١٢,٦	١٦,٩	التوزيع النسبي
٦٧١١٥	٦٨٤	٤٢١	٦٥٢٤	٢٢٦١٩	٢٥٣٤	٨٢٩	٩٥١٧	٢١٥٩	٢٢٣٢٨	حالات الإصابة (جديدة)
٦,٦	١,١	٠,٦	٤,١	١٠,٩	٤,٢	١	١١,٣	٤١,٧	١٢,٨	معدل الإصابة لكل ١٠٠٠
٣٤٩٥٠	٤٦٣	٥٢٥	٧٩٠٧	٢٧٨٩	٦١١	٢٩٠	١١٦٩١	٥٢٧٧	٥٣٩٧	التحويل للأخصائي
٤٩٧٠	١٣٥	٤٢	٧٨١	٨١٥	٢٣٧	١١١	١١٧٥	٧٨١	٨٩٣	دخول المستشفى
٦٣٤٧٢	٦٩٦	٤٤١	٥١٨٩	٢١٩١٠	٢٥٩٥	٨٥٠	١٠٠٦٩	٢٠٦٧	١٩٦٥٥	شفاء
١٤٥٢٨٣٠	٢١١٧٣	١٤٢٣٦	١٢٥٩٠٠	٥٤٤٣٧٨	٩٠٠٣٩	٢٥٣٨٣	١٨٢٢٧٩	٦٩٠٦٠	٣٨٠٣٩٢	أيام الانقطاع
١٤١,٥	٣٤,٥	١٩,٤	٧٩,٨	٢٦١,٣	١٦١,٣	٣٠,٩	٢١٥,٩	٥٣,٣	٢١٨,٦	أيام الانقطاع لكل ١٠٠٠ منتفع

المرجع: الهيئة العامة للتأمين الصحي (٩)

جدول (١١-٨): أعداد حالات الوفاة والعجز وتوزيع المعاشات المنصرفة للوفاة الإصابات والعجز خلال سنوات ١٩٩٦-٢٠٠١

السنة	وفاة إصابات عمل		عجز جزئي وكلي إصابي	
	عدد	قيمة (جنيه)	عدد	قيمة (جنيه)
١٩٩٦/١٩٩٧	٧٢٣٣	٢١٤٤٠٨٤	٣٠٦٦	٥٦٦٢٠٩
١٩٩٧/١٩٩٨	٧٨٣٨	٢٦١٣٤٤٥	٥٥٤٣	٧٠٤٨٩١
١٩٩٨/١٩٩٩	٨٥٠٠	٣٠٨٨٣٨٣	٥٥٣٣	٧٦٦٦٢٢
١٩٩٩/	٩٠١٦	٣٥٥١٣٣٥	٥٤١٨	٨٠٩٠٩٨
٢٠٠٠/٢٠٠١	٩٤٦٢	٤٠٦٧٥٣٥	٥٥٥١	٨٩٩٦٧١

عدد المنشآت = ٤٣٩٤ عدد المؤمن عليهم = ٤٦٩٥١١٥

المرجع: الهيئة القومية للتأمين الاجتماعي. القطاع الحكومي. وزارة التأمينات والشئون الاجتماعية (١٠)

جدول (١١-٩): إصابات العمل والأمراض المهنية والوفيات وأيام الغياب بسبب الإصابة والمرض خلال سنوات ١٩٩٠ إلى ١٩٩٠

السنة	١٩٨٦	١٩٨٧	١٩٨٨	١٩٨٩	١٩٩٠
عدد العاملين	١٢١٢٩٢٠	١٢٠٨٦١٣	١٣١٣٣٠٨	١٤١٠١٦٤	١٤٢١٨٩٩
عدد العاملين المصابين	٥٩٨٢٢	٥٥١٦٣	٥٨٥٨١	٦١٩٦٠	٦٣٤٠٨
النسبة في الألف	٤٩	٤٦	٤٥	٤٤	٤٥
عدد الوفيات بسبب الإصابة	٢٢١	١٩٨	١٨٠	٢٢٣	٢١٣
نسبة الوفيات إلى عدد الإصابات %	٠,٣٧	٠,٣٦	٠,٣	٠,٣٦	٠,٣٤
عدد أيام الغياب بسبب الإصابة	١٠١٩٥٣٣	٩٤٨٤٨٦	١٠٩٢٩٥٩	١٢١٢٣٧٤	١١٦٧٤٠٧
عدد حالات الأمراض المهنية	١٥٦١	٦٢٣	١٥٢١	١١٢٣	٧٩٩
النسبة في الألف	١,٣	٠,٥	١,٢	٠,٨	٠,٥٦
عدد أيام الغياب بسبب الأمراض المهنية	٦١١٠	٤١١٧	٣١٦١	٦٩٢٤	١٦٤١
عدد حالات الإصابة والأمراض المهنية	٦١٣٨٣	٥٥٧٨٦	٦٠١٠٢	٦٣٠٨٣	٦٤٢٠٧
عدد أيام الغياب بسبب الإصابات والأمراض المهنية	١٠٢٥٦٤٣	٩٥٢٦٠٣	١٠٩٦١٢٠	١٢١٩٢٩٨	١١٦٩٠٤٨

المرجع: وزارة القوى العاملة والتدريب

جدول (١١-١٠): عدد المنشآت التي يعمل بها ٥٠ عاملاً فأكثر وعدد عمالها والإصابات وأيام الغياب والوفيات نتيجة الإصابة في الأنشطة الاقتصادية المختلفة خلال عام ١٩٩١

الأنشطة الاقتصادية	عدد المنشآت	عدد العاملين	عدد الإصابات	عدد أيام الغياب	عدد الإصابات التي تخلف عنها عجز	عدد الوفيات
الزراعة والصيد	١٢٧	٣٠٤٠١	٤١١	٩٤٣٥	١٢	٧
المناجم والمحاجر	٥٥	٢٣٩٣٩	١٣٢٢	٥١٨٢١	٨	٩
الصناعات التحويلية	١٢٤٨	٧٨٣٥٦٨	٤٩٩٠٢	١٠١٤٦٣٢	٣٥٥	٩١
كهرباء-مياه-غاز	١٩٨	٧٦٤٩٣	١١٤٦	٤٣٢٥٢	١١	٢٤
بناء وتشبيد	٣٠٣	٩٢٥٢٣	٤٣٥١	١٠١٤٥٢	٧٥	٣٠
جّارة- فنادق - مطاعم	٤١٤	٩٧٩٦٣	١٤٧٦	٣٦٧٩٠	١٦	٦
نقل-اتصالات-تخزين	٢١٥	١٢٢٣٩٤	٤٩٠٥	١٠٤٧٩٣	٤٨	١٩

عدد الوفيات	عدد الإصابات التي تخلف عنها عجز	عدد أيام الغياب	عدد الإصابات	عدد العاملين	عدد المنشآت	الأنشطة الاقتصادية
٥	٥	٨٩٧٠	١٩١	٦٥٤١٠	٢٢٣	وساطة مالية-تأمين-عقارات
١	١٣	١٦٤٠٥	٥٦٤	١٢٠٣٤٥	٢٣٨	خدمات عامة
١٩٢	٥٤٣	١٣٨٧٥٥٠	٦٤٢٦٨	١٤١٣٠٣٥	٣٠٢١	المجموع

المرجع: وزارة القوى العاملة والتدريب

جدول (١١-١): المنتفعون بالتأمين الصحي في فروع الهيئة العامة للتأمين الصحي في ١٩٩٩/٦/٣٠.

الفرع	قانون ٣٢/٧٥	قانون ٧٩/٧٥	أصحاب المعاشات	الإجمالي
شمال غرب الدلتا	٢١٩٩٧٧	٩٨٢٧٨٠	٢١٧٥٣٤	١٤٢٠٢٩١
وسط الدلتا	٦٧٦٥٠٣	٢٤٢٥٤٥	٩٧٣٧٦	١٠١٦٤٢٤
شرق الدلتا	٣٨٠١٤٩	٢٠٤٨٢٣	٨٧٤٩٤	٦٧٢٤٦٦
شمال شرق الدلتا	٣٦٩٧٩٦	٨٨٤٣٠	٥١٤٤٩	٥٠٩٦٧٥
القنال وسيناء	٢٣١٠٦٤	١٠٦٢٤٨	٣٨٠٦٣	٣٧٥٤١١
القاهرة	٣٠٤٣٣٣	٥٢٦٥٦٧	٢٠٩١٢٠	١٠٤٠٠٢٠
شمال الصعيد	٥٣٧٥٨١	٣٨٧١٤٩	١١٩٠٦٥	١٠٤٣٧٩٥
وسط الصعيد	٣٨٥٧٦٥	٧٤٣٤٦	٣٩٢٥٦	٤٩٩٣٦٧
جنوب الصعيد	٢٦١٥٨٠	٨٠٠١٣	٣٢٨٩٢	٣٧٤٤٨٥
<b>الإجمالي</b>	<b>٣٣٦٦٧٤٨</b>	<b>٢٦٩٣٩٣٧</b>	<b>٨٩٢٢٤٩</b>	<b>٦٩٥١٩٣٤</b>

المرجع: الهيئة العامة للتأمين الصحي (٩).

جدول (١٢-١): القوى العاملة بالهيئة العامة للتأمين الصحي في ١٩٩٩/٦/٣٠.

المعيّنون	عدد
طبيب بشري	٦٠٩٢
طبيب أسنان	١٥٥٨
خريجات كلية التمريض	٤٢٠
صيدلي	١١١٤
خريج علوم	٥٥
إخصائي علاج طبيعي	١٦٠
مرضات	١٤٤١١
زائرات صحيات	٤٢٨٨
مسعف	٨٢
فني أشعة	٤٨٦
فني معمل	١٣٦٢
فني صيدلة	٦
فني بصريات	٢١
فني أسنان	٢٠٨
مساعدات تمريض	١٦٨٣
ملاحظ صحي	٣٦
<b>المتعاقدون</b>	<b>١٧١٧١</b>

المرجع: الهيئة العامة للتأمين الصحي (٩).

جدول (١١-١٣): نشاط التأمين الصحي عام ١٩٩٨/١٩٩٩

الأعداد بالآلاف	النشاط	الأعداد بالآلاف	النشاط
٢٨٦	علاج الأسنان	١٢٥٦٩	زيارات للممارس
٥١٣٦	فحوص معملية	١١٨٠٨	زيارات للأخصائي
١٤٤	فحوص أخرى	٢٩٨	دخول المستشفى
٣٢			عدد المستشفيات المتاحة ( مملوكة للهيئة + شراء الخدمة )
١٢٦٢٩٢٣	عدد أيام الإقامة بالمستشفى	٥٤٨٩	عدد الأسرة المتاحة
١٦٦٥٠٦			عدد العمليات الجراحية
٦٢٥٣١٩٤٤ جنيه مصري	تكلفة الغسيل الكلوي	٥٢٤٣٠٤	عدد جلسات الغسيل الكلوي
٣٦٥٠٨١٧ جنيه مصري	تكلفة عمليات جراحة القلب	١٦٧٨	عدد عمليات جراحة القلب
١٠٢٠٠٠٠ جنيه مصري	تكلفة عمليات زرع النخاع	١٦	عدد عمليات زرع النخاع
١٦٥٢١٨ جنيه مصري	تكلفة عمليات زرع الكلى	١٨	عدد عمليات زرع الكلى
١٥١٦٤٠٧٥ جنيه مصري	تكلفة علاج حالات الأورام	٩٤٥٩	عدد حالات الأورام
٣٠٦٧٤٤٥ جنيه مصري	تكلفة العلاج بالخارج	٢٥	عدد حالات العلاج بالخارج
٣٥٠٤٦٣٨٢٤ جنيه مصري	تكلفة الدواء المنصرف من صيدليات مملوكة للهيئة ومتعاقدة معها		تكلفة الدواء المنصرف من صيدليات مملوكة للهيئة ومتعاقدة معها
٨٦٦٤٨٣٣ جنيه مصري			إجمالي تكلفة الأجهزة التعويضية

المرجع: الهيئة العامة للتأمين الصحي (٩).

## الفصل الثاني عشر:

### الصحة النفسية

أ. د. إسماعيل يوسف

#### مقدمة

في السنوات الأخيرة. حدث تغيير كبير في الطب النفسي التقليدي: حيث أدركنا جميعاً الانتشار الكبير للاضطرابات النفسية بكل أشكالها. وحين أدركنا أيضاً أن تحقيق الصحة لا يعني غياب المرض فقط بل يعني ما يسمى الآن الصحة النفسية للمجتمع بكل أفراد.

لقد أصبحت هناك حركة في المجتمعات المتقدمة تسمى حركة الصحة النفسية المجتمعية. وهي تمثل حركة ومنهج مختلف وجديد. فهي تهتم بدور المجتمع ككل تجاه أفرادها وأيضاً تهتم بالموازنة بين الأفراد وبين البيئات التي يعيشون فيها. وفي بؤرة اهتمام هذه الحركة العلاقات بين الأفراد في المجتمع والتي تتميز بأنظمة من العلاقات الرسمية وغير الرسمية المعقدة.

وبهذا الفهم المتطور. فإن التدخلات الخاصة بالصحة النفسية المجتمعية والتي تهدف إلى تطوير وتنمية الصحة النفسية في المجتمع تتجاوز مستوى الفرد وتلقي باهتمامها على العمل السياسي والاجتماعي.

ولقد رصدت بعض الدراسات بدايات هذه الحركة وظهور ما يسمى بعلم النفس والطب النفسي المجتمعي.

فتعتبر فترة الستينيات في القرن الماضي أحد فترات القلق الشديد في الولايات المتحدة. وفي سنة ١٩٦٠. تكونت هناك رابطة الصحة النفسية مع وصول كيندي للحكم. ويعتبر الباحثون خطاب الرئيس الأمريكي جون كيندي أمام الكونغرس عام ١٩٦٣ علامة فارقة وتحول جريء في مجال الصحة النفسية. ففي هذا الخطاب أشار كيندي إلى ضرورة العناية بالمرضى النفسيين وأيضاً إلى ضرورة الاهتمام الشديد بالوقاية والارتقاء بالصحة النفسية للمجتمع.

ومع هذا الخطاب. ومع وجود آمال عريضة في المجتمع الأمريكي لإحداث تغيير في أوضاع كثيرة سيئة مثل تدني الأجور. وسوء أحوال التعليم. والأسر الفقيرة والمعدمة. حيث أن هذه الأحوال تؤثر بالضرورة على الصحة النفسية للأفراد وللمجتمع.

وقبل ذلك بقليل. وفي منتصف الخمسينيات. تم اكتشاف العقاقير الطبية (المهدئات الكبرى). والتي لعبت دوراً كبيراً في التحكم في الأمراض العقلية الشديدة. وتواكب مع ذلك أن بعض العلماء - مثل ساز - في الستينيات هاجموا مفهوم المرض العقلي الشائع واعتبروا هذا المفهوم خرافة أو أسطورة وقام ساز بعمل العديد من الدراسات الجيدة لإثبات ما يقول مؤكداً عدم وجود أدلة موضوعية لفهم المرض العقلي وتشخيصه.

شارك أيضاً في ذلك تدهور أوضاع المصححات العقلية تلك التي يجتجز بها أعداد كبيرة من المرضى، والتي كانت تعاني من سوء أحوالها وتطلب الأمر إعادة النظر في نظام الرعاية الصحية للمرضى العقلين.

وأشارت دراسات عديدة إلى أن زيادة انتشار معدل الأمراض النفسية في المجتمع والتي ارتبطت معدلات زيادة انتشارها بأوضاع اجتماعية بعينها.

تبلورت أيضاً في الولايات المتحدة الأمريكية في هذه الفترة الأفكار عن محاربة الفقر في المجتمع وضرورة اتخاذ إجراءات فعالة في مجال الصراع الاجتماعي. وتضمنت أيضاً حركة ثقافية عميقة وأصيلة مضادة للحرب. وهذه الأفكار كانت أحد منابع الحركة النفسية المجتمعية الجديدة.

**وسنتعرض بعد ذلك لموضوعين هامين:**

الأول: أهداف الصحة النفسية المجتمعية ومشكلاتها.

الثاني: مفاهيم أساسية لحركة الصحة النفسية المجتمعية:

أ. نظرية الأزمة:

ب. مفهوم الوقاية في هذا المجال.

## **أهداف الصحة النفسية المجتمعية ومشكلاتها**

### **الأهداف المتعلقة بالصحة النفسية للمجتمع**

#### **١. على مستوى الفرد**

- الاهتمام بتقديم خدمات للمرضى خارج إطار المؤسسات القائمة، وبالذات خارج إطار المستشفيات.
- ابتكار وتنمية خدمات جديدة ومبتكرة للمرضى لتلبية احتياجات فعلية لهم.
- الابتعاد عن سياسة عزل المريض بهدف تحقيق هدف شفائي وهمي، ولكن الاهتمام بتدعيم ومساندة الأفراد في مجتمعهم المحلي.
- العمل على سرعة إعادة المريض إلى المجتمع.
- علاج مجتمعي وليس علاجاً إكلينيكياً فقط.

#### **٢. على مستوى البيئة**

- القيام بعمل إحصائيات للضغط على القرار السياسي، وعلى العوامل المؤثرة في طريقة توزيع الموارد.
- ضرورة تكامل علم النفس وعلم الاجتماع والطب النفسي.
- تشجيع العلماء على الاهتمام بالتطوير النفسي للإنسان.

قد يحتاج الأمر إلى عمل اجتماعي وسياسي والدخول في صراعات للبحث عن التغيير). وبالطبع في هذه الصراعات لا توجد نظرية علمية محددة أو أساس إمبريقي سليم يوضح ماهية هذا العمل. وإذا استعرضنا أهداف هذا المفهوم الجديد، فنجد أنه يختلف عن النموذج الطبي التقليدي في مجال الطب النفسي الذي يقدم الخدمة لمن يطلبها فقط. والذي قد يساعد على تثبيت المشكلة بدلاً من حلها؛ لأن المشكلة قد تكون خارج الفرد وقد تكون مشكلة تكيف يتطلب حلها خلق شبكات اجتماعية تشجع استخدام الفرد للموارد المتاحة. وهذا المفهوم أيضاً يدعو إلى عدم ضرورة زيادة عدد المعالجين المتخصصين. ويؤكد هذا المنظور بان وقوع الفرد تحت وطأة المرض النفسي ليس حتماً الوقاية من المرض النفسي ممكنة.

## مشكلات الصحة النفسية المجتمعية

لا يهتم هذا المنهج بالأمراض النفسية المعروفة فقط. بل يتوسع للاهتمام بالمشاكل النفسية التي عادة لا تجدي معها الخدمات المتاحة مثل:

١. مشاكل الإدمان: مشاكل الإدمان في العالم من أصعب المشاكل ولها تداعيات وأثار في كل مجالات الحياة. وهي عادة تحتاج إلى كل الجهود من الأسرة الصغيرة إلى الجهود الدولية. ولا بد من التعاون بين كل الجهود للاستفادة من الطاقات المادية والبشرية المبذولة في هذا المجال.
٢. مشاكل الجريمة وضحاياها: تزايد الجرائم مثل جرائم العنف وجرائم الاغتصاب. وقد تؤدي خبرة التعرض لاعتداء إجرامي إلى نتائج نفسية تتراوح بين الإحساس بعدم الارتياح لفترة قصيرة إلى الاضطراب الشديد طويل الأمد (اضطراب ما بعد الصدمة). والذي قد يؤدي إلى العجز الكامل للفرد. وبالتأكيد يمتد تأثير الجريمة إلى كل أفراد أسرة مرتكبي الجرائم وضحاياها.
٣. مشكلات الطفولة والمراهقة: مشكلات الطفولة والمراهقة النفسية كثيرة ومتعددة ونادرا ما تصل إلى الطبيب النفسي مثل مشاكل التعليم ومشاكل الإساءة إلى الأطفال والنتائج والتداعيات لهذه المشاكل
٤. المشاكل الطبية والأمراض المزمنة والإصابات: هناك العديد من المشاكل في هذا المجال تؤدي إلى مشاكل نفسية للمرضى وللمحيطين بهم مثل (مشاكل السرطان- الشلل الدماغي- فقد السمع- الصرع- ضغط الدم- تصلب الشرايين- ضمور العضلات- الربو الشعبي- البول السكري- إصابات الدماغ- التهاب المفاصل والروماتويد- مشاكل البتر- الأمراض التناسلية- مشاكل العقم وتحديد النسل).
٥. الكوارث: تحدث الكوارث دائما إما بفعل الطبيعة أو بفعل الإنسان مثل الزلازل والفيضانات والسيول والحرائق والأجسام المشعة. وتؤدي الكوارث إلى العديد من المشاكل النفسية التي يجب التدخل لعلاجها والتخفيف منها

٦. الزواج والوالدية: هذه المشاكل تؤثر على ملايين البشر مثل: المشاكل الزوجية- الإجهاد ومشاكل الإجهاد- اضطراب ما بعد الولادة- الحمل غير المرغوب فيه- الصراع الزوجي وانعكاسه على الأطفال- مشاكل التبني (موجودة في مصر بشكل مختلف) - مشاكل الطلاق والانفصال
٧. المشاكل الاقتصادية ومشاكل العمالة: الفقر- أسر ترعاها نساء فقيرات أو مطلقات- مشاكل في السكن والغذاء- البطالة ونوع العمل- ضغوط العمل الجديد- الهجرة من الريف إلى المدينة ( تمثل مشكلة في مصر)- فشل المشروعات الصغيرة- عمل المرأة وتغير العلاقات داخل الأسرة- تغيير طبيعة العمل (زيادة في الأعمال الخدمية)- التقاعد في سن مبكرة (يمثل مشكلة كبيرة في مصر حالياً)
٨. الموت والحداد والانتحار: الفقدان يمثل أزمة لكل الأفراد ويحتاج الأمر في كثير من الأحيان إلى التدخل لتقليل عبء الفقدان
٩. الشيخوخة (عنه الشيخوخة): يزيد أعداد المسنين في المجتمع وتزداد نسبة حدوث العته (خرف الشيخوخة) بتداعياتها المؤلمة على المصابين بها وعلى الراعين لهم.

## مفاهيم أساسية لحركة الصحة النفسية المجتمعية

### نظرية الأزمة ومفهوم الوقاية

لقد قدمت لنا حركة الصحة النفسية المجتمعية مفهومين أساسيين في مقابل المفهوم التقليدي للمرض النفسي وهما مفهوم الأزمة ومفهوم الوقاية:

#### ١. مفهوم (نظرية) الأزمة:

تقدم نظرية الأزمة نموذجاً مفيداً يتكامل مع المنظور البيئي مؤداه أنه إذا كان قد حدث فشلاً ما في عملية التنشئة الاجتماعية للفرد وحدثت ظروف قاسية راهنة فقد يستجيب الفرد بحالة من الحزن المؤقت. وفي محاولة الفرد التغلب على هذه الحالة قد يعاني من حالة مرضية سيئة تحتاج إلى التدخل بالرعاية وقد يستطيع الفرد التغلب عليها والاستفادة منها والخروج أقوى مما كان وقد لا يستطيع.

ويعتبر اختلاف نتائج الأزمة بالنسبة للأفراد دليل على اختلاف البيئة التي يعيشون فيها واختلاف وسائل الدعم والمساندة المقدمة لهم وتتصور هذه النظرية إمكانية حدوث تطور ونمو للفرد يتجاوز العلاج النفسي للمرض الموجود.

وفي هذا الإطار يتم تعريف الأزمة على أنها تغيير سريع يضع الفرد في حُد لا مخرج منه إلا من خلال تغيير أو تعديل في سلوكه بشكل ما- ومصطلح الأزمة (Crisis) يرجع إلى أصل يوناني معناه (أن يقرر) أي أن الفرد يواجه موقفاً يحتاج إلى أن يتخذ قراراً في حياته لإحداث تغيير في حياته إلى الأفضل.

وهناك أوجه تشابه وأوجه اختلاف بين نظرية الأزمة ونظرية العصاب في التحليل النفسي حيث أن نظرية العصاب تعتبر المشكلات السلوكية النفسية نتاجاً لصراعات لم تحل في المراحل المبكرة

وتكونت دفاعات نفسية للفرد تحول دون سقوطه في المرض النفسي وطالما أن هذه الدفاعات تعمل بكفاءة فيمكن للفرد أن يعيش في أمان. وتحدث المشكلات السلوكية النفسية عندما تفشل ميكانيزمات الدفاع في عملها. وعلى ذلك فإن نظرية التحليل النفسي تركز على الفرد وماضيه ولا تلمى اهتماما إلى المواقف الحالية. في حين أن الأزمة تحدث عندما يواجه الفرد بعقبة تؤثر على أهدافه ولا تستطيع الأساليب المعتادة التي يستخدمها في تجاوز هذه العقبة. وتخل هذه العقبة بتكيفيات الفرد السابق ومن ثم تتطلب استجابة من نوع جديد. ومن المفيد أن نؤكد هنا على أن نظرية الأزمة تنظر إلى الإنسان بنظرة أكثر تفاعلا فهي تؤكد على إمكانية النمو والتطور للفرد بشكل لا نهائي في مواجهته للأزمات وهي عملية تتجاوز علاج الشخص من المشكلات السلوكية والنفسية.

### الملامح الأساسية لنظرية الأزمة

أ. حدث ضاغط أو أحداث تتطلب تغييرا

ب. تؤدي طبيعة المشكلة إلى إرهاق الموارد المتاحة للفرد بكل أنواعها نفسيا وجسديا وماديا وكذلك موارد أسرته والآخرين الذين يشكلون علاقات الدعم الاجتماعي

#### ١. مصادر الضغوط

##### أ. ضغوط بيئية

- ضغوط اجتماعية: وتمثل في الفقر والبطالة والعزلة والتغير الاجتماعي مع ارتباط ذلك بمفاهيم المجتمع الصناعي - الأقليات - التغير المجتمعي السريع - ضغوط الأسرة - معاملة سيئة - رقابة شديدة - رفض الطفل وانعكاس هموم الوالدين على الطفل (مثل المكانة الاجتماعية، الممتلكات، المرض، الحالة المادية).
- ضغوط ثقافية: إذا كان تعريف الثقافة هو نسق وأساليب التفكير وطريقة تناول المواقف والمشكلات الاجتماعية والتي تنتقل من جيل إلى جيل فإن الإنسان معرض لضغوط ثقافية إذا وقع فريسة بين ضغط نسقين من القيم المتصارعة (التوارث والحديث) مما قد يؤدي إلى ظهور أعراض مرضية مثل القلق أو الجرافات سلوكية مثل الجريمة وفي مثل هذه الحالات فإن الدعم الاجتماعي يصبح له أهمية كبيرة حيث يجد الفرد نفسه غير قادر على أن يتوحد مع القيم الوالدية ويحتاج جماعة خارجية يعتمد عليها جثا عن الاستقرار والوقاية من التوتر.
- ضغوط اقتصادية: المشاكل المادية (نقص المال قد يعيق الكثير من متطلبات الحياة) التغيرات الحديثة زادت من قيمة المال في المجتمع وأصبح يمثل التقدير والاعتراف بالفضل والقوة والأمان ولا بد من مسايرة الآخرين - البطالة - فقدان الوظيفة.
- ضغوط مهنية: عدم قبول العمل - تغيير ظروف العمل - ظروف العمل السلبية مثل العمل المرهق وانخفاض المعنويات وعدم التقدير والرقابة المهنية.
- ضغوط طبيعية: مثل الجماعات - الفيضانات - الزلازل - الحرائق - الحوادث - الإصابات - الضوضاء.

## ب. ضغوط داخلية (من داخل الفرد):

في داخل كل فرد صراعات وطموحات لم تتحقق ومثيرات أخرى ويصبح كل ذلك جزءاً من بناء الشخصية وأيضاً مصدراً للضغط لا يسهل تخفيفه وقد تصبح عملية استدماج الحدث الضاغط في اللاشعور عملية معقدة وعادة ما يلعب الكبت والتشريط دوراً فيها

- "الكبت" هو الدافع اللاإرادي للمثيرات المهددة والمؤلمة إلى اللاشعور وتبقى فيه وينتج عن ذلك ظهور رغبات وأفكار وأمنيات ومشاعر لا يعرف الشخص شيئاً عن منشأها.
- "التشريط" وهو نظرية بافلوف التي تساعد على إجابة هذا السؤال: لماذا يتعامل الناس مع مشاعر وأفكار ورموز غير حقيقية كأنها حقيقية؟

### ويمكن تصنيف الصراعات كما يلي:

- صراع ناشئ عن محاولة الحصول على شئ وفي نفس الوقت الرغبة في تجنب المحاولة "البحث عن هدف إيجابي والبعد عن هدف سلبي"
- صراع ناشئ عن الرغبة في الحصول على شئ مع وجود بديلين لهذا الشئ تتساوى الرغبة فيهما
- صراع ناشئ عن تجنب مزدوج- تجنب شيئين سيئين

## ٢. ردود الأفعال المرتبطة بالضغط:

قد تبدو محاولات التوافق- بالنسبة للمشاهدين من الخارج- على أنها محاولات غير فعالة ولكنها للفرد نفسه هي أفضل الوسائل المتاحة له حتى لو كانت شاذة وللإستجابة للإحباط نمطين أساسيين:

\* الاستجابة العدوانية (كر وقتال)

\* الاستجابة الانسحابية ( فر وهروب)

**الاستجابة العدوانية (كر وقتال):** وهي استجابة بدائية تظهر في الأطفال ومع الزمن يصبح الإنسان أكثر حساسية لردود أفعال الآخرين. وقد تؤدي هذه الاستجابة إلى تقليل مشاعر لقلق والتعب النفسي ولكنها لا تحل المشكلة ولا تقضى على الضغط ومن الممكن أن يتم توجيه هذه الاستجابة العدوانية إلى الداخل ( إلى الذات )

**الاستجابة الانسحابية (فر وهروب):** ويتم توجيه الغضب إلى الذات ويشعر الفرد بالغضب من الذات والاكنتاب وينسحب تاركاً المشاكل دون حل. وقد يؤدي هذا إلى أمراض نفسية أو عقلية أو قد يؤدي إلى قلق نفسي مزمن

### وينتج عن ردود الأفعال المرتبط بالضغط على المدى البعيد

- ردود أفعال منحرفة في التعامل مع المجتمع (ضد المجتمع).
- ردود أفعال عصابية: قد تؤدي إلى انهيارات عصبية.

- ردود أفعال ذهانية: ويؤدي إلى انهيار الخيل الدفاعية والانسحاب من العالم الحقيقي إلى عالم الخيال الجامح.
- ردود أفعال نفسية جسدية: تؤدي إلى ظهور أعراض جسدية ويشعر المريض أنه يعاني من مرض عضوي؟

## حلول الأزمة

### التكيف- التصدي

#### أولاً: التكيف

يهتم علم النفس المجتمعي بالسعى إلى هدم العملية التي من خلالها تؤدي الضغوط النفسية إلى أمراض نفسية والتكيف هو حالة مؤقتة ومحدودة زمنياً يتم بها المواءمة بين سلوك الفرد ومتطلبات محددة وتتضمن عملية التكيف أبعاداً أيديولوجية واجتماعية ودلالات ذاتية وقيمية. وقد تشير عملية التكيف أيضاً إلى تعديل سلوك الفرد استجابة لظروف محددة. وهذا المعنى يتضمن الخضوع والانضباط وهو من منظور إنساني وثوري يمثل لعنة على البشرية حيث أنه في بعض الأحيان يكون قبول القهر نوعاً من التكيف ولا نعي أهمية تغيير البيئة من حولنا كحل أو كبديل.

(يثار هنا سؤال مهم وهو هل نمارس مع الجماعات الفقيرة والمهمشة لعبة التكيف مع العالم كما هو أم الأجدى لهم وللمجتمع أيضاً أن نجاول دفعهم ورعايتهم وزيادة وعيهم ثم مساعدتهم لتغيير الواقع البيئي من حولهم وهذا يطرح قضية مهمة تتعلق بعدم القدرة على التفكير في معيار للصحة النفسية للفرد والمجتمع دون الإشارة بشكل أو بآخر إلى النظام الاجتماعي)

#### ثانياً: التصدي

و التصدي للأزمة يتضمن جهداً معرفياً وسلوكياً يبذل للسيطرة أو للتسامح ويهدف إلى تقليل المتطلبات التي ترهق وقد تتجاوز موارد الشخص في هذه المرحلة.

ويواجه الشخص مشكلتين:

١- **مشكلة التعامل مع مشاعره الخاصة:** قلق- اكتئاب- توتر- عدم راحة- شك

في الذات- لوم الذات.

٢- **مشكلة التعامل مع الموقف الخارجي:** ضرورة القيام بعمل مناسب.

ولا يمكن الفصل بينهما ( التعامل مع مشاعر الشخص والتعامل مع الموقف الخارجي) وأكد بعض العلماء على التقييم المعرفي الموضوعي للحدث الضاغط وتنقسم إلى مرحلتين-

**المرحلة الأولى-** تقييم أولى بيولوجي.

**المرحلة الثانية-** تقييم ثانوي- رد الفعل المطلوب

والتعليم قد يساعد على إدراك المشاعر والتسامح معها

ونود أن نشير هنا إلى أنه بعد السيطرة على رد الفعل الحاد فنحن ننتقل إلى التعامل مع الموقف الجديد ويتضمن ذلك بعدا انفعاليا يتطلب بالضرورة زيادة الأمل ( الأمل في أن هذا الموقف السيئ سينتهى)

(وعاطفة الأمل لا نعرف كثيرا عنها- ما هي الظروف التي تظهر فيها؟ وهل تحتاج إلى دعم من شخص آخر؟ هل يتولد الأمل من خلال استدعاء أحداثا أخرى استطاع التغلب عليها في الماضي؟ وهل تمثل هذه العاطفة جزءا لما نطلق عليه الإرادة أو العزيمة؟ وهل هناك دوافع للأمل مثل الرغبة في الانتقام أو الرغبة في إثبات شيء لشخص آخر الأمر الذي يثير معه الرغبة في بذل الجهد للتغلب على المشكلة؟).

## ٢. مفهوم الوقاية:

وهو يمثل مفهوم الصحة العامة (لن نقضى على المرض عن طريق العلاج فقط) ونموذج الصحة العامة للوقاية يتضمن:

١. تحسين الظروف البيئية

٢. تقوية الكائن ضد المرض

○ تحسين نوعية حياة الأفراد

○ جهود لتقوية الجوانب النفسية

ورغم أن هذا النموذج ليس بمقدوره تقديم خدمات كبيرة بالنسبة للمشكلات النفسية والاجتماعية إلا أنه مفيد في طريقة التفكير التي تقدم أطروحات بعيدة عن النموذج الفردي.

وتتم الوقاية قبل أن يتم تسمية الشخص على أنه حالة وتتطلب الوقاية تغيير مكان العمل الصحي ليصبح المدارس- وأجهزة الإعلام - وأماكن تقديم الخدمات الاجتماعية - الأحزاب السياسية.

لاحظ بعض العلماء في الولايات المتحدة أنه أثناء الفترة التي يسود فيها الاتجاه المحافظ يتغلب نمط العلاج الفردي وأثناء فترات الإصلاح يزداد الاهتمام بالمواقف الاجتماعية غير الملائمة.

ويثير هذا التوجه الكثير من التساؤلات الجديدة- صعبة الإجابة - حول القيم والأخلاقيات في ممارسة الطب النفسى كما أنه يثير التساؤل عن عدم حيدة الجهد العلمى وتأثره بالمحيط الاجتماعى والسياسى.

## المؤشرات المتاحة لحجم المشاكل النفسية

معدلات انتشار الأمراض النفسية في مصر مثل معدلات انتشار كل الأمراض غير معروفة ولا توجد -للأسف- في مصر إحصائيات يعتمد عليها في مجال وبائيات الأمراض النفسية في مصر ومعظم المؤشرات التي سنعرضها هي دراسات تمت في الجامعة للحصول على درجة علمية وتمت على عينات صغيرة نسبيا

## بالنسبة لاضطرابات العصاب:

وجد الدكتور أحمد عكاشة سنة ١٩٦٧ إن حوالي ثلث لمرضى الذين يذهبون إلى الممارسين العموميين يعانون من مرض نفسى. كما أن حوالي ٢٠٪ من المرضى الذين يترددون على العيادة الخارجية في مستشفى جامعى يعانون من القلق النفسى وفي دراسة أخرى أثبت عكاشة أن الاضطرابات التحويلية مازالت موجودة في مصر رغم أنها اختفت من أوروبا تقريبا.

## وبالنسبة لمرضى الفصام:

فإن إحدى الدراسات بعد متابعة ١٠٠٠ مريض من المرضى الجدد الذين يترددون على العيادة الخارجية في مستشفى جامعى خاصة بالأمراض النفسية والعصبية وجدت أن نسبة الفصاميين بين هؤلاء المرضى هي ١٥,٣٪ (عكاشة ١٩٦٧)

## مؤشرات متاحة عن الاكتئاب:

- يمثل الاكتئاب في المجتمع نسبة ١٥٪
- ١١٪ في المدن. و ٢٠٪ في الريف (عكاشة ١٩٨٤)
- دراسة أخرى وجدت أن الاكتئاب يمثل ١٦٪ من المرضى المتردين على العيادة الخارجية معظمهم (عسر مزاج) أي اكتئاب مزمن.
- وفي دراسة حديثة نسبيا للدكتور يوسف وآخرون وجدوا أن معدل انتشار الاكتئاب كان في خلال ٦ أشهر
- انتشار الاكتئاب ١٨,٦٥٪
- منهم ٩,٨٧٪ يعانون من الاكتئاب المزمن
- و ٣,٤٧٪ يعانون من اضطراب التأقلم المصحوب بمزاج اكتئابى
- و ١,٨٥٪ يعانون من اضطراب الاكتئاب مع القلق
- ١,١٩٪ اكتئاب ثنائى القطب النوع الأول
- ٠,١١٪ اكتئاب ثنائى القطب النوع الثانى

## مؤشرات حول معدلات الانتحار:

في الثقافة الإسلامية ينظر للمنتحر على أنه قد فقد دنياه وآخرته وهو خارج عن الدين. ولهذا فإنه نادرا ما يذكر الانتحار في أوراق رسمية. وغالبا ما يتم التغطية على عمليات الانتحار. والإحصائيات الرسمية في مصر تشير الانتحار نسبته من ٤-٦ لكل مائة ألف مواطن ولكن دراسة طب عين شمس عن الانتحار أشارت إلى أن معدل الانتحار في القاهرة هو ٣٨ لكل مائة ألف مواطن وهو أكثر في الفئة العمرية من ١٥ إلى ٤٤ سنة (عكاشة ١٩٨٤)

## سوء استخدام المواد (الإدمان)

في دراسة لعكاشة وخلييل ١٩٨٢ في الجامعات وجدوا أن ٨٪ من الناجحين يتعاطون مخدرات و٢٨٪ من الراسبين يتعاطون مخدرات وكانت المخدرات تتراوح بين الحشيش. المنبهات. الكحول. النومات والمهلوسات.

وفي دراسة لسوييف (١٩٨٢) أيضا عن سوء استخدام المواد في المدارس الثانوية وجد الآتى:

### في المدارس الثانوية العامة: في المدارس الثانوية الفنية (صناعية وتجارية):

١٥٪ من الطلبة يدخنون بانتظام	٢٤,٥٪ يدخنون بانتظام
٥,٣٪ جربوا المهدئات	٤,٦٪ جربوا المهدئات
٥,٧٪ جربوا المنبهات	٥,٩٪ جربوا المنبهات
١٠,٥٪ جربوا الأدوية المخدرة	١١,٦٪ جربوا الأدوية المخدرة
٤,٧٪ جربوا النومات	٤,٧٪ جربوا النومات
٩٠,٧٪ جربوا الحشيش	٩٢,١٪ جربوا الحشيش
٧,٤٪ جربوا الأفيون	٧,٢٪ جربوا الأفيون
٢٪ جربوا باقي المخدرات	٧,٩٪ جربوا باقي المخدرات

ووجد سوييف أيضا أن ٧٣٪ من الذين يدخنون الحشيش لم يفكروا أبدا في التوقف.

وأشار العقباوى (٢٠٠١) إلى انتشار الإدمان في مصر في الثمانينات كان بهذا الترتيب: الحشيش- الأفيون- المهدئات- الهيروين- الكوكايين.

وفي التسعينات انتشر الحشيش بشكل كبير وأصبح يسمى الباجو وهو يحتوى على نفس المادة المؤثرة مثل الحشيش (تتراهيدروكانيبانول) وأصبح الأفيون والهيروين نادرا وأضاف العقباوى هذه النسب بين استخدام للتجربة وإساءة الاستخدام والإدمان: ١٦: ٤: ١ (أحمد شوقي العقباوى ٢٠٠١)

## الاضطرابات النفسية في الأطفال والمراهقين

يمثل انتشار المشاكل الانفعالية والسلوكية بين تلاميذ ما قبل المدرسة في محافظة الإسكندرية نسبة ٢٢,٥٪ ( عبد اللطيف وآخرون ١٩٨٩)

وبين تلاميذ المرحلة الابتدائية تمثل هذه الاضطرابات نسبة ٤,٧٪ (قورة ١٩٩١)

وكانت نسبة التلاميذ في المدارس الإعدادية الذين يعانون من اكتئاب في إحدى الدراسات ١٠,٢٥٪ وكانت النسبة أكبر بين البنات (٥٦,٢٥٪) عن البنين (٤٣,٧٥٪) (ابو نازل ١٩٨٩)

وفي دراسة أخرى وجد اضطراب القلق في ١٧٪ من المراهقين وكان أكثر انتشارا عند سن ١٨ عنه عند سن ١٤ ( عطيه وآخرون ١٩٨٨)

وفي دراسة إبراهيم وآخرون ١٩٩٩ وجدوا أن ٥٩٪ من الأطفال والمراهقين من سن ١٠ إلى سن ١٨ سنة أعربوا عن مشاعر الخوف والقلق.

## مشاعر الخوف والقلق كانت

- أكثر في البنات.
  - أكثر في المستويات الاقتصادية الاجتماعية العالية.
  - أكثر في طلاب المدارس عنهم في من لا يدرسون.
  - في المدن ٦٣,٢٪ وفي الريف ٥٥,٧٪.
  - أكثر في غير العالمين مقارنة بالعاملين.
- وفي دراسة مسحية في أعوام ١٩٨٥ - ١٩٨٩ وجد أن التبول اللاإرادي تتراوح نسبة حدوثه بين الأطفال المصابين باضطرابات سلوكية بين ٦٣,٩٪ إلى ٨٢,٥٪ (قورة وآخرون ١٩٩٣)
- في خلال العام الدراسي (١٩٩٨ - ١٩٩٩) وجد في الأطفال المحالين إلى عيادات التأمين الصحي في المدارس أي نسبة ٣١,٨٪ منهم تم تشخيصهم المبدئى على أنهم يعانون من التخلف العقلى وبعد عمل التقييم الكامل أصبحت النسبة ١٨,٩٪ ( تقرير وزارة الصحة ١٩٩٩ )
- وفي نهاية هذا العرض عن مؤشرات انتشار الأمراض النفسية في المجتمع نتعرض للأعداد التي ذكرها الدكتور أحمد عكاشة عن المصابين بالأمراض النفسية في مصر عام ١٩٩٧

- اضطرابات عصابية ١,٥ مليون
- التخلف العقلى ١,٢ مليون
- الاكتئاب ١ مليون
- الصرع ٠,٥ مليون
- فصام مزمن وعته ٠,٢ مليون
- المجموع ٤,٤ مليون

وهذه الإحصائيات في أغلبها تمت في المستشفيات وتمت بهدف رصد الأمراض النفسية ولكنها لم تشتمل على الحالات التي تعاني من أعراض نفسية لا تصل إلى حد المرض كما أنها لا تتعامل مع المشاكل النفسية والاجتماعية الأخرى مثل ضحايا الجريمة وضحايا الظروف الاجتماعية السيئة. وبشكل عام فنحن نعتقد أن أكثر من ربع السكان يعانون من مشكلة نفسية بشكل أو بآخر ويحتاج للعون من خلال العديد من المؤسسات المجتمعية.

## الخدمات الطب النفسية المتاحة في مصر

### الخدمات النفسية في مصر تنقسم إلى قسمين كبيرين

٢. قسم خاص

١. قسم عام

#### ١. القسم العام:

يعتمد أساسا على الخدمات التي تقدمها وزارة الصحة من خلال العديد من المؤسسات

- مستشفيات وزارة الصحة في المراكز والمحافظات
- وحدات ريفية في العديد من القرى

- المؤسسة العلاجية
- المستشفيات التعليمية
- المعاهد المتخصصة
- التأمين الصحى
- التأمين الصحى للمدارس

وهناك أيضا بعض الجهات التى تمتلك وتدير مستشفيات خاص بها لعلاج العاملين مثل

- مستشفيات القوات المسلحة والشرطة
- مستشفى الكهرباء
- مستشفى الدعاة
- غيرها

## ٢. القسم الخاص:

ويتضمن العيادات والمستشفيات الخاصة

وبالنسبة لخدمات الطب النفسى فإن إحصائية عكاشة لعام ١٩٩٨ أشارت إلى أن عدد الأطباء النفسيين فى مصر حوالى ٤٥٠ طبيبا نفسيا أى أن هناك طبيب نفسى واحد لكل مائتى ألف مواطن ٢٠٠٠٠٠/١ فى حين يبلغ عدد الأخصائيين النفسيين ٢٥٠ أخصائى نفسى وهناك الكثير من الأخصائيين الاجتماعيين والممرضات ولكنهم فى الأغلب لم يتعرضوا لأى نوع من التدريب فى مجال الطب النفسى. وتقدم خدمات الطب النفسى من خلال

- خدمات الأقسام الداخلية بالمستشفيات
- خدمات العيادات الخارجية
- مراكز علاج الإدمان
- مراكز متخصصة لكبار السن

يبالغ عدد الأسرة فى المستشفيات النفسية العامة والخاصة حوالى ٨٠٠٠ سرير بمعدل سرير لكل سبعة آلاف مواطن

تتمركز معظم هذه الخدمات المتعلقة بالصحة النفسية فى المدن الكبرى مثل القاهرة والجيزة والإسكندرية

لا توجد أى نوع من خدمات الطب النفسى فى خمس محافظات من ٢٤ محافظة الوادى الجديد. محافظة شمال سيناء وجنوب سيناء

لا توجد خدمات الرعاية السريرية للمريض النفسى فى عشرة محافظات مثل الإسماعيلية والسويس وبور سعيد

أ. توجد خمس مستشفيات للصحة النفسية تابعة لديوان عام وزارة الصحة  
وهي:

**١. دار الصحة النفسية بالعباسية**

- عدد الأسرة بها ٢٠٧٣
- وعدد الأطباء النفسيين ٥٣ طبيباً
- عدد المرضى والمرضات ١٤٦
- عدد الأخصائيين النفسيين ١٧
- عدد الأخصائيين الاجتماعيين ١٨

**٢. مستشفى مصر الجديدة للصحة النفسية ( المطار)**

- عدد الأسرة ٩٢ سرير
- عدد الأطباء النفسيين ١٤ طبيب
- عدد المرضى ٣٩
- عدد الأخصائيين النفسيين ١
- عدد الأخصائيين الاجتماعيين ٤

**٣. مستشفى حلوان للصحة النفسية**

- عدد الأسرة ٥٢٥ سرير
- عدد الأطباء النفسيين ٤٥ طبيب
- عدد الأخصائيين النفسيين ٤
- عدد الأخصائيين الاجتماعيين ٦

**٤. دار الصحة النفسية بالخانكة**

- عدد الأسرة ١٧٩٠ سرير
- عدد الأطباء النفسيين ٢٤ طبيب
- عدد الأخصائيين النفسيين ٢
- عدد الأخصائيين الاجتماعيين ٣
- عدد المرضى ٦٨

**٥. مستشفى العمورة للصحة النفسية بالإسكندرية**

- عدد الأسرة ٧٥٠ سرير
- عدد الأطباء النفسيين ٧٤ طبيب
- عدد المرضى ١٦١
- عدد الأخصائيين النفسيين ٤
- عدد الأخصائيين الاجتماعيين ١٢

وإذا تم تجميع هذه الأعداد للمستشفيات التابعة لديوان عام وزارة الصحة أصبح الأرقام كالتالي:

- عدد الأسرة ٥٢٣٠ سرير
- عدد الأطباء النفسيين ٢١٠ طبيب
- عدد المرضى ٥٦٠
- عدد الأخصائيين النفسيين ٢٨
- عدد الأخصائيين الاجتماعيين ٤٣

ب. إحدى عشر مستشفى للطب النفسي تدار من خلال المجلات

- عدد الأسرة بهذه المستشفيات ٨٠٠ سرير
- عدد الأطباء النفسيين ٥٩ طبيب
- عدد المرضى ٢٤٤
- عدد الأخصائيين النفسيين ٦
- عدد الأخصائيين الاجتماعيين ١٣

ملحوظات:

- ٨ من هذه المستشفيات ليس بها أخصائي نفسي واحد
- ٥ من هذه المستشفيات ليس بها أخصائي اجتماعي واحد
- لا تتوزع هذه المستشفيات بشكل متوازن على جميع المحافظات

ج. أقسام طب نفسي في المستشفيات العامة

- وعددها ٨ أقسام بها ١٢٤ سرير
- وعدد الأطباء النفسية بها ٢٢ طبيب
- عدد الأخصائيين النفسيين ١
- عدد المرضى ٢٦
- عدد الأخصائيين الاجتماعيين ٣
- ٧ من هذه الأقسام ليس بها أخصائي نفسي واحد
- ٥ من هذه الأقسام ليس بها أخصائي اجتماعي واحد

د. أخرى

- هناك ٥ مراكز تابعة لوزارة الصحة تقوم بعلاج حالات الادمان وهي العباسية، الخانكة، العمورة، الغربية وأسوان كما يوجد مركز آخر تابع لجامعة عين شمس
- يوجد أربع مراكز للرعاية النفسية لكبار السن وهي توجد في العباسية، الخانكة، حلوان، العمورة. كما يوجد مركز آخر تابع لجامعة عين شمس به قسم داخلي (٢٤ سرير)

- خدمات الطب النفسى التى تقدمها المستشفيات العسكرية خدمات العيادة الخارجية وخدمات سريره حوالى مائتى سرير
- خدمات الطب النفسى التى تقدمها كليات الطب المختلفة

## تكاليف خدمات الطب النفسى فى مصر

### معظم هذه التكاليف تقوم بتغطيتها

- وزارة الصحة
- التأمين الصحى

### بعض هذه التكاليف يقوم بها

- كليات الطب
- خدمات الصحة النفسية العسكرية
- الأسر والأفراد

## التكلفة اليومية للمريض داخل المستشفى

بالنسبة لمستشفى العباسية وهى أكبر مستشفى للطب النفسى فى مصر وهى تقع فى القاهرة وبها ٢٠٣٧ سرير قامت بعمل تقرير سنة ١٩٩٧ ذكرت به:

- عدد المرضى الذين تم علاجهم ١٦٠٠ مريض
- التكلفة الإجمالية ١٢ مليون جنيه مصرى بما فيها مرتبات العاملين ( حوالى ٤ مليون )
- التكلفة السنوية لمريض كانت ٧٥٠٠ جنيه مصرى
- التكلفة اليومية لكل مريض ٢٠ جنيه مصرى

وهذا العرض الموجز يوضح أن خدمات الطب النفسى تكاد تكون معدومة فى المناطق الريفية وأن هناك نقص فى عدد الأخصائيين النفسيين والاجتماعيين والمرضى المؤهلين وأيضاً فى عدد الأطباء النفسيين

لا توجد دراسات عن رضا متلقى خدمات الطب النفسى فى مصر وإن كان الانطباع العام أنها لا تختلف كثيراً عن الخدمات المقدمة فى فروع الطب الأخرى كما أن كفاءة تقديم الخدمة لا يختلف أيضاً عن فروع الطب الأخرى.

## رؤية مستقبلية

### تطوير برامج وخدمات الصحة النفسية فى مصر

إذا حاولنا وضع تصور للمستقبل فى خدمات الصحة النفسية فيجب أن ننظر إلى طبيعة المرض النفسى وإلى الظروف المحيطة بتقديم هذه الخدمات. ونتوقع فى المستقبل زيادة أعداد المرضى النفسيين نظراً للتغير الاجتماعى السريع ووجود الكثير من الصراعات الاجتماعية فى المجتمعات الصناعية الحديثة

كما أن زيادة معدلات الهجرة من الريف إلى المدن يشير أيضا إلى تزايد معدلات المرض النفسي ويحدث أيضا في المستقبل زيادة في أعداد كبار السن وهذا سيزيد الكثير في الأمراض النفسية المرتبطة بتقدم العمر وبشكل عام فإن هناك مؤشرات تدل على تزايد معدلات الجريمة وسوء استخدام الموارد بما لها من تبعات اجتماعية ونفسية ويمكن تقسيم العوامل التي تعيق تقديم خدمات الصحة النفسية في المجتمع إلى ثلاثة عوامل:

### عوامل سياسية:

- المرضى النفسيون ليس لهم أي وزن سياسي ولا يهتم بهم السياسيين أصحاب القرار
- انتشار الثقافة الأمريكية وسيادتها بما فيها من مآخذ اجتماعية وثقافية قد تؤدي إلى زيادة الأمراض النفسية
- زيادة العزلة والعداونية في المجتمع كما أن الأقليات العرقية والدينية قد تتعرض للمزيد من التفرقة
- زيادة إنتاج وجرارة المخدرات
- غياب الأمن
- تقليص الخدمات الاجتماعية

### عوامل اقتصادية:

- الخدمات الطب نفسية مكلفة وعلى سبيل المثال فإن أحد الأدوية الحديثة لعلاج الفصام ثمن العلبة الواحدة منه أكثر من ٦٠٠ جنيه مصري
- قلة أعداد الأطباء النفسيين
- النظام التأميني ضعيف كما أن بعض أنظمة التأمين الصحي تستبعد الأمراض من المظلة التأمينية
- انتشار وممارسة الطب بشكل جاري نفعي أكثر من ممارسته بشكل إنساني أخلاقي
- البطالة والصعوبات الاقتصادية تزيد عبء المرض النفسي

### عوامل مرتبطة بطبيعة المرض النفسي:

- |                               |                                |
|-------------------------------|--------------------------------|
| ○ الفصام                      | ○ اضطراب المزاج                |
| ○ اضطراب الضلال ( البارانويا) | ○ القلق والأمراض النفسية جسمية |
| ○ اضطراب الشخصية              | ○ سوء استخدام المواد           |
| ○ الأعراض البدنية المتعددة    |                                |

وفي الأطفال أيضا هناك العديد من الأمراض النفسية التي تصبح أمراضا مزمنة مثل

- |                    |                 |
|--------------------|-----------------|
| ○ اضطرابات النمو   | ○ فصام الطفولة  |
| ○ اضطرابات التواصل | ○ التخلف العقلي |
| ○ اضطرابات الحركة  |                 |

مازال هناك غموضا في نواح كثيرة مرتبطة بالخدمات المطلوب تقديمها للمريض النفسي ومدى تأثيرها

يعانى المريض عادة من مشاكل أخرى غير المريض مثل:

- البطالة
- الفقر
- عدم وجود مكان إقامة
- الأطباء حديثي التخرج يهربون من التخصص في الطب النفسي لأسباب مختلفة

### مقترحات على المدى القصير لتطوير الطب النفسي

- إدخال مفهوم الصحة النفسية المجتمعية والطب النفسي المجتمعي في الممارسة عن طريق عمل دورات تدريب للعاملين في هذا المجال
- البدء في تنفيذ برامج محددة في مناطق مختارة لعمل فريق للخدمة النفسية لمراعاة المرضى وأصحاب المشاكل الاجتماعية والنفسية والذهاب لهم في المجتمع بدلا من انتظارهم وتتبع المرض بعد خروجهم من المستشفيات وتوفير العلاجات لهم والعمل بعد ذلك على توسيع هذه الخدمة
- العمل على زيادة أعداد الأطباء النفسيين بتقديم بعض الحوافز لمن يعمل في هذا المجال
- العمل على تغطية المحافظات المحرومة من هذه الخدمة وقد يكون عمل عيادات نفسية متنقلة حل مؤقت لذلك
- عمل دورات تدريبية للأخصائيين الاجتماعيين العاملين في مجال الصحة النفسية
- العمل على زيادة أعداد الأخصائيين النفسيين وتدريبهم
- تطوير تعليم الطب النفسي في كليات الطب وإدخال المفاهيم الجديدة
- تدريب أطباء الممارسة العامة على التعامل مع الاضطرابات النفسية

### على المدى البعيد:

عند تناول قضية الصحة النفسية المجتمعية على المدى البعيد فإننا نجد أنفسنا نبتعد عن مهنة الطب ونناقش أوضاعا اقتصادية وسياسية واجتماعية متعددة. ونحن نرى أن نظام الخدمة الصحية النفسية للمجتمع لا يمكن أن ينظر إليه بمعزل عن القوى السياسية والاقتصادية والاجتماعية التي تشكل هذا النظام. والتحدي الذي يواجه تقديم الخدمة للمرضى النفسيين في المستقبل هو قضية سياسية أكثر منها قضية فنية. فهناك العديد من التقنيات الفنية التي تم تطويرها وحتاج في تنفيذها إلى قرارات سياسية.

حقوق الطبع محفوظة لجمعية التنمية الصحية و البيئية

رقم الإيداع بدار الكتب

٢٠٠٥ / ٩٢٢٠