

annd

Arab NGO Network for Development
شبكة المنظمات العربية غير الحكومية للتنمية



AMERICAN
UNIVERSITY OF BEIRUT

FACULTY OF HEALTH SCIENCES

الحق في الصحة في مصر

2023

اللامساواة وغياب الإنصاف
في الصحة قبل وخلال
كوفيد-19 في مصر



أحمد عزب

صيدلي وباحث صحي

يُنشر هذا التقرير كجزءٍ من سلسلة تقارير الراصد العربي للحقوق الاقتصادية والاجتماعية (AWR) لشبكة المنظمات العربية غير الحكومية للتنمية (ANND). يُعدُّ تقرير الراصد العربي منشورًا دوريًا تصدره الشبكة ويركّز كلَّ إصدار على حقٍّ معيّن وعلى السياسات والعوامل الوطنية والإقليمية والدولية التي تساهم في انتهاكه. يتمُّ تطوير تقرير الراصد العربي من خلال عملية تشاركية تجمع ما بين أصحاب المصلحة المعنيين، بما في ذلك المجتمع المدني، والخبراء في المجال، والأكاديميين، وممثلي الحكومة في كلِّ من البلدان الواردة في التقرير، وذلك كوسيلةٍ لزيادة ملكية التقرير في ما بينهم وضمان توطينه وتعزيز صلته بالسياق.

يُركّز التقرير السادس للراصد العربي على موضوع الحقِّ في الصحة. ويمثّل تقرير الراصد العربي للحقِّ في الصحة للعام 2023 جهدًا مشتركًا بين شبكة المنظمات العربية غير الحكومية للتنمية، وكلية العلوم الصحية في الجامعة الأميركية في بيروت. وقد أعدَّ بهدف تقديم تحليلٍ شاملٍ ونقديٍّ لوضع الحقِّ في الصحة في المنطقة والتوقعات لما بعد مرحلة كوفيد-19. ويُؤمل أن تُشكل المعلومات والتحليلات المقدّمة منصّة للدعوة إلى أعمال هذا الحقِّ للجميع.

تُعبر الآراء الواردة في هذه الوثيقة عن رأي المؤلف حصرا، ولا تعكس بالضرورة وجهات نظر شبكة المنظمات العربية غير الحكومية للتنمية، والجامعة الأميركية في بيروت، Brot für die Welt و دياكونيا، أو المساعدات الشعبية النرويجية.

بيروت، حقوق النشر © 2023. جميع الحقوق محفوظة.

التقرير صادر عن **شبكة المنظمات العربية غير الحكومية للتنمية**. يمكن الحصول عليه من الشبكة أو يمكن تحميله عن الموقع: <http://www.annd.org>

يُحظر إعادة إنتاج هذا التقرير أو أي جزء منه أو استخدامه بأي طريقة كانت من دون إذن خطّي صريح من الناشر باستثناء استخدام الاقتباسات الموجزة.

بدعم من

Brot
für die Welt



Norwegian People's Aid

People
Change
the World
Diakonia

الحق في الصحة في مصر

اللامساواة وغياب الإنصاف
في الصحة قبل وخلال
كوفيد-19 في مصر

أحمد عزب

صيدلي وباحث صحي

شمل اهتمامات أحمد عزب البحثية الوصول إلى قضايا الحق في الوصول للأدوية، والنظم الصحية. يدرس أحمد حاليًا درجة الماجستير في الصحة العامة في جامعة فري، أمستردام



AMBULANCE

عسعس

EGYPT
مصر
٥١٧

06 مقدمة عن غياب الإنصاف في الوصول الى الخدمات الصحيّة في مصر
قبل الكوفيد

07 المنهجية

08 تاريخ النظام الصحيّ المصري والمحاولات المتعدّدة غير المُكتملة
لإعمال نظام تأميني

12 • التأمين الصحيّ الشامل الجديد: محاولة جديدة نحو تغطية
صحيّة شاملة

15 النظام الصحيّ المصري في اللحظة الحالية

21 مظاهر اللامساواة وعدم الإنصاف (عرض للمؤشّرات الصحيّة)

21 • وفيات الأطفال ووفيات الرضع
24 • عوائق حصول السيدات على الرعاية الصحيّة
24 • الإنفاق الحكومي على الصحة
25 • القطاع الخاص يحصل على الحصّة الأكبر من الأموال
26 • سوء التغذية
27 • الاتجاه نحو البرامج الصحيّة الرأسيّة

28 السياسات والإجراءات الصحيّة التي تمّ تطبيقها خلال فترة الجائحة

28 • نقص العاملين بالقطاع الصحيّ
31 • اللقّاحات

33 الخلاصة والتوصيات

34 المراجع

مقدمة عن غياب الإنصاف في الوصول الى الخدمات الصحية في مصر قبل الكوفيد

في 11 آذار/مارس 2020، أعلنت منظمة الصحة العالمية (WHO) أن فيروس كورونا جائحة عالمية. وفي 14 شباط/فبراير 2020 تمّ تشخيص الحالة الأولى المصابة بفيروس كورونا في مصر. تزامنت بداية الجائحة مع الخطوات الأولى في تنفيذ قانون التأمين الصحيّ الشامل الجديد، حيث كان بدء تنفيذ المرحلة الأولى من القانون رقم 2 لسنة 2018 في محافظة بورسعيد في أواخر 2019. جاءت الجائحة في ظلّ ظروفٍ اقتصادية واجتماعية صعبة على عموم المواطنين/ات، بعد تطبيق ما يُسمّى بالإصلاحات الاقتصادية التي أجرتها الحكومة بعد الاتفاق مع صندوق النقد في تشرين الثاني/نوفمبر من عام 2016، حيث سحبت الحكومة يدّها من دعم الوقود والكهرباء وزادت أسعار المواصلات، ممّا أدّى إلى موجاتٍ متلاحقة من التضخّم، وعانى العديد من المواطنين/ات بالفعل من صعوبات في المعيشة، إضافةً إلى الجائحة التي تأثّر بها الكثيرون اقتصادياً حيث كان توفير المعيشة قد ازداد صعوبة أساساً بسبب التضخّم. فقد كانت بداية انتشار الوباء في مصر بعد أشهر بسيطة من انتهاء برنامج الإصلاح الاقتصادي لصندوق النقد، وأظهرت هذه المُزامنة بين نهاية البرنامج وبداية الأزمة الصحيّة والاقتصادية العيوب الهيكلية في نظام الحماية الاجتماعية والصحيّة الحالية في مصر، والتي سيأتي توضيحها لاحقاً في هذه الورقة (المبادرة المصرية للحقوق الشخصية 2021).

من ناحية النظام الصحيّ، جاءت الجائحة في ظلّ أوضاع تتسم بضعف الإنفاق الحكومي على الصحة لمستويات مُتدنية للغاية، في ظروف عملٍ سيّئة للطواقم الطبيّة، حيث يعاني العاملون في هذا القطاع من خفضٍ شديد في الأجور، ونظامٍ صحيّ عام يحتاج لإعادة الهيكلة، مع نقصٍ شديد في عدد الأطباء والممرضين/ات نتيجة تزايد هجرة الطواقم الطبية على مدى العقود الماضية بحثاً عن ظروف عملٍ وفرصٍ مهنية أفضل.

يعرض التقرير بدايةً لتاريخ النظام الصحيّ المصري والمحاولات المتعدّدة غير المُكتملة لإنشاء نظام تأمين صحيّ، ويقدم تحليلاً للحالة الصحيّة في مصر قبل كوفيد 19، وللسياسات الحكومية التي اتّخذت لمواجهة انتشار هذا الوباء. كما يُبرز التقرير فكرةً أن المشكلات بالعموم، واللامساواة بالتحديد، دائماً ما كانت موجودة في الوصول الى الرعاية الصحيّة، وأن الجائحة قامت فقط بتعميقها وإبرازها بوضوح. كما يهدف التقرير إلى استخلاص دروسٍ عملية في التعامل مع الجائحة وتلك التي يُمكن الاستفادة منها أثناء تطبيق قانون التأمين الصحيّ الجديد وإصلاح النظام الصحيّ بشكلٍ عام.

اعتمدت الورقة على الأدبيات والدراسات التي تعرّضت لتاريخ النظام الصحي المصري، والمشاكل والتحديات التي واجهت المنظومة الصحية بشكل عام، ونُشرت باللغتين العربية والإنجليزية. كما اعتمدت على الأخبار والمقالات الصحفية خصوصاً خلال كوفيد-19، وأيضاً على المسوح الصحية السكانية خصوصاً المسح الأخير 2014، وعلى تقارير الجهاز المركزي للتعبئة والإحصاء. ومحركات البحث المستخدمة لمراجعة الأدبيات هي Google Scholar PubMed، بالإضافة إلى المواقع الصحفية المصرية. وتشكل التقارير والبيانات من المؤسسات الدولية مثل البنك الدولي ومنظمة الصحة العالمية وتقارير الأمم المتحدة أحد مصادر الورقة.

كذلك نظرت الورقة إلى النتائج الأولية للمسح الأخير 2021 الصادر في 2022 مع الإشارة إلى أنه لم يصدر بشكل كامل وإنما في بيان صحفي خبري يورد النتائج الأولية فقط، ممّا يجعل من الصعب استخلاص استنتاجات دون نشر المسح كاملاً.

وكان قدّم البيانات الصحية أهم التحديات التي واجهت الورقة. على سبيل المثال، أحدث حسابات قومية للصحة تمّ إجراؤها قبل ما يزيد على عشر سنوات. نُدرت البيانات الخاصة بالنوع الاجتماعي في قطاع الصحة مثلت أيضاً تحدياً.

تاريخ النظام الصحي المصري والمحاولات المتعددة غير المكتملة لإعمال نظام تأميني

تُمثل مصر حالةً لنظام صحي قديم وراسخ يعود لعشرات السنين. بشكل عام، كان تأسيس النظام الصحي الحديث في مصر مرتبطاً بتأسيس الدولة الحديثة في عهد محمد علي في القرن التاسع عشر، والذي اهتم بتطوير الصحة العامة لخدمة الجيش من ناحية، ولتحسين صحة العنصر البشري الذي سيعمل في الجهاز البيروقراطي الناشئ في ذلك الوقت، من ناحية ثانية.

ثم تم تأسيس وزارة الصحة في عام 1936 كوزارةٍ مستقلة بعد انفصالها عن وزارة الداخلية، ومنذ ذلك الوقت يُدار النظام الصحي بوساطة وزارة الصحة والسكان التي يُلحق بها مديريات صحية عدّة موزعة على المحافظات المختلفة (Gad 2022).

عام 1964 كان نقطة تحوّل في مسار التأمين الصحي في مصر، وذلك بصدور قانونين هامين هما:

- قانون 75 لسنة 1964 الذي تقضي أحكامه بتطبيق التأمين الصحي على موظفي الحكومة والهيئات العامة والمؤسسات العامة ووحدات الإدارة المحلية مقابل اشتراك قدره 3% من أجور العاملين شهرياً يسددها صاحب العمل (الحكومة)، بالإضافة إلى 1% من الأجر الشهري يسدده العامل أو الموظف. وبناءً على هذا القانون صدر قرار رئيس الجمهورية 1209 لسنة 1964 بإنشاء الهيئة العامة للتأمين الصحي لتنفيذ ما جاء به.
- بعدها بعام صدر قانون آخر لضبط التنظيم، وهو قانون 63 لسنة 1964 بتطبيق التأمين الصحي على العاملين في القطاعين العام والخاص، الخاضعين لقانون التأمين الاجتماعي مقابل اشتراك 4% من الأجر الشهري يسددها صاحب العمل بالإضافة إلى 1% من الأجر الشهري يسدده العامل. وقد أنط القانون بالهيئة العامة للتأمينات الاجتماعية في ذلك الوقت تنفيذ هذا القانون. ونظراً للازدواج في تنفيذ التأمين الصحي بين الهيئة العامة للتأمين الصحي والهيئة العامة للتأمينات الاجتماعية، صدر القرار الجمهوري 3298 لسنة 1964 بنقل مسؤولية الهيئة العامة للتأمينات الاجتماعية فيما يخص تطبيق التأمين الصحي إلى الهيئة العامة للتأمين الصحي (منشورات قانونية n.d).

خلال الفترة الناصرية، مع قانون 1964، كان هناك محاولة لإنشاء نظام تأمين صحي شامل على النمط البريطاني من ناحية سيطرة الدولة على منافذ تقديم الخدمة وتمويلها وتقديمها للمواطنين، إلا أن هذه المحاولة ظلّت عاجزة عن تحقيق أهدافها لعوائق مالية، بل حدث تحوّل تدريجي من الاتجاه لتقديم الخدمة مجاناً بالكامل إلى تقديم ما يُسمى بالخدمة الاقتصادية أي دفع المواطن/ة جزءاً من ثمن الخدمة عند تلقّيها، حيث ظهرت بعض الخدمات الخاصة داخل النظام من جهة تقديم الخدمة العامة الصحية للقادر على الدفع. والسبب لظهور هذا النوع من الخدمات هو تحديات مالية واجهت التأمين الصحي الناشئ وقتها جعلت القائمين عليه يفكرون في مصادر أخرى للتمويل، مع ما يأتي من الخزنة العامة للدولة، وكان الحلّ توفير بعض الخدمات الصحية "المميّزة" برسوم للمواطنين (Gad 2022).

عام 1975 نقطة تحوّلٍ أخرى حيث صدر قانونان هاتمان لا يزال العمل بهما سارياً حتى الآن هما:

- قانون 32 لسنة 1975 في شأن العلاج التأميني للعاملين في الحكومة ووحدات الإدارة المحليّة والهيئات العامة والمؤسّسات العامة الذين يصدر بتحديدهم على مراحل قرأؤ من وزير الصحة والسكان. خفّض هذا القانون الأعباء الماليّة الملقاة على صاحب العمل من 3% من الأجور الشهرية إلى 1.5% كما خفّض الأعباء على العاملين من 1% إلى ½ % من الأجر الأساسي، وفي مقابل هذا التخفيض أضاف بعض المساهمات الماليّة التي يدفعها المؤمن عليه عند الحصول على الخدمة.
- قانون التأمين الاجتماعي الصادر بالقانون 79 لسنة 75 وهو قانون للتأمين الاجتماعي شمل خمسة أنواع من التأمين هي: تأمين الشيخوخة والعجز والوفاة وإصابات العمل، تأمين المرض، تأمين البطالة، تأمين الرعاية الاجتماعية لأصحاب المعاشات وتأمين يضمن الرعاية الخاصة بالحمل والولادة. ويطبّق القانون على العاملين المدينيين في الجهاز الإداري للدولة والهيئات العامة والمؤسّسات العامة، كما تسري أحكام إصابات العمل على العاملين الذين تقلّ أعمارهم عن 18 سنة وذلك مقابل اشتراك تأمين المرض كما يلي: حصّة صاحب العمل 3% من إجمالي الأجور الشهرية، حصّة المؤمن عليه 1% من إجمالي الأجر الشهري. كما يشمل تأمين المرض أصحاب المعاشات مقابل 1% من المعاش الشهري لصاحب المعاش و2% من معاش الأرملة فقط دون حصّة لصاحب العمل.

عام 1992 صدر قانون 99 في شأن نظام التأمين الصحيّ على الطلاب: - تطبيق التأمين الصحيّ على طلاب جميع المراحل التعليمية من رياض الأطفال حتى المرحلة الثانوية دون التعليم الجامعي وذلك مقابل: 4 جنيهات سنوياً اشتراك الطالب، 12 جنيهاً دعم من الخزانة العامة للدولة لكلّ طالب، مساهمة الطالب بواقع الثلث في ثمن الدواء خارج المستشفيات عدا الأمراض المزمنة، وحصيلة رسم قدره 10 قروش على كل عبلة سجانر من 20 سيجارة. بمقتضى هذا القانون يحصل الطالب بالإضافة الى الخدمات العلاجية والتأهيلية على الخدمات الوقائية الآتية: الفحص الطبّي الشامل عند أوّل التحاق للطلاب عند بدء كلّ مرحلة من مراحل التعليم، برامج التطعيم، الفحص الطبّي النوعي للطلاب بصفة دورية، أو لظروفٍ صحيّة طارئة، إعطاء التوصيات الطبيّة للجهة التعليمية لتوفير الاشتراطات الصحيّة اللازمة للمحافظة على مستوى صحة البيئة، الكشف على الطلاب المُمارسين للأنشطة المختلفة لتقرير مدى لياقتهم للقيام بهذه الأنشطة، نشر الوعي الصحي بين الطلاب والإشراف على تغذيتهم إن وجدت (Nandakumar et al. 2000).

عام 1997 صدر قرار وزير الصحة والسكان رقم 380: بشأن تطبيق التأمين الصحيّ على الأطفال من الميلاد وحتى السنّ المدرسي. ويكون الاشتراك كما يلي: 5 جنيهات بدل اشتراك سنوي، ثلث ثمن الدواء خارج المستشفيات عدا الأمراض المزمنة. و"يقدمّ التأمين الصحيّ خدماته الوقائية والعلاجية على مراحل تبدأ بالمُمارس العام ثمّ الأخصائيّ والاستشاري ثمّ المستشفيات والمراكز التخصّصية من خلال نظام مُعتمد للإحالة من مرحلةٍ لأخرى مع استقبال الحالات الطارئة والحوادث في المستشفيات مباشرةً."

وفي تسعينيات القرن الماضي، قامت وزارة الصحة والسكان المصرية ومجتمع المانحين بمبادرة إصلاح للقطاع الصحيّ لتحسين المؤشرات الصحيّة والتصدي

للتحديات الصحية الجديدة في ذلك الوقت. استجابةً لذلك، أنشأت وزارة الصحة والسكان برنامج الإصلاح الصحي، وهو برنامج ضخم ليكون تطبيقه في 10 إلى 15 عاماً لتحويل تركيز الرعاية الصحية من الاعتماد الشديد على البرامج الرأسيّة ("البرنامج الرأسي" الصحي هو أحد الاتجاهات في السياسة الصحية من أهمّ خواصّه:

- له أهدافٌ محدّدة، يعمل على مرض واحد أو مجموعة صغيرة من المشاكل الصحية، تركّز الأهداف على المدى القصير أو المتوسط.
- لديه إدارةً مركزية وآليات عمل منفصلة عن وزارة الصحة. المنهج الرأسي خاصٌ بمرض محدّد، يسهلّ معه غالباً الحصول على التمويل) إلى نموذج رعاية أولية أكثر تكاملاً وأقلّ تكلفةً ومستدام، يقوم على مفهوم طبيب الأسرة والوحدة الصحية (Al Bahnasy 2016).

اعتمد نموذج الإصلاح التجريبي هذا على الرعاية الأولية/طب الأسرة كأداة للإصلاح وأيضاً كطريقة لاحتواء النفقات الصحية المتصاعدة وخفض الإنفاق من الجيب حيث إن طبيب الرعاية الأولية قادرٌ على التعامل مع نسبة كبيرة من الحالات ويقوم بالإحالة للمستوى الثاني والثالث فقط في الحالات التي تستدعي ذلك.

وقد أشار التقييم الذي تمّ إنجازه في عام 2005 من قبل الوكالة الأميركية للتنمية الدولية، إلى عددٍ من نقاط الضعف في برنامج الإصلاح الصحي، كالتالي:

- **طب الأسرة أساس الإصلاح والتغيير:** مثال نموذج طبيب الأسرة، القائم على طبيب الأسرة كمدخل للنظام وأول نقطة يتعامل معها المريض أو من يطلب الخدمة، والذي يمكنه التعامل مع العديد من الحالات والإحالة فقط للمستويات الثانية والثالثة في الحالات التي تحتاج تدخلات طبيّة متقدّمة، وبالتالي توفير المال على المنظومة الصحية، وإمكانية جيدة لإصلاح الرعاية الأولية في مصر، لكنّه بطيء في التنفيذ.
- **اختلاف احتياجات وتوقعات المجموعات السكانية المختلفة (من متلقّي الخدمات الصحية)** فيما يتعلّق بالإصلاح. وبالتالي، يختلف رضى المنتفعين بشدّة ويتباين قياس رضاهم عن الخدمة حيث يميل المواطن إلى اعتبار أن المتخصّصين يتمنّعون بمكانة أعلى من الممارسين العامين أو أطباء طب الأسرة. وبذلك واجه نموذج طب الأسرة تحدياً لإقناع متلقّي الخدمة بجانب نقص أطباء طب الأسرة. وهذه النقطة يمكن ربطها بحدائه تطبيق طب الأسرة حيث إن الأساس لعقود طويلة هو أن يتّجه من يطلب الخدمة إلى الطبيب/ة المتخصّص/ة الذي/التي يريد المريض أن يراه/ها مباشرة.
- **معارضة القطاع الخاص:** لا يجذب البرنامج مشاركة مقدّمي الخدمات من القطاع الخاص لأنها تتطلب الاستثمار في تحويل عياداتهم إلى نموذج ممارسة طب الأسرة من أجل الحصول على الاعتماد. كما لا يبدو أن نموذج رعاية طب الأسرة مناسب تماماً لمصالح مقدّمي الخدمات من القطاع الخاص، خصوصاً بعد التوسّع في دور القطاع الخاص المُفرط لعقود، وبالتالي فإن مصالحه ستتضرّر من قطاع عام قائم على طب الأسرة، لأن من وجهة نظرهم سيؤثّر على المتردّدين على عياداتهم الذين يدفعون من جيوبهم مباشرة. كما أنّ مقدّمي الخدمات من القطاع الخاص يشعرون بالتهديد من نموذج طب الأسرة، الذي يتكوّن من طبيب يتعامل مع نسبة كبيرة من الاحتياجات الصحية للمواطنين ويحتوي النفقات المتصاعدة للخدمات الصحية عن طريق الإحالة فقط في التدخلات الطبيّة التي تحتاج لرعاية متقدّمة، كما لا يسمح هذا النموذج

بدفع من الجيب مباشرةً عند نقطة تلقي الخدمة. (التعارض بين الرؤية التي ترى الصحة كسلعة يجب أن يدفع متلقيها ثمنها وبين من يرى الصحة كحق وخدمة عامة يجب أن توفر للجميع بغض النظر عن القدرة على الدفع).

• **التحديات المالية أمام برنامج الإصلاح للاستمرار والاستدامة**

(Rafeh n.d): ركزت المرحلة التجريبية من برنامج الإصلاح الصحي على تنفيذ مشروع تجريبي لإصلاح القطاع الصحي في ثلاث محافظات (الإسكندرية والمنوفية وسوهاج). عنصر التمويل كان المشكلة أمام نجاح المشروع التجريبي، حيث فشل القيمين في إنشاء مصادر تمويل مستدامة جديدة بعيدة عن المنح من الجهات الدولية. كان يتم تمويل خدمات صحة الأسرة من خلال المصادر التقليدية للتمويل العام، الموازنة العامة للدولة، الضعيفة والقليلة. ويتم تمويل التكاليف الإضافية لتشغيل وحدات صحة الأسرة وصراف حوافز مقدمي الخدمات بالكامل من خلال أموال المانحين. وبالتالي، حتى ضمن نطاق عمليات الإصلاح الصحي المحدود، فإن عنصر الاستدامة المالية كان تحدياً.

وعلى الرغم من هذه المحاولات المتكررة للإصلاح الصحي إلا أن مساعي تحقيق التأمين الصحي كانت غير منسقة مع بعضها ولا تكمل بعضها البعض، وهناك في كل عقد تقريباً محاولة جديدة، ولم يُخصص لهذه المحاولات الموارد الكافية والقرارات والتوجيهات الضرورية لعمل الإصلاح الصحي المطلوب. هذا فضلاً عن غياب الإرادة السياسية الحقيقية في تناول قضايا الصحة ومحدداتها الاجتماعية، وهناك أطراف فاعلة وأصحاب مصلحة من خارج القطاع الصحي يتعارض تطبيق التأمين الصحي مع مصالحهم حيث يمثل الوضع القائم على الإنفاق من الجيب فرصة لتعظيم أرباحهم، أي أن الأمور ليست تقنية فقط وإنما سياسية لها علاقة بأولية التغطية الصحية بالنسبة للنظم السياسية المختلفة.

التأمين الصحي الشامل الجديد: محاولة جديدة نحو تغطية صحية شاملة

يهدف نظام التأمين الصحي الشامل الجديد إلى تغطية جميع المواطنين في جميع مراحل حياتهم مع تكفل الدولة بتوفير الحماية المالية لغير القادرين. يعتمد القانون مبدأ الفصل بين مقدم الخدمة، وجهة التمويل، وجهة الرقابة والاعتماد والجودة. من خلال إنشاء ثلاث هيئات رئيسية تتولى إدارة المنظومة الجديدة مع تبني الآليات عديدة لقياس مستوى أداء الخدمة الطبية، ورضى المواطن عنها وضمان جودتها. والهيئات الثلاث الجديدة التي أنشأها القانون هي:

- **الهيئة العامة للتأمين الصحي الشامل:** هيئة تمويل وشراء للخدمات الصحية نيابة عن المواطنين المشتركين في النظام.

- **الهيئة العامة للرعاية الصحية:** هيئة لإدارة تقديم الرعاية والخدمات الصحية والإشراف على مقدمي الخدمة.

- **الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية:** للرقابة واعتماد ضمان جودة الخدمات المقدمة.

هذا الاتجاه (الفصل بين مقدم الخدمة، وجهة التمويل، وجهة الرقابة والاعتماد والجودة) هو اتجاه جديد في تاريخ النظام الصحي المصري من ناحية، وهو من ناحية أخرى يتماشى مع الاتجاه العالمي نحو التغطية الصحية الشاملة. المبدأ الآخر في القانون الجديد هو إلزامية تطبيق قانون التأمين الصحي الشامل الجديد والاشتراك فيه لتحقيق التكافل المجتمعي، لأن القانون يمنع التخرج opt out منه أي أنه لا سبيل للخروج من النظام (هو إجباري). ويقوم النظام الجديد على:

- اعتماد الأسرة كوحدة للتغطية في النظام.

- اعتماد النظام الجديد على الرعاية الصحية الأولية وطب الأسرة كمدخل أساسي للنظام.

- تقديم خدمات الرعاية الصحية والعلاجية على جميع مستويات الخدمة الثلاثة (المستوى الأول للرعاية الصحية، والمستوى الثاني للرعاية الصحية: يختص بمرحلة تشخيص وعلاج المرض، وتقدم تلك الخدمات في المستشفيات، والمستوى الثالث للرعاية الصحية: متخصص للتعامل مع الحالات الخاصة والمتقدمة من المرض).

تم الانتهاء من القانون في أواخر عام 2017، ثم وافق عليه مجلس النواب، وصدق عليه رئيس الجمهورية في كانون الثاني/يناير 2018. ويحل قانون التأمين الصحي الشامل تدريجياً محل القوانين المعمول بها حالياً عبر مراحل تدريبية (ست مراحل) وخلال مدة زمنية تتراوح بين عشر سنوات إلى خمس عشرة سنة.

يعتمد النظام الجديد في تمويله وضمان استدامته على ثلاثة محاور تمويلية أساسية:

المحور الأول: يشمل اشتراكات الأسر المنخرطة تحت مظلته بنسب اشتراكات تعتمد على الدخل الكلي لرب الأسرة له ولأولاده ولزوجته إذا كانت لا تعمل وإذا كانت تعمل تدفع عن نفسها نسبة 1%، ويقدر الاشتراك إجمالاً للأسرة بمتوسط يصل إلى 6% من دخل رب الأسرة الكلي و4% من صاحب العمل سواء كانت الدولة أو القطاع الخاص الذي يعمل فيه، أي بإجمالي قرابة نسبة 10% إذا كان لديه طفلان وزوجة لا تعمل. وهذا الاشتراك إجمالاً للفئات القادرة في المجتمع التي تعمل في أطر عمل رسمية محدّدة أي الدولة، والقطاع الخاص المنظم قد يمثل قرابة ثلث التكلفة الإجمالية للنظام أي نحو 200 مليار جنيه في حالة التطبيق الكلي للنظام لقرابة 90% من السكان المقيمين تقريباً.

والمحور الثاني: هو ما تغطيه الخزائن العامة للدولة للفئات غير القادرة في المجتمع، أي نسبة الأسر والأفراد غير القادرين على الاشتراك وتقوم الدولة بتحقل حصّتهم ودفعها للتأمين الصحي.

أما المحور الثالث: والأخير ما يسمّى بالمصادر الأخرى أو التمويل المجتمعي أو الرسوم المخصّصة للصحة على حزمة من السلع والخدمات على بعض الصناعات وعلى رسوم استخراج السيارات ورسوم العبور من خلال الطرق، والضرائب على السجائر.

توجد ستُّ مراحل لتطبيق منظومة التأمين الصحيّ الشامل في كافة محافظات جمهورية مصر العربية، بحيث تكون المحطة الأخيرة لتطبيق النظام في محافظات القاهرة والجيزة والقليوبية، وكانت البداية في المرحلة الأولى في محافظة بورسعيد كتشغيل تجريبي في تموز/يوليو 2019، كما تشمل محافظات المرحلة الأولى "الأقصر والإسماعيلية وجنوب سيناء والسويس وأسوان". وطبقاً للأنحة التنفيذية للقانون، يُطبّق على 6 مراحل، خلال 15 عاماً: المرحلة الأولى تضم محافظات: "بورسعيد، والسويس، وجنوب سيناء، وشمال سيناء، والإسماعيلية"، المرحلة الثانية: "أسوان، الأقصر، قنا، مطروح، والبحر الأحمر". المرحلة الثالثة: "الإسكندرية، البحيرة، دمياط، سوهاج، وكفر الشيخ". المرحلة الرابعة: تضم محافظات: "أسيوط، الوادي الجديد، الفيوم، والمنيا، وبني سويف". المرحلة الخامسة: "الدقهلية، الشرقية، الغربية، والمنوفية"، المرحلة السادسة: "القاهرة، الجيزة، والقليوبية". وجدير بالذكر أنه سيتم تطبيق التأمين الصحي الشامل خلال مراحل، حيث سيتم تقسيم البلاد جرافياً، لمحافظات كما تم الإشارة سابقاً، ليكون التطبيق تدريجياً، ليتم التوسع الانتقال من مرحلة لمرحلة تالية لها.

لم تمرّ أقلية على التنفيذ التجريبي للتأمين الصحيّ الشامل في بورسعيد، حتى جاءت جائحة كوفيد-19، بكل تبعاتها الصحية والاقتصادية والاجتماعية على جميع البلدان، وانعكس ذلك بطبيعة الحال على تطبيق التأمين الصحيّ الشامل، فأبطأت الجائحة قليلاً من استكمال هذا التطبيق. لم يكن تحدّي الجائحة في الحساب، وبالفعل فإن استكمال تطبيق التأمين الصحيّ الشامل في ظرف وباء عالمي غير مسبوق منذ 100 عام يشكّل تحدياً كبيراً. ولكن، في البداية، وقبل ظرف الجائحة،

كانت هناك تحديات هيكلية لاستكمال منظومة التأمين الصحي الشامل خلال العشر سنوات المقبلة:

أولاً: ما زالت تحتاج المنظومة إلى العمل محور الرعاية الأولية (الأساسية)، وتوفير أطباء أسرة لإدارة هذه الوحدات، والقيام بشرح وافٍ للمواطنين للدور الحيوي الذي ستقوم به وحدات طب الأسرة في المنظومة الجديدة، وأيضاً شرح المنظومة للعاملين في القطاع الصحي خصوصاً الأطباء الذين يشكّلون المدخل الأساسي للنظام. بالإضافة إلى التحوّل الرقمي القومي الذي يشمل إدارة بيانات المرضى وتسجيلهم بالكامل (بعض ذلك يتم الآن) وإدارة المطالبات المالية لمقدمي الخدمة وفقاً لعقود مؤقتة ولعقود نهائية.

ثانياً: في محور الموارد البشرية، ويشمل استكمال العمالة اللازمة وخاصةً في مستوى أطباء الأسرة (مليون نسمة قد يحتاجون إلى قرابة 100 طبيب أسرة إذا افترضنا تخصيص طبيب لكل 10 آلاف مواطن).

النظام الصحي المصري في اللحظة الحالية

يظهر في العرض التالي العيوب الهيكلية في النظام الصحي المصري بوضعه الحالي، حيث يتسم بالتفتت وعدم التكامل في الأداء وفي البنية التنظيمية وتعدّد جهات تقديم الخدمة، وهيمنة مفهوم الخدمة العلاجية على حساب الوقائي والرعاية الأولية. وما زالت حتى الآن وزارة الصحة والسكان هي المسؤولة دستورياً عن الصحة العامة في مصر.

يشير البعض إلى عدّة عيوب تُميّز أداء وزارة الصحة من ضمنها ضعف الكوادر الإدارية الوسيطة وتعقّد وتكدّس بيروقراطي وإغراق في المركزية، ومحدودية مشاركة مديريات الصحة في المحافظات في صناعة القرار الصحي والسياسات الصحيّة، فيقتصر دور المديرية على تنفيذ التعليمات المركزية من ديوان عام الوزارة من القاهرة.

يتسم نظام الرعاية الصحيّة في مصر بالتفتت وتعدّد الجهات الفاعلة فيه حيث إن هناك ثلاثة قطاعات رئيسية لها دورٌ في تقديم الخدمة الصحيّة: قطاع الدولة، والقطاع الخاص، والقطاع الخيريّ.

قطاع الدولة:

قطاع الدولة الحكومي يتكوّن من الوزارات التي تتلقّى تمويلًا من وزارة المالية كوزارة الصحة والسكان بمستشفياتها وهيئاتها، ووزارة التعليم العالي بمستشفياتها الجماعية وغيرها من الوزارات الأخرى المتنوّعة مثل وزارة الدفاع والداخلية والنقل والكهرباء وغيرها التي تقدّم الخدمة الصحية لموظّفيها. في جهات ومستشفيات وزارة الصحة، يُسمح بأن تُقدّم الخدمة مقابل أجر يدفعه المريض عند تلقّي الخدمة حيث إن هناك أقساماً تموّل نفسها ذاتياً إما بدفع المريض من جيوبهم أو في أحيان كثيرة يُطلب من المريض مثلاً شراء المستلزمات الطبية وعلى نفقته قبل إجراء التدخّل الطبيّ في المستشفى. وكل ذلك تحت مظلة القطاع العام وسلطة وزارة الصحة التنظيمية والإدارية.

- وزارة الصحة والسكان: في كل محافظة يوجد مديرية صحيّة يرأسها طبيبٌ يرفع تقريراً للوزير/ة.
- الهيئة العامة للتأمين الصحيّ: تمّ إنشاؤها بعد قانون 1964، وهي مملوكة للدولة وتحت إشراف وزارة الصحة والسكان وهي هيئة تقوم كعمول للخدمة الصحية وتقدّمها في نفس الوقت، وتأتي موارد تمويل الهيئة ممّا يُخصم من مرتبات موظّفي الدولة وما يُخصم من أصحاب المعاشات ومن مبلغ معيّن يدفعه طلبة المدارس وما توجّهه الدولة من الخزنة العامة للدولة.
- المؤسسة العلاجية: هيئة اقتصادية تعمل تحت إشراف وزير الصحة منذ 1964 عند تأمين بعض المستشفيات الخاصة والأهلية في ذلك الوقت. وهي تضمّ عدداً محدوداً من المستشفيات في القاهرة وبعض المحافظات.
- المستشفيات الجامعية: هي مستشفيات وزارة التعليم العالي، تُموّل عبر وزارة المالية وهناك مصدر تمويل إضافي ممّا يتمّ تحصيله عند تقديم خدمات بأجر

للمرضى، وفي الغالب بسعر أقل من القطاع الخاص. وتُدار تلك المستشفيات عبر وزارة التعليم العالي وتتميّز بتقديم مستويات الرعاية الطبية المتقدمة وبأطباء من مستويات مهارة وتدريب مرتفعة إذا ما قورنوا بأطباء وزارة الصحة.

القطاع الخاص:

ويشمل القطاع الخاص المستشفيات الخاصة والمراكز الطبية المتخصصة والمعامل وسلاسل الصيدليات. وقد انتشر القطاع الخاص الطبي بقوة في آخر عشرين عاماً على الأقل بسبب التراجع الحكومي عن الإنفاق على الصحة كما سيأتي تفصيله. وتجدر الإشارة إلى أن في أغلب الأحيان يقوم أطباء وممرضون وعاملون في القطاع العام بالعمل في القطاع الخاص. ويُقصد بذلك ممارسة المهنة في مستشفيات وعيادات القطاع الخاص أو في العيادات الخاصة. وسبب ذلك الأساسي هو ضعف الأجور الحاد لموظفي الرعاية الصحية في القطاع العام.

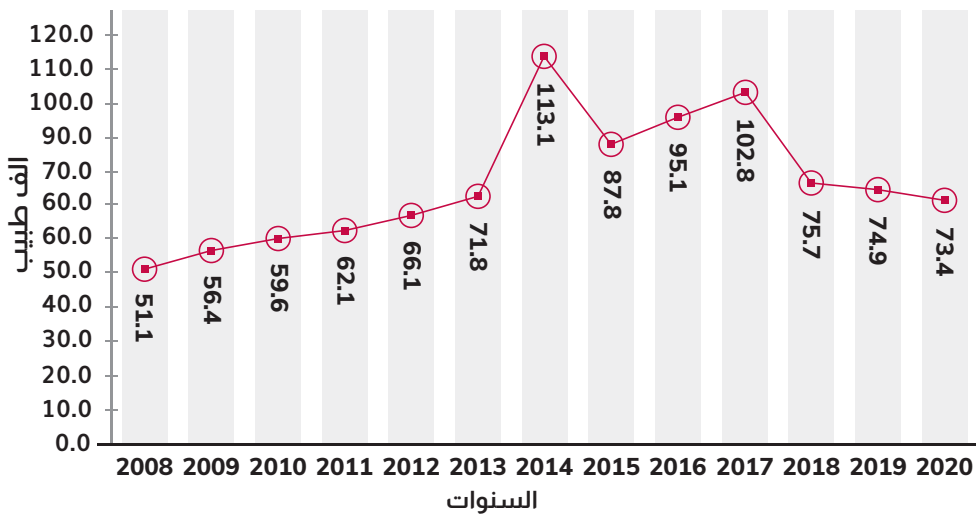
الجمعيات الأهلية والخيرية:

والتي تنقسم إلى جمعيات خيرية ذات طابع ديني أو جمعيات غير دينية.

الموارد البشرية:

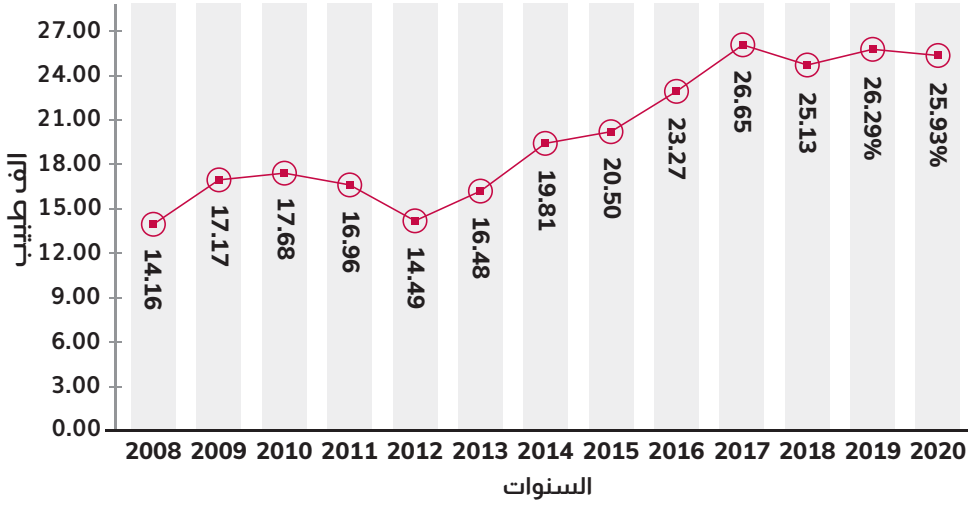
شهدت الفترة الممتدة بين الأعوام 2008 و2014 ارتفاعاً في أعداد الأطباء في منظومة الصحة الحكومية، ثم شهدت انخفاضاً حاداً كما هو موضح بالشكل التالي (شكل 1) في الفترة ما بين 2014 و2020. على العكس من ذلك، نجد أن عدد الأطباء في القطاع الخاص يزداد من 2012 بشكل واضح.

شكل 1. عدد الأطباء في القطاع الحكومي



حقوق الملكية للجهاز المركزي للتعبئة العامة والأحصاء
المصدر الأساسي للأحصاءات الرسمية لجمهورية مصر العربية

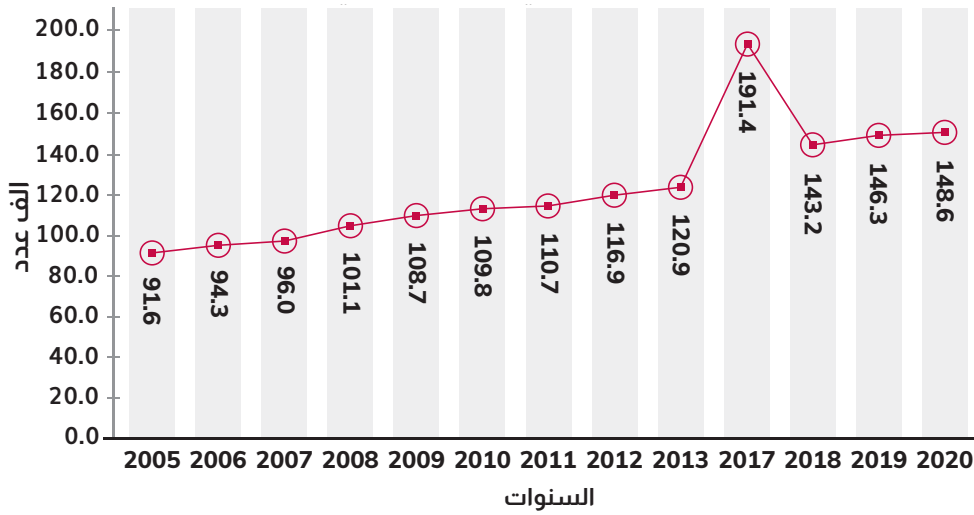
شكل 2. عدد الأطباء في القطاع الخاص



حقوق الملكية للجهاز المركزي للتعبئة العامة والأحصاء
المصدر الأساسي للأحصاءات الرسمية لجمهورية مصر العربية

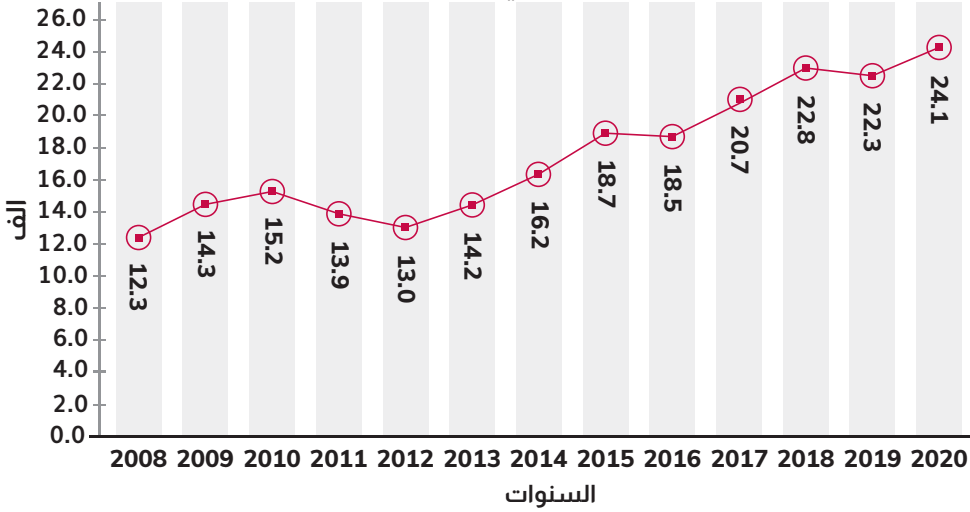
أمَّا أعضاء هيئة التمريض في القطاع العام فإنَّ عددهم أخذ في التناقص منذ 2017 حتى 2020، لكنه يزداد في القطاع الخاص، كما يتضح من الرسم التالي:

شكل 3. عدد هيئة التمريض في القطاع الحكومي



حقوق الملكية للجهاز المركزي للتعبئة العامة والأحصاء
المصدر الأساسي للأحصاءات الرسمية لجمهورية مصر العربية

شكل 4. عدد هيئة التمريض في القطاع الخاص



حقوق الملكية للجهاز المركزي للتعبئة العامة والأحصاء
المصدر الأساسي للأحصاءات الرسمية لجمهورية مصر العربية

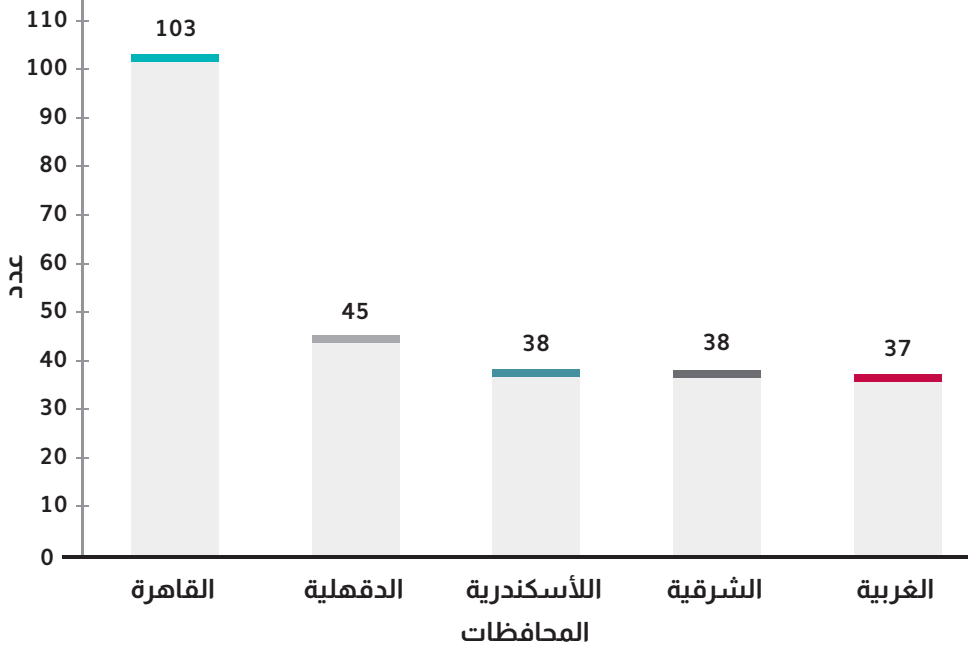
ويجب ملاحظة أن العاملين في القطاع الصحي عادةً ما يجمعوا بين عملهم في القطاع العام والخاص.

وفي سياق النقابات الخاصة بالمهن الطبية:

تعتبر نقابة الأطباء الممثل لأطباء مصر، ويعتبرها كثير التجمّع النقابي الأهم في القطاع الطبي لأنها الأعلى صوتاً في النقاشات التي لها علاقة بالقطاع الصحي، ودائماً ما يكون لها موقف في مستجدات الصحة وبين الحين والآخر تدخل في اشتباك مع وزارة الصحة حول أوضاع الأطباء أو تختلف مع طريقة صنع القرار الصحي، وهو ما يفتقده مهنيو الصحة الآخرون كالصيادلة وأطعم التمريض وفنيي المعامل إلخ.

وفي سياق توزيع البنية التحتية بين المحافظات المختلفة، نجد أن القاهرة تستحوذ على الحصة الأكبر من البنية التحتية للصحة في مصر، وعلى الحصة الأكبر من العاملين بالقطاع الصحي. وتظهر فجوة العدالة بين العواصم الحضرية وباقي المحافظات من ناحية وبين شمال البلاد وجنوبها والمحافظات الحدودية من ناحية أخرى، لصالح القاهرة ومحافظات شمال البلاد.

شكل 5. عدد المستشفيات في القطاع الحكومي، طبقاً أكبر خمس محافظات عام 2020



حقوق الملكية للجهاز المركزي للتعبئة العامة والأحصاء
المصدر الأساسي للأحصاءات الرسمية لجمهورية مصر العربية

جدول 1. توزيع العاملين الصحيين حسب المحافظات

| معاونين صحيين | هيئة التمريض | | اطباء اسنان | | صيادلة | | اطباء بشريين | | المحافظات البيان | |
|------------------|-----------------|--------|----------------|-------|--------|-------|-----------------|-------|---------------------|------------------|
| | إناث | ذكور | إناث | ذكور | إناث | ذكور | إناث | ذكور | | |
| 52 | 10824 | 133610 | 12737 | 10711 | 10123 | 32496 | 14850 | 35813 | 39110 | الاجمالي |
| - | 549 | 8401 | 251 | 1936 | 1472 | 2510 | 499 | 5684 | 2849 | القاهرة |
| - | 432 | 3958 | 102 | 1314 | 571 | 3378 | 345 | 2113 | 936 | الأسكندرية |
| 2 | 80 | 250 | 15 | 26 | 22 | 163 | 36 | 37 | 35 | بور سعيد |
| - | 21 | 1346 | 137 | 74 | 76 | 280 | 58 | 239 | 216 | السويس |
| - | 135 | 2029 | 138 | 111 | 136 | 646 | 144 | 254 | 345 | الاسماعيلية |
| 19 | 179 | 5004 | 277 | 327 | 260 | 1099 | 197 | 815 | 891 | دمياط |
| 15 | 1295 | 11565 | 461 | 1197 | 1100 | 4190 | 1112 | 5754 | 6305 | الدقهلية |
| - | 890 | 12911 | 1101 | 851 | 430 | 4385 | 2305 | 4964 | 3152 | الشرقية |
| - | 459 | 6755 | 19 | 476 | 446 | 1792 | 729 | 851 | 1074 | القليوبية |
| 5 | 457 | 6201 | 544 | 336 | 568 | 2037 | 734 | 1341 | 1844 | كفر الشيخ |
| - | 487 | 12012 | 899 | 665 | 830 | 1273 | 1046 | 2694 | 3771 | الغربية |
| - | 744 | 8414 | 442 | 441 | 758 | 1659 | 1862 | 2557 | 3586 | المنوفية |
| - | 771 | 13306 | 286 | 294 | 364 | 1176 | 306 | 1320 | 2301 | البحيرة |
| 6 | 335 | 4872 | 279 | 871 | 620 | 1697 | 351 | 1440 | 1799 | الجيزة |
| - | 292 | 3283 | 108 | 134 | 175 | 853 | 290 | 446 | 553 | بني سويف |
| 2 | 270 | 3101 | 139 | 264 | 337 | 466 | 553 | 355 | 899 | الفيوم |
| - | 709 | 5247 | 1038 | 407 | 459 | 1189 | 616 | 1042 | 1735 | المنيا |
| - | 845 | 6967 | 2969 | 286 | 496 | 793 | 1393 | 1326 | 2191 | اسيوط |
| - | 576 | 2931 | 494 | 289 | 303 | 754 | 705 | 1165 | 1523 | سهاج |
| - | 205 | 2953 | 389 | 71 | 153 | 797 | 489 | 308 | 864 | قنا |
| - | 224 | 5315 | 600 | 71 | 128 | 306 | 178 | 230 | 500 | اسوان |
| 3 | 155 | 1294 | 128 | 52 | 78 | 120 | 125 | 292 | 639 | مطروح |
| - | 58 | 1198 | 587 | 45 | 50 | 66 | 41 | 92 | 176 | الوادي الجديد |
| - | 90 | 481 | 114 | 44 | 33 | 244 | 141 | 134 | 173 | البحر الأحمر |
| - | 206 | 2312 | 655 | 57 | 103 | 145 | 174 | 94 | 259 | شمال سيناء |
| - | 123 | 451 | 364 | 23 | 39 | 104 | 202 | 98 | 205 | جنوب سيناء |
| - | 237 | 1053 | 201 | 49 | 116 | 374 | 219 | 168 | 289 | الأقصر |

مظاهر اللامساواة وعدم الإنصاف (عرض للمؤشرات الصحية)

يُعتبر غياب المساواة أحد أهم ملامح النظام الصحي المصري، وتحديدًا غياب المساواة في إمكانية الحصول على الخدمات الصحية، وأيضًا غياب المساواة في تحمّل عبء الإنفاق على الصحة.

إن غياب الحماية الصحية، كعنصر أساسي في الحماية الاجتماعية، يمكن أن يؤدي إلى الوقوع في الفقر بسبب التكاليف المالية التي يدفعها الأفراد من جيوبهم بسبب المرض خصوصًا في حالات الإنفاق الكارثي على الصحة، ويؤدي أيضًا إلى الإفقار.

وقد أدّى انخفاض الإنفاق الحكومي على صحة المواطنين إلى أن يصل الإنفاق على الصحة من جيوب المواطنين إلى ما لا يقل عن 60%، حيث تُضخّم الإنفاق من الجيب على الصحة على مدار السنوات الأخيرة نتيجة للاعتماد المُفرط على القطاع الخاص في تقديم الخدمات الصحية، الأمر الذي عزز الهيمنة على قوى السوق عبر زيادة مشاركة القطاع الخاص، وإضفاء طابع تجاري عام على الخدمات الصحية.

وفيات الأطفال ووفيات الرضع:

وجد أن معدّل وفيات الأطفال دون الخامسة من العمر للفترة ما بين صفر-4 سنوات السابقة على المسح الصحي السكاني الصادر في 2014، وهو آخر مسح تمّ إجراؤه، هو 27 حالة وفاة لكل 1000 مولود؛ وعند هذا المستوى، فإن هناك طفلًا من بين كل 37 طفلًا مصريًا سوف يتوفى قبل بلوغه السنة الخامسة من العمر. حوالي 8 من بين كل 10 من وفيات الطفولة المبكرة في مصر تحدث قبل بلوغ الطفل السنة الأولى من العمر، وأكثر بقليل من نصف الوفيات 52% تحدث خلال الأشهر الأولى من العمر. إن معدّل وفيات الأطفال دون الخامسة في الحضر 23 لكل 1000 مولود، وهو أقلّ بـ 32% من معدّل وفيات الأطفال دون الخامسة في الريف (34 لكل 1000 مولود). بالنسبة لمحلّ الإقامة، كان معدّل وفيات الأطفال دون الخامسة الأعلى في الوجه القبليّ 38 وفاة لكل 1000 مولود وكان الأقلّ في المحافظات الحضرية (20 وفاة لكل 1000 مولود).

يعرض الجدول التالي معدّل وفيات حديثي الولادة وما بعد حديثي الولادة ووفيات الرضع ووفيات الأطفال دون الخامسة من العمر خلال الـ 15 سنة السابقة على المسح السكاني الصحي- مصر 2014. وتوضح هذه النتائج المستوى الحالي للوفيات في مصر وتتيح الفرصة لتقييم التطور في وفيات الأطفال.

جدول 2. معدلات وفيات الطفولة المبكرة

| وفيات الأطفال دون الخامسة من العمر | وفيات الأطفال | وفيات الرضع | وفيات ما بعد حديثي الولادة* | وفيات حديثي الولادة | السنوات السابقة للمسح |
|------------------------------------|---------------|-------------|-----------------------------|---------------------|-----------------------|
| 27 | 5 | 22 | 8 | 14 | 0-4 |
| 33 | 3 | 30 | 11 | 19 | 5-9 |
| 39 | 7 | 33 | 13 | 19 | 10-14 |

* يتم حسابها عن طريق حساب الفرق بين معدل وفيات الرضع ومعدل وفيات حديثي الولادة.

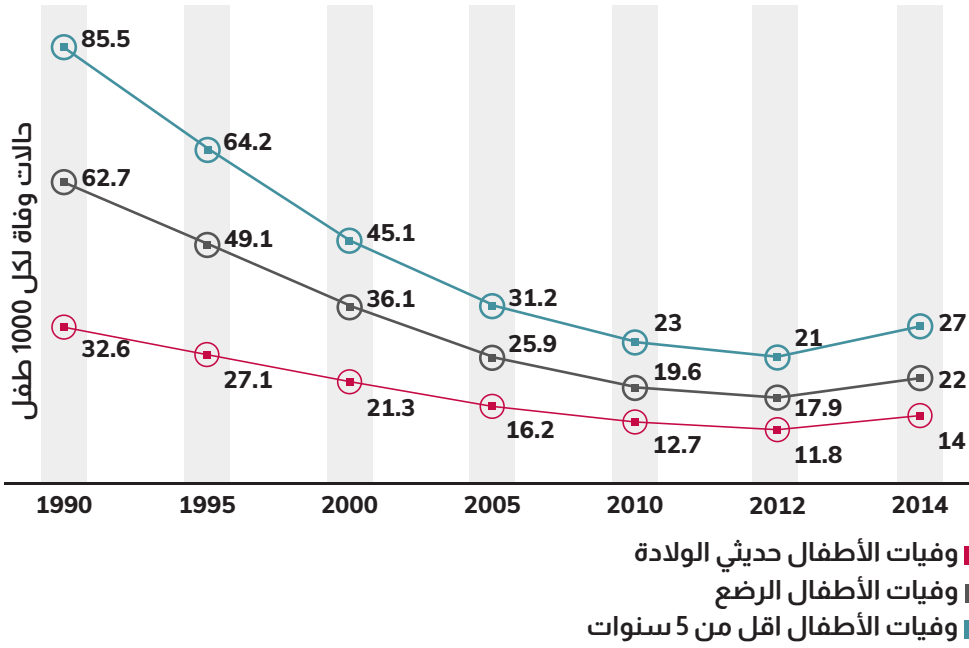
كان معدّل وفيات الأطفال دون الخامسة من العمر لفترة الخمس سنوات السابقة على المسح هو 27 حالة وفاة لكل 1000 مولود. وعند هذا المستوى، فإن هناك طفلاً من بين كل 37 طفلاً مصرياً سوف يتوفى قبل بلوغه السنة الخامسة من العمر. كما أن معدّل وفيات الرضع هو 22 حالة وفاة لكل 1000 مولود، أمّا معدّل وفيات حديثي الولادة فهو 14 حالة وفاة لكل 1000 مولود. ويوضح ذلك أنّ حوالي 80% من وفيات الطفولة المبكرة في مصر تحدث قبل بلوغ الطفل السنة الأولى من العمر، وأكثر بقليل من نصف الوفيات 52% تحدث خلال الشهر الأوّل من العمر.

جدول 3. توزيع وفيات الأطفال تحت سن خمسة سنوات وفقاً لسبب الوفاة بين عامي 2000 و2012

| 2012 | 2000 | اسباب الوفاة |
|---|------|-----------------------------------|
| كنسبة مئوية من اجمالي وفيات الأطفال تحت 5 سنوات | | |
| 29 | 28 | ابتسار |
| 21 | 12 | تشوهات خلقية |
| 10 | 15 | عدوى الجهاز التنفسي السفلي الحادة |
| 13 | 13 | مضاعفات اثناء الولادة |
| 5 | 9 | اسهال |
| 35 | 36 | اسباب اخرى |

المصادر:

شكل 6. معدلات وفيات الأطفال ما بين عام 1990 إلى عام 2014



المصادر:

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

التباينات في مستوى وفيات الطفولة المبكرة حسب الحضر والريف كانت لصالح أطفال الحضر، حيث إن الأطفال في الحضر أقل احتمالية للوفاة في أي مرحلة من مراحل الطفولة المبكرة عن الأطفال في الريف. وعلى سبيل المثال، إن معدّل وفيات الأطفال دون الخامسة في الحضر 23 لكل 1000 مولود، وهو أقل بـ 32% من معدّل وفيات الأطفال دون الخامسة في الريف 34 لكل 1000 مولود. وحسب نمط العمر لوفيات الأطفال، فإن الفرق في وفيات حديثي الولادة بين الريف والحضر جوهري، ولكن ليس كبيراً من الناحية النسبية مثل الفجوة في معدّلات وفيات ما بعد حديثي الولادة ووفيات الأطفال.

البيانات من 2014 حتى 2021 (حسب المسح الصحي الجديد):

تشير نتائج المسح الصحي للأسرة المصرية 2021 الأولية (المسح الصحي الأخير) أن معدّل وفيات الأطفال الرضع خلال الخمس سنوات التي تسبق المسح مباشرة بلغت 25 حالة وفاة لكل 1000 مولود، ومعدّل وفيات الأطفال حديثي الولادة 18 حالة لكل 1000 مولود، بينما وصل معدّل وفيات ما بعد حديثي الولادة (بعد الشهر الأوّل) إلى 7 حالات لكل 1000 مولود جي. ووصل معدّل وفيات الأطفال دون الخامسة إلى 28 حالة لكل 1000 مولود جي. وتمثّل وفيات الرضع حوالي 89% من وفيات الأطفال في مصر، وحوالي 72% من وفيات الرضع تحدث خلال الشهر الأوّل بعد الولادة.

وتوضح هذه البيانات مقارنةً بالأرقام التي تمّ رصدها في المسح السكاني الصحي 2014 إلى حدوث زيادة في معدّل وفيات الرضع من 22 حالة وفاة لكل 1000 مولود في 2014 إلى 25 حالة وفاة في 2021، وأيضاً معدّلات وفيات الأطفال خلال الشهر الأوّل من 14 حالة لكل 1000 مولود في 2014 إلى 18 حالة في 2021، بينما انخفض معدّل وفيات الأطفال من 4-1 سنوات من 5 حالات لكل 1000 مولود إلى 3 حالات فقط.

وأظهرت البيانات الأولية تباينات في معدّلات الوفيات وفقاً لمحلّ الإقامة حيث إن هناك ارتفاعاً في معدّلات وفيات الأطفال دون الخامسة في الريف مقارنةً بالحضر، وبالنسبة لمحلّ الإقامة، فإن معدّلات وفيات الأطفال أعلى في الوجه القبلي مقارنةً بالمحافظات الحضرية والوجه البحري (CAPMAS 2021).

السيدات في المحافظات الحضرية يحصلن على رعايةٍ صحيّةٍ خلال الحمل أعلى منها عن محافظات الوجه القبلي والمحافظات الحدودية.

الإنجاب غير المرغوب فيه: تشير بيانات المسح الصحيّ الأخير إلى أن حوالي 20% من المواليد خلال الخمس سنوات السابقة على المسح لم يكن مرغوباً فيهم وقت الحمل. ومن بين المواليد غير المرغوب فيهم وقت الحمل حوالي 12% لم يكن مرغوباً فيهم على الإطلاق (CAPMAS 2021).

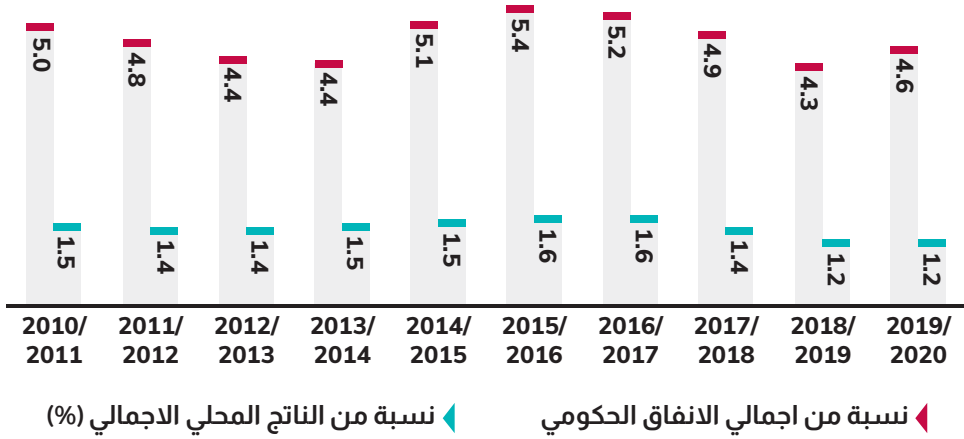
عوائق حصول السيدات على الرعاية الصحيّة:

- نقص الأدوية
- عدم توافر مقدّم للخدمة الصحية
- بُعد المسافة عن أقرب وحدة صحيّة والاضطرار لأخذ وسيلة مواصلات

الإنفاق الحكومي على الصحة:

وفقاً للدستور المصري الصادر في عام 2014، على الدولة أن تقوم بتوجيه ما لا يقلّ عن 3% من الناتج القومي الإجمالي للإنفاق على الصحة. رغم وجود تحدّي حجم الجائحة في 2021، كانت الصحة في المرتبة الخامسة في أولويات الإنفاق الحكومي، ولم تتخطّ نسبة الـ 1.5% من الناتج المحلي الإجمالي. يوضح الجدول التالي أن الإنفاق الحكومي على الصحة يأخذ اتّجهاً تنازلياً. تقوم الحكومة باعتماد تعريفٍ موسّع أحياناً لمعنى الإنفاق الحكومي العام على الصحة، فبدلاً من أن يكون الحساب قائم على المخصّصات التي تذهب لوزارة الصحة فقط، التي هي أقلّ من النسبة الدستورية، تقوم الحكومة بحساب جميع نفقات الجهات الحكومية العامة من الوزارات (كوزارة الداخلية أو البترول) والهيئات العامة (سواء كانت خدمية أو اقتصادية) على الصحة، بالإضافة إلى خدمات توفير مياه الشرب والصرف الصحيّ، ليشمل كل ذلك الإنفاق العام على الخدمات الصحيّة (UNDP 2021). فهي بذلك تخرج من مأزق الاستحقاق الدستوري الذي يشترط نسبة الـ 3% للخدمات الصحيّة بشكلٍ مباشر. ومن المفهوم ارتباط الصرف الصحيّ مثلاً بالحق في الصحة، ولكن حساب نفقات الجهات الحكومية الأخرى التي تذهب لموظفيها كجزءٍ من الإنفاق على الصحة هي محاولةٌ للتهرّب من عدم الوصول إلى نسبة الـ 3%.

شكل 7. نظرة عامة على التمويل الصحي في مصر



القطاع الخاص يحصل على الحصة الأكبر من الأموال:

يُحصل القطاع الخاص على النصيب الأكبر من تمويل الصحة، حيث توضح بيانات منظمة الصحة العالمية أن الإنفاق الخاص يمثل نحو 71% من إجمالي الإنفاق الجاري على الصحة في مصر، وفقاً لتقديرات عام 2018 مقارنةً بنسبة 29% من الإنفاق الحكومي على القطاع الصحي. ترتفع نسبة حصة القطاع الخاص من تمويل الإنفاق الجاري على الصحة في مصر عن المتوسط السائد على مستوى العالم، والبالغ نحو 41% وأيضاً مقارنةً بعددٍ من الدول ذات الشريحة الدنيا من الدخل المتوسط مثل مصر. في نفس السياق، تُعتبر مصر من أعلى الدول من ناحية نسبة مساهمة المدفوعات المباشرة للأفراد (الإنفاق من الجيب مباشرة) في إجمالي الإنفاق الجاري على الصحة، والتي بلغت قرابة 62% في عام 2018، وهي نسبة تقترب من ضعف المتوسط العالمي.

جدول 4. الإنفاق الحكومي على الصحة

| السنة | 2019 | 2012 | 2006 | 2000 | |
|--|-------|-------|-------|-------|--|
| حصة الإنفاق الحكومي من الجاري على الصحة | 27.8% | 28.7% | 36.0% | 35.2% | |
| نسبة الدفع من الجيب على الإنفاق الجاري على الصحة | 62.5% | 60.4% | 60.9% | 62.7% | |

سوء التغذية:

سوء التغذية هو سبب ثلثي وفيات الأطفال عالمياً، وتُعتبر مصر ضمن ٣٦ بلداً يتركز فيها ٩٠٪ من عبء سوء التغذية العالمي. وعلى الرغم من حدوث انخفاض في وفيات الأطفال في مصر لا تزال نسب سوء التغذية مرتفعة خاصة بين الأطفال دون الخامسة. ووصلت معدلات التقزم بين الأطفال دون الخامسة إلى ٢١٪ في ٢٠١٤، بينما وصلت معدلات نحافة الأطفال ونقص الوزن إلى ٨ و ٦٪ على التوالي. هذا بالإضافة إلى "العبء المزدوج لسوء التغذية" في ظل وجود حالات نقص التغذية إلى جانب زيادة الوزن / السمنة.

يشكل العبء المزدوج لسوء التغذية تحدياً كبيراً في مصر خاصةً زيادة الوزن / السمنة والتقزم، ولتخفيف هذا العبء يجب اتخاذ تدابير شاملة ملائمة إذ أن ١٤,٢٪ من الأطفال دون سن الخامسة يعانون من زيادة الوزن. بالإضافة إلى العبء المزدوج لسوء التغذية، فإن الأنيميا (فقر الدم أو نقص في الخلايا الحمراء / الهيموجلوبين في الدم الذي يؤدي إلى شحوب وإرهاق) تمثل تحدياً كبيراً في مصر؛ حيث تؤثر على ٢٧,٢٪ من الأطفال دون سن الخامسة و ٢٥٪ من النساء في سن الإنجاب (١٥-٤٩ سنة) (Ministry of Health and Population/Egypt, El-Zanaty and Associates/Egypt, & ICF International 2015).

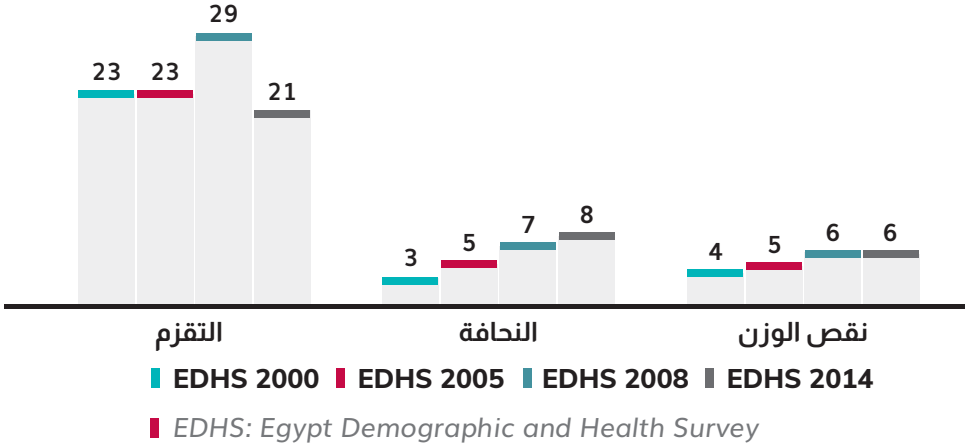
يُعاني طفلٌ من كل 4 أطفال مصريين من التقزم (قصر القامة بالنسبة لعمرهم) و 8٪ يعانون من الهزال أو النحافة و 6٪ من نقص الوزن وربع الأطفال في الفئة العمرية من 6-59 شهراً مصابون بالأنيميا. ويعاني أكثر من ثلث الشباب والفتيات في الفئة العمرية من 5-19 سنة من زيادة في الوزن أو السمنة، وكانت الفتيات في الفئة العمرية من 5-19 سنة أكثر عرضة للإصابة بالأنيميا من الشباب من نفس الفئة العمرية.

سوء التغذية في مرحلة الطفولة مشكلة دائمة في مصر. على الصعيد القومي، يعاني واحد من كل خمسة أطفال دون سن الخامسة (21٪) من التقزم أو يكون قصيراً جداً بالنسبة لعمره. يُعتبر التقزم علامة من علامات سوء التغذية المُزمن، ويختلف على نطاق واسع في جميع أنحاء مصر.

فيما بين المحافظات، نجد أن نسبة الأطفال الذين يعانون من التقزم تراوح بين 15 ٪ في المحافظات الحدودية الثلاث التي شملها المسح لتصل إلى 30 ٪ في المناطق الحضرية في صعيد مصر. ويصيب التقزم أطفالاً من جميع مستويات الدخل، وليس فقط الفقراء. وبين الأسر الأشد فقراً، نجد أن 24 ٪ من الأطفال دون سن الخامسة يعانون من التقزم، وهذا يُشبه إلى حد كبير نسبة التقزم بين الأطفال في الأسر الغنية 23٪. ظل معدل التقزم أعلى من 20 ٪ في الفترة بين 2000 إلى 2014، بينما ارتفعت المقاييس الأخرى الخاصة بسوء التغذية كنقص الوزن والنحافة، وهي علامة من علامات سوء التغذية الحاد.

شكل 8. تطوّر الحالة التغذوية للأطفال

نسبة الأطفال دون سن الخامسة



الاتّجاه نحو البرامج الصحيّة الرأسيّة:

خلال السنوات القليلة السابقة للجائحة، كان هناك اتّجاهٌ لأن تميل وزارة الصحة إلى البرامج الرأسيّة الصحيّة (مثل حملة القضاء على فيروس سي، وحملة صحة المرأة، حملة الكشف المبكر عن أمراض السُّمنة وسوء التغذية). وبدلاً من الاهتمام بالبنية التحتية لتطبيق قانون التأمين الصحيّ الشامل عن طريق إنشاء وحدات رعاية أساسية مجهزة تجهيزاً جيداً في محافظات المرحلة الأولى في التأمين الصحيّ الشامل الجديد، تقوم وزارة الصحة مؤخراً بإطلاق العديد من المبادرات الصحيّة الرأسيّة.

”البرنامج الرأسيّ“ الصحيّ هو أحد الاتّجاهات في السياسة الصحيّة، ومن أهمّ خواصّه: • له أهدافٌ محدّدة، إذ يعمل على مرضٍ واحد أو مجموعةٍ صغيرة من المشاكل الصحيّة، وتركز الأهداف على المدى القصير أو المتوسط. • لديه إدارةٌ مركزيةٌ وآليات عمل منفصلة عن وزارة الصحة. المنهج الرأسيّ خاصٌّ بمرضٍ محدّد، يسهل معه غالباً الحصول على التمويل، وتحقيق نجاح سريع في التعامل مع مرضٍ بعينه، أمّا المنهج الأفقي فهو منهجٌ أكثر شمولاً يسعى إلى التغلّب على المشاكل الصحيّة الأساسية (Cairncross, Periès, & Cutts 1997).

السياسات والإجراءات الصحيّة التي تمّ تطبيقها خلال فترة الجائحة

مثّلت الجائحة ضغطاً على النظام الصحيّ وتحدياً كبيراً أمام النظام الصحيّ الضعيف أصلاً. كانت أوّل حالة إصابة كوفيد-19 في 14 شباط/فبراير 2020، وخلال آذار/مارس 2020، أخذت الحالات تتزايد بقوة. فأصدرت الحكومة المصرية قراراً حظر تجوّل خلال الليل، استمر من آذار/مارس إلى حزيران/يونيو 2020 (مجلس الوزراء المصري آذار/مارس 2020).

اعتمدت وزارة الصحة بشكل أساسي على المستشفيات العامة، تحديداً مستشفيات الحميات والصدر، كخطّ أمامي للتعامل مع الحالات حيث كانت هذه المستشفيات بمثابة خطّ الدفاع الأوّل في التعامل مع الحالات المُشتبه بها، ثمّ يتمّ فرز الحالات إلى إصابات كوفيد مؤكّدة تحتاج إلى العزل الطبي. ومع تزايد الحالات قامت وزارة الصحة بتوسيع نطاق استقبال حالات كورونا إلى جميع مستشفيات الوزارة وعددها 320 مستشفى.

في شهرَي نيسان/أبريل وأيار/مايو، أخذت الحالات تتزايد بشدّة وبشكل متتالي، ممّا جعل الضغط على المستشفيات العامة كبيراً للغاية. ومع هذه الزيادة في الحالات وعدم وجود أماكن كافية في المستشفيات، بدأ القطاع الخاص في الدخول على الخطّ في مجال توفير الخدمة والرعاية لمرضى كوفيد-19، بعد أن كانت المستشفيات العامة هي التي تتحمّل العبء وحدها تقريباً. ولكن، كانت قوائم الأسعار في القطاع الخاص مبالغاً فيها بشدّة ولا يقدر عليها الأغلبية من المواطنين/ات، عندها حاولت الدولة فرض تسعيرة ثابتة على خدمات القطاع الخاص، أي لائحة أسعار يلتزم بها القطاع الخاص، بلغت حدود 10 آلاف جنيه في الليلة الواحدة، لكن القطاع الخاص رفض تمام الامتثال لهذه القواعد التي وضعتها وزارة الصحة. ولم تقم الدولة بتحريك جادٍ وقويّ لمراقبة سلوكيات القطاع الخاص خلال الجائحة، ولم تحاول تنفيذ التسعيرة التي وضعتها، ممّا يبرّح عدم الجدّة من الأساس في تنفيذ هذه التسعيرة أو تنفيذ أيّ شكلٍ من أشكال التنظيم على القطاع الخاص خلال الجائحة (Gad 2022).

وفي سياق مواجهة الجائحة، تمّ إنشاء لجنة قومية عُليا للاستجابة الطارئة لفيروس كوفيد 19 برئاسة رئيس الوزراء، تُقدّم تقاريرها لرئيس الجمهورية وتُعدّ مسؤولةً بشكل عام عن القرارات الكبرى التي لها علاقة بالإغلاق الكلي أو الجزئي. وتمّ تشكيل لجنة طبيّة تُشرف عليها وزارة الصحة للإدارة الطبيّة اللازمة. هذا فضلاً عن لجنة علمية من وزارة التعليم العالي لوضع القواعد والإرشادات العلميّة. هذا هو الهيكل الإداري البيروقراطي الذي يتعامل مع الجائحة إدارياً وفتياً وسياسياً.

لكن وعلى الرغم من الجهود التي بذلتها وزارة الصحة والسكان، كانت هناك ثغرات وتحديات كبيرة أمام الاستجابة لأزمة كورونا، يُمكن تلخيصها في التالي:

نقص العاملين بالقطاع الصحيّ:

سوء توزيع العمالة الصحيّة الماهرة والمدربة وانخفاض جودة الرعاية التي يُقدّمها القطاع العام هما من التحديات الكبيرة فيما يخصّ الموارد البشرية الصحية في

مصر، ومن المشاكل الموجودة قبل الجائحة لكن ظهرت آثارها خلال انتشار كوفيد-19. كما تمّ التوضيح سابقاً حول ظروف العمل للطواقم الطبيّة، يتقاضى معظم العاملين في قطاع الرعاية الصحيّة في مصر أجوراً منخفضة للغاية، وهناك ظاهرة هجرة جماعية للأطباء والممرضين/ات سواء إلى الخارج أو إلى القطاع الخاص. ووفقاً للتقديرات، في مصر يعمل حوالي نصف عدد الأطباء الماهرين خارج وزارة الصحة، ويترتب على ذلك انخفاض جودة الرعاية الصحية في القطاع العام وتدهورها. وبالرغم من ضعفه، حقّلت الحكومة في إطار الاستجابة الطارئة لأزمة كورونا القطاع العام المسؤولية الأولى والأساسية عن علاج معظم الحالات المصابة بالفيروس. وتجدر الإشارة إلى أن أطباء القطاع العام والممرضين والممرضات وغيرهم من العاملين في قطاع الرعاية الصحيّة العام يعملون لساعاتٍ طويلة، ويواجهون أخطار العدوى والضغط النفسي. أي أن اللامساواة موجودة بالأساس وعمقتها الجائحة فقط.

- بشكل عام تُعتبر قلة اختبارات PCR التي أجرتها وزارة الصحة إحدى مشاكل الاستجابة الحكومية لكوفيد 19، منذ الموجة الأولى إلى الآن، حيث كانت هناك سياسة واضحة من وزارة الصحة للاقتصاد في تحليل هذه الاختبارات قدر الإمكان.

أثّرت سياسة الحدّ من الاختبارات التي طبّقتها وزارة الصحة بشكل سلبي على العاملين في القطاع الصحي ممّا عرّض حياة الكثير منهم للخطر باعتبارهم أوّل خطّ في مواجهة الجائحة والأكثر عرضة للعدوى. كما أثّرت تلك السياسات بشكل سلبيّ أيضاً على جودة البيانات الخاصة بالأعداد الإجمالية للمصابين، حيث إن الحالات التي تمكّنت من إجراء تحليل الـ PCR وفقاً لقواعد وزارة الصحة كانت محدودة مقارنةً بالإصابات، بينما لم تُعلن الوزارة عن حصر لأيّ نتائج اختبارات تُجرى خارج المعامل المركزية الحكومية والمعامل الفرعية في المحافظات، سواء تمّ إجراء هذه الاختبارات في مستشفى جامعي أو معامل قطاع خاصّ، وهو ما جعل أرقام التعداد اليومي للمصابين الذي تقدّمه الوزارة، غير معبّرة عن الواقع.

وساهمت بعض العوامل الأخرى في عدم دقّة البيانات الرسمية حول عدد المصابين والوفيات جرّاء كورونا، منها اتّجاه الكثير من المصابين إلى إجراء تحاليل الدّم والأشعة للصدر بدلاً من اختبار PCR، خاصةً مع صعوبة الحصول عليه في القطاع الحكومي وارتفاع تكلفته في القطاع الخاص، وقيام العديد من الحالات بالعزل المنزلي وتلقّي العلاج داخل المنازل عن طريق المتابعة مع طبيب خاصّ، دون إخطار وزارة الصحة.

وفي سياق إتاحة تحليل PCR، بدأت الدولة في أوّل أشهر الوباء بمنع المعامل الخاصة من إجراء هذا التحليل، وجعلت هذه الخدمة حصراً على المعامل المركزيّة التابعة لوزارة الصحة، فكانت المعامل الحكومية (المركزيّة والفرعيّة) توفّر خدمة التحليل بالمجان للحالات المُشتبه بها، ولكن بعدد اختبارات قليل للغاية، بينما كان بدل التحليل 1050 جنيه (63 دولاراً حسب سعر الصرف ذلك الوقت) لمن يطلبه لأسبابٍ أخرى، مثل السفر للخارج، وتمّ تخفيضه لاحقاً.

لكن، بشكل عام منذ الموجة الأولى للوباء وحتى الآن كانت ندرة إجراء اختبار الـ PCR هي السمة الغالبة. وتدرجياً، سمحت وزارة الصحة للقطاع الخاص والمعامل الخاصة بالدخول في مجال إجراء هذا الاختبار، لكن دون أيّ لائحة أو قواعد تنظّم عمل هذا القطاع الخاص في هذا المجال، خاصةً فيما يتعلق بالتسعيرة، لذلك كان هناك اختلافٌ وتفاوتٌ في الأسعار من مكان إلى آخر، فلا تسعيرة محدّدة للتحاليل

التي تقدّمها المعامل الخاصة، والتي تراوحت أسعارها بين 1000 إلى 2000 جنيه، وهي أسعار فوق قدرة الاغلبية الساحقة من المصريين.

- لم تقدّم الدولة أيّ تعويض ماليّ أو معنويّ للأطعم الطبيّة لتضحياتهم خلال كوفيد-19، بالعكس لم يتمّ الاستجابة لمطلب رفع المرتبات التي تكفل لهم حياة كريمة من ناحية، ومن ناحية اخرى كان هناك تضيق أمنيّ وإداريّ للعاملين بالقطاع الصحي إن عبّروا عن آرائهم أو انتقدوا إجراءات الحكومة.

عندما جاءت الجائحة، ورغم معاناة النظام الصحي من نقص في الأطباء، تعرّض العاملون في القطاع الصحي للمضايقات الأمنية والتعسف الإداري في حالات عديدة عندما عبّروا عن قلقهم أو أعلنوا عن احتياجاتهم أو انتقدوا تعامل الحكومة مع الجائحة، وذلك رغم كلّ الظروف الصعبة وغير العادلة التي يتحقّلونها منذ أكثر من عام دون استراحة أو انقطاع (منظمة العفو الدولية 2020).

وخلال الأشهر الأولى من الجائحة حدثت حالات وفاة عديدة بين العاملين بالقطاع الصحي، ورغم عدم الإفصاح الحكومي عن نسب هذه الوفيات، صرّح في شهر نيسان/ أبريل 2020 ممثل لمنظمة الصحة العالمية بأن 13% من إصابات كورونا في مصر كانت بين العاملين في القطاع الطبي (غنام 2020).

وتجدر الإشارة إلى أن طوال الجائحة كان هناك معرفة بحالات الوفاة بين الأطباء لأن نقابة الأطباء توثق الحالات، بينما لا توجد معلومات عن عدد الوفيات والإصابات بين باقي أفراد الفريق الصحي من مريض وفنيّين ومُسعفين، وصيادلة، وإداريين، وغيرهم. ولم تعلن وزارة الصحة طوال الجائحة عن أرقام موثقة حول الإصابات والوفيات بين الطواقم الطبية. بل أنها لم تعترف بهذه المشكلة وقلّلت من عدد الأطباء المتوفين بشكل يتناقض ويخالف ما تقوله نقابة الأطباء عن أعداد وفيات أعضائها.

ومع تزايد حالات الوفيات بين العاملين في القطاع الصحي بسبب الوباء، ومع التعاطف المجتمعي مع تضحيات الأطقم الطبيّة، كانت هناك مطالبات بمعاملة عادلة لضحايا كورونا من هذه الطواقم. لكنّ الدولة قامت فقط بزيادة بسيطة لمرتبات الأطباء، لاحتواء المطالب الكثيرة بالتعويض الماليّ العادل لضحايا بسبب الجائحة.

وتمّ إنشاء "صندوق التعويض عن مخاطر المهن الطبية" بموجب قانون 184 لسنة 2020، بحيث يُصرف تعويض للمصاب بعجز كليّ أو جزئيّ أو لأسرة المُتوفّي نتيجة مزاوله المهنة (تعويض لمرّة واحدة وليس معاشاً شهرياً)، وذلك بخلاف أيّ مُستحقات أخرى من التأمينات والمعاشات. لكنّ أغلب موارد هذا الصندوق تأتي من مساهمات أعضاء المهن الطبيّة أنفسهم؛ وحتى الآن لم يتمّ وضع الآليّات واضحة لتفعيل هذا القانون، ولا كيف سيتقدّم أهالي الضحايا له للحصول على مُستحقاتهم، رغم مرور ما يقرب من عامين على صدوره. ممّا يُرّجح أن إنشاء هذا القانون كان لاحتواء المطالب المتصاعدة بتعويض ضحايا الأطقم الطبية.

كان للجائحة أيضاً تأثيرٌ على نمط الاستهلاك اليوميّ للمصريين/ات من السلع الغذائية وغير الغذائية حيث تبين انخفاض استهلاك البروتين بنسبة تصل الى ربع ما كان عليه الوضع قبل انتشار الفيروس، ويعود ذلك بشكل أساسي إلى انخفاض دخول الأسر والأفراد وإلى زيادة أسعار السلع الغذائية (الجهاز المركزي للتعبئة والإحصاء 2020).

اللقاءات:

بدأت مصر حملة التطعيم بلقاح كوفيد-19 في شهر كانون الثاني / يناير 2021، اتسمت الحملة منذ بدايتها بالعشوائية حيث بدأت دون خطة واضحة محدّدة بتوقيت زمني لإتاحة اللقاءات. بالإضافة الى غياب آليات التواصل والتوعية الصحيّة الفعّالة للإعلان عن المعلومات الخاصة بتوفير اللقاح وأهميّته. وعلى الأغلب ولمدّة طويلة كانت وزارة الصحة تخاطب المواطنين/ات عبر منصات التواصل الاجتماعي فقط، كما كان مصدر المعلومات الوحيد حول الإجراءات التي تتخذها الدولة لتوفير اللقاح هو التصريحات التلفزيونية لمسؤولي وزارة الصحة، أو المسؤولين عن إدارة الأزمة، والتي غالباً ما كانت متضاربة (EIPR 2021).

ولم يكن هناك وضوحٌ بالنسبة لأولوية تطعيم الفئات الأكثر عرضةً لخطر الإصابة، مع ضعف الشفافية وصعوبة الوصول للمعلومات المتعلقة بنسب التطعيم في المجتمع.

من ناحيةٍ أخرى أعلنت وزارة الصحة في أوّل أيام حملة التطعيم الوطنية بلقاح كوفيد-19 أنه سيكون بمقابلٍ مالي للأغلب المواطنين، بينما سيكون مجاناً فقط للأطعم الطّبية ولغير القادرين المسجّلين في بيانات برنامجي تكافل وكرامة، وهما من برامج الدعم الاجتماعي تُشرف عليها وزارة التضامن الاجتماعي لدعم غير القادرين. وتجدر الإشارة إلى أنّ برامج الدعم الحكومية مثال تكافل وكرامة تغطي أقلّ من 10% من الفقراء غير القادرين في مصر، مما كان سيحرم المواطنين غير القادرين أو غير المسجّلين في هذه البرامج من الوصول للقاءات. ولكن، بعد الهجوم الكبير على هذا التوجه، تراجعت الدولة عن تلك الخطوة ووفرت اللقاءات بالمجان.

لم تعلن وزارة الصحة عن بيانات التطعيم حسب المعدّلات العمريّة المختلفة، ولا توجد بيانات عن معدّلات التطعيم بين كبار السنّ وأصحاب الأمراض المزمنة، وهم الفئة الأكثر عرضةً للعدوى ومضاعفاتها، والفئة التي لها الأولوية في الحصول على اللقاح. وإعلان هذه الأرقام ضروريّ لأنها تؤسّر على كفاءة وعدالة توزيع التطعيم بين المواطنين (EIPR 2021).

وكان التسجيل للحصول على اللقاح يتمّ من خلال الموقع الإلكتروني بشكلٍ حصريّ ولمواعيد طويلة الأمد، ومثّل ذلك عقبةً أمام كبار السنّ من أصحاب الأمراض المزمنة للحصول على اللقاح، وعقبةً أمام المواطنين/ات ممّن غير مألوفٍ لهم/ن التعامل مع التسجيل عبر الموقع الإلكتروني. وكان هناك أيضاً عدم تناسب في توزيع مراكز اللقاءات داخل المحافظات وخصوصاً محافظات جنوب البلاد والدلتا، حيث كان على المواطنين/ات التنقل لمسافةٍ طويلة للحصول على اللقاح.

وبالتالي، فإن الحصول على التطعيم يعتمد على درجة التعليم والقدرة على الوصول لشبكة الإنترنت وللمعلومات وذلك لاعتماد وزارة الصحة على موقع إلكتروني للتسجيل، وهو ما يستبعد قطاعاً عريضاً من المواطنين ليس مألوفاً لديهم هذا النوع من طرق التسجيل، ما يشكّل عائقاً أمام المجموعات الأضعف والأكثر هشاشة في المجتمع.

أمّا فيما يخصّ حصول الحوامل على اللقاءات، فقد تركت وزارة الصحة السيدات الحوامل دون توصيةٍ صحيّةٍ محدّدةٍ سواء بالحصول على اللقاح أو عدم أخذه لمدّةٍ طويلة، ولم تعط الضوء الأخضر أو أيّ توصيةٍ صحيّةٍ واضحةٍ بفائدة اللقاح للحوامل

إلا مُتأخراً، وهو ما يعيد مرّةً أخرى الإشارة إلى ضعف التواصل لدى وزارة الصحة في نقل التوصيات الصحيّة للمواطنين/ات.

وجرى توزيع اللقاحات في بعض الحالات بحسب الوضع الاقتصادي والاجتماعي للأفراد، دون التقيّد بترتيب الأولويّات الصحيّة. على سبيل المثال، واقعة توزيع اللقاحات على أعضاء مجلسيّ النواب والشيوخ بعد تخبيرهم بين لقاحيّ سينوفارم الصيني وأسترازينيكا الإنجليزي، وذلك على عكس ما أعلنته وزارة الصحة بعدم أحقيّة المواطن في اختيار نوع اللقاح الذي يحصل عليه وأن التلقيح يتمّ حسب المتوفّر.

ومنذ بداية حملة التطعيم القومية لم تعلن معلوماتٌ رسمية عن توزيع لقاحات كورونا حسب المحافظات ولا حسب النوع الاجتماعي (EIPR 2021).

الخلاصة والتوصيات

بعد العرض السابق، يمكن تلخيص أهم التوصيات لإصلاح القطاع الصحي في مصر:

- يجب إعطاء الأولوية للرعاية الصحية الأولية وطب الأسرة. هذا هو أهم محور لنجاح نظام التأمين الصحي الشامل الجديد.
- تحسين ظروف العمل لفرق الرعاية الصحية، ومراجعة نظام الأجور، فالمرتبّات التي يحصلون عليها شديدة الضعف، وفي حال استمرارها ستعاني مصر من أزمة حادة موجودة أصلاً، في توقّر الأطقم الطبيّة خاصة الأطباء وفرق التمريض.
- تعزيز الصناعة الدوائية الوطنية وتعميق تصنيع الخامات الدوائية محلياً، خصوصاً الأدوية الأساسية والأدوية غير المحمية ببراءة اختراع، سيساهم في تخفيف الضغط والطلب على العملة الصعبة من ناحية، ومن ناحية أخرى سيجعل أسعار الأدوية أقلّ تأثراً بالاضطرابات في سلاسل الإمداد. وهذا يحتاج إلى سياسات وخطط عمل من قبل الدولة أو بالشراكة مع القطاع الخاص تضع أمامها هدف تخفيض استيراد الخامات الدوائية حيث تعتمد صناعة الدواء المصرية على استيراد المواد الخام الدوائية بالكامل وتقوم فقط بخطوة التغليف والتعبئة. ويُعتبر حدوث أي خلل في استيراد المواد الخام الدوائية من الخارج - سواءً بسبب مشاكل في توافر العملة الصعبة أو مشاكل في سلاسل التوريد، كالتّي حدثت بسبب كوفيد-19 - أحد أهم الأسباب لحدوث الأزمات المتكررة لنقص الدواء وارتفاع سعره. ويميل القطاع الخاص إلى تفضيل استيراد المواد الخام المُصنّعة (مُدخلات الإنتاج) من الخارج. وبالتالي، يخضع سعر الدواء دائماً لتقلبات العملة الصعبة. وبحسب بعض التقديرات يعتمد قطاع الدواء على استيراد المواد الأساسية والمواد الفعّالة المصنّعة والخامات اللازمة من الخارج بنسبة أكثر من 90%. وبالتالي، فأي تغيير إداري أو حتى وفر ماديّ ناتج عن الشراء المؤدّد لم يمسّ أساس المشكلة وهو الاعتماد بالكامل تقريباً، بنسبة 90%، على استيراد مُدخلات الإنتاج الدوائي (المركز المصري للدراسات الاقتصادية 2020).
- تشجيع المشاركة المجتمعية في إدارة الأزمات، كمثال لفعّالية المشاركة المجتمعية تجربة مؤسسة مرسال الأهلية كقصة نجاح، وتفعيل أدوات المساءلة والرقابة. دعم الشفافية والإفصاح عن المعلومات للمجتمع حيث كانت هناك مشاكل في الوصول للمعلومات، كمثال فقط عدم إعلان التوزيع الجغرافي لتوزيع اللقاحات وعدم إعلان التوزيع على أساس النوع الاجتماعي.
- أخيراً، فإنّ أحد أهم الدروس المُستفادة من الوباء هو الالتزام بتطبيق قانون التأمين الصحي الشامل الجديد، والعمل باجتهد لاستكمال تنفيذه في مراحله الثلاث بحيث يتمّ تحقيق التغطية الصحية الشاملة لجميع المصريين دون تمييز.

المراجع

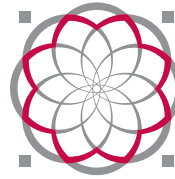
- الجهاز المركزي للتعبئة والإحصاء. 2020. "أثر فيروس كورونا على الأسر المصرية." البوابة العربية للتنمية. [رابط](#).
- المبادرة المصرية للحقوق الشخصية. 2021. "السياسات المصرية للحماية الاجتماعية في مواجهة كورونا. جهودٌ كبيرة وتأثيرٌ محدود." [رابط](#).
- المركز المصري للدراسات الاقتصادية. 2020. "ماذا يعني توطين الصناعة في الحالة المصرية." اليوم السابع. 2018. "بدء المرحلة الثانية من مبادرة "100 مليون صحة" بـ11 محافظة غدًا.. وزيرة الصحة و"ميميش" يشهدان الانطلاق من 'قناة السويس'.. المبادرة تستهدف فحص 20 مليون مواطن للكشف عن فيروس سي من خلال 1877 نقطة."
- ———. 2019. "تعزّف على آليات تنفيذ المرحلة الثالثة لمبادرة 100 مليون صحة في 7 محافظات." اليوم السابع.
- سعيد, ماريان. 2018. "جولة في موقع "100 مليون صحة". كل ما تريد معرفته عن مبادرة السيسي." الوطن.
- غنام. 2020. "حماية العاملين بالقطاع الصحي." بوابة الشروق.
- غنام. 2020 2022-. "مقالات الرأي." بوابة الشروق.
- منشورات قانونية. n.d. "قيام الهيئة العامة للتأمين الصحى بتنفيذ التأمين الصحي المنصوص عليه فى القانون رقم 63 لسنة 1964."
- منظمة العفو الدولية. 2020. "مصر: العاملون في المجال الصحي يواجهون خيارات مستحيلة الموت أو السجن." منظمة العفو الدولية.

- Al Bahnasy, R., et al. 2016. "The Successes and the Challenges of Egyptian Health Sector Reform Program." [Link](#).
- Cairncross, S., Periès, H., & Cutts, F. 1997. "Vertical Health Programmes." The Lancet, 349 (June): S20–21. [Link](#).
- EgyptMAP-NCD. 2017. "Egypt National Multisectoral Action Plan for Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2017-2021 | ICCP Portal." [Link](#).
- Egyptian Initiative for Personal Rights. 2021. "To Ensure Access to COVID-19 Vaccines and Treatment: EIPR Calls for Waivers from Certain Provisions of the TRIPs Agreement." [Link](#).

- Egyptian Initiative for Personal Rights. 2021. "After Corona Victims Exceeded 500 Deaths among Physicians: The State must Declare a State of Mourning for the Defenders of our Lives, and Double Efforts to Protect Medical Teams and Compensate for their Sacrifices." [Link](#).
 - Egyptian Initiative for Personal Rights. 2020. "Egypt's Participation in Trials of Covid 19 Vaccine is Important, Minding Patient Rights." [Link](#).
 - Egyptian Initiative for Personal Rights. 2021. "Citizens' Right to Free Vaccination without Discrimination." [Link](#).
 - Elmoneer, R. A. February 2020. "Socio-Economic Inequalities in Accessing Treatment of Non-Communicable Diseases in Egypt Using Health Issues Survey 2015." Theses and Dissertations. [Link](#).
 - Gad, M. 2022 May 25. "Financial Analysis of Health System Shifts in Egypt: Searching for 'Gratuitousness' and the Right to Health." Arab Reform Initiative. [Link](#).
 - Ghannam, A., & Sebae, A. 2021 Jan 31. "Healthcare Protection Policies during the COVID-19 Pandemic: Lessons towards the Implementation of the New Egyptian Universal Health Insurance Law. Social Protection in Egypt: Mitigating the Socio-Economic Effects of the COVID-19 Pandemic on Vulnerable Employment." [Link](#).
 - Ministry of Health and Population/Egypt, El-Zanaty and Associates/Egypt, & ICF International. 2015. "Egypt Health Issues Survey 2015." Cairo, Egypt: Ministry of Health and Population/Egypt and ICF International. [Link](#).
 - Zaid, H., Salaheldein, A., Othman, M.M., Hassany, M., & Sorour, A. 2019. "Life Is Too Short with HCV and NCDs." The Global Innovation Index 2019: Creating Healthy Lives—The Future of Medical Innovation (p.157-60). [Link](#).
 - Nandakumar, A. K., Reich, M. R., Chawla, M., Berman, P., & Yip, W. 2000. "Health Reform for Children: The Egyptian Experience with School Health Insurance." Health Policy, 50(3): 155–70. [Link](#).
 - Gaumer, G., & Rafeh, N. 2005. "Strengthening Egypt's Health Sector Reform Program: Pilot Activities in Suez." USAID & PHR Plus. [Link](#).
 - Waked, I., et al. 2020. "Screening and Treatment Program to Eliminate Hepatitis C in Egypt." New England Journal of Medicine, 382 (12): 1166–74. [Link](#).
-



AMERICAN
UNIVERSITY OF BEIRUT
FACULTY OF HEALTH SCIENCES



annd

Arab NGO Network for Development
شبكة المنظمات العربية غير الحكومية للتنمية

تهدف كلية العلوم الصحيّة في الجامعة الأميركية في بيروت منذ إنشائها إلى وضع مسار للصحة العامة من خلال إعداد المهنيين ليكونوا صانعي التغيير ويعملوا على البحوث التي تؤثر على الممارسات والسياسات وبالتالي على صحة السكان.

الجامعة الأميركية في بيروت
ص.ب 11-0236 / كلية العلوم الصحيّة
رياض الصلح / بيروت 1107 2020
لبنان

تعمل شبكة المنظمات غير الحكوميّة العربيّة للتنمية في 12 دولة عربيّة، مع 9 شبكة وطنيّة (وعضويّة ممتدة لـ 250 منظمة مجتمع مدني من خلفيات مختلفة) و 25 عضو من منظمات غير حكوميّة.
ص.ب المزرعة 14/5792 بيروت، لبنان

