

أثر عدالة توزيع الاستثمارات العامة لقطاع الصحة على تحسين مؤشرات القطاع

الصحة في محافظات مصر

د. كريم مصطفى جوهر

مدرس بقسم الاقتصاد

كلية التجارة - جامعة عين شمس

ملخص البحث

على الرغم من تزايد قيمة النفقات الموجهة لقطاع الصحة وتزايد قيمة الانفاق الاستثماري الموجه الى قطاع الصحة إلا أن بعض المؤشرات الصحية لا يتحسن بصورة كافية وبالتالي ركز الباحث على دراسة مدى عدالة التوزيع الحالي للانفاق الاستثماري العام على الصحة على مستوى المحافظات وتأثيره على المؤشرات الصحية، وتوصل الباحث الى العديد من النتائج من أهمها: على الرغم من تزايد النفقات الموجهة لقطاع الصحة وتحسن العديد من المؤشرات بها الا أن هناك تركيز على تنمية المجتمعات الحضرية وتخصيص المزيد من الاستثمارات لها مما أدى الى سوء توزيع موارد وخدمات الدولة، حيث يوجد عدم عدالة وتركز في توزيع الاستثمارات مما أثر سلبياً على مؤشرات الصحة كما توصل الباحث الى العديد من النتائج الاخرى التي تربط بين عدة متغيرات مثل معدلات الأمية والمؤشرات الصحية وغيرها.

الكلمات الافتتاحية:

الانفاق العام، التنمية البشرية، مؤشرات قطاع الصحة، الاستثمارات العامة، الصحة.

Abstract

Despite of increasing government expenditure on health sector ,health indicators are not improving enough, so the researcher focused on studying the fairness of public investment expenditure on health at the governorate level and its impact on health indicators, The researcher reached many results such as: government increased expenditure on health but there is a focus on developing urban areas and allocating more investments to them, which negatively affected health indicators, the researcher also reached many other results that links several variables such as, illiteracy rates and health indicators, and others.

مقدمة:

نصت المادة ٢٥ من الإعلان العالمي لحقوق الإنسان^١ أن لكل شخص الحق في مستوى معيشة يكفي لضمان الصحة والرفاهة له ولأسرته، ويشتمل ذلك على توفير المأكل والملبس والرعاية الصحية، ومن ثم فإن الحق في الرعاية الصحية تكفله الأعراف والقوانين المحلية والدولية، ولقد زادت أهمية الصحة على المستوى العالمي بصورة كبيرة خلال العقدین الماضیین كمؤشر وأداة رئيسية للتنمية الاقتصادية والاجتماعية، ويرجع تزايد الاهتمام بقطاع الصحة لأسباب متعددة أبرزها التطور الكبير في الخدمات والمنشآت الصحية وتصاعد الإنفاق الصحي، والتدخل الحكومي المتزايد في المجال الصحي حول العالم، والتكاليف الاقتصادية المرتفعة لتوفير الخدمات الصحية والاهتمام العالمي المتمثل في الاتفاقيات وجهود المنظمات الأممية في الثمنون الصحية، وتزايد الإنفاق الصحي كنسبة من الناتج المحلي الإجمالي والإنفاق الحكومي وميزانيات الأسر، وفي سبتمبر ٢٠١٥ اعتمدت الدول الأعضاء في الأمم المتحدة رسمياً في نيويورك خلال مؤتمرها المعني بالتنمية المستدامة (خطة التنمية المستدامة لعام ٢٠٣٠)^٢، وتشتمل هذه الخطة على ١٧ هدفاً منها هدف في مجال الصحة ينص على ضمان تمتع الجميع بأنماط عيش صحية وبالرفاهية في جميع الأعمار - سبق ذلك تخصيص أربعة من بين الأهداف الإنمائية الثمانية للألفية لتتصل اتصالاً مباشراً بالصحة - ومما لا شك فيه أن توافر الخدمات الصحية في الدولة وتمتع الأفراد بها بصورة كافية وعادلة يساعد على رفع كفاءتهم في أداء وظائفهم المختلفة بالإضافة إلى الاستمتاع بحياتهم بصورة أفضل ومن ثم ينعكس إيجابياً على معدلات النمو الاقتصادي والعكس صحيح.

مشكلة البحث:

على الرغم من تزايد قيمة النفقات الموجهة لقطاع الصحة وتزايد قيمة الإنفاق الاستثماري الموجه إلى قطاع الصحة إلا أن بعض المؤشرات الصحية لا يتحسن بصورة كافية، وقد يرتبط ذلك بارتفاع معدلات الأمية والبطالة، ومن ثم يثار تساؤل: هل يؤثر تزايد النفقات المخصصة لقطاع الصحة إيجابياً على تحسن مؤشراته وما هو مدى كفاءة التوزيع الحالي للإنفاق الاستثماري العام على الصحة على مستوى المحافظات وما هي الأساليب التي ترفع كفاءة ذلك الإنفاق.

١ - صاغه ممثلون من ذوي الخلفيات القانونية والثقافية من جميع أنحاء العالم، واعتمدته الجمعية العامة للإعلان العالمي لحقوق الإنسان في باريس في ١٠ ديسمبر ١٩٤٨ بوصفه أنه المعيار المشترك الذي ينبغي أن تستهدفه كافة الشعوب وقد حدد للمرة الأولى حقوق الإنسان الأساسية التي يتعين حمايتها عالمياً.

2-For more details: The 2030 Agenda for Sustainable Development, United Nations, 2015, p.p(18-19).

أهمية البحث:

تكمن أهمية القطاع الصحي في ارتباطه الوثيق بحياة المواطن، وتمثل الرعاية الصحية أحد حقوق الإنسان الأساسية التي يكفلها الدستور، ويرتبط تطور القطاع الصحي ارتباطاً وثيقاً بمدى نجاح الخطط الاقتصادية وتحسن واستقرار الاقتصاد، ويمثل دليل الصحة ثلث مؤشر التنمية البشرية ويعبر عنه بمتوسط العمر المتوقع عند الولادة - بالإضافة للعديد من المؤشرات الأخرى التي توضح مدى تحسن الخدمات الصحية - كمؤشر لمدى تحسن الخدمات الصحية وبالتالي يتطلب الأمر بحث آليات تقليل التفاوت في توزيع الخدمات الصحية فيما بين المحافظات المختلفة لتحسين المؤشرات الصحية بها ومن ثم زيادة قيمة دليل الصحة وبالتعبية دليل التنمية البشرية.

أهداف البحث:

١. دراسة توزيع النفقات العامة (جارية - استثمارية) على قطاع الصحة في مصر.
٢. دراسة مدى عدالة توزيع الانفاق الاستثماري على مستوى المحافظات وتحليل بعض مؤشرات قطاع الصحة بها.
٣. دراسة العلاقة بين ارتفاع معدلات الأمية والمؤشرات الصحية.
٤. اعداد حزمة من الحلول المقترحة لرفع كفاءة الانفاق على قطاع الصحة وتحسين المؤشرات الخاصة بها.

فروض البحث:

١. أثرت زيادة الانفاق العام على قطاع الصحة ايجابياً على مؤشرات القطاع نظراً لوجود عدالة في توزيع الانفاق الاستثماري الموجه لقطاع الصحة على المحافظات المختلفة.
٢. توجد علاقة طردية بين معدلات الأمية وتدهور المؤشرات الصحية على مستوى المحافظات.

أولاً: دور قطاع الصحة في تحسين أوضاع التنمية البشرية:

يعكس دليل التنمية البشرية HDI ثلاثة مؤشرات هامة لقياس التنمية البشرية - تعطي لها أوزان متساوية - وهي: طول العمر، ومستوى المعرفة، ومستوى المعيشة، ويمثل دليل الصحة ثلث دليل التنمية البشرية ومن ثم يؤثر تطور قطاع الصحة إيجابياً على دليل التنمية البشرية^٢، كما أن الحصول على مستوى صحي مناسب يمثل عنصراً أساسياً في رفع معدلات النمو الاقتصادي^٣.

ولقد حققت مصر خلال العقود الماضية تقدماً ملموساً في الخدمات الصحية للسكان وتحسين العديد من المؤشرات الصحية، وبالرغم من هذه المكاسب فلا يزال هناك تباينات في الحالة الصحية على مستوى المحافظات، كذلك بدأت التحديات الصحية الجديدة في الظهور، مما يؤدي إلى زيادة الحاجة لتطوير ورفع كفاءة الإنفاق الصحي وتغيير سلوك الأفراد^٤، وتستهدف استراتيجية التنمية المستدامة (رؤية ٢٠٣٠) - فيما يتعلق بالمحور الخاص بالصحة - أن يتمتع كافة المصريين بحياة صحية سليمة في ظل نظام صحي متكامل يتميز بالجودة وعدم التمييز في إطار من التغطية الصحية والوقائية الشاملة وبما يكفل الحماية المالية لغير القادرين وتوسيع الرؤية الاستراتيجية لقطاع الصحة إلى تحقيق ثلاثة أهداف رئيسية وهي^٥:

١. النهوض بصحة المواطن في إطار من العدالة والإنصاف.
٢. تحقيق التغطية الصحية الشاملة لجميع المصريين مع ضمان جودة الخدمات المقدمة.
٣. حوكمة قطاع الصحة من خلال إتاحة بيانات دقيقة تؤدي إلى اتخاذ قرارات سليمة مع تحسين كفاءة إدارة موارد قطاع الصحة في إطار من الشفافية.

وتستهدف تلك الاستراتيجية العديد من الأهداف الأخرى من أهمها: رفع متوسط العمر المتوقع عند الولادة إلى ٧٣ سنة في عام ٢٠٢٠ وإلى ٧٥ سنة بحلول عام ٢٠٣٠، كما تستهدف خفض معدلات وفيات الأمهات^٦ إلى ٣٩ حالة وفاة، ٣١ حالة وفاة في العامين المذكورين على التوالي كما تستهدف

٣ - على الرغم من اتجاه مخصصات الصحة في مصر نحو التزايد إلا أن ترتيب مصر في تقارير التنمية البشرية ما زال متأخراً حيث بلغ ترتيبها ١١٥ عام ٢٠١٧ طبقاً لتقرير التنمية البشرية العالمي الصادر عام ٢٠١٨.

4-Beyond scarcity: Power, poverty and the global water crisis. Human Development Report

UNDP, 2016.p393.

٥ - الحالة الصحية والخدمات الصحية في مصر، جمعية التنمية الصحية والبيئية برنامج السياسات والنظم الصحية، ٢٠٠٤، ص ١٦.

٦ - استراتيجية التنمية المستدامة، رؤية ٢٠٣٠، وزارة التخطيط والمتابعة والإصلاح

الاداري، ٢٠١٥، ص ١٢٧.

٧- عدد الامهات التلاتي يتعرضن للوفاة أثناء الحمل والولادة لكل ١٠٠٠٠٠ مولود حي

خفض معدلات وفيات الأطفال دون سن الخامسة^٨ إلى ٢٠ طفل، و ١٥ طفل في العامين المذكورين على التوالي^٩.

ثانياً: توزيع النفقات العامة على قطاع الصحة في مصر:

توضح الجداول التالية الانفاق العام الموجه لقطاع الصحة خلال الفترة (٢٠٠٦-٢٠١٩) وتوزيعه على النفقات الجارية والاستثمارية.

جدول (١)

تطور الانفاق العام على قطاع الصحة في مصر

خلال الفترة (٢٠٠٦-٢٠١٩) الأرقام بالمليون جنيه

العام	الانفاق على الصحة	
	اجمالي	جاري
٢٠٠٦	١٠٤٣٣,٧	٩٥٤٢,٧
٢٠٠٧	١٣١٦٢	١٢,٦٦
٢٠٠٨	١٥٧٨٣	١٤١٦٣
٢٠٠٩	١٧٣٤٢	٣١٣٧
٢٠١٠	٢٠٠٣٨	٣٧٠,٨
٢٠١١	٢٢٤٩٢	٤٠١٧
٢٠١٢	٢٦١٢٨	٢٣٨٩٦
٢٠١٣	٣٠٧٥٩	٣٣٦٤
٢٠١٤	٣٧٢٢٤	٣٩٥٦
٢٠١٥	٤٣٨٧٩	٤٣٣٢
٢٠١٦	٥٤١٢٢	٦٥٦١
٢٠١٧	٦٠٨٣٣	٧٥٢٨
٢٠١٨	٦١٨١١	١١١٥١
٢٠١٩	٧٣,٦٣	١٣٥,١

* المصدر: البيان المالي، الموازنة العامة للدولة، سنوات مختلفة (٢٠٠٦-٢٠١٩).

* يشمل الانفاق الجارى: الأجور وتعويضات العاملين، شراء السلع والخدمات، الفوائد، الدعم والمنح والمزايا الاجتماعية، ومصروفات أخرى.

٨- احتمالية وفاة مولود قبل أن يصل إلى سن الخامسة لكل ١٠٠٠ مولود حي.

٩- استراتيجية التنمية المستدامة، رؤية ٢٠٣٠، مرجع سابق ص ١٢٨.

يتضح من الجدول السابق ما يلي:

على الرغم من تزايد قيمة النفقات الموجهة لقطاع الصحة خلال الفترة (٢٠٠٦-٢٠١٩) وعلى الرغم من تزايد قيمة الانفاق الاستثماري في قطاع الصحة إلا ان الانفاق الاستثماري يمثل نسبة ضئيلة من إجمالي النفقات الموجهة لقطاع الصحة وتستحوذ النفقات الجارية على النسبة الأكبر من تلك النفقات بينما تستحوذ النفقات الاستثمارية على النسبة الأقل، وهو ما يعكس ضعف الاستثمارات الموجهة لقطاع الصحة وخاصة في ظل تزايد مخصصات الأجور وهو ما يوضحه الجدول التالي.

جدول (٢)

تطور نسبة الأجور ونسبة الانفاق الاستثماري الى إجمالي الانفاق العام على قطاع الصحة

في مصر خلال الفترة (٢٠٠٦-٢٠١٩)

العام	نسبة الأجور في قطاع الصحة إلى إجمالي الانفاق العام على قطاع الصحة %	نسبة الانفاق الاستثماري على قطاع الصحة إلى إجمالي الانفاق العام على قطاع الصحة %
٢٠٠٦	٤٦,٨	٨,٥
٢٠٠٧	٤٥,٣	٨,٣
٢٠٠٨	٤٥,٩	٧,٧
٢٠٠٩	٤٧,١	١٨,٩
٢٠١٠	٤٥,١	١٨,٥
٢٠١١	٤٢,٢	١٧,٩
٢٠١٢	٥٧	٨,٥
٢٠١٣	٦٠,٢	١٠,٩
٢٠١٤	٦٠,١	١٠,٦
٢٠١٥	٦١	٩,٩
٢٠١٦	٥٢,٣	١٢,١
٢٠١٧	٥٠,٥	١٢,٤
٢٠١٨	٥١,١	١٨
٢٠١٩	٤٩,١	١٨,٥

*المصدر: تم اعداد الجدول بواسطة الباحث اعتماداً على البيانات الواردة بالبيان المالي، الموازنة العامة للدولة سنوات مختلفة (٢٠٠٦-٢٠١٩).

يتضح من الجدول السابق ما يلي:

ارتفع نسبة الأجر في قطاع الصحة إلى اجمالي الانفاق العام الموجه الى قطاع الصحة حيث بلغت حوالي ٥١% في المتوسط خلال الفترة (٢٠٠٦-٢٠١٩) وهو ما يخفف من النفقات الموجهة للانفاق الاستثماري، كما تتذبذب نسبة الانفاق الاستثماري الموجهة لقطاع الصحة كنسبة من اجمالي الانفاق على القطاع، حيث بلغت نسبة الانفاق الاستثماري على قطاع الصحة إلى اجمالي الانفاق العام على قطاع الصحة حوالي ١٢,٩% في المتوسط خلال الفترة (٢٠٠٦-٢٠١٩) وقد بدأت في التزايد منذ عام ٢٠١٦، وهو ما يوضح ضعف النفقات الاستثمارية الموجهة لقطاع الصحة.

ثالثاً: الانفاق على قطاع الصحة في مصر مقارنة ببعض الدول:

ينمو الانفاق على قطاع الصحة بمعدلات مرتفعة مقارنة بالقطاعات الأخرى على مستوى الاقتصاد العالمي، حيث يمثل نسبة ١٠% من الناتج المحلي الإجمالي العالمي وهو ما يوضح الاهتمام المتزايد بذلك القطاع، وهو ما يتضح بشكل خاص في البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط حيث ينمو الانفاق على قطاع الصحة بنسبة ٦% في المتوسط سنوياً مقارنة بنسبة ٤% في البلدان المرتفعة الدخل^{١٠}، وقد تحسن العديد من المؤشرات الصحية على مستوى العالم مقارنة ببعقود مضت وعلى سبيل المثال في عام ١٩٨٠ التحق حوالي ٥ من كل ١٠ أطفال في سن المرحلة الابتدائية بالمدارس في الدول المنخفضة الدخل و ارتفع هذا العدد الى ٨ أطفال في عام ٢٠١٥، كما بلغ ٨٤ طفل سن الخامسة من كل ١٠٠ طفل عام ١٩٨٠ مقارنة ب ٩٤ طفل عام ٢٠١٨، لكن لا يزال متوسط العمر المتوقع في دول العالم النامي أقل من مثيله في الدول المتقدمة^{١١}، ونظراً لأن هناك العديد من الأسر محدودي الدخل بالدول النامية لذا يتعين على الحكومات زيادة المخصصات الموجهة لقطاع الصحة بها وقد تضمنت مواد دستور جمهورية مصر العربية الصادر عام ٢٠١٤ تخصيص نسب ٣% من الناتج القومي الاجمالي للانفاق على قطاع الصحة^{١٢}.

10- The Changing Nature of Work, World Development Report,

2019, p.p (50-53)

11- Ibid.

١٢ -البيان المالي، الموازنة العامة للدولة، ١٧/٢٠١٨، وزارة المالية، ص ص (٤٠٠،٣٩).

وفيما يلي جدول يوضح نسب الانفاق على الصحة في مصر كنسبة من الناتج المحلي الاجمالي مقارنة ببعض الدول الأخرى عام ٢٠١٧:

جدول (٣)

نسبة الانفاق على قطاع الصحة

من الناتج المحلي الاجمالي في بعض دول العالم عام ٢٠١٧

الدولة	نسبة الانفاق على قطاع الصحة من الناتج المحلي الاجمالي %	قيمة دليل التنمية البشرية	ترتيب الدولة في تقرير التنمية البشرية
مصر	١,٤	٠,٦٩٦	١١٥
اثيوبيا	١,١	٠,٤٦٣	١٧٣
جنوب أفريقيا	٤,٣٦	٠,٦٩٩	١١٣
اوغندا	١,٠٢	٠,٥١٦	١٦٢
تونس	٣,٩٤	٠,٧٣٥	٩٥
المغرب	٢,٧٤	٠,٦٦٧	١٢٣
الاردن	٣,٤٦	٠,٧٣٥	٩٥
عمان	٣,٨٣	٠,٨٢١	٤٨
ماليزيا	١,٩٢	٠,٨٠٢	٥٧
البرازيل	٣,٩١	٠,٧٥٩	٧٩
المكسيك	٢,٨٥	٠,٧٧٤	٧٤
فرنسا	٩,٥٧	٠,٩٠١	٢٤
اسرائيل	٤,٥٧	٠,٩٠٣	٢٢
اليابان	٩,١٣	٠,٩٠٩	١٩
روسيا	٣	٠,٨١٦	٤٩
انجلترا	٧,٨٣	٠,٩٢٢	١٤

*Source:

- 1- World Development Indicators: Health inputs, Structure of output, World Bank, 2018. <http://wdi.worldbank.org/table/2.7>
- 2- Human Development Indices and Indicators, Statistical update, United Nations Development Programme, 2018.

يتضح من الجدول السابق ما يلي:

بلغت نسبة الانفاق على قطاع الصحة في مصر حوالي ١,٤% من الناتج المحلي الإجمالي عام ٢٠١٧. ويلاحظ انخفاض نسبة الانفاق على الصحة إلى الناتج المحلي الإجمالي مقارنة بالعديد من الدول. ويلاحظ أن الدول التي تخصص نسب أكبر للانفاق على الصحة تتحسن قيمة دليل التنمية البشرية بها ومن ثم ينعكس على تقدم ترتيبها في دليل التنمية البشرية- وإن كان هناك بعض الاستثناءات- نظراً لاختلاف قيمة الناتج المحلي الإجمالي بين الدول ومدى كفاءة تخصيص الموارد المتاحة بما يعمل على تحسين أوضاع تلك القطاعات، وعلى الرغم من اتجاه مخصصات الصحة في مصر نحو التزايد إلا أن ترتيب مصر في تقارير التنمية البشرية ما زال متأخراً، حيث بلغ ترتيبها ١١٥ عام ٢٠١٧ طبقاً لتقرير التنمية البشرية العالمي الصادر عام ٢٠١٨، وقد أشار البنك الدولي^{١٣} إلى أن قطاع الصحة لم يستفد من وفورات الإصلاحات المالية التي قامت بها الحكومة خلال الفترة (٢٠١٤-٢٠١٩)، ويبلغ الانفاق على قطاع الصحة حوالي ١,٦% من إجمالي الناتج المحلي الإجمالي في عام ٢٠١٨- وهي أقل من النسبة التي حددها الدستور- وهو ما يتطلب تحليل مؤشرات قطاع الصحة على مستوى المحافظات لدراسة مدى توافر العدالة في توزيع المخصصات الموجهة له وتأثيرها على المؤشرات الصحية.

رابعاً: تحليل بعض مؤشرات قطاع الصحة على مستوى المحافظات:

يلاحظ اتجاه متوسط العمر المتوقع نحو الزيادة على المستوى القومي، حيث بلغ متوسط العمر المتوقع للذكور ٦٦,٥ سنة وللاتات ٦٩,١ سنة وذلك عام ٢٠٠٦، وارتفع إلى ٧٠,٨ سنة للذكور و ٧٣,٦ سنة للإناث وذلك عام ٢٠١٧ ثم إلى ٧١,٢ سنة للذكور و ٧٣,٩ سنة للإناث وذلك عام ٢٠١٩ وهو ما يوضح تحسن مؤشر العمر المتوقع في دليل التنمية البشرية القومي نتيجة الجهود التي تبذلها الدولة لتحسين أوضاع القطاع الصحي^{١٤}، وسنتناول فيما يلي التوزيع النسبي للمستشفيات والأطباء والأسرة في القطاع الحكومي لتوضيح مدى عدالة التوزيع الجغرافي للخدمات على مستوى المحافظات المختلفة وعلاقته بالتوزيع النسبي للاستثمارات العامة المخصصة لقطاع الصحة على مستوى المحافظات:

13- For more details: Egypt Economic Monitor, From Floating to Thriving, Taking Egypt's Exports to New Levels, World Bank, 2019.

١٤- مصر في أرقام، الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء، ٢٠١٩، ص ٤٢.

جدول (٤)
توزيع عدد المستشفيات وعدد الأطباء في القطاع الحكومي على مستوى المحافظات

عامي ٢٠١٧، ٢٠٠٦

المحافظة	التوزيع النسبي للمساكن %		عدد المستشفيات الحكومية ١		التوزيع النسبي للمستشفيات الحكومية على المحافظات %		عدد الأطباء *		التوزيع النسبي للأطباء على المحافظات %	
	٢٠١٧	٢٠٠٦	٢٠١٧	٢٠٠٦	٢٠١٧	٢٠٠٦	٢٠١٧	٢٠٠٦	٢٠١٧	٢٠٠٦
القاهرة	١١,١	١٠	٦٨	١٠٢	١٥,١	٥,٧	٨٥٣٠	٢٣,٦	١١,١	٢٣,٦
الإسكندرية	٥,٤٤	٥,٤	٣٥	٤٠	٥,٩	٣	٤١٠٩	٧,٦	٥,٣	٧,٦
بورسعيد	٠,٨	٠,٨	١١	١٤	٢,١	٠,٩	٧١٣	١,٥	٠,٩	١,٥
السويس	٠,٧	٠,٨	٧	٩	١,٣	٠,٦	٤٦٣	٠,٥	٠,٦	٠,٥
دمياط	١,٥٤	١,٦	٣٠	٢٢	٣,٢	٢,٥	١٧٦٥	٢,٧	٢,٣	٢,٧
الدقهلية	٧	٦,٨	١١٥	٤٤	٦,٥	٩,٧	٩١٤٢	٨,٦	١٢,٥	٨,٦
الشرقية	٧,٣	٧,٦	٨٢	٣٨	٥,٦	٦,٩	٢٤٦٧	٥,٣	١٠,٢	٥,٣
القليوبية	٥,٥	٥,٩	٥٦	٣٣	٤,٩	٤,٧	٢٢١٢	٤,١	٢,٩	٤,١
كفر الشيخ	٣,٧	٣,٥	٤١	٢١	٣,١	٣,٤	١٣٨٢	٣	٤,١	٣
الغربية	٥,٦	٥,٣	٨٣	٣٣	٤,٩	٧	٥٨٨٦	٦,٨	٧,٦	٦,٨
المنوفية	٤,٦	٤,٥	٧٥	٣١	٤,٦	٦,٣	٦٨٠٨	٤,٤	٨,٨	٤,٤
البحيرة	٦,٧	٦,٥	٨١	٣٢	٤,٧	٦,٨	٢٥٣٦	٤,٤	٤,٦	٤,٤
الإسماعيلية	١,٣	١,٤	١٥	١٦	٢,٤	١,٣	٦٨٥	١,٥	١	١,٥
الجيزة	٨,١	٩,١	٤٠	٣٦	٣,٤	٥,٣	٢٤٦١	٧,٤	٤	٧,٤

المحافظة	التوزيع النسبي للمناطق %	عدد المستشفيات الحكومية ١	التوزيع النسبي للمستشفيات الحكومية %	عدد الأطباء *	التوزيع النسبي للأطباء على المحافظات %	المحافظة
بنين سوريف	٢٠٠٠٦	٣٧	٣,١	١٣٤٦	٢٠٠٦	٢٠١٧
القبون	٣,٢	٣٩	٣,٣	١٧٧٣	١,٦	٢٠١٧
المنيا	٣,٥٢	٨٧	٧,٣	١٤١٢	٢,١	٢٠١٧
المنيا	٥,٨	٨٧	٧,٣	٣٨٩٩	٥	٢٠١٧
المنيا	٤,٩	٦٧	٥,٦	٣٠٧٦	٢,٥	٢٠١٧
سوهاج	٥,٥	٦٤	٥,٤	١١٥٠	١,٦	٢٠١٧
قنا	٤,٢	٥٩	٥	٧٩٩	١,١	٢٠١٧
الأقصر	١,٦	٩	٠,٧	٢٨٣	٠,٦	٢٠١٧
المنيا	٠,٦	٣٩	٣,٣	٧٩٧	١,١	٢٠١٧
البحر الأحمر	٠,٤	٨	٠,٧	٢٩٧	٠,٣	٢٠١٧
الوادي الجديد	٠,٢	١٥	١,٣	٢٥٢	٠,٣	٢٠١٧
مطروح	٠,٤	١٥	٠,٧	٤٣٣	٠,٧	٢٠١٧
شمال سيناء	٠,٤	٨	٠,٧	٤٠٣	٠,٤	٢٠١٧
جنوب سيناء	٠,١	٨	٠,٧	٣٨٧	٠,٣	٢٠١٧
الإجمالي	١٠٠	١١٨٧	١٠٠	٤٦٧٤	١٠٠	٢٠١٧

المصدر: التثنية السنوية لإحصاءات الخدمات الصحية، الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء، سنوات مختلفة.

*يشتمل العدد على الأوراشيت من الأطباء الاختصاصيين والممارسين الموهبين ولا يشمل الأطباء الأخصائيين.

مرفق على ٢٠١٧ تم فصل عدد الأطباء في الجهات التابعة لوزارة الصحة وعددهم ٢٨٧ طبيب عن إجمالي عدد الأطباء (٢٧٧٣ + ١٠ طبيب) ولم يتم توزيعهم طبقاً للمحافظات وقصر التوزيع طبقاً للمحافظات على الأطباء التابعين للهيئات الصحية وتدعمهم ٧٧٠٨٣ طبيب.

مرفق اعداد التوزيع النسبي بواسطة الراجحة اعتماداً على البيانات الواردة بتقرير المذكور.

يتضح من الجدول السابق ما يلي:

- ١- يتواجد حوالي ٦٣,٤% من المستشفيات في عشرة محافظات وهي:
(القاهرة، الدقهلية، الشرقية، القليوبية، المنوفية، البحيرة، المنيا، أسيوط، سوهاج وفنا) ويتواجد بهم حوالي ٦٢,٥% من عدد الأطباء، وتمثل تلك المحافظات حوالي ٦٢,٦% من السكان عام ٢٠٠٦ وهو ما يشير الى وجود عدالة نسبية في توزيع المستشفيات على مستوى المحافظات طبقاً لعدد السكان، وبلغت تلك النسب على التوالي ٥٧,٣%، ٦٥,٣%، ٦٠,٣% في تلك المحافظات وذلك عام ٢٠١٧.
- ٢- انخفض عدد المستشفيات الحكومية من ١١٨٧ مستشفى عام ٢٠٠٦ الى ٦٧٦ مستشفى عام ٢٠١٧^{١٥}، ويتواجد حوالي ٦٧,٣% من المستشفيات في احدى عشر محافظة (القاهرة، الاسكندرية، الدقهلية، الشرقية، القليوبية، الغربية، المنوفية، البحيرة، الجيزة، المنيا، أسيوط) ويتواجد بهم حوالي ٨٠,٢% من عدد الأطباء ويتواجد بهم حوالي ٧١,٥% من السكان عام ٢٠١٧ وهو ما يشير الى وجود عدالة نسبية في توزيع المستشفيات على مستوى المحافظات طبقاً لعدد السكان - وإن كان هناك تزايد في عدد الأطباء.
- ٣- عند حساب عدد الأطباء في القطاع العام والخاص لكل ١٠٠٠ نسمة من السكان نلاحظ مايلي :
بلغت تلك النسبة حوالي ٠,٨ طبيب لكل ١٠٠٠ نسمة عام ٢٠٠٦ وزادت الى حوالي ١,٣٣ طبيب لكل ١٠٠٠ نسمة عام ٢٠١٧، وعند استبعاد عدد الأطباء العاملين بمستشفيات القطاع الخاص نجد أن تلك النسبة زادت من حوالي ٠,٦٦ طبيب لكل ١٠٠٠ نسمة عام ٢٠٠٦ الى حوالي ١,٠٧ طبيب لكل ١٠٠٠ نسمة عام ٢٠١٧^{١٦}، وبلغ عدد الأطباء لكل ١٠٠٠ نسمة في بعض الدول كما يلي : ١,٣ في تونس، ١,٥ في ماليزيا، ١,٨ في الجزائر، ٢,٦ في الكويت، ٢,٤ في الامارات، ٤ في روسيا^{١٧} وذلك عام ٢٠١٦، ومن ثم يلاحظ انخفاض عدد الأطباء لكل ١٠٠٠ نسمة من السكان في مصر مقارنة بالعديد من الدول.

١٥ - يرجع سبب النقص في عدد المستشفيات عام ٢٠١٧ مقارنة بعام ٢٠٠٦ إلى اتخاذ قرارات إنشاء تولى الدكتور حاتم الجبلى وزير الصحة (٢٠٠٥-٢٠١١) نتج عنها نقص عدد المستشفيات، حيث تم اتخاذ قرار في فبراير ٢٠٠٨ بإغلاق حوالي ٧٠ مستشفى حميات (تم تحويل ٤ منها بعد ذلك إلى مستشفيات مركزية) من أصل ١٠٦ مستشفى حميات، كما تم إغلاق مستشفيات التكامل (٣٩٧ مستشفى تحتوي على تسعة آلاف سرير) والمستشفيات القروية وتحويلها إلى عيادات صحة أسرة (حوالي ٥٠٠ مستشفى).

١٦ - تم اعداد النسب بواسطة الباحث اعتماداً على البيانات الواردة بالنتيجة الإحصائية للخدمات الصحية (سنوات مختلفة).

١٧ - قاعدة بيانات البنك الدولي <https://data.albankaldawli.org/indicator>

٤- بلغ عدد الممستشفيات الحكومية ١١٨٧ مستشفى^{١٨} وبلغ عدد الأسرة في مستشفيات القطاع الحكومي ١١٦٠٣٣ سرير^{١٩}، وبلغ عدد مستشفيات القطاع الخاص ٦٤٤ مستشفى ويعمل بها حوالي ٩٢٥١ طبيب وبلغ عدد الأسرة بها ١٧٨٧١ سرير وذلك عام ٢٠٠٦، وانخفض عدد المستشفيات الحكومية الى ٦٧٦ مستشفى، كما انخفض عدد الأسرة في مستشفيات القطاع الحكومي الى ٩٦١١١ سرير . وزاد عدد مستشفيات القطاع الخاص الى ١٠٩٤ مستشفى - يعمل بها حوالي ٢٥٣١٠ طبيب وبلغ عدد الأسرة بها ٣٥٩٨١ سرير - وذلك عام ٢٠١٧، ومن ثم انخفض العدد الإجمالي للأسرة على مستوى الدولة (في القطاعين العام والخاص) من ١٣٤٩١٠ سرير عام ٢٠٠٦ إلى ١٣٢٠٩٢ سرير عام ٢٠١٧، ويرجع ذلك إلى انخفاض عدد الأسرة في المستشفيات الحكومية وهو ما يوضحه الجدول التالي:

السنة	عدد الأسرة	عدد الأطباء	عدد الممرضات	عدد الممرضات
٢٠٠٦	١٣٤٩١٠	١٠٩٤	١١٨٧١	١١٦٠٣٣
٢٠٠٧	١٣٢٠٩٢	١٠٩٤	١١٨٧١	١١٦٠٣٣
٢٠٠٨	١٣٢٠٩٢	١٠٩٤	١١٨٧١	١١٦٠٣٣
٢٠٠٩	١٣٢٠٩٢	١٠٩٤	١١٨٧١	١١٦٠٣٣
٢٠١٠	١٣٢٠٩٢	١٠٩٤	١١٨٧١	١١٦٠٣٣
٢٠١١	١٣٢٠٩٢	١٠٩٤	١١٨٧١	١١٦٠٣٣
٢٠١٢	١٣٢٠٩٢	١٠٩٤	١١٨٧١	١١٦٠٣٣
٢٠١٣	١٣٢٠٩٢	١٠٩٤	١١٨٧١	١١٦٠٣٣
٢٠١٤	١٣٢٠٩٢	١٠٩٤	١١٨٧١	١١٦٠٣٣
٢٠١٥	١٣٢٠٩٢	١٠٩٤	١١٨٧١	١١٦٠٣٣
٢٠١٦	١٣٢٠٩٢	١٠٩٤	١١٨٧١	١١٦٠٣٣
٢٠١٧	١٣٢٠٩٢	١٠٩٤	١١٨٧١	١١٦٠٣٣

١٨ - الإضافة إلى ٢١ مستشفى بمستشفيات القطاع العام والأعمال العام.
 ١٩ - بالإضافة إلى ١٠٠٦ سرير بمستشفيات القطاع العام والأعمال العام.

جدول (٥)

توزيع الأسرة في المستشفيات الحكومية على مستوى المحافظات عامي ٢٠١٧، ٢٠٠٦

المحافظة	التوزيع النسبي للسكان %		عدد الأسرة في المستشفيات الحكومية		التوزيع النسبي للأسرة في المستشفيات الحكومية	
	٢٠١٧	٢٠٠٦	٢٠١٧	٢٠٠٦	٢٠١٧	٢٠٠٦
الفاخرة	١١.١	١١.١	٢١٨٦٥	٢١٨٨٧	١٠	١٠
الإسكندرية	٥.٤٤	٥.٤	٧٨٧٧	٩٠٧٧	١٢.٤	١٢.٤
بورسعيد	٠.٨	٠.٨	١٠٧٨	١١٣١	١.١	١.١
السويس	٠.٧	٠.٨	٥٧٩	١٢٤٦	٠.٧	٠.٧
دمياط	١.٥٤	١.٦	٤٤٢١	٢٢٢٢	٢.٥	٢.٥
كفر الشيخ	٧	٧	١١٨٩	٨٥١٢	٧.٢	٧.٢
الشرقية	٧.٢	٧.٦	٤٨٥٠	٥٨٢٧	٥.١	٥.١
القليوبية	٥.٥	٥.٩	١٦٧٦	٧٤٧٦	٦.٥	٦.٥
كفر الشيخ	٢.٧	٢.٥	٨٠٧	٢٢٢٢	١.٤	١.٤
الغربية	٥.٦	٥.٢	١١.٨	٦٤٤٤	٥.٦	٥.٦
المنوفية	٤.٦	٤.٥	٤٢٧١	٥٠٧٦	٤.٤٧	٤.٤٧
البحيرة	٦.٧	٦.٥	٢٢١٤	٤٤٣٧	٢.٢	٢.٢
الإسماعيلية	١.٢	١.٤	١٣٨٩	١٩٥١	١.٥	١.٥
الجيزة	٨.١	٩.٦	٢٨.٨	٤٧٢١	٤.٩	٤.٩
بنى سويف	٢.٢	٢.٢	١٨.٧	٢١١٢	٢.٢	٢.٢
الفيوم	٢.٥٢	٢.٨	١٧٨٢	٢٢١٠	١.٩	١.٩
المنيا	٥.٨	٥.٨	٢١١٤	٥١٢٠	٢.٨	٢.٨
المنيا	٤.٩	٤.٦	١٣.٤	٥٩٨١	٢.٢	٢.٢
المنيا	٥.٥	٥.٢	٢٥.١	٢١٠٤	٣.٢٢	٣.٢٢
شمال سيناء	٤.٢	٢.٢	٢٩.٢	١٦٨٠	١.٨	١.٨
الأقصر	١.٦	١.٦	٩١٣	٢١٧١	٠.٩	٠.٩
أسوان	٠.٦	١.٢	١٦١٤	٧١٥	١.٧	١.٧
البحر الأحمر	٠.٣	٠.٤	٤٤٥	٤٨٥	٠.٥	٠.٥
الوادى الجديد	٠.٢	٠.٢	٤٣١	٧٣٧	٠.٤	٠.٤
مطروح	٠.٤	٠.٥	٧٨٧	٧٢٠	٠.٨	٠.٨
شمال سيناء	٠.٤	٠.٥	١٢.٩	٥١٨	٠.٥	٠.٥
جنوب سيناء	٠.١	٠.١	٤٠	٢٩٤	٠.٤	٠.٤
الإجمالي	١٠٠	١٠٠	٩٦١١١	١١٧٠٣٩	١٠٠	١٠٠

المصدر: النشرة السنوية لإحصاءات الخدمات الصحية، الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء، سنوات مختلفة.

* تم اعداد التوزيع النسبي بواسطة الباحث اعتماداً على البيانات الواردة بالتقرير المذكورة.

يتضح من الجدول السابق ما يلي:

١- انخفاض عدد الأسرة في المستشفيات الحكومية بحوالي ١٧,٨% عام ٢٠١٧ مقارنة بعام ٢٠٠٦، ويرجع ذلك الى انخفاض أعداد المستشفيات الحكومية وهو ما تم ايضاحه سابقاً.

٢- تزايد نسب الانخفاض في عدد الأسرة بصورة ملحوظة في بعض المحافظات مثل: بورسعيد، السويس، البحيرة، الإسماعيلية، الجيزة، المنيا، سوهاج، قنا، الأقصر، الوادي الجديد، ويمثل سكانها حوالي ٣٥% من سكان الجمهورية ويتوافر لديهم حوالي ٢٧,٥% من الأسرة على مستوى الجمهورية عام ٢٠١٧ وهو ما يشير الى ضعف توافر الخدمات الصحية بتلك المحافظات مقارنة بالمحافظات الأخرى.

٣- عند حساب عدد الأسرة لكل ١٠٠٠ نسمة من السكان نلاحظ ما يلي: بلغت تلك النسبة حوالي ١,٨٦ سرير لكل ١٠٠٠ نسمة عام ٢٠٠٦ وانخفضت الى حوالي ١,٤ سرير لكل ١٠٠٠ نسمة عام ٢٠١٧، وذلك مع مراعاة حساب كافة الأسرة في القطاعين العام والخاص، وعند استبعاد عدد الأسرة بمستشفيات القطاع الخاص نجد ان تلك النسبة انخفضت من حوالي ١,٦٢ سرير لكل ١٠٠٠ نسمة عام ٢٠٠٦ الى حوالي ١ سرير لكل ١٠٠٠ نسمة عام ٢٠١٧.

وفيما يلي شكل يوضح العلاقة بين التوزيع النسبي للاستثمارات العامة المخصصة لقطاع الصحة على مستوى المحافظات والتوزيع النسبي للمستشفيات الحكومية والأطباء بها:

شكل (١)

التوزيع النسبي للاستثمارات العامة المخصصة لقطاع الصحة على مستوى المحافظات والتوزيع النسبي للمستشفيات الحكومية والأطباء عام ٢٠١٧



*المصدر: تم اعداده بواسطة الباحث اعتماداً على البيانات الواردة بالجداول السابقة.

يتضح من الشكل السابق ما يلى:

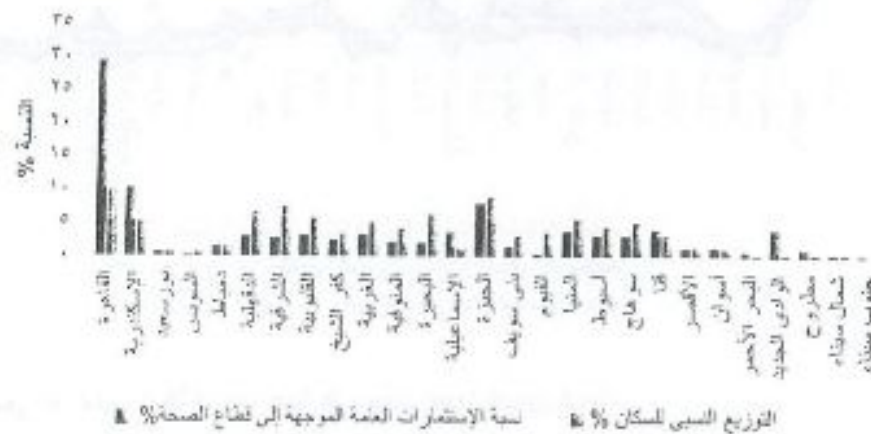
- ١- تتركز الاستثمارات الموجهة لقطاع الصحة في ثلاث محافظات وهي القاهرة والإسكندرية والجيزة حيث استحوذوا على حوالي ٤٨,١% من الاستثمارات العامة الموجهة لقطاع الصحة ويتواجد بهما حوالي ٢٠,٤% من الأطباء العاملين بالمستشفيات الحكومية وحوالي ٢٦,٣% من المستشفيات الحكومية على مستوى الجمهورية عام ٢٠١٧ وهو ما يعكس خللا في توزيع الاستثمارات الموجهة لقطاع الصحة وهو ما يؤثر سلبياً بالتبعية على الاستثمارات المتاحة للمحافظات الأخرى.
- ٢- على الرغم من تزايد عدد الأطباء في العديد من محافظات الوجه البحري إلا أنها لا تتمتع بتوافر استثمارات كافية في قطاع الصحة.

٣- تعاني محافظات الوجه القبلي ومحافظات الحدود من ضعف في عدد الأطباء بها وهو ما يتضح من انخفاض التوزيع النسبي للأطباء بها.

ويمكن توضيح الخلل في توزيع الاستثمارات العامة الموجهة لقطاع الصحة عند مقارنته بالتوزيع النسبي للسكان كما يلي:

شكل (٢)

التوزيع النسبي للاستثمارات العامة الموجهة لقطاع الصحة والتوزيع النسبي للسكان على مستوى المحافظات عام ٢٠١٧



*المصدر: تم اعداده بواسطة الباحث اعتماداً على البيانات الواردة بالجدول السابقة.

يتضح من الشكل السابق ما يلي:

١- تتركز الاستثمارات الموجهة لقطاع الصحة في ثلاث محافظات وهي القاهرة والإسكندرية والبحيرة حيث يستحوذوا على حوالي ٤٨,١% من الاستثمارات العامة الموجهة لقطاع الصحة ويتواجد بهما حوالي ٢٤,٥% من السكان وهو ما تم ايضاحه سابقاً.

٢- تعاني غالبية المحافظات من عدم التناسب بين الاستثمارات العامة الموجهة لقطاع الصحة والتوزيع النسبي للسكان وهو ما يؤثر سلباً على المؤشرات الصحية بها.

جدول (٦)
تطور بعض المؤشرات الصحية المتعلقة بالامهات والأطفال
عامى ٢٠١٧، ٢٠٠٦

المحافظة	التوزيع النسبى % للسكان		معدل وفيات الرضع لكل ١٠٠٠ مولود حى		معدل وفيات الاطفال أقل من ٥ سنوات لكل ١٠٠٠ مولود حى		معدل الأمية %	
	٢٠١٧	٢٠٠٦	٢٠١٧	٢٠٠٦	٢٠١٧	٢٠٠٦	٢٠١٧	٢٠٠٦
القاهرة	١٠	١١,١	٢٦,٢	٣١,١	٣٧,٥	٣٢,١	١٩,٣	١٦,٢
الإسكندرية	٥,٤٤	٥,٤٤	٢٣,٢	٢٣,٢	٢٧,٤	٢٧,٦	١٩,٥	١٩,٥
بورسعيد	٠,٨	٠,٨	١٦,٧	١٣	١٩,١	١٥,٨	١٦,٤	١٤,١
السويس	٠,٨	٠,٧	١٨,٧	١٢,٨	٢٢,٢	١٥,٩	١٧,١	١٥,٣
دمياط	١,٥٤	١,٦	١٠,٢	١١,٤	١٣,٨	١٤,٤	٢٢,٤	٢٠,٢
الدقهلية	٧	٦,٨	١٥,٧	١١,٩	٢١,٢	١٥,٦	٢٧,٩	٢٣,٦
الشرقية	٧,٣	٧,٦	١٧,١	٩,٣	٢٢,٨	١٣,٨	٣٢,٢	٢٥,٩
القليوبية	٥,٥	٥,٩	١٥,٢	١٢,٦	١٩,٣	١٦,٤	٢٧,٥	٢٣,٧
كفر الشيخ	٣,٧	٣,٥	١٠,٤	١٠,٤	١٤,٤	١٣,٨	٣٤,٢	٢٨,٥
الغربية	٥,٦	٥,٣	١٤,٨	١٢,٤	١٩	١٥,٥	٢٥,٩	٢١,٤
المنوفية	٤,٦	٤,٥	١٤,٩	١٣,٨	١٩,٦	١٧,٧	٢٧,٤	٢٢,٥
البحيرة	٦,٧	٦,٥	١١,٣	١١,٢	١٥,٨	١٤,٦	٣٦,٦	٣٢,٩
الإسماعيلية	١,٢	١,٤	١٤,١	١٤,٤	٢٠,١	١٩,٩	٢٢,٨	٢١,٤
الجيزة	٨,١	٩,١	١٣,٥	١٢,٤	١٨,٨	١٦,٤	١٩,٧	٢٤,٩
بنى سويف	٣,٢	٣,٣	٢٧,١	١٦,٧	٣٤,٢	٢١,٥	٤٠,٥	٣٥,٩
الفيوم	٣,٥٢	٣,٨	٢٠,٩	١٤	٢٦,٦	١٨,٦	٤٠,٩	٣٤,٠
المنيا	٥,٨	٥,٨	٢٥,٩	١٥,١	٣٣,١	١٩,٤	٤١,٣	٣٧,٢
اسيوط	٤,٩	٤,٦	٣٧	٢٢,٦	٤٥,٩	٢٨,٧	٣٩,١	٣٤,٦
سوهاج	٥,٥	٥,٣	٢٧,٢	١٣,٩	٣٤,٤	١٨,٧	٣٨,٥	٣٣,٦
قنا	٤,٢	٣,٣	٢٢,٧	١٥,٦	٣٠,١	١٩,٩	٣٤,٨	٢٩,١
الأقصر	١,٦	١,٦	٢٥,٣	١٣,٧	٣٢	١٧,٦	٢٧,٨	٢٥,٩
اسوان	٠,٦	١,٣	٢٢,٩	٩,٩	٢٨,٧	١٤,٢	٢٣,٠	١٩,١
البحر الأحمر	٠,٣	٠,٤	١٥,٩	٩,٧	٢١,٨	١٤	١٢,٧	١٢,٠
الوادى الجديد	٠,٢	٠,٣	١٢,٩	٨,٨	١٧,٣	١٣,٣	١٨,٢	١٤,٧
مطروح	٠,٤	٠,٥	١٣	١١,٤	٢٠,٢	١٤,٨	٣٥,٠	٣١,٩
شمال سيناء	٠,٤	٠,٥	٢٢	٢٣,٣	٢٧,٨	٣٠,٧	٢٤,٢	٢٣,٣
جنوب سيناء	٠,١	٠,١	١٥,٧	٨,٣	٢٠,٢	١٤	١١,٦	٢٣,٣
الاجمالي	١٠٠	١٠٠	٢٠,٥	١٥,١	٢٦,٤	١٩,٥	٢٩,٦	٢٥,٨

المصدر:

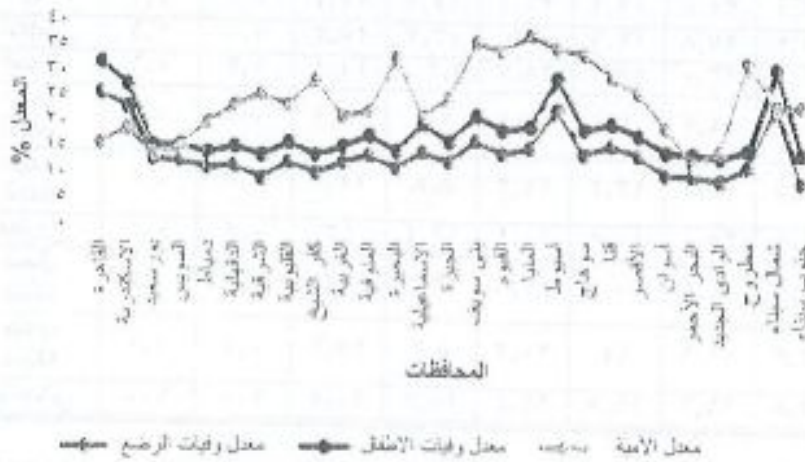
- * العقد الاجتماعى فى مصر، دور المجتمع المدنى، تقرير التنمية البشرية فى مصر، معهد التخطيط القومى، ٢٠٠٨.
- * مصر فى ارقام، الجهاز المركزى للتعبئة العامة والاحصاء، ٢٠١٩.
- * الكتاب الاحصالى السنوى، الجهاز المركزى للتعبئة العامة والاحصاء سنوات مختلفة.
- * تم اعداد التوزيع النسبى بواسطة الباحث اعتماداً على البيانات الواردة بالتقارير المذكورة.

يتضح من الجدول السابق ما يلي:

- ١- انخفاض معدل وفيات الرضع لكل ١٠٠٠ مولود حي من ٢٠,٥ طفل عام ٢٠٠٦ إلى ١٥,١ طفل عام ٢٠١٧ على مستوى الجمهورية وقد ارتفع ذلك المعدل عام ٢٠١٧ مقارنة بعام ٢٠٠٦ في محافظتين وهما: الاسماعيلية، شمال سيناء*.
- ٢- انخفاض معدل وفيات الأطفال (أقل من ٥ سنوات) لكل ١٠٠٠ مولود حي من ٢٦,٤ طفل عام ٢٠٠٦ إلى ١٩,٥ طفل عام ٢٠١٧ على مستوى الجمهورية وقد زاد ذلك المعدل عام ٢٠١٧ مقارنة بعام ٢٠٠٦ في محافظتين وهما: دمياط، شمال سيناء.
- ٣- يلاحظ ارتفاع معدلات الأمية في المحافظات ذات المؤشرات الصحية المنخفضة وخاصة محافظات الوجه القبلي، وهو ما يوضحه الشكل التالي:

شكل (٣)

العلاقة بين معدل الأمية ومعدل وفيات الرضع ومعدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة لكل ١٠٠٠ مولود حي عام ٢٠١٧



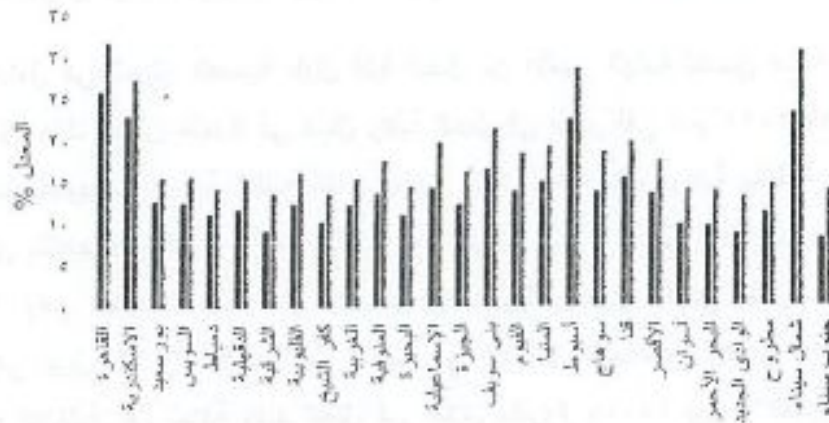
*المصدر: تم اعداده بواسطة الباحث اعتماداً على البيانات الواردة بالجدول السابقة.

٢٠- ويرجع ذلك الى الإصابة ببعض أمراض الجهاز الدوري مثل أمراض القلب،الالتهاب الرئوي،التشووهات الخلقية.

يتضح من الشكل السابق ان المحافظات التي ترتفع معدلات الأمية بها يصاحبها ارتفاع معدلات وفيات الرضع ووفيات الأطفال دون سن الخامسة وان كان هناك استثناءات في بعض المحافظات مثل القاهرة والإسكندرية، وهو ما يوضحه الشكل التالي:

شكل (٤)

معدل وفيات الرضع ومعدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة على مستوى المحافظات لكل ١٠٠٠ مولود حي عام ٢٠١٧



*المصدر: تم اعداده بواسطة الباحث اعتماداً على البيانات الواردة بالجدول السابقة.

يتضح من الشكل السابق ارتفاع معدل وفيات الرضع ووفيات الأطفال دون سن الخامسة بشكل ملحوظ في بعض المحافظات وعلى رأسها: القاهرة، الإسكندرية، أسبوط، شمال سيناء وذلك على الرغم من انخفاض معدلات الأمية في القاهرة والإسكندرية مقارنة بأسبوط وشمال سيناء.

وعلى الرغم من انخفاض معدل وفيات الامهات لكل ١٠٠٠٠٠ مولود حي من ٥٢,٩ عام ٢٠٠٦ الى ٤٤ عام ٢٠١٧ على مستوى الجمهورية^{٢١}، الا انه يمثل انخفاضاً محدوداً ويرجع ذلك الى العديد من الأسباب من أهمها: حدوث نزيف بعد الولادة، اضطرابات ضغط الدم، العدوى، التعرض لبعض الامراض

٢١ - تشير الى: عدد وفيات الامهات خلال الحمل أو خلال ٤٢ يوم من انتهاء الحمل.

٢٢ - بلغ هذا المعدل: ٣ أطفال في الامارات، ٧ أطفال في ألمانيا، ١٢ طفل في الكويت، ١٧ طفل في السعودية، ١٩ طفل في عمان، ٢٩ طفل في ماليزيا، ٣١ طفل في سوريا، وذلك طبقاً لبيانات البنك الدولي عام ٢٠١٧.

إثناء الولادة، عدم استخدام برامج متابعة الحمل لانخفاض مستوى الدخل أو نقص الوعي، الزواج المبكر، الانجاب في سن كبير، سوء الخدمة الطبية^{٢٢}.

كما يتزايد التفاوت بين المناطق الجغرافية في مصر خاصة في المناطق الأكثر حرمانا (مثل المناطق الريفية)، وتتمثل المشكلة الرئيسية في الاستهتار من قبل الأم الحامل خاصة التي تلد أكثر من مرة حيث تستهين بالمتابعة الصحية والطبية الدورية مما يجعلها تفتاجاً بأمراض عديدة تعرضها هي وطفلها للخطر، حيث ان نقص الوعي الصحي بالحمل والولادة خاصة في الطبقات الدنيا أحد أهم أسباب مشكلة وفاة الأم وتعرض المولود للخطر، كما أن هناك أسباب عديدة للوفاة منها سوء الخدمة الطبية متمثلة في عدم وجود أطباء متربين، وأيضاً عدم توافر تمريض جيد، أو عدم توافر الأدوية والمحاليل اللازمة لإتمام عملية الولادة ولكن تظل المشكلة الأكبر هي عدم توافر خدمات طبية جيدة للأم والجنين في فترة ما بعد الولادة حيث يكونان عرضة للفيروسات لضعف مناعتها.

وتعتبر رعاية الحوامل في المراكز الصحية طوال فترة الحمل من الأمور الهامة لضمان صحة الأم والطفل، ويلاحظ ان هناك تحسن ملحوظ في مجال رعاية الحمل في مصر ففي عام ٢٠١٤ خضعت ٩٠٪ من الأمهات لفحوصات الرعاية الطبية أثناء حملهن وتلقت ٨٣٪ منهن رعاية منتظمة خلال الحمل وفيما يتعلق بالتطعيمات تلقي ٩٢٪ من الأطفال من عمر ١٨ إلى ٢٩ شهراً التطعيمات بالكامل في عام ٢٠١٤ وهي تطعيمات ضد السل والحصبة والديفتيريا والسعال الديكي وشلل الأطفال والتيتانوس^{٢٣}، وفي أبريل ٢٠١٧ أعلنت ثلاث وزارات هي التضامن الاجتماعي والصحة والسكان والتموين والتجارة الداخلية عن شراكة جديدة تتمثل في اطلاق مشروع «١٠٠٠ يوم»^{٢٤} الممول من برنامج مبادلة الديون المصرية الألمانية ليدعم في مرحلته التجريبية ٤٠ ألف امرأة حامل ومرضعة في ثلاث محافظات في صعيد مصر هي الأكثر فقراً (أسيوط وسوهاج وقنا)، وهو ما يتطلب المزيد من الجهود فيما يتعلق ببرامج رعاية الحمل وتنظيم الأسرة. ويلاحظ ان تحقيق المزيد من التقدم في الحد من وفيات الأطفال يعتمد على جهود الدولة فيما يتعلق بمعالجة أوجه عدم المساواة الجغرافية بشكل كاف وتحسين جودة الخدمات الصحية (بما في ذلك جودة المعدات وتدريب العاملين) وكذلك تحسين سلوكيات طلب الرعاية الصحية وممارساته.

٢٢ - الكتاب الإحصائي السنوي، الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء، ٢٠١٩.

٢٤ - الصحة في مصر، اليونيسيف، ٢٠١٤.

<https://www.unicef.org/egypt/ar/health>

٢٥ - الفترة التي تمتد من بداية الحمل حتى بلوغ الطفل عمر سنتين، وأظهرت الدراسات أن نقص التغذية خلال الألف يوم يؤدي إلى أضرار لا يمكن إصلاحها في النمو الجسدي والتطور العقلي والمعرفي.

النتائج

أولاً بالنسبة لصحة الفروض:

١. ثبت خطأ الفرض الأول (أثرت زيادة الانفاق العام على قطاع الصحة ايجابياً على مؤشرات القطاع نظراً لوجود عدالة في توزيع الانفاق الاستثماري الموجه لقطاع الصحة على المحافظات المختلفة).

فعلى الرغم من تزايد النفقات الموجهة لقطاع الصحة وتحسن العديد من المؤشرات به الا أن هناك تركيز على تنمية المجتمعات الحضرية وتخصيص المزيد من الاستثمارات لها مما ادى الى سوء توزيع موارد وبعض خدمات الدولة وحدوث (الازدواجية الإقليمية) حيث يوجد عدم عدالة وتركز في توزيع استثمارات الصحة على مستوى المحافظات وعلى سبيل المثال تستحوذ ٨ محافظات فقط (الغائرة، الجيزة، الاسماعيلية، الاسكندرية، الشرقية، الدقهلية، المنيا، قنا) على حوالي ٦٥,٨% من الاستثمارات الموجهة للصحة عام ٢٠١٧، وتركز الاستثمارات الموجهة لقطاع الصحة في ثلاثة محافظات وهي انقاهرة وإسكندرية والجيزة حيث يستحوذوا على حوالي ٤٨,١% من الاستثمارات العامة الموجهة لقطاع الصحة ويتواجد بهم حوالي ٢٠,٤% من الأطباء العاملين بالمستشفيات الحكومية وحوالي ٢٦,٣% من المستشفيات الحكومية على مستوى الجمهورية عام ٢٠١٧، مما أثر سلباً على مؤشرات الصحة في بعض المحافظات وخاصة محافظات الوجه القبلي.

٢. ثبت صحة الفرض الثاني (توجد علاقة طردية بين معدلات الأمية وتدهور المؤشرات الصحية على مستوى المحافظات):
حيث ترتفع معدلات الأمية في المحافظات ذات المؤشرات الصحية المنخفضة وخاصة محافظات الوجه القبلي.

كما تم الوصول الى النتائج التالية:

٣. ضعف الاستثمارات الموجهة لقطاع الصحة وخاصة في ظل تزايد النفقات الجارية.
٤. العدالة في توزيع الخدمات الصحية لا ترتبط بالضرورة بعدالة المخرجات وتحسينها.
٥. انخفاض نسبة الانفاق على الصحة الى الناتج المحلي الاجمالي مقارنة بالعديد من الدول.
٦. الرعاية الصحية ليست متاحة جغرافياً بشكل عادل بين فئات المواطنين في مختلف المحافظات، فعلى الرغم من زيادة أعداد الأطباء وأسرة المستشفيات في المدن والمناطق الحضرية إلا أن الريف - وخاصة المناطق الفقيرة - يعاني من نقص الخدمات الصحية وزيادة تكلفتها مما يؤكد ضرورة اعداد إستراتيجية تعمل على تعظيم العائد من الانفاق على الخدمات الصحية المقدمة.
٧. يعتبر معدل الزيادة السكانية من أهم وأخطر التحديات التي تواجه المجتمع المصري بالإضافة الى ارتفاع معدل الأمية - خاصة في الوجة القبلي - مما يحول دون تحسين قيمة المؤشرات التنموية ومن ثم دليل التنمية البشرية القومى.

التوصيات

١. زيادة التوعية بضرورة تنظيم الأسرة والتوسع وتوفير الدعاية الكافية لخدمات تنظيم الأسرة في وسائل الاعلام المختلفة و في كافة محافظات مصر خاصة للطبقات منخفضة الدخل والمستوى التعليمي في المحافظات ذات معدلات المواليد المرتفعة؛ واعداد خطة لتنظيم الأسرة بحيث يكتفى بطفلين لكل أسرة مع منح حوافز للأسر الملزمة بخطة الدولة فيما يتعلق بتنظيم الأسرة مثل :

• اقتصار التحاق الطفل الثالث بالمدارس الحكومية على التعليم الأساسي فقط.

• عدم ادخال الطفل الثالث في بطاقة التموين.

• زيادة رسوم استخراج الشهادات الرسمية للطفل الثالث.

• عدم استفادة الطفل الثالث من بعض الخدمات المجانية التي تقدمها وزارة الصحة.

٢. التوسع في برامج محو الأمية وخاصة للإناث في المحافظات الأكثر احتياجاً وتوعيتهم من خلالها بأهمية وسائل تنظيم الأسرة ومتابعة الحمل حفاظاً على صحتهم وصحة أطفالهم.

٣. تصحيح الاختلالات فيما يتعلق بتركز السكان في بعض المحافظات من خلال توفير عناصر الجذب من الخدمات المختلفة في المحافظات الأخرى، وهو ما يتطلب تحقيق العدالة في توزيع المخصصات الموجهة لقطاع الصحة على مستوى المحافظات وبما يتناسب مع التوزيع النسبي للسكان.

٤. رفع كفاءة الانفاق على قطاع الصحة من خلال التوسع في انشاء مستشفيات ووحدات ومراكز صحية متكاملة الخدمات خاصة في المناطق الأكثر احتياجاً- محافظات الوجه القبلي - لتحقيق التوازن الاقليمي في توزيع الخدمات الصحية مع الاهتمام بإعداد دورات تدريبية للممرضات وندوات للأطباء لرفع كفاءتهم المهنية، مع التوعية بأهمية الإهتمام بالمرضى وحسن معاملتهم وتطبيق موازنة البرامج والأداء لتحسين المخرجات.

٥. حوكمة القطاع الصحي من خلال اعداد الإجراءات والعمليات التي تساعد على تحقيق أهداف المؤسسة والرقابة عليها، في اطار هيكل يوضح توزيع الحقوق والمسئوليات بين مختلف الجهات التابعة للقطاع الصحي وتحديد قواعد واجراءات واضحة لاتخاذ القرار بصورة لامركزية، وتعزيز الإفصاح والشفافية وضمان حقوق الأطراف المستفيدة بما يضمن

إدارة هذا القطاع بفاعلية ويتطلب ذلك تطوير نظم المعلومات الصحية ونظم التقييم والمتابعة، ومواجهة حالات الفساد المالي أو الإداري، ووضع معايير للرقابة على الأداء وإنشاء خريطة صحية قومية للمرضى والخدمات الصحية.

٦. التركيز على والاهتمام بالمبادئ الأساسية لبرنامج الإصلاح الصحي وتمثل في:

- التغطية الشاملة لجميع المواطنين مع البدء بالخدمات الصحية ذات الأولوية.
- الجودة وهي ضمان وتحسين مستويات الرعاية الصحية وأيضا أماكن تقديم الخدمات الصحية.
- العدالة بحيث يتم تقديم الخدمة الطبية بناء على الحاجة إليها وليس القدرة على سداد التكلفة.
- الكفاءة في توزيع الموارد المالية والبشرية والمنشآت الصحية بناء على احتياجات المواطنين وزيادة الفاعلية مقابل تكلفة أداء الخدمة.
- الاستمرارية وتعنى ضمان دوام نظام الإصلاح الصحي وخدماته لصالح الأجيال الحالية والقادمة.
- التوعية بأهمية الصحة العامة والتغذية السليمة وطرق الوقاية من الأمراض وضرورة العلاج في المراحل المبكرة من الإصابة.

٧. توفير مزيد من المخصصات لقطاع الصحة والتي يمكن إتاحة بعضها من خلال مصادر تقلل العبء على الموازنة العامة للدولة وعلى سبيل المثال:

- حوكمة القطاع الصحي تتيح رفع كفاءة الاتفاقي وضمان وصول الخدمة لمستحقيها.
- التوسع في برامج العلاج الاقتصادي والخدمات الصحية المسانية - في إطار يوفر مقابل مناسب للأطباء - لتحصيل مزيد من الأموال من الشرائح التي يمكنها تحمل النفقات العلاجية.
- زيادة رسوم زيارة المرضى بالمستشفيات وتخصيصها لتوفير المزيد من الخدمات الصحية.

٨. تفعيل دور قانون التأمين الصحي الشامل بحيث يصبح اللجنة الأساسية لنظام صحي شامل وبما يضمن تحسين جودة الخدمة الصحية في إطار اصلاح شامل لكافة جوانب الخدمة الصحية وتفعيل منظومة طب الأسرة.

المراجع:

أولاً: المراجع باللغة العربية:

١. استراتيجية التنمية المستدامة، رؤية ٢٠٣٠، وزارة التخطيط والمتابعة والإصلاح الإداري، ٢٠١٥.
٢. البيان المالي، الموازنة العامة للدولة، وزارة المالية، سنوات مختلفة.
٣. الحالة الصحية والخدمات الصحية في مصر، جمعية التنمية الصحية والبيئية، برنامج السياسات والتنظم الصحية، ٢٠١٥.
٤. الصحة في مصر، اليونيسيف، ٢٠١٤.
٥. <https://www.unicef.org/egypt/ar/health>
٥. العقد الاجتماعي في مصر، دور المجتمع المدني، تقرير التنمية البشرية في مصر، معهد التخطيط القومي، ٢٠٠٨.
٦. الكتاب الإحصائي السنوي، الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء، سنوات مختلفة (٢٠١٨، ٢٠٠٧).
٧. النشرة السنوية لإحصاءات الخدمات الصحية، الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء، سنوات مختلفة، (٢٠١٨، ٢٠٠٧).
٨. بسيوني زكي سالم، تاريخ وتطور الرعاية الصحية الأولية في مصر، أطلس للنشر والإنتاج الإعلامي، ٢٠١٨.
٩. تقرير التنمية البشرية في مصر، معهد التخطيط القومي، سنوات مختلفة.
١٠. خطط التنمية الاقتصادية والاجتماعية، والمتابعات الربع سنوية، وزارة التخطيط والمتابعة والإصلاح الإداري، أعداد متفرقة.
١١. كتاب الإحصاء السنوي، الإدارة العامة لتنظيم المعلومات ودعم اتخاذ القرار، وزارة التربية والتعليم، سنوات مختلفة، (٢٠١٨، ٢٠٠٧).
١٢. مصر في ارقام، الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء، ٢٠١٩.

1. Beyond scarcity: Power, poverty and the global water crisis, Human Development Report UNDP, 2016.
2. Egypt Economic Monitor, From Floating to Thriving, Taking Egypt's Exports to New Levels, World Bank, 2019.
3. Human Development Indices and Indicators, Statistical update, United Nations Development Programme, 2018.
4. Mahdi Salehi, Budaq Budaqov, "Spatial Analysis of Urban Inequality in Qazvin Province", Journal of Civil Engineering and Urbanism, Vol, 3, (Issue 5), 2013.
5. The Changing Nature of Work, World Development Report, 2019.
6. The 2030 Agenda for Sustainable Development, United Nations, 2015.
7. The concept and measurement of human development, Human Development Report, UNDP, 1990.
8. World Bank Data Base.
<https://data.albankaldawli.org/indicator>
9. World Development Indicators: Education, Health inputs, Structure of output, World Bank.
<http://wdi.worldbank.org/table/2.7>