الاصلاح الصحي

في مصر

للدكتور عبد الواحد الوكيل بك

رمز الجيل الجديد السليم

— ٢ —

. . . والآن ما هي سبل الاصلاح او أهم تلك السبل التي يجدر بنا ادخالها في خططنا الطبية والصحية لتغير هذه الأمور المزعجة من مرض وموت في هذه البلاد ؟

لاشك ان اول مشكلة يجب ألاّ نتأخر بعد اليوم عن مجابهتها في شجاعة واقدام هي كما رأينا المشكلة القروية. إذ انها تشمل اكثر المصريين اي ١٢ مليوناً من الستة عشر مليوناً، اهملوا الى اليوم اهمالاً كبيراً . ولا أقول اهمالاً مقصوداً مبيتاً . إذ ان سبب ذلك الاهمال هو لاشك ما صادف السلطات في مختلف العهود قبل النهضة المصرية وبعدها من صعوبة الاصلاح في الريف بسبب الفقر والجهل المتفشيين فيه ، وبسبب تناثر الفلاحين في ٤٠٠٠ قرية تقدمها ٢٠ الف عزبة وضرورة تكرار الاصلاح في كل منها

هذه المشكلة ليست مشكلة مصر وحدها . بل كانت كذلك مشكلة الاقطار الزراعية العديدة الشبيهة ببلادنا سواء في أوربا او سواها . وقد وجهت اليها عصبة الأمم اهتماماً كبيراً فعقدت من أجلها منذ سنة ١٩٣١ مؤتمرين صحيين عظيمين تناولا الموضوع تفكيراً وبحثاً . أحدهما للدول الأوربية والآخر لأقطار الشرق الادنى . وما أجدرنا ان نلم بما قرره الخبراء العالميون في هذين المؤتمرين حتى ان نجد في ذلك داعياً لتفكير ان لم يكن للمحاكاة والاقتباس

كانت المبادىء التي وضعها الخبراء دليلاً بيناً على قيمة الحياة الانسانية في نظر الأوربيين المصلحين وتطلعهم على الدوام الى المثل العليا . وأهم تلك المبادىء هي كما يأتي ، أوردها بايجاز قبل التعليق عليها : —

اولاً — ان العناية الصحية والطبية بالفلاحين يجب ان تكون بحيث يتمتعون بكافة وسائل الطب الحديث في كل ما من شأنه حفظ صحتهم وكشف امراضهم وعلاجها في اول حدوثها

ثانياً — لتحقيق هذه الغاية يجب ان يخصص لكل ٢٠٠٠ نسمة على الاكثر في القرى

(طبيب) للخدمة الطبية والصحية و(مولدة) لتوليد النساء و(زائرة صحية) لعناية بالاطفال والصحة المنزلية والعناية الصحية و (معاون صحي) لعناية بمساكن القرية ومجاوراتها . كما يخصص في كل عزبة بعيدة (شخص ملم بالاسعاف الاولي) على ان يقيموا جميعاً في مقر عملهم

ثالثاً — ان النظام الطبي والصحي في الريف يجب ألاّ يقتصر على هذه الوحدات بل يشمل كذلك إعداد معاهد علاجية اخرى فينشأ (مستشفى صغير) بكل ٥٠ سريراً لكل ٢٥ الف نسمة (اي بنسبة سريرين لكل الف نسمة) على ان يشمل ذلك المستشفى (معملاً صغيراً للابحاث البكتريولوجية)

ويجب كذلك إعداد (اخصائيين) في امراض النساء والعيون والانف والاذن والحنجرة والاسنان والدرن والامراض العقلية والاشعة (بالمستشفيات الكبرى) القريبة بحيث يمكن دعوتهم الى المستشفيات الصغيرة في ايام محدودة . كما يحسن توفير (وسائل وافية لنقل المصابين) بامراض خطيرة ليلاً ونهاراً من الوحدات القروية الى المستشفيات الصغيرة او الكبرى

رابعاً — ان ينشأ في كل مديرية (قسم للهندسة الصحية القروية) يعنى مهندسوه بدراسة القرى المختلفة ووضع الخطط والتصميات اللازمة واصلاح مساكنها وردم البرك وتوفير المياه النقية . وتصريف الفضلات الجافة والسائلة . واقامة المنشآت اللازمة لمختلف نواحي الاصلاح بما في ذلك (الحمامات الرشاشة للرجال والنساء) و(احواض غسل الملابس)

خامساً — ان هذه الوحدات الطبية والصحية في القرى لا يمكن ان تؤتي ثمرتها الكاملة ما لم يقترن بها في نفس الوقت اصلاح الجانبين الهامين اللذين لهما صلة جوهرية بصحة الفلاح وهما (الجانب الاقتصادي) و (الجانب الثقافي) . ويتطلب ذلك ان تقوم السلطات المختلفة بشؤون الزراعة والتعليم والحركة التعاونية بتعميم خدماتها مع السلطات الصحية في وقت واحد ومحيط قروي واحد . كما انها تحتاج الى (تعاون من جانب القرويين) انفسهم مع هذه السلطات في تقبل الاصلاح والاقبال عليه

سادساً — ان فقر الفلاحين المعروف في كثير من الممالك الزراعية يلقي العبء الاكبر في تنفيذ هذا الاصلاح من الوجهة المالية على عاتق الدولة . ومع ذلك فانه يجب العمل على ان تتحمل مجالس المديريات والمجالس القروية وكذلك تعاون انفسهم شطراً يذكر من النفقة وان تشجع كذلك الهيئات الأخرى كالجمعيات التعاونية او سواها على المساهمة في الاصلاح

هذه هي المبادىء التي وضعها الخبراء . فاذا أردنا ان نطبق في بلادنا القسم الصحي من هذه المثل الاوربية العليا التي كان لي حظ المناقشة فيها مع رجال عصبة الامم بجنيف وحظ مشاهدتها بنفسي في الممالك البلقانية سنتي ١٩٣٧ و١٩٣٩ ، وجدنا اننا نحتاج في الناحية الطبية والصحية

بسكان الريف المصري ، الى ٦٠٠٠ وحدة طبية قروية . لكل منها طبيب قروي ومولدة وزائرة صحية (او مولدة مشرفة على اعمال الزائرات الصحيات) وانه يجب انشاء ٤٨٠ مستشفى صغيراً بها ٢٤٠٠٠ سرير بخلاف المستشفيات الكبيرة واخصائيها . بل ربما كانت الحالة ماسة الى اكثر من تلك الاعداد لكثرة الامراض والعلل بين فلاحينا بالقياس الى اخواتها الاوربيين

هذه المثل العليا في بطيئة الخطى صعبة المنال حتى في بلاد اوربية كثيرة . حتى اذا فرضنا وجود المال فلن نجد الرجال . فاذا اخذنا الاطباء وحدهم مثلاً ، وجدنا انهم في القطر اجمع لا يزيدون الآن عن ٤٠٠٠ طبيب ما بين مصري واجنبي وموظف وغير موظف . وهذا العدد يزداد في كل عام بمعدل ١٤٥ طبيباً فقط لسد ما يخلو من الصفوف وما تحتاج اليه الخدمات الجديدة . ولذلك فان البلاد تقاسي الآن مبادىء ازمة شديدة في سوق هؤلاء الخريجين نظراً لتكاثر الطلب عليهم من مختلف الوزارات وخاصة تلك التي نشطت اعمالها الطبية نشاطاً كبيراً كوزارات المعارف والدفاع وأخيراً وزارة الشؤون الاجتماعية

لذلك لا عجب اذا رأينا الاقطار الاوربية التي تشبهنا في ميزانيتها وعدد سكانها تشذ قليلاً عن توصيات تلك المؤتمرات مع أخذها تلك التوصيات فيما عدا هذا الامر نبراساً لها ومثالاً يحتذى . كما يجب ان نعمل . ففي رومانيا مثلاً تقوم الوحدة الطبية القروية على كل ٥٠٠٠ نسمة بدلاً من ٢٠٠٠ نسمة ، وفي يوغوسلافيا على كل ٤٠٠٠ نسمة وفي ايطاليا على كل ٣٦٠٠ نسمة وفي المانيا على كل ٢٣٠٠ نسمة

وفي بعض انحاء تلك المستشفيات الريفية بحيث يتضمن كل منها ١٥٠—٢٠٠ سرير بدل ٥٠ سريراً . وفي سواها يحاولون لتوفير انشاء مستشفيات كبرى من ١٠٠٠ سرير موزعة على كافة فروع الطب وذلك في كل دائرة بها نصف مليون من الاشخاص مع ايصال تلك المستشفيات تليفونياً بالوحدات القروية وتوفير المعدات الواقية لنقل من يرى نقلهم من مرضاها في الليل او النهار . فهذه الاسباب اوصيت منذ سنة ١٩٣٧ حين اتيح لي تقديم المشروع المسمى (مجموعات الرعاية القروية) (Rural Welfare Centers) منبثقاً من توصيات عصبة الامم ومؤتمراتها وبعد مشاهداتي في مختلف انحاء الزراعية الاوربية ، بأن نرضى في الوقت الحاضر في وحداتنا القروية بعشرة آلاف نسمة كحد اقصى . وهو لحسن الحظ ما ستتبعه فعلاً وزارة الشؤون الاجتماعية في مراكزها الاجتماعية الجديدة وقد كان لي حظ المساهمة في بحث تفاصيلها والرجاء ان تتجه بالقرية وسكانها اخيراً الاتجاه الصحيح في الاصلاح القروي من مختلف جوانبه الصحية والزراعية والتعاونية والثقافية والاجتماعية في وقت واحد

ومما يجدر ذكره في هذا الصدد ان احد وزرائنا الشطين في سنة ١٩٣٨ شرع في ادخال

ما يشبه هذا النظام من الوجهة الطبية بانشاء ما يسمى (المكاتب الصحية الشاملة) في القرى وقد بلغ عددها الآن ٢٤ مكتباً كل منها يخدم ٣٠٠٠٠ الف نسمة وهو رقم يفوق توصيات الخبراء العالميين ١٥ مرة . ولا يمكن معه للطبيب ان يؤدي الخدمة الدقيقة المرغوب فيها مهما يروّض نفسه على التعب والنشاط

وأحب ألا يغرب عن البال ان طبيب الوحدات القروية الصغيرة الجديدة ستتركز فيه اغلب الخدمات الطبية والصحية في القرى بدلاً من انتظام المتشعب الحالي مما يؤدي الى توفير جهود جمة، وأموال كثيرة تفق الآن ، وتصحيح نقائص كثيرة . فهو من جهة سيوفر على الدولة انشاء مستشفيات متنقلة لعلاج الامراض المتوطنة وسواها ويوفر توظيف أطباء المدارس القروية . كما انهُ سيشرف على النظم الصحية من حيث مقاومة الاوبئة . كالتحسين الصحي العام في القرى . والدعاية الصحية وذلك في المحيط الصغير الذي تلقى اليه مقاليد اموره الصحية ، بعد ان يتلقى في ذلك دراسة فنية قصيرة ملائمة لواجباته الجديدة . ثم ان وجود أولئك الاطباء القرويين سيفيدنا فائدة قصوى في التعرف على امراض اللاجئين تعرفاً عميقاً يسهل علينا اكتشاف الاوبئة والجنايات لدى فحص المتوفين

وكل ذلك فضلاً عن قيام هذه الوحدات بمولداتها او زيارتها الصحيات برعاية الامهات والاطفال الرعاية المفقودة الآن في الريف . وقد رأينا اثر فقدها في رفع نسبة الوفيات العامة ونسبة وفيات الرضع الى درجة غير لائقة بأمة متمدينة

هذا وفي توصيات تلك المؤتمرات جانب هام آخر من تعديل الخطط الصحية التي يجدر ادخالها في بلادنا وهو ما يتعلق بالهندسة الصحية القروية التي يمثلها في بلادنا قسم الهندسة القروية بوكالة وزارة الصحة للمرافق العامة . اذ ان ذلك القسم لا يمكن ان يؤدي ثمرته الكاملة ما لم تنشأ له فروع في مختلف عواصم المديريات يعنى كل منها بالقرى في محيطه يدرس عيوبها الخاصة من حيث مياه الشرب والصرف والمراحيض القروية والمراك والمستنقعات والقمامة وتحسين المساكن وما الى ذلك . ويضع خطط اصلاحها ، مستمداً العون في التنفيذ من مجالس المديريات والمجالس القروية . او الريفية او الاهالي انفسهم . وبذلك يخرج من محيط المشروعات الضخمة الى المحيط القروي الصغير الذي قد تكون العناية به اجدى واعم على البلاد في الوقت الحاضر

المشكلة الثانية التي تجابهنا هي الاحوال الصحية في المدن التي يقطنها اربعة ملايين من السكان والتي رأينا انهُ مع حصولها على حصة الاسد من الثمار ولاة الامور فان التحسن الذي تم فيها منذ بدأ القرن الحاضر لم يصل بها الى مستوى المدن الراقية

ولن يعسر علينا ان نضع اصبعنا مباشرة على السبب الاساسي في خصائص العناية والصحة

المتخلفة بهذه المدن . وهو ان شؤونها الصحية فيما عدا الاسكندرية تدار الآن بطريق المركزية الشديدة اي بواسطة وزارة الصحة ، حالة ان اللامركزية هي الطريق الوحيد لرفع مستواها الصحي كما هو الحال في المدن الراقية في العالم بأجمعه

فانه على الرغم من تشكيل مجالس بلدية ومحلية في بعض المدن المصرية فان اغلبها لا يزال محروماً من تلك المجالس . كما ان الموجود منها ما عدا الاسكندرية محروم كذلك من ان يتولى مسئولية شئونه الصحية كاملة بنفسه

وقد أدت هذه الحال الى ما نرى في القاهرة مثلاً ، التي لا يكاد يتصور حرمانها من بلدية الى اليوم ، وهي مقر الحكم وعاصمة البلاد بل عاصمة افريقيا والشرق العربي ، من ارتفاع نسبة وفياتها العامة ووفيات اطفالها حتى عن نسبة زميلتها الاسكندرية المتمتعة بنشاط مجلسها البلدي . وان يكن هو كذلك نشاطاً جديراً بان يصل الى مستوى أرقى وأعلى

ان المركزية في الحكم ، هي خطة معقولة بل الخطة الوحيدة في الجهات التي لا تزال تعج بأذيال الجهل والتي لم تنضج بعد فيها أو لا ينتظر ان تنضج سريعاً روح الخدمة العامة . والمركزية بطيئتها بطيئة في الاصلاح لكثرة المشاكل والمشاغل امام القائمين عليها ، وبعدهم عن معرفة العيوب المحلية وصعوبة تحمل الميزانية العامة لكافة شئون الاصلاح في كل بقعة ومكان من المملكة

لذلك كان الحل الوحيد الذي لجأت اليه كافة الحكومات هو انتهاز فرصة تحسن التعليم قليلاً ، ونشوء روح الخدمة العامة ، لتغيير نظام المركزية الى اللامركزية ، فتشتمل فيها كل مدينة بل قرية او مجموعة قرى اذا امكن الامر ، بحكومة صغيرة محلية تتولى بنفسها شئونها الصحية والتعليمية والتنظيمية تحت اشراف الحكومة المركزية وارشادها ومساعدتها المالية والفنية ويسمح لها ان تجبي من الضرائب قدراً مناسباً يسمح بسرعة الاصلاح المنشود في محيطها الخاص دون ارهاق للخزانة العامة الا بمقدار الثلث او النصف من النفقات كاعانة

بذلك يمكن لكل مدينة في هذه البلاد ان توظف مفتشاً صحياً خاصاً بها وان تنشىء رويداً رويداً وفي وقت أقصره ما هو حادث اليوم ما تحتاج اليه من خدمات صحية او طبية لعلاج الامراض او وقاية الامهات والاطفال . او مقاومة الامراض المتوطنة والامراض السرية والدرن . وما الى ذلك من الخطط اللازمة لتقليل المرض واطالة الحياة . وكل ذلك طبقاً للخطط والقواعد التي ترسمها وزارة الصحة وتشرف على تنفيذها

وبذلك ايضاً نستطيع بث روح المسابقة والمباراة بين هذه المجالس في تحسين شئونها المختلفة واشعار الاهالي بان ما يجبى منهم ينفق عليهم . وان الامر يجب ألا يقع على الحكومة المركزية

وحدها كما هو الحال اليوم اذ لم ينالوا من العناية ما نالته المدن الاخرى

وان لدينا مثلاً تاريخياً لما تستطيع أمة ان تجنيه من ادخار هذا النظام اللامركزي في الشؤون الصحية . ذلك المثل المقنع هو ما تم في المملكة المتكبرية بالذات ، منذ عمت في انحائها المجالس البلدية والمحلية بصورة فعالة ، في سنة ١٨٧٢ اي منذ ٦٨ سنة من وقتنا هذا . فانهُ على الرغم من اصدار تلك المملكة لعدة قوانين ولوائح صحية شاملة منذ اوائل القرن الماضي كما حدث في سنة ١٨٤٨ و ١٨٥٨ وما بعد ذلك ، وبالرغم من وجود عدة مجالس بلدية ومحلية محدودة الجهود متناثرة كما هو الحال لدينا الآن ؛ وبالرغم من ان نسبة المتعلمين في تلك المملكة حتى في سنة ١٨٤٠ كان ٥٩٪ ، فان نسبة الوفيات العامة ظلت في تلك الانحاء سائرة على مستوى واحد حوالي ٢٢٫٤ في الالف . ولكنهُ ما ان عمت المجالس البلدية والمحلية في كافة الانحاء بصفة نهائية وجعل واجبها الرئيسي العناية بالشؤون الصحية سواء منها المتعلقة بالوسط او الاهالي ، مع تكليفها تعيين اطبائها الصحيين الخصوصيين ومعاونيهم لادارة الشؤون المحلية ، حتى بدأ عهد جديد أخذت فيه نسبة الوفيات في تلك المملكة تهبط هبوطاً مؤكداً عجيباً

وهذا يدل دون جدال على وجوب تعديل خططنا الطبية والصحية في تعميم تلك المجالس الثاقبة في البلاد بشرط تحميلها مسئولية الشؤون الطبية والصحية للسكان تحت اشراف وزارة الصحة وارشادها الفني ومساعدة الحكومة لها بجزء معين من النفقات كما هو الشأن في مختلف الاقطار الراقية .

وقد لا يكون ثمة دليل ابلغ على ما هذا التعديل من شأن في خططنا الطبية والصحية مما هو حادث اليوم بسبب الحرب المستعر أوارها . والتي نرجو الله مخلصين ألاَّ يصيب شرارها . فاننا ما بين فترة واخرى نسمع باعتمادات ضئيلة من الميزانية العامة لأغراض الدفاع وتعادله يقابلها الغاء او تقييد مشروعات نافعة للبلاد سواء من الوجهة الصحية او التعليمية مما كان يفل اثره كثيراً لو كانت المجالس قائمة في البلاد بميزانياتها الخاصة المنفصلة

ولا أترك هذا الجانب من البحث حتى أوجه النظر الى حقيقة واضحة بدت جلية من تلايا التاريخ الصحي الانكليزي الذي أشرت اليه . وهي علاقة الصحة العامة بدرجة التعليم في الشعب فانهُ مع اعتقادنا جميعاً على ان التعليم في حد ذاته يعتبر ركناً اساسياً للاصلاح الصحي بصفة عامة في اية مملكة فانهُ يجب الاستفادة من ذلك التعليم ان توفر شرطين آخرين هما اولاً — ان يقترن التعليم بتوفير وسائل الوقاية والعلاج في المملكة بدرجة كافية . وثانياً — ألاَّ يقتصر التعليم على صورته العادية التي من شأنها بصفة اساسية عملاً وعملاً اصول الصحة الشخصية والصحة العامة التي بغيرها يظل التعليم معتبراً بين الجهلاء

فبغير توافر هذين الشرطين لا يجوز ان نغالي كثيراً في ارجاع سوء الاحوال الصحية الى الجهل العام. وتدلنا الاحصاءات ان نسبة الوفيات في انكلترا ظلت مرتفعة الى الربع الاخير من القرن الماضي على الرغم من وصول نسبة المتعلمين فيها الى ٥٩ ٪ او اكثر. كما ان احوالنا الصحية ذاتها لا تزال باقية على مستواها المرتفع منذ بدء هذا القرن على الرغم من زيادة نسبة المتعلمين ولا سيما في العشرين السنة الاخيرة، كما يبدو جليًّا من الارقام الآتية المأخوذة من سني التعداد العام كل عشر سنوات فنسبة الملمين بالقراءة والكتابة في السكان الذين يزيدون عن خمس سنوات كما يلي في المصر

نسبة المتعلمين في القطر المصري في سني التعداد العام

	١٨٩٧	١٩٠٧	١٩١٧	١٩٢٧	١٩٣٧
نسبة المتعلمين في المحافظات	١٥ر٣	٢٢ر٠	٢٣ر٦	٣٦ر٣	٤١ ٪
« في الوجه البحري	٤ر٣	٥ر٢	٦ر٧	١١ر٨	١٧ ٪
« « القبلي	٢ر٨	٤ر١	٥ر١	٨ر٨	١٣ ٪
« في القطر عامة	٤ر٨	٦ر٥	٧ر٩	١٣ر٨	١٩ ٪

ويتضح من ذلك ان ارتفاع نسبة المتعلمين — وشأن المدريات في ذلك شأن المدن — لم يظهر له بعد اي اثر في تقليل الامراض او الوفيات عامة في مصر. كما يتضح انهُ للاستفادة من مجهودات وزارة المعارف في نشر التعليم يجب ان نسرع في تكملة برامج الوقاية والعلاج في مختلف انحاء البلاد. كما يجب ان ندعم ما لدينا الآن من حركة الدعاية الصحية لتكون واسعة النطاق لا تقتصر على البالغين وحدهم بل تتدخل في تدريس أصول الصحة الشخصية والصحة العامة للجيل الجديد في المدارس وتصور الشعب عامة بالافلام والصور والنشرات والاذاعات والمواويل والاغاني والفكاهات والروايات التمثيلية والمباريات، والمتاحف الصحية الثابتة والمتنقلة، بشكل مصري شائق جذاب، سهل الفهم والهضم يقوم عليها قسم مستقل يجب ان يكون من اقوى اقسام وزارة الصحة واوسعها ميزانية ومجالاً. هذه التعديلات التي ذكرت الى الآن في خططنا الطبية والصحية سواء امتها ما يتعلق بالقرى او المدن والتي دلت على مزلتها الحيوية ما دلت عليه التجربة في الامم الاخرى، يجب اعتبارها حجر الاساس لترقية الشؤون الصحية في البلاد في الوقت الحاضر ليس لما ينجم عنها من الفائدة فحسب، بل كذلك لانها في الواقع اقصر طريق للاصلاح. وكذلك لانها تحمل في طياتها التخفيف عن الدولة وخزانتها العامة. على انها ليست كل ما هنالك مما يمكن اتباعه من المسالك الأخرى التي لا تنفك تتطلع الى الكمال وتتفتق اذهان المصلحين فيها عن وسائل او سبل اخرى لمكافحة الامراض ومقاومتها وتسهيل الحياة الصحية على السكان

فمذ اواخر القرن الماضي ، وعلى الرغم من قيام الحكومات والبلديات في تلك البلاد بشطر كبير من تنفيذ برامج الوقاية والعلاج على احسن صورة حتى قلَّ المرض وتحوت فيها بدأت حركة جديدة للوصول الى مستوى أرقى وأعلى في توفير سبل العلاج والمساعدة للطبقات العاملة غير المعدمين (الذين تتكفل بهم الامة عامة) وغير الاغنياء (الذين يزيد دخلهم مثلاً عن ٢٥٠ جنيهاً في العام فيستطيعون كفالة العلاج لأنفسهم) . وتمخضت تلك الحركة عن نظام (التأمين الصحي الاجباري) للطبقات العاملة الذي عمَّ الآن بنجاح كبير أغلب الممالك الاوربية كما نشأ التي بدأت به سنة ١٨٨٣ والنروج والمجر وتشكوسلوفاكيا وبولندا ورومانيا ويوغوسلافيا وروسيا وسويسرا وانكلترا وارلندا وسواها ، والذي لا يفتأ الانسان حين زيارته تلك البلاد يتلقى الاسئلة في طفة عما اذا كنا قد أدخلناه في مصر وعن تأخره لدينا ...

ان الأغراض الأساسية من هذا النظام تنحصر فيما يأتي :

أولاً — ضمان العلاج للطبقات العاملة المنتجة من الأمة وهي أغلبية السكان

ثانياً — مساعدة تلك الطبقات ماليًّا اذا عجز عن العمل

ثالثاً — اشتراك تلك الطبقات وارباب الاعمال بالقسط الاكبر من النفقات مع مساعدة الحكومة التي لا تستطيع وحدها ان تتحمل كافة نفقات العناية الصحية والصحة العامة وهي حقيقة تيقظت اليها الشعوب الاوربية والاميركية ولم يتيقظ اليها بعد الرأي العام بمصر

وقد جعل هذا النظام الحديث اجباريًّا حتى تعم فائدته من جهة وتقوى أسسه ومبانيه من جهة أخرى . ففي النظام الانكليزي مثلاً الذي هو من أحدث تلك النظم ويشمل زهاء ١٨ مليوناً من سكان تلك المملكة (الذين يبلغ مجموعهم ٤١ مليوناً) ، يكلف العمال وارباب العمل والخزانة العامة دفع الاقساط الآتية :

الرجل ٤ر٥ بنس في الاسبوع صاحب العمل ٥ر٤ بنس في الاسبوع لرجال
النساء ٤ر٥ » » » ٤ » » » لنساء

الحكومة ٢/٩ لجنيه لرجال و ١/٩ لجنيه لنساء

فاذا حولنا هذه الارقام الى العملة المصرية وجدنا ان ما يخصم من الرجل او المرأة هو نحو (٢ر٦ المليم في اليوم ، فقط وان صاحب العمل يدفع ٢ر٦ مليم في اليوم عن كل رجل و (٣ر٢ المليم) عن كل امرأة من عماله . وحصة الحكومة هو ٢/٩ جنيه عن الرجل و نحو ٥ مليم) للمرأة . والخزينة المتحصلة تبلغ نحو ٦ مليونات فرجل في اليوم ٢٠ر٦ المليم والمرأة

من هذه المليونات يومية او الاسبوعية يتم التأمين في انكلترا زهاء ٤٣ مليون جنيه في عام ١٩٣٧ ، أي ما يوازي في ضخامته ميزانية الدولة المصرية جميعها . وهذه هي الاغراض التي ذكرتها من قبل . وهي كما يأتي مفصلة بوضوح ولكنها مختصرة ايضاً .

(١) — يتمتع المشترك مجاناً عند ما يمرض بالفحص الطبي العادي والدواء مجاناً

(٢) — يتمتع بعد اشتراكه بمدة سنة باعانة مالية قدرها عشرة قروش للرجل وثمانية للمرأة في اليوم عند ما يعجز عن العمل بسبب المرض . ويمتد ذلك الى ستة شهور

(٣) — اذا ظلت حالة العجز عن العمل باقية الى ما بعد تلك المدة فيستمر تمتعه بالاعانة المالية ولكن على معدل مخفض قدره نحو خمسة قروش للرجل واربعة قروش للمرأة وذلك الى عمر الخامسة والستين

(٤) — يتمتع المشترك باعانة مالية قدرها جنيهان لدى وضع زوجته الحامل وتمنح مثل ذلك المبلغ ايضاً المشتركة اذا كانت حاملاً ووضعت . فاذا كان زوجها مشتركاً ايضاً تمنح نصف المبلغ اي اربعة جنيهات

(٥) — يتمتع المشترك بامتيازات اضافية مجانية غير متفق عليها في الاصل ولكن امكن تدبير نفقاتها من اشتمار المبالغ الفائضة من اقساط التأمين ، ومن هذه الامتيازات العلاج بواسطة اخصائيين لأمراض الاسنان والعيون وأجور العمليات وغير ذلك . وزيادة الاعانات المالية لدى المرض او العجز عن العمل

صار هذا النظام ركناً أساسيًّا في البناء الصحي الاجتماعي لتلك الممالك ونتج عنهُ خير كثير سواء من وجهة تخفيف الامراض وسرعة علاجها ، او وجهة طمأنينة الطبقات العاملة على مستقبلها عند المرض ، او التخفيف عن الميزانية العامة ، وما أجدرنا اذن ان نفكر في اقتباس هذا النظام او على الاقل تجربته في جهة معينة في بلادنا

ان المشكلة الكبرى التي تواجه المرء في مصر من هذه الناحية هي صعوبة تطبيق التأمين الصحي الاجباري على سكان القرى وذلك لفقرهم الشديد الذي يحول دون مساهمتهم حتى بمليم واحد في اليوم على ان ما لا يدرك جله لا يجوز ان يترك كله . اذ انهُ مع صعوبة التطبيق في الوقت الحاضر بالقرى قابلٌ بسهل ادخال ذلك النظام النافع في المدن التي يبلغ سكانها اربعة ملايين ولا يقل عدد العمال والعاملات فيها عن مليون ونصف مليون . فاذا جمعنا منهم ومن ارباب العمل والحكومة مبلغاً (خمسة مليمات) لكل شخص بدلاً من ٦ مليمات كما هو الحال في انكلترا . واذا اعفيناهم من الدفع في الاجازات والاعياد فحسبنا السنة ٣٠٠ يوم بدلاً من ٣٦٥ يوماً جمعنا بهذه الواسطة ٧٥٠٠ جنيه في اليوم الواحد او ٢٫٢٥٠٫٠٠٠ من الجنيهات في السنة . وهو مبلغ كما ترون كبير القدر جزيل الفائدة للعلاج مليون ونصف من الاشخاص وتأمينهم . ويكفي لاقامة الدليل على لزوم هذا النظام ان وزارة المعارف والجامعة في مصر ذاتها قد سبقتا البلاد في اقتباس ما عائد للتلاميذها الذين تجمع منهم الآن الوف من الجنيهات تضاف الى القليل الذي تساهم به الحكومة لعلاجهم علاجاً كاملاً من أمراضهم وذلك لفائدة التعليم وحاق جزل لدى جديد