الرقم التعريفي DOI
https://doi.org/10.31430/WONO5927
القبول Accepted
2025-04-01
التعديل Revised
2024-12-29
التسلم Received
2024-02-01

أميرة محمد شحاتة | Amira Mohamad Shehata*

الأثر التنموي لحوكمة الخدمات الصحية: حالة المستشـفيات الحكومية والخاصة في مدينة الإسكندرية**

Developmental Impact of Health Services Governance: The Case of Alexandria Hospitals

ملخص: تتناول هذه الدراسة دور الحوكمة في تحسين جودة الخدمات الصحية في مصر، مع التركيز بشكل خاص على تأثير العوامل الداخلية والخارجية. وباستخدام مستشفيات الإسكندرية كدراسة حالة، ومن خلال الجمع بين التحليل الوصفي والبحث الميداني، تستكشف الدراسة كيفية عمل مقدمي الخدمات الصحية لتحسين تقديم الخدمات. كما تحلل التحديات المؤسسية والتشغيلية والسياقية التي تواجه المنظمات الطبية، وتُقيم مدى دعم الحوكمة في القطاع الصحي لأهداف رؤية مصر 2030. وتشير النتائج إلى أن النظام الصحي في مصر في حاجة إلى إصلاحات جوهرية، وأن نجاح المبادرات الحالية، بما في ذلك نظام التأمين الصحي الشامل، يحتاج إلى نقلة نوعية على صعيدَي النُظم والموارد. وتختتم الدراسة بمجموعة من التوصيات المتعلقة بتنفيذ إصلاح القطاع الصحي الحالي.

كلمات مفتاحية: الخدمات الصحية، حوكمة القطاع الصحي، المسؤولية الاجتماعية، استراتيجية مصر 2030.

Abstract: This study examines the role of governance in improving the quality of health services in Egypt, with particular attention to the influence of both internal and external factors. Focusing on hospitals in Alexandria as a case study and combining descriptive analysis with field research, it explores how various health service providers work to enhance service delivery. The study analyzes the institutional, operational, and contextual challenges faced by medical organizations and evaluates the extent to which governance in the health sector supports the goals of Egypt's Vision 2030. The findings indicate that Egypt's health system requires substantial reform and that the success of ongoing initiatives, including the Comprehensive Health Insurance System, depends on profound institutional and resource-related transformations. The study concludes with a set of recommendations for the effective implementation of current health sector reforms.

Keywords: Health Services, Health Sector Governance, Social Responsibility, Egypt Strategy 2030.

* باحثة في علم الاجتماع الطبي، حاصلة على الدكتوراه من جامعة الإسكندرية عام 2021.

Researcher of Medical Sociology, Phd. From Alexandria University, 2021

Email: amiramohamed59@yahoo.com

** تعتمد الدراسة على بيانات سبق أن استخدمتها الباحثة في أطروحتها لنيل الدكتوراه عام 2021، وأسست عليها الشق الميداني من الدراسة، وذلك بعدما عزّزتها بإضافات جديدة، استجدّت بعد ذلك.

مقدمة

دفعت جائحةُ فيروس كورونا المستجد (كوفيد-19) موضوعَ كفاءة النُظم الصحية وجودَة خدماتها إلى واجهة الاهتمام المحليّ والعالمي. وثار الجدل حول دور المنظمات الطبية التي تُمثّل ذراع النُظم الصحية لتوفير الخدمات المتكاملة، سواء التشخيصية منها أم العلاجية والوقائية. وامتدّ النقاش إلى القواعد والنُظم والمعايير المنظمة لعمل تلك المنظمات، بعدما لحقتها خلال فترة الجائحة معاولُ النقد، والمطالبات بإصلاح جذري في المجال الصحي. وخلال هذا الجدل، جرى ربط جودة الخدمة وكفاءة تقديم المنظمات لها بموضوع الحوكمة. ولم تختلف الحال في مصر؛ إذ تصاعد الاهتمام البحثي بجودة الخدمات الصحية، سواء في المستشفيات الحكومية أم الخاصة، وكذا الرهان الحكومي عليها غايةً تنموية وحقًّا دستوريًّا ضمن أهداف استراتيجية مصر 2030.

عبر عقود، واجه القطاع الصحي في مصر مشكلات كانت غالبيتها هيكلية، تكمن في النظم والسياسات. وكثرت القيود التي تؤثر في قرارات تقديم الخدمة وإدارة المستشفيات، ذلك فضلاً عن زيادة الأعباء الاقتصادية على المرضى، في وضع اتّسم بتدهور أوضاع المعيشة، وعدم قدرة شريحة واسعة منهم على تحمّل تكاليف العلاج في المستشفيات الخاصة. وصاحب ذلك تراجع الإنفاق العام على منظومة الصحة العامة، وارتفاع تكاليف خدماتها، وعدم القدرة على تغطية فئات عديدة من المواطنين بمظلة التأمين الصحي؛ من هنا، برزت مساعي الحكومة المصرية لإصلاح النظام الصحي، وتقديم "قانون التأمين الصحي الشامل"، وجملة من التطورات التي تتضمن الوعد بحوكمة ناجزة للخدمات الصحية في المنظمات الطبية المصرية.

كان تزايد الاهتمام بحوكمة القطاع الصحي مصحوبًا ببروز مداخل جديدة للنظر في الموضوع، منها منظور الأنساق الاجتماعية ومفاهيمه. وهو منظور مركّب، بما يشمله من مدخلات وعمليات ومُخرجات. وفي هذا المنظور، تُطرح المنظمات الاجتماعية بوصفها نسقًا اجتماعيًّا مفتوحًا، يرتبط عضويًّا ببيئته المحيطة. وهذا يعني أن للمنظمة امتدادًا تُشكّله البيئة المحيطة، وهي عامل أساسي مؤثر في نوعية الخدمات الصحية. يسعى منظور النسق الاجتماعي لمقاربة هذا التأثير وأشكاله، بما يُسهم في تبيُّن سُبل تحسين الخدمات الصحية، وضبطها بحسب بوصلة الاستراتيجيات والخطط التنموية التي تطرحها الدولة.

في ضوء هذا، يبرز سؤال عام حول محددات البيئة التي تعمل داخلها المنظمات الطبية المقدمة للرعاية الصحية في مصر، وما يجابه المستشفيات الحكومية والخاصة من تحديات تؤثر في نوعية الخدمة الصحية. تأمل الدراسة أن تبرز آثار تحسين حوكمة القطاع الصحي في إنجاز أهداف استراتيجية مصر 2030، وأن تُنبّه صانع القرار ومنظمات تقديم الخدمة الصحية، عامة وخاصة، إلى أهمية آليات الحوكمة وطرائقها في تحسين الخدمات الصحية التي تُقدّمها المنظمات الطبية.

مدخل نظري

ظهر مبدأ حوكمة المنظمات الطبية Governance of Medical Organizations عام 1997، بعد إصدار المملكة المتحدة تقريرها الذي يدعو إلى الإصلاح، وكان بعنوان "هيئة الصحة الوطنية الجديدة: حديثة ويُعتمد عليها"[1]. كان على الحكومة البريطانية الاستجابة العاجلة لوضع استشعرت من خلاله فداحة

1 The Department of Health, *The New NHS Modern Dependable*, 8/12/1997, accessed on 15/4/2025, at: http://bit.ly/4g4UPZw

الأمر، بعد تفجُّر حوادث وصمها الإهمال الطبي في بعض المستشفيات البريطانية، وما أثارته من غضب واسع في أوساط المواطنين[2]. وازداد مذّاك اعتناء الحكومات والمنظمات بتطبيق مفاهيم الحوكمة في القطاع الصحي، وبرزت من ثم مجموعة من اللوائح والقوانين والقواعد التي أكدت الالتزام بتوجّهات حوكمة القطاع الصحي ومبادئه[3]. وقد عزّزت ذلك تجارب دولية، بيّنت جدوى الإصلاحات ونجاعة أثرها في تحسين خدمات الرعاية الصحية.

وقد شهدت مصر بعض التطوّرات في اتجاه الحوكمة الصحية، وإن ما زالت تعترض مسارها تحديات عديدة تحدّ من التوصل إلى نتائج ملموسة. وهي حال يكشفها ضعف الرضا العام عن الخدمات الصحية، سواء من جانب المرضى المستفيدين، أم حتى من جانب منظمات توفير الخدمة الصحية. ما زال القطاع الصحي في مصر، على خلاف العديد من القطاعات الخدمية، يتردد في جعل المريض محورًا لعمله، ويفتقر إلى نهج يمحور السياسات والخدمات حول حاجات هذا المريض، والدفع بالخدمة إلى مستوى من الجودة يُسهم في تحسن وضعية الصحة العامة عمومًا[4].

من وجهة منهاجية، يحكم النظر في هذه الدراسة جملة من المفاهيم المترابطة التي تُبيّن علاقة منظمات الخدمة الصحية بمحيطها الاجتماعي. ونحاول، استنادًا إليها، سبر مساحات التفاعل بين الحوكمة والاستدامة والمشاركة والمواطنة والنسق والبيئة الاجتماعية. في هذا الإطار، تتبنّى الدراسة مفهومًا محددًا للحوكمة، هو تعريف برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، الذي يراها حصيلة لجملة من القيم الجوهرية، أبرزها الشفافية والمسؤولية والإنصاف والمحاسبة، ويصف الحوكمة بأنها:

> "نظام للقيم والسياسات والمؤسسات، يُدير من خلاله المجتمع شؤونه الاقتصادية والسياسية والاجتماعية، عبر تفاعلات داخلية وخارجية، بين الدولة والمجتمع والقطاع الخاص. كما ينظم المجتمع من خلال الحوكمة عمليات صنع وتنفيذ القرارات، من أجل تحقيق الفهم المتبادل، والاتفاق، والفعل/ العمل التنفيذي"[5].

وتشمل الحوكمة آليات وعمليات يبلور من خلالها المواطنون مصالحهم، ويُعالجون بها اختلافاتهم، كما يُباشرون في ظلها حقوقهم والتزاماتهم القانونية. وتُدرج ضمن ذلك التعريف القواعد والمؤسسات والممارسات التي ترسم الحدود على التصرفات، وتوفر الحوافز للأفراد والمنظمات والمنشآت. وثمة أبعاد اجتماعية وسياسية واقتصادية تضبط هذه التصرفات والعلاقات في المستويات المختلفة، من الأسرة إلى القرية، والحي والمدينة، والأمة، والإقليم، ومن ثم العالم.

---

2 كشفت تقارير صحافية نُشرت في ذلك الوقت عن أمثلة عديدة، منها أن أحد مستشفيات الهيئة الوطنية الصحية قد احتفظ بأعضاء بشرية للمرضى من دون موافقة عائلاتهم، في الفترة 1988-1995. وفي كانون الثاني/ يناير 2001، نُشر تقرير ضد الهيئة الوطنية البريطانية للصحة NHS، بعدما تبيّن أن أحد أطباء الهيئة يقوم على نحوٍ غير أخلاقي وغير مشروع بإزالة أعضاء مَن أجساد الأطفال لدى تشريحها. ينظر: محمود صبرة، "مفهوم الحوكمة الصحية ونشأته وتطوّره"، ورقة غير منشورة، مقدمة في مؤتمر "الحوكمة الصحية: المسؤولية المهنية والقانونية"، كلية الطب، جامعة الإسكندرية، 8-2017/3/9.

3 ريهام مقبل، "مبادئ الحوكمة في رؤية مصر 2030"، **رؤى مصرية**، العدد 66 (تموز/ يوليو 2020)، ص 8.

4 جمعية الحوكمة والشفافية في قطاع الصحة، **دليل حوكمة قطاع الصحة حوكمة أفضل من أجل صحة أفضل: مبادئ وقواعد الحوكمة في المستشفيات** (القاهرة: مركز المشروعات الدولية الخاصة، الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية، 2014)، ص 12.

5 أحمد صقر عاشور، **إصلاح حوكمة التنمية في مصر** (القاهرة: مركز العقد الاجتماعي، 2010)، ص 5.

ويتمثّل أهم ما يميّز مفهوم الحوكمة الذي وضعه برنامج الأمم المتحدة الإنمائي في شموله وتعدّد مستوياته، ووقوفه على العوامل المؤسسية المختلفة التي تؤثر في تطبيق الحوكمة، وتعيينه الأطراف ذات الصلة، سواء القائمة بهذا التطبيق أم المتأثرة به[6]. قدّم راجيش تاندن منظورًا تصوّريًّا يتناول فيه العلاقة بين المواطنة والمشاركة، ييسّر فهمها نموذج عجلة الحوكمة Governance Wheel الذي يضبط علاقة المواطنة والمشاركة من خلال المساءلة Accountability[7]. إن معنى المواطنة يتعلق من زاوية السياسات العامة بالحقوق الاجتماعية، والمسؤولية الاجتماعية، والمحاسبة الاجتماعية. من ثم، تجيء المشاركة في هذا الإطار بصفتها آلية لتمكين المواطنين من آلية للتأثير في القرارات التي تؤثر في معيشتهم ونوعية حياتهم، وتتّخذها السلطة. من ذلك إدماج الفاعلين الممثلين للمجتمع في عمليات اتخاذ القرار، وموازنة مصالحهم عبر آليات الاتصال والتفاوض. والمساءلة ههنا ضمانة لفاعلية المشاركة؛ إذ تُمثّل ملمحًا جوهريًّا معبّرًا عن سلطة المواطنين التي تستند إلى مبدأ المكاشفة Patency في صنع السياسة. وتعكس صورًا من التبادلية الاجتماعية Social Reciprocities، تُلخّص معنى الإنصاف والتسامح بين الجماعات، في سياق مواطنةٍ فعّالة ومسؤولة، تُعزّز الحق في محاسبة من يتولّون المناصب العامة، وقدرة المواطنين على فرض المسؤولية في المجال العام[8].

للحوكمة أثرها في تحقيق أهداف التنمية المستدامة؛ إذ يشير الهدف السادس عشر من تلك الأهداف التي أعلنتها الأمم المتحدة، إلى ضرورة بناء مؤسسات فعالة وقابلة للمساءلة، وإيجاد جهات مسؤولة، في مقدورها اتخاذ القرارات التي تدفع قُدُمًا بأوضاع المجتمع المعيشية والتنموية، وإلزام صانعي السياسات بالتحلّي بمسؤولية أكبر فيما يخص ضمان جودة الخدمات المقدّمة للمواطنين. ويجري في هذا الإطار تأكيد أن تحقيق ذلك مرهونٌ بمستوى جيّد من الشفافية وتوفير المعلومات للمواطنين[9].

تُعرّف التنمية المستدامة بأنها "التنمية التي تُلبّي احتياجات الحاضر دون أن تهدد قدرة أجيال المستقبل على تلبية حاجاتها"[10]؛ من هنا يمكن القول بوجود صلة وثيقة بين التنمية الاجتماعية والتنمية البشرية، وهما في الأخير وجهان يُعبّران عن أهم الأهداف التي تضطلع بها الحكومات؛ بما يعكسانه من صورة عن مستويات التقدم التي حظيت بها الدول، ويتطلّبان رسوخَ العلاقة وقوّتها بين البنية الداخلية للمؤسسات والمجتمع الذي تخدمه[11].

تنظر الدراسة إلى موضوعها من خلال عدسة "النسق الاجتماعي" الذي يشير إلى السُبل التي تتكامل بموجبها نظم المجتمع تكاملاً وثيقًا، وتترتب أجزاؤه في إطار شامل، وبما يؤدي إلى تمكين المجتمع من تحقيق أهدافه وغاياته الاجتماعية. ويعرّف **معجمُ علم الاجتماع** النسقَ بأنه الوحدة الشاملة التي تتكوّن من مجموعة كبيرة

---

6 المرجع نفسه، ص 5.

7 طرح مفهوم عجلة الحوكمة الباحث الهندي راجيش تاندون. للمزيد ينظر:

Rajesh Tandon, "Citizenship, Participation and Accountability: A Perspective," *Innovations in Civil Society*, vol. I, no. 1 (July 2001).

8 علي جلبي، "المواطنة والمشاركة وانعكاساتهما في حياتنا اليومية"، في: **المؤتمر السنوي الحادي عشر: المسؤولية الاجتماعية والمواطنة، 16-19/5/2009** (القاهرة: المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية، 2010).

9 Robert Fryatt, Sara Bennett & Agnes Soucat, "Health Sector Governance: Should We be Investing more?" *BMJ Global Health*, 6/6/2017, accessed on 25/9/2022, at: https://bitly.nz/GbqJz

10 أمارتيا سن، **فكرة العدالة**، ترجمة مازن جندلي (بيروت: الدار العربية للعلوم ناشرون، 2010)، ص 361.

11 سامي عبد العزيز، "المسؤولية الاجتماعية للقطاع الخاص"، في: **المؤتمر السنوي الحادي عشر: المسؤولية الاجتماعية والمواطنة**، ص 999.

من العناصر والمكونات المتفاعلة فيما بينها، على الرغم من كثرتها وتعقّدها، بل تناقضها في الكثير من الأحيان. يؤدي كل من هذه الأجزاء، والعناصر الداخلة في تكوين هذا "الكل" الاجتماعي، وظيفةً محددةً، وبما يسهم في تماسك الكيان الكلي[12]. إن المجتمعات في حاجة إلى الاعتماد المتبادل والتفاعل بين أجزاء النسق الداخلية وتلك القواعد والتوجهات القيمية التي تضبطه؛ فمن دون النظام المعياري والتعاون الاجتماعي، تتفكك النُظم الاجتماعية[13]. والتفكك في هذا السياق مؤشر على فشل المؤسسات الاجتماعية في تحقيق أهدافها، وعجزها عن الوفاء بالحدّ الأدنى من المتطلّبات الضرورية للحفاظ على الجماعة واستمرارية نسقها الاجتماعي.

في هذا السياق، تؤدي الحوكمة دورًا جوهريًّا في تنظيم العلاقات داخل النسق الاجتماعي؛ إذ تعمل على تحقيق التوازن بين مكوّناته من خلال وضع السياسات وتطبيق القوانين وضمان الامتثال للمعايير التنظيمية. وتكمن أهمية الحوكمة في كونها الإطار الذي يُوجّه عمليات صنع القرار، ويوفر آليات للمساءلة والشفافية؛ ما يُعزّز قدرة المجتمع على تحقيق الاستدامة. لا ينفي مفهوم النسق الاجتماعي الصراعات الداخلية أو الخارجية، أو وقوع تناقضات وتوترات بين التنظيمات المختلفة في المجتمع. والواجب التعامل مع مفهوم النسق الاجتماعي بوصفه مفهومًا نسبيًّا، فوجود قدرٍ ما من الترهّل والتفكك، واحتمال التعثّر وسوء التنظيم، هو ملمح لا يفارق حركة أي نظام اجتماعي[14].

أما "البيئة الاجتماعية"، فهي أحد مكوّنات النسق الاجتماعي، وتتشكل من الظروف الاجتماعية المحيطة بوجود الإنسان والمحددة لمجالات نشاطه. ولهذه البيئة مستويان: الأول هو البنية الكبيرة Macro Structure الذي نعني به تصوّر المجتمع بصفته نسقًا اجتماعيًّا واقتصاديًّا متّسماً بالشمول، ويحوي القوى المنتجة وجملة العلاقات والمؤسسات الاجتماعية، والوعي الاجتماعي، وثقافة المجتمع؛ أما المستوى الثاني، فيخص البنية الصغيرة Micro Structure التي تحيط بالإنسان مباشرة، كالأسرة والصف الدراسي وفرقة العمل ... إلخ[15]. يجدر بنا ههنا أن نُميّز، بحثيًّا، بين العلاقات التي يعكسها التنظيم الداخلي للنسق وتلك التي تربطه بالبيئة الخارجية[16].

لمقاربة موضوع الدراسة والوقوف على تحديات البيئة الداخلية والبيئة الخارجية المحيطة بمنظمات تقديم الخدمات الصحية للمواطنين، تبنّينا منهجًا وصفيًّا يرصد حالات ممثلة لها، مثل المستشفيات الحكومية والمستشفيات الخاصة ضمن نطاق جغرافي محدد، وهو هنا مدينة الإسكندرية[17].

وقد جرى اختيار حالتين من هذه المستشفيات، تتمتعان بالوصول إلى الحد المعياري، إحداهما مستشفى حكومي، والأخرى مستشفى خاص. أما المستشفى الحكومي، فقد حصل على شهادة الاعتماد بعد وفائه

12 عدنان أبو مصلح، **معجم علم الاجتماع** (عمان: دار أسامة للنشر والتوزيع، 2010)، ص 472.

13 Raf Vanderstraeten, "Social Systems Theory: Talcott Parsons and Niklas Luhmann," in: *Encyclopedia of Educational Theory and Philosophy*, D.C. Phillips (ed.), vol. 2 (Thousand Oaks, CA: Sage, 2014), pp. 770–772.

14 شارلوت سيمور، **موسوعة علم الإنسان: المفهومات والمصطلحات الأنثروبولوجية**، ترجمة علياء شكري (القاهرة: المركز القومي للترجمة، 2009)، ص 222-223.

15 ناتاليا يفريموفا وتوفيق سلوم، **معجم العلوم الاجتماعية: مصطلحات وأعلام: روسي – إنكليزي - عربي** (بيروت: الشركة العالمية للتجارة والتسويق، 1992)، ص 407.

16 جي روشيه، **علم الاجتماع الأمريكي: دراسة لأعمال تالكوت بارسونز**، ترجمة محمد الجهوري وأحمد زايد (القاهرة: دار المعارف، 1981)، ص 81.

17 طبّقنا هنا بروتوكول الأخلاق البحثية، وحصلنا على موافقة رسمية على تطبيق الدراسة الميدانية من الجهات المختصة، لتنفذ في مستشفيَي الدراسة اللذين تم حجب اسميهما حفاظًا على سرّية البيانات وخصوصياتها.

بمعايير المستشفيات المعتمدة، وأما المستشفى الخاص، فقد حصل على شهادة الأيزو (إصدار 2019/1/1، وفقًا للمواصفة القياسية الدولية 2015: ISO 9001). وأجرينا مقابلات مع مجموعة ضمت 12 مشاركًا، من الهيئة الإدارية والفنية بالمستشفيَين الحكومي والخاص. بلغ عدد المستجيبين من المستشفى الحكومي تسعة، وكان ممثلو المستشفى الخاص ثلاثة. وتوخّت الدراسة من هذه المقابلات عرض الموضوع على من تسمح خبراتهم بتعريف التحديات التي تتسبب في تباين مستوى الخدمات الصحية المقدمة في حالة الدراسة.

ولغاية التعرّف إلى مستوى تقديم الرعاية الصحية من منظور متلقّي الخدمة، جرى عقد سلسلة أخرى من المقابلات مع المرضى، في عيّنة ضمّت عشرين مريضًا، جرى انتقاؤهم من بين متلقّي الخدمة الطبية، ممن تم تشخيصهم وعلاجهم في المستشفيَين محل الدراسة. إضافة إلى ذلك، جرى الاستئناس بآراء مجموعة من كبار الخبراء المتخصصين في القطاع الطبي من خلال مقابلات معمّقة، تضمنت أسئلة مفتوحة، تيسّر الحصول على أكبر قدر من المعلومات المتعلقة بالدراسة (الملحق).

طرحنا خلال هذه المقابلات ما جمعناه من بيانات تخص الأوضاع في مستشفيات مدينة الإسكندرية، وطلبنا من المستجيبين تفسير ما تعكسه تلك البيانات، ويتّصل بموضوع الدراسة، آملين أن يطرحوا آراء وتفسيرات تخصّها، من منطلق خبراتهم العملية. وتُقسم هذه البيانات ثلاث فئات: أولاها عيّنة من شكاوى موجّهة من المرضى إلى المستشفيات الحكومية في مدينة الإسكندرية في الفترة كانون الثاني/ يناير- كانون الأول/ ديسمبر 2018[18]. وثانيتها بيانات كمّية مستمدة من النشرات السنوية لإحصاء الخدمات الصحية، التي تصدر عن الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء، للأعوام 2014-2018. وثالثتها بيانات غير منشورة تخص مؤشرات جودة الأداء للمستشفيات الحكومية خلال عام 2019، توصلنا إليها من خلال مركز دعم المعلومات واتّخاذ القرار في مدينة الإسكندرية.

أولًا: التحديات التي تواجه المنظمات الطبية

تتأثر المؤشرات الصحية العامة بنوعين من العوامل: أولهما عوامل داخلية، تحكم عمل المنظمات الصحية؛ وثانيهما، تأثرها كذلك بعوامل أخرى خارجية تشمل النواحي الاقتصادية والاجتماعية والثقافية.

1. تحديات البيئة الداخلية

على صعيد الموارد البشرية، تُبين تقارير الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء واقع العجز في أعداد القوى البشرية في المستشفيات الحكومية، سواء بين الأطباء أم في سلك التمريض. وهو عجز نجد مثيله في القطاع الخاص، بحسب ما تُبيّنه حالة الدراسة. ونعرض في الجدول (1) واقع القوى البشرية العاملة في المجال الصحي في الإسكندرية بين عامَي 2014 و2018.

18 سعينا لموازنة هذه البيانات بطلب الشكاوى المقدمة للمستشفيات الخاصة، إلّا أن الأمر قد تعذّر، ولم نحصل عليها.

الجدول (1)

القوى البشرية في المستشفيات الحكومية والخاصة في مدينة الإسكندرية (2014-2018)

المستشفيات / عام	القطاع الحكومي		القطاع الخاص	
	الأطباء	هيئة التمريض	الأطباء	هيئة التمريض
2014	4138	4358	3513	3075
2015	4130	4059	3798	3822
2016	4211	3965	3897	2916
2017	4109	4334	4005	3716
2018	3779	3907	4149	4021

المصدر: مستخلَص من: جمهورية مصر العربية، الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء، **النشرة السنوية لإحصاء الخدمات الصحية، لعام 2014** (القاهرة: كانون الأول/ ديسمبر 2015)، ص 22-92؛ جمهورية مصر العربية، الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء، **النشرة السنوية لإحصاء الخدمات الصحية لعام 2015** (القاهرة: تشرين الثاني/ نوفمبر 2016)، ص 24-95؛ جمهورية مصر العربية، الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء، **النشرة السنوية لإحصاء الخدمات الصحية لعام 2016** (القاهرة: تشرين الثاني/ نوفمبر 2017)، ص 37-56؛ جمهورية مصر العربية، الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء، **النشرة السنوية لإحصاء الخدمات الصحية لعام 2017** (القاهرة: 2019)، ص 37-58؛ جمهورية مصر العربية، الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء، **النشرة السنوية لإحصاء الخدمات الصحية لعام 2018** (القاهرة: 2019)، ص 42-61.

نقرأ من خلال هذه الأرقام نتيجة واضحة، وهي زيادة نسب العاملين، سواء من الأطباء أم من الممرضين، في المستشفيات الخاصة على نظيرتها العامة؛ ما يطرح السؤال عن تراجع حجم القوى البشرية في المستشفيات الحكومية، خلال تلك الفترة، وهي المفترض بها أن تخدم القطاع الأوسع من المواطنين. ونلاحظ كذلك مسار التراجع في أعداد الفرق الطبية في القطاع الحكومي، بما نسبته 8.68 في المئة في الأطباء، و10.35 في المئة في هيئة التمريض. ويمكن تلمّس حقيقة الفجوة؛ إذ إنها أكبر مما توحي به الأرقام المبيّنة، إذا ما أضفنا إلى المقارنة بُعدَ الزيادة السكانية[19]، التي كان ينبغي معها أن تحدث زيادة متناسبة في أعداد الفرق الطبية.

ثمة بُعد آخر مهم يخص قيام الأفراد فعليًّا بالعمل. وفي هذا السياق، تكشف البيانات عن فجوة واسعة بين أعداد القائمين على العمل وقوّة العمل المسجلة؛ فثمة نسبة معتبرة منهم في إجازات تأتي تحت أسباب مختلفة: إجازة تعاقد، إجازة رعاية، إجازة تفرّغ دراسة، إجازة إعارة، منتدب، مرافقة زوج، إجازة وضع، إجازة دراسة زمالة. ونُبيّن في الجدول (2) تلك الفجوة في المستشفى الحكومي محل الدراسة.

19 بحسب الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء، ارتفع عدد سكان مدينة الإسكندرية من نحو 4.8 ملايين نسمة عام 2014، إلى أكثر من 5.3 ملايين نسمة عام 2018.

الجدول (2)

فجوة الموارد البشرية في المستشفى الحكومي عام 2019

الصفة	قوة العمل المسجلة	قائم بالعمل فعليًا	حجم فجوة العمل (نسبة مئوية)
أطباء	1081	629	- 42
هيئة التمريض	287	195	- 32
الإجمالي	1368	824	

المصدر: من إعداد الباحثة، استنادًا إلى إحصاءات غير منشورة في المستشفى الحكومي محل الدراسة.

تنعكس هذه الفجوة الواسعة في شكل انخفاض حاد في قدرات تقديم الخدمة الصحية في المستشفيات الحكومية. وهو أمر بيّنت المقابلات أثره في مستويات تقديم الخدمات الصحية، وفي جودتها، حيث تنخفض الرعاية الفاعلة والقدرة على توفيرها في الوقت المناسب. وتُبيّن الشكاوى، على سبيل المثال، أثرَ عدم توافر العدد الكافي من الأطباء للقيام بالعمليات الجراحية، المتمثل في تأخّر الرعاية الطبية عن وقتها الواجب، الذي يُشاهد في قوائم الانتظار الطويلة. في حين يشكل ازدياد الضغط على الأطباء المتاحين سببًا في تراجع قدرتهم على توفير الخدمة على النحو المعياري.

فضلًا عما تقدّم، ثمة تحديات تتصل بالتجهيز والتمويل، منها ما يتعلق بتوافر الأسِرّة المجهزة، الضرورية للوفاء بالخدمة، والملاحظ في حالة الدراسة انخفاض عددها على نحوٍ ملموس. ونُبيّن في الجدول (3) الفجوة بين المُتاح والمطلوب خلال المدة التي غطّتها الدراسة الميدانية[20].

تراجع عدد الأسرّة في المستشفيات الحكومية، في حين تزايد، في المقابل، عددها في المستشفيات الخاصة، في الفترة نفسها. يُلاحظ كذلك في الفترة نفسها أن عدد المستشفيات الحكومية والخاصة قد ازداد، لكن بقي العجز في الأسرّة ماثلًا؛ وقد تبيّن - من خلال الاطّلاع على بيانات تخص مؤشرات جودة الأداء في المستشفيات الحكومية في مدينة الإسكندرية، أصدرها مركز دعم المعلومات واتّخاذ القرار في الفترة كانون الثاني/ يناير-تشرين الأول/ أكتوبر 2019 - أن نسبة شغل الأسرّة في المستشفيات الحكومية الكبرى قد وصلت إلى 100 في المئة.

بحسب السجلات، يُبرّر المسؤولون في المستشفى الحكومي، في ردودهم على الشكاوى، أن سبب عجز أسرّة العناية المركّزة، على سبيل المثال، هو في ضخامة عدد المرضى المحجوزين في أقسام العناية المركزة؛ ما يضطر الإدارة إلى رفض استقبال مرضى جدد. وفي إحدى الشكاوى الواردة إلى الإدارة الصحية في الإسكندرية، تشكو مريضة من عدم توافر سرير لها في قسم العناية المركّزة، على الرغم من الاحتياج الشديد له في حالتها، وتُظهر هذه الشكوى أن المسؤول قد اكتفى بحجز المريضة بإحدى الغرف العادية في المستشفى، إلى حين توافر أسرّة في قسم العناية. وفي حالة أخرى، رفضت الإدارة استقبال المريض لعدم توافر مكان له في القسم.

20 يجدر الإشارة هنا إلى أن الأسرّة الموجودة في المنشآت العلاجية والمخصصة للمرضى في العيادة الداخلية، التي في مقدور المواطنين استخدامها حال المرض، تتوزّع بين خدمة مجانية وأخرى برسوم محددة، ولا يشمل الجدول أسرّة الطوارئ وما يخص تجهيزات استراحة الأطقم الطبية. ينظر: جمهورية مصر العربية، الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء، **النشرة السنوية لإحصاء الخدمات الصحية لعام 2014** (القاهرة: 2015)، ص 2.

الجدول (3)

عدد الأسرّة في المستشفيات الحكومية والخاصة في مدينة الإسكندرية في الفترة 2014-2018

المستشفيات / عام	القطاع الحكومي		القطاع الخاص	
	المستشفيات	الأسرّة	المستشفيات	الأسرّة
2014	39	9775	97	3803
2015	40	7785	98	4286
2016	39	8245	94	4154
2017	40	7877	96	4175
2018	40	8077	98	4105

المصدر: من إعداد الباحثة، استخلاصًا من: النشرات السنوية لإحصاء الخدمة الصحية الصادرة عن الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء للأعوام: (2014)، ص 13؛ (2015)، ص 9؛ (2016)، ص 17؛ (2017)، ص 22؛ (2018)، ص 37.

في ضوء هذه المسائل التي بيّناها، جرى طرح المشكلات المتعلقة بالبيئة الداخلية، وما يخصّها من بيانات من عموم مستشفيات المدينة، على المستجيبين من مسؤولي مجلس الإدارة في المستشفى الحكومي محلّ الدراسة وأعضائه. وقد أفاد هؤلاء بوجود عدد من القيود، منها ما عبّرت عنه إحدى المشاركات، بقولها: "بالنسبة للعيادات، فإن حجم تردد المرضى أكثر من استيعاب المستشفى، أما بالنسبة للتمريض، فالمشكلة الأساسية اللّي [التي] بنسمعها هي نقص العدد"[21].

أما عن توافر المستلزمات الطبية، فقد رأى أحد المسؤولين في مجلس الإدارة في المستشفى الخاص محلّ الدراسة، أن "أكبر مشكلة تواجه الأطباء [هي] نقص المستلزمات والأدوات والمستهلكات [...] نقص المستلزمات يجعل المريض يظن أننا [ننكر وجودها]، والممرضة لا تريد أن توفّرها"[22].

يتسبب عدم توافر الإمكانيات والمستلزمات الطبية في تزايد احتمال حدوث العدوى، كما يزيد من العبء النفسي على المريض. إضافة إلى هذا، فإن اعتقاد بعض المرضى أن المستلزمات متوافرة، بينما لا يرغب المستشفى في منحها لهم، يدفعهم أحيانًا إلى مسالك عدوانية ضد أفراد الفِرَق الطبية. وثمة ضخامة في المرصود من الاعتداءات على الأطباء والمُمرضين، من ذوي المرضى؛ ما يُعزّز هذا الرأي.

وما تشير إليه الشكاوى الموثّقة التي اطّلعنا عليها من عجز في أجهزة الأشعة مثال على الفجوة في التجهيزات الطبية. ويتفاقم هذا العجز مع زيادة أعداد المرضى، وبما يفرض على المريض الانتظار فترات طويلة. وتظهر إحصاءات لبعض

21 ح. م، مقابلة شخصية، 2019. تجدر الإشارة في ما يرد من اقتباسات من المستجيبين إلى أن الباحثة تحرص على ترك لغتهم على حالها، وتتدخّل بالقدر الذي يزيل التباس العبارات العامية.

22 ع. غ، مقابلة شخصية، 2019.

المستشفيات الحكومية في الإسكندرية، في الفترة كانون الثاني/ يناير-تشرين الأول/ أكتوبر 2019 الحجم الكبير لهذه الفجوة التجهيزية[23]، وبما يخالف المعايير التخطيطية للخدمات الصحية في جمهورية مصر العربية[24].

الجدول (4)

عدد الأجهزة المُتاحة في المستشفيات الحكومية المركزية من الفئة (أ) عن تشرين الأول/ أكتوبر 2019

أجهزة وحدة الأشعة	المستشفى الأول		المستشفى الثاني		المستشفى الثالث	
	عدد الأجهزة	عدد المرضى	عدد الأجهزة	عدد المرضى	عدد الأجهزة	عدد المرضى
الأشعة السينية	2	1392	1	152	3	1498
أشعة الموجات فوق الصوتية	2	1034	2	192	3	960
الأشعة المقطعية	-	-	1	319	-	0
تصوير بالموجات فوق الصوتية للقلب	1	257	-	-	1	28
الإجمالي (عدد الأجهزة/ عدد المرضى)	5	2638	4	663	7	2486

المصدر: من إعداد الباحثة، استنادًا إلى بيانات جاهزة غير منشورة وفّرها مركز دعم المعلومات واتّخاذ القرار عن تشرين الأول/ أكتوبر 2019.

كما نتبيّن من الجدول (4)، فثمة محدودية شديدة في عدد أجهزة الأشعة المتوافرة للمستشفيات الثلاثة. ويزداد الوضع حدّة في بعض التجهيزات؛ فعلى سبيل المثال، في المستشفى الثاني، المصنّف ضمن المستشفيات المركزية، لا يتوافر سوى جهاز واحد للأشعة المقطعية، على الرغم من ضخامة عدد المتردّدين عليه من المرضى. ويتسبب مثل هذا الوضع في إطالة قوائم انتظار المرضى لتلقّي خدمات الأشعة. كذلك الحال في "المستشفى الأول" الذي يتعامل مع عدد ضخم من المرضى، لا يخدمهم سوى خمسة أجهزة فقط طوال المدة التي يُظهرها البيان.

2. تحديات البيئة الخارجية

يُمكن رصد عدد من التحديات النابعة من البيئة الخارجية المحيطة بالمنظمات الطبية، أوّلها تحديات البيئة الاقتصادية. ثمة عدة آثار لانخفاض الإنفاق العام على الصحة، وتحميل المرضى نفقة الخدمة عمليًّا؛ حيث يضطر كثيرون منهم إلى تدبير الاحتياجات الأساسية من أدوية ومستلزمات طبية بأنفسهم. ويزداد الأمر سوءًا

23 بيانات جاهزة غير منشورة عن مؤشرات جودة الأداء لعام 2019 في المستشفيات الحكومية، الصادرة عن مركز دعم المعلومات واتّخاذ القرار.

24 وزارة الإسكان والمرافق والمجتمعات العمرانية، الهيئة العامة للتخطيط العمراني والإدارة المركزية للبحوث والدراسات والتخطيط الإقليمي، **دليل المعدلات والمعايير التخطيطية للخدمات بجمهورية مصر العربية** (القاهرة: 2014)، ص 24-26. تفرض هذه المعايير ضرورة توافر التجهيزات القياسية لأي وحدة أشعة، وبما يشمل أجهزة للأشعة السينية X-Ray، والأشعة المقطعية Computed Tomography (CT) Scan، وأشعة الموجات فوق الصوتية Ultra Sound Sonogram وتصوير بالموجات فوق الصوتية للقلب Echocardiography.

نتيجة عدم استقرار الوضع الاقتصادي بصفة عامة، وانعكاسه على الأجور، في شكل موجات تضخم ترفع أسعار الدواء وتكلفة توريد المستلزمات والأجهزة الطبية إلى المستشفيات. وهو وضع ينعكس على مستويات الجودة التي تتراجع، وكذا استمرار زيادة عبء الإنفاق الذاتي من جهة المرضى على الخدمة الصحية، بما فيها التي يتلقّونها في المستشفيات الحكومية[25].

يتأكد هنا ما ذكرته منظمة الصحة العالمية، وهو أن شبه ثبات الإنفاق الحكومي على الصحة في الفترة 2014-2018، قد أدى إلى أن يُسدّد المواطنون نحو 72 في المئة من إجمالي الإنفاق الصحي من أموالهم الخاصة. وربما يُفسّر ذلك ما تُبرزه البيانات من زيادة الاعتماد على القطاع الخاص في تقديم الخدمات الصحية، وتكشف هذه الحال اختلال المساواة بين المواطنين في الحصول على الخدمات الصحية. ويشير التقرير إلى إشكال يُعبّر عن الإخفاق الصحي، هو محدودية قدرة الإدارة الصحية على تدبير التمويلات الضرورية، إضافة إلى العجز الماثل في الموارد البشرية، وكذا الضعف على صعيد التكنولوجيا والمعلومات[26]. والحال، أن مدفوعات الأفراد صارت عمليًّا المصدر الرئيس لتمويل الإنفاق الصحي في مصر؛ إذ زادت نسبتها من إجمالي الإنفاق الصحي، من 59 في المئة عام 2015، إلى نحو 63 في المئة عام 2019. وفي مقابل ذلك، تراجعت نسبة الإنفاق الحكومي من 31 في المئة عام 2015، إلى نحو 28 في المئة عام 2019[27]. يؤكد هذا الوضعَ العديدُ من الشكاوى المرصودة في الفترة كانون الثاني/ يناير-كانون الأول/ ديسمبر 2018. وأفادت الشكاوى في الكشف عن بعضٍ من صور الإنفاق الذاتي الموجّه إلى تعويض العجز في المستلزمات والتجهيزات الطبية؛ وكذا عن المصاعب التي يتعرّض لها المرضى جرّاء ذلك، بخاصة الفقراء منهم، ممن يضطرون إلى الانتظار في قوائم طويلة، أملاً في الحصول على الخدمة. أما الغالب، فهو قيام القادرين نسبيًّا من المرضى بتدبير المستلزمات الطبية المطلوبة من مالهم الخاص، وعادة ما تُباع بأسعار عالية. وقد تدفع الضرورة الملحة في الأحوال الخطرة التي تقتضي إجراء عمليات جراحية إلى قيام المرضى وذويهم بتدبيرها من خلال الاستدانة أو طلب العون من الجمعيات الخيرية والمتبرّعين.

تؤثر البيئة السياسية والتشريعية أيضًا في قدرة المنظمات الصحية على تقديم خدماتها، وفي مستوى تلك الخدمات، والملاحظ ازدياد الشكوى من تعدّد التبعيات الإدارية، وما يستتبع ذلك من تعدّد اللوائح والقواعد التي تفرضها كل جهة تتبع لها المنظمات الطبية؛ تظهر ذلك آراء الخبراء في المقابلات؛ إذ أجمع هؤلاء على أن التحديات التي تواجه مقدّمي الخدمات الصحية تضمّنت جانبًا تشريعيًّا ولائحيًّا. ويعزو مدير وحدة الحوكمة الصحية ارتباك العمل إلى هذا السبب، فيقول: "عدم تماشي بعض اللوائح والقوانين مع مفهوم الحوكمة يتسبب في عدم ثبات ووضوح الإجراءات المعتمدة داخل المؤسسات"[28].

ويشرح أحد الخبراء، وهو رئيس مجلس إدارة جمعية الحوكمة والشفافية في قطاع الصحة، مدى صعوبة تجاوز هذا الإشكال، قائلاً:

---

25 صندوق النقد الدولي، **التمويل والتنمية** (الأمم المتحدة: 2015)، ص 24.

26 ينظر: منظمة الصحة العالمية، "ورقة بيضاء: ملامح السياسة الصحية في جمهورية مصر العربية"، شوهد في 2023/8/26، في: https://bitly.nz/81icq

27 جمهورية مصر العربية، معهد التخطيط القومي، **الإنفاق الصحي في مصر بين اعتبارات الكفاءة والفاعلية**، سلسلة قضايا التخطيط والتنمية 336، تموز/ يوليو 2022، شوهد في 2024/7/25، في: https://bitly.nz/o51Jb

28 نبيل دويدار، مقابلة شخصية، الإسكندرية، 2020/1/28.

"يتطلّب الأمر إصلاحات هيكلية ضخمة؛ بعضها يخرج عن نطاق الصحة [...] ضعف الالتزام بالقوانين والأُطر، بحكم الحوكمة، يخلق مساءلة، والغالبية لا تريد المساءلة، لأن عائده غير ملموس بشكل مباشر، وبتاخد [وتأخذ] وقت [وقتًا]، ولكنه عائد قوي؛ لذلك صعب تقنع العاملين أنه خلال سنوات هيكون [سيكون] فيه تحسين"[29].

ويُنبّه المستشار الإقليمي لإدارة المستشفيات إلى طبيعة التحدي الماثل في هذا الخصوص، قائلًا:

"كثير من المستشفيات ليس لديها مجلس حوكمة منفصل! يعتبر مجلس الحوكمة هو وزارة الصحة، ومدير المستشفى بيمثل [يُمثّل] مجلس إدارة تنفيذي [تنفيذيًّا]، بينما في القطاع الخاص، يوجد مساهمين [مساهمون] يقوموا [يقومون] بدور مجلس الحوكمة، ودا [وهذا] هو الفرق، لكن على أي حال لازم يكون فيه توجيهات للمستشفى"[30].

التبعيات والصلاحيات المتعددة، وكذا تعدّد القوانين واللوائح، يمكننا أن ننسب إليها المرصود من التخبّط الإداري وتراجع إمكانيات الحوكمة. نُبيّن في الشكل صورة لهيكل القطاع الطبي في مصر، تُبرز تشرذمه، في وضع يتّسم بتبعيات المنظمات الطبية المقدمة الخدمة لجهات عديدة مختلفة، أكبرها وزارة الصحة والسكان ووزارة التعليم العالي. تتنوّع ضمن هذا الهيكل القرارات المنظمة للعمل، وبما ينعكس على مستويات جودة الخدمة الصحية المتفاوتة المقدمة للمواطنين. وتختلف كذلك قدرات تلك الهيئات المتحكمة في المنظمات الطبية، من حيث الميزانيات والقدرة على توفير التجهيزات والحفاظ على حجم للأفراد مناسب للعمل، وغير ذلك من أمور معيارية تبيّن في الشكل فئات المستشفيات العاملة في القطاع الطبي في مصر وتصنيفها إلى ثلاث فئات: مستشفيات خاصة، ومستشفيات حكومية، ومستشفيات تابعة للقطاع الأهلي الخيري.

ثمة أحوال تطرأ، بخاصة ما يتّصل بانتشار الأمراض والأوبئة، وبما يؤدي إلى زيادة عدد حالات المتردّدين من المرضى على المنظمات الطبية، وزيادة معدّل الوفيات[31]. تكشف نتائج المسح الصحي للأسرة المصرية عام 2021 عن ارتفاع في معدل وفيّات الرضع، مقارنة بالمعدلات التي تم رصدها في المسح السكاني الصحي عام 2014؛ إذ كانت 22 حالة وفاة لكل 1000 مولود، وقفزت إلى 25 حالة عام 2016[32]. وتوضح بيانات مركز المعلومات في مديرية الشؤون الصحية في الإسكندرية، الخاصة بالإدارات الصحية، أن إجمالي عدد المتردّدين على المستشفيات الحكومية عام 2019 بلغ 3517812 مريضًا، بينما كان عام 2018 قد بلغ 328491 مريضًا. وهذا أمر يمكن إرجاعه إلى أسباب عديدة، منها انتشار الأمراض السارية وغير السارية. يُبرز الجدول (5)، المستمدّ من بيانات مركز دعم المعلومات واتخاذ القرار، ازدياد عدد المرضى المصابين بالأمراض السارية في الفترة كانون الثاني/ يناير-كانون الأول/ ديسمبر 2019 في المستشفيات الحكومية في مختلف الإدارات التابعة لفئة معيّنة من المستشفيات العاملة في القطاع الطبي في مدينة الإسكندرية[33] (أ، ب، جـ د، هـ و):

29 مصطفى حنتر، مقابلة عبر الهاتف، 2020/2/5.

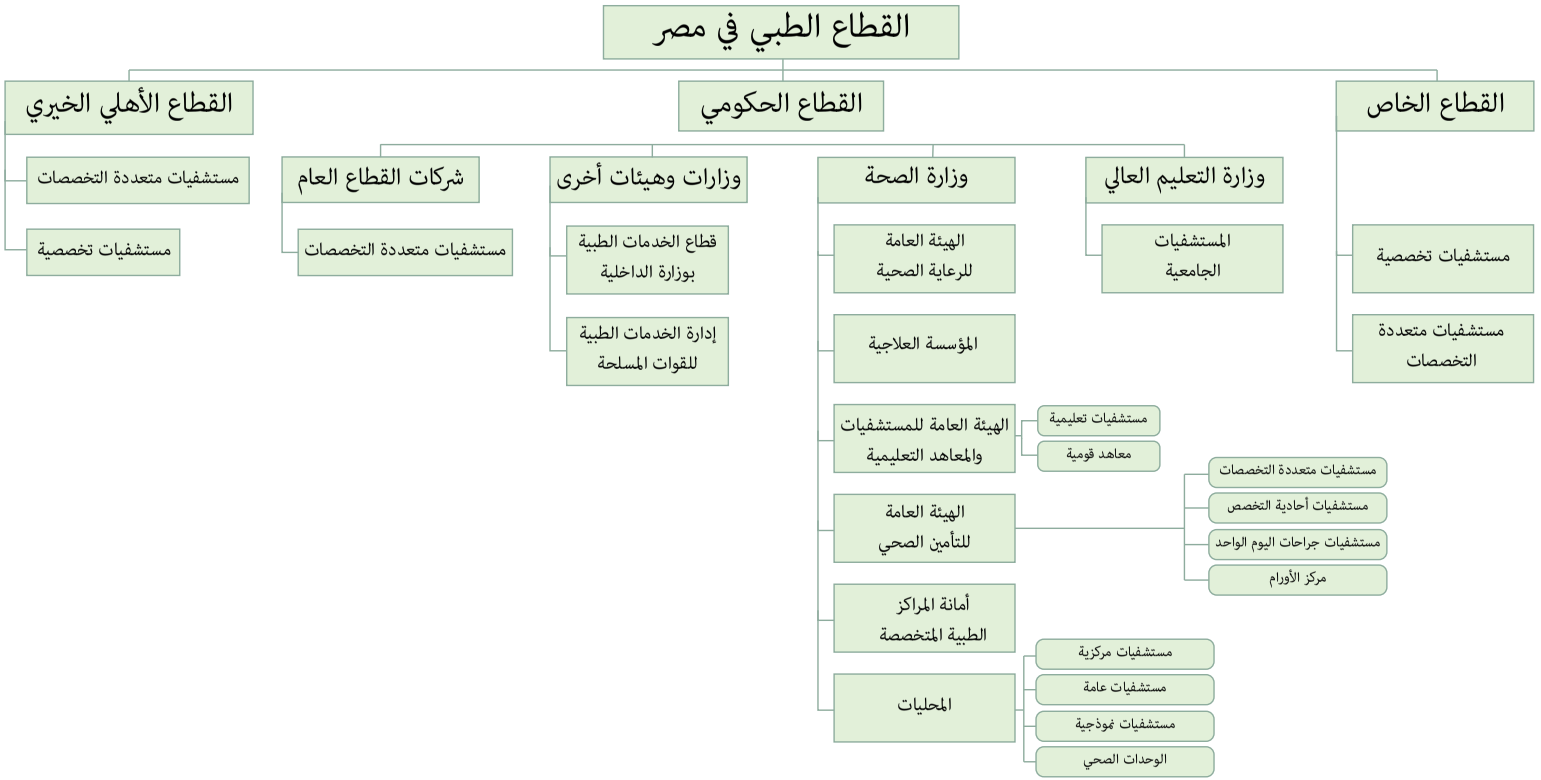
30 حامد رفاجي، مقابلة شخصية، ترجمة إيمان السيد، القاهرة، 2019/12/10.

31 أحمد حجازي، **المواطنة وحقوق الإنسان في ظل المتغيرات الدولية الراهنة** (القاهرة: الدار المصرية السعودية، 2009)، ص 159.

32 الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء، **المسح الصحي للأسرة المصرية** (القاهرة: 2021)، ص 18.

33 تم حجب عرض بيانات المستشفيات حفاظًا على السرّية وحماية الخصوصية.

فئات المستشفيات العاملة في القطاع الطبي في مصر



المصدر: من تصميم الباحثة، استنادًا إلى: مجدي حجازي، "الحوكمة من منظور مديرية الشؤون الصحية"، ورقة مقدمة في مؤتمر "الحوكمة الصحية: المسؤولية المهنية والقانونية"، قاعة المؤتمرات في كلية الطب، الإسكندرية، 8-2017/3/9.

الجدول (5)

عدد حالات الغسيل الكلوي (كانون الثاني/ يناير-كانون الأول/ ديسمبر 2019)

الإدارة	إيجابي فيروس C	إيجابي فيروس B	HIV	سلبي للفيروسات	جملة
أ	393	0	93	1022	1508
ب	228	202	93	834	1357
ج	230	12	222	1903	2367
د	81	39	0	891	1011
هـ	294	0	0	1553	1847
و	170	0	0	646	816
ز	44	0	0	957	1001
الإجمالي	1440	253	408	7806	9907

المصدر: من إعداد الباحثة، استنادًا إلى بيانات جاهزة غير منشورة حصلت عليها من مركز دعم المعلومات واتخاذ القرار في محافظة الإسكندرية، لحالات الغسيل الكلوي في الفترة كانون الثاني/ يناير-كانون الأول/ ديسمبر 2019.

أخيرًا، يمكن إضافة معوّقات تتصل بالثقافة والصور الذهنية السلبية، وبعضها نابع من الموروث الثقافي. ومن ثم يؤثر في خيارات الأفراد، وفي وعيهم بالفرص والبدائل المُتاحة لهم، تلك الصور الذهنية عن جودة الخدمات الصحية. في حالة الدراسة، ثمة قناعة لدى المستجيبين من المرضى تجعلهم يُفضّلون المستشفيات الخاصة على المستشفيات العامة؛ إذ تتوافر في الأولى المستلزمات الطبية، ومستوى عالٍ من الرعاية الصحية، فضلاً عن اهتمام فِرَقها الطبية بالمرضى، بداية من لحظة دخولهم المستشفى إلى خروجهم. يعكس جزء من هذا الرأي الموروث الثقافي، ورسوخ تصوّرات تخص التمايز في كفاءة تقديم الخدمات الصحية بين القطاعين وفاعليته.

ثانيًا: مناقشة النتائج وانعكاساتها على استراتيجية 2030

أظهر المبحث السابق من هذه الدراسة ما يواجهه القطاع الصحي من تحديات، أهمها نقص التمويل وغياب العدالة في توزيع الخدمات الصحية بين الفئات المجتمعية المختلفة. وتم تسليط الضوء على العديد من التحديات المرتبطة بجودة الخدمة والتفاوت في تقديمها بين المنظمات الطبية الحكومية والخاصة، وتأثير ذلك في وضعية المساواة بين المواطنين.

وفي ظل استشعارها هذه التحديات، عملت الحكومة على وضع إطار للإصلاح، أجملته في الرؤية الاستراتيجية للصحة عام 2030. وقد شددت هذه الرؤية على هدف عام، وهو أن يتمتع المصريون كافة بالحق في حياة صحية سليمة آمنة، من خلال نظام صحي متكامل، يتميز بالإتاحة والجودة وعدم التمييز. وقد أَمِلَت من هذا النظام أن يُحدِث فارقًا نوعيًّا في مستوى المؤشرات الصحية، وأن يوفر التغطية الصحية والوقائية الشاملة للمواطنين كافة، والتدخل المُبكر الذي يقيهم من المخاطر الصحية، كذلك العمل على توفير التمويلات التي ترفع عن كاهل المرضى التكلفة الكبيرة للخدمة الصحية، بخاصة غير القادرين منهم، ويحقق كذلك رضا

المواطنين والعاملين في قطاع الصحة. والغاية العامة هي تحقيق الرفاهية والتنمية الاجتماعية والاقتصادية، وأن تعود مصر رائدة في مجال الخدمات والبحوث الصحية والوقائية عربيًّا وأفريقيًّا[34].

1. مسألة الاستدامة التنموية

العلاقة بين تحقيق التنمية المستدامة وتطبيق نموذج فاعل للحوكمة والجودة في المنظمات الطبية هي علاقة وثيقة، يُشدّد على ضرورتها أمين المعهد العربي للتنمية المستدامة، بقوله:

> "أهم أهداف التنمية المستدامة، أو أحد أهم أهدافها، هو القضاء على الفقر العالمي؛ لأن عندما نُعطي المجتمع أحسن الوسائل لتحسين الصحة والتعليم، فأنا أُحسّن إنتاجية الفرد، وأُقلّل أيام المرض. الوصول إلى تحقيق هدف تنموي مستدام يحتاج [إلى] تطبيق مؤشرات الحوكمة والجودة الصحية والسير على خطة [...] أنا أدعو إلى زيادة دور البحث العلمي في هذه القضية؛ بمعنى إني أتمنى مع تشكيل البرنامج الإنمائي المقترح أن يكون فيه دراسات من جميع القطاعات المالية والإدارية وإدارة الأعمال والصحية بأهمية هذه القضية، أهمية مؤشرات الحوكمة، ثم قياس المؤشرات بمنهج علمي"[35].

يسود الاعتقاد أن الحوكمة هي مدخل يُعزّز الرعاية الصحية والمساعي الرامية إلى تحسين جودتها. يُعدّد مدير وحدة الحوكمة الصحية الآليات التي يعتقد أنها تُسهم في هذا المنحى، قائلاً:

> "إدخال مفهوم الحوكمة في القطاعات المختلفة للقطاع الصحي، الالتزام بالمفهوم العام لأي مجلس إدارة، تشجيع مفهوم المجالس داخل المؤسسات، إيجاد أدوات للمجتمع والأفراد للتعبير عن متطلّباتهم وتفاعل المسؤولين مع تلك المتطلّبات، إدخال مفهوم الحوكمة أو تدريس الحوكمة ومبادئها بكليات القطاع الصحي وإدراجها في برامج الدراسات العليا، التعاون بين المؤسسات القائمة لضمان مستوى المهنيين".

ويضيف:

> "لا بد من أن يكون للمؤسسات مجالس إدارة أو حوكمة وإلغاء تحكم الفرد، و[من الـ] ضروري التعلم والتدريب للإدخال التدريجي لمفهوم القيادة والإدارة من خلال إدخال مجالس الأمناء ومجالس الإدارة، وتدريب القيادات على مفهوم الحوكمة وأدواتها وكيفية تطبيقها"[36].

في الاتجاه ذاته، يُنبّه رئيس مجلس إدارة جمعية الحوكمة والشفافية في قطاع الصحة إلى أهمية علاقات الملكية، وكذا إلى أهمية عمليات المراجعة:

> "تعزيز دور الدولة والمالك، وخلق وظيفة الملكية في المؤسسات العامة، أما في القطاع الخاص، فتعزيز دور المالك يكون في الجمعية العمومية، والتركيز على مجالس الإدارة من ناحية الشكل والأداء،

34 جمهورية مصر العربية، وزارة التخطيط والتنمية الاقتصادية، **2030 رؤية مصر المحدثة: الأجندة الوطنية للتنمية المستدامة**، 2023، ص137، في: https://acr.ps/1L9zQoe

35 عبد الرحمن كامل، مقابلة شخصية، القاهرة، 2019/12/12.

36 دويدار.

والتركيز على مجالس الإدارة التي تشكّل من أطباء وغير أطباء، حيث يؤدّون وظائف مجلس الإدارة، ولا بد من مساءلتهم، من خلال مبادئ المراجعة وإيجاد شيء يربط بين المراجعة الداخلية بالجودة لتحسين أداء المؤسسة، ومراجع داخلي للمؤسسات، وعلى مستوى الدولة والنظام الصحي، وفصل الدور كمراقب وكمقدم خدمة وكمموّل، ومنح فرص للتمويل للمستشفيات التي تُطبّق معايير الحوكمة، مثل البنوك، وتطوير المؤسسات الحكومية للإشراف والتدقيق في الخدمات والمؤسسات، وليس فقط تشغيلها، ورفع التدريب وزيادة الكفاءات ورفع الوعي وآلياته ورفع الكفاءة"[37].

في العموم، تُظهر المقابلات التي أجريناها رهانًا على الحوكمة، يربطها بتحقيق غايات وتحسين الخدمات الصحية، ضمن إطار تحقيق التنمية المستدامة. وهو ما نراه موافقًا لما أشارت إليه استراتيجية 2030 في المحور السادس الذي تناول التغطية الصحية الشاملة لضمان العدالة والإنصاف في القطاع الصحي، وحوكمة القطاع الصحي. يرتكز تحقيق التغطية الصحية الشاملة على إتاحة الخدمات وجودتها والحماية من المخاطر المالية التي قد تعصف بغير القادرين[38]، وتتمثل اللامساواة في مظاهر التباينات والتفاوتات والفجوات بين السكان على المستويات المختلفة[39]، والإنصاف في الرعاية الطبية يعني التوزيع العادل للمنافع، وكذا توزيع الأعباء بين جميع الأفراد، سواء أكانوا من القادرين على سداد تكلفتها أم من غير القادرين[40].

2. قانون التأمين الصحي

من الضروري في هذا السياق الإشارة إلى قانون التأمين الصحي الشامل[41]، بصفته المكمل لتوجّهات استراتيجية 2030، بخاصة ما نصّ عليه القانون في مادته الثانية من أن التأمين الصحي الشامل نظام إلزامي، يقوم على التكامل الاجتماعي، وتغطي مظلّته جميع المواطنين المشتركين في النظام[42]. ومن منظور مقارن، نجد أن هذا القانون قد شمل جميع الفئات بلا تفرقة، بينما ما زال القانون الحالي، المنظم لعمل الهيئة العامة للتأمين الصحي، يحرم بعض الفئات من تغطية مظلّة التأمين الصحي؛ فهو يقتصر على القوى العاملة، وإلى جانبها أصحاب المعاشات والأرامل وطلاب المدارس، والرضّع والمرأة المُعيلة. لكن يبقى خارجه بعض الفئات.

---

37 حنتر.

38 جمهورية مصر العربية، وزارة التخطيط والتنمية الاقتصادية، **2030 رؤية مصر المحدثة**، ص 126.

39 علي جلبي، **علم الاجتماع والمشكلات الاجتماعية رؤية جديدة** (الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية، 2016)، ص 101.

40 لو آن آداي [وآخرون]، **تقويم نظام الرعاية الطبية الفعالية والكفاءة والإنصاف**، ترجمة عبد المحسن بن صالح الحيدر (الرياض: معهد الإدارة العامة، مركز البحوث، 2000)، ص 169.

41 يرصد علاء غنام، عضو لجنة إعداد قانون التأمين الصحي الشامل، ست مراحل لتطبيق منظومة التأمين الصحي الشامل في محافظات جمهورية مصر العربية كلها، وذلك عبر 15 عامًا، تبدأ من تموز/ يوليو 2019؛ المرحلة الأولى تضم محافظات: بورسعيد والسويس وجنوب سيناء وشمال سيناء والإسماعيلية، والمرحلة الثانية: أسوان والأقصر وقنا ومطروح والبحر الأحمر، والمرحلة الثالثة: الإسكندرية والبحيرة ودمياط وسوهاج وكفر الشيخ، والمرحلة الرابعة تضم محافظات: أسيوط والوادي الجديد والفيوم والمنيا وبني سويف، المرحلة الخامسة: الدقهلية والشرقية والغربية والمنوفية، والمرحلة السادسة: القاهرة والجيزة والقليوبية. وعلى الرغم من تحدي الجائحة الهائل، فإن عملية تسجيل المواطنين والتشغيل التجريبي جرت في محافظات: بورسعيد والأقصر والإسماعيلية وجنوب سيناء والسويس وأسوان، فعلى سبيل المثال، في الفترة الماضية، وبحسب البيانات الرسمية، فقد تم تسجيل 486873 مواطنًا، وفتح 120210 ملفات عائلية، في كل من الإسماعيلية 207267 مواطنًا، والسويس 48344 مواطنًا، والأقصر 127088 مواطنًا، وجنوب سيناء 11897 مواطنًا، وأسوان 92277 مواطنًا، وذلك عبر أكثر من 117 وحدة ومركز صحة للأسرة في المحافظات الخمس. ينظر: علاء غنام، "نظام التأمين الصحي الشامل وبناء الإنسان المصري"، **آفاق استراتيجية**، العدد 3 (حزيران/ يونيو 2021)، ص 4، شوهد في 2024/7/25، في: https://bitly.nz/JLd3k

42 جمهورية مصر العربية، **قانون التأمين الصحي الشامل**، رقم 2 لسنة 2018، ص 12.

تتعدّد أوجه الاختلاف بين نظام التأمين الحالي ونظام التأمين الشامل في المنظمات الطبية من حيث العمليات الاجتماعية للحوكمة، والقوانين، والأدوار، والجودة، والعمليات الاجتماعية لتحسين الجودة، والاختيار في جهات العلاج، والمركزية في اتخاذ القرارات، واستدامة مصادر التمويل، ونظام الإحالة ومدى تحقيق كل نظام أهدافه لتحسين الرعاية الصحية. ويشير الجدول (6) إلى المقارنة بين النظامين، استنادًا إلى معايير مختلفة.

الجدول (6)

مقارنة بين نظام التأمين الحالي والنظام الجديد

المعيار	التأمين الحالي	التأمين الصحي الشامل
العمليات الاجتماعية للحوكمة	ضعيفة	تتوافر عناصر (المساءلة، والمشاركة، والشفافية)
القوانين	تعدد القوانين	قانون واحد يتلافى عيوب القوانين الحالية المتعددة
الأدوار	تضارب الأدوار	فصل الأدوار من خلال ثلاث هيئات (الهيئة العامة للتأمين الصحي، والهيئة العامة للرعاية الصحية، والهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية)
الجودة	ضعف الجودة	توجد هيئة مستقلة مسؤولة عن الاعتماد تابعة لرئاسة الجمهورية لضمان جودة الخدمات الصحية
العمليات الاجتماعية لتحسين الجودة	ضعف العمليات الاجتماعية للجودة	ضمان العمليات الاجتماعية للجودة، وذلك لإنشاء هيئة مستقلة تحت إشراف رئيس مجلس الوزراء
الاختيار	لا يوجد اختيار في جهات العلاج	يوجد حرية الاختيار في جهات العلاج
المركزية	مركزية القرارات	لامركزية للقرارات لتولي كل هيئة من الهيئات الثلاث (الهيئة العامة للتأمين الصحي الشامل، والهيئة العامة للرعاية الصحية، والهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية) شؤونها ووضع السياسات اللازمة لتحقيق أغراضها وتنفيذها
استدامة مصادر التمويل	ضعف التمويل	تعدّد المصادر التمويلية
الإحالة	غياب نظام الإحالة من مستوى خدمة إلى مستوى أعلى	يوجد نظام الإحالة من مستوى خدمة إلى مستوى أعلى

المصدر: من إعداد الباحثة، استنادًا إلى: وجيدة عبد الرحمن أنور، "الحوكمة في تنفيذ التغطية الشاملة في مصر"، ورقة مقدمة في "المؤتمر العربي السابع عشر حول الأساليب الحديثة في إدارة المستشفيات: حوكمة خدمات الرعاية الصحية"، القاهرة، 3-2018/12/5.

تشدد وجيدة أنور، عضو لجنة إعداد قانون التأمين الصحي الشامل، على أن الفروق المبيّنة في الجدول (6) تميل إلى مصلحة النظام الجديد المعنون بنظام "التأمين الصحي الشامل"؛ فوفقًا لرأيها، فإن تعدد القوانين داخل القطاع الصحي في ظل القانون الحالي (الهيئة العامة للتأمين الصحي) أدّى في السابق إلى تضارب المصالح والآراء، وعدم الفصل بين مقدّمي الخدمة والمموّل، وهو حال يتّصل بضعف مصادر التمويل، ومن

ثمّ غياب نظم الإحالة والاختيار للمريض الذي يسعى للوصول إلى رعاية صحية بأعلى جودة بأقل تكلفة، ينتج من ذلك ضعف جودة الخدمات الصحية المقدمة للمرضى. أما قانون التأمين الصحي الشامل، فيتبنّى نموذجًا بنائيًّا للحوكمة، وذلك من خلال قانون واحد لجميع القطاعات الصحية. يحقق نموذج الحوكمة في المنظمات الطبية الفصل بين مقدّم الخدمة ومن يقوم بتمويلها؛ لذلك يتضمّن قانون التأمين الصحي الشامل الجديد فصل التمويل عن توفير الخدمة لتعزيز لامركزية القرارات داخل المنظومة الصحية، هذا إضافة إلى تحقيق العدالة الاجتماعية لأكثر الفئات حرمانًا في القطاع الصحي، وبناء على ذلك، تم إنشاء كيانات ثلاثة[43]:

1. **هيئة التأمين الصحي الشامل:** التي تتولّى دور "الجهة التي ستدفع الرسوم"، والمسؤولة عن إدارة صناديق التأمين الصحي والتعاقد مع جهات تقديم الخدمة من القطاعين العام والخاص.
2. **الهيئة العامة للرعاية الصحية:** ويناط بها توفير الخدمات العامة، بما في ذلك الرعاية الأوّلية والثانوية والمتقدمة.
3. **الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية:** وتتكفل بضمان جودة الخدمات المقدمة من خلال إنشاء نظام للاعتماد وتطبيقه.

المأمول، بوجه عام، أن يكفل نظام التأمين الصحي الشامل حصول المواطنين جميعهم على الخدمات الصحية والحماية المالية بحلول عام 2030، وبما يمنع عدم وقوع أي منهم في براثن الفقر، جرّاء تكاليف الرعاية الصحية وأعبائها. وتشمل الآثار الاجتماعية الإيجابية المحددة بما يلي[44]:

- أن يزيد نظام التأمين الصحي الشامل من التغطية المالية الصحية للمواطنين بنسبة 47 في المئة في المتوسط، خلال المرحلة الأولى التي تستهدف المحافظات التي لا يغطيها أي نظام تأميني.
- من المأمول أن يؤدي النظام الجديد إلى خفض ملموس في معدل الإنفاق الصحي الشخصي المرتفع، الذي يُقدّر بنسبة 62 في المئة على الصعيد القومي. ويساعد هذا الأمر بدوره في تخفيف الأعباء المالية على الفقراء، وزيادة فرص حصولهم على الخدمات.

المأمول كذلك أن يتم تطبيق النظام الجديد على نحو عاجل، حيث يتم تسجيل المواطنين جميعهم فيه. وبالطبع، فإن بناء نظام جديد من قلب النظام القديم هو أمر يحتاج إلى الكثير من الجهد والعمل، كما يحتاج إلى مواجهة التحديات الهيكلية عبر مشاركة مجتمعية واسعة من الفاعلين وأصحاب المصلحة، بخاصة النقابات المهنية، من أجل التغلّب عليها[45].

خاتمة وتوصيات

أظهرت الدراسة ما للبيئة المحيطة بمنظمات الخدمة الصحية من أثر في الخدمة وكفاءتها، وكشفت عن بعض أبعاد العلاقة بين متلقّي الخدمة والمنظمات المقدمة لها، وكذا بين الأخيرة وجهات القرار المسؤولة عن توجيهها. وكشفت الدراسة أيضًا عن جملة من العوامل المعوّقة النابعة من البيئة الداخلية، ومنها الفجوة

43 الهيئة العامة للتأمين الصحي الشامل، **ملخص تنفيذي لدراسة تقييم اجتماعي**، شوهد في 2024/9/29، في: https://bitly.nz/OtrJZ

44 المرجع نفسه.

45 غنام، ص 5.

في الموارد البشرية التي أثّرت بشدة في قدرات المستشفيات على توفير الخدمة لطالبيها، بخاصة المستشفيات الحكومية التي تتضاعف فيها ظاهرة الانتظار وقوائمه الطويلة. وهي حال لا تنفصل عن المشكلات على صعيد القوى البشرية، فالتباين بين أعداد القائمين على العمل بالفعل، وأولئك المسجلين ضمن قوة العمل، ما زال كبيرًا. وهو أمر أضافت المقابلات بعضًا من تفاصيله المفسرة، ومنها عدم الرضا عن الأجور والتعويضات المالية للأفراد، ومستوياتها بالغة الضعف، وكذا قلّة الموارد التشغيلية؛ ما يجعل بيئة العمل بيئة طاردة.

يتّفق ما توصلت إليه الدراسة في هذا الصدد مع نتائج دراسة سامية حسين محمود عينو[46]، وكذلك مع دراسة جهاد إبراهيم حنفي عبد الحميد[47]، ودراسة الشيماء حسن إسماعيل[48] فيما يخص الفجوة في القوى العاملة الصحية كمًا ونوعًا، وأثرها المباشر في مستوى أداء تقديم الخدمات الطبية والصحية في المستشفيات.

على صعيد الاستعداد لتقديم الخدمة وفق المقاييس المعيارية، عرضت الدراسة ملامح للتباين بين المؤسسات العامة والخاصة في وفرة المستلزمات والتجهيزات، وضربت مثالاً مقارنًا يخص العجز في الأسرّة في المستشفيات الحكومية، في مقابل تزايدها في الخاصة. وردّت هذا العامل الداخلي إلى عامل خارجي أكبر، يخص التمويل العام للخدمة الصحية. وبيّنت أن الفجوة الناشئة تبقى في ازدياد؛ إذ لا تساير محاولات رأبها معدلات النمو الديموغرافي في المدينة، التي تنعكس بالزيادة في عدد المرضى.

أفضى نقص التجهيز في المستشفيات العامة إلى لجوء المواطنين إلى القطاع الخاص؛ ما ترتب عليه زيادة في عبء التمويل، وتكفّل المرضى بأعباء كبيرة وتصاعد في الإنفاق الذاتي على الخدمات الصحية. واضطرار المرضى إلى الذهاب إلى المستشفيات الخاصة في ظل نقص إمكانيات المؤسسات العامة، يتفق مع نتائج دراسة نجلاء فرحات رحومة[49].

على المستوى الهيكلي، أوضحت الدراسة أن تعدد جهات التبعية الإدارية للمنظمات الطبية (وزارات وهيئات عامة) قد تسبب في تعدد القرارات واللوائح المنصوص عليها التي تفرضها هذه الجهات على تلك المنظمات. وهو ما يتفق مع دراسة حنان راشد سالم[50]، ودراسة عبد الله العتيبي[51]. وتتفق معهما الدراسة في الدعوة إلى تطوير تشريعي يوحّد الإجراءات والقواعد.

وعلى صعيد تقييم الأثر التنموي لحوكمة المنظمات الطبية، ومدى تعلّقه بمستهدفات استراتيجية مصر 2030، أظهرت الدراسة أن علاج الكثير من أوجه القصور الراهنة في النظام الصحي، التي وقفت عليها الدراسة في حالة الإسكندرية، يمكن أن يتحقق إذا ما أُنجزت أهداف الاستراتيجية في مجال الرعاية الصحية. وهي أهداف

46 ينظر: سامية حسين محمود عينو، "التحليل الاجتماعي للصحة والمرض في دول العالم الثالث"، رسالة أعدت لنيل شهادة الماجستير، كلية الآداب، جامعة الإسكندرية، 1989.

47 ينظر: جهاد إبراهيم حنفي عبد الحميد، "الخدمات الصحية التي تقدم للفقراء في ظل الخصخصة: دراسة ميدانية على مجتمع حضري فقير"، رسالة أعدت لنيل شهادة الماجستير، كلية الآداب، جامعة عين شمس، القاهرة، 2011.

48 ينظر: الشيماء حسن إسماعيل سرور، "الأمن الصحي في التنظيمات الرسمية وغير الرسمية في المجتمع المصري"، رسالة أعدت لنيل شهادة الماجستير، كلية الآداب، جامعة الإسكندرية، 2016.

49 ينظر: نجلاء فرحات رحومة، "متطلّبات تحقيق جودة الخدمات الصحية بالجماهيرية العظمى مع دراسة تطبيقية على القطاع الصحي"، أطروحة أعدت لنيل درجة الدكتوراه، كلية الاقتصاد والعلوم السياسية، جامعة القاهرة، 2012.

50 ينظر: حنان راشد سالم البلوي، "الشراكة بين الحكومة والقطاع الخاص كمدخل لتحسين الجودة في الخدمات الصحية مع التطبيق على قطاع الصحة بمدينتي جدة وتبوك بالمملكة العربية السعودية"، أطروحة أعدت لنيل درجة الدكتوراه، كلية الاقتصاد والعلوم السياسية، جامعة القاهرة، 2011.

51 ينظر: عبد الله العتيبي، "أثر تطبيق الحوكمة على فعالية الآداء: دراسة تطبيقية على مديرية الشؤون الصحية بمحافظة الطائف"، **مجلة البحوث التجارية المعاصرة**، العدد 3 (2017).

رأت الدراسة إمكان تحقيقها في ضوء السياق الجديد الذي يطرحه نظام التأمين الصحي الشامل وقانونه؛ من ذلك ما يتصل بالجودة ومراقبتها، وضمان تحقيق معاييرها وتحسين سبل توفيرها، وتبني نموذج بنائي للحوكمة، يوحّد نظام الخدمة ويفصل الأدوار بين مقدم الخدمة وممولها، متجنّبًا تضارب الأدوار والمصالح، إضافة إلى ضمانه الجودة من خلال هيئة مستقلة مسؤولة عن الاعتماد.

توافق الدلالات العامة لهذه النتائج نظريًّا ما قدّمته نظرية الأنساق الاجتماعية، من حيث توكيدها أن الكيان الاجتماعي لا يعمل في فراغ، بل يعمل في سياق وبيئة محيطَين، وبيّنت طبيعة هذا الكيان (المنظمات الطبية في حالتنا) أنه يتفاعل مع ذلك السياق وتلك البيئة المحيطة على المستويَين الداخلي والخارجي. إن فهم تداعيات البيئة المحيطة على الأنساق الاجتماعية يُعزّز وعينا بكيفية تأسيس كيانات اجتماعية مؤسسية جديدة تنجز غايات المجتمع.

وعلى المستوى العملي، تسوغ هذه النتائج اقتراح التوصيات التالية:

1. أن تبادر وزارة المالية بمراجعة السياسة المالية، على نحو يكفل الموارد لتحقيق أهداف التنمية المستدامة 2030 الخاصة بالرعاية الصحية. وهو أمر نعي صعوبته، وما يقتضيه من تشاور مع الجهات المعنية في هذا الجانب، لتحقيق التناسق بين مخططاتها وما تفرضه السياسة المالية.
2. إيلاء الجوانب الرقابية في القطاع الطبي العناية اللازمة، وذلك ضمانًا لجودة خدماته. وهي مهمة تُناط بالهيئات المعنية بتوفير الخدمة الصحية، وتحديدًا الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية ودورها في الرقابة الداخلية والخارجية على جميع العاملين في هذا القطاع.
3. العمل على توفير المعرفة للمواطنين في خصوص مؤشرات جودة الأداء الخاصة بالقطاع الطبي، وإعلامهم بتفاصيلها كسبًا لثقتهم. وهو دور يقع جلّ مسؤوليته على قطاعات الإعلام العامة والمتخصصة.
4. الاعتناء ببناء الشراكات بين القطاعات المقدمة للخدمات الصحية كلها، سواء القطاع الحكومي أم القطاع الخاص أم المجتمع المدني، وذلك من أجل تيسير حصول المواطنين على الخدمة الطبية ذات الجودة، وتوفير الإعانات للحالات الأشد احتياجًا.
5. إحداث طفرة تشريعية، تدمج وتضبط القوانين واللوائح المتعددة التي يعرقل تداخلها وتفاوتها عمل المنظمات الطبية. ومن الضروري ههنا توفير البيئة اللازمة لدعم صدقية التطويرات التشريعية، ويبقى هذا الأمر مشروطًا بالتعاون بين كل من الحكومات والسلطات الرقابية والقطاع الخاص والفاعلين الآخرين من أصحاب الخبرة، والمتعاملين مع الخدمة وطالبيها من الجمهور.

المراجع

العربية

آداي، لو آن [وآخرون]. **تقويم نظام الرعاية الطبية الفعالية والكفاءة والإنصاف.** ترجمة عبد المحسن بن صالح الحيدر. الرياض: معهد الإدارة العامة، مركز البحوث، 2000.

أبو مصلح، عدنان. **معجم علم الاجتماع.** عمان: دار أسامة للنشر والتوزيع، 2010.

البلوي، حنان راشد سالم. "الشراكة بين الحكومة والقطاع الخاص كمدخل لتحسين الجودة في الخدمات الصحية مع التطبيق على قطاع الصحة بمدينتي جدة وتبوك بالمملكة العربية السعودية". أطروحة أعدت لنيل درجة الدكتوراه. كلية الاقتصاد والعلوم السياسية، جامعة القاهرة، 2011.

جلبي، علي. **علم الاجتماع والمشكلات الاجتماعية رؤية جديدة.** الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية، 2016.

جمعية الحوكمة والشفافية في قطاع الصحة. **دليل حوكمة قطاع الصحة حوكمة أفضل من أجل صحة أفضل: مبادئ وقواعد الحوكمة في المستشفيات.** القاهرة: مركز المشروعات الدولية الخاصة، الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية، 2014.

جمهورية مصر العربية، معهد التخطيط القومي. **الإنفاق الصحي في مصر بين اعتبارات الكفاءة والفاعلية،** تموز/ يوليو 2022. سلسلة قضايا التخطيط والتنمية 336. في: https://bitly.nz/o51Jb

جمهورية مصر العربية، وزارة التخطيط والتنمية الاقتصادية. **2030 رؤية مصر المحدثة: الأجندة الوطنية للتنمية المستدامة،** 2023. في: https://acr.ps/1L9zRho

جمهورية مصر العربية، الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء. **النشرة السنوية لإحصاء الخدمات الصحية لعام 2014** (القاهرة: كانون الأول/ ديسمبر 2015).

_____. **النشرة السنوية لإحصاء الخدمات الصحية لعام 2015** (القاهرة: تشرين الثاني/ نوفمبر 2016).

_____. **النشرة السنوية لإحصاء الخدمات الصحية لعام 2016** (القاهرة: تشرين الثاني/ نوفمبر 2017).

_____. **النشرة السنوية لإحصاء الخدمات الصحية لعام 2017** (القاهرة: 2018).

_____. **النشرة السنوية لإحصاء الخدمات الصحية لعام 2018** (القاهرة: 2019).

_____. **المسح الصحي للأسرة المصرية.** القاهرة: 2021.

حجازي، أحمد. **المواطنة وحقوق الإنسان في ظل المتغيرات الدولية الراهنة.** القاهرة: الدار المصرية السعودية، 2009.

رحومة، نجلاء فرحات. "متطلّبات تحقيق جودة الخدمات الصحية بالجماهيرية العظمى مع دراسة تطبيقية على القطاع الصحي". أطروحة أعدت لنيل درجة الدكتوراه. كلية الاقتصاد والعلوم السياسية، جامعة القاهرة، 2012.

روشيه، جي. **علم الاجتماع الأمريكي: دراسة لأعمال تالكوت بارسونز.** ترجمة محمد الجهوري وأحمد زايد. القاهرة: دار المعارف، 1981.

سرور، الشيماء حسن إسماعيل. "الأمن الصحي في التنظيمات الرسمية وغير الرسمية في المجتمع المصري". رسالة أعدت لنيل شهادة الماجستير. كلية الآداب، جامعة الإسكندرية، 2016.

سن، أمارتيا. **فكرة العدالة.** ترجمة مازن جندلي. بيروت: الدار العربية للعلوم ناشرون، 2010.

سيمور، شارلوت. **موسوعة علم الإنسان: المفهومات والمصطلحات الأنثروبولوجية.** ترجمة علياء شكري. القاهرة: المركز القومي للترجمة، 2009.

صبرة، محمود. "مفهوم الحوكمة الصحية ونشأته وتطوّره". ورقة غير منشورة، مقدمة في مؤتمر "الحوكمة الصحية: المسؤولية المهنية والقانونية". كلية الطب، جامعة الإسكندرية. 8-2017/3/9.

صندوق النقد الدولي. **التمويل والتنمية.** الأمم المتحدة: 2015.

عاشور، أحمد صقر. **إصلاح حوكمة التنمية في مصر.** القاهرة: مركز العقد الاجتماعي، 2010.

عبد الحميد، جهاد إبراهيم حنفي. "الخدمات الصحية التي تقدم للفقراء في ظل الخصخصة: دراسة ميدانية على مجتمع حضري فقير". رسالة أعدت لنيل شهادة الماجستير. كلية الآداب، جامعة عين شمس. القاهرة، 2011.

العتيبي، عبد الله. "أثر تطبيق الحوكمة على فعالية الآداء: دراسة تطبيقية على مديرية الشؤون الصحية بمحافظة الطائف". **مجلة البحوث التجارية المعاصرة.** العدد 3 (2017).

عينو، سامية حسين محمود. "التحليل الاجتماعي للصحة والمرض في دول العالم الثالث". رسالة أعدت لنيل شهادة الماجستير. كلية الآداب، جامعة الإسكندرية، 1989.

غنام، علاء. "نظام التأمين الصحي الشامل وبناء الإنسان المصري". **آفاق استراتيجية.** العدد 3 (حزيران/ يونيو 2021). في: https://bitly.nz/JLd3k

المؤتمر السنوي الحادي عشر: المسؤولية الاجتماعية والمواطنة، 16-2009/5/19. القاهرة: المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية، 2010.

مقبل، ريهام. "مبادئ الحوكمة في رؤية مصر 2030". **رؤى مصرية.** العدد 66 (تموز/ يوليو 2020).

منظمة الصحة العالمية. "ورقة بيضاء: ملامح السياسة الصحية في جمهورية مصر العربية". في: https://bitly.nz/81icq

الهيئة العامة للتأمين الصحي الشامل. **ملخص تنفيذي لدراسة تقييم اجتماعي.** في: https://bitly.nz/OtrJZ

وزارة الإسكان والمرافق والمجتمعات العمرانية، الهيئة العامة للتخطيط العمراني والإدارة المركزية للبحوث والدراسات والتخطيط الإقليمي. **دليل المعدلات والمعايير التخطيطية للخدمات بجمهورية مصر العربية.** القاهرة: 2014.

يفريموفا، ناتاليا وتوفيق سلوم. **معجم العلوم الاجتماعية: مصطلحات وأعلام: روسي – إنكليزي – عربي.** بيروت: الشركة العالمية للتجارة والتسويق، 1992.

الأجنبية

Encyclopedia of Educational Theory and Philosophy. D.C. Phillips (ed.). Thousand Oaks, CA: Sage, 2014.

Fryatt, Robert, Sara Bennett & Agnes Soucat. "Health Sector Governance: Should We be Investing more?" *BMJ Global Health*. 6/6/2017. at: https://bitly.nz/GbqJz

Phiillips, D. C. *Social Systems Theory: Talcott Parsons and Niklas Luhman*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 2014.

Tandon, Rajesh. "Citizenship, Participation and Accountability: A Perspective." *Innovations in Civil Society*. vol. I, no. 1 (July 2001).

The Department of Health. *The New NHS Modern Dependable*. 8/12/1997. at: http://bit.ly/4g4UPZw

ملحق

تصنيف الخبراء ممن أجريت معهم المقابلات

التوصيف الوظيفي	الجهة	الاسم
مدرب وباحث بوحدة الحوكمة الصحية	وحدة الحوكمة الصحية - معهد البحوث الطبية- جامعة الإسكندرية	د/ إيمان السيد
مستشار إقليمي لإدارة المستشفيات	منظمة الصحة العالمية	أ. د/ حميد رفاجي[52]
أمين عام المعهد العربي للتنمية المستدامة	المعهد العربي للتنمية المستدامة	أ. د/ عبد الرحمن كامل
رئيس مجلس الإدارة	جمعية الحوكمة والشفافية في قطاع الصحة	أ. د/ مصطفى حنتر
مدير وحدة الحوكمة الصحية	وحدة الحوكمة الصحية - معهد البحوث الطبية	أ. د/ نبيل دويدار
أستاذ طب المجتمع والبيئة، عضو لجنة إعداد قانون التأمين الصحي الشامل وزارة الصحة منذ عام 2013	جامعة عين شمس	أ. د/ وجيدة عبد الرحمن أنور

52 تمت ترجمة المقابلة من الإنكليزية إلى العربية من متخصصين؛ الدكتور إيمان السيد مدرّب وباحث بوحدة الحوكمة الصحية، معهد البحوث الطبية، جامعة الإسكندرية.