

٦ - الباب السادس : سيناريوهات الصحة في مصر حتى عام ٢٠٢٠م

٦-١٧ الفصل السابع عشر : عرض عام للسيناريوهات

٦-١٧-١ العرض العام للسيناريوهات الخمس من أرضية مشروع ٢٠٢٠:

٦-١٧-١-١ السيناريو المرجعي

٦-١٧-١-٢ سيناريو الرأسمالية الجديدة

٦-١٧-١-٣ سيناريو الاشتراكية الجديدة

٦-١٧-١-٤ سيناريو التآزر الاجتماعي

٦-١٧-١-٥ سيناريو الدولة الإسلامية

٦-١٧-٢ السيناريوهات الخمس تختزل إلي أربع فقط

٦-١٧-٣ عرض سريع للسيناريوهات الأربع المحتملة في قطاع الصحة

٦-١٧-٣-١ السيناريو المرجعي

٦-١٧-٣-٢ سيناريو الرأسمالية الجديدة

٦-١٧-٣-٣ سيناريو الدولة الإسلامية

٦-١٧-٣-٤ سيناريو الاشتراكية الجديدة والسيناريو التآزري

٦ – الباب السادس : سيناريوهات الصحة في مصر حتى عام ٢٠٢٠م

٦-١٧- الفصل السابع عشر : عرض عام للسيناريوهات

٦-١٧-١ العرض العام للسيناريوهات الخمس من أرضية مشروع ٢٠٢٠:

عرض سريع لجوهر السيناريوهات الخمسة المقترحة

وستتناول التعريف بالسيناريو إستنادا إلى أوراق الفريق المركزي لمشروع ٢٠٢٠، من خلال الإشارة إلي جوهر السيناريو، ونخبه الحاكمة أو المحتمل ترشيحها للحكم، ودور القمة المسيطرة إن وجد. وذلك بالإضافة إلى التعريف بخواص ذلك السيناريو، وأي من المشكلات المهددة لإستمراريته.

٦ - ١٧ - ١ - السيناريو المرجعي

جوهر السيناريو:

- هو امتداد عبر الزمن لواقع معاش، متدرج التغير والتطور.
- وهو هادف لنظام جوهره الرأسمالية، المرتبطة بالدولة، والمستند إلي جهاز الدولة البيروقراطي (بين رجال الدولة والأفراد المعبرين عن السيناريو علاقة تشابك).
- وهذا السيناريو في النهاية خاضع لرؤية الرأسمالية الأجنبية، ومرتبطة بها.

- وكوادر تلك الرؤية ذات وعي اجتماعي منخفض، وأقل من مثيلاتها في الدول الرأسمالية المتقدمة.

قيادات توجيه السيناريو "النخب الحاكمة"

- متشابكة مع الطبقات الأخرى خاصة السائدة منها (ممثلو الرأسمالية).
- ولكن تلك القيادات تحتفظ أيضاً بدرجة من الإستقلال عن الطبقات.
- وهي ذات وعي محدود قادر على حل مشكلات ذات طبيعة جزئية، وتوجيه تنموى محدود.

قمة السيناريو أو الدور المسيطر:

- الدور المسيطر لرئيس الدولة، والقيادات العسكرية، والقيادات النخبوية المختارة من ذوى النفوذ والتأثير المجتمعي (المحلى والقومى).
- تناقض ممكن الحدوث مع بعض النخب الحاكمة.
- ديمقراطية محدودة الهامش، وذات جوهر لا يزال بعيدا عن وصفه بالجوهر الديمقراطي.

خواص السيناريو:

- يتميز السيناريو المرجعي بقدر من التشابك بين الطبقات السائدة خاصة الرأسمالية (ممثلو الرأسمال) وبين النخب الحاكمة، بما يعطى تلك الفئات مشاركة فاعلة، في عملية صنع القرار، وتستبعد نسبيا مشاركة معظم الفئات الاجتماعية الأخرى.
- ويتميز ذلك السيناريو بدور النخبة (أكثر الفئات الاجتماعية نشاطا) في علاقاتها الأساسية مع رئيس الدولة، والقيادات العسكرية والقيادات ذات النفوذ، والتي تتغير بتغير رئيس الدولة وتغير توجهاته. وإن كان لديها أيضاً القدرة على تعطيل تنفيذ بعض القرارات التي تتعارض مع مصالحها، بإعتبار أن التنفيذ من صلاحياتها، مستتدة بالطبع، إلى جناحها البيروقراطي.

- كما يتميز ذلك السيناريو بدور تعددي ذي طابع شكلي، يصرح به لظهور الأحزاب، بإخراج ذي طابع مصنوع ومحكوم بقانون معيب. وغير مسموح لتلك الأحزاب في إطار مجموعة قوانين ولوائح الطوارئ، بالتحرك خارج الأطر المصرح بها، مما يجعل إمكانية تداول السلطة بين الأحزاب مستحيلا، في حدود الواقع الحالي.

مشكلات مهددة لاستمرارية السيناريو المرجعي:

- بؤرة تلك المشكلات، هي أن أصحاب ذلك السيناريو يوقعون أنفسهم في تناقضات عديدة، يتعذر عليهم حلها، وبيان تلك المشكلات كالآتي:
- تناقض بين الانحياز للنهج الرأسمالي اقتصاديا، ورفض النهج سياسيا واجتماعيا.
 - تناقض بين الاستناد إلى القوى القاعدية (الشعبية) من ناحية، وبين استهداف مصالح القوى الرأسمالية والنخب الحاكمة من ناحية ثانية، بما يترتب على ذلك من محاولة فاشلة للتعمية الإعلامية، في عصر يتعذر فيه إخفاء المعلومات.
 - تناقض بين نهجين: نهج التبعية الرأسمالية العالمية، ونهج التنمية المستقلة ذات الطابع الوطني.
 - تناقض بين توجهين: توجه نحو أوسع إدارة محلية، وتوجه يصر على إستمرارية تسيد دور الدولة المركزية.
 - تفجر مشكلات خاصة بالإنتاج والخدمات، وعجز ميزان التجارة الخارجية، وتآكل العملة المحلية، وتفشي البطالة واتساع نطاقها، وزيادة الفجوة بين الفقر والغنى، وبين الريف والحضر. وضعف معدلات ومؤشرات التقدم في الصحة، والتعليم، والتحضر، والمواصلات، والاتصالات، والمساكن، والمرافق، والبيئة، وما إليها.

٦-١٧-١-٢ سيناريو الرأسمالية الجديدة

جوهر السيناريو:

يستند ذلك السيناريو إلى سياسة الانفتاح، التي بدأت في أوائل السبعينيات وإلى برنامج التثبيت الاقتصادي والتكيف الهيكلي، في النصف الثاني من التسعينات. والدعوة إلى الإصلاح السياسي الشامل المستند إلى الديمقراطية وحقوق الإنسان، وتبني عملي لمبدأ الحرية الاقتصادية، وصولاً لتسيّد القطاع الخاص، وآليات السوق. وما يترتب على ذلك من دور محدود للدولة، في إطار دستور جديد، وتحت رقابة برلمانية، وتقييد لصلاحيات رئيس الجمهورية.

مزايا السيناريو في رؤية أصحابه:

ويرى أصحاب ذلك السيناريو أنه :

- يعظم قدرات الرأسمالية المحلية، ويزيح القيود التي تحد من قدراتها.
- يحقق عدالة اجتماعية في إطار ليبرالي، طبقاً لمواد دستورية.
- يحقق التحرير الاقتصادي للزراعة، والصناعة، والتجارة.
- يرفض إضفاء الطابع الديني على الأنظمة الاقتصادية، والاجتماعية، والسياسية.
- يقيم دولة القانون.
- يقدّس الملكية الفردية، ويحترم السوق وقواعده.
- انفتاح، بل واندماج، في النظام الرأسمالي العالمي.

٦-١٧-١-٣ سيناريو الاشتراكية الجديدة

يميز أصحاب ذلك السيناريو بين رؤيتهم لتطبيق الاشتراكية الجديدة وما سبقها من تجارب وتطبيقات كالآتي:

- بأنها ذات مرحلتين: الأولى تستند إلى التنمية المستقلة، والثانية تتداخل مع الأولى، ولكنها تبني الاشتراكية الجديدة، كما يتصورها أصحابها.
- تتجاوز الاشتراكية الجديدة المفهوم السابق للملكية الاجتماعية لوسائل الإنتاج (الملكية العامة)، إلى القبول بتعدد أشكال الملكية، للأفراد، والمؤسسات الحكومية، والمؤسسات التعاونية، والأشكال المجتمعية للملكية.
- وتزواج الاشتراكية الجديدة بين التخطيط والسوق، بإتاحة حق الاختيار للمستهلك، وسعى المنظمات لتحقيق مركز تنافس، إستناداً إلى مبدأ الجودة والتكلفة الأقل، في إطار من ضبط مخاطر السوق، وذلك، بالدور الحاسم للتخطيط، والتنسيق، والتشريع إستناداً للآليات والروافع الاقتصادية، بدلاً عن سلطة الدولة وأولمراها ونواهيها.
- وتستند الاشتراكية الجديدة، إلى بناء تحالف وطني متأزر واسع، من خلال ممارسة ديمقراطية، بالاستناد إلى المواطنين خاصة في عملية صنع القرار، وإلى الحكم المحلي بديلاً عن الإدارة المحلية.
- وأخيراً، فإن أصحاب ذلك السيناريو يزوجون بين التنمية المستقلة كمحور أساسي، وعدالة التوزيع، وتضييق الفجوات السكانية والمجتمعية، وإنقاص تباين المؤشرات السكانية والصحية، بجانب تسريع المؤشرات الاقتصادية الاجتماعية، وصولاً إلى تحقيق العدالة والإتاحة والتغطية للخدمات عموماً، ومن بينها الرعاية الصحية.

٦-١٧-١-٤ سيناريو التأزر الاجتماعي

ويطلق عليه أيضاً في مشروع مصر ٢٠٢٠ "السيناريو الشعبي". وهو يمثل حلاً وسطاً تتراضى عليه قطاعات عريضة من الشعب المصري. وسوف نطلق عليه فيما بعد "السيناريو التأزري".

وهو يستند إلى:

- تماسك وطني في مواجهة مخاطر عدم الإستقرار الداخلي، أو في مواجهة تهديدات خارجية ضاغطة على الهوية، أو دافعة للتمهيش.

- تآزر إجتماعي لمكافحة الفقر، وتعزيز القدرات البشرية، وتعظيم دور المحليات، ومد فترة الإلزام في التعليم، ووسطية دور الدولة المركزي.
- التركيز على تنمية دور المجتمع في الحفاظ على البيئة، وتحقيق سلوك وثقافة ذات قيم دافعة للتطوير.
- التركيز على تعظيم السياسة السكانية النشطة، كمفتاح للمواءمة بين الموارد المحدودة والتزايد السكاني، بما يتطلبه ذلك من متابعة دقيقة للمؤشرات المجتمعية والسكانية.
- تعظيم دور المعارف والقواعد المعلوماتية والإبداعات المحلية.
- تأكيد دور الإصلاح الإداري ومواجهة الفساد.
- الإرتباط بمفهوم التنمية المستقلة، كبؤرة يتمركز حولها السيناريو، ولكن بمفهوم توزيع الجهد التنموي، وعلى جهات متعددة، رغبة في كسب تأييد أوسع قطاعات شعبية.
- الإستناد إلى خيارات تكنولوجية ملائمة للإمكانيات، وتوظيف أكبر قدر ممكن من السكان.

٦-١٧-١-٥ سيناريو الدولة الإسلامية

يهدف السيناريو إلى بناء مجتمع فاضل ذي هوية متميزة بالاستناد إلى الأصول الدينية الإسلامية لإنتاج المسلم الصالح.

ويتميز سيناريو الدولة الإسلامية بالآتي:

- التركيز الشديد على الرؤية المستقلة المنشودة للمجتمع الإسلامي، في ظل الراية الإسلامية، دون توجيه اهتمام إلى الآليات اللازمة للإنتقال من الواقع المعاش إلى المجتمع المنشود.
- قبول المشروع الاجتماعي للدولة الإسلامية بالتفاوتات الاقتصادية والطبقية، بإعتبارها أوضاع طبيعية تعالج بالآليات الزكاة، والتسرع والتكافل، لحل الصراعات الاجتماعية.

- لا يقر المشروع بالتميزات والفوارق العنصرية والإثنية، ولكنه يميز بين العالم بالدين وغير العالم به، وبين المسلم الملتزم بالأوامر والنواهي وغير المسلم، ولكنه يعطى أولوية للعلوم الدينية بمرتبة متميزة على العلوم الفيزيائية، والبيولوجية، والاجتماعية، والإنسانية.
- يصنع المشروع للمرأة مكانة خاصة، لا ترقى إلى كل المساواة، ولا تتدنى إلى وضع التبعية للرجل.
- يقر المشروع بالملكية الخاصة باعتبارها حجر الأساس، باختيار وضع الإستخلاف من الله إلى الإنسان لتوظيف الأصول والأموال، مع إجازة الدور الاجتماعي للملكية العامة، كما أنه يعطى التجارة وضعاً متميزاً في الاقتصاد الإسلامي.
- يتبنى المشروع في مصر تمايزات ثلاثة مدارس هي: الإخوان المسلمون (ديني معتدل)، والجماعة الإسلامية (ديني متطرف)، والجهاد بفرقه (ديني متطرف آخر)، وأخيراً فهناك الطرق الصوفية (ديني غير سياسي، ومتصالح مع الواقع والحاكم).
- كما يتميز ذلك السيناريو أخيراً، بوجود قاعدة شعبية متعاطفة وجدانياً ودينياً، مع هذا المشروع مع الإنحياز إلى مجموعات المتصالح مع الحاكم (الطرق الصوفية) أو التيار المعتدل (الإخوان المسلمون).

٦-١٧-٢ السيناريوهات الخمس تختزل إلى أربع فقط

إنطلاقاً من الواقع الصحي القائم حالياً في مصر عام ١٩٩٩، نستهدف الوصول إلى تصور في عام ٢٠٢٠ للوضع الصحي في مصر. ولذلك لابد من رسم نموذج للواقع الحالي للوصول إلى النموذج المستهدف عام ٢٠٢٠.

ولا شك أن الوصول إلى ذلك النموذج المستقبلي، يتم عبر مسارات (البيئات)، في إطار تصور للقوى الفكرية والاقتصادية والاجتماعية والسياسية، التي قد تشكل الشكل السائد للقوى المجتمعية الحاكمة مستقبلاً.

ولقد توافق الفريق المركزي والباحثون علي إستشراف مستقبلي، إنطلاقاً من تطوير الواقع الحالي، في إطار ثلاثة سيناريوهات جديدة (مبتكرة) باعتبارها متحورة من تيارات سياسية سابقة، وهي سيناريو الرأسمالية الجديدة، سيناريو الدولة الإسلامية، سيناريو الاشتراكية الجديدة، بما يتطلبه ذلك من طاقة تغيير مجتمعية، وتحويل مخطط بفعل قوى حزبيه واجتماعيه واعية وفاعلة. وذلك بخلاف السيناريو المرجعي الذي هو استمرار للواقع المعاش متطوراً، من خلال إضافة جرعات تطويرية محدودة ومتتابعة، حيث أن التغيير غير متوقع، بسبب الركود السياسي والمجتمعي، وكذلك بخلاف السيناريو التآزري "أفكار الحل الوسط".

وأنصور أن السيناريو التآزري ليس في الواقع إلا نهجا توفيقيا. أي أنه يمثل توافقاً موقوتاً، ومحصلة لتوازنات، يتولد في مناخ عدم قدرة أي رؤية سياسية منظمة، علي حسم الأمور بالاستناد إلى أغلبية شعبية، أو قوة قاهرة، أو تهديد خارجي، بما يمكن تلك الطليعة السياسية من الانفراد بالحكم ولو لمدة زمنية محدودة. أما أن يسود التآزر بين أكثر من قوة سياسية لفترة زمنية، فلا يتوقع إلا بأن تضطر إحدى القوي السياسية إلي أن تقسح مساحة لقوى أخرى لتشاركها معها في السلطة بسيادة للقوة الأولى، وبالطبع تحت رايته ونهجها.

ويمكن في حالة مصر، أن يحدث ذلك مع النخبة الممثلة للنهج المرجعي، إذا ما شعرت بأن قوة أخرى ذات نفوذ داخلي، يمكن أن تحقق تسيدا أو انفرادا بالسلطة، فتضطر إلي أن تتآزر مع قوة أو قوى أخرى لها نفوذ تجمعته تحت رايته، لتواجه القوة المنافسة، من خلال توسيع دائرة نفوذها الشعبي. أو أن يضطر أصحاب السيناريو المرجعي إلى موقف مؤقت مماثل، تحت ضغط تهديد خارجي، إلي أن يقبل بالحلول الوسطي.

كما يمكن أن يتحقق ذلك، أيضا، بصفة علاقات متكافئة، ولفترة قد تطول مع الطليعة الاشتراكية، عندما تقدر أن لا سبيل للوصول إلى السلطة، إلا بالتحالف أو التآزر مع قوى أخرى، تتبنى مثلها نهجا عقلانيا، وان كان مختلفا عنها في توجهه الاجتماعي، تاركة حسم التوجه الاجتماعي لقوى الإستنارة، ومعاداة التخلف، إكتفاءا بتوسيع مساحة العدالة، وتحسين فرص الفقراء الاقتصادية والاجتماعية، ورفع

الوعي، وتوسيع دائرة الفعل السياسي، المستند إلي ارتفاع الوعي، وتزايد القدرات علي التنظيم المخطط للبشر في منظمات، إستنادا للمصالح الطبقيّة والمجتمعيّة، مع الحرص علي حل تناقضات قوى التحالف، بالأسلوب المدني السلمي. وإثني أستبعد وجود إمكانيّة وجود أي تحالف أو تآزر آخر تحت عباءة الرأسمالية الجديدة في مصر، لصعوبة إكتسابه الشعبيّة المؤازرة والمعززة، حتّى لو اكتسب الدعم والمساندة الدوليّة. أما التيار الإسلامي المتبني لشعار "الدولة الإسلاميّة" فهو لا يقبل شراكة إلا مع مثيل له، أما الآخر فله حقوق التابع، وليس الشريك، أو الحليف.

ومن هنا، فإنني أتصور أن النهج التآزري، لا يكون مقبولا ومرحبا به من كافة أطراف التحالف، إلا مع النهج الاشتراكي، الذي يوفر أيضا الدعم والمؤازرة والمساندة الشعبيّة، ويفتح الباب علي مصراعيه لإمكانيّات التطور الاقتصاديّة والاجتماعيّة والسياسيّة بأبعادها المؤسسيّة. ولذلك أثرت تناول السيناريوهين كسيناريو واحد لأن مسارهما المشترك طويل ولعله حتمي، والخلافات المحدودة بين الإثنين لا تتجاوز كثيراً الخلافات بين المدارس الاشتراكية ذاتها.

وعموما، لا يخلو أي نموذج متصور من لمسة ذاتية يصعب إخفاؤها، وفي تصوري أنها مليئة بالأمل وإن شابتها رؤية الشك وعدم اليقين، فكما أن السلام قائم بعد الحرب العالميّة الثانيّة وحتى الآن، إلا أن التناقضات والصراعات الإقليميّة والحدوديّة مازالت تشكل حروبا صغيره متعدّدة يستمر بعضها لعدة سنوات. ومن هنا فإنني أتفظ بان أي تصور مستقبلي لا يعنى عدم وجود جيوب جغرافيّة وقطاعيّة ونوعيّة، تظل تنازع النموذج المستهدف المتصور، وقد تتغلب عليه في منطقة أو قطاع، ولا يستطيع الجديد أن يخترق سقف الواقع، إلا بفعل فاعل، أي بعمل إرادي مخطط، قد يوجد أو يتعدّر قيامه.

٦-١٧-٣ عرض سريع للسيناريوهات الأربع المحتملة في قطاع الصحة

٦-١٧-٣-١ السيناريو المرجعي

إذا ظل الهدف المستقبلي "الصحة عام ٢٠٢٠" ينمو في إطار حكم المجتمع والدولة الحالي، بتغيرات في الإطار التراكمي، وتزايد الإنجازات في نفس الإطار

المجتمعي، والقوى السائدة والأفكار والقيم السائدة، فسنصبح أمام نموذج مرجعي، أقرب إلي الواقع الحالي، متطورا بترجمات وإنجازات صحية، لا تغير من جوهر النظام الصحي الحالي، وان كانت تتعامل مع عيوبه ونقائصه، فتحاول تلافيها، وتعظم إيجابياته ومزاياه، إلا أنها لا تستطيع أن تحقق النقلة اللاحقة، وصولا إلى النموذج الرأسمالي، أو التآزري الاشتراكي.

وسيظل التصور المطروح، إمتدادا ميكانيكيا للواقع المطروح إجمالاً. بالرغم من محاولات الخروج من إطاره، بالمحاولات والمشروعات الصحية الممولة من الاتحاد الأوربي، أو البنك الدولي، أو هيئه المعونة الأمريكية، حيث سينتهي إلى تراكمات إصلاحية، غير معنىً بالجوهري والنهجي والأسلوب. بل وسيجرى إخضاعها للواقع المحلي في بعض الأحيان، أو تظل متصارعة معه في أحيان أخرى، وستطرح حجج عديدة، كلها ذات طابع متحفظ، وإن كان الشكل عقلانياً مثل: الواقعية، ما يصلح لمصر غير ما يصلح للغرب، والشرق شرق...، والمؤامرة الغربية.... الخ.

وفي مثل هذا النموذج "المرجعي":

ستظل التكلفة الاقتصادية، والثمن الاجتماعي والحضاري، مرتفعاً. بمعنى إنفاق لا يقابل جودة مخرجات مرضية للأسس العلمية والفنية، ومشبعة لتطلعات المتعاملين مع النظام الصحي، ومكلفة اقتصادياً، حيث إن فاقد عملياتها الغير منظمه والغير منتظمة، في الأغلب الأعم، كبير نسبياً. وسيظل طلاب الخدمات الصحية لا يجدون بغيتهم في القطاعين: العام والخاص، وستظل الفئة العليا القادرة على الهروب للعلاج بالخارج، الذي قد يعنى العلاج بإسرائيل أو تركيا أو اليونان واردة، وبشكل متزايد عن الواقع الحالي، ولعل ذلك يؤثر على الثقة بالمصري، والواقع الحضاري الذي يعيشه.

غير أننا نلاحظ في هذا التصور أن الريف المصري والفقراء سيجدون خدمة أكثر إتاحة، وأكثر تغطية، لإحتياجاتهم مما هي عليه الآن، بصرف النظر عن مقارنته بالواقع في العالم المحيط والعالم الخارجي.

ويركز أصحاب السيناريو المرجعي، علي "إصلاح صحي مستهدف" يستند إلى:

- التركيز علي قيام الدولة بمسؤولية الرعاية الصحية الأولية، كجزء أساسي من حزمة الخدمة التأمينية الكلية، ويشارك المنتفع، وصاحب العمل الدولة في تمويلها، لكن امتداد رعاية الدولة للمرافق، والغذاء، وممارسة الرياضة، وتصحيح الهيكل السكاني، وخلل الغنى والفقير، سيظل رهينا بمدى تقدم اللامركزية، وديمقراطية المجتمعات المحلية، وظهور المنظمات الأهلية وحقها في العمل المجتمعي ذي الطابع السياسي.
 - تطبيق حزمة تأمينية كاملة ومعدلة، علي أن يكون التطبيق جغرافيا، بدلا من للتطبيق الرأسي المتبع حاليا، وأن يكون التطبيق متدرجا ليتناسب مع القدرة التمويلية، ويتم تمويل الحزمة التأمينية من صاحب العمل والمنتفع، والدولة في حالة عجز المنتفع عن الدفع، أو عجز الموازنة الجارية في نهاية العام.
 - إجراء إصلاحات في القطاع الدوائي إنتاجا وتوزيعا وتطويرا (أساليب متعددة).
 - محاولة الإرتقاء إلى مستوى إدارة الجودة الشاملة، وتنمية القوى البشرية، وأتممة المعلومات المهنية، والإحصائية، والإدارية، والمالية.
- من كل ذلك، يتضح أن جوهر السيناريو المرجعي، هو منهج إصلاح الوضع الصحي القائم، وليس تغييرا في المستهدفات، التي تظل مزيجا أو خلطة من السيناريوهات المختلفة، تحدها الممكنات والقدرات الاقتصادية والاجتماعية والسياسية، المتاحة مستقبلا.

٦-١٧-٣-٢ سيناريو الرأسمالية الجديدة

أتصور إن الهدف المستقبلي كنموذج "موديول" ليس متعذر الرؤية التنبؤية في السيناريو الرأسمالي بالذات، حيث أن المسار سبق أن طرقتة وسارت فيه الدول المتقدمة الرأسمالية الحالية، طبعا في ظروف غير الظروف، وبأساليب وطرق قد لا تتكرر، إلا أننا سنسترشد بما سبق لتلك الدول أن سارت فيه وما نطمع فيه حاليا،

أملين أن يكون السيناريو قريبا من ذلك المسار، باعتبار الهدف والآلية، وإن كنا نتفق على أنه بعيد نسبيا باعتبار المكان والزمان المختلف.

ويظل الهدف المستقبلي "للصحة في عام ٢٠٢٠" في تلك الرقعة العربية وحدها، أو بين دول المنطقة الشرق أوسطية ككل، أو باستثناءات في إطار السيناريوهات الأربع المشار إليها آنفا، ساعيا لتحقيق الأهداف العشرة التي سبقت الإشارة إليها، في الفقرة الخاصة بتقرير منظمة الصحة العالمية "الصحة للجميع"، في العشرين عاما الأولى من القرن الواحد والعشرين "A51/5"، وكل من تلك التصورات ينعكس على الموديول الصحي المتوقع. أما النموذج الرأسمالي الجديد، باعتبار قربه من النموذج الغربي، وارتباطه الكامل، أو الجزئي به، فإنه شديد الشبه بالتوجه الرأسمالي التقليدي، إلا أنه، باعتباره مصريا، يحمل الخصائص الذاتية المحلية بما يحكمها من عوامل الموضع والموقع والسكان.

ويلاحظ أن التوجه الرأسمالي، يتعامل حتى الآن مع المجتمعات النامية، باعتبار كل منها "مجتمعين في مجتمع واحد": مجتمع الغنى واليسر والقدرة والتأورب والحضارة بالمفهوم الغربي. ومجتمع الفقراء والضعفاء والفئات الحساسة، في المناطق المهمشة حيث الجهل والفقر والمرض. ويمول ذلك التوجه المجتمع الأول بالخدمات الصحية والخدمات الطبية في شكل خدمات أهلية (قطاع خاص)، وبشكل خدمات حكومية معقدة التركيب والنظام، يستفيد منها الغني إن رغب، والقادر، والعارف الفطن، وما أندرههم وسط الفقراء والضعفاء. أما المجتمع الثاني فله نصيب في المنظمات الصحية الحكومية، بأساليب يتقنها المضطر والمحتاج، كما أنه ينتظر مشروعات ذات طابع خيرى في الأغلب الأعم، يطرحها حسنو النوايا من أصحاب السيناريو الرأسمالي، كما ينتظر أولئك المهمشون ومعهم شريحة كبيرة من الفئات الوسطى، البرامج المقترحة لتحسين أحوالهم الصحية وغير الصحية، والمقدمة من السلطات المحلية، والمعونات الدولية.

ويلاحظ أيضا أن توجه الخدمات الصحية، لدى أصحاب ذلك السيناريو، تكون في اتجاه الخدمات العلاجية، وعلي حساب إنقاص التمويل للقطاعات الوقائية، والرعاية الصحية الأولية، وتعزيز الغذاء، والممارسة الرياضية، والتثقيف الصحي،

وتوفير الإصحاح الصحي، مما يجبر الفقراء والضعفاء على الدفاع عن استمرار وجودهم، بتوظيف الخصوبة ووفرة النسل.

ولقد تنبّهت المنظمات الدولية، إلى خطورة استمرارية تلك الأوضاع، مع توسع الدول النامية في تطبيق التوجه الرأسمالي، حيث أبرزت خطورة التوجه بعيداً عن الفقراء، بالتوغل باتجاه الرعاية الصحية العلاجية (عالية التكلفة قليلة الفاعلية والعائد)، مما أحدث توجهها سيتزايد مستقبلاً لدى أصحاب السيناريو الرأسمالي وهو:

- تكثيف الإهتمام بالرعاية الصحية الأولية وما يرتبط بها (مسؤولية دولة).
- تركيز الإهتمام في بؤرة تنظيم النسل وإنقاص معدل الخصوبة (مسؤولية دولة).
- توفير الخدمات الصحية العلاجية، خاصة في المستشفيات، بواسطة القطاع الخاص أساساً، بما فيها المستشفيات الجامعية، مما يجعل الحصول علي تلك الخدمة بالقيمة، حيث يدفع المنتفع قيمة الخدمة المؤداة من الجيب، أو من خلال نظام تأميني يرتبط به المنتفع.
- تخليق نظام أو نظم تأمينية جبرية أو اختيارية، يحقق أوسع تكافل مجتمعي لمواجهة المخاطر، بمشاركة تمويلية: من المنتفع، ومن صاحب العمل، ومن الدولة أحياناً لفئات معينة.
- وقد ترى بعض الدول النامية، ذات التوجه الرأسمالي، التخفف من بعض تلك الأسس، إستناداً إلى أن المسؤولية فردية في رأيهم، ودعمًا لتسيّد المريض في علاقته بطبيبه الخاص، خاصة في مجال الرعاية الصحية الأولية.

٦-١٧-٣-٣ سيناريو الدولة الإسلامية

إذا تطور الهدف المستقبلي "الصحة عام ٢٠٢٠" في اتجاه يجعل الغلبة في إتجاه الحكم وإدارة شئون المجتمع، بأسلوب يحمل الطابع السلفي، أي تحت مظلة سيناريو أقرب ما يمكن إلي السيناريو الإسلامي، فإننا نتصور إنعكاساً وتفاعلاً

لمحتوى أفكار وقيم وتقاليد هذا الشكل على المضمون، والشكل الذي تؤدي به الخدمات الصحية المطلوبة في هذا الإطار. وحيث أن الجوهر الفكري لهذه النظام، يستند إلى الفرد العائل أكثر من إستناده إلى الأسرة والمجتمع المحلي والوطن، كما يستند إلى علاقة أوثق بين أفراد يحملون نفس الطابع، بل نفس النمط، ولا يتفاعلون إلا بقدر الطاعة التي تتوافر في شكل تعليمات من الأعلى منزلة إلى الأدنى، لذلك فإننا نتوقع أن الاتجاه إلى المركزية وليس إلى المحلية، وأن الإنسياب للتعليمات تحت مسمى خطط، والإنسياب التمويلي بأسلوب رأسي، سيكون السمة الرئيسية لشكل ومضمون الخدمة الطبية في وحدات مجتمعية، علي هيئة قطاعات، ينزل فيه كل قطاع عن الآخر، طبقاً للأهداف العلاجية والوقائية والتأهيلية والتنقيفية، ومغلق على قاعدة من المتعاملين ومن مقدمي الخدمة.

ولا نعني بهذا القول أن التصور سيكون حديدياً، وإنما لا شك في أن الصراع وارد بين ما هو أفقي متعلق بمجتمع محلي متكامل في خدماته وإنتاجه، وما هو رأسي مركزي محكوم من المركز القاهري، ولكن السمة السائدة ستكون لصالح تصور تخطيطي وتنظيمي للخدمات الصحية، يتوافق مع الأفكار والقيم التي يتبناها ذلك النظام السلفي.

ولا شك أنه ستكون هناك برامج ناجحة لمثل هذا التصور المركزي والإنسياب الرأسي للخدمات المؤداة يومياً، ولعل ذلك يرجع أساساً إلى القناعة التي يرتضيها المواطنون لتنفيذ التعليمات الصحية الخاصة بالطعام، الصلاحية الرياضية، واتباع نمط حياة يرتضيه الحكام ويتبناه الدعاة وتتجاوب معه شريحة واسعة من المواطنين.

وقد يبرز توجه واسع لممارسة بدائل طبية، وممارسات تكميلية، دون الاقتصار على المدرسة الطبية للدول الغربية، وذلك بإحياء المنظومات العربية العلاجية، والممارسات الطبية للمدارس الشرقية، وإنتعاش في العلاج بالأعشاب، بل ربما ظهر توجه لما يسمى الطب الإسلامي بإنتقادات معينه قديمه وحديثة، غربية وشرقية، بيئية وعضوية، نفسية وجسدية، عقاقيرية وروحية، بمزيج خاص له

نكهة خاصة، ومحتوى يتراوح بين العلم بمفهومه الشكي الاحتمالي والإيمان بمفهومه اليقيني والقطعي.

أما الحوار والتفاعل بين أهل المهنة بعضهم وبعض، وأهل المهنة وطلاب الخدمات الصحية، فسيظل محدوداً، يُجمل النظام دون أن يكون أصيلاً فيه، ويقوده دعاة عقائديون في أطر مقدسة، تدفع الحوار لمسالك غير حوارية، قطعية و يقينية.

وأخيراً، فإننا نتصور أن التفاعل مع العالم الخارجي سيكون مقيداً بقيود الإنتقائية، لما يلائم أهل الحل والعقد وتصورهم عن مجتمعهم، وقد يكون محاصراً بتسلط فكرة المؤامرة من الأجنبي على المصري، وهي في المجال الطبي، تصل إلى إثارة الفزع والغضب من الغرب الذي يسعى إلى تجريب الجديد في الطب (أدوية أو تدخلات طبية) على شعوب مثلنا، قبل تقنيته لدى الغرب، أو تصدير أدوية أو أنظمة ضارة بقصد تحديد قدرات شعوبنا مثل تنظيم الأسرة أو أطعمة متلاعب فيها جينياً لإحداث أضرار مقصودة.... الخ.

أما بخصوص العلاقات بالأ نظمه الطبية والعلاقات الصحية مع دول الجوار، فمن المقطوع به أنها تنمو نحو مزيد من الإنتقائية، طبقاً للعلاقة السياسية والعقائدية والجنس (العنصرية)، وقد تصل العلاقات بين بعضها البعض إلى وقف الإستيراد والتصدير الدوائي، والخدمات الصحية المتبادلة والمتفاعلة في منطقة جغرافية واسعة، وقد تصل إلى أوثق العلاقات مع بعضها الآخر، بتفاوت مرحليّ من توثيق العلاقة أو توقيفها (ذبذبة العلاقة).

وقد يساعد الميل إلى السلفية، المسماة بالأصالة إلى دراسة متعمقة في تاريخ الطب عند العرب والدول الإسلامية، بما يشكل إضافة حقيقية إلي مساحة مفتقده في التاريخ الطبي. وسيصبح القدر الجديد من المعلومات التي ستتاح متميزاً بما يمكن من دراسة الأنظمة الطبية السائدة، في تلك المراحل التاريخية، والشخصيات التي لها دور بارز، وكذلك للكشف عن المنظمات الصحية التي كانت متواجدة في تلك المراحل.

ويتوقع أن يكون نظام تقديم الخدمات الطبية، قريب الشبه بما هو موجود حالياً، ويكاد يماثل ما هو مطروح في السيناريو المرجعي، كإمتداد للواقع المعاش في الزمان، بتطور أكثر ميلاً للإنتقائية مما هو في السيناريو المرجعي. وينصرف ذلك أيضاً إلى العمليات التشغيلية، وأداءات النظام الصحي، وأدوار العاملين فيه، مع تمايز في إنتقاء الأفراد، ورفض بعض الأداءات أو العمليات أو تأجيلها، باعتبار وجودها يقف عند قواعد التمييز والإنتقائية في الأفراد والعمليات.

أما التعليم الطبي الجامعي فيتوقع أن يكون محصوراً بقيود، تسمح بقبول التطبيقات التي يطمئن إليها، دون قبول المنهج المرتبط بالرؤية العلمية، بما يجعل التقليد وارداً في حدود الانتقائية، أما الإبتكار والمبادرة فيتوقع أن يكونا محدودين. وبالرغم من الطموح إلى الدور الرائد والتميز في البحوث الطبية، فإن النهج والعقلية العلمية، بجانب التطبيقات العملية ستحد من التفوق والتميز.

وأخيراً، فإن النظام الصحي في سيناريو الدولة الإسلامية يقر ويشجع ويقبل بالقطاع الخاص، ودوره المتميز في الخدمة الطبية وتقديمها، إلا أنه يقدر أن ذلك يدور في فلك القطاع العام والحكومي المسيطر عليه، بما يحدد توجهاته في الإطار الحكومي ويقيد حرية ذلك القطاع وإنتلاقاته بعيداً عن إرادة السلطة، باعتبار الحكومة تعبير عن إرادة مسلمي الأمة. ويتوقع أن يتصاعد دور القطاع الخاص في تقديم الرعاية الصحية خارج المستشفيات، بإلحاق العيادات والمستوصفات بالمساجد، وبروز دور المسجد المؤسسي، الذي يقدم العديد من الخدمات الصحية، والتعليمية، والإرشادية، والإعانات الاجتماعية.

٦-١٧-٣-٤ سيناريو الاشتراكية الجديدة والسيناريو التآزري

ويرتكز هذين السيناريوهين علي توافر مناخ مخصوص، والإستناد إلى منهج متميز.

أما المناخ المخصوص، فيكون ذا طابع ديمقراطي، ويسود المجتمع أسلوب يستند إلى الحوار وأوسع مشاركة مجتمعية، وتعاون بين مختلف القطاعات المجتمعية. وبإيجاز يستند أسلوب الحكم إلى مناخ حكم محلي ذي طابع مدني،

بديلا عن الإدارة المحلية الحالية القائمة في المحافظات، والتي توجه من المركز القاهري، ولا تتوافر لها حرية اتخاذ القرار.

أما المنهج المتميز، فيستند إلى أسلوب التنمية الشاملة، المعتمدة على الذات، تمويلا، وإستهلاكاً للمنتجات والخدمات، الناتجة من حركة التنمية الشاملة. ولعل ما يميز النهج الاشتراكي هو أن مدخل التنمية الشاملة، هو مدخل تكاملي، تتفاعل فيه كل المدخلات الاقتصادية والاجتماعية والسياسية.

ويرى أصحاب السيناريو الاشتراكي والتأزري أنهم الأقدر على تحقيق الأهداف العشرة لمنظمة الصحة العالمية في العقدين الأول والثاني، من القرن الواحد والعشرين، ومن بينها إستئصال كثير من الأمراض المعدية السائدة في مصر، وتحجيم عدد آخر منها، وإنقاص وفيات الأمهات ووفيات الأطفال أقل من خمس سنوات، وتحجيم وفيات الرضع، ورفع متوسط عمر الفرد، وتوفير نمط حياة أفضل محجماً للمسكرات، والمخدرات، والتدخين، وغيره من العادات المجتمعية الضارة، وإستئصال كثير من المسببات البيئية والمجتمعية، المرتبطة بحدوث المرض، وسيادة العنف والحوادث، وذلك من خلال منهج التنمية الشاملة الذي يتبنونه، في مجالات الحياة الاقتصادية والبيئية والمجتمعية. وهم بإيجاز، يرون أن أهدافهم ووسائلهم تكاد تتطابق مع أهداف ووسائل منظمة الصحة العالمية.

من كل ذلك، فهم يرون أنهم الأقدر، بحكم المنهج وتوفير المناخ اللازم، على نشر نمط صحي أفضل، توفيقاً للمرض، ومواجهة للعوامل المهيئة للمرض وذلك، بخلاف الدور العلاجي، من خلال منظمات مجتمعية وصحية جيدة المستوى، نتيجة لإعادة توزيع الموارد، وإعادة هندسة النظام الصحي، وشيوع التعاون بين القطاعات، على اتساع العمل الإنتاجي والخدمي، والمجتمعي الإحتراقي والتطوعي. هم يرون أنهم أيضا الأقدر على إتاحة أكبر قدر من العدالة لكافة الشرائح الاجتماعية، للحصول على حقوقهم، ومن بينها الحق العادل في صحة جيدة، وعلاج متاح بأفضل مستوى ممكن، تحقيقاً لشعار "الصحة للجميع". كما يرون أنهم يحققون سياسة أكثر عدلاً، بتخصيص نسبة مناسبة من الموارد، لتغطية احتياجات الرعاية الصحية الأولية، والرعاية الصحية الوقائية، ولو كان الأمر على حساب زيادة

الموارد المخصصة في الموازنات الحكومية، وذلك لتوقى مسببات المرض والعوامل المهيئة له، دون انتظار لظهور المرض أو التأخر في تشخيصه، وهو الأمر الذي يؤدي إلى تكاليف علاجية مرتفعة، وتجهيزات تكنولوجية كثيفة، في المراكز العلاجية والمستشفيات.

وهم يؤكدون، علي أنهم الأقدر، أيضا، على تحريك القوى البشرية والمهنية والفنية العاملة في القطاع الصحي من مراكز التكديس بالقاهرة الكبرى والإسكندرية، وتوجيههم إلى أقاليم مصر، وذلك انطلاقا من أن منهجهم كلى الطابع، وتنموي التوجه لكل مصر، وخاصة بتحريك العمالة نحو المناطق الأكثر تخلفا وفقرا ومرضا، وكذلك بأولوية توجيه الخدمة الصحية إلى الفئات الحساسة والضعيفة، مثل الطفل والمرأة الحامل والأم والمسنين.

أما بالنسبة للتعليم الطبي والتمريضي والفني، فهم من أنصار التوسع فيه، لسد الاحتياج على مستوى حضر وريف مصر، وتصدير العمالة لمساندة المحيط العربي والإفريقي، كما أنهم حريصون على سد الفجوة التدريبية بين الواقع التمريضي والفني والمهني، للممارسة الطبية والصحية، وبين المستهدف، بما يرفع مستوى الدول النامية لزيادة الأعداد المطلوبة، وترقية نوعياتها، وذلك انطلاقا من منهجهم المرتكز علي أن البؤرة المركزية للتنمية المجتمعية، بمفهومها الشامل والمتكامل، هو، وعلى وجه التحديد، في التنمية البشرية. وهم يؤكدون علي ضرورة توفير قواعد معلوماتية معاصرة، صحية وطبية، فنية وتمريضية، إدارية وإحصائية، ترصد المرض علي مستوى الفرد قبل حدوثه، وتنبه إلى الوباء قبل وقوعه، تحوي التعليمات الأدائية وقواعد المعرفة الضرورية، وتوظف القواعد البحثية والتطويرية، للصحة والعقاقير الطبية، وتتابع الأنباء والدوريات والموسوعات والمستجدات البحثية والبروتوكولية والدوائية.

وهم أيضا يرون، أن أسرع وسيلة لتطوير الصحة في مصر، هي تطبيق التأمين الصحي القومي الشامل لكل المواطنين، على المستوى الجغرافي، بديلا عن التطبيق من مدخل المستوى الرأسي، مع ضرورة زيادة الإنفاق الصحي، على

مستوى الإنفاق الحكومي بما يصل إلى ٧,٥% من الموازنة العامة للدولة وهي نفس النسبة المتوسطة للإنفاق الصحي في موازنات دول العالم.

كما أن أصحاب السيناريو الاشتراكي والتأزري يرون صعوبة الاعتماد علي السوق وحده لتوفير الخدمات الصحية والدوائية الملائمة لعموم المواطنين: حيث يجب في نظرهم أن تبقى الدولة مسئولة عن الإشراف علي سياسات التمويل، من موازنة الدولة، أو من القطاع العائلي، أو بمتابعة تجميع اشتراكات أصحاب الأعمال لصالح العاملين والموظفين لديهم، وإن كانوا يرون فصل جهات التمويل عن جهات تقديم الخدمة الصحية. كما أنهم يرون ضرورة تدخل الدولة لتصحيح أى إنحراف أو تشوه، في ممارسات القطاع الخاص، خاصة إذا ما تدنت دون مستوى الإعتماد، أو وصلت إلى حد الإنحراف، وذلك بتطبيق سياسات ترشيدية، وتوظيف الأدوات الاقتصادية والمالية والمهنية، لتوقى تلك الانحرافات.

وهم أخيرا يرون، ضرورة استمرار حماية صناعة الدواء المصرية لفترة، حتى يصبح قادرا علي التعامل مع تطبيق اتفاقيات "جات"، و"جاتس"، و"التربس". ويؤكدون علي رفع قدرات الصناعة الدوائية التنموية والبحثية، والتنسيق والتنافس مع الشركات الدوائية العربية والأجنبية، وتوظيف السوق المحلي، والعربي، والإفريقي، والأجنبي.

٦ – الباب السادس : سيناريوهات الصحة فى مصر حتى عام

٢٠٢٠م

٦-١٨- الفصل الثامن عشر : السيناريو المرجعى

٦-١٨-١ أسس الإصلاح الصحى الأربعة

٦-١٨-٢ تعريف الإصلاح الصحى

٦-١٨-٣ الإعداد للإصلاح الصحى وعناصره الاستراتيجية.

٦-١٨-٤ أهداف ومسارات الإصلاح الصحى

٦-١٨-٤-١ التغطية الشاملة

٦-١٨-٤-٢ الانتفاع بحزمتين صحيّتين: الأساسية، والشاملة

٦-١٨-٤-٣ تمويل الحزمتين الصحيّتين:

- صندوق قومى تأمينى بفروع المحافظات.
- موارد الصندوق المقترحة.
- ترشيد الإنفاق الصحى.
- التأمين الصحى الخاص.
- أنظمة دفع لمقدمى الخدمة.

٦-١٨-٤-٤ نظام تقديم الخدمة الصحية:

- مستويات الخدمة ووحداتها.
- طب الأسرة، وطبيب المجتمع.

٦-١٨-٤-٥ التنظيم والإدارة:

- المستوى المركزي، واختصاصه.
- المنطقة الطبية، واختصاصها.
- إدارة الحي الصحية، واختصاصها.

٦-١٨-٤-٦ سياسات القطاع الدوائي، وأهدافه.

٦ – الباب السادس : سيناريوهات الصحة فى مصر حتى عام

٢٠٢٠م

٦-١٨ – الفصل الثامن عشر : السيناريو المرجعى

٦-١٨-١ أسس الإصلاح الأربعة:

وتتمثل تلك الأسس فى رؤية أصحاب السيناريو المرجعى، فى أربعة مجموعات هي:

الأساس الأول "شمولية التغطية":

بمعنى أن الإصلاح يستهدف شمول التغطية الصحية للمجتمع ككل، شرط أن يعنى ذلك العدالة، أي أن يدفع المواطن حسب قدرته، وشرط أن يعنى ذلك أن أي إتاحة استخدام المواطن للخدمة، حسب رغبة المواطن، دون قيود، وفي أي وقت. ولعل الشرطين الأخيرين متعارضان، فاستخدام النظام، بمعرفة المنتفع به، فى أي وقت، يتعارض مع قدرة المواطن على إستمرارية الدفع. والأرجح أن يصل المجتمع إلى خيار منظم، لتحقيق أقصى ما يمكن للتوفيق بين النقيضين.

الأساس الثاني "التوظيف الكفاء للنظام":

بمعنى، أن يصبح للنظام القدرة على تحريك القوى البشرية، مقدمة الخدمة المؤهلة، والمدربة، والمساندة بالمعلومات من المراكز المتقدمة (القاهرة الكبرى والإسكندرية)، إلى المناطق والمحافظات الأخرى، طبقاً للإحتياجات السكانية الصحية، وطبقاً لأولوية التدخلات الطبية المقترحة، ذات العائد سريع المردود

والفاعلية. وأن يصبح للنظام هدف تقني، وبعد جودة، يتوجه بهما إلى تحقيق جودة الأداء المهني والفني، والإرتقاء بالمهارات، بما يوصلنا إلى أداءات تحقق مستويات مستهدفة، ومنطوية غالباً، في الأداء الإكلينيكي والتمريضي، وذات فاعلية مرتفعة مهنيًا وتقنيًا.

الأساس الثالث "الاستخدام الأمثل للمكثات الاقتصادية الاجتماعية":

بمعنى، أن تكون هناك مقاييس اقتصادية اجتماعية ومهنية، بمستوياتها الإقليمية والقومية، ومعاييرها العالمية، يمكن من خلالها قياس المخرجات ومردوداتها المجتمعية، ومقارنتها بالمعايير المستهدفة والمعايير الدولية. وأن يتم قياس تأثيرات الموارد الحكومية والعامّة والخاصة والأجنبية، ومدى سماح تلك المدخلات، أو تقييدها، لعملية الأداء الصحي، ومدى حاجته للإصلاح الصحي. وأن يتم تحديد مدى التنبه واليقظة الحكومية والمجتمعية:

- فيما يتعلق باستخدام الأنظمة التأمينية كآلية لتقاسم المخاطر ومواجهتها، تحسيناً لحياة المواطنين، بديلاً عن قيام الفرد بشراء خدماته الصحية والتعليمية وغيرها بمفرده، في مواجهة المنظمات العملاقة التي تختص بالمنتج الصحي "الدواء والغذاء والمستزمات الطبية".
- وفيما يتعلق بدور تقديم الخدمة الصحية: "المنظمات والوحدات"، والمنظمات والنقابات المهنية والفنية، التي ينتظم فيها العاملون في القطاع الصحي.
- وفيما يتعلق بالتغيرات والتحولات الصحية والسكانية في مصر، بالانتقال من نمط الأمراض الوبائية والطفيلية والمعدية (المتوطنة) إلى دائرة الأمراض الخاصة بالسن الكبير، والمسمّاة بالأمراض غير المعدية (القلب/الأوعية الدموية/الأورام/ أمراض الهشاشة، والتآكلات المفصلية...)، وكذلك ما يتعلق بالزيادة السكانية، والخصائص السكانية المستجدة.

- وفيما يتعلق بالمحيط العالمى، الذى نعيش فيه اليوم، من إقتصاد معولم، سير بألية السوق ونتائجها وأضرارها الجانبية، وتأثيراتها الكبيرة على الدول النامية، وكيفية تعظيم الفائدة، وتقليل المخاطر.

الأساس الرابع "تحسين نوعية وأداءات الخدمة الصحية":

بمعنى، تنظيم وإصلاح التعليم، والبيئة، والمرافق، والتغذية، والإسكان. وتعظيم تنظيمات الأداءات الرياضية، والترفيهية.

ولا يتأتى ذلك، فى رأيهم، إلا بأن تصبح ترقية الخدمات الصحية هي البؤرة المركزية والرئيسية لتحسين وترقية نوعية الحياة. ومدخل ذلك التحسين فى الخدمات الصحية هو إستهداف تحقق "إدارة الجودة الشاملة"، من خلال قياس تلك المخرجات، بقدر تحقيقها لرضاء المريض، وبقدر ما يتحقق من تطابق مواصفات الخدمة المؤداة مقارنة بمواصفات الخدمة المستهدفة. وأخيراً، بقدر إنتظام العمليات الأداةية طبقاً لأسس التشغيل العلمى المنظم والمنمط، أو شبه النمطي، للتكنيكيات والعمليات، والتطوير والتحديث المستمر، لتلك التشغيلات، والتوظيف الأمثل، والأكثر رشداً، للمدخلات المعرفية والبشرية والتقنية، للوصول إلى أرشد الأسعار المحققة لأمثل العمليات، والمخرجة لأفضل الخدمات.

وأصحاب ذلك السيناريو شأنهم شأن غيرهم فى السيناريوهات الأخرى، يركزون على تنمية الأفراد مقدمي الخدمة، من ناحية التعليم والتأهيل، ومن ناحية التدريب، وتنمية البشر، وتكوين المهارات وصقلها.

ويركزون أيضاً على الوحدات الصحية: بناء، وتجهيزاً من ناحية، ونظافة وصيانة تشغيلية من ناحية أخرى.

كما يوجهون الإهتمام الى متابعة سلوك مقدمي الخدمة، بهدف ترقيته بـدفع اللقاء واللمسة الإنسانية.

ويثور هنا سؤال عن العلامة الفارقة بين السيناريو المرجعي، وغيره من السيناريوهات؟ ولعل الفارق المميز هو أن القيادة المسؤولة عن التطوير ليس لها

إرادة سياسية فاعلة، أو حتى مؤثرة في كثير من الأحيان. ويرجع ذلك في رأيي الي أنها ليست جزءا من النظام الحاكم إلا بقدر تبعيتها له، بمعنى أنها ليست جزءا فاعلا في صناعة القرار المجتمعي الضاغط، أو النخبة الحاكمة، ولكنها ذات دور مهني مؤثر بقدر استطاعتها للوصول الي الحل الوسطي، ما بين رغبات أهل الحكم وأمن النظام من ناحية، وما بين إحتياجات أفراد المجتمع ومصالح أهل المهنة ومقدمي الخدمة. ويعزز ذلك الضعف موقف النقابات المهنية التابع أحيانا، أو المتخندق في إنعزالية احتجاجية متسرلة بالدين أحيانا أخرى. بل وغيبة التنظيمات النقابية لنوعيات العمالة الفنية: مثل فنيي المعامل، والفحوص، وفنيي الأشعة وإداريي، وماليي المنظمات الصحية، والضعف المزري لنقابة التمريض.

أما من ناحية النقابات العمالية والمهنية التي ينتظم فيها المنتفعون بالخدمات الصحية، فقدراتها في صناعة القرار محدودة أيضا، واندفاع قيادات تلك النقابات، لممارسة دور التبعية لمراكز القرارات، غير المجتمعية، تشكل ظاهرة واضحة، مما يسبب إضرارا بمصالح جمهرة المنتفعين بالخدمات الصحية، وغيرها من الخدمات المجتمعية الأخرى. ويخل بموازين العدالة والإتاحة، ويسبب تفاوتات مجتمعية تخل إخلالا جسيما بالأسس السابق الإشارة إليها، وذلك بخلاف التردد في اتخاذ القرارات، والعدول عن بعضها أثناء مسار التنفيذ، بلا مبررات واضحة أو كافية. وفي النهاية، نصل إلي جوهر النقطة الفارقة بين هذا السيناريو وغيره من السيناريوهات، وهو أن هناك رؤية وأهدافا وخططا، لايقابلها تمويل كاف، ولا يتاح لها البني التنظيمية، ولا المهارات البشرية، رغم الأقوال المرسلة، المستعارة من السيناريوهات الأخرى، وبإيجاز، غير مغل، هي "أقوال في الخطوة، والموازنة السنوية، والخمسية، لايقابلها أفعال محققة للأقوال، في نهاية كل سنة، وكل خمس سنوات". ويتخوف الكثيرون من أن تكون صيحة الإصلاح الصحي إستمرارا لنفس المسار "أقوال لا أفعال".

٦-١٨-٢ تعريف الإصلاح الصحي:

يصعب الوصول إلى تعريف محدد متفق عليه، لما يعنى بالإصلاح الصحي، في رأي أصحاب السيناريو المرجعي، وعموما، وإستنادا الي وجهات نظر الجهات

الدولية المانحة والداعمة للإصلاح الصحي، فإن المعنى الوارد في الفقرات التالية، يمثل الأساس النظري المتاح، للإصلاح الصحي، في رأي أصحاب السيناريو المرجعي. وأصحاب هذا السيناريو، والدول الداعمة، يرون أن الإصلاح الصحي عملية مستمرة متبادلة التأثير والتأثير مع ما يحيط بها، وذلك بسبب أن تلك العملية تتنوع من دولة إلى أخرى، بل ومن إقليم إلى إقليم، فإن الإصلاح الصحي شأنه شأن أي مشروع إصلاحي آخر، ليس له ثبات، فهو أيضا دائم التغير عبر الزمان والمكان، وأخيراً لأن المستجدات الإدارية والتنظيمية، بالإضافة إلى المستجدات المعرفية الطبية والإكلينيكية والوقائية، دائمة التطور، خاصة في هذه المرحلة الزمنية من الثورة المعرفية والتكنولوجية والاتصالية.

ولكن، يحاول أصحاب السيناريو المرجعي، أن يحددوا الخصائص العامة، التي تساعد في التعرف على الإصلاح الصحي المرتقب لديهم في مصر، كالاتي:

إنه بالدرجة الأولى محاولة لتحديد وتحليل عناصر الأداء الصحي، ونظم إدارته وتشغيله، بالإستناد إلى الأسس التي أشرنا إليها في الفقرة السابقة، وما يستجد عليها من عناصر تحدد من الدراسة، وإعادة الدراسة، وعمليات المراجعة، من خلال المنهج التجريبي، والإستناد إلى التجربة والخطأ، وما يطرأ عليه من إستبدال أو حذف أو إضافة، كمتغيرات متتابعة، باعتبار أنهم يهدفون إلى نظام مفتوح متواصل التغير والتغيير.

وسنحاول أن نقوم بإشارة سريعة، إلى بعض العناصر اللازمة داخل النظام الصحي، كما يراه أصحاب السيناريو المرجعي، بجانب الأسس التي أشرنا إليها، وهي:

تطوير البنية الاقتصادية الاجتماعية السياسية، وتحديث البنية المؤسسية للنظام الصحي. وكذلك تنمية الأفراد والقوى البشرية، والإدارة، والأنظمة. وتخليق أنظمة المعلومات التي تشكل جوهر النظام. وإعادة إعداد الأنظمة القانونية واللوائح والتعليمات التي تستند إليها عمليات التسجيل والترخيص. وإنشاء أنظمة الاعتماد للوحدات ومقدمي الخدمات الصحية. وإشتراط المؤهلات اللازمة للمشغلين والمستويات التدريبية الحائزين عليها. وتأكيد جودة الأنظمة

التمويلية من موارد وإنفاق وتكاليف، ومساك دفاتر، وكشوف وبيانات، وإحصائيات التشغيل، ونواتج الخدمة نوعاً وكماً. وتتبع النتائج والمؤشرات، وقراءة متغيراتها، وتصميم أنظمة وأنشطة المتابعة، وأنظمة المراجعة الدورية والمتواصلة لكل ما يتم. وإعادة تعديل الخطط ومساراتها بناءً على نتائج المتغيرات ودراساتها وتحليلها. ومتابعة القطاعات، كل قطاع بنظامه، سواء أكان العمل المتابع في قطاع حكومي، أم في قطاع خاص، يتعلق بالخدمات، أو بمقدميها، أو بالمنتفعين بها. وسواء أكانت المراجعة: ماضوية، أم أثناء حدوثها، أم قراءة مستقبلية. ومحاولة قراءة عناصر الجودة في الأداءات وتعظيمها، وعناصر التكرار أو التراخي أو التقصير في الأداء وتلافيها، أو التداخل بين العناصر الفضاضة، والعمل على تحجيمها، أو إزالتها، لتعظيم الإنتاجية. ودراسة عناصر سوق الخدمة الصحية وميكانيزماتها وأدواتها. وتزايد متدرج لدور القطاع الخاص، ليس فقط من خلال الدور المباشر الذي يقدم به الخدمة، وإنما أيضاً، من خلال الدور الذي يفترض أن يلعبه في تمويل وإدارة الخدمات الصحية، وإمكانية تنظيمها في حالة التشوه أو الانحراف، ودعمها أو تعظيمها في حالة جودتها وفعاليتها وكفاءتها. وأخيراً، تحديد وتحليل نتائج الحوار، بين عناصر مقدمي الخدمة والمنتفعين بها، وآراء الأطراف الوسيطة، الحكومية وغير الحكومية، وأصحاب الأعمال، وجهات التمويل، أو تقديم المنح، مع تحديد الشرائح الاجتماعية، المتفق على أنها أولى بالحماية والدفاع عنها، باعتبارها فئات حساسة مثل: المرأة، والطفل، والمسنون، وقراءة الخيارات المتاحة، والتوجيهات المجتمعية لأفضليات: الخدمات التأمينية، والخدمات المجانية، وأخيراً للخدمات الصحية والطبية بأجر.

ومن كل هذه العناصر، سواء المتعلقة بالنظام الصحي، أو بالمحيط حوله، تتم عملية معقدة لتكوين - وليس لتجميع - هذه العناصر كبنية وقوالب، وكوظائف وخصائص، وكتحولات وتشابكات، للوصول من ذلك المنظور ثلاثي الأبعاد، إلى نموذج (موديول) منظم، ومنتظم وشبكي العلاقات، يمكن فيه تتبع المسارات الخاصة: بالمنتفع، أو بمقدم الخدمة، أو بالخدمات المقدمة، أو بالوحدات المشغلة، أو بالأنظمة المطبقة، أو بالمخرجات ومواصفاتها، من المداخل المختلفة المشكلة لقاعدة المعلومات الشبكية المترابطة.

ويقوم فريق النمذجة ببناء الموديول بحكم خبرة الفريق بتجارب النمذجة السابقة التي تمت داخل القطاع، وإسترشاداً بالنماذج المصممة في تجارب الدول الأخرى.

والمستهدف من بناء النموذج (الموديول) هو الوصول إلى:

١) بناء الكليات النظرية الإجمالية: للاستراتيجية، والسياسات، والبرامج، والأنشطة، المستهدفة، لتسكين التنفيذ في أبنية مؤسسية، ومراكز معرفية.

٢) الوصول لخطوات تنفيذية على مراحل، وأهداف مرحلية، وعلامات تنفيذية عند نهاية كل خطوة، وتحديد: الأدوار والمهام والوظائف والبنية، والعلاقات اللازمة لتنفيذ البرامج والأنشطة، لتغطية النواحي: الطبية والإكلينيكية والترشيحية والفنية، وغير الطبية. وكذلك تغطية الأداءات الإدارية والتنظيمية والمالية، من خلال إطارات الأداء الأربع: الوقائية، والعلاجية، والتأهيلية، والترشيحية أو التعزيزية. وتبني سياسات التنمية البشرية وتأهيلها وتدريبها، وتوفير المتطلبات المادية والقدرات بكافة أنواعها، من خلال قاعدة معلومات ممتدة وشاملة لكل الأنشطة، وذات مداخل متعددة، طبقاً لمستوى مستخدمي الشبكة المعلوماتية.

٦-١٨-٣ الإعداد للإصلاح وعناصره الإستراتيجية:

ويقترح أصحاب السيناريو المرجعي، والدول المانحة، قبل اللوج في العناصر الإستراتيجية الرئيسة، أن يتم تصحيح النقائص التي أشير إليها، في القسم الخاص بتقييم الوضع الصحي الراهن، بالقسم الخامس، حتى يمكن أن تتولد عناصر الإستراتيجية، والخطة الكاملة اللازمة لبناء موديول (نموذج) يحقق الإصلاح الصحي المستهدف.

ولذلك يعتبر أغلب ما ورد في الأقسام الخمسة الأولى في هذا الكتاب، من رؤى وتصورات مستقبلية، جزءاً لا يتجزأ من السيناريو المرجعي، يجب أخذه في الاعتبار عند دراسة السيناريو المرجعي.

أما العناصر الرئيسية المقترح تضمينها في هذه الإستراتيجية، فموجزها فيما يلي:

١- إنقاص متدرج ومتسارع، للأمراض ولوفيات الأمهات أثناء الولادة، وحديثي الولادة، والرضع، والأطفال تحت سن الخامسة.

٢- الاستمرار في إنقاص معدلات الخصوبة وصولاً إلى زيادة سكانية لا تتجاوز ١,٥ في المائة.

٣- توفير حزمة رعاية صحية أساسية للكافة، فقراء وأغنياء، فئات هامشية وعاملين. وكنقطة بداية يتم فعلاً التجريب في ثلاثة محافظات حالياً بمعونة مقدمة من عدد من المنظمات: "البنك الدولي، الإتحاد الأوروبي، هيئة المعونة الأمريكية". ويشرف عليها البنك الدولي. بأمل أن يتسع التطبيق، وتترايد عناصر ومكونات الحزمة الطبية الأساسية، بأولوية تطبيق التدخلات عظيمة المردود، محدودة التكلفة، حتى تصبح حزمة الإنتفاع الطبي التأميني كاملة ومطبقة على جميع المحافظات. والإمكانات المصرية المستخدمة حالياً، في الأغراض المماثلة، كافية في رأي أصحاب السيناريو المرجعي، للبدء بها، على أن تتزايد بنسب بسيطة سنوياً حتى تمام التطبيق، ومن المفهوم أن لحزمة الرعاية الصحية الأولية عناصر أربعة رئيسية، وهي:

- الخدمات الصحية ذات الطابع الاجتماعي (الصحة العامة وما يماثلها).
- الخدمات الصحية المستندة لدور الأفراد (التطعيم وتنظيم الأسرة..).
- خدمات مرضية أساسية بالعيادة الخارجية:
 - للأطفال والأمهات.
 - وللسن المدرسي والجامعين.
 - للعاملين والبالغين.
 - وللمسنين والمعاقين بدنياً وعقليا.
- خدمات مرضية أساسية بالأقسام الداخلية للتدخلات الطبية المحدودة.

٤- ويرى أصحاب السيناريو المرجعي، أن تتزايد عناصر هذه الخدمة الطبية الأساسية بسرعة، حتى يتم الوصول إلى حزمة الرعاية الصحية التأمينية الكاملة، الشاملة للأمراض المعدية وغير المعدية، وتغطية حزمة الإنتفاع الكاملة لجميع المواطنين.

وبالطبع، فإن عناصر الخدمة الصحية التأمينية الكاملة عالية التكلفة، وتتطلب أيضا تكامل عناصر أخرى خارج نطاق الصحة، لجعل تقديم الحزمة الكاملة ممكنة، خاصة في مجالات السياسات السكانية، والتغذوية، والبيئية، والمرافق الصحية، والتعليم الطبي، والصحي.

ولا يتوقع أن يتم الانتظار لتحقيق الحزمة الكاملة، بعد تحقيق حزمة الرعاية الصحية الأساسية. وإنما يقترح أصحاب السيناريو المرجعي، البدء بحزمة الرعاية الصحية الأساسية، ثم يواكبها ويوازئها، قدر الإمكان، الولوج في عناصر الخدمة المتزايدة، وصولاً إلى الحزمة التأمينية الكاملة، بفارق زمني لا يتجاوز سنة أو سنتين. ولكن، هذه الخطة المقترحة، لم تتكامل لتكون فرعا من أصل خدمي مجتمعي متكامل العناصر الصحية أوسع من الصحة، وصولاً إلى الخطط السكانية، والتغذوية، والبيئية، والخطط المتعلقة بالمرافق الصحية، والتعليم الطبي، والتدريب، وتنمية القوى البشرية.

٥- ويرى أصحاب السيناريو المرجعي أن الوحدات التي ستقوم بتنفيذ هذه الحزم الصحية، هي:

- جميع وحدات وزارة الصحة في مناطق التطبيق، خاصة في الريف.
- جميع وحدات التأمين الصحي في المدن، ووحدات الصحة المدرسية على إتساعها.
- وحدات القطاع الخاص المستوفية للشروط، والمرخص لها، عند رغبتها في الالتحاق بالنظام.
- وحدات صحية تابعة لوزارات أخرى، غير وزارة الصحة، وتوظيف تلك الوحدات في أغراض الخطة، بالإضافة إلى أى وظائف أخرى لها.

٦- ويتم تمويل المشروع المقترح، بإنشاء صندوق قومي مركزي فقط، أو علي مستوى قومي وفروع على مستوى كل محافظة، يمول أساساً من الموازنات المقررة للصحة، والتأمين، والوزارات المشتركة، أو التي تقبل الإشتراك لاحقاً، ومن حصيلة اشتراكات العاملين وذوى المعاشات المنتظمة ومما يدفعه أصحاب الأعمال، مع تعديلات في قيمة تلك الإشتراكات، المقدمة من مختلف الأطراف، والحفاظ على المواقف النسبية، في رأي البعض من أصحاب هذا السيناريو (نسب المشاركة التي يقدمها المنتفع من ناحية، وصاحب العمل أو الحكومة من ناحية أخرى)، بمعنى أن تكون الزيادة محتملة على كل الأطراف الممولة بنفس نسب حصص التمويل الحالية، كما سنوضح لاحقاً. ويقترح البعض أن تضاف مصادر أخرى، مثل فرض ضرائب مخصصة علي سلع ضارة أو ملوثة للبيئة. وكذلك جزء من فوائد صندوق التأمينات الاجتماعية. بخلاف ما يشير إليه البعض منهم من ضرورة تغطية وزارة المالية لأي عجز في الموازنة السنوية الجارية.

٦-١٨-٤ أهداف ومسارات الإصلاح الصحي:

يقترح أصحاب السيناريو المرجعي، أن تكون الأهداف في المجالات الآتية:

١- التغطية الشاملة.

٢- الحزمتان الصحيّتان: الأساسية، والكاملة.

٣- التمويل الخاص بهاتين الحزمتين.

٤- نظام تقديم الخدمات الصحية.

٥- النظرة العامة للتنظيم والإدارة.

٦- القطاع الدوائي وأهدافه.

٦-١٨-٤-١ التغطية الشاملة بالخدمات الصحية ذات الطابع التأميني:

ويرى أصحاب هذا السيناريو، أن تكون الخدمة الصحية متاحة للكافة، طبقاً لاحتياجاتهم، وفي حدود قدراتهم. وقد سار العمل في الماضي، ولا يزال يسير حتى الآن، لتحقيق التغطية الرأسية، لقطاعات سكانية، مثل العمال والطلاب. وأصحاب ذلك السيناريو يرون أنه قد آن الأوان للتوقف عن الاستمرار في مثل هذا التطبيق، وفتح الباب للتطبيق الأفقي بمفهومه الجغرافي، بحيث يغطي حياً من الأحياء، مثلاً، أو محافظة من المحافظات، وذلك تلافياً لتجزئة سكان المنطقة، أو حتى تجزئة الأسرة، بحيث يتبع كل فرد فيها نظاماً صحياً مغلقاً، خاصاً به، وبما يترتب على ذلك من أضرار، تمت الإشارة إليها سابقاً.

وبالطبع، سيتم الاستفادة مما تم سابقاً، من تغطية رأسية لقطاعات سكانية، تشمل العمال بالقطاع العام، والقطاع الخاص المنظم، وموظفي الحكومة، والمشاركين من ذوى المعاشات، وطلاب المدارس، والمشاركين من الأطفال قبل السن المدرسي.

ولابد من الإشارة إلى أنه أثناء التطبيق الجغرافي، ستظهر هناك إستثناءات للتغطية الرأسية، فلا يعقل مثلاً أن ينتظر كبار السن، سواء ممن لهم معاشات، أو ممن ليس لهم معاشات إلي حين استكمال تطبيق الحزمتين العلاجيتين على عموم مصر، ويعتقد أصحاب ذلك السيناريو، أن هناك إستثناءين عاجلين، يرون ضرورة إمتداد الخدمة التأمينية إليهما، مع توفير التمويل الضروري والمكلف وهما:

- شمولية التأمين الصحي على كبار السن، فلا يجب أن يفتح الباب كل خمس سنوات مثلاً لإشتراك ممن لم يشتركوا من ذوى المعاشات، وإنما يجب أن يكون الباب مفتوحاً دائماً لإشتراك من يرغب، وتجنب تكلفة استثنائية مماثلة لصندوق العلاج على نفقة الدولة، لتغطية المشتركين الجدد، سواء أكانوا من ذوى المعاش أم لم يكونوا، فذلك حق دستوري صحي للمواطنين جميعاً، وإن كان مكلفاً، خاصة وأن عدداً من هؤلاء المسنين لن يشترك إلا عند شعوره بمرض مكلف، أو بخطر المرض على حياته.

• شمولية التأمين الصحي للرضع والأطفال قبل السن المدرسي، وعدم ترك الباب إختيارياً لاشتراك الآباء، وإنما ينبغي أن يكون الاشتراك وجوبياً، مع حق الإعفاء من رسوم الإشتراك لغير القسادرين، وذلك لأن الأضرار المترتبة على نقص الوقاية، أو العلاج، تسبب مضاعفات، أكثر تكلفة على المجتمع والأسرة والدولة لاحقاً. وبالطبع، فإن تكلفة هذه الشريحة أيضاً مرتفعة، ولكن توفير ذلك الثمن ضرورة حتى بالإقتطاع من الضروريات.

وأخيراً، فهم يرون أنه لا يُعنى بالتغطية، بالخدمة التأمينية، تقديم خدمة شكلية، بما يجعل المواطن هارباً دائماً من الجهات الحكومية والتأمينية، باحثاً عن العلاج الخاص، حتى ولو دفع الثمن غالباً، فلا يوجد أعلى من صحته، فالجودة ليست نقطة نصل إليها وإنما هي نقطة البداية، فلا قيمة لأي خدمة صحية ما لم تكن جيدة، والإتاحة للوصول إلى الوحدة: غير المجهزة، أو غير الممولة، أو الفاقدة للخبرة والعنصر البشري المقدر، أو الفاقدة للدفع الإنساني، هي خدمة غير حقيقية، ومنفرة للمنتفعين.

٦-١٨-٤-٢ الانتفاع بحزمتين صحيّتين: الأساسية، والشاملة:

الأولى: وهي الحزمة الصحية الأساسية، التي أشرنا إليها بعناصرها الأربع، وهذه الحزمة تقدم للمنتفعين بالتأمين الصحي، كجزء من الحزمة الصحية التأمينية الكاملة، التي ينتفعون حالياً بخدماتها، مع تغيير مستوى الأداء، ومستوى الانتفاع، للأفضل.

كما أن تلك الحزمة تقدم أيضاً الى كل الذين سيدخلون في منطقة جغرافية، حيث يبدأ تطبيق الإنتفاع بخدمات تلك الحزمة لمواطني تلك المنطقة، وحيث يتم تطبيق تلك الحزمة في تلك المنطقة للكافة بصرف النظر عن قدراتهم المادية، وبغض النظر عن القدرة المالية لأي منهم.

وهذه الشريحة الكبيرة تقدم إليها هذه الخدمة الأساسية، بتمويل من الصندوق المقترح، والمفصل بيانه لاحقاً. وتقدم خدمة تلك الحزمة لجميع سكان منطقة التطبيق، بما يسمح لهم باختيار جهة الانتفاع سواء أكانت وحدات الحكومة أم

التأمين أم القطاع الخاص المشترك فى تقديم تلك الخدمة، ويحاسب مقدمو الخدمة بآليات دفع لكل منهم، مسيرة طبقاً لآليات السوق، وحوافز التشغيل، بصرف النظر عن أن الجهة التي يعمل فيه الطبيب، أو أي من مقدمي الخدمة، جهة حكومية أو خاصة.

الثانية: هي الحزمة الصحية التأمينية الكاملة، وهي تختص بتقديم عناصر خدمته العلاجية والتأهيلية ومتطلباتهما، بالإضافة إلى خدمة الرعاية الصحية الأساسية، وتلك الحزمة الشاملة مماثلة لعناصر الخدمة الصحية، التي يقدمها التأمين الصحى حالياً كالتزام، دون قدرة على الوفاء بها، بما يرضى المريض، وحسب مواصفات الجودة. ويتزايد التوسع في تطبيق هذه الخدمة لكي تصل في النهاية إلى الكافة، بدلاً عن التطبيق الشرائحي الرأسي، وبالطبع، ستوظف كافة الوحدات والمنشآت الصحية المتاحة، فى منطقة التطبيق الجغرافية، بغض النظر عن جهة تبيعتها الإدارية الحكومية، أو كونها من القطاع الخاص. ويتم تمويل الحزمة الكاملة من الصندوق التأميني. ويحصل الأطباء ومقدمو الخدمة على أتعابهم، طبقاً لأسعار السوق، وحسب طبيعة كل تدخل طبي، بغض النظر عن أن الطبيب، أو مقدم الخدمة، يعمل بالحكومة، أو بالقطاع الخاص.

وبالطبع، فإن المنتفعين بالخدمة ليسوا كلهم منتمين لقطاع العمل المنظم بمفهوم العمل الحكومي، أو العمل فى قطاع الأعمال أو القطاع الخاص، فكثير منهم لا يعملون بوظيفة دائمة، أو فى عمل ثابت، وكذلك سيدات المنازل (برغم انهن منتجات، وليس لهن اجر)، وكذلك الفئات الهامشية، والذين يعملون بدون عقود، وخدم المنازل، والباة الجائلين، والعمال الزراعيين، والفئات الأخرى غير المصنفة، ولكن ليس لها أجر ثابت، وما لم يتم تدبير تمويل، وآليات تمويلية دائمة، ومتجددة، لتغطية الحزمة الكاملة لتلك الشرائح، فلا يتصور إمكان الإستمرار فى تقديم الخدمة الصحية الكاملة لتلك الشرائح والفئات.

ويلاحظ أن أصحاب ذلك السيناريو، يرون أن يكون تطبيق الحزمة التأمينية المبتعاة إجبارياً، علي جميع المواطنين في المحافظة موضع التطبيق، وعلي من

الباب السادس: سيناريوهات الصحة في مصر
يرغب في الخروج من النظام التأميني، أن يقبل إقتطاع نسبة مما يقدمه من تمويل، مقابل السماح له بالخروج من النظام التأميني، ليعالج بمعرفته، وعلي جانبه، وتوظف تلك النسبة المقطوعة لتحقيق التكافل المستهدف، بين القادرين الذين يرون الخروج من النظام التأميني، وذوي الدخل المتدني الذين يتمسكون بما لديهم من نظام، شرط توافر التمويل، وجودة الخدمة، مما يتعذر توفيره لسو تكرر خروج الأعلى دخلاً، دون خصم مقابل، لتحقيق التكافل المطلوب، لتوفير التمويل الكافي المستمر لكافة المنتفعين.

٦-١٨-٤-٣ تمويل الحزمتين الصحيّتين:

وسيتم تناول قضية التمويل الهامة والضرورية لتمويل حزمتي الإنتفاع، وهي:

- صندوق قومي تأميني بفروع بالمحافظات.
- وموارد الصندوق المقترحة.
- ترشيد الإنفاق الصحي.
- التأمين الصحي الخاص.
- أنظمة الدفع لمقدمي الخدمة.

تخليق الصندوق القومي للتأمين الصحي:

يرى أصحاب ذلك السيناريو أن يخلق صندوق على المستوى القومي، لتمويل المشروع القومي للخدمات الصحية بدءاً بحزمة الرعاية الصحية الأساسية، وإمتداداً وإتساعاً للوصول إلي جميع عناصر حزمة الرعاية الصحية الكاملة.

ويرى البعض أن يكون للصندوق فروع، لها كل الصلاحيات في نطاق محافظتها، أو في مجموعة من المحافظات إذا رؤى إعتبار مجموعة من المحافظات منطقة واحدة لتطبيق الحزم الصحية بها، كوحدة واحدة.

ويتم تحديد حصص مناطق التطبيق، طبقاً لدراسة تفصيلية، تستند إلى النقاط والأفضليات، التي سبق أن أشير إليها، كضرورة سابقة على توزيع التمويل.

موارد الصندوق:

إن المورد الأساسي للصندوق هو التمويل المخصص لمنطقة التطبيق، في المراحل الأولى، كإعارة صحية أساسية، من مخصصات تمويل وزارة المالية للصحة ووحداتها في منطقة التطبيق، أما المنتفعون بالتأمين الصحي في ذات المنطقة، فتقسم حصة التأمين المخصصة للتغطية الكاملة، بحزمة الرعاية الصحية الكاملة إلى حصتين، إحداهما هي الحصة المخصصة للرعاية الصحية الأساسية، ويتم تجميع تمويل المالية مع جزء من تمويل التأمين الصحي لتغطية تكلفة حزمة الرعاية الصحية الأساسية فقط، لحين إمتداد التطبيق داخل النطاق الجغرافي، المشار إليه، إلى عناصر الحزمة الثانية "حزمة الرعاية الصحية الكاملة"، بما تتطلبه من حصة تمويلية ثانية يمولها المشترك في التأمين، وصاحب العمل أو من يحصل محله، ووزارة المالية وصناديق الإيداع والمعاشات إذا لزم لتغطية زوجات العاملين.

وبالنسبة للخاضعين للتأمين الصحي، داخل منطقة التطبيق، ومن ينضمون إلى التأمين الصحي، لتوسيع نطاق الانتفاع وصولاً إلى الحزمة الكاملة، توحد أنظمة الإشتراك بلا تمييز حسب الخاضعين لقانون ٣٢ والخاضعين لقانون ٧٩، بحيث يعامل الجميع بقانون ٧٩ أو ما يماثله، مع رفع قيمة الإشتراك المنتفع من ١% إلى ١,٥%، وبالمقابل ترفع حصة إشتراك صاحب العمل من ٣% إلى ٤,٥% بحيث يظل التوازن بين الحصتين، بعد رفعهما بنفس النسبة السابقة المتعارف عليها سابقاً، وهي ٣:١.

أما بالنسبة لذوى المعاشات والأرامل، فتشير الدراسات إلى أن صندوق المعاشات يتمتع بقدرة تمويلية عالية لأسباب متعددة، معظمها يرجع إلى حصول الصندوق على نصيب الأسد من حصص المعاشات، وحصول المستحق على حصة الفأر من مستحقاته بالصندوق. ولذلك، يقترح بعض أصحاب السيناريو المرجعي أن يقوم الصندوق بدفع نصيب صاحب العمل مضاعفاً، بواقع ٦% وأن يقوم المنتفع بدفع ١,٥% فقط في حالة إشتراكه وحده، و ٣% في حالة إشتراك زوجته التي لاتعمل معه. ويدفع صندوق المعاشات ٩% عن الفرد وزوجته "ثلاثة أمثال ما

يدفعه المشترك وزوجته". أما في حالة انتفاع الموظف وحده دون زوجته، لأسباب خارجة عن إرادته، فيقوم صندوق المعاشات والتأمينات بدفع ٣% فقط. ولعل هذا المصدر التمويلي يغطي عجز الإنفاق الصحي على ذوي المعاشات جزئياً، ويعوض أصحاب المعاشات عن حصتهم التي يبتلعها الصندوق، كما يوفر تمويلاً متميزاً لشريحة زوجات العمال والموظفين، التي لم يكن لها مصدر تمويلي ليتحقق لهن الانتفاع بالتأمين الصحي، ومشاركة صندوق التأمين والمعاشات تحقق تعويضاً لصالح الموظف والعامل وأسرهم عن حصة الفأر التي خرج بها، بعد أكثر من ثلث قرن متوسط مدة خدمته، خصماً من حصة الأسد، التي ظل الصندوق يحصل عليها طوال عمر الموظف أو العامل. لكن الواقع أن هناك تبايناً واضحاً بين مجموعات من أصحاب ذلك السيناريو، لتغطية تمويل شريحة ذوي المعاشات، كما أن هناك صعوبات متعلقة بمدى إمكان سماح قوانين التأمينات الحالية، بتوظيف أموال صناديق المعاشات، لمثل تلك الأغراض

أما حصة الـ ١% الخاصة بإصابات العمل، والتي تدفعها التأمينات الاجتماعية إلى هيئة التأمين الصحي الحالية، مقابل الإشتراك الجبري للعاملين بقطاع الأعمال والقطاع الخاص، وكذلك الـ ١/٢% التي تحصل عليها هيئة التأمين الصحي من التأمينات الاجتماعية، مقابل إشتراك الموظفين بالحكومة، خصماً من حصة ٣% التي تحصلها هيئتي التأمين والمعاشات، لتغطية المرضى والإجازات المرضية، وتعويض الإعاقة، ولا تدفع منها هيئتي التأمين والمعاشات، إلا أقل من ٣٠%، لتغطية أهم بنودها وهو العلاج للإصابات، فإن بعض أصحاب ذلك السيناريو، يقترحون مضاعفة الحصة، بحيث يصل إلى الصندوق الجديد ٢% للعامل، و ١% للموظف لتغطية إصابات العمل، ومجملاً يقل عن ٥٠% من حصيلة الـ ٣% المشار إليها سابقاً. وهناك فريق آخر من أصحاب ذلك السيناريو يرى بأن تكون الزيادة في حدود ٥٠% فقط من حصيلة الـ ٣%.

وهناك رأي يتزايد بين أنصار السيناريو المرجعي، بأن تكون النسب التي يشارك بها المنتفع، وصاحب العمل، منسبة إلى الأجر الشامل للعامل أو الموظف، وليست منسبة إلى المرتب فقط، وذلك يرفع موارد الصندوق لتلك الشريحة "عمالاً

أوموظفين في الحكومة وقطاع الأعمال والقطاع الخاص المنظم"، إلى حوالي ثلاثة أمثال ما يمكن تحصيله، فيما لو كان التنسيب للمرتب، وليس للأجر الشامل. وينصرف نفس المعنى إلى أصحاب المعاشات، وهذا ما يتم حالياً معهم.

ويوصي أصحاب السيناريو المرجعي، بأن تتم مراجعة عاجلة لما تقوم به هيئتا التأمين والمعاشات، بوزارة الشؤون الإجتماعية، من خصم ربع قيمة المتحصلات: من العمال، والموظفين، والأرامل وأصحاب المعاشات، قبل تحويلها الي الهيئة العامة للتأمين الصحي، واستبدالها بنسبة لا تتجاوز ٢% كحد أقصى، مقابل مسؤوليات التحصيل والتحويل، وتتناقض مستقبلا مع زيادة التغطية التأمينية لشرائح جغرافية أوسع من المنتفعين.

وتظل باقي موارد الهيئة العامة للتأمين الصحي، للطلبة والأطفال وغيرها، سارية على أن ينقل الاختصاص إلى صندوق منطقة التطبيق، فيما يتعلق بالرعاية الصحية الأساسية. وإن كان بعض أصحاب ذلك السيناريو يرون زيادة قيم الإشتراك، وإسهامات الخزانة، وإنفاص قيمة المساهمات، التي يلتزم بدفعها الطالب عند الانتفاع المباشر بالخدمة.

أما قضية تمويل الشرائح الاجتماعية التي لاتعمل "المتعطلون والمعاقون الفقراء غير العاملين، العجزة بلا مورد"، والشرائح لاجتماعية التي لا تعمل بانتظام، ودخولها متدنية ومقطعة، وكذلك ربوات البيوت اللاتي لا يعملن خارج منازلهن أو حقولهن، ويعتمدن الي درجة كبيرة، علي ما يحققه رب المنزل من دخل، فتظل مشكلة عائقة للتطبيق الجغرافي لمشروع التأمين الصحي بالمفهوم القومي الشامل. وهناك اقتراحات تمويلية يقدمها أصحاب ذلك السيناريو من بينها:

- أن يمول الصندوق بحصة تجمعها وزارة المالية عن طريق جهازها الضريبي من سلع ومبيعات مرتبطة بأضرار بيئية وسكانية، مثل المشروبات الكحولية والسجائر، والصناعات الملوثة، وأنشطة نوادي القمار والسباق وما يماثله.
- وأن تخصص حصة من ضريبة المبيعات الخاصة بالسلع والخدمات، يتفق عليها بالتفاوض مع أجهزة الدولة وأجهزة التشريع.

- وكذلك حصة تورده الى الصندوق من حصيلة رخص السيارات بأنواعها، ورخص القيادة بأنواعها، والعقوبات الموقعة على السائقين. وهناك تصور ان لأسلوب تحصيل تلك الموارد: الأول أن تقدر نسبة لقيمة تلك المتحصلات سنويا بناء علي دراسة وبالإسترشاد بالحصيلة المتحققة في سنوات التطبيق الأولي، وتحول تلك النسبة التقديرية الي الصندوق التأميني. والتصور الثاني يستند الي جهاز تحصيل فعلي، يقترح إسناده الي جهاز التحصيل القائم بوزارة المالية، حيث تحول تلك الأموال المحصلة لصندوق التأمين الصحي بدلاً من تحويلها الي الوعاء الضريبي العام. وبالطبع، فإن هناك مقابلا للأعمال الإدارية والمالية المتعلقة بالتحصيل، يخصم لصالح جهاز التحصيل بالمالية بما لايجاوز ٢% كحد أقصى.
- وأخيراً فإن الأجهزة المالية السيادية بالدولة، تلتزم بتغطية أي عجز في الموازنة الختامية للصندوق، بما لا يزيد عن عجز ٢% من موازنة كل الصندوق التمويلي المركزي، ويرى البعض بأن يكون سد العجز قاصرا علي صندوق الموازنة بالمحافظة، التي تعاني عجزا في نهاية العام.

لكن كل ذلك، لا ينفى أن هناك إحتياجا متزايدا، في رأى أصحاب ذلك السيناريو، لأن ترتفع حصة الصحة في الموازنة الحكومية من ٤% إلى ٧,٤% على الأقل من الموازنة السنوية الحكومية"، وذلك بالإضافة إلى الإنفاق الذي يتم من جيوب المواطنين، بما يرفع نسبة الإنفاق الصحي الإجمالية الحكومية، والمتجمعة من الإنفاق العائلي، إلى ٧,٤% من الناتج القومي الإجمالي، وهو متوسط الإنفاق الصحي لمجمل دول العالم. وذلك باعتبار أن الإنفاق الصحي الحكومي يصل إلي أقل قليلا من نصف الإنفاق الصحي الإجمالي، أي ما يقل عن الإنفاق المقدم من القطاع العائلي. أما النسبة المئوية، للإنفاق الصحي الكلي في جميع الدول المتقدمة، وشبه المتقدمة، فتتراوح بين ٧% و ١١%، وتصل في الولايات المتحدة إلي حوالي ١٤% من ناتجها القومي الإجمالي. وبإيجاز فإن المتوسط العام للتمويل من القطاع العائلي يصل الي أكثر قليلا من النصف، وأقل من النصف يمول من الحكومة وذلك حتى في أكثر الدول خصخصة (الولايات المتحدة). ويقترح بعض أصحاب ذلك السيناريو أن يتم تزايد سنوي متدرج

مخصص للإنفاق الصحي الحكومي بواقع ٠,٥% سنويا، إلى أن يصل إلي المعدل إلي ٧,٤% خلال بضع سنوات.

ويتوجب ملاحظة أن تلك المقارنات الواردة في رأي أصحاب السيناريو المرجعي تنقصها الدقة، حيث أن الإنفاق الحكومي في مصر يضم: الإنفاق الحكومي الحقيقي، مضافا إليه متحصلات إشتراكات أصحاب الأعمال عن العاملين لديهم، بينما تحسب متحصلات إشتراكات أصحاب الأعمال ضمن حصة التمويل التي يقدمها القطاع العائلي في الدول المتقدمة إقتصاديا، بما يجعل الإنفاق الحكومي مضافا إليها إشتراكات أصحاب الأعمال عن العاملين لديهم يرقى الي ثلثي إجمالي الإنفاق الصحي، علي حين لا يصل الإنفاق الحكومي في مصر مضافا إليه متحصلات إشتراكات أصحاب الأعمال عن ٤٥%، وهذا الوضع ينصرف إلي كل الدول المتقدمة، كما أن وضع مصر ينصرف إلي كل الدول النامية، فكلما تزايد نمو الدولة قل إنفاق المواطنين من جيوبهم للحصول علي الخدمة الصحية.

وهناك توجه لدى عدد من الدراسين لهذا التوجه يؤكدون على مساهمة Co-payment طالب الخدمة الطبية (المريض) عند حصوله عليها، بنسبة ترقى الى ٢٥%، من سعر تلك الخدمة، غير أن الأغلبية من أصحاب هذا السيناريو، يرون أن تكون هذه النسبة قاصرة على كل مرة يطلب فيها المريض صرف الدواء فقط، فيما عدا مرضى الحالات المزمنة ، حيث يتحمل الصندوق التمويلي قيمة الإنفاق بالكامل. ويرى البعض منهم، أن يمتد تحصيل تلك النسبة ليشمل الخدمة الإكلينيكية من العيادات الخارجية أو بعض الفحوص التي تتم فيها، أما في غير ذلك فيكون بالتمويل من الصندوق دون تحمل المريض للمزيد، عدا ما يدفعه من اشتراك طبقا للنظام المتبع. ويرى البعض من أصحاب ذلك التوجه، أن تقل نسبة المساهمة لتصل إلى ١٠% من ثمن الخدمة بالعيادة الخارجية للأمراض المزمنة، التي يكثر تردد مرضاها على العيادات الخارجية، كما يرى البعض منهم، حذف أي تحصيل، لأي غرض، بالنسبة للمترددين من مرضى الأمراض المزمنة، أو بالنسبة لكل مرضى التردد بالعيادات الخارجية، حيث أن أغلب المترددين من مرضى

الحالات المزمنة. ولذلك يفضلون إلغاء هذا الموضوع برمته لضالة حصيلته، ولتعقد نظم التحصيل مهما بسطت أشكال التحصيل.

ترشيد الإنفاق الصحي:

وأخيراً، فإن ترشيد الأنفاق الصحي يعتبر أمراً وارداً وممكنأ، ويكفي أن نعلم بأن النظام الصحي الكندي، وهو يعتبر النظام الصحي النموذجي، حيث يقدم خدمة صحية راقية المستوى، حتى إنها تماثل النظام الصحي الأمريكي جودة وإرضاءاً للمريض، لكن ذلك يتحقق بنسبة ترقى إلى حوالي نصف التكلفة الأمريكية.

وكنموذج لترشيد الإنفاق الصحي، قبل محاولة السير في طريق استرداد الإنفاق الصحي، بمعرفة أنظمة دفع أموال، يتحملها المرضى، عند الحصول على الخدمة، فإن بعض أنصار ذلك السيناريو يقدمون نموذجين ترشيديين:

الأول: وهو ما أشرنا إليه سابقاً من أن الهيئة العامة للتأمين الصحي الحالية يخصص منها حالياً ١/٤ إيراداتها، المحصلة بمعرفة هيئتي التأمين والمعاشات، الخاصتين بالعاملين في الحكومة، والقطاعين الخاصين: بقطاع الأعمال، والقطاع الخاص، وهذا وضع غير مقبول حيث أنه لا يمثل الجهد المبذول بمعرفة هاتين الهيئتين لهذا الغرض. ويرون الإكتفاء بخصم حوالي ١% من تلك الأموال، خاصة أن حصيلة التأمينات والمعاشات ستزيد مع التوسع في تطبيق التأمين الصحي، وستصل إلي أرقام ضخمة لو طبق المشروع الجغرافي على الكافة، كما أنه من الضروري للصندوق المقترح أن يراجع نسبة التحصيل، وترقية نسبة التحصيل المجهولة حالياً، لتصل الي ١٠٠% من أموال من المشتركين بمعرفة الهيئتين المذكورتين، إذا ظل الإسناد موكولا إليهما مع تخليق جهاز صغير، وكفاء يقوم بالمراجعة المستمرة والمنظمة للبيانات التسجيلية الخاصة بالمنتفعين، بمراعاة حركة المنتفعين دخولا للنظام أو خروجاً منه، ومتابعة نسب التحصيل.

الثاني: هو ما أشرنا إليه في فصل الدواء، والتي تشير إلى أن السعر النهائي الذي يدفعه مشترو الدواء، يمثل قيمة الإنتاج مضافا إليه ٧٧% من قيمة الإنتاج كربح وتكلفة توزيع نصف جملة وتوزيع قطاعي في الصيدليات. والمأمول ان يتم ترشيد النظام التوزيعي، بتكلفة أقل، وربحية منظمة، لمصانع إنتاج الدواء المحلي، ولجهازي التوزيع: نصف الجملة، والقطاعي. وهذا التنظيم التوزيعي هام، خاصة إذا علمنا ان قيمة الـ ٧٧% تصل إلى مليار ونصف جنيه مصري حاليا. ولعله من المهم أن نشير إلى أن نظام القوائم الدوائية، الأساسية والثانوية المتخصصة، هو أفضل أسلوب ترشيدي لاستعمال الأسماء الكيميائية، وإنتاج الدواء الكيميائي المطلوب، واستخدامه، بعيدا عن الماركات التجارية للأدوية المختلفة.

أما الشرائح الاجتماعية، والمجموعات، التي ترفض الإنضمام إلى النظام المقترح، وتفضل اللجوء إلى القنوات التأمينية الخاصة، فإن أصحاب ذلك السيناريو يرون أن هذا من حقهم، وأن الحكومة عليها واجب تنظيم ومتابعة الترخيص والإعتماد والتحقق من المستوى الفني والإنفاقي لهذه النظم الصحية الخاصة، والتأكد من أن النظم التي تطبقها تلك الشركات التأمينية الخاصة لا تؤدي إلى نقص الخدمة المقدمة، والمغلفة مظهريا، وأنها لا تقوم على أساس مالي مشوه، إستنادا إلى اقتصاديات السوق، بما تحمله من مزايا وأضرار جانبية.

ولا يمكن للنظام أن يحقق مبتغاه، في رأى أصحاب ذلك السيناريو، دون رضا ومساعدة مقدمي الخدمة، بالحصول على أتعابهم عن الخدمات المقدمة منهم، من خلال اختيار نموذج، أو خليط من نماذج، للدفع لهم، طبقا لأسعار السوق المعتادة، لمثل هذا النوع من الخدمة، وذلك بشرط أداء الخدمة بالجودة المحددة، ورضا المستهلك، وطبقا لنظم العمليات التشغيلية المعاصرة، حيث يصبح إستحقاق مقدم الخدمة لقيمة الخدمة بسعر السوق أمرا واردا وواجبا، هو المرشد في الأداء، حقا منتظما، ينساب إليه في سهولة ويسر.

١٦-١٨-٤-٤: نظام تقديم الخدمة الصحية:

إن جوهر النظام المقترح من أصحاب هذا السيناريو، يقوم ويتمركز، حول تقديم الخدمة المتكاملة، للأسرة الواحدة، في الإقليم الواحد، من خلال وحدات ومنظمات صحية، تخضع لنظام طبي واحد، بصرف النظر عن كون الوحدات والعاملين فيها قطاعاً خاصاً، أو عاماً، أو حكومياً. وفي هذا النظام تتكامل خدمات الأجهزة والأفراد والوحدات للتوظيف الأقصى، وصولاً، إلى الإنتاجية الحديثة، مقابل حصول مقدم الخدمة على حقوقه، طبقاً لقواعد السوق الرشيدة، وحصول المريض على الخدمة المبتغاة، طبقاً للأسس المهنية والفنية، شرط رضائه وارتياحه لمستوى الخدمة المقدمة إليه، وسلامة العمليات التشغيلية المنتجة لتلك الخدمة، وذلك بدلاً عن النظم الرأسية المغلقة، التي تؤدي خدمة قاصرة لشريحة اجتماعية، يتحتم عليها العلاج داخل تلك المنظمة الصحية المغلقة، والتي لا يتنافس فيها مقدمو الخدمة فيها مع غيرهم من القطاعات المماثلة، حيث لا يحق للمريض الخروج من نظام مغلق، إلى آخر، إلا إذا أراد أن يسدد قيمة الخدمة بمعرفته، ومن جيبه الخاص.

ويقدم أصحاب هذا السيناريو التطبيق لمشروع التأمين الصحي الشامل، كالآتي:

منظمات الخدمات الصحية:

يقدم هذا النظام المريح للمريض والطبيب الخدمة الطبية بمنظمات ذات مستويات ثلاثة:

المستوى الأول:

وهو يختص بإدارة وتشغيل المنظمات الصحية، المسماة: بالوحدات الصحية الريفية - المراكز الصحية القروية - المراكز الصحية الحضرية.. وما يماثلها من وحدات صحية أساسية في المدن والعواصم. وكذلك بإدارة وتشغيل وحدات

التأمين الصحي المختصة بتقديم الخدمة على مستوى الممارس العام ومستوى الأخصائي بالعيادات المجمع، والعيادات المجمع والعيادات متعددة التخصص، وما يماثلها من وحدات حكومية.

المستوى الثانى:

وهو يقدم خدمة مستشفى بأقسامها الداخلية، في حدود ما هو مصرح به ترخيصاً واعتماداً، لمستشفى وسيط، يقع بين المستشفى المتخصص والوحدات الأساسية، وهو يشمل المستشفيات القروية بالريف، ومستشفيات المراكز والأحياء، بالمراكز والعواصم التابعة لوزارة الصحة، وما يماثلها من بعض مستشفيات التأمين الصحي، والمؤسسات العلاجية بالأقاليم، وغيرها من المنظمات الحكومية، والخاصة المماثلة.

المستوى الثالث:

ويشمل المستشفيات والمعاهد، والمراكز المتخصصة، سواء أكانت وقائية أم بحثية أم علاجية فى الأغلب الأعم. ويشمل هذا المستوى بالدرجة الأولى المستشفيات الجامعية، وبعض مستشفيات التأمين الصحي، والمؤسسة العلاجية، والمستشفيات التعليمية، والمستشفيات العامة بوزارة الصحة، فى أغلبية العواصم، وما يماثلها من مستشفيات حكومية أخرى (تتبع وزارات أخرى)، ويشمل عدداً قليلاً آخر من مستشفيات القطاع الخاص المسماة بالمستشفيات الاستثمارية.

ولا نفوتنا هنا الإشارة إلى أن هناك وحدات ومراكز بعضها عالي التخصص، سواء أكانت تشخيصية أم علاجية أم وقائية، تقدم الخدمات التأهيلية مثل العلاج الطبيعي، أو الوحدات المتعاملة مع الإشعاع (علاجياً أو تشخيصياً) أو المعامل العامة أو المتخصصة أو وحدات الموجات فوق الصوتية، أو المناظير أو وحدات تأهيلية بغض النظر عن إنتمائها للقطاع الحكومي، أو العام، أو الخاص، وسواء أكانت جزءاً من المنظمة الصحية (المستشفى مثلاً) أم مراكز أم وحدة منفصلة.

وكلها لبنات أساسية تشارك في النظام الصحي، وتوظف بإمكانياتها للخدمة، طالما كانت مستوفية للشروط، ولسعر بيع الخدمة، طبقاً لاسعار السوق المرشد.

وكذلك فإن هناك مجموعة من المستشفيات، تسمى المستشفيات النوعية، مثل مستشفيات الحميات، والصدر، والنفسية، والجلدية، وبعضها خاص بالنساء، مثل الولادة، والآخر خاص بالأطفال أو بالطلبة، وتظل هناك مستشفيات صغيرة لتخصصات معتادة في المستشفيات العامة والجامعية ولكنها قد تكون منفصلة، على شكل مستشفيات صغيرة مثل: العيون، والمتوطنة، والمسالك البولية، وجراحة العظام، سواء أكانت حكومية أم مملوكة للقطاع الخاص، يلحق كل منها بالنظام الصحي المقترح، سواء أكانت تلك المنظمات حكومية أم قطاعاً خاصاً.

طب الأسرة وطبيب المجتمع

وكما أشرنا في مقدمة هذه الفقرة، بأن الدور الرئيسي يقوم به الممارس العام. ذو التعليم المتخصص، والتدريب المنتظم والمتواصل، وهو الذي أصطلح على تسميته بالممارس العام، أو طبيب الأسرة، أو طبيب المجتمع، أو الإقليم، أو طبيب الحي والشاخه، أو طبيب القرية، فكنا مسميات لنفس الدور، ولعل أفضل المسميات هو طبيب الأسرة، حيث توكل إليه (برغبة الأسرة المطلقة، وبحقها المقر في تغيير طبيبها. طبقاً لراحتها) المهام الصحية الأساسية، لتنفيذ العناصر الأربعة لخدمة الصحة الأساسية المشتملة - كما أوضحنا سلفاً- على المهام الصحية المجتمعية (الصحة العامة للمنطقة الموكولة إليه)، والمهام الصحية الفردية مثل: التطعيم وتنظيم الأسرة...، والعلاجات المحدودة بالعيادات الخارجية، والمساندات الطبية: مثل النظارات الطبية، والسماعات الطبية، والأطراف الصناعية، وكذلك متابعة المرضى المحولين منه في المستشفيات بالأقسام الداخلية ومتابعة ما يتم لهم من تدخلات طبية، خاصة في العمليات الصغرى، وعمليات اللوز، وما يماثلها.

وهذا الطبيب أيضاً هو الذي يقوم بتحويل الحالات، إما إلى الأخصائي، أو إلى وحدات المستوى الثاني، أو الثالث، طبقاً للنظام المتبع لكل حالة، على أن يتم ذلك بإشرافه، وفي التوقيت الملائم. وبمتابعته لحين بدء التدخل بمعرفة جهة

الإختصاص، حيث أن المريض أصلاً مريضه، وهو ممثله، قبل الهيئات الطبية، والمستويات المتخصصة، وهو أيضاً الذي يتابع المريض حتى في المستشفى فى بعض الدول، وبالقطع، هو المتابع له بعد خروجه من المستشفى مع الأخصائي، ثم منفرداً، أو منسقاً مع المتخصص فى الحالات التى تستدعى ذلك، وأيضاً هو المنظم للنمط الحياتي الذي يتبعه المريض غذاءً ورياضةً، وتجنباً للأضرار البيئية والحوادث، والتأكد من مراعاة مريضه للقواعد العامة، حرصاً على توفير حياة سعيدة لأطول مدى زمني ممكن.

وأخيراً فإن طبيب الأسرة، ونظام طبيب الأسرة، هو الحلقة المفتاحية لنظام صحي معاصر، بمعنى أنه نظام مفتوح يتنافس فيه الأطباء حكوميين كسانوا، أو قطاعاً خاصاً، لتحقيق أفضل خدمة بأيسر الطرق، مع المحافظة على رضا المنتفع، ويتناقشون ويتحاورون مع مستخدمي الخدمة، ومع الدول، والمنظمات الحكومية، والأهلية، لاستمرار تحسين النظام، بديلاً عن نظام التجزئة، والقطاع المغلق الرأسي المتبع حالياً.

١٦-١٨-٤-٥ التنظيم والإدارة :

ويستهدف أصحاب السيناريو المرجعي، التعامل مع ثلاثة مستويات إدارية بدءاً من مستوى الإدارة المركزي، وإنهاءً بمستوى الإدارة بالحي، وهو المستوى الذى يعلو الإدارة المباشرة للوحدة.

أولاً: دور ووظائف المستوى المركزي:

يعني بالمستوى المركزي الوزارة المختصة، بالتعاون مع الوزارات الأخرى، ذات الإختصاص المرتبط بدور الوزارة المختصة، ونشير هنا الى أن هذا الدور فى القطاع الصحي علي إتساعه، تقوم به أساساً وزارة الصحة، ووزارة التعليم بدورها فى المستشفيات الجامعة، وغيرها من الوزارات التى تدخل الخدمة الصحية فى نطاق أعمالها.

وتلعب هذه الوزارات دورها، وتؤدي اختصاصاتها، مستعينة بالتشريعات والقوانين واللوائح التي تصدرها، بناء على دراسات جهات الاختصاص، وبناءاً على الحوارات التي تديرها المنظمات المجتمعية، المتصلة بصحة المواطنين، سواء أكانت أهلية أم حكومية أم مشتركة، وسواء أكانت حوارات أم توصيات يصدرها ممثلو المنتفعين واتحاداتهم ونقاباتهم، أم كانت سياسات دولة تلتزم بها تلك الوزارات، في أداء دورها الصحي.

ونشير هنا، إلى أن الدور المركزي سيتغير من دور قابض إلى دور باسط، ومن دور المشغل للوحدات، إلى دور المنظم لتشغيل الوحدات، ومن دور المتابع التفصيلي إلى دور المتابع للمؤشرات، ومن دور المفتش إلى دور المتابع المهني، والمتابع الإداري، حيث سينتقل دور المتابعة المالية إلى الصندوق المالي، ويشترك الصندوق مع الوزارات المختصة في المتابعة الإدارية والمهنية، المتعلقة بإدارة أحوال الصندوق على مستوى المحافظات، والمستوى المركزي، كما يقوم المستوى المركزي بتوظيف ما لديه من آليات سياسية واقتصادية، لتوجيه السوق، بالإضافة طبعاً لدوره الرئيسي في التخطيط ووضع السياسات.

ويرى بعض أصحاب ذلك السيناريو، أن تنشأ هيئة مركزية، ويقترح أن تكون هي هيئة التأمين الصحي الجديدة، بجوار الصندوق التمويلي المركزي، يسند إليها خليط من الاختصاصات: بعضها ذو طابع تخطيطي (إستراتيجية- رسم سياسات - وضع خطط)، وبعضها ذو طابع تنظيمي (التسجيل - الترخيص- الاعتماد: للوحدة، للخدمة، للأفراد من مقدمي الخدمة)، وبعضها ذو طابع تشريعي (قوانين- لوائح - قواعد تنظيمية - أنظمة تعاقدية)، وبعضها يختص بالمتابعة (الإدارية- المهنية - التقنية - المالية بالتنسيق مع الصندوق التمويلي).

ويفصل أصحاب ذلك السيناريو ذلك الدور المركزي كآتي:

١. يقوم هذا المستوى سواء أكان ذلك عن طريق دور الوزارة الجديد، أم كان ذلك الدور عن طريق الدور الجديد للهيئة العامة للتأمين الصحي) بالتخطيط

المركزي، ووضع السياسات وإختيار الأولويات ووضع القواعد والتعليمات، في إطار القانون واللوائح المنظمة، وفي حدود الموارد المالية التي يكافح ليحصل عليها سنوياً، لتوظيفها بمعرفة الصندوق، وكل ذلك في نطاق المحددات السياسية والاجتماعية والاقتصادية والمؤسسية.

٢. ينظم المستوى المركزي (الوزارة) إسياب الموارد من الصندوق، طبقاً للسياسات الموضوعة، وينظم عمليات التوزيع والتخصيص لمحافظة التطبيق، بناءً على خطط (القطاعات/الجمعيات/الجامعات) القاعدية للمستفيدين وممثليهم المركزيين والمحليين.

٣. ولهذا المستوى دور تنظيمي هام، يتعلق بوضع: قواعد، ونظم التسجيل، والترخيص، والإعتماد المتكرر للأفراد والوحدات، كل فترة زمنية، حسب المستوى المرخص به، وتعديل قواعد الإعتماد، طبقاً للمستجدات والقواعد المتكررة التحديث.

٤. كما أن للمستوى المركزي دوراً تشريعياً خاصاً يتمثل في:

- إقتراح القوانين: في إطار المحددات المجتمعية، ووضع اللوائح المنظمة للتنفيذ، وإصدار التعليمات المركزية ذات الإختصاص العام.
- كما انه يقوم بوضع قواعد وشروط نظم التعاقد: مع جهات المنتفعين بالخدمة من ناحية، ومع مقدمي الخدمة ونظم الدفع الخاصة بهم من ناحية أخرى، مع التوسع في تفاصيل البنود الخاصة بكل عقد.
- المتابعة: وذلك الدور هام للتأكد من أن ما أتفق علي إنفاقه طبقاً للخطط المركزية هو ما تم إنفاقه فعلاً، كما توضحه نظم المتابعة المهنية من خلال الإستعانة بالبورديات المهنية، والتقنية، كذلك من خلال الإستعانة بلجان وشركات متخصصة، والبيانات المالية من خلال صناديق المحافظات.
- متابعة خاصة: بآليات اقتصادية ومهنية محددة لمتابعة منظمات التأمين الصحي الخاصة، والتأكيد على تجنب إحداث تشويه السوق، واتباع نظم

التعاون الإئتيماني لمواجهة المخاطر الجماعية، ومعالجة الأضرار الجانبية للمنافسة وتعظيم إيجابياتها.

- تنظيم متعاون مع الصندوق التمويلي: خاصة في مراحل التطبيق الأولى، حيث يمكن تبادل بعض الأدوار بين المستوى المركزي، ومستوى الصندوق، طبقاً لنظام تعاوني مرن بين الطرفين حتى تمام نضج الصندوق وقدرته على الوفاء بمتطلباته.

ثانياً: دور ووظائف المنطقة (مجموعه محافظات) أو المحافظة:

هذا الدور في حقيقته ذو طابع إشرافي وتنسيقي وتنظيمي، والمنطقة تلعب فيه دوراً تخطيطياً على مستوى الإقليم. وتقدم المساندة الإدارية والتنظيمية للمستوى الهام الذي يليه [الأعلى أو الأدنى]، ويقترح بعض أصحاب ذلك السيناريو المرجعي، أن تستبدل المنطقة بهيئة رعاية صحية، ذات طبيعة خدمية في رأي البعض، وذات طبيعة اقتصادية رأي البعض الآخر. ويتلخص هذا الدور في الآتي:

١: الإشراف على مستوى الصحة في الأحياء التابعة لنطاق المنطقة، وعلى منظمات الإدارة الصحية بتلك الأحياء، والإهتمام بتجميع المؤشرات الصحية، والنتائج المتحققة، مترجمة إلى المؤشرات، والدراسة المشتركة مع الإدارات الصحية بالأحياء، لتحليل البيانات، واستخلاص النتائج، وتجهيز الإحصاءات والتقارير على مستوى المنطقة، والإشارة إلى أسباب التحسن والقصور، واقتراحات تلافيها.

٢: تلعب دوراً أساسياً لإتخاذ القرار، والخطوات الضرورية، بناءً على تفويضات وصلاحيات كانت أصلاً لدى المستوى المركزي، حيث ينتفي الدور التنفيذي للمستوى المركزي، وينتقل كاملاً إلى المنطقة والحي، وأساساً للأداء والتشغيل، حيث أن ذلك المستوى يصبح أعلى سلطة مشرفة على الأداء والتشغيل، بمعرفة الوحدات مقدمة الخدمة.

٣: وهناك دور تنسيقي متعاون مع الصندوق الصحي، على مستوى المنطقة إن وجد، ممثلاً للصندوق المركزي لتحقيق طلبات الصندوق (ممثل المنفعين)،

ودراسة متابعات الصندوق، والعمل على تلافى أى سلبيات، حتى ولو بنزع الإختصاص من وحدة ونقلها إلي وحدة أخرى، أو بتغيير إدارة الوحدة في حالة القصور.

٤ : التوزيع الملائم للعقود، ولحصص الوحدات كنمط تخطيطي، وليس كمستوى تنفيذي، وتوزيع القوى البشرية بالحجم المطلوب، طبقاً لمعدلات التشغيل الموضوعه في المستوى المركزي، وبالخطة المطلوبة من تمازج قوى بشرية ذات مهارات أدائية، على مستوى الفريق، وعلى مستوى الأفراد.

٥ : دراسة إمكانية اللجوء الى شركات يتعاقد معها، لإدارة حي من الأحياء، كتجربة تخضع للتقييم، والمقارنة بالإدارة ذات الطابع المجتمعي، والصفة الحكومية الغالبة.

٦ : التخطيط الإقليمي، ووضع السياسات الصحية، والأولويات الخاصة بالإقليم، وإقتراح توزيع الموارد، وتدارس ذلك مع مندوبي الوزارات على مستوى الإقليم، ومع الأجهزة النقابية والجمعيات الإقليمية العلمية والأهلية، وأجهزة الحكم المحلي، للملاءمة بين الإحتياجات وتوزيع الإمكانيات، طبقاً لخطة مشتركة.

٧ : مساندة الإدارة الصحية بالحي، والعمل على تقويتها، وتفويضها بأوسع صلاحيات، وتزويدها بالقوى البشرية ذات الخبرة للمساندة الإدارية والتنظيمية، وتعظيم قدراتها على أداء دورها المقرر في الخدمة.

ثالثاً - دور الإدارة الصحية للحي:

يرى أصحاب ذلك السيناريو، أن الإدارة الصحية على مستوى الحي، هو الخطوة الصحيحة المنطلقة نحو تحقيق اللامركزية، بما يحقق منهج إدارة الحي الصحية ذات المبادئ السبع، والتي حُدد أغلبها منذ إعلان ألما- آتا الشهير، في أواخر السبعينيات. وتلك المبادئ هي:

١. نظام تقديم الخدمة الصحية على مستوى الحي هو عصب الإصلاح الصحي المرتقب.
٢. تكامل أنظمة تقديم الخدمات الصحية على مستوى الحي.
٣. مشاركة المجتمع على مستوى الحي.
٤. حقوق الإنسان، وحق المرأة والأسره في تنظيم الاسره والصحة الإنجابية.
٥. فاعلية الخدمة مرشدة التكلفة.
٦. عدالة الحصول على الخدمة.
٧. إستمرارية النظام وعوامل ديمومته.

أما اختصاصات إدارة الحي الصحية فيوجزها أصحاب تلك الرؤية كالتالي:

١: لعل أهم دور لتلك الإدارة هو المتابعة المباشرة لأداء الوحدات، أيا كان مستواها، من خلال مراجعة (ماضويه/جارية/ مستقبلية تنبؤية) للأداء وجودته طبقاً لـ :

- المؤشرات المتحققة والمعدلات المطلوبة.
 - الأدلة الإرشادية والبروتوكولات.
 - الأساليب الأدائية (بروسيديورات)، والمهارات، وتعليمات التشغيل.
- وتتم هذه المتابعة والمراجعة على أسس: مهنية، وتقنية، وإدارية ومالية، ودعم تدريب القوى للبشرية.

٢: المراجعة الانفاقية والأداءات في حدود التكلفة، ومبررات التجاوز، في المعايير الإحصائية أو المالية، طبقاً لمراجعات فروع الصندوق التأميني. وكذلك حسابات التكاليف، والمؤشرات والبيانات الإحصائية.

٣: الإدارة بالاستعانة بنظم المعلومات المتبعة في الوحدات، وتحويلها تدريجياً إلى نظم آلية مؤتممة من خلال محطة مركزية، ونهايات طرفيه بالوحدات.

٤: ولتلك الإدارة دور مباشر في تنمية القوى البشرية في إطار التوجيهات والخطط المركزية، بالتعاون مع إدارة المنطقة الطبية، ودعم الأنظمة التدريبية بالأفراد المهنيين أو بالإداريين أو بالتقنيين.

٥: تطبيق آليات نظم الدفع، ومحاسبة الأطباء والمهنيين، طبقاً لقواعد السوق، والحفز بالأجر مقابل الإنتاج المتحقق، بدرجات الملاءمة والقبول، السابق الإشارة إليها.

٦: تجاوز إدارة الوحدة فقط إلى إدارة الخدمة الصحية المجتمعية، في نطاق الاختصاص، وبمساهمات من الكافة: أفراداً، أو منظمات، عملاً محترفاً، أو عملاً تطوعياً، قطاعاً خاصاً، أو قطاعاً حكومياً، بهدف السعي لتحقيق "نظام صحي مجتمعي متكامل".

٦-١٨-٤-٦ سياسات القطاع الدوائي، وأهدافه:

وقد سبقت الإشارة إلى كثير من جزئياتها عند تدارس النظام الصحي الدوائي القائم حالياً، كما ورد في القسم الثالث، يوجزها أصحاب تلك الرؤية، كالاتي:

١. ترشيد الاستخدام الدوائي:

- تخليق القوائم الأساسية بأسمائها الكيميائية.
- ترشيد الأنماط المهنية للأدوية الموصوفة في التذكرة الطبية عقب الكشف الاكلينيكي.
- ترشيد أنماط الإستهلاك الدوائي بواسطة المرضى.
- ترشيد توزيع الدواء، وآلية توصيله للمرضى.
- مراجعة التعاقدات: مع جهات توريد الدواء، وأنظمة التوريد.

٢. الإستمرار وتعظيم سياسات إنتاج دواء بسعر مرشد ومدعوم إذا لزم، في حدود طاقات جهات الانتفاع والمرضى، طبقاً لمواصفات الجودة والكنترول الدوائي، وكذلك بترشيد نظم توصيل الدواء لجهات الانتفاع، بأساليب أرخص ثمناً.

٣. مراجعة الصيغة الحالية المتفق عليها والتي ترفع التكلفة الى ١,٧٧ بدلاً من ١ فقط، طبقاً لمتطلبات: ربحية شركات الإنتاج الدوائي، وشركات التوزيع، وربحية صيدليات التوزيع (القطاعي)، وإجراء الترشيح اللازم للنزول بتلك النسبة، قدر الإمكان.

٤. التحديث المستمر لقاعدة البيانات والمعلومات الدوائية، على مستوى الوحدات، وفي منازل الأطباء والصيدلة، بتوظيف قواعد المعلومات الدولية، من خلال الإنترنت، وأقراص الليزر، وقواعد المعلومات المحلية الإلكترونية، التي لازالت حالياً موجزة وغير مفصلة.

٥. تلافى حدوث الاختناقات بأنظمة توصيل الخدمة الدوائية، سواء بسبب الاختلال أو القصور التمويلي، أو بسبب مشاكل في إنتاج الدواء، أو بسبب معوقات فى إيصاله للمريض والوحدات، فى التوقيينات الملائمة.

ملحق بالسيناريو المرجعي

"الباب السادس - الفصل الثامن عشر

موجز مشروع الإصلاح الصحي

وهو ثمرة لدراسات ست، جمعت واختصرت في جزء سابع، قدم في أغسطس ١٩٩٧، إلي هيئة المعونة الأمريكية في مصر، وإلي وزارة الصحة والسكان المصرية.

McEuen, Mark. August 1997. Assessing Health Sector Policy Reform Strategies in Egypt: A Summary of PHR Analyses. Technical Report No. 5 Volume VII. Bethesda, MD: Partnerships for Health Reform Project, Abt Associates Inc

Contract No.:

HRN-5974-C-00-5024-00

Project No.:

936-5974.13

Submitted to:

Mellen Tanamly, USAID/Cairo

and:

Robert Emrey, COTR

Health Policy and Sector Reform Division

Office of Health and Nutrition

Center for Population, Health and Nutrition

Bureau for Global Programs, Field Support and Research

ونورد فيما يلي القائمة الكاملة لإصلاح سياسات القطاع الصحي في مصر، كما تراها هيئة المعونة الأمريكية ووزارة الصحة والسكان المصرية (السيناريو المرجعي) واتي أتيت في أوائل ٢٠٠١، رغم أنها لا تتناول الوضع الصحي في مصر ككل، وتقتصر علي أجزاء من وزارة الصحة وهيئاتها، ولم تتعامل مع عناصر النظام الصحي خارج جهاز وزارة الصحة.

القائمة الكاملة لإصلاح سياسات القطاع الصحي في مصر والمقدمة من هيئة المعونة الأمريكية
ووزارة الصحة والسكان المصرية (١٩٩٧)

المنظمة	المؤشرات والإجراءات لدى أصحاب السيناريو المرجعي
١	دور وزارة الصحة والسكان:
ركيزة ١	١ ترشيد الدور التمويلي للرعاية العلاجية بالوزارة:
إجراء ٢	أوقف بناء مستشفيات جديدة غير ضرورية، وجدول استكمال المشروعات تحت التنفيذ
إجراء ٣	إنقل تبعية المستشفيات القائمة إلي هيئات صحية بدلا من التبعية لوزارة الصحة
إجراء ٤	توسع في تطبيق استرداد التكاليف في المستشفيات الحكومية أيا كانت تبعيتها
إجراء ٥	إسمح للممارسين العلاجيين من القطاع الخاص باستخدام مستشفيات الوزارة
إجراء ٦	اسمح بإدارة وتشغيل مستشفيات الوزارة ذاتيا
إجراء ٧	أدخل مؤشرات قياس الكفاءة (إنتاجية السرير - تكلفة علاج المريض ..)
إجراء ٨	موضوع استرداد التكاليف في وحدات الرعاية الصحية الأولية: مطروح للحوار
ركيزة ٢	٢ عزز دور وزارة في تقديم الخدمة، وارفح الحصة التويلية النسبية للوقاية، والرعاية الصحية الأولية، من موازنة الوزارة:
إجراء ١	وظف الآلية التحليلية التي تستهدف "أعلى مردود بأقل تكلفة"، لتحقيق حزمة الإنتفاع الأساسية لكل مواطن، التي تساندها الوزارة (الرعاية الصحية الأولية + الوقاية)
إجراء ٢	ساند وعزز برامج رعاية الأمومة والطفولة
إجراء ٣	وفر الحوافز الملائمة لمقدمي: الرعاية الصحية الأولية، والوقاية، وطب الأسرة
إجراء ٤	داوم على تقديم الرعاية العلاجية الضرورية بربطها مع حزمة الإنتفاع الأساسية.
إجراء ٥	تأكد دائما من كفاية الموارد المخصصة للوحدة، من الموازنة الجارية(باب ١، ٢).

المنظمة	المؤشرات والإجراءات لدى أصحاب السيناريو المرجعي
ركيزة ٣	٣ اصلاح سياسات التعامل مع القوى البشرية بوزارة الصحة:
اجراء ١	لا وظائف مضمونة، أنقص عدد الأفراد الحالي.
اجراء ٢	جهاز كتيب ارشادي، لإعادة توزيع القوى البشرية طبقا للإحتياجات
اجراء ٣	جهاز نظام لحفز الأفراد بالمناطق النائية، والمناطق التي لا ترغب العمالة في التوجه إليها
ركيزة ٤	٤ تنمية قدرات الوزارة علي تقدير الإحتياجات الصحية للمستوى القومي والتخطيط القطاعي الاستراتيجي، وتنمية وضع السياسات الصحية:
اجراء ١	تبنى أنظمة المعلومات الصحية علي المستوى القومي، بما فيها نظام المعلومات الجغرافية GIS ، اللازم لأغراض التخطيط واتخاذ القرارات.
اجراء ٢	حدّد الأولويات لتوزيع موارد وزارة الصحة علي أساس الإحتياجات، طبقا لمؤشرات الوضع الصحي الراهن.
اجراء ٣	قيام الوزارة بتخليق نظم لحفز مقدمي الخدمة في القطاع الخاص، للعمل في المناطق النائية، والمناطق متدنية الخدمة.
اجراء ٤	توجيه الدعم الحكومي إلى مستحقيه: من الفقراء، ومحدودي الدخل.
اجراء ٥	وظف الآلية التحليلية التي تستهدف "أعلي مردود بأقل تكلفة"، لتحديد الخدمات الصحية الأساسية الضرورية لكل مواطن
ركيزة ٥	٥ تنمية دور وزارة الصحة في وضع الأسس والقواعد الخاصة بالممارسة الصحية، والخاصة بالترخيص والإعتماد، وتأکید الجودة.
اجراء ١	تخليق، وتنمية، وتبني المستوى القومي، لمعايير ولعمدلات الممارسة الصحية، ونظم الترخيص والإعتماد، للوحدات.
اجراء ٢	إستند لسياسة التعليم الطبي المستمر، وتجديد تراخيص الممارسة الصحية علي فترات.

المنظمة	المؤشرات والإجراءات لدى أصحاب السيناريو المرجعي
٢	البرنامج القومي للتأمين الصحي الاجتماعي:
ركيزة ١	١ أكد حيوية هيئة التأمين الصحي:
اجراء ١	لا تضف مجموعات منتفعين جديدة إلى الهيئة، قبل التصحيح.
اجراء ٢	عالج النقائص الموجودة حالياً بالهيئة.
اجراء ٣	قلّل نسبة التكاليف الدوائية.
اجراء ٤	وحد القوانين التأمينية الحالية في تشريع واحد.
اجراء ٥	غيّر الإطار والنظام القانوني الحالي للهيئة، لتعزيز القدرة علي الإدارة الذاتية.
اجراء ٦	حدّد إشتراكات المنتفعين علي أساس التكلفة الفعلية، مع توظيف الإسهامات.
اجراء ٧	حدّد، وتبنى، حزم انتفاع صحية ملائمة لقدرات المواطنين
ركيزة ٢	٢ حول الهيئة إلى جهاز تمويلي:
اجراء ١	توقف عن انشاء مستشفيات تأمينية جديدة.
اجراء ٢	جدول بيع أو نقل وحدات تقديم الخدمة الحالية (المستشفيات، الوحدات المجمعة، العيادات) إلى القطاع الخاص أو إلى منظمات القطاع العام الاقتصادية (وحدات بأجر).
اجراء ٣	خلق آليات للتعاقد مع جميع مقدمي الخدمات الصحية، ومع مستشفيات الوزارة.
اجراء ٤	مكن المنتفعين بالخدمة من الإختيار من بين مقدمي الخدمة الصحية.
ركيزة ٣	٣ وسّع التغطية بخدمات التأمين الصحي الاجتماعي، المعزز بآليات إدارية وتمويلية راقية:
اجراء ١	تخليق، وتنمية صندوق صحي تمويلي تأميني قومي موحد، للتغطية الشاملة.
اجراء ٢	تخليق معدل لحزمة انتفاع صحية لكل مواطن.
اجراء ٣	افصل تمويل الخدمة الصحية عن تقديمها.
اجراء ٤	أكد قانونية التشغيل الذاتي، والتدوير التمويلي للصندوق وللخصصات التمويلية للوحدات.

٦ - الباب السادس : سيناريوهات الصحة في مصر حتى عام ٢٠٢٠م

٦-١٩ الفصل التاسع عشر: سيناريو الرأسمالية الجديدة

٦-١٩-١ المدخل

٦-١٩-٢ عناصر السيناريو الرأسمالي العشر

٦-١٩-٢-١ المنظور الصحي الجديد عن الإتاحة والشمولية والتغطية

٦-١٩-٢-٢ العدالة والتضامن - استخلاص ذو دلالة - في المنظور الرأسمالي

الجديد

٦-١٩-٢-٣ أدوات أفضل لاتخاذ القرار

٦-١٩-٢-٤ النمو الاقتصادي ذو الطابع الرأسمالي ونتائجه

٦-١٩-٢-٥ نتائج تطبيق نظم المعلومات الصحية

٦-١٩-٢-٦ مستقبل تكنولوجيا الأمصال والطعوم (التطعيمات)

٦-١٩-٢-٧ علوم الجينات: المحاذير، والدور الواعد

٦-١٩-٢-٨ رؤية جديدة محتملة للرعاية الصحية

٦-١٩-٢-٩ برنامج "الصحة للجميع" بالمنظور الرأسمالي

٦-١٩-٢-١٠ شركات خاصة تحقق الصحة للجميع

٦-١٩-٣ الصحة مسئولية الجميع (أسرة، مجتمع ومنظماته الحكومية والأهلية،

أفراد)

٦-١٩-٤ رؤية نقدية لأهم خصائص السيناريو الرأسمالي

٦-١٩-٥ خاتمة

٦ – الباب السادس : سيناريوهات الصحة في مصر حتى عام

٢٠٢٠م

٦-١٩ – الفصل التاسع عشر : سيناريو الرأسمالية الجديدة

٦-١٩-١ المدخل:

إن المدخل المعلوماتي والتقني هو جوهر النهج الرأسمالي في المجال الصحي، وكل تنظيم وإستهداف في ذلك النهج، يستند إلى تنظيم وإدارة تلك الأنظمة الصحية، ذات الطابع التقني والمعلوماتي، باعتبار أن ذلك التطوير هو الموصل لتحقيق هدف "الصحة للجميع".

ويستند ذلك النهج أيضاً إلى تصور مرحلتين لتحقيق الهدف:

المرحلة الأولى: وتستند إلى أن تقديم الرعاية الصحية الأساسية للجميع بتوافق، لا يبتعد كثيراً، عن رؤية السيناريوهات الأخرى، ولكن يعززه تنظيم تقني ومعلوماتي، ويشترط لدى أصحاب ذلك السيناريو تقديم تلك الخدمة، بمقابل مادي، لكل العاملين وأسره، وبدعم مقبول لغير العاملين، وغير القادرين. ونسأدرأ باللجوء إلى تقديم خدمة الرعاية الصحية الأساسية مجاناً إلى الفئات الحساسة والفئات المهمشة. أما خدمات المستويات العلاجية الثانوية، والثالثية، وذات الطبيعة الخاصة، فيرى أصحاب النهج الرأسمالي تقديمها بمقابل التكلفة الفعلية، مع تحقيق هامش ربح، يحجّمه التنافس في السوق، بين منظمات تقديم تلك الخدمة. ويتم تغطية تمويل تلك الخدمة العلاجية لما بعد مستوى الرعاية الصحية الأساسية، من خلال منظمات التأمين الصحي الاختيارية، ونظم إدارة الرعاية الصحية Managed

Health Care بتمويل من القطاع الأهلي، ومنظماته، ومن مواقع العمل، بمشاركة بين أصحاب الأعمال والعاملين.

أما المرحلة الثانية: وهي رهينة بمستوى دخل الفرد ومدى تحسنه، فتتحدد بمدى قدرة القطاع الخاص على تقديم خدمة الرعاية الصحية الأساسية، بدلاً عن دور الحكومة، باعتباره أكثر قدرة على الإدارة، والتنظيم المستند إلى التراكم، والتقدم التقني والمعلوماتي تحت إشراف منظمات مجتمعية، قد تكون حكومية أو غير حكومية، ولكنها تلعب دور متابعة تنفيذ التعاقدات، مع منظمات القطاع الخاص، والتي يصبح دورها متزايداً لتغطية الرعاية الصحية بشقيها الأساسي والعلاجي، بمستوياتها المتعارف عليها، بل ويمتد إلى أنظمة ودور التعليم الطبي، ومعاهد الأبحاث الطبية، وغيرها من قلاع الرعاية الصحية والتعليمية والبحثية.

ويرى أصحاب السيناريو الرأسمالي، أن عوامل عديدة مما يعتبرها الكثيرون مضادة للتوجه الرأسمالي، ليست في الحقيقة إلا لصالح التوجه الرأسمالي المعاصر. فهو الآن - مثل غيره - يسعى في المجال الصحي والبيئي لتحقيق مبادئ وأسس العدالة والتضامن، والإتاحة والتغطية، وشمولية المنظور الصحي، وأولويات الصحة لكل مجتمع، طبقاً لأهم خصائصه السكانية، في حدود قدرات كل مجتمع الاقتصادية، ومحدداته الاجتماعية والإدارية، ونضجه السياسي والحضاري، ولكنهم يرون أنهم يتميزون عن غيرهم بنهجهم الواقعي، وتوجههم العلمي، وأساليبهم التطبيقية، لإحداث التغيير الاقتصادي والاجتماعي والسياسي الكلي، بالتوافق مع آليات المعرفة العلمية، وتطبيقات التكنولوجيا الحديثة، طبقاً للتصور الذي تفصله النقاط العشر التالية:

- المنظور الصحي الجديد عن الإتاحة والشمولية والتغطية.
- العدالة والتضامن (استخلاص ذو دلالة).
- أدوات أفضل لاتخاذ القرار.
- النمو الاقتصادي ذو الطابع الرأسمالي ونتائجه.
- تطبيق نظم المعلومات الصحية.

- مستقبل تكنولوجيا الطعوم والأمصال، والأدوية .
- علوم وتكنولوجيا الجينات (المحاذير/الدور الواعد/المستقبل).
- رعاية صحية جديدة لمواكبة المتغيرات الوافدة (الهيكلية الجماعية).
- الصحة للجميع بالمنظور الرأسمالي.
- شركات خاصة وآليات تطبيق الخيار الرأسمالي لتقديم وتوفير الصحة للجميع .

٦-١٩-٢ عناصر السيناريو الرأسمالي العشر

٦-١٩-٢-١ المنظور الصحي الجديد عن الإتاحة، والشمولية، والتغطية:

العدالة في المنظور الصحي محور يعبر عنه في ولوج الجميع، من خلال إتاحة حقيقة، للوصول لخدمة أساسية كفئة، بإسهامات مادية تختلف باختلاف القدرة. وأي إتاحة للخدمة الطبية الأساسية أو ما يعلوها تقدم في غير إطارها الاقتصادي والاجتماعي والبيئي، لا تعبر عن إتاحة حقيقة للمحتاجين للخدمة الطبية، بصرف النظر عن الشرائح الاجتماعية التي ينتمون إليها، مع توجيه رعاية خاصة للفئات الحساسة والفقيرة منهم.

ومن هنا، فإن النمو الاقتصادي موضوع هام في هذا الإطار. وتزيد أهميته، إذا ما أخذنا في الاعتبار ما هو قائم الآن:

- عدم العدالة في توزيع الخدمات الصحية جغرافياً، وقطاعياً.
- عدم العدالة في توزيع الثروة طبقياً، وجغرافياً.
- نقشي الأمية (أقل قليلاً من نصف السكان)، وبالتالي محدودية المعلومات المتاحة عن الخطط الصحية البديلة، وخياراتها.
- عدم التماثل في توزيع الموارد المادية المتاحة جغرافياً.
- إنعدام التماثل في تنظيم الأسرة جغرافياً.
- إنعدام التماثل في رعاية الأمومة والطفولة جغرافياً.

- دور الخصخصة في إحداث الإفقار على الأقل في مراحل التحول.

وتبرز هنا أهمية الفاعلين الأساسيين، لإحداث تغير اجتماعي، في اتجاه ما:

- الدولة ومنظماتها التنفيذية والتشريعية والقضائية.
- القطاع الخاص ومنظماته.
- القطاع العام وهيئاته ومؤسساته.
- المنظمات الغير حكومية (الأهلية).
- النقابات المهنية والعمالية وجميع المنظمات المنتخبة المماثلة.
- الإعلام (الصحافة-الإذاعة-التلفزيون).

ويتوجب النظر للصحة من منظور:

- إنساني أخلاقي متميز.
- أنها مورد حيوي للفرد والمجتمع يجب المحافظة عليه، لتحول دون نضوبه قبل الأوان (القوى البشرية المدربة والماهرة)، والسعي لتجديده واستمراريته بمستوى أرقى.
- عدم العدالة الاجتماعية يمكن الخلاف حولها، أما الصحة، فهي الجانب الاجتماعي الوحيد الذي لا يجوز الخلاف عليه، بل يُجمعه تطبيق وتحقيق شعار "الصحة للجميع" الذي لم يتحقق صحياً حتى عام ٢٠٠٠.

ويرى أصحاب السيناريو الرأسمالي، أن هناك موضوعات أساسية، تحقق الصحة للجميع:

- التنامي الاقتصادي الاجتماعي.
- الخيار السياسي لإدارة الدولة والمجتمع.
- الموضوعات الصحية ذات الأهمية وهي: الرعاية العلاجية وخياراتها، الرعاية الصحية الوقائية، والتركيز علي: المسنقبل الجيني، ومسنقبل

التطعيم، ونظم إدارة للرعاية الصحية، والإصلاح الصحي، والرعاية الصحية الأساسية.

- مستقبل التقدم العلمي والتقني.
- الرؤية الشمولية عابرة الحدود إلى المستوى الإقليمي والدولي.

شمولية الصحة من المنظور الرأسمالي المعاصر:

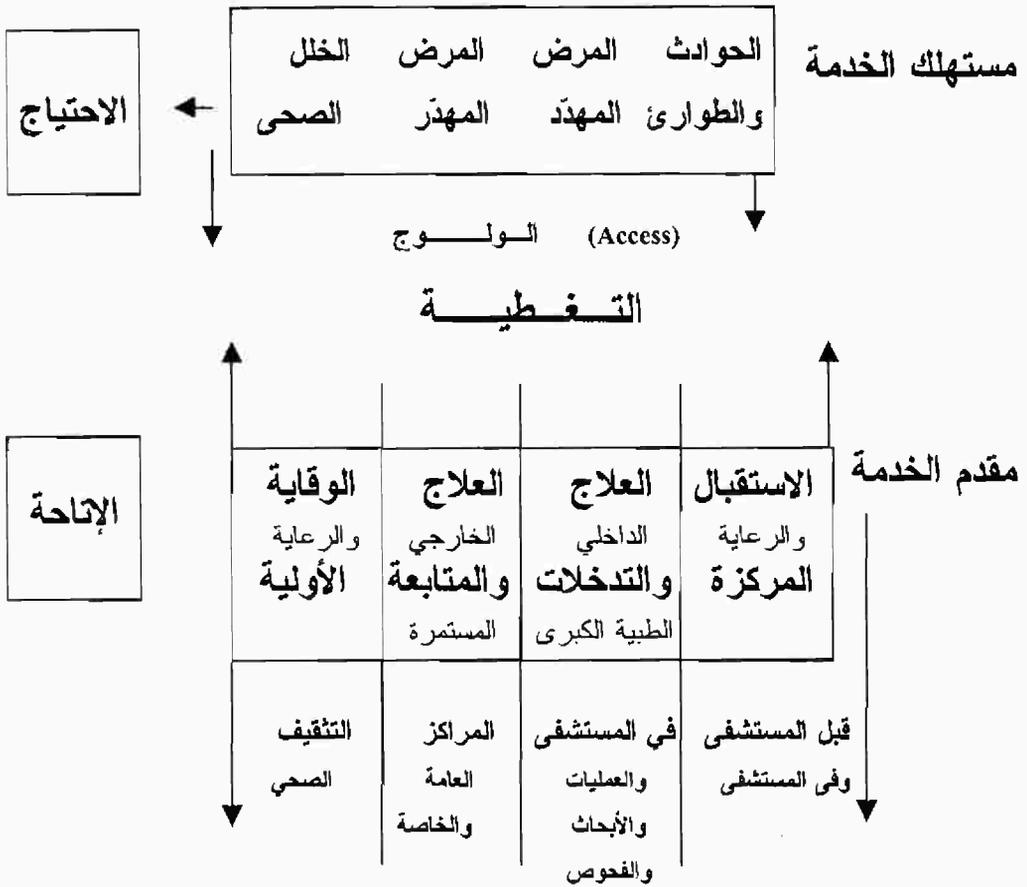
بالرغم من أن أصحاب السيناريو الرأسمالي يميلون عادة إلى النظرة التجزيئية إكتفاءً بها دون الوصول إلى النظرة التركيبية، لإرتياد مجالات الرؤية الكلية والشاملة، إلا أنهم في المجال الصحي يتوافقون بقدر كبير مع السيناريوهات الأخرى، التي تنظر إلى الصحة، باعتبارها جزءاً من كل مجتمعي، وهم أيضاً قد أصبحوا يرون أن الصحة لا تتغير إلا عندما يبدأ المجتمع في التغير، وأن أنظمة الصحة لا تتغير إلا بتغير أنظمة المجتمع، فهي تتبعه ولا تسبقه. ومن هنا فإن مستقبل الصحة مرتبط بمستقبل المجتمع ككل.

والمنظور الرأسمالي الصحي الجديد، والمقبول منهم، أصبح ذو طابع شمولي Holistic يربط بين:

- اكمال السلامة الصحية (اللياقة) Wellness.
- وإعطاء أولوية للصحة الوقائية.
- والحرص علي تحسين وترقية العوامل المجتمعية.
- والحرص علي توجيه ولوج مستهلك الخدمة طبقاً لاحتياجه (مرض - حوادث - خلل صحي - عوامل مهيئة للمرض).
- وتغطية مقدم الخدمة لاحتياجات مستهلك الخدمة طبقاً للوحدات والأنظمة والبرامج المتاحة، والمشار إليها في الشكل التالي، وهو نموذج لرؤية الرأسمالية الجديدة، الذي تمزج فيه بين: اقتصاديات الخدمة الصحية بالمفهوم الرأسمالي، والإحتياجات المجتمعية البازغة، نتيجة لانتشار الأفكار الاشتراكية، والنظرة الشمولية، للتغطية الصحية.

نموذج موضح لهدف اكتمال الصحة في المنظور الرأسمالي

- ١ - الصحة الوقائية مع:
- العوامل المؤثرة في المجتمع
- السلوك
البيئة
النمط
- ٢ - الصحة العلاجية:



٦-١٩-٢-٢ العدالة والتضامن: استخلاص ذو دلالة في المنظور الرأسمالي الجديد

أخيراً، تمكن أصحاب السيناريو الرأسمالي الجديد من تطعيم النهج الرأسمالي القديم، بالأفكار الجديدة التي غزت العالم الرأسمالي الغربي، خلال القرنين المنصرمين، وتحقق لهم بذلك الإستناد إلى الرؤية السكانية والمجتمعية، ومزجها بالإنفاق الصحي المطلوب، لتحقيق الأهداف الصحية الكلية المجتمعية، في إطار رؤيتهم الأساسية المستهدفة للربح، وهكذا تم تقبل أفكار العدالة والتضامن بين الشرائح المجتمعية، خاصة في بعدها العمري، حيث يتضامن السليم في الشرائح السنية الشبابية والعمرية المتوسطة، من خلال نظم تأمينية، مع الفرد الأكثر احتمالاً للإصابة بالخلل الصحي أو المرضي، في الشريحة السنية المتقدمة، غير أن التضامن لديهم لم يتكامل أبعاده في أشكال تأمينية إجبارية واسعة، تغطي تفاوتات أخرى غير التفاوتات السنية، مثل: التفاوتات في الدخل، والطبقة الاجتماعية، والتفاوتات في مستوى التعليم، وتفاوتات الحضر والريف، إلا في حدود ضيقة.

ولإيضاح تلك الرؤية من منظور التضامن، لتغطية التكلفة، فإننا نشير إلى التوصل للحقائق التالية:

- طالما أن السكان أقل من ٤٥ سنة عمراً، تصل نسبة تعدادهم إلى أكثر من ٧٥% من التعداد الكلي للسكان. فإن الإنفاق الصحي يظل محدوداً وفاقلاً.

وتصل تلك النسبة في مصر إلى حوالي ٨٤% من السكان.

وعندئذ فإن تدخلات قليلة التكلفة، جيدة التنظيم، تنتج تحديداً لوبائية الأمراض ووفياتها، خاصة في صغار السن (الرضع والأطفال).

- وطالما أن السكان بين ١٥ حتى أقل من ٤٥، تصل نسبة تعدادهم إلى حوالي ٤٥% من التعداد الكلي للسكان. فإنه يتأكد أن الإنفاق الصحي يظل محدوداً جداً.

وتصل تلك النسبة في مصر إلى ٤٦,١ من السكان.

وعندئذ فإن هذه المجموعة، تحقق أعظم نتائج صحية بأقل إنفاق، حيث أن هذه الشريحة هي الأقل تعرضا لخطر المرض والوفاة، وإن كانت من الشرائح الأكثر تعرضا للحوادث.

وهم قد يكونون مشتركين في التأمين الصحي العام أو الخاص، ليدفعوا إشتراكا شهريا أو سنويا، ليس بهدف اللجوء إليه في تلك الفترة السنوية (١٥ إلى أقل من ٤٥)، وإنما للتضامن مع الشريحة الأكبر سنا أساسا ليستعمله كبار السن حاليا، ولتستعمله هذه الشريحة صغيرة السن حاليا، في المستقبل عندما يتقدم بهم السن، أى عندما يتجاوزن سن محدودية خطر المرض، إلى سن تزايد الأخطار المرضية "منطق التضامن ومنطق العدالة".

• أما عندما تتجاوز النسبة المئوية للسكان الذين بلغوا من العمر ٤٥ عاما فأكثر، ٢٥% من النسبة الكلية للسكان، فإن الإنفاق الصحي يتزايد. حيث أن تلك الشرائح السنوية الأكبر سنا هي الأكثر تعرضا للمرض، والتكلفة العلاجية لعلاج أمراضهم مرتفعة. ويصبح المجتمع في حاجة إلى الإنفاق الصحي المتزايد بسببهم .

وتصل تلك النسبة في مصر في عام ١٩٩٩ إلى ١٦,١% من السكان.

ولإيضاح تلك الرؤية من منظور العدالة وتغطية الاحتياج، فإننا نشير إلى أن المشكلة الرئيسية في مصر هي:

كيفية توقي:

١. أمراض حديثي الولادة والرضع والأطفال.

٢. والأمراض المعدية.

٣. وأرضية سوء التغذية.

٤. وأرضيه سوء المرافق الصحية.

وما يترتب على ذلك من وفيات قابله للمنع، بأقل قدر من الإنفاق.

نمط الأمراض يتغير في مصر والدول النامية:

ولعله يتوجب علينا أن نشير إلى التحولات المتتابة التي تمت، والتي ستظل تتوالى، حتى يتغير نمط الأمراض في مصر، أن ذلك النمط المرضي أو البروفيل الوبائي، قد تم تحوله في الدول المتقدمة، ويتحول حاليا في الدول النامية، ليكتمل التحول في العالم كله. ويتم التحول طبقا:

- لتحول البروفيل السكاني.
- للتحول الديمقراطي في المجتمع.
- للتحول الاجتماعي (تعليم/خدمات تأمينية وصحية).
- للتحول الاقتصادي وتعاضم الدخل للمجتمع والفرد.

التحول الأول:

من نمط الأمراض المعدية (السارية)، التي تصيب صغار السن (أقل من ٤٥ سنة)، وقليلة التكلفة اقتصاديا، إلى نمط الأمراض غير المعدية (غير السارية)، والمكلفة اقتصاديا، والخاصة بشريحة السكان فوق سن الستين، والتي تبدأ مبكرا من سن ٤٥ سنة، لتتزايد مع التقدم في العمر.

التحول الثاني:

مع استمرارية نمط الأمراض غير السارية المكلفة، يظهر نمط يسمى أمراض الموجه الثالثة، وتشمل الأمراض الالتهابية المستجدة، مثل: الالتهابات الرئوية وغيرها التي تصيب كبار السن. والأمراض الفيروسية، مثل: فيروس متلازمة العوز المناعي (الإيدز)، وفيروسات الالتهاب الكبدى الوبائي. وأخيرا، أمراض نقص المناعة.

التحول الثالث:

وهذا التحول لا يرتبط بظهور نمط جديد من الأمراض، وإنما يحدد أسلوبا جديدا، لمواجهة تلك المجموعات الثلاثة من الأمراض، بالإضافة لمواجهة عوامل الخطر المهيئة للحوادث والمرض، ويتمثل هذا الطور الرابع، في الانتقال من

علاج المرضى فقط، إلى إضافة ركيزة علاج الأصحاء كأولوية صحية، لتوقي المرض والتعامل مع العوامل المهيئة للحوادث وللمرض، على مستوى رعاية الأفراد من ناحية، والرعاية الصحية المجتمعية من ناحية ثانية (مستوى الصحة العامة) بما يتطلبه من :

- طب المجتمع والأسرة.
 - توافر القواعد المعرفية:
 - للأسرة، والأفراد وذوى الأمراض الخاصة (قواعد معارف لمستهلكي الخدمة).
 - ولمقدمي الخدمة الطبية (قواعد معارف مهنية).
 - خيارات المرضى لنظام الممارسة العلاجية (الجهة والنظام العلاجي الذي يفضله المنتفع بالخدمة، من بين عدد من الأنظمة المتعددة، والمتاحة، والمعروضة في سوق تقديم الخدمات الصحية، ليختار من بينها) الملائم له من خلال تقييم المنتفع بالخدمة للمنتج الصحي وجودته، ومدى إشباع مخرجات النظام الصحي الذي اختاره لحاجته وتطلعاته، وذلك طبقاً للآتي:
 - الإسترشاد بأراء الخبراء، وأهمها رأي طبيب الأسرة.
 - والنشرات التي تصدرها هيئات الاعتماد والدولة.
- حيث تتغير علاقة الطبيب والمريض، فتصبح علاقة يتسيد فيها الثاني، بديلاً عن تسيد الأول، في تلك العلاقة سابقاً.
- ولكن ذلك "البروفيل الصحي" المتوقع إستكمال أركانه خلال العقدين الأولين من القرن الحادي والعشرين يواجه بقوى مناوئة له وهي:
- زيادة التوجه بالدول النامية (نتيجة للأخذ بنظام السوق) الي:
- الخصوصية.
 - الفردية.

- إضعاف الوضع الأسري بالمجتمع.
- إضعاف علاقات الجوار.

غيبة التضامن في الواقع المجتمعي (التأمين الجبري / الاختياري)
الميل لتجزئة الخدمات الصحية والرعاية الصحية.

كما أن هناك عوامل أخرى مجتمعية معززة للتحول إلى ذلك البروفيل الصحى وهي:

1. التمدن Urbanization.
2. توفير استثمارات كافية للبنية التحتية المجتمعية والصحية.
3. التعلم ودرجته.
4. معدل البطالة - العمل غير الآمن - إنقاص التوظيف العام.
5. تهيمش الشباب، والتمزق الأسري، والتمرد على القيم المجتمعية.

بما يترتب عليه من:

- النزوع نحو المخدرات.
- تزايد ممارسة العنف.

٦-١٩-٢-٣ أدوات أفضل لاتخاذ القرار

وهي ضرورية لتشكيل مستقبل الصحة لدى أصحاب كل سيناريو:

- كأدوات.
- كقاعدة معرفية.
- كأفراد مستخدمين للأدوات والقاعدة الفردية.

غير أن تلك الأدوات، وهؤلاء الأفراد المرتبطين بعملية اتخاذ القرار، يصلون إلى القرارات من خلال رؤى وتصورات مستقبلية متفاوتة، بل ومتناقضة، وتبرز تلك التباينات كسيناريوهات متعددة، بل إنها أيضا تؤدي إلى تعدد التوجهات داخل السيناريو الواحد، ولعل ذلك أصدق ما يكون لدى أصحاب السيناريو الرأسمالي.

التوجهات المتباينة داخل السيناريو الرأسمالي:

إن تضارب التوجهات وتناقضها يحدث صوراً مختلفة عن المستقبل ، وذلك يؤدي إلي:

- ظهور سيناريوهات متفاوتة للصورة المستقبلية.
- الرؤية التي تتبناها المجتمعات لتحقيق طموحاتها، في إطار خيارات يؤدي إلى مستقبل تفضيلي، لدى عدد من المجموعات داخل السيناريو.
- مفاتيح الإقتراب الرئيسية لتحقيق الرؤية المفضلة في إطار بيئة مستقبلية، ترسمها التوجهات العامة، للرؤية الرأسمالية، والإنطلاقات الخاصة لدى المجموعات، من أرضية رؤية كل منهم لدوري القطاع الخاص، والقطاع العام، وطبيعة الخلطة بينهما لدى كل منهم، وكيفية حل التناقض القائم بين رؤية القطاع الخاص للرعاية الصحية كسلعة، في إطار آليات السوق، ورؤية عموم الناس والمنظمات الدولية للرعاية الصحية كحق لكل المواطنين، أيا كانت القدرة المادية.

ويمكن أن نوجز رؤية القطاع الخاص للمشكلة كالآتي :

- لما كانت الرؤية لا تكون واقعة (دافعة) إلا بتبني الناس لها (قناعة).
 - ولما كانت منظمات القطاع الخاص تتنافس لحصة أفضل في السوق.
- فإن الرؤية المشتركة بين القطاع الخاص وعموم الناس تكون معادلة صعبة، حيث يجب أن تلمس تلك الرؤية أيضاً قلوب الناس، وعقولهم، كمستهلكين، وكموظفين في المنظمات.

ويثير ذلك أسئلة يجب علي منظري القطاع الخاص أن يجيبوا عليها، وهي:

- كيف ترتبط تلك الرعاية الصحية بالبيئة وتنطلق منها لتتميمها ؟
- كيف تكون لها مصداقية لدى الشريحة الكبيرة من الفقراء ومحدودي الدخل في مصر ؟
- كيف تكون تلك الرعاية الصحية إنسانية نبيلة الهدف ومفائلة ؟

كما يمكن أن نوجز رؤية القطاع العام للمشكلة كالاتي:

- تتطلق تلك الرؤية من دور الفاعلين في المجتمع، وفي المنظمات على اتساعها.
- كما أنها تتبنى - بقدر محدود - الآمال والطموحات لعموم الناس، في إطار يمزج بين: الإمكانيات من ناحية، والرؤى السياسية المتباينة من ناحية ثانية.
- وتأمل في الوصول إلي قدر مشترك بين المجتمعات المحلية، والمنظمات المتعددة، لتقديم رعاية صحية، بمنظور اجتماعي محدود، في الإطار الرأسمالي.

رؤية السيناريو الرأسمالي للتخطيط الإستراتيجي للمنظمة الصحية الخاصة لتقديم الرعاية الصحية:

أصحاب ذلك السيناريو يرون أن ذلك التخطيط يستند إلى:

- حجم المنظمة، وقوه أو ضعف تلك المنظمة.

- الفرص والمخاطر الواقعة علي المنظمة من البيئة الخارجية. في مناخ التغييرات الحادثة في مجال الرعاية الصحية محليا وعالميا، والقدرة على توظيف أدوات اتخاذ القرار، والتناسب بيسن مراحل التنفيذ والصورة المستقبلية المستهدفة.

أما بخصوص الرؤية المستقبلية في العقدين الأوليين من القرن الحادي والعشرين في مصر لدى أصحاب السيناريو الرأسمالي: فإننا نواجه خيارين لديهم:

الخيار الأول: باتجاه تعاضم القطاع الخاص وتسيده، في تقديم الخدمة الصحية والحصول على أكبر قدر من الموارد المجتمعية، لتعظيم أداء ذلك القطاع، بحكم أنهم يرون أنه الأفضل لتقديم الخدمة بطريقة أفضل، وجودة أعظم، بل يرون أيضاً أن ذلك بتكلفة أقل. ولكن المشكلة التي يرون أنها تواجههم، هي أن المواطنين في مصر يرون أن التمويل يجب أن تكون حصته العظمى من المجتمع حكومة ومنظمات عمل. وحصته الصغرى من القطاع الأهلي. وهكذا يبرز التناقض. بين تصور أصحاب ذلك الشق من السيناريو، والقواعد الواسعة من المواطنين.

أما الخيار الثاني: فهو باتجاه تعظيم المورد المالي المجتمعي من الدولة (تمويل من الضرائب والجمارك والرسوم)، ومن أصحاب الأعمال، وذلك تمثيلاً مع الوضع المتحقق الآن، في كل الدول الرأسمالية المتقدمة حيث أن الإنفاق الصحي الأهلي (من جيوب المواطنين) لا يتجاوز ما بين ٣٠% إلى ٣٥% من الإنفاق الصحي الكلي، في معظم تلك الدول الرأسمالية، بينما تصل تلك النسبة إلى الضعف في الدول النامية، وكأنما هي "ملكية أكثر من الملك" أو "رأسمالية أكثر من الدول الرأسمالية" العريقة.

وفي الحاليين، فإن أصحاب الخيارين، داخل السيناريو الرأسمالي، يرون أن تقديم الخدمة بواسطة القطاع الخاص، أقدر على إشباع حاجات المستهلكين لتلك الخدمة، وهو خيار مفضل لديهم طالما توافر التمويل، ولذلك فهم يرون أولوية تقديم الخدمة بواسطة القطاع الخاص، ولكن مع تمويل حكومي وأهلي وممن أصحاب الأعمال بدرجات متفاوتة.

وعموماً فما زالت كثير من الأسئلة المطروحة، تبحث عن إجابات لدى مجموعة الخيار الرأسمالي الجديد في مصر، وهي محل إجتهدات مازالت مطروحة.

٦-١٩-٢-٤ النمو الاقتصادي ذو الطابع الرأسمالي، ونتائجه

يستند أصحاب السيناريو الرأسمالي إلى مفهوم آليات السوق، وتعميم تقديم الرعاية الصحية بواسطة القطاع الخاص، ونمو المشروع الخاص، في إطار من الإصلاح السياسي والمدني، بتوجه ديمقراطي، وتنمية اقتصادية واجتماعية وثقافية تترسم الخطى التي سار عليها الغرب الرأسمالي في النصف الثاني من القرن العشرين. ويؤكد هذا السيناريو علي حرية التجارة، والحكم المحلي، ودور الحكومة، المصحح لآليات السوق، ودورها الموازن للمصالح الفئوية في إطار التوجه الرأسمالي.

ويقاس النمو الرأسمالي بتحديد التوقع لمعدل النمو السنوي، في ضوء المحددات المقيدة، (أو المسرعة)، وفي ضوء التوجهات العامة التي ترسمها

الباب السادس: سيناريوهات الصحة في مصر
الحكومة، المنحازة للخيار الرأسمالي بصفة عامة. وكذلك بتحديد التوقع السنوي لمعدل زيادة دخل الفرد، والعمر المتوقع للفرد، حيث أن نمو الدخل يرتبط بشكل وثيق بتحسين متوسط عمر الفرد، وهو ما حققته كثير من الدول الرأسمالية المتقدمة.

العوامل المسرعة للنمو الاقتصادي لدى أصحاب السيناريو الرأسمالي:

- الدور التوازني للحكومة، لتحافظ على الاقتصاد الكلي "الماكرو" في حالة توازن ذي طابع رأسمالي.
- التناقص المستمر لمعدل التضخم.
- السير في اتجاه الخصخصة في مواعيدها.
- فك القيود التنظيمية، المقيدة لنمو المشروعات، ومنظمي المشروعات.
- الإصلاح السياسي والديمقراطي، والتوجه للحكم المحلي.
- إصلاح قوانين الجمارك في اتجاه حرية التجارة.
- التعاون الإقليمي المتبادل بين أقطار المنطقة.

العوامل المبطئة للنمو الاقتصادي لدى أصحاب السيناريو الرأسمالي:

- التضخم.
- عدم (أو صعوبة) زيادة المدخرات الوطنية.
- زيادة الجمارك أو الضرائب بأنواعها وكل ما يحد المالك أو الممول ويدفعه لسحب تمويله.
- معدل البطالة المرتفع.
- الخصخصة المبكرة (غير الناضجة).
- نقص الموارد البشرية، وضعف الموارد البشرية، في الأنشطة المستحدثة.

الاقتصاديات الخاصة بالصحة في المنظور الرأسمالي:

يرى أصحاب السيناريو الرأسمالي أن الإنفاق الصحي يتزايد في العقدين القادمين من خلال عوامل تؤثر في الإنفاق الصحي بشقيه العام والخاص:

العوامل المؤثرة في الإنفاق الصحي العام:

١. التنامي الاقتصادي العام في الدولة.
٢. مدى القدرة على التحكم في عجز الموازنة للتحكم في التضخم.
٣. مدى قدره الصحة على المنافسة، مع القطاعات الاجتماعية الأخرى، للحصول على حصة تمويلية كافية، لتلبية الطلب المتزايد للحصول على خدمات صحية أرقى.

العوامل المؤثرة في الإنفاق الصحي الخاص:

١. مدى تزايد الدخل العائلي كمتوسط عام.
٢. مدى تسارع الخصخصة في المستشفيات.
٣. تحرير التجارة وما يترتب عليها من تزايد الأسعار.

سوق الخدمات الصحية لدى أصحاب السيناريو الرأسمالي (رؤية مستقبلية):

نظراً لأهمية تحرير التجارة، وانعكاسها، على نمو سوق الخدمات الصحية، ولذلك تلزم الإشارة إلى أن أصحاب السيناريو الرأسمالي، يركزون على تحرير التجارة في كل المنطقة العربية بصفة خاصة، كالاتي:

الهدف: ضرورة بروز:

- السوق العربي على الإتساع. بديلا عن السوق الضيق لكل إقليم عربي، علي حدة.
- انطلاق التجارة الحرة بين دول المنطقة، دون عوائق.
- دعم، واستمرارية بعض المحاور التجارية، كعلاقات بين بلدين أو أكثر (أحد طرفيها مصر).

السوق: العمل على تعظيم دوره من خلال:

حجم السوق العربي، وإحتياجاته، ومدى قدره المنطقة على الوفاء بجزء كبير من احتياجات الدول العربية، من خلال المنافسة.

الآلية: التي تحقق تعظيم دور التجارة العربية العربية، من خلال:

- التدرج في تحرير التجارة، والمحافظة على الدور الإقليمي للتكتلات القائمة، قبل السماح لها بدخول سوق المنافسة العالمية، قبل إستكمال نضجها.
- تقوية الهوية العربية لغة، وإنتاجا، وتبادلا متنافسا، وتوظيف الخامات المحلية، والعماله المحليه الرخيصة، والتكنولوجيا المعاصره والمتطورة .

الأثر في سوق الخدمات الصحية:

1. ضرورة الالتزام بالمعدلات والمستويات الصحية، الواردة في الأدلة الإرشادية العالمية الخاصة بمواصفات الجودة، وعدم الإضرار بالبيئة، واتباع قواعد السلامة المهنية.
2. توقع إرتفاع أسعار الأدوية، والعقاقير، والكيمائيات، وما يماثلها، الواردة من الشركات الأولية (مصنعة الخامات).
3. استمرارية الرعاية الصحية، وتواصلها، بإسهامات محلية، من خلال:
 - تحسين وتنمية القوى البشرية.
 - فتح فرص العمل في رعاية صحية متنامية.
 - الاستقرار الاجتماعي.
 - القدرة على التنافس العالمي.
 - ترقية المنتج الخدمي والسلعي، (أجهزة/أدوية/كيمائيات/مستلزمات طبيه).
 - تسريع تنامي القاعدة المعرفية العلمية والتكنولوجية.

٦-١٩-٢-٥ نتائج تطبيق نظم المعلومات الصحية

يستند السيناريو الرأسمالي الجديد إلى رؤية مستقبلية واضحة، عن مستجدات تطبيق نظم المعلومات، بما يترتب عليها من توقعات، تنعكس تلك الرؤية للمستجدات على: إدارة الصحة، وأنظمتها، وطرق الأداء الإكلينيكية، والتمريضية، والتطور المعلوماتي المتوقع، في أساليب الوقاية، والعلاج، وطرقهما المستحدثة.

وتشير بعض المدارس ذات النهج الرأسمالي، إلى مستجدات وتطبيقات محددة في ذلك المجال نوجزها فيما يلي:

مستجدات متوقعة:

- تتحول شبكة التلفزيون إلى شبكة رقمية بالكامل.
- توظيف الانترنت لأغراض الاتصال بكل أنواعه، بما فيها الأغراض التجارية.
- نقل المؤتمرات بأنواعها على الشبكات.
- الإتصال عن بعد، ونقل المعلومات: النصية والصور والفيديو.
- احتمالية كبيرة لتطور ضخم، باندماج شبكة الكمبيوتر مع شبكة التلفزيون.

ويترتب على ذلك التطبيق في قطاع الصحة:

١ - التطبيق في إدارة الصحة:

- توفير وقت العمل ووقت المريض.
- تحسين نظم المتابعة بأنواعها.
- ضبط حركة الشراء والتخزين والتوزيع.
- تبادل الاتصال بين الوحدات إلكترونياً، بالصوت، والصورة، والمستندات النصية.
- ظهور البطاقات الإلكترونية للمرضى.

٢ - التطبيق في الأداءات الصحية الإكلينيكية والتمريضية:

- نقل الطب: صوتاً، وصورة، وأفلام أشعه، وسواها (الطب عن بعد).
- توفير الإستشارات، والتدخلات عن بعد، إلى المناطق النائية، أو غير المزوده بالخبراء.
- تنتشر سجلات المرضى الإلكترونية بدلاً من الورقية.
- تعميم استخدام الأدلة والبروتوكولات الإكلينيكية والتمريضية والفنية، لرفع إنتاجية الأطباء والتمريض والفنيين، والوحدة ككل.
- تطور الطب الوقائي: تعليماً، واتصالاً، وكدخلات صحية.
- التوسع في الاستخدام الجيني والمناعي، في الإستشارات الإكلينيكية، والفحوص، والمشاركة في الأبحاث الطبية العلاجية، بإشراف عن بعد.
- تطور مرحلة خدمة المريض الطارئ، قبل وصوله إلى المستشفى.
- تطور الرعاية الصحية الأولية، ونظم الإحالة الأفضل والأدق، عند توجه المريض للحصول علي الخدمة الإكلينيكية، في الوحدات السريرية، علي وجه الخصوص.

٣ - التطبيق في العلاج والتدخلات الإكلينيكية:

١. يلاحظ أن الدول المتقدمة تخصص أكثر من ٧% وحتى ١٥% من الناتج القومي الإجمالي للصحة، يذهب معظمها حتى الآن للرعاية السريرية بالوحدات وللإنفاق على الدواء والتدخلات الإكلينيكية.
٢. يحدث تحول متزايد من مواجهة المرض (العلاج عند حدوث المرض)، إلى منعه قبل حدوثه إذا أمكن. أو إلى إكتشافه مبكراً - علي الأقل - في أولى مراحلها للتعامل معه. أما الإنتظار للوصول إلى الصورة المرضية الكاملة بمضاعفاتها فيتوقع أن تقل أو حتى تنعدم.
٣. توقع التوسع في مدلول كلمة العلاجات: إلى أبعد من مفهوم مدرسة الطب الغربية، لتشمل خيارات علاجية أوسع، توجهها إلى مدارس الطب البديل، بما يوسع دائرة العلاج بهذا الفرع من الطب التكميلي، طبقاً لخبرات الشعوب في الممارسات الطبية والإكلينيكية.

٤. تغيير مفهوم " المرض " إلى "متلازمة الخطورة": بتحديد الفرد المعرض للخطورة المرضية نتيجة لعوامل أساسها:
 - العوامل الجينية.
 - والعوامل البيئية المؤثرة على الصحة.
 - والعوامل السلوكية المرتبطة بنمط الحياة.
٥. ويبدأ التعامل مع الفرد طبقاً للإمكانات العلاجية المتاحة في الزمن (أو الفترة موضع النظر) بدءاً من :
 - تغيير نمط الحياة .
 - وتصحيح العناصر البيئية الضارة.
 - وتصحيح الجينات (العلاج بالجينات)
 - والتحوط عند اختيار رفيق الحياة للزواج.
٦. تزايد مفاهيم الوقاية والتعليم عند المهنيين من الأطباء والتمريض:
 - بتحرير نشرات المعلومات للمرضى وللأصحاء.
 - وإدارة حوار مع المريض، والتعامل معه طبقاً لدوره في القرار الطبي، ولمدى التزام المريض بالقيام بدوره في العملية العلاجية مسبقاً، قبل المرض إذا أمكن. ومن خلال نمط الحياة الموصى به. والسلوك المرتبط بالنمط.
 - وبإشراك المريض في نتائج العلاج، سواء بالنجاح، أو بظهور أعراض جانبية محتملة، أو بغير ذلك من مضاعفات محتملة.
٧. ظهور بروفييل الحمض النووي لكل فرد: (كبطاقة توصيف متلازمة الخطورة) والتوصيات التي يتبعها المواطن المرشح جينياً للمرض.
٨. ظهور تكنولوجيا جديدة للتعامل مع الأمراض السرطانية:
 - إما برفع المناعة لمواجهة السرطان (مصل أو خلافة).
 - وإما بتوجيه العقارات الكيميائية المضادة لنوع ما من السرطان إلى الخلايا السرطانية فقط، دون تأثر باقي خلايا الجسم بهذا العقار، حيث تلتصق

الكيميائيات بهذه النوعية من الخلايا الناقلة للتأثير الدوائي القاتل للخلايا المريضة.

○ وإما بإغلاق مسار المعلومات الجزيئية التي تؤدي إلى إنتعاش الخلايا السرطانية، بمركبات كيميائية مختصة بهذا الأداء.

○ وإما بتحوير الجينات بحيث تعيد برمجة الخلية، لتؤدي الدور الصحيح، بديلا عن توجيهها الخاطئ في دورها المرضى.

○ وإما بتوظيف الطب البديل كمكمل، وتغيير نمط الحياة والسلوك.

٩. ظهور تكنولوجيا جديدة للتعامل مع أمراض القلب الوعائية:

○ إستخدام أدوية لإذابة التجلط الجداري بالأوعية، قبل إحداثه للجلطة (أى عند بداية ظهور التغيير الجداري في الوعاء الدموي، كمجرد قشرة جدارية مسببه لضيق المسار الوعائي).

○ تسيد الوسائل العلاجية، بديلا عن الوسائل الجراحية لعلاج الإنسداد الشرياني.

○ التوسع في تطبيق برامج نمط وسلوك حياتي جديد، وخاصة لمرضى القلب.

○ التعامل من خلال الجينات بمسارات مماثلة - لما ورد مسبقا- مع كثير من الأمراض الأخرى لتصحيح الأسباب الجينية، المتسببة في ظهور المرض لاحقا.

١٠. تقدم في مجالات: علاج أمراض وصولا إلى إحتمال القضاء عليها،

ومن بينها:

○ الإيدز.

○ الإلتهابات الفيروسية.

○ أمراض القلب.

○ الأمراض السرطانية.

١١. التوسع في متابعة المريض لنفسه بواسطة:

- أجهزة مصممة، لمتابعة الحالة بيولوجيا (معدة قياس السكر في الدم بمعرفة المريض).
- وصول المعلومات المفصلة، الخاصة بالمريض والمرض، إلي المريض، من خلال الرجوع إلى قاعدة السجلات الطبية الإلكترونية، أو من خلال الاتصال الخطي، عن طريق الإنترنت، بالقواعد المعرفية المرجعية الموضوعية علي الإتصال الخطي.
- العلاج الذي سيقدم للمريض سيكون مفصلا طبقا لبروفيله الجيني، والنمط الحياتي، والسلوك الذي يمارسه فرد بعينه، بما يناسبه هو كفرد، وليس لكل من يمرض بمرضه.

وبالطبع، فإن أصحاب السيناريو الرأسمالي، يرون أن المجتمع في ظل ذلك السيناريو، سيكون في حالة إتصال وانفتاح كامل على النظام الرأسمالي العالمي، باعتباره جزءاً من كل العالم المعولم، تترابط فيه التكنولوجيا الراقية، والمعلومات المتسعة، في كل المجالات الطبية وغير الطبية، وبالتالي فإن مصر ستكون في ظل ذلك السيناريو جزءاً من عالم المعلومات والتطبيقات العلاجية والوقائية، ذات الطابع الجيني، والتميزة بالسعي للتوقي من المرض قبل الوقوع في برائته، وتستند إلى إشراك المريض مع طبيبه المعالج في قرار علاجه، وكيفية تنفيذه، من خلال أدوار مشتركة للطبيب وللمريض، وأخيراً من خلال توقي حدوث المرض بمواجهة العوامل المهيئة للخطر، ليس في البيئة والمحيط فقط، وإنما أيضاً في الفرد ذاته، بإغلاق أبواب المرض المحتمل تسربه إليه من خلال جيناته، أو من خلال البيئة التي يعيش فيها.

ولعل من المشاكل التي ستواجه أصحاب ذلك السيناريو، هو أن التمويل سيتجه إلى تلك المجالات وأمثالها طبقاً للتقدم في أنظمة المعلومات متحملاً تكلفه كونه جزءاً من ذلك العالم المعولم، وفي حالة محدودية التمويل، مثلما هو متوقع مع دول العالم الثالث، فإن الإنفاق المالي قد يتجه لصالح أولويات تتوافق مع شرائح المجتمع

القادرة، والتي تعيش في مناطق متميزة، وتحظى ببيئة شبه مغلقة، ليتمكن لها أن تعيش - بالرغم من تميزها - في محيط واسع من بشر، لا تتوافر لهم البيئة المناسبة والظروف المعيشية الملائمة، وتكون تلك الأولويات لصالح إلحاق تلك الفئات الاجتماعية في مستواها المغلق محليا، إلى الإنفتاح في اتجاه عالمها الرأسمالي الخارجي، حيث يحكم المسار أسلوبين في الأداء الطبي، أحدهما عالمي ومعاصر وحديث، والثاني تقليدي وغير جيد ورخيص.

٦-١٩-٢-٦ مستقبل تكنولوجيا الأمصال والطعوم (التطعيمات)

سنورد في الفقرة التالية تصورا تطبيقيا، في إطار العولمة الوافدة، والتي تفرض اتفاقيات لربط مناطق العالم النامي بنسق العولمة الكلي، في إطار محدد - كمثل واضح - وهو إطار مستقبل الطعوم والأمصال كتكنولوجيا، وكصناعة، وكاتفاقيات عالمية، وكتسويق، وما يترتب على ذلك من نتائج واعدة.

أولاً: ظهرت في النصف الثاني من القرن العشرين أعداد كثيرة من الطعوم وأصبحت متاحة. وأصبحت هناك طعوم جديدة ذات طابع مجمع (مشارك) متاحة مثل:

• طعم مشترك يضم :

١. DTPa (بإضافة نوع بديل غير خلوي عن السعال الديكي في الطعم الثلاثي المعروف للتطعيم ضد الدفتيريا والكزاز والسعال الديكي).
٢. التطعيم ضد شلل الأطفال بالحقن (IPV).
٣. التطعيم ضد الفيروس الكبدي (A), (B).
٤. التطعيم ضد الأنفلونزا (هيموفيلس Hib=B).

• طعم آخر مشترك يضم :

١. التطعيم ضد measles- mumps- rubella-varicella معا.
٢. التطعيم ضد مرض Lyme.
٣. التطعيم ضد الهربس Herpes .

٤. التطعيم ضد جراثيم الالتهاب الرئوي .

٥. التطعيم ضد جراثيم الالتهاب المخي الغشائي.

ثانياً: تلاحظ أن الظهور الفعلي لطعوم مشتركة لمجموعة من الأمراض "الطعم المجمع" مما يؤدي إلي:

١. الملاءمة: بمعنى إنقاص الزيارات للطبيب واختصار الوقت.

٢. توافق المريض مع برامج التطعيم (أقل قدر من الحقن).

٣. اتساع التغطية: بتطعيم أعداد أكبر، لإحداث المناعة ضد مجموعة من الأمراض بهذا الأسلوب.

٤. الكنترول: بمعنى إخضاع عدد أكبر من الأمراض لأسرع كنترول.

٥. التكلفة أرخص: وذلك بتجميع عدد من التصميمات في "طعم مجمع" بثمن أقل، مما إذا أعطيت هذه الطعوم منفصلة، بعبوة خاصة لكل مرض.

ثالثاً: يلاحظ أيضاً أنه بالرغم من ارتفاع سعر بعض الطعوم الجديدة، إلا أنها أرخص تكلفة من تلك التكلفة التي يدفعها الفرد والمجتمع والدولة، في حالة حدوث المرض (تكلفة المقاومة، والتشخيص، والعلاج، والمضاعفات، والمتابعة).

وكمثال فإن الانتقال إلي استخدام "الطعم المجمع" measles- mumps- rubella يوضح لنا، كيف أن البلاد المنتجة لمصل الحصبة، يمكن لها أن توظف نفس البنية التحتية للمشروع المنتج لمصل الحصبة وحده، والتوسع للوصول إلى إنتاج "المصل المجمع" بتكلفة مقاربة لإنتاج مصل الحصبة وحده، وتكون الزيادة في العمالة محدودة، والزيادة في النقل والتخزين والإمداد محدودة أيضاً.

صناعة وصناع الأمصال والطعوم: (على اتساع العالم):

أولاً: الإنفاق والاتفاقات "الاندماج والتحالفات" في رأى أصحاب السيناريو الرأسمالي:

يحسن كثير من الصناعات والصناعات مركزهم التنافسي في الإنتاج بطرق مختلفة من بينها الاتفاقات. وكمثال توضيحي لتلك الاتفاقات هو شركة SB للمنتجات البيولوجية (السويد / إنجلترا / الصين / الهند) التي قامت بالاتفاقات التالية:

٠١ شكلت تحالفا مع معامل دولة السويد، لإنتاج أمصال ضد جراثيم الباسيليس القولوني، والتيفود، والكوليرا.

٠٢ اشتركت مع شركة ميديفا، لإنتاج طعوم وأمصال الأطفال، المستعملة في المملكة المتحدة.

٠٣ اشتركت بمشروع مشترك مع معهد شنغهاي، للمنتجات البيولوجية، ومع منظمة المنتجات البيولوجية الوطنية بالصين، وذلك لإنتاج بعض أمصال الشركة SB بما فيها مصل فيروس (أ) الكبدى ومعه طعوم مشتركة، وكذلك تسويقها في تلك السوق الواسعة.

٠٤ وتواعت مع المعهد الهندي للأمصال والطعوم، لإنتاج مشترك للطعم الثلاثي الجديد، والطعم المضاد لفيروس (ب) الكبدى، وطعوم أخرى، وكذلك تسويقها في تلك السوق الواسعة.

ثانياً: التسويق في رأى أصحاب السيناريو الرأسمالي:

وتستند كل هذه النوعيات من الاتفاقات والتحالفات، في رأيهم، الي ضرورة المحافظة علي سلامة المشروع، وإستمرارية مقدرته علي إجتذاب القدرات الإدارية والتقنية، ونوعية المنتج المستهدف.

وهم يرون أنه يمكن التسويق من خلال ثلاث قنوات:

○ سوق القطاع الخاص: حيث يشتري الأفراد ما يحتاجون إليه من أمصال، ويتم ذلك على اتساع العالم في الأقطار الصناعية، والأقطار الأخرى الآخذة بأسباب الصناعة العصرية، وحتى في الدول النامية، وبالطبع فإن ذلك يوسع دائرة التسويق، علي حساب زيادة إنفاق الفقراء من جيوبهم.

○ سوق القطاع العام: وهي موجودة في نفس البيئات السابقة، ولكن الممول هو الحكومة، وهيئة أو هيئات التطعيم الحكومية، وبالطبع فإن الاستفادة الأول من تعظيم هامش الربح، من سلعة هي أقرب ما تكون ذات طابع مجاني، هي تلك الشركات العملاقة، علي حساب جيوب الفقراء، وإنفاقات حكومات الدول النامية.

○ أسواق مدعومة: وهي موجودة في البلاد الأقل نمواً، حيث تتحمل، كل الثمن، أو بعضه، منظمات عالمية مثل اليونيسيف (المشترى الأول للأمصال والطعوم في العالم) أو منظمات تقنية أخرى. وهناك توجه متزايد حتى في أكثر البلاد فقراً، لكي تتحمل الحكومات تكاليف حملاتها التطعيمية.

ولا يزال أصحاب السيناريو الرأسمالي، يتحدثون عن أن بيع الخدمة الوقائية، أكثر صعوبة من بيع الخدمة العلاجية، بالرغم من أن العائد من الخدمة الوقائية، مقارنة بالتكلفة، يعتبر لصالح توظيف الخدمة الوقائية، كأولوية، لا يشاركها فيه تدخل طبي آخر، وبالطبع فإن ذلك يعني، من منظور رؤيتهم، أن الشركات العملاقة، ذات المعرفة، والخبرة، والكثافة في التكنولوجيا والمعلومات، ورأس المال، لن تدخل - باقتدار - مجال الرعاية الوقائية، إلا إذا توافر لها هامش ربحي مشجّع. وعموماً فإن أي طعوم أو أمصال جديدة، يجب أن ينظر إليها ليس من زاوية الفاعلية، ومن زاوية التكلفة الفعلية فقط، وإنما أيضاً من زاوية قدرة الفقراء، والدول النامية، وحكوماتها الفقيرة. ولعل ذلك يفتح الباب إلي دور دولي وأممى، لقيام البشرية ككل بواجبها التضامني والتكافلي.

وفي السنوات العشر القادمة، ينتظر أن تكون هناك برامج تطعيمية، يتوقع تزايدها وانتشارها في اغلب دول العالم، وهي برامج هادفة لإستئصال ما هو أبعد من شلل الأطفال، والتي أشرنا إليها سابقاً في فقرة "الأهداف العشرة، لمنظمة الصحة العالمية المستقبلية"، وكذلك من ناحية إمتداد برامج تطعيم الفيروس الكبدي،

الباب السادس: سيناريوهات الصحة في مصر —
وهيموفيليس الأنفلونزا (ب) ، وأيضا توجه متزايد نحو تطعيمات السعال الديكي
بالطعم غير الخلوي، وكذلك تطعيمات الفيروسات الراجعة Retrovirus.

ثالثاً: إمكانيات جديدة للأمصال والطعوم الجديدة:

وهي إمكانيات واعدته تتجاوز الأمصال والطعوم التقليدية، المستخدمة الآن،
وهي:

- توظيف الطعوم الحية لإنتاج أنتجينات جديدة في جسم الإنسان، مهمتها أن تستدعي الجهاز المناعي لمقاومة الأمراض.
- إستخدام جراثيم معدلة جينيا، بما يزيل خطورة إحداثها للمرض.
- توظيف مساندات Adjuvant ، لرفع كفاءة الأمصال.
- التطعيم بالحمض النووي، حيث تحقن الجينات محملة بمعلومات، تمكن الخلية الحية ذاتها من صنع الأنتجين المطلوب، لإستدعاء فاعلية جهاز الجسم المناعي المختص.
- دعم ومساندة علوم الجينات لظهور تكنولوجيا جديدة مكتشفة، لإنتاج الجينات المثيرة، لتشغيل المناعة.
- وهناك احتمال كبير لظهور Theracines، وهي أمصال (فاكسينات) تعمل علي شفاء أمراض معدية ذات طبيعة مزمنة، وذلك نتيجة للفهم المتزايد لآليات عمل الجهاز المناعي.
- توظيف دلالات الأورام التي لها القدرة على التمييز بين الخلايا السرطانية أو الخلايا المصابة بالعدوى، ولكن الجهاز المناعي لا يستطيع التعرف عليها، لإنتاج أشكال من Theracines المستعملة في علاج أنواع من السرطان.

• وبالطبع، فإن تلك الأمصال، جديدة التصميم، لا تعمل فقط على المستوى البيولوجي، وإنما تتغلب أيضا على حواجز اجتماعية تعوق إنتشار توظيف الطعوم، وذلك لأن "الطعوم المجمعّة" لها المزايا التي سبقت الإشارة إليها، من إختصار الوقت، وتقليل التردد على الطبيب، وتوظيف لطرق سهلة (قد لا تخترق حتى الجلد)، وذات تكلفة معقولة، بالنظر إلي فائدتها وفاعليتها غير المحدودة، لكل فرد من سكان الأرض.

ومن ذلك يتضح، أن السيناريو الرأسمالي العالمي ذا الشركات العملاقة بأقسامها التطويرية والبحثية، ومن خلال اندماجاتها، يشكل عملاقا إنتاجا وتوزيعا من خلال السوق، وسيولد آليات ووسائل تكنولوجية في مجال الأمصال والطعوم، تختصر الوقت، وتعظم الفائدة لكل البشر في كل الدول، بما يحد من الأمراض المعدية، وأيضا من الأمراض المناعية. وبالطبع، فإن سيادة مثل ذلك النموذج من الإنتاج والتسويق سيجتريب عليه أن تقوم الهيئات الدولية، والحكومات، في الدول النامية بشراء المنتج الفاعل، لوقاية وعلاج مواطنيها، أيا كانت التكلفة، أو مكاسب تلك الشركات، حيث أن العائد من مثل ذلك الإنفاق، يعتبر كافيا لتوظيف تلك الطعوم بتكلفتها كأولوية عظيمة الفائدة، أيا كان حجم هذا الإنفاق.

وبالطبع، فإن أصحاب ذلك السيناريو، لا يتوقعون قدرة الحكومات أو حتى الشركات المحلية في الدول النامية، على إنتاج تلك النوعية من التكنولوجيا، وإنما هي نتاج لشركات العولمة العملاقة.

ولعل ذلك الموضوع يشير - من وجهة نظري - إلى وجوب حل التناقض بين ضرورة إستمرارية دور الصناعة العملاقة المستهدف تعاضمها وإزدهارها، لإنتاج الأمصال والطعوم، والتوسع في كافة الصناعات الضرورية للرعاية الصحية الوقائية المستقبلية الواعدة، مع الحرص في نفس الوقت، علي ضرورات العدل الإجتماعي، ليس فقط باعتبار الصحة حقا أساسيا لكل إنسان، وإنما أيضا لأن المرض، ما لم يتوقى، فإنه في النهاية يصل إلى الجميع، ويحدث الموت للجميع، ما لم تتكاتف البشرية لتقليل المراضة وأسباب الوفاة. وبالطبع، لا يتصور أن يكون

الثنى مدفوعا من جيوب الأفراد الخيرين من أصحاب الشركات العملاقة، وإنما هو دور لكل البشرية، ممثلة في المنظمات الدولية ومنظمات حقوق الإنسان.

٦-١٩-٢-٧ علوم الجينات المحاذير والدور الواعد

ويؤكد أصحاب السيناريو الرأسمالي مرة ثانية، إيمانهم بدور التكنولوجيا فى علوم الجينات، باعتبارها تشير إلى دور واعد مؤثر مستغل للممارسة الطبية والمهنية، فى إطار المحاذير العلمية والعملية وغموضها الحالى، ولكن رؤيتهم المستقبلية سوف تتحدد أكثر بعد استقرار الخريطة الجينية للإنسان، وبروز دور علوم الجينات فى إكتشاف أدوية وعقاقير مستحدثة، فى أقصر مدة ممكنة، وتوظيف الجينات فى علاج الأمراض، بطرق وسائل عديدة ومستحدثة.

ونلاحظ أنهم يتوقعون خلال الأعوام العشرين القادمة، أن تتغير وسائل وأساليب تقديم الرعاية الصحية تماما، بسبب التقدم فى علوم الجينات (= Genetics = Genomics) المؤثرة فى الإنسان، فى حالتى الصحة والمرض. وهم يشيرون إلى دور واعد لتلك العلوم، وان كانت له محاذير، إلا أن تطبيقات تلك العلوم فى الطب، وصناعة العقاقير، والأمصال والطعوم، تبشر بمستقبل قريب متحكم فى تشخيص الأمراض، ومتعاظم الدور فى علاج الأمراض، بل وتوقى الإصابة بها.

محاذير: يشير أصحاب السيناريو الرأسمالي إلى ثلاث مجموعات من المحاذير، تواجه تلك العلوم، بسبب أن المطلوب منها أكبر من قدرتها حتى الآن، وتلك المحاذير هي:

- محذور علمي: وهو إن المعرفة الجينية مازالت غير يقينية، حيث أن الجين فى بعض الأمراض مثل السرطان والتليف التكييسي ضرورى الوجود لظهور المرض، ولكنه غير كاف لكي يعبر المرض عن نفسه تعبيراً إكلينيكياً.
- محذور فى نطاق الأعمال: حيث إن علوم الجينات يتوقع لها أن تكون واعدة، بأكثر من قدرتها على تحقيق ما يتوقع منها، مما قد يؤخر تطبيقاتها الطبية.

○ محظور سياسي وقيمي: علوم الجينات معرفة هامة ولكنها ليست دائما واضحة، والناس يحتاجون معلومات عن تلك التكنولوجيا، وتوظيف تلك المعلومات في التشخيص والعلاج والقدرة السريعة على التعامل مع أحوال المرض.

مستقبل واعد: حيث ستؤثر علوم الجينات في مستقبل الممارسة الطبية باعتبارها:

- أداة لتحسين وتسريع القدرة على اكتشاف عقارات جديدة.
- تعظيم القدرة التشخيصية وكشف الأمراض.
- علوم الجينات منشئة لبروفيل جيني للتعرف علي المخاطر المهيئة للمرض.
- وهي ذات قدرة على توظيف الدواء المناسب لعلاج كل فرد، طبقا لبروفيله الجيني.
- وهي أخيراً، تسمح للعلماء بإعادة هندسة الجين، بما يمنع مخاطر المرض.

ويتمركز المستقبل الجيني حالياً حول البروفيل الجيني (Genotype) بما يمكن من رسم خريطة جينية لعشرات الآلاف من الدلالات الجينية، من خلال إختبار أتوماتيكي، للإختبارات الفردية والإختبارات المتعددة، اللازمة للتشخيص، ولتحديد العوامل المهيئة للمرض.

ويمكن تحديد الأفراد مبكراً من خلال معرفة بروفيهم الجيني، أو من خلال الأعراض السلوكية لبروفيلهم الجيني (مثال جين APOE?4 الذي يهيئ لمرض الزهيمر)، حيث أنه بتزايد معرفتنا بهذا الجين، وبالجينات الأخرى ذات العلاقة بمرض الزهيمر، فإنه يمكننا أن نتنبأ بمسار المرض، ونتأجه، بدقة متناهية.

كما يمكننا مثلاً أن نتنبأ بان الأشخاص الذين لديهم تحورات في الجين المتعلق بمرض تضخم عضلة القلب (مرض وراثي) يمكن أن يكونوا عرضة للموت المفاجئ.

ويجب أن نحذر من ربط المرض بالجين فقط، باعتبار أنه ليس المسبب الوحيد.

أهمية اختبار الجين للممارسين الطبيين:

- ويتوقع ألا تصبح هذه الإختبارات ذائعة بين الممارسين قبل عشرة سنوات.
- ويجب أن يكون الإختبار الجيني: ذا مصداقية، فاعلا، وذا تكلفه معقولة.

دور علوم الجينات في اكتشاف عقاقير طبية جديدة :

يمكن لعلوم الجينات أن تحدد بروتينات بشرية جديدة تستعمل علاجيا، كما يمكن من خلالها إكتشاف بروتينات جديدة تتوجه إليها صناعة العقاقير. وهكذا توسعت دائرة الإستهدافات المتاحة لإعادة تصميم عمليات إكتشاف العقاقير الجديدة، حيث يتم اليوم تخليق أعداد كبيرة من التنوعات للمركبات الكيماوية، لفرز العقاقير ذات القدرة العلاجية من بينها، مما شجع على التنوع في عملية إكتشاف العقاقير الجديدة.

وهكذا يتغير النظام الحالي المتبع لاكتشاف العقاقير، حيث يستغرق العقار الجديد حاليا من ٥ : ١٠ سنوات لكي يكتشف، ويتكلف العقار الواحد ٣٠٠ مليون دولار في المتوسط.

العلاج بالجينات:

ويعرّف ذلك النوع من العلاج بأنه: إدخال جين طبيعي أو محورّ، في خلايا المرضى للأغراض العلاجية، وهذه الجينات بالتالي تخلق بروتينات، ذات تأثير علاجي مباشر، أو غير مباشر.

الطعوم والأمصال الجينية:

وهي فرع من العلاج الجيني، مازال في مرحلة التجريب، وفي هذا النوع من العلاج الجيني، يتم إدخال المنتج العلاجي الجيني في الخلايا، حيث يعمل الجين من خلال إحداثه لإستجابة مناعية معدّلة أو معزّزة، ويتوقع أن يكون أول إنتاج من الأمصال الجينية لعلاج أمراض السرطان.

تنبؤات مستقبلية:

١- ويتوقع أصحاب السيناريو الرأسمالي، أن تظهر خلال سنوات، لا تزيد عن السبع، تركيبات كيميائية جاهزة kits لإجراء الاختبارات بمعرفة المريض بالمنزل (ظهر الآن اختبار للإيدز، ويتوالى ظهور اختبارات أخرى، بعد موافقات هيئات الرقابة الدوائية).

٢- كما يتوقعون أن يتم العلاج للأمراض الناتجة عن نقص جين واحد في المادة من ٢٠١٠ إلى ٢٠٢٠.

٣- كما أن المسار المتوجه لإكتشاف المرض قبل حدوثه، وإكتشاف العوامل المهيئة للمرض، ينقل الصحة من العلاج إلى الوقاية، ويتم ذلك بدلا من علاج المرض حاليا بعد حدوث المرض. إن توقي المرض جينيا، إذا أمكن، وبيئيا بتعليم السكان كيفية إبطاء حدوث المرض، بدلا عن تسريع إحداثه، وتوقي العوامل المهيئة للمرض، هو النمط الصحي الجديد المستهدف من أصحاب ذلك السيناريو.

وبالطبع، فإن دعاة ذلك السيناريو الرأسمالي في مصر يدعون للحاق والإستفادة بذلك التصور المستقبلي، حيث أن النظام المتصور تطبيقه في مصر، ما هو إلا جزء من النظام الرأسمالي العالمي، وما التطبيق في مصر إلا جزءا من التطبيق في سائر أنحاء العالم، حيث أن العولمة، والحضارة المادية الأوربية في رأيهم، تربط الجميع، وتغير أنماط وسلوكيات المرض، والناس، كما تغير غيرها من الأنشطة الاقتصادية والاجتماعية والسياسية، وأصحاب ذلك السيناريو يدعون لإرتباط عضوى عاجل مع النظام العالمى الجديد، دون إعطاء فترة كافية لإعداد هياكل الإنتاج والخدمة، للوصول إلى مستوى يؤهلهم للإرتباط المشارك بدلا عن الإرتباط التابع.

٦-١٩-٢-٨ رؤية جديدة محتملة للرعاية الصحية

يتوقع أصحاب ذلك السيناريو الرأسمالي، أن يحدث تغيير في أداء الرعاية الصحية في المناطق الجغرافية النامية، ومن بينها المنطقة العربية، والشرق أوسطية، بسبب:

○ التغيرات السكانية.

- التغيرات في التقنية.
- التغيرات المؤسسية.

كما يتوقعون سكانيا، أن تواجه مصر، وكثير من البلدان العربية، والشرق أوسطية، تزايدا في الأمراض غير المعدية والأمراض المزمنة وأمراض السن الكبير، شأن الكثير من بلدان العالم النامي. غير أنهم يتوقعون أيضا أن يظل عبء الأمراض المعدية والطفيلية، وسوء التغذية، ومشاكل الحمل والولادة قائمة أيضا لفترة طويلة. وذلك بسبب محدودية المرافق الصحية، وعدم كفاية التغذية، ونقص التعليم، والتفاوتات الطبقية. أما الحوادث والإصابات فستظل نسبتها مرتفعة، حيث أن نمو المدن والطرق، وتنظيم حركتها، وحاجاتها، سيظل محدودا لفترة طويلة، ولعل ذلك يرجع إلى عدم قدرة ذلك السيناريو الرأسمالي على السير في النمو على اتساع المجتمع المصري، ولذلك يلجأ بالتالي إلى تنمية شريحة مجتمعية من سكان العواصم والمدن الرئيسية بمصر، أما باقي سكان المدن الصغيرة، والأحياء الهامشية بالمدن الحضرية الكبرى، وسكان الريف المصري، فتقدم لهم خدمات صحية قاصرة على الرعاية الصحية الأولية، والخدمات الإسعافية، بمستوى محدود، لا علاقة له بما يتم في العالم الرأسمالي المتقدم حيث أن أساليبه قاصرة على الشريحة العليا، من مجتمعات الدول النامية. والرأي عندي أن الرأسمالية المصرية، مستهدفة لها أن تعم المجتمع، نمطا ومضمونا، لصالح الشرائح المجتمعية العليا، على حساب الشرائح الدنيا، التي لا تزال تدفع ثمن فقرها، مرضا وجهلا، وقصر عمرها ووفاة أطفالها.

تغيرات جديدة محتمله:

ويرى أصحاب ذلك السيناريو الرأسمالي أن تغيرات عديدة قادمة في العقدين الأوليين من القرن الحادي والعشرين، ويخصون بالذكر التغيرات المحتملة الآتية:

أولاً: منظمات ومؤسسات بازغة:

- مسئولة بالدرجة الأولى عن سكان مجتمعات وليس عن أفراد.
- أفراد مسئولون بالدرجة الأولى، عن صحتهم، بدلا من مسئولية الغير، والمعالجين، عنهم.

ثانياً: تزايد فرص العدالة والإتاحة المالية، أمام المجموعات البشرية متحسنة الدخل، للحصول على خدمة أعظم وهي الخدمة الصحية المتكاملة.

ثالثاً: تحرك الاهتمام الصحي، إنتقالاً من الأمراض والإصابات downstream، إلى المخاطر الصحية، والأسباب الجينية، والبيئية، والمجتمعية، upstream.

رابعاً: قفزة معرفية، موظفة لثورة المعلومات، إلى أنظمة صحية ذات قاعدة مجتمعية ضيقة، تتخطى الأنظمة التجريبية والمرحلية، التي مرت بها الدول المتقدمة، ويتزايد إتساعها بزيادة متدرجة بدخول شرائح مجتمعية أخرى.

تعدد الخيارات داخل السيناريو الرأسمالي:

ويرى أصحاب السيناريو الرأسمالي، أن هناك خيارات وتنوعات - في السيناريو الرأسمالي المتصور - متعددة يمكن الاختيار من بينها، أو المزج بين البعض منها، طبقاً لظروف كل دولة أو إقليم، حيث تكون الأنظمة الصحية متنوعة الأشكال، برغم الجوهر الرأسمالي الواحد وهذه الخيارات هي:

- النظام الصحي العام الموحد "ذو طابع شبه اشتراكي Unified Public Model"
- النظام الخاص المفتت "طابع النظام الحالي Atomized Private"
- النظام العام التعاقدى "طابع رأسمالي Contracted Public Model"
- النظام القطاعي "طابع مركزي ذو تقسيمات رأسية Segmented Model"
- النظام متعدد الأنظمة "طابع تحالفي Multiple Alliance Model".

ومن ذلك يتضح أن النظام الرأسمالي المتوقع، ستتعدد نماذجه المتحورة، طبقاً للشرائح التي يتوجه لها، حسب مستواها التعليمي والسكاني، ونصيبها من الدخل القومي، من خلال نماذج وأساليب تطبيق متعددة، ذات جوهر رأسمالي واحد.

مفاهيم مستحدثة في الرأسمالية المعاصرة:

كانت الرأسمالية التقليدية القديمة تركز في الصحة، على التمويل، وتقديم الخدمة فقط. ولكنها الآن في الدول الرأسمالية المتقدمة، وفي بعض النماذج الرأسمالية في الدول النامية، تقدم تحوراً جديداً يؤدي إلى ظهور نماذج يتم التركيز فيها علي:

١- التخطيط /التنفيذ /المتابعة وقياس الانحراف /التوجه الإستراتيجي.

٢- التوسع في دراسة العلاقات المفصلية بين التمويل وتقديم الخدمة من خلال التركيز عليها وهي:

• التنظيم.

• إدارة استهلاك الخدمة.

ويتصور أصحاب السيناريو الرأسمالي، أن يتحول التوجه العام القديم، باتباع الخطوات الآتية:

• بإخراج الحكومة من لعب دور مقدم الخدمة.

• وكذلك بالإقلال من الدور الحكومي للتحكم المركزي بالقطاع الصحي.

ويزاوج بعض أصحاب السيناريو الرأسمالي، بين دور جديد متصور لتعددية مقدمي الخدمة الصحية كخيارات، مطروحة أمام مستهلكي الخدمة، مع دور حكومي مرشد، وطابع تمويلي مركزي، لتحقيق أوسع عدالة ممكنة، في الإطار الرأسمالي.

وهكذا يبرز لدى بعض أصحاب السيناريو الرأسمالي - خاصة في دول أمريكا اللاتينية - توجه عام جديد تبتكره الرأسمالية الجديدة: وهو "الهيكلية الجماعية" باعتبارها أفضل سيناريو متصور لديهم.

الجماعية: ويعنى بها السماح بتقديم الخدمة من خلال تعدد مقدمي الخدمة. كما يعنى بها تجنب احتكار القطاع العام للخدمة الصحية، وعدم السماح بتفتيت الخدمة الصحية في القطاع الخاص.

الهيكلية: ويعنى بها تجنب التسلط الحكومي على الأداءات التفصيلية أمره ومتحكمة. كما يعنى بها تجنب الفوضى الناتجة عن غياب القواعد الشفافة اللازمة لتجنب الإنهيارات محتملة الحدوث في السوق.

وترى تلك المجموعة ذات التوجه الرأسمالي أن هذه الهيكلية الجماعية تسرع في اتجاه توزيع السلطة أكثر من أي من السيناريوهات المطروحة داخل السيناريو الرأسمالي إستنادا للوسائل الآتية:

١. مركزة التمويل من خلال صندوق للتأمين الاجتماعي القومي الشامل، يمتد تدريجيا، ليغطي بحماية شاملة كل السكان، إستنادا لمبدأ التمويل بالناس.
٢. تقديم الخدمات مباشرة، وبطريقة مفتوحة، إلى جميع الناس، بواسطة جميع المعاهد والمنظمات الصحية، سواء أكانت قطاعا عاما أم قطاعا خاصا.
٣. والتحدي الذي يواجه الهيكلية الجماعية، هو مدى تزايد الخيارات المتاحة أمام مستهلكي الخدمة وأمام مقدمي الخدمة، وتعدد خيارات الخطط الصحية (المنظمات والأنظمة) المتاحة للمستهلكين، وباستخدام قواعد واضحة، تقلل التناقض البنائي (الهيكلية)، بين دواعي العدالة، ودواعي الكفاءة.

وفى إطار ذلك القصور، يجب على الحكومة أن تترك التقديم المباشر للخدمات، حيث تقوم بالتخطيط الإستراتيجي اللازم، لنمذجة النظام الصحي. حيث أن ما يضعف وزارات الصحة وهيئاتها، في رأى تلك المجموعة من أصحاب السيناريو الرأسمالي، هو محاولة قيامها بالعمليات التشغيلية التفصيلية اللازمة للأداء المباشر بمعرفتها، بينما تكمن قوتها الحقيقية في قدرتها على تعبئة الطاقة المجتمعية، لأداء أهداف مشتركة للكافة.

ولتحويل دورها، للقيام بهذا النموذج من الأداء، يجب أن تقوم وزارة الصحة بخمس وظائف:

- ١- تنمية النظام الصحة وتطويره .
- ٢- إحداث التنسيق والتعاون بين أجزائه ومكوناته.
- ٣- التصميم المالي اللازم للنظام الصحي على اتساعه.
- ٤- دور المنظم لأداءات النظم الصحية المتعددة.
- ٥- دور حماية المستهلك للخدمة الصحية، لحين شيوع المنظمات الأهلية لحماية المستهلك.

ولتوضيح دور وزارة الصحة التنظيمي، المميز لهذا الأداء، يتطلب الأمر إعداد القواعد والأسس اللازمة، لتشغيل جميع أجزاء النظام، وهي:

- الشهادات والرخص اللازمة لمقدمي الخدمة "Certification & Licensing".
 - الترخيص والاعتماد اللازم للمعاهد والمنظمات الصحية. "Accreditation".
 - الآليات التمويلية.
 - إدارة المنظمات المسئولة عن العلاقات المفصلية، بين التمويل من جهة، وتقديم الخدمة من جهة أخرى، بما تتطلبه من تنظيم وإدارة استهلاك الخدمة.
 - التقييم التقني: للعقاقير الطبية، والتجهيزات، والمعدات المستخدمة.
 - الاستثمار الرأسمالي، والخطط اللازمة.
- وبتلك الرؤية، يرون أنه يمكن أن تصبح الرعاية الصحية، منتجة لمخرجات صحية جيدة وبمحتوى سعري مناسب.

ونظراً لتوقع التقدم العلاجي والتشخيصي الناتج من التراكم المعرفي بسبب:

- البيولوجيا الجزيئية.
- علوم الجينات.
- المعلوماتية.

يصبح هناك دور ضروري متوقع بإسهام وزارة الصحة والمعاهد الصحية والجامعية، إسهاماً أساسياً، في تخليق "قلب قومي ذكي" من الوحدات والمنظمات المتميزة ذات الطابع الخدمي المتميز بالمعرفة والخبرة، وذات الطابع المدني المحنك بالمنتفعين:

- ١- لتحقيق ومتابعة أداء وزارة الصحة لدورها، وتقييمه وتعديله.
- ٢- مساعدة جميع الفاعلين في القطاع الصحي، لأداء أدوارهم، في ظل ثورة معرفية، تقنية، وعلمية، منفتحة علي العالم.

ولكى تنجح هذه الرؤية لابد من توفير قوى دفع كلية ذات طابع مجتمعي وهي:

- إصلاح اقتصادي ذو طابع انفتاحي وتنافسي، يركز على استثمار الرأسمال البشري (صحة / تعليم)
- إصلاح سياسي: ذو طابع ممارسة مجتمعية مدنية جماعية (ديمقراطية)، وحقوق إنسان، يستدعي كل القوى المجتمعية، أفراداً، ومنظمات، للمشاركة الجماهيرية.

٦-١٩-٢-٩ برنامج "الصحة للجميع" بالمنظور الرأسمالي

يتصور أصحاب ذلك السيناريو أن لديهم الرؤية الأفضل حيث:

أن الموقف الصحي الحالي في مصر هو - كما في أي بلد - أفضل مما كان عليه، بحكم ما استجد من مكاسب، إلا أنه غير كاف. ولقد ركزت جميع الأنشطة الصحية الماضية من خلال برنامج "الصحة للجميع" المقدم من منظمة الصحة العالمية على:

- زيادة التغطية بالخدمات الصحية

- توسيع القدرات التشغيلية للخدمات الصحية

غير أن التركيز لا يزال أساساً موجهاً للفرد في أغلب الدول النامية، ومن بينها مصر، كهدف تركز عليه التدخلات الطبية المتاحة. وهكذا برزت فجوة بين ما استهدفه البرنامج منذ عام ١٩٧٨، والتطبيقات في مصر وكثير من الدول النامية (تقارير التقييم المتتابعة بمعرفة منظمة الصحة العالمية خلال السنوات العشرين الأخيرة من القرن العشرين عن تنفيذ الدول لبرنامج الصحة للجميع). وكذلك ظهرت منذ أوائل التسعينيات، إهتمامات واسعة بالمقولات الاجتماعية، كمساند رئيسي وضروري للإصلاح الاقتصادي الذي تزايد اتساعه.

"برنامج الصحة للجميع" وأسس التجديد من المنظور الرأسمالي:

الواقع:

تعانى معظم الأقطار، ذات الطابع الرأسمالي، من أزمة في أنظمة الأمان الاجتماعي، كنتيجة للأزمات المالية العامة التي تعاني منها الحكومات الفقيرة المدينة، في الدول النامية، ومن بينها مصر. كما تعاني تلك الدول النامية، من تزايد الفجوة التكنولوجية بين أقطار "لديها" وأقطار "ليس لديها". وأخيراً، فإن هذه الدول بحاجة إلي إنفاق صحي مرتفع، يلائم العبء المزدوج لمواجهة الأمراض السارية والأمراض غير السارية، حيث أن التحول في نمط ووبائيات الأمراض نتج عنه أن تتحمل دولة، مثل مصر، عبء الأمراض المزمنة وغير المعدية، بالإضافة إلى عبء الأمراض المعدية، وتدفع ثمناً مضاعفاً للإصابة بتلك الأمراض المزدوجة، والوفاة بسببها.

ولا تزال الأسباب الرئيسية للإصابة بالمرض في مصر، ناتجة عن الأمراض المعدية والطفيلية، وأمراض الجهاز التنفسي، والجهاز الهضمي، والحوادث، ثم العنف، والصحة العقلية، بالإضافة إلى الأمراض السارية المستجدة، وأكثرها أمراض غير معدية، مثل: أمراض القلب والأوعية الدموية، والأورام، وأقلها مسن الأمراض البازغة، مثل الالتهابات الفيروسية.

البرنامج الجديد لتحقيق الصحة للجميع من المنظور الرأسمالي:

ويهدف البرنامج المتصور في الرأسمالية الجديدة إلى تحقيق برنامج يستند إلى النقاط الست التالية:

- ١ - تصميم السياسات والأهداف.
- ٢ - أسس عمليات البرنامج.
- ٣ - متابعة قياس معايير النجاح الحرجة.
- ٤ - تحقيق المستهدفات في عام ٢٠٢٠.
- ٥ - عوامل تؤخر تجديد الصحة للجميع.
- ٦ - عوامل تعزز " تجديد الصحة للجميع.

١ - تصميم السياسات والأهداف Policy & Targets

السياسات:

يجب تخليق سياسات تستهدف وقف عدم العدالة في الإتاحة، للحصول على خدمة كفئة، وفاعلة، وتأكيد الحق الاجتماعي للمواطن، المتفق عليه في المجتمعات الديمقراطية المعاصرة. ويجب أن يشير التجديد إلى إستهداف تعميق البعد الاجتماعي والحضاري، في وضع السياسات والخطط الصحية، لتحقيق قائمة التعامل مع مجالات الأهداف التالية.

قائمة مجالات الأهداف (الموضوعات) المستهدف التعامل معها:

١. النشاط الرياضي، والبنية الفيزيقية.
٢. التغذية.
٣. التدخين.
٤. الكحوليات والعقارات.
٥. الصحة العقلية والاضطرابات العقلية.
٦. السلوك العنيف والمسيء.
٧. البرامج التعليمية والمجتمعية.
٨. الإصابات غير المتعمدة.
٩. تنظيم الأسرة.
١٠. الصحة والسلامة في العمل والشارع والمنزل والأسفار.
١١. الصحة البيئية.
١٢. السلامة الغذائية والدوائية.
١٣. الصحة الفمية (صحة الفم).
١٤. صحة الأم والطفل.
١٥. أمراض القلب والسكتة.

١٦. السرطان.
١٧. السكر والأحوال المزمنة المعجزة.
١٨. الإيدز.
١٩. الأمراض المنقولة جنسياً.
٢٠. التطعيم والأمراض المعدية.
٢١. الخدمات الوقائية الإكلينيكية.
٢٢. المتابعة ونظم المعلومات.

٢ - أسس عمليات البرنامج Process

تأكيد تحقق العدالة، وتقليص الفجوات بين الشرائح السكانية، مع التركيز على تعزيز المشاركة المجتمعية في اتخاذ القرار.

٣ - متابعة قياس معايير النجاح الحرجة Monitoring Critical Success Factors

إن معايير القياس لتأكيد النجاح، ولأي درجة من الدرجات تحقق النجاح يتعلق بجانبين: أحدهما ذو طابع صحي، ويقاس المؤشرات الصحية الأساسية، والآخر يتحقق خارج القطاع الصحي حيث يقاس المؤشرات الاقتصادية والاجتماعية الكلية.

الجانب الأول: يستهدف قياس اللياقة الصحية للسكان مقاساً طبقاً لـ :

- مؤشرات الوفيات ومدى التحسن فيها.
- مؤشرات الإصابة بالمرض، ومدى محاصرة المرض.

الجانب الثاني: يستهدف قياس المؤشرات الكلية الاقتصادية والمجتمعية :

- البيئية ومعاييرها.
- ونمط الحياة ومعاييرها.
- ومعايير الرضاء.

- توزيع أفضل للدخل.
- التكيف النفسى والاجتماعى والصحي.
- التضامن بين أفراد المجتمع المحلى، وقياس التعاون بينهم.

معايير النجاح:

أ - فى البيئة الكلية:

- قيام الحكومة بتأكيد جودة الخدمات الصحية والإتاحة الصحية للكافة، من خلال حزم صحية أساسية ذات طابع مجاني، ودعم باقي الخدمات فى الحزمة العلاجية الخاصة بالتخصصات والمعاهد العلمية، والمساندة شبيه الكاملة، لغير القادرين والفئات الحساسة.
- الإنتهاء من تغطية كاملة لتوفير إمداد المنازل بماء آمن، ومرافق صحية سليمة، وإدارة رشيدة للموارد الطبيعية.

ب - فى تقديم الرعاية الصحية وتنظيمها:

- بروتوكولات عصرية للعلاج ، مع التكامل مع الطب البديل بواسطة المحترفين المهنيين.
- الإنتماء للصحة والبيئة الصحية والتعليم فى جميع مستويات التعليم والحياة، مع مد مظلة التعليم والتعلم، لتتسع فى دوائر المرضى من ناحية، والتمريض، وطب الأسنان، والطب العلاجى، والتأهيل والطب الطبيعى من ناحية أخرى، والتوجه لنمط حياة أفضل.
- دراسة كيفية تحويل شركات الدواء إلى شركات صحية، تحرص على الجودة والتكلفة، من أجل سكان أفضل صحة.

ج - فى مخرجات الصحة:

- تحسن كبير متوقع فى الأمراض المعدية والطفيلية ، بتحسّن الأحوال البيئية كمرافق صحية، وتوفير ماء آمن للجميع، ونظم ملائمة للبيئة للإصحاح وللتخلص الصحي من الفضلات.

- إحداث تناقص في الأمراض والوفيات الخاصة بأمراض القلب والأوعية الدموية، وأمراض السرطان. وذلك للنجاح المتوقع في برامج مقاومة التدخين، والتوجه لتغذية أفضل صحياً، ولتزايد القدرة للتعامل مع التوترات البشرية، والتقدم في إمكانية الحصول على تكنولوجيا التشخيص المبكر لإكتشاف المرض، أو العوامل المهيئة له قبل حدوثه.

٤ - تحقيق المستهدفات في عام ٢٠٢٠: ويتم ذلك عن طريق :

- إنفاص الإصابات والوفيات لمعظم الأمراض، من خلال تعزيز الجهودات الصحية، التي جرى تحققها، من خلال تحسين البيئة، ومد مظلة التطعيم للكافة.
- تزايد ضغوط السكان في كل مجتمع محلي، لتحقيق صحة ولياقة صحية للجميع.
- الاستفادة من تجارب الشعوب الأخرى، ومجهودات المنظمات الدولية والإقليمية، بل وإمكان تجاوز تجارب بعض الدول المتقدمة.

٥ - عوامل تؤخر تجديد الصحة للجميع بالمنظور الرأسمالي:

- ضعف القدرات الخاصة بإدارة المجتمع والحكومة، مما ينتج عنه ضعف الوضع الاقتصادي الاجتماعي، والوضع الصحي، وعدم القدرة على مواجهة العنف بتناقضاته الداخلية، والمواجهات المسلحة خارج الحدود، وعدم القدرة على حماية الفئات الفقيرة والحساسة.
- ضعف الدفع في اتجاه التحولات السكانية نحو التمدن، والتحولت الصحية بما يترتب عليها من طول عمر، وشيوع أمراض المسنين.
- استمرارية وجود نموذج (موديول) إقتصادي يزيد الفجوة بين الأغنياء والفقراء، ويعوق تحقيق مكتسبات صحية.
- تحجيم الموارد البشرية الصحية، بما يترتب عليه من نقص لكفاءة النظام، وعدم قدرته على مواكبة التحولات المستقبلية.

٦- عوامل تعزز " تجديد الصحة للجميع " بالمنظور الرأسمالي:

١ - على المستوى السياسى والإجتماعى:

- تصاعد الاهتمام والتنبه لأهمية تنمية القوى البشرية في المجتمع.
- تزايد التنبه لأهمية " الصحة للجميع " .
- تزايد الاهتمام بالمشاركة المجتمعية من المحيط المجتمعي حول قطاع الصحة، في:

١. مجالات البيئة (التلوث/المياه/الإصحاح).

٢. سيادة التعليم.

٣. تحديد الفقر.

٤. تحديد البطالة.

٥. الالتزام بالقانون والتشريع.

٦. ترقية التغذية.

٧. تبني الممارسات الرياضية، والأندية.

- الرؤية الاستباقية المستقبلية، والقيادة، والمشاركة المحلية المجتمعة.
- الاستقرار الاقتصادي المجتمعي ، وديمقراطية التمثيل، وديمقراطية المشاركة المجتمعية، والحوارات الواسعة، لتأكيد حقوق المواطنة والمواطن ومشاركتهم.

٢ - على مستوى السياسة الصحية وخدمات الصحة:

- إشراك مقدمي الخدمة الصحية بكافة أنواعهم، وإشراك ومشاركة رجال الأعمال، وأصحاب الأعمال، والشركات التأمينية، ومنظمات المستشفيات، والوحدات الصحية، ونقابات العاملين في القطاع الصحي، وجمعيات الممارسات المهنية.
- تحقيق التوازن بين الخدمات العلاجية، والخدمات الوقائية، وخدمات تعزيز وترقيه الصحة، وبين الصحة العامة من ناحية، والطب الإكلينيكي من ناحية أخرى.

٣ - على المستوى المؤسسي:

- تنامي أنماط الحياة الصحية، طبقاً للتأثيرات الاقتصادية، والتأثيرات المجتمعية والنفسية، على المجال الصحي وأنماطه.
- الإنتماء، والفعل، والمشاركة المجتمعة، من خلال المنظمات الأساسية بشبكاتهما، سواء العسكرية أو المدنية، الدينية أو الأهلية (غير الحكومية)، وغيرها.
- التركيز على الصحة في المحيط الفيزيقي والبيئي:
 - مكان العمل.
 - المنزل.
 - السواحل (تصنيف).
 - الأسفار.

٦-١٩-٢-١٠ شركات خاصة تحقق الصحة للجميع

ويرى بعض أصحاب السيناريو الرأسمالي، التركيز على السمة الخاصة المميزة للنظام الرأسمالي، وهو تخليق شركات صحية خاصة ذات أدوار متميزة في رسم السياسات الصحية، وقدرة على الإدارة الصحية المتميزة وقاية وعلاج، والمزاوجة بين العمل التجاري "سلعة" وتحقيق أهداف الصحة للجميع "خدمة"، وتدريب عناصر بشرية ذات قدرة فنية ومهنية وقادرة على إرضاء المستهلك، وتقديم منتجات صحية وليست طبية أو إكلينيكية فقط، تتميز بقدرتها على تعديل السلوكيات الصحية والتطبيقات الوقائية والصحية، موظفة لترسانة التكنولوجيا المتجددة، وإصدار المعلومات الدورية للمرضى، ولمقدمي الخدمة، بشكل معاصر، وشبه يومي.

ماذا تعني "الصحة للجميع": "في إطار قطاعات المجتمع الصحية والمجتمعية" في رأى أصحاب السيناريو الرأسمالي:

- (H) إنها تعنى: المساعدة للوصول إلى
(E) وإلى التعلم والتعليم
(A) مع
(L) توظيف الروافع:
للحكومة
والقطاع الخاص
والمجتمعات المحلية
(T) للإمداد بـ
(H) بالصحة للجميع

العناصر المفتاحية لتحقيق الصحة للجميع، فى رأى أصحاب السيناريو الرأسمالى
هى:

- اتساع تعريف الصحة ليشمل البيئة (المحيط) والمجتمع على اتساعه وبعوامله.
- إعادة هندسة وتصميم الأنظمة الصحية.
- إدخال وتقوية وتعزيز أدوار:
 - القيادة المتبصرة.
 - الديمقراطية .
- توظيف المستحدثات التكنولوجية لتحسين الصحة.

تخيل منظمة قطاع خاص صحية (رؤية مستقبلية لبعض لأصحاب السيناريو
الرأسمالى):

- إن تخيل مثل هذه المنظمات وهى الشركات الصحية الخاصة المرتبطة بالقطاع
الصحي ككل لا بد أن يعزز (فى رأى أصحاب السيناريو الرأسمالى) بسياسات
وأنظمة مساندة كفئة ومخرجات صحية متميزة:
- أدوار للسياسات الصحية العامة .
 - أطقم من كوادر مقتدرة .
 - منتجات وخدمات مستهدفة عالية الجودة .

وبالنسبة لدور السياسة الصحية العامة فهي تشمل:

- تخليق التوجه نحو الصناعات المساندة لسياسات صحية عامة قوية.
- تقوية التفاعل المتبادل مع السلطات.
- تسهيل بروز سياسات صحية إقليمية وتسجيل المنتجات.
- تنمية المشاركة مع الحكومة والسلطات لتنمية المهارات والبنى التحتية.
- تسهيل الإنسجام بين الممارسات الفضلى المتكررة في أكثر من موقع.
- تكامل البرامج الطبية التعليمية والتدريبية مع البيئة المستهدف خدمتها.
- توجيه وتشكيل السياسة الصحية العامة لتخليق قيادات في القطاع الخاص.
- تخليق أحلاف بين الصناعات المساندة للصحة.

وبالنسبة لتواجد أطقم من الكوادر المقتدرة فهي تشمل :

- تعزيز الصحة بالمحافظة علي مهارات الاتصال الموجودة حاليا، وتنميتها.
- تسريع ظهور إدارة صحية أفضل، عن طريق شبكات تكنولوجيا المعلومات.
- تسريع تحويل الشركة الصحية وأنظمة الرعاية الصحية من الممارسات العلاجية، إلي الممارسات الوقائية.
- التركيز علي احتياجات مستهلك الخدمة الصحية وإشباعها، بتنامي ظهور منتجات صحية جديدة، وخدمات صحية تساند العدالة وقيم الصحة للجميع.
- تعزيز قدرات الأنظمة الصحية المحلية، ببلورة المعلومات، والحصول عليها Superhighway Information.
- الإستثمار المناسب في برامج الإدارة والتدريب، لموظفي الشركات الصحية لتعزيز وترقية إرتباطهم بأهداف وأساليب الصحة للجميع.
- المزوجة، بين أداء الأعمال ذات الطابع التجاري، وتحقيق أهداف الصحة للجميع، بتوظيف الجامعات، لإكتشاف الموهوبين لتلك الأعمال وتدريبهم.

- حرص المنظمات، كقيادات، وكعليات تشغيلية، علي المرونة الكافية، للتواءم مع متغيرات الزمن.

أما بالنسبة لمنتجات وخدمات مستهدفة عالية الجودة فهي تشمل:

- تكامل أدوات (Tools) نظام الرعاية الصحية، مع الأشكال الحضارية القائمة بهدف الحرص علي العدالة والاستمرارية.
- توسيع مفهوم "صحة الأسرة" لتغطي كل احتياجاتها.
- منتجات لتعديل السلوك.
- أمصال وطعوم متعددة في إستعمال واحد فقط نغطي الوقاية لكل أمراض الطفولة، ولا تحتاج للحفظ بالثلاجة one-shot, heat-stable.
- التأمين الصحي الشامل علي الفرد مدى الحياة (عقد متكامل مدى الحياة).
- عقود صحية لمجموعات من مقدمي الخدمة، لتقديم خدمات صحية متكاملة، لكل مجتمع محلي صغير.
- توسيع مجال الاختيار في مجال العلاجات الطبية.
- مخرجات عصرية، وخدمات إنتاج، طبقا للبروتوكولات، التي تأخذ في الاعتبار تميزات شركات إنتاج الدواء وقدراتها، كما تبرزها Clinical Trials، وإصدارات المعلومات للمرضي، بجوار إصدارات المعلومات الخاصة بالمهنيين.

وبالطبع، فإن تلك الرؤية لا تمثل مجمل التوجه الرأسمالي، وإنما تمثل رؤية مجموعة داخل ذلك السيناريو، وهي تستهدف - كما رأينا - القيام بدور صحي متزايد، وليس الاقتصار علي دور القطاع الخاص الحالي، لتقديم جوانب الرعاية العلاجية التقليدية، بل وتلك المجموعة، إلي إزاحة وزارة الصحة عن عدد من وظائفها، ذات الطابع التخطيطي والإشرافي والتنسيقي، بإسناد ذلك الدور إلي القطاع الخاص، ذي الدور المتعظم، والسعي لإنشاء شركات (منظمات) خاصة، ذات دور صحي رأسمالي وشبه شمولي.

٦-١٩-٣ الصحة مسئولية الجميع

(الأسرة - المجتمع ومنظماته الحكومية والأهلية - الفرد)

وأخيراً، نصل إلى التصور الإجمالي، حيث يتبنى أصحاب السيناريو الرأسمالي في مصر - من خلال أنظمة الرعاية الصحية التي طبقت في الدول الرأسمالية بعد الحرب العالمية الثانية- منهجا يركز إلى أن الصحة إلترام فرد، وأسرة، ومجتمع بمنظماته المجتمعية بالدرجة الأولى، والحكومة المحلية والحكومة المركزية ومنظماتها الرسمية بالدرجة الثانية، حيث يصبح لكل منها دور محدد في الممارسات الصحية اليومية، داخل أنظمة صحية متعددة، وخطط صحية بديلة مطروحة، كخيارات أمام المنفعين، تقوم بتنفيذها شركات ومجموعات من مقدمي الخدمة الصحية، إرتباطا بإلتزام لتقديم عناصر تلك الحزم الصحية، في إطار توجهات السلطات الصحية.

وتوضح النقاط الرئيسية التالية ذلك التصور من خلال الأدوار التي يرسمها السيناريو الرأسمالي للأفراد، والأسر، والمنظمات، كالتالي:

- أدوار الأفراد والأسر والمجتمع.
- دور الشركات الخاصة الصناعة والتجارة.
- دور المدارس بكل إقليم.
- أدوار دور العبادة.
- أدوار المهنيين الصحيين.
- دور الوسائط المعلوماتية، العادية، ومتعددة الإتصال، وفائقة الإتصال.
- الدور المشارك والمتزايد للحكم المحلي، بديلا عن الإدارة المحلية.
- الدور المركزي: المطور، والموجه، والمشارك في التمويل.

أدوار الأفراد والأسر والمجتمع:

إلتزام وأعمال خاصة بالفرد:

- كل فرد مسئول عن صحته.

- امنع المرض وتوقاه، وارثق بالصحة.
- قلل الأخطار الصحية، بتغير مقياس، أو قابل للقياس، في العناصر الستة التالية:
- تنظيم الطعام (ماذا تأكل، متي تأكل، كيف تأكل).
- ممارسة التمرينات الرياضية الملائمة لصحة الفرد.
- الامتناع عن التدخين.
- مقاومة المسكرات، واستخدام العقاقير، المنبهة أو المخدرة.
- سلوك يقي من الإصابات.
- توقي العادات الجنسية الضارة بالصحة.
- إسهام الفرد اختياريًا في أي بروجرام في حي، أو مكان عمل، بهدف محاولة تحسين أي عنصر من النقاط الست السابق الإشارة إليها.
- لكل فرد دور:

- في اختيار أماكن الطعام (أين تأكل).
- في قراءة التشريعات والأوراق الملصقة على الأطعمة.
- في قراءة النشرات الصحية الخاصة بالمكونات وطريقة الطهي بعناية.
- المبادرة للتقييم أو إجراء الاختبارات.
- لا يتصور أن معنى ذلك أن الفرد يتصرف وحده.

أهمية ودور الأسرة:

- الأسرة هي مكان أنشطة ترقية وتعزيز الصحة، ومصدر المساندة الصحية، ومصدر تعليم الفرد للصحة.
- وهي خالقة السلوكيات والتوجهات فيما يتعلق ب:
 - الطعام وأساليب التغذية .
 - التمرينات الرياضية.
 - النظافة الصحية.

- توقي لتدخين.
- توقي المسكرات واستخدام العقاقير المخدرة.
- توقي الإصابة.
- الآباء يعلمون العادات الصحية: الحفاظ على البيئة.
- تلقى الخدمات الوقائية وتشمل:
 - التطعيم.
 - الاختبارات الضرورية.
 - تلقى الإستشارات الطبية عن المخاطر الصحية.
 - تعلم توقي المخاطر الصحية.
 - تعلم السلوك الصحي.
 - أخطار على الأسرة:
- * منزل به أب أو أم فقط.
- * أطفال في منزل فقير.
- * مجتمع متزايد في نسبة المسنين.
- الأسرة أو الأسر قد تواجه توترات تؤدي إلى تحطيمها (إهمال الأطفال/الإساءة إليهم/الإدمان)، ومن هنا يتزايد وجوب تدخل المجتمع.
- حق الأسرة على المجتمع في المساعدة المجتمعية للأسرة، لتحقيق وتحافظ على مؤشرات صحية جيدة (برامج المساعدة الاجتماعية والصحية).

أهمية ودور المجتمع:

- مجتمع مساند ومتساند "البرامج الصحية بالاستناد للمجتمع" تحقق وضعاً صحياً صحياً.
- أدوار للمنظمات المجتمعية لتعزيز الوضع الصحي وترقيته (الحكومة/المنظمات الأهلية/ الأعمال ومنظماتها/ المدارس).

• البرامج المجتمعية المحلية فى التشغيل والتطبيق، فاعلة وكفئة أكثر من البرامج المركزية، التى تدار من نقطة بعيدة عن جهات تقديم الخدمة، كما أنها تراعى قيم الأسرة والمجتمع الحيوية اللازمة لنجاح البرامج، والدفع باتجاه نمط حياة صحية فى كل مجتمع إقليمي، بمشاركة المحليين فى التخطيط ووضع السياسات فى المراحل التمهيدية، قبل إنتقال المهمة إليهم بالكامل لاحقاً.

• دور منظمي الخدمة الصحية:

- تقديم الدور الصحي كراية صحية أولية بمحاورها الأربع.
- التعاون وتوظيف المنظمات الأهلية، ومنظمات الأعمال، والدور التعليمية والثقافية، فى الجهود المشتركة للسكان بالإقليم، وللفئات والشرائح المعنية.

المنظمات التطوعية: التى تهدف إلى:

- تحسين الصحة من خلال البحوث الصحية.
- والتعليم الصحي.
- وبرامج التثقيف الصحي.
- المشاركة فى البرامج الخاصة بالقضاء على التدخين، وتعديل أنماط الحياة فى المدن، ودعم الغذاء المتوازن بالألياف، والتصدي للإدمان، ودعم الأنشطة الرياضية للصغار والمسنين. بما فيها دور الجمعيات والجماعات الممثلة لمجموعات مجتمعية معينة تمثل عجزاً، مثل الصم والبكم، أو تمثل أقليات إن وجد، أو تدافع عن المرأة، أو الفئات المحتاجة، أو المسنين.
- منظمات الأعمال، والمنظمات المتعلقة بالعمل، كالمهنيين فى نقاباتهم وجمعياتهم، والمنظمات العمالية الفاعلة: نقابات/اتحادات/روابط/ جمعيات خاصة بالشرائح الاجتماعية.

- أدوار للمنظمات المجتمعية بأنواعها، حيث يمكنها:
 - أن تشارك في التعاقدات الصحية، للعاملين، والسكان، والمفاوضات الخاصة بمثل تلك التعاقدات.
 - العمل على نشر المظلات التأمينية للخدمات الصحية بالأقاليم، لتصل إلى الكل: في مواقع عملهم، أو بمدارسهم، أو بمسكنهم.
 - المشاركة في البرامج الحكومية ومع المنظمات التطوعية المشار إليها.
 - المشاركة في وضع برامج الأمان والسلامة الصحية: في العمل، والشارع، والمنزل، والأسفار، وشواطئ الاستجمام (براً وبحراً وجواً).
 - المحافظة على البيئة (أرضاً، جواً، ماءً).
 - التبصير بالصحة، وحفظها، والخيارات المتاحة للأفراد ومزايا كل خيار.
 - تنمية وتحقيق مستوى معيشي صحي، ومدن صحية، وقرى صحية، ومجتمعات ذات مستوى نظيف صحي وبيئي محافظ عليه (مثل التجمع في المدرسة والمصنع...).
- ويوجد بعض أصحاب ذلك السيناريو رأيهم في تساولين، شارحين لتصوراتهم، وهما:

التساؤل الأول :

١. هل يمكن أن نقول أن الحل الصحيح يكمن في:
 - التعليم والتعلم، وتطوير البيئة (نمط حياة جديد) أكثر مما يكمن في: الصحة والطب كمجال فعل؟
٢. أم يكون الحل أيضا في:
 - التطوير الاقتصادي والاجتماعي (أساسيات بيئية ومعيشية) كضرورة عاجلة.
 - وفي المستقبل يرون أن الحل الصحي للجميع في: الجين البشري تركيبا ووظائفا وعلاقات؟

التساؤل الثاني:

هل يصبح تصور الثقافة الصحية كبناء ذو ثلاث طوابق أكثر التصورات قربا لتحديد رؤية الثقافة الصحية كبناء ذو أدوار؟

- الأول الأساسيات (معيشي): بمعنى مسكن/ مأكّل/ مشرب/ هواء نقي.
- الثاني (معيشي بيئي معلوماتي) بإضافة: التعليمي/المعلوماتي/البيئي على اتساعه.
- الثالث (معيشي بيئي معلوماتي جيني) بإضافة: نمط حياة – وتكاثر سليم.

دور الشركات الخاصة بالصناعة والتجارة:

وينادى أصحاب السيناريو الرأسمالي بدور صحي كامل يجب على شركات الإنتاج والتجارة القيام به، وهو:

- تنمية الأقاليم إسهاما بإنتاجها وخدماتها.
- المحافظة على البيئة.
- الإسهام بحصة صاحب العمل في تمويل الرعاية الصحية (الأنظمة التأمينية).
- التفاوض وسيلة مجتمعيه تمارسها الشركات مع عمالها وموظفيها، ومع محيطها وإقليمها.
- دورها مع المنظمات الصحية: الحكومية، والتطوعية، والخدمية، ومع قيادات الإقليم: وصحافته، ومنظماته التعليمية، والثقافية، والبحثية.

دور المدارس بالإقليم:

- في المحافظة على صحة الأطفال والطلاب، حيث أن ربع وقت الطفل أو الطالب يقضيه في المدرسة.
- التعليم الصحي المدرسي أداة لتقويم السلوك، باتباع (سلامة فيزيقية / لا تدخين / تغذية صحية متوازنة)

- إضافة مقررات جديدة إلى المقررات التعليمية لترقيه الصحة (مقرر الصحة البيئية، ومقرر نمط الحياة، والسلوكيات المحفزة للصحة، مثلا).
- تقديم وتعليم تدريبي - وليس تلقيني فقط - نمط معيشي، وتكوين عادات منذ الصغر (غذاء/ سلامة أماكن الفصول والعمل واللعب/التعليم الرياضي).
- تتقاسم الأسرة، والمجتمع، والمدرسة أدوار وبرامج الترقية الصحية، والكورسات التعليمية الخاصة بالصحة.
- فتح المدارس والوحدات في غير مواعيد الدراسة التقليدية لتعليم البالغين في المجتمع.
- توظيف المدرسة وأفرادها وطلابها كمركز إشعاع صحي وبيئي وليس تعليمي فقط.

دور العبادة ودورها:

- مدخل هام ليس للعبادة فقط، وإنما لتعزيز وترقية الصحة، والبيئة، وخدمات اتقاء الأمراض، وعلاجها.
- وقد تكون في بعض الأحياء قوية، حيث يكون النظام الصحي ذاته ضعيفا، أو متقلا.
- المساندة في المساعدات العلاجية عند المرض.
- دعم وتقوية تنظيم الأسرة.

المهنيون الصحيون:

كما يتبني أصحاب السيناريو الرأسمالي أن يكون للمهنيين الصحيين دورا اجتماعيا، ودورا تعليميا، بجوار دورهم المهني الصحي، فهم:

مصدر المعرفة والمعلومات الصحية، وتحويل العلم إلي ممارسة تنظم الرعاية للفرد والأسرة والمجتمع" مع الاستعانة بآخرين غير مهنيين). وبممارستهم لدورهم الحقيقي يتعاطف دور الخدمات الوقائية، والفحوص الاستكشافية، والتعليم

والإستشارات الطبية حيث يصبح التعليم والإستشارات مشككين لنظام يشارك فيه المعلمون والمدرّبون، والإداريون والمنظمون، والاجتماعيون، من المهنيين، وغير المهنيين، لتتكامل أدوارهم في خدمة الفرد والأسرة والمجتمع.

أما المنظمات والنقابات والإتحادات والروابط المهنية التي ينتمون إليها، فتسهل إنتشار قواعد المعارف الخاصة بتوقي ومنع المرض، ونشر تعزيز الخدمة الصحية، وتوصيل المعلومات من خلال شبكاتها المهنية والتعليمية. وهناك واجب خاص على مدرسي الصحة لتصميم مناهج وتوزيع مصادر معرفية ومراجع صحية، تزود كلاً من المدرس، والطالب بخبرات الصحة الوقائية، ومهارات إشراك وإشتراك الجمهور في المعرفة الصحية المفيدة.

إن الأطباء، وأطباء الأسنان، والمرضات، والصيادلة، والفنيين الطبيين، وسائر المهنيين والفنيين العاملين في المجال، عليهم ألا يكونوا من العارفين والدارسين ليس للعلوم الأساسية والإكلينيكية فقط، وإنما أيضاً أن يكونوا طوال حياتهم معلمين وموصلين متميزين للمعرفة، وأن يلعبوا دوراً أساسياً في الفريق الطبي، ويمارسوا إدارة متميزة للموارد المحدودة، وذوى رؤية بعيدة للرعاية الصحية، وقيادات لمجتمعهم. إن الممارس المنفرد الذي يتعامل في عزلة مع المريض، قد أصبح من الماضي، وعلى رجال ونساء المهنة التأهل بمزايا خاصة، لتحقيق الأغراض التي أشرنا إليها.

الوسائط:

إن وسائط الطباعة، والوسائط الإلكترونية، فائقة الإتصال، ومتعددة الوسائط، هي أدوات تبادل المعلومات المعاصرة بين المهنيين والجمهور، وبين الصحيين بعضهم البعض. وإن الإنسان المعاصر المتقدم معرض لتلقي وإرسال رسائل عديدة متنوعة ذات علاقة بالصحة، بعضها واضح ومباشر في الأخبار والوثائق والشئون العامة، وبعضها الأخر ضمني في برامج التسلية عن طريق الوسائط الجماهيرية. وبالتنسيق مع تلك الوسائط، فإن المنظمات المهنية والمنظمات التطوعية يمكن أن تمد برامجها، لتصل إلى المجتمع خلال وأثناء أداؤها لخدماتها.

كما يمكن أن تتخلق مشاركة بين المجموعات البشرية، وقنوات التلفزيون التقليدية وذات الكابل، ومحطات الراديو، والمجلات المحلية والإقليمية، لتفصل رسائلها لتناسب هذه المجموعات من المشاهدين والمستمعين متضمنة الرسالة الصحية، والمعلومة الطبية.

وتظهر اليوم صناعة جديدة تسعى للتكامل بين "وسائط الاتصال عن بعد" التلفزيون/ التلفزيون/ الكومبيوتر، لإخراج معلومات صحية متنوعة، موجهة أساساً لمستهلكي الخدمات الصحية، يتزايد عليها الطلب بطريقة غير مسبوقة.

الحكومة المحلية ذات دور مشارك في السيناريو الصحي الرأسمالي:

هناك قرارات سياسية تتخذ اليوم بانتظام لتساعد المهنيين الصحيين والجمهور، ليحققا المستهدفات القومية. وتلك القرارات تتراوح بين تشريعات الرعاية الصحية، وتشريعات حماية البيئة، وتشريعات خاصة بأعمال الزراعة، والإنتاج، والطاقة، والمساكن، ونشر المعلومات، والتعليم، والاقتصاد. وإن الاهتمامات الصحية، للإنسان المعاصر المتقدم، تتشكل مباشرة، وبأساليب غير مباشرة، بمثل هذه القرارات السياسية المتبلورة في تشريعات مبعثرة، الصادرة من الحكومات (وزارة الصحة مثلاً)، والمحليات، وتختص الحكومات المحلية والمجتمعات الإقليمية بتنفيذ ومتابعة أنشطة ترقية الصحة، ومنع المرض. وهناك توجه عام، بأن إدارة مثل هذا العمل، يمكن أن يتم بالممارسات المشتركة، ليس بين المستوى المركزي والمحلي، وإنما أيضاً مع القطاع الخاص. وبزيادة الأدوار المحلية (اللامركزية) للخدمات الصحية، أصبح للحكومات المحلية والمجتمعات الإقليمية دوراً جديداً، كالداعي والراعي للأحلاف، وحماية المصالح المشتركة للمشاركين في أنشطة ترقية الصحة ومنع المرض. وهذه الأحلاف يمكن أن تنشأ أفقياً بين منظمات متماثلة في المحافظات المتجاورة أو البعيدة، أو تنشأ رأسياً بين الإقليم والمنظمات الحكومية والأهلية ذات المستوى القومي، ومن بين أدورها المهمة إستراتيجية أنظمة المراقبة (التنبه والرصد) لتوقع حدوث المرض، أو التعرض للمخاطر، وكذلك تقديم الخدمات اللازمة في التوقيات الملانمة.

الحكومة المركزية ذات الدور المطور والموجه والمشارك في التمويل:

أما دور الحكومة المركزية فهو أن تساند البحوث الرئيسية، مثل بحوث البيولوجيا الطبية لتوقى ومنع المرض، وهى الممولة للمشروعات، والبرامج المفصلة والشارحة، والتي تحدد في مجموعها إستراتيجيات وأهداف الصحة، وهى التي تقدم التمويل لمبادرات المحليات لإستراتيجيات فاعله لتحسين الصحة، وهى التي تجعل تقديم الخدمات الصحية أكثر إتاحة وأكثر عدالة، وهى التي تمول الموضوعات ذات الأهمية لتنامي التعليم القومي، وتخليق أحلاف فاعلة تتشكل من مستهلكي الخدمات الصحية، بحيث تصبح قادرة علي التفاوض، مع عمالقة وقلاع تقديم الخدمة الصحية، للحصول علي أفضل عقود، بأدنى سعر، لتقديم تلك الخدمات للمستهلكين، وهى التي تتبنى مقولات الصحة العامة، التي تنتج عن المتغيرات الاجتماعية والسلوكية والاقتصادية، والتي تدفع في إتجاه منع المرض ونمو صحة أفضل. ويتفق أصحاب التوجه الرأسمالي، على تعدد مجموعاته، علي النظر إلى المجتمع المستهدف أنه "مجتمع الأصحاء". وهو مجتمع يتحقق بالعمل المشترك، حيث لا الأفراد، ولا الأسرة، ولا العمل خاص، ولا المنظمة، أو حتى الحكومة، لديها الموارد الكافية، لإحداث التغيرات اللازمة لتنفيذ تلك البرامج الطموحة. وأيضا، لا يمكن لأى حكومة أن تنجح تلك البرامج للطموحة، إلا إذا ساهم المجتمع بأكمله، وبكل أفراده، وبالمجهود التعاوني، وبالحكم المحلي، وبمشاركة المواطنين، حتى يستطيع سكان مصر العيش "لمدة أطول وبصحة أفضل".

٦-١٩-٤: رؤية نقدية لأهم خصائص السيناريو الرأسمالي

الخصائص الإرتكازية للسيناريو:

السيناريو الرأسمالي القديم، كان يتميز بخاصية الإرتكاز إلى القطاع الخاص، فى الممارسة الطبية، وكان يعتمد على التمويل من القطاع العائلي فقط، غير أن السيناريو الرأسمالي الجديد، والمطبق حالياً فى العالم الغربي، أصبح يستند أيضا إلى أوسع قطاع عام تأميني متعدد، وليس إلى نظام تأميني صحي واحد قومي شامل، تأميناً اختيارياً من بين أكثر من نظام تأميني، وليس تأميناً إجبارياً، وذلك

الباب السادس: سيناريوهات الصحة في مصر

باعتبار أن ذلك النشاط التأميني يمول من الحكومة والقطاع العام، غير أنه يصب بالأساس في جيوب وخزائن منظمات إدارة الصحة ذات الطابع الخاص، بجانب المنظمات الصحية الحكومية الأخرى. كما أنه يقدم حلاً لتذمر القاعدة العاملة والفقيرة، من عدم قدرتها على دفع تكاليف العلاج من جيوبها، في منظمات العلاج الخاصة والحكومية التي تقم علاجاً بأجر.

ولذلك نلاحظ أن كافة الدول الرأسمالية المعاصرة يصل الإنفاق الصحي من الموارد الحكومية، ومن صاحب العمل، إلى ثلثي الإنفاق الصحي الكلي، علي حين أن الإنفاق من موارد القطاع العائلي لا يمثل سوى نسبة الثلث من الإنفاق الصحي الكلي. و العكس هو السائد في الأنظمة الصحية الحالية، في الدول النامية، ومن بينها مصر، حيث يقرب الإنفاق من جيوب المواطنين (إنفاق القطاع العائلي) إلى حوالي ستين في المائة، من الإنفاق الصحي الكلي، علي حين أن الإنفاق الحكومي العام، بما فيه موارد الإنفاق الصحي المقدمة من أصحاب الأعمال، لا تزيد نسبتها إلا قليلاً عن الأربعين في المائة.

ويتميز أيضاً السيناريو الرأسمالي الجديد، بأنه لا يلتزم بتقديم الرعاية الثانوية والثالثية للجميع، وإنما يقصر التزامه على الرعاية الصحية الأولية فقط، بعناصرها التقليدية، ويترك مستويات الرعاية الصحية غير الأساسية، وغير الوقائية، وهي الرعاية العلاجية الثانوية والثالثية، لمجال السوق، بما يحول العلاج إلى سلعة، بدلاً من اعتباره حقاً للمواطن، يتوجب أن توفره الدولة للكافة، كما تشير إلى ذلك وثائق منظمة الصحة العالمية. وهنا يتميز المواطنون، فتكون الإتاحة عند الحاجة لتلك النوعية من الرعاية العلاجية، متوافرة للقادرين، أو المنتمين إلى الأنظمة التأمينية الخاصة، المحلية أو العالمية، أو العاملين في قطاعات الاقتصاد المتميز، وقطاعات الاقتصاد ذات التبعية الأجنبية المتزايدة في مصر، وذلك في مستشفيات خاصة مرتفعة الجودة والتكاليف. أما الفقراء من سكان الأرياف، والمدن الصغيرة، والأحياء العشوائية، وقطاع الموظفين، فيمكن أن توفر لهم إذا تيسر الرعاية الثانوية والثالثية، في مستشفيات الدولة، أو التأمين الصحي الحكومي، أو أن توفر تلك النوعية من العلاج المكلف، بمساعدة الدولة بقرارات إستثنائية لعلاج الأفراد

القادرين، أو غير القادرين، الذين يشكلون ركائز تحتية لا غني عنها، لإستقرار وإستمرار إطار وآليات النظام الرأسمالي.

وهكذا نتوقع، أن الإنقسام المجتمعي في ذلك السيناريو الرأسمالي، المتواجد حالياً في منظمات الخدمات الصحية، سيتزايد مع تزايد تأصل النظام الرأسمالي في الواقع المصري، فتعالج القطاعات المميزة في القطاع الخاص، بدءاً من العيادات الخاصة، إلى المستشفيات الاستثمارية، والجامعية ذات الأجر المتزايد الارتفاع سعراً، أما الأغلبية من الفقراء، وصغار الشرائح المجتمعية الوسطى، فتعالج في منظمات أخرى، وتلك المنظمات تشمل وحدات الرعاية الصحية الأساسية الحكومية، والمستشفيات التقليدية الراكدة، والكائنة في المراكز، وفي بعض عواصم المحافظات الفقيرة، وحتى في القطاع المجاني في المستشفيات الجامعية.

ولعل أبرز ما يميز ذلك السيناريو الرأسمالي، هو الحرص على الإنحياز للتطبيقات التقنية، والتوسع في استخدام التكنولوجيا المعاصرة، حتى ولو كان في ذلك خروج عن قاعدة "إستهداف أعظم فائدة بأقل تكلفة"، وتتزايد النزعة لتزويد الوحدات العلاجية والمستشفيات، بأحدث وسائل التشخيص والعلاج، ويدافع مقدمو الخدمة الصحية، في ظل ذلك التوجه، إلى ترقية قدراتهم على استخدام التكنولوجيا، وتوظيف الخبرات والمهارات المعاصرة.

ويتميز ذلك السيناريو الرأسمالي، بالإنحياز إلى الإدارة المحلية، والحكم المحلي، بدلاً عن التوجه المركزي السائد في السيناريو المرجعي، والسيناريو الإسلامي الجديد، ويدفع أصحاب السيناريو في اتجاه نقل سلطة القرار إلى المستوى المحلي، ويحبذ أصحاب السيناريو أن تتم إدارة المستشفيات والوحدات من خلال مجالس إدارات أقرب إلى مجالس الأمناء، حيث تكون السلطة ذات طبيعة مجتمعية، وبالطبع خاضعة لأصحاب النفوذ، و الصوت المجتمعي الأعلى، في مجتمع رأسمالي يتميز فيه الناس بالمال والسلطة. ويترتب على ذلك أن تكون السياسات الصحية ومدخلات الخدمة الصحية، وأنظمتها، وآليات تشغيلها، خاضعة لقوى التأثير، واللاعبين الأساسيين، والعناصر المفتاحية، في مجتمع تسوده القيم الرأسمالية.

الرعاية الصحية الأولية والوقاية في المنظور الرأسمالي:

ويشارك سيناريو الرأسمالية الجديدة السيناريوهات الأخرى، في إهتمامه بالرعاية الصحية الأولية، والتي لم تكن محل اهتمام فى مرحلة نمو النظام الرأسمالي، فى القرنين السابقين، كما أنه يكثف إهتمامه بتنظيم الأسرة، بهدف التحكم فى النمو السكاني، حيث أنه لا يهتم بالكم السكاني، وإنما بما يكفيه لأغراض العمالة التى يشغلها فى الداخل المحلي، أو يصدرها للعمل بالخارج.

أما رعاية الفئات الحساسة من سكان الريف والفقراء، والرضع والأطفال، وصغار الشباب، والأمهات الحوامل، والمسنين، فأمر متروك للرعاية الصحية الأولية، فى الوحدات الحكومية، الريفية والحضرية، والمستشفيات المجانية التابعة للدولة.

وإذا ما أخذنا الأهداف العشرة التى أقرتها منظمة الصحة العالمية، والتي أشرنا إليها سابقا فى القسم الخامس، لتتحقق كحد أدنى فى كل الدول النامية فى العقدين الأوليين من القرن الواحد والعشرين، كمعيار قياسي، فإنه يتوقع أن يكون إلتزام أصحاب ذلك السيناريو محدوداً لتحقيق تلك المستهدفات، حيث أن تحقق معظم تلك الأهداف يتطلب إجراء تغييرات عميقة فى البنية السياسية والاقتصادية والاجتماعية والمؤسسية، إستهدافاً للجودة والعدالة، والتجاوب مع التوقعات المتدفقة من السكان. وكمثال، فإن الهدف الأول من تلك الأهداف العشرة هو تحقق العدالة، وذلك من خلال قياس محدد، وهو مدى التحسن الحادث فى معيار تقزم الأطفال، تحت سن خمس سنوات، وصولاً إلى تناقص ذلك المعيار بواقع الخمس فى عام ٢٠٢٠، ولما كان ذلك يتطلب تغييراً عميقاً وعاجلاً، فى إتاحة الغذاء، خاصة البروتيني منه، لمجموع الفقراء، من الرضع والأطفال، مع إحداث تغيير بيئي للقضاء على الطفيليات، ومتابعة لتلك الشرائح العمرية بالنظام، من خلال تردد متكرر على عيادات الرعاية الصحية الأساسية، خلال فترة نمو الرضع والأطفال، بالإضافة إلى رعاية الأمهات: قبل، وأثناء الحمل، والمتابعة المستمرة للأُم والرضيع بعد الولادة، فإن كل ذلك يوضح لنا مدى جذرية التغيير المطلوب، وإن كان المدخل لذلك التغيير

الاقتصادي الاجتماعي مدخلا صحيا. وتلك إجراءات قد تبدو بسيطة، إلا أنها مكلفة، ومغيّرة بالكامل، لنمط معيشة الأطفال، بل وأسرهم وأحوالهم البيئية والمعيشية.

وبالطبع، فإن ذلك يقتضي إعادة توجيه التمويل المحدود المتاح، حتى في دولة نامية، ذات طبيعة رأسمالية، حيث أن ذلك التغيير يلزم أي مجتمع، في أي دولة نامية، تأخذ بالتوجه الرأسمالي، حيث يصبح من الضروري تحديد أولويات الإنفاق، إلي توجهات وقائية، ورعاية صحية أولية، على حساب سحبها من تمويل العلاج والمستشفيات العلاجية، والمعاهد البحثية المتوقعة في مبانيتها، أو توفير مصادر تمويل إضافية وضافية مخصصة للخدمة الصحية.

وبالطبع فإن إعادة توجيه الموارد لذلك المنحى، لا يتفق مع أهداف الرأسمالية، حتى لو قالت بأنها جديدة، ويتوقع أنها لن ترقى إلى مستوى الرأسمالية المعاصرة إلا بأحد حلين في المدى المنظور: إما بتعظيم سريع لفائض العمليات الإنتاجية، وتوجه متزايد لبيع الخدمات إلى الأغلبية من المواطنين، بما فيهم الفقراء، وحتى في مجال الرعاية الصحية خاصة العلاجية منها، وإما باللجوء إلى تعزيز تواجد مجتمعين في مصر واحدة، أحدهما أوربي محدود، والآخر ينمو نموا تقليديا بطيئا، في حدود ما يتاح من مدخرات وموارد خارجية مخصصة للصحة. وبالطبع، سيكون التجاوب مع التغيير الصحي بطيئا ومكلفا لفترة طويلة، وستقصر الدولة في تنفيذ التزامات التنمية الاجتماعية والبشرية، ويبدو أن الحل الثاني هو المفضل لدي أصحاب ذلك السيناريو، وإن أنكروا ذلك.

وفي السيناريو الرأسمالي، يتآكل الدور الحكومي، في تقديم الرعاية الصحية، تاركاً مساحة تقديم الخدمات الصحية، للدور والمؤسسات والمستشفيات الخاصة. وحتى المستشفيات الحكومية الموروثة فإنها ستباع للقطاع الخاص كملكية وتشغيل، أو على الأقل تظل الملكية حكومية والتشغيل بمعرفة تعاقدات مع شركات متنوعة الأغراض، أو تعاقدات مع شركة ضخمة متعددة الأغراض في نطاق إدارة وتشغيل المستشفيات، وقد تقوم الحكومة، خاصة في المراحل الأولى، بتشغيل الوحدات الصحية المتعلقة بالرعاية الصحية الأولية، حيث أنها ستكون ذات طابع مجاني، أو ذات أسعار مخفضة، مما لا يناسب أغراض القطاع الخاص. كما أنها ستكون

متباعدة، ومنتشرة أساساً في الأرياف، حيث يصعب، على القطاع الخاص، تحمل مسئوليتها، في حدود العائد المادي المحدود، المتوقع من تشغيل تلك الوحدات. أما الوحدات الصغيرة، والوحدات المجمعّة، والمجمعة في مبنى واحد في المدن، فيتوقع، في إطار ذلك السيناريو، ضمور دورها، ما لم يتم بيعها، أو تأجير إدارتها وتشغيلها. وسيتسع بجوارها دور العيادات الخاصة للممارسين والأخصائيين الباطنيين، لتقديم خدمات الرعاية الصحية الأساسية، في المناطق الحضرية، وعواصم المحافظات، وبنادر المراكز.

المنظمات الصحية والطبية الكبرى في المنظور الرأسمالي:

أما المنظمات الصحية الكبرى، فكلما كان دورها ذا طابع وقائي، أو بحثي، فستكون ذات طابع حكومي، وقد يكون أيضاً مركزياً، حيث أن الإنفاق على مثل تلك المراكز الكبرى والمنظمات، يمثل إنفاقاً كبيراً، أما العائد من ذلك الإنفاق، فسيكون في المراحل الأولى محدوداً، ولا يتوقع حدوثه قبل فترة طويلة، كما أن طبيعية مثل ذلك العائد سيكون قوياً، وباتساع القطر كله. ويمكن أن نتصور في مراحل لاحقة أن تنتقى المؤسسات الرأسمالية الضخمة، بعض تلك المنظمات، ذات الطابع الوقائي والبحثي، "مثل منظمات الأمصال والطعوم" لتنتقل ملكية مثل تلك المنظمات إليها، أو على الأقل لتديرها بمعرفتها، شرط أن يكون لها عائد سريع مستمر، كأن تختص بمنتج دوائي حديث، أو تمكن أصحابها من إكتشاف منتجات أو مستلزمات أو وسائل طبية جديدة، وتصبح تلك الشركات المحلية، أو الوكيلّة لشركات عملاقة، مالكة للمنتج، وترخص للغير باستعماله، مقابل إتفاق على عائد ينظم حقوق الملكية الفكرية، ويرخص بجواز تأجيرها.

أما منظمات الممارسة الطبية العظمى، وحتى المتوسطة، التي تختص بتقديم الخدمة الطبية للمرضى، وتدريب الأطباء، والتمريض، فيلاحظ أن تلك المنظمات تتحول تدريجياً إلى أداء الخدمة الطبية بأجر، حتى مع استمرارها داخل نطاق الملكية العامة، والإدارة الحكومية. ويتوقع مع استمرار التطور في نطاق السيناريو الرأسمالي، أن تتحول تلك المنظمات إلى ملكية خاصة، وأسهم تدور في سوق المال، أو يحصل القطاع الخاص على تعاقدات لإدارة وتشغيل تلك المنظمات، من

باطن الدولة. ويلاحظ أن تلك المنظمات يمكن أن تكون ذات عائد يومي جيد، ومولدة لإيرادات ضخمة، مما يتوقع معه أن نظم إحالة المرضى ستصب في تلك المستشفيات والمعاهد، مقابل تعاقدات سنوية متجددة، مع جهات التحويل، سواء أكانت حكومية أم خاصة. ويتوقع أيضا، أن يكون هناك تنافس واضح بين تلك المنظمات الصحية، للحصول على تلك التعاقدات الضخمة والمجزية. كما أن تدريب الممرضات، وصغار الأطباء، سينتشر في تلك المستشفيات، من خلال تعاقدات موازية للمعاهد والمستشفيات الجامعية الخاصة، والمستزايدة في تلك البنية الرأسالية.

الجهاز الصحي الحكومي في السيناريو الرأسمالي:

أما دور الجهاز الصحي الحكومي، في ظل السيناريو الرأسمالي، والذي يتوقع ابتعاده عن تقديم الخدمة بذاته، فإنه سينحصر في: وضع السياسات الصحية، وإجراءات الترخيص، والإعتماد: للوحدات، والأفراد من مقدمي الخدمة الصحية، وكذلك إقرار معايير التأكد من الجودة، وإجراءات الجودة، للعمليات التشغيلية بالوحدات ولأداء الأفراد وملاءمة مخرجات الخدمة لمعايير الجودة، وكذلك في مجالات المتابعة، والتنسيق القطاعي والجغرافي، حيث يتوقع أن يظل ذلك الدور قائماً ومتحسناً، وأن تتزايد قدراته التقنية والمعلوماتية. ولكن، في مناخ رأسمالي، فإنه يتوقع إنحياز: بمراعاته مصالح منظمات القطاع الخاص، ومصالح مقدمي الخدمة، بدرجة تفوق مراعاته لمصالح الفئات المجتمعية، المستهلكة للخدمة الصحية، خاصة في شرائحها الفقيرة والمتوسطة. وقد تتسع المجموعات الحكومية الراسمة للسياسات الصحية، بحكم إمتدادها الطبيعي لتمثيل الممولين المحليين والخارجين، ومقدمي الخدمات الصحية، عن طريق نقاباتهم وجمعياتهم العلمية، وبحكم ضعف الجهاز الحكومي، ووجود عوامل أخرى، يمكن أن تصبح تلك المجاميع هي المتحكمة في رسم السياسات الصحية، بإنحياز إلي الشرائح الأغنى، والأقل إصابة بالأمراض. بديلا عن الشرائح الأفقر، والأكثر مرضاً، والمكلفة بإنفاق صحي ممتد.

وما لم تتشكل أحلاف واسعة للمستهلكين، بمقابل تنظيمات ممولي ومقدمي الخدمة، وملاك القطاع الخاص، فإن المفاوضات التي ستدور لإسناد العقود من جهات التمويل، إلى جهات تقديم الخدمة، ستكون لصالح الطرف القوي، علي حساب الطرف الضعيف. وذلك الوضع شبيه بالوضع الحالي السائد في الولايات المتحدة، وغيرها من الدول الرأسمالية، والتي حاول رئيس الولايات المتحدة السابق (كلنتون) أن يتلافاه، بتشكيل أحلاف للمستهلكين علي مستوى الولاية، لتلعب دورا ضاغطا علي أسعار التعاقدات، الموكولة إلي جهات تقديم الخدمة ذات الصوت القوي، وذلك ضمن خطة كلنتون الصحية، التي قدمت في فترة ولايته الأولى، غير أن القوى المناوئة، خاصة قوى النقابات والمنظمات الطبية، تمكنت من إسقاط تلك الأحلام الرئاسية.

ويترتب على توقع ضعف الجهاز الحكومي، وعجزه في الدول النامية، ومنها مصر، عن وضع سياسات حازمة، لصالح المجموع السكاني، في ظل السيناريو الرأسمالي، أن تصبح العدالة مهدرة، بمفهوم عجز القدرة المادية عن دفع مقابل الخدمة الصحية المقدمة، في الوحدات والمنظمات، التي يدار أغلبها بأجر. وذلك علي الأقل في مراحل النظام الرأسمالي الأولي. وكذلك تصبح الإتاحة لتقديم الرعاية الصحية، ذات الجودة، محدودة الإتاحة لفئات القدرة، حيث تنحصر دائرة الإتاحة لأغلبية المهمشين والفقراء في المستشفيات المجانية ذات المستوي المنخفض، مما يؤكد انقسام المجتمع: إلي دائرة القدرة والإتاحة، ودائرة الفقر وعسر الحصول علي الخدمة الصحية. وخوفا مما يترتب علي ذلك، من عدم إستقرار، فيرجح أن تكون دائرة الرعاية الصحية الأساسية متاحة للجميع فقراء وأغنياء، بدرجة معقولة من الجودة، فاعلية وكفاءة، وبدون أجر. بخلاف الخدمات الطبية الأرقى والأكثر تعقيدا، حيث لا تتاح إلا للسادة والخاصة، بكفاءة وفاعلية نسبية، أما سائر المواطنين فأمامهم الخدمات الصحية المجانية بمستواها التقليدي المحدود، باعتبار ظروف التمويل المحدود، المتاح للفقراء، في ظل ذلك السيناريو.

توجه التخصص فى التعليم الطبى والتمريض:

أما بخصوص تقديم خدمات التعليم الطبى، فيتوقع تكاثر كليات الطب والتمريض الخاصة، وتحول عدد من كليات الطب والتمريض المملوكة للدولة، إلى منظمات خاصة: ملكية وإدارة وتشغيلاً، أو بالإقتصار على الإدارة والتشغيل بمعرفة القطاع الخاص، واستمرار الملكية للدولة.

٦-١٩-٤ خاتمة

يشمل ذلك العرض، التصور المسبق للأنظمة الصحية المستهدفة، لتحقيق أهداف الصحة للجميع كما يتصورها أصحاب السيناريو الرأسمالى بمختلف توجهاتهم فى نطاق التطبيق فى مصر، خلال العشرين سنة الأولى من القرن الحادى والعشرين، وهو يوضح التوجه إلى:

- أن تحقق الصحة مشاركة متسعة يساهم فيها الجميع (مقدم الخدمة، والمنتفع بها)، لإشاعة مناخ المجتمع الصحى، المتولد من مشاركة نشطة متواصلة من كل السكان، فى المجتمعات المحلية، تحقيقاً لهدف "الصحة للجميع".
- أن الصحة للجميع تتحقق من خلال:
 - التحديث التكنولوجى وخيارته
 - إعادة تصميم وهندسة: نظام تقديم الخدمة الصحية:
 - نظام تمويل الخدمة الصحية.
 - المنتجات المستهدفة لتحقيق الهدف.
 - الخدمات المستهدفة.
 - السياسات المستهدفة.
 - المساندات اللازمة لتحقيق المنتجات، والخدمات، والسياسات الصحية.
- إلترام المجتمع الإقليمى الاقتصادى والاجتماعى والبيئى، لتحقيق المجتمعات الصحية بمستوياتها (الأسرة/القرية/المدينة/المنظمات).

ولعله من المفهوم، دون الحاجة إلى إعادة تأكيد، أن جوهر السيناريو الرأسمالي، يستند إلى ربط شرائح مجتمعية بالنظام الصحي، في الدول الرأسمالية المتقدمة، وترك باقي الشرائح الاجتماعية التي نظم صحية قليلة الإنفاق، ما لم يساهم طالب الخدمة، في تحمل نصيب، ليس بالقليل، لإمكان حصوله على الخدمة الصحية ذات الجودة، مما يخلق أكثر من نوع من الجودة للخدمة الصحية، في المجتمع الواحد.

أما الخدمات الصحية ذات الطابع المجتمعي، فيقدم ذلك السيناريو نوعين من تلك الرعاية: الأولى للمدن الحضرية التي يقطنها قادرون من ميسوري الحال، وتلك المناطق يعزز نمو أنظمة رعايتها الصحية، بل ويعزل الأحياء الهامشية في تلك المدن، ويضطر لتوفير الرعاية الصحية الأساسية والوقائية لها، لخطرهما على الكل المجتمعي بتلك المدن. والثانية للمدن الصغيرة والقرى والنجوع، حيث يمكن تقديم ما يتيسر من رعاية صحية بأدنى تكلفة لأوسع قاعدة سكانية. ولعل التفاوتات المجتمعية والصحية هي النتيجة الطبيعية لمثل ذلك السيناريو.

٦ - الباب السادس : السيناريوهات

٦-٢٠ الفصل العشرون: السيناريو التآزري والسيناريو الاشتراكي

٦-٢٠-١ رؤية اجمالية

٦-٢٠-٢ تعامل السيناريو التآزري والاشتراكي مع الصحة "كحق من حقوق الإنسان"

٦-٢٠-٣ التغيرات والتحديات العالمية المؤثرة في الرعاية الصحية

٦-٢٠-٤ المتغيرات ومستقبل الوضع الصحي

٦-٢٠-٥ التوجهات الإستراتيجية لدى أصحاب السيناريو الاشتراكي التآزري

٦ – الباب السادس : السيناريوهات

٦-٢٠- الفصل العشرون : السيناريو التآزري والسيناريو الاشتراكي

٦-٢٠-١ رؤية إجمالية:

مقدمة

يتوقع أن يتسق هذا السيناريو إلى حد كبير مع تصور إستهداف الصحة للجميع، الذي تطلقه منظمة الصحة العالمية، منذ اجتماع ألما-آتا سنة ١٩٧٨، وذلك للتمتع بأعلى مستوى صحي يمكن أن يبلغه الإنسان، كحق أساسي لكل آدمي، بما يشتمله من عناصر الصحة الأساسية (الأولية).

• ويتوقع أن يكون هذا الخيار، المستند إلى حوارات واسعة في المجتمعات المحلية، والمدعوم ببروز حكم محلي منتخب بديلا عن الإدارة المحلية، المتواجدة الآن (حتى عام ٢٠٠٠) في المحافظات، ذا مشاركة مجتمعية عالية، وذا التزام سياسي، وهادف لتحقيق نمو اقتصادي، وتعاون بين قطاعات الصحة بعضها البعض، والقطاعات المحيطة بها: كالتعليم، والبيئة، والمنظمات المجتمعية.

نمط الأمراض:

بالنسبة لنمط الأمراض السائدة، يتوقع أن يكون المجتمع والدولة في ظل: شكل حكم تآزري من مختلف الاتجاهات، أو حكم اشتراكي متعاون مع التوجهات الأخرى، قادر على مواجهة الأمراض المعدية والمتوطنة، وقادر على الإسراع بتغيير نمط الأمراض السائدة، في اتجاه حلول الأمراض غير المعدية، بما يترتب عليه من زيادة في العمر المتوقع للسكان، وتناقص في أمراض ووفيات الأطفال

والرضع، وحوادث المنازل والمدارس والسيارات، وقادر على تحسين التغذية لمجمل الشعب، وبتث الممارسة للتمرينات الرياضية في المدارس والأندية وسائر المنظمات المماثلة، غير أننا لا نتوقع أن يكون قادرا على حسم الأمراض الفيروسية بذاته إلا لو حدث تغير في تكنولوجيا مواجهتها عالميا، وهو أمر متوقع في السنوات العشرين القادمة، كما أوضحنا مسبقا عند تناول السيناريو الرأسمالي. كما أننا نقدر قدرة مثل هذين النظامين التآزري والاشتراكي على تحجيم مرض السل المستجد، والقضاء على الملاريا تماما، بحكم تغير أنماط الحياة المتوقعة، تعديلا لنمط الحياة الحالي. ويتوقع أيضا أن يصبح الإقليم والمجتمع المحلي قادرا، وبدرجة كبيرة، على تغيير نمط تقديم خدمة الرعاية الصحية، بحيث تقدم للأصحاء وليس للمرضى فقط، بما يمكن من مواجهة المرض في المرحلة الأولى، ومواجهة العوامل المهيئة للمرض مبكرا، وتظل قضية مواجهة المرض في مراحلها الجينية قائمة، وكذلك تظل مواجهة الأمراض الوراثية هي الأخرى رهينة بمدى تقدم طب الخلية، وطب الجينات، والعلاج الجيني، وهو أمر متوقع أن يحدث فيه تقدم كبير جدا، خلال الأعوام المائة القادمة. لكن ما قد يتحقق منها في الربع الأول من القرن القادم، سيظل في حدود: توقع القضاء على الأمراض الفيروسية، وإمكان التحكم في أمراض القلب والأوعية الدموية بأنواعها، وإمكان القضاء على معظم الأمراض السرطانية، إن لم يكن كلها، أما التوقع الخاص بالقدرة على التحكم في بروز جين بشري صحيح ومصحح جينيا، فهو أمر مؤجل إلى بدايات القرن القادم.

٦-٢٠-٢ تعامل السيناريو التآزري والاشتراكي مع الصحة "حقوق من حقوق الإنسان"

الصحة حق إنساني لم يتحقق، وبالتحديد، في الدول النامية:

رغم أن منظمة الصحة العالمية، وأغلب دساتير الدول، بما فيها الدستور المصري تنص على أن الصحة حق من حقوق الإنسان، وأن صحة جميع الشعوب هو أمر أساسي لبلوغ السلم والأمن، وقد تم إعادة التأكيد على هذه المعاني في "إعلان الصحة العالمية" في مايو ٩٨ كامتداد لإعلان ألما-آتا عام ١٩٧٨، وإن كان بأهداف عشرة جديدة.

إلا أن أصحاب هذا السيناريو يرون أن الأغراض والأهداف، التي وضعت في عام ١٩٧٨ لتوفير "الصحة للجميع" ببلوغ سنة ٢٠٠٠ لم تتحقق بالكامل، لأسباب متعددة، ومشكلات بارزة، من بينها:

١ - ضعف المشاركة المجتمعية المحلية: بسبب استمرار الإستناد إلى مسئولية الحكومات عن توفير كامل الخدمات الصحية، في وقت وعصر يستراجع فيه دور الدولة والحكومة.

٢ - السلوكيات، وأنماط الحياة، المنافية للصحة: نتيجة لإستمرار معاناة بعض المجتمعات الإقليمية (المحافظات)، والمجتمعات الهامشية في المدن، وحتى في المجتمعات الحضرية ذات المكنة والقدرة، من تلك الأنماط الحياتية والسلوكية المتردية، ونخص بالذكر منها:

- الإستهلاك الغذائي المفرط وغير الملائم، المنتشر بين الشرائح المجتمعية القادرة، في معظم المحافظات الحضرية.
- الإسترخاء البدني وعدم ممارسة الرياضة طوال الحياة (ظاهرة مصرية عامة).
- التدخين بين الذكور في الشريحة العمرية ١٦ عاما فأكثر (ظاهرة متفشية).
- معاقرة مواد الإدمان (مشكلة حياتية وصحية متزايدة، خاصة في المجتمعات الهامشية).

٣ - قصور النظام الصحي الوطني: لا تزال النظم الصحية الوطنية غير مقتررة لأمر تنظيمية وإدارية مرتبطة بتصميم النظام الصحي، ومن بينها:

- تحليل سياسات وطرح البدائل، وصياغة الخط المقترح.
- إعادة هندسة النظام الصحي.
- التنظيم لا تزال خرائطه بدائية ومنفصلة عن مستوى التنفيذ في الواقع العملي.
- وأخيرا، ضعف التعاون بين القطاعات الصحية بعضها البعض، وكذلك ضعف التعاون والتنسيق بين الصحة ككل، والقطاعات المحيطة بالصحة

والمرتبطة بها، وما يترتب علي ذلك من غياب القدرة علي توزيع الموارد طبقاً للإحتياجات الجغرافية والقطاعية.

٤ — إفتقاد العدالة: في مجالات عديدة، من بينها:

- في توزيع الموارد.
- في توزيع الخدمات.
- في نوعية الخدمة المؤداة للشرائح المجتمعية المختلفة.
- في تخصيص موارد مجتمعية لتنمية: القوى البشرية، والمعلومات للمهنيين، والمعلومات للمرضى.
- في تعزيز الرعاية الصحية الوقائية (إنفاقاً وممارسة)، وليس في الرعاية العلاجية، كأولوية خاطئة.

٥ — سوء اختيار التكنولوجيا الطبية: فهناك إندفاع في اختيارات ليس لها أولوية، في ظل موارد محدودة، تتم علي حساب أولويتي: الوقاية، والرعاية الصحية الأولية. وتتعكس تلك الخيارات بأبلغ الضرر علي الحوامل من السيدات، وأمراض ووفيات حديثي الولادة والرضع والأطفال. كذلك يترتب علي سوء اختيار التكنولوجيا والإفراط في إستخدام التكنولوجيا الطبية بغير داع، في فحوص، وأبحاث، وأدوية، غير مطلوبة أو غير مفيدة، وهذا يؤدي إلى تصاعد تكلفة الخدمات الصحية.

٦ — سوء تنظيم وإدارة الخدمات الصحية بمستوياتها المختلفة: وذلك يحدث في رأي أصحاب السيناريو الإشتراكي والتأزري طبقاً للأسباب التي أشرنا إليها في باب النظام الصحي، في القسم الأول، وكذلك بسبب محدودية وسوء تنظيم الإحالة إلى المستويات الصحية المناسبة والمتعددة. وهم يخصون بالذكر النقاط التالية:

- بالرغم من التوجه في مصر نحو اللامركزية والتفويض، بل والإدارة المحلية، غير أنه لم يتم حتى الآن، إعداد مستوى المحافظة ومديريات الصحة بها، وغيرها من المديريات الخدمية الأخرى، بتدريب العاملين بتلك

المديرية على ممارسة القدرات القيادية، وتنمية قدرات اتخاذ القرار، مع عدم توافر موارد كافية لدى كثير من هذه المحافظات، وذلك ما يؤدي في النهاية إلى أن تصبح التفويضات بلا قدرة وبلا تمويل كاف.

• وقد آن لنا أن نعترف، بأن نظم المعلومات الصحية مازالت في مرحلة التكوين، ولا تحكمها رؤية استراتيجية ذات مراحل للتنفيذ، ومتابعات لتحقيق أهدافها المرحلية، سواء في مستويات الاداءات المركزية، أو في المستوى الطرفي (المحيطي) في المحافظات، والأحياء، والمدن، والقرى.

٧ - قصور السياسات، والخطط، المرتبطة بالموارد البشرية: ويشير أصحاب السيناريو الاشتراكي والتأزري إلي سياسات وخطط القوى البشرية التي يجب إعادة النظر فيها، وهي:

- توزيع القوى البشرية علي القرى والمدن والمحافظات.
- مستوى التعليم والتدريب، حيث لا تتوافر كوادر عالية التأهيل بنسبة كافية، بعيدا عن المحافظات الحضرية، بل بعيدا عن القاهرة والإسكندرية والجيزة.
- سد الفجوة التدريبية المطلوبة بعد التخرج، للطبيب والمرضة، بالتدريب، من خلال: بروتوكولات، وممارسة صحية جيدة للتنفيذ في الوحدات.
- ولا يزال التعليم الطبي والتمريضي والفني، في حاجة إلي إعادة نظر كاملة، في ضوء متغيرات السبعينيات والثمانينيات والتسعينيات.

٨ - ظروف ورواتب العاملين في القطاع الصحي: ويترتب علي ذلك سوء أحوال العاملين المعيشية، نتيجة لربطهم بهياكل وظيفية حكومية، ورواتب متدنية، وذلك ما يهدر محاولات التنمية غير المصحوبة بتحسين تلك الأحوال.

٩ - تدني تغطية السكان بخدمات البيئة: بما تتطلبه من العمل علي المحافظة علي البيئة النظيفة، نقية الماء، نقية الهواء، وتوفير النظم المناسبة للتخلص من الفضلات بأنواعها بما فيها البشرية، وتعزيز الجهود المتبناة للتخفيف من

أثر تدهور البيئة، وخطورته على السكان عامة، وأطفالاً وسيدات حوامل ومسنين خاصة.

ولذلك نتوقع أن يحاول أصحاب السيناريو الأشتراكي والتأزري التعامل مع تلك المشكلات البارزة، بحكم تعبيرهم عن مجمل الشرائح المجتمعية، ومحاولة تصحيح نقاط الضعف في النظام الصحي كبدائيات تمهيدية، ومتطلبات سابقة، لمحاولة وضع نظم الإصلاح الصحية المطروحة لديهم، والمحقة - في رأيهم - للتعامل مع الصحة كحق من حقوق الإنسان، مطلوب توفيرها بعدالة، لجميع المواطنين، ليس كخدمة متاحة فقط، وإنما أيضاً بنوعية وجودة ملائمة للمهنيين، ومحقة لتطلعات كافة المستهلكين لتلك الخدمات، وبعمليات وتكلفه مرشدة.

٦-٢٠-٣ التغيرات والتحديات العالمية المؤثرة في الرعاية الصحية

يرى أصحاب السيناريو التأزري والاشتراكي، أن هناك تحولات سياسية واقتصادية، عقب انتهاء الحرب الباردة، أثرت تأثيراً كبيراً على مجريات الخدمات، ضمن ما أثرت عليه، ومن المؤكد أن تلك التحولات الهائلة، ستظل فاعلة ومؤثرة، على الخدمات الصحية، في القرن الحادي والعشرين.

سياسياً: ظهرت التوجهات التالية:

- بروز موجة: الديمقراطية، والتعددية، والشفافية، والتحرك نحو اللامركزية.
- تزايد دور المجتمع المدني.
- بروز دور المجتمعات المحلية في اتخاذ القرار المتعلق بشئونها.
- تناقص دور الدولة ومنظماتها (المركزية والظرافية) بتزايد التوجه نحو التخصص، وقد أدى ذلك إلى:
 - تغير الهيكل التنظيمي للنظم الصحية.
 - تغير في إدارة النظم الصحية.
 - بروز دور المجتمع تعويضاً عن دور الدولة.
 - توقع أثار ضارة على الوقاية من المرض وعلى تعزيز الصحة.

اقتصادياً واجتماعياً: ظهرت البرامج والسياسات والمتغيرات التالية:

- برامج التوافق الاجتماعي.
- بروز سياسات اقتصادية ومالية، مصاحبة بالفساد، وسوء استخدام الموارد المحدودة الخاصة بالصحة والخدمات الاجتماعية، مما يوجب مواجهة عبء الفقر والإفقار.
- ظاهرة العولمة بإدماج الشركات الكبرى، وغلبة السوق الحرة، وتسييد حرية التجارة العالمية، مما يوجب التحوط لمواجهة العولمة وحرية التجارة.
- ثورة الإتصالات العالمية.
- التكنولوجيا الحيوية.
- تدهور البيئة.

أولاً: برامج التوافق الاجتماعي

وأصحاب السيناريو الاشتراكي والتأزري يرون أن تلك التغيرات الاقتصادية والاجتماعية، تؤدي إلي وجوب أن تتوجه الخدمات الصحية، في كافة البلدان النامية، بما فيها مصر للقيام بمحاولة لتجديد التنمية الصحية في أوائل القرن الحادي والعشرين، في إطار من التوافق الاجتماعي، كمرحلة تمهيدية، وصولاً إلي توافق في الرؤية، قدر الإمكان، بين السيناريو الرأسمالي والاشتراكي والتأزري، في مجال الصحة:

- لتأكيد تقديم الصحة للمجتمع بأسلوب جديد، يجمع بين: مبدأ العدالة، ومبدأ التضامن (توجه إشتراكي).
- للتأكيد علي دور الفرد والعائلة والمجتمع والمنظمات المجتمعية في الصحة، كما سبق إيضاحه في السيناريو الرأسمالي.
- ووضع الصحة في مكان القلب داخل إطار التنمية الشاملة، كما تؤكد عليه منظمة الصحة العالمية.

ثانيا: مواجهة عبء الفقر والإفقار:

وقد تزايدت موجة الفقر نتيجة للآتي:

- تزايد الفجوة بين الفقراء والأغنياء.
 - وأزمة الديون.
 - والقتال الأهلية (العنف) في بعض الدول، ومواجهة الإرهاب في غيرها.
 - وتحول أجزاء كبيرة من الموارد المحدودة بتلك الدول، ومن بينها مصر، إلى أغراض وسياسات التوجه نحو الخصخصة.
 - محاولات المحافظة علي الأمن والسلام الوطني.
 - والسعي إلي سداد الديون رغم ما صاحب إنفاقها من فساد وسوء إنفاق.
- وفي مصر أدي ذلك إلى تناقص الإنفاق علي الصحة بالأسعار الثابتة، آخذين في الإعتبار الزيادة السكانية، وضاعلة المتاح من التمويل المقدم من الحكومة (وزارة المالية). ويتطلب الموقف حاليا في مصر، من جهة نظر أصحاب السيناريو الاشتراكي والتأزري، التعامل مع الحقائق التالية:
- تزايد عدد المصريين الذين يعيشون تحت خط الفقر الأعلى، بما يؤدي إليه ذلك من سوء تغذية، اعتلال صحي، تزايد مرضي، عدم استمرارية تناقص معدلات الوفاة .
 - تزايد العبء علي الفقراء لشراء الطعام، وشراء الرعاية الطبية للقطاعات غير المؤمن عليها، وما أكثرهم .
 - توقف التنامي الصحي، حيث أن ما ينفق، كان ولا يزال أقل، من المعدل المطلوب الذي يلزم لتوفير الحد الأدنى للصحة الوقائية، والرعاية الصحية الأساسية.

ثالثاً: مواجهة العولمة وحرية التجارة:

وهذا المتغير مترافق مع التطورات المتلاحقة في ميادين النقل والاتصالات والتكنولوجيا. والانطباعات الأولية تشير إلى أن تأثير العولمة والتجارة العالمية سلبي، من ناحية المساواة، والعدالة الاجتماعية، والقيم، والأخلاقيات البيولوجية. وقد تم إنشاء هيكل تنظيمي لحركة التجارة العالمية، تحت مسمى "منظمة التجارة العالمية" WTO في أول يوم من عام ١٩٩٥ (بعد جولة أوجواي)، لتحل تلك المنظمة محل النظام الإداري التنسيقي السابق الخاص بالجات (الإتفاق العام بخصوص التعريفات الجمركية والتجارة). وبالرغم من الشكل العام الذي يشير إلى أن تلك المنظمة تشجع التنمية والإصلاح الاقتصادي، بما فيها حماية البيئة، والشرائح الاجتماعية الحساسة، والقطاع الصحي، فإنها تعزز أيضاً حماية تطبيق الملكية الفكرية للمستحضرات الأقر بازينية والأدوية بواسطة مجموعة قواعد تعرف بإسم "التريس"، بما يترتب عليها من احتمال زيادة تكاليف الأدوية، كما أن التوجه نحو خصخصة الرعاية الصحية، التي يتوقع دخولها مجال التجارة كخدمات تنساب في مسار التجارة العالمية بواسطة مجموعة قواعد أخرى تعرف بإسم "الجاتس"، ويتوقع أيضاً أن يكون لإنسياب تلك الخدمات بحرية بين الأقطار، فقيرها وغنيها، تأثير خطير على البلدان النامية، والقطاعات الاجتماعية الحساسة والفقيرة والمحرومة، خاصة في البلدان الأقل نمواً. وهناك تخوف لدى التوجه الاستراتيجي والتأزري، من تأثير سلبي لمثل تلك الإتفاقات ينعكس على الخدمات الصحية المجتمعية، مثل: الوقاية من المرض، وخدمات صحة البيئة، وتعزيز الصحة وترقيتها. ويتوقع أن يتحصن المنادون بهذين السيناريوهين، في مواجهة توجهات منظمة التجارة العالمية، بتخصيص موارد إضافية لمواجهة مثل هذا التوجه، وكذلك مراعاة أن تكون الأحكام الخاصة، والأحكام التفاضلية، في اتفاقات المنظمة لصالح البلدان النامية، مع مراجعة مستمرة لمدى تنفيذ البلدان المتقدمة لإلتزاماتها قبل الدول النامية، والتصدي لنقائص التطبيق بالمحافظة على تطبيق تشريعات تعلق من شأن التصدير، من البلدان النامية، ومن هنا تتضح أهمية الحرص على أن تكون الجولات المستقبلية، والتفاوضات التي تجريها المنظمة، ذات جدول أعمال إيجابي

فاعل، لتعزيز مصالح الدول النامية، خاصة بعد فشل الإتفاق على جدول الأعمال في دورة سياتل ١٩٩٩.

رابعاً: الصحة وثورة الاتصالات العالمية:

تتطور وسائل الإتصالات بسرعة مذهلة، وتتلاحق إنجازاتها بما يرقى إلي إمكان وصفها بالثورة، وترتب علي ذلك في المجال الصحي الآتي:

أ - تقدم هائل في ميدان المعلومات الصحية والطبية، والتطبيب عن بعد، وانتشار سريع لتلك المعلومات، بما يدفع بتطلعات المجتمع الصحية، ويفرض ضغوطاً على الأنظمة الصحية، ويؤثر أيضاً على السلوك الاجتماعي، وتغيير العادات الفردية، ويفرض نظرة جديدة إلى الصحة الجنسية.

ب - الآثار الإيجابية للمعلومات الطبية، والجهود العالمية المشتركة، متعددة، حيث تحقق الإكتشاف المبكر للأوبئة والأمراض، والتساند العالمي للقضاء على أى من تلك الأوبئة، ويتوقع أن يتبنى السيناريو التآزري والإشترافي تنمية الإتصالات العالمية، والعمل على الإستفادة منها على المستوى الوطنى والمحلى بتوازن، يميل لصالح الانفتاح المعتمد على الخارج، والعلاقات الوثيقة مع مصادر المعلومات، وتعظيم الفائدة المتحققة منها على مستوى المجتمعات المحلية والأسر والأفراد.

خامساً: التكنولوجيا الحيوية والصحة:

تكاد تلك العلاقة أن تكون مباشرة، وتتناسب تناسباً طردياً مع ذلك المنجز التقني الخطير، وتلك التكنولوجيا مؤثرة في جميع النظم الصحية وقاية، وعلاجاً، وتعزيزاً للصحة للجميع، ومؤثرة أيضاً على مستوى البلدان المتقدمة، والنامية، والأدنى نمواً.

ويتوقع أن يسارع أصحاب السيناريو التآزري والإشترافي إلى تبني تعظيم الفائدة لصالح مصالحهم الوطنية، ومواجهة أي احتمال لإساءة استعمال تلك التكنولوجيا بما يعود بالخطر على الشعوب النامية، أو يرفع من تكاليف تلك

التكنولوجيا، ومواجهة الآثار المترتبة على التغيير المجتمعي، في الأخلاقيات والقيم البيولوجية Biological Ethics، وسيحاول أصحاب هذين السيناريوهين سد الفجوة التكنولوجية المتسعة بين البلدان النامية، والبلدان المتقدمة، خاصة في هذا المجال، كما سيحاولان تعزيز الخبرة المناسبة اللازمة لذلك، والتوصل إلى إستراتيجية التواصل مع قواعد المعرفة العالمية (المكتبات/ الاشتراك في الدوريات/ الإتصال عن طريق الانترنت/ المؤتمرات/ الإتصال الإلكتروني، للولوج إلي المؤتمرات والمراكز العلمية...)، كما سيحاول هذان الإتجاهان رفع الخبرة الوطنية، والمحافظة عليها خوفا من أن تلتحق بالبلدان المتقدمة، بالهجرة من بلدها، كما ستوسع من قدرة أنظمتها الصحية على استيعاب تلك التكنولوجيا، ومحاولة تطويرها.

وبالنسبة لتصميم الأدوية الجديدة، واكتشافاتها، التي كانت قائمة حتى الآن على باثولوجيا الكيمياء البيولوجية للأمراض، فإن التوجه الجديد سيتبني ضرورة الإسراع بأن تستند - في القريب العاجل - تصميمات الأدوية إلي الإعتماد على التكنولوجيا الجديدة، التي تعتمد إلي حد كبير علي الدراسات في موضوع المتواليات الجينية، genomic sequences، وتحديد موقع الواسمات المتميزة المرتبطة Markings بوراثية المرض، والإستعداد للإصابة به.

أما الممارسة الطبية فسوف تتجه نحو الوقاية من المرض، وعلاج الأصحاء قبل مرضهم، بالإستناد إلي بروفيلمهم الجيني أكثر فأكثر، حيث يتزايد التعرف علي مواقع الواسمات المرضية علي الجين البشري (تم التعرف علي أكثر من ٤ آلاف عام ١٩٩٩)، وسيرحب أنصار السيناريو الاشتراكي بالذات، بهذا التوجه ذو الطبيعة المجتمعية، ومواجهة للمرض، في محطاته الأولى الفردية، بتنظيمات مجتمعية جيدة التنظيم وعالية الكفاءة.

سادسا: البيئة والصحة:

من الملاحظ أن البيئة قد تدهورت خلال عمليات التنمية المشوهة، وغير المخططة، وغير المتوازنة، وقد أدى هذا التدهور إلي تزايد الهجرة من القرى إلي المدن، واحتفظت في الوقت نفسه ببنية القرية في المدينة، خالقه لمناطق مهمشة،

تزايدت وتكاثرت في المدن القديمة، وهي تغزو حالياً بعض المدن الجديدة، بما جعل المدن حتى الكبرى منها، ومن بينها العاصمة نفسها نصف قرية ونصف مدينة، وولدت بيئتين ومجتمعين، وأدى تزاوج الفقر والهجرة إلى المدن، إلى توالد شريحة مجتمعية واسعة، تقطن مناطق المدن المهمشة، مهددة لوجودها، ووجود من حولها، ومن تخدمها من الفئات المتيسرة، وهي تعيش مريضة، وتعاني معها المدينة ككل، من:

- تلوث هوائي - تلوث مائي - تلوث غذائي.
- إعاقات وأمراض مهنية نتيجة للظروف المهنية غير الصحية للعمل.
- تلوث بالمبيدات الحشرية ومبيدات الهوام.
- تلوث بحري للمناطق الساحلية.
- تناقص مخصص المياه للفرد (أزمة مياه في الطريق)، وتلوثه في أحيان كثيرة.
- تدهور المساكن وعشوائية المناطق السكنية.
- انعدام النظافة وسوء الإصحاح.
- وذلك بالإضافة إلى المخاطر العالمية (مثل التغيرات المناخية/التلوث الهوائي/ استنزاف الأوزون/ ..)
- ويصبح الموقف أكثر سوءاً في القرى.

وسيحاول أصحاب السيناريو التآزري والاشتراكي، مواجهة تلك المشاكل البيئية المتعددة والصعبة، بسياسات تتفاوت بين التنازل الجزئي لها، أو لأي منها، بصفة مؤقتة، وبين أسلوبها المميز في حل المشكلة الرئيسية، رغم ما يترتب علي تلك المحاولة من مخاطر، وهذا الأسلوب هو التعامل مع كون المجتمع في حقيقته في مصر وغيرها من الدول النامية مجتمعين، والبيئة بيئتين، والقوي البشرية مجموعتين، ونمط الحياة نمطين، وذلك بمحاولة السعي المتدرج والمتسارع لدمجهما في مجتمع واحد، وبيئة واحدة، ونمط حياة واحد قدر الإمكان، وبذلك فقط يمكن

لمشكلة البيئة أن تعتبر محورا مركزيا، مع الصحة والغذاء، في السعي للوصول لمجتمع موحد، حيث أن التلوث والمرض ونقص الغذاء، لا يعرف حدودا اجتماعية، بل يصيب الجميع في مقتل، فلا ينهار فقراء يعانون من التلوث والمرض والجوع وحدهم، وإنما يأخذون الجميع إلى الهاوية.

٦-٢٠-٤ المتغيرات ومستقبل الوضع الصحي رؤية أصحاب السيناريو
الاشتراكي والسيناريو التآزري

الدعوة للتغيير في مواجهة تتابع المتغيرات:

نتوقع أن يتبنى أصحاب السيناريو التآزري والاشتراكي الدعوة الي، والعمل على، تغيير الواقع الصحي، ليتوافق مع تصوراتهما عن إحتياجات المجتمع المصري، في ضوء الظروف والمتغيرات المتتابة، من مدخل أن التغيير الصحي يبدأ من مدخل التغيير المجتمعي، حيث أنهم يرون أن الواقع الصحي هو واقع نابع من الكل المجتمعي، وجزء من المجتمع الكلي، وأن الصحة، بالتحديد، تحكم بواقع وقرارات من خارج القطاع الصحي ذاته، في قطاعات: التعليم، والمرافق، والبيئة، والسكان، والتغذية، والأنشطة والممارسات الرياضية، والسكن، ونمط الحياة المتبع والمروج له اعلاميا. وأن التغيير في هذه المجالات، بالإضافة للخيارات السياسية والاقتصادية والمجتمعية، هو الذي ينعكس على الصحة. بل ويرسم لها أهدافها، ومسارها، ويسرع من خطوات توجه "الصحة للجميع"، باعتباره العنصر الرئيسي الفاعل على مستوى الإقليم المجتمعي، والحكم المحلي، والتوجيه الترشيدي المركزي.

وفي مواجهة المتغيرات السريعة والمتلاحقة يتبنى أصحاب هذين السيناريوهين الدعاوي الخمس التالية:

١. الدعوة السياسية.
٢. الدعوة التنموية "السكانية والاقتصادية والمجتمعية".
٣. البيئة الصحية ونمط الحياة الصحي.
٤. الدعوة للصحة.

٥. الدعوة للقيم الصحية.

٦. الدعوة لرعاية صحية مكفولة طوال العمر

وسيتّم في الفقرات التالية تناول تلك الدعاوي الخمس، لدى أصحاب هذين السيناريوهين بالتفصيل:

١ - الدعوة السياسية لدى أصحاب السيناريو الاشتراكي والتأزري:

يعلن أصحاب هذا التوجه دعواهم السياسية كالآتي:

- فهم أنصار لدعوى التوجه العام نحو السلام، والبعدهن المغامرات العسكرية، وغير العسكرية، بل وتحديد النفقات العسكرية، بهدف توفيرها للإنفاق على الخدمات الاجتماعية، بما فيها الخدمات الصحية.
- وهم أنصار مواجهة أي صراعات عرقية أو دينية، وتحجيم أي توجيهات للعنف داخل المجتمع بما فيها النزوع للإرهاب والعنف، ويسعون لامتصاصه في أنشطة إنتاجية ومحاولات مستمرة للتنمية، وبناء البشر في اتجاهات إنسانية، استناداً لمقولات لتعارف والتضامن والتآزر المجتمعي.
- وهم يسعون لتحقيق اللامركزية في المجتمعات الإقليمية من خلال إقامة البنى الهيكلية التحتية للمنظمات اللامركزية، وتميئتها بشريا، لتوفير القدرات الإدارية والتنظيمية لديها، بما يمكن لاحقاً من نقل سلطة القرار، وصلاحيات التنفيذ، إلى تلك المجتمعات الإقليمية (المحافظات/ الأقاليم) بالإستناد الي تنمية قدرات المجتمع المحلي على المشاركة في صنع القرار، وتبني تنفيذه، وهذا التوجه ينعكس على النظم الصحية شأنها شأن غيرها من النظم المجتمعية. فهم يتصورون أنهم بناء المجتمع المدني، والحفاظ على البيئة، والقادرون على إحلال بني ومنظمات ديمقراطية، وكذلك علي تعزيز آليات وفاعليات المنظمات المجتمعية ذات الطابع الديمقراطي حكومية كانت أم أهلية.
- ويتحفظ أصحاب هذين السيناريوهين في تأثير التوجه المتزايد في ظل العولمة، نحو تعزيز دور القطاع الخاص المتزايد التوجه نحو التخصصية.

فهم يحرصون على ضرورة التوجه لتحقيق اللامركزية، وإعداد الأقاليم للتدرج وصولاً إلى حكم محلي كامل الأهلية، وإقامة البنى التحتية فى المنظمات والأقاليم، وتنمية القوى البشرية بالأقاليم، وإعادة هندسة المجتمع ليصبح مجتمعاً مدنياً. وهم يرون أن استمرارية التحكم المركزي من المركز القاهري، وغيبة المجتمع المدني، وضعف الإدارة المحلية، يوجه السياسات الصحية والتخطيط الصحي فى إتجاه بعيد عن مصالح الفقراء والمستضعفين والفئات الحساسة، ويفجر مواجهات وضغوطاً مجتمعية من نقابات العمال، ونقابات المهنيين. كما يرون أن تحقق اللامركزية والحكم المحلي دون موارد كافية، ودون إعداد جيد للبنى التحتية وللقوى البشرية، لا يحقق سوى نفقات إدارية إضافية غير ضرورية، حيث يظل الدور المركزي مستمراً بطغيانه وإنفاقه بجانب دور محلي شكلي غير قادر وغير فاعل، مع تردى الإدارة، وتنمية البشر، وصيانة الأصول، والمرافق الصحية، وسوء تشغيلها. ولذلك فهم يميلون إلى فترة انتقال، تلعب فيها الدولة دوراً رئيسياً، وتوظف فيها آليات القطاع الخاص فى العمليات التشغيلية، بطريقة متزايدة، ويُنىم فيها البشر بحيث يصبحون قادرين على إدارة وتشغيل مجتمعهم المحلي، بما فيه الخدمات الصحية.

٢ - الدعوة التنموية "الاقتصادية والسكانية والمجتمعية" لدى أصحاب السيناريوهين:

أولاً: الدعوة التنموية الاقتصادية:

ينزع أصحاب هذين السيناريوهين إلى المحافظة على الإستقلال الوطني، والدعوة للتنمية بالإعتماد على الذات، والمساندة الإقليمية والعالمية، كدول ومنظمات، ويتجلى ذلك فى:

- تحجيم الدين الخارجي، والداخلي، فى أدنى مستوى ممكن.
- إنقاص التمويل الداخلى قدر الإمكان، مع الإرتباط بمشروعات قادرة على سداد التمويل الاساسي، وتغطية الإنفاق الجارى عليها.

- المرونة في إدارة نظمها الاقتصادية، حيث كان ذلك الدرس هو ما تعلمته دول التجربة الاشتراكية السابقة، وبما فيها دول أخرى مثل مصر.
- التوجه نحو سياسات تعظم من التنمية الاقتصادية، والمشروعات المتوسطة والطويلة المدى يتم تحمل إنفاقاتها لفترة طويلة نسبياً. ويتوقع أصحاب هذين السيناريوهين أنه نتيجة لتلك السياسات والمشروعات، يتزايد نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي، وتتناقص فجوة الغنى والفقير المجتمعية، وتتناقص نسبة السكان تحت خط الفقر الأعلى (أقل من ١٠٠ جنيه شهرياً للفرد في عام ١٩٩٨)، مما يؤدي إلى تزايد منتظم في نصيب الفرد من الإنفاق الصحي، كنسبة مئوية من نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي، مع تحميل الدولة وأصحاب الأعمال بنصيب متزايد، وصولاً إلى تفوق إسهام الحكومة، وقطاع الأعمال وأصحاب الأعمال على إنفاق الفرد وأسرته من جيبه الخاص (أجرة) بنسبة ٣ : ١ علي التابع، بتوجه شبه مؤكد نحو نظم تأمين صحي، ذي طابع إشرافي حكومي، وصندوق تمويلي مركزي منفصل عن جهات تقديم الخدمة، وإنما يتعاقد معها ويتابع أدائها. وتمثل هذه الحقيقة جوهر الإصلاح الصحي المرتقب من أصحاب هذين السيناريوهين، وهي نقطة تمايزهم الرئيسية عن الإصلاح الصحي المرتقب، في مفاهيم السيناريوهات الأخرى.
- يركز أصحاب هذين السيناريوهين على هدف ضمان العدالة، والتضامن المجتمعي، للحصول على خدمة صحية كفته بأقل قدر من التمايز بين المحافظات الحضرية وغير الحضرية، وبين القرى والريف، وبين المتعلم وغير المتعلم، مع إنحياز بالمساندة التمويلية للفئات الحساسة، والمجموعات البشرية الفقيرة، والمهمشة. وهم في ذلك يختلفون مع أصحاب السيناريوهات الأخرى، الذين يميلون إلى نقل عبء التمويل الخاص بالرعاية الصحية من الحكومة إلى الأفراد والأسر، من خلال فرضهم لرسوم إضافية - بخلاف التمويل من الإشتراكات - عند الحصول على

الخدمة، والدعوة لمشاركة المواطنين لتحمل المخاطر، بالإنضمام إلي مشاريع تأمينية، بما قد يفوق إمكانياتهم المادية.

- ويتمركز حوار أصحاب هذين السيناريوهين مع السيناريوهات الأخرى في التزامهم الفكري والتوافقي قبل مواطنهم، ثم في صعوبة تجميع تلك المبالغ المحدودة المسماة بالإسهامات عند الحصول على الخدمة، حيث أن العائد بعد خصم الإنفاق الخاص بالعمالة المنتشرة في الوحدات لتجميع تلك الإسهامات، المقدمة من الفقراء، لا يكون عائداً مجزياً، بقدر ما يمثل من وقت ضائع، وباب للفساد القاعدي في الوحدات الصحية، ويتعذر أن يدفع المواطنون إسهامات ملموسة عند سحب الخدمة من منافذها بالوحدات بسبب أنهم يدفعون في كثير من الخدمات الأخرى ما هو أكثر من قدراتهم المحدودة حتى لو كانوا فوق خط الفقر العلوي (فئات متوسطة). وكذلك فإن أعداد العاملين في القطاعات غير الرسمية، والعاملين لحساب أنفسهم كثيرون ومبعثرون، في جميع قطاعات الإنتاج والخدمات والاقتصاد الهامشي وما يسمى بالاقتصاد السري، وهذا يجعل جمع الإشتراكات ذاتها عملاً متعزراً ومتعسراً، وينصرف نفس الموقف الصعب إلي تجميع الإسهامات عند سحب الخدمة، كما أن أفساط إسهاماتهم التمويلية في الإنفاق الصحي (التأمين مثلاً) لا تمثل إلا قدرأ ضئيلاً من الحصيلة المتوقع جمعها، بما يجعل تلك الشريحة تنصرف عن إختبار الإندماج في النظام الصحي والبقاء خارجه فريسة لحادثة لا تجد علاجاً سليماً وسريعاً، ومنقذاً من الموت، ومن المضاعفات، أو لمرض خطير يتطلب إنفاقاً باهظاً، حيث يحلّون مشاكلهم بالموت، أو بالعجز ليتزايد طابور ذوى العاهات. ولذلك يفضل أصحاب هذين السيناريوهين، تجميع نسب من التأمينات الإحتماعية خصماً من العامل وصاحب العمل، ونسب من التراخيص المتجددة كل فترة، عن كل عامل أو صاحب عمل في القطاعات غير المنظمة، وعند

الترخيص لقيادة السيارة ومايمثلها، وتحل وزارة المالية ووزارة التأمينات الإجتماعية مكان صاحب العمل والعامل إذا لم يكن قادراً أو كان معاقاً...، وبالطبع، فإن إنضمام الفرد إلي التأمين الصحي يغنيه عن التعامل مع المستشفيات المجانية، ويتيح الحصة التمويلية التي كانت تستخدم في الإنفاق المجاني عليه لتصبح متاحة للتوظيف كإنفاق تأميني، لتغطية إنفاقه التأميني الجديد، مقدماً عن طريق الخزنة أو الشئون الإجتماعية، طبقاً للأحوال. وبالطبع، فإن تجميع التمويل يصبح ممكناً ويسيراً، بأن تقوم تلك الجهات بإرسال الحصص المستحقة إلي صندوق التمويل التأميني.

- وأخيراً، فإن أصحاب هذين السيناريوهين، يقومون بتنظيم موارد إضافية لقطاع الصحة بدعم وتنمية القطاع الصحي غير الحكومي (منظمات أهلية/ جمعيات غير حكومية) لتغطية فجوة نقص الموارد المخصصة للصحة، وجذب المشاركة المجتمعية المنظمة من خلال القطاع الأهلي بالمحافظات، والتبرعات الخيرية ذات المصدر الديني أو المصدر البيئي أو المجتمعي.
- أما بالنسبة لدور القطاع الخاص، والذي يقدم في مصر حالياً ما يزيد عن نصف الإنفاق اللازم للخدمات الصحية، فيسعى أصحاب هذين السيناريوهين، إلى المحافظة على إسهاماته من خلال القطاع الخاص في الخدمة الصحية، ولكن في حدود أقل من النصف، وقد تصل إلى الثلث أو أكثر قليلاً، حيث أنهم يرون أن القطاع الخاص يقدم آليات نشطة لتنظيم أداء الخدمات الصحية، غير أنهم يتخوفون إزاء جودة الرعاية الصحية التي يقدمها، وإزاء العدالة التي يوفرها فيما يتعلق بالحصول على هذه الرعاية، وإزاء الإتاحة في المناطق والقرى البعيدة عن الحضر، ولذلك يسعى هذا الإتجاه لتغطية تلك الفجوات بدور القطاع العام والحكومي، كما يرى أصحاب هذا الرأي ضرورة إستمرار الدولة (وزارة الصحة) بتنفيذ البرامج، والآليات الرئيسية ومنح التراخيص الطبية، للمؤسسات والأفراد،

ووضع المعايير، وجداول الرسوم، وضمان الجودة، وسياسات تنظم دور المستهلك، بالإستناد إلى نظم الترخيص، والإعتماد، والجودة.

ثانياً: الدعوة التنموية السكانية:

يتوقع أن يكون التوجه الرئيسي لهذين السيناريوهين بالنسبة للخصائص السكانية إلى:

- الدفع في اتجاه تناقص الزيادة السكانية مع المحافظة على تناقص نسبة الوفيات المطردة.
- تناقص نسبة المواليد من خلال سياسات توسيع قاعدة التعليم، وتزويد من سن الإلزام حتى الثانوية العامة، أو ما يعادلها من المدارس الفنية شاملة البنات بالمماثلة بالذكور، وتعظيم توظيف الإناث، وزيادة عدد العاملات والموظفات.
- والدفع في اتجاه مزيد من المدن، ليعيش فيها مزيد من المواطنين، بما يترتب عليه من تأخر سن الزواج، وقصر فترة الخصوبة، وكذلك من خلال تبني سياسات تزيد من الفترة البيئية (أى بين حملين متتابعين) للسيدات الحوامل، بما يؤدي إلى عدد أقل وأكثر صحة من الأبناء، وأخيراً فيتوقع أن تكون تكلفة تنشئة الأطفال وإعالتهم، حتى سن الشباب، أعلى وتزيد بمرور الزمن، بما يؤدي إلى عدم القدرة على تنشئة أعداد أكبر من الأطفال، ففى الأسرة الواحدة، وذلك ما يعنى تناقص عدد أفراد الأسرة النووية. ويتوقع أن يصل التناقص فى الزيادة السكانية إلى أقل من ١,٥%، وأن يتجاوز سن الزواج فى الإناث ٣٠ عاماً، وأن يقترب متوسط العمر المأمول بما يتجاوز السبعين عاماً، وأن يتزايد عدد السكان المسنين إلى أكثر من ٥%.
- تزايد التوجه فى النمو الحضري السريع: ويترتب عليه التطور فى أحد اتجاهين:
 - إذا تم التحكم فى تغلغل الفقر، فإن الأحياء فى المدن الحضرية، والمدن الجديدة، وعموم السكان، سيكونون فى وضع صحي أفضل، ونمط

حياة أكثر صحة، وتغيّر صحىً فى إتجاه الأمراض غير المعدية، والتوجه الأفضل لتوقى المرض بعلاج الأصحاء لمنع الأمراض، وظهور مجتمعات صحية، (مدن وقرى ومنظمات)، وخصوبة أقل لدى السيدات، ونمو السكانى متحكم فيه.

○ أما إذا لم يتم التحكم فى تغلغل الفقر، فإن البيئة ستظل ملوثة، بل أكثر تلوثاً، وعموم السكان فى وضع صحى عام متدن، ويصبح نمط الحياة أكثر أمراضاً وحوادثاً، والعوامل المهنية للمرض تكون غير متحكم فيها. والتغير الصحى يسير ببطء فى اتجاه الأمراض غير المعدية، حيث تظل الأمراض المعدية متسيدة لفترة أطول، ويظل العلاج – وليس الوقاية – للمرض هو محور السياسات والأنشطة الصحية، وقد يظل النمو السكانى غير متحكم فيه بدرجة كافية.

وعموما فإنه من المتوقع أن تتجاوز نسبة السكان الذين يعيشون فى الحضر نسبة ٥٥%، وقد تصل إلى أكثر من ذلك، إذا ما تحسنت الظروف المعيشية، وتجاوز دخل أغلبية الفقراء خط الفقر الأعلى، وأصبح مؤشر الفقر ومرتبته فى وضع أفضل (مصر رقم ٥٥ من بين أفقر ٨٦ دولة- تقرير التنمية البشرية لعام ٢٠٠٠).

ثالثاً: الدعوة التنموية الاجتماعية:

وهذا التوجه: شاملاً للصحة، والتعليم، والدعم، والمساعدة الاجتماعية، وتوزيع المياه والصرف الصحى، لا يمثل حالياً سوى حوالى ٣١% من الإنفاق السنوي الحكومى (أقل من ٣٠ مليار جنية سنوياً).

ويتوقع أصحاب السيناريو التآزرى والاشتراكى زيادة نسبة التمويل لتلك الخدمات الاجتماعية سواء من مصادر التمويل الوطنية، أو من مصادرها الأجنبية، وذلك حتى يتسنى لهم تحقيق المأمول من وصول التعليم إلى الكافة، والحيلولة دون التسرب فى مرحلة الإلزام، والإرتقاء بمرحلة الإلزام إلى الثانوية العامة، أو ما يعادلها، بدلاً عن الاكتفاء بالمرحلة الإعدادية الحالية، وقد يرى

أصحاب السيناريو التآزري تحصيل بعض الرسوم مقابل الإنتفاع لأداء عدد من هذه الخدمات، مع كفالتها بالمجان لشريحة كبيرة من غير القادرين "الأغلبية".

وقد يرى أصحاب هذين السيناريوهين - إذا توافرت لهم مصادر التمويل اللازم - أن يتوسعوا في التعليم الجامعي، أو ما يعادله، وصولاً إلى ثلث الشريحة العمرية المرتبطة بهذا النوع من التعليم، بدلاً من الإكتفاء بأقل من ٢٠% من الشريحة العمرية في سن التعليم العالي كما هو الواقع حالياً (بما يعادل ٦% من إجمالي السكان).

وعموماً، فإن تحقق مثل هذه الطموحات، في هذين السيناريوهين، رهين بأمر هام وهو معدل النمو العام المتوقع، فإذا ما وصل هذا المعدل إلى ٨% واستمر كذلك لمدة عشرة سنوات، فيمكن تصور: تحقق الوصول بتلك الخدمات الاجتماعية إلى ٥٠% من ميزانية الإنفاق الحكومي، وتحقيق الإلتزام بتعليم الكافة حتى الثانوية، واتساع دائرة التعليم الجامعي، وتوفير شبكة معلومات واسعة لاستعمال المواطن على الإنساع، وتغيير دور المنظمات الدينية والأهلية إلى بؤر استنارة، وتعليم، وتدريب، وصحة، وترشيد إلى نمط حياة مجتمعية أفضل، وسلوك أكثر تحضراً. أما إذا لم يتجاوز معدل النمو العام ٤% على مدار سنوات العشر القادمة، فسيظل الأمل ذو طابع نظري بعيداً عن التحقق.

٣ - الدعوة إلى البيئة الصحية، ونمط الحياة الصحي لدى أصحاب السيناريوهين:

أولاً: البيئة الصحية وتعزيزها:

- يسعى أصحاب السيناريو التآزري والاشتراكي إلى:
- تأمين الحصول على ماء صالح للشرب في أماكن الإقامة (منزل/عمل/شواطئ...) وضمان خلوه من التلوث ووصوله إلى الجميع.
- التوسع في المرافق الصحية ووصولها إلى القرية.

- الإلتزام بالمحافظة على الهواء نقيًا، خاصة في المدن الصناعية والتخلص من التلوث الهوائي، في القاهرة والإسكندرية ومناطق القناة على وجه التحديد.
- العمل على أن يكون الغذاء مأموناً في إنتاجه، وتداوله، ووصوله إلى المستهلك.
- تدبير أمور الكيماويات والفضلات الضارة والخطيرة .
- مكافحة نواقل المرض.
- ترقية المدن لتصبح "مدنا صحية" واستمرارها بحالة صحية جيدة بمشاركة ومراقبة السلطات الصحية المركزية، ومتابعة اتباع المعايير الصحية والقواعد المرجعية المقررة.
- مواجهة أضرار: الجفاف، والتصحر، وتلوث الشواطئ.
- التعامل مع التلوث الضوضائي، ودوام نظافة المدينة.

فهم يتعاملون مع المجتمع ككل أي كوحدة واحدة، بمعنى السعي لإزالة المناطق الهامشية، وإحلال مناطق صحية مكانها في المدن، لتصبح المدينة صحية ككل، ويقومون محطات الترصد البيئي لضمان إستمرارية البيئة السليمة، ويتوقع في تقديرهم أن تتم مراجعة كل التشريعات، وتوحيد التشريعات البيئية المتعددة في تشريع تفصيلي ضخم موحد، وتحديد دور الجهات والأفراد، وإلتزامات كل منهم، ومتابعة التنفيذ.

وقد يطمح أصحاب هذين السيناريوهين، إلي تحقيق بيئة مجتمعية صحية في القرى، باستهداف "قرى صحية"، ودعم مثل هذا المشروع، إذا أمكن توفير تمويله بما ينقص من الفارق بين القرية والمدينة.

كما يتوقع توظيف جهاز الإعلام لأغراض الترشيد الصحي، وانسياب الملاحظات المرشدة للبيئة الصحية بواسطة الأعمال الفنية والأدبية، بهدف خلق وعي بيئي وصحي جديد.

ويتوقع أن ترصد تمويلات لزيادة المساحات الخضراء بالمدن، وشق الطرق لتحسين أحوال النقل العام، وزيادة الإنفاق لتنظيم عمليات المرور، والسعى إلى مدن أقل ازدحاماً، وتوزيع أفضل للمنظمات والموارد الخدمية بدلاً من تمركزها فى أقاليم، أو فى أحياء بعينها، وأخيراً، فإن مدى تحقيق تلك المتطلبات، رهين بالإمكانات المحتمل توفيرها لتلبية تلك الأولويات، التى يراها أصحاب هذين السناريوهين، سواء أكانت هذه الإمكانيات: مادية (خاصة التمويلية)، أم بشرية (تنظيم وتدريب)، أم تطوير أنظمة لإدارة تلك المشروعات، وتحقيق تلك المستهدفات.

وسيحاول أصحاب هذين السناريوهين التعامل مع نقص نصيب الفرد المصرى من الموارد المائية المتجددة، بحكم تزايد عدد الأفراد، والثبات النسبي لحصة المياه المتاحة من مياه النيل السطحية، وذلك باللجوء إلى:

- زيادة عدد الآبار الجوفية (العميقة) فى مجاورات الوادى والصحارى، مع المحافظة على سلامة تلك المياه وتجدها.
- اللجوء لترشيد استعمال المياه فى الزراعة، بطرق الري الحديثة، وزيادة توظيفها (الري بالرش والتنقيط).
- زراعة المناطق الجديدة بنباتات قليلة الاستهلاك للمياه.
- تخليق بحيرات بجنوب البلاد، والمحافظة على بحيرات شمال البلاد، كمخازن احتياطية، وتوفير رصيد مائي.
- تخزين أفضل لمياه الأمطار القليلة خاصة بالسواحل، والمحافظة على مياه السيول.
- إعادة تدوير مياه الصرف الصحي وتوظيفها، ودعم الرصيد المائي الزراعي.
- ترقية حصة النهر لجميع دول الحوض، بتوظيف التكنولوجيات المائية النهرية المتاحة فى حينه. وبما يقلل الفاقد: تبخراً، ونحراً، وتسرباً. وبما يحافظ على نقاوة الماء، والبعد به عن التلوث.
- متابعة الجديد فى تكنولوجيا تحلية مياه البحار، ومدى القدرة على توظيفها فى الأغراض الزراعية.

كذلك سيحاول أيضا، أصحاب هذين السيناريوهين، التأكيد علي السلامة في أثناء العمل، بإصدار الكتيبات الترشيدية، للمحافظة علي السلامة المهنية أثناء أداء الأعمال. وهندسة الأداءات البشرية لتوظيف المجهود الملائم لإنجاز الأعمال، وسلامة الأداء المهني، بأدنى قدر من الإصابة والضرر، وتدريب العاملين عليها، ومتابعة تنفيذ تلك التوجيهات.

ثانياً: نمط الحياة الصحية:

ويسعي أصحاب هذين السيناريوهين إلي المحافظة علي الرصيد الصحي الثمين، الذي يملكه كل فرد، وتنمية هذا الرصيد تكون في رأيهم: بتوقي المرض، وتعزيز السلوك الصحي، بمعنى إتباع نمط حياتي (معيشي) إيجابي معزز للصحة، وذلك دور تقوم به: الدولة (الحكومة) - المنظمات - الأسر - الأفراد، من خلال:

الدعوة للأنظمة والأساليب والقيم المعززة للصحة، والتغيير من السلوكيات السلبية المهدرة للكنز الصحي الثمين، بتبني :

- التمارين الرياضية.
- أتباع نظم الغذاء السليم المناسب المتوازن.
- الإمتناع عن التدخين والمسكرات.
- والترويج لهذه الدعوة من المداخل التي تتناسب مع البنية المصرية وتوظيف أجهزتها الإعلامية وأجهزة الاتصال بها لهذا الغرض.
- تشجيع إقامة النوادي الصحية والنوادي الرياضية، وتعزيز السلوكيات الصحية، وعدم دعم المواد الضارة، أو الترويج لها، أو السلوكيات الضارة بالصحة، وتوظيف الحملات المضادة للتدخين، وحملات الرعاية الصحية، خاصة في الأرياف، والمناطق النائية.
- دعم وتشجيع الدعوة للتنمية الشاملة المتكاملة للمجتمعات المحلية، والدعوة لمشاركة سكان المجتمع المحلي للمشاركة في إتخاذ القرارات، وتنظيم مجتمعهم، والمشاركة في إدارته، وتعليمه شأن الممارسات الديمقراطية، التي تعتمد علي الحوار، والاعتماد علي الذات، باعتبار أن كل ذلك مدخل عملي لتطبيق أنماط الحياة الصحية .

- إعادة توجيه المؤسسات بأنواعها، الصحية، والتعليمية، والتدريبية، والإعلامية بما يعزز الصحة، ويشجع علي اتباع النمط الصحي في الحياة، ويعمل علي تغيير مناهج تعليم التلاميذ، بحيث تشمل تلك المناهج علي السلوكيات الصحية ذات المردود العملي، خاصة في المواد التي يتعلمونها في السنوات الأولى من تعليمهم.
- أما المؤسسات الصحية، فيري أصحاب هذا التوجه، إضفاء بعد إنساني في ممارسة المهنة الصحية، بما يجعلها رسالة، وليست حرفة فقط، وذلك عن طريق برامج التعليم المستمر لجميع المهنيين الصحيين، والعاملين في القطاع، وكذلك برامج التثقيف الصحي العام والخاص، لجماهير المنتفعين بالخدمة.

٤ - الدعوة للصحة لدى أصحاب السيناري الاشتراكي والتآزري:

المنظور الصحي العام:

يتبنى أصحاب هذا التوجه (الاشتراكي والتآزري) شأنهم شأن غيرهم دعوة "الصحة للجميع" امتدادا للتحسن المتحقق في الواقع الصحي، غير أنهم يختلفون في ميلهم لتخصيص موارد مادية أكبر، وموارد بشرية أكثر، وتنمية بشرية أعلى، وحرص علي إدارة وجودة متميزة مماثلة لجودة الطرح الرأسمالي، من منظور أكثر، عدلا وأشمل تضامنا، ومستهدفا لتغطية شاملة لكل السكان.

ويسعى أصحاب هذا التوجه إلى:

- نظام صحي وطني، يعتمد علي القطاعين العام والخاص، ويركز علي سد الفجوة بين الأغنياء والفقراء، فيجعل الخدمة متاحة بكفاءة وإنسانية لجميع المواطنين.
- ويحاول أن يقلل من الفجوة بين العرض والطلب، حيث أن استمرارية تلك الفجوة ستكون حصيلتها خدمة متدنية، علي حساب أشد الفئات فقرا وضعفا ومرضا، وهي أكثر الفئات احتياجا للرعاية الصحية.

- كما يحاول أصحاب هذا التوجه، معالجة ضعف السياسات، وقلة الموارد المتاحة للرعاية الصحية الأولية للجميع، ونقص المديرين الأكفاء لمختلف مستويات الخدمة الصحية.
- ويشدد أصحاب هذا التوجه، في الدعوة لأولوية إختيار ودعم الرعاية الصحية الأولية PHC، ودعمها، قبل أولوية الرعاية العلاجية، خاصة في مستشفيات المستوى الثالثي المستحوذة حالياً علي أغلب الإنفاق الصحي (في قطاع الصحة، والهيئات الصحية، والمستشفيات الجامعية، ومستشفيات الوزارات الأخرى)، والمتمركزة في الحضر والعواصم الكبرى.
- ويستند أيضا أصحاب هذا التوجه، إلي ضرورة إحداث تكامل بين برامج الرعاية الصحية الأولية، وبرامج التنمية الاجتماعية والبشرية، وتلبية الإحتياجات التنموية الأساسية في الإقليم المحلي، وهم يرون أن العناصر الحاكمة للصحة أصبحت الآن، مجتمعة، خارج القطاع ذاته، ومن هنا أهمية التكامل المشار إليه.

وقد يفضل أصحاب السيناريو الاشتراكي ان يكون برنامج الرعاية الصحية الأولية، جزءا من برنامج التنمية المجتمعية والبشرية، يخرج من إطاره (كجزأ منه) ولا يبني خارجه، ثم يتم التكامل بينهما (باعتباره فرعا من أصل، وليس أصلين ينسق بينهما).

كما يتبنى أصحاب هذين السيناريوهين، أن يكون هناك دور ومهام ليس للجهاز الصحي فقط، وإنما للمجتمع خارجه بعناصره (الفرد/الأسرة/المنظمات) ويتبنى الجميع إيراز نمط للحياة معاد للمرض، معزز للصحة، دافع للسلوك الصحي، ومقاوم للسلوك غير الصحي للتعامل مع الأمراض المعدية (السارية) والقضاء عليها، والتعامل مع الأمراض غير المعدية (غير السارية) وتحجيم إنتشارها، والتعامل مع العوامل المهينة لظهور أمراض مثل: الأمراض القلبية الوعائية، والسكر، والسرطان، ومشكلات الصحة النفسية، والإصابات، وحوادث المرور على الطرق.

ويتبنى أيضا أصحاب هذا التوجه، التوسع في إنشاء شبكة المعلومات على اتساع الجمهورية، ونشر المعلومات المتنوعة المستهدفة لإنارة أفراد المجتمع بالمرض وتوقيه، والبيئة ومخاطرها، وممارسات السكان المعززة للمرض، وخطرها، من خلال برامج "المعلومات الصحية للسكان"، بخلاف تبنى البرامج المعلوماتية للمهنيين والفنيين، داخل القطاع الصحي وخارجه.

٥ - الدعوة للقيم الصحية:

منظور الأصالة والمعاصرة:

بالرغم من أن أصحاب السيناريو الاشتراكي بالذات يتبنون الدعوة للتقدم والجديد والمعاصرة، إلا أنهم أيضا شأن دعاة النأف والتآزر متعدد الاتجاهات يتبنون الإستادة إلى الأصالة والإيجابيات التراثية، خاصة وأن جمهورية مصر العربية تستند إلى تراث ضخم من القيم والتقاليد أكثرها إيجابي، يوفر أساسا متينا لصياغة سياسات "الصحة للجميع". وهذا التوجه يختلف عن التوجه في سيناريو الدولة الإسلامية وفي السيناريو المرجعي، باعتبار أن أيا منهما يستند الى كل رصيد القيم والتقاليد، بما فيها القيم والتقاليد السلبية المناوئة لإستمرارية التقدم والمعاصرة، حيث أنها ترى الجديد في الدعوة للقديم، في فترات عهوده الذهبية، التي يُتمنى عودتها، كما أن هذين السيناريوهين يختلفان أيضا عن السيناريو الرأسمالي، الذي يندفع ليطيح بالقديم في مجمله، ما لم يتعارض ذلك مع مصالحه، مستبدلا تلك القيم، بقيم السوق، والعرض والطلب، ومصححا لأخطاء السوق بآليات تصحيحية، يرى ضرورتها، لتسكين الشرائح المناوئة لسيطرة مفهوم الربح والسوق، خالقا، وهو يدري أولا يدري مجتمعين في أرض واحدة، وموظفا تقدمه وتقنيته ونظامه المعلوماتي، وبالتالي نظمه الخدمية (بحثا، وتعلما، وصحة، وثقافة) لتخدم مجتمع الغنى والقدرة أولا، ثم ليصحح سلبيات مجتمع الفقر والجهل والمرض قدر الإمكان والإقتدار، ومنتظرا للتطور التقني ليعزز تدخلات تقنية جديدة، بأقل تكلفة، لخلق مجتمع أفضل وأكثر توحداً.

القيم الرئيسية :

ويجزها أصحاب التوجه الإشتراكي والتأزري في النقاط التالية:

١ - الصحة مطلب إنساني، وحق من حقوق الإنسان، وليست سلعة مطروحة في سوق الخدمة. ويرى أصحاب السيناريو الرأسمالي قصر هذا الحق على الرعاية الصحية الاساسيه للكافة، وترك الرعاية الصحية العلاجية بمستواها المتقدم (أغلبية الثانوي والثالثي) للسوق (عرضا وطلباً)، والمساندة (لمن لا يقدرن). علي حين يرى دعاة التوجه الإشتراكي والتأزري تبني الموقف الذي ينادي بأن الصحة بكافة مستوياتها حق للجميع، ويشاركهم نفس الموقف أصحاب سيناريو الدولة الاسلامية، وبالرغم من ذلك التوافق بين التوجهات المتباينة فإن المبادئ لا تعني القدرة على وضع هذا الحق موضع التنفيذ، وهنا يتفاوت الموقف، حيث ان الطرح لممارسة الصحة كحق يستند أساساً الى: القدرة الاقتصادية، والتقنيه، والأداء الإداري، والمهني، وهنا تتفاوت القدرات التنفيذية لأصحاب السيناريوهات المختلفة.

غير أن أصحاب التوجه الإشتراكي، يرون أن هذا الالتزام ليس أخلاقياً فقط، وإنما هو عامل حاسم في التنمية البشرية والاجتماعية، وبدونه لن تبدأ عجلة التنمية في الإنطلاق، ويرون ترجمة هذا الحق ليس الى مقولة نظرية أخلاقية إنسانية فقط، وإنما إلي ترجيحه بما يعطى تحققه في قطاع الصحة بعداً عملياً، ليصبح مطلباً أساسياً يفرض نفسه على الموارد المتاحة، وتقطتع حصة الحق في الصحة من الموازنة العامة للدولة التي يتوقع أن تصل في رأيهم إلي ١٠% على الأقل في عام ٢٠٢٠، بالإضافة إلي إسهام من القطاع العائلي ومن أصحاب الأعمال، بمبلغ مماثل لإسهام الدولة. وتصبح الصحة محكاً للإختبار في قدرتها الهائلة المتوقعة، في دفع عجلة التنمية الاقتصادية المجتمعية البشرية، عندما يمتلك البشر الشروط، التي تمكنهم من بلوغ أقصى ما يمكن من الرصيد الصحي، للإنتاج وللمتعة بالحياة، والإحتفاظ برصيد صحي مستقبلي.

٢ - الصحة تتوجه نحو العدالة، وتركز على التضامن:

أ - العدالة: يرى أصحاب السيناريو الاشتراكي والتآزري، أن العدالة هدف رئيسي لضمان حصول الجميع على رعاية جيدة كافية، بلا تمييز بين الأفراد أو الفئات أو المجتمعات، ويرون أن أي إصلاح صحي لا يستند الى العدالة إنما هو إصلاح منقوص، وأن أي محاولة لتحسين النظام الصحي، ورفع كفاءته، وزيادة فاعليته، لابد أن تحقق أوسع قدر من تطبيق العدالة بلا تمييز.

ب- التضامن: يرى أصحاب السيناريو الاشتراكي والتآزري، أن التضامن المجتمعي معززا بالتكافل بين الأفراد بمعنى أن تعزيز المريض يكون بتكافل المجتمع له وبتضامن الأصحاء معه، وليس هذا كلام نظري في رأيهم، لأنه يمكن أن يتحقق بأشكال التأمين الصحي، حيث يدفع السليم صحيح البدن طوال حياته اشتراكا ماليا منتظما، رغم عدم حاجته نسبيا إلي العلاج خلال فترة إرتفاع الرصيد الصحي في الشريحة العمرية من ١٥ الى ٤٥ سنة، وتم دفع التمويل وتجميعه لمساندة وتعزيز صندوق التأمين الصحي، الموظف أساسا لصالح الشريحة العمرية الأكبر سنا (فوق ٤٥ سنة) وكذلك لإستخدام أكبر للشريحة العمرية فوق ٦٥ سنة وفوق ٨٠ سنة، وبالطبع ، فإن المشترك في النظام التأميني سيمتفيد مستقبلا عندما يكبر في السن، ويكفله بدوره الأصغر سنا، بما يودعه كإشتراك في صندوق التأمين. إن هذا المعنى في رأيهم هو التجسيد العملي للتضامن، والتكافل المجتمعي، في القطاع الصحي.

ومن ناحية أخرى فإن تضامن القطاع الصحي، بمختلف مكوناته، وبتعدد فئاته، مع الدعم المجتمعي، إنما يهدف أساسا الي إتقان العمل، وتعزيز البحث العلمي، ونشر المعرفة الطبية، وإتاحة التقنية المناسبة، بما يجعله نموذجا للإنجاز، إذا ما استند إلي كفاءة وجودة في التنظيم والإدارة، ويرون أن الديمقراطية والتشاور، هما أساس إشاعة مناخ التضامن والتكافل، من أجل الهدف الواحد. كما يتفقون علي أهمية إدارة الجودة الشاملة TQM التي تعمل على إشاعة مناخ الإنتماء والإنغماس

في أداء الواجب، وإتقان العمل، وذلك عندما يشيع ذلك المناخ، ويعم بين كافة العاملين في المنظمة، وفي سائر المنظمات المجتمعية.

٣ - القيم والأخلاقيات:

بمعنى أنها المصادر الرئيسية التي تصاغ منها القواعد والداستير والقوانين، سواء منها ما هو مدون مكتوب مثل القوانين والقواعد المهنية، أو ما يتوجب أن يراعى كقيم وبناء مجتمعي أخلاقي، وكلاهما يحدد العلاقات والسلوكيات، ويشترك في صياغة السياسات، ويتجلى ذلك في:

- إحترام الحياة في كل صورها، والحياة البشرية على وجه الخصوص.
- إحترام الإرادة الإنسانية، وخيارات الإنسان (بغض النظر عن الإتفاق والاختلاف).
- أداء أعمال ذات طبيعة إنسانية وخيرية، وتجنب أعمال ضارة وخطرة، إنطلاقاً من سلوك مجتمعي: حافز لأعمال وسلوكيات معينة، ومنفر من آداءات وأعمال أخرى.
- النزوع نحو العدالة والمساواة بين بنى البشر.
- السعي لتجديد الإطار الأخلاقي والقيمي، الموجهة للتطور المعرفي والعلمي التكنولوجي، في ميادين جديدة، مثل البيولوجيا الجزيئية، والإستساخ، والهندسة الوراثية، ونقل وزرع الأعضاء، واحتمال تخليق الأعضاء، بحيث تتواكب تلك القيم مع ظهور تلك المعارف، وتكون ثمرة لحوارات متسعة، ذات أرضية مهنية وعلمية واجتماعية وإنسانية.

٤ - المنظور الجنسوي:

وهذا المنظور أصبح ضرورة حيوية لوضع وتنفيذ السياسات الصحية العادلة، وذات الفاعلية، وهو منظور يمتد إلي مدى أبعد من منظور الصحة الإنجابية، ليحقق أدواراً وفاعليات، مقرة اجتماعياً وثقافياً وسلوكياً، من الرجل والمرأة. وذلك المنظور يستند الى إحترام المجتمع لدور المرأة ووظيفتها، وليس الإنتقاص منها

بسبب هذا الدور وتلك الوظيفة، ويرى أصحاب السيناريو التآزري والاشتراكي أن ذلك يتجلى في:

- تحليل الوضع الجنسي، والإقرار بأن له بعدين: البعد الأول: فيبقى بما يترتب عليه من حقوق لتلبية الاحتياجات الجنسية الخاصة للفتيان والفتيات، وللرجل والمرأة طوال عمرهم. والبعد الثاني: اجتماعي ويقتضى تعميق الوعي به، ترشيدها لتوظيف البعد الأول، وليس تناقضا معه.
- تأكيد ودعم حقوق الفتاة والمرأة المتساوية مع حقوق الفتيان والرجال، بدعم قدراتهما وتمميتها، وصون كرامتهما، وعدم انقاص ممارساتهما.
- تهيئة المجتمع والظروف والعلاقات لتصبح مشاركة المرأة للرجل في إدارة شئون المجتمع، وليس الأسرة فقط، مشاركة كاملة باتخاذ القرار على كل المستويات.
- التأكيد على وقف أي ممارسات ضارة، مثل تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى بما يسمى "ختان الإناث" باعتباره اعتداء على حق، وتشويهها للأعضاء، ونفي المعاني المعارضة لهذا التوجه، ومناقشتها، في حوارات واسعة وعلنية.
- سعى المجتمع ككل لوقف السخرية، والغيبة، والنميمة، والقذف بحق المرأة. استنادا الى خجلها الذي ألفتته، أو تحديها لتلك البذاءات لتجاوز السخرية بها، ومنها، بلجوتها الي الشموخ المزري، أو التلفظ بقبيح اللفظ، وكذلك وقف أي ممارسات تمييزية بسبب الجنس في التغذية أو التعليم أو العمل، ووقف استغلالها للأعمال المنزلية، دون مشاركة الزوج وأفراد الأسرة، أو إهمال رعايتها عندما يتقدم بها السن، ولا تجد أسرتها النووية، وخاصة بعد تناقص الأسرات الممتدة في المدن.
- تنمية دور الأسرة (الزوج والزوجة) إستناداً الى أن تواجد الأبناء مؤقت في الأسرة، والاعتماد المتزايد على المجتمع، والمنظمات المجتمعية، في مرحلة السن الرابعة، بعد زوال الأسرة الممتدة، واحتمال وفاة أحد الطرفين.

٥ - الرعاية الصحية مكفولة طوال العمر:

تتوافق جميع السيناريوهات، على إختلافها، حول ضمان استمرارية الرعاية الصحية للسكان طوال عمرهم، بغض النظر عن نوع الحكم، وبغض النظر عن التقلبات السياسية والأهواء الحزبية، بنظم صحية ذات فاعلية وكفاءة، تقدم الخدمات الصحية وتوفر الرعاية الصحية ذات المستوى الجيد والمنتامي دائما، طبقا لقواعد موضوعية ومعايير مناسبة لضمان الجودة، وبإشراف وتصحيح حكومي عند اللزوم.

٦-٢٠٥ التوجهات الاستراتيجية لدى أصحاب السيناريو الاشتراكي والتآزري

يلتزم أصحاب هذين السيناريوهين بالتوجه الاستراتيجي المحدد لاستهداف تحقيق "الصحة للجميع" كجزء في رأيهم لايتجزأ، من عملية التنمية الاجتماعية والاقتصادية والبشرية.

ويحدد أصحاب هذين السيناريوهين إحدى عشرة نقطة توضح إطار توجيههم، وهي:

١ - يرون ضرورة الإلتزام بالإستهدافات الآتية:

- تحديد البروفيل المجتمعي لمصر، المتعلق بالمخاطر الصحية والأمراض، والحوادث التي يتعرض لها المجتمع، انطلاقا من وضعه الصحي الحالي.
- الإهتمام بالروابط المتكاملة بين الوضع الصحي الحالي من ناحية، والسلامة الصحية من ناحية أخرى، والظروف الاقتصادية والأوضاع الإنتاجية والتعليم والبيئة والسكان والتغذية، كإطار تتواجد فيه الصحة والعافية.
- تنامي الوضع المعلوماتي والمعرفي عن كل ما يتعلق بالصحة، ويزيد إعتقاد المواطنين على أنفسهم للوصول الى بيئة صحية ومجتمع صحي.
- وضع إهتمام خاص بالفئات الحساسة الأشد تأثرا بالمخاطر الصحية.
- الإهتمام للوصول الى إدارة عصرية قائمة على المسئولية والشفافية، وتوجيه الحوافز لتحقيق سلوك إيجابي، وتحديد أساليب وضع وإختبار

الأولويات الصحية، وتوليد بيئة حافزة على قيام شراكة مجتمعية، لتوجيه الصحة، وتنفيذ مخططاتها، وتوليد سياسة صحية محددة فاعلة وقابلة للتنفيذ.

٢ - ويرون ضرورة بروز مبكر لسياسة صحية محددة وفاعلة تستند إلى:

- توافر قدرة معلوماتية، وقدرة على تحليل علمي إنتقادي للوضع الصحي الحالي، وتصحيحه كمتطلبات سابقة لتنفيذ السياسة الصحية المحددة.
- إصدار الوثيقة الصحية المتضمنة للسياسة الصحية شرط أن تتحول تلك الوثيقة الى نقطة بدء في عملية ديناميكية مستمرة، لدوام تحليل الأوضاع، وعرض البدائل، واختيار الأولويات، بناء على مرامي وأهداف وتكاليف، وتجهيز النواتج، وتحويلها لخطط استراتيجية، والمتابعة من خلال التوافق مع المؤشرات والمعايير، وتقييم تلك الخطط والتنفيذ والمتابعة من خلال: نظام المعلومات، وبحوث النظم الصحية، وإرتكاز القرار الصحي على هذين المحورين.
- الأولويات توضع أساسا من خلال حوارات مجتمعية إقليمية متعددة، واختيار بديل من بدائل متبلورة من وجهات النظر الحوارية، وهم يرون أن ذلك الإختيار إختيار وطني أساسا، لا تدخل فيه المنظمات الدولية أو الدول الأخرى، ثم يتم تجميع الأولويات الإقليمية باعتبارها خيارات مطروحة للنقاش الوطني والتشريعي والحزبي العام، للوصول إلى الأولويات الوطنية للسياسات الصحية.

وينتطلب ذلك تنمية القدرات المحلية والوطنية، على اتساع المجتمع بشقيه الصحي وخارج الصحة، على البحث والتخطيط، والدراسة بالمتغيرات العالمية والمحلية.

٣ - ويرون ضرورة ظهور نظم صحية لها طابع الدوام والاستمرار:

- ١ - مواجهة تحدى ترقب الوضع الصحي للفئات الحساسة والمستضعفة والفقيرة: حيث تتحمل الدولة أساسا، في رأيهم، ضمان العدالة، وتحقيق التضامن

المجتمعى للحصول على خدمات صحية فاعلة وكفئة وإنسانية للجميع، بما يتطلبه ذلك من تغيير وتغيير أدوار المؤسسات الصحية.

٢ - ضمان دوام واستمرارية النظم الصحية، ويتطلب ذلك ثلاثة أبعاد، هي:

أ - ضمان الاستمرارية المالية:

- موارد إضافية لتعزيز التمويل الصحي.
- إصلاحات تمويلية بما تتطلبه من تقاسم التكاليف بين الدولة وصاحب العمل والعامل، والدعم الخارجى.
- تحسين عملية توزيع الموارد جغرافياً، وتخصيصها قطاعياً.
- توفير القوى البشرية ككوادر مالية واقتصادية وتدريبية لإدارة النظم المالية، وأيضاً الكوادر ذات القدرة على التحليل المالى، وأنظمة التكاليف، الخاصة بالوحدات الصحية والمستشفيات.

ب - ضمان الاستمرارية والتقنية :

- سياسة واضحة لتطوير البنى الأساسية، وتركز على:
 - الخبرة التقنية.
 - تكنولوجيا النظام الصحى.
- الخيارات التكنولوجية الملائمة للفرص بما تتطلبه من:
- تنمية القدرات التكنولوجية اللازمة للانتقاء التقنى اللازم للإستعمال الرشيد.
 - تطوير التكنولوجيا البيولوجية.
 - آليات نقل التكنولوجيا، والتعامل معها بهدف يركز على:
 - الصيانة.
 - التطوير التقنى.
 - الإحلال التقنى.
 - البنية البشرية بحيث يشمل التدريب جميع منظمات القطاع الصحى.

ج - ضمان الاستمرارية الإدارية :

- توفير نظام خدمة مدنى فاعل وكفاء، فى إطار سياسة وطنية، لها صفه الدوام دون اعتماد على تغيير القيادات السياسية والتنفيذية.
- توفير بيئة حافزة لموظفى الخدمة المدنية، على تحقيق سلوك إيجابى لمعاملة المواطنين، وجاذب للعاملين الأكفاء، ومحافظ على استمرارية وجود الجيدين منهم.
- تعزيز ظروف التنافس داخل بيئة العمل.
- إطار تشريعات صحية مناسبة محافظة وداعمة لنمط الحياة المستهدف، والممارسة الصحية الجيدة.
- القدرة على التحليل الذى تقوم به الإدارة لتحديد مردودية التكنولوجيات الصحية المتقدمة المطلوبة او المستخدمة فعلاً.

٤- وهم يرون أيضا ضرورة توظيف الرعاية الصحية الأولية باعتبارها العمليّة المناخية لتوفير الصحة للجميع:

١. فيرون أن للرعاية الصحية الأولية الأولوية الأولى الضرورية لتوفير الصحة للجميع، وهي أساس السياسات الصحية الوطنية، والأساس المحوري لعملية التنمية الشاملة، وعلى الجميع فى رأى السيناريو الاشتراكي والتأزري، تحويل أكبر قدر من الموارد إليها، وإتاحتها لكل الأفراد والأسر والمجتمعات .

٢. يتفق أنصار هذين السيناريوهين، مع النظرة العامة لجميع السيناريوهات، فى وجوب إعادة النظر فى عناصر الرعاية الصحية الأولية التى حددت فى ألما - أتا عام ١٩٧٨ :

- بتوسيع صحة الأمومة والطفولة لتشمل الصحة الإنجابية (إعادة تشكيل).
- بتطوير مفهوم الأدوية الأساسية (قاعدة تقنية أوسع).

- توسيع مجال مكافحة الأمراض المعدية (لتصبح المواجهة للأمراض المعدية وغير المعدية، بما في ذلك الصحة النفسية والسلوك الجنسي).
- إعادة النظر في موضوع توفير الرعاية الصحية طوال العمر.
- إعادة النظر في موضوع السلامة الغذائية.
- التعليم الصحي يصبح عنصرا إضافيا لتعزيز الصحة.
- إستكمال الجوانب غير المنجزة، وهي موضوعات كان من المفترض تحقيقها في مصر، غير أن تقارير المتابعة في عام ١٩٩٦ لمنظمة الصحة العالمية أوضحت أن الموضوعات التالية لم تتم، ومطلوب استكمالها، وهي:

تعليم البالغين ذكورا وإناثا، وزن الطفل بالنسبة لسنة، تيسير الحصول على الماء، والإصحاح الصحي، رعاية الأمومة والطفولة بواسطة عاملين صحيين مدربين لرعاية الأطفال ورعاية الحوامل، الجرعة الثالثة من اللقاح الثلاثي، الجرعة الثالثة من اللقاح الفموي لشلل الأطفال، لقاح الحصبة، الجرعة الثانية من توكسويد التيتانوس، إستئصال شلل الأطفال. وذلك طبقا للتقييم العام لعام ١٩٩٦ لقياس التقدم الذي تم في برنامج "الصحة للجميع" وما لم يتم إنجازه في مصر.

- مواجهه تحديات جديدة:

- الإصلاح الصحي وخصخصة الخدمات.
- المخاطر البيئية.
- التحضر ومشاكله.
- تزايد الفقر.

كما يتميز أنصار هذين السيناريوهين بالسعي، لتوسيع الأهداف النهائية للرعاية الصحية الأولية لبلوغ حياة أفضل، بدلا من الإكتفاء بهدف مقصور على صحة أفضل فقط، ولذلك فهم يسعون إلى:

- ١ - إلزام الساسة والحكام ومتخذي القرار بتوفير "الصحة للجميع" خلال الرعاية الصحية الأولية، وترجمة ذلك الى إعتمادات مالية مخصصة.
- ٢ - السعى لتوحيد الرؤية العامة والاستراتيجية على اتساع الدول من خلال حوارات متسعة، لدعم تمويل الرعاية الصحية الأولية.
- ٣ - تعديل التعليم الطبي والتمريضي، والممارسة الصحية، عن طريق تنقيح المناهج الطبية، والصحية، والتمريضية، والتدريبية، بهدف تعميم مدخل الرعاية الصحية الأولية.
- ٤ - السعى ليس فقط للتكامل، وإنما لإدماج الرعاية الصحية الأولية فى التنمية الاقتصادية الاجتماعية البشرية الشاملة، باعتبارها فرعاً من أصل.
- ٥- إصلاح النقائص والسلبيات فى الأنظمة الصحية فى مصر، بما يهيئ الإنتقال لاصلاح صحى شامل وفاعل وملائم.
- ٦- تعزيز المشاركة المجتمعية فى التنمية الصحية، والقرار، والتنفيذ.
- ٧- تعزيز التعاون بين قطاعات الصحة، مع توفير آلية لإحداث التعاون.
- ٨- تحسين المهارات، والقدرات الإدارية، بتنوعاتها.
- ٩- الإعراف بأدوار جديدة للطب البديل، والطب التكميلى بمدارسه.
- ١٠- وضع استراتيجية عملية، وبروتوكولات تنفيذ للرعاية الصحية.
- ١١- إدخال آليات إدارة الجودة والتحسين المستمر (TQM - CQI).
- ١٢- المشاركة فى صياغة أنظمة القطاع الخاص، وخطط المشاركة للدعم، وفى التكلفة لإتاحة خدماته للفقراء.

٥ - وهم يرون أن تشتمل الرعاية الصحية على المفاهيم والآليات الآتية:

١. ضرورة تغطية كاملة لكل السكان فى مصر بهذه الخدمة الأساسية، باعتبار تلك الرعاية حقاً فى رأيهم لكل إنسان.
٢. وهم يرون ضرورة ضمان العدالة (موارد/ بنية هيكلية / ...) لجميع الفئات بلا تمييز، بما فيها المسنين، والفئات الخاصة، وكذلك لجميع المناطق الجغرافية، بلا تمييز سني أو جنسي أو حضري.

٣. كما يرون شمول الخدمة لكل قطاعات الصحة، الوقائية / العلاجية / التأهيلية / التعزيزية للصحة، مع توفير نظم الإحالة الكفئة للرعاية الثانوية، والثالثية، والمتخصصة.

٤. الإجهاد في كشف واستكشاف آليات تمويلية، متعددة، وبديلة، للوفاء بالمسئولية الاجتماعية وحاجة الفئات الحساسة والمستضعفة.

٥. إشراك المجتمعات المحلية مع الخطط المركزية سواء في مرحلة تكوين الخطط، أو في مرحلة تنفيذها، للحد من الإعتماد على الدولة، والغير، وتعزيز الاعتماد على الذات.

٦. السعي لإقامة هياكل مشتركة، بين المنظمات المجتمعية، والقطاعات الصحية، ووظائف وأدوار مشتركة بهدف تحسين نوعية الحياة، وتلبية الاحتياجات الصحية للمجتمع، وبما يتطلبه ذلك من تنسيق وتعاون صحي/مجتمعي، وبيانات كافية لتشكيل قوة دافعة، تمكن من استمرار الجهد المشترك الصحي المجتمعي.

٧. الإلتزام بمخرجات خدمية فعالية ومقبولة من عموم المنتفعين، وميسورة التكلفة، وذات مستوى مقبول مهنيًا، ومحقة لإقبال المنتفعين على طلب الخدمة.

٨. توحيد الأساليب التي يتم انتهاجها إزاء الصحة، بالمماثلة لسائر القطاعات التنموية الأخرى، لتسهيل التنسيق والاندماج في التنمية قدر الإمكان، بين كل القطاعات التنموية، وإقامة هياكل طبية وفقا لاحتياجات التنمية متعددة القطاعات، ومجتمعية المرتكز.

٦ - وهم يرون أن القضية المركزية هي في ربط التنمية الشاملة والرعاية الصحية كجزء من كل، وليس بالتعامل معهما كنوعين منفصلين، ثم يتم الربط بينهما، وذلك كالآتي :

١ - إن قضية التنمية البشرية المتكاملة الهادفة إلى إطلاق مشروعات مدرة للدخل، من خلال برامج وأنشطة واقعية، تصبح ممكنة التحقق إذا تم التعامل مع قضية التنمية باعتبارها ذات مرتكز مجتمعي، بما يمكنها أن

تطلق مشاريع نوعية متعددة تلبي إحتياجات المجتمعات المحلية: الريفية، وشبه الحضرية، والحضرية.

٢ - وتلك المشاريع الأساسية التي يختارها المجتمع كأولويات تجمع في داخلها قضايا ذات أبعاد: اقتصادية - اجتماعية - صحية - بيئية، وما يتصل بها من قطاعات (الصحة/البيئة/ السكان/التعليم/مرافق المياه والصرف/الزراعة). كما أن تنفيذ تلك المشاريع يتم بواسطة الأجهزة التنفيذية المحلية، بإسهامات ومشاركة المجتمع المحلي، والمنظمات الأهلية وغير الحكومية، وتحديد إسهامات وأدوار كل منهم.

٣ - وهناك شروط يرى أصحاب هذين السيناريوهين أنها ضرورية، لإحداث تلك التنمية، وإمكان استمراريتها، وهي:

○ الإلتزام السياسي والتنظيم المجتمعي ركنان أساسيان لإحداث التنمية المستمرة، بما تتطلبه من تكامل وتعاون بين القطاعات، وما تتطلبه من أساليب حفزية للسلوكيات الإيجابية.

○ ضمان واشتراط أن تكون ملكية المشروع، ذات طابع وطني، بما يحقق استقلالية القرار، ودعمه مجتمعيا وتنفيذيا.

○ شفافية البرنامج، بما يوفره من معلومات كافية متاحة، وتوضيح الإسهام بالنسبة لجميع المشاركين، أمام المجتمع ومنظماته.

○ إعطاء الطابع المؤسسي لكل مشاريع التنمية، باعتبارها برامج واقعية قابلة للتحقق، ومتكاملة مع غيرها من البرامج، وذات أدوار صريحة ومحددة، ملبية لإحتياج مجتمعي أساسي متعدد الأبعاد.

○ تأكيد وضمان استمرارية البرامج، وتأكيد العلاقة بين نوعين من المشاريع، أحدهما معظم للدخل المجتمعي، والثاني يلبي الإحتياجات المجتمعية ذات المرتكز الصحي، مع تداخل النوعين في تكامل مجتمعي شبكي.

○ المتابعة لتلك المشاريع التنموية، وإجراء التقييم الدورى لها، ومعالجة أوجه الضعف فيها أو إعادة تخطيطها.

○ الاستناد إلى المعلومات المتوافرة، وإلى العلاقات بين شبكة المعلومات بفروعها النوعية والجغرافية، والعلاقات بين الوكالات والمنظمات المحلية والأجنبية.

٧ - ويرون أن إعداد وتنمية القوى البشرية وحسن توزيعها قطاعيا وجغرافيا هو جوهر أساسي لتحقيق الرعاية الصحية المرتبطة بالتنمية الشاملة، وذلك من خلال النقاط الثمان التالية:

١. توفير قوة عمل صحية جيدة التعليم والتدريب، موجهة لتلبية إحتياجات مجتمعية مختارة كأولويات، ومدعومة من الدولة، ومن سائر المشاركين عالميا ومحليا.

٢. وضع سياسات سليمة للموارد البشرية الصحية في إطار السياسة العامة، لإعداد القوى البشرية، والحفاظ عليها، وتنميتها. وترتكز تلك السياسة على تحليل للوضع الصحي الراهن، والنمط الوبائي الصحي السائد، والتغيرات المتوقعة (التحولات). والمشكلات الصحية الرئيسية (الأولويات). والمحددات الاقتصادية والاجتماعية. والمتغيرات العالمية والمحلية. والتطورات التكنولوجية. وما تتطلبه سياسة الإلتزام "بتوفير الصحة للجميع"، وكيف ينعكس كل ذلك على صياغة سياسات سليمة للموارد البشرية الصحية.

٣. ترجمة سياسات الموارد البشرية الصحية إلى خطط متوازنة، طبقا للخطة العامة للدولة من ناحية، وطبقا للمفروض من العاملين الصحيين، والطلب عليهم، بمعرفة المنظمات الصحية من ناحية أخرى.

وهم يرون ضرورة ان يقوموا بتوفير خطة مركزية سليمة، تلبي تلك التوقعات، وتوفير قاعدة معلومات أساسية للقوى البشرية ككل، بتخصصاتها المختلفة، مع إقامة نظم معلومات لإدارة الموارد البشرية.

٤. ارتكاز خطط تنمية القوى البشرية على ربط اعتماد الخدمة بما يتراوح بين الاعتماد التطوعي والجبري، وعلي الإكثار من كليات الطب ومعاهد

التمريض والمهن الطبية المساعدة (وبالذات الأخيرة)، وإشراك القائمين بالتدريس إشراكا كاملا فى تقديم الرعاية الطبية، وكذلك إشراك مقدمي الخدمة الصحية فى التدريب لمختلف النوعيات الموظفة فى الخدمة الصحية، بما يذيب التباعد الموجود بين التعليم، وتقديم الخدمة، فى المؤسسات الحكومية وغير الحكومية.

٥. مراعاة إنشاء وتنفيذ برامج التعليم الطبي المستمر، وأن تصبح بالتدريج برامج إلزامية، ومُتطلب رئيسي للترقى، بل وللترخيص بممارسة مستوى معين من الخدمة. على أن يراعى أن يكون إستخدام وتوظيف اللغة العربية، هدفا رئيسيا فى البرامج التدريبية، مع عدم إهمال اللغة الأجنبية (الإنجليزية) بالنسبة للأطباء والمهنيين الجامعيين (طبقا لحصيلتهم فى اللغة الأجنبية)، بما يحقق الأصالة لغويا، والمعاصرة عالميا، بإمكان الإتصال والتواصل مع قواعد المعلومات باللغة الإنجليزية.

٦. كما يرى أصحاب هذا التوجه تعظيم وتعدد مراكز الترجمة، والطبع والنشر، للمواد التعليمية والكتب التدريبية، والبرتوكولات المرشدة لسلاءء باللغة العربية، باعتبارها أساسا عاما لجميع العاملين الصحيين، ويعمم التدريب عليها، وتوظيفها فى الأداءات اليومية.

٧. كما يحاولون أن تكون المناهج التعليمية والتدريبية، ذات طبيعة ديناميكية، مستجيبة للتغيرات المستمرة، فى المعارف والتكنولوجيا، والأوضاع الطبية الجديدة، والخدمة الصحية المتطورة، والتي يعمل فى ظلها العاملون الصحيون. كما يرون ضرورة أن تزود تلك المناهج والتدريبات الصحية الخريجون والمتدربون بمهارات، وقدرات التفكير الإنتقادي، وقدرات البحث عن المعلومة، ومتابعة كل ما هو حديث وهام، وتلبية إحتياجات المجتمع بالتوسع فى التعليم الطبي والصحي والتمريضي والهندسي، المجتمعي التوجه، والدراية باستعمال الآليات الأوتوماتيكية الحديثة، والتكنولوجيا التعليمية، والمعلوماتية، ومنهجية التعليم، وأوضاع التعليم والتدريب الجديدة.

٨. كما يولون إهتماماً بنظم تقييم أداءات العاملين الصحيين، والربط بين التقييم والترقي، وتزويد المتدربين المهرة، والمؤدين الأكفاء، بحوافز مرتبطة بأداء المهارات، وتدريب الجميع على الإلتزام بالتشريعات، والنظم، والتعليمات، والسلوكيات الأخلاقية والمهنية، ومطابقة الإلتزام بها في الممارسة اليومية للعمليات الأدائية.

٨ - وهم يرون الإهتمام بضمان التمويل الكافي، واستمرارية تدفقه لتوفير الرعاية الصحية وذلك من خلال:

تسن الحكومة المتبينة للتوجه الاشترافي أو التآزري القوانين واللوائح والإجراءات، لضمان استمرارية تدفق تمويل كاف من خلال المصادر العامة والخاصة مثل:

- الوعاء الضريبي المركزي، والدعم المخصص للفقراء والمستضعفين.
- ضريبة عن ملوثات البيئة من النواتج الصناعية والتدخين وغيرها، حيث يتحمل مسيبتها بضرية تُخصّص للصحة.
- حصة من صناديق التأمينات الاجتماعية والمعاشات.
- حصة من رسوم ورخص القيادة وتسيير السيارات.
- الأموال المصادرة (التهرب/ المخدرات / أموال الفساد ..)، حيث تُخصّص حصة من تلك المصادر للرعاية الصحية.
- حصة من الضرائب المفروضة علي ممارسة عادات ضارة مجتمعيًا (مثل صالات القمار، وقاعات الخمر، وبيع الخمر، والسجائر، والسلع الترفيحية ..).
- وذلك بالإضافة إلي، ما يدفعه أصحاب الأعمال، والعاملين المشتركين في الصناديق التأمينية الحكومية، مقابل الرعاية الاجتماعية، بما فيها الرعاية الصحية.

- وبذلك يتوافر تمويل كاف يغطي العاملين وغير العاملين، من الفئات المهمشة والضعيفة، غير القادرة علي دفع حصة الإشتراك التأميني، الخاصة بهم، وبأسرهم، وذلك إلي حين توافر عمل لهم حيث تقوم تلك المصادر بتغطية حصتهم.
- وأخيراً، باستكمال التغطية التمويلية بحصة من الحكومة، في حالة عجز الحصة المخصصة من الوعاء الضريبي العام، عن التغطية التمويلية للمستضعفين ولغير العاملين.
- وبالطبع، فهم يرون نقل امكانيات الحكومة التمويلية المتزايد، والمرصودة في الموازنات السنوية، والمخصصة للخدمات المجانية إلي صناديق التأمين الصحي، في حالة نقل مواطنين يتمتعون بالرعاية الصحية المجانية إلى رعاية صحية تأمينية أفضل وأجود، في مشاريع التغطية لإقليم جغرافي معين بالتغطية التأمينية الشاملة، والتي يتوجب تتبعها لتغطية كل المواطنين، علي اتساع الجمهورية، في أقصر مدى زمني ممكن.

ويستند أصحاب هذين السيناريوهين، إلي أن التأمين الصحي الاجتماعي الشامل المساند حكومياً، هو الشكل الأساسي لتمويل الخدمة الصحية، وهو الذي يتيح حصول السكان جميعاً علي الرعاية الصحية الأساسية، وأكبر قدر ممكن من الرعاية الصحية الثانوية والثالثية، وإعادة التأهيل، وتعزيز الصحة، شريطة أن تكون الرعاية ملائمة الجودة، ومرشدة التكلفة.

ويرى بعضهم إنشاء صندوق قومي مركزي، له فروع في المحافظات، يتولي عمليات التمويل بناء علي تعاقدات مع مقدمي الخدمة من منظمات و وحدات وأفراد، بما يتيح المحاسبة الدقيقة للأداءات الصحية ولمقدمي الخدمة، والمتابعة لجودة الرعاية الصحية، وقياسات رضا المنتفعين بتلك الخدمة، علي أن تتحدد تلك التعاقدات سنوياً طبقاً لمستوي الأداء، أو يعهد بها إلي جهات أخرى، إن توافرت البدائل، بلا تفضيل بين قطاع خاص أو حكومي، حيث يتنافس الاثني للفوز بالعقد، ويرى البعض أن هذا الفصل بين أجهزة التمويل والتعاقد (الصندوق) في كل

محافظة، وبين أجهزة تقديم الخدمة بالمحافظة، ضروري، لضمان جودة الخدمة واستمرارية تطورها.

ويظل للدولة المركزية دور إعداد الخطط والموازنات، وضمان عدالة توزيعها علي الصناديق بالتنسيق مع الصندوق المركزي، واستهداف توظيف جزء من هذا التمويل لأغراض الوقاية والبيئة والتعليم والتدريب .. الخ من أغراض الصحة العامة ذات المحتوى الاجتماعي، وضمان تنفيذ الصحة العامة ذات الأساس الضروري، وحسن أداء باقي بنود الرعاية الصحية الأساسية بالدرجة الأولى، ومتابعة الأداءات في الحوادث والطوارئ، والوقاية منها، وتقليل مضاعفاتها، والتعامل الكفء مع عجزها، ومدي قدرة أجهزة المديرية الصحية بكل إقليم علي تعميم الاستفادة بالكتيبات الإرشادية، ودوائر المعارف المنزلية، وإجراءات السلامة والأمان، وغيرها، أو مدي إسهام مديريات الصحة بذاتها في توفير المعلومات للمرضي، والتوجه لتوقي المرضي لدي الأصحاء بكل إقليم، وقدرة كل مديرية صحية علي المشاركة في الشبكة القومية العامة ذات النوعيات الصحية المتعددة، وتزويدها بانتظام، بالمعلومات، في التوقيتات المحددة.

وباختصار، فإن دور الحكومة في هذين السيناريوهين كبير، برغم أنه أصبح لا يقدم الخدمة بذاته، وأنه فصل الخدمة عن التمويل، وأنه أيضا لا يقوم بالتمويل وإنما يشارك في ترشيده وتوجيهه توزيعه، غير أنه لا يزال لدى الدولة المركزية، في هذين السيناريوهين، أعمال كثيرة تؤديها بذاتها، أو تتدرج في إكمال أدائها إلي غيرها، مثل إجراءات الاعتماد والترخيص وإدارة الجودة، وغيرها.

٩ - وهم يرون أن تعزيز وحفظ البيئة الصحية جزء لا يتجزأ، من التنمية الشاملة المستمرة، بالوسائل والأساليب التالية:

١. تأمين الحصول على أساسيات، وإتاحة استخدامها بطرق صحية:

- ماء للشرب.
- إصحاح (صرف صحي)

- تخطيط سليم للمدن والضواحي والقرى المستجدة (إسكان / إصحاح / ماء / خضرة).
- الحرص على توفير الهواء النقي وديمومة توافره.
- الغذاء المأمون (نوعا / توازنا / إنتاجا / توزيعا / تداولا / طهيا ...).
- تدبير أمر الكيماويات، والمبيدات، والمخصبات، والفضلات الخطرة (إنتاجا وتداولا واستخداما...).
- مكافحة نواقل المرض، وتلويث الأرض، والماء، والجو.

وما يتطلبه كل ذلك، من واجبات ومهام وأدوار تلقى على السلطات المحلية المجتمعية، وهي في الواقع غالبا ما تتم خارج النظم الصحية. ويكون دور تلك النظم الصحية المشاركة أو المراقبة فقط، وبما يتطلبه ذلك من أنشطة: فحص، ورصد المخاطر المهددة لصحة البيئة، والتي تختلف من محافظة إلي أخرى داخل مصر، طبقا للظروف الجغرافية والطبيعية والاقتصادية والاجتماعية الذاتية لكل محافظة، وحيث يمكن ألا تتبع فيها القواعد المركزية المقررة، والمعايير المرجعية، ويكون ذلك من خلال تشريعات معدلة، ومستندة للظروف الإقليمية والتاريخية.

وهناك قضايا بيئية أخرى يتوجب مراعاتها طبقا لكل موقع:

1. قضايا مصرية عامة:
 - الجفاف والتصحر.
 - تلوث: الأنهار، البحار، والشواطئ.
 - تلوث أنماط الحياة، مثل: التلوث الجوى في مدينة القاهرة، والإسكندرية، ومدن القناة. كيفية التخلص من الفضلات الطبية. سلامة إنتاج الأغذية، والسلامة الغذائية في التداول. والتخزين، والطهي.
2. تأمين الوقاية من المرض والحوادث في مواقع العمل، بتوفير خدمات الوقاية وحفظ الصحة في مكان العمل (الصحة المهنية)، ودراسة طبيعة

العمل، وعوامل التعرض المهينة للمرض وللحوادث، وتعزيز إجراءات السلامة في أداء الأعمال، بهندسة العوامل البشرية، لتوقى ظروف كل عمل المحدثة للمرض، أو الإعاقة.

كما يجب توفير الأمان الصحي أيضا، لمن يعملون في بيوتهم، أو في مكاتب يشغلها فرد واحد، حيث تزايدت في مصر، وتحتاج لمراعاة أسس الأداء الصحي، في مثل هذه المكاتب الصغيرة.

٣. تأمين الحياة المنزلية من المرض والحوادث، بتوقى أسبابها، والتعريف باحتمالاتها من خلال الموسوعات المنزلية، وتوافر قاعدة معلوماتية محددة لدى كل منزل للتصرف في ساعات الخطر والطوارئ، وما يتصل بها من معلومات، عن طرق إنقاذ الحياة (الأولية أو الأساسية) وتعليمها للكافة (آباء / أمهات / أولاد في أواخر فترة التعليم الأساسي).

٤. أمن الطرق والشوارع، وأساليب المواصلات، وسلامة العربات، وإجراءات المرور، وحفظ إنسياب الأفراد والعربات فى الشوارع داخل المدن، وفى الطرق السريعة، بما تتطلبه من سرعة تقديم إجراءات إسعافية فى أقل وقت، فى موقع الإصابة، أو أثناء نقل المصاب إلى المستشفى، والتعليم للمسعفين، ولأفراد الشعب المتعلمين (تعليم أساسي)، وما يتطلبه الأمر من إرشاد وتنقيف للتصرف عند وقوع الحادثة، وطرق الإتصال والإخطار، وتقديم المساندة إلي حين حضور المسعف أو المختص، وتدريب رجال الأمن على كفاءة التعامل مع المصاب أو الحالة الطارئة، إلي حين حضور المختص.

١٠ - وهم يرون في مجال تعزيز أنماط الحياة الصحية، في ضوء توجههم، الآتي:

- الدعوة للأنشطة الصحية المعززة للصحة على مستوى الأفراد.
- الممارسة المنتظمة والمنظمة للتمارين الرياضية لكل أفراد المجتمع وطبقا لحالة كل فرد، مع تعميم النوادي الصحية، والنوادي الرياضية.

- النظام الغذائي المناسب والمتوازن.
- تجنب الخطر الثلاثي: المسكرات، والتبغ، والمخدرات والمنبهات.
- وهم يتفقون في ذلك مع سائر السيناريوهات، غير أنهم يرون ضرورة توظيف كل الإمكانيات الإعلامية العامة والخاصة، ضد تلك الأساليب الحياتية، ومنع الترويج لتلك الأنماط الحياتية المنافية للصحة.
- الدعوة لأنشطة مجتمعية معززة للصحة على مستوى المجتمع.
- الحملات الجمعية المناهضة للتدخين.
- الحملات الجمعية المناهضة للأمراض المعدية في الريف.
- حملات التوعية بأساليب علاج الأصحاء، والتوعية بأساليب الحياة الصحية، بهدف منع المرض وطول العمر.
- دعم وتشجيع التنمية الشاملة في المجتمعات المحلية، وتضمينها لأنماط الحياة الصحية والرعاية الصحية الأساسية، باعتبار أن المدخل الصحيح للتنمية هو مدخل الاعتماد على الذات.
- إعادة توجيه جميع منظمات وهيئات الدولة، خاصة الصحية والتعليمية والتدريبية والإعلامية، بما يعزز اتباع أنماط بيئية وصحية، بما فيها التدريبات العملية، ومناهج التعليم، للتلاميذ على السلوك الصحي المتبع في المدرسة، والمنتشر في جميع المواد التي يتعلمونها خاصة أيضاً في المراحل الأولى من العمر المدرسي.
- إعادة توجيه المنظمات والمؤسسات العاملة في المجال الصحي، بما يجعل العمل الصحي إنتماءً وإنغماساً لأداء رسالة إنسانية ذات بعد صحي مهني، وليس أداء لخدمة فقط، بما تتطلبه من مهارات إنسانية اجتماعية تواصلية، إضافة للمهارات المهنية والخدمية، وتعميم هذا النهج كأساليب تثقيف صحية.

١١ - ويرى أصحاب هذين السيناريوهين، أنهم أقدر من غيرهم على تحقيق مستهدفات الصحة للجميع خلال العقدين الأوليين من القرن الحادي والعشرين، باستئصال أمراض معينة، واستمرارية مكافحة أمراض أخرى، كالاتي:

١- بالنسبة للأمراض المعدية (السارية) المسماة بأمراض المرحلة الأولى: وتلك أمراض يستهدفون القضاء عليها بأساليب توفير الماء الصالح صحياً للشرب للكافة، والإصحاح لكل المدن وجل الريف، والهواء النظيف، والتخلص من الفضلات، وتحجيم ناقلات المرض بما يترتب عليه من:

- إستئصال شلل الأطفال.
- إستئصال الحصبة.
- إستئصال التيتانوس الوليدي (الكراز).
- إستئصال الجذام.
- إستئصال الدفتريا والسعال الديكي والحصبة الألمانية الخلقية.
- التخلص من السل.
- التخلص من التهاب الكبد الفيروسي "ب".
- التغلب على الملاريا.
- كما أن هناك مرضين يرون أنهما رهينان بالتقدم التقني والعلمي وهما:
 - التهاب الكبد الفيروسي "ج".
 - الإيدز والعدوى بفيروسه.

٢- أما الأمراض غير المعدية NCD "الأمراض غير السارية" الناتجة عن التغيرات والتحويلات السكانية، والتغيرات في نمط الحياة والتغذية (أمراض القلب الوعائية/السرطان/ السكري/ الأمراض الرئوية المزمنة/ الربو/أمراض التآكلات المفصلية/ الكتاراكنا....)، فهم يرون إمكانية تحجيمها إذا لم يتم إكتشاف تقني جديد، وذلك من خلال تعظيم مواجهتها ومواجهة عوامل الخطر المهيئة لها بيئياً وسلوكياً: بالتعامل مع التدخين والمسكرات ومواد الإدمان، وبالتحكم في الإستهلاك الغذائي كما ونوعاً وتوازناً، وبممارسة

الرياضة لجميع المراحل السنية، وبتقليل ظروف الحزن والكرب المجتمعي والأسري. أما إذا تم اكتشاف جدد لمسببات جينية- كما هو متوقع - قابلة للتحكم والعلاج بالتدخلات والعلاجات الجينية، وهذا أمر محتمل، فتصبح إمكانية القضاء التام علي تلك الأمراض أمرا واردا، وليس فقط تحجيم تسببها وانتشارها مع التغيرات الديموجرافية المحتمومة.

وعموما وحتى يتم تحقق مثل ذلك التوقع فإنهم يرون الاعتماد علي:

- التنقيف الصحي.
- التبشير الصحي.
- إكتشاف العوامل المؤثرة والتحكم فيها أو تحجيمها.
- توفير الخدمات الصحية بحزمها: الأساسية والثانوية والثالثية.
- الرعاية الصحية المستمرة ليس للمرضى فقط وإنما أيضا للأصحاء أيضا.
- التنقيف للمرضى بالمعلومات عن مرضهم.
- الرعاية الصحية التأهيلية.
- تعميم خدمات الطوارئ للتعامل مع المرض، ومواجهة أعمال العنف بأنواعه، والحوادث بتعدد أماكنها: سواء في العمل أم في المنزل أم في الطرق أم في النوادي أم في شواطئ وأماكن الاستحمام.
- ٣- أما الأمراض المستجدة (البازغة) والأمراض معاودة الظهور: كالسل، والإيدز، والاببيولا، والالتهاب الرئوي في كبار السن، والأمراض المنقولة جنسيا، وغيرها. فهم يرون أنها تتطلب نظما وقائية وتنقيفية، ونظم إنذار مبكر بحدوثها وإكتشافها وإحتوائها قبل وصولها إلي المرحلة الوبائية.

٦ - الباب السادس : السيناريوهات

٦-٢١ الفصل الواحد والعشرون: سيناريو الدولة الإسلامية

٦-٢١-١ المدخل

٦-٢١-٢ صعوبات تواجه تخليق سيناريو الدولة الإسلامية"

٦-٢١-٣ التوجهات الاستراتيجية

٦-٢١-٤ المجتمع في مفهوم المنظرين الإسلاميين المعاصرين

٦-٢١-٥ الاحتياجات التنموية الأساسية

٦-٢١-٦ النهج الإسلامي يقدم الحل الأمثل لقضايا المجتمع، ومنها الصحة

٦-٢٠-٧ الرؤية التمويلية للصحة والتأمينات من منظور السيناريو الإسلامي.

٦-٢١-٨ الصحة الاجتماعية في آفاقها الإسلامية

الصحة، و الطب الاجتماعي، في الحضارة الإسلامية السابقة في العصور
الوسطى

السمات والخصائص العامة للصحة الاجتماعية في الحضارة الإسلامية
السابقة

نقاط القوة والضعف الخاصة بالطب في الحضارة الإسلامية السابقة

الطب الاجتماعي في الحضارة الغربية المعاصرة

آفاق إسلامية لسياسة الصحة الاجتماعية

الملاح العامة لسياسة الصحة الاجتماعية في المنظور الإسلامي المعاصر

خلاصة الصحة الاجتماعية بالمنظور الإسلامي

٦-٢١-٩ منظور السيناريو الإسلامي للصحة المتوافق مع منظور منظمة الصحة
العالمية.

مقدمة

الصحة، والميزان الصحي، والرصيد الصحي
البيئة في منظور أصحاب نهج الدولة الإسلامية
تعزير الصحة، وتعزير البيئة، وفقه الصحة

٦-٢١-١٠ مشروع المؤسسة العلاجية الإسلامية في الولايات المتحدة

٦-٢١-١١ نظرة نقدية لأهم خصائص سيناريو الدولة الإسلامية في الخدمات
الصحية

٦ – الباب السادس : السيناريوهات

٦-٢١- الصحة من منظور سيناريو الدولة الإسلامية

٦-٢١-١ المدخل:

الصحة هبة من الله، والجسد ليس ملك صاحبه، وإنما هو هبة من الله له، وهو مستخلف فيه لطاعة الله وعدم الإضرار بنفسه أو بالغير، ومن ذلك المنطلق، فإن الحفاظ على الصحة باعتبارها نعمة عظمى من الله، هي في الواقع إلزام ذو طابع إسلامي. سواء من مدخل البيئة، أو من مدخل التغذية أو من مداخل التنظيم المجتمعي والنمط الحياتي الصحي، ووجوب إعادة هندسته، بما يتفق مع رؤية الشريعة للحياة عامة، وللحياة البشرية خاصة.

وبمنظور ذلك السيناريو، يرى أصحابه أن نقائص النظام الصحي في مصر، والتي سبقت الإشارة إليها، هي جزء من كل. ولا يمكن تصحيحها إلا بإعداد أوضاع اجتماعية أفضل، كنقطة بدء المسار، لتحقيق الأهداف الصحية المستقبلية، خلال العقدين الأوليين من القرن الواحد والعشرين. ولا يمكن تحقيق تصحيح تلك الأوضاع المجتمعية الصحية إلا في إطار إصلاح كلي، إستنادا للقرآن والسنة، كما توضحها رؤية الشريعة الإسلامية، لدى فرق ذلك السيناريو. وبالتالي فهي جزء من كل، لا ينظر معه إلا بتوافر الإطار الكلي وعناصره المتعددة وجزئياته. فالمدخل الحقيقي في رأيهم هو من بوابة الكلي، وإن كان ذلك لا يمنع من المشاركة في الرؤى الإصلاحية، ليس بمفهوم مشارك حقيقي، وإنما بمفهوم جمع الأنصار،

وتكوين الأرضية المجتمعية، للمدخل الحقيقي والوحيد للإصلاح والرشاد، وهو مدخل التغيير الكلي للواقع القائم.

ولعل ذلك يفسر قصور الأدبيات والدراسات المفصلة لرؤية صحية محددة، حيث أنها رهينة بتحقيق الكل المغير للنظام والمجتمع. وكل ما يطرح في مجال اجتهاداتهم في نظم العلاج الصحية، ببعض النقابات المهنية التي تتوافر لهم السيطرة علي أغلبها في مصر، وفي بعض الجمعيات الأهلية التي تقدم مجموعة من الخدمات، ومن بينها الخدمات الصحية، المتعلقة حول المسجد، وهم يقدمون فيها حزمة إجراءات محدودة ذات طابع علاجي، مساندة للعاملين المنتمين للنقابات المهنية، أو لسكان الأحياء الشعبية، كأرضية لتوسيع قاعدة نفوذهم، واتساع نطاق نفوذهم، وتأثيرهم المجتمعي، دون تحديد نظرة كلية وتفصيلية لمقترحات محددة، خاصة: بالنظم، والموارد، والإنفاق، والتنظيم، والمعلومات، وتنمية القوى البشرية، وأنظمة الإدارة والجودة والتطوير. وهم يرون أن كل المطلوب حالياً هو إجراءات إنقاذية، للحفاظ على الصحة، وعلي إستمرارية العلاقة مع أعضاء وأسر النقابات المهنية والركائز الشعبية التي يتوافر لهم النفوذ فيها.

ولعل ذلك يفسر أيضاً، إصرارهم في جميع الندوات والمؤتمرات المنعقدة لدراسة الصحية، على الولوج من بوابة الكل المجتمعي، ذي الخصائص القيمية، والخلفية المرتكزة علي نقاط الشريعة الإسلامية المتفق عليها، وعلي الإجهادات في نقاط الشريعة المختلف عليها بين مدارسهم. ورغم تعدد المدارس الدينية وفروعها، فإننا نلاحظ أن أحداً منها لم يحاول حتى الآن تقديم دراسة "مفصلة وموسعة وموثقة"، عن الصحة، والتطبيب الوقائي، والعلاجي وعن تعزيز الصحة، وتأهيل المواطن، وتنظيم الغذاء، والبيئة، والدواء، ودراسة السياسة السكانية المستهدفة من منظورهم. ولذلك سأضطر للمغامرة بتصوير تنظيري مستقبلي لذلك المنظور، إستناداً قدر الإمكان لما قد يتوافر من أدبيات، وممارسات، وخبرات تاريخية محدودة، لأصحاب ذلك السيناريو. وأتوقع أن يؤثر ذلك التدخل، رد فعل بظهور حوارات لعلها تكون مدخلا لوضوح أفكار وخطط، ونظم وآليات وأساليب تشغيل، وإنتاج المخرجات الصحية، طبقاً لرؤى المدارس الإسلامية المتنوعة.

ولعل أبرز تلك التنظيرات التي ترسى الأسس، هي محاولات المكتب الإقليمي للشرق الأوسط والشمال الأفريقي التابع لمنظمة الصحة العالمية، بمشاركة مع المنظمات الإسلامية الإقليمية والعالمية، وممثلي المنظمات الإسلامية في مصر والمغرب والسعودية وغيرها. وذلك لإرساء أسس "فقه الصحة" وطرحها، باعتبارها أساساً سابقة، لما يطرحه العالم حالياً، من خلال منظمة الصحة العالمية، فالأفكار الإسلامية في رأيهم متوافقة، تمام التوافق، مع طرح منظمة الصحة العالمية، ولكنها أيضاً سابقة عليها.

٦-٢١-٢ صعوبات تواجه تخليق سيناريو الدولة الإسلامية:

تتمثل تلك الصعوبات في:

١. التركيز الشديد لأصحاب ذلك السيناريو على جانب الأهداف، والصورة الكلية المستقبلية المنشودة، تحت راية الإسلام، دون الولوج في تفاصيل الصورة، وصولاً إلى مكوناتها وعناصرها، وما يطرأ على كل من تلك العناصر، في حالة انتصار أصحاب ذلك السيناريو وتوليهم مقاليد الأمور.

٢. التبلور القيمي والأخلاقي حول: إقامة مجتمع أخلاقي فاضل، متميز الهوية، طارحاً الأصول الإسلامية، بالإستناد إلى القرآن والسنة، ومركزاً علي بروز "المسلم الصالح"، ومستهدفاً "الدولة الإسلامية"، من مدخل شمولي عام، تحت شعار "الإسلام هو الحل".

٣. تعدد المدارس التي تطرح الحل الإسلامي في مصر، وهي مدارس ذات رؤى مختلفة: "الإخوان المسلمون - الجماعات الإسلامية - الجهاد"، فهم جميعاً، يقتربون من الديمقراطية كتوجه، في مرحلة ما قبل الحكم، إرتباطاً يتحدد بقدر ما تحققه لهم تلك الديمقراطية، من مصالح معينة مؤقتة تتحقق لصالحهم، وفي حدود معينة يرتضونها، وبقدر التوجه المتشدد لكل مدرسة، يكون الإقتراب لفكرة الديمقراطية والمجتمع المدني، أو الابتعاد عنه، ومن جانب آخر فإن إشاعة الدولة لمناخ أكثر ديمقراطية، يغري تيار "الإخوان المسلمون"، علي وجه الخصوص بالتسديد، في منظمات المجتمع المدني، خاصة في النقابات المهنية،

وفي منظمات الجمعيات غير الحكومية، في حماية منظمة المسجد، علي حين أن قمع الدولة يواجه المتشددين "من الجماعات الإسلامية، وفرق الجهاد"، بعيدا عن جماعة الإخوان المسلمين.

٤. تقييد كافة الأفكار والسلوكيات أيا كان طابعها الديمقراطي - وأبعادها ذات الطابع المدني - بقيد الشريعة الإسلامية، كما تفهمها وتفسرها كل من تلك المدارس أو فروعها العديدة، فالاهتمام بالشريعة هو الاهتمام الأساسي والأول، بل إنه الإهتمام الوحيد لدى بعض المتشددين، هو الهدف والغاية، وعلى الجميع ممن يدعون إلي الديمقراطية الإنصياح.

٥. مدى إستعداد أصحاب الأديان الأخرى غير الإسلامية، المتواجدين في جميع المجتمعات الإسلامية بالدول التي يكون للمسلمين فيها أغلبية، للقبول بذلك السيناريو الإسلامي، وانسجامهم مع أصحابه، بالمشاركة الفاعلة، باعتباره ليس فقط موقفا انتقائيا من قبل الأغلبية المسلمة، وإنما باعتباره أيضا، إمتدادا وطنيا لوضع تاريخي، وجذور تراثية، لمواقف قومية وأممية، ذات قيم إسلامية، مجتمعا وفرديا. وفي هذا الإطار، يستند أصحاب سيناريو الدولة الإسلامية، إلى أن الديانة الثانية السائدة في مصر، وهي القبطية، لا توجد بها، في رأيهم، تعاليم ترشيدية للمعاملات المتعلقة بمعاش الناس، من صناعة وزراعة وتجارة وخدمات، وأن القدر المتاح من تعليمات تلك الديانة، محدود بالأطر القيمة الأخلاقية، من المحبة والسماحة التي تميز تلك الديانة، ولا تتعارض مع ما ورد في الديانة الإسلامية من تنظيم للحياة، في عمومها وتفصيلاتها، والواقع أنه لا يوجد تراض بين الأطراف المعنية حول تلك القضايا.

٦-٢١-٣ التوجهات الإستراتيجية:

الحركات الإسلامية حركات ذات جوهر اجتماعي وسياسي إسلامي، وتستند إلى أسلوب يتضمن حركة لتحقيق الهدف الإسلامي، ويتحدد ذلك الجوهر الإسلامي في مثال الدولة الإيرانية، وفي إستهدافات الإخوان المسلمين على تعدد اتجاهاتهم في الشمال الأفريقي والسودان وسوريا ومصر، حول إعادة اكتشاف الإسلام الاجتماعي السياسي، والسعي لإحياء تلك الظاهرة التاريخية، وإعطائها تقلا مركزيا في مهمة

التغيير الاجتماعي والسياسي، فالإسلام لم ينته أو يتنحى، كما يقول بعض الباحثين الغربيين، وإنما هو قوة دفع دائمة ومستمرة، وصالحة لكل زمان ومكان.

وأصحاب ذلك السيناريو يستندون أيضاً، إلى أن خيار الدولة الإسلامية هو الخيار الأيدلوجي الشعبي، وهو الخيار التراثي المتراكم، والمحصّن من الغزو الفكري والثقافي الغربي، وهو خيار يهين الأرض والمناخ لتغلغل أصحاب ذلك السيناريو، ليس من البوابة الاجتماعية السياسية فقط، وإنما أيضاً من البوابة الثقافية الأصولية الشعبية. وهم يرصدون الجديد المعاصر وينتقون منه، ولا يتفاعلون معه إلا من خلال بوابة الشريعة، ويقدر ما تسمح به من تفسير في رأي كل مدرسة من مدارس الفرق الدينية المتعددة (تناقض، وصراع).

وأصحاب ذلك السيناريو يقرّون أيضاً بالتمييزات والتفاوتات، باعتبارها واقعاً مقدرًا، فيقر بالغنى والفقير، ولكنه يضع الرعاية الاجتماعية للسائل والمأزوم والمحروم والفقير، من منطلق أساليب الشريعة، وأخلاقيات الأفراد، بنظام تكافلي، يستند إلى الشريعة، والقيم.

ومن بين تلك التمايزات التمييز بين قدرات الرجال والنساء، والدور المخصص لكل منهما، كما ترسمه الشريعة السمحة، لمجتمع الدولة الإسلامية. فالدور الحاسم للرجال، والضمانات للمرأة، والقدرات متعددة الأنواع (أكثرها ذو طابع ذكوري، وقليلها ممكن للثنتين)، أما تفاصيل تلك الأدوار فهي محددة طبقاً لنصوص الشريعة الموضحة لعلاقات الجنسين.

وأصحاب ذلك السيناريو يقرّون بالدور الموجه للقيم الدينية، في إعلاء قيمة العمل، وتجنب الإسراف أو التفتير، وحق الملكية مع الدور الاجتماعي للملكية، وحل مشاكل التفاوتات الاقتصادية والاجتماعية، بالزكاة، والتبرعات، وغيرها من عناصر التكافل الاجتماعي مثل الأوقاف على جهات الخير، والتعليم، ودور وأغراض العبادة.

وأخيراً، تتميز تلك الحركة الاجتماعية السياسية بإعطاء التجارة دوراً مركزياً، في التنمية الاقتصادية، بما يجعلها متميزة على قطاعي الزراعة

والصناعة، فجل الرزق في التجارة، وبما يربط الخدمات بموارد التجارة، إستناداً لمبادئ الربح والخسارة، دون الإرتباط بنظم البنوك والإئتمان، التي تستند في رأيهم إلى فوائد ربوية، مدانة، لتعارضها مع جوهر الشريعة الإسلامية، في رؤية أغلب المدارس الإسلامية.

ولعل أوضح وأقرب ما ورد حول ذلك المنظور المجتمعي، من مدخل سيناريو الدولة الإسلامية، هو ما ورد في محاضرة د. هيثم الخياط حول "فقه الصحة" التي أقيمت في المؤتمر الرابع للطب الإسلامي الذي عقد في "كرا تشي" عام ١٩٨٤، والتي نشرها المكتب الإقليمي للشرق الأوسط لمنظمة الصحة العالمية، ضمن سلسلة منشورات "الهدى الصحي"، والتي توضح المفاهيم الواردة في الفقرة التالية.

٦-٢١-٤ المجتمع في مفهوم المنظرين الإسلاميين المعاصرين:

تتعلق رؤية المعتدلين الإسلاميين للصحة من المنظور الاجتماعي الإسلامي، وتركز تلك الرؤية على موقف المعتدلين باعتبارها الموقف المتوسط بين كافة المدارس الإسلامية من الجماعات والطرق الصوفية، إلى جماعات الجهاد وغيرها. يقوم ذلك المجتمع الإسلامي المستهدف - في تصور المعتدلين - على دعائم أربع وهي:

التماسك / التعاون / الاكتفاء الذاتي / الإحسان.

أما التماسك: فهو تماسك الأشخاص، وتماسك البنیان، ليس بمعنى الصهر والدمج، وإنما بمعنى التوحيد في الموقف، والتأليف في الحركة. ويتم ذلك إستناداً إلى التواد والتراحم والتعاطف. وهو تماسك بمعنى تقريب المسافات بين الأفراد، وإصلاح "ذات البين" في علاقات هؤلاء الأفراد. ويستندون في ذلك إلى طبيعة صلاة الجماعة، والتذكير اليومي للفرد بأسس العلاقات اللازمة والضرورية للجماعة والمجتمع، والتي تحقق: نفع الأخ لأخيه، والإهتمام بأمور الكفاية، وتجريم موقف المتفرج، وإطلاقه إلى موقف المساند والمشارك والفاعل، بحسب القدرة. ولعل أبرز ما يثار حول ذلك الموضوع هو أمران:

الأول: هو ما يشار إليه "بفرض الكفاية" لكل ما فيه مصلحة المجتمع الإسلامي، وذلك الفرض هو فرض جماعي، تستفز فيه قوى الكافة، حيث يتنافس أفراد المجتمع للقيام بهذا الفرض، ونيل ثوابه بالإستباق إلى الخبرات، والمبادرة بالأعمال الصالحة، وتقريب الصفوف وسد الفجوات، والإنضباط، وحسن الإدارة والتدبير. والصلاة كما يرونها هي في حقيقتها رمز ومدخل لذلك الأسلوب.

والثاني: هو ما يشار إليه "بالشورى" وهي صفة مميزة لمجتمع المسلمين، تسود في كافة مستويات المجتمع: من الأسرة، والجماعة، إلى عموم المجتمع الكبير، وذلك لتدبر وتدبير شئون الكافة.

أما التعاون: فهو لخير الناس كافة، تعبيراً عن المظهر الإيجابي لجلب المصالح الواجبة، أو المندوبة، ودرء المفسدات المحرمة، أو المكروهة. وتقسم تلك الواجبات إلى فرض عين وفرض كفاية، أو سنة عين وسنة كفاية، كما توضحه كتب الشريعة. فالتعاون في المصالح وأسبابها فقط، ولا تعاون في المفسدات وأسبابها.

أما الاكتفاء الذاتي: فترى مدرسة المعتدلين الإسلامية، أنه ضروري لإستمرار المجتمع الإسلامي في حالة نمو دائم، وكل فرد في المجتمع الإسلامي يؤازر في دعم المجتمع المنشود، ونتيجة لتلك المؤازرات العديدة يقوى ويشد المجتمع.

وأسس الاكتفاء الذاتي تستند: أولاً إلى عمل الكافة بلا بطالة، وعائد العمل حتى إن كان طعاماً فقط فهو يكفي، حيث أن ما يكفي واحداً يمكن أن يكفي اثنين، والفرد يعود بأي فضل لديه على من لا زاد لديه، وفي ذلك إحياء لدور الأشعريين في الإسلام. وتستند تلك الأسس ثانياً إلى تأمين دخل المسلم، وذلك من خلال تعظيمه باستجلابه ليبنى مجتمع اليد العليا. وأخيراً، فهو يستند إلى النهي عن هدر الموارد وإضاعة المال، وذلك بالاقتصاد فيه "قصداً بين طرفين"، وذلك حتى في ماء الوضوء.

أما فيما يتعلق بالإحسان: فيرى تيار الاعتدال الإسلامي أن ضمانات المحافظة على المجتمع الإسلامي تندرج في أربع هي: الإصلاح / والمعروف / والصدقة / والإحسان.

والإصلاح في الإسلام: لا يكون إلا بدءاً من القمة، في مفهوم جميع المدارس: يغلظ في بعض تلك المدارس وصولاً إلى الجهاد، والتقويم بحد السيف، ويتدنى في مفهوم بعضها الآخر وصولاً إلى: التحلق حول الحاكم بال نصيحة والترشيد، والدعوة إلى فضائل الأمور، بل قد يصل عند الطرق الصوفية المتسامحة إلى التصالح مع حاكم لا يرضون عنه، درءاً للمخاطر والمواجهة الباطشة، وتجنباً لإستثارة فتن محتملة.

أما المفاهيم الإسلامية المستندة إلى التجارب الثورية المعاصرة، فتلجأ إلى التبصير، وإحياء الإسلام لدى الكافة، والتنظيم لطلائع الحركة (بعنف مستهدف، أو بدون عنف)، وغزو المنظمات المجتمعية القائمة "الجمعيات الأهلية - النقابات المهنية"، بل والمشاركة من خلال الانتخابات، وصولاً إلى المحليات، والبرلمان، واستعراض قوة تأييد الرأي العام، بديلاً عن قوة السلاح، لردع الحاكم ومن يشايعه من المحكومين. وهي في كل ذلك التحرك تستند إلى الإفادة من الآلية الديمقراطية، الآخذة في التزايد منذ نهايات القرن العشرين. كل ذلك بهدف إجبار الحاكم "جهاز الدولة" إلى الرضوخ، لشعار مشروع الثورة الإسلامية المطروحة: "الإسلام هو الحل"، إستناداً مؤقتاً إلى الديمقراطية والدولة المدنية، وإزاحة الجهاز القائم، ووصول الجهاز الاسلامي المتنامي إلي مواقع القرار والسلطة.

وبالطبع، فإن الإصلاح في الإسلام، عند المعتدلين، لا يتحمل حتى الآن: أسلوب المواجهة بالعنف "الجماعات والجهاد"، أو "التحضير للثورة الإسلامية" للوصول إلي المجتمع المنشود بأسلوب الإخوان المسلمون، ولكن تعاطف عموم المعتدلين قائم وموجود، ولكنه غير مشارك فيما هو أبعد من إعطاء الصوت، لمن يرفع راية "الإسلام هو الحل"، لأنه لا مرشح آخر يهم الجمهور في كل التيارات المجتمعية الأخرى المطروحة.

أما الصدقة: فما هي في رؤيتهم إلا برهان ومصداقية المسلم بالإنتماء إلى مجتمعه، والصدقة أوسع مفهوماً من الصدقة المالية، فمن أبوابها التكبير، وسلامة الطريق، ونصرة المستغيث والضعيف، وهداية الأعمى، إنها باختصار سلوك حضارى صدقة من الفرد على نفسه وعلى مجتمعه.

أما المعروف: فهو من قطاعات الصدقة، وهو مرادف للبر، والمنكر مرادف للإثم، وهو ما فيه ضرر في النفس أو المال أو غيرهما، وأشدّها المضار والمفاسد الاجتماعية في رأى السيد رشيد رضا. فالمعروف يزيد اللحمة للتماسك والتضامن، والمجتمع يصلح دائماً وأبداً في رأيهم، بالأمر بالمعروف والنهي عن المنكر، ويحافظ على صلاح المجتمع ككل وكأغلبية، ولا تضرهم القلة التي قد لا تهتدي، فالكثرة قوامه على أمر الله.

أما الإحسان: فهو بيت التصيد والغاية العظمى في ذلك كله، فلمسة الحسن في الإحسان هي في الإتقان، وغاية الإحسان هي في عبادتك لله كأنك تراه في كل عمل تعمله باتقان، فإن لم تكن تراه فتذكر أنه يراك. ويلاحظ أن تعبيرات الصدقة والمعروف والإحسان قد يستعمل أي منها مكان الآخر في الفقه الإسلامي (تبادل دلالات المصطلحات الدينية متعددة في كل معاجم العربية، وفي الاصطلاحات المتداولة بين الفقهاء).

٦-٢١-٥ الاحتياجات التنموية الأساسية:

ويتم الوصول إليها من استقراء أسس مجتمع المدينة لتوفير الحد الأدنى من الاحتياجات التنموية الأساسية هي:

الأمن: حيث أنه شرط ضروري لإمكان تلبية جميع الاحتياجات المجتمعية "بلد آمن - حرم آمن - بيت آمن"، فالدنيا هي أن يكون الفرد آمناً في سربه، معافى في جسده، عنده قوت يومه.

الماء: والماء في الإسلام للجميع، والصدقة في تداوله وسقيه.

الغذاء: فالزراعة والغرس أساس الصدقة الحقيقية.

المسجد: ساحة العبادة، ودار للتربية، ومدرسة للعلم اللغوي والديني والديني، وندوة الأدب.

التعليم: فطلبه فريضة، يتوجب على الجميع السعي إليه، لأنه ذروة المعروف وجزء منه ورفع راية العلم، والعلماء، والمعلمين ذكوراً وإناثاً، مقرون في

الإسلام بالتيسير لا بالتعسير، وبالتبشير لا بالتنفير، والعلم بهدف النفع للمجتمع هو أعلى درجات العلم.

الدخل: إستدرار الدخل فرض على كل مسلم. ويكون ذلك من خلال إلتزامه بالعمل وكسبه منه، وانتفاعه به.

وهم يروون أن إعمار الكون غاية الغايات، صنوها وقربتها هي عبادة الله، وبالإعمار والعبادة يتحدد معنى العمران، واستخلاف الإنسان في الأرض، وعلى الأئمة والوعاظ في المساجد، والخطباء في المجتمع والمدارس، كل في محيطه أن يقودوا الأمة لتصحيح وضعها الاجتماعي في إتجاه إسلامي، ولتوليد مجتمع الخدمات الإسلامية المثلى على مستوى الفرد والمجتمع، ومن بينها الرعاية الصحية المتكاملة.

٦-٢١-٦ النهج الإسلامي يقدم الحل الأمثل لقضايا المجتمع ومنها الصحة:

ولعله من المستبين أن الرأي لدى أصحاب سيناريو الدولة الإسلامية، هو أن الإسلام في مختلف القضايا يتوجه عادة إلى الإطار العام، ولا يتوجه إلى قضية في معزل عما يحيط بها من قضايا المجتمع، من مسكن، ومأكل، وملبس، وإمداد بالمياه، وإصحاح بيئي، وتحسين في مستوى دخل الفرد، وتحسين في التعليم والتدريب، وتوفير لشبكة الأمان الاجتماعي.

أما الأسلوب الإسلامي في الرعاية الصحية فيقوم على مقومات المجتمع الإسلامي التي طرحت في الفقرة السابقة: "التماسك - التعاون - الاكتفاء الذاتي - الإحسان".

وبالاكتفاء الذاتي يتم توفير الموارد البشرية، المستندة لمجموع الأفراد، وكذلك توفير الموارد المادية، بأقل تكلفة ممكنة.

وبالتعاون تزول الحواجز القطاعية، ويعمل الجميع كفريق واحد متعاون على البر والتقوى والخير والمصلحة.

وبالتماسك يتم حل مشاكل الإدارة من خلال الإنضباط، والشورى.

وبالإحسان نكتمل المشاركة المجتمعية في الرعاية الصحية، حيث يتكاتف الجميع لإتقان العمل، لأن الله يراهم، فيكون عمل كل فرد صدقة لنفسه ولمجتمعه، ومعروفاً يقدمه.

وبإيجاز، فتطبيق ذلك النهج في الرعاية الصحية، يغير نمط الحياة السيئة، ويتجه إلى نمط الحياة الصالحة، مما يحسن صحة الإنسان، ويخفض تكاليف الرعاية الصحية. كما أنها، في النهاية، دعوة للإكتفاء الذاتي، ليس في احتياجات التنمية الصحية فقط، وإنما أيضاً في جميع الأنشطة المجتمعية، حيث الصحة جزء من كل مجتمعي.

٦-٢١-٧ الرؤية التمويلية للصحة والتأمينات من منظور السيناريو الإسلامي:

ولعل أكثر ما يوضح المصادر التمويلية المقترحة من منظور الدولة الإسلامية، هو ما انتهت إليه ندوة القوانين الاقتصادية من منظور إسلامي، والتي عقدت بمركز "صالح عبد الله كامل للاقتصاد الإسلامي" بجامعة الأزهر، واستمرت لمدة شهر، وانتهت بإصدار توصيات حول مجموعة من القوانين الاقتصادية المقترحة، ومن بينها ستة مواد مقترحة بالباب الحادي عشر الخاص التكافل الاجتماعي والتأمينات الاجتماعية في الإسلام، طبقاً لما يلي:

توضح المادة الأولى أن التكافل الاجتماعي هو بالدرجة الأولى واجب إلزام فردي، يمتد إلى الأسرة، ثم إلى ذوى القربى، ثم إلى الجيران.

وتوضح المادة الثانية أن متطلبات التكافل تختص بتوفير الحاجات الأساسية من مأكلاً ومسكناً وملبساً.... الخ، بإعطاء المحتاج ما يسد حاجاته التي كان معتاداً عليها، ما لم تكن له مهنة أو حرفة فيوفر عمل له، ومن تمام الكفاية محاربة الفقر، والإنفاق على طالب العلم.

وتوضح المادة الثالثة أن التكافل الاجتماعي واجب على كل مسلم وهو حق للسائل والمحروم يقتضيه دون سؤال من مال المسلمين، وأولو الأمر مكلفون بإقامة نظام يمكن من خلاله التعرف على المحرومين.

أما المادة الرابعة فتوضح مصارف الزكاة الثمانية، وترجم تلك المادة إلى ثمانية أنظمة تأمينية متطورة، تغطي الأغراض التأمينية علي الإتساع، ومن بينها ما يكفل مجمل أغراض الإنفاق الصحي.

أما المادة الخامسة فتوضح طرق تمويل التكافل ومصادرة وبيان تلك المصادر هو:

- طرق خاصة: وهي النفقة التي ينفقها الأب على الصغار (الرضاعة/الحضانة/الولاية)، وما بنفقة على الأقارب الفقراء (تنمية التعاطف) .
- طرق عامة وهي: نصاب الزكاة (٢,٥%) على كل مال بتنامي أو يتزايد أو المال الذي لا بتنامي بسبب الإهمال)
- حق البر (وهي ما يفرضه ولي الأمر زيادة عن الزكاة، إذا كانت الأخيرة لا تفي بالحاجة)
- طرق أخرى: وهي النذور/الصدقات/الوقف/العشور، بالإضافة إلى ما أستحدث من رسوم جمركية وما يماثلها.

أما المادة السادسة والأخيرة فتوضح ما تتميز به الشريعة عن قوانين الضمان والتأمينات الاجتماعية كالاتي:

- لا تقتصر تلك المادة على التأمينات ضد المرض وإصابات العمل، والتأمين ضد العجز والشيخوخة، والتأمين ضد البطالة والوفاة، وإنما تزيد عن ذلك فتصل إلى سد الحاجات الأساسية لكل مستحق للرعاية الاجتماعية، وتمتاز الشريعة الإسلامية أنها توفر حق حصول كل مستحق للرعاية الاجتماعية في الحصول على حاجته، ولو لم يسهم بالاشتراك في تمويل الزكاة أو غيرها من مصادر التكافل.
- لا تلزم الشريعة الإسلامية أصحاب الأعمال بأعباء التكافل الاجتماعي، بما يحدد تكلفة المنتج، ويحقق مسار أفضل لاقتصاديات السوق، وترحل واجب تمويل مصادر التكافل الاجتماعي، إلى كل قادر على دفع الزكاة أو النفقات أو الضرائب والرسوم.

- وتمتاز أخيراً الشريعة الإسلامية بأنها تلزم ولي الأمر بتوفير حد الكفاية لكل محتاج، دون تنسيب، حسب الاشتراكات المدفوعة، وإنما تحقق للمحتاج حداً يكفيه طبقاً لمستواه، بغض النظر عما ساهم به.

ولعل مشكلة التمويل هي من أبرز ما يواجه سيناريو الدولة الإسلامية، فيلاحظ أن الطموحات كبيرة، ومصادر التمويل محدودة، بما لا يكفي لتغطية تلك الأغراض المجتمعية ذات الطبيعة الإستراتيجية الممتدة، والتي تتجاوز الأغراض التأمينية التقليدية المطروحة حالياً، وحتى مدى زمني بعيد. وإذا علمنا أن تلك الأغراض التأمينية التقليدية تصل في دول السوق المتقدمة إلي ما يزيد علي نصف الإنفاق المجتمعي الكلي (منسباً إلي الناتج القومي الإجمالي)، وتصل إلي تخصيص الدولة لحوالي ٦٠% من إنفاقها الحكومي (منسباً إلي إجمالي الموازنة الحكومية، أو إلي الحساب الختامي السنوي)، ولذلك يصبح مطلوباً من أصحاب هذا السيناريو إستمرارية المحاولة لتقسيم تلك الطموحات إلي مراحل زمنية، مع توفير مصادر التمويل الكافية، لتحقيق أغراض مرحلية بعينها مستهدفة. ولعل الفقرة التالية توضح إجتهداً مطروحاً، كعلامة في هذا الاتجاه.

٦-٢١-٨ الصحة الاجتماعية في آفاقها الإسلامية:

الإسلام يفتح للصحة الاجتماعية آفاقاً تتبثق من مبادئه لتتحقق المفهوم والمنهج والتطبيق الأكثر شمولية وعدالة وفاعلية. ولعل أفضل دراسة توضح ذلك النهج هي الدراسة المقدمة من د. أحمد عروة من الجزائر إلي المؤتمر الإسلامي الثالث والرابع.

أولاً: الصحة، والطب الاجتماعي، في الحضارة الإسلامية السابقة في العصور الوسطى: مفهوم الصحة، والعوامل المؤثرة فيها:

ويحدد أصحاب ذلك النهج في السيناريو الإسلامي للصحة يشمل: صحة الجسم / صحة العقل / صحة السلوك الخلقى / الصحة الروحية.

وهم يرون أن الصحة مرتبطة بعوامل تؤثر فيها، وهي:

- العوامل الذاتية: وهي تتمثل في حالة الجسم العضوية، والمزاجية، الموروثة أو المكتسبة.
- عوامل البيئة الخارجية: وهي:
 - الأرض/الماء/الهواء/المناخ.
 - والبيئة البيولوجية: النبات - الحيوان - الكائنات الدقيقة - المواد العضوية.
 - والبيئة الإنسانية: الوسط البشري/الوسط الاقتصادي/الوسط الثقافي/الوسط الخلقى والنظامي/البيئة الفكرية والعقائدية/عوامل السلوك والتصرف الشخصي.

وهم يرون أن الطب كما عرفه الأطباء الإسلاميون، في العصور الوسطى هو "علم يتعرف منه أحوال بدن الإنسان، من جهة ما يصح ويذول عن الصحة، ليحفظ الصحة حاصله، ويستردها زائلة"، وهذا التعريف يبين لنا الهدفين الأساسيين للطب في رأيهم، وهما:

١ - علاج الأمراض التي هي من صلاحيات الطب الذاتي، ويرتكز على الخدمات والمؤسسات الصحية.

٢ - حفظ الصحة بالوقاية الطبية والصحية، وهي صلاحية مشتركة بين القطاع الصحي والقطاعات العمومية الأخرى. وهم يرون أخيراً، أن رعاية الصحة في مفهومهم تركز على إصلاح وتحسين العوامل المؤثرة فيها، وهي:

- الرعاية الصحية الذاتية بوسائل الطب العلاجية والوقائية.
- إصلاح عوامل البيئات الطبيعية والبيولوجية والاجتماعية.
- التربية الصحية والثقافية والخلقية والروحية.

الطب الاجتماعي في الحضارة الإسلامية في العصور الوسطى:

والحضارة الإسلامية: عقيدة، وثقافة، وأخلاقاً، ومجتمعاً، كانت سباقة في تحقيق أهداف الصحة والسعادة لجميع أفراد الأمة وحتى في خارجها، وذلك:

- ببناء المستشفيات العامة والمتخصصة.
 - وتنظيم الخدمات الصحية المختلفة، بما فيها: معالجة الأمراض، والرعاية الصحية، والإسعاف، وإنشاء المكتبات، والملاجئ، ودور الحضانه، وتدریس العلوم على مختلف المستويات، بما فيها العلوم الطبيعية والطبية.
- بغض النظر عن الخدمات العامة الأخرى التي كانت تسعى لإصلاح المجتمع وترقيته اقتصاديا وثقافيا وخلقيا وروحيا.

ثانيا: السمات والخصائص العامة للصحة الاجتماعية في الحضارة الإسلامية في الصور الوسطى:

ويرى أصحاب هذا التوجه أن أهم ما تتميز به الحضارة الإسلامية في رعاية الصحة الاجتماعية هو:

١ - الأهداف العامة للصحة:

- الإنسان السليم في المجتمع السليم.
- السعادة هدف وجودي: يشمل الحياة الدنيا، والحياة الأخرى.
- الصحة تشمل الأبعاد الجسمية والعقلية والخلقية والروحية.

٢ - الأهداف العملية للطب تتمثل في:

- العلاج الطبي للأمراض والآفات.
- الوقاية الطبية والصحية.
- الطب وظيفه اجتماعية وحماية الصحة مسئولية خاصة وعامة.
- الصحة الفردية لا تتحقق إلا بصحة البيئة الطبيعية والبشرية.

٣ - الخدمات الصحية تتكون من:

- المؤسسات العامة.
- المؤسسات المحلية أو الدولية كالمستشفيات.
- المؤسسات الخيرية الاجتماعية.
- الحرف الحرة.

٤ - الاعتماد المالي من: بيت المال/الأوقاف/ التكاليف الفردية.

٥ - سياسة الدواء: لا توجد سياسة مخططة لصنع وتوزيع الدواء، لكن صناعة الدواء بدأت تكتسب الطابع العلمي التجريبي، وتتفصل كحرفة متخصصة عن التطبيق.

٦ - نفقات التكوين (التعليم والتدريب): من:

- خزينة الدولة في المدارس الحكومية.
- الأوقاف والإنفاق الخاص في المؤسسات الخيرية.

ثالثًا: نقاط القوة والضعف الخاصة بالطب في الحضارة الإسلامية في العصور الوسطى:

يختص الطب الإسلامي في رأيهم بنقاط قوة كالآتي:

١. الشمولية في مفهوم الصحة.
٢. أهمية الوقاية الصحية الخاصة والعامة.
٣. الطابع العلمي والتجريبي.
٤. ظاهرة التعاضد الاجتماعي في المؤسسات والخدمات الصحية والاجتماعية.
٥. أخلاقيات المهنة الطبية التي تخضع للقيم الروحية.

أما نقاط الضعف فيذكر منها:

١. عدم التوصل إلى معرفة الأسباب الأولية للمرض ولا سيما الأمراض التعفنمية.
٢. من ذلك عدم التوصل إلى صنع الأدوية الناجعة، لوقاية أو علاج تلك الأمراض.
٣. عدم وجود سياسة مركزية، مخططة، ومتناسقة.

رابعًا: الطب الاجتماعي في الحضارة الغربية المعاصرة:

تختلف، في رأي أصحاب هذا النهج، سياسة الطب الاجتماعي: حسب المناهج العقائدية، والنظم الاجتماعية السائدة، ويظهر ذلك في المقارنة بين النظام الليبرالي كما تمثله الولايات المتحدة الأمريكية، والنظام الاشتراكي كما يمثله الاتحاد السوفيتي سابقا. وكذلك من قراءة أصحاب منظور سيناريو الدولة الإسلامية لإيجابيات وسلبيات النظامين: الرأسمالي والاشتراكي كما يرونها، طبقا للجدولين التاليين كما وردت في دراسة د. أحمد عروة المشار إليها في مطلع الفقرة.

مقارنة بين الطب الاجتماعي في النظامين الليبرالي والاشتراكي
(من منظور النهج الإسلامي)

ميادين المقارنة:	المجتمع الليبرالي الولايات المتحدة الأمريكية	المجتمع الاشتراكي الإتحاد السوفيتي (سابقاً)
الأهداف العامة:	الصحة طموح فردي قبل أن يكون حاجة إجتماعية.	الصحة حاجة اقتصادية قبل بأن تكون طموحاً فردياً.
مفهوم الصحة:	يرتكز أساساً على: البعدين الجسمي والنفسي	يرتكز أساساً على: البعدين الجسمي والاجتماعي
سياسة الصحة:	الصحة قية فردية قبل أن تكون قضية دولية	الصحة قضية دولية قبل أن تكون قضية فردية
مبادرة فردية:	أهمية المبادرات الخاصة والتضامن الاجتماعي الخاص	أهمية التخطيط المركزي وأهمية الوقاية العامة
الخدمات:	تغلب العيادات الخاصة	الخدمات الطبية كلها مؤمنة
الطبيب:	في الغالب إما حر، وإما مستأجر في القطاع الخاص	طبيب موظف حكومي
الاعتماد المالي:	تغلب الطابع التجاري	مجانية الخدمات الطبية
التكاليف:	فردية أو جماعية عن طريق صناديق الضمان الاجتماعية. هامشياً: تبرع الدولة، أو بعض المؤسسات الخيرية.	التكاليف على حساب ميزانية الدولة.
سياسة الدواء:	تغلب الطابع التجاري في صناعة وتوزيع الدواء	توزيع الدواء مجاناً مع تخطيط صناعته
سياسة التعليم:	حرية الاختصاص باعتبار التنافس	تخطيط التكوين وتوجيهه الإختصاصات حسب البرنامج الحكومي
تكاليف التكوين:	على حساب الفرد، أو المؤسسات الخاصة والمستخدمه	التعليم على نفقة الدولة توظيف المتخرجين

مقارنة بين المحاسن والسلبيات في النظامين: الليبرالي والاشتراكي،

من منظور المنهج الإسلامي

النظام	المحاسن	السلبيات
الليبرالي	الطموح الفردي يؤدي إلى التنافس والتنافس في المنصب يؤدي إلى التنافس في الإلتقان. مكافأة الكفاءات. احترام إختيار الفرد. أهمية المسؤولية الفردية. توفير العرض بالنسبة للطلب.	عدم المساواة أمام المرض وأمام المناصب. الطابع التجاري في المؤسسات الصحية والدوائية. تضخم الإنتاج الدوائي كماً وكيفاً. ثقل التكاليف الفردية في رعاية الصحة. ثقل التكاليف الفردية في التكوين. إهمال البعدين الخلقى والروحي في الصحة.
الاشتراكي	التخطيط المركزي لسياسة الصحة حسب الأهداف العامة للتنمية والصحة الاجتماعية.	كبح الاختبارات الفردية في الخدمات والاختصاصات. إحتكار الدولة لسياسة الصحة والتكوين والتسيير.

خامساً: آفاق إسلامية معاصرة لسياسة الصحة الاجتماعية:

ويتساءل أصحاب تلك الرؤية في سيناريو الدولة الإسلامية: هل يمكن إيجاد تصور للصحة الاجتماعية يختص بها الإسلام؟ بالمقارنة مع النظامين الليبرالي والاشتراكي.

وهم يرون أن سياسة الصحة الاجتماعية في مفهومها الإسلامي تعتمد على ثلاثة مقاييس منهجية، هي:

- الأصالة العقيدية والحضارية.
- التفتح الحضاري.
- الإجتهد.

أما الأصالة العقيدية والحضارية فترتكز على المبادئ الآتية:

- المفهوم المتكامل للصحة يشمل الأبعاد الأربعة: الجسمية، والعقلية، والخلقية، والروحية.
- السياسة الطبية تجمع بين هدفين متكاملين:
 - معالجة الأمراض بالوسائل الطبية.
 - حفظ بالوقاية الطبية وبإصلاح العوامل الصحية العامة.
- الصحة الاجتماعية مسئولية عامة تشترك فيها الدولة والأفراد في مفهوم الأمة المتآزرة.
- الصحة الاجتماعية ليست حقلا تجاريا، وإنما هي خدمة اجتماعية إسانية.
- لكل فرد من أفراد الأمة حقه في الصحة والرفاهية والحياة الفاضلة.

وأما التفتح العلمي والحضارى:

فيعني الاطلاع على الإنجازات العلمية والتقنية والمنهجية عند الأمم الأخرى للاقتباس منها باعتبار ما تقبله المبادئ الخلقية وتدعو إليه المصلحة العامة.

وأما الإجتهد:

فيعني البحث العلمي، والإبداع التقني، والتحليل المنهجي، طبقا للأهداف المحددة، في كل مرافق الصحة، والتربية، والتنمية.

وانطلاقا من تلك المراجع المنهجية، يمكن لنا أن نطرح بعض المحاور للتفكير في آفاق الطب الاجتماعي في المجتمع الإسلامي.

سادسا: الملامح العامة لسياسة الصحة الاجتماعية في المنظور الإسلامي المعاصر:

الأهداف العامة:

- الصحة علاجا ووقاية مطمح وحق وواجب مشروع لكل إنسان.
- الصحة لا تكتمل إلا في أبعادها الجسمية والعقلية والخلقية والروحية كما أسلفنا.
- الصحة لا تكتمل إلا بصحة البيئة الاجتماعية.

سياسة الصحة:

- الدولة تشرف على سياسة الصحة.
- الصحة الاجتماعية تهدف إلى توفير الخدمات الطبية والصحية لجميع المواطنين.

الصحة الاجتماعية تشمل:

- مرافق العلاج والوقاية التطبيقية.
- إصلاح عوامل الصحة بما فيها البيئة الطبيعية البشرية والمحيط الثقافي والروحي.
- الصحة الاجتماعية مسئولية تشترك فيها: الدولة بمؤسساتها، والمجتمع بمشاركته ومبادراته.
- الصحة الاجتماعية تقتضي مشاركة الأفراد: بوعيتهم، وسلوكهم.

الخدمات والمؤسسات الصحية:

أنواع المؤسسات قد تكون أحد الأمور الصحية الآتية:

- قطاع عام حكومي متوفر الإمكانيات والكفاءات الطبية والصحة.
- قطاع تضامن لبعض الفئات المهنية.
- قطاع اجتماعي تنشئه وتديره المؤسسات الخيرية.
- قطاع خاص بصورة هامشية يخضع للقانون العام.

الاعتمادات المالية:

- ميزانية الدولة في القطاع الحكومي.
- الاشتراك في القطاع التضامني.
- المشاريع الخيرية والأوقاف وأنواع الإنفاق المختلفة.
- التكاليف الخاصة بصورة هامشية.

سياسة الدواء:

- التخطيط في صناعة واستيراد وتوزيع الأدوية باعتبار الأهداف العامة.
- توفير الدواء كيفاً وكماً مع مراعاة الاقتصاد في التكلفة.
- البحث عن وسائل العلاج والوقاية الأقل ضرراً وتكلفة.
- إنماء الوسائل الطبية الطبيعية.

مناهج ووسائل التكوين والأداء:

- تشرف الدولة على سياسة التعليم، والأداء الصحي.

التكوين التعليمي والحضاري:

- الإعتماد على التخطيط، والبرمجة، في توفير الكفاءات المتخصصة.
- تشجيع المواهب العلمية والتقنية.
- الإعتماد على التكوين الثقافي والخلقي والروحي في التعليم الأساسي، وامتداده في تكوين الأطباء والعاملين في حقل الصحة، ومجانية التعليم في جميع المراحل.

سابعاً: خلاصة الصحة الاجتماعية بالمنظور الإسلامي:

إن سياسية الصحة الاجتماعية في ملامحها الإسلامية تتميز:

- بمفهوم الصحة المتكامل الذي يشمل الأبعاد الجسمية والعقلية والخلقية والروحية.
- بأهدافها العملية المتكاملة التي تسعى إلى توفير وسائل العلاج والوقاية الصحية، وإلى إصلاح العوامل الصحية، في البيئات الطبيعية والبشرية.
- باعتبار المؤسسات الطبية، والصحية، والتكوينية، خدمات اجتماعية لا تخضع للدافع التجاري، إنما للدافع الإحساني والمصلحة العامة.
- بطابعها الخلقي والشرعي الذي يتمثل في نزاهة الأطباء والعاملين الصحيين، وفي فضائلهم العلمية والخلقية والإنسانية.

٦-٢١-٩ منظور السيناريو الإسلامي للصحة المتوافق مع منظور منظمة الصحة العالمية:

مقدمة :

قام المكتب الإقليمي للشرق الأوسط والشمال الإفريقي التابع لمنظمة الصحة العالمية، بمحاولة إحداث توافق ما بين دراسات وتوصيات منظمة الصحة العالمية من ناحية، وما بين التراث والتعاليم الإسلامية من ناحية ثانية، وذلك من خلال مؤتمرات وندوات ضمت عددا كبيرا من الفقهاء، ومن الأطباء، المنتمين للمدارس الإسلامية المعاصرة، وذوي الرأي والدور القيادي بالمنظمات الإسلامية (المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية، والمجمع الملكي لبحوث الحضارة الإسلامية - مؤسسة آل البيت)، ومنظري الفقه الإسلامي، طبقا لرؤية بعض المدارس الإسلامية المعاصرة (الإخوان المسلمون)، والمدارس الإسلامية التقليدية (الأزهر). وكانت الثمرة سلسلة من الكتيبات المنشورة باسم "الهدى الصحي"، بهدف أن تأخذ الدعوة الدينية (الدعاة/الرعاة/المسجد) دورا متميزا متصاعدا خلال العقود القادمة، للحفاظ علي الصحة والعافية، ونورد فيما يلي أهم النقاط المشار إليها في تلك الكتيبات.

الصحة، والميزان الصحي، والرصيد الصحي:

- **الصحة:** في رأى أصحاب ذلك السيناريو المتوافق مع أغراض منظمة الصحة العالمية: أنهم يتفقون مع تعريف منظمة الصحة العالمية، بمعنى أنها المعافاة الكاملة: بدنيا ونفسيا، واجتماعيا، وروحيا، وليست انتقاء المرض أو العجز فقط، ويرجعون به إلى مقولة ابن رشد " إنها حالة في العضو بما يفعل الفعل الذي له بالطبع، أو يفعل بالانفعال أذى له"، وإلى ما قاله على بن العباس في كتابه "المكي" أنها "حال البدن تتم بها الأفعال التي في المجرى الطبيعي"، أو كما قال ابن النفيس في كتابه "شرح تشريح القانون" أنها "هيئة بدنية تكون الأفعال بها لذاتها سليمة".
- **أما الميزان الصحي Health Balance:** في رأيهم، فهو توازن وضعه الله في طبيعة الكون بمختلف منظوماته، ومن بينها الإنسان وصحته، فالتوازن

ينتظم كل شيء، والإخلال به طغيان أو خسران، ويرون أن ذلك الميزان، أو التوازن في الصحة، يعبر عنه بالإعتدال، فالصحة أولاً وأخيراً هي إعتدال البدن، حيث يقول ابن سينا أن "الاعتدال الذي للإنسان له عرض، وله في الإفراط والتفريط حدان"، ويسمون تلك الحدود Parameters بالمتثابتات، ومادامت القيم تتراوح ضمن الحدود، فإن الإنسان يملك القدرة على التلاؤم مع التبدلات الطارئة عليه، من الداخل "الخلايا والأنسجة أو الرطوبة"، أو من الخارج "البيئة أو المحيط".

- أما الرصيد الصحي **Health Potential** في رأيهم: فهو جماع الذخيرة التغذوية، والمناعية، واللياقة البدنية، والإستقرار الإنفعالي والعاطفي والنفسي والروحي، والثقافة الصحية المتسعة التي تستند إلى الإعتدال، وترشد إلى "نمط صحي للحياة".

وأما عبارة تعزيز الصحة: التي يطلقها المحدثون فما هي في رأيهم إلا وسائل تقوية عناصر ذلك الرصيد، وهم يقسمونها إلى مجموعتين:

- **الأولى:** وهي البيئة والمجال، ومنها ما يخص المجتمع كله: كالماء، والهواء، والغذاء، والمفرغات (الإخراج)، ومنها ما يخص الفرد: كالمسكن، والصحة.
- **والثانية:** وهي السلوك المتعلق بالصحة أو العادات "ابن سينا وابن العباس"، أو أنماط الحياة المتبعة: في الحركات والمكونات البدنية والنفسية، وفي المأكل وفي المشرب، في النوم وفي اليقظة، وفي الرياضة وفي الدعة، في الكرب وفي المرفهات، ويتم ذلك كله في "العزلة أو الاجتماع"، وكذلك نمط الحياة في السلوك الجنسي والعلاج الرياضي والطبيعي، وتتطور تلك الأنماط الحياتية مع العمر، وتختلف باختلاف البلدان.

البيئة في منظور أصحاب نهج الدولة الإسلامية:

وهم يرون أن البيئة جزء من منظور بيئي كلي: منه البيئة الفيزيائية، ومنه البيئة الثقافية والاجتماعية والاقتصادية التي يصنعها الإنسان، وكلها تؤثر في صحته.

وبتركيز الحديث على البيئة الفيزيائية، وباعتبار أن من أسماء الله الحسنى المقيت والحفيظ، وهو الذي سخر للإنسان الأرض والأنهار، وكل ما في السموات والأرض جميعاً، لذلك فإن الإنسان يجب عليه: أن يوفر غذاءه، ويعمل على نظافة بيئته "مصدر الرزق"، ويحافظ على المحيط حوله، وكل ذلك بميزان واعتدال، دونما طغيان أو إخلال بالموازن، التي وضعها الله في الأرض والكون.

ومن ذلك يتضح أن البيئة لها مثل ما للصحة: ميزان، ورصيد. وهم يروون أن الإخلال بهذا الميزان والإنقاص من ذلك الرصيد، هو ثمرة لهاث الإنسان بقفزات غير مستوعبه، مما أوصل إلى "تكاثر يؤدي للمقابر"، ومن أمثلة ذلك التكاثر، الأضرار التالية:

أضرار وإضرار بالماء:

تنوع استخدام الإنسان للماء لمختلف الأغراض الشخصية والمنزلية والزراعية والصناعية، مما أدى إلى تزايد إستهلاك الماء للفرد، وإلى تلوثه في أحيان ليست بالقليلة، لأسباب عديدة، منها في رأيهم، المتوافق مع رأي منظمة الصحة العالمية، المسببات التي يجب تلافيتها، والمستفاد من النصوص والإجتهادات الإسلامية:

- إما نتيجة لفضلات عضوية، حيوانية ونباتية المنشأ، من بقايا الاستعمال لمختلف الأغراض، والذي ينتج من تحلله في الماء إستتضاب الأكسجين بفعل التحلل بالجرائيم، والإضرار بالحياة والكائنات البحرية والنهرية بما فيها الأسماك، وتولد التلوث الإنتاني.
- أو نتيجة للتلوث بالكائنات المجهرية من جراثيم وفيروسات، ووسائل نقلها المائية، والهوائية، وعن طريق الفم، وتلوث دماء الإنسان.

- أو بسبب المخصبات النباتية بأضرارها على النبات، وتلويثها للمياه التي تصرف إليها، مع تأثيرها على النباتات المائية والطحالب.
- أو نتيجة لاستعمال الكيماويات، ذات التركيب العضوي، مثل المنظمات والمبيدات، حيث تنتهي إلى الماء ثم إلى الإنسان، أو نتيجة لاستعمال الكيماويات، ذات التركيب اللاعضوي، الناتجة من عمليات التعدين والتصنيع، وتدفق بعض الأحماض إلى المياه بأضرارها التسممية.
- الماء الساخن المستعمل في عمليات التبريد الصناعية.
- المواد المشعة من صناعات الطاقة النووية، بالإضافة إلى ما ينهال من الإشعاع الكوني على الكرة الأرضية، ومن تجارب نووية (تجارب نووية).
- النفط المنسحق من البواخر والسفن (١,٥ مليون طن بمياه المحيطات كل عام).

أضرار وإضرار بالهواء:

ويستندون إلى تعريف ابن سينا للهواء بأنه: "الجسم المبتوث في الجو. وهو جسم ممتزج من الهواء الحقيقي، ومن الأجزاء المائية البخارية، ومن الأجزاء الأرضية المتصاعدة في الدخان والغبار، ومن أجزاء نارية." ، ويشيرون إلى أن أهم المقومات الهوائية المتوافق عليها مع منظمة الصحة العالمية ، والمستندة إلى النصوص والاجتهادات الإسلامية، كالآتي:

- الهواء سواء أكان هواءً حقيقياً (نقياً) ، أم بتزايد تركيز الأجزاء المائية البخارية (الماء أو ثاني أكسيد الكربون)، أم بتزايد الأجزاء الأرضية من دخان وغبار وسموم، أم بتواجد أجزاء نارية (الاتساع والأشعة الكونية) قادمة من الشمس أو الفضاء الكوني.
- ومن بين الغازات الضارة يلعب الأوزون دوراً مزدوجاً: ضار قريباً من سطح الأرض، وحافظ من الإشعاع بامتصاصه للأشعة فوق البنفسجية بعيداً عن سطح الأرض، وهو متواجد في الأرض بتركيز غير مؤذ، ولكن

الحفّازات النيتروجينية مثل: الأكاسيد النيتروجينية، والكلور، وأكسيده، والفلور، والفلوروكربونات، والهيدروكربونات، المتصاعدة من عوادم السيارات، ومن العمليات الصناعية، ترفع التركيز في الأرض، وتزيد الأزمات الربوية التنفسية، وتصعد إلى طبقات الجو العليا، لتؤثر على دور الأوزون الحافظ (تقب الأوزون)، وتزيد من مرور الأشعة فوق البنفسجية الضارة بالإنسان.

- كما أن زيادة أكسيد الكربون (إحتراق الفحم والنفط والغاز) يرفع درجة الحرارة الموضعية، ويزيد من حرارة العالم، ويخل بالميزان الحراري.
- والمدن ملوثة، أساسا بفعل: سيارات، وشاحنات النقل، ووسائل النقل الأخرى، وكذلك بمصادر الإحتراق الأخرى مثل: محطات توليد الطاقة الكهربائية، وأجهزة التسخين، والمصانع، وإطلاقها لجواهر غريبة هي: أول أكسيد الكربون، والجسيمات المعلقة، وأكاسيد الكبريت، وأكاسيد النيتروجين، والهيدروكربونات الغازية، والأوزون، ويضاف إليها مسمات خطره قد تصل إلى الهواء (حوادث).
- والجسيمات المعلقة في الهواء، منها المرئي، مثل الدخان والسناج، ومنها غير المرئي، مثل الضباب والذريرات، ويحملها الهواء مسافات، عابرة كل الحدود.
- أما الأكاسيد الكبريتية ومركبات السلفات الصادرة من الوقود الكربوني والمصانع، فهي واسعة الانتشار، وتغطي 1/8 سكان العالم، بتركيز أكبر من المسموح به من منظمة الصحة العالمية.
- أما الهيدروكربونات الغازية فهي مؤشر لتولد الأوزون، بضرره المزدوج، قرب سطح الأرض، وفي طبقات الجو العليا، وتتطلق الهيدروكربونات من: المطابع، ومصانع تلميع المعادن، والدهانات، ومحلات التنظيف، ومحطات توزيع الغازولين والديزل.
- أما الأكاسيد النيتروجينية فهي أيضا مؤشر دال على توليد الأوزون.

- وأخيراً فإن بعض المواد السامة: كالأسبست، والبريليوم، والزنابق، وكلوريد الفينيل، والزرنيخ، والبنزين، وبعض النويدات (النيوكليوتيدات) المشعة.
- وهناك حوادث أصابت مدنا بأكملها خلال المراحل الصناعية السابقة، فأصابت الآلاف بالتسمم، وقتلت العشرات، نتيجة للتسمم بالدخان، والجسيمات المعلقة، والمواد الكيميائية والأكاسيد السابق الإشارة إليها. كما أن لتلك المواد أثرا طويلة المدى، مثل: الإلتهابات الرئوية، الإلتهابات الشعبية، الربو، أمراض الحساسية، أمراض الجهاز التنفسي عند الأطفال، نقص القدرة على أداء التمارين الجسدية في الأصحاء (كبار وأطفال)، وكذلك زيادة نسبة وفيات أمراض القلب، وأمراض السرطان. وقد وصلت ضريبة التلوث التي تدفعها الولايات المتحدة سنويا إلي: ١٥ ألف وفاة، وسبعة ملايين يوم مرض، و ١٥ مليون يوم نقص إنتاجية.
- الهواء المحبوس داخل المساكن: هو في حقيقته مشكلة صحية كامنة، وهو أوضح ما يكون في الريف (نتيجة الأبخرة والدخان المستمر، في منزل مغلق) مما يسبب أضرارا لحوالي ١٠% من سكان العالم. وذلك بالإضافة إلي وباء التدخين داخل المنزل (مدخن بالإكراه).

أضرار وأخطار التعامل مع الكيميائيات:

وأصحاب ذلك السيناريو الإسلامي المتوافق مع أعراض منظمة الصحة العالمية يرون أن للكيميائيات: أضرار - بخلاف فوائدها - أثناء تصنيعها، أو نقلها، أو تخزينها، أو توزيعها، أو تناولها، أو استعمالها، أو عند التخلص منها. ويمكن أن تـدنس: التربة، والهواء، والماء، والغذاء. وتقدر الكيميائيات المستخدمة في الحياة اليومية بحوالي ٧٠ ألف مادة كيميائية، ويضاف إليها كل عام، ما بين سبعمائة وألف مادة كيميائية جديدة.

الأضرار: وتؤدي الكيمائيات إلى حالات تسمم حادة، ووفيات في بعض الأحيان، وتقدر حالات التسمم في العالم بالمبيدات الحشرية وحدها سنويا بمليون حالة في السنة الواحدة، من بينها في إقليم الشرق الأوسط: تناول الحبوب الغذائية الملوثة (العراق - باكستان)، واستعمال زيت الطبخ الملوث (أسبانيا)، وتناول طعام ملوث كيماويا بقلوانيات البيروليدين (أفغانستان).

وهم يرون أن تسخير الله للإنسان يستهدف إعمار الأرض: ولكن الإفراط: في البغي، والخسران، وعدم المبالاة بالميزان، وإفساد في الأرض، وإهلاك للحرث والنسل، هو في الحقيقة الخسران. والمطلوب العدل والاعتدال في حياة الإنسان، دون إفراط أو تفريط، فلا ضرر ولا ضرار. والمجتمعات البيئية دعوة إسلامية الجوهر، والحرص على النبات، والشجر، والزرع، والمحاصيل، ورعاية الحيوان بالعلف والسقيا، وتنظيف البيئة منزليا، وإمالة الأذى عن الطريق، وتوسيع مفهوم الصدقة إلى السلوك البيئي الحضاري، فلا تبول في ماء، ولا في حمام، ولا تغوط: في طريق الناس، أو بالموارد، أو بالظل، وباختصار إن الهدف هو "جلب الخير والمنافع ودفع الشر والضرر" أو "جلب المصالح ودرء المفاسد" والتدخين منهي عنه بسبب ضرره " إيذاء للنفس وللغير"، وكل مشترك بين الناس، نفعاً أو استخداماً منهي عن إفساده، والإنسان مدعو لحمايته وصيانته وتميمته.

تعزير الصحة، وتعزير البيئة، وفقه الصحة:

تعزير الصحة: هو الوقاية الأولية لمنع وقوع المرض أو الحادثة. أما الوقاية الثانوية فهي إصلاح الخلل عند الإنحراف عن الإعتدال، بالكشف المبكر عن المرض. أما الوقاية الثالثية للتلطيف من أثار التعوق (الإعاقة)، والتكيف بالتأهيل، وغيره.

أما تعزير البيئة: فيتم بالوقاية الأولية: بتعزير الرصيد الصحي، والعودة إلى الميزان (الإعتدال)، وبالوقاية الثانوية بالرصد والمراقبة لمقومات البيئة، لإكتشاف طغيان أو إخسار في الميزان، ووضع مخطط التصحيح. أما الوقاية الثالثية فتتم بالتأهيل مع الواقع غير القابل للتغيير، مثل: المناخ والتضاريس والنكبات.

وقد حاول د. هيثم الخياط في محاضراته التي ألقاها في كراتشي عام ١٩٨٤ في اللقاء الرابع للمنظمة الإسلامية للعلوم الطبية، تقديم فقه الصحة بالمماتلة لفقه العبادات وفقه المعاملات.. الخ، بتجميع كل ما يخص الصحة لينظر بينه وبين آخر ما وصلت إليه الصحة من منظور الصحة العالمية، والرعاية الصحية الأولية.

وقد قسم د. هيثم الخياط الصحة إلى: طب التداوي والتأهيل للمرضى، وإلى حفظ الصحة للأصحاء. وفي التداوي والتأهيل يرى أن الإسلام يأمر بالتداوي باعتبار أن لكل داء دواء، ويرى ترك أمر التداوي للأطباء، ويحظر الرقى والتعاويذ، ويقاوم ما يسمى بالطب الروحاني. أما حفظ صحة الأصحاء فيتجلى في المحافظة على سنن الخالق، والمحافظة على وضع السواء، أخذاً بمبدأ "درأ المفسد وجلب المصالح" باعتبار أن الأمة (سائر الملل) اتفقت على ضروريات خمس، وهي: الدين، والنفس، والنسل، والمال، والعقل (الإمام الشاطبي)، ثلاثة منها (النفس، والنسل، والعقل) لا تتوافر إلا بحفظ الصحة. ويتطلب حفظ الصحة توافر حاجات أساسية تنموية، هي: المأكل/المشرب/الملابس/المساكن/المناخ/المراكب/الأمن/التعليم/الدخل. وفضل الإسلام الصحة "المعافاة" على كل ما عداها باستثناء الإيمان. وباعتبار أن الفقه الإسلامي هو إعمال للفكر في نصوص الشريعة المحكمة، فإن التعمق في فهم تلك النصوص "القرآن والسنة" يوصل إلى فقه الصحة، كباب من أبواب الفقه الإسلامي. وهناك "حق الجسد" على الإنسان، فلا إهمال فيه. وهناك الآية الجامعة الخاصة بالميزان في الكون والحياة والإنسان. وذلك التوازن هو ما يعبر عنه "بالاعتدال" في قول علي بن العباس وابن سينا" التي سبقت الإشارة إليهما. ولكي يظل الميزان الصحي في إعتدال، فلا بد من "رصيد صحي"، بمعنى أن تأخذ من صحتك لمرضك عملاً بقول السنة، أو أن تحافظ على حالة تغذوية حسنة، وذخيرة مناعية ملائمة، ولياقة بدنية تمكن من مواجهة الضغوط والتكيف مع الواقع، والإستقرار العاطفي والإنفعالي لمواجهة الكربات النفسية، المزعزة للكيان. وهنا نرى اتفاق التعريف الإسلامي مع تعريف الصحة العالمية بأن "الصحة هي المعافاة الكاملة، جسمياً ونفسياً واجتماعياً لا مجرد انتقاء المرض أو العجز" وقد ورد ذلك المعنى في أقوال "ابن رشد في كتابه"

الكليات في الطب"، وفي أقوال علي ابن العباس "في كامل الصناعة" وفي أقوال ابن النفيس "شرح في تشريح القانون"، وأولا وأخيرا في القرآن والسنة.

والصحة خير نعم الله بعد الإيمان. والإنسان مأمور بالمحافظة علي نعمة الصحة، وتحسينها، والمحافظة عليها، وتعزيزها، وتوفير رصيد صحي. وقد أسفرت الجهود المشتركة للمكتب الإقليمي للشرق الأوسط والشمال الإفريقي التابع لمنظمة الصحة العالمية، والمنظمة الإسلامية للعلوم الطبية، والمجمع الملكي لبحوث الحضارة الإسلامية - مؤسسة آل البيت، مع عدد من الخبراء والفقهاء عن صدور إعلان عمان لتعزيز الصحة في يونيو ١٩٨٩، حيث تم استقراء المصالح المجتابة والمفاسد المدفوعة، باتباع أنماط الحياة الصحية الملائمة للفرد والأسرة، والمحققة لأفضل علاقات اجتماعية وإنسانية، وتوازن بين الإنسان وبيئته.

وقد دعت وثيقة إعلان عمان جميع المنظمات الدولية، والحكومات، والمنظمات التطوعية وغير الحكومية، إلي العمل علي تعزيز الصحة من خلال تشجيع أنماط الحياة الإيجابية، ومنها:

- التعريف بأنماط الحياة الإسلامية المعززة للصحة، والدعوة إليها من خلال القنوات المناسبة لظروف كل بلد.
- توفير الشروط المواتية لتعزيز الصحة وأنماط الحياة الصحية، وعدم مخالفتها بالإعلان عن الأنماط المنافية للصحة، أو بدعم إنتاج المواد الضارة بالصحة، أو بالترويج للسلوكيات المخالفة للصحة.
- تشجيع تنمية المجتمعات المحلية تنمية شاملة، ودعمها في تحقيق احتياجاته الأساسية بالاعتماد علي النفس، باعتبار ذلك مدخلا عمليا لتطبيق أنماط الحياة الصحية.
- إعادة توجيه المؤسسات الصحية والتعليمية والتنقيفية والإعلامية، بما يتماشى مع تعزيز الصحة وتشجيع أنماط الحياة الصحية، ولاسيما ما ورد منها في الوثيقة الملحقة بهذا الإعلان.
- إعادة توجيه مؤسسات التعليم الصحي، بما يضمن إضفاء الطابع الإنساني علي المهن الصحية، ويجعل المهنة الصحية رسالة لا مجرد حرفة.

- تخصيص عقد لتعزيز الجهود الرامية إلى تنفيذ خطة تضعها الجهات المعنية، لتطبيق أنماط الحياة الإسلامية.

وقد صدرت مع وثيقة التوصيات وثيقة ملحقة توضح خمسين نقطة، خاصة بأنماط الحياة، وتعزيز الصحة، كما اتفق عليها بين منظمة الصحة العالمية - مكتب الشرق الأوسط وبين الفقهاء والخبراء الصحيين الإسلاميين (حوالي أربعين فرداً)، وتدور تلك النقاط حول توضيح نمط الحياة التي يوصي به هذا السيناريو الإسلامي المشترك مع منظمة الصحة العالمية، لتحسين الصحة، وحفظها، ورفع رصيدها، والمحافظة علي البيئة، والإعتدال الصحي والبيئي والسكاني، وقد عززت تلك النقاط باستخراج الأسانيد الإسلامية من القرآن والسنة المعززة لرؤية أصحاب تلك السيناريو، وأهم تلك النقاط هي:

- الصحة نعمة من الله، ووجوب العمل علي تعزيزها.
- التغذية الصحية المتوازنة، وتحري الطيب الملائم من الغذاء، وتجنب الخبيث منه، والتوازن الغذائي كما وكيفا، شكلا وموضوعا، وتقضيل الأغذية الكاملة، والإبتعاد عما يقرر الأطباء ضرره للفرد، وستر الطعام وعدم تعرضه للتلوث.
- صلاحية ماء المطر للشرب والتطهر وأعمال التنظيف، وتجنب تلويث الماء أو البول أو التغوط فيه أو الاستحمام فيه إن كان راكدا، وحفظ الماء من التلوث بالحشرات أو بعوامل خارجية تسبب المرض أو تنقله.
- النظافة ركن من أركان الصحة بأمر الإسلام، بالاغتسال مرة أسبوعيا علي الأقل، وبالوضوء مرارا كل يوم، وغسل اليدين عند ملامسة شيء قدر أو ملوث وقبل الطعام، وعند الوضوء يتم: غسل اليدين، والأرجل، ومسح الأذنين بالماء، والعناية بنظافة الأنف باستنشاق الماء في المنخرين والتمخبط إن لزم، والعناية بنظافة العينين وخاصة المأقن كجزء من غسل الوجه، وتنظيف مخرجي البول والبراز (الإستجاء)، وتقليم الأظافر وإزالة الشعر حيث تتراكم فيه الأوساخ، وتعد شعر الرأس بالنظافة، والمضمضة وتنظيف اللثة، واستعمال السواك وكل ما يتصل بنظافة الفم.

- ويوجه الإسلام إلى الحرص علي: المسكن النظيف، وحسن الملابس، وحسن المظهر.
- ويحض التوجه الإسلامي علي الزواج؛ ويرغب فيه، وينهى عن الرهبانية، ويحرض المجتمع علي تزويج غير المتزوجين، وتوفير ضمانات الزواج الناجح، وضمانات صحة النسل بتخير الزوجين، ويأمر بحصر النشاط الجنسي في إطار الزواج، وممارسته بطريقة كاملة ومتكاملة، ويحرم الجماع في المحيض.
- ويسمح التوجه الإسلامي بتنظيم الأسرة وبعلاج العقم لمن لم ينجب، ويحرض الإسلام علي تحقق السلامة في الصحة النفسية، وتوافر أركان علاقات التواد والتراحم بين أفراد الأسرة، والإبتعاد عن الفواحش.
- ويحرص هذا التوجه الإسلامي علي حقوق المرأة ومن بينها حقها في الرعاية الصحية الكاملة، ولا يسمح بتشويه جسد المرأة لأي سبب كان، ومن بينها عملية الختان السائدة في الشرق الأوسط، ويحرص الإسلام علي المباحة بين الحملين، وعلي إرضاع الأم للرضيع من الثدي حولين كاملين.
- ولا يجيز التوجه الإسلامي قتل الجنين، ويحرص علي توفير أفضل شروط الحياة للأطفال، وإهدار صحة الطفل إثم كبير، وعدم تطعيمهم ضد الأمراض فيه قتل لهم.
- ويؤكد التوجه الإسلامي علي رعاية المعوق بدنيا ونفسيا وإنسانيا، وتأهيلهم، وضمان حياتهم واستقرارهم كواجب ديني علي المجتمع وأسرته ومنظماته.
- ويحرص التوجه الإسلامي علي تجنب العوامل المهيئة لخطري المرض والحوادث، كما أوجب الإسلام علي المسافر أن يتزود بالزاد المناسب لاتقاء المرض، والتزود بما يحتاجه لأغراض التداوي مما لديه من أمراض.
- وينهى الإسلام عن الإضرار بالبيئة: فينهي عن الإسراف في استنفاد الموارد البيئية، ويأمر بالحرص علي إصلاح البيئة والعمل علي تجدها، وعلي تقنين المحميات البيئية، والحرص علي ثروة الأرض من النبات والزرع والحيوان، وينهى عن تلويث البيئة، ويأمر بتظيفها باستمرار.

• ويحرص التوجه الإسلامي علي القيم واتباع نمط حياتي صحي مميز: فيحرص علي العمل علي توفير السكينة: بالنوم، والمسكن، والزواج، والأسرة، وضمان الصحة النفسية، وتجنب التشاحن، والحض علي الرضى بقضاء الله، والبعد عن الكرب، والتحلي بالصبر وعدم الغضب. كما ينهى عن السخرية بالآخرين، والإضرار بهم بدنيا أو نفسيا أو إيدائهم في سمعتهم، وينهى عن التدخين (إضرار بالنفس والغير)، ويدعو للأخذ بأسباب التوقسي من المرض والحوادث وعوامل الخطر المهينة لهما، ويأمر برعاية المسنين بدنيا ونفسيا وتوقيرهم وإكرامهم أسريا ومجتمعا، وينهى عن رفع الصوت والصخب والضوضاء والعنف وإيذاء النفس أو الغير، ويحض علي التعليم والتعلم ورفع المستوى الصحي والحضاري والثقافي، ويجعل مسن إتقان العمل عبادة، ويحرص علي ممارسة العمل اليدوي بما يحسن الصحة، ويحض علي الإستغراق في العمل بما يفيد الصحة النفسية، ويذر بالترويح عن النفس وأن يأخذ الإنسان حظه من الراحة حفظا للصحة وتجديدا لطاقة العمل.

٦-٢١-١٠ مشروع المؤسسة العلاجية الإسلامية في الولايات المتحدة الأمريكية:

المقدمة والأهداف الثلاثة:

تعريف: يقصد البعض من أصحاب سيناريو الدولة الإسلامية بالمؤسسة العلاجية الإسلامية، أنها نظام متكامل، يدمج الفكر الإسلامي في ممارسة الطب الحديث.

وهم يهدفون إلي أن تكون تلك المنظمة، في أكثر دول الغرب تقدما معرفيا وتقنيا، وذلك للإستعانة بتلك المنظمة الطبية لكي تحقق الأهداف المشار إليها لاحقا، من أجل التوصل إلى نظام للعلاج الطبي، والرعاية الصحية، بما يعود بالفائدة على أمة الإسلام، وليس علي مصر فقط أو غيرها من الدول التي تدين بالإسلام.

الأهداف: وهم يلخصون أهداف تلك المنظمة في:

- إنشاء وحدات علاجية توفر العناية الطبية الممتازة، كفروع لكيان استثماري ناجح مالياً.
- الحصول على الأعداد الكافية من الأطباء المدربين مهنيًا، وذوي القدرة علي القيام بالأبحاث.
- القيام بالدعوة الإسلامية بأسلوب لم يسبق له مثيل، في الممارسة المهنية الإسلامية.

وقدمت الدراسات الخاصة بشرح وسائل تحقيق تلك الأهداف الثلاثة، بواسطة ثلاثة أطباء من التيار الإسلامي، المقيمين في الولايات المتحدة الأمريكية، وفصلوا في شرحها هم وغيرهم في اللقاءات المتكررة التي عقدتها المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية، خلال العقدين الأخيرين من القرن العشرين، في الكويت وتركيا وباكستان ومصر، والتي تسمى أحيانًا بالمؤتمرات الإسلامية.

والأطباء المسلمون، أصحاب هذا التوجه من السيناريو الإسلامي، يطرحون هذا التصور، إستنادًا إلي ممارسات سابقة يسعون إلي الاستفادة منها، فقد قامت فرق دينية غير إسلامية، في دول الغرب خاصة في الولايات المتحدة الأمريكية بتلك الممارسات، منذ أكثر من قرن من الزمان. وهم يشيرون إلي بعض المعلومات عن جماعات دينية تمتلك وتدير مستشفيات في داخل الولايات المتحدة وخارجها. ولا تمارس هذه الجماعات نشاطاتها في هذا المجال، من خلال المستشفيات التي تمتلكها وتديرها فقط، بل أيضًا من خلال المستوصفات، وبيوت رعاية المسنين، والبرامج التي تنظمها لتأهيل مدمني المخدرات، والعيادات التي تعدها لعلاج مدمني الخمر. وكمثال، فإن مؤسسة الأدفنتست العلاجية التي تعمل حاليًا على المستوى الإقليمي في الولايات المتحدة، تدير ٦٨ مستشفى للأمراض الحادة تضم ٩٣٠٠ سريرا. وللأدفنتست، والمعمدانين Baptists، واليهود، نشاط كبير في مجال تقديم الخدمات العلاجية، إذ تمتلك هذه الجماعات مراكز علاجية عديدة تشرف على إدارتها وتشغيلها. وبالنظر إلى أن الخدمات العلاجية والدوائية تعتبر ثاني أضخم صناعة في أمريكا، إذ تأتي

ميزانيتها في المرتبة الثانية مباشرة بعد ميزانية الدفاع، فلا غرابة في أن تجنسى تلك المؤسسات العلاجية الناجحة أرباحا اقتصادية طائلة، إلى جانب تحقيق منافع اجتماعية وسياسية، فمثل هذه الخدمات العلاجية تعزز الصورة الاجتماعية والسياسية لهذه الجماعات الدينية، وتقويها عند أفراد المجتمع، وتوفر المؤسسات العلاجية لكل جماعة دينية فرص عمل عديدة للمؤهلين من أفراد هذه الجماعة، حيث يستطيعون إرتقاء السلم الوظيفي داخل المؤسسة بانتظامهم في برامج التدريب التي تعدها هذه المؤسسة، يتعلمون فيها الكثير عن نواحي الإدارة، ويكتسبون فيها العديد من المهارات، وقد لا تكون الفوائد السياسية التي تجنيها هذه المؤسسات ظاهرة للعيان، إلا أنه من المنطقي أن يكون لهذه الجماعات الناجحة اقتصاديا، والعاملة في المجالات الدنيوية الخاصة بالأمر الصحية تأثير ملموس في القضايا السياسية المحلية. وأكبر مؤسسة علاجية تعمل تحت رعاية دينية هي المؤسسة العلاجية الكاثوليكية، وتلتزم تلك المؤسسة الدينية في رأيهم بقيم الكنيسة، وبتقديم الخدمات العلاجية أيضا. كما تشرف على تشغيل ما يربو على سبعمائة مستشفى في أمريكا، تضم ١٦١٠٠٠ سرير بطاقة علاجية تصل إلى خمسين مليون يوم علاجي سنويا.

بالنسبة لتحقيق الهدف الأول من إنشاء منظمة إسلامية طبية بالولايات المتحدة الأمريكية: دراسة متكاملة عن: تنظيم وإدارة المؤسسة العلاجية الإسلامية في الولايات المتحدة - دراسة مقدمة من د. نظير خاجا - الولايات المتحدة الأمريكية

وأصحاب هذا التوجه من الأطباء المسلمين المتوطنين بالولايات المتحدة الأمريكية، يرون تصورا تنظيميا وإداريا يحقق الهدف الأول المشار إليه سابقا، وهو إنشاء وحدات علاجية توفر العناية الطبية الممتازة، كفروع لكيان طبي إستثماري (شركة) ناجح مالياً، وتقتضي إدارة أي مؤسسة علاجية اتخاذ قرارات بشأن: الأولويات، وتوزيع الموارد، بناء على احتياجات المواطنين. وعلى ذلك فإن على المؤسسة الإسلامية ألا تضع نصب عينيها الاحتياجات المحلية فحسب، بل تستهدف أيضا تقديم خدمات علمية ومهنية إلى البلدان الإسلامية أيضاً. وتقوم الشركة الأم القابضة في المؤسسة الإسلامية العلاجية بالمهام التالية:

أولاً: التخطيط الرئيسي:

- على المستوى المحلي: يجب أن يراعى في وضع الخطط الاستراتيجية تحليل جميع العوامل البيئية التي تؤثر على نمو وتشغيل المؤسسة العلاجية، كاللوائح والقوانين المحلية، وتقدير إحتياجات المجتمع، وتحديد الموارد، والتوصل إلى عدد من الخطط البديلة للعمل في المستقبل.
- على المستوى الدولي: يجب بالتعاون - مع الجهات المسؤولة - التوصل إلى نموذج يحدد بدقة في التخطيط على المدى البعيد ما ينطبق على المنطقة المحيطة، ويوفر بدائل، وموارد عملية وثابتة، لتصبح بعد ذلك سياسة فعالة في المستقبل.

ثانياً: البناء والتطوير:

فيما يخص عملية البناء والإنشاءات، تراعى المؤسسة الإحتياجات الحالية والمستقبلية، عن طريق فريق الخبراء التابع لها من ذوي الدراية الواسعة، وتشمل هذه المراعاة: أسلوب البناء، وجميع النواحي الهندسية من: تركيب، وميكانيكا، وكهرباء، وأعمال مدنية وصحية. وكذلك مراعاة العوامل البيئية، عند إقامة المباني والتصميمات الداخلية وإدارة عمليات الإنشاءات، سواء النظم القائمة في داخل الولايات المتحدة، أو خارجها. ومعظم عقود الإنشاءات الصحية في الدول الإسلامية النامية تفوز بها حالياً شركات أمريكية، تتعاقد على نظام " تسليم المفتاح" وتجنّب من وراء ذلك أرباحاً مغرية، وينتظر أن تفوز المؤسسة العلاجية الإسلامية بنصيب وافر من هذه العقود.

ثالثاً: المعدات والتجهيزات:

تستطيع المؤسسة أن تحقق مركزية المشتريات، وذلك بأن تتولى بالنيابة عن عملائها مسئولية شراء ما يحتاجونه من معدات وتجهيزات. ثم توردّها إليهم نظير أجر لهذه الخدمات. وتتجه الآن مؤسسات علاجية كثيرة في الولايات المتحدة إلى مركزية الشراء للتقليل من التكاليف، وقد بدأت هذه المؤسسات في الواقع في استخدام الكمبيوتر لإنجاز عمليات الشراء الضخمة والمتزايدة، إذ يزود الكمبيوتر ببيانات عن

احتياجات العملاء، ولا يقوم الكمبيوتر بتحديد سعر السلعة ونوع صناعتها وإمكانية توفرها بالسوق فحسب، بل إنه يقوم أيضا بتحليل حاجة السوق إلى سائر المعدات والأجهزة.

وبالنظر إلى أن الكميات الهائلة من المعدات والأجهزة التي تقدم الدول الإسلامية على شرائها فالشراء بالجملة، عن طريق جهة مركزية كالمؤسسة الإسلامية سيوفر مبالغ كبيرة، وستوفر هذه المؤسسة جميع النواحي التي تتعلق بتحليل سوق المشتريات، وتسليم المعدات، وبرامج التدريب أثناء الخدمة.

رابعاً: توظيف القوى البشرية والاحتفاظ بها:

سيكون من أهم أهداف المؤسسة الطبية الإسلامية إيجاد نخبة رئيسية من العاملين، تتولى مهمة وضع الأسس والقواعد، لاختيار وتعيين القوى البشرية اللازمة من داخل أمريكا وخارجها، بعد دراسة تحليلية لاحتياجات المؤسسة من العاملين من حيث العدد والنوعية.

أما بالنسبة لمقدمي الخدمة المتعاقدين فتتوفر في الولايات المتحدة العناصر المطلوبة من تلك القوى البشرية عالية المهارة والتخصص، إذ تتجمع فيها أعداد كبيرة من الأخصائيين الموهوبين في النواحي العلاجية، ويمكن بكل سهولة حشد هؤلاء الخبراء ليشكلوا القاعدة الأساسية للعاملين بالمؤسسة، ويختار الخبراء ممن يتميزون بالتزامهم نحو تنفيذ الفكرة، ولديهم شعور عميق بضرورة القيام بمثل هذا المشروع.

خامساً: الإدارة الطبية وإدارة المستشفى:

وبالأسلوب نفسه، سيكون العمود الفقري للمؤسسة مجموعات من خبراء الإدارة لهم دراية واسعة بالنواحي العلاجية، وسوف يتولى هؤلاء الخبراء سائر عمليات تشغيل المستشفى والمؤسسة العلاجية داخل الولايات المتحدة وخارجها.

سادساً: الموارد المالية:

- علي مستوى الولايات المتحدة: قد يكون من الصعب التوصل إلى تقديرات دقيقة للموارد المالية، بسبب حداثة الفكرة، إلا أن الجهود المنظمة التي تبذلها IAMA (جمعية إسلامية) في هذا الاتجاه تبعث على الارتياح والتفاؤل،

والخطوة التالية المتوقعة هي بيع سندات المشروع أو أسهمه لكافة الطوائف الإسلامية. وبما أن المشروع مربح ماليا ينتظر أن يدر على المستثمرين فيه عائدا مجزيا.

- علي المستوى الدولي: فيأمل أصحاب هذا التوجه في السيناريو الإسلامي، أن تجد الفكرة قبولا لدى القطاع الخاص، بحيث يساهم في المشروع علي شكل إستثماري، أو علي شكل هبات وتبرعات، أو طريق بيع أسهم لقاء نسبة من الربح، وكذلك اللجوء إلى بنوك الإستثمار الإسلامية للحصول على قروض بدون فوائد، ودخول الحكومات الإسلامية، إما بالمساعدة، وإما بشراء أسهم لتجميع الرأسمال المطلوب.

بالنسبة لتحقيق الهدف الثاني من إنشاء منظمة إسلامية طبية بالولايات المتحدة الأمريكية: الخيارات التعليمية وتحديات البحث العلمي - الدكتور عمر الأفقي - الولايات المتحدة الأمريكية.

وأصحاب هذا التوجه من الأطباء المسلمين المتوطنين بالولايات المتحدة الأمريكية، يرون تصورا يحقق الهدف الثاني المشار إليه سابقا، وهو الحصول على الأعداد الكافية من الأطباء المتدربين مهنيا، وذوي القدرة علي القيام بالأبحاث"الخيارات التعليمية وتحديات البحث العلمي"

المدخل: تطورت الحضارة الإنسانية من الموجة الحضارية الأولى (الموجة الزراعية) وهي التي لا تزال سائر الدول الإسلامية تعيش فيها، إلى الموجة الثانية (الموجة الصناعية) وهي التي يعيشها معظم العالم الغرب، ثم إلى الموجة الثالثة (موجة الكمبيوتر والأجهزة الإلكترونية)، والموجة الأخيرة هي التي ينتظر أن تكون الحضارة السائدة في المستقبل القريب (الأمركة تقود العولمة)، ويأتي عدد قليل من الدول، من بينها الولايات المتحدة على رأس، قائمة الموجة الثالثة، وحيث أنه يوجد بالولايات المتحدة الأمريكية عدد كبير من الأطباء والعلماء المسلمين الذين يشاركون مشاركة فعالة في هذه الموجة الجديدة المذهلة، وبالرغم من زيادة إنتشار الإسلام في الولايات المتحدة خلال السنوات العشرة الأخيرة، فإن المشاكل الصحية في الدول الإسلامية لا تزال تحتاج إلى ما هو أكثر من "إستيراد" المعرفة الطبية من الغرب.

ولقد أصبح من الضروري في هذه المرحلة إقامة روابط مباشرة وقوية بمصدر هذه التكنولوجيا الطبية والعلمية الجديدة.

وهم يخلصون من ذلك إلى أن مؤسسة علاجية إسلامية، في الولايات المتحدة الأمريكية، قد توفر الوسيلة لسد الفجوة التكنولوجية بين الدول الإسلامية وبين العالم الغربي، والتي سوف تنتسج بسرعة ما لم تطرق وسائل مبتكرة لسدها.

المراحل التمهيديّة لقيام مؤسسة طبية إسلامية:

ويرى الأطباء الذين يتبنون هذا السيناريو بالولايات المتحدة، أنه لا بد من إعداد مسبق لكي تقوم تلك المنظمة في الولايات المتحدة بدورها المستقبلي اللاحق، في مجال التعليم والبحث العلمي، فإنه يجب أن تفي مسبقاً بالمتطلبات الآتية:

- ١ - أن تمتلك مستشفى واحداً على الأقل يقوم بتقديم خدمات علاجية ممتازة، وأن يكون ناجحاً من الناحية الاقتصادية في نفس الوقت.
- ٢ - أن يتلقى هذا المستشفى ما يفيد الإعراف بأن برامجه التعليمية مستوفية لمتطلبات التخصص الأساسية في فروع الطب المعترف بها.
- ٣ - التنسيق الكامل بين المتخصصين في المجال الطبي بالمؤسسة العلاجية الإسلامية وبين زملائهم في الدول الإسلامية، ولا يمكن للبرامج المقترحة في مجال التعليم والبحث العلمي أن تحرز أي تقدم بدون هذا التنسيق.

الخيارات التعليمية:

ويرى الأطباء المسلمون بالولايات المتحدة أن الخيارات التعليمية التي يمكن لهذه المؤسسة الطبية الإسلامية في الولايات المتحدة أن توفرها متعددة.

وتنقسم هذه الخيارات إلى المجالات الأربعة الآتية:

ويجب في هذه المرحلة التأكيد مرة أخرى، على أن التعليم الطبي في البلدان الإسلامية سيبقى ناقصاً بدون تفاعل ولا روابط قوية مع مصدر التكنولوجيا، بل بدون إشتراك فعلى في صنع تقدم هذه التكنولوجيا.

١ - تبادل البرامج بين المنظمة وأطباء الدول الإسلامية:

أ - من الأمور الحيوية بالنسبة للبرامج التعليمية، أن يتم تبادل مستمر للخبرات بين الأطباء المسلمين في الولايات المتحدة، وبين زملائهم بالدول الإسلامية، ويتم هذا التبادل في الإتجاهين، فيقوم أطباء الولايات المتحدة بالمحاضرات، وورش العمل، والمناقشات، والخدمات الاستشارية، وزيارات عمل قصيرة الأجل، وفي الإتجاه الآخر، يمكن للمتخصصين في المشاكل الصحية والأمراض المتوطنة في البلاد الإسلامية، أن يطلعوا زملاءهم في الولايات المتحدة على موضوعات تخصصاتهم.

ب - الإجازات التي تمنح لأساتذة الجامعة كل سبع سنة Sabbatical Leaves يمكن للعلماء والخبراء في التخصصات الفرعية، والمقيمين في الولايات المتحدة أن يقضوا هذه الإجازات التي تمتد إلى عام كامل، في إحدى الدول الإسلامية، للمساعدة في إنشاء برنامج تعليمي جديد، كما يمكن للأطباء الذين سوف يشرفون على تنفيذ هذا البرنامج في بلدهم أن يقضوا إحدى هذه الإجازات في الولايات المتحدة، لإعدادهم الإعداد اللازم في التخصص الجديد، ولقد ثبتت أهمية مثل هذه البرامج التي تنشأ، أثناء إجازات أساتذة الجامعات بالنسبة لبناء صرح تكنولوجي ضخم في إسرائيل.

٢ - إتاحة فرص التدريب والتخصص في فروع الطب:

تزداد الفجوة إتساعاً فيما بين الدول الإسلامية والغرب في مجال التكنولوجيا الطبية، وفي نفس الوقت، تقل فرص التدريب والدراسة التخصصية العليا المتاحة في الولايات المتحدة للطلبة الأجانب ممن تخرجوا في كليات الطب. لذلك، فإن مؤسسة علاجية إسلامية في الولايات المتحدة، ستوفر أماكن بمستشفياتها لتقديم الدراسات التخصصية العليا، وفرص التدريب الأخرى لخريجي كليات الطب من الدول الإسلامية.

٣ - تأثير القيم الإسلامية علي التعليم العام في الولايات المتحدة:

إن مؤسسة علاجية إسلامية في الولايات المتحدة على وعي تام بالقيم الإسلامية، وعلى إيمان كامل بإقدرة هذه القيم على شفاء المجتمع الغربي من بعض علاله، لجديرة بأن تؤثر على مسار التعليم الصحي العام في أمريكا.

٤ - التعليم الطبي النظامي:

وأخيراً، فهم يرون أن وجود مؤسسة علاجية إسلامية ناجحة في الولايات المتحدة قد يكون منطلقاً نحو إنشاء كلية طب إسلامية في أمريكا.

بالنسبة لتحقيق الهدف الثالث من إنشاء منظمة إسلامية طبية بالولايات المتحدة الأمريكية: نحو إنشاء مؤسسة علاجية إسلامية في الولايات المتحدة الأمريكية - دراسة مقدمة من د.حسان حتوت- الولايات المتحدة الأمريكية

وأصحاب هذا التوجه من الأطباء المسلمين المتوطنين بالولايات المتحدة الأمريكية، يرون تصوراً يحقق الهدف الثالث المشار إليه سابقاً، وهو القيام بالدعوة الإسلامية بأسلوب لم يسبق له مثيل في الممارسة المهنية الإسلامية. فإذا أخذنا مثلاً أكبر معهد إسلامي للعلوم الطبية، وهو كلية الطب بجامعة الأزهر، سوف نلاحظ أنها تعاني من المعوقات البيروقراطية، وتقبل طلاباً لم يسبق لهم أي إعداد لنشر الدعوة الإسلامية، ولا يلقون إليها بالأ، كما أن منهج الدراسة الدينية الذي تقدمه هذه الكلية لطلابها يتسم بالضحالة، ويكاد يخلو تماماً من أي نشاط في سبل الدعوة إلى الإسلام.

ولعل هذا الفراغ هو ما يدفع أصحاب ذلك التوجه إلى تبني الدعوة لإنشاء مؤسسة علاجية إسلامية في الولايات المتحدة الأمريكية، تسهم في نشر الدعوة، وليست هذه بالمهمة السهلة، ولكنها واجبة وممكنة التنفيذ من الناحية العملية، وينبغي البدء من الآن في وضع خطة بمراحل العمل في هذا المشروع كالاتي:

١ - يتم حشد المواهب، من بين المسلمين العاملين في مجال الطب، وينظم إستغلال هذه المواهب من خلال مؤسسة متحدة، ويتم تحديد: الموارد، والخبرات، والمدة الزمنية، والأموال، التي يجب إعدادها لأداء الرسالة الإسلامية.

٢ - شراء مستشفى، يقدم أنواعاً متعددة من الخدمات العلاجية، ويدر دخلاً، ويقوم بإجراء العديد من الأبحاث العلمية، وإعداد الشباب من بين الأطباء المسلمين من داخل الولايات المتحدة ومن بلدان العالم الإسلامي.

٣ - يمكن لهذا المستشفى أن يتطور ليصبح كلية للطب، بحسن إدارتها، وبالدعم المالي على غرار ما يمنحه اليهود في جميع أنحاء العالم للمركز الطبي بجبل سيناء.

ومن المخجل، أن من يريدون التدريب من أطباء الدول الإسلامية لا يكادون يجدون مكاناً يقبلهم في إحدى المستشفيات الأمريكية إلا بشق الأنفس. وبداية من عام ١٩٨١ أصبح على هؤلاء أن يدفعوا مقابل عملهم كأطباء مقيمين بهذه المستشفيات، أو نظير تخصصهم في أحد فروع الطب، بدلاً من أن يتسلموا مرتبات عن هذا العمل كما جرت العادة، أو كما يجب أن يكون عليه الأمر.

ويعتقد أصحاب هذا التوجه أنه بنفس المبالغ التي تصرف على الطلبة المسلمين، وخريجي طلبة الطب الذي يرسلون للتدريب في المستشفيات الأمريكية، وعلى المرضى الذين يسعون للعلاج في العيادات والمؤسسات الصحية الأمريكية يصبح الموضوع قابلاً للتنفيذ، وليس حلماً صعب التحقيق.

وتستطيع بذلك المؤسسة العلاجية الإسلامية أن تعمل في الاتجاهات المتوازية الآتية:

١ - إنشاء مؤسسات تعليمية، تتاطبها مهمة إعداد الطبيب المسلم الذي لديه من العلم: بطبه، ودينه، ما يمكنه من علاج الجسد والروح معاً، وينشر في أثناء ذلك كلمة الله.

٢ - تشجيع البحث العلمي، للكشف عن الحكمة الكامنة في أوامر الدين الإسلامي، وشريعته.

٣ - الإسهام في تدعيم قوة المنظمات الإسلامية في أمريكا وفي إستقرارها المالي، وتمكينها بذلك من إمتلاك المدارس الإسلامية، وبناء صرح مؤسسة تعليمية إسلامية شاملة.

٤ - تدريب الطبيب المسلم، وإرشاده إلى الدور الذي يجب أن يلعبه في المجتمع، والتركيز عليه باعتباره نموذجاً يحتذى لقيم الإسلام السماوية، وتزويده برأي الإسلام فيما يعن له من مشاكل مختلفة أثناء عمله.

٥ - تبادل المعلومات وإقامة الحوار، مع المنظمات الطبية الأخرى، بما يؤدي إلى عرض وجهات النظر الإسلامية، فيما يتعلق بمختلف القضايا الطبية، ولفت الانتباه إلى ما يشتمل عليه الإسلام من حقائق وفيرة، و المبادرة بطرح مناقشات ودراسات عن قضايا طبية معاصرة مثل الأمراض الجنسية، والسلامة الوراثية، والشذوذ الجنسي، وأطفال الأنابيب، إلى آخر هذه القضايا.

٦ - تقديم التفسيرات والشروح لرجال الدين المسلمين، لكي يستعينوا بها في معالجة الموضوعات والقضايا التي يتناولونها في خطبهم ومواعظهم، بحيث تكون هذه التفسيرات وثيقة الصلة بالعلوم الطبية.

٧ - وأخيراً، وليس آخراً، البدء منذ الآن في العمل على نشر الدعوة الإسلامية، وهو ما تأخر المسلمون كثيراً في القيام به.

والعمل من أجل الدعوة الإسلامية يجب أن يبدأ في البيت، بأن يستعيد دارسو الطب من المسلمين ثقمتهم بأنفسهم، واعتدادهم بشخصياتهم، وإيمانهم بدينهم، ويجب أن تمتد هذه الدعوة إلى المسلمين في الشرق الذين أسكرتهم الحضارة الغربية، حتى باتوا يعتقدون أن شمس العلم والمعرفة لا تشرق إلا من الغرب، كما يجب أن تمتد إلى الشعب الأمريكي المتعطش إلى بديل لتقدمه المادي، يشبع به حاجاته الروحية، ثم تمتد كذلك إلى كل ركن في هذا العالم حيث الحاجة دائماً إلى الشفاء والدواء، ومعه كلمة الله.

٦-٢١-١١ نظرة نقدية لأهم خصائص سيناريو الدولة الإسلامية في الخدمات الصحية:

ونوجز تلك الخصائص في النقاط السبع التالية، وذلك بالإضافة إلى الصعوبات الخمس التي يواجهها هذا السيناريو، والتي سبق طرحها في أول هذا الفصل "٦-٢١-٢":

أولاً: ينادي هذا السيناريو بتسيّد النهج السلفي في إدارة شؤون الدولة والمجتمع. وهذا يجعل القيم والعادات والتقاليد مدخلاً حاكماً لأداء الممارسة الصحية والطبية، في مجتمع تحكمه توجهات سيناريو الدولة الإسلامية (فقه الصحة)، ويتوقع أن يكون نظام الحكم في الدولة نظاماً مركزياً بالأساس والجوهر. وفي السيناريو الإسلامي، يمتد مفهوم المركزية أبعد من مجال الدولة والحكم، ليصل إلى المجتمع ومنظّماته ووحداته، كبناء أسري، بما يجعل مؤسسات المجتمع، ومنظّماته، والأسرة، مبنية على علاقة الأعلى بالأدنى (الوالي أو الأمير - الداعية - رب الأسرة)، وبما يجعل العلاقات رأسية مستتدة إلى تعليمات المركز المؤسسي (لدولة المركزية)، وبما يجعل الأنظمة الصحية تميل في اتجاه التعددية الرأسية المتحلقة حول المركز القاهري، ورئاسته المنفردة باتخاذ القرار، وبما يغلّق النظام الرأسي على قاعدة محدودة من مقدمي الخدمة، يلتزم المتعاملون، مع هذا النظام الصحي، بطلب الخدمة الصحية منهم دون غيرهم، وينصرف ذلك المفهوم إلى كل الأنظمة الصحية: وهي تلك النظم التي تنظّم تصميم السياسات والاستراتيجيات ووضع الخطط، وتنظّم الإدارة والتشغيل، وتصمّم أنظمة المعلومات، ونظم تنمية القوي البشرية، ونظم الجودة، ومتابعة المؤشرات، والكنترول الإحصائي اللازم لأغراض المتابعة. كما يمتد ذلك المفهوم (استلهام المركز الرئاسي، والخضوع الأعمى للأوامر العليا) إلى نظم التعليم الطبي، وإلى نظم البحوث الصحية والطبية، ويقتصر أمن المعلومات على مدى ارتباطها بالمركز الرئاسي، وتصبح المعلومات غير مأمونة، إلا إذا ارتبطت بالمركز الطبي الخاضع للثقة، وعمد المنظومة الإسلامية.

ثانياً: تميل الأغلبية من أتباع وأصحاب السيناريو الإسلامي، إلى إحداث مواءمة بين الصحة والطب الغربي من ناحية، والنصوص الإسلامية من ناحية أخرى، وذلك عن طريق توظيف الآليات التالية كمتطلبات سابقة وضرورية قبل إقرار التوافق مع مدرسة ممارسة الصحة والطب بالمفهوم الغربي، وتلك الآليات تتمثل في:

- استخدام النصوص الدينية الإسلامية مدخلاً تقليدياً للتعليم والتدريب، وكذلك لإدارة الحوار، وتوظيف تلك النصوص مدخلاً عند عرض الأبحاث

الصحة والطبية، وكذلك فى مقدمات مناهج التعليم، وطرق البحث، وأساليب الممارسة المهنية.

- وكذلك ضرورة عرض مستخلصات للأبحاث والمناهج التعليمية، على الفقهاء وعلماء الدين لإجازتها قبل تطبيقها، وطرحها للتداول مؤسسياً ومجتمعياً، وقبل الإقدام على تلقين تلك المناهج للأجيال القادمة من الطلاب والطالبات، ولحديثي التخرج من الأطباء والمرضات والفنيين.
- تلقين المعلومات المتفق عليها مع أهل الفقه والشريعة للدعاة والوعاظ فى المساجد، حتى تصبح الدعوة الإسلامية مسلحة بالمعلومات والأساليب العلمية والمهنية المعاصرة من ناحية، وحتى لا يحدث تناقض أو عداوة من ناحية أخرى، لما يطرح من جانب العلماء والمهنيين والأطباء وغيرهم، إستناداً إلى معارف الغرب والتطبيقات العلمية والمهنية، المستقاة من المصادر الغربية.

وهكذا، يرى هذا الفريق من أصحاب السيناريو الإسلامي، أن الصياغة الإسلامية للعلوم والممارسات المهنية، بتوافق الطرفين المهني والديني، يحقق تقبلاً من الكافة لهذا العلم وتلك التطبيقات، بمساندة ورضاء رجال الفقه والشريعة.

ثالثاً: أصحاب سيناريو الدولة الإسلامية يؤمنون بأنه يجب عليهم إعادة الأيام الذهبية القديمة، بمجدها التليد (أيام العصور الإسلامية الأولى)، لذلك فهم يميلون إلى إعادة دراسة الممارسات العلمية والمهنية والعلاجية والدوائية العربية والإسلامية القديمة، والعمل على إستخراج مكنوناتها الدفينة، بكشف جوهر ذلك التراث، وإزاحة ما تعمد الغرب إهالة الغبار عليه، وما زعمه علماء الغرب من اكتشافات نسبوها لأنفسهم، بالرغم من أن حقيقتها إسلامية عربية. وهم يؤمنون أيضاً بوجود إيقاظ الأمة الإسلامية والعربية، باكتشاف تلك المرحلة وعلومها وممارساتها، وليست المدرسة الغربية فى رأيهم إلا مدرسة مؤسسة على النقل والنهل من ذلك التراث المقدس، وبقليل أو كثير من التطوير وصل العلم وتقنياته وتطبيقاته فى الغرب إلى ما أصبح عليه الآن.

ونخلص من كل هذا إلى توقع أن تزدهر في ظل هذا السيناريو الدراسات والبحوث التالية:

- دراسة تاريخ الصحة والطب في العصور الإسلامية الوسطى.
- دراسة الوصفات الشعبية والكيميائية والدوائية في تلك العصور.
- ظهور أبحاث الطب البديل لدى شعوب أخرى، والسعي للإستفادة منها كطب بديل، أو طب مكمل.
- ظهور توجهات بحثية تحمل الشكل العلمي، لربط الجوهر الديني الإيماني اليقيني، المستند للنصوص الدينية المقدسة، بالممارسات المهنية التطبيقية الغربية، خاصة في مجال الصحة النفسية وممارستها العلاجية، وإزدهار ما يسمى بمدرسة الطب النفسي الإسلامي، وتزايد محاولات ربط علاج الجسد والروح، خاصة لعلاج الحالات المرضية المتقدمة والحالات المزمنة.

وتنظر تلك المدرسة بيقين وارتياح، إلى كل ما يرد إليها من خلال النصوص الإسلامية والممارسات الصحية والطبية ذات النكهة السلفية التي تمت في عصور الحضارة الإسلامية القديمة، علي حين أنها تنظر بشك وريبة، إلى ما يرد إليها من مدرسة الطب الغربي. بل إنها تشك في أن هناك محاولات متعمدة، لتصدير أدوية ما زالت تحت التجريب لاختبار أثارها في شعوب مثلنا قبل استعماله بمعرفتهم. وقد يصل الشك إلى مذاه لدى بعض فرق هذا السيناريو، بتصور أن بعض مدارس الغرب تسعى لتطبيق أنظمة متكاملة لتحد من قدرات شعوبنا. وقد يصبح هذا التصور هستيريا مع تزايد القدرات البشرية علي فك طلاسم الجينوم البشري، وما يترتب عليه من تطبيقات تشخيصية وتحويرية بغرض الوقاية والعلاج. وترى بعض فرق هذا السيناريو أن المؤامرة يمكن أن تمتد إلى أبعد من ذلك، لتطول نظم الغذاء والبيئة ونمط الحياة والسلوكيات الصحية والاجتماعية والحضارية، وهدم التقاليد المجتمعية والنظم الإسلامية، ومن بينها نظام الأسرة بنمطها الإسلامي، بتعمد وعن قصد، ولذلك لا بد من دراسة وفحص كل وافد، من وجهة نظر إسلامية، بخلاف دراسته العلمية والتطبيقية الموضوعية، وما لا يجيزه أهل الفتوى والإختصاص من مداخله المهنية والعلمية والتمريضية والفنية من ناحية، أو من

مداخله الدينية والحضارية وما فيه شبهة التآمر من ناحية أخرى، فيصبح غير وارد استخدامه إلا إذا انتفى الضرر أو شبهة الضرر.

وأخيراً، تصبح الممارسات والمعاملات الصحية والطبية رهينة بما يسمح به من خلال الأعراف والأسس الدينية، ولا يجوز تطبيق إجراءات مهنية ولوائح الممارسة ما لم تتم إجازتها من قبل أهل الفقه والشريعة، وذلك قبل عرضها علي المجالس والسلطات المختصة بالتشريع والإصدار في مجتمع الدولة الإسلامية.

رابعاً: هناك تيار آخر من بين أصحاب السيناريو الإسلامي، عاشوا في الغرب الرأسمالي، خاصة في الولايات المتحدة الأمريكية، وهم يرون أن الفجوة التقنية والمعلوماتية تزداد اتساعاً بين المدرسة الغربية والممارسات المحلية، وقد تتزايد أكثر بالممارسات المتوقعة من التيار الغالب من أصحاب السيناريو الإسلامي في مصر وغيرها، خاصة إذا ظهرت حكومات إسلامية، ولذلك فهم يقدمون بمشروع المنظمة الطبية الإسلامية في الولايات المتحدة الأمريكية، بالمماثلة لمدارس الممارسات الطبية الكاثولوكية وغيرها في الغرب. ونلاحظ أن هذا التوجه نابع من مسلمين مرتبطين بنمط وأساليب الحياة الغربية، بمزاياها المادية والتقنية والمعرفية، وسلبياتها السلوكية والحضارية، ولذلك فإن أصحاب هذا التوجه يطمعون في منظمة إسلامية متواجدة ونابعة من إيجابيات الغرب كما يرونها، غير أنها مرشدة بالإيجابيات الإسلامية المصححة لسلبيات الحضارة الغربية كما يرونها أيضاً. وأتوقع أن يقطع ذلك المشروع شوطاً كبيراً في المستقبل لإرتكازه علي مساندة إسلامي الغرب، ودعم أغنياء المسلمين والعرب، خاصة من منطقة الخليج العربي، وأيضا لإنعدام أي تناقض بين مثل هذا المشروع وأي من الدول الغربية، خاصة الولايات المتحدة الأمريكية. وبالرغم من ذلك، فإنني أتوقع أن يقصر هذا المشروع عن تحقيق أهدافه المشار إليها سابقاً، وأن يلتحق خلال مساره بالمنظمات المندرجة في إطار العولمة، ولا يزيد عن كونه إحدى المنظمات الرأسمالية التي تمزج هدف الربح بهدف الدعوة الدينية الإسلامية لهداية العالم الغربي الرأسمالي، خاصة

الأمريكي منه، وهم يقدمون هذا النموذج حلاً للتناقض الذي يعيش فيه المسلم أو العربي المهاجر إلى الغرب.

غير أنني أتوقع أن ينتهي ذلك الحلم الرومانسي بانتهاء جيل الرواد المهاجرين إلى الغرب، وأن يلتحق الجيل التالي من مسلمي الغرب بالغرب ذاته ليصبح جيلاً غربياً متأورباً أو متأمركاً، ولا يلتحق بجذوره الإسلامية إلا عندما تلتحق الدول الإسلامية ذاتها بالنظام الرأسمالي العالمي، وتصبح جزءاً عضويًا من هذا الكيان.

خامساً: بالنسبة لدور الحكومة ودور القطاع الخاص في تقديم الخدمات الصحية من منظور سيناريو الدولة الإسلامية: فمن المتوقع أن يتصارع اتجاهان:

الأول: أقرب إلى سيناريو الاشتراكية الجديدة، وهو أن الدولة وولاية الأمر مسئولون عن صحة المسلمين، وبالتالي يصبح الأصل هو القطاع العام والإستثناء هو القطاع الخاص، حيث دور الأخير مكمل للدور الأساسي للقطاع العام. وبالتالي فهم يوافقون على التخطيط المركزي المسبق لعملية تنظيم الخدمات الصحية، والذي يتعدل دائماً باستمرار ما يكشفه التطبيق، وطرق وأساليب تنظيم الخدمات الصحية، وطرق وأساليب تقديم تلك الخدمات وتشغيلها، بل وحتى نظم التمويل المتبعة لدى أصحاب التوجه الاشتراكي، وينصرف نفس المعنى إلى نظم التعليم الطبي و الصحي، وأنظمة البحث في ذلك المجال المهني، وكل الفارق - وما أعظمه - بينهم وبين أصحاب النهج الاشتراكي، هو في المرجعية الدينية القابضة على المؤسسات على اختلاف أنواعها، والتي تجيز أو لا تجيز، وتسمح أو تحظر، وتقيد أو تطلق، دون حوار مجتمعي، وإنما إستناداً لرأى وحوار الفقهاء والمجمعات الإسلامية (النخب الدينية الحاكمة والقابضة).

الثاني: وهو أقرب إلى السيناريو الرأسمالية الجديدة، والذي يرى أن الأصل هو أن المجتمع وليس الدولة، هو المسئول عن صحته، وأن الصحة في رأيه مسئولية فردية بالدرجة الأولى، وإن كانت خياراتها مرشدة بالنصوص الأساسية الواردة في التعاليم الدينية، غير أن خياراتها ترجع للفرد، والعلماء الدينيون والفقهاء هم المرشدون وليسوا ملزمين للأفراد في المسائل التي تخصهم وتخص أسرهم، ما لم تخرج عن ذلك إلى الأسس المجتمعية (البيئية - المرافق - السكان،...) حيث

تصبح "الرعاية الصحية الأولية" إلزاما وليس التراما فقط، إلزاما تحدده الأوامر والنواهي من ولى الأمر، بعد أخذ رأى الفقهاء والمشرعين الدينين. أما العلاج فيصبح اختياريا فيما يتعلق بالرعاية الصحية الثانوية والثالثية، وخاضعا بصفة أساسية للعرض والطلب من قبل مقدمي الخدمة ومستهلكيها. وتصبح الخدمة العلاجية فى تلك المستويات متاحة أفضل للشرائح المتيسرة والأكثر غنى وثروة.

ويتفق الفريقان على أن المرجعية فيما يصح ولا يصح، هي أولا وأخيرا للفقهاء مرشدين باختيارات الطبيب المسلم العارف بدينه.

وقد تتحقق خطة من التوجهين، نتيجة لشد وتجاذب بين الأطراف. منتجا لتوجه هو أقرب ما يمكن للسياسات المرجعية، بخياراته: المحافظة على المركزية، وتلك التي تطرح أحيانا تطعيم النهج المركزي المتبع بأداءات لامركزية محدودة ومحكومة، وهذا الفريق يمكن أن يقبل فى قطاع الصحة بفصل التمويل عن تقديم الخدمة، غير أن الدمج بين التمويل وتقديم الخدمة الصحية يكون واردا دائما فى مستويات إدارة الدولة العليا، حيث أن الفصل حتى بين السلطات لا يزال محل تساؤل فى التيار الإسلامى.

سادسا: يتوقع أن تلعب الاستثناءات والتميازات دورا يتضح عند توزيع الموارد جغرافيا وقطاعيا، إلا أن أبرز ما يتوقع هو الاستثناءات الفردية السائدة فى السياسات المرجعية (مثل العلاج على نفقة الدولة)، باعتبار أن الدولة ورئاستها هي مركز القرار، وهي القابضة والتي تسمح أو لا تسمح بالعلاج، طبقا لقواعد ليست لها أية صلابة أو أصولية أو مرجعية، بقدر ما هي من نواتج التمييز أو الإحسان أو المكافأة، فيحصل عليها مريض ولا يحصل عليها الأفقر، وغير المتعلم، وذوي الصوت المجتمعى الضعيف.

وعموما، فإننى لا أتوقع نظاما صحيا شاملا (مثل التأمين الصحى القومى الشامل) بقدر ما أتوقع من تسيد أنظمة متعددة ومفتتة، تلعب فيها العلاقات والإرتباطات بذوي النفوذ الدور الأكبر، فى إتاحة الخدمة لأفراد وشرائح مجتمعية لها أولوية على أغلبية الشرائح المجتمعية الأخرى وعموم الأفراد.

وأخلص من ذلك، إلى أن المشروع المجتمعي للدولة الإسلامية يقبل بالتفاوتات الاقتصادية والاجتماعية بل والعقيدية، باعتبارها أوضاعاً طبيعية، ويعالج بآليات الإحسان والتكافل والصدقات لحل تلك التناقضات المجتمعية.

سابعاً: وختاماً فإن للمرأة وللطفل مكانة في الرعاية الصحية، لدى أصحاب السيناريو الإسلامي، يقررها لهما مجتمع يمثل سطوة وتسيّد الرجال (الزوج ورب الأسرة)، ويعزز هذا الاختيار وذلك القرار فهم مجتمعياً تقليدياً موروثاً منحازاً لسيادة الرجل بمركزه المجتمعي المتعارف عليه في دول الشرق، والمقبول دينياً في حدود (بما ينفق على زوجته وأولاده). وسيحاول العديد من رجال وسيدات الإستهارة الدينية ترقية مركز المرأة في المشاركة الفعلية في اتخاذ القرار، وتعزيز مكانتها المجتمعية المناظرة للرجل، كما يسعون لإنقاص الفوارق الجنسية والعنصرية والعقائدية، خاصة في مجالات الرعاية الصحية والمجتمعية، غير أن ذلك قد لا يتحقق إلا بتغيير البنية الاقتصادية الاجتماعية، وتقوية وتعزيز دور المرأة المماثل والمشارك بتناظر مكافئ لدور الرجل في المجتمع المستهدف، وكذلك بتغيير البنية السياسية المستندة إلي: تبني الخيار الديمقراطي، وتحقيق المجتمع المدني، وتحقيق الحكم المحلي، لإدارة شؤون المجتمع والدولة.

خاتمة

صاحب التزايد السكانى فى مصر تزايد فى أسعار السلع والخدمات التى يستهلكها المواطن، ولم تتزايد الموارد بالقدر الكافى الموازن لتزايد الأسعار؛ مما أدى إلى ارتفاع ظاهرى فى دخل الفرد وإنفاقه، بالرغم من تناقص قدرته فى الحصول على سلة السلع الضرورية لإحتياجاته الحياتية. ما لم يحدث ارتفاع حقيقى فى دخل الفرد يتجاوز معدلات التضخم وتزايد أسعار السلع والخدمات الضرورية. ويلاحظ ارتفاع المتوسط العام لإنتشار الفقر بمعيار الحد الأعلى، بالرغم من التحسن المحدود بمعيار الحد الأدنى.

وترافق مع هذا المسار تزايد تطبيق سياسات الخصخصة، وتطبيق سياسات الإصلاح الاقتصادى والتثبيت الهيكلى، وتزايد التطبيق المخطط للانتقال من: مستوى تجميع المعلومات وخرائط مصر المعلوماتية التى تمت فى أوائل الثمانينات، إلى مرحلة إسترداد التكلفة من خلال برامج طعمت بها مجالات الإنتاج والخدمات، واستقرت أخيراً كبرامج إصلاح اقتصادى واجتماعى فى جميع مناحى الحياة. ولقد تم الانتهاء من معظم برامج الإصلاح الاقتصادى والاجتماعى، بمعرفة فرق بحثية، تستند أساساً إلى: المنظمات الدولية، وهيئة المعونة الأمريكية، والبنك الدولى، والإتحاد الأوروبى، وصندوق النقد الدولى وعدد من البنوك العالمية والإقليمية والمحلية، وغيرها، وبمشاركة محلية محدودة من الموظفين والمهنيين المصريين، مع قلة من الباحثين المحليين.

وتواكب مع هذا تزايد تخلى الدولة عن دورها التقليدى فى تقديم السلع والخدمات إلى سكان مصر، ودعم احتياجات الفقراء (محدودى الدخل والقدرة) ممن يعانون من رباعى: الفقر والجهل والمرض والبطالة. وتم ذلك بالرغم من أنه من

المعلوم أن تقدم الصحة والنظام الصحي في مصر رهين بالقدرة علي التعامل مع الفقر والجهل والبطالة، وإدارة المواطنين لمجتمعهم وحكومتهم. ويمكننا أن نقول وبقدر كبير من الصحة أن التنمية بمفهومها الشامل الاقتصادي والاجتماعي والسياسي هي أساسا الوصول إلي صحة أفضل وعمر أطول، ومرضى وعجز أقل.

وقد انتقل أيضاً عبء تزايد الإنفاق علي الصحة إلى القطاع العائلي، حيث تزايد إنفاق المواطنين من جيوبهم لتغطية إحتياجاتهم المعيشية، وظلت التمايزات الطبقيّة والفوارق الجغرافية تحد من قدرة الشرائح المجتمعية الدنيا في الحصول على السلع والخدمات. ويمكننا - حتى من مدخل صحي - أن نميز في مصر بوضوح مجتمعين في أرض واحدة: مجتمع الفقراء والمهمشين، ومجتمع المتيسرين الذي تعلقه قمة ذات طابع سلوكي أوروبي، وإستهلاك وإنفاق غربي الطابع. وانعكس ذلك بشكل شديد الوضوح في مجالات: الصحة، والغذاء، والسكن، والمرافق، ونمط المعيشة، وسلم القيم. وأمكن رصد تزايد الإنفاق الصحي في اتجاه الرعاية الصحية العلاجية، وفي القلب منها الرعاية العلاجية الثالثية، والرعاية العلاجية المتقدمة، على حساب الرعاية الصحية الوقائية، والرعاية الصحية الأولية، والرعاية الصحية التأهيلية ودراسات تعزيز الصحة والبيئة، وترشيد أنماط الحياة.

وظهر أن الخلل الرئيسي في النظام الصحي الحالي يتمثل أساسا في محدودية قدرته على توفير نصيب عادل من الرعاية الصحية الكفاء والفاعلة، لكل مواطن. فالخدمات الصحية متاحة لشرائح المجتمع بدرجات متفاوتة. والواقع أن الرعاية الصحية متاحة كخدمة صحية مجانية في دور الخدمات الصحية المجانية، بدرجات أقرب إلى أن تكون غير فاعلة، وفاقدة للكفاءة، وذات جودة متدنية. غير أنها متاحة في نطاق الخدمات الصحية التأمينية بدرجات أفضل من الدرجات المتاحة في الخدمات الصحية المجانية، وإن كانت مازالت دون المستوى اللائق. فقد ظلت الخدمة الصحية التأمينية خدمة صحية وطبية محدودة الجودة، وذات طبيعة طاردة وغير مشجعة للمنتفعين بها. ونتج من كل ذلك توزيع مختل للموارد البشرية والمادية، وتدني في القدرة علي توظيف الإمكانيات المتاحة في الوحدات الصحية السريرية، وغير السريرية، وعجز عن تدبير الإحتياجات التمويلية والبشرية

اللازمة لتحقيق معدلات تشغيل عصرية كما ونوعاً. وأنتج ذلك رعاية صحية أفضل وإن كانت جودتها ما زالت هي أيضاً محدودة، يقدمها القطاع الخاص منحازة لصالح المتيسرين وصالح الرعاية العلاجية، ولصالح الأجزاء الأكثر تحضراً وتمديناً في المناطق الحضرية، وعواصم المحافظات، على حساب سكان الأحياء الشعبية، وسكان المناطق العشوائية، وسكان الريف. وعموماً، لا تزال الرعاية الصحية تقدم لصالح القادرين مجتمعياً على حساب الضعفاء، وتحكمها التفاوتات: الجغرافية، والعمرية، والجنسية، والتعليمية، وتميزات الدخل والإنفاق بين الشرائح المجتمعية. ويوضح الباب الخامس موجزاً دقيقاً لنقاط الضعف والقوة في النظام الصحي الحالي، والمرتكزات المستقبلية لتصحيح وتطوير النظام الصحي، إنطلاقاً إلى آفاقه المستقبلية طبقاً لرؤية كل من السيناريوهات الأربع.

ومن العجيب، أن معدلات المراضة، ومعدلات الوفيات، أظهرت هي الأخرى انحيازاً لصالح المقتدرين، حيث يمرضون بأمراض تسمى أمراض المجموعة الثانية، والمعروفة بإسم أمراض العمر الطويل، على حين أن الفقراء يمرضون ويموتون مبكراً بأمراض مجموعة أخرى، تسمى أمراض العمر القصير. كما أن الفقراء يعانون أيضاً من إرتفاع معدلات العجز والإعاقة، وتزايد وفيات الرضع، ووفيات الأطفال بمختلف شرائحهم العمرية، خاصة في مجموعة الشريحة العمرية لأقل من خمس سنوات، والإصابة بالتقرم، ونقص الوزن، والهزال، والتعرض للآوبئة والأمراض المعدية، والمعاناة الأكبر من مشاكل الحمل والولادة ووفيات الأمهات. وذلك كله بمعدلات تتضاعف مرة ومرات عند الفقراء، وسكان الريف، والمناطق العشوائية في المدن، إذا ما قورنوا بشريحة السكان المتيسرة.

ولعله أصبح ملحا متابعة السلطات الصحية ومعها كل القوى المجتمعية متابعة منتظمة لقياس تطور المؤشرات المجتمعية الخاصة بالتغذية، والبيئة ونمط وأساليب الحياة، وكذلك مؤشرات تطور المعلومات والتتقيف الصحي المتاح لجمهور المنتفعين والمستفيدين بالرعاية الصحية، ومؤشرات ضخ التمويل اللازم والموارد البشرية الضرورية لتحقيق تقدم محدد مسبقاً في مؤشر ما من مؤشرات الرعاية الصحية.

وبالطبع، فإن إجمالي الإنفاق الكلي على الرعاية الصحية في مصر لا يزال محدوداً (أقل من ٤,٧% من الناتج المحلي الإجمالي في مصر في عام ١٩٩٨) بالمقارنة بمتوسط الإنفاق على مستوى العالم (٧,٤% من الناتج المحلي الإجمالي العالمي في نفس العام).

ويحاول أصحاب الرؤى المستقبلية، من كل فكر سياسي، بلورة توجهات وسيناريوهات محتملة لإصلاح صحي كجزء من الإصلاح الكلي الاقتصادي والاجتماعي والسياسي. وتتم تلك المحاولات في إطار من التسليم لدى أغلب السيناريوهات بالأساس الرأسمالي المصاحب بالتصحيح المجتمعي والحكومي، في أطر من: الديمقراطية، ونظم إدارة الدولة والمجتمع. وذلك بالاستناد إلى الحكم المحلي، ومشاركة سكان المجتمعات الإقليمية في إدارة شئون حياتهم، واختيار حكاهم ومجالسهم التشريعية، غير أن كل من تلك السيناريوهات يتميز بخصائص تجعله متحيزاً في طرحه للتصور المستقبلي.

يتمايز سيناريو الاشتراكية الجديدة (الذي يناقش كسيناريو مشترك مع السيناريو التآزري) بسعيه الدائم والمستمر لإنهاء ازدواجية تواجد مجتمعين في بلد واحد، بتوحيدهما في مجتمع واحد حقيقي، يوفر لمواطنيه التغطية الكاملة بحزم الخدمات الصحية المتكاملة لعموم المواطنين، والإتاحة العادلة بلا تمييز قدر الإمكان، ويوفر المتطلبات التمويلية بلا إجهاد لأفراد المجتمع، وينظم تأمينية شاملة، بما يمكن من تحقق إدارة عصرية للوحدات، وتشغيل للنظام الصحي بكفاءة وفاعلية وجودة، كما يوزع الموارد بطريقة عادلة، بما يمكن من إنفاص الفوارق الجغرافية بين سكان الأقاليم، كما يعيد توزيع الموارد بين القطاعات إستناداً إلى مبدأ تعظيم الفاعلية والمردود بأقل قدر من الإنفاق. ويتحدد ذلك أساساً بتعظيم حصة القطاع الصحي الوقائي والتأهيلي، وتوفير الإنفاق الكافي لتعزيز الصحة ونظم الرعاية الصحية الأولية. كما يسعى ذلك السيناريو لتعزيز إدارة نظامه الصحي بمشاركة شعبية واسعة. فيشارك كل قطاعات الإنتفاع بالرعاية الصحية، وينظم أوسع الحملات بإشراك واسع للمنظمات الشعبية بأنواعها. ولا يكتفى مثل غيره من السيناريوهات بتمثيل الوجود الشعبي من خلال القيادات المنتخبة، بمجالس التشريع،

وبالمنظمات الأهلية. وإنما يمد ويعمّ الحملات الإرشادية والحوارية، حول قضايا حقيقية تتعلق بمصالح أوسع القطاعات، منظماً لتحرك جماهيري واسع، وحوارات ذات طابع قومي حول: قضايا الصحة، والبيئة، والغذاء، وممارسة الرياضة، والدعوة لنمط حياتي صحي رشيد.

ويسعى ذلك السيناريو إلى تقليص دور الإدارة المركزية للنظام الصحي من المركز القاهري، ويقلص أيضاً البرامج الرأسية إلا لدواعي الضرورة المؤقتة ولفترة محدودة، إستناداً إلى: تفعيل الدور المجتمعي، والمؤسسي، والتشغيل الذاتي للوحدات بكل إقليم كما أنه يسعى إلى تغيير علاقة المريض بمقدم الخدمة وطبيبه المعالج، ساعياً لجعل تلك العلاقة محكومة بإرادة المريض في الأغلب الأعم، بدلاً عن تسيد ارادة معالجه، إلا في أحوال إستثنائية نادرة. كما يحاول الوصول إلي تفرغ الطبيب للقيام بواجبه المهني في الوحدة أو المنظمة التي ينتمي إليها، بعد توفير الإمكانيات الضرورية الملائمة لمستواه المهني وخبرته، ومن خلال توفير نظم للدفع طبقاً لأسعار سوق الممارسة المهنية. ويوظف السيناريو الاشتراكي النظم المعلوماتية والخيارات التقنية، المحققة لتلك الأهداف، باعتبار تلك التقنية ذات أولوية، حيث أن الإنفاق عليها عالي المردود الاقتصادي والمجتمعي.

أما السيناريو المرجعي، فبالرغم من أنه السيناريو الإتجاهي الذي يطرح تقليدياً كأولوية عند مناقشة السيناريوهات، وبالرغم من إعتبره السيناريو القاعدي، الذي تتطلق منه وحوله كل السيناريوهات، غير أنني أعتقد أنه سيناريو يجتري الأفكار والتوجهات من كل من السيناريوهين الفكريين الأساسيين: الرأسمالي والاشتراكي. وهذا السيناريو يستند أساساً في مرجعيته إلى السيناريو الرأسمالي مع محاولة - ترقى من الشكلية إلى التشكيل الواقعي - أقلّمته ليتكيف مع الواقع المحلي، كما يتصوره أصحاب ذلك السيناريو.

ويحاول السيناريو المرجعي أن يجتري أفكاراً وتوجهات من السيناريو الاشتراكي كحد أدنى. ويحقق هذا السيناريو الإنتقائي مزيجاً أو خلطة خاصة من السيناريوهين الرأسمالي والاشتراكي، معتقداً أنها تميزه وتعطيه طابعه المحلي. غير أنها تمكنه من أن يخفي بعض عناصر السيناريوهين، التي يتصور أنها مكلفة، ولا

تحقق مردوداً كافياً في الواقع المصري يتناسب مع حجم الإنفاق عليها، من موارد هي محدودة أصلاً. وتلك الخلطة تمكنه أيضاً من إخفاء بعض العناصر المضادة للإرادة المجتمعية للمواطنين، حيث أن ثمنها الاجتماعي مكلف، تكلفة عالية يتحمل عبئها شرائح مجتمعية قاعدية، محدودة القدرة اقتصادياً واجتماعياً. وقد يكون ثمنها المجتمعي ومردودها السياسي باهظ التكلفة، محركاً لإعتراضات جماهيرية، لا تقدر أنظمة الدولة على دفع ثمنها الاجتماعي، بإقناع المجموع الشعبي، إلا بإحداث نقلة ديمقراطية ذات طابع تمثيلي من خلال الانتخاب، وذات طابع جماهيري من خلال إرساء أسس ومنظمات المجتمع المدني. وذلك يتوقف على مدى تحقق ذلك في المستقبل المنظور، بتوفير الأرضية المجتمعية المنظمة ذات الطابع المدني، لتحقيق تلك النقطة الديمقراطية الواسعة.

إن تحقق تلك الخلطة من السيناريوهين الاشتراكي والرأسمالي، تتطلب رفع معدل الإنفاق الصحي كنسبة من الناتج المحلي الإجمالي، برغم دواعي الأمن (التحدى الإسرائيلي) من ناحية أولى، والتطلعات المجتمعية المتزايدة خاصة في الشرائح المجتمعية الوسطى (النمط الاستهلاكي الغربي - والمحيط البترولي العربي) من ناحية ثانية.

وأخيراً، أشير إلى أن سيناريو الدولة الإسلامية له معيار مرجعي يقيس به، ليفرق بين ما هو محرم أو غير جائز (مكروه)، يتم تجنبه، وما هو مباح (حلال)، يستفاد منه، وبينهما أمور متشابهات، يستند الأمر فيها إلى قواعد شرعية تفصل حالات الإباحة فيها وحالات أفضلية التحريم، من خلال إجماع أو توافق أغلبية الفقهاء. ويقاس كل جديد في الممارسات الصحية والمهنية والطبية، ولوجا من بوابة يديرها مجمع الفقهاء والخبراء الإسلاميين (علماء الدين وخبراء العلوم الدنيوية الإسلاميين)، ويدرار السماح والتحریم طبقاً لمعايير وشرائع وخبرات مكتسبة طوال مراحل الحكم الإسلامي. وتتفاوت هوامش السماح ضيقاً واتساعاً إستناداً إلى توظيف النصوص وحدها، أو توظيف النصوص المساندة أحياناً بالتأويل، طبقاً لمناهج محددة في مدارس الفكر الإسلامي. وبعد الحوار المتخصص يصدر مجلس الفقهاء والخبراء قراراً ملزماً للناس والحكام، ويلاحظ أن ذلك المجلس مركزي

وقراره موحد، وعلى المجالس المماثلة على المستوى العربي والإسلامي التباحث المشترك في محاولة، للوصول إلى توافق فيما يوحد القواعد والأنظمة والرأي في القضايا المطروحة، في إطار من الشريعة المتوافق عليها، من جمهرة الخبراء والفقهاء. وتخضع الممارسات الصحية والطبية لتلك الإلزامات الشرعية شأنها شأن باقي الأنشطة المجتمعية.

ويلاحظ أيضاً، أن سيناريو الدولة الإسلامية يميل إلى تفضيل المركزية كنظام لإدارة المجتمع والدولة، أكثر مما يميل إلى نظم إدارة المجتمع والدولة المعاصرة، من خلال قرارات محلية، تعتمد على رضا السكان المحليين وترضي تطلعاتهم. حيث أن الخيار الثاني يشرك العامة في مسائل هي من صميم أمور الخاصة، ويحدث بلبلة ناتجة عن تعدد الآراء والحوارات، المستندة إلى أسباب وضعية، تستبعد سيادة الفقهاء وخبراء الشريعة. وتميل بعض تلك المدارس إلى تحريم تلك اللجاجة، إستناداً إلى وضوح النصوص المقدسة وشمولها، وإمكانية القياس عليها بالنسبة للمستجدات من الأمور. كما أن التوجه للخضوع لمركز موحد على نطاق الدولة، يساعد على توحيد الأنماط السلوكية وسلم القيم، إستناداً إلى أحادية التفسير المركزي الصادر من المجمع المركزي كثمرة لنقاش داخلي لآراء متعددة مقدمة من الخبراء والفقهاء. وينعكس ذلك الخيار على نظام تمويل الخدمات الصحية حيث يفضل ذلك السيناريو، في مجمله، دمج جهازي تمويل وتقديم الخدمات الصحية في جهاز صحي واحد، يستند في تمويله إلى المصادر الحكومية بالأساس، حيث تصبح الحكومة، في الدولة الإسلامية، هي الممثل الوحيد الذي تندمج فيه الدولة والمجتمع بشقيها الحكومي والخاص، وحيث الفصل بين السلطات (التنفيذية والتشريعية والقضائية) يصبح شكلياً، لإنبعاث الكل من إجماع ذي طابع مركزي، وذي مرجعية واحدة.

وباستثناء هذه القيود، فإن خيارات سيناريو الدولة الإسلامية تكاد أن تكون أكثر اقترباً وتماثلاً مع أفضليات وخيارات السيناريو الرأسمالي، معدلاً ومؤقلماً طبقاً للشرطين السابقين. وهكذا تصبح الخيارات حول مواضيع: التغطية، والانتفاع، والتمويل، وتنمية القوى البشرية، وقياسات الفاعلية والكفاءة، وجودة الخدمات ونظم

الإدارة، هي في الحقيقة خيارات ذات طبيعة رأسمالية معدلة بملاءمة محلية، وتستند أساساً إلى التعامل المرتكز أساساً إلى طرح الخدمات الصحية في أطر علاقات السوق كعرض وطلب، بتصحيح مجتمعي لأي انحرافات في مسار العرض والطلب، بتدخل من السلطة المركزية، لتحقيق مقتضيات النظر إلى الصحة، كحق وكخدمة، وليس كسلعة فقط، بما يجعلها أقرب للإتاحة للكافة في مستوى الرعاية الصحية الأساسية، والرعاية الصحية الوقائية، وتعزيز الصحة، والرعاية الصحية التأهيلية، باستثناءات محدودة، وبما يلزم الرعاية الصحية العلاجية، بمستوياتها بمتطلبات الجودة، لتصبح فاعلة، وكفئة، وقادرة على التنافس. ولعل الخدمات الطبية من خلال الارتباط بالمسجد تكون حلاً قادراً على منافسة القطاع الخاص، بظهور منظمات ضخمة، بها وحدات صغيرة وكبيرة منتشرة، في عموم مصر، تقدم خدمات صحية فاعلة وكفئة، في نطاق الرعاية الصحية العلاجية لعموم المواطنين، دون إستهداف لربح في مستوى الرعاية الصحية الأولية، والرعاية الصحية الوقائية، ومن خلال منظمات علاجية تستهدف الربح أو لا تستهدفه، في الرعاية العلاجية الثانوية والثالثية، أو تمزج بين الهدفين.

وبالطبع، يجب أن نلاحظ أن سيناريو الدولة الإسلامية به مدارس متعددة حالياً تتوزع ما بين الميل إلى السيناريو الرأسمالي أو إلى السيناريو الاشتراكي، مع إقتراب أو ابتعاد عن السيناريو المرجعي. غير أنه باستمرار مقيد في كل الأحوال بمرجعية مجلس العلماء الدينيين والخبراء المهنيين، والميل في اتجاه المركزية وأفضليتها، وما يفرع عن هذين القيد من تحديدات. وما زال ذلك السيناريو بطريقه إلى إعادة التشكل، نظراً لاقترابه الحالي -ولأول مرة في العصور الحديثة- من كثير من القضايا اليومية، التي اختلطت بعد الغزو الثقافي الغربي لأراضي وأوطان المسلمين. وهي قضايا لم يسبق لهذا السيناريو أن حاول الإقتراب منها في مراحل تشكله الأولى في القرنين التاسع عشر والعشرين، حيث أن كثيراً من تلك القضايا مستحدث لم يتبلور إلا أخيراً.

وفيما يتعلق بالتطورات المستقبلية في مجال الصحة، التي يسميها بعض بحاث مستقبل الرعاية الصحية "الموجة الرابعة من النظام الصحي"، باعتبار أنها

مرحلة جديدة، متوقع تحققها، في العقدين الأوليين من القرن الحادي والعشرين، كمرحلة تالية للموجة الثالثة من النظام الصحي التي سادت في المرحلة الصناعية التي أوشكت علي الإنتهاء، فإن تأثير تلك المرحلة الجديدة سيمتد فوراً وبدون فاصل زمني ملحوظ إلي كل دول العالم، ومن بينها مصر. ومن الملاحظ أن سمات هذه الموجه الرابعة عادة ما ينسبها السيناريو الرأسمالي إلي نفسه باعتباره القطب المهيمن، الذي ينسب إلي نظامه كل كشف جديد أو تقدم يتحقق. وقد أثرت أن أقتصر في الإشارة إلي ملامح الموجه الرابعة على الحد الأدنى أو القدر المتيقن تحققه من خصائص تلك المرحلة، برغم أن المستقبل واعد بأكثر من ذلك ، كما أشرت في تفاصيل الأبواب والفصول المختلفة لهذا الكتاب.

وتتميز الموجه الرابعة من النظام الصحي المستقبلي بالخصائص التالية:

١. تصاعد القدرة علي التنبؤ بالمشكلات الصحية (المؤسسة علي البنية الجينية، والمحيط البيئي)، وإدارة الصحة بهدف توقي المرض والإضطرابات الصحية (المؤسسة علي المتابعة البيولوجية التقليدية، للإكتشاف المبكر للإنحراف عن أي من الوظائف الحيوية، قبل استفحالها).
٢. ما يحدث الآن من تغير جذري في تناول أولويات الرعاية الصحية في الدول النامية ومتوسطة النمو، بتصدر قائمة الأمراض المسببة لوفيات قابلة للتوقفي والمنع بأقل قدر من التكلفة، كأوليات مقدمة علي غيرها من مشكلات الرعاية الصحية، وتلك الأولويات القابلة للتوقفي ناتجة عن نمط الحياة المعاشة، وبخاصة الفقر والتلوث البيئي.
٣. تزايد دور رعاية الفرد لصحته بمعرفته، وظهور معدات تقنية متنوعة تمكن المنتفع بالخدمة من ذلك، بالإضافة للدور المشارك لمقدمي الخدمة الصحية، والدور المساند للمنظمات الصحية القائمة. ويتزايد دور المريض في علاقته بمعالجه، ويصبح مشاركا مع طبيبه في تقييم فاعلية العلاج ونتائجه.

٤. تنامي إمكانيات التكنولوجيا الحيوية، الخاصة بظهور البروفيل الجيني لكل فرد، وما يترتب عليه من السبق بتوقي المرض وتقديم الوسائل والأساليب التشخيصية، واتساع دائرة البدائل العلاجية المستحدثة.
٥. توقع ظهور مرحلة طبية جديدة، وهي رعاية صحية تتم أقمتمها لتناسب المجموعات السكانية ذات التركيب الجيني المتماثل، وأيضا لتناسب التفرد البيوكيميائي لكل فرد بذاته.
٦. تصاعد وتنامي أنظمة التواصل الصحي والطبي عن بعد، بين الوحدات الصحية بعضها البعض من ناحية، وبين الأفراد والوحدات ومقدمي الخدمات الصحية من ناحية أخرى، وصولا إلى توصيل المعلومات والتواصل مع المرضى في منازلهم، وذلك باستخدام سائر وسائل الإتصال والتواصل، من شبكات محلية أو عالمية واتصال باستخدام أنظمة الفيديو وامكانية الولوج إلي قواعد المعلومات الصحية المرشدة للمرضى، أو المساعدة بالخبراء والمهنيين، أو المزودة للمرضى بأنظمة التدريب لمتابعة أنفسهم في منازلهم، إسترشادا بنصائح معالجيهم، ومتابعتهم عن بعد.
٧. تزويد مستهلكي الخدمات الصحية والمرضى بالمعايير الموضوعية (خطط صحية) لقياس مخرجات الخدمة الصحية، ومدى قدرة الوحدات الصحية والأفراد مقدمي الرعاية الصحية علي الوفاء باحتياجاتهم، وترتيب الوحدات ومقدمي الخدمات الصحية طبقا لتلك المعايير، بما يساعد علي التنافس بينهم، ويعزز مركز مستهلك الخدمة في علاقته بمقدم الخدمة، ويؤدي إلي بروز خطط وخيارات بديلة، معدة بواسطة خبراء صحيين لترشيد خيارات المريض.
٨. التوجه نحو تكامل العلاج الطبي المستند للمدرسة الغربية مع أنواع أخرى من العلاج الشرقي والعشبي وغيره من أنواع العلاج الطبي المكمل أو البديل، مع تزايد التقدير الطبي لحالة المريض النفسية، وإستهداف الوصول إلي التوازن العاطفي، لما له من مردود قابل للقياس، ومؤثر علي حالة المريض: الفسيولوجية، والعقلية، وتفعيل أجهزة المناعة لديه.

وختاماً أشير إلى أن المستقبل محمل بتغيرات متتابة ومتلاحقة ومدهشة، وبخاصة في اتجاه التطور، والتقدم، وسيطرة الإنسان، على القوى الطبيعية والبيولوجية وتنظيم وإدارة المجتمع، وتحقيق إنسانية الإنسان.

مراجع الكتاب

أولاً: مراجع، وإحصائيات، وبيانات، وتقارير باللغة العربية:

إبراهيم العيسوي، السيناريوهات: بحث في مفهوم السيناريوهات وطرق بنائها في مشروع مصر ٢٠٢٠، منتدى العالم الثالث، مكتب الشرق الأوسط - القاهرة، أوراق مصر ٢٠٢٠، الورقة رقم (١)، يوليو ١٩٩٨.

إبراهيم العيسوي، الدراسات المستقبلية ومشروع مصر ٢٠٢٠، مركز الدراسات السياسية والإستراتيجية بالأهرام، دراسات إستراتيجية، السنة العاشرة-٩٦، القاهرة، ٢٠٠٠.

إبراهيم سعد الدين عبد الله، أزمة النظام الاشتراكي، كتاب الأهالي رقم (١٩)، القاهرة، مارس ١٩٨٩.

الجهاز المركزي للتعبئة والإحصاء (ج.ع.م.)، الكتاب الإحصائي السنوي، من يونيو ١٩٩٦ فصاعداً حتى يونيو ٢٠٠٠.

نشرة إحصاء الخدمات الصحية في مصر عن عام ١٩٩٦، مرجع رقم ٧١-١٢٣٢٣/١٩٩٦، اصدار يونيو ١٩٩٨، القاهرة، ١٩٩٨.

المجلس القومي للسكان، الكتاب الإحصائي السنوي، القاهرة، عام ١٩٩٦، وعام ١٩٩٨.

المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية، عقدت عدداً من المؤتمرات، الأول والثاني في الكويت عامي ١٩٨١، ١٩٨٢، والثالث في اسطنبول عام ١٩٨٤، والرابع في كراتشي عام ١٩٨٦، والخامس في القاهرة عام ١٩٨٨، والسادس في اسطنبول

بالتعاون مع منظمة الصحة العالمية ومنظمة أيسيسكو في عام ١٩٩٨، وعقدت عددا من الندوات (حوالي اثني عشر ندوة)، انتقيت منها عددا من الموضوعات التي استندت إليها في السيناريو الإسلامي، الموقع الإلكتروني علي الإنترنت: اسلام ست، www.islamset.com

الفريق المركزي لمشروع مصر ٢٠٢٠، بدايات الطرق البديلة إلي عام ٢٠٢٠: الشروط الإبتدائية للسيناريوهات الرئيسية لمشروع مصر ٢٠٢٠، منتدى العالم الثالث، مكتب الشرق الأوسط-القاهرة، أوراق مصر ٢٠٢٠، الورقة رقم (٢)، ديسمبر ١٩٩٨.

إسماعيل صبري عبد الله، توصيف الأوضاع العالمية المعاصرة، منتدى العالم الثالث، مكتب الشرق الأوسط - القاهرة، أوراق مصر ٢٠٢٠، الورقة رقم (٣)، يناير ١٩٩٩.

الفريق المركزي لمشروع مصر ٢٠٢٠، الأسس النظرية والمنهجية لسيناريوهات مصر ٢٠٢٠، منتدى العالم الثالث، مكتب الشرق الأوسط-القاهرة، أوراق مصر ٢٠٢٠، الورقة رقم (٤)، يوليو ١٩٩٩.

برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، تقارير التنمية البشرية، البرنامج، نيويورك، سنوات متتابة من ١٩٩٠ فصاعدا حتى ٢٠٠٠.

جامعة الأزهر، مركز صالح عبد الله كامل للإقتصاد الإسلامي، القوانين الإقتصادية من منظور إسلامي، الباب الحادي عشر في التكافل الاجتماعي والتأمينات الاجتماعية في الإسلام، سلسلة الندوات والمؤتمرات (١)، القاهرة، ١٩٩٨.

جامعة القاهرة، كلية الطب، مستشفى قصر العيني التعليمي الجديد، مركز المعلومات، تقرير الأداء لعام ١٩٩٧/ ١٩٩٨، القاهرة، سبتمبر عام ١٩٩٨.

جولي دومينيك و(جبر بود)، مستشفى القرن الواحد والعشرين، ترجمة ميرفت أبوشادي، توزيع البعثة الفرنسية للأبحاث والتعاون، القاهرة، عام ١٩٩٢.

رفعت رضوان، فلسفة التأمين الصحي فى جمهورية مصر العربية، الجمعية العلمية للتأمين الصحي الاجتماعي، القاهرة، ١٩٩٤.

كاترين ميتشود، "كوكب الأرض وما ناء به من أمراض واصابات فى عام ١٩٩٠"، المجلة الدولية للعلوم الاجتماعية، العدد (١٦١) سبتمبر ١٩٩٩.

مجلس الشعب، الفصل التشريعي السابع، دور الإنعقاد العادي الخامس، اللجنة العامة للمجلس، مشروع تقرير اللجنة عن التنمية التكنولوجية فى مصر عام ٢٠٠٠، القاهرة.

مجلس الشورى، دور الإنعقاد السادس عشر، لجنة الصحة والسكان والبيئة، "تقرير مبدئي عن: مستقبل الرعاية الصحية فى مصر والتوجه للتأمين الصحي الاجتماعي"، القاهرة، ١٩٩٥.

مستشفيات جامعة عين شمس، مركز المعلومات، الإدارة المركزية، البيان السنوي لنشاط المستشفيات عن عام ١٩٩٦، القاهرة، عام ١٩٩٧.

معهد التخطيط القومي، تقارير التنمية البشرية فى مصر، القاهرة، أعداد متتابعة من عام ١٩٩٥ فصاعدا.

منظمة الأغذية والزراعة للأمم المتحدة، المكتب الإقليمي للشرق الأدنى، دليل تدريب العاملين فى الزراعة والتنمية الريفية والإرشاد الزراعي، وقضايا السكان والغذاء والبيئة، السكان والغذاء والتغذية فى الدول العربية، سمير الميلادي، ومحمد فراح (إعداد)، القاهرة، ١٩٩٢.

كيف تحصل على الأفضل من غذائك، دليل إرشادي عن الأغذية المناسبة للمواطن، القاهرة، عام ١٩٩٥.

مع منظمة الصحة العالمية، ومشاركة برنامج الأمم المتحدة للبيئة، مبادئ إرشادية بشأن إقامة نظام وطني فعال للرقابة على الأغذية، القاهرة عام ١٩٩٥.

المقننات الغذائية طبقا لتوصيات منظمة الصحة العالمية، الميزان الغذائي، القسم الإحصائي، ١٩٩٥ - ١٩٩٦.

منظمة الصحة العالمية، المكتب الإقليمي لشرق المتوسط، تقرير منطقة شرق المتوسط الصحية عن عام ١٩٩٨، الصادر في عام ١٩٩٩، الإسكندرية، ١٩٩٩.

_____ المكتب الإقليمي لشرق المتوسط، دورات اجتماعات اللجنة الإقليمية لشرق المتوسط، من دورة عام ١٩٩٥ إلى دورة أغسطس ١٩٩٩.

_____ المكتب الإقليمي لشرق المتوسط، الهدى الصحي، سلسلة للتثقيف الصحي من خلال تعاليم الدين، الحكم الشرعي في التدخين، جزأين (١) و (٢)، الشيخ جاد الحق علي جاد الحق والشيخ عبد الله المشد وآخرون، الإسكندرية، ١٩٨٩.

_____ المكتب الإقليمي لشرق المتوسط، الهدى الصحي، سلسلة للتثقيف الصحي من خلال تعاليم الدين، صحة البيئة في ميزان الإسلام، في عام ١٩٩٥، وعام ١٩٩٩، الإسكندرية.

_____ المكتب الإقليمي لشرق المتوسط، الهدى الصحي، سلسلة للتثقيف الصحي من خلال تعاليم الدين، اعلان عمان لتعزيز الصحة، باتباع أنماط الحياة الإسلامية، ندوة من: المكتب الإقليمي، والمنظمة الإسلامية للعلوم الطبية، والمجمع الملكي لبحوث الحضارة الإسلامية - آل البيت، تلخيص وصياغة محمد الهواري، اصدار المكتب الإقليمي، في عام ١٩٩٥ وفي عام ١٩٩٨، الإسكندرية.

_____ المكتب الإقليمي لشرق المتوسط، الهدى الصحي، سلسلة للتثقيف الصحي من خلال تعاليم الدين، أحكام الذبح والذبائح، مؤتمر: رابطة العالم الإسلامي، ومنظمة الصحة العالمية، واللجان المنبثقة عن المؤتمر، طبعة ثانية، ١٩٩٥، الإسكندرية.

_____ المكتب الإقليمي لشرق المتوسط، الهدى الصحي، سلسلة للتثقيف الصحي من خلال تعاليم الدين، "الماء والإصحاح في الإسلام"، عبد الفتاح الحسيني ومحمد هيثم الخياط، عام ١٩٩٨، الإسكندرية.

المكتب الإقليمي لشرق المتوسط، الهدى الصحي، سلسلة للتثقيف الصحي من خلال تعاليم الدين، "دور الدين والأخلاقيات في الوقاية من الإيدز"، ١٩٩٦، الإسكندرية.

المكتب الإقليمي لشرق المتوسط، الهدى الصحي، سلسلة للتثقيف الصحي من خلال تعاليم الدين، "فقه الصحة"، محمد هيثم الخياط، المؤتمر الإسلامي الرابع في كراتشي ونشر في اصدار المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية عن المؤتمر، في عام ١٩٨٤، وأعيد اصداره بتعديل من المؤلف لحساب منظمة الصحة العالمية، في عام ١٩٩٦، وعام ١٩٩٨، الإسكندرية.

المكتب الإقليمي لشرق المتوسط، الهدى الصحي، سلسلة للتثقيف الصحي من خلال تعاليم الدين، الحكم الشرعي في ختان الذكور والإناث، محمد بن لطفي الصباح، في عام ١٩٩٥، وعام ١٩٩٨، الإسكندرية.

ناهد رمزي، معايير نمو طفل ما قبل السن المدرسي، موجز الدراسة، برنامج الأمم المتحدة الإنمائي وجمعية تحسين الصحة والمجلس القومي للأمومة والطفولة، القاهرة، ١٩٩٤.

نجيب الشوربجي، أثر النشر الإلكتروني علي مكاتبات العلوم الصحية، مع الإشارة بوجه خاص إلي أنشطة النشر الإلكتروني للمكتب الإقليمي لشرق المتوسط بمنظمة الصحة العالمية، ورقة مقدمة إلي "المؤتمر العلمي الثاني للنشر الإلكتروني عن مجتمع المكاتبات والمعلومات في مصر"، في ٢٥-٢٦ أكتوبر ١٩٩٩، إصدار سبتمبر ١٩٩٩، الإسكندرية.

نجيب الشوربجي، استخدام تكنولوجيا الانترنت لبناء النظم الوطنية المتكاملة للمعلومات الصحية، ورقة عمل مقدمة إلي ندوة تطوير نظم المعلومات الصحية، مجلس التعاون لدول الخليج العربية، مسقط، عمان، في ٢٨ أكتوبر ١٩٩٩.

مركز الدراسات السياسية والاستراتيجية بالأهرام، تقرير الحالة الدينية في مصر، المركز، القاهرة، عام ١٩٩٨.

وزارة التأمينات بجمهورية مصر العربية، تقرير انجازات ونتائج أعمال عن عام ١٩٩٥/١٩٩٦، ايداع ١٣١٤١/١٩٩٧، دار الكتب والوثائق المصرية، القاهرة، ١٩٩٧.

وزارة الصحة والسكان، مركز المعلومات والتوثيق ودعم واتخاذ القرار، البيانات الإحصائية الأساسية، نوفمبر ١٩٩٧، والإحصائيات الأخرى: الخاصة بحركة المستشفيات، وبيانات الإدارة المالية المركزية، وبيانات الإدارة المركزية للتخطيط، ودليل المستشفيات رقم (١)، وكتيبات ونشرات توضح أنشطة وإنجازات الوزارة والوزراء....

_____ نموذج مصري حديث للرعاية الصحية في القرن الحادي والعشرين، رقم الإيداع ١٦٨١٤ / ١٩٩٩، دار الجمهورية للصحافة، القاهرة.

_____ الهيئة العامة للتأمين الصحي، الإحصائيات السنوية، والبيانات المالية: موازنات - حسابات ختامية - دراسات تحليلية خاصة بالإدارة، من عام ١٩٩٥ فصاعدا.

_____ الهيئة العامة للمعاهد والمستشفيات التعليمية، الأمانة العامة، مركز المعلومات والتوثيق ودعم اتخاذ القرار، إنجازات الهيئة عن العام المالي ١٩٩٨ / ١٩٩٩ م، القاهرة، عام ١٩٩٩.

_____ الهيئة العامة للمعاهد والمستشفيات التعليمية، الشؤون المالية، الموازنات المالية للهيئة من العام المالي ١٩٩٥ / ١٩٩٦ إلي العام المالي ١٩٩٩ / ٢٠٠٠ م، والحسابات الختامية للأعوام المالية من ١٩٩٥ / ١٩٩٦ إلي ١٩٩٧ / ١٩٩٨.

_____ الهيئة العامة للمعاهد والمستشفيات التعليمية، معهد التغذية: البحث التغذوي القومي ١٩٧٨، ونمط الإستهلاك الغذائي للمواطن المصري ١٩٨١، "علي وآخرون". البحث التغذوي القومي ١٩٩٥، "موسى وآخرون".

_____ المؤسسة العلاجية بالقاهرة، الكتب الإحصائية السنوية، والموازنات المالية والحسابات الختامية السنوية، من سنة ١٩٩٥ فصاعدا.

ثانياً: مراجع باللغة الإنجليزية:

Abd El Fattah, Hassan, Ibrahim Saleh, Emad Ezzat, Sameh El Saharty, Maha El Adawy, A.K. Nandakumar, Catherine Connor, Hassan Salah. "The Health Insurance Organization of Egypt: an Analytical Review and Strategy for Reform". Technical Report No. 43. Bethesda, MD: Partnerships for Health Reform, Abt Associates Inc., 1997.

Afifi, Nihal, El-Saharty, Sameh, Scheiber, George, et al. "The Egypt Health Sector Reform Program". Cairo: Ministry of Health and Population, 1997.

Agency for Health Care Policy and Research. *Conquest, Computerized Needs-Oriented Quality Measurement Evaluation System 1.0*. Rockville, MD, (www.ahcpr.gov:80/research/conqover.htm#head6), 1995.

Al-Shorbaji Najeeb, Regional Information Officer, Regional Office for the Eastern Mediterranean, World Health Organization. "Information Technology in Health Care". Egypt for Information and Technology Seminar: HEALTH INFORMATICS AND TELEMATICS WITH REFERENCE TO THE WORK OF WHO/EMRO. Cairo, 18-19 April 2000.

Berman, P., Reich, M., Walsh, J., Kumar, A.K.N., Pollock, N., Salah, H., Yip, W., Hafez, N. and A. Swelam), "Egypt: Strategies for Health Sector Change" Data for Decision Making Project Paper No. 26, Harvard School of Public Health, Boston, MA., 1995.

Berman, Peter, Nandakumar, A.K., Frere, Jean-Jacques, Salah, Hassan, El-Adawy, Maha, El-Saharty, Sameh and Nassar, Nabil. "A Reform Strategy for Primary Care in Egypt." Technical Report No. 9. Bethesda, MD: Partnerships for Health Reform Project, Abt Associates Inc., 1997.

Cambridge Consulting Corporation (ccc), "*Wage & Salary Study: MOHP, HIO, CCO*". September, 1994.

Carole A. Chryala and Roger J. Bulger, Editors, 1999. "*Leading Health Indicators for Healthy People 2010 Final Report*". Committee on Leading Health Indicators for Healthy People 2010. Division of Health Promotion and Disease Prevention INSTITUTE OF MEDICINE, NATIONAL ACADEMY PRESS: Washington, D.C., 1999.

Central Agency for Population, Mobilization and Statistics, CAPMAS. Cairo, *Census*, 1996.

Cressman, Gordan and Oleh Wolownya. "*Health Budget Tracking System - Phase 1 Pilot Study Results: Alexandria 1992/93*". Report No. 27. Boston: Data for Decision Making Project, Harvard School of Public Health. April, 1995a.

———. "*Health Budget Tracking System - Phase 1 Pilot Study Results: Bani Suef 1992/93*". Report No. 28. Boston: Data for Decision Making Project, Harvard School of Public Health. April, 1995b.

———. April 1995c. "*Health Budget Tracking System - Phase 1 Pilot Study Results: Suez 1992/93*". Report No. 29. Boston: Data for Decision Making Project, Harvard School of Public Health, 1993.

Dave Sen, P, "*Case Studies of Mosque and Church Clinics in Cairo, Egypt*". Data for Decision Making Project Paper No. 23, Harvard School of Public Health, Boston, MA., 1994.

Davidson R. Gwatkin, Shea Rustein, Kiersten Johnson, Rohini Pande, and Adam Wagstaff. "*SOCIO-ECONOMIC DIFFERENCES in HEALTH*,

NUTRITION, AND POPULATION in EGYPT” for the HNP/Poverty Thematic Group of The World Bank. May, 2000.

Donaldson, Dayl, “*Egypt Health Sector Brief*”, Data for Decision Making Project, Department of Population & International Health, Harvard School of Public Health, Boston, MA., Nov. 1993.

EDHS, “*Egypt Demographic and Health Survey*”. National Population Council and Macro-International, 1995.

EHDR, “*Egypt Human Development Report*”. Institute of National Planning, Cairo. 1995 & 1996.

Edmond, Alan, H., Mary A. Paterson, Ahsan J. Sadiq, Linda M. Sadiq, Susan Scribner, and Nena Terrell. “*Establishing a Family Health Fund in Alexandria, Egypt: The Quality Contracting Component of the Family Health Care Project*”. Technical Report 42. Bethesda, MD: Partnerships for Health Reform Project, Abt Associates Inc., December, 1999.

Fayyad, M., S., “Finance and Utilization In Health Service”, RESEARCH PAPERS SERIES, EGYPT HUMAN DEVOLPMENT REPORT, INP & UNDP, Cairo, 1998.

Forte, Michael A., “*Medical Records Systems Assessment of Family Health Facilities in Egypt*”. Technical Report 51. Bethesda, MD: Partnerships for Health Reform Project, Abt Associates Inc., May, 2000.

Frère, Jean-Jacques, Nandakumar, A.K., Taghreed, Adam and El Beih Wessam, “*Costing of the Basic Benefit Package in Egypt*”. Bethesda, MD: Partnerships for Health Reform Project, Abt Associates Inc., 1998.

Gaumer, Gary, Taghreed, Adam, Wessam El-Beih, Lal, Bhavya, Arriaza, Elizabeth and Atkinson, Brad, “*Rationalization Plan for Hospital Beds in*

Egypt". Technical Report No. 29. Bethesda, MD: Partnerships for Health Reform Project, Abt Associates Inc., 1998.

Gaumer, Gary. "*Data Assessment for the National Information Center for Health and Population, Egypt*". Technical Report No. 30. Bethesda, MD: Partnership for Health Reform Project, Abt Associates Inc., 1998b.

Gaumer, Gary. "*Monthly Indicators Reporting System for the National Information Center for Health and Population in Egypt*". Technical Report No. 31. Bethesda, MD: Partnerships for Health Reform Project, Abt Associates Inc., 1998a.

Institute for Alternative Futures, "*Foresight Seminars on Health & Innovation*". June 1994.

Institute for Alternative Futures. Foresight Seminars on Pharmaceutical Research and Development: "*ISSUES FROM THE FUTURE: HEALTH BY DESIGN OR DEFAULT*". Panelists: Olson, Bob - Harris, Linda - Peck Jonathan - Bezold, Clement, December, 1996.

Jaramillo, L., "*MIS Workshop Report*". Ministry of Health and Population, Egypt. 1997.

Jolly, D, Gerbaud I. "*The Hospital for Tomorrow. Division of Strengthening of Health Services.*" Report Number 5. Geneva: World Health Organization(WHO/SHS/CC/92.1),1992.

Julia Walsh, Hassan Salah, Kristen Purdy. *“Workshop on Using Cost-Effectiveness Analysis to Identify a Package of Priority Health Interventions”*, Data for Decision Making Project, Ministry of Health, Harvard School of Public Health, U.S.A.I.D., two meetings: on July 3-7, 1994, and on January 8-13, 1995 Egypt.

Kazandjian, Vahe *“Implementation of an Indicator-based Performance System for Health Care Facilities in Egypt”*. Cairo: Partnerships for Health Reform, Abt Associates Inc., 1998.

Kemprecos, L.F. & Oldham, L. *“Economic Surveys for Health Care Financing and Sustainability: Final Report,”* Integrated Development Consultants, Cairo, Egypt, 1992.

Kumar, A.K.N. , Reich, M., Chawla, M., Berman, P., Yip, W., *“Prioritizing Children’s Health Care Needs: The Egyptian Experience With School Health Insurance”*, Health Policy, in press, 1999.

Ministry of Health and Population, Government of Arab Republic of Egypt, *“Egypt: Health Sector Reform Program”*, Mimeo, 1998.

Lal, Bhavya, *“Egyptian Ministry of Health and Population Intranet/World Wide Web Site Strategy and Plan”*. Technical Report No. 28. Bethesda, MD: Partnerships for Health Reform Project, Abt Associates Inc., 1998.

Ministry of Health and Population, Arab Republic of Egypt. *“A New Egyptian Health Care Model for the 21st Century”*. Cairo, Partnerships for Health Reform, Abt Associates Inc., 1999.

MOSA, Ministry of Social Affairs. *“Statistical Indicators 1982-83”*. Cairo, Egypt, 1983.

Nandakumar, A.K. , Peter Berman, Winnine Yip. PHR Technical Report No. 25: "*Health Care Utilization and Expenditure in the Arab Republic of Egypt*", Bethesda, MD: Abt Associates Inc., 1998.

Nanadakumar, A.K., Berman, Peter and Fleming, Elaine, "*Findings of the Egyptian Health Care Provider Survey*". Technical Report No. 26. Bethesda, MD: Partnerships for Health Reform Project, Abt Associates Inc., 1999.

Nandakumar, A.K., Khaled Nada, Ahmed Ibrahim, Marwa Ezzat, Mamoud Abdel-Latif, and Ahsan Sadiq "*Health Expenditure Review: Alexandria, Egypt*". Technical Report 35. Bethesda, MD: Partnerships for Health Reform Project, Abt Associates Inc., May 1999.

Nandakumar, A.K., Mamoud Abdel-Latif, and Wessam El-Beih. "*Options for Financing Health Services in the Pilot Facilities in Alexandria*". Technical Report 36. Bethesda, MD: Partnerships for Health Reform Project, Abt Associates Inc., August 1999.

Pan American Health Organization (PAHO) workshop; held in: Merida Mexico, in collaboration with: The Institute for Alternative Futures (IAF), The Fundacion Para Salud Mexicana (Funsalud), SmithKline Beecham Pharmaceuticals. Talks

Launched by: Dr. George A. O. Alleyne Pan American Health Organization, "*21st Century Health Care in Latin America: Prospects for Achieving Health-For-All*", in January of 1997, followed by:

_____ Andrew Nichols Director, Alliance Management, SmithKline Beecham Pharmaceuticals, "*Genomics: The Promise and the Cautions for Accelerating the Quality of Prevention, Diagnosis, Treatment and Cure*".

_____Clement Bezold President Institute for Alternative Futures, “*Health Futures: Tools for Better Decision Making*”.

_____Clement Bezold, President Institute for Alternative Futures, Key Insights, “*The Future of Therapeutics*”.

_____Clement Bezold, President and Erica Mayer, Futurist; “*The Private Sector, The Public Sector, and Health-For-All*”.

_____Cristina Puentes-Markides; “*Health for All in the Americas: Preferred Scenarios*”.

_____Daniel Whitaker, Senior Consultant, National Economic Research Associates (NERA): “*The Future of Managed Care in Latin America*”

_____Iván Vera, Consultant with INVERTEC IGT Consulting Group, Chile. *The Information Revolution and Health Care in Latin America*

_____Jorge Katz, Professor of Industrial Economics, University of Buenos Aires and University of Chile, “*The Future of Regulation and Pharmaceuticals in Latin America*”.

_____Julio Frenk, is Executive Vice-President and Director, Center on Health and the Economy, Fundación Mexicana para la Salud (Mexican Health Foundation); “*Structured Pluralism: A Preferred Model for Latin American Health Care*”.

_____Ruben Kaztman, Director Montevideo Office, Economic Commission for Latin America and the Caribbean (ECLAC), “*Health for All in Economic and Social Development*”

_____ Ruben Kaztman, Director Montevideo Office, Economic Commission for Latin America and the Caribbean (ECLAC), "*Health for All in Economic and Social Development*"

_____ Walter Vandersmissen, Director, Government Affairs, SmithKline Beecham Pharmaceuticals, "*Future Trends in Vaccinology*".

Rannan-Eliya, Ravindra P., Khaled H. Nada, Abeer M. Kamal and Ahmed Ibrahim Ali "*Egypt National Health Accounts 1994-1995*". Special Initiatives Report No. 3". Bethesda, MD., Partnerships for Health Reform Project, Abt Associates, Inc., 1998.

Rannan-Eliya, R.P., and P. Berman. "*National Health Accounts for Egypt*". DDM Publication No. 25. Boston MA: Harvard School of Public Health, 1995.

Rannan-Eliya, R., Blanco-Vidal, C., A.K. Nandakumar), "The distribution of health care resources in Egypt: Implications for Equity: An analysis using a National Health Accounts framework", Data for Decision Making Project, Harvard School of Public Health, Boston MA., 1999.

Rasmussen, Bjarne Lading, Grete Budsted, Annette Poswiata, Karen Ellen Spannow, Andreas Eskesen, Per Milde. "*Guidelines for District Health Planning*" (Master Plan). Cairo, Egypt: National Health Planning Standards and Guidelines, MOHP., 1999.

Salah, Hassan, Julia Walsh and AK Nandakumar. 1997a. "*Cost Analysis and Efficiency Indicators for Health Care. Report No. 1: Bani Suef General Hospital Summary Output for 1993-94*". Cairo, Data for Decision Making Project, 1997a.

Salah, Hassan, Julia Walsh and AK Nandakumar. 1997b. "*Cost Analysis and Efficiency Indicators for Health Care. Report No. 2: Suez General Hospital Summary Output for 1993-94*". Cairo, Data for Decision Making Project, 1997b.

Salah, Hassan, Julia Walsh and AK Nandakumar. 1997c. "*Cost Analysis and Efficiency Indicators for Health Care. Report No. 3: El Gamhuria General Hospital Summary Output for 1993-94*". Cairo:

Data for Decision Making Project. 1997c.

Salah, Hassan, Julia Walsh and AK Nandakumar. Department of Planning, Ministry of Health and Population; Data for Decision Making Project, Harvard School of Public Health; University of California at Berkeley School of Public Health; "*Cost Analysis and Efficiency Indicators for Health Care: Report 4 Summary Output for 19 Primary Health Care Facilities in Alexandria, Bani Suef, and Suez, 1993-94*", Cairo: Data for Decision Making Project, Harvard School of Public Health, Publication No. 59, Boston, MA, USA., 1997.

Terrell, Nena, "*Focus Group Results: Family Health Pilot Test in Alexandria, Egypt*". Technical Report 55. Bethesda, MD, Partnerships for Health Reform Project, Abt Associates Inc., May 2000.

The World Bank, Report No. 1539. EGT, Staff Appraisal Report, Arab republic of Egypt, "*Pollution Abatement Project*", April 25, 1996.

The World Bank Mission in Egypt, 1997. Country Economic Memorandum, "EGYPT: Issues in Sustaining Economic Growth", VOL.1, Summary – VOL.2, Main Report – VOL.3, Working Papers Annex – VOL.4, Statistical Annex. March 15, 1997.

The World Bank, Report No. 17214 – EGT. Project Appraisal Doc. For: “*Health Reform Program*”, April, 1998.

The World Bank World Development Report 1998/99: “*Knowledge for Development*”. Oxford:Oxford University Press, 1999.

The World Bank, “*Guidelines for District Health Planning*”(Montazah District Health Plan). Washington, DC, The World Bank, 1999

The World Bank. “*World Development Indicators*”. Washington, DC: The World Bank Reports, 1999 & 2000.

World Development Report, 1992. “*Development & Environment*”.

World Development Indicators. Oxford University Press, 1992.

World Development Report, 1993. “*Investing in Health*”. World Development Indicators.Oxford University Press, 1993.

World Development Report, 1994. “*Infrastructure For Development*”. World Development Indicators. Oxford University Press, 1994.

The World Health Report, “*Fighting disease Forecasting Development*”, 1996.

The World Health Report, “*Conquering Suffering Enriching Humanity*”, 1997.

The World Health Report, “*Life in the 21st century: A Vision for all*”, 1998.

The World Health Organization Report on Infectious Diseases, 1999. “*Making A Difference*”.

The World Health Report, 2000. “*Health Systems: Improving Performance*”.

UNDP (1997). "*Human Development Report*". Oxford Publications. UNDP.

UNICEF, 1997,1999,2000 *The State of the World Children*. Oxford Publications. UNICEF.

UNICEF, "The Progress Of Nations 2000", Web SITE (www.unicef.org/pon00/pdf.htm), 2000.

United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, "*Charting the Progress of Populations*", New York, 2000.

Villaume, Mary Lyn, Marwa Ezzat, and Gary Gaumer, "*Study of Hospital Referrals in the Pilot Program in Alexandria, Egypt*". Technical Report 56. Bethesda, MD: Partnerships for Health Reform Project, Abt Associates Inc., October 2000.