فجوات وتحديات النظام الصحي في مصر وسياسات مقترحة لتعزيز الأمن الصحي في ضوء خبرات جائحة كورونا

أ.د. عزة الفندري*
أ.د محمد ماجد خشبة**

مقدمة

يقدم الدستور المصري لعام 2014 رؤية مرجعية رشيدة للنظام الصحي الوطني بالنص على حق المواطن في الصحة والرعاية الصحية وفق معايير الجودة وتخصيص نسبة للإنفاق الحكومي على الصحة لا تقل عن 3% من الناتج القومي الإجمالي قابلة للتصاعد التدريجي بما يتوافق مع المعدلات العالمية. وأكدت استراتيجية التنمية المستدامة: رؤية مصر 2030 على هذه المرجعية الدستورية من خلال رؤية صحية تنص على حق كافة المصريين بالتمتع بحياة صحية سليمة وآمنة، وسار على منوالها وثائق التنمية الأخرى وبرنامج عمل الحكومة الجاري.

وقد سلطت جائحة كورونا في مصر، كما في عديد من دول العالم، الأضواء على العديد من جوانب القوة والضعف في النظام الصحي الوطني والتي لا ترتبط بالضرورة بمدى كفاءة ومرونة هذا النظام في التعامل مع الجائحة وتداعياتها بل ترتبط مباشرة بالعديد من الفجوات أو جوانب الخلل في هذا النظام والتي تتطلب مبادرات عاجلة أو استراتيجية للتعامل معها.

كما سلط التقرير الثاني حول حالة التنمية في مصر –2019 الأضواء حول حقيقة أن الصحة تعتبر من أهم مسببات القلق للمواطن المصري جراء ارتفاع تكلفة العلاج وانخفاض جودة الخدمات الصحية في الوحدات الحكومية المجانية أو شبه المجانية، مع عدم وجود مؤشرات مباشرة لقياس جودة الخدمات الصحية في مصر.

* الأستاذ بمركز التخطيط الثقافي والاجتماعي – معهد التخطيط القومي
** الأستاذ ورئيس قسم الدراسات المستقبلية بمركز الأساليب التخطيطية – معهد التخطيط القومي

تقدم هذه الورقة إطلالة فاحصة على بعض الفجوات في النظام الصحي في مصر والتي تمثل تحديات هامة أمام تطوير هذا النظام على نحو يلبي طموحات وتطلعات المجتمع المصري المأمولة من هذا النظام ويعزز استدامة الصحة ورفاه العيش لأبناء هذا الوطن.

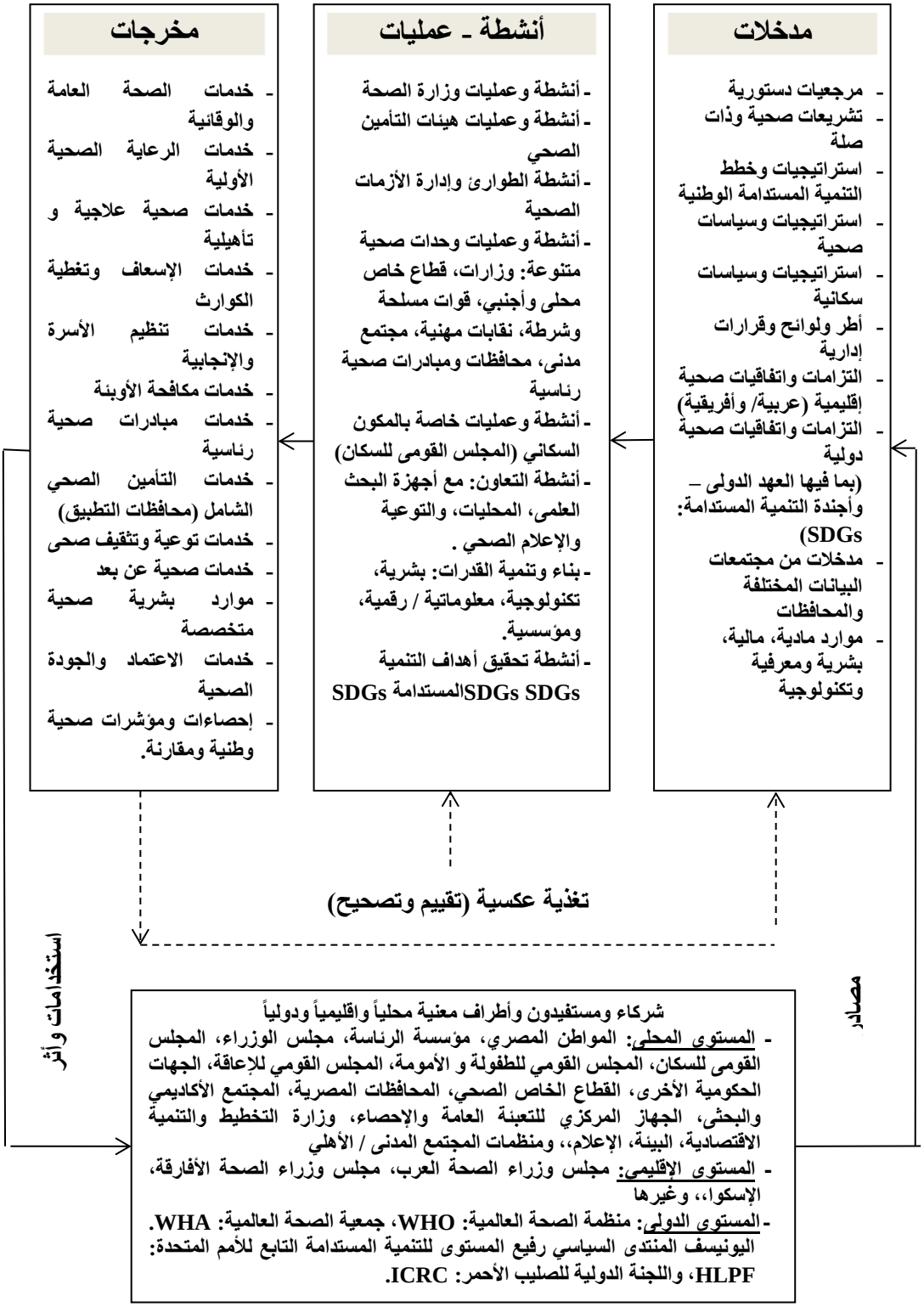
يعتبر النظام الصحي المصري في واقع الأمر عن العديد من الأنظمة الصحية الفرعية المتعددة والتي ينظمها مرجعيات تشريعية وإجرائية متباينة إن لم يكن بعضها متداخلاً أو متناقضاً، وهو التعدد الذي يطال أيضا المرافق التابعة لوزارة الصحة ذاتها، بما يفرض صعوبات حقيقية في حوكمة النظام المذكور وتفعيل آليات التخطيط الاستراتيجي وبناء رؤية مستقبلية لهذا النظام سواء لدى الجهة المسئولة موضوعياً (وهي وزارة الصحة والسكان) أو لمجالس عليا جديدة / قديمة.

فالخدمات الصحية في مصر تقدم من خلال أوعية أو نظم متعددة: مستشفيات تابعة لوزارة الصحة، وأخرى تابعة للمؤسسة العلاجية أو مديريات الصحة بالمحافظات، ومستشفيات وعيادات التأمين الصحي. هذا بالإضافة إلى تواجد نظم صحية إضافية موازية مثل نظام المستشفيات الجامعية، ونظام مستشفيات تابعة للوزارات مثل: الدفاع، الداخلية والنقل والكهرباء، ونظام مستشفيات وعيادات تابعة للقطاع الخاص المصري وغير المصري، ووحدات صحية تابعة للجمعيات الأهلية وأخرى تابعة للنقابات المهنية، وغيرها. (شكل رقم –1).

في ظل هذا التشظي في النظام الصحي في مصر فإن تأسيس آلية عليا فعالة للتخطيط وصنع وتنفيذ السياسات في القطاع الصحي المصري سوف يحتاج إلى مواصفات خاصة تتصدرها الاستدامة والقدرة على إعادة هيكلة وحوكمة النظام الصحي بالكامل لتحقيق التغطية الصحية الشاملة وفق معايير مختلفة وفى ضوء الخبرات العالمية في هذا الخصوص، وهو الأمر الذي لم يكتب له النجاح المأمول بعد.

وقد وجه رئيس الوزراء في مايو 2020 بإنشاء (مجلس أعلى للصحة) برئاسة رئيس مجلس الوزراء بهدف دعم وتعزيز القطاع الصحي، ويتولى إعداد استراتيجية موحدة للخدمة الصحية تشمل جميع الجهات التي تعمل بالمنظومة الصحية، ووضع التنظيم الملائم لتشغيل المستشفيات الحكومية والخاصة.

شكل رقم 1: توصيف النظام الصحي في مصر



وهذه الدعوة هي دعوة جديدة / قديمة، حيث أن تجربة المجلس الأعلى للصحة ذاتها تمثل نموذجاً على خلل مفاهيمية ووظيفة التخطيط الاستراتيجي في حوكمة النظام الصحي في مصر منذ سبعينيات القرن الماضي، حيث تأسس المجلس الأعلى للصحة في البداية بقرار جمهوري رقم 81 لسنة 1978 بغرض تنسيق وتكامل جميع الجهات العاملة في المنظومة الصحية سواء العامة أو الخاصة، وهى ذات الأهداف المطروحة على المجلس الجديد عام 2020 دون تطور ملموس عبر أربعة عقود سابقة مع تعطل أو غياب للمجالس السابقة عن الانعقاد لسنوات متتالية، ناهيك عن الفعالية المرجوة الغائبة على الأرض.

وتأتى دعوة رئيس مجلس الوزراء لتأسيس مجلس أعلى للصحة عام 2020 في ظل حقائق ومستجدات هامة في بيئة الحوكمة والتخطيط الاستراتيجي للنظام الصحي في مصر، وأبرزها:

- **صدور قانون نظام التأمين الصحي الشامل**، وهو القانون رقم 2 لسنة 2018 والذي يطبق على كافة الخدمات الصحية في الدولة فيما عدا خدمات الصحة العامة والوقائية والإسعافية وتنظيم الأسرة، وتضمن القانون تأسيس ثلاثة كيانات مؤسسية:

- **الهيئة العامة للتأمين الصحي الشامل**، وهي (هيئة عامة اقتصادية) تخضع للإشراف العام لرئيس مجلس الوزراء، وتقوم على تطبيق النظام وفق أسس (فصل التمويل عن تقديم الخدمة)، ولا يجوز لها تقديم خدمات علاجية أو الاشتراك في تقديمها. (مادة –2)
- **الهيئة العامة للرعاية الصحية**، وهي (هيئة عامة خدمية) تخضع للإشراف العام للوزير المختص بالصحة.
- **الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية**، وهي (هيئة عامة خدمية) تخضع للإشراف العام لرئيس الجمهورية.

- **تواجد أكثر من مستوى للتخطيط الاستراتيجي وصناعة السياسات داخل النظام الصحي الوطني – تداخل أدوار الوزارة والمجلس والهيئات والكيانات**، وعلى سبيل المثال فإن قانون التأمين الصحي الشامل يكرس مسئولية مجلس إدارة كل هيئة من الهيئات الثلاثة السابق الإشارة إليها عن وضع (استراتيجية) و(السياسات التنفيذية) لكل هيئة منها، ومتابعة تنفيذها.

وعلى ذلك، تظهر العديد من التحديات المرتبطة بتفعيل وظيفة التخطيط الاستراتيجي للنظام / القطاع الصحي وتحقيق (التكامل الاستراتيجي والسياساتى الأفقي والرأسي) داخل القطاع الصحي بمكوناته المختلفة، وعلى الأخص فيما يخص العلاقة بين (وزارة الصحة والسكان) والهيئات الجديدة في قانون التأمين الصحي، بخلاف العلاقة بين الوزارة والكيانات الأخرى داخل النظام الصحي، بل وطبيعة علاقة الوزارة بالمجلس الأعلى للصحة المقترح ذاته. بخلاف الحاجة إلى تضمين المبادرات الصحية الرئاسية ضمن آليات التخطيط الاستراتيجي والمتابعة والتقييم في صلب النظام الصحي.

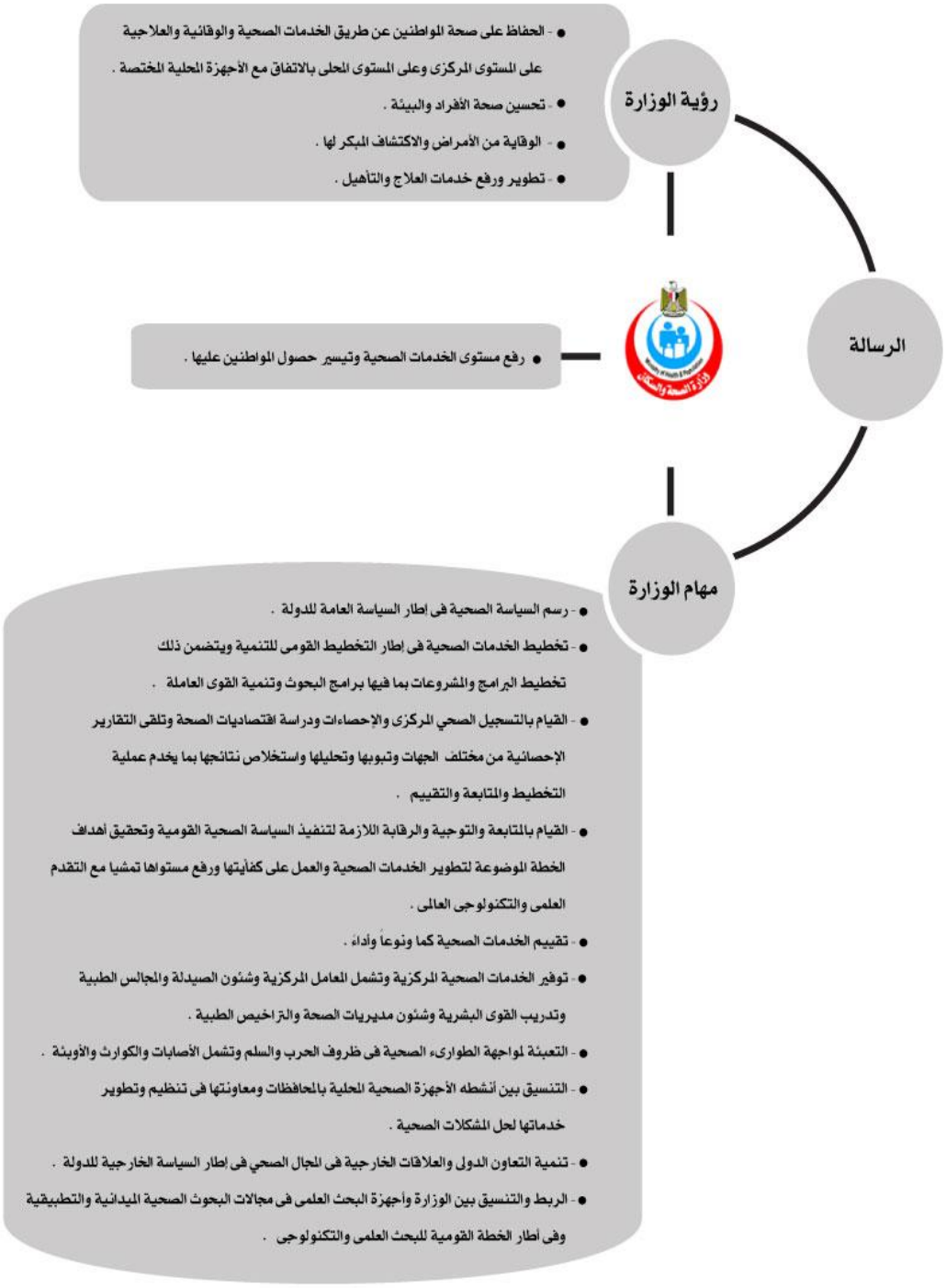
وتطرح هذه الإشكاليات الداخلية في النظام الصحي إشكاليات إضافية في التعامل مع أطراف رئيسة خارج هذا النظام وعلى الأخص في علاقة الوزارة والنظام الصحي بآليات التخطيط الاستراتيجي الكلى على مستوى الدولة في ارتباطه باستراتيجية التنمية المستدامة، أو الخطط متوسطة الأجل وبرامج العمل الحكومية، وغيرها. كذا إشكالية توصيف أو إعادة هيكلة أو تموضع أدوار (المجلس الأعلى للصحة) و(وزارة الصحة والسكان) و(المجلس القومي للسكان) على وجه الدقة في منظومة التخطيط الاستراتيجي للنظام الصحي في مصر خاصة وأن وزارة الصحة والسكان تشير بوضوح إلى أنها مسئولة عن رسم السياسة الصحية للدولة في إطار السياسة العامة للدولة والتخطيط القومي للتنمية. (شكل رقم –2)

وقد سبق أن تناولت وثيقة استراتيجية التنمية المستدامة: رؤية مصر 2030 هذه الإشكاليات أو التحديات، وركزت على ضرورة إعادة توصيف (هوية ووظيفة وأدوار وزارة الصحة والسكان) من جهة، والانعكاسات السلبية للتعقيدات والتداخلات بين الأدوار التخطيطية والتنفيذية والتمويلية والتنظيمية الرقابية داخل النظام الصحي من جهة أخرى. مع الإشارة إلى أن وثيقة الاستراتيجية قد صدرت قبل صدور قانون التأمين الصحي الشامل عام 2018 والمستجدات التي فرضها هذا القانون وسبقت الإشارة إليها.

2. **فجوات في انعكاس قضايا المكون السكاني في استراتيجية وأهداف الوزارة:** فعلى الرغم من تغير تبعية **(المجلس القومي للسكان)** عبر العقود الماضية إلا أنه أصبح مؤخراً تابعاً لوزير الصحة والسكان منذ عام 2011، وهي التبعية التي تفرض انعكاس أنشطة المجلس في رؤية

ورسالة وأهداف الوزارة بصورة أو أخرى وهو الأمر الغائب كما يوضح الشكل رقم 2. كما تفرض هذه التبعية لاحقاً التنبه إلى ضرورة رسم مسارات متكاملة ومتمايزة في آن بين المجلس الأعلى للصحة والمجلس القومي للسكان.

شكل رقم 2: "رؤية ورسالة ومهام وزارة الصحة والسكان المصرية"



المصدر: موقع وزارة الصحة والسكان المصرية – http://www.mohp.gov.eg/

هذا مع العلم، أن المجلس القومي للسكان لديه بعض خطط وأنشطة تتداخل بصورة مباشرة مع أنشطة وزارة الصحة والسكان مثل أنشطة تنظيم الأسرة، ومكافحة الختان، والصحة الإنجابية والحد من الزواج المبكر وغيرها. (وفق موقع المجلس)

3. **فجوات في آليات المتابعة وتقييم الأداء وقياس الأثر التنموي/ المجتمعي وكفاءة النظام الصحي الوطني**، وهي الفجوات الناشئة بدورها من تعدد مسئوليات ومستويات التخطيط الاستراتيجي وصنع السياسات في النظام الصحي التي سبقت الإشارة إليها، والتي ترتب بدورها لمستويات متعددة من أنشطة المتابعة والتقييم داخل النظام الصحي وكياناته المختلفة بما يعوق التقييم الموضوعي لدور النظام الصحي وكفاءته. هذا، بخلاف أنشطة المتابعة والتقييم للقطاع الصحي على المستوى الكلى في وثائق التنمية المختلفة سواء استراتيجية التنمية المستدامة وخططها متوسطة الأجل والسنوية. وأيضاً بخلاف متابعة برنامج عمل الحكومة 18 /2019- 21 / 2022 لهذا القطاع، حيث تضمنت وثيقة برنامج العمل برنامجاً رئيساً حول توفير الرعاية الصحية الشاملة في مصر، ويضم 9 برامج صحية فرعية. وقد صدر تقرير متابعة للسنة الأولى من البرنامج المذكور (يوليو 2019- يونيو 2018).
4. **تحديات التحديث التكنولوجي والتحول الرقمي في النظام الصحي**، وهي التحديات التي كشف عن بعضها جائحة كورونا: COVID 19، والتي كرست الحاجة إلى استراتيجية وطنية للصحة الرقمية تتوافق مع الأجندة العالمية المعنية من جانب منظمة الصحة العالمية (الاستراتيجية العالمية للصحة الرقمية 2020 / 2024). وتتيح تلك الاستراتيجية للنظام الصحي الوطني قدرات تكنولوجية أكبر على المسح والاختبار والتتبع والعلاج من خلال التوظيف الرشيد للتكنولوجيات البازغة خاصة الذكاء الاصطناعي (AI)، وضمان وصول الجميع إلى العلاجات واللقاحات الآمنة عندما تصبح متاحة. مع تعزيز قدرات العمل الجماعي متعدد الأطراف عبر الحدود في هذا الخصوص.

وتكتسب هذه الاستراتيجية أهميتها في ضوء التعاون الإيجاب الفعال بين مصر ومنظمة الصحة العالمية، وعلى النحو الذي يعزز تواصل مصر مع المعايير والخبرات العالمية في مجال الرقمنة الصحية وتطويع التكنولوجيات البازغة، واستفادتها من الدعم الفني والتمويلي والتكنولوجي للمنظمة في هذا الخصوص. (الريس وخشبة،2020).

5. تحديات الصحة والتنمية المستدامة – المستهدفات الأممية والوطنية:

عرض تقرير المراجعة الطوعية لمصر أمام الأمم المتحدة (VNR–2018) بخصوص أهداف التنمية المستدامة بعض الإيجابيات حول التقدم الذي حققته مصر في تنفيذ الهدف الثالث من أهداف التنمية المستدامة الأممية– SDGs الخاص بالصحة الجيدة والرفاه للجميع خاصة فيما يتعلق بصحة الأمهات والأطفال، والنجاح المبهر لحملة فيروس C، وغيرهما.

من جهة أخرى، سلط التقرير الأضواء على محددات هامة في عمل النظام الصحي المصري في سعيه لإنجاز الهدف الثالث المشار إليه وعلى رأسها: قيود التمويل وتوافر الموارد التمويلية، التزايد السكاني، وفجوات في حوكمة النظام الصحي المصري.

ورغم تقادم بيانات العديد من المؤشرات الصحية الوطنية، فإن التقرير الإحصائي حول أهداف التنمية المستدامة للجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء لعام 2019 يلقى مزيد من الأضواء على جهود مصر وسعيها لتحقيق الهدف الأممي الثالث وغاياته الفرعية والتحسن الحاصل في بعضها خاصة تزايد المساعدات الإنمائية الرسمية للقطاع الصحي. كما سلط التقرير الضوء على مشكلة ضعف توافر وتقادم البيانات ذات الصلة حيث لا تتجاوز تغطية غايات ومؤشرات الهدف الثالث إحصائياً نسبة 59.2%، وهو الأمر الذي يضع قيوداً على التخطيط الرشيد وتقييم الأداء لهذا القطاع الحيوي.

وفى هذا الخصوص تجدر الإشارة، إلى أن تقرير المراجعة الطوعية لمصر السابق الإشارة إليه قد صنف مشكلة **(البيانات)** باعتبارها التحدي الأول الذي يواجه تحقيق أهداف التنمية المستدامة في مصر، كما سلطت استراتيجية التنمية المستدامة والخطة متوسطة المدى للتنمية المستدامة الأضواء على مشكلة البيانات في القطاع الصحي في مصر. (الريس وخشبة، 2020).

وبالنسبة للتقارير العالمية، فقد أشار تقرير التنمية المستدامة لجامعة كمبردج (Cambridge,2020) إلى تحقيق الهدف الثالث الخاص بالصحة والرفاه (تحسناً متوسطا– improving Moderately) في مصر.

6. تحديات تفعيل آليات استباق وإدارة المخاطر والأزمات، وترتبط تلك التحديات في بعض جوانبها بمدى جودة (مجتمع البيانات) في النظام الصحي الوطني خاصةً مع توقف آليات هامة في هذا الخصوص (المسح السكاني والصحي) وكان ينفذ كل خمس سنوات تحولت إلى عامين، ونفذ أخيراً عام 2014 بما يجعل نتائجه ومخرجاته متقادمة وقليلة الأثر إلى حد كبير. كما يرتبط

بالحاجة إلى تشريع جديد للأمراض المعدية في مصر، يكون بديلاً للقانون رقم 137 لسنة 1958 في شأن الاحتياطات الصحية للوقاية من الأمراض المعدية، ويتناسب مع التطورات المحلية والعالمية المحيطة والمؤثرة في هذا الخصوص، وبما يعزز القدرة على الإنذار المبكر، والحد من المخاطر، وإدارة المخاطر الصحية الوطنية.

كما ترتبط تلك التحديات بمدى توافر استراتيجية وطنية متكاملة للحد من الكوارث والمخاطر، بما فيها المخاطر الصحية، تتوافق مع (إطار سنداي للحد من المخاطر والكوارث 2015-2030)، الذي وقع في اليابان في مارس عام 2015، والذي يتولى متابعته في مصر مركز المعلومات ودعم اتخاذ القرار بمجلس الوزراء المصري.

7. **تسريع خطط التأمين الصحي الشامل، والبدائل من خلال حوار مجتمعي،** فعلى الرغم من أن المشروع يعتبر طوق نجاة لنهضة النظام الصحي المصري وتدارك العديد من فجواته المجتمعية غير أن اعتبارات التكلفة (حوالي 30 مليار جنيه)، وطول المدة المقدرة (حوالي 15 عاماً) ربما يقفان حجر عثرة في هذا الخصوص. ومع الرغبة المجتمعية في التسريع بهذا المشروع فإن البدائل الحقيقية لإنجاز هذا التسريع (خاصة التمويلية) يمكن أن تأتى من خلال حوار مجتمعي شامل وفعال حول تلك البدائل. ويشارك في هذا الحوار السلطتين التشريعية والتنفيذية والأحزاب السياسية ومنظمات المجتمع المدني والقطاع الخاص والإعلام.
8. **مبادرات تخطيطية غير كافية على المستوى الكلى لمواجهة التحديات الصحية،** فقد استجاب المخطط بصورة مرنة وسريعة للتعامل مع تداعيات الجائحة الوبائية، وجاءت الاستجابة في إطار خطة العام الثالث 2021/20 من الخطة متوسطة المدى للتنمية المستدامة 2019/18-2022/21 والتي تعتبر أحد أدوات تحقيق الرؤية المستقبلية لقطاع الصحة باستراتيجية التنمية المستدامة: رؤية مصر 2020. فقد استهدفت خطة 2021/20 زيادة الاستثمارات الكلية (25.3 مليار جنيه) مقارنة بخطة 2020/19 (21.3 مليار جنيه) وبمعدل نمو 18.8%، واستحوذت الاستثمارات العامة على الجانب الأكبر (81%) مقارنة بالاستثمارات الخاصة (11%). ويوضح جدول (1) توزيع الاستثمارات للبرامج الرئيسية الصحية الحكومية.

جدول رقم 1: "هيكل استثمارات البرامج الرئيسية الحكومية لقطاع الصحة خطة 2021/20"

البرامج	الاستثمارات (مليون جنيه)	النسبة المئوية %
المستشفيات العلاجية والخدمات الطبية المتخصصة	1511	14.8
القرى الأكثر احتياجا	590.4	5.8
وحدات الرعاية الصحية الأولية والأساسية	1396.4	13.7
الرعاية العاجلة	100.3	0.9
برامج الصحة الوقائية	253.9	2.5
السكان وتنظيم الأسرة	16.4	0.2
المراكز الطبية المتخصصة وجراحات اليوم الواحد	953.9	9.3
مستشفيات أمانه الصحة النفسية	88.9	0.8
البرامج العلاجية (صحة المرأة وأورام الثدي، وتطوير مراكز الفشل الكلوي، وتطوير أقسام الرعاية الحرجة والعاجلة بالمستشفيات	2928.3	28.7
الهيئات الخدمية (هيئة المستشفيات التعليمية، والدوائية، والمستحضرات الحيوية، والرعاية الصحية، والاعتماد والرقابة الصحية	2380	23.3
إجمالي البرامج	10219.5	100

المصدر: وزارة التخطيط والتنمية الاقتصادية، خطة العام الثالث (2021/20) من الخطة متوسطة المدى للتنمية المستدامة 2019/18-21 / 2022، صـ 213.

وفيما يتعلق بالتغطية الصحية الشاملة فقد استهدفت خطة 2021/20:

- زيادة عدد أسرة الرعاية المركزة من 4107 (حالي) إلى 7253 عام 2020.
- زيادة عدد الحضانات من 4894 (حالي) إلى 5294 عام 2020.
- زيادة عدد أسره رعاية الأطفال من 517 (حالي) إلى 966 عام 2020.
- زيادة المستشفيات المميكنة من 25 عام 2020 إلى 100 عام 2025.

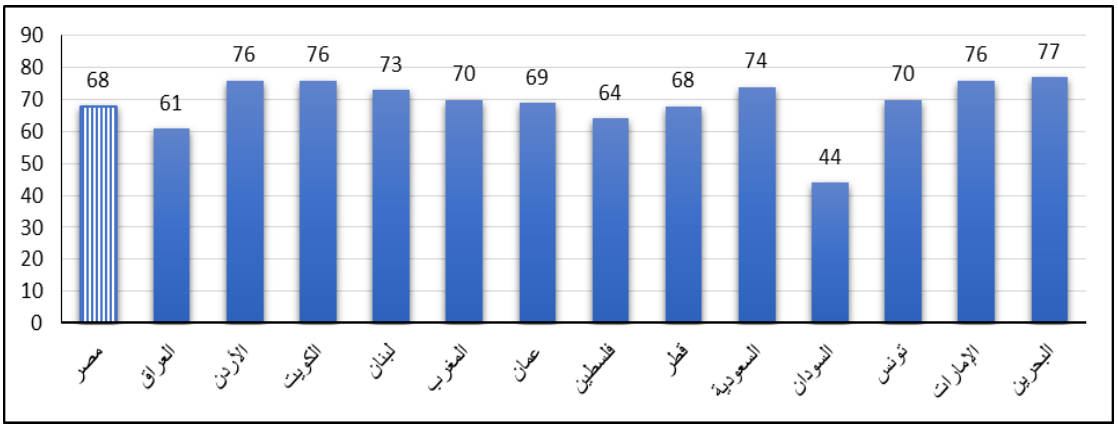
وبالعودة إلى قضية التخطيط الاستراتيجي للنظام الصحي في مصر، فإن هناك حاجة ملحة إلى إعادة هيكلة التوجهات الاستراتيجية والسياسات الخاصة بالقطاع الصحي في مصر، وأن تنعكس إعادة الهيكلة المذكورة في عملية إعادة هيكلة استراتيجية التنمية المستدامة، وإعادة هيكلة الخطة متوسطة المدى للتنمية المستدامة وبرنامج عمل الحكومة.

9.تحديات متعددة تواجه الأمن الصحي في مصر، وفق نتائج مؤشر الأمن الصحي بتقرير جامعة هوبكنز والإيكونومست ومبادرة التهديد النووي (NTI,2019) فإن هناك العديد من التحديات التي يبرزها التقرير تواجه النظام الصحي في مصر. (مرفق تقرير كامل حول نتائج المؤشر)

9-1.تهديدات صحية محتملة مرجحة لمصر من دول الجوار، وتتعلق على الأخص بحركة جائحة كورونا عبر الحدود حيث يلاحظ أن التهديدات الصحية الأكثر احتمالاً لمصر تأتى من الغرب، وأيضاً من الجنوب وذلك للترتيب المنخفض لدولتي السودان (163) وجنوب السودان (180)، ودولة ليبيا (168) لضعف أنظمتهم الصحية، وذلك وفق على المؤشر الفرعي الخاص بمصادر التهديد المحتملة العابرة للحدود.

9-2.فجوات في التغطية الصحية الشاملة والخدمات الصحية الأولية، حيث تتفوق العديد من الدول العربية على مصر في المؤشر المذكور كما يوضح الشكل رقم -3.

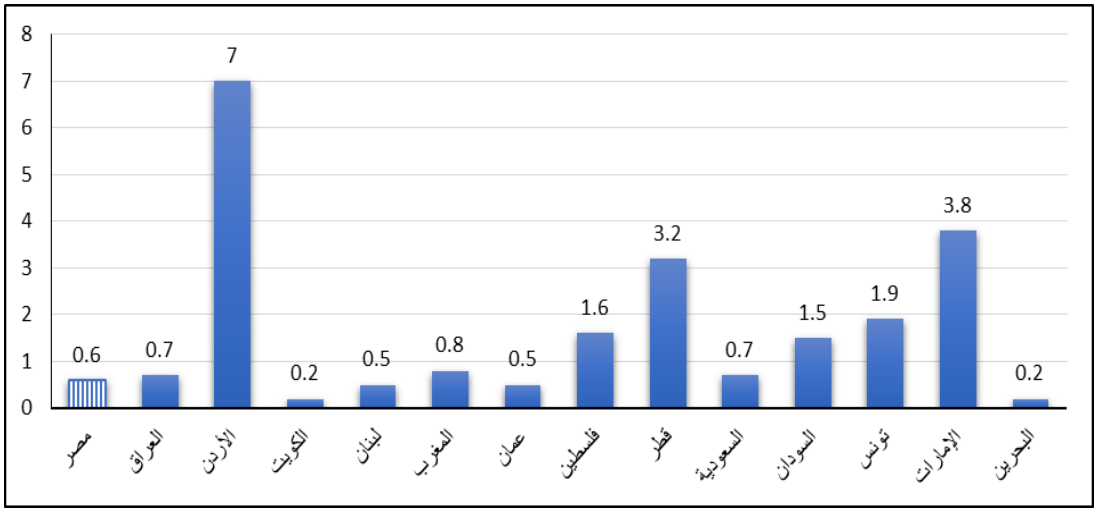
شكل رقم 3: مقارنة بين مصر وبعض الدول العربية من حيث مؤشر التغطية الصحية الشاملة



Source :Monitoring health and health System Performance in the Eastern Mediterranean Region, 2019, p.16 .

وتتكرر ذات المشاهدة بالنسبة لمؤشر التغطية بخدمات الرعاية الصحية الأولية مقارنة ببعض الدول العربية كما يوضح الشكل التالي:

شكل رقم 4: مقارنة بين مصر وبعض الدول العربية من حيث التغطية بخدمات الرعاية الصحية الأولية لكل 100 ألف نسمه



Source :Monitoring health and health System Performance in the Eastern Mediterranean Region, 2019, p.16 .

3-9. المنشآت العلاجية، تنامى نصيب القطاع الخاص في عدد الوحدات الصحية بأسرة من 37.4% في عام 2008 إلى 62.6% عام 2018. أما عدد الأسرة فقد كان القطاع الخاص يمتلك في عام 2008 حوالي 15.4% من الأسرة الصحية، وأصبح عام 2018 يمتلك 27% من إجمالي عدد الأسرة في القطاع الصحي.

جدول رقم 2: تطور عدد الوحدات الصحية بأسره وعدد الأسرة بالقطاع الخاص الصحي المصري خلال الفترة من 2008-2018

السنة	إجمالي عدد الوحدات الصحية بأسره	% القطاع الخاص للإجمالي	إجمالي عدد الأسرة	% القطاع الخاص للإجمالي
2008	1832	37.4	128768	15.4
2009	1599	58.8	124686	17.0
2010	1587	58.4	125123	20.7
2011	1569	59.0	124146	20.8
2012	1566	58.7	122267	20.8
2013	1594	58.8	124300	20.9
2014	1600	58.8	122473	20.1
2015	1662	60.3	124361	25.0
2016	1679	60.6	126595	25.8
2017	1770	61.8	132092	27.2
2018	1848	62.6	131003	27.0

المصدر: الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء، مصر في أرقام، 2020، صـ 166

9-4.تحديات متعددة تتعلق بالموارد البشرية (أطباء بشريين – هيئة تمريض)، حيث تشير الأرقام إلى تدنى معدلات العاملين الصحيين من الأطباء البشريين لكل 10000 نسمة في مصر مقارنة ببعض الدول العربية بإقليم شرق المتوسط لمنظمة الصحة العالمية والتي تأتى متقدمة جميعها على مصر (ما عدا المغرب والسودان). ويتكرر ذات المشهد تقريباً فيما يخص هيئة التمريض حيث تأتى مصر في المرتبة قبل الأخيرة (15.5 لكل 10000 نسمة) متقدمة على دولة المغرب فقط.

جدول رقم 3: معدلات العاملين الصحيين في مصر وبعض الدول العربية لكل 10.000 نسمة

الدولة	العاملون الصحيون لكل 10000 نسمة	
	أطباء بشريون	هيئة تمريض
مصر	8.2	15.5
العراق	9.1	21.2
الأردن	23.0	33.2
الكويت	25.3	67.2
لبنان	31.2	37.4
المغرب	6.7	8.5
عمان	21.0	44.0
فلسطين	21.5	25.9
قطر	25.0	73.2
السعودية	26.4	55.2
السودان	2.8	35.5
تونس	13.0	38.9
الإمارات	24.8	57.9
البحرين	22.6	25.4

Source :WHO, Monitoring health and health system performance in the Eastern Mediterranean Region, 2019, p.14.

في ذات السياق أكد تقرير لمنظمة الصحة العالمية (2020) إلى تدنى معدلات الأطباء البشريين في مصر (4.5 لكل 10 ألف نسمة) وكذلك هيئة التمريض (19.3 لكل 10الف نسمة) مقارنة بمعدلات معظم أقاليم منظمة الصحة العالمية وكذلك بالمعدل العالمي، ماعدا الإقليم الأفريقي كما يوضح الجدول التالي.

جدول رقم 4: معدل الأطباء البشريين وهيئة التمريض لكل 10 ألف نسمة لمصر والعالم وأقاليم منظمة الصحة العالمية

المؤشر	مصر	العالم	أفريقيا	الأميركتين	جنوب شرق آسيا	الأوروبي	شرق المتوسط	الباسيفيكي
معدل الأطباء البشريين لكل 10الف نسمة 2010-2018	4.5	15.6	3.0	24.0	9.1	34.1	10.1	18.8
معدل تمريض لكل 10الف نسمة (2010-2018)	19.3	37.6	10.1	83.3	17.9	81.3	14.5	36.3

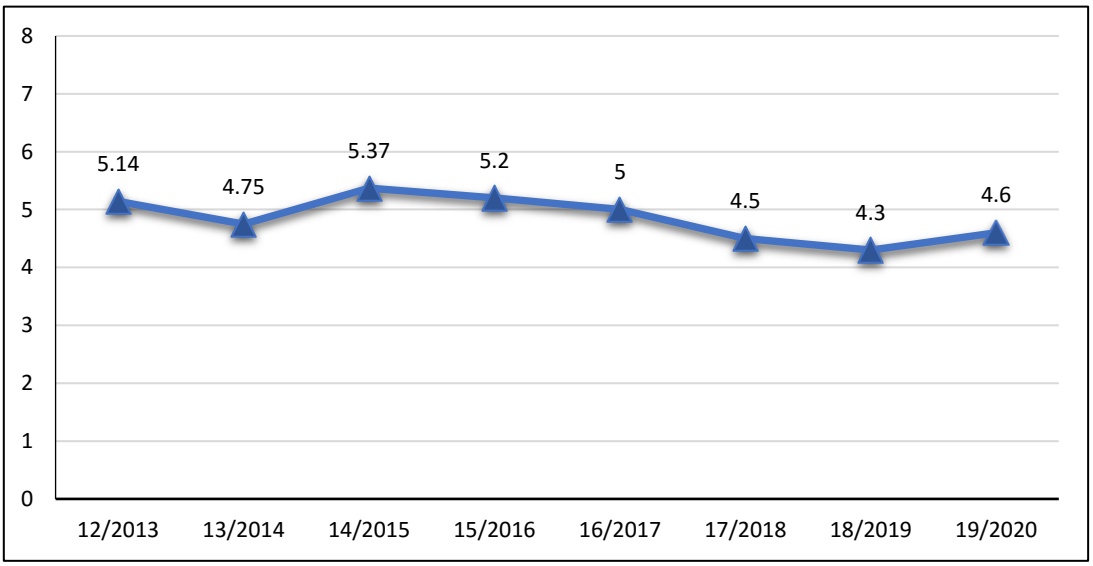
Source :WHO, Monitoring health for the SDGS, world health statistics, 2020, annex 2, part3

وعلى المستوى النوعي، فإن نظام التأمين الصحي الشامل سوف يرتب الحاجة المتزايدة إلى أعداد جديدة من (طبيب الأسرة – physician Family)، والذي يكون مسئولاً عن تقديم خدمات (طب الأسرة –Medicine Family) في المستوى الأول لتقديم الخدمة الصحية ضمن نظام التأمين الصحي الشامل لجميع الأعمار والفئات في إطار الأسرة المصرية.

9-5.تحديات توفير الموارد والإنفاق على الصحة، تُوضح بيانات بحث الدخل والإنفاق والاستهلاك لعام 2018/2017 أن الإنفاق على الصحة يحتل المرتبة الثالثة في إنفاق الأسرة المصرية بعد الغذاء والمسكن، بنسبة تبلغ في المتوسط 10% من إجمالي الإنفاق، وهي تُعد نسبة مرتفعة، وتزيد عن نسبة الإنفاق على التعليم. كما أوضح تقدير للبنك الدولي أن نحو 60% من الإنفاق الصحي في مصر هو إنفاق عائلي يُوجه للقطاع الخاص، ويرجع ذلك بدرجة كبيرة إلى عدم كفاءة أو عدم توفر الخدمات الصحية العامة.

في ضوء هذه الحقائق، وبالاقتراب من الواقع الفعلي، يلاحظ أن هناك تذبذباً في الإنفاق العام على الصحة خلال الفترة 2013/12- 2020/19 مع ملاحظة تسجيل ارتفاع ملموس في عام 2020/19 (4.6%) مقارنة بعام 2019/18 (4.3%)، ويقدم الشكل التالي رقم 5 تطور نسبة الإنفاق العام على الصحة كنسبة من الإنفاق العام للدولة خلال الفترة من 2013/12- 2020/19 وفق بيانات جهاز الإحصاء.

شكل رقم 5:" تطور نسبة الإنفاق العام على الصحة كنسبة من الإنفاق العام للدولة خلال الفترة من 2013/12- 2020/19"



المصدر: الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء، كتاب مصر في أرقام، 2020، ص، 177

ولمقارنة الإنفاق على الصحة بمصر مع المعدلات الإقليمية يرصد جدول (5) وكذلك شكل (6) بعض مؤشرات التمويل الصحي لبعض البلاد العربية (إقليم شرق المتوسط)، حيث يشير الجدول إلى تدنى مستوى الإنفاق العام على الصحة (4.2%) مقارنة بباقي الدول العربية حيث تأتى ترتيب مصر في أدنى المستويات وفقط قبل دولة العراق.

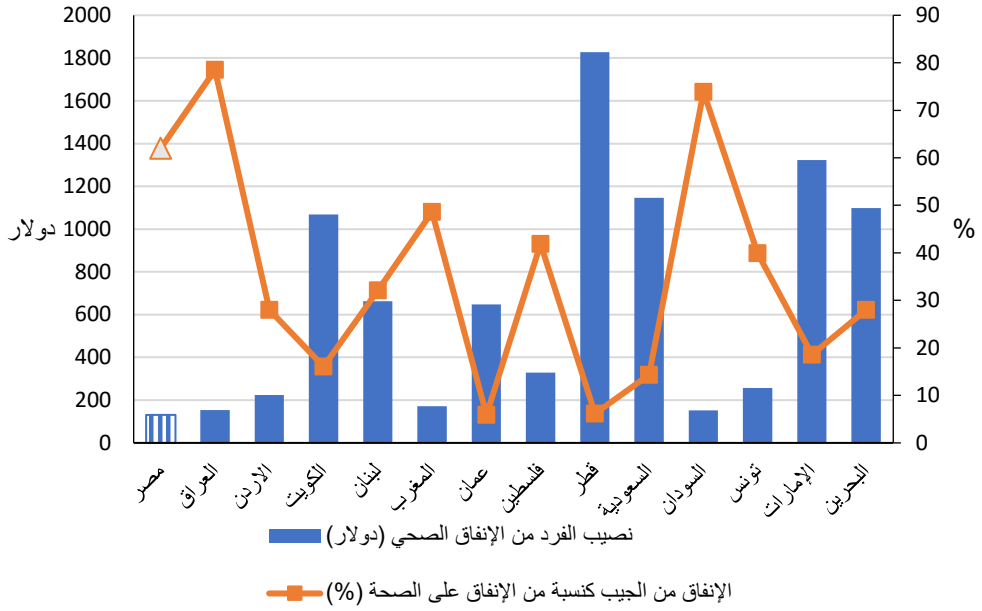
كما يشير الجدول إلى احتلال مصر المرتبة الأخيرة بين جميع الدول العربية فيما يتعلق بنصيب الفرد من الإنفاق الصحي (131 دولار)، وقد ترتب على تدنى المؤشرين السابقين ارتفاع نسبة الإنفاق من الجيب (62%) كنسبة من الإنفاق على الصحة وحيث يسبق مصر في هذا المؤشر دولتي العراق (78.5%) والسودان (73%).

جدول رقم 5: مؤشرات الإنفاق على الصحة لدول عربية ومصر – "2019"

الدولة	نصيب الفرد من الإنفاق الصحي	الإنفاق من الجيب كنسبة من الإنفاق على الصحة	الإنفاق العام على الصحة كنسبة من الإنفاق العام للدول
مصر	131	62.0	4.2
العراق	153	78.5	1.7
الأردن	224	28.0	12.0
الكويت	1068	16.1	6.2
لبنان	662	32.1	14.3
المغرب	171	48.6	9.1
عمان	648	5.9	7.6
فلسطين	329	41.9	13.7
قطر	1827	6.2	6.3
السعودية	1147	14.3	10.1
السودان	152	73.9	10.7
تونس	257	39.9	13.7
الإمارات	1323	18.6	7.9
البحرين	1099	28.0	7.4

Source ،WHO ،Monitoring Health and Health System Performance in the Eastern Mediterranean Region, 2019, p.13.

شكل رقم 6: " مؤشرات الإنفاق على الصحة لدول عربية ومصر – 2019"



Source ،WHO, Monitoring Health and Health System Performance in the Eastern Mediterranean Region, 2019, p.13.

في ذات السياق يرصد جدول (6) وشكل (7) مقارنة بين مصر وأقاليم منظمة الصحة العالمية فيما يتعلق بمؤشرين هامين:

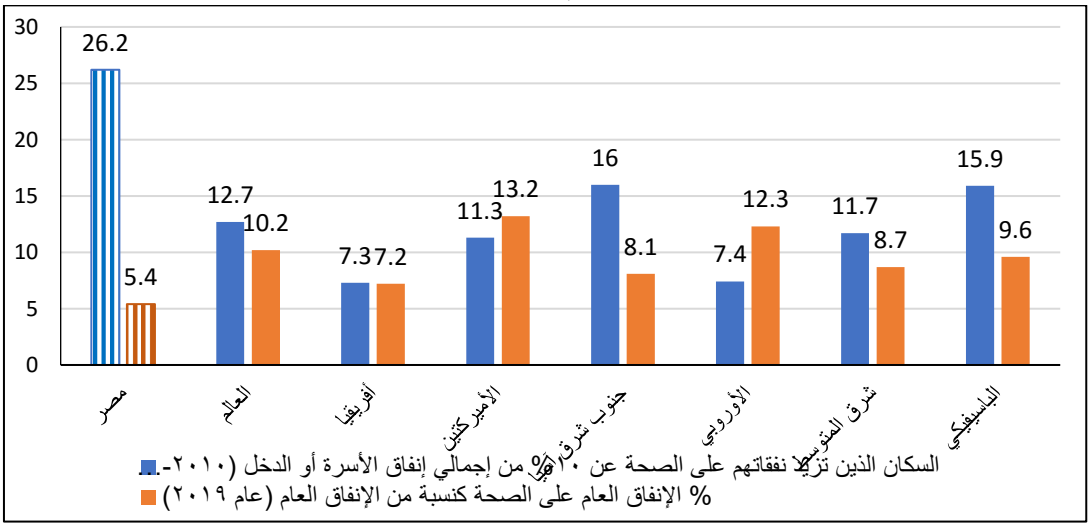
- **<u>المؤشر الأول:</u> نسبة السكان الذين يزيد إنفاقهم على الصحة عن 10% من إجمالي إنفاق الأسرة أو الدخل**، حيث يلاحظ ارتفاع هذه النسبة (26.2%) مقارنة بالمستوى العالمي وجميع أقاليم منظمة الصحة العالمية.
- **<u>المؤشر الثاني:</u> الإنفاق العام على الصحة كنسبة من الإنفاق العام**، حيث يلاحظ تدنى هذا المؤشر (5.4%) مقارنة بالمستوى العالمي وجميع أقاليم منظمة الصحة العالمية.

جدول رقم 6:" مؤشرات الإنفاق على الصحة في مصر والعالم وأقاليم منظمة الصحة العالمية"

المؤشرات	مصر	العالم	أفريقيا	الأميركتين	جنوب شرق آسيا	الأوروبي	شرق المتوسط	الباسيفيكي
السكان الذين تزيد نفقاتهم على الصحة عن 10% من إجمالي إنفاق الأسرة أو الدخل (2018-2010)	26.2	12.7	7.3	11.3	16.0	7.4	11.7	15.9
% الإنفاق العام على الصحة كنسبة من الإنفاق العام (عام 2019)	5.4	10.2	7.2	13.2	8.1	12.3	8.7	9.6

Source :WHO ،World Health Statistics 2020, Monitoring Health, for the SDGS, annex2 ،Part 2 ،P.51 ،Part ،3 P.65

شكل رقم 7:"مؤشرات الإنفاق على الصحة في مصر والعالم وأقاليم منظمة الصحة العالمية"



Source :WHO, World Health Statistics 2020, Monitoring Health, for the SDGS, annex2 ،Part 2 ،P.51 ،Part ،3 P.65

9-6.فجوات الحق في الدواء، حيث تعتبر صناعة الدواء من الصناعات الاستراتيجية لتعزيز السلام والأمن الصحي والاجتماعي والوطني للدولة. ويتشكل سوق الدواء في مصر من الشركات العامة المملوكة للدولة، والقطاع الخاص المحلى والأجنبي. ويعتبر سوق الدواء في مصر من أكبر الأسواق في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، وقد بلغت قيمته 41.35 مليار جنيه مصري عام 2018، كما ارتفعت الصادرات من 301.4 مليون دولار في العام المالي 2017/2016 إلى 391.9 مليون دولار العام المالي 2018/2017. من المتوقع أن ينمو سوق الدواء في مصر، حيث ترتفع مبيعات الدواء من 38.3 مليار جنيه مصري عام 2017 ليصل إلى 56.6 مليار جنيه مصري عام 2022.

وتشير الإحصاءات المتاحة إلى شبه الاستحواذ الكامل للقطاع الخاص على إنتاج الدواء في مصر خلال الفترة من 2005 حتى 2016 (91.9% - 93.5% على التوالي). ما يعنى أن تحقيق الحق في الدواء لا تتحكم فيه الدولة ويتحكم فيه القطاع الخاص المحلى والأجنبي. كما يلاحظ من جدول (7) ارتفاع قيمة الواردات من الدواء خلال الفترة من 2005 حتى 2015 (2169 مليون جنيه – 22168 مليون جنيه على التوالي)، بما فاقم العجز التجاري خلال الفترة من 2005 حتى 2016 من 1811 مليون جنيه إلى 20109 مليون جنيه. (عطيتو،2019).

جدول رقم 7:" تطور الميزان التجاري من الدواء واللقاحات والأمصال الطبية خلال الفترة من 2005 – 2016 "

(القيمة بالمليون جنيه)

السنة	الصادرات	الواردات	الميزان التجاري	معدل التغطية
2005	357	2169	(1811)	16.5
2010	1398	6421	(5023)	21.8
2016	2291	28401	(20109)	9.3

المصدر: سلوى حجازي عطيتو، اقتصاديات صناعة الدواء في مصر خلال الفترة من 2005 إلى 2016، المجلة العلمية للدراسات التجارية والبيئية، المجلد (10)، العدد الأول، الجزء الأول، 2019، صـ 135.

10. نتائج الورقة:

- **أزمة هوية وأدوار في بيئة الحوكمة والتخطيط الاستراتيجي وصناعة السياسات والتقييم في النظام الصحي في مصر**، في ظل تعدد الكيانات المؤسسية وتنازع أو تداخل الأدوار التخطيطية

بين الوزارة والمجلس الأعلى للصحة المنتظر والمجلس القومي للسكان، والكيانات المؤسسية المستجدة في نظام التأمين الصحي الشامل، بخلاف الكيانات المؤسسية الصحية الأخرى المتعددة، والمبادرات الصحية الرئاسية، وغيرها.

- **تحديات متعددة في علاقة التخطيط للصحة على مستوى الأجهزة المعنية بالتخطيط للصحة على المستوى الكلى**، وهو الأمر الذي يمكن أن يعوق بلورة أولويات استراتيجية واضحة ومتسقة للنظام الصحي على الأجل الطويل (استراتيجية التنمية المستدامة)، أو على الأجل المتوسط (خطط التنمية متوسطة المدى – وبرامج عمل الحكومة).
- **تحديات دمج قضايا المكون السكاني ضمن قضايا النظام الصحي**، وهي قضايا متعددة وذات طبيعة خاصة ولها أبعاد صحية وغير صحية، ولها مجلس أعلى متخصص يتبع وزير الصحة والسكان، لكن هذه القضايا لم تطرح بصورة واضحة ضمن قضايا النظام الصحي الوطني.
- **تحديات التحديث والكفاءة في النظام الصحي**، وترتبط بتحديات ضبط وشمول وجودة (مجتمع البيانات الصحية في مصر)، وجهود زيادة معدلات التحول الرقمي في الخدمات الصحية، وجهود تطوير قدرات إدارة واستباق المخاطر الصحية، وغيرها.
- **تحدى تسريع التأمين الصحي الشامل من خلال بدائل مجتمعية**، حيث يمكن لهذا النظام حرق الكثير من المراحل نحو التغطية الصحية الشاملة الفعالة في المجتمع، لكن تمويل تكلفة هذا التسريع تحتاج إلى بدائل صعبة تتطلب إرادة مجتمعية شعبية لطرحها والقبول بها من خلال حوار مجتمعي شامل.
- **تحديات متعددة تواجه الأمن الصحي في مصر**،

- **تهديدات صحية عابرة للحدود من دول الجوار**، خاصة من تلك الدول التي تعاني من هشاشة وانكشاف أنظمتها الصحية وفق معايير عالمية.
- **فجوات في التغطية الصحية الشاملة وخدمات الرعاية الصحية الأولية**، خاصة مقارنة بالعديد من الدول العربية الأخرى.
- **تنامى دور القطاع الخاص في النظام الصحي ومحدداته**، والحاجة إلى تطوير نظم المتابعة والتقييم والجودة والاعتماد لضمان الالتزام بأهداف النظام الصحي الوطني ومراعاة الاعتبارات المجتمعية والمسئولية الاجتماعية في هذا الخصوص.
- **أكثر من فجوة خطيرة في الموارد البشرية في النظام الصحي**، حيث النقص الشديد في الأطباء وهيئة التمريض / 10000 نسمة مقارنة بالعديد من الدول العربية، وإقليم منظمة الصحة العالمية على حد سواء.
- **تحديات جدية في التمويل والإنفاق على الصحة**، فعلى الرغم من ارتفاع نسبة الإنفاق العام على الصحة إلى 4.6% العام الجاري مقارنة بـ: 4.3% عام 2019/2018، إلا أنه يظل

متواضعاً وأقل من معدلات في سنوات سابقة في مصر، وأقل من المعدلات المناظرة في دول عربية كثيرة.

- **الدواء قضية أمن قومي،** حيث تتسع هيمنة القطاع الخاص في هذا المجال الذي يحتاج إلى دور أكثر فعالية للدولة والقطاع العام في هذا الخصوص.

11.مقترحات وبدائل لتطوير النظام الصحي الوطني:

- **إعادة هيكلة هوية وأدوار وتشكيل المجلس الأعلى للصحة،**

- **فيما يتعلق بالهوية،** هل هو مجرد مجلس استشاري لتقديم النصائح، أم مجلس للحوكمة الصحية وبناء الاستراتيجيات والسياسات الوطنية، وترتيب آليات فعالة لمتابعة تنفيذها. وهل هو مجلس أعلى للصحة أم مجلس أعلى للصحة والسكان؟
- **فيما يتعلق بالأدوار،** على المجلس الحوكمة الواضحة للأدوار الرئيسة داخل النظام الصحي الوطني، وطبيعة العلاقة فيما بينها في سياق الاستراتيجيات والسياسات الصحية الموضوعة بما في ذلك:
  - ✓ **آليات الربط والتكامل مع جهاز التخطيط الوطني،** بما يضمن دمج أهداف وتوجهات وسياسات النظام الصحي في وثائق وخطط التنمية للدولة.
  - ✓ **دراسة إمكانية تحويل (وزارة الصحة) إلى أمانة عامة** للمجلس الجديد، لتتحول الوزارة إلى منظم ومراقب ومقيم وليس مقدم للخدمات الصحية.
  - ✓ **إعادة النظر في موقف (المجلس القومي للسكان)** وأدواره، وتبعيته.
  - ✓ **دراسة دمج أو تجميع أو إعادة هيكلة** للأدوار والكيانات الصحية الراهنة.
- **فيما يتعلق بالتشكيل،** الذي يجب أن يراعى شموله لكافة الأطراف (اللاعبون) داخل النظام الصحي الوطني على سبيل الحصر وليس على سبيل الانتقاء.

- **تعزيز أبعاد العدالة والحماية الاجتماعية في النظام الصحي الوطني، من خلال**

- **توصيف وتحديد وحماية الفئات الأكثر هشاشة والمهمشة صحياً،** بالتعاون مع وزارة التضامن والجمعيات الأهلية المعنية.
- **تبنى وسائل غير تقليدية لتوصيل الخدمات الصحية للفئات المهمشة،** ومن بينها توفير الأدوية اللازمة لأصحاب الأمراض المزمنة، والتوعية الصحية وتوفير بعض الخدمات الصحية الأخرى (خاصة المتعلقة بصحة البيئة) في المنازل.

- **إعفاء بعض الفئات المهمشة وغير القادرين من تكلفة الخدمات الصحية**، سواء ضمن نظام التأمين الصحي الشامل، أو من خلال (شبكات الحماية الاجتماعية)، وغيره من خلال بطاقات خاصة.
- **استكمال تغطية مرافق البنى التحتية الآمنة**، خاصة تغطية فجوات خدمات الصرف الصحي الآمن في القرى المصرية غير المشمولة.

- **إعداد استراتيجية للتحول الرقمي (الصحة الرقمية) في مصر**، وذلك بهدف تحسين كفاءة النظام الصحي الوطني، وخدمات الصحة عن بعد، وتراعى:

- **التوافق مع مسودة الاستراتيجية العالمية للصحة الرقمية 2020 / 2024**، والاستفادة من الخبرات العالمية والإقليمية، وأفضل الممارسات المناسبة.
- **التوافق مع جهود الأمم المتحدة لإنجاز أجندة التنمية المستدامة: SDGs**: خاصة المعنية بالهدف الثالث الخاص بالصحة ورفاه البشر في سياقات الجائحة وما بعدها، وهي الجهود التي تتبنى تسخير (الذكاء الاصطناعي) وغيره من التكنولوجيات البازغة لتسريع تحقيق أهداف التنمية المستدامة وعلى رأسها هدف الصحة الجيدة.
- **ضبط وتجديد وتحديث مجتمع البيانات الصحية**، واستكمال الفجوات المعلوماتية فيه بالتعاون مع الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء.

- **توجهات جديدة لتنمية وتطوير الكوادر البشرية في النظام الصحي الوطني،**

- **تعزيز قوة العمل متنوعة التخصصات في قطاعات الوقاية**، لاكتشاف مصادر تهديدات الأمراض والاستجابة لها في مجتمعات الإنسان والحيوان والطيور والبيئة.
- **سد فجوات الموارد البشرية الصحية وفق أولويات زمنية**، وعلى الأخص النقص في أطباء الأسرة بالتنسيق مع وزارة التعليم العالي، وتطوير نظم الأجور والحوافز المالية لمواجهة عزوف الأطباء عن العمل في وزارة الصحة.
- **تطوير معايير وبروتوكولات واتخاذ إجراءات حمائية لحماية العاملين الصحيين**، بما يتطابق مع القواعد والمعايير الدولية.
- **زيادة أعداد البرامج التدريبية في مجال إدارة واستباق الأزمات الصحية**، بما فيها أزمات الجوائح الوبائية.
- **تبنى رؤى مختلفة لرأس المال البشري في القطاع الصحي الرقمي**، خاصة مع تصاعد أدوار حيوية في النظام الصحي للمبرمجين، أخصائيو البيانات، مهندسي المعرفة، مهندسي الشبكات، والمتخصصين في الشبكات الاجتماعية، بخلاف وظائف الأطباء والتمريض والمعامل، وغيرها في القطاع الصحي.

- **بدائل تسريع وضغط مراحل نظام التأمين الصحي الشامل**، وذلك من خلال تنظيم (حوار مجتمعي شامل) حول البدائل المطلوبة خاصة (البدائل التمويلية) بمشاركة السلطتين التشريعية والتنفيذية والجمعيات الأهلية والمؤسسات النقابية للوصول إلى بدائل عملية قابلة للتنفيذ في هذا الخصوص.
- **استراتيجية جديدة لصناعة الدواء في مصر**، وهي الاستراتيجية التي تركز على مبادرات لتعظيم دور الحكومة والشركات العامة في سوق الدواء المحلى التصديري، ويمكن أن يلعب (صندوق مصر السيادي) دور محوري في هذا الخصوص.
- **تطوير خدمات وسبل التوعية الصحية**، واستغلال قدرات الصحة الرقمية في هذا الخصوص عبر وسائط التواصل الإليكتروني الصحي. كذلك توسيع الاستعانة بالمرشدين والرواد الصحيين المجتمعيين (مثل نموذج: الرائدات الريفيات) المحليين بهدف توعية المجتمع المحلى خاصة فيما يتعلق بالجوانب الوقائية.
- **تعزيز الإجراءات الاحترازية لمواجهة المخاطر الصحية العابرة للحدود**، خاصة من دول الجوار التي تتفشى فيها بعض الأوبئة، أو التي تعاني هشاشة في أنظمتها الصحية، حيث يمكن لبعض الأوبئة أن تصل اللي مصر عن طريق السفر ونقل البضائع.

المراجع

أولاً: مراجع باللغة العربية

- أماني الريس ومحمد ماجد خشبة (2020). الصحة الرقمية في مواجهة كورونا وغيرها: عن الخبرات العالمية والمصرية، ونظرة إلى الغد. سلسلة أوراق الأزمة، الإصدار (7).
- عزة القندري (2020). الأمن الصحي في مواجهة التهديدات الصحية. سلسلة أوراق الأزمة
- محمد ماجد خشبة (2020). مفاهيم وسياقات في أزمة فيروس كورونا المستجد: COVID–19". القاهرة: معهد التخطيط القومي. سلسلة أوراق الأزمة، الإصدار (0).

ثانياً: مراجع باللغة الأجنبية

- John Hopkins Bloomberg School of Public Health and NTI, (2019). Global Health Security Index-Building Collective Action and Accountability. Washington :Nuclear Threat Initiative.
- WHO, (2019). Monitoring Health and Health System Performance in the Eastern Mediterranean Region, Geneva: WHO.
- WHO, (2020 .(World Health Statistics 2020, Monitoring Health, for the SDGS. Geneva: WHO.
  WHO (2020). Draft Global Strategy on Digital Health-2020 .2024Geneva. WHO.