

نظم تقديم الخدمات الصحية

مع إشارة خاصة إلى نظام الرعاية الصحية بجمهورية مصر العربية

د / خلف الله حسن محمد

مدرس الجغرافيا - كلية الآداب - جامعة المنيا

يهدف هذا البحث إلى دراسة وتحليل نظام الرعاية الصحية بجمهورية مصر العربية ، وكذلك التعرف على مدى مراعاة الأبعاد الجغرافية في هذا النظام .

تناولت الدراسات الجغرافية نظم تقديم الخدمات الصحية في دول العالم بالبحث والتحليل ، ومن هذه الدراسات دراسة **Shannon&Dever** سنة ١٩٧٤م وتعد من الدراسات الرائدة في هذا المجال ، وتناول تحليل بعض النظم العالمية لتقديم الخدمات الصحية في ضوء العوامل المؤدية إلى ذلك وهى العلاقة بين الطبيب والمريض **Physician-Patient Relationships** ولها ثلاثة أشكال ، إما العلاقة الحرة بين الطبيب والمريض وتمثل ذلك معظم المؤسسات الصحية فى الولايات المتحدة الأمريكية ، او التعاقد مع الأطباء مقابل تقديم خدماتهم للمرضى ويتم ذلك بين بعض البيئات والمؤسسات والأطباء فى الولايات المتحدة الأمريكية ، ثم الأطباء انكرومين أو السعائدين مع الحكومة مقابل تقديم خدماتهم للمرضى فى المستشفيات العامة أو المناطق الهامشية والتي تقوم الحكومة بمسئولية تقديم الخدمات الصحية بها.

الأسلوب الثانى لتصنيف نظم تقديم الرعاية الصحية طرق دفع تكاليف العلاج **Methods of payment** ، ومنها النظم المجانية ويتبع هذا الأسلوب معظم الدول الرأسمالية **Fee- for-service** ، والأسلوب الثالث هو

تصنيف نظم الرعاية الصحية حسب التنظيم المكاني ودرجة المركزية وهذا النظام عمل به فى الاتحاد السوفيتى السابق والسويد وإنجلترا والولايات المتحدة الأمريكية (١).

كذلك تناول **Joseph & Phillips** نظم تقديم الرعاية الصحية فى دول العالم وتم تقسيمها إلى ثلاثة أنماط ، النمط الأول خاص بدول العالم المتقدم ، ويمثل هذا النمط المملكة المتحدة والولايات المتحدة الأمريكية وأستراليا ، والنمط الثانى يضم دول العالم الثالث ومثال على ذلك دولة سيرلانكا وكينيا وتايلاند ، أما النمط الثالث وهو النمط الاشتراكي ومن الدول التى تتبع هذا النظام الصحى روسيا والصين ، وقد تم تناول هذه الأنماط كنتاج للسياسية الصحية التى تتبعها الدول **Nation's health policy** ودرجة المركزية أو التحكم فى الخدمات الصحية وطرق وأساليب دفع تكاليف

العلاج **Methods of payment for medical services**

بالإضافة إلى العلاقة بين المريض والطبيب وهذا فى ضوء مدى درجة حرية المريض فى اختيار الطبيب المعالج ، وفى ضوء درجة التحكم المركزية جاءت الولايات المتحدة الأمريكية فى ذيل القائمة بينما كانت روسيا فى قمة هذه القائمة من حيث درجة التحكم فى الخدمات الصحية ، وذلك لكون السياسيه الصحية يتم رسمها وتخطيطها مركزياً على مستوى الدولة (٢).

وتناولت بعض الدراسات الجغرافية بعض النظم الصحية فى دول بعينها مثل دراسة **De Miguel** سنة ١٩٧٥م عن النظام الصحى فى أسبانيا (٣)، ودراسة **Siddiqi** سنة ١٩٨٠م عن موارد الرعاية الصحية والسياسة العامة فى باكستان (٤)، ودراسة **Khan** سنة ١٩٨٤م عن تطوير نظم تقديم الرعاية الصحية فى بنجلاديش ، وأيضاً تم دراسة النظام اليابانى التى قام بها **Tanka & et al.** سنة ١٩٨١م وفى هذه الدراسة تم استخدام النماذج الجغرافية فى إعادة توزيع وتوقيع الخدمات الصحية (٦) ، وقدم **Phillips**

سنة ١٩٩١م دراسة خدمات الرعاية الأولية في الفلبين (٧) ، ومن الدراسات الهامة في مجال دراسة النظم الصحية على مستوى الدولة تلك التي قدمها **Grochowski** سنة ١٩٩٠م وهي بعنوان " الحقيقة والأسطورة عن المتاح من الخدمات الطبية المجانية في بولندا " (٨)، ودراسة **Kalapula** سنة ١٩٩١م عن أنماط تقديم خدمات الرعاية الصحية وتخطيطها في زامبيا ، وتناولها من حيث التطور التاريخي والوضع الراهن وإمكانية تطويرها في ضوء الإمكانيات المتاحة (٩). إلى جانب هذه الدراسات هناك العديد من الدراسات الجغرافية التي تناولت النظم الصحية ذى كل من فرنسا وإنجلترا وإندونيسيا وماليزيا ونيجيريا.

وهذه الدراسات يدور محورها حول التطور التاريخي للنظم الصحية ومراحل تطورها ومدى تحقيق الأهداف التي قامت من أجلها ، مع التركيز على العوامل التي أدت إلى تشكيل هذه النظم بالصورة التي عليها وخاصة العوامل السياسية والاقتصادية والاجتماعية والخلفية الحضارية لكل مجتمع وأثارها في تشكيل أنماط متباينة لطرق تقديم الرعاية الصحية من مجتمع إلى آخر، الى جانب أن بعض الدراسات اهتمت بتقديم رؤية مستقبلية لتطوير نظم تقديم الخدمات الصحية مع التركيز على أهمية إبراز دور الأبعاد الجغرافية التي يجب أن تكون موضع اهتمام من قبل المخططين .

ويقسم **Romer** العوامل التي أثرت في تكوين وتشكيل الأنماط الحالية من نظم الخدمات الصحية إلى ثلاثة عوامل أساسية وهي التطور الاقتصادي والسياسية الاجتماعية والخلفية التاريخية والحضارية ، وهذه العوامل لعبت دورها في نمو وتطور الاختلافات بين نظم الرعاية الصحية (١٠) ، حيث إن المرض ونظام الخدمات الصحية جزء لا يتجزأ من نسيج أى مجتمع (١١) ، وكذلك يرى البعض أن للعوامل السياسية أثرها في سياسية الحكومات في تحديد المتاح من الخدمات العامة ومنها الخدمات الصحية

(١٢)، بل إن بعض الدول تتبع هيراركية الخدمات بها هيراركية الحكم (١٣) ، وغالباً ما يكون ذلك في دول العالم الثالث .

ويرى Tanka أن الاختلاف في نظم الرعاية الصحية إنما يرجع إلى الاختلافات في مستويات التنمية الاقتصادية ، ولذا يرى من الأهمية بمكان الأخذ في الاعتبار حالة المجتمع التنموية عند تصحيح أو التخطيط لإعادة تنظيم الخدمات الصحية (١٤).

وفي ضوء هذه الدراسات والأبحاث التي تناولت نظم تقديم خدمات الرعاية الصحية على مستوى العالم ، يمكن أن ننظر إلى نظام تقديم خدمات الرعاية الصحية في مصر وذلك للتعرف على مراحل نموه ومعرفة العوامل التي شكلته ومدى الاهتمام بالأبعاد الجغرافية عند توزيع وتوقيع الأنماط المختلفة من وسائل تقديم الرعاية الصحية على مستوى الدولة.

مر نظام تقديم خدمات الرعاية الصحية في مصر بمراحل عديدة وكذلك كان للأحداث السياسية دور بارز في النظام القائم ، وذلك لما مرت به مصر من فترة الاستعمار الإنجليزي منذ نهاية القرن التاسع عشر وحتى منتصف القرن العشرين ، وتلى ذلك التحول السياسي والاجتماعي والاقتصادي مع بداية العقد السادس من هذا القرن والذي تمثل في قيام الثورة والتي يعد النظام الصحي الحالي هو نتاج لها ، ولكن قاعدة هذا النظام تعود في معظمها الى الفترة السابقة للثورة ، حيث إن مصر عرفت أول برنامج منسق للخدمات الصحية والصحة القروية منذ بدايات هذا القرن.

ومن الجدير بالذكر أن الأساس في قيام النظم الصحية عبارة عن مجموعة من القوانين تصدر من قبل الحكومات المركزية ، وفي ضوء هذه القوانين يتم تشكيل النظام الصحي على مستوى الدولة أو القطر ، وهذا يلاحظ في حالة النظام الصحي المصري ، فقد صدرت مجموعة من القوانين منذ بداية القرن العشرين وهي القانون ٤٦ لسنة ١٩٤٢م وتعديلاته بالقانون رقم

٦٢ لسنة ١٩٤٧ م ، وعدل بالقانون ٢٩٠ لسنة ١٩٥٦ م ، وهذه المجموعة من القوانين خاصة بتنظيم خدمات الرعاية الصحية القروية ، والقانون الأخير تم به تحديد التوزيع النوعى والمكانى للخدمات طبقاً لعدد السكان كمعيار لهذا التوزيع ، وتم تحديد عدد ١٥-٢٠ ألف نسمة لإنشاء المجموعة الصحية ، ولذا كان يتم تجميع عدد من القرى ومن ثم يتم توقيع هذا النمط من الخدمة فى إحدى هذه القرى لخدمة سكانها وباقى سكان القرى المجاورة . وفى عام ١٩٦٦م صدر قانون بإعطاء وزير الصحة الحق فى تكليف جميع خريجي كليات الطب للعمل لمدة عامين فى الريف قبل السماح لهم بمزاولة المهنة فى أى جهة أخرى ، وحددت نوع الخدمة الصحية طبقاً لمعيار عدد السكان ، وتقرر إنشاء وحدة صحية ريفية لكل ٥ آلاف نسمة ، ومجموعة صحية أ و وحدة مجمعة لكل ١٥ ألف نسمة وتحتوى على قسم داخلى به عشرون سريراً ، ومستشفى قروى لكل عشرين ألف من السكان يضم ما بين ١٠-٢٥ سرير ، ومستشفى مركزى يتراوح عدد الأسرة به ما بين ٦٠-١٢٠ سريراً (١٥).

مما سبق يتضح أن الحكومات المصرية منذ بداية القرن العشرين وهى تتولى تقديم الخدمات الصحية على مستوى الدولة ، ويتضح ذلك من تناول القضايا الصحية فى البرلمان المصرى الحديث منذ نشأته سنة ١٩٢٤م ، ويتبين ذلك من المطالبات التى كان يتقدم بها النواب والتى تطالب بإنشاء المزيد من الخدمات الصحية (١٦) ، وانتهى ذلك بصدور الدستور الذى تنص به المادة ١٦ على " تكفل الدولة الخدمات الثقافية والاجتماعية والصحية ، وتعمل بوجه خاص على توفيرها للقرية فى يسر وانتظام رفعا لمستواها ، وفى المادة ١٧ منه أيضاً " تكفل الدولة خدمات التأمين الاجتماعى والصحى ومعاشات العجز عن العمل والبطالة والشيخوخة للمواطنين جمعياً وذلك وفقاً للقانون (١٧) .

ونتيجة للتحول نحو الاشتراكية كنظام للدولة أيضا اثره في التحول إلى النظم الاشتراكية في تقديم وتوزيع الخدمات والتي من بينها الخدمات الصحية التي تولت الدولة على عاتقها تقديمها إلى اليوم ، ولينا اتخذت العديد من الأساليب لتطبيق هذا النظام ، ومع زيادة الأعباء على الدولة بدأت الحكومات في التفكير في إنشاء نظام التأمين الصحي ، وكان ذلك أيضا بصدور عدة قرارات حكومية ومنها القرار ١٢١٠ لسنة ١٩٦٤م في شأن إنشاء مؤسسات علاجية بالمحافظات ، وارتبط ذلك بالقرارات الخاصة بعلاج العاملين بالدولة سنة ١٩٦١م ، وتم تطبيق هذا النظام بمحافظة الإسكندرية ومحافظة القاهرة ومازال هذا النظام قائماً إلى اليوم بهاتين المحافظتين .

وتلى ذلك صدور مجموعة من القوانين الخاصة بالتأمين الصحي ، والتي مازال العمل سارياً بها ، أيضاً تم تطبيق نظام آخر وهو مايسمى بالعلاج الاقتصادي وذلك منذ سنة ١٩٦٧م ، وكانت المؤسسة العلاجية في الإسكندرية أول من طبق هذا النظام ، وطبقته أيضاً هيئة التأمين الصحي (١٨) . وفي السنوات الأخيرة يتم تطبيق هذا النظام في كافة المستشفيات العامة والمركزية والمستشفيات الجامعية ولكن بحد أقصى ٢٠٪ من الطاقة الاستيعابية لكل مستشفى ، وفلسفة هذا النظام هي مساهمة القادرين في دعم علاج الفقراء من السكان من خلال تحملهم التكاليف الفعلية للعلاج .

نقطة أخرى جديرة بالاهتمام وهي على الرغم من تولى الدولة تقديم كافة الخدمات الصحية للسكان إلا أن الجهات التي تقوم بتقديم هذه الخدمات في مصر تتوالها العديد من الجهات وهي :-

- وزارة الصحة والتي تتولى الإشراف على الجزء الأكبر منها ، وذلك من خلال مديريات الشؤون الصحية والتي تتبعها المستشفيات العامة والمركزية والمستشفيات التخصصية ، ومراكز خدمات الرعاية الأولية بكافة

أنماطها ومستوياتها ، وكذلك الإشراف على الهيئة العامة للتأمين الصحى
والمؤسسة العلاجية بالإسكندرية والقاهرة.

- وزارة التعليم العالى وتشرف على المستشفيات الجامعية التى تتبع
كليات الطب والأسنان وغيرها من المعاهد العلمية التى تقع ضمن إشرافها،
وليس توزيع الصحة إشراف على هذه المؤسسات.
- كذلك تقوم بعض الوزارات مثل وزارة النقل والمواصلات
والداخلية والدفاع والصناعة بتقديم خدمات طبية ، ولاتخضع لإشراف وزير
الصحة (١٩).

ليس هذا فقط بل تقوم بعض الهيئات والجمعيات الاهلية ، والتي غالباً
ما تكون تبعية هذا المراكز الصحية إلى بعض المساجد أو الكنائس ، والتي يتم
بهذه المراكز الصحية تقديم خدمات العيادة الخارجية ، وفى بعض الأحيان
تمتلك أقساماً داخلية ، وهذه أيضاً لاتخضع لإشراف وزارة الصحة .
أخيراً ومع سياسة الانفتاح الاقتصادى بدأ القطاع الخاص يشارك فى
تقديم الخدمات الصحية على مستوى أجزاء الدولة وتمثل ذلك فى إنشاء العديد
من المستشفيات الخاصة (الاستثمارية) وخاصة بالمدن الكبيرة مثل القاهرة
والإسكندرية وغيرها من المدن المصرية .

خاتمة

مما سبق يتضح أن نظم تقديم الخدمات الصحية ومعايير توزيعها
يختلف من دولة لأخرى ، بل وداخل حدود الدولة الواحدة ، وكذلك من فترة
زمنية لأخرى ، وإذا حاولنا أن نصف النظام المتبع فى تقديم الخدمات
الصحية فى مصر يمكن أن نطلق عليه عبارة نظام اللانظام - Non
system- system ، ولكن على الرغم من ذلك يمكن أن نرصد ان النظام
الحالى المتبع فى تقديم الخدمات الصحية فى مصر ترجع جذوره الى بداية
القرن الحالى ، ونقطة التحول الاساسية فى هذا النظام كانت مع ثورة ٢٣

يوليو ١٩٥٢م ، والذي تمثل في إصدار العديد من القرارات الخاصة بتنظيم الخدمات الصحية وطرق وأساليب توزيعها على مستوى الدولة، والتي يمكن أن نرصد منها أن نظام التوزيع أخذ عدد السكان معياراً للتوزيع الجغرافي للخدمات الصحية ، وكان لهذا دور أساسي في التوزيع الجغرافي للخدمات الرعاية الصحية الأولية بشكل خاص.

أيضاً يمكن ملاحظة أن التوزيع الجغرافي للخدمات الصحية في مصر يرتبط إلى حد ما بهيراركية الحكم .

الهوامش

- (1) Shannon G.W. & Dever G.E.A. , (1974) Health care delivery : Spatial perspectives , McGraw-Hill Book Company , New York,
- (2) Joseph A.E.&Phillips,(1984),Accessibilityand Utilization: Geographical perspectives on health care delivery , Harper & Row, Publishers. New York, pp.11-42.
- (3) De Miguel J.M., (1975), The Spanish health planning experience: 1964-1975, Soc.Sci.&Med., Vol.9, pp.451-459.
- (4)Siddiqi A.H.& , (1980) Health care resources and public policy in Pakistan, Soc.Sci.&Med., Vol. 14D, pp.291-298.
- (5) Khan A.A., (1984) , Improving delivery of health care in Bangladesh , The Geographical Review, Vol.74(1).pp.100-106.
- (6) Tanka T. & et al., (1981) , Methodological approaches on medical care planning from the viewpoint of geographical allocation model: A case study on south TAMA district , Soc. Sci. & Med. Vol.15D,pp. 83-91.
- (7) Phillips D.R. ,(1991) , Primary health care in the Philippines, In health care patterns and planning in developing countries, edited by Akhtar R., Greenwood, press, New York,pp.37-53.

- (8) Grochowski M. ,(1990), Myth and reality in the availability of free medical care : The case of Poland, GeoJournal. Vol. 22(4) ,pp.442-453.
- (9) Kalapula E.S., (1991) , Health care delivery patterns and planning in Zambia : Colonial , Populist and crisis interventionist approaches , in health care patterns and planning in developing countries, edited by Akhtar R., Greenwood, press, New York,pp. 199-225.
- (10)Pyle G.F.,(1979), Applied medical geography, Johanwiley& Sons, New York , p.205.
- (11) Mead M.S.& et al. ,(1988), Medical geography , The Guilford press , New York, p. 312.
- (12) Ibid., p.16.
- (13) Phillips D.R., Op Cit., p. 37.
- (14) Tanka T. & et al., Op Cit., p. 83.
- (١٥) ا- شريف حتاته ، مشكلة العلاج فى الريف ، مجلة الكاتب ، العدد ٤٩، ١٩٦٥م، ص ص. ١٠٨-١١٣.
- ب - ——— ، الصحة والتنمية ، دار المعارف بمصر ، القاهرة، ١٩٦٨م، صفحات متعددة.
- (١٦) رجب على عبد المولى ، تضاييا التصعيد فى البرلمان المصرى ١٩٢٤-١٩٥٢، رسالة ماجستير غير منشورة ، قسم التاريخ ، كلية الآداب ، جامعة انبيا، ١٩٩٤م.
- (١٧) وزارة الصحة ، دراسة حول استراتيجىة الصحة فى مصر لعام ٢٠٠٠، وثيقة رقم ٧-١٩٧٩م، القاهرة، مرفق ٥ ص.١.
- (١٨) شريف حتاته ، ١٩٦٨م، مرجع سبق ذكره ، ص.٣١٤.
- (١٩) فتحى عبد الحميد محمود بلال ، مستشفيات القاهرة : دراسة فى جغرافية الخدمات، رسالة دكتوراه غير منشورة، قسم الجغرافيا ، كلية الآداب- جامعة عين شمس، ١٩٨٩م.

المراجع

- ١ - رجب على عبد المولى ، قضايا الصعيد فى البرلمان المصرى ، ١٩٢٤-١٩٥٢ ، رسالة ماجستير غير منشورة ، قسم التاريخ ، كلية الآداب ، جامعة المنيا ، ١٩٩٤م .
- ٢ - ١- شريف حتاتة ، مشكلة العلاج فى الريف ، مجلة الكاتب ، العدد ٤٩ ، ١٩٦٥م .
- ب - ——— ، الصحة والتنمية ، دار المعارف بمصر ، القاهرة ، ١٩٦٨م .
- ٣ - فتحى عبد الحميد محمود بلال ، مستشفيات القاهرة : دراسة فى جغرافية الخدمات ، رسالة دكتوراه غير منشورة ، قسم الجغرافيا ، كلية الآداب - جامعة عين شمس ، ١٩٨٩م .
- ٤ - وزارة الصحة ، دراسة حول استراتيجىة الصحة فى مصر لعام ٢٠٠٠ ، وثيقة رقم ٧-١٩٧٩م ، القاهرة ، مرفق ٥ .
- (5) De Miguel J.M., (1975), The Spanish health planning experience: 1964-1975, Soc.Sci.&Med., Vol.9.
- (6) Grochowski M. ,(1990), Myth and reality in the availability of free medical care : The case of Poland, GeoJournal, Vol. 22(4) .
- (7)Joseph A.E.&Phillips,(1984),Accessibilityand Utilization: Geographical perspectives on health care delivery , Harper & Row, Publishers, New York.
- (8) Kalapula E.S., (1991) , Health care delivery patterns and planning in Zambia : Colonial , Populist and crisis interventionist approaches , in health care patterns and planning in developing countries, edited by Akhtar R., Greenwood, press, New York.
- (9) Khan A.A. (1984) , Improving delivery of health care in Bangladesh , The Geographical Review, Vol.74(1).

- (10) Mead M.S. & et al. ,(1988), Medical geography , The Guilford press , New York.
- (11) Phillips D.R. ,(1991) , Primary health care in the Philippines, In health care patterns and planning in developing countries, edited by Akhtar R., Greenwood, press, New York.
- (12) Pyle G.F., (1979) , Applied medical geography, Johanwiley & Sons, New York.
- (13) Shannon G.W. & Dever G.E.A. ,(1974) Health care delivery - Spatial perspectives , McGraw-Hill Book Company , New York.
- (14) Siddiqi A.H. & ,(1980) Health care resources and public policy in Pakistan, Soc. Sci. & Med., Vol. 14D.
- (15) Tanka T. & et al., (1981) , Methodological approaches on medical care planning from the viewpoint of geographical allocation model: A case study on south TAMA district , Soc. Sci. & Med. Vol. 15D.
-