

التحديات الاجتماعية لنسق الرعاية الصحية في مصر ومؤشرات جودتها

إعداد

رائيا علي عطا علي حسن

أ.د محمد ياسر الخواجة

أستاذ علم الاجتماع بكلية الآداب _ جامعة طنطا

د. ياسر النجار

أستاذ علم الاجتماع المساعد بكلية الآداب _ جامعة طنطا

المستخلص:

هدفت الدراسة إلى التعرف على التحديات الاجتماعية لنسق الرعاية الصحية في مصر ومؤشرات جودتها، وذلك من خلال التعرف على واقع القطاع الصحي في مصر، ومؤشرات جودته، وتحدياته الاجتماعية، واعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي، وتوصلت النتائج إلى عرض دقيق ومفصل لواقع القطاع الصحي في مصر، وأظهرت مؤشرات جودته، والمتمثل في مؤشر عدد المستشفيات بالنسبة للمنتفعين، ومؤشر عدد الأطباء وأعضاء هيئة التمريض مقارنة بأعداد المترددين، ومؤشر الانفاق الحكومي على قطاع الصحة، كما عرضت الدراسة التحديات الاجتماعية لنسق الرعاية الصحية في مصر والتي كانت أهمها النمو السكاني السريع وغير الخاضع للرقابة، ونقص أعداد الأطقم الطبية، وانخفاض معدلات الانفاق الحكومي على الصحة، وافتقار المستشفيات الحكومية للخدمات الأولية للرعاية الصحية، وبناء عليه أوصت الدراسة بضرورة نشر الثقافة الصحية بين المواطنين، وقيام وسائل الإعلام بتوعية المواطنين من أخطار الزيادة السكانية، وضرورة زيادة معدلات الانفاق على قطاع الصحة، وتوفير الخدمات الأولية للرعاية الصحية بقدر مناسب لاحتياجات المرضى.

الكلمات الافتتاحية: التحديات الاجتماعية - نسق الرعاية الصحية - مؤشرات جودة الرعاية الصحية.

المقدمة:



تمثل الصحة أهم القضايا التي يزداد الإهتمام بها يوماً بعد يوم في كل المجتمعات المتقدمة والنامية علي حد سواء، فالدول تسعى دائماً لزيادة الخدمات الصحية، فصحة البشر هي أساس عملية التنمية فبدون الإنسان ليس هناك حياة علي وجه الأرض، ولا يحدث التقدم والتطور في كافة المجتمعات. كما تعتبر قضية جودة الخدمات الصحية في الوقت الراهن أهم القضايا، ويعتبر الإنسان العنصر الفعال والإيجابي فيها، فهو غاية التنمية الصحية ووسيلتها، وغرض التنمية الصحية تحقيق الإرتقاء والتقدم بصحة لجميع الأفراد في شتي مجالات الحياة؛ من خلال إجراء تغييرات في البناء الإجتماعي الثقافي والسياسي.

لذا فإن الإهتمام بصحة الفرد تعتبر احدى مكونات التنمية الإنسانية التي يسعى المجتمع إليها، فالإنسان القادر على العمل، والذي يقود عملية التنمية هو الذي يتمتع بصحية نفسية وبدنية سليمة تمكنه من أداء أدواره بكفاءة، لذلك فالرعاية الصحية من أهم حقوق الإنسان، وهو ما أكده الإعلان العالمي لحقوق الإنسان، والذي أكد على حق كل شخص في مستوى معيشة يكفي لضمان الصحة له ولأسرته، ولا شك في أن حق المواطن في الحصول على الخدمات الطبية المختلفة في بلده من أهم عناصر ودعائم المجتمع الأساسية، ويعتبر حق المواطن في الحصول على الرعاية الصحية من حقوق الإنسان التي تكفلها العديد من المعاهدات الدولية التي قامت مصر بالتوقيع عليها.

وقد أشار الدستور المصري في المادتين (١٦) و(١٧) إلى أن الدولة تكفل خدمات التأمين الإجتماعي والصحي للمواطنين في مصر، ويعمل المجلس القومي لحقوق الإنسان علي توافق سياسات الدولة وتشريعاتها مع المبادئ العامة لحقوق الإنسان، هذا وتنشط البلدان في شتي أرجاء العالم في إدخال الجودة في نظم الرعاية الصحية عموماً، ويعود ذلك بصفة رئيسية إلي أن تقديم مجرد الرعاية أي رعاية لم يعد خياراً مقبولاً. وتؤكد أهداف التنمية المستدامة على الإلتزام العالمي بتحقيق التغطية الصحية الشاملة بحلول عام (٢٠٣٠)، وهذا يعني ضرورة حصول كافة الأشخاص والمجتمعات في كل مكان في العالم على الخدمات الصحية عالية الجودة التي يحتاجون إليها سواء التعزيزية أو الوقائية أو العلاجية أو التأهيلية أو المخففة للآلام دون مواجهة أي ضائقة مالية.

وتسعى معظم البلدان في جميع أنحاء العالم لإدخال الجودة في تقديم الرعاية الصحية وتحسين أدائها، كما تسعى لإرضاء المرضى من خلال تلبية حاجاتهم العلاجية وتوفير الرعاية اللازمة المناسبة لهم، حيث أصبح تطبيق الجودة في مجال الرعاية الصحية من الضروريات الملحة في العقود الأخيرة، خاصة في دول العالم النامية.

إلا أن القطاع الصحي في مصر يواجه العديد من التحديات الإجتماعية، التي تحول دون ذلك، وتسعي الدراسة الحالية إلى التعرف على هذه التحديات، خاصة أن ذلك القطاع الأساسي والحيوي والذي يمثل



رافد هام ودعامة قوية في تحقيق التنمية الصحية بالمجتمع المصري؛ وذلك من خلال ما يقوم به من دور رئيس في مواجهة المرض، وتقديم الرعاية الصحية أو المساهمة في نشر الوعي الصحي.

أولاً: إشكالية الدراسة

واجهت المنظمات الصحية تحديات وضغوطات مختلفة من الداخل ومن الخارج خلال العقود الأخيرة من القرن الماضي من أهمها ارتفاع تكلفة الرعاية الصحية، والإعتماد المتزايد على التقنية الطبية المتطورة وبشكل سريع، إضافةً إلى زيادة الضوابط والضغوط الخارجية التي تمارسها جهات التمويل والترخيص والإعتماد، بهدف تخفيض التكلفة وتحسين الجودة، كما تشهد هذه المنظمات تغييراً ملحوظاً في سلوك المستفيدين من الخدمات الصحية يتمثل في المطالبة بتحسين جودتها، وفي ظل تلك التغييرات تزايد الإهتمام بوسائل رفع كفاءة المنظمات الصحية وتحسين جودة الخدمات التي تقدمها في إدارات معظم المنظمات الصحية بتطبيق برامج الجودة النوعية أو إدارة الجودة؛ وذلك من أجل تحسين وتطوير مستوى الأداء في المنشأة الأمر الذي سوف يساعد المنشأة في الحفاظ على سمعتها من خلال اهتمامها بجودة الرعاية الصحية^(١).

ويمثل السياق الاجتماعي الإطار الأشمل الذي تندرج فيه الصحة والمرض فيعطيها طابعهما الاجتماعي، ويميزهما كظواهر ذات طابع اجتماعي يسمو علي الطابع الفردي، وتؤكد هذه النظرة علي الطابع الاجتماعي للصحة والمرض^(٢)، ويوجد كثير من التحديات الاجتماعية التي تتعلق بالتنمية الصحية، والدليل على ذلك العوامل الاجتماعية للمرضى، فكان يعتقد منذ فترة قصيرة أن العوامل البيولوجية والطبيعية هي الأسباب الوحيدة التي تحدث المرض. ولكن أسهم كلاً من علم الاجتماع والأنثروبولوجيا في توضيح أهمية الأبعاد الاجتماعية في إحداث المرض وعلاجه والوقاية منه^(٣). فهذا المجال يتميز العمل فيه بالتركيز على توقعات الناس حول صحتهم، وعلى السلوكيات الوقائية اللازمة للحفاظ عليها، وعلى تعريفهم للمرض واستجاباتهم له.

وفي هذه الفترة الحرجة التي يشهدها العالم نتيجة الإنتشار جائحة كوفيد(١٩)^(٤). توجد مجموعة من الملامح التي تشخص طبيعة النظرة الاجتماعية للصحة والمرض وهي تنطلق أساساً من قضايا ومقولات علم الاجتماع العام، وبالتالي فهي تحدد بوضوح مدى تأثير المجتمع في صياغة هذه النظرة، وبالتالي المفاهيم الاجتماعية للصحة والمرض كثيرة ومتعددة، وهي عموماً تعكس فلسفة الشعوب وثقافتها حول

(١) سالم بن جبر حاكم العززي، متطلبات ومعوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة في إدارة: الشؤون الطبية بالمديرية العامة لحرس الحدود، رسالة ماجستير، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، المملكة العربية السعودية، ٢٠١١، ص ٤-٥.

(٢) علي المكاوي، علم الاجتماع الطبي مدخل نظري، دار المعرفة الجامعية، القاهرة، ٢٠٠٥، ص ٢٨٤.

(٣) المرجع السابق، ص ٤٧.

(٤) المرجع السابق، ص ٥٧.



المرض والموت واتجاهاتهم نحوهما، وفي ضوء هذه الفلسفة كثرت الإتجاهات ما بين الوصف للمرض وأعراضه، وللصحة ومؤشراتها، ومقاييسها وبين التصنيف للأمراض المزمنة، وأخرى ميسرة ومسهلة، وصحة دائمة، وصحة مؤقتة وبين التقييم بإخفاء الأحكام عليه سواء بالقبول أو الرفض وبالإبطاء في العلاج أو الإسراع به^(١). لذلك فإن كفاءة أداء المؤسسات الطبية الرسمية قد تواجه بعدد من التحديات والصعوبات إذا لم يحاول العاملون فيها من أفراد الفريق الطبي فهم الإطار الإجتماعي الذي يشكل سلوك المرضى، وبالتالي تتحدد مشكلة هذه الدراسة في التعرف علي طبيعه وأنواع التحديات الإجتماعية لنسق الرعاية الصحية في مصر ومؤشرات جودتها.

ثانياً: أهمية الدراسة

تتمثل أهمية الدراسة الحالية فيما يأتي:

أ- الأهمية العلمية:

- والتي تتضح في مبادرة هذه الدراسة بتجاوز الإهتمام التقليدي المتكرر بالصحة والمرض إلي الإهتمام بالسياق الإجتماعي الذي يحيط بالمرض والصحة، فضلاً عن توضيحها لأهمية دراسة التحديات الإجتماعية لنسق الرعاية الصحية ومؤشرات جودتها.
- تشير هذه الدراسة إلى أهمية السعي المستمر والعمل الدائم وعدم التوقف بسبب الصعوبات التحديات التي تحد من التقدم وخاصة في مجال الرعاية الصحية.

ب- الأهمية التطبيقية:

- تتمثل في مساهمة الدراسة الحالية في التعرف على التحديات الاجتماعية لنسق الرعاية الصحية، وكذلك التعرف على مؤشرات جودة الرعاية الصحية في مصر، فضلاً عن ما تسفر عنه الدراسة الحالية من توصيات تفيد صانعي القرار في القطاع الصحي في تحسين خدماته والتغلب على بعض تحدياته الاجتماعية.

ثالثاً: أهداف الدراسة

تنتقل الدراسات من هدف عام، تمثل في معرفه طبيعة التحديات الإجتماعية لنسق الرعاية الصحية في مصر ومؤشرات جودتها، وينبثق من هذا الهدف العام الأهداف الفرعية التالية:

(١) المرجع السابق ، ص ص ٩٣- ٩٤.



- ١- التعرف على واقع القطاع الصحي في مصر.
- ٢- التعرف على مؤشرات جودة الخدمات الصحية في مصر.
- ٣- التعرف على التحديات الاجتماعية لنسق رعاية الصحية في مصر.

رابعاً: تساؤلات الدراسة

يتحدد التساؤل الرئيسي للدراسة في: ما التحديات الاجتماعية لنسق الرعاية الصحية في مصر ومؤشرات جودتها؟ ويتفرع من التساؤل الرئيس عدة تساؤلات فرعية، والتي تتمثل في الآتي:

- س١: ما واقع القطاع الصحي في مصر؟
- س٢: ما مؤشرات جودة الخدمات الصحية في مصر؟
- س٣: ما التحديات الاجتماعية لنسق الرعاية الصحية في مصر؟

خامساً: المفاهيم الأساسية للدراسة

تحديد المفاهيم على النحو الآتي:

١- تعريف التحديات الاجتماعية:

تُعرف التحديات الاجتماعية بأنها كافة الممارسات التي يقوم بها الأفراد أو الجماعات أو الهيئات أو المؤسسات أو المنظمات الاجتماعية الموجودة في المجتمع، والتي تستطيع أن تحدّ وتعوقَ عملية التنمية في قطاع الخدمات الصحية الحكومية.^(١)

وتقصد الدراسة هنا بالتحديات الاجتماعية إجرائياً بأنها: مجموعة التحديات والعراقيل الاجتماعية لنسق الرعاية الصحية في مصر التي تتكون من المعتقدات الخاطئة للعلاج الطبي وانتشار الممارسات غير العلمية لجودة الخدمات الصحية السليمة، وترايط وتماسك الجماعة.

٢- مفهوم الرعاية الصحية:

تُعرّف الصحة بشكل عام على أنها: "مجمّل الموارد الاجتماعية، والشخصية، والجسمية، التي تمكن الفرد من تحقيق طموحاته وإشباع حاجاته".^(٢)

^(١)نزبهة شاوش، المعوقات الثقافية والاجتماعية أمام التدرج الوظيفي للمرأة الجزائرية، الجزائر، مجلة علوم الإنسان والمجتمع، جامعة محمد خيضر بسكرة- كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، العدد ٢٧، ٢٠١٨، ص ١٩٣-١٩٤.

^(٢) مختار رجب، الصحة والمرض وعلاقتها بالنسق الثقافي للمجتمع، مقاربة من منظور الأنثروبولوجيا الطبية، مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، ع ١٥، جامعة المسلية، الجزائر، ٢٠١٤، ص ١٧٥.



أما تعريف الرعاية الصحية فهو نشاط يهدف إلى تعزيز وتشجيع المستوي الصحي للأفراد والجماعات بكافة جوانبه: الجسدية، والنفسية، والعقلية، والاجتماعية، فالرعاية الصحية تركز بداية على المرض أو من يصيبه المرض، والعمل على الوقاية منه بوسائل عديدة غير مكلفة، وإذا ما أصاب المرض شخص ما تتدخل الرعاية لمعالجته، ولا ينتهي عملها أو نشاطها عند هذا الحد، بل تتدخل لتأهيل المرضى الذين لا يشفون تماماً من المرض.^(١)

٣- تعريف نسق الرعاية الصحية:

النسق: " شكلاً يتكون من مجموعة من الأجزاء أو الموضوعات أو الأشخاص الذين يجتمعون في شكل منظم أو علاقات، ويسودهم الإعتماد المتبادل والتساند الوظيفي كوحدة أو كمنظم"^(٢)، ودرجة أهمية كل نسق تتوقف على أبعاد كثيرة من أهمها تشابك مع عدد من الأنساق الأخرى وبدون الدخول في هذا التشابك تصبح مصلحة النسق ضعيفة والتشابك بين الأنساق هنا ليس محكوماً فقط بتوافر الموارد ولكن أيضاً بعنصر الوقت، ومن الأنساق ذات التشابك والتداخل المستمر نسقي الطب والتعليم، فالطالب يستفيد منهما من التعليم الأولى إلى الجامعة، ومع ذلك فلا بد من توافر المحاكات أو البنود التالية لتصح الصفة النسقية،^(٣) وهي كالاتي:

- أ- لا بد أن يكون النسق تجمع الأشخاص أو موضوعات.
- ب- ضرورة ترابط الأشخاص أو الموضوعات واتحادهم بشكل ما أو بنظام أو علاقات.
- ج- لا بد أن يسود بين الأشخاص أو الموضوعات اعتماد متبادل.
- د- الاتجاه نحو تحقيق الوظيفة كوحدة أو كمنظم.

أما عن الرعاية الصحية فلها أهدافها البعيدة وأهدافها المباشرة القريبة، أما أهدافها البعيدة فهي المحافظة على سلامة المواطنين وتوفير السعادة والصحة لهم ليتمكنوا من النهوض بالمستويات الاجتماعية الملقاة على عاتقهم ومن المحافظة على كيان المجتمع أما الأهداف القريبة المباشرة فهي محاربة الأمراض المتوطنة والمعدية ومكافحة كل ما يهدد صحة الأفراد من حوادث وأعمال تضر الصحة، كما تعمل على توفير سبل العلاج والوقاية من الأمراض لجميع المواطنين، وتقديم الرعاية السكنية للمرضى الذين

^(١) عبد المهدي بواعنة، إدارة الخدمة في المؤسسات الصحية، مفاهيم و نظريات، ط١، دار الحامد للنشر، عمان، الأردن، ٢٠٠٩م، ص ٤٢.

^(٢) Janis H. Jenkins, "Culture, Emotion and Psychiatric Disorder", In: Carolyn F. Sargent and Thomas M. Johnson, (Eds.), "Medical Anthropology Contemporary Theory and Method", Greenwood Publishing Group Inc., London: 1996, P. 135.

^(٣) علي المكاوي، علم الاجتماع الطبي مدخل نظري، المرجع السابق، ص ٣٤٨.

تستعصي عليهم في العلاج^(١). هذا ويمكن اعتبار نسق الرعاية الصحية في المجتمع كنسق رئيسي يتضمن العديد من الأنساق الفرعية الأخرى (مثل: النسق التعليمي، النسق الاقتصادي، والنسق السياسي...). ويشير نسق الرعاية الصحية وجودتها إلى مفهومين رئيسيين هما سلوك الإعتماد المتبادل والعلاقات المتداخلة. وعلى الرغم من التباين الواضح بين الأشخاص القائمين بالعمل والتفاعل فيما بينهم، إلا أن لديهم جميعاً بعض الأهداف العامة - الضمنية أو الصريحة - المتفق عليها فيما بينهم^(٢). فالمعروف أن القوى العاملة علي جودة الرعاية الصحية تعمل معا على تطويرها، والقيام بدور واضح في الوقاية من الأوبئة والأمراض الخطيرة آخرها مرض كوفيد-١٩، ونظراً لهذه الأهمية فقد عكف علماء الاجتماع والأنثروبولوجيا على دراسة أنساق الرعاية الصحية داخل المؤسسات الصحية وتفسيرها.

٤- تعريف مؤشرات جودة الخدمات الصحية

يُعرف مصطلح جودة الخدمة الصحية بأنه عبارة عن: "مجموعة الإجراءات الموضوعية للتأكد من ضمان تحقيق مستويات عالية من جودة الخدمة الصحية المقدمة إلى المرتادين للمنظمات الصحية". إذ إنَّ جودة الخدمة الصحية تُعد إحدى أنماط الطرائق التي تلجأ إليها المنظمة الصحية لتُظهر تميزها عن غيرها من المنظمات الصحية الأخرى التي تشترك معها في تقديم نفس الخدمات، وذلك من خلال تكوين تلك المنظمة قواعد تتضح من خلالها شخصية تلك المنظمة على كافة المستويات^(٣).

كما يُعرف هذا المصطلح أيضاً بأنه: "تطبيق العلوم والتقنيات الطبية بأسلوبٍ يحقق أقصى استفادة للصحة العامة بدون زيادة التعرض للمخاطر"^(٤).

وقد عرّفت منظمة الصحة العالمية مصطلح جودة الخدمات الصحية بأنه: "التماشي مع المعايير والاتجاه الصحيح بطريقة آمنة ومقبولة من قِبَل المجتمع، وبتكلفة مقبولة، بحيث تؤدي إلى إحداث تأثيراتٍ على نسبة الحالات المرضية، ونسبة الوفيات، والإعاقة وسوء التغذية"^(٥).

كما تُعرف جودة الخدمات الصحية بأنها: "درجة التمسك بمعايير الخدمات التي تقدمها كي تلبى الاحتياجات الصحية، وتشبع الرغبات المطلوبة من تصدٍ للأمراض ومكافحة لها ووقايةٍ منها عن طريق

(١) بحث منشور على الانترنت، <https://abahe.uk>، تم الاطلاع ٢٠٢١/٥/٥.

(٢) Medicine, in, Folta and Deck, (ed.), A Sociological Framework for Patient Care. John Wiley & Sons, Inc., New York, 1966, p.146.

(٣) Kotler, Philip and Armstrong Gory, Op. cit. P. 640.

(٤) Nakijima, Hiroshi, Better Health: Through better life of Recourses, World Health, The Magazine of (WHO), 50th year, No. 5,9-10,1997, P. 33.

(٥) أبو سعيد الديوه جي، وعادل محمد عبد الله، النوعية والجودة في الخدمات الصحية/ دراسة تحليلية لأراء المرضى في عينة من المستشفيات العامة، مجلة تنمية الرافدين، المجلد ٢٥، العدد ٧٣، ٢٠٠٣، ص ١٤.



الطب الوقائي، ومعالجة ظاهرة الموت المبكر، وكذلك حماية المجتمع ووقايته منها عن طريق تحديد مستوى معين من الممارسات، والقيام بعمل تقديرٍ مُسبقٍ للنتائج التي يُتوقع حدوثها لخدمةٍ ما أو لإجراءٍ مُعينٍ أو تشخيصٍ ما أو معالجةٍ مشكّلةٍ طبيةٍ محددةٍ. ويتضح من خلال هذا المفهوم أنّ الجودة يتمّ تحديدها بناءً على أساس الالتزام بالمعايير الطبية التي اعتمدها العالم بغية الوصول إلى التحسين والتطوير المستمرين^(١).

وعادة ما تتم عملية تقييم جودة الخدمات الصحية في ضوء عدد من المؤشرات لقياس الأداء كميًا، ويجب أن تكون المؤشرات ممكنة التحديد وقابلة للقياس، كما يجب أن تكون واضحة بحيث يسهل فهمها وبالتالي الاعتماد عليها في عملية تقييم الأداء من أجل الوصول إلى نتائج موضوعية يمكن مقارنتها بالأهداف المحددة، وتعتمد فعالية مؤشرات جودة الخدمات الصحية على متطلبات واحتياجات المرضى من جهة والمؤسسة الصحية من جهة أخرى، وهذه المؤشرات تبنى على الأهداف المراد تحقيقها وعلى الرسالة التي حددها القائمين على القطاع الصحي^٢.

وبناءً على ذلك تقصد الدراسة بمؤشرات جودة الخدمات الصحية هي حزمةً من الإجراءات والسياسات التي تصممها الحكومة المصرية بغية تقديم خدمات الرعاية الصحية للمنتفعين منها، سواء المرضى أو غيرهم بشكلٍ موضوعيٍّ ونظاميٍّ، مما يُعزز الفرص لتحسين رعاية المرضى وتطويره، والعمل على حل المشكلات الطارئة بأساليب علمية، وذلك من خلال فريقٍ من العاملين في المنظمات الصحية، يكونون مدربين على استخدام المهارات والخبرات، وتقنيات الرعاية الصحية المتوفرة لديهم، بما يحقق في النهاية أحسن النتائج في أنسب الأوقات والأماكن وبأقل التكاليف الممكنة، وتظهر تلك المؤشرات من خلال عدد المستشفيات بالنسبة للمنتفعين، وعدد الأطباء وأعضاء هيئة التمريض مقارنة بأعداد المترددين، والانفاق الحكومي على قطاع الصحة.

سادساً: الإطار النظري للدراسة تتطلق الدراسة الراهنة من نظرية جودة الخدمة Theory of Service "Quality"، والتي قام سينجي "Senge" وأولفا "Oliva" عام (١٩٩٣) بتلخيصها في نموذج لتفاعلات

^(١)World Health Organization. International Journal of Health Care Quality Assurance, Vol. 23 , Issue: 8, 2018, <https://doi.org/10.1108/ijhcqa.2010.06223hab.001>.

محمد أديب العسالي، واقع ومتطلبات تطوير الواقع الصحي، دمشق، سوريا، المؤتمر الوطني للبحث العلمي والتطوير الثقافي، ٢٠٠٦، ص ١١.

^٢ فهيمة بدبسي، جودة الخدمات الصحية الخصائص، الأبعاد والمؤشرات، مجلة الاقتصاد والمجتمع، جامعة منتوري قسنطينة، مخر المغرب الكبير الاقتصاد والمجتمع، ع ٧، ٢٠١١، ص ١٤٩.

القدرة والجودة للاستخدام في الخدمات المتنوعة بما في ذلك الخدمات الصحية والطبية، وتتخلص فيما يلي:^(١)

- ١- يصعب دائماً قياس جودة الخدمة؛ نظراً لأن الجودة غير ملموسة وثابتة.
- ٢- هناك عناصر أكثر قابلية للقياس مثل النفقات وأرقام الإنتاج للقرارات الإدارية.
- ٣- يمكن تحديد جودة الخدمات من خلال ما يطلق عليه قدرة الخدمة "service capacity" وتتحدد من خلال مستويات خبرة الأفراد، ومهاراتهم، والبنية التحتية.
- ٤- تؤدي قلة الاستثمار إلى عواقب عديدة منها: انخفاض مستويات الخدمة، وارتفاع تكاليف الجودة الرديئة، وانخفاض رضا العملاء، وارتفاع معدل عدم رضا مقدمي الخدمات، وانخفاض متوسط الأداء.

سابعاً: التراث البحثي للدراسة

استندت الدراسة إلى عدد من الدراسات السابقة، التي قسمت إلى المحوريين التاليين:

المحور الأول: الدراسات المتمركزة حول التحديات الاجتماعية لنسق الرعاية الصحية

- ١- دراسة أولجبيجا أوجينيندي، وزابيلانا نينيوا، وإسكاتو كلاني أحمدو، وعبد الصمد صاليجو، وعيسى يوسف، معالجة المعوقات الاجتماعية والثقافية التي تحول دون تنظيم الأسرة والتصميم المشترك للخدمات لتحسين الاستخدام: أدلة من شمال نيجيريا (٢٠١٩)^(٢)

هدفت الدراسة تحديد طرق تحسين تجربة مستخدمي خدمة تنظيم الأسرة في مراكز الرعاية الصحية الأولية؛ وتحديداً من أجل تحسين الاستفادة من خدمات تنظيم الأسرة في ولايتين في شمال نيجيريا، وذلك من خلال تحديد المعوقات الثقافية والاجتماعية التي تحول دون تنظيم الأسرة، واستخدمت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي، وتمثلت أداة الدراسة في الاستبيان، وأظهرت نتائج الدراسة أن أهم المعوقات التي تحول دون تقديم الخدمات الصحية لوحدات تنظيم الأسرة، تتمثل في عدم كافية المعدات، والبنية التحتية، والمعتقدات الثقافية، والاجتماعية التي تحول دون الاستفادة من خدمات انظم الأسرة، وكذلك وجود

(1) Senge, P., & Oliva, R, *Developing a theory of service quality/service capacity interaction*. The 11th International Conference of the Systems Dynamics Society. s.l.: System Dynamics Society, 1993, P. 476-480.

(2) Olugbenga Oguntunde, Jabulani Nyenwa, Sikiratu Kilani-Ahmadu, Abdulsamad Salihu & Issa Yusuf, *Addressing socio-cultural barriers to family planning and co-designing services to improve utilization: evidence from northern Nigeria*, <https://assets.researchsquare.com/files/rs-4008/v1/22085c30-4ca4-487e-abd08eecd6391ec.pdf?c=1631826615>



تحديات في الحصول على أذن الزوج للاستفادة من تلك الخدمات، وكذلك ضعف إمكانات مقدم الخدمة، وعدم وجود مقدمات للخدمات الصحية من النساء الأمر الذي ترتب عليه مزيداً من عدم جودة هذه الخدمات، وزيادة المعوقات الثقافية والاجتماعية التي تحول دون تحقيق تلك الوحدات لوظائفها.

٢- دراسة نيكولي كيسيليف وآخرون، المعوقات البنائية والاجتماعية والثقافية أمام الوصول إلى الرعاية الصحية النفسية بين اللاجئين وطالبي اللجوء السوريين في سويسرا (٢٠١٩)^(١)

هدفت الدراسة استكشاف المعوقات البنائية والاجتماعية والثقافية للوصول إلى الرعاية الصحية النفسية بين اللاجئين وطالبي اللجوء من السوريين في سويسرا، واستخدمت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي، وتكونت عينة الدراسة من (١٤٢) من اللاجئين وطالبي اللجوء السوريين ومقدمي الرعاية الصحية السويسريين وأصحاب المصلحة الآخرين (مثل منسقي وقادة اللاجئين)، وتم اختيار هذه العينة بطريقة عشوائية، وتمثلت أداة الدراسة في المقابلات الشخصية، وأظهرت نتائج الدراسة أن اللاجئين وطالبي اللجوء السوريين يواجهون معوقات بنائية واجتماعية وثقافية متعددة، إلا أن المعوقات الاجتماعية والثقافية كانت أكثر تلك المعوقات وضوحاً، وقد أشار أفراد العينة إلى أن أكثر تلك المعوقات هي: نقص الموارد، ونقص الوعي، والخوف من وصمة العار، وعدم التوافق بين النظام الصحي المحلي والاحتياجات المتصورة للاجئين وطالبي اللجوء السوريين باعتبارها عوائق رئيسية أمام الحصول على الرعاية.

٣- دراسة برييتي أيرس، ولورين هاجارد داف، وبييرل ماكليفيش، أمهات مارشال ومقدمي الرعاية الصحية، المعوقات البنائية والاجتماعية والثقافية للرعاية قبل الولادة: مقالة مقارنة (٢٠٢١)^(٢)

هدفت الدراسة المقارنة بين المعوقات البنائية والاجتماعية والثقافية للرعاية ما قبل الولادة، من وجهة نظر الأمهات ومقدمي الخدمات الصحية، واستخدمت الدراسة المنهج الوصفي المقارن، وتكونت عينة الدراسة من (٥٥) من الأمهات، ومقدمي الخدمات الصحية، وتمثلت أداة الدراسة في الاستبيان، وأشارت نتائج الدراسة أن الأمهات في جزيرة مارشال ومقدمي الرعاية الصحية قد حددوا نفس المعوقات البنائية أمام خدمات رعاية ما قبل الولادة، والمتمثلة في التأمين الصحي، والنقل، واللغة، بينما اتخلفت الآراء بين

(1) Nikolai KiselevORCID ,Monique Pfaltz, Florence Haas, Matthis SchickORCID ,Marie Kappen, Marit SijbrandijORCID Icon, Anne M. De GraaffORCID ,Martha Bird, Pernille Hansen, Peter VentevogelORCID Icon,Daniela C FuhrORCID, Ulrich Schnyder &Naser MorinaORCID, Structural and socio-cultural barriers to accessing mental healthcare among Syrian refugees and asylum seekers in Switzerland, *European Journal of Psych traumatology*, Vol. 11, No. 1, 2020, PP: 1-25.

(2) Britni Ayers, Lauren Haggard-Duff & Pearl McElfish, Marshallese Mothers' and Maternal Health Care Providers' Perspectives of the Structural and Socio-Cultural Barriers to Prenatal Care: A Comparison Article, *Journal of Clinical and Translational Science* , Vol. 5 , No. 1 , 2021 , PP: 83



الأمهات ومقدمي الرعاية الصحية في المعوقات الثقافية والاجتماعية، حيث كانت آراء الأمهات أن المعوقات الثقافية والاجتماعية تتمثل في الاختلاف العرقي، والمستوى الاجتماعي، بينما أكد مقدمي الرعاية الصحية على أن أهم تلك المعوقات تتمثل في الخلفية السابقة للمرضي، وعدم فهمهم لتعليمات الطبيب.

٤- دراسة فيليكس كواسي نياندي، وإيسميرالدا ريكس، ومارجريت ويليامس، وسيهام زاردين بابو، المعوقات الاجتماعية والثقافية أمام تقديم واستخدام خدمات رعاية الأطفال في المناطق الريفية بغانا: دراسة نوعية (٢٠٢٢)^(١)

هدفت الدراسة استكشاف تجارب وآراء الممرضات ومقدمي الرعاية فيما يتعلق بالمعوقات الاجتماعية والثقافية التي تعيق تقديم واستخدام خدمات رعاية الأطفال من قبل مقدمي الرعاية الصحية للأطفال في بلدية نكوانتا الجنوبية بغانا، واستخدمت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي، وتكونت عينة الدراسة من (١٠) ممرضات، و(٩) من مقدمي الرعاية الصحية للأطفال دون سن الخامسة، وتمثلت أداة الدراسة في المقابلات شبه المنظمة، وأشارت نتائج الدراسة إلى أن هناك العديد من المعوقات الاجتماعية والثقافية، والمتمثلة في بعض المعتقدات والممارسات الاجتماعية والثقافية والحوجز اللغوية، وكذلك اعتماد مقدمي الرعاية على التنظيم الذاتي، حيث كانت تلك المعوقات أكثر المعوقات التي أعاقت الاستفادة من خدمات رعاية الأطفال في بلدية نكوانتا الجنوبية.

المحور الثاني: الدراسات المتمركزة حول دراسات مؤشرات جودة الرعاية الصحية

١- دراسة أحمد عبد الحميد الابشبي، متطلبات تحقيق جودة خدمات الرعاية الصحية بالوحدات الصحية الريفية (٢٠١١)^(٢)

هدفت الدراسة تحديد واقع جودة خدمات الرعاية الصحية المقدمة بالوحدات الصحية الريفية في ضوء أبعاد الجودة في المجال الصحي، بالإضافة إلى تحديد واقع المتطلبات العامة لتحقيق جودة خدمات الرعاية الصحية بالوحدات الصحية الريفية، وكذلك تحديد متطلبات تحقيق جودة خدمات الرعاية الصحية بالوحدات الصحية الريفية، واستخدمت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي، وتكونت أداة الدراسة من استبيان للمتريدين على الوحدات الصحية الريفية، واستبيان لمقدمي الخدمات بالوحدات الصحية الريفية، وتكونت عينة الدراسة من (٨٠٠) متردداً على الوحدات الصحية الريفية، بواقع (٧٨) من الذكور، و(٢٢٢) من

(1) Felix Kwasi Nyande, Esmeralda Ricks, Margaret Williams & Sihaam Jardien-Baboo, Socio-cultural barriers to the delivery and utilisation of child healthcare services in rural Ghana: a qualitative study, *BMC Health Services Research*, Vol. 22, NO. 189, 2022, PP: 1-15.

(2) دراسة أحمد عبد الحميد الابشبي، متطلبات تحقيق جودة خدمات الرعاية الصحية بالوحدات الصحية الريفية، مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، كلية الخدمة الاجتماعية، ع ٣١، ج ٧، ٣١٠٤-٣٠٦١.



الإناث، وبلغت العينة (٥٤) من مقدمي الخدمات في الوحدة الصحية، بواقع (٢٥) من الذكور، و(٢٩) من الإناث، وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن مستوى كفاءة تقديم الخدمة بالوحدات الصحية الريفية جاء منخفضاً، من قبل المستفيدين من هذه الخدمات، بينما جاء متوسط من قبل مقدمي الخدمات الصحية في هذه الوحدات، وأن مستوى سهولة الوصول إلى الخدمات بالوحدات الصحية الريفية جاء منخفض بناءً على آراء المستفيدين منها، بينما جاءت نسبتها مرتفعة بناءً على آراء العاملين بتلك القطاعات، وفيما يتعلق بمستوى أمان وسلامة البيئة التي تقدم فيها الرعاية الصحية بالوحدات الصحية الريفية فقد جاءت منخفضة بناءً على آراء المستفيدين منها، بينما جاءت نسبتها متوسطة بناءً على آراء مقدمي الخدمات، وفيما يتعلق بوجود علاقة طيبة بين المرضى ومقدمي الخدمات الصحية، فجاءت نسبتها متوسطة بناءً على آراء المترددين، وجاءت نسبتها مرتفعة بناءً على آراء مقدمي الخدمة.

٢- دراسة أحمد محمد صدقي، قياس أبعاد جودة الخدمات الصحية المقدمة في مستشفيات حلب الحكومية: دراسة مقارنة (٢٠١٨)^(١)

هدفت الدراسة قياس أبعاد جودة الخدمة الصحية (الاستجابية، الاعتمادية، التعاطف، الأمان، الجوانب الملموسة، الاستمرارية) المقدمة في مستشفيات حلب الحكومية، واستخدمت الدراسة المنهج الوصفي المقارن، وتكونت عينة الدراسة من (١٧٤) فرداً يعملون في أربع مستشفيات هي: مستشفى الرازي، ومستشفى ابن رشد، ومستشفى حلب الجامعي، ومستشفى التوليد وأمراض النساء الجامعي، بواقع (٦٧) طبيباً، و(٦٩) ممرضاً، و(٣٨) إدارياً، وتمثلت أداة الدراسة في الاستبيان، وأشارت نتائج الدراسة إلى وجود اختلافات جوهرية ذات دلالة إحصائية بين مقدمي الخدمة في مستشفيات حلب الحكومية من حيث إدراكهم لأبعاد جودة الخدمة الصحية تعزي للمتغيرات الديموغرافية التالية (الجنس، والعمر، وسنوات الخبرة)، كما أشارت النتائج إلى وجود اختلافات جوهرية ذات دلالة إحصائية بين مقدمي الخدمة في مستشفيات حلب الحكومية من حيث إدراكهم لأبعاد جودة الخدمة الصحية تعزي لطبيعة العمل، وكذلك وجود اختلافات جوهرية ذات دلالة إحصائية بين مستشفيات حلب الحكومية التابعة لوزارة الصحة والتابعة لوزارة التعليم العالي من حيث إدراكهم لأبعاد جودة الخدمات الصحية التالية: (الاستجابية، الاعتمادية، الأمان).

التعليق على الدراسات السابقة

يتضح من خلال عرض الأدبيات والدراسات السابقة التي تناولت التحديات الاجتماعية لنسق الرعاية الصحية ومؤشرات جودتها، أن هناك ندرة في الدراسات العربية التي تناولت التحديات الاجتماعية، حيث

(١) حمد محمد صدقي، قياس أبعاد جودة الخدمات الصحية المقدمة في مستشفيات حلب الحكومية: دراسة مقارنة، مجلة جامعة القدس المفتوحة للبحوث الإدارية والاقتصادية، جامعة القدس المفتوحة، مج ٣، ع ٩، ٢٠١٨، ٨٥-٩٥.



كانت أغلب تلك الدراسات أجنبية، كما يتضح فلة الدراسات العربية والعالمية التي تناولت العلاقة بين التحديات الاجتماعية لنسق الرعاية الصحية ومؤشرات جودتها، وقد استفادت الدراسة الحالية من الدراسات السابقة في عديد من الجوانب؛ حيث سعت الباحثة إلى الحصول على أكبر عدد من الأدبيات والدراسات السابقة على مستوى الدراسات العربية والأجنبية والاستفادة منها في تحديد النظريات الملائمة، وفي اختيار للطريقة المناسب (الوصفية).

وتختلف الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة، في تناولها للتحديات الاجتماعية لنسق الرعاية الصحية ومؤشرات جودتها بشكل دقيق ومباشر من خلال البيانات الحكومية، كما تتميز الدراسة الحالية في تناولها للتحديات الاجتماعية لنسق الرعاية الصحية أنها تناولت هذه التحديات في فترة حرجة يشهدها القطاع الصحي في كافة بلدان العالم عقب انتشار جائحة كوفيد ١٩ (كورونا).

ثامناً: نوع الدراسة

انطلاقاً من مشكلة الدراسة واتساقاً مع أهدافها تم تحديد نوع الدراسة بوصفها دراسة وصفية مسحية، والتي تستهدف تقرير خصائص ظاهرة معينة من خلال جمع البيانات وتحليلها وتفسيرها للوصول إلي النتائج وإمكانية تعميمها، فالدراسة الحالية تستهدف وصف وتحليل التحديات الاجتماعية لنسق الرعاية الصحية في مصر ومؤشرات جودتها من خلال جمع المعلومات ثم تحليلها واستخلاص النتائج^(١).

تاسعاً: نتائج الدراسة

١- إجابة السؤال الأول: ما واقع القطاع الصحي في مصر؟

يعيش قطاع الصحة في مصر أزمة منذ عقود، متمثلة في تدني مستوى المستشفيات العامة وانعدام المساءلة وعدم كفاية التأمين الصحي، وسوء جودة الرعاية الصحية العامة والرعاية الصحية الخاصة التي لا يمكن تحمل تكاليفها، الأمر الذي تسبب في معاناة الكثير من أفراد الشعب المصري.^(٢)

وبشكل عام، تعتبر ثورة (٢٣) يوليو (١٩٥٢) واحدة من أهم العلامات في تاريخ مصر الحديث، والتي أولت منذ قيامها اهتماماً كبيراً بالخدمة الصحية، وأضفت بعداً جديداً على دور الدولة في المجال الصحي ورعاية المرضى، وارتكزت الدولة القومية الجديدة المتمثلة بالأمال والطموحات على نموذج اقتصادي

(١) عبد الباسط محمد حسين، أصول البحث الاجتماعي، مكتبة وهبة للنشر، القاهرة، ١٩٩٨، صص ١٩٨-١٩٩.
(٢) Rafeh, N., Williams, J. and Nagwan, H. 2011. Egypt Household Health Expenditure and Utilization Survey 2009/2010. USAID Egypt. <https://www.hfgproject.org/egypt/household-health-expenditure-utilization-survey-2010/>



موجه لتلبية مجمل احتياجات الشعب المصري، بما في ذلك خدمات الصحة والتعليم،^(١) وأصبحت الدولة صانع السياسات المختلفة والمراقب لها، وكذلك مقدم رئيس لكافة الخدمات الموجهة للمواطنين، فمع إعلان الجمهورية وصدور قوانين الإصلاح الزراعي تلقى النظام الصحي قوة دافعة كبيرة، حيث تبنت الدولة سياسة التوسع الشامل في البنية الأساسية للخدمات الحكومية المقدمة للريف، وأعلن النظام التزامه بتقديم الخدمة الصحية وإتاحتها للجميع دون استثناء.^(٢)

ثم عقب ذلك مرت بمصر بفترة جديدة أطلق عليها الإنفتاح الاقتصادي، حيث تميزت هذه المرحلة بتغيرات جوهرية في السياسة الداخلية والخارجية، وكذلك بتشجيع الاستثمار الخاص والأجنبي والعربي والحد من دور الدولة والقطاع العام، ولكن ظلت الدولة ملتزمة بالإنفاق على القطاع الصحي، وظلت تقدم الخدمات الصحية المجانية لكافة المواطنين، بالرغم من التدني الواضح في مستوى الخدمات الصحية والتعديلات التي ظهرت في تلك السنوات في الموازنات الصحية.^(٣)

وبذلك، شهدت مصر منذ بداية الثمانينات تقدماً ملحوظاً ومستمرًا في الارتقاء بالحالة الصحية للمواطن، وتحسنت بعض المؤشرات الصحية بشكل متصارع منذ بداية التسعينيات مع تطبيق سياسات الإصلاح الاقتصادي والاجتماعي وتبني مبدأ التنمية البشرية كأساس لتحقيق التنمية الشاملة المتوازنة، وقد انعكس هذا التحسن على المؤشرات الصحية المختلفة.^(٤)

حيث زاد معدل النمو السكاني في مصر بشكل متزايد وسريع للغاية، وأصبحت مصر من أكثر الدول الإفريقية من حيث الكثافة السكانية، إذ بلغ عدد سكانها حوالي (١٠٢) مليون نسمة في عام (٢٠٢٠)،^(٥) ويوجد في مصر الألاف من المرافق الصحية، حيث يعيش حوالي (٩٥%) من المصريين على بعد خمسة كيلو مترات من منشأة صحية،^(٦) وقد حققت مصر في السنوات الأخيرة خطوات إيجابية نحو

(١) سيلفيا شيفولو، الطب والأطباء في مصر: بناء الهوية المهنية والمشروع الطبي، ترجمة: ماجدة أباطه، المجلس الأعلى للثقافة، ع ٩٥٥، ٢٠٠٥، ص ص ٢١٣-٢١٤.

(٢) جمعية التنمية الصحية والبيئة، برنامج السياسات والنظم الصحية، الحالة الصحية والخدمات الصحية في مصر: دراسة تحليلية للوضع الراهن ورؤى مستقبلية، ٢٠٠٥، ص ٨.

(٣) إنجي عادل عبد الرحيم، إشكالية تباين توزيع الخدمة الصحية في مصر: كميًا ونوعيًا، مجلة كلية الآداب، جامعة سوهاج، ع ٦٠، ٢٠٢١، ص ص ١٧٣-١٧٤.

(٤) مركز المعلومات ودعم اتخاذ القرار بمجلس الوزراء، التحديات التي تواجه قطاع الصحة في مصر وسياسات التغلب عليها، جمهورية مصر العربية، مارس ٢٠٠٥، ص ٣.

(٥) World Population Review [Internet]. Egypt Population 2020 (Demographics, Maps, Graphs). 2020. <https://worldpopulationreview.com/countries/egyptpopulation>

(٦) DHS program. The health system and public health. Health Communication Capacity Collaborative Egypt. 2018. https://dhsprogram.com/pubs/pdf/SPA_5/02chapter02.pdf



تحسين الوضع الصحي لمواطنيها، حيث أصبح المصريون أكثر صحة على مدار العشرين عامًا الماضية، وزاد متوسط العمر المتوقع الإجمالي من (٦٤.٥) إلى (٧٠.٥) عامًا.^(١)

وبالنظر إلى فئات المجتمع المصري (الهرم السكاني)، فمنذ عام (٢٠١٤) كان أكثر من ثلث السكان تتراوح أعمارهم بين (١٥-٠) عامًا، أي ما يعادل (٣٥.٣%) وكان (٦٠.٤%) تتراوح أعمارهم بين (٦٤-١٥) عامًا، مما يشير إلى ما يُطلق عليه تضخم الشباب "youth bulge"، وهو ما يعني أن عددًا متزايدًا من الأشخاص سيدخلون سن الإنجاب وينجبون أطفالًا، مما يضع عبئًا أكبر على نظام الرعاية الصحية في مصر.^(٢)

هذا، وبفحص النظام الصحي المصري يتضح أنه يتكون من العديد من الأنظمة الصحية الفرعية المتعددة، والتي ينظمها مرجعيات تشريعية وإجرائية متباينة إن لم يكن بعضها متداخلًا أو متناقضًا، وهو التعدد الذي يطال أيضًا المرافق التابعة لوزارة الصحة ذاتها، بما يفرض صعوبات حقيقية في حوكمة النظام الصحي وبناء رؤية مستقبلية له، فالخدمات الصحية في مصر تُقدم 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 المستشفيات التابعة للوزارات مثل: الدفاع، والداخلية، والنقل، والكهرباء، ونظام مستشفيات وعيادات تابعة للقطاع الخاص المصري وغير المصري، ووحدات صحية تابعة للجمعيات الأهلية وأخرى تابعة للنقابات المهنية وغيرها.^(٣)

وبناءً على ذلك، يمكن تقسيم النظام الصحي في مصر كما يلي:^(٤)

- **القطاع الحكومي:** يشمل مقدمي الخدمة على وزارة الصحة (١٦%)، ووزارة التعليم العالي ممثلة في المستشفيات الجامعية، ومجموعة أخرى من الوزارات التي تقدم الخدمة لمنسوبيها.

(1) World Bank. A roadmap to achieve social justice in health care in Egypt. 2015. <https://www.worldbank.org/en/country/egypt/publication/a-roadmap-to-achieve-social-justice-in-health-care-in-egypt>.

(2) UNFPA, NPC and Baseera. (2016), Population situation analysis – Egypt 2016", available at: <http://egypt.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/PSA%20Final.pdf>

(3) عزة الفندري ومحمد ماجد خشبة، فجوات وتحديات النظام الصحي في مصر وسياسات مقترحة لتعزيز الأمن الصحي في ضوء خبرات جائحة كورونا، *المجلة المصرية للتنمية والتخطيط*، ٢٠٢١، ص ٣٣٦.

(4) حسن محمد السيد وأحمد مندور وماجدة جبريل، أوجه الاستفادة من التجارب الدولية للنهوض بخدمة التأمين الصحي في مصر، *مجلة العلوم البيئية*، معهد الدراسات والبحوث البيئية، جامعة عين شمس، ٢٠١٨، ص ٤٦٧-٤٦٨.

- **القطاع العام** (شبه الحكومي): يشتمل على الهيئة العامة للتأمين الصحي، والمؤسسة العلاجية، وهيئة المستشفيات التعليمية، وشركات القطاع العام.

- **القطاع الخاص**: يقدم جميع الخدمات من خلال عيادات الأطباء والمستوصفات والمستشفيات الخاصة بجميع مستوياتها وأحجامها.

وترتكز السياسة الصحية بجمهورية مصر العربية على مجموعة متنوعة من المبادئ يمكن عرضها في النقاط التالية:^(١)

١- تنسيق السياسات بين المؤسسات وأجهزة القطاع الصحي والقطاعات الأخرى التي ترتبط وظائفها وأنشطتها بالصحة العامة.

٢- تدعيم خدمات الرعاية الصحية الأساسية وتوفيرها بالمناطق المحرومة لمواجهة الاحتياجات الأساسية لجميع فئات المجتمع المصري خاصة الأم والطفل.

٣- توسيع قاعدة المشاركة في التكاليف المتزايدة للرعاية الطبية.

٤- تشجيع الإنتاج المحلي لتلبية احتياجات المواطنين من الدواء، والطعوم، والأمصال، ووسائل تنظيم الأسرة، والمستلزمات الطبية والمعملية.

٥- تطوير نظم المعلومات بما يدعم أسلوب اتخاذ القرارات وإعداد الخطط والبرامج الصحية ومتابعة تنفيذها وتوزيع الموارد المتاحة على المحافظات طبقاً لاحتياجاتها.

٦- تنمية الموارد البشرية الصحية بجميع فئاتها كمّاً وكيفاً، وتأكيد حسن استخدامها وعدالة توزيعها لمواكبة التطورات العلمية والتقنية المتلاحقة وضمان جودة الأداء.

٧- التأكيد على حق المواطن المصري في الرعاية الصحية والاجتماعية كحق كفله له الدستور.

٨- الالتزام بالمواثيق الوطنية والدولية في إطار التعاون الإنساني بما يخدم الطفل والمرأة والأسرة والمجتمع.

٩- المشاركة الإيجابية في تحقيق أهداف خطة التنمية الاجتماعية والاقتصادية للدولة.

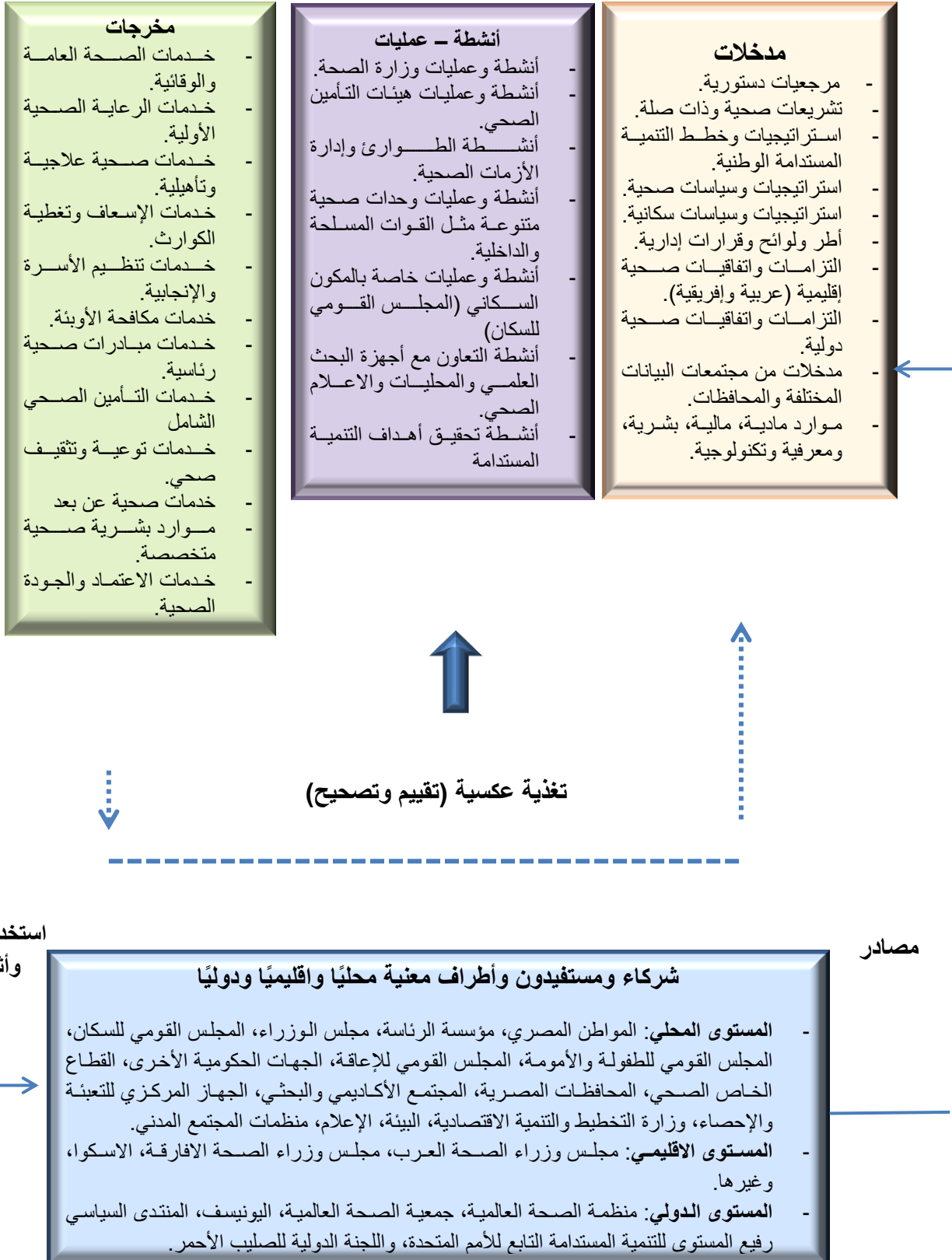
١٠- التأكيد على أن الانفاق الصحي هو استثمار ذو عائد كبير بكل المقاييس، وأنه من الضروري زيادة نصيب القطاع الصحي في الموازنة العامة للدولة بالاحتياجات الصحية الأساسية للمواطن المصري.

(١) أميمة عبد العزيز عبد الحفيظ، دراسة تحليلية لقطاع الخدمات الصحية في مصر، المجلة العلمية للاقتصاد والتجارة، جامعة عين شمس، كلية التجارة، ع ٢، ٢٠١٧، ص ص ٢٠٠-٢٠١؛ جمعية التنمية الصحية والبيئية، برنامج السياسات والنظم الصحية، الحالة الصحية والخدمات الصحية في مصر: دراسة تحليلية للوضع الراهن ورؤى مستقبلية، ٢٠٠٥، ص ١٢.



١١- التأكيد على عدالة الخدمات الصحية العلاجية المتخصصة على كافة أنحاء الجمهورية، وتوفير الخدمات الصحية الأساسية للمناطق المحرومة، وذلك تيسيراً على المواطن وتنفيذاً لتوجيهات الدولة في المرحلة القادمة.

ولمزيد من توضيح النظام الصحي في مصر، نعرض الشكل التالي الذي يوضح توصيف النظام الصحي في مصر بشكل مبسط ودقيق:



شكل (١) توصيف النظام الصحي في مصر^(١)

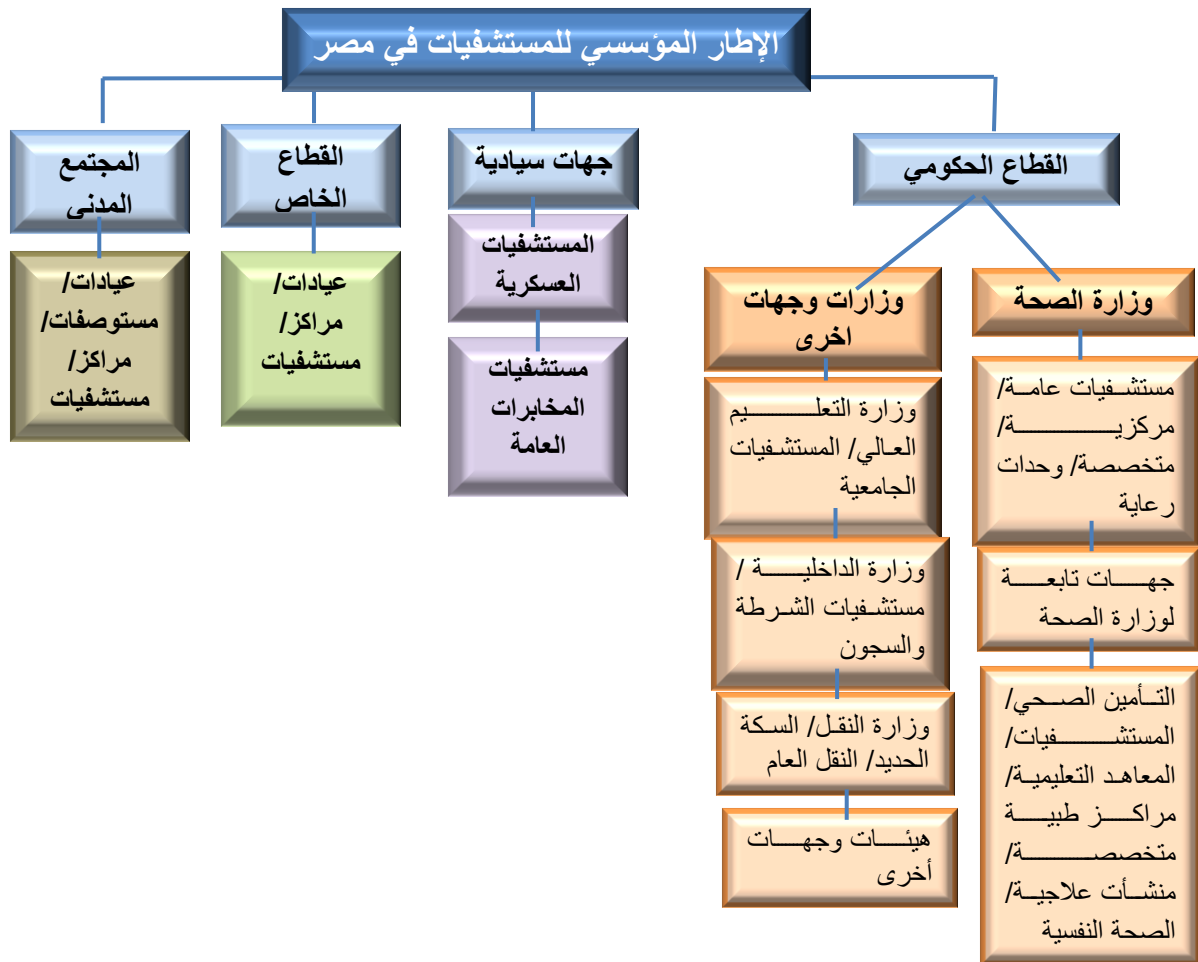
٢- إجابة السؤال الثاني: ما مؤشرات جودة الخدمات الصحية في مصر؟

من المؤشرات الصحية التي يتم استخدامها لحساب مدى تناسب الخدمة المقدمة من مقدمي الرعاية الصحية ومدى مناسبتها للمنتفعين، مؤشر عدد المستشفيات بالنسبة للمنتفعين، ومؤشر عدد الأطباء والأسرة بالنسبة للسكان، ومؤشر الإنفاق.^(٢)

أولاً: مؤشر عدد المستشفيات بالنسبة للمنتفعين:

من أجل فهم هذا المؤشر الهام، لا بد من إيضاح الإطار المؤسسي للمستشفيات في مصر، والذي

يوضحه الشكل التالي:



شكل (٢) الإطار المؤسسي للمستشفيات في مصر^(٣)

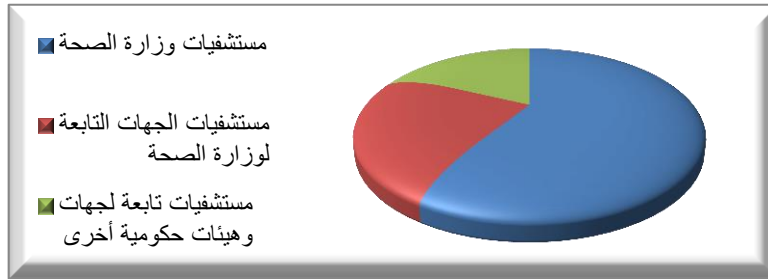
(١) عزة القندري ومحمد ماجد خشية، مرجع سابق، ص ٣٣٧.

(٢) أميمة عبد العزيز عبد الحفيظ، دراسة تحليلية لقطاع الخدمات الصحية في مصر، مرجع سابق، ص ٢١٥.

(٣) المركز المصري للدراسات الاقتصادية. رأي في أزمة قطاع الصحة، مجلة رأي في خير، ع ١٠، ٢٠٢٠، ص ١٠.

يتضح من خلال شكل (٢) أن الإطار المؤسسي للمستشفيات في مصر هو إطار متعدد ومتداخل بعض الشيء؛ فنجد أن وزارة الصحة ليست فقط الجهة الوحيدة المسيطرة على هذه المستشفيات، حيث تتداخل بعض الوزارات الأخرى مثل وزارة التعليم العالي من خلال مستشفياتها الجامعية المنتشرة في أغلب محافظات مصر، ووزارة الداخلية، والتي تمتلك عدد من مستشفيات الشرطة إلى جانب امتلاكها وإدارتها لمستشفيات السجون، وغيرها من الوزارات الأخرى، وإلى جانب هذا القطاع الحكومي تظهر المستشفيات التابعة للجهات السيادية، ومستشفيات القطاع الخاص، والمستشفيات التابعة للمجتمع المدني، وبذلك يتضح أن هناك تنوع كبير في الإطار المؤسسي للمستشفيات في مصر، وهو أمر إيجابي للغاية.

وفيما يتعلق بتوزيع المستشفيات الحكومية في مصر، يوضح توزيع المستشفيات الحكومية لعام (٢٠١٩) وفقاً لتبعيتها أن مستشفيات وزارة الصحة (العامة والمركزية والتخصصية) ومستشفيات الجهات التابعة لها (مثل مستشفيات الصحة النفسية والهيئة العامة للتأمين الصحي والمراكز المتخصصة والمؤسسات العلاجية والمستشفيات والمعاهد التعليمية) تمثل ما نسبته نحو (٨٢%) من إجمالي عدد المستشفيات الحكومية، ويعني ذلك أن مدى جاهزية تلك المستشفيات يمثل محوراً رئيساً للحكم على المنظومة الصحية في مصر ككل، أما المستشفيات التابعة للجهات والهيئات الحكومية الأخرى، مثل: المستشفيات التي تتبع وزارة الداخلية، والسكة الحديد، والمستشفيات الجامعية، فقد شكلت ما نسبته نحو (١٨%) من إجمالي عدد المستشفيات الحكومية،^(١) والشكل التالي يوضح ذلك:



شكل (٣) توزيع المستشفيات الحكومية وفقاً لتبعيتها في عام ٢٠١٩

هذا، ويعد مؤشر عدد المستشفيات بالنسبة للمنتفعين والأسرة من المؤشرات المهمة للغاية، إذ يعطي نظرة إجمالية عن جودة القطاع الصحي في الدولة، ويوضح الجدول (١) إجمالي عدد المستشفيات والأسرة بمنظومة الصحة المصرية وفقاً لإحصائيات عام (٢٠١٨)

(١) المركز المصري للدراسات الاقتصادية (٢٠٢٠ ب) رأي في أزمة قطاع الصحة، رأي في خبر، ع ١٠، ٢٠٢٠.

جدول (١) عدد المستشفيات والأسرة بمنظومة الصحة المصرية (١)

الأسرة		المستشفيات		البيان / التبعية
النسبة المئوية	العدد	النسبة المئوية	العدد	
٧٣	٩٥٦٨٣	%٣٧	٦٩١	حكومية
٢٧	٣٥٣٢٠	%٦٣	١١٥٧	خاصة
١٣١٠٠٣		١٨٤٨		الإجمالي

وكما هو موضح في جدول (١) فعلى الرغم من أن المستشفيات التابعة للقطاع الخاص تمثل نحو ثلث العدد الإجمالي للمستشفيات بمصر، فإن الأسرة بالمستشفيات الخاصة تمثل قرابة (٢٧%) فقط من إجمالي عدد الأسرة، ويعني ذلك أن متوسط عدد الأسرة للمستشفى الحكومي يزيد على المتوسط للمستشفى الخاص، وهو ما يشير إلى ارتفاع السعة السريرية في المستشفيات الحكومية عنها في المستشفيات الخاصة، وبالتبعية القدرة الاستيعابية الأعلى للمستشفيات الحكومية مقارنة بالمستشفيات الخاصة.

وخلال الفترة بين العامين (٢٠١٠) و(٢٠١٨) ارتفع عدد المستشفيات الحكومية من (٦٦٠) مستشفى إلى (٦٩١) مستشفى، إلا أن هذا التوسع في عدد المستشفيات كان محدودًا جدًا مقارنة بمعدل الزيادة في إجمالي عدد المترددين على الأقسام الداخلية والخارجية بتلك المستشفيات، وهو ما انعكس على معدل عدد المترددين لكل مستشفى والذي ارتفع من نحو (٨٦) ألف متردد إلى قرابة (١٣٦) ألف متردد، كذلك شهدت الفترة من (٢٠١٠ - ٢٠١٨) تراجعًا في السعة السريرية، وهو ما يعكسه الجدول (٢).

جدول (٢) تطور عدد المستشفيات والأسرة والمترددين (حكومي) من ٢٠١٠-٢٠١٨ (٢)

السنة									البيان
٢٠١٨	٢٠١٧	٢٠١٦	٢٠١٥	٢٠١٤	٢٠١٣	٢٠١٢	٢٠١١	٢٠١٠	
٦٩١	٦٧٦	٦٦٢	٦٦٠	٦٥٩	٦٥٧	٦٤٦	٦٤٣	٦٦٠	عدد المستشفيات الحكومية
٩٥.٦٨٣	٩٦.١١١	٩٣.٨٩٧	٩٣.٢٦٧	٩٧.٨٢٦	٩٨.٢٩١	٩٦.٨٢٠	٩٨.٣١٩	٩٩.٢٧٠	عدد الأسرة الحكومية
١٣٨	١٤٢	١٤٢	١٤١	١٤٨	١٥٠	١٥٠	١٥٣	١٥٠	عدد الأسرة لكل مستشفى حكومي

وفيما يتعلق بعدد المستشفيات الحكومية والمترددين عليها يمكن عرضها خلال السنوات من

(٢٠١٠) حتى (٢٠١٨) كما بالجدول (٣)

(١) الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء (٢٠١٩) النشرة السنوية لإحصاء الخدمات الصحية لعام ٢٠١٨، بيانات غير منشورة، إصدار نوفمبر ٢٠١٩.

(٢) الجهاز المركزي للتعبئة والإحصاء (٢٠١٩) أ) مرجع سابق



جدول (٣) أعداد المستشفيات الحكومية وأعداد المترددين عليها من (٢٠١٠-٢٠١٨)^(١)

السنة	عدد المترددين على تلك المستشفيات	عدد المستشفيات الحكومية
٢٠١٠	٥٧٠٨١٤٢٠	٦٦٠
٢٠١١	٥٧٣٦٨٤٦٠	٦٤٣
٢٠١٢	٥٠٤٧١٩٨٠	٦٤٦
٢٠١٣	٦٢٤٢٨٧٩٧	٦٥٧
٢٠١٤	٦٥٥٥٧٩٧٩	٦٥٩
٢٠١٥	٧٤٥٦٠٢٠٠	٦٦٠
٢٠١٦	٨٠٩٣٧٤٤٤	٦٦٢
٢٠١٧	٨٧٠٩٤٤٨٨	٦٧٦
٢٠١٨	٩٣٦٩٨٢١٨	٦٩١

يتضح من خلال جدول (٣) أنه خلال الفترة من (٢٠١٠م) وحتى (٢٠١٨م) ارتفع عدد المستشفيات الحكومية بشكل ملحوظ، والذي كان محدودًا في البداية مقارنة بعدد المترددين، إلا أنه مازال قليلاً مقارنة بعدد المترددين على المستشفيات الحكومية، الأمر الذي يؤثر بشكل كبير على جودة الخدمات الصحية بتلك المستشفيات، وبالتالي يترتب عليه تدني ترتيب مصر التنافسي بين الدول الأخرى.

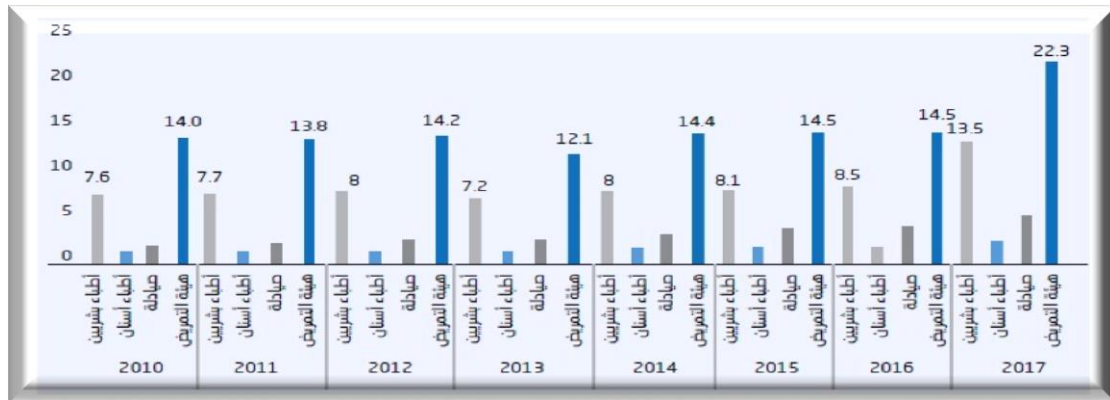
ثانيًا: مؤشر عدد الأطباء وأعضاء هيئة التمريض مقارنة بأعداد المترددين

شهدت الفترة الممتدة بين الأعوام (٢٠١٠) و(٢٠١٨) ارتفاعًا في أعداد الأطباء وأعضاء هيئة التمريض في المنظومة الصحية الحكومية من نحو (٧٣) ألف طبيب و(١٦٢) ألف عضو هيئة تمريض إلى نحو (٩١) ألف طبيب و(١٩٧) ألف عضو هيئة تمريض، ومع ذلك فإن تلك الزيادة لم تكن كافية لمواكبة الزيادة في الطلب على الخدمات الصحية، والتي تعكسها الزيادة في أعداد المترددين على المستشفيات الحكومية، إذ ارتفع متوسط عدد المترددين لكل طبيب بشري ولكل عضو هيئة تمريض خلال هذه الفترة، مما يؤثر سلبيًا في بيئة العمل لتقديم خدمة صحية حكومية تتسم بالجودة الملائمة.

^(١) المرجع السابق.

جدول (٤) تطور أعداد الأطباء وهيئة التمريض بالمستشفيات الحكومية^(١)

السنة									البيان
٢٠١٨	٢٠١٧	٢٠١٦	٢٠١٥	٢٠١٤	٢٠١٣	٢٠١٢	٢٠١١	٢٠١٠	
٩١.٣١٦	١٠٢.٧٧ ٣	١٠٣.٣٣ ٧	٩٧.٧٠٧	٩٦.١٢٢	٨٧.٩٠٨	٨٢.٥٤٢	٧٧.٢٥٥	٧٣.٣٢٩	عدد الأطباء
١٩٦.٦٨ ٥	١٩١.٣٥ ١	١٨٧.٠٩ ٠	١٨٣.٧٤ ٦	١٧٩.١٥ ٥	١٧٣.١٤ ٢	١٧١.١٠ ٤	١٦١.٧١ ٧	١٦١.٧١ ٦	عدد التمريض
١٠٢٦	٨٤٧	٧٨٣	٧٦٣	٦٨٢	٧١٠	٦١١	٧٤٣	٧٧٨	عدد المتردد بين لكل طبيب
٤٧٦	٤٥٥	٤٣٣	٤٠٦	٣٦٦	٣٦١	٢٩٥	٣٥٥	٣٥٣	عدد المتردد بين لكل ممرض

شكل (٤) معدلات العاملين بالمهن الطبية والمزولين بوزارة الصحة والسكان (لكل ١٠ آلاف من السكان)^(٢)

يتضح من خلال شكل (٤) ارتفاع معدلات العاملين بالمهن الطبية والمزولين بوزارة الصحة وخاصة في عام (٢٠١٧)، إلا أن هذه الزيادة لا تتناسب مع الكثافة السكانية التي تشهدها مصر، الأمر الذي يترتب عليه العديد من المعوقات التي تواجه جودة الخدمات المقدمة للمترددين على المستشفيات الحكومية، بالإضافة إلى تسببها في مزيد من الضغوطات على العاملين في قطاع الصحة.

^(١) الجهاز المركزي للتعبئة والإحصاء (٢٠١٩ أ) النشرة السنوية لإحصاء الخدمات الصحية لعام ٢٠١٨، إصدار نوفمبر ٢٠١٩.

^(٢) الجهاز المركزي للتعبئة والإحصاء (٢٠١٩ ب)، الكتاب الإحصائي السنوي، باب الصحة، سبتمبر ٢٠١٩.

ثالثاً: مؤشر الانفاق الحكومي على قطاع الصحة

مع بداية التسعينيات، بدأت حركة دولية متجددة نحو اصلاحات تمويل الرعاية الصحية، ظهرت هذه الحركة في العالم المتقدم ثم انتشرت في الدول النامية، مثل مصر، بهدف الاستخدام الأفضل لموارد الرعاية الصحية العامة والخاصة، بالإضافة إلى ذلك، فهناك جانب الإنصاف "Equity" فالإنصاف هدف رئيس في قطاعات الصحة في جميع أنحاء العالم، ومع ذلك لا تزال التفاوتات قائمة بين الأغنياء والفقراء؛ حيث ينفق الفقراء نصيباً أكبر من دخلهم على الرعاية الصحية من الأغنياء على الرغم من انخفاض مستويات الخدمات الصحية المقدمة لهم.^(١)

وكما هو الحال في الميثاق الوطني لعام (١٩٦٢)، تهدف الحكومة المصرية الي تحقيق تغطية شاملة لخدمات الرعاية الصحية الأساسية لجميع المواطنين، حيث سعت السياسات الوطنية أولاً إلى توفير الوصول المجاني إلى الرعاية الصحية لجميع المصريين في المستشفيات والوحدات العلاجية، ومع ذلك فإن النمو السكاني السريع وتراجع موارد الميزانية الحكومية جعل من الصعب تحقيق هدف توفير خدمات صحية شاملة وممولة من الدولة.^(٢)

وقد بلغ الانفاق على الصحة في مصر كنسبة من الناتج المحلي الإجمالي (٤.٦٤%) في عام (٢٠١٦)، وهو أحد أدنى معدلات الانفاق في المنطقة، حيث أشارت التقديرات إلى أنه في عام (٢٠١٦) تم تمويل (٦٢%) من إجمالي الإنفاق الصحي في مصر من خلال مدفوعات خاصة من الجيب (OOPPs) "Private Out-of-Pocket Payments" وهي الأعلى بين جميع البلدان ذات الدخل المتوسط في المنطقة، وقد شكلت المدفوعات الخاصة حوالي (٧٠%) من الانفاق على الرعاية الصحية في مصر عام ٢٠٠٨/٢٠٠٩ يليه التمويل الحكومي بنسبة (٢٥%)، وذلك نظراً لأن الأسر والحكومة هما الممولان الرئيسيان للرعاية الصحية في مصر.^(٣)

ولعل اعتماد النظام الصحي في مصر على مدفوعات خاصة من الجيب قد تسبب في كثير من تدني الخدمات الصحية في مصر، حيث إن هذا النمط من التمويل يمثل مشكلة كبيرة؛ لأنه يدفع الأفراد إلى

(1) O'Donnell, O., van Doorslaer, E., Wagstaff, A. and Lindelow, M, **Analyzing health equity using household survey data: a guide to techniques and their implementation**, WBI Learning Resources Series, The World Bank, Washington, DC, 2008, P. 54.

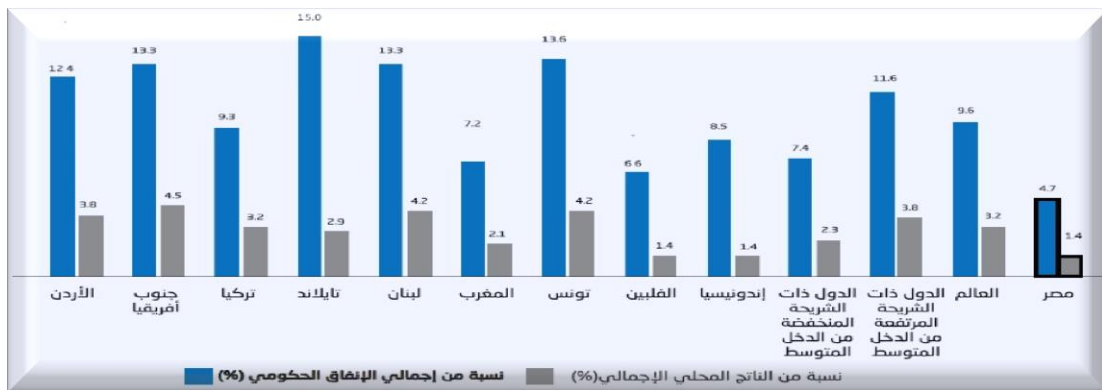
(2) World Bank (2004), **Egypt – Health Sector Reform and Financing Review**, World Bank, Washington, DC, 2004, P. 28.

(3) NHA 2011/Egypt NHA2011 = Ministry of Health, Arab Republic of Egypt and Health Systems 20/20 (2011), **National Health Accounts 2008/2009: Egypt**, Health Systems 20/20 project, Abt Associates Inc., Bethesda, MD

مزيد من الفقر، ويجعل الأفراد يستنزفون أموالهم، وبالتالي لا يستطيعون مواجهة الإصابات والأمراض الحرجة التي قد تصيبهم في المستقبل. (١)

وبعد ثورة (٢٥) يناير، كانت الدعوات إلى المساواة في جميع جوانب الحياة الاجتماعية، بما في ذلك الرعاية الصحية، مما ترتب عليه وضع دستور مصر الجديد في يناير (٢٠١٤)، الذي اهتم بالصحة وجعلها أولوية، وأكد على حق المواطن المصري في الوصول إلى خدمات رعاية صحية جيدة، ويلتزم بزيادة الانفاق العام على الصحية إلى (٣%) من الناتج المحلي الإجمالي لتحقيق التغطية الشاملة، وبذلك انتقل تمويل قطاع الصحة من الاعتماد التام على المدفوعات الخاصة "OOPP" إلى نموذج "SHI" المعتمد على الحكومة، وتوجت هذه الجهود بقانون جديد للرعاية الصحية الاجتماعية رقم (٢٠١٨/٢) والذي تمت المصادقة عليه في مايو عام (٢٠١٨)، مما وضع الأساس التشريعي للتوسيع التدريجي للتغطية الصحية لجميع السكان. (٢)

وبناءً على ذلك، بلغ الانفاق الحكومي على الصحة في مصر وفقاً للموازنة المعتمدة للعام المالي (٢٠٢٠/٢٠١٩) نحو (٧٣) مليار جنية مقارنة بقرابة (٢٠) مليار جنية وفقاً للحساب الختامي للموازنة العامة للدولة للعام المالي (٢٠١١/٢٠١٠)، وخلال الفترة الممتدة بين هذين العامين الماليين شكل الانفاق الحكومي على الصحة ما نسبته نحو (٤.٨%) من اجمالي الانفاق الحكومي و(١.٤%) من الناتج المحلي الإجمالي، ويوضح تطور معدلات الانفاق الحكومي على الصحة خلال هذه الفترات ارتفاع معدلات الانفاق، وعلى الرغم من ذلك فإن معدلات الانفاق الحكومي على قطاع الصحة في مصر يقل عن المتوسط العالمي السائد في مجموعة من الدول ذات الدخل المتوسط، والشكل التالي يوضح مقارنة بين الإنفاق في مصر على قطاع الصحة ومجموعة من تلك الدول ذات الدخل المتوسط



(1) Wagstaff, A. and van Doorslaer, E. (2002), **Catastrophe and Impoverishment in Paying for Healthcare: with Application to Vietnam 1993-1998**, The World Bank, Washington DC.

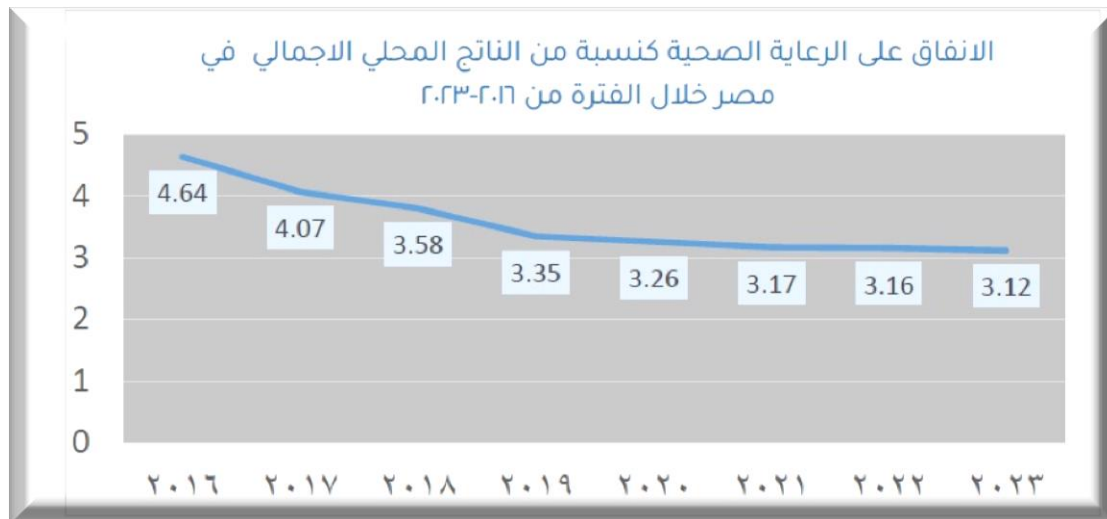
(2) Yara Ahmed, Racha Ramadan and Mohamed Fathi Sakr, Equity of health-care financing: a progressivity analysis for Egypt, **Journal of Humanities and Applied Social Sciences** Vol. 3 No. 1, 2021, P7.

الشكل (٥) يوضح الإنفاق الحكومي على الصحة في مصر ومجموعة من الدول ذات الدخل المتوسط في عام ٢٠١٨^(١) وفيما يتعلق بتوزيع الإنفاق الحكومي على الصحة وفقاً لأبواب الموازنة فإن نحو نصف موازنة قطاع الصحة يتوجه إلى الإنفاق على الأجور وتعويضات العاملين، ويشير تحليل تطور الإنفاق الفعلي على قطاع الصحة خلال الفترة من (٢٠١٤/٢٠١٥) - (٢٠١٧/٢٠١٨) إلى تراجع الإنفاق على الأجور من (٦٠.٨%) إلى (٥٠.٥%)، والشكل التالي يوضح هيكل الإنفاق الحكومي على قطاع الصحة وفقاً لأبواب الموازنة.



شكل (٦) هيكل الإنفاق الحكومي على قطاع الصحة وفقاً للمزانية^(٢)

هذا، ومن المتوقع أن يشهد الإنفاق على القطاع الصحي انخفاضاً في السنوات القادمة، والشكل التالي يوضح الإنفاق على الرعاية الصحية من (٢٠١٦-٢٠٢٣)



^(١) منظمة الصحة العالمية (٢٠٢٠)، "التحديات الصحية العالمية الملحة في العقد القادم، تقارير مصورة، متاح على www.who.int/ar/news-room/photo-story/photo-story-detail/urgent-health-challenges-for-the-next-decade

^(٢) بيانات الحساب الختامي للموازنة العامة للدولة للاعوام المالية من ٢٠١٢/٢٠١٣ إلى ٢٠١٧/٢٠١٨ وتقديرات الموازنة المعتمدة للاعوام المالية ٢٠١٠/٢٠١١-٢٠١٨/٢٠١٩-٢٠١٩/٢٠٢٠ والمنشورة على موقع وزارة المالية WWW.MOF.GOV.EG

شكل (٧) الانفاق على الرعاية الصحية كنسبة من الناتج المحلي الإجمالي في مصر خلال الفترة من ٢٠١٦-٢٠٢٣^(١) وبناءً على هذه المؤشرات، يتضح أن هناك قصور واضح في جميع تلك المؤشرات، فهناك انخفاض ملحوظ في عدد المستشفيات مقارنة بعدد المترددين عليها، كما أن هناك انخفاض ملحوظ في عدد الأطباء وعدد أعضاء هيئة التمريض مقارنة بعدد المترددين عليهم، كما يوجد انخفاض وتدني في مستويات الانفاق على القطاع الصحي، كل هذه المؤشرات مجتمعة أدت إلى تدني ترتيب مصر في قطاع الصحة بين دول العالم، والجدول (٥) يوضح ترتيب مصر بين بعض الدول في مجال الصحة.

جدول (٥) ترتيب مصر التنافسي بين دول العالم في قطاع الصحة من (٢٠١٠ حتى ٢٠١٨)^(٢)

العام	إجمال عدد الدول المشاركة	ترتيب مصر
٢٠١١/٢٠١٠	١٣٩	٩١
٢٠١٢/٢٠١١	١٤٢	٩٦
٢٠١٣/٢٠١٢	١٤٤	٩٤
٢٠١٤/٢٠١٣	١٤٨	١٠٠
٢٠١٥/٢٠١٤	١٤٤	٩٧
٢٠١٦/٢٠١٥	١٤٠	٩٦
٢٠١٧/٢٠١٦	١٣٨	٨٩
٢٠١٨/٢٠١٧	١٣٧	٨٧

يتضح من خلال جدول (٥) أن ترتيب مصر التنافسي في قطاع الصحة متدني بعض الشيء، إلا أنه يشهد في الوقت ذاته تحسناً تدريجياً خاصة في عامي ٢٠١٦/٢٠١٧-٢٠١٧/٢٠١٨، ويمكن إرجاع ذلك إلى العديد من الأسباب، ومنها زيادة عدد المستشفيات، وعدد الأطباء وأعضاء هيئة التمريض، وكذلك زيادة الإنفاق على القطاع الصحي في السنوات الأخيرة، إلا أن كل هذه الزيادات لا تتناسب مع الكثافة السكانية وأعداد المترددين على المستشفيات الحكومية، ومع ذلك فإن نتائج هذه المؤشرات لا تعتمد فقط على ترتيب مصر التنافسي بين دول العالم، حيث إن هناك العديد من المخرجات التي حدثت نتيجة هذه المؤشرات، وفيما يلي عرض لأهم تلك المخرجات.

٣- إجابة السؤال الثالث: ما التحديات الاجتماعية لنسق الرعاية الصحية في مصر؟

(١) مجلس الوزراء، مركز المعلومات ودعم اتخاذ القرار، مستقبل الرعاية الصحية، توجهات مستقبلية، ع ٥، (٢٠٢٠)، ص ٢٧.

(٢) تقرير التنمية البشرية في مصر، التنمية حق للجميع: مصر المسيرة والمسار، مرجع سابق، ص ١٧.

٤- تواجه الرعاية الصحية في مصر تحديات متعددة لا تضع صعوبات في طريق تحسين وضمان صحة ورفاهية الشعب المصري، فيعاني النظام الصحي في مصر من عبئين رئيسيين هما: عبء المرض وعبء الزيادة السكانية، فعبء المرض يمثل ضغوطاً متعددة اقتصادياً واجتماعياً وسياسياً، حيث يعاني النظام الصحي في مصر من الأمراض الناتجة عن الفقر والغني معاً فهذا العبء المزدوج يتطلب أولاً مكافحة الأمراض المرتبطة بالفقر والأمراض المرتبطة بالأمية، أما العبء الآخر فهو عبء الزيادة السكانية، وهو ما يقف حائل أمام تقديم رعاية صحية لائقة تشمل جميع المواطنين على اختلاف فئاتهم^(١)

وبالرغم من الجهود المبذولة من قبل الدولة المصرية لتحسين جودة الرعاية الصحية، إلا أنها لا تزال تواجه بعض التحديات وتتمثل فيما يلي: (٢)

- النمو السكاني السريع وغير الخاضع للرقابة، والذي من شأنه أن يؤدي إلى عرقلة خطط الحكومة لتحسين الرعاية الصحية.
- يعاني النظام الصحي من نقص أعداد الأطقم الطبية، فوفقاً لبيانات وزارة الصحة لعام (٢٠١٨) تبلغ نسبة توافر الأطباء في مصر نحو طبيب واحد لكل (١٢٨٤) شخصاً، في حين يبلغ متوسط نصيب كل (١٠٠٠) للطبيب نحو (٤.٢٤) في ألمانيا، ونحو (١.٠٦) في منطقة الشرق الأوسط.
- ورغم توقيع مصر على إعلان أبوجا "Abuja Declaration" لعام (٢٠٠٠) والذي يلزم الدول الموقعة بتخفيض (١٥%) من الموازنة العامة للدولة على الصحة إلا أن معدلات الانفاق في مصر على الصحة لم تصل لتلك النسبة حتى الآن، حيث بلغت في عام ٢٠٢٠/٢٠١٩ (٤.٦١%)^(٣).
- خلال إحصائية للمركز المصري لحماية الحق في الدواء تعاني (٦٠%) من المستشفيات الحكومية من من الافتقار للخدمات الأولية للرعاية الصحية، وتشهد نقصاً واضحاً وملحوظاً في الأسرة وأجهزة الأشعة وعجزاً في فنيي الأشعة والأطباء وطواقم التمريض، ونقصاً في الأدوية.

وبناءً على العرض السابق، يتضح أن نسق الرعاية الصحية في مصر يتميز بالعديد من المميزات التي تميزه عن العديد من الأنظمة الصحية في معظم دول العالم، حيث إن الحكومة المصرية قد راعت بشكل

(١) جيهان إبراهيم جاد الله، خدمات الرعاية الصحية في مصر، مجلة الخدمة الاجتماعية، الجمعية المصرية للاخصائيين الاجتماعيين، ع ٥٤، ٢٠١٥، ص ٤٥٢.

(٢) مركز هردو لدعم التعبير الرقمي، أزمة قطاع الصحة بين اهمال المستشفيات وضعف الموازنة العامة للصحة، ٢٠١٧، ص ٩.

(٣) مجلس الوزراء، مركز المعلومات ودعم اتخاذ القرار، مستقبل الرعاية الصحية، توجهات مستقبلية، ع ٥، (٢٠٢٠)، ص ٢٥.



كبير تقديم الرعاية الصحية للمواطنين، وبادرت بإنشاء العديد من المستشفيات وتوفير عدد كبير من الأطباء وأعضاء هيئة التمريض، إلا أن هذه الجهود لا تعني جودة الخدمة الصحية المقدمة للمواطنين، كما أنها لا تعني رضا المرضى ومقدمي الرعاية الصحية عن المنظومة الصحية في مصر، حيث إن هناك العديد من التحديات التي تعوق توفير رعاية صحية عالية المستوى، ولعل أهمها الزيادة السكانية التي تضع الكثير من الأعباء على كاهل الدولة.

عاشراً: توصيات الدراسة

في ضوء ما توصلت إليه الدراسة من نتائج فإنها توصي بما يلي:

- ١- ضرورة نشر الثقافة الصحية بين المواطنين من خلال تفعيل دور وسائل الإعلام.
- ٢- زيادة أعداد الأطقم الطبية في المستشفيات لنتناسب مع أعداد المترددين عليها.
- ٣- زيادة حملات التثقيف والتوعية بتنظيم الأسرة عبر وسائل الإعلام المختلفة.
- ٤- إجراء دراسات تركز على الدور المهم للأسرة والإعلام في نشر الوعي الصحي للارتقاء بالمستوى الصحي للمواطنين.
- ٥- إجراء دراسات للكشف عن أثر وسائل التواصل الاجتماعي في نشر الوعي الصحي بين المواطنين.
- ٦- زيادة معدل الإنفاق الحكومي على قطاع الصحة في مصر.
- ٧- ضرورة توفير الأدوية والخدمات الطبية الأولية للمرضى.

المراجع

أولاً: المراجع العربية

- ١- أبو سعيد الديوه جي، وعادل محمد عبد الله، النوعية والجودة في الخدمات الصحية/ دراسة تحليلية لآراء المرضى في عينة من المستشفيات العامة، مجلة تنمية الرافين، مج ٢٥، ع ٧٣، ٢٠٠٣.
- ٢- أحمد عبد الحميد الابشهي، متطلبات تحقيق جودة خدمات الرعاية الصحية بالوحدات الصحية الريفية، مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، كلية الخدمة الاجتماعية، ع ٣١، ج ٧، ٢٠١١.
- ٣- أميمة عبد العزيز عبد الحفيظ، دراسة تحليلية لقطاع الخدمات الصحية في مصر، المجلة العلمية للاقتصاد والتجارة، جامعة عين شمس، كلية التجارة، ع ٢، ٢٠١٧.
- ٤- إنجي عادل عبد الرحيم، إشكالية تباين توزيع الخدمة الصحية في مصر: كمياً ونوعياً، مجلة كلية الآداب، جامعة سوهاج، ع ٦٠، ٢٠٢١.
- ٥- المركز المصري للدراسات الاقتصادية. رأي في أزمة قطاع الصحة، مجلة راي في خبر، ع ١٠، ٢٠٢٠.
- ٦- جمعية التنمية الصحية والبيئة، برنامج السياسات والنظم الصحية، الحالة الصحية والخدمات الصحية في مصر: دراسة تحليلية للوضع الراهن ورؤى مستقبلية، ٢٠٠٥.
- ٧- الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء (٢٠١٩) النشرة السنوية لإحصاء الخدمات الصحية لعام ٢٠١٨، بيانات غير منشورة، إصدار نوفمبر ٢٠١٩.
- ٨- الجهاز المركزي للتعبئة والإحصاء (٢٠١٩ ب)، الكتاب الإحصائي السنوي، باب الصحة، سبتمبر ٢٠١٩.
- ٩- جيهان إبراهيم جاد الله، خدمات الرعاية الصحية في مصر، مجلة الخدمة الاجتماعية، الجمعية المصرية للاخصائين الاجتماعيين، ع ٥٤، ٢٠١٥.
- ١٠- حسن محمد السيد وأحمد مندور وماجدة جبريل، أوجه الاستفادة من التجارب الدولية للنهوض بخدمات التأمين الصحي في مصر، مجلة العلوم البيئية، معهد الدراسات والبحوث البيئية، جامعة عين شمس، ٢٠١٨.
- ١١- حمد محمد صدقي، قياس أبعاد جودة الخدمات الصحية المقدمة في مستشفيات حلب الحكومية: دراسة مقارنة، مجلة جامعة القدس المفتوحة للبحوث الإدارية والاقتصادية، جامعة القدس المفتوحة، مج ٣، ع ٩، ٢٠١٨.
- ١٢- سالم بن جبر حاكم العنزي، متطلبات ومعوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة في إدارة: الشؤون الطبية بالمديرية العامة لحرس الحدود، رسالة ماجستير، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، المملكة العربية السعودية، ٢٠١١.
- ١٣- سيلفيا شيفولو، الطب والأطباء في مصر: بناء الهوية المهنية والمشروع الطبي، ترجمة: ماجدة أباطه، المجلس الأعلى للثقافة، ع ٩٥٥، ٢٠٠٥.
- ١٤- عبد الباسط محمد حسين، أصول البحث الاجتماعي، مكتبة وهبة للنشر، القاهرة، ١٩٩٨.
- ١٥- عبد المهدي بوعانة، إدارة الخدمة في المؤسسات الصحية، مفاهيم ونظريات، ط ١، دار الحامد للنشر، عمان، الأردن، ٢٠٠٩.
- ١٦- عزة الفندري ومحمد ماجد خشبة، فجوات وتحديات النظام الصحي في مصر وسياسات مقترحة لتعزيز الأمن الصحي في ضوء خبرات جائحة كورونا، المجلة المصرية للتنمية والتخطيط، ٢٠٢١.
- ١٧- علي المكاوي، علم الاجتماع الطبي مدخل نظري، دار المعرفة الجامعية، القاهرة، ٢٠٠٥.
- ١٨- فهيمة بدبسي، جودة الخدمات الصحية الخصائص، الأبعاد والمؤشرات، مجلة الاقتصاد والمجتمع، جامعة منتوري قسنطينة، مخبر المغرب الكبير للاقتصاد والمجتمع، ع ٧، ٢٠١١.
- ١٩- مجلس الوزراء، مركز المعلومات ودعم اتخاذ القرار، مستقبل الرعاية الصحية، توجهات مستقبلية، ع ٥، (٢٠٢٠).
- ٢٠- محمد أديب العسالي، واقع ومتطلبات تطوير الواقع الصحي، دمشق، سوريا، المؤتمر الوطني للبحث العلمي والتطوير الثقافي، ٢٠٠٦.
- ٢١- مختار رجب، الصحة والمرض وعلاقتها بالنسق الثقافي للمجتمع، مقارنة من منظور الأنثروبولوجيا الطبية، مجلة العلوم الانسانية والاجتماعية، ع ١٥، جامعة المسلية، الجزائر، ٢٠١٤.
- ٢٢- المركز المصري للدراسات الاقتصادية (٢٠٢٠ ب) رأي في أزمة قطاع الصحة، رأي في خبر، ع ١٠، ٢٠٢٠.



- ٢٣- مركز المعلومات ودعم اتخاذ القرار بمجلس الوزراء، التحديات التي تواجه قطاع الصحة في مصر وسياسات التغلب عليها، جمهورية مصر العربية، مارس ٢٠٠٥.
- ٢٤- مركز هردو لدعم التعبير الرقمي، أزمة قطاع الصحة بين اهمال المستشفيات وضعف الموازنة العامة للصحة، ٢٠١٧.
- ٢٥- نزيهة شاوش، المعوقات الثقافية والاجتماعية أمام التدرج الوظيفي للمرأة الجزائرية، الجزائر، مجلة علوم الإنسان والمجتمع، جامعة محمد خيضر بسكرة- كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، العدد ٢٧، ٢٠١٨.

ثانياً: المراجع الاجنبية

- 1- Britni Ayers, Lauren Haggard-Duff & Pearl McElfish, Marshallese Mothers' and Maternal Health Care Providers' Perspectives of the Structural and Socio-Cultural Barriers to Prenatal Care: A Comparison Article, *Journal of Clinical and Translational Science* , Vol. 5 , No. 1 , 2021.
- 2- Felix Kwasi Nyande, Esmeralda Ricks, Margaret Williams & Sihaam Jardien-Baboo, Socio-cultural barriers to the delivery and utilisation of child healthcare services in rural Ghana: a qualitative study, *BMC Health Services Research*, Vol. 22, NO. 189, 2022, PP.
- 3- Hervé Leteurtre et autres, "La qualité hospitalière", ed Berger-Levraulte, Paris, 2ème ed, 1999.
- 4- Janis H. Jenkins, "Culture, Emotion and Psychiatric Disorder", In: Carolyn F. Sargent and Thomas M. Johnson, (Eds.), "Medical Anthropology Contemporary Theory and Method", Greenwood Publishing Group Inc., London: 1996.
- 5- Kotler , Philip and Armstrong Gory , Marketing Management Analysis , planning , Implementation and Control , Hall Engle wood cliffs , New Jersey, 1994.
- 6- Medicine, in, Folta and Deck, (ed.), A Sociological Framework for Patient Care. John Wiley & Sons, Inc., New York, 1966.
- 7- Nakijima , Hiroshi , Better Health: Through better life of Recourses , World Health , The Magazine of (WHO), 50th year , No. 5,9-10,1997.
- 8- NHA 2011/Egypt NHA2011 = Ministry of Health, Arab Republic of Egypt and Health Systems 20/20 (2011), **National Health Accounts 2008/2009: Egypt**, Health Systems 20/20 project, Abt Associates Inc., Bethesda, MD
- 9- Nikolai KiselevORCID ,Monique Pfaltz, Florence Haas, Matthis SchickORCID ,Marie Kappen, Marit SijbrandijORCID Icon, Anne M. De GraaffORCID ,Martha Bird, Pernille Hansen, Peter VentevogelORCID Icon,Daniela C FuhrORCID, Ulrich Schnyder &Naser MorinaORCID, Structural and socio-cultural barriers to accessing mental healthcare among Syrian refugees and asylum seekers in Switzerland, *European Journal of Psych traumatology*, Vol. 11, No. 1, 2020.
- 10- O'Donnell, O., van Doorslaer, E., Wagstaff, A. and Lindelow, M, **Analyzing health equity using household survey data: a guide to techniques and their implementation**, WBI Learning Resources Series, The World Bank, Washington, DC, 2008.



- 11- Senge, P., & Oliva, R, *Developing a theory of service quality/service capacity interaction*. The 11th International Conference of the Systems Dynamics Society. s.l.: System Dynamics Society, 1993.
- 12- Wagstaff, A. and van Doorslaer, E. (2002), **Catastrophe and Impoverishment in Paying for Healthcare: with Application to Vietnam 1993-1998**, The World Bank, Washington DC.
- 13- World Bank (2004), **Egypt – Health Sector Reform and Financing Review**, World Bank, Washington, DC, 2004.
- 14- Yara Ahmed, Racha Ramadan and Mohamed Fathi Sakr, Equity of health-care financing: a progressivity analysis for Egypt, **Journal of Humanities and Applied Social Sciences** Vol. 3 No. 1, 2021.

ثالثاً: مواقع الانترنت

- ١- بحث منشور علي الانترنت، <https://abahe.uk>، تم الاطلاع ٢٠٢١/٥/٥.
- ٢- بيانات الحساب الختامي للموازنة العامة للدولة للاعوام المالية من ٢٠١٢/٢٠١٣ الى ٢٠١٧/٢٠١٨ وتقديرات الموازنة المعتمدة للاعوام المالية ٢٠١٠/٢٠١١-٢٠١٨/٢٠١٩-٢٠١٩/٢٠٢٠ والمنشورة على موقع وزارة المالية WWW.MOF.GOV.EG تم الاطلاع ٢٠٢٢/١١/١١.
- ٣- منظمة الصحة العالمية (٢٠٢٠)، التحديات الصحية العالمية الملحة في العقد القادم، تقارير مصورة، متاح على www://https_who.int/ar/news-room/photo-story/photo-story-detail/ urgent-health-challenges-for-the-next-decade/ تم الاطلاع ٢٠٢٢/١٧/٢٠.
- 4- DHS program. The health system and public health. Health Communication Capacity Collaborative Egypt. 2018. <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/SPA5/02chapter02.pdf> (21/8/2022).
- 5- Olugbenga Oguntunde, Jabulani Nyenwa, Sikiratu Kilani-Ahmadu, Abdulsamad Salihu & Issa Yusuf, *Addressing socio-cultural barriers to family planning and co-designing services to improve utilization: evidence from northern Nigeria*, <https://assets.researchsquare.com/files/rs-4008/v1/22085c30-4ca4-487e-abd08eecd6391ec.pdf?c=1631826615> (23/3/2022).
- 6- Rafeh, N., Williams, J. and Nagwan, H. 2011. Egypt Household Health Expenditure and Utilization Survey 2009/2010. USAID Egypt. <https://www.hfgproject.org/egypt-household-health-expenditure-utilization-survey-2010/> (7/9/2022).
- 7- UNFPA, NPC and Baseera. (2016), Population situation analysis – Egypt 2016”, available at: [http://egypt.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/PSA%20Final.pdf\(2/9/2022\)](http://egypt.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/PSA%20Final.pdf(2/9/2022)).
- 8- World Bank. A roadmap to achieve social justice in health care in Egypt. 2015. <https://www.worldbank.org/en/country/egypt/publication/a-roadmap-to-achievesocial-justice-in-health-care-in-egypt>. (21/8/2022).
- 9- World Health Organization. International Journal of Health Care Quality Assurance, Vol. 23, Issue: 8, 2018, <https://doi.org/10.1108/ijhcqa.2010.06223hab.001>. (16/8/2022).



- 10-World Population Review [Internet]. Egypt Population 2020 (Demographics, Maps, Graphs). 2020.
<https://worldpopulationreview.com/countries/egyptpopulation> (7/7/2022).



Social challenges to the health care system in Egypt and its quality indicators

By

Rania Ali Atta Ali Hassan

Master's researcher, Department of Sociology, Faculty of Arts - Tanta University

Prof. Dr. Muhammad Yasser Al-Khawaja

Professor of Sociology, Faculty of Arts, Tanta University

Dr. Yasser Al-Najjar

Assistant Professor of Sociology, Faculty of Arts, Tanta University

Abstract:

The study aimed to identify the social challenges of the health care system in Egypt and its quality indicators, by identifying the reality of the health sector in Egypt, its quality indicators, and its social challenges, the study relied on the descriptive approach. The results show an accurate and detailed presentation of the reality of the health sector in Egypt, and showed its quality indicators, represented in the indicator of the number of hospitals for beneficiaries, the indicator of the number of doctors and nursing staff compared to the number of visitors, and the indicator of government spending on the health sector. The study also presented the social challenges of the health care system in Egypt, the most important of which were the rapid and uncontrolled population growth, the lack of medical staff, the low rates of government spending on health, and the government hospitals' lack of primary health care services. Accordingly, the study recommended the need to spread health culture among citizens. And the media's awareness of citizens about the dangers of overpopulation, the need to increase spending rates on the health sector, and providing primary health care services in a manner appropriate to the needs of patients.

Key words: social challenges - health care system - health care quality indicators.