



المركز المصري للدراسات الاقتصادية
The Egyptian Center for Economic Studies



رأي في خبر



العدد: 10

بتاريخ: 13 ابريل 2020

رأي في أزمة قطاع الصحة



مقدمة عامة

بينما يشترك العالم أجمع في الخطوط العريضة للتداعيات الاقتصادية والاجتماعية لفيروس الكورونا (COVID-19) غير المسبوقة في تاريخه الحديث، تبقى خصوصية تأثير كل دولة مرتبطة بطبيعة المنظومة الاقتصادية بها، ومدى قدرتها على تحمل هذه التداعيات وسرعة التعافي منها.

في ضوء هذه الخصوصية في التأثير وضرورة دراسته قطاعيا لمواجهته بشكل صحيح على مستوى الدول، يقوم المركز المصري للدراسات الاقتصادية (ECES)، في مبادرة منه، بإصدار مجموعة تقارير "رأي في أزمة"، والتي تهدف إلى تحليل تداعيات الأزمة على مصر بالنسبة لعدد من القطاعات الإنتاجية والخدمية الحيوية وعلى أهم المتغيرات الاقتصادية الكلية. وتأتي هذه المبادرة من منطلق الإيمان بأن المرحلة الحرجة الحالية تتطلب توجيه جهود الدولة لتحقيق هدفين رئيسيين وهما: توفير الحياة الكريمة للمواطن المصري خلال الأزمة وفي مرحلة التعافي، والحفاظ على الاستثمارات القائمة بالفعل خاصة المحلية ومساعدتها على تجاوز الأزمة والاستعداد للانطلاق السريع مع التراجع التدريجي لحدة الأزمة وتعافي الاقتصاد العالمي تدريجيا.

وتقوم منهجية التقارير على تحليل صدمات العرض والطلب المرتبطة بدورة الأزمة (crisis cycle) في مراحلها المختلفة. ونظرا لعدم وجود بيانات تفصيلية عن درجة تأثير كل قطاع، يقوم التحليل القطاعي للمركز على افتراضات منطقية ترتبط بطبيعة القطاع ودرجة تأثيره بأزمات عنيفة سابقة - أقل حدة من الأزمة الحالية بالتأكيد، ومختلفة في طبيعتها - ولكنها تمثل نقطة بداية للاجتهاد العلمي المطلوب في هذه المرحلة وعلى وجه السرعة.

وتجتهد التقارير للتوصل إلى تصور تفصيلي عن حجم وتوجه التأثير في كل قطاع حاليا وحتى انتهاء الأزمة، بحيث يتم بقدر الإمكان اقتراح حلول سريعة مطلوبة لتقليل الآثار السلبية بشكل متوازن ومتكامل الأبعاد تستكمل الجهود الجادة التي تبذلها الدولة في هذا الشأن، فضلا عن طرح حلول أخرى على المدى الأطول تخص أوجه الضعف المؤسسي الموجود بالفعل والذي كشفته الأزمة بوضوح وحث الوقت لإصلاحه جذريا بما يحسن من الجهود التنموية في مرحلة ما بعد الأزمة.

**"إن وباء كوفيد 19 في مصر لا يستهان به ولكنه لا يزال تحت السيطرة
ولدينا عدة اختيارات لكيفية التعامل مع الوضع."**

جون جابور

ممثل منظمة الصحة العالمية في مصر

***"Egypt's covid-19 outbreak is 'not insignificant'
but remains under control, and we still have
several options for how to handle the situation."***

John Jabbour

World Health Organization (WHO)

Representative in Egypt

1. توصيف موجز حول موضوع التقرير

يتناول التقرير الحالي أثر الأزمة علي القطاع الصحي في مصر وهو بلا شك أكثر القطاعات خطورة؛ حيث يعتبر القطاع المعني مباشرة بمواجهة الأزمة. ومن المؤكد أن جاهزيته قبل الأزمة ستعكس على قدرته على السيطرة علي الفيروس واحتواء الأزمة.

ويضاف إلى أهميته أن الحق في الرعاية الصحية يمثل أحد الحقوق الدستورية التي أقرها الدستور المصري الصادر عام 2014 بل وألزم الدولة بنسبة إنفاق عليه لا تقل عن 3% من الناتج القومي الإجمالي، علاوة على أنها تشكل محور رئيسي لتحقيق الأهداف الاستراتيجية الوطنية والأممية للتنمية المستدامة.

في هذا الإطار، يبدأ التوصيف بعرض بعض المؤشرات الأساسية التي تعكس وضع القطاع الصحي في مصر مقارنة بالعديد من دول العالم، يليها مزيد من التفصيل حول توصيف هيكل المستشفيات في مصر وبعض المؤشرات التفصيلية عن القطاع الصحي المصري.

أولاً: وضع القطاع الصحي في مصر مقارنة ببعض الدول

يتناول هذا الجزء الإنفاق على الصحة ما بين القطاعين الحكومي والخاص والأفراد. وأخيراً، المؤشرات التي تعكس مختلف عناصر المنظومة من موارد بشرية ووحدات رعاية أساسية.

1- الإنفاق على الصحة ما بين الحكومة والقطاع الخاص¹ والمدفوعات المباشرة للأفراد

1-1 الإنفاق الحكومي

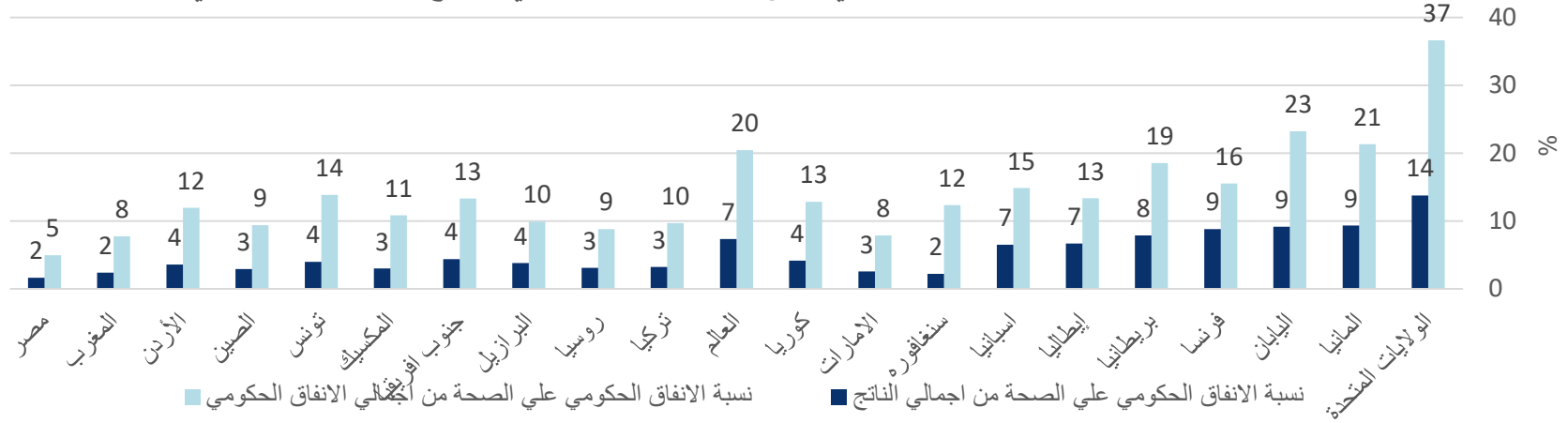
عالمياً، يستحوذ الإنفاق على الصحة على نسبة 7% من الناتج المحلي الإجمالي و20% من إجمالي الإنفاق الحكومي.

بينما في مصر لا يتجاوز الإنفاق على الصحة 2% من الناتج المحلي الإجمالي و5% من إجمالي الإنفاق الحكومي وبالتالي ربع المعدلات العالمية وأقل من مثيلها في دول مستوياتها التنموية متقاربة مع مصر وهو ما يتضح من الشكل رقم (1)

ويبلغ متوسط نصيب الفرد من الإنفاق الحكومي على الصحة في مصر خمس (5/1) المتوسط العالمي؛ حيث يبلغ 176 دولار في مصر مقابل 904 دولار عالمياً.

¹ تشمل الأموال التي توجهها الشركات والمنظمات غير الهادفة للربح لتغطية تكاليف التأمين الصحي للعاملين أو الأفراد وتكون في صورة تعاقدات مدفوعة مسبقاً أو أموال تدفع مباشرة لمقدمي الرعاية الصحية.

الشكل 1: نسبة الإنفاق الحكومي على الصحة من إجمالي الناتج والإنفاق الحكومي

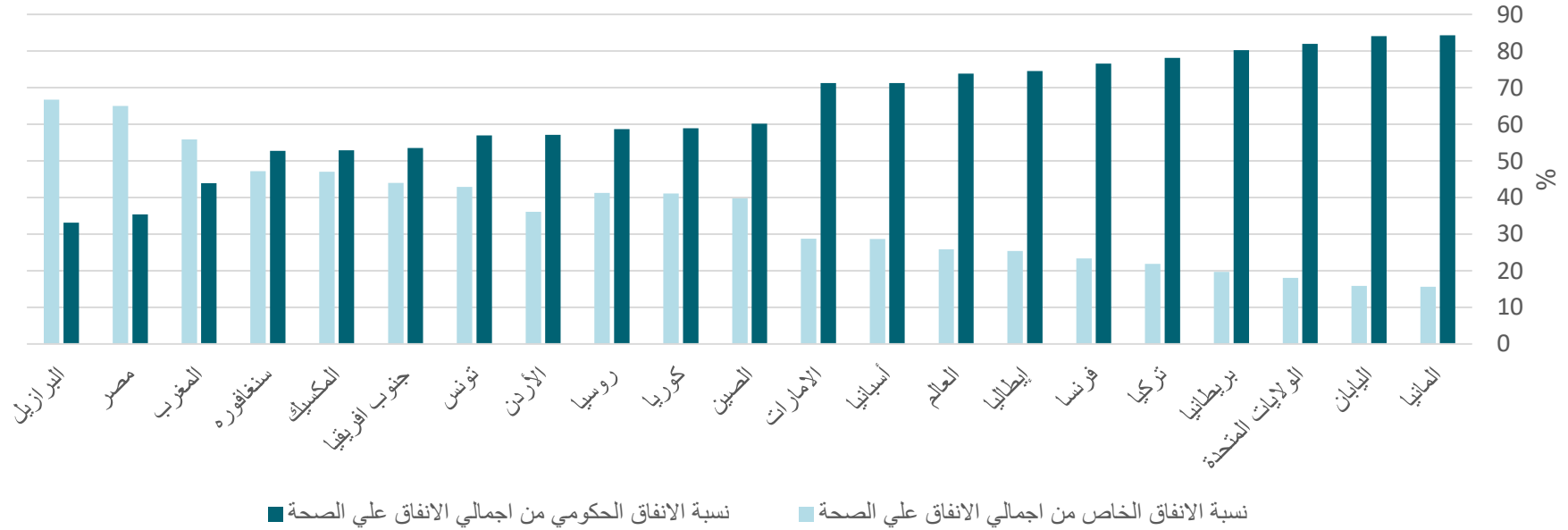


المصدر: منظمة الصحة العالمية، (GHO) Global Health Observatory ، عام 2016 (أحدث بيان).

2-1 الإنفاق الحكومي مقابل الخاص

عالمياً، يبين شكل (2) ان الإنفاق علي الصحة يتوزع علي النحو التالي: الحكومة 74% والقطاع الخاص 26%، بينما في مصر تمويل الإنفاق على الصحة يسير بشكل معاكس؛ حيث تبلغ نسبة الإنفاق الحكومي 35% والخاص 65% .

الشكل 2: نسب الانفاق الحكومي والخاص من اجمالي الانفاق علي الصحة في مصر مقارنة بدول العالم

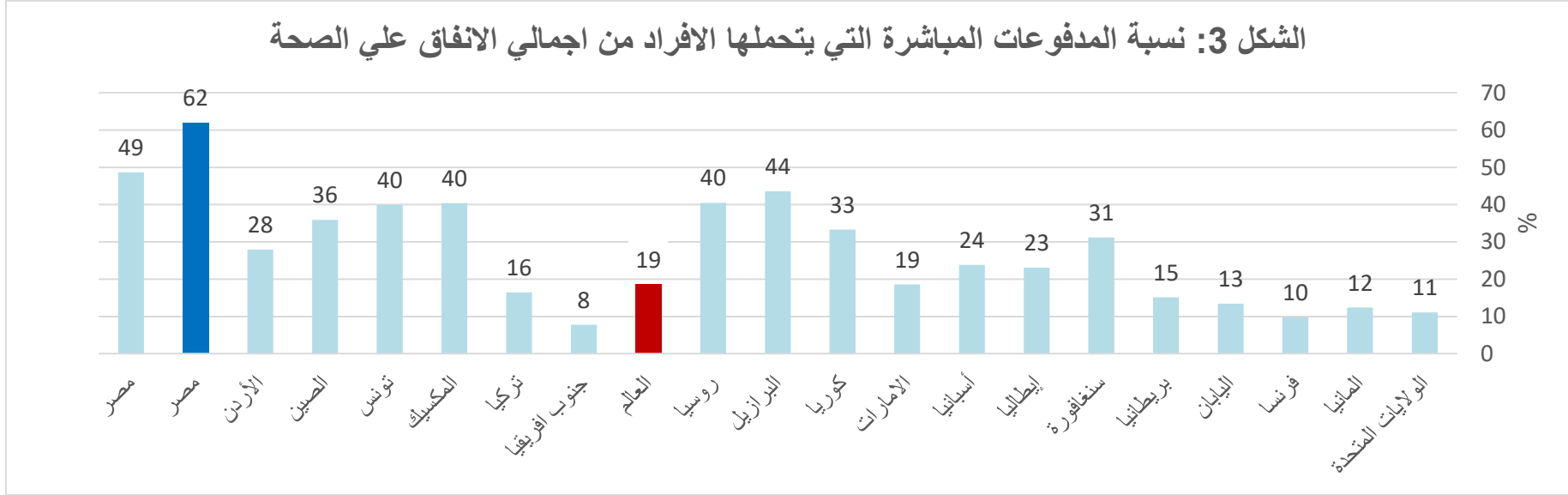


المصدر: منظمة الصحة العالمية، Global Health Observatory (GHO) ، عام 2016.

3-1 المدفوعات المباشرة (Out of pocket spending):

عالمياً، نسبة المدفوعات المباشرة التي يتحملها الفرد لا تتجاوز 19% من إجمالي الإنفاق على الصحة بينما يتحمل الفرد في مصر مدفوعات مباشرة نسبتها 62% أي تتجاوز ثلاثة أضعاف المعدل العالمي.

الشكل 3: نسبة المدفوعات المباشرة التي يتحملها الافراد من اجمالي الانفاق علي الصحة



المصدر: منظمة الصحة العالمية، (GHO) Global Health Observatory ، عام 2016 (احدث بيان).

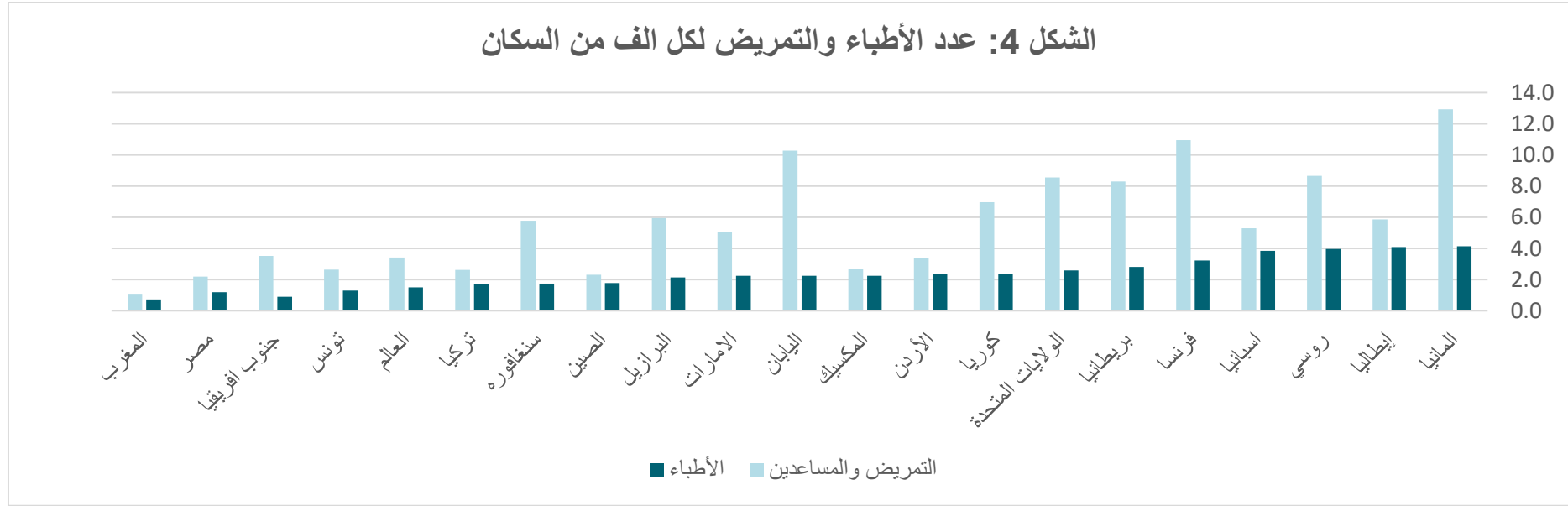
وبمزيد من الدراسة لوضع مصر وفقا للبيانات المحلية لعام 2018، يتضح أن الموقف لم يتحسن وفقا لبيانات منظمة الصحة العالمية لعام 2016 كما سنشير لاحقا في توصيف المنظومة في مصر.

2- مقدمي الخدمات الصحية (الأطباء- التمريض)

وفقا لشكل (4)، عالميا، بلغ متوسط عدد الأطباء 1.5 طبيب/ ألف نسمة و 3.4 ممرض/ ألف نسمة. بينما في مصر بلغ المعدل 1.2 طبيب/ ألف نسمة و 2.2 ممرض/ ألف نسمة عام 2018.

وهو ما يشير إلى معاناة القطاع الصحي في مصر من عدم توافر الموارد البشرية الكافية.

الشكل 4: عدد الأطباء والتمريض لكل ألف من السكان

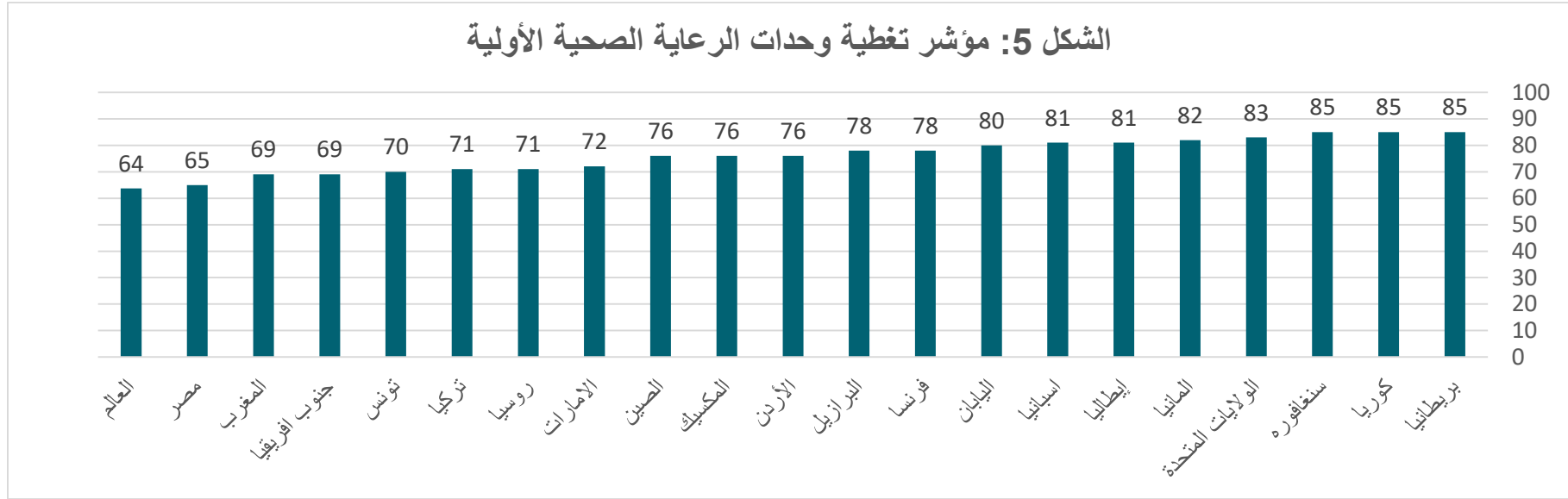


المصدر: منظمة الصحة العالمية، Global Health Observatory (GHO) ، عام 2016 (أحدث بيان).

3-درجة التغطية للخدمات الصحية الأساسية

من المهم أن نشير هنا إلى الدور الحيوي لهذه الوحدات تحديدا باعتبارها الصف الأول في مواجهة أي أزمة. ويقاس المؤشر مدى انتشار وحدات الرعاية الأولية ومراكز الأمومة والطفولة، ويأخذ قيمة من 0 – 100 تغطية كاملة، ويعتمد على عدد الوحدات ولا يتناول مدى جاهزيتها و/ أو جودة خدماتها.

الشكل 5: مؤشر تغطية وحدات الرعاية الصحية الأولية



المصدر: منظمة الصحة العالمية، (GHO) Global Health Observatory ، عام 2016 (أحدث بيان).

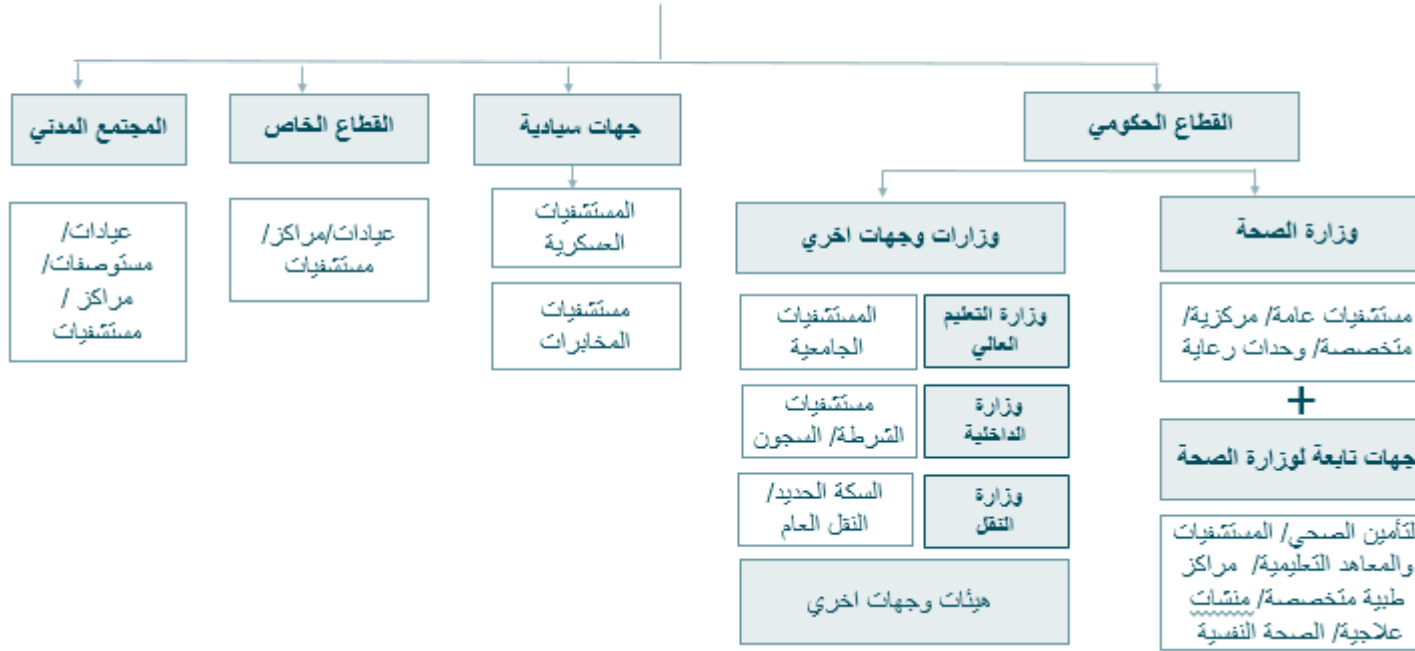
وهو ما يعني أن تعادل مصر عددياً مع المعدل العالمي تقريباً لا يعني تساوي الجودة. كما أن العدد يقل عن مثيله في العديد من الدول ذات مستويات تنمية متقاربة.

ثانياً: توصيف قطاع الصحة في مصر

4- الهيكل الحالي

يقدم الخدمات الصحية في مصر مجموعة متنوعة من الفاعلين سواء من القطاع الحكومي أو الخاص والأهلي كما يتضح من الشكل (6). وبالتالي يتم إدارة الخدمات الصحية وتنظيمها وتمويلها وتقديمها بمستويات جودة مختلفة وفي ظل أطر تشريعية مختلفة أيضاً.

شكل 6: الاطار المؤسسي للمستشفيات في مصر



المصدر: إعداد الباحث بناء على النشرة السنوية لإحصاءات الخدمات الصحية لعام 2018، إصدار نوفمبر 2019.

- يوجد في مصر نحو 56 مستشفى ومركز طبي تابع للقوات المسلحة ومستشفى واحد تابع للمختبرات.²
- تقدر مساهمة الجمعيات الأهلية بنحو 30% من إجمالي الخدمات الصحية المقدمة في مصر، بما فيها جمعية الهلال الأحمر.³

² إدارة الخدمات الطبية بالقوات المسلحة.
³ الاتحاد العام للجمعيات الأهلية.

○ ونظرا لعدم وجود بيانات كاملة عن كافة مقدمي الخدمة سوف يتم التركيز على مستشفيات القطاعين الحكومي والخاص فقط. يوضح الجدول التالي توزيع المستشفيات الموجودة في مصر لعام 2018 على القطاعين الحكومي والخاص:

الجدول 1: توزيع المستشفيات الموجودة في مصر لعام 2018 على القطاعين الحكومي والخاص

القطاع	العدد	% من إجمالي	المستشفيات	العدد	% من إجمالي
حكومي	691	38%	إجمالي وزارة الصحة	400	58%
			المستشفيات العامة	58	8%
			المستشفيات المركزية	197	29%
			المستشفيات المتخصصة	140	20%
			إجمالي الجهات التابعة لوزارة الصحة	145	21%
			الصحة النفسية	19	3%
			التأمين الصحي	40	6%
			مستشفيات / معاهد تعليمية	23	3%
			مراكز متخصصة	55	8%
			مؤسسة علاجية	8	1%
			إجمالي الوزارات والجهات الأخرى	146	21%
			مستشفيات جامعية	89	13%
			مستشفيات الشرطة	26	4%

0.5%	0.4%	3	مستشفيات السكة الحديد				
3%	4%	28	هيئات اخري				
				4%	62%	1107	خاص
1798 مستشفى بسعة 131 ألف سرير بمتوسط 138 سرير/ مستشفى للحكومي بمتوسط 32 سرير/ مستشفى للخاص				الإجمالي			

المصدر: إعداد الباحث بناء على بيانات الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء، النشرة السنوية لإحصاء الخدمات الصحية لعام 2018، إصدار نوفمبر 2019.

لا يوجد لدينا مؤشرات دقيقة تعكس مستوى جودة الخدمة إلا أنه يوجد مجموعة من الحقائق بعضها يمكن استنتاجها من المؤشرات الواردة بالجدول وبعضها محل اتفاق قطاع عريض من الخبراء بالقطاع وهي:

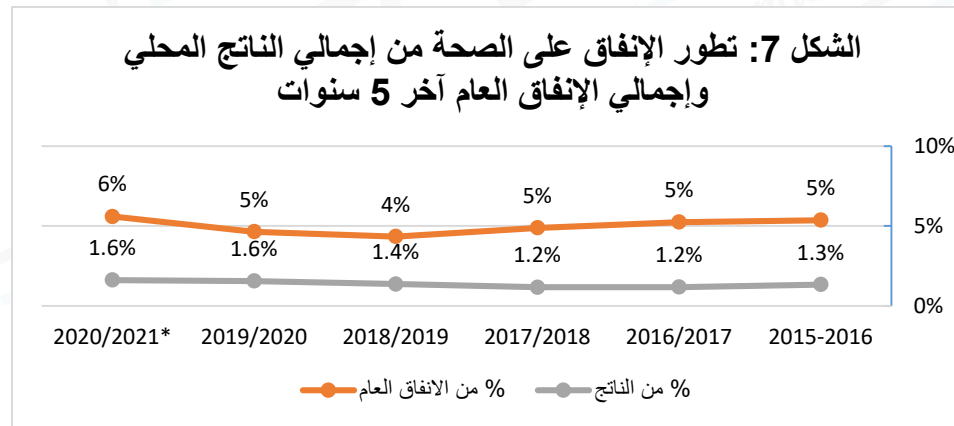
- تمثل مستشفيات وزارة الصحة والجهات التابعة لها 80% من عدد المستشفيات و66% من الأسرة مما يشير إلى أن مدى جاهزيتها ماديا وبشريا محور رئيسي للحكم على المنظومة الصحية ككل.
- بالنسبة لعدد الأسرة لكل مستشفى، متوسط عدد الأسرة لكل مستشفى حكومي يتجاوز أربعة أضعاف الخاص وهو ما يعكس القدرات الحكومية الأعلى.
- بالرغم من انخفاض عدد المستشفيات الجامعية إلا أن سعتها السريرية ضعف عددها مما يعني استيعابها لأعداد كبيرة من المرضى.
- تتفاوت المستشفيات الحكومية من حيث القدرات والتجهيزات وكفاءة الموارد البشرية وكلما اقتربنا من العواصم والمراكز الرئيسية كان المستوى أفضل عن الأطراف والأماكن النائية.
- ما يتجاوز الـ 70% من العمليات التي تحتاج إلى مهارات مرتفعة تتم في المستشفيات الجامعية.
- يوجد ضغوط كبيرة جدا على المعاهد التعليمية (المعهد القومي للأورام، القلب...) نظرا لمحدودية عددها على مستوى الجمهورية ولا يوجد سوى معهد واحد للقلب ومعهد واحد للأورام.

- كذلك تعاني المستشفيات المتخصصة (47 مستشفى للحميات، 34 مستشفى للصدر...) من ضغوط شديدة نظرا لانخفاض عددها فيوجد بالقاهرة مستشفين للحميات فقط.
- يضم القطاع الخاص مجموعة متفاوتة من العيادات والمراكز والمستشفيات، نسبة ضئيلة منها مرتفعة الجودة والغالبية ذات مستوى جودة أقل بالإضافة إلى تفاوت أسعار الخدمات وجودتها بشكل غير منظم.

1- الإنفاق على الصحة ما بين الحكومة والقطاع الخاص والمدفوعات المباشرة للأفراد

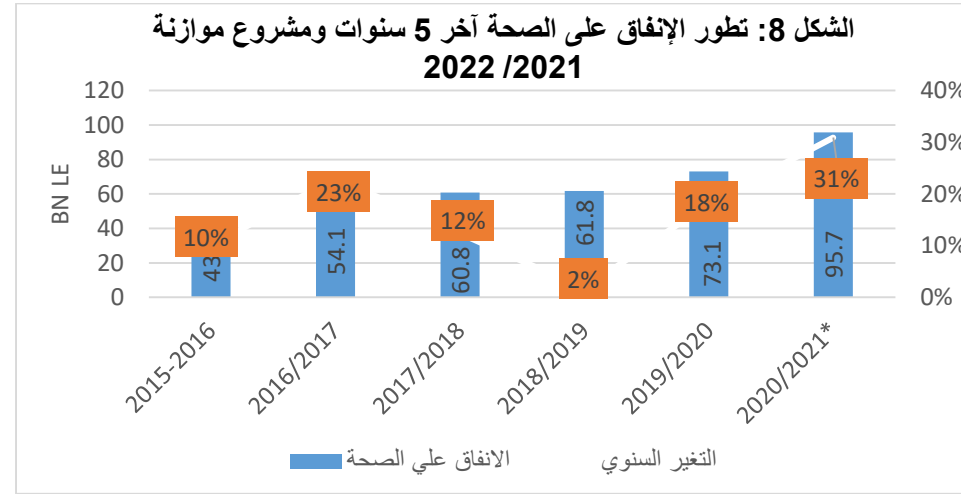
- على مستوى الإنفاق الحكومي

1. تراجع نسبة إجمالي مخصصات الإنفاق على الصحة من 1.6% من الناتج المحلي الإجمالي لعامي 2015 / 2016 و 2016 / 2017 إلى 1.2 عامي 2018 / 2019 و 2019 / 2020 وبالتالي لم نصل بعد للاستحقاق الدستوري المطلوب.



المصدر: اعداد الباحث بناء على بيانات وزارة المالية.

2. تراجع مستمر في الإنفاق الحقيقي على الصحة؛ حيث يقل معدل التغير في الإنفاق السنوي على الصحة كثيرا عن معدل التضخم وهو ما يتضح من تتبع الإنفاق على الصحة خلال الخمس سنوات القادمة بالشكل التالي.



*مستهدف

المصدر: اعداد الباحث بناء على بيانات وزارة المالية.

- على مستوى الإنفاق الفردي

- وفقا لنتائج مسح الدخل والإنفاق للجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء 2018 /2017: يأتي الإنفاق على الصحة على مستوى الأسرة في المرتبة الثالثة حيث يستحوذ الإنفاق على الطعام والشراب على نحو 37.1% من إجمالي الإنفاق يليه المسكن ومستلزماته على 18% ثم الإنفاق على الخدمات الصحية بنحو 9.9%.
- بلغ متوسط الإنفاق السنوي للأسرة على الرعاية والخدمات الصحية 5095 جنيها عام 2018 /2017 مقابل 3680 عام 2014 /2015 أي بزيادة 38%.
- تراجع نسبة نصيب الفرد من الإنفاق الكلي على الصحة من 800.6 جنيها عام 2015 إلى 700.7 جنيها عام 2018/2017 وإن ثبتت نسبة الإنفاق على الصحة عند 10% تقريبا في كلا العامين من إجمالي الإنفاق. (انخفض متوسط نصيب الفرد الحقيقي

من الإنفاق الفعلي السنوي للأسرة من 8.6 ألف جنيه عام 2015 إلى 7.7 ألف جنيه عام 2018/2017 بالأسعار الثابتة 2015 وبنسبة انخفاض 10%).

- يتوزع الإنفاق على الصحة على النحو الآتي: 55.5% على المنتجات والأجهزة الطبية، 28.6% خدمات مرضى العيادات الخارجية، 15.9% خدمات المستشفيات. وبالتالي تأتي أهمية حوكمة منظومة الدواء بحيث تضمن فعاليتها وتسعيه بما يمكن للمواطنين من مختلف الشرائح الداخلية الحصول عليه.
- تفاوتت نسب الإنفاق على الخدمات الصحية ما بين المحافظات وكانت كفر الشيخ ودمياط والبحيرة من أعلى نسب الإنفاق (تراوحت بين 11-12%) بينما كانت المحافظات الحدودية والأقصر من أقل نسب الإنفاق (6-7%).
- يرتبط الإنفاق على الخدمات الصحية بمستوى المعيشة؛ حيث تنفق الفئة الدنيا (أقل 10% إنفاقاً) 8.1% من دخلها على الخدمات الصحية بمتوسط نصيب للفرد 386.7 جنيه مقابل إنفاق الفئة العليا (أعلى 10% إنفاقاً) 10.9% من دخلها على الخدمات الصحية بمتوسط نصيب للفرد 3484 جنيه خلال عام 2018 /2017.
- ويعني ذلك أن انخفاض المستوى المعيشي يرتبط بانخفاض الحصول على الخدمات الصحية المناسبة كما أن النفقات الخاصة بالصحة قد تقود إلى دخول المواطنين في دائرة الفقر.
- لذا تظهر أهمية توفير الدولة لخدمات الرعاية الصحية الأساسية لكافة المواطنين بجودة مناسبة ومجاناً بما يمكن للجميع بما فيهم الشرائح الدنيا من الدخول من الحصول على هذه الخدمات خاصة في حالة مصر التي يتجاوز نسبة الفقر فيها 30% من السكان وفقاً لآخر إحصاءات الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء.

2- مؤشرات إتاحة الخدمات الصحية

1- تطور عدد المستشفيات الحكومية والخاصة آخر 10 سنوات

تراجع الاستثمار الحكومي في قطاع المستشفيات رغم زيادة الطلب عليها نتيجة للتزايد السكاني. وفقاً للجدول 2، بلغ عدد المستشفيات في مصر نحو 1798 مستشفى حكومي وخاص عام 2018 مقابل 1599 عام 2009 بزيادة 12% أغلبها نتيجة لزيادة عدد مستشفيات

القطاع الخاص بالأساس. ويلاحظ انخفاض عدد الأسرة للمستشفى الحكومي على مدار الفترة مقابل زيادته في القطاع الخاص مما يدل على ضعف نفقات الإحلال والتجديد. يبرهن على ما سبق التواضع الشديد في نصيب القطاع من إجمالي الاستثمارات المنفذة من 2.7% عام 2017/2016 إلى 1.9% في العام 2018/2017 وفقا لبيانات وزارة التخطيط والمتابعة والإصلاح الإداري.

الجدول 2: تطور عدد المستشفيات الحكومية والخاصة وعدد الأسرة والمتريدين خلال الفترة 2009-2018

عدد المتردين / مستشفى		عدد الأسرة / للمستشفى		عدد المستشفيات		
خاص	حكومي	خاص	حكومي	خاص	حكومي	
1383	92389	23	157	941	658	2009
1656	86487	28	150	927	660	2010
682	89220	28	153	926	643	2011
1829	78130	28	150	920	646	2012
2520	95021	28	150	937	657	2013
2684	99481	26	148	941	659	2014
4161	112970	31	141	1002	660	2015
3444	122262	32	142	1017	662	2016
3469	128838	33	142	1094	676	2017
3103	135598	32	138	1107	691	2018

المصدر: اعداد الباحث بناء على بيانات الجهاز المركزي للتعبئة العامة والاحصاء، النشرة السنوية لإحصاءات الخدمات الصحية لعام 2018، إصدار نوفمبر 2019.

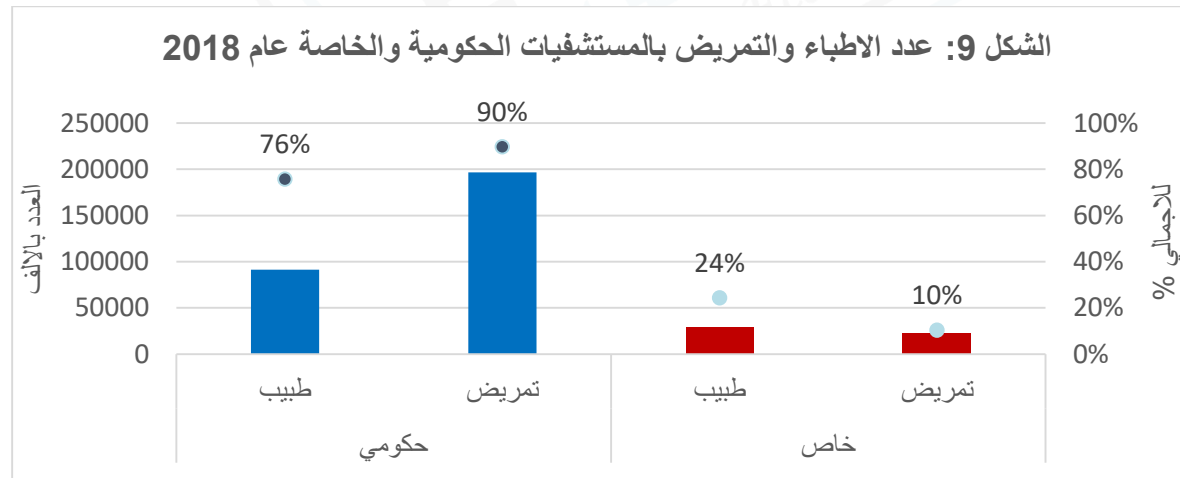
○ وبالرغم من ذلك لا تزال المستشفيات الحكومية هي عصب تقديم الخدمة الطبية في مصر. يقدر حجم الطلب علي الخدمة الصحية في المستشفى الحكومي أربعة اضعاف القطاع الخاص؛ حيث تخدم المستشفى الحكومي الواحد 135 ألف مريض سنويا مقابل 3.4 ألف للخاص عام 2018 ويمكن ان يرجع ذلك محدودية عدد الاسرة في القطاع الخاص وارتفاع تكاليفه. هذا بالإضافة الي عدد المترددين الذين يتوجهو لخدمات المجتمع المدني.

2-مقدمو الخدمات الصحية

يغطي التحليل عدد مقدمي الخدمة وتوزيعهم على القطاعين الحكومي والخاص وكذلك بعض ملامح بيئة العمل.

عدد مقدمي الخدمات الصحية وتوزيعهم القطاعي:

بلغ عدد الأطباء 120 ألف طبيب و219 ألف عضو هيئة تمريض على مستوى إجمالي القطاعين الحكومي والخاص ويستأثر القطاع الحكومي بالنصيب الأكبر سواء من إجمالي عدد الأطباء او هيئة التمريض كما هو موضح بالشكل التالي:



المصدر: اعداد الباحث بناء على بيانات الجهاز المركزي للتعبئة العامة والاحصاء، النشرة السنوية لإحصاء الخدمات الصحية لعام 2018، إصدار نوفمبر 2019.

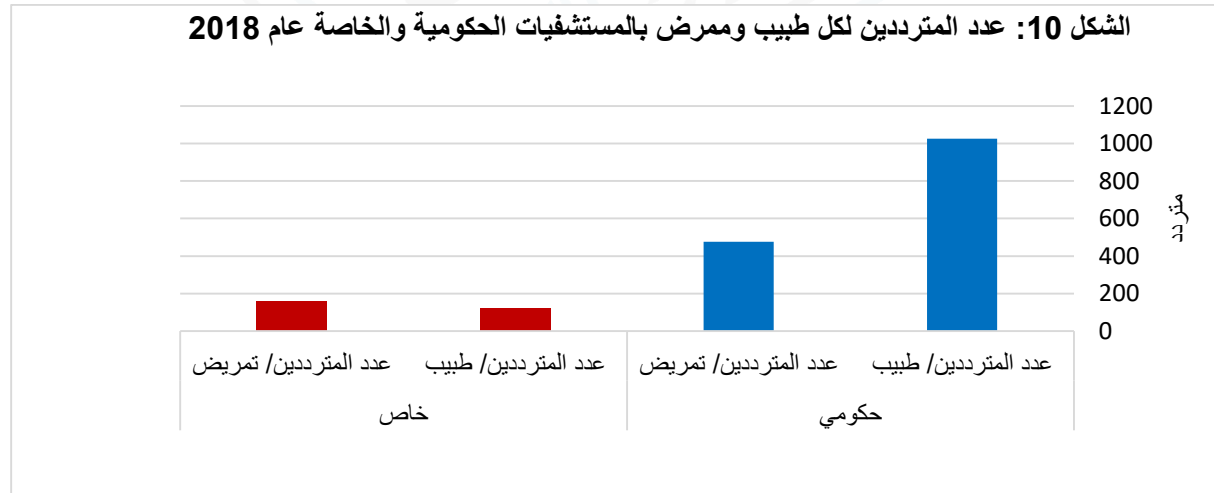
بالرغم من استحواذ الأجور على 53% في المتوسط من إجمالي ما تم إنفاقه على قطاع الصحة خلال الخمس سنوات السابقة إلا أن زيادة اعداد العاملين بالقطاع وارتفاع معدل التضخم يعني تدهور الأجور الحقيقية للعاملين.

يلاحظ ارتفاع نسبة التمريض لعدد الأطباء في القطاع الحكومي (2.15 ممرض/ طبيب) مقابل الخاص (0.7 ممرض/ طبيب). تأتي الغالبية العظمى من هيئات التمريض من خريجي ثانوي التمريض وليس كلية التمريض. وبالتالي هناك ندرة في الكفاءات المهنية المرتفعة المرتبطة بخريجي كليات التمريض.

3- ملامح بيئة العمل لمقدمي الخدمات الصحية

الغالبية العظمى من مقدمي الخدمة تعمل في بيئة عمل غير مواتية خاصة للقطاع الحكومي وذلك على النحو الآتي:

- زيادة الضغط على مقدمي الخدمات نتيجة لزيادة الطلب على الخدمات الصحية خاصة بالقطاع الحكومي وهو ما يتضح من تتبع عدد المترددين لكل طبيب وعضو هيئة تمريض.



المصدر: اعداد الباحث بناء على بيانات الجهاز المركزي للتعبئة العامة والاحصاء، النشرة السنوية لاحصاء الخدمات الصحية لعام 2018، إصدار نوفمبر 2019.

- بيئة العمل غير مواتية نتيجة انخفاض التجهيزات الحديثة والأدوية ومستلزمات الوقاية من العدوى وكافة المستلزمات الأخرى، وضعف مخصصات التعليم والتدريب المستمر.
- تردي الأوضاع المالية للعاملين بالمهن الطبية خاصة في القطاع الحكومي نتيجة انخفاض المرتبات وضعف بدل العدوي وعدم وجود صندوق للمخاطر يؤمن تعرضهم للإصابة أو الوفاة اثناء ممارستهم لعملهم وعدم إضافة مقدمي الخدمة لصندوق الشهداء ومصابي العمليات الحربية المنشأ بالقانون رقم 16 لسنة 2018.
- ساهم هذا التردي في بيئة العمل وضعف فرص التعلم في زيادة استقالات الأطباء من القطاع الحكومي؛ حيث تؤكد الإحصائيات أن هناك زيادة مطردة في أعداد الأطباء الذين استقالوا. فقد بلغت عدد الاستقالات حوالي 1044 استقالة عام 2016، بينما في 2018 وصلت إلى 2600 بمعدل زيادة 27%، وفي 2019 وصلت إلى 3507 بنسبة زيادة 35% عن 2018. وبالرغم من ارتفاع تلك النسب، إلا أنها أقل من الحقيقة الفعلية لظاهرة تسرب الأطباء، إذ إنها لا تشمل الحاصلين على إجازات بدون مرتب، أو ظاهرة الحضور المزيف (أي الحضور على الورق فقط) والتي إذا أضيفت أعدادهم ستتضاعف تلك النسب بشكل كبير.

4- المشتركين في التأمين الصحي

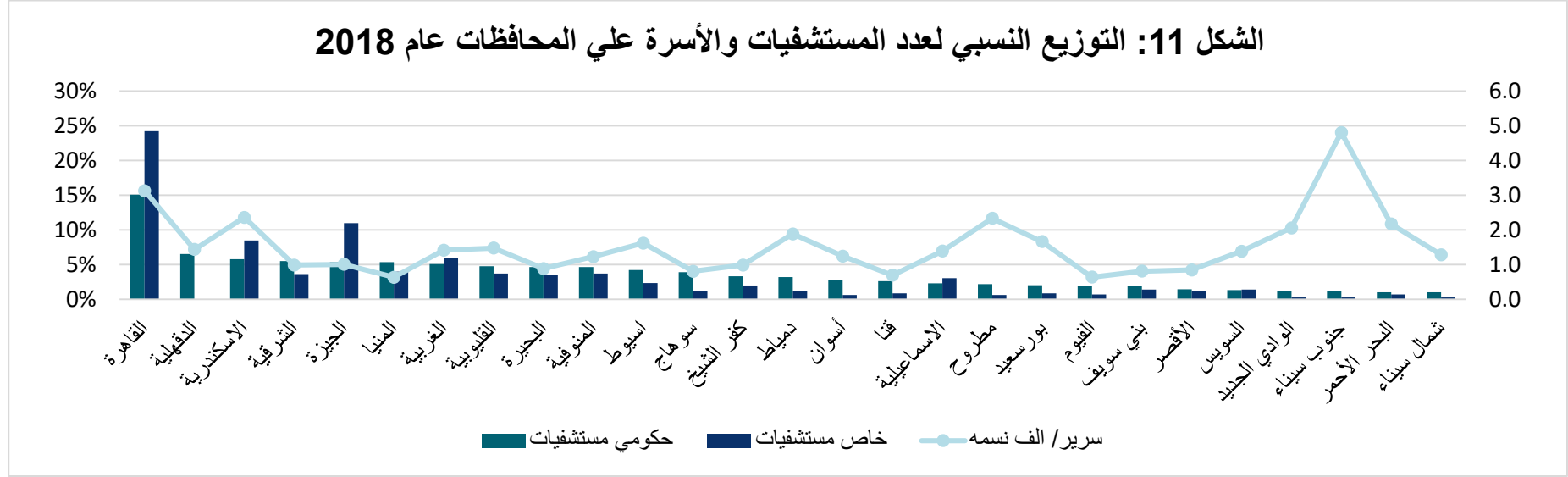
ومن ضمن مؤشرات الإتاحة: بلغ عدد المؤمن عليهم عام 2018 نحو 55.6 مليون مواطن نصفهم طلاب المدارس وما يقرب من ربعهم من القوى العاملة حالياً (12 مليون). مما يعني أن نحو نصف المشتغلين فقط (22.5 مليون عام 2018) هم الخاضعين للتأمين الصحي. وهناك برنامجاً للتغطية الصحية الشاملة بدأ في بورسعيد كمرحلة تجريبية.

5- مؤشرات الإتاحة وفقاً للتوزيع الجغرافي

عدد المستشفيات الحكومية والخاصة:

- تستأثر القاهرة والجيزة والإسكندرية بالنصيب الأكبر من المستشفيات الحكومية والخاصة ويقل عددها بوضوح في المحافظات الفقيرة كما يوضح الشكل 11.

- وبحساب مؤشر عدد الأسرة لكل 1000 نسمة باعتباره مؤشر أفضل للحكم على مدى توافر الخدمات الطبية مقابل الاعتماد على عدد المستشفيات نظرا لل تفاوت ما بين قدرات وامكانيات كل مستشفى. ويبين المؤشر أنه بينما كانت النسبة في محافظات المنيا وقنا وسوهاج أقل من الواحد الصحيح وصلت في جنوب سيناء إلى 4.8 سرير لكل ألف نسمة.



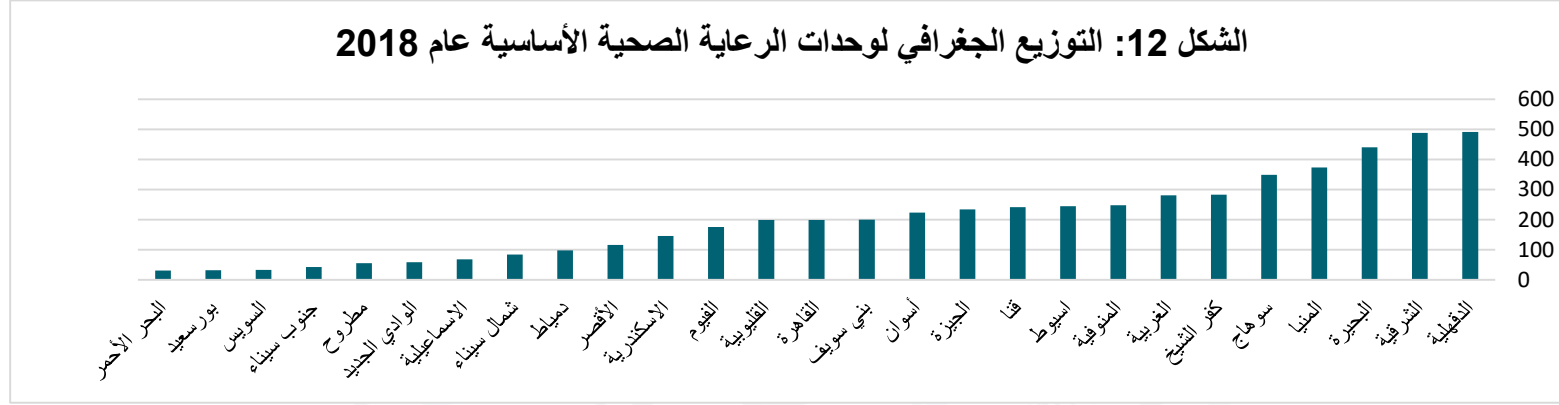
المصدر: اعداد الباحث بناء علي بيانات الجهاز المركزي للتعبئة العامة والاحصاء، النشرة السنوية لإحصاء الخدمات الصحية لعام 2018، إصدار نوفمبر 2019

عدد وحدات الرعاية الأولية:

- بلغ عدد وحدات الرعاية الصحية الأساسية 4 نحو 5437 وحدة عام 2018 مقابل 4839 وحدة في 2008 أي بزيادة 12% فقط خلال عشر سنوات.

⁴ تضم مكاتب الصحة، مراكز رعاية الأمومة والطفولة، العيادات الشاملة وعيادات الأحياء، المراكز الصحية وطب الأسرة، وحدات الرعاية الأولية بالريف.

- تستهدف وحدات الرعاية الأولية المناطق الريفية بالأساس لذا استأثرت محافظات الوجه البحري والقلي بالنصيب الأكبر من هذه الوحدات في مقابل الأقاليم الحضرية ومحافظات الحدود.



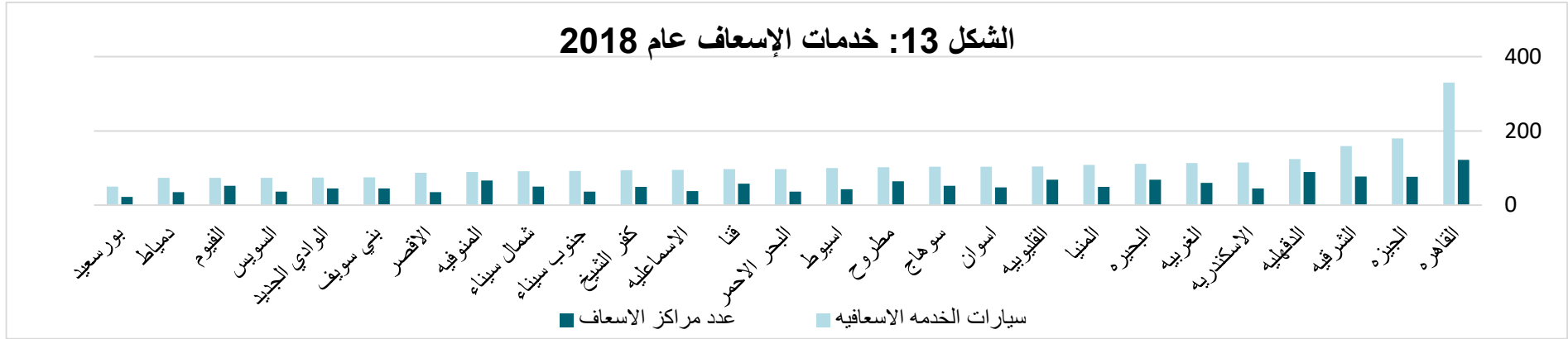
المصدر: اعداد الباحث بناء علي بيانات الجهاز المركزي للتعبئة العامة والاحصاء، النشرة السنوية لإحصاء الخدمات الصحية لعام 2018، إصدار نوفمبر 2019.

- على الرغم من انتشار الوحدات الصحية بشكل جيد على مستوى الجمهورية، إلا أن تطبيق منظومة طب الأسرة يعاني من الإخفاق نتيجة تدني جودة الخدمات المقدمة بسبب انخفاض التجهيزات وعدم توافر المستلزمات الطبية في معظم الوحدات الصحية وعدم توافر الفريق الطبي المؤهل.

خدمات الإسعاف:

- بلغ عدد مراكز الإسعاف على مستوى الجمهورية نحو 1464 مركز مجهزين بنحو 2912 سيارة تتوزع على مختلف محافظات الجمهورية باتساق مع توزيع السكان.

الشكل 13: خدمات الإسعاف عام 2018



المصدر: اعداد الباحث بناء على بيانات الجهاز المركزي للتعبئة العامة والاحصاء، النشرة السنوية للإحصاء الخدمات الصحية لعام 2018، إصدار نوفمبر 2019.

○ تؤكد كافة المؤشرات السابقة التي تم تناولها أن هذا القطاع الحيوي يعاني من العديد من الاختلالات قبل الأزمة الحالية.

ثالثاً: صدمات الطلب والعرض في إطار دورة الأزمة

- تعتبر منظمة الصحة العالمية الأزمة الحالية لفيروس كورونا (COVID 19) أسوأ أزمة صحية يشهدها العالم حالياً؛ حيث تسببت حتى تاريخ كتابة هذا التقرير في وفاة نحو 69 ألف شخص وإصابة 1.137 مليون شخص في 206 دولة ومقاطعة حول العالم.
- وضعت الأزمة القطاع الصحي في كافة دول العالم في حرب شرسة لمواجهة الفيروس والتعامل مع الإصابات معتمدة في ذلك على إمكانياتها الحالية المادية والبشرية.
- تركزت جهود الدول على هدفين أساسيين يتم تحقيقهما بالتوازي: يركز الهدف الأول على إبطاء الانتشار بينما الهدف الثاني زيادة جاهزية النظم الصحية لمواجهة تفاقم الأزمة.
- وفقاً للتحليلات المختلفة ارتبط نجاح الدول وقدرتها على تحقيق الهدفين السابقين بوضوح على أرض الواقع وفقاً لأربعة عناصر:
 1. إدارة الدولة للأزمة بشكل صحيح وسريع وحاسم

2. قدرة النظم الصحية بالأساس خاصة الرعاية الأولية والمركزة على تقديم الخدمات المطلوبة
3. درجة تقدم قطاع الاتصالات وتكنولوجيا المعلومات في كافة مراحل تطور المرض من: التوعية، تحديد أماكن الانتشار، تتبع المخالطين، منظومة اليكترونية لعزل المرضى عن بعد. (تم تناول دور هذا القطاع بالتفصيل في تقرير منفرد أصدره المركز)⁵.
4. تفاوت الهيكل السكاني وعدد الفئات العمرية الأكثر عرضة للإصابة بالفيروس.

خطة التعامل مع الأزمة في مصر:

- تبنت الحكومة المصرية خطة مرحلية للتعامل مع الأزمة تضمنت 3 مراحل هي: 1- المرحلة الأولى: قبل الإعلان عن ظهور أي إصابات في مصر، 2- المرحلة الثانية: ظهور محدود للإصابات في مصر، و 3- المرحلة الثالثة: زيادة عدد الإصابات.
- اقتصرت الإجراءات خلال المرحلة الأولى على إجراء الاختبارات للعائدين من الأماكن المصابة في الخارج وزيادة حملات التوعية بالوقاية من الفيروس والممارسات المجتمعية السليمة، وازدادت شدة الإجراءات مع زيادة عدد الإصابات خلال المرحلة الثانية حيث تضمنت تعطيل المدارس والجامعات وغلق المساجد والكنائس - تخفيض عدد العاملين- تعليق حركة الطيران- غلق المطاعم والنوادي والمولات- تطهير الأماكن الحكومية والشوارع الرئيسية- فرض حظر جزئي).
- وفقا لبيانات وزارة الصحة والسكان دخلت مصر المرحلة الثالثة (تجاوز الإصابات الألف حالة) وبلغ عدد الإصابات الكلية 2065 في 12 إبريل 2020 منها نحو 126 حالة جديدة و15 حالة وفيات⁶.
- تضاعف معدل الإصابات الجديدة وفقا لأحدث بيانات متاحة للأسبوع الأول من إبريل ليبلغ 120%؛ حيث بلغ عدد الإصابات في الأسبوع الأول من إبريل 706 إصابة جديدة مقابل 320 في الأسبوع الأخير من شهر مارس.

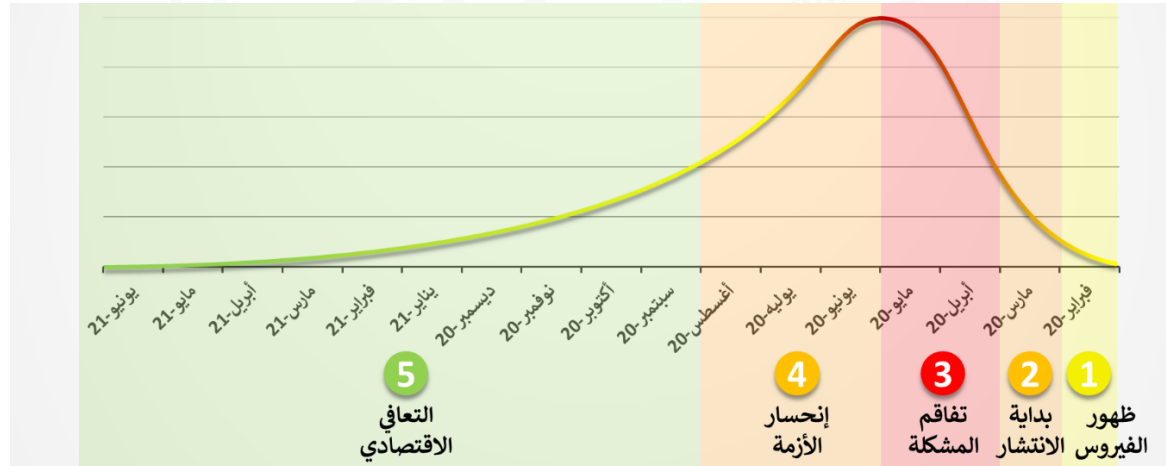
⁵ http://www.eces.org.eg/cms/NewsUploads/Pdf/2020_4_9-2_51_42%D8%A7%D9%84%D8%A7%D8%AA%D8%B5%D8%A7%D9%84%D8%A7%D8%AA%20Amended-FINAL%208-4-2020.pdf.

بالرغم من انخفاض عدد الحالات الجديدة في 12 ابريل إلى 126 مقابل 145 حالة في اليوم السابق إلا أنه لا يمكن أن يعتد بها كنمط مستمر للانخفاض لأنه حدث نفس الانخفاض قبلها بأيام ثم عاود لارتفاع اكير وان كنا نتمني بالتأكد تراجع هذا المعدل بشكل مستمر.

- أعلنت الوزارة عن تخصيصها نحو 12 مستشفى مجهزة للعزل وموزعة بـ12 محافظة (القاهرة والقليوبية والجيزة والاسكندرية ومطروح وكفر الشيخ والدقهلية والاسماعيلية والمنيا والغربية والأقصر وأسوان⁷). وجاري تجهيز 27 مستشفى جامعي للعزل. هذا بالإضافة إلى تخصيص مستشفيات الحميات (47 مستشفى) والصدر (35 مستشفى) لفحص وتحويل الحالات المشتبه فيها.
- تجهيز المدن الجامعية كمناطق طبية إذا استدعي الأمر لعزل الحالات البسيطة على مراحل بسعة إجمالية 19825 سرير على مراحل: المرحلة الأولى 33 مبنى والثانية 16 مبنى والثالثة 8 مباني.

وتتمثل خطورة هذه المرحلة في أن كافة السيناريوهات مفتوحة وفقا لمدى تشدد الإجراءات الحكومية والتزام المجتمع وبالتالي القدرة على السيطرة وتخفيض معدلات الإصابة والوفاة.

وفيما يلي تحليل لدرجة الجاهزية للقطاع وفقا لتوقعات حجم الطلب وذلك في المراحل الزمنية لدورة الأزمة التي يلخصها الشكل التالي:



المصدر: إعداد المركز المصري للدراسات الاقتصادية.

⁷ تفاصيل المستشفيات متاحة في تقرير وزارة الصحة والسكان، عن الموقف الحالي لفيروس كورونا المستجد ، 8 ابريل 2020.
24

فيما يلي توصيف موجز لكل مرحلة:

المرحلة الأولى: ظهور الفيروس

شهدت بداية الأزمة وتفاقمها في الصين فقط، ولم يتأثر باقي العالم ومنه الدول العربية والأوروبية بالأزمة بعد.

المرحلة الثانية: بداية الانتشار

انتشار واسع للفيروس عالميا، بدأت الدول العربية في التأثر مع نهاية شهر فبراير وبادرت باتخاذ تدابير احترازية منعا لانتشار الفيروس، تأثر كبير في الدول الأوروبية.

المرحلة الثالثة: تفاقم المشكلة

تفاقم الوضع في العالم وإجراءات مشددة في الدول العربية وخاصة السعودية والدول الأوروبية وتفاقم كبير للأزمة في إيطاليا وبدايات انحسار الفيروس في الصين وبداية انتشاره في الولايات المتحدة الأمريكية.

المرحلة الرابعة: انحسار الأزمة

بداية التعافي من الفيروس عالميا بدءا من الصين ويتوقع أن تليها الدول الأوروبية، وأخيرا، الدول العربية والولايات المتحدة.

المرحلة الخامسة: التعافي

التعافي الكامل بشكل تدريجي لجميع الدول ومنهم الدول العربية وإن كان يتوقع تأخر تعافي الأخيرة بحكم قوة تأثيرها بالاقتصاد العالمي وضعف تأثيرها فيه.

**ويقوم تحليل السيناريوهات المختلفة على مجموعة من المفاهيم والافتراضات على النحو الآتي:
المفاهيم:**

1. صدمة الطلب: ارتفاع الطلب على الخدمات الصحية نتيجة للأزمة ويأتي الطلب من فئات متنوعة وهي الأجانب والعائدين من الخارج والمواطنين.
2. صدمة العرض: قدرة المنظومة الصحية بكافة مكوناتها المادية والبشرية.
3. مقدمي الخدمات الصحية: تتضمن الأطباء والصيادلة وهيئات التمريض وكل من يساعدهم من اطقم إدارية وفنية ومعاونة.

اما عن الافتراضات التي يتبناها التحليل فهي على النحو الآتي:

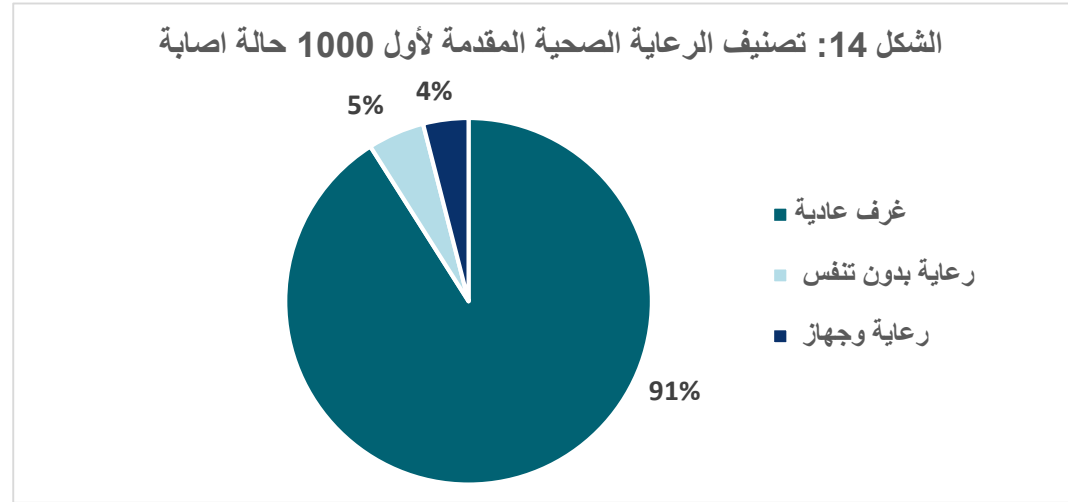
1. تقدير الطلب المتوقع على الخدمات الصحية نتيجة الأزمة:

لتقدير عدد الإصابات الجديدة:

- الأسبوع المرجعي: تقدر أعداد الإصابات الجديدة في ضوء أحدث بيان لتطور معدل الإصابات الأسبوعية الجديدة في الأسبوع الأول من إبريل والذي بلغ 120% (704 حالة جديدة في الأسبوع الرابع مقابل 302 حالة جديدة في الربع الأخير من مارس).
- يتبني التحليل سيناريوهات مختلفة وفقا لدرجة التشاؤم والتفاؤل بالتطور مع ثبات نفس متوسط معدل الزيادة من أسبوع لآخر خلال الخمسة أسابيع القادمة مع اختلاف هذا المعدل بين السيناريوهات المختلفة. ويهدف التثبيت إلى السماح لهامش تحرك هذا المعدل ارتفاعا أو هبوطا وفقا لتطورات الموقف بالتفاقم لا قدر الله أو التحسن في السيطرة تدريجيا.

لتقدير الطلب على الخدمات الصحية:

يستخدم التقرير تصنيف وزارة الصحة حول طبيعة الاحتياجات الصحية لأول 1000 حالة وذلك على النحو الموضح بالشكل 14.



المصدر: تقرير وزارة الصحة والسكان، عن الموقف الحالي لفيروس كورونا المستجد، 8 ابريل 2020.

2. قدرة العرض: يعتمد التقرير على ما أعلنته وزارة الصحة من تجهيزات للأزمة علي النحو الآتي:

أجهزة التنفس الصناعي	اسرة الرعاية المركزة	سرير	
346	407	2241	مستشفيات الوزارة
266	297	2056	المستشفيات الجامعية
0	0	19825	مدن جامعية
612	704	24122	الإجمالي

المصدر: تقرير وزارة الصحة والسكان، عن الموقف الحالي لفيروس كورونا المستجد، 8 ابريل 2020 وما تم اعلانه في المؤتمر الصحفي المشترك لوزارتي الصحة والتعليم العالي يوم 10 ابريل 2020.

3. ترتبط السيناريوهات المستقبلية لقدرة القطاع على مواجهة الأزمة بدرجة التعامل الحكومي مع العناصر الآتية:

- الإجراءات الاحترازية من الدولة وصرامة الالتزام بالتباعد المجتمعي
- حماية مقدمي الخدمة وبالتالي انخفاض عدد اصابتهم
- اجراء الاختبارات وعزل المشتبه فيهم
- التعامل مع الأماكن المكتظة بالسكان والعشوائية بالتباعد المجتمعي لمنع انتشار العدوى
- مدى وحدة الإجراءات لكافة المنشآت الصحية على مستوى الجمهورية
- درجة مشاركة المجتمع المدني مع الحكومة
- مدي تيسير الإجراءات البيروقراطية بما يوسع من نطاق المبادرات غير التقليدية لمواجهة الأزمة ومنها مبادرة التصنيع المحلي للملابس الطبية وأجهزة التنفس الصناعي

ويطرح الجدول التالي سيناريوهات محتملة للتأثير على القطاع وفقا لدورة الأزمة الموضحة سالفا وفي ضوء ما تم من افتراضات:

المرحلة	صدمة الطلب و/ أو العرض	التحليل	الأثر على قطاع الصحة
1. ظهور الفيروس من ديسمبر 2019 حتى يناير 2020	لا يوجد صدمة في جانبي العرض والطلب في مصر	الأزمة منحصرة في الصين ولم تنتشر في دول العالم ومنها مصر وبالتالي لم يكن لها تأثير على طلب وعرض الرعاية الصحية	تركز الطلب على الرعاية الصحية في فئة محدودة وهي المصريين العائدين من مدينة وهان بالصين وتم الحجر الصحي لهم بمرسى مطروح وبالتالي لم تضيف الأزمة أي تداعيات على قطاع الصحة، وتبنت الدولة إجراءات احترازية من خلال تسجيل ومتابعة القادمين من الدول التي ظهرت بها إصابات ورفع الاستعداد بجميع اقسام الحجر الصحي وتزويد المستشفيات بالتجهيزات اللازمة.

<p>زيادة الطلب على خدمات المعامل المركزية لإجراء الاختبارات خاصة للمصريين الذين لديهم عمل في دول الخليج. زيادة الطلب على الخدمات الخاصة بالفحص والعلاج نتيجة الإصابة بالفيروس. مزيد من دعم العرض بتجهيز أماكن للعزل وزيادة الحوافز المالية لمقدمي الخدمات. استطاعت قدرات العرض تغطية هذا الطلب.</p>	<p>- وصول الأزمة للدول الأوروبية والعربية وإجراءات احترازية لتخفيفها في فبراير لكن مصر مازالت بعيدة - من أول مارس ظهور الفيروس في مصر لأجنبي ثم إصابة 33 في مركب الأقصر - تزايد بسيط لعدد المصابين إلى أن بلغ 126 حالة يوم 15 مارس أغلبهم لأجانب ومصريين عائدتين من الخارج ومصريين مخالطين لحالات إيجابية. - حملات للتوعية والوقاية من الفيروس - لم يسجل أي إصابات لمقدمي الخدمة الصحية حتي هذه المرحلة.</p>	<p>- صدمة طلب محدودة - لا يوجد صدمة في العرض</p>	<p>2. بداية الانتشار من فبراير وحتى منتصف مارس 2020</p>																																													
<p>تقدير الإصابات الجديدة واحتياجاتها من الخدمات الصحية* وفقا للسيناريو المتفائل</p> <table border="1" data-bbox="100 726 963 1189"> <thead> <tr> <th>المطلوب من عناية مركزة وجهاز تنفس</th> <th>المطلوب من العناية المركزة</th> <th>المطلوب من الاسرة</th> <th>المصابين الجدد</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>37</td> <td>46</td> <td>836</td> <td>919</td> <td>الأسبوع الثاني من ابريل</td> </tr> <tr> <td>48</td> <td>60</td> <td>1088</td> <td>1196</td> <td>الأسبوع الثالث من ابريل</td> </tr> <tr> <td>62</td> <td>78</td> <td>1417</td> <td>1557</td> <td>الأسبوع الرابع من ابريل</td> </tr> <tr> <td>81</td> <td>101</td> <td>1844</td> <td>2026</td> <td>الأسبوع الأول من مايو</td> </tr> <tr> <td>105</td> <td>132</td> <td>2400</td> <td>2637</td> <td>الأسبوع الثاني من مايو</td> </tr> <tr> <td>333</td> <td>417</td> <td>7585</td> <td>8335</td> <td>الإجمالي</td> </tr> <tr> <td>612</td> <td>704</td> <td>24122</td> <td></td> <td>المتاح</td> </tr> <tr> <td>279</td> <td>287</td> <td>16537</td> <td></td> <td>المتاح - الاحتياجات</td> </tr> </tbody> </table> <p>*وفقا لتصنيف وزارة الصحة لاحتياجات اول 1000 حالة</p>	المطلوب من عناية مركزة وجهاز تنفس	المطلوب من العناية المركزة	المطلوب من الاسرة	المصابين الجدد		37	46	836	919	الأسبوع الثاني من ابريل	48	60	1088	1196	الأسبوع الثالث من ابريل	62	78	1417	1557	الأسبوع الرابع من ابريل	81	101	1844	2026	الأسبوع الأول من مايو	105	132	2400	2637	الأسبوع الثاني من مايو	333	417	7585	8335	الإجمالي	612	704	24122		المتاح	279	287	16537		المتاح - الاحتياجات	<p>تحتمل هذه المرحلة 3 سيناريوهات وفقا لدرجة التشاؤم والتفاؤل على النحو الاتي:</p> <p>السيناريو المتفائل: النجاح في خفض معدل الزيادة الأسبوعية إلى ربع معدل الزيادة في الأسبوع المرجعي كما هو موضح في افتراضات التحليل.</p> <p>السيناريو المتوسط: النجاح في خفض معدل الزيادة الأسبوعية إلى نصف معدل الزيادة في الأسبوع المرجعي.</p>	<p>- صدمة أكبر في الطلب مع تنوعه - محاولات لتدعيم العرض</p>	<p>3. تفاقم المشكلة من منتصف مارس وحتى منتصف مايو 2020</p>
المطلوب من عناية مركزة وجهاز تنفس	المطلوب من العناية المركزة	المطلوب من الاسرة	المصابين الجدد																																													
37	46	836	919	الأسبوع الثاني من ابريل																																												
48	60	1088	1196	الأسبوع الثالث من ابريل																																												
62	78	1417	1557	الأسبوع الرابع من ابريل																																												
81	101	1844	2026	الأسبوع الأول من مايو																																												
105	132	2400	2637	الأسبوع الثاني من مايو																																												
333	417	7585	8335	الإجمالي																																												
612	704	24122		المتاح																																												
279	287	16537		المتاح - الاحتياجات																																												

**تقدير الإصابات الجديدة واحتياجاتها من الخدمات الصحية*
وفقا للسيناريو المتوسط**

المطلوب من مركزية مركزية وجهاز تنفس	المطلوب من العناية مركزية	المطلوب من الاسرة	المصابين الجدد	
45	57	1030	1132	الأسبوع الثاني من ابريل
73	91	1651	1814	الأسبوع الثالث من ابريل
116	145	2647	2909	الأسبوع الرابع من ابريل
187	233	4243	4663	الأسبوع الأول من مايو
299	374	6803	7476	الأسبوع الثاني من مايو
720	900	16374	17994	الإجمالي
612	704	24122		المتاح
-108	-196	7748		المتاح - الاحتياجات

*وفقا لتصنيف وزارة الصحة لاحتياجات اول 1000 حالة

**تقدير الإصابات الجديدة واحتياجاتها من الخدمات الصحية*
وفقا للسيناريو المتشائم**

عناية مركزية وجهاز تنفس	عناية مركزية	سرير	المصابين الجدد	
62	78	1417	1558	الأسبوع الثاني من ابريل
137	172	3127	3436	الأسبوع الثالث من ابريل
303	379	6899	7582	الأسبوع الرابع من ابريل
669	836	15222	16727	الأسبوع الأول من مايو
1476	1845	33583	36904	الأسبوع الثاني من مايو
2648	3310	60249	66207	الإجمالي
612	704	24122		المتاح
-2036	-2606	-36127		المتاح - الاحتياجات

*وفقا لتصنيف وزارة الصحة لاحتياجات اول 1000 حالة

السيناريو المتشائم: ثبات معدل الزيادة الأسبوعية كما هو نفس المعدل في الأسبوع المرجعي.

وهناك أيضا يوجد سيناريو آخر وهو ثبات عدد الإصابات الجديدة أسبوعيا وهو احتمال غير منطقي لأنه لا يتفق مع تطور الفيروس في كل بلاد العالم. وفي هذه الحالة لن يكون هناك أي احتياج إضافي .

يرتبط الأثر على قطاع الصحة بسيناريوهات المرحلة التي تسبقها ويحدث التعافي التدريجي إلى أن تنتهي الأزمة إن شاء الله.	استمرار تقديم الخدمات الصحية للمصابين بالفيروس مع انخفاض تدريجي في أعداد المصابين الجدد	- استمرار صدمة الطلب ومزيد من تدعيم العرض	المرحلتين الرابعة والخامسة من منتصف مايو حتى سبتمبر 2020
--	---	--	---

رابعاً: التدخلات المطلوبة لتخفيف آثار الأزمة

بالرغم من كل الجهود الجادة التي اتخذتها الحكومة للتعامل مع الأزمة إلا أنه يتبين من البيانات تضاعف معدل الإصابات الجديدة في الأسبوع الأول من إبريل مقارنة بالأسبوع الأخير من مارس وبرهنت السيناريوهات على مدى خطورة استمرار هذا المعدل وعدم كفاية الإمكانيات المتاحة لمواجهة والأخطر منه تزايد معدل الإصابات الجدد (سيناريو كارثي). لذا يتطلب الأمر التدخلات الآتية:

1- على مستوى الإجراءات الاحترازية:

- تشديد الإجراءات الاحترازية وعدم التهاون في الالتزام بها وفي هذا الصدد يمكن مراجعة تأخير الحظر إلى الثامنة مساءً على سبيل المثال بما قد يتم تفسيره بأن الوضع أصبح مطمئناً.
- تعزيزات إضافية لكل الخدمات الصحية على كل المستويات استعداداً للسيناريوهات الأسوأ.

2- على مستوى إدارة الأزمة

- إضافة المجتمع المدني والبرلمان إلى اللجان الخاصة بإدارة الأزمة لتعبئة الجهود وتوحيدها والمتابعة في كل أنحاء الجمهورية

- ضم ممثلين عن نقابة الأطباء والصيدالة للجنة الفنية المتخصصة لإدارة الأزمة كشركاء رئيسيين في مواجهتها
- تعميم البروتوكولات المنبثقة من الخطة الصحية في مواجهة الأزمة لضمان وحدة الإجراءات لكافة المنشآت الصحية على مستوى الجمهورية أيا كان تبعيتها إداريا وعدم ترك المجال أمام التصرفات الفردية. ومن أهم هذه البروتوكولات على سبيل المثال ما يلي:

- التعامل مع المشتبه في إصابتهم إلى أن يتم الحصول على نتائج الاختبار
- التعامل مع المنشآت التي يحدث بها إصابات لمقدمي الخدمة الصحية
- التعامل مع مقدمي الخدمة في المنشآت التي يحدث بها إصابات
- التعامل مع مقدمي الخدمة الصحية والمخالطين للمصابين
- إجراءات الحماية من العدوى لمقدمي الخدمة الصحية
- إدارة الأمور الخاصة بالتوريدات اللازمة من مطهرات وأدوات ومستلزمات وضمان استمرار تدفقها قبل النفاذ
- التخلص من النفايات خاصة غير الخطرة لأنها ناقلة للعدوى
- آلية التواصل مع كافة الأطراف (أماكن العزل/ الاختبار/ ...)
- آلية تداول المعلومات بخصوص أي مستجدات

- **تجميع علمي سليم للمعلومات الصحية للمصابين والمتوفين بحيث تسمح بتحليل البيانات بما يسمح بالتنبؤ بأي أزمات جديدة**

- **مشاركة مختلفة غير نمطية للإعلام في مواجهة الأزمة من خلال:**

- تقديم حلول واقعية مبنية على المشاركة المجتمعية للتحديات التي تواجه الدولة في مواجهة الفيروس ومنها علي سبيل المثال تنفيذ التباعد المجتمعي في المناطق العشوائية المكتظة بالسكان
- تسليط الضوء على النماذج والمبادرات التي تساعد في مواجهة الأزمة خاصة من المجتمع المدني
- استمرار التوعية والإعلان عن أماكن الفحص والاختبار وأي مستجدات تتعلق بالخدمة الصحية

3- تعزيز دور مقدمي الخدمة الصحية في مواجهة الأزمة

- العنصر البشري بمختلف مستوياته أهم عنصر في المنظومة الطبية بها لذا فحمايته أولوية حتى لا تنخفض قدرات العرض
- قدمت الدولة حوافز عديدة مؤخرا لتحسين أوضاع الاطباء إلا أنه مازال هناك حاجة لمزيد من دعمهم ماديا ومعنويا و يتطلب ذلك:

- توفير أقصى درجات الحماية لمقدمي الخدمة في كافة المنشآت الصحية على مستوى الجمهورية
- رفع قيمة بدل العدوى للأطباء من 19 جنية إلى 1000 جنية وتلك القيمة التي كانت قد حكمت بها المحكمة وطعنت عليها الحكومة قبل ذلك بعدم الاختصاص
- اضافة المتوفين من مقدمي الخدمات الصحية الي صندوق تكريم الشهداء والمصابين في الحروب الصادر بالقانون رقم 16 لسنة 2018
- تفعيل فوري لصندوق مخاطر العاملين بالمهن الطبية على أن تكون إدارته مستقلة عن وزارة الصحة وضوابطه المالية معلنة بما فيها تقديم دعم مادي استثنائي لأي متوفي من مقدمي الخدمة الصحية نتيجة اصابته بالفيروس.

خامسا: أوجه الضعف المؤسسي التي كشفتها الأزمة

- **ضعف حوكمة منظومة الصحة** والذي ظهر بوضوح في تنوع إدارة وتنظيم وتمويل ومستوى جودة الخدمات المقدمة من فاعلين متنوعين يتبعون جهات إدارية مختلفة وتحكمهم تشريعات متنوعة، وهو ما يتطلب:
- فصل واضح للمهام: تقوم وزارة الصحة بأربعة أدوار معا: الدور التخطيطي (من خلال رئاستها للمجلس الأعلى للصحة حاليا) والدور التمويلي والدور التنفيذي والدور الرقابي معا.
- رؤية موحدة طويلة الأمد للتغطية الصحية الشاملة يحددها الخبراء والمجتمع المدني ولا تتغير بتغير الحكومات
- إطار تشريعي موحد يغطي المنظومة بكافة أطرافها من مقدمي الخدمة والعاملين بها وآلية تسعير وجودة الخدمات
- هيئة مستقلة للاعتماد والجودة تضع ضوابط موحدة لضمان الجودة تكون ملزمة للمنشآت الصحية الحكومية والخاصة والأهلية

- آلية لتحديد الاحتياجات الحالية والمستقبلية والفجوات النوعية والجغرافية من العاملين بالمهن الطبية وربط الخدمات التعليمية بناء على هذه الاحتياجات.
- مراجعة كاملة لهيكل الأجور للعاملين بالقطاع بحيث تتناسب مع حجم المخاطر التي يتعرض لها العاملون بالقطاع وتوفر لهم حياة كريمة، وذلك يتطلب التشاور مع نقابة الأطباء لتحديد الشكل الأمثل لذلك.
- زيادة مخصصات التدريب ورفع كفاءة الموارد البشرية بشكل مستمر.
- آليات واضحة وموضوعية للمراجعة والتقييم والمتابعة بشكل دوري وترفع للبرلمان ورئيس الحكومة.

- تواضع الإنفاق الحكومي على الصحة مقارنة بالاحتياجات المتزايدة وبالمعدلات العالمية: يتطلب ذلك زيادة الموازنة الخاصة بالصحة بنفس النسب الواردة بالدستور كحد أدنى.
- ضعف كفاءة وجاهزية وحدات الرعاية الأولية في كافة أنحاء الجمهورية خاصة وأنها تعد خط الدفاع الأول لمواجهة أي أزمة
- غياب قاعدة البيانات المتكاملة والمحدثة والمتاحة عن القطاع والتي تسمح بتحليل البيانات في كل المجالات
- ضعف فرص استفادة القطاع من التكنولوجيات الحديثة (ومنها **BIG Data**) في تحليل البيانات بما يخدم رسم سياسات صحية سليمة وهو أحد المحاور التي اعتمدت عليها دول شرق آسيا في مواجهة أزمة كورونا.

تنبيه هام:
أعد هذا التقرير لأغراض التوزيع للمركز المصري للدراسات الاقتصادية ولا يجوز نشره أو توزيعه دون موافقة كتابية من إدارة المركز، ولا تعد أي من البيانات أو التحليلات أو المعلومات الواردة بهذا التقرير توصية، كما أن ما ورد بالتقرير ليس اعتماداً للجدوى التجارية للنشاط موضوع التقرير ولا لقدرته على تحقيق نتائج معينة، وقد تم إعداد هذه البيانات والتحليلات بناء على وجهة نظر المركز والتي اعتمدت على معلومات وبيانات تم الحصول عليها من مصادر نعتقد بصحتها وأمانتها وفي اعتقادنا فإن المعلومات والنتائج الواردة تعتبر صحيحة وعادلة في وقت إعدادها، كما أن هذه البيانات لا يعتد بها كأساس لاتخاذ أي قرار استثماري والمركز غير مسئول عن أي تبعات قانونية أو استثمارية نتيجة استخدام المعلومات الواردة، ونؤكد أن أي أخطاء قد تكون وردت عند إعداد هذه البيانات هي من قبيل المصادفة وغير مقصودة.

ECES (c) المركز المصري للدراسات الاقتصادية 2020
جميع الحقوق محفوظة