الحياة الصحية فى مصر بعد ربع قرن

للدكتور خليل بك عبد الخالق

نرجو أن يكون برنامج مصر الصحى فى ربع القرن القادم محققا للهدف الذى ترمى اليه إدارات الصحة فى البلاد الراقية ، وهو ضمان أحسن درجة من الصحة يمكن الحصول عليها للأفراد والمجموع باتباع النظم التى ترمى الى رفع مستوى الصحة ، والعمل على التخلص من العوامل المسببة للمرض ، وذلك بالعناية ماديا بجسم الإنسان .

ولننظر إلى أى حد حققنا هذا الهدف فى الماضى .

لا يرجع عهد إنشاء أول إدارة صحية فى مصر الى زمن بعيد فقد أنشئت سنة ١٨٨٢ وتولى الانجليز أمرها وكانت سياستهم موجهة الى وقاية أوربا من أوبئة الشرق الأقصى خصوصا الكوليرا والطاعون باقامة حاجز صحى على حدود مصر الشرقية . وهذا بطبيعة الحال كان عملا مفيدا لمصر أيضا . واهتموا بمقاومة الأوبئة المحلية داخل الحدود المصرية على نظام أساسه عزل المصابين ومراقبة المخالطين حتى لا تتسع دائرة الوباء .

ولم يوجه أى عمل جدى لمقاومة سبب انتشار هذه الأوبئة . والحق يقال إن هذا كان عسيرا ولا يزال إلى الآن عسيرا مع حالة القرى القطرية . من حيث المرافق للصحة . عندما تسلم المصريون مصلحة الصحة فى سنة ١٩٢٢ خطت خطوات واسعة فى إسعاف المرضى بالعلاج بإنشاء المستشفيات العامة ومستشفيات خاصة بأمراض معينة كالدرن والأمراض الزهرية والأمراض المتوطنة وأمراض الأطفال والجذام . وبدأت دراسة فنية لمشكلة الأمراض المتوطنة توطئة لاستئصالها بإنشاء معهد فؤاد الأول للأمراض المتوطنة وبذلت نشاطا مشكورا فى العناية بالحوامل ورعاية الطفولة . واتسعت وسائل التشخيص المعملى . وبدأت عملية تحضير اللقاحات والأمصال .

وهذا النظام نشأ وتدرج على أساس دفع غائلة الأمراض وحماية المجموع من الأوبئة إذا تفشت وهو يشبه عملية الأسعاف عند نشوب الحريق . وقد سد حاجة ملحة . ولكن الوقاية خير من العلاج ، فلو أحطنا جسم الانسان بالعناية ودرء له ما يلزمه من ضروريات الحياة لقلت حاجتنا للعناية بأغلبية سكان البلاد كمرضى يصيب فى المتوسط الفرد منهم أكثر من مرضين . فنسبة الوفيات فى مصر استمرت حوالى ٢٦ فى الألف من السكان من أول القرن الحالى إلى الآن ، مع أنها فى بلاد أخرى قد انخفضت إلى ١٠ فى الألف ومتوسط طول الحياة الذى يرجوه مولود فى مصر يوم ولادته حوالى ٢٢ سنة بينما هو اليوم فى أمريكا ٦٩ سنة .

الحد الصحى الأدنى الذى يجب توفيره للعائلة

اتفقت آراء الخبراء الفنيين على أن الحد الأدنى الواجب توفيره للعائلة هو ما يأتى :

١ — مرافق صحية منزلية لكل عائلة (خصوصا مرحاض صحى و إزالة القاذورات).

٢ — مورد مستقل للمياه الصالحة للشرب لكل عائلة .

٣ — عدد من الغرف صالحة للسكنى كاف للعائلة بمعدل غرفة لكل فردين ومكان صالح لتخزين المأكولات ومواد الوقود .

٤ — العلاج والتمريض لأفراد العائلات الذين يدفعون أجرا للسكن أقل من معدل متفق عليه (ذى الإيراد المحدود) عدا قبولهم داخليا فى المستشفيات .

٥ — ضمان الكفاف من العيش لكل عائلة بنظام التأمين والإعانة .

ومن الأسف أن هذه الضرورات تكاد أن يكون لا وجود لها فى محيط العائلات التى تقطن القرى المصرية التى يبلغ عددها ٤٠٠٠ قرية تضم حوالى ١٢٠٠٠٠٠٠ من الأنفس أى ثلاثة أرباع سكان المملكة المصرية .

ففى هذه القرى نجد أن أثر مجهود الادارة الصحية محصور فى تسجيل المواليد والوفيات والتطعيم ضد الجدرى و يقوم بها حلاق الصحة ، ومقاومة الأمراض المعدية بعزل المصابين ومراقبة المخالطين إذا زاد عدد الوفيات فى القرية عن المتوسط المقرر ، و يوجد على مقربة من بعض القرى مستشفى لعلاج بعض أو كل الأمراض .

اللامركزية والمركزية فى تنفيذ البرنامج الصحى

النظام المتبع فى مصر هو نظام المركزية فى الإشراف على الصحة فى جميع نواحى القطر فتركز إدارة الأوبئة فى شخص مديرا لأوبئة بالقاهرة ومساعديه ، وكذلك إدارة المستشفيات من أقصى الشمال الى أقصى الجنوب تتركز فى إدارة خاصة بالمستشفيات فى القاهرة ، وهذا النظام إن دل على شىء فهو يدل على قلة الثقة فى قدرة الهيئات المحلية على الإشراف على هذه المنشآت والى رغبة الهيئات الرئيسية المركزية فى الاحتفاظ بكامل السلطة غير منقوصة فى أيديهم وقد توجد بعض المبررات لذلك . فادارة المستشفيات الحكومية أحسن بكثير من إدارة المستشفيات التابعة لهيئات أخرى محلية كمجالس المديريات مثلا ، إلا أن هذا النظام يعيبه اشتغال الرؤساء بتفاصيل تافهة متعدده تذهب بأكثر وقتهم وتركهم منهوكين لا يستطيعون التفكير الواسع النطاق فى تدبير مشروعات عامة هامة أثرها فى تحسين الحالة ، فمن أمثلة ذلك ، أنه لكى يحصل موظف صغير كأحد الكتبة أو ملاحظ صحى أو عامل على إجازة تتعدى يومين وهو مقيم فى أى جهة نائية من القطر لا يمكن التصريح بها حتى تنال موافقة وكيل الوزارة ... وهناك أمثلة كثيرة كهذه .

فاذا أريد أن تشمل مجهودات الادارة الصحية — كما يجب أن تكون — كل عائلة مصرية وكل منزل فى القرى . نجد أن هذا يكاد أن يكون من المستحيل انجازه اذا استمرت المركزية على حالها تقبض على زمام السلطة فى التافه والجليل من الأمور ، وقد دلت التجربة فى البلاد التى بلغت شأوا بعيدا فى العناية بصحة أفرادها — على أن أساس الإدارة الصحية الناجحة هو الثقة إلى حد كبير بالهيئات المحلية كمجالس القرى حتى يمكن لمن بيده السلطة الصحية التغلغل فى أوساطها والإلمام بتفاصيل وآبت فورا فى أمورها . ولو فرضنا جدلا أن هذه الهيئات لا تصل بأعمالها غالبا الى الحد المرجو من الكفاءة . فإن هيئة محلية عاجزة خير من إدارة رئيسية تسير الأعمال فيها بطريقة آلية نظرا لتشعبها وتعقدها .

توحيد أو تعدد الهيئات المشرفة على تنفيذ أعمال صحية

النظام الحالى فى مصر أدى الى تعدد الهيئات التى تقوم بأعمال من صميم واجبات السلطة الصحية ، فهناك مستشفيات تابعة لمجالس المديريات بجانب أخرى تابعة لوزارة الأوقاف وهناك منشآت لرعاية الأمومة والطفولة تابعة لهيئات متعددة . كما أن وزارات كوزارة الأشغال تشرف على أعمال من صميم الأعمال الصحية كانشاء وادارة المجارى ونظافة الشوارع وهكذا .

والخبرة فى البلاد الأخرى تقطع بضرر هذا ، فقد ذكرت اللجنة الصحية الملكية البريطانية التى ألفت لدراسة هذا الموضوع بالذات فى تقريرها سنة ١٨٦٩ ما يأتى :

" كل السلطة اللازمة لصحة مدينة أو منطقة ما يجب أن تكون تحت تصرف سلطة واحدة . ويجب ألا تخلو منطقة ما من سلطة صحية مشرفة عليها ، ويجب ألا يكون فى أى منطقة أكثر من سلطة صحية واحدة .

ويجب أن تتصرف السلطة الصحية المركزية فى معالجة المسائل الكبرى وتتجنب المراجعة التفصيلية لأعمال السلطات المحلية ، مادامت تؤدى النهاية الصغرى للأعمال الصحية الضرورية وذلك بتفتيش دورى على أعمال هذه السلطات" .

نوع السلطة المحلية الصحية الصالحة لمصر

تبين لنا مما سبق أن هناك ضرورة ملحة لإنشاء سلطة صحية محلية تتركز فى يدها جميع الأعمال الصحية فى كل منطقة . والآن علينا أن نقرر هل تكون هذه السلطة معينة أو منتخبة وهل تكون المناطق ضيقة أو واسعة ؟

والجواب على هذه الأسئلة يتضح من دراسة التجارب التى مرت بها البلاد الأخرى ذات النظم المختلفة .

ففى البلاد الديموقراطية كبلادنا التى أساس الحكم فيها النظام النيابى ، يجب بالبداهة أن يتغلغل هذا النظام فى سائر أنحاء البلاد. ونرى أنه بالفعل قد طبق فى مجالس المديريات والمجالس البلدية والمحلية ، وإذا أريد أن تتحمل السلطة الصحية المحلية النفقات اللازمة لأعمالها أو جزءا كبيرا منها ، فيحسن أن تكون هيئة منتخبة لها الحق فى تقرير الضرائب فى حدود معينة كما هو الحال الآن .

ولا ننكر أن أعمال مجالس المديريات فى مصر وفى البلاد الأخرى موضع انتقاد شديد من ناحية إهمالها ومحاباتها وقلة الحزم فى إدارتها وسهوله انقيادها فى بعض الشؤون .

ولكن هذه المساوئ تافهة بجانب ما تحققه من الإصلاحات بمرور الأيام وهو ما لا يمكن تحققه بواسطة إدارة مركزية ، وفى مصر نفسها توجد أمثلة عديدة على التقدم السريع الذى تم على يد هذه المجالس فى عواصم المديريات وفى بلدية الاسكندرية رغم ما كيل لها من الاتهامات .

أما النظام الآخر فيكون بتعيين طبيب صحى لكل منطقة تكون هذه السلطة الصحية المحلية فى دائرة النواحى التى تصدرها السلطة الصحية الرئيسية والتى يخضع لتفتيشها ، إلا أن الدوائر الصحية الصغيرة تقع هيئتها المنتخبة تحت تأثير المنافسات والمجاملات فى محيطها الضيق (كما هو الحال فى المجالس القروية) وزيادة على ذلك فهى بحكم ضآلة مواردها لا يمكنها استخدام الموظفين الأكفاء الذين يمكن الاعتماد عليهم ولا الإنفاق على وجوه الإصلاح المطلوبة وهذه المساوئ لوحظت بالفعل فى بلاد عريقة فى الحضارة وهى النيابية كبريطانيا .

لهذا نقترح أن تكون الدوائر الصحية أوسع نطاقا من المجالس القروية حتى تتفادى هذه المساوئ فيكون تعداد الدائرة الواحدة حوالى ٣٠ ألف نفس .

وقد لوحظ فى تحديد هذا العدد مقدرة طبيب الصحة ، فهو يمكنه أن يقوم مع مساعديه كمفتش الصحة وملاحظ النظافة ومفتش المأكولات بخدمة هذه المنطقة على أحسن وجه ويمكن لمثل هذه المنطقة أن تتحمل النفقات اللازمة لمثل هذه الإدارة إذا قدمت لها معونة مالية لا ترهق خزانة الدولة .

ويمكن لمثل هذه المجالس أن تتولى شؤونا محلية أخرى كالتعليم وإنشاء الطرق وصيانتها ووسائل المواصلات وغيرها من الشؤون المحلية .

ضمان تحسين صحة الفرد والمجموع على أساس هذا النظام

الطبيب الصحى الذى هو عماد هذا النظام يجب أن يكون اخصائيا فى شؤون الصحة وأن لا يمارس صناعة الطب للجمهور بأجر ، تفاديا من منافسته للأطباء الخصوصيين . وضمانا بجهوده التى يجب أن يكرسها لتحسين الحالة الصحية فى المنطقة . وهو يمثل وزير الصحة

في منطقته ، وتحصر جميع السلطة الصحية في يديه تحت إشراف الهيئة المنتخبة ورقابة وزارة الصحة الفنية . ويعمل في حدود القوانين المعمول بها في البلاد . ويجب أن يكون غير متحيز في عمله وأن يعمل على التخلص من أي عامل يضر بالصحة في منطقته .

تدبير الوسائل المادية للمحافظة على صحة الفرد والمجموع

لا يتحقق هدف وزارة الصحة في تحسين صحة الأفراد والمجموع ما لم تزود الجسم الإنساني باحتياجاته المادية والمحافظة عليه من المؤثرات الخارجية الضارة بها .

وعلى ما قدمنا يجب أن تخضع جميع هذه العوامل لسلطة محلية واحدة لا تتعدد .

وقد أوضحنا هذه الاحتياجات سابقا وسنتكلم عن كل منها باختصار .

مرافق صحية منزلية لكل عائلة خصوصا مراحيض صحي وإزالة الفضلات .

هذه المشكلة حلت في بعض المدن الكبرى كالقاهرة والاسكندرية وطنطا وبورسعيد بإنشاء نظام المجاري . لو انه لم يشمل بعد جميع منازل هذه المدن . وحتى هذه المجاري لا تسلم من العيوب الصحية لأنها غير خاضعة تماما للرقابة الصحية . فجميع مشكلاتها والعقبات التي يعترضها تحل دائما على حساب الناحية الصحية ، لأن القائمين عليها لا يعنون بهذه الأمور العناية الواجبة . ومن الغريب أن إدارة الحكومة المصرية لا تراعي قوانين البلاد الصحية وليس هناك سبيل لحملها على القيام بواجباتها الصحية ، فهناك بركة من الأهالي يمكن إلزامه بردمها أو تردم على حسابه وتحصل النفقات ولكن بركة الحكومة لا يمكن اتخاذ أي إجراء بشأنها ولو كانت مجاورة لبرك الأهالي . أما في القرى فلم يعمل شيء في سبيل تزويد المقاول بالمراحيض بعد ، فقد دل الإحصاء في بعض القرى على أن ٣٠ في المائة فقط من المنازل بها نوع من المراحيض . وبعض هذه المراحيض غير صحي . أما بقية المنازل فليس بها أية مراحيض مطلقا فيتبرز السكان في حظيرة المواشي ، أو على الأسطح ويتبرز الأطفال على حوانب الطرقات .

على أن هذه المشكلة ليست سهلة الحل ، فالمراحيض التي تفي بحاجات القروي المصري لم يوجد بعد ، إذ أن عادته تختلف اختلافا تاما عن القروي الأوربي الذي ننقل عن بلاده أكثر منشآتنا ، فالاستنجاء يتبع في الأمم الاسلامية فيجعل مشكلة المراحيض مشكلة خاصة . وزيادة على ذلك فان روث المواشي يكدس على الأرض حول السكان بالمنزل القروي ولم تحل بعد مشكلة عزل المواشي عن الآدميين مع ضرورتها . إلا أنه قد بدأت أخيرا تجربة في هذا الباب على جانب كبير من الأهمية في منطقة كوم امبو تبشر بنجاح باهر . ومن البديهي أن الاشراف على تزويد المنازل الريفية بأي نوع من المراحيض ورقابتها والعناية بها لا يمكن أن تقوم بها سلطة رئيسية مركزية .

٢ — مورد مستقل للمياه الصالحة للشرب لكل عائلة .

هذه مشكلة ثانية على جانب كبير من الأهمية وللآن لم تحل بعد ، حيث يستقى أغلب سكان القرى من المياه الملوثة من النهر والترع ، وأثناء السدة الشتوية يقومون بتصفية الطين من قاع الترع للحصول على ما به من المياه الآسنة . وهى حال على أسوأ ما يمكن تصوره من الاستهتار بصحة الأنسان . ولا زالت الهيئات الرئيسية فى مصر تتناطحن فى مدفعة حول أفضلية تعميم مشروعات كبيرة لترشيح المياه وتوزيعها على مشروعات صغيرة تستمد الماء من جوف الأرض مع أن مما لا شك فيه لدى الجميع أن أيا من الطريقتين فيه الكفاية للتخلص من الحالة السيئة الحالية لمياه الشرب فى مصر ، ونحن فى حاجة ملحة لسرعة التنفيذ .

وهنا أيضا قد انفلت هذا الأمر من يد الادارة الصحية وتناوله المهندسون الذين يقومون على إنشاء هذه المشاريع غير عابئين برأى الرجال الصحيين ، وهو ما نبهت عنه الأمة المتكية البريطانية فى أواسط القرن الماضى من أنه يجب تركيز جميع المرافق الصحية فى أيدى رجال الصحة وألا تتعدد السلطات المهيمنة عليها" .

وبالفعل قد قامت إحدى الهيئات المحلية وهو مجلس مديرية القليوبية بإنشاء مشروعات قليلة النفقة ، وافية بالغرض فى القرى مما يؤيد ما أسلفنا الاشارة اليه من أفضلية الهيئات المحلية على الهيئات المركزية وأنها أقدر منها على الاصلاح .

٣ — عدد من الغرف صالحة للسكنى كاف للعائلة بمعدل غرفة لكل شخصين :

يكاد أن لا يكون هناك أثر لاشراف الهيئة الصحية على هذا الموضوع الهام لصحة الأفراد والمجموع ، لا فى المدن ولا فى القرى المصرية ، والاشراف الضئيل الموجود فى القاهرة والاسكندرية يكاد يكون محصورا فى تخطيط الشوارع وما يسمونه (خط التنظيم) رغما من أنه يتبين من الاحصائيات العامة أن المساكن فى المدن مكتظة بسكانها حتى أنه قد تعيش عائلة بأسرها فى غرفة واحدة مما لا يحدث ضررا صحيا فحسب ، بل أضرارا أخلاقية بالغة .

وهذا العامل ذو الأثر الفعال فى صحة أفراد الشعب المصرى غير خاضع فى البلاد الكبيرة للهيئة الصحية وعدا ذلك ، فنظافة هذه المنازل من قاماتها ومن قمة الأزقة والشوارع وهى من أهم الأعمال التى يعنى بها رجال الصحة فى البلاد الراقية لعلاقتها بانتشار الذباب وتنقل شتى الأمراض ولا تدخل فى دائرة الاشراف الصحى فى مصر ولا أثر للعناية بها فى القرى المصرية بل الاهتمام بالقمامة بالقرى عمل لا وجود له أصلا .

٤ — العلاج والتمريض لغير القادرين :

هذا الموضوع هو محل عناية القائمين على الصحة فى مصر . وفى هذا المضمار أصابوا نجاحا لا بأس به فكثرت معاهد العلاج المختلفة فى جهات البلاد المتعددة . ولكنها لا تكفى للعدد الهائل من المرضى الناتج من سوء الحالة الصحية ، وشدة الاقبال على المستشفيات قليل

من فائدتها ، اذ أن الطبيب الواحد يحتاج لعلاج عدة مئات من المرضى فى ساعات العمل المحدودة التى لا تتعدى خمس ساعات مما قد أدى الى الاهمال الشديد ذلك الفحص السطحى الذى لا يأتى بالنتيجة المطلوبة .

ومما زاد فى الطين بلة أن تزاحم على أبواب هذه المستشفيات الأغنياء والفقراء وأمكن للأغنياء بما لهم من نفوذ ووساطات من الظفر بعناية لا بأس بها على حساب الفقراء الذين خصصت هذه المعاهد لخدمتهم . مما يدعو الى التفكير الجدى فى تنظيم هذه الحالة .

٥ — ضمان الكفاف من العيش لكل عائلة بنظام التأمين أو الاعانة .

إن العناية بالآلة الجسمانية للانسان وتزويدها بما يلزمها من وقود (أى غذاء) والتخلص من فضلاتها والمحافظة عليها من المؤثرات الخارجية ، وتوفير ما يلزم لها من ملبس ضرورى لسلامتها وتمتعها بالصحة — والنفقات اللازمة لذلك (وهو ما نعتبره الكفاف) يجب أن تضمنها الدولة بواسطة ادارتها الصحية وهى متروكة الآن للصدف وعناية الأقارب بفقرائهم وإلى شعور المحسنين ، وحرام أن تترك حياة الأفراد لرحمة الظروف والمصادفات وعاشر من الحالة فى مصر أن هذا الحد الأدنى لا تحمل عليه نسبة لا يستهان بها من السكان لقلة أجور الأيدى العاملة وكثرة أفراد العائلات التى يعولها القادرون على الكسب وعدم توفر العمل فى سائر أيام السنة وعدم وجود مدخرات مالية لمفاجآت المرض أو الحوادث .

وقد تركت مسألة الأجور خاضعة لنظام العرض والطلب ، وهو نظام يؤدى فى الأماكن المكتظة إلى قلة أجور العمال عن الحد الأدنى اللازم لتدبير ضروريات المعيشة .

وقد قاوم الرأسماليون كثيرا تحت ستار ترك الحرية لحرية الهيئات التشريعية فى تقرير حد أدنى للأجور وتأمين الطبقات العاملة ضد المرض وضد البطالة على حساب الخزانة العامة ، ولكن فى العصر الأخير تلاشت النظرية الانسانية ورجحت كفة الانصاف للطبقات العاملة من الرأسمالية . وقد تبين أن فى السوق الحرة لا رحمة للضعيف ، وقد حدث هذا لأول مرة منذ عهد قريب فى مصر ، إذ تقرر أن لا يقل أجر العامل فى خدمة الحكومة عن خمسة قروش صاغ فى اليوم ، ونصح الهيئات الأخرى باتباع ذلك ، وهذا العمل يعود بالفائدة الكبرى على الرأسماليين أنفسهم بمنع الانقلابات الاجتماعية العنيفة التى تنتج حتما من سوء الطبقات العاملة .

وإننا لنطلب المستحيل من المعوزين والفقراء عندما نطالبهم بالمحافظة على صحتهم بالنظافة والتغذية الضرورية والسكن فى أماكن ملائمة فليس فى مقدورهم مطلقا التغلب على العوامل السيئة المحيطة بهم .

وقد ثبت أن الفاقة تؤدى إلى المرض بطريق مباشر أو غير مباشر فى ٣٠ فى المائة من الحالات ، كما دلت الاحصاءات فى كثير من البلاد على أن المرض من أهم أسباب الفاقة

فقد بلغت ٦٠ فى المائة فى بعضها ، إذ أن المرض يسبب الفاقة لأفراد العائلة التى مرض كاسبها ، والفقر يدعو إلى استغلال الأطفال فى العمل فى سن مبكرة فينشأون ضعافا وتتفاقم حالتهم .

وقد كان أول عمل صحى فى تاريخ المدنيات هو للعناية بالفقراء ورعايتهم منذ أقدم العهود ولا زلنا نرى فى بلادنا هذه آثار التكايا والملاجئ والأسبلة والأوقاف الخيرية ، وذلك قبل أن تعرف مصر أى نوع من الادارة الصحية .

إن للرجل القادر على العمل حقا فى الحصول على الكفاف من العيش له ولعائلته ما دام على استعداد تام لأن يشتغل ، فاذا لم يجد عملا وجب على الدولة أن تعوله هو وعائلته ولكنها يجب أن لا تشجعه على البطالة بأن تعطيه أقل قليلا من أجره اليومى إذ تعطل عن العمل .

وقد حلت هذه المشكلات فى البلاد الأخرى بطرق شتى من السهل اقتباسها بعد جعلها ملائمة للبيئة المصرية ، فى هذه الخطوط :

(١) التأمين ضد البطالة .

(٢) إعانة وإيواء غير القادرين على العمل من الرجال وإعانة وإيواء النساء والأطفال الذين لا عائل لهم .

(٣) التأمين العلاجى لكل شخص يقل دخله عن رقم محدد .

(٤) معاشات للشيخوخة يتناولها كل رجل وامرأة جاوز الستين من العمر إذا لم يكن له إيراد كاف .

(٥) نشر الصناعات المنزلية فى البيئات الزراعية التى لا يتوفر فيها العمل على مدار السنة .

ومما هو جدير بالذكر أن وزارة الشؤون الاجتماعية قد بدأت بداءة طيبة فى معالجة هذه المشكلة الصحية من أساسها فى القرية المصرية ، مستعينة على ذلك بالتعاون والتبرع والمساعدة الحكومية وتبشر هذه الأعمال بنتيجة مرضية .

ونلاحظ أن هذه المجهودات هى من صميم الأعمال الصحية ، وها هى أيضا تقوم بها هيئة غير الهيئة الصحية المختصة ، ومن الخير كما قدمنا أن تتوحد هذه المجهودات تحت إدارة هيئة صحية محلية ، وأن تكون وزارة الشؤون الاجتماعية جزءا هاما فى وزارة الصحة كما يجب أن تقدم إلى وزارة الصحة أيضا الجزء الأكبر من وزارة الأوقاف وهو الخاص بالأوقاف الخيرية ليكون نواة للأموال التى تخصص لإعانة الفقراء كما قصد الواقفون ، لأن هذه الهيئات الثلاث تعنى بسد الحاجات المادية الضرورية لجسم الأفراد ، وما يتعلق بذلك عن قرب .

التأمين ضد البطالة

هذا النوع من التأمين يطبق فى الأوساط الصناعية فى أوربا بواسطة مكاتب تسمى (بورصة العمل) حيث يتقدم لها يوميا كل عامل لم يجد عملا وكذلك يبلغها أصحاب الأعمال عن حاجاتهم من العمال ، فيتم التوزيع ومن يتبقى من العاطلين تقرر لهم إعانة البطالة من اعتماد مخصص لذلك يجمع من أجر كل عامل مشتغل ، وكل صاحب عمل ، ومن الحكومة بنسب مقررة .

وصعوبة تطبيق هذا النظام على عمال الزراعة يرجع إلى أن العمل الزراعى ليس مستمرا على وتيرة واحدة فى جميع أيام السنة . وكثير من المزرعين لا يستخدمون عمالا بل يتعاون أفراد العائلة الواحدة فى العمل ، ويزامل بعض الزراع جيرانهم فيكون عاملا عند جاره نظير أن يعمل جاره عنده يوما مقابل ذلك .

ولكن هذه الصعوبات يمكن التغلب عليها ، فمواعيد الزراعة والحصاد لا تقع كلها فى وقت واحد فى سائر أنحاء المملكة المصرية نظرا لاختلاف حالة الجو . ولذلك يرحل العمال من منطقة إلى أخرى للعمل فى فصول معينة ويمكن استخدام العمل الزراعيين فى مواسم البطالة الزراعية فى صناعات زراعية أو صناعات منزلية . ولو أحسن تنظيمها زادت فى دخل العمال وهذا ما بدأت بعمله وزارة الشؤون الاجتماعية فى القرى ، فتربية دودة القز وتربية الدجاج والتنسيج والغزل وعمل الأسبتة والأقفاص ، والصناعات الزراعية إذا شجعت فى القرية تكون مصدر عمل مربح فى فصول البطالة الزراعية إذ أحسن تنسيقها . وكذلك يجب أن يلاحظ فى أجر العامل الزراعى مدة تعطله حتى يكفيه ما يكسبه أيام عمله لإعاشته فى أوقات البطالة . وقد يظن لأول وهلة أن ذلك سيرهق الملاك ويزيد فى تكاليف الانتاج الزراعى ، والحقيقة أن إيراد الأرض الزراعية ليس موزعا توزيعا عادلا بين رأس المال والزراع والعمل فعائدة رأس المال فى مصر مرتفعة جدا خصوصا الأموال المضمونة بأرض زراعية ، وقد تدخلت الحكومة أخيرا فخفضتها من ٩ إلى ٨ فى المائة مع أن مثل هذه الأموال المضمونة بأرض زراعية فى أوروبا لا تزيد فائدتها عن ٢ ونصف فى المائة إلى ٣ فى المائة ، وإيراد الأرض الزراعية من الإيجار يجب ألا يتجاوز ٥ فى المائة لعدم تعرض الملاك لخطر ضياع رؤوس أموالهم كما فى الصناعة أو التجارة ، فهناك معركة قائمة فى مصر بين أصحاب رءوس الأموال كالبنوك العقارية والملاك الزراعيين وعمال الزراعة للاستئثار بمعظم ريع الناتج من الأرض . وقد ذهب ضحية هذا الصراع أضعف الثلاثة وهو العامل الزراعى وهذا هو المدعى لتدخل المشرع بتخفيض سعر الفائدة إلى ٥ فى المائة على الأكثر ، وتحديد الايجارات بنسبة تتمشى مع الضرائب ورفع أجر العامل وتأمينه ضد البطالة ، وهذا الموضوع متشعب وخطير لا يمكن الدخول فى تفاصيله فى مثل هذه المحاضرة .

إعانة الفقراء غير القادرين على العمل ومعاش الشيخوخة

حان الوقت لتدخل المشرع فى هذا الأمر فى مصر ، فهناك مقادير وافرة من الأموال تصرف فى هذا السبيل أهمها إيراد الأوقاف الخيرية وما يصرف على الملاجىء الحكومية والأهلية والمستشفيات المجانية ومطاعم الشعب والصدقات التى يجمعها جيش محترف الشحاذة وما يوضع فى صناديق الأولياء و إيراد الحفلات الخيرية و جمعيات الاحسان وما يخرجه عدد كبير من المسلمين زكاة عن أموالهم حسب تعاليم الإسلام . كل هذه مبالغ طائلة يمكن الاستفادة منها ، لو أحسن تنظيمها . فكثير منها يذهب الى غير من يستحقه . وتدر الشحاذة فى مصر فى بعض الأحيان ما لا يدره العمل .

وأول خطوة فى هذا السبيل أن يكون مع كل مصرى تذكرة لإثبات الشخصية حتى يمكن التثبت فى كل وقت من حالته المدنية وهذه التذكرة ذات أهمية فى أعمال الأمن العام والتأمين العلاجى والمراقبة الصحية وهى متبعة فى كل البلاد الراقية .

والحقيقة أن قليلا جدا من المصريين يموتون نتيجة مباشرة لفقرهم . فهم يتحايلون على العيش بشتى الطرق . بالشحاذة والسرقة والنصب والاعتماد على الأقارب وتهديد الأغنياء — ويلزم الدين الإسلامى الأقارب بإعالة فقيرهم ولكن طريقة تنفيذ ذلك بالالتجاء للمحاكم الشرعية تستدعى إجراءات طويلة لا يتحملها الفقير . وتنظيم كل ذلك لا يستدعى عبئا إضافيا كبيرا فتقوم كل قرية أو دائرة صحية محلية بتحمل نفقات إعانة الفقراء وغير القادرين على العمل وكبار السن والقيام بدفن من يموت منهم على حساب الدولة .

التأمين العلاجى لكل شخص يقل دخله عن رقم معين

سبق أن وفينا هذا الموضوع حقه فى المجلة الطبية المصرية عدد شهر مارس سنة ١٩٣٤

وهو ينفذ الآن مع بعض التعديل فى مشروع المراكز الاجتماعية التى تنشئها وزارة الشؤون الاجتماعية وستظهر التجربة العملية قيمة إقامة الطبيب فى وسط قروى تعداده ١٠٠٠٠ للعناية بهم طبيا والى حد ما صحيا وأثر ذلك فى تقدم الصحة وتخفيف الضغط على المستشفيات .

كلمة نهائية

غاية ما نرجوه أن توفق وزارة الصحة المصرية فى المستقبل القريب إلى أداء رسالتها وهى تحسين صحة الأفراد والمجموع بتخلصها تدريجيا من التخمة الإدارية التى تشكو منها الآن بالتعيينات والترقيات والعلاوات وخصوصا التنقلات وما يتبع ذلك من الوساطات والشفاعات وأعمال المخازن والاجازات والعقوبات وهى تستغرق ما يزيد على ٩٠ فى المائة من وقت الرجال الفنيين و مرور الأيام والسنين تفقدهم كفايتهم الفنية وتحد من افق

تفكيرهم فيما عدا مثل هذه الأعمال الأدارية . وبمقارنة بسيطة بين تكوين الادارة الصحية المصرية والادارة الصحية البريطانية يتبين ذلك بجلاء . فالادارة المصرية الصحية تشمل ١٢٠٠ طبيب وما يتبعهم من الموظفين الآخرين تستغرق العناية بشؤونهم الادارية أكثر وقت الرؤساء ، بينما تشمل الادارة الصحية البريطانية على ٨٣ طبيبا فقط متفرغين للغرض الأسمى من الادارة الصحية وهي الأعمال الفنية، وتكاد تتلاشى الأعمال الادارية . ومتروك للهيئات المحلية إدارة الآلة الصحية كل في منطقته ، وعند ما يزول هذا العبء الإدارى الهائل عن عاتق الرؤساء يرجى أن يتفرغوا للاعمال الفنية التي ترمى لمقاومة الأمراض لا إلى إسعافها كما هي الحال الآن . فالأمراض المتوطنة التي هي أكبر عقبة في سبيل تقدم مصر بما تحدثه من انحطاط في القوى البدنية والعقلية لأكثرية الشعب لا يصح أن تقف في محاربتها عند تيسير العلاج على نطاق واسع كما هو الحال الآن ولا إلى قبل القواقع فقط ، بل تمتد إلى مصدر الداء وهو نظام الرى في مصر الذي يجب تعديله ويكاد ألا يكون هناك أى تعاون بين رجال الرى والرحالة الصحيين في توقى الخطر الناشئ فالواجب تعديل نظام الرى بشكل لا يفقده شيئا من أهميته ، وفي الوقت ذاته يقلل من شأنه كأحد أشر الأمراض المتوطنة في مصر وهذا مثل واحد من كثير .

ونرجو أن يكون للإشراف الفني للوزارة أكثر أثرا على المشاريع الصحية الحيوية التي تقوم بها الآن مجالس المديريات والمجالس البلدية والمحلية كأعمال ترشيح المياه والتخلص من القمامة وأعمال المجارى التي لا يكاد يكون هناك أى إشراف فني صحي عليها ، بل متروك أمرها جميعا للمهندسين الذين لا شك في كفاءتهم في عملهم الخاص ، ولكنهم بحكم اختصاصهم لا يقدرون الوجهة الصحية قدرها مع أنها هي المقصودة بالفعل من هذه الأعمال .

بمثل هذا النظام الذي يعتبر هذا المقال نظرة عامة له نرجو لمصر من التقدم الصحي ما يليق بماضيها ومستقبلها على يد أبنائها المختصين .

دكتور

خليل عبد الخالق

من حكم الامام على

(قاله في رجل أفرط في الثناء عليه ، وكان له متهما) — أنا دون ما تقول ، وفوق ما في نفسك .