الفصل الثانى

تطور البنية الأساسية لنظم الرعاية الصحية فى مصر

عندما يثور الحديث حول البنية الأساسية لقطاع الصحة Infrastructure أو أى قطاع من القطاعات الاقتصادية أو الخدمية؛ ينصرف الذهن عادة إلى المكونات المادية لهذا القطاع؛ وفى حالة الرعاية الصحية يذهب المرء إلى أن المقصود هو عدد المستشفيات العامة أو الخاصة؛ وعدد الأسرة العلاجية المتاحة وحجم التجهيزات المعملية والتكنولوچية المستخدمة فى التشخيص أو العلاج وعدد ونوعية الكادر الطبى القائم بالعمل وحجم الإنفاق الحكومى أو المنح والمساعدات الأجنبية المتحركة فى شرايين هذا القطاع؛ وشكل توزيع هذه الوحدات الصحية بين مناطق الريف ومناطق الحضر؛ وغيرها من العناصر المرتبطة بهذا الموضوع الدارج للبنية التحتية لقطاع الرعاية الصحية فى مصر.

لكننا هنا سوف ننحى منحى مختلفًا؛ أكثر شمولًا؛ وأعمق تحليلًا فى معرفة طبيعة «**البنية التحتية**» للرعاية الصحية فى مصر؛ وليس فقط الرعاية الطبية أو العلاجية، بحيث يشمل تحليلنا حجم الإنفاق والتطور الذى طرأ على محطات وشبكات المياه النقية والصرف الصحى فى المدن والريف لارتباطها العميق بتحسين الحالة الصحية العامة فى البلاد.. كما ينبغى التوقف عند الإطار التشريعى واللائحى المنظم للرعاية الصحية فى مصر؛ والفلسفة الاجتماعية التى يقوم عليها هذا البناء التشريعى.

والملاحظة الجديرة بالذكر هنا؛ هو أننا لسنا بصدد نظام واحد للرعاية الصحية أو العلاجية؛ وإنما نحن بصدد عدة «أنظمة ـ Systems» لكل منها قوانينه ولوائحه المنظمة وآليات عمله ونظم تسعير خدماته Price؛ ولكل منها مستوى للخدمة يختلف باختلاف الفئات الاجتماعية والطبقية أو المهنية المستفيدة من خدماته أو المشتركة فى نظامه. ومن ثم درجة فاعليته Efficiency ودرجة رضا جمهوره عنه.

فالمنظومة الصحية ـ كما عرفتها دراسة المجالس القومية المتخصصة ـ تشتمل على أربعة مكونات هى:

* السياسات والبرامج الصحية.
* النظم والقوانين القائمة والمطلوبة.
* البنية الإدارية والتنظيمية.
* ثم أخيرًا النظم التمويلية والاقتصادية[1].

فلنرى إذن كيف يعمل كل نظام من تلك المكونات الصحية المصرية حاليًّا.

المبحث الأول

البنية الهيكلية لنظم الرعاية الصحية والعلاجية

الاختلاف والتمايز بين مكونات القطاع الصحى ـ أو العلاجى بمعنى أدق ـ فى البلاد ليس مجرد تقسيم أو اختلاف شكلى؛ إنه تعبير وانعكاس عن تغير فى الأدوار؛ وتبدل فى الأهداف والتوجهات؛ وتباين فى الرؤى والفلسفات التشريعية أو التنفيذية الحاكمة لأداء هذه المكونات.

وإذا نحينا جانبًا ـ لأسباب تتعلق بتماسك التحليل ـ المؤسسات أو المنظمات ذات الصلة بالرعاية الصحية بمعناها الواسع مثل الهيئات الاقتصادية المسئولة عن محطات المياه النقية وإمداداتها؛ وهيئات الصرف الصحى وشبكاته الحديثة؛ ووزارة البيئة ووحداتها الرقابية وقطاع الإسكان الشعبى أو الاقتصادى؛ ناهيك أيضًا عن هيئات وشركات الكهرباء ومحطاتها وشبكاتها، فإننا نكون بصدد ٨ مكونات أساسية كبرى، لكل منها وحداتها الصحية وتجهيزاتها المعملية ونظم تعاملها مع جمهورها من المرضى بمختلف فئاتهم الاجتماعية والمهنية والاقتصادية، وهذه المكونات هى:

أولًا: القطاع الحكومى، ويشمل أربعة نظم هى:

١ـ وزارة الصحة وتشرف على حوالى ٥٥٪ من البنية التحتية لقطاع الرعاية الصحية والعلاجية.

٢ـ وزارات أخرى مثل وزارة التعليم العالى والداخلية والأوقاف والنقل والمواصلات، أما وزارة الدفاع فلا تدخل عادة فى حصر الجهات الحكومية وإن كانت تعتبر جزءًا من قطاع الخدمات الصحية والعلاجية.

٣ـ الهيئات الاقتصادية الصحية مثل هيئة التأمين الصحى والمؤسسات العلاجية.

٤ـ الوحدات التابعة لهيئة المستشفيات والمعاهد التعليمية.

ثانيًا: الجمعيات الأهلية مثل مستشفى الجمعية الخيرية الإسلامية بالعجوزة.

ثالثًا: الوحدات الصحية التابعة للنقابات العمالية والمهنية.

رابعًا: الوحدات الصحية الرأسمالية والاستثمارية (المستشفيات).

خامسًا: العيادات الخاصة، والتى بلغ عددها أكثر من ٣٨ ألف إلى ٦٠ ألف عيادة خاصة.

والحقيقة، أن مصر تمتلك بنية تحتية صحية (وقائية وعلاجية) من الضخامة، بحيث يمكن أن تؤدى إلى نتائج هائلة لو أحسن إدارة هذا القطاع؛ وامتلك وضوحًا فى الأهداف وتناسقًا فى المصالح بين كافة مكوناته.

أولًا: الوحدات الصحية والأسرة وتوزيعها

على أية حال؛ سوف نتناول بالعرض والتحليل مكونات كل فرع من هذه الفروع؛ ثم نتبعها بمبحث لتحليل الأطر التشريعية التى تحكمها والفلسفة الاجتماعية التى تدار من خلالها هذه المكونات الضخمة قبل عام ١٩٩١. وبعد هذا العام وفى ختام هذا الفصل، سوف نتوقف لعرض نتائج الأداء لهذا القطاع الصحى الضخم؛ وفقًا للمؤشرات الصحية المعتمدة دوليًّا ومحليًّا؛ وننتهى إلى أوجه القصور فى هذا الأداء الصحى وأسباب عدم رضا المرضى والمستفيدين من خدمات كلِّ فرع من هذه الفروع.

والجدول رقم (١) يظهر الصورة الكلية للقطاع قبل الخوض فى تفاصيله الجزئية:

جدول رقم (١)
إجمالى عدد الوحدات الصحية ذات الأسرة بحسب القطاع وفقًا للحالة فى أول يناير ٢٠٠٨

القطاع	الوحدات		الأَسرة	
	العدد	٪	العدد	٪
- وزارة الصحة	١١٧٩	٤٣,٦٪	٧٨,٤٩٢	٥١,٣٪
- جهات تابعة لوزارة الصحة(*)	٦٨	٢,٥٪	١٧,٢٣١	١١,٣٪
- جهات حكومية أخرى(**)	١٢٦	٤,٧٪	٣٠,٧١٣	٢٠,١٪
- إجمالى القطاع الحكومى (١)	١٣٧٣	٥٠,٨٪	١٢٦,٤٣٦	٦,٨٢٪
- القطاع الخاص (٢)	١٣٢٩	٤٩,٢٪	٢٦,٥٦٠	١٧,٤٪
الإجمالى العام ١+٢	٢٧٠٢	١٠٠٪	١٥٢,٩٩٦	١٠٠٪

المصدر: وزارة الصحة والسكان؛ المركز القومى لمعلومات الصحة والسكان؛ «الكتاب الإحصائى السنوى.. دليل الوحدات والأسرة» القاهرة؛ إصدار عام ٢٠٠٨؛ ص ٢، ٣.

فإذا تأملنا التوزيع التخصصى لهذه الوحدات الصحية ذات الأَسِرة، سواء التابعة مباشرة لوزارة الصحة أو تلك الخاضعة لجهات تابعة أيضًا لوزارة الصحة بصورة أو بأخرى نجدها تتوزع على النحو التالى كما فى الجدول رقم (٢):

جدول رقم (٢) توزيع الوحدات الصحية (الحكومية)
طبقًا للنوع وعدد الأسرة وفقًا للحالة فى أول يناير ٢٠٠٨

النوع	الوحدات		الأسرة	
	العدد	٪	العدد	٪
- مستشفيات عامة ومركزية	٢٣٣	١٧,٠٠٪	٣٣,٧٩٤	٢٦,٧٪
- مستشفيات تابعة لديوان عام الوزارة	٢٧	٢,٠٠٪	٥٣٩٩	٣,٪
- مراكز أورام	٧	٠,٥٠٪	٥٢٧	٠,٤٪
- مستشفيات جراحة اليوم الواحد	١٢	٠,٩٪	٧٢٢	٠,٦٪
- مستشفيات ولادة الأطفال	١١	٠,٨٪	٧٢٦	٠,٦٪

(*) يقصد بالجهات التابعة لوزارة الصحة هيئة التأمين الصحى والمؤسسات العلاجية ببعض المحافظات والمستشفيات التعليمية والمعاهد التعليمية.

(**) أما الجهات الحكومية الأخرى، فتضم المستشفيات الجامعية ومستشفيات الشرطة والسجون والسكك الحديدية والهيئات الأخرى دون القوات المسلحة.

– مستشفيات نفسية	١٨	٪١,٣	٦٦٥٣	٪٤,٨
– مستشفيات صدرية	٣٨	٪٢,٨	٦١١١	٪٠,١
– مستوصفات صدر بأسرة	٦	٪٠,٤	١٥٧	٪٠,١
– مستشفيات جلدية	١	٪,٠٧	١٠٠	٪٠,٠٨
– مستشفيات رمد	٣٠	٪٢,٢	١٤٠٢	٪١,١
– مستشفيات متوطنة	٨	٪٠,٦	٨٣	٪٠,٧
– مستشفيات حميات	١٠٦	٪٧,٧	٩٨٦٠	٪٧,٨
– مستشفيات الكلى والمسالك البولية	١	٪,٧٠	٣٣	٪,٠٣
– مستشفيات جذام	٣	٪٠,٢	١٤٠٠	٪١,١
– مستشفيات حجر صحى	٥	٪٠,٤	٧٩	٪,٠٦
– مستشفيات التكامل الصحى	٤٨٦	٪٣٥,٤	٩٣٦١	٪٧,٤
– مجموعات صحية	١٨٧	٪١٣,٦	٢٠٨٥	٪١,٦
– مجموع وزارة الصحة (١)	١١٧٩	٪٨٥,٩	٧٨,٤٩٢	٪٦٢,٠
– مستشفيات الجامعات	٧٦	٪٥,٥	٢٦٦٥٥	٪٢١,١
– السجون ومستشفيات الشرطة	٢٦	٪١,٩	١٣٨٢	٪١,١
– السكة الحديد	٣	٪٠,٢	٣٥١	٪٠,٣
– الهيئات الأخرى	٢١	٪١,٥	٢٣٢٥	٪١,٨
مجموع الجهات الحكومية الأخرى (٣)	١٢٦	٪٩,١	٣٠,٧١٣	٪٢٤,٣
الإجمالى العام (١+٢+٣)	١٣٧٣	٪١٠٠	١٢٦,٤٣٦	٪١٠٠

المصدر: وزارة الصحة المرجع السابق، ص ٥.

أمـا الوحـدات الصحية (بـدون أسرة) من القطاعـين الحكومى والخـاص، فهى تزيد عن (٨٧٠٩٧) وحدة موزعة على النحو التالى:

جدول رقم (٣)
حصر وتوزيع الوحدات الصحية (بدون أسرة) حسب نوع الوحدة وفقًا للحالة فى يناير ٢٠٠٨

م	البيان	العدد
١	مراكز صحية حضرية	٣٢٥
٢	عيادات شاملة	٢٧
٣	عيادات حى	٧٠
٤	عيادات تخصصية	٦٨
٥	وحدات صدر	١٨٦
٦	وحدات أمراض متوطنة	٢٤٠٢
٧	وحدات وقائية(*)	٨٣١
٨	وحدات ثقافة صحية	٢٠٦
٩	مراكز نقل دم	٢٠٨
١٠	وحدات أسنان	٣٢٥٦
١١	مراكز العلاج الطبيعى	٤٣
١٢	لجان قومسيون	٤١
١٣	معامل أبحاث	٤
١٤	وحدات صحية ريفية	٣١٦٤
١٥	وحدات تأمين صحى للقوى العاملة	١٤٨٢
١٦	وحدات تأمين صحى داخل المدارس	٧٦٤٨
١٧	وحدات تأمين صحى خارج المدارس	٣٥٢
١٨	وحدات صيدلانية	٢٧,٥٥٠
١٩	وحدات معملية	٧٦٦
٢٠	معاهد ومدارس صحية	٢٧٧
٢١	وحدات القطاع الخاص (العيادات الخاصة)	٣٨١٩١
	الإجمالى	٨٧٠٩٧

المصدر: مديريات الشئون الصحية بالمحافظات والتأمين الصحى والمؤسسة العلاجية والإدارة العامة للصيدلة والإدارة العامة للمعامل والإدارة العامة لتنمية القوى البشرية نقلًا عن وزارة الصحة والسكان، الكتاب الإحصائى السنوى، إصدار ٢٠٠٨، مرجع سابق، ص٦.

كان يوجد فى مصر عام ١٩٩٦ حوالى ٨٠٠ وحدة غسيل كلوى منها ٤٦٣ وحدة فى القطاع الحكومى.

ويلفت النظر فى الجدولين السابقين **مجموعة من الحقائق** الجديرة بالتسجيل لما لها من أهمية كبرى فى تحليلنا حول تطور الخدمات الصحية العلاجية، وهى:

(*) كان يوجد فى مصر عام ١٩٩٦م حوالى ٨٠٠ وحدة غسيل كلوى منها ٤٦٣ وحدة فى القطاع الحكومى.

الحقيقة الأولى: أن عدد وحدات القطاع الحكومى (المستشفيات والوحدات بأسرة) تكاد تعادل ٥١٪ وتستحوذ على أسرة تعادل ٨٢,٦٪ من إجمالى الأسرة المتاحة فى البلاد: أى أنها تمثل الثقل الرئيسى فى نظم الرعاية الصحية فى مصر.

الحقيقة الثانية: أن عدد وحدات القطاع الخاص (ذات الأسرة) تعادل نصف الوحدات الصحية العاملة فى البلاد، بينما لا تمتلك سوى ١٧,٤٪ من إجمالى الأسرة المتاحة فى الجمهورية.

الحقيقة الثالثة: أن عدد وحدات القطاع الخاص (بدون أسرة) أى العيادات الخاصة بلغت فى ذلك العام أكثر من ٣٨ ألف عيادة خاصة، وهى حقيقة سوف نبنى عليها كثيرًا من جوانب تحليلنا حول الإنفاق الشخصى والعائلى على الرعاية الصحية والعلاجية فى الصفحات القادمة.

الحقيقة الرابعة: بمتابعة تطور عدد الأسرة المتاحة فى البلاد خلال العشر سنوات الممتدة من عام ١٩٩٥ حتى عام ٢٠٠٤، نكتشف أن أسرة القطاع الخاص قد زادت من ١٢,٢٧٧ سريرًا إلى ٢٥,٥٧٤ سريرًا: أى بمقدار الضعف تقريبًا (بما يكاد يعادل ١٠٪ سنويًّا) وهو من أعلى معدلات الزيادة السنوية فى عدد الأسرة مقارنة ببقية الجهات الحكومية وشبه الحكومية العاملة فى البلاد[٢].

بل إن الوزن النسبى لأسرة القطاع الخاص قد زادت من ١٠,٧٪ عام ١٩٩٥ إلى ١٧,١٪ عام ٢٠٠٤، مقابل انخفاض حصة وزارة الصحة من ٥٧,٦٪ إلى ٥٤٪، وكذلك أسرة الجهات التابعة لوزارة الصحة، والبيان التالى يظهر هذا التطور اللافت للنظر.

جدول رقم (٤)
تطور وتوزيع الأسرة بالمستشفيات فى مصر
خلال الفترة بين ١٩٩٥ و٢٠٠٤

م	البيان	عام ١٩٩٥		عام ٢٠٠٤	
		عدد الأسرة	٪	عدد الأسرة	٪
١	أسرة وزارة الصحة	٦٦١٧٣	٪٥٧,٦	٨٠٣١١	٥٣,٦
٢	التأمين الصحى	٥٩٩١	٪٥,٢	٨٩٩٩	٪٦,٠
٣	المؤسسة العلاجية	٤٧٥٢	٪٤,١	٢١٥٩	٪٦,٠
٤	مستشفيات تعليمية	٣٧٠٩	٪٣,٢	٤٣٠٧	٪١,٤
٥	الهيئات الأخرى	١٠٧٧	٪٠,٩	١٩١١	٪٢,٩
٦	الشرطة والسجون	١٠١٦	٪٠,٩	١٢١٠	٪١,٣
٧	معاهد تعليمية	٨٠١	٪٠,٧	١٠٦٣	٪٠,٨
٨	السكة الحديد	٣٢٣	٪٠,٣	٣٥١	٪٠,٧
٩	مستشفى الطلبة	١٨٤	٪٠,٢	تم ضمها إلى هيئة التأمين الصحى	٪٠,٢
١٠	مستشفيات الجامعات	١٨٥٢١	٪١٦,١	٢٤٠٨٠	٪١٦,١
١١	مستشفيات القطاع الخاص	١٢٢٧٧	٪١٠,٧	٢٥٥٧٤	٪١٧,١
	الإجمالى(*)	١١٤٨٢٤	٪١٠٠	١٤٩٩٦٥	٪١٠٠

المصدر: الجهاز المركزى للتعبئة العامة والإحصاء، الكتاب الإحصائى السنوى لعام ٢٠٠٤، القاهرة، يونيو ٢٠٠٥، ص ١٢٢.

الحقيقة الخامسة: بصورة عامة إذا قارنا بين عدد السكان فى عام ١٩٩٥، وعددهم عام ٢٠٠٤ من ناحية(*) وبين عدد الأسرة المتاحة فى المجتمع المصرى من ناحية أخرى؛ نكتشف أن هناك تحسنًا فى المؤشر الكمى (عدد الأفراد / سرير)؛ حيث كان ٣٨٠ فردًا / سرير عام ١٩٩٥ ارتفع إلى ٣٥٧ فردًا / سرير عام ٢٠٠٤؛ وبرغم هذا التحسن الكمى فإننا سوف نلاحظ أن مستوى جودة الخدمة ودرجة رضاء المستفيدين كانت آخذة فى الانخفاض كما سوف نعرض بعد قليل.

(*) زاد عدد سكان مصر من ٥٧,٥١ مليون نسمة عام ١٩٩٥ إلى ٦٩,٣٣ مليون نسمة عام ٢٠٠٤، بمعدل زيادة سنوية ٪٢,١.

الحقيقة السادسة: يظهر تحليل التوزيع الجغرافى لعدد الأسرة على مستوى الجمهورية أن سبع محافظات فقط ـ من بين ٢٧ محافظة(*) قد استحوذت وحدها على ٦٢٪ من إجمالى عدد الأسرة المتاحة فى البلاد، وهى: القاهرة (٢٢,١٪) يليها الإسكندرية (٨,٢٪) ثم الجيزة (٧,٨٪) والقليوبية (٦,٦٪) فالدقهلية (٦,١٪) ثم الشرقية (٥,٧٪) وأخيرًا الغربية (٥,٥٪)(٣)، بينما هذه المحافظات لا تشكل سوى ٥٠٪ من إجمالى سكان البلاد. وهو ما يظهره الجدول التالى:

جدول رقم (٥)

بيان بتوزيع الأسرة المتاحة فى مصر وفقًا للجهات والمحافظات بحسب الموقف فى يناير ٢٠٠٨

م	المحافظات(*)	وزارة الصحة	جهات تابعة لوزارة الصحة	جهات حكومية أخرى	قطاع خاص	الإجمالى العام	النسبة ٪
١	القاهرة	٨٣٥٠	٥٩٢٤	١٠٩٢٢	٨٥٧٤	٣٣٧٧٠	٢٢,١٪
٢	الإسكندرية	٣٧١٩	٢٤٨٥	٣٩٩٩	٢٣٣١	١٢٥٣٤	٨,٢٪
٣	البحيرة	٣٨٢٦	٧٩١	٢٣٧	٤٣٨	٥٢٩٢	٣,٥٪
٤	الغربية	٤٢٩٧	٤٩٢	٢٢٠١	١٤٦١	٨٤٥١	٥,٥٪
٥	كفر الشيخ	٣٠٩٥	٥٣٢	–	٢٣٨	٣٨٦٥	٢,٥٪
٦	المنوفية	٣٦٠٤	٩٤٧	٩٣٦	٥٠٠	٥٩٨٧	٣,٩٪
٧	القليوبية	٦٦٣٠	١١٢٧	١٤٥٤	٩٥٤	١٠١٦٥	٦,٦٪
٨	الدقهلية	٥١٨٤	٤٨٨	٢٥٢٤	١١٣٢	٩٣٢٨	٦,١٪
٩	دمياط	٢٢١١	٤٣	٢٥٢	٢٠٣	٢٧٠٩	١,٨٪
١٠	الشرقية	٤٤١٨	٤٤٠	٢٠١٩	١٧٩١	٨٦٦٨	٥,٧٪
١١	بورسعيد	٩٥٩	٤٦٧	٣٨	٣٠٧	١٧٧١	١,٢٪
١٢	الإسماعيلية	١٠٨٩	٥٠	٧٣٥	٢٩٤	٢١٦٨	١,٤٪
١٣	السويس	١٠٤٩	٢٥٠	–	٣٨٤	١٦٨٣	١,١٪
١٤	الجيزة	٥٣٦٤	١١٩١	٨٣٤	٤٥٥٥	١١٩٤٤	٧,٨٪
١٥	الفيوم	١٧٨٩	٣٣٢	٣٠	٣٤٥	٢٤٩٦	١,٦٪
١٦	بنى سويف	٢٠٨٧	٢٦١	–	١٧٩	٢٥٢٧	١,٧٪
١٧	المنيا	٤٢٦٥	٣٥٥	١٣٧٠	٥٥٠	٦٥٤٠	٤,٣٪

(*) قبل استحداث محافظتين جديدتين هما حلوان والسادس من أكتوبر فى صيف عام ٢٠٠٨.

١٨	أسيوط	٣٧٨٥	٢٧٠	٢٢٨٧	٩١٤	٧٢٥٦	٪٤,٧
١٩	سوهاج	٣٥٨١	٢٦٢	٦٩٣	٤١٦	٤٩٥٢	٪٣,٢
٢٠	قنا	٢٩٥٦	–	١٤٢	٢٨٩	٣٣٨٧	٪٢,٢
٢١	الأقصر	٨٣٩	–	–	١٨	٨٥٧	٪٠,٦
٢٢	أسوان	١٨٩٣	٥٢٤	١٠	٣٣١	٢٧٥٨	٪١,٨
٢٣	مطروح	١٠٨٧	–	–	٤٩	١١٣٦	٪٠,٧
٢٤	الوادى الجديد	٧٧٦	–	٣٠	٤٢	٨٤٨	٪٠,٦
٢٥	البحر الأحمر	٤٥٣	–	–	١٧٥	٦٢٨	٪٠,٤
٢٦	شمال سيناء	٦٦٦	–	–	٥٠	٧١٦	٪٠,٥
٢٧	جنوب سيناء	٥٢٠	–	–	٤٠	٥٦٠	٪٠,٤
	الإجمالى	٧٨٤٩٢	١٧٢٣١	٣٠٧١٣	٢٦٥٦٠	١٥٢٩٩٦	
	٪	٪٥١,٣	٪١١,٣	٪٢٠,١	٪١٧,٤	٪١٠٠	٪١٠٠

المصدر: التقارير السنوية لمديريات الشئون الصحية بالمحافظات نقلًا عن وزارة الصحة والسكان، الكتاب الإحصائى السنوى، دليل الوحدات والأسرة، إصدار ٢٠٠٨، ص٤٢.

وقد انعكس هذا التوزيع المختل على متوسط نصيب الفرد من سرير الخدمة الطبية، وتباين هذا المؤشر من محافظة إلى أخرى فكانت محافظة الدقهلية أكثرهم سوءًا (سرير واحد لكل ١٥٥٩ فردًا)، وأفضلها محافظة جنوب سيناء (سرير واحد لكل ١١٤ فردًا) وفقًا للترتيب التنازلى التالى:

جدول رقم (٦)
متوسط خدمة الأسرة لعدد المواطنين فى محافظات مصر
وفقًا للحالة فى عام ٢٠٠٤ «مرتبة تنازليًّا»

م	المحافظة	متوسط خدمة السرير إلى الأفراد(*)	عدد الأسرة لكل ألف من السكان
١	جنوب سيناء	١١٤	٨,٨
٢	الوادى الجديد	١٩٦	٥,١
٣	القاهرة	٢٢٦	٤,٤
٤	مطروح	٢٣١	٤,٣
٥	السويس	٢٨٤	٣,٥
٦	البحر الأحمر	٢٩١	٣,٤

٧	بورسعيد	٢٩٩	٣,٣
٨	الإسكندرية	٣٠٠	٣,٣
٩	القليوبية	٣٧٤	٢,٧
١٠	الإسماعيلية	٣٨٩	٢,٦
١١	دمياط	٣٩٠	٢,٦
١٢	أسوان	٣٩٨	٢,٥
١٣	شمال سيناء	٤٢٢	٢,٤
١٤	الغربية	٤٥٧	٢,٢
١٥	أسيوط	٤٦٢	٢,٢
١٦	الجيزة	٤٦٣	٢,٢
١٧	الدقهلية	٥١٩	١,٩
١٨	المنوفية	٥٣٠	١,٩
١٩	الشرقية	٥٧٨	١,٧
٢٠	المنيا	٦٠٦	١,٦
٢١	سوهاج	٧٥٣	١,٣
٢٢	قنا	٨٤٩	١,٢
٢٣	البحيرة	٨٧٠	١,١
٢٤	بنى سويف	٨٧٤	١,١
٢٥	الفيوم	٩٥٠	١,٠
المتوسط العام		٤٩٩	

* متوسط خدمة السرير = عدد السكان فى كل محافظة ÷ عدد الأسرة المتاحة فى كل محافظة.

الحقيقة السابعة: بالإضافة إلى كل هذا، فإن اللافت للنظر هو مقدار التباين والتفاوت ـ وأحيانًا التضارب ـ فى الأرقام والإحصاءات الصادرة من المصادر الرسمية فعلى سبيل المثال بينما يشير الكتاب الإحصائى لوزارة الصحة أن عدد الأسرة فى البلاد فى كافة القطاعات (حكومية وخاصة وغيرها) فى يناير عام ٢٠٠٨ لم يزد عن ١٥٢,٩٩٦ سريرًا، نجد أن الكتاب الإحصائى السنوى لعام ٢٠٠٤

الصادر عن أهم جهاز إحصائى رسمى فى البلاد وهو الجهاز المركزى للتعبئة العامة والإحصاء يشير إلى أن عدد هذه الأسرة عام ٢٠٠٤ قد بلغ ١٤٩,٩٦٥ سريرًا[٤].

وكذلك الأمر فيما يتعلق بعدد الصيدليات، فبينما يشير الكتاب الإحصائى للتعبئة والإحصاء أن عددها فى مصر عام ٢٠٠٤ قد بلغ ٢٧٧٥٠ صيدلية عامة وفروعًا للشركة المصرية ومخازنها نجد أن البيان الذى قدمته نقابة الصيادلة فى يناير عام ٢٠٠٨ يشير إلى أن عددها قد بلغ ٤٥١٠٨ صيدليات[٥]، وهناك الكثير من التباين والاختلاف بين المصادر الرسمية المختلفة مما يربك ويشوش المحللين والقائمين على محاولة رسم سياسات جديدة لإدارة شئون الدولة والمجتمع.

ثانيًا: الكادر الطبى والفنى

لم يكن عدد الأطباء المصريين يزيد عن أربعة آلاف طبيب فى عام ١٩٥٤[٦]، يقومون على علاج حوالى ٢٠ مليون نسمة هم كل سكان مصر وقتئذ (أى بمتوسط طبيب واحد لكل خمسة آلاف مواطن) وفى عام ١٩٩٥، قفز العدد إلى ١١٧ ألف طبيب ويشير تقرير الأمين العام لنقابة الأطباء فى عام ١٩٩٥ إلى أن عدد المسجلين فى جداول الإخصائيين ذلك العام بلغ ٤٤٠٥٧ طبيبًا موزعين على ٤٠ تخصصًا، أما الأطباء الاستشاريون فقد بلغ عددهم ذلك العام ١٣٢٢ استشاريًّا. وخلال أقل من ثلاثة عشر عامًا بلغ عدد الأطباء المقيدين فى سجلات النقابة عام ٢٠٠٨ حوالى ١٨٥ ألف طبيب (أى بمتوسط طبيب واحد لكل ٤٠٥ مواطنين) موزعين على النحو التالى:

جدول رقم (٧)

عدد وتوزيع الأطباء البشريين المصريين المقيدين فى سجلات نقابة الأطباء المصرية حتى أول يناير ٢٠٠٨

م	المحافظات	العدد	النسبة ٪
١	القاهرة	٤٠٤٠٢	٢١,٩
٢	الإسكندرية	١٢٣٤٩	٦,٧
٣	البحيرة	٣٤٧٩	١,٩
٤	الغربية	٨٤٣٩	٤,٦

٥	كفر الشيخ	٢٤٣٢	١,٣
٦	المنوفية	٣٩٢١	٢,١
٧	القليوبية	٣٥٦٢	١,٩
٨	الدقهلية	٨٢٧٢	٤,٥
٩	دمياط	١٧٤٧	٠,٩
١٠	الشرقية	٥٦٢٤	٣,٠
١١	بورسعيد	١٠٩٤	٠,٦
١٢	الإسماعيلية	١٢٠٤	٠,٧
١٣	السويس	٥٩٥	٠,٣
١٤	الجيزة	٨٨١٧	٤,٨
١٥	الفيوم	١٢٧٩	٠,٧
١٦	بنى سويف	١٤٧٢	٠,٨
١٧	المنيا	٣٠٤٨	١,٧
١٨	أسيوط	٤٨٧٨	٢,٦
١٩	سوهاج	٢٧٧٧	١,٥
٢٠	قنا	٢٢٨٨	١,٢
٢١	الأقصر	-	-
٢٢	أسوان	٨٩٣	٠,٥
٢٣	مطروح	٣١٩	٠,٢
٢٤	الوادى الجديد	٢٢٣	٠,١
٢٥	البحر الأحمر	١٧٨	٠,١
٢٦	شمال سيناء	٣٣٩	٠,٢
٢٧	جنوب سيناء	٢٠٤	٠,١
٢٨	النقابة العامة	٦٤٦٣٥	٣٥,٠
الإجمالى		١٨٤٤٧٠	١٠٠

المصدر: النقابة العامة للأطباء، بيان مستقل، أكتوبر ٢٠٠٨.

فنلاحظ أن القاهرة وحدها تكاد تستحوذ على ربع عدد الأطباء المقيدين فى نقابة الأطباء

وإذا أضفنا إليهم بعض من يندرج تحت ما يسمى «قيد النقابة العامة» وغير الموزعين على المحافظات، فإن النسبة ربما تزيد عن ٥٠٪ من إجمالى أطباء البلاد.

ومن ناحية أخرى، فإذا كان عدد المقيدين فى سجلات النقابة يزيدون عن ١٨٤ ألف طبيب من مختلف التخصصات الطبية والدرجات العلمية والأكاديمية والخبرات العملية فإننا نكتشف بالمقابل أن من يعمل منهم فعليًّا فى وزارة الصحة والوحدات الصحية الحكومية الأخرى حوالى الثلث تقريبًا (٦٧٠ ألفًا)، أما الباقون وعددهم حوالى ١١٠ آلاف طبيب فيعملون إما فى المستشفيات الخاصة والاستثمارية وعددها يزيد عن ١٣٢٩ مستشفى، أو فى العيادات الخاصة وعددها يزيد عن ٦١ ألف عيادة طبقًا لبيانات عام ٢٠٠٨ أو فى الجمعيات الأهلية والوحدات الصحية التابعة لها ومنهم من هاجر إلى خارج البلاد سواء للعمل فى البلاد العربية النفطية أو إلى الدول الأوروبية والأمريكية وأستراليا وغيرها أو حتى قام بعضهم بتغيير نشاطه، وليس لدينا حاليًّا خريطة تفصيلية حول توزيعات هذه الخبرات العلمية والتى أنفقت عليها مصر وشعبها مليارات من الجنيهات من أجل إعدادها والاستفادة منها، ثم اضطرتهم الظروف إلى العمل خارج مصر(*).

أما العاملون منهم فى وزارة الصحة وحدها، فقد بلغ عددهم فى أول يناير ٢٠٠٨ حوالى ٧٦ ألف طبيب بشرى، حصل منهم ٢٤ ألفًا على إجازات خاصة وإعارات للخارج أو الداخل، وأصبح القائمون بالعمل فعلًا فى هذا التاريخ حوالى ٥٢٢٧٥ طبيبًا بشريًّا بالإضافة إلى الصيادلة (وعددهم ٩٤٨٧ صيدلانيًّا) علاوة على ٧٨٢٦ طبيبًا للأسنان، وإذا أضفنا إليهم جميعًا هيئة التمريض وعددهم يقارب ١٠١ ألف ممرضة وممرض من مختلف المستويات، فإن إجمالى العاملين بوزارة الصحة ومستشفياتها ومعاهدها ووحداتها الصحية جميعًا يكاد يقارب ١٧٢ ألف كادر طبى موزعين على النحو التالى:

(*) يقدر حجم تكاليف إعداد هؤلاء الأطباء منذ تعليمهم فى المرحلة الابتدائية وحتى تخرجهم من كليات الطب ـ دون تكاليف تدريبهم ـ بحوالى ٩,٣ مليارات جنيه (بمتوسط تكلفة ٥٠ ألف جنيه للخريج الواحد). وإذا أضفنا إليهم خريجى كليات طب الأسنان والصيادلة، فإن الرقم يزيد إلى ١٣ مليار جنيه وذلك دون حساب تكاليف الدروس الخصوصية التى انتشرت كالوباء فى النظام التعليمى المصرى منذ مطلع الثمانينيات من القرن العشرين.

جدول رقم (٨) توزيع فئات القوى العاملة بوزارة الصحة القائمين بالعمل فعلًا على مستوى الجمهورية فى ١/ ١/ ٢٠٠٨

م	المحافظة	طبيب بشرى	صيدلانى	طبيب أسنان	مفتشيات التربية على معهد صحى طب	أخصائيات التربية معهد صحى	حكيمات وحكيمات ٥ سنوات	ممرضين وممرضات ٣ سنوات	ممرضين وممرضات بالخبرة	ممرضين وممرضات بالخبرة	ظائفيات صحيات	الإجمالى	%
١	القاهرة	٤٣٠٥	٣٤١٠	١٠٤٢	٩٢	٤٤	٢٤٠	٢٩٢٢	٥٠	٢٠	٢٨٠	١٠٩٢٨	٤,٢
٢	الإسكندرية	٢٤٠٧	١٣٦٤	٤٧٨	٤٨٨	٤١٩	٢٤٠	٢٦٤٢	٥٤	٢٠٢	٤٤	٧٢١٠٨	٢,٩
٣	البحيرة	٢٨٧٢	٤٩١	٥١٦	٢٣٨	٤٢٨	–	٧٨٨٣	–	٣٨	–	١٢٧٣٤	٧,٤
٤	الغربية	٤٠٧٤	٣٢١	٦٥٦	٩٤	٦٠	٨٠	٨٩٨٣	–	٨٠١	٤٣٩	١٠٣٩٧	٨,٩
٥	كفر الشيخ	٢٤٣٣	٣٠٦	١٧٦	٢٦٨	٢٦٩	–	٣٩٦٢	–	٦٠	–	٧٤٦٧	٤,٤
٦	الدقهلية	٣٤٣١	٦٠٣	٤٠٩	٤٦٩	٦٠٧	١١	٥٣٣٠	–	٧٠	٢٩	١٠٣٨٨	٦,١
٧	الشرقية	٢٨٠٥	٢٩٢	٣٦٦	٢٠٨٩	٦	–	٥٦٦١	–	٧١	–	٧٨٣٧	٤,٦
٨	القليوبية	٥١١٠	١١٠٤	٣٩٦	١٧٠	٨٨	–	٥٠٩٥	–	٣٦٢	–	١٢٨٣٧	٧,٥
٩	كفر الشيخ	١٣٨٥	٣٠١	٣١٣	٧٧	٢٣	–	٢٧٣٨	–	٣٤	–	٦٨٠١	٤,٠
١٠	البحيرة	٤٠٠	١٣٥١	٦٤٦	٢٧٦	٢٠٥	٢٢	٥٤٣٧	–	١٧٠	–	٩٨٢٦	٥,٧
١١	بورسعيد	٢٠٩	٣٧٦	١١٦	٣٦	١٧	–	١١٥٦	–	–	–	٢٢٤٢	١,٤
١٢	الإسماعيلية	١٧٠	–	١١٣	٣٨	١٣	–	١٤٧٨	–	٤	–	٦٨١٠	١,٥
١٣	السويس	٥٤٣	٧٧	٦٤	٣٩	٦٨	–	٩٧٧	–	٢	–	١٢٠٥	١,٠
١٤	الفيوم	٤٣٨٨	٣٤٠	٦٥٠	٥٤	٦٤	–	٥٣٤٤	–	٦٨	٤٦	٦٠٨٥٠	٣,٣
١٥	المنيا	٨٨٨	٦٦٩	١٠٣	٣٧	٧٤	١٠	٣٦٠٠	–	٣٦	٦	٤٤٠٦	٢,٣
١٦	بنى سويف	١٠٨٦	٦٣٤	١١٨	٦٣	٤٦	–	٢٢٢٢	–	١٨٠	–	٤٨٧٩	٢,٩
١٧	أسيوط	٢٦١٦	٤٢٢	٣٠٧	٩٠	٦٨	–	٣٤١٢	٣٦	٢٠٨	٣٠٨	٦٨١٢	٣,٨
١٨	سوهاج	٢٦٨١	٧٨٤	٦٢٨	١٧١	٣٠٠	–	٧٣٢٧	–	–	٦٠	١١٣٤٦	٦,٦
١٩	قنا	٢٦١٠	٥١١	١٥٥	٦٠	٧١	–	١٩١٢	–	٤٢	–	٤٩٤٨	٢,٩
٢٠	أسوان	١٦٨٩	١٠١	١٨٩	٢	٩	–	٢١٩٩	٢	٢٨	٣	٦٨٧٨	٣,٢
٢١	الأقصر	٣٩٥	٦٩	٤٢	٦	–	–	٥٤٩	–	٣	–	١٠٥٦	٠,٦
٢٢	البحر الأحمر	٩٠٦	٦٠٦	١٦٩	٢٦	٢٠	–	١٧٧٧	–	٢٢	٩	٣٦٦٠	١,٨
٢٣	مطروح	٣٦٢	٤٦	٨١	٢٨	٣	–	٦٠٢٠	–	–	–	١٤٦٠	٠,٩
٢٤	الوادى الجديد	١٠٦	٣٠	٢٨	٣٣	١٤	–	١٣٣٥	–	٦	–	١٤٩٢	٠,٩
٢٥	البحر الأحمر	٣٣٠	٤٤	٣٦	٣٠	٦	–	٣٣٠	–	٦	–	٧٠٦	٠,٤
٢٦	شمال سيناء	٤٣٠	٤٩	٨٨	٢٢	٣	–	١١٥٨	٨	٨	٠	١٧٣٣	١,٠
٢٧	جنوب سيناء	٢٤٣	٤١	٢٢	١١	٤	–	٥٠٢	–	٢	٠	٩٦١	٠,٤
الإجمالى		٤١٣٧١	٩٤٨٧	٧٨٧١	٢٦٩٤	٦٠٠٥	٣٤٨	٦١٢٢٢	٦١٥١	١١٢	١٢٧٩	٢٧٠٩٦٥	١٠٠

المصدر : وزارة الصحة والسكان ، الكتاب الاحصائى السنوى للقوى البشرية ، القاهرة ، إصدار ٢٠٠٨.

أمـا القائمون بالعمـل فعلًا فى كافة الوحدات الصحية ـ سـواء التابعة لـوزارة الصحة أو الجهات الحكومية الأخرى (الجامعات ـ التأمين الصحى ـ السجون ـ الشرطة.. إلخ) ـ فقد بلغ عددهم بصورة إجمالية حوالى ٢٤١ ألف كادر طبى وفنى ـ بخلاف العمالة الإدارية والخدمات المعاونة، يوزعون على النحو التالى:

جدول رقم (٩)
توزيع القائمين بالعمل فعلًا بوزارة الصحة والجهات التابعة لها والوحدات الصحية الحكومية الأخرى فى ١/ ١/ ٢٠٠٨

م	الجهة	أطباء بشريون	أطباء صيدلة	أطباء أسنان	تمريض	الإجمالى
١	ديوان عام الوزارة	٣٧٩	٣٢٣	٣٩	٢٤٧	٩٨٨
٢	مديريات الشئون الصحية	٥٢٢٧٥	٩٤٨٧	٧٨٢٦	١٠١٧٣٤	١٧١٣٢٢
٣	المؤسسات العلاجية	١٥٤	٩٩	٣٦	١٣٠٩	١٥٩٨
٤	الجامعات	٣٧٨٥	١٥٦٥	٣٥١	٢٣٩٧١	٢٩٦٧٢
٥	التأمين الصحى	٥٤٨٠	٢١٧٢	١٤٠١	١٩٤١٠	٢٨٤٦٣
٦	المستشفيات والمعاهد التعليمية	٢٢٢٩	٣٧١	٢٠٥	٤٥١٩	٧٣٢٤
٧	السجون	٥٦	٢	٣٠	١٧٨	٢٦٦
٨	الشرطة	٣٦٣	٤٧	٢٩	٤١٩	٨٥٨
٩	هيئة النقل العام	١٧٨	١٨	٥٣	٨٤	٣٣٣
	الإجمالى	٦٤٨٩٩	١٤٠٨٤	٩٩٧٠	١٥١٨٧١	٢٤٠٨٢٤
	٪	٪٢٦,٩	٪٥,٩	٪٤,١	٪٦٣,١	٪١٠٠

المصدر: وزارة الصحة والسكان، (المركز القومى لمعلومات وزارة الصحة، الكتاب الإحصائى السنوى، لعام ٢٠٠٨ ص٦.

وهنـا يتبين أن نسـبة الأطبـاء البشريـين القائمين بالعمـل فعـلًا فى وزارة الصحة المصرية والجهـات الحكوميـة التابعـة لها تعـادل حـوالى ٢٦,٩٪ من إجمـالى العمالـة بها؛ بينـما الصيادلة لايزيـدون عـن ٥,٩٪ وأطباء الأسـنان (٤,١٪)والجزء الأكبر هم من هيئـة التمريض بكافـة مؤهلاتها وتخصصاتها الفنية (بنسبة ٦٣,١٪).

كـما يتبين من جانب آخر أن متوسـط عدد الممرضات إلى عـدد الأطباء يعادل ٢,٣ ممرضة لـكل طبيـب، وإذا أضفنا إلى الأطبـاء البشريين أطباء الأسـنان العاملين فى مستشـفيات وزارة الصحة فإن هذه النسبة سوف تزيـد إلى ٢,١ ممرضة لكل طبيب، وهو معدل مرتفع لأداء خدمة طبية أو تمرضية جيدة، على الأقل من الناحية النظرية.

وبخلاف الأطباء وهيئات التمريض القائمين بالعمل بوزارة الصحة والجهات التابعة لها، فإن هناك عددًا من المتعاقدين Contractors يؤدون هذه الخدمات الطبية والعلاجية للمرضى لصالح وزارة الصحة والجهات التابعة لها (كهيئة التأمين الصحى أو المؤسسات العلاجية أو غيرها) بلغ عددهم حوالى ٣٨٧٠ شخصًا موزعين على النحو الموضح فى الجدول رقم (١٠).

جدول رقم (١٠)
توزيع الكادر الطبى للمتعاقدين مع الجهات التابعة لوزارة الصحة وفقًا للموقف فى أول يناير ٢٠٠٨

م	بيان	أطباء بشريون	أطباء صيادلة	أطباء أسنان	تمريض	الإجمالى
١	مؤسسة علاجية	٢٧١	–	٢	٦	٢٧٩
٢	جامعات	١٩٣	١٣	–	١٦٥	٣٧١
٣	تأمين صحى	١٨١٢	٧١	٧٤	٩٨٨	٢٩٤٥
٤	مستشفيات ومعاهد تعليمية	٢٢٧	١٠	١	٣٧	٢٧٥
	الإجمالى	٢٥٠٣	٩٤	٧٧	١١٩٦	٣٨٧٠

المصدر: وزارة الصحة والسكان، المركز القومى لمعلومات الصحة والسكان، دليل القوى البشرية، إصدار عام ٢٠٠٨ ص٥.

ومن أجل اكتمال صورة القدرات والإمكانيات الفنية والطبية المتاحة لدى وزارة الصحة والوحدات التابعة لها؛ نجد أن الأطباء فيها يتوزعون بين العمل فى الحقل العلاجى (وعددهم ٢٨٩٢٧ طبيبًا) وحوالى ٢٣٣٤٨ طبيبًا يعملون فى الحقل الوقائى، ويكشف البيان التالى مدى تنوع هذه الخبرات الطبية العلاجية فقط؛ حيث يتوزعون على أكثر من ٢٩ تخصصًا، كما يظهرها جدول رقم (١١):

جدول رقم (١١) توزيع الأطباء البشريين القائمين بالعمل فعلًا بقطاع الطب العلاجى بوزارة الصحة وفقًا للتخصصات والمحافظات فى ١/ ١/ ٢٠٠٨

م	المحافظة	جراحة عامة	تأهيل وعروق	طب وصدر	طب وأمراض	مخ وأعصاب	مسالك بولية	عظام	أنف وأذن وحنجرة	عيون وجراحتها	نساء وتوليد	باطنة عامة	أمراض الدم	جلدية وتناسلية	أطفال	نفسية	الإجمالى
١	القاهرة	١٨٩٩	١٨	٦٧	٢٣	٢٣	٧٦١	٨٨	١١٣٣	٨٨	٣٣٠	١٢٢٦	٤٠	١٤٨	٣٠٥٤	٣٤٨	٦٦٨٤
٢	الإسكندرية	٦١٤	١٨	٢	٢	٢	٤٢٦	٨٠	٢٠١	٢٠٢	٤٠٢	٤٠٦	٢٤	١٤٤	٨٠٠	٢١٤	٤٠٠
٣	البحيرة	١٨٩	-	٣	-	٢	٨٧	٤٤	٤٢	٥٢	١٠٥	٤٤٠	٤٠	٢٨	٩٧	٦٠	٣٤
٤	الغربية	٣٣٠	-	١٧	١٧	-	١٥٧	٢٠٦	٢١٢	١٠٩	٤٨٢	٤٦٦	٣١	٢٤	٦٤٤	٧٥	٧٦
٥	كفر الشيخ	١٩٤	-	-	-	-	٦٦	٣٢	٤٤	٣٧	١٦١	٢٢٩	١٨	٢٢	١٢٤	٢٢	٢٢
٦	الدقهلية	١٩١	٢	-	١٢	٢	٨٦	٢٢	٦١	٢٤	١٩٦	٤٤٤	١١	١٨	١٢٧	٤٢	٨٢
٧	القليوبية	٦٠١	-	-	-	-	٣١	٤٠	٥١	٦٤	١٤٦	٧٨	٣٤	٠	٨٢	٦	٣٤
٨	الشرقية	٣٣١	٢	٢	-	٢	١٠٢	٤٨	٨١	٥٨	٢٧٢	١٣٩	٢٢	١٨	١٨٦	٢٢	٥٧
٩	دمياط	٦٠٠	٢	-	٢	-	٢٦	٧	٢٦	٢٩	١٠٨	٣٣	٢١	٨	١٢٧	٢٩	٢٦
١٠	الغربية	٢٤٤	٣	-	٤	-	٤٦	٣٠	٥١	٥١	٢٠٦	١١٦	١٤	٣	١٠٣	٣٧	٢٦
١١	بورسعيد	٤٧	٦	-	-	-	١٣	٣٠	٢٢	٣٦	٤٤	٦٩	٣٠	٥	٦٥	١١	٣٦
١٢	الإسماعيلية	٢٤	-	-	١	-	١١	١٢	١١	١٦	٢٧	٣٩	-	٣	٢٢	٥	١١
١٣	السويس	٢٠	-	-	-	-	٥	٢٧	١٠	٢٢	٤٧	٣٠	١١	٤	٤٥	١٧	١٤
١٤	الفيوم	٢١٧	٤	٤	-	-	٧١	٨٤	٧٢	٨٨	٢٣٣	٢١٨	١٤	١٤	٢٦٨	٨٤	٧٧
١٥	بنى سويف	٤٨	-	-	-	-	١٨	٢٢	١٧	٢٤	٨٤	٩٦	١٢	٤	٧٨	٧	٢٧
١٦	المنيا	٤٢	-	-	-	-	١٦	٤٠	٢٠	٤٩	١٠٢	٧٨	-	٣	٩٠	٢٤	٣٠
١٧	أسيوط	١٢٨	-	٢٦	٧	٧	٨٧	٧٣	٦١	٤٦	١٧٨	١٠٨	٤٠	١٤	١٢٢	٤٠	٥٠
١٨	الوادى الجديد	١١٥	-	-	-	-	٤١	٢٨	٦٥	٥٢	٩٢	١٠٤	١٨	٢٢	٩٢	٥٠	٢٩
١٩	سوهاج	٨٠	٢	-	-	-	٢٢	٣١	٢١	٢٨	١٢٤	٣٨	٢	٦	١١٢	١٦	٤٠
٢٠	قنا	٢٠	-	-	-	-	٢٧	٢١	٢٨	٢٩	١١٢	٢١	١١	٨	١٠٨	٢٠	٢٦
٢١	الأقصر	٢٠	-	-	-	-	٦	١٢	١٢	١٢	٥٤	٢٠	٦	٨	٣٤	٩	١١
٢٢	أسوان	١٨	-	-	-	-	٦	١٢	٧	١٢	٢٤	١٩	١	٣	٢٢	١٦	١١
٢٣	مطروح	١٨	-	-	-	-	٦	٩	٣	٠	٢٤	١٣	-	٣	٣٠	٤	٦
٢٤	الوادى الجديد	٧	-	-	-	-	٤	٣	٠	٦	٢٣	٦	٦	٠	١٨	٤	٩
٢٥	البحر الأحمر	٢٠	١	١	١	٢	١٢	٨	٢	٢	٢١	١٨	٢	٣	٣٠	٣	٢
٢٦	شمال سيناء	١١	١	-	-	-	٤	٨	٢	١٠	١٢	١١	٢	٢	٢٨	١	٩
٢٧	جنوب سيناء	١٣	-	١	-	١	٦	٤	٣	٧	١٧	١٠	٣	-	١٦	-	٦
	الإجمالى	٣٠٦٤	٧٧	٦١٠	٨٤	٨٣	١٠٢٣	٦٨٠	١٦٤٥	١١٢٦	٤٦٠٦	٦٣٥٦	٤٥٨	٢٤٨	٦٤٢٧	٨٦٨	١١٦٣٢

المصدر : وزارة الصحة والسكان ، الكتاب الإحصائى السنوى للقوى البشرية ، القاهرة ، إصدار ٢٠٠٨.

تابع جدول رقم (١١) توزيع الأطباء البشريين القائمين بالعمل فعلًا بقطاع الطب العلاجى بوزارة الصحة وفقًا للتخصصات فى ١/ ١/ ٢٠٠٨

م	المنطقة	أمراض الدم	متوطنة وحميات	الصدر	أسنة تناسلية	أسنة جلدية	طوارئ طبيعى	طب عام	تخدير وعناية	تمريض	أشعة تشخيصية	باثولوجيا كلينيكى	مستعجلات	مسرح	باثولوجيا	تخصصات أخرى	الإجمالى
١	القاهرة	٣٣	٣٠	٨٠	٥١	٣	٥٥	٤٨	٧	٣٧	٥	٥٥	٥	–	٦	٤٦	٢١٩٩
٢	الإسكندرية	–	٥٥	١١٧	٨٠	٦	٤٧	٢١٦	٦	٥٣	٢	٤٦	٢	–	٨	٤٧٠	٣٧٨٨
٣	البحيرة	–	٩	٥١	١٥	١	٢٦	٧٥	٤	١٧	–	٦	–	–	–	٣	١١٢٠
٤	الغربية	–	٧٦	٧٦	٦٥	–	٦٨	٥٠	–	–	–	٦	٨	–	–	–	٤٤٧٤
٥	كفر الشيخ	–	٨٩	٥٤	٣٦	–	٢٣	٨٨	٤٠٧	٨	–	٦	–	–	–	١١	١٤١١
٦	الدقهلية	–	١١١	٢٩	٢٩	٨	١١	–	٥٩	٦	–	٩٨	–	–	–	٢٢	١٥٨٩
٧	القليوبية	–	٧	٣٦	٢٢	–	١٤	–	٥٩	–	–	–	–	–	–	٧	٧٠٧
٨	الشرقية	–	٢٠	٥١	٢٢	–	٢٣	٨٣٩	٩٠٥	٣	–	٣٠	–	–	–	٥٤	٣١٨٣
٩	دمياط	–	–	٣٦	٣٦	–	–	٢٥	–	٦	–	٢٩	–	–	–	٨٣٣	
١٠	الغربية	–	٦	٥٩	٢٩	–	٦٨	٢٣	١٥	٧	–	–	–	١	–	٢٨	١٣٤١
١١	بورسعيد	–	٢٥	١٩	١٢	–	٩	–	–	–	–	١٥	–	–	–	٥٣٣	
١٢	الإسماعيلية	–	–	١١	١٠	–	٥	–	٧٦	–	–	١٠	–	–	–	٢٢٦	
١٣	السويس	–	–	١٥	٥	٦	٢٠	٣	٧	٦	٣	٦	–	–	–	٢٢٠	
١٤	الأقصر	–	٨٦	٩٦	٣٧	–	١١٧	٨٩٦	٦	–	–	٣٥	–	–	–	٩٦	٢٨٩٦
١٥	قنا	–	٦	١٧	٨	٣	١٩	٦	٣٠	٦	–	٥	–	–	–	٨٩	٤٨٩
١٦	بنى سويف	–	٦	٣٠	١٥	–	٤	–	٤٩	٤	–	–	–	–	–	٨٩٤	
١٧	الفيوم	–	٤٨	٣٤	١٢	–	٢٥	–	٤٥	٦	–	٨	–	–	–	٣٩	٢٦١٨
١٨	المنيا	–	٣٥	٦٤	١٨	٣	٢٦	٧٧	٣٥	٣	١	٧	–	١	١٠٣	٢١٩٨	
١٩	أسيوط	–	٤	٣٦	١٣	٣	٣٠	١٠	٦	١١	–	٨	–	–	–	٦	٧٠٣
٢٠	سوهاج	–	–	٣١	٢	–	٤	٥٢	–	٦	–	٣	–	–	–	٤٠٤	
٢١	الأقصر	–	٦	١١	٢	–	٦	٢٨	٤٠	–	–	٦	–	–	–	٢	٦٨٢
٢٢	أسوان	–	٥٢	٦			١٢	٢٤	٦	١٣	١		١			٢٧٠	
٢٣	سانريح	–	٦	٧	٥	–	–	–	٣	–	٦	٣	–	–	–	١٥٧	
٢٤	الواحات الخارجة	–	٦	٢	١	–	–	–	٦	–	–	–	–	–	–	١٠٠	
٢٥	البحر الأحمر	–	–	٨	٧	٦	١٠	–	٢٢	٦	–	–	–	–	–	٢	١٩٢
٢٦	مطروح	–	٥	٧	٣	٤	١٥	٦	–	٣	–	٣	–	–	–	٢٧	٢٠٤
٢٧	جنوب سيناء	–	٦	٨	٣	–	٥	٦	٢٩	–	–	–	–	–	–	–	١٢٩
	الإجمالى	٣٣	٧٤٦	٩٤٠	٤٠٩	٣٦	١٤٤١	٢٤٨٢	١٠٨٤	١٥٠	٤٦	٣٦٧	١٦	٣	١٧	٢٨٧٢	٢٨٧٢٤

المصدر: وزارة الصحة والسكان، الكتاب الإحصائى السنوى، القوى البشرية، القاهرة، إصدار عام ٢٠٠٨.

أمـا العاملـون فى المستشـفيات الخاصـة والبالغ عددهـا ١٣٢٩ مستشـفى ـ دون القطـاع الأهـلى(*) ـ فـإن البيانات المتاحة تشـير إلى أن عددهم قد بلغ حوالى عشرين ألف شـخص بين أطباء وفنيين وأعضاء هيئة تمريض موزعين كالتالى:

* ٤٢٠١ طبيب كل الوقت.

* ٥٠٥٠ طبيبًا بعض الوقت (معظمهم يعمل بوحدات وزارة الصحة).

* ٢٧٨ صيدلانيًّا.

* حوالى ٧٢٦٧ ممرضة كل الوقت.

* وحوالى ٢٣٦٢ ممرضة بعض الوقت (يعملن فى وحدات صحية حكومية غالبًا).

وإذا أضفنا العاملين فى الوحدات الصحية الأهلية والبالغ عددها حوالى ١٢٠٨ مستشفيات ومراكز طبية، ونحو ١٤٩ صيدلية تعاونية، فإن الرقم قد يزيد عن خمسـين ألف مشـتغل فى هذا القطاع الصحى الخاص والأهلى، وذلك وفقًا للموقف عام ٢٠٠٦[٧].

وهكـذا، فنحـن إجمالًا بصدد حـوالى ٤٥٠ ألفًا من العاملين مختلفـى المؤهلات والخبرات والتخصصـات (أطبـاء ـ تمريض ـ صيادلـة ـ فنيين.. إلـخ) يعملون فى قطـاع الرعاية الصحية فى البـلاد ويشـكلون رصيـدًا هائلًا من الخـبرات والقـدرات Capilities إذا ما أحسـن تنظيمه وإدارته.

* * *

(*) يقصد بالقطاع الأهلى الوحدات الصحية مثل المستوصفات والمستشفيات التابعة للجمعيات الأهلية، مثل: الجمعيات الإسلامية، والجمعيات المسيحية الملحقة بالمساجد أو الكنائس، وغيرها من الجمعيات المدنية.

ثالثًا: القطاع الدوائى

يعـرِّف المتخصصون الدواء Drug بأنه أى منتج صيدلى يسـتخدم لتغيير أو استكشـاف نظـم فسـيولوجية أو أحوال مرضية لصالح متلقى هذا المنتج[٨]. ويسـجل التاريخ الإنسـانى لحظـة الانقـلاب فى صناعة الدواء الحديـث حينما تمكن «فيلكس هوفمـان ـ F.Hovman» عام ١٨٩٧ من إحداث تعديل كيميائى بسـيط لمادة مسـتخلصة من قلف شـجرة الصفصاف هـى حامض «الساليسـيل»، وكانت نتيجته الحصول على حبوب «الأسـبرين»؛ وهو ما مكن شركة «باير ـ Bayer» من أن تكون أول شركة عصرية لصناعة الدواء؛ وقادرة على استخلاص المواد من مصادر طبيعية أو الحصول عليها باستخدام التخليق الكيميائى[٩].

ومنـذ هذا التاريخ، أصبحت صناعة الدواء وتوزيعه وبيعه واحدة من أكبر الصناعات فى العالم، وأكثرها ربحية على الإطلاق، وتشـكل فى إطارها أكـبر وأقوى تكتل للمصالح Lobby فى العالم أجمع.

يكفى أن نشـير إلى واقعـة نجاح هذا التكتل الدوائى الممثل فى الـشركات الدولية المتعددة الجنسيات Multinational فى الضغط على دول العالم كافة، أثناء جولة التفاوض حول اتفاقيات التجارة العالمية التى اسـتمرت زهاء عشر سـنوات (١٩٨٥ ـ ١٩٩٤) أو ما عرفت باسـم «جولة أوراجواى»؛ من أجل تضمين اتفاقية حقوق الملكية الفكرية (Trips) كواحدة من هذه الاتفاقيات الجديدة؛ بحيث أسـبغت حمايتها ليس فقط على العملية الابتكارية الخاصة بالدواء، وإنما امتدت لتشمل العملية الإنتاجية للدواء ذاتها، مع امتداد فترة الحماية إلى عشرين عامًا على الأقل[١٠].

وقـد بلغ مـن قوة هذه الـشركات أن تكتلت ٣٩ شركـة دواء غربية ضـد حكومة جنوب أفريقيا فى أواخر التسعينيات؛ لمنعها من ممارسة حق الترخيص الإجبارى ـ الذى تتيحـه اتفاقية «الجـات الجديـدة» – لتصنيع أدويـة مضادة للإيدز محليًّـا، برغم إصابة الملايـين فى أفريقيا بهذا المرض الخطير، وصعوبة الحصول على دواء رخيص لعلاجه[١١].

كما برز خلال منتصف التسعينيات من القرن العشرين ظاهرة الاندماجات١ بين شركات الـدواء الكـبرى؛ حيث زاد نصيب أكبر خمس شركات فى السـوق العالمية للدواء من ١٩٪ عام ١٩٩٥ إلى ٢٨٪ عـام ١٩٩٩، وزاد نصيـب أكبر عشر شركات من ٣٣٪ إلى ٤٦٪ خلال نفس الفـترة(*)[١٢]، ويبـين الجـدول التالى التطـور التصاعدى السريع لحجم سـوق الـدواء العالمى، موضحًا زيادة بأكثر من ١١ مرة خلال الثمانية والعشرين عامًا المنتهية عام ٢٠٠٤.

(*) شركة «جلاكسو سميث كلاين ـ Glxco Smith Clein» أصبحت تملك ٧٪ من السوق العالمى، وشركة فايزر بعد استحواذها على شركة «وارنر ـ Warneer» أصبحت تملك ٦,٣٪ من السوق العالمى للدواء.

جدول رقم (١٢)
تطور سوق الدواء العالمى

السنة	حجم السوق بالمليار دولار
١٩٧٦	٤٣,٥
١٩٨٥	١٩٤,٠
١٩٩٤	٢٥٦,٢
٢٠٠٠	٣٧٣,١
٢٠٠٤	٥٠٦,٠

ويصف «د.محمد رؤوف حامد» خبير البحوث الدوائية البارز هذا التطور السريع بالزيادة الأسية Exponential، وليس الزيادة الحسابية التقليدية البسيطة[١٣]. وقد أظهرت بعض الدراسات المتخصصة أن من بين أعلى ١٠٠ شركة عالمية متعددة الجنسيات من حيث تخصيص ميزانيات للبحوث والتطور R&D نجد من بينها ٢٩ شركة دوائية.

ويمثل سوق الدواء بهذا المعنى المجال الأكثر أهمية من أسواق السلاح والحروب، سواء بسبب التزايد السكانى المطرد عالميًا، أو بسبب انتشار الأمراض والأوبئة، وعجز الوسائل التقليدية عن ملاحقة الأنواع الجديدة من هذه الأمراض.

ويعتبر سوق الدواء المصرى والعربى من الأسواق المهمة والواعدة لهذه الشركات العالمية ولفرص الاستثمار فيها، ويبلغ معدل نموه السنوى حوالى ١٠٪ إلى ١٨٪، وتسجل بعض الإحصاءات المتاحة زيادة ملحوظة فى حجم استهلاكه من أقل من مليار دولار سنويًا فى منتصف السبعينيات إلى أن تجاوز حوالى ٢ , ٧ مليار دولار عام ٢٠٠١، كما يظهرها الجدول التالى[١٤]:

جدول رقم (١٣)
حجم سوق الأدوية فى العالم العربى عام ٢٠٠١

«بالمليون دولار»

الدولة	حجم الاستهلاك	حجم الإنتاج المحلى	قيمة الاستهلاك من الإنتاج المحلى	٪ الاستهلاك من الإنتاج المحلى	قيمة التصدير	عدد المصانع الدوائية
السعودية	١٣٤٣	٣٥٩	٣٥٩	٪٢٥	–	١٣
مصر	١١٧٠	١١٧٥	١٠٦٥	٪٩١	١١٠	٤٥
العراق	٦٦٠	٩٩	٩٩	٪١٥	–	٦

الجزائر	٦٠٥	٢١٨	٢١٨	٪٣٦	–	١٧
المغرب	٥٤٥	٤٨٠	٤٨٠	٪٨٨	–	٢٣
سوريا	٤١٠	٣٥٩	٣٢٠	٪٧٨	٣٧	٥٢
ليبيا	٢٦٧	–	–	–	–	متوقف
تونس	٣٠٠	١٢٦	١٢٦	٪٤٢		٢٧
الإمارات	٢٦٩	١٠٧	٧٠	٪٢٦	٣٧	٢
الأردن	٢٠٢	٢٩٥	٧٥	٪٣٧	٢٢٠	٢٥
اليمن	٢٨٠	٢٨	٢٨	٪١٠	–	٣
لبنان	٢١٠	٣٥	٢٥	٪١٢	١٠	٦
السودان	١٦٥	٨٤	٨٤	٪٥١	–	١٦
الكويت	١٣٦	–	–	–	–	متوقف
فلسطين	١٣٥	٢٧	٢٧	٪٢٠	–	٦
قطر	٦٥	–	–	–	–	–
عُمان	٧٣	–	–	–	–	٢
البحرين	٤٣	–	–	–	–	متوقف
موريتانيا	٣١	–	–	–	–	–
الصومال	١٠	–	–	–	–	–
جيبوتى	١٠	–	–	–	–	–
الإجمالى	٧٠٢٠	٣٣٩٢	٢٩٧٦	٪٤٨,٣	٤١٤	٢٤٦

المصدر: جريدة العالم اليوم ٦/ ١٢/ ٢٠٠٣ .

من الجدول السابق يتبين أن حجم الاستهلاك الدوائى المصرى فى ذلك العام قد بلغ ١١٧٠ مليون دولار (أى حوالى ٧ مليارات جنيه مصرى) زادت بنهاية عام ٢٠٠٧ إلى حوالى ١١ مليار جنيه .

لعل هذا ما دفع بعض الشركات الأجنبية لفتح مصانع وفروع لها بالمشاركة مع رءوس أموال محلية (خاصة أو حكومية) فى الكثير من الدول العربية ومنها مصر، اعتمادًا على ما يسمى «التشكيل الدوائى» كأساس لتلك الصناعة التى هى أقرب إلى مفهوم صناعات التجميع أو «التقفيل» أكثر من كونها صناعة تعتمد على الابتكار واستحداث بعض الأدوية الحيوية، أو تخليق نشط لمركبات دوائية مصرية أو عربية، من خلال تطوير منظومات البحوث والتطوير فى هذه الشركات أو المصانع المحلية.

فعلى سبيل المثال، نجد أن ٤٠٪ من الأدوية المصنعة فى مصر تتم من خلال تصاريح أجنبية، وأن حوالى ٩٠٪ منها قد انتهت فترة براءات اختراعها[١٥].

ويتشكل القطاع الدوائى فى أى مجتمع من عنصرين أساسيين هما:

* شركات ابتكار وإنتاج الأدوية.

* شبكات الصيدليات، وشركات التوزيع والتسويق.

وسوف نحاول هنا عرض تطور هذا القطاع الدوائى فى مصر؛ باعتباره أحد ركائز نظم الرعاية الصحية فى البلاد.

(أ) تطور الصناعة الدوائية وسوق الدواء

حتى عام ١٩٥٢ لم تكن هناك صناعة دوائية بالمعنى الدقيق للكلمة، ومن ثم اعتمد الاستهلاك الظاهر للأدوية ـ والذى لم يكن يتجاوز ٥ ملايين جنيه ـ على الاستيراد من الخارج، وفى عام ٦٠/ ١٩٦١ بلغ حجم الاستهلاك الدوائى (بسعر البيع للجمهور) ١٥ مليون جنيه (بما كان يشكل أقل من ١٪ من الدخل القومى الإجمالى) ٩٠٪ منها مستورد من الخارج، مقابل ١٠٪ فقط تنتج محليًّا[١٦]، وقد تطلب الأمر من الحكومة الناصرية الاهتمام بهذا القطاع فى إطار اهتمام أوسع نطاقًا بموضوع الرعاية الصحية بصورة عامة، فجرى فى ذلك العام إنشاء «المؤسسة المصرية العامة للدواء»، وتأميم بعض مصانع الدواء الصغيرة والمحدودة ودمجها فى كيانات أكبر، بحيث أصبح لدينا فى مطلع عام ١٩٦٢ هيكل تنظيمى حديث لصناعة الدواء يتكون من:

* ٧ شركات إنتاج للدواء.

* شركتين للخدمات المرتبطة بهذه الصناعة.

* شركتين للتجارة الدوائية والتوزيع.

وقد أدى ذلك إلى زيادة نسبة الإنتاج المحلى من الدواء من ١٠٪ عام ١٩٥٢ إلى ٢٨٪ عام ١٩٦١ ثم إلى ٨٠٪ عام ١٩٧٩[١٧].

وفى سياق التغيرات الاقتصادية والاجتماعية والسياسية التى طرأت على مصر بانتهاج الدولة لما سمى «**سياسة الانفتاح الاقتصادى** ـ Open Door Policy»، سمح للقطاع الخاص المصرى والأجنبى من جديد بالدخول والاستثمار فى هذا المجال، فزاد الاستهلاك الدوائى إلى ٢١٠ ملايين جنيه عام ١٩٧٩، وبحلول عام ٢٠٠٧ كان حجم الاستهلاك الدوائى قد تجاوز ١١ مليار جنيه. بما يعنى أن متوسط نصيب الفرد من استهلاك الدواء قد زاد من ٢٢ قرشًا عام

١٩٥٢ إلى ٥٨ قرشًا عام ١٩٦١، ثم إلى ٥ جنيهات عام ١٩٧٩، تكاد تقترب من ١٤٦,٧ جنيه للفرد عام٢٠٠٧ (*).

لقد أخذ هيكل هذا القطاع الحيوى ـ بشقيه التصنيعى والتسويقى ـ فى التغير تدريجيًّا، فبحلول عام ١٩٨١ أصبح هناك ثلاث شركات مشتركة (برأس مال عام وخاص أو مصرى وأجنبى) بالإضافة إلى شركة خاصة محلية، علاوة ـ بالطبع ـ على ثمانى شركات عامة (أو حكومية).

وبحلول عام ١٩٩٥ كان عدد الشركات العاملة فى مجال الدواء قد بلغ ٢٥٠ شركة، من بينها ٢٥ شركة فقط فى عمليات التصنيع، والباقى عبارة عن مكاتب علمية لشركات تعمل أساسًا فى حقل التسويق[١٨].

وبالمقابل، تقلص عدد الشركات الحكومية بسبب عمليات الخصخصة، بحيث أصبح هيكل هذا القطاع فى الوقت الحالى كالتالى[١٩]:

* ٦ شركات مملوكة للحكومة (لا يزيد حجم مبيعاتها عن ١٩٪ إلى ٢٢٪ من حجم مبيعات الدواء سنويًّا فى مصر).
* ٢٦ شركة متعددة الجنسيات (وتشكل مبيعاتها حوالى ٥٠٪ إلى ٥٥٪ من المبيعات فى البلاد).
* ٢١٠ شركات إقليمية أو قطاع مشترك أو قطاع خاص محلى، وتمثل مبيعاتها حوالى ٢٥٪ إلى ٣٠٪ من حجم السوق المصرية للأدوية.

ويعمل فى هذه الشركات حوالى ٣٥ ألفًا من العاملين، منهم حوالى عشرة آلاف بالشركات الخاصة.

وقد أدى هذا الواقع الجديد إلى بروز ثلاث ظواهر متلازمة هى:

الأولى: الزيادة المستمرة فى حجم الاستهلاك المصرى من الدواء؛ حيث زاد من ٥٩٣,٥ مليون جنيه عام ١٩٨٤ (بالأسعار الجارية)[٢٠]، إلى أن تجاوز عام ٢٠٠٧ حوالى ١١ مليار جنيه، صحيح أن جزءًا من هذه الزيادة يعود إلى زيادة عدد السكان من

(*) ينبغى أن نؤكد مرة أخرى على عدم دقة المتوسطات الحسابية؛ لأنها تغفل الأبعاد الاجتماعية وعنصر الدخل والمستوى الاجتماعى والمعيشى لمستهلكى الدواء.

ناحية، وزيادة الوعى الصحى لدى المواطنين من ناحية أخرى، بيد أن الشركات عـادة ما تقوم بعمليات تسويق وسياسات توزيع، تدفع إلى مزيد من الاستهلاك الدوائى بكافة عناصره.

الثانيـة: الانخفـاض التدريجى لحصة شركات القطاع العـام والمملوكة للدولة فى مبيعات السـوق لصالح القطـاع الخاص والأجنبى والمشـترك، بحيث انخفض نصيب القطـاع العـام مـن ٨٠٪ فى منتصف السـبعينيات إلى أقل مـن ٢٠٪ فى منتصف التسعينيات، وما زال نصيبه يتجه للانخفاض عامًا بعد آخر. هذا ما أشارت إلى حدوثه مبكرًا دراسة المجالس القومية السابق الإشارة إليها[٢١].

الثالثة: الزيادة المسـتمرة فى أسـعار الدواء، ففى عام واحد (١٩٧٧) زادت أسعار الدواء بنسـبة ٣٠٪، وبالتـالى فـإن حجم الاسـتهلاك الدوائى ومصاحباتـه ـ مثل مواد التجميـل وغيرها ـ يتضمن الزيادات المسـتمرة فى أسـعار هذه السـلع الدوائية، حيـث زاد الاسـتهلاك الدوائـى من أقل مـن ٥٩٣,٥ مليون جنيـه عام ١٩٨٤ إلى ٣ مليـارات جنيـه عام ١٩٩٥ ثم إلى ١١ مليار جنيه عام ٢٠٠٧، بمعدل نمو سـنوى يزيـد عن ١٠٪، ومـا يؤكد هذه الحقيقة ما أشـار إليه أحـد المتخصصين فى الحقـل، الصحـى، من أن الاسـتهلاك الدوائـى فى مصر ظل ثابتًـا طوال عقد التسـعينيات، ويدور حول ٨٠٠ مليون إلى ٩٠٠ مليون وحدة سـنويًّا، يتضمنها عـدد مـن الأدوية تتراوح بـين ٢٢٧٨ عقارًا إلى ثلاثة آلاف عقـار أو نوع دوائى مسـجل محليًّـا[٢٢]؛ حيـث تصنـف هـذه العقاقـير مـن ٣٥٠ إلى ٤٠٠ مجموعـة كيميائية[٢٣]، وتظهر الدراسـات المسـحية Survey عن سـوق الدواء المصرى فى منتصف التسـعينيات أن المجموعات الدوائيـة المباعة وفقًا لترتيبها تنازليًّا كانت على النحو التالى:

٢٢٪ لأدوية المضادات الحيوية.

١٣٪ لأدوية المسكنات.

١٠٪ للفيتامينات والمعادن.

والباقى لبقية النوعيات[٢٤].

وأثبتت تلك الأبحاث أن هناك سـوء اسـتخدام للمضادات الحيوية بنسبة تصل إلى ٦٠٪ إلى ٧٠٪ فى أغلب مناطق مصر[٢٥].

ويلعب الإعلان والتأثير المتعدد الأشكال الذى تمارسه شركات الأدوية على عدد كبير من الأطباء دورًا كبيرًا فى أنشطة شركات الدواء، خاصة أن الجزء الأكبر من استهلاك الدواء يقوم به الأفراد والقطاع العائلى عمومًا.

(ب) الصيدليات وشبكات التوزيع الدوائى

أظهرت المسوح الصحية التى قامت بها أجهزة وزارة الصحة بالتعاون مع بعض المؤسسات الدولية مثل (البنك الدولى ـ منظمة الصحة العالمية ـ منظمة اليونسيف) منذ عام ١٩٨٨، والدورات المتتالية لهذه المسوح أعوام (١٩٩٢، ١٩٩٥، ٢٠٠٠) بالإضافة إلى مسحين محدودى الحجم نسبيًّا عن المراهقين فى عامى (١٩٩٧، و١٩٩٨)[٢٦]، حقيقة أن عمليات تسويق وشراء الدواء تتم عبر رافدين أساسيين هما:

الأول: القطاع الحكومى بكافة وحداته، ويستأثر بحوالى ٤٥٪ من حجم استهلاك الدواء فى البلاد، وهو يتوزع بين هيئة التأمين الصحى وفروعها (١٥٪)، ووزارة الصحة ومستشفياتها (٦٪)، والمؤسسات العلاجية ببعض المحافظات (١٪)، ثم المستشفيات الجامعية والحكومية الأخرى (٢٠٪)، وأخيرًا وحدات حكومية أخرى (٣٪).

الثانى: القطاع العائلى والأفراد، ويتولى ٥٥٪ من استهلاك الدواء فى البلاد سنويًّا عبر شبكات الصيدليات الهائلة المنتشرة فى جميع ربوع مصر.

ويشير د. سمير فياض إلى ثلاث حقائق إضافية فى شرح جوانب من هذه الصورة:

الحقيقة الأولى: إن هذه النسب فى استهلاك الدواء غير دقيقة؛ حيث غالبًا ما يجرى نقل عبء نسبة الـ ٢٠٪ الخاصة بالمستشفيات الجامعية إلى المرضى أنفسهم (أى القطاع العائلى والأفراد) بما يرفع نسبة مشتريات الأفراد والقطاع العائلى من ٥٥٪ إلى ٧٠٪ على الأقل[٢٧].

الحقيقة الثانية: إن ٨٤٪ من مبيعات الأدوية عام ١٩٩٥ قد تمت من خلال الصيدليات الخاصة والتى بلغ عددها وقتها حوالى ٢٠ ألف صيدلية، زاد بحلول عام ٢٠٠٨ إلى ما يزيد عن ٤٥ ألف صيدلية، وبالمقابل فإن الـ ١٦٪ الأخرى من مبيعات الأدوية قد جرت عن طريق كبار المشترين مثل المستشفيات الحكومية والتأمين الصحى وغيرها[٢٨].

الحقيقة الثالثة: أن نسبة مبيعات الأدوية بدون تذكرة طبية تتراوح بين ٤٠٪ و٦٠٪ من حجم المبيعات فى مصر[٢٩]، وهى حقيقة سوف نبنى عليها فى تحليلنا اللاحق لطبيعة وحجم الإنفاق العائلى على الرعاية العلاجية.

ربما تفيد معرفة الجات القائمة على توزيع الأدوية فى البلاد فى جلاء الصورة؛ حيث نجد أن:

* ٣٥٪ من الأدوية تقوم شركات الأدوية ذاتها بتوزيعها.
* ٣٣٪ أخرى تتم بمعرفة الشركة المصرية لتجارة الأدوية (قطاع أعمال عام).
* ٢٣٪ تتم من خلال شركة الشرق الأوسط للكيماويات والشركة المتحدة للصيدلة.
* ٩٪ يجرى توزيعها بين التعاونيات وموزعين آخرين[٣٠].

وتشير البيانات الواردة فى الكتاب الإحصائى السنوى الصادر عن الجهاز المركزى للتعبئة العامة والإحصاء عام ٢٠٠٤ إلى أن هذه الصيدليات لا تزيد عن ٢٧٥٥٠ صيدلية موزعة بدورها بين صيدليات عامة وصيدليات تعاونية وغيرها، كما يظهرها جدول رقم (١٤):

جدول رقم (١٤)
أعداد الصيدليات موزعة حسب المحافظات فى ١/ ٧/ ٢٠٠٤

م	المحافظات	صيدليات				فروع الشركة المصرية	مخازن صيدلية	خدمة ليلية	الإجمالى	٪
		عامة	تعاونية	علاجية	الشركة المصرية					
١	القاهرة	٣,٢٦٨	٤٥	٦٢	١٩	١٨	٩٥	٣٢	٣٥٣٩	١٢,٨
٢	الإسكندرية	١,٨٤	١٥	٤٥	٨	٨	٤٠	١٨	١٩٧٤	٧,٢
٣	بورسعيد	٣٤٤	٢	٥	٢	١	٥	١٠	٣٦٩	١,٣
٤	السويس	١٣١	٤	٨	١	٢	٢	١	١٤٩	٠,٥
٥	الإسماعيلية	٤٠٠	٢	١٠	١	١	٨	٣	٤٢٥	١,٥
٦	دمياط	٤٨١	٥	٤	١	٣	٧	١١	٥١٢	١,٩
٧	الدقهلية	٢,٦٨٣	٦	٨	١	١	٢٧	٧	٢٧٣٣	٩,٩
٨	الشرقية	١,٩١٨	٢	٦	١	٢	٢٠	١٠	١٩٥٩	٧,١

٩	القليوبية	١٥٢٩	٨	١١	١	١	١٥	٦	١٥٧١	٥,٧
١	كفر الشيخ	٩٣٦	٢	٢	١	١	١٣	٠	٩٥٥	٣,٥
١١	الغربية	١,٩٥٢	٨	٣	٠	٣	٢٢	٨	١٩٩٦	٧,٢
١٢	المنوفية	١,٤٧٣	٣	٢	١	١	١٣	١٢	١٥٠٥	٥,٥
١٣	البحيرة	١,٣١٧	٢	٥	١	٢	٧	١٣	١٣٤٧	٤,٩
١٤	الجيزة	٢,٧٧	١٨	١٦	٠	٣	٣٧	٩	٢٨٥٣	١٠,٤
١٥	بنى سويف	٥٦٨	١	٣	٢	٢	٥	١٠	٥٩١	٢,١
١٦	الفيوم	٤٢٨	٢	٢	٠	٢	٣	٥	٤٤٢	١,٦
١٧	المنيا	١,٠٢٩	٦	١١	٠	٢	٧	١٤	١٠٦٩	٣,٩
١٨	أسيوط	١,٠٧١	٦	٧	٠	٢	١٢	١١	١١٠٩	٤
١٩	سوهاج	١,٠١٦	٠	٨	٠	٢	٢٥	٦	١٠٥٧	٣,٨
٢٠	قنا	٦٠١	٧	٥	١	٣	٤	٧	٦٢٨	٢,٣
٢١	أسوان	٢٩٢	٢	٢	٠	٠	٠	٠	٢٩٧	١,١
٢٢	مطروح	٦١	٠	٢	٠	٠	٠	٧	٧٠	٠,٣
٢٣	الوادى الجديد	٣٠	٠	٠	٠	٠	٠	١	٣١	٠,١
٢٤	البحر الأحمر	٩١	٠	٢	٠	٠	٠	١	٩٤	٠,٣
٢٥	شمال سيناء	٨٩	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٨٩	٠,٣
٢٦	جنوب سيناء	٣٤	٠	٠	٠	٠	٢	٠	٣٦	٠,١
٢٧	مدينة الأقصر	١٣٥	٣	٥	٠	١	٢	٤	١٥٠	٠,٥
الإجمالى		٢٦٤٨٧	١٤٩	٢٣٤	٤١	٦٢	٣٧١	٢٠٦	٢٧٥٥٠	١٠٠٪

المصدر: الكتاب الإحصائى السنوى لجهاز التعبئة العامة والإحصاء لعام ٢٠٠٤، مرجع سبق ذكره ص ١٣٨.

فشركة واحدة هى الشركة المصرية لتجارة الأدوية تولت عام ١٩٩٥ وحده توزيع أدوية بحوالى ٨١٦ مليون جنيه (منها ١٧٪ مستورد، والباقى إنتاج محلى)[٣١]، ويشرف على هذا القطاع الدوائى الضخم ـ بشقيه التصنيعى والتسويقى ـ سواء من حيث تسجيل الأدوية أو الرقابة على حيويتها وكفاءتها ـ ثلاثة كيانات تنظيمية وإدارية فى مصر هى:

* مركز التخطيط والسياسات الدوائية.

* الإدارة المركزية للصيدلة التابعة لوزارة الصحة.

* الهيئة القومية للرقابة والبحوث الدوائية[٣٢].

وبينما تنفرد الأخيرة بالرقابة على جودة الدواء أو ما يسمى «الإتاحة الحيوية» لصنف الدواء، تتولى الإدارة المركزية للصيدلة الرقابة على أداء الصيدليات العامة والخاصة المنتشرة فى البلاد، بينما يختص مركز التخطيط والسياسات الدوائية بوضع السياسات العامة الخاصة بهذا القطاع ككل. وإن كان هناك تأكيدات من جانب كافة المتخصصين الثقاة فى مصر، بعدم وجود سياسة دوائية حقيقية فى البلاد، تسمح بالوصول إلى تعزيز البحث العلمى فى هذا المجال العام لإنجاز منتجات دوائية مصرية جديدة بعيدًا عن النمط السائد والغالب حاليًّا على الصناعة الدوائية المصرية والعربية القائمة على ما يسمى «التشكيل الدوائى»[٣٣] المقابل مصطلحيًّا لمفهوم صناعة التركيب أو «التقفيل» فى قطاعات الصناعة الأخرى.

بينما تشير إحصاءات نقابة الصيادلة إلى وجود أكثر من ٤٥ ألف صيدلة موزعة على النحو التالى:

جدول رقم (١٥)

عدد وتوزيع الصيدليات فى مصر طبقًا للمحافظات فى أول يناير ٢٠٠٨

م	المحافظة	العدد	٪
١	القاهرة	٥٥٣٤	٪١٢,٣
٢	الإسكندرية	١٠٨٦	٪٢,٤
٣	البحيرة	١٧٦٩	٪٤,٠
٤	الغربية	٢٦٨٤	٪٦,٠
٥	كفر الشيخ	١٣٠٨	٪٢,٩
٦	المنوفية	٢٢٥٤	٪٥,٠
٧	القليوبية	٢٨٤٥	٪٦,٣
٨	الدقهلية	٣٧٨٢	٪٨,٤
٩	دمياط	٧٥٢	٪٧,١٠

١٠	الشرقية	٣٧٧٦	٤,٨٠٪
١١	بورسعيد	١٩٦	٤,٠٠٪
١٢	الإسماعيلية	٧٧٠	٧,١٠٪
١٣	السويس	٣٦٤	٨,٠٠٪
١٤	الجيزة	٣٨٢٥	٥,٨٠٪
١٥	الفيوم	١٢٦٥	٨,٢٠٪
١٦	بنى سويف	١١١١	٥,٢٠٪
١٧	المنيا	٢٠٧٩	٦,٤٠٪
١٨	أسيوط	١٨٣١	١,٤٠٪
١٩	سوهاج	٢٠١٢	٥,٤٠٪
٢٠	قنا	٢١٢٣	٧,٤٠٪
٢١	الأقصر	-	-
٢٢	أسوان	٦٨٢	٥,١٠٪
٢٣	مطروح	١٢٣	٣,٠٠٪
٢٤	الوادى الجديد	٥٠	١,٠٠٪
٢٥	البحر الأحمر	٣٨٥	٩,٠٠٪
٢٦	شمال سيناء	١٨٦	٤,٠٠٪
٢٧	جنوب سيناء	١١٦	٣,٠٠٪
٢٨	٦ أكتوبر	٧٧٦	٧,١٠٪
٢٩	حلوان	١٤٢٤	٢,٣٠٪
الإجمالى		٤٥١٠٨	١٠٠٪

* المصدر: نقابة الصيادلة، بيان مستقل، يناير ٢٠٠٨.

إذن وكما يبدو، فإن هذه الصيدليات المسجلة فى نقابة الصيادلة تشمل الصيدليات العامة والخاصة معًا، بحيث يمكن القول إن نسبة الصيدليات الخاصة تعادل ٥٠٪ من إجمالى الصيدليات العاملة فى مصر ذلك العام.

رابعًا: قطاع التعليم الطبى

راكمت مصر عبر قرنين من الزمان، نظامًا تعليميًّا لعلوم الطب يتميز بالضخامة والتشعب فمنذ أنشأ «**محمد على باشا**» أول مدرسة للطب الحديث عام ١٨٢٨ وأتبعها بمدرسة «**للقابلات**» ثم الصيدلة وحتى يومنا، أصبح لدينا ما يمكن وصفه بمؤسسة تعليمية طبية هائلة وإن كانت تعانى من افتقار لسياسات متكاملة تؤدى إلى تنسيق أدوارها وتكامل فاعليتها؛ حيث لدينا حاليًّا:

* ١٥ كلية حكومية للطب (بالإضافة إلى ثلاث كليات خاصة).
* ١٢ كلية للصيدلة (بالإضافة إلى ثلاث كليات خاصة).
* ١٢ كلية لطب الأسنان.
* ١١ كلية للعلاج الطبيعى.
* ١٣ كلية للتمريض.
* ١٢ معهدًا فنيًّا وصحيًّا (بالإضافة إلى معهد مبارك كول التابع لكلية طب القاهرة).
* ٢٦٥ مدرسة متوسطة للتمريض (منها ١٩٠ مدرسة تابعة لوزارة الصحة، والباقى لكليات الطب وجهات أخرى).
* مدرسة للزائرات الصحيات (جرى إلغاؤها منذ عام ١٩٩٧).

وتقوم كليات الطب المصرية بتخريج حوالى خمسة آلاف طبيب سنويًّا[٣٤]، يكلفون بالعمل مباشرة فى وحدات وزارة الصحة المصرية(*).

جدول رقم (١٦)

تطور أعداد الطلاب بالكليات الطبية خلال السنوات المختارة ١٩٦٠ ـ ٢٠٠٤

كليات المنظومة	١٩٦٠	١٩٧٠	١٩٨٠	١٩٩٠	١٩٩٥	١٩٩٦	٢٠٠٤
- الطب	٧٢٦٠	٢٠٦٠٧	٣٤٤٦٢	٢٢٨٥٣	٢١٥١١	٢٦٣١٨	٥٩٥٠٣
- الصيدلة	١٣١٥	٥٠٥١	٨٣٠٥	٥٩٠٧	١٢٨٠٠	٢٢٠١٣	٤٣١٢٧
- الأسنان	٧٧٩	٢٣١٩	٣٨٧٤	٢٢٢١	٢٧١٥	٣٩٨٠	٩٠٦٣

(*) وفقًا للقانون رقم (٢٩) الخاص بتفويض وزير الصحة بتكاليف الأطباء.

- العلاج الطبيعى	-	-	٤١٥	٦١٨	٧٨٦	١١٣٤	٣٥٦٠
إجمالى الكليات الطبية	٩٣٥٤	٢٧٩٧٧	٤٧٠٥٦	٣١٥٩٩	٣٧٨١٢	٥٣٤٤٥	١١٥٢٥٣
المعهد العالى للتمريض	١١٣	٦٥٩	٨٦٩	٣٣٦٢	٥٣٣٤	٦٥٦٩	٨٦٨٧
الإجمالى	٩٤٦٧	٢٨٦٣٦	٤٧٩٢٥	٣٤٩٦١	٤٣١٤٦	٦٠٠١٤	١٢٣٩٤٠

المصدر: د. سمير فياض «الحالة الصحية فى مصر» مرجع سابق، ص ٣٤، أما عام ٢٠٠٤ فمصدره الجهاز المركزى للتعبئة العامة والإحصاء، الكتاب الإحصائى السنوى لعام ٢٠٠٤، القاهرة، ٢٠٠٥، صفحات (٩٦، ٩٧).
(ـــ) بيانات غير متاحة.

ويشير أحد الخبراء فى الحقل الطبى إلى أن عدد الأطباء فى مصر لكل ألف من السكان يزيد بثلاثة أضعاف العدد الموجود لكل ألف من السكان بالدول المماثلة فى الدخل مع مصر (الدول متوسطة الدخول وفقًا لتصنيفات المؤسسات الدولية)[٣٥]، ثم يعود ليؤكد إلى أن هناك إفراطًا فى عدد الأطباء مقارنًا بعدد الأسرة بالقطاع الصحى؛ حيث يبلغ طبيبين لكل سرير واحد[٣٦].

بيد أن هذا المؤشر أو العامل العددى لا يصلح فى الحالة المصرية لعدة أسباب:

الأول: إن العبرة ليست فى عدد الأسرة، بل فى نطاق ومجالات الخدمة والرعاية الطبية المتاحة فى مجتمع يعانى حوالى ٤٥٪ من سكانه من الفقر، وتقع دخولهم تحت خط الفقر Poverty Line، ويعانون من مشكلات فى الرعاية الصحية بشقيها الوقائى والعلاجى. (عدد المترددين على الوحدات الصحية التابعة لوزارة الصحة يتجاوز ٤٧ مليون مريض سنويًّا).

الثانى: إن القصور البارز فى شبكات الرعاية الوقائية (الصرف الصحى ـ شبكات المياه النقية ـ المسكن الصحى ـ سلامة الطرق ـ الغذاء وغيرها) تؤدى إلى مضاعفة الأثر السلبى للأمراض المتوطنة بعكس الحال فى دول متقدمة أو حتى متوسطة الدخل لكنها تمتلك بنية صحية وقائية جيدة.

الثالث: إن الأعداد الهائلة التى تخرجت من كليات الطب طوال العقود الخمسة الأخيرة هى التى لعبت دورًا كبيرًا فى الإيرادات المصرية من العمالة المصرية فى الخارج منذ ما بعد عام ١٩٧٣، وما زالت تحويلاتها من العملات الأجنبية تشكل أحد أهم روافد حصيلة النقد الأجنبى فى البلاد.

الرابع: إن تدهور أداء بعض الأطباء المصريين لا يرجع فقط إلى كثرة أعداد الطلاب فى هذه الكليات ـ كما يزعم البعض ـ وإنما يرجع إلى سببين آخرين:

- إهمال عدد كبير من الأساتذة وكبار الأطباء لطلابهم فى هذه الكليات الحكومية بسبب انشغالهم بمستشفياتهم وعياداتهم الخاصة وأنشطتهم المختلفة.
- غياب سياسة تدريب جادة وحقيقية تقوم بها وزارة الصحة وبقية الكيانات الصحية من أجل صقل خبرات ومهارات هؤلاء الأطباء الجدد.

الخامس: انتشار الفساد فى المؤسسات الجامعية عمومًا وكليات الطب على وجه الخصوص عبر ما يسمى «الامتحانات الشفوية» وتعويم أبناء الأساتذة من خلال شبكات مصالح غير مشروعة وعلاقات مجاملة متبادلة، وإجراءات التعيين فى كادر المعيدين بهذه الكليات. الأمر الذى أدى لخلق نوعيات جديدة من الأساتذة أقل كفاءة وأقل موهبة، وأفقد بالمقابل عشرات الآلاف غيرهم الأمل فى تولى ما يستحقون من مكانة جديرة بكفاءتهم مما دفع الآلاف منهم للهجرة خارج البلاد هجرة دائمة للبحث عن عدل وتكافؤ للفرص افتقدوه فى بلادهم.. !!

السادس: إذا كان نفس هؤلاء الخبراء يؤكدون على حقيقة أن ٨٩٪ من الأطباء العاملين فى وحدات وزارة الصحة لديهم عمل مزدوج، بل إن هناك حوالى ١٤٪ من هؤلاء لديهم ثلاثة أعمال فى ذات اليوم (المستشفى الحكومى ـ المستشفى الخاص ـ العيادة الخاصة). وأن هناك ٢٪ منهم لديهم أربعة أعمال.. إلخ. إذن، ففى ظل الأجور المتدنية للأطباء، سادت حالة من الفوضى وعدم الالتزام بالقواعد الوظيفية، وكان مبرر الجميع ـ وهو صحيح ـ أن عليهم تلبية احتياجات معيشتهم بطريقتهم الخاصة، بما يؤكد بصورة قاطعة مسئولية السياسات العامة للحكومة والدولة عن تفشى مظاهر الإهمال والتسيب وضعف الأداء داخل الوحدات الصحية الحكومية على وجه الخصوص.

أما بقية الكوادر الطبية الفنية (كالتمريض وفنيى المعامل والأشعة وغيرهم)، فتلفت النظر التطور السريع فى سد النقص الذى كان سائدًا فى هذه التخصصات منذ منتصف عقد السبعينيات. ووفقًا لوزارة الصحة، فقد كان عدد الممرضات المتخرجات سنويًّا طوال عقد الستينيات لا يتجاوز ٧٥٠ ممرضة يذهبن للعمل فى المستشفيات العامة، ولم يكن عددهن فى البلاد حتى بداية عقد السبعينيات يزيد عن ١٨٢٢٨ ممرضة وزعن على النحو التالى[٣٧]:

جدول رقم (١٧)
أعداد الممرضات ونوعيتهن حتى عام ١٩٧١

م	البيان	العدد
١	الممرضات المؤهلات (٣ سنوات) فى وزارة الصحة.	٤٢٦٢
٢	مساعدات الممرضات (نظام سنة ونصف) والقابلات بوزارة الصحة	١٢٥٥٧
٣	الممرضات (٣ سنوات) ومساعدات الممرضات المعارات إلى الدول العربية والأفريقية والآسيوية	١٤٦٩
الإجمالى		١٨٢٢٨

المصدر: وزارة الصحة، التقرير السنوى لعام ١٩٧١، صادر فى يوليو ١٩٧٢، ص ٢٩.

وقدرت الوزارة العدد المطلوب توافره لسد النقص فى الخدمة من ممرضات (نظام ٣ سنوات بعد الإعدادية) بحوالى ٢٨٢٢٣ ممرضة. ووضعت الوزارة خطة خمسية (١٩٧٢ ـ ١٩٧٦) تستهدف استيعاب ٦ آلاف تلميذة بمدارس الممرضات سنويًا لتخريج ١٨ ألف ممرضة (نظام ٣ سنوات) فى نهاية الخطة[٣٨]، فإذا بنا بعد خمسة وثلاثين عامًا يتوافر لدينا حوالى ١٧١ ألف ممرضة من كافة الأنواع والتأهيل العلمى يوفرن أوجه الرعاية الطبية للمرضى فى البلاد إذا ما أحسن تأهيلهن وتدريبهن.

* * *

خامسًا: الأطر التشريعية واللائحية المنظمة للرعاية الصحية والعلاجية

يتفق فقهاء القانون ورجال التشريع على حقيقة أساسية، وهى أن وراء كل تشريع أو قرار تنفيذى فلسفة ومنطق اجتماعى أو سياسى، يحكم هذا التشريع ويوجه لتحقيق المصالح الكامنة خلفه.

فالتشريع عادة هو الصياغة القانونية لحماية المصالح الاجتماعية للمخاطبين بأحكامه، تمامًا كما هو القانون الدولى الذى عرف بأنه الصياغة القانونية لتوازن المصالح الدولية أو توازن القوى السياسية الدولية فى لحظة إصدار هذا القانون أو القرار الدولى.

ومن هنا، فإن النظر إلى التشريعات والمراسيم التى صدرت فى مجال الرعاية الصحية منذ عهد «**محمد على باشا**» فى مطلع القرن التاسع عشر حتى اليوم يتيح محاولة التعرف على مجموعة الأهداف الاجتماعية والصحية الكامنة وراء تلك التشريعات أو القرارات التنفيذية، ومن ثم تحديد مناط المصلحة الوطنية للسلطة الحاكمة فى البلاد.

والحقيقة، أنه مع انهيار تجربة «**محمد على**» بعد عام ١٨٣٨ (**معاهدة بالما آطة**)، والتى كرست هزيمة ساحقة لمشروعه الإمبراطورى بفرض معاهدة لندن عام (١٨٤٠) عليه وعلى خلفائه من بعده، انهارت معها الملامح الأولى لبناء نظام رعاية صحية حديثة فى البلاد (مدارس الطب والصيدلة والقابلات وغيرها).

وفى مجال الرعاية الصحية الوقائية؛ لم تعرف البلاد نشاطًا منظمًا ودائمًا، يحكمه سياسات عامة ترعاها وزارة مسئولة أو مجلس نظار (وزراء)، وإنما جاءت هذه الرعاية فى إطار بعض مظاهر التحديث التى قام بها الخديوى إسماعيل (١٨٦١ ـ ١٨٧٨) مثل بعض محطات تنقية المياه وبداية إدخال نظام شبكات الصرف الصحى (المجارى) الحديثة فى القاهرة والإسكندرية؛ وبعض أنشطة محاربة وباء الكوليرا والملاريا وغيرها من الأوبئة التى كانت تهاجم المصريين خصوصًا فى الريف والأحياء الفقيرة فى المدن المصرية بما فى ذلك العاصمة (القاهرة).

وقد توقف كل هذا بعد خلع «إسماعيل باشا» عن العرش؛ وبداية دخول مصر عصر الاحتلال البريطانى.

وفى ٨ فبراير من عام ١٨٨٦، أصدر الخديوى توفيق أمرًا عاليًا بإنشاء «**مصلحة الصحة**

العمومية» وأنيطت تبعيتها الإدارية والسياسية إلى وزارة (نظارة) الداخلية؛ بينما ظلت «**مصلحة التنظيم والمجارى**» تابعة لوزارة الأشغال العمومية.

وقد نشطت «**مصلحة الصحة العمومية**» طوال الفترة الأولى من عهدها فى بناء المستشفيات العامة منذ عام ١٩٢٣، وانتقلت عام ١٩٢٨ إلى الاهتمام بإنشاء المستشفيات الريفية كعيادات خارجية مع وجود سريرين للحالات الطارئة، وفى عام ١٩٣٦ صدر المرسوم الملكى بإنشاء أول وزارة للصحة فى تاريخ مصر، وتضمن القرار إنشاء قسمين داخل هذه الوزارة يترأس كلًّا منهما وكيل وزارة: أحدهما: للإشراف على المستشفيات ومقاومة الأوبئة ورعاية الصحة العامة من الأمراض المتوطنة ورعاية الطفل ومقاومة الحشرات ومراقبة الأغذية وغيرها. وثانيهما: لتنظيم المرافق القروية وتوفير مياه الشرب وتنظيم القرية والمجارى والبلديات وتنظيم مصر كما ورد فى نص المرسوم الذى رفعه رئيس الوزراء «على ماهر باشا» ووقعه الملك فؤاد[٣٩] (مرفق صورة من المرسوم بالملحق).

وقد حظيت هذه الوزارة والرعاية الصحية والاجتماعية عمومًا بدفعة قوية بعد أن تولى حزب الغالبية الشعبية (حزب الوفد) برئاسة مصطفى النحاس الحكم بعد حادث ٤ فبراير ١٩٤٢ الشهير، فأصدر القانون رقم (٦٤) لسنة ١٩٤٢ بتحسين الصحة فى الريف، وقضى بإنشاء إدارات للصحة والشئون الهندسية فى كل محافظة، كما بدأ فى إنشاء المجمعات الصحية بالريف (مجمع لكل ١٥٠ ألف نسمة)، وفى عام ١٩٤٧ توقف هذا المشروع تمامًا مع تولى إسماعيل صدقى باشا الحكم وتوالى أحزاب الأقلية عليها.

والحقيقة، أن المتابع عن كثب لمحاولات الدولة المصرية الحديثة توفير مظلة من الرعاية الصحية أو الاجتماعية للعاملين فى دواوينها ونظاراتها (وزاراتها) منذ مطلع القرن التاسع عشر يكتشف أن جل الاهتمام قد انصب على بناء نظم للمعاشات ومكافآت التقاعد Retirement للحفاظ على حقوق من خدم الدولة وساعد فى مشاريعها، أكثر من اهتمامه بفكرة «الرعاية الصحية» والتأمين الصحى فى حالات الإصابة أو الشيخوخة أو المرض.

وتمتد هذه المحاولة منذ صدور الأمر الخديوى فى السادس والعشرين من شهر ديسمبر عام ١٨٥٤ الخاص بالمعاشات المدنية أو نظم التقاعد للمعاش لبلوغ السن القانونية، ثم صدر الأمر الخديوى فى ١١ يناير عام ١٨٧١ بوضع نظام جديد للمعاشات المدنية، تبعها عام ١٨٨٧ صدور أمر خديوى جديد فى الحادى والعشرين من شهر يونيو، واستمر توالى صدور مثل

هذه الأوامر الخديوية (دكريتو) والقوانين فى العام ١٩٠٩ (القانون رقم ٥)، وفى العام ١٩٣٩ (القانون رقم ٣٧) وغيرها من القوانين(*) إلى أن صدر القانون رقم (٦٣) لسنة ١٩٦٤ بشأن التأمينات الاجتماعية، فجمع شتات القواعد والنظم التأمينية التى تعالج حقوق الفئات المؤمَّن عليها من العاملين بالمصالح الحكومية فى قانون واحد مثّل نقلة نوعية فى التعامل مع هذه القضية المصيرية لعشرات الآلاف من المواطنين حتى ذلك الحين[٤٠].

وإذا جاز لنا أن نصف عام ١٩٦٤ فى التاريخ المصرى الحديث، فيمكننا القول إنه عام «الحقوق الاجتماعية والصحية» لملايين العاملين فى أجهزة الحكومة وشركات القطاع العام والإدارات المحلية بالمحافظات، ففيه صدرت القوانين التى تعد ركائز للنظام الاجتماعى والصحى فى مصر حتى اليوم؛ حيث تضمنت:

١ـ القانون رقم (٦٣) لسنة ١٩٦٤ بشأن التأمينات الاجتماعية والمعاشات.

٢ـ القانون رقم (٧٥) لسنة ١٩٦٤ الخاص بالتأمين الصحى على العاملين فى الحكومة والهيئات العامة والمؤسسات العامة والإدارات المحلية بالمحافظات.

٣ـ القرار الجمهورى رقم (١٢٠٩) لسنة ١٩٦٤ بإنشاء الهيئة العامة للتأمين الصحى المناط إليها تنفيذ القانون رقم (٧٥) لسنة ١٩٦٤.

وبهذا، وضع حجر الأساس المتكامل للرعاية الصحية المنظمة لفئة اجتماعية محددة هم موظفو الدولة، دون غيرهم من فئات المجتمع المصرى من فلاحين وعمال فى القطاع غير المنظم والحرفيين والعمال الزراعيين، والذين كانوا أكثر الفئات حاجة لهذه التغطية التأمينية والصحية.

ولعل هذا ما استدعى تتابع قرارات رئيس الجمهورية ورئيس مجلس الوزراء أو وزير الصحة بإدخال فئات جديدة تحت مظلة التأمين الصحى لمعالجة هذا النقص أو القصور. وبسبب من رصد مظاهر للفساد والتلاعب فى نظم صرف العلاج والأدوية الخاصة بالهيئة العامة للتأمين الصحى صدر القانون رقم (١٠) لسنة ١٩٦٧ الذى شدد العقاب على كل من تلاعب فى صرف الأدوية ـ التى تكاد تصرف مجانًا ـ الخاصة بنظام التأمين الصحى[٤١]، ورغبة

(*) منذ عام ١٩٥٤ صدرت عدة قوانين خاصة بمعاشات التقاعد، عالج كل منها حقوق وأوضاع فئة وظيفية معينة أو تحسين بعض الحقوق الوظيفية مثل القانون رقم (١٧) لسنة ١٩٥٤ بتعديل لائحة التقاعد للعلماء والمدرسين والموظفين بالأزهر، والقانون رقم (٢٥) لسنة ١٩٥٧، والقانون رقم (١) لسنة ١٩٦٢ أو غيرها.

من المشرع والدولة فى سد الثغرات التى بدت واضحة فى قانونى التأمين الاجتماعى والصحى رقمى (٦٣) لسنة ١٩٦٤ و(٧٥) لسنة ١٩٦٤ فصدر عام ١٩٧٥ أهم استكمال للنقص ولسد الثغرات، ثلاثة قوانين ما زال معمول بها حتى اليوم، وهى:

* القانون رقم (٣٢) لسنة ١٩٧٥ بشأن نظام العلاج التأمينى للعاملين فى الحكومة ووحدات الإدارة المحلية والهيئات العامة والمؤسسات العامة.

* القانون رقم (٧٩) لسنة ١٩٧٥ بشأن التأمين الاجتماعى.

* القانون رقم (٢٥) لسنة ١٩٧٧ بتعديل بعض أحكام القانون (٧٩) لسنة ١٩٧٥.

مثل القرار الجمهورى رقم (٢٣٢٣) لسنة ١٩٦٧ فى شأن الترخيص لهيئة التأمين الصحى بأداء خدمات طبية وصيدلة مقابل أجر للمواطنين الذين لا يتمتعون بنظام التأمين الصحى، وكذلك قرار رئيس مجلس الوزراء رقم (١) لسنة ١٩٨١ بشأن انتفاع الأرملة بحق العلاج والرعاية الطبية، وقرار رئيس مجلس الوزراء رقم (١٠) لسنة ١٩٨١ بشأن انتفاع أسر المؤمن عليهم وأصحاب المعاشات من مواطنى محافظة الإسكندرية بحق العلاج والرعاية الطبية.. إلخ.

ففى القانون (٣٢) لسنة ١٩٧٥ وسع نطاق المستفيدين بنظام العلاج التأمينى بالنص فى مادته الأولى على أن «**يتمتع بنظام العلاج التأمينى للعاملين فى الحكومة ووحدات الإدارة المحلية والهيئات العامة والمؤسسات العامة الذين يصدر بتحديدهم على مراحل قرار من وزير الصحة وتقوم على شئون هذا النظام الهيئة العامة للتأمين الصحى**».

وبهذا، وسع نطاق المستفيدين منه، فلم يعد قاصرًا فقط على العاملين بأجهزة الحكومة من الموظفين، وإنما فئات أخرى بشرط ربطها بصدور قرار من وزير الصحة بضمهم إليها.

وحددت المادة الثالثة منه نسب الاشتراك المالى فى النظام كالتالى:

١- نصف فى المائة من مرتباتهم وأجورهم أو معاشاتهم الأصلية.

٢- واحد ونصف فى المائة من مرتباتهم وأجورهم تتحملها الحكومة أو الجهات التى يعملون فيها.

٣- ثم أضافت المادة الرابعة جواز صدور قرار من وزير الصحة بفرض رسم رمزى يدفعه المنتفع عند أداء الخدمة فيما لا يزيد عن ٥٠٪ من ثمن الأدوية وتكاليف العلاج

والفحوص المعملية والإشعاعية، وتؤول هذه الرسوم إلى إيرادات الهيئة العامة للتأمين الصحى.

أما القانون رقم (٧٩) لسنة ١٩٧٥، فقد تضمن التأمين الاجتماعى على العاملين بأجهزة الدولة شاملًا لأربعة عناصر هى:

١- التأمين ضد الوفاة والعجز والشيخوخة.

٢- التأمين ضد إصابات العمل.

٣- التأمين ضد البطالة (لم يعمل بها قط منذ صدور القانون حتى يومنا).

٤- التأمين للرعاية الاجتماعية لأصحاب المعاشات.

(ثم أضاف التعديل الوارد بالقانون رقم (٢٥) لسنة ١٩٧٧ عنصرًا تأمينيًّا جديدًا هو:

٥- التأمين ضد المرض.

وبقدر تكامل هذه القوانين لتوفير مظلة للتأمين الاجتماعى والصحى لفئات الموظفين وغيرهم ممن يصدر قرارات لاحقة من وزير الصحة بضمهم، فقد ظل هناك **نقص خطير يتمثل فى غياب أية مظلة تأمينية وصحية للعاملين فى القطاع الخاص وغير المنظم وهم الأكثرية الساحقة فى القوى العاملة المصرية وقتئذ وحتى اليوم.**

ومن هنا، جاء قانون العمل رقم (١٣٧) لسنة ١٩٨١ ليسد هذه الثغرة الكبرى، فنصت المادة (١١٦) والمادة (١٢٢) من هذا القانون على إلزام منشآت الأعمال الخاصة بالفحص الطبى والتأمين الصحى على العاملين لديها وإن ظل هذا النص غير ملزم أو مطبق فى معظم منشآت الأعمال الخاصة والرأسمالية وصمتت الدولة وأجهزتها (وزارتا القوى العاملة والشئون الاجتماعية) فظلت هذه الملايين دون غطاء تأمينى صحى حقيقى أو فعال.

وفى عام ١٩٩٢، وعلى أثر الزلزال الذى ضرب بعض المدن المصرية وأدى لانهيار العديد من المبانى والمدارس، التى راح ضحيتها عشرات التلاميذ بسبب سوء حال المبانى المدرسية، أصدرت الحكومة القانون رقم (٩٩) لسنة ١٩٩٢ لمد مظلة التأمين الصحى إلى جميع طلاب المراحل قبل الجامعية، مقابل تحمل أولياء الأمور ما قدره أربعة جنيهات سنويًّا، وتحمل الموازنة العامة حوالى ١٢ جنيهًا عن كل طالب، ثم أتبعتها عام ١٩٩٧ بصدور قرار وزير الصحة رقم (٣٨٠) بضم الأطفال دون سن ٥ سنوات، وعددهم يزيد عن ٥ ملايين طفل.

وبهذا، أصبحت مظلة التأمين الصحى تغطى حوالى ٤٠٪ من إجمالى سكان البلاد؛ حيث زاد عدد من يشملهم مظلة التأمين الصحى من ١٤٠ ألف إنسان ١٩٦٥ إلى حوالى ٣٦ مليون إنسان عام ٢٠٠٦[٤٢].

إذن، من الناحية التشريعية ـ والنظرية ـ هناك مظلة واسعة للتأمين الصحى تضم حوالى ٤٠٪ من السكان فى مصر، والهدف الذى كان معلنًا عام ١٩٨١ هو مد هذه المظلة لتشمل كل سكان البلاد خلال عشر سنوات.

أما من الناحية الواقعية والعملية، فهناك مشكلات عديدة فى أداء المنظومة الصحية عمومًا والتأمينية خصوصًا، وهو ما سنتناوله تفصيلًا بعد قليل.

* * *

المبحث الثانى

التوزيع الاجتماعى والجغرافى لخدمات الرعاية الصحية

يكشف التوزيع الجغرافى للوحدات الصحية مقارنًا بالتوزيع الديموجرافى للسكان عن غياب العدالة Equity والإتاحة Availability اللتين تعدان أبرز مبادئ الإصلاح المرغوب لنظم الرعاية الصحية، سواء فى مصر أو فى غيرها من المجتمعات والدول.

وقد ظل الريف المصرى وسكانه لقرون طويلة محطًّا للأمراض والإهمال، سواء بالنسبة لوسائل الرعاية الصحية الوقائية مثل (شبكات الصرف الصحى ـ شبكات المياه ـ شبكات الكهرباء.. وغيرها) أو العلاجية (الوحدة الطبية بأطبائها وممرضيها ووسائلها التشخيصية والعلاجية).

وبرغم المحاولات الخجولة التى بدأت بعد عام ١٩٢٤، وصدور عدد من التشريعات والقوانين التى ركزت على إنشاء الوحدات الصحية فى الريف كما سبق وعرضنا من قبل، فإن جهدًا منظمًا ودءوبًا لم يتحقق فى سبيل رسم ثم تنفيذ سياسات حكومية فعالة فى هذا المجال، خاصة أن سكان الريف فى مصر ظلوا يمثلون حوالى ٧٠٪ من المصريين حتى منتصف العقد الخامس من القرن العشرين، حينما جرت تحولات فى اتجاه التصنيع وخلق مدن صناعية وحضرية جديدة بعد عام ١٩٥٢.

جدول رقم (١٨) نتائج تعدادات السكان منذ عام ١٩٤٧ حتى عام ٢٠٠٦ وتوزيعات السكان بين القرى والمدن

م	البيان	١٩٤٧	١٩٦٠	١٩٦٦	١٩٧٦	١٩٨٦	١٩٩٦	٢٠٠٦
١	جملة السكان (دون المصريين بالخارج) بالآلاف	١٨٩٦٧	٢٦٠٨٢	٣٠٠٧٦٦	٣٦٦٢٦	٤٨٢٥٤	٥٩٣١٣	٧٢٠٠٠
٢	عدد المدن الكبرى بالمحافظات الحضرية والعواصم	١٨,٠٪	٥	٤	٤	٤	٤	٤
٣	نسبة سكان المدن الكبرى إلى جملة السكان	١٨,٠٪	٢١,٥٪	٢١,٨٪	٢١,٤٪	٢٠,٢٪	١٨,٧٪	١٧,٩٪
٤	عدد المدن بالوجه البحرى (عواصم المحافظات والمراكز)	٥١	٦١	٦٨	٧٩	٩٠	١٠٣	١٠٧
٥	عدد المدن بالوجه القبلى (عواصم المحافظات والمراكز)	٤٤	٥٦	٥٦	٦٣	٧٠	٧٨	٩١
٦	٪لسكان المدن بحرى وقبلى (عدا المدن الكبرى) إلى جملة السكان	١٢,١٪	١٥,١٪	١٨,٠٪	٢٢,٠٪	٢٣,١٪	٢٣,٢٪	٢٣,٥٪
٧	عدد القرى بالوجه البحرى	٢٢٤٨	٢٣٦١	٢٣٦٩	٢٤٠٠	٢٤٦٧	٢٤٦٨	٢٦٦٤
٨	عدد القرى بالوجه القبلى	١٧٠٩	١٦٨٢	١٦٦٤	١٦٦٦	١٦٦٢	١٦٦٤	١٧٤٤
٩	٪ لسكان القرى إلى جملة السكان	٦٩,٠٪	٦٢,٣٪	٥٩,٠٪	٥٥,٩٪	٥٥,٥٪	٥٦,٨٪	٥٦,٦٪
١٠	عدد الأقسام والمراكز بمحافظات الحدود	٢٥	٢٥	٢٦	٢٣	٣١	٣٧	٣٨
١١	٪ سكان الحدود إلى جملة السكان	٠,٩٪	١,١٪	١,٢٪	٥٠,٧٪	١,٢٪	٥١,٤٪	١,٨٪

المصدر: * الجهاز المركزى للتعبئة العامة والإحصاء «الكتاب الإحصائى» لعام (٢٠٠٣-١٩٩٥) القاهرة، يونيو ٢٠٠٤ ، ص ٢٥٠.

* الجهاز المركزى للتعبئة العامة والإحصاء، الكتاب الإحصائى لعام ٢٠٠٧/ ديسمبر ٢٠٠٧، ص ٢٥ ـ ٣٤.

وكما يبدو من البيان السابق، فتقدر زيادة عدد المدن بالوجه البحرى إلى الضعف تقريبًا خلال الستين عامًا الماضية (من ٥١ مدينة إلى ١٠٨ مدن) وفى الوجه القبلى كذلك (من ٤٤ مدينة إلى ٧٨ مدينة)، وبالتالى زيادة نسبة سكان هذه المدن خاصة فى الوجه البحرى من ١,١٢٪ إلى ٢,٢٣٪. وإجمالًا، فإن سكان المدن المصرية فى الوجهين القبلى والبحرى قد تجاوزا ٤٤٪، بينما ظل سكان القرى والريف المصرى عمومًا فى حدود ٥٦٪ حتى عام ٢٠٠٦.

جدول رقم (١٩)
توزيع السكان فى مصر حسب المحافظات
لعامى (١٩٩٦ ـ ٢٠٠٤)

م	المحافظة	١٩٩٦		٢٠٠٤	
		العدد	النسبة ٪	العدد	النسبة ٪
١	القاهرة	٦٨٠٠٩٩٢	١١,٥٪	٧٦٢٩٨٦٦	١١,١٪
٢	الإسكندرية	٣٣٣٩٠٧٦	٥,٦٪	٣٧٥٥٩٠١	٥,٥٪
٣	البحيرة	٣٩٩٤٢٩٧	٦,٧٪	٤٦٠٤٤٤٣	٦,٧٪
٤	الغربية	٣٤٠٦٠٢٠	٥,٧٪	٣٨٥٩٣٧٨	٥,٦٪
٥	كفر الشيخ	٢٢٢٣٦٥٩	٣,٧٪	٢٥٤١١٢٤	٣,٧٪
٦	المنوفية	٢٧٦٠٤٣١	٤,٧٪	٣١٧١٠٥٨	٤,٦٪
٧	القليوبية	٣٣٠١٢٤٤	٥,٦٪	٣٨٠٤١٨٨	٥,٥٪
٨	الدقهلية	٤٢٢٣٩١٩	٧,١٪	٤٨٣٩٣٥٩	٧,٠٪
٩	دمياط	٩١٣٥٥٥	١,٥٪	١٠٥٦٣٢٤	١,٥٪
١٠	الشرقية	٤٢٨١٠٦٨	٧,٢٪	٥٠٠٩٦٩٠	٧,٣٪
١١	بورسعيد	٤٧٢٣٣٥	٠,٨٪	٥٢٩٦٨٤	٠,٨٪
١٢	الإسماعيلية	٧١٤٨٢٨	١,٢٪	٨٤٤٠٩١	١,٢٪
١٣	السويس	٤١٧٢٧	٠,٠٧٪	٤٧٨٥٥٣	٠,٧٪
١٤	الجيزة	٤٧٨٤٠٩٩	٨,١٪	٥٥٣٥٤٩٨	٨,١٪
١٥	الفيوم	١٩٨٩٧٧٤	٣,٤٪	٢٣٧١٧٨٠	٣,٥٪
١٦	بنى سويف	١٨٥٩٢١٤	٣,١٪	٢٢٠٨٠٨٢	٣,٢٪
١٧	المنيا	٣٣١٠١٢٩	٥,٦٪	٣٩٦٠٦٥٦	٥,٨٪
١٨	أسيوط	٢٨٠٢٣٣٤	٤,٧٪	٣٣٥١٠٥٧	٤,٩٪
١٩	سوهاج	٣١٢٣١١٥	٥,٣٪	٣٧٣٠٨٩٤	٥,٤٪
٢٠	قنا	٢٤٤٢٠١٦	٤,١٪	٢٨٧٦٧٤٦	٤,٢٪
٢١	الأقصر	٣٦١١٣٨	٠,٦٪	٤١٤٣٨٩	٠,٦٪
٢٢	أسوان	٩٧٤٠٦٨	١,٦٪	.١٠٩٨٨٧	١,٦٪

٢٣	مطروح	٢١٢٠٠١	٪٠,٤	٢٦٢٢١٠	٪٠,٤
٢٤	الوادى الجديد	١٤١٧٧٤	٪٠,٢	١٦٦٢١١	٪٠,٢
٢٥	البحر الأحمر	١٥٧٣١٥	٪٠,٣	١٨٢٥٢٦	٪٠,٣
٢٦	شمال سيناء	٢٥٢١٦٠	٪٠,٤	٣٠٢٠٧٧	٪٠,٤
٢٧	جنوب سيناء	٥٤٨٢٦	٪٠,٩	٦٣٨٣٤	٪٠,٠٩
الإجمالى		٥٩,٣١٢,٩١٤	٪١٠٠	٦٨,٦٤٨,٤٨٩	٪١٠٠

المصدر: من واقع نتائج التعداد العام للسكان عام ١٩٩٦ والكتاب الإحصائى السنوى لجهاز التعبئة العامة والإحصاء لعام ٢٠٠٤، يونيو ٢٠٠٥، القاهرة.

وسوف نتناول هنا مسألة توزيع خدمات الرعاية الصحية على مستويين:

الأول: شكل توزيع الخدمات الصحية بين الريف والمدينة.

الثانى: شكل توزيع هذه الخدمات بين القطاع الحكومى والقطاع الخاص والاستثمارى.

فلنتناول كلًّا بشىء من التفصيل:

أولًا: توزيع الخدمات الصحية بين الريف والمدينة

أولى الحقائق التى تواجهنا هى مقدار تركيز الخدمات الصحية فى بعض المحافظات الكبرى، فعلى سبيل المثال بينما لا يمثل سكان محافظة القاهرة والإسكندرية سوى ١٧٪ من إجمالى سكان البلاد عام ٢٠٠٦، فإنهما قد استأثرتا بحوالى ٣٠,٣٪ من إجمالى الأسرة المتاحة فى البلاد وأكثر من ٥٠٪ من الأطباء العاملين فى الحقل الطبى والعلاجى.

وبالمثل، فإن نمط توزيع الوحدات الصحية الخاصة والاستثمارية يظهر أن المحافظات الحضرية الثلاث (القاهرة ـ الإسكندرية ـ الجيزة) وحدها قد استحوذت على ٥٤٪ من هذه الوحدات وعلى ٥٦٪ من الأسرة المتاحة لديها، وذلك وفقًا للموقف فى مطلع عام ٢٠٠٨، بينما تتوزع بقية الوحدات الصحية وأسرتها على ٢٦ محافظة أخرى، وهو ما يكشف عن خلل كبير فى توزيع هذه الخدمات الصحية بكل انعكاساتها الصحية والاجتماعية مع الإشارة إلى حقيقة أن ٥٧٪ من سكان مصر ما زالوا يعيشون فى الريف والقرى وفقًا لأحدث تعداد للسكان عام ٢٠٠٦.

جدول رقم (٢٠)
توزيع الوحدات الصحية وأسرتها بين الحضر والريف
خلال عامى ١٩٩٦ و٢٠٠٧

البيان	١٩٩٦		٢٠٠٧	
	عدد الوحدات	عدد الأسرة	عدد الوحدات	عدد الأسرة
أولًا: وزارة الصحة:				
* المناطـــق الحضريـــة				
- المستشفيات العامة والمركزية	٢٢٣	٣٢٧١٤	٢٣٣	٣٣٧٩٤
- مستشفيات الولادة والأطفال	٦	٤٨٢	١١	٧٢٦
- مستشفيات الأمراض النفسية	١٢	٦٩٨٤	١٨	٦٦٥٣
- مستشفيات صدر	٣٤	٧٥٦٠	٣٨	٦١١١
- مستشفيات مستوصفات الصدر بأسرة	١٢	٢١٥	٦	١٥٧
- مستشفيات الأمراض الجلدية	١	٧٣	١	١٠٠
- مستشفيات طب وأمراض العيون	٣١	١٧٤٤	٣٠	١٤٠٢
- مستشفيات الأورام	١	١٠٥	٧	٥٢٧
- مستشفيات الأمراض المتوطنة	٩	٦٨	٨	٨٣
- مستشفيات الحميات	٨٨	٧٨٥٦	١٠٦	٩٨٦٠
- مستشفيات الكلب	٤	٥٨	٣	٠٠٠
- العزل	٥	١٨٥	٥	٧٩
- الكلى والمسالك	١	٠٠٠	١	٣٣
- مستشفيات الجذام	٣	٠٠٠	٢	١٤٠٠
مراكز الرعاية الصحية الأولية	٢٣٢	٣٤٣	٣٢٥	٠٠٠
مجموع المناطق الحضرية (١)	٦٥٨	٥٨٣٨٧	٧٩٥	٦٠٩٢٥
ثانيًا: المناطـــق الريفـــية				
- مستشفيات قروية (التكامل الصحى)	٢٠٧	٥٤٣٠	٤٨٦	٩٣٦١
- مراكز الصحة القروية (مجموعات صحية)	٣٧٣	٥٥٢٦	١٨٧	٢٠٨٥
- وحدات صحية ريفية	٢٣٢٧	-	٣١٦٤	-
مجموع المناطق الريفية (٢)	٢٩٠٧	١٠٩٥٦	٣٨٣٧	١١٤٤٦
ثالثًا: وحـــدات صحـــية أخرى:				
- هيئة المستشفيات والمعاهد التعليمية	١٦	٣٨٦٩	١٨	٥٥٣٥
- مراكز علاجية	١٠	٨٨٤	-	-
- المؤسسات العلاجية	٢١	٥٤٧٧	١١	٢١٣٩

- هيئة التأمين الصحى	٢٢	٦٣٨٠	٣٩	٩٥٥٧
مجموع (٣)	٦٩	١٦٦١٠	٦٨	١٧٢٣١
إجمالى وزارة الصحة ١+٢ + ٣	٢٩٧٦	٨٥٩٥٣	٤٧٠٠	٨٩٦٠٢
رابعًا: مستشفيات تابعة لوزارات أخرى:				
- الجامعات	٣٦	١٨٨٦٩	٧٦	٢٦٦٥٥
- مستشفيات الطلبة	١٠	٨٤٤	-	-
- مستشفيات الشرطة والسجون	١٧	١٠١٦	٢٦	١٣٨٢
مجموع (٤)	٦٣	٢٠٧٢٩	١٠٢	٣٠٧١٣
خامسًا: جهات أخرى:				
- مستشفيات السكك الحديدية	٣	٣٤٦	٣	٣٥١
- هيئات أخرى	٢٠	١٥٨٢	٢١	٢٣٢٥
مجموع (٥)	٢٣	١٩٢٨	٢٤	٢٦٧٦
الإجمالى (١+ ٢+ ٣+ ٤ + ٥)	٣٠٦٢	١٠٨٦١٠	٤٨٢٦	١٢٢٩٩١

المصدر: حتى عام ١٩٩٦ مصدره مركز معلومات وزارة الصحة ١٩٩٧، نقلًا عن د. سمير فياض، ص٣٠٦ـ٣٠٧ أما عام ٢٠٠٧، فمصدره الكتاب الإحصائى السنوى لوزارة الصحة، القاهرة، يونيو ٢٠٠٥.

* ولا تشمل هذه البيانات فروع الوحدات والمستشفيات الكبرى والمستوصفات بدون أسرة.

والحقيقة أن البحث فى هذه المنطقة الحيوية، والتى تعكس نمط أولويات صانع السياسة الصحية ودرجة الأولوية فى الإنفاق والاستثمار الحكومى فى مجال الصحة، تكتنفه الصعوبة نظرًا لتضارب البيانات والإحصاءات الرسمية من جهة، وعدم دقة ووحدة المصطلحات المستخدمة فى كل بند أو نوع Items من هذه الوحدات الصحية من جهة أخرى، وهو ما أوقع بعض الدارسين والخبراء فى المجال الصحى فى تضارب وتناقض وعدم وضوح فى عرضهم للموضوع[٤٣].

وفى محاولة من وزارة الصحة لمعالجة بعض أوجه الخلل فى التوزيع الإقليمى للخدمات الصحية، قامت الوزارة بزيادة استثماراتها لبناء عدد من المراكز والمستشفيات المتخصصة بلغ عددها ٤٦ مركزًا متخصصًا (بعدد أسرة ٦٦٤٨ سريرًا) منها ٧ مستشفيات للأورام و١٢ وحدة لجراحات اليوم الواحد جهزت بالمعدات التشخيصية والعلاجية المناسبة.

وعلى خلفية الوضع المعلوم للمستشفيات والوحدات الريفية المتمثل ليس فى تدنى إعدادها مقارنة بحجم السكان حولها فحسب وإنما وهذا هو الأهم فى تواضع مستوى التجهيزات الفنية والطبية فى مجال التشخيص والعلاج.

ورغم أن وزارة الصحة وحدها تمتلك حوالى ١١٧٩ وحدة صحية تضم فى داخلها ٢٦٤٧ جهاز أشعة، و ٨٣٥٢ جهازًا علاجيًّا، ونحو ٨٠٦٠ جهاز فحص بالإضافة إلى ٢٩٤٧ معملًا للتحليل، وذلك فى عام ٢٠٠٦[٤٤]، فإن معظم هذه الأجهزة قد وضعت فى المستشفيات والمراكز الطبية بالمدن والحضر، ولم تحظ الوحدات القروية والريفية بما يتناسب مع متطلبات الواقع الصحى فى الريف المصرى ويكشف معدل الأسرة لكل ١٠ آلاف من سكان الحضر والريف عن مكمن آخر من مكامن الخلل الاجتماعى والصحى؛ حيث تبين أن هذا المعدل فى الحضر يصل الى ٢ , ٤٥ سرير لكل عشرة آلاف من السكان، بينما هو فى الريف لا يتجاوز ٢ , ٧٢ سرير لكل عشرة آلاف مواطن وفقًا للتقرير الإحصائى السنوى لوزارة الصحة عن الحالة فى أول يناير عام ٢٠٠٨.

وكذلك، فإن توزيع الوحدات قد أظهر أن الحضر استأثر بحوالى ٢٠٢٩ وحدة صحية عام ٢٠٠٧، بينما الريف لم يزد نصيبه عن ٦٧٣ وحدة صحية (أى بنسبة ٣ إلى ١) برغم أن التوزيع السكانى يشير إلى أن ٥٧٪ من سكان البلاد يعيشون فى الريف وفقًا لتعداد عام ٢٠٠٦، وبالمثل فإن الريف يحظى بـ ١١٤٦ سريرًا من أسرة القطاع الصحى (٧٪) مقابل ١٤١ , ٥٥٠ سريرًا لسكان الحضر (٩٢٪) فى عام ٢٠٠٧.

ثانيًا: توزيع الخدمات الصحية بين القطاع الحكومى والقطاع الخاص والاستثمارى

من منظور التوزيع الاجتماعى للخدمات الصحية والعلاجية تواجهنا ظاهرتان جديرتان بالتحليل والدراسة:

الأولى: التطور الملحوظ فى أعداد الوحدات الصحية الخاصة والاستثمارية والأهلية والعيادات الخاصة طوال الثلاثين عامًا الماضية وتحديدًا منذ عام ١٩٧٤.

الثانية: عمليات الخصخصة الجزئية التى جرت فى المستشفيات والوحدات الصحية الحكومية والعامة، تمهيدًا لخصخصة شاملة جرى الإعلان عنها والسير تجاهها تنفيذيًّا منذ مطلع عام ٢٠٠٦.

دعونا ـ إذن ـ نتناول كل واحدة بشىء من التفصيل:

منذ أن جرى عام ١٩٦١ تأميم بعض المنشآت والمستشفيات الخاصة وتحويلها إلى القطاع العام والحكومى (٣٤ مستشفى)، غلب الطابع الحكومى على تقديم الخدمات الصحية فى البلاد، وباستثناء العيادات الخاصة بالأطباء والأخصائيين والتى بلغ عددها ١٢٥٠٠ عيادة عام ١٩٧١، فقد ظلت المنشآت الصحية الصغيرة أو المتوسطة محدودة العدد لا تتجاوز ١١٦ مستشفًى خاصًا صغيرًا فى ذلك العام (١٩٧١)[٤٥]، لا تضم سوى ٣٧٥٢ سريرًا بمتوسط ٣٢ سريرًا لكل مستشفى.

وبعد أن أعلنت الدولة والرئيس السابق «أنور السادات» انتهاج سياسة «الانفتاح الاقتصادى ـ Open Door Policy»، وصدور قانون الانفتاح الأول رقم (٤٣) لسنة ١٩٧٤ وتعديلاته اللاحقة (ستة تعديلات حتى عام ٢٠٠٣)، جرى تحفيز الاستثمار الخاص والأجنبى فى كافة المجالات، وكان الاستثمار فى القطاع الطبى واحدًا من القطاعات التى حظيت بالكثير من التسهيلات والإعفاءات الضريبية والجمركية على مستلزمات تشغيله وآلاته ومعداته المستوردة، وفتحت خزائن البنوك والمصارف العامة والحكومية لمنح القروض والتسهيلات الائتمانية لهذه المنشآت الصحية الاستثمارية.

وهكذا، زادت المستشفيات الخاصة من ١١٦ مستشفًى (بطاقة ٣٧٥٢ سريرًا) عام ١٩٧١ إلى ٢٨٢ مستشفى خاصًا واستثماريًا عام ١٩٨٢ بطاقة سريرية بلغت ٧٨١٦ سريرًا[٤٦]، معظمها صغيرة ومتوسطة الحجم (٢٠ سريرًا فأقل) وبرزت بالمقابل بعض المستشفيات الاستثمارية الكبيرة الحجم (أكثر من ١٠٠ سرير للمستشفى) مثل السلام الدولى والنيل بدراوى وكليوباترا وغيرها.

وبحلول عام ٢٠٠٨، كان عدد المستشفيات الخاصة والاستثمارية قد زاد إلى ٦٦٤ مستشفى بطاقة سريرية تزيد عن ٢٦ ألف سرير، علاوة على ٦٥٨ وحدة صحية أهلية تابعة للجمعيات الأهلية والخيرية، كما يظهرها البيان التالى:

جدول رقم (٢١)
توزيع الوحدات الصحية الخاصة والاستثمارية وفقًا للمحافظات وعدد الأسرة طبقًا للموقف فى عام ٢٠٠٨

م	المحافظة	الوحدات		الأسرة	
		العدد	النسبة ٪	العدد	النسبة ٪
١	القاهرة	٣٨١	٢٨,٠٪	٨٥٣٧	٣٢,٤٪
٢	الإسكندرية	١١١	٨,٢٪	٢٣٤٩	٨,٩٪
٣	البحيرة	١٥	١,٠٪	٤٣٨	١,٧٪
٤	الغربية	٦٠	٤,٠٪	١٤٦١	٥,٥٪
٥	كفر الشيخ	١٦	١,٢٪	٢٣٨	٠,٩٪
٦	المنوفية	٣٩	٢,٩٪	٤٧٠	١,٨٪
٧	القليوبية	٦٠	٤,٥٪	٩٤٨	٣,٦٪
٨	الدقهلية	١٠٢	٧,٩٪	١١٠٣	٤,٢٪
٩	دمياط	١٦	١,٢٪	١٩٣	٠,٧٪
١٠	الشرقية	٥٣	٣,٩٪	١٧٩١	٦,٨٪
١١	بورسعيد	١٥	١,٠٪	٣٠٧	١,٢٪
١٢	الإسماعيلية	٢٣	١,٧٪	٢٩٤	١,١٪
١٣	السويس	١٧	١,٣٪	٣٨٤	١,٥٪
١٤	الجيزة	٢٤٥	١٨,١٪	٤٥٤٩	١٧,٢٪
١٥	الفيوم	١٧	١,٣٪	٣٤٥	١,٣٪
١٦	بنى سويف	٩	٠,٧٪	١٤٣	٠,٥٪
١٧	المنيا	٢١	١,٦٪	٥٥٠	٢,١٪
١٨	أسيوط	٤٦	٣,٤٪	٩٩١	٣,٨٪
١٩	سوهاج	٢٥	١,٨٪	٤١٣	١,٦٪
٢٠	قنا	١٣	١,٠٪	٢٨٩	١,١٪
٢١	الأقصر	٢	٠,١٪	١٨	٠,٠٧٪
٢٢	أسوان	١٨	١,٣٪	٣٣١	١,٣٪
٢٣	مطروح	٣	٠,٢٪	٤٩	٠,٢٪
٢٤	الوادى الجديد	٥	٠,٤٪	٤٤	٠,٢٪
٢٥	البحر الأحمر	٥	٠,٤٪	٧٥	٠,٣٪
٢٦	شمال سيناء	٤	٠,٣٪	٤٧	٠,٢٪
٢٧	جنوب سيناء	١	٠,٠٧٪	٤٠	٠,٢٪
	الإجمالـــى	١٣٢٢	١٠٠٪	٢٦٤٠٩	١٠٠٪

المصدر: وزارة الصحة والسكان، الكتاب الإحصائى السنوى لعام ٢٠٠٨، دليل المنشآت الصحية بحسب المحافظات.

بالإضافة إلى هذه المستشفيات الخاصة والاستثمارية، فقد توسع القطاع الخاص الطبى فى إنشاء وحدات صحية للغسيل الكلوى ومعامل التحاليل والأشعة وغيرها خاصة بعد أن تزايد أعداد المصابين بالفشل الكلوى والحاجة لعمليات زراعة الكلى(*)، وعلينا أن نلاحظ أن الإحصاءات الرسمية التى تقدمها وزارة الصحة، غالبًا ما تدرج البيانات المتعلقة بالوحدات الصحية التابعة للجمعيات الأهلية مثل (الجمعية الشرعية أو الجمعيات المسيحية أو غيرهما) ضمن وحدات القطاع الخاص، وهو ما يغفل الاختلاف العميق والجوهرى بين الأدوار والفلسفة الكامنة وراء كل منهما.

فبينما تحرص هذه الجمعيات على تقديم خدماتها الصحية أو الاجتماعية فى إطار غير هادف للربح بصورة أساسية ـ حتى لو حقق فعلًا ربحًا من هذا النشاط ـ فإن جوهر وأساس نشاط القطاع الخاص والاستثمارى فى مجال الصحة هو الربح Profit حتى لو تعارض فى الكثير من الأحيان مع المقتضيات الإنسانية لمهنة الطب ومتطلباتها.

ويؤكد واحد من أبرز العاملين فى هذا الحقل بأن معدل الأرباح المحقق من الاستثمار فى مجال الصحة يعادل ستة أضعاف التكاليف المصروفة فى المشروع(٤٧)، وتكاد تعتمد هذه الوحدات الصحية الخاصة والاستثمارية على الخبرات الطبية والتمريضية للأطباء والممرضات والفنيين العاملين فى مستشفيات القطاع الحكومى والجامعى، بحيث نستطيع القول بأنهم قد حصلوا على الكوادر الفنية والعلمية دون أن يتكلفوا شيئًا فى تعليمها وتدريبها، فقد تكفلت الدولة بذلك والمرضى الفقراء المترددين على المستشفيات الحكومية والعامة بتدريبهم وإكسابهم الخبرات العملية .

ويقدر حجم الاستثمارات التى وظفت فى هذه المستشفيات الخاصة والاستثمارية بحوالى ٨٠٠ مليون جنيه، مولت معظمها من خلال البنوك والقروض المصرفية.

ويتركز تخصصات هذه الوحدات الصحية فى المجال العام، ثم وحدات متخصصة فى أمراض النساء والولادة، يليها الجراحات العامة، ثم أمراض الكلى والباطنة كما يظهرها البيان التالى:

(*) انتشرت فى مصر خلال السنوات الخمس عشرة الأخيرة شبكات بيع الكلى، واصطياد الفقراء من الشباب والأصحاء المصريين ومقايضتهم على أعضائهم مقابل مبالغ مالية محدودة، وتشكلت عصابات شبه منظمة تبدأ من السماسرة والقناصين «للمتبرعين» والمتعطلين مرورًا إلى معامل التحاليل والأطباء المستعدين لإجراء مثل هذه العمليات اللاأخلاقية مقابل مبالغ مالية طائلة للمرضى المصريين و العرب والأجانب.

جدول رقم (٢٢) توزيع الوحدات الصحية الخاصة وفقاً للمحافظات والتخصصات حتى يناير ٢٠٠٨

م	المحافظة	عام	أسنان	جراحة عامة	أطفال	مسالك بولية	عيون	أنف وأذن	كلى	عظام	نفسية وعصبية	باطنة	تحاليل	قلب	صدر	مخ وأعصاب	أسنان	الإجمالي
١	القاهرة	٣٨	٢١	٢٠	١٠	١	٥	٣	١٠	١	٧	—	٣	—	—	١	—	٣٧٠
٢	الإسكندرية	١٠٢	١	—	١	—	٣	١	—	—	—	١	—	—	—	—	—	١٠٩
٣	البحيرة	١٠	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	١٠
٤	الغربية	٥٥	١	١	—	—	١	—	١	—	١	—	—	١	١	—	—	٦٦
٥	كفر الشيخ	٥	٢	١	٢	٢	—	—	٢	١	—	١	—	—	—	—	—	١٦
٦	المنوفية	٣٠	٦	٢	—	—	—	—	—	—	—	—	—	١	—	—	—	٣٩
٧	القليوبية	٢٧	٥	١	٢	—	٩	—	٨	—	٤	—	٣	—	—	١	٣	٨١
٨	الشرقية	٢٢	٢٢	١٢	٣	٢	١	٣	٢	١	١	١٧	—	—	١	—	—	١٠١
٩	دمياط	١٣	١	—	—	—	—	—	٢	—	—	—	—	—	—	—	—	١٦
١٠	الغربية	٥٥	—	١	—	—	١	—	—	—	—	—	—	—	١	—	—	٥٣
١١	بورسعيد	٩	٤	—	—	—	٢	—	١	—	—	—	—	—	—	—	—	١٦
١٢	الإسماعيلية	٨	١١	١	—	—	٢	—	١	—	—	—	—	—	—	—	—	٢٣
١٣	السويس	١٦	—	—	—	—	١	—	١	—	—	—	—	—	—	—	—	١٨
١٤	الجيزة	٢٠٠	١٠	٣	٥	—	٩	—	٨	—	٤	—	٣	—	—	١	٣	٢٤٣
١٥	الفيوم	١٢	١	١	—	١	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	١٧
١٦	بني سويف	٢	٤	١	—	٢	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	٩
١٧	المنيا	٢١	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	٢١
١٨	أسيوط	١٨	١١	٥	—	٣	٣	—	—	٢	١	١	١	—	١	—	—	٤٦
١٩	سوهاج	١٦	٤	١	٢	—	١	—	١	—	—	—	—	—	—	—	—	٢٥
٢٠	قنا	٨	٢			١	٢											١٣
٢١	الأقصر	٢	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	٢
٢٢	أسوان	٤	٣	١	١	٤	١	٢	—	—	١	١	—	—	—	—	—	١٨
٢٣	مطروح	٢	—	١	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	٣
٢٤	الوادي الجديد	٤	١	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	٥
٢٥	شمال سيناء	٥	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	٥
٢٦	قبلي سيناء	٣	١	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	٤
٢٧	جنوب سيناء	١		—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	١
	الإجمالي	٩١٦	١٣٣	٨٨	٣٧	١٦	٣٥	٩	٣٧	٥	١٩	٣١	٩	٢	٤	٣	٩	١٣٣٩

المصدر : وزارة الصحة والسكان، الكتاب الإحصائي السنوي، الوحدات الصحية الخاصة بالمحافظات وتخصصاتهم، يناير ٢٠٠٨.

ويلاحظ أن الطاقة السريرية فى هذه المستشفيات الخاصة تتفاوت؛ حيث نجد أن من بين هذه المستشفيات الخاصة يوجد ٣٦ مستشفى هى الأكبر من حيث عدد الأسرة (٨٠ سريرًا فأكثر) بالإضافة إلى ٨٤ مستشفى أخرى متوسطة الحجم (أكثر من ٥٠ سريرًا للمستشفى الواحد وأقل من ٨٠ سريرًا).

جدول رقم (٢٣)
أهم وأكبر المستشفيات الخاصة فى مصر وعدد أسرتها وفقًا للموقف فى أول يناير عام ٢٠٠٨

م	اسم المستشفى	عدد أسرتها	م	اسم المستشفى	عدد أسرتها
١	الوفاء والأمل	٤٠٠	١٩	مستشفى دار الفؤاد	١٠٠
٢	المقاولون العرب	٣٣٠	٢٠	جمال ماضى أبو العزايم	١٠٠
٣	أمبرتو الأول الإيطالى	٣٣٠	٢١	الأمريكان بالغربية	١٠٠
٤	السلام الدولى	٣٠٣	٢٢	النضالى التخصصى بالغربية	١٠٠
٥	الكهرباء	٣٠٠	٢٣	الدلتا الدولى بالغربية	١٠٠
٦	بهمان النفسى	٢٠٠	٢٤	مستشفى فيكتوريا بالإسكندرية	١٠٠
٧	مركز الإسكندرية	١٩٥	٢٥	أنس بن مالك بالسويس	١٠٠
٨	مستشفى الزراعيين	١٧٥	٢٦	الخير بالدقهلية	١٠٠
٩	القاهرة التخصصى	١٧٤	٢٧	الراعى الصالح بالمنيا	١٣
١٠	النيل بدراوى	١٥٦	٢٨	مستشفى الزهراء بأسيوط	١٠٠
١١	مستشفى كليوباترا	١٤٢	٢٩	مصحة النيل النفسية بالمعادى	٩٦
١٢	مستشفى المعلمين	١٤٥	٣٠	مستشفى الدعاء بالمعادى	٨٠
١٣	حسبو الدولى	١٠٢	٣١	النزهة الدولى للاستثمار	٨٠
١٤	مستشفى الفيروز	١٢٠	٣٢	مستشفى الدعاة بالنزهة	٨٠
١٥	مستشفى الشروق	١٠٤	٣٣	مستشفى الشبراويشى بالدقى	٨٠
١٦	مستشفى طيبة	١٠٠	٣٤	مستشفى المروة بالدقى	٨٠
١٧	مستشفى الأنجلو أمريكان	١٠١	٣٥	مستشفى مصر الدولى بالدقى	٩٠
١٨	مستشفى الراعى الصالح	١٠٠	٣٦	مستشفى الجيزة الدولى	٩٠
المجمـــوع (٥١٨٣) سريرًا					

وهكذا، فإن لدينا حوالى ١٢٠ مستشفى خاصًا واستثماريًا تستحوذ وحدها على حوالى ٩٧٢٨ سريرًا بما يشكل حوالى ٣٩,٦ ٪ من إجمالى الأسرة المتاحة فى القطاع الصحى الخاص.

وبالإضافة إلى هذه الوحدات الصحية الخاصة الاستثمارية والأهلية، فهناك ما يزيد عن ٦١ ألف عيادة طبية خاصة يقدم الأطباء من خلالها الرعاية الصحية المتنوعة للمرضى فى كافة أحياء المدن والريف المصرى، وإن كان تركيزها الأعلى فى المدن المصرية.

وقد أصدرت نقابة الأطباء فى مصر بيانًا إحصائيًّا مختلفًا عن تلك الأرقام التى قدمتها وزارة الصحة فى تقريرها الإحصائى السنوى؛ حيث ذكرت النقابة أن عدد العيادات الخاصة بالبلاد فى نهاية عام ٢٠٠٨ قد بلغ ٦١٤٧٦ عيادة، بينما بلغ عدد المراكز والعيادات المتخصصة ٩٦٩٤ مركزًا، أما المستشفيات الخاصة فقد بلغ عددها وفقًا لنقابة الأطباء ٢١١٣ مستشفى موزعة بين محافظات الجمهورية، كما يظهرها البيان التالى:

جدول رقم (٢٤)
بيان بالمستشفيات والعيادات الخاصة والمراكز والعيادات التخصصية بالمحافظات حتى شهر مارس ٢٠٠٩

م	المحافظة	عيادات خاصة	مراكز وعيادات تخصصية	مستشفيات
١	القاهرة	١٤٥٨٧	٢٧٩٧	٦٦٠
٢	الجيزة	٥٦٣٦	١١٣١	٣٠٨
٣	الإسكندرية	٦٠٩٣	٧٥٨	١٣٤
٤	بورسعيد	٧٤٢	١٠٣	٣٠
٥	السويس	٥٤١	٩٦	٣٣
٦	دمياط	١١٢٢	١٥٤	١٨
٧	الدقهلية	٤٩٢٠	٦٦٦	١٤٥
٨	الشرقية	٣٠٢٣	٣٢٥	٨٧
٩	القليوبية	٢٥٢٢	٣٨٨	٨٠
١٠	كفر الشيخ	١٣٩١	١١١	٢٧
١١	الغربية	٤٠٩٦	٥٣٩	٦٥
١٢	المنوفية	٢٦٤١	٤١٦	٦٥
١٣	البحيرة	٢٦٩٥	٤٦٢	٣٤
١٤	الإسماعيلية	٧٨٥	١٢٨	٣٦
١٥	بنى سويف	٩٣٠	١٦٢	١٤٩

١٦	الفيوم	٦٨٩	٦٩	٢٧
١٧	المنيا	١٩٣٢	١٧٩	٢٧
١٨	أسيوط	٢٠٨٨	٣٧٧	٦٤
١٩	سوهاج	٢٠٩٠	٢٨١	٣٩
٢٠	قنا	١٧٢٨	٢٥٣	٣١
٢١	أسوان	٦٣٥	١٣٣	٢٧
٢٢	البحر الأحمر	٢٢٠	٨٨	٧
٢٣	الوادى الجديد	١٣٤	١١	٩
٢٤	مطروح	٦٧	٣	٤
٢٥	شمال سيناء	١٠٨	١٦	٥
٢٦	جنوب سيناء	٦١	٤٦	٢
	الإجمالى	٦١٤٧٦	٩٦٩٤	٢١١٣

المصدر: النقابة العامة للأطباء بالقاهرة، قسم الحاسب الآلى، قسم المنشآت، بيان مستقل، مارس ٢٠٠٩.

وقد وفرت الشبكة الواسعة من العيادات الخاصة خدمة طبية وعلاجية متنوعة ومتفاوتة المستوى، سواء من ناحية الكفاءة العلمية والمهنية أو من الناحية الاقتصادية والمالية، وتفاوتت تكاليف الكشف فيها بين عدة جنيهات (٥ جنيهات كحد أدنى) إلى ٣٠٠ جنيه للكشف الواحد لدى بعض الأطباء والتخصصات.

وسوف نعالج هذا الموضوع بتفصيل أكثر فى الفصل الرابع من هذه الدراسة.

■■■

(ب) الخصخصة الجزئية للوحدات الصحية الحكومية والعامة:

من أخطر السياسات المراوغة وغير المعلن عنها التى اتبعت فى إدارة وحدات الصحة الحكومية منذ منتصف السبعينيات ـ تمامًا كما جرى فى قطاع التعليم ـ هو ما أطلق عليه «**التمويل الذاتى**» أو «**المشاركة الشعبية**» فى تحمل الأعباء.

وتحت دعوى تخفيض الأعباء عن ميزانية الدولة، جرى نقل عبء تأثيث المدارس أو تمويل العلاج ومستلزماته إلى المواطنين أنفسهم، والخطير فى مجال الصحة هو أنه يصطدم بحقيقة قاسية تتمثل فى تواضع مستوى معيشة وقدرات ملايين المرضى المحتاجين فعلًا إلى

هذه الرعاية الصحية، بحيث يتعذر عليهم تحمل جزء ولو بسيطًا من أعبائها، وقد اتخذت هذه السياسة الرسمية أحيانًا ـ وغير الرسمية أحيانًا أخرى ـ **مجموعة من الإجراءات والصور نذكر منها:**

١- التوسع فى عدد ونسبة ما يسمى أسرة وأقسام «العلاج بأجر» داخل المستشفيات العامة والحكومية.

٢- تحمل المريض وأسرته أعباء شراء بعض الأدوية وبعض المستلزمات الطبية أو إجراء التحاليل المعملية أو الأشعة المطلوبة.

٣- الانتظار لشهور طويلة من أجل الحصول على الخدمة الطبية المطلوبة، خاصة فى العمليات الجراحية (القلب ـ الكلى ـ وغيرها) أو الأجهزة التعويضية، مما يضطر المريض أو أسرته إلى اللجوء إلى وسائل الاتصال المباشر بالعيادة الخاصة لبعض كبار الأطباء والكشف لديهم ثم الإنفاق على أتعاب مقابل تسهيل مهمة دخوله المستشفى وإجراء العملية الجراحية المطلوبة.

٤- تقديم مكافآت أو إكراميات لأطقم الخدمة الطبية لضمان الحصول على رعاية صحية مناسبة أثناء التواجد داخل المستشفى الحكومى.

ربما يعطينا تطور أعداد «**الأسرة بأجر**» داخل المستشفيات التابعة لوزارة الصحة صورة معبرة عن اتجاه هذه السياسة، فوفقًا لبيانات وزارة الصحة لم تكن هذه الأسرة عام ١٩٧١ تزيد عن ٥٢٥٣ سريرًا، وهو ما كان يشكل حوالى ٧,٧٪ من إجمالى الأسرة التى توفرها مستشفيات وزارة الصحة وكل القطاع الحكومى الصحى[٤٨] وقتئذ، فإذا بها عام ١٩٨٥ تزيد إلى حوالى ٣٥ ألف سرير بما أصبح يشكل حوالى ٣٠٪ من إجمالى الأسرة المتاحة فى القطاع الحكومى الصحى كله[٤٩]، واستمرت على معدلها المرتفع هذا حتى عام ٢٠٠٦.

كما انتهجت الوحدات الصحية التابعة لوزارات أخرى مثل الدفاع ـ النقل والمواصلات ـ الكهرباء ـ الشرطة.. إلخ، نفس السياسة من خلال التوسع فى تحميل مرضاها نسبة أعلى من تكاليف العلاج.

وقد عبرت هذه السياسة عن نفسها كذلك حينما صدر القرار الجمهورى (٦١) لسنة ١٩٨٢ لتصير المؤسسة العلاجية هيئة اقتصادية تعمل وفقًا لآليات السوق ومقتضياته، وجرى ضم عدد من المستشفيات العامة إليها لاحقًا، وقد تقلص عدد هذه المستشفيات عامًا بعد آخر

بعـد أن ثبـت عدم نجاحهـا بصورة كافية، واقتـصر عددها على أحد عشر مستشـفى موزعًا فى ثـلاث محافظات فقط هى القاهرة والإسـكندرية والقليوبية(*)، ولم تـزد أسرتها مجتمعـــة عن ٢١٣٩ سريرًا فى مطلع عام ٢٠٠٨.

ويزيـد مـن صعوبة الأمر أن المستشـفيات العامة والمركزية التابعة لـوزارة الصحة والبالغ عددها (٢٣٣) مستشفى والتى تضم وحدها حوالى ٣٣٧٩٤ سريرًا (بنسبة ٢٦,٧٪) من إجمالى الأسرة المتاحة فى مصر كلها عام ٢٠٠٨ قد زاد فيها نسبة الأسرة المخصصة للعلاج الاقتصادى (بأجر) لتتجاوز فى بعض المحافظات ٥٨٪ بما يشـكل أخطارًا حقيقية على صحة الشعب وعلى الأمن الاجتماعى والاستقرار النفسى للمواطنين، والجدول التالى يظهر هذه الصورة:

جدول رقم (٢٥)
توزيع الأسرة المجانية والعلاج بأجـر داخل المستشفيات العامة والمركزية التابعة لوزارة الصحة وفقًا للموقف فى يناير ٢٠٠٨

م	المحافظات	عـــدد المستشفيات	عـــدد الأسرة المجانـــية	عدد أسرة العلاج الاقتصادى	جملة الأســـرة	٪ لأسرة العلاج بأجر إلى الإجمالى
١	القاهرة	١٠	١٤٥٥	٥٩٦	٢٠٥١	٢٩,١٠٪
٢	الإسكندرية	٦	٤٨٨	٢١٨	٧٠٦	٣٠,٩٠٪
٣	بورسعيد	٣	٤١٨	١٤٤	٥٦٢	٢٥,٦٠٪
٤	السويس	٢	٤٢	١٨	٦٠	٣٠,٠٠٪
٥	الإسماعيلية	٦	٤٧٦	٢٤	٧١٦	٣٣,٥٠٪
٦	دمياط	١	١٠١	٣٤١	١٣٥١	٢٥,٢٠٪
٧	الدقهلية	٢١	٢٢٤٧	٥١١	٢٧٥٨	١٨,٥٠٪
٨	الشرقية	١٩	١٦٠	٢٧	١٨٧	١٤,٥٠٪
٩	القليوبية	١	١٠٨٦	٢٥٧	١٣٤٣	١٩,١٠٪
١٠	كفر الشيخ	١	١٣٩٦	٤٠٨	١٨٠٤	٢٢,٦٠٪
١١	الغربية	٩	١٠٢	٤٩٨	١٥١٨	٣٢,٨٠٪
١٢	المنوفية	١	٧٥١	١٠٣٥	١٧٨٦	٥٨,٠٠٪
١٣	البحيرة	١٦	١٤٩٩	٢٩٦	١٧٩٥	١٦,٥٠٪
١٤	الجيزة	١٤	١٨٥٦	٥٦٦	٢٤٢٢	٢٣,٤٠٪

(*) تضم القاهرة ستة مستشفيات تابعة للمؤسسة العلاجية هى: هليوبوليس والجمهورية والقبطى ومبرة مصر القديمة ومبرة المعادى ومستشفى الإصلاح الإسلامى، أما فى الإسكندرية فتضم أربعة مستشفيات هى: المبرة والقبطى ودار الولادة ومستشفى أحمد ماهر، وفى محافظة القليوبية تضم مستشفى قليوب.

١٥	بنى سويف	٨	٩١٦	٢٣٢	١١٤٨	٪٢٠,٢٠
١٦	الفيوم	٦	٨٨٣	٩١	٩٧٤	٪٩,٤٠
١٧	المنيا	٩	١٥٧٩	٤٢١	٢٠٠	٪٢١,١٠
١٨	أسيوط	١١	١٤١٢	٥٣٤	١٩٤٦	٪٢٧,٥٠
١٩	سوهاج	١١	١٤١٧	٤٣٩	١٨٥٦	٪٢٣,٧٠
٢	قنا	١١	١١٢٣	٢٥١	١٣٧٤	٪١٨,٣٠
٢١	أسوان	٤	٤٨٤	١١٣	٥٩٧	٪١٨,٩٠
٢٢	مطروح	٧	٥٥٨	١٩١	٧٤٩	٪٢٥,٥٠
٢٣	الوادى الجديد	٤	٣٤٢	١٢٦	٤٦٨	٪٢٦,٩٠
٢٤	البحر الأحمر	٤	١٧١	٢٠٢	٣٧٣	٪٥٤,٢٠
٢٥	شمال سيناء	٤	٢٦٩	١٦٥	٤٣٤	٪٣٨,٠٠
٢٦	جنوب سيناء	٥	١٦٩	٧٦	٢٤٥	٪٣١,٠٠
٢٧	مدينة الأقصر	٣	٢٢٧	١٢١	٣٤٨	٪٣٤,٨٠
المجموع		٢٣٣	٢٥٢٧٢	٨٥٢٢	٣٣٧٩٤	٪٢٥,٢٠

المصدر: وزارة الصحة، الكتاب الإحصائى السنوى، دليل الوحدات والأسرة، إصدار عام ٢٠٠٨، ص ٥٤ حتى ص٦٧.

أى أننا بصدد ما يقارب ٣٠٪ من أسرة المستشفيات التى تشرف عليها وزارة الصحة تعمل وفقًا لآليات السوق وتحقيق الربح بكل ما يتضمنه ذلك من صعوبات على الفئات محدودة الدخل والذين يتعرضون للأمراض ويتزايد عددهم بصورة لافتة عامًا بعد آخر.

وقد استكملت هذه السياسة مقوماتها بدخول العامل الخارجى أو الدولى، وذلك منذ عام ١٩٩٨ من خلال البنك الدولى وتمويله لبعض المشروعات البحثية المدعومة بـ «خبراء أمريكيين» لإعادة هيكلة النظام الصحى فى مصر[٥٠]، وبداية تطبيق ما يسمى برنامج «**استعادة النفقات**» Recovery Cost الذى يعنى زيادة الجزء المالى الذى يتحمله طالب الخدمة والرعاية الصحية تمهيدًا لنقلها بصورة كاملة فى ظل برنامج معلن لخصخصة الرعاية الصحية والتى بدأ تطبيق شقها الأصعب بقرار رئيس الوزراء رقم (٦٣٧) لسنة ٢٠٠٧ الذى قضى بتحويل الهيئة العامة للتأمين الصحى إلى شركة قابضة، تتولى الإشراف على المستشفيات التابعة لها بعد تحويلها بدورها إلى شركات أصغر تمهيدًا لطرحها للبيع لمستثمرين من القطاعين الخاص المصرى والعربى أو الأجنبى وهو ما لقى مقاومة شديدة من جانب منظمات المجتمع المدنى وفى طليعتهم تحالف «الحق فى الصحة» وجماعة ٩ مارس لاستقلال الجامعات وجمعية

التنمية الصحية والبيئية، والتى نجحت فعلًا فى الحصول على حكم قضائى من محكمة القضاء الإدارى بإلغاء هذا القرار وما ترتب عليه من آثار (قضية رقم ٢١٥٥٠ لسنة ٦١ق، والدعوى رقم ٢١٦٦٥ لسنة ٦١ق، والدعوى رقم ٢٢١٢ لسنة ٦١ق، ورقم ٢٥٧٥٢ لسنة ٦١ق، والدعوى رقم ٢٥٨٥٧ لسنة ٦١ق).

ثالثًا: تطور أعداد المرضى والحالة الصحية

لا تكتمل صورة البنية التحتية لقطاع الرعاية الصحية فى مصر، دون عرض ملامح الأرضية المرضية وأعداد المرضى والمترددين على الوحدات الصحية الحكومية والخاصة حتى نتمكن من التعرف إلى مدى تناسب هذه البنية التحتية (المادية) لقطاع الرعاية الصحية مع أعداد المرضى وما يصيبهم من أمراض فى ضوء التطورات والتغيرات النوعية فى أنواع الأمراض، والضغوط النفسية والعصبية وسمات العصر التى ولدت أنماطًا جديدة من الأمراض والأوبئة، ما زالت البشرية لم تجد لها علاجًا ناجعًا كمرض السرطان والإيدز وغيرهما.

كما أن إظهار أعداد المنتفعين والمستحقين والمترددين من المرضى على هذه الوحدات الصحية حكومية كانت أو استثمارية أو خاصة تفيد أحيانًا فى الرد على بعض الأقاويل الرسمية وغير الرسمية حول الفائض فى أعداد الأطباء أو الممرضات أو الأسرة.. إلخ[٥١].

وتستند معلوماتنا عن القطاع الصحى الحكومى ـ نظرًا لغياب بيانات تفصيلية دقيقة عن القطاع الخاص الصحى لاعتبارات كثيرة ليس أقلها المحاسبة الضريبية ـ إلى أربعة مصادر رئيسية:

الأول: السجلات الروتينية للمستشفيات والوحدات الصحية الخاصة.

الثانى: المسوح الخاصة Survey مثل المسح الصحى الديموجرافى (DHS) الذى بدأ عام ١٩٨٨ ثم ١٩٩٢ ثم ١٩٩٥ حتى مسوح عام ٢٠٠٠؛ حيث أصبح مرجعية أساسية بسبب كبر حجم العينة (١٦ ألف سرير أخذت فى مسوح عام ٢٠٠٠)[٥٢].

كما جرى عام ١٩٩٨، إنشاء المركز القومى لمعلومات الصحة والسكان بدعم وتمويل من هيئة المعونة الأمريكية U.S Aid وطبقًا لقرار من وزير الصحة (دكتور إسماعيل سلام) فى ذلك الوقت.

الثالث: مسح الدخل والإنفاق والاستهلاك الدورى لعينة كبيرة من الأسر المصرية الذى يقوم به الجهاز المركزى للتعبئة العامة والإحصاء.

الرابع: نشرة إحصاء الخدمات الصحية التى يصدرها جهاز التعبئة العامة والإحصاء دوريًا.

فإذا تأملنا الإحصاءات المتاحة، نجد أنه فى عام ١٩٨٥ وحده تردد على المستشفيات العامة والمتخصصة التابعة لوزارة الصحة بالمدن والحضر حوالى ٢١,٨ مليون مريض، وإذا أضفنا إليهم المرضى الذين ترددوا على المراكز الصحية بالريف والوحدات الريفية وعددهم ١٤,٥ مليون مريض، فإننا نستخلص أن عدد المترددين من المرضى على الوحدات الصحية التابعة لوزارة الصحة وحدها ـ دون مستشفيات التأمين الصحى ـ قد تجاوز ٣٦,٣ مليون مريض[٥٣]. أما الذين تلقوا علاجًا فى الأقسام الداخلية ذلك العام من بين هذا العدد الكبير من المرضى فقد بلغ عددهم ١,١ مليون مريض موزعين على النحو التالى:

جدول رقم (٢٦)

عدد المرضى المترددين على العيادات الخارجية والأقسام الداخلية لمستشفيات وزارة الصحة ووحداتها الريفية عام ١٩٨٥/ ١٩٨٦

الجهة	عدد مرضى العيادات الخارجية	عدد مرضى الأقسام الداخلية
- مستشفيات عامة مركزية	١٦٣٥٧٤٤٤	٨٥٦١٧١
- مستشفيات الرمد	.٢٣٣٣٢٧	٢٣٩٨٣
- مستشفيات نفسية	١١٢٩٩٢	٨٠٥٩
- مستشفيات صدرية	٥٢١٨٧٩	٣٢٣٨٦
- مستشفيات حميات	٢٤٥١١١٠	١٦١٥٨٧
جملة المدن (١)	٢١٧٧٦٦٩٥	١٠٨٢١٨٦
- مستشفيات قروية	٥١٧١٠٣	٥٧١٩
- مراكز صحية ووحدات ريفية	١٤٤٦٤٦٨٩	٩٧٤٠
جملة الريف (٢)	١٤٩٨٢٧٩٢	١٥٤٥٩
الإجمالى ١+٢	٣٦٧٥٨٤٨٧	١٠٩٧٦٤٥

المصدر: مجلس الشورى، تقرير عن «قضية العلاج فى مصر» لجنة الخدمات، دور الانعقاد العادى السابع، القاهرة، ١٩٨٧ ص ٢٨.

فى هذا الوقت، لم يكن مشتركو هيئة التأمين الصحى يزيدون عن ٣,٣ ملايين مواطن معظمهم تقريبًا من العاملين فى أجهزة الدولة ومؤسساتها قبل أن تتحول إلى مظلة يستظل بها حوالى ٣٦ مليون مواطن فى نهاية عام ٢٠٠٦، ثم تبين استمرار زيادة أعداد المترددين على هذه

المستشـفيات العامة والمركزية التابعة لـوزارة الصحة؛ حيث تجاوز هذا العدد حوالى ٤٠ مليون مريض عام ٢٠٠١ موزعين على النحو التالى:

جدول رقم (٢٧)
تطور أعداد المرضى المترددين على المستشفيات العامة والمركزية التابعة لوزارة الصحة خلال الفترة ١٩٩٦ - ٢٠٠١ «بالمليون»

السنوات	المترددون على العيادات الخارجية	مرضى الاستقبال	الأقسام الداخلية
١٩٩٦	...	٥,٩٩	١,٣
١٩٩٧	...	٦,٧٢	١,٦
١٩٩٨	٢١,٥	٧,٨	١,٧
١٩٩٩	٢٢,٩	٨,٣	١,٨
٢٠٠٠	٢٤,٤	٩,٢	٢,٠٤
٢٠٠١	٢٧,٥	١١,١	٢,٤

المصدر: موقع وزارة الصحة والسكان على الإنترنت WWW.mohp.gov.eg/sec/About/Hisorical.asp?x =6

وبعض هؤلاء أجريت عمليات جراحية (بالأقسـام الداخلية والخارجية) زادت عامًا بعد آخـر مـن حوالى ٢ , ٢ مليون عملية جراحية عام ١٩٩٦، ثم شـهدت قفـزة كبيرة عام ٢٠٠١؛ حيث زادت على ٢ , ٦ ملايين عملية جراحية كما يظهرها البيان التالى:

جدول رقم (٢٨)
تطور أعداد العمليات فى الأقسام الداخلية التى أجريت فى المستشفيات العامة والمركزية خلال الفترة ١٩٩٦ ـ ٢٠٠١

السنوات	عدد العمليات الداخلية «بالمليون»	عدد العمليات الخارجية
١٩٩٦	١,٠٥	٦٥٤٤,٧
١٩٩٧	١,١٤	٧٤٣٢٠٦
١٩٩٨	١,٢٨	٨١٤٨٣٢
١٩٩٩	١,٧٣	.٨٧١٨٧
٢٠٠٠	١,٥	٩٥٧,٥٧
٢٠٠١	٦٢٤١١٩٥	

المصدر: موقع وزارة الصحة والسكان على الإنترنت WWW.mohp.gov.eg/sec/About/Hisorical.asp?x = 6

ويلفت النظر ما أظهرته هذه المصادر الإحصائية الرسمية عن مرضى الأورام فى البلاد، فقد تبين فى أربعة مراكز فقط لعلاج الأورام تابعة لمستشفيات (دمياط ـ سوهاج ـ المنيا ـ دمنهور) أن

عدد هؤلاء المرضى يرتفع سنويًّا ليزيد على ١٠٠ ألف مريض عام ٢٠٠١، وأن معدل الزيادة فى أعـداد هؤلاء المرضى يدعو إلى القلق الشـديد خاصـة إذا أخذنا بعين الاعتبار بقية مراكز علاج الأورام السبعة الموجودة فى البلاد بعد عام ٢٠٠٥.

جدول رقم (٢٩)

تطور أعداد مرضى الأورام الذين ترددوا على مراكز العلاج الأربعة التابعة لبعض مستشفيات وزارة الصحة خلال الفترة ١٩٩٩ - ٢٠٠١

المترددون	١٩٩٩	٢٠٠٠		٢٠٠١	
		العدد	٪ الزيادة السنوية	العدد	٪ الزيادة السنوية
- على العيادة الخارجية	٦٩٩٩٦	٧٣٤٩٦	٥,٠٪	١٠٩٩٢٧	٤٩,٦٪
- القسم الداخلى	٨٦٦٠	٩٣٣٨	٧,٨٪	٢٢٢٤٣	٣٨,٢٪
- العمليات	٩٢١	١١٤٧	٢٤,٥٪	٢٤٠٨	١٠٩,٩٪

المصدر: موقع وزارة الصحة والسكان على الإنترنت WWW.mohp.gov.eg/sec/About/Hisorical.asp?x =6

أما فى عام ٢٠٠٦، فقد زاد عدد المترددين من المرضى على العيادات الخارجية لمستشفيات ووحـدات وزارة الصحـة إلى ٤٩,١ مليون مريض، دخل منهم الأقسـام الداخلية حوالى ٤,٧ ملايين مريض قضوا حوالى ١٨,٤ مليون يـوم[٥٤]، وهنا يشير الخبراء والمتخصصون فى الحقل الطبى والعلاجى إلى مجموعة من الحقائق الجديرة بالنظر إليها فى تحليلنا اللاحق وهى:

١- أن معدل الزيارة أو التردد(*) وفقًا لمسـوح عام ١٩٩٥ (Ehhues-Egypt) التى قام بها البنـك الدولى وعدد من الخبراء المصريين يدور فى المتوسـط حول ٣,٥ زيارة/ مريض خارجى سنويًّا، ويتفاوت هذا المعدل من منطقة جغرافية إلى أخرى فهى فى الحضـر (٤,٤٨ زيارة) وفى الريف (٢,٧٥ زيارة) وفى المحافظات الحضرية الأربـعة (٥,٧ زيارة)[٥٥].

٢- تشير نفس المصادر إلى أن هناك علاقة طردية بين معدل التردد أو الزيارة وبين مستوى معيشـة المريض ومستوى تعليمه، فكلما زاد مسـتوى معيشته وارتفع مستوى تعليمه زاد معدل تـرده أو زيارته للعيادات الخارجية للمستشـفيات والوحـدات الصحية، كما يزداد هذا المعدل مع كبر السـن أو العجز[٥٦]، بل ويشـير المسـح الصحى لعام ١٩٩٥ إلى أن معدل تردد المرضى للعيـادات الخارجيـة يصـل إلى ٤,٨٣ زيارة للمـرضى المؤمن عليهـم بينما ينخفـض إلى ٣,٧٧

(*) يقصد بمعدل الدخول، مرات دخول المريض والإقامة فى المستشفى لتلقى العلاج بمختلف مستوياته.

زيارات لغير المؤمن عليهم[٥٧]، بما يؤكد على عامل التكاليف فى عملية إقبال المريض على زيارة المستشفيات الحكومية.

٣- تبين من كافة المسوح الصحية التى تمت فى مصر (١٩٨٨، ١٩٩٢، ١٩٩٥، ٢٠٠٠) أن حوالى ٦٠٪ من الزيارات الخارجية للمرضى تتجه إلى العيادات الخاصة وعيادات المساجد والكنائس سواء فى الريف أو المدن[٥٨]، أى أن الجموع الكبيرة من المرضى الذين ترددوا على المستشفيات الحكومية وعياداتها الخارجية تحديدًا هم فقط ٤٠٪ من إجمالى المرضى فى البلاد، وهى حقيقة على جانب كبير من الأهمية لحساب **وتقدير واقعى لحجم الإنفاق العائلى الحقيقى على الرعاية والخدمات الصحية**.

٤- يختلف الأمر بالنسبة لمرضى الأقسام الداخلية (المقيمين)؛ حيث قد يكون دخولهم إلى المستشفى الحكومى قد تم بعد تعاقد واتفاق خارجى مع الطبيب فى عيادته الخاصة، وبالتالى فإن نسبة من المرضى بالأقسام الداخلية هم بالأصل عملاء الأطباء فى عياداتهم ويجرى تسهيل تلقى علاجهم الأكثر صعوبة (جراحة ـ ولادة... إلخ) داخل الوحدات الصحية الحكومية (اقتصاد موازٍ وقطاع موازٍ).

٥- ما يؤكد هذه الحقيقة ـ ليس فقط المشاهدات والخبرة العملية للباحث ـ وإنما نتائج المسوح الصحية؛ حيث تبين أن معظم زيارات المرضى للعيادات الخارجية تتجه إلى القطاع الخاص (بنسبة ٥٦٪) ثم مستشفيات وزارة الصحة (٣٩٪) ثم وحدات القطاع العام (٥٪) وهو توزيع يحتاج إلى مزيد من التأمل والتحليل.

ونظرًا إلى أن بعض مستشفيات وزارة الصحة **تتميز بالتجهيزات المعملية والتشخيصية، فما هو السبب الحقيقى وراء انخفاض تردد المرضى الأكثر احتياجًا لهذه الخدمة عن وحدات وزارة الصحة والتوجه إلى غيرها؟!**

٦- أما عن معدل الدخول للمستشفيات على مستوى البلاد فهو ٢٧ فردًا لكل ألف من السكان كمتوسط عام، وإن كان هناك تفاوت فى نسب دخول المرضى من منطقة جغرافية إلى أخرى فهى لدى سكان الحضر حوالى ٣٩ فردًا/ ألف من السكان، أما فى الريف فهى تنخفض إلى ١٩ فردًا/ ألف من السكان برغم ارتفاع معدلات المرضى بينهم ـ وسوف نعود لشرح أسبابها فيما بعد ـ أما فى المحافظات الحضرية الأربعة فهى ٤٨ فردًا/ ألف من السكان، وتنخفض فى ريف الوجه القبلى والصعيد إلى أدنى مستوى لها (١٧ فردًا/ ألف من السكان)

وذلك حتى عام ١٩٩٥[٥٩]. وقد زادت الصورة تعقيدًا بعد هذا التاريخ؛ حيث يقارب هذا المعدل فى عام ٢٠٠٦ حوالى ٦٠ فى الألف فى المتوسط العام.

٧- ويصل متوسط مدة الإقامة للمريض فى المستشفيات حوالى٥ أيام وتمثل مدد الإقامة بالمستشفيات الحكومية والقطاع العام معًا حوالى ٨٥٪ من إجمالى مدد الإقامة للمرضى فى جميع المستشفيات أى أن المستشفيات الخاصة والاستثمارية لا توفر سوى ١٥٪ من مدد إقامة للمرضى فى المستشفيات فى مصر ربما بسبب ارتفاع تكاليف الإقامة بصورة مبالغ فيها.

٨- أما معدل دوران السرير Bed Turnover أو ما يطلق عليه «إنتاجية السرير»، فإنه كمتوسط عام حوالى ٣٦ مريضًا / سرير سنويًّا، وإن كان يتفاوت من محافظة إلى أخرى[٦٠].

٩- أما المتوسط العام لمعدل إشغال المستشفى ككل Average Occupancy Rate ـ أى كفاءة الانتفاع بالأصول الخاصة بالخدمات السريرية ـ فهى تدور حول٤٥٪ وهو معدل متدنى جدًّا؛ حيث من المفترض وفقًا لبعض الخبراء أن يتجاوز حاجز ٧٥٪ إلى ٨٠٪ من الطاقة السريرية المتاحة، وبرغم التفاوت الموجود بين المحافظات؛ حيث نجده (٢٩٪) فى محافظة الدقهلية وحوالى (٧٠٪) فى محافظة المنيا فما زال هذا المؤشر منخفضًا للغاية.

بل ويشير المسح الصحى عام ١٩٩٥ إلى أن معدل الإشغال فى مستشفيات وزارة الصحة قد بلغ ٣٣٪ من طاقتها السريرية فقط، بينما وصل إلى (٧١٪) فى مستشفيات هيئة التأمين الصحى، و(١٨٪) فى المستشفيات الخاصة والاستثمارية. أما المستشفيات الجامعية، فقد بلغ (٥٠٪)[٦١]، **فبماذا نفسر هذه الظاهرة المتناقضة والمحيرة، مرضى يتزايدون ومعدل إشغال وإقامة وتردد أقل من المستوى المتوقع؟**

هنا تقدم المسوح الصحية بعض التفسير الذى يعمد الخطاب الرسمى والمسئولون فى وزارة الصحة والحكومة عمومًا إلى تجاهله..!!

فقد تبين من واقع المسح الصحى لعام ١٩٩٥ أن ٦٢٪ من بين محدودى الدخل الذين شملهم المسح Survey أكدوا أن ارتفاع تكاليف المستشفيات يؤدى إلى عدم دخولهم هذه المستشفيات[٦٢].

بينما أشار ٥٢٪ من أبناء الطبقة المتوسطة الذين شملهم المسح نفس السبب، وإن انخفضت هذه النسبة بين أبناء الطبقة العليا إلى ٤٠٪ فقط.

كما أشار ٨٣,٣٪ من فئات الدخل المنخفض المقيمين فى هذه المستشفيات وحوالى ٦٦,٧٪

مـن نفس الفئة المترددين على العيادات الخارجية لهذه المستشـفيات العامة أنهم غير راضين عن الخدمة الصحية التى تقدم إليهم بسبب ارتفاع التكاليف[٦٣]. كما أكد ٢٨٪ إلى ٣٥٪ من المرضى محدودى الدخل أنهم لا ينالون رعاية جيدة فى هذه المستشفيات[٦٤].

وتصـل د. هبـة نصـار إلى نتيجـة بـأن التكاليف تعتـبر عائقًا لمحـدودى الدخـل فى مصر للحصـول عـلى رعايـة طبية مناسـبة للمـرضى المقيمـين فى تلك المستشـفيات[٦٥]، فسياسـات «الخصخصة الجزئية ـ Partial Privatization» التى اتبعت منذ منتصف السـبعينيات وازدادت حـدة منذ مطلع التسـعينيات من القرن العشرين، قد جعلـت من الصعب على كثير من الفئات الاجتماعيـة وفقراء المـرضى التوجه إلى المستشـفيات العامـة ومستشـفيات وزارة الصحة طلبًا للعلاج الداخلى، وهو أمر منطقى تمامًا وسـوف يزداد وضوحًا كلما أمعنت المستشـفيات العامة فى سياسات الخصخصة الفعلية فى صمت تفضحه الممارسة اليومية وتجارب المرضى الواقعية.

خـذ مثلًا معـدل الانتفاع بخدمات مستشـفيات المؤسسـات العلاجية البالـغ عددها ١١ مستشـفى منتـشرة فى ٦ محافظـات خـلال عامـى (١٩٩٥ ـ ٢٠٠٠) بعد أن تقـرر عام ١٩٨٢ اعتبـار هـذه المؤسسـات العلاجية مؤسسـات مسـتقلة تدار بمنطـق وآليات السـوق والقطاع الخاص. نكتشـف انخفاضًا كبيرًا فى عدد المترددين عليها من المرضى والمسـتفيدين من خدماتها بسبب ارتفاع تكاليف تلك الخدمات.

جدول رقم (٣٠)

تطور عدد المرضى المنتفعين من خدمات المؤسسات العلاجية

خلال عامى ١٩٩٥ و٢٠٠٠

السنوات	مرضى العيادات الخارجية	مرضى الدخول	مرضى الاستقبال	مرضى العمليات الجراحية
١٩٩٥	٦٩٧٤١٧	٨٤٥٧٥	١٩٥٨٢٨	٧٠٨٢٣
٢٠٠٠	٤٣٤٦١٨	٤٣٠٠٩	١٣٠٦١٠	٢٧١٣٤

* **المصدر**: يحيى محمد عبد الستار، المرجع السابق، وكذلك موقع وزارة الصحة على الإنترنت المشار إليه سابقًا.

ولا يفسر سبب انخفاض أعداد المترددين من المرضى على وحدات ومستشفيات المؤسسات العلاجية إلى النصف تقريبًا خلال خمس سنوات سوى ارتفاع تكاليف الخدمة الصحية بما ينوء عـن جملة المواطنين، فتركوا هذه المؤسسـات خاصة مع تواضـع أداء الخدمة فيها إما إلى البحث عن قرار علاج على نفقة الدولة أو الجمعيات الأهلية والخيرية.

وتشـير د. هبـة نصار إلى تدهور خدمات وزارة الصحة بسـبب نقص المسـتلزمات الطبية

للعمليات والأدوية الأساسية، مما أدى إلى نقص المرضى المترددين على العيادات الخارجية فى مستشفياتها بنسبة ٢٣٪ خلال الفترة (١٩٨٢ - ١٩٩٣) برغم زيادة خدمات وزارة الصحة بنسبة ٣٣٪ خلال نفس الفترة، وبالتالى انخفض معدل إشغال أسرة مستشفياتها من ٦٠٪ عام ١٩٨٢ إلى ٤٥٪ عام ١٩٩٥[٦٦].

وبالمثل، فإن عدد المترددين من المرضى على وحدات هيئة المستشفيات التعليمية التسع قد زاد خلال نفس الفترة بحوالى الضعف تقريبًا فى كافة مجالات الخدمة؛ حيث زاد عدد مرضى العيادات الخارجية من ٢ مليون عام ١٩٩٦ إلى ٣,٣ ملايين مريض عام ٢٠٠٠، ثم انخفض إلى ٢,٧ مليون عام ٢٠٠٨، وكذلك مرضى الاستقبال من ٦١٤ ألف إلى ٩٦٢ ألف، ثم إلى ١,١ مليون مريض عام ٢٠٠٨ ومرضى الدخول من ١٥٤ ألف إلى ٣٤٩ ألف ثم إلى ٢٦١ ألف عام ٢٠٠٧، وزاد عدد العمليات الجراحية التى قامت بها بأكثر من ١٠٪[٦٧]، كما أدى انخفاض معدل التردد أو (الزيارة) فى المستشفيات العامة إلى بروز مؤشر سلبى آخر هو «معدل تردد المرضى إلى الطبيب الواحد»، حيث تبين أن هذا المعدل يتراوح بين ٠,١٧ إلى ٣,٠٤ مرضى لكل طبيب وهو معدل أو مؤشر متدنى للغاية[٦٨]، كما يظهرها البيان التالى:

جدول رقم (٣١)

المنتفعون من خدمات المستشفيات التعليمية(*) خلال عامى ١٩٩٦ و٢٠٠٨

السنة	عدد الأسرة	مرضى العيادات الخارجية	مرضى الدخول	مرضى الاستقبال	عمليات جراحية	معامل	أشعة *
١٩٩٦	٤٥١٥	٢٠٣١٦٥٠	١٥٣٧٩١	٦١٤٤٨٤	١٢٨٦٩٦	١١٠١٨٦٨	٢٨٧٠٢٦
٢٠٠٠	٥٣٣١	٣٢٤٩٩٠٦	٢٤٩٣٠٨	٩٦٢٤٦٧	١٤١٦١٤	٢٠٤٧٤٤٣	٢٩٨١٣٦
٢٠٠٧	٥٤٨٢	٢٥٧٧١٣٢	٢٦١٣٢١	١٢٣٨٥٨٩	٢٠٣٧٣٧	٢٦٢٣٤١٩	٣٧١٦١٦
٢٠٠٨	٥٤٧٦	٢٦٧٤٦٩٩	غير مبين	١١٠٩٦٤٣	١٩٣٥٨١	٢٦٣٠٨٢٩	٣٨٤٧٧٤

* المصدر: يحيى محمد عبد القادر، مرجع سبق ذكره، ص ٢٠. أما بيانات عامى ٢٠٠٧ و ٢٠٠٨ فمصدرها مذكرة مركز المعلومات والتوثيق بالهيئة العامة للمستشفيات والمعاهد التعليمية مرفوعة إلى الدكتور أمين الهيئة عن نشاط الهيئة خلال ذلك العام، بتاريخ ١٨/ ١/ ٢٠٠٩، والكتاب السنوى لنشاط وأداء الهيئة ووحداتها خلال عام ٢٠٠٧.

* تشمل الأشعة العلاجية والأشعة التشخيصية.

وبينما يذهب د. سمير فياض ـ وبقية الخطاب الحكومى الرسمى ـ إلى تفسير ذلك بأنه يرجع إلى كثرة عدد الأطباء، وبالتالى المطالبة بتخفيض أعداد الطلاب الملتحقين بكليات الطب،

(*) عدد المستشفيات التعليمية تسع هى: (أحمد ماهر التعليمى/ الساحل التعليمى/ دمنهور التعليمى/ سوهاج التعليمى / المطرية التعليمى/ الجلاء التعليمى/ بنها التعليمى/ شبين الكوم التعليمى / أسوان التعليمى).

يذهب آخرون ـ ونحن منهم ـ إلى أن ذلك يرجع إلى انخفاض معدلات الاستخدام للوحدات الصحية وانخفاض الجودة فيها خاصة بالنسبة للريف، ومن ثم انفضاض المستحقين للخدمة عنها والتوجه إلى العيادات الخاصة بالأطباء أو العيادات الملحقة بالمساجد والكنائس، خاصة إذا كانت تكاليف العلاج فى نطاق مقدرتهم المالية أو بسبب عدم معاناتهم من مرض مزمن أو شديد.

ويقدم لنا البيان التالى صورة تقريبية عن حالات الدخول فقط إلى المستشفيات العامة والمركزية (التابعة لوزارة الصحة) والبالغ عددها ٢٣٣ مستشفى فى عام ٢٠٠٤؛ حيث لم تزد عن ٢ مليون مريض، بينما كانت قد بلغت عام ١٩٨٥ حوالى ١,١ مليون مريض أى أنه خلال عشرين عامًا لم يزد الإقبال على هذه المستشفيات إلا بنسبة محدودة مقارنة بتضاعف أعداد المرضى على مستوى الدولة ككل:

أما المعاهد التعليمية فهى تسع معاهد هى: (معهد السكر / معهد الأغذية / معهد أبحاث طب المناطق الحارة / معهد بحوث الحشرات / معهد السمع والكلام / معهد شلل الأطفال/ معهد جراحة القلب والصدر / معهد بحوث الرمد ومعهد الحركى العصبى).

جدول رقم (٣٢)

حالات الدخول وأعداد الوفيات بالمستشفيات العامة والمركزية فقط عام ٢٠٠٤

م	التخصيص	حالات الدخول	نسبة حالات الدخول للإجمالى	حالات الوفاة	
				عـدد	٪
١	نساء وولادة	٤٠٥١٥٨	٪٢١,١	٧١٤	٪٠,٢
٢	جراحة عامة	٣٩٣٧٥٣	٪٢٠,٥	٣١٣٦	٪٠,٨
٣	باطنة عامة	٣٠٣٧٧١	٪١٥,٨	٣٤٧٩	٪١,١
٤	أطفال	٢٦٢٢٤٤	٪١٣,٦	١٨٨٩	٪٠,٧
٥	جراحة عظام	٢٥٥٢٤٩	٪١٣,٣	١٢١	٪٠,٠
٦	مسالك بولية	٧٨٤٤٥	٪٤,١	٢٠٩	٪٠,٣
٧	أنف وأذن وحنجرة	٥٢٤٦٢	٪٢,٧	٢٤	٪٠,٠
٨	فشل وغسيل كلوى	٥١٢٨٢	٪٢,٧	١٣٥	٪٠,٣
٩	عناية مركزة	٢٦٣٧٣	٪١,٤	١١٠٢	٪٤,٢
١٠	أطفال مبتسرين	٢٣٠٣٠	٪١,٢	٢٣٤٦	٪١٠,٢
١١	استقبال طوارئ	٢١٨٦٠	٪١,١	٨٠	٪٠,٤

١٢	عيون	١٣٣٣٤	٠,٧٪	٩	٠,١٪
١٣	صدر وباطنة	٦٩٥٦	٠,٤٪	١٦	٠,٢٪
١٤	قلب وأوعية دموية	٦٨٩٢	٠,٤٪	١٨	١,٧٪
١٥	جراحة تجميل	٥١٧٦	٠,٣٪	٦٩٥	١٣,٤٪
١٦	علاج طبيعى	٤٩٤٥	٠,٣٪	٢١	٠,٤٪
١٧	عزل (حميات)	٢٩٨٢	٠,٢٪	١٠	٠,٣٪
١٨	أمراض متوطنة	٢٣٤٦	٠,١٪	١	٠,٠٪
١٩	نفسية وعصبية	٢١١٣	٠,١٪	١٧	٠,٨٪
٢٠	جلدية وتناسلية	١٠٨٠	٠,٠٦٪	٣	٠,٣٪
٢١	سكر	٩٨٤	٠,٠٥٪	٣	٠,٣٪
٢٢	جراحة مخ وأعصاب	٧٩٨	٠,٠٤٪	٥	٠,٦٪
٢٣	أورام	٦١٣	٠,٠٣٪	١	٠,٢٪
٢٤	جراحة فم وأسنان	٥٧٢	٠,٠٣٪	-	-
٢٥	مرض الكلب	٢٧٢	٠,٠١٪	-	-
٢٦	روماتيزم	٦٠	٠,٠٠٣٪	٢	٣,٣٪
٢٧	أمراض الجهاز التنفسى الحادة	٣٥	٠,٠٠٢٪	-	-
	الإجمالى	١,٩٢٢,٧٨٥	١٠٠٪	١٤١٣٦	٠,٧٪

* المصدر: الجهاز المركز للتعبئة العامة والإحصاء، كتاب الإحصاء السنوى لعام ٢٠٠٤، القاهرة، يونيو ٢٠٠٥، ص ١٢٨، ١٢٩.

ويظهر من البيان السابق المنحصر فقط فى حالات دخول المستشفيات العامة والمركزية التابعة لوزارة الصحة ـ دون بقية المستشفيات ـ أن أعلى نسبة للدخول والإقامة فى المستشفيات العامة والمركزية ذلك العام هى لأمراض النساء والولادة (بنسبة ٢١,١٪) يليها الجراحات العامة (٢٠,٥٪) فالباطنة العامة (١٥,٨٪) فأمراض الأطفال (١٣,٦) ثم جراحة العظام (١٣,٣٪)، وهذه التخصصات الخمس وحدها قد استأثرت بحوالى ٣ , ٨٤٪ من أعداد المرضى الذين دخلوا وأقاموا وتلقوا علاجًا بهذه المستشفيات.

مقابل ذلك، فإن نسب الدخول إلى المستشفيات لأمراض الجهاز التنفسى الحادة والروماتيزم كانت الأقل، ربما بسبب وجود مستشفيات تخصصية فى هذه المجالات ففضَّل المرضى التوجه إليها.

وقد أدى إعادة الهيكلة المالية لتمويل الرعاية العلاجية من خلال التوسع فى نظام «العلاج على نفقة الدولة» الذى زاد من ٣ ملايين جنيه عام ١٩٨١ إلى ١٦,٦ مليون جنيه عام ١٩٨٦[٦٩]، ثم أخذت فى الزيادة عامًا بعد آخر حتى تجاوزت عام ٢٠٠٤/ ٢٠٠٥ حوالى ١,٧ مليار جنيه أنفقت على علاج حوالى ١,٢ مليون مريض بالداخل (علاوة على ٢١ مليون جنيه لعلاج ٢٤٠ مريضًا بالخارج ومرافقيهم) إلى زيادة التشوه الحادث فى هيكل التمويل الحكومى للرعاية العلاجية فى البلاد، وهو ما سنتناوله تفصيلًا فى الفصل الرابع من هذه الدراسة.

والبيان التالى يظهر وضع العلاج على نفقة الدولة فى الداخل عام ٢٠٠٤:

جدول رقم (٣٣)

إجمالى عدد المرضى الذين تم علاجهم بالداخل على نفقة الدولة وتكاليف علاجهم موزعًا على التخصصات الطبية خلال عام ٢٠٠٤

التخصصات الطبية	عدد المرضى			تكاليف العلاج	
	ذكور	إناث	المجموع	المبالغ المعتمدة للعلاج بالمليون جنيه	متوسط تكلفة المريض بالجنيه
وزارة الصحة:					
باطنة	٥١٣٠٤٤	٦١٩١٥	٥٧٤٩٥٩	٦٢٥,٦	١٠٨٨
عظام	١٣٠٦٢٠	١٥٨٢٧	١٤٦٤٤٧	١٤٠,٥	٩٥٩
عصبية	١١٧٦٦٧	١١٢٤٥	١٢٨٩١٢	١٠١,٨	٧٩٠
أورام	٦٦٩٦٨	٨٠٠٣	٧٤٩٧١	١٦٨,٥	٢٢٤٨
جراحة	٥٨٤١٩	٤٧٤٩	٦٣١٦٨	٧١,٧	١١٣٤
مسالك	٥٤٥٤٧	٥٩٩١	٦٠٥٣٨	٤٢٧,٢	٧٠٥٦
رمد	٥٥١٣٩	٣٩٩٦	٥٩١٣٥	٦٠,٨	١٠٢٨
أنف وأذن	١٦٣٤٧	٩٧٧	١٧٣٢٤	١١,٨	٦٧٩
نساء	٠	١٧٠٧٩	١٧٠٧٩	١١,٤	٦٦٩
جلدية	٦٠١٤	٦٩٠	٦٧٠٤	٣,٢	٤٨١
أمراض الدم	٥٣٤٩	٧١٤	٦٠٦٣	١٢,٦	٢٠٧٩
مجلس الوزراء:					
تخصصات لم تحدد	٣٩٣	٢٠٦	٥٩٩	٩,٢	١٥٢٥١
الإجمالى العام	١٠٢٤٥٠٧	١٣١٣٩٢	١١٥٥٨٩٩	١٦٤٤,١*	١٤٢٢,٤

المصدر: الجهاز المركزى للتعبئة العامة والإحصاء، الكتاب الإحصائى السنوى لعام ٢٠٠٤، القاهرة، يوليو ٢٠٠٥، ص ١٣٦.

* بخلاف ٢١ مليون جنيه تكاليف العلاج على نفقة الدولة بالخارج.

فبعض الدراسات أشارت إلى أن هيكل الأمراض المزمنة فى مصر فى مطلع الألفية الجديدة كان على النحو التالى:

* عدد مرضى السكر يتراوح بين ٣,٥ مليون إلى ٤ ملايين مريض[٧٠].

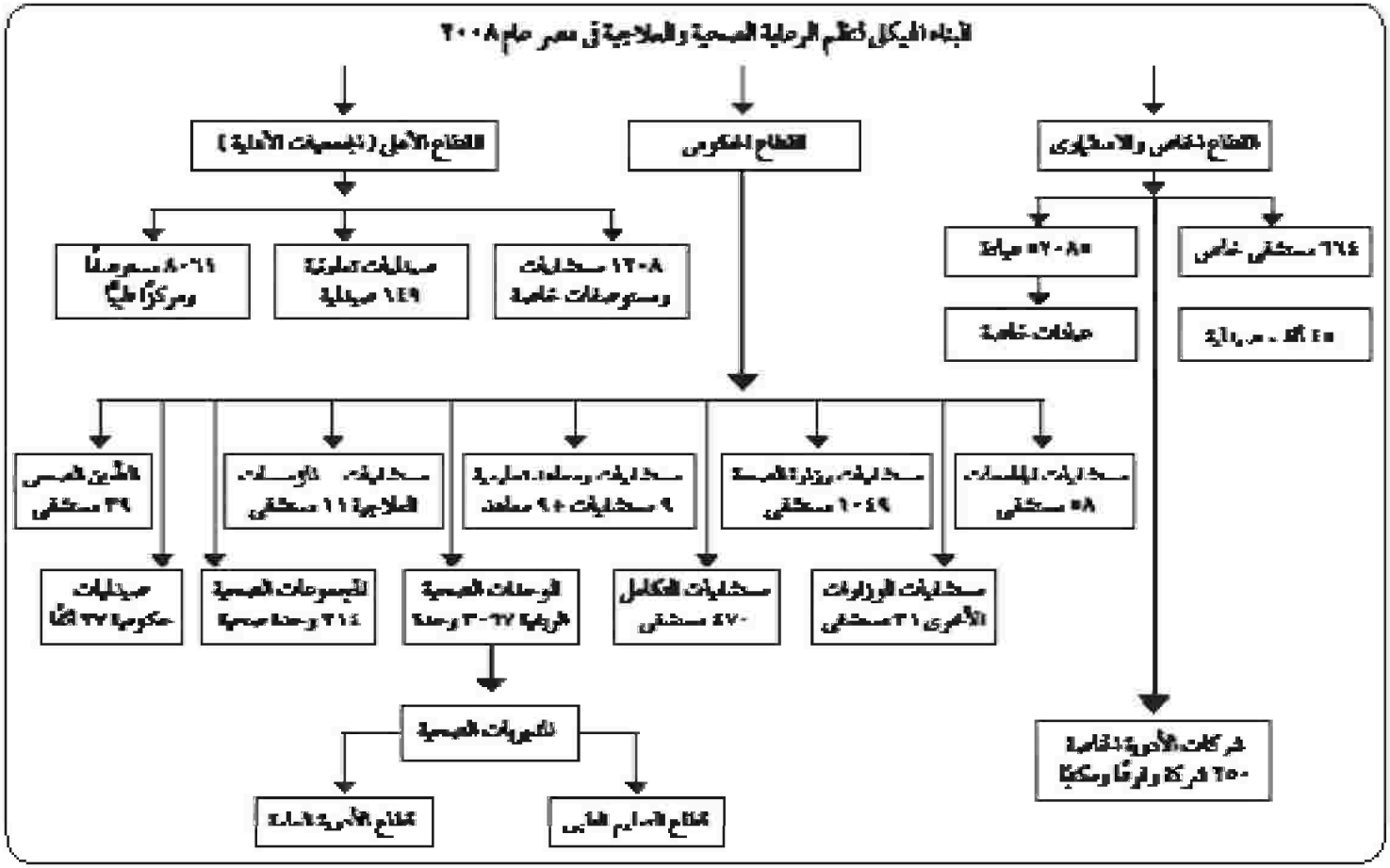
* أما عدد مرضى الكلى والفشل الكلوى والكلى، فيقدر عددهم بحوالى مليون إلى ٢ مليون إنسان.

* أما مرضى الكبد الفيروسى بأنواعه الثلاثة فيروس (A& B&C) فهم يتراوحون بين ٥ ملايين مريض إلى ٩ ملايين مريض[٧١].

* أما مرضى القلب فيقدر عددهم بحوالى ٥ ملايين مريض.

* وأخيرًا فإن المصابين بأمراض السرطان يقدر عددهم بحوالى ٢ مليون إلى ٣ ملايين مريض، وذلك وفقًا للموقف فى عام ٢٠٠٦.

ومن هنا نستطيع القول بأن عدد مرضى الأمراض المزمنة والخطيرة فى مصر يتراوح بين١٢ مليونًا إلى ١٥ مليون مريض يحتاجون إلى عناية واهتمام خاص ومكثف خاصة، وأن أغلبهم من محدودى الدخل.


البناء الهيكلي لنظم الرعاية الصحية والعلاجية في مصر عام ٢٠٠٨
القطاع الأهلي (الجمعيات الأهلية)
القطاع الحكومي
القطاع الخاص والاستثماري
١٢٠٨ مستشفيات ومستوصفات خاصة
صيدليات تعاونية ١٤٩ صيدلية
٨٠٦٦ مستوصفًا ومركزًا طبيًا
٢٠٨٠ عيادة
عيادات خاصة
٦٦٤ مستشفى خاص
٤٥ أكاديمية
مستشفيات البلديات ٨٥ مستشفى
مستشفيات وزارة الصحة ١٠٤٩ مستشفى
مستشفيات ومعاهد علاجية ٩ مستشفيات ٩٠ معهد
مستشفيات القوات المسلحة والشرطة ١١ مستشفى
التأمين الصحي ٣٩ مستشفى
مستشفيات الوزارات الأخرى ٢١ مستشفى
مستشفيات التكامل ٤٧٠ مستشفى
الوحدات الصحية الريفية ٣٧٠٠ وحدة
التجمعات الصحية ٢١٤ وحدة صحية
صيدليات حكومية ٣٧ صيدلية
شركات الأدوية الخاصة ٢٥٠ شركة وفرعًا ومكتبًا
التأمينات الصحية
القطاع العام الطبي
القطاع الأهلي والخاص

وإذا ما تأملنا هذه البنية التحتية الصحية الضخمة؛ سواء فى جانبها الحكومى أو فى القطاع الخاص والاستثمارى أو القطاع الأهلى؛ نجدها لا تحوز بدرجات متفاوتة رضاء وقبول جمهور المرضى، خاصة الفئات الشديدة الاحتياج لهذه الخدمة الصحية بشقيها الوقائى و العلاجى.. وهنا يفرض السؤال نفسه مرة أخرى... لماذا؟

تتبدى مظاهر عدم الفاعلية والكفاءة Effectiveness & Efficiency فى عدة مظاهر منها أن النسبة الأكبر من السكان والمرضى (٦٠٪) يتوجهون لتلبية احتياجاتهم العلاجية الأولية إلى العيادات الخاصة بالأطباء والوحدات الصحية الملحقة بالمساجد أو الكنائس أو غيرها من الوحدات التابعة للقطاع الأهلى هو دليل على نقص الفاعلية والكفاءة فى القطاع الحكومى.

١- وأن نسبة الإشغال بأسرة وحدات ومستشفيات وزارة الصحة أو القطاع الحكومى عمومًا ـ باستثناء هيئة التأمين الصحى ـ هى دون النسب المعقولة أو المطلوبة؛ حيث تقل عن ٤٥٪ كمتوسط عام، وهو يتفاوت من منطقة إلى أخرى فهو فى المحافظات الحضرية الأربعة يقل عن ٣٩٪ بينما فى مصر العليا والصعيد ٤٧٪ وفى مصر السفلى حوالى ٥٨٪، بينما تنخفض فى محافظات الحدود إلى ما دون ٢٥٪ مما يعد إهدارًا للموارد والإمكانات المتاحة لهذا القطاع والذى أنفقت الدولة عليه والمجتمع أموالًا طائلة (تقدر حجم تكلفة أصول القطاع الصحى الحكومى بأكثر من ١٢٧ مليار جنيه).

٢- تتوزع الخدمة الصحية العلاجية والوقائية على ٢٩ هيئة ومنظمة ووزارة، ليس هناك أى تنسيق حقيقى بينها مما يضعف من كفاءة أداء هذه الخدمة وتخفيف الأعباء من ثم عن الدولة؛ برغم صدور قرار وزير الصحة رقم (٢٥٦) عام ١٩٩٧ بإنشاء المجلس الأعلى للإصلاح الصحى.

٣- ليس هناك سياسة تدريبية صارمة وحقيقية لتطوير ورفع كفاءة أداء الكادر الطبى بدءًا من الأطباء مرورًا بالممرضات والفنيين انتهاء بالإداريين والموظفين والعمال (التمرجية) بالوحدات الصحية، سواء كان هذا التدريب مهنيًّا وفنيًّا أو كان إنسانيًّا ووظيفيًّا بحيث تكبح تحول كثير من هذه الوحدات الصحية إلى مرتع خصب لممارسات فساد فادحة وقاسية على المرضى وضارة بسمعة القطاع الطبى المصرى كله.

٤- ما زال القطاع الصحى فى مصر ذا طابع رأسى (فئوى) وليس أفقيًّا أو جغرافيًّا؛ حيث لم يمتد بمظلته إلى كل ربوع وقرى مصر ونجوعها، فظل الطابع الغالب هو التغطية الفئوية

(الموظفون ـ الطلاب ـ عمال القطاع العام ـ أعضاء النقابات المهنية.. إلخ) دون التغطية المناطقية أو الجغرافية؛ برغم أن إمكاناته المتاحة ـ بعد إعادة التنظيم ـ تسمح بتحقيق هذا الهدف.

٥- ووفقًا للإحصاءات المقدمة من وزارة الصحة عام ١٩٩٦، فإن هيكل الخدمات المقدمة يتوزع كالتالى:

جدول رقم (٣٤)
توزيع الخدمات الموزعة من المؤسسات الصحية فى مصر

م	المؤسسات	٪ للخدمات المقدمة	٪ للأسرة المتاحة
١	وحدات وزارة الصحة	٪٦١,٤	٪٥٧,٨
٢	هيئات تابعة لوزارة الصحة وتمثل:	٪٣٢	٪١٢,٨
	- المعاهد التعليمية ←	غير مبين	٪٣,٨
	- المؤسسات العلاجية ←	غير مبين	٪٤
	- هيئة التأمين الصحى ←	غير مبين	٪٥
٣	الجامعات	٪١,٩	٪١٦,٥
٤	وزارات أخرى	٪١,٩	٪٢,٣
٥	القطاع الخاص	٪٣١,٦	٪١٠,٦

المصدر: د. نجوى خلاف «الوصف الهيكلى والوظيفى للنظام الصحى» مرجع سابق ص ٦٥ نقلًا عن قسم الإحصاء بوزارة الصحة عام ١٩٩٦.

ومن الواضح عدم وجود توازن بين هذه المكونات سواء من زاوية العبء (هيئة التأمين الصحى) أو القدرات المتاحة (عدد الأسرة وعدد المستشفيات) وهو ما يستدعى إعادة نظر شاملة بشأن ضرورات إعادة التنظيم أو ما يطلق عليه فى الأدبيات الإدارية الغربية «إعادة هندسة الإدارة ـ Reengenering Management».

وإن كنا نظن أن البيانات الخاصة بخدمات هيئة التأمين الصحى غير دقيقة نظرًا للعبء الكبير الذى تتحمله هذه الهيئة منذ عام ١٩٩٢، حيث توفر غطاءً لنحو ٤٠٪ من سكان البلاد فى الوقت الحاضر (أى حوالى٣٦ مليون مواطن) بما يقطع بأن النسبة المشار إليها والواردة من قسم الإحصاء بوزارة الصحة غير دقيقة على الإطلاق أو أنها لا تعبر عن وقائع وحقائق ما بعد عام ١٩٩٢.

٦- وجود اختلال واضح فى توزيع المخصصات المالية لوزارة الصحة؛ حيث يتركز إنفاق وزارة الصحة على الرعاية العلاجية دون الوقائية، وتستهلك المستشفيات التابعة للوزارة ثلثى الميزانية الجارية، بينما لا تحظى الرعاية الصحية الأساسية سوى ٢٥٪ من الميزانية والخدمات الوقائية على ١٢٪. كما يتركز الإنفاق على المستشفيات فى الحضر (٥٨٪) دون مستشفيات الريف. وبالمثل فإن توزيع الكادر الطبى (٥٥٪) والفنى (٥٢٪) يميل إلى مستشفيات الحضر مقابل ٢٤٪ للأطباء فى الريف و٣٠٪ للفنيين والممرضات.

٧- وقد انعكس هذا فى تباين مستوى الأداء والفاعلية والتجهيزات التشخيصية والعلاجية فى مناطق مصر العليا (الصعيد) ومصر الدنيا وبالمثل بين الإنفاق الصحى على الفقراء ومحدودى الدخل.

٨- كما تلاحظ النقص الدائم فى المستلزمات الطبية للعمليات الجراحية والأدوية الأساسية وتحميل المرضى جزءًا كبيرًا من نفقات هذه المستلزمات، مما أدى إلى نقص تردد المرضى على هذه المستشفيات والإقامة فيها.

٩- وقد ترتب على ذلك انخفاض معدلات الاستخدام للوحدة الصحية نتيجة لانخفاض الجودة فى الخدمة خاصة فى الريف؛ حيث تبين عام ١٩٩٦ أن فى كل ٣٠ قسمًا للمرضى المقيمين هناك فقط ٤ أقسام لديها معدل إشغال أكثر من ٨٠٪ والباقى دون مستوى الأشغال المطلوب.

١٠- من أبرز المعطيات الضارة على الأداء انخفاض أجور العاملين فى هذا الحقل الحيوى، سواء كانوا من الأطباء أو هيئات التمريض أو الفنيين أو حتى العمال والعاملات (التمرجية)، مما أدى عمليًّا إلى انتشار ظواهر الفساد ونشوء قطاع طبى مواز وغير رسمى Informal شبيه بذلك الموجود فى قطاع التعليم (الدروس الخصوصية) وإن بصورة أقل حدة.

وسوف نحاول فى الفصل الختامى تقديم مجموعة من التصورات والحلول الممكنة لرفع كفاءة هذا القطاع وتحقيق الجودة المطلوبة.

المبحث الثالث

محاولة أولية لتقدير القيمة الاقتصادية للأصول الصحية الحكومية

● ● ●

لم تهتم جهة رسمية أو أهلية فى مصر، بما يجاوز إجراء حصر عددى لهذه البنية التحتية الصحية الحكومية ـ سواء فى صورة مستشفيات أو وحدات صحية علاجية أو وقائية منتشرة فى ربوع البلاد ـ إلى محاولة تقييم قيمة هذه الأصول الصحية الضخمة وما أنفقه المجتمع المصرى عليها على مدى ثلاثة وسبعين عامًا مضت منذ إنشاء وزارة مستقلة للصحة فى مصر عام ١٩٣٦. ونظن أن الآوان قد آن لإجراء هذه المحاولة الأولية، بدافع من اعتبارين! أحدهما اقتصادى والآخر إدارى، **فأولهما**: يعتنى فى ظل حديث متكرر وخطاب رسمى حول خصخصة الخدمات الحكومية الصحية وغير الصحية، بمعرفة القيمة الحقيقية لهذه الأصول حتى لا يجرى إهدارها أو تبديدها فى عمليات بيوع غامضة يحيطها الشك وعدم الشفافية، **وثانيهما**: هو التعرف بدقة إلى وسائل إدارة هذه الأصول الاقتصادية الصحية بوسائل علمية صحيحة تمزج بين مفاهيم الرشادة Rationality ومعايير العدالة، من أجل خدمة أصحاب المصلحة الحقيقية فى إدارة سليمة لهذه الأصول وهم ملايين المرضى وغالبيتهم الساحقة من الفقراء ومحدودى الدخل.

وقد حاولنا أثناء إدارة الحوارات و النقاشات العلمية مع بعض المسئولين عن هذه المؤسسات الصحية الكبرى (مثل هيئة المستشفيات التعليمية) التنبيه لأهمية إجراء تقييم اقتصادى حقيقى لقيمة هذه الأصول، بعيدًا عن مفاهيم «**الجرد والمخازن**» التقليدى المعمول

به لدى الموظفين والإداريين والماليين فى تلك المؤسسات من أجل بناء نموذج اقتصادى جديد قائم على الحصر الحقيقى والتقييم الواقعى لهذه الأصول الصحية لوضعها أمام الرأى العام قبل وضعها أمام متخذى القرارات الذين يغلب على نظرتهم فكرة «البيع» والخصخصة، ومن أجل حصار عمليات البيع الغامضة وغير الرشيدة تلك.

على أية حال، فإذا أخذنا بالإحصاءات المتاحة عن الوحدات الصحية الحكومية سواء التابعة لوزارة الصحة مباشرة أو التابعة لمستشفيات الجامعات أو هيئة التأمين الصحى وهيئة المستشفيات التعليمية والمؤسسة العلاجية وغيرها من الهيئات (بخلاف وزارة الدفاع التى لم ندخلها فى محاولة التقييم والتقدير الاقتصادى)، نجد أن وحدات وزارة الصحة (بأسرة) البالغة ١١٧٩ مستشفى ووحدة تمتلك داخلها عام ٢٠٠٦ الأجهزة التالية:

- ٢٦٤٧ جهاز أشعة.
- ٨٣٥٢ جهازًا علاجيًّا.
- ٨٠٦٠ جهاز فحص.
- ٢٩٤٧ معملًا تحليليًّا.
- ٣٢٥٦ وحدة لعلاج الأسنان.

وغيرها..

وبالمثل بقية الوحدات الصحية الحكومية وقد قمنا بوضع متوسط اقتصادى لقيمة بعض هذه الوحدات الصحية الحكومية،وبلغ حجم هذه الأصول ما يزيد عن ٥٨ مليار جنيه، هذا بخلاف تقييم قيمة الأصول البشرية (من أطباء وممرضات وأفراد فنيين وغيرهم)، والذين تلقوا تعليمهم وتدريبهم داخل هذه الصروح الصحية الضخمة المنوطة بخدمة المرضى المصريين مما ساعد على صقلهم علميًّا ومهنيًّا، والجدول التالى يظهر جانبًا من هذا التقدير:

جدول رقم (٣٥)
تقدير اقتصادى لقيمة الأصول فى المستشفيات الحكومية وفقًا للموقف فى عام ٢٠٠٦
«بالمليون جنيه»

النوع	الوحدات العدد	متوسط تكلفة الأصل	القيمة الإجمالية المقدرة للأصول
– مستشفيات عامة ومركزية	٢٣٣	١٠٠	٢٣٣٠٠
– مستشفيات تابعة لديوان عام الوزارة	٢٧	١٠٠	٢٧٠٠
– مراكز أورام	٧	١٠٠	٧٠٠
– مستشفيات جراحة اليوم الواحد	١٢	١٠	١٢٠
– مستشفيات ولادة الأطفال	١١	١٠٠	١١٠٠
– مستشفيات نفسية	١٨	١٠	١٨٠
– مستشفيات صدرية	٣٨	٥٠	١٩٠٠
– مستشفيات صدر بأسرة	٦	٥٠	٣٠٠
– مستشفيات جلدية	١	١٠	١٠
– مستشفيات رمد	٣٠	٢٥	٧٥٠
– مستشفيات متوطنة	٨	٢٥	٢٠٠
– مستشفيات حميات	١٠٦	٥٠	٥٣٠٠
– مستشفيات الكلى والمسالك البولية	١	٢٥	٢٥
– مستشفيات جذام	٣	١٠	٣٠
– مستشفيات حجر صحى	٥	٥	٢٥
– مستشفيات التكامل الصحى	٤٨٦	٥	٢٤٣٠
– مجموعات صحية	١٨٧	٢	٣٧٤
مجموع وزارة الصحة (١)	١١٧٩		٣٩٤٤٤
– مستشفيات التأمين الصحى	٣٩	١٠٠	٣٩٠٠
– المؤسسات العلاجية	١١	٥٠	٥٥٠
– المستشفيات التعليمية	٩	٥٠	٤٥٠
– المعاهد التعليمية	٩	١٠	٩٠
مجموع الجهات التابعة لوزارة الصحة (٢)	٦٨		٤٩٩٠
– مستشفيات الجامعات	٧٦	١٥٠	١١٤٠٠
– السجون ومستشفيات الشرطة	٢٦	١٥٠	١٥٨٠

- السكة الحديد	٣	٢٠	٦٠
- الهيئات الأخرى	٢١	٢٥	٥٢٥
مجموع الجهات الحكومية الأخرى (٣)	١٢٦		١٣٥٦٥
الإجمالى العام (١+٢+٣)	١٣٧٣		٥٧٩٩٩

ولنا هنا ثلاث ملاحظات:

الأولى: قد يعتبر بعض الخبراء أن هذا التقدير الاقتصادى أقل من الحقيقة فى بعض الجوانب مثل (مستشفى المنيل الجامعى أو القصر العينى القديم مثلًا) والذى وضعنا له قيمة اسمية (١٠٠ مليون جنيه) بينما أن هذا الصرح الطبى قد يزيد بمحتوياته من مبانى وتجهيزات عن ٥٠٠ مليون جنيه، إلا أننا فضلنا أن نبحث عن متوسط مقبول لتسهيل عملية التقدير وانتظار إجراء حصر تفصيلى وتقدير اقتصادى لكل منشأة صحية حكومية على حدة، وهى مسئولية وطنية ينبغى أن يقوم بها الأطقم الإدارية المتخصصة فى هذه الوحدات الصحية حتى لو لم يكن هناك توجيهات عليا بإجراء هذا التقييم والحصر.

الثانية: أن هذا التقييم لا يشمل الوحدات الصحية الأخرى التى لا تضم أسرة وإن كانت تقوم بأدوار مهمة سواء على المستوى العلاجى أو الوقائى خاصة فى الريف المصرى، وكذلك الوحدات الصيدلية والمعملية ومراكز نقل الدم ووحدات الأسنان ووحدات تأمين صحى سواء داخل المدارس أو للقوى العاملة فى المنشآت وغيرها. وهذه بدورها تزيد عن ٤٨ ألف وحدة صحية ويقدر تكلفة أصولها بما لا يقل عن ٤٨٠ مليون جنيه أخرى.

الثالثة: أما عن الموارد البشرية، فإذا كان لدينا حوالى ١٥٠ ألف طبيب بشرى تلقوا تعليمهم فى المؤسسات التعليمية الحكومية، وتدربوا داخل الوحدات الصحية الحكومية، وبالمثل حوالى ٥٠ ألف طبيب أسنان و١٢٠ ألف صيدلى وكذلك ١٧٠ ألف ممرضة حدث معهم نفس الشىء وعدد يزيد عن ٢٥ ألف فنى لأشعة ـ معامل.. إلخ، كلهم تعلموا وتدربوا فى المؤسسات التعليمية والصحية الحكومية فإن هؤلاء قد تكلفوا مبالغ طائلة نقدرها على النحو التالى:

جدول رقم (٣٦)
قيمة الأصول البشرية العاملة فى الوحدات الصحية الحكومية
وفقًا للحالة فى عام ٢٠٠٦

النوع	العدد بالآلاف	تكلفة التعليم بالألف جنيه	تكلفة التدريب بالألف جنيه	إجمالى تكلفة هذه الخبرات
- طبيب بشرى	١٨٠	٥٠	٥٠	١٨ مليار جنيه
- طبيب أسنان	٥٠	٥٠	٥٠	٥ مليارات جنيه
- طبيب صيدلى	١٢٠	٥٠	٥٠	١٢ مليار جنيه
- ممرضات	١٧٠	٢٠	٢٠	٦,٨ مليار جنيه
- فنيين	٢٥	٢٠	١٠	٧٥٠ مليون جنيه
المجموع	٤٣٠			٤٢,٥٥ مليار جنيه

أى أن جملة تكلفة الأصول البشرية للكوادر الطبية العاملة فى قطاعات الصحة العامة فى البلاد تزيد على ٤٢,٦ مليار جنيه وفقًا لأكثر التقديرات تحفظًا(*).

وهكذا يبدو بالإجمال أن لدينا أصولًا صحية تزيد عن ١٢٧,٦ مليار جنيه أنفق عليها الشعب المصرى من موارده عامًا بعد عام، بما لا يجوز التفريط فيها وبيعها بأية صورة لمجموعة من المستثمرين والباحثين عن الربح.

(*) تميل بعض الدراسات إلى الأخذ بمعيار متوسط تكلفة السرير الواحد داخل المنشآت الصحية سواء من الناحية الاستثمارية أو التشغيلية.

هوامش الفصل الثانى

(١) المجالس القومية المتخصصة، تقرير المجلس القومى للخدمات والتنمية الاجتماعية بعنوان «نحو منظومة وطنية متكاملة للخدمات الصحية» القاهرة، الدورة الثامنة والعشرين، صادرة فى كتاب برقم ٣٦٣ بتاريخ ٢٠٠٧، ٢٠٠٨، ص ٢٠.

(٢) الجهاز المركزى للتعبئة العامة والإحصاء، الكتاب الإحصائى السنوى لعام ٢٠٠٤، القاهرة، يونيو ٢٠٠٥، ص ١٢٢.

(٣) وزارة الصحة والسكان، المركز القومى لمعلومات الصحة والسكان، الكتاب الإحصائى السنوى، دليل الوحدات والأسرة، القاهرة، ٢٠٠٨، ص ٤٢.

(٤) راجع فى هذا المصدرين السابقين.

(٥) النقابة العامة للصيادلة، بيان إحصائى بعدد الصيدليات موزعة طبقًا للمحافظات فى عام ٢٠٠٨، بيان مستقل، أكتوبر ٢٠٠٨.

(٦) د. أسامة رسلان، تقرير الأمين العام لنقابة الأطباء، مقدم إلى الجمعية العمومية عن عام ١٩٩٤، القاهرة، مارس ١٩٩٥.

(٧) إلهامى الميرغنى «الوضع الصحى فى مصر» ورقة عمل، جمعية التنمية الصحية والبيئية، القاهرة، ٢٠٠٨.

(٨) د. رؤوف حامد، «ثورة فى صناعة الدواء بعد اكتشاف الجينوم»، مجلة وجهات نظر، القاهرة، العدد (٢١) أكتوبر ٢٠٠٠.

(٩) د. محمد رؤوف حامد «الدواء فى مصر.. الأوضاع والمستقبليات». واردة بكتاب «الحالة الصحية والخدمات الصحية فى مصر.. دراسة تحليلية» القاهرة، جمعية التنمية الصحية والبيئية، الطبعة الثانية، ٢٠٠٥، ص ١٩٣ـ ١٩٥.

(١٠) د. محمد رؤوف حامد «الترتيبات الهيكلية والقانونية لقطاع الدواء المصرى فى إطار اتفاقيات التجارة العالمية.. رؤية إستراتيجية» ورقة مقدمة إلى مؤتمر جمعية التنمية الصحية والبيئية، القاهرة، ٢٠٠٥.

(١١) د. محمد رؤوف حامد «الترتيبات الهيكلية والقانونية لقطاع الدواء المصرى فى إطار اتفاقيات التجارة العالمية.. رؤية إستراتيجية»، ورقة مقدمة إلى مؤتمر جمعية التنمية الصحية والبيئية، برنامج السياسات والنظم الصحية، القاهرة، ٢٠٠٥، ص ٥٠.

(١٢) د. صلاح على عبد الحميد السعداوى «دور الاستثمار الخاص فى تطوير صناعة الدواء فى مصر» رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التجارة (بنين) جامعة الأزهر، ٢٠٠٤.

(١٣) د. رؤوف حامد.. «إدارة المعرفة والإبداع المجتمعى»، القاهرة، دار العين ٢٠٠٤.

(١٤) جريدة العالم اليوم بتاريخ ٦/ ١٢/ ٢٠٠٣.

(١٥) د. محمد رؤوف حامد، المرجع السابق، ص ٥٠ وكذلك د. رؤوف حامد «ثورة الدواء» المستقبل والتحديات القاهرة، سلسلة اقرأ، دار المعارف ٢٠٠١.

(١٦) المجالس القومية المتخصصة، تقرير حول «إستراتيجية السياسة الدوائية» القاهرة، تقرير رقم (١٣)، صادر عام ١٩٨١، ص ١٠.

(١٧) المرجع السابق.

(١٨) د. سمير فياض «الصحة فى مصر» مرجع سابق، ص ٢٤٢.

(١٩) د. سمير فياض، المرجع السابق، ص ٢٤٣.

(٢٠) صناعة الدواء فى مصر، أهرام ١٢/ ٢/ ١٩٨٥.

(٢١) المجالس القومية المتخصصة، «إستراتيجية السياسة الدوائية»، المرجع السابق ص١٥.

(٢٢) د. سمير فياض، المرجع السابق، ص ٢٢٩ ـ ٢٣٦.

(٢٣) د. سمير فياض، المرجع السابق، ص ٢٣٧.

(٢٤) د. سمير فياض، المرجع السابق، ص ٢٣٠.

(٢٥) د. سمير فياض، المرجع السابق، ص ٢٣١.

(٢٦) د. يوسف وهيب «نظام التسجيل والمعلومات فى القطاعات الصحية» ورقة واردة بكتاب «الحالة الصحية والخدمات الصحية فى مصر.. دراسة تحليلية للوضع الراهن ورؤى مستقبلية» القاهرة، جمعية التنمية الصحية والبيئية، مرجع سابق ص ١٣٨.

(٢٧) د. سمير فياض، المرجع السابق ذكره، ص ٢٣١.

(٢٨) د. سمير فياض، المرجع السابق، ص ٢٥٧، ص ٢٥٣.

(٢٩) تتضارب أرقام د. سمير فياض فى هذا الشأن ففى ص ٢٢٩ يشير إلى أن هذه النسبة ٤٠٪ بينما فى ص ٢٥٩ يؤكد أنها ٦٠٪.

(٣٠) د. سمير فياض، المرجع السابق، ص ٢٥٣.

(٣١) المرجع السابق، ص ٢٥٣.

(٣٢) د. محمد رؤوف حامد «ثورة الدواء.. المستقبل والتحديات»، القاهرة، دار المعارف، سلسلة اقرأ ٢٠٠١.

(٣٣) المجالس القومية المتخصصة، تقرير المجلس القومى للخدمات والتنمية الاجتماعية بعنوان «السياسة الصحية» القاهرة، دور الانعقاد الحادى التاسع، سبتمبر ١٩٨٨، يونيو ١٩٨٩، عرض على المجلس فى ١٨/ ٢/ ١٩٨٩، ص ٨٠، وكذلك د. محمد رؤوف حامد، وكذلك سمير فياض، المرجع السابق، ص٢٣٤.

(٣٤) د. سلمى جلال، د. هالة الدمنهورى «صحة المرأة» ورقة واردة فى كتاب جمعية التنمية الصحية والبيئية، الحالة الصحية والخدمات الصحية في مصر مرجع سابق.

(٣٥) د. سمير فياض، المرجع السابق، ص ٤٤٨.

(٣٦) د. سمير فياض، المرجع السابق، ص ٣٤٨.

(٣٧) وزارة الصحة «السياسة الصحية والتقرير السنوى لعام ١٩٧١» القاهرة، صادر فى يوليو ١٩٧٢، ص ٢٩.

(٣٨) المرجع السابق، ص ٣١ وكذلك المجالس القومية المتخصصة؛ تقرير المجلس القومى للخدمات والتنمية الاجتماعية بعنوان «التمريض فى مصر... حاضره ومستقبله» القاهرة، دور الانعقاد العادى (٢١) بتاريخ ٢٠٠٠/ ٢٠٠١ عرض على المجلس بتاريخ ٢٦/ ٥/ ٢٠٠١.

(٣٩) الوقائع المصرية، العدد (٣٨) بتاريخ ٩ إبريل سنة ١٩٣٦.

(٤٠) الهيئة العامة للتأمين الصحى، إدارة العلاقات العامة والإعلام «قوانين وقرارات التأمين الصحى»، القاهرة، ديسمبر ١٩٨٥، ص ١٣.

(٤١) القانون رقم (١٠) لسنة ١٩٦٧ المنشور بالجريدة الرسمية، العدد (٦٠) الصادر فى ١١/ ٥/ ١٩٦٧.

(٤٢) د. هانى سراج، د. محمد حسن خليل (محرران) «باتجاه التأمين الصحى الاجتماعى الشامل» تقرير المؤتمر العام الرابع، جمعية التنمية الصحية والبيئية، القاهرة، ٢٠٠٣، ص١١٥.

(٤٣) د. سمير فياض، المرجع السابق، انظر صفحات ٢٧٢، ٣٠٦، ٣٠٨ وهى تشتمل على بيانات كانت فى حاجة إلى تدقيق لاستخلاص النتيجة الحقيقية بشأن توزيع الوحدات الصحية بين الحضر والريف، وكذا توزيعات الأسرة فى تلك الوحدات الصحية.

(٤٤) إلهامى الميرغنى «الوضع الصحى فى مصر»، القاهرة، ورقة عمل، جمعية التنمية الصحية والبيئية، القاهرة بدون تاريخ.

(٤٥) وزارة الصحة، الكتاب الذهبى لوزارة الصحة (١٩٣٦ - ١٩٨٦)، وكذلك التقرير السنوى لوزارة الصحة لعام ١٩٧١، وكذلك مذكرة مرفوعة من السيد الدكتور وزير الصحة إلى رئيس مجلس الوزراء حول، «أوضاع العلاج الخاص فى مصر»، القاهرة، نوفمبر ١٩٨٢.

(٤٦) مذكرة وزير الصحة إلى رئيس مجلس الوزراء، مرجع سابق.

(٤٧) د. حسام بدراوى «التأمين الصحى الخاص» ورقة عمل مقدمة فى المؤتمر العام الرابع لجمعية التنمية الصحية والبيئية واردة فى كتاب «باتجاه التأمين الصحى الاجتماعى الشامل» تحرير، د. هانى سراج، مرجع سابق، ص ٨٢.

(٤٨) وزارة الصحة، الكتاب الذهبى لوزارة الصحة (١٩٣٦ - ١٩٨٦)، القاهرة، ١٩٨٧.

(٤٩) لمزيد من التفاصيل راجع: عبد الخالق فاروق، محمد فرج «أزمة الانتماء فى مصر»، القاهرة، مركز الحضارة العربية، ١٩٩٨، ص ٩٢ وما بعدها.

(٥٠) انظر موجز مشروع الإصلاح الصحى الذى قدم فى أغسطس ١٩٩٧ إلى هيئة المعونة الأمريكية فى مصر وإلى وزارة الصحة وبتمويل من البنك الدولى فى: د. سمير فياض، المرجع السابق، ص ٥٣٥.

(٥١) هذا مضمون الخطاب الرسمى حول الخدمات الصحية، وبالتالى المبرر حول خصخصة بعض هذه الوحدات برغم انخفاض نسب الإشغال فى المستشفيات العامة وزيادة الشكوى من سوء معاملة الأطباء أو هيئات التمريض للمرضى، والغريب أن هذا التبرير الرسمى يجد أعوانًا له من بعض منتسبى صفوف المعارضة انظر مثلاً: د. سمير فياض، «الصحة فى مصر»، مرجع سابق.

(٥٢) د. يوسف وهيب «نظام التسجيل والمعلومات فى القطاعات الصحية»، مرجع سابق، ص ١٣٨.

(٥٣) مجلس الشورى، تقرير لجنة الخدمات بعنوان «قضية العلاج فى مصر»، القاهرة، دور الانعقاد العادى السابع، القاهرة، ١٩٨٧، ص ٢٨.

(٥٤) الجهاز المركزى للتعبئة العامة والإحصاء «نشرة إحصاء الخدمات الصحية لعام ٢٠٠٦»، القاهرة، يونيو ٢٠٠٨.

(٥٥) راجع د. سمير فياض، المرجع السابق، ص ٣٥٦.

(٥٦) المرجع السابق، ص ٣٥٦.

(٥٧) د. هبة نصار، مرجع سابق، ص ١١٥.

(٥٨) د. سمير فياض، المرجع السابق، ص ٣٥٨.

(٥٩) د. سمير فياض، المرجع السابق، ص ٣٦٠.

(٦٠) د. سمير فياض، المرجع السابق، ص ٣٦٠.

(٦١) د. سمير فياض، المرجع السابق، ص ٣٦١.

(٦٢) د. هبة نصار «الإنفاق الاجتماعى على الصحة... رؤية وتقييم عام» ورقة واردة فى كتاب «الحالة الصحية والخدمات الصحية فى مصر... دراسة تحليلية للوضع الراهن ورؤى مستقبلية»، القاهرة، جمعية التنمية الصحية والبيئية، مرجع سابق، ص ١٠٥.

(٦٣) د. هبة نصار، مرجع سابق، ص ١٠٤.

(٦٤) د. هبة نصار، مرجع سابق، ص ١٠٥.

(٦٥) د. هبة نصار، مرجع سابق، ص ١٠٥.

(٦٦) د. هبة نصار، مرجع سابق، ص ١١١.

(٦٧) يحيى محمد عبد القادر «نموذج اقتصادى قياسى»، مرجع سابق، ص ٢٠.

(٦٨) د. هبة نصار، المرجع السابق، ص ١١٢.

(٦٩) المجالس القومية المتخصصة، تقرير المجلس القومى للخدمات والتنمية الاجتماعية بعنوان «السياسة الصحية»، القاهرة، دور الانعقاد العادى، العدد التاسع، سبتمبر ١٩٨٨، عرض على المجلس فى ١٨/ ٢/ ١٩٨٩، ص ١٠٢.

(٧٠) معهد السكر، تقرير حالة مرضى السكر، القاهرة، ٢٠٠٢.

(٧١) د. حاتم الجبلى وزير الصحة تصريح إلى جريدة المصرى اليوم بتاريخ ٢٣/ ٤/ ٢٠٠٩ من واقع المسح الديموجرافى الصحى.