

الباب الثالث

٣ - الغذاء والدواء

obbeikandi.com

الباب الثالث

٣ - الغذاء والدواء

٣-٨ الفصل الثامن : الغذاء

٣-٩ الفصل التاسع : الدواء

obbeikandi.com

٣ - الباب الثالث : الغذاء والدواء

٣-٨ الفصل الثامن : الغذاء

٣-٨-١ سوء التغذية على المستوى العالمى

٣-٨-٢ أهمية الغذاء والتغذية فى مصر

٣-٨-٢-١ كلمة عامة عن سوء التغذية

٣-٨-٢-٢ سوء التغذية وتأثيره على الجسم البشرى

٣-٨-٢-٣ أنواع أخرى لسوء التغذية

٣-٨-٢-٤ التكلفة الاقتصادية لسوء التغذية

٣-٨-٢-٥ الغذاء ناقل الأمراض المعدة فى الدول النامية

٣-٨-٣ واقع التغذية فى مصر (الوضع التغذوى)

٣-٨-٣-١ نقص الطاقة والبروتين لدى أطفال ما قبل السن المدرسى لدى

الأمهات فى مصر

٣-٨-٣-٢ نقص المغذيات الدقيقة فى الغذاء فى مصر (ثلاثة ظواهر)

٣-٨-٣-٣ السمنة (البدانة) بسبب فرط التغذية

٣-٨-٤ العوامل المؤثرة على الحالة الغذائية

٣-٨-٥ الميزان الغذائى

٣-٨-٦ العادات الغذائية

٣-٨-٧ التغذية والأسرة المعديّة

٣-٨-٧-١ قدرة الاسرة الاقتصادية على توفير الاحتياجات الغذائية. (دراسة

لمعهد التغذية)

٣-٨-٧-٢ قدرة الأسرة المعلوماتية لتلبية احتياجات الطفل التغذوية

obbeikandi.com

٣ – الباب الثالث : الغذاء والدواء

٣-٨ الفصل الثامن : الغذاء

يجب على الدارس لسوء التغذية على المستوى العالمي، أن يتعرض ليس فقط لمدى انتشارها، وإنما أيضا إلى ما يترتب عليها من مضاعفات، كنقص الوزن في حديثي الولادة، أو نقص الوزن المتوسط في الأطفال ذوى العمر أقل من خمس سنوات، أو نقص الوزن الشديد لذات الشريحة العمرية. وكذلك يجب عليه أن يتعرض لما قد يحدث من مضاعفات أخرى في تلك الشريحة العمرية، مثل: نقص الوزن الشديد، أو الذبول، أو التقزم (القصر) عند هؤلاء الأطفال. ولا يفوتنا أن نشير إلى مدى شيوع التغذية للرضيع بالاعتماد على لبن الأم حتى عمر ثلاث شهور وحتى عمر أقل من ٢٤ شهر، وما بينهما بالاعتماد على التغذية بلبن الأم والغذاء التكميلي المخصص للطفل.

وباستعراض سريع، لقدرة من الأرقام الدولية المتاحة من اليونيسيف، في عام ٢٠٠٠/٢٠٠١، عن معدلات انتشار سوء التغذية في العالم في المدة من ١٩٩٠ إلى ١٩٩٤ بين الأطفال أقل من عمر خمس سنوات يتضح الآتي:

- تنتشر سوء التغذية بين الأطفال أقل من خمس سنوات بمعدل ٣٠%، يصل إلى أقصاه في جنوب آسيا، بمعدل ٥٠%، ويصل إلى أدنى رقم له في الدول النامية في أمريكا الجنوبية، ليصل إلى ٨%، على حين أنه في الشرق الأوسط والشمال الإفريقي لا يتجاوز ١٥%، أما في مصر فيصل إلى ١٢%.

- أما حديثو الولادة ذوى الوزن أقل من ٢,٥ كجم فتصل نسبتهم على مستوى العالم إلى ١٧%، أقصاها في جنوب آسيا بنسبة ٣٣%، وأدناها في الدول النامية في أمريكا اللاتينية لتصل نسبتها إلى ١٠%، على حين أنها في الشرق الأوسط والشمال الإفريقي تصل إلي نسبة ١١%، أما في مصر فتكون النسبة ١٠%. ولم تتناقص تلك النسبة خلال السنوات العشرين الأخيرة، ويرجع ذلك بصفة أساسية إلى نقص السرعات الحرارية اللازمة للألم خلال الحمل، بالإضافة إلى عوامل أخرى مثل التدخين، وحجم الجسم.
- وبإستعراض التقزم لدى الأطفال أقل من عمر خمس سنوات، يلاحظ أن نسبته تصل إلي ٣٧% على مستوى العالم، وإلى ٥٢% في جنوب آسيا، والى ١٨% في أمريكا اللاتينية، وإلى ٢٣% في الشرق الأوسط والشمال الإفريقي، وإلى ٢٥% في مصر.
- أما الضمور في الأطفال أقل من عمر خمس سنوات فيصل متوسطه في العالم إلي أقل من ١١%، وفي جنوب آسيا إلي ١٧%، وفي أمريكا اللاتينية إلي ٣%، وفي الشرق الأوسط والشمال الإفريقي إلي ٧%، على حين أنه في مصر ٦%.
- أما نقص الوزن الشديد فيصل في نفس الشريحة العمرية إلي ١١% على مستوى العالم، أعلاه في جنوب آسيا بواقع ١٩%، وأدناه في أمريكا اللاتينية بواقع ١%، أما في الشرق الأوسط والشمال الإفريقي فيصل إلي ٥%، على حين أنه في مصر ٤%.
- أما الأنيميا "فقر الدم"، بسبب نقص الحديد، فقد وصلت في أوائل التسعينات إلى ١,٨ مليون نسمة، وهي تصيب نصف الحوامل، وثالث الأطفال في الدول النامية. ولم يتحسن هذا المستوى خلال السنوات العشرين الماضية.

وتقدر الوفيات بسبب سوء التغذية بـ ٥,٩ مليون وفاة في العالم في عام

١٩٩٠.

٣-٨-٢ أهمية الغذاء والتغذية في مصر:

٣-٨-٢-١ كلمة عامة عن سوء التغذية:

تبين دراسة منظمة الصحة العالمية، بالتعاون مع جامعة هارفارد والبنك الدولي في عام ١٩٩٦ (التي أشرنا إليها مسبقاً في موضوع "عبء المرض") أن سوء التغذية على قمة القائمة التي تضم أهم عشرة عوامل خطورة مسببه للوفاة المبكرة أو الإعاقة.

ويعنى بسوء التغذية ككلمة عامة شمولها لـ:

- نقص التغذية.
- فرط التغذية.
- عدم التوازن بين مكونات الغذاء.

٣-٨-٢-٢ سوء التغذية وتأثيره على الجسم البشري:

ونشير إلى سوء التغذية وتأثيره على: النمو الجسماني / ونمو الأعضاء / والقدرات الذهنية / والأم الحامل، وعلى جهاز المناعة.

بالنسبة لتأثير نقص التغذية على النمو الجسماني:

اتضح أن نقص السرعات (الطاقة) والبروتين يؤثر على النمو للجنين في بطن أمه، بما ينقص من وزن الطفل عند ميلاده إلى أقل من ٢,٥ كجم، ويعتبر هذا المؤشر دالاً على سوء التغذية في المجتمع، وتتراوح تلك النسبة في مصر ما بين ٩% إلى ١٣% من المولودين حديثاً.

وهذا النقص يؤثر أيضاً على نمو الطفل من خلال مؤشرين:

- الأول : نقص الوزن بالنسبة للسن.
- الثاني : نقص الوزن بالنسبة للطول.

باعتبار الأول مؤشراً هاماً لسوء التغذية الحاد، ومسبباً لأمراض الهزال (مارسموس) ومرض كوارشاكوم (الهزال مع التورم)، بينما يؤخذ المؤشر الثاني، وهو نقص الطول بالنسبة للسن (القصر) باعتباره مؤشراً لسوء التغذية المزمن.

بالنسبة لتأثير نقص التغذية على نمو الأعضاء: يؤثر نقص التغذية (سعات - بروتين) على نمو الأعضاء وكفاءتها مثل: الجهاز العصبي، والغدد الصماء، والكلية.

وبالنسبة لتأثير نقص التغذية على المناعة: نقص الغذاء يؤثر أيضاً على الصحة العامة للفرد، بما يقلل من مناعة الجسم في مقاومة الأمراض، وبالتالي زيادة حدة المرض، وكنموذج لذلك فإن الأطفال المصابين بنقص التغذية والحصبة في نفس الوقت، تتزايد لديهم وفيات الحصبة إلى مائة ضعف، بالمقارنة بأطفال الحصبة سليمة التغذية.

وبالنسبة لتأثير نقص التغذية على القدرة الذهنية: يتميز المخ بالنمو السريع في مرحلة الجنين وفي العامين الأولين بعد الولادة، ومن هنا فإن نقص التغذية (سعات/بروتين) يؤثر بالسلب على القدرات الذهنية في هاتين المرحلتين، ويستمر التأثير طوال العمر، بما يقلل من قدرة الفرد على التعامل مع الأجهزة والمعدات التي تحتاج إلى سرعة ردود الأفعال.

وهناك عوامل أخرى ذات علاقة بالتلوث والتغذية الدقيقة، تؤثر على القدرات الذهنية لدى الطفل في مصر مثل:

- نقص اليود.
- نقص الحديد.
- تلوث المياه والغذاء والهواء بالرصاص.

وبالنسبة لتأثير نقص التغذية على الأم الحامل: وهي من الفئات الحساسة، التي تتأثر هي وجنينها بسوء التغذية (سعات وبروتين) أثناء فترة الحمل بما يؤدي إلى:

- زيادة متوسط وفيات الأمهات أثناء الحمل.

- ارتفاع نسبة الإجهاض.
- تزايد معدل التشوهات الخلقية في الجنين.
- نقص متوسط وزن الجنين عند الولادة (أقل من ٢,٥ كجم).
- يصبح الأطفال أكثر عرضه للإصابة بأمراض مزمنة، مثل ضغط السدم لاحقا، في مراحل العمر المتوسطة.

وأخيرا بالنسبة لتأثير نقص التغذية على العلاقة مع المرض بصفة عامة: فإن المرض يؤدي الى زيادة احتياجات الجسم الغذائية من ناحية، كما أن المرض يؤدي أيضا إلى فقد الشهية من ناحية ثانية، كما يؤثر على امتصاص المواد الغذائية من ناحية ثالثة، مما يؤدي إلى حلقة مفرغة بين المرض من ناحية، ونقص التغذية من ناحية أخرى.

٣-٢-٨-٣ أنواع أخرى لسوء التغذية:

وتعتبر تلك الأنواع عن: سوء التغذية الناتج بسبب نقص المغذيات الدقيقة، وسوء التغذية الناتج من فرط التغذية، أو الناتج من عدم التوازن في عناصر الغذاء.

أولاً: سوء التغذية نتيجة لنقص المغذيات الدقيقة *Micronutrients*

(١) نقص المعادن:

- نقص الحديد يسبب فقر الدم (الأنيميا).
- نقص الحديد مع نقص الزنك في نفس الوقت يسبب:
 - نقص المناعة.
 - نقص القدرة الذهنية.
- نقص الكالسيوم يهيئ لهشاشة العظام في الكبر.
- نقص اليود:
 - يسبب أعراضا إكلينيكية نتيجة لتضخم الغدة الدرقية.

○ لا يسبب أعراضاً إكلينيكية لأنه نقص بسيط، ولكنه يؤثر على القدرة الدهنية.

٢ (نقص الفيتامينات:

- نقص فيتامين (د) يسبب أمراض لين العظام.
- نقص فيتامين (أ) يسبب العمى أو العشى الليلي، ويقلل من قدرة الجهاز المناعي لمقاومة الأمراض.
- نقص حمض الفوليك (خاصة في الحامل) بسبب عيوباً خلقية في الجهاز العصبي للجنين.
- نقص فيتامين (ج) يسبب الإسقربوط ، كما يسبب الاستعداد للإصابة بالأمراض الفيروسية.
- نقص فيتامين (هـ) والمواد الأخرى المضادة للأكسدة يهيئ للأمراض المزمنة، والشيخوخة بأمراضها.

ثانياً : سوء التغذية نتيجة لفرط التغذية ، أو عدم التوازن في التغذية:

يتسبب الإفراط في التغذية في:

- أ - تناقص عمر الإنسان البدين عن عمر الإنسان متوسط الوزن.
- ب - علاقة نوعية الغذاء بالأمراض غير المعدية: كالسكر، وأمراض الشرايين التاجية، مما يترتب عليه ضرورة تحديد العلاقة بين الغذاء والأمراض الآتية:
 - تصلب الشرايين.
 - الجلطات المخية.
 - ضغط الدم.
 - الجلطات القلبية.

خاصة عندما يتعلق الأمر بتعاطي كمية من المواد الدهنية والزيوت والكوليسترول.

ج - صلة (ذات طبيعة وبائية إحصائية) بين نوعية الغذاء وسرطانات معينة:

- الصلة بين فرط اللحوم الحمراء والدهنيات وسرطان القولون.
- الصلة بين فرط الدهنيات وسرطان الثدي.
- الصلة بين المبيدات الحشرية أو المواد المضافة للأغذية المصنعة، وسرطان المثانة، وسرطان البلعوم.

٣-٨-٢-٤ التكلفة الاقتصادية لسوء التغذية:

وهي تكلفة يصعب تقديرها، حيث أن هناك تكلفة مباشرة وغير مباشرة تنتج المرض بذاتها، أو بمضاعفاتها، كما تتسبب في إهدار:

- طاقات العمل العقلي والذهني.
- وبالتالي القدرة الإنتاجية.
- والإضرار بالمقاومة للمرض والمناعة.
- وبالتالي الاستعداد للمرض ومضاعفاته بما فيها الوفاة.
- إنقاص قدرات البشر في إحداث التنمية في الدول النامية.

حيث تشكل التنمية وسوء التغذية حلقة مفرغة، لأن نقص التنمية يؤدي إلى سوء التغذية، وسوء التغذية يؤدي إلى نقص التنمية.

٣-٨-٢-٥ الغذاء ناقل الأمراض المعدية في الدول النامية:

إذا لم تراعى الاشتراطات الصحية، في جمع المحصول من الحقل، ونقله، وتخزينه، وتوزيعه، وعمليات شرائه وتخزينه منزلياً، وإعداده للطهي، وحفظه بعد الطهي لمدى زمني محدود بالطريقة الصحيحة، فإن الغذاء يصبح مصدراً خطراً ناقلاً للأمراض المعدية التي تصيب الجهاز الهضمي تسمماً، أو بكتريولوجياً، أو فيروسياً (تلوث كيميائي / تلوث بيولوجي) ولعل الحميات المعوية كالقوليرا والإسهال بأنواعه، وشلل الأطفال والالتهاب الكبدي الفيروسي (أ) وجنون البقر، وغيره، دليل على ذلك.

٣-٨-٣ واقع التغذية في مصر (الوضع التغذوي):

٣-٨-٣-١ نقص الطاقة والبروتين لدى أطفال ما قبل السن المدرسي لدى

الأمهات في مصر:

أ) بالنسبة لأطفال ما قبل السن المدرسي:

يترتب على نقص الطاقة والبروتين في مصر، لدى أطفال السن قبل المدرسي، ظهور مشكلة صحية متوسطة الحدة والانتشار، وتتجلى في نقص الوزن بالنسبة للسن (الهزال)، ونقص الطول بالنسبة للسن (القصر) كما أوضحنا سابقاً.

كما أن الحالة التغذوية لصغار الأطفال، في السن قبل المدرسي، هو أيضاً مؤشر حساس للحالة التغذوية في المجتمع، ويشير الجدول رقم "٤٢" التالي إلى أن المتوسط العام لقصر القامة، (طول / سن) من سن ٦ شهر حتى عمر ٦ سنوات، قد بلغ نسبة ٢١,٦% على مستوى الجمهورية. بينما المتوسط العام لنقص الوزن (وزن / سن) بالنسبة للشريحة السنية من سن ٦ شهر إلى ٦ سنوات قد بلغ ١٦,٨% في عام ١٩٩٥.

جدول رقم "٤٢": نقص الطاقة والبروتين في الأطفال في السن قبل المدرسي (٦-٧١ شهر) (١٩٩٥)

المنطقة	نقص الوزن (%)	قصر القامة (%)
العاصمة (القاهرة)	٩,٧	٢٢,١
الساحل (الإسكندرية)	١٠,٦	٢٣,٤
القنال (السويس)	٢٣,٠	٢٣,٦
وجه بحري (الغربية)	١٥,٠	١٦,٥
وجه قبلي (قنا)	٢٥,٤	٢٢,٤
الجمهورية	١٦,٨	٢١,٦

المصدر: البحث التغذوي القومي- معهد التغذية (موسى وآخرون ١٩٩٥).

وإذا ما قورن ذلك الوضع، بما كان عليه الوضع في عام ١٩٧٨، وفي عام ١٩٨٨، فإننا نلاحظ تحسنا متدرجا، في وضع نقص الوزن، وكذلك تحسنا محدودا في وضع القصر، ويلاحظ أن تلك المؤشرات ترتفع في السنة الثانية من العمر (١٢ شهر حتى ٢٣ شهر)، وكذلك ترتفع خاصة في القرى أكثر من المدن، وفي محافظات الصعيد أكثر من غيرها.

ب) بالنسبة للأمهات:

أما الحالة التغذوية (كنقص طاقة "سعرات" وبروتين) للأمهات، في سن الإنجاب، فهو مؤشر يؤدي، كما أسلفنا، إلى نقص وزن الطفل (أقل من ٢,٥ كجم عند الميلاد)، ويلاحظ أن هذا المؤشر يتزايد إلى ٣٣% إذا كان سن الأم عند الإنجاب أقل من ٢٠ سنة، وتتراوح نسبة نقص الطاقة والبروتين المتمثل في نقص الوزن لدى الأطفال في مصر بين ٩% و ١٣% في عام ١٩٩٥.

٢-٣-٨-٣ نقص المغذيات الدقيقة في الغذاء في مصر (ثلاثة ظواهر):

أ - أنيميا نقص الحديد: وهي مشكلة صحية لها أولوية بالغة (مشكلة متوسطة الحدة ومتوسطة الانتشار) ويبين الجدول "٤٣" التالي معدل انتشار أنيميا نقص الحديد في الأمهات وأطفال ما قبل السن المدرسي، والذي يوضح أنها تنتشر في الجمهورية:

في السن قبل المدرسي بمتوسط عام	٢٥,٦% في عام ١٩٩٥.
وفي الحوامل بمتوسط عام	٢٦% في عام ١٩٩٥.
وفي الأمهات غير الحوامل بمتوسط عام	١٩% في عام ١٩٩٥.

جدول رقم "٤٣": معدل إنتشار الأنيميا بين الأمهات والأطفال في السن قبل المدرسى في الجمهورية لعامى ١٩٧٨ ، ١٩٩٥

الفئة	١٩٧٨	١٩٩٥
أطفال (٦-٧١) شهر	٣٨,٤	٢٥,٢
أمهات :		
حامل	٢٢,١	٢٦,٠
مرضع	٢٥,٣	١٩,٠
غير حامل غير مرضع	١٧,٠	١١,٠

المصدر: البحث التغذوي القومى - معهد التغذية (على وآخرون ١٩٧٨).

ويلاحظ تحسن الوضع عامة عما كان عليه فى عام ١٩٧٨، خاصة في محافظات الساحل الشمالى.

ب - تضخم الغدة الدرقيّة (مؤشر إكلينيكي) لنقص اليود فى الغذاء:

وينتج عنه:

• تخلف عقلي في الصغار.

• وإضطراب الصحة الإنجابية فى الكبار.

وهى مشكلة صحية ذات أولوية بارزة فى معظم المحافظات المصرية (أعلى انتشار لها فى الوادى الجديد).

ويشير الجدول "٤٤" التالى إلى أن معدل إنتشار تضخم القدرة الدرقيّة، فى عموم الجمهورية فى عام ١٩٩٥ وصل إلى ٦,٥% فى أطفال ما قبل السن المدرسى، وإلى ٢١,٤% فى الأمهات (ويتزايد فى الحوامل والمرضعات).

وقد تم أخيرا تدعيم ملح الطعام باليود لإنقاص هذه الظاهرة، وما ينتج عنها من اضطرابات صحية فى الصغار والكبار.

جدول رقم "٤٤": معدل إنتشار تضخم الغدة الدرقية (نقص اليود) حسب: السن، والنوع، في

مختلف الأبحاث من ١٩٥٩ - ١٩٩٥

(%)	البحث
٧,٠ ١٤,٠	الوادي الجديد (عبده ١٩٥٩) ٦-٠ ذكور إناث
٦٤,٠ ٩٠,٠	١٦-٦ ذكور إناث
٤٧,٠ ٨٤,٠	أكبر من ١٦ ذكور إناث
١,٧ ١٧,٨	أطفال مدارس القاهرة (عبده وآخرون ١٩٦٢) ذكور إناث
٧,٢ ١٣,٣	بحث المتابعة (علي وآخرون ١٩٧٥) لمدارس القاهرة ذكور إناث
٢,٩ ١٣,٣	أسوان (عبده وآخرون ١٩٧١) الطلبة: ذكور إناث
٧,٣ ١١,٩	العائلات: ذكور إناث
١٣,٢ ٧٣,٩ ٩٢,٤	العمال الحوامل المرضع
٥,٢ ٦,٤ ٧,٨	بحث قومي لمدارس الجمهورية (١٩٩٢) (حسين وآخرون) الابتدائي الإعدادي الثانوي
٦,٥ ٢١,٤	البحث القومي في الجمهورية (١٩٩٥) أطفال (٦-٧١ شهر) أمهات

المصدر: معهد التغذية في السنوات المختلفة.

ج - نقص فيتامين (أ) غير الإكلينيكي (أقل من ٢٠ ميكروجرام في الدم):

لا توجد لهذا النقص مشكلة إكلينيكية ظاهرة في مصر، حيث أنه أقل من أن يسبب مرضا إكلينيكيًا، وإنما يظهر كنقص عن المعدل في الدم فقط (تشخيص معلمي فقط). ويترتب عليه ارتفاع في نسبة الأمراض والوفيات في الأطفال، وأثر ضارة على الصحة الإنجابية في الكبار.

ويمثل ذلك النقص مشكلة متوسطة الحدة، متوسطة الانتشار، حيث تصل نسبة انتشار نقص فيتامين "أ" إلى ١١,٩% في أطفال ما قبل السن المدرسي، وإلى ٩,٨% في الأمهات طبقا للجدول "٤٥" التالي.

جدول "٤٥" معدل انتشار نقص فيتامين "أ" في الدم بين الأمهات، والأطفال، في السن قبل المدرسي في الجمهورية ١٩٩٥.

المنطقة	الأمهات (%)	الأطفال (٦-٧١) (%)
العاصمة (القاهرة)	١٢,٨	١١,٤
الساحل (الإسكندرية)		
حضر	٧,٠	٨,٨
ريف	٨,٩	١٠,٥
كلي	٨,٠	٩,٧
القنال (السويس)		
حضر	٢,٢	١٠,١
ريف	٣,٩	١٤,٠
كلي	٣,٠	١٢,٠
وجه بحري (الغربية)		
حضر	١٦,٠	١٧,٥
ريف	٨,٠	١٣,٣
كلي	١٢,٠	١٥,٤
وجه قبلي (قنا)		
حضر	١٦,٩	١٠,٥
ريف	٨,٠	١٣,٣
كلي	١٢,٠	١١,٩
الجمهورية		
حضر	١٠,٣	١١,٤
ريف	٩,٠	١٢,٧
كلي	٩,٨	١١,٩

المصدر: البحث التغذوي القومي - معهد التغذية (موسى وآخرون ١٩٩٥).

وتتركز المشكلة في أطفال ما قبل السن المدرسى في المرحلة العمرية من ٦ شهر إلى ٣٦ شهر، حيث تبلغ نسبة أطفال تلك الشريحة ٦٤% من جملة الأطفال الذين يعانون من نقص فيتامين " أ " .

٣-٨-٣ السمنة (البدانة) بسبب فرط التغذية:

هي ظاهرة تبدأ في سن المراهقة وتتحدد البدانة، عندما تزيد كتلة الجسم عن معدلها بمقدار ٢٥% " BMI"، وتنتشر البدانة بين تلاميذ المدارس، بواقع يزيد عن ثمن عدد الذكور من التلاميذ، ويزيد عن خمس عدد التلميذات، كما يشير إلى ذلك الجدول "٤٦" التالي:

جدول رقم "٤٦" معدل انتشار البدانة بين تلاميذ المدارس من مختلف الأبحاث

١٩٦٧ - ١٩٨٧

بحث	ذكور (%)	إناث (%)
عبدو ومحفوظ ١٩٦٧-١٩٦٨	١٣	٢٠
علي وآخرون	١٠,٧	٢٠,٦
سرحان ١٩٨٢	١٤,٤	٢٣,٦
حبيب ١٩٨٧	١٣,٨	٢٣,٢

المصدر: معهد التغذية في السنوات المختلفة. (الثن في الذكور - والخمس في الإناث).

ويتزايد إنتشار السمنة بين الأمهات (غير الحوامل) بما يزيد عن نصف سيدات الجمهورية (٥٨% من السيدات)، ويتزايد عددهن في العاصمة، ومحافظة القناة، والوجه البحري، كما يتزايد عددهن في الحضر عنه في الريف (حوالي الثلثين في الحضر، وأقل من النصف في الريف) كما يشير إلى ذلك الجدول "٤٧" التالي.

جدول رقم "٤٧" معدل انتشار البدانة بين الأمهات غير الحوامل في المناطق المختلفة من

الجمهورية ١٩٩٥

المنطقة	حضر	ريف	كلي
العاصمة (القاهرة)	٧٠,٠	-	٧٠,٠
الساحل (الإسكندرية)	٦٨,٧	٤٧,١	٥٧,١
القنال (السويس)	٦٦,٧	٥٨,٤	٦٢,٥
وجه بحري (الغربية)	٦٣,٦	٥٨,٢	٦١,٠
وجه قبلي (قنا)	٤٦,٢	٣٢,٥	٣٩,١
الجمهورية	٦٤,٢	٤٨,٨	٥٨,٠

المصدر: المسح التغذوي القومي - معهد التغذية (موسى وآخرون ١٩٩٥) (١٢/٧) من السكان
أمهات غير حوامل)

وللبدانة مضاعفات ناتجة من:

- فرط الغذاء.
- عدم توازن الغذاء:
 - زيادة الأحماض الدهنية والزيوت المشبعة.
 - أو زيادة ملح الطعام.
 - أو زيادة الكوليسترول وعدم توازن مكوناته.

وتتسبب البدانة في كثير من الأمراض أشهرها ثلاثة هي:

أولا : السكر غير المعتمد على الأنسولين: NIDDM

إن العلاقة بين السمنة ومرض السكر، غير المعتمد على الأنسولين، علاقة شبه مؤكدة، خاصة لدى من يعيشون حياة رخوة بلا مجهود جسماني يومي منتظم. وتبين ذلك دراسة لمعهد السكر عام ١٩٩٤ أجريت على ٦٠٥٣ أسرة من القاهرة وما حولها من قرى، حيث يبين الجدول "٤٨" التالي أن هناك ترابطا متزاوجا، بين

البدانة والحياة الساكنة من ناحية، ومعدل السكر من ناحية أخرى، حيث أنه كلما زادت الحياة الرخوة، وبالتالي زادت البدانة (خاصة مع ارتفاع المستوى الاجتماعي) زاد مرض السكر، والعكس صحيح، ويلاحظ أيضا زيادة مرض السكر في الحضر عنه في الريف، بما يشير إلى خطأ معين في النظام الغذائي، والسلوك الاجتماعي بالحضر.

جدول رقم "٤٨" العلاقة بين السمنة والحياة الرخوة ومرض السكر الغير معتمد علي الإنسولين (دراسة لمعهد السكر عام ١٩٩٤ عن البالغين أكبر من ٢٠ عاما)

السكان البالغين	نسبه من يعيشون حياة ساكنه	من يعانون من البدانة	من يعانون من السكر
القرى	٢%	١٦%	٤,٩%
الحضر مستوى اجتماعي منخفض	٧٣%	٣٧%	١٣,٥%
الحضر مستوى اجتماعي مرتفع	٨٩%	٤٩%	٢٠%

ثانيا: ارتفاع ضغط الدم (أعلى من ١٤٠ من انقباضي، ومن ٩٠ انبساطي):

يشير بحث أجرى بمعرفة جامعة القاهرة عام ١٩٩٥ (قسم القلب - كلية الطب) إلى أن ارتفاع ضغط الدم أيضا مشكلة صحية، ذات أولوية.

- تبلغ نسبة المصابين به ٢٦,٣% لدى من هم أكبر من ٢٥ سنة.
- وتزايد النسبة مع التقدم في السن، ومع المعيشة في المدن والمحافظات الحضرية.
- وتبلغ نسبة من يعرفون بالمرض عندهم ٣٧,٥% فقط. أما من يعانون من المرض فهم ٢٣,٩% فقط.
- وتبلغ نسبة المرضى الذين يحققون التحكم في ضغط الدم ٨%.
- وأخيرا نتأكد، من خلال البحث، وجود علاقة بين ارتفاع ضغط الدم، والحياة الرخوة، وإزدياد إستهلاك ملح الطعام (أكثر من ٦ حجم يوميا).

وتخلص الدراسة إلى أنه يجب تنفيذ نظام وقائي للحد من انتشار ارتفاع ضغط الدم، وما يترتب عليه من مضاعفات، خاصة مع تزايد متوسط العمر المتوقع للفرد، وارتفاع معدل الوفيات بسبب أمراض القلب.

ثالثاً: أمراض الأوعية الدموية والقلب:

وما يترتب عليه من تصلب الشرايين وآثارها على القلب والمخ.

رابعاً : أنواع من السرطان:

أوضحت دراسات غير مؤكدة عن علاقة الغذاء بالسرطان، وأن من يعانون من سرطان القولون يستهلكون البروتينيات والمواد الدهنية المشبعة أكثر من غيرهم، كما يتزايد معدل استهلاكهم من الشاي والقهوة.

وهناك دراسات أخرى متعددة تشير إلى العلاقة بين الغذاء وأنواع معينة من السرطان، يصيب الثدي والبنكرياس والبروستاتا وغيرها.

وذلك بخلاف ما أشير إليه مسبقاً عن علاقة سرطانات معينة، بفرط اللحوم الحمراء، وفرط الدهون.

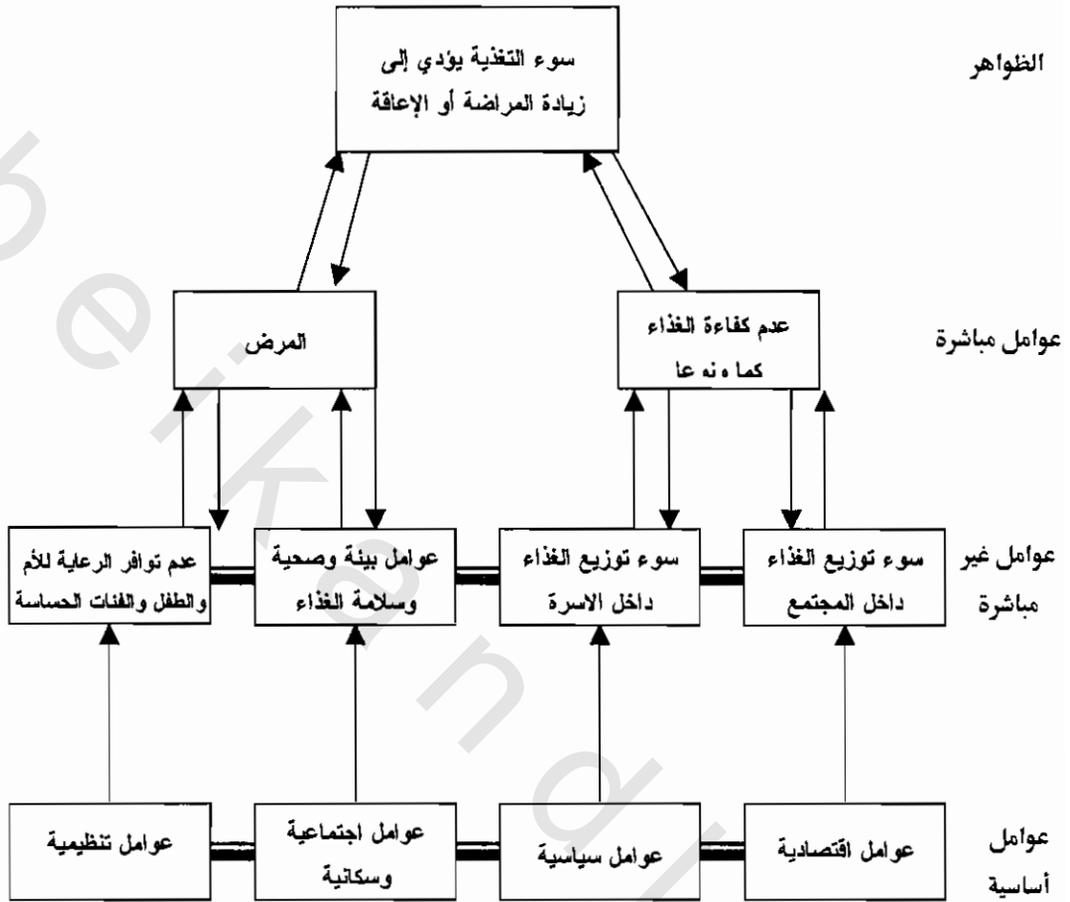
٣-٨-٤ العوامل المؤثرة على الحالة الغذائية:

تتصدر تلك العوامل في عوامل مباشرة: ترجع إلى عدم كفاءة الغذاء في الكم والنوع، وارتفاع معدل المراضة، خاصة في الأطفال، مثل تكرار الإصابة بالإسهال، والتهاب الجهاز التنفسي، كما ترجع إلى عوامل غير مباشرة ترجع كلها إلى سوء توزيع الغذاء على مستوى المجتمع، وسوء توزيعه على مستوى الأسرة، وتخلف البيئة الصحية، ومن بينها تحقق تداول الغذاء الآمن، وتوافر الخدمات الصحية، ورعاية الفئات الحساسة من الأمهات والأطفال.

أما الأسس، فترجع إلى:

عوامل اقتصادية واجتماعية وسكانية وسياسية من ناحية.
وعوامل تنظيمية لإدارة المجتمع والدولة من ناحية أخرى.

وذلك طبقا لما يوضحه النموذج التالي:



٥-٨-٣ الميزان الغذائي:

وهو متوسط عام اقتراضي لا يمثل حقيقة الإستهلاك الغذائي للفرد، وإنما يمثل، ما تكفله الدولة من غذاء لجميع المواطنين، لو تم توزيعه على الأفراد بالتساوي. ويعبر عنه أحيانا بالأمن الغذائي.

وخلال ثلث القرن الأخير (من ١٩٦١ إلى ١٩٩٤) فإن هناك زيادة في كميات الطعام تبلغ أقصاها في السكر (١٥١%)، ثم اللحوم (٧٦%)، ثم الزيوت النباتية (٦٦%)، ثم الدواجن (٥٧%)، وكذلك في الخضر (٤٤%)، والحبوب (٣٧%)، وأخيرا في الألبان ومنتجاتها (١٥%)، والفواكه (٧%)، وآخرها وهو (أقرب للتوازن) البقول (٠,١%).

(دراسة - FAO - Egypt Food Balance Sheet ١٩٩٢ - ١٩٩٤).

وبالطبع فإن تزايد استهلاك السكر، بينما البقول ثابتة، هو سلوك خاطئ صحيا يتوجب تصحيحه. وهناك دراسة أخرى أصدرتها وزارة الزراعة المصرية في ١٩٩٨ (موجز الإحصاء الزراعي) تبين أنه بالرغم من الزيادة المطردة في إنتاج الغذاء، فإن هناك "فجوة غذائية" بين المنتج والمستهلك، بالنسبة للمجموعات الغذائية الخاصة للحبوب، والأسماك، والألبان، والزيوت النباتية. بينما لا توجد فجوة (بل يوجد فائض) في مجموعات البقول، والخضر، واللحوم، والبيض، وذلك طبقا لما يتضح من الجدول "٤٩" التالي:

جدول رقم "٤٩" الفجوة الغذائية بين المنتج والمستهلك للمجموعات الغذائية المختلفة

(بالآلف طن، ١٩٨١-١٩٩٣)

١٩٩٣	١٩٩٢	١٩٩١	١٩٨١	المجموعة الغذائية
٣٤٤	١٠٣٣	١٤٥٧	٣٢٥٧	الحبوب
٢٤+	٣٠+	٥٢+	١٢٩	البقول
١٤٧٧+	١٩٣٠+	١٧٨٤+	١٢٩٣+	الخضر
٢٢٦٢+	٢٢٢٧+	٢٢٨٥+	١٦٤٣+	الفاكهة
٩+	٣٤+	٥٩+	٦١	اللحوم
٤٨	٨٣	١٥	٣٥	الأسماك
٢٨+	٢٣+	١٩+	١٣+	البيض
٤٣٩	١١٣٣	٨٧٠	٢٠٠	الألبان
٣٤٤	٥٣٩	٢٩٢	٣١٤	الزيوت النباتية

(+) تعنى وجود فائض بين المنتج والمستهلك ولا توجد فجوة غذائية.

المصدر: وزارة الزراعة ١٩٩٨.

الأمن الغذائي الأسرى:

ويقصد به حصول كل فرد في الأسرة على حاجاته، من الطاقة/ ومن العناصر الغذائية، في كل الأوقات.

وقد بينت نتائج البحث الغذائي القومي سنة ٩٥ أن حوالي ١/٣ الأمهات، وحوالي ٢/٣ أطفال في سن ما قبل المدرسة، لا يحصلون على احتياجاتهم الغذائية اليومية من الطاقة، بينما ١/٦ الأمهات، ١/٣ الأطفال لا يحصلون على احتياجاتهم اليومية من البروتين، وسكان حضر أفضل حالات من سكان الريف.

أما عناصر التغذية الدقيقة فموقعها الأسرى كالاتي:

٦/١ الأمهات (١٦,٨%)، وحوالي نصف الأطفال (٥٣,٥%) فقط هم الذين يحصلون على احتياجاتهم من فيتامين " أ " .

وتزيد تلك النسبة إلى ٨١,٧% من الأمهات و ٨٣,٣ من الأطفال هم الذين يحصلون على احتياجاتهم من فيتامين " ج " .

وتصل تلك النسبة إلى ٣٢,٧% من الأمهات و ٨٦,١% من الأطفال هم الذين يحصلون على احتياجاتهم من الحديد.

ويتضح ذلك من الجدول " ٥٠ " التالي:

جدول رقم " ٥٠ " كفاءة الغذاء في تغطية الاحتياجات الغذائية للأمهات والأطفال في السن قبل المدرسي في الجمهورية ١٩٩٥

الأطفال (%)			الأمهات (%)			النسبة المئوية لتغطية الاحتياجات الغذائية
الجمهورية	ريف	حضر	الجمهورية	ريف	حضر	
الطاقة:						
٢٠,٥	٢١,٣	٢٠,٠	٨,٧	٩,٤	٨,٢	أقل من ٥٠
٣٩,٧	٣٩,٨	٣٩,٦	٢٨,٧	٢٩,٥	٢٨,١	٥٠- أقل من ٧٥
٢٥,٥	٢٤,٠	٢٦,٤	٣٣,٢	٣٣,٤	٣٣,١	٧٥- أقل من ١٠٠
١٤,٣	١٤,٩	١٤,٠	٢٩,٤	٢٧,٧	٣٠,٦	١٠٠

تابع جدول رقم "٥٠" كفاءة الغذاء في تغطية الاحتياجات الغذائية للأمهات والأطفال في السن قبل المدرسي في الجمهورية ١٩٩٥

الأطفال (%)			الأمهات (%)			النسبة المئوية لتغطية الاحتياجات الغذائية
الجمهورية	ريف	حضر	الجمهورية	ريف	حضر	
البروتين:						
١٨,٠	٢٠,٨	١٦,٠	١,٨	١,٨	١,٨	أقل من ٥٠
٢٢,٠	٢٠,٢	٢٣,١	٣,٧	٣,٠	٤,١	٥٠ - أقل من ٧٥
٢٠,٧	٢١,١	٢٠,٥	٧,٦	٩,١	٦,٥	٧٥ - أقل من ١٠٠
٣٩,٣	٣٧,٨	٤٠,٣	٨٦,٩	٨٦,٠	٨٧,٦	١٠٠
فيتامين أ :						
٢٣,٤	٢٣,٦	٢٣,٣	٥٥,٢	٥٦,٨	٥٤,١	أقل من ٥٠
١٢,١	١٣,٢	١١,٤	١٨,٢	١٧,٠	١٩,٠	٥٠ - أقل من ٧٥
١١,٠	١٠,٧	١١,١	٩,٨	٩,٤	١٠,٠	٧٥ - أقل من ١٠٠
٥٣,٥	٥٢,٥	٥٤,٢	١٦,٨	١٦,٧	١٦,٩	١٠٠
فيتامين ج :						
١٠,٦	١٠,١	١٠,٩	٨,٨	١٠,٦	٧,٦	أقل من ٥٠
٤,٤	٤,٣	٤,٥	٣,٩	٥,٨	٢,٧	٥٠ - أقل من ٧٥
٣,٨	٣,٧	٣,٨	٥,٦	٥,٥	٥,٧	٧٥ - أقل من ١٠٠
٨١,٢	٨١,٩	٨٠,٨	٨١,٧	٧٨,١	٨٤,١	١٠٠
الحديد :						
٣١,٩	٣٢,٥	٣١,٥	٢,٤	٢,٤	٢,٤	أقل من ٥٠
٢٠,٦	١٨,١	٢٢,٢	٤,٦	٥,٨	٣,٩	٥٠ - أقل من ٧٥
١٤,٨	١٣,٣	١٥,٨	٦,٨	٧,٩	٦,١	٧٥ - أقل من ١٠٠
٣٢,٧	٣٦,١	٣٠,٥	٨٦,١	٨٣,٩	٨٧,٦	١٠٠

المصدر: البحث التغذوي القومي - معهد التغذية (موسى وآخرون ١٩٩٥).

غير أنه بالرغم من توافر الغذاء كمتوسط عام، فإن الاستهلاك الفعلي للغذاء يوضح أن هناك شرائح من الفئات الحساسة، يحصلون على احتياجاتهم من الطاقة، والعناصر الغذائية، بنسب متفاوتة، كما يتفاوت الاستهلاك الغذائي أيضا على مستوى الأسرة. ويتضح ذلك من جدول ٥١ التالي:

جدول رقم ٥١: النسبة المئوية لتوزيع الأسر حسب مستوى استهلاك الطاقة والبروتين في

الجمهورية

الطاقة (سعر/الفرد/اليوم)						النسبة المئوية
أقل من ١٥٠٠	١٥٠٠ من ٢٠٠٠	٢٠٠٠ من ٢٥٠٠	٢٥٠٠ من ٣٠٠٠	٣٠٠٠ من ٣٥٠٠	أكثر من ٣٥٠٠	
١٤,٨	١٨,٣	٢٠,٤	١٧,٣	١١,٧	١٧,٦	الحضر (%)
١٩,٧	١٨,٨	١٨,٠	١٦,٧	١٠	١٦,٤	الريف (%)
١٦,٨	١٨,٥	١٩,٤	١٧,٠	١١,٢	١٧,١	الجمهورية (%)
البروتين (جم/الفرد/اليوم)						
أقل من ١٠	١٠ من ١٥	١٥ من ٢٠	٢٠ من ٢٥	٢٥ من ٣٠	أكثر من ٣٠	
٣١,١	٩,٧	٦,٣	٤,٧	٥,١	٥,٦	الحضر
٤٢,١	١٢,٧	٨,١	٦,٠	٣,٨	٤,٤	الريف
٣٦,٦	١٠,٩	٧,٠	٥,٣	٤,٦	٥,١	الجمهورية

المصدر: بحث نمط الاستهلاك الغذائي للمواطن المصري - معهد التغذية (علي وآخرون ١٩٨١)

وبمقارنة الغذاء الفعلي للأمهات والأطفال في مصر بتوصيات منظمة الصحة العالمية فإننا نلاحظ أن النسبة المقررة للبروتين في توليد الطاقة يوصى بأن تكون في حدود ١٠-١٥% من الطاقة الكلية اليومية، وتلك النسبة تتحقق لثلاثة أخماس الأمهات في مصر، أما بالنسبة للأطفال فلا تتحقق هذه النسبة إلا مع نسبة الخمس، حيث أن باقي الأطفال لا توفر البروتينيات لهم إلا أقل من ١٠% من الطاقة الكلية اليومية.

أما النسبة المقررة للدهون، كمصدر للطاقة، فتوصى المنظمة بأن تكون ضعف نسبة البروتين أي ٢٠-٣٠% من الطاقة الكلية اليومية بالنسبة للأمهات، ولكنها تزيد بالنسبة للأطفال في فترة ما بعد الفطام إلى ٢٠-٣٠%، وتزيد أكثر بالنسبة للرضع إلى ٥٠-٦٠%، أما ما يتفق في الواقع المصري مع تلك التوصيات بالنسبة للأمهات فهو ٥٧,٤%، وبالنسبة للأطفال في فترة ما بعد الفطام ٢٥%، وبالنسبة للرضع ٤٠%.

٣-٨-٦ العادات الغذائية:

نمط الاستهلاك الغذائي: تتفاوت عدد مرات الاستهلاك من مجموعة غذائية معينة، خلال الأسبوع، طبقاً للتوزيع الموضح بجدول "٥٢":

- أكثر أصناف الأطعمة إستهلاكا في مصر هي:
الحبوب (الخبز)، ثم السكر، والشاي، ثم الزيوت والدهون.
- وأقل أصناف الأطعمة إستهلاكا في مصر هي:
اللحوم والطيور، ثم الأسماك، ثم البيض، ثم الفواكه.
- أما الألبان ومنتجاتها (الجبنة) ثم البقول فتستهلك بدرجة متوسطة.

جدول رقم "٥٢" الاستهلاك الغذائي للأهات والأطفال بين ٢-٦ سنوات

نوع الغذاء	النسبة المئوية لاستهلاك الأطعمة المختلفة أقل من ٣ مرات في الأسبوع					
	الأطفال (%)			الأمهات (%)		
	حضر	ريف	الجمهورية	حضر	ريف	الجمهورية
مصادر الطاقة						
الحبوب ومنتجاتها	٠,٤	٢,١	١,٢	٢	٢,٧	١,٣
الزيوت والدهون	٩,٣	٦,٢	٧,٩	٨,٥	٣,٥	٦,٣
أطعمة البناء :						
لحم / دجاج	٨٨,١	٩٤,٠	٩٠,٨	٨٧,٢	٩٣,٨	٩٠,٢
سمك	٩٣,٢	٩٢,٤	٩٢,٨	٩٢,٨	٩٠,٢	٩١,٢
ألبان ومنتجاتها	٢٦,٦	٣٦,٠	٣١,٠	٢٦,٦	٤١,٥	٣٣,٣
البيض	٦٠,٨	٥٨,٢	٥٩,٦	٦٠,٩	٥٧,٩	٥٩,٦
البقول	٣٣,٨	٣٠,٥	٣٢,٣	٣٦,٥	٣١,٧	٣٤,٣
أطعمة الوقاية :						
خضراوات ورقية خضراء	٥١,١	٤٩,٠	٥٠,١	٤٨,٤	٣٩,٢	٤٤,٥
خضراوات صفراء						
خضراوات حمراء	٤٢,٢	٤٠,٩	٤١,٦	٣٦	٤٠,١	٣٧,٩

تابع جدول رقم "٥٢" الاستهلاك الغذائي للأمهات والأطفال بين ٢-٦ سنوات

نوع الغذاء	النسبة المئوية لاستهلاك الأطعمة المختلفة اقل من ٣ مرات في الأسبوع					
	الأطفال (%)			الأمهات (%)		
	حضر	ريف	الجمهورية	حضر	ريف	الجمهورية
الفاكهة						
صفراء	٣٢,٢	٣٦,٥	٣٤,٢	٣٤,٩	٣٦	٣٥,٤
حمراء	٥٦,٧	٦٠,٣	٥٥,٠	٥٢,٤	٥٩,١	٥٥,٤
أخرى	٥٠,٧	٤٧,١	٤٩,٠	٤٥,٦	٤٦,٩	٢٦,٤
عصائر ومشروبات	١٢,١	١٠,٤	١١,٣	١٢,٥	١٥,٥	١٣,٨

المصدر: البحث التغذوي القومي - معهد التغذية (موسى وآخرون ١٩٩٥).

العوامل المؤثرة على الاستهلاك الغذائي للفرد:

تتضح تلك العوامل كالآتي: "طبقاً لأبحاث معهد التغذية المتعددة في الثلاثين سنة الأخيرة".

- تقل كمية الطعام المستهلك والطاقة في فصل الصيف، وتزداد كمية ونوعيه الغذاء في الأعياد وشهر رمضان.
- يرتفع استهلاك البروتين الحيواني في الحضر عنه في الريف.
- غذاء الذكور أعلى كفاءة وأكثر كمية من غذاء الإناث.
- يتحسن الغذاء كمية ونوعاً مع:
 - ارتفاع دخل الأسرة.
 - ترقى درجة التعليم.
 - الترقى في السلم المهني.
 - وتقل كمية ونوعية الغذاء مع زيادة حجم الأسرة.
 - ويتفاوت الحصول على الغذاء داخل الأسرة حيث يحصل الأب والأولاد الذكور على نصيب الأسد (حتى في عنصر الحديد الذي تحتاجه الحامل والطفل).

وأخيراً، هناك بعض التباين في العادات الغذائية بين الحضر والريف، حيث أن:

- خبز القمح هو السائد في المدينة، بينما خبز القمح والذرة هو السائد في الريف.
- يتعاطم إستهلاك العسل الأسود في الريف، بينما يتزايد استعمال المربي في الحضر.
- يتزايد إستهلاك الجبن القريش في الريف، بينما يتزايد إستهلاك الجبن الأبيض والجبن المصنع في الحضر.

كما يتزايد إستهلاك اللحوم المجمدة والمعلبة في الحضر عن الريف.

٧-٨-٣ التغذية والأسرة المصرية:

١-٧-٨-٣ قدرة الأسرة الاقتصادية على توفير الاحتياجات الغذائية: (دراسة لمعهد

التغذية):

١. أسرة ذات أحوال اقتصادية متدنية (بمعنى عدم قدرتها على توفير غذاء كاف لإستهلاك للفرد في الأسرة)، وقد وصلت نسبة هذه الشريحة إلى ٥٣,٨ % من حجم العينة موضع الدراسة، وبالطبع فإن الطفل، خاصة في السنتين الأوليتين من العمر (الفرد الأضعف في الأسرة) لم يحصل على احتياجاته التغذوية.

وكان من المفترض، وإلي أن يتم تحسين أحوال الأسرة الاقتصادية، توفير المعلومات والتوعية لمثل تلك النوعية من الأسر، لإمكان اختيار أطعمة رخيصة الثمن، وذات كفاءة نوعية، ومراعاة إحتياجات الطفل والأم الحامل كأولوية، لكن ذلك لم يتضح تحققه إلا في حدود ١٤% من حجم العينة، حيث تأكدت قدرة الأسرة على تعويض الطفل، بتوفير الغذاء له، برغم عجز الأسرة.

٢. أسرة ذات قدرة اقتصادية لتوفير غذاء كاف لأفراد الأسرة: وصلت نسبة هذه الشريحة إلى ٣/١ حجم العينة، وبالرغم من كفاية الغذاء لاحتياجات متوسط الفرد في الأسرة فإن الطفل لم يحصل على احتياجاته التغذوية.

وتوضح تلك الشريحة أهمية توافر المعرفة المعلوماتية، والتوعية الأسرية، لتوصيل ما هو متوافر ومتاح إلى الطفل.

ومن هنا، يجب التركيز على تعليم الأم، وزيادة عدد الساعات التي تنفقها أم متعلمة مع طفلها. وأيضاً، التأثير الإيجابي لتعليم الأب، حيث تبين دراسة بمعهد التغذية أن نسبة الأطفال المصابين بسوء التغذية، تبدأ من الثمن إذا كانت الأم جامعية، ثم تتزايد إصابات سوء التغذية طبقاً لتناقص درجة التعليم، لتصل النسبة إلى حوالي النصف، إذا كانت الأم أمية (لا تقرأ ولا تكتب)، وكذلك الحال بالنسبة لتعليم الأب، وإن كان بدرجة أقل في الأهمية.

٣. أسرة ذات أحوال اقتصادية قادرة على توفير غذاء للاستهلاك لمتوسط الفرد في الأسرة مع توفير الاحتياجات الغذائية للطفل؛ ووصلت نسبة هذه الشريحة إلى أقل من ١٠% من حجم العينات. وإذا ما أضيفت تلك الشريحة من الأطفال إلى الشريحة التي وفرت احتياجات الطفل برغم سوء الأحوال الاقتصادية للأسرة (١٤%) بما يصل بالمجموع إلى ٢٤%، فإننا نرى ضعف القدرة على توفير الحالة التغذوية الصحية للطفل.

٣-٨-٧-٢ قدرة الأسرة المعلوماتية لتلبية احتياجات الطفل التغذوية:

يجب أن تتوجه الرسالة الإعلامية بناء على المعلومات المتجمعة، وتعزيز ما هو إيجابي، وتغيير النمط السلوكي لما هو سلبي:

- النمط الغذائي السائد في مصر لتغذية الأطفال منذ ولادتهم، حتى سنتين، به نقاط إيجابية يجب الحفاظ عليها وتنميتها، وأخرى سلبية يتوجب المسارعة بتصحيحها.
- والنقطة الإيجابية الأساسية، هي أن الرضاعة الطبيعية، بصفة عامة، هي السائدة بنسبة ٧٠% حتى سن سنتين في بعض مناطق مصر، لكنها تتفاوت، فتبلغ أقصاها في الريف ومحافظات الصعيد، وتصل إلى أدناها في الحضر وفي القاهرة.
- والغذاء التكميلي للرضاعة في مصر يحدث إعتبار من الشهر السادس، إلى الشهر ٢٤ من عمر الطفل، بالإستناد إلى التغذية بالألبان ومنتجاتها، مع

جزء من غذاء الأسرة، وبعض المستحضرات الجاهزة (بسكويت وحبوب)، أو غذاء معد للطفل في المنزل، أو أغذية تكميلية مصنعة جاهزة.

وقد تبين من دراسات معهد التغذية، أن الأغلبية من الأطفال، دون سنتين، يتناولون جزءا من غذاء الأسرة، دون إعداد خاص يناسبهم، وأن ٢٠% فقط هم الذين يتناولون غذاء معدا خصيصا لهم بالمنزل، أو أغذية تكميلية جاهزة، وتلك نقطة سلبية يتوجب تصحيحها، حيث أن دراسات الإتاحة البيولوجية قد أوضحت الآتي:

- في حالة تناول الطفل لغذاء الأسرة في المرحلة السنوية (٦ شهور - ٢٤ شهر) فإن ما يهضم من بروتين طعام الأسرة، في الجهاز الطفل الهضمي، لا يتجاوز ٥٥%، وأن ما يتم استفادة الطفل منه (التمثيل الغذائي) لا يتجاوز ٢٤% للقيام بوظائف جسم الطفل المتعددة، خاصة في مرحلة النمو.

- أما في حالة تناول الطفل لخلطات نباتية (أو ألبان معدة للطفل كغذاء تكميلي) فإن خلطة معينة (قمح + عدس + طحينية بنسبة ٦ : ٣ : ١) يكون هضم بروتينها ٨٢% (مقارنا بـ ٨٥% عند تناول لبن الأم) أما التمثيل الغذائي لتلك الخلطة فإنه يصبح ٦٩% (مقارنا بـ ٧١% عند تناول لبن الأم).

ولذلك يكون نمو الأطفال في مصر، أفضل ما يمكن في الشهور الستة الأولى من عمر الطفل (رضاعة طبيعية وحدها)، وقد لوحظ أن نمو الأطفال، المعتمدين على الرضاعة الطبيعية، أفضل من المعتمدين على الرضاعة الصناعية. ويرتبط نقص الرضاعة الطبيعية في مصر، بعد السنة الأولى من عمر الطفل، مع عدم وجود كميات إضافية من أغذية تكميلية محورة أو مصنعة خصيصا للطفل، بانتشار سوء تغذية الأطفال في السنة الثانية من عمر الطفل، وخلال فترة الفطام.

ومن هنا فإن اختيار غذاء الطفل، وتوفير الغذاء المختار له، كأولوية، حتى لو كانت ظروف الأسرة متدنية اقتصاديا، وإن توفير الوقت الكافي له، وتثقيف وتوعية الأسرة "الأم والأب"، وتوفير المرشد الفني، والتدريب الأسرى للأب والأم قبل

الولادة، على تغذية الطفل المتوقع، ضمن برنامج ممتد عن الطفل والأسرة، لهو من الأولويات، التي يجب على طبيب الأسرة (الممارس)، وبرامج الرعاية الصحية الأولية، أن توليها رعاية خاصة، بل إنها أكثر أهمية من الجوانب العلاجية للأمهات والأطفال (كطب الأسرة)، بل إن توفير دوائر المعارف المنزلية لأغراض أوسع، يمكن أن تكون نقطة تحويل في التوقّي والعلاج، مع تزايد مستوى التعليم والتعليم، وبث المعلومات والمعارف، على أوسع نطاق، وبكافة الوسائل.

obbeikandi.com

٣- الباب الثالث : الغذاء والدواء

٣-٩ الفصل التاسع : الدواء

٣-٩-١ الموقف الدوائى

٣-٩-١-١ السوق الدوائى فى مصر

٣-٩-١-٢ استخدام واستهلاك الدواء فى مصر

٣-٩-١-٣ تمويل الدواء

٣-٩-١-٤ الأدوية والمنظمات الصحية

٣-٩-١-٤-١ الدواء فى وزارة الصحة

٣-٩-١-٤-١-١ السياسة الدوائية القومية فى وزارة الصحة

٣-٩-١-٤-١-٢ قائمة الأدوية الأساسية واتباع وصف الدواء بالمسمى العلمى للعقار.

٣-٩-١-٤-١-٣ صرف الدواء بتذكرة طبية وبدون تذكرة طبية

٣-٩-١-٤-١-٤ الإمداد بالدواء

٣-٩-١-٤-١-٥ تسجيل الدواء

٣-٩-١-٤-١-٦ التحكم فى جودة المنتج

٣-٩-١-٤-١-٧ المعلومات الدوائية

٣-٩-١-٤-١-٨ تسجيل المصنعين والمستوردين

٣-٩-١-٤-٢ الدواء وهيئة التأمين الصحى

٣-٩-١-٥ صناعة الدواء المصرى (المصنعون والمستوردون)

٣-٩-١-٥-١ شركات قطاع الأعمال وشركات القطاع الخاص

٣-٩-١-٥-٢ الشركات متعددة الجنسيات والشركات الإقليمية المصرية والعربية.

٣-٩-١-٥-٣ المدى الإنتاجى (عدد المنتجات للشركة)

- ٣-٩-١-٥-٤ اتفاقات الترخيص وأحلاف التشغيل
- ٣-٩-١-٥-٥ التكامل الرأسي
- ٣-٩-١-٥-٦ الانتفاع بالقدرة
- ٣-٩-١-٥-٧ تكنولوجيا العقاقير
- ٣-٩-١-٥-٨ استيراد العقاقير
- ٣-٩-١-٥-٩ تصدير الدواء
- ٣-٩-١-٥-١٠ الخامات اللازمة لصناعة الدواء
- ٣-٩-١-٥-١١ الجودة للمنتج وللصناعة الدوائية
- ٣-٩-١-٥-١٢ التعريفات واتفاقات التجارة العالمية
- ٣-٩-١-٦-٦ تسعيرة الأدوية
- ٣-٩-١-٧-٧ توزيع الأدوية
- ٣-٩-١-٧-١ الشركة المصرية لتجارة الأدوية
- ٣-٩-١-٧-٢ شركة الشرق الأوسط للكيماويات والشركة المتحدة للصيدلية
- ٣-٩-١-٨-٨ صيدليات بيع القطاعي
- ٣-٩-١-٨-١ حجم السوق الصيدلي
- ٣-٩-١-٨-٢ تشغيل الصيدليات
- ٣-٩-٢ استخلاص
- ٣-٩-٢-١ موجز السياسة الدوائية
- ٣-٩-٢-٢ إتاحة الدواء للمواطنين
- ٣-٩-٢-٣ قدرة المواطنين على شراء الأدوية
- ٣-٩-٢-٤ جودة الدواء
- ٣-٩-٢-٥ الاستعمال الرسمي للدواء
- ٣-٩-٢-٦ صناعة الدواء المصري

٣ – الباب الثالث : الغذاء والدواء

٩-٣ الفصل التاسع: الدواء

١-٩-٣ سوق الدواء المصري:

كان حجم السوق الدوائي في مصر من منظور بيع القطاعي (سعر الصيدليات)، متراوحاً بين ٢٩٠٠ مليون جنية مصري إلى ٣٠٠٠ مليون جنية مصري في عام ١٩٩٥ (أى من ٨٥٠ مليون دولار إلى ٨٨٠ مليون دولار)، أما من منظور سعر التصنيع أو الاستيراد، فكان يتراوح من ٢١٠٠ مليون جنية إلى ٢٢٠٠ مليون جنية مصري.

وكان معدل نمو سوق الدواء منذ ١٩٨٦ بما يعادل ٨,٨% كنسبة مركبة سنوياً، بالأسعار السنوية، ولكن ذلك كان حقيقة متناقصاً، بواقع ٥% كأسعار حقيقية منسبة إلى سنة ١٩٨٦، بسبب التضخم وتناقص قيمه الجنيه المصري.

أما إذ قيس الدواء، طبقاً لحجم وحداته العينية، فإننا نجد أن الإستهلاك الدوائى ظل ثابتاً عند ٨٠٠ إلى ٩٠٠ مليون وحدة سنوياً.

٣-١-٩-٣ استخدام وإستهلاك الدواء في مصر:

تتاقصت قيمة إستهلاك الدواء للفرد، بسعر بيع القطاعى من ١٧ دولار عام ١٩٨٧ إلى ١٥ دولار للفرد الواحد عام ١٩٩٤. وإذا استخدم تقدير تعديل قيمة

الدولار طبقاً لتزايد قدرته الشرائية في مصر، عنه في بلده الأصلي (PPP)، فإننا نجد أن الإستهلاك يرتفع إلى ما يقارب ثلاثة أضعاف قيمة الإستهلاك الدوائى بالدولار للفرد الواحد. أما إذا أستخدم الأساس العيني فإننا نجد أن الفرد الواحد يستهلك من ١٥ إلى ١٦ وحده دوائية.

ويلاحظ أن نمط استهلاك الدواء لا يتم طبقاً للتقنيات المصرية، إلا بوصفة (روشتة) يحررها الطبيب مقدم الخدمة، ولكن، في الواقع، فإن هذا التقنين ينتهك بنسبة تصل إلى ٤٠% بوصف دواء بمعرفة الصيدلى للمريض، أو بمعرفة المريض لنفسه، أو بمعرفة آخر (غير طبيب) للمريض.

كما يلاحظ، أن نمط تحرير التذكرة الطبية الواصفة للدواء، بواسطة الطبيب، يتراوح عدد بنودها الدوائية بين ٣ أو ٤ أدوية لكل زيارة عيادة خارجية بوحدة وزارة الصحة أو التأمين الصحي، وبمقارنة ذلك المتوسط بتذاكر طبية لدول نامية أخرى فإننا نجد أن المتوسط في تلك المجموعة من الدول يصل إلى ٢,٤ دواء فى كل تذكرة طبية، بالمقارنة بوحدة وزارة الصحة التى تصل إلى ٣ أدوية، ووحدة والتأمين الصحي التي تصل إلى ٤ أدوية فى التذكرة الطبية الواحدة.

وإذا تم ترتيب المجموعات الدوائية، طبقاً لاستخداماتها العلاجية، بأسعار بيعها فى الصيدليات، فإننا نجد أن حجم بيع الأدوية الموصوفة فى عام ١٩٩٤ يصل أعلاه فى مبيعات أدوية المضاد الحيوى ٢٢%، والمسكنات ١٣%، والفيتامينات والمعادن ١٠%، بإجمالى ٤٥% من حجم المبيعات الدوائية فى ذلك العام، أما باقى المبيعات فتغطى جميع التخصصات الطبية الأخرى بمتوسط ٣-٤% لكل جهاز من أجهزة الإنسان طبقاً للتخصصات الطبية المتعددة، وتزيد تلك المبيعات فى أجهزة الإنسان، الأساسية مثل؛ الجهاز الدورى، والغدد الصماء، والجهاز التنفسى، والجهاز الهضمى، والجلد. وتقل فى باقى التخصصات العديدة.

ويلاحظ أيضاً، أن الطبيب المصرى يستجيب بتأثير دعاية المكاتب العلمية لأسماء أدوية تجارية بعينها، فيحررها فى التذكرة الطبية للمريض، ويصر على أن

تصرف من الصيدلية دون غيرها من البدائل والعقاقير العلمية والجنيسة "Genetics"، وتشير بعض الملاحظات، غير الموثقة، إلى أن الطبيب في وحدات وزارة الصحة، والتأمين الصحي، يصف أدوية بأسمائها التجارية، بما يتراوح بين ١٥% إلى ٨٠% من الأدوية الموصوفة، بينما لا تصل النسبة المقابلة لتلك النوعية من الأدوية، في دول نامية أخرى كثيرة، إلا بين ٢٠ إلى ٥٠%.

وأيضاً، فإن الصيادلة لديهم حافز بيعي قوي لترويج الأدوية التجارية، حسنة المظهر، والتغليف، ولكنها مرتفعة الثمن، حيث إنها تحقق حافزا ربحيا أفضل لهم. كما يتضح أن هناك عادة نقص في إنتاج الأدوية المحلية، غير المرتفعة الثمن، حيث أن شركات قطاع الأعمال المكلفة بإنتاج تلك النوعية من الأدوية، تميل من جانبها إلى إنقاص إنتاج تلك النوعية، قليلة الربح أو هامشية الربح، أو سلبية الحافز (المسببة للخسارة). وأخيرا فإن المرضى ذاتهم غير متفهمين لتلك المسألة، كما أنهم يعتقدون أن الأدوية المقدمة من القطاع العام متدنية النوعية. ومن هنا يتضح أن أكثر عشرة أدوية رواجاً في التوزيع في مصر تقريبا كلها من الأدوية ذات الأسماء التجارية.

وهناك استخدام آخر، غير رشيد، للعلاج الدوائي. فلقد أثبت بحث على مستوى مصر أجرى في (١٩٩٣-١٩٩٤ National Household Survey) سوء استخدام المضادات الحيوية في أغلب مناطق مصر، حيث تصل نسبة سوء الاستخدام من ٦٠ إلى ٧٠%، بمعنى أنها تصرف لحالات لا تحتاج تلك النوعية، بسبب فقر القدرة الإكلينيكية، أو الإختيار الخاطيء للمضاد الحيوي، أو الإستعمال العشوائي، ويرجع المهنيون ذلك التوجه إلى نقص التدريب، وعدم استمرارية التدريب، وإستدامته.

٣-٩-١-٣ تمويل الدواء:

تصل قيمة الأدوية المشتراة إلى ٥٥% بمعرفة القطاع العائلي وإلى حوالي ٤٥ بمعرفة القطاع الحكومي ومنظماته. ويتضح ذلك من جدول "٥٢" التالي.

جدول رقم "٥٣" استهلاك المشتريات الدوائية عام ١٩٩٥ (كنسبة مئوية %)

النسبة	القطاع
%٥٥	القطاع الأهلي (العائلي)
	القطاع الحكومي (٤٢%)
%١٥	♦ التأمين الصحي
%٦	♦ وزارة الصحة
%١	♦ المؤسسات العلاجية
%٢٠	♦ منظمات جامعية وحكومية أخرى
%٣	أخرى
	المصدر: NHA

إلا أنه يشك في الرقم المشار إليه، تحت عنوان منظمات جامعية وحكومية أخرى، حيث يشير التقدير إلى أنها لا تتجاوز ١٠%، ويرحل الفرق علي الأرجح ليضاف إلي القطاع العائلي، أما بالنسبة لأرقام وزارة الصحة والمؤسسات العلاجية والتأمين الصحي فهي أقرب إلى الدقة، أما أرقام استهلاك القطاع العائلي فقد ترقى إلى ٦٨% من الحجم الكلي لمبيعات سوق الدواء.

وإذا نظرنا إلى الإنفاق في الدواء، بالنسبة للشرائح المجتمعية، حسب دخلها، فإننا نلاحظ أن أعلى نسبة إنفاق منسبا إلى الدخل، يقع عبؤها على الشريحة المتدنية الدخل، بما يزيد عن ٥% من دخلها الذي يبلغ متوسطه ٣٦٢ جنية للفرد، أما الشريحة العليا فإن نسبة الانفاق منسبا إلى دخلها لا يرقى إلى ٣% من دخلها الذي يبلغ متوسطه ٣٤٥٦ جنية للفرد (وذلك استنادا إلى دراسة DDM في عام ١٩٩٥ الواردة لاحقا في فصل الإنتفاع).

٣-٩-١-٤ الأدوية في المنظمات الصحية:

٣-٩-١-٤-١ الدواء في وزارة الصحة:

تلعب الدولة من خلال وزارة الصحة، ووزارة قطاع الأعمال، دوراً مزدوجاً. الأول: في التشريع والتنظيم، لسياسة الدواء المرتبطة بالمصنعين المحليين للدواء، والمستوردين، والموزعين، وصيديليات البيع للمستهلكين، وجودة المنتج وسعره، والدور الثاني: هو دور تقديم خدمة الصحة من ناحية، وخدمة المنتج الدوائي من

ناحية أخرى، حيث أنها تملك وتقدم الخدمة الصحية من خلال وحداتها المملوكة لها، وتقدم في نفس الوقت خدمة المنتج الدوائي كملكية من ناحية، وكتشغيل من ناحية أخرى، كما أن ذلك الدور لا يقتصر على الدواء فقط، وإنما يمتد أيضاً إلى المستلزمات الطبية أيضاً، ويمتد دور الدولة إلى الاستيراد، والتوزيع، وصولاً إلى التوزيع القطاعي، من خلال بعض شركات الأدوية المملوكة لها.

وفي أحيان كثيرة، يؤدي هذان الدوران إلى تناقض في المصالح، وإزالة بعض التناقض خصص دور الاستيراد والتصنيع المحلي والتوزيع لوزير آخر غير وزير الصحة هو وزير قطاع الأعمال، فمذ أوائل التسعينيات، وهناك حوار مستمر بين وزارة الصحة من ناحية، والبنك الدولي، وصندوق النقد الدولي من ناحية أخرى، لتقليص دور الصحة إلى تنظيم ومتابعة الصناعة الدوائية، وخصخصة العمليات الإنتاجية، ولكن الخطوات في هذا الاتجاه مازالت مترددة، حيث أن الخطوات الأولى قد اتخذت، ولكن وزارة الصحة ما زالت تلعب دوراً بارزاً في تسعير الدواء لشركات تعمل بهدف الربح، بالرغم من أنها ما زالت مملوكة للدولة عن طريق وزارة أخرى، وأصبحت سياسات استهداف الربح قائمة شكلاً، ومحجة موضوعاً، وخطوات الخصخصة متباعدة وحذرة.

٣-٩-١-٤-١-١ السياسة الدوائية القومية في وزارة الصحة:

تهدف كشعار إلى الإمداد بدواء آمن ذو جودة مرتفعة (دواء فاعل)، مع المحافظة على توفير الدواء بكميات كافية تغطي الإحتياج، وعلي أن تكون تلك الإتاحة بسعر رشيد. وتحدد الوزارة أهدافها الموضوعية في:

- تقديم سياسات واضحة في مجالات: البحث، والتصنيع، والتسجيل، والتسعير، والتخزين، والتوزيع، والتصدير، والإستيراد.
- تشجيع مجال البحث والتطوير بهدف الوصول إلى منتج دوائي نهائي للتوزيع، وتشجيع إدخال التصنيع بالتكنولوجيا الحيوية، وتصنيع الخامات الكيميائية.

- تشجيع الاستثمار الأجنبي، وتشجيع المنافسة.
- تشجيع تصدير الدواء.
- توليد استراتيجية حاکمة لسعر الدواء.

وبالرغم من كل تلك الأهداف فلم تتشكل حتى الآن "سياسة دوائية قومية" برغم وجود مجموعة من الأدلة الترشيديّة والتوصيات، ولعل ذلك بسبب عدم استقرار القيادات الصحية في مجال الدواء، وكثرة التعديل في السياسات الدوائية المحدودة المتبعة، وهناك محاولات في ذلك الإتجاه لم تتح للدارسين حتى الآن.

٣-٩-١-٤-١-٢ قائمة الأدوية الأساسية واتباع كتابة التذكرة الدوائية بالمسمى العلمي للعقار:

هناك عدد من قوائم الأدوية الأساسية مقدّمة من الأطراف الفاعلة في القطاع الصحى سواء من نقابتي الصيدلة والأطباء، أو من مؤسسات متعددة بالقطاع العام، ولكن لا يوجد إلزام بتنفيذ أي منها. وتقوم وزارة الصحة بإعداد ثلاث مجموعات من قوائم الأدوية الأساسية، لتغطية الحاجة الدوائية في مستويات الصحة الثلاث: الأولية، الثانوية، والثالثية، وأصبحت تلك القوائم أخيراً تتبع لشراء الأدوية اللازمة للنظام الصحى الحكومى والعام، غير أن تلك السياسة في حاجة إلى تقييم وتجويد.

ولقد كانت هناك محاولات مماثلة فى السبعينيات والثمانينيات، غير أن الأطراف الفاعلة والمؤثرة لم تصل إلى توافق، يحدد أى العقارات يدخل القائمة. ولعل أقوى العناصر المعارضة لقائمة الدواء الأساسية خاصة في مجالات الرعاية الثانوية والثالثية، هم الأطباء الأخصائيون، والذين يشكلون أكثر من ٦٠% من مجموع الأطباء، حيث يرفضون أن تحدد ممارستهم المهنية بقواعد وقيود غير مهنية، تحدد الخيارات الدوائية المتاحة أمامهم، كما يرونها، لصالح المريض.

ولما كانت تلك القوائم الأساسية مازالت محل تردد، فإنه لا يوجد، حتى الآن، أى تجديد لتقييد تسجيل عقاقير طبية غير أساسية.

وكذلك، لا تتواجد بروتوكولات علاجية متفق عليها، وقابلة للتحديث دورياً، وبالرغم من تعدد الحوارات بين منظمات تقديم الخدمة، والمنظمات النقابية المهنية المختصة بتقديم الخدمة، غير أن الحوار يتم دائماً في غيبة ممثلي المنتفعين، ومن هنا فلا توجد حتى الآن إستراتيجية، أو خطط تنفيذ زمنية، أى أنه لا توجد حتى الآن قائمة تحدد الأسماء العلمية المطلوب اتباعها على المستوى القومى كسياسة وكمشروع تنفيذى (بدايات بوزارة الصحة).

٣-٩-١-٤-١-٣ صرف الدواء بتذكرة طبية والصرف بدون تذكرة:

تحدد السياسة الرسمية، بخصوص صرف العقاقير الطبية من الصيدليات، ضرورة وجود تذكرة طبية محررة وموقعة بمعرفة الطبيب المعالج، ولكن ذلك التشريع لم ينفذ حتى الآن، برغم وجود قوائم محددة لذلك لدى الصيدلة.

ومن الملاحظ، أن هناك تفاهم غير رسمي، وغير معلن، يحدد أن هناك مجموعتين: الأولى تشمل الأدوية المساندة، والمضادات الحيوية، وأدوية الجهاز الهضمي، وما يماثلها، وتلك الأدوية يقوم الصيدلة بصرفها دون المطالبة بتذكرة علاجية يقدمها المريض. وأما المجموعة الثانية، وهى قليلة الاستهلاك مثل: أدوية الجهاز العصبي المركزى (المهدئات، ومضادات الاكتئاب، والمنومات...)، وأدوية العلاج الكيماوى، وبعض أدوية الجهاز الدورى... فتلك أدوية لا تصرف إلا بناء على تذكرة طبية، وان كان الإستثناء وارداً.

٣-٩-١-٤-١-٣ الإمداد بالدواء:

يتم حصر احتياجات المحافظات الدوائية السنوية، وعادة ما يتم ذلك بناء على الإسترشاد بالسنة السابقة، ويتم الإعلان، والمناقصة، والترسية، بين الشركات المتنافسة، لإمداد وزارة الصحة مركزياً بالدواء المطلوب لكل المحافظات، والذي تم حصره مسبقاً عن طريق معلومات سبق أن أرسلتها المحافظات، ويتم أحياناً إجراء

مناقصات تكميلية أخرى محلية بالمحافظات، وتقوم الشركات بتوريد المطلوب منها إلى المحافظات كل شهرين، بالنقل مباشرة من الشركات إلى المحافظات. ويتم التوزيع داخل المحافظة طبقاً ل خطة التوزيع المحلية، بكل محافظة، على مدار السنة المالية. وكثيراً ما لا تفي المشتريات بحاجة الاستخدام بسبب قيود الموازنات المتاحة، أو بسبب سوء التقدير من أي من المحافظات، أو بسبب التأخير في الإبلاغ والاتصال، مما يؤدي إلى الشراء أثناء السنة محلياً، بدون مناقصة، وبأسعار أكبر.

٣-٩-١-٤-١-٥ تسجيل الدواء:

هناك ثلاث منظمات تتعاون في إدارة عملية تسجيل الدواء، وهى: مركز التخطيط والسياسات الدوائية DPPC، الإدارة المركزية للصيدلية CPOP، والهيئة القومية للتحكم فى الدواء والأبحاث NODCAR. وتقوم كل من المنظميتين الأوليتين بالعملية الإدارية، أما المنظمة الثالثة فتتولى المسئوليات العلمية.

وتتركز خطوات التسجيل للأدوية في: تقديم الصناع، أو المكاتب العلمية، إلى مركز التخطيط والسياسات الدوائية، بطلب تسجيل المنتج. وفي حالة موافقة المركز يقدم الطلب إلى الإدارة المركزية للصيدلية، حيث تقدم عينات من المنتج والمستندات المرفقة، إلى هيئة الأبحاث للدراسة والتحليل التقنى والفنى والمعملى والإتاحة البيولوجية. وفي حالة الموافقة، تخطر إدارة الصيدلة، حيث توافق على طرح المنتج فى السوق. وتستغرق تلك الدورة بدراساتها وتحليلها مدة تتراوح بين نصف سنة إلى سنة.

وكان عدد الأدوية المطروحة للبيع فى السوق المصرى ٢٢٧٨ عقاراً في عام ١٩٩٥ بالرغم من أن المسجل يقترب من ٣٠٠٠ عقار، ولعل ذلك يرجع إلى إقبال الشركات على إنقاص إنتاجهم بالنسبة للعقاقير ضعيفة المردود الربحى. ويشير مركز التخطيط والسياسات الدوائية إلى أنه فى ذلك العام كان هناك ١٣٦ عقاراً من بين إجمالى ٢٢٧٨ عقاراً، تباع فى الأسواق، بالرغم من أنها غير مسجلة (٦% من العقاقير المباعة)، ولكن قيمتها لا تصل إلا إلى ٣٠ مليون جنيه (أى حوالى ١% من حجم البيع الكلى). ولما كان مصدر تلك المعلومات تم تجميعه من المصنعيـن

مباشرة، طبقاً لإخطارهم للمركز الدوائي فيمكن تصور أن المطروح للبيع من أدوية غير مسجلة أكبر من ذلك.

وتصنف مجموعة العقاقير (٢٢٧٨ عقاراً) إلى ٣٥٠ أو ٤٠٠ مجموعة كيميائية، لكل عقار منها طرق متعددة لتناول الجرعة حسب التركيز وطريقة الاستخدام... الخ، وترقى طرق الاستخدام إلى حوالي ٦ طرق لاستخدام كل عقار، ولما كانت الشركات تتنافس بتقديم عقاقير متعددة، من شركات متعددة، لكنها متماثلة في الفاعلية والصفات الأخرى، فقد أصبح هناك مجال واسع للمنافسة، مما يتيح قدرة كبيرة للمستهلكين الكبار، مثل الحكومة وهيئاتها، بحيث يتاح لها الترسية على الأدوية التي تريدها، بأسعار أقل كثيراً من سعر بيع القطاعي.

ويلاحظ انه يجب إعادة تسجيل كل العقاقير، كل عشر سنوات، تماماً كما لو كان العقار جديداً، أما المستحضرات الحيوية مثل: الأمصال، والطحوم، والهرمونات، فتخضع لنفس الإجراءات التي تخضع لها المستحضرات الكيميائية. وكذلك يجب أن تكون كل منتجات البلازما البشرية خالية من الفيروسات (الإيدز، والفيروسات الكبدية).

ويمكن للشركة المنتجة لدواء ما، أن تسحب تسجيلها له، لأسباب متعددة، سواء لظهور أعراض جانبية، أو لتوليد عقار محسن أو جديد، أو لتدني المكسب. وذلك السبب الأخير مسموح به فقط للشركات المنتمة للقطاع الخاص، ولا تسمح وزارة الصحة بإعادة تسجيل دواء سبق أن سحب تسجيله، حتى لا يتم تلاعب بسعر الدواء.

ولكي تغير إحدى الشركات سعر منتجها، عليها التقدم بطلب إلى قسم التسعير بمركز التخطيط والسياسات الدوائية، للتنافس في ضوء معدل التضخم. وهناك وسيلة تلجأ إليها الشركات هي أن تعيد تسجيل أصناف معدلة من دواء سابق، بتعديل الجرعة الدوائية، أو إضافة عقار آخر إلى العقار الأصلي، أو تغيير شكل العقار من قرص مثلاً إلى كبسولة. وعلي سبيل المثال، فلقد تم في عام ١٩٩٣ و١٩٩٤ إعادة تسجيل ١٠٨٨ عقار، بما يرقى إلى ٤٨% من حجم مبيعات عام ١٩٩٤. وتلك الوسيلة تضاعف العبء الواقع على المجموعات المختصة بالتسجيل

والتفتيش، في جهازى التخطيط والسياسات الدوائية، وفي هيئة التحكم في الدواء والأبحاث، بما يترتب عليه من إنفاق وجهد بشري لا مبرر له.

٣-٩-١-٤-١-٦ التحكم فى جودة المنتج:

إن مسؤولية تأكيد الجودة QA تقع على الإدارة المركزية للصيدلة في وزارة الصحة، وعلى الهيئة المختصة بالأبحاث والتحكم في الدواء، حيث تقوم الإدارة المركزية بتجميع العينات، من الموردين، ومن المصنعين، ومن صيدليات البيع، وترسلها إلى الهيئة المختصة بالأبحاث والتحكم في الدواء، لإجراء الاختبارات الفيزيائية والكيميائية والميكروبيولوجية والأقربازينية، والإتاحة الحيوية بما فيها التجريب على متطوعين، ولا يشترط إجراء كل الإختبارات على كل عينة دوائية. أما الإختبارات المتعلقة بالتكنولوجيا الحيوية، خاصة للبروتينات، فتختص بها الهيئة العامة للمصل واللقاح التابعة لوزارة الصحة.

وهناك مراحل وخطوات لمناظرة المنتج، فتتم مناظرة المنتج المستورد في الميناء ويظل قيد التحفظ "كارنتين" لحين نفاذ موافقة وزارة الصحة.

أما الأدوية الكيميائية، المصنعة محليا، فتناظر أثناء الإنتاج وبعد الإنتاج. وفي كثير من الأحيان، لا يسمح للشركات بالبيع، حتى نفاذ موافقة وزارة الصحة. وهناك عشرون مفتشا (عام ١٩٩٥) دائمي الزيارة لوحدات التصنيع، بمعدل ٢-٣ زيارات أسبوعية، لجمع عينات من المنتج، كما تقوم أقسام وزارة الصحة المختصة، بمتابعة المنتج في الأسواق، وتجمع عينات عشوائية من مخازن بيع القطاعي، ومن المستشفيات. وتستغرق الموافقة على العقاقير المستوردة مدة ١٠ أيام -١٥ يوما لإجراء الاختبار، والسماح بالتداول. وحوالي ١٥ يوما أيضا لإجراء الإختبار والسماح بالتداول للمنتج المصنع محليا.

وتستقبل هيئة الأبحاث والرقابة الدوائية حوالي ٢٥ ألف عينة في السنة (١٩٩٥). وقد أجريت الإختبارات في عام ١٩٩٥ لحوالي ٢٣ ألف عينة، بينها ٧ آلاف عينة متأخرة من عام ١٩٩٤.

وقد تزايدت قدرة هيئة البحوث والرقابة الدوائية فى عام ١٩٩٧ حتى وصلت إلى القدرة على اختبار ٣٣ آلاف عينة.

غير أن الهيئة، بشقيها: فى معامل العجوزة والهرم بالجيزة، تحتاج إلى تجديدات، بما يزيد من قدرتها فى التكنولوجيا الحيوية، وعلوم الفيروسات، مع تعظيم قدرتها على إدارة ومعايرة معادنها وأجهزتها، وتأكيد جودة العمليات التشغيلية، وحفز أفرادها ومهنييها وباحثائها ليستمروا فى عملهم بالهيئة، وحتى لا يتجهوا إلى خارج الهيئة، بحثا عن فرص أفضل، وكذلك زيادة التسعير لعمليات الإختبار على العينات العديدة والمتأخرة.

٣-٩-١-٤-١-٧ المعلومات الدوائية:

يمكن الحصول على المعلومات الدوائية من عدة مصادر، وهى هيئة الرقابة والبحوث الدوائية، وكليات الصيدلة فى الجامعات العديدة، وشبكة المعلومات القومية، ومؤتمرات ولقاءات منظمات تقديم الخدمة الدوائية.

ويتميز مركز المعلومات والتدريب الدوائي، الموجود بهيئة الرقابة والبحوث الدوائية، بأنه يتيح الحصول على المعلومات الدوائية من مصادر العالمية ولوجا لشبكاتها وعن طريق أقراص الليزر من مصادر عديدة

STN - FDA - Inphorma- CCIS - Micromedex- AA - IPA - Toxin -
Chemline - Medline

وتستخدم تلك القاعدة المعلوماتية: شركات الدواء، وزارة الصحة والسكان، البحوث والدارسين، والطلاب والأطباء والصيدلة، نظير مقابل مادي رمزي للحصول على المعلومة.

ولعل تنسيقا بسيطا، يحقق تنظيما أفضل، لإتاحة المعلومات الدوائية، بأقل تكلفة، حيث يتم تجنب إزدواجية المصدر لذات المعلومة، ويمكن أن يتم ذلك بتخليق مجلس لتنسيق مصادر المعلومات، واختصار الوقت اللازم للحصول عليها.

٣-٩-١-٤-١-٨ تسجيل المصنعين والموردين:

يتم التفتيش سنويا على كل المصانع والمشاريع تنفيذًا لتوجيهات منظمة الصحة العالمية، بخصوص إختبارات جودة الصناعة GMP، وكذلك هناك نظام متبع للترخيص للشركات التي تصدر الأدوية إلى مصر، وتتم مطابقة بين النظام الموصى به وإجراءات التنفيذ.

٣-٩-١-٤-٢ الدواء وهيئة التأمين الصحي:

كانت هذه الهيئة لا تحدد قيودا على صرف الدواء سواء من ناحية عدد الأدوية الموصوفة في التذكرة الطبية الواحدة، أو من ناحية حق المنتفع في الحصول عليها، واسترداد قيمتها، حتى لو كانت عقاقير طبية بالأسماء التجارية. إلا أن الممارسة أوضحت الملاحظات الآتية بالنسبة لإستعمال المرضى للدواء:

- كثرة تردد المرضى على الأطباء المشهورين بكتابة أدوية عديدة في التذكرة الواحدة.
- تجميع المرضى للأدوية وتخزينها لإحتمال الاحتياج إليها في المستقبل.
- بيع الأدوية التي تم شراؤها لحساب المريض التأميني مرة ثانية إلى الصيدلية، مقابل تخفيض القيمة التي يستردها المريض من الصيدلي.
- استبدال العقاقير بمستحضرات تجميل بنفس القيمة أو بقيمة أقل.
- تبديد أدوية عالية القيمة، مثل أدوية العلاج الكيماوي بواسطة الممارس حيث كان يوصى بها للمريض.

وهكذا كانت تلك الهيئة تتفق ٥٦% من موازنتها، لسداد قيمة الأدوية المنصرفة إلى المرضى، بما يعادل ٦٥ جنيها للفرد سنويا وما يزيد عن متوسط الإستهلاك الدوائي للفرد بواقع ٣٠% (عام ١٩٩٥).

وبلاحظ أنه، بتطبيق التأمين الصحي على الطلبة، تمت مساهمة الطالب بما يعادل ٣٠% من قيمة الدواء عند صرفه من جهة صرف الدواء التأميني، وعدم

سداد قيمة الأدوية التى لا تكتب بمعرفة طبيب التأمين، إلا إذا كانت لها ضرورة طبية واضحة، وأدى ذلك إلى بلوغ قيمة الدواء للطلاب ٢٩% من قيمة الإنفاق الصحى عليهم، إلا أنه يجب ملاحظة أن الطلاب شريحة سنوية غير مستهلكة للدواء بطبيعتها، وهكذا بلغت قيمة صرف الدواء للفرد الواحد من الطلاب المنفعين بالتأمين ستة جنيهاً فقط في حين أن المتوسط العام واستهلاك الفرد الواحد للدواء فى مصر فى عام ١٩٩٥ كان "٥٠ جنيهاً". وهكذا بدأت الهيئة تطبيق قواعد جديدة مقيدة لسرف الدواء، للبالغين من العاملين، فى الحكومة، وقطاع الأعمال، والقطاع الخاص. فتم تقييد زيارات المرضى للأطباء الممارسين. وتم تحجيم عدد العقاقير الموصوفة لتذكرة الطبيب الواحدة، كما تمت إسهامات من المنفعين عند صرف الدواء. وتم تقييد تمويل الأدوية الشائعة إذا ما وصفت بغير ممارسى التأمين الصحى. وكذلك تم الإستناد إلى صرف الأدوية بأسمائها العلمية (الجنيسة) وليس التجارية. وتم الاسترشاد ببروتوكولات علاجية فى الأمراض المعدية. وأخيراً تم تقييد حق الممارس فى صرف أدوية العلاج الكيماوى والأدوية المخلفة باستخدام البيولوجيا الجزيئية. ولكن التنفيذ الذى يتم لا يشمل كل تلك القواعد، وبالرغم من ذلك فقد تناقص صرف الدواء بواقع ١٦% فى أواخر نفس العام ١٩٩٥.

وتقوم هيئة التأمين الصحى بشراء الأدوية بواقع ٢٥٤ مليون جنيهاً فى عام ١٩٩٥ بمعرفتها (حوالى ٥٩% من الإنفاق الدوائى يشترى بمعرفة الهيئة ذاتها) بواسطة مناقصات محلية وتفاوضات، بما يمكن الهيئة من الحصول على تخفيض يرقى إلى ٣٠% وحتى ٥٠% من سعر البيع للجمهور. وتوظف تلك الأدوية لتغطية إحتياجات أسرة التأمين الصحى الواقعة فى ٢٥ مستشفى، ٤٣١ عيادة تخصصية، ١٣٥ صيدلية تابعة للهيئة فى حين تقوم هيئة التأمين الصحى بدفع ١٦٦ مليون جنية إلى ٣٧٠٠ صيدلية تتعاقد معها الهيئة، وتبيع تلك الصيدليات الدواء بسعر البيع القطاعي للجمهور، لصالح الصيدليات، وهنا يثور سؤال حول ما يطالب به البعض، من أن تقوم الهيئة بفتح منافذ توزيع للأدوية بديلاً عن الصرف من الصيدليات المتعاقدة، وذلك الرأى هو فى حقيقته، إمتداد للرأى الذى يرى أن الهيئة هى المسؤولة عن التمويل، وتقديم الخدمة فى الوقت ذاته. أما الرأى الثانى والذى يرى أنه لا يجب أن بنشغل جهاز التمويل إلا بالتمويل، ومتابعة تنفيذ جهات تقديم

الخدمة - المستقلة عن جهة التمويل - طبقاً للاشتراطات التعاقدية، المطلوبة لأداء الرعاية الصحية، في مختلف المنظمات والوحدات. وبالتالي يلجأ أصحاب الرأى الثاني إلى التوصية بأن يكون صرف المنتفع للدواء من صيدليات القطاع الخاص (البيع بالقطاعي)، حيث أنها أقدر على تلبية طلبات المرضى وتشغيل صيدليات البيع، وذلك بشرط إتمام عقود تمكن هيئة التأمين الصحي من الحصول على العقاقير والمستلزمات الدوائية بقيمة مخفضة وليس بسعر صرف الأدوية بالقطاعي، ويوفر ذلك الحل تكلفة إنشاء وحدات صيدلية، بالإضافة إلى تحقيق الحصول على الدواء بسعر مخفض طبقاً للتعاقد، كما أنه يساعد على تركيز هيئة التمويل على إدارة الرعاية وليس على تقديمها بذاتها.

٣-٩-١-٥ صناعة الدواء المصري (المصنعون والمستوردون):

كانت الأدوية المستوردة في الخمسينات تشكل ٩٠% من الإحتياج الدوائي، وقد وصلت في ١٩٩٥ إلى ٧% فقط من حجم ذلك الإحتياج، إلا أنه يجب علينا أن نلاحظ أن القيمة المحلية المضافة لا تتجاوز ٣٥% من القيمة التي يفترض تحققها، وذلك لأن ٦٥% من القيمة المضافة، هي في حقيقتها قيمة مضافة مستوردة، مقابل الخامات المستعملة، والتقنية الآلية المستخدمة، ورسوم الترخيص المعرفي والتقني لتكنولوجيا الدواء... الخ.

ويجب أن نشير إلى أن ٨٠% من الخامات الموظفة في صناعة الدواء في مصر مستوردة (Nathan Assoc. - ١٩٩٥)، ولقد تزايد عدد الشركات العاملة في صناعة الدواء إلى حوالي ٢٥٠ شركة، ومن بين هذا العدد لا يوجد حتى عام ١٩٩٥ إلا ٢٥ شركة لديها عمليات مصنعية، علي حين الباقي يشار إليها على أنها مكاتب علمية لشركات، وهذه المكاتب العلمية لا تعمل في تصنيع الدواء، ولكنها تعمل أساساً في التسويق، وتعريف الأطباء والصيدلة، بمنتجات بعينها، كما أنها تتعاقد مع المصنعين العالميين للتصنيع المحلي، بواسطة منتجين محليين. وتخلق بعض الشركات متعددة الجنسيات مكاتبها المصلحية الخاصة، لتقديم منتجاتها.

هناك ثلاثة أنواع من الشركات:

- شركات مملوكة للحكومة، وحجم مبيعاتها يكون من ١٩% إلى ٢٢% من مجمل شركات البيع في السوق.
- شركات إقليمية (على مستوى الإقليم كله) وهي إما أن تكون شركات مملوكة كلية للقطاع الخاص، أو خليط مشترك من القطاع الحكومي والقطاع الخاص، وحجم مبيعات تلك النوعية من الشركات يمثل من ٢٥% إلى ٣٠% من حجم المبيعات الكلية.
- شركات متعددة الجنسيات، ويمثل حجم البيع من منافذها ٥٠% إلى ٥٥% من مبيعات السوق.

ومن الصعب في مصر، فصل الشركات المملوكة بالكامل للقطاع الخاص، والشركات التي بها مزيج ملكية من القطاع الخاص والحكومي، حيث أن أغلب الشركات بها عادة عدد من كبار المستثمرين، لا يقل عن خمسة أو أكثر، أغلبهم يمثلون هيئات حكومية مصرية، أو أخرى عربية، مما يجعل الشركات مملوكة جزئياً للحكومات. وفي بعض الأحيان نجد أن البنوك الحكومية تملك نسبة كبيرة من أصول عدد من تلك الشركات. وتعمل الشركات المملوكة لقطاع الأعمال، في إطار استهدافين متعارضين، بكونها هادفة للربح، وبكونها أيضاً ذات طابع خدمي غير ربحي، بما يجعلها غير قادرة على تحقيق أى من الهدفين. وهناك رقم غير مقطوع بصحته، يقول بأن المصانع الدوائية التي تقدم أدوية، أو خامات منتجة محلياً، تعاني من خسارة تراكمية وصلت إلى ٣٠٠ مليون جنية، عن مبيعات ترقى إلى حوالي ٧٠٠ أو ٨٠٠ مليون جنية، أي بخسارة حوالي ٤٨% إلى ٤٢%. أما بالنسبة لهدف تلك الشركات الخدمي غير الربحي، فإنها تحاول أن تقيد استيراد أو إنتاج هذه النوعية من الأدوية، التي غالباً ما تكون أساسية لتقلل من خسارتها، ويترتب على ذلك، وجود اختناقات في تلك النوعية من الأدوية، على مستوى البيع القطاعي للجمهور في الصيدليات.

ويقدر عدد العاملين المهنيين وغير المهنيين في شركات قطاع الأعمال بحوالي ٣٢ ألف، بينما يقدر عدد العاملين في شركات القطاع الخاص بحوالي ٩٥٠٠ فرد فقط. وتصل مرتبات الأفراد العاملين في شركات القطاع الخاص، إلى أكثر من ضعف مرتبات الأفراد العاملين في شركات الأعمال، والشركات المملوكة للحكومات. كما نلاحظ أن إنتاجية الفرد العامل تتدنى في شركات القطاع العام والشركات المملوكة حكومياً عند مقارنتها بإنتاجية الفرد في الشركات المملوكة للقطاع الخاص. كما أن نوعية العاملين في شركات القطاع الخاص أعلى من نوعية العاملين في القطاع الحكومي، وقطاع الأعمال.

٣-٩-١-٥-٢ الشركات متعددة الجنسيات والشركات الإقليمية المصرية والعربية:

هناك حوالي ٢٦ شركة متعددة الجنسية، يصل حجم مبيعاتها، كما أشرنا إلى ٥٠% من حجم مبيعات السوق. وتعمل تلك النوعية من الشركات إما كمصنعين للأدوية أو كمكاتب عملية لتلك النوعية من الشركات. بينما نجد أن الشركات الإقليمية المصرية والعربية يصل حجم مبيعاتها معاً إلى ٤٥ حتى ٥٠% (المصدر: INS - ١٩٩٥).

٣-٩-١-٥-٣ المدى الإنتاجي (عدد المنتجات) للشركات:

بلغت الأدوية المطروحة للبيع في عام ١٩٩٤ حوالي ٢٣٠٠ منتج دوائي، وتقوم الشركات الثمانية، المملوكة لقطاع الأعمال، بتغطية ١٣٠٠ منتج من تلك المنتجات، بمتوسط ١٦٢ منتج لكل شركة.

٣-٩-١-٥-٤ إتفاقات الترخيص وأحلاف التشغيل:

سبق إيضاح أن هناك حوالي ٢٥٠ مكتبا علميا مسجلا لعدد من الشركات الكبيرة، بعضها متعدد الجنسية، وتقوم تلك الشركات، بالتعاقد مع عدد من الشركات الكبيرة المحلية والإقليمية، من خلال إتفاقات ترخيص لها بمقتضاها في توزيع

منتجاتها. وفى بعض الأحيان تتواجد الشركات الكبرى وجودا محليا مباشرا، من خلال اتفاقات لتصنيع المنتجات مع الشركات المحلية (أحلاف تشغيلية).

٣-٩-١-٥-٥ التكامل الرأسى:

يقوم أغلب المصنعين باستيراد خامات أو أدوية كاملة التشغيل، ويوزعون بعض منتجاتهم على الصيدليات مباشرة، لكن أكثر الأدوية توزع من خلال نظام توزيعى وسيط، حيث أنه من غير المسموح به للمصنعين، أن يمتلكوا مخازن لبيع القطاعى (صيدليات توزيعية كبرى). أما الموزعون، فليس مسموحا لهم بالتوزيع للمنتفعين مباشرة، لأنه لا يسمح لهم بتملك صيدلية توزيعية.

٣-٩-١-٦-٥ تعظيم قدرة الانتفاع:

وتقدر طاقة الإنتفاع الموظفة فعليا بحوالى ٤٠% من طاقة الإمكانيات. وهناك ثلاثة مجموعات متفاوتة فى توظيفها لقدرة الانتفاع.

- مشروعات مشتركة مع شركات متعددة الجنسية وهى سويس فارما - هوكست - فايزر، وهى تعمل بطاقة إنتفاع ترقى إلى ١٠٠%، وتعمل أكثر من دورة عمل فى اليوم الواحد.
- شركات قطاع الأعمال وهى تعمل بطاقة إنتفاع تقترب من ١٠٠%.
- تزايدت الشركات الجديدة فى دائرة القطاع الخاص فى السنوات الأخيرة. وتقدر طاقة الانتفاع لديها بنسبة تتراوح بين ١٠% و ٥٠%، ولذلك توظف أيضا بعضا من قدراتها، بتقديم تلك الشركات خدمات تعاقدية للمكاتب العلمية، كما تقوم بإنقاص أسعارها بهدف تحقيق النفاذ إلى سوق البيع، وقد يصل التخفيض إلى ٥٠% من سعر بيع القطاعى، لكي تزيد التشغيل، وتوظف عمالتها الموجودة، وتعطى تكاليف التشغيل والعمالة.

٣-٩-١-٥-٧ تكنولوجيا العقاقير:

تقدر قيمة المبيعات من العقاقير عالية التكنولوجيا، المرخص بها عادة من الشركات متعددة الجنسية بالولايات المتحدة، والأقطار الأوربية، بحوالي ٤٥% من القيمة الكلية للمنتجات الدوائية. أما باقي المنتجات الدوائية بما فيها التعبئة وما يماثلها، وقليل من المنتجات المتقدمة تكنولوجيا، والمنتجات البيوتكنولوجية، فتصنع محليا، وتصنف تلك الأخيرة كالاتي:

١. منتجات الأمصال من هيئة المصل واللقاح الحكومية.
٢. مواد التعبئة للأدوية الزجاجية والأنابيب الالومينية والتغليف المفضل.
٣. تصنيع الأنزيمات.
٤. كيمائيات جاهزة التحضير Kits خاصة المعملية.
٥. المستلزمات الطبية، والمعدات وحيدة الاستعمال، والمستحضرات اللازمة لوحداث الأسنان.
٦. الأقراص، والكبسولات، واللبوسات، والمراهم، ومنتجات أدوية العيون، والأمبولات، والمساحيق، والمعلقات، والمحاليل، والقطرات، والبخاخات.

ولكن ما ينقص تلك الشركات المحلية، هو عدم لوجها، حتى الآن، مجال البحث والتطوير R&D بما يتطلبه من إنفاق ودأب، وفي القطاع الدوائي في مصر مازال الإنفاق علي البحوث والتطوير محدودا جدا، بما لا يتجاوز ٣% من حجم البيع، حيث تعتمد أغلب الشركات على التكنولوجيا المرخص بها، كما أن توجيه إنفاق تمويل البحوث والتطوير ليس موجهة لإكتشاف كيمائيات جديدة NCEs، وإنما إلى طرق تقديم الدواء، وأشكال الجرعات، وما إليه. ولاشك أن تدخل الدولة التمويلي وارد، ولو بصفة مؤقتة، لحين وصول تلك الشركات إلى وضع وحجم، يسمح لها بتمويل منتظم للبحوث والتطوير.

٣-٩-١-٥-٨ إستيراد العقاقير:

يشكل إستيراد الدواء ما لا يزيد عن ١٨٠ مليون جنيه (عام ١٩٩٥) بنسبة ٧% من إجمالي مبيعات الأدوية، وتحدد السياسة الدوائية في مصر استيراد الأدوية

كاملة الصناعة بقيود: أولها ما لا يمكن تصنيعه في مصر، وثانيها للأدوية متقدمة التكنولوجيا، وأخيرا لأدوية إنقاذ الحياة، ولا تجيز إلا هامشا ربحيا لا يتجاوز ٣٠% فوق سعر التكلفة، بينما تسمح للأدوية المصنعة محليا، بهامش يصل إلى متوسط ٧٧% فوق سعر التكلفة. ويتم استيراد أغلب تلك الأدوية من أقطار أوربا الغربية، ومن الولايات المتحدة، لأسباب تتعلق بجودة المنتج، والضريبة المفروضة على الأدوية المستوردة بنسبة ٥% من القيمة، تتخفّض إلى ١% بالنسبة للعقاقير الأساسية مثل ألبان الأطفال والأنسولين، ومن حق شركات القطاع الخاص، وقطاع الأعمال، إستيراد الدواء، ولكن الشركة الوحيدة بقطاع الأعمال التي يسمح لها باستيراد الدواء، هي شركة مصر الطبية.

٣-٩-١-٥-٩ تصدير الدواء:

تقدر قيمة الأدوية المصدرة بحوالى ٣٠٠ مليون جنيهه خلال عام ١٩٩٤ "وزارة الصحة - مركز التخطيط والسياسات الدوائية" أى بما يصل إلى ١٠% من قيمة الدواء فى السوق المصري. وأغلب الجهات التي تصدر إليها الشركات الدوائية هي: اليمن، والسعودية، والبحرين، وعمان، وقطر، والأردن، والإمارات، وسوريا، ولبنان، والسودان، وإريتريا، وليبيا، والحبشة، وأقطار أخرى مثل: رومانيا، وباكستان، وروسيا.

ويرى بعض الدارسين، أنه إذا أحسنت إدارة الدواء فى مصر، فإنه يمكن من خلال التصدير أن يكون مصدرا هاما للعملة الصعبة، حيث أن طاقة الإنتفاع يمكن تعظيمها، خاصة أن التكلفة فى مصر أدنى منها فى سائر الأقطار العربية المجاورة. أما إذا طورت مصر من قدراتها على إنتاج أدوية عالية الجودة، فإن قدرتها على التصدير تتسع، لتصل إلى الهند والصين، بشرط أن تكون التكلفة أدنى من الأسعار المطروحة، فى تلك البلاد الواسعة.

٣-٩-١-٥-١٠ الخامات اللازمة لصناعة الدواء:

قدر الاستيراد الكلى للخامات المستهلكة فى مصر فى عام ١٩٨٨ بحوالى ٩٠% إلى ٩٥% (الشفيع فى ١٩٩٠). ويقدر اليوم بأن استيراد الخامات بكل

أنواعها ما زال حوالى ٨٠% وقد يتوقع انخفاضه إلى ٧٠% أو ٧٥% وذلك بالرغم من كل المحاولات المبذولة، لجذب المستثمر والمصنع الأجنبي، ويعتقد الأخير أن مخاطر ذلك الإستثمار مرتفعة بسبب التدخلات الحكومية، وتآكل قيمة العملة المحلية، والمخاطرة السياسية، ويشير أيضا إلى التحكم الحكومى فى التسعير، وانخفاض هامش الإضافة Cost plus المتاح محليا، وبالتالي يتخوف من المخاطرة بمشروع كثيف التمويل وطويل المدى.

وحاليا، يتواجد بمصر شركتان لإنتاج الخامات والكيماويات الأساسية: الأولى وهى حكومية شركة "النصر"، والثانية وهى شركة قطاع خاص "أكو - فارم"، ونتاجهما محدود ومهدد، كما أن المركز القومي للبحوث، التابع لوزارة البحث العلمي، يساعد صناعة الدواء المحلية فى رفع قدرات تلك الصناعة إنتاجيا وتكنولوجيا، بالتوجه نحو تخليق كيماويات دوائية.

أما بخصوص الضرائب الجمركية على الخامات، فهى ٥% بالنسبة لمعظم البنود، فيما عدا القليل من تلك البنود، حيث يصل بعض تلك البنود إلى ١٠%، وبالتالي فهى نفس القيمة بالنسبة للأدوية المستوردة كاملة التصنيع.

ويتم اختبار جميع منتجات الخامات الدوائية المستوردة، للتأكد من جودتها، بمعرفة هيئة الرقابة والبحوث الدوائية، حيث تخزن الخامات طرف المستورد، وتظل محروسة بلا إفراج، لحين صدور الموافقة، وتستغرق تلك الموافقة مدة متوسطها شهر، أو تزيد إلى ثلاثة شهور، إذا تطلب الأمر أن تكون المحاليل خالية من البيروجينات.

وتلتزم كل شركة، بأن كل المستوردات تكون حاصلة على ما يثبت أنها قد التزمت باتباع الخطوات، الخاصة بجوده المنتجات الدوائية، خلال مسارها فى التجارة العالمية، طبقا لمواصفات الصحة العالمية، ويشك بعض الدارسين فى مدى دقة وجودة تلك الاختبارات، ويعتقد انه يكون من الأفضل أن يلتزم المصنعون والمستوردون، بقبول اختبارات الجودة التى تطبقها الشركة، بإشراف هيئة البحوث والرقابة الدوائية، للتأكد من دقة وجودة الاختبارات، كما أن لتلك الهيئة الحق فى أخذ عينات لتأكيد السلامة والجودة.

٣-٩-١-٥-١١ جودة المنتج والصناعة الدوائية:

توضح تقارير منظمة الصحة والدواء الأمريكية، أن بعض الشركات المصنعة للدواء، خاصة في قطاع الأعمال، تؤدي أعمالها في ظروف بائسة، فيما يتعلق بمعداتها ومبانيها ومهنييها المدربين، ولعل ذلك يرجع جزئياً إلى الثمن المنخفض للأدوية، والذي لا يحقق ربحاً، بما يؤدي إلى إختصار الخطوات للوصول إلى المنتج النهائي، بأقل تكلفة، علي حساب الجودة. ويتوقع بعض الدارسين أن تطبيق مواصفات جودة الصناعة، في القطاع الخاص، ليست أيضاً مرضية، بالرغم من غيبة أى دراسات نافية أو مؤيدة لذلك التوقع، ويرى أنصار التخصصات أولوية خصصة العمليات التشغيلية في القطاع الحكومي، حتى لو تطلب الأمر زيادة السعر الدوائي.

٣-٢-١-٥-١٢ التعريفات واتفاقات التجارة العالمية:

ارتبطت مصر بمنظمة التجارة العالمية، من خلال اتفاقية الجات، لحرية انسياب السلع. ويتم حالياً إعداد مصر للارتباط بنظام التربس، أي بأسس الملكية الفكرية، وكذلك للارتباط باتفاقية الجاتز (Gatts)، لحرية انسياب الخدمات بين الأقطار، ويرى بعض الباحث، أنه لا خوف من التقبل الكامل لاتفاقية التربس في مجال العقاقير الطبية، حيث أن تلك الاتفاقية لا تسرى إلا على ٥% فقط من المنتجات الدوائية الحالية، كما أن قيام السلطات الصحية في مصر، بتحديد قائمة أدوية أساسية EDL ستفيد العقاقير الطبية المسموح بدخولها، من بين تلك المتواجدة على القائمة، وأخيراً فإن قبول مصر الاتفاقية التربس سيشجع الإستثمار الأجنبي للتصنيع في مصر. وعموماً فإن تعاون الحكومة، والقطاع الخاص المحلي معاً، سيقفل من أي أضرار محتملة لاتفاقية التربس في مجال الأدوية، خاصة إذا ما تكتلت الدول النامية للحصول علي شروط تناسبها، وفترات سماح، لإعداد الداخل الإقليمي، للتعامل الحر مع الخارج.

٣-٩-١-٦ تسعيرة الأدوية:

منذ أواخر الثمانينات، إتضح عملياً أن التضخم يحدث تآكلاً في تسعير الدواء (بمعنى تآكل في القيمة الحقيقية للدواء). ولما كانت ٦٥% إلى ٧٥% من مدخلات

تصنيع الدواء مستوردة كخامات، أو آلات، أو خبراء... الخ، فإن قيمة المنتج الدوائي تتناقص كقيمة حقيقية من ١ دولار عام ١٩٨٦ إلى ٠,٣٢ دولار عام ١٩٩١ ثم إلى ٠,٢٧ دولار عام ١٩٩٥.... الخ.

ولقد قام مركز التخطيط والسياسات الدوائية بدراسة سعرية، أدخل فيها متوسط حساب الزيادة التي تتم سنويا بواقع ٥-٧%، وبعد احتساب رفع الأسعار الذي تدخله وزارة الصحة كل فترة في الاعتبار، وكذلك احتساب تآكل قيمة الجنية المصرى. وأوضح أن عقارا أدخل في عام ١٩٨٦ بسعر ١ دولار تصبح قيمته الحقيقية في عام ١٩٩٥ معادلة ٠,٤٨ دولار.

وتحت ضغط صندوق النقد الدولي، والبنك الدولي، صدر مرسوم تسعير جديد لتسجيل كل العقاقير الجديدة في عام ١٩٩١/٩٠، وتمت كذلك مراجعة أسعار العقاقير التي سبق تسجيلها قبل ذلك التاريخ وأخضعت في عام ١٩٩٢ لإمكان زيادة تسعيرها بالتدريج إلى أربعة أو خمسة أضعاف سعرها القديم، لكي تصبح أسعارها أسعارا اقتصادية، وشمل اتفاق صندوق النقد الدولي، والبنك الدولي، وجوب مراجعة الأسعار المقررة كل سنتين، آخذين في الاعتبار معامل تآكل العملة المحلية وزيادة أسعار مدخلات التصنيع الدوائي (العمل والعناصر الدوائية النشطة..). ولكن ذلك الاتفاق لم يتبع، حيث لم تتعادل الزيادة السعرية مع التضخم، مما أدى إلى ذبول الإنتاج الدوائي (Nathan Ass-95)، ولجأت الشركات - لكي تتواءم مع الأسعار الجارية - إلى الإسراع في دخول السوق بمنتج جديد، أو إدخال بعض التغييرات التافهة، مثل زيادة الجرعة إلى ٣٢٠ مجم مثلا بدلا من ٣٠٠ مجم، أو إضافة مذيب أو معلقات، أو النزول بعبوة أكبر للأقراص مثلا... الخ، وخلال عامي ١٩٩٣ أو ١٩٩٤ كانت العقاقير التي سجلت خلال هذين العامين ١٠٨٨ عقارا بما يرقى إلى ٤٨% من حجم المطروح في السوق من الأدوية، ولقد استعملت دول أخرى تتميز بالتضخم المفرط مثل تلك الوسائل (دولة البرازيل)، وتحاول وزارة الصحة المصرية أن تحد من ذلك، بتقييد عدد العقاقير التي تسجل في كل مجموعة دوائية.

مقارنة تسعير الأدوية لدى المصنعين المختلفين:

وبمقارنة أسعار المصنعين، يمكن أن نجد تنوعاً فى التسعير لنفس العقار، حيث قد يوجد عقار معين وله أسعار متعددة. وبفحص عقاقير شائعة ومداولة، يتضح لنا أن العقاقير منخفضة التسعير، قد سعت بأقل من مستوى السعر المحدد بالـ UNICEF بحوالى ٣٥%، بينما العقاقير المماثلة، ولكنها مرتفعة السعر، قد حددت بأعلى من مستوى السعر المحدد بمعرفة الـ UNICEF بحوالى ٤٨%، وعادة ما تكون الأسعار الرخيصة خاصة بمنتجات شركات قطاع الأعمال، فهي التي تتحمل العبء الأكبر لبيع الأدوية بسعر مدعوم. ولقد قدر أن حوالى ٥٠% من منتجات شركات قطاع الأعمال تباع بالخسارة على الشركات، وبالرغم من ذلك، فهناك حظر على تلك الشركات لزيادة أسعارها، حتى لا يتحمل السكان أعباء تلك الزيادات.

تغيرات سعر الأدوية:

إن دواء مسعراً فى عام ١٩٨٦ بما يعادل ١,١ دولار قد أصبح فى عام ١٩٩٣ بما يعادل ٠,٧٧ دولار بما يعادل تدنى سعره بـ ٣٠%. ولكنه عاد مرة أخرى فى عام ١٩٩٤ ليصبح ٠,٨٨ دولار بما يعادل زيادة فى سعره بـ ١٠%. وترجع أسباب التحول الأخير إلى تآكل سعر الجنيه المصرى بما يعادل ٣% سنوياً منذ ١٩٩١، وإلى قرار التسعير فى وزارة الصحة فى عام ١٩٩٠/١٩٩١، وأخيراً إلى تسجيل عدد كبير من الأدوية الجديدة.

نظام التسعيرة الدوائية:

إن نظام التسعير باستعمال معادلة "التكلفة مضافاً إليها" أو "Cost plus" هو خطوة جوهرية لتسجيل الدواء حتى يتسنى بيعه. ولقد اعتادت وزارة الصحة المصرية تحديد سعر ثابت للدواء، للبيع بالقطاعي، فى الصيدليات للجمهور، مع بيان السعر على عبوة المنتج المعبأ. ويشمل ذلك السعر ربحية المصنع، وهي تتراوح من ١٠% إلى ٢٥%، وكذلك حق الموزعين وهو يعادل ٧,٥%، وحق الصيدلة (بيع القطاعي) وهو يعادل ١٢% إلى ٢٥%. أما الدواء المستورد فيضاف

إليه ٣٠% بحيث يصبح الجنيه الواحد ١,٣٠ كسعر بيع للجمهور من الصيدليات. أما المنتج المحلي فيصبح الجنيه الواحد (التكلفة) ١,٧٧ جنيه كسعر بيع للجمهور من الصيدليات. ولذلك تلجأ الشركات في ظل ذلك النظام إلى زيادة أسعار خاماتها المحلية، وباقي الأسعار المباشرة المتعلقة بالإنتاج، لكي تعتصر إمكانية الحصول على أعلى سعر ممكن للبيع للجمهور.

وتقوم وزارة الصحة والسكان بتحديث الأسعار، من خلال إصدار نشرة شهرية، توضح أى أسعار مستجدة، أو أى أدوية جديدة، ويوزع ومركز التخطيط والسياسات الدوائية من حوالي ٢٠ ألف نسخة إلى ٣٠ ألف نسخة، لترسل إلى الصيدليات والمستشفيات والموزعين.

التسعير المدعوم للمنتجات الأساسية:

بجانب ما يتم بيعه من أدوية بسعر منخفض، بما يصل في قليل من الأحيان إلى درجة الخسارة على الشركة المنتجة، فإن هناك أيضا أدوية أساسية وضرورية، يتوجب توفيرها بأدنى سعر ممكن للسكان وهى: الأنسولين، وبعض أدوية أمراض القلب والأوعية الدموية، والعلاج الكيماوى لمرضى السرطان، وألبان الأطفال، حيث تلجأ الحكومة إلى تحمل دعم واضح وظاهر بمعرفتها نيابة عن السكان.

وقد بلغ دعم الحكومة لتلك الأدوية فى عام ١٩٩٥ حوالي ١٢٠ مليون جنيهه (حوالي ٤% من حجم البيع الدوائي في حينه)، ولقد فوضت عملية الشراء والتوزيع، لتلك الأدوية المعانة من الدولة، إلى شركة قطاع أعمال، وهى الشركة المصرية لتجارة الأدوية، وللحقيقة فإن السعر الذى تدخل به تلك الأدوية إلى الموانى المصرية هو ٢٥٠ مليون جنية سنويا ولكن قيمة البيع لتلك الأدوية تصل إلى ١٣٠ مليون جنيه فقط (بما يوازي أكثر قليلا من نصف الدعم المقدم من الحكومة)، فيما عدا بعض الأدوية التى تباع بواقع ٧% إلى ١٢% من قيمتها الحقيقية. وكمثال لتلك النوعية الأخيرة نشير إلى دواء القلب لانوكسين، ودواء السكر الأنسولين، ويفترض أن تغطي الحكومة الفرق، وهو قيمة الدعم، أى ١٢٠ مليون جنية، ولكن الواقع أن شركة مصر للأدوية هي التي تغطي الدعم، ثم تحصل من الحكومة، حيث لا تدفع

الأخيرة إلى الشركة، إلا في حدود ٧٢ مليون جنيه، وعلى الشركة أن تتحمل خسارة معادلة لـ ٤٨ مليون جنيه.

٣-٩-١-٧ توزيع الأدوية:

توزع الأدوية في مصر لتصل إلى أكثر من ١٤ ألف صيدلية (زادت أخيرا إلى حوالي عشرين ألف صيدلية) وحوالي ٥٤٠ مستشفى وأكثر من ٣٠٠٠ وحدة صحية، ويتم توزيع ٩١% من الأدوية : بواقع ٣٥% بمعرفة الشركات ذاتها (المجموعات الثلاثة)، ٣٣% بمعرفة الشركة المصرية لتجارة الأدوية، ٢٣% بمعرفة شركة الشرق الأوسط للكيمياويات، والشركة المتحدة للصيادلة. وعادة ما يلجأ المنتجون للدواء إلى إستعمال أكثر من قناة لتوزيع أدويتهم، ويصل بعضهم إلى إستعمال القنوات الثلاث المتاحة. أما الـ ٩% المتبقية: فتتوزع بين عدد من الموزعين والتعاونيات، المشكلة من عدد من الصيدليات يجمعون احتياجاتهم، ويشترونها مباشرة من المنتجين. وهذه العملية التوزيعية لا تحتاج سوى رأسمال محدود للبدائية، في حين أن رأس المال الدائر (العامل) يمكن أن يتولد من عمليات التشغيل (شراء بتأجيل من خلال شروط دفع تسمح بتأجيل الدفع للمنتجين يرقى إلى ٩٠ يوما، وتأجيل دفع إلي الموزعين يرقى إلى ٦٠ يوما)، مما ييسر علي الموزعين، والصيادلة توليد نموا متزايدا دون الحاجة إلى ضخ رأسمالي إضافي.

٣-٩-١-٧-١ الشركة المصرية لتجارة الأدوية:

هي الشركة الوحيدة التي تمارس دورا متكاملًا في مجال الأدوية، حيث أن صلاحيات الاستيراد مفتوحة لها، وكذلك مهمة توزيع الأدوية، وكذلك البيع بسعر القطاعي. وهي من شركات قطاع الأعمال، وكانت، فيما سبق، الشركة الوحيدة المصرح لها قانونًا بتوزيع الدواء. ولكنها ظلت غير قادرة كشركة موزعة على الوفاء باحتياجات الجمهورية من الدواء. وحديثًا، وتحت مسمى التدرج في تطبيق الإصلاح الصحي، سمح للشركات بتسويق مباشر للأدوية، وفتح السوق لتوزيع الدواء، بمعرفة القطاع الخاص. وتزايد التوجه للإنتفاع بالقطاع الخاص، الذي بدأ أكثر كفاءة من القطاع العام .

ويشير المنتجون والصيدالة (موزعي القطاعي) والموزعون المنافسون إلى تلك الشركة على أنها الديناموسور، وتتووع آليات إدارة تلك الشركة، فيما بين نظم يدوية تحكم دخول الأدوية، وتخزينها، وكنترول التخزين... الخ، صعودا إلى أنظمة أخرى تستند إلى توظيف جزئي للكمبيوتر في التخطيط والشراء، وبعض العمليات المتعلقة بمسك سجلات العمليات المالية. ويقول أحد المنتجين إن الشركة بمجرد أن تضع يدها على منتج لك، فلا يمكنك أن تعلم أين يتواجد؟ في المخازن أو في البيع أو انه إختفي، وبالرغم من أن دور تلك الشركة أصبح إختياريا، فان كثيرا من الشركات، ما زال يلجأ إلى توزيع بعض منتجاته عن طريقها، حيث أنها ما زالت المستورد والموزع الوحيد للأدوية المعانة التي أشرنا إليها، مما يعزز مقولة وجود دور احتكاري لتلك الشركة، حيث لا توجد أي شركة ترغب في استيراد أدوية معانة تباع بما قد يصل إلى ١٠% من قيمتها الإستيرادية، وإن تلك الشركة توزع تلك الأدوية المدعومة على كل الصيدليات، ومنافذ البيع، وهي لا تبيعها لتلك الصيدليات والمنافذ إلا إذا أخذت الصيدليات أدوية أخرى، توزعها تلك الشركة مع حصتها من الأدوية المعانة.

وقد بلغ حجم مبيعات الشركة المصرية لتجارة الأدوية في العام المالي ٩٤/٩٥ (٨١٦ مليون جنية) ١٧% منها من الأدوية المستوردة و ٨٣% من أدوية ومستلزمات منتجة محليا، وبالطبع فإن أغلبية الأدوية المستوردة هي الأدوية المعانة.

وتحصل شركة مصر على ٧,٦% من قيمة أدوية القطاع الخاص والقطاع شبه الخاص، ولكنها تحصل على ٨,٧% من قيمة أدوية الشركات المملوكة للحكومة. بينما تحصل شركة الشرق الأوسط للكيمياويات والشركة المتحدة للصيدالة (المنافس من القطاع الخاص) على ٧,٦% فقط، من قيمة جميع الأدوية الواردة إليها للتوزيع، أيا كان مصدرها من الشركات الحكومية أو من القطاع الخاص.

٣-٩-١-٧-٢ شركة الشرق الأوسط للكيماويات، والشركة المتحدة للصيادلة:

ولقد أسست تلك الشركة في عام ١٩٧٣، وهي شركة ذات خبرات واسعة، ويتوقع أن تلعب دورا متزايدا أكبر من الشركة المصرية لتجارة الأدوية، وأكبر من شركات إنتاج الدواء في سوق بيع الأدوية، وتعتمد تلك الشركة على نظام عمليات محكم، يحقق تواسلا مستمرا وثابتا، بين ممثلي البيع من ناحية، والأطباء والصيادلة من ناحية أخرى. ويصبح النظام المشار إليه قادرا على رصد أي طبيب يغير من عاداته في وصف الدواء، بحيث يتلقى فوريا اتصالات ومتابعة، من ممثلي البيع لدى الشركات المنتجة، الذين يحرضون الطبيب على استعمال ماركة تجارية دوائية معينة، وتقدم تلك الجهات إلى الأطباء حوافز سخية، مقابل تشجيعهم لوصف منتجات معينة، بما فيها برامج تعليمية ومشاركة، في المؤتمرات الدولية في أقطار متقدمة.

ولقد أدى نجاح تلك الشركة، إلى تزايد تعاقداتها مع شركات إنتاج الدواء، التي كانت تتعاقد سابقا مع الشركة المصرية لتجارة الأدوية، ولقد تزايد توزيع أدوية شركات الإنتاج التي تزايد تعاقدتها، مع تلك الشركة، عما كان ذلك عليه سابقا، في أثناء مرحلة تعاقدتها مع الشركة المصرية لتجارة الأدوية. ولعل أكبر مؤشر على نجاح تلك الشركة أن لديها ٧ أدوية من أكبر عشرة أدوية توزيعا في السوق.

وهناك فرق جوهري بين الشركتين حيث أن شركة الشرق الأوسط للكيماويات، والشركة المتحدة للصيادلة، تعمل على أساس إستلام البضاعة، وسداد ما يتم بيعه منها، بما يحافظ على أن تظل الصيدلية ذات مخزون منخفض، أما شركات إنتاج القطاع العام فهي ممنوعة من تلك الطريقة للبيع، حيث أن الموزع يجب عليه شراء كل إنتاجها ومخزونها، وعلى ذلك فإن تلك الشركة تتعامل أساسا مع شركات القطاع الخاص.

ونظرا للأهمية المستقبلية لنظام التوزيع وتكلفته، فإنه يجب تحليل المؤشرات لبيان التباينات بين الشركتين، لأنها فوارق بين أسلوبين، يوضحهما الجدول التالي "٥٤" للمقارنة بين الشركتين. ومن ذلك الجدول يتضح أن كفاءة الموظف بالشركة

(١) ترقى إلى الضعف، وأيضاً أن كفاءة تشغيل العربية الواحدة ترقى إلى الضعف بالشركة (١)، وأن دوران المخزون أكثر كفاءة بما يعادل أكثر من ٢,٥ ضعف لصالح الشركة (١).

جدول رقم "٥٤" مقارنة كفاءة المؤشرات بين شركتي التوزيع الدوائي الرنسييتين

المؤشرات	الشركة (١)	الشركة (٢)
المال المشغل منسباً للبيع	١% من حجم المبيعات	غير محدد ولكنه تحت ١%
الموظفون	١٨٠٠ موظف	٤٨٠٠ موظف
البيع بالجنية مقابل كل موظف	٣٢٠٠٠٠ جنية	١٧٠٠٠٠ جنية
عدد الفروع	٤٩ فرع	٥٥ فرع
عدد العربات الموظفة	٢٣٠ عربة	٥٠٠ عربة
البيع الجنية مقابل كل عربة	٢٥٠٠٠٠٠ جنية	١٦٣٢٠٠٠ جنية
الحد الأقصى للمخزون	٤٠ - ٦٠ مليون جنية	١٨٧ مليون جنية
معدل دوران المخزون	١١ - ١٢ دورة في السنة	٤ - ٥
توظيف الأتمتة للشحن والفواتير	موظفة في كل العمليات كل الفروع	موظف في خمس وحدات فقط
متوسط عدد الفواتير المحددة	١٢٠ ألف فاتورة شهريا	غير محدد
متوسط الوقت بين الطلب والإستلام	١-٣ يوم	١-٧ يوم
مدة سداد الفاتورة	٦٠ يوم	٦٠ يوم
مدة سداد استحقاق المورد	٩٠ يوم	٩٠ يوم

الشركة (١) هي شركة الشرق الأوسط للكيمياويات والشركة المتحدة للصيادلة

الشركة (٢) هي الشركة المصرية لتجارة الأدوية

المصدر: من الشركتين - ١٩٩٥

٣-٩-١-٨ صيدليات بيع القطاعي:

٣-٩-١-٨-١ حجم السوق الصيدلي:

يصل عدد الصيدليات في مصر إلى أكثر من ١٤ ألف صيدلية خاصة، أي بما يعادل صيدلية لكل ٤٤٠٠ مواطن (عام ١٩٩٥) بما يغطي قدرة توصيل الدواء للمواطنين. وقد زادت أخيرا في نهاية القرن إلى حوالي ٢٠ ألف صيدلية، وينقل عدد الصيدليات طبقا لتوزيعها الجغرافي، حيث يصل إلى الضعف في المحافظات الحضرية، إذا ما قورنت بتوزيع الصيدليات في محافظات الوجه القبلي، وذلك بسبب نقص الدخل للفرد في محافظات الوجه القبلي وتناقص الكثافة السكانية بها.

ويتم توزيع حوالي ٨٤% من مبيعات الأدوية (٢٤٦٤ مليون جنية عام ١٩٩٥) بمعرفة الصيدليات الخاصة مباشرة للمشتريين من المواطنين، والباقي ١٦% لكبار المشتريين، أي المستشفيات، والوحدات العلاجية.

وإذا ما قارنا بين الإحصائيات المقدمة من الشركتين السابقتين، والتي تشير إلى أن عدد الصيدليات الخاصة يصل إلى ١٣٥٠٠ صيدلية، مقارنا بما تشير إليه أرقام الجهاز المركزي للتعبئة والإحصاء في نفس العام، والذي يشير إلى أن عدد الصيدليات الخاصة ١٥٥٥٣ صيدلية، بفارق ٢٠٠٠ صيدلية، وإذا استندنا إلى عدد الصيدليات المشار إليه في إحصائيات الشركتين، فإن متوسط بيع كل صيدلية بسعر بيع القطاعي يصل إلى ١٧٥-١٩٠ ألف جنية للصيدلية الخاصة الواحدة في العام.

ويتوجب ملاحظة أن هناك تفاوتاً بين الصيدليات، حيث أن هناك حوالي ١٢٠٠ صيدلية، تبيع وحدها ٤٠% من حجم المبيعات الكلية في سوق الدواء، كما أن هناك ٩٠٠٠ صيدلية لا تبيع إلا في حدود ٢٠% من حجم المبيعات الكلية.

وفي مصر يجب أن يكون الصيدلي مالكا للصيدلية، ولا يجوز أن يمتلك الصيدلي أكثر من ثلاث صيدليات، ولا يوجد في مصر سلاسل مخازن صيدلية. وحتى عام ١٩٩٥ كان هناك حوالي ١٠٨٠٠ أصحاب صيدليات يتملكون ١٣ ألف إلى ١٤ ألف صيدلية.

٣-٩-١-٨-٢ تشغيل الصيدليات

يتم تشغيل الصيدلية لمدة ٨ ساعات كحد أدنى، ولكن متوسط مدة فتح الصيدلية هو ٨ إلى ١٠ ساعات يوميا لمدة ٦ إلى ٧ أيام أسبوعيا.

وهناك صيدليات مختارة تعمل لمدة ٢٤ ساعة يوميا، ولا يوجد في مصر فنيين لأعمال الصيدلية، ويجب أن يظل الصيدلي متواجدا في ساعات تشغيل الصيدلية، ويقوم الصيدلة بتوظيف عدد من الجامعيين في الصيدليات، وكذلك توظيف عدد من طلاب كليات الصيدلة، وبعض الأعداد القليلة من الفنيين ومساعدى الصيدلة.

وعادة ما يبيع الصيدلة مستلزمات طبية، مثل الحقن البلاستيك، ومعدات الحقن الوريد، وأكياس البلاستيك المعقمة للأغراض الطبية المتنوعة، والأغذية المستخدمة في الأغراض الطبية، والمساندات الغذائية ذات الطابع الطبي، والأبوان الخاصة بالأطفال، ومستحضرات التجميل وغيرها. وتباع المستحضرات والأدوية الطبية بكافة أنواعها، وبكل عناصر جداول الأدوية، في الصيدليات فقط، ويحظر بيع أي نوع من العقاقير، مهما كانت بساطته، أو موقعه في الجدول، من منافذ بيع أخرى، مثل المخازن، أو محلات البقالة، أو السوبر ماركت، أو غيرها، كما يحظر الإتجار في الأدوية خارج مساراتها، ومنافذ بيعها. وهناك قواعد حاكمة للتخزين، والتشوين، وإحترام الصلاحية، واشتراط الالتزام بها، موضحة على العبوة، وبخصائص فيزيقية جيدة، وبعينات للفحص والتحليل، والتأكد من الصلاحية الكيميائية، والفاعلية، والأمان، كما أن هناك إلتراما بالتسعير الدوائي، عند منافذ البيع بسعر البيع للجمهور المثبت على العبوة الدوائية، فلا تنافس في سعر البيع، وإنما التنافس في خدمة المستهلك وترشيده، وتقديم النصح له.

وكل الصيدليات لديها نسخة من وزارة الصحة تبين الأدوية Legend Drugs التي يتحتم وصفها بمعرفة الطبيب من خلال تذكرة طبية يحررها الطبيب، ويلتزم بها الصيدلي.

وبالرغم من ذلك، فإن مبيعات هذا النوع من الأدوية Legend Drugs بدون تذكرة طبية، تبلغ ٦٠% من حجم المبيعات، ويعتمد طالب الخدمة على خبرته الشخصية، وخبرات أسرته وأصدقائه، ونصح الصيدلي، لاتخاذ قرار شراء دواء بدون وصفة طبية، إلا أن الصيدلة لا يجازفون بإعطاء أدوية منومة، أو منبهة للحالة النفسية، أو مخدرة، أو أدوية العلاج الكيماوي للأورام، أو أدوية القلب المتخصصة Narrow Therapeutic Window، بدون تذكرة طبية. وقد يتقدم بعض الصيدلة بنصائح للمرضى لمساعدتهم في إتخاذ قرار، أو التوجيه لإجراء تحليل أو بحث طبي أو لطبيب بعينه.

٣-٩-٢ استخلاص

٣-٩-٢-١ موجز السياسة الدوائية: "سبق إيضاح ذلك في الفقرة الواردة برقم ٣-٩-١-٤-١-٣".

٣-٩-٢-٢ إتاحة الدواء للمواطنين:

تقوم وزارة الصحة من خلال مركز التخطيط السياسات الدوائية، وبالإستناد إلى شركات قطاع الأعمال، بتعزيز توفير العقاقير الأساسية بأسعار رخيصة قدر الإمكان. وبالرغم من ذلك فإن صيدليات التوزيع تشعر بالإختناقات في كثير من الأحيان، لأسباب سبق إيضاحها، مما يؤدي إلى تزايد توظيف العقاقير الطبية ذات الماركات التجارية، حيث يتسع نطاق استخدامها.

٣-٩-٢-٣ قدرة المواطنين على شراء الأدوية:

تواجه السلطات الصحية بوزارة الصحة، فيما يتعلق بأسعار الأدوية مأزقا حقيقيا، فهي من ناحية تعزز قدرات المواطنين على الحصول على الأدوية، بأسعار يقدرون على دفعها، من خلال دعم أسعار الأدوية، ومن ناحية أخرى تواجه حاجة الصناعة الدوائية إلى توفير اقتصاديات، وتمويل سليم، لتصنيع الدواء، ولا شك أن البديل يتجلى في تزايد شراء المواطنين لأدوية تجارية غالية الثمن، ويلاحظ أن

الجزء الأكبر من مبيعات الدواء يشتره المواطنون بتمويل من جيوبهم، يدفعونه بمعرفتهم، وليس من خلال الجزء الذي تقدمه منظمات الصحة والتأمين الصحي وما يمانئه، وذلك بغض النظر عن قدرة الأغلبية من المواطنين، ودخلهم المحدود، مما يترتب عليه أن نسبة الأدوية المشتراة بمعرفة محدودي الدخل تستهلك ١١% من دخلهم السنوى المحدود، بينما تمثل تلك النسبة ١% فقط من دخل الأسر فى الشريحة العليا ذات الدخل والقدرة.

٣-٩-٢-٤ جودة الدواء:

تؤكد أرقام هيئة البحوث والرقابة الدوائية أن أكثر من ٩٥% من الأدوية، التي يتم اختبارها، تتوافق مع متطلبات الجودة كما تحددها وزارة الصحة. ولكن الواقع أنه لا توجد تغذية راجعة، وتقارير متابعة، توضح الأعراض الجانبية التي تنتج من استعمالات العقاقير. ولا شك أن الأمر يتطلب إجراءات، أكثر جدية، لظهور مؤسسات لتأكيد الجودة وإدارات للتحكم فى تلك الجودة، وهناك إنطباع عام لدى مستهلكي الدواء، بأن جودة الدواء المصنع بمعرفة الشركات الصناعية العملاقة، أفضل من جودة دواء شركات قطاع الأعمال. ولا توجد حتى الآن دراسات متابعة للأدوية التي يتم تسويقها، كما لا يوجد نظام لتجميع المعلومات عن الأعراض الجانبية لتأثيرات الأدوية المباعة.

٣-٩-٢-٥ الاستعمال الرسمى للدواء:

يتم استعمال الدواء فى مصر استعمالا غير رشيد، فى كثير من الأحيان، وذلك بالرغم من أن ما ينفقه الفرد فى مصر على الدواء أعلى من مثيله فى الدول النامية الأخرى، ذات الدخل المماثل، كما أن كثيرا من الأطباء يحررون تذكرة صرف الدواء، بكتابة أسماء أدوية تجارية، وليست بمسماها كأدوية علمية أو كيميائية، وبمعدل أعلى من مثيله فى الدول المتقاربة أو مماثلة الدخل، وباستعمال غير رشيد للمضادات الحيوية. وحتى أن الأفراد يصفون الدواء لأنفسهم، وكثيرا ما لا يحتاجون إلى وصفة أو تذكرة طبية (روشتة) لصرف أدوية دقيقة الاستخدام أو

متعلقة بالجهاز العصبى المركزى أو العلاج الكيماوى إذا كانوا معروفين شخصيا للصيدلى.

٣-٩-٢-٦ صناعة الدواء المصرى:

وكما أشرنا مسبقا، وبالرغم من أن أكثر من ٩٠% من الدواء يصنع فى مصر، فإن القيمة المضافة محليا لا تتجاوز ٣٥%. أما توظيف الإمكانيات فى القطاع الدوائى فهو لا يتجاوز ٤٠% فى القطاع ككل، حيث أن كل الشركات متعددة الجنسية المشتركة مع المشروع المحلى، وبعض شركات قطاع الأعمال، موظفة لإمكانياتها بما يقرب من ١٠٠%، على حين أن الشركات الخاصة المحلية لا تشغل من إمكانياتها سوى من ١٠% إلى ٥٠%.