الإنسان والمدينة للأبحاث
الإنسانية والاجتماعية

ورقة تحليلية

«قطاع الرعاية الصحية في مصر»
ما قبل كوفيد-19

ورقة تحليلية

« قطاع الرعاية الصحية في مصر» ما قبل كوفيد - 19

صادر عن الانسان والمدينة للأبحاث الانسانية والاجتماعية 2021
الحقوق محفوظة بموجب رخصة المشاع الابداعي: نسب المصنف غير تجاري
-منع الاشتقاق / الاصدارة 4,0

مقدمة

صحتنا وصحة من نهتم لأمرهم هي قضية تشغلنا بشكل مستمر وعادة عندما نتكلم عن الرفاه الاجتماعي تكون الصحة أول ما يتبادر اليه الذهن البشري. وتحسين الوضع الصحي يعد أحد المسؤوليات الرئيسية في مجال مكافحة الفقر. وفي السنوات الاخيرة تزايد الاهتمام بالحق في التمتع باعلي مستوي ممكن من الصحة وساعدت المبادرات والمعاهدات الدولية في توضيح طبيعة الحق في الصحة والطريقة التي يتحقق بها.

وصحة الفرد من المقومات الأساسية للمجتمع فهي مطلب أساسي من مطالب الحياة، وهي أيضا ضرورة من ضرورات التنمية، فالإنسان الذي تتكامل له صحة نفسية وجسمانية هو الإنسان الأقدر على العمل والإنتاج وتحقيق أهداف التنمية. والدولة التي تبغي التنمية لابد أن تعمل على حماية صحة مواطنيها وحمايتهم من الإصابة بالأمراض وتوفير الادوات اللازمة لسرعة اكتشاف أي انحراف في نظامها الصحي وتوفير العلاج الكامل لشفائهم من الامراض ومضاعفاتها، ولذلك فإن الرعاية الصحية يجب اعتبارها استثماراً في التنمية.

يعيش قطاع الصحة في مصر واقعًا مأساويًا تتعدد فيه الإشكالات ويتنوع فيه القصور، وقد صنف بالمرتبة 18 ضمن قائمة أسوأ 20 دولة في مجال الرعاية الصحية وفق مؤشر «إنديغو ويلنس» لعام 2019 وذلك للتمييز بحق المواطنين في استخدام المرافق والسلع والخدمات الصحية لعدم اتاحة الوصول للخدمات الصحية الأساسية العلاجية و الوقائية والتأهيلية لكافة المواطنين على قدم المساواة في الوقت المناسب ؛ إلى جانب التثقيف الصحي وبرامج الفحص المنتظم؛ والعلاج الملائم للأمراض السائدة و المشاركة في القرارات السياسية المرتبطة بالحق في الصحة والمتخذة على كل من الصعيدين المجتمعي والوطني.

وترتفع في مصر بشكل كبير ما تعرف بأمراض أنماط الحياة، مثل مرض السكري ويعاني منه نسبة تصل إلى 7٪ من السكان، في حين يعاني حوالي 5٪ من المصريين من ارتفاع ضغط الدم، بينما يعاني أكثر من 33٪ من سكان مصر من السمنة.
والأمراض غير المعدية؛ هي المتسبب الأكبر في وفاة المصريين، مثل أمراض القلب والأوعية الدموية والسكري والسرطان وأمراض الجهاز التنفسي المزمنة، إذ تشير التقديرات إلى أن هذا النوع من الأمراض يتسبب في 82٪ من إجمالي حالات الوفاة، و67٪ من حالات الوفاة المبكرة. فضلاً عن أن تلوث مياه الشرب وعدم توافرها بمناطق جغرافية بالأقاليم وسوء خدمات الصرف الصحي، أدت إلى زيادة مهولة في الإصابة بالتهاب الكبد الوبائي سي.

وسوف نلقي الضوء بهذه الورقة التحليلية الوضع الصحي في مصر بشكل عام وطبيعة المؤسسات المسؤولة عن الصحة في مصر وايضًا موازنة الصحة على مدار السنوات الماضية. عبر الإجابة على عدة أسئلة تجول بخاطر المصريين حاليًا ...كيف تتعامل السلطات في مصر مع قطاع حيوي يخدم ملايين من المصريين مثل القطاع الصحي بخدماته الحكومية المقدمة من القطاع العام؟ وما هي الرسالة التي تقدمها الحكومة المصرية من خلال التخفيض المستمر لميزانية قطاع الصحة في مصر؟ وكم يبلغ نصيب الفرد المصري من القطاع الصحي في العام الواحد؟

الحق في الصحة

الحق في الصحة لا يزال هدفًا بعيد المنال لملايين من المواطنين المصريين، ويزداد هذا الهدف ابتعاداً خاصة لأولئك الذين يعيشون في فقر. والتمتع بصحة جيدة حق أساسي من حقوق الإنسان لا غنى عنه من أجل تمتع المواطنين بباقي حقوقهم. من منطلق انه يحق لكل إنسان أن يتمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه ويفضي إلى العيش بكرامة. ويمكن السعي إلى إعمال الحق في الصحة عن طريق مناهج عديدة ومتكاملة مثل وضع سياسات صحية، أو تنفيذ برامج الصحة التي تضعها منظمة الصحة العالمية، أو اعتماد صكوك قانونية محددة.

وحق الإنسان في الصحة مسلم به في العديد من الصكوك الدولية. فالفقرة 1 من المادة 15 من الإعلان العالمي لحقوق الإنسان تؤكد أن: «لكل شخص الحق في مستوى معيشة يكفي لضمان الصحة له ولأسرته، ويشمل المأكل والملبس والمسكن والرعاية الطبية والخدمات الاجتماعية الضرورية».

وينص العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية1 على أشمل مادة تتعلق بالحق في الصحة في القانون الدولي لحقوق الإنسان. ووفقاً للفقرة الاولي من المادة 12 من العهد، تقر الدول الأطراف «بحق كل إنسان في التمتع بأعلى مستوى من الصحة الجسمية والعقلية يمكن بلوغه»، في حين تسرد الفقرة الثانية من المادة 12 على سبيل التمثيل، عدداً من «التدابير التي يتعين على الدول الأطراف ... اتخاذها لتأمين الممارسة الكاملة لهذا الحق». وبالإضافة إلى ذلك، فالحق في الصحة معترف به، في المادة (5 الفقرة (هـ -4)) من الاتفاقية الدولية للقضاء على جميع أشكال التمييز العنصري لعام 1965 2، وفي المادتين (11الفقرة1(1-و)) و(12) من اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة لعام 1979 3، وبالمادة (24) من اتفاقية حقوق الطفل لعام 1989. 4

1- وقعت مصر على العهد الدولي للحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية في اغسطس 1967 ثم صدقت عليه في يناير 1982 https://tinyurl.com/y8beygdl

2-وقعت مصر علي الاتفاقية الدولية للقضاء علي جميع اشكال التمييز العنصري في سبتمبر 1966 وصدقت عليه في مايو 1967 https://tinyurl.com/ycfpd3b5

3- وقعت مصر علي اتفاقية القضاء علي حميع اشكال التميز العنصري ضد المرأة في يوليو 1980 وصدقت عليه في سبتمبر 1981 https://tinyurl.com/y9rncl7h

4- وقعت مصر علي اتفاقية حقوق الطفل في يوليو 1990 http://atfal.do.am/publ/aldul_almuq_t_u_almsadqt_u_alatraf_fi_atfaqit_hquq_altfl/1-1-0-433

كما يعترف بالحق في الصحة في عدد من صكوك حقوق الإنسان الإقليمية، مثل الميثاق الاجتماعي الأوروبي لعام 1961 بصيغته المنقحة (المادة 11)، والميثاق الأفريقي لحقوق الإنسان والشعوب لعام 1981 (المادة 16)[5] ، والبروتوكول الإضافي للاتفاقية الأمريكية لحقوق الإنسان في مجال الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية لعام 1988 (المادة 10). وبالمثل، أعلن عن الحق في الصحة من جانب لجنة حقوق الإنسان 6، وكذلك في إعلان وبرنامج عمل فيينا لعام 1993، وفي صكوك دولية متعددة أخري.

ولا ينبغي لنا فهم أو تفسير الحق في الصحة على أنه الحق في التمتع بصحة جيدة. فالحق في الصحة يشمل حريات وحقوقًا على حد سواء، أما الحريات فتتضمن حق الإنسان في التحكم في صحته وجسده، بما في ذلك حريته الجنسية والإنجابية، والحق في أن يكون في مأمن من التدخل، مثل الحق في أن يكون في مأمن من التعذيب، ومن معالجته طبياً أو إجراء تجارب طبية عليه بدون رضاه. وأما الحقوق، فتشمل الحق في نظام للحماية الصحية يتيح التكافؤ في الفرص أمام كافة المواطنين للتمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه.

وعند النظر إلى صياغة المادة 12 من العهد الدولي للحقوق الاقتصادية والاجتماعية، نجد أن الإشارة الواردة بالفقرة الأولى منها «أعلى مستوى من الصحة الجسمية والعقلية يمكن بلوغه» لا تقتصر على الحق في الرعاية الصحية. على العكس من ذلك، أن الالفاظ الدقيقة الواردة بنص المادة تقرر بأن الحق في الصحة يشمل طائفة عريضة من العوامل الاجتماعية والاقتصادية التي تهيئ الظروف التي تسمح للناس بأن يعيشوا حياة صحية، كما تشمل المقومات الأساسية للصحة مثل الغذاء والتغذية، والمسكن، والحصول على مياه الشرب النظيفة الآمنة والإصحاح الكامل، والعمل في ظروف آمنة وصحية، وبيئة صحية خالية من التلوث.

ومنذ اعتماد العهدين الدوليين في عام 1966، تغيرت حالة الصحة في العالم تغيراً جذريًا وتعرض مفهوم الصحة لتغيرات جوهرية واتسع نطاقه فأدخل في الاعتبار مزيد من مقومات الصحة، مثل توزيع الموارد والفوارق بين الجنسين. كما أن التعريف الأوسع نطاقًا للصحة أصبح يراعي شواغل تتعلق بالحياة الاجتماعية مثل العنف والنزاع المسلح[7] . وعلاوة على ذلك، ازداد انتشار أمراض لم تكن معروفة سابقًا مثل فيروس نقص المناعة البشرية ومتلازمة نقص المناعة المكتسب وفيروس كوفيد-19. وغيرهما من الأمراض مثل السرطان، فضلاً عن النمو السريع في عدد سكان العالم، الأمر الذي أوجد عوائق جديدة أمام إعمال الحق في الصحة وهي عوائق ينبغي مراعاتها عند تفسير المادة 12.

5- وقعت مصر علي الميثاق الافريقي لحقوق الانسان والشعوب في مارس 1984
https://tinyurl.com/ybquwoyo

6- في قرارها 11/1989 .

7- المادة المشتركة 3 من اتفاقيات جنيف بشأن حماية ضحايا الحرب (1949)؛ والبروتوكول الإضافي الأول (1977) المتعلق بحماية ضحايا المنازعات المسلحة الدولية، المادة 75(2) (أ)؛ والبروتوكول الإضافي الثاني (1977) المتعلق بحماية ضحايا المنازعات المسلحة غير الدولية، المادة 4(أ).

وتفسر لجنة الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية8 الحق في الصحة، وفقاً للتعريف الوارد في المادة 12 الفقرة الاولي على أنه حق شامل لا يقتصر على تقديم الرعاية الصحية المناسبة في حينها فحسب (أي وقت الإصابة بالأمراض)، بل يشمل أيضاً المقومات الأساسية للصحة مثل الحصول على مياه الشرب النظيفة الآمنة، والإمداد الكافي بالغذاء الآمن والتغذية والمسكن الملائم، وظروف صحية للعمل والبيئة، والحصول على التوعية والمعلومات فيما يتصل بالصحة، بما في ذلك ما يتصل منها بالصحة الجنسية والإنجابية. ويتمثل جانب هام آخر في مشاركة السكان في كامل عملية اتخاذ القرارات المرتبطة بالصحة على الصعد المجتمعية والوطنية والدولية.

ويشتمل الحق في الصحة بجميع أشكاله وعلى جميع المستويات بالعديد من العناصر المترابطة والأساسية التالية9 :

(أ)التوافر: أي أن توفر الدولة القدر الكافي من المرافق العاملة المعنية بالصحة العامة والرعاية الصحية وكذلك من السلع والخدمات والبرامج. ويختلف الطابع المحدد للمرافق والسلع والخدمات وفقاً لعوامل عديدة، من بينها المستوى الإنمائي للدولة وإن كانت تتضمن المقومات الأساسية للصحة مثل مياه الشرب الصالحة ومرافق الصرف الصحي، والمستشفيات، والعيادات، وغيرها من المباني المرتبطة بالصحة، والموظفين الطبيين والمهنيين المدربين الذين يحصلون على مرتبات تنافسية محليًا، والعقاقير الأساسية وفقاً لتعريفها في برنامج العمل المعني بالعقاقير الأساسية الذي وضعته منظمة الصحة العالمية 10.

(ب) إمكانية الوصول: ينبغي أن يتمتع جميع المواطنين بدون تمييز بإمكانية الوصول إلى المرافق والسلع والخدمات المرتبطة بالصحة، داخل حدود الدولة. وتتسم إمكانية الوصول بأربعة أبعاد متداخلة هي:
1-عدم التمييز: يجب أن يتمتع الجميع بإمكانية الوصول إلى المرافق والسلع والخدمات المرتبطة بالصحة، ولا سيما أكثر الفئات ضعفًا أو تهميشًا بين السكان بحكم القانون وبحكم الواقع، دون أي تمييز؛

2-إمكانية الوصول المادي: ينبغي أن تكون المرافق والسلع والخدمات المرتبطة بالصحة في المتناول المادي والآمن لجميع فئات السكان، خاصة الفئات الضعيفة أو المهمشة، مثل الأقليات الإثنية، والنساء، والأطفال، والمراهقين، وكبار السن، والمعوقين والأشخاص المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية «الإيدز» والمصابين بفيروس كوفيد-19. كما أن إمكانية الوصول تعني ضمنياً أن تكون الخدمات الطبية والمقومات الأساسية للصحة، مثل مياه الشرب المأمونة ومرافق الإصحاح الكافية، في المتناول المادي والآمن للسكان بما في ذلك سكان المناطق الريفية. كذلك تشمل إمكانية الوصول تمكين المعوقين من الوصول إلى المباني.

8- لجنة الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية تابعة للمجلس الاقتصادي والاجتماعي التابع للأمم المتحدة.

9- التعليق العام رقم 14 (2000) الصادر عن لجنة الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية-الدورة الثانية والعشرون-مايو 2000

10- انظر القائمة النموذجية لمنظمة الصحة العالمية بشأن العقاقير الأساسية، المنقحة في كانون الأول/ديسمبر 1999، المعلومات الدوائية لمنظمة الصحة العالمية، المجلد 13، رقم 4، 1999.

3-الإمكانية الاقتصادية للحصول عليها (القدرة على تحمل نفقاتها): يجب أن يتمكن الجميع من تحمل نفقات المرافق والسلع والخدمات المرتبطة بالصحة. وينبغي سداد قيمة خدمات الرعاية الصحية، والخدمات المرتبطة بالمقومات الأساسية للصحة، بناء على مبدأ الإنصاف، الذي يكفل القدرة للجميع، بما فيهم الفئات المحرومة اجتماعيًا، على دفع تكلفة هذه الخدمات سواء أكانت مقدمة من القطاع الخاص أو من القطاع العام. ويقتضي الإنصاف عدم تحميل الأسر الفقيرة عبء مصروفات صحية لا يتناسب معها مقارنة بالأسر الأغنى منها.

4-إمكانية الوصول إلى المعلومات: تشمل هذه الإمكانية الحق في التماس المعلومات والأفكار[11] المتعلقة بالمسائل الصحية والحصول عليها ونقلها. غير أنه لا ينبغي لإمكانية الوصول إلى المعلومات أن تؤثر على الحق في معاملة البيانات الصحية الشخصية بسرية.

(ج) المقبولية: ينبغي أن تحترم جميع المرافق والسلع والخدمات المرتبطة بالصحة الأخلاق الطبية وأن تكون مناسبة ثقافيًا، أي أن تحترم ثقافة الأفراد، والأقليات، والشعوب، والمجتمعات، وأن تراعي متطلبات الجنسين ودورة الحياة، فضلاً عن تصميمها بشكل يحترم السرية ويرفع مستوى الحالة الصحية للأشخاص المعنيين.

(د) الجودة: يتطلب أن تكون المرافق والسلع والخدمات المرتبطة بالصحة مناسبة علميًا وطبيًا وذات نوعية جيدة. ويتطلب ذلك، في عدة أمور، موظفين طبيين ماهرين، وعقاقير ومعدات للمستشفيات معتمدة علميًا ولم تنته مدة صلاحيتها، ومياه شرب مأمونة، وإصحاحاً مناسباً.

وسنحاول بهذه الورقة التحليلية للقطاع الصحي في مصر أسقاط العناصر السابقة الواردة بتعليق لجنة الحقوق الاقتصادية والاجتماعية على الخدمات الصحية المقدمة للمواطنين المصريين عبر عرض المعلومات المتوفرة حاليًا عن الخدمات الصحية المقدمة من قبل المؤسسات الصحية الحكومية والتابعة للقطاع الخاص، وذلك بهدف رصد تلك الخدمات وحجم استفادت المواطنين بها قبل انتشار جائحة كوفيد-19 بالعالم ومصر على وجه الخصوص. بغية معرفة قدرات الدولة المصرية على مواجهة الجائحة المستمرة حاليًا وفى محاولة منا للمشاركة بدق ناقوس الخطر حول تعزيز الحقوق الصحية للمواطنين.

11-انظر المادة 19-2 من العهد الدولي الخاص بالحقوق المدنية والسياسية. ويركز هذا التعليق العام بشكل خاص على إمكانية الوصول إلى المعلومات بسبب أهمية هذه المسألة الخاصة فيما يتعلق بالصحة.

الوضع الراهن في مصر

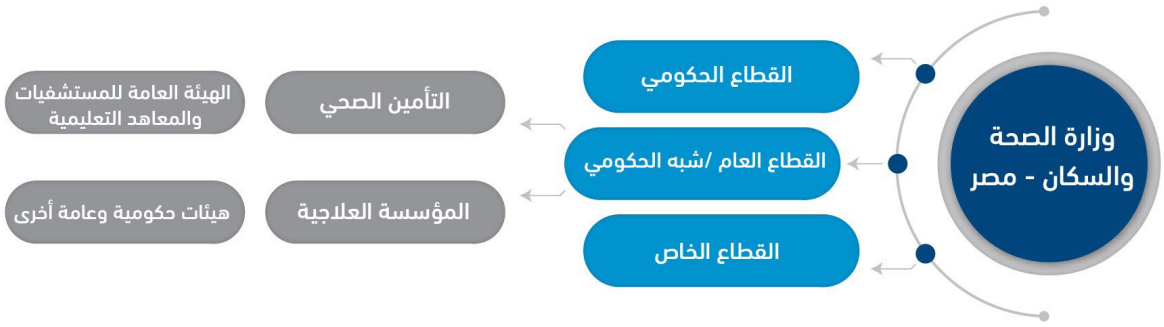
معظم التحديات الرئيسية التي يواجهها القطاع الصحي في مصر معروفة. وتعد المساواة إحدى هذه التحديات يقصد بذلك المساواة في الناتج الصحي والمساواة في إمكانية الحصول على الخدمات الصحية وأيضا المساواة في تحمل عبء الإنفاق على الصحة.
والمساواة في التمتع بالخدمات المقدمة من القطاع الصحي يمكنها أن تكسر حلقة الفقر الناتج عن المرض، ومن ثم فإنها تستهدف أحد الأسباب الجذرية للظلم الاجتماعي كون الاستثمار في الصحة هو استثمار في المستقبل الاجتماعي والاقتصادي للأمة. وقد أدى انخفاض الإنفاق الحكومي على الصحة على مدار سنوات عديدة إلى تكبُّد المواطنين حوالي 72 ٪ من إجمالي الإنفاق الصحي من جيوب المواطنين يظهر ذلك جليًا في زيادة الاعتماد على القطاع الخاص في تلقي الخدمات الصحية، بما يحمل ذلك من عدم القدرة على الحماية من التعرض إلى مخاطر إخفاقات السوق والتي أثرت تأثيراً بالغًا على تجاهل الجودة والسلامة والخدمات الوقائية. وكان ضعف الإدارة الحكومية في تقديم الخدمات، والتمويل، وتأهيل الموارد البشرية، وتوفير المعلومات والتكنولوجيا الصحية، والحوكمة من أهم عوامل إخفاق القطاع الصحي.

والاستثمار في الصحة هو أحد الوسائل الناجعة للاستفادة من الموارد الوطنية الشحيحة؛ وإذا ما لم يتم التعامل مع المشكلات الصحية اليوم، فسوف، تزداد سوءً غداً، وهو ما يلقي بعبء متزايد أكثر من ذي قبل على المجتمع والاقتصاد. فعلى سبيل المثال، تشير عمليات المحاكاة في مجال الاقتصاد الكلي العالمي إلى أن الأمراض غير السارية الرئيسية ومشكلات الصحة النفسية سوف تحدث خسارة اقتصادية تراكمية تصل إلى 47 تريليون دولار على مدار السنوات العشرين القادمة، يقدر نصيب مصر من هذه الخسارة بعشرات الملايين من الدولارات 12.

الهيكل التشغيلي لنظام الرعاية الصحية في مصر

يوصف بأنه أحد الأنظمة المعقدة حيث تتعدد جهات تقديم الخدمات الصحية التي تصل إلى حوالي 29 هيئة أو منظمة عامة، وأيضاً يتصف بتعددية مصادر التمويل والإدارة والخدمة. لكن المسئولة عن رسم السياسة الصحية بما في ذلك الخدمات الصحية الأساسية والعلاجية هي وزارة الصحة والسكان.
ويشتمل قطاع الرعاية الصحية في مصر على ثلاثة قطاعات لتقديم الخدمات الصحية:
1. القطاع الحكومي.
2. القطاع العام شبة الحكومي.
3. القطاع الخاص.

12- نظر: Bloom, D.E., et al. (2011). The Global Economic Burden of Noncommunicable Diseases. Geneva: World Economic forum



المصدر وزارة الصحة والسكان 2017

أولاً: القطاع الحكومي « وزارة الصحة والسكان»

تجدر الإشارة بداية إلى أن مسئولية إدارة والرعاية الصحية الممولة من الدولة وتنسيق خدماتها في مصر تقع على عاتق ثلاثة مستويات على النحو التالي:

المستوى المركزي:

ويتثمل هذا المستوي في وزارة الصحة والسكان وهي الجهة الرئيسية والمسئولة دستوريًا عن الرعاية الصحية الوقائية والعلاجية في مصر. ويضم الهيكل التنظيمي والإداري قطاعات الرعاية الصحية الأولية، والقطاع العلاجي والوقائي، والإدارات المختلفة المعنية بالدواء (الصيدلة) والعلاج الحر، وغير ذلك من الإدارات علاوة على مجلس الصحة برئاسة وزير الصحة، والذي يقدم تقاريره إلى رئيس مجلس الوزراء ويضم ممثلي كافة قطاعات تقديم الخدمات الصحية في البلاد (قوات مسلحة – شرطة...إلخ) وتشمل مسئوليته الرئيسية وضع السياسات العامة للصحة والتنسيق بين الجهات المختلفة المنوط بها تقديم الرعاية الصحية.

المستوى الإقليمي:

وتقوم فيه وزارة الصحة والمحافظات بمسئولية مشتركة في تطبيق البرامج الرعاية الصحية، وتقديم الخدمات في المستشفيات العامة بالمحافظات وإدارتها، والإشراف على الوحدات والمركز الصحية في الريف والمدن المختلفة.

المستوى المحلي:

ويتكون من إدارة الوحدات ومراكز الرعاية الصحية في الريف والحضر على مستوي المنطقة في كل محافظة.

ثانياً: القطاع العام «شبه الحكومي»

يتكون مستشفيات قطاع الاعمال العام او القطاع شبهة الخاص ويتكون من مجموعة من المؤسسات الصحية التي تتبع وزير الصحة بشكل مباشر مثل:

-هيئة التامين الصحي
-الهيئة العامة للمستشفيات والمعاهد التعليمية
-المؤسسة العلاجية
-الجامعات: توفر الرعاية العلاجية من خلال المستشفيات الجامعية
-وزارات اخري: وهي الوزارات التي توفر الخدمة الصحية للعاملين بها ولعائلاتهم مثل الوحدات والمستشفيات التي تتبع القوات المسلحة، وزارة الداخلية، وزارة الاوقاف، الكهرباء، الطيران المدني. وهذه الهيئات هي هيئات حكومية ذات استقلالية اقتصادية تقدم خدمات علاجية بالأساس.

ثالثاً: القطاع الخاص

يتمثل في شبكة واسعة من العيادات والمستشفيات التي توفر الرعاية الصحية بأجر متفاوت ومستوي خدمات بما يتناسب مع المتطلبات الاقتصادية لتشغيلها ويقدم القطاع الخاص تلك الخدمات بداية من حلاق الصحة المعروق قديمًا في القري الي الطبيب الخاص والمستشفيات الخاصة بجميع اشكالها وامكانياتها مختلفة والمراكز الصحية اليومية والصيدليات.

القطاع الخاص الغير هادف إلى الربح

وهي مجموعات مقدمي خدمات الرعاية الصحية المسجلة بوزارة الشئون الاجتماعية كجمعيات أهلية، شاملة مستوصفات المساجد والكنائس ذات الصبغة الدينية، وتقدم في الأغلب رعاية صحية أولية بأسعار رمزية أو مجانًا. وتتنشر هذه المراكز والمستوصفات في الكثير من المناطق الفقيرة، ولكنها لا تقدم خدمات الرعاية المتكاملة في اغلب الأحيان.
ومنذ عدة سنوات بدأت النقابات المهنية (مثل الاطباء - المهندسين - التجاريين-المحامين ....) في انشاء مشروع علاج الاعضاء واسرهم ويتم تقديم الخدمات العلاجية من خلال عيادات خاصة للأطباء او مستشفيات خاصة تتعاقد معها النقابات لتقديم خدمات باجر بسيط او بشكل مجاني للمشتركين. 13

وبعد هذا العرض الموجز لإدارة الرعاية الصحية الممولة من الدولة بمستوياتها المختلفة، نبدأ في تقييم مدخلات السياسات الصحية في مصر. وبصفة عامة فإن هذه المدخلات تتمثل في:

الموارد المالية: وهي ميزانية قطاع الرعاية الصحية وتنصرف المؤشرات إلى مدي كافية الانفاق الحكومي عليها وتعددها وكيفية انفاقها.

الموارد البشرية: تنصرف إلى الأفراد العاملين في المجال الصحة من أطباء وهيئة تمريض وفنيين إلى الهيئات المعاونة. وتنصرف المؤشرات هنا إلى مدى الكفاية العددية والتوزيع الجغرافي، ومدى الكفاءة والجدارة،

الموارد المادية: من منشآت ومرافق ومعدات. وتنصرف المؤشرات هنا إلى التوزيع الجغرافي والجودة والحداثة، والكفاية.

وسنبدأ في تقييم هذه المدخلات من واقع الحالة المصرية من ناحية التوافر وإمكانية وصول المواطنين وعدم التميز في تلقى الخدمات الصحية بين المواطنين.

13- د. نسرين البغدادي ، «مجلد الصحة (1980- 2010) ،»د. نادية جمال الدين (2016: المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية المسح الاجتماعي الشامل للمجتمع المصري المرحلة الثانية 1980-2010)

اولاً: الموارد البشرية العاملة بالمجال الرعاية الصحية

خدمة الرعاية الصحية منظومة كاملة لها عناصر متعددة، ويمثل العنصر البشرى من أطباء وتمريض وفنيين العامل الأكثر أهمية لنجاحها، ولا يقل العنصر البشرى أهمية عن المرافق والأجهزة والأدوات والإمكانات والأدوية، لأن العنصر البشرى هو الذي يضمن تشغيل الأجهزة والاستفادة من الإمكانيات.

1-الاطباء

تشتهر مصر بكثرة كليات الطب فيها حيث يوجد بها 30 كلية متخصصة في تدريس الطب البشري، منها 26 كلية طب حكومية وثلاث كليات تابعة للجامعات الخاصة. وكلية طب تابعة للقوات المسلحة. ويصل عدد خريجي هذه الكليات إلى 9000 طبيب سنويًا. وتضم الجامعات المصرية 33 كلية طب أسنان، منها 16 حكومية، و17 جامعة خاصة، ويصل عدد الخرجين منهم إلى 7800 طبيب سنويًا.

وبالرغم من هذا تعاني مصر من عجز في عدد الأطباء. وهذا العجز أو التسريب واحد من أخطر التحديات التي يواجها قطاع الرعاية الصحية في مصر وتسريب الاطباء ظاهرة تمثل خطر كبير على قطاع الرعاية الصحية. ويعكس فشل سياسات الصحة للحكومات المتعاقبة والخلل في اولويات النظام الصحي في البلاد. وهو ما سلط عليه الضوء انتشار جائحة كوفيد-19؛ فالدولة التي تتفوق على جميع الدول الأخرى بالمنطقة العربية من حيث عدد السكان، وهي من الدول التي تحظى بأكبر عدد من كليات الطب بالمنطقة، تعاني واحدة من أدنى نسب الأطباء إلى عدد السكان في المنطقة.

وكشفت دراسة أعدها المجلس الأعلى للجامعات والمجلس الأعلى للمستشفيات الحكومية بالتعاون مع المكتب الفني لوزارة الصحة تحت عنوان «احتياجات سوق العمل من المهن الطبية خلال 5 سنوات القادمة ابتداءً من 2020» أن عدد الأطباء البشريين المسجلين والحاصلين على ترخيص مزاولة المهنة من نقابة الأطباء، باستثناء من بلغوا سن المعاش، يبلغ حوالي 212 ألفا و835 طبيبًا، يعمل منهم حاليًا في جميع قطاعات الصحة سواء بالمستشفيات التابعة للوزارة « القطاع الحكومي» أو مستشفيات القطاع العام « شبه الحكومي»، أو القطاع الخاص حوالى 82 ألف طبيب فقط، أي بنسبة 38٪ من عدد الأطباء المسجلين والحاصلين على ترخيص مزاولة المهنة. ومن ثم فأن 62٪ من أعضاء المهن الطبية المسجلين خارج منظومة الرعاية الصحية في مصر، إما بسبب الهجرة أو بسبب الحصول على إجازات بدون راتب للسفر للخارج للعمل أو لاستكمال الدراسات العليا، أو الاستقالة نهائيًا من العمل الحكومي.

وخلصت الدراسة إلى أن مصر لديها طبيب لكل 1162 مواطن، بينما المعدل العالمي ـ طبقًا لمنظمة الصحة العالمية ـ هو طبيب لكل 434 مواطن. وبحسب البيانات الصادرة عن منظمة الصحة العالمية أنه بعام 2018 كان لدى مصر 445,000 طبيب يعملون بمصر. وهو ما يعادل حوالي 5 أطباء لكل 10,000 مواطن. وهذه نسبة منخفضة وفق المقاييس الإقليمية، بالمقارنة مع نسبة 26 طبيبًا لكل 10,000 شخص في السعودية، و23 في الأردن، و7 في العراق والمغرب، و17 في تركيا،

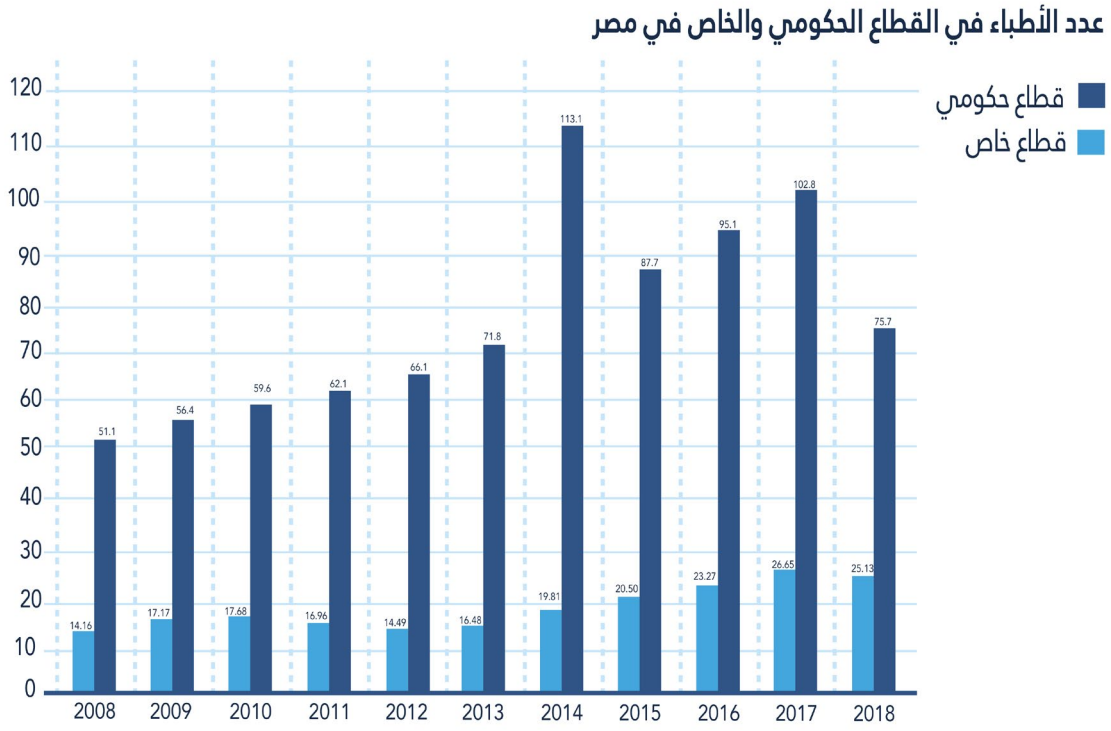
أعداد ومعدلات العاملين بالمهن الطبية في بعض الدول

	الاطباء نسبة العاملين بالمهن الطبيةل 10,000 نسبة	تمريض نسبة العاملين بالمهن الطبيةل 10,000 نسبة	طبيب اسنان نسبة العاملين بالمهن الطبيةل 10,000 نسبة	الصيادلة نسبة العاملين بالمهن الطبيةل 10,000 نسبة
ايطاليا	40,9	58,7	8,3	11,5
فرنسا	32,3	96,9	6,6	10,8
الأردن	23,4	33,9	7,3	16,1
ليبيا	21,6	67,4	9,1	6,2
ماليزيا	15,1	40,7	3,4	3,4
إيران	11,4	18,4	3,3	2,0
مصر	7,9	14,0	2,0	4,3

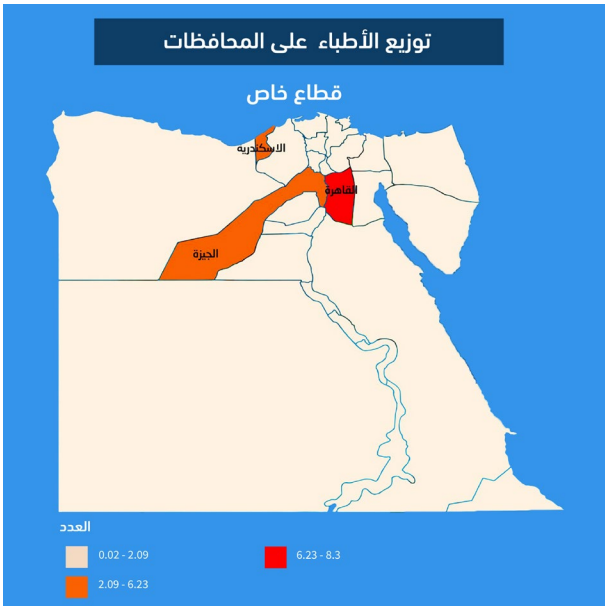
صادر عن منظمة الصحة العالمية

ولهجرة الاطباء عدة اسباب من اهمهما تدني مستوي الاجور بصفة عامة حيث لا تزيد رواتب الاطباء بعد تخرجهم وتعينهم في وزارة الصحة عن 3 الاف جنية مصري. وبحسب الدكتور محمد عبد الحميد امين صندوق نقابة الاطباء فقد تقدم 6300 طبيب باستقالتهم من العمل في وزارة الصحة منذ عام 2016؛ حيث ارتفع عدد الاطباء المستقيلين من 1044 طبيب في عام 2016 ليصل الي 2049 طبيب في عام 2017 وازداد الي 2397 طبيب في عام 2018. وتتاح خيارات عمل بديلة خارج مصر برواتب تجاوز اضعاف المقابل المادي في مصر حيث يتراوح دخل الطبيب من 3000 الاف دولار الي 10000 الاف دولار شهريًا اي اضعاف ما يتقاضاه من راتب في مصر14 . ولا تقتصر اسباب سفر الاطباء على الرواتب المتدنية فقط فتهالك المنظومة الصحية في مصر بشكل عام وتردي المنشئات الصحية تمثل عائق اساسي الي جانب بيئة العمل الغير مستقرة وعدم توافر الامكانيات والمستلزمات الطبية.

14- العربي الجديد " (عجز الاطباء في مصر موسم الهجرة الي السعودية)، (4 ابريل 2019) https://tinyurl.com/y9mdgoma



«المصدر: الجهاز المركزي للتعبئة العامة والاحصاء »15



«المصدر: الجهاز المركزي للتعبئة العامة والاحصاء»

وطبقًا للبيانات الصادرة من الجهاز المركزي للتعبئة والاحصاء الحكومي فأن القاهرة تستأثر بنصيب الأسد من أطباء مصر، مما يتسبب في حرمان المحافظات الأخرى، لا سيما تلك الأبعد عن العاصمة تليها محافظة الاسكندرية ثم محافظة الجيزة. وتواجه المحافظات الحدودية والصعيد عجزاً كبيراً في اعداد الاطباء باعتبارها اماكن طاردة للسكان بالأصل لتردي الاوضاع العامة بها، على الرغم من أن الكثير ممن يعملون في تلك المناطق يتقاضون رواتب عالية. وهو ما يتزامن مع التوجه العام لدى الأطباء لتحسين مداخيلهم غير الكافية، بما في ذلك من خلال البحث عن فرص عمل أفضل في القطاع الخاص.

15- الجهاز المركزي للتعبئة العامة والاحصاء : دورية النشر السنوية لمؤشرات الرعاية الصحية اصدار عام 2020

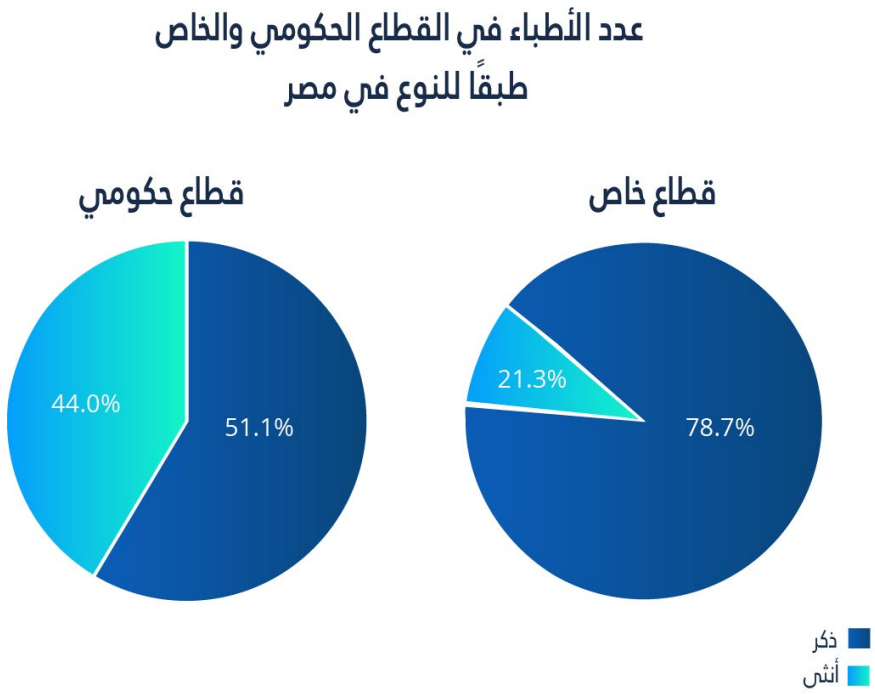
فعلى سبيل المثال، نجد في ثماني عشرة محافظة مصرية حالياً 32 كلية طب، إضافة إلى أربع كليات تابعة لجامعة الأزهر وواحدة تابعة للقوات المسلحة، فيما لم يكن هناك كلية طب واحدة في أي من محافظات الحدود الخمس حتي عام 2013، حين قام الرئيس السابق محمد مرسي بإنشاء كلية طب في أسوان بموجب قرار رئاسي.

وتشير الدارسات والاحصائيات السابقة الي نقص القوي البشرية الطبية العاملة والعجز في اعداد الاطباء المدربة ومعانة منظومة العمل الصحي في مصر من نقص حاد في تخصصات الأوعية الدموية والتخدير وأطباء الطوارئ والحميات. والتي لها العديد من الاسباب مثل تدني الاجور بشكل عام وعدم وجود بدل عدوي ملائم لمستوي المخاطر التي يتعرض لها الاطباء الي جانب سوء مناخ العمل حيث ان البنية التحتية للمستشفيات غير ملائمة ولا تتيح تقديم الرعاية المناسبة للمرضي وحدوث العديد من حوادث الاعتداءات البدنية على الاطباء بمقار عملهم وايضًا عدم الاهتمام بتدريب والتعليم لمواكبة الاعباء الصحية الحديثة.

وفى هذا السياق، نفى أمين عام نقابة الأطباء، وجود عجز بأعداد بالخريجين من كليات الطب، موضحًا أن هناك تسعة آلاف طبيب سنويًا، وهو عدد مناسب طبقًا للمعدلات العالمية. . وأشار إلى أن زيادة عدد الخريجين لن يحل مشكلة نقص الأطباء ما لم يتم وضع حل جذري للمشكلات المعروفة، محذراً من استمرار هجرة الأطباء للخارج وهو ما يترتب عليه النقص في أعدادهم . 16

نذكر من بين أبرز التحديات أن أطباء القطاع العام لا يملكون حوافز فعلية للعمل في المناطق الحدودية. فعلى الرغم من أن الأطباء العاملين هناك يتقاضون رواتب تبلغ على الأقل ضعف الرواتب التي يتقاضاها الأطباء في المستشفيات والمراكز الطبية الحكومية في القاهرة، إلا ان هذه العائدات كافية لتأمين مستوى معيشي لائق. وهو واقع الحال ملايين الموظفين الحكوميين في مختلف أنحاء البلاد يجدون أنفسهم مضطرّين للحصول على وظيفة ثانية لإعالة أسرهم. وللوضع الاقتصادي والاجتماعي في مصر دوراً رئيسًا في زيادة نسبة الاطباء من الذكور وتقلص نسبة الاطباء من الاناث ووجود فجوة كبيرة بينهما فبحسب بيانات الجهاز المركزي للتعبئة والاحصاء عن عام 2016 كانت نسبة الاطباء الذكور 78,7٪ الي 21,3٪ من الاطباء الاناث مما يشير الي الفجوة الجنادرية وعدم المساواة في تلقي الاناث التعليم المناسب وتوفير بيئة عمل جاذبة وامنة لهن.

16- كتبت ريهام سعيد بموقع فيتو الاخباري بعنوان « نقابة الأطباء: لا نعاني عجزا في أعداد الخريجين .. ونحتاج إلى حل جذري للمشكلات المعروفة» بتاريخ 2020/8/8.



«المصدر: الجهاز المركزي للتعبئة العامة والاحصاء»

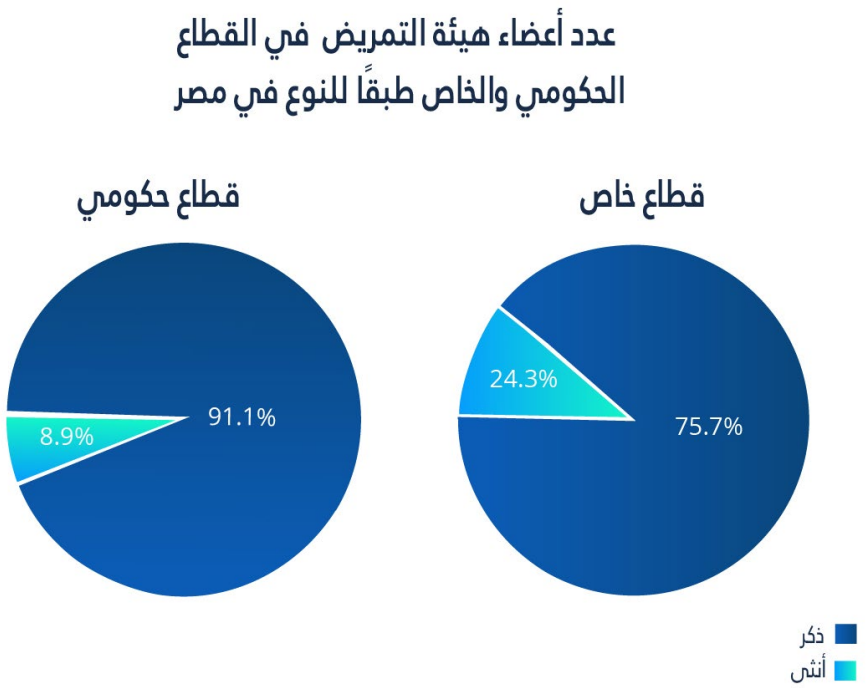
2- التمريض

تواجه مهنة التمريض مشاكل جمة في مصر وتعد مهنة التمريض على الرغم من اهميتها الشديدة واحدة من أكثر المهن الطاردة والمنفرة للعاملين بها. تعاني مهنة التمريض من ضعف الرواتب الشديد فلا يتجاوز راتب الممرضة 1400 جنية للخرجين حديثًا اما من يعمل منذ 25 عام لا يتعدى راتبة 2500 جنية الي جانب ساعات العمل الطويلة التي قد تصل الي 12 ساعة عمل متواصلة.

وتعد مهنة التمريض من المهن النوعية في مصر فاغلب العاملين بها من الاناث الذين يبدان عملهن في سن صغير فالمدراس التمريض تقبل الحاصلات علي الشهادة الاعدادية ممن لا يتعدى عمرهن 15 سنة ويتخرجن في سن ال 18 سنة وبالتالي تبدا حياتهن العملية مبكرة مما يجعل بيئة العمل ونظرة المجتمع لهؤلاء الفتيات الصغيرات في السن عبًا وصعوبة كبير عليهن مما جعلها علي رأس المهن المهمشة ونظراً الي طبيعة العمل الذي يستعدي في اغلب الأحيان المبيت في مقر العمل او الاغتراب عن محل الإقامة ترتب علي ذلك وجود نظرة دونية الي عمل ومهنة التمريض بشكل خاص وعمل المرأة بشكل عام داخل المجتمع مما اثر علي تطور وتنمية المهنة والعاملين بها بالشكل المفترض حدوثة. 17

17- «رحمة محمود» ،الوفد، «اوجاع ملائكة الرحمة» (2 اغسطس 2019)
https://tinyurl.com/y8pl48zx

ويمثل عدد أعضاء هيئة التمريض الإناث سواء في القطاع الحكومي او القطاع الخاص القسم الأكبر من مجمل العاملين حيث تمثل في القطاع الحكومي بنسبة 91,1٪ من الاناث الي 8,9٪ من الذكور اما القطاع الخاص فيعمل به نسبة 75,7٪ من الاناث مقابل 24,3٪ من الذكور. مع ذلك هناك محاولات حديثة نسبيًا لإلحاق الذكور بمهنة التمريض كانت اول دفعة من الممرضين الذكور قد تخرجت في العام 2007 من جامعة عين شمس قبل ذلك ظلت نسبة الممرضين الذكور لا يتعدى 2٪ حتى العام 2015 أصبحت 9٪ واستمرت بالزيادة.

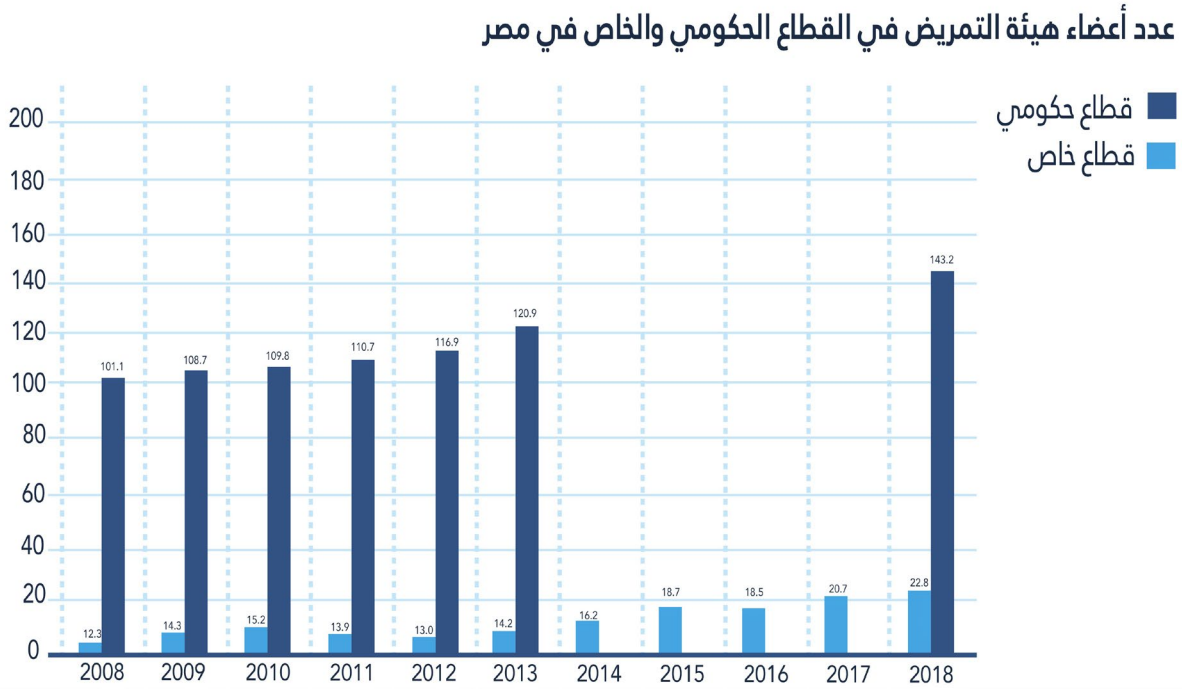


«المصدر: لجهاز المركزي للتعبئة العامة والاحصاء»

الا ان ذلك لم يحسن من الوضع شيء ولذا تعاني مهنة التمريض من التسرب سواء عن طريق تغير المهنة او بسفر الكوادر الي الخارج خاصة الي دول الخليج حيث لا يقارن رواتب العاملين بمجال التمريض في مصر برواتب زملائهم في الخارج وعلى سبيل المثال في استراليا يصل الراتب بمهنة التمريض حوالي 5 الاف دولار شهريًا وفي النمسا يصل الراتب لحوالي 3500 دولار شهريًا اما كندا يصل الي حوالي 3400 دولار شهريًا مما يجعل رواتب العاملين بالتمريض كبيرة جدًا وجاذب الي جانب ملائمة بيئة العمل نفسها للعمل. 18

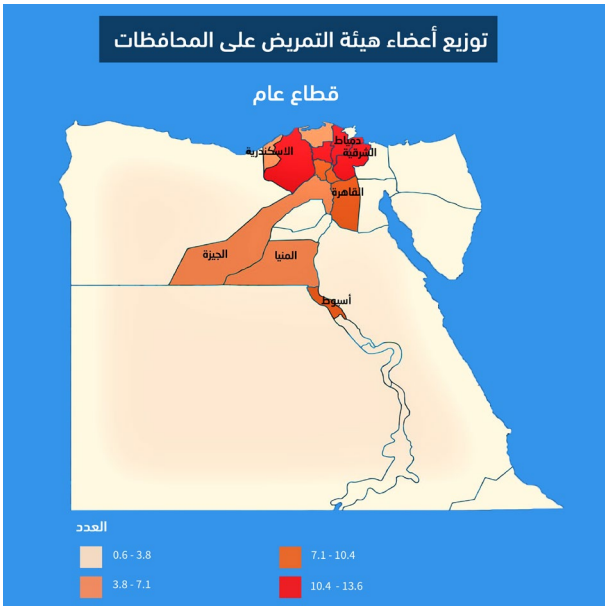
وإذا أخذنا بدل العدوي المقرر للممرضين فانة لا يتجاوز 15 جنية شهريًا بمجمل 180 جنية سنويًا وذلك وفقا للقرار رقم 2072 لسنة 1993 الصادر عن مجلس الوزراء ويخوض أعضاء هيئة التمريض مثلهن مثل الاطباء معركة قضائية منذ فترة طويلة لأحداث تغير في بدل العدوي المقرر لهن. مما يجعل هيئة التمريض في وضع لا تحسد عليه من جهة تدني الاجور الي جانب تدني البدلات بما لا يتوافق مع اخطار المهنة الي جانب التهميش المجتمعي والخطر الامني الذي تتعرض له الممرضات بشكل مستمر فلا يوجد قانون ملزم يعاقب من يتعرض لهن ولا توجد حماية شرطية مناسبة لحمايتهن من الاعتداءات.

18-مرجع سبق ذكره



«المصدر: الجهاز المركزي للتعبئة العامة والاحصاء»

وتشير المؤشرات الإحصائية الي بطيء زيادة أعضاء هيئة التمريض في القطاع الحكومي منذ العام 2006 حتى العام 2016 ثم ارتفع في اعلي معدل للزيادة في العام 2017 فبلغ عدد هيئة التمريض 191,4 ألف ممرضة / ممرض بعد ان كان 94,3 ألف ممرضة / ممرض في العام 2006 ثم تقلص مرة اخري في العام 2018 ليصل الي 143 ألف ممرضة / ممرض. أما بالقطاع الخاص تزايد عدد أعضاء هيئة التمريض بشكل متوازن حتى وصل في العام 2018 الي 22 ألف ممرضة / ممرض بعد ان كان 9,6 ألف ممرضة / ممرض.



«المصدر: الجهاز المركزي للتعبئة العامة والاحصاء»

نجد بخريطة القطاع العام وجود محافظتي الشرقية والبحيرة والإسكندرية ودمياط في الفئة التي تضم من 10,4 ألف ممرضة / ممرض الي 13,6 ألف ممرضة / ممرض وهي اعلي فئة تأتي بعد ذلك محافظات القاهرة واسيوط وبعض محافظات الدلتا في الفئة الثانية التي تضم من 10,4 ألف ممرضة / ممرض الي 7,1 ألف ممرضة / ممرض؛ ثم الفئة الثالثة التي تحتوي من 7,1 ألف ممرضة / ممرض الي 3,8 ألف ممرضة / ممرض وتضم محافظات مثل المنيا والجيزة؛ ثم الفئة الرابعة والأخيرة التي تحتوي من 3,8 ألف ممرضة / ممرض الي 0,6 الف ممرضة / ممرض وتضم محافظات مثل البحر الأحمر ومرسي مطروح وجنوب سيناء ونلاحظ التفاوت في عدد أعضاء هيئة التمريض وعدم وجود عدالة في التوزيع خاصة في المحافظات الحدودية.

اما خريطة القطاع الخاص نجد محافظة القاهرة تأتي في الفئة التي تضم من 6,4 ألف ممرضة / ممرض الي 4,8 ألف ممرضة / ممرض وهي الفئة الأعلى تليها محافظتي الإسكندرية والجيزة في الفئة التي تضم من 4,8 ألف ممرضة / ممرض الي 1,6 ألف ممرضة / ممرض ثم في الفئة الثالثة والأخيرة التي تضم من 1,6 ألف ممرضة / ممرض الي 0 ألف ممرضة / ممرض نجد محافظتي الغربية والشرقية اما محافظات الصعيد والمحافظات الحدودية نجد نسبة ضئيلة للغاية او انعدام تواجد أعضاء هيئة التمريض للقطاع الخاص.

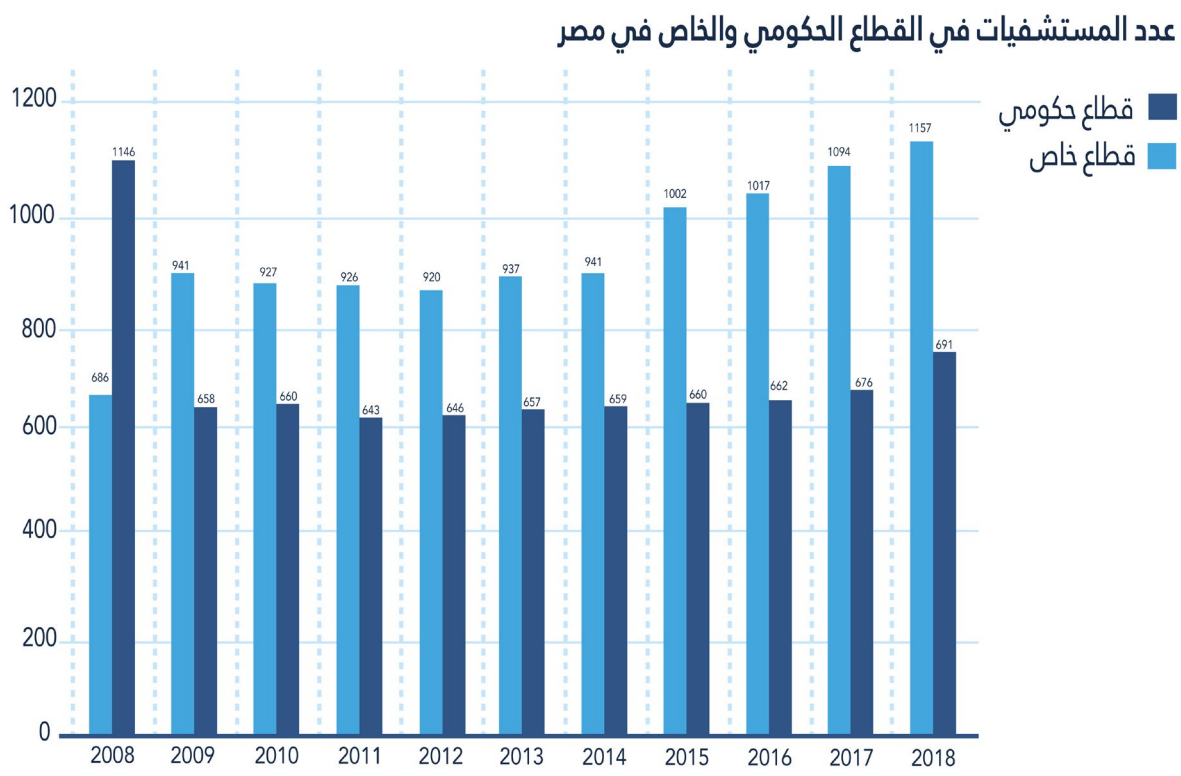
ثانياً: المنشآت والمرافق ومعدات

1- المستشفيات

تعاني مستشفيات التابعة لوزارة الصحة والتابعة للقطاعات الحكومية المختلفة من أزمات متكررة وأحيانا غلق كلي أو جزئي، وهناك بعض المستشفيات يتم إغلاقها لمدة عشر سنوات تحت بند الإحلال والتجديد أو إعادة البناء من جديد، وتنقص المستشفيات التجهيزات الطبية والأدوية الضرورية لإنقاذ حياة المرضى. وتعول الدولة على التبرعات لتمويل وتسيير تلك المؤسسات الطبية المهددة بالانهيار التام. فضلاً عن نقص التجهيزات الطبية والعجز بالفرق الطبية المدربة تستمر الجهات الحكومية في غلق المستشفيات والوحدات الطبية.

طبقًا للإحصاءات المنشورة بالموقع الاليكتروني للجهاز المركزي للتعبئة والإحصاء عام 2019 أن عدد المستشفيات الحكومية انخفض بين عامي 2005 و2018 بنسبة 40,7٪، بعدما تقلص عددها من 1167 إلى 691 مستشفى فقط؛ وشهدت اعداد المستشفيات الحكومية اعلي عدد لها في العام 2007 بحوالي 1373 مستشفى. نتيجة عدم وجود صيانة للمرافق العامة بالقطاع الطبي الحكومي وعدم توفير بدائل حديثة الأجهزة والمنشآت التي يتم استهلاكها وتقلص ميزانية القطاع الصحي في مصر.

اما عن القطاع الخاص احتل النسبة الاكبر من الزيادة في اعداد المستشفيات في العام 2016 فقد بلغ عدد المستشفيات الخاصة 1017 مستشفى وزادت اعداد المستشفيات طبقًا لآخر تعداد عام 2018 إلى 1175 مستشفى بعدما كانت 664 مستشفى في عام 2006. هذا الانخفاض الحكومي تسبب في معاناة آلاف المصريين في الحصول على رعاية صحية مناسبة في ظل جائحة كورونا «كوفيد-19»، على إثر الارتفاع المتزايد في تكلفة العلاج المتوفر من جانب القطاع الخاص، في ضوء ارتفاع نسبة الفقر بين السكان إلى 32,5٪، بحسب بيان الدخل والإنفاق الصادر عن الجهاز المركزي للتعبئة والإحصاء 2019



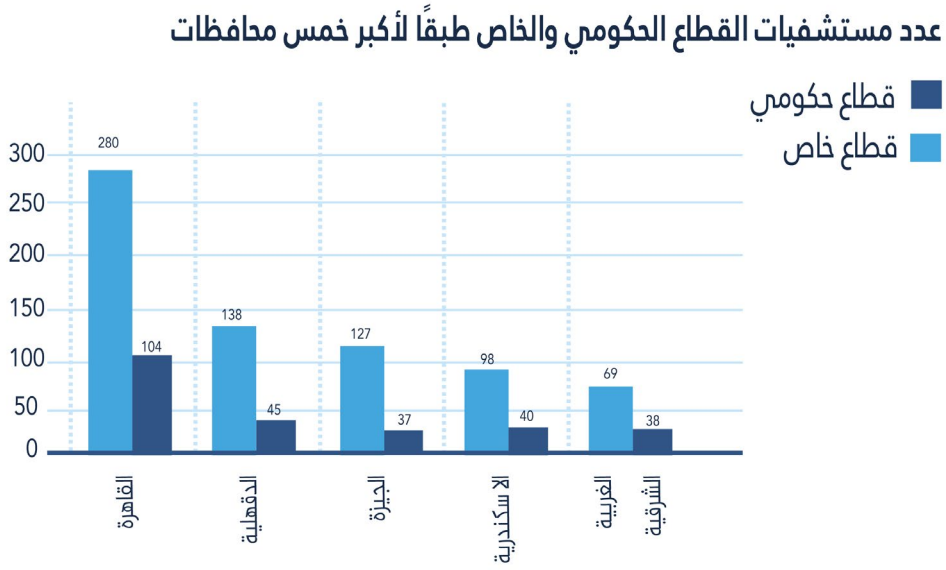
«المصدر: الجهاز المركزي للتعبئة العامة والاحصاء»

وتعاني المستشفيات الحكومية من اهمال وتهالك البنية التحتية مما يدفع المرضي لشراء ما ينقصهم من مستلزمات على نفقتهم الخاصة مما يزيد تكلفة المرض على الفقراء خاصة بعد ارتفاع الاسعار وزيادة اسعار الادوية والمستلزمات الطبية بعد تحرير سعر الصرف في العام 2016. وتشير التقارير الصادرة من البنك الدولي إلى زيادة إنفاق المصريين من حسابهم الخاص للحصول على الخدمات الصحية والدواء بنسبة لا تقل عن 72٪ من اجمالي الانفاق على الصحة، نظراً لأن عدد كبير من المواطنين خارج مظلة نظام التأمين الصحي وخاصةً بين الشرائح المهمشة والأكثر فقرًا. وقد احتلت مصر المرتبة 84 من بين 89 دولة في مؤشر الرعاية الصحية الذي توفره لمواطنيها، وفقًا لبيانات مجلة CEOWORLD للرعاية الصحية لعام 2019.

«المصدر: الجهاز المركزي للتعبئة العامة والاحصاء»

أما عن التوزيع الجغرافي للمرافق والخدمات الصحية الحكومية على مستوى الجمهورية؛ تشير البيانات الصادرة عن الجهاز المركزي للتعبئة والاحصاء إلى عدم مساوه فجه بين الحضر والريف، حيث تم تقسيم محافظات مصر إلى ثلاث فئات وفقًا لعدد المستشفيات. الفئة الأولى من المحافظات وهي صاحبة أكبر عدد من المستشفيات وتستحوذ عليها محافظة القاهرة وحدها بإجمالي 104 مستشفى. وتضم الفئة الثانية (بين 31 إلى 80 مستشفى) وتضم هذه الفئة محافظة واحدة من الصعيد (المنيا)، وبعض محافظات الدلتا مثل محافظة الدقهلية ومحافظة الشرقية بجانب الإسكندرية والجيزة. ويقبع في الفئة الثالثة والاخيرة المحافظات الصعيد (عدا المنيا)، وبعض محافظات الدلتا، وإقليم قناة السويس، والمحافظات الحدودية شبه جزيرة سيناء، ومطروح والوادي الجديد بالإضافة إلى محافظة البحر الأحمر وجميعها تعاني من ندرة المنشآت الصحية الحكومية والخاصة.

وتقع كلٍ من محافظة أسيوط التي تضم أكبر نسبة الفقراء بين محافظات الجمهورية بنسبة 66,7٪، ومحافظة سوهاج التي تليها بنسبة 59,6٪ في الفئة الاخيرة التي تضم من 7 إلى 31 مستشفى فقط، وهو ما يلقى الضوء على إشكاليات المركزية وعدالة توزيع الخدمات الصحية وإتاحتها.



«المصدر: الجهاز المركزي للتعبئة العامة والاحصاء»

2-الاسرة الطبية:

تمتلئ البيوت المصرية بحكايات مأسوية على طرق الحصول على سرير بمستشفى حكومي في مصر وهو شيء أشبهه بالمستحيل دون واسطة او معرفة مسبقة او رشوة وخاصة في العناية المركزة. فالأرقام وحدها لا تعبر عن معاناة المصريين داخل المستشفيات الحكومية ولا تُقيس بشكل كافي فترات الانتظار الطولية امام المستشفيات والوحدات الصحية او سوء ادارة تلك المنظومة او تهالكها او النقص الحاد في الادوات والامكانيات.

ففي الوقت التي زادت فيه عدد الأسرّة في القطاع الخاص مرتفعة التكاليف حيث زادت عدد الاسرة من 18574 بعام 2015 إلى 26239 سرير في العام 2007 ثم إلى 35320 سرير طبي بعام 2018. بنسبة زيادة قدرها 90,1٪ منذ عام 2005.

اما عن عدد الاسرة داخل المستشفيات الحكومية فقد كان 126757 سرير بعام 2007 وانخفض ليصل الي 93897 في العام 2016 ثم زاد بعام 2018 ليصل إلى 95683 سرير طبي طبقاً لإحصاءات الجهاز المركزي للتعبئة والاحصاء مقسمة إلى:

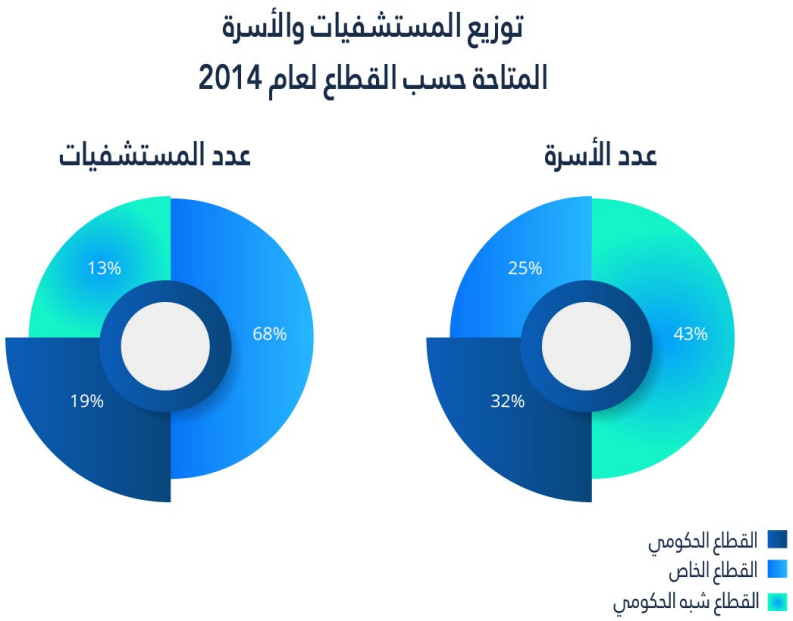
الاسرة التابعة بمستشفيات وزارة الصحة والجهات التابعة لها فقد بلغ 62931 سرير. واحتكرت القاهرة 9904 سرير. أما الإسكندرية فقد استحوذت على 4590 سرير، وبلغت عدد الاسرة الطبية بمحافظة سوهاج 2405 أما المحافظات الحدودية البحر الأحمر 445 سرير، شمال سيناء 518 سرير، جنوب سيناء 414 سرير وتذيلت محافظة الوادي الجديد القائمة 401 سرير.
أما عدد الأسرة التابعة لمستشفيات الوزارات والهيئات الأخرى مثل (الجامعات والشرطة والقوات المسلحة والسجون والسكك الحديدية) فقد شملت 32752 سرير طبي؛ احتكرت القاهرة 11454 سرير طبي والإسكندرية 3487 سرير أما سوهاج فقد استحوذت على 965 سرير، بورسعيد 38 سرير، السويس 62 سرير والوادي الجديد 30 سرير طبي. وجاءت محافظات البحر الأحمر، كفر الشيخ، الاقصر، مطروح، جنوب وشمال سيناء خارج القائمة نهائياً ((بصفر)) اسره طبية) لجهات حكومية بخلاف وزارة الصحة.

عدد الأسرة بالمستشفيات
طبقًا للقطاع الحكومي والخاص

السنة	2011	2011	2012	2013	2014
عدد الأسرة بمستشفيات وزارة الصحة والسكان	63,006	44,719	63,006	41,647	40,801
عدد الأسرة بالجهات المتخصصة لوزارة الصحة والسكان	17,207	26,857	25,034	25,282	24,424
التأمين الصحي الحكومي	9,714	7,844	7,247	6,919	7,142
المؤسسة العلاجية	2,146	1,922	2,003	1,922	1,823
مستشفيات تعليمية	4,230	5,367	4,452	4,464	4,089
معاهد تعليمية	1,117	.....	.....	.....	.....
الجامعات	25,742	27,225	27,179	27,530	27,638
مستشفيات نفسية	.....	6,283	6,971	6,872	6,872
مستشفيات السكة الحديد	351	288	288	288	385
مستشفيات الشرطة والسجون	1,382	1,382	1,382	1,382	1,368
المراكز الطبية المتخصصة	.....	5,441	4,361	5,105	4,498
عدد الأسرة بمستشفيات القطاع الخاص	26,814	26,719	28,868	29,393	31,653
هيئات اخرى	2,380	2,393	2,190	2,190	2,204
جهات أخرى	29,855	31,288	31,039	31,390	31,595
الإجمالي	136,882	129,472	127,733	127,712	128,473

«المصدر: الجهاز المركزي للتعبئة العامة والاحصاء»

وعن المعدلات العالمية للأسرة الطبية تبلغ في الولايات المتحدة ال 10 اسرة مقابل كل ألف مواطن وفي السويد 12 سرير لكل ألف مواطن اما في مصر فبلغ المعدل 1,6 سرير لكل ألف مواطن. 19
تشير تلك البيانات الرسمية الحكومية عن تراجع في اعداد المستشفيات والاسرة الحكومية التي تخدم الغالبية العظمي من فقراء المصريين في مقابل ارتفاع اعداد المستشفيات في القطاع الخاص المرتفع والباهظ التكاليف الذي لا يقدر على تحمله الغالبية العظمي من المصريين مما يشير مرة اخري الي انسحاب الدولة من تقديم الخدمات الصحية المناسبة وترك الجزء الاكبر من ملف الصحة لصالح القطاع الخاص والمستثمرين مما يؤدي الي توافر الخدمات الصحية فقط لمن هم قادرون علي دفع ثمنها.



«المصدر : شركة أبحاث كوليزر انترناشيونال»

وتم تقسيم المستشفيات الحكومية المصرية إلى 6 فئات بموجب قرار رقم 674 لسنة 2010 الصادر من وزير الصحة الأسبق حاتم الجبلي وتم في هذا القرار المعروف «باللائحة الموحدة» تحديد عدد الاسرة بكل مستشفى بعكس اللائحة السابقة رقم 239 الصادرة عام 1997، التي لم تحدد من عدد الأسرة بالمستشفى الواحد.

ضمت الفئة الأولى، المستشفيات العامة الموجودة في عواصم المحافظات أو المراكز الإدارية التي يتخطى عدد سكانها 500 ألف نسمة، وحددت سعتها السريرية بـ 200 سرير فأكثر؛

أما الفئة الثانية فهي المستشفيات المركزية من نوع «أ» وهي تخدم المراكز الإدارية التي يتراوح عدد سكانها بين 100 إلى 500 ألف نسمة، على أن تبلغ سعّته بين 100 إلى 199 سريراً فقط.

أما الفئة الثالثة فهي المستشفيات المركزية من نوع «ب» التي تحدد وجودها في المدن التي يقل عدد سكانها عن 100 ألف نسمة، وتحدد سعتها السريرية بين 50 إلى 99 سريراً فقط؛

أما الفئة الرابعة فهي المستشفيات النوعية وتخدم المدينة التي يقل تعدادها عن 100 ألف نسمة وتحدد عدد أسرتها بين 50 إلى 99 سريراً؛

وأخيراً، الفئتان الخامسة والسادسة، وهم النموذج الأول والثاني للمنشآت الصحية، وتقدم خدمات رعاية أولية وصحة الأسرة، وتمثل نقطة الاتصال الأولى بالمواطنين، وتختص برعاية من 1000 إلى 20 ألف مواطن.

19- البنك الدولي « اسرة المستشفيات لكل 1000 شخص»
https://data.albankaldawli.org/indicator/SH.MED.BEDS.ZS

بمجرد تطبيق هذه اللائحة، خرج من الخدمة نحو 60 مستشفى حميات، بعد تحولها إلى مجرد أقسام داخلية للمستشفيات المركزية، ومن سوء الطالع أن أغلب مستشفيات الحميات تقع داخل المدن والقرى الفقيرة، لذا جرى نقل تبعيتها للمستشفيات المركزية من فئة «ب » ما تسبب في الاستغناء عن 5235 سريراً. وهو مما تسبب في انخفاض عدد الاسرة الطبية بالمستشفيات الحكومية من 116,1 ألف سرير عام 2005 إلى 95,7 ألف سرير عام 2019، حيث تم الاستغناء عن 20,5 ألف سرير 20، وخلال انخفض عدد الاسرة الطبية بمستشفيات الحميات من 9904 أسرة عام 2005، إلى 4669 سريراً عام 2019، بنسبة انخفاض 50٪. وبالرغم من اصدار قرار بإيقاف العمل بتلك اللائحة الموحدة بعام 2013 21 بقرار من وزير الصحة السابق أشرف حاتم إلا أنه لم تعد الاسرة الطبية التي تم الاستغناء عنها للعمل مرة اخري.

يعد عدد الأسرة المجهزة لتلقي العلاج من المؤشرات المهمة للغاية في قياس إتاحة الموارد والخدمات الصحية في الدول، إلا أنه لا يدل بشكل واضح على جودة الخدمات الطبية الأخرى أو توافر الظروف للتمتع بخدمة صحية جيدة. ويري المتخصصون ان من أبرز التحديات التي تواجهه المستشفيات الحكومية هي ضعف الميزانية المخصصة للصحة التي تنخفض عن النسبة المقررة في الدستور واشار الدكتور حسام عبد العزيز (استاذ الامراض الباطنية في جامعة عين شمس) الي ان نقص الاسرة داخل المستشفيات يترتب علية وفاة عدد كبير من المصريين يوميًا على اعتاب المستشفيات واضاف الي ان المستشفيات الحكومية في مصر تحتاج الي اعادة هيكلة من اجل الإصلاح.

ويتضح مما سبق عرضه انخفاض عدد الأسرة بشكل عام في مصر، لكل 1000 نسمة 1,5 سرير طبي فقط، في حين يبلغ المتوسط العالمي حوالي 2,7 سرير لكل 1000 مواطن. جدير بالذكر أن تعداد سكان مصر يبلغ حوالي 100 مليون مواطن، ومتوقع أن يصل هذا الرقم إلى 151 مليون مواطن عام 2050 بحسب مؤسسة ابحاث كوليرز إنترناشيونال، مما يجعل عدد الأسرة في مصر في وضع مأزوم وحرج ولا يتناسب مع حجم السكان ومتطلباتهم الصحية ويحرم النسبة الأكبر منهم من تلقي الخدمات المناسبة للحصول على العلاج وخاصة بعد انتشار جائحة كوفيد -19.

20 - تحقيق صحفى للكاتب محمد حميد بعنوان «لا مستشفيات للفقراء.... كيف خرج 20 ألف سرير بالمستشفيات المصرية من الخدمة» نشر بتاريخ 2020/11/12 بموقع ARIJ .

21- لقرار رقم 344 لسنة 2013 الصادر من وزير الصحة.

3-مراكز الإسعاف:

هيئة الإسعاف هي إحدى الهيئات الحيوية والاساسية في القطاع الطبي التي تقدم خدمات الطوارئ الطبية خاصة في حالات الحوادث والكوارث التي تحتاج الي اخلاء سريع للمصابين أو المرضي «خدمة الرعاية الصحية المتنقلة.»

ويعاني مرفق الإسعاف من العدد من المشاكل الأساسية مما يؤثر علي جودة وسرعة خدمة الطوارئ الطبية المقدمة للمواطنين من اهم وأبرز تلك المشكلات عدم وجود اكاديمية متخصصة لتخريج الكوادر المناسبة من المسعفين للتعامل بجودة وسرعة وحرفية مع الحالات الطارئة بل يحصل المسعفين فقط على عدد من الدورات التي تنظمها الهيئة لتعليم مبادئ الاسعافات الاولية بصرف النظر عن مؤهل المتقدم لوظيفة المسعف. إلى جانب نقص مراكز الإسعاف، والتأخر الملحوظ في إنقاذ المصابين، ورفع التكلفة، فضلاً عن عدم تجهيز السيارات بالشكل الكامل، للتعامل مع الحالات الحرجة، وتهالك بعضها. 22
وفي غضون شهر أغسطس من العام 2018، قررت هيئة الإسعاف المصرية، اعتماد اللائحة لأسعار الخدمات غير الطارئة والتعاقدات والتأمينات والأكسجين وجدول أسعار نقل الحالات غير الطارئة بين المحافظات، كما قررت الهيئة زيادة أسعار التأمينات للمرافق الخارجية، ونقل الحالات المرضية بأجر، وساعات الانتظار مع الحالات المرضية، وكذلك خدمات المصاحبة، وقيمة خدمة إيجار الأكسجين للجمهور.

على عكس ما كان مقرر قبل اعتماد اللائحة الجديدة كان يتم نقل المريض من منزله إلى أي مستشفى حكومي مجانًا ونقل أي مريض إلى مستشفى خاص مقابل أجر رمزي، إلا أن الأسعار الجديدة وفقًا لجدول أسعار هيئة الإسعاف وضع تسعيراً للنقل بين المحافظات بقيمة خمسة جنيهات لكل كيلو متر، وبحد أقصى خمسة آلاف جنيه، بالإضافة إلى زيادة مستلزمات الإسعاف، مثل: أسطوانة الأكسجين التي باتت بمئة جنيه، مع تأمين قدره 2700 جنيه، ورفع خدماتها لنقل الحالات غير الطارئة من خمسين جنيها إلى 125 جنيها. بخلاف ما جرى إقراره من زيادات على إسعافات المنافسات الرياضية في الملاعب المختلفة.

وبالرغم من زيادة عدد سيارات الإسعاف إلى نحو 3200 سيارة في بداية عام 2020؛ إلا انها أقل بكثير عن المعدل العالمي بحسب تعبير رئيس نقابة العاملين بهيئة الإسعاف23 وتعاني سيارات الإسعاف من وجودتها وقدرتها على تقديم الخدمة المناسبة سواء للمصابين او للحالات الطارئة حيث ان معظم السيارات عمرها الافتراضي انتهي والكثير منها يتعطل واخري تخلو من الاجهزة الطبية الضرورية.

22- نشوي الشربيني ،الوفد ، «طوارئ تحت الطلب»
https://tinyurl.com/y8ufll3z

23- تحقيق صحفى لرقيه كامل بعنوان « تأخير ورفع أسعار.. خدمة الإسعاف في مصر إلى أين؟» نشر بموقع مصر في يوم بتاريخ 2020/2/24. https://bit.ly/3fDe8O5

ويبلغ عدد العاملين في مرفق الاسعاف حوالي 16 ألف عامل ويواجهون عدة مشاكل على العديد من المستويات من جهة تدني الاجور الي جانب عدم وجود بدل مخاطر او عدوي لما يجابهونه من مخاطر أو بدل المهن الطبية ومن جهة أخري عدم وجود تامين مناسب للحفاظ على سيارات الإسعاف والمسعفين لما يتعرض له هؤلاء المسعفين من اعتداءات اثناء تأدية وظيفتهم.

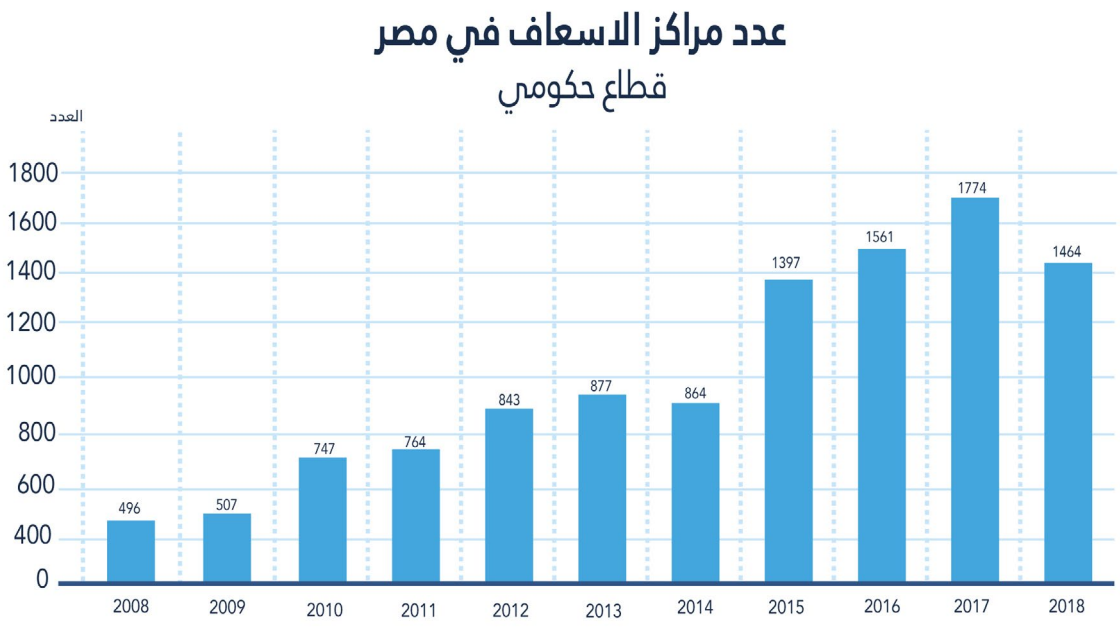
تطور عدد مراكز الإسعاف وحالات الإسعاف خلال الفترة (2015-2017)

البيان / السنوات	2015	2016	2017
عدد مراكز الإسعاف	1397	1561	1774
عدد حالات الإسعاف (بالاف)	1117	1186	1275

«المصدر: الجهاز المركزي للتعبئة العامة والاحصاء»

تناقص مراكز الإسعاف

طبقاً للبيانات الصادرة عن الجهاز المركزي للتعبئة والاحصاء تراجع عدد مراكز الإسعاف بنسبة 17,4٪ خلال عام، لتصل إلى 1464 مركزا خلال عام 2018، مقابل 1774 مركزا في العام السابق عليه، بانخفاض قدره 310 مراكز خلال عام، بينما كان عدد مراكز الإسعاف قد بلغ 1561 مركزا عام 2016.



«المصدر: الجهاز المركزي للتعبئة العامة والاحصاء»

وأشار الجهاز المركزي للإحصاء بالنشرة السنوية لخدمات الإسعاف، إلى أن عدد حالات الإسعاف تقلّص لـ 943 ألف حالة سنويًا خلال عام 2018 مقابل 1,2 مليون حالة في العام السابق عليه، بانخفاض قدره 332 ألف حالة، بينما كان عدد حالات الإسعاف قد بلغ 1,1 مليون حالة عام 2016 . 24

«المصدر: الجهاز المركزي للتعبئة العامة والاحصاء»

24- المرجع السابق

وتعاني مئات القرى من عدم وجود سيارات إسعاف أو وجودها على مسافات كبيرة، أو إغلاق نقاط الإسعاف، ما يعجل من زيادة إصابة المرضى أو وفاتهم، وتبرر الهيئة عدم عدالة التوزيع الجغرافي لمراكز الإسعاف بدعوى أن هناك مراكز لكل محافظة، ويسهل وصول الإسعاف إلى أي قرية من خلالها. ويحتكر اقليم القاهرة الكبرى أكبر عدد في مراكز الإسعاف 266 مركزاً (القاهرة 122 مركز، الجيزة76 مركز والقليوبية 68 مركز اسعاف). اما المحافظات التي بها اقل مراكز الإسعاف اقلهم عدد محافظة بورسعيد 22 مركز اسعاف تسبقها محافظتي دمياط والاقصر 35 مركز اسعاف ويأتي قبلها محافظتي السويس والبحر الأحمر بعدد 36 مركز اسعاف.

ويتركز العدد الأكبر من مراكز الإسعاف بمحافظات إقليم الدلتا بعدد 299 مركز، يليه إقليم القاهرة الكبرى بعدد 266 مركز، ثم إقليم مدن القناة بعدد 259 مركز. فيما بلغ عدد مراكز الإسعاف بمحافظات إقليم جنوب الصعيد 177 مركز، وإقليم شمال الصعيد 146 مركز، وإقليم وسط الصعيد 140 مركز.

ثالثاً: ضعف الانفاق الحكومي

تتمثل أهم مصادر تمويل الخدمات الرعاية الصحية في مصر من خلال التمويل الخاص من جيوب الاسر بالرغم من الدولة هي المسؤول الأول عن صحة المواطنين والملزمة توفير الخدمات العلاجية، إلا ان الدولة المصرية لم تتحمل بالتزاماتها طوال عقود وطيلة بتوفير خدمات صحية لائقة لمواطنيها. وهو ما أشار إليه وزير الصحة المصري السابق عادل عدوي في عام 2014 عند مناقشة استراتيجية تطوير السياسات الصحية المعروفة باسم الورقة البيضاء، والتي ناقشها المجلس الأعلى للصحة إلى أن انخفاض الإنفاق الحكومي على الصحة على مدار سنوات عديدة أدى إلى تكبُّد المواطنين حوالي 72٪ من إجمالي الإنفاق الصحي من مواردهم الخاصة، وظهر ذلك جلياً في زيادة الاعتماد على القطاع الخاص في تقديم الخدمات الصحية .25

وعلى الرغم من تكاثر الدعوات التي تطالب بإصلاح منظومة الرعاية الصحة في مصر منذ سنوات طويلة لتحسين نظم الوقاية الصحية وتحسين وتوسيع البنية التحتية وتيسير الحصول على رعاية صحية أفضل لكافة المواطنين الا ان ذلك لم ينعكس بشكل كبير على الموازنة العامة للصحة.

25-إطلاق برنامج الورقة البيضاء لبدء استراتيجيات صحية للأعوام المقبلة -نشر بتاريخ 2014/8/12 بجريدة المال https://bit.ly/3ws1YxM

تعرف الموازنة العامة للدولة بانها بيان تقديري معتمد يحتوي علي الايرادات العامة التي تحصلها الحكومة والنفقات العامة التي يلزم انفاقها خلال سنة مالية قادمة وتعكس الموازنة العامة للدولة الانحيازيات السياسية و الاقتصادية والاجتماعية عن طريق الادوات والوسائل التي تقوم من خلالها الحكومة بالتحكم في نفقاتها و أوجه الصرف المستحقة ويتأثر المواطنون سواء سلبًا او ايجابًا بالموازنة العامة للدولة فقد ينتج عنها تحملهم مزيد من الاعباء الاقتصادية عند زيادة الاسعار او خفض الدعم او الرسوم وتقليل الانفاق العام علي خدمات عامة كالصحة والتعليم بحيث لا يحصل علي تلك الخدمات الا من يملك ثمنها.

تشير الإحصائيات إلى تردي المنظومة الصحية في مصر. وتفيد بأن مصر مصنفة من إحدى الدول الأقل إنفاقًا على القطاع الصحي، وتأتي بعد دول مثل أفغانستان التي تنفق 6,7 ٪ والعراق 8,4 ٪ وبورندي 11,7٪. ولم تتعدي نسبة قطاع الرعاية الصحية 1,2 ٪ في أفضل الأحوال من الناتج الإجمالي المحلي. وهذه النسبة تعكس مدى تردي المنظومة الصحية في مصر برغم من وجود نصوص دستورية تلزم الحكومة برفع نسبة الانفاق على الصحة الي 3٪من الناتج الاجمالي المحلي. وهذا يوازي أقل من ثلث النسبة المقررة في الدستور، والتي كان من المفترض أن تبدأ من 3٪ وتتصاعد تدريجيًا حتى تتفق مع المعدلات العالمية المقدرة بما لا يقل عن 7٪.

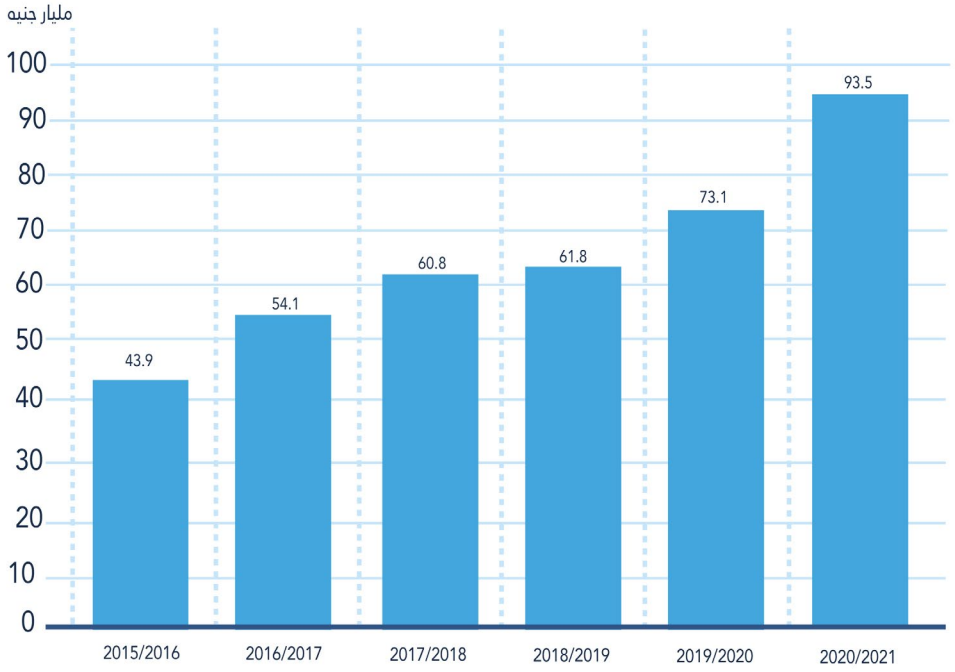
وبرغم ان الحكومة المصرية بموازنة عام 2021/2020 قد خصصت مبلغ تبلغ 93,5 مليار جنيه لقطاع الصحة بنسبة نمو تبلغ 28٪ « 20,481 مليار جنية» مقارنة بموازنة العام المالي 2019-2020 نتيجة للأعباء الصحية العالمية نظراً لتفشي جائحة كوفيد-19، إلا ان ذلك المبلغ المخصص للأنفاق الصحي الحكومي يمثل نسبة 1,37٪ من الناتج المحلي الإجمالي وهي أقل نصف الحد الأدنى الدستوري للأنفاق العام على الصحة وهي 3 ٪ أدني نسبة للأنفاق على الصحة في السنوات السبع الماضية«منذ اصدار الدستور المصري المعدل عام 2014»

وأدى تدني الإنفاق الحكومي على الصحة إلى تراجع كبير في مقومات البنية التحتية لتقديم الخدمات الصحية، من إهمال الإنشاءات الجديدة، وتراجع تطوير وتحديث المنشآت الطبية، بالإضافة إلى الشكوى المستمرة من نقص التجهيزات والآلات والأدوات والمستلزمات والأدوية الضرورية لتقديم خدمة صحية جيدة للمواطنين.

ويصنف مؤشر «إنديغو ويلنس»26 للرفاه مصر ضمن أسوأ عشرين دولة في تصنيف الصحة العالمية من بين 191 دولة، ويعزو المؤشر احتلال مصر هذا المركز المتأخر إلى قلة الإنفاق الحكومي على الرعاية الصحية، ولارتفاع نسب ما يعرف بأمراض أنماط الحياة مثل السكرى وارتفاع ضغط الدم والسمنة والقلب.

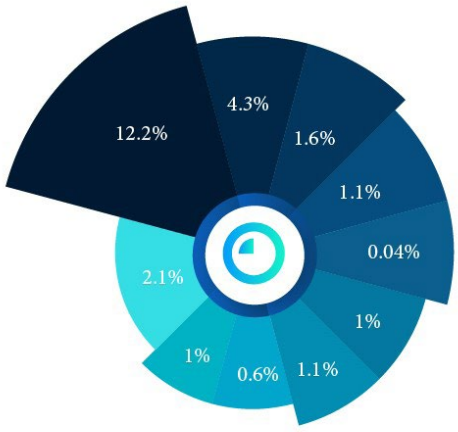
26- واقع القطاع الصحي في مصر يخالف الدستور - كتب مصطفى جاويش بجريدة العربي الجديد - نشر بتاريخ 2019/4/1
https://bit.ly/3dujvg2

تطور موازنة الصحة على مدار السنوات



«البيان التحليلى عن مشروع الموازنة العامة للدولة للسنة المالية 2019\ 2020) »

توزيع مصروفات الموازنة العامة
لعام 2020/2019 حسب التصنيف الوظيفي



رسم البياني لنسب المئوية لموازنة عام 2020/2019

- الخدمات العامة
- الحماية الاجتماعية
- الشئون الاقتصادية
- النظام العام وشئون السلامة
- حماية البيئة
- الاسكان والمرافق المجتمعية
- الصحة
- الشباب والثقافة والشئون الدينية
- باقي القطاعات الوظيفية
- التعليم

«البيان التحليلى عن مشروع الموازنة العامة للدولة للسنة المالية 2019\ 2020) »

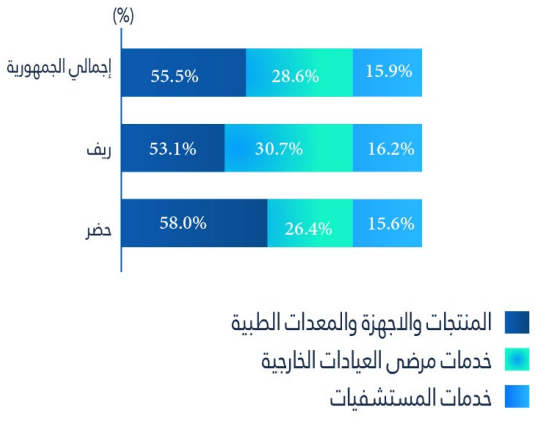
وبقراءة المواد 18، 19، 21، 23 من الدستور المصري المعدل عام 2014 نجد ان الدولة ملزمة بتخصيص نسبة من الانفاق الحكومي منذ عام 2014 تاريخ الموافقة على الدستور لا تقل عن 3٪ لقطاع الرعاية الصحية 27 و4 ٪ للتعليم ما قبل الجامعي و2٪ للتعليم الجامعي و1٪ للبحث العلمي وتزداد هذه النسب لتصل إلى المعدلات العالمية. وإذا تفحصنا الموازنة العامة للدولة عن عام 2020 نجد الحكومة المصرية لم تخصص سوي 3,6٪من المخصصات المالية لكل تلك القطاعات من إجمالي الناتج المحلي بالمخالفة للدستور.

وقد أظهر المسح الصحي الذي أجراه المجلس القومي للبحوث الجنائية والاجتماعية عام 2016، وهو مؤسسة حكومية مصرية، أن 61٪ من المصريين غير راضين عن مستوى الخدمات الصحية الحكومية28.

وذكر البنك الدولي بتقريره الذي حمل عنوان «مرصد الاقتصاد المصري يوليو 2019» 29 ان قطاعي الصحة والتعليم لم يستفيدا من الاصلاحات المالية التي ادعت الحكومة المصرية انها أجرتها منذ عام 2016. وان مخصصات الرعاية الصحية والتعليم قد انخفضت في الموازنة بالقيمة الحقيقة إذا تراجع الانفاق على الصحة من 1,6٪ في العام 2016 الي 1,4٪ في العام 2018 من الناتج المحلي الإجمالي.

وقد انخفاض الانفاق الحكومي على قطاع الصحة إلى اقتطاع الجانب الاكبر من النفقات الصحية من المواطنين وقد ظهر ذلك في بحث الانفاق على الصحة الذي نشرة الجهاز المركزي للتعبئة العامة والاحصاء عن أوجه الانفاق الذي تنفقه الاسرة المصرية في بحثها عن الدخل والانفاق والاستهلاك لعام 2018/2017:

التوزيع النسبي للإنفاق السنوي للأسرة على الخدمات والرعاية الصحية وفقًا لبنوده ومحل الإقامة عام 2018/2017



«اهم مؤشرات بحث الدخل والانفاق والاستهلاك اكتوبر 2017/ سبتمبر 2018»

27- الفقرة الثانية من نص المادة 18 من الدستور المصري «..... وتلتزم الدولة بتخصيص نسبة من الإنفاق الحكومي للصحة لا تقل عن 3 ٪ من الناتج القومي الإجمالي تتصاعد تدريجيا حتى تتفق مع المعدلات العالمية...»

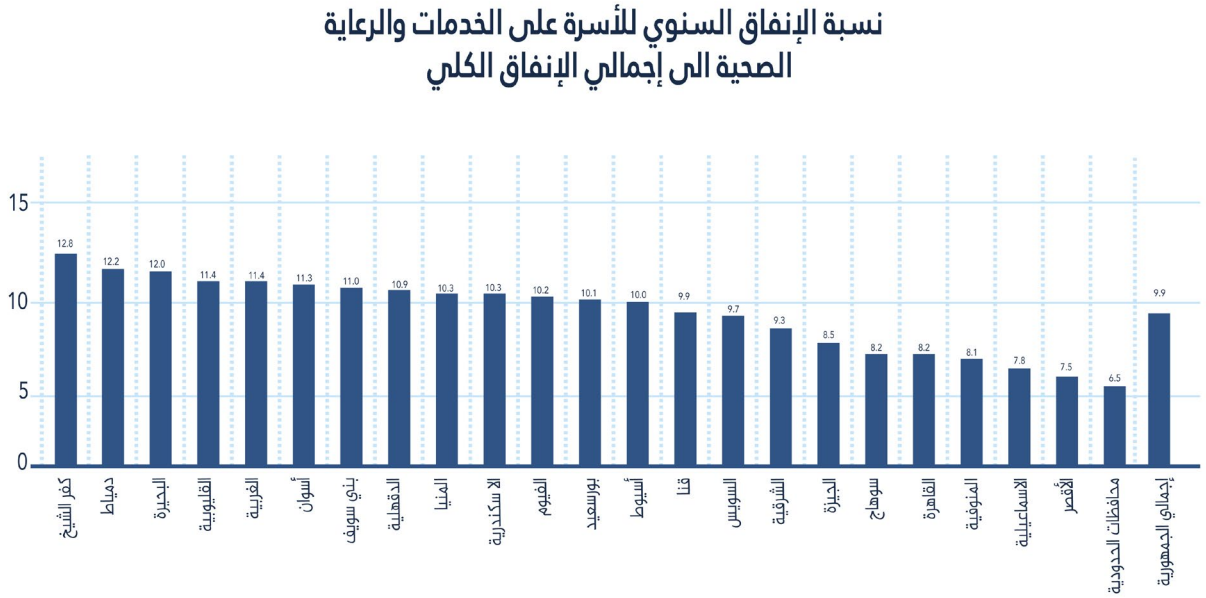
28- المرجع السابق.

29-تقرير البنك الدولي بعنوان « مرصد الاقتصاد المصري .. من الازمة إلى التحول الاقتصادي: إطلاق العنان لإمكانات مصر في الإنتاجية وخلق فرص عمل » صدر بنوفمبر 2020

فنجد أن متوسط الانفاق السنوي للأسرة على الخدمات والرعاية الصحية لعام 2018/2017 قد بلغ 5095,2 جنية مصري ما يوازي 9,9٪ من اجمالي أنفاق الاسرة. وارتفعت نسبة الانفاق على الخدمات الصحية بارتفاع مستوي المعيشة للأسرة من 8,1٪ لشريحة الانفاق الدنيا الي 10,9٪ في شريحة الانفاق العليا.

واختلف متوسط الانفاق السنوي ما بين الريف والحضر فقد بلغ 4842,4 جنية في الريف مقابل 5393,5 جنية في الحضر وان اقل نسبة إنفاق على الخدمات والرعاية الصحية كانت في محافظات الحدود بنسبة 6,5٪ تليها محافظة الاقصر بنسبة 7,5٪ ثم محافظة الاسماعيلية بنسبة 7,8٪. واعلي نسبة إنفاق فكانت في محافظة كفر الشيخ بنسبة 12,8٪ تليها محافظة دمياط بنسبة 12,2٪ ثم محافظة البحيرة بنسبة 12٪.

وقد صرح مدير المركز المصري للحق في الدواء، مجدي فؤاد، في تصريح صحفي، أن في موازنة 2019/2018، خصصت الحكومة 61,8 مليار جنيه لقطاع الصحة، ما يعد أيضًا أقل مما نص عليه الدستور المصري. وطبقًا لأرقام آخر موازنة، فإن نصيب الفرد المصري من الرعاية الصحية لا يتجاوز 37 جنيهًا شهريًا، وهو مبلغ لا يكفي زيارة واحدة للمستشفى .30



«اهم مؤشرات بحث الدخل والانفاق والاستهلاك اكتوبر 2017/ سبتمبر 2018»

30- القطاع العام في مصر.. «الصحة» محرمة على الفقراء!- كتبت مها عمر بموقع «صوت ultra «بتاريخ 19/8/2018.
https://bit.ly/3duVGod

وتوضح دراسة أجراها باحثون من جامعة كوينز لاند بأستراليا عام 2018 بالاشتراك مع وزارة الصحة المصرية، أن تخفيض الإنفاق على الصحة أجبر المواطنين على زيادة إنفاقهم الشخصي على العلاج، ما تسبب في عدم المساواة في الحصول على الرعاية الصحية التي باتت قاصرة على من يستطيعون تحمل تكاليفها 31 .

وأشار تقرير صادر عن اتفاقية التعاون 20/20 للأنظمة الصحية الممولة من الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية USAID، إلى أن الإنفاق الشخصي على الصحة في مصر ارتفع من 51٪ عام 1995 إلى 60٪ عام 2008. في حين ترفع تقديرات لمنظمة الصحة العالمية النسبة إلى 72٪.

وقسم التقرير طرق إنفاق الاسر على الصحة في مصر إلى 9 أوجه: هي العيادات الخاصة بنسبة 38,4٪، تليها الصيدليات بنسبة 33٪، والمستشفيات الخاصة بنسبة 8,2٪، ثم مستشفيات وزارة الصحة بنسبة 3,5٪، والمراكز العلاجية بنسبة 2,9٪، والمستشفيات الجامعية بنسبة 2,8٪، ومستشفيات التأمين الصحي بنسبة 1,9٪، ثم نسبة 0,9٪ لمستشفيات عامة أخرى، وأخيرًا نسبة 8,3٪ مصروفات أخرى. وأوصي التقرير الصادر عام 2010، بزيادة الاستثمارات العامة في مجال الصحة، ومعالجة مسألة الإنفاق الشخصي، معتبرًا أن استمرار العبء المرتفع للإنفاق من الجيب أمر مثير للقلق الشديد.

اشارت الدراسة الصادرة من كوينز لاند بأستراليا، أن السياسات الاقتصادية في عهد الرئيسين الراحلين «أنور السادات 1970: 1981 – حسني مبارك 1981: 2011» أدت لخصخصة نظام الرعاية الصحية.

التخلي الحكومي واحتكار القطاع الخاص

تسبب تراجع دور الدولة في الإنفاق على القطاع الصحي إلى تعظيم دور المستشفيات الخاصة حيث استحوذ سوق القطاع الخاص على معظم حصة سوق الرعاية الصحية في مصر، حيث صرف القطاع الخاص حوالي 62٪ من إجمالي النفقات الرعاية الصحية، في حين صرف القطاع العام 38٪فقط منها، بالإضافة إلى 90٪ نفقات نثرية كنسبة من النفقات الخاصة على الصحة في 2014 .32

ووفقًا لدراسة أجرتها شركة كوليزر إنترناشيونال-وهي شركة متخصصة بالاستشارات الاستثمارية بمجالات متعددة-عن قطاع الرعاية الصحية في مصر دعت فيها المستثمرين إلى الاستثمار في قطاع الرعاية الصحية في مصر لأنها تعاني من تقلص الخدمات الصحية في مقابل زيادة عدد السكان وبالتالي سيرتفع الطلب على الخدمات الصحية لأنه بحلول عام 2050. سيولد حوالي85 مليون طفل في مصر، مما سيؤدي إلى ارتفاع هائل في الطلب على خدمات رعاية الأم والطفل) التوليد وأمراض النساء، وطب الأطفال، إلخ (إلى جانب الأمراض المعدية الشائعة، وبعض الأمراض غير المعدية.

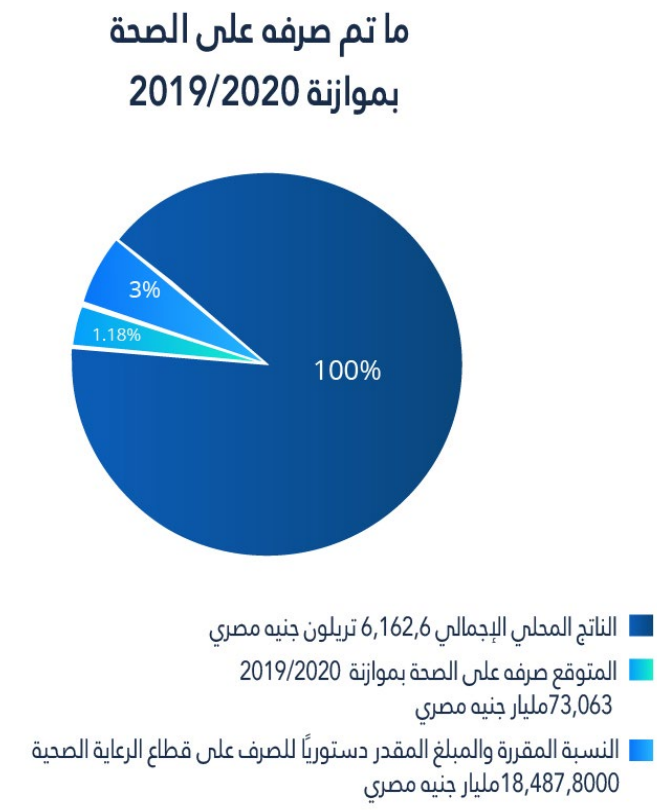
31- مرجع سبق ذكره - تحقيق صحفى للكاتب محمد حميد بعنوان «لا مستشفيات للفقراء.... كيف خرج 20 ألف سرير بالمستشفيات المصرية من الخدمة» نشر بتاريخ 2020/11/12 بموقع ARIJ .

32- التقرير السابع الصادر لسنة 2017 المعنون باسم قطاع الرعاية الصحية الصادر من قبل شركة كوليزر انترناشيونال.

وزادت نسبة السكان الذين تتراوح أعمارهم بين 20 و 39 عامًا من 27,7٪ في1960 إلى 32,6 ٪ في 2015. ومن المتوقع أن تنخفض هذه النسبة قليلا لتصل إلى 30٪ بحلول عام 2050. ومع ذلك، نظراً لزيادة المتوقعة في إجمالي عدد السكان من 91,5 مليون نسمة إلى 151 مليون نسمة، سيزداد عدد السكان الذين تتراوح أعمارهم بين 20 و 39 عامًا، ليصل إجمالي عددهم إلى حوالي45,3 مليون نسمة في2050 .مقارنة بعددهم الذي بلغ 29,8مليون نسمة في 2015. ولهذه المرحلة العمرية أهمية كبيرة في التأثير على نفقات الرعاية الصحية حاليًا وفي المستقبل؛ نظراً لأنها أمراض تصيب أفراد هذه المرحلة العمرية. وتتسم هذه الأمراض بآثارها طويلة المدى على حياة الافراد.

وتمثل الأمراض غير المعدية -التي تشمل أمراض القلب الوعائية، والسكري، والسرطان، وأمراض الجهاز التنفسي المزمنة-تظهر عادة في هذه المرحلة العمرية وهي السبب الرئيسي للوفاة في مصر، حيث تشير التقديرات إلى أنها ستكون السبب في 82٪ من إجمالي حالات الوفاة و67 ٪ من حالات الوفاة المبكرة في مصر.

وأشار التقرير أن مصر تحتاج كل عام إلى ما لا يقل عن 2500 سرير) 1,5 سرير لكل 1000 نسمة (إلى 3500 سرير) 2 سرير لكل 1000نسمة (. ومن ثم ستكون هناك حاجة إلى (17000 إلى 74000 سرير جديد في 2020) هذه الزيادة لم تتحقق و (94000 إلى17000 سرير في 2050)و هي زيادة كبيرة مما يوفر فرص هائلة للاستثمار في قطاع الصحة في مصر.



«البيان التحليلى عن مشروع الموازنة العامة للدولة للسنة المالية 2020/2019»

وفى الصدد قامت شركة «أبراج كابيتال» ومقرها دولة الامارات العربية، بشراء 11 مستشفى خاص بمصر منها القاهرة التخصصي، والنيل بدراوي، والجولف، وأندلسية، وكليوباترا، وشركة هايدلينا، بجانب أكبر معامل التحاليل الطبية (البرج والمختبر). كما سعت لشراء شركة أمون للأدوية، وتخطط للدخول في صفقة مع الحكومة لشراء نحو 45٪ من القصر العيني الفرنساوي، ومستشفى عين شمس التخصصي التابعتان لوزارة التعليم العالي. ونقلت جريدة العربية بنوفمبر 2020 عن وكالة بلومبرج الامريكية أن صندوق الاستثمارات العامة السعودي وشركة «القابضة»، المعروفة سابقاً باسم شركة أبو ظبي للتنمية القابضة، يخططان لشراء شركة "أمون للأدوية"، وهي وحدة الأدوية المصرية التابعة لشركة «بوش هيلث كوز»، بقيمة 700 مليون دولار. وان هناك محادثات قد جرت بين الصندوق السعودي والشركة الإمارتية على الاستثمار في قطاعات حيوية مصرية منها الرعاية الصحية. وقد حذرت نقابة الأطباء في عام 2015 من احتكار الشركات الامارتية قطاع الرعاية الصحية المصري . 33

بعد إعلان مجموعة كليوباترا الاستحواذ على «مجموعة ألاميدا للرعاية الصحية» تمتلك الاخيرة وتدير من خلال شركاتها التابعة عددا من المستشفيات والمراكز الطبية في مصر منها مستشفى السلام الدولي في المعادي، ودار الفؤاد في السادس من أكتوبر، ودار الفؤاد في مدينة نصر، والسلام الدولي في القطامية، واشار اعلان مجموعة كليوباترا إلى أنه من المتوقع إتمام الصفقة وبدء عملية التشغيل في النصف الأول من 2021. وأعلنها الاستحواذ على 60٪ من أسهم «شركة بداية للخدمات الطبية» المتخصصة في مجال الإنجاب والإخصاب.

وأصبحت مجموعة «كليوباترا» تستحوذ رسميًا على 1450 سرير من قطاع الرعاية الصحية المصري، وذلك بعد صفقتها بالاستحواذ على مجموعة «الاميدا» الطبية، لتصبح الأكبر بالقطاع الخاص، وتبلغ حصتها السوقية نحو 15٪ من إجمالي الأسرة العلاجية الخاصة القاهرة الكبرى (محافظات القاهرة والجيزة والقليوبية) و4٪ على مستوى الجمهورية .34
وقد أدي ذلك إلى اعتراضات من جانب بعض أجهزة الدولة ونقابة الأطباء حيث أصدر جهاز حماية المنافسة ومنع الممارسات الاحتكارية بأواخر عام 2020؛ قرارًا مبدئيًّا بعدم منح الموافقة على صفقة الاستحواذ بشركة ألاميدا لوجود مؤشرات بالتأثير سلبًا على قطاع الرعاية الصحية في مصر، وقال الجهاز أن قراره جاء في ضوء حرصه على منع إنشاء كيانات احتكارية في سوق المستشفيات في مصر، وما قد يتبع ذلك من الإضرار بالرعاية الصحية للمواطن المصري ورفع أسعارها .35

33- كتب أحمد الشاعر بموقع مصر العربية «تسابق إماراتي وسعودي للاستحواذ على القطاع الصحي بمصر..استثمار ام احتكار» نشر بتاريخ 2020/11/29 . https://bit.ly/2Oj5hGd

34- كتب طلال رسلان «احتكار الخدمات الطبية بعد تحذيرات حماية المنافسة.. ماذا يعني استحواذ كليوباترا على مجموعة «ألاميدا» للرعاية الصحية؟ » بجريدة صوت الامة نشر بتاريخ 2021/1/1 . https://bit.ly/3fDi9lH

35- المصدر السابق .

وأرسل الجهاز خطاباً لوزيرة الصحة الحالية هاله زايد يحذرها فيه من الموافقة على صفقة الاندماج لان ذلك من شأنه أن يؤثر بالسلب على قطاع الرعاية الصحية الخاصة في مصر من خلال؛ رفع أسعار الخدمات الطبية وانخفاض جودتها وإضعاف فرص الاستثمار المحتملة أو المرجوة في هذا القطاع، ورفع أسعار الخدمات الطبية المقدمة للدولة بالنظر إلى إمكانية مشاركة مستشفيات القطاع الخاص في منظومة التأمين الصحي الشامل وخدمات الطوارئ الإلزامية. وأن الاستحواذ سوف يؤدي إلى خلق كيان احتكاري في سوق الرعاية الصحية من خلال تعزيز هيمنة شركة كليوباترا على مستشفيات الدرجة الأولى والثانية في نطاق 80 كيلو متر أو نطاق محافظتي القاهرة والجيزة.

ورفضت نقابة الأطباء وحذرت من احتكار قطاع الرعاية الصحية المصري من جانب القطاع الخاص وتقلص دور الدولة في هذا القطاع الحيوي لكونه يرتبط بالأمن القومي، وأنه على الدولة التدخل لتضمن عدم الاحتكار. وأنه «يجوز الاستثمار في قطاع الصحة، ولكن الدولة عليها التدخل دائمًا لمنع أي احتكار، ولتصل الخدمة لكل المواطنين».

وصرح الدكتور أحمد حسين عضو مجلس نقابة الأطباء36، أن احتكار القطاع الخاص وخاصة مجموعة أبراج كابيتال يثير مخاوف المصريين من سيطرة الأجانب على القطاع الصحي، لافتا إلى أن القطاع الصحي في مصر لا يستطيع حاليًا تلبية احتياجات المواطنين، ولكن هناك قطاع متوسط يستطيع الوفاة بالتزاماته، وهذا تستحوذ عليه الشركات الأجنبية، وهذا سيمثل عبء على المواطن لأن الأسعار سترتفع، وسيحدث ضغطًا على القطاع الحكومي.

وقد أشار مدير المركز المصري للحق في الدواء أن احتكار الكيانات الخاصة للقطاع الصحي سوف يكبل ايدي وزارة الصحة ونقابة الأطباء وتضع الجميع في مأزق، وقد اتجهت دول العالم لتحريم الاستثمار بالقطاعات الحيوية التي لها تأثير مباشر على صحة المواطنين آخرها تونس وتركيا بل وقبلهما أمريكا.

36- تقرير صحفى بعنوان «الرقابة الإدارية تحذر من احتكار شركة إماراتية للقطاع الصحي في مصر» نشر بتاريخ 2016/9/11 بموقع رصد.

الخاتمة

وهكذا فإن هناك انسحابًا تدريجيًا للإنفاق الصحي الحكومي، تعتمده السلطات المصرية من خلال عدة مسارات، أولها الخفض المستمر لبند الصحة في الموازنة العامة التي تعتمدها الحكومة المصرية بالمخالفة للدستور مما أدي إلى عدم تطوير المستشفيات وغلق نسبة كبيرة خاصة بالأقاليم وتقلص مستمر لعدد الاسرة الطبية. بالإضافة إلى هجرة أعضاء المهن الطبية إلى خارج البلاد بسبب معاناتهم. فضلاً عن خفض دعم الدواء في مصر والذي وصل إلى أدوية أمراض مزمنة ومسكنات يتم استخدامها بشكل دوري من قبل المرضى. وفي النهاية، تقر الحكومة قوانين تضع العبء الأكبر من التأمين الصحي على جيوب المواطنين، الذين قد لا يجد بعضهم قوت يومهم، فضلًا عن الدواء المهم اللازم لاستمرار الحياة. بالتوازي مع ذلك اتاحة الطريق لسيطرة القطاع الخاص وخاصة الأجنبي على الرعاية الصحية. يأتي هذا في الوقت التي تنتشر فيه الامراض الأمراض غير المعدية بين المصريين وتعد هي المتسبب الأكبر في وفاة المصريين، مثل أمراض القلب والأوعية الدموية والسكري والسرطان وأمراض الجهاز التنفسي المزمنة. وفي حين أن نسبة الوفيات بالأمراض المعدية انخفضت بدرجة كبيرة، ثم عادت إلى الارتفاع منذ عام 2020 بعد انتشار جائحة كوفيد-19.

ومن ثم نجد ان قطاع الرعاية الصحية المصري يعاني من عدم المساواة الصحية بين جميع المواطنين باختلاف فئاتهم حيث إمكانية الوصول المادي للمرافق والسلع والخدمات الصحية مرتبطة بشكل رئيسي في مصر بطريقة توزيعها بين المحافظات حيث تستأثر المدن الحضرية بالخدمات والمرافق الصحية الحكومية والخاصة. في حين يتم تهميش المحافظات الحدودية والارياف والصعيد من خدمات الرعاية الصحية من حيث توافرها وجودتها وهو ما يلقى بالضوء على عدم المساواة والتميز في التمتع بالصحة للأفراد الذين يفتقرون إلى الموارد الكافية لتحمل نفقات العلاج وخاصة الفئات المهمشة « الفقراء والنساء والأطفال وذوي الميول الجنسية الغير معيارية أو الحالة الصحية (الاصابة بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز)». وتحررهم من المرض الذي يعد مؤشراً اساسيًا لتحسن الإنتاج وجودة نمط الحياة ومستوي معيشتهم وهو ما يعد أخلاقاً واضحًا بالدستور المصري والحق في المرافق والسلع والخدمات المرتبطة بالصحة.

الصحة الجيدة حق شامل لا تعني فقط الحصول على الرعاية الصحية في المستشفيات وانما يشمل مجموعة كبيرة من العوامل للمساعدة في التمتع بحياة صحية ومن اهم تلك العوامل توافر مياه نظيفة وغذاء امن وظروف صحية في العمل والبيئة والمساواة بين الجنسين والقضاء على الفقر. والتمتع بمجموعة من السلع والمرافق والخدمات الصحية اللازمة لأعمال ذلك الحق بأسعار مناسبة ومتوفرة لجميع السكان ودون تميز الي جانب الحصول على الحد الأدنى من الاغذية الكافية ومياه الشرب النظيفة وتوفير العقاقير الاساسية والتوزيع المنصف لجميع المرافق والسلع والخدمات الصحية.

ورغـم أن المـادة 18 مـن الدسـتور المصـري لعـام 2014 تنـص على أن الدولـة تكفـل الحفـاظ على مرافـق الصحيـة العامـة التـي تقـدم خدماتهـا للشـعب ودعمهـا والعمـل على رفـع كفاءتهـا وانتشـارها الجغـرافي العـادل، فـإن هـذا الحـق مـا زال بعيـد المنـال لعـدم تحمـل الإدارة الحكوميـة مسـؤوليتها في حـل جـذور الأزمـة.

و الحالـة الماديـة المتعسـرة لبلـد مـا لا تعفـي الحكومـة مـن واجـب كفالـة الحـق في الصحـة وانهـا علـي الرغـم مـن ذلـك ملزمـة باتخـاذ خطـوات حقيقـة لتفعيـل ذلـك الحـق وانـه لا يمكـن تبريـر الاخفـاق في بلـوغ ذلـك الحـق بسـبب الافتقـار الـي المـوارد المناسـبة اي يجـب ان تكفـل السـلطة الحاكمـة الحـق في الصحـة في اقصـي حـد يمكـن بلوغـه بمـا يتناسـب مـع المـوارد مـع ضمـان ان يسـتمر خطـوات اصـلاح المنظومـة الصحيـة طـول الوقـت ولضمـان ذلـك يجـب علـي الحكومـة توفيـر وادارة الموازنـات الماليـة المناسـبة اي وجـوب اعتمـاد سياسـة صحيـة تغطـي القطاعيـن الخـاص والعـام والعمـل علـي برامـج صحيـة للتحصيـن ضـد الامـراض المعديـة والامـراض السـارية والامـراض المزمنـة.

الإنسان والمدينة للأبحاث

الإنسانية والاجتماعية

www.hcsr-eg.org
info@hcsr-eg.org