

نحو دعم سياسات الرعاية الصحية فى مصر

أ.د. مديحه خطاب

مركز شركاء التنمية للبحوث و الإستشارات و التدريب

مقدمه :

تسعى مصر الى تبنى سياسات تحقق العدالة الإجتماعيه و حمايه الفقراء من خلال شبكه برامج موجهه تاتى ضمنها سياسات الرعاية الصحيه كاحد مكونات التنمية البشريه. يعرف تقرير التنمية البشريه لعام 2014 أن مؤشر التنمية البشريه هو قياس موجز لتقييم التقدم طويل الأمد فى ثلاث ابعاد اساسيه فى التنمية البشريه : حياه طويله,الصحه ,الوصول الى المعرفه ومستوى معيشى لائق وهنا تأتى مصر فى الترتيب 12 عربيا و 110 عالميا.

يأتى على رأس أولويات الصحه التغطيه الشامله و سد الفجوات فى الحصول على الرعاية الصحيه, ففى حين ليس كل الخدمات التكنولوجيه متاحه أصلا للفقراء فيضطر الفقراء الى المدفوعات المباشره للحصول على احتياجاتهم من الرعاية الصحيه التى قد تكون عاليه التكلفة وعدم الحصول عليها قد يؤدى الى النزول الى هاويه الفقر أو الى فقدان الدخل. حينما يعتمد تمويل الرعاية الصحيه فى الجزء الأكبر على الدفع المسبق (الذاتى أو من جيب المواطن) فإن الحاجه ستكون قائمه لعمليات المفاضله بين نسب السكان التى سيتم تغطيتها من جانب الدوله و باق الخدمات التى سيجرى توفيرها و نسبه التكاليف الإجماليه التى يتعين الوفاء بها.

المعنى الحرفى للتغطيه الشامله هو :

تغطيه فعليه للسكان بنسبه	100%
تغطيه الخدمات المتاحه بنسبه	100%
تغطيه التكاليف بنسبه	100%

هذه المنظومه صعبه المنال و حتى أغنى الدول و الدول ذات الدخل المرتفع لا يمكنها تقديم هذه المنظومه بدون قوائم إنتظار.

الهدف من السياسات المقترحه:

- 1--دعم الرعاية الصحيه وحمايه الفقراء
- 2-التغطيه الشامله و تقليص الفجوات فى تقديم الخدمه الصحيه
- 3-الحصول على الخدمات الصحيه فى الوقت المناسب وإزاله المخاطر الماليه و الحواجز التى تعيق إتاحة الخدمه.
- 4-تخفيض الإنفاق الذاتى (من 65 % الى 30-40%)

من مواجهه مصاعب ماليه للحصول على الخدمات الصحيه (النزول الى هاويه الفقر او فقدان الدخل
تقييم الوضع الحالى :

- 1- حدث تقدم ملحوظ في مؤشرات الرعاية الصحية في مصر ممثلاً في انخفاض معدلات وفيات الأطفال (35 لكل 1000 مولود حتى مما يقرب من انخفاض اربع امثال المستوى في اواخر التسعينات)، انخفاض نحو 40% في معدل وفيات الأطفال الرضع و 50% في معدل وفيات الأطفال دون الخامسة (28 لكل 1000 مولود حتى). وايضا انخفاض ملموس في معدلات وفيات الأمهات (48 لكل 100000 مولود حتى) وفقا للمسح الديموجرافي المصري تقرير اولى عام (2008
- 2* حدث تقدم في التغطية بالتطعيمات وتحكم في امراض الإسهال و النزلات المعويه و أمراض الجهاز التنفسي عند الأطفال .
- 3* قطعت مصر شوطا كبيرا في التحكم في الأمراض المعدية على رأسها مرض شلل الأطفال و البلهارسيا و الملاريا و لكن مازالت تعاني من ارتفاع الإصابة بالالتهاب الكبدى فيروس سى و الذى يصل معدل الإصابة الى 8% بين الإناث و 12% للذكور.
- 4* قامت وزاره الصحة ببرنامج متكامل لتطوير مرفق الإسعاف وقطعت شوطا كبيرا في تنفيذ البرنامج من خلال الد ف ب 1800 سياره جديده في القاهره و الإسكندريه وإضافه 50 حضانه متنقله للأطفال المبتسرين و تجديد 1800 سياره قديمه وتشغيلها بالمحافظات , تم انشاء 44 نقطه اسعاف جديده و تطوير 150 نقطه قديمه وانشاء ثلاث مراكز إقليميه للإسعاف (شرم الشيخ-الأقصر-السويس) و عدد 8 مراسى للإسعاف النهري و شراء 12 لاتش اسعاف و تم تدريب فريق الإسعاف.
- 5-تم انشاء هيئه اسعاف مصر بقرار جمهورى فى مايو 2009 و تخصيص تمويل 511 مليون جنيه سنويا وبنظام كامل للإتصالات و التتبع و التحكم و استهداف المعدلات العالميه فى الإستجابيه
- 6-تمتع مصر بأركان بنية تحتية قوية للرعاية الصحية من خلال: شبكة من وحدات الرعاية الصحية بمختلف مستوياتها من رعاية صحية أولية، ثانوية وتخصصية. تغطي هذه الشبكة غالبية ربوع البلاد من ريف وحضر، خاصة المناطق الحضرية والتي تتمتع بوفرة ملحوظة في خدمات الرعاية الصحية .
- و يصل متوسط إتاحة الرعاية الصحية الى 95 % من السكان فى حين يصل معدل الأسره فى مصر الى سريرين لكل الف من السكان و هو معدل مناسب للمعايير العالميه فى الدول المماثله فى الدخل شريطه أن يكون التجهيز و إداره إستخدامه بكفاءة .
- تختص تلك الشبكة بتنوع ملكيتها بين جهات عديدة :
- (1) مستشفيات و وحدات مملوكة للدولة :
- مستشفيات و وحدات تابعة لوزارة الصحة والسكان.
- مستشفيات و وحدات هيئة التأمين الصحي
- مستشفيات و معاهد الهيئة العامة للمعاهد و المستشفيات التعليمية.
- مستشفيات المؤسسة العلاجية.
- المستشفيات التابعة لوزارة التعليم العالى.
- المستشفيات و المعاهد التابعة لوزارة البحث العلمى.
- مستشفيات تابعه لجهات حكوميه أخرى (البترول – الكهرباء – السكك الحديدية.. الخ و مستشفيات الهيئات الخاصة (القوات المسلحة – الشرطة)
- (2) الوحدات المملوكة لمؤسسات المجتمع المدني مثل المساجد والكنائس والجمعيات الخيرية.
- (3)الوحدات المملوكة للقطاع الخاص مثل العيادات والمستشفيات الخاصة والصيدليات ومراكز الأشعة ومعامل التحاليل
- تعتبر المستشفيات و الوحدات المملوكة للدولة حالياً مقدم الخدمة الرئيسي فى المجال الوقائي والعلاجي فى كافة مستويات الرعاية الأساسية والثانوية والثالثية.

يعتبر الانتشار الجغرافي لهذه الوحدات بإمكانياتها الفنية والتكنولوجية والموارد البشرية العاملة بها مكون رئيسي للبنية الأساسية ورصيد استراتيجي يمكن تطويره والارتقاء بجودة الخدمات وتحقيق الفاعلية الاقتصادية وقد أثمر هذا الانتشار عن إتاحة الخدمة الصحية تقريباً لكل المواطنين بالإضافة إلى إتاحة برنامج تطعيمات إجباري مجاني للأطفال وصل استخدامه إلى معدل 99% للأطفال دون العامين. وإتاحة التكنولوجيا المتقدمة الخدمات التشخيصية والعلاجية وإتاحة خدمات العلاج على نفقة الدولة للأمراض الخطرة .

7-بدأت مصر تنفيذ برنامج إصلاح القطاع الصحي عام 1998 بمشاركة الدول المانحة و الذي يعد نواه لتنفيذ تأمين صحي إجتماعي شامل يغطي كل المصريين و يشمل في مرحلته الأساسية التي تمتد خمس سنوات و يشكل الإستثمار الرئيسي في برنامج الإصلاح و يستهدف استكمال و إعادته تأهيل وحدات الرعاية الاساسيه كامله تقوم على نموذج طبيب الأسره المسنول عن عمل ملف طبي كامل لكل اسره في نطاق وحدته وتقديم خدمه طبيه بدرجة كافييه من الجوده والإحاله الى المستوى الأعلى من الرعاية الصحيه.

يشمل برنامج اصلاح القطاع الصحي على تطوير وتجهيز المستشفيات العامه و المركزيه ويشكل 30% من استثمارات قطاع الصحه حتى تتناسب احتياجات النظام الصحي. و ايضا يشمل خدمات طب الطوارئ و خدمات الصحه المتنقله وذلك لمساعدته مراكز الطوارئ و باستكمال شبكات الإتصالات و استكمال مراكز اسعاف الطرق السريعه و عيادات متنقله تصل للمناطق النانيه و المحرومه.

يضم اصلاح القطاع الصحي برامج تنظيم الأسره و الصحه الإنجابيه ايضا من خلال توفير عيادات متنقله ضمن استهداف تحقيق متطلبات الألفيه في 2015 بالإضافة الى احتياجات مصر لمواجهة فيروس سى و انتشار مرض السكرى و الحد من انتشار الايدز.

نقاط ضعف و تحديات النظام الحالى

*على الرغم من التقدم المذكور فى مؤشرات الصحه الا ان هناك انخفاض فى الرضا العام عن خدمات الصحه و ارتفاع فى نسبه الأمراض المزمنة غير المعديه . فقد أشار المسح السكاني الصحى لمصر 2008 الى انتشار امراض القلب و الأوعيه الدمويه على نطاق واسع .ووفقا لمنظمه الصحه العالميه فقدت مصر 21 سنه من الحياه المنتجه لكل 1000 من السكان نتيجة للوفاه المبكره او العجز الناجم عن امراض القلب , 8 سنوات لكل 1000 من السكان نتيجة للسكته الدماغيه . (تقرير مركز العقد الإجتماعى بمركز معلومات مجلس الوزراء 2013) . كما يعانى المصريون من مرض السكرى بنسبه تفوق 15% و ارتفاع ضغط الدم لدى 40% من السكان و معدل إصابه 110-120 حاله اورام لكل 100000 من السكان سنويا .

وقد ترجع معدلات الإصابه بالامراض المزمنه الى عوامل عديده اهمها مرتبب بالصحه و بعضها مرتبب بالعوامل الإقتصاديه و الإجتماعيه كالحصول على مياه الشرب النظيفه وخدمه الصرف الصحى و حاله التعليم و الإسكان و التغذيه.

*مثال هام لتدهور الصحه العامه للمصريين ويقع الى حد ما خارج قطاع الصحه و هو التدهور فى حاله التغذيه وخصه الأطفال فقد قفزت نسبه التقزم فى الأطفال دون الخماسه الى 24.7% فى عام 2008 مقارنة ب 17.6% عام

2005 و نسبة النحافة فى الأطفال دون الخامسة الى 6.5% عام 2008 مقارنة ب 3.9% عام 2005 كما ففرت نسبة
نفس الوزن الى 7.5% عام 2008 مقارنة ب 6.2% عام 2005 (حاله السكان فى مصر 2009).

*تفاوت الإتاحة بين الحضر و الريف و ايضا بين ريف الوجه القبلى حيث تقع افقر المحافظات (معدل الفقر يصل الى 49%)و
ريف الوجه البحرى (يصل معدل الفقر الى 27%) يعكس الفجوات الهامة فى الحصول على خدمات الرعاية الصحية أصلا ثم
الحصول عليها بجودة (معدل استخدام الخدمات الحكوميه أقل من القطاع الخاص ...) أو الحصول على الخدمه فى الوقت
المناسب (إحصائيات توزيع الخدمات التى تشير الى النقص الشديد فى مراكز علاج الأورام, تشخيص و جراحات القلب ,
جراحات المخ و الأعصاب و القلب خاصة عند الأطفال حديثى الولاده ...) و يذكر ان 21% من الشريحه الأفقر فى المجتمع لا
تلجأ للرعايه الصحيه فى الأمراض المزمنه لاسباب ماديه مقارنة ب 4% فقط من الشريحه الأغنى .

*يظهر التفاوت بين الحضر و الريف فى مخرجات الرعاية الصحيه واضحا فبينما يصل المتوسط العام الكلى
لوفيات الأطفال أقل من خمس سنوات وفاه واحده لكل 25 طفل (بيانات البنك الدولى 2005) يصل فى ريف
الوجه القبلى الى وفاه واحده بين كل 12 طفل أى أكثر قليلا من الضعف .

يتضح التباين عند مقارنة أطفال خمس المجتمع الأدنى دخلا بالخمس الأعلى دخلا ففى حين يبلغ متوسط معدل وفيات
الأطفال دون الخامسة فى الشريحه المجتمعيه الأدنى دخلا 97,9 وفاه لكل الف طفل مولود حتى تصل النسبه فى
الشريحه الأعلى 33,7 لكل الف طفل مولود حتى.

مع تحسن معدل وفيات الامهات (54 وفاه لكل 100 الف مولود فى عام 2010) إلا ان هذا المعدل لا يزال عاليا مقارنة
بالدول المثليه (ولا تزال رعايه الأمهات الحوامل فى فتره ما قبل الحمل تعكس تفاوت بين أعلى الشرائح دخلا (يصل
الى 94,4% ويكون عند طبيب أو مهنى متخصص) فى حين فى ريف الوجه القبلى و الخمس الأدنى من شرائح
المجتمع و يكون عند قابله مدربه أو نادرا ما تكون ممرضه محدوده الخبره و لنسبه محدوده من الأمهات الحوامل .

* التفاوت فى مخرجات الرعاية الصحيه بين الريف و الحضر قد يشكل انعكاسا للتفاوت فى الإنفاق العام و الإنفاق الصحى للفرد
حيث يزيد متوسط الإنفاق للفرد فى الحضر بنحو 67% عنه فى الريف و تحصل الشريحه الدنيا على 16% من الإنفاق الصحى
العام مقارنة ب 24% تحصل عليه شريحه الدخل العليا بالإضافة فه الى حصه أعلى فى الإنفاق الصحى الخاص.

*يغطى التأمين الصحى الحالى نحو 54% من المواطنين ولا يضم بينهم الفقراء العاملين فى القطاع الخاص غير
المنظم بأنواعه مما يعظم من التفاوت فى الحصول على الخدمه و مؤشرات الرعاية الصحيه .

*فى دراسه نشرها مركز العقد الإجتماعى بمركز معلومات مجلس الوزراء 2013 للمؤشر العام للحوكمه (وهو متوسط قيمه
المؤشرات التى تمثل مبادئ الحوكمه, الكفاءه, الفاعليه, العداله, الإستجابيه, المساعده, الشفافيه, المشاركه و مكافحه الفساد) فى
قطاع الرعاية الصحيه الأوليه فى محافظه الفيوم.

اشارت الدراسه الى تقدم القطاع الخاص عن القطاع الحكومى حيث بلغ المؤشر فى القطاع الخاص 60 درجه بينما بلغ فى
القطاع الحكومى 47.6 درجه ويلاحظ ان القطاع الحكومى لم يتجاوز نصف قيمه المؤشر فى حين يعتبر القطاع الخاص فوق
المتوسط (و جاءت من اسباب عدم الرضا سوء المعامله , عدم توفر الأدوية فى مكان تقديم الخدمه و عدم تواجد الأطباء مقارنة
بتواجد الأطباء و الرعاية و كفاءه الفريق الطبى فى القطاع الخاص برغم ارتفاع التكلفة .

*برنامج إصلاح القطاع الصحي الذي بدأ منذ 1998 وتم إنفاق ملايين الدولارات في هذا البرنامج, لم ينتهي ولم يحقق الأهداف المرصوده في مراحلته المعلنه ولم يتم تقييم البرنامج بالشفافيه اللازمه .

ضعف الإنفاق الصحي :

*الإنفاق الصحي الكلى ما زال منخفضاً رغم زيادته المحدودة مصحوباً بانخفاض الكفاءه التوزيعيه للوحدات و الموارد و الأفراد و انخفاض الكفاءه التقنيه للإداره و التنظيم و الأداء المهني و إنخفاض جوده الخدمه المقدمه حيث يصل الإنفاق الحكومى على الصحه الى 28,6 مليار جنيهه و يمثل 4,8 من الناتج المحلى و 1,8 من الناتج المحلى الإجمالى فى حين المتوسط العالمى 8,18 من الناتج الإجمالى الى تحمل المواطن إنفاق ذاتى يصل الى أكثر من 70% من إجمالى الإنفاق على الصحه . ويصل إجمالى نصيب الفرد من الإنفاق على الصحه 323 دولار امريكى سنويا .

*إن تضخم الإنفاق الذاتى انما يدل على ضعف وجود ممول مساند للأفراد كأصحاب الأعمال أو الشركات و الهيئات و النقابات حيث أن الدفع بمعرفه تلك الجهات غير منظم و متداخل مع تمويل الدوله و ليس كدفع ثالث مساند يودى الى تقسيم مخاطر التمويل . كما أن تعدد أليات التمويل يودى الى تجزئه السكان الى شرائح متفاوتة فى الحصول على الرعايه الصحيه و ليس بتوجيه الأموال الى السكان الأكثر إحتياجاً.

*تمويل معظم المنظمات و المؤسسات الصحيه (معاهد تعليميه, وزاره الصحه, مستشفيات تعليميه أو جامعيه) أيا كانت تبعيتهم الإداريه تمول من خلال وزارات و هيئات تحصل على الأموال من الموازنه المركزيه الحكوميه و تدار تلك الأموال من خلال تلك الجهات بنظام و قواعد حكوميه و لكن بغير كفاءه .

وهنا تتعدد مصادر التمويل فبجانب التمويل الحكومى يحدد كل مصدر تمويلى مجموعه قواعد تعزز من أوضاعه الماليه و يقوم بالتحايل على التكلفة بديلاً عن مجموعه القواعد التى تضعها الدوله لتحكم النظام الصحى ككل و يغيب الإ استخدام الكفاء للموارد الماليه الحكوميه والخاصه ايضا لتحقيق خدمه أفضل و أيسر بتكلفه أقل.

*يلعب التمويل من المؤسسات الدوليه دور محدود (1% من موازنه الصحه) ولكن جساس حيث يبدأ بعض المشروعات الإستراتيجيه الخاصه بإصلاح القطاع الصحى و يفتقد الإستمراريه من خلال موازنه الدوله أو المؤسسات و أيضا يفتقد التقييم الدقيق و المتابعه.

*غياب معايير الجوده :

الرعايه الأساسيه هى ملاذ الفقراء للحصول على خدمات الصحه و تعانى معظم الوحدات نقص شديد فى التجهيز و الصيانه كما تفتقر الى وجود طاقم طبي مؤهل حيث يعانى العاملون من نقص الحوافز الماديه و المهنيه و لذا يلجأ المرضى و الفقراء فى القرى النانيه الى وحدات الرعايه بالقطاع الخاص مما يحملهم عناء أكثر.

تقوم وزاره الصحه و السكان بكل ادوار الرعايه الصحيه فهى :

-وضع سياسات الصحه .

-المسئول عن تمويل سياسات الرعايه الصحه

-منظم الخدمه و مسئول متابعه مخرجات الرعايه الصحيه من خلال مسؤوليتها الإشرافيه و التنظيميه على كل قطاعات تقديم

الرعايه الصحيه من القطاعات الحكوميه او الخاصه التى تمتلك 16% من أسره المستشفيات أو الأهليه و المؤسساتيه الأخرى (التعليم العالى, الزراعه, النقل, الأوقاف, الكيانات النقابيه , .. و غيرها)

- مقدم الخدمة الرئيسي لكل المستويات (الرعاية الوقائية والأساسية، الثانوية، المهنية و الرعاية التأهيلية) من خلال 80.000 سرير و أكثر من 5000 وحدة صحية و 1048 مستشفى عام و مركزى .

و ينعكس هذا العبء المركب على وزاره الصحة و السكان فى الإفتقار الى الجوده حيث يكاد يندم التقييم و المتابعه لتنفيذ بنود الموازنه و الخطه الإستثماريه لتعظيم الفائده و تقليل الهادر و بالتالى تحسين مخرجات الصحة .
يأتى سوء توزيع قوة العمل كأحد أهم النقائص فى تقديم الخدمة الصحيه وذلك على مستوى الريف و الحضر , على مستويات الخدمة المختلفه (اساسيه , ثانويه , مهاريه) و ايضا على مستوى التخصصات المختلفه كما تفتقر وزاره الصحة و السكان الى مهارات الإدارة و التخطيط . و نتيجته لكل ذلك و بالرغم من القوه العديده لمتنفيذ تقديم خدمات الصحة الخاضعه لوزاره الصحة فترى انخفاض معدل إشغال السرير الذى يصل الى 35% فقط و تفضيل المريض حتى الشرائح الأقل دخلا استخدام القطاع الخاص رغم ارتفاع تكلفته.
يتميز النظام الصحى المصرى بالأفقى شديد المركزيه و الإنعزاليه مما يصيبه بالترهل و تعدد الخدمات فى مناطق و ندره بعض الخدمات الحيويه فى مناطق أخرى على الأخص قرى الريف و الوجه القبلى. يضيف الى ذلك ضعف نظم المعلومات و الإدارة المتوسطه مما يؤدى الى عدم التنسيق أو التعاون بين جهات تقديم الخدمة المختلفه .
كل ما سبق يرهق المريض الفقير خاصه فى القرى النانيه و يعوق من تلقيه الخدمة فى الوقت المناسب .

التأمين الصحى المصرى :

نقاط قوة وضعف نظام التأمين الصحى الحالى :

تتمتع الهيئة العامة للتأمين الصحى بقوة انتشار و بنية تحتية تنتشر فى مختلف محافظات مصر (39 مستشفى . 7141 وحدة مدرسيه , 1040 عياده تخصصيه , 51 صيدليه مملوكه و 49 صيد ليه متعاقد معها) . بها قوة بشرية من أطباء و صيادلة ترميز و فنيين و إداريين تقوم بكافة احتياجاتها كما تتمتع بقدرة تعاقدية تمكنها من شراء الخدمة و التعاقد مع كبار الأطباء .
تمتلك الهيئة أحدث التقنيات و تشكل قوة اقتصادية كبيرة حيث تغطى أكثر من 54% من المواطنين بينهم طلبة المدارس ذو احتياجات طبية قليلة مما يعطيها قوة فى تحمل المخاطر بين مشتركها و قوة فى فرض الأسعار عند التعاقد و شراء الخدمة أو شراء الأجهزة و التجهيزات .

تتمركز أول نقاط ضعف الهيئة القومية للتأمين الصحى فى تعدد القوانين و القرارات الوزارية المنظمة لعملها مما يعطى بلبله و اختلاف فى القرارات الإدارية المنظمة لإدارة أعمال الهيئة و ينعكس ذلك على الوضع الاقتصادى عند تقديم الخدمة و تطبيق معايير الجودة لصالح المنتفعين .

يأتى ضعف الخصائص البشرية للعاملين بالهيئة نتيجة لضعف المرتبات و الحوافز للعاملين و قلته التدريب مع ضعف و مركزية القدرة التخطيطية . من ثم ضعف اتخاذ القرارات العلمية التنفيذية أمام تحدى اتساع حزمة الخدمات التي تبدو بدون سقف .

يلزم تحدى ضعف الوضع المالى للهيئة نتيجة ضم منتفعين بدون دراسة اقتصادية سليمة و بقرارات وزارية ذات خلفية سياسية أكثر منها اقتصادية مثل ضم الأطفال حديثي الولادة دون خلفية مالية تضمن استمرارية تقديم الخدمة و عدم مرونة تحريك الاشتراكات أو المساهمات وفقاً لمعدلات التضخم و ارتفاع تكلفة التقنية المتطورة .

قيام الهيئة العامة للتأمين الصحى بالجمع بين تمويل و تقديم الخدمة مما يؤدى الى افتقارها للقدرات التنافسية، وضعف الإشراف و الرقابة و عدم إعطاء فرص الاختيار للمنتفع و قصور فى نظم التمويل و الفاقد و عدم رضا المنتفع .

ضعف فاعلية نظم المعلومات في توفير قواعد البيانات اللازمة عن التكلفة وعن مؤشرات الجودة ومؤشرات إدارة المتعاقدين. الاستهلاك غير الرشيد للأدوية، والذي يمثل ما يقرب من 50% من تكلفة الخدمة التأمينية.

النمو السكاني المتسارع :

تتميز العلاقة بين النمو السكاني و النمو الإقتصادي بانها علاقة ديناميكية فيمثل النمو السكانية المتسارع ضغط هائل على الحالة الإقتصادية و توفير الغذاء و تمثل مشكله توفير الغذاء عنصراً ضاعطاً للفقراء حيث لا يوجد دخل كافي وإذا استمرت الزيادة السكانية علي مستواها الحالي فسيكون هناك مما ينعكس على حاله الصحة و التعليم و يتطلب بنيه تحتية إجتماعيه خاصه حيث تمثل الكثافه السكانيه العاليه عنصراً سلبياً على صحه السكان و تعد مدن مصر من اعلى الكثافات في العالم .

وتجدر الإشارة إلى أن العقود الثلاث الأخيرة شهدت تضاعفاً في عدد السكان من نحو 40 مليون عام 1979 إلى أكثر من 80 مليون عام 2009 دون أن يواكب ذلك زيادة في الموارد الطبيعية. و تشارك قرى الوجه القبلي (الأكثر فقرا) بالنسبه الأكبر في الزيادة السكانيه .

أن الدول التي حققت طفرات اقتصادية ملموسة لم تشهد مثل هذه الزيادة السكانية الضخمة ففي خلال الثلاثين عاما الماضية والتي شهدت تضاعفا في عدد السكان في مصر، زاد عدد سكان كوريا الجنوبية بـ 29% وزاد عدد سكان الصين بـ 38% وزاد عدد سكان الهند بـ 72% وزاد عدد سكان تركيا بـ 75%.

وتشير التقديرات الأخيرة للسكان إلى أن استمرار معدلات الإنجاب الحالية يعني أن عدد سكان مصر سوف يصل إلى 105 مليون نسمة عام 2025 وإلى 129 مليون نسمة عام 2050. وهو ما سيؤدي حتماً إلى تدهور حاد في نصيب الفرد من الموارد الطبيعية التي تتسم بالثبات مثل المياه والأرض الزراعية. ففي حال تحقق هذا السيناريو سيتراجع متوسط نصيب الفرد من المياه إلى 524 متر مكعب عام 2025 ويواصل التراجع إلى 426 متر مكعب عام 2050، بعد أن كان 1000 متر مكعب في بداية التسعينيات، وهو ما سيضع مزيد من الضغوط على الاحتياجات المائية اللازمة للوفاء بالاحتياجات الأساسية للحياة.

والزيادة السكانية المتوقعة ستؤثر على نصيب الفرد من الأرض الزراعية، فمن المتوقع أن يتزايد عدد السكان لكل فدان من نحو 10 أفراد لكل فدان حالياً إلى 12,7 فرد لكل فدان عام 2025، وإلى 15,5 فرد لكل فدان عام 2050. وإذا أخذنا في الاعتبار أن الزيادة السكانية تؤدي أيضاً إلى إحداث مزيد من النمو العمراني على الأرض الزراعية فإنه سيكون لزاماً على المجتمع المصري أن يضيف ما لا يقل عن مليون فدان كل 5 سنوات ليحتفظ بمعدل التزاحم الحالي وليلبى في الوقت ذاته متطلبات النمو العمراني وهو ما يبدو مستحيلاً في ظل شح الموارد المائية المتاحة.

وسيترتب على ذلك زيادة في الموارد التي يجب توجيهها لاستيراد السلع الغذائية مما يؤدي إلى تقليل درجة الاكتفاء الذاتي لمصر ويضع ضغوطاً هائلة على الموازنة العامة في ظل موجات غير مستبعدة من زيادات في أسعار المواد الغذائية. كما أن استمرار الزيادة السكانية مع التزام الدولة بدعم محدود الدخل يزيد من مخصصات الدعم وبالتالي يحرم المجتمع من توجيه موارد للاستثمارات التي تؤدي لخلق فرص العمل وبالتالي تحقيق معدلات نمو مرتفعة.

وبالإضافة إلى ما تشكله الزيادة السكانية من ضغطاً على الموارد الطبيعية، فإنها تشكل أيضاً تحدياً أمام إتاحة الخدمات الأساسية بالجودة و توفير الرعاية الصحية والانتقال من الإتاحة إلى الجودة خاصة لشريحة الفقراء .

إن الزيادة التدريجية في أعداد المواليد أدت إلى وصول عدد المواليد إلى نحو مليوني مولود سنوياً وسيؤدي استمرار المعدلات الحالية إلى وصول عدد الأطفال المطلوب استيعابهم في التعليم الابتدائي إلى نحو 14 مليون عام 2025، وهو ما يشكل تحدياً أمام

الارتقاء بجودة التعليم و تقديم الحماية و الرعاية الصحية اللازمه أو توفير البيئة السليمه للنمو فى ظل الكثافه العاليه و ما تحمله من عبء انتشار الأمراض و ضعف مقاومه نتيجته لسوء حال التغذية .

وبالإضافة إلى ما سبق، فإن الزيادة السكانية غير المحسوبة والتي تؤثر على جودة المخرج التعليمي تشكل في حد ذاتها حلقة مفرغة تدفع بأعداد متزايدة من الشباب في سن العمل لم يتاح لهم مستوى التعليم المطلوب وبالتالي يضافوا إلى البطالة، ليشكلوا عبئاً اقتصادياً إضافياً على أسرهم ويشكلوا تهديداً للسلام الاجتماعي. ومن المتوقع في ظل استمرار الزيادة السكانية بمستوياتها الحالية أن يزداد عدد فرص العمل المطلوب توفيرها سنوياً من 850 ألف فرصة عمل حالياً إلى نحو 1،2 مليون عام 2025.

تجربه البرازيل فى تطوير نظام الرعاية الصحية

ينص الدستور البرازيلي على حق كل مواطن فى الوصول الى الرعاية الصحية . منذ بدايه القرن العشرين مع بدء التحرك الديمقراطى فى عام 1988 اكدت الحكومه و المجتمع المدنى على دعم الصحه كمنفعه عامه و إقامه نظام صحى جديد شامل يسمى النظام الصحى الموحد يتكون النظام الصحى البرازيلى من شبكه معقده من مقدمى الخدمات و مشتريها فى تعاون و تنافس متناغم يشكل فى نهايه الأمر مزيجاً مذهباً من الخدمات الخاصه و الحكوميه تمولها مصادر حكوميه .

دعا الإصلاح الصحى فى البرازيل القطاع الصحى الى :

- *دعم و تنشيط القطاع الحكومى .
- *التوسع فى تنوع مصادر التمويل .
- *تعميم اللامركزيه فى النظام الصحى .
- *تخصيص الخدمات و تقديمها.
- *إعادة النظر فى علاقه بين القطاع الخاص و العام فيما يتعلق بتنظيم و إداره الخدمات الصحيه .

تم تكوين كيان يدير الصحه للقطاعين العام و الخاص.

المستوى الفيدرالى يتحمل المسؤليه القانونيه لصياغه ووضع و تطبيق السياسات الصحيه الوطنيه, و يشمل إجراء صنع القرار على : المجلس الصحى الوطنى , اللجنه الثلاثيه للإدارة المشتركه و وزارة الصحه.

الهدف الأساسى للنظام الموحد هو لا مركزيه سياسات الصحه حتى مستوى المديرىات و المحليات . و اعتمدت اللامركزيه على الدعم السياسى القوى و كانت الفكره الرئيسيه تعتمد على الديمقراطيه و اللامركزيه و من هنا اكتسبت قوتها.

و بسند القواعد الدستوريه اصبحت قوه فرض الضرائب و أعطت الحق فى فرض ضرائب على البنزين و المعادن و المواصلات و الإتصالات . و أصبح العائد من الضرائب اللامركزى يمثل 14% و 16% للمحافظات و ارتفع تدريجياً ليصل 21% و تحت ضغط التضخم و عدم إستقرار الإقتصاد جاء تخفيض الفقر و عدم العداله دافع قوى لفكره فرض ضرائب مخصصه للقطاعات الإجتماعيه الخدميه مثل التعليم الذى حصل على 18% من ضريبه الدوله و 25% من عائد ضرائب المحليات.

يغطي هذا النظام 143 مليون مواطن و يتحمل عبء تكلفته شبكه من الضرائب ا لحكوميه المخصصه للصحه والمحليه التي اعطيت لهم صلاحية فرضها لصالح الخدمات سواء الصحه او التعليم .

تقوم المحافظات بالمساعدة فى وضع السياسات المحليه و تقديم الدعم الفنى و الدعم التمويلى و تم صياغه قانون يعطى المحليات مسؤليه التخطيط وإداره و تسيير معظم جوانب الرعاية الصحيه كما تقوم بشراء الخدمات من القطاع الخاص وتدير المستشفيات الصغيره المحليه اما المستشفيات الكبيره و التعليميه فتديرها الحكومه المركزيه.

قد أدى النظام الصحى الموحد الى تكوين نظام إقليمى يشمل :

أ-القطاع العام الذى يتضمن الخدمات الصحيه التي تمولها و توفرها الحكومه بما فيها الخدمات من المستوى أ- الفيدرالى و الولايه والبلديه و من القوات المسلحه .

ب -القطاع الخاص (الربحى و غير الربحى) الذى يتعاقد مع النظام العام و يتم الدفع له من خلال اساليب التعويض ب- ويشمل الخدمات الصحيه التي تمولها الحكومه و يقدمها القطاع الخاص .

فى تقرير منظمه الصحه العالميه 2012 عن نظام الرعاية الأساسيه فى البرازيل و برنامج طب الأسره الذى اصبح يضم حوالى 27000 فريق فى وحدات محليات البرازيل الذى تصل الى 5560 وحده محليه كل منها يخدم نحو 2000 أسره أو 10000 مواطن و يضم فريق الوحده المحليه أطباء,تمريض,خدمات إجتماعيه و طبيب أسنان و تقدم الخدمات فى عيادات الوحده أو فى المنزل أو المستشفيات .

وصل تمويل الرعاية الأساسيه الى 3,5 مليار دولار من بينهم 2 مليار دولار من إنفاق الحكومه البالغ 23 مليار دولار. جزء هام من هذا الإنجاز لعبه توفير الرعاية الأساسيه للفقراء.و من خلال البرنامج قامت الحكومه باعاده هيكله الرعاية الاساسيه و اضافت اليه حديثا رعاية الامراض المزمنه ليصبح النظام السلبي نظاما ايجابيا يصل الى المواطنين.

يبلغ إجمالى الإنفاق على الصحه للفرد 1,109 دولار و يصل الإنفاق على الصحه الى 9,3 % من الدخل القومى . بعد عقدين من التجربه و بالرغم مما يعانیه النظام الصحى من مشاكل متعدده لكن يحسب له انه اتاح رعاية صحيه ذات جوده لملايين من الفقراء الذين لم يكن ينالهم الحقوق الاساسيه فى الرعاية الصحيه .

ادى النظام الصحى الموحد الى تحسن مؤشرات الصحه فاصبح متوسط العمر المتوقع عند الميلاد 74.6 سنه عام 2012

تحسن معدل وفيات الأطفال تحت سن خمس سنوات ووصل الى 14 لكل الف طفل حى . و لكن مع تحسن دخل المواطنين اصبحت الطبقة المتوسطة غير راضيه عن وجود تكديس للمرضى و طوابير امام اقسام الطوارئ و تهالك بعض الأجهزة الطبيه و نقص فى وجود الأطباء فى بعض المناطق الريفيه البعيده .

تجربه المكسيك فى تطوير الرعاية الصحيه و برنامج التأمين الصحى الشعبى

بدء مشروع التأمين الصحى الشعبى فى المكسيك عام 2003 و كان هدف الإصلاح الصحى هو الوصول الى الرعاية الصحيه لكل السكان و ذلك بحزمه خدمات صحيه مجانيه متكامله و حمايه ماديه الى 50 مليون مواطن مكسيكى (50 %) لم يتمتعوا بأى تأمين صحى مسبقا .

التغطية الشاملة في النظام المكسيكي تعنى الحماية المادية للصحة و تم الإنتقال من تأمين صحى للعاملين الى تأمين صحى إجتماعى و الذى يعنى وصول رعايه صحيه كفاء كحق للمواطن.
شملت المرحله 9 سنوات للوصول الى تغطيه شامله للمواطنين.و تشير القرائن الى التأمين أن التأمين الصحى أدى الى تحسين الوصول الى الخدمه الصحيه و الخفض من حدوث الصدمات و المصروفات التى تؤدى للفقير خاصة فى الشرائح الدنيا للمجتمع .

مر تطبيق النظام الصحى فى المكسيك فى 3مراحل :

1- ضم كل المواطنين و تسجيلهم بغطء قانونى .

2-تضمين التغطيه لكل المواطنين بحزم خدمات متساويه تضمن الحماية الماليه للفقراء.

3- المساواه فى كفاءه تقديم الخدمه لجميع المواطنين.

مقارنه إحصائيات السكان وفقا لمنظمه الصحة العالميه

المكسيك	البرازيل	مصر	وجه المقارنه
<ul style="list-style-type: none"> ● 121 مليون ● 16,450 ● المتوسط 76 سنة 	<ul style="list-style-type: none"> ● 199 مليون ● 11,530 دولار ○ 70 سنة ○ 77 سنة 	<ul style="list-style-type: none"> ● 82 مليون ● 6,450 دولار ○ 69 سنة ○ 74 سنة 	<ul style="list-style-type: none"> ● عدد السكان. ● الدخل القومي للفرد. ● العمر المتوقع عند الميلاد عند 60 سنة.
16	14	21	<ul style="list-style-type: none"> ● وفيات الأطفال تحت 5 سنين لكل ألف مولود حي.
49	69	45	<ul style="list-style-type: none"> ● وفيات الأمهات لكل 100,000 مولود حي.
<ul style="list-style-type: none"> ○ 27,4% ○ 21,5% 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 39,4% ○ 26,6% 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 27,1% ○ 24% 	<ul style="list-style-type: none"> ● معدل ارتفاع ضغط الدم (عام 2008) نسبة من السكان.
<ul style="list-style-type: none"> ○ 13,2% ○ 14,9% 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 10,4% ○ 10% 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 7% ○ 7,4% 	<ul style="list-style-type: none"> ● معدل ارتفاع سكر الدم (عام 2008) نسبة من السكان .

<ul style="list-style-type: none"> ○ 27% ○ 8% 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 22% ○ 13% 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 46,35% ○ 21% 	<ul style="list-style-type: none"> ● معدل التدخين نسبة من السكان.
<ul style="list-style-type: none"> ● 1062 دولار ● 6,2% 	<ul style="list-style-type: none"> ● 1109 دولار ● 9,3% 	<ul style="list-style-type: none"> ● 323 دولار ● 5% 	<ul style="list-style-type: none"> ● إجمالي الأنفاق على الصحة للفرد. ● نسبة الأنفاق على الصحة من الدخل القومي.

السياسات المقترحة

الرؤية للتغيير

إعادة هيكله القطاع الصحي و إنشاء نظام صحي وطنى يعتمد على اشراك و تنسيق القطاع الحكومى و القطاع الخاص و القطاع الأهلى يجب أن يحوذ على اولويه التغيير
يجب أن يركز الفكر الجديد على سد الفجوه بين الأغنياء و الفقراء فيجعل الخدمه متاحه بكفاءه و إنسانيه لجميع المواطنين فى الوقت الذى يحتاجونها.

سياسات التغيير :

أولا : تطوير أداره الرعايه الصحيه فى مصر :

فى ضوء تعدد مقدمى الخدمة خاصة من الجانب الحكومى واستقلاليه كل منهم وانعدام التنسيق بينهم مصحوبا بضعف التخطيط الاستراتيجى مما انتج عنه تكراربه توافر الخدمات فى مناطق و انعدام وجودها فى اماكن اخرى. هذا الوضع الإدارى الخاص فى ظل ضعف تمويل الرعاية الصحية أدى الى إهدار فنى و مالى فى موازنه مرهقه أصلا. و هنا فإن تشكيل مجلس قومى أعلى الصحة ليكون مشرفا على سياسات الصحة فى مصر و يعمل على توحيد سياسات تنفيذ برامج الصحة بين القطاعات المختلفه حكوميه, خاصة و أهليه . و يقوم بتنظيم إداره الموارد حتى يعظم الإستفاده من الإتفاق المتاح و يقلل الإهدار فى الإتفاق الذى يصل الى 20% من التمويل .

- وضع قواعد اللامركزيه و إعطاء دور اكبر للمحافظين من خلال مجالس المحافظات و المجالس المحليه فى التخطيط المحلى و اداره المؤسسات الصحيه فى النطاق الجغرافى الخاص بهم . مع إعطاء صلاحيات زياده التمويل و فرض بعض الضرائب و الرسوم المخصصه للرعايه الصحيه للفقراء .

ثانيا : تحسين و تأكيد إتاحة خدمه :

1--وضع الأولويه لإستكمال و تشغيل وحدات الرعاية الأساسيه و تسجيل جميع المواطنين خاصة الفقراء و المهمشين و القرى النانيه

2-إحداث تكامل بين الرعاية الأساسيه و برامج التنميه المجتمعيه و البشريه (برنامج الألف قريه)

3-تحديد خريطه الإحتياج الصحى خاصة فى القرى و المجتمعات الفقيرة مع دمج الكيانات المتعدده التابعه لوزاره الصحة والسكان فى نظام أفقى يتشابه مع انظمه فرعيه مكونه من مقدمى الخدمه من القطاعين الخاص و المدنى مع تحديد هيكل و توصيف متكامل للدور المنوط به الشركاء و المخرجات المطلوب تسليمها ووضع نظم التقييم و المتابعه اللازمه لضمان تنفيذ الإتاحة , العداله والجوده و الكفاءه .

4-إعاده النظر فى وضع وزاره الصحة و السكان كمقدم أساسى للخدمه و تقويه المقدره على التخطيط الشامل ووضع السياسات و تحديد اولويات الصحة و متابعه تنفيذ الخطط .

التأكيد على توفير الخدمه الصحيه فى الوقت الذى يحتاجه المريض و بالجوده اللازمه لكل شرائح المنتفعين من خلال تلك الخريطه و استخدام الكيانات الفرعيه المشاركه .

بتقويه ونشر خدمات الرعاية الصحية الأولية وتطبيق نظام صحة الأسرة من أجل توفير الرعاية الصحية خاصة فى المناطق الريفية والمحرومة باعتبارها المستوى الأول للخدمة الصحية يضمن تقديم 70- 80 % من الخدمات الصحية مع تفعيل نظام الإحالة للمستويات الثانى والثالث للخدمة الطبيه.

5-تمثل المستشفيات العامة والمركزية المقدم الرئيسي للخدمة الصحية فى المستوى الثانى من الخدمة الطبيه ولذلك يجب الاهتمام بتطوير تلك المستشفيات حتى يكتمل جزء هام من منظومة الرعاية الصحية للفقراء و محدودى الدخل.

الهدف:

- تعظيم الاستفادة من المستشفيات العامة والمركزية والتي تمثل المستوى الثانى من الخدمة الصحية.
 - تطوير هذه المستشفيات وتنمية الموارد البشرية العاملة بها وتفعيل معايير الجودة من أجل تقديم خدمات المستوى الثانى لغير القادرين
 - المحافظات الفقيرة تعتمد اعتمادا شبه أساسى علي خدمات وزارة الصحة .
- وزارة الصحة و مديريات الشئون الصحية بالمحافظات يعمل بها الجانب الأكبر من القوى البشرية التي تقدم الخدمات الصحية سواء أطباء ، أو ممرضات ، أو فنيين ..
- أهم التحديات التى تواجهها المستشفيات العامة والمركزية:

1. الإدارة:

- انخفاض الكفاءة الإدارية وعدم وجود صف ثان وثالث من القيادات الصحية .
- غياب التخطيط الشامل للصحة والنظرة العلمية لاحتياجات ومتطلبات وطموحات المواطن .

- قوانين العمل الحالية وضوابطها وتعدددها واللوائح والقرارات المالية المتتالية تمثل تحدياً للتطور الإدارى والاقتصادى .
- قانون شئون العاملين الحالي لا يكفل للإدارة صلاحيات الثواب والعقاب اللازمة لتيسير العمل والارتقاء بالأداء .
- بيروقراطية نظام المناقصات والشراء والتي تأخر توفير الاحتياجات الأساسية للخدمات الطبية.
- كثرة الجهات الرقابية (المحليات - الصحة) قد تعطل العمل نظراً لتداخل مسئوليتها.
- 2. انخفاض مستوى جودة الخدمات:
- انخفاض جودة الخدمات الصحية في القطاع الصحي ككل والقطاع الصحي الحكومي بصفة خاصة
- مجانية أو قلة المقابل المادي للخدمات أدى إلى إتاحة الخدمات بدون جودة في تقديمها
- ما زالت البنية الأساسية تحتاج إلى تحسين وتطوير حتى تستطيع أن تقدم خدمة ذات جودة للمرضى الفقراء الذين هم أساساً المنتفعين بها وخاصة أقسام حديثي الولادة - الاستقبال والطوارئ - العيادات الخارجية - أقسام الكلى بالمستشفيات والرعاية المركزة.
- قصور في خدمات الطوارئ والحوادث
- عدم وجود نظام لصيانة البنية التحتية والأجهزة بالمستشفيات
- التغييرات الاقتصادية والعلمية والاجتماعية المتلاحقة وإنشاء مدن وتجمعات سكنية وصناعية وزراعية وتجارية بدون تخطيط صحي مسبق لها سوف يخلق مشاكل وتحديات صحية ناجمة عن التوطن الغير مخطط صحياً .

ثالثاً : إصلاح التمويل الصحى و رفع كفاءه الإنفاق على الصحة

- 1-إعادة النظر فى بنود موازنه الصحة الذى يذهب أكثر من 60% للمرتبات و يتضخم بند الإستثمارات على حساب بنود العلاج و الصيانه و التجهيزات.
- 2-جمع مزيد من الأموال من أجل الصحة سواء بزياده الإنفاق الحكومى كما نص الدستور أو بفرض ضرائب مخصصه للقطاع الصحى يجب أن يرتبط باتخاذ الإجراءات و سن القوانين اللازمه لزياده فاعليه تحصيل الإيرادات الخاصه بالخدمه الصحيه .
- ان أى توسعه فى تغطيه فئات جديده خاصه الفقراء بدون غطاء تمويلي قابل للإستدامه لن يودى إلا الى مزيد من التدننى فى تقديم الخدمه الصحيه .
- 3-إعادة تحديد أولويات الميزانيات الحكوميه, بدءاً من التخطيط و انتهاء بالحد من الفساد المالى و الإهدار فى الموارد التمولييه
- 4-اسناد تحديد الأولويات و توزيع الموازنه بين الجهات الحكوميه المختلفه الى مجلس الصحة القومى وإشراك القطاع الخاص و القطاع الأهلى فى التخطيط للصحة و تحميله مسؤوليات محدده فى خريطه تقديم خدمات الرعايه الصحيه حتى يتم التحكم فى الإزدواجيه و التكراريه التى تحط من الكفاءه الماليه و الفنيه على السواء.
- مزيد من الإنفاق على الرعايه الصحيه وحده لن يحدث التحسن المطلوب ولكن يجب أن يصاحب ب:تحسن الوضع المالى لموازنه الدوله و تقليل الدين العام . و على المستوى المؤسسى يصاحب بتحسين مستوى الإدارة و تقليل مستوى الفساد و لا يقل فى الأهميه على مستوى الأفراد رفع مستوى مهارات الفريق الصحى الفنيه و مستوى الإدارة المتوسطه .

استخدام الموازنه المستجيبه للعداله الإجتماعيه :

أهداف الموازنه المستجيبه للعداله الاجتماعيه

- زيادة الشفافية في برامج الإنفاق الحكومي الموجهة لتلك الموازنات وما يستتبع ذلك من رصد الفجوة القائمة بين الإلتزامات المعلنة للدولة تجاه الفئات المهمشة وبين ما تقوم به الحكومة من تدابير فعلية لترجمة هذه الإلتزامات في مسارات الإنفاق العام للدولة.
- دعم العدالة و المساواة وتعزيز تكافؤ الفرص بين هذه الفئات وباقي عناصر المجتمع.
- موازنة البرامج والمحاسبة على الأداء ليست بديلا عن إعداد موازنة البنود -والمطلوبة لعملية الرصد والتقييم المالي- بل -مكملة لها.
- هناك عدة خطوات لإعداد موازنة البرامج والمحاسبة على الأداء هي: -
- تحديد الأهداف المراد تحقيقها.و يتم اختيارها وفقا لاولويه تحقيق مخرجاتها ولتكن البدء ب:
 - 1- الإرتقاء بتغذية الطفل .
 - 2- تحسين خدمات الإسعاف و الطوارئ في قرى الصعيد .
 - 3-مكافحه الأمراض المزمنة غير المعدية .
- تصميم البرامج اللازمة لتحقيق هذه الأهداف
- تقدير ما تحتاجه البرامج من تكاليف ونفقات.
- وض ع مؤشرات أداء للمتابعة وتحليل نتائج تنفيذ البرامج والمشاريع.

سياسات الإرتقاء بتغذية الطفل

الهدف العام:

أولا تحسين مؤشرات نقص التغذية و ذلك

- بتخفيض معدلات النقرم (الطول بالنسبة لعمرالطفل) و قصر القامة (الوزن بالنسبة للعمر) و النحافة (الوزن بالنسبة للطول) بنسبة 30% حتى عام 2018 لتصبح 20%، 10%، 3% على التوالي.
 - تخفيض معدلات الأنيميا بنسبة 50% حتى عام 2018 لتصبح 24%.
- وذلك بالعمل على محورين :

المحور الأول:

وضع السياسات اللازمة لتحقيق الأمن الغذائي ورفع الوعي وتحسين الإتجاهات التغذوية مع إدماج مكون الغذاء و التغذية في سياسات الدولة المختلفة و تقوم وزاره الصحة و مجلس الطفوله و الامومه بهذة المسؤولية مع ضروره التنسيق وتحفيز دور و دمج جهود المجتمع المدني لضمان وصول الإحتياجات التنموية للأطفال جميعا وخاصة المستهدفين من القرى الأكثر فقرا.

المحور الثاني:

محور المجال الصحي

يشمل إدماج التغذية في برامج الصحة الأولية كمكون أساسى.

تحديد الخريطة القومية و الإحتياجات الغذائية.

تحديد السلة الغذائية المصرية كدليل إرشادى بأنواع و كميات الغذاء و بدائله التى يجب توفيرها بأقل تكلفة.

وضع مؤشرات التنمية للأطفال فى المراحل العمرية المختلفة فى ملفات الأطفال و بطاقات الطفل المستعملة حاليا .

وضع آلية لمتابعة مؤشرات النمو للأطفال دوريا فى ملفات الأطفال و عند التطعيم التنشيطى و فى مراحل المدرسة ووضعة على قاعدة البيانات.

السياسات :

- 1- إستهداف المناطق الأكثر فقرا فى المحافظات و القرى و البدء مع برنامج الألف قرية بواقع 200 قرية سنويا وذلك من خلال :
- 2-تحديد المراحل التنفيذية بناء على المؤشرات الصحية و قاعدة البيانات الخاصة بالدخل و القائمة على تحليلات وزارة التضامن الإجتماعى.
- 3-تحديد الخريطة القومية و الإحتياجات الغذائية.
- 4-تعديل اللوائح المنظمة لنقل الأغذية و الثروة الحيوانية و السمكية و تحظر توزيع أغذية غير صحية.
- 5-تحديد أدوار الوزارات المعنية طبقا لقدرات كل وزارة على النفاذ للشريحة المستهدفة و التنسيق بينهم .

- 6- تضمين الخطاب الدينى التوعوية بالتغذية السليمة وتعظيم دورة فى تغيير السلوكيات الضارة و تنظيم التكاتف المجتمعى.
- 7-تحفيز دور و التنسيق مع المجتمع المدنى والجهود الأهلية لتنظيم و ضمان مساعدة الأطفال خاصة فى القرى الأكثر فقرا.
- 8- عمل برنامج حكومى لتشجيع الرضاعة الطبيعية المطلقة حتى سن 6شهور يهدف الى رفع نسبة الرضاعة الطبيعية المطلقة من 12,3%(المسح الديموجرافى 2008)الى 60% بعد خمس سنوات بواقع 10% سنويا .
- 9- تحديد آلية لتوزيع البان الأطفال بمنافذ الرعاية الصحية الأولية للرضع من 06شهور الى سنة مجانا أو بتيسيرات خاصة فى حالات النقرم و نقص الوزن و النحافة.
- 10- التأكد من إمداد الإحتياجات الدوائية التعويضية للأطفال الذين يعانون من النقص و عمل الفحوصات الطبية اللازمة و المتابعة حتى الوصول الى المتوسط الطبيعى.
- 11- تطوير دور المدرسة فى نشر السلوكيات الغذائية من تضمينها فى المناهج الدراسية وتدوينها على كراسات المدرسة و الرقابة على مقصف المدارس.
- 12- عمل حملات التوعية اللازمة للأمهات و الأسرو طلاب المدارس بالتغذية السليمة للأطفال.
- 13- عمل حزم إعلامية موحدة لكل المراحل العمرية تتاح للإستخدام بواسطة جميع الأطراف الفاعلة.

رابعا : تنمية القوى البشرية فى القطاع الصحى :

تتميز القوى البشرية العاملة فى القطاع الصحى بعدم التوازن, عدم التدريب, عدم الرضا رغم الوفرة العديدة , يبدأ علاج تلك المشكله من التعليم الطبى الذى يعانى من كثره أعداد الطلبة و ضعف الإمكانيات التعليميه و التدريب الإكلينكى و ينتج عنه طبيب قليل الخبره
عاده ما يتسلم العمل فى القرى و الوحدات الصحيه ملاذ الفقراء فيضيف الى فقر الجوده .
فى حين يتمركز العدد الأكبر من المتخصصين و الأكثر خبره فى العاصمه و المدن الكبرى و هنا يظهر التفاوت الجوهري بين القوى البشرية المتاحة لمناطق ذات نمط صحى يرتبط بالفقر المادى و الإجتماعى ولا تسعفه قوى بشريه مؤهله تقدم له إحتياجاته بالكفاءه أو الجوده أو العداله التى نص عليها الدستور.
برغم وفرة الأطباء عددا نلاحظ فقر شديد فى أعداد التمريض المؤهل والمتخصص (خاصه المولادات ورعايه الأطفال) و الفنيين الصحيين .
يحتاج القطاع الصحى الى تغيير شامل فى نمط تعيين , تاهيل و تحفيز جميع العاملين به.

- سياسات الارتقاء بالخصائص السكانية والتصدى للزيادة غير المتناسبة..

يوضح تحليل اتجاهات الأسرة المصرية نحو الإنجاب ثبات فى مستوى الإنجاب المرغوب سواء من حيث عدد الأطفال المرغوب أو مدة المبعادة بين المواليد أو توقيت المولود الأول. وهذا الثبات فى الاتجاهات نحو الإنجاب يشكل عقبة فى عدم تحقيق انجاز فى تخفيض الطلب على الإنجاب؛ وهو الأمر الذى يمثل تحدي أمام البرنامج السكاني المصري فى ضبط معدلات النمو السكاني. ولذا فهناك ضرورة ماحه لتطبيق حزمة من السياسات التى تسهم فى تخفيض مستوى الإنجاب المرغوب وتتضمن:

1. تنفيذ إستراتيجية إعلامية متكاملة لتبني سياسة الطفلين والمبعادة بثلاث سنوات بين الولادات من خلال الإعلام الجماهيري تأخذ فى الاعتبار الخصوصية الثقافية للمناطق الجغرافية المختلفة.
2. توظيف أفضل للإعلام المباشر فى تغيير الاتجاهات الإنجابية من خلال برامج الرائدات الريفيات لاسيما فى المحافظات التى تعاني من مستويات مرتفعة فى الإنجاب.
3. تفعيل دور الجمعيات الأهلية فى القيام ببرامج من شأنها تبني قيم إنجابية تأخذ فى اعتبارها العبء السكاني على مستوى المعيشة وعلى إتاحة وجودة الخدمات الأساسية.

وتشير نتائج المسوح السكانية الى أن نسب ممارسة تنظيم الأسرة لم تتغير خلال السنوات الماضية (60%) وهو الأمر الذى يؤثر سلباً على تحقيق الانخفاض المستهدف فى معدلات الإنجاب. ومن ناحية أخرى، فإن هناك تحديات أخرى تتمثل فى نسبة النساء المستخدمات اللاتي يتوقفن عن الاستخدام ونسبة النساء اللاتي لديهن حاجات غير ملبأة فى استخدام وسائل تنظيم الأسرة. كما تُظهر النتائج تراجع فى نسبة النساء المستخدمات فى بعض المناطق الجغرافية. ويتطلب الأمر الالتزام بالسياسات التالية:

1. تنفيذ خطوات عملية لتخفيض نسب التوقف عن استخدام وسائل تنظيم الأسرة نتيجة الأعراض الجانبية ونقص الاستشارات.
2. زيادة مساهمة الجمعيات الأهلية في تقديم خدمات تنظيم الأسرة وفي تقديم الاستشارات في مجال الصحة الإنجابية مع استهداف المناطق الجغرافية والفئات الاجتماعية ذات الأولوية.
3. تفعيل نظام الحوافز الايجابية والسلبية لمقدمي خدمات تنظيم الأسرة.
4. التوسع في تطبيق اللامركزية في الإشراف على إتاحة وجودة خدمات تنظيم الأسرة.
- 5-وضع الآليات الفعالة للتنسيق بين الوزارات باعتبار المشكلة السكانية مشكلة مجتمعية لها انعكاسات على جميع أوجه الحياة في مصر.
- 6-إرساء نظام للمتابعة والتقييم يصدر تقارير دورية لتقييم أداء البرنامج السكاني.
- 7-إصدار تقرير ربع سنوي يُعرض على مجلس الوزراء / المحافظين لمتابعة المؤشرات السكانية على المستوى القومي والمحلي.

يحتاج تنفيذ سياسات تطوير القطاع الصحي الى مشاركته مجتمعيه و شفافيه عاليه تبدأ :

- 1-وضع إطار قانونية تسمح بتنفيذ بنود الدستور التي تؤكد مسؤوليه الدوله و التكافل و الحماية المجتمعيه لتحقيق العدالة الإجتماعيه .
- 2-المرحلة الأولى ولا يجب أن تتعدى 3 سنوات يتم الإنتهاء من اتاحه و جوده الرعايه الأساسيه للفقراء و محدودى الدخل .
- 3-المرحلة الثانيه تكون بضم هذه الفئات الى التأمين الصحى الإجتماعى الشامل.

Stunting and the socioeconomic status of children: Large differentials in children's nutritional status continue to be observed, however, particularly by residence. For example the DHS showed that there were socioeconomic differentials in stunting. Children in **rural areas** were somewhat more likely to be stunted than **urban** children (30 percent and 27 percent, respectively). ranging from 22 percent in the Urban Governorates to 39 percent in urban Lower Egypt, the EDHS 2005 the percentage stunted among children in **rural Upper Egypt** is 23 percent compared to a level of 13 percent among children in **rural Lower Egypt**¹. Neither the mothers' educational level nor the wealth quintile were systematically related to levels of stunting . Overall, the 2008 EDHS results indicated that 7 percent of children under five were wasted. Looking at the variation with the children's characteristics showed that the highest levels of wasting were observed among children under 6 months (12 percent) and children who were reported by the mother to have been very small at birth (10 percent). Considering the socioeconomic differentials between, children in the Urban Governorates (10 percent) were most likely to be wasted. Reflecting the effects of both chronic and short-term malnutrition, 6 percent of children under age five were underweight for their age. Considering , children whose mothers were alive but not resident in the household (11 percent), children age 18-23 months (8 percent), and children who were considered by the mother to have been very small or small at birth (8 percent), were most likely to be underweight. Considering socioeconomic characteristics, the low weight-for-age was slightly more common among children from Upper Egypt (7 percent) than children from

¹ EDHS 2005

other areas. Among children of whose mothers never attended school (8 percent) than among those whose mothers have at least some education, and among children living in the lowest wealth quintile (8 percent) compared to children from wealthier households.²

As UNICEF describes it: “Children experience poverty as an environment that is damaging to their mental, physical, emotional and spiritual development. Therefore, expanding the definition of child poverty beyond traditional conceptualizations, such as low household income or low levels of consumption, is particularly important. And yet, child poverty is rarely differentiated from poverty in general and its special dimensions are seldom recognized.”

There is no uniform approach to defining, identifying or measuring poverty. The debate over poverty is concerned with different potential causes of poverty and with ways in which poverty can be measured and compared nationally and internationally. The monetary approach, which is the most widely, used approach to identifying and measuring poverty, focuses on increasing individuals’ incomes to reduce poverty.

Notwithstanding the widespread use of the monetary approach, several development organizations see poverty as a phenomenon that cannot be defined only in monetary terms. They recognize that poverty is multifaceted and cannot be measured and resolved only through monetary means. In particular, organizations that work on child poverty issues view poverty as a multifaceted problem that requires comprehensive strategies to address its many features.

Recent development of the monetary approach in measuring poverty takes into consideration household structure, gender and age. It recognizes the fact that children’s needs are different from those of adults. However, the standard monetary solution of increasing the individual’s income level ignores the fact that some household members are discriminated against and may not be given a proportional share of household income. For instance, when children work, a family’s income often rises above the poverty line. These children are deprived, yet according to the traditional income approach, they would not be considered poor.

Furthermore, the monetary approach fails to note that children’s well-being also depends on non-market-based goods. Access to basic services and a safe environment for play is generally more dependent on the level of local provision than on household income. Thus, individuals cannot purchase these goods even if they have sufficient income. Not only do these non-monetary aspects affect children’s well-being but they also tend to have a disproportionate effect on children. Children under five, for instance, experience more than 80 per cent of the diarrhoeal diseases related to the inadequate provision of water and sanitation – diseases that remain a major cause of both death and illness for all age groups. Over 70 per cent of the health burden from helminth (worm) infections, also related to poor provision, is carried by children aged 5–14. Because of their drive for play, children are also disproportionately affected by the adverse health conditions created by poor drainage and waste collection. Play in hazardous environments also results in much higher rates of preventable injury for children, and especially for children in poverty. Overcrowded living conditions, stressful for all age groups, have been particularly related to poor cognitive development, behavioral problems, lower motivation and delayed psychomotor development for children. The impact on children of a range of environmental deprivations (as well as deprivation in nutrition and health care) is especially critical because of the long-term developmental implications.’

Because of the disproportionate effects on children of environments that are related to inadequate provision, the monetary approach is clearly insufficient (and not inappropriate) for identifying and measuring child poverty.

² EDHS 2008

Therefore, this chapter attempts to summarize different characterizations of child poverty used by organizations working directly on children's issues. As mentioned above, these definitions are based on a combination of concepts of the deprivation approach to identifying and measuring child poverty and human rights principles.

UNICEF, based on the human rights approach and the Convention on the Rights of the Child, defines child poverty as the deprivation of a range of both material and social supports and services that it considers to be essential to ensure children's well-being. UNICEF's working definition of child poverty, presented in *The State of the World's Children*, is:

"Children living in poverty [are those who] experience deprivation of the material, spiritual and emotional resources needed to survive, develop and thrive, leaving them unable to enjoy their rights, achieve their full potential or participate as full and equal members of society."

According to UNICEF, ". . . *this definition suggests that the poverty children experience with their hands, minds and hearts is interrelated.*" For example, material poverty leads to malnutrition, which in turn affects health and education, which in turn may impact a child's long-term development.

Furthermore, to address the lack of financial resources, children from poor households may be engaged in child labor, which may negatively impact a child's cognitive and physical development by depriving the child of school. In essence, UNICEF's definition stresses the multi-dimensional and interrelated nature of child poverty. The definition also suggests that economic security is only one of the many components in addressing child poverty. "Other aspects of material deprivation, like access to basic services, as well as issues related to discrimination and exclusion that affect self-esteem and psychological development, among others, are also central to the definition of child poverty."