

## الحياة الصحية في مصر بعد ربع قرن

للدكتور خليل بك عبد الخالق

نرجو أن يكون برنامج مصر الصحي في ربع القرن القادم عميقا نلههدف الذي ترمى اليه إدارات الصحة في البلاد الراقية ، وهو ضمان أحسن درجة من الصحة يمكن الحصول عليها للأفراد والمجموع بتباعد النظم التي ترمى الى رفع مستوى الصحة ، والعمل على التخلص من العوامل المسببة للمرض ، وذلك بالعناية ماديا بجسم الإنسان .

ولسظر الى أى حد حققنا هذا الهدف في الماضي .

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

ولم يوجه أى عمل حدى لمقاومة سبب انتشار هذه الأوبئة . والحق يقال إن هذا كان سيرا ولا يزال إلى الآن عيرا مع حاة القرى الفقيرة . من حيث المرافق للصحية . عند ما تسلم المصريون مصلحة الصحة في سنة ١٩٢٢ خطت خطوات واسعة و إسعاف المرضى بالعلاج بإنشاء المستشفيات العامة ومستشفيات خاصة بأمراض معينة كالدرن والأمراض الزهرية والأمراض المتوطنة وأمراض الأطفال والبلذام . وبدأت دراسة فنية لمشكلة الأمراض المتوطنة توطئة لاستئصالها بإنشاء معهد فؤد الأول للأمراض المتوطنة وبذلت نشاطا مشكورا في العناية بالحوامل ورعاية الطفولة . واتسعت وسائل التشخيص المعمل . وبدأت عملية تحضير اللقاحات والأموال .

وهد النظام نشأ وتدرج على أساس دفع غائلة للأمراض وحماية للمجموع من الأوبئة إذا تعشت وهو يشه عملية الإسعاف عند شوب الحريق . وقد سد حاجة ملحة . ولكن أوقاية حير من العلاج ، فلو أحطنا جسم للإنسان بالعناية ودرز له ما يزمه من ضروريات الحياة لفتت حاجتنا لعناية بأغلبية سكان البلاد كرضى بصير في المتوسط لفرد منهم أكثر من مرضين . فنسبة الوفيات في مصر استمرت حواى ٢٦ في الألف من السكان من أول القرن الحالى إلى الآن ، مع أنها في بلاد أخرى قد انخفضت إلى ١٠ في الألف ومتوسط طول الحياة الذى يرجوه مولود في مصر يوم ولادته حواى ٢٢ سنة بينما هو اليوم في أمريكا ٦٩ سنة .

## الحد الصحي الأدنى الذى يجب توفيره للعائلة

- اتفقت آراء الخبراء الفنين على أن الحد الأدنى الواجب توفيره للعائلة هو ما يأتى :
- ١ - مرافق صحية منزلية لكل عائلة (خصوصا مرحاض صحى وإزالة النفايات).
  - ٢ - مورد مستقل للمياه الصالحة للشرب لكل عائلة .
  - ٣ - عدد من الغرف صالحة للسكنى كاف للعائلة بمعدل غرفة لكل فردين ومكان صالح لتخزين الماء كولات ومواد الوقود .
  - ٤ - العلاج والتطعيم لأفراد العائلات الذين يدفعون أجرا للسكن أقل من معدل متفق عليه ( ذى الإيراد المحدود ) عدا قبولهم داخليا فى المستشفيات .
  - ٥ - ضمان الكفاف من العيش لكل عائلة بنظام التأمين والإعانة .
- ومن الأسف أن هذه الضرورات تكاد أن يكون لا وجود لها فى محيط العائلات التى تقطن القرى المصرية التى يبلغ عددها ٤٠٠٠ قرية تضم حوالى ١٢٠٠٠٠٠٠ من الأتفس أى ثلاثة أرباع سكان المملكة المصرية .

ففى هذه القرى نجد أن أثر مجهود الإدارة الصحية محصور فى تسجيل المواليد والوفيات والتطعيم ضد الجدري ويقوم بها حلاق الصحة ، ومقاومة الأمراض الممدية بعزل المصابين ومراقبة المخالطين إذا زاد عدد الوفيات فى القرية عن المتوسط المقرر ، ويوجد على مقربة من بعض القرى مستشفى لعلاج بعض أو كل الأمراض .

## اللامركزية والمركزية فى تنفيذ البرنامج الصحى

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

فإذا أريد أن تشمل جهودات الإدارة للصحية — كما يجب أن تكون — كل عائلة مصرية وكل منزل في القرى . نجد أن هذا يكاد أن يكون من المستحيل إنجازه . إذا استمرت المركزية على حالها تقيض على زمام السلطة في النافه والجليل من الأمور ، وقد دنت التجربة في البلاد التي بلغت شأوا بعيدا في العناية بصحة أفرادها — على أن أساس الإدارة الصحية الناجحة هو الثقة إلى حد كبير بالهيئات المحلية كمجالس القرى حتى يمكن لمن بيده السلطة الصحية التفلغل في أوساطها والإلمم بالثماصيل والابت فوراً في أمورها . ولو فرضنا جدلا أن هذه الهيئات لا تعمل بأعمالها غلبا إلى أخذ المرجو من الكفاءة . فإن هيئة محلية عاجزة خير من إدارة رئيسية تدير الأعمال فيها بطريقة آلية نظرا لشعبها وتمقدها .

### توحيد أو تعدد الهيئات المشرفة على تنفيذ أعمال صحية

النظام الحالي في مصر أدى إلى تعدد الهيئات التي تقوم بأعمال من صميم واجبات السلطة الصحية ، فهناك مستشفيات تابعة لمجالس المديرية بجانب أخرى تابعة لوزارة الأوقاف وهناك منشآت لرعاية الأمومة والطفولة تابعة لهيئات متعددة . كما أن وزارات كوزارة الأشغال تشرف على أعمال من صميم الأعمال الصحية كانشاء وإدارة المجارى ونظام الشوارع وهكذا .

والخبرة في البلاد الأخرى تقطع بضرر هذا ، فقد ذكرت اللجنة الصحية الملكية البريطانية التي ألقت لدراسة هذا الموضوع بالذات في تقريرها سنة ١٨٦٩ ما يأتي :

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

ويجب أن تنصرف السلطة الصحية للملكة إلى معالجة المسائل الكبرى وتتجنب المراجعة التفصيلية لأعمال السلطات المحلية ، مادامت تؤدي النهاية الصغرى للأعمال الصحية الضرورية وذلك بتفتيش دورى على أعمال هذه السلطات “ .

### نوع السلطة المحلية الصحية الصالحة لمصر

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

والجواب على هذه الأسئلة يتضح من دراسة التجارب التي صرت بها البلاد الأخرى ذات النظم المختلفة .

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

ولا ننكر أن أعمال مجالس المديريات فى مصر وفى البلاد الأخرى موضع انتقاد شديد من ناحية إهمالها ومخاياتها وقلة الخزم فى إدارتها وسهولة اقتيادها فى بعض الشؤون .

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

أما النظام الآخر فيكون بتعيين طبيب صحى لكل منطقة تكون به الساحة الصحية المحلية فى دائرة الفوايز التى تصورها السلطة الصحية الرئيسية والتي يخضع لتفتيشها ، إلا أن الدوائر الصحية الصغيرة تقع هيئتها المنتخبة تحت تأثير المنافسات والمخاملات فى محيطها الضيق ( كما هو الحال فى ا بناس القروية ) وزيادة على ذلك فنرى بحكم ضالة مواردنا لا يمكنها استخدام الموظفين الأ كفاء الذين يمكن الاعتماد عليهم ولا الإنفاق على وجوه الإصلاح المطلوبة وهذه مساوىء لوحظت بالفعل فى بلاد مصر نتيجة الحصار وتوا مياه النياية كبريطانيا .

لهذا نترح أن تكون ادوائر الصحية أوسع نطاقا من المجالس القروية حتى نتفادى هذه المساوىء ويكون تعداد المائة الواحدة حوالى ٣٠ ألف نفس .

وقد لوحظ فى تحديد هذا العدد مقدرة طبيب الصحة ، فهو يمكنه أن يقوم مع ماعديه كعاون الصحة وملاحظ النظافة ومفتش الماء كولات بخدمة هذه المنطقة على أحسن وجه ويمكن لمثل هذه المنتخبة أن تتحمل النفقات اللازمة لمثل هذه الإدارة إذا قدمت لها معونة مالية لا ترقى خزامة الدولة .

ويمكن لمثل هذه المجلس أن تتولى شؤوننا محلية أخرى كالترميم وإنشاء الطرق وصيانتها ووسائل المواصلات وغيرها من الشؤون المحلية .

### ضمان تحسين صحة الفرد والمجموع على أساس هذا النظام

الضبيب الصحى الذى هو عماد هذا النظام يجب أن يكون اخصائيا فى شؤون الصحة وأن لا يمارس صناعة الطب للجمهور بأجر ، يتفاديا من مناقسته للأطباء االخصوصيين . وضنا بجهوده التى يجب أن يكرسها لتحسين الحالة الصحية فى المنطقة . وهو يمثل وزير الصحة

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

### تدبير الوسائل المتأدية للحفاظ على صحة الفرد والمجموع

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

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

وقد أوضحنا هذه الاحتياجات سابقا وستكلم عن كل منها باحتصار .

مرافق صحية منزلية لكل عائلة خصوصا مرحاض صحي وإزالة الفضلات .

هذه المشكلة حلت في بعض المدن الكبرى كالقاهرة والاسكندرية ووطنطا و بورسعيد بإنشاء نظام المجارى . لو انه لم يشمل بمد جميع منازل هذه المدن . وحتى هذه المجارى لا تسلم من العيوب الصحية لأنها غير خضعة تماما للرقابة الصحية . لجميع مشكلاتها و"مقبات التي يعترضها تحل دائما على حساب الناحية الصحية ، لأن القائمين عليها لا يهتمون بهذه الأمور والعناية الواجبة . ومن اغريب أن إدارة الحكومة المصرية لا تراعى قوانين انبلاد الصحية وليس هناك سبيل محد لحمها على القيام بواجبتها الصحية ، فذلك بركة من الأذى يمكن الزامه بردمها أو ترميم على حسابه وتحصل التفتت ولكن برك الحكومة لا يمكن اتخاذ أى إجراء بشأنها ولو كانت مجاورة لبرك الأهائى . أما في القرى فلم يعمل شئ في سبيل ترويد المقاول بالمرحاض بعد ، فقد دل الإحصاء في بعض القرى على أن ٣٠ في المائة فقط من المنازل بها نوع من المرحاض . وبعض هذه المرحاض غير صحي . أما بقية المنازل فليس بها أية مرحاض مطلقا فيتهد السكان في حفيرة المواشى ، أو على الأسطح ويتبرد الأطفال على حوائب الطرقات .

على أن هذه المشكلة ليست مهينة الحل ، فالمرحاض الذى يفتى بمخارج تقوى المصرى لم يوجد بعد ، إذ أن عاداته تختلف اختلافا تاما عن القروى الأوروبى الذى نقل عن بلاده أكثر منشآتنا ، فالاستنجاا يتبع في الأمم الاسلامية فيجعل مشكلة المرحاض مشكلة خاصة . وزيادة على ذلك فإن روث المواشى يكدم على الأرض حول السكان بالمتزل القروى ولم تحل بعد مشكلة عزل المواشى عن الأدميين مع ضرورتها . إلا أنه قد بدأت أخيرا تجربة في هذا الباب على جانب كبير من الأهمية في منطقة كوم امبو بشار بنجاح باهر . ومن البلىبى أن الاشراف على ترويد المنزل الريفية أى نوع من المرحاض ورقابتها ولتنتاية بها لا يمكن أن تقوم بها سلطة رئيسية مركزية .

٢ - مورد مستقل لياه الصالحة لشرب لكل عائلة .

هذه مشكلة ثنية على جانب كبير من الأهمية وللان لم تحل بعد ، حيث يستقى أغلب سكان القرى من المياه الملوثة من النهر والترع ، وأثناء السدة الشتوية يقومون بتصفية لطین من قع الترع للحصول على ما به من المياه الآسنة . وهي حال على أسوأ ما يمكن تصوره من الاستهتار بصحة الإنسان . ولا زالت الهيئات الرئيسية في مصر تتطحن في مناقشة عيقة حول أفضلية تعميم مشروعات كبيرة ترشح المياه وتوزيها على مشروعات صغيرة تستمد الماء من جوف الأرض مع أن لا شك فيه لدى الجميع أأيا من طريقتين فيه الكفاية للتخلص من الحالة السيئة الحالية لمياه الشرب في مصر ، ونحن في حاجة ملحة لاسرعة تنفيذها وهنا أيضا قد افلت هذا الأمر من يد الإدارة الصحية وتناوله المهندسون الذين يقومون على إنشاء هذه المشاريع غير عابئين برأى الرجال الصحيين ، وهو ما نهت عنه اللجنة المنكية البريطانية في أواسط القرن الماضي من أنه يجب تركيز جميع المرافق الصحية في أيدي رجال الصحة وألا تتعدد السلطات المهيمنة عليها .

وبالفعل قد قامت إحدى الهيئات المحلية وهو مجلس مديرية اقليلية بإنشاء مشروعات قليلة النفقة . افية بالعرض في القرى مما يؤيد ما أسلفنا الإشارة اليه من أفضلية هيئات محلية على الهيئات المركزية وأنها أقدر منها على الإصلاح .

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

يكاد أن لا يكون هناك أثر لاشراف الهيئة الصحية على هذا الموضوع اهتمام لصحة لأفراد والمجموع ، لا في المدن ولا في القرى المصرية ، والاشراف الضئيل الموجود في القاهرة والاسكندرية يكاد يكون محصورا في تخطيط الشوارع وما يسمونه ( خط انتظام ) ربما من أنه يتبين من الاحصائيات العامة أن المساكن في المدن مكتظة بسكانها حتى أنه قد تبيتن عائلة بأسرها في غرفة واحدة مما لا يحدث ضررا صحيا بحسب ، بل أضرارا أخلاقية بالغة .

وهذا العامل ذو الأثر الفعال في صحة أفراد الشعب المصرى غير خاضع في البلاد الكبيرة للهيئة الصحية وعدا ذلك ، فنضافة هذه منازل من قمامتها ومن قذمة الأزقة والشوارع وهي من أهم لأعمال التي يعنى بها رجال الصحة في البلاد الراقية لملاقتها بانتشار المذباب وتقل شتى الأمراض ولا تدخل في دائرة الاشراف الصحي في مصر ولا لثقلها بها في القرى المصرية بل الاهتمام بالقراءة بالقرى عمل لا وجود له أصلا .

٤ - العلاج والترريض لغير القادرين :

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

من فائدتها ، اذ أن الطيب الواحد يحث - بعالج عدة مئات من المرضى في ساعات العمل المحمودة التي لا تتعدى خمس ساعات - مما قد أدى إلى الإهمال الشديد ذلك المصحح السطحي الذي لا يأتي بالنتيجة المطلوبة .

ومما زاد في الصين بلة أن تزاحم على أبواب هذه المستشفيات الأغنياء والفقراء ، ويمكن للأغنياء بما لهم من نفوذ ووساطات من الظفر بعناية لا بأس بها على حساب الفقراء الذين خصصت هذه المعاهد لخدمتهم . مما يدع إلى التفكير الجدى في تنظيم هذه الحالة .

٥ - ضمان كفاف من العيش لكل عائلة بنظام التأمين أو الإئانة .

إن العناية بالآلة الحسائية للإنسان وتزويدها بما يلزمها من وقود ( أى غذاء ) وتخلص من فضلاتها والمحافظة عليها من المؤثرات الخارجية ، وتوفير ما يلزمها من ملابس ضرورى سلامتها وتمتعها بالصحة - و"عقبات اللازمة لذلك ( وهو ما يتبره الكفاف ) يجب أن تضمنها الدولة بواسطة دارتها الصحية وهي متروكة الآن للصدف وعناية الأقارب بفقراءهم وإلى شعور المحسنين ، وحرام أن تترك حياة الأفراد لرمة الظروف والمصادفات ، وعما هو من الحالة في مصر أن هذا الحد الأدنى لا يتحمل عليه نسبة لا يستهان بها من السكان لعدة أجيال ، بل يبدى العاملة وكثرة أفراد العائلات التي يعوزها التقادرون على الكسب وعدم تور العمل في سائر أيام السنة وعدم وجود مدخرات كافية لمفاجآت المرض أو الحوادث .

وقد تركت مسألة الأجر حاضرة لنظام العرض والطلب ، وهو نظام يؤدي إلى أماكن المكتظة إلى قلة أجور العمال عن الحد الأدنى اللازم لتدبير ضروريات المعيشة . وقد قارم الرأسماليون كثيرا تحت ستار ترك الحرية تدخل الهيئات التشريعية في تقرير حد أدنى للأجور وتأمين الطبقات العاملة ضد المرض وضد البطالة على حساب الخيانة العامة ، وإكن في العصر الأخير تلبت النظرية الإنسانية ورجحت كفة الانصاف للطبقات العاملة من الرأسمالية . وقد تبين أن في أسواق الحرة لارحمة للضعيف ، وقد حدث هذا لأول مرة منذ عهد قريب في مصر ، إذ تقرر أن لا يقل أجر العامل في خدمة الحكومة عن خمسة قروش صاع في اليوم ، ونصح الهيئات الأخرى باتباع ذلك ، وهذا العمل يعود بالفائدة الكبرى على الرأسماليين أنفسهم بمنع الانقلابات الاجتماعية العنيفة التي تنتج حتما من سوء الطبقات العاملة .

وإنما لطلب المستجيب من المعوزين والفقراء عند ما نطالبهم بالمحافظة على صحتهم بالنظافة والتغذية الضرورية والسكن في أماكن ملائمة وليس في مقدورهم مطالما التماس على العوامل السيئة المحيطة بهم .

وقد ثبت أن الفاقة تؤدي إلى المرض بطرق مباشرة أو غير مباشرة في ٣٠ في المائة من الحالات ، كما دلت الإحصاءات في كثير من البلاد على أن المرض من أهم أسباب الفاقة

فقد بلغت ٦٠ في المائة في بعضها ، إذ أن المرض يسبب الفاقة لأفراد العائلة التي مرض كاسبها ، والفقر يدعو إلى استغلال الأطفال في العمل في سن مبكرة فيشأون ضعافا وتفقهم .

وقد كان أول عمل صحي في تاريخ المنديات هو للعلية سلفنراء ورعايتهم منذ أقدم اليهود ولا رنا نرى في بلادنا هذه أثرانكيا ولنلاجي ولأمسيلة ولأوقف الخيرية ، وذلك قيل أن تعرف مصرأى موبع من الادارة الصحية .

إن لرجل القادر على العمل حقا في الحصول على الكفاف من العيش له ولعائلته ما دام على استعداد تام لأن يشتغل ، فإذ لم يجد عملا وجب على الدولة أن تعونه هو وعائلته ولكنها يجب أن لا تشجعه على البطالة بأن تعطيه أقل قبلا من أجره اليومي إذ تعطل عن العمل . وقد ماتت هذه المشكلات في البلاد الأخرى بطرق شتى من السهل اقتباسها بعد جعلها ملائمة للبيئة المصرية ، فمن هذه الحلول :

- ( ١ ) التأمين ضد البطالة .
- ( ٢ ) إعانة وإيواء غير القادرين على العمل من الرجال وإعانة وإيواء النساء ولأطفالهن الذين لا يعمل لهم .
- ( ٣ ) التأمين العلاجي لكل شخص يتقل دخله عن رقم محدد .
- ( ٤ ) معاشات للشيخوخة يتناولها كل رجل وامرأة تجاوزت سن من عمر إننا لم يكن له إيراد كاف .
- ( ٥ ) نشر الصناعات المنزلية في البلديات الزراعية التي لايتوفر بها العمل على مدار السنة .

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

ونلاحظ أن هذه الجهودات هي من صميم الأعمال الصحية ، وهما هي أيضا تقوم بها هيئة غير اهيئة الصحية المختصة ، ومن الخير كما قدما أن تتوحد هذه الجهودات تحت إدارة هيئة صحية محلية ، وأن تكون وزارة الشؤون الاجتماعية جزءا هاما في ورارة الصحة كما يجب أن تقدم إلى وزارة الصحة أيضا الجزء الأكبر من وزارة الأوقاف وهو الحاصر بالأوقاف الخيرية ليكون نواة للأموال التي تخصص لإعانة الفقراء كما قصدوا لوقفون ، لأن هذه الهيئات الثلاث تعنى سد الحاجات المادية الضرورية بلحم الأفراد ، وما يتعلق بذلك عن قرب .

## التأمين ضد البطالة

هذا النوع من التأمين يطبق في الأوساط الصناعية في أوروبا بواسطة مكاتب تسمى (بورصة العمل) حيث يتقدم لها يوميا كل عامل لم يجد عملا وكذلك يبلعها أصحاب الأعمال عن حاجتهم من العمال ، فيتم التوزيع ومن يتبقى من العمال ينقر لهم إعانة لبطالة من اعتماد مخصص لذلك يجمع من أجرة كل عامل مشتغل ، وكل صاحب عمل ، ومن الحكومة بنسب مقرر .

وصعوبة تطبيق هذا النظام على عمال الزراعة يرجع إلى أن العمل الزراعي ليس مستمرا حل و آية واحدة في جميع أيام السنة ، وكثير من المزارعين لا يستخدمون عمالا بل يتعاون أفراد العائلة الواحدة في العمل ، ويزامن بعض الزراع حيرانهم فيكون عمالا عند جاره بغير أن يعمل حاره عنده يوما مقبل ذلك .

ولكن هذه الصعوبات يمكن التغلب عليها ، فمواعيد الزراعة والحصاد لا تقع كلها في وقت واحد في سائر أنحاء المملكة المصرية نظرا لاختلاف حالة الحو . ولذلك يرحل العمال من منطقة إلى أخرى للعمل في فصول معينة ويمكن استخدام العمال الزراعيين في مواسم البطالة الزراعية في صناعات زراعية أو صناعات منزلية . أو أحسن تنظيمها زادت في دخل العمال وهذا طابأت بعمله وزارة شؤون الاجتماعية في القرى ، فتربية دودة القز وتربية الدجاج والنسج والغزل وعمل الأسمدة والأفضاص ، والصناعات الزراعية إذا شجعت في القرية تكون مصدر عمل مريح في تسوية البطالة الزراعية إذ أحسن تسيقها . وكذلك يجب أن يلاحظ في أجرة العامل الزراعي مدة تعطله حتى يكفيه ما يكفيه أيام عمله لإشائه في أوقات البطالة . وقد يظن لأول وهلة أن ذلك سيق الملاك ويريد في تكاليف الإنتاج الزراعي ، و الحقيقة أن لإروا لأرض زراعية ليس موزعا عادلا بين رأس المال والزراع والعمال فعائدة رأس المال في مصر مرتفعة جدا خصوصا الأمان المضمونة بأرض زراعية ، وقد تدخلت الحكومة لاحتها خفضتها من ٩ إلى ٨ في المائة مع أن مثل هذه الأموال المضمونة بأرض زراعية في أوروبا لا تزيد فائدتها عن ٢ ونصف في المائة إلى ٣ في المائة ، وإيراد الأرض الزراعية من الإيجار يجب ألا يتجاوز ٥ في المائة لعدم تعرض الملاك لخطر ضياع رؤوس أموالهم كما في الصناعات أو التجارة ، فهناك معركة قديمة في مصر بين أصحاب رؤوس الأموال كالبنيوك البنقارية والملاك الزراعيين وعمال الزراعة للاستئثار بمعظم الربح الناتج من لأرض . وقد ذهب ضحية هذا النزاع أصعب الثلاثة وهو العامل الزراعي وهذا هو المدعى بتدخل المشرع بتخفيض سعر الفائدة إلى ٥ في المائة على الأكثر ، وتحديد الإيجارات بنسبة تتماشى مع الضرائب ورفع أجرة العامل وتأمينه ضد البطالة ، وهذا الموضوع متشعب وخطير لا يمكن الدخول في تفاصيله في مثل هذه الفرصة .

## إعانة الفقراء غير القادرين على العمل ومعاش الشيخوخة

حان الوقت لتدخل المشرع في هذا الأمر في مصر ، فهناك مقادير وافرة من الأموال تصرف في هذا السبيل أهمها إيراد الأوقاف الخيرية وما يصرف على الملاجئ الحكومية والأهلية والمستشفيات المجانية ومطاعم الشعب والصدقات التي يجمعها جيش محترفي الشحانة وما يوضع في صناديق الأولياء وإيراد الحفلات الخيرية وجمعيات ، الإحسان وما يخرج منه كثير من المسلمين زكاة عن أموالهم حسب تعاليم الإسلام . كل هذه مبالغ طائلة يمكن الاستفادة منها ، لو أحسن تنظيمها . فكثير منها يذهب إلى غير من يستحقه . وتدر الشحانة في مصر في بعض الأحيان ما لا يدره العمل .

وأول خطوة في هذا السبيل أن يكون مع كل مصرى تذكرة لإثبات شخصية حتى يمكن التثبت في كل وقت من حالته المدنية وهذه التذكرة ذات أهمية في أعمال الأمن العام والتأمين العلاجي والمراقبة الصحية وهي متبعة في كل البلاد اترابية .

والحقيقة أن قبلا جدا من المصريين يموتون نتيجة مباشرة لفقرهم . فهم يتخيلون على العيش بشق الطرق . بالشحاذة والبرقة والنصب والاعتماد على الأقارب وتهديد الأغنياء — ويلزم الدين الإسلامي الأقارب بإعالة فقيرهم ولكن طريقة تنفيذ ذلك بالانجاء للحاكم الشرعية تستدعي إجراءات طويلة لا يتحملها الفقير . وتنظيم كل ذلك لا يستدعي عبئا إضافيا كبيرا تقوم كل قرية أو دائرة صحية بحماية بحمل نفقات إعانة الفقراء وغير القادرين على العمل وكبار السن والقيام بدفن من يموت منهم على حساب الدولة .

## التأمين العلاجي لكل شخص يقل دخله عن رقم معين

سبق أن وفينا هذا الموضوع حقه في المجلة الطبية المصرية عدد شهر مارس سنة ١٩٣٤ وهو ينفذ الآن مع بعض التعديل في مشروع المراكز الاجتماعية التي تنشأها وزارة الشؤون الاجتماعية وستظهر التجربة العمالية قيمة إقامة للطبيب في وسط قروى تعدادها ١٠٠٠٠ العناية بهم طبييا وإلى حد ما صحيا وأثر ذلك في تقدم الصحة وتخفيف الضغط على المستشفيات .

## كلمة نهائية

غاية ما نرجوه أن توفق وزارة الصحة المصرية في المستقبل القريب إلى إهداء رسالتها وهي تحسين صحة الأفراد والمجموع بتخلصها تدريجيا من التخمة الإدارية التي تشكو منها الآن بالتعيينات والترقيات والعلاوات وخصوصا التنقلات وما يتبع ذلك من الوساطات والشفاعات وأعمال الخازن والاجازات والعقوبات وهي تستغرق ما يزيد على ٩٠ في المائة من وقت الرجال الفنيين و.رور الأيام والسنين فتقدم كفايتهم الفنية وتهد من افق

تشكريمهم فيما عدا مثل هذه الأعمال الإدارية . وبمقارنة بسيطة بين تكوين الإدارة الصحية المصرية والإدارة الصحية البريطانية يتبين ذلك بجلاء . فالإدارة المصرية الصحية تشمل ١٢٠٠ طبيب وما يتبعهم من الموظفين الآخرين تستغرق العناية بشؤونهم الإدارية أكثر وقت الرؤساء ، بينما تشمل الإدارة الصحية البريطانية على ٨٣ طبيا فقط متفرغين للغرض الأسمى من الإدارة الصحية وهي الأعمال الفنية ، وتكاد تتلاشى الأعمال الإدارية . ومتروك للهيئات المحلية إدارة الآلة الصحية كل في منطقتها ، وعندما يزول هذا العبء الإدراكي الهائل عن عاتق الرؤساء يرجى أن تفرغوا للأعمال الفنية التي ترمى لمقاومة الأمراض لا إلى إسعافها كما هي الحال الآن . فالأمراض المتوطنة التي هي أكبر عبء في سبيل تقدم مصر بما تحده من انحطاط في القوى البدنية والعقلية لأكثرية الشعب لا يصح أن تقف في حاربتها عند تيسير العلاج على نطلق واسع كما هو الحال الآن ولا إلى قبل القواقع فقط ، بل تعتمد على مصدر الماء وهو نظام الري في مصر الذي يجب تعديله وبكاد ألا يكون هناك أي تعاون بين رجال الري والرحل الصحيين في تلافى الخطر الناشئ فالواجب تعديل نظام الري بشكل لا يفترده شيئا من أهميته ، وفي الوقت ذاته يثل من شأنه كأداة لدشر الأمراض المتوطنة في مصر وهذا مثل واحد من كثير .

ونرجو أن يكون الإشراف الفني للوزارة أكثر أثرا على المشاريع الصحية الحيوية حتى تقوم بها الآن مجالس المديرية والمجالس البلدية والمحلية كأعمال ترشيح المياه والتخلص من النجاسة وأعمال المجارى التي لا يكاد يكون هناك أي إشراف فني صحي عليها ، بل متروك أمرها لجماعة المهندسين الذين لا شك في كفاءتهم في عملهم الخاص ، ولكنهم بحكم اختصاصهم لا يفترون الوجهة الصحية قدرها مع أنها هي المقصودة بالفعل من هذه الأعمال .

بمثل هذا النظام الذي يعتبر هذا المقفل نظرا عامة له نرجو لمصر من التقدم الصحي ما يلي بمساعيها ومستهبلها على يد أبنائها المخلصين .

دكتور .

خايل عبد الحاتق

من حكم الامام علي

(فاح في رجل أفرط في الله عليه ، وكاناه متهما) - أذا دون ما تقول وهو في

تحدث .