



عمل على هذا التقرير د. علاء غنام مدير برنامج الحق في الصحة والباحث أيمن سبع  
بالإضافة إلى الدعم الفني والإداري من فريق المبادرة المصرية للحقوق الشخصية.

قام بتنفيذ تصميم التقرير: أحمد عبد المنعم السلاموني، أيمن سبع

المبادرة المصرية للحقوق الشخصية

14 شارع السراي الكبرى (فؤاد سراج الدين)

جاردن سيتي، القاهرة.

تليفون وفاكس: 27960158 / 27960197 (202)+

[www.eipr.org](http://www.eipr.org) - [eipr@eipr.org](mailto:eipr@eipr.org)

جميع حقوق الطبع والنشر لهذه المطبوعة محفوظة بموجب رخصة المشاع الإبداعي، الإصدار 4.0

<http://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0>



# قائمة المحتويات

٤	١. العدالة الاجتماعية في الصحة
٥	٢. أهمية الصحة كمقياس للعدالة الاجتماعية.
٦	٣. خلفية عن النظام الصحي المصري
٦	أ. القطاع الصحي الحكومي
٧	ب. المؤشرات العامة للقطاع الصحي الحالي.
٨	ج. التغييرات التي ذهب إليها النظام الصحي في السنوات السابقة
١٠	٤. فجوات العدالة في الصحة
١٧	٥. التحديات التي تواجه النظام الصحي لتحقيق العدالة
١٨	أ. مخزجات الحالة الصحية
٢٠	ب. إتاحة الخدمات ذات الجودة
٢١	ج. المشاركة في تحمل مخاطر عبء المرض والتغطية التأمينية
٢١	د. السياق الاجتماعي والاقتصادي ومستقبله
٢١	هـ. الإنفاق الحكومي على الصحة
٢٢	و. النظام الصحي، التنظيم والرقابة
٢٣	هـ. قصص نجاح يمكن لصانعي السياسات البناء عليها
٣٤	المراجع الإنجليزية
٣٥	المراجع العربية

## ١. العدالة الاجتماعية في الصحة

كان وما زال مفهوم العدالة الاجتماعية مفهوماً جديلاً واسعاً ورغم تفسيراته المختلفة من ماركس إلى جون راولز وصولاً إلى إم والتزر. فإنه في الصحة لا خلاف حول مكوناته الأساسية والضرورية وعلى أسباب عدم العدالة والتي لم يعد من المقبول ربطها بمهارة الفرد أو إنتاجيته بقدر ما تذهب إلى ما هو أبعد من ذلك. وهو ما يقتضي التعامل على ثلاثة محاور من السياسات والتي تضمن عدالة التشارك، أي المشاركة العادلة في صناعة النمو، وهو ما يتطلب العدالة في توزيع الثروة وفي النفاذ إلى صاحب القرار أي وجود قنوات عادلة للتعبير عن الاحتياجات الصحية والوصول إلى مصادر التمويل إلى جانب عدالة التوزيع، إضافة إلى العدالة التعويضية بين القادر وغير القادر والتي تقوم على مبدأ التضامن ومبدأ ضمان حقوق الإنسان.

فكرة الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية (access) ينظر إليها كحق أصيل من حقوق الإنسان. وقد حددت العديد من الوثائق القانونية الوطنية والدولية كلا من مكونات ومجال هذا الحق.

وترتبط فكرة الوصول إلى الرعاية الصحية بالفرصة المتساوية (equal opportunity). وهذا يثير العديد من الأسئلة الجوهرية مثل كيف لنا أن نحقق هذه الفرصة المتساوية للحصول على الرعاية بشكل أوضح؟ فالفرص المتساوية للاتاحة تعني غياب أي تمييز ظالم لكنه ليس مرادفاً للمساواة المطلقة.

### مربع ١: مفهوم العدالة

ما زال مفهوم العدالة الاجتماعية موضعاً لنزاع جوهري فلسفياً للأسباب الآتية:

- ١) المفهوم في الممارسة غاية في التعقيد بسبب أبعاده المختلفة.
- ٢) حدوده المفتوحة نسبياً إذ تجدد عليه دائماً أوضاعاً غير منظورة.
- ٣) علاقته بالأحكام الأخلاقية عند استخدامه.
- ٤) العدالة في الشعور العام تقليدياً ترتبط بفكرة الفضيلة.

١- المصدر: مارتن بوييسن Martin Buijsen، من كتاب القانون الدولي للرعاية الصحية، التضامن والعدالة في مجال الرعاية الصحية، ترجمة أحمد زكي وعلاء غنام، مراجعة محمود الخيال

٢- المصدر: التقرير المفسر لاتفاقية حماية حقوق الإنسان والكرامة الإنسانية بالنظر إلى تطبيقات الطب الحيوي (اتفاقية حقوق الإنسان والطب الحيوي) صفحة ١١ إلى ١٢.

ويشير التضامن بوصفه شرطاً للقدرة المتساوية على الوصول إلى الرعاية الصحية إلى فكرة العدالة الاجتماعية وتقتضي فكرة العدالة الاجتماعية ضمناً إعادة توزيع السلع المنتجة مع ذلك فأن جون راولز يشير في كتابه عن العدالة الاجتماعية إلى تبرير حالات التمييز الإيجابي والتفاوت في العلاج الطبي بناء على مبدأ الاختلاف الذي يمكن به تبرير التفاوت والتمييز إذا كان هذا التباين مصمم لجلب منفعة أعظم فائدة للآخرين الأسوأ وضعاً.

### مربع ٢: مفهوم العدالة

#### مفهوم العدالة:

أحد أشكال العدالة التي ترتبط بالصحة هي ما يسمى بالعدالة في التوزيع أو الإتاحة المتساوية للرعاية والحماية الصحية بناء على الاحتياج المقدر اجتماعياً.

وربما رغم الجدل حول مفهوم العدالة، أصبح من المقبول اتباع قول أرسطو مرة أخرى أن مفاهيم العدالة المختلفة تستطيع أن نتعايش فمن الممكن استخدام الاحتياج والاستحقاق في نفس الوقت. وقد تكون معايير التوزيع العادلة في الرياضيات مثلاً ليست هي تلك المعايير التي يجب استخدامها في الرعاية الصحية. وهناك ما يطلق عليه الفيلسوف الأمريكي والتزر «العديد من مجالات العدالة» وللرعاية الصحية مجالها المستقل.

وربما يمكن هذا المجال المستقل في العدالة الصحية على اعتماده على مفهوم التضامن. والتضامن على عكس الحرية والمساواة يعتمد ك مفهوم على الطبيعة الأخلاقية للصحة. ويقال أن التضامن مع أفكار مثل الحب والرعاية والولاء، ينتمي إلى الجزء الدافئ من الطيف الأخلاقي.

والقواعد في العدالة الصحية هي ناتج عقلية عملية تلتخص في الإتاحة المنصفة المتساوية للفرص.

المصدر: مطور من مارتن بوييسن Martin Buijsen، من كتاب القانون الدولي للرعاية الصحية، التضامن والعدالة في مجال الرعاية الصحية، ترجمة أحمد زكي وعلاء غنام، مراجعة محمود الخيال

وفي سياق آخر، فالنظرية الأكثر قبولاً هي تلك التي طورها إم والتزر، والتي تنادي بأن تنويع السلع المنتجة تتطلب معايير توزيع

٣- J. Rawls, A theory of justice, Oxford University Press, 1971, P. 106-105

٤- M. Walzer, Sphere of justice, A defense of pluralism and equality, (Oxford: Oxford University Press, 1985)

الصحة للمواطنين وتحررهم من عبء المرض مقياساً أساسياً لتحسن إنتاجيتهم وجودة نمط حياتهم ومستوى معيشتهم. وعلى الرغم من الدور الحاكم للقطاع الصحي في التعامل مع أوجه عدم المساواة الصحية، فإن جهوده كثيراً ما تتعارض وتتصارع مع اللاعبين الآخرين أثناء نتطلعهم لتحقيق نجاحات في مجالات واهتمامات أخرى مثل حماية الأمن الوطني أو حماية السيادة الوطنية أو الأهداف الاقتصادية الأخرى.

ولعلنا نرى العديد من الأمثلة لدول حققت نجاحات ملحوظة في تحقيق العدالة الاجتماعية في مجال الصحة. فعلى سبيل المثال وضعت الإرادة السياسية صحة المواطنين في رواندا على رأس إهتمامها، فهي، كما وصفها وزيرة الصحة هي «قضية أمن قومي». فيعد المذابح العرقية التي شهدتها رواندا ( بعد أن فقدت رواندا أكثر من عشر شعبها في مذابح عنصرية عام ١٩٩٤ كان على الدولة الجديدة مواجهة شعب يعاني من المرض، مجتمع في قمة المعاناة الإنسانية والاقتصادية وبنية تحتية مدمرة بالكامل وأكثر من ٦٠٪ من المواطنين تحت خط الفقر).

أصبح دور الحكومة هو توفير حياة سعيدة للمواطنين جميعاً من خلال صحة جيدة وتعليم متميز. سياسة الحكومة هي أنه إن حصل المواطن على هذه السعادة في حياته وحياة أسرته سوف يصبح من الصعب عليه التضحية بهذه السعادة واللجوء للعنف والأفكار المتطرفة التي تنغذى على الفقر والمرض والجهل. فمن هذا المنظور تصبح تحقيق العدالة الاجتماعية وتوفير سبل الحياة السعيدة لكل مواطن هي أهم وأقوى دعائم السلم والنمو والاستقرار الحقيقي. فتكفلة عدم العمل بهذا المنظور باهظة على الأفراد، على الشعوب وبالتأكيد على الحكومات.

كذلك فالسياسات والممارسات والتعهدات الدولية التي تنشأ من التفاعلات بين الدول، يجب النظر إليها بصفته محددات سياسية للصحة تأثر سلباً وإيجاباً على الإنصاف في الصحة. فبالرغم من مسؤولية الدول عن احترام وحماية وتحقيق الحق في الصحة

مختلفة، فالعدالة التوزيعية تبحث عن المبادئ الداخلية لكل معيار توزيعي، وفي داخل الصحة والرعاية الصحية، الاحتياج هو المعيار التوزيعي الأهم المشتق عن مبدأ «لكل حسب احتياجه ومن كل حسب قدرته» والذي طوره والتزير إلى «من كل حسب قدرته أو موارده إلى كل حسب احتياجاته المعترف بها اجتماعياً والتي تقوم على أساس من القيم المشتركة من الاحتياجات والصحة، وحيث أن احتياجات الفرد لا سقف لها وغير محدودة.

فقد نصت الاتفاقية الدولية للبحث والطب والحيوي على تفسير الاحتياجات باعتبارها الاحتياجات الطبية التي يحددها الطبيب المعالج وهو الذي يقرر شكل التفاوت في الوصول إلى الرعاية الصحية بناء على المعايير الطبية القياسية للمهنة.

وحيث أن الموارد تنسم بالندرة، فربما يجب اجتياز اختبارات صعبة لوضع قوائم للخدمات الصحية أو شطب خدمات من تلك القوائم، وربما يحسم ذلك بناء على اعتبارات سياسية، ومن ثم، نشأت فكرة خضوع الاحتياج للتحديد السياسي وللأولويات الأكثر ضرورة.

## ٢. أهمية الصحة كمقياس للعدالة الاجتماعية.

تعد مؤشرات التنمية البشرية من المؤشرات الأساسية التي تستخدم في قياس وضعية العدالة الاجتماعية. وتحتل مخرجات النظم الصحية (health status outcomes) المؤشرات الأهم (مثل معدلات وفيات الأمهات والحوامل، معدلات وفيات الرضع والأطفال ومعدلات سنوات العمر المعاشة) في مؤشرات التنمية البشرية إلى جانب مؤشرات إتاحة مياه الشرب وغيرها مما يجعل الصحة مقياساً حيوياً لضمان الحق في التنمية والعدالة الاجتماعية.

كما تعد العلاقة بين الصحة والتنمية البشرية علاقة عضوية تبادلية في جوانبها الإيجابية والسلبية حيث تعكس مخرجات الحالة

يدار النظام الصحي مركزياً من خلال وزارة الصحة التي تأسست في إبريل ١٩٣٦ ويتبعها عدد من المديریات الصحية في المحافظات المختلفة إضافة إلى عدد من المناطق الصحية في المراكز الإدارية في كل محافظة.

يفتقد النظام الصحي المصري إلى التكامل بسبب نموه غير المخطط عبر قترات تاريخية ممتدة إفتقدت إلى التنسيق والرؤية مما جعله يتسم بالتعدد والتبعثر في محاوره المختلفة للإدارة والتنظيم والتمويل وتقديم الخدمات الصحية في منافذ مختلفة حكومية وعامة وخاصة وأهلية من خلاله.

## أ. القطاع الصحي الحكومي

### ١. وزارة الصحة

تعتبر هي الجهة المنوط بها تنظيم وإدارة الرعاية الصحية والإشراف عليها وتوفيرها للمواطنين.

وخدمات وزارة الصحة تمثل - نظرياً - نظام للعلاج المجاني وتقدم تلك الخدمات من خلال شبكة واسعة من وحدات ومراكز للرعاية الصحية الأساسية في الريف والحضر إلى جانب عدد من المستشفيات العامة والمركزية والنوعية في القاهرة وعواصم المحافظات والمراكز الادارية المختلفة كما أن الوزارة مسؤولة عن الخدمات الوقائية والصحة العامة.

### ٢. الهيئة العامة للمستشفيات التعليمية

هي هيئة تابعة لوزارة الصحة، تقوم بتوفير خدمات طبية وتعليمية بأسعار إقتصادية وتساهم في الدور التعليمي الطبي وتدريب الأطباء. وهي مستشفيات ومعاهد منتشرة في محافظات القاهرة والجيزة والاسكندرية والقليوبية والبحيرة وسوهاج.

### ٣. الهيئة العامة للتأمين الصحي

وهي هيئة شبه حكومية عامة لها طبيعة اقتصادية إنشئت في عام

لشعبهم، إلا إن العديد من المحددات الهامة للصحة أصبحت أكبر من قدرة الحكومات بشكل فردي وأصبح العمل على تحقيقها جزءاً من العمل الدولي.

أقرت المفوضية الخاصة بالمحددات الاجتماعية للصحة التابعة لمنظمة الصحة العالمية بأن غياب العدالة الاجتماعية تؤثر بشكل ملحوظ على عدالة التوزيع للصحة. فالأعراف والعادات والتقاليد والثقافات المختلفة تسمح بتقبل عدم العدالة في توزيع الخدمات الصحية بل وفي بعض الأحيان، تدعوا إلى عدم الإنصاف.

وانتهت تلك المفوضية إلى التأكيد على أن غياب العدالة الصحية لم يعد مقبول أخلاقياً وأن مفهوم الأنشطة الإنتقالية والتدرج في التنفيذ لا يعني التأثير على حق المواطنين في عدالة الحصول على الفرص الصحية (access to their full health potential). فالإنصاف في الصحة يجب أن يتقاطع مع الاهتمامات السياسية المختلفة حيث أن تطوير القطاع الصحي لا يمكن أن يتحقق بمعزل عن السياسات العامة الأخرى. فالصحة هي شرط مسبق وأساسي، مخرج ومؤشر هام لاستدامة المجتمع ويمكن وصفها كقيمة شاملة وكعطي تكاملي اجتماعي وسياسي للجميع.

## ٣. خلفية عن النظام الصحي المصري

النظام الصحي المصري نظام تاريخي وعريق أرساه محمد علي والى مصر في منتصف القرن التاسع عشر لتلبية احتياجاته العسكرية في التوسع الإقليمي اعتماداً على المصريين في تأسيس جيش مصري حديث وفي فترة مقارنة لنشأة النظم الصحية الحديثة في العالم<sup>٧٨</sup>.

٦-The Lancet-University of Oslo Commission on Global Governance- for Health, The Political Origins of health inequity: prospects of change, O.P. Ottersen et al., Published online February ٢٠١٤, ١١, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61736-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61736-5)

٧-تاريخ الإدارة الصحية في مصر من عهد أفندينا محمد علي باشا إلى الآن، د. أحمد محمد كمال سكرتير الجمعية الصحية المصرية، الرغائب، ١٩٤٣

٨-تاريخ الإدارة الصحية في مصر من عهد أفندينا محمد علي باشا إلى الآن، د. أحمد محمد كمال سكرتير الجمعية الصحية المصرية، الرغائب، ١٩٤٣

٩-تحليل القطاع الصحي المصري، النسخة الصادرة عن وزارة الصحة السكان في عام

٢٠٠٣ - D٤ EHS



الطبية التي توفر الخدمات العلاجية للمواطنين بأجر وهذه تفتاوت أسعارها ومستوى خدماتها بما يتناسب والمتطلبات الاقتصادية لتشغيلها، لذا فإن أسعارها تفوق قدرة الغالبية العظمى من المواطنين، إلا إن إتساع إنتشارها وتفوق جودة الخدمة المقدمة بها في الكثير من الأحيان عن القطاع العام، يجعلها المقصد الوحيد للكثير من المواطنين.

## ٨. القطاع الطبي الأهلي والخيري

يقدم خدماته من خلال جمعيات أهلية تقدم خدماتها دون توزيع أرباح على مساهمين ودون تسديد ضرائب للدولة مما يسمح لها بتقديم الخدمات بأسعار أقل مما يقدمه القطاع الخاص. كما أن هذه الجمعيات كثيراً ما تقوم بجمع التبرعات مما يتيح لها فرص التوسع في خدماتها وتقديم خدمات أوسع للفئات المستهدفة. وقد اتسع هذا القطاع مؤخرًا لسد الفجوة بين خدمات القطاع العام وضعيفة الجودة وخدمات القطاع الخاص باهظة التكلفة.

## ٩. منظومة العلاج على نفقة الدولة

وهي منظومة تمويل في أصلها، غير معنية بتقديم الخدمة بشكل مباشر ولكنها تهدف في المقام الأول إلى تغطية الأمراض الكارثية وتوفير تغطية صحية إستثنائية للغير مؤمن عليهم.

## ب. المؤشرات العامة للقطاع الصحي الحالي ١٠.

تشير تلك المؤشرات إلى زيادة في إجمالي عدد المنشآت العلاجية في عام ٢٠١١ قياساً بعام ٢٠١٠ بنسبة زيادة قدرها ٤٠.٥٪ (عام وخاص) وبزيادة في إجمالي أعداد الأطباء في نفس الفترة بنسبة قدرها ٣.٣٪ وبنسبة إنخفاض في عدد المستشفيات العامة قدرها ٢.٦٪ في نفس الفترة. وبنسبة إنخفاض في عدد أسرة المستشفيات العامة قدرها ١٪.

وبلغ عدد المؤمن عليهم صحياً قرابة ٤٦٠٤ مليون فرد في عام

١٩٦٤ لتقوم بتوفير رعاية صحية تأمينية للمواطنين المؤمن عليهم اجتماعياً وإنتهجت أسلوب تمويل تقديم الخدمات من خلال عيادات ومراكز ومستشفيات تابعة ومملوكة لها أو متعاقدة معها في كل أنحاء البلاد عدا المناطق الريفية وفقاً لقوانين تأمينية متعددة منها قانون ٧٩ لسنة ٧٥ وقانون ٣٢ لسنة ٧٥ وقانون ٩٩ لسنة ٩٢ وقانون ٨٧ لسنة ٢٠١٢ وقوانين التأمين الصحي على المرأة المعيلة في عام ٢٠١٢ والتأمين على الفلاحين في عام ٢٠١٤.

## ٤. المؤسسة العلاجية

وهي هيئة تابعة لوزارة الصحة أنشئت في عام ١٩٦٤ عقب تأمين عدد من المستشفيات الخاصة وتقديم خدماتها الطبية بأجور إقتصادية، ولها فروع في عدة محافظات. وكان من المفترض عند إنشائها أنها سوف تندمج في الهيئة العامة للتأمين الصحي، إلا أن الواقع أدى إلى عكس ذلك، فقد تم التوسع في نشاط هذه الهيئة بل وإنبتق عنها بعد ذلك مراكز أكثر تخصصية في عام ٢٠٠٠ أطلق عليها «المراكز الصحية المتخصصة». وأصبح لها مستشفيات تقدم خدمات متقدمة بأجر ولوائح خاصة وأمانة متخصصة لإدارتها وتبع وزير الصحة مباشرة (مثل مستشفى معهد ناصر ومستشفى دار الشفاء) ويتم العلاج بها بأسعار لا تقل كثيراً عما يقدم في القطاع الطبي الخاص.

## ٥. المستشفيات الجامعية

وهي مستشفيات توفر الرعاية العلاجية للمواطنين وتبع وزارة التعليم العالي التي تشرف على الجامعات، وتقوم بدورها التعليمي الطبي لكليات الطب الملحقه بها. وهي تقدم رعاية طبية متخصصة حتي المستويات الدقيقة للخدمة.

## ٦. وزارات أخرى

توفر الخدمة الصحية لقطاع العاملين بها وعائلاتهم كذلك خدمة المواطنين مثل الوحدات والمستشفيات التابعة لوزارة الدفاع ووزارة الداخلية ووزارة الأوقاف والكهرباء وغيرها من الوزارات.

## ٧. القطاع الطبي الخاص

يمثل شبكة واسعة من العيادات الخاصة والمستشفيات والمراكز

١٠-النشرة الإحصائية السنوية لإحصاء الخدمات الصحية، نوفمبر ٢٠١٢، الجهاز المركزي للتعبئة والإحصاء

٤- عدم كفاءة تشغيل الموارد العامة الصحية المتاحة.

٢٠١١ - ٢٠١٢ مقابل ٤٥٥ مليون فرد في عام ٢٠١٠ - ٢٠١١

## ٠٢ لماذا الاصلاح الصحى ؟

اظهرت دراسات تقييم الموقف الصحى التى بدأت بتقرير لجنة الصحة بمجلس الشورى عام ١٩٩٥ (والتي كان يرأسها إسماعيل سلام والذي رشح بناءً على هذا التقرير كوزير للصحة للبدء في برنامج الإصلاح) الآتي:

١- تردى مخرجات الحالة الصحية للسكان قياساً بالدول الشبيهة في الشريحة الإقتصادية والاجتماعية في المنطقة (معدل وفيات الرضع والأطفال، معدل وفيات الحوامل والأمهات، تزايد عبء الأمراض السارية وغير السارية، تفاوت التغطية الصحية وإتاحة الخدمة بين الريف والحضر وبين الشمال والجنوب...).

٢- زيادة الطلب على خدمات الصحية.

٣- عدم إتاحة الخدمات الصحية جغرافياً وحسب النوع والدخل.

٤- تردى جودة الخدمات وعدم الفاعلية وعدم الاهتمام بحقوق المريض وعدم رضائهم عن الخدمة المقدمة.

٥- محدودية القدرات الإدارية والفنية في تنظيم وإدارة المنظومة الصحية.

٦- وجود صعوبات اقتصادية أساسية في تمويل المنظومة الصحية.

## ٠٣ ماهي اتجاهات الإصلاح؟

تتلخص أهداف برنامج الإصلاح الصحى في ضرورة تأسيس نظام صحى وطنى جديد يرتكز على التأمين الصحى الاجتماعى في تمويله ويضمن تحقيق التغطية الصحية الشاملة خاصة في الريف المصرى (وفقاً لمبادئ الإنصاف والإتاحة والجودة واستمرارية التمويل).

وبلغ اجمالي تكاليف ما يسمى بالعلاج على نفقة الدولة ٢٠١ مليار جنيه في عام ٢٠١١ مقابل ٢ مليار جنيه في عام ٢٠١٠.

وبلغ عدد مراكز الإسعاف ٧٦٤ مركزاً في عام ٢٠١١ مقابل ٧٤٧ في عام ٢٠١٠ بنسبة زيادة ٢.٣٪ وفي القاهرة وحدها يوجد ٦٦ مركزاً.

## ج. التغييرات التي ذهب إليها النظام الصحى في السنوات السابقة

### ٠١ برنامج الإصلاح الصحى ونموذج طب الأسرة

تم وضع برنامج الاصلاح الصحى في بدايات عام ١٩٩٧ في إطار مجموعة من الدراسات والأوراق العلمية والتحليلية للوضع القائم في النظام الصحى والتحديات التي يواجهها ووضع تصور عملي وخريطة طريق لمحاولة إصلاح المنظومة وإعادة هيكلتها ووضعها موضع التنفيذ التجريبي من خلال العمل بمساعدة شركاء التنمية (دولياً) في محافظات الاسكندرية والمنوفية وسوهاج،

وكانت التحديات الاساسية التي تواجه المنظومة تتلخص في الآتى :

١- وجود نصيب عالى من الانفاق على الصحة من جيوب الأسر والأفراد خاصة في القطاع الخاص الطبي (العيادات الخارجية والصيديات)

٢- وجود عوائق مالية لإتاحة الخدمة الصحية خاصة للفقراء من السكان في الريف المصرى

٣- نقص نسبي في جودة الخدمات الصحية المقدمة في وحدات صحية تابعة لوزارة الصحة خاصة في الريف ومدن الصعيد مما يدفع الفقراء والأغنياء للبحث عن الخدمات في القطاع الخاص والأهلى اللذان تماميا بإضطراب وبدون تخطيط في العقود الثلاثة الأخيرة.

١١- تحليل القطاع الصحى المصرى، النسخة الصادرة عن وزارة الصحة السكان في عام



كان حجر الزاوية في المرحلة الاسترشادية (Piloting) من الإصلاح من سنة ١٩٩٧ إلى ٢٠٠٢، هو إدخال نظام صحة الأسرة كنموذج في ثلاثة محافظات أولاً الاسكندرية والمنوفية وسوهاج امتدت بعد ذلك إلى محافظتين إضافيتين هما السويس وقنا.

تحسنت جودة الخدمات على مستوى الرعاية الأولية بجانبها العلاجي والوقائي والصحة العامة، لتصبح جاذبة للسكان خاصة في الريف كمدخل للحصول على الرعاية.

## ٥. عناصر القوة

أدى برنامج الإصلاح إلى تأسيس شبكة من وحدات الرعاية الأولية المحسنة والمطورة لوحدات صحة الأسرة ومراكز صحة الأسرة وتدريب الأطباء على نموذج طب الأسرة واعداد برنامج لزمالة طب الأسرة. ووصل العدد الإجمالي لهذه الوحدات حتى عام ٢٠٠٦ إلى ٩٦٠ وحدة صحية قائمة بالعمل. وقد شمل اصلاح هذه الوحدات البنية التحتية والتدريب ووضع نظام للدفع لمقدمي الخدمة والتحفيز (من خلال صندوق صحة الأسرة) ومنظومة للاعتماد من خلال ادارة الجودة بالوزارة وتطوير وتطبيق الارشادات الاكلينيكية لعمل الفريق الطبي.

كما شمل البرنامج تأسيس صناديق لصحة الأسرة في المحافظات الخمس كنواة للصندوق القومي لتمويل الرعاية الصحية لتحقيق تجميع الموارد واستخدام أفضل وأكفاً للموارد في إطار موحد يمثل أصحاب المصلحة ويمهد لنظام تأميني شامل في المستقبل (في إطار عمليات جمع الموارد collecting وصب الموارد pooling ثم دفع الأموال وشراء الخدمات purchasing and paying).

## ٦. معوقات التطبيق

- لم يتم إعادة هيكلة للمنظومة بشكل كامل
- لم توضع الأطر التشريعية اللازمة لإعادة هيكلة المنظومة.
- المركزية الشديدة في إدارة الإصلاح الصحي.
- غياب الاستدامة والاستمرارية في التنفيذ لحدوث تغييرات مستمرة في قيادة منظومة الإصلاح.

ونظراً للطبيعة المركبة والشاملة لتحديات الإصلاح المطلوبة، خرجت التوقعات بأن هذا الإصلاح قد يتراوح تنفيذه ما بين ١٥ - ٢٠ عاماً من العمل المتواصل.

## المرحلة الاسترشادية (من ١٩٩٧ - ٢٠٠٢)

ركزت هذه المرحلة على:

- تدعيم الرعاية الصحية الأساسية باعتبارها مدخل للمنظومة.
- تحسين إتاحة الخدمات الأساسية في الريف حسب احتياجات السكان
- تحقيق الإنصاف والكفاءة في تمويل واستمرارية النظام.
- تحقيق التكامل وتنسيق الخدمات داخل النظام المبعثر غير المتوازن.
- تجريب آليات فصل تمويل الخدمة عن أماكن تقديمها بإنشاء «صناديق صحة الأسرة».

## المرحلة الثانية في برنامج الإصلاح (من ٢٠٠٣ - ٢٠٠٦)

شهدت توسعاً في تطبيق برنامج تحديث وحدات الرعاية الأساسية تحت مسمى وحدات ومراكز صحة الأسرة وتنشيط لدور صناديق صحة الأسرة لتمويل مقدمي الخدمات الأساسية عبر نظام لدفع حوافز بناءً على حزمة من مؤشرات الأداء التي تقيس جودة وإنتاجية العمل ورضاء المواطنين من الخدمة.

## المرحلة الثالثة في برنامج الإصلاح (من ٢٠٠٦ - ٢٠١٠)

شهدت توقف مرحلي في التوسع ومراجعة وتقييم للتجربة وإعادة تجربتها في محافظتين جديدتين هما السويس والمنوفية بهدف تطبيق منظومة للتغطية الصحية الشاملة في المحافظتين. ولم تستكمل التجربة لأسباب متعلقة بعدم اكتمال البيانات ثم بحدوث ثورة يناير ٢٠١١ نتيجة لعدم الاستقرار السياسي والاقتصادي الذي تعرضت لهما البلاد.

## ٤. تحليل لعناصر القوة والمعوقات في تطبيق نموذج صحة الأسرة

الشاملة، زيادة الاستثمار في الصحة مع ضمان الاستخدام الأمثل للموارد، تطوير برنامج الصحة العامة وتحسين حوكمة القطاع الصحي. وضمت هذه الأهداف في إطار أوسع لاستراتيجية التنمية المستدامة: مصر ٢٠٣٠.

كما بدأ برنامج موازي لاستهداف تغطية الفئات الأكثر احتياجاً في المحافظات الأفقر بالخدمات الصحية الأساسية عبر تمويل مباشر من مخصصات وزارة المالية إلى وزارة الصحة في محافظات أسوان والأقصر وقنا. تمهيداً للتوسع في برنامج الاستهداف للمحافظات الأخرى الأكثر فقراً وإلى مستوى الرعاية الثانية من الخدمات في المستشفيات المركزية والعامة عبر مشروع تحسين جودة الخدمات الصحية.

#### ٤. فجوات العدالة في الصحة

تقاس مخرجات الصحة من منظور قدرة النظم الصحية على تحسين الحالة الصحية للمواطنين وتوفير الحماية المالية لهم من عبء المرض، والحفاظ على كرامتهم وحقوقهم ورضائهم عما يقدم إليهم من خدمات رعاية صحية. وترتبط هذه التحديات بتطوير سياسات

٥. تعقيد النموذج المالي للتجربة، فلم تنجح التجربة في صب أموال متوازنة في صناديق صحة الأسرة (من المصادر المختلفة مثل الوزارة، الخزانة العامة، التأمين الصحي، المشاركين) إلى جانب ما خصص من أموال شركاء التنمية لإنجاحها.

و. انخفاض معدلات استخدام وحدات صحة الأسرة عما خطط له.

وتجدد وضع إصلاح المنظومة الصحية عقب ثورة يناير ٢٠١١. ومع بدايات عام ٢٠١٢، شهد المجتمع حراكاً مدنياً داخل مجموعات أكاديمية من الخبراء ونشطاء المجتمع المدني بالمبادرة بأجراء سلسلة من الحوارات العلمية لمناقشة مستقبل المنظومة الصحية.

انتهت بورقتين للعمل وحزمة من التوصيات في محور تمويل النظام الصحي وفي محور تقديم الخدمات وحوكمة المنظومة ككل.

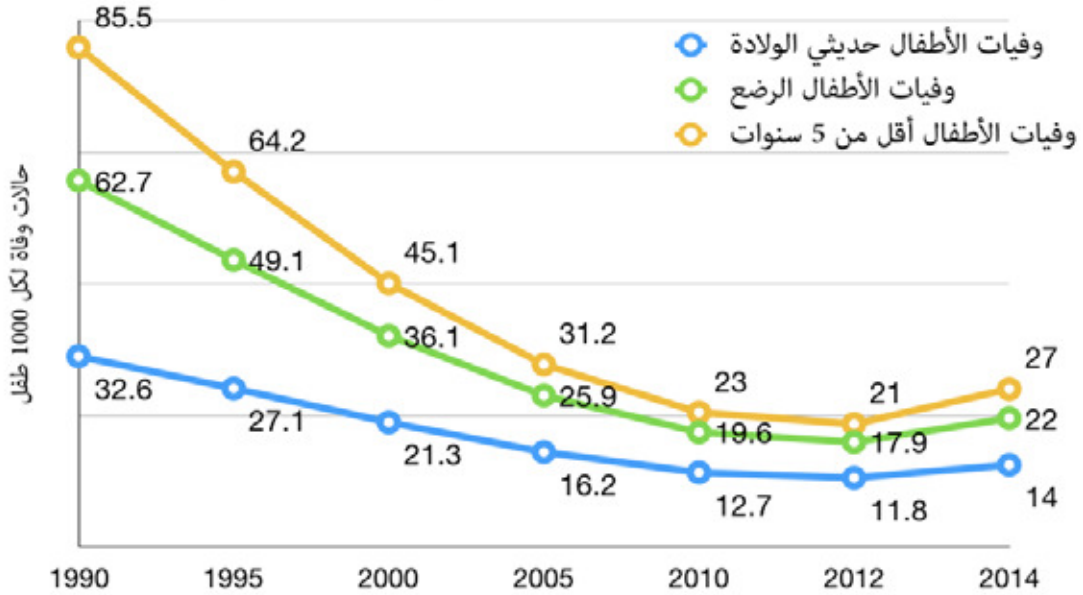
ورغم التغيرات المستمرة في وزراء الصحة، إلا أن هذه الحوارات والأوراق ساهمت في صياغة مادة الصحة في دستور ٢٠١٣ / ٢٠١٤ (مادة ١٨) ثم في صياغة ورقة مبادئ عامة استراتيجية سميت بالورقة البيضاء، أعقبها وضع خطة استراتيجية لإصلاح المنظومة الصحية تشمل ستة أهداف استراتيجية أساسية تتلخص في تحقيق نتائج صحية أفضل وأكثر إنصافاً، تحقيق التغطية الصحية

توزيع وفيات الأطفال تحت سن خمسة سنوات وفقاً لسبب الوفاة بين عامي 2000 و2012

أسباب الوفاة	2000	2012
إبتسار	28	29
تشوهات خلقية	12	21
عدوى الجهاز التنفسي السفلي الحادة	15	10
مضاعفات أثناء الولادة	13	13
إسهال	9	5
أسباب أخرى	36	35

المصادر: UNICEF (2014) Children in Egypt: a statistical digest, June 2014, UNICEF Egypt, Cairo, Egypt  
World Health Organization (2014) World Health Statistics 2014

## معدلات وفيات الأطفال ما بين عام 1990 إلى عام 2014



UNICEF (2014) Children in Egypt: a statistical digest, June 2014, UNICEF Egypt, Cairo, Egypt المصادر: Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (IGME), September 2013 update. Accessed in May 2014

للدولة عن توفير هذه الحماية الصحية، ومن ثم تحقيق الإتاحة المتساوية والعدالة.

العدالة الاجتماعية في المجتمع ككل ١٠٠

وفي مصر وعبر العقود الأخيرة، كانت سمات اختلال العدالة وعدم الإنصاف في الصحة تبرز في سلسلة من الاختلالات، أهمها الفروق المتصلة بمعدل وفيات الأطفال (child o Under mortality rate) تحت سن المدرسة (الهدف الإنمائي الرابع في إعلان الألفية) جغرافياً ووفيات الرضع (الأطفال أقل من عام) (Infant Mortality Rate) حسب المستوى المعيشي.

جغرافياً ومالياً (بغض النظر على قدرة الفرد عن تحمل تكاليف الخدمات وبنفس الجودة ودون تمييز لأي سبب من الأسباب)، ومن ثم ارتبط ذلك بنشوء نظام للتأمين الصحي الاجتماعي في مصر منذ منتصف الستينيات ليوفر الإتاحة المتساوية القائمة على التضامن، وذلك ما مثل بوضوح غياب للتمييز في إمكانية الحصول على الخدمات عند الحاجة وما بشر وقتها بتحقيق التغطية الصحية الشاملة لكل المصريين، في عشر سنوات وهذا ما لم يحدث! لأسباب عديدة، منها هزيمة يونيو ١٩٦٧ ثم تحول اتجاه الاقتصاد

وفي أدبيات الصحة، اتفقت الرؤية على المنظور القيمي لمحتوى الحق في الصحة كحق إنساني شامل، يتضمن العدالة في توزيع المحددات الاجتماعية للصحة ونظم الرعاية والحماية الصحية، التي يمكن قياس مؤشرات الوسيطة من خلال الإتاحة المتساوية للرعاية جغرافياً ومالياً (بغض النظر على قدرة الفرد عن تحمل تكاليف الخدمات وبنفس الجودة ودون تمييز لأي سبب من الأسباب)، ومن ثم ارتبط ذلك بنشوء نظام للتأمين الصحي الاجتماعي في مصر منذ منتصف الستينيات ليوفر الإتاحة المتساوية القائمة على التضامن، وذلك ما مثل بوضوح غياب للتمييز في إمكانية الحصول على الخدمات عند الحاجة وما بشر وقتها بتحقيق التغطية الصحية الشاملة لكل المصريين، في عشر سنوات وهذا ما لم يحدث! لأسباب عديدة، منها هزيمة يونيو ١٩٦٧ ثم تحول اتجاه الاقتصاد نحو سياسات الباب المفتوح والانفتاح الذي أدى لبروز القطاع الخاص الصحي وتناميه بشكل متسارع وتراجع المسؤولية العامة



إلى أن العدد ارتفع بشكل ملحوظ وفقاً لبيانات المسح الصحي الديموجرافي لعام ٢٠١٤ حيث وصل إلى ٢٧ لكل طفل. يظهر هذا التراجع الملحوظ أيضاً في نسبة وفيات الأطفال حديثي الولادة (ارتفعت من ١٢.٧ لكل ألف طفل في عام ٢٠١٠ إلى ١٤ لكل ألف طفل في عام ٢٠١٤) ونسبة وفيات الأطفال الرضع (ارتفعت من ١٩.٦ لكل ألف طفل في عام ٢٠١٠ إلى ٢٢ لكل ألف طفل في عام ٢٠١٤).

أيضاً يظهر هذا اختلال في العدالة وعدم الإنصاف في الصحة في وفيات وصحة الأمهات والحوامل (الهدف الخامس)، فيما بين المناطق جغرافياً (شمال/جنوب/ريف/حضر)، وفيما بين الشرائح الاجتماعية المختلفة (الأفقر/الأغنى).

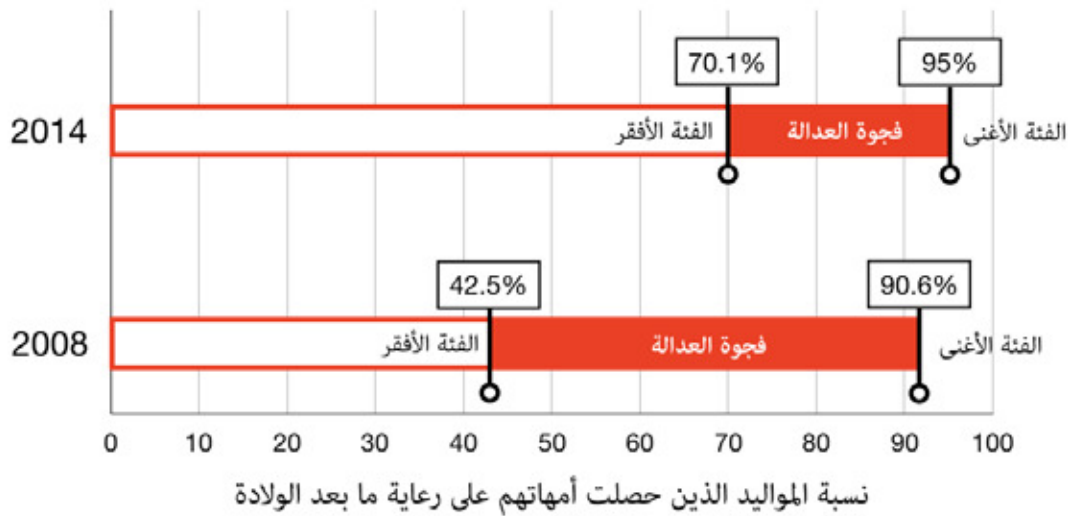
نلاحظ هنا أنه هناك تحسن كبير في فجوة العدالة الاجتماعية بين الحضر والريف وبين الشمال والجنوب من البلاد. وبين فئات الدخل المختلفة. فوفقاً لبيانات البحث الديموجرافي الصحي بين عام ٢٠٠٨ وعام ٢٠١٤، هناك تحسناً ملحوظاً في فجوة العدالة بين فئات الدخل المختلفة والريف والحضر. فعلى سبيل المثال: نسبة الأمهات اللاتي حصلن على رعاية أثناء الحمل من مقدم خدمة صحية مدرب كانت في عام ٢٠٠٨: ٥٣٪ لدى الطبقة الأفقر مقابل ٩٢٪ للطبقة الأغنى أصبحت في مسح ٢٠١٤: ٧٢٪ لدى الطبقة الأفقر مقابل ٩٣٪ لدى الطبقة الأغنى أي أنه فجوة العدالة تم تقليصها من ٣٩٪ إلى ٢١٪. أما فيما يخص نسبة

نحو سياسات الباب المفتوح والانفتاح الذي أدى لبروز القطاع الخاص الصحي وتناميه بشكل متسارع وتراجع المسؤولية العامة للدولة عن توفير هذه الحماية الصحية، ومن ثم تحقيق الإتاحة المتساوية والعدالة.

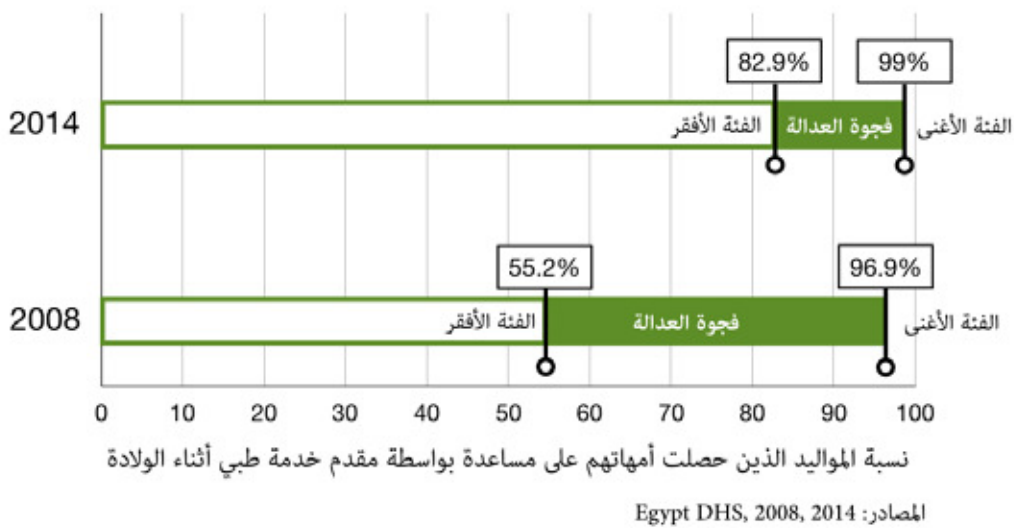
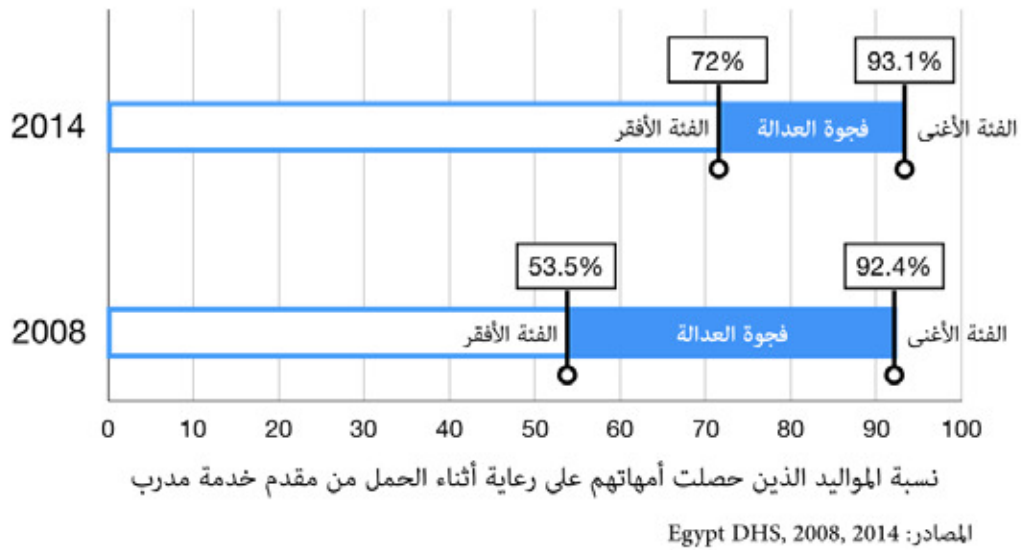
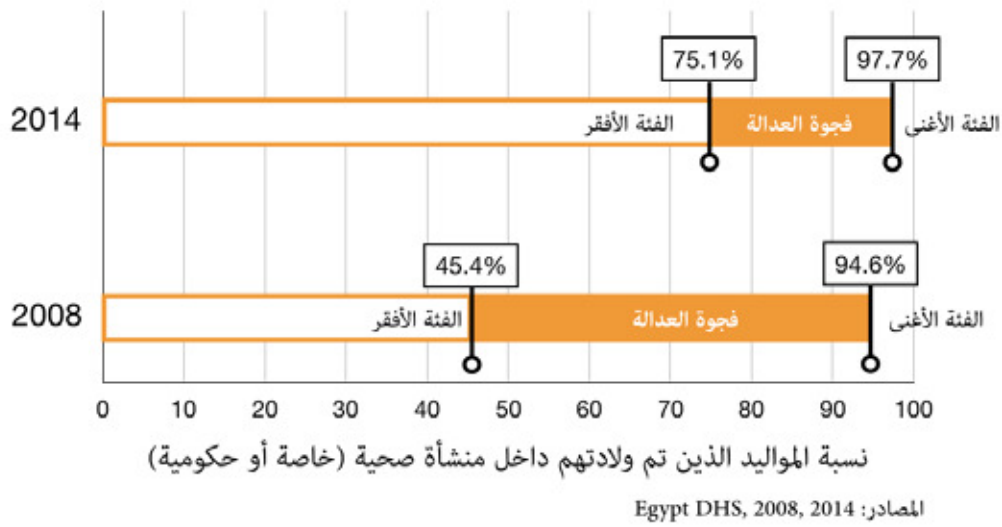
وفي مصر وعبر العقود الأخيرة، كانت سمات اختلال العدالة وعدم الإنصاف في الصحة تبرز في سلسلة من الاختلالات، أهمها الفروق المتصلة بمعدل وفيات الأطفال (child o Under mortality rate) تحت سن المدرسة (الهدف الإنمائي الرابع في إعلان الألفية) جغرافياً ووفيات الرضع (الأطفال أقل من عام) (Infant Mortality Rate) حسب المستوى المعيشي.

يؤثر الفقر بشكل واضح على إرتفاع وفيات الرضع فن بين كل ١٠٠٠ مولود حي يتوفى نحو ٤٢ حالة وذلك للأطفال المولودين لأمهات في الطبقة الفقيرة بينما تنخفض وفيات الأطفال الرضع بين الأمهات في الطبقة الغنية لتصل إلى نحو ١٧ حالة وفاة لكل ١٠٠٠ مولود حي، وهو ما يشير إلى أن احتمال الوفاة للأطفال الرضع بين الأمهات في الطبقة الفقيرة يصل إلى نحو مرتين ونصف احتمال الوفاة للرضع للأمهات في الطبقة الغنية.

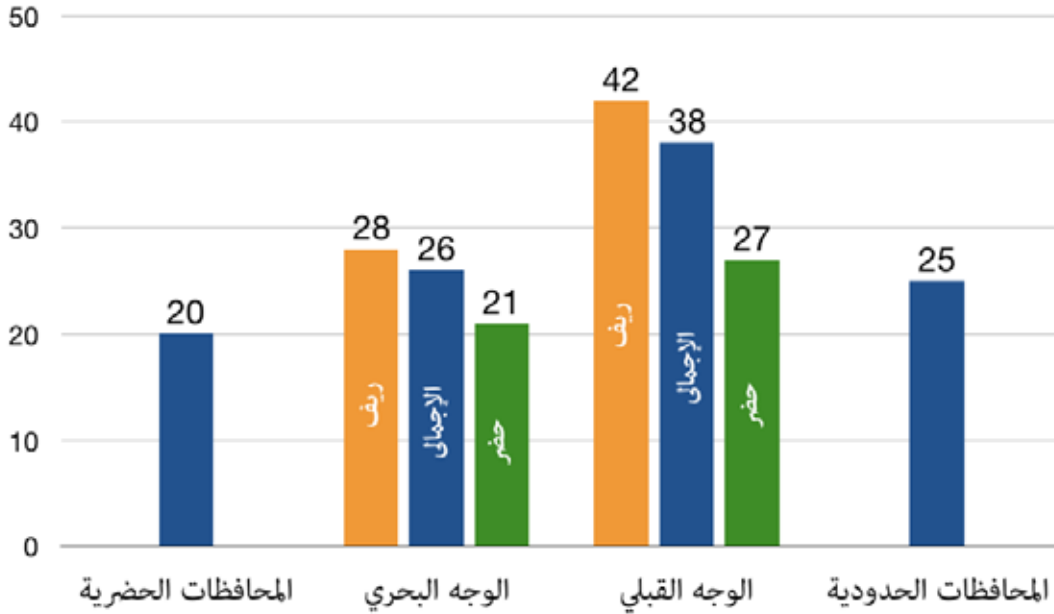
ينعكس هذا أيضاً على معدلات وفيات الأطفال، فرغم التحسن التدريجي حتى عام ٢٠١٠ حيث وصلت معدلات وفيات الأطفال إلى ٢٣ طفل لكل ١٠٠٠ طفل حين ذلك،



المصادر: Egypt DHS, 2008, 2014



## نسب وفيات الأطفال تحت سن 5 سنوات وفقاً لمحل الإقامة في مصر عام 2014



المصادر: Egypt DHS, 2014

## تطعيمات الأطفال:

يتلقى معظم الأطفال على اختلاف مستوياتهم المعيشية يتلقون كل التطعيمات الإجبارية (٨٨.٧٪ من الأطفال في العمر من ١٨ إلى ٢٩ شهراً) ولا يتجاوز الفرق بين نسب تطعيم الأطفال في الطبقة الفقيرة والغنية نسبة ٨.٥٪.

ومع زيادة معدلات إنتشار الأمراض السارية مثل أمراض الفيروسات الكبدية سي في الفئات والأسر الأفقر، تشير بيانات المسح السكاني الصحي إلى إنخفاض نسب الإصابة بالتهاب الكبد الفيروسي سي مع إرتفاع مستوى المعيشة للأسرة وذلك بالنسبة للذكور والإناث على حد سواء.

أما من حيث معدلات التدخين واستخدام المخدرات، فرغم تعدد الملاحظات والتقارير التي تؤكد وجود زيادات في معدلات التدخين خاصة بين الشرائح العمرية الأصغر من الشباب وبخاصة الذكور منهم، إلا أن المعلومات والبيانات المتاحة غير كافية لتقييم ذلك. تتأني هذه الفجوة في المعلومات أيضاً حول الفروقات بين

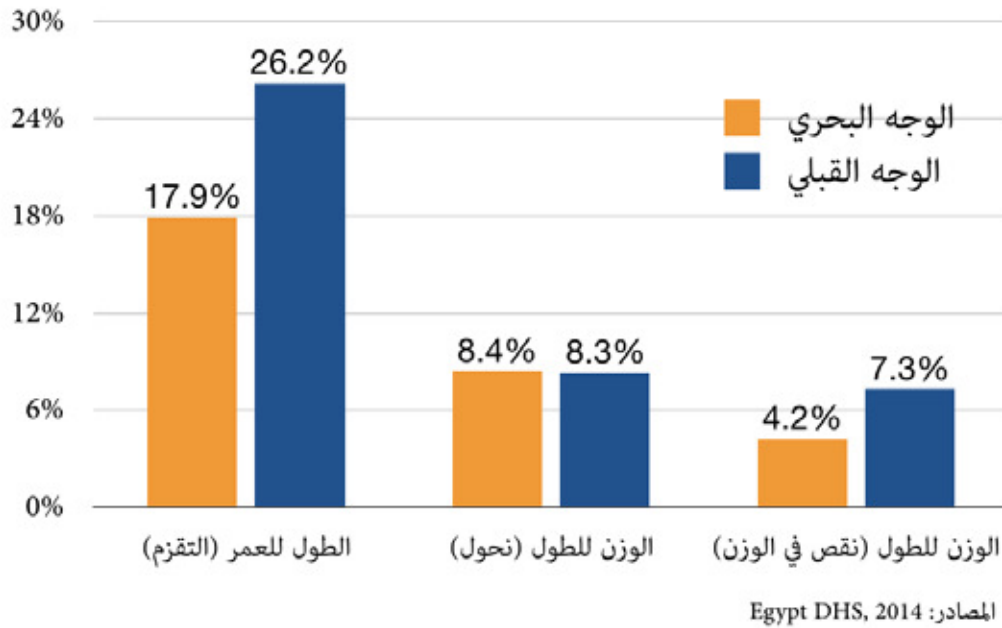
المواليد الذين تم ولادتهم داخل منشأة صحية (حكومية أو خاصة) فجوة العدالة تم تقليصها من ٥٠٪ إلى ٢٢٪. أما فيما يخص نسبة المواليد الذين حصلت أمهاتهم على مساعدة بواسطة مقدم خدمة طبي أثناء الولادة فإن فجوة العدالة تم تقليصها من ٤٢٪ إلى ١٧٪. أخيراً فيما يخص نسبة المواليد الذين حصلت أمهاتهم على رعاية ما بعد الولادة، فجوة العدالة تم تقليصها من ٤٩٪ إلى ٢٥٪. يعتبر هذا تحسناً ملحوظاً في مؤشرات فجوة العدالة وإن كانت النسب الحالية مازلت تشير إلى وجود فجوة عدالة يجب التصدي لها في خطط الدولة للصحة.

نشير أيضاً إلى أن نسبة السيدات المنتفعات من أي تغطية صحية تأمينية وفقاً لمسح ٢٠١٤ هي ٨٪ من السيدات وهي نسبة متدنية للغاية إن صحت نسب التغطية الصحية المعلنة من هيئة التأمين الصحي (٥٨.٨٪) أي أنه هناك فجوة عدالة ضخمة بين الجنسين فيما يخص التغطية الصحية التأمينية.

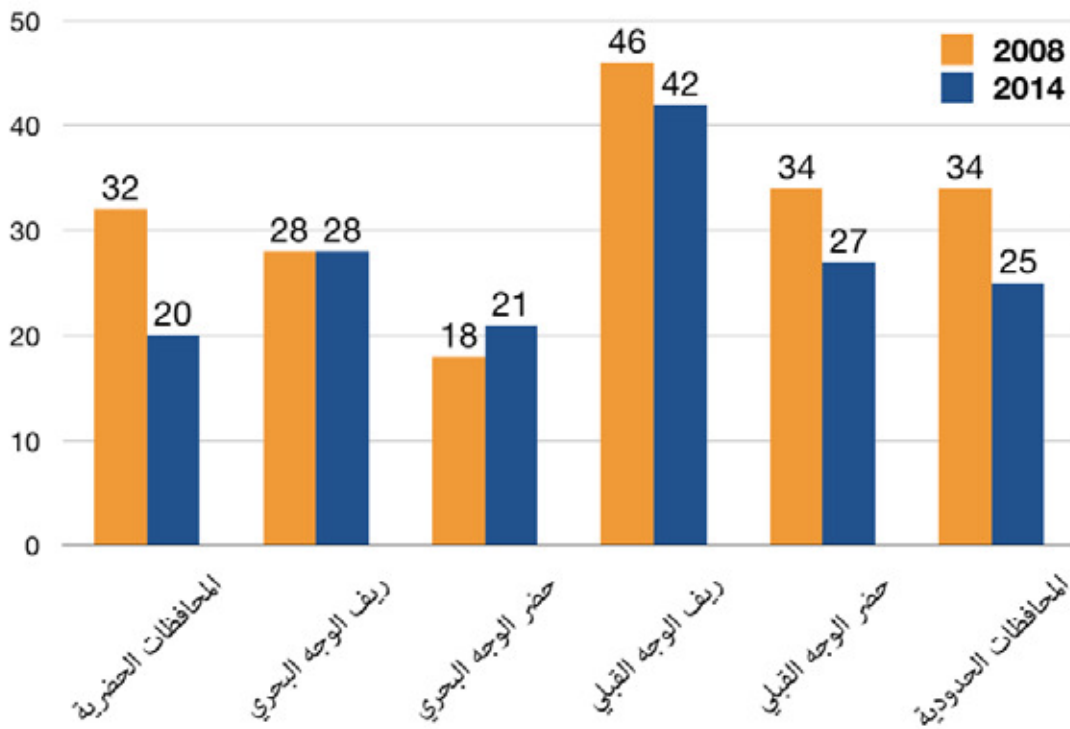
كما تتضح الفروق والفجوات من زيادة معدل انتشار قصر القامة ونقص الوزن والنحول بين الأطفال في الفئات الأفقر.

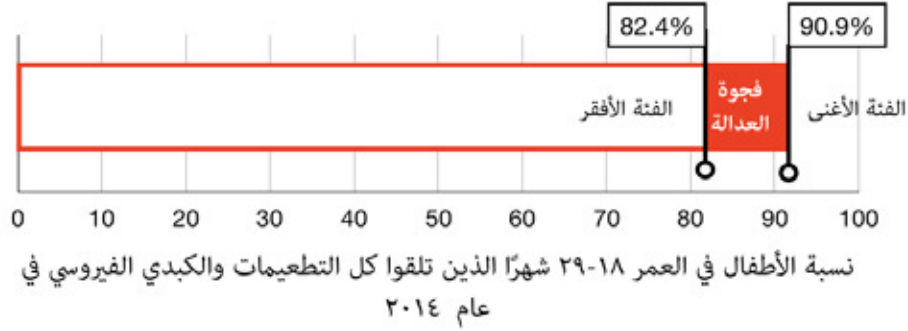


النسبة المئوية للأطفال الأقل من خمسة سنوات الذين يعانون من سوء تغذية في الوجهي البحري والقبلي في مصر لعام 2014



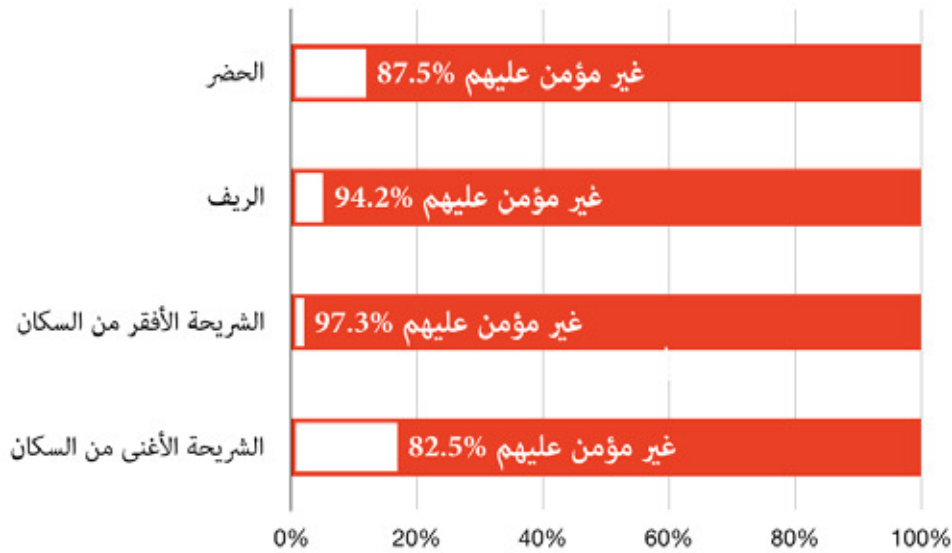
نسب وفيات الأطفال تحت سن 5 سنوات وفقاً لمحل الإقامة في مصر مقارنة بين عامي 2008 و عام 2014





المصادر: Egypt DHS, 2014

### نسبة من ليس لديهم أي تأمين صحي وفقاً لبيانات المسح الصحي الديموجرافي 2014



المصادر: Egypt DHS, 2014

في البيانات حول معدلات الإعاقة يعد من أهم الفجوات فيما يخص توفر المعلومات وإتاحتها حول هذا الملف الهام.

ومن جانب الحماية المالية من عبء المرض، هناك تباين شديد بين البيانات الصادرة من هيئة التأمين الصحي والتي تشير إلى أن ما يقرب من ٥٨٪ من المواطنين لديهم تغطية تأمينية صحية، مقارنة ببيانات المسح الصحي الديموجرافي والتي تشير إلى أن إجمالي نسبة المتمتعين بأي تغطية صحية تأمينية لا يتعدى ٨.١٪. يعكس هذا الفجوة الكبيرة بين قواعد البيانات الرسمية للمؤمن عليهم ومن المتفاعلين الحقيقيين منها. يتضح أيضاً أنه هناك فجوة في العدالة

الفئات العمرية والأجيال المختلفة من حيث الإعاقة. فبيانات المسح السكاني الأخير في عام ٢٠٠٦ يوضح أن ٤٧٥,٥٧٦ مصري يعيشون بنوع من الإعاقة، في حين أن تقارير منظمة الصحة العالمية والأمم المتحدة ترحح أن يكون الرقم الأصح ٨.٥ مليون شخصاً من ذوي الإعاقة في عام ٢٠١١. هذا الفقر الشديد

١٣- Egyptian Government 'National report submitted in accordance with paragraph 15 of the annex to Human Rights Council) ١٥ with paragraph Resolution - Egypt' Human Rights Council Seventh Session Geneva, February ٢٠٠٩, (National report) ١/EGY/V/٦.A/HRC/WG

هذا الإصلاح (والذي بدء منذ تقرير لجنة الصحة بمجلس الشورى في يونيو ١٩٩٥).

وتعد المساواة (equality) إحدى هذه التحديات الكبرى، ويقصد بذلك، حسب الورقة البيضاء الصادرة أخيراً عن وزارة الصحة ومنظمة الصحة العالمية ومنظمات المجتمع المدني وحقوق الإنسان (في أغسطس ٢٠١٤)، المساواة في الناتج الصحي (المخرجات الصحية) والمساواة في إمكانية الحصول على الخدمات الصحية (accessibility) وأيضاً المساواة في تحمل عبء الإنفاق على الصحة. فالمساواة حسب الورقة السابقة يمكنها أن تكسر حلقة الفقر الناتج عن المرض ومن ثم فإنه يستهدف أحد الأسباب الجذرية للظلم الاجتماعي، الذي إنتفض الشعب المصري ليتخلص من نظامه في ٢٥ يناير ٢٠١١.

وفي حين كانت الدولة قد قطعت شوطاً طويلاً منذ منتصف السبعينات في القرن الماضي (١٩٧٤) باتجاه سياسية الباب المفتوح أو الإقتصاد الحر وذلك عجل بتخليها عن أدوارها الطبيعية في الحفاظ على شبكة أمان اجتماعي عادل متمثلة في تأمين اجتماعي وصحي وفي تعليم بجودة وفي آليات عادلة لتوزيع ثمار النمو الإقتصادي وفي ضرائب تصاعدية تسمح لها بزيادة الإنفاق العام على الصحة والتعليم وشبكات التأمينات الاجتماعية الأخرى. وفي هذا السياق أدى إنخفاض الإنفاق الحكومي على الصحة على مدار سنوات عديدة إلى تكبد المواطنين حوالي ٧٢٪ من إجمالي الإنفاق الصحي من جيوبهم الخاصة، حيث ظهر هذا جلياً في زيادة الإعتماد على القطاع الخاص في تقديم الخدمات الصحية بما يعرض ذلك إلى مخاطر إخفاقات السوق والتي أثرت تأثيراً بالغاً على تجاهل الجودة والسلامة والخدمات الأولية والوقائية. كما أثر ذلك على المساواة في الحصول على الخدمات الصحية، إلى جانب فشل الإدارة في تقديم وتمويل وتنظيم ورقابة وحوكمة المنظومة مما أدى لاختفاؤها وفشلها في تلبية تطلعات المواطنين الذي يعدون الهدف الأساسي لهذه المنظومة.

وتبرز إلى جانب ذلك تحديات يرتبط أكثرها بالتفتت الكائن في كافة مجالات النظام الصحي وعلى كافة المستويات، مما يؤدي إلى

حيث نصف عدد السكان الغير مؤمن عليهم هم الأفقر وبخاصة في الفئات المهمشة في القطاع غير الرسمي من العمل والاقتصاد. وتظهر عدم العدالة بين الفقراء والأغنياء فيما يتعلق بالتأمين الصحي، فالفقراء هم الأكثر احتياجاً للتأمين الصحي إلا إنهم الأقل تغطية به،<sup>١٤</sup>

فترى أن نسبة الأفراد في الطبقة الغنية الذي لديهم تأمين صحي نحو وفقاً لبيانات البحث الصحي الديموجرافي لعام ٢٠١٤، أكثر من ستة أضعاف نسبة الأفراد في الطبقة الفقيرة الذين لديهم تأمين صحي<sup>١٥</sup>.

إلى جانب ذلك، هناك خلل هيكلي في الإنفاق الصحي يشير من واقع الحسابات القومية الصحية إلى أن أكثر من ٧٢٪ من الإنفاق الكلي على الرعاية الصحية والخدمات هو إنفاق ذاتي مصدره جيوب الأفراد والأسر وذلك لا يعكس القدرة على الدفع للعلاج بقدر ما يعكس الحاجة والإضطرار.

وفي كل الأحوال تشير المسوح السكانية الصحية للاستخدام إلى أن الشرائح الأفقر في المجتمع (٢٠٪)، معدلات استخدامها للخدمات هي النسبة الأقل، رغم أنهم الأكثر احتياجاً لمرافق الخدمات من الشريحة الأغنى مما يؤكد وجود فجوة عدم العدالة.

## ٥. التحديات التي تواجه النظام الصحي لتحقيق العدالة

إن معظم التحديات الرئيسية التي تواجه القطاع الصحي في مصر أصبحت معروفة بجلاء بعد مرور قرابة عقدين من البدء في مسار

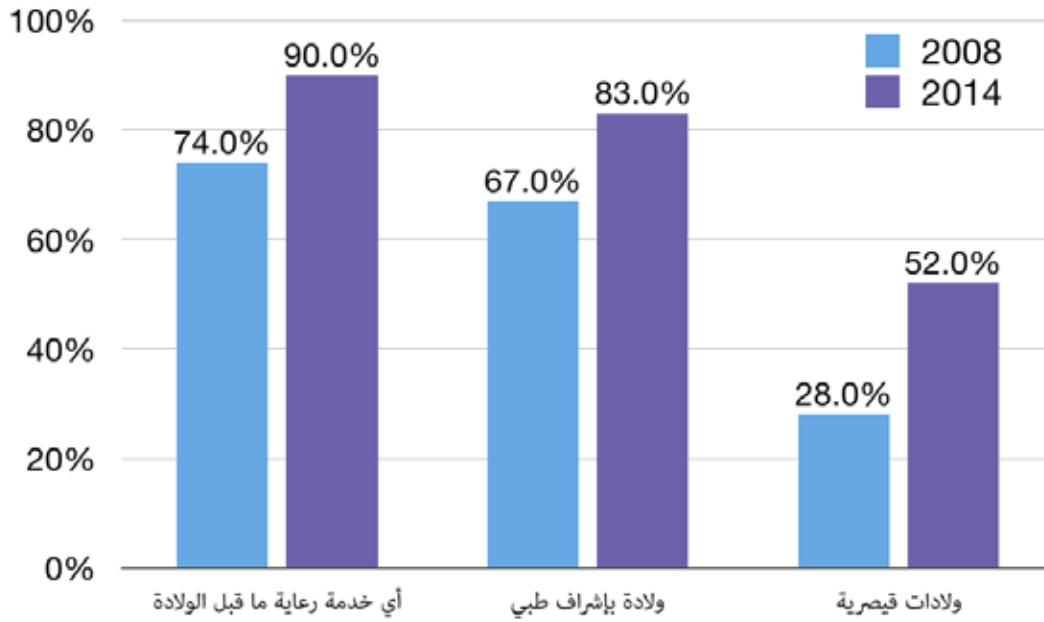
Ministry of Health and Population [Egypt], El-Zanaty and-١٤ Egypt Demographic .٢٠١٥ .Associates [Egypt], and ICF International Cairo, Egypt and Rockville, Maryland, USA: ٢٠١٤ and Health Survey .Ministry of Health and Population and ICF International

Ministry of Health and Population [Egypt], El-Zanaty and-١٥ Egypt Demographic .٢٠١٥ .Associates [Egypt], and ICF International Cairo, Egypt and Rockville, Maryland, USA: ٢٠١٤ and Health Survey ١٣١ Ministry of Health and Population and ICF International, Page

Nakhimovsky, Sharon, Douglas Glandon, Nadwa Rafeh, Nagwan-١٦ .٠٩/٢٠٠٨ :Egypt National Health Accounts .٢٠١١ Hassan. November .project, Abt Associates Inc ٢٠/٢٠ Bethesda, MD: Health Systems



## تطور مؤشرات صحة الأمهات في مصر ما بين عامي 2008 و 2014



المصادر: Egypt DHS, 2008, 2014

تمر البلاد بمرحلة من التحول الوبائي من الأمراض السارية إلى الأمراض غير السارية مما يشكل عبئاً مزدوجاً للأمراض، وارتفاعاً مطرداً في تكلفة العلاج خاصة في الأمراض الكارثية (كالقشل الكلى والكبدى والسرطان وأمراض القلب المختلفة، إضافة لمعدلات انتشار عالية لأمراض الفيروسات الكبدية ومضاعفاتها فيروس سى، وبى).

يدار النظام مركزياً من خلال وزارة الصحة والسكان ومديريات الصحة في المحافظات والإدارات الصحية في المراكز. يتم تقديم الخدمات الصحية من خلال العديد من المنافذ دون تنسيق أو مستويات الإحالة (جهات حكومية/ جهات شبه حكومية/ جهات أهلية/ جهات خاصة....الخ).

يعيش قرابة نصف السكان في الريف المصرى حيث يعانون من نقص في الخدمات والأطباء، ومن نقص في الصرف الصحى ومياه الشرب النقية. ويعد الريف في جنوب البلاد هو الأسوأ في هذا المجال.

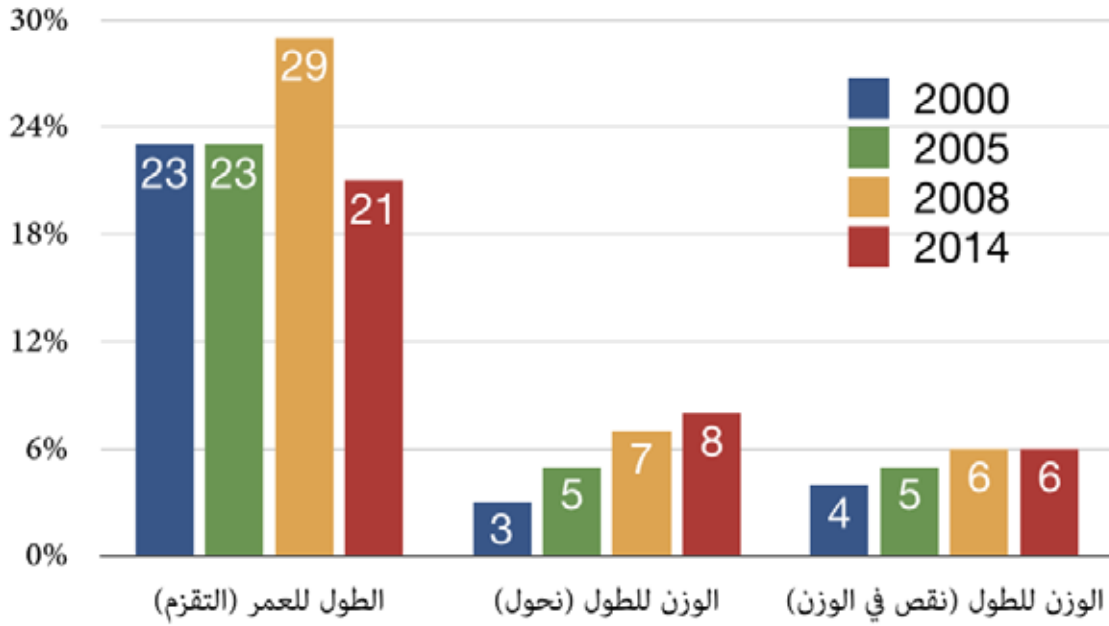
كثير من المشكلات الرئيسية في الادارة وفي عدم كفاءة استخدام الموارد المالية والبشرية المتاحة.

كما لا يسمح النظام الحالي للتمويل الصحي بتوفير تغطية صحية شاملة وعادلة وفعالة لجميع المواطنين. وعلى ذلك فسوف تصبح التغطية الصحية الشاملة قابلة للتحقيق عندما تكون هناك استراتيجية واضحة وتشاركية لجمع الموارد بطريقة تتيح تحويل الموارد التمويل من مجال إلى آخر، في إطار صندوق وطني أو صناديق تأمينية فرعية تسمح بتوسيع نطاق التغطية الصحية إلى من لا تشملها التغطية الحالية، بنفس الخدمات ونفس الجودة بدون تمييز وبغض النظر عن قدرة الأفراد أو المجتمعات على دفع تكلفة هذه التغطية في إطار أخلاقي ومبدئي من التضامن الاجتماعي الذي يسمح بالدعم المتبادل بين الغني والفقير والسليم والمريض والشاب والكبير.

مصر حالياً تصنف باعتبارها من الدول المتوسطة الدخل في الحد الأدنى لذلك، حيث يمثل الناتج الإجمالى المحلى (G.D.P) ٢٧٢ مليار دولار<sup>١٧</sup>.

١٧- البنك الدولي، بيانات مصر، في مارس ٢٠١٥ / <http://www.albankaldawli.org/ar/country/egypt>

## تطور مؤشرات سوء التغذية في مصر بين عام 2000 و 2014



المصادر: Egypt DHS, 2008, 2014

ونقل الدم، إضافة إلى مسارات العدوى المجتمعية متمثلة في الوشم واختلان وغيرها من الممارسات.

ورغم أن مصر حققت تقدماً ملموساً في مؤشرات (إعلان الألفية الثالثة للتنمية) MDGs ولديها تطور إيجابي خاصة بالنظر إلى صحة الأم والطفل (مؤشر ٤,٥). فالبلاد الآن تحتاج إلى تحديد كيفية الحفاظ على ذلك وتدعيم إضافي لهذه التطورات خاصة في مؤشرات بعينها مثل: نسب وفيات حديثي الولادة (مواليد الشهر الأول (neonate) والتي تتجه نحو الثبات.

أما فيما يخص معدل انتشار الأمراض غير السارية (NCDs)، فهو يعتبر مرتفعاً في مصر وفي زيادة مستمرة. فمعدل انتشار ارتفاع ضغط الدم في البالغين يصل إلى حوالي ٤٠٪ بينما يصل معدل الإصابة بالسرطان إلى حوالي ١١٥ - ١٢٠ حالة في كل ١٠٠,٠٠٠ حالة من السكان<sup>١٩</sup>.

ومثل كثير من البلدان فإن متوسط مخرجات الحالة الصحية في

## أ. مخرجات الحالة الصحية

مخرجات الحالة الصحية مرآة عاكسة للوضع الوبائي الانتقالي الذي يتبدى في تراجع عبء الأمراض السارية نسبياً وزيادة عبء الأمراض غير السارية.

ورغم ذلك ففي مصر نجد أن معدل انتشار الالتهاب الكبدي الوبائي سي هو الأعلى في العالم بقرابة ١٠٪ من السكان فيما بين (١٥ إلى ٥٩ عاماً) ومع نسبة أكبر في الأعمار الأكبر وحوالي ١٥٠ ألف حالة عدوى جديدة سنوياً.

والتحدى الأكبر لانتشار فيروس سي يتمثل في السيطرة على منابع العدوى الراجع إلى ممارسات النظام الصحي ذاته. حيث يعتبر السبب الأول لانتشار العدوى من خلال التدخلات الطبية وتشمل الآلات والأجهزة الطبية غير المعقمة وممارسات الحقن

Action plan for the Prevention, Care and Treatment of Viral-١٨  
,Ministry of Health and Population ,٢٠١٨-٢٠١٤ Hepatitis in Egypt

والمشاكل الصحية بشكل عام المصاحبة للسمنة وزيادة الوزن تساعد في مصر بمعدلات تدعو للقلق ومستويات السكر عند السكان البالغين على سبيل المثال تمثل ١٧٪ منهم، ورغم ذلك فمن المهم ملاحظة أن السمنة في مصر مصاحبة مع مشاكل متصاعدة ودائمة لسوء التغذية.

وسوء تغذية الطفل سبب كامن مهم لمرضاة الأطفال ووفيات الأطفال في مصر. وتحليل البيانات بين آخر مسحين DHS تظهر أن قصر القامة (stunting (الطول/ قياساً للعمر) زادت من ٢٣٪ بينهم إلى ٢٩٪ كما بين عامي ٢٠٠٥ - ٢٠٠٨،<sup>٢٤</sup> والهزال (wasting (نقص الوزن/ قياساً للطول) وصل إلى ٧٪، ومعدلات انتشار نقص وزن الأطفال (underweight (الوزن قياساً للعمر) ارتفع إلى ٦٪.<sup>٢٥</sup>

وقد قدر أن ١١٪ من أسباب وفيات الأطفال في مصر مصاحبة بنقص تغذية وهم يمثلون ٨١٪ من كل حالات الأطفال المصابين بنقص التغذية التي تحولت لحالات باثولوجية مضت دون العلاج.

## ب. إتاحة الخدمات ذات الجودة

ثمة فراغات في إتاحة الخدمات الصحية في مصر وفي حين أن مؤشرات الصحة في بعض المناطق الجغرافية أعلى من متوسط المعدل الإقليمي، نجد أن هناك أعداد كبيرة من المناطق الجغرافية في مصر تتراجع وراء المتوسط الإقليمي أو وراء المستوى العالمي.

وكمثال على ذلك: تظهر المعدلات تقدماً على متوسطات الإقليم في التغطية المرتفعة للتطعيم الثلاثي للأطفال ما يعكس قوة برنامج التطعيم المصري، وبالمثل معدل انتشار استخدام موانع الحمل المرتفعة في مصر عن المتوسطات الإقليمية.

ورغم ذلك فالعديد من النظم الصحية والمؤشرات الخاصة بها،

مصر يخفى فروق نوعية هامة داخل الشرائح السكانية. وعدم المساواة الاقتصادية والاجتماعية يعكس على المخرجات الصحية بين مجموعات السكان الأفقر حيث تصبح مخرجاتها الصحية هي الأسوأ.<sup>٢٠</sup>

وتشير بيانات المسح الصحي السكاني في عام ٢٠٠٨ إلى أن خطر الوفيات بين الأطفال في الشريحة الأفقر من السكان أكبر بنسبة ٢٠.٥٪ من الأطفال في الشريحة الأغنى، أو بمعنى آخر، تصل إلى ٣٠ حالة وفاة لكل ألف مولود حي. كما أوضحت البيانات أن الأطفال في الحضر أقل احتمالاً للوفاة في أي مرحلة من مراحل الطفولة المبكرة عن الأطفال في الريف. فقد بلغت معدلات وفيات الأطفال تحت خمس سنوات في حضر مصر إلى ٢٩ حالة لكل ١٠٠٠ مولود وهو أقل من معدلات وفيات الأطفال تحت خمس سنوات في ريف مصر بـ ١٩٪ (٣٦ لكل ١٠٠٠ مولود)<sup>٢١</sup>

وتصنف مصر من بين أكبر عشرة دول في العالم لمعدلات انتشار التدخين والتبغ الذي يعد أكبر سبب للوفاة والإعاقة. ويستخدم التبغ ومشتقاته في مصر عبر الشرائح الاجتماعية والاقتصادية المختلفة الأكثر استهلاكاً منهم هم الذكور والأقل تعليماً.<sup>٢٢</sup>

ومن المنظور الدولي تعد مصر واحدة من البلدان التي تواجه تحديات كبرى من زاوية المخاطر الصحية الأساسية.

فالسمنة وزيادة الوزن على سبيل المثال ارتفعتا بشدة في مصر بمعدلات ملحوظة فوق المتوسط الإقليمي والعالمي، ومعدلات الزيادة في النساء أكبر من الرجال، وبالنسبة للسمنة في الشريحة العمرية من (١٥ - ٥٩ عاماً) نجد أنها في النساء ضعف الرجال.<sup>٢٣</sup>

٢٠-Nakhimovsky, Sharon, Douglas Glandon, Nadwa Rafeh, Nagwan Bethesda, MD: Hassan. Egypt National Health Accounts ١٠/٢٠٠٩: project, Abt Associates Inc ٢٠/٢٠ Health Systems

٢١-المسح السكاني الصحي مصر ٢٠٠٨

٢٢-World Health Organization. Tobacco Free Initiative [http://www.who.int/tobacco/health\\_priority/en](http://www.who.int/tobacco/health_priority/en)

٢٣-Egypt Demographic and .El-Zanaty, Fatma and Ann Way-٢٤ Cairo, Egypt: Ministry of Health, El-Zanaty and .٢٠٠٨ Health Survey Associates, and Macro International

٢٥-NCD Stepwise Survey-٢٠١٢-٢٠١٣

٢٤-Egypt Demographic and .El-Zanaty, Fatma and Ann Way-٢٤ Cairo, Egypt: Ministry of Health, El-Zanaty and .٢٠٠٨ Health Survey Associates, and Macro International



أهمها مرحلة تأسيس نظام التأمين الصحي في عام ١٩٦٤، وكان الهدف المعلن منه وقتها كفالة حق المصريين في الحماية الصحية التأمينية تدريجياً في عشر سنوات، وهذا ما لم يتحقق حتى الآن.

وما بين عام ١٩٩٥ / ١٩٩٤ وعامي ٢٠٠٨ / ٢٠٠٩ ارتفعت نسبة التغطية السكانية بالتأمين الصحي من ٣٥٪ إلى ٥٥٪ رغم أنه في نفس الفترة تراجع دور التأمين الصحي كعمول للخدمات من نسبة ١٢٪ إلى من الإنفاق الكلي إلى نسبة ٨٪ من الإنفاق الكلي وزاد نصيب الإنفاق الذاتي الخاص من الأموال الخاصة للأسر من ٥١٪ إلى ٦١٪ وصولاً إلى ما يقرب من ٧٣٪ في عام ٢٠١٣.

كما أنه منذ أعوام ١٩٩٤ / ١٩٩٥ وحتى ٢٠٠٩ / ٢٠١٠ ظل القطاع الخاص الذي يقدم علاج بأجر هو المقدم الرئيسي للخدمات في العيادات الخاصة والصيدليات الخاصة للمواطنين مما ساهم في زيادة نسبة الإنفاق الذاتي.

ورغم مرور قرابة أكثر من نصف قرن على بدء تطبيق هذا النظام التأميني فهدفه الأساسي ما زال لم يتحقق. ومازلت التغطية التأمينية لم تتجاوز نصف عدد السكان أغلبهم من سكان الحضر ومن العاملين في القطاعات الرسمية للاقتصاد وم طلاب المدارس والأطفال تحت سن المدرسة، حيث تقدم لهم خدمات تفتقد للجودة ورغم ذلك يعد تجاهل الفئات الأخرى في الريف والشرائح الأفقر في القطاع غير الرسمي للاقتصاد نوعاً من التمييز السلبي وفي حين تصل نسبة الحماية الصحية في تونس إلى ٩٩٪ وفي إيران إلى ٩٨٪ في مصر البلد الأقدم في هذا المجال لم تتجاوز نسبة ٥٧٪.

## د. السياق الاجتماعي والاقتصادي ومستقبله

يصل السكان في مصر في ٢٠٢٨ إلى قرابة مائة مليون نسمة وعدد الشريحة السكانية تحت ١٥ سنة تصل إلى ٣٤٪ منهم. وتمثل معدلات الإعالة في المجتمع قرابة ٦٢٪ وقد تزيد إلى ٦٧٪ في ٢٠٢٥.

تعتبر أقل من مثلتها الإقليمية والعالمية. وفي بعض الحالات، ربما تتجاوز المتوسطات الإقليمية ولكن تظل متأخرة وراء الصورة عالمياً، وكمثال على ذلك تغطية الرعاية أثناء الحمل Ante-natal care (على قاعدة بيانات ترتكن على حد أدنى زيارة واحدة أثناء الحمل).

وتعكس تحديات الإتاحة أيضاً في حقيقة أن ٢٧٪ من السكان الذين سجلوا ولديهم أمراض مزمنة، و ٢٢٪ من الذين سجلوا ولديهم أمراض حادة لا يستخدمون الخدمات الصحية وعموماً فإن الشريحة الأفقر تستخدم الخدمات الصحية بمعدل أقل من الشريحة الأغنى.<sup>٢٦</sup>

كذلك فالمجموعات الأفقر من السكان أيضاً سوف يواجهون العوائق المالية الكبيرة: ٢١٪ من المجموعة الأقل دخلاً تسجل التكلفة كسبب أولى لمنعهم من طلب الخدمة للحالات المزمنة، في حين أن هذه الحالات تحدث فقط في ٤٪ من الشريحة الأعلى دخلاً.<sup>٢٧</sup>

وبغض النظر عن دخلهم، فالجزء الأكبر من المواطنين يلجأون إلى استخدام الخدمات الوقائية التي تقدمها الدولة بينما يلجأون إلى القطاع الخاص للحالات الحادة أو المزمنة العلاجية.

وتشير الاحصائيات إلى أن العبء المالي من الجيب ينبع أساساً من الإنفاق على الأدوية في الصيدليات وفي العيادات الخاصة، ونحتاج إلى دلائل أخرى لفهم مصادر الإنفاق الذاتي من الجيب وتأثير ذلك على الأسر بما يسهل إتاحة الخدمات التي يحتاجونها.

## ج. المشاركة في تحمل مخاطر عبء المرض والتغطية التأمينية

في مسار تاريخ النظام الصحي المصري مراحل متتالية كان من

٢٦-Egypt Household Health Expenditure and Utilization Survey-٢٠١٠, project, Abt Associates inc ٢٠/٢٠ Bethesda, MD, Health Systems

٢٧-بيانات التوقعات المستقبلية السكانية المقدمة من المجلس القومي للسكان

٢٨-بيانات التوقعات المستقبلية السكانية المقدمة من المجلس القومي للسكان

وعند رصد عدم المساواة النوعية (gender inequality)، تصنف مصر رقم ١١٢ من إجمالي ١٨٦ دولة في العالم.

ومصر من الدول المصنفة كدولة متوسطة الدخل في الحد الأدنى لذلك عالمياً (Low-middle income country) مع وجود قطاع غير رسمي للاقتصاد يتضخم باستمرار وقطاع الذين يعملون لدى أنفسهم يصل إلى حوالي ٤٠٪ من قوة العمل.

والفقر يعرف بالذين يعيشون على أقل من دولار يومياً وفقاً لتعريف البنك الدولي، ولكن عندما يعرف اعتماداً على خط الفقر الوطني فهو يعتمد على تكلفة حزمة الاحتياجات الأساسية، وهو ما تصاعد أخيراً بسبب تضخم أسعار الخدمات. فإن ريف مصر يصل فيه معدل الفقر إلى ٤٩٪ من السكان وفي القاهرة يصل عدد الفقراء إلى حوالي ٣.٨ مليون نسمة.

وشهدت مصر في السنوات الأخيرة - خاصة - نمواً سريعاً لمعدلات الفقر في المناطق الحضرية على عكس المألوف. وخاصة في العشوائيات والمناطق غير المخططة. والفقر المزمّن أكثر إنتشاراً في صعيد مصر في حين أن الفقر المؤقت ينتشر في المناطق الأخرى.

وتعاني الحكومة من عجز في الموازنة وصل إلى ١٢٪ في عام ٢٠١٢ وكان من المتوقع أن يزيد في ٢٠١٣ إلى ١٣٪ ثم يصل إلى الثبات في ٢٠١٤ بفضل المساعدات الخارجية.

## ٥. الإنفاق الحكومي على الصحة

وصل الإنفاق الحكومي على الصحة في العام المالي ٢٠١٣ - ٢٠١٤ قرابة ٤٢ مليار جنيه مصري والمتوقع في موازنة ٢٠١٤ - ٢٠١٥ أن يصل إلى ٥٢.٢ مليار، وهذه نسبة تصل إلى ٦٪ من موازنة الحكومة. ولكن بعد تعديل الموازنة لمواجهة العجز توقفت مخصصات الصحة عند ٤٧ مليار وفي بيانات أخرى، إستمرت

قرابة ٤٢ مليار دون تغيير.

أما بالنسبة لكفاءة استخدام الموارد المتاحة، فهي في أمس الحاجة إلى إعادة النظر وبالأخص في توزيع الموارد على المناطق الأكثر احتياجاً واستخدامها الاستخدام الأكثر عدالة وفعالية.

## ٥. النظام الصحي، التنظيم والرقابة

يعاني النظام الصحي من التفتت في جوانبه المختلفة من التمويل والتقديم والتنظيم. وكما ذكرنا، فإن الإنفاق الحكومي على الصحة منخفض ولا يتعدى ١.٥٪ من إجمالي الناتج المحلي أي حوالي ٢٠٠ جنيه للفرد (٣٣ دولار سنوياً). وهذا الاستثمار المحدود من الأنفاق العام، يقابله زيادة في الإعتماد على القطاع الخاص مما يفاقم من أزمة إنهار النظام الصحي وينعكس على الإنصاف بالسلب من حيث إتاحة الخدمة وجودتها خاصة للفئات الأضعف.

إن إصلاح وتقييم النظام الصحي بناءً على معلومات دقيقة، محدثة ومتاحة للجميع، يجب أن يكون مركز التدخلات في هذا القطاع. فأخر دورات الحسابات القومية للصحة تمت في عام ٢٠٠٩ - ٢٠١٠ وتجري حالياً دورة جديدة بمعاونة منظمة الصحة العالمية لم تنشر نتائج لها حتى الآن.

أيضاً، هناك إحتياج شديد لمعالجة قضايا حوكمة القطاع الصحي وحاجة لزيادة الكفاءة والإنصاف في استخدام الموارد المتاحة وإشراك المجتمع، وخاصة المجتمع المدني والقطاع الخاص، في الرقابة وصياغة ومتابعة السياسات الكبرى في القطاع الصحي وتطوير الإطار القانوني والتشريعي وإعادة بناء الأدوار والوظائف في هذا القطاع خاصة وزارة الصحة التي تلعب أدواراً عديدة كالتمول وتقديم الخدمة وتنظيمها بدون الكفاءة المطلوبة لكل هذه الأدوار.

ونجد أن حوالي ٣٠٪ من الخدمات الصحية تقدمها وزارة الصحة، ٣٠٪ تقدمها وزارة التعليم العالي، ٣٠٪ يقدمها القطاع الخاص

تطوير خدمات وحدات طب الأسرة وتوفير الأطباء بها وتحسين  
أوضاع الفريق الصحي المادية والمهنية والانهاء من قانون  
التأمين الصحي الاجتماعي كأسلوب للتمويل في المنظومة،  
وإدارة المنظومة إدارة رشيدة عبر تأسيس مجلس أعلى للصحة

## بعض خصائص برنامج تدريب المولّدات

مواصفات المرشحات المستهدفات من التدريب:

يتم تقديم برنامج تدريب المولّدات القابات على ٢١ أسبوعاً غالباً ما  
تكون في المدينة مما يستلزم التزام وإهتمام وإرادة واضحة للمرضة  
الراغبة في الحصول على هذا التدريب.

الفئة المستهدفة هي المرشحات العاملات في وحدات الرعاية الأولية  
الحاصلات على دبلوم برنامج التمريض أو المعهد الفني أو المعهد العالي  
للمريض البالغات من العمل أقل من ٣٥ عاماً.

الأهداف والمهارات المستهدف اكتسابها بعد التدريب:

٠١ إظهار القدرة على تطبيق المعلومات والمهارات المتعلقة بوظائف  
المولدة في توفير عناية متجانسة للسيدات الحوامل وأسرهن خلال  
فترة الإنجاب.

٠٢ إظهار الوعي باحتياجات النساء الحوامل وأسرهن في كل من  
المستشفيات والمجتمعات.

٠٣ الوعي بحدود الممارسة والتقييم المناسب لبدائل الرعاية من أجل  
أقصى فائدة للأم والأسرة.

٠٤ إظهار المهارات في تعبئة المصادر واستخدام نظام الإحالة  
للعلاج بكفاءة.

٠٥ إظهار كافة المهارات المتعلقة بممارسة المولدة.

يحدد التوجهات الإستراتيجية ويضمن مشاركة المواطن في صنع  
السياسات فيها لصالح حقوقه في الصحة.

وفي السنوات العشرة الأخيرة، حاولت الدولة وضع إطار إصلاحي  
جديد للمنظومة الصحية من خلال قانون جديد للتأمين الصحي  
باعتماره وسيلة لإعادة هيكلة القطاع ووسيلة لمواجهة تحديات  
الإنفاق الذاتي من الجيب ولكنها لم تنجح لأسباب متعددة أهمها  
غياب الإرادة السياسية لذلك وعدم وجود الرؤية والكوادر  
المنظمة القادرة على تقديم هذا المشروع الطموح لإصلاح  
المنظومة.

وفيما بعد ثورة يناير ٢٠١١، إستمر التوجه الصحي في نشاطه

وحوالي ١٠٪ يقدمها التأمين الصحي. أما المؤسسة العلاجية فهي  
تمول من خلال عملياتها الخاصة سواء من خلال التعاقد مع القطاع  
الحكومي أو مع القطاع الخاص من خلال الدفع المباشر مما يعطي  
دوراً خاصاً للعلاقة بين العام والخاص.

إن تفتت آليات تمويل المنظومة الصحية يجرمها من مزايا تجميع  
الموارد في صندوق موحد للمخاطر وتوزيعها بعدالة واستخدامها  
بكفاءة بين القطاعات المقدمة للخدمة، ويمنع استخدام آليات  
الدعم المتبادل والمساواة وإمكانية حصر المنتفعين في إتجاهات  
محددة.

وينعكس هذا التفتت بالتالي على العمالة الطبية والصحية في نقص  
الإقبال والتحمس للعمل (demotivation) وزيادة الخروج  
والدخول لأماكن العمل (turnover) ولازدواجية أماكن  
العمل (dual practice) وهجرة العمالة إلى الخارج في حين يتم  
سوء توزيع العمالة الباقية على الريف والصعيد والمناطق النائية.

كما يضاف إلى ذلك سوء إستخدام الأدوية وعدم رشادة  
استهلاكها إضافة إلى عدم وجود قواعد وبيانات ومعلومات محددة  
تخدم صنع القرار.

وعلى جانب آخر، يندر وجود قواعد بيانات ومعلومات واضحة  
وشفافة لها المصدقية اللازمة لوضع خطط الإصلاح الإستراتيجية.  
فكثيراً ما نلاحظ تضارباً في هذه البيانات والمعلومات بين الأجهزة  
المختلفة، مما يعكس غياباً لجهة واحدة يمكن الاعتماد عليها في  
هذه العمليات الجوهرية للتخطيط السليم. كما أن مشكلة البيانات  
الصادرة إجمالاً، أنها بيانات صماء لا تفسر ما يحدث ولا تحدد  
الفروق الجوهرية بين الريف والحضر ولا بين الإناث والذكور  
ولا تحلل مغزى الاتجاه العام في هذا القطاع الحيوي ولا تفسر  
التناقض بين أعداد العاملين المسجلين في الأوراق الرسمية والأعداد  
الفعلية للعمالة القائمة بالعمل، ما يجعل من الصعب التحدث بأي  
درجة من اليقين عن الحجم الإجمالي الفعلي لقوة العمل الصحي،  
وهل هو ملائم للاحتياجات الفعلية من عدمه.

وخلاصة ما سبق أن مظاهر الخلل هيكلية ترجع إلى عدم كفاءة  
وتكامل ونقص استخدام الإمكانيات المتاحة وعدالة توزيعها في  
القطاع الصحي، ما يحتم ضرورة إعادة هيكلته وزيادة الإنفاق  
العام الصحي والاهتمام بالرعاية الصحية في الريف من خلال



الولادة. وذلك بعض ضمان مظلة تنظيمية وتشريعية ملائمة لعملهم ومتابعة وتعليم مستمر لضمان جودة الخدمات المقدمة.

فالقابلة المولدة هي متخصصة مدربة ومسؤولة، تعمل بالشراكة مع السيدات المستهدفات حتى تقدم لهن الدعم اللازم والرعاية والمشورة أثناء الحمل والولادة ومابعدھا، تساعد في الولادة الطبيعية على مسؤوليتها والرعاية الصحية للأطفال حديثي الولادة. تشمل هذه الرعاية الاجراءات الوقائية، تحديد وجود أي تعقيدات أو مضاعفات لدى الأم والجنين، التعامل مع الحالات الحرجة والتحويل لرعاية طبية متخصصة إذا لزم الأمر. لذت فللقابلة أو المولدة دوراً محورياً في المشورة الصحية والتثقيف ليس للمرأة فحسب ولكن أيضاً للأسرة والمجتمع. ويجب أن يشمل هذا رعاية ما قبل الولادة والاستعداد للولادة والصحة الإنجابية والجنسية. فالمولدة تعمل في أي مناخ أو مكان سواء كان هذا في المنازل أو العيادات أو الوحدات الصحية أو مع المجتمع مباشرة.<sup>٣٠</sup>

وتشكلت في الوزارة إرادة سياسية واضحة في تقديم تدريب يضاھي المعايير العالمية في مهارات المولدات تمكّنها من تحسين مستوى الخدمة الصحية المقدمة وتحقيق الجودة في حياة المواطنين وخاصة الفئات الأكثر احتياجاً.

ثم قامت بتحديد أهداف برنامج التدريب وتصميم آلياته وبالرغم من عدم اشراك المنتفعات في تصميم البرنامج إلا أنها اعتمدت عليهن تماماً في التنفيذ حيث أن البرنامج يعمل من خلال تفاعل مباشر مع المجتمع ويعطي للسيدات المدربات قدراً كبيراً من حرية الحركة وتوظيف مهارتهن المكتسبة بالصورة الأكثر مناسبة مع المجتمع الخاص بهن.<sup>٣١</sup>

ثم بدأت باشارك منظمات مجتمع مدني دولية لتمويل هذا المشروع فكان آخرهم صندوق الأمم المتحدة للتنمية الذي يكتفي بالتمويل في حين تقوم الوزارة بالتنفيذ بالكامل.

وكان نتيجة هذا أن حتى الآن على الأقل ٥٠٪ من وحدات

حول التأمين الصحي بإعادة تشكيل اللجنة المنوط بها وضع هذا القانون وضم عدد من الخبراء إليها وعدد من نشطاء المجتمع المدني المتخصصين في هذا المنحى مما ساعدهم على تجاوز العقبات التي عطلت المسودات السابقة وطرح القانون من جديد للحوار المجتمعي الجاد وبهدف تمريره في مجلس الشعب القادم اعتماداً على مبادئ الإنصاف والعدالة واستناداً إلى ما ورد في الدستور المصري الجديد الصادر في ٢٠١٣ والذي يعد إنجازاً حقوقياً وإنسانياً يمتاز في تأكيده على الحق في الصحة والحق في الحماية الصحية التأمينية الشاملة لكل المصريين وبدون تمييز.

## ٥. قصص نجاح يمكن لصانعي السياسات البناء عليها

### ١. مشروع تدريب ممرضات الرعاية الصحية الأولية على مهارات المولدات

بالرغم من أن مصر لديها قصص نجاحات متعددة في خفض نسبة وفيات الأمهات والأطفال حديثي الولادة، إلا أن تحقيق الهدف الرابع والخامس من الأهداف الإنمائية للألفية<sup>٣١</sup> على عام ٢٠١٥ يستلزم المزيد من العمل في مجال صحة الأم والأطفال حديثي الولادة خاصة للسيدات الريفيات والأكثر فقراً والسكان في المناطق النائية.

ونظراً لأن تلك الفئة هي في الأغلب ليس لها أي غطاء تأميني ولا تعمل ضمن قطاع رسمي يمكن استهدافها من خلاله، فبدأت وزارة الصحة منذ عام ١٩٩٧ في التخطيط والتنفيذ لمشروع تدريب ممرضات الرعاية الأولية على مهارات المولدات القابلات.

يأمل برنامج التدريب على تمكين المولدات المدربات من المشاركة في الأهداف القومية لخفض نسب وفيات الأمهات والحديثي

٣٢- تعريف الإتحاد العالمي للمولدات القابلات

٣٣- M. Guimei, Situation Analysis of Midwifery Education and Training in Egypt, UNFPA- Cairo; Egyptian Ministry of Health,

December ٢٠١٢

٣١- الأهداف الإنمائية للألفية تشمل كهدف رابع تخفيض معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة بمقدار الثلثين في الفترة ما بين ١٩٩٠ و ٢٠١٥ وكهدف خامس تخفيض معدل الوفيات النفاسية بمقدار ثلاثة أرباع في الفترة ما بين ١٩٩٠ و ٢٠١٥ و تعميم إتاحة خدمات الصحة الإنجابية بحلول عام ٢٠١٥ <http://www.un.org/arabic/millenniumgoals>

الأساسية والتي لم تعد متوفرة. أما المناهج التعليمية والفريق التدريبي والمواد المساعدة على التدريب العملي في هي حاجة إلى تحسين وتطوير يصعب تحقيقهم بدون تخصيص موارد مالية له.

نضيف إلى ذلك غياب دعم الدولة الكافي لهذا المشروع لاتاحة الفرصة لتطويره. فالقانون الذي يستند إليه تمت صياغته من عام ١٩٥٤ ولا يوجد تمثيل نقابي للممرضات المولدرات حتي الآن كما لا يوجد أي إطار أو آلية لمتابعة المتدربات أو ضمان الجودة المقدمة، ذلك بالإضافة إلى عدم معرفة الكثير من العاملين بالدولة مديري الإدارات بالوزارة بهذا المشروع من الأصل.

رغم هذا، تظل هذه التجربة الرائدة محل للدراسة والفحص، فقومات نجاحها متعددة ويمكن الاستفادة منها في تجارب أخرى وأثناء محاولات إصلاح المنظومة الصحية.

## ٠٢. الحوافز المرتبطة بمعدلات بالأداء في برنامج الإصلاح الصحي (Performance-based Incentives) ٣٤

تعد عملية المتابعة والتقييم مكوناً أساسياً ذا أهمية عظمى لأي عملية إدارية في كافة القطاعات والإدارات. وقد إهتم بها برنامج الإصلاح الصحي اهتماماً كبيراً وقام بربطها بحوافز العاملين.

فبرغم عدم استدامة هذا المشروع لأسباب عدة منها التقلبات السياسية الكبيرة التي شهدتها البلاد في السنوات الأخيرة، إلا أن نظام الحوافز المرتبطة بالأداء في المنظومة الصحية الذي تم تنفيذه في الإصلاح الصحي يعد من قصص النجاح الهامة التي يمكن الاستفادة منها.

### أ. المتابعة

هي عملية مستمرة الغرض منها التأكد من أن ما خطط من أنشطة وما تم تنفيذه متطابقان بهدف تحديد ما إذا كان المشروع يسير على الطريق الصحيح للوصول إلى الأهداف المحددة أم إذا كان يتختم عليهم تغيير منهجية العمل.

الرعاية الصحية الأولية تعمل بها على الأقل ممرضة واحدة مدربة على مهارات المولدرات القابلات وفي بعض المحافظات تصل هذه النسبة إلى ٨٠٪. حالياً تم تدريب ٢٢٦٠ ممرضة في ٢٢ محافظة وذلك منذ عام ١٩٩٧.

أما عن نسب رضا المنتفعات فرغم غياب قياسات كمية دقيقة لها إلا أن الأبحاث الكيفية التي تم القيام بها على فترات مختلفة وآخرها في ديسمبر ٢٠١٢ تشير إلى رضا عام مرتفع سواء كان ذلك من قبل الأمهات أو الأسر أو الممرضات ذاتهم. ففضلاً عن الخدمة الطبية الأفضل والرعاية الإنسانية التي تصل لهؤلاء السيدات، لوحظ أن البرنامج حقق هدفاً ثانوياً حميداً وهو تمكين الممرضات العاملات بهذا المجال واتاحة الفرصة لهم للتوسع والابتكار في تقديم خدماتهن. فقد أصبح برنامج التدريب فرصة واستثماراً يتيح لمن امكانيات جديدة لخدمة مجتمعهم، تقدير المحيطين ولإعالة أسرهن بصورة أفضل.

فيمكننا القول أن أهداف البرنامج الواضحة وتصميمه الدقيق أدت إلى قدر كبير من النجاح له.

### الاستمرارية وقابلية التطوير

رغم وضوح الأهداف ودقة الرؤية وملاءمة التصميم والاشراك المجتمعي في التنفيذ، إلا أن تجربة برنامج تدريب الممرضات على مهارات المولدرات يفترق جانباً محورياً في قدرته على تحقيق أهدافه وهو جانب الاستمرارية والقابلية على التطوير.

فوفقاً لدراسات وزارة الصحة، يوجد عجزاً في عدد الممرضات المدربات يصل إلى ٣٠٠٠ ممرضة. فتكاليف تنفيذ هذا المشروع وتقديم برنامج التدريب النظري والعملي عال التكلفة تتحملها بالكامل المنظمات الأجنبية التي تمول المشروع وحين تنتهي الموارد المخصصة لذلك أو تتوقف لأسباب سياسية أو غيرها، سيتوقف المشروع ببساطة. فالاستدامة المالية واستمرارية المشروع على المحك خاصة في ظل غياب قياسات محددة المدى فاعلية هذا المشروع على محددات الصحة والتي يصعب التقدم بطلب منح دولياً بدونها.

فقد بدأ غياب الاستدامة المالية للمشروع في التأثير عليه، فعلى سبيل المثال توقف المشروع عن توفير أدوات صحية معقمة للممرضات كما تعاني الممرضات من غياب بعض الأدوية

٣٤- تحليل القطاع الصحي المصري، النسخة الصادرة عن وزارة الصحة السكان في عام

٢٠٠٣ - EHS A D٤

## مؤشرات تقييم أداء مقدمي الخدمة لصندوق صحة الأسرة

رقم	اسم المؤشر	القيمة المعيارية
1	عدد الحالات / يوم	٤٧-٢٠
2	عدد الأدوية لكل زيارة	أقل من ٣
3	نسبة الإحالة	٨-١%
4	استكمال البيانات	% أكثر من ٩٨
5	معدل رضا المريض	% أكثر من ٩٠
6	استكمال بيانات التسجيل الطبي	% أكثر من ٩٠
7	تنظيم الأسرة (سنوات الحماية)	% أكثر من ٥٠
8	التطعيمات	٩٥%
9	وقت إنتظار المريض	أقل من ٢٠ دقيقة
10	رعاية الحوامل (زيارة / سيدة حامل)	أكثر من ٢/١ زيارة / شهر
11	اتباع البروتوكولات الطبية	% أكثر من ٩٨

٠٣. ربط الحوافز بتقييم الأداء سواء كان ذلك للمنشأة كوحدة أو للأفراد، ويتم ذلك من خلال

تحديد التوصيف الوظيفي للعاملين موضعاً الاختصاصات والمسؤوليات والتأهيل العلمي اللازم حسب احتياجات البرنامج.

إعداد نظام لتوزيع الحوافز على مقدمي الخدمة مستخدماً تقييم الأداء العام للوحدة وتقييم الأداء الفردي كأساس لعملية التوزيع.

إعداد نظام لقياس بعض المخرجات من خلال استقصاء وقياس درجة رضا المنتفعين ومقدمي الخدمة.

إصدار التقارير الشهرية عن أداء الوحدات من خلال الزيارات الميدانية والبيانات الدورية والإحصائيات.

## د. صندوق صحة الأسرة

تحقيقاً لمبدأ فصل تقديم الخدمة عن تمويلها وضماناً لاستدامة الموارد، نشأت فكرة استحداث كيان مهمته تمويل شراء الخدمة

والمتابعة في برنامج الإصلاح الصحي كانت تتم من خلال مراقبة مستوى الأداء، توقيت التنفيذ والتكلفة.

## ب. التقييم

وهو عملية مرحلية لتحليل وقياس النتائج التي تم التوصل إليها وإلى أي مدى تحققت الأهداف ومدى فاعلية البرنامج وذلك من خلال استخدام مجموعة مختارة من المؤشرات والمقاييس الموضوعية بما يتناسب مع نوع النشاط والأهداف المطلوب تحقيقها.

ج. آليات متابعة وتقييم أنشطة الوحدات الصحية

٠١. وضع خطة مدروسة لمتابعة وتقييم أداء البرنامج

٠٢. وضع أنظمة العمل الخاصة بالمتابعة والتقييم والتي تتضمن:

نظام تقييم لأداء الأفراد بناءً على مؤشرات مدروسة وعمل النماذج اللازمة والتدريب على استخدامها.

إعداد نظام متابعة وتقييم منشآت الرعاية الصحية الأولية شاملة مجموعة من المؤشرات التي تستخدم لقياس كل الأنشطة التي تمارس في تلك الوحدات.



خطط لهذا الصندوق أن يمول من مخصصات وزارة الصحة (٧٠٥ مليون جنيه مصري) وقتها ومن هيئة التأمين الصحة للأفراد المؤمن عليهم (بمعدل ١٣ جنيه للفرد) ومن الإعانات والتبرعات والهبات والدعم المقدم من الجهات المانحة والتي قامت فعلياً بتمويل الجزء الأكبر من عمليات الصندوق مما أثر على إستدامة موارده فيما بعد.

#### ٥. آليات الدفع لمقدمي الخدمة وسياسات التحفيز

يقوم الصندوق بدفع حوافز شهرية لمقدمي الخدمة بناءً على معدلات أداء مقننة علمياً باستخدام ١١ مؤشراً للتقييم أداء مقدمي الخدمة ونتائجهم وتغطي هذه المؤشرات الجوانب الوقائية والعلاجية.

تقدر الحوافز بمدى يتراوح من ٥٠ إلى ٢٥٠٪ من أساسي المرتب وتشمل أيضاً المصروفات الخاصة بتحسين الخدمة أو التشغيل وما يطرأ من الصرف لتحسين ظروف العمل وإمكانياته.

وتعتمد العقود التي تبرم بين الصندوق ومقدمي الخدمة على آليات للدفع مرتبطة بمعدلات الأداء

(Performance Based Payment Mechanism) ويتم

تقييم أداء مقدمي الخدمة الصحية من خلال مجموعة منتقاة من المؤشرات لتشمل جميع جوانب تقديم الخدمة الصحية سواء علاجية أو وقائية وتكون من ١١ مؤشراً لكل منهم وزن ومعياري.

فبغض النظر عن الاستدامة السياسية والمالية للمشروع التي حالت دون استكمال نشره وتنفيذه فيما بعد التجربة الاسترشادية، يبقى نظام حوافز تقييم الأدوية في وحدات صحة الأسرة من خلال صندوق صحة الأسرة في حد ذاته أحد أهم قصص النجاح للمنظومة الصحية المصرية التي يمكن الاستفادة منها وتطويرها لما يتناسب مع خطط المنظومة الحالية وذلك نظراً لكونه نظام حوافز مرن، قابل للتطوير حسب ما يستجد في كل مرحلة من معطيات ومتغيرات.

وإتاحة العلاج الجديد (سوفوسفوير) دون تمييز عبر التسجيل الإلكتروني.

تعد تجربة التسجيل الإلكتروني لمرضى التهاب الكبد

الصحية والتعاقد عليها مع كافة مقدمي الخدمة بما فيهم القطاع الخاص والجمعيات الأهلية التي تقدم الخدمة الصحية من خلال تطبيق نظام صحة الأسرة وفق معايير الجودة المتعارف عليها ويسمى هذا الكيان «صندوق صحة الأسرة». وهو حساب مالي تم إنشاؤه بقرار من وزير الصحة رقم ٢٩٤ لسنة ١٩٩٩ وصدرت لأئحة أساسية له بقرار وزاري رقم ١٦٠ لسنة ٢٠٠١ ويقوم الصندوق بتنفيذ المهام المطلوبة منه حسب إستراتيجية الإصلاح الصحي كما تأسست صناديق فرعية له بالمحافظات الاسترشادية لتنفيذ برنامج الإصلاح.

#### مادة ١٧ من دستور جمهورية مصر العربية الصادر في عام ٢٠١٣

تكفل الدولة توفير خدمات التأمين الاجتماعي.

ولكل مواطن لا يتمتع بنظام التأمين الاجتماعي الحق في الضمان الاجتماعي، بما يضمن له حياة كريمة، إذا لم يكن قادراً على إعالة نفسه وأسرته، وفي حالات العجز عن العمل والشيخوخة والبطالة. وتعمل الدولة على توفير معاش مناسب لصغار الفلاحين، والعمال الزراعيين والصيدادين، والعمالة غير المنتظمة، وفقاً للقانون. وأموال التأمينات والمعاشات أموال خاصة، تتمتع بجميع أوجه وأشكال الحماية المقررة للأموال العامة، وهي وعوائدها حق للمستفيدين منها، وتستثمر استثماراً آمناً، وتديرها هيئة مستقلة، وفقاً للقانون. وتضمن الدولة أموال التأمينات والمعاشات.

#### مادة ١٨ من دستور جمهورية مصر العربية الصادر في عام ٢٠١٣

لكل مواطن الحق في الصحة وفي الرعاية الصحية المتكاملة وفقاً لمعايير الجودة، وتكفل الدولة الحفاظ على مرافق الخدمات الصحية العامة التي تقدم خدماتها للشعب ودعمها والعمل على رفع كفاءتها وانتشارها الجغرافي العادل. وتلتزم الدولة بتخصيص نسبة من الإنفاق الحكومي للصحة لا تقل عن ٣٪ من الناتج القومي الإجمالي لتتصاعد تدريجياً حتى تتفق مع المعدلات العالمية. وتلتزم الدولة بإقامة نظام تأمين صحي شامل لجميع المصريين يغطي كل الأمراض، وينظم القانون إسهام المواطنين في اشتراكاته أو إعفاءهم منها طبقاً لمعدلات دخولهم. ويجرم الامتناع عن تقديم العلاج بأشكاله المختلفة لكل إنسان في حالات الطوارئ أو الخطر على الحياة. وتلتزم الدولة بتحسين أوضاع الأطباء وهيئات التمريض والعاملين في القطاع الصحي. وتخضع جميع المنشآت الصحية، والمنتجات والمواد، ووسائل الدعاية المتعلقة بالصحة لرقابة الدولة، وتشجع الدولة مشاركة القطاعين الخاص والأهلي في خدمات الرعاية الصحية وفقاً للقانون.

## المحور الأول:

منظومة المحددات الاجتماعية للصحة التي تشمل المياه النقية والصرف الصحي والغذاء المتوازن والكاف، فرص التعليم، البيئة الصحية، المسكن الآمن، نمط الحياة الصحي المرتبط بمستويات للدخل عادلة وكريمة، إلى جانب عمليات تحديد الأولويات والخيارات الملائمة داخل الأطر السياسية والاقتصادية مما يؤدي إلى تخصيص عادل وكفء للموارد المتاحة مستهدفاً الحماية الصحية من العبء المرضي لكافة المواطنين دون تمييز.

## المحور الثاني:

يشمل النظم والسياسات والتشريعات والأطر الصحية بما فيها هياكل تنظيم وتمويل وتقديم الخدمات الصحية بما فيها هياكل الأجور والمزايا المقدمة للفريق الصحي من أطباء وممرضات وعاملين مهنيين ومساعدين صحيين وبما يضمن معايير الجودة والكفاءة وصولاً واستهدفاً إلى تحسين المخرجات النهائية للمنظومة الصحية التي تشمل معدلات الوفاة ومعدلات المراضة وسنوات العمر المعاشة، تحقيقاً لرضا المواطنين وقبولهم لهذه النظم.

## ١. قيم النظام الجديد «التضامن والعدالة في الرعاية الصحية»

يطل علينا العقد الثاني من القرن الحادي والعشرين بمتغيراته الهائلة ومازالت المشكلات المعقدة للرعاية الصحية في كثير من بلدان العالم ومنها مصر دون حل، حيث تبرز تحديات كبرى مثال: التضارب بين المصالح الخاصة لمقدمي الخدمات وبين الاهتمامات العامة للصحة والحقوق الصحية والاجتماعية، وما يتضمن ذلك من أزمات الصحة العامة في الدول منخفضة الدخل، وكذا تحديات تنظيم وتمويل المهن الصحية، وتأثيرات العولمة السلبية والايجابية على الصحة والنظم الصحية.

أن التأثيرات والتحديات السابقة هي التي تحث المدافعين عن الحق في الصحة وصانعي السياسات على ضرورة التركيز أكثر من ذي قبل على القيم المعيارية للرعاية الصحية.

وأهم هذه القيم المعيارية التي يشملها الحق في الرعاية الصحية:

الفيروسى (سى) لتلقى العلاج الجديد من قصص النجاح التي يمكن الاستفادة منها في إصلاح المنظومة الصحية.

فتيسيراً على المصابين بالالتهاب الكبدي (سى) قامت اللجنة القومية لمكافحة الفيروسات الكبدية بإنشاء هذا الموقع لمساعدة مرضى الكبد في الانضمام للحملة القومية لمكافحة الفيروسات الكبدية، والتي كانت أولى خطواتها في ١٨ سبتمبر ٢٠١٤ بإتاحة حجز موعد للكشف في المراكز المختلفة بمحافظات الجمهورية، تبعاً لمحل الإقامة المسجل ببطاقة الرقم القومي للمتقدم للكشف. فمن خلال هذا الموقع، يتمكن كل متقدم للانضمام الى منظومة العلاج في وحدات العلاج الخاضعة لإشراف اللجنة القومية لمكافحة الفيروسات الكبدية، بالحجز من خلال هذا الموقع [www.nccvh.org.eg](http://www.nccvh.org.eg) عن طريق إدخال بيانات بطاقة الرقم القومي. ثم يتمكن المتقدم بعد مرور ٢٤ ساعة من الحجز من الاستعلام عن بيانات وعنوان وحدة العلاج المتاحة لاستقباله في الموعد المحدد، كما يتم تحديد وحدة العلاج بناء على بيانات بطاقة الرقم القومي الخاصة بالمرضى، ومحل الإقامة المثبت بالبطاقة.

تعد هذه التجربة من قصص النجاح الهامة فهي - رغم كونها تتطلب قدرة من المريض على التعامل مع الإنترنت مما قد يحد من إتاحتها - إلى أنها تتيح فرصة متساوية للوصول للعلاج دون تمييز، دون محسوبية وبغض النظر عن القدرة على الدفع.

كما أن الجهود التي قامت بها اللجنة ومتخذي القرار والتي أيدها ودعمها المجتمع المدني، مكنت الشركات الدوائية الوطنية من البدء في تصنيع هذا الدواء محلياً مما ساهم في توفير الدواء وإتاحته بسعر أقل وممكن من كسر الاحتكارات الدولية مما ساهم بشكل كبير في تمكين إتاحة أكبر لهذه التكنولوجيا الدوائية الجديدة لعدد أكبر من المصابين

## ر. تحول ومنظور جديد ومن أين نبدأ

الواقع الصحي جزء من الكل المجتمعي في جوانبه ومعطياته الإيجابية والسلبية وفي منظوره السياسي والاقتصادي والاجتماعي والثقافي، كما يستند، وفقاً لدستور ٢٠١٣، إلى منظور الحق في الصحة باعتباره من الحقوق الأساسية للإنسان وفقاً لما ورد في المواثيق الدولية لحقوق الإنسان. كما يستند إلى محورين حاكمين:

بمعايير خاصة، مثل أهمية (الأمن والرخاء) كاحتياج وقد قيل قديماً (من كل حسب قدراته إلى كل حسب احتياجاته) ولكنها تنقحت في إطار (لا نهائية الاحتياج) إلى من كل حسب قدراته أو موارده إلى كل حسب احتياجاته المقدره اجتماعياً اعتماداً على القيم المشتركة للاحتياجات الصحية المقدره اجتماعياً في سلم أولويات موارد المجتمع وفي إطار يقدره الطبيب المعالج بناء على معايير طبية وعلمية محددة.<sup>٣٥</sup>

في هذا السياق فنحن ننظر إلى الغاية لأية منظومة صحية والتي تبلور في ضرورة العمل على تحسين صحة المواطن في كفالة حمايته صحياً ما يكسبها مشروعية ومقبولية وثقة، حيث لا يمكن ضمان استمرار هذه المنظومة ووضع برامج وسياسات قابلة للتنفيذ من خلالها دون دعم واتفق بين الأطراف العديدة المشتبكة معها من مرضى وأصحاء، ومقدمي خدمات وصانعي تجهيزات ودواء وغيرهم من الأطراف الفاعلة ودون مرجعية واضحة لنظام قيمى وأخلاقي متفق عليه مجتمعياً نرصد أهم محاوره في الآتى:

١- التضامن الإنساني: الذى يوجب مراعاة كرامة واحترام الإنسان، والمرضى، وأصحاب الاحتياجات الخاصة منهم على وجه الخصوص، التضامن بين القادر مالياً وغير القادر والمعدم، بين الأصحاء والمرضى، بين الشباب وكبار السن من خلال التقدير الاجتماعى لاحتياجاتهم الصحية، والعمل على توفيرها دون النظر إلى قدرتهم على الدفع من عدمه، وهو جوهر فكر التأمين الصحى الاجتماعى الشامل أو النظم الصحية الوطنية الشاملة، التى توفر مجالاً مادياً للمشاركة فى تحمل مخاطر المرض الاقتصادية.

٢- الإنصاف: بمعنى عدالة توزيع الفرص فى الرعاية على أساس من الاحتياج المقدر اجتماعياً فى سلم الأولويات الصحية العادلة بعيداً عن الاستسلام لقوى السوق المطلقة، عدالة توزيع الفرص عبر معادلة (من كل حسب قدراته إلى كل حسب احتياجاته المقدره اجتماعياً) بالنظر إلى الرعاية الصحية باعتبارها سلعة ذات سمات عامة بما يؤكد إتاحة رعاية لكل فرد فى المجتمع دون تمييز، فالفقراء يجب أن يكونوا من الحصول على الخدمات

هو إتاحة خدمات الرعاية الصحية المتساوية، والتي اتفق بشكل عام على إنها من حقوق الإنسان الأساسية، وقد عرفت العديد من الوثائق القانونية الدولية والمحلية محتوى ومدى الحق، كما لعبت السلطة القضائية دوراً هاماً فى إنفاذ هذا الحق على مستوى الدعاوى الجماعية والفردية فى بلدان عديدة ومنها مصر فى السنوات الأخيرة (دعوى المنظمات الحقوقية المنطوية تحت مظلة لجنة الدفاع عن الحق فى الصحة ضد قرار رئيس مجلس الوزراء رقم (٩٦٦) لتحويل هيئة التأمين الصحى إلى شركة قابضة وقرار المحكمة بوقف ذلك).

وفى مواجهة التوجهات السياسية السابقة والتي كانت تنحو إلى تسليع أو عمل قيمة سوقية لنظم التأمين الصحى أو الخدمات الصحية استثماراً لزيادة احتياجات المرضى للخدمات الطبية، برفع تكلفتها وخلق الطلب غير الضرورى عليها، وبهجج مثل ندرة الموارد التى تدفع نحو ضرورة تحميل المريض العبء المالى الأكبر للتكلفة، والتأكيد على ضرورة مراعاة قيم الحق فى الصحة، وبالتبعية ضرورة ترتيب الاحتياجات الصحية ودعم الفرص المتساوية فى الرعاية الصحية والنظر إليها فى إطار قيمى وحقوقى إنسانى، حيث يصبح الأهم هو تحديد الحق فى أعلى معيار ممكن الحصول عليه من الصحة كدعامة لنظام صحى فعال ومتكامل.

ورغم أن مفهوم الإتاحة المتساوية لمرافق الرعاية الصحية يثير العديد من التساؤلات الأساسية مثل كيفية تفسير الإتاحة المتساوية؟ فى جوانبها المالية والجغرافية؟ إلا إنها بوضوح تمثل جوهرياً غياب التمييز الظالم فى إمكانية الحصول على الخدمة الصحية عند احتياجها بغض النظر عن القدرة على الدفع لها.

ولذلك فالنظرة الحقوقية لمفهوم الإتاحة المتساوية المنصفة تعنى إمكانية الحصول على المستوى الضرورى من الرعاية الصحية الفعالة والذى يحدد هذه الرعاية الضرورية هو ما يتوافق مع احتياجات الفرد الطبية حسب ما يقرره الطبيب المعالج باعتباره ضرورى لكل فرد حسب حاله استناداً إلى المعايير الطبية العلمية، ذلك ما يستلزم ضرورة التضامن من المجتمع وبين شرائحه المختلفة مع الفرد أياً كان وضعه فى حالة الاحتياج.

والتضامن كمرجعية لتوفير الإتاحة المتساوية للرعاية الصحية يستند إلى مبادئ العدالة الاجتماعية بمعنى إعادة توزيع السلع الصحية، وللصالح الصحية (باعتبارها سلعة عامة) مناخ توزيعى

٣٥- أيه. بي. دن اكستر، كتاب القانون الدولي للرعاية الصحية، التضامن والعدالة فى مجال الرعاية الصحية، ترجمة أحمد زكي وعلاء غنام، مراجعة محمود الخيال



ج. الاستثمار في صحة المواطنين مع ضمان فاعلية الاستخدام  
الأمثل للموارد

د. برامج صحة عامة مؤثرة ومحكمة تحافظ وتحمي صحة المواطنين

هـ. ضمان جودة عالية وأمان الخدمات الصحية المقدمة ونمو  
العاملين الصحيين علمياً وعملياً

و. تحسين حوكمة القطاع الصحي لضمان الفعالية والمحاسبية  
والإدارة الشفافة للمنظومة الصحية على جميع المستويات.

## خطة قصيرة المدى لغلق فجوة عدم العدالة من ٢٠١٥ إلى ٢٠١٨

تتطلب الخطة:

١. وجود إرادة سياسية لتمكين الفئات السكانية الأكثر حرماناً  
من توافر وإتاحة نفس الخدمات الصحية مثل باقي المواطنين  
(أي لكل فرد نفس الفرص المتساوية) بعض النظر عن الدخل  
والنوع أو المكان الجغرافي (أي إتاحة نفس الرعاية الصحية  
الجيدة المنصفة الفعالة الكافية).

٢. التحرك نحو تحقيق التغطية الصحية الشاملة من الحكومة  
المصرية كالتزام لتأكيد العدالة الاجتماعية في الرعاية الصحية.

٣. توسيع نطاق خدمات صحة الأسرة لكل المصريين بتركيز أولى  
على المجموعات السكانية الأكثر حرماناً، نحو الوصول إلى التغطية  
الصحية الشاملة تدريجياً.

٤. تصميم حزمة من الخدمات الصحية الأساسية المرتبطة  
بالعبء المرضي في مصر، تشمل:

أ. خدمات صحة الأم والطفل

ب. الصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة

ج. الوقاية والمسح والعلاج للأمراض غير السارية الأكثر انتشاراً  
(ضغط الدم، السكر، أمراض القلب) والصحة النفسية.

والرعاية الصحية الكافية، والتأمين الكافي. إن الإنصاف الذي  
يعد جوهر أهداف نظامنا الصحي الجديد الذي يعتمد على  
التضامن المجتمعي لا يمكن فهمه بمعزل عن إعلاء شأن المساواة  
بين المواطنين في الحقوق والواجبات.

٣- المساواة: بمعنى عدم التمييز بين الأفراد بسبب العرق أو  
الجنس أو النوع أو الدين أو اللون أو الشريحة الاجتماعية أو  
الثقافية أو بسبب المكان شمالاً وجنوباً أو ريفاً وحضراً في توفير  
وإتاحة الخدمات الصحية بنفس الجودة والكفاءة.

٤- حرية الإنسان ومكانته وحقوقه الإنسانية: بمعنى أن يكون  
النظام في خدمة الفرد والمريض منهم بشكل خاص وأن يكون  
الفرد في قلب اهتماماته وأهدافه وليس العكس، وليس  
السعي للربح من وراء المريض، والنظر إلى الاستثمار في الصحة  
كوسيلة لإحداث النقلة النوعية والمستدامة في عمليات التنمية  
وزيادة القدرة على الإبداع والإنتاجية، في سعي مستمر لتحسين  
صحته وزيادة فرص وقائية من مخاطر المرض بعيداً عن آليات  
وأدوات (الأبوية الزائفة) والسيطرة السلطوية للنظم.

## ٢. خريطة طريق أو منظور جديد للإصلاح الصحي لتحقيق التغطية الصحية الشاملة

أعدت وزارة التخطيط المصرية إطار من الأهداف والمؤشرات  
لمكون الصحة في استراتيجية التنمية المستدامة ٢٠٣٠ بعد العديد  
من المشاورات مع القطاعات المختلفة والخبراء وممثلي المجتمع المدني  
وبناءً على الورقة البيضاء التي أعدتها وزارة الصحة بالتعاون مع  
شركاء التنمية وعلى رأسهم منظمة الصحة العالمية.

وضعت الخطة ستة أهداف عامة يندرج تحتها أهداف فرعية  
بمؤشرات نجاح وأدوات للقياس كما تم الاتفاق على خطة  
تنفيذية لهذه الخطة قصيرة المدى (حتى ٢٠١٨) وبعيدة المدى  
(٢٠٣٠). هذه الأهداف الرئيسية هي:

أ. تحقيق مخرجات صحية أفضل وأكثر إنصافاً بهدف تحقيق  
الرخاء ودفع التنمية الاقتصادية

ب. تحقيق التغطية الصحية الشاملة حتى يتمتع جميع المصريين  
بخدمات صحية متاحة وذات جودة دون معاناة من قيود مادية.



أ. إعادة هيكلة المنظومة الصحية وتوزيع الأدوار على المؤسسات المختلفة بما يضمن حكم رشيد للنظام الصحي.

ب. إعادة تأسيس المجلس الأعلى للصحة

ج. تفعيل حقيقي لوثيقة حقوق المريض والتي يتم كتابتها بشكل تشاركي.

د. تفعيل لجان حقوق المريض في المستشفيات الحكومية. ٣٦

التحديات الحالية لتطبيق الخطة قصيرة المدى (إعتماداً على تحليل الفجوات) ٣٧

١. نقص المساواة في صحة الطفل والأم خاصة في الريف والصعيد والعشوائيات.

٢. زيادة عبء فيروس (سي) بشكل عام ومعدلات انتشاره بين الفقراء في الريف والسكان الأقل تعليماً.

٣. ارتفاع معدلات سوء التغذية بين الفئات الأفقر وجغرافياً.

٤. ارتفاع عبء الأمراض غير السارية والتي تشكل معدلات أعلى لعوامل الخطر حسب الدخل والنوع.

٥. ارتفاع معدلات انتشار المواد المخدرة والاضطرابات النفسية خاصة بين الشباب.

٦. زيادة عبء الإعاقة خاصة بين الأميين والريفيين.

٧. محدودية التغطية الصحية وارتفاع تكلفة الخدمة خاصة بين المجموعات السكانية الأكثر حرماناً.

٨. غياب مشرتري استراتيجي للخدمة يمكن من الانتقال إلى

٣٦- المجلس الأعلى للصحة، مقترح من المبادرة المصرية لإصلاح المنظومة الصحية بالتعاون مع وزارة الصحة والسكان، المبادرة المصرية للحقوق الشخصية، نوفمبر ٢٠١٤، <http://eipr.org/pressrelease/2276/11/11/2014/>

٣٧- The World Bank, A roadmap to achieve social justice in health- care in Egypt, January ٢٠١٥

ويتم دمج هذه الحزمة الشاملة في كل مستويات الخدمة حتى مستوى المستشفى المركزي والعام.

٥. السعي نحو تحقيق التأمين الصحي الاجتماعي الشامل لكل المصريين إلزامياً حيث يتم التوسع للفقراء أولاً ثم إلى العاملين بالقطاع غير الرسمي من الإقتصاد مع فصل المسؤوليات المؤسسية وشراء الخدمة عن أطر تقديمها.

٦. تمويل منظومة طب الأسرة في هذه القرى عبر نظام التأمين الصحي للمرأة المعيلة والأطفال دون سن المدرسة وهي قوانين موجودة بالفعل ومد التأمين الصحي للفئات الأفقر في هذه القرى والمحافظات.

٧. توفير الموارد المالية العامة للصحة إلى المناطق الأكثر احتياجاً في ريف وصعيد مصر من الموازنة العامة للصحة ومن موارد التأمين الصحي المخصصة للمرأة المعيلة والأطفال دون سن المدرسة والفئات الأفقر من مخصصات وزارة المالية للعلاج على نفقة الدولة.

٨. وضع أولويات استهداف مرضى فيروس سي في الأماكن الأفقر والأكثر احتياجاً في الريف وصعيد مصر.

٩. وضع التشريعات الصحية التي تحقق:

الشروط الأساسية لضمان تشكيل مجلس أعلى للصحة فعالاً، ممثلاً للمنتفعين وقادراً على تحقيق أهدافه

١- أن يكون مستقلاً في عمله، غير تابعاً لوزارة الصحة.

٢- يعمل من خلال لأئحة داخلية يكتبها الأعضاء ولا تدخل في عمله أي جهة تنفيذية.

٣- أن يكون رئيسه بالإنتخاب من أعضاء المجلس الغير العاملين بالجهاز التنفيذي للدول.

٤- أن يشمل تشكيلة جميع القطاعات والجهات المعنية بالصحة بمشاركة واسعة وغالبية من المجتمع المدني وممثلي المنتفعين.

٥- أن تكون مخرجاته من استراتيجيات وتوجهات ملزمة للجهات التنفيذية المختلفة.

٦- ألا تكون عضويته مصدرراً للترشح وأن تكون أوجه الصرف لعمله محدودة ومقتننة.

التأمين الصحي الاجتماعي الشامل.

موجهة.

٩. غياب إستعداد مقدم الخدمة لتفعيل آليات الشراء الاستراتيجي للخدمات.

ب. زيادة دعم الحماية المالية للفئات الأكثر حرماناً وعرضة لأعباء المرض:

١٠. غياب الاستجابة الصحية بين المجموعات المحرومة.

٥- فصل تقديم الخدمات عن شرائها.

١١. نقص مشاركة المواطنين واستهداف مشاركتهم.

٦- إعادة إصلاح مشتري الخدمة الحالي (الهيئة العامة للتأمين الصحي).

٧- تحديد وحساب تكلفة حزمة الخدمات الصحية التي ستقدم.

### مستهدفات الخطة قصيرة المدى:

أ- تحسين صحة الفئات الأكثر حرماناً.

ب- زيادة الحماية المالية للفئات الأكثر حرماناً.

ج- تحسين جودة الخدمة في المنشآت الصحية العامة.

٨- تحديد آليات الدفع لمقدمي الخدمة.

٩- إعداد مقدمي الخدمات للتعاقد.

ج. تحسين جودة الخدمة في المنشآت الصحية العامة:

توصيات الخطة قصيرة المدى: ٣٨

تفتقد الخدمة للجودة في المنشآت الصحية العامة بسبب نقص الإستجابة لدى مقدمي الخدمة ومحدودية مشاركة المواطنين في تقييم مستوى الخدمات. ويتم تحسين جودة الخدمة عبر:

تتم هذه التوصيات بقبالية التنفيذ اعتماداً على نجاح بعض التجارب الإرشادية السابقة والبرامج التي تم اجراءها في مصر منذ بدء برنامج الاصلاح الصحي وعلى أفضل الممارسات الاصلاحية في بلدان العالم المشابهة.

١- تدريب مقدمي الخدمات.

أ. تحسين صحة الفئات الأكثر حرماناً:

٢- انشاء كيان مستقل لاعتماد المنشآت الصحية.

١- خلق أو دعم خطة وطنية فعالة للتنفيذ توفر الاتاحة المنصفة بالخدمات الصحية (مالياً وجغرافياً) للفئات السكانية والمناطق الأكثر حرماناً من الخدمة.

٣- توفير التمويل وآليات الدفع بناء على معايير الأداء لمقدمي الخدمة.

٢- يتم ذلك عن طريق توفير خدمات صحة الأسرة المتكاملة خاصة في الريف وصعيد البلاد.

٤- خلق آليات لمشاركة المواطنين في مراقبة الأداء وجودة الخدمة (مثل لجان حقوق المرضى، وثيقة حقوق المرضى، مجالس أمناء المستشفيات).

٣- رصد ومتابعة عوامل الخطر الصحية بين المجموعات السكانية الأكثر تعرضاً للمرض.

٥- خلق آليات للمراجعة والشكوى حول الأداء.

خريطة الطريق للخطة بعيدة المدى:

٤- دعم مواجهة الأمراض الأكثر انتشاراً بتدخلات صحية

تبدأ خريطة الطريق بضرورة ضمان إطار تشاركي مستقل، يمثل المتفعين والمؤثرين في القطاع الصحي بكافة طوائفه، يقوم بوضع السياسات الصحية ويتابع أداء الجهات التنفيذية لالتزاماتها في

تمويل النظام من خلال صندوق قومي للتأمين الصحي أو عدة صناديق تعتمد على جمع وتركيز الموارد المتاحة وإدارتها بكفاءة وتوزيعها بشفاافية على مؤسسات تقديم الخدمة وفقاً لتخطيط شامل وتعد موارد الموازنة العامة الموجهة للصندوق هي المورد الأساسي ثم اشتراكات الفئات القادرة على الدفع في النظام الشامل الموحد الإلزامي إضافة إلى المساهمات الاجتماعية العادلة التي تخصص للتأمين الصحي الشامل والرعاية الصحية. تهدف هذه البدائل الواقعية إلى ضمان استمرارية تمويل النظام الصحي وإلى خفض نسب الإنفاق الذاتي والخاص من جيوب الأسر والمواطنين والتي يذهب أغلبها إلى القطاع الخاص الصحي غير المنظم وإلى قطاع الدواء الذي يفتقد المعايير المحكمة لتنظيمه ما يشكل عبئاً على الإنفاق الأسري ولا يمكن قياس نتائجه في ظل عشوائية الأسواق الطبية. يستلزم لتحقيق هذا الهدف زيادة الإنفاق العام على الرعاية الصحية من الموازنة بما لا يقل عن النسب الموصى بها عالمياً وإقليمياً ومقارنة بالدول المثيلة اجتماعياً واقتصادياً في الإقليم.

يمكن أيضاً ضمان الاستمادة المادية للصندوق عن طريق تقنين أساليب التمويل من المساهمات الاجتماعية التي تسمى (ear-marked taxes) بما لا يؤثر على الفئات الاجتماعية الأضعف والأكثر احتياجاً عبر رسوم على التدخين بأنواعه والصناعات الملوثة للبيئة والملكيات العقارية الكبيرة، ومراعاة عدم فرض أية رسوم إضافية co-payment على المرضى أثناء تلقيهم للخدمة خاصة في مستوى الإحالة الثاني والثالث أو ما يسمى بالأمراض الكارثية أو الدواء داخل المستشفيات لأنها تخل بمبدأ وقيمة الإتاحة والمساواة.

فيما يخص ملف الدواء، يلزم تطوير ودعم سياسة صحية دوائية عادلة تحمي حقوق المواطنين في الحصول على الدواء الضروري والأساسي دون أعباء مالية. بالإضافة إلى دعم الصناعة الدوائية الوطنية والاستفادة من فرص ما تتيحه الاتفاقيات الدولية للتجارة في مجال الدواء بما يحمي حقوق المواطن مثل استخدام آليات الترخيص الإلزامي في حالة الجوائح ومواجهة الأمراض الوبائية والمهددة للأمن الصحي (مثل الالتهاب الكبدى الوبائى بأنواعه). الاستفادة من تجارب الدول المثيلة في هذا المجال مثل الهند والبرازيل وجنوب إفريقيا.

ثم يتحتم دعم وتطوير وإعادة هيكلة التعليم الطبي وسياسات تنمية

تحقيقه من خلال تفعيل وإعادة بناء المجلس الأعلى للصحة ككيان منفصل للتوجيه الاستراتيجي ووضع السياسيات والخطط الصحية.

يجب أيضاً تطوير وتوحيد ودمج أطراف النظام الصحي الوطني من خلال إعادة هيكلته اعتماداً على البنية التحتية القائمة بتبنيها المختلفة وتوحيد نظم إدارة وتقديم الخدمات الصحية بمستوياتها الثلاثة الرئيسية في إطار «مؤسسات عامة لتقديم الخدمات الصحية». فلا يمكن توقع أي تقدم في المنظومة الصحية بدون مؤسسات موحدة تسم بالديناميكية وتمتد لامركزياً وتستخدم أساليب في الإدارة حديثة تعتمد على نظم المعلومات وتطبيق معايير الجودة.

كما يتحتم تطوير مستوى الخدمات الأولية والوقائية داخل النظام الموحد باعتبارها مدخل وبوابة النظام الأساسية اعتماداً على «أطباء الأسرة» في الوحدات الصحية الأساسية لطب الأسرة المنتشرة في الريف المصري وتسجيل الأسر طبقاً لأماكن إقامتهم في إطار من التأمين الصحي الشامل اعتماداً على منظومة المعلومات الإلكترونية التي تضمن متابعة كفاءة الأداء للفريق الطبي في الوحدات وباستخدام ملف طبي للأسرة وتقارير طبية دورية. ثم يجب تنسيق مستوى الإحالة من الوحدات والمراكز إلى المستشفيات المركزية والعامة ثم الجامعية والتعليمية والمتخصصة. كذلك تطوير منظومة التكامل والإحالة من الوحدات إلى المستشفيات داخل إطار «المؤسسات العامة للخدمة الصحية» وبما لا يخل ولا يغير من شكل ملكية هذه المؤسسات والسماح بالتعاقد مع القطاع الخاص في إطار الاحتياج الموضوعي للغطية الشاملة وفقاً لمعايير جودة محددة وبهدف دمج هذا القطاع وتطويره وتنظيم عمله في إطار النظام الموحد.

آليات الدفع لمقدمي الخدمة من أعضاء الفريق الطبي يجب توحيدها في «مصير واحد مشترك» ومن خلال هيكل عادل للأجور عادل يجمع ما بين (الأجر الثابت في حده الأدنى العادل إضافة إلى حوافز للأداء وقيمة ثابتة لعدد الأسر المربوطة على الوحدات على الرأس) في إطار تعاقدات مع النظام التأميني الجديد مما يلي احتياجات مقدمي الخدمات من أعضاء الفريق للعمل في مكان واحد فقط حتى يشعروا بالانتماء الدائم له (طبيب واحد لمكان واحد) وفقاً للأسس المهنية الدولية.

تركز خريطة الطريق على وضع بدائل واقعية وعادلة لأساليب

## المبادئ الأساسية لتطوير النظام الصحي:

- ١- إطار تشاركي مستقل لوضع السياسات الصحية ومتابعة تنفيذها.
- ٢- تطوير وتوحيد أطراف النظام الصحي
- ٣- توحيد نظم الإدارة وتقديم الخدمات
- ٤- اللامركزية في الإدارة وتطبيق معايير الجودة
- ٥- تطوير منظومة طب الأسرة
- ٦- تنسيق نظام الإحالة والتعاقد مع القطاع الخاص
- ٧- آليات موحدة للدفع لمقدمي الخدمة (هيكل أجور عادل)
- ٨- إدارة صندوق التأمين الصحي بكفاءة وشفافية
- ٩- وضع قوانين تسمح بأساليب التمويل من المساهمات الاجتماعية
- ١٠- سياسة دوائية عادلة ودعم الصناعة الوطنية للدواء
- ١١- إعادة هيكلة التعليم الطبي وتنمية القوى البشرية
- ١٢- الإهتمام بالبحث العلمي الطبي
- ١٣- مراجعة التشريعات الصحية
- ١٤- تمكين المجتمع المدني والمشاركة المجتمعية.

القوى البشرية في القطاع الصحي بما يلي احتياجات النظام الجديد للتأمين، اعتماداً على التجارب والأطر العالمية للتعليم الطبي المستمر وتنمية القوى البشرية الذي يلي الاحتياجات ويعد توزيع مصادر القوة في هذه المنظومة. كذلك تعظيم الدور البحثي والعلمي في المستشفيات والمؤسسات التعليمية وتطوير آليات البحث العلمي الطبي والصحي وفقاً للمعايير الدولية والاستفادة من تجارب الدول المتقدمة في هذا المجال بما يوافق احتياجاتنا الوطنية.

يلزم أيضاً إعادة النظر في التشريعات التي تحكم المنظومة الصحية وبالأخص قوانين المساءلة الطبية وإصدار وثيقة تشاركية موحدة لحقوق المريض المصري تترجم بشكل مباشر تطلعات المواطنين وتضمن حقوقهم.

أخيراً وليس آخراً، لا مجال لتطوير المنظومة الصحية دون تمكين مؤسسات المجتمع المدني والمنظمات الأهلية وجميعات المرضى ومنظمات حقوق الإنسان والأحزاب المختلفة والبرلمانيين من دور فاعل في المشاركة في صنع واتخاذ القرار الصحي وفي وضع السياسات الصحية بما يدعم ديمقراطية القرار ومدى ملائمتها لاحتياجات المواطنين الصحية وبما يساعد على حماية وكفالة المبادئ والقيم السابقة.



٢٠٠٨ ,A.P. den Exter (ed.), International Health Law. Solidarity and Justice in health care, Maklu

data ٢٠١٣ / ٢٠١٢ Central Agency for Public Mobilization and Statistics CAPMAS

a) of the annex to) ١٥ Egyptian Government 'National report submitted in accordance with paragraph ,٢٠٠٩ Human Rights Council Resolution – Egypt' Human Rights Council Seventh Session Geneva, February (National report) ١/EGY/٧/٦.A/HRC/WG

Cairo, Egypt: .٢٠٠٨ Egypt Demographic and Health Survey .٢٠٠٩ .El-Zanaty, Fatma and Ann Way .Ministry of Health, El-Zanaty and Associates, and Macro International

Main findings. Cairo, Egypt: ,٢٠١٤ Egypt Demographic and Health Survey .٢٠١٤ .El-Zanaty and Associates Ministry of Health

١=Global Health Accounts Database <http://apps.who.int/nha/database/PreDataExplorer.aspx?d>

update. Accessed in May ٢٠١٣ Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (IGME), September ٢٠١٤

١٠٦-١٠٥ .P ,١٩٧١ J. Rawls, A theory of justice, Oxford University Press

Ministry of Health and Population, Action plan for the Prevention, Care and Treatment of Viral Hepatitis in ٢٠١٣ ,٢٠١٨-٢٠١٤ Egypt

.٢٠١٥ .Ministry of Health and Population [Egypt], El-Zanaty and Associates [Egypt], and ICF International Cairo, Egypt and Rockville, Maryland, USA: Ministry of .٢٠١٤ Egypt Demographic and Health Survey .Health and Population and ICF International

٢٠١٣-٢٠١٢ ,Ministry of health and population, NCD Stepwise survey

M. Guimei, Situation Analysis of Midwifery Education and Training in Egypt, UNFPA- Cairo; Egyptian ٢٠١٢ Ministry of Health, December

(١٩٨٥ ,M. Walzer, Sphere of justice, A defense of pluralism and equality, (Oxford: Oxford University Press

Egypt National .٢٠١١ Nakhimovsky, Sharon, Douglas Glandon, Nadwa Rafeh, Nagwan Hassan. November

.project, Abt Associates Inc ٢٠/٢٠ Bethesda, MD: Health Systems ٠٠٩/٢٠٠٨ :Health Accounts

:Nakhimovsky, Sharon, Douglas Glandon, Nadwa Rafeh, Nagwan Hassan. Egypt National Health Accounts  
.project, Abt Associates Inc ٢٠/٢٠ Bethesda, MD: Health Systems ٠١٠/٢٠٠٩

O.P. Ottersen et al., The Lancet-University of Oslo Commission on Global Governance for Health, The  
[http:// ٢٠١٤ , ١١](http://www.thelancet.com/ppt/e-pub/2014020111) Political Origins of health inequity: prospects of change, Published online in February  
١-٦٢٤٠٧(١٣)٦٧٣٦-S٠١٤٠/١٠,١٠١٦/dx.doi.org

Overseas Development Institute, Rwanda's Progress in health: Leadership, performance and insurance,  
[http://www.developmentprogress.org/sites/ , ٢٠١١](http://www.developmentprogress.org/sites/default/files/rwanda_report_-_master.pdf) ,Development Progress, ODI publications  
pdf. • \_developmentprogress.org/files/rwanda\_report\_-\_master

٢٠١٥ The World Bank, A roadmap to achieve social justice in health care in Egypt, January

UNICEF Egypt, Cairo, Egypt , ٢٠١٤ Children in Egypt: a statistical digest, June (٢٠١٤) UNICEF

/World Health Organization. Tobacco Free Initiative [http://www.who.int/tobacco/health\\_priority/en](http://www.who.int/tobacco/health_priority/en)

## المراجع العربية

الإعلان العالمي لحقوق الإنسان / العهد الدولي للحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية

أوضاع الفقراء في مصر، مركز المعلومات ودعم اتخاذ القرار - مجلس الوزراء المصري، السنة الرابعة، العدد ٣٩، مارس ٢٠١٠  
أيه. بي. دن اكستر، كتاب القانون الدولي للرعاية الصحية، التضامن والعدالة في مجال الرعاية الصحية، ترجمة أحمد زكي وعلاء غنام،  
مراجعة محمود الخيال

البنك الدولي، بيانات مصر، في مارس ٢٠١٥ <http://www.albankaldawli.org/ar/country/egypt>

بيانات التوقعات المستقبلية السكانية المقدمة من المجلس القومي للسكان في ٢٠١٤

تاريخ الإدارة الصحية في مصر من عهد أفندينا محمد علي باشا إلى الآن، د. أحمد محمد كمال سكرتير الجمعية الصحية المصرية، الرغائب،  
١٩٤٣

التقرير المفسر لاتفاقية حماية حقوق الإنسان والكرامة الإنسانية بالنظر إلى تطبيقات الطب الحيوي (اتفاقية حقوق الإنسان والطب  
الحيوي) صفحة ١١ إلى ١٢.

العدالة الاجتماعية في الصحة، علاء غنام، الشروق، نوفمبر ٢٠١٤

المجلس الأعلى للصحة، مقترح من المبادرة المصرية لإصلاح المنظومة الصحية بالتعاون مع وزارة الصحة والسكان، المبادرة المصرية للحقوق  
الشخصية، نوفمبر ٢٠١٤، <http://eipr.org/pressrelease>، ٢٢٧٦/١١/١١/٢٠١٤

المسح السكاني الصحي مصر ٢٠٠٨

النشرة الاحصائية السنوية لإحصاء الخدمات الصحية، نوفمبر ٢٠١٢، الجهاز المركزي للتعبئة والاحصاء

تحليل القطاع الصحي المصري، النسخة الصادرة عن وزارة الصحة السكان في عام ٢٠٠٣ - EHS D٤