الفصل الأول

تطور نظام الرعاية الصحية فى مصر

[نشأة النظام - المفاهيم العلمية - الإطار الدستورى]

المبحث الأول

نبذة تاريخية عن نشأة وتطور الرعاية الصحية فى مصر

تشير بعض الدراسات التاريخية إلى قدم ممارسة الطب وتعليمه فى مصر فى عهد الأسرات الفرعونية القديمة؛ وظلت هذه المدارس الطبية ملحقة بالمعابد؛ خاصة مع تقدم علوم التشريح (التحنيط)؛ ولعل بردية «**إيبرس**» والكتابات التى عثر عليها الأثريون وعلماء المصريات على جدران بعض تلك المعابد، والتى يرجع تاريخها إلى ثلاثة آلاف وثمانمائة عام قبل الميلاد خير دليل على هذه الحقيقة[١].

وفى العهد الرومانى، أُنشئت أكاديمية ودار للولادة بالإسكندرية؛ وكذلك عدد من المؤسسات الطبية؛ وقد ظلت تعمل لسنوات طويلة حتى اندثر الكثير منها فى عصور وفترات الاضطرابات التى عصفت بمصر بسبب محاولات الغزو والاحتلال الأجنبى؛ أما فى العصر القبطى فقد اهتم القساوسة والرهبان بالعلوم الطبية؛ فاحتضن الكثيرون منهم هذا العلم الوليد ومارسوه داخل كنائسهم وأديرتهم[٢].

وفى العهد الإسلامى، ظهرت الميرستانات (المستشفيات)، وكان أقدمها «**ميرستانة ابن طولون**» التى نشأت بين عامى ٨٧٢ و٨٧٤ الميلاديين، واستمرت حتى مطلع القرن الثالث عشر الميلادى[٣]، وجاء عصر الاحتلال العثمانى ليساهم فى تدهور الرعاية الصحية التى كانت لا تزال محدودة الفاعلية والتأثير فى مصر.

وعندما جاءت قوات الحملة الفرنسية بقيادة «نابليون بونابرت»؛ وصحبت معها عشرات

من العلماء والأطباء، جرى أول وأكبر وأكمل مسح صحى ومرضى فى البلاد.. فتم تحديد الأمراض المنتشرة بين المصريين؛ ووسائل العلاج والسحر البدائية التى كانت مستخدمة فى علاج تلك الأمراض والأوبئة[٤].

وقد قدر أطباء الحملة الفرنسية نسبة المصريين الذين يموتون سنويًا بسبب انتشار وباء الطاعون بحوالى ٢٪ من إجمالى السكان؛ أما الأطفال أقل من ٣ سنوات فقد كانت نسبة الوفاة بينهم حوالى ٦٠٪ سنويًا[٥].

وعندما تولى «**محمد على**» حكم مصر عام ١٨٠٥ لم يكن عدد المتعلمين يزيد عن ٢٠٠ شخص؛ ولكن فى نهاية عهده (١٨٤٨) بلغ عدد الملتحقين بمراحل التعليم المختلفة حوالى ٩ آلاف شخص. كما قام «**محمد على**» بالاستعانة بأطباء فرنسيين للرعاية الصحية لجيشه الذى بلغ عدده فى عام ١٨٢٥ حوالى ١٥٠ ألف رجل معظمهم تقريبًا من المصريين؛ ولعل هذا ما دعاه إلى إنشاء أول مجلس صحى لتوفير الرعاية الصحية لأفراد جيشه عام ١٨٢٠؛ وقام بإدخال التطعيم ضد مرض الجدرى؛ ثم تبعها بإنشاء أول مدرسة للطب عام ١٨٢٨ فى «**أبو زعبل**» وفى عام ١٨٢٥، أنشأ مجلس شورى الأطباء بالمحروسة ثم أتبعه بإنشاء مجلس الصحة والطب الخصوصى عام ١٨٣١، تحت رئاسة الطبيب «**كلوت بك**» ومدرسة للقابلات عام ١٨٣٢ ملحقة بمدرسة «أبو زعبل» الطبية، وكذلك مدرسة للصيدلة عام ١٨٢٩، واهتم بإرسال بعثات علمية لفرنسا والدول الأوروبية شملت طلابًا لتعلم علوم الطب الحديث[٦].

وفى عام ١٨٨١، تشكل مجلس الصحة البحرية والكارنتينات؛ كما أُنشئت فى عام ١٨٨٦ أول «**مصلحة للصحة العمومية**» لمتابعة الحالة الصحية فى البلاد ومحاربة الأمراض؛ وجرى إلحاقها بوزارة الداخلية باعتبارها من الوزارات المهمة فى مصر وقتئذ.

وكان من أبرز ملامح اهتمام عهد «**محمد على**» بالصحة العامة صدور أول لائحة لقيد المواليد والوفيات عام ١٨٣٨؛ وفى عام ١٨٥١، أنشئ أول دفتر لقيد المطعَّمين ضد مرض الجدرى فى مكاتب صحة القاهرة؛ وفى ٢٢ مارس عام ١٨٧٠ نشرت جريدة الوقائع المصرية أول إحصاء للمواليد والوفيات؛ وعدد من لقحوا ضد مرض الجدرى؛ وعدد الذين عولجوا بالمستشفيات، ونظرًا لطرافة هذا الإحصاء وريادته نعرضه هنا:[٧]

١ـ عدد المواليد ١٩٥٢٢٤ (منهم١٠٢٩٢٨ من الذكور،٩٢٢٩٦ من الإناث).
٢ـ عدد الوفيات ١١٥٦٦٣ (منهم ٦٢٢٠٨ من الذكور، ٥٣٤٥٥ من الإناث).
٣ـ عدد المطعمين ١٣٥٥٩٠ (منهم ٧١٠٥٧ من ذكور، ٦٤٨٩٣ من الإناث).

وقد أدى وجود الاحتلال البريطانى وسياسة اللورد «**كرومر**» إلى تدهور التعليم الطبى فى مصر؛ فانخفض عدد الطلاب المصريين فى كلية الطب إلى اثنى عشر طالبًا فقط!! وخلال الفترة الممتدة من ١٨٨٢ حتى ١٩١٤ كان معظم الأطباء المرخص لهم بالعمل من الأجانب، وأصبح الالتحاق بمدرسة الطب غير متاح سوى للأجانب والأثرياء المصريين فقط[٨].

وبدءًا من عام ١٩٢٣، أنشئت أولى المستشفيات المركزية؛ وبدئ فى إنشاء المجمعات الريفية كعيادات خارجية مع وجود سريرين للطوارئ، وفى عام ١٩٤٠، جرى استبدال هذه المجمعات الريفية بالمكاتب الصحية الشاملة (مكتب صحة لكل ٣٠ ألف نسمة).

وفى عام ١٩٢٥، تحولت مدرسة الطب إلى كلية الطب، وتولى الدكتور «**على بك إبراهيم**» عام ١٩٢٩ أول عمادة لهذه الكلية؛ وبعدها بسبع سنوات (١٩٣٦) أنشئت أول وزارة للصحة العمومية؛ أدخل فيها قسم خاص بالصحة الريفية؛ كما صدر عام ١٩٤٢، أول قانون لتحسين الصحة فى الريف (قانون رقم ٦٤ لسنة ١٩٤٢)، وأنشئت إدارات للصحة على أن يكون هناك مجمعً للصحة لكل ١٥٠ ألف نسمة؛ ومع تولى وزارات الأقلية وحكومة إسماعيل صدقى باشا عام ١٩٤٧، توقف تمامًا هذا المشروع، وتقلصت نفقات وزارة الصحة وبرامج التطعيم.

وقد شهدت هذه المرحلة انتعاش نشاط الجمعيات الأهلية العاملة فى مجال الرعاية الصحية بشقيها الوقائى والعلاجى؛ وقامت بإنشاء العديد من المستشفيات الخيرية مثل «**جمعية المواساة**» التى قامت بإنشاء مستشفى المواساة بالإسكندرية والجمعية الخيرية الإسلامية (مستشفى العجوزة)، وجمعية المبرة (مستشفى المبرة بالخليفة) وجمعية الهلال الأحمر (مستشفى الهلال الأحمر بباب الحديد).

وكذلك لعب الأثرياء المصريون والأجانب دورًا فى بناء المستشفيات مثل الفرنسيين والإيطاليين واليونانين وغيرهم، منها: مستشفى الدمرداش والقبطى ودار الشفاء والمنشاوى والإيطالى الخاصة، مثل: مستشفى الكاتب ومستشفى الشبراويشى وغيرهما.

وفى عام ١٩٥٥، كان عدد المستشفيات الحكومية والخاصة والأهلية والأجنبية قد بلغ حوالى ٩٠ مستشفى بطاقة سريرية قدرها ٦١٤٧ سريرًا[٩].

لقد كانت هذه بمثابة محاولة إقامة نظام رعاية صحية حديث فى البلاد امتد منذ عام ١٨٢٠ حتى عام ١٩٥٢؛ فأثمر ما أشرنا إليه من حيث التطور الكمى والنوعى؛ سواء كان على صعيد التشريعات أو الهياكل والبنى التنظيمية أو فى مجال وجود بنية تحتية صحية

متواضعة من مستشفيات ومجمعات صحية قروية ومكاتب صحية بعواصم المحافظات؛ وإن ظل حصاد هذا التطور البطيء ضعيفًا بدوره؛ فقد ظلت معدلات الوفيات مرتفعة خاصة بين الأطفال الرضع والأمهات والحوامل؛ وكان متوسط العمر المتوقع عند الولادة منخفضًا؛ وظلت الأوبئة والأمراض تفتك بالمصريين؛ خصوصًا فى مناطق الريف والأقاليم خارج المدن الكبرى (كالقاهرة والإسكندرية)؛ نظرًا لغياب الرعاية الصحية العلاجية من ناحية ولضعف الإمكانيات المتاحة للصحة الوقائية والتى من ضروراتها وجود شبكات حديثة للمياه النقية والصرف الصحى ونظم تغذية مناسبة وغيرها من العناصر الأساسية فى مجال الصحة العامة.

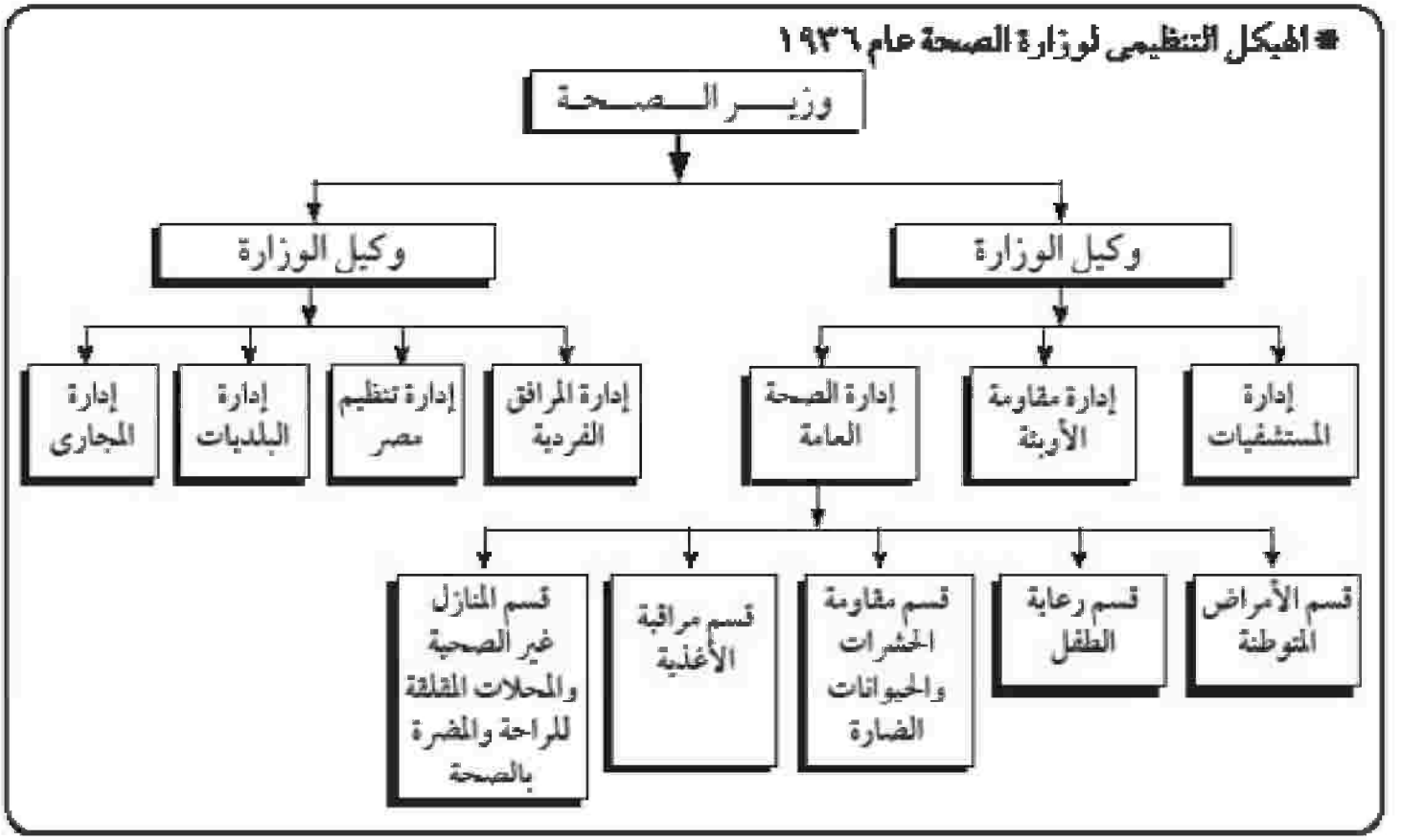
ولم تشهد مصر تطورًا ملحوظًا وسريعًا فى مجال الرعاية الصحية بشقيها الوقائى والعلاجى إلا بعد ثورة يوليو عام ١٩٥٢، التى انحاز قادتها إلى مطالب الفقراء والمحرومين فى المجتمع المصرى. فزاد عدد المستشفيات إلى ١٠٤ مستشفى عام ١٩٦٠، بطاقة سريرية ٧١٧١ سريرًا وزاد عدد الوحدات الصحية بالقرى إلى ٦٠٠ وحدة ما بين مجموعات صحية ووحدات مجمعة، ثم صدر القانون رقم (٤٩٠) لسنة ١٩٥٥، لتنظيم وإدارة المؤسسات العلاجية، ونص الدستور المصرى (١٩٥٦) لأول مرة على الحقوق الاقتصادية والاجتماعية للمصريين، وفى طليعتها حق الرعاية الصحية والعلاجية[١٠].

وفى عام ١٩٦٤، صدر القرار الجمهورى بقانون رقم (٧٥) بإنشاء هيئة التأمين الصحى الاجتماعى للتأمين على العاملين بالحكومة والقطاع العام، ثم تبعها صدور القرار الجمهورى بقانون رقم (١٣٥) لسنة ١٩٦٤ فى شأن تنظيم المؤسسات العلاجية، وجرى نزع ملكية بعض المستشفيات الخاصة (٣٤ مستشفى خاصًا) بالقاهرة والمحافظات وتحويلها إلى الملكية العامة للدولة[*].

ثم صدرت عدة قرارات جمهورية بإعادة تنظيم القطاع الصحى كله فى مصر من أجل ضمان وصول الخدمات الصحية والرعاية العلاجية للفقراء من أبناء المدن والريف مثل القرار الجمهورى رقم (١٢١٠) لسنة ١٩٦٤، بإنشاء المؤسسة العلاجية بمحافظة القاهرة والقرار (١٢١٢) لسنة ١٩٦٤، بإنشاء مؤسسة علاجية بالإسكندرية، والقرار رقم (١٥٨١) لسنة ١٩٦٧، بإعادة تنظيم المؤسسات العلاجية.. إلخ[١١].

(*) ربما لهذا السبب ترجع درجة الحقد ومحاولة تصفية الحساب بين رجال الاستثمار الصحى وبين فكرة الملكية العامة والدعوة والعمل على بيع المستشفيات العامة إلى القطاع الخاص والأجنبى.

* الهيكل التنظيمى لوزارة الصحة عام ١٩٣٦



المبحث الثانى

مفاهيم الرعاية الصحية الأساسية

تنوعت وتعددت التعريفات المتداولة بين المتخصصين بشأن «الرعاية الصحية ـ care Health»؛ وجرى التمييز بينها وبين «الرعاية الطبية ـ Medical Care»؛ فعُرفَت، الرعاية الصحية بأنها تسعى لتحقيق «**حالة اكتمال اللياقة الإنسانية**» أو حالة «**اكتمال المعافاة**» بمعنى سلامة الوجود الفيزيقى والاجتماعى والعقلى والنفسى للإنسان[١٢].

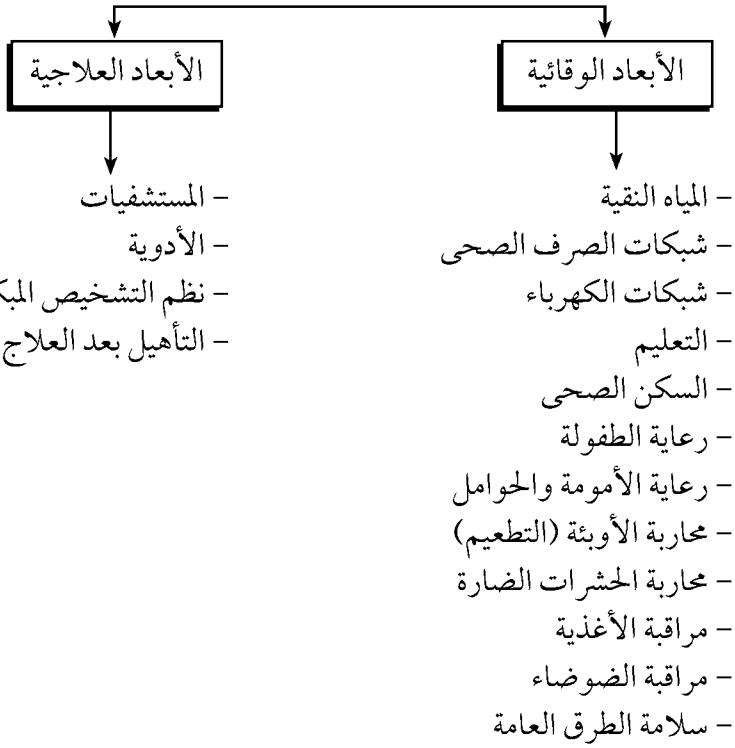
أما الرعاية الطبية، فقد اقتصرت على توفير التدخلات الطبية البيولوچية، التى من شأنها تحسين صحة الإنسان وأدائه لوظائفه وواجباته وأدواره.

وبهذا المعنى، فإن الرعاية الصحية تشتمل على بعدين رئيسيين هما:

- البعد الوقائى Preventive Care
- البعد العلاجى Territorial Care

ومن هنا، فإن الرعاية الصحية أوسع نطاقًا من مجرد الرعاية الطبية أو العلاجية.

أبعاد ومكونات الرعاية الصحية



ويقسم المتخصصون الرعاية الصحية عمومًا إلى ستة مستويات هى:

المستوى الأول: ما يسمى «**الرعاية الوقائية ـ Preventive Care**»، والتى تعتمد على مقدار اهتمام الدولة والمجتمع بتطوير نظم التعليم وطرق إمدادات المياه النقية وشبكات الصرف الصحى ونظم الحماية البيئية وإقامة المساكن الصحية وإدخال شبكات الكهرباء وغيرها من العناصر التى تجعل الحياة الإنسانية أكثر أمنًا واستقرارًا؛ وبهذا المعنى **تتضمن الوقاية من الأمراض ثلاث درجات أو مراحل:**

المرحلة الأولى: مرحلة الوقاية الأولية: أى توقى المرض والإصابة، بما فى ذلك صيانة البيئة وتوفير المياه النقية والصرف الصحى وتأمين الطرق وسلوكيات الحياة شاملة التطعيمات ورعاية الأمومة والطفولة..وغيرها.

المرحلة الثانية: مرحلة ما يسمى الوقاية الثانوية أى وقف مسار تقدم المرض أو الإصابة بعد حدوثها.

المرحلة الثالثة: الوقاية الثالثية؛ وهى التى تمنع أو تؤخر الوصول بحالة العجز المؤقت إلى عجز دائم، بحيث يصبح المعاق أو المريض قادرًا على رعاية نفسه دون حاجة إلى رعاية الآخرين[١٣].

المستوى الثانى: ما يطلق عليه «**الرعاية الصحية الأولية ـ Primary Care**» والتى تشتمل على الاكتشاف المبكر للمرض وعمليات الرعاية الروتينية بشقيها الوقائى والعلاجى.

المستوى الثالث: «الرعاية **العلاجية الثانوية ـ Secondary Care**» مثل خدمات الطوارئ والرعاية بالمستشفيات والوحدات المختلفة.

أما المستوى الرابع: فهو ما يسمى «**الرعاية العلاجية الثالثية ـ Tertiary Care**»[١٤] وتضم خدمات الطوارئ المعقدة والرعاية المتقدمة مثل جراحات القلب والمخ والأورام وزراعة الأعضاء بالمستشفيات أيضًا.

أما المستوى الخامس: فهو ما يطلق عليه «**الرعاية التأهيلية ـ Restorative Care**»، والتى تشمل رعاية ما بعد العمليات الجراحية وعمليات التأهيل والرعاية المنزلية والرعاية الطبية الروتينية.

وأخيرًا المستوى السادس: أو ما يسمى «**الرعاية المستمرة ـ Continuing Care**»، وتشمل الرعاية طويلة المدى لحالات المرض والعجز النفسى والعقلى ورعاية المرضى بالحالات المزمنة ورعاية المرضى المسنين.. إلخ.

بينما يذهب «**نامير وف ـ R.Numerof**» إلى تقسيم الرعاية الطبية إلى ثلاثة أنواع هى: **الرعاية الأساسية** (وتشمل الخدمات العلاجية والوقائية الأساسية)، **وخدمات المستشفيات** وتضم العلاج فيها والعلاج التخصصى وأيضًا داخل عيادات الإخصائيين، ثم أخيرًا المراكز الطبية عالية التخصص مثل مراكز القلب والكلى والكبد والسرطان والعيون وغيرها[١٥].

وتتأثر كل هذه العناصر والمكونات عمومًا بطبيعة وبنية النظام الصحى ذاته ومكوناته (وحدات صحية ـ أسرة ـ نظم علاجية ـ كادر طبى متخصص ـ تكنولوچيا التشخيص والعلاج.. إلخ) أو بالعوامل الاجتماعية والسياسية والاقتصادية، بل وحتى الثقافية (العادات والتقاليد) المحيطة بهذا النظام الصحى.

المبحث الثالث

الحق الدستورى فى الرعاية الصحية

لم تعرف الوثائق الدستورية المصرية قبل عام ١٩٥٦، ما أصبح يعرف حاليًا فى الفقه الدستورى باسم «الحقوق الاقتصادية والاجتماعية»، وباستثناء المادة (٢٣) من دستور عام ١٩٢٣، التى نصت على حق الرعاية الصحية والمادة (١٩) الخاصة بحق التعليم الإلزامى والمادة (٢١) الخاصة بحق المصريين فى تكوين الجمعيات، فإن هذا المشرع الدستورى (الليبرالى) لم يساند بالشكل المناسب حقوق الفقراء من العمال والفلاحين والحرفيين والطلاب الذين كانوا وقودًا لثورة ١٩١٩.

صحيح أن المشرع ـ خاصة فى عهد تولى حكومات الوفد للحكم ـ كان يحاول تغطية هذا القصور الدستورى من خلال إصدار قوانين تحاول أن تلبى بعض المطالب والحقوق الصحية والاجتماعية للمواطنين والفقراء؛ فصدر على سبيل المثال أول قانون للتأمين على العاملين من إصابات العمل عام ١٩٣٦ (قانون رقم ٦٤)، والذى أخذ بمبدأ المسئولية الموضوعية لصاحب العمل، ومؤدى هذه المسئولية أن العامل لم يعد مكلفًا بإثبات خطأ صاحب العمل وإنما يكفى حدوث هذا الخطأ لكى يلتزم بتعويض العامل عما أصابه من ضرر فى أثناء العمل أو بمناسبته.

ثم صدر بعد ذلك القانون رقم ٨٦ لسنة ١٩٤٢، بشأن التأمين الإجبارى عن حوادث العمل، وقد ألزم هذا القانون أصحاب الأعمال بالتأمين على العمال الذين يعملون لديهم لدى

شركات التأمين فى مقابل مبالغ (أقساط) مالية يؤديها صاحب العمل إلى شركة التأمين المؤمن لديها، وقد تلا ذلك صدور القانون رقم ٨٩ لسنة ١٩٥٠، بشأن إصابات العمل، وقد توسع هذا القانون بحيث إن نطاق تطبيقه لم يعد مقصورًا على العاملين فى المحال الصناعية والتجارية وحدها. وإنما امتد أيضًا إلى العاملين فى مجال الزراعة متى كانت إصابتهم ناتجة عن اشتغالهم بآلات ميكانيكية.

كما صدر فى عام ١٩٥٠، أيضًا القانون رقم ١١٧ بشأن التعويض عن أمراض المهنة وبمقتضاه صار من حق العامل الذى تثبت إصابته بأحد الأمراض المهنية المشار إليها فى ذات القانون الحصول على التعويض المناسب مع إلزام أصحاب الأعمال بالتأمين على العاملين لديهم ضد أمراض المهنة هذه؛ ثم أعقب ذلك صدور القانون رقم ٢٠٢ لسنة ١٩٥٨، والذى حاول المشرع من خلاله توحيد كافة القواعد القانونية المتعلقة بالتعويض عن حوادث العمل وأمراض المهنة وقد استحدث هذا القانون التعويض المستحق فى صورة معاش يحصل عليه العامل بشكل دورى هذا فضلًا عن أن نطاق تطبيقه امتد ليشمل كل من يعمل لدى الغير وليس فقط العاملين فى مجال الصناعة والتجارة.

أما القانون رقم ٩٢ لسنة ١٩٥٩، فقد خطا خطوات واسعة على طريق إيجاد نظام متكامل نسبيًّا للتأمين الاجتماعى خاصة بعد إنشاء هيئة مستقلة للتأمينات الاجتماعية، وقد رتب القانون التزامًا قانونيًّا على أصحاب الأعمال بالتأمين على العمال لدى الهيئة المذكورة ضد المخاطر الأربعة، وهى:

(إصابات العمل وأمراض المهنة والشيخوخة والعجز والوفاة) والواقع أنه علاوة على الإيجابيات الكبيرة التى تحققت مع إقرار القانون المذكور سرعان ما استبدل به القانون رقم ٦٣ لسنة ١٩٦٤، والذى عمل على التوسع فى النطاق التأمينى ليس فقط من حيث الأشخاص، وإنما أيضًا من حيث المخاطر التى يتعين التأمين ضدها.

وعلى العكس من ذلك، جاء دستور ثورة يوليو الصادر فى يناير عام ١٩٥٦، بطائفة واسعة من الحقوق الاقتصادية والاجتماعية شملتها حوالى ٣٩ مادة (بما يعادل ١٨,٤٪ من إجمالى مواد الدستور البالغة ١٩٦ مادة)، وكان من أبرزها حق الرعاية الصحية والاجتماعية والتعليم وغيرها[١٦]، وعلى نفس المنهج تقريبًا صدرت الوثائق الدستورية اللاحقة لثورة يوليو (دستور ١٩٦٤، ودستور ١٩٧١).

ومن أبرز مواد دستور ١٩٧١، المتعلقة بالرعاية الصحية المادة (١٠)، التى تنص على كفالة الدولة لحماية الأمومة والطفولة، والمادة (١٦) التى تنص على كفالة الدولة الخدمات الثقافية والاجتماعية والصحية، والمادة (١٧) التى تنص مرة أخرى على كفالة الدولة لخدمات التأمين الصحى والاجتماعى.

وبعد صدور هذا الدستور (عام ١٩٨٧)، الذى أكد بوضوح على الحق فى التأمين الاجتماعى والصحى لكل مواطن صدر القانون رقم ٧٩ لسنة ١٩٧٥، وقد مثل هذا القانون والتعديلات المختلفة التى أدخلت عليه فى أعوام ١٩٧٧ و١٩٨٠ و١٩٨١ و ١٩٨٤ و١٩٨٧، طفرة حقيقية على طريق إرساء دعائم نظام تأمينى فعال فى مصر، فقد عمد القانون المذكور ـ جريًا على ذات النهج الذى أخذت به القوانين التى سبقته ـ على التوسع فى تحديد قائمة المخاطر التى تغطيها المظلة التأمينية من جهة، وكذا بالنسبة للفئات المشمولة بالرعاية، والتى تحددت فى فئات العاملين المدنيين بالجهاز الإدارى للدولة والهيئات والمؤسسات العامة والوحدات الاقتصادية.

ومنذ هذه اللحظة، أصبحت الرعاية الصحية جزءًا أساسيًّا من الحقوق الدستورية للأفراد والجماعات فى البلاد ولم تعد مجرد خدمة اختيارية تقدم من جانب أىٍّ كان؛ بل أصبحت بمثابة التزام دستورى على كافة مؤسسات الدولة تقديمه دون شروط تنتقص من صلاحية تقديم هذه الرعاية الصحية.

وارتباطًا بنص المادة (٧٩) من ذات الدستور، فإن القسم الدستورى الذى يؤديه رئيس الجمهورية والقاضى باحترام الدستور والقانون ورعاية مصالح الشعب رعاية كاملة تجعل هذه الرعاية الصحية فى كفالة رئيس الجمهورية مباشرة، والإخلال بها يعد مناطًا للمساءلة والمحاسبة لكافة القائمين على السلطة التنفيذية بدءًا من رئيس الجمهورية مرورًا برئيس مجلس الوزراء وانتهاءً بوزير الصحة والطاقم المعاون له.

* * *

هوامش الفصل الأول

(١) د.علاء شكر الله «التطور التاريخى للرعاية الصحية فى مصر»، ورقة واردة فى كتاب «الحالة الصحية والخدمات الصحية فى مصر... دراسة تحليلية للوضع الراهن ورؤى مستقبلية» القاهرة، جمعية التنمية الصحية والبيئية، الطبعة الثانية، ٢٠٠٥، ص ١.

(٢) د.نجوى خلاف «الوصف الهيكلى والوظيفى للنظام الصحى» ورقة واردة فى الكتاب المذكور ص ٤٩.

(٣) د.علاء شكرالله، المرجع السابق، ص ٢.

(٤) مجموعة علماء الحملة الفرنسية «موسوعة وصف مصر»، القاهرة، مكتبة الأسرة ٢٠٠٢، خاصة الجزءين الأول والحادى عشر.

(٥) د.علاء شكر الله، المرجع السابق، ص ٤.

(٦) يحيى محمد عبد القادر، «نموذج اقتصادى قياسى لمستقبل الخدمة الطبية فى مصر» رسالة للحصول على درجة الزمالة فى العلوم الإدارية أكاديمية السادات للعلوم الإدارية، ٢٠٠٥، ص ٢.

(٧) د. يوسف وهيب، «نظام التسجيل والمعلومات الصحية» واردة بكتاب «الحالة الصحية والخدمات الصحية فى مصر»، جمعية التنمية الصحية والبيئية، مرجع سابق، ص ١٣٠.

(٨) د. علاء شكرالله، المرجع السابق، ص ٦.

(٩) يحيى محمد عبد القادر، «نموذج اقتصادى قياسى» مرجع سابق، ص ١٢.

(١٠) لمزيد من التفاصيل حول هذا الموضوع انظر مؤلفنا «الموازنة العامة للدولة وحقوق الإنسان» القاهرة، جمعية المساعدة القانونية لحقوق الإنسان، ٢٠٠٢.

(١١) يحيى محمد عبد القادر، «نموذج اقتصادى قياسى»، مرجع سابق.

(١٢) د. طلعت الدمرداش، «اقتصاديات الخدمات الصحية» الزقازيق، مكتبة القدس، الطبعة الثانية، ٢٠٠٦.

(١٣) د. سمير فياض «الصحة فى مصر.. الواقع وسيناريوهات المستقبل حتى عام ٢٠٢٠»، القاهرة منتدى العالم الثالث، المكتبة الأكاديمية، ٢٠٠٢، ص ٩، ١١.

(١٤) د.سمير فياض، المرجع السابق، ص ٢٠، ٢١.

(١٥) لمزيد من التفاصيل راجع: يحيى محمد عبد القادر «نموذج اقتصادى قياسى» مرجع سابق، ص ١٣.

(١٦) انظر تفاصيل هذا فى مؤلفنا «الموازنة العامة للدولة وحقوق الإنسان» مرجع سابق ص٢٩، ٣٠، وكذلك د. أحمد الرشيدى «بعض الجوانب القانونية لمشروع التأمين الصحى الجديد» واردة فى. د. إيمان حسن، وعبد المولى إسماعيل (محرران) «سياسات الإصلاح والتأمين الصحى فى مصر»، القاهرة، جمعية التنمية الصحية والبيئية، ومركز دراسات وبحوث الدول النامية بكلية الاقتصاد والعلوم السياسية بجامعة القاهرة، القاهرة، الطبعة الثانية ٢٠٠٧، ص ٧٢، ٧٣.