جمهورية مصر العربية

معهد التخطيط القومى

سلسلة مذكرات خارجية

مذكرة خارجية رقم (١٤٣٢)

دراسة تحليلية لمستـوى الخدمـات الصحيـة
فى محافظات جمهورية مصر العربية
(دراسة التوطن الصناعى فى مصر حتى عام ٢٠٠٠)

إعـــداد

د / عزة عبـد العزيز سليمـان

يناير ١٩٨٧

جمهورية مصر العربية – طريق صلاح سالم – مدينة نصر – القاهرة – مكتب بريد ١١٧٦٥

A.R.E Salah Salem St. Nasr City , Cairo P.O.Box : 11765

بسم الله الرحمن الرحيم

محتويات الدراسة

		ص
مقدمة عامة :		١
١ ـ	بعض المفاهيم المتصلة بالصحة :	٤
١٠١	الرعاية الصحية	٤
٢٠١	الخدمات الصحية	٤
٣٠١	المقاييس العامة للصحة	٤
٤٠١	مؤشرات الخدمة الصحية	٥
٢ ـ	الصحة والتنمية الاقتصادية والاجتماعية :	٦
٣ ـ	تطور النظام الصحى فى مصر :	٩
١٠٣	نبذة تاريخية عن تطور نظام الخدمات الصحية فى مصر	٩
٢٠٣	نظام الخدمات الصحية فى مصر	١٤
٣٠٣	الهيكل التنظيمى المؤسسى لخدمات الصحة العامة لوزارة الصحة	٢٢
٤ ـ	تحليل الاوضاع الراهنة للمؤشرات المتعلقة بالخدمة الصحية فى مصر خلال الفترة من ٨١ ـ ١٩٨٥ :	٣٤
١٠٤	المدخلات البشرية للخدمات الصحية فى محافظات ج ٠م٠ع	٨
١٠١٠٤	مؤشر طبيب بشرى / ٠٠٠ر٠ انسمة من السكان فى محافظات ج ٠م٠ع ٠	٨
٢٠١٠٤	مؤشر طبيب اسنان / ٠٠٠ر٠ انسمة من السكان فى محافظات ج ٠م٠ع٠	٢

٣٠١٠٤	مؤشر صيدلى / ٠٠٠ر١٠ نسمة من السكان فى محافظات ج ٠م ٠ع ٠	٤٦
٤٠١٠٤	مؤشر عدد السكان لكل ممرضة /ممرض/ فى محافظات ج ٠م ٠ع ٠	٥٠
٠٢٠٤	المدخلات المادية للخدمات الصحية فى محافظات ج ٠م ٠ع ٠ :	٥٦
١٠٢٠٤	مؤشر عدد الاسرة / ١٠٠٠ نسمة من السكان فى محافظات ج ٠م ٠ع ٠	٥٦
٢٠٢٠٤	التوزيع النسبى للمستشفيات (عامة ومركزية) فى محافظات ج ٠م ٠ع ٠٠	٦١
٣٠٢٠٤	التوزيع النسبى لوحدات الخدمات الطبية (قطاع عام) فى محافظات ج ٠م ٠ع ٠	٦٣
٤٠٢٠٤	التوزيع النسبى لوحدات الخدمات الطبية (قطاع خاص) فى محافظات ج ٠م ٠ع ٠	٦٦
٥٠٢٠٤	التوزيع النسبى لاجمالى الوحدات الريفية فى محافظات ج ٠م ٠ع ٠	٦٨
٦٠٢٠٤	التوزيع النسبى للمكاتب الصحية والمجموعات الصحية فى محافظات ج ٠م ٠ع ٠	٧٠
٥ ـ	بعض المشكلات المؤثرة على المستوى الصحى فى جمهورية مصر العربية :	٧٢
١٠٥	مشكلة نقص وسوء التغذية	٧٣
٢٠٥	مشكلة الانفاق على الخدمات الصحية ـ المدخلات المالية	٧٩
٣٠٥	مشكلة القصور فى مشروعات مياه الشرب النقية	٨٨
٤٠٥	مشكلة القصور فى مشروعات الصرف الصحى	٩٥
٦ ـ	الخلاصة والتوصيات :	١٠٥
	قائمة المراجع :	١١٤
	الملاحق :	١٢٠

فهرست الجداول

رقم الجدول	العنوان	الصفحه
١	النسبه المئويه التى تستقطع من المرتبات سنويا	١٦
٢	تطور اعداد المنتفعين بالتأمين الصحى منذ انشاء الهيئه (١٩٦٥ـ ١٩٨٤) .	١٨
٣	نسبه عدد السكان لكل طبيب ، مرضه ، سرير فى بعض الدول المختاره (١٩٧٤ و ١٩٨٠) .	٣٥
٤	تطور المؤشرات النسبيه لموقف الاطباء البشريين فى محافظات ج .م .ع خلال الفتره ١٩٨٠ ـ ١٩٨٥ .	٣٩
٥	الاهمية النسبية للاطباء البشريين فى محافظا ت ج .م .ع . فى مقابل الاهمية النسبية لسكان كل محافظة فى عام ١٩٨٥ .	٤١
٦	تطور المؤشرات النسبيه لموقف اطباء الاسنان فى محافظات ج .م .ع . خلال الفتره ١٩٨١ ـ ١٩٨٥ .	٤٣
٧	الاهميه النسبيه لاطباء الاسنان فى محافظا ت ج .م .ع . فى مقابل الاهمية النسبيه لسكان كل محافظة فى عام ١٩٨٥ .	
٨	تطور المؤشرات النسبية لموقف الصيادله فى محافظات ج .م .ع . خلال الفتره ١٩٨١ ـ ١٩٨٥ .	٤٧
٩	الاهمية النسبية للصيادله فى محافظات ج .م .ع فى مقابل الاهمية النسبية للسكان فى كل محافظة فى عام ١٩٨٥ .	٤٩
١٠	تطور المؤشرات النسبية لموقف هيئة التمريض فى محافظات ج .م .ع . خلال الفترة ١٩٨٠ ـ ١٩٨٥ .	٥١
١١	الاهمية النسبية لهيئة التمريض فى محافظات ج .م .ع . فى مقابل الاهمية النسبية لسكان كل محافظة فى عام ١٩٨٥ .	٥٢
١٢	توزيع المدارس والمعاهد الصحية حسب أنواعها المختلفه على محافظات ج .م .ع . فى عام ١٩٨٥ .	٥٥
١٣	تطور مؤشر عدد الاسره لكل ١٠٠٠ من السكان فى القطاع الصحى ووزارة الصحه خلال السنوات ١٩٨٣ ، ١٩٨٤ ، ١٩٨٥ .	٥٨

١٤	تطور التوزيع النسبى للمستشفيات (عامه ومركزيه) فى محافظات ج ٠م٠ع٠ خلال الفترة ٨١ ــ ٨٥ ٠	٦٢
١٥	تطور التوزيع النسبى لوحدات الخدمات الطبيه (قطاع عام) فى محافظات ج ٠م٠ع٠ خلال الفترة ٨٠ ــ ٨٥٠	٦٥
١٦	تطور التوزيع النسبى لوحدات الخدمات الطبيه (قطاع خاص) فى محافظات ج ٠م٠ع٠ فى الفترة ١٩٨١ ــ ١٩٨٥٠	٦٧
١٧	تطور التوزيع النسبى لاجمالى الوحدات الريفية فى محافظات ج ٠م٠ع٠ خلال الفترة ٨١ ــ ٨٥٠	٦٩
١٨	تطور التوزيع النسبى للمكاتب والمجموعات الصحيه فى محافظات ج٠م٠ع٠ خلال الفترة ١٩٨١ ــ ١٩٨٥٠	٧١
١٩	نتائج بحث حالة سوء التغذيه فى ١٧ وحده صحيه فى جمهورية مصر العربية٠	٧٦
٢٠	مقارنة الانفاق الصحى والانفاق على الخدمات التعليمية بالناتج القومى الاجمالى والانفاق العام والدخل القومى (٥٩/٦٠ ــ ١٩٧٩) ٠	٨١
٢١	تطور الانفاق الصحى على الفرد فى محافظات ج م٠ع٠ خلال الفترة من ٦٧/١٩٦٨ ــ ١٩٧٨ (بالاسعار الثابته لعام ١٩٧٨) ٠	٨٣
٢٢	نصيب الفرد من الانفاق الصحى العام فى كل محافظة فى عام ١٩٧٨ ٠ (بالاسعار الجارية) ٠	٨٤
٢٣	معدل الانفاق الصحى العام بالنسبه للفرد فى كل محافظه لعام ١٩٨٠/١٩٨١٠ (بالاسعار الجاريه) ٠	٨٥
٢٤	النسبه المئويه للمنازل مقسمه حسب مصدر مياه الشرب لعام ١٩٧٩٠	٩٢
٢٥	النسبه المئويه للسكان المخدومين والمزودين بتوصيلات مياه فى الريف (١٩٧٩) ٠	٩٤
٢٦	تطور مشروعات الصرف الصحى فى المدن الرئيسية بجمهورية مصر العربية	٩٨
٢٧	تطور مشروعات الصرف الصحى فى مدن المحافظات الريفية فى مصر (١٩٧٦) ٠	٩٩
٢٨	ملخص لمشروعات الصرف الصحى القائمه ١٩٧٦	١٠٢
٢٩	الموقف الحالى لمشروعات الصرف الصحى فى الجمهورية (المحافظات المخدومه والمحرومه) لعام ١٩٧٦٠	١٠٣

مقدمة عامـــــة :

تـــظل قضية الاستثمار فى البشر عن طريق الاستثمار فى برامج الصحة والتعلـــيم والاسكان والغذاء احدى القضايا الحاسمة التى تواجه مخططى التنمية فى دول العالـــم النامى حيث ظل الاستهلاك فى صورة التعليم والصحة والاسكان والغذاء عدوا للنمو وليـــس خادما له بالرغم من الآثار الايجابية لهذه الخدمات على جهود التنميـــة .

واليوم تنظر الدول النامية الى الخدمات الصحية كحاجة اساسية لافراد المجتمـــع تنتظم داخل مجموعة الاحتياجات الاساسية التى يوظف المجتمع كل طاقاته وموارده من اجـــل اشباعها لافراد المجتمع موضوع التنمية ، فالتنمية للانسان وبالانســـان " .

وخلال الثلاثين عاما التى انقضت منذ قيام ثورة ١٩٥٢ حققت الحكومات المتعاقبـــة فى الحكم انجازات طيبة وملموسة فى مجال الاستثمار فى البشر وبخاصة فى الخدمات الصحيـــة فى كل من المناطق الحضرية والريفية على السواء . على انه بالرغم من هذه الجهود فلقـــد حـــدث تحيز لايمكن انكاره لتوزيع الخدمات الصحية فى المناطق الحضرية على حساب المناطق الريفية على الرغم من قصور الخدمات الصحية بالمناطق الحضرية بشكل عام كانعكاس للزيـــادة المتسارعة فى النمو السكانى وضعف الاستثمار فى مجال الخدمات الصحية وقصورها بشكل عام عـــن الاحتياجات المطلوبـــة .

ويعانى الريف المصرى من نقص ملموس فى الخدمات الصحية المجانية وشبه المجانيـــة والعلاج الاقتصادى ، كما تشهد الوحدات الصحية المنتشرة بالريف المصرى (٠٠٠ ٢ وحـــدة فى الوقت الراهن) تدهورا ملحوظا فى التجهيزات وكفاءة وحسن اداء القوة البشرية الطبيـــة بالاضافة الى ان عدد هذه الوحدات لايكاد يفى بنصف الاحتياجات العاجلة المقدرة للريـــف المصرى وهى حوالى (٥ الاف وحدة) لتوفير خدمة اساسية للمواطنين الغير قادرين علـــى رفع التكلفة المتزايدة للعلاج فى المؤسسات الصحية الخاصة (المستشفيات والمستوصفـــات) وكذلك الحال بالنسبة للاحياء الفقيرة فى المدن التى يتسبب التكـــدس السكانى بها وســـوء

مرافقها فى انتشـــار الامراض وانتقاء عصر الوقاية لسكانها بسبب شيوع التلوث .

وتأسيسا على هذا كله تهدف الدراسة الحالية الى مايلـــى :—

- التعرف على اوضاع الخدمات الصحية فى محافظات ج .م .ع لتقييم الاختـــلالات القائمة فى احوال هذه الخدمات وتحديد اكثرها سوءا وتضررا .
- تقييم وتحليل المشاكل المرتبطة بالاحوال الصحية على المستوى الاقليمى ايضـــا تعيين اكثرها تفاقما وذلك بهدف تعيين اسباب التدهور الصحى .

ومن اجل تحقيق هدف الدراسة فقد اعتمدت الباحثة على استعراض وتحليـــل مايلـــى :—

- بعض المفاهيم المتصلة بالصحـــة .
- الصحة والتنمية الاقتصادية والاجتماعية .
- تطور النظام الصحى فى مصـــر .
- الاحوال التوزيعية والموقف التوطنى للخدمات الصحية من خلال تحليل اهم المؤشرات الصحية المختارة وهى :—

— المدخلات البشرية التابعة لوزارة الصحة وتتمثل فى (الاطبـــاء البشريون — اطباء الاسنان — الصيادلة — هيئة التمريض) .

— المدخلات المادية وتتمثل فى (الاسرة — وحدات الخدمات الطبيـــة — المستشفيات العامة والمركزية — الوحدات الريفية — مكاتب الصحة) .

- دراسة المشاكل والاسباب المتعلقة بتدهور الاحوال الصحية وهى :—

— الحالة التغذوية واوضاع نقص وسوء التغذية .

— الانفاق الحكومى على الخدمات الصحية فى المحافظات المختلفة .

— اوضاع امدادات المياه النقية فى المحافظات المختلفة .

— اوضاع الصرف الصحى فى المحافظات المختلفة .

أن تحسن الاحوال الصحية هو الهدف النهائى للتنمية الاقتصادية والاجتماعية فالتنميـــة بالناس ومالم تتحسن اوضاعهم الصحية فان الاثار المترتبة على ذلك سوف تنعكس فى نقـــص

العمالة المتاحة وانخفاض انتاجية العمال وتقصير العمر الانتاجي للمواطن وتدني مستوى للتغذية وانخفاض الناتج القومي الاجمالي .

ونود ان نشير هنا الى صعوبة حصول الباحثة على بيانات لسلسلة زمنية أطول من المستخدمة حاليا في هذه الدراسة وذلك لتعدد مصادر البيانات وعدم اتساقها ، بالاضافة الى ان طبيعة الدراسة استهدفت في الاساس التعرف على أحوال الخدمات الصحية وتوطنها في المحافظات المختلفة داخل الحيز السياسي لجمهورية مصر العربية .

١ — بعض المفاهيم المتصلة بالصحـــة

في هذا الجزء يتعرض البحث لاستعراض مجموعة من المفاهيم الاساسية المتصلة بالصحة مثل مفهوم الرعاية الصحية والخدمات الصحية والمقاييس العامة للصحة .

١٠١ الرعاية الصحيـــة Health Care

وهي كافة العوامل السياسية والاقتصادية والاجتماعية والبيئية التي تؤثر في صحة الفرد بجانب الرعاية الطبية ، وتتميز الرعاية الصحية بعدد من الصفات أهمها الظاهرية externality وكونها سلعة عامة Public goods والاحتكارية Monopoly عدم التأكد Uncertainity وكونهـا حاجة لها استحقاق خـاص Merit want (١) .

٢٠١ الخدمات الصحيـــة Health Service

وتتمثل في القوة البشرية الطبية وهي (الاطباء واعضاء هيئة التمريـــض والفنيين) والتجهيزات الطبية والمباني .

٣٠١ المقاييس العامة للصحـــة Measures of Health Status

وهي المقاييس التي تشير الى العمر المتوقع للحياة لمواطني البلـــد ومستوى التغذية والامراض الشائعة ومدى انتشارها ونسب وفيات الكبار والاطفـال واصابهـــا .

ومن الطبيعي ان تتباين المقاييس العامة للصحة داخل البلد الواحـد بين الاقاليم المختلفة وبين الريف والحضر وفئات السكان والدخل .

---

(١) لمزيد من التفاصيل انظر Culyer A.J. Need and the National Health Service, Martin Robertson, Univ of York, 1976.

Cullis John G. &, West, Peter A., The Economics of Health, Martin Robertson, London, 1979.

٤٠١ ٠ مؤشـــرات الخدمة الصحيـــــة : Health Related Indicators

وهى المعايير التى تشير الى مدى شمول الخدمات الصحية وفعاليتها وكفائتهـا وهـــــى :ـ

١ ـ نسبة القوة البشرية الطبية (المدخلات البشرية) الى عدد السكان فى الريـف والحضـــــــر ٠

٢ ـ نسبة التجهيزات الطبية (المدخلات المادية) الى عدد السكان فى الريـــف والحضـــــــر ٠

٣ ـ معدلات تقييم الاداء بالمستشفيات العامة من حيث عدد أيام العلاج للمرضـــى معدل شغل الاسرة ٠ معدل دوران الاســـــرة ٠

٢ ـ الصحة والتنمية الاقتصادية والاجتماعيـــة :

توضـــح المراجعات الخاصة بسياسات التنمية التى راجت فى دول العالم الثالث خلال الخمسينات والستينات أنها لم تنص صراحة على فكرة الاستثمار البشرى ، حيـــث راجت قناعات خاصة بأن زيادة الغذ فى دخل الفرد من المفترض ان تتحقق من خـــلال اضـــافات اليوم لرأس المال وحيث ان الاستهلاك يحل محل الاستثمار الرأسمالى فلقـــد أصبح الاستهلاك عدوا للنمو وليس خادما لـــه .

على أن ذلك يجافى الحقيقة تماما فالاستهلاك فى صورة التعليم والصحة والغـــذاء له تأثير حاسم على انتاجية الفرد وحيث أن آثار هذه الخدمات كان من الصعب تحديدهـــا آنذاك فان أى نمو فى الدخل كان عادة ماتعزى الى العوامل التى يسهل قياسها فى النموذج وهـــذا يثا جدا اتسعت فكرة الاستثمار لتشمل الاستثمار فى البشر انطلاقا من حقيقـــة أن الزيادات الحادثة فى الدخل القومى عن طريق اضافات الارض والمزيد من ساعات العمـــل ورأس المال المادى المتجدد الانتاج تزيد زيادة هائلة بفعل الاستثمار فى البشر . واعتبـــرت هذه الاراء ان الانتاجية الحدية لرأس المال تعتمد دالة فى حجم القوة العاملة والطاقـــة الانتاجية لها والتى تعتمد بدورها على عوامل عدة مثل التعليم والغذاء والرعاية الصحيـــة فالاستثمار فى البشر عن طريق تحسين المستويات الصحية يقلل تأخر الانتاجية من خلال تقليل ساعات التغيب عن العمل للعمال المرضـــى كما انه يزيد من سنوات العمل من خلال تقليـــل الوفيات المبكرة التى تتسبب فى اهدار الاستثمار البشرى الذى انفق على هؤلاء الافراد دون ان يقدموا شيئا لمجتمعاتهم بسبب وفاتهم قبل بداية العمر الانتاجى المفترض للمنواطن .

ـ من اجل مزيد من التفاصيل انظـــر :ـ

- H. Myint. The Economics of the Developing Countries, (New York: Praeger Publishers, 1985).
- G.M. Meier, Investment in Human Capital, in Leading Issues in Economic Development, ed. by. Q.M., Meier, (New York: Oxford University Press, 2 nd, ed., 1870).
- Theodore W. Schults Investment in Human Capital ed, by B.F. Kiker, (U.S.A.: South Carolina University Press, 1971).

على انه بالرغم من صلابة الارضية التى يقف عليها ويستند اليها مؤيد و فكرة " الاستثمار البشرى خادم التنمية " فان هناك فريق آخر يرى فى الخدمات الصحية حاجة انسانية تهدف الى زيادة الرفاهة الاجتماعية وذلك من خلال استمتاع الفرد بحياته بصورة أفضل • ويبرر هذا الفريق وجهة النظر الاستهلاكية للخدمات الصحية استنادا الى صعوبة قياس العائد الاستثمارى للبرامج الصحية فى بعض الدول النامية نتيجة لارتفاع معدلات ••• التشغيل الغير كامل بها • ومن ثم ينبغى ان تتساوى المنفعة التى تترتب على البرامج الصحية وما تؤدى اليه من زيادة عمر الحياة المتوقع للفرد فى الدول النامية مع المنفعة التى تترتب على زيادة انتاجية القوة العاملة نتيجة للخدمات الصحية فى الدول المتقدمة [1] • ومن هنا ينبغى ان نذكر بأن تحسين صحة الفرد هو غاية اجتماعية من وجهة النظر الاستهلاكية كما أنه لايعنى شيئا من وجهة نظر الاستثمار فى البشر مالم نوفر له فرصة العمل والتدريب •

كما ينبغى أيضا اى نذكر هنا بأن صحة الانسان لاتعتمد فقط على الخدمات الصحية المتمثلة فى التجهيزات الطبية ، القوة البشرية الطبية (الاطباء ـ التمريض ، الفنيين) والاسرة والدواء ولكنها تعتمد على خدمات أخرى تؤثر تأثيرا ايجابيا او سلبيا فى النهاية على صحة الانسان ، نوجزها فيما يلى [2] •

١ ـ وسائل الصرف الصحى وتوفر المياه النقية التى يترتب على نقصها انتشار الامراض المعوية والاسهال التى لاتصيب البالغين فقط بل وتكون مميتة للاطفال أيضا •

٢ ـ توفر الغذاء الكافى حتى لاتنتشر أمراض التغذية وسوء التغذية التى يترتب عليها ضعف انتاجية الكبار ووفيات الاطفال فى السنوات الادنى من العمر ومن ثم ينبغى توفير الغذاء لكل فئات المجتمع وبخاصة الفئات الاكثر تضررا وهى (الاطفال

---

(١) هبه احمد نصار : " دراسة فى اقتصاديات الصحة العامة وتقييم السياسات الصحية فى مصر دراسة دكتوراه غير منشورة ، كلية الاقتصاد والعلوم السياسية جامعة القاهرة ، يونيو ١٩٨٣ ص١٠٣ •

(٢) المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية : المسح الاجتماعى الشامل للمجتمع المصرى ١٩٥٢ ـ ١٩٨٠ " ، القاهرة ١٩٨٥ ، ص٨٠٩ـ٨١٠ •

الرضـــع ، اطفال المدارس ، النساء المرضعات ، النساء الحوامل) [1] .

٣ ـ المسكن الصحى المناسب الذى تتوافر به مصادر الامداد بالمياه النقية والمراحيض والتهوية المناسبة ومعدل الازدحام المناسب .

٤ ـ الثقافة وتتمثل فى خطأ الممارسات الصحية للانسان بناء على التنـــاقضـــــات الثقافية الموروثة ومدى تفهم المواطن للصحة والمرض وتعامله معهما وكذلك قدرتـه على اكتساب السلوك الصحى السليم والتخلص من العادات الصحية الضارة وممارسات الطـب الشعبى الخاطئـــة .

٥ ـ الالتزام السياسى من جانب الدولة بتوفير الخدمات الصحية باعتبارها حاجـــة أساسية للمواطنين ومن ثم توفير الموارد اللازمة من تجهيزات وقوة طبية بشريـــة ومبانى وانواع البنية الاساسية الاخرى المتعلقة بالخدمات الصحيـــة .

٦ ـ كفاءة وسائل الاعلام فى نشر الوعى الصحى والثقافة الصحية .

٧ ـ مدى شمول الخدمات الصحية لمواطنى الحضر والريف على السواء وكذلـــك فعالية وكفاءة الخدمات الصحية الرسمية فى الوصول الى كل المواطنين .

---

(١) منى مصطفى خورشيد : "الجوانب الاقتصادية لنسبة عنصر البروتين فى الغذاء فى مصـــر" رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية الاقتصاد والعلوم السياسيـــة جامعة القاهرة ، يوليو ١٩٨٣ ، ص ٥ ـ ٨ .

٣ • تطور النظام الصحى فى مصـــر :

فى هذا الجزء من الدراسة نقدم نبذة تاريخية لتطور نظام الخدمات الصحية فى مصـــر خلال العصور السابقة ثم نعرض نظام الخدمات الصحية الراهن فى مصـــر •

١٠٣ نبذة تاريخية عن تطور نظام الخدمات الصحيـة فى مصـــر :

كانت مصر منذ عصور الفراعنة من أول بلاد العالم التى عرفت الطب ونظمت ممارستـــه ولعل خير دليل على صدق هذه المقولة البرديات الموجودة فى معظم متاحف العالم ومن بينها البردية التى عثر عليها رجال الاثار المصرية القديمة والتى يرجع تاريخها الى عام ١٥٥٠ قبل الميلاد • وتعرف حاليا باسم بردية " أدوين سميث الطبية " وتوضح هذه البردية مـــدى تقدم التفكير العلمى الطبى فى مصر الفرعونية القديمة وانه كان قائما على أسس علمية مثل الطـب الحديث تمامـــا •

وتحتوى هذه البردية على ما يسمى " كتاب الجروح " وبه ٤٨ وصفا لجراحات العظـام والجراحة العامة وتعتبر أقدم ما كتب عن الجراحة فى العالم من حيث ترتيب مواده واحتوائـــه على كثير من أصول الجراحة ووصف الداء ثم الفحص والتشخيص والعلاج • وقد نشأت أول مدرسة للطب فى عصر الاسرة الاولى وتلتها مدارس عديدة خرجت اعدادا من الاطباء كانـــت لديهم شهرة عظيمة فكانوا اول من اجروا العمليات واستعملوا الجبائر وخيطوا الجـــروح ومنهم طبيب الملك زوس صاحب هرم سقارة المدرج المعروف بالطبيب والمهندس امحتب وقـــد عرف الفراعنة آلهة الشفاء ومنها الاله توت كما كانت عين " حورس " رمزا اتخذ لحماية الصحـة وبعد أن دخل اليونانيون مصر على يد الاسكندر امتزجت الثقافة المصرية بالثقافة الهيلينيـــة واسس الاسكندر الاسكندرية وأسس بطليموس جامعة الاسكندرية ومدرستها الطبية الشهيرة ونقل علماء مدرسة هليوبوليس التابعة لجامعة أون والتى تعد أقدم جامعة عرفتها الانسانية ومقرهـــا عين شمس على أطراف القاهرة حاليا وانشئت مؤسسات لعلاج المرضى كما انشئ مستشفـــى للاموة فى الاسكندرية • وقد مرت مدرسة الاسكندرية الطبية بفترتين الاولى من ٣٠٦ الى ٣٠ ق م

وانتهت بتدهور حكم الرومان والثانية من ٣٠ ق٠م الى ٦٤٢ م وانتهت بدخول العرب الى مدينة الاسكندرية ٠

وعندما دخل الاسلام مصر كان ظهوره غير مشجع للعلماء لمواصلة ابحاثهم فتقدم الطب تقدما حثيثا بخاصة أن الدين الاسلامي يدعو في تعاليمه الكريمة الى اتباع القواعد الصحية وكان أول مستشفى أنشىء بمصر هو مستشفى (البيمارستان) ابن طولون الذى أنشىء بالفسطاط سنة ٨٨٢م وفي عهد الناصر صلاح الدين الايوبى أنشئت عدة مؤسسات خيرية ومستشفيات كانت تعرف بالبيمارستانات ومنها البيمارستان العتيق الذى أنشىء سنة ١١٧٢ـ ميلادية ، كما بنى السلطان قلاون قصبى عام ١٢٨٣ م بيمارستانة الشهير بمعالجة جميع الامراض ومنها العيون (البيمارستان المنصورى) والذى أعتبر واحدة من اعظم مستشفيات العصور الوسطى حيث كان مجهزا بصيدلية [1] وفي عهد المماليك البحرية أنشىء أكثر من أربعين مدرسة وخوانق منها خانقاة بيبرس الشهير وفي عهد المماليك الجراكسة توسع بناء المستشفيات والملاجىء ٠ ولم تشهد مصر في عهد العثمانيين أصلاحا بارزا في الخدمات الصحية الا ما قام به الامير عبد الرحمن كتخدا من تجديد مستشفى قلاون ومن ثم باشر الحلاقون في مصر مهنة الجراحة ، كما حل العطارون محل الصيادلة وانتشر الدجالون الذين مارسوا طب الركبة ٠

وعندما دخل نابليون مصر في عام ١٧٩٨ ، اصطحب معه مائة عالم فرنسى من بينهم الاطباء فكون ادارة صحية لتطبيق النظم المتبعة في أوربا وعهد الى الجراح المشهور دكتور لارى بادارة مستشفى الجيش التى اتخذت من قصر ابراهيم بك مقرا لها كما أقترحت اللجنة أنشاء مدرسة لتعليم الطب في ابى قير الا أن انتشار وباء الطاعون وتدمير الاسطول الفرنسى حال دون قيام المدرسة ٠ وفي عام ١٨٢٧ أنشئت أول مدرسة لتعليم الطب في ابى زعبل على يد الطبيب الفرنسى كلوت بك الذى أرسل أول بعثة طبية الى باريس عام ١٨٣٢ وتتابع ازدهار المدرسة فنقلت من ابى زعبل الى قصر العينى وأصبحت المدرسة منارا للعلم للمصريين والسوريين

---

(١) المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية : " المسح الاجتماعى الشامل للمجتمع المصرى ١٩٥٢ ـ ١٩٨٠ ـ المجلد العاشر (الصحة) القاهرة ١٩٨٥ الصفحات من ٨ـ١٥ ٠

وغيرهم وكانت الدراسة مجانية بالاضافة للسكن والطعام المجاني والرواتب الشهرية . وفي عام ١٨٨٣ ثم فصل المستشفى من المدرسة وفي عام ١٨٨٥ فتحت أبواب العيادة الخارجية بالقصر العيني للجمهور وفي عام ١٩٢٥ أدمجت المدرسة في الجامعة المصرية وكان أول عميد لها هو د . علي ابراهيم وفي عام ١٩٤٢ أنشئت كلية طب الاسكندرية بعدها عين شمس في عام ١٩٤٧ ثم أسيوط في عام ١٩٦٠ وطنطا والمنصورة في عام ١٩٦٢ والازهر في عام ١٩٦٤ والزقازيق في عام ١٩٧٠ .

ويمكن القول بأنه بدء بالفراغة وانتهاء بالحملة الفرنسية فان مصر لم تعرف نظاما صحيا معلوما ومن ثم كانت تنتشر الاوبئة والامراض فيذهب ضحيتها عدد كبير من السكان (١) .

ويرجع أول نظام صحي حديث الى سنة ١٨٢٠ حيث تم انشاء ادارة صحية عسكرية وانشئت سنة ١٨٢٥ أول لجنة صحية .

وفي عام ١٨٢٧ أنشأ أنطوان برسكي كلوت الفرنسي الذي استدعاه محمد علي في عام ١٨٢٠ ليكون كبير الاطباء وجراحي الجيش مدرسة لتعليم الطب وانشئت المدرسة في مستشفى ابي زعبل والتحق بها مائة دارس يدرسون علوم الطب والصيدلة . كما انشيء بالقاهرة مجلس (شورى الاطباء) أو مجلس الاطباء مكونا من ثلاثة أطباء للاشراف على الوحدات الطبية . وفي عام ١٨٢٧ أنشيء مكتب بنظارة الحربية للاشراف على جميع الاعمال الادارية الخاصة بالوحدات الطبية سمي ديوان الصحة والاسبتاليات وكان واسطة الاتصال بين مجلس شورى الاطباء وناظر الحربية الذي كانت الخدمة الطبية تحت أشرافه . وفي عام ١٨٣١ أنشيء مجلس وحدة الاسكندرية لتقرير ما يراه لازما لمنع دخول وباء الكوليرا التي كانت ضحاياها في أوربا وانتشر وباؤها بين السكان .

وفي عام ١٨٣٢ أنشيء بالفعل محجر بالاسكندرية ثلاثة محجر العريش لمراقبة القادمين برا من سوريا . وفي عام ١٨٣٧ صدرت لائحة التفتيش الصحي على المدارس وعين طبيب جراح

---

(١) ابراهيم الشربيني : "الخدمات الصحية في ج . م . ع جـ١" ـ مذكرة خارجية رقم ٣٩٥ معهد التخطيط القومي ـ القاهرة ١٩٦٤ الصفحات ١ـ١٠ .

ـ اميرة عبد المنعم البسيوني : مذكرات في تنمية الموارد البشرية ـ مادة تعليمية في دبلوم التنمية الاقتصادية ـ كلية الاقتصاد والعلوم السياسية القاهرة ، ١٩٨٠ ، ص ١٢٠ ، ١٣٠

مصرى لكل مديرية لمراقبة ومعالجة تلاميذ المكاتب • وفى عام ١٨٣٨ صدرت لائحة لقيد المواليد والوفيات وفى عام ١٨٤٠ عين بكل قسم من الاقسام الاربعة بالقاهرة طبيب معه باشتومرجى وانشئت دفاتر خاصة لقيد المواليد والوفيات بها وكذلك بمكاتب الصحة بالاسكندرية • وفى عام ١٨٤٤ صدرت لائحة الكورنتينا والنظافة وأنشىء مجلس كورنتينا بالقاهرة عام ١٨٤٥ وفى عام ١٨٥١ أنشئت دفاتر لقيد المتطعمين فى مكاتب صحة القاهرة •

وفى عام ١٨٥٣ صدر أمر بمنع الدفن بالمساجد الا بأذن من المدير والحكيمباشى لمن أسسها وان آخر يمنع الحلاقين عن ممارسة صناعة الطب والجراحة •

وفى عام ١٨٥٥ صدر أمر بمعالجة الفقراء مجانا وفى عام ١٨٥٦ صدرت عدة مراسيم لتنظيم الشئون الصحية والصيدلة وعدم صرف أدوية من الاجزاخانات الا بموجب تذكرة حكيم وعلى وجوب التفتيش على الاجزاخانات كل ستة شهور لمعرفة جودة الادوية •وفى عام ١٨٨٠ — صدر امران بتقسيم مجلس عموم الصحة الى قسمين احدهما فى القاهرة ويسمى " مجلس الصحة العمومية " ويختص بادارة وملاحظة الحالة الصحية بالقطر والثانى يسمى " بمجلس الصحة البحرية " ويختص بمسائل الكورنتينا الخارجية والمسائل الصحية البحرية •

وفى عام ١٩٠٣ أنشئت المستشفيات الرمدية والمتنقلة والثابتة وفى عام ١٩٠٤ صدر قانون المحلات العمومية والمحلات المضرة بالصحة والمقلقة للراحة والخطرة وفى مايو ١٩٢٠ تقرر أن يكون لرئيس مصلحة الصحة العمومية درجة ولقب وكيل وزارة واصبح مديرها يحمل لقب وكيل وزارة الداخلية للشئون الصحية • وفى عام ١٩٢٥ أعيد تنظيم المصلحة التى تحولت الى وزارة بموجب الرسوم الصادرة من حكومة على ماهر فى ٧ أبريل ١٩٣٦ التى تعاقب عليها ٣ وزيرا حتى عام ١٩٨٥ •

ومن الجدير بالذكر أن السياسة الصحية فى مصر قبل ثورة ١٩٥٢ لم تبين على أساس من التخطيط والدراسة بهدف رفع المستوى الصحى لجميع فئات الشعب بل كانت الخدمة الصحية مرتجلة ويتم تنفيذها وفقا للمصالح الخاصة (١) •

---

(١) رمسيس عبد العليم جمعة ، التخطيط الصحى لمجتمع الاشتراكية والتنمية ، دراسات اشتراكية ، القاهرة ، السنة ؟ ص ٤٥ •

وقد حاولت الحكومات التى قامت بعد ثورة ١٩٥٢ توفير الخدمات الصحية فى مصر وفقا لنظام وتخطيط يستمد معالمه ومقوماته من طبيعة المجتمع لتحقيق العدالة الاجتماعية وبذلك أعيد رسم السياسة الصحية للبلاد فى اطار السياسة العامة للدولة حيث استهدفت هذه السياسة رفع المستوى الصحى للمواطنين جميعا بهدف تحقيق رفع الكفاءة الانتاجية للقوى العاملة ويمكن تصور اهم المفاهيم الاساسية للفلسفة التى يقوم عليها تخطيط الرعاية الصحية فى مصر على النحو التالى :ـ (١)

أ ـ أن الرعاية الصحية حق تكفله الدولة لكل مواطن .

ب ـ أن الرعاية الصحية استثمار فى الانتاج ، وتراعى المشاريع الانتاجية احتياجات القوى العاملة من الرعاية الصحية لاعطاء اقصى عائد للطاقة البشرية .

جـ ـ تقوم الدولة بأنشاء وحدات الرعاية الصحية ويسهم المواطنون فيها بالجهود الذاتية

د ـ أن الوقاية وتكامل الخدمات الصحية هى هدف تنموى تعمل من أجله الاجهزة الصحية .

هـ ـ أن القطاع الصحى مسئول عن تحقيق أعلى المستويات الصحية للمواطنين من وذلك من خلال التنسيق بين اجهزة الخدمة الطبية والتعليم الطبى والبحوث او التنسيق بينها وبين القطاع الخاص افرادا وهيئات .

و ـ أن الطفولة وتنظيم الاسرة لها الافضلية فى توفير كل مقومات الرعاية الجسدية والنفسية والاجتماعية .

ز ـ العمل الطبى مهنة أنسانية تنظم القوانين النقابية اخلاقياتها وأدابها بما ينأى بها عن الاتجار او الاستغلال .

---

(١) رمسيس عبد العليم جمعة وآخرين ، دراسة حول استراتيجية الصحة فى مصر لعام ٢٠٠٠ مشروع بحث الخريطة الصحية لمصر وزارة الصحة وثيقة رقم ٧ ، القاهرة ، ١٩٧٩ ص٤٥٣ .

٢٠٣ نظام الخدمات الصحية فى مصـــر :

فى هذا الجزء نستعرض نظام الخدمات الصحية فى مصر والاشكال التى تندرج تحتها هذه الخدمات وانماط ادارتها •

تندرج الخدمات الصحية فى دول العالم المختلفة تحت الاشكال الاربعة التالية :

- الطلب الحر وفيه تقدم الخدمات الطبية على جانبى الطلب (مريض) والعـــرض (الطبيب) دون تدخل من الدولة • وهذا النظام متبع فى أمريكا •
- الطب الشعبى : حيث تقدم الدولة خدمات علاجية لافراد الشعب بالمجان فـــى حدود امكانيتها المادية والبشرية والفنية • وهذا النظام متبع فى معظم الـــدول النامية طبقا لما تسمح به امكانيتها • وتظل العلاقة بين الطبيب والمريض خـــارج هذا الاطار علاقة معاملة تجارية •
- التأمين الصحـــى : وفيه تساهم الدولة (او صاحب العمل) فى تقديم خدمات طبية للفئات المشتركة فى التأمين • وهذا النظام متبع فى معظم دول أوربا وفى الهنـد واليابان وتركيا واستراليا •••• الخ •
- التأميم الطبى : وفيه تتكفل الدولة بتقديم كافة أنواع الرعاية الطبية والدوائيـــة بلا مقابل • وهذا النظام مطبق فى بلاد مثل انجلترا وكندا وروسيا •

وفيما يتصل بجمهورية مصر العربية فان نظام الخدمات الصحية يتدرج تحت أشكـال ثلاثـــة هى :

١٠٢٠٣ القطاع الخـــاص (المهن الطبية الحرة) :

حيث يؤدى دوره من خلال المستشفيات الخاصة والمستوصفات والعيادات الخاصـة التى تقدم الخدمة العلاجية بجميع تخصصاتها لافراد الشعب بمقابل نقدى يتحدد طبقـا لموازين الطلب والعرض بالسوق المحلى وتقوم وزارة الصحة بمسئولية الرقابة على ذلك القطـاع طبقا للقانون المنظم له •

ويعمل حوالى ٨٠٪ من الاطباء بالمناطق الحضرية فى العيادات الخاصة بمـــاء

بعد تأدية عملهم فى مستشفيات وزارة الصحة ، كذلك يسمح للاطباء فى المناطق الريفية القيام بالزيارات المنزلية الخاصة .

ويشمل هذا القطاع ايضا كل المستوصفات التابعة للجمعيات الخيرية الاهلية . ومن الجدير بالذكر أن ظاهرة المستشفيات الخاصة قد أنتشرت خلال النصف الثانى من السبعينيات على أن هذه الظاهرة وان كانت تسد بعض الاحتياجات من الخدمات الصحية الا أن تكاليف العلاج بها مرتفعة للغاية بحيث لا يستفيد منها فعلا الا الشريحة التى تمثل قمة السلم الاجتماعى .

٢٠٢٠٣ القطاع العام (التأمين الصحى والمؤسسات العلاجية):

يقع هذا القطاع تحت اشراف وزارة الصحة . وتقدم الخدمات العلاجية بمقابل نقدى ولا يهدف الى تحقيق ربح . ويمثل هذا القطاع اساسا الهيئة العامة للتأمين الصحى والمؤسسة العلاجية بالقاهرة والاسكندرية ومستشفيات شركات القطاع العام .

٣٠٢٠٣ الهيئة العامة للتأمين الصحى :

تقوم هذه الهيئة بمسئولية تنفيذ قانون التأمين الصحى رقم ٦٣ الصادر فى سنة ١٩٦٤ (١) باعتبار ان التأمين الصحى الزامى على كل العاملين فى الحكومة وهيئات الادارة المحلية والهيئات العامة والمؤسسات العامة .

" ويقوم التأمين عموما على فكرة أساسية مؤداها تقسيط الاعباء المالية للحوادث على فترة زمنية عن طريق تعاون مجموعة افراد فى التمويل بدلا من ان يترك من حلت به الكارثة يتحمل نتائجها وحده دفعة واحدة " (٢)

---

(١) رمسيس عبد الحليم جمعة ، التخطيط الصحى لمجتمع الاشتراكية والتنمية ، دراسات اشتراكية ، القاهرة ص ٤٥ ، ٤٧ .

(٢) الهيئة العامة للتامين الصحى ـ التأمين الصحى : ابعاده السياسية والاقتصادية والاجتماعية " ـ الادارة العامة للشئون العامة ـ وارد مطابع الشعب بدون تاريخ الصفحات من ٢٥ ـ ٣٠ .

وقد استطاعت الهيئة العامة للتأمين الصحى خلال العشر سنوات الاولى من التطبيق ان تمد خدماتها الى حوالى نصف مليون منتفع معظمهم من العمال الخاضعين لقانون ٦٣ لسنة ١٩٦٤ وفى سنة ١٩٧٥ قدمت الهيئة مشروعها العلاجى ليسرى على موظفى الحكومة الذين ظلوا محرومين من الخدمات الصحية تقريبا حتى صدور القانون رقم ٣٢ لسنة ١٩٧٥ حيث بدأ تنفيذ المشروع فى اول اغسطس عام ١٩٧٥ على حوالى ٢٣٠ر٠٠٠ منتفع كمرحلة أولى فى أربع محافظات ثم امتدت مظلة التطبيق تدريجيا ليشمل معظم موظفى الحكومى فى محافظات الجمهورية ويصبح عدد المنتفعين بهذا القانون حوالى ٣ر٠٧ مليون منتفع فى ١٩٨٤/١٢/٣١ وقد تم تحديد الاشتراكات طبقا للقانون رقم ٧٩ لسنة ١٩٧٥ على النحو المبين بالجدول رقم (١) .

جدول رقم (١)

النسبة المئوية التى تستقطع من المرتبات سنويا

البيان	حصة صاحب العمل			حصة العامل	المجموع
	للعلاج	تعويض الاجر	المجموع		
القطاع الحكومى	٣٪	ـ	٣٪	١٪	٤٪
القطاع العام	٣٪	ـ	٣٪	١٪	٤٪
القطاع الخاص	٣٪	١٪	٤٪	١٪	٥٪
اصحاب المعاشات	ـ	ـ	ـ	٢٪	٢٪
الارامل	ـ	ـ	ـ	٢٪	٢٪

المصدر : المركز القومى للبحوث الجنائية والاجتماعية : المسح الاجتماعى الشامل للمجتمع المصرى ١٩٥٢ ـ ١٩٨٠ " المجلد العاشر (الصحة) ، القاهرة ـ ١٩٨٥ ـ ص ٨٢٩ .

كذلك حدد القانون رقم ٣٢ لسنة ١٩٧٥ قيمة الاستقطاعات التى تستقطع من أجر العامل بواقع ½ % من مرتبه الشهرى وتتحمل جهة عمله ½ ١٪ بالاضافة الى ذلك ليساهم بالاضافة الى ذلك ليساهم المنتفع فى الخدمة برسوم رمزية تدفع عند الانتفاع بالخدمة اهمها ¼ قيمة الدواء والفحوص المعملية والاشعاعية بحد اقصى جنيها واحدا وكذا ½ قيمة الاجهزة التعويضية (١) .

وهناك ايضا نظام تعاقدى يخدم عددا محدودا من المنتفعين نظير اشتراك سنوى يتم الاتفاق عليه بين الهيئة واصحاب الاعمال ويعرف بأسم " العلاج الشامل " (٢) . وبالاضافة الى هذا فقد صرح القرار الجمهورية رقم ٢٣٢٣ لسنة ١٩٦٧ بالترخيص للهيئة العامة للتأمين الصحى بعلاج المواطنين الغير مؤمن عليهم مقابل أجر عن طريق اطباء الهيئة الهذه الهيئة وحداتها الطبية وهيئة طبية خاصة بها ، ويتبع مجلس الادارة الخاص بها وزارة الصحة .

ويوضح الجدول رقم (٢) عن تطور اعداد المنتفعين بالتأمين الصحى منذ أنشاء الهيئة خلال الفترة (١٩٦٥ ـ ١٩٨٥) حيث يتضح ان نسبة الزيادة السنوية ارتفعت من ٣٨٪ عام ١٩٧٥ الى ٥٣٪ عام ١٩٧٦ .

واستمرت هذه الزيادة فى التأرجح ما بين ١٤٪ ـ ١٧٪ سنويا من عام ١٩٧٧ وحتى عام ١٩٨٠ ـ ثم أرتفعت مرة أخرى الى ٥٢٪ عام ١٩٨١ .

---

(١) الهيئة العامة للتأمين الصحى التقرير السنوى عن نشاط الهيئة عام ١٩٨١

(٢) وزارة الصحة ، دراسة عن التمويل والانفاق الصحى ، الخريطة الصحية لمصر نشرة رقم ١٧ ، ج.م.ع سبتمبر ١٩٨١ ص ٣٠ .

جدول رقـــم (٢)

تطور أعداد المنتفعين بالتأمين الصحى منذ انشاء الهيئـــة

(١٩٦٥ ـ ١٩٨٤)

السنة	عدد المنتفعين بالالـــف	السنـة	عدد المنتفعين بالالف
١٩٦٥	١٤٠	١٩٧٨	١٢٥٥
١٩٧٠	٣١٨	١٩٧٩	١٤٢٧
١٩٧١	٣٦٨	١٩٨٠	١٦٥١
١٩٧٢	٣٧٩	١٩٨١	*٢٥١٦
١٩٧٣	٤١٥	١٩٨٢	*٢٧٢٠
١٩٧٤	٤٣٦	١٩٨٣	*٢٩٥٠
١٩٧٥	٦٠٢	١٩٨٤	*٣٠٧٣
١٩٧٦	٩٢٢		
١٩٧٧	١٠٨١		
بالاضافة الى حوالى ٥٣ مليون منتفع يطبق عليهم نظام التأمين لاصابات العمـــــل			

المصـــدر : مركز البحـوث الاجتماعية والجنائية ، المسح الاجتماعى الشامل ، مرجـــع سـابق ص ٨٣٢ .

* : وزارة الصحة ، تقرير السنوى لعام ١٩٨٤ ، وزارة الصحة القاهرة ، ١٩٨٥ .

٢٠٢٠٢٠٣ المؤسسة العلاجيـــة :

قامت المؤسسات العلاجية فى عام ١٩٦٤ كمرحلة اولية لتوسيع سيطرة الدولة علـــى المستشفيات التى كانت ملكا للقطاع الخاص وكمرحلة انتقالية لتنفيذ مشروع التأمين الصحـــى

والذى يحتم شموله وجود كافة الامكانيات الطبية تحت سيطرة الدولة [١] وتوجد فى مصر مؤسستان علاجيتان (المؤسسة العلاجية لمحافظة القاهرة والمؤسسة العلاجية لمحافظة الاسكندرية) .

وتعمل المؤسستان على تطوير المستشفيات التابعة لهما [٢] . والعمل على رفع مستوى الخدمة الطبية وتيسير حصول المواطنين عليها . وتتوليان تخطيط الخدمات العلاجية والاشراف والرقابة على هذه الخدمات ومتابعتها وتقييمها والتنسيق بينها .

وتقدم المؤسسة العلاجية الخدمات العلاجية بمقابل نقدى لا يهدف الى تحقيق ربح حيث انها تعمل على الحد من ارتفاع اجور الخدمات العلاجية بمستشفيات القطاع الخاص وتقوم وزارة الصحة بتنظيم الرسوم الخاصة بهذه المستشفيات مع اطلاق رسوم الاطباء حرة . وتحصل هذه المؤسسة على حوالى ٩٪ من مواردها المالية من الرسوم المحصلة من جانب المرضى الخصوصيين وتخصص حوالى ١٠٪ من اسرة هذه المستشفيات للخدمات العلاجية المجانية لمرضى معينين .

وطريقة تقديم الخدمة تتلخص فى ان تتعاقد المؤسستان العلاجيتان مع الشركات على علاج العاملين بها وكذلك المرضى من الاهالى وبعض الحالات الخاصة بالاطباء الذين يعملون بها ومرضى الدرجات المجانية فى حدود الاسرة المجانية التى تتولى الدولة

---

(١) هبة نصار ، مرجع سابق ص ١٥٦

(٢) تتبع المؤسسة العلاجية لمحافظة القاهرة ١٠ مستشفيات هى :

١ـ الجمعية الخيرية الاسلامية ٢ـ دار الشفاء ٣ـ الجمهورية
٤ـ هليوبوليس ٥ـ الهلال الاحمر ٦ـ القبطى
٧ـ مصر القديمة ٨ـ مبرة المعادى ٩ـ الاصلاح الاسلامى
١٠ـ الانجيلى .

ـ تتبع المؤسسة العلاجية لمحافظة الاسكندرية ٥ مستشفيات هى :

١ـ المواساه ٢ـ دار الولادة ٣ـ المبرة ٤ـ القبطى
٥ـ احمد ماهر .

تمويلهـــا (١)

٣٠٢٠٣ القطاع الحكومى او الطب الشعبى :

وتمثلها القطاع الحكومى اساسا فى وزارة الصحة ووزارة التربية والتعليم • وبالاضافة الـى بعض وزارات اخرى مثل وزارة الحربية والداخلية والمواصلات • وتقدم الخدمات العلاجيـة من خلال كليات الطب والمستشفيات التابعة لهذه الكليات والاقسام الطبية التابعة للـوزارات الاخرى • والخدمات المقدمة فى هذا القطاع مجانية • وفيما يلى بيان بالوزارات المختلفة :

٣٠٢٠٣٠١ وزارة الصحـــة :

تعد اجهزة وزارة الصحة هى الاجهزة المسئولـة اساساعن توفير الخدمات الصحيـة المجانية لجميع افراد الشعب ، طبقا لامكانيات الدولة المادية والبشرية ، من خلال شبكـة من الوحدات الصحية المختلفة ذات المستويات المتتالية وتنفرد وزارة الصحة بتقديـم الخدمات الصحية المختلفة فى المناطق الريفية كما تنفرد ايضا بتقديم الخدمات والوقايـة للمواطنين فى حين تشاركها بعض الجهات الاخرى فى تقديم الخدمـة العلاجية فـى المناطق الحضريـة (٢) .

٣٠٢٠٣٠٢ الوزارات الاخـرى :

التى تساهم ببعض نشاطها فى تأدية بعض الخدمات الصحية لفئات المواطنين وهـى كالآتـى :ـ

ـ وزارة التعليم العالـى : وتشرف على المستشفيات الجامعية التعليمية التابعة لكليـات الطب المختلفة : (مستشفيات الجامعة القاهرة (٤ مستشفيات مستشفيات جامعة الاسكندرية (٤ مستشفيات) مستشفيات جامعة عين شمس (٣ مستشفيات) مستشفيات جامعة الازهـر

---

(١) وزارة الصحة ، دراسة عن التمويل والانفاق الصحى فى مصر عام ٨٠/ ١٩٨١ ، مشروع بحـث الخريطة الصحية لمصر ، نشرة رقم ١٧ ، ج ٠م٠ع ، سبتمبر ١٩٨٢ •

(٢) هبة نصار ، مرجع سابق ص ١٥٤ •

(٣مستشفيات) ومستشفى جامعة أسيوط وجامعة طنطـــــا وجامعة المنصورة وجامعة الزقازيـــق) .

وتوفر جميع هذه المستشفيات خدمات علاجية مجانية لقطـــاع عريض من الجمهور .

ـ وزارة الحربيـــــــة : تشرف على القسم الطبى بالقوات المسلحة بالاضافة الى جميـــع المستشفيات المخصصة لعلاج افراد القوات المسلحة وعائلاتهم ولا يخضع هذا القطاع لاشراف وزارة الصحة فهو قطاع قائـــم بذاته من حيث الامكانيات والتسهيلات الخاصة به .

ـ وزارة الداخليـــــة : لها ايضا مستشفياتها الخاصة (مستشفى الشرطة والسجـــون)

ـ وزارة المواصـــــلات : ويتبعهـا مستشفى هيئة السكة الحديد [1] .

وجدير بالذكر ان القطاع الحكومى (الخدمة المجانية) الذى تمثله وزارة الصحة والجامعات هو أكبر القطاعات الصحية فى مصر حيث ان خدماته تمتد لكل افراد الشعـــب وهو حاليا يخدم حوالى ٧٥٪ من السكان [2] .

ولذلك فأن هذا الدراسة ستعطى اهمية خاصة لهذا القطاع فى التحليل .

---

(١) المرجع السابق ص ١٥٤ ، ١٥٥ .

(٢) World Bank, "Some Issues in Population and Human Resource Development in Egypt", World Bank Document Report No. 3175-EGT, May 21 1981, P. 83.

٣٠٣ الهيكل التنظيمى المؤسسى للخدمات الصحة العامة لوزارة الصحة :

تقوم وزارة الصحة بالتخطيط وتنفيذ واشراف ومتابعة السياسات الصحية المختلفة من خلال اجتماعات دورية بين بعض المسئولين بالوزارة ومندوبى الهيئات الصحية المحلية وبعض واضعى السياسة العامة بالدولة ومن المعروف ان هناك ثلاثة مستويات تنظيمية لخدمات الصحة العامة لوزارة الصحة فى مصر وهى [1] :

١٠٣٠٣ ـ المستوى القومى (المركزى)

٢٠٣٠٣ ـ المستوى الاقليمى (محافظات : ٢٦ محافظة) .

٣٠٣٠٣ ـ المستوى المحلى (مدن وقرى)

١٠٣٠٣ المستوى القومى (المركزى) :

يقوم وكلاء وزارة الصحة بنقل سياسة وزارة الصحة الى المحافظات المختلفة ويشرف كل منهم على الاقسام المختلفة داخل الوزارة وهى : قسم الطب الوقائى ، قسم الخدمات الصحية العامة فى الريف قسم الامراض الموسمية ، قسم المستشفيات العامة والخاصة ، الصحة المحلية ، الصحة الدولية ، القومسيون الطبى ، قسم الصحة المدرسية ، قسم معامل الصحة العامة والانتاج .

ـ كما تقوم اللجان المكونة من بعض موظفى الوزارة وخبراء فى المجال الصحى من الجامعات والهيئات والمعاهد البحثية الطبية ببحث المشكلات الرئيسية المتعلقة بالصحة وايجاد الحلول المناسبة لها . علما بأن قرارات هذه اللجان غير ملزمة بمعنى ان دورها استشارى فقط .

يشرف الوزير (كما هو موضح بالشكل التالى رقم (١) على القطاعات الرئيسية بالوزارة ومنها : [2]

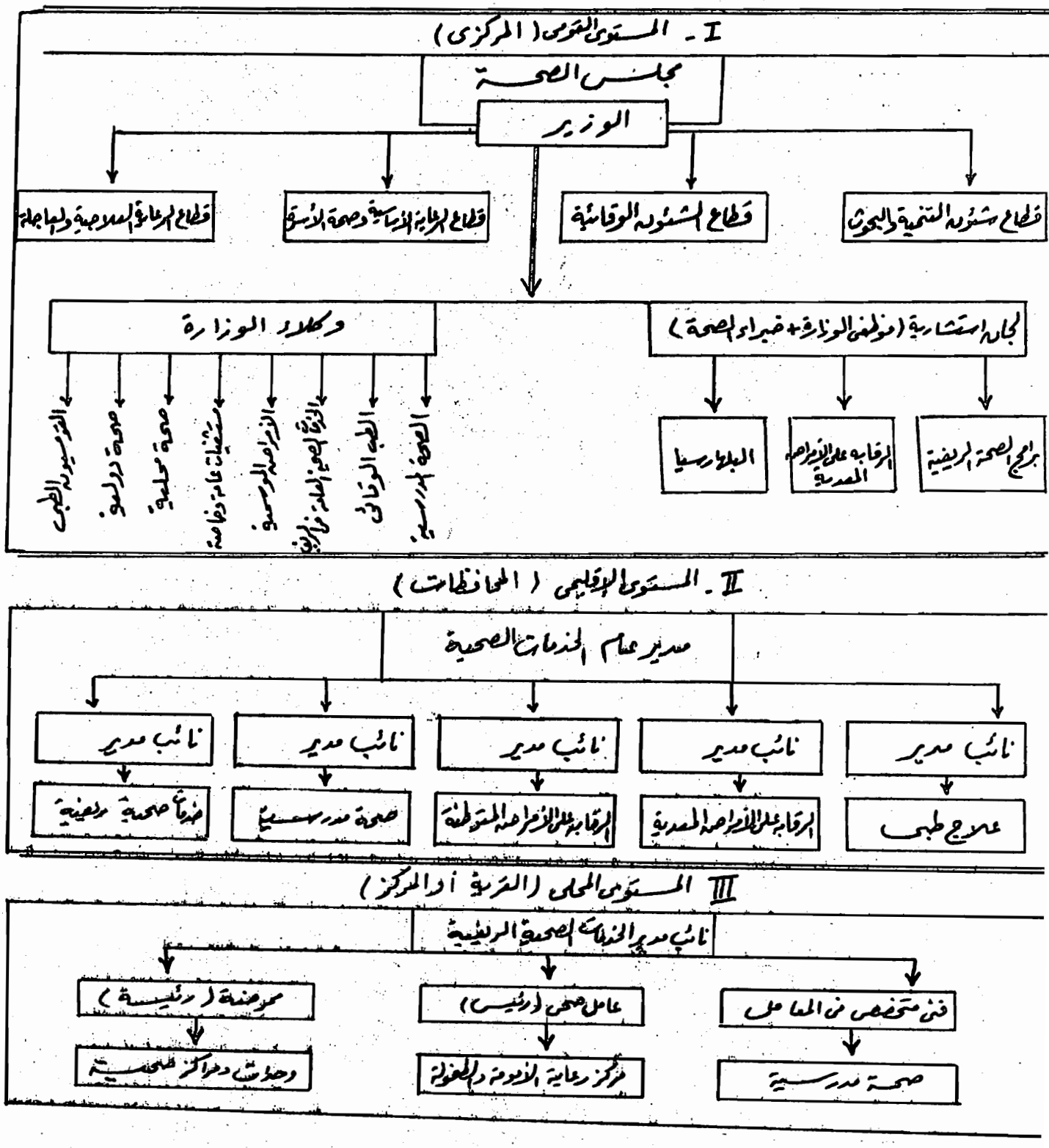
---

(١) هبة احمد نصار دراسة فى اقتصاديات الصحة العامة وتقييم السياسات الصحية فى مصر رسالة دكتوراه غير منشورة ، كلية الاقتصاد والعلوم السياسية ، جامعة القاهرة ، يونيو ١٩٨٣ . ص ١٥٨ ـ ١٦٨ .

(٢) قرار وزير الصحة رقم (٥٦٩) لسنة ١٩٧٩ باصدار الهيكل التنظيمى اختصاصات ومسئوليات ديوان عام وزارة الصحة والوحدات الملحقة به .

الشكل رقم (١)

الهيكل التنظيمي المؤسسي لخدمات الصحة العامة لوزارة الصحة في مصر



قطاع شئون التنمية والبحوث ، قطاع الشئون الوقائية ، قطاع الرعاية الاساسية وصحة الاسرة قطاع الرعاية العلاجية والعاجلة .

١٠١٠٣٠٣ قطاع شئون التنمية والبحوث :

يتبع رئاسة القطاع مركز تكنولوجيا التعليم الطبى ومركز البحوث الميدانية والتطبيقية كوحدات ملحقة ويتكون القطاع من الادارات التالية :

- الادارة العامة للاحصاء والمعلومات .
- الادارة العامة لتنمية القوى البشرية .
- الادارة العامة للعلاقات الصحية الخارجية .
- الادارة العامة للثقافة والاعلام الصحى .
- الادارة العامة للبحوث .

ويتكون داخل كل منها مجموعات عمل مختلفة .

٢٠١٠٣٠٣ قطاع الشئون الوقائية :

يتكون من التقسيمات التالية :

- الادارة العامة لمكافحة الامراض المعدية وتتكون من مجموعات عمل مختلفة .
- الادارة العامة لصحة البيئة .
- الادارة العامة للصحة المهنية والصناعية .
- الادارة العامة لبرامج التغذية .
- الادارة العامة لمكافحة ناقلات الامراض .
- الادارة العامة لشئون مستشفيات الحميات .

٣٠١٠٣٠٣ قطاع الرعاية الاساسية وصحة الاسرة :

يتبع رئيس القطاع مجموعة العمل الرئيسية لمكافحة الملاريا والفيلاريا . ويتكون القطاع من الادارات التالية :ـ

- الادارة العامة للرعاية الاساسية فى الحضـــر •
- الادارة العامة للرعاية الاساسية فى الريـــف •
- الادارة العامة للرعاية الامومة والطفولـــة •
- الادارة العامة لتنظيم الاســـرة •
- الادارة العامة للصحة المدرسيـــة •
- الادارة العامة لمكافحة الامراض المتوطنـــة •

٤٠١٠٣٠٣ • قطاع الرعاية العلاجية العاجلة :

ويتبع رئاسة القطاع مجموعات عمل مختلفة خاصة ببنوك الدم وطب العيون والامـراض الصدرية والاسعاف الطبى ••• الخ ويضم القطاع التقسيمات الاتية :ـ

- الادارة العامة للرعاية الطبية العاجلة (الاسعاف الطبى ، غرفة الطوارئ ••• والتعبئة الصحية ، الاتصالات السلكية واللاسلكية) •
- الادارة العامة للطب العلاجى •
- الادارة العامة للمستشفيات النوعية •
- الادارة العامة للمؤسسات العلاجية غير الحكومية •
- الادارة العامة للمجالس الطبية •

وبالاضافة الى القطاعات سالفة الذكر توجد قطاعات اخرى مثل : قطاع الخدمـات الطبية المكملة ، قطاع التنمية الادارية ، قطاع شئون طب الاسنان ، قطاع شئون الصيدلية •

والخدمات الصحية المتوفرة والتى تتبع وزارة الصحة على هذا المستوى تتكون مـن المستشفيات التعليمية والمعاهد ومراكز الابحاث الطبية • وحيث تقدم الاولى الخدمـات العلاجية العامة للغالبية العظمى من افراد المجتمع فى مصر ـ واما الثانية فتقدم خدماتهـا من خلال العيادات الخارجية والداخلية كما انها تقوم بتوفير الخدمات المعملية للمستشفيـات والعيادات وتقوم بالاشراف على البحوث الخاصة بالامراض المتوطنة الشائعة فى مصر مثـــل البلهارسيـــا •

٢٠٣٠٣ المستوى الاقليمـــى (المحافظـــات) :

يرأس مديرية الشئون الصحية بكل محافظة وكيل وزارة ويشرف نائبه على الخدمـات الصحية الوقائية والعلاجية والريفية التى يدخل فيها الرقابة على الامراض المعدية وعلـــى الطعام والصحة المدرسية ورعاية الامومة والطفولة . وتقوم كل مديرية للشئون الصحية بتنفيـذ الخطط الصحية المختلفة وتقديم تقارير المتابعة للديوان العام للوزارة [1] .

وتقدم الخدمة الصحية فى المحافظات من خلال مكاتب الصحة ، مراكز رعايـــة الامومة والطفولة ، الصحة المدرسية وبعض الوحدات والمراكز الصحية والمستشفيات المركزيـــة فى مدن المحافظات والقرى .

أ ـ مكاتب الصحـــة :

تقوم مكاتب الصحة فى المحافظات المختلفة بتسجيل المواليد والوفيات بالاضافـــة الى قيامها بمهمة التطعيم ضد الامراض المعدية وتطعيم الاطفال والرقابة على بعض الوظائف الوقائية الاخـــرى .

ب ـ مراكز رعاية الامومة والطفولة :

تقوم بتقديم الرعاية الصحية الوقائية للامهات والاطفال (تطعيم ، توعية غذائيـــة وبعض الخدمات العلاجية (رعاية الامهات الحوامل صحيا قبل الولادة واثنائها وبعدهـــا ورعاية الطفل صحيا بعد الولادة وحتى سن ٦ سنوات) .

هذا بالاضافة الى خدمات تنظيم الاسرة التى توفرها هذه المراكز والتى تعتـــبر من اهم الوظائف التى تقوم بها [2] ويتكون فريق العمل فى هذه المراكز من : طبيب ، ممرضـــة صيدلى ، مشرف اجتماعى ومتخصص فى التوعية الغذائية وعدد ٢ او ٣ فنى معمل ومساعدات ممرضات .

---

(١) هبة احمد نصار ، مرجع سابق ص ١٦٠ .

(٢) I.N.P., Coverage Study: A Comparative study in 3 WHO/EMRO Countries, Health Service Research Group, ECTOR, 1980, P. 19-21.

جـ • الصحة المدرســـــية :

تقدم خدماتها الصحية من خلال مراكز الصحة المدرسية ووحدات الصحة المدرسية (عيادات خارجية) ومستشفيات الصحة المدرسية والاطباء الزائرين لمختلف المدارس والتابعين لـوزارة الصحـــة •

وتتلخص هذه الخدمات فى المدارس فى تطعيم التلاميذ ضد الامراض وتثقيفهـــــم صحيا وعلاج بعض الحالات المرضية داخل المدرسة او ببعض المستشفيات الخاصة اوالحكومية (١) •

د • الوحدات الصحيـــــة :

تم انشاء هذه الوحدات فى المناطق الحضرية فى أواخر السبعينيات بغرض تقديـــم خدمة صحية متكاملة (وقائية علاجية) راسيا وافقيا • وتتكون هذه الوحدات من :

ـ العيادة الشاملة التخصصية :

ترتبط هذه العيادات بمستشفى عام او مركزى وتقدم الخدمة الوقائية وتسجيل وأحصاء وعلاج بعض الحالات المدرسية وخدمات اجتماعية ووسائل التشخيص الحديث من فحوص معمليـــة وأشعاعية (٢) •

ـ المركز الطبى العـــــام :

للخدمة الصحية فى الحضر وهو كالوحدات الصحية الريفية يقدم خدمات مثل : رعايـة الامومة والطفولة • خدمات وقائية • تسجيل واحصاء • طب عام •

هـ ـ المستشفيـــــات : (٣)

وهى مستشفيات عامة او تخصيصية وتتبع وزارة الصحة ـ تقدم خدمات علاجية مـــن خلال العيادات الخارجية والداخلية بالمجان لجميع افراد المجتمع ـ ويوجد بها نوع أخـــر

(١) Amal S. Ibrahim, Sami Boutros, Health Services Statistic in Egypt D.P.A. Technical Paper, A.U.C., 1975, P. 4.

(٢) وزارة الصحة الخطة الصحية ١٩٧٣ ـ ١٩٧٧ جمهورية مصر العربية القاهرة ١٩٧٢ ، ص٢ •

(٣) هبة احمد نصار • مرجع سابق • ص ١٦٥ ـ ١٦٦ •

من العلاج وهو العلاج الاقتصادى حيث تقدم الخدمة ببعض الرسوم وتعتبر المستشفيات القروية والمراكز الصحية الريفية المستوى التخصصى الاول لتقديم الخدمات العلاجية الداخلية بين مستشفيات وزارة الصحة . تليها المستشفيات المركزية فى المدن والمراكز التى تتراوح عدد الاسرة بها من ٥٠ الى ١٥٠ سرير فقط فى المتوسط .

وتوجد المستشفيات فى عواصم المحافظات ، يتراوح عدد الاسرة بأقسامها الداخلية ما بين ٢٠٠ ـ ٤٠٠ سرير فى المتوسط وتعتبر اعلى مستوى للخدمة العلاجية فى المحافظات الكبيرة كالقاهرة والاسكندرية على معظم هذه المستشفيات .

٣٠٣٠٣ ـ المستوى المحلى (القرية أو المركز)

يوجد بكل مركز نائب مدير للخدمات الصحية الريفية وذلك بهدف الحد من مركزية الادارة فى مجال الصحة العامة ويقوم نائب مدير الخدمات الصحية الريفية بالاشراف على الخدمات الصحية فى القرى والوحدات المختلفة التابعة للمركز ويتم توفير الخدمات الصحية على هذا المستوى من خلال الوحدات التالية : (١)

أ ـ الوحدات الصحية الريفية :

حيث تقدم هذه الوحدات الخدمات الوقائية وبعض الخدمات العلاجية لسكان الريف من خلال العيادات الخارجية فقط (٢) هذا بالاضافة الى الخدمات التى تقدمها هذه الوحدات لرعاية الامومة والطفولة .

ب ـ المراكز الصحية الريفية :

تتكون هذه المراكز الصحية من عيادات داخلية تقدم خدمات اسعافية ووقائية . ويوجد بهذه العيادات حوالى عشرة أسرة ومعمل وصيدلية وبها مكان لاقامة الطبيب والممرضات

جـ ـ الوحدات المجمعة :

تقدم هذه الوحدات خدمات متكاملة صحية وتعليمية وزراعية وخدمات اجتماعية اخرى وذلك بهدف تحقيق التكامل بين الخدمات الصحية وكافة الخدمات الاجتماعية الاخرى وتشتمل هذه الوحدات على عيادات خارجية ومركز لرعاية الامومة والطفولة وعيادة داخلية بها حوالى اربعة عشر الى عشرين سريرا كما توفر بعض الخدمات الصحية لتلاميذ المدارس .

---

١ ـ هبه احمد نصار ، مرجع سابق ، صـ ١٦٦ ، صـ ١٦٧ .

٢ ـ Dr. Amal Sami Ibrahim, "Decade of Health Service", D.P.R. Technical Paper, American University In Cairo, January 1977, P. 10 & 11.

٢- المستشفيات القروية :

تم تحويل بعض المراكز الصحية الريفية منذ عام ١٩٧٦ الى مستشفيات قروية لتقديم بعض الخدمات الصحية لسكان الريف وتبلغ سعة المستشفى الواحد حوالى ١٥-٢٥ سرير وقد بدأت الوزارة منذ ذلك التاريخ فى محاولة انشاء بعض المستشفيات القروية لسد الاحتياجات المتزايده للخدمات الصحية .

ويوضح الشكل رقم (١) الهيكل التنظيمى المؤسسى لخدمات الصحة العامة لوزارة الصحة فى مصر حيث تظهر المستويات الثلاث بانواعها : المستوى القومى (المركزى) المستوى المستوى الاقليمى (المحافظات) والمستوى المحلى (القرية أو المركز) .

أما الشكل رقم (٢) فيوضح الخدمات المتوفرة على مختلف المستويات .

وتؤدى جميع وحدات الرعاية الصحية بالريف جميع خدمات الرعاية الاساسية من خلال البرامج الصحية التالية : (١)

١- برنامج رعاية الامومة والطفولة .
٢- برنامج رعاية الصحة المدرسية .
٣- برنامج مكافحة الامراض المعدية .
٤- برنامج مكافحة الامراض المتوطنة .
٥- خدمات تحسين البيئة .
٦- خدمات التثقيف الصحى .

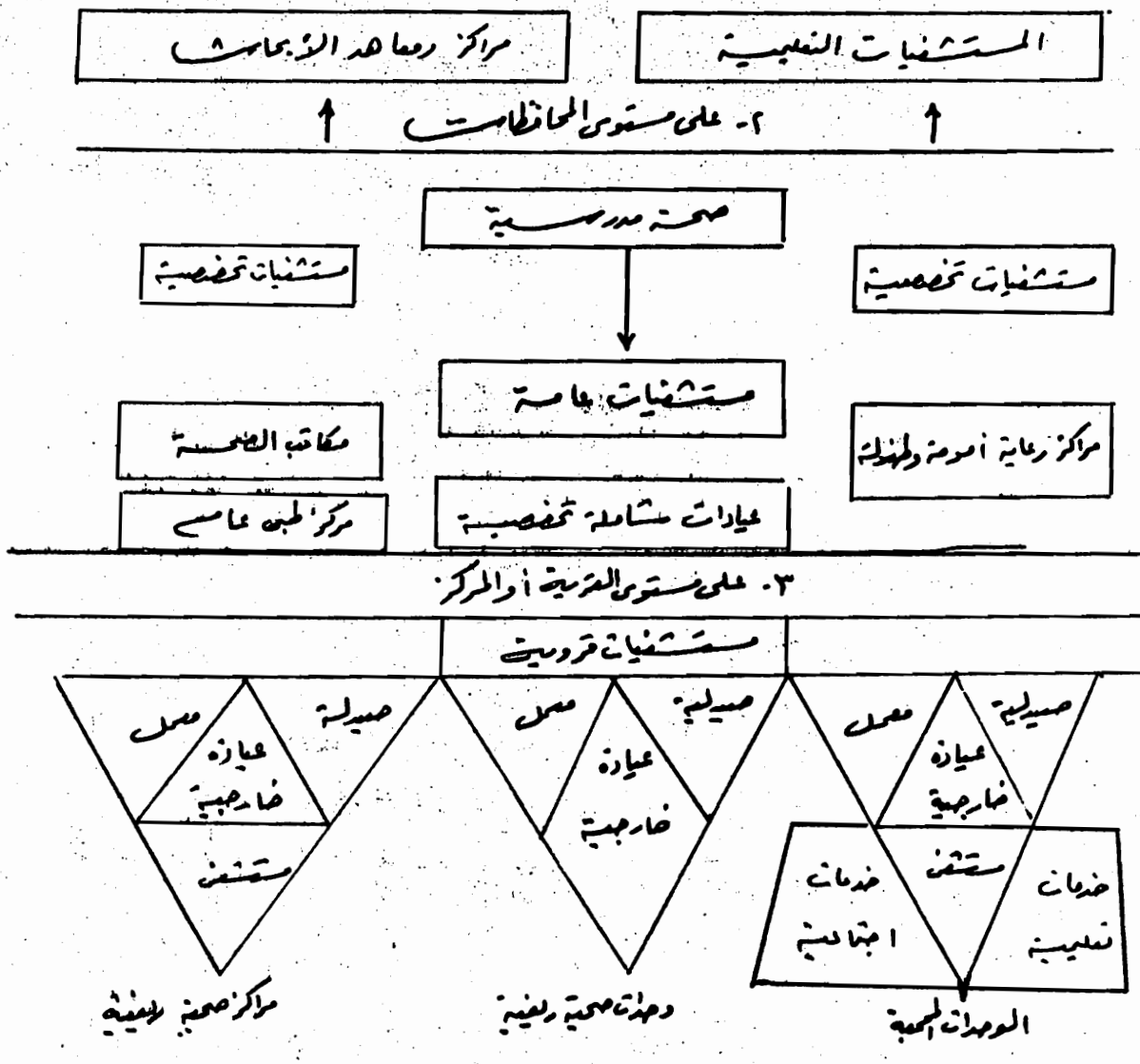
لمزيد من التفصيل راجع :

١- المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية ، الصحة : المسح الاجتماعى الشامل للمجتمع المصرى ١٩٥٢ - ١٩٨٠ ، المجلد العاشر ، القاهرة ١٩٨٥ ص ١٤١ ص ١٤٤ .

الشكل رقم (٢)

تدرج الخدمات الصحية في جمهورية مصر العربية

١- على المستوى المركزي



المصدر : صبحة حمد نصار ، مرجع سابق ، ص١٦٣ .

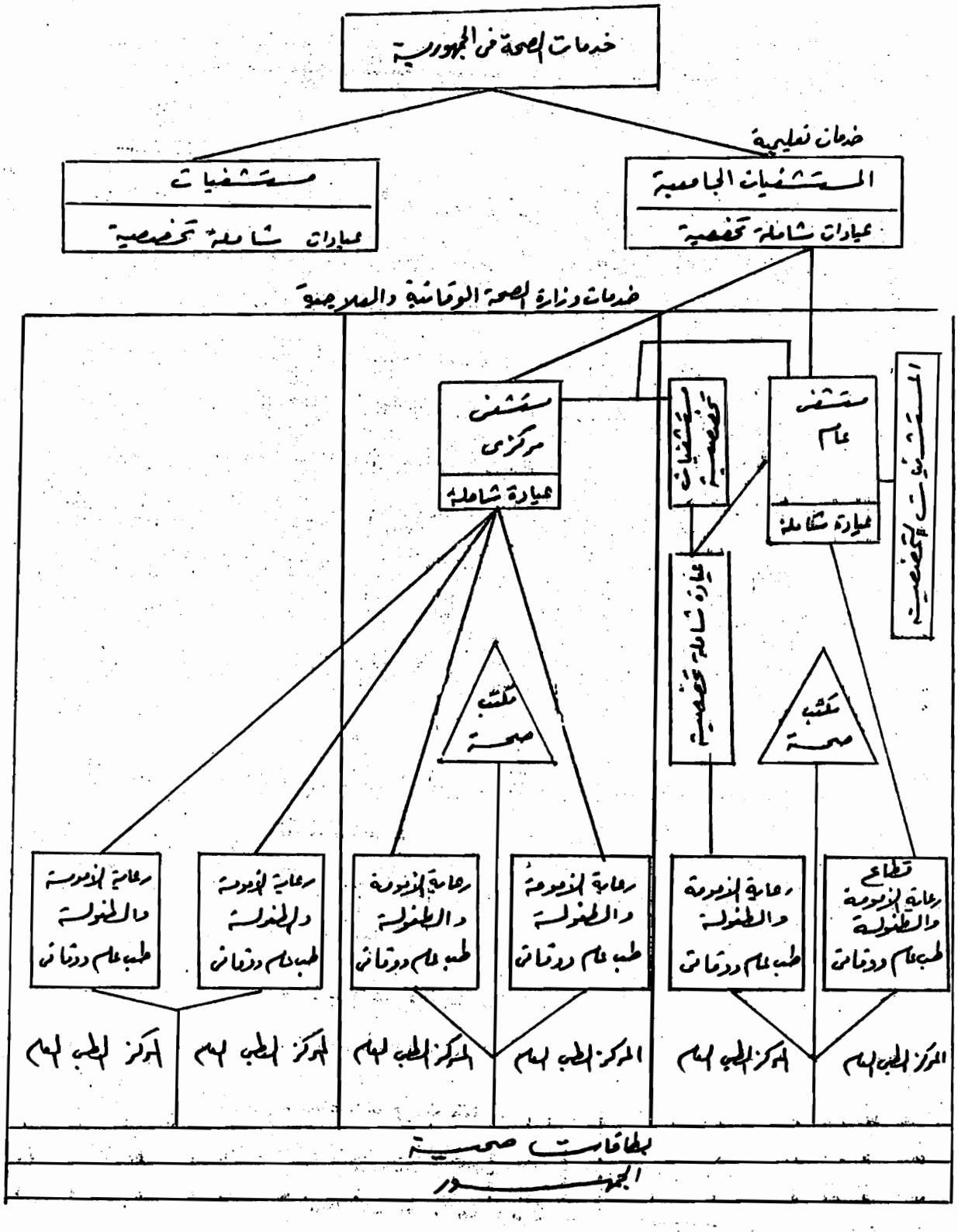
٧ـ الرعاية العلاجية والاسعافيـــة ٠
٨ـ رعاية الاسنـــان ٠
٩ـ خدمات تنظيم الاســـرة ٠
١٠ـ بعض البرامج الاخرى طويلة وقصيرة الاجل مثـل :ـ
أ ـ برنامـج مكافحـة الدرن ٠
ب ـ برنامج مكافحة الملاريـا ٠
جـ ـ برنامـج مكافحـة الفيلاريا ٠
د ـ مشروع مكافحة البلهارسيـا فى الوجه القبلـى ٠
هـ ـ برنامج تعميم البطاقـات الصحيـــة ٠

ومما تقـدم يتضـح ان الخدمة الصحية بجمهورية مصر العربية تقدم من خـلال ثلاثة انظمـة وهى الحكومة القطاع العام والقطاع الخاص ٠ حيث تمثل الحكومة اساسا وزارة الصحة ووزارة التعليم العالـى من خلال المستشفيات التابعة لكليات الطب والاقسـام الطبية التابعـــة للوزارات الاخرى ويمثل القطاع العام اساسا التامين الصحى والمؤسسـات العلاجية وهيئـة المستشفيات التعليمية والاقسـام الطبية بالهيئات والمؤسسـات والشركات الصناعية والتجاريـة التابعة لهذا القطـاع امـا القطاع الخاص فيقدم خدماته الصحية من خلال العيـــادات والمستشفيات الخاصة وبعض الجمعيات والنقابات التى لها نشاط طبى كالمستوصفـات والعيـادات ٠ (١)

ويوضح الشكل رقم (٣) خدمات الصحة فى الجمهورية وخدمات وزارة الصحة الوقائية والعلاجية حيـث تعتبر وزارة الصحة المصدر الاساسى للخدمة الصحية اذ تهيئ ١٠٠٪ من الخدمة الوقائية للمجتمع وتنتج حوالى ٧٠٪ من الخدمة العلاجيـة (٢) وذلك من خـلال المستويـات المختلفـة ٠

١ـ المعهد القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية ، والمجلد العاشر ، صـ ٦٧ ٠
٢ـ المرجع السابق ، صـ ٦٨ ٠

الشكل رقم (٣)



المصدر: شعبة جمع البيانات، مرجع سابق، ص٥٠

٤ـ تحليل الاوضاع الراهنة للمؤشرات المتعلقة بالخدمة الصحية فى مصر خلال الفترة ١٩٨١ ـ ١٩٨٥

تشير بيانات البنك الدولى كما هو موضح بالجدول التالى ان مصر تعد من الدول المتميزة بين دول العالم الثالث من حيث توفر القوى العاملة الطبية (أطباء ومرضين) حيث ينخفض معدل عدد السكان لكل طبيب وكذلك عدد السكان لكل ممرضة عن العديد من الدول النامية ٠ كما هو موضح طبقا لبيانات الجدول التالى ٠ ولكن بالرغم من هذه الحقيقية فما زالت هذه المعدلات اكثر انخفاضا مقارنة بالمعدلات السائد فى الدول المتقدمة وبعض دول النفط ذات الكثافة السكانية المنخفضة ، اذ بلغ معدل سكان / طبيب ٧٨٠ فى اليابان ، ٥٢٠ فى الولايات المتحدة الامريكية ، ٢٧٠ فى الاتحاد السوفيتى ٧٣٠ ليبيا ، ٥٧٠ فى الكويت بالمقارنة بـ ٩٧٠ فى مصر لعام ١٩٨٠ ٠ وبالنسبة لمعدل سكان / ممرضة فقد بلغ فى نفس العام ٢٤٠ فى اليابان ، ١٤٠ فى الولايات المتحدة الامريكية ١٠٠ فى الاتحاد السوفيتى ، ٤٠٠ فى ليبيا ، ١٨٠ فى الكويت بالمقارنة بـ ١٥٠٠ فى مصر (انظر الجدول رقم ٣) ٠

وبالنسبة لمؤشر عدد السكان لكل سرير توضح بيانات الجدول رقم (٣) ان مصر تعد من أفضل الدول النامية بالنسبة لتوافر عدد الاسرة حيث بلغت فى عام ١٩٧٤ عدد ٤٦٣ من السكان لكل سرير فى مصر بالمقارنة بعدد ٣٠٣٠ فى أثيوبيا ، عدد ١٦٦٧ فى باكستان عدد ١٠١٠ فى سوريا ، و٧٧٥ فى العراق ٠

وجدير بالذكر ان هذه المؤشرات رغم اهميتها لاتعطى الصورة الحقيقية للوضع الصحى فى بعض الدول ومصر من بينها وذلك للاسباب التالية :ـ

أ ـ ان المقارنات الدولية بين مختلف الدول تستند على بيانات عدد الاطباء والممرضات المسجلين فى حين ان عدد الاطباء والممرضين القائمين فعلا بالعمل أقل خصوصا فى تلك الدول التى يهاجر منها العقول (سواء هجرة دائمة او مؤقتة) ٠ حيث تقدر مصر مثلا لذلك

جـدول رقم (٣)
نسبة عدد السكان لكل طبيب ، ممرضـة ، سريـر
فى بعض الدول المختارة (١٩٧٤ و ١٩٨٠)

الدول النامية	عـــدد سكان / طبيـب ١٩٨٠	عـــدد سكان / ممرضة ١٩٨٠	عـــدد سكان / سريـر* ١٩٧٤
مصر	٩٧٠	١٥٠٠	٤٦٣
المغرب	١٠٧٥٠	١٨٣٠	٦٩٠
الفلبين	٧٩٧٠	٦٠٠٠	٨٥٥
باكستان	٣٤٨٠	٥٨٢٠	١٦٦٧
اثيوبيـا	٥٨٤٩٠	٥٤٤٠	٣٠٣٠
سوريـا	٢٢٧٠	١٤١٠	١٠١٠
العراق	١٨٠٠	٢١٦٠	٧٧٥
ايـران	٩٠٩٠	٢٥٢٠	٧٧٥
الكويت	٥٧٠	١٨٠	
ليبيـا	٧٣٠	٤٠٠	
السعودية	١٦٧٠	١١٧٠	١١٣٦
الدول المتقدمة :			
اليابان	٧٨٠	٢٤٠	
الولايات المتحدة	٥٢٠	١٤٠	١٤٠ (١٩٧٢)*
الاتحاد السوفيتى	٢٧٠	١٠٠	
بريطانيـا	٦٥٠	١٤٠	١١٠ (١٩٧٢)**

المصدر :

World Bank World Development Report 1984, Washington: Oxford University Press. 1984, P.P. 264 - 265.

ـ منظمة الصحة العالمية : التقرير الاحصائى السنوى للصحة العالمية المجلد الثالـث : العاملين فى الحقل الصحى وانشاء المستشفيات ، جنيف : منظمة الصحة العالمية ١٩٧٤ .

* البنك الدولى : الصحة : ورقة فى السياسة القطاعية واشنطن : البنك الدولى مارس ١٩٧٥ ، صـ ٦ ، ص ٧ .

** U.N. "Compendium of Social Statistics, New york, 1980, P. 650-652.

ب ـ ان الوضع الصحى يمكن ان يكون أكثر انخفاضا فى كثير من الدول النامية وذلك فى حالة توزيع الاطباء على التخصصات الطبية المختلفة ، اذ يوجد هناك نقص شديد فى بعض التخصصات المرتبطة بالخدمة الصحية للفئات العريضة من محدودى الدخل . وتشير الدراسة التى اجرتها وزارة الصحة فى مصر (١) الى ارتفاع معدل طبيب لكل ١٠٫٠٠٠ فرد من السكان فى بعض التخصصات : الجراحة العامة (١٫٣) ، أطفال (١٫٦) ، طب عام (١٫١) ، نساء وولادة (٠٫٩) . وينخفض هذا المعدل فى بعض التخصصات الاخرى مثل مسخ واعصاب (٠٫٠٨) ، قلب وصدر (٠٫٠٤) ، حروق وتجميل (٠٫٠٢) ، أمراض دم (٠٫٠١) ، أشعة (٠٫٢) عظام (٠٫٣) ، طب مناطق حارة (٠٫٣) ، أنف وأذن (٠٫٤) مسالك . مما يؤكد التفاوت الشديد فى هذه التخصصات . وتشير الدراسة ايضا الى ان هذا النقص الشديد فى عدد الاطباء العاملين بالرعاية الصحية الاولية وصحة الريف ومكاتب الصحة ، والتخصصات المتصلة بالامراض المتوطنة فى مصر يؤكد حقيقة احتياج الفئات العريضة من محدودى الدخل لهذه الخدمات . حيث تشير الدراسة على سبيل المثال الى ان نسبة الزيادة المطلوبة فى عدد الاطباء العاملين فى الرعاية الصحية الاولية بلغت فى عام ١٩٨٠ ثلاثة أضعاف عددهم الفعلى فى عام ١٩٧٧ .

جـ ـ اثبتت العديد من الدراسات بأن الفن الانتاجى لعرض الخدمات الصحية فى مصر أخذ فى السنوات الاخيرة من السبعينات بأساليب فنية ـ كثيفة رأس المال مقارنة بالسنوات الاولى للسبعينات حيث كان الفن الانتاجى لعرض الخدمات الصحية فى مصر يأخذ بأساليب فنية كثيفة العمل وذلك بسبب زيادة عدد الاطباء فى : نهاية السبعينات بنسبة اكبر من نسبة الزيادة التى حدثت فى عدد المرضى فى هذه الفترة (٢)

---

(١) وزارة الصحة : دراسة حول استراتيجية الصحة فى مصر لعام ٢٠٠٠ ، مشروع بحث الخريطة الصحية ، وثيقة رقم (٧) ، جمهورية مصر العربية ، ديسمبر ٧٩ ، صـ ٢٠ .

(٢) تؤكد بيانات وزارة الصحة هذا فنجد ان نسبة هيئة التمريض للاطباء لعام ١٩٨٣ كانت ١٫٤ وانخفضت هذه النسبة فى عام ١٩٨٥ الى ١٫٢ (راجع جدول رقم (٢) بالملحق .

د ـ من التناقضات البارزة ان الاختلافات القائمة فى الوضع الصحى اليوم بين الريف والحضر فى معظم الدول النامية هى عكس الوضع الذى كان سائدا فى الماضى بالدول المتقدمة عندما بدأت هذه الدول فى الاخذ بأساليب التقدم الصناعى • فقد اثبتت الدراسات ان التوقع الكلى لمتوسط عدد سنوات الحياة كان أفضل فى الريف عنه فى الحضر (١) مما يشير الى ان الوضع الصحى فى الريف لم يكن نسبيا متدهورا ان لم يكن أفضل فى هذه الدول • وبالمقارنة فأن الوضع الصحى لسكان الحضر اليوم فى الدول النامية افضل بكثير من سكان الريف بالرغم من التدهور الملموس فى المرافق الصحية والخدمات وتلوث فى الحضر ويرجع السبب فى ذلك الى ان سكان الحضر فى الدول النامية يتمتعون بمعدل أعلى نسبيا للدخل وبظروف صحية أفضل وبمصادر صحية للامداد بالمياه النقية وبخدمات صحية وتعليمية وثقافية وبيئة أفضل •

وفى الجزء التالى يختار بعض المؤشرات التى نقوم من خلالها بتحليل الوضع الصحى الحالى فى محافظات جمهورية مصر العربية وذلك بهدف اعطاء صورة واقعية عن الوضع الصحى فى المحافظات حتى يمكن التعرف على مواطن الضعف وترشيد الانفاق فى المستقبل بحيث يكون هناك توزيع أكثر عدالة لاستثمارات الدولة فى القطاع الصحى • وبالتالى تتوزع الفائدة على المجتمع ككل من خلال النمو المتوازن وزيادة الانتاجية وبالتالى زيادة الانتاج الفعلى فى المستقبل •

وفى هذا الشأن قمنا بتقسيم هذه المؤشرات الى :ـ

١ـ مؤشرات خاصة بالمدخلات البشرية للخدمات الصحية •
٢ـ مؤشرات خاصة بالمدخلات المادية للخدمات الصحية •

---

١ ـ الامم المتحدة قسم الشئون الاقتصادية والاجتماعية " الاتجاهات السكانية والعوامل المؤثرة فيها ونتائجها " الجزء الاول ، نيويورك الامم المتحدة ١٩٧٣ ص ـ ١٣٣ •

٤ـ١ المدخلات البشرية للخدمات الصحية فى محافظات ج ٠م ٠ع ٠

تمثل المدخلات البشرية من أطباء وممرضين بكافة تخصصاتهم أهم عناصر توفير الخدمات الصحية فى كل الانظمة الصحية المتعارف عليها ٠

ويتم دراسة وتحليل هذه المدخلات من خلال ترجيحها بعدد السكان فى صورة مؤشرات بهدف تحديد معدل نمو هذه المؤشرات ومقارنته زمنيا ومكانيا ٠

وتقاس هذه المؤشرات بقسمة عددها المسجل بوزارة الصحة على عدد السكان × ١٠٠٠٠ وتستخدم هذه المؤشرات عدد السكان وليس عدد المرضى كأنعكاس لحجم الطلب فى المجتمع ٠ وفى هذا الصدد نستخدم أربعة متغيرات للمدخلات البشرية وهى (أطباء اسنان ، صيادلة ، ممرضات) كمؤشرات للخدمة الصحية ٠ ومن ثم فقد تم حساب هذا المعدل لكل نوعية من هذه النوعيات على حدة وذلك بغية ايضاح كفاءة الرعاية الصحية ومدى نجاح السياسات الصحية فى تحقيق كفاءة توطينها ٠

١٠١٠٤ مؤشر طبيب بشرى / ١٠٠٠٠ نسمة من السكان فى محافظات ج ٠م ٠ع ٠

يوضح الجدول (٤) الخاص بتطور المؤشرات النسبية لموقف الاطباء البشريين فى محافظات ج ٠م ٠ع خلال الفترة ١٩٨١ـ١٩٨٥ وكذلك الجدول رقم (٥) الخاص بالاهمية النسبية للاطباء البشريين فى محافظات ج ٠م ٠ع ٠ فى مقابل الاهمية النسبية لسكان كل محافظة فى عام ١٩٨٥ جملة الحقائق التالية :ـ

١ـ فى عام ١٩٨٥ بلغ اجمالى عدد الاطباء البشريين فى ج ٠م ٠ع ٠ ٢٨٣٣٠ طبيبا بشريا فى مقابل ١٩٢٤٤ طبيبا فى عام ١٩٨١ أى بزيادة قدرها ٤٧٪ خلال المدة ١٩٨١ـ١٩٨٥ ٠

---

* الاطباء البشريون هم الاطباء المقيدون بوزارة الصحة ٠

جدول رقم (٤)

تطور المؤشرات النسبية لموقف الاطباء البشريين فى محافظات ج ٠ م ٠ ع خلال الفترة ١٩٨٠ — ١٩٨٥

المحافظات	١٩٨١			١٩٨٢			١٩٨٣			١٩٨٤			١٩٨٥		
	عدد	نسبة	ط بكرى لكل ١٠٠٠٠ نسمة	عدد	نسبة	ط بكرى لكل ١٠٠٠٠ نسمة	عدد	نسبة	ط بكرى لكل ١٠٠٠٠ نسمة	عدد	نسبة	ط بكرى لكل ١٠٠٠٠ نسمة	عدد	نسبة	ط بكرى لكل ١٠٠٠٠ نسمة
١٠ القاهرة	2748	14.28	4.86	3859	17.18	6.63	3946	16.97	6.61	3851	14.68	6.26	4776	16.86	7.53
٢٠ الاسكندرية	1548	8.04	6.00	1699	7.56	6.40	1702	7.32	6.25	2146	8.18	7.65	2913	10.28	9.96
٣٠ بورسعيد	244	1.27	8.36	267	1.19	8.87	247	1.06	8.02	317	1.21	10.00	377	1.33	9.57
٤٠ السويس	163	0.85	7.28	260	1.16	11.26	265	1.14	11.18	352	1.34	14.43	350	1.24	13.91
٥٠ الاسماعيلية	211	1.10	5.11	217	0.97	5.11	211	0.91	4.84	289	1.10	6.44	295	1.04	5.97
٦٠ الشرقية	905	4.70	3.19	831	3.70	2.84	1022	4.40	3.41	1151	4.39	3.73	1171	4.13	3.63
٧٠ دمياط	410	2.13	6.27	448	1.99	6.65	448	1.93	6.48	469	1.79	6.60	621	2.19	8.30
٨٠ كفر الشيخ	656	3.41	4.08	656	2.92	3.96	771	3.32	4.54	1108	4.22	6.34	1108	3.91	5.98
٩٠ الغربية	1174	6.10	4.95	1377	6.13	5.19	1454	6.25	5.34	1528	5.83	5.45	1697	5.99	5.77
١٠ الدقهلية	1603	8.33	5.15	2189	9.74	6.84	2155	9.27	6.56	2554	9.74	7.55	2345	8.28	6.59
١١ الشرقية	1035	5.38	3.47	1119	4.98	3.65	994	4.28	3.16	1157	4.41	3.57	1157	4.08	3.36
١٢ المنوفية	793	4.12	4.09	806	3.59	4.04	853	3.67	4.17	900	3.43	4.27	990	3.49	4.45
١٣ القليوبية	757	3.93	3.90	811	3.61	4.06	895	3.85	4.37	895	3.41	4.25	885	3.12	3.90
١٤ الجيزة	1585	8.24	5.67	1912	8.51	6.65	1961	8.43	6.65	2118	8.07	6.97	2032	7.17	6.36
١٥ الفيوم	522	2.71	3.95	771	3.43	5.66	522	2.25	3.74	551	2.10	3.63	631	2.23	4.10
١٦ بنى سويف	525	2.73	4.13	525	2.34	4.02	525	2.26	3.92	878	3.35	6.36	895	3.16	6.11
١٧ المنيا	753	3.91	3.16	894	3.80	3.49	880	3.78	3.90	917	3.50	3.54	1005	3.55	3.66
١٨ اسيوط	971	5.05	4.99	1190	5.30	5.95	1230	5.29	5.99	1640	6.25	7.75	1640	5.79	7.27
١٩ سوهاج	1013	5.26	4.61	1023	4.55	4.52	1106	4.76	4.77	1138	4.34	4.76	1177	4.15	4.69
٢٠ قنا	529	2.75	2.72	658	2.93	3.29	646	2.78	3.15	700	2.67	3.32	720	2.54	3.19
٢١ اسوان	495	2.57	7.05	495	2.20	6.86	663	2.85	8.96	663	2.53	8.70	535	1.89	6.61
٢٢ البحر الاحمر	65	0.34	10.32	89	0.40	13.69	132	0.57	20.00	192	0.73	28.24	192	0.68	25.60
٢٣ الوادى الجديد	75	0.39	7.50	83	0.37	8.06	105	0.45	10.00	151	0.58	14.11	103	0.36	8.96
٢٤ مطروح	120	0.62	8.39	114	0.53	8.10	150	0.65	10.00	198	0.75	12.86	198	0.70	11.45
٢٥ شمال سيناء	325	1.69	23.05	170	0.76	12.41	236	1.02	15.84	236	0.90	15.42	386	1.36	24.43
٢٦ جنوب سيناء	19	0.10	8.64	40	0 18	19.05	131	0.56	56.96	131	0.50	54.58	131	0.46	50.38
الاجمالى	19244	100.00	4.60	22468	100.00	5.22	23250	100.00	5.26	26230	100.00	5.77	28330	100.00	5.90

المصدر: وزارة الصحة ، أطلس الخدمات الصحية ، مركز المعلومات والتوثيق ، وزارة الصحة ، القاهرة ، للسنوات ١٩٨١ — ١٩٨٥ .

٢ـ بلغ متوسط النمو للاطباء البشريين ١٢٪ سنويا خلال الفترة ١٩٨١ ـ ١٩٨٥ وقد تراوح هذا المعدل بين ١٠٪ ـ ١٧٪ خلال الفترة المذكور فيبلغ حده الاقصى فى عام ١٩٨٢ ـ وانخفض الى ١٠٪ فى السنوات التالية وذلك بسبب هجرة الاطباء البشريين (هجرة دائمة أو موقتة) الى البلاد العربية المجاورة وبلاد أخرى .

٣ـ يلاحظ التفاوتات الشديدة فى معدلات الزيادة السنوية فى عدد الاطباء البشريين فى المحافظات المختلفة بالمقارنة بالمتوسط العام للدولة . فقد بلغ معدل النمو فى عام ١٩٨٥ أقصاه فى محافظات مثل سيناء الجنوبية (٦٢٪) تليها محافظة البحر الاحمر (٣١٪) ثم محافظة السويس (٢١٪) وانخفض فى محافظات أخرى دون متوسط النمو العام على المستوى القومى فى محافظات شمال سيناء (٤٪) وأسوان (٢٪) .

٤ـ هناك محافظات تقهقرت فيها معدلات النمو السنوية وهى على سبيل المثال محافظات القاهرة والسويس والغربية والدقهلية والجيزة والفيوم وبنى سويف والمنيا وأسيوط على حين تزايد النمو فى بعض المحافظات الاخرى وهى على سبيل المثال محافظات الاسكندرية الاسماعيلية ودمياط والغربية وكفر الشيخ وسوهاج .

٥ـ هناك مجموعة من المحافظات يرتفع معدل النمو السنوى بها عن المتوسط للدولة فى عام ١٩٨٥ وهى المحافظات الحضرية الاربعة ومحافظات دمياط وكفر الشيخ وبنى سويف وأسيوط والبحر الاحمر وسيناء الجنوبية ومطروح .

أما باقى المحافظات فان معدل النمو السنوى بها أقل من معدل النمو السنوى المتوسط على المستوى القومى .

٦ـ توضح البيانات وجود تحسن مضطرد فى معدل طبيب بشرى / ١٠٠ر٠٠٠ نسمة على مستوى الجمهورية خلال الفترة ١٩٨١ ـ ١٩٨٥ من ٦٠ر٤ طبيب فى أول المدة الى (٩ر٥) طبيب فى عام ١٩٨٥ وذلك بسبب التوسع فى قبول طلبة كليات الطب وافتتاح الجامعات الاقليمية فى السنوات الاخيرة وظهور خريجى الطب بها فى سوق الخدمات الصحية ـ

جدول رقم (٥)

الاهمية النسبية للاطباء البشريين فى محافظات ج ٠م ٠ع فى مقابل الاهمية النسبية لسكان كل محافظة فى عام ١٩٨٥

المحافظة	% من سكان الجمهورية	% من الاطباء البشريين بالجمهورية	المحافظة	% من سكان الجمهورية	% من الاطباء البشريين بالجمهورية
القاهرة	١٣ر٢	١٦ر٩	الجيزة	٦ر٧	٧ر٢
الاسكندرية	٦ر١	١٠ر٣	الفيوم	٣ر٢	٢ر٢
بور سعيد	٨ر	١ر٣	بنى سويف	٣ر٠	٣ر٢
السويس	٥ر	١ر٢	المنيا	٥ر٧	٣ر٦
الاسماعيلية	١ر٠	١٠٠	أسيوط	٤ر٧	٥ر٨
البحيرة	٦ر٧	٤ر١	سوهاج	٥ر٢	٤ر٢
دمياط	١ر٦	٢ر٢	قنا	٤ر٧	٥ر٢
كفر الشيخ	٣ر٩	٣ر٩	أسوان	١ر٧	١ر٩
الغربية	٦ر١	٦ر٠	البحر الاحمر	٠ر٢	٠ر٧
الدقهلية	٧ر٤	٨ر٣	الوادى الجديد	٠ر٢	٠ر٤
الشرقية	٧ر٢	٤ر٠	مطروح	٠ر٤	٠ر٧
المنوفية	٤ر٦	٣ر٥	شمال سيناء	٠ر٣	١ر٤
القليوبية	٤ر٧	٣ر١	جنوب سيناء	٠ر٥	٠ر٥

المصدر : مشتق من الجدول رقم (٤) والجدول رقم (١) بالملحق .

٧ـ حققت كل من محافظات جنوب سيناء والبحر الاحمر وشمال سيناء ومطروح أعلى معدلات طبيب / سكان فى عام ١٩٨٥ برغم كونها من محافظات الحدود ولعل السبب فى هذا يعود الى تكدس الاطباء البشريين فى المحافظات الحضرية وبعض المحافظات الاخرى وعدم قدرتهم على المنافسة ومن ثم اتجاههم الى هذه المحافظات ذات الكثافة السكانية المنخفضة ٠

٨ـ انخفض معدل طبيب بشرى / سكان الى المستوى أدنى من المعدل المتوسط للجمهورية وذلك فى محافظات قنا (١٩ر٣) والشرقية (٣٦ر٣) والبحيرة (٦٣ر٣) والمنيا (٦٦ر٣) والقليوبية (٩٠ر٣) والفيوم (١٠ر٤) وسوهاج (٦٩ر٤) والمنوفية (٤٥ر٤) والغربية (٧٧ر٥) ٠

٩ـ استأثرت محافظات القاهرة والاسكندرية وبورسعيد والسويس بنسبة ٧ر٢٩ من جملة الاطباء البشريين الموجودين بالجمهورية فى عام ١٩٨٥ فى حين بلغ سكان هذه المحافظات حوالى ٦ر٢٠٪ من سكان الجمهورية ٠ ويدلل هذا بصفة قاطعة على التميز الواضح فى توزيع الاطباء البشريين لصالح المحافظات الحضرية وضرورة القضاء على سوء توزيع هذا المدخل الهام من مدخلات الخدمة الصحية ٠

٢٠١٠٤ مؤشر طبيب أسنان / ١٠٠٠ر١٠ نسمة من السكان فى محافظات ج ٠م ٠ع

يوضح الجدول رقم (٦) الخاص بتطور المؤشرات النسبية لموقف أطباء الاسنان فى محافظات ج ٠م ٠ع خلال الفترة ١٩٨١ـ١٩٨٥ والجدول رقم (٧) الخاص بالاهمية النسبية لاطباء الاسنان فى محافظات ج ٠م ٠ع فى مقابل الاهمية النسبية لسكان كل محافظة فى عام ١٩٨٥ جملة الحقائق التالية :ـ

١ـ ارتفع عدد أطباء الاسنان من ٣٣٣٢ طبيب فى عام ١٩٨١ الى ٥١٨٦ طبيب فى عام ١٩٨٥ بزيادة قدرها ٥٦٪ خلال الفترة ١٩٨١ ـ ١٩٨٥ وذلك بسبب افتتاح كليات

جدول رقم (٣٩)

تطور المؤشرات النسبيه لموقف أطباء الاسنان فى محافظات ج ٠م٠ع خلال الفـــــترة ١٩٨١ ــ ١٩٨٥ .

المحافظات	١٩٨١			١٩٨٢			١٩٨٣			١٩٨٤			١٩٨٥		
	عدد	نسبه	ط اسنان لكل ١٠٠٠٠ نسمه	عدد	نسبه	ط اسنان لكل ١٠٠٠٠ نسمه	عدد	نسبه	ط اسنان لكل ١٠٠٠٠ نسمه	عدد	نسبه	ط اسنان لكل ١٠٠٠٠ نسمه	عدد	نسبه	ط اسنان لكل ١٠٠٠٠ نسمه
١٠ القاهـــــره	355	10.65	0.63	351	9.77	0.60	461	12.20	0.77	554	13.02	0.90	714	13.77	1.13
٢٠ الإسكندريـــــه	256	7.68	0.99	289	8.05	1.09	331	8.76	1.22	392	9.21	1.40	812	15.66	2.78
٣٠ بورسعيد	66	1.98	2.26	85	2.37	2.82	81	2.14	2.63	73	1.72	2.30	78	1.50	1.98
٤٠ السويـــس	64	1.92	2.86	78	2.17	3.38	53	1.40	2.24	53	1.25	2.17	84	1.62	3.24
٥٠ الإسماعيليـــه	71	2.13	1.72	81	2.26	1.91	71	1.88	1.63	105	2.47	2.34	126	2.43	2.55
٦٠ البحيـــره	195	5.85	0.69	274	7.63	0.94	207	5.48	0.69	232	5.45	0.75	291	5.61	0.90
٧٠ دميـــاط	89	2.67	1.36	96	2.67	1.42	96	2.54	1.39	110	2.59	1.55	141	2.72	1.89
٨٠ كفر الشيخ	140	4.20	0.87	140	3.90	0.85	111	2.94	0.65	139	3.27	0.79	121	2.33	0.65
٩٠ الشرقيـــه	169	5.07	0.66	153	4.26	0.58	185	4.90	0.68	197	4.63	0.70	241	4.65	0.82
١٠ الدقهليـــه	259	7.59	0.81	244	6.79	0.76	243	6.43	0.74	320	7.52	0.95	257	4.96	0.72
١١ الغربيـــه	158	4.74	0.53	120	3.34	0.39	141	3.73	0.45	177	4.16	0.55	245	4.72	0.71
١٢ المنوفيـــه	141	4.23	0.73	168	4.68	0.84	217	5.74	1.06	180	4.23	0.85	197	3.80	0.88
١٣ القليوبيـــه	254	7.62	1.31	248	6.90	1.24	216	5.72	1.06	224	5.26	1.06	224	4.32	0.99
١٤ الجيـــزه	278	8.19	0.98	299	8.32	1.04	309	8.18	1.05	323	7.59	1.06	397	7.66	1.24
١٥ الفيـــوم	123	3.69	0.93	178	4.96	1.31	123	3.26	0.88	101	2.37	0.70	128	2.47	0.83
١٦ بنى سويـــف	101	3.03	0.79	101	2.81	0.77	101	2.67	0.75	176	4.14	1.28	218	4.20	1.49
١٧ المنيـــا	85	2.55	0.36	90	2.51	0.37	79	2.09	0.31	99	2.33	0.38	102	1.97	0.37
١٨ اســـيوط	105	3.15	0.54	180	5.01	0.90	334	8.84	1.63	342	8.04	1.62	341	6.58	1.81
١٩ سوهـــاج	164	4.92	0.75	77	2.14	0.34	98	2.59	0.42	103	2.42	0.43	108	2.08	0.43
٢٠ قنـــا	63	1.89	0.32	95	2.64	0.48	88	2.33	0.43	87	2.04	0.41	111	2.14	0.49
٢١ اســـوان	72	2.16	1.03	72	2.00	1.00	81	2.14	1.09	81	1.90	1.06	67	1.29	0.83
٢٢ البحـــر الأحمـــر	31	0.93	4.92	26	0.72	4.00	26	0.69	3.94	32	0.75	4.71	32	0.62	4.27
٢٣ الوادى الجديـــد	23	0.69	2.30	41	1.14	3.98	37	0.98	3.52	43	1.01	4.02	17	0.33	1.48
٢٤ مطـــروح	33	0.99	2.31	60	1.67	4.08	57	1.51	3.80	73	1.72	4.74	73	1.41	4.22
٢٥ شمال سينـــاء	38	1.14	2.70	30	0.84	2.19	12	0.32	0.81	19	0.45	1.24	30	0.58	1.90
٢٦ جنوب سينـــاء	10	0.30	4.55	16	0.45	7 62	20	0.53	8.70	20	0.47	8.33	31	0.60	11.92
الإجمـــالى	3332	100.00	0.80	3592	100.00	0.83	3778	100.00	0.86	4255	100.00	0.94	5186	100.00	1.08

المصدر: وزارة الصحه ، أطلس الخدمات الصحيه ، مركز المعلومات والتوثيق ، وزارة الصحة ، القاهره ، للسنوات ١٩٨١ ــ ١٩٨٥ .

جديدة لطب الاسنان فى عدد من الجامعات الاقليمية التى تم افتتاحها وكذلك التوسع فى قبول اعداد اكبر بالنسبة للكليات القديمة ٠

٢ـ بلغ معدل النمو المتوسط على مستوى الجمهورية ٥ر٨٪ سنويا خلال الفترة ١٩٨١ ـ ١٩٨٥ وبلغ مداه فى عام ١٩٨٥ بمعدل نمو سنوى قدره ١٢٪ ٠

٣ـ بلغت نسبة طبيب أسنان / ١٠ر٠٠٠ نسمة فى عام ١٩٨٥ حوالى ١ر٠٨ على مستوى الجمهورية فى مقابل (١٢ر٠) فى جنوب سيناء[١] (٤ر٣) فى البحر الاحمر و (٤ر٢) فى مطروح وكلها من محافظات الحدود و (٣ر٢) فى السويس (٢ر٨) فى الاسكندرية ، (٢ر٥) فى الاسماعيلية بينما تدنى هذا المعدل عن نظيره على مستوى الجمهورية فى محافظات البحيرة وكفر الشيخ والغربية والدقهلية والشرقية والمنوفية والقليوبية والفيوم وسوهاج وقنا واسوان ٠

٤ـ توضح البيانات أن كل محافظات الوجه البحرى (عدا دمياط) وكل محافظات الوجه القبلى ماعدا (الجيزة وبنى سويف واسيوط) تتدنى بها نسبة طبيب / سكان اذا ماقورنت بالمعدل العام على مستوى الجمهورية وذلك بسبب التكدس السكانى الشديد بهذه المحافظات ٠

٥ـ حققت المحافظات الحضرية الاربعة (القاهرة والاسكندرية وبورسعيد والسويس) بالاضافة الى الاسماعيلية معدلا يتفوق على المعدل العام للجمهورية فى عام ١٩٨٥ بسبب تركز الخدمات الصحية بها والتوسع فى العيادات الخاصة والعامة مما يشير الى التميز الواضح للمحافظات الحضرية على حساب المحافظات الريفية ٠ اما ارتفاع نسبة طبيب اسنان / سكان بمحافظات الحدود الخمسة وهى البحر الاحمر والوادى الجديد ومطروح وشمال سيناء وجنوب سيناء فقد حققت معدلا أعلى من المعدل العام للجمهورية فى العام المذكور بسبب عناية الدولة بمحافظات الحدود والاهتمام المتزايد بها هى ومحافظات القناه خلال السنوات الاخيرة بعد ان تم اهمالها لسنوات طويلة ٠

٦ـ توضح البيانات أن المحافظات الحضرية الاربعة (القاهرة والاسكندرية وبورسعيد والسويس) تستأثر بنسبة ٦ر٣٢٪ من جملة أطباء الاسنان فى الجمهورية فى مقابل ٦ر٢٠٪ من جملة

١ـ أطباء الاسنان هم الاطباء المقيدون بوزارة الصحة ٠

جدول رقم (٧)

الاهمية النسبية لاطباء الاسنان فى محافظات ج ٠م ٠ع فى مقابل الاهمية النسبية لسكان كل محافظة فى عام ١٩٨٥ ٠

المحافظة	% من سكان الجمهورية	% من أطباء الاسنان بالجمهورية	المحافظة	% من سكان الجمهورية	% من أطباء الاسنان بالجمهورية
القاهرة	١٣ر٢	١٣ر٨	الجيزة	٦ر٧	٧ر٧
الاسكندرية	٦ر١	١٥ر٧	الفيوم	٣ر٢	٢ر٥
بور سعيد	٨ر	٥ر١	بنى سويف	٣ر٠	٢ر٤
السويس	٥ر	١ر٦	المنيا	٥ر٧	٢ر٩
الاسماعيلية	١ر٠	٢ر٤	أسيوط	٤ر٧	٦ر٦
البحيرة	٦ر٧	٥ر٢	سوهاج	٥ر٢	١ر٢
دمياط	١ر٦	٢ر٧	قنا	٤ر٧	١ر٢
كفر الشيخ	٣ر٩	٢ر٣	أسوان	١ر٧	١ر٣
الغربية	٦ر١	٤ر٦	البحر الاحمر	٢ر	٠ر٦
الدقهلية	٧ر٤	٥ر٠	الوادى الجديد	٢ر	٠ر٣
الشرقية	٧ر٢	٤ر٧	مطروح	٤ر	١ر٤
القليوبية	٤ر٧	٣ر٨	شمال سيناء	٣ر	٠ر٦
		٤ر٣	جنوب سيناء	٠ر٥	٠ر١

المصدر : محقق من الجدول رقم (٦) والجدول رقم (١) بالملحق

أطباء الاسنان فى الجمهورية فى مقابل ٦ر٢٠٪ من جملة سكان الجمهورية مما يعد مؤشـــرا واضحا للتميز الحضرى وســـوء توزيع اطباء الاسنان بين محافظات الجمهورية • كما أن تحسن مؤشر طبيب اسنان /سكان فى محافظات الحدود الاربعة لايعكس وفرة أطباء الاسنان بقـــدر ما يعكس انخفاض الكثافات السكانية فى هذه المحافظات •

٧ـ هناك محافظات تنخفض نسبة أطباء الاسنان بها من جملة أطباء الاسنان بالجمهورية عـــن نسبتها المئوية من سكان الجمهورية وهى محافظات البحيرة وكفر الشيخ والغربية والدقهليـــة والشرقية والمنوفية والقليوبية والفيوم والمنيا وسوهـــاج وقنا وأسوان أمـــا باقى المحافظات فتزيد نسبة أطباء الاسنان بها عن نصيبها النسبى من سكان الجمهوريـــة •

٣٠١٠٤ مؤشر صيدلى / ١٠٠٠ر١٠ نسمة من السكان فى محافظات ج •م •ع •

يوضح الجدول رقم (٨) الخاص بتطور المؤشرات النسبية للصيادلة فى محـــافظـــات ج •م •ع خلال الفترة ١٩٨١ـ١٩٨٥ والجدول رقم (٩) الخاص بالاهمية النسبية للصيادلة فى محافظات ج •م •ع • فى مقابل الاهمية النسبية للسكان فى كل محافظة فى عام ١٩٨٥ جملـــة الحقائق التاليـــة :ـ

١ـ بلغ عدد صيادلة الجمهورية فى عام ١٩٨١ (٢٨٢٩ صيدليا ارتفع عددهم الى (٣٨٣٢) صيدليا فى عام ١٩٨٥ بزيادة قدرها ٥ر٣٥٪ بالمقارنة بأول الفتـــرة •

٢ـ بلغ معدل النمو السنوى المتوسط خلال الفترة ١٩٨١ ـ ١٩٨٥ حوالى ٨٠ر وذلك علـــى مستوى الجمهورية وبلغ معدل النمو السنوى على مستوى الجمهورية مداه فى عام ١٩٨٢ •

٣ـ يلاحظ ان معدل النمو السنوى على مستوى الجمهورية قد تناقص تدريجيا خـــلال الفتـــرة ١٩٨١ ـ ١٩٨٤ من ١٤ر فى عام ١٩٨٢ الى ٠٩ ر فى عام ١٩٨٣ و٠٥ر فى عام ١٩٨٤ بسبب هجرة كثير من الصيادلة الى البلاد العربية المجاورة وان بدأ المعدل فى التحسن مـــرة أخرى فى عام ١٩٨٥ حيث بلغ ٨٠ر•

٤ـ حققت محافظات بورسعيد والبحيرة والوادى الجديد ومطروح وشمال سيناء والدقهلية وقنـــا

جدول رقم (٨)

تطور المؤشرات النسبية لموقف الصيادلة فى محافظات ج٠م٠ع خلال الفترة ١٩٨١ ـ ١٩٨٥

المحافظات	١٩٨١			١٩٨٢			١٩٨٣			١٩٨٤			١٩٨٥		
	عدد	نسبة	عيدلى لكل ١٠٠٠٠ نسمة	عدد	نسبة	عيدلى لكل ١٠٠٠٠ نسمة	عدد	نسبة	عيدلى لكل ١٠٠٠٠ نسمة	عدد	نسبة	عيدلى لكل ١٠٠٠٠ نسمة	عدد	نسبة	عيدلى لكل ١٠٠٠٠ نسمة
١٠ القاهره	365	12.90	0.65	399	12.35	0.69	461	13.81	0.77	394	11.86	0.64	425	11.09	0.67
٢٠ الاسكندريه	467	16.51	1.81	493	15.26	1.86	565	16.93	2.07	610	18.37	2.17	877	22.89	3.00
٣٠ بورسعيد	91	3.22	3.12	80	2.48	2.66	83	2.49	2.69	84	2.53	2.65	73	1.91	1.85
٤٠ السويس	14	0.49	0.63	19	0.59	0.82	25	0.75	1.05	18	0.54	0.74	44	1.15	1.70
٥٠ الاسماعيليه	68	2.40	1.65	31	0.96	0.73	68	2.04	1.56	42	1.26	0.94	88	2.30	1.78
٦٠ البحيره	210	7.42	0.74	241	7.46	0.82	163	4.88	0.54	138	4.16	0.45	144	3.76	0.45
٧٠ دمياط	56	1.98	0.86	81	2.51	1.20	81	2.43	1.17	90	2.71	1.27	97	2.53	1.30
٨٠ كفر الشيخ	121	4.28	0.75	121	3.75	0.73	121	3.63	0.71	136	4.10	0.78	268	6.99	1.45
٩٠ الشرقيه	137	4.84	0.93	162	5.02	0.61	178	5.33	0.65	178	5.36	0.63	192	5.01	0.65
١٠ الدقهليه	329	11.63	1.06	360	11.15	1.12	352	10.55	1.07	302	9.09	0.89	280	7.31	0.79
١١ الغربيه	57	2.01	0.19	79	2.45	0.26	61	1.83	0.19	111	3.34	0.34	150	3.91	0.44
١٢ المنوفيه	57	2.01	0.29	62	1.92	0.31	110	3.30	0.54	93	2.80	0.44	96	2.51	0.43
١٣ القليوبيه	92	3.25	0.47	139	4.30	0.70	129	3.87	0.63	131	3.94	0.62	131	3.42	0.58
١٤ الجيزه	101	3.57	0.36	113	3.50	0.39	111	3.33	0.38	131	3.94	0.43	136	3.55	0.43
١٥ الفيوم	46	1.63	0.38	100	3.10	0.73	46	1.38	0.33	87	2.62	0.60	97	2.53	0.63
١٦ بنى سويف	50	1.77	0.39	50	1.55	0.38	50	1.50	0.37	53	1.60	0.38	52	1.36	0.36
١٧ المنيا	130	4.60	0.55	147	4.55	0.60	139	4.17	0.55	134	4.03	0.52	133	3.47	0.48
١٨ اسيوط	151	5.34	0.78	237	7.34	1.18	268	8.03	1.31	287	8.64	1.36	273	7.12	1.21
١٩ سوهاج	97	3.43	0.44	102	3.16	0.45	110	3.30	0.47	107	3.22	0.45	110	2.87	0.44
٢٠ قنا	46	1.63	0.24	59	1.83	0.30	50	1.50	0.24	58	1.75	0.27	45	1.17	0.20
٢١ اسوان	38	1.34	0.54	38	1.18	0.53	65	1.95	0.88	44	1.32	0.58	26	0.68	0.32
٢٢ البحر الاحمر	27	0.95	4.29	24	0.74	3.69	27	0.81	4.09	28	0.84	4.12	28	0.73	3.73
٢٣ الوادى الجديد	20	0.71	2.00	25	0.77	2.43	11	0.33	1.05	10	0.30	0.93	11	0.29	0.96
٢٤ مطروح	39	1.38	2.73	29	0.90	1.97	41	1.23	2.73	36	1.08	2.34	36	0.94	2.08
٢٥ شمال سيناء	13	0.46	0.92	32	0.99	2.34	10	0.30	0.67	7	0.21	0.46	3	0.08	0.19
٢٦ جنوب سيناء	7	0.25	3.18	7	0.22	3.33	12	0.36	5.22	12	0.36	5.00	17	0.44	6.54
الاجمالى	2829	100.00	0.68	3230	100.00	0.75	3337	100.00	0.76	3321	100.00	0.73	3832	100.00	0.80

المصدر: وزارة الصحة ، أطلس الخدمات الصحية ، مركز المعلومات والتوثيق ، وزارة الصحة ، القاهره ، للسنوات ١٩٨١ ـ ١٩٨٥٠

واسوان معدلات نمو سالبة فى اعداد الصيادلة خلال ١٩٨٢ ـ ١٩٨٥ .

٥ـ تزايدت نسبة صيدلى / ١٠٫٠٠٠ نسمة من السكان من ٦٨ ر / ١٠٫٠٠٠ نسمة فى ١٩٨١ الى ٧٦ر/ ١٠٫٠٠٠ نسمة فى عام ١٩٨٣ الى ٨٠ر / ١٠٫٠٠٠ نسمة عام ١٩٨٥ .

٦ـ حققت بعض المحافظات فى عام ١٩٨٥ معدلات أكبر من معدل الجمهورية لنسبة صيدلى سكان وهى على الترتيب محافظات جنوب سيناء والبحر الاحمر والاسكندرية ومطروح وبورسعيد والاسماعيلية والسويس وكفر الشيخ ودمياط والوادى الجديد بينما حققته باقى المحافظات معدلا أدنى من معدل الجمهورية وذلك فى نفس العام .

٧ـ توضح البيانات ان المحافظات الحضرية استأثرت بحوالى ٣٧٪ من صيادلة الجمهورية فى عام ١٩٨٥ فى مقابل ٦ر٢٠٪ من اجمالى سكان الجمهورية مما يشير الى التحيز الواضح لتوطين الصيادلة فى المحافظات الحضرية على باقى محافظات الجمهورية بل ان محافظة الاسكندرية استأثرت وحدها بحوالى ٢٣٪ من جملة صيادلة الجمهورية مما يزيد من حدة هذا التحيز وسوء توزيع صيادلة الجمهورية .

٨ـ هناك محافظات ينخفض نصيبها النسبى من صيادلة الجمهورية عن نصيبها النسبى من سكان الجمهورية وهى محافظات القاهرة والبحيرة والغربية والشرقية والمنوفية والقليوبية والجيزة والفيوم وبنى سويف والمنيا وسوهاج وقنا واسوان وشمال سيناء اما باقى المحافظات فيزيد نصيبها النسبى من الصيادلة عن نصيبها النسبى من سكان الجمهورية .

جدول رقم (٩)
الاهمية النسبية للصيادلة فى محافظات ج ٠م٠ع فى مقابل الاهمية النسبية للسكان فى كل محافظة فى عام ١٩٨٥

المحافظة	% من سكان الجمهورية	% من صيادلة الجمهورية	المحافظة	% من سكان الجمهورية	% من صيادلة الجمهورية
القاهرة	١٣ر٢	١١ر١	الجيزة	٦ر٧	٣ر٦
الاسكندرية	٦ر١	٢٢ر٩	الفيوم	٣ر٢	٢ر٥
بور سعيد	٠ر٨	١ر٩	بنى سويف	٣ر٠	١ر٤
السويس	٠ر٥	١ر٢	المنيا	٥ر٧	٣ر٥
الاسماعيلية	١ر٠	٢ر٣	أسيوط	٤ر٧	١ر٧
البحيرة	٦ر٧	٣ر٨	سوهاج	٥ر٢	٢ر٩
دمياط	١ر٦	٢ر٥	قنا	٤ر٧	١ر٢
كفر الشيخ	٣ر٩	٧ر٠	أسوان	١ر٨	٠ر٧
الغربية	٦ر١	٥ر٠	البحر الاحمر	٠ر٢	٠ر٧
الدقهلية	٧ر٤	٧ر٣	الوادى الجديد	٠ر٢	٠ر٣
الشرقية	٧ر٢	٣ر٩	مطروح	٠ر٤	٠ر٩
المنوفية	٤ر٦	٢ر٥	شمال سيناء	٠ر٣	٠ر٨
القليوبية	٤ر٧	٣ر٤	جنوب سيناء	٠ر٠٥	٠ر٤

المصدر : مشتق من الجدول رقم (٨) ، والجدول رقم (١) بالملحق)

٤٠١٠٤ مؤشر عدد السكان لكل ممرض / ممرضة فى محافظات ج ٠م ٠ع ٠

فى هذا الجزء نعرض للمؤشر الرابع مؤشرات كفاءة الرعاية الصحية وهو عدد السكان لكل ممرض/ ممرضة فى محافظات ج ٠م ٠ع ٠ وفى بحثنا الحالى يقتصر التقرير الخاص بأعضاء هيئة التمريض على خريجى مدارس التمريض ومعاهدها العالية والمساعدات والزائرات المقيدات بوزارة الصحة * ٠

ويوضح الجدول رقم (١٠) الخاص بتطور المؤشرات النسبية لهيئة التمريض فى محافظات ج ٠م ٠ع خلال الفترة ١٩٨١ـ١٩٨٥ والجدول رقم (١١) الخاص بالاهمية النسبية لهيئة التمريض فى محافظات ج ٠م ٠ع فى مقابل الاهمية النسبية لسكان كل محافظة فى عام ١٩٨٥ جملة الحقائق التالية :ـ

١ـ بلغ عدد اعضاء هيئة التمريض المقيدون بوزارة الصحة ٣٠٣٨٥ ممرضة فى عام ١٩٨١ ارتفع الى ٣٦٢٧٥ فى عام ١٩٨٥ بزيادة قدرها ١٩٫٤٪ خلال الفترة من ١٩٨١ ١٩٨٥ ٠

هذا وتكشف البيانات الخاصة بتوزيع أعضاء هيئة التمريض عن تباين واضح فيما يتصل بتواجدهم ببعض محافظات الجمهورية ٠

فهناك عدد من المحافظات ينخفض نصيبها النسبى من هيئة التمريض عن نصيبها النسبى من سكان الجمهورية وهى محافظات القاهرة والبحيرة والدقهلية والشرقية والقليوبية والجيزة والمنيا وسوهاج وقنا واسوان ومطروح وجنوب سيناء على أنه فيما يتصل بباقى محافظات الجمهورية فان البيانات توضح ان النسبة المئوية لاعضاء هيئة التمريض بها تتفوق على نصيبها النسبى من سكان الجمهورية ٠

---

* تتباين التعريف الخاص بأعضاء هيئة التمريض ومن ينتمون اليه تباينا كبيرا وتلجأ كثير من الدول الى ادراج الممرضات اللائى اكتسبن مهارتهن فى الخدمة التمريضية من خلال الممارسة ٠ ومما لاشك فيه لن ادراج هذا النوع من القائمين على الخدمة التمريضية ، يرفع من كفاءة التمريض والرعاية المترتبة على توافر اعضائه ٠

جدول رقم (١٠)

تطور المؤشرات النسبية لوقف: **هيئة التمريض** فى محافظات ج م ع خلال الفترة ١٩٨٠ - ١٩٨٥

المحافظات	١٩٨١			١٩٨٢			١٩٨٣			١٩٨٤			١٩٨٥		
	عدد	نسبة	معدل لكل ١٠٠٠٠ نسمة	عدد	نسبة	معدل لكل ١٠٠٠٠ نسمة	عدد	نسبة	معدل لكل ١٠٠٠٠ نسمة	عدد	نسبة	معدل لكل ١٠٠٠٠ نسمة	عدد	نسبة	معدل لكل ١٠٠٠٠ نسمة
١- القاهرة	3626	11.93	6.41	3742	12.24	6.43	4169	12.51	6.98	3947	10.02	5.77	4062	11.20	6.40
٢- الإسكندرية	1792	5.90	6.95	1827	5.97	6.88	1956	5.87	7.18	2363	6.67	8.42	2612	7.20	8.93
٣- بورسعيد	660	2.17	22.60	722	2.36	23.99	747	2.24	24.25	732	2.07	23.09	715	1.97	18.15
٤- السويس	349	1.15	15.88	258	0.84	11.17	320	0.96	13.80	357	1.01	14.63	391	1.08	15.10
٥- الإسماعيلية	366	1.20	8.86	458	1.50	10.78	372	1.12	8.53	506	1.43	11.27	422	1.16	8.54
٦- الشرقية	2499	8.22	8.80	2165	7.08	7.41	2235	6.71	7.46	2260	6.38	7.32	2097	5.78	6.51
٧- دمياط	801	2.64	12.28	894	2.92	13.26	898	2.69	13.00	915	2.58	12.87	1043	2.88	13.94
٨- كفر الشيخ	1319	4.34	8.20	1319	4.31	7.97	1626	4.88	9.58	1730	4.89	9.89	1730	4.77	9.33
٩- الغربية	2891	9.51	11.21	2866	9.37	10.80	3205	9.62	11.77	3386	9.56	12.07	3613	9.96	12.29
١٠- المنوفية	2621	8.63	8.42	2692	8.80	8.41	2738	8.21	8.33	2735	7.72	8.08	2194	6.05	6.16
١١- القليوبية	1891	6.09	6.21	1811	5.92	5.91	2013	6.04	6.40	2238	6.32	6.91	2238	6.17	6.80
١٢- البحيرة	1536	5.06	7.91	1701	5.56	8.52	1937	5.81	9.46	2000	5.65	9.48	2228	6.14	10.00
١٣- الفيوم	1311	4.31	6.76	1425	4.66	7.14	1355	4.07	6.62	1624	4.59	7.70	1624	4.48	7.16
١٤- المنيا	1802	5.27	5.73	1655	5.41	5.75	1637	4.91	5.55	1762	4.98	5.80	1841	5.08	5.77
١٥- الفيوم	1179	3.88	8.91	1035	3.38	7.60	1182	3.55	8.47	1302	3.68	9.05	1372	3.78	8.92
١٦- بنى سويف	1863	6.14	12.30	863	2.82	6.60	1567	4.70	11.69	1567	4.42	11.36	1749	4.82	11.95
١٧- المنيا	1391	4.58	5.84	1492	4.88	6.09	1540	4.62	6.13	1564	4.42	6.04	1584	4.37	5.77
١٨- أسيوط	873	2.87	4.49	1350	4.41	6.75	1540	4.62	7.50	2341	6.61	11.06	2341	6.45	10.38
١٩- سوهاج	736	2.42	3.35	859	2.81	3.80	861	2.58	3.71	861	2.43	3.60	708	1.95	2.82
٢٠- قنا	560	1.84	2.88	589	1.92	2.94	591	1.77	2.88	662	1.87	3.14	743	2.05	3.29
٢١- أسوان	344	1.13	4.90	344	1.12	4.76	344	1.03	4.65	402	1.14	5.28	402	1.11	4.97
٢٢- البحر الأحمر	106	0.35	16.83	103	0.34	15.85	103	0.31	15.61	122	0.34	17.94	122	0.34	16.27
٢٣- الوادى الجديد	139	0.46	13.90	125	0.41	12.14	118	0.35	11.24	159	0.45	14.86	149	0.41	12.96
٢٤- مطروح	120	0.39	8.39	109	0.36	7.41	120	0.36	8.00	123	0.35	7.99	123	0.34	7.11
٢٥- شمال سيناء	146	0.48	10.35	155	0.51	11.31	145	0.44	9.73	145	0.41	9.48	167	0.46	10.57
٢٦- جنوب سيناء	4	0.01	1.82	26	0.09	12.38	10	0.03	4.35	10	0.03	4.17	5	0.01	1.92
الإجمالى	30385	100.00	7.26	30584	100.00	7.10	33326	100.00	7.55	39413	100.00	7.79	36275	100.00	7.56

المصدر: وزارة الصحة ، اطلس الخدمات الصحية ، مركز المعلومات والتوثيق ، وزارة الصحة ، القاهرة ، للسنوات ١٩٨١ - ١٩٨٥.

جـدول رقـم (١١)

الاهمية النسبية لهيئة التمريض فى محافظات ج٠م٠ع فى مقابـل
الاهمية النسبية لسكان كل محافظة فى عـام ١٩٨٥

المحافظـة	% من سكان الجمهورية	% من هيئة التمريض بالجمهورية	المحافظـة	% من سكان الجمهورية	% من هيئة التمريض بالجمهورية
القاهـرة	١٣ر٢	١١ر٢	الجيزة	٦ر٧	٥ر١
الاسكندرية	٦ر١	٧ر٢	الفيـوم	٣ر٢	٣ر٨
بورسعيد	٠ر٨	٢ر٠	بنى سويف	٣ر٠	٤ر٨
السويس	٠ر٥	١ر١	المنيـا	٥ر٧	٤ر٤
الاسماعيلية	١ر٠	١ر٢	اسيوط	٤ر٧	٦ر٥
البحيـرة	٦ر٧	٥ر٨	سوهـاج	٥ر٢	٢ر٠
دميـاط	١ر٦	٢ر٩	قنـا	٤ر٧	٢ر١
كفر الشيخ	٣ر٩	٤ر٨	أسـوان	١ر٧	١ر١
الغربيـة	٦ر١	١٠ر٠	البحر الاحمر	٠ر٢	٠ر٣
الدقهلية	٧ر٤	٦ر١	الوادى الجديد	٠ر٢	٠ر٤
الشرقية	٧ر٢	٦ر٢	مطـروح	٠ر٤	٠ر٣
المنوفية	٤ر٦	٦ر١	شمال سيناء	٠ر٣	٠ر٥
القليوبية	٤ر٧	٤ر٥	جنوب سيناء	٠ر٥	٠ر١

المصدر: معهد التخطيط القومى ٥ مركز المعلومـات ـ الادارة العامة للبيانات التخطيطيـة ٠

٢ـ فيما يتصل بمعدل هيئه التمريض / ١٠٠٠ر١٠ نسمه فى عام ١٩٨٥ فأن هذا المعدل يظهر تفوقا واضحا فى بعض المحافظات مثل بور سعيد (١٥ر١٨) السويس (١٠ر١٥) دمياط (١٣ر٩٤) الغربية (١٢ر٢٩) بنى سويف (١١ر٩٥) أسيوط (١٠ر٣٨) المنوفية (١٠ر٠) ويتدنى فى بعض المحافظات ليصل ألى (١ر٩٢) فى جنوب سيناء و (٢ر٨٢) فى سوهاج مقابل (٧ر٥٦) على مستوى الجمهورية وذلك فى العام المذكور ٠

٣ـ يعود السبب فى تفوق معدل هيئة التمريض / ١٠٠٠ر١٠ نسمة فى المحافظات المذكورة الى الزيادة النسبية فى المدارس والمعاهد الصحية بهذه المحافظات فى عام ١٩٨٥ حيث بلغ عدد هذه المدارس فى الغربية (١٠) مدارس وفى بنى سويف (٥) مدارس وفى أسيوط (١١) مدرسة وفى المنوفية (٨) مدارس ، وفى بورسعيد والسويس ودمياط (٢) مدرسة وذلك من اجمالى المدارس والمعاهد الصحية بالجمهورية البالغ عددها ١٤٣ مدرسة أى حوالى ٢٨٪ من جملة هذه المدارس والمعاهد فى مقابل ٢١٪ من جملة سكان الجمهورية ٠ على حين لا يتواجد فى محافظة جنوب سيناء أى مدرسة ثانوية فنية للتمريض او مدارس مسعفين او معاهد الفنيين الصحيين وفى سوهاج لا يوجد سوى مدرستان فقط (انظر الجدول رقم (١٢) الخاص بحالة المدارس والمعاهد الصحية فى عام ١٩٨٥)٠

٤ـ يرجع السبب الى ارتفاع معدل هيئة التمريض / ١٠٠٠ر١٠ نسمة فى محافظات القنال ودمياط رغم انخفاض عدد المدارس والمعاهد الصحية بها (٢) مدرسة بكل منها الى سبب آخر وهو الارتفاع النسبى لمستوى الانفاق الصحى العام على الفرد فى هذه المحافظات ٠

٥ـ بينما يعود السبب وراء انخفاض معدل هيئة التمريض / ١٠٠٠ر١٠ نسمة بمحافظات أخرى ترتفع بها نسبة المدارس والمعاهد الصحية مثل الدقهلية (١٠) مدارس والجيزة (١٠) مدارس والقليوبية (١٠) مدارس والبحيرة (٨) مدارس الى عامل انخفاض نصيب الفرد من الانفاق الصحى العام وذلك بسبب ارتفاع الكثافة السكانية ويشير الانخفاض الشديد لمعدل تمريض / سكان فى محافظات جنوب سيناء وسوهاج وقنا واسوان الى الفروق

الاقليمية الواضحة فى توزيع هيئة التمريض بين هذه المحافظات والمحافظات الاخرى التى يرتفع بها هذا المعدل وذلك كانعكاس لعدم فعالية سياسة وزارة الصحة فى توزيع اعضاء هيئة التمريض على محافظات جنوب الصعيد والحدود التى تتمتع بتوزيع سيئ لاعضاء هيئة التمريض فى مقابل تركز متميز لهم فى محافظات الوجه البحرى والقنال .

جدول رقم (١٢)

توزيع المدارس والمعاهد الصحية حسب أنواعها المختلفة على محافظات ج.م.ع في عام ١٩٨٥

المحافظات	المدارس والمعاهد الصحية		
	مدارس ثانوية فنية للتمريض	مدارس مسعفين	معهد فني صحي
القاهرة	١٨	١	-
الاسكندرية	٥	١	١
بور سعيد	١	١	-
السويس	١	١	-
الاسماعيلية	١	١	-
دمياط	٢	-	-
الدقهلية	٨	١	١
الشرقية	١٠	١	١
القليوبية	٩	١	-
كفر الشيخ	٥	١	-
الغربية	٨	١	١
المنوفية	٧	١	-
البحيرة	٧	١	-
الجيزة	٨	١	١
بني سويف	٤	١	-
الفيوم	٤	١	-
المنيا	٢	١	-
أسيوط	٩	١	١
سوهاج	١	١	-
قنا	٢	١	-
أسوان	١	١	-
مطروح	١	-	-
الوادي الجديد	١	١	-
البحر الاحمر	-	-	-
شمال سيناء	١	-	-
جنوب سيناء	-	-	-
الجملة	١١٦	١٠١	٦

المصدر : وزارة الصحة - مركز المعلومات والتوثيق - القاهرة - نشرة رقم ٨ - نوفمبر ١٩٨٥ ص ١٤ .

٤ـ ٢ المدخلات المادية للخدمات الصحية فى محافظات ج ٠م ٠ع ٠

فى هذا الجزء تعرض لاهم المؤشرات الصحية المتعارف عليها كأنعكاس لنوعية الرعاية الصحية المتاحة لسكان المجتمع وكفاءة توطينها ٠ وفى هذا الصدد تم استخدام ستة متغيرات للمدخلات المادية وهى :

- عدد الاسرة / ١٠٠٠ نسمة من السكان ٠
- التوزيع النسبى للمستشفيات عامة ومركزية ٠
- التوزيع النسبى لوحدات الخدمات الطبية (قطاع عام)
- التوزيع النسبى لوحدات الخدمات الطبية (قطاع خاص)
- التوزيع النسبى لاجمالى الوحدات الريفية
- التوزيع النسبى للمكاتب الصحية والمجموعات الصحية ٠

بالرغم من أهمية المدخلات الاخرى من مبانى وتجهيزات وادوات طبية وأدوية ٠٠٠ الخ ٠ التى لم تؤخذ فى الاعتبار لصعوبة الحصول وتحليل بياناتها على مستوى محافظات الجمهورية

٤ـ٢ـ١ مؤشر الاسرة / ١٠٠٠ نسمة من السكان فى محافظات ج ٠م ٠ع ٠

اهتمت الخطط الصحية منذ بداية الستينات بمعيار حجم السكان كأساس لتوزيع الاسرة على مدن الجمهورية واصبح تخطيط بناء المستشفيات يقوم على أساس أنشاء مستشفى عام فى المحافظة التى تبلغ عدد السكان بها ١٠٠ر٠٠٠ فرد الى ١٥٠ر٠٠٠ فرد ويكون عدد الاسرة بها من ١٢٠ ـ ١٥٠ سريرا ٠ بالاضافة الى المستشفيات القروية التى تتضمن ٢٥ ـ ٣٠ سريرا المقامة فى القرى والوحدات المجمعة الريفية على أساس خدمة ١٠٠ر٠٠٠ فرد من أهل الريف (١) ٠

---

(١) هبه احمد نصار ٠ مرجع سابق ٠ ص ٣٨٩ وص ٣٩٠ ٠

ويعد معدل سرير / سكان من أهم المؤشرات التى تعكس نوعية الرعاية الصحية المتوفرة ومدى نجاح السياسات الصحية فى تحقيق كفاءة توطينها • ويقاس هذا المؤشر من خلال قسمة عدد الاسرة على عدد السكان ×١٠٠٠ •

يتكون اجمالى اسرة الجمهورية من البنود التالية :ـ

أ ـ اسرة وزارة الصحة

ب ـ الوزارات الاخرى •

جـ ـ اجمالى المستشفيات والمعاهد التعليمية •

د ـ اجمالى القطاع العام •

هـ ـ اجمالى القطاع الخاص •

ويوضح الجدول رقم (١٣) الخاص بتطوير مؤشر عدد الاسرة / ١٠٠٠ من السكان فى القطاع الصحى ووزارة الصحة خلال السنوات ٨٣ ، ٨٤ ، ٨٥ ، جملة الحقائق التالية :ـ

١ـ بلغت نسبة سرير / سكان على المستوى الاجمالى للقطاع الصحى ٢/١٠٠٠ من السكان فى عام ١٩٨٣ وحافظت على نفس المعدل فى عام ١٩٨٤ وتدهورت فى عام ١٩٨٥ الى ١ر٩ لكل ١٠٠٠ من السكان على الرغم من زيادة الانفاق الصحى الحكومى والخاص والتوسع الحادث فى اعداد المستشفيات والمستوصفات الحكومية والخاصة وذلك بفعل الزيادة السكانية التى ادت الى تدهور النسبة •

٢ـ حققت محافظات القاهرة والاسكندرية وبورسعيد والسويس ودمياط والقليوبية والجيزة والبحر الاحمر والوادى الجديد وسيناء الجنوبية معدلات اكبر نسبة سرير / سكان من النسبة المتوسطة لاجمالى الجمهورية وذلك فى عام ١٩٨٥ •

٣ـ حققت باقى المحافظات وهى الاسماعيلية والبحيرة وكفر الشيخ والغربية والدقهلية والشرقية والمنوفية والفيوم وبنى سويف والمنيا واسيوط وسوهاج وقنا واسوان وسيناء الشمالية مستوى ادنى بالنسبة لسرير / سكان من متوسط الجمهورية (١ر٩) وذلك فى عام ١٩٨٥ ايضا •

جدول رقم (١٣)
تطور مؤشر عدد الاسرة لكل ١٠٠٠ من السكان فى القطاع
الصحى ووزارة الصحة خـــلال السنـــوات
١٩٨٣ ، ١٩٨٤ ، ١٩٨٥

محافظات	١٩٨٣		١٩٨٤		١٩٨٥	
	القطاع الصحى	وزارة الصحة	القطاع الصحى	وزارة الصحة	القطاع الصحى	وزارة الصحة
القاهرة	٣٫٩	١٫٤	٤٫١	١٫٥	٣٫٨	١٫٤
الاسكندرية	٣٫١	١٫٤	٣٫٠	١٫٣	٢٫٨	١٫٢
بورسعيد	٤٫٤	٣٫٦	٤٫١	٣٫٥	٣٫٥	٢٫٩
السويس	٣٫٢	٣٫٠	٣٫٣	٢٫٨	٣٫١	٢٫٧
الاسماعيلية	١٫٩	١٫٥	١٫٧	١٫٥	١٫٧	١٫٣
البحيرة	١٫١	٠٫٩	١٫١	٠٫٨	١٫١	٠٫٨
دمياط	٢٫٠	١٫٩	٢٫٠	١٫٩	٢٫٠	١٫٨
كفر الشيخ	٠٫٩	٠٫٩	٠٫٩	٠٫٩	١٫٠	١٫٠
الغربية	٢٫٠	١٫٤	٢٫٠	١٫٣	١٫٨	١٫٣
الدقهلية	١٫٦	١٫١	١٫٦	١٫٠	١٫٥	١٫٠
الشرقية	١٫٣	١٫٠	١٫٣	١٫٠	١٫٣	٠٫٩
المنوفية	١٫٣	١٫٠	١٫٣	٠٫٩	١٫٣	٠٫٩
القليوبية	٣٫٣	٢٫٢	٣٫٢	٢٫٧	٣٫١	٢٫٦
الجيزة	١٫٨	١٫٣	١٫٩	١٫٣	٢٫٤	١٫٣
الفيوم	١٫٣	١٫٢	١٫٢	١٫٢	١٫٢	١٫١
بنى سويف	١٫٤	١٫٣	١٫٤	١٫٣	١٫٤	١٫٣
المنيا	١٫١	١٫٠	١٫١	١٫٠	١٫١	١٫٠
اسيوط	١٫٢	١٫٢	١٫٥	١٫٢	١٫٤	١٫٠
سوهاج	١٫١	٠٫٩	١٫١	٠٫٩	١٫١	٠٫٩
قنا	١٫١	١٫١	١٫١	١٫١	١٫١	١٫٠
اسوان	١٫٨	١٫٧	٢٫٠	١٫٨	١٫٩	١٫٨
البحر الاحمر	٣٫٥	٢٫٢	٣٫٤	٢٫١	٣٫١	١٫٩
الوادى الجديد	٢٫٣	٢٫٣	٢٫٤	٢٫٤	٢٫٣	٢٫٣
مطروح	١٫٦	١٫٤	١٫٥	١٫٤	١٫٣	١٫٣
سيناء الشمالية	٠٫٧	٠٫٧	٠٫٧	٠٫٧	٠٫٨	٠٫٨
سيناء الجنوبية	١٫٧	١٫٧	١٫٧	١٫٧	٣٫٨	٣٫٨
الاجمالى	٢٫٠	١٫٣	٢٫٠	١٫٣	١٫٩	١٫٢

المصدر : وزارة الصحة لطلس الخدمات الصحية ، مركز المعلومات والتوثيق ، وزارة الصحة ١٩٨٥

٤ـ يلاحظ ان ارتفاع نسبة سرير / سكان بالمحافظات الحضرية الاربعة عن باقى محافظات الجمهورية بسبب الجذب الحضرى وتركز الخدمات الصحية بهذه المحافظات بالاضافة الى بعض محافظات الحدود مثل البحر الاحمر والوادى الجديد وسيناء الجنوبية بسبب انخفاض الكثافات السكانية ٠

٥ـ حققت محافظة سيناء الجنوبية نفس النسبة الخاصة بمحافظة القاهرة وهى (٨ر٣) بسبب تركز الخدمات وانما بسبب انخفاض الكثافة السكانية ٠

٦ـ بالنسبة لاسرة وزارة الصحة فقط فقد بلغت النسبة ٣ر١ سرير لكل ١٠٠٠ نسمة من السكان فى عام ١٩٨٣ بينما حافظت على مستواها فى عام ١٩٨٤ وتدهورت النسبة فى عام ١٩٨٥ لتصل الى ٢ر١ على الرغم من زيادة الانفاق الحكومى عليها والتوسع فى مستشفياتها وذلك بفعل الزيادة السكانية كما ذكرنا سابقا ٠

٧ـ على مستوى قطاع وزارة الصحة فقط تفوقت المحافظات الحضرية الاربعة بالاضافة الى الاسماعيلية ودمياط والغربية والقليوبية والجيزة ومنى سويف واسوان والبحر الاحمر والوادى الجديد ومطروح وسيناء الجنوبية فى نسبة سرير / سكان على متوسط الجمهورية ٠

٨ـ ان الفرق بين سرير / سكان على مستوى وزارة الصحة وبين اجمالى القطاع الصحى كله يتحسن بشكل استثنائى على مستوى المحافظات الحضرية الاربعة كانعكاس لتركز الخدمات الصحية بالمناطق الحضرية بما فيها المستشفيات الخاصة التى تم التوسع فيها اخيرا فى هذه المحافظات ٠

ويتضح من التحليل السابق الملاحظات الاتية :ـ

أ ـ ان مؤشر سرير / سكان على مستوى القطاع الصحى كله لا يعكس نوعية الخدمة المقدمة من الدولة بقدر ما يعكس مدى كفاية اعداده الاسرة بالنسبة لاعداد السكان لانها تضم القطاع العام والخاص على السواء ٠

ب — يلاحظ سوء توزيع الخدمات الخاصة بوزارة الصحة على المحافظات المختلفة فعلى سبيل المثال اتضح ان المحافظات الحضرية تستحوذ على النسبة الاكبر من الخدمات المقدمة من وزارة الصحة (مؤشر عدد الاسرة / ١٠٠٠ من السكان) وكان المتوقع ان ترتفع هذه النسبة فى الريف خاصة ان هذه المناطق تفتقر لنشاط القطاع الخاص .

٢٠٢٠٤ التوزيع النسبى للمستشفيات (عامة مركزية) فى محافظات ج م ع

توضح بيانات الجدول رقم (١٤) الخاص بتطور التوزيع النسبى للمستشفيات عامة ومركزية فى محافظات ج م ع خلال الفترة ٨١ـ ١٩٨٥ الحقائق التالية :

١ـ ان عدد هذه المستشفيات قد احتفظ بثبات نسبى على امتداد السنوات موضع الدراسة (١٩٨١ـ١٩٨٥) فيما عدا بعض التغيرات الطفيفة بالزيادة التى شهدتها محافظة القاهرة ، وتغيرات اخرى بالنقص فى محافظتى دمياط واسيوط والتى يرجع النقص فى اعداد المستشفيات بهما الى تغير تبعيتها الادارية او عدم صلاحيتها .

٢ـ يقسم التوزيع النسبى لهذه المستشفيات على محافظات الجمهورية بالاتساق مع الاهمية النسبية لعدد سكان هذه المحافظات من جملة سكان الجمهورية فيما عدا محافظة القاهرة والاسكندرية حيث تنخفض الاهمية النسبية لمستشفياتهما عن الاهمية النسبية لسكان هاتين المحافظتين .

جدول رقم (١٤)

تطور التوزيع النسبى للمستشفيات (عامة ومركزيه) فى محافظـــات ج ٠م٠م خلال الفترة ٨١ـ٨٥

المحافظـــات	١٩٨١		١٩٨٢		١٩٨٣		١٩٨٤		١٩٨٥	
	عدد	نسبه	عدد	نسبه	عدد	نسبه	عدد	نسبه	عدد	نسبه
٠١ القاهـــــره	8	4. 52	8	4. 52	8	4. 49	9	4. 95	9	4. 95
٠٢ الإسكندريـــه	6	3. 39	6	3. 39	6	3. 37	6	3. 30	6	3. 30
٠٣ بورســـعيد	3	1. 69	3	1. 69	3	1. 69	3	1. 65	3	1. 65
٠٤ الســـويس	1	0. 56	1	0. 56	1	0. 56	1	0. 55	1	0. 55
٠٥ الإسماعيليـــه	4	2. 26	4	2. 26	4	2. 25	4	2. 20	4	2. 20
٠٦ الغربيـــره	15	8. 47	15	8. 47	15	8. 43	15	8. 24	15	8. 24
٠٧ دمياط	6	3. 39	6	3. 39	6	3. 37	5	2. 75	5	2. 75
٠٨ كفر الشيخ	9	5. 08	9	5. 08	9	5. 06	9	4. 95	9	4. 95
٠٩ الشرقيـــه	9	5. 08	9	5. 08	9	5. 06	9	4. 95	9	4. 95
١٠ الدقهليـــه	11	6. 21	11	6. 21	11	6. 18	13	7. 14	13	7. 14
١١ المنوفيـــه	14	7. 91	14	7. 91	15	8. 43	15	8. 24	15	8. 24
١٢ البحيـــره	9	5. 08	9	5. 08	9	5. 06	9	4. 95	9	4. 95
١٣ الفيوم	7	3. 95	7	3. 95	7	3. 93	7	3. 85	7	3. 85
١٤ الفيـــوم	9	5. 08	9	5. 08	9	5. 06	9	4. 95	9	4. 95
١٥ المنيـــا	5	2. 82	5	2. 82	5	2. 81	5	2. 75	5	2. 75
١٦ بنى سويـــف	7	3. 95	7	3. 95	7	3. 93	7	3. 85	7	3. 85
١٧ المنيـــا	9	5. 08	9	5. 08	9	5. 06	9	4. 95	9	4. 95
١٨ اســـيوط	11	6. 21	11	6. 21	11	6. 18	11	6. 04	10	5. 49
١٩ سوهـــاج	11	6. 21	11	6. 21	11	6. 18	11	6. 04	11	6. 04
٢٠ قنـــا	9	5. 08	9	5. 08	9	5. 06	11	6. 04	11	6. 04
٢١ اســـوان	5	2. 82	5	2. 82	5	2. 81	5	2. 75	5	2. 75
٢٢ البحـــر الاحمـــر	2	1. 13	2	1. 13	2	1. 12	2	1. 10	2	1. 10
٢٣ الوادى الجديـــد	2	1. 13	2	1. 13	2	1. 12	2	1. 10	2	1. 10
٢٤ مطـــروح	4	2. 26	4	2. 26	4	2. 25	4	2. 20	4	2. 20
٢٥ شمال سيناء	1	0. 56	1	0. 56	1	0. 56	1	0. 55	1	0. 55
٢٦ جنوب سيناء	0	0. 00	0	0. 00	0	0. 00	0	0. 00	1	0. 55
الإجمـــالى	177	100. 00	177	100. 00	178	100. 00	182	100. 00	182	100. 00

المصدر: وزارة الصحة ، اطلس الخدمات الصحية ، مركز المعلومات والتوثيق ، وزارة الصحه ، القاهره ، للسنوات ١٩٨١ ـ ١٩٨٥ .

٤ ٠ ٢ ٠ ٣ ٠ التوزيع النسبى لوحدات الخدمات الطبية (قطاع عام) فى محافظات ج ٠ م ٠ ع ٠

١ — تشير بيانات الجدول رقم (١٥) الخاص بتطور التوزيع النسبى لوحدات الخدمات الطبية (قطاع عام) فى محافظات ج ٠ م ٠ ع ٠ خلال الفترة ٨١ — ٨٥ جملة الحقائق التالية : ان عدد وحدات الخدمات الطبية بالقطاع العام على مستوى الجمهورية قد بلغ ١٢٥ وحدة فى عام ١٩٨١ احتفظت باستقرارها فى عام ١٩٨٢ ثم تدهورت الى ١٠٥ وحدة فى عام ١٩٨٤ اى بنسبة ١٦٪ واحتفظت بنفس العدد تقريبا وهو ١٠٤ وحدة فى عام ١٩٨٥ ٠

٢ — يلاحظ من الجدول ايضا ان التوزيع النسبى لعدد وحدات الخدمات الطبية بالقطاع العام على محافظات الجمهورية كان مستقرا خلال السنوات الثلاث الاولى (٨١ — ١٩٨٣) فيما عدا محافظتى قنا واسوان ٠

٣ — شهد عام ١٩٨٤ تغيرا فى عدد الوحدات ببعض المحافظات باستثناء محافظة الاسكندرية التى شهدت تناقصا كبيرا فى عدد وحداتها من ٢٩ وحدة فى ١٩٨٣ الى ١٩ وحدة فى عام ١٩٨٤ اى بنسبة ٥٣ ٪ تقريبا ٠

٤ — شهد عام ١٩٨٥ تقلبات شديدة فى عدد الوحدات بالنسبة للسنوات السابقة فهناك محافظات طرات عليها زيادات فى عدد الوحدات بها مثل محافظات القاهرة والاسكندرية وبنى سويف بينما شهدت بعض المحافظات انخفاضا فى عدد وحداتها مثل محافظات بورسعيد والسويس والاسماعيلية والبحيرة والغربية والدقهلية والقليوبية واسوان وقد يعود السبب فى ذلك اما الى تحويلها الى مستشفيات او الغائها ٠

٥ — تخلو محافظات الحدود من خدمات هذه الوحدات وقد يعود السبب فى هذا الى عدم الحاجة الى هذه الوحدات لنقص الكثافات السكانية و محدودية النشاط الاقتصادى فى هذه المناطق وكفاية خدمات المستشفيات العامة والمركزية الموجودة بهذه المحافظات ٠

٦ ـ يلاحظ التحيز الحضرى الشديد فى تركيز عدد وحدات الخدمات الطبية ـ قطاع عام بالرغم من استحواذها على الخدمات الطبية الخاصة من مستشفيات ومستوصفات حيث تستأثر القاهرة بنسبة ٢٦٪ فى مقابل ١٣٫٢ ٪ من سكان الجمهورية وكذلك الحال بالنسبة لمحافظة الاسكندرية حيث استحوذت الاخيرة على ٢٧٪ من وحدات الخدمات الطبية ـ قطاع عام فى مقابل ٦٫١ ٪ من سكان الجمهورية ٠

٧ ـ تظهر بيانات محافظتى اسوان وقنا غرابة شديدة ذلك انه على الرغم من توافر وحدات القطاع العام عن عامى ١٩٨٢ ، ١٩٨١ الا انها انعدمت فى عام ١٩٨٣ وبدأت فى الظهور مرة اخرى فى الاعوام التالية ٠

جدول رقم (١٩)

تطور التوزيع النسبى لوحدات الخدمات الطبية (قطاع عام) فى محافظات ج م ع خلال الفترة ٨١ـ٨٥

المحافظات	١٩٨١		١٩٨٢		١٩٨٣		١٩٨٤		١٩٨٥	
	عدد	نسبة	عدد	نسبة	عدد	نسبة	عدد	نسبة	عدد	نسبة
١. القاهره	23	18.40	23	18.40	22	20.95	22	22.00	27	28.96
٢. الاسكندريه	30	24.00	30	24.00	29	27.62	19	19.00	28	26.92
٣. بورسعيد	2	1.60	2	1.60	2	1.90	1	1.00	1	0.96
٤. السويس	2	1.60	2	1.60	2	1.90	1	1.00	1	0.96
٥. الاسماعيليه	2	1.60	2	1.60	1	0.95	1	1.00	1	0.96
٦. الغربيه	7	5.60	7	5.60	6	5.71	6	6.00	5	4.81
٧. دمياط	2	1.60	2	1.60	2	1.90	2	2.00	2	1.92
٨. كفر الشيخ	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
٩. الغربيه	6	4.80	6	4.80	6	5.71	6	6.00	4	3.85
١٠. الدقهليه	7	5.60	7	5.60	7	6.67	7	7.00	3	2.88
١١. الشرقيه	3	2.40	3	2.40	2	1.90	2	2.00	2	1.92
١٢. المنوفيه	2	1.60	2	1.60	2	1.90	2	2.00	2	1.92
١٣. القليوبيه	8	6.40	8	6.40	8	7.62	8	8.00	3	2.88
١٤. الجيزه	3	2.40	3	2.40	2	1.90	4	4.00	4	3.85
١٥. الفيوم	1	0.80	1	0.80	2	1.90	2	2.00	2	1.92
١٦. بنى سويف	3	2.40	3	2.40	3	2.86	1	1.00	5	4.81
١٧. المنيا	3	2.40	3	2.40	2	1.90	2	2.00	2	1.92
١٨. اسيوط	3	2.40	3	2.40	3	2.86	3	3.00	3	2.88
١٩. سوهاج	1	0.80	1	0.80	1	0.95	2	2.00	2	1.92
٢٠. قنا	3	2.40	3	2.40	0	0.00	2	2.00	2	1.92
٢١. اسوان	11	8.80	11	8.80	0	0.00	4	4.00	3	2.88
٢٢. البحر الاحمر	3	2.40	3	2.40	3	2.86	3	3.00	2	1.92
٢٣. الوادى الجديد	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
٢٤. مطروح	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
٢٥. شمال سيناء	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
٢٦. جنوب سيناء	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
الاجمالى	125	100.00	125	100.00	105	100.00	100	100.00	104	100.00

المصدر: وزارة الصحة ، أطلس الخدمات الصحية ، مركز المعلومات والتوثيق ، وزارة الصحة ، القاهره ، للسنوات ١٩٨١ ـ ١٩٨٥ .

٤ ٠ ٢ ٠ ٤ ـ التوزيع النسبى لوحدات الخدمات الطبية (قطاع خاص) فى محافظات ج ٠م٠ع

يوضح الجدول التالى رقم (١٦) الخاص بتطور التوزيع النسبى لوحدات الخدمات الطبية قطاع خاص فى محافظات ج ٠ م ٠ ع ٠ خلال الفترة ٨١/ ٨٥ جملة الحقائق التالية :

١ ـ ارتفع عدد وحدات الخدمات الطبية على مستوى الجمهورية من ٩٨٨ وحدة فى عام ١٩٨١ الى ١٦٠٠ وحدة فى عام ١٩٨٥ اى بزيادة قدرها ٦٢٪ بالنسبة لسنة الاساس ٠

٢ ـ شهدت محافظة الدقهلية طفرة كبيرة بالنسبة لهذه الوحدات فيما بين عامى ١٩٨٤ ١٩٨٥ ٠ فعلى الرغم من استقرار الاهمية النسبية لها عند ٨٪ خلال السنوات ١٩٨١ ٨٢٥ ٨٣٥ ٨٤٥ ٨٤٥ الا انها قد قفزت الى ٥ر٤١٪ من اجمالى عدد الوحدات على مستوى الجمهورية فى مقابل ٤ر٧ ٪ من جملة سكان الجمهورية ٠

٣ ـ استحوذت محافظة القليوبية على نفس المكانة النسبية التى احتلتها محافظة القاهرة بالنسبة لعدد وحدات الخدمات الطبية بالقطاع الخاص وهى ١٨٪ تقريبا بالرغم من انخفاض اهميتها النسبية من جملة سكان الجمهورية عن مثيلتها بالنسبة للقاهرة على الرغم من نقص عدد وحدات القليوبية من ٣٤٤ وحدة فى عام ١٩٨١ الى ٢٩٠ وحدة فى عام ١٩٨٥ اى بنسبة ١٩٪ ٠

٤ ـ شهدت بعض المحافظات تدهورا كبيرا فى اعداد وحداتها مثل محافظات البحيرة والجيزة بينما شهدت بعض المحافظات الاخرى طفرة كبيرة فى اعدادها مثل محافظات المنوفية وبنى سويف على حين احتفظت باقى المحافظات بثبات نسبى ٠

جدول رقم (١٦)

تطور التوزيع النسبى لوحدات الخدمات الطبية (قطاع خاص) فى محافظات ج م ع خلال الفترة ١٩٨١ـ١٩٨٥

المحافظات	١٩٨١		١٩٨٢		١٩٨٣		١٩٨٤		١٩٨٥	
	عدد	نسبه	عدد	نسبه	عدد	نسبه	عدد	نسبه	عدد	نسبه
١. القاهره	291	29.45	291	29.45	291	29.22	293	28.78	302	18.88
٢. الاسكندريه	55	5.57	55	5.57	54	5.42	56	5.50	57	3.56
٣. بورسعيد	5	0.51	5	0.51	6	0.60	5	0.49	5	0.31
٤. السويس	9	0.91	9	0.91	8	0.80	8	0.79	8	0.50
٥. الاسماعيليه	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	6	0.38
٦. البحيره	33	3.34	33	3.34	31	3.11	31	3.05	21	1.31
٧. دمياط	2	0.20	2	0.20	1	0.10	2	0.20	2	0.13
٨. كفر الشيخ	3	0.30	3	0.30	3	0.30	3	0.29	2	0.13
٩. الغربيه	5	0.51	5	0.51	5	0.50	5	0.49	5	0.31
١٠. الدقهليه	83	8.40	83	8.40	86	8.63	95	9.33	664	41.50
١١. الشرقيه	3	0.30	3	0.30	3	0.30	4	0.39	3	0.19
١٢. المنوفيه	32	3.24	32	3.24	32	3.21	31	3.05	79	4.94
١٣. القليوبيه	344	34.82	344	34.82	344	34.54	344	33.79	290	18.13
١٤. الجيزه	59	5.97	59	5.97	55	5.52	58	5.70	44	2.75
١٥. الفيوم	9	0.91	9	0.91	8	0.80	8	0.79	8	0.50
١٦. بنى سويف	3	0.30	3	0.30	3	0.30	3	0.29	23	1.44
١٧. المنيا	12	1.21	12	1.21	12	1.20	12	1.18	12	0.75
١٨. اسيوط	20	2.02	20	2.02	27	2.71	32	3.14	33	2.06
١٩. سوهاج	15	1.52	15	1.52	15	1.51	16	1.57	19	1.19
٢٠. قنا	1	0.10	1	0.10	3	0.30	3	0.29	4	0.25
٢١. اسوان	1	0.10	1	0.10	1	0.10	1	0.10	3	0.19
٢٢. البحر الاحمر	2	0.20	2	0.20	6	0.60	6	0.59	7	0.44
٢٣. الوادى الجديد	0	0.00	0	0.00	1	0.10	1	0.10	2	0.13
٢٤. مطروح	1	0.10	1	0.10	1	0.10	1	0.10	1	0.06
٢٥. شمال سيناء	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
٢٦. جنوب سيناء	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
الاجمالى	988	100.00	988	100.00	996	100.00	1018	100.00	1600	100.00

المصدر : وزارة الصحه ، اطلس الخدمات الصحية ، مركز المعلومات والتوثيق ، وزارة الصحة ، القاهره ، للسنوات ١٩٨١ ـ ١٩٨٥ .

٤ ٢ ٠ ٥ ٠ التوزيع النسبى لاجمالى الوحدات الريفية فى محافظات ج ٠ م ٠ ع ٠

يوضح الجدول التالى رقم (١٧) الخاص بتطور التوزيع النسبى لاجمالى الوحدات الريفية فى محافظات ج ٠ م ٠ ع ٠ خلال الفترة من ٨١ — ٨٥ جملة الحقائق التالية :

١ — تزايد عدد الوحدات الريفية باضطراد ابتداء من عام ١٩٨١ وحتى عام ١٩٨٥ حيث تزايد من ١٩٠٢ وحدة فى أول المدة الى ٢٠٠٢ وحدة فى نهاية المدة اى بزيادة قدرها ٢ر٥ ٪ بالمقارنة بسنة الاساس ٠

٢ — توضح البيانات ان المحافظات الحضرية الاربعة (القاهرة الاسكندرية — بور سعيد — السويس) تنخفض أهميتها النسبية لهذه الوحدات عن اهميتها النسبية من جملة سكان الجمهورية ٠

٣ — يلاحظ زيادة عدد الوحدات الريفية بمحافظتى شمال وجنوب سيناء خلال سنوات الدراسة زيادة ملحوظة كانعكاس للاهتمام العام بهذه المحافظات ٠

٤ — هناك محافظات ارتفعت بها نسبة الوحدات الريفية عن نسبتها المئوية من سكان الجمهورية وهى محافظات :
البحيرة — كفر الشيخ — الدقهلية — الشرقية — المنوفية — بنى سويف — المنيا — اسوان — سيناء الشمالية ٠ على حين انخفضت الاهمية النسبية لمحافظة الجيزة ٠ واحتفظت باقى محافظات الجمهورية بثبات نسبى ٠

جدول رقم (١٧)

تطور التوزيع النسبى لاجمالى الوحدات الريفية فى محافظات ج٠م٠ع خلال الفترة ٨١ـ٨٥

المحافظات	١٩٨١		١٩٨٢		١٩٨٣		١٩٨٤		١٩٨٥	
	عدد	نسبه	عدد	نسبه	عدد	نسبه	عدد	نسبه	عدد	نسبه
١٠ القاهره	4	0.21	4	0.21	4	0.20	4	0.20	4	0.20
٢٠ الاسكندريه	17	0.89	17	0.89	16	0.81	17	0.86	17	0.85
٣٠ بورسعيد	3	0.16	3	0.16	3	0.15	3	0.15	3	0.15
٤٠ السويس	6	0.32	6	0.32	6	0.31	6	0.30	6	0.30
٥٠ الاسماعيليه	20	1,05	20	1.05	22	1.12	22	1.12	22	1.10
٦٠ البحيره	181	9.52	181	9.52	180	9.15	180	9.14	185	9.24
٧٠ دمياط	37	1.95	37	1.95	37	1.88	41	2.08	40	2.00
٨٠ كفر الشيخ	107	5.63	107	5.63	126	6.41	126	6.40	147	7.34
٩٠ الغربيه	125	6.57	125	6.57	124	6.30	120	6.09	124	6.19
١٠ الدقهليه	186	9.78	186	9.78	194	9.86	194	9.85	194	9.69
١١ الشرقيه	183	9.62	183	9.62	180	9.15	180	9.14	183	9.14
١٢ المنوفيه	119	6.26	119	6.26	121	6.15	121	6.14	120	5.99
١٣ القليوبيه	80	4.21	80	4.21	80	4.07	81	4.11	81	4.05
١٤ الجيزه	92	4.84	92	4.84	93	4.73	93	4.72	101	5.04
١٥ الفيوم	71	3.73	71	3.73	72	3.66	72	3.65	72	3.60
١٦ بنى سويف	81	4.26	81	4.26	84	4.27	84	4.26	89	4.45
١٧ المنيا	145	7.62	145	7.62	144	7.32	142	7.21	142	7.09
١٨ اسيوط	96	5.05	96	5.05	99	5.03	99	5.03	99	4.95
١٩ سوهاج	127	6.68	127	6.68	127	6.46	128	6.50	111	5.84
٢٠ قنا	111	5.84	111	5.84	115	5.85	115	5.84	115	5.74
٢١ اسوان	59	3.10	59	3.10	58	2.95	59	2.99	60	3.00
٢٢ البحر الاحمر	5	0.26	5	0.26	6	0.31	7	0.36	7	0.35
٢٣ الوادى الجديد	16	0.84	16	0.84	18	0.92	18	0.91	18	0.90
٢٤ مطروح	12	0.63	12	0.63	13	0.66	13	0.66	13	0.65
٢٥ شمال سيناء	19	1.00	19	1.00	41	2.08	41	2.08	42	2.10
٢٦ جنوب سيناء	0	0.00	0	0.00	4	0.20	4	0.20	7	0.35
الاجمالى	1902	100.00	1902	100.00	1967	100.00	1970	100.00	2002	100.00

المصدر: وزارة الصحة ، الخدمات الصحية ، مركز المعلومات والتوثيق ، وزارة الصحة ، القاهره ، للسنوات ١٩٨١ ـ ١٩٨٥٠

٤ — ٢ — ٦ التوزيع النسبى للمكاتب والمجموعات الصحية فى محافظات ج ٠ م ٠ ع ٠

يوضح الجدول التالى رقم (١٨) الخاص بتطور التوزيع النسبى للمكاتب والمجموعات الصحية فى محافظات ج ٠ م ٠ ع ٠ خلال الفترة ٨١ — ١٩٨٥ جملة الحقائق التالية :—

١ — انخفض عدد هذه المكاتب والمجموعات الصحية من ٨٩٥ مكتبا ومجموعة فى عام ١٩٨١ الى ٨٨٩ مكتب فى عام ١٩٨٣ ثم ارتفعت خلال عامى ٨٤ ، ١٩٨٥ لتصل الى ٩٢٧ مكتبا فى عام ١٩٨٥ اى بزيادة قدرها ٦ر٣٪ عن سنة الاساس ٠

٢ — توضح البيانات أن المحافظات الحضرية الثلاث (القاهره — الاسكندريه — بورسعيد) تنخفض الاهمية النسبية لهذه المكاتب والمجموعات بها عن نسبتها من جملة سكان الجمهورية ٠

٣ — هناك محافظات اخرى علاوة على المحافظات الحضرية الثلاث السابق ذكرها تنخفض اهميتها النسبية من جملة المكاتب الصحية والمجموعات الصحية على مستوى الجمهورية بالمقارنه باهميتها النسبية من جملة سكان الجمهورية وهى محافظات الاسماعيلية وكفر الشيخ والغربية والجيزة بينما تتفوق الاخرى فى عدد مكاتبها عن نصيبها النسبى من جملة سكان الجمهورية ٠

٤ — يلاحظ التطور الكبير الذى حدث فى عدد المكاتب الصحية والمجموعات الصحية بصفة استثنائية فى محافظة جنوب سيناء التى خلت من اى مكاتب حتى عام ١٩٨٢ ثم تناهى عدد هذه الوحدات الى ١٢ وحدة فى عام ١٩٨٢ لتصل اهميتها النسبية الى ٣١ر١٪ من اجمالى الوحدات الكلية بالجمهورية فى مقابل ٠٥ر٠٪ من جملة سكان الجمهورية ويعود السبب فى هذا الى غياب اى وحدات للخدمة الطبيه التابعه للقطاع العام والخاص ووجود مستشفى مركزى وحيد فكان من الطبيعى ان يتنامى عدد الوحدات الريفية (٧ وحدات) فى عام ١٩٨٥ وكذلك عدد المكاتب الصحية والمجموعات الصحية ٠

جدول رقم (١٨)

تطور التوزيع النسبى للمكاتب والمجموعات الصحية فى محافظات ج . م . ع خلال الفترة ١٩٨١ - ١٩٨٥.

المحافظات	١٩٨١		١٩٨٢		١٩٨٣		١٩٨٤		١٩٨٥	
	عدد	نسبه	عدد	نسبه	عدد	نسبه	عدد	نسبه	عدد	نسبه
١. القاهره	67	7.49	67	7.49	68	7.65	74	8.05	75	8.09
٢. الاسكندريه	28	3.13	28	3.13	28	3.15	28	3.05	28	3.02
٣. بورسعيد	5	0.56	5	0.56	5	0.56	5	0.54	5	0.54
٤. السويس	5	0.56	5	0.56	6	0.67	6	0.65	6	0.65
٥. الاسماعيليه	8	0.89	8	0.89	9	1.01	9	0.98	9	0.97
٦. البحيره	63	7.04	63	7.04	63	7.09	63	6.86	62	6.69
٧. دمياط	14	1.56	14	1.56	14	1.57	17	1.85	17	1.83
٨. كفر الشيخ	32	3.58	32	3.58	33	3.71	33	3.59	33	3.56
٩. الغربيه	52	5.81	52	5.81	50	5.62	50	5.44	52	5.61
١٠. الدقهليه	82	9.16	82	9.16	81	9.11	81	8.81	93	10.03
١١. الشرقيه	69	7.71	69	7.71	67	7.54	67	7.29	69	7.44
١٢. المنوفيه	52	5.81	52	5.81	52	5.85	52	5.66	53	5.72
١٣. القليوبيه	43	4.80	43	4.80	44	4.95	42	4.57	51	5.50
١٤. الجيزه	46	5.14	46	5.14	45	5.06	44	4.79	41	4.42
١٥. الفيوم	31	3.46	31	3.46	31	3.49	31	3.37	31	3.34
١٦. بنى سويف	37	4.13	37	4.13	35	3.94	35	3.81	35	3.78
١٧. المنيا	62	6.93	62	6.93	61	6.86	61	6.64	56	6.04
١٨. اسيوط	50	5.59	50	5.59	50	5.62	51	5.55	49	5.29
١٩. سوهاج	58	6.48	58	6.48	57	6.41	67	7.29	57	6.15
٢٠. قنا	47	5.25	47	5.25	48	5.40	48	5.22	48	5.18
٢١. اسوان	25	2.79	25	2.79	25	2.81	25	2.72	25	2.70
٢٢. البحر الاحمر	3	0.34	3	0.34	3	0.34	3	0.33	3	0.32
٢٣. الوادى الجديد	5	0.56	5	0.56	4	0.45	4	0.44	4	0.43
٢٤. مطروح	7	0.78	7	0.78	7	0.79	7	0.76	7	0.76
٢٥. شمال سيناء	4	0.45	4	0.45	0	0.00	4	0.44	6	0.65
٢٦. جنوب سيناء	0	0.00	0	0.00	3	0.34	12	1.31	12	1.29
الاجمالى	895	100.00	895	100.00	889	100.00	919	100.00	927	100.00

المصدر: وزارة الصحة ، اطلس الخدمات الصحية ، مركز المعلومات والتوثيق ، وزارة الصحة ، القاهره ، للسنوات ١٩٨١ - ١٩٨٥.

٥ — بعض المشكلات المؤثرة على المستوى الصحى فى جمهورية مصر العربية

اثبتت الدراسات ان ارتفاع المستويات الصحية بالدول المتقدمه هو فى الحقيقة نتاج ارتفاع المستويات المعيشية بهذه الدول وتحسن الاوضاع الاقتصادية والاجتماعيه بها قبل الاهتمام بمستوى الرعاية الطبية على وجه الخصوص • بمعنى ان الفقر بالدول الناميه وما يصاحبه من تزايد سكانى سريع وانعدام التوازن الاقليمى للخدمات وسوء التغذية والمرافق العامه وتلوث البيئه هى فى الاصل جذور المشاكل الصحيه التى تعانى منها معظم الدول الناميه ومنها مصر على الرغم من التوسع فى التغطيه الصحيه وخاصه مع بدايه الستينات والتى تمثلت فى انشاء الوحدات الصحيه الريفية وادخال نظام التأمين الصحى وتأميم صناعه الدواء ••• الخ وعلى الرغم من ان هذا التوسع كان له اثرة فى التحسن النسبى للاحوال الصحيه عموما • الا ان مشكلات المجتمع المصرى الصحية ماتزال حتى الان قاسما مشتركا مع باقى الدول الناميه من حيث انتشار بعض الامراض المتوطنه وبعض الامراض الاخرى المرتبطه بظروف البيئة وكذلك تدهور حاله البنيه الاساسيه للخدمات الصحيه الحكومية فى الريف والحضر ونقص بعض الخدمات الحيوية كالمسكن الصحى المناسب والمياه النقيه والصرف الصحى وقله الاستثمارات الخاصه فى هذه المجالات ••• الخ خصوصا فى المناطق الريفية والنائيه • ومن الثابت انه ليصاغه السياسات الصحيه الفعاله وتنفيذها • فانه ينبغى البدء بدراسة الاوضاع الصحيه القائمه والمشاكل المرتبطه بها وبناء عليه فقد قمنا فى الجزء السابق بتحليل الاوضاع الصحية فى محافظات مصر من خلال المؤشرات المتعارف عليها دوليا فى هذا الصدد وفى هذا الجزء نعرض لاهم المشكلات الصحيه التى تواجه اوضاع التنمية الصحيه فى مصر •

١٠٥ مشكلة نقص وسوء التغذيـــه

تعتبر امراض نقص وسوء التغذيه من ابرز المشاكل المميزه للدول الناميه فى افريقيـــا واسيا وامريكا اللاتينية والمشكله الغذائيه فى مصر هى اساسا مشكلة نقص التغذيه اكثر منهـــا مشكله سوء تغذيه (١) . وعموما فان مشكله نقص وسوء التغذيه فى مصر تؤثـر على القـــدرة الانتاجيه للافراد وعلى مقدرتهم للتعلم والتحصيل نتيجه لما تسببه مـــن بعض الامـــراض المزمنـــه ومنهـــا مايلـــى :ـ

١٠٥ ١٠ الانيميـــا :(٢)

تنتشر فى مصر الانيميا بين حوالى ٥٠٪ من سكان الريف واقل من ٤٠٪ من سكـــان الحضر . ويبلغ متوسط الهيموجلوبين العام حوالـى ١٣ جرام ٪ بين الذكـور وحوالـــى ١٢ جرام ٪ بين الاناث (الطبيعـــى ١٤٫٢ جم ٪) .

وتزيد الطفيليات من شده الاصابه بالانيميا . وتختلف شده الاصابه بهـذا المـــرض حسب فئات العمر المختلفه . فنجد ان نسبه الاصابه فى الفئه العمريه ماقبـــل السنتين حوالى ٧٥٪ وحوالى ٥٥٪ فى الفئه العمرية من ٢ ـ ٦ سنوات .

وتختلف نسبه انتشار الانيميا فى السن المدرسى بين المحافظات المختلفـــــة حيث تنتشر بصفه عامه فى المناطق الريفية عنها فى المناطق الحضرية . وتتراوح هذه النسبـــه بين حوالى ٦٠٪ الى ٧٣٪ وتصل فى بعض الاحيان الى حوالى ٨٧٪ فى الواحـــات

---

١ ـ Lance Taylor, Food Subsidies in Egypt: Massachusetts Institute of Technology, Cairo University Oct. 1979, P. 1.

٢ ـ المركز القومى للبحوث الاجتماعيه والجنائيه ، المسح الاجتماعى الشامل للمجتمع المصـــرى ١٩٥٢ ـ ١٩٨٠ ، القاهرة ، ١٩٨٥ صـــ ٨١٧ .

وهى المناطق الخاليه من الطفيليات والتى تعانى من نقص شديد فى الغذاء البروتينـــــى والحديـــــد ٠

هذا وتنتشر الانيميا كذلك بين الاناث الحوامل وخصوصا فى الفئات محدوده الدخل حيث يقل تركيز الهيموجلوبين عند حوالـى ٩٠٪ منهم عن ١٠٪ جم ٪ ٠ (١)

وانطلاقا من حيقيقه التفاوتات بين الريف والحضر وباعتبار ان الفئه العمريه للاطفـــال قبل سن دخول المدارس هى الفئه الاكثر تعرضا لمشكله سوء التغذية فقد قام احد مراكـــز الابحاث فى مصر بدراسة عن مشكلة سوء التغذية فى محافظات مصر : (١٧ وحده صحيـــه ريفيه) على عينه يبلغ حجمها ٤٣٢٧ وباستخدام اكثر من مقياس لتحديد مظاهر هذه المشكلة وقد اوضحت نتائج الدراسات الحقائق التاليـــة :ـ (٢)

أ ـ بالنسبه لمقياس الوزن / السـن

ـ يعانى حوالى ٥٪ من اطفال هذه العينه من حاله سوء التغذيه من الدرجه الثالثه (اسوأ حالات سوء التغذيه طبقا لمقياس نسبه الوزن / السن) حيث ينخفـــض معدل نموهم فى الوزن بالنسبة لسنهم بمقدار ٦٠٪ عن المستوى العادى للاطفـــال فى نفس الفئه العمريه ٠ وان حوالى ١٨٪ إلى ٣٦٪ يعانون من حاله سوء تغذيه مـــن الدرجه الثانية والاولى على التوالى فى حين ان حوالى ٤٠٪ منهم يعتبـــروا عاديين فى وزنهم بالنسبه لسنهـــم ٠

١ـ المرجع السابق ص ـــ ٥٧ ٠

٢. Cairo University & MIT, Childhood Malnutrition in Rural Egypt, in Health Care Delivery Systems Project, Monograph - 4, 1980, P. 8.

ـ ان ادنى نسب العينه تتواجد فى محافظه الشرقية حيث تبلغ نسبه الاطفال العاديين فى الوزن بالنسبه للسن ٤٠٪ فقط وفى دمياط ١٤٪ فقط على حين ترتفع هذه النسبه الى اعلى معدل لها وهو ٧٠٪ فى محافظه كفر الشيخ ٠

ب ـ بالنسبة لمقياس الطول / السن ٠

يتضح ان حوالى ٤٠٪ من اطفال هذه العينه يعانون من سوء تغذيه حاده مما نتج عنه ان اصبحت نسبة الطول / السن أقل من المستوى العادى ٠

وقد بلغت ادنى نسبه للاطفال الذين يعانون من حاله سوء تغذية حاده فى محافظة كفر الشيخ بنسبه (٧ر٩٪) فى حين وصلت اعلى نسبة فى محافظتى الشرقيه (٦٨,٩٪) ودمياط (٦٩,٦٪) ٠

جـ ـ بالنسبه لمقياس الوزن / الطول ٠

يتضح ان حوالى ٦٪ من اجمالى اطفال العينه يعانون من سوء التغذيه الحاده الذى نتج عنه ان اصبحت نسبة الوزن / الطول اقل من المستوى العادى ٠ فقد بلغت ادنى نسبه فى محافظتى كفر الشيخ والبحيره (صفر) ٠ حيث لم يتوافر بها اى نسبه من الاطفال الذين تهبط نسبه الوزن / الطول عن مستواها العادى ٠ فى حين وصلت اعلى نسبه فى محافظه دمياط (٣٠٪) والشرقية (٢٧٪) ٠

ويوضح البحث ان حوالى (٤ر١٪) من اطفال العينه يعانون من الهزال وغير قادرين على النمو الطبيعى ٠

الجدول رقم (٩٩)

نتائج بحث عن حالة سوء التغذية في ١٧ وحدة صحية في جمهورية مصر العربية

المحافظة	التوزيع النسبي للاطفال قبل سن الدخول في المدارس تبعا للوزن/السن ضمن تقسيم جومبرز للحالة الغذائية				التوزيع النسبي للاطفال قبل سن الدخول في المدارس تبعا للطول/السن ووجود ظاهرة سوء التغذية الحادة				التوزيع النسبي للاطفال قبل سن الدخول في المدارس تبعا للوزن/الطول ووجود ظاهرة سوء تغذية حادة وظاهرة بدانة .				التوزيع النسبي للاطفال قبل سن الدخول في المدارس تبعا لتقسيم واترلو			
	عادي	١°	٢°	٣°	حالة سوء تغذية حادة		عادي		سوء تغذية حادة	عادي		بدانة	عادي	هزال	غير قادر على النمو الطبيعي	هزال وغير قادر على النمو الطبيعي
	٠ر١٠	١ر٨٩ـ٢٥	١ر٧٤ـ٦٠	٠ر٢٦٠	٠ر٢٨٥	١ر٨٩ـ٨٥	١ر٤٨ـ٩٠	٠ر٩٥	٠ر٢٨٠	٢ر١١ـ٩٨	١١١ـ١٠٠	١٢٠٠	٠ر١٣	٤ر١٧	٥ر٥٦	٠ر١٣
دمياط	٠ر١٤	٦ر٢٢	٥ر٤٩	٠ر١٤	٠ر٥٠	٦ر١٩	٤ر١٧	٠ر١٣	٠ر٣٠	٤ر٤٢	٣ر٣	١ر٢٣	٠ر١٣	٤ر١٧	٥ر٥٦	٠ر١٣
الدقهلية	٥ر٤٨	٤ر١٤	٣ر٩	١ر٠	٠ر١١	٨ر٢٦	٤ر٣٥	٨ر٢٦	٣ر٢	٨ر٢٨	٥ر٢٣	٨ر١٤	٦ر٦٠	٦ر١	٨ر٣٧	صفر
الشرقية	٣ر٩	٢ر٢٠	٥ر٥١	٥ر٢٤	٨ر٥٢	٧ر١٥	٢ر٢٠	٢ر١١	٠ر٢٧	٧ر٦٩	٢ر٢	١ر١	١ر١٠	٣ر٢١	٩ر٦٢	٦ر٥
القليوبية	٣ر٣٩	٦ر٢٨	٨ر١٧	١ر١٣	٨ر٤٤	٨ر١٦	٦ر٢١	٨ر١٦	٤ر٨	٨ر٢٨	٦ر٤١	٨ر٢٤	٢ر٢٥	٣ر٢	٠ر٦٠	٦ر١
كفرالشيخ	٣ر٧٠	٨ر٢١	٦ر٧	١ر٣	صفر	٩ر٧	٥ر٢١	٦ر٨٧	صفر	٢ر٢١	٣ر٥٨	٥ر١٢	٣ر٩٠	صفر	٩ر٧	صفر
الغربية	٠ر٢٦	٣ر٤٦	٨ر٢٢	١ر٤	٣ر١٦	٣ر٢٩	١ر٣٦	٨ر١٨	٨ر٤	١ر٣٦	٦ر٤٥	٦ر١٣	٠ر٥١	٣ر٤	٣ر٤٤	١ر٤
المنوفية	٠ر٣٢	٨ر٥٠	٠ر١٦	١ر٢	٥ر١٠	١ر٣٠	٠ر٤٢	٥ر١٧	٠ر٧	٥ر٥٢	٣ر٤١	٥ر٦	٨ر٥٨	٠ر٧	٠ر٤٠	صفر
البحيرة	٢ر٥٦	٧ر٣٤	١ر٩	صفر	٧ر٠	٢ر٣٥	٤ر٣٩	٣ر١٨	صفر	٤ر٣١	٣ر٣٢	٦ر٣٦	٧ر٥٧	صفر	٣ر٤٢	صفر
الاسماعيلية	١ر٥٠	٥ر٤٠	١ر٨	٥ر٠	٨ر١	٨ر١٣	٣ر٤٢	٥ر٣٥	١ر٦	٦ر٤٦	٥ر٤٥	٥ر٦	٧ر٦٤	٦ر١	٢ر٠	صفر
الجيزة	٣ر٥٣	٤ر٣٧	٨ر٣	١ر١	٦ر٧	١ر١٧	٥ر٣١	٤ر٤٣	٣ر٠	٣ر٤١	١٤ر٠	٥ر٧٤	٣ر١	٢ر٣٤	صفر	
بني سويف	٤ر٣٠	٥ر٤	١ر٢٠	٤ر٠	١٠ر٦	٨ر٢٩	٨ر٤١	١٧ر٧	١١ر٢	٥ر٥١	٤ر٢١	٦ر٢	٠ر٥٦	٥ر٣	٣ر٢٧	٠ر٧
الفيوم	٤ر٤١	٣ر٤٣	٥ر١٣	٢ر٠	١١ر٠	١ر١٧	٢ر٢٦	٤ر٤٥	٤ر٨	٦ر٥٦	٣ر٣٥	٣ر٢	٨ر١٧	٤ر١	٤ر٢٧	٠ر٧
المنيا	٨ر٥٤	٩ر٣٠	٠ر١٠	٤ر٣	٥ر١٧	٣ر١٨	٤ر٣٤	٣ر٣٠	٤ر٦	٨ر٢٩	٣ر٤٤	٤ر٢١	٣ر٦٤	صفر	٩ر٣٤	٨ر٠
اسيوط	٧ر٢٧	٨ر٤١	٨ر٢٣	٦ر١	٥ر٦٦	٠ر٣٨	٨ر٢٢	٨ر١٠	٥ر٧	٠ر٣٨	٣ر٣٧	٠ر١٩	٧ر٢٩	٨ر٣	٦ر٦٤	٩ر١
سوهاج	٤ر٤٠	٠ر٣٨	٨ر١٧	٨ر٣	٩ر٥	٧ر٢٠	٤ر٢١	٥ر٣٨	٦ر١٣	٥ر١١	٥ر٢٢	٤ر٢	٤ر٦٠	٥ر١	٠ر٢٦	٤ر١
قنا	٨ر٥١	٣ر٣٦	٦ر١٠	٦ر١	٣ر١١	٩ر١٠	٤ر٢١	٨ر٢٨	٢ر٢	٩ر٢٣	٨ر٥٥	٢ر٢	٦ر٧٦	٠ر٧	٧ر٢١	٤ر١
اسوان	٨ر٢٨	٧ر٤٠	٦ر٢٥	١ر٤	١٣ر٤	٠ر١٨	٤ر٢١	٢ر٣٧	٦ر١٨	٧ر٥٤	٢ر٢٣	٥ر٣	٧ر٥١	١ر١٦	٧ر٢٩	٧ر١
الوجه البحري	١ر٣٧	٨ر٣٤	٠ر٢١	٧ر٠	١٩ر٨	٤ر٢٤	١ر٢١	٢ر٢٢	٥ر٩	٨ر٢٨	٤ر٣٨	١٦ر٧	٤ر٥١	٤ر٣	٤ر٤٢	٥ر١
الوجه القبلي	٧ر٤٣	٢ر٣٨	٨ر١٤	٣ر٣	١٣ر١	٠ر٢١	٣ر٣١	٨ر٢٢	٦ر٣	٤ر٤٣	٠ر٣٩	١ر١٠	٤ر٦١	٣ر٧	٦ر٣٢	٤ر١
الجملة	٠ر١٠	٣ر٣٦	٢ر١٨	٤ر٥	١٧ر١	٢ر٢١	١ر٣١	٣ر٢٨	١ر٦	٤ر٤١	٨ر٣٨	١٢ر٨	٥ر٥٩	٤ر٠	٦ر٣٨	١ر٤

المصدر:

1. Cairo University MIT Project, "Chidhood Malnutrition in Rural Egypt in Health Care Delivery Systems Monograph-4, 1980 P. 25-28.

وبالاشارة لمستوى المحافظات ـ حصلت المحافظات التاليه على ادنى نسبه وهـــى محافظات : (الدقهليه ، كفر الشيخ ، المنوفيه ، البحيره ، الاسماعيلية ، الجيزه) حيث لم يتواجد بها اى نسبه من الاطفال الهزيله والغير قادره على النمو الطبيعى فى حين ان اعلى نسبه وجدت فى محافظه دمياط (١٣٪) ، الشرقيه (٦٪) وسوهاج (٤٪) .

ومما سبق تعتبر كل من محافظات كفر الشيخ ، البحيره ، الجيزه والاسماعيلية من افضل المحافظات فى حين ان محافظات دمياط ، الشرقيه واسيوط تعد من اسواء المحافظات من حيث الحاله الصحيه لاطفالهم نتيجه لمشكله سوء التغذيه .

٥ ٠ ١ ٠ ٢ ٠ تأخر النمو

يتأخر نمو الاطفال نتيجه لمشكله نقص وسوء التغذيه وذلك بسبب نقص ما يتحصلون عليه من الطاقه والبروتين اللازم لنموهم الطبيعى . وينشأ نقص الغذاء (Under-Nutrition) اساسا من انخفاض نصيب الفرد من السعرات الحراريه عن احتياجات الطاقه الموصى بها فى حين يعد سوء التغذيه (Malnutrition) عرضا لنقص الاحتياجات البروتينيه الدنيا .

ومن الدراسه السابقه يتضح ان تأخر النمو الناتج عن القصور الغذائى للبروتين والطاقه من اهم المشاكل الصحيه التى يعانى منها اطفال الريف المصرى على وجه الخصوص .

حيث يوضح الجدول السابق ان حوالى ٣٩٪ من اطفال العينه غير قادرين على النمو الطبيعى وفى حين بلغت اعلى نسبه فى محافظه اسيوط (٦٥٪) والشرقيه (٦٣٪) وصلت ادنى نسبه لها فى محافظه كفر الشيخ (١٠٪) .

٣٠١٠٥ ٠ الكســـاح ٠

وهو الذى ينشأ اساسا من نقص الكالسيوم ٠ فقد بلغت نسبه الكساح بيـــن الاطفال دون السن المدرسى حوالى ٣٪ فى عام ١٩٧٨ مقارنه بنسبه حوالى ١٣٪ فى عام ١٩٥٧/٥٦ (١) ٠

وينبغى الاشاره الى ان مشكله نقص وسوء التغذيه تنتشر فى المناطق الريفيـــة والنائيه عنها فى المناطق الحضريه ٠ كما يلاحظ ارتفاع معدلات وفيات الاطفال وتأخر النمو الطبيعى للجسم بالمناطق الريفيه عنه بالمناطق الحضريه ٠

كذلك فان بعض الفئات الحساسه (الحوامل والاطفال) والطبقات محدوده الدخل لاتحصل على احتياجاتهـــا من العناصر الغذائيه وذلك للاسباب التاليه :ـ

١ ـ الخلل فى عدالله توزيع الغذاء بسبب التفاوت القائم فى توزيع الدخول ٠
٢ ـ ضعف الوعى الغذائى والتربية الغذائية الناقصه التى ينتج عنها سوء اختيـــار الفرد لطعامه والاسراف فى نوعيات لاتفيده ٠
٣ ـ شيوع العادات الغذائيه الخاطئه وانمـــاط الاستهلاك الغذائى الغير سليمه تأثير المحاكـــــاه ٠

---

(١) المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائيه ٠ مرجع سابق ٠ صـــ ٨١٨ ٠

٢٠٥ مشكلة الانفاق على الخدمات الصحيه ـ المدخلات الماليـــة :

يرتبط الانفاق على الخدمات الصحيه عاده بطبيعة النظام الصحى ومكـونا تـــة وبنوعيه الخدمات الصحيه التى تلتزم الدولة بالانفاق عليها • وتعتبر المدخلات الماليه مـــن أهم العوامل التى تؤثر على مستوى اداء هذه الخدمه وفى مصر يشتمل الانفاق العـــام للخدمات الصحيه على : انفاق الديوان العام بوزارة الصحه وعلى انفاق الادارات المحليـــة (بعد صدور قانون الحكم المحلى) على الخدمات الصحية العامه التى تتبع الـــوزارة والجدير بالذكر بان الانفاق على الهيئات والمؤسسات الصحيه هو انفاق مستقل يتبع الانفـاق العام على قطاع الهيئات الصحيه للدوله ويمثل الانفاق على الهيئات التاليه (١) :ـ

أ ـ الهيئة المصرية العامة للمستحضرات الحيوية واللقاحات •
ب ـ الهيئة العامه للتأمين الصحى •
جـ ـ المؤسسة العلاجيه بالقاهـــرة •
د ـ المؤسسة العلاجية بالاسكندريـة •

كما يوجد وجه اخر للانفاق على برامج الطوارى الصحيه واعداد الدولة للحرب مـــن خارج موازنات الدولة (صندوق استخدامات الطوارئ والدفاع المدنى) مضافا اليـــة الجهود الذاتية واسهام نقابة الاطبـــاء •

وترجع اهمية الانفاق على الخدمات الصحيه الى وجود علاقة طردية بين مستوى الانفاق وبين مستوى الانتاجية وحجم الانتاج كذلك فان حجم الاستثمارات فى هذا القطاع الحيوى مرتبط بالحجم الكلى للاستثمارات القومية • اى ان هناك علاقة سببية Cause and Effect Relation بين نمو المستوى الصحى للسكان والزيادة فى الانفاق على الخدمات الصحية • ولهذا تهتـم معظم الدول بتدعيم هذه الخدمه الحيوية وتحدد الحجم الامثل لاستثمارات الخدمات الصحية

---

(١) وزارة الصحة : الانفاق الصحى فى جمهورية مصر العربية ، جمهورية مصر العربية الخريطة الصحية لمصر ، وثيقه (٤) ، سنه ١٩٧٨ • ص ٦ ـ ٨ •
ـ هبه احمد نصار ، مرجع سابق ، صـــ ٢٤٥ ـ ص ٢٦٠ •

بحيث يتناسب مع الحجم الكلى للاستثمارات تناسبا حديا ثم يوجه بخطة مرسومة نحـــــو مشروعات صحية تخدم الانتاج الى جانب تدعيم الخدمة لفئات الشعب الاكثر تضررا ٠

وفى جمهورية مصر العربية تلاحظ ان تطور الانفاق الصحى للدوله ارتبط بالاتجاهات المختلفة للدوله خصوصا خلال الفترة التى اعقبت قيام الثورة فى عام ١٩٥٢ ٠ ولذلـــــك يهتم الجزء التالى بتحليل مشكلة الانفاق الصحى فى مصر من :

أ ـ المنظور القومى وذلك من خلال مقارنه تطور الانفاق الصحى بالناتج والدخل القومـــى والانفاق العـــــام ٠

ب ـ المنظور الاقليمى وذلك من خلال تحليل التباين فى معدل الانفاق الصحى العـــام بالنسبة للفرد فى محافظات مصر ٠

وذلك بهدف التعرف على الوضع الصحى من خلال تحليل المكانة النسبية للانفـــاق الصحى وعدالة توزيع ذلك الانفاق على مستوى المحافظات ٠

١٠٤٠٥ ـ المنظور القومى لمشكلة الانفاق الصحى :

باستعراض البيانات الواردة بالجدول الخاص بتطور الانفاق الصحى ومقارنتـــــه بالناتج القومى الاجمالى والانفاق العام والدخل القومى خلال الفترة من ٥٩/٦٠ ـ ١٩٧٩ تتضح لنا جملة الحقائق التاليـــة :

١ ـ الانخفاض الشديد فى نسبة الانفاق الصحى الى الناتج القومى الاجمالى حيـــث انخفضت هذه النسبة من ٣ر١٪ عام ١٩٦٧/٦٦ الى ـ ر ١٪ عام ١٩٧٩ مما يؤكـــد أنه بالرغم من الزيادة الرقية فى نصيب الصحه من الناتج القومى الا انه من الواضـــح آن الانفاق الصحى فى مصر لايحتل مكانه نسبية مرتفعة بين باقى قطاعات الدولة ٠

٢ ـ انخفضت نسبة الانفاق الصحى الى الانفاق العام من ٦ر٤٪ عام ١٩٧٦/٦٦ الـــى ٧ر٢٪ عام ١٩٧٩ ٠ مما يعكس اسباب عدم تحقيق بعض اهداف الخطط الصحيـــة المتعددة فى هذه الفتـــرة ٠

الجدول رقم (٢٠)

مقارنة الانفاق الصحى والانفاق على الخدمات التعليمية بالناتج القومى الاجمالى والانفاق العام والدخل القومى (٥٩/٦٠ـ١٩٧٩)

السنة	نسبة الانفاق الصحى الى الناتج القومى الاجمالى (٠/٠)	نسبة الانفاق على التعليم الى الناتج القومى الاجمالى (٠/٠)	الرقم القياسى للانفاق على الصحة	معدل نمو الانفاق الصحى (٠/٠)	الرقم القياسى للانفاق العام	معدل نمو الانفاق العام (٠/٠)	نسبة الانفاق الصحى الى الانفاق العام (٠/٠)	نسبة الانفاق على التعليم الى الانفاق العام (١٨٠)	نصيب الفرد من الانفاق الصحى بالاسعار الثابتة (بالجنيه)	معدل نمو نصيب الفرد من الانفاق الصحى (٠/٠)	الدخل الفردى بالاسعار الثابتة (بالجنيه)	معدل نمو الدخل الفردى (٠/٠)
١٩٦٠/٥٩	٦ر٠	(٠/٠)	١٠٠		١٠٠		٢ر١					
١٩٦١/٦٠	٩ر٠		١٤٥	٥ر٤	١٠٧ر٧	٦ر٧	٣ر١		٥٢ر٠		٥١ر٨	
١٩٦٢/٦١	١ر١		١٩٩ر٣	٣٧ر٤	١٤٠ر٣	٣٠ر٣	٤ر١		٦٧ر٠	٢٨ر٨	٤٧ر٧	ـ ٧ر٩
١٩٦٣/٦٢	١ر٣		٢٥١ر٦	٢٦ر٢	١٤٦ر٢	٤ر٣	٥ر٠		٨٦ر٠	٢٨ر٤	٥٥ر٣	١٥ر٩
١٩٦٤/٦٣	١ر٢		٢٧٣ر٧	٨ر٨	١٨٧ر٨	٢٨ر٤	٤ر٢		٨٩ر٠	٣ر٥	٦١ر٤	١١ر٠٣
١٩٦٥/٦٤	١ر١		٢٨٣ر٢	٣ر٥	٢٠٢ر٧	٧ر٩	٤ر١		٨٤ر٠	ـ٦ر٥	٦٤ر٧	٥ر٣٧
١٩٦٦/٦٥	١ر٣		٣٣١	١٦ر٩	٢٢٣ر٢	١٠ر١	٤ر٣		٨٧ر٠	٣ر٦	٦١ر١	ـ٥ر٦
١٩٦٧/٦٦	١ر٣	١ر٨	٣٣٢ر٥	٥ر٠	٢٠٦ر٧	ـ ٧ر٤	٤ر٦	٦ر٦	٨١ر٠	ـ٦ر٩	٥٥ر٨	ـ٨ر٧
١٩٦٨/٦٧	١ر٣	٤ر٣	٣٥٢ر٢	٩ر٥	٢١٧ر١	٥ر٠	٤ر٧	١٥ر٣	٨٢ر٠	١ر٢	٥٣ر٥	ـ١ر٤
١٩٦٩/٦٨	١ر٤	٤ر٣	٣٩١ر٤	١١ر١	٢٠٣ر٩	ـ١ر٦	٥ر٦	١٧ر٣	٨٧ر٠	١ر٦	٥٤ر٦	١ر٢
١٩٧٠/٦٩	١ر٣	٤ر٢	٤١٢ر٤ / ١٠٠	٥ر٤	٢٠٦ر٥ / ١٠٠	٣ر١	٥ر٨	١٨ر٤	٨٦ر٠	ـ ١ر١	٥٦ر١	٢ر٧
١٩٧١/٧٠	١ر٢	٤ر٢	٩٥	٥ر٠	١١٤ر٩	١٤ر٩	٤ر٨	١٦ر٧	٧٧ر٠	ـ ١٠ر٥	٥٧ر٩	٣ر٢
١٩٧٢/٧١	١ر٣	٤ر٢	١٧٠ر٨	١٩ر٩	١٨٤ر٣	٦ر٩	٤ر٥	١٧ر٩	٨٩ر٠	١٥ر٦	٦١ر٨	٦ر٧
١٩٧٣	١ر٤	٣ر٨	١٤١ر٧	٢٤ر٥	١٢٣ر٧	٥ر٧	٦ر٦	١٨ر٠	٩٧ر٠	٨ر٩	٥٩ر٠	ـ ٥ر٤
١٩٧٤	١ر٣	٣ر٤	١٥٤ر٨	٩ر٢	١٣٦ر٨	١٠ر٥	٦ر٦	١٦ر٣	٩٢ر٠	ـ ٥ر٢	٦٦ر٣	١٢ر٤
١٩٧٥	١ر٢	٤ر٣	١٧٩ر٧	١٦ر١	١٧٩ر٥	٣١ر٢	٥ر٨	١٢ر٤	٩٥ر٠	٣ر٣	٧٤ر٧	١٢ر٧
١٩٧٦	١ر٢	٣ر٣	٢٢٥ر٥	٢٥ر٥	٢٢١ر٥	٢٣ر٤	٥ر٩	١٥ر٩	٠٥ر١	١٠ر٥	٨١ر٧	٩ر٤
١٩٧٧	١ر١	٢ر٧	٢٤٣ر٩	٨ر٢	٢٥٠ر٤	١٣	٥ر٦	١٤ر٣	٠٤ر١	ـ٩ر٠	٩١ر٢	١١ر٦
١٩٧٨	١ر١	٢ر٨	٣٠١ر٢	٢٣ر٥	٣٠٩ر٩	٢٣ر٨	٥ر٦	١٤ر٣	٠٩ر١	٤ر٨	٩٤	٣ر١
١٩٧٩	١ر٠	٢ر٧	٣٣٦ر٥	١١ر٧	٧٢٣ر٣	١٣٣ر٤	٢ر٧	٧ر٢	٠٦ر١	ـ٢ر٧	١١٠	١٧

المصدر: هبه احمد نصار : مرجع سابق ، ص ـــ ٢٤٩

٣ - ان المكانة النسبية للخدمات الصحية فى مصر قد تدهورت فى السنوات الاخيرة حيث تشير البيانات الى ان نسبه الزيادة فى الدخل الفردى فى الستينات (٥٩/١٩٦٠ ٦٩/١٩٧٠) كانت ٣ر٨ ٪ بينما بلغت الزيادة فى الانفاق الصحى على الفرد حوالى ٤ر٦٥٪ خلال هذه الفترة فى حين حدث العكس خلال الفترة (٦٩/١٩٧٠ ١٩٧٩) حيث تشير البيانات الى ان نسبة الزيادة فى الدخل الفرد وصلت الى ار٩٦٪ وبينما قدرت نسبة الزيادة فى الانفاق الصحى على الفرد (٣ر٢٣٪) (١) ومما سبق يتضح اهمية تركيز الدولة على زيادة الانفاق الصحى على الفرد من خلال زيادة مخصصات هذا القطاع فى الموازنه العامة للدولة وذلك لانعكاسات صحة الفرد على جهود التنمية المبذولة فضلا عن ان صحة الانسان ورفاهيته هى الهدف النهائى لكل مشروعات التنمية .

٢٠٤٠٥ - المنظور الاقليمى لمشكلة الانفاق الصحى العام .

بالرغم من الجهود المبذولة من قبل الدولة لتحقيق اكبر قدر من العدالة فى توزيع الانفاق الصحى على سكان محافظات جمهورية مصر العربية الا ان المساواة الكاملة فى توزيع الانفاق الصحى على سكان المحافظات لم يتحقق بعد - حيث تشير البيانات الواردة بالجدول رقم ( ) الى تناقص معامل الاختلاف للانفاق الصحى على الفرد من ٩ر٢٤٪ فى عام ١٩٧٣ الى ٤ر٢١٪ فى عام ١٩٧٨ .

كما توضح بيانات الجدول رقم (٢١) عن تطور الانفاق الصحى على الفرد فى محافظات جمهورية مصر العربية خلال الفترة من ٦٧/١٩٦٨ - ١٩٧٨ - والجدولين رقم (٢٢) ، (٢٣) عن نصيب الفرد من الانفاق الصحى العام فى محافظات مصر فى عام ١٩٧٨ ، ١٩٨٠ الى الحقائق التالية :

---

(١) هبه احمد نصار ، مرجع سابق ، ص ٢٥١ .

الجدول رقم (٢١)

تطور الانفاق الصحي علي الفرد في محافظات جمهورية مصر العربية خلال الفترة من ١٩٦٨/٦٧ ـ ١٩٧٨ (بالاسعار الثابتة لعام ١٩٧٨)

(مديريات الشئون الصحية التابعة لوزارة الصحة)

المحافظة	الانفاق الصحى على الفرد فى عام ١٩٦٨/٦٧ (بالجنيه)	الانفاق الصحى على الفرد فى عام ١٩٧٣ (بالجنيه)	الانفاق الصحى على الفرد فى عام ١٩٧٨ (بالجنيه)
القاهرة	٢ر٦٢	٢ر٤٤	٢ر٢٥
الاسكندرية	٢ر١٩	٢ر٥١	٢ر٦٦
بورسعيد		٢ر٨٣	٦ر٤٧
الاسماعيلية		٢ر٤١	٣ر١٥
السويس		١ر٩١	٦ر٢٥
دمياط	٢ر٦٢	٢ر٢١	٢ر٢٢
الدقهلية	١ر٦٩	١ر٩٤	٢ر٣١
الشرقية	١ر٨٦	١ر٩١	٢ر٢٦
القليوبية	٢ر٨١	٣ر١٥	٢ر٩٤
كفر الشيخ	١ر٥٠	٢ر٠٧	٢ر٣٢٠
الغربية	١ر٦٨	٢ر٠٣	٢ر٦٤
المنوفية	١ر٩٤	١ر٥١	٢ر٥١
البحيرة	١ر٧٧	١ر٩٦	٣ر٠٣
الجيزة	٢ر٠١	٢ر٢٣	٢ر١٦
بنى سويف	٢ر٦٥	٢ر٧٤	٢ر٨٤
الفيوم	٢ر٨٦	٢ر٤١	٢ر٤٦
المنيا	١ر٨٨	٢ر١٧	٢ر٢٧
اسيوط	١ر٨٠	١ر٩٢	٢ر١٩
سوهاج	١ر٤٥	٢ر١٣	١ر٩١
قنا	١ر٤٧	١ر٩٥	٢ر٣٢
اسوان	١ر٢٤	٣ر١٧	٤ر٣٤
مطروح		٤ر١٢	٥ر٧١
الوادى الجديد		٨ر٧٣	١١ر٨٥
البحر الاحمر		١٠ر١٥	٨ر١٥
سيناء			٣ر١
المتوسط	٢ر١	٢ ر	٢ر٣٦٥
معامل الاختلاف	٢٥ ٪	٢١ر١٤ ٪	٤ر١١ ٪

المصدر : هبه احمد نصار ، مرجع سابق ، ص ٢٨٤ .

جدول رقم (٢٢)

نصيب الفرد من الانفاق الصحي العام في كل محافظة في عام ١٩٧٨ (بالاسعار الجارية والقيمة بالجنيه)

المحافظة	الديوان العام ومديريات الشئون الصحية	الوزارة العلاجية	المنشآت الجامعية	منشآت السكة الحديد	منشآت السجون والشرطة	التأمين الصحي	هيئة المنشآت والمعاهد التعليمية	الجملة	معدل الانفاق الصحي العام للفرد (١)
القاهرة	٣٢١٠٠١٠٥	٥٣٠٠٩٩٨	١٠٧١٨٥٧٨	٥٠٧٥٦١	٤٨٩٤٠٠	٢٧٣٤٠٤٣	٣٤٩١٦٧٧	٥٥٣٤٢٣٦٢	١٠٫٤٥
الاسكندرية	٦٣٨٤١٦٢	٢١٠٧١٨٩	٢٩٥١٠٠٠			٥٦٨٤٤١٠		١٧١٢٦٧٦١	٧٫١٤
بورسعيد	١٧٤٦٣٦٦					٢٦٥٠١٠		٢٠١١٣٧٦	٧٫١٥
الاسماعيلية	١٤٦٤٨٨١					٢٦٥٠٠٠		١٧٢٩٨٨١	٦٫٦٦
السويس	١٢٦٨٦١٧					٢٦٥٠٠٠		١٥٣٣٦١٧	٧٫٥٥
القليوبية	٥١٧٣٩٧٠					٢١٧٧٢١٧	٥٣٥٨٥٠	٧٨٨٧١١٧	٤٫٨
الشرقية	٦١٦٠٠٥٣		١٠٤١٧٤٤			٢٠٤٠٦٩		٧٤١٣٨٦٦	٢٫٧
الدقهلية	٦٥٩٦٨١٨		١٣٢٧١٥٨			٢٦٥٠٠٠		٨١٨٩٧٧٦	٢٫٨٦
دمياط	١١٩٨٤١٤							١١٩٨٤١٤	٣٫٣٢
المنوفية	٤٤٦٨٢٢٦					٣٥٠٢٦٢	٦٩٣٥٤٣	٥٥١٢٠٣١	٣٫٠٩
الغربية	٦٢٨٧١٣٧		١٠٤٥١٨٠			٢٤٦٤٣٣١		١٧٩٦٦٤١	٤٫١١
كفر الشيخ	٣٤١٣٩٦٦					١٠٠٣٢٢		٣٥١٤٢٨٨	٢٫٣٩
الجيزة	٧٨٤٣٦٠٦					٣٥٠٢٤٠	٦٩٣٥٤٣	٨٨٨٧٣٨٩	٣٫٤٤
الجيزة	٥٤٨٤٤٩٦					١١٨٧٣٩٨		٦٦٧١٨٩٤	٢٫١٣
الفيوم	٢١٣٩٤٨٩							٢٩٣٩٤٨٩	٢٫١٦
بني سويف	٣٣٠٠١٤٥					٢٦٥٤٠٠		٣٥٦٥٥٤٥	٣٫٠٧
المنيا	٤٨٦٥٥٧٠					٢٧٠٣٢٠		٥١٣٥٨٩٠	٢٫٣٩
اسيوط	٣٨٦٩٠٧٤		١٠٥٢٥٧٤			٢٩٠٤٧١		٥٢١٢١١٩	٢٫١٥
سوهاج	٤٠٠١٣٦٨					١٦٨٥٠٠	٦١٢٤٠٠	٤٧٨٢٢٦٨	٢٫٣٨
قنا	٤١٢٩٣٠٣							٤١٢٩٣٠٣	٢٫٣٢
اسوان	٢٧٩٦٢٠٠					١٢٨٥٠٠		٢٩٢٤٧٠٠	٤٫٥١
مطروح	٧٠٥٩٥٢							٧٠٥٩٥٢	٥٫٧٨
الوادى الجديد	١٠٦٦١٥٤							١٠٦٦١٥٤	١١٫٨٥
البحر الاحمر	٥١٩٢٦٤							٥١٩٢٦٤	٨٫١٥
سيناء	٥٠٩٤٤٢							٥٠٩٤٤٢	٣٫٢٢
الجملة والمتوسط	٩٨٨٣٣٤١٢	٧٤٠٨١٨٧	١٨١٤٥٠٣٤	٥٠٧٥٦١	٤٨٩٤٠٠	١٧٤٣٥٥٧٤	٦٠٢٧٠١٣	١٤٨٨٦١٨١	٤٫١٤

المصدر : وزارة الصحة ، استكمال الدراسة عن التمويل والانفاق الصحي في مصر ، الخريطة الصحة لمصر ملحق نشرة رقم ١٠ديسمبر ١٩٨٠ ج.م.ع .

(١) بيانات هذا الجدول مقسومة علي عدد السكان .

الجـــدول رقـــم (٢٣)

معدل الانفاق الصحي العام بالنسبة للفرد في كل محافظة لعـــام ١٩٨٠/١٩٨١ (بالجنيه والاسعار الجاريـــة)

المحافظـــة	مديريات الشئون الصحيـــة	المؤسسة العلاجيـــة	التثفيـــات الجامعيـــة	مستشفى الكلية الحديد	مستشفى السجون والشرطة	التأميـــن الصحـــي	هيئة المستشفيات والمعاهد التعليميـــة	اجمالـــي الانفـــاق	تعداد السكان عام ١٩٨٠	معدل الانفاق الصحي العام بالنسبة للفرد
القاهرة	٢٦١ر١١١ر٦٠	٨ر٠٤٢ر٠٢٧	١٥ر٠٤٢ر٣١١	٦٦٧ر١٧٧	٨ر٨٧٠ر٦٥	٨ر١٤٩ر٧٠١	٦ر٢٢١ر١٢٠	١٠٠ر٤٤٩ر٢٣٥	٥ر٠٢٧ر٠٠٠	١٠ر٢٧
الاسكندرية	٨ر٢٠٤ر٤٤٦	٣ر٤٢٤ر٩٠٨	٤ر٧٩٧ر٤٨٣			٥ر٠٩٧ر٤٦٢		٢١ر٧٣٤ر٦٤٦	٢ر٠٤١ر٠٠٠	٨ر٦٢
بورسعيد	٢ر٦٤٠ر٢٣٤					٢ر٣٧٢ر١٢١		٢ر١٠٧ر٥٣٠	٢٨٥ر٠٠٠	١٠ر١٠
اسماعيلية	٢ر٠٠١ر٨٢١					٢ر٩٢٣ر٤٠١		٢ر٢١٥ر٣٤٢	٤٠٠ر٠٠٠	٥ر٢٣
السويس	١ر٨٨٥ر٠٥٦					٢ر٥٠٤ر١٤٠		٢ر٢٠٠ر٦٩٦	٢١٢ر٠٠٠	١٠ر١٠
القليوبية	٦ر٢١١ر١٥٢					٢ر٩٤٣ر٠٥١	٣٧ر٢٧٠ر١	٢ر٢٢٣ر٤٧٢	٢ر٨٨٢ر٠٠٠	١ر٨٩
الشرقية	٨ر٠٨٧ر٧٧٧		١ر٧٥٠ر٦٤٢			٢٥٤ر١٨١		٢ر١٠٥ر١٣٤	٢ر٩٠٠ر٠٠٠	٢ر٥٠
الدقهلية	٨ر٢١٢ر٥٤٤		٣ر٦٨٦ر٠٢١			٣٧٠ر٨١٤		١٢ر١٥٠ر٣٨٧	٣ر٠٢٨ر٠٠٠	١ر١٠
دمياط	٢ر٦٤٥ر٠٠٦							٢ر٦٤٥ر٨٥٦	٦٣٧ر٠٠٠	٤ر١٦
المنوفية	٥ر٩٦٩ر٤٦١					٤ر٠١٨ر١٠١	٧٥١ر٧٠٠	٦ر٩٦٢ر٢٢١	٢ر٨٩٠ر٠٠٠	٣ر١٨
الغربية	٨ر٦٧٦ر٤٢٩		١ر٤١٠ر١٦١			٢ر٥١٨ر٣١٠		١٢ر٢٠١ر٠٣١	٢ر٥١٥ر٠٠٠	٤ر٨٠
كفر الشيخ	٤ر٠٨٠ر٠٢١					١١٢ر٠٠٠		٢ر٩٢٢ر٠١٩	١ر٠٦٢ر٠٠٠	٣ر٠٠
البحيرة	٧ر١٣٤ر١١٧					٣ر٢٢١ر١٤	٥٢٢ر٤٠٠	٨ر٠١٦ر١١	٢ر٧٥٦ر٠٠٠	٢ر١٨
الجيزة	٧ر٤٤٥ر٠٤١					١ر١٩٤ر٠٠١		٨ر٢٤٣ر٠١١	٢ر٧١٠ر٠٠٠	٢ر٢٢
الفيوم	٢ر٩٩٢ر٦٢٠							٣ر٩٢٢ر٢٢٠	١ر٢٨٢ر٠٠٠	٣ر١٠
بني سويف	٤ر٥٥٠ر١٤٤					٢ر٣٤٢ر٠٠١		٨ر٨٦٤ر٨٤٥	١ر٢٣٤ر٠٠٠	٣ر١٨
المنيا	٤ر٢٤٥ر٨١٧					٣ر٠٥٠ر١١		٦ر١٥١ر٢١٨	٢ر٢٠٨ر٠٠٠	١ر٨٨
اسيوط	٧ر٠٦٠ر٧٧٦		٤ر١٧٢ر١١٩			٢ر٨٠٧ر٥٠١		١١ر١١٦ر٦٤٦	١ر٨٩٠ر٠٠٠	٦ر٠٦
سوهاج	٥ر٣٣٥ر٣٢٦					٢ر٢٢٨ر١١٠	١٨٦ر٧٠٠	٥ر٢٤٠ر١٤٦	٢ر١٣٦ر٠٠٠	٢ر١٨
قنا	٥ر٤٥٩ر٥٧٦					٢ر٠٨١ر٠١٧		٥ر٤٥٩ر٥٧٦	١ر٨٩٠ر٠٠٠	٣ر٨٦
اسوان	٤ر٢٤٧ر١٣٨							٢ر٣٢٠ر٢٦٤	٦٨٤ر٠٠٠	٦ر٣٢
مطروح	٨ر٤٤٠ر٢٢٤							٢ر٠٤٤ر٢٣٠	١٢٦ر٠٠٠	٧ر١٨
الوادي الجديد	٨ر٦٥٥ر٤٤٧							١ر٣٥٥ر٤٧	٩٧ر٠٠٠	١٣ر١٧
البحر الاحمر	٣٨٦ر٥٦٢							١٨٣ر٠٦٦	٦١ر٠٠٠	١١ر١٠
سيناء الشمالية	٩٢٦ر٢٩٤							١٢٠ر٢١٤	١١٣ر٠٠٠	٧ر١١
سيناء الجنوبية	٢٩٩ر٦٦٨							٢١٩ر٦٣٨		
جملة الحكم المحلي	٦٧٥ر١٤٤ر١٠٢	٣٥ر١١٣٨٧	٢١ر٧٤٧ر٠٣١	٦٦٧ر١٧٧	٨٧٨ر٠٦٥	٢٣ر٨٦١ر٣٧١	٧ر٨٧٦ر١٩٠	٢٥١ر١٩٦ر٤٤٧	٤٠ر٧١١ر٠٠٠	

ش.ا :	١٢ر٧٢٢ر١٦١	نخص القروض والسنح
	٢٩ر٠١٩ر٠٦٨	نخص ديوان عام الوزارة
	١٧ر٢٩١ر٧٦٢	حجم الانفاق الفعلي لمحافظات القاهرة
	٦٠ر١١١ر٢٢٢	

المصدر : وزارة الصحة : دراسة عن التمويل والانفاق الصحي في مصر ـ النشرة رقم ١٧ ع م ع سبتمبر ١٩٨١

١ — تتميز محافظات الحدود (الوادى الجديد والبحر الاحمر) بالارتفاع النسبى فى الانفاق الصحى العام على الافراد حيث تشير هذه البيانات الى الاهمية الخاصة التى وجهتها وزارة الصحة الى هذه المحافظات وذلك لافتقار هذه المناطق الى وجود خدمات طبية اخرى وبالاضافه الى ذلك فان هذه المحافظات تتمتع بارتفاع نسبى للانفاق الصحى على الفرد بسبب قله السكان فى هذه المناطق النائيه ٠

٢ — تنخفض معدلات الانفاق الصحى على الفرد فى بعض محافظات الوجه القبلى (سوهاج أسيوط ،المنيا) عنها فى محافظات الوجه البحرى — بالرغم من عدم التباين الواضح فى المعدلات بالنسبة لمنصرف مديريات الشئون الصحية ولكن يتضح هذا التباين من بيانات الجداولين رقم (٢٢) ، (٢٣) الخاص بمعدل الانفاق الصحى للفرد لكل الهيئات الصحية العامة بالاضافه الى مديريات الشئون الصحية حيث بلغ متوسط نصيب الفرد من الانفاق الصحى العام فى عام ١٩٧٨ حوالى ٢٨ جنيه فقط مقارنة بـ ٣٫٢٩ فى وجه بحرى و ٢٫٤٧ جنيه للمحافظات الحضرية) ٠

٣ — تنخفض المكانه النسبية للانفاق الصحى على الفرد بمديريات الشئون الصحية بمحافظة القاهرة بالرغم من تميز القاهرة من حيث الانفاق الصحى العام والخاص على الفرد فيها كما موضح بالجدول رقم (٢٢) حيث احتلت القاهرة المركز الثالث بعد محافظتى الوادى الجديد والبحر الاحمر بالنسبة لمعدل الانفاق الصحى العام للفرد ٠ وذلك لتواجد هيئات صحية عامه وخاصة كثيرة بالمحافظة بالاضافة الى الديوان العام لوزارة الصحة ومديرية الشئون الصحية ٠

٤ — تتميز محافظات القنال ، خاصة محافظتى بور سعيد والسويس بمكانه نسبيه مرتفعة للانفاق الصحى على الفرد العام فى مديريات الشئون الصحية وذلك بسبب التطورات السياسية وزيادة معدلات الانفاق بعد حرب اكتوبر واعاده المهجرين الى تلك المحافظات ٠

---

١ — هبه احمد نصادر ، مرجع سابق ،ص ٣٨٨ ٠

٥ — بلغ متوسط الانفاق الصحى العام على الفرد للجمهورية حوالى ٢٤ر٦ جنيه فى عام ١٩٨١/٨٠ بينما تفوقت محافظات الحدود والقاهرة وبورسعيد والسويس والاسكندرية واسيوط واسوان على هذا المعدل ٠

٦ — بالرغم من انخفاض معامل الاختلاف لنصيب الفرد من الانفاق الصحى العام من ٥٨٪ فى عام ١٩٧٨ الى ٥٤ر١٪ فى عام ١٩٨١/٨٠ (١) الا ان ذلك لا يعكس وجود اختلافات كبيرة فى مستوى الانفاق الصحى العام بين المحافظات فى مصر ٠

ويتضح مما سبق استمرار حالة التباين فى توزيع الانفاق الصحى العام بين محافظات الجمهورية بالرغم من تحقيق حجم اكبر من العدالة فى توزيع الانفاق الصحى الخاص بمديريات الشئون الصحية فقط على السكان خلال الفترة الزمنية ٦٧/١٩٦٨ — ١٩٧٨ والجدير بالذكر ان هذا الانفاق يمثل نسبة ضئيلة جدا من الانفاق الصحى العام مما يؤكد ان السياسة الصحية لم تحقق اى تقدم واضح نحو تغيير المراكز النسبية للمحافظات وتقليل الفجوة فى مستويات الخدمات الصحية بين المحافظات المختلفة باستثناء التقدم الواضح فى الانفاق الصحى العام على الفرد فى محافظات القنال والحدود ٠

ومما يزيد من سوء التوزيع الاقليمى للانفاق الصحى بين الريف والحضر هو انتشار العيادات والمستشفيات والمستوصفات الخاصه بشكل حاد خلال السنوات الاخيرة وتركزها فى المحافظات الحضرية وعلى وجه الخصوص ٠

وتود ان نشير الى ان نقص البيانات المتصله بالانفاق على الخدمات الصحية فى القطاع غير الحكومى قد عاق معده هذه الدراسة عن تحليل الاثار المترتبة على تركز الخدمات الصحية الخاصة فى المناطق الحضرية على تدهور الاوضاع بين الريف والحضر ٠

---

١ — هبه احمد نصار ، مرجع سابق ، ص — ٣٨٨ ٠

٥ ٠ ٣ ٠ مشكلة القصور فى مشروعات مياه الشرب النقيـــه :

أن نسبة صغيرة فقط من سكان الريف هى التى يتوافر لديها وسائل حديثة للامداد بالماء النقى بمعظم الدول النامية • وفى تلك الدول التى يقل دخل الفرد فيها عـــن ١٥٠ دولار سنويا فأن ثلث السكان يعتمدون على خزانات المياه المستقلة او مصادر ميـــاه ملوثه من الانهار او مصادر اخرى مشابهه • اما الفئات ذات الدخول المتوسطوالعليـــا فيتوافر لديها وسائل اكثر تقدما (١) وفى جمهورية مصر العربية يعتبر نهر النيل هو شريان الحياه لسكانها وهو المصدر الرئيسى للمياه التى تستخدم فى الزراعة والرى ومياه الشرب •

وتبين الدراسات الخاصة بمشروعات مياه الشرب اضطراد التوسع فى شبكات الاسفلت بالمياه النقية على مستوى الجمهورية وزيادة عدد الهيئات القائمه بتنفيذ هذه الشبكات علـى انه بالرغم من هذا التوسع فما زالت اغلب المناطق الحضرية والريفية تعانى من قصـــور هذه المشروعـــات •

٥ ٠ ٣ ٠ ١ ٠ التوزيع الاقليمى للهيئات القائمة على تنفيذ مشروعات مياه الشرب (٢)

توزع الهيئات القائمة على تنفيذ مشروعات مياه الشرب بالجمهورية كما يلـى :

أ ـ الهيئة القومية للمياه والصرف الصحى : محافظات الاقاليم •

ب ـ الهيئة العامة لمياه الشرب للقاهرة الكبرى وهى (القاهرة ـ مدينة الجيزة ـ شبـرا الخيمـــة) •

جـ ـ الهيئة العامة لمياه الشرب فى الاسكندرية وهى (الاسكندرية ـ الصحراء الغربيـة جـزء من البحيـــرة) •

د ـ هيئة قناة السويس : الاسماعيلية ـ بور سعيد ـ السويس •

هـ ـ مجلس المدن فى المحافظات الاقليمية •

---

١ ـ البنك الدولى ، الصحة : ورقة فى السياسة القطاعية ، البنك الدولى ، واشنطن مارس ١٩٧٥ ، صـــ ٢٥ •

٢ ـ المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية : الصحة ، المجلد العاشر ، مرجـــع سابق صـــ ١١ •

٢٠٣٠٥ الوضع الراهن لمشروعات المياه بالمحافظات الحضرية :

تشير الدراسات التى أعدت عن أوضاع مشروعات المياه بالمحافظات الحضرية الحقائق (١) :

١- أن محافظة القاهرة تستحوذ على أكبر عدد من مشروعات المياه : ٦ محطات تنقية مياه مرشحة (سطحية) - ٥ عمليات مياه خليط (سطحية وجوفية) .
٦ أبار مياه جوفيه .
ويبلغ طول الشبكات حوالى ٣٢٠٠ كيلو متر تخدم حوالى ٢٢٥٫٠٠٠ منزل به عددات للمياه باستثناء سبعة آلاف منزل منها . ويبلغ عدد المنتفعين بهذه المشروعات حوالى ٧٫٧٨٠٫٠٠٠ من السكان كما يبلغ متوسط استهلاك الفرد بها حوالى ٢٩٠ لتر / يوم .
ولعل أهم المشاكل التى تواجه محافظة القاهرة هى ارتفاع نسبة الفاقد من المياه الحالية اذ تصل الى حوالى ٥٠٪ من جملة الكمية المنتجه وهى حوالى ٢٫٣ مليون متر مكعب يوميا منها ٧٥٪ مياه مرشحة والباقى مياه أبار جوفية .

٢- تمتد شبكة المياه لمحافظة الاسكندرية الى ممرسى مطروح بمسافة قدرها حوالى ٣٠٠ كم لتغذى مدينة الاسكندرية والعامرية وجزء من محافظة البحيرة . وقد تطورت مشروعات المياه من عدد ٣ مشروع مياه عام ١٩٦٩ الى ٦ عمليات عام ١٩٨٠ وقد بلغ عدد المنتفعين من هذه الخدمة حوالى ٢٫٨١٥٫٠٠٠ من السكان ، يبلغ متوسط استهلاك الفرد بها حوالى ٢٩٦ لتر / يوم وهى نسبة افضل من محافظة القاهرة .

٣- تقوم هيئة قناه السويس بتنفيذ مشروعات مياه الشرب بمدن القناه الثلاث (بورسعيد - الاسماعيلية - السويس) . وبالنسبة للمدن الصغرى فى محافظة الاسماعيلية فأن تنفيذ مثل هذه المشروعات يوكل الى مجالس المدن - وهناك ايضا عدة هيئات حكومية أخرى تمد مياه الشرب الى بعض القرى بمحافظة السويس والاسماعيلية من خلال محطات صغيرة نسبيا .

١- المرجع السابق ، ص - ٢٠ - ص - ٢٣ .

هذا وتبلغ جملة عمليات المياه بمحافظات القنال خمسة عشرة ، وينتفع من هذه الخدمة حوالى ٢٨١ر٩٦٩ من السكان يبلغ متوسط استهلاك الفرد بها حوالى ٢١٤ لتر / يوم .

٣٠٣٠٥ - الوضع الراهن لمشروعات المياه بالمحافظات الريفية :

لقد قامت الهيئة العامة لمياه الشرب بأنشاء وتشغيل محطات مياه اقليمية كبرى تمد المواطنين بالمياه النقية بعد المعالجة فى عدد من المحافظات حيث اتضح ان مصادر مياه الشرب فى بعض المحافظات لاتصلح للشرب اما التلوث أو عدم كفايتها أو لزيادة نسبة الاملاح بها ويوجد (١١) محطة اقليمية بعضها يغذى اكثر من محافظة وتمتد لتخدم المحافظات التالية : البحيرة — الشرقية — الغربية — كفر الشيخ — دمياط — الدقهلية — الفيوم — بنى سويف — قنا — اسوان — البحر الاحمر .

ويبلغ عدد المنتفعين من هذه المحطات الاقليمية حوالى ١٠٢١٢٢٤٣ من السكان بمتوسط استهلاك ٥٢ لتر / يوم . ونظرا لطول شبكات محطات المياه الاقليمية فأن العديد من القرى لاتصلها المياه الا فى فترات قصيرة (١).

ويبلغ عدد العمليات الثابتة لمجالس المدن حوالى ٦٥ عملية تقوم بخدمة ٢٨٥٥٤٥٠ منتفع من السكان ويبلغ الفرد بها من المياه ٣٢٣ لتر / يوم جميعها فى عواصم المحافظات او المدن . وبالاضافة الى هذا يوجد عدد ٥٧ عملية مياه تابعة لمجالس المدن فقط تغذى ست محافظات هى :

القليوبية — المنوفية — الجيزة — المنيا — اسيوط — سوهاج . وتخدم حوالى ٦٢٩٩٨٨٩ منتفع من السكان بمتوسط استهلاك للفرد حوالى ٢٣٦ لتر / يوم . ولو أن مدينة الجيزة (محافظة الجيزة) وشبرا الخيمة (محافظة القليوبية) تابعتان حاليا للقاهرة الكبرى التى تمدها بمياه الشرب .

---

١ - المرجع السابق ، صـ ١٣ — صـ ٢٤ .

٤٠٣٠٥ الوضع الراهن لمشروعات المياه بمحافظات الحدود ٠

وتضم محافظات الحدود المحافظات التالية :ـ

مطروح ـ الوادى الجديد ـ البحر الاحمر ـ سيناء الشمالية ـ سيناء الجنوبية

أ ـ بالنسبة لمحافظة مطروح : فلا توجد بها عمليات مياه حيث يصلها خط مياه ممتد من محافظة الاسكندرية ليغذى مدن المحافظة والعاصمة بالمياه النقية على امتداد الساحل الشمالى ـ بالاضافة الى استخدام الابار الرومانية ومكثف للمياه والقطارات التى تنقل المياه اليها بصورة منتظمة ٠

ب ـ بالنسبة لمحافظة الوادى الجديد : تعتمد اساسا على مياه الابار لسد احتياجاتها من المياه النقية ٠

جـ ـ بالنسبة لمحافظة البحر الاحمر : يصلها خط مياه من محطة مياه قنا / سفاجة ٠

د ـ بالنسبة لمحافظة شمال سيناء : تعتمد اساسا معظم المناطق فى هذه المحافظة على مياه الابار لسد احتياجاتها من المياه النقية باستثناء منطقة بير سبع حيث تعتمد على سيارات لنقل المياه اليها ٠

هـ ـ بالنسبة لمحافظة جنوب سيناء : تعتمد على الابار ونقل المياه ويوجد بها مكثف للمياه للمياه فى ابو رديس وبهذا يصبح العدد الاجمالى للعمليات ١٧٠ عملية تخدم ٣٠٨٦٩٨٦٣ منتفع من السكان ويبلغ نصيب الفرد من استهلاك المياه بها ٩٥ لتر / يوم

٥٠٣٠٥ القصور فى امدادات المياه بالوحدات السكنية الحضرية والريفية :

توضح البيانات المتاحة عن امتدادات المياه بالوحدات السكنية الحضرية والريفية حجم القصور الشديد فى هذه الامدادات حيث يوضح الجدول (٢٤) ـ النسبة المئوية للمنازل مقسمة حسب مصدر مياه الشرب لعام ١٩٧٩ ومنها يتضح التباين الكبير فى امدادات المياه ٠

١ـ المرجع السابق ، صـ ٢٥ ٠

النقية بين الحضر والريف من حيث تستحوز محافظة الاسكندرية على اعلى نسبة وهى ٧٩٪ من الوحدات السكنية المجهزة بمصدر مياه • من الداخل مقارنة بنسبة ٤٪ من الوحدات السكنية فى المناطق الريفية وبنسبة ٧٠٪ من الوحدات السكنية فى محافظة القاهرة •

كذلك تشير البيانات الواردة بالجدول الى ان حوالى ٥٨٪ من المنازل بالريف تتمتع بمصدر المياه خارج المبنى مقارنة بنسبة ٩٪ و ١٧٪ لكل من محافظة الاسكندرية والقاهرة على التوالى • كما أن حوالى ٣٦٪ من سكان الريف ليس لهم مصدر مياه نقى بالمقارنة بنسبة ٢٪ لمحافظة القاهرة ويتمتع جميع سكان محافظة الاسكندرية بمياه الشرب النقية سواء داخل او خارج الوحدة السكنية •

وهذا يوكد ان نسبة صغيرة جدا من سكان الريف تتوافر لديها وسائل حديثة للامداد بالماء وان الغالبية العظمى تعتمد على مصادر أخرى اكثر بدائية هذا اذا توافرت لهم اصلا اية تسهيلات على الاطلاق •

جدول رقم (٢٤)

النسبة المئوية للمنازل مقسمة حسب مصدر مياه الشرب

لعام ١٩٧٩

مصدر مياه الشرب	القاهرة	الاسكندرية	الريف
١ــ مصدر المياه داخل كل وحدة سكنية •	٧٠٪	٧٩٪	٤٪
٢ــ مصدر المياه خارج الوحدة السكنية ولكن داخل المبنى نفسه •	١١٪	١٢٪	٢٪
٣ــ مصدر المياه خارج المبنى	١٧٪	٩٪	٥٨٪
٤ــ ليس لهم مصدر مياه نقى	٢٪	ــ	٣٦٪
الجملة	١٠٠٪	١٠٠٪	١٠٠٪

المصدر : المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية ، الصحة : المسح الاجتماعى الشامل للمجتمع المصرى ١٩٥٢ ــ ١٩٨٠ ، المجلد العاشر ، القاهرة ١٩٨٥ ، ص ٣٠ •

كما نلاحظ من الجدو ل رقم (٢٥) عن النسبة المئوية للسكان المخدومين والمزودين بتوصيلات مياه فى الريف لعام ١٩٧٩ الحقائق التالية :ـ

- ان نسبة السكان المزودين بتوصيلات مياه خاصة ضئيلة جدا خصوصا فى محافظات وجه قبلى • حيث بلغت أدنى نسبة فى محافظة بنى سويف ٢ر١٪ تليها محافظة الفيوم والمنيا بنسبة ٠ر٢٪ لكل منهما •

- أن أعلى نسبة بين المحافظات الريفية هى فى محافظة دمياط فقد بلغت نسبة السكان المزودين بتوصيلات مياه خاصة ٩ر٣٦٪ وتليها محافظة الجيزة ١ر١١٪ فالدقهلية ٠ر١١٪ •

وفى الواقع فأن الحجم الحقيقى لمشكلة القصور فى مشروعات المياه النقية فى جمهورية مصر العربية تتضح فى ان هناك حوالى ٣٠٪ من المساكن فى الحضر و ٩٦٪ من المساكن فى الريف يعانون من عدم وصول مياه نقية خاصة داخل كل وحدة سكنية مما يتطلب العمل على زيادة هذه المشروعات خصوصا فى المناطق الريفية المكتظة بالسكان لامكانية تغطية احتياجات اكبر نسبة من السكان فى الجمهورية •

الجدول رقم (٢٥)

النسبة المئوية للسكان المخدومين والمزودين بتوصيلات مياه فى الريف (١٩٧٩)

المحافظة	نسبة المخدومين أسميا	نسبة السكان المزودين بتوصيلات مياه خاصة
دمياط	٩٠٫٤	٣٦٫٩
الدقهلية	٨٧٫٤	١١٫٠
الشرقية	٨٤٫١	٢٫٧
القليوبية	٩٢٫٣	٦٫٩
كفرالشيخ	٨٧٫٥	٤٫٠
الغربية	٩٥٫٨	٤٫٣
المنوفية	٩٤٫٣	٤٫٢
البحيرة	٨٠٫٠	٥٫٨
الجيزة	٨٧٫٦	١١٫١
بنى سويف	٨٦٫٥	١٫٢
الفيوم	٩١٫٣	٢٫٠
المنيا	٧٤٫٧	٢٫٠
أسيوط	٨٠٫١	٣٫١
سوهاج	٧٦٫٨	٣٫٧
قنا	٨٤٫٨	٣٫٨
أسوان	٨٦٫٥	٧٫٢

المصدر : المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية ، الصحة : المسح الاجتماعى الشامل للمجتمع المصرى ١٩٥٢ـ ١٩٨٠ المجلد العاشر ، القاهرة ١٩٨٥ ص ٢٩ .

٤٠٥ مشـــكلة القصـور فى مشروعات الصرف الصحى :

يعد توفير المرافق الصحية لسكان الريف وتعزيز خدمات الصحة العامة لاهله من أصعب المشاكل الخدمية اذا قورنت بمثيلها على مستوى المناطق الحضرية • وذلك بسبب الاهمال الذى غشيها فى الماضى كما أن نقص التمويل اللازم لهذه المشروعات يزيد من صعوبة المشكلة • هذا وعلى الرغم من ان التكنولوجيا الملائمة لهذه المشروعات عادة ما تكون أقل تعقيدا فى المناطق الريفية الا أن حقائق تطبيقها ليست معلومة بشكل عام ، كما أن المهارات الفنية المرتبطة بهذه المشروعات يقتصر اليها فى معظم المناطق الريفية (١) •

ومن اجل هذا كله فان توطين مشروعات الصرف الصحى من الامور الواجبة من أجل تعزيز الصحة العامة بهدف أحداث التغيرات المعنوية المطلوبة فى العادات الصحية التى ينطوى عليها مغزى الامداد بالخدمات الصحية والمرافق العامة مع ضرورة توفير المهارات التنظيمية والفنية اللازمة لادارة وتشغيل وصيانة هذه المشروعات •

ومن هذا المنطلق يعد توفير الوسائل اللازمة للتخلص من المخلفات الادمية بصفة عامة أمر ضرورى وهام ، وذلك بهدف تحسين البيئة ورفع المستوى الصحى والاجتماعى للمواطنين فالمخلفات الادمية تحتوى على مسببات الامراض سواء كانت طفيلية او بكتيرية او فيروسية بجانب أحتوائها على مواد عضوية سريعة التعفن فتنتشر الامراض مثل التيفود والباراتيفود ، الاسهال الفيروسى ، الاسهال البكتيرى ، الدوسنتاريا الاميبية ، الكوليرا ، البلهارسيا المعوية والبولية ، الالتهاب الكبدى الوبائى ••• الخ (٢) • نتيجة لتلوث المياه والطعام والتربة بالفائط • ولذلك فأن التخلص من هذه المخلفات بوسائل الصرف الصحى وتوفير هذه الوسائل لجميع الوحدات السكنية (حضرية وريفية) هى احد أهم وجوه الصحة العامة التى ينبغى على الدولة توفيرها • وتأسيسا على هذا تولى جميع الدول المتقدمة مشروعات الصرف أولوية

---

(١) World Bank, Water Supply and waste Disposal, Poverty and Basic Needs Series, World Bank, Washington D.C., Spt. 1980, P. 28.

(٢) البنك الدولى ، الصحة : ورقة فى السياسة القطاعية ، البنك الدولى واشنطن مطابع الاهرام التجارية — مارس ١٩٧٥ ص ٢٥ •

خاصة باعتبارها من أهم المرافق التى تؤثر على البيئة وعلى المستوى الصحى والاجتماعى للمواطنين . وفى مصر زاد العبء على مشروعات المجارى القائمة نتيجة لارتفاع الوعى وزيادة أستهلاك المياه ، وخصوصا بعد التوسعات فى مشروعات مياه الشرب الامر الذى استلزم تدعيمها مع العمل على تزويد باقى المدن المحرومة من هذا المرفق الهام [1] وفى هذا الجزء نتحدث باختصار عن توطن مشروعات الصرف الصحى فى مصر وتطورها وكذلك نواحى القصور فى هذه الانظمة .

١٠٤٠٥ تطور انشاء مشروعات الصرف الصحى فى المدن المصرية :

أنشىء أول مشروع للمجارى فى مدينة القاهرة عام ١٩١١ (مزرعة مجارى الجبل الاصفر بسعة ٠٠٠ر١٠٠م٣ / يوم . وبذلك كانت مصر من أولى دول الشرق الاوسط التى اقامت هذه المشروعات الحيوية وفى عام ١٩١٤ بدأ تشغيل محطة تنقية الجبل الاصفر ومحطة تنقية حلوان ومشروع مجارى مدينة الاسكندرية . وقد تم أنشاء اول عملية تنقية المجارى فى بورسعيد خلال عام ١٩١٨ لتستوعب حوالى ٨٠٠٠م٣ / يوم وزادت فى عام ١٩٥٢ الى ٠٠٠ر٢٠م٣ / يوم وتلا أنشاء محطة بورسعيد أنشاء محطة تنقية المجارى فى السويس عام ١٩٢٢ . وفى منتصف الستينات أنشئت محطة الاسماعيلية وتلاها فى نفس السنة محطة ناهيا والخصوص بمدينة القاهرة وفى عام ١٩٧٠ أنشئت مزرعة مجارى ابو رواش ومحطة مجارى زنين فى مدينة الجيزة (كما هو موضح بالجدول رقم (٢٦) .

ومن الجديد بالذكر ان جميع عواصم المحافظات تتواجد بها حاليا مشروعات الصرف باستثناء بعض المحافظات مثل سوهاج ، قنا ، اسوان (انظر الجدول رقم (٢٧) بالاضافة الى أن محافظة الغربية يوجد بها علاوة على العاصمة مدينتان تتوطن بهما مشروعات الصرف الصحى وهما المحلة الكبرى وكفر الزيات [2] . وقد بدأ انشاء هذه المحطات بمحطة تنقية

---

(١) المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية ، المجلد العاشر مرجع سابق ص ٣٥ .
(٢) المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية ، المجلد العاشر ، مرجع سابق ص ٣٦ ، ٣٩ .

المنصورة عام ١٩٢٤ وطنطا عام ١٩٢٦ ثم محطة تنقية مجارى بنى سويف فى عام ١٩٥٨ ، كفر الشيخ عام ١٩٥٨ أيضا وأسيوط عام ١٩٥٩ ثم المنيا عام ١٩٦٧ .

وعلى الرغم من ان سعات هذه المحطات قد تراوحت عن التشغيل ما بين ٥١٨٤ م^3/ يوم الى ٢٦ر١٢٠ م^3 / يوم ، فانه من الملحوظ ان جميع هذه المحطات تعمل بأكثر من سعة التشغيل المقررة لها .

جدول رقم (٢٦)

تطور مشروعات الصرف الصحى فى المدن الرئيسية بجمهورية مصر العربية

مدن المحافظات	سنة الانشاء	السعة م٣/ عند التشغيل	الكمية الواردة حاليا	المصب النهائى
١ـ مزرعة مجارى الجبل الاصفر (القاهرة)	١٩١١	١٠٠ر٠٠٠	٤٠٠ر٠٠٠	مصرف بلبيس بحر البقر
٢ـ محطة تنقية الجبل الاصفر (القاهرة)	١٩١٤	١٠٠ر٠٠٠	٢٠٠ر٠٠٠	مصرف بلبيس بحر البقر
٣ـ محطة تنقية حلوان (القاهرة)	١٩١٤	١٥ر٠٠٠	١٥ر٠٠٠	صرف سطحى صحراء حلوان
٤ـ مشروع مجارى الاسكندرية	١٩١٤		*	البحر الابيض المتوسط
٥ـ عملية تنقية مجارى بورسعيد	١٩١٨	٨ر٠٠٠	٢٠ر٠٠٠	بحيرة المنزلة
٦ـ السويس	١٩٢٢	ـــــ	٢٥ر٠٠٠	مزرعة السويس/ خليج السويس
٧ـ الاسماعيلية	١٩٦٥	١٢ر٠٠٠	٢٨ر٠٠٠	بحيرة التمساح
٨ـ محطة تنقية ناهيا (القاهرة)	١٩٦٥	١٠٠ر٠٠٠	٣٠٠ر٠٠٠	مصرف ناهيا
٩ـ محطة تنقية الخصوص (القاهرة)	١٩٦٥	١٠٠ر٠٠٠	٢٥٠ر٠٠٠	مصرف الخصوص بلبيس بحر البقر
١٠ـ ابورواش (الجيزة)	١٩٧٠	٢٠ر٠٠٠	١٠٠ر٠٠٠	مصرف كبيرة/ المحيط
١١ـ ذنين (الجيزة)	١٩٧٠	٢٠٠ر٠٠٠	٤٠٠ر٠٠٠	مصرف ناهيا المحيط
١٢ـ شرق الاسكندرية	١٩٧٤	٦٥ر٠٠٠	١٢٠ر٠٠٠	بحيرة مريوط

المصدر : محسوب من بيانات الواردة من : المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية : الصحة المسح الاجتماعى الشامل للمجتمع المصرى : ١٩٥٢ـ ١٩٨٠ ، المجلد العاشر القاهرة ١٩٨٥ ص .

* : الكمية الواردة حاليا للمشروعين تصل الى ٧٠٠ر٠٠٠ م٣ / يوم .

جدول رقم (٢٧)

تطور مشروعات الصرف الصحى فى مدن المحافظات الريفية فى مصر (١٩٧٦)

المدينة	السنة	السعة عند التشغيل م٣/ يوم	كمية المجارى الواردة م٣/ يوم	عدد المنتفعين والنسبة (%)	ملاحظات
١ـ المنصورة	١٩٢٤	١٦١٤٦	٥٠٫٠٠٠	٨٢٫٠٠٠ (٢٧)	
٢ـ طنطا	١٩٢٦	٢٣٠٤٠	٦٠٫٠٠٠	١١٥٫٠٠٠ (٤٠)	
٣ـ دمنهور	١٩٣٢	١٨٤٣٢	٤٠٫٠٠٠	٩٢٫٠٠٠ (٤٩)	
٤ـ كفرالزيات	١٩٣٢	٥١٨٤	١٠٫٠٠٠	٢٥٫٠٠٠ (٥٦)	
٥ـ الفيوم	١٩٣٨	٥٧٦٠	٣٠٫٠٠٠	٢٩٫٠٠٠ (١٧)	
٦ـ الزقازيق	١٩٤٠	٧٢٠٠	٥٠٫٠٠٠	٣٦٫٠٠٠ (١٨)	معطلة منذ سنتين .
٧ـ رأس البر	١٩٥٠	٦٩١٢	١٠٫٠٠٠	٤٦٠٠ (٨٢)	
٨ـ بنها	١٩٥٦	١١٥٢٠	٢٠٫٠٠٠	٥٧٫٠٠٠ (٦٥)	
٩ـ شبين الكوم	١٩٥٦	١٣٨٢٤	٣٠٫٠٠٠	٦٩٫٠٠٠ (٦٧)	
١٠ـ دمياط	١٩٥٦	٨٦٤٠	٢٥٫٠٠٠	٤٣٫٢٠٠ (٤٥)	
١١ـ المحلة الكبرى	١٩٥٧	٢٦١٢٠	٦٠٫٠٠٠	١٣٠٫٠٠٠ (٤٤)	
١٢ـ كفرالشيخ	١٩٥٨	٥٧٦٠	٢٠٫٠٠٠	٢٨٫٨٠٠ (٣٧)	
١٣ـ بنى سويف	١٩٥٨	١٣٨٢٤	٢٥٫٠٠٠	٧٠٫٠٠٠ (٥٩)	
١٤ـ أسيوط	١٩٥٩	٦٣٣١	٤٠٫٠٠٠	٣١٫٥٠٠ (١٥)	
١٥ـ المنيا	١٩٦٧	١٧٢٨٠	٣٠٫٠٠٠	٤٦٫٠٠٠ (٣١)	
الجملة		١٨٦٫٢٤٨	٥٠٠٫٠٠٠	٨٦١١٠٠	من جملة السكان فى هذه المدن عام ١٩٧٦ وتبلغ ٢٫٣٤١٫٣٥٤

المصدر : المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية ، المسح الاجتماعى الشامل للمجتمع المصرى ١٩٥٢ـ١٩٨٠ (الصحة المجلد العاشر) القاهرة ١٩٨٥ ص ٤١ .

٢٠٤٠٥ الوقف الحالى لمرفق الصرف الصحى فى مصـــر :

أ - من عدد (٢٦) محطة تنقية ومزارع مجارى تستحوذ مدينة القاهرة على عدد (٥) محطة تنقية ومزرعة مجارى (انظر الجدول السابق رقم (٢٦) والجدول رقم (٢٨) وتتفاوت درجة التنقية بهم من تنقية جزئية الى تنقية كاملة منها مايصرف ومايصوب ببحر البقـــر (محطة تنقية الخصوص ، محطة تنقية الجبل الاصفر ومزرعة مجارى الجبل الاصفر) .
ومنها مايصرف ويصب بصحراء حلوان . ومحطة تنقية حلوان وجميع هذه المصارف تعمـل حاليا بزيادة تتفوق على السعة الحقيقية وقت الانشاء كما هو موضح بالجدول رقم (٢٦) فعلى سبيل المثال تبلغ سعة محطة تنقية الخصوص ٠٠٠ر١٠٠م٣ يوم والكمية الواردة حاليا هى ٠٠٠ر٢٥٠ م٣/ يوم ومزرعة مجارى الجبل الاصفر أنشئت لتستوعـــب ٠٠٠ر١٠٠م٣/ يوم والكمية الواردة اليها حاليا حوالى ٠٠٠ر٤٠٠م٣/ يوم .
ويوجد بمدينة الجيزة مزرعة ومحطة مجارى سعتهما ٠٠٠ر٢٢٠م٣/ يوم والكمية الواردة حاليا ٠٠٠ر٥٠٠م٣/يوم .
ويعنى هذا كله أن مشروعات المرفق الصحى بمدينة القاهرة الكبرى لاتستطيع ملاحقـة التوسع العمرانى والزيادة السكانية كما ان حوالى ٦٠٪ من مياه المجارى تصـــرف بدون معالجة الى مصرف بلبيس والخصوص ومنها الى مصرف بحر البقر ثم بحيرة المنزلـة وكذا الى مصرف المحيط الذى يصب فى فرع رشيد . اما باقى النسبة : فيعالج جـزء منها يبلغ حوالى ٢٥٪ معالجة جزئية بالخصوص والجبل الاصفر و ١٥٪ المتبقية تعالج معالجة كاملة بمحطة التنقية بزنين ثم تصرف الى مصرف المحيط .
وقد قدر عدد السكان المنتفعين بمرفق مجارى القاهرة الكبرى حوالى ٤٫٨ مليـــون نسمة فى عام ١٩٧٦ بنسبة قدرها حوالى ٦٤٪ من اجمالى السكان (١) .

ب - يوجد بمدينة الاسكندرية عدد (٢) مشروع مجارى يصرف الاول بدون معالجة فـــى البحر الابيض المتوسط من خلال ٢٣ ماسورة صرف مجارى على امتداد شواطى المدينة لخدمة المنطقة الوسطى . ويعمل بعضها فى حالات الطوارىء بالاضافة الى المصـــب

(١) المرجع السابق ، ص٣٦ ، ٣٧ .

الرئيسى لهذه المنطقة عند قايتباى حيث تمتد الماسورة داخل البحر لمسافة ٧٣٥ مترا ومخرجها على عمق ١٦ مترا من سطح البحر ويبلغ تصرفها حوالى ١٥٠ الف متر مكعب يوميا . أما المشروع التالى (شرق الاسكندرية) فيصرف بتنقية جزئية تحت بحيرة ... مريوط والكمية الواردة اليه حاليا تبلغ حوالى ٠٠٠ر٦٥م٣/يوم يوقم فيها بخدمة المنطقة الشرقية لمدينة الاسكندرية .

وهناك مناطق اخرى بمدينة الاسكندرية لاتصرف حاليا فى شبكة المجارى العمومية ولكنها تصرف مخلفاتها فى بيارات مثل منطقة السيوف وسموحة .

وبذلك يقدر عدد السكان الذين ترتبط منازلهم بشبكة المجارى حوالى ٣ر١ مليون نسمة اى بنسبة ٥٢٪ فقط من أجمالى سكان مدينة الاسكندرية وذلك فى عام ١٩٧٦ (١).

جـ — يوجد فى مدن القنال ثلاث عمليات لتنقية المجارى تبلغ سعتها ٠٠٠ر٥٧م٣/يوم والكمية الواردة حاليا ٠٠٠ر٢٠٠م٣/يوم تخدم حوالى ٠٠٠ر٣٠٧ نسمة اى بنسبة ٣٨٪ من اجمالى سكان المدن الثلاث لعام ١٩٧٦ . وينبغى ان نذكر أن مجارى بورسعيد حاليا تصب فى بحيرة المنزلة بدون تنقية وذلك بسبب توقف محطة التنقية الحالية مما يشير الى ضرورة صيانة وتوسيع هذا المرفق ليواكب السعات المتزايدة .

د — وبالنسبة لمدن المحافظات الريفية الخمسة عشر (فان الجدول رقم ٢٧) يوضح سعة هذه العمليات تبلغ ٤٨ ٢ر١٨٦م٣/يوم والكمية الواردة حاليا ٠٠٠ر٥٠٠م٣/ . يوم وتخدم حوالى ٠٠١ر٨٦١ نسمة بنسبة حوالى ٣٧٪ من جملة سكان هذه المدن لعام ١٩٧٦ .

ومما سبق يتبين لنا ان جميع هذه العمليات تستوعب كميات من مياه المجارى اكبر بكثير من سعتها التصميمية (حوالى ثلاث اضعاف) كما أن نسبة السكان المنتفعين على مستوى الجمهورية تقدر بحوالى ٣ر٧ مليون نسمة بنسبة ٥٥٪ من جملة سكان هذه المدن . وتتدهور هذه النسبة بصورة كبيرة اذا ما نسبت الى اجمالى السكان (مدن وقرى) .

---

(١) المرجع السابق ص ٣٨ ، ٣٩ .

الجدول رقم (٢٨)

ملخص لمشروعات الصرف الصحى القائمـــــة ١٩٧٦

المحافظـة	عدد عمليـات تنقية المجارى	السعة م٣/يوم	الكمية الـواردة م٣/ يـوم	تعداد السكان ١٩٧٦	عدد السكـان المخدومين	النسبة المئوية
القاهرة الكبرى	٧	٦٣٥ر٠٠٠	١ر٦٠٠ر٠٠٠	٧ر٥٠٠ر٠٠٠	٤ر٨٠٠ر٠٠٠	٦٤٪
الاسكندريـــة	١	٦٥ر٠٠٠	١٢٠ر٠٠٠	٢ر٥٠٠ر٠٠٠	١ر٣٠٠ر٠٠٠	٥٢٪
محافظات القنال	٣	٥٧ر٠٠٠	٢٠٠ر٠٠٠	٨٠٩ر٠٠٠	٣٠٧ر٠٠٠	٣٨٪
محافظات الريفية	١٥	١٨٦ر٢٤٨	٥٠٠ر٠٠٠	٢ر٣٤١ر٣٥٤	٨٦١ر١٠٠	٣٧٪
الجملـــــة	٢٦	٩٤٣ر٢٤٨	٣ر٥٠٠ر٠٠٠	١٣ر١٥٠ر٣٥٤	٧ر٢٥٨ر١٠٠	٥٥٪

المصـدر : المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية ، المسح الاجتماعى الشامل للمجتمع المصرى ١٩٥٢ ـ ١٩٨٠ ، (الصحة) ، المجلد العاشر ، القاهرة ، ١٩٨٥ ص٤٢ .

يظهر الجدول رقم (٢٩) عن الموقف الحالى لمشروعات الصرف الصحى فى جمهورية مصر العربية جملة الحقائق التاليـــه :

١ـ أن هناك ٨ محافظات مازالت تعانى من عدم وجود مشروعات الصرف الصحى بنسبة ٣١٪ من اجمالى عدد محافظات الجمهورية .

ب ـ أن حوالى ٨٠٪ من المدن الكبيرة التى يزيد تعدادها عن ١٠٠ر٠٠٠ تتواجد بهـــا مشـــروعات الصرف الصحى على حين ان المدن الاخرى الاصغر حجما لاتتعدى نسبـــة المزودة منها بمشروعات الصرف الصحى عن ٢ر٣٪ من اجمالى المدن التى يتراوح عـــدد سكانها مابين ١٠ر٠٠٠ ـ ١٠٠ر٠٠٠ وهو مؤشر صارخ لتفاوت توطين هذا المرفق الحيوى .

جـ ـ أن عدد المدن التى تتراوح عدد سكانها مابين ٢٠٠٠ ـ ١٠ر٠٠٠ نسمة تبلغ نسبة مـن تتوافر لها مشروعات الصرف الصحى حوالى ٢٥ر٦٪ فى حين يعانى ٧ر٩٣٪ منها من غيـاب هذه المشروعات .

د ـ تبلغ نسبة سكان الجمهورية فى القرى والريف الذين يعانون من غياب مشروعات الصـــرف الصحى حوالى ٨١٪ من جملة تعداد السكان فى عام ١٩٧٦ .

جدول رقم (٢٩)

الموقف الحالى لمشروعات الصرف الصحى فى الجمهورية

(المحافظات المخدومة والمحرومة)

لعام ١٩٧٦ .

البيان	مشروعات الصرف الصحى					
	المخدومين		المحرومين		الجملة	
	العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة
١ـ عدد المحافظات	١٨	٦٩ر٢	٨	٣٠ر٨	٢٦	١٠٠
٢ـ عدد المدن (جملة)	٢١	١٢ر٥	١٤٧	٨٧ر٥	١٦٨	١٠٠
أكثر من ١٠٠ر٠٠٠		٨٠ر٠	٤	٢٠ر٠	٢٠	١٠٠
١٠ر٠٠٠ ـ ١٠٠ر٠٠٠	٤	٣ر٢	١٢٣	٩٦ر٨	١٢٧	١٠٠
٢٠٠٠ ـ اقل ١٠ر٠٠٠	١	٦ر٢٥	١٥	٩٣ر٧	١٦	١٠٠
اقل من ٢٠٠٠ .	ـ	ـــ	٥	١٠٠ر٠٠	٥	١٠٠
٣ـ تعداد السكان						
أ ـ مدن بها مشروعات	٧ر٢٦٨ر١٠٠	٥٥ر٢	٥ر٨٨٢ر٢٥٤	٤٤ر٨	١٣ر١٥٠ر٣٥٤	١٠٠
ب ـ جملة الحضر	٧ر٢٦٨ر١٠٠	٤٤ر٩	٨ر٩١٥ر٦٨٧	٥٥ر١	١٦ر١٨٣ر٧٨٧	١٠٠
جـ ـ جملة الحضر والريف		١٨ر٩	٣١ر٢٣١ر٩٠٠	٨١ر١	٣٨ر٥٠٠ر٠٠٠	

المصدر : المرجع السابق ، ص ٤٣ .

ويعد هذا المؤشر عن فقر وغياب مشروعات الصرف الصحى وعدم وصولها الى الاغلبية الساحقة من سكان الجمهورية مما يشير الى تردى نوعية الحياة لهؤلاء السكان باعتبار مشروعات الصرف الصحى كواحدة من الاحتياجات الاساسية الواجب توفيرها لسكان الحضر والريف على السواء .

نخلص مما سبق ان مصر كمعظم الدول النامية يكاد لا يتوفر فى المناطق الريفية بها وسائل الصرف الصحى على الاطلاق • كذلك فأنه فى حين تستحوذ معظم عواصم المحافظات على هذه المشروعات تفتقر المناطق الاخرى داخل هذه المحافظات الى تواجد هذه المشروعات الحيوية هذا وتختلف مشاكل الصرف الصحى من قرية الى أخرى من حيث نوعية وحدة هذه المشاكل وذلك بسبب الاختلافات فى حجم السكان ، نوعية الترع والمصارف المحيطة بالقرية ، طريقة تخزين المياه المستخدمة ، طريقة التخلص من الفضلات ، نوع المبانى وتجهيزات الصرف الصحى بها •

وبالاضافة الى ذلك فقد وصلت مشاكل الصرف الصحى ببعض القرى فى الوقت الحالى الى مدى خطير نتيجة لارتفاع منسوب المياه الجوفية ببعض القرى التى تقع معظمها بمحافظات الدلتا والفيوم وذلك بسبب (١) •

- تسرب مياه الرى الزائدة من الاراضى الزراعية المحيطة بالقرية الى عمق التجمعات السكنية •
- انخفاض منسوب بعض القرى او بعض المناطق منها عن مستوى الترع اوالمصارف المجاورة*
- ازدياد معدلات استهلاك مياه الشرب بالقرى وتسرب المياه المستعملة فى بعض الاحيان الى باطن الارض وتراكمها مما تسبب فى رشحها وتطبيلها •

وتجرى فى الوقت الحالى دراسات تجريبية عن افضل وانسب انماط التكنولوجيا التى يمكن ان تحد من تفاقم مشاكل الصرف الصحى فى ست قرى مصرية — روعى فى اختيارها تباين مشاكلها ومستويات تطورها العمرانى •

---

(١) أكاديمية البحث العلمى والتكنولوجيا ، التقرير الوطنى عن البيئة فى مصر : موجز عن الانشطة الحالية والرؤية المستقبلية ، المطبعة العالمية ، القاهرة ١٩٨٥ ، ص ٣١ ، ٣٢ •

* تم تنفيذ مشروع تجريبى بقرية فى محافظة الشرقية لتخفيض منسوب المياه الجوفية بالقرية يعمل حاليا بكفاية تامة تحت اشراف مجلس القرية •

٦. الخلاصة والتوصيات :

تمثل الخدمات الصحية بندا من البنود الحاسمه ضمن منظمة الاحتياجات الاساسية الواجب توفيرها لسكان الدول النامية وهى (الغذاء - الصحه - التعليم - الملبس - السكن الصحى المجهز - مياه الشرب النقيه - الظروف البيئية المناسبة - الخدمات الاجتماعية والثقافية اللازمة) .

هذا وتقع الصحة المنشودة لكل المواطنين من أجل التنمية الاجتماعية والاقتصادية موقع النواه من الخلية الحيه ، اذ كيف يتحقق الوجود الانسانى اذا لم يتوفر شرط العافيه له . وتبرز الطبيعه التشابكيه بين الصحه والتنمية من فرضيه أن تحسين صحة الانسان يؤدى الى رفع معدلات الانتاج وخفض معدلات التغيب عن العمل والدراسة وزيادة عرض القوة العامله المنتجة والمدربه ، مما يزيد فى النهاية من كفاءة استغلال الموارد المتاحه وبالتالى زيادة الناتج القومى الاجمالى وزيادة نصيب الفرد من الناتج القومى وذلك مع الاهتمام بكل وسائل اعادة توزيع الدخل .

هذا ويمثل نصيب المواطن المصرى من مؤشرات الخدمات الصحية واحدا من أبرز مؤشرات التنمية حيث يمثل مؤشر الصحة مع التعليم أبرز حقوق الانسان التى ينبغى توفيرها للانسان فى كل مكان - لان هذا المؤشر قبل أن يحسم معركة التنمية فانه يحسم الصراع بين الحياه والموت . ولندع هذه المؤشرات تخبرنا عن الواقع المصرى .

. بالنسبه لتعداد السكان بالنسبه لكل طبيب بشرى * فان هناك ٦ أطباء بشريين لكل ١٠٫٠٠٠ نسمه أى أن هناك طبيب بشرى لكل ١٦٦٧ مواطن فى عام ١٩٨٥ .

---

* هم الاطباء المقيدين بوزارة الصحة .

• بالنسبه لتعداد السكان بالنسبه لكل طبيب أسنان * فان هناك ١٫٨ طبيب أسنان لكل ١٠٫٠٠٠ نسمه أى أن هناك طبيب أسنان لكل ٥٥٥٦ مواطن فى عام ١٩٨٥ .

• بالنسبة لتعداد السكان لكل صيدلى فان هناك (٨) صيدلى لكل ١٠٫٠٠٠ نسمه أى أن هناك صيدلى لكل ١٢٥٠٠ مواطن فى عام ١٩٨٥ .

• يصل تعداد السكان لكل ممرض/ممرضه الى ٧٫٦ لكل ١٠٫٠٠٠ نسمه أى أن هناك ممرضه لكل ١٣١٦ مواطن فى عام ١٩٨٥ .*

• يصل تعداد السكان لكل سرير الى ١٫٩ لكل ١٠٠٠ نسمه أى أن هناك سريرا لكل ٥٢٦ مواطن فى عام ١٩٨٥ بالرغم من أنه فى عام ١٩٧٤ كان عدد السكان ٤٦٣ لكل سرير .

• لاتتعدى النسبة المئوية للسكان الذين تتوافر لديهم مياه الشرب النقية عن عدد السكان ٦٣٫٨ ٦٩٫٨ ٧٠ .

• لا تتعدى النسبة المئوية للسكان الذين تتوافر لهم الصرف الصحى عن ١٨٫٩ ٪ من جملة سكان الجمهورية لعام ١٩٧٦ وحوالى ٥٥٫٢ ٪ من جملة سكان المدن .

• يقدر نصيب الفرد من السعرات الحرارية يوميا حوالى ٣٠٠٠ سعر حرارى فى عام ١٩٨٥ أى بنسبة ١١٦ ٪ من الاحتياجات وحوالى ٨٠ جم بروتين فى عام ١٩٨٥ أى بنسبة ١١٥٪ من الاحتياجات .

وقد انعكس النصيب المتواضع للمواطن المصرى من مؤشرات الخدمات الصحية فى تواضع نصيبه من المقاييس العامه للصحه حيث تدلنا هذه المقاييس على مايلى :-

---

* هم الاطباء المقيدين بوزارة الصحة .

- لايصل العمر المتوقع للذكور فى المتوسط الا الى ٥٦ عاما كما هو مقدر فى عام ١٩٨٥ (١) .
- لايصل العمر المتوقع للاناث فى المتوسط الا الى ٥٩ عاما كما هو مقدر فى عام ١٩٨٥ (٢) .
- تصل معدلات الوفاه لكل ألف طفل رضيع (من هم أقل من سنة واحدة) الى (١٠٢) فى عام ١٩٨٣ فى مقابل (٥٠) فى تايلاند و (٨٣) فى تونس عن نفس العام (٣) .
- تصل معدلات الوفاه لكل طفل من ١ - ٤ سنوات الى (١٤) فى عام ١٩٨٣ فى مقابل (٤) فى تايلاند و (٨) فى تونس عن نفس العام (٤) .

ولما كان الهدف الرئيسى للدراسة الراهنة ينشد فى جوهره دراسة مؤشرات الخدمات الصحية من منظورها الاقليمى للتعرف على مدى توطنها وتوزيعها بين محافظات ج م ع حتى تتمكن من معرفة الاختلافات النسبية القائمة فى المدخلات الصحية بغرض القضاء عليها أو تقليلها ماامكن ذلك فاننا نلخص فيما يلى صورة المؤشرات المتعلقة بالخدمات الصحية من منظورها الاقليمى .

- بالنسبة لمؤشر طبيب لكل ١٠٫٠٠٠ مواطن تظهر البيانات أن مجموعة المحافظات الحدود تتمتع بأوفر نصيب وذلك بسبب انخفاض الكثافة السكانية ووفرة الموارد الصحية يليها المحافظات الحضرية الاربعة (القاهرة - الاسكندرية بور سعيد - السويس) وذلك بسبب تركز الاطباء فى هذه المحافظات بفعل الجذب الحضرى، ثم تتقارب باقى المحافظات فى نصيبها النسبى من هذا

---

١ - ٤ The World Bank, World Development Report 1985,

International Capital and Economic Development: World Development Indicators, Published by the World Bank, Oxford University Press, Washington D.C., 1985, P. 213.

المؤشر • كما أن المحافظات الحضرية الاربعة تتمتع بنسبة ٣٠ ٪ من جملة الاطباء البشريين على مستوى الجمهورية فى مقابل ٦ر٢٠ ٪ من جملة سكان الجمهورية •

• بالنسبة لمؤشر طبيب أسنان لكل ١٠٫٠٠٠ مواطن تظهر البيانات أيضا أن محافظات الحدود تتمتع بنصيب عمال لذات السبب السابق ذكره تليها المحافظات الحضرية الأربعة مع الجيزة والاسماعيلية ودمياط والفيوم وأسيوط بسبب الجذب الحضرى أيضا ثم تتقارب باقى المحافظات• وتتمتع المحافظات الحضرية الأربعة بنسبة ٣٣٪ من جملة أطباء أسنان الجمهورية فى مقابل ٦ر٢٠ ٪ من جملة سكان الجمهورية •

• بالنسبة لمؤشر صيدلى لكل ١٠٫٠٠٠ مواطن تظهر البيانات مرة أخرى تفوق محافظات الحدود وبعدها المحافظات الحضرية الأربعة ومعها الاسماعيلية ودمياط وكفر الشيخ وأسيوط وبعدها تتقارب باقى المحافظات بشكل متناهى •كما أن المحافظات الحضرية الاربعة تستأثر بحوالى ٣٧ ٪ من جملة صيادلة الجمهورية فى مقابل ٦ر٢٠٪ من جملة سكان الجمهورية بينما تستأثر الاسكندرية وحدها بـ ٢٣ ٪ من صيادلة مصر فى مقابل ١ر٦ ٪ من سكانها •

• بالنسبة لمؤشر ممرض لكل ١٠٫٠٠٠ مواطن تظهر البيانات أن المحافظات الحضرية تأتى فى وضع متقارب مع محافظات الحدود ثم تتقارب باقى محافظات الجمهورية باستثناء محافظات جنوب الصعيد وسوهاج وقنا وأسوان التى تتمتع بنصيب متواضع للغاية بسببسيطرة النظرة التقليدية الى حرفة التمريض• وتتمتع المحافظات الحضرية الأربعة بنسبة ٥ر٢١ ٪ من أعضاء هيئة التمريض بالجمهورية فى مقابل ٦ر٢٠ ٪ من سكانها وذلك بسبب انتشار مدارس ومعاهد التمريض فى كل المحافظات الجمهورية واقبال الفتيات عليها باستثناء الوضع فى جنوب الصعيد •

- تمتعت المحافظات الحضرية الأربعة بأفضل وضع بالنسبة لمؤشر سرير لكل ١٠٠٠ مواطن وذلك بسبب تركز الخدمات الصحية الخاصة فى هذه المحافظات كما أن محافظتى البحر الأحمر والوادى الجديد وسيناء الجنوبية أيضا فى وضع يماثل وضع المحافظات الحضرية غير أن محافظة سيناء الشمالية حصلت على أدنى نصيب من هذا المؤشر .
- أن مؤشرات طبيب/بشرى لكل ١٠٠٠ مواطن وطبيب أسنان لكل ١٠٠٠ مواطن وصيدلى لكل ١٠٠٠ مواطن وممرضة لكل ١٠٠٠ مواطن تظهر تمشيا حقيقيا للغاية خلال الفترة ٨١ - ١٩٨٥ على مستوى الجمهورية وتحسنا فى بعض المحافظات فى مقابل تدهور البعض الآخر .
- أن نصيب الفرد من مؤشرات الخدمات الصحية فى الريف أدنى منه فى الحضر بسبب تركز هذه الخدمات وبخاصة الخدمات الصحية الخاصة فى المناطق الحضرية مما يعكس التحيز الحضرى الواضح لسكان هذه المناطق وسوء توزيع المدخلات الصحية .
- أنه فضلا عن سوء توزيع المدخلات الصحية فان هذه المؤشرات لاتعكس بحال من الأحوال كفاءة تشغيلها ومستوى نوعيتها على مستوى القطاعين العام/أو الخاص .
- أن مؤشرات الخدمات الصحية المتاحة والمستخدمة لاتعكس مستوى التجهيزات الطبية ولاكفاءة الأدوية العلاجية المقدمة للمواطنين . التى لم تتوافر للباحثة بيانات بصددها .
- أن الطفل المصرى يبدو دون المتوسطات العالمية من حيث الطول والوزن والمستوى الذهنى وذلك نتيجة لسوء ونقص التغذية واصابتهم بالامراض المختلفة المترتبة على ذلك .

هذا وبعد عرضنا للمؤشرات الخاصة بعدد الأطباء والصيادلة والممرضات لكل ألف مواطن وعدد الاسرة لكل ١٠٠٠ من السكان كانعكاس لحجم المدخلات الصحية المتاحة بين الحضر والريف فاننا نعرض لمحددات الظاهرة أو مسبباتها والتى تتمثل فيما يلى :

- مشكلة سوء التغذية التى تعد سببا رئيسيا فى وفيات الاطفال قبل سن الرابعة وبذلك يضيع جزء من الاستثمار الذى أنفقه المجتمع فى تربية ورعاية صحة الطفل ، لأن الوفاة المبكرة من شأنها أن تقصر الفترة الزمنية الانتاجية من عمر الاستثمار البشرى . كما أن هناك نوعا من التغذية الاسترجاعية بين سوء التغذية وقابلية الاصابة بالمرض . فبينما تزيد حالات سوء التغذية من قابلية الاصابة بالمرض فان المرض هو الآخر يسبب سوء التغذية ، ذلك أن حالات الاسهال المعوية وأمراض الاسهال غالبا مايتبعها بعد أسابيع انتشار أمراض سوء التغذية .

وقد حدث هذا فى كثير من مناطق الوطن العربى وتم تسجيله . فالامراض المعوية تمنع امتصاص المواد الغذائية المفيدة فى الجهاز الهضمى مما لايستلزم زيادة المواد الغذائية المطلوبة لحفظ الحالة الغذائية للجسم كما أن الحميات المصحوبة بحالات عدوى تزيد من عمليات بناء البروتوبلازما مما يستوجب زيادة المتطلبات الغذائية لجسم المريض .

- تدهور نسبة الانفاق الصحى الى الناتج القومى الاجمالى حيث بلغت نسبة الاولى الى الثانى ١٫٤ % فى عام ١٩٧٣ وتدهورت الى ١٫٠ % فى عام ١٩٧٩ كما تدهورت نسبة الانفاق الصحى الى الانفاق العام من ٦٫٦ % فى عام ١٩٧٣ الى ٢٫٧ % فى عام ١٩٧٩ . وقد ترتب على تدهور نسب الانفاق الصحى العام بالمحافظات عدم تحقق أى تقدم واضح نحو تغيير المراكز النسبية للمحافظات وتقليل الفجوة فى مستويات الخدمات الصحية بين المحافظات المختلفة باستثناء التقدم الواضح فى الانفاق الصحى العام على الفرد فى محافظات القنال والحدود .

• اتساع مشكلة القصور فى مشروعات المياه النقية فى ج ٠م٠ع٠ اذ تعانى ٣٠ ٪ من المساكن فى الحضر و٦٩ ٪ من المساكن فى الريف من عدم وصول مياه نقية خاصة داخل كل وحده سكنيه • ويتسبب نقص امدادات المياه النقية بالتلازم مع الممارسات الثقافية للسكان فى انتشار الطفيليات المعوية وأمراض الاسهال المعدية بين الاطفال فى أعمار ماقبل المدرسة وارتفاع وفيات الاطفال •

•عدم توفر وسائل الصرف الصحى التى تؤثر تأثيرا كبيرا على درجة انتشار المرض من خلال الاصابه بالامراض التى تنقل عن طريق الغائط وقد أظهرت الدراسة افتقار المناطق الريفية لهذا المرفق الحيوى وبالاضافة الى ذلك فقد وصلت منعطف مشاكل الصرف الصحى بكل من المناطق الحضرية والريفية الى مستوى خطير، فجميع محطات تنقية المجارى تعمل حاليا بأكثر من سعة التشغيل المقررة لها • مما أدى الى تعطلها المستمر • وبعد استعراض المعوقات الاربعة السابقة التى تعتبر من محددات المشكلة الصحية فى مصر فاننا نقدم هنا عددا من التوصيات بهدف علاج هذه المشكلة والحد من تفاقمها والتى يمكن استعراضها فيما يلى :-

(١) زيادة الاعتمادات المخصصة للخدمات الصحية فى الموازنة العامة وترشيد الانفاق الحكومى على الخدمات الصحية بهدف تقليل الفوارق الاقليمية بين الحضر والريف وكذلك ضمان أن تصل الخدمات الصحية الى الفئات الحساسة (الامهات الحوامل والاطفال الرضع وذوى الدخول المحدودة فى الحضر والريف والمناطق النائية مع التركيز على رفع مستوى الاداء بوحدات الخدمة الصحية فى مختلف أنواعها •

(٢) تنمية الجهود الذاتية للاستفادة منها فى مجال الخدمات الصحية على مستوى المحليات •

(٣) تطوير وتدعيم وزيادة اعداد الوحدات الريفية التى تقيم بالخدمات الصحية الأولية بهدف تخفيف العبء على المستشفيات العامة .

(٤) التركيز على توفير الخدمات الوقائية . فالوقاية من المرض أقل كثيرا من تكلفة العلاج ومن ثم فان استئصال شأفة الأمراض المتوطنة من خلال توفير امدادات المياه النقية ومشروعات الصرف الصحى حتى تقلل من الاصابة بهذه الأمراض .

(٥) مكافحة الأمراض المتوطنة والعمل على حماية البيئة وبخاصة فى المناطق الريفية والفقيرة فى الحضر .

(٦) التوسع فى خدمات التأمين الصحى بهدف أن تشمل مظلة التأمين الصحى جميع أفراد المجتمع لكبح جماح الارتفاع الكبير فى أسعار الخدمات الصحية للقطاع الخاص وتشديد الرقابة على هذا القطاع للحد من استغلاله .

(٧) التوسع فى وحدات الخدمات الصحية المدرسية وخصوصا فى المناطق الريفية بالتلازم مع برامج التربية الصحية بالمدارس بداية بالمواطن الصالح باعتباره الركيزة الأساسية لاعداد القوى العاملة فى المستقبل .

ولن يتأتى هذا الا من خلال خطة قومية شاملة متكاملة تأخذ البعد المكانى فى حسابها وتحقق زيادة فى معدلات الناتج القومى بنسبة أكبر من معدل النمو السكانى حتى لاينخفض الدخل الفردى .

(٨) ينبغى اعادة ترتيب أولويات الخدمات الصحية Priorization وذلك من خلال تحديد أكثر المحافظات تضررا من الصناعات المتوطنة بها وذلك بهدف اكتشاف الأخطار المهنية والبيئية الناتجة عن التطور الصناعى وتوطين الصناعات ووقاية العاملين بالوسائل الفنية البيئية والوقاية الطبية التى تشمل استطلاع حالتهم الصحية بصفة دورية لاكتشاف المرض مبكرا وعلاجه وتلافى الأسباب المؤدية اليها ، ذلك أن نصيب العامل يؤدى الى تغييبه عن

مصنعـــه مما يخفض من مجموع ساعات الانتاج ومن ثم تقصر الفترة الزمنية الانتاجية من عمـر الاستثمـــار البشرى • ويصبح العامل عالة على مجتمعه فى حالة مرضه أو عجزه ومـــن ثـــم تزداد الضياعات الاجتماعية والاقتصادية •

واضافة الى هذا فان التطور الصناعى الحادث وتوطين هذه الصناعات قد أدى الى تلوث البيئة المحيطة بهذه الصناعات من جراء القاء المخلفات الصناعية وعدم معالجتهـا وعدم الوعى الكافى بتكلفة معالجة التلوث أو تلافيه والاضرار الاقتصادية والاجتماعيـــة الناتجة عنه فى حالة عدم معالجته •

فالعاملين فى صناعات الاسمنت واستخراج خام الحديد والعاملين فى المناجـــم تعانى نسبة كبيرة منهم من أمراض معينة منها مرض السليكوزس كما أن العاملين فى صناعات الغزل والنسيج تنتشر بينهم أمراض أخرى مرتبطة بالمهنة وكذلك الحال بين العاملين فـى صناعـــات المبيدات وغيرها من الصناعات ، ومن ثم ينبغى اتخاذ الاجـــراءات والاحتياطات الوقائية اللازمة المرتبطة بنوعية الصناعة القائمة حيث أن كل صناعة لهـــا آثارها السالبة النوعية على صحة العاملين بها ، بالاضافة الى أهمية القضاء على الأميـــة الخاصة بالصحة المهنية المنتشرة بين هؤلاء العمال وتحسين المستوى الغذائى المنخفض لهؤلاء العمال حيث يؤثر سوء التغذية على مدى مقاومتهم للمرض وبالتالى قوتهم علـــى العمل ومدى قدرتهم على التركيز •

وبالاضافة الى التلوث البيئى الناتج عن القاء المخلفات أو انبعاثها فينبغى فـــى هذه الحالة معالجة هذه المخلفات الصناعية قبل القائها فى مجارى الأنهار أو دفنهـــا فى الأرض أو خروجها الى الهواء حماية للبيئة التى يعيش بها الناس والتى تعد أثمن ما ورثه الانسان من الطبيعة التى دأب على الاضرار بها فى السنوات الأخيرة مـــع

ضرورة تضمين تكلفة المعالجة أو تلافى التلوث فى تكلفة المشروعات المزمع اقامتها ، وعدم التصريح باقامتها ما لم يتأكد أن معالجة هذه الملوثات قد تم الأخذ بها منذ البداية جنبا الى جنب مع اجراءات الصحة المهنية للعاملين بهذه الصناعات .

كما أن ربط هذه الخدمات الصحية فى ضوء الاحتياجات الصحية لكل نوع من أنواع هذه الأنشطة الصناعية سوف يؤدى الى انتشار الأوسع لقاعدة هذه الخدمات بين الأفراد فضلا عن القضاء على الاخطار الصحية فى بيئة العمل ومن ثم القضاء على التعرض المزدوج للامراض التى يعانى منها هؤلاء العاملين بمعدل أكثر من فئات الشعب الأخرى .

قائمة المراجـــــع

أ ـ المراجع العربيـــة :

١ـ الكتـــب :

المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية ـ " المسح الاجتماعى الشـــامل للمجتمع المصرى ١٩٥٢ ـ ١٩٨٠ " ـ القاهرة ـ ١٩٨٥ .

المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية ـ " المسح الاجتماعى الشـــامل للمجتمع المصرى ١٩٥٢ ـ ١٩٨٠ " (الصحة) ـ المجلد العاشـــر القاهرة ١٩٨٥ .

الهيئة العامة للتأمين الصحى ـ " التأمين الصحى ـ ابعاده السياسية والاقتصادية والاجتماعية " ـ دار ومطابع الشعب ـ القاهرة ـ بدون تاريخ .

عبد الباسط عبد المعطى ،عادل مختار الهوارى : علم الاجتماع والتنمية ـ دراسات وقضايا " ـ دار المعرفة الجامعية ـ الاسكندرية ـ ١٩٨٥ .

رمسيس عبد العليم جمعة . التخطيط الصحى لمجتمع الاشتراكية " والتنمية "دراسات اشتراكية ـ القاهرة (د . ن : د . ت) .

٢ـ الوثـــائق : تقارير ، دراسات ، اوراق عمل بحثيـــة :

ـ ابراهيم الشربينى ـ " الخدمات الصحية فى ج .م.ع " مذكرة رقم ٣٩٥ معهـــد التخطيط القومى ـ القاهرة ـ فبراير ١٩٦٤ .

ـ اكاديمية البحث العلمى والتكنولوجيا ، التقرير الوطنى عن البيئة فى مصر : موجز عن الانشطة الحالية والرؤية المستقبلية ، المطبعة العالمية ،القاهرة ديسمـــبر ١٩٨٥ .

ـ البنك الدولى :"الصحة ـ ورقة فى السياسة القطاعية "واشنطن مارس ١٩٧٥ .

ـ المجالس القومية المتخصصة ـ " استراتيجية وتنظيم البحوث الصحية فى مصر حتى عـــام ٢٠٠٠) تقدير مقدمة من شعبة الخدمات الصحية ـ القاهرة ـ ابريل ١٩٨١ .

ـ المجالس القومية المتخصصة (شعبة الخدمات الصحية) ـ " ملخص استراتيجية وتنظيم البحوث الصحية فى مصر حتى عام ٢٠٠٠ " مقدم من شعبة الخدمات الصحية ـ المجلس القومى للخدمات والتنمية الاجتماعية القاهرة ـ بدون تاريخ ٠

ـ وزارة الاسكان والتعمير ـ " تقرير عن المستوطنات البشرية فى ج ٠م٠ع " الهيئة العامة لبحوث الاسكان والبناء والتخطيط العمرانى القاهرة يونيو ١٩٧٥ ٠

ـ وزارة الصحة ـ استكمال الدراسة عن التمويل والانفاق الصحى فى مصر " مشروع الخريطة الصحية لمصر ـ ملحق نشرة رقم ١٠ ـ القاهرة ـ ديسمبر ١٩٨٠ ٠

ـ وزارة الصحة ـ " انجازات الخريطة الصحية لمصر " مشروع الخريطة الصحية لمصر ـ نشرة رقم (١٢) ـ القاهرة ـ يوليو ١٩٨٠ ٠

ـ وزارة الصحة : " الانفاق الصحى فى ج ٠م٠ع ـ مشروع الخريطة الصحية لمصر وثيقة رقم (٤) ـ القاهرة ـ ١٩٧٨ ٠

ـ وزارة الصحة : تقدير بشأن دراسة معدلات الاداء والمقررات الوظيفية لبعض وحدات الخدمة الصحية بمديريات الشئون الصحية والهيئة العامة للمستشفيات والمعاهد التعليمية " ـ مشروع الخريطة الصحية لمصر ٠ القاهرة ٠

ـ وزارة الصحة ـ " دراسة حول استراتيجية الصحة فى مصر لعام ٢٠٠٠ " مشروع بحث الخريطة الصحية لمصر وثيقة رقم (٧) ـ القاهرة ـ ديسمبر ١٩٧٩ ٠

ـ وزارة الصحة ـ " دراسة عن التمويل والانفاق الصحى فى مصر عام ٨٠/ ١٩٨١ "مشروع بحث الخريطة الصحية لمصر ـ وثيقة رقم ١٧ سبتمبر ١٩٨٢ ٠

ـ وزارة الصحة ـ " نحو انشاء نظام معلومات لتطوير الخدمات الصحية وتقدم الصحة فى مصر" ـ مشروع بحث الخريطة الصحية لمصر ـ وثيقة رقم (٦) ـ القاهرة ١٩٧٩ ٠

٣- رسائل جامعيـــــة :

- مصطفى خورشيد : " الجوانب الاقتصادية لنسبة عنصر البروتين فى الغذاء فى مصر " رسالة ماجستير غير منشورة - كلية الاقتصاد والعلوم السياسية - يوليو ١٩٨٣ .

- احمد نصـــار - " دراسة فى اقتصاديات الصحة العامة وتقييم السياســـات الصحية فى مصر " - رسالة دكتوراه مقدمة الى كلية الاقتصاد والعلوم السياســـية - القاهرة - يونيو ١٩٨٣ .

٤- اوراق علمية مؤتمريـــــة :

- على زين العابدين حسين : " تخطيط الخدمات ودون البحث العلمى فى المرحلة القادمة بحث مقدم الى المؤتمر القومى الثانى للحكم المحلى - وزارة الحكم المحلى - القاهرة - يونيو ١٩٨٥ .

٥- محاضـــــــرات :

- اميرة عبد المنعم البسيونـــى : مذكرات فى تنمية الموارد البشرية - مادة تعليميـــة فى دبلوم التنمية الاقتصادية - كلية الاقتصاد والعلوم السياسية القاهرة - يناير ١٩٨٠

٦- دوريـــــــات :

- وزارة الصحـــــة : نشرة احصائية رقم (٨) - مركز المعلومات والتوثيق القاهرة - نوفمبر ١٩٨٥ .

منظمة الصحة العالمية - " مبنى الصحة العالمية " المجلد الخامس عدد ٢ - جنيف ١٩٨٤ .

منظمة الصحة العالمية ، " نشرة منظمة الصحة العالمية " المجلد ٦٠ العدد ٤ - جنيف ١٩٨٢ .

٧ـ قرارات وزارية :

- قرار وزير الصحة رقم (٥٦٩) لسنة ١٩٧٩ بأصدار الهيكل التنظيمي واختصاصات ومسئوليات ديوان عام وزارة الصحة والوحدات الملحقة به .

ب - المراجع الاجنبيـــــة :

1. Books:

- Cullis, J. G., West, P.A. "The Economics of Health", London, Martin Robertson, 1979.
- Culyer, A.J. "Need and the National Health Service, Economics and Social Choice" - London, Martin Robertson, 1976.
- Hirsch, Fred. "Social Limits to Growth", Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1976.
- Meier, Y.M., "Leading Issues in Economic Development", Oxford University Press, New York, 1940.
- Ministry of Health, "Design & Conduct of Health Profile of Egypt"-Health Profile of Egypt Project-Publication No. 18- Dec., 1982.
- Myint, H., The Economics of the Developing Countries, Praeger Publishers, New York, 1965.
- World Bank, Water Supply and Waste Disposal; Poverty and Basic Needs Series, World Bank, Washington D.C., September 1980.

2. Documents: (Research Papers-Reports-Studies)

- Ibrahim, Amal Sami, Decade of Health Service, D.P.A. Technical Paper, American University in Cairo, January 1977.
- Ibrahim, Amal S.; Boutros, Sami, Health Services Statistic in Egypt, D.P.A. Technical Paper, A.U.C., 1975.
- INP/ECTOR/HSRG, "Coverage Study-A comparative Study in Three WHO/IMRO Countries*-Final Report of Phase I" Cairo, 1980.

- INP/ECTOR/HSRG, "Professed Policies and Instrumentation"-Urban Health Delivery System Project-Monograph P/I Cairo, April 1981.
- Institute of Mediciene, "Health in Egypt: Recommendations for U.S. Assistance", National Academy of Sciences, Washington, D.C., 1979.
- Institute & National Planning, "Challenges to Effective Health Coverage: A Program To Access the Delivery and Effectiveness of Health Services in Three Countries, Cairo,
- U.S. Department of Health, Education, and Welfare. "National Social Service System-A comparative study and Analysis of Selected Countries"-Washington D.C., September, 1970.
- World Bank, "Some Issues in Population and Resource Development in Egypt-Population and Human Resources Division-Report No. 3175-EGT May, 1981.
- World Bank, "World Development Report 1985, "International Capital and Economic Development: World Development Indicators, Published by World Bank, Oxford University Press, Washington D.C., 1985.

3. Conference Papers:

- De Lattes, Z.R. "Demographic Aspects of Social Disparities", A Paper presented at International Population Conference Organized by International Union for the Scientific study of population, lieg, 1973.

4. Periodicals:

- WHO, "World Health Statistics Quarterly" Vol. 38 No. 3, Geneve, 1985.

جدول رقم (١)

بيانات احصائية عن السكان 1985

محافظات	السكان بالالف		معدل مواليد عام أحياء في الالف	معدل وفيات عام في الالف	معدل زيادة طبيعية في الالف
	عدد	نسبة			
٠١ القاهرة	6343.00	13.21	31.70	10.10	21.60
٠٢ الاسكندرية	2926.00	6.10	31.30	7.70	23.60
٠٣ بورسعيد	394.00	0.82	29.10	6.80	22.30
٠٤ السويس	259.00	0.54	34.40	9.50	24.90
٠٥ الاسماعيلية	494.00	1.03	34.60	8.10	26.50
٠٦ البحيرة	3222.00	6.71	36.80	9.40	27.40
٠٧ دمياط	748.00	1.56	36.00	7.00	29.00
٠٨ كفر الشيخ	1854.00	3.86	41.30	8.10	33.20
٠٩ الغربية	2940.00	6.13	35.80	8.20	27.60
١٠ الدقهلية	3559.00	7.41	32.80	6.10	26.70
١١ الشرقية	3444.00	7.17	38.02	8.30	29.90
١٢ المنوفية	2227.00	4.64	38.00	9.70	28.30
١٣ القليوبية	2269.00	4.73	41.60	9.20	32.40
١٤ الجيزة	3193.00	6.65	32.10	12.10	20.00
١٥ الفيوم	1538.00	3.20	41.50	9.90	31.60
١٦ بني سويف	1464.00	3.05	42.40	11.10	31.30
١٧ المنيا	2746.00	5.72	40.00	10.40	29.60
١٨ اسيوط	2255.00	4.70	41.00	9.90	31.10
١٩ سوهاج	2511.00	5.23	41.00	10.10	30.90
٢٠ قنا	2258.00	4.70	42.00	9.90	32.10
٢١ اسوان	809.00	1.69	38.00	9.00	29.00
٢٢ البحر الاحمر	75.00	0.16	41.00	7.20	33.80
٢٣ الوادى الجديد	115.00	0.24	37.00	7.60	29.40
٢٤ مطروح	173.00	0.36	48.10	5.60	32.50
٢٥ شمال سيناء	158.00	0.33	31.10	5.30	25.80
٢٦ جنوب سيناء	26.00	0.05	46.50	5.60	40.90
الاجمالى	48000.00				

المصدر: مركز المعلومات التخطيطية ـ معهد التخطيط القومى ، القاهرة .

جـدول رقـم (٢)
تطور نسبة هيئة التمريض لاطبـاء وزارة الصحة
فى الفتـــرة مـن ١٩٨٣ ـ ١٩٨٥

محـافظـــات	١٩٨٣	١٩٨٤	١٩٨٥
القاهـــرة	١ر١	٩ر	٩ر
الاسكنـــدرية	١ر١	١ر١	٩ر
بورسعيـــد	٣ر٠	٢ر٣	١ر٩
الســويس	١ر٢	١ر٠	١ر١
الاسماعيليـة	١ر٨	١ر٧	١ر٤
البحيـــرة	٢ر٢	٢ر٠	١ر٨
دميـــاط	٢ر٠	٢ر٠	١ر٧
كفر الشيـــخ	١ر٢	١ر٦	١ر٦
الغربيـــة	٢ر٢	٢ر٢	١ر٢
الدقهليـــة	١ر٣	١ر٠	٩ر٠
الشرقيـــة	٢ر	١ر٩	١ر٩
المنوفيـــة	٢ر٢	٢ر٢	٢ر٢
القليوبيـــة	١ر٥	١ر٨	١ر٨
الجيـــزة	٨ر	٨ر	٩ر٠
للفيـــوم	١ر٢	٢ر٤	٢ر٢
بنى سويـــف	٣ر٠	١ر٨	١ر٩
المينيـــا	١ر٨	١ر٧	١ر٦
اسيـــوط	١ر٣	١ر٤	١ر٤
سوهـــاج	٧ر	١ر٦	٦ر
قنـــا	١ر٩	١ر٩	١ر٠
اســوان	٥ر	٧ر	٨ر٠
البحر الاحمـر	٨ر	٦ر	٦ر
الوادى الجديد	١ر١	١ر١	١ر٥
مطـــروح	٨ر	٦ر	٦ر
سيناء للشمالية	٦ر	٧ر	٤ر
سيناء الجنوبية	٠٧ر	٠٤ر	٠٤ر
الاجمـــالى	١ر٤	١ر٣	١ر٢

المصدر : وزارة الصحة ، اطلس الخدمات الصحية ، مركز المعلومات والتوثيق
وزارة الصحة ، القـاهـــرة .

الجدول (٣)
الانفاق على الخدمات الصحية والتعليمية والناتج القومى الاجمالى والانفاق العام والدخل القومى وعدد السكان الاجمالـــى (١٩٥٩ / ١٩٦٠ - ١٩٧٩)

السنة	الانفاق الصحى بالالف جنيه بالاسعار الجارية	الانفاق على الخدمات التعليمية بالالف جنيه بالاسعار الجارية	الناتج القومى الاجمالى بالمليون جنيه بالاسعار الجارية	الانفاق العام بالالف جنيه بالاسعار الجارية	الدخل القومى بالمليون جنيه بالاسعار الجارية	الدخل القومى بالمليون جنيه بالاسعار الثابتة	الانفاق الصحى بالاسعار الثابتة بالالف جنيه	عدد السكان الاجمالى
١٩٦٠/٥٩	٩٤٥١		١٤٥٩ر٣	٢٢٥٥٥٤	١٢٨٥			
١٩٦١/٦٠	١٢٧٠٦		١٥١٢ر٣	٣٥٠٤٥٠	١٣٦٤	١٣٦٤	١٣٥٥٢	٢٦٢٨١٥٥٠
١٩٦٢/٦١	١٨٨٣٧		١٦٨٤ر٦	٤٥٦٦٠١	١٤١٢	١٢٨٤	١٨١٦٨	٢٦٩١١٢٥٠
١٩٦٣/٦٢	٢٣٧٧٥		١٨٨٧ر٩	٤٧٦٠٨٢	١٥٢٣	١٥٢٣	٢٣٧٧٥	٢٧٦٠٦٠٠٠
١٩٦٤/٦٣	٢٥٨٦٨		٢٢١٣ر٥	٦١١٢٣٨	١٧٢٩ر٦	١٧٢٩ر٦	٢٥٢٢١	٢٨٢٣٢٠٠
١٩٦٥/٦٤	٢٦٧٦٤		٢٤٠٢ر٩	٦٥٩٩٣٠	١٩٧٥	١٨٨٤	٢٤٤١٠	٢٩٠١٨٩٠٠
١٩٦٦/٦٥	٣١٢٨٣		٢٣٨٨ر٢	٧٢٦٥٨٢	٢١٢٤ر١	١٨٢٠	٢٥٨٩٩	٢٩٨٠٨١٥٠
١٩٦٧/٦٦	٣١٤٢٦	٤٤٢٧٣	٢٤٥٨ر٩	٦٧٢٩٧٧	٢١٩٣ر٥	١٧٠٤	٢٤٥٩٣	٣٠٥١٤٧٠٠
١٩٦٨/٦٧	٣٣٢٩٠	١٠٨٣٧٦	٢٥٠٩ر٧	٧٠٦٨٢٧	٢١٨٧ر٨	١٦٧٤	٢٥٥٣٦	٣١٢٧٣٨٠٠
١٩٦٩/٦٨	٣٦٩٩٥	١١٥١٤٢	٢٦٥٧	٦٦٣٦٥٥	٢٣٣٩ر٤	١٧٤٩	٢٧٨١١ر٧	٣٢٠٠٠١٥٠
١٩٧٠/٦٩	٣٨٩٨٠	١٢٣٦٤٣	٢٩٢٦ر٦	٦٧٢٣٧٦	٢٥٥٢ر٨	١٨٣٦	٢٨١٢٩	٣٢٧١٧٣٥٠
١٩٧١/٧٠	٣٧٠١٣	١٢٩٠٩٠	٣٠٨٦ر٣	٧٧٢٥٧٨	٢٧٠٠ر٥	١٩٣٤	٢٥٥٧٤	٣٣٤٢٣٥٥٠
١٩٧٢/٧١	٦٦٥٨٠	٢٢٢٤٠٨	٣٥٠٢	١٢٣٩٣٦٨	٢٩٥٦ر٥	٢١١٠	٤٥٣٥٧	٣٤١٣٩٣٠٠
١٩٧٣	٥٥٢٤٤	١٥٠١٣٥	٣٩٤٠	٨٣١٩٤٨	٣١٢٦ر٩	٢٠٨٠	٣٤٣٢٩	٣٥٢٣١٣٠٠
١٩٧٤	٦٠١٤١	١٥٦٨١٦	٤٦٤٠	٩١٩٦٠٩	٤١١٠ر٨	٢٣٩٣	٣٣٢٤٣	٣٦٠١١٤٠٠
١٩٧٥	٧٠٠٣٦	١٥٠١٣٥	٥٥٣٠	١٢٠٦٨٦٢	٥٠٦١	٢٧٣٩	٣٥١٥٨	٣٦٦٢٦٢٠٤
١٩٧٦	٨٧٩٠٩	٢٣٦٧٥٦	٧٠٧٤	١٤٨٩٣٠٦	٦١٦٤ر٢	٣٠٩٤	٤٠١١٧ر٣	٣٧٨٩٠٧٣٦
١٩٧٧	٩٥٠٩٢	٢٣٩٩٠١	٨٧٤١	١٦٨٣٣٦٧	٧٣٩٩ر٩	٣٣٩٧	٣٨٧٥١ر٥	٣٧٢١٧٧٦٣
١٩٧٨	١١٧٤١٧	٢٩٧١٨٠	١٠٦٣٥	٢٠٨٣٨٧٩	٩٠٠٨ر١	٣٦٠٥	٤١٩٧٤	٣٨٣٣٣٠٠٠
١٩٧٩	١٣١١٩١	٣٥١٧٦٩	١٣٢١٣	٤٨١٣٢٨٨	١١٩٣٦ر٥	٤٣٥٩	٤٢٢٥٨	٣٩٥٤٢٠٠٠

المصدر : الانفاق الصحى والانفاق على الخدمات التعليمية ، وزارة المالية الحسابات الختامية للدولة والحكم المحلى الادارة العامة لختاميات الدولة والمحليات وكالة الوزارة لشئون الحسابات الختامية ، الاعداد من ٦٧/٦٦ - ١٩٧٩ .

الانفاق الصحى فى ١٩٦٠/٥٩ - ١٩٦٦/٦٥ : وزارة الصحة ادارة الرقابة العامة للحسابات ج م ع .

الناتج القومى الاجمالـــى : الجهاز المركزى للتعبئة العامة والاحصاء ، الكتاب الاحصائى السنوى للسنوات ٥٢ - ١٩٧٦ ، ١٩٥٢ - ١٩٨٠ ج م ع .

الانفـــاق العـــام : وزارة المالية ، الحسابات الختامية للدولة والحكم المحلى ، وكالة الوزارة لشئون الحسابات الختامية الاعداد من ١٩٦٠/٥٩ - ١٩٧٩

الدخل القومـــى : الجهاز المركزى للتعبئة العامة والاحصاء ، الكتاب الاحصائى السنوى ، اعداد مختلفة ، جمهورية مصر العربية .

الانفاق الصحى بالاسعار الثابتة : من الجدول رقم ١٢ .

الدخل القومى بالاسعار الثابتة : باستخدام الرقم القياسى لاسعار الجملة الجدول رقم ١٢ فى الملحق الاحصائـــى .

عدد السكان الاجمالـــى : محسوب من الجدول رقم (١٥) فى الملحق الاحصائـــى .