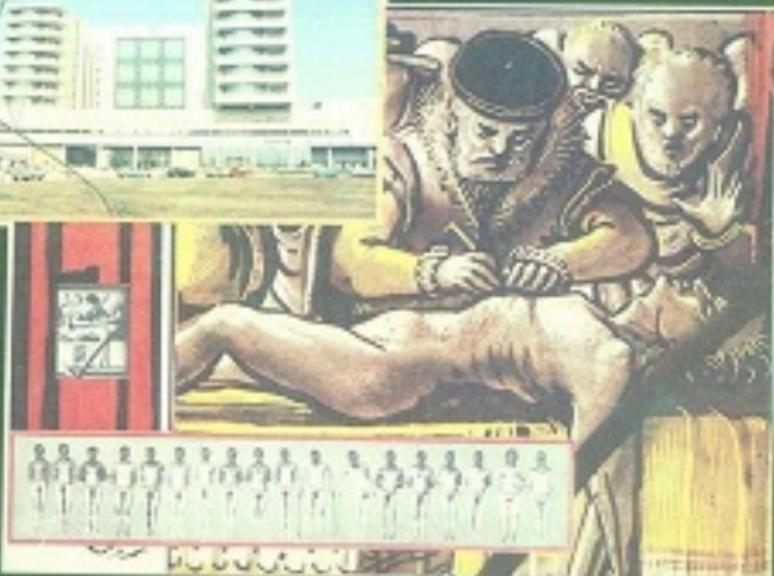




جامعة القاهرة
كلية طب وطب الاسنان

الصحة والطب والعلاج في مصر

دكتور محمد محمد الجواهري



مطبوعات جامعة الزقازيق
الجامعة والمجتمع

الصحة والطب والعلاج في مصر
دكتور محمد محمد الجوادى



١٩٨٧

أهدا

إلى أسرتي المهنية الصغيرة
إلى أساتذتي وزملائي في قسم أمراض القلب ... كلية الطب ومستشفيات جامعة الزقازيق
تعبيرًا عن كل المعانى والأمانى ..
المعانى التى تراودنا .
والأمانى الذى نتراءى لنا .

د . محمد الجلاد

تقديم

بِقَلْمِ الْأَسْتَاذِ الدَّكْتُورِ مُحَمَّدْ عَبْدِ اللَّطِيفِ إِبْرَاهِيمَ رَئِيسِ جَامِعَةِ الزَّقَارِيقِ

يتمثل هذا الكتاب صورة من صور اهتمام الجامعة - كمؤسسة استنارة فكرية بحركة المجتمع من حولها ، حيث تلتقي او تتصارع الموارد والمطالب ، الامだاف والمعوقات ، الطموحات والتبعات . وتنشأ نتيجة هذا التفاعل ديناميات عديدة للقضايا التي تهم الانسان ، والوطن . والشعب .. وربما اختلطت على افراد الشعب ذوى الاحساس الوطنى بجمهورهم ومشكلاته ربما اختلطت اوراق الحقائق بأوراق الاراء الرائجة الى حد يصبح معه البحث عن حقيقة ما من الامور المرهقة في بلد شغل لفترات طويلة مضت عن ان يضع نصب عين ابنائه كل الحقائق عن كل المشكلات التي يحسون بها ، تارة لظروف الامن القومى ، وتارة اخرى بسبب الاشتغال عن التوثيق والتأصيل ، وتارة ثالثة بسبب غياب قاعدة المعلومات القديمة ومن ثم غياب القدرة على تجديدها بالحقائق والواقع . ويأتى هذا الكتاب ليمثل صورة من صور اهتمام الجامعة كمؤسسة للاستنارة الفكرية بكسر قاعدة الغموض حول بعض مشكلاتنا التنموية بدءاً بمشكلة من اهم المشكلات وهي تلك المرتبطة باحد عناصر الثالوث المزمن : الفقر والجهل والمرض .

ثم ان هذا الكتاب الذى سعدت فعلاً بقراءة بعض فصوله على فترات متواتلة لا يكتفى بالمعلومات الصماء ، ولا الحقائق الرسمية ، وانما هو يضيف بقلم مؤلفه الاديب الذى هو ابن المهنة وابن للجامعة ايضا افاقاً من الفهم العميق ، والتناول الجرىء لكل الحقائق التي بذل بالقطع جهوداً وراء جهود حتى استطاع ان يبرزها للقارئ اليوم على هذا النحو

ومع ان الجامعة تؤمن تماماً أن الاراء التى تنشرها هي مسؤولية أصحابها ، ايماناً منها بالطبع بحرية البحث العلمى وأهمية هذه الحرية .. الا اننى يهمنى ان اؤكد هذا المعنى من زاوية اخرى ، وهى زاوية قيام الجامعة التى اشرف برئاستها باتاحة هذه الفرصة بدءاً من هذا الكتاب الذى ارجو أن تعقبه مجموعة من الدراسات في جميع المجالات - أمام كل رأى وفكرة .. فالجامعة المصرية اليوم ليست - وأقولها للمرة الثالثة - إلا مؤسسة من مؤسسات الاستنارة في جو ينعم بحرية حقيقة ، وديمقراطية يبذل رئيس الجمهورية كل ما في وسعه لحمايتها من كل ما قد يمسها .. هذا وبالله التوفيق .

تقديم بقلم

الاستاذ الدكتور عبد العistar مصطفى

نائب رئيس الجامعة ورئيس مجلس ادارة مطبعة جامعة

تخطو جامعة الزقازيق بهذا الكتاب خطوة على سبيل المساهمة الجادة في مناقشة قضايا ومشكلات البيئة والمجتمع ، بحيث لا تقتصر مسهامها في هذا الجانب على الاحداث الفردية او المناقشات الثانية التي تدور داخل الحرم الجامعي ، أو على مجرد الاسهامات الفردية التي تنسب الى بعض ابناء اسرة الجامعة حين يشاركون في الندوات العامة أو الصحفية .. وانما تتيح الجامعة لنفسها اليوم بدءاً من هذا الكتاب ان تعرض بعض الاراء الحرة لابنائها فيما يتعلق بالقضايا الوطنية التي تتصل بمجال عملهم ، عملاً بالمبدأ الذي نرجو أن نستوعبه في كل خطواتنا المستقبلية من توسيع قاعدة الاراء التي يلجا اليها أصحاب الرأي في تقييم الخدمات القائمة وفي رسم الطريق الامثل لتطويرها وبحيث لا تكون خلفيات تقييم صناعة القرار مقتصرة على قمة الاجهزه الوظيفية وانما تتمتد الى قاعدتها

ومع يقيني ان مثل هذه الاراء قد تعبر عن الجوانب الشخصية او الرؤى الفردية وراء اقلام اصحابها ، الا أتمنى دانما ما اغلب على هذا التحفظ ايماني العميق – الذي تدعمه بمشاهداتي في خارج مصر – بأنه على الافراد وبصفاتهم الفردية – يقوم جانب كبير من التقدم الحقيقي في مجالات الخدمات لا الفكر او الادب فحسب .

من هذا المنطلق فانتي امل ان يكون في هذا الكتاب (او الدراسة) بعض ما يضيف الى معلوماتنا وتصوراتنا عن الخدمة الطبية والعلاجية في وطننا العزيز .

اما فيما يتعلق بشخصي الذي أتيت له أن يعمل في حقل الطب منذ أكثر من ثلث قرن فأكاد أزعم أن هناك في كثير من فقرات هذا الكتاب توافقاً حياً مع مالمسته من طبائع وخصائص الخدمة الطبية والعلاجية في شتى المؤسسات القائمة بهذه الخدمة .

واعتقد ان الوعي بحجم المشكلات الصحية والطبية هو العامل الحاسم في سبيل نجاح المديرين والقائمين بالسلطة في هذه الواقع في تحقيق الاهداف المرجوة من النظام الطبي .

ولهذا فانتي امل ان يسمح هذا الكتاب في جانب التنوير الفكري وخدمة المجتمع وحرية الرأي وكلها من الاركان التي قامت الجامعة من أجل دعمها واذمارها . وعلى الله قصد السبيل .

مقدمة المؤلف

دكتور محمد محمد الجوادى

ليس في وسع المرء حين يجد نفسه قادرًا على المشاركة بالرأي في قضايا بلاده ومشكلاتها إلا أن يسعد ، وتتضاعف السعادة بالطبع حين يجد نفسه وقد أصبح قادرًا على أن يكتب شيئاً إذا بال في هذا المجال ، وإن يتأتى لهذا الكلام المكتوب فرصة ليكون مقرراً بين أيدي الناس ، وليخلد بعد هذا في بعض مكتباتهم ... كل هذا بالإضافة إلى مشاعر السعادة الأخرى الأكثر واقعية التي يتمناها حين يجد بعض آرائه وقد لاقت القبول أو الاقتناع .

وليس في وسع الكاتب حين يحس هذه السعادات المجتمعية إلا أن يتوجه عنده إلى الله بالشكر على هذه النعم ، وبالدعاء من أجل استمرارها ، وبالرجاء أن يقدر الله على إداء واجبه تجاه مجتمعه بحيث ينجو من عذاب الذين يكتمون العلم فيعدون به يوم القيمة ، ومن عقلب الذين يكتمون النصيحة فيقال لهم يوماً ما أين كنتم ؟ ومن عتاب الذين يعملون حق الجماعة فلا يكون لهم مخرج من اللوم حين لا يصيّب التقدّم مجالات عملهم .

وقد نسلم جميعاً أن في امكاننا ان ننهض بكثير من مقومات حيالتنا إذا اتيابدلتا الآراء حول مشكلاتها ، وأن في وسعنا ان ننهض بحضارتنا اذا ما أخذنا إليها مجموعة الآراء الأخرى أو على حد تعبير الاستاذ الدكتور عبد الستار مصطفى في مقدمة هذا الكتاب إذا ما وسعنا من القاعدة التي تؤخذ اراؤها في مستوى الاداء وكيفية تطويره .. ولكن المشكلة انتا - في مصر - لم تنسع حتى الان يدنا على الطريق الأمثل الذي يتبع الفرصة لسماع كل هذه الآراء .. ولاشك ان الندوات واللقاءات الجماعية قد تنجح في هذه الناحية ، ولكنها تستهلك من الوقت قدرًا يفوق في قيمته العائد الذي يخرج منها ، ولاشك أيضًا أن الكلمة المكتوبة هي الوسيلة المثلثة لتوسيع الحقائق ، والأراء ووجهات النظر ، ولمعارضتها كذلك . فإن من الصعب أن تناقش نصوصاً (مرنة) تلقى في الهواء ... ولكن مشكلة الكلمة المطبوعة في بلدنا وصعوبيات خروجها إلى النور حالت مدة طويلة من أن يكون عندنا مثل هذا الكتاب وان لم تحل بالطبع من انتشاركم من الآراء بواسطة الصحافة .

الطب والصحة والعلاج .. ثلاث كلمات تبدو متزادة مع أن لها معانٍ مختلفة ولكنها متكاملة . فالصحة في اللغة هي البرء من العيب ومن المرض ، وفي الفيلم الدولي المستحدثة لم تعد الصحة تعرف تعريفاً سلبياً ب أنها انعدام المرض أو العجز ، وهو التعريف الذي كان مستمدًا من المعنى اللغوي ، وإنما أصبحت تعرف ب أنها حالة من اكتمال السلامة بدنياً وعقلياً واجتماعياً . وبهذا التعريف يتضح جلياً دور العوامل البيئية والاجتماعية والاقتصادية والثقافية في مجال الصحة وسوف نفيض في توضيح هذا المعنى في الفصل الذي عنوانه : الصحة مسئولية من ؟

والطب هو علاج الجسم أو النفس ، وهكذا يعرف الطب بأنه علاج ، ويعرف العلاج في اللغة بأنه اسم لما يداوى به من الدواء ونحوه ، ولكن المعنى الحضاري لكلمة الطب يتسع ليشمل النظام القائم بالطب . والموارد التي يفيد منها الطب والأشخاص القائمين عليه .. وفي النهاية الدواء ووسائل العلاج والمداواة الأخرى .

ولهذا فإن مناقشة موضوع الصحة والطب والعلاج في مصر ينبغي أن تتشعب لتعود مرة ثانية إلى جوهر الموضوع وهو الإنسان في صحته ومرضه .. وإذا كان الطب والعلاج يتناولان الإنسان بعد أن يصيّب ما يستدعيهما .. فإن الصحة هي المسئولة عنه حتى من قبل أن يصيّب ما يستدعي العلاج أو بعبارة أخرى حتى لا يصيّب ما يستدعي العلاج .

وهذا الكتاب يعرض لهذه التواحي من الزاوية المصرية ، مستعينا بكل ما أتي من قدرة على الالفادة من المعلومات المتاحة والروىء المطروحة ، والدراسات المنشورة .. وهو يجمع بين التقرير والتقدير كما يجمع بين الرصد والتحليل .

وفي هذا الكتاب احصاءات كثيرة تناولت أزمانها وأشارنا إلى المصادر التي نقلناها عنها ، وفيه كذلك احصاءات تنشر أول مرة ، وهي تلك التي اعدناها الدليل الخبرات الطبية القومية عن العاملين في مؤسسات التعليم الطبي .. ولبيان فروق الهمة والخطير التي تنشأ عن تراضينا في تحديد بيانانا الاحصائية فانتنا نذكر على سبيل المثال أن مجموع عضاء هيئات التدريس حسب البيانات التي تجمعت عندنا (حتى ابريل ١٩٨٧) لم يكن ليقل عن ٢٨٩٢ ما بين استاذ واستاذ ساعد ومدرس وقد زيد هذا العدد الطبع بمن منحوا اللقب العلمي وكافوا ينتظرون الحصول على الدرجة في أول يوليو تبعا لقانون لجامعات بينما أنه في احصائية مجلس الشورى يقدر هذا العدد بحوالي ٢٢٦ فقط !!

وريما كان لهذا الكتاب ان يفترض انه نجاء من تكرار الصيغات المتكررة التي لاقت القبول عند أصحاب الفرصة في ابداء لرأي لانه لم يكن امامهم اسهل من تكرارها ، وعل ابرز هذه الصيغات هي مسألة المعدل الحالى والمعدل الامثل للاطباء إلى مواطنين .. فكل الناس تعرف بما لا يقبل مزيدا من الایضاح ان هذه المعدلات لا يمكن الاعتماد عليها في ظل قياساتنا التي عرف جميعا ظروفها ، بل ريمما كان المواطن أصدق حسأ حين يقيم هذه المعدلات بعدد العيادات الخاصة والتي هي الدليل الواقعى على قيام الأطباء بمهمة الطب (مع استثناء نادر) .. اما حسبان أطباء الادارات والوزارات ... الخ فمسألة فيها نظر عند المواطن العادى ، وله حق في ذلك .

وتبلغ الخطورة في هذا الامر جدا يجعل وكيل نقابة الأطباء نفسه يصرح لجريدة الوفد في مايس من هذا العام بقوله ان نسبة ٩٠ % من الأطباء لا يملكون غير مرتبهم ، وان ٥٠ % فقط هم الذين يملكون عيادات خاصة !! وهو قول يستدعي القائمين .

مسالة المعدل إذن والمعدل الامثل بسيطة ولكنها خطيرة ، وهي مع هذا لن تقدم ولن تؤخر في تقييم كفاءة الخدمات الطبية ولا في تطويرها .

ومع ذلك فنحن نعطيها أهمية كبيرة .. ريمما لانها البديل العلمي الوحيد المتاح للحكم على الأمور .

وليس أبلغ في التعبير عن وجهة النظر هذه من أن ننظر إلى الأرقام المتاحة في تقرير مجلس الشورى على سبيل المثال ، والذي يقول ان المعدل الحالى للأطباء إلى عدد السكان هو ١ : ٥٦٢ نسمة بينما المعدل الامثل هو ١ : ١٠٠٠ وليس من الصعوبة على الناس ان يكتشفوا ان هذا الرقم ليس إلا رقم العضوية في النقابة .. رغم ان من هؤلاء من ترك الطب من عشرين عاما و منهم من تركه إلى مجالات أخرى من النشاط الانساني ... وهكذا ... الخ .

.... وسوف يصاب القارئ بالدهشة حينما يقرأ في الفصل الذى خصصناه للحديث عن الصحة في ألمانيا الغربية ان النسبة هناك كانت ١ : ٤٦٥ نسمة

اما فيما يتعلق بأطباء الاسنان فانتنا وصلنا إلى معدل ١ : ٤٦٨٠ نسمة على حين أن المعدل الامثل (!!) هو ١ : ٤٠٠٠ .

ويفيد ما يتعلق بالمعرضات فان المعدل المصرى المسجل هو ١ : ٩٤٦ على حين أن المعدل الامثل هو ١ : ٢٥٠ .

وبالتالى فان معدل الأطباء إلى المعرضات هو ١ : ٦ على حين ان المعدل الامثل هو ١ : ٤ !! ومع هذا فإن المراقب العادى للأمور يستطيع ان يجزم ان خدماتنا الطبية سوف تصبح أمثل !! حتى لو اخترمنا هذا العدد من المعرضات .. ريمما لان مسألة الاداء والكفاءة هي الاهم في هذا الجانب .

ومع هذا فان الاحصاءات وأرقامها (مهما يكن تخلفها عن الواقع الفعلى ، أو خصوصيتها المفاهيم صماء قديمة من دون انطلاقها بالحقائق) تعطيها صورة في غاية الأهمية عن المقارنة بين الجزيئات أو المفردات المختلفة في الجوانب المختلفة من القضية .. وليس ادل على ذلك من المعانى العديدة التى يمكن لنا ان نستتبعها من قراءة توزيع ميزانية وزارة الصحة على الابواب المختلفة للميزانية .

فإذا أخذنا مثلاً ميزانية ٨٥ - ١٩٨٦ وجدناها على النحو التالي :

توزيع الابواب	النسبة المئوية لجملة	الابواب الثلاثة
باب أول ٢٧١,١٩٤ جنيها	%٦٧,٤	
باب ثان١ ٨١,٦٨١ جنيها	%٢٠,٣	
باب ثال٣ ٤٩,١٥٠ جنيها	%١٢,٣	
المجموع ٤٠٢,٥٧٦,٢٥٩	%١٠٠	

والقراءة الواقعية لمثل هذه الأرقام تربينا أن الأجر والمكافآت (التي يعبر عنها في الموازنة بالباب الأول) تستغرق أكثر من ثلث الإنفاق الرسمي على الصحة (٦٧,٤ %)

..... وهى القضية التى نواجهها فى كل المجالات الخدمية فى مصر بلا استثناء ، لأن المسألة كما نعرف جميعاً تحولت إلى مسألة توزيع أجر و مكافآت حتى وإن كانت على أقل تقدير بمثابة بدل بطالة .

ثم ان المصروفات الجارية وهى التى تتضمن الصيانة والدواء وما إلى ذلك مما يقابل ما فى حياتنا الخاصة :- مصروفات البيت (مع الفارق) لا تتعدى عشرين في المائة من جملة الإنفاق الصحى .

أما الباب الثالث وهو الذى يمثل الاستثمارات فى القطاع الصحى فهو لا يبلغ ثمن الميزانية وبالتحديد ١٢,٣٪ وهي العلاقة الحقيقة بكل تأكيد على ضعف مستوى الاستثمار فى هذا المجال ، وفي كل مجالات الخدمات فى بلادنا ، وهى الظاهرة الملحوظة من أتنا نهمل الاستثمار فى مجالات الخدمات ونظن ان الاستثمار لا يمكن الا فى الانتاج مع ان التعليم والصحة هى أهم الاستثمارات وهى القضية التى وصل العالم الان الى وجه الحقيقة فيها بعد عقود من الفسالل الفكرى .

ذلك ان مسئولية الدولة او نظام الحكم عن صحة المواطنين لم تستقر لها - في الآذان - صورة موحدة على مر التاريخ الإنساني ، وذلك على الرغم مما أدركته الفطرة الإنسانية من قديم الزمن من أن حياة الإنسان - وبالتالي صحته - لا تقدر بمال .. إلا أن زمن العادلة وانحسار القوة الروحية في العصور الغربية جعل هناك تفكيرا يراود الآذان في بعض الأحيان حول التشكيك في جدوى ما ينفق على بعض البشر حين لا تكون هناك فائدة ترجى من هؤلاء البشر ، ولكن من الزمن وكما يقول أستاذنا الدكتور محمود محفوظ :- ويتعقق النظرة وأعمال الفكر أن الإنسان ليس المستهلك الوحيد للإنتاج فقط ، ولكنه الوسيلة الحقيقة الوحيدة للإنتاج الذي يعود فيستهلكه ، وأصبحت النظرة أن الإنسان هو هدف التنمية وهو وسيلة .. وتحول مفهوم الرعاية الصحية من مجال الاستهلاك والخدمات إلى مجال الانتاج والتنمية ، وأمكن لمن ينكر القيمة المعنوية للحفاظ على الإنسان أن يقيمه بمقاييس التكلفة والعائد ..

وربما تكون هذه الأفكار في تطورها كلها غريبة عن تفكيرنا في مجتمع متسبّع بالقيم الإسلامية ، إلا أنه مما لا شك فيه أن التخصصات الداعية إلى الانتقاد من حقوق الإنسان في مجال العلاج والطب والصحة لن تصدر - ولم تصدر - إلا عن المتطرفين في مذاهبهم .. وهذه فقرة تحذير قد تجلب على كتابها بعض المتابعين ، ولكنها قد تنجبه أيضاً من عذاب شديد .

يقيت نقطة لا أظن أن هذه المقدمة تكون قد أستوفت مقوماتها من دون الإشارة إليها ، وهي الاستقلال الوطني في مجال الصحة والطب والعلاج .. وهو للاسف مهدد إلى أبعد الحدود ، مهدد في التعليم الطبي الذي لا يزال مرتبطة بالمدرسة التي لها لغة تلتزم بها في تعليمها على خلاف ما تتعنى القوانين ، والدستور ، والواجب ، والتطور ، الزمني ، والجهود العالمية في كل لغة ، وهي قضية خطيرة جداً تتصفح في كل خطوة من خطوات التأهيل العلمي والتعليم الطبي ، ولكننا ندفع رموتنا في السرمال ، وهناك بعد ذلك الاستقلال الوطني في العلاج الذي يعني استطاعتنا على أن نعالج أقصى ما يمكن من حالات مرضاناً عندنا

ومن أسف أن هذه النقطة أيضاً كثيرة ما تصبّبنا بالاحباط ، ثم هناك الاستقلال الثالث ، في تصنيع الدواء وهو أحدى السلع الاستراتيجية الهامة في كل دولة ، وهنا استأنن القارئ في نقل فقرات من تقرير رسمي :-

ـ وتتجاهل تكثير من الدول إلى وضع قائمة الأدوية التي لا غنى عنها والتي يجب أن تتوافر في جميع الظروف ، وتسماى قائمة الأدوية الأساسية ، ويجب أن تضع مصر مثل هذه القائمة ، وتكون مسؤولية الدولة التركيز على انتاجها في شركات القطاع العام ، على أن توضع أسعار اجتماعية مقبولة لها يراعي فيها مستوى دخل الفرد والاعتمادات المالية للقطاع الصحي ، وتحمل الدولة أعباء تحقيق هذه الخدمة ، أما باقى الأدوية فتترك للنشاط الاقتصادي الخاص والعام .

ـ ونظرا لأهمية الأدوية الأساسية كسلعة استراتيجية يصبح من الضروري انتاج ما يمكن من مكونات هذه الأدوية محليا .

أولا : لضمان توافرها ، ثانيا : للتحكم في أسعارها . وهذا يتطلب تكاملًا بين قطاع الدواء وقطاعات الصناعات الكيماوية والانتاج الزراعي (لتوفير النباتات الطبية) ، وكليات الصيدلة والهندسة والعلوم لتوفير القوى العاملة القادرة على تحقيق الانتاج المطلوب .

ـ وإلى جانب سياسة توفير الدواء اللازم لإيد من وضع ضوابط لاستهلاك الدواء . وأهم هذه الضوابط حظر صرف الدواء الا بتذكرة طبية ، و اختيار العيوب الملانة لترشيد الفاقد من استعمال الدواء ، وتوعية الاطباء والمواطنين في كيفية التعامل مع هذه السلعة الاستراتيجية .

ولكن الاسف يقتضينا - مرة أخرى - أن نقر أننا اليوم نهمل هذه المسألة تماما ، بل والأدعى من ذلك أن بعض الاجراءات الاقتصادية تزيد المشكلة تعقيدا حين تابى إلا ان تتعكر على المرض صفو مرضهم نفسه ، بتعجيزهم عن وجود الدواء في كل آن ومكان .

وقد التزمت في هذه الفحوص بالدقة الكاملة في نقل الأرقام المتاحة أمام الباحث ، وتجميلها .. وسوف يلاحظ القارئ بعض التضارب . (بلاشك) بين بعض هذه الأرقام وبعض ولكنني اثبت أن تكون أمامه منظورات مختلفة يمكن له أن يتبعين الحقيقة في أحدها أو في متواسطها على أن أفرض عليه وجهة نظر واحدة .. أو معدلة .

وحرصت على استقصاء الحقائق المتعلقة بالموضوعات المختلفة في عدة مصادر لعل أهمها :

(١) المسح الاجتماعي الشامل للمجتمع المصري (١٩٥٠ - ١٩٨٠) الذي أعددته مركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية برئاسة العالم الكبير الدكتور أحمد خليفة .. وقد رأس اللجنة التي أعدت تقرير الصحة الدكتور عبد الغفار خلاف الوكيل الأول لوزارة الصحة .

(٢) الدراسة التي أعدتها لجنة الخدمات بمجلس الشورى (١٩٨٧) وضمنتها التقرير الخاص عن العلاج في مصر ، وقد استعانت هذه الدراسة (واستعنت بالتبعة) بجموعة من التقارير وأوراق العمل قدماها الأعضاء والخبراء .. وقد صاغ هذا التقرير الدكتور محمود محفوظ رئيس لجنة الخدمات والدكتور محمد محمود رضوان وقد نشرت بعض فقرات هذا التقرير في الأهرام الاقتصادي في عدد الاثنين ٢٩/٦/١٩٨٧ .

(٣) الدراسة التي نشرها الأهرام الاقتصادي للأستاذ وجدى رياض في أغسطس ١٩٨٥ [على مدى خمس حلقات] عن المستشفيات الاستثمارية .

(٤) تقرير هيئة الاستثمار عن المستشفيات الاستثمارية ، ومشكلاتها الاقتصادية ، والربحية فيها .. إلخ وقد نشرت منه أجزاء عديدة تباعاً في الصحف والمجلات المعنية .

(٥) الدراسة الشاملة التي قمت بها وقدمت بها كتاب « دليل الخبرات الطبية القومية » الذي أعددته لمركز الاعلام والنشر الطبي الذي أشرف برئاسته في الجمعية المصرية للأطباء الشبان ، وهو عمل ضخم لا يزال في المطبعة ، وقد استعنت في المقدمة التي تناولت تاريخ مؤسسات التعليم الطبي المصرية بمجموعة هامة من المراجع (أكثر من أربعين مرجعا) فضلاً عن التجميع الدعوب للمعلومات المتاحة في كل مؤسسة على حدة ، والاحصاءات التي تنشر عن الموقف في إبريل ١٩٨٧ في كل هذه الكليات والمعاهد ، والتي يحتويها هذا الدليل بالإضافة إلى كل الأسماء والتخصصات .

(٦) مجموعة الأرقام والتصريحات والأخبار التي نشرتها وزارة الصحة والأجهزة المعنية خلال السنوات الخمس الماضية ، وقد استعنت بهذه الناحية بأكثر من أرشيف صحفى لمصحفنا القومي والمعارضة .

(٧) الأرقام الخاصة بالصحة في مشروع الموارنة العامة للدولة والخطة الخمسية في الوثائق المقدمة للبرلمان المصري .

(٨) دراسات وتقارير المجالس القومية المتخصصة .

الباب الأول : واقع الخدمات الطبية .

- (١) صراع الكلم والكيف في الخدمات الطبية والتعليم الطبي .
- (٢) الصحة مسؤولة من ؟
- (٣) كيف تفسد الانانية خدماتنا الطبية ؟
- (٤) تقييم كفاءة الخدمات الطبية .
- (٥) هل تقدمت صحتنا ؟
- (٦) بعض الحقائق عن الانفاق الصحي في مصر .

الباب الثاني : آفاق للخدمات الطبية

- (٧) الاسراف في بناء المستشفيات .. الطامة الكبرى
- (٨) نظرة غير تقليدية لمشكلة التمريض التقليدية .
- (٩) مستقبل الوحدات الصحية في الريف .
- (١٠) بعض الحقائق عن الوحدات الصحية في الريف .
- (١١) مستشفيات التخصص الواحد . ماضيها ومزايادها .
- (١٢) الخطوط العريضة لرعاية الطفولة .
- (١٣) التأمين الصحي :- المازق والمخرج
- (١٤) بعض الحقائق عن التأمين الصحي
- (١٥) الطب والانفتاح . نمط المستشفيات الاستثمارية .
- (١٦) بعض الحقائق عن العلاج الخاص في مصر .

الباب الثالث : الأطباء

- (١٧) هل الأطباء طبقة رفيعة .
- (١٨) الأطباء في نظامنا الطبي .. إلى أين ؟
- (١٩) تنمية القوى البشرية في المنشآت الصحية
- (٢٠) بعض الحقائق عن القوى البشرية في المنشآت الصحية .
- (٢١) بطالة الأطباء بين التالم والتأمل .
- (٢٢) البيروقراطية في صياغة حياة الأطباء .
- (٢٣) في تكريم شباب الأطباء .

الباب الرابع : الطب والصحة والمجتمع

- (٢٤) الدين والمرض
- (٢٥) مستقبل الطب الإسلامي
- (٢٦) الصحة في المانيا الغربية .
- (٢٧) طب الطوارئ .

الباب الخامس : التعليم الطبي

- (٢٨) التعضى في كليات الطب (الأقسام)
- (٢٩) العلاقة بين وزارة الصحة ومؤسسات التعليم الطبي .
- (٣٠) هيكل الدرجات العلمية في كليات الطب (الدرجات) .
- (٣١) التوزيع الجغرافي لمؤسسات التعليم الطبي المصرية .
- (٣٢) ضرورة الانقسام الثنائي في كليات الطب .
- (٣٣) حقائق عن أعداد العاملين في مؤسسات التعليم الطبي .

الباب الأول : واقع الخدمات الطبية .

[١] صراعة الكم والكيف في الخدمات الطبية والتعليم الطبي

لا يختلف اثنان على أن العلم لانهية له ، ونحن إذا تصورنا أن زيادة عدد المتعلمين تنخفض بمستوى العلم الذي عند كل منهم فليس مرجع هذا أبداً إلى التفكير في الأمر على ضوء الحقيقة الرياضية التي تقول بثبات القدر الإجمالي مما يجعل نصيب كل فرد يتضاعل إذا زاد عدد الأفراد ، قد ينخفض مستوى التعليم نتيجة لانخفاض كفاءة المعلم حين تتوزع على عدد أكبر مما تطيقه قدراته ، ولكن السبب ليس أبداً في أن العلم ذات كمية ثابتة تتناقص مقدارها عند الأفراد المتلقين للعلم إذا زاد عددهم ، فإذا نحن رفينا من كفاءة المعلم سواء بزيادة أعداد المعلمين أو بتحسين أدائهم في العملية التعليمية ، أو بتطوير الوسائل السمعية والبصرية المصاحبة للعملية التعليمية ، أو بتحديث أسلوب التعليم والتعلم أو بتهيئة الظروف الأكثر مواهمة لنجاح العملية التعليمية فسوف نجني ثمار تعليم أفضل !

ومع هذا فإن الرأي العام المصري لا يعد من وقت لآخر صيحات ترتفع فيه يكون هدفها : تقليل الخدمات والحد من الخيرات ، وتكون تحت ستار الدعاوة إلى الاصلاح والتحسين وإصلاح الكيف !! ولا يكون السبيل إلى ذلك إلا بانتقاده الكم !!

وقد أصبح مثقفونا وهم يؤمنون أن الكم والكيف مدرستان متعارضتان في الفكر الاصلاحي ، وأهل الثقافة في هذا البلد لا يفتتون بزبدون عن قبول عجيب فكرة أنه كان هناك وزيران : وزير يهتم بالكم حتى أخرج في كل يوم أربعة كتب ، ووزير يهتم بالكيف !! وهو فضل مفتعل ومتغمس ، ولكن الحاجة إلى بلورة الاختلاف بين فلسفتين كثيراً ما تستدعي مثل هذه التقسيمات البراقة التي لا تتنطلي إلا على المغالطة العميقـة ، إن كان من الجائز وصف المغالطة بهذه الصفة !!

وعلى ضوء من هذا الفهم يمكن التأمل في الدعوات القوية إلى تخفيض أعداد المقبولين في كليات الطب ، ورغم كل المبررات الحقيقة الدافعة إليها ، إلا أن أكبر المغالطات فيها أن تقول إن مستوى تعليم الطب قد انخفض بسبب زيادة الأعداد ، مع أن طلاب الطب اليوم يتعلمون الطب بفضل الدروس الخصوصية في أعداد أقل من التي كانت تتعلم الطب في الزمن الماضي قبل الدروس الخصوصية ، ونحن إذا أردنا أن نقارن بين ظروف التعليم أمس واليوم ، فسوف نخوض أنفسنا إذا جعلنا المعيار هو عدد الطلاب في الفرقة مقسوماً على عدد الجثث المتاحة في مشرحة الكلية ، وسوف نصدق مع أنفسنا إذا حسبناه مقسماً على عدد الجثث المتاحة في الأماكن التي يلتقي فيها الطلاب بأساتذة لهم (سواء من الأساتذة أو من هيئات التدريس أو من أطباء خارج هيئات التدريس) حول هذه الجثث !! وسوف نجد في هذه الناحية ازدهاراً شديداً في الأماكن التعليمية المتاحة . !!

والامر إذن في القاء التبعة على زيادة الأعداد أقرب ما يكون إلى البحث عن الشعاعات التي تغطي خطاياناً حين ننصرف إلى تعليم العلم الثانوي قبل الأولى ، والمهم قبل الأهم ، والخاص قبل العام ، وما لا يلزم قبل ما يلزم في كل حين ، وحين نسير على نظم تعليم وتدريب وامتحانات سقية ، وحين نهمل الزمن ونزيرد لا يهملنا الزمن !

أليس هذا هو جواهر المشكلـة في تعليمـنا الطـبـيـ الذي لو قـصرـناـهـ عـلـىـ عـشـرـةـ طـلـابـ فـقـطـ فيـ كـلـيـاتـاـ الطـبـيـةـ الجـامـعـيـةـ الـثـلـاثـ عـشـرـةـ لما آتـيـ شـمـارـاـ خـيـراـ مـاـ يـؤـتـيـهـاـ الـيـوـمـ ؟ـ وـخـيـراـ مـاـ يـؤـتـيـهـاـ لـوـ حـمـلـ خـمـسـةـ أـلـافـ طـلـابـ كـلـ عـامـ !!

دعونا أيها السادة ثبت بعض المتغيرات حين نبحث عن العامل الذي يمكن توجيه الاتهام إليه ، والقاء التبعة عليه !!

هل يمكن للتعليم الطبي أن يزدهر بمجرد تقليل الأعداد ، ها قد حدث وقللت (خفضت) الأعداد منذ سنوات خمس ، فهل ازدهر هذا التعليم ؟

قد لا يكون لنا إلا أن نؤكد أن تقليل الكم في حد ذاته ليس كفيلاً باصلاح الكيف ، ومع بداهة هذه الفكرة إلا أن كثيرين منا لا ينورون عن أن يرتفعوا مثل هذا الشعار العبراق شعاراً للناس حين يريدون التقلص ، أو حين يريدون أن يبرروا الكساد الفكري الذي ينتج من جراء قرارات ما .

ولكن هل يستطيع كاتب هذه السطور أن يزعم للناس أن زيادة الكم قد ترفع أو تحسن من المستوى ؟ هذا هو السؤال الذي لا بد منه إذا كانا لا نريد المساس بتوسيع القاعدة !

على أنه ينبغي لنا قبل هذه النقطة أن نتدارك أهمية تدبير الامكانات التي تسمح باداء الحد الأدنى من الخدمة للقاعدة الموسعة قبل أن ننتظر منها تحسين الكيف الذي يمكن أن يأتي كنتيجة للتوضع .

وأول ما قد يتوجه التوسيع في الأعداد هو البحث عن الموهوبين التي تصيب حين يقتصر البحث على طائفة محدودة من أبناء الذين وصلوا وليس في اشتراكيات التعليم كلها فائدة تفوق الفائدة التي تعود على الوطن حين يتسع نظام التعليم للتنوع الحقيقيين أن يأخذوا مكانهم في الطريق إلى خدمة بلادهم أو على هذا الطريق ، حتى وإن لم يوفقا في هذا فيما بعد !!!

ومع أنه قد ينتج عن زيادة الخريجين في المهنة الواحدة أن يقوم أفرادها بوظائف أدنى من الوظائف التي كانوا يقومون بها قبلاً لأن يقوم الأخصائي بعمل النائب ، والنائب بعمل الامتياز ، والامتياز بعمل المعرضة والمعرضة بعمل التلميذة ... الخ) فإن مما لا شك فيه أن مثل هذا التدنى ليس ببعيد عن مصلحة العريض ، بل قد يكون أقرب إلى هذه المصلحة .

ومع أنه قد ينتج عن زيادة الخريجين اشتغال كثيرين منهم في غير المهنة التي بذلوا السنوات الطوال من التعلم فيها ، إلا أننا يجب أن نفرق بين تعلم الطب وامتهان الطب ، ومن أسف أننا في مصر لا نراعي للأمتهان حقوقه التي تتبع في معظم بلاد الدنيا ، حين يكزن هناك امتحان للسماع بمارسة المهنة ثم امتحانات متكررة للسماع بالاستمرار في ممارسة المهنة ، وعلى هذا أصبحنا نظن أن مجرد الحصول على درجة البكالوريوس هو كل ما في هذا الأمر ، ولهذا يتطلبنا الآسى إذا وجدنا حاصلاً على بكالوريوس ترك ممارسة الطب ونقل : يا خسارة !! ، مع أن في العالم كله من حولنا كثيرون جداً يحملون هذا البكالوريوس ودرجات عليا أرفع منه وأكثر تخصصاً ، وأبعد أثراً ، ولكنهم لا يمارسون المهنة ، لأنهم لا يسمح لهم بالمارسة رغم أنهم قد يريدونها ، فما بالنا بالذى لا يريد لها أصلاً .. وهذا هو جوه قضية هامة ورثناها من الانسياق وراء حكومة تتولى الارضاع والاطعام والتوظيف ولا مانع عندها بعد ذلك من القيام بدور الملحد .. وإن كان الموتى يريدونها « مغسل وضامن جنة » .

سوف نجد اذن كثيرين من يحملون شهادات في الطب ولا يمارسون الطب ؟ وما الضير من ذلك ؟ وهل الثقافة الطبية شيء معيب في حد ذاته ؟ وهل العقلية الطبية شيء غير مستحب في الحياة العامة ؟ وهل الوعي بالطب أمر ينقص من قدر الإنسان ؟ أقول أن العكس هو الصحيح في كل هذه الأحوال الثلاثة ، ولهذا فإن القول بالتفع في أمر زيادة أعداد الذين يتلقون الطب أقرب إلى الصواب من الادعاء بالضرر .

ثم ننتقل بعد هذا إلى قضية الخدمة الطبية ، هل لا تستفيد الخدمة الطبية من زيادة أعداد الأطباء حين توكل أمور الخدمات الصحية ، والإدارة الصحية ، وإدارة المستشفيات ، وخدمات الرعاية الطبية للأمومة والطفولة والرياضيين والشيخوخة والمعوقين وضحايا الحرروق ... الخ) إلى أطباء من هؤلاء الذين تلقوا التعليم ولم تتاح لهم فرصة الممارسة الاكلينيكية سواء عن رغبة منهم في البعض عنها (كما في حالة ربات البيوت من الطبيبات) أو في عدم السماح لهم (إذا ما حرصنا على مستوى معين للذاء المهني) .

أليس قيام خريجي الطب بممثل هذه الوظائف (الهمة في المجتمع) في الرعاية الصحية والطب الوقائي خيراً منبقاء هذه النواحي مصدر قلق وإزعاج لنظمها الطبي كلها ! ومع هذا فإنه ينبغي التنبه إلى أهمية الاهتمام بفاعليات الأجهزة الإدارية القائمة على هذه السياسات والتحول الأطباء في دولاب العمل في هذه الإدارات إلى ذلك النوع من موظفي 'كاريكاتير النوم المتصل في المكتب !

وتنبئي بعد هذا كله نقطة هامة تتعلق بالتدور الواضح الذي أصاب دخول الأطباء (وبخاصة القاعدة العريضة منهم) نتيجة زيادة أعدادهم ، هذا التدور الذي جعل أسعار العمليات الجراحية تتبدى إلى الحد الذي جعلها تتخفض في المتوسط عن أسعارها منذ عشر سنوات مثلاً ، ومع أن مثل هذا الأمر يمكن قوله أوفيه في ضوء نظريات العرض والطلب ، وثبات مقدار العمل المتاح (على خلاف لانهائيه العلم المتاح وعدم قابلية للتناقص مع زيادة المقبولين عليه .. كما أسلفنا في مقدمة هذا المقال) ، إلا أن وجه الحقيقة فيه يرجع إلى سوء تخطيطنا للتوزيع الأعداد على الاختصاصات ، ففي الدلتا كلها يوجد أستاذ واحد في جراحة من الجراحات الخاصة ، وفي أي شارع من شوارع أي مدينة في الدلتا ذاتها يوجد عدد لا يستهان به من جراحى جراحة أخرى من الجراحات الخاصة ، وهذا موضوع آخر أعمق من أن يناقش هنا ، وأوسع من أن يتناوله قلم واحد ..

[٢] الصحة .. مسؤولية من ؟

ليس لأحد أن تزعم أن وزارة الصحة هي المسئول الأول عن « الصحة » في بلادنا ، بل على النقيض من ذلك قد تكون وزارة الصحة هي المسئول الآخر عن « الصحة » في بلادنا .

وكل العوامل الآن مهيبة لأن تكون وزارة الصحة وزارة دولة فقط ، وأن تتول المحليات كل الأمور المتعلقة بالصحة بدءاً من العلاج في المستشفيات التي هي محلية بالطبع ومروراً بتوزيع القوى البشرية (الأطباء - الصيادلة - التمريض - الفنيون) على كافة المواقع بالتنسيق مع الجامعات التي أصبحت محلية (أو أقليمية) هي الأخرى ، فلا يمكن هناك داع ولا محل على الاطلاق لهذه الحركات غير المحسوبة التي تقوم بها من توزيع الأطباء أربع أو خمس مرات (في الامتياز والتلقيف والنيابات والانتدابات والأشخاص) على النحو الذي أوضحه برقاقة الاستاذ صلاح الدين حافظ في مقاله في أخبار اليوم (يونيو ١٩٨٧) .

ومع أننا نعرف أن كليات الطب ليست موجودة في كل المحافظات ، وكذلك (بل وأكثر) الأمر في معاهد التمريض وكليات طب الأسنان والصيدلة .. الخ) فإن المسألة ليست بهذا المنطق الذي يضمن بقدرة الامر كمية إذا مال تكون لامر كمية كاملة . إنما يمكن النظر في المسألة تبعاً للتوزيع الإقليمي الذي يجعل محافظات القناة الثلاثة وستيناء مرتبطة بالجامعة الموجودة في الإسماعيلية والتي تحمل اسم جامعة قناة السويس ، ويجعل دمياط والدقهلية مرتبطة بجامعة المنصورة ، ... والاسكندرية والبحيرة ومطروح مرتبطة بجامعة الاسكندرية .. وهكذا)

تنتهي عندئذ مسائل توزيع الأطباء والقوى البشرية بالإضافة إلى أمور العلاج كلها وأمور الطب الوقائي الروتيني كله عند مجالس هذه المحافظات ، وقد بدأت هذه المجالس تقوى ، ويصبح تطور المحليات في قوانين الصحة والعلاج والعلاج الاقتصادي والتمويل ونسب الأسرة بالاجر وغير الاجر .. وأسعار الخدمة الطبية .. الخ) بدون حاجة إلى قواعد موحدة وادرار موحدة في القاهرة .

وتوزع فرص التدريب والنيابات على هذا النحو بالعدالة بين المحافظات التي تتولى هي الأخرى توزيعها (حتى ولو على كليات طب خارج نطاقها تبعاً للخصصات المختلفة) .

ويمكن حل المشكلات الناجمة عن عدم تناسب توزيع الخريجين من المحافظات البعيدة في سهولة ويسر متى تحددت أرقام العجز هنا ، والفائض هناك ، وهي مسائل محدودة جداً ، ومصيرها إلى زوال ، لأن هناك فائضاً في كل مكان .. ولم يفعل الوزير الذي شتت الطلاب إلا أنه .. يصرح .. شتت الفائض الذي كان من قبله يحتظبه في محافظتين قريبتين من القاهرة ، ولم يكن في وسع أحد أن يجاهر بذلك ، فأثر الكل معاملة المشكلة على أنها مسألة ابعد الفائض على الورق إلى أماكن بعيدة فحسب ، وتركوا للوزير مزينة الفخر المزعوم بتغطية الخدمة الصحية في الأماكن البعيدة !! .

كل هذا بالإضافة إلى توثيق العلاقات بين الجامعات التي تمثل مركز التعليم والتدريب ومستشفياتها وبين الصحة وغيرها من أجل تحقيق تكامل يفيد بلاشك في أداء الخدمة الصحية على خير وجه .

ولكن هل الصحة هي مجرد ذلك الدور الذي تقوم به المحليات أو الوزارة المركزية في استغلال وتوظيف الموارد الصحية .. الإجابة بالطبع : لا .. وهذا هو سر التقرير في أول هذا المقال بأن وزارة الصحة قد تكون المسئول الآخر عن الصحة في بلادنا .. ويحدد لنا المسئول الاجتماعي الشامل للمجتمع المصري الذي أصدره المركز القومي للبحوث بعض الأنشطة التي تؤثر بالإيجاب أو السلب على المستوى الصحي للمجتمع وهي على النحو التالي :

١ - البيئة : أي مدى توفر المياه الصالحة للشرب ومرافق الصرف الصحي ومدى خلو البيئة من التلوث .. ومدى توفر المسكن الصالح وغير ذلك من العوامل كالضوضاء وكثافة السكان .. الخ) .

٢ - التعليم : أي مدى انتشار المعرفة والاتجاهات الصالحة بين المواطنين ومدى استخدامهم لهذه المعرفة في حل مشكلاتهم ومدى انتشار الأمية بين السكان .

٢ - الوضع الاقتصادي الاجتماعي : أى مستوى الدخل الفردي والتباين في الدخول والمستويات الاجتماعية مع التركيز على الشرائح الأقل دخلاً والأدنى في السلم الاجتماعي حيث أنها أكثر تعرضاً للإصابة بالمرض .

٤ - التغذية : أى مدى توافر الغذاء الصحي للجميع وخاصة الفئات الحرجية مثل الحوامل والمرضعات والاطفال في السنوات الأولى من العمر .

٥ - الثقافة : وتعنى بها على وجه الخصوص العوامل التي تحدد موقف المواطن من الصحة والمرض ومدى تفهمه لها وتعامله معها ، ومدى قدرته على اكتساب السلوك الصحي السوى والتخلص من العادات غير الصحية ، ومدى انتشار الممارسات الطبية الشعبية بين الأفراد وتاثير الممارسين للطب الشعبي عليهم .

٦ - انتشار وسائل الاعلام : أى مدى استخدام الاذاعة والتليفزيون والصحافة في نشر الثقافة الصحية وانعكاس ذلك على سلوك المواطنين وعاداتهم الصحية .

٧ - الالتزام السياسي من جانب الدولة : أى مدى اقتناع الحكومة بضرورة تحسين المسار الصحي بتوفير الميزانيات اللازمة واعدادقوى البشرية المدربة ، وبذل الجهد لتحسين القطاعات الأخرى المؤثرة في الناتج القومي .

٨ - الموارد الصحية المتاحة : أى مدى تفعيلية الخدمات الصحية لاحتياجات المجتمع ومدى تقبلها من الجماهير المستهدفة لتلك الخدمات ومدى وفاء الخدمة بالالتزامات المنوطة بها .

[٣] كيف تفسد الأذنية خدماتنا الطبية !

في مصر طب متقدم لاشك في هذا ، وفيها أساتذة ممتازون وأطباء على أعلى قدر من الكفاءة والحنكة ، ومع هذا فإن نظامنا الطبي يصبح مفخوراً بشدة أمام حالة غيبوبة سكرية يمكن للطبيب الصغير ان يكتشفها وان يعالجها ، ويصبح مكتشوفاً بشدة أيضاً أمام حادثة على الطريق الكبير من طرقنا الكبيرة القليلة دعك من الطرق الصغيرة ! ويصبح نظامنا الطبي في حرج بالغ عندما يجد الناس أنفسهم في حاجة إلى خرق القواعد والبروتوكولات من أجل العمل على نقل مريضهم من مستشفى إلى آخر ، ويصبح نظامنا الطبي كله محل تساؤل حين يذهب بعضنا سواه من قادة الفكر أو قادة التنفيذ أو قادة الطب نفسه للعلاج من أمراض بسيطة خارج هذا الوطن كله .. ويصبح نظامنا الطبي كله محل شك كبير حين يصرح وزير الصحة نفسه في تبرير تصرف من هذه التصرفات بأنه قد استحال عزل العريض عن الإجهاد العصبي من حوله ، فإذا صدق هذا فنحن نمارس الطب على قارعة الطريق !!

ما الذي دفعنا إلى هذا كله أو ما الذي جعلنا في هذا المأزق الصعب ؟ من العجيب أن نظامنا الطبي نظام متفرد وفي تفرد هذا اسر معاناته ، فنحن لا نؤمن بنظام واحد في الطب ، ولكننا نؤمن بكل النظم جميعاً ثم لا نقتصر في ايماننا هذا على تقديمنا وأخترامنا لهذه النظم - بحكم سعة افق اطبائنا - وإنما نعتقد ذلك إلى تصور ان في امكاننا أن نجمع بينها جميعاً في مجتمع مهما يكن تعداد سكانه فهو صغير على ان يتقسم بين أنظمة طبية متعددة كالتى عندنا .. نحن نجمع في نظامنا الطبي بين العلاج العام والعلاج الخاص ، بين السوق البيضاء (وهي سوداء الخدمة) والسوق السوداء (وهي بيضاء الخدمة) ، بين التأمين الصحى والعلاج المجاني ، بين الطب المؤزم والطب الاستثماري ، بين سيطرة رأس المال [بدءاً من مستوصفات المرضى الذين يعمل فيها الأطباء الصغار إلى مستشفيات الاستثمار التي يعمل فيها الأساتذة الكبار وهم هؤلاء لهم من أصوات مجلس الإدارة بحكم التعويم إلا أقل من ١٠ %] وبين سيطرة رأس العلم [في المستشفيات الجامعية مثلاً]

ثم ان عندنا بعد هذا كله مستشفيات عامة وأخرى مركبة ، ومستشفيات تعليمية وأخرى جامعية مؤسسة علاجية ومؤسسة للتأمين الصحى . بالإضافة إلى هذا فقد ورثنا من أيام ارتباطنا بالحضارة الانجليزية سلسلة من المستشفيات المتخصصة على أعلى المستويات .

ومع هذا كله فإن عندنا سلسلة من المستشفيات العسكرية حافلة بالامكانات والمعدات والمباني الممتازة .

وبعد هذا كله لا يزال طينا ونظامنا الطبى يعانى على نحو ما ذكرنا .

وقد يعجب القارى إذا أكدت له أن الانانية هي السبب الأكبر وراء كل هذا الذى نعانى منه !

وقد يعزّز قارئ آخر سبب هذا التفكير إلى الطبيعة الأدبية لكتاب المقال ، ولكنّي استطاع أن أؤكّد للجميع أن الطبيعة الأدبية لم تكن وراء هذا التفكير عشر معاشر (أى ١٪) ما كانت الطبيعة الطبية لكتابه .

وسوف نضرب أمثلة على هذا الغرض :

(١) هيئة محترمة كان رأسها في وقت من الأوقات يحظى بتدليل الرئاسة فإذا هو يستصدر قرارا بضم مستشفى إلى وزارته ، ثم يخصص ميزانيات ضخمة جداً لإنشاء مستشفى آخر جديد بجواره ، ثم هو يطور هذا المستشفى وكل هذا جميل ونحن لسنا ضدّه في شيء على الإطلاق .. ولكن الأدهى والأمر أنه يكتفى في مسألة العنصر البشري بالحق بعض خريجي الطب بوزارته وتعيينهم في المستشفى وانتداب بعض الأساتذة ساعات محدودة في الأسبوع .. فهل هذا نظام كفيل بالعلاج ؟ وهل يثبت هو نفسه بعلاج نفسه في هذا المستشفى ، وهل سيكون لهذا المستشفى مستقبل في يوم من الأيام (علمًا أو علاجاً) إذا سار الأمر على هذا النحو ؟ .. إنما هي الانانية التي تكفل صاحبها أضعاف ما كان يتکلف لو عالج مرضاه في أعظم المستشفيات الاستشارية التي تعانى اليوم من قلة نسبة الأشغال بعد كل هذه التفقات !

(٢) مؤسسة علاجية عامة محترمة لازالت إلى اليوم تكتفى في نظامها الطبى بانتداب الأطباء فترة الثياب ثم يخرجون إلى وزارة الصحة التي كانوا على قوتها ، أما الأخصائيون والاستشاريون فهم فيأغلب الأمر من أساتذة الجامعة والمعاهد .. وتحقق المؤسسة أرباحاً ، ولكن سمعتها لا تقوم أبداً إلا على هؤلاء الذين وقعوا عقوداً (منذ زمن بعيد كعقود إيجارات المساكن القديمة) معها للعلاج مرضاه فيها .. وفيما عدا هذا فإن هذه المؤسسة التي تم فيها حتى اليوم (وتحت بالامض) أعظم انجازاتنا العلمية وعملياتنا الجراحية الجديدة وطرق العلاج المستحدثة يضيع عليها شرف تسجيل كل ذلك في تاريخها العلمي بفضل تقاسم الانانية : أثاثيتها للمال ، وأنانية الجامعة للعلم والنفوذ الطبى .

(٣) كلية طب عريقة أصبحت عدد الأساتذة فيها حوالي خمسين الأساتذة المساعدين والمدرسين والمدرسين المساعدات والتواب ومع هذا لم يجد واحد من هذه الكلية كلها يخرج لها إلى كلية أخرى لينشاً قسمًا جديداً مع أنها في الماضي انشأت بمقدارها ثلاثة كليات كاملة من أعظم ما يكون وببساطة ما يكون !! وحتى إذا خرج واحد منها إلى الوزارة عاد ليشغل كرسيه السابق فيها لا لينشاً شيئاً جديداً .

وسوف تصاحب هذه الكلية بالترهل الباطن ثم الظاهر ، وسوف تنفجر في يوم من الأيام إذا هي ظلت على حالها من رفض الانقسام الطبيعي والتکاثر الذي جعله الله سمة لكل الكائنات الحية !!

(٤) مستشفى عسكري عام ، لا يقع في القاهرة ، فهو لا يحظى بكثرة رجال أطبائه عليه كل يوم ، وهو لهذا لا يُؤدي من الخدمات عشر معاشر ما تتيح له امكاناته لأن العنصر البشري هناك لا يلقى الجزاء الذي يشجعه على البقاء في هذه المدينة الصحراوية بل العمل المثمر فيها ، وحتى الأطباء المجندين في هذا المستشفى يشكرون من تحملهم قيمة طعامهم في الأيام التي يقضونها هناك .. ولو كان هذا المستشفى في بلد آخر لتتحمل بل مبالغة المشاكل الصحية لأهل أقاليم هناك يناظر الدلتا عندنا .

(٥) مستشفيات صغيرة كثيرة تصمم على أن تسير بسرعة في السباق المحموم من أجل الأجهزة الطبية الجديدة المكلفة جداً ، والتي تتجدد موديلاتها على نحو ما تتجدد السيارات .. ومع هذا فإن هذه الأجهزة تبقى في المخازن حتى تختلف أو يمضي زمانها .. أو هي لا تعمل ، وإن عملت اكتفت من ذلك بب يومين في الأسبوع ومن المدهش لنا اليوم أن نكرر على اسماع أقوامنا ان المعامل المركزية الدقيقة في اليابان كلها ثلاثة معامل فقط ، وتأتيها العينات من اليابان كلها كل يوم فتكون نتائج التحاليل في كل المستشفيات اليابانية صباح اليوم التالي بفضل نظام اتصالات جيد اتفق عليه بعض ما نتفق في شراء أجهزة المخازن .. ومن الطريق أنى سمعت هذا من وزير صحة سابق .. وزير صحة مصرى !! وما هي الا أمثلة !!

● نشر هذا المقال بجريدة الأحرار ، أما الفصل الأول « صراع الكم والكيف في الخدمات الطبية والتعليم الطبى » ، والفصل الرابع « تقييم كفاءة الخدمات الطبية » فقد نشر في العدد الأول من المجلة المصرية للعلوم التطبيقية .

[٤] تقييم كفاءة الخدمات الطبية

تتعدد الأراء في المعايير التي يمكن على أساسها تقييم كفاءة الخدمات الطبية ، وبخاصة تلك التي تقدمها المستشفيات ، ويمكن القول إن معدل شغل المريض للسرير يعد واحداً من أهم المعايير وأقربها إلى التعبير عن مدى هذه الكفاءة .

وفي ظروف مثل ظروفنا الحاضرة حيث ارتفعت تكلفة السرير الواحد في البناء الطبي والتجهيزات الشاملة التي تستلزمها مجموعة الأسرة في المستشفيات حتى قفز الرقم من ثلاثة الآف جنيه إلى مائة ألف جنيه للسرير الواحد فإن أهمية مثل هذا المعيار تتضاعف حتما ، كما يتضاعف مقدار الاهتمام الذي ينبغي توافره في تعاملنا مع هذه الجزئية .

ومن المؤسف أن واقعنا الحاضر لا يزال يشهد مستشفى متوسطة التجهيزات (أو ضعيفة التجهيزات) وهي تحتفظ بمرافقها ممداً تطول إلى الشهور التي تتمد لتدخل في الأعوام ، وما لا شك فيه أن بعض الحالات في بعض التخصصات قد تحتاج فترة أسابيع ممتدة ، ولكن معظم الحالات التي تشغله الأسرة في مستشفياتنا ليست من هذا النوع على الأطلاق .

ففي مستشفياتنا نجد أقسام الأمراض الباطنة (الخاصة والعامة) تحافظ بكثير من المرضى الذين يعالجون بما يسمى بـ علاج الأعراض ، وينتظر هؤلاء الأسابيع وراء الأسابيع نتائج تحاليلات وهمية تجرى كروتين ، وتجرى بطريقة الروتين الذي يأخذ من الوقت الأسابيع ليخرج بنتيجة هي في معظم حالاتها من باب تقدير الماء بعد الجهد بالماء .

وقد وسع نظامنا الطبي أن يتحرر من هذه الحالات إذا ما وفر لها الرعاية المعملية حتى في العيادات الخارجية للمستشفيات ، وبحيث يأتي المريض اليوم وبعد ٢٤ ساعة أو ٤٨ ساعة وقد حسمت الأمور في أمر شكواه التي قد تلازمه عشرين عاما على الأقل بعد ذلك .

وفي مستشفياتنا نجد أقسام الجراحات الخاصة (بالمسالك البولية وغيرها) تحافظ بنصف أسرتها للمرضى الذين ينتظرون حلول دور عليهم في إجراء الفحص بالأشعة ، وقد أصبح مثل هذا الانتظار الطويل من الخصائص المميزة لسير العمل في هذه الأقسام بحيث أصبح من المعتاد أن يكيف الأطباء ومساعدوهم حياتهم ونشاطهم تبعاً لهذا النحو العمل ، والذي يجعلهم ينظمون العمل على أن في القسم نوعين من المرضى : نوع ينتظر الفحوص حتى يدخل حجرة العمليات ، ونوع خرج من هذه الحجرة ، وهو يلقي العناية حتى (ينزل السلك) .

وحيث يكون في وسع المريض أو طبيبه أن يجهز لمريضه أفلام الأشعة والأشعة الملونة - إلخ) فإن المدة الأولى منبقاء المريض تختصر تماما ، والدليل على ذلك هو إمكانية إدراج اسم المريض في قوائم العمليات خلال ٢٤ ساعة من دخوله المستشفى إذا ما تألفت معه فحوصه الكاملة .

على هذا النحو يمكن لنا أن نستعرض كثيراً من التغيرات التي تدفع بالخدمة في مستشفياتنا إلى التحول من خدمة علاج إلى خدمة انتظار تتراوح درجاتها تبعاً لمستوى الخدمة الفندقية التي تطبع مستوى أداء هذه المستشفيات ، ومعظم العاملين في حقل الخدمات الصحية يفهمون هذه الجوانب تماما ، ويدركون مدى النفع الذي يمكن أن يتحقق من جراء إيقاف هذا التزيف (السلبي) في إهدار الطاقات المتاحة والتي لا يمكن استغلالها إلا على النحو الأمثل ولا على النحو الأوسط .

وجاءت النهاية التي أحاطت ببناء كثير من دور العلاج الحديثة في كل مكان وكل تخصص ، بحيث زاد عدد الأسرة في المستشفيات المصرية على نحو دفع البعض عن صدق إلى المطالبة بوقف بناء المستشفيات واستغلال الموجود الذي لا تبلغ نسبة الأشغال فيه مع أحسن تقدير أكثر من ٥٠ % ، ولكن الذين يريدون بناء منشآت صحية جديدة لا يقرون موقف المتحفظ في خطواتهم حين يجدون هذا الزحام في المتراث والوفرة الزائدة عن كل الطلبات ، وإنما يظن كل منهم من باب الأمل (أو من باب اليأس) أنه وحده سيكون قادر على تحقيق نسبة الأشغال الكافية له بتغطية نفقات البناء والتجهيزات والتشغيل والأمل في الربح المضاعف .. ومع هذا مضت الرياح بما لا تشتهي السفن في كل هذه المراكز الطبية التي يظن الناس أنها تحقق الدخل الخيالية ، وهي في الواقع تحقق خسائر خيالية ، حتى وإن كانت غير منظورة .

ولعل أشد الأمور مداعاة للأسف في هذه الناحية أن هذه المستشفيات المجهزة المستكملة التي كانت إحدى دعائم فلسفتها الأصيلة أن تختصر مدة بقاء المريض في السرير ، أصبحت مع الانخفاض العام في نسبة التشغيل لا تمانع في زيادة مدة بقاء المريض في السرير حتى يمكنها تغطية الجانب الآخر من النفقات على الخدمات التي لا تجد من يطلبها .

ومكذا أخرج ظالمتنا الطبي من حفرة إلى حفرة كما يقولون ، ومن دائرة مفرغة إلى دائرة مفرغة أخطر منها ، وذلك بسبب سوء التخطيط ، وستتضاعف المخاطر الناجمة عن مثل هذه الحلقة المفرغة إذا لم ننتبه – على جميع المستويات – إلى العناصر المتفاصلة في صياغة نظام الخدمات الطبية .

ولعل أول ما ينبغي لنا أن ننتبه إليه في هذا المجال هو أهمية الوعي بهذه المسائل بين جميع العاملين في الخدمات العلمية ، بدءاً من عمال الخدمات المعاونة الذين قد يتربّط على عدم تحمسهم لاتهاء عملية نقل المريض من قسم إلى قسم في ذات اليوم تأخير الإجراءات الطبية التي تجري له لاسبوع ، أو عشرة أيام لمجرد أنه قد ضاع عليه حجز الأشعة مثلاً ! ؟ أورس القلب .. إلخ) ومروراً بالفنين والممرضات والأطباء على اختلاف مستوياتهم .

لوفهم كل هؤلاء مدى الضرر الذي يتحقق بنظام الخدمات الطبية وياقتصادياتها من مجرد تهاونهم في إنهاء الامر في وقتها المفروض لأصبح بالأمكان تصحيح ٣٠ % على الأقل من المشكلات الناجمة عن امتداد فترات شغل المريض للسرير .

ومع هذا فإن في وسع الذين يحبون أن يقولوا لك أن كل اصلاح في هذا البلد ليس إلا حرثاً في البحر ان يقولوا لك ، وماذا تفعل عندما تتبّع المشكلات التي تأخذ عشرين يوماً في عشرة أيام ؟ هل تبقى المستشفيات بلا مرضى ؟ .. ولم لا ؟ هل ستحزن المستشفيات يومها ؟ أم تكون مهيبة لعمليات التعقيم والتجديد واصلاح البنية ، وتعديل الهياكل بما يوفر امكانات خدمة أعظم أثراً وأصلح ؟ أليس هذا أجدى من هذا الانطبع بالازدحام الكاذب الذي يشجع على انشاء مستشفيات أخرى ؟

[٦] هل تقدمت صحتنا ؟

في كثير من الأحيان يعترينا اليأس من الأحوال الصحية .. ونستطرد في نقاشاتنا إلى تأكيد أنها تأخر .. رغم أنها جائحة نعرف أنها لم تتأخر ، وإنما زاد الوعي ، وزاد اكتشاف الأمراض ، والانتباه إليها .
فما هو الموقف بالضبط ؟

ان التقارير الاحصائية الرسمية تشير إلى كثير من التقدم :

(١) فقد اتجه معدل وفيات الأطفال الرضع إلى الانخفاض بصورة عامة من ١٢٩ لـ ٧٢ لكل ألف مولود (١٩٥٠) إلى (١٩٨٠) .. وهذه ارقام صماء ولكن ما وراءها من جهد يتمثل في خطوتين هامتين .

الاولى : انتشار الخدمة الصحية في بداية السنتين وظهور التحصينات والعلاجات الفعالة مما ادى إلى ابادة الانخفاضحقيقة .

الثانية : الانخفاض الثاني في منتصف السبعينيات وظهور الوفاة نتيجة مقاومة الوفاة بسبب الاسهال ومضاعفاته عن طريق الارواء بالمعاليل . وهو نموذج للعمل الصحي المتكامل والمركز سوف نقرأ عنه في فصل خاص ،

(٢) انخفضت معدلات الوفاة نتيجة الاسهال والنزلات المعوية من ١٩٥٠ سنة ١٩٧٧ كما انخفضت معدلات الوفاة نتيجة الضعف الخلقي في ذات الفترة من ٤٢ إلى ٢٥ فقط .

ولكن لهذه الجزئية جانب آخر قد يكون مخلماً فقد ارتفعت معدلات الوفاة نتيجة النزلات الشعبية والالتهاب الرئوي والالتهاب الشعبي الرئوي في بينما كان المعدل (بالنسبة لكل ألف مولود) بالنسبة للنزلات الشعبية ٨٩ (عام ١٩٥٠) فقد أصبح ١٧٦ سنة ١٩٧٧

(٢) اتجه معدل الوفيات العام الى الانخفاض بصفة عامة فقد انخفض بنسبة ٤٢٪ حيث كان المعدل ١٩ لكل ١٠٠٠ نسمة (سنة ١٩٥٠) وأصبح المعدل ١٠٦ (سنة ١٩٨٠) ومن المهم في مثل هذه الحالة أن تتأمل التغير الذي ينشأ في معدل كل سبب من الأسباب الرئيسية للوفاة ويرينا الجدول المنشور في المسح الاجتماعي الشامل للمجتمع المصري أن هناك اتجاهها عاما نحو الانخفاض في معدلات الوفاة نتيجة الامراض المعدية والطفيلية وامراض الحساسية وامراض الجهاز الهضمي وامراض الطفولة على حين ان معدلات الوفاة نتيجة اسباب اخرى ترتفع وهذه الاسباب هي بالتحديد : الاورام ، الحوادث ، وامراض جهاز الدورة الدموية ، وامراض الجهاز التنفسى والامراض النفسية !!

وتكمن الأهمية في مثل هذه النتائج الى انه ينبغي علينا ان نزيد من اهتمامنا بمشكلات قومية لم تحظ بعد باهتماماتنا القومية وهي بالتحديد : الاورام وامراض القلب والحوادث .

(٤) مع ان العبرة في الاسرة ليست بعدها وانما بالاشغال ونسبة ، ودوره السرير ، ومدة التجهيزات المرتبطة به ، وحجم الانفاق عليه الا اننا لا نستطيع ان نغفل ان معدل الاسرة المتاحة يمثل جانب الهام في تطور الخدمات الصحية وهذا فنحن ننقل هنا عن المسح الاجتماعي الشامل الفقرة الخاصة بمعدل الاسرة المتاحة :

« ارتفع معدل الاسرة المتاحة لكل عشرة الاف نسمة من ١٧٥ سرير سنة ١٩٥٠ الى ١٩٥٥ سرير سنة ١٩٨٠ . وهذه الزيادة في المعدل تقابلها زيادة عدديّة قدرها ١٧١٣ سريرا خلال الثلاثين عاما اي مرتين ونصف عما كانت عليه سنة ١٩٥٠ (٢٥٧٤٤ سرير) .

ويشارك وزارة الصحة باكثر من ثلثي هذا المعدل اذ بلغ معدل الاسرة لكل عشرة الاف نسمة ١٤ سنة ١٩٨٠ ، كما تمثل الوزارة المورد الاساسي للاسرة العلاجية في جميع المحافظات باستثناء المحافظات التي بها مستشفيات جامعية (كليات للطب) كالقاهرة والاسكندرية وطنطا والزقازيق والمنصورة واسيوط . وتتفاوت الخدمة العلاجية بين المحافظات ويختلف مقدار التباين بين المحافظات لاسرة وزارة الصحة على ان معظمها يتراوح ما بين ٨ الى ٢٤ لكل عشرة الاف من السكان .

ويشارك القطاع الخاص بنسبة ٤٢٪ من جملة الاسرة وهذه النسبة في طريقها الى الزيادة نظرا الدخول القطاع الخاص المجال الصحي نتيجة الانفتاح في السنوات الاخيرة » .

(٥) ترينا الدراسات الخاصة بتطور الاصابة ببعض الامراض المعدية انتقاما نتخرج بعد تماما في سيطرتنا الصحية على هذه الامراض

واذا كانا نبحث عن الامل في صحة افضل للمجتمع المصري فان هناك عدة حقائق ينبغي لنا ان نضعها نصب اعيننا :

هذه الحقائق ذكرها المسح الاجتماعي

ونوردها هنا بترتيب اخر :

(١) فلازال المجتمع المصري يعاني من قصور شديد في الاسكان وتوفير مياه الشرب النقية والصرف الصحي .. ولانسى أيضاً أن نسبة الاممية لا تزال مرتفعة .

(٢) لم توجه بعد الرعاية الالزمة نحو الفئات التي يطلق عليها في علم الصحة بالفئات (الحساسة) كالحوامل والمرضعات والاطفال ... الخ)

(٣) لم تلتفت بعد الى اهمية محاربة بعض الامراض التي زاد انتشارها مثل التيانوس والالتهاب الكبدي الوبائي .

(٤) لم ننته بعد - من بعض المشكلات الصحية التي كان ينبغي لنا ان تنتهي منها من مراحل طويلة ، ولا نستطيع ان نجد العذر لفشلنا في هذه المشكلات .. وعلى سبيل المثال الدرن والحمى الروماتزمية وشلل الاطفال ..

(٥) لم ننتبه على المستوى الجماهيري والبيروقراطي الى اتنا على حد تعبير منظمة الصحة العالمية دخلنا فعلاً أنماطاً امراض البلاد المقدمة في الوقت الذي لم نتخلص فيه من الامراض المعدية والساردية وهو النمط السائد في العالم المختلف .

(٦) لا تتوافق الزيادات في اعداد القوى البشرية مع بعضها .. مع النمو الذي عرفناه جميعاً من زيادة اعداد الاطباء . وبقاء اعداد التمريض غير مواكبة لهذه الزيادة .

(٧) لم يلقد الطب الشعبي حتى الان مكانه رغم كل التقدم الاعلامي الذى انتشر في المجتمع المصرى .. ولهذا ينبغي علينا ان ننظر الى المسألة من وجهة نظر اكتر جدية لا تكتفى بمجرد اعلان اتنا سنبضم الدايات الى النظام الصحي .. وانما تتتابع مثل هذه المشكلة بالحلول (التعقبية) ان جاز هذا التعبير بمعنى أن تفرق بين كل داية وآخر فى المعاملة .. سواء كان علينا ان نعيد التأهيل أم نضع نظاما للتقيم .. أو التفتيش أو الترخيص ... الخ على أن الامر من هذا كله هو ما لم تلتقت اليه التقارير الرسمية من بقاء الاكاذيب الطبية التى يعرفها مجتمعنا جيدا متمثلة في هذه الطفرات التى يتحدثون عنها حين يقوم طبيب غير مؤهل في الغالب بشفاء كل الامراض بروشتات عجيبة محتوياتها في الاجراخانات جميعا .. ومزاعم علاج الجن والعفاريت الخ .

(٨) لايزال استقلالنا الوطنى في صناعة الدواء مهددا !!

(٩) لاتزال قضيا الصحة والعلاج والطب ودورها في التنمية محتاجة إلى كثير من الدراسات الاجتماعية والاقتصادية التي تتناول على سبيل المثال بحوث الانفاق الصحي ومدى مساعدة الأفراد في علاج أنفسهم ، وعائد الإنفاق الصحي بغية ترشيد الإنفاق ومدى استخدام الموارد الصحية من المستهلكين والاستفادة بها ، وانماط التأمين الصحي ، وتطور الوحدات ... الخ ..

□□□ وقد يكون من الجدير بالذكر ان نعطي للقارئ الصورة التي أوضحتها البيانات المتوفرة عن عدد الأسرة في المحافظات المختلفة (حسب الحالة في ١ / ٧ / ١٩٨٥) وهي الاحصائية التي نشرها الاهرام الاقتصادي (٢٩ / ٦ / ١٩٨٧) ، ويلاحظ ان هذه البيانات لا تخصمن الاسرة المتاحة في مستشفيات القوات المسلحة ، اما عبارات الوزارات الأخرى فهي ضمن ما تخص مستشفيات الجامعة باعتبارها تابعة لوزارة التعليم العالي ، على حين ان المستشفيات والمعاهد التعليمية تنصرف إلى المستشفيات لهذه الهيئة (هيئة المستشفيات والمعاهد التعليمية) والتي يضاف إليها هذا الأسبوع (الأسبوع الأول من يوليو) ١٠٠ سرير في معهد ناصر بالقاهرة .

المحافظات	المحافظ	وزارة الصحة	الوزارات الأخرى	المعاهد التعليمية	المستشفيات	القطاع العام	القطاع الخاص
القاهرة	٩٠٣٣	٧٢٨٩	١٢١٨	٢٩٩٠	٢٧٣٧	٢٤١	٢٤١
الاسكندرية	٢٢٨٩	٢٥٧٠	—	١٩٢٦	٦٧	١٣٦	٦٧
بور سعيد	١١٨٧	٢٠	—	٤٧	٦٠	٤٧	٥٨
السويس	٦٩٥	—	—	١٣٠	٦٠	٦٠	٦٠
الإسماعيلية	٦٦٤	—	—	—	٢٢١	١٨٠	٢٢١
دمياط	١٢٣٥	—	—	—	١٦	١٦٨	١٦
الدقهلية	٣٦٤٤	١٥١٢	—	٦١٢	٢٧	٣٦٨	٢٧
الشرقية	٣٢٠٠	٨٠٥	—	٥٠٥	١٤	—	٣٦٢
القليوبية	٥٧٧٨	١٥٢	٣٦٨	٦١٢	٣٦٢	٤٤٦	١٢٤
كفر الشيخ	١٨٥١	—	—	٥٠٥	٧	٦١٢	٧
الغربية	٣٧٨٦	٩٧٣	—	٤٠٠	١٩٣٢	٩٥١	١٩٣٢
المنوفية	٢١٦٦	٤٠	٢٥٦	٢٥٦	٢٢	٨٠	٢٢
البحيرة	٢٦٥١	—	٦١٢	٦١٢	٤	٤٢	٤٢
الجيزة	٤٠٧٤	٣١١	٢٥٦	٢٥٦	٩٤	١٦٠	٩٤
بني سويف	١٨٦٧	٤٠	—	—	٥٠	٤٢٨	٥٠
الفيوم	١٦٩٨	—	—	—	١٢٠	—	١٢٠
العينا	٢٦٩١	٤٠	—	—	٥٠	٤٠	٤٠
أسيوط	٢٢٥٦	٥٧٠	—	—	٤	—	—
سوهاج	٢٢٣٥	—	—	٤٢٨	٣	٨٢	٣
قنا	٢١٧٨	٤٠	—	—	—	—	—
اسوان	١٤٦٠	—	—	—	—	—	—
مرسي مطروح	٢٤٠	—	—	—	—	—	—
الواadi الجديد	٢٦١	—	—	—	—	—	—
البحر الاحمر	١٤٤	—	—	—	—	—	—
شمال سيناء	١٢١	—	—	—	—	—	—
جنوب سيناء	١٠٠	—	—	—	—	—	—
الجملة	٥٨٩٦١	١٤٣٦٢	٣٥٨٨	٨٤٩١	٧٢٩٧		

□ وربما كان من المفيد أيضاً أن تشير إلى النتائج الإيجابية المتوقعة تحقيقها قريباً في مجال افتتاح المستشفيات الجديدة ، وعن تصريح لوزير الصحة الدكتور راغب دويدار نقل قائمة بهذه المستشفيات مع عدد الأسرة والتكلفة الإجمالية .

المستشفى	النقطة الإجمالية	عدد الأسرة	النقطة الإجمالية
مستشفى قلبوب المركزي	٢ مليون	١٠٠	١
مستشفى شبين القناطر المركزي	٢ مليون	١٠٠	٢
مستشفى الشيخ زكي	-	٤٠	٣
مستشفى رفح	-	٤٠	٤
توسعت معهد القلب	١٧,٥ مليون	٢٢٠	٥
مستشفى التعميم الصحي بمدينة نصر	٢٠ مليون	٦٠٠	٦
مستشفى دمياط العام	٢٠ مليون	٤٠٠	٧
مستشفى أسوان	٣ مليون	١٠٠	٨
مستشفى أدفو	٣ مليون	١٠٠	٩

□ على أنه لا يمكن لنا في مجال الحديث المراد به الإجابة على سؤال « هل تقدمت صحتنا ، ان نكتفى بالأرقام الصماء التي قد تعطي فكرة عن مجموع الأسرة ، والتقدم في هذه الناحية ، وإنما ينبغي لنا أن نبحث عن العدالة الاجتماعية في توزيع الأسرة على المناطق المختلفة ، وكذلك مراكز الأسعاف والصيدليات . وسوف ننقل للقارئ هنا المتوسطات المستخرجة لكل ألف من عدد السكان كما أوضحتها تقرير مجلس الشورى .

توزيع مقارن لأسرة وراكز الأسعاف والصيدليات في بعض المحافظات وعلى مستوى الجمهورية في ١٩٨٥ / ٢ / ١

المنطقة	عدد السكان	الاسرة العلاجية	مراكز الأسعاف	الصيدليات	
				عدد السكان	عدد الأسرة
الجمهورية	٤٨٥٧٥	٩٢٧٠٠	٢٦٤	١,٩	١٨٣,٩٩٦
القاهرة	٥٦٧٢	٢٤٣٦٧	٤٤	٤,٣٠	١٢٨,٩٢٢
الاسكندرية	٢٧٢٢	٨١٢٦	١٥	٢,٩٨	١٨١,٥٣٣
الجيزة	٢٩٥١	٧٦٢٤	١٢	٢,٥٨	٢٢٧,٠٠٠
سوهاج	٢٢١٩	٢٨٧٣	١١	١,٢٤	٢١٠,٨١٨
قنا	٢٠٤٩	٢٢٣٨	١١	١,١٤	١٨٦,٢٧٣
اسوان	٧٤٠	١٧٥٧	٤	٢,٣٧	١٨٥,٠٠٠

[٦] بعض الحقائق عن الانفاق الصحي (الميزانيات) في مصر :

ومن الاحصاءات الواردة في تقرير مجلس الشورى نطلع القارئ على الجدول الخاص بالنسبة المئوية لانفاق الحكومة على الرعاية الصحية في الموازنة العامة للدولة خلال الفترة (١٩٣٦ - ١٩٨٦) .

السنة	عدد السكان	ميزانية الدولة	وزارة الصحة	النسبة	الباب الثالث	نصيب الفرد من ميزانية الصحة بالجنيه
١٩٣٦	١٥,٨٠١,٠٠٠	٤٢,٠٢٢,٠٠٠	١,٧٦٢,٩٥٠	% ٤,١	١١١,٦٥٥	٠,١١٢
١٩٤٠	١٦,٨٨٧,٠٠٠	١٦,٨٨٧,٠٠٠	١,٨٨٦,١٨٩	% ٤,١	٢١٩,٢٩٩	٠,١١٠
١٩٤٥	١٨,٤٦٠,٠٠٠	١٨,٤٦٠,٠٠٠	٢,٨٩٧,٢٢٧	% ٢,٨	٩٧٢,٢٠٠	٠,٢١١
١٩٥٠	٢١,٢٩٢,٠٠٠	١٩١,٨٠٦,٠٠٠	٢,١٥٥,٣١٢	% ٢,٧	٠,٩٨,٧٥٩	٠,٢٢٤
١٩٥٥	٢٢,٠٦٠,٠٠٠	٢٢٨,٣٠٠,٠٠٠	٨,٩٤٨,١٠٠	% ٢,٨	٠,٢٩٧,٦٠٠	٠,٢٨٨
١٩٦٠	٢٦,٠٨٥,٠٠٠	٣٠١,٠١١,٠٠٠	١٣,٦٩٨,٠٧٣	% ٤,٦	٢٦٢,٤٩٤	٠,٥٢٥
١٩٦٥	٢٨,٦٥٩,٠٠٠	٦٥٢,٨١٤,٠٠٠	٢١,٣٠١,١٠٠	% ٥,٠٠	٠,٠٩٢	٠,٠٩٢
١٩٧٠	٢٢,٠٢٢,٠٠٠	٤١,٤٧٥,٠٠٠	٤١,٤٧٥,٠٠٠	% ١,٦	١,٣٢٢,٠٠٠	١,٢٥٦
١٩٧٥	٣٧,٠١٦,٠٠٠	٦,١٣٨,٦٢٨,٠٠٠	٦,٦٧,٧٧٣,٠٠٠	% ١,١	٥,٥٣٥,٠٠٠	١,٨٣٠
١٩٨٠	٤٢,٢٨٩,٠٠٠	٧,٧٨٧,٤٢٨,٠٠٠	٣١٧٩,٤٦٢,٠٠٠	% ٢,٢	٢٩,٢٢٥,٠٠٠	٤,٢٤٤
١٩٨٦ - ٨٥	٤٨,٥٧٥,٠٠٠	٢٨٦,٦٧٨,٠٠٠	٢٥٩٦,٢٨٦,٦٧٨,٠٠٠	% ٢,٢	٥٤٠٢,٥٧٦	٤٩,١٥٠,٠٠٠

من المسح الشامل للمجتمع المصري (١٩٥٠ - ١٩٨٠) الذي اصدره المركز القومي للبحوث الاجتماعية ومن تقرير لجنة الخدمات في مجلس الشورى ينقطف الحقائق الآتية : -

• ميزانية وزارة الصحة الإجمالية :

□ زادت ميزانية وزارة الصحة من ١٦٢,٢١٢,٠٠٠ جنيهات سنة ١٩٥٠ إلى ١٧٩,٢١٣,٠٠٠ جنيهات في سنة ١٩٨٠ ، وإذا قارنا الميزانية المخصصة لوزارة الصحة بالنسبة لميزانية الدولة نجد أن هذه النسبة بلغت ٣,٧ % في سنة ٥٠ وانخفضت في سنة ١٩٨٠ لتصل إلى ٢,٣ %.

• ميزانية وزارة الصحة والسكان :

□ على الرغم من الزيادة السكانية المستمرة زاد أيضاً نصيب الفرد من ميزانية وزارة الصحة حيث بلغ ٤٢٤ قرشاً في عام ١٩٨٠ مقابل ٦٢ قرشاً عام ١٩٥٠ ، وهذه الزيادة ظاهرة نظراً لاختلاف القيمة الشرائية خلال هذه الفترة .

□ بلغ نصيب الباب الثالث (أى الاستثمارات) ١٥ % من إجمالي الميزانية في عام ١٩٥٠ انخفضت خلال السنتين السابعتينات لتصل إلى ٢ % في سنة ١٩٧٠ ثم بدأت في الارتفاع التدريجي حتى بلغت ١٦ % في سنة ١٩٨٠ . أما الأجر (الباب الأول) فقد احتلت حالياً ٦٠ % من الميزانية بينما كانت لا تتعدي ٢٤ % في سنة ١٩٥٠

فيما يتعلق بالانفاق الصحي للخدمة الصحية من ميزانية الدولة للسنة المالية ١٩٧٨ حسب طبيعة المنصرف (أجور ونفقات جارية للجهات المقدمة للخدمة) :

□ من واقع الدراسة التي أجرتها الخريطة الصحية (نشرة رقم ١٠) في أبريل ١٩٨٠ نلاحظ أن إجمالي الإنفاق الصحي من ميزانية الدولة في سنة ١٩٧٠ هو ١٢٨,١٣٩,١٣٧ جنيه تساهم فيها المؤسسات كالتالي :

**إجمالي الإنفاق الصحي من ميزانية الدولة (سنة ١٩٧٠)
(بالجنيه المصري)**

الجهة	الاجور	النفقات الجارية والتحويلات الجارية	إجمالي الاستخدامات
وزارة الصحة	٦٤,٩٩٤,٠٨١	٣٤,٢٢٥,٦٠٠	٩٩,٢٢٩,٦٨١
التأمين الصحي	٣,٩٤١,٤٦٢	١٢,٠٠٩,١٩٤	١٥,٩٥٠,٦٥٧
المؤسسة العلاجية	٢,٠٧١,٣٦٠	٤,٨٧٢,٣٢٧	٦,٩٤٢,٦٨٧
المستحضرات الحيوية	٥٦١,٤٣٠	١,١٦٦,٨١١	١,٧٢٨,٢٤١
الرقابة الدوائية	٤٤٥,٧٧٢	٥١٠,٣٤٩	٩٥٦,١٢١
المستشفيات التعليمية	٢,٣٠٤,٩٩٦	١,٢٨٨,٠١٧	٣,٥٩٢,٠١٣
المستشفيات الجامعية	٧,٢٥٥,٩٩٦	٦,٨٤٤,٩٤٢	١٤,١٠٠,٩٣٩
المجلس الأعلى لتنظيم الأسرة	٢٣٤,٠١٨	٨٠٨,٣٢٩	١,١٤٢,٢٢٧
مستشفيات السكة الحديد	١٩٧,٥٠٠	٢١٠,٦١	٥٠٧,٥٦١
مستشفيات الشرطة والسجون	١١٧,٥٢٩	٣٦١,٨٤١	٤٧٩,٣٧٠
جملة الإنفاق الصحي من ميزانية الدولة	٨٢,٥٩٩,٧٩٥	٦٢,٩١٢,٨٦٦	١٤٥,٥١٢,٦٦١

□ يلاحظ أن الأجور تمثل ٦٥,٥٪ من إجمالي الاستخدامات الجارية بوزارة الصحة ، أما في بقية الجهات فتمثل ٣٦,٧٪ من إجمالي الاستخدامات .

□ ويبلغ حجم المنصرف على الأدوية بالجهاز الإداري والهيئات العامة المقدمة للخدمة ٤٧٩,٤٧٤,٢٢ جنية بينما يبلغ المنصرف عن طريق الصيدليات الخاصة ٩٦٩,٩٧١,٢٠ جنية .

مقارنة الإنفاق الصحي العام بالإنفاق والناتج القومي | بالمليون جنيه |

البيان	١٩٧٩	١٩٦٧ - ٦٦
الناتج القومي الإجمالي الإنفاق الصحي	١٢,٢١٢,٠	٢٤٨٠,٧
نسبة الإنفاق الصحي إلى الناتج القومي	١٢٠,٠	٢١,٣
نسبة الإنفاق الصحي إلى الإنفاق العام	% ٠,٩	% ١,٣
إنفاق الهيئات والمؤسسات التابعة للوزارة	% ٥,١	% ٩,١
نسبة إنفاق الهيئات الصحية إلى إجمالي إنفاق الهيئات	% ٢٠,٧	٢,٨
	% ١,٦	% ٠,٥

الباب الثاني : آفاق للخدمات الطبية .

[٧] الاسراف في بناء مستشفيات جديدة .. الطامة الكبرى :

ربما كان أهم تحذير ينبغي لنا أن نعلن هنا على صفحات هذا الكتاب هو أن بناء المنشآت الصحية الجديدة هو (أخطر انجاز) على طريق التنمية الصحية . ذلك أننا نلم بعد أبداً في حاجة إلى كثير من هذه المنشآت ، ولا حتى إلى قليل ، وربما كان تقرير العلاج في مصر لمجلس الشورى أكثر التقارير التي ركزت على هذا المعنى وأثبتت صحته من أكثر من جانب ، ولو لم يكن مجلس الشورى غير هذه اللمحات الذكية التي لا تتناسب إلا بعد الدرس الهادئ للأرقام على أيدي المفكرين أو المثقفين الذين يكون أمامهم متسع من الوقت لمثل هذه الدراسة لفاه أهمية وفخرا .

ومن مواضع متفرقة في تقرير مجلس الشورى ومن مواضع أخرى سوف نذكر هنا أهم الأسباب التي تدفعنا إلى مثل هذا القرار بعدم جدوى (بل وخطورة إنشاء المستشفيات الجديدة) :-

(١) سجل تقرير مجلس الشورى أن معدل اشغال الأسرة في المستشفيات التابعة لوزارة الصحة يبلغ ٦٤ % ، وتبين التقرير إلى أنه يمكن رفع هذا المستوى عن طريق رفع كفاءة العمل بالعيادات الخارجية ، إذ يمكن تشخيص حالة المريض بالعيادة ، واختصار مدة بقائه إلى أدنى الحدود والحد الأمثل للاشغال هو ٩٠ % من الطاقة المتاحة ، وبذلك يمكن زيادة الطاقة السريرية الحالية ٢٦ % .

(٢) وهناك عامل آخر يمكن به زيادة معدل اشغال الأسرة وهو خفض متوسط الإقامة والأشغال للمريض الذي يبلغ حالياً ٦٥ أيام على ماباًن المتوسط الأمثل هو أربعة أيام ، وعن طريق خفض مدة الاعمال بهذه إلى أربعة أيام يمكن توفير ٣٨ % من طاقة الأشغال أي أنه بالإضافة إلى العاملين مما يمكن زيادة الطاقة السريرية الحالية (٢٦ + ٣٨ = ٦٤ %) دون اللجوء إلى بناء مستشفيات جديدة يعلم الله متى تتم ، كما أنها تستنفذ كل ما هو متاح من موارد دون أن تعطى عائداً سرياً يفيد في حل مشكلة العلاج .

(٣) يبلغ عدد الأسرة العلاجية في مصر (حكومية - خاصة) ٩٢٧٠٠ سرير [هذا بالطبع بخلاف أسرة مستشفيات القوات المسلحة التي هي في ازدياد مستمر] ويبلغ متوسط إنشاء السرير وتجهيزه حوالي ١٠٠٠ مليون جنيه أي أن التقدير الرأسمالي لهذه الثروة القومية يقرب من عشرة مليارات من الجنيهات ... ولكن مدى العائد من هذه الثروة لا يمثل حتى أدنى حدود الاستثمار .

(٤) تحفظت اللجنة المعدة لتقرير مجلس الشورى على ما تضمنته استثمارات الخطة الخمسية الثانية من زيادة عدد أسرة المستشفيات العامة والمركزية بما يصل إلى ١٢٥٢١ سريراً بتكلفة قدرها ٧٠٠ مليون جنيه عن طريق اتمام ١٤ مستشفى تحت الإنشاء ، وتطوير ١٦٦ مستشفى إلى جانب احلال ٢ مستشفيات وإنشاء مستشفى للأمراض النفسية بأسبروط ، وتطوير ١٢ مجموعة صحية قروية إلى مستشفيات مركزية بتكلفة قدرها ٦٥ مليون جنيه ..

ولاحظت اللجنة أن الخطة تشتمل على استكمال مشروعات دون أن يؤخذ في الاعتبار المؤشرات التخطيطية والجغرافية والفنية ، مثل العيادات الشاملة التي تم انشاؤها ومطلوب استكمال الأقسام الداخلية بها دون أن تكون هناك حاجة فنية لذلك ، وأيضاً التوسيع في تطوير المجموعات الصحية القروية إلى مستشفيات قروية قبل تقييم هذه التجربة .. وترى اللجنة أن يكون لمثل هذه المشروعات أولوية في الخطة القادمة إلا إذا كان استكمالها يؤدي إلى الموازنة لسد احتياجات الجماهير من الخدمة الصحية أو مواجهة النقص المترتب على اختلال التوزيع الجغرافي لها .

(٥) في موضع آخر قدم مجلس الشورى البديل الأمثل ، وهو رفع مستوى السرير ، وفي معرض الحديث عن تمويل خدمات الرعاية الصحية ذكر تقرير مجلس الشورى أن اللجنة ترى أن « يرفع اعتماد السرير من ٦٠٠ جنيه سنوياً (باب ثانى) إلى ٢٠٠٠ جنيه متدرجة على سنوات الخطة بزيادة ٣٠٠ جنيه سنوياً وذلك لمواجهة الزيادة التي طرأت على أسعار الأدوية والأغذية والمهام الطبية » .

(٦) وانتبه مجلس الشورى أيضاً إلى أهمية صيانة المباني والأجهزة والمعدات الطبية وفي البند (ب) من الحديث عن تطوير وتحديث الخدمات العلاجية ذكر تقرير المجلس أنه لما كان عدد الأسرة العلاجية في مصر يبلغ ٩٢٧٠٠ سرير ، يقرب تدريها الرأسمالي من عشرة مليارات من الجنيهات في أن اللجنة تقترح : -

١ - تخفيض نسبة اثنين في الألف - على الأقل - من القيمة الرأسمالية في الباب الثاني للصيانة أى ٢٠ مليون جنيه سنوياً .

٢ - إعداد وتدريب فني الصيانة بالمعاهد الصحية والفنية والمدارس الفنية الصناعية ، والتوسع في القبول فيها ، والأخذ بسياسة ربط الأجر والحوافز بالانتاج .

٣ - تجهيز كل مستشفى بوحدة (ورشة) للصيانة .

٤ - التعاون بين كليات الهندسة والمدارس الفنية الصناعية والمعاهد الفنية والشركات الصناعية في إعداد هذه الفئات والتدريب المستمر لها .

وهذه الاقتراحات في الحقيقة من النوع الذي لا ينبغي لنا أن نتوانى في وضع الاسس الكفيلة بخروجها إلى حيز الوجود مع أسرع ما يمكن .

[٨] نظرة غير تقليدية لمشكلة التمريض التقديمية

يمثل التمريض المشكلة الأولى للنظام الطبي المصري ، أو بهذه العبارة ترتفع عقيرة الأطباء الذين يجرون بالشكوى كما يجاهرون بالحقيقة عند المواجهة .

ومع توافر الإحصاءات (الحديثة نسبياً) فقد ثبت للجميع بما لا يدع مجالاً للشك أن هناك الآن وفر نسبي في عدد الممرضات (عن الأعوام الماضية على الأقل)

والإحصاءات المصغرة التي تحصى الأعداد الموجودة على درجات التمريض في مستشفى محدود بأربع جدران تبيناً بما يدع مجالاً للشك أيضاً أن هناك وفرًا كبيراً في عدد الممرضات .

ومن السهل نظرياً أن نخلص إلى وجود الأزمة مع كثرة العدد بالصلة الممتازة التي هي سوء التوزيع ، ولكن الواقع العملي لا يسمح لنا بالالتجاء إلى هذه الصلة أبداً كما نفهم جميعاً .

وقد يكون موطن الداء في منتهى الصراحة هو أنتاحين قصرنا هذه المهنة منذ زمن مبكر على الإناث فانتابنا إلى هذه المهنة كل خصائص المرأة المصرية التي تكون في شبابها أو قبل زواجها نشطة متقبلة للعمل ، ثم يأتيها الزواج ويعقبه التشتت (مع أن المفروض أن يعقب الاستقرار) ، وانشغال البال ، وانخفاض مستوى اللياقة البدنية ، والميل إلى الانصراف عن العمل ، والأكثر من الإجازات ، وتصاعد احتمالات الاستقالة النهائية أو الإجازات طويلة الأجل لعراقة الزوج ، والرغبة في الابتعاد عن العمل الحقلى إلى العمل المكتبي ، وحب التكرييم بالوصول إلى الرياسات ، وأصطناع الأعذار للتهرّب من العمل في غير أوقات العمل الصباحية ، والميل إلى الاستفادة من طول الخبرة والاحتياك بالرئيسات في استغلال هذه العلاقة من أجل تخفيض الواجبات ، وتضليل فرص تطبيق الثواب والعقاب على موظف قديم كلما ازدادت اقدميته الخ)

ال المشكلة إذن وقت منتهى الصراحة أن الممرضات اللائي يعملن في مصر هن الممرضات الصغيرات فقط ، والباقيات يحسبن على الورق ولا يحسبن في الحقيقة .. وقد تكون هناك استثناءات ولكننا نتكلم عن الصورة العامة !

وليس من المتوقع أن ينصلح هذا الحال لسبب بسيط هو أن نمط الحياة والتعليم والتحضر في مصر لا يمكّن بخطوات محسوسة ولا حتى بطيئة في تغيير المفاهيم والقيم الحضارية المتعلقة بالعمل ، بل بالعكس قد يكون هذا التمطّيل ميالاً إلى الاستفادة من العيوب ، والافادة من الأوضاع السيئة باكثر من إفادته من التطور السريع المتلاحق المحيط بنا ، ومستوى الأداء عندنا في ١٩٨٧ أقل منه في ١٩٨٦ وفي ١٩٨٦ أقل منه في ١٩٨٧ وهكذا بل إن المرأة الأم التي كانت تعطي حماساً واهتماماماً لعملها الذي نالته في ١٩٦٠ مثلاً تجد أن من الطبيعي وجود هذه النسبة الكبيرة من اللامبالاة والأهمال الكامل في بناها اللائي يوظفن هذه الأيام !!

ومن دون أن نطيل على القاريء فإن هذا يجرنا إلى حقيقة هامة أو إلى تساؤل يراد الإجابة عليه بالاثبات ، وهو لماذا لا نعتبر التمريض وظيفة مؤقتة مرتبطة بمرحلة سنية محددة وبعدها لا تصبح الممرضة ممرضة ؟

سؤال جرىء بلا شك ، ولكن في اجابته بالاثبات الدليل الحي على رغبتنا في مجابهة مشكلتنا !

لماذا لا نعتبر مهنة التمريض مثل مهنة المضيافة الجوية التي تنصرف بعدها الفتيات اللائي عملن بها (إلا بعض استثناءات) إلى العمل على الأرض ؟

لماذا لا نعتبر مهنة التمريض مثل وظيفة النيابة في النظام الطبي يتولاها الطبيب في شبابه بعد قضاء الامتياز والتکلیف ثم يصبح أخصائياً ؟

لماذا لا ننظر إلى مهنة التمريض مثل النظرة إلى منصب وكيل النيابة ؟ يبدأ بها القانوني الذي يتأهل للعمل في سلك القضاء ثم يخرج من إطارها إلى العمل في المجالات القضائية الأخرى .

نعم ، قد لا يكون هذا هو الأسلوب المتبوع في العالم أجمع ، ولكن المؤكد أن النساء الممرضات اللائي قصرنا عليهم مهنة التمريض ليسوا كنساء العالم أجمع .

فلنفرض أنها الكاتب التحرير أنتَ ثبّلت فكرتـ .. (هكذا يقول القاريء الآن) ، فماذا نفعل بعد ذلك بالممرضات ؟

وهذا هو السؤال الذي جاء في محله .

وقد يحتاج في اجابته إلى شيء من التفكير في مسألة التمريض وتعليم التمريض .. هل تحتاج المهنة التي تتولاها ممرضاتنا كل هذا الكم من المعلومات التي نزعم أننا نتعلّم لهم إياها في حين أننا نكتب لهم الإجابة على حوانط لجان الامتحان السوداء ..

هل يحتاج التمريض هذا الوقت الطويل الذي شغله بحجة العلم بينما هو في الحقيقة ستار لتضييع الأوقات ؟

كل ما في الأمر بصراحة أن فوسعتنا تعليم التمريض كله على الهويّي في ٦ شهور .. وإن فنحن لستنا في حاجة إلى هذه الأعداد التي يحكم عليها بالشخص في هذا الفن أو العلم بحكم الشهادة فحسب ، ولكن أمامنا هذه الجيوش التي تبقى رهينة المحبسين (المنزل وانعدام الوظيفة) من خريجات الجامعات اللائي يتاخرن في التعيين ؟ سنوات .. فلنشخص من هذه السنوات الأربع ستة شهور لتعلم التمريض وسنوات ثلاثة ونصف لممارسته .. كل هذا الممن تزيد ..

ولجعل للفتيات اللائي تردن فرصة أكبر أو أعظم بعد ذلك في فرص العمل الحكومية أو في الميزارات الحكومية الأخرى كالإسكان وغيره ..

وإذا أقبل على هذا النظام عشرون في المائة فقط من بناتنا الخريجات فسيكون عددهم في الواقع ضعف الممرضات المتاحات من المدارس الثانوية الفنية للتمريض .

وعندئذ سوف تتغير نظرتنا (السيدة جداً) إلى مهنة التمريض التي فطرنا عليها في مصر للاسف الشديد .. وعندي مشكلة التمريض .. تنتهي مشكلة التمريض ..

وعندئذ يرتفع المستوى الثقافي (للملائكة) الذين يكون عليهم عبء كبير في طلب أكثر تقدما وأكثر ارتباطا بالعالم المعاصر .

ولنتذكر أننا في ١٩٧٢ انتصرنا وكان من أسباب انتصارنا أن السلاح كان في أيدي متعلمة تخرجت من كليات هي كليات الحقوق والزراعة والأداب والفنون والهندسة والعلوم والطب والصيدلة .. فكان هناك بعد وعمق ، ويدون العمق والبعد لن يأتي لهنة خطيرة كالتمريض أن تنتصر في معركة التقدم ..

أما المعاهد العليا فهي كفيلة بتخريج طائفة الممتهنات لهذه المهنة .. الباقي يمثل العمود الفقري في المستشفيات حيث يظللن ويترقين بينما تأتي عليهم وتذهب ممرضات الخدمة العامة .

[٩] مستقبل الوحدات الصحية الريفية

أخذت تكاليف إنشاء المستشفيات في الارتفاع المتزايد في السنوات القليلة الماضية ، وقد يكون من أسباب هذا الارتفاع العام الذي شمل أسعار الخدمات ومستلزمات البناء والتجهيز ، ولكن المؤكد أن ارتفاع مستوى الخدمات الصحية المتاحة أو التي أصبحت متاحة كان هو العامل الأكثر إسهاما في هذا الارتفاع .

فما لا شك فيه أن أداء المؤسسات والمنشآت الصحية قد أصبح يواجه تحديات واضحة مع التطور السريع الذي أصاب كل جزئيات الخدمة الطبية في جميع مراحلها وعلى صعيد التشخيص والعلاج .

ويمكن لنا أن نتصور التطور الذي أصاب الخدمة الطبية في ضوء التطور الذي أصاب حياتنا مع تقدم الحضارة بخطوات واسعة ، وبحيث لم يعد من الممكن تحقيق الرفاهية بنفس التكلفة التي كان من الممكن تحقيق الرفاهية بها منذ ربع قرن مثلا .

وكما يصدق هذا على الشرائح العليا من المجتمع فإنه يصدق كذلك على الشرائح المتوسطة والدنيا من المجتمع ، تماما كالحال في الجوانب المختلفة من مكونات الحضارة الحاضرة ، التي أتاحت على سبيل المثال لآهالي الكفر الصغير ان يتلقوا اليوم بحوالي عشرين جهاز من أجهزة الفيديو في القرية التي لم يكن بها منذ ربع قرن إلا راديو واحد !

من هنا كان الانعكاس الهام للتطور الخدمي على مدى استفادة الجماهير العريضة منها ، ولم يعد الهدف الاسمي للخدمة الطبية التي تقدمها الدولة ان تغطي أربعة آلاف كفر أو قرية ، وإنما أصبح على استراتيجيات الصحة ان تعنى بعامل آخر ، قد يكون هو مدى كفاءة الخدمة المتاحة في المراكز الطبية القائمة فعلا .

ومع الثورة الحميدة التي أصابت وسائل النقل والمواصلات ، والقدرة العامة للجمهور على الاقاءة من الخدمة الممتازة مهما كانت بعيدة عنه فقد تحولت المسألة من مد مظلة الخدمات الصحية لتغطي الرقعة الشاسعة ، إلى معالجة الرقعات التي أصابت هذه المظلة بحكم الزمن الذي لا يرحم !

أصبحت القضية اليوم هي كيف يمكن للمؤسسات الصحية سواء المملوكة للدولة أو التي تديرها الدولة أو التي تعينها الدولة أو التي تراقبها الدولة أن تفلح في تلبية حاجة المواطن إلى الخدمة الصحية ؟

ومن هنا نشأت السباقات التي لا تنتهي من أجل احتساب أصحاب الحاجة إلى هذه الخدمة الطبية السريعة الممتازة المتكاملة التي أصبح بالامكان توفيرها من خلال مراكز طبية متقدمة التجهيزات والانشاءات ، ومزودة بطاقات بشرية توفر أداء يتناسب مع خبراتها وقدراتها بفضل إدارة تحرص على استخلاص هذا الاداء حتى وإن لم تجاز عليه الجزاء الأول .

وقد اتيحت ظروف ممتازة لبعض المؤسسات الطبية القديمة لكي تجد لنفسها مكانا تحت الشمس بعد التجديد أو الاصفاف أو الاحلال والتبديل ، ولكن هذه الظروف لم تتحقق حتى الآن لهذه الوحدات الصحية المنتشرة من خلال مشروع الوحدات المجمعة التي نشرتها الثورة منذ الستينات في هذا الوطن ، وسواء صح أم لم يصح أن مصر فاقت أمريكا في نشر هذه الوحدات ، فإن الزمن اليوم يطالبنا بالافادة من هذه المؤسسات الطبية التي قد يخلو بعضها من كل مستلزمات الخدمة الطبية العصرية .. اللهم إلا الأطباء المعزولين عن العلم والتعليم المستمر .

قد يكون من المفيد أن نلخص الموقف الذي صارت إليه معظم هذه الوحدات التي لا تتميز اليوم عن عيادة خاصة لمارس عام إلا بانصواتها تحت علم الحكومة ، وبافتقارها عنصر الانتماء إلى عنصر بشري حريص عليها ، وبخاصة أنها على الجانب الآخر لا تملك العناصر الجاذبة أو الراقة لظهور الانتفاء إليها .

ولكن ما هي الإيجابيات التي تدفعنا إلى الحرص على الالفادة من هذه المؤسسات في وضعها القائم أو على وضعها القائم ؟ قد يكون أول هذه الإيجابيات هو العنصر البشري الذي ارتبط بها ، وبصفة خاصة من خارج طبقة الأطباء ، من العاملين في المهن الطبية المساعدة حيث أصبح هؤلاء في المجتمع المحلي يمثلون قيمة (أيًا كانت) مرتبطة بالخدمة الطبية .

ولعل ثاني هذه الإيجابيات هو الكيان المعنوي الذي تكون عبر سنوات طويلة شب فيها جيل فواعي أن هذه المؤسسة مرتبطة بخدمة صحته وحياته .

ولعل ثالث هذه الإيجابيات هو الكيان المادي المتمثل في أبنية هذه المؤسسات وما فيها من تجهيزات مهما قل شأنها فهي كفيلة ب القيام بدور ما ضمن دور أكابر لذات المنشأة في المستقبل .

وهكذا نستطيع أن ننصرف إلى تجهيز هذه الوحدات لتلعب دور أقسام متخصصة مرتبطة بالمستشفى الأميركي أو المركزي الذي يقع على بعد كيلو متراً من هذه الوحدات ، وفي العالم كله وفي مصر تنفصل بعض الأقسام عن المستشفيات الكبيرة لتكون مستشفيات متخصصة مرتبطة (أو غير مرتبطة) بالمستشفى الأم .

وفي القصر العيني ينفصل الأطفال في مستشفى خاصين هما أبو الريش القديم وأبو الريش الجديد وهمما على شاطئ من النيل الذي يقع على الشاطئ الآخر منه قصر العيني نفسه ، بل وفي حى غير الحى ، وقسم شرطة غير القسم !!

وفي جميع بلاد القطر نجد تقليداً (إنجلترا في الأغلب) يفضل مستشفى الرمد ومستشفيات الحمييات ومستشفيات الصدر عن المستشفيات العامة . سواء لأسباب طبية ظاهرة أو لمجرد إسباب تنظيمية متعلقة بالخبرة في إدارة المستشفيات .

بمثل هذا الإجراء نستطيع أن نضع استراتيجية واضحة لتحويل تدريجي للوحدات الريفية إلى مستشفيات متخصصة صغرى تخدم المناطق المحبيطة ، وتتيح للأقسام الباقي في المستشفى الكبير [العام أو المركزي] أن تتسع داخل نفس السور القديم وبدون الدخول في الحلقات المترغبة في بناء منشآت جديدة في بلد يعاني من عدم المقدرة على بناءات كثيرة ، ومن كثرة المنشآت التي لا تجد الاستغلال الأمثل .

وبمثل هذه العقلية يمكن لنا أن نتيح الفرصة أمام أقسام الجراحات المتخصصة لتأخذ دورها في خدمة هذا المجتمع على امتداد هذا الوطن وبأيس التكاليف وأسرعها في الوقت نفسه ، واكتراها ملائمة للانقسام الطبيعي الذي يكمن في الخدمات الحية التي نطمح لها في استمرار الحياة .

[١٠] بعض الحقائق عن الوحدات الصحية في الريف :

□ بدأ الاهتمام الحكومي بصحة الريف منذ ١٩٢٧ حين تقدمت مصلحة الصحة (لم تكن الوزارة قد نشأت بعد) ببرنامج مفصل عن الاصلاح الصحي .. لم يتقدّم منه إلا البند الأخير الذي تضمن تقسيم القطر بحيث يكون كل طبيب مسؤولاً عن ٣٠٠٠ من السكان .

□ وفي العام التالي (١٩٢٨) أنشأ قسم الأمراض المتقطعة ، وبدىء في افتتاح المستشفيات المتنقلة لـ أمراض المتقطعة .

□□□ وفي ١٩٣٠ بدأ تعميم المستشفيات القروية التي لم تكن إلا عيادات خارجية غير ذات برنامج صحي محدد .. وقد أوقف هذا المشروع عام ١٩٣٨ .

□□□ وفي ١٩٣٩ بدأت الحكومة مشروع استئصال البلاهارسيا في الفيوم .

□□□ وفي ١٩٤٠ بدأ مشروع مكاتب الصحة الشاملة كبديل للمستشفيات القروية .

□□□ وفي ١٩٤٢ صدر قانون تحسين الصحة القروية ، ونفى على إنشاء المجموعات الصحية ، واستهدف إنشاء مجموعة صحية لكل ١٥ ألف نسمة لمعالجة الأمراض الشائعة في الريف وبخاصة الأمراض الطفيلية المتقطنة ، ونقص التغذية .. والأعمال الوقائية بالريف .. وكان عدد هذه المجموعات حتى عام ١٩٥٢ يبلغ ٢٢٢ مجموعة صحية .

□□□ في ١٩٥٤ تقرر أن يكون إنشاء المجموعات الصحية ضمن وحدات مجمعة تهدف إلى التنمية الريفية المتكاملة وارسال فكرة الأدارة المحلية للخدمات ، وتضم إلى جانب المجموعة الصحية مدرسة ووحدة زراعية وأخرى اجتماعية وتم إنشاء ٢١٥ وحدة من هذا النوع .

□□□ بلغ مجموع الوحدات الصحية المستقلة أو التي ضمن الوحدات المجمعة ٥٨٥ مجموعة .

□□□ في ١٩٦٢ بدأت الخطة الجديدة لتعميم الخدمة الصحية في الريف في صورة وحدات ريفية صغيرة لا تحتوى على أقسام داخلية وتؤدى نفس الخدمات التي تؤديها المجموعة الصحية .

□□□ وفي ٧٠ - ١٩٧١ بدأ مشروع ناصر للرعاية الصحية ويقضي بإنشاء ٤٠٠ وحدة صحية ريفية ثم توالى إنشاء الوحدات الريفية حتى بلغ ما تم إنشاؤه حتى عام ١٩٨١ ١٧٩٥ وحدة .

□□□ في ١٩٧٦ بدأ مشروع لتطوير المجموعات الصحية إلى مستشفيات ، قروية وهو بالقطع يختلف عن الفكرة التي عرضتها في الفصل السابق لأنها يهدف إلى إيجاد مستشفيات صغيرة فيها كل الأقسام ، وفيها بالطبع كل المشكلات التي تنجم من صغر حجم المستشفى وعدم تكامل الخدمة الصحية فيها .. وذلك على الرغم من وجود السلبيات حتى الآن على مستوى المستشفيات العامة في عواصم المحافظات .

□□□ ومع هذا فلا بد أن نذكر أهداف مشروع تطوير المجموعات الصحية والتي كانت على النحو التالي :

● تقديم العلاج على مستوى الأخصائي (وقد تطور هذا المستوى الآن في مستوى .. وفي تزايد أعداده) .

● الاستخدام الأمثل لاسرة الأقسام الداخلية بالمجموعات الصحية إذ يبلغ عددها حوالي ٨ آلاف سرير (وهو نفس الهدف الذي نسعى إليه من وراء فكرة تحويلها إلى مستشفيات تخصصية صغيرة تتبع المجال لعدد الأخصائيين المتزايدة في عمل يكون فيه التفاعل بين خبراتهم ممكناً وبحيث لا يتوزعون كل منهم في قرية يقوم فيها بعملية جراحية واحدة على الأكثر) بينما النظام الذي اقترحته يتيح تكوين (مراكز) ولو على مستوى صغير ولكنها أمامها فرصة النمو .

● تقديم خدمات تشخيصية كالأشعة والفحوص الطبية .

● استخدام المستشفى الفردي كمركز تدريسي للأطباء أو الفنانيين .

● تشجيع الأطباء للاستقرار بوحدات الريف (أكثر من هذا يقدم مشروع التطوير الذي اقترحه البديل الأفضل وهو نزوح الأطباء الأخصائيين إلى الريف بتخصصاتهم ورغبتهم)

● زيادة ربط المواطن بالفريق الصحي .

□□□ هذا وقد تم الآن تطوير ٢٠ وحدة صحية من هذه الوحدات .

* نشر الفصل التاسع « مستقبل الوحدات الصحية الريفية » في جريدة الجمهورية (مارس ١٩٨٧) كما شرحت فكرته في المجلة المصرية للعلوم التطبيقية .

[١١] مستشفيات التخصص الواحد : ماضيها ومزاياها :

فـالمقال الخاص بـمستقبل الوحدات الـريفية اقتـرحتـا تجهـيز هـذه الوـحدـات لـتـلـعـب دور اـقـسـامـا متـخصـصـة مـرـتبـطـة بـالـمـسـتـشـفـى الـأـمـيـرـى الـتـى تـقـعـ فـمـنـطـقـتـه بـحـيـثـ تـخـفـفـ عـنـه بـعـضـ اـقـسـامـه غـيرـذـاتـ الـارـتـبـاطـ الـوـثـيقـ بـالـتـخـصـصـاتـ الـأـخـرىـ ، أوـ الـتـى يـسـتـحـسـنـ وـجـودـ اـقـسـامـ مـكـرـرـةـ لـهـاـ فـيـ الـمـسـتـشـفـىـ وـخـارـجـهـ .

نـسـتـعـرـضـ هـنـاـ تـارـيـخـ وـحـاضـرـ الـمـسـتـشـفـىـاتـ الـحـكـومـيـةـ ذاتـ التـخـصـصـ الـواـحـدـ (ـ يـجـدرـ الاـشـارةـ إـلـىـ أـنـ الـقـطـاعـ الـخـاصـ وـالـاستـشـارـىـ هـوـ الـأـخـرـ قدـ عـرـفـ الـطـرـيقـ إـلـىـ هـذـهـ الـمـسـتـشـفـىـاتـ ،ـ مـنـذـ سـنـوـاتـ طـوـلـيـةـ فـيـ مـسـتـشـفـىـاتـ الـولـادـةـ وـالـآنـ فـكـثـيرـ مـنـ التـخـصـصـاتـ)ـ .ـ

مستشفيات الرمد :

□□□ في عام ١٩٥٠ كانت هناك ١٠٦ وحدة لـعلاـجـ الرـمـدـ (ـ مـابـينـ مـسـتـشـفـىـ وـعيـادـةـ)ـ وـفـيـ عـامـ ١٩٨٠ـ أـصـبـعـ عـدـدـ هـذـهـ الـوـحدـاتـ ١٦٩ـ وـحدـةـ .ـ

□□□ يـسـجـلـ الـمـسـعـ الـاجـتمـاعـيـ لـلـمـجـتمـعـ الـمـصـرـيـ انـخـفـاضـ الـطـلـبـ عـلـىـ هـذـهـ الـخـدـمـةـ مـنـ ٢٣ـ مـلـيـونـ مواـطنـ (ـ عـامـ ١٩٥٠ـ)ـ إـلـىـ ٧ـ مـلـيـونـ مواـطنـ (ـ عـامـ ١٩٨٠ـ)ـ ،ـ وـلـكـنـ «ـ مـؤـشـرـ جـيدـ »ـ لـأـنـهـ يـرـجـعـ إـلـىـ انـخـفـاضـ الـاـصـابـةـ وـخـاصـةـ بـالـرـمـدـ الصـدـيـديـ وـالـتـرـاكـومـاـ ..ـ وـمـنـ نـاحـيـةـ أـخـرىـ إـلـىـ تـطـورـ الـعـلاـجـ الـحـدـيثـ وـفـعـالـيـتـهـ .ـ

□□□ فـيـ الجـيـزةـ وـعـلـىـ بـعـدـ خـطـوـاتـ مـنـ الـمـيـدانـ وـمـنـ كـوـبـرـىـ الـجـيـزةـ عـلـىـ النـيلـ مـسـتـشـفـىـاتـ مـتـخـصـصـانـ لـلـرـمـدـ كـلـاهـماـ يـمـثـلـ مـعـهـداـ قـومـيـاـ (ـ مـعـ اـخـتـلـافـ الـمـسـتـوىـ)ـ أـحـدـهـماـ يـتـبعـ اـكـادـيمـيـةـ الـبـحـثـ الـعـلـمـيـ ،ـ وـقـدـ بـذـلـ فـيـهـ رـائـدـ طـبـ الـعـيـنـ الـدـكـتـورـ عـبـدـ الـمـحـسـنـ سـلـيـمانـ كـلـ ثـرـوـتـهـ تـقـرـيـباـ ..ـ وـمـسـتـشـفـىـ رـمـدـ الـجـيـزةـ بـمـاـضـيـهـ الـتـالـىـ ..ـ وـلـكـنـاـ فـيـ مـسـالـةـ هـذـيـنـ الـمـعـهـدـيـنـ نـهـمـلـ اـهـمـالـ قـومـيـاـ عـلـىـ جـمـيعـ الـمـسـتـوـيـاتـ ..ـ وـلـعـلـ الـقـاتـةـ عـلـىـ مـسـتـوـىـ رـفـعـ تـعـيـدـ تـقيـيمـ هـذـاـ الـمـوـضـوعـ ..ـ

مستشفيات الامراض الصدرية :

□□□ يـسـتـقـرـ فـيـ اـعـمـاقـ الـمـوـاـطـنـ الـمـصـرـيـ أـنـ مـرـضـ (ـ الصـدرـ)ـ مـرـضـ مـعـدـ شـدـيدـ الـخـطـرـةـ ..ـ وـاـنـهـ يـذـهـبـ بـصـاحـبـهـ ..ـ وـرـيـمالـمـ تـسـتـوـعـ ثـقـافـتـاـ الـمـصـرـيـةـ الـعـامـةـ الـتـطـوـرـ الـذـىـ اـحـرـزـتـ عـلـاجـاتـ وـعـقـاـقـيرـ الصـدرـ ..ـ وـمـدىـ التـقـدـمـ الـذـىـ قـدـ يـصـبـيـهـ هـؤـلـاءـ الـمـرـضـيـ ..ـ

□□□ مـعـ هـذـاـ تـبـقـيـ أـهـمـيـةـ وـجـودـ مـسـتـشـفـىـاتـ مـسـتـقـلـةـ لـلـأـمـرـاـضـ الـصـدـرـيـةـ مـعـتـمـدـةـ عـلـىـ جـانـبـ حـيـويـ وـهـوـ ضـرـورـةـ توـقـيـرـ الـهـوـاءـ الـنـقـىـ وـالـمـكـانـ الـصـحـىـ الـبـعـدـ عنـ الـازـدـحـامـ وـالـرـطـوبـيـةـ وـمـصـادـرـ الـعـدـوـىـ مـتـاحـةـ بـكـثـرـةـ فـيـ الـمـسـتـشـفـىـاتـ الـعـامـةـ ..ـ

□□□ هـنـاكـ عـاـمـ جـدـيـدـ يـضـيـفـ إـلـىـ اـهـمـيـةـ التـوـسـعـ فـيـ مـسـتـشـفـىـاتـ الصـدرـ خـارـجـ النـطـاقـ الـقـدـيمـ ،ـ وـهـوـ عـصـرـ اـزـهـارـ جـراـحـاتـ الصـدرـ ..ـ وـفـيـ مـدـيـنـةـ الـمـنـصـورـةـ حـيـثـ يـقـومـ مـسـتـشـفـىـ لـلـصـدـرـ وـتـقـوـمـ الـجـامـعـةـ فـانـ قـسـمـ جـراـحةـ الصـدرـ وـالـقـلـبـ فـيـ كـلـيـةـ الـطـبـ يـمارـسـ نـشـاطـهـ مـنـ خـلـالـ مـسـتـشـفـىـ صـدـرـ الـمـنـصـورـةـ التـابـعـ لـوزـارـةـ الصـحـةـ ..ـ

□□□ لـابـدـ مـنـ الـاعـتـرـافـ بـاـنـتـاـوـرـثـنـاـ فـيـ مـسـتـشـفـىـاتـ الصـدرـ الـقـدـيمـ عـدـةـ تـحـفـ مـعـمـاريـةـ عـلـىـ أـعـلـىـ مـسـتـوـىـ مـنـ التـشـيـيدـ وـالـعـمـارـةـ يـجـدرـ بـنـاـنـ تـفـيـدـ مـنـهاـ فـيـ تـطـوـرـ الـخـدـمـاتـ مـسـتـقـلـيـنـ هـذـهـ الـبـيـنـاءـاتـ ذـاتـ الـمـسـاحـاتـ الـوـاسـعـةـ وـالـحدـائقـ وـالـعـمـرـ الطـوـلـ بـفـضـلـ بـنـائـهاـ ..ـ

□□□ كانـ عـدـدـ وـحدـاتـ الـأـمـرـاـضـ الـصـدـرـيـةـ سـنـةـ ١٩٥٠ـ يـبـلـغـ ١٢ـ مـسـتـشـفـىـ وـقـسـماـ اـرـتـفـعـ إـلـىـ ٤١ـ مـسـتـشـفـىـ وـقـسـماـ مـاسـيـةـ ١٩٨٠ـ ،ـ وـزـادـتـ السـعـةـ السـرـيرـيـةـ مـنـ ٢٠٠٠ـ سـرـيرـاـ (ـ عـامـ ١٩٥٠ـ)ـ إـلـىـ ٧٢٠٠ـ سـرـيرـ (ـ عـامـ ١٩٨٠ـ)ـ ...ـ وـارـتـفـعـ مـعـدـلـ الـإـسـتـخـدـامـ لـلـقـسـمـ الـخـارـجـيـ ١٢ـ مـوـاـطـنـ لـكـلـ ١٠٠٠ـ نـسـمـةـ (ـ ١٩٥٠ـ)ـ إـلـىـ ٢١٢ـ (ـ ١٩٨٠ـ)ـ ..ـ اـمـاـ الـقـسـمـ الدـاخـلـ فـقـدـ اـرـتـفـعـ مـنـ ٤ـ لـكـلـ عـشـرـةـ أـلـافـ مـوـاـطـنـ (ـ ١٩٥٠ـ)ـ إـلـىـ ٧٤ـ لـكـلـ عـشـرـةـ أـلـافـ مـوـاـطـنـ (ـ ١٩٨٠ـ)ـ ..ـ

□ يتبغى ان تتبه الى اهمية ، الفحوص المعملية ، في كثير من علاجات الامراض المدرسية بحيث يمكن تحديد سبب الحساسية أو سبب العدوى .. الخ) مبكرا وقبل الاغراق في استعمال المضادات الحيوية أو مضادات الحساسية (غير المطلوبة) لمدة طويلة تعود بعدها الى ذات الحلقة المفرغة .

مستشفيات الامراض النفسية

□ لا بد ان نعترف باننا في مصر دخلنا الحقبة التي تنتشر فيها الامراض النفسية ، ومع أن آياتنا يؤكدون أن للإيمان (في الشرق) دورا في الحماية من هذه الامراض وخصوصا اليمان بالقدر خيره وشره .. إلا أن هناك بلاشك انماطا من التغيرات النفسية أصبحت شائعة بيننا متعددة صورة اليمان والدين نفسها ، وهذه قضية أخرى .. ولكنها على أعلى مستوى من الأهمية .

□ تتواءز مع هذه الفكرة .. الأرقام الرسمية التي تسجلها وزارة الصحة نفسها ، إذ أنه مع زيادة عدد الوحدات المخصصة للعلاج النفسي من مستشفيات واقسام عام ١٩٥٠ الى ٢٤ مستشفى وقسم عام ١٩٨٠ فقد زادت السعة السريرية من ٣٢٢٤ سيرا الى ٦٧٧ سيرا في نفس الفترة ، وزاد الطلب على الخدمة من ٢٥ لكل عشرة الآن الى ٨٦ لكل عشرة الآن .

□ مع بروز (وباءات) الادمان من حين لآخر او بروز الاهتمام الاعلامي بها .. يزداد العبء الذي تلقى به على هذه المستشفيات .. ويشبه لنا أن نفكرون الآن في مدى تنسيق العلاقة بين مكافحة الادمان والمستشفيات النفسية ، وهل يبقى الوضع بالدمج أم يتتطور الى الفصل ... الخ) وهي قضايا ليست واضحة حتى الان في ضمير الرأي العام والفكر العام ..

مستشفيات الاورام

□ على الرغم من التطور السريع والممتاز الذي حققه معهد الاورام في جامعة القاهرة ، فإننا لازال نفتقد نظائر لهذا المعهد خارج القاهرة على الرغم من ان الاورام لا يقتصر انتشارها على القاهرة وحدها .

□ ومن الانصاف أن نذكر أن لوزارة الصحة معهد معاذلا في طنطا ، ولكن يبدو أن الجانب العلمي والاקדמי هو العامل الحاسم في تطوير مثل هذه المعاهد .

□ ومن الجدير بالذكر أن كلية طب الزقازيق تبذل جهودا (تقطع من حين لآخر وتعود) لانشاء قسم لجراحة الاورام او معهد ولكن هذا القسم لم يبدأ بعد .

مستشفيات الولادة

□ تتمثل في مستشفى الجلاء للنساء والولادة بالقاهرة صورة رائعة لمعهد طبي متخصص .. ولكنها صورة غير متكررة .
□ الى عهد قريب كانت معظم المستشفيات الخاصة الناجحة اقتصاديا هي مستشفيات الولادة حيث لا يقتضي انشاؤها ولا تشغيلها كثيرا من الامكانات الباهظة .

□ هل يدفعنا هذا إلى تطوير عدد كبير من المستشفيات القروية الى مستشفيات للولادة حماية للامهات والجيل القادم من خطر الجهل والمرض ؟

مستشفيات الامراض الجلدية

□ يشهد احد مستشفيات الامراض الجلدية .. نشاطا علميا من حين لآخر في اطار الجمعية المصرية للأمراض الجلدية والتناسلية مما قد يكون ذا دلالة على النتائج المثمرة التي قد يحرزها تجمع عدد من الاخصائيين في نفس المكان وتفاعل خبراتهم ..

□ ربما كانت اقسام الامراض الجلدية ذات طبيعة عمل خاصة - كما عهدنا في مستشفيات الجامعة - بحيث تعتمد في الالغاب على القيادات الخارجية ، وتخلو من مخاطر الوفيات !! ، وربما كان المناخ العام لها اكثر تميزا عن بقية المناخات الأخرى بحيث يجد فصلها ..

مستشفيات الحمييات

□ تتمثل في هذه المستشفيات صورة من الضرورات الطبية الهامة ، وهي تقريبا تمثل عندنا الرعاية المركزية القديمة !!

□ كان هناك ظن بانتهاء عصر الامراض الممتوطة ولكن العوامل المحيطة بالصحة بدءاً بالبيئة أثبتت أنه على العكس من ذلك ربما مازلنا نحتاج إلى هذه المستشفيات وخدماتها بصورة ملحة من حين لآخر ..

□ لا بد أن نعترف انتالمل نطور حتى الآن مستشفياتنا القديمة ذات التاريخ الممتاز في هذا التخصص ، وللأسف الشديد فإن المستشفيات الجديدة (الاستثمارية العامة والخاصة) أهملت تقريباً فرع الحميات وركزت بالطبع على الامراض الممتوطة والمناظير ..

□ يتبقى الإعادة من المسح الشامل والخريطة الصحية في تحديد عدة مواقع تطور وحداتها الريفية إلى مستشفيات للحميات هذا بالمرادته مع تطوير وتحديث الوحدات القديمة التي بدأت تلاقي الاهتمام .

□ في المسح الاجتماعي للمجتمع المصري : بلغ عدد المستشفيات المعالج ^٥ وحدات في سنة ١٩٥٠ بها ٤٥١٠ سريراً ، وارتفع هذا العدد إلى ٨٢ وحدة سنة ١٩٨٠ بها ٦٨٠٣ سريراً .. ويسجل التقرير نفسه :

« ولو ان هذه الزيادة لم تغط الزيادة السكانية إلا أنها تكفي الاحتياجات نظراً للتغير النمط العلاجي للأمراض المعدية . وظهور المضادات الحيوية الفعالة ، وانخفاض كثير من الأمراض المعدية نتيجة استعمال اللقاحات والأمصال والوقاية بالطرق المختلفة » ..

□ ولا بد قبل الانتهاء من عرض وجهة نظرنا من أن نعطي فكرة عن أعداد المترددin على الوحدات العلاجية عام (ومن حصتها المستشفيات التخصصية) في وزارة الصحة .

أعداد المترددin على الوحدات العلاجية بوزارة الصحة في عام ١٩٨٤

عدد المرضى بالعيادة الداخلية	عدد المرضى بالعيادة الخارجية	
٨٥٦,١٧١	١٦,٣٥٧,٤٤٤	مستشفيات عامة مرکزية
٢٢,٩٨٣	٢,٣٢٢,٢٧٠	مستشفيات رد
٨,٠٥٩	١١٢,٩٩٢	مستشفيات نفسية
٢٢,٣٨٦	٥٢١,٨٧٩	مستشفيات صدر
١٦١,٥٨٧	٢,٤٥١,١١٠	مستشفيات حميات
١,٠٨٢,١٨٦	٢١,٧٧٦,٦٩٥	جملة
٥,٧١٩	٥١٧,١٠٣	مستشفيات قروية
٩,٧٤٠	١٤,٤٦٤,٦٨٩	مراكز صحية ووحدات ريفية

[١٢] الخطوط العريضة لرعاية الطفولة

قد لا يصدق الناس أن أعظم إنجاز طبى في القرن العشرين - أو قد لا يوافقون - هو تلك الجرعة الصغيرة التي يحتويها كيس مكافحة الجفاف عند الأطفال .. ومع أن القرن العشرين قد حفل بجرحات كثيرة لم تكن موجودة من قبل ، وباكتشاف البنسلين والمضادات الحيوية ، وبأدوات الفحص المتنوعة والمتقدمة .. مع كل هذافان أيام من هذه الوسائل لم يستطع ولن يستطيع أن يحقق ما حققه جرعة الارواء التي قد تتقى ^٥ مليون طفل من الذهاب وهم بعد أطفال إلى العالم الآخر .

قد تكون هذه مقدمة لهذا الموضوع ولكن الذى لا شك فيه أنها حقيقة رائعة جديرة بالدراسة والتأمل ، اذا ماأخذنا في الاعتبار أن ١٥ مليون من الأطفال الرضيع الذين هم في عمرهم بين يوم واحد وبين عام واحد يموتون كل عام ، في جميع أنحاء العالم ، وهذا هو الرقم المعلن لوفيات الأطفال في هذا السن .

١٥ مليونا من الأطفال ليس أبدا بالرقم الذي لا يستهان به ! حتى لو كانت الكاريكاتيرات المصرية تمزح دائمًا بعد الحوادث والانهيارات والزلالز فتطلق على المسؤولين عن هذه الكوارث أوصاف وسمات التعاون مع أجهزة تنظيم الأسرة .

خمسة عشر مليون نفس ركبة ، لا يستطيع واحد أن ينفي ادعاء يدعوه كل أبو وكل أم أن ابنهما أو بنتهما التي ذهبت (أو الذي ذهب) كان سيكون كذا وكذا .. لو قدر له أن يواصل الحياة .

خمسة عشر مليون نفس كان فيها من قبل جهد ١٥ مليون طبيبا ولدوا ، و ١٥ مليون سرير شغلت في المستشفيات ، ، ، الخ ... ذهبت كل هاتيك الجهد قبل أوانها ... أليس كذلك !

وصحيح أن مصير هؤلاء الخمسة عشر مليونا هو إلى الموت بعد أعوام عشرة أو أقل أو بعد سبعين عاما .. أو أقل .. كل هذا صحيح ، ولكن وقوع الوفاة بهذه الكثرة في هذه السن المبكرة هو المأساة البشرية ، والأساسة للبشرية على حد سواء ، ذلك أن أسباب هذه الوفيات (بحسبها العالمية تلك) تتبئ عن تخلف في مجال الصحيات والخدمات الصحية لم يكن ينبغي أن يبقى حتى اليوم بعد ماتم في هذا القرن من كمال ظن أهله معه أنهم قادرون على هذه الدنيا .

ومن العجيب أن أسباب هذه الوفيات ليس أسباباً عديدة ، وإنما هي أسباب معدودة في أغلب الأحوال ، يعرفها أهل هذه الأرض جيدا ، وقد عانوا منها طويلا ، ولكن الدرس لم يفلح حتى الآن في أن يؤتى ثمارا تحول دون هاتيك المأسى .

ثلث هذا الرقم المذهل أى خمسة ملايين من الأطفال يموتون بالجفاف ، ولو أفلح النظام الصحي في معالجة الجفاف سواء عن طريق حقن محلول الملح بالوريد (عن طريق فروة الرأس أو غيرها) أو عن طريق تلك الأكياس التي أشرنا إليها .. لإنقاذ من هذه الملايين الخمسة أربعة ملايين على الأقل .

ومع هذا فإن ثلاثة ملايين آخرين يموتون بسبب التهاب الرئوي والحمى الناشطة من جراء الالتهابات الوبائية .. وليس من الصعب على الطبيب اليوم أن يستخدم المضادات الحيوية في موضعها الصحيح من علاج هذه الأمراض لا في المواقع التي يحلو للثديين من أهل المهنة الاتجاه بها إليها !

ثم إن مليونين آخرين يموتون بالحصبة ، ومضاعفاتها ، وللحصبة طرق للوقاية ، وعلاجات كثيرة ولكن أهم نقطة في علاجها هي منع المضاعفات لمنع الموت . وعلى هذا فإن مليونين من أطفال هذا العالم يموتون سنويا (ونحن في العقددين الآخرين من القرن العشرين !!) (بفضل) الحصبة !

وهناك مرض معد آخر قد يظن طلاب الطب أنه انتهى من الوجود بعد الوسائل الفعالة التي اكتشفت للقضاء عليه ، ولكنه للأسف لا يزال يحصد أرواح مليون ونصف من أطفالنا الرضع تضيع حياتهم بسبب تقلصات السعال الديكي !! التي تنتهي بوقف الجهاز التنفسى عن العمل ووقف الحياة .

وفي المرتبة الخامسة يأتي التيتانوس الذى يذهب بأرواح مليون من الأطفال ، هذا غير ما يذهب به من أرواح الكبار ... ومع هذا فإن كثيرا من مرضانا فى أقسام الاستقبال يحبسون أن من البراءة أن يوفروا حقنة التيتانوس ويحضنوا بها على ذلك المريض الذى أتى ليأخذها !! أفلح الوعي الصحي .. ولكن العاملين (أو بعض العاملين) في الخدمات الصحية يأبهن إلا أن يذهبن بهذا النجاح .. فكأنما تخطوا الخطوة الأولى لتقضى علينا نهائيا الخطورة الثانية مباشرة !!! أى عبرة إذن !!

وفي إحصاء طبى شمل عددا كبيرا من أطفال الدول النامية تبين أن ١٦٠ يوما من حياة هؤلاء الأطفال على مدار العام (٣٦٥ يوما) يقضيها الطفل في تاؤه بسبب المرض !! وعلماء النفس يؤكدون كثيرا أن طبع الطفل يصنع في عامه الأول . بل أن شخصية من أعظم شخصياتنا اليوم شأنها يعتز بفضل والديه عليه في عامه الأول الذى لم يترك فيه إلا مرة واحدة ! فتأمل معى سيدى القارئ أى مستقبل ينتظر الأمة التى قضى أطفالها الرضع - رجال مستقبلاها - ١٦٠ يوما في حالة المرض !!

وهاتيك الأيام تتوزع مابين ثلاث أو أربع دورات (في المتوسط) من الأسهال المعدى .. وكلمة المعدى هذه تبيّن طبيعة الأسهال التي أنت بفضل العدوى ! وهذه إدانة للبيئة ! .. تقيد الأسهال بوصفه بالمعدى إشارة هامة إلى طبيعة الأمراض التي تذهب بالأطفال .. فهذا إسهال ندخل نحن أسبابه إلى أجهزتهم الهضمية ، وليس ناتجا عن مرض في هذا الجهاز !! الأطفال كلهم براءة ، وهم براء أيضا من أسباب وفاتهـم ! وقدمـا دارت محاورـات أهلـ الـ خـيرـ بـأنـ الـ أـطـفالـ يـصـبـهمـ ماـ يـصـبـهمـ وـ هـمـ بـعـدـ لـمـ يـجـنـواـ مـاـ يـنـالـونـ عـلـيـهـ ذـلـكـ العـقـابـ ، وـ بـيـتـ الشـعـرـ الـذـيـ يـلـخـصـ هـذـهـ النـظـرـيـةـ مـنـ أـخـلـ أـشـعـارـنـاـ .

الـ سـمـ يـرـواـ إـيـلـامـ الـ أـطـفالـ وـ شـبـهـ فـحـازـرـ الـ محـالـ

ومع هذا فتحقيق هذه الالام من أكثر الاعمال التي تستأهل إثابة الله .. ومع هذا فبقاء هذه الالام في عصر أتاح لها الزوال عار يستأهل خزي الدنيا والآخرة .. ومع هذين فلاتزال هناك الالم بل الموت الزؤام !

ثم إن الطفل يعني أيضا (في المتوسط) خلال عامه الأول من أربع إلى خمس دورات من عدو الجهاز التنفسى . وقد أسلفنا أن حمى الالتهابات الرئوية تأتى في المقام الثاني بين أسباب الوفاة .

واليكثير من ظروف البيئة والتغذية ترجع الالتهابات الرئوية الفضل في انتشارها على هذا النحو ، وليس من الصعب التحكم في هذه الالتهابات بفضل الاصحاح الجيد ، والتهوية الجيدة ، والعادات الصحية المنضبطة ، والوعي الصحي ، واستخدام الدواء في مرحلة مبكرة وبالتركيز المطلوب (ثم أن يكون هذا الدواء هو الدواء لأشبيهه) .

وعلى كل حال فإنه اذا كان علينا أن نلخص أهم الوسائل الكفيلة بتحقيق ثورة من أجل حياة هؤلاء الأطفال فسوف نجد أربعة وسائل فعالة ، أولها الارواء نقصد علاج الجفاف . ونستطيع أن نخفر أن مصانع العالم اليوم تنتج حوالي ٨٠ مليونا باكت من جرعة علاج الجفاف ، ولعل الأيام تتبع لهذا المشروع نجاحاً في توعية الأمهات ، وافت أنظارهم .. وفي رفع كفاءة العاملين في الخدمات الصحية في هذا المجال .. ولقد أثبتت العملات التي ساعدت فيها منظمات الأمم المتحدة في بعض الدول (ومنها مصر والهند وبينالاديش) أن هذه الجهود قد استطاعت أن تخفض الوفيات بمقدار النصف ، وعلى هذا فليس من رابع المستحيلات ولا من ثانية أن نرفع عقيرتنا بالأمل في أن نقضي على ٩٥ - ٩٠٪ من هذه الوفيات ، وليس هذا على الله ببعيد .

ولابد هنا أن نلفت النظر - من باب الوعي الصحي - إلى نقطتين هامتين : -

أولاًها : أن كثيراً من الأمهات إذا ما أصاب أطفالهم الإسهال المتواصل (في أول مراحل الجفاف) أو قفن الطعام والشراب ، وتقل الشهية ويقل الامتصاص ويزداد القيء ويزداد الإسهال .. وهنا ممكن الخطورة .. ولعل هذا ينبينا إلى أهمية استشارة الطبيب . ولن يتأنى هذا إلا إذا كثفنا الجهد في أن نزرع في القلوب العطوفة أن هذه الحالة تستدعي الطبيب وتسدديعى النظر ، وأن علاجهما غير إيقاف الطعام !! ومع أن هذا التكثيف قد يجعل كثيراً من الأمهات ينظرن إلى كثير من الحالات البسيطة وغير المرضية على أنها حالات مرضية متاثرين بنظرية الحكومات التي تؤمن بأن العتم مدان حتى تثبت براءته ! وقد حدث هذا كثيراً جداً في أعقاب حملات التلفزيون المصري ، إلا أن هذا على كل حال خير بكثير جداً من (النعاس) التي كانت فيه كثير من الأمهات !

ثانيها : أن كثيراً من الأمهات في أحوال أخرى ينظرن إلى الإسهال كظاهرة طبيعية تصاحب الطعام أو ظهور الأسنان .. وهو ما قد يتوافق عندهن مع الشهر الخامس والسادس .. وتکاد تكون هذه العقيدة من أبرز مقومات عقائدهن في التربية الصحية لأطفالهن .. وحتى لو كان هناك ما يستدعي الإسهال فإن من الضرورة بمكان لا تقدمنا معرفة السبب عن التصرف الحذر تجاه النتائج المتوقعة التي تقود إلى دائرة تنتهي بما تنتهي إليه الحياة !

وصحىج ان الطعام الملوث ، وان المياه غير النقية ، وان نقص الاصحاح ، وأن بعض العدوى قد تقود إلى الإسهال .. كل هذا صحيح ، ولكنه لاينبغي ان يعوقنا عما يقودنا إليه الإسهال ذاته !!

ويأتي بعد هذا بعد الارواء [كأهم عنصر في تقليل وفيات الأطفال] تأتى جداول النمو وقد يدهش القارئ لوضع جداول النمو ، في هذا الموضوع المتقدم بين الوسائل الكفيلة بخفض معدلات وفيات الأطفال .. ولكن الحقيقة أن هذه الجداول تلعب دوراً أساسياً جداً في المسألة ، وليس من قبيل المبالغة القول بأن جداول النمو هذه هي خير مثل على صحة القول بأن أول الكمال هو الشعور بالنقص !! ذلك أن معظم الأمراض التي تنشأ عن سوء التغذية لا تلتقي اهتمام الأهل الذين لا يدركون مدى خطورتها ، فالطفل صغير ، وليس عندهم - ولا عند الأطباء أنفسهم - الحاسة التي يمكنون بها صغر الطفل عما ينبغي له أن يكون تبعاً لعمره .. وقد يكون مرجع هذا إلى معدلات النمو السريعة للأطفال في سنواتهم الأولى ، وأن صورتهم في الحياة لاتتنبع [مباشرة] للرأب ات يقدركم شهراً هم ؟ .. ولكن هذه الجداول وهي سهلة الاستعمال جداً كثيلة مع « مقياس متري » يوضح في جيب العامل بالخدمة الصحية ان تشخيص مالايمكن تشخيصه الا بها ، ثم يتم التصرف على هذا الأساس .

وعلى قدر خطورة سوء التغذية بين الاسباب المتعددة للوفاة ، تأتى ايضاً أهمية جداول النمو Growth Charts

أما العنصر الثالث في تقليل وفيات الأطفال فهو الرضاعة الطبيعية ، ومن حسن الحظ اتفقنا عليها (في النسبة العظمى) حتى سنوات قليلة ، ولعل هذا مأسوف يعطينا الأمل في أن تعود إليها سيداتنا على امتداد الوطن العربي .. وليس من شك أن العوامل التي تقف في جانب عودتهم إليها ، عوامل قوية الإيجابية ، ربما لأن فيها الجانب الروحي وهو ما قد لا يتوفر في مجتمعات أخرى .. ومع هذا فإن من الخطورة أن نقلل من قدر العوامل التي تحول بين السيدات وبين هذه الرضاعة .. ولعل الاسباب غير

ال المباشرة في هذه المسألة هي الأولى بالنظر ، فتعارض الحكومات مع الأمهات العاملات من أجل قيامهن بالرضاعة يجب أن يكون على أوسع نطاق وأسرع ما يمكن .. ولكن شعار الحكومة أن تحمل هؤلاء الأمهات على كفوف الراحة ! منها حسب التكلفة الاقتصادية لذلك . ومن ناحية أخرى فإن الإعلام بخطورة البعد عن الرضاعة الطبيعية يجب أن يأخذ حيزاً أكبر مما هو أخذ الآن ! يجب علينا أن نعمل في هذا المجال حتى نجد السيدة التي تتالم لأنها لا تستطيع الرضاعة الطبيعية لعامل قبلي .. ومع هذا فهي تمنى أن تناح لها الفرصة أو نصف الفرصة .. ومع هذين فهي تخفي هذا العجز عن الرضاعة عن مسوبياتها حباء وخجل .. هذا هو الطراز والنمذج الذي ينبغي لنا أن نسعى إليه على المدى القصير والطويل في الإعلام والتربية على حد سواء .

وينبغي لنا أن ننظر إلى كتب القراءة والمطالعة في الأعوام القادمة فنجد فيها في أكثر من مقررات فرق دراسية موضوعات أو أكثر يرتبط في التفاصيل بهذه الأهمية ان نمضي على النحو الذي خلقه الله ! ... الخ .

نأتي بعد هذا إلى العامل الرابع - وهو آخر العوامل التي تتحدث عنها اليوم - وهو المناعة .. المناعة التي بفضلها اختفى الجدرى نهائياً من على وجه الأرض ، المناعة التي يفضلها ملوك الكوليرا أقسى من الحروب العالمية .. المناعة التي بفضلها اختفت كثيرة من البيئات والتشوهات التي كانت تبقى على وجودها وأجسامنا طيبة أعمارنا !

ومع أن الأمراض المعديّة كثيرة جداً ، إلا أن أبرز هذه الأمراض في مجال الحديث عن أهمية المناعة في تقليل اسباب الوفيات بها امراض هي على التوالى الحصبة (التي اسلفنا أن مليونين من الوفيات تعرى إليها) تم التيتانوس ، والسعال الديكي ثم الدفتيريا وشلل الأطفال والسل .. وقد يعجب بعض الذين سيكتون في العواصم من هذه الحقائق ، ولكنها للأسف هي الواقع في المجتمعات بعيدة عن الخدمات الصحية ، ولهذا فإنا نعتقد أن الدور الاجتماعي لطلاب الطب وطلابات التمريض واقرائهم من زملاء الجامعة لن يقف في المستقبل على حدود بعض الحالات القريبة ، وإنما ينبغي أن تذهب الحالات إلى هذه المجتمعات التي لا يصل إليها التعليم بالطريق الحكومي .. وأن تصل هذه المجتمعات إلى النجاح في التعليم بأكمل كورس التعليم على ماينبغي أن يتم عليه ، لأن تكفي بجرعة وتمضي تاركة الأم وهي تعلم أن عليها ان تواصل التعليم بعد فترة كذا .. بينما لا تعلم كيف يتم ذلك ؟؟

إن برنامج المناعة ضد هذه الأمراض ستة لحسن الحظ لا يكلف إلا ٥ دولارات وهذه نعمة من عند الله .. تماماً كنعم الكثيرة المتزايدة التي تستغلها من دون أن نحس النعمة أو نشكر عليها ، ونحن نود أن نستغل هذه النعمة على - مستوى الإنسانية كلها كما تستخدم الإنسانية نعمة النظر تماماً ! ولو بذلت بعض الجهد المكثف فلن يكون هذا اليوم بعيد ..

إن من الأرقام التي تقف في أول القائمة التي توصم بها البشرية في أخريات القرن العشرين أن ٢٠٪ أو أقل من التعداد في بعض السكان العالم الثالث هم الذين حصنوا ضد هذه الأمراض .. أما الآخرون فمنهم من لا يعرف شيئاً عن هذا الذي تتكلم عنه .. ومنهم من فشل (أو فشل النظام الصحي) في إتمام مقرر علاجه .

ويعود فليست هذه العوامل الأربع من المعمودية بمكان ، ولا هي من الإجراءات المكلفة جداً ولا هي من التي تحتاج أنظمة معقدة أو أموال كثيرة لتطبيقها على أوسع نطاق فالمناعة بخمسة دولار .. والرضاعة الطبيعية هي ببساطة استخدام هذا الذي رزق الله به السيدات مع أولادهن - باوتوماتية ربانية - بدلاً من لبن آخر قد لا يستطعنه وبالتالي فهن لا يأمنه ولا يحببنه .. وجداول النمو قد لا تكفل نصف دولار .. وجرعة الارواء التي أصبحت موجودة بسهولة ويسر .

من نعم الله انه على قدر ما تعيش المصائب ، فإن حلولها من ايسر ما يمكن ان يتصور الانسان !! لك الحمد بالله

[١٣] التأمين الصحي .. المأزرق والمخرج :

يمكنا القول في بساطة شديدة إن مأزرق التأمين الصحي في مصر يمكن في أننا حولناه من فكرة إلى بيروقراطية .. تماماً كما عبر كاتب كبير من كتابنا في مسرحية (إدارة عموم الوزير) عما حدث لوزير يشرب منه الناس الماء حين أصابته البيروقراطية فإذا الأدارات تكثر من حوله حتى أصبحت له إدارة عامة بينما غاب الوزير نفسه .

في بينما كان هدفنا التأمين على كل المصريين عندما بدأنا نظام التأمين الصحي عام ١٩٦٤ ، وهي عملية كانت سهلة لوسائلنا السهل الصحيح ، إذا بنا نفرق في إنشاء مستشفيات وإدارات وفروع وتجهيزات طبية ومبان للقروء وتجهيزات إدارية ومجلس إدارة ... الخ) بينما لم تتم عملية التأمين الصحي نفسها ، وتحولنا إلى أن وصلنا إلى وضع يستحق أن ينظر إلينا المراقبون من خارج بلادنا نظرات الاشتراك حين يعلمون أننا وبعد ٢٣ عاماً من بدء فكرة ومشروع التأمين الصحي لم يصل عدد المترفعين عندنا حتى الآن إلا إلى ٧ % من مجموع المواطنين .

وطبعاً تم هذا [الأخطاء] على مراحل فقد تغير الهدف ليظل التأمين ١ مليون مواطن في عشر سنوات ، وأخيراً عدل الهدف ليقتضي تغطية ١٠ مليون مواطن حتى عام ٢٠٠٠ .

ومما لا شك فيه أنه لو كان أمر التأمين الصحي قد أوكل إلى أيدي غير طبية ، أيد إدارية أو قانونية مفتوحة فلربما كان هناك نظام آخر ربما على النحو السادس من النجاح الذي حققه التأمينات الاجتماعية ، ومعاش السادات .

وربما لا يزال الحل قائماً في أن تصبح هيئة التأمين الصحي مجرد هيئة قابضة تتولى عملية التأمين في إطارها العام لا في تفصيلاتها الدقيقة الكثيرة .. أى أن تقرع هذه الهيئة لعمليات مثل التعاقد مع المستشفيات لعلاج المؤمن عليهم ومراقبة هذه المستشفيات وإيقاظها المبالغ الكبيرة التي يمكن للمستشفيات بها تطوير مستوى خدماتها على أن تستقطع هذه المبالغ من حصيلة حساب علاج المؤمن عليهم .. بعبارة أهل الاقتصاد أن تحول هيئة التأمين الصحي إلى هيئة تمويل وتعاقدات فحسب .

وريما يكون السؤال المتبادر الآن إلى ذهننا ، وماذا نفعل بالمؤسسات الصحية التابعة للتأمين الآن ؟ الجواب بسيط .. فهذه تمثل بعض المؤسسات التي سوف تتعامل معها الهيئة [القابضة] للتأمين الصحي .. وعندما تعالج الهيئة المؤمن عليهم داخل مستشفياتها فهذا تعاقد مع [الداخل] الذي يصبح بمثابة القطاع العلاجي داخل هيئة التأمين الصحي ولا مانع أن يكون مؤسسة كاملة داخل المؤسسة بينما تعاقدتها على بقية المؤسسات الصحية هو تعاقد مع [الخارج] الفكرة ليست غريبة ولا صعبة ، ولها تطبيقات قائمة في مصر على صعيد الشركات التي لها صناديق تأمين صحية خاصة .. ولكنها مع ذلك تتطلب اقتناعاً واقتناعاً مكتفياً من الشعوب قد قبلت ورحت واستفادت من التأمينات الاجتماعية وأصبح يمكن عندئذ القول بأننا وضعنا الإطار العام لحل مشكلة العلاج عند المواطن العادي .

التأمين على الفلاহين :

على أن هذا الجانب ليس هو كل ما في الموضوع التأمين فنحن في كل ما حققنا حتى الآن من سياسات تأمينية لم تتعذر الإطار السهل أو الأسهل وهو التأمين على الموظفين ، بينما لم نقترب حتى الآن من نقاط التحدى الحقيقة بالتأمين على الفئات التي هي أحرج ما تكون إلى التأمين كالفلاحين مثلاً .. أو أصحاب الرزق المتغير كما يقول العامة .. ومن المدهش أننا جميعاً كأطباء نقف عاجزين أمام وضع تصوّر لضم مؤلاء إلى عملية التأمين الصحي ، بينما لم تجردنا من نظرتنا وانتبهنا إلى الأفكار العامة التي عندنا عن حياتنا العامة لوجدنا أن قطاعات كثيرة من الشعب قد قبلت ورحت واستفادت من التأمينات الاجتماعية وأصبح لها معاش .. الخ) من هذه التأمينات التي تقوم لها وزارة من أنشطتها وترتباً وهي وزارة التأمينات الاجتماعية .

هل نستطيع أن نتنازل عن شيء من الغطرسة البيروقراطية واحتقار الحديث باسم الصحة ، ونترك أمر صياغة التأمين الصحي على هذه الفئات لوزارة التأمينات الاجتماعية .. التي تتعاون بعد ذلك مع هيئة قابضة للتأمين الصحي ، تمولها وتستقبل خدماتها ؟ هذا حل يسير ولكنه يحتاج إلى أن يكون في هذا الوطن كثيرون من الذين يرغبون عن نسب الفضل إلى أنفسهم ، حينئذ يتحقق للوطن ازدهار كبير .

أم هل نستطيع أن نقنع أنفسنا بجدوى الاستفادة من تجربة وزارة التأمينات الاجتماعية في معالجة الموضوع ، والدعابة له وترغيب الجمهور ، والإفادة من قوام المؤمنين من الفئات المختلفة من غير الموظفين .

أم هل نستطيع أن نتعاون مع وزارة التأمينات ومع غيرها من المحليات على مد مظلة التأمين الاجتماعي والصحي في ذات الوقت مع بعضها إلى الفئات التي لم تشملها أحدى المظلتين حتى الآن بحيث يرون صورة من صور التأمين الشامل .

وقبل كل هذا فإن من الواجب أن نتساءل عما إذا كانت لدينا فكرة عن التجارب التي سبقتنا اليها دول أخرى في هذا المجال .

التأمين : المدفوع والمردود :

ربما أصبح من الأهمية بمكان أن نذكر في وضع درجات للتأمين الصحي بحيث لا يظن كل الناس أن الذى يدفع المبلغ الكبير لن يلقى من الرعاية إلا ما يلقاء دافع المبلغ الصغير .. وبحيث يمكن أن يكون هناك في هذا التأمين ذلك الاختلاف الذى جعله الله من طبيعة الحياة في كل صورها . وربما كان وضع نظم تأمينية مختلفة يختار منها المؤمن عليه إحدى صورها حسب طبيعة طموحاته ، ونظرته إلى مكانته الاجتماعية هو الحل الوحيد الذى يمنع من الآن الأمراض الاجتماعية التى ربما قدر لها أن تسود عملية أداء الخدمة في قطاع التأمين الصحى حين ينال كل مريض الخدمة تبعاً [لنفوذه] للاقىمة ما دفع في نظام قائم على تمويل أصحاب الخدمة للخدمة نفسها .

إذا لم ننتبه منذ الآن إلى هذه الحقائق في ظل انشغال التأمين بعملية البناء والإدارة وهى عملية لا تنتهي فما رجوا أن يكون لهذه الأفكار محل حينما يتحول إلى هيئة اقتصادية قابضة ومملوكة ومتابعة وباحثة عن التجديد في الأفكار والنظام بما يتواكب مع راحة الناس ومتطلباتهم الحقيقية ومع أمل هيئة التأمين الصحى نفسها في فريد من النجاح .

[١٤] بعض الحقائق عن التأمين الصحى في مصر :

تطور أعداد المنتفعين بالتأمين الصحى منذ إنشاء الهيئة (١٩٦٥ - ١٩٨٢)

السنة	عدد المنتفعين بالآلف	السنة	عدد المنتفعين بالآلف
١٩٦٥	٤٣٦	١٩٧٤	١٤٠
١٩٦٦	٦٠٢	١٩٧٥	١٤٥
١٩٦٧	٩٢٢	١٩٧٦	١٧١
١٩٦٨	١٠٨١	١٩٧٧	٢٥٧
١٩٦٩	١٢٥٥	١٩٧٨	٢٩٦
١٩٧٠	١٤٢٧	١٩٧٩	٣١٨
١٩٧١	١٦٥١	١٩٨٠	٣٦٨
١٩٧٢	٢١٦٨	١٩٨١	٣٧٩
١٩٧٣	٢٥٦٣	١٩٨٢	٤١٥

هذا بالإضافة إلى حوالي ٢٥ مليون منتفع يطبق عليهم نظام التأمين لاصابات العمل

تطور خطوط التأمين الصحى في مصر :

استطاعت الهيئة العامة للتأمين الصحى خلال السنوات العشر الأولى من التطبيق أن تمدد مظلة التأمين الصحى إلى حوالي نصف مليون منتفع معظمهم من العمال الخاضعين للقانون ٦٢ لسنة ١٩٦٤ إلا أن موظفى الحكومة ظلوا محروميين تقريباً حتى عام ١٩٧٥ حتى قدمت الهيئة مشروعها للعلاج التأمينى لهم ، والذى صدر به القانون رقم ٢٢ لسنة ١٩٧٥ .

ويبدأ تنفيذ المشروع في أول أغسطس ١٩٧٥ على حوالى ٢٢٠ , ٠٠٠ منتفع كمرحلة أولى في أربع محافظات ثم امتد التطبيق تدريجياً ليشمل معظم موظفي الحكومة في محافظات الجمهورية .

النسبة المئوية التي تستقطع من المرتبات سنوياً

البيان	الإجمالي	العاجل	تعويض العامل	حصة صاحب العمل	المجموع
	الأجر	الإجمالي	تعويض المجموع	العامل	المجموع
القطاع الحكومي	% ٤	% ١	% ٢	-	% ٣
القطاع العام	% ٤	% ١	% ٢	-	% ٣
القطاع الخاص	% ٥	% ١	% ٤	% ١	% ٣
أصحاب المعاشات	% ٢	% ٢	-	-	-
الأرامل	% ٢	% ٢	-	-	-

معدلات أداء الخدمة لمنتفعى الفادونين

البيان	١٩٧٥ لسنة ٢٢ ق	١٩٧٥ لسنة ٧٩ ق
متوسط المنتفعين لكل ممارس	٢٥٠٠	١٥٠٠
متوسط التردد السنوى للمنتفع على الممارس	٢ مرة	٥ مرات
نسبة التبليغ اليومى للممارس	% ٥	% ١,٥
نسبة التحويل للأخصائى	% ٢٦	% ١٧
متوسط التردد السنوى للمنتفع على الأخصائى	١ مرة	١,٥ مرة
متوسط الاقامة للحالة في المستشفى	٩ أيام	١٠ أيام
متوسط قيمة التذكرة المنصرفة من الممارس	١,٨٣٨ جنية	١,١٥٦ جنية
متوسط قيمة التذكرة المنصرفة من الأخصائى	٤,٠١٧ جنية	٢,٢٧٨٦ جنية

ملحوظة :

بلغ عدد المنتفعين بالقانون ٧٩ لسنة ١٩٧٥ قدره حوالى ١,٢ مليون منتفع وبالقانون ٢٢ لسنة ١٩٧٥ قدره حوالى ١,١ مليون منتفع متوزعين على جميع محافظات الجمهورية .

تكلفة المنتفع سنوياً من واقع قطاعي ببيانات شمال وغرب الدلتا (عام ٨٠ / ٩٦)

البيان	١٩٧٥ لسنة ٢٢ ق	١٩٧٥ لسنة ٧٩ ق
مليم جنيه	مليم جنيه	مليم جنيه
الممارس العام	٠,٦٢٤	١,١٥٧
الأخصائى	١,٤٦٧	١,٨٦٤
دواء الممارس العام	٠,٧٧٣	٢,٢٧٦
دواء الأخصائى	٢,٠٤٦	٤,٠٦٤
تكلفة العلاج داخل المستشفى	١,٢١٣	١,١٠٨
عناصر تكلفة أخرى	١,٥٥٨	١,٨٠٢
إجمالي متوسط التكلفة	٧,٩٩١	١٦,٢٧١

**متوسط تكلفة المتنزع الواحد من أرباب المعاشات
بفرع شمال وغرب الدلتا (عام ١٩٨٢ / ٨١)**

بيان التكلفة	متوسط التكلفة بالجنيه
أولاً : (ا) تكلفة العلاج خارج المستشفى	
تكلفة خدمة الممارس العام	١,٤٧٢
تكلفة خدمة الأخصائي	١,٧٣٥
(ب) تكلفة الدواء خارج المستشفيات	
تكلفة ممارس عام	٤,٥٨
تكلفة أخصائي	٢٥,٦٩٠
اجمالي تكلفة العلاج خارج المستشفى	٢٢,٤٨٦
ثانياً : تكلفة العلاج داخل المستشفيات :	
المستشفيات المملوكة	٧,٦٠٩
المستشفيات النوعية	,٨٥١
اجمالي تكلفة العلاج داخل المستشفيات	٨,٤٦٠
ثالثاً : تكلفة العلاج خارج الجمهورية	,٣١٦
رابعاً : تكلفة الأجهزة التعويضية	,٢٦٠
خامساً : تكلفة المصروفات الإدارية	١,٢٢٦
متوسط تكلفة المتنزع في السنة	٤٢,٧٤٨

[١٥] الطب والافتتاح : نمط المستشفيات الاستثمارية .

تحتفل - إلى حد كبير - انطباعات جمهور الأطباء عن المستشفيات الاستثمارية الجديدة فبينما يرى كثير منهم أن هذه المستشفيات هي التي أنقذت الطب في مصر فإن كثيرين منهم يرونها مسؤولة عن جزء كبير من الدمار (!!) المحيق بالخدمة الطبية في مصر .

وبعيداً عن الانتيماء والمذاهب السياسية فإنه يمكن التحرر من كثير من الانطباعات الموجهة للاقفادة من تجربة خضناها بالفعل وترك بعض الآثار على الاقتصاد القومي والمجتمع .

فعل حين كان بعض الناس يظنون أن المستشفيات الاستثمارية الجديدة سوق تحل كل المشكلات التي كان النظام الطبي المصري يواجهها ، إذا بهم يجدون هذه المستشفيات في مجلتها عاجنة عن تحقيق النجاح بل والحد الأدنى من النجاح في كثير من الأحوال ، وقد أعلن الاقتصاديون أن نسبة الربحية في هذه المستشفيات (تراوحت ما بين ٢٠٪ و ٦٦٪) هذا في المستشفيات الرابحة علماً بأن هناك مستشفيات لم تستطع تحقيق ربح على الأطلاق وبلغت خسائر واحد من هذه المستشفيات ٢٨٪ من رأس المال المدفوع ونشأت من جراء هذه المستشفيات عدة مشكلات وظواهر اجتماعية واقتصادية هامة ، فقد تبين للناس حقيقة ارتفاع تكاليف المعدات الهندسية والطبية وسوء استخدامها ، ووضوح للجميع بما لا يقبل محلال للشك وجود أنماط من العلاج غير مناسبة على الأطلاق لظروف المجتمع المصري الذي لم تتم فيه بعد روح التأمين ، ولا شروط الرأسمالية ولا الالتزام الإسلامي أو الاشتراكي .

وعلى الصعيد المهني فقد اتضحت المبالغة في الاعتماد على نظام علاج داخلي . (وهو التعبير الذي يطلق على العلاج داخل) أو على (أسرة المستشفيات) بدون الحاجة إليه للالتشغيل المستشفينات وهي القضية التي عبرنا عنها في الفصل الخاص بمستقبل الطب الإسلامي تحت مفهوم أن الطب مهنة لا يجوز أن تحكم فيها اقتصاديات العرض والطلب ... وعبرنا عن الجانب الآخر من هذه القضية في الفصل الذي عنوانه ، تقييم كفاءة الخدمات الطبية ، على ضوء حقيقة أن بعض المنشآت التي قامت من أجل تقليل دورة السرير أضحت تزيد في هذه الدورة لترفع من نسبة الإشغال التي تعقد عليها دخولها .

ولم تنجح المستشفيات الاستثمارية من المبالغة في استخدام العمالة الأجنبية ، وهو الخلق الذي صادف في السنوات الأخيرة قبولاً مصرياً حتى على مستوى الخدمة المنزلية ، وربما تحتاج هذه الظاهرة إلى مزيد من التفسير والانتشار حتى تنتجه إلى خطورتها ، ونبأ عند ذلك نحس بضرورة التفكير في إعادة النظر في تخطيطنا للقوى البشرية .

وعلى صعيد اقتصاديات الخدمة الصحية فقد وضع مدى الاعتماد الزائد على القروض في إنشاء هذه المستشفيات ، وربما كانت دراسات الجدوى غير الدقيقة هي المسنون الأول عن مثل هذا الاندفاع إلى الاقتراب الذي أصبح يمثل اليوم السيف المسلط على اقتصاديات هذه المستشفيات .. ومع هذا فإن الانصاف يقتضيان أن نقول إن تحويل هذه الأموال إلى أصول ثابتة كان انجازاً ، وأن التجهيزات التي تعت أيام كان الدولار لا يزال أقل من ثلث سعره اليوم هي الأخرى إنجاز ، وإن فرص العمل التي وفرتها هذه المستشفيات والتي بلغت حوالي ٢٢٠٠ فرصة عمل (مجموع أجورها أكثر من خمسة ملايين) هي إنجاز ثالث .

وهذه المعلومات التي نستقيها من دراسة هامة لهيئة الاستثمار درست فيها نتائج ستة عشر مشروع استثماري للعلاج تعطينا أبعاداً كثيرة لفهم المكانة التي لهذه الكيانات الصحية في مجتمعنا الذي ربما كان وما زال حريصاً على وجود مثل هذه المستشفيات . ويمكن تلخيص الأساليب المشجعة لعملية الانتشار هذه إذا ما استوعبنا مدى حاجة المريض (القادر) إلى حمايته من الاستغلال غير الإنساني في العيادات الفردية (الغلقة) أو مستشفيات العلاج بالخارج التي لن تتوفر له من الخدمة قدرًا يتوافر مع ما قد يقدمه من قيمة مادية .. وتقدم مستشفياتنا الجديدة بالطبع المكان المناسب للخدمة الطبية بما يساعد الدولة في تحقيق استراتيجيتها الصحية حتى لو عجزت إمكاناتها عن الوفاء بالأجهزة المطلوبة (والجرعات) المناسبة من العلاج والفحوص . وربما كان الانطباع السئ الذي يقابل الجمود في مستشفيات الدولة هو الذي يلعب الدور الأكبر في دفع الناس إلى هذه المستشفيات .

على أن الصورة الأكثر جمالاً لهذه المستشفيات هي تلك التي يرسمها الدكتور عبد المنعم حسب الله وكيل كلية طب القاهرة السابق ومدير المركز الطبي للمقاولين العرب منذ إنشائه حين شبه هذه المستشفيات والخدمة فيها باللوحة الجميلة .. تقتنيها بشمن هو أضعاف ما فيها من مواد خام ولكنك تشتري الفن إن جاز هذا التعبير ، وربما كانت هذه هي الصورة التي يتعانها الناس للمستشفيات الاستثمارية ، وربما كانت هذه الصورة - من باب الانصاف - متحققة في كثير من الواقع حتى الآن .

وفيما يتعلق بأبرز إيجابيات المستشفيات الاستثمارية ، وهو الأسرة المضافة فإن الدكتور أمين الجمل الوكيل الأول لوزارة الصحة (سابقاً) قدرها بالفني سرير في حدديث مع الاستاذ وجدى رياض : - الاقتصادى أغسطس ١٩٨٥ ، وهذه الأسرة أضيفت بدون دعم ، بدون أن تتحلل الدولة أى تكاليف ، وهي كذلك لا تستفيد من أى دعم سلفى أو خدمات وسيطة ، وتعامل بلا مجاملة في الماء والكهرباء والغاز وكل شيء .. وإن كانت تتفق من الضرائب والجمارك لمدة خمس سنوات (أوسع) من بده التشغيل . وهذا تتضح لنا صورة - شبة شاملة - عن هذا القطاع الهام من الخدمة الطبية ، الذى لا بد لنا أن نعمل دائمًا على حثه على التطور ومساعدته على هذا التطور لأن الارتفاع به يرتضى بالطبع بكل مؤسساتنا الطبية على نحو ما تفعل القدوة في حياة المجتمعات ، وهي حقيقة هامة ربما كان لها أثراً واضح في كثير من التطوير الذي أصابته مستشفياتنا بالموازاة مع إنشاء هذه المؤسسات الطبية الجديدة .

[٦] بعض الحقائق عن العلاج الخاص في مصر

□ في دراسة الاهرام الاقتصادية (أغسطس ١٩٨٥) تبين أن حجم الإنفاق على العلاج الخاص هو حوالي ٢٠٤ مليون جنيه من مجموع الإنفاق الكل على العلاج في مصر والذي يبلغ حوالي ٤٧٨ مليون جنيه .. اي أن نسبة العلاج الخاص إلى الإنفاق الكل حوالي ٦٠ %

□ يظهر التفاوت في تكلفة السرير في المستشفيات الاستثمارية حيث يتراوح مابين ٤٩٠٠ جنيه إلى ١٢٠٠ ألف جنيه كما يتضح من الجدول .

□ يبلغ عدد المستشفيات والمستوصفات في مصر وقت اعداد دراسة الاهرام الاقتصادي وحسب البيانات المنصورة ٧١٥ منها ٢٦٥ مستشفى خاص . ٤٠٠ مستوصفا (طبعا هذا هو الذى يحمل ترخيصا) في القاهرة وحدها ٧٢ مستشفى خاص و ٢١٥ مستوصفا ، يليها الجيزة (٣٥ مستشفى + ٥٢ مستوصفا) ثم الاسكندرية ٢٧ مستشفى خاص و ٥١ مستوصفا .. وفي الدقهلية عدد كبير من المستشفيات الخاصة (٦٤ مستشفى) بينما تتمتع الغربية بعدد ضخم من المستوصفات ٢٦ مستوصفا ز

□ في مصر ١٢٤٥٥ عيادة خاصة .. جنوب سينا ، لا يوجد بها عيادة واحدة خاصة وفي القاهرة ٥٣٠٠ عيادة خاصة يليها الاسكندرية ٢٠٠٠ عيادة خاصة ثم الجيزة الف عيادة خاصة ، الدقهلية من اكثر محافظات الوجه القبلي والبحري وبها ٤٦٩ عيادة خاصة يليها الشرقية والبحيرة في كل منها ٤٠٠ عيادة خاصة .

□ اجمالي الاسرة في مصر حوالي ٨٩ الف سرير ، اي بمعدل سرير واحد لكل ٥٠٠ من السكان . اسرة وزارة الصحة تمثل ٦٤,٨ % من مجموع الاسرة يليها الجامعات ١٣,٤ % ثم القطاع الخاص ٢,٧ %

□ اسعار الاقامة في جناح بالمؤسسة العلاجية مابين ٦٠ جنية في مصر الدولي ١١ جنية . في المقاولون مابين ١٠٥ إلى ١٧٥ جنيها ، في مستشفى السلام بالمهندسين ٧٥ جنيها ، أما الحجرة الخاصة الممتازة فهي تكلف المريض ١٦ جنيها في المؤسسة العلاجية ، مابين ٥٥ إلى ٦٥ جنيها في مصر الدولي ٥٠ جنية في المقاولون العرب ، مابين ٤٠ إلى ٣٥ مابين ٣٥ متستشفي السلام بالمهندسين زاما الغرفة المشتركة فهي ٨ جنيهات المؤسسة العلاجية ، ٢٠ جنية في مصر الدولي ، ١٨٠ جنية في المقاولون ، ١٨٠ جنية في السلام بالمهندسين .

العنوان	رأس المال (الف جنيه)	التكلفة الاستثمارية (الف جنيه)	التجهيزات (الف جنيه)	عدد الاسرة متوسط تكلفة والسرير (الف جنيه)
١ - مستشفى مصر الدولي	٣,٠٠	٥,٥٠٠	١,٦٥٠	٧٥٥ غرفة
٢ - مستشفى القاهرة التخصصي	١,٥٠٠	٤,٥٠٠	١٠٠	١٠٠ سوبر
٢ - مستشفى السلام الدولي	٢٠,٣٠٠	٢٤,٥٠٠	٨,٠٠٠	٧٣ ٣٣٦ سوبر
٤ - مستشفى السلام بالعجزة	١,٠٢٥	٢,٠٠٠	٢١٠	٢٠ ١٠٠ سوبر
٥ - مستشفى المقاولون العرب	٧,٠٠٠	٧,٠٠٠	١,٩٥٠	١٠٠,٤ ٢٥٠ سوبر
٦ - مستشفى دكتور ضياء سيف الدين	٣٥١	٧٠١	٢٢٠	
٧ - مستشفى دكتور عزيز فام	٥٧٥,٥	٥٧٥,٥	١٢٠	
٨ - مستشفى دكتور شاكر	١٥٠	٢,٠٧٥	٧٩٦	٤٢,٣ ٤٩ سوبر
٩ - مستشفى دكتور احمد رفعت	٢٩١	٣٦	١٢٤	٦,٤٨٨
١٠ - مستشفى دكتور بدران	١٠٠	١٠٠	٣٠٠	٦٠
١١ - مستشفى الهلال الابيض	٢٣٥	٣٩	١٠٠	٨٠
١٢ - مركز القاهرة للاشتعة	٩٢	١٧٨٢,٥	١٧٨٢,٥	١١٢٧,٥
١٣ - مركز الفحص الطبقي المحوري للمخ	٤٠٨	٤٥٠		١٩٨
١٤ - معهد القاهرة للاشتعة	١٥٧	٥٧٨		٥٤٥

بعض الحقائق عن العلاج بالخارج

اتبعت الدولة منذ منتصف السبعينيات مبدأ اتاحة الفرصة للمواطنين بالخارج وفيما يلي بيان باعداد المسافرين الى الخارج للعلاج خلال ٨ سنوات

□ وفي تقرير مجلس الشورى احصائية عن العلاج على نفقة الدولة وهو ما يشمل العلاج بالخارج والداخل : -

علاجي الداخلي باجر	علاجي خارج الجمهورية	عدد	نفقات	متوسط نفقات الفرد
٤٩٥٨	٢٨٧	١٢,٢٢٦,٤٤٢	١٢,٢٢٦,٤٤٢	١٤٦٧ جنية
٢٨٧		١,٢٢٦,٥٠٠	١,٢٢٦,٥٠٠	٤٢٧٣ جنية

□ وتشير عبارات تقرير مجلس الشورى الى حقيقة هامة : –
فالدولة تخصص للفرد في موازنتها العامة اقل قليلاً من ثمانية جنيهات بينما تتفق على عدد من المواطنين يقلون عن
خمسة الاف مايزيد على ١٢ مليون جنيه بمتوسط حوالي ٢٥٠٠ جنيه للفرد ، كما تتفق على عدد اقل من ثلاثة فرد مايقرب
من مليون وربع جنيه بالنقد الحر بمتوسط يزيد عن اربعة الاف جنيه للمريض .
وتقضي العدالة اعادة النظر في هذا الوضع ، ولكن احدا لا يستطيع ان يكتفى في النظر الى هذا الموضوع بمثل هذه الرؤية
السريعة .

أعداد المسافرين الى الخارج للعلاج ١٩٧٤ - ١٩٨٢

السنة	للعلاج على نفقتهم الخاصة	المسافرون للخارج على نفقة الدولة	المجموع
١٩٧٤	٨	٢٤٠	٢٤٨
١٩٧٥	٢١	٤٢٤	٤٥٤
١٩٧٦	٢٠	٣٩٠	٤١٠
١٩٧٧	١٢	٢٦٥	٢٧٧
١٩٧٨	٨	٢٩٣	٢٧١
١٩٧٩	٧	٢١٠	٢١٧
١٩٨٠	٩	٢٧٧	٢٨٦
١٩٨١	١٢	٤١١	٤٢٣
١٩٨٢	١٢	٣٤٤	٣٥٧

ملحوظة سنة ١٩٨١ هي بداية عمل المستشفيات الاستثمارية
المصدر : الاهرام الاقتصادي ، اغسطس ١٩٨٥ .

● أثرت أن أضع أمام القارئ بعض الحقائق عن العلاج بالخارج في نفس الاطار الذي يضم الحقائق الخاصة بالعلاج في المستشفيات الاستثمارية ، وليس من شك ان ظاهرة العلاج في الخارج تحتاج دراسة متأنية من النواحي الفنية والاجتماعية والاقتصادية ربما أكون قادرا في المستقبل على القيام بها ، ولهذا افاني أمل أن تلقى المعلومات المنتقدة بعض الضوء على القضية .

الباب الثالث : الأطباء .

[١٧] هل الأطباء طبقة رفيعة ؟

لا يزال الناس يتناقلون أن مهنة الطب تعود على صاحبها بالسعادة ، ويلخصون مظاهر هذه السعادة في خمسة مظاهر تبدأ كلها بحرف العين : العروسة ، والعيادة ، والعمارة ، والعزية ، والعربية (أى السيارة) .

ومع أن الزمن قد تغير ، وأصبحت العيادة عبأ يستلزم مثلاً بيع عزبة الآب أو عمارة ، وأصبحت السيارة شيئاً من ضرورات الحياة لا من كمالياتها كما تعتقد بعض الحكومات التي تجد اللذة والحل في رفع سعر الوقود حيناً بعد حين ، ومع أن العمارة والعزية - وكلاهما من نوات العائد الثابت - أصبحتا من أسوأ صور الاستثمارات فيما يتعلق بالعائد من وراء اقتنائهما .. على الرغم من ذلك بقيت العيون الخمسة محطة أنظار أصحاب المهنة السامية .

فيما قبل الثورة وفيما بعدها كذلك كان عدد الأطباء قليلاً جداً ، وكانوا لهذا السبب يحتلّون مكانة رفيعة في المجتمع الاجتماعي ، ولكن الثورة نفسها هي التي فتحت الباب لابناء الشعب إلى التعليم الجامعي في مختلف كليات ومنها الطب ، وبدأت أعداد الأطباء في التزايد ، ولكنه كان من نوع التزايد الذي يذوب في بحر الحاجة الملحة والمتعلقة به .. والمنحنى يرتفع حتى يقارب نقطة التشبع ثم يتعداها ، ومع هذا تبقى مشكلة الطبقية الطبية .

هل يؤمن الطبيب في مجتمعنا أنه بمارسته لمهنته هذه يرتفع عن الناس في سلم الإنسانية درجة أو بضع درجات ؟

هل يعتقد الطبيب أنه ينبغي للبشر أن يعاملوه معاملة تختلف عن معاملتهم ببعضهم البعض ؟

هل يظن الطبيب أنه ينبغي لنجاحه في مهنته وفي أدائه لوظيفته في المجتمع ، أن تكون له مكانة في كيان المجتمع ترتفع عن المكانة التي هي له كفرد أو كإنسان ؟

هذه هي الأسئلة التي تحتاج إلى تفكير ومصارحة ، قبل أن تكون في حاجة إلى تقرير ومكافحة !

ويادىء ذى بدء ينبغي لنا أن نجيب عن عدد من الأسئلة :

١ - هل يمكن الفصل بين المكانتين المادية ، والمعنوية في صياغة المكانة الاجتماعية للفرد في المجتمع ؟ أى هل يمكن أن يحتل رجل فقير بسيط مكانة اجتماعية محترمة حتى لو لم يكن له من المستوى العادى ذلك القدر الذى يتوفّر لمن يحتلّون المكانة الاجتماعية المحترمة في المجتمع .. بعبارات تطبيقية : هل ينظر مجتمعنا إلى رجلين أتوا من العلم قدراماً مقارباً ، نظرة واحدة ، إذا ما اختلف مستواهما المادى ، وبخاصة الظاهر ؟

إذا نجحنا في أن نصل بالمجتمع إلى الحد الذى يكون فيه تقديره لأشخاصه بعيداً عن عنصر المظهرية المادية ، فسوف نسعد ونحن نتأمل الإجابة على هذا السؤال ، وإذا لم يكن هذا شأننا فمن الواضح أن قسوة المجتمع على نفسه سوف تنتقل لفسدة العلاقة ذات الأطراف الأربع بين الطبيب والطب والمريض والمرضى !

٢ - هل يمكن أن يتقبل أفراد طائفة ما التنازل عن موروثات تحمل بعض الميزات لطائفتهم من دون أن يجرّهم الفوضى العام على هذا التنازل ؟

● نشر هذا الفصل كمقال في مجلة « الروتاري » للمنطقة ٢٤٥ ، ونشر الفصل الثاني (الفصل الثامن عشر) في مجلة « الأطباء » التي تصدرها النقابة العامة للأطباء في مطلع ١٩٨٧ تحت عنوان : نظامنا الطبي إلى أين ..

ربما كان هذا السؤال وارداً حين كانت الحياة تسير بيقاع أبطأ ، أما اليوم فإن الحياة تضطر الناس جمِيعاً إلى هذا التنازل ! ومع ذلك تبقى المشكلة في المجتمعات التي لم يتتسَّر فيها يقَاع الحياة بعد ، كالريف والمناطق النائية .. هناك تجد الأطباء لا يزالون يحتفظون بشيءٍ من أبهة الماضي في تحركاتهم ... وفي إقامتهم كذلك ؟

٢ - هل تستطيع الدولة أن تتنبئ إلى مسؤوليتها عن توفير حياة هانة لعدد من الناس (ليسوا هم الأطباء فحسب) ، وليس كل الأطباء منهم (يقتضي حرصها على هناء الشعب كله أن يكونوا هم في البداية في راحة من البال) .

وقد تعتد مظلة هذه المسئولية إلى طوائف كثارة من الموظفين العموميين ، وهذا صحيح ، وقد يكون مقياساً جيداً على نجاح الدولة في إقامة كيان ببرور قاطني سليم وفعال ، ولكن الذي لا شك فيه أن دولة تعجز عن اراحة بال العدد القليل من أطبائِها القائمين بالخدمة العامة المباشرة ليل نهار (ولنقرأ مقال .. نظامنا الطبي .. إلى أين) ، هي دولة قد تجاوزت حدود المعقول في فشلها عن اثبات مقدرتها على خدمة جمهورها ، وهو الحال الذي لم نصل إليه بحمد الله بعد !

٤ - هل يتقبل المجتمع الخدمة الطبية إذا أنتهت في بساطة بذات القدر الذي يتقبلها به إذا جاءته في كهنوت ؟ وبعبارة أخرى هل يكون المريض سعيداً بالطبيب المتواضع الذي يأتيه من فوره ، ويقرؤُن زهيدة ، ويصف له الدواء رخيص الثمن ، ويسأل عنه في اليوم التالي ، ويقطّع باعطائه الحقيقة ، ولا يجد حرجاً في أن يتولى بنفسه قياس الضغط والحرارة الخ ..

هل يكون المريض سعيداً بهذا الطبيب بذلك القدر الذي يسعد به حين يتولى علاج نفس الحالة طبيب فيه من الغطرسة أكثر مما فيه من الطيبة ، أو على الأقل فيه من الاعتزاز بالنفس أو اظهار الانشغال بأمور كثيرة (حتى ولو لم تكن طيبة ولا عاجلة) ، لا يأتي إلا بعد الحاجة وواسطة ومال كثير ، وإذا أوصى بأدوية كانت مرتفعة الثمن ، وهو لا يسأل عن مرضيه أبداً ، ولا يكلف نفسه اعطاء محلول ولا حقنة ، وله مساعد يربط جهاز الضغط ، ويقيس بالترمو متدرجة الحرارة ، ويحمل عن طبيبه الحقيقة ويركب معه في المقعد الخلفي من السيارة .

هذا مثل بسيط ولكنه يتكرر في حياتنا بصورة أخرى : ليس من اندرها صورة الرجل المثقف الذي يعرف أن (البروبياجندا) فلسدة مفسدة ، ومع هذا يصمم على أن يعالج نفسه عند الطبيب ذي (البروبياجندا) عن أن يعالج عند الطبيب المشهود له بالعلم والتوعي عن هذه البروبياجندا الكاذبة .. وليس من اندرها أن تحفي قدم أب (يعمل في التجارة ويطبع إلى مكانة في عالم السياسة والمجتمع) وراء وزير الصحة ليكون هو الذي يجري " سلية لأبنته حتى إذا جلس بين الناس اظهر امتعاضاً من المرض ، وروى لهم أن الوزير لم يقبل أجراً على عملية الزائدة التي فاجأت ابنته المسكينة !

[١٦] الأطباء في نظامنا الطبي .. إلى أين ؟؟

تعتمد بعض النظم الإدارية حتى تلك التي تتعلق بالنظم الإدارية لدولة بأكملها على كفاءة النظام بغض النظر عن كفاءة الأشخاص الذين فيه ، وتتصوّر هذه النظم قواعد عملها بحيث يمكن لها أن تتغلب بفضل مافيهما من مرونة وفاعلية على القصور الذي يمكن في قدرات الأشخاص أو مقدرتهم على مواجهة الجذئيات الصغيرة .

هل أصبح نظامنا الطبي في مصر المعاصرة واحداً من هذه النظم ؟

أم هل أصبح نظامنا الطبي أبعد ما يكون عن هذه النظم ؟ في الحقيقة إن الإجابة بالنفي هي أصدق الإجابات على كل المسؤولين ، ولكن هل ينفي هذا عن نظامنا الطبي أنه نظام ؟ في الغالب أن الإجابة مرة ثالثة بلا قد تكون هي الإجابة العتي !!

ولاشك إننا صفت نظاماً طبياً في الستينيات كان ناجحاً جداً بمقاييس النجاح وقتها ، ومن الظلم الشديد لأنفسنا أن نحكم على هذا النظام بالفشل اليوم لأنَّه لم يعد قادرًا على اثبات نجاحه وسط تقدمات هائلة في العالم كله وجدت طريقها إلى الوجود في داخل وطننا بارادتنا سواء كانت حرمة أم عاقلة أم طموحة أم مدفوعة إلى مسايرة التطورات الحديثة في العالم الذي لا يقتسم بشيءٍ قدر ما يتمسّ بالتطور السريع .

من الصعب اذن ان نناقش ظامنا الطبي اليوم من دون ان ثبت لانفسنا اتنا نجحنا في الستينات في اقامة صرح طبى ممتاز بمقاييس ذلك العصر ، ونحن لا نريد بهذا ان نرضى انفسنا ولا ان نرضى الستينات بقدر ما نفدي من هذا في محاور ثلاثة : -

المحور الاول : هو الاستفادة من الفعاليات التي ساعدت على قيام هذا النظام .

المحور الثاني : هو الاستفادة من الفعاليات التي ساعدت هذا النظام على قيامها .

المحور الثالث : هو الاستفادة من الخبرة التي نشأت عندها بعد هذا النظام في مكافحة المرض كواحد من الثالث الذي جعلنا مدفنا محاربته قبل الثورة وبعدها .

وقد يكون من الاممية بمكان ان نناقش هذه المحاور في ضوء العناصر الاساسية للخدمات الطبية متمثلة في المستشفيات ووسائل العلاج والافراد القائمين عليه .

وبقدر ما تلعب العوامل الاقتصادية دورا هاما في التأثير على ميزانيات المبنى والتجهيزات والمصروفات الجارية في مجانية العلاج والدواء فان العوامل الاجتماعية هي صاحبة الكلمة الاولى في بناء الافراد العاملين في الطب .

ومن العجيب ان هذه العوامل مع تعقيدها واحتمال تناقض مكوناتها قد حفظت لنظام الطبي المصرى في السبعينات وحتى الان كثيرا من ماء الوجه .

وعلى سبيل المثال فان العائد المادى من مهنة الطب بالنسبة للخريجين الشبان لا يبلغ ولمدة ١٥ عاما عشر العائد المادى لاقرانهم الذين تناهى لهم فرصة العمل فى شركات الافتتاح سواء كانوا مهندسين او محاسبين .. الخ ، وحتى في المستشفيات الاستثمارية التي تمثل النمط الانفتاحى في الطب والخدمات الطبية فان الاطباء يبقون بحكم قوانين جامدة في وزارة الصحة وفي دراساتهم العليا في قاع المرتبات حتى تحت مهنة التمريض والمهن المساعدة للأطباء على الرغم من ان الجهد الذى يبذله الاطباء في المتوسط اعلى بكثير من الجهد الذى يبذله اقرانهم ، وعلى الرغم من انها مسئولية انسانية عظيمة تقع على عاتق طبقة النواب الشبان قد لا يكون هناك ما يماثلها من مسؤوليات في الطوائف الأخرى .

وعلى الرغم من هذا العائد المادى الضئيل جدا لم يتراجع الاقبال على كلية الطب عند المنبع ، اي عند مكتب تنسيق قبول الطلبة بالجامعات ، ويقيت الطب في القيمة كما كانت منذ احتلت مكانة الهندسة والفنية العسكرية في نهاية الستينات في القسم العلمي ، او ظلت على قمة شعبة العلوم بعد نظام الشعيتين الذى تم تطبيقه في عام ١٩٧٧ .

هذه النقطة بالذات تعطينا املأ كبيرا في ان جزءا كبيرا من مكونات الانفعالات والتفاعلات في مجتمعنا لا يزال مرتبطة بعوامل اجتماعية تتغلب على العوامل الاقتصادية التي يظن البعض ان بامكانهم تأسيس الصورة الجديدة للمجتمع على اساسها فحسب !

هل نعود من هذه النقطة الى مقدمة هذا المقال لتتأمل الحال الذى وصل اليه نظامنا الطبي اليوم بحكم المؤشرات الاجتماعية .

ولتأمل طبقة النواب في مستشفى جامعى وهم في اعلى مكانة بين الخريجين ، وهي طبقة لا تبلغ في احياء الجمهورية كلها في العام الواحد اكثر من ثلاثة طبيب ، هؤلاء مطالبون بان يعيشوا الليل نهارا في مستشفياتهم . وان يتولوا العلاج في الاقسام الداخلية ، والمساعدة في العيادات الخارجية والعمليات الجراحية او التشخيصية وتسيير العمل بالاقسام ليلاحين لا يكون هناك غيرهم هم وبعض اطباء الامتياز .. باختصار هؤلاء هم الجنود المرابطون وان لم يكونوا الجنود المجهولين لأن كل الناس تعرف لهم فضلهم . وهم بعد هذا كله يتقاضون مرتبات في حدود الستين جنيهها ومهمها ارتفع فانه لا يبلغ مائة جنيه شهريا عليهم ان يدربوا منه نفقات معيشتهم (ومع ذلك فبعضهم يتزوج ويكون مسؤولا عن فتح بيت واغلاق افواه) ونفقات دراستهم للماجستير وبحثهم العلمي ! في الرسالة التي عليهم ان يتقدموا بها قبل ان يكونوا مؤهلين لامتحان الماجستير ، ونفقات التعلم الطبى المستمر في شراء المراجع والكتب التي من دونها يصبحون أقل مستوى من الطلبة الذين لا يزال عندهم الوقت ليسمعوا الاساندزة على مهل !!

ومع هذا كله فانك تجد معظم هذه الطبقة في حالة من الانتعاش الممتاز على الرغم من انهم لا يمارسون اي عمل اضافي بحكم انشغال وقته كلية في اعمال المستشفى .

ومن السهل ارجاع ذلك الى مساعدة الاهلين لهؤلاء ، وهم في الالغى من ابناء الاساتذة ، او من النواب الذين استطاعوا بفضل بيوت ممتازة من قبل ان يواصلوا التفوق حتى النهاية (على الرغم من ان هذا التفوق ليس هو التفوق الحقيقى وانما هو

تفوق تحصيلي يعتمد على المثابرة ومحاباة النفس بشرها ويخيرها كذلك) ولهذا فإن النظام الطبي المصري لا يتحمل نفقات جنوده المرابطين أبداً وإنما يتحملهاه بعض الأهالى فى مقابل سعادتهم بالمركز الاجتماعى المأمول ، او بمصرف النظر عن امكانية تحقق هذا الامل من عدمه ، فان شراء الامل فى حد ذاته امر مشروع .

ولكن هل يدفع نظامنا الطبى اليوم ثمن تخليه عن قيامه بواجبه نحو جنوده المرابطين على الرغم من ان هذا الواحد يحد من يقوم به ؟؟

هذا هو السؤال الذى ينبغى لنا ان نتعقمه اذا اردنا الاصلاح !!

وهانحن نعود الى فعاليات النظام الطبى في الستينات : في المحور الاول نجد قدرة الدولة على مجازاة موظفيها تساعدها على اجتذاب افضل العناصر لوظائفها بينما هي اليوم في كثير من وظائفها غير قادرة على هذا الا ان تأتى افضل العناصر من تلقاء نفسها لأنها تعتقد (حقاً او باطلأ) ان في هذه الوظائف المستقبل المنشود .

ومن المحور الثاني نجد طائفة من العياقر من ابناء الطبقات التي لن تفتح لها فرص متكررة في كل مرحلة من مراحل التعليم في ظل تأثير الاقتصاديات علي التعليم (وليس على التعليم فحسب) وقد ذهبت هذه العبريات المنتظرة من دون ارادتها ومن دون انتباھ المجتمع بعيداً عن موقع تحتاجها سواء كان هذا بارادتها او رغم ارادتها .

وسوف نجد انفسنا بعد ذلك امام خبرة تتضاعل في ارتباط المجتمع بالطب رغم ما قد يقوم به الاعلام في هذا المجال من جهد يتضاعف اثره مع انتشار الواسع الذي لقيه الاعلام في السنوات الاخيرة على كل المستويات .

ويكفي تلك الكلمة التي يقولها مواطن مقهور في الشارع المصرى ان دخول مستشفى (..) الجامعى يحتاج الى واسطة !! مع ان الامر عكس ذلك تماماً او في الغالب على اقل تقدير .

[١٩] تربية القوى البشرية في المنشآت الصحية

على الرغم مما توافر بلادنا في الفترة الأخيرة من منشآت صحية ، فإن جوهر الخدمة الطبية لم يتحسن بذات القدر الذي كان متوقعاً مع الطفرة الشديدة التي أصابت المباني والتجهيزات التي ضمتها هذه المباني . بل على العكس، من ذلك فإن الناتج النهائي أصابه قدر كبير من التدهور .

ولا يمكن تفسير ذلك على أي وجه من الوجوه إلا أن يكون هذا الوجه هو التدهور الذي أصاب العنصر البشري في العملية الصحية ، والعنصر البشري تعبر عاماً ومحدد في أن واحد ، يرافقه عناصر الخدمة الطبية بدءاً من الأطباء ومروراً بالممرضات والفنين وموظفي الادارة الطبية في جميع نواحيها حتى أقسام الحسابات وشئون العاملين .

ولكن هل حقيقة أصاب هذا العنصر بنيكتسات ملحوظة وحقيقة في ذات الوقت الذي أصبنا فيه التجديد والتطوير والتزويد بالأجهزة الحديثة والمستحدثة في شتى فروع الطب .

سؤال تسهل إجابته بالإيجاب ، وتصعب إجابته بالنفي ، ولكن فيما بين ذلك تتضح كثیر من الأمور التي ترتبط بفهمها طبيعة التدهور وأسبابه .

على أن أول الملاحظات التي ينبغى لنا أن نتوقف عندها لالتنفيذ ولالتنبیه ولكن لنذكر أنفسنا بها ، هي أن التدهور الذي أصاب العنصر البشري في خدماتنا الصحية ، لم يكن إلا انعکاساً للتدهور الذي أصاب العنصر البشري عندنا على وجه العموم ، ولهذا فإن الإنسان الذي يعاني من تدهور الخدمة الطبية المقدمة له لا يرفع صوته بالشكوى والتذمّر من مقدم الخدمة مباشرة ، لأنّه هون نفسه قد أصابه التدهور أيضاً في أدائه لما يكلف به من واجبات تجاه المجتمع ، وإنما هو يلقى باللوم على أزمة المروء إذا تأخر حضور الدكتور عن موعده في عيادته الخاصة ، ويلقى باللوم على قوانين الاستيراد إذا لم يجد الدواء الذي وصفه له الطبيب الذي أصبح عاجزاً عن متابعة النتائج المترتبة على التبديل والتغيير في قوائم التشديد !! ... إلخ .

ومع هذا فإن تدهور العنصر البشري في بلادنا على وجه العموم ليس مبرراً على الإطلاق لتدور العنصر البشري في الخدمات الطبية ، وكذلك فإنه من المحال أن يتوقف نهائياً تدهور العنصر البشري في الخدمات الطبية ما دام هناك تدهور عام في الأداء البشري على المستوى القومي ..

وغاية ما ينبغي لنا أن نرسم استراتيجية علينا هو أن نقل ما أمكننا من هذا التأثير الممتد الذي يمكن لظروف المجتمع على ظروف المستشفى ، أليس المستشفى مكاناً منعزلاً حتى تناح من خلال عزلته رعاية خاصة ؟؟ هذا هو الجوهر الذي يستحق الأخذ به عند البدء في رسم سياسة تنمية القوى البشرية في مجال الصحة .

أما أهم المقومات التي ينبغي أن تستند إليها استراتيجية إدارات هذه الخدمات فإنه يمكن تلخيصها في النقاط الآتية :

(١) الحرص على توفير أماكن الرعاية السريعة (وهي المستشفيات وتوابعها) من تخصمة تكدس النشرى المتمس بالبطالة المقمعة ، وهو الأمر الذي يمثل أكبر عائق في طريق تحمل التبعات والأخلاص لهذه التبعات ، فالبعضات الجسمانية عادة ما تكتفى بعدد محدد قادر عليه ومؤهل له ومقتنع به وليس أدعى إلى إفساد العلاقة بين المسؤولية والمسئول من كثرة التقابلة الذين يحيطون بشعلة النشاط ، ثم نجاتهم من اللوم بينما هم يقفون على قدم المساواة عند كل ثواب أو مكافأة .. أو حتى في الراتب الثابت ..

وليس معنى هذا أننا نريد أن تخرج المستشفيات من دائرة المؤسسات التي تحمل تكبد الأعداد وتوفير فرص العمل (أو البطالة) الصورية ، فذلك أمر لا تحتمله حتى اليوم سياستنا القائمة على احترام الماكاسب العامة مما صغر شأنها ، ولكن المعنى المقصود هو الحرص على الاجهاز على الوظائف التكرارية في المستشفيات ، وحيث تكون هناك مهام محددة أمام كل عنصر بشرى حتى ولو كانت هذه المهام هي مجرد الجلوس إلى المرضى والاستماع إلى شكاوهم الاجتماعية والاقتصادية وتسجيلها في سجلات !!

وليس من السهل خلق مثل هذه الأعمال ، ولكن الحاجة الملحة إلى تسخير طاقة البشر من أجل العمل البناء ينبغي أن توظف جهدها في القضاء على فرص البقاء بلا عمل ذى عائد إلا إهدار نظرية الآخرين إلى قيمة ما يبذلون من طاقة .

ومع ما قد يدور في هذا الكلام من هامشية أو خيالية أو نظرية شديدة فهو أصدق نقاط البحث في تنمية القوى البشرية العاملة في مجال الصحة على جميع مستوياتها ، وليس هذا الزعم بحاجة إلى كثير من الآثار ، فكل الذين عملوا – بالفعل – في هذا المجال يدركون مدى صدق هذه الفكرة .

(٢) مراعاة مدى عمق واتساع الخبرة الازمة قبل استصدار القرار أو العمل على مواجهة الظرف الطارئ أو القائم .. ويصدق هذا على طائفة الأطباء بصفة خاصة . فمن الشائع اليوم أن تجد في أقسام الاستقبال والحوادث والاصابات أقل الأطباء سناً وخبرة في المستشفى بينما تكون الحوادث قد أصابت من الانسان أكثر من جهاز ، ويتحول المريض إلى قسم من هذه الأقسام ثم يستدعي لها الأطباء المتخصصون الآخرون بإشارات .. وهي عملية روتينية تقتضي كتابة عبارات تقليدية والرد عليها بمثلها .. إلخ) في حين أن ورش ميكانيكا السيارات المحترمة تحرص على أن يتداول الأمر أكثر من صبي أو أكثر من أسطقى قبل البت في المشكلة ، ونحن لا زلنا نتصمم على إمكانية أن يقوم طبيب (ناشيء) واحد بمثل هذه المهمة ، ومع أن هذا قد يكون ممكناً في بعض الحالات البسيطة ومع بعض الأطباء الذين أوتوا قدرًا معقولاً من العلم والحكمة إلا أنه ليس هو القاعدة .

ونحن نعترف بهذا في اللجان الطبية العليا (القوميون) التي نحشد لها عدداً من الفطاحل ، بينما في المستشفيات نكتفى برؤية واحدة ، ونظرة واحد !

وقد ألاوان لنطوع نظامنا في استقبال الحوادث والعيادات الخارجية للأمراض الباطنة بالذات لكثير من التطوير الذي يكفل استغلال الطاقات البشرية المهدمة من أجل البشر انفسهم كذلك .

(٣) إتاحة الفرصة للتبدل الخبرة بين المؤسسات بعضها وبعض ومن العجيب أن كثيراً من الأطباء لا يعرفون شيئاً ما عن مستشفى ما إلا إذا ذهب الواحد بالصدفة لزيارة قريب له في هذا المستشفى عندئذ تسمع التعليقات والانتطباعات التي كان ينبغي أن تصدر منذ سنوات ، على الرغم من أن تنظيم المستشفيات من الأمور التي لا تفهم إلا بمشاهدة المستشفى نفسه على الطبيعة ، وعند ذلك تتبلور في فكر المشاهد رؤى هامة تتصل بالتطوير الذي يستطيعه في مستشفاه أو قسمه ، أقصد ذلك التطوير الذي لا يكلف شيئاً ، ويوفر الكثير كنقل جهاز من أجهزة رسم القلب إلى العيادة الخارجية بدلاً من تحويل المريض إلى القسم وانتظار النتيجة بعد أسبوع .. إلخ) ، وبلا بحالة فانى استطيع أن أقول إن هناك حوالي مائة فكرة من هذا النوع مبعثرة بين مستشفياتنا المختلفة ، وسوف ينهض تعليم تنفيذها بكثير من تفاصيل القصور في نظامنا العلاجي ، إذا ما اتحينا الفرصة للعامل البشري لملاحظة التطورات في النظم العلاجية حتى وإن كان هذا الأمر يستدعي تفريغاً في بعض الأيام كل عام . واعتبرنا بذلك جزءاً لا يقل أهمية عن الشهادات التي نعطي لها التفرغ بالسنوات .

(٤) تحطيم كل الحواجز القائمة دون تطبيق سياسة الأجر المجزي .. وهذا ينبغي لنا أن نقف وقفة هامة فأجر الأطباء مهما بلغت ليست هي أعلى الأجر المهنية (وقد يكون تفصيل هذا في موضوع آخر) وأجر الممرضات والفنين مما سمعنا لها من أرقام خيالية ليست هي أعلى الأجر بين طوائف الفنين .. ومع هذا فإن معظم الأطباء يودون لو اقتصر عملهم على مستشفى واحد يرتكبون فيه جهودهم وخبرتهم وحياتهم ليل نهار بدلاً من التقاط الزبز من عشرة مواضع ، هذه حقيقة هامة ينبغي لنا أن نفهمها .. وإذا جاز نظرياً أن نعيد ترتيب أوراق ممارسة الطب بحيث يخرج الطبيب الذي يبذل عشرة ساعات يومياً في مكان واحد بدخل مقارب للدخل الذي يحصل عليه إذا ما عمل ساعة واحدة يومياً في (٥) خمسة أماكن متفرقة أو نصف ساعة في عشرة أماكن متباينة فسوف نجد الأطباء أنفسهم على تركيز جدهم ، فإذا جاز هذا نظرياً فمن المحموم علينا أن نوجه كل طاقتنا نحو تحويل نظامنا الطبي إلى هذه الوجهة .

ولما كان الرأي العام قد ياتي اليوم مقتنعاً بأهمية التأمين في بعض القطاعات الكبرى ، وهو ذات الرأي العام الذي أصبح متبعاً من الاقتئاع بمدى العبث الذي يصيب حياته وصحته نتيجة نظامنا الطبي الممزوج فإنه من الممكن جداً أن يتقبل هذا الرأي العام فكرة قد تكون قريبة من فكرة تأمين الطب تقوم على إتاحة التفرغ الكامل للأطباء في الجامعات والمستشفيات التعليمية على الأقل مع إعادة توزيع هيئات الأطباء على هذه المستشفيات الكثيرة الواسعة المبنية في العاصمة ، وربطها جميعاً بادارة مركزية قابلة لاستئصاله السائر في شوارع باريس من هذه العبارة التي تحملها سيارات الاسعاف والمستشفيات كلها هناك من أنها تابعة لمستشفيات جامعات باريس .

تذكرون من الصعب أن نفصل هذه الفكرة هنا لأن ليس مقامها ولكن المؤكد أنها سهل لتحقيق الطريقة المثلث نحو استئصال الجهد الضائع لناس لا يمانعون في أن يتقرعوا وحتى سن السبعين مقابل دخل معقول قد يكون أقل من دخول يحصلون عليها اليوم ولكنه يخلو من ارتباط المتاعب العديدة والقلق الزائد والاضطرار إلى اللجوء إلى بعض الأخلاقيات الأخرى !

(٥) إعادة النظر في أمر ممارسة المهنة ، والحرص على إعادة النظر في الجداول كل خمس سنوات طبقاً لامتحانات ممارسة أو حتى على الأقل لحضور برامج تعليم طبى منتظمة ومتدرجة ، وينطبق هذا الكلام على الفئات المعاونة للأطباء بقدر ما ينطبق على الأطباء أنفسهم ، ويواكب هذا الحرص على اتخاذ إجراءات حازمة ضد أية حالات تنشأ من ابتعاد بين عن الأخلاقيات ممارسة المهنة بما يكفل للمهنة قداستها واحترامها بين الناس ، وبخاصة إذا ما وقع الخطأ من يفترض فيه أنه قدوة !

(٦) التشجيع المستمر للمثل العليا في صورة تكريم معنوى ومادى ما أمكن بحيث يشعر الطبيب (أو المرضية) بالفخر لأنـه كان الطبيب المثالى منذ عامين ، أو لأنـه حطم الرقم القياسي في عدد ساعات العمل التطوعية .. ، أو لأنـه ألف مرجعاً هاماً .. أو نشر عدداً من البحوث الهامة .. الخ (مثل هذا السلوك هو الكفيل بالقضاء النـام على الآثار الخطير الذى يحدث الإعلان الضـمنى فى وسائل الإعلام ، والذى ينصرف معه تفكير الناس إلى المعـنية مهـنيـن ليسـوا هـم الـقـمة عـلـى أـيـةـ حـالـ ، ولكنـهم أـقـرـرـنـاـهـ عـلـىـ مـارـسـةـ فـىـ الدـعـاـيـاـ فـىـ مجـتمـعـ لاـ يـعـنـىـ بـإـبـراـزـ المـثـلـ العـلـيـاـ بـيـانـهـ ، وـهـكـذـاـ يـسـدـونـ هـمـ الفـرـاغـ !ـ فـيـاـذاـ ماـ كـانـ أـمـاـنـاـ مـثـلـ عـلـىـ حـقـيقـيـةـ فـسـوفـ يـدـرـكـ الجـمـهـورـ عـنـدـهـ أـىـ وـهـمـ يـرـيدـ هـؤـلـاءـ الـدـعـانـيـنـ ، أـنـ يـوـقـعـهـ فـيـهـ ، وـإـذـاـ لـمـ يـهـتـمـ مجـتمـعـ الطـبـيـ بـإـبـراـزـ هـذـهـ فـسـوفـ يـجـدـ الجـمـهـورـ الحـاثـرـ فـيـ بـحـثـهـ عـنـ المـثـلـ ضـالـلـاـتـ فـيـ هـذـاـ السـرـابـ وـلـيـكـنـ مـعـلـومـاـنـاـ أـنـ هـذـاـ هـوـ خـيـرـ السـبـلـ لـمـعـالـجـةـ كـلـ الـظـواـهـرـ الشـاذـةـ الـتـىـ شـهـدـتـاـ السـنـوـاتـ الـآخـرـةـ ، أـمـاـ اـنـتـظـارـ الفـرـجـ مـنـ وـرـاءـ وـضـعـ تـشـريعـاتـ تـمـنـ وـتـقـيدـ وـتـحدـدـ فـسـوفـ يـرـيدـ الطـيـنـ بـلـةـ .

[٤٠] بعض الحقائق عن القوى البشرية العاملة في الصحة :

ننقل هنا الحقائق التي أوردها المسح الاجتماعي الشامل المجتمع المصري (١٩٥٢ ، ١٩٨٠)

□ ومن الواضح أنـنـ المسـالـةـ لمـ تـعـدـ مـرـتـبـةـ بـالـأـعـدـادـ حـتـىـ فـيـ هـيـئـاتـ التـمـريـضـ الـتـىـ شـهـدـتـ تـطـوـرـاـ وـأـضـحاـنـ اـعـدـادـهـ مـنـذـ عـامـ ١٩٨٠ـ وـحـتـىـ الـآنـ .

ولنقرأ مرة ثانية السطر الأخير من المسح الاجتماعي الذي يقول : وارتفاع عدد أفراد هيئة التمريض خمسين مرة من ١٠٤٦ في سنة ١٩٥٠ إلى ٥١٨٣٥ في سنة ١٩٨٠ .. ولاشك أن التضاعف يزيد اليوم عن خمسين ضعفاً بكثير إنما تكمن المشكلة كما سنوضح في مقال آخر مدى استخدام هذه القوى طيلة الوقت وعلى مدى الفترات المختلفة من أعمارها !!

□ يركز المقال على عدة وسائل هامة من أجل تحقيق مزيد من الفعالية في النظام الصحي بعيداً عن برامج التدريب المحدودة بالطبع .. المحدودة في العدد لأنها لا تشمل إلا عدداً قليلاً من الأطباء .. والمحدودة في الزمن لأنها تقتصر على فترات معينة من حياتهم ويتناولها فحسب .

□ يلاحظ أن الادارة المختصة بتنمية القوى البشرية في وزارة الصحة مثلاً تقتصر في عملها على مشروعات التدريب بالشهادات فحسب !! ويحدثنا المسح الاجتماعي تحت عنوان التدريب عن أنه خلال العشر سنوات الأخيرة زاد عدد منح الأطباء ٥ مرات من ٢٨٠ منحة سنة ١٩٧٠ إلى ١٩٣٠ منحة سنة ١٩٨٠ .. وهي ملاحظة جديدة بالاهتمام الشديد لتأكيد ما سبق أن قلناه ..

□ يبقى من الأهمية أن نذكر أن تنمية القوى البشرية في مجال الخدمات الصحية هي أكثر الوسائل فعالية لتحقيق التنمية والواضحة في هذه الخدمات ويأكل التكاليف .. ولكنها مسألة وعي .

(أ) تطور خريجي الكليات والمعاهد :

- كليات الطب : ارتفع معدل التخرج من ٣٦٠ طبيباً في السنة سنة ١٩٥٠ إلى ٥٤٩٩ طبيباً سنة ٧٩ . أى أنه تضاعف ست عشرة مرة حيث كان عدد الكليات ثلاثة في سنة ١٩٥٠ .

- كليات طب الأسنان كان عدد الخريجين تسعين في سنة ١٩٥٠ كلية طب الأسنان الوحيدة في ذلك الوقت بجامعة القاهرة فارتفع العدد إلى خمس كليات في سنة ١٩٨٠ تخرج منها ٧٥٢ طبيباً .

- كليات الصيدلة كان عدد الخريجين سنة ١٩٥٠ سبعين صيدلانياً من كليتين ارتفع عددهم إلى ١٤٠٠ صيدليات تخرجوا من ست كليات .

- معاهد التمريض : بلغ عدد خريجات المعهد العالي خمس خريجات في سنة ١٩٥٦ (بدء تخرج دفعات من المعهد) وفي سنة ١٩٨٠ وصل عدد الخريجات إلى ١٦٠ مشرفة تمريض من معهددين .

أما بالنسبة للمرضات فقد انشئت مدارس التمريض على نعط الثلاث سنوات اعتباراً من سنة ١٩٥٦ ، ثم تطورت إلى مدارس ثانوية فنية في سنة ١٩٧٢ ، وكان هذا بداية عهد ذهبي للهيئة التمريضية إذ افتتحت حوالي مائة مدرسة يتخرج منها اعداد تصل إلى ثلاثة آلاف ممرضة سنوياً .

- المعاهد الفنية : كان عدد خريجي المعهد في سنة ١٩٥٢ هو ٢٨٠ فنياً في سنة ١٩٥٣ هو ١٢٠٣ فنياً في سنة ١٩٧٩ ، وتقوم هذه المعاهد بتخريج فناني المعمل والأشعة وتركيب الأسنان والمعاونين الصحيين والتتسجيل الطبي والإحصاء وصيانة الآلات الطبية كما يوجد بها شعبة فنية للتمريض بالقاهرة والاسكندرية من بين ستة معاهد موجودة حالياً (١٩٨٠) .

(ب) تطور معدلات الخدمة للفئات الطبية :

- الأطباء البشريون : كان معدل الأطباء للسكان في سنة ١٩٥٠ هو ٢٠,٢٤ هو ٢٠,٢٤ لكل عشرة آلاف نسمة أي طبيب لكل ٢٦٥,٤ نسمة حيث كان عدد الأطباء المسجلين ٤٧٩٧ طبيباً . وفي سنة ١٩٨٠ بلغ عدد الأطباء المسجلين بعد استبعاد اثر الوفاة والهجرة ٤٢٨٩ طبيباً أدى إلى معدل ٤,٤ طبيب لكل عشرة آلاف نسمة أي طبيب لكل ٩٧٢ مواطناً أي نصيب الفرد من الخدمة للأطباء قد تضاعف أربع مرات (٤,٤ مرت) كما كان عليه الوضع سنة ١٩٥٠ .

- أطباء الأسنان : كان معدل أطباء الأسنان للسكان في سنة ١٩٥٠ هو ١,٨ لكل ١٠٠,٠٠٠ نسمة أي طبيب لكل ٦٧٩,٥٦ نسمة حيث كان عدد أطباء الأسنان المسجلين ٣٦١ طبيباً ، وفي سنة ١٩٨٠ بلغ عدد أطباء الأسنان ٦٥٣٤ بمعدل ١٥,٥ طبيب لكل ١٠٠,٠٠٠ نسمة أي طبيب لكل ٦٤٧٢ مواطناً ، أى زادت الخدمة للفرد خلال الثلاثين عاماً ٨ مرات .

- الصيادلة : كان معدل الصيادلة للسكان ٧,٢٩ لكل مائة ألف نسمة ، أى صيدلي لكل ١٢,٧٦ مواطناً حيث كان عدد الصيادلة المسجلين ١٤٨٧ في سنة ١٩٥٠ ، بلغ عدد الصيادلة المسجلين ١٥٩٩٢ صيدلانياً في سنة ١٩٨٠ بمعدل ٣٧,٨ صيدلي لكل مائة ألف من السكان أى زادت الخدمة خمس مرات عما كانت عليه سنة ١٩٥٠ .

- هيئة التمريض : كان معدل هيئة التمريض بمختلف فئاتهم للسكان في سنة ١٩٥٠ هو ٥,٥ معرفة لكل عشرة آلاف نسمة ارتفع إلى ١٢,٢٦ معرفة سنة ١٩٨٠ أى أن الخدمة قد انخفضت ٢٤ مرة عما كانت عليه في سنة ١٩٥٠ ، وارتفع عدد افراد هيئة التمريض خمسين مرة من ١٠٤٦ في سنة ١٩٥٠ إلى ٥١٨٣٥ في سنة ١٩٨٠ .

□ مقارنة بين المعدل الحالى والمعدل الأمثل للأطباء وهيئة التمريض

المعدل الأمثل	المعدل الحالى	الطلقة الحالية	الطلقة البشرية
١٠٠٠ : ١	٥٦٣ : ١	٨٦٢٩٦	أطباء شرقيون
٤٠٠ : ١	٤٦٨٠ : ١	١٠٣٧٦	أطباء أسنان
٢٠٠ : ١	٢١٠٠ : ١	٢٢١٦	صيدلة
٢٥٠ : ١	٩٤٦ : ١	٥١٣٢٦ ١٧٧٥	تمريض (مؤهل عالي)
٤ : ١	٤٦ : ١	٥١٣٢٦ ٤٩٦٠	تمريض (مؤهل متوسط)
		٨٦٢٩٦	طبيب .. ممرضة

■ يلاحظ أن عدد الممرضات من كافة المستويات يقل من ٥٢٠٠ معرضة ..

■ توزيع الأطباء وهيئة التمريض على بعض المحافظات

المحافظة	القاهرة	الجيزة	الاسكندرية	سوهاج	قنا	أطباء	ممرضات
٤٧٧٦	١٩١٣	٢٠٥٥	١١٧٧	٧٢٠	٧٣٧	٤٧٧٦	٢٨٢٢
٢٢٠٨	٢٢٠٨	١٥٧٣	٦٩٦				

□ فيما يتعلق بالفنين العاملين في قطاع الصحة ، وهم طائفة لا تقل أهمية عن التمريض فان معلوماتنا العامة والقومية عنهم مجملة وبسيطة الى حد بعيد ، مع ان تقدم الخدمة والتكنولوجيا الطبية كانا يقتضيان نمو التخصصات وتقرعها في هذا المجال لامبرد بقائهما مقتصرة على معاون الصحة وفنيي المعمل والأشعة والاسنان والتسجيل الطبي .. الخ) ، ويدو أن النوعى العام بهذه المسألة لم يتم بعد في ظل انشغالنا بالحديث عن تردي مستوى الاطباء الجدد !! والانخفاض في اعداد هيئات التمريض ، وتقتضى النظرة الحكيمية أن تلتفت الى انشاء التخصصات الجديدة ووضع برامجها الدراسية ، والاسراع بانشاء سلسلة من معاهد اعداد الفنين من خلال الجامعات وكليات الطب والمستشفيات الجامعية ، على النحو الذى حدث في معهد التكنولوجيا الطبية بجامعة الزقازيق والاهم من ذلك هرول المشكلات البيروقراطية التى وأجهت خريجي هذا المعهد في تعيينهم والاعتراف الرسمي بهم .. الخ هذه المشكلات التى ليس لها طعم ولا رائحة ، وإنماهى من باب الحرف في الماء

□ والاحصائية التالية من تقرير مجلس الشورى تبين الاعداد المقارنة للطوائف المختلفة من الفنين : -

١٩٨٦	١٩٨٥	١٩٨٤	١٩٨٣	١٩٨٢	١٩٨١	١٩٨٠	
٣٥٢	٤٨٩٠	٤١٣١	٣٩٢٧	٣٥٩١	٣٢٤٣	٣٢٢٢	معلوم صحي
٧٠١	٢٧٤٠	٢١٥٨	٢٠٤٤	١٩٣٦	١٨٤٦	١٦٢٧	فني معمل
٣٦٨	١٢٥٧	٩٨٢	١٠١٤	٩٩٩	٨٠٩	٧٥٦	فني أشعة
٣٠٩	٣١١	٢١٥	٢٢٤	١٩٥	١٧٩	١٦٥	فني أسنان
٤٩٨	٣٧٣	٢٧٧	٢٢٠	١٣٠	١١٣	٩٥	فني تسجيل طبى

[٤] بطالة الأطباء .. بين التأمل والتألم !!

من قال إن هناك بطالة في الأطباء ؟ كل الناس يقولون هذا ، ولكن واحدا من الذين يتاملون حال الصحة في هذا البلد لا يستطيع أن يطلق هذا القول على عواهنه كما يقولون !!

وحتى الذين لا يتاملون ، أولئك الذين يتأنمون فحسب ، يعرفون أنهم يبقون يتأنمون وقتا - قد يطول - حتى يجدوا الطبيب .. من أولئك الذين فيهم فائض !!

وكل المؤهلات العليا تدخل الجيش لقضاء الخدمة الوطنية ، فيجدون أن في أماكنهم جميعاً أن يكونوا ضباطاً احتياط أو جنوداً ، إلا أولئك الأطباء الذين لا يجدون بديلاً إلا أن يكونوا ضباطاً .. وتسأل لماذا ، فتجد الرد الذي لا يحتاج ذلك السؤال .. إن الجيش يحتاج إلى الأطباء ، ولذلك يستبقى هؤلاء الخريجين فترة أطول على هذا النحو المشرف .. وهؤلاء أطباء متخرجون (بالبكالوريوس فقط) ! حتى لا يقال شيء من (نحو أن الجيش في حاجة إلى الأخصائيين)

وحين تثوّر تلك الثائرة التي يحلو لنا أن نثيرها حين نفرغ من المشكلات السياسية العامة مع مطلع الصيف ، وتنتبه إلى شيء يسمى أمراض الصيف ، ويدعوه البعض من أصحاب الأقلام من هذا التعبير - غير الطبي - .. حينذاك تنتبه المشاعر العامة إلى العباء الذي يصدر به ومن أجله قرار يمنع الإجازات ويفرض النيويجيـات .

ومن حين إلى آخر يطالع الجمهور أخبار الحوادث القاسية المريرة يتعرض لها شباب الأطباء وهم يقودون سياراتهم بعد يوم عمل (وفي الغلب بعد ليلة عمل) قاسية ، فيموتون بالأزمة القلبية وهم على عجلة القيادة ، ثم تصطدم السيارة التي مات قائدها .. وحيثـتـ يأسـيـ الجمهورـ لـهـذـاـ الذـىـ طـبـ لـلـنـاسـ ، ولـمـ يـكـنـ عـنـهـ مـنـ وقتـ يـطـبـ فـيـهـ لـفـسـهـ ، معـ أـنـ كـانـ يـهـربـ بـكـلـ مـاـ أـوـتـىـ منـ إـرـادـةـ إـلـىـ الـرـاحـةـ يـتـلـمـسـهـ !

ثم يتسامع الناس ويتحادرون عن هذه العيادات التي تفيض بزوارها فتوزعهم على سالم العمارات ! وعن هذه المستشفيات الخاصة ! وعن مستشفيات المؤسسة العلاجية في القاهرة والاسكندرية وكل أطبائها منتديون !! (وهذه حقيقة غريبة ومرة !!) التواب منتديون من وزارة الصحة ، وعلى ميزانيتها يصرفون رواتبهم ، والاستشاريون من أساندة الجامعات يأتون ويدهبون بالقطعة ! القطعة التي يرسلون !!!

كل أولئك ، وغير هذا دلائل ساطعة ، ولكنها لا تمنع من أن نقول إن في سوق الأطباء بطالة !! هل هي بطالة حقاً ؟ أم افتلال ؟ ، هل هم الذين يفتعلون ! أم أنهم هم الضحايا الذين يفعل بهم ؟ وماذا في سمعهم أن يفعلوا ؟

حقيقة الأمر في منتهى البساطة هي « سوء التوزيع » ، وسوء التوزيع لا يفرض نفسه حتى النهاية لأن المتظاهرين منه يتحاللون عليه بكل الطرق والوسائل ، ومن ثم تنشأ مشكلات إضافية تضاف إلى المشكلة التي خلقتها العقريـاتـ البيـروـقـراـطـيةـ بعيدـاـ عنـ الـوـاقـعـ .

فهذا طبيب تكليف له راتب شهري في المحافظة الثانية يذهب ليتلـمـسـهـ معـ مـطـلـعـ كلـ شـهـرـ وـلـكـهـ فـيـ الـقـاـمـرـةـ أوـ قـرـيـاـ منهاـ حيثـ يـزاـولـ الـطـبـ فـيـ مـسـتـوـصـفـ مـاـدـاـمـاـ يـعـرـفـونـ أـنـ هـذـاـ المـدـدـ سـوـفـ تـضـافـ لـهـمـ فـيـ التـأـمـيـنـ وـالـمعـاشـاتـ لـأـنـهـ سـيـدـفـعـونـ عـنـهـ اشتراكـاتـ شـهـرـيـةـ ، وـيـتـمـتـعـونـ بـحـمـاـيـةـ قـانـونـ الـعـلـمـيـ [ـ الاسـوـدـ] .. هل يـسـعـ نـقـامـ الـبـيـرـوـقـراـطـيـ المـصـرـيـةـ أـنـ يـكـفـ الـرـاغـبـينـ بـعـدـ حـصـولـهـمـ عـلـىـ التـأـهـيلـ الـعـلـمـيـ (ـ المـاجـسـيـتـيـ أوـ الـدـبـلـومـ)ـ أـمـ أـنـ لـابـدـ لـهـؤـلـاءـ الـمـساـكـينـ أـنـ يـنـخـرـطـواـ فـيـ السـلـكـ مـتـذـبـاـيـتـهـ لـيـحـافـظـواـ عـلـىـ الـمـسـتـقـبـلـ أـوـ الـحدـ الـادـنـيـ مـنـ الـمـسـتـقـبـلـ وـتـكـونـ نـتـيـجـةـ ذـلـكـ أـرـبـعـ مـلـاـيـنـ أـوـ خـمـسـ مـلـاـيـنـ مـنـ الـجـنـيـهـاتـ تـصـرـفـ بـلـاـ مـقـابـلـ مـنـ الـعـلـفـ الفـعـلـ !!ـ مـذـهـ هـىـ الـمـأـسـاةـ !!

هل لو كان هناك قانون عمل وتأمينات ممتاز وواضح وسريع المتابعة هل كان هناك أمل في أن نترك هؤلاء يعملون السنوات الأولى من حياتهم فيما شاءوا ما داماً يعرفون أن هذه المدد سوف تضاف لهم في التأمين والمعاشات لأنهم سيدفعون عنها اشتراكـاتـ شـهـرـيـةـ ، وـيـتـمـتـعـونـ بـحـمـاـيـةـ قـانـونـ الـعـلـمـيـ [ـ الاسـوـدـ] .. هل يـسـعـ نـقـامـ الـبـيـرـوـقـراـطـيـ المـصـرـيـةـ أـنـ يـكـفـ الـرـاغـبـينـ بـعـدـ حـصـولـهـمـ عـلـىـ التـأـهـيلـ الـعـلـمـيـ (ـ المـاجـسـيـتـيـ أوـ الـدـبـلـومـ)ـ أـمـ أـنـ لـابـدـ لـهـؤـلـاءـ الـمـساـكـينـ أـنـ يـنـخـرـطـواـ فـيـ السـلـكـ مـتـذـبـاـيـتـهـ لـيـحـافـظـواـ عـلـىـ الـمـسـتـقـبـلـ أـوـ الـحدـ الـادـنـيـ مـنـ الـمـسـتـقـبـلـ وـتـكـونـ نـتـيـجـةـ ذـلـكـ أـرـبـعـ مـلـاـيـنـ أـوـ خـمـسـ مـلـاـيـنـ مـنـ الـجـنـيـهـاتـ تـصـرـفـ بـلـاـ مـقـابـلـ مـنـ الـعـلـفـ الفـعـلـ !!ـ مـذـهـ هـىـ الـمـأـسـاةـ !!

ثم ما هي القيـمـ الـتـىـ يـتـوـرـاـهـ هـؤـلـاءـ الـأـطـبـاءـ نـتـيـجـةـ لـهـذـاـ الـوـضـعـ الـمـهـيـنـ ،ـ وـماـ هـوـ اـحـسـاسـهـمـ نـحـوـ الـمـالـ الـعـامـ ..ـ وـماـ هـوـ اـحـسـاسـ صـاحـبـ الـضـمـيرـ الـحـىـ مـنـهـمـ الـذـىـ يـصـمـمـ عـلـىـ الـغـاءـ التـكـلـيفـ فـيـجـدـ فـيـ اـرـاحـةـ ضـمـيرـهـ العـذـابـ الشـدـيدـ وـضـيـاعـ الـمـالـ الـذـىـ لـيـسـ فـيـهـ جـهـدـ وـالـحـاجـةـ إـلـىـ كـلـ وـسـاطـةـ .

ثم هل أسعـناـ مـسـتـشـفـيـاتـناـ الـعـامـةـ (ـ وـهـىـ أـرـقـىـ مـسـتـشـفـيـاتـ وـزـارـةـ الصـحـةـ)ـ فـيـ عـوـاصـمـ الـمـحـافـظـاتـ بـحـاجـتهاـ مـنـ أـطـبـاءـ التـخـدـيرـ (ـ التـوابـ)ـ ؟ـ الجـوابـ :ـ لـاـ ..ـ وـدـائـمـاـنـاـ هـذـهـ مـشـكـلةـ ..ـ لـمـاـذـاـ لـاـنـشـجـعـ عـلـىـ مـثـلـ هـذـهـ التـخـصـصـ بـفـتـحـ بـابـ للـدـفـعـةـ التـالـيـةـ مـثـلـاـ بـحـيثـ يـسـارـعـ إـلـيـهـ الـذـينـ يـحـبـونـ أـنـ يـتـقـدـمـوـاـ فـيـ سـلـكـهـمـ الـوظـيفـيـ ..ـ حلـولـ بـسـيـطـةـ وـلـكـنـاـ نـصـمـ عـلـىـ الـابـقاءـ عـلـىـ الـمشـاـكـلـ .

ولـمـاـ لـانـفـتـحـ الـبـابـ أـمـاـمـ التـخـصـصـ فـيـ الـطـبـ الـشـرـعـيـ وـالـسـمـومـ رـغـمـ هـذـاـ النـقـصـ الـحـادـ وـالـوـاضـحـ الـذـىـ تـعـانـيهـ مـصـلـحةـ الـطـبـ الـشـرـعـيـ ..ـ لـمـاـذـاـ لـانـقـولـ أـنـنـاـسـوـفـ نـقـبـلـ فـيـهـاـنـ يـتـقـدـمـوـنـ بـتـقـدـيرـ جـيدـ فـورـ اـنـتـهـائـهـمـ مـنـ الـاـمـتـيـازـ وـقـبـلـ مرـورـهـمـ بـالـدـائـرـةـ الـطـوـلـيـةـ ..ـ لـوـفـلـنـاـ هـذـهـ مـصـلـحةـ أـلـفـ طـبـبـ مـنـ الدـفـعـةـ الـقـادـمـةـ ..ـ جـرـبـواـ أـيـهـاـ السـادـةـ .

لماذا لا يكون هناك اهتمام بخلق فرص عمل للأطباء الذين لا يرغبون في ممارسة المهنة ويحبون أن يمارسوا شيئاً متضلاً بدراستهم كالثقافة الطبية ، وترجمة المقالات الجديدة ، والاحصاء الطبي ، والإدارة الطبية والاقتصاد الطبي .. الخ) ولماذا لا تكون كل هذه التخصصات الأخرى في الوزارات الأخرى .. (الري والزراعة والاسكان .. الخ) .

أليست بطالة الأطباء من العası التخطيطية الكبرى في هذا الوطن العظيم .

[٣] **البيروقراطية .. في صياغة حياة الأطباء**

تتمتع وزارة الصحة بسمعة قديمة بين الوزارات المختلفة في طغيان البيروقراطية عليها ، ربما لأن الأطباء قد يمكرون - مع قلة عددهم - الوقت ليضعوا لمسات طيبة أو صحيحة على البيروقراطية التي في وزارتهم ، ولهذا طفت هذه البيروقراطيات عليهم حتى جاء الجيل الجديد فأصبح يعاني من هذه البيروقراطية المقيمة .

ولن أظلم أحداً في هذا التقرير وإنما يكفياناً أن نذكر لبعض الذين لا يصدقون أن كثيراً من شبابنا في زهرة عمرهم لا يُذكرون في الانتحار إلا على سلام وزارة الصحة .. عند توزيع النيايات والتکليف .. الخ)

دعونا أيها السادة نطلع على خدمة جليلة قدمتها النقابة العامة للأطباء (اللجنة الاجتماعية) لأطباء الامتياز لتيسير عليهم أمور البيروقراطية التي ربما يضطرون إليها عشرون يوماً على الأقل (مثلما حدث معى) حتى يعرفوا حدودها .. الخدمة التي ترقق صورة فوتografية كاملة لها هنا تيسير على الأطباء الجهد في معرفة هذه السلسلة من الإجراءات التي لا زرور لها على الإطلاق ، ولكنها مل تيسر الإجراءات نفسها ..

هل لي أن استعير هنا عبارة كتبتها في كتاب آخرني - لم يصدر بعد - عن مستقبلنا في مصر من أنا حين نقول تبسيط الإجراءات نختصر ١٠ % .. وربما نتشجع بعد عشر سنين لنختصر ٢٠ % بينما الحقيقة هي أنه يجب اختصار هذه الإجراءات كلها لا ٩٠ % فقط كما يظن بعض منا .

ما جدوى أن يقدم الطبيب ٦ صور ترمي في الملفات التي ترمى بعد عام ، وما جدوى الشهادات إذا كانت هناك نسخة معتمدة ومختومة من الشهادات عند الوزارة .

وما جدوى ... وما جدوى .. كل ذلك في عصر الكمبيوتر الذي يمكن أن تحصر فيه كل البيانات دفعة واحدة ومن المنبع من الكليات التي تخرج فيها هؤلاء جميعا .. ما جدوى التكرار المقيت الذي لا فائدة منه ... الذي لن يغنى عن الرجوع إلى البيانات الأصلية القادمة من المنبع ، والذى لن يمنع تزويرا ، ولن يضبط تلاعبا .. إنما هي الرغبة في تزوير الملفات وتصحيمها .

بسم الله الرحمن الرحيم

النقابة العامة للأطباء
اللجنة الاجتماعية

إرشادات لأطباء الامتياز

رملاؤنا ... زميلاتنا ... أطباء الامتياز ؛ يسر النقابة أن تقدم لكم كافة الإجراءات التي يقوم بها أطباء الامتياز قبل وبعد انتهاء فترة الامتياز ؛ بعد أن لاحظنا كثرة وصعوبة الأوراق المطلوبة التي يجب عليكم إتاحتها قبل أن تنتهيتم إلى نقابتكم ... نقابة الأطباء ، ويستعينون في هذا الموقف أن نذكر حديث رسول الله صلى الله عليه وسلم : « من كان في حاجة أخيه كان الله في حاجته ». (متفق عليه)

أولاً : ما قبل إنتهاء فترة الامتياز

(ا) تصوير : عدد ٣٠ صورة فوتوغرافية ٤ × ٦

- | | |
|-------------------------|----------------------------------|
| ٢ - ٤ لإدارة التراخيص . | ١ - ١٠ لشهادات التخرج . |
| ٦ - ٢ للفيش والتشييـ | ٢ - ٦ للوزارة . |
| | ٤ - ٣ لشهادات الامتياز . |
| | ٥ - ٢ للنقابة . |
| | ٧ - ٢ لتغيير المهنة في البطاقة . |

(ب) احضار : نسخة وحالة من مكتب البريد

- | | |
|---|--------------------------|
| ١ - ٢٥ ورقة فئة ١٥ فرش . | ٢ - ٢٥ ورقة فئة ٢٥ فرش . |
| ٣ - تعلم حالة بريدية لإدارة التراخيص باسم الدكتور / مدير عام إدارة التراخيص بمبلغ ١١٠ فرش + ٩ فروش نسخة .. وتتصاعد الحالة | |
| كالتالي : مقدمة لسيادتكم / ، جامعة / ، محل الإقامة / ، رقم الطاقة / | |

(ج) فيش وتشيـ :

يستخرج عدد ٣ من قسم الشرطة التابع له السكن ، أحدهما يعطى لإدارة التراخيص والثانى للنقابة والأخر لجهة التكليف ، ويلاحظ أن صلاحية الفيش ٦ شهور فقط .

(د) تغير المهنة :

في البطاقة الشخصية من طالب إلى طيب ، والمطلوب : ١ - ٢ صورة . ٢ - نسخة فئة ٢٥ فرش . ٣ - استارة تغير بيانات من مكتب السجل المدني تخدم من جهة العمل .

(هـ) مستخرج لشهادة الميلاد :

من مكتب الصحة أو السجل المدني التابع له محل الميلاد .

(و) إخلاء طرف :

وتأخذ عليه التوقعات من المعامل والتسللوجي ومكتبة الكلية واتحاد الطلبة ومكتبة الجامعة ، وذلك لإسلام دوسيه أوراقك من الكلية .

(ز) إخلاء طرف من بنك ناصر الاجتماعي :

وتأخذها من البنك عنوانه من الكلية والمطلوب : الاسم والعنوان والكلية ونسمة ورقم البطاقة الشخصية .

(ح) شهادات التخرج :

تستخرج من شئون الطلبة مع تقديم الطلبات بالصيغة الآتية :

- ٠ السيد الأستاذ الدكتور / عميد الكلية ... نسخة طيبة وبعد ... برحاء التكرم وإعطاء شهادات التخرج لتقديمها إلى الجهات التالية : ١ - إدارة التراخيص . ٢ - وزارة الصحة . ٣ - نقابة الأطباء . ٤ - مركز البحث . ٥ - إدارة التجنيد . ٦ - الدول العربية . ٧ - الشركات والبنوك . ٨ - شهادة تقديرات للجامعات المصرية .
- مقدمة لسيادتكم طيب / تقدير / مواليد /

٠ السيد الأستاذ الدكتور / عميد الكلية ؛ نسخة طيبة وبعد ؛ برحاء التكرم وإعطاء شهادات تخرج باللغة الإنجليزية لتقديمها للدول الأجنبية ١ - شهادة تخرج . ٢ - شهادة تقديرات وساعات . الاسم / بالعربي والإنجليزي التقدير / ... مواليد /

ملحوظة : توضع ورقة نسمة فئة ١٥ فرش على كل طلب ، وأخرى فئة ١٥ على كل شهادة .
أيضاً توضع على كل شهادة صورة فوتوغرافية ونسمة فئة ٥ فرش من الكلية .

(ط) شهادات الامتياز :

- ٠ يقدم طلب قبل انتهاء الامتياز بشهرين في المستشفى [القصر ؛ أم المصريين ... الخ] ويتم تسليمها آخر الامتياز والمطلوب : ١ - ٣ صور فوتوغرافية ٤ × ٦ .
- ٣ - نكملة بيانات استهارة ١٠٣ ع.ح من المستشفى .

ملحوظة : اختم ما لا يقل عن ٦ صور فوتوغرافية من الخلف من المستشفى .
دائماً تصور جميع المستندات وتحفظ بصورها : البطاقة ، شهادة الميلاد الخ .

ثانياً : ما بعد انتهاء فترة الامتياز

(ا) المطلوب للقيد بنقابة الأطباء : والمستدات التالية تقدم للنقابة بدار الحكمة .

- ١ - طلب قيد بالجدول العام (يوزع مجاناً بالنقابة) . ٢ - شهادة التخرج . ٣ - شهادة فضاء سنة الامتياز . ٤ - ١٦ جيناً رسم القيد والاشتراك وتحفظ الطبيب بإيصال السداد ليقدم إلى إدارة التراخيص . ٥ - الفيش والتشيه . ٦ - صورتان عنتوتان من الكلية . ٧ - صورة البطاقة الشخصية أو العائلية .

(ب) المطلوب لاستخراج ترخيص مزاولة مهنة الطب :

استطاعت النقابة أن تستجلب موظفي إدارة التراخيص من الوزارة ليقوموا بإثناء الإجراءات في النقابة تيسراً على الأطباء .

- ١ - طلب استخراج ترخيص مزاولة المهنة ويتم الحصول عليه من النقابة مقابل ١,٢٥ جيناً . ٢ - شهادة التخرج . ٣ - شهادة الامتياز . ٤ - إيصال سداد رسم القيد والاشتراك بالنقابة . ٥ - ٤ صور عنتوتان من الكلية . ٦ - شهادة المعاملة العسكرية (نسخة أصلية ولا تقبل صورة) . ٧ - الحوالة البريدية . ٨ - تعمقة فنية ٢٠ فرقش درسيه

ملحوظة :

تسليم الأوراق قبل الساعة ١٢ والاستلام بعد الساعة ١٢ .

(ج) جهة التكليف [الوزارة أو مديرية الشئون الصحية أو الشركة أو مركز البحث]

المطلوب :

- ١ - شهادة الميلاد أو مستخرج رسمي منها .
- ٢ - إهادة التخرج .
- ٣ - شهادة الامتياز .
- ٤ - نموذج ١٠٣ ع .٠ ح (عمل حكومي) .
- ٥ - صورة البطاقة الشخصية أو العائلية .
- ٦ - عدد ٦ صورة ٤ × ٤ .
- ٧ - عدد ٣ استهارات ٦ تأمين ومعاشات .
- ٨ - مسحية الحالة الجنائية (فيش وتشيه) .
- ٩ - صور طرف من بنك ناصر الاجتماعي .

نقابة الأطباء

● صورة طبق الأصل من (الإرشادات) التي وزعتها النقابة العامة للأطباء .

دعونا بعد كل ذلك نتأمل أثر هذا على عقلية الطبيب ، هل يرجى من هذا الطبيب أن يمد خطوطه وهو يعالج حال قلب حرجه ! هي يرجى منه أن يتصرف بذكاء ! هل يرجى منه أن تكون فيه بقية من الخير ! هل يرجى منه أن يصدق المريض في شكواه ؟ .. مع هذا فإن في أطبائنا أمل !! هذا الأمل هو الأكرام الالهي الذي يكرمنا به أجل الشيوخ الركع ، والبهائم الربيع والاطفال الرضيع . أليس الجهود - والامكانيات بالطبع - المبذولة في مثل هذه (الإرشادات) التي توزعها نقابة الأطباء هو الجهد المنتظر لما تبدل النقابات في دول العالم المتقدم في شرح طب الطوارئ (مثلاً) طبيب الامتياز .. ولهذا فإن طبيب الامتياز في مصر سوف يكون مسؤولاً عن إجراءات ليس إلا ، عن ورق التعمقة وصور البطاقة الشخصية ، وشهادات استئمارات تغيير البيانات في البطاقة .. الخ (بينما يكون زميله الأوروبي على دراية ومعرفة بما يجب عليه أن يفعل مع الغريق على شاطئ البحر حتى يأتي الاسعاف ، ومع الحريق ، ومع العمود الفقري المصايب بكسر .. ومع حالات الصدمة المخيبة الوعائية والغيبوبة العسكرية واحتشاء القلب .. الخ) .

والمسألة في النهاية ليست إلا بديلاً من اثنين أو أكثر فيما هذه الإجراءات التي تعبدنا مع أنتا موحدون - وإنما العمل الذي نهمله مع أنتا إليه محتاجون !!

[٣٣] في تكريم شباب الأطباء

اسمحوا لي أن اقتطع من أوقات حضراتكم جميعاً أربع دقائق لاتحدث عن أربع دقيقات :

الحقيقة الأولى : عمما تختلج به النفس حين يخلو إليها صاحبها ، بعد أن يجد شخصه ينال صورة أو أخرى من صور التكريم ، يحس عندئذ أن جهده في حياته لم يذهب هدرا ، ويستشرف غده بروح الرضا عن أمره ، ويصبح حاضره حلقة تصل جهود الماضي ببقية المستقبل ، وتفاعل ساعيتن لنعمتين من أعظم نعم الله : نعمة الامل ، ونعمة الآلام ، إذ يجد المرء نفسه سير أمل في المستقبل بعثه التكريم ، ينسنه كل الآلام التي مربها وهو يغالب المصاعب التي واجهته حتى استحق أن يكون هنا .

أما أهمية التكريم في حياة الناس وقبل أن يصلوا إلى الشاطئ « فلا يصبح لطرق النجاة قدر] وهو وصف الكاتب البريطاني الكبير لجائزه بول [فقد أكدت لنا الطبيعة البشرية منذ آلاف السنين حين قال الشاعر الإغريقي :

احسنو! إلى مادمت حيا

اما ان تسقوا التراب الذى اتوسده خمرا

فان هذا يجعل التراب طينا .. على أن الميت لا يشرب الخمر .

الحقيقة الثانية : هي توجيه التقدير إلى الجمعية التي أتاحت لنا هذه الفرصة اليوم (ولن ان أضاعف الشكر لأنها منحتني شرفين : شرف التكريم وشرف التعبير .. غير انني أود ان انتقص من الشكر بعد مضاعفته قدراً يوازي شعوري بالظلم حين عهد إلى بالقاء هذه الكلمات منذ ساعات معدودة فقط لم يكن في وسعى أن أجعلها أعظم من حالها المتواضع الآن) وفي هذا الصدد يجد المرء نفسه في حيرة بين تحفظ وتحفز ، تحفظ يقول انه لا شكر على واجب ، وتحفز يعبر عنه الفهم العميق لمعنى الواجب في الشرع الإسلامي ، وهو معنى دل اختلاف الفقهاء في تعريفه على قدرة الشرع على احتواء ظروف الناس ، ولو كان الواجب فرضاً فهو شأن التكريم فرض كفائية ، قامت به الجمعية اليوم عن مجتمعنا كله فسقط الائم عن الباقين ، وأيما كان الأمر فقد اتفق علماً نؤن على ان ما لا ينم الواجب فهو واجب .. وهي قاعدة فقهية بدأ تجد أقوى صدى لها في أحد ث نظم العلاج الطبي التي وجهت اهتماماً متزايداً في السنوات الأخيرة إلى كل ما هو موائز للعقاقير والجرحات ، قبلها وبعدها ، وأظن أنكم تشاركوني الرأي فيها السادرة ان الواجب الذي بدأته الجمعية قد لا يتم الا بشكرها على قيامها به مع انه واجب !! وقد علمنا القرآن الكريم ان الحق سبحانه وتعالى قد أردف رضاه عن عباده برضاه عنه : « ان الذين آمنوا وعملوا الصالحات أولئك هم خير البرية . جزاؤهم عند ربهم جنات عدن تجري من تحتها الانهار خالدين فيها ابداً رضي الله عنهم ورضوا عنه ذلك لمن خشي عليه »

الحقيقة الثالثة : (وهي من دقائق زمن كانت فيه الدقيقة مائة ثانية) أن أذكر أن هذه الجمعية كرمت كل الأطباء من قبل (إذ ليس التكريم هو مثل هذا الذي نحن فيه اليوم فحسب) حين فتحت لهم أبواب كثيرة من الخدمات التي لم تكلف الدولة ولا الجمعية نفسها شيئاً ، الا ان نقل الى مصر نظاماً من انماط تيسير الخدمات على الناس بتبسيط أثمانها .. وهو الأمر الذي امتن له كل الأطباء ، وتأكد به عندهم شعور الانتفاء لهذا الوطن الذي ساعدتهم على مثل هذا الشيء الا لأنهم هنا ، ولا شيء الا ليكونوا هنا ، وهو معنى جدير بالافادة منه في توجيه كل حلولنا لكل مشكلاتنا ، وقد علمتنا علم الاقتصاد أن مشكلة الطبيب أشباح تكمن في عجزه عن تمويل التكلفات الابتدائية الازمة لتحقيق فرصة في المشاركة في اداء الخدمة الطبية التي تتتحول عند المجتمعات التي رزقها الله نعمة التخطيط الى ثانية اعظم فرصة للاستثمار بعد التعليم ، فإذا نجحنا حكمة وشعبنا في تمويل الأطباء على نحو مدروس ومتافق في توجيهها مع الظروف الحقيقية لهذا الوطن ، فقد نجحنا في كثير ليس أوله الافادة من هذه الطبقة التي جاءت نظم التنسيق فحولتها من التعلم العام في الشهادة الثانوية الى اقل الناس دخولاً وأملاً بين خريجي الجامعات ، وليس آخره الافتادة من القوى البشرية في استثمار الاموال المتقدمة من بحور التضخم الى محيبات الاستهلاك ، افاده للبشر وبالبشر بحيث يتحول وقت وجهد الشباب (او يتمول) إلى شيء منظور القيمة فتتحول صحراؤنا الى شيء اخر .. والقعود الى شيء اخر .. والكلمات الى شيء اخر .. والامانى الطيبة الى شيء اخر .. ما هو هذا الشيء الآخر .. انها اشياء لا تشتري !!

وهي الكلمة التي ألقاها المؤلف في يوم الطبيب الشاب ٢٩ يناير ١٩٨٧ بالنيابة عن الأطباء المكرمين

الحقيقة الرابعة : ان اتوجه من الان الى الندوة التى تعقب هذا الحفل لتناقش قضايا الطبيب الشاب ومشكلاته بالذكرا أن الحلول الجزئية قد تكون هي الاحدى أحيانا .. فقد اصبحنا في مصر نتسابق في توصيات مؤتمراتنا العامة الى الكمال .. السكمال اللغظى .. وقد قيل انه اذا اردت ان تطاع فأمر بما تستطاع .. وعندى امل ان اطباء مدرسة اليوم الذين اصبحوا يؤمنون بالاتجاه الجديد في التقليل من الادوية بفضل تقدم الفحوص المعملية ووسائل التشخيص سوف يكونون قادرين على ان يركزوا في توصياتهم على ثلاثة عقاقير فحسب ، وعندئذ فلن يجد الدكتور رئيس الوزراء صعوبة في أن يدفع ثمن الروشتة .. وقد يكون الدفع نقدا وانما توقيع كريم ..

الباب الرابع : الطب والصحة والمجتمع

[٤٤] الدين والمرض

مع تقدم العلم بتقدم الزمن ، تتكشف للناس كثير من الحقائق التي تدعم آراء المدافعين عن الأحكام الدينية والداعين لها بأنها تنسق مع النفع العام والنفع الخاص للبشر والانسان .

فمن قريب قرأ الناس جميعاً نتائج رسالة الماجستير التي أجرأها زميل في المعهد العالي للصحة العامة بجامعة الاسكندرية من أن الاستنشاق في الوضوء وحده يتبع القضاء على عديد من الميكروبات البكتيرية التي تجتمع فيما بين وضوء وضوء .

ومن فترة أيضاً سمع الناس بنتائج ذلك البحث الاوربي الذي تناول الميكروبات في لحم الخنزير ، وكيف أنها تنتشر في هذا اللحم حتى لو لم يرب الخنزير على القاذورات (في المزارع مثلاً) وكيف أن نسبة الوفيات من مرض معين ترتفع بين أكله الخنزير [من بين المصابين به] عنها في الذين لا يتعاطون الخنزير .

والعاملون في مجال طب الجهاز الهضمي لا تنتقطع عنهم أبداً مشاهدة نتائج الكحول على الكبد .. فالعينات الباثولوجية اليوم تتيح لهم أن يروا الآثار المدمرة لهذه العادة (قبل أن يصل الأمر حتى إلى مرتبة الادمان) .

وكتب الطب التي يدرسها طلاب مرحلة ما قبل البكالوريوس تشير في أول بعض المواقف (كسرطان القصص) إلى ندرته العلاقة بين المسلمين واليهود الذين يقومون (أوبقراط لهم أهلهم) بعملية الختان .. وعملية الختان هذه واقية جداً من كثير من الأمراض وبخاصة الخبيثة .

ولعل مرض AIDS ، الإيدز الذي انتشر في العامين الماضيين في الولايات المتحدة الأمريكية ، وهياطي ، بصورة ملفتة للنظر ، من أبلغ الأدلة على أن مخالفة العادات والسلوك القويم (فضلاً عن أنه ابتعد عن التعليمات الدينية) لن تخفي بدون ذلك العرود الوقتي من العقاب الآلهي في بعض الأحيان .

ويكاد المتأمل للأية الرابعة من السورة الخامسة (سورة المائدة) وهي آية الأطعمة المحرمة أن يتبعن في أغلبها (ثمانية من أحد عشر) مانعاً طيباً [قد لا تكون صورة الكاملة واضحة أمام عيينا .. أو أن تكون معلوماتنا عنه قابلة للزيادة في المستقبل] ويتقى بالإضافة إلى هذه ثلاثة مواقع ترتبط بحكمة التوحيد وضرورته .. ولعل تحذف هذا المثل بالذات يؤكد لنا أن في الأمر الآلهية ذلك الاجتماع بين أمور فيها النفع الدنيوي وفي تركها انفاؤه ، وأمور هي من صنع التوحيد .. ودعنا من ذلك التعبير الصحيح لغة وأن لم تكن فيه تلك الروحانية اقصد اصطلاح العبادات أو الفروض .. « التحكيم » .

ومن الأمور التي يجب أن نقف عندها بامעنان وتدبّر شديد أن تكون آية المحرمات من الأطعمة هي الآية التي أخرها هو آخر ما نزل من القرآن وكأنما تمت النعمة وأصبح الدين كاملاً ، جامعاً مانعاً ليس فيه ما يأخذه عليه الكفار « اليوم ينس الذين كفروا من دينكم فلا تخشوم واخشوئن » .

على أن من الطريف الذي لا ينبعى للمرء أن يمر عليه من الكرام أن الأسماك نتاج البحور استثناء من الميتة .. وذلك لطبيعة هذا الطعام الذي تزهق روحه بعد أن يخرج من الماء الذي هو حياته .. وفي ذلك تورد كتب الحديث حديثاً للنبي صلى الله عليه وسلم [وهنا تفصل السنة وتضيف إلى القرآن] احلت لكم ميتان ودمان .. والدمان هما الكبد والطحال .. ومع انهم في التعبير الدقيق قد لا يكونان كذلك إلا إنما في التعبير العام أقرب ما يكونان إلى ذلك .

* كتب هذا المقال عام ١٩٨٥ ونشر في الأمة الإسلامية وجريدة النور .

على أن كل هذا يهون بجانب الناحية النفسية من بناء الإنسان المريض والسوى (على حد سواء) .. فالإيمان وهو المعنوي في جانبنا الكبير : النسائي في تعاملاته ، الروحاني في طبيعته – يتعامل بالطبع مع هذا الجانب أكثر مما يتعامل مع الجانب المادي .. فإن لم يكن كذلك ، فليس بأقل !!

والذين يريدون أن يأخذوا فكرة عن أثر الإيمان في هذه الناحية من باثولوجية الأمراض لن تضرهم الأمر إلى أكثر من يتأملوا بعمق أو يتسلّل حيادق حياة الناس من حولهم ولكنهم مع هذا قد يجدون الحقيقة أنصع ، واوضح حين تناح لهم الفرصة لكي يلمسوا طبائع الحياة والحياة في بلد فيه ذلك التفاوت الواضح والآثار السريعة المدرستة كالولايات المتحدة الأمريكية .

وإذا كان تعبير « الخوف » في معناه الأوسع والأدق (معاً) يشير إلى المعنى المقابل للأمن .. والامن النفسي بصفة خاصة فلعلنا نستطيع اذن ان نطمئن الى صدق فهمنا لقوله تعالى « ولنبليونكم بشيء من الجوع والخوف .. الاية ..

وقد لا يكون من منهج هذا المقال ان يخلط بين الامراض العضوية والامراض الاجتماعية ، ولكن الذي لا شك فيه أنه لا يستطيع أن يفصل أمراض النفس عن الأمراض العضوية فإذا كان من شأن الامراض النفسية ان تكون اعراضها في الغالب أمراضًا اجتماعية فذلك شأنها الذي يزيد من خطورتها .

وإذا كان الدين وله هذا الدور الواضح .. فلماذا نقول له (في بعض الأحيان) : لا ؟

[٢٥] مستقبل الطب الإسلامي

من حسن الحظ أن وطننا العظيم قد خطا خطوات واسعة في مجال الخدمات الطبية في السنوات القليلة الماضية ، وقد استطاع هذا الوطن أن يلتفت بكل ما أوتي من قوة إلى أهمية تطوير خدماته الصحية بالقدر الذي يتناسب مع النهضة العامة التي شملت كثيراً من مرافقه وطبقاته ، ولعل التقدم الذي أصابه هذا المجال من أبرز الوجوه الدالة على نجاح المسلمين في الأفاده مما أتيح لهم .

وهذا كلام لا يرضي الذين يحبون ظلم أنفسهم وغمطها حقها بالإكثار من الحديث عن العجز العربي والإسلامي ، والفشل العربي والإسلامي . وما إلى ذلك من تعبيرات قد تكون محل قبل أو رضا أو تسلیم أو خلاف في باب السياسة ، ولكنها ليست إلى اليوم محل نقاش ولا حتى بحث في مجال الخدمات ومنها الخدمات الصحية . ومع هذا فإن في اعتقاد البعض حتى هذه اللحظة وحتى ما بعد هذه اللحظة أن ما تم انجازه في مجال الخدمات الصحية ليس إلا إكمال في مجالات أخرى : مبانٍ وعقارات فحسب ، وقد يكون في بعض هذه المباني أوفياً كلها أجهزة ولكن ما موجود في الأجهزة التي تستصبح يوماً ما مختلفة عن الأجيال الجديدة من الأجهزة ، وما جدوى كل هذه والأطباء ومساعدهم الذين يعملون وراء هذه الأجهزة ليسوا من أبناء البلد ؟ وما جدوى كل هذا والعلم نفسه لم يصبح وطنياً بعد ؟

وكل هذه بلاشك ا Unterstütـات منطقية ، ولكن المنطق السليم يأبى أن يكون هذا التفكير هو الأصح أو الأكثر واقعية في مسألة التقدم الطبي .. فالحقيقة أن الطب وغيره من العلوم التطبيقية أو الفنون الإنسانية المستندة إلى أصول علمية قوية ، قد أصاب من التقدم ما أصبح معه أمر ببناء طب وطني جديد مستحيلًا مالم تكن الخطوات في سبيل (إنشاء) هذا الطب واسعة ومتناسبة في جميع الاتجاهات .

ومن المستحيل أن يبدأ إنجاز التقدم في الطب بالاعتماد على التعليم الطبي وحده فمثل هذا التعليم مهمًا ارتفاع شأنه وكذلك جهوده بالتوقف لن يخرج إلا أطباء فحسب !! وإن يحقق المجتمع خدمة طيبة ممتازة بأى حال من الأحوال لأن الخدمات الطبية لا تتخرج من المستشفيات . ومن المستحيل أيضًا أن نعتمد على أطباء في مستشفيات غير كاملة التجهيز ، وسوف يصبح البديل ساعتها أن يكون كل نجاح هذه المستشفيات مقتضراً على كتابة تقارير يحول بها المرض إلى مستشفيات أخرى (في الخارج) تتولى علاجه .

وقد أصبح من الصعب المطلق (إن جاز هذا التعبير) أن يقتصر مريض مهمل شانه الاجتماعي بالاكتفاء من العلاج بحد أدنى مادام قد سمع عن حدود قصوى لهذا العلاج ، ولا يزال المريض وأهله يبحثون في كل الاتجاهات ويسلكون كل الطرق لتروضيل الخدمة الممتازة إلى مريضهم أو ليصلوا إليها .. ومع الانتشار المرعب في الإعلام بعد ثورته القوية الشاملة المعتمدة فإنه لم يعد من المعken أن تصبح إمكانات الطب المتقدمة سرا بعيداً عن أذان الناس أو أعينهم ومن ثم قلوبهم !! وعقولهم !!

وإذن فإنه يمكننا الآن أن نفهم أن الخطوات الواسعة التي اتخذتها بعض بلادنا الإسلامية وبخاصة في الخليج العربي في الاكتئار من بناء المستشفيات وتزويدها بالمعدات الطبية المتقدمة لم تكون أبداً من باب إلقاء المال في البحر ولكنها كانت من باب القاء البذور في الأرض الخصبة .

ويعتمد نجاحنا في هذا المجال فيما بعد ذلك أى من الان فصاعداً على نجاحنا في تغطية الجوانب الأخرى من البناء الطبي ، الجوانب المتعلقة بالبناء الطبي طويلاً الأمد أى بناء (الأفراد الطبيين) من أطباء وممرضات ومساعدين وتقنيين ، وبناء الخبرة ذاتها .

وعلى عكس ما قد يتصوره الناس في اندیتهم فإن الابطاء في هذه النواحي من البناء الطبي خير من التعجيل فيها وخير كذلك من الاسراع .. وقد أنعم الله على الدول الإسلامية بتوفير ما ينقص بعضها في بعضها الآخر ، فإذا لم يكن التكامل الإسلامي في هذا المجال فعالاً فعلينا جميعاً العفاء ، ومن حسن الحظ أن هذا التكامل موجود والحمد لله .

وليس الإنجاز الحقيقي في مجال إعداد الأفراد بعدد من يتخرجون من معاهد العلم الطبية وإن كان هذا إنجازاً جيئراً بالتقدير في بعض الأحيان ، ولكن الكفاءة التي يتمتع بها هؤلاء هي العامل الحاسم في صنع المستقبل الطبي الحقيقي . ولا يمكن لنا أن نعتبر أن الكفاءة في هذا المجال هي ذلك المستوى الذي تخرج به الطبيب (أو غيره من أفراد المجتمع الطبي) من كلية ، ولكن الكفاءة الحقيقة تكمن في قدرة هذا الطبيب على النهوض بالطب ، كخدمة وكمهنة وكعلم ، وليس معنى هذا أننا نطلب من كل طبيب أنجازاً جديداً يضاف إلى العلم ، ولكن معناه أننا نريد له قادراً على تطوير مستوى ، وتحديث معلوماته ، والارتفاع بكفاءته بحيث يكون مستوى في الغد أفضل من مستوى في هذا اليوم ، وأن يكون مستوى الخدمة المتحققة على يديه في الغد قريباً إن لم يكن مساوياً وإن لم يكن متقدماً على الخدمة المتاحة في أماكن أخرى من المجتمع المتقدم .

وهكذا يتضح لنا أنه ليس من السهولة إحراز هذا المستوى في كليات الطب وحدها ، ولكن التعليم الطبي المستمر يكون يومها جزءاً أساسياً من تكوين الطبيب المسلم ، وعلى مدى نجاحنا في (إدماج) التعليم الطبي المستمر في كل من نظامنا التعليمي والمهني (أى على مستوى وزارة الجامعات وبينفس القدر على مستوى نقابة الأطباء وزراعة الصحة المسئولة عن الممارسة الطبية في مجملها كما اقتضى العرف الدولي) يكون نجاحنا في إعداد الأفراد الطبيين .

إن من المؤسف أننا في بعض البلدان الإسلامية حتى اليوم لم ننتبه بقوائيننا إلى أهمية الفصل بين شهادة العلم وشهادة الممارسة ، فنحن نكتفى لمن ترخيص مزاولة المهنة بحصول الطبيب على شهادة التخرج .. ثم نحن لا نراجع هذه التراخيص طيلة حياة الطبيب أبداً .. وهو تقليد خطأ ولا يبشر بخير ، ولا يتفق أبداً مع روح ديننا الحنيف التي تدعى الدولة إلى ممارسة مسؤوليتها تجاه حماية مواطنينا من الضرر والضرار .

ولعل هذه النقطة من أهم النقاط التي ترتبط بتصورنا للطب الإسلامي ، فالمجتمع الإسلامي مجتمع مسئول ، وهو مجتمع قيم يحرص عليها ويزود عنها ، ويقيم نظامه على دعائمها ويغير من وجوده بين أفراده .

ومالم يقو نظامنا الطبي في المجتمعات الإسلامية من قيمة هذه القيم ، فلن يجني الثمار التي يتمناها منها .

وقد يقودنا هذا إلى الحديث عن نقطة ثانية لاتقل أهمية ، فالخدمات الطبية إذا ما ارتبطت بعمليات التجارة أو بعبارة أخرى بالمعاملات المالية فإنها تستلزم قدرًا ضخمًا من يقظة الضمير ، ذلك أنها هي الاستثناء الصارخ من مبدأ العرض والطلب الذي يقوم عليه الاقتصاد المعاصر !!

ولتبسيط ذلك نقول إن الطب لا يلعب أي دور في عملية اقتصاديات الطب عند الطبيب الذي تثق فيه والذي يقول لنا بعد إجراء عملية الكشف الطبي إن هذا التحليل مطلوب ، هل يخطر ببالنا أن ننفي له هذا حتى ولو كنا أطباء ، الواقع أننا لا نتحكم أبداً فيما يطلب الطبيب وبخاصة من استطلاعات .. وقد تساومه من باب العشم أو المساومة في الاتّهام ، وقد تكون هذه محل تفاوت ، وقد تختلف أسعار الخدمات الطبية من مكان إلى مكان ، ولكن الأمر المؤكد أننا لا نعيث أبداً ولن نعيث أبداً بالبنود التي يضعها الطبيب في خطته من أجل التشخيص أو العلاج . وهذا بالطبع أمر يستلزم كثيراً من الثقة على

الجانب الآخر وقد بدأ مجتمعات كثيرة تجارب بالشكوى من إمكان الإساءة إلى الخدمة الطبية وإلى الإنسانية التي فيها من هذا الطريق ، ولا أنكر أننا في مصر قد بدأنا في بعض الأحيان نتعلم من بعض تصرفات غير مسؤولة في هذا الاتجاه ، ولكن الدخول أو التدخل في هذه الناحية بأى شرط أو تصرف إداري لن تكون نتيجته إلا طامة كبيرة .

على حين أن في قيم الإسلام للمجتمع الإسلامي كل العواصم والموانع التي تحقق سلامة التصرفات الطبية وبراعتتها من مثل هذه الشبهات . ولا تزال هنا جوانب أخرى ..

[٢٦] الصحة في ألمانيا الغربية

- في الفقرات التالية سوف نورد للقارئ الفقرات الخاصة بالحديث عن الصحة في الكتاب السنوي « حقائق عن ألمانيا » الذي تصدره الحكومة الألمانية بمختلف اللغات .
- وقد أثرت أن نقل للقاريء النص الموجود في الكتاب السنوي لعام ١٩٨٠ وفضلته عن النص الموجود قى ١٩٨٦ أو ١٩٨٧ للأسباب الآتية :
 - (١) أن معظم الأرقام والدراسات المصرية التي نقلت عنها بعض الاحصاءات في هذا الكتاب قد وقفت عند العام ١٩٨٠ .
 - (٢) أن المانيا سريعة التقدم والنجاز ، ولها فمن الظالم أن نقارن الوضع القائم في المانيا اليوم بآرقام مصرية لا تعبر عن وضعنا القائم الآن ، وإنما عن وضع أقل منه بالطبع .
- هذا وقد راعت الالتزام بكل ما في النص الألماني ، واعتمدت الترجمة العربية مع بعض التعديلات البسيطة المتفاقة مع الترجمة الانجليزية .
- وأحب أن أوضح للقاريء أن اختيارى للنحو الألماني كان تعبيرا عن عدة معان :
 - (المعنى الأول) أن ألمانيا الغربية تسير في سياستها على نهج قريب جدا من النظام الاقتصادي الاجتماعي السياسي ، الذى يرتضيه معظمنا اليوم كبديل للحيرة بين النظمتين الرأسمالية والشيوعى وهو الاشتراكية الديموقراطية ، وصحيح أننا وافقنا بصفة رسمية على هذا النظام ، واقتنى به المثقفون الطامحون إلى استقلال وطني يتحقق في ذات الوقت الحرية .. إلا أننا لم ندرس بعد النماذج المتحققة له أو قريبا منه .. ولا نزال نتساءل : ما هي هويتنا ؟ وتقدى هذا الاتجاه بالطبع الصيحات الدينية التى ترفض كل المسميات الجديدة ، مع أن الاشتراكية الديموقراطية ليست إلا صورة عصرية من نظام الإسلام الاقتصادي الاجتماعي القائم على الشورى والتكميل الاجتماعى .. وإذا انكرنا المسميات فلن يسعنا أن ننكر أن المانيا الغربية (على سبيل المثال) تطبق قواعد الإسلام وأخلاقه وقيمه على نحو أفضل مما نطبقه ، وقد شهد بهذا علماء الدين جميعا حتى قال بعضهم إنه لا ينفعهم إلا الشهادة وإجتناب الخمر !! ومع هذا فنحن لن نحمل الأمور أكثر مما نتحمل في هذا المقام وإنما نكتفى بما سبق لايضاح الجو العام .
 - (المعنى الثاني) أن المانيا في تعداد سكانها قريبة مما إلى حد ما ، ولها أهمية كبيرة في الدراسات الاجتماعية والاكاديمية (نظم التأمين) والتغذية . إذ تصعب المقارنة بالدول الاسكندنافية ذات الاعداد القليلة من السكان وبنوتها مثل أمريكا ذات أعداد ضخمة وولايات مختلفة النظم والقوانين .
 - (المعنى الثالث) هو أن صلاتنا بألمانيا الغربية في التخطيط للتنمية ربما كانت أقوى صلة لمصر بالخارج (حتى وإن لم تستقل) وعلى حين تعنى الولايات المتحدة الأمريكية بدراسات المعونة AID والتغذية .. والدراسات السياسية .. الخ . وتعنى دول أخرى بالمشروعات مباشرة كالسوق الأوروبية وفرنسا والبلاد العربية ، فإن للعلاقات المصرية الألمانية قاعدة مشتركة من منتديات الحوار حول التخطيط للتنمية ، بدءاً من مؤسسة خاصة لهذا الغرض تصدر مجلة خاصة يشرف عليها الدكتور يحيى أبو بكر ومروراً بمركز التأثير للإعلام والتعليم والاتصال المنتشرة في وزارة الإعلام ودوراتها المختلفة ، والمشاركين المستمرة للهيئات الألمانية في الفنون والدراسات المصرية .. ربما آخرها الفدوة المصرية الألمانية حول دور الممارس العام في الخدمة الصحية في مصر والتي أقيمت في طب قناة السويس (ابريل ١٩٨٧) .. الخ .
 - (المعنى الرابع) وربما كان سبباً ظاهرياً هو توافر قدر هام ومحدد من المعلومات عن الخدمات في المانيا ..

الاهتمام بالصحة هو في الأصل أمر يجب أن يهتم به ويقوم به كل فرد بنفسه . غير أنه أيضاً واجب من واجبات الدولة والمجتمع . ويجب أن تتحمّل جميع المواطنين - بعض النظر عن أوضاعهم الاقتصادية - الفرصة للمحافظة على صحتهم ورعايتها وعلاجها . ولم يتم الوصول إلى هذا الهدف تماماً في جمهورية المانيا الاتحادية بعد . غير أن هناك عملاً ضخماً يتم خطوة بعد أخرى للاقتراب من تحقيقه بصورة كاملة .

وما يهدد الصحة العامة في ألمانيا هو ما يسمى بأمراض المدينة ، فإن أكثر من نصف الوفيات يرجع إلى أمراض القلب والدورة الدموية ، ثم السرطان . ولم يعد السل – الذي كان منذ بضع عشرات من السنين « مرضنا شعبياً » – يلعب دوراً يذكر الآن .

الأطباء والمستشفيات

يوجد في جمهورية ألمانيا الاتحادية حوالي ١٢٠٠٠ طبيب بشري و ٣٢٠٠٠ طبيب أسنان ، أي أن هناك طبيب واحد مقابل كل ٤٦٥ مواطنًا ، وطبيب أسنان مقابل كل ١٩١٦ مواطنًا ، وتعد جمهورية ألمانيا الاتحادية بذلك من أحسن الدول التي توفر فيها الرعاية الطبية في العالم ، غير أن توزيع الرعاية ليس متساوياً في كل مكان ، وهذا ما ينطبق بوجه خاص على توزيع الأطباء الممارسين المستقلين الذين يكونون العمود الفقري للرعاية الطبية باكمالها (حوالي نصف الأطباء يعملون في عيادات حرة ، والنصف الآخر في المستشفيات والأدارات الصحية) . وكثيراً ما ينقص عدد الأطباء في الأرياف وضواحي المدن . ولما كان من المستحبيل إجبار طبيب على فتح عيادته في مكان معين ، فإن السلطات المحلية تسعى لجذب الأطباء إليها بتقديم عروض جذابة مغرية . كما يجري التفكير في إمكان توزيع الأطباء بشكل أفضل بالطرق القانونية .

وفي جمهورية ألمانيا الاتحادية تضم ٣٥٠٠٠ مستشفى تضم ٧٢٠٠٠ سرير ، أي أن هناك سرير واحد مقابل كل ٨٤ مواطنًا . وتحتل جمهورية ألمانيا الاتحادية بذلك مكانة عالية بالمقارنة بالدول الأخرى في العالم . وبعود الفضل بشكل خاص في توفر المستشفيات اليوم إلى قانون تمويل المستشفيات الصادر عام ١٩٧٢ ، والذي تساهم الحكومة الاتحادية بعوتها في نفقات المستشفيات بمليار مارك كل عام . وتلتقي المستشفيات الأموال الازمة لها من الدول والبلديات (أكثر من نصف عدد الأسرة) والاتحادات الخيرية (أكثر من الثلث) والمؤسسات والهيئات الخاصة .

الرعاية الصحية

يلقى المبدأ القديم القائل بأن « الوقاية خير من العلاج » ، أهمية مطردة في إطار سياسة الصحة العامة . إذ يجب على الفرد أن يتعلم تحمل المسئولية الخاصة في المحافظة على صحته وتحسينها وحماية نفسه من كل ما يعرضه للأخطار الصحية . وتوجد في العديد من المجالس فحوص وقائية أجبارية ، بينما أولها عند وضع المولود الجديد في المستشفى . ويقدم التأمين الصحي القانوني سبعة فحوص أجبارية أخرى حتى سن الرابعة . ويخضع تلاميذ المدارس لرقابة واشراف الطبيب البشري وطبيب الأسنان بالمدرسة باستمرار . كما يتحتم على الشباب اجراء فحص طبي شامل قبل البدء في الحياة المهنية . وتفرض بعض الولايات اجراء فحوص أشعة منتظمة للتعرف المبكر على الاصابة بالسل .

ويلعب التعرف المبكر على الاصابة بالسرطان دوراً هاماً في علاج هذا المرض ومكافحته . ويقوم التأمين الصحي القانوني منذ بضع سنوات بتحمل نفقات الفحص الوقائي السنوي ضد أنواع معينة من السرطان ، ويحق للسيدات اجراء هذا الفحص السنوي ابتداء من سن الثلاثين والرجال ابتداء من الخامسة والثلاثين . وللأسف فإنه لا يحصل على الاستفادة من هذه الامكانية الوقائية المجانية حتى الان سوى ٣٥٪ من النساء و ١٨٪ من الرجال . ولا يزال برنامج التعرف المبكر عن الأمراض محتاجاً إلى المزيد من التطور والتوسع . فإنه لا توجد فحوص وقائية لعدد كبير من الأمراض بعد ، ويرجع ذلك إلى حد كبير إلى ضخامة النفقات التي تقف عقبة في هذا الطريق .

النفقات الصحية

يشير تطور النفقات الصحية وزيادتها المستمرة لقلقاً كبيراً لدى المسؤولين . وهنا يجدونوضوح الجانب الآخر لهذا التطور الإيجابي . فإن الرعاية الصحية الآن أفضل مما كانت عليه في أي يوم مضى ، ويمثل الأطباء والمستشفيات اليوم أحدث الأجهزة والمعنسنات التكنولوجية . كما أن التأمين الصحي الذي كان لا يدفع في الماضي سوى النفقات الضرورية فقط ، أصبح يتحمل اليوم أيضًا نفقات انجازات طبية باهظة التكاليف . ولقد أصبحت جميع هذه الإنجازات من الأمور الطبيعية البديهية ، إذ ان نظرية الإنسان إلى الصحة والمرض قد تغيرت . واليوم يحتل الاهتمام بالصحة ورعايتها المركز الأول في قائمة الاحتياجات الضرورية لدى مواطن جمهورية ألمانيا الاتحادية . ويتمثل هذا بقوله يفكرة أن المرء يجب أن يكون سليمًا للغاية وفي أعلى الدرجات جسدياً وصحياً حتى يتمكن من الجلد والصمود والنجاح في حياة العمل .

وكانت نتيجة هذا كله أن زادت النفقات في مجال الصحة بقدر كبير . وعلى سبيل المثال فقد زادت نفقات التأمين المحلي المقدمة للعلاج في المستشفيات في خلال الفترة من ١٩٦١ إلى ١٩٧٥ إلى التسعة أضعاف ، ونفقات علاج الأسنان إلى العשרה أضعاف ، وكان لابد بالتالي أن تزيد قيمة اقساط التأمين الصحي في خلال هذه الفترة إلى الضعف أيضاً .

ويتم اليوم اتفاق حوالي ١٤٪ من مجموع الدخل القومي في مجال الصحة . أي أن كل مواطن ألماني ينفق على صحته في العام ما يعادل حوالي دخل شهر ونصف شهر . ويخشى على صحته في العام ما يعادل حوالي دخل شهر ونصف شهر . ويخشى إذا ما استمر هذا الصعود المستمر في النفقات أن تصل نفقات الرعاية الصحية في عام ٢٠٠٠ إلى ٦٠٪ من الدخل القومي . ولتنقاضي هذا التطور الخطير اتخذت الحكومة الاتحادية عام ١٩٧٧ عدة إجراءات قانونية تهدف إلى إيقاف زيادة النفقات . غير أن هذا يتطلب أيضًا توفر الرغبة الصادقة والنية الطيبة والقدرة على التنظيم لدى جميع الأطراف المشتركة ، مع عدم التنازل عن شيء من المستوى الرفيع الذي وصلت إليه الرعاية الصحية اليوم .

[٤٧] طب الطوارئ

لأفراد وزير جديد للصحة في مصر أن يستقصي آراء الحكماء فيما ينبغي عليه تركيز جهده فيه ليخلد اسمه ويرضى ضمميره لاجمع هؤلاء الحكماء على النصيحة له بالاهتمام بطب الطوارئ .

فما لا شك فيه أن طب الطوارئ هو الواجب الأول والأخير لوزارة الصحة نحو مواطنها ، وما لا شك فيه كذلك أن يعني في بلادنا من أزمة ، وما لا شك فيه أنه لو كان للدولة – أي دولة – أن تتخل عن مسؤولياتها العلاجية واحدة بعد أخرى ، فسوف تبقى عليها وعلى عاتقها مسؤولية هذا الجانب .

وليس من الصعب تحقيق نجاح مبهج في هذا الجانب الهام من جوانب الرعاية الصحية إذا ما التفت إليه مسئول كبير لفترة معقولة من الزمن .

فعدننا من المؤسسات الطبية العدد الكاف والموزع جيداً للتصدى لهذه الخدمة ، وعندنا بالطبع الكفاءات البشرية والخبرات الطويلة في هذا المجال ، وليست تكاليف تحسين هذا الجانب بذات الخاصية من صعوبة التدبر مع الاعتمادات الضخمة المتوفرة فعلاً .

إنما تكمن المشكلة في جانبين :
الجانب الأول تنظيمي
والجانب الثاني فني

فاما الجانب التنظيمي فيمكن تلخيص مشكلاته على النحو التالي :

(١) أن طب الطوارئ علم يصبح حتى الآن تخصصاً مستقلاً في بلد تعبد التخصصات في شهاداتها وهيأكلها الوظيفية ، وإنما هو مرحلة ترازيت ، يتولاها الامتياز في المستشفى الصغرى ، ويتنابون عليه الأطباء المقيمين بالشهر في قصر العيني ، وبعض (وليس كل) المستشفيات الجامعية ... وأقصى ما وصل إليه من اهتمام يتمثل في مستشفى عسكري عظيم يتناول عليه فيه الأطباء الكبار مرة كل شهر أو كل خمسين يوماً ..

(٢) أن المهمة الموكولة إلى أقسام الاستقبال في النظام الصحي المصري لا تتعدى تحويل الحالات إلى الأقسام الأخرى ، ولم ينشأ بعد القسم المختص بالانتهاء من كل الطوارئ اللهم إلا في التجربة الممتازة (التي لم تكتم صورها الجميلة بعد) في الاستقبال الجديد للقصر العيني الجديد على النيل .

(٣) أنه حتى في الكليات التي خصصت وظائف نوابات للاستقبال (وهي طب المنصورة) أو للطوارئ (كالاسكندرية والأزهر) فإن الدراسات العليا للهؤلاء النواب غير متوفرة ، ولهذا فإن لهم الاختيار الذي يجعلهم يختارون الباطنة أو الجراحة أو القلب .. الخ (حتى الرمد ..)

(٤) أن حلقة الاتصال بين مراكز الاسعاف والمستشفيات المحلية من أضعف ما يمكن .

(٥) أن العاملين في حقل الاسعاف (فنيي الاسعاف) في تناقض مستمر ، وفي وضع سيء .

(٦) أن المسئولية في علاج حالات الحوادث والاصابات غير محددة ، فلا توجد (مداخل ومخارج) عمليات العلاج .

(٧) أن طب الطوارئ لا يحظى بأية مكانة على الاطلاق في مناهج التعليم الطبي الакليني .

(٨) أن أقسام الاستقبال وما إليها ليست مجهزة (ولا ينتظر تجهيزها) لاداً موظفتها بسرعة وبطريقة مثل الخ وربما يمكن الحل في إعطاء مزيد من الاهتمام على كل المستويات بهذه المشكلة ، ولكن هذا لن يتحقق إلا تقدماً قل أو كثر .. بينما المطلوب هو رقى شامل وطفرة ملموسة بواجهة النظام الطبي المصري الذي لا بد أن يحظى مثاقف هذا الجانب بكل اهتمام . وأظن أن النقطة الثمانية التي ذكرتها تشكل محوراً الوضع خطة للنهوض بطب الطوارئ على ضوء تجارب الدول السابقة علينا في هذا المجال ، والتي لا بد أن تستفيد بها أقصى ما يمكن .. على الطريق .. وعلى الشاطئ .. وفي الطريق .

الباب الخامس : التعليم الطبي

[٢٨] | التعusi في كليات الطب | الأقسام

على حين نجد أقسام الكليات الجامعية في مصر متقاربة إلى حد كبير ، فإن الحال في كليات الطب يبدو غير ذلك من أول نظرة ، ولكنحقيقة الأمر أن الأقسام في هذه الكليات هي هي مع اختلاف في الاندماج أو الاتحاد بين بعض الأقسام بعضها وبعض ، تماما كما يحدث في التشكيلات الوزارية حين نجد وزير التعليم أو وزير التربية والتعليم والتعليم العالي (كالدكتور أحمد فتحي سرور) وزاره عاطف صدقى ، ومعه عادل عز للبحث العلمي) ، أو وزير التعليم العالي والبحث العلمي (كالدكتور فتحى محمد على في وزارة الدكتور عطى لطفى وممعه منصور حسين للتربية والتعليم) ، أو وزير التعليم والبحث العلمي والثقافة أي أنه يتولى أربع وزارات (كالدكتور حسن اسماعيل) ، أو وزير التعليم والبحث العلمي (كالدكتور مصطفى كمال حلبي بعد أن تجمعت الوزارات عنده) ، وأن يكون هناك لكل وزارة من هاتيك الوزارات وزير مختص بها وحدها كاتحال في وزارة على صبرى عام ١٩٦٤ .

ومثل هذا في وزارت الصناعة ، والبترول ، والثروة المعدنية ، والكهرباء أو النقل والمواصلات والنقل البحري الخ) .

هذه الصورة هي تقريريات الصورة في أقسام كليات الطب حين تنضم الأقسام على مستوى الرئاسة .. من دون أن يعني ذلك ذوبان التخصصات في بعضها ، ويحيث يكن واضحًا للعاملين في الحقل الطبي أن مسألة [الانضمام] مسألة إدارية فقط .

وقد نص قانون الجامعات الصادر عام ١٩٧٠ على أن يكون هناك ما يسمى بنائب لرئيس القسم لشئون التخصص ، في الأقسام الكبيرة التي تتضم عدداً من التخصصات ، وأن تكون لهذا النائب نفس صلاحيات رئيس القسم فيما يتعلق بالتخصص الذي يمثله ، ومع أن هذا النص لا يطبق بصورة روتينية في استصدار هذا القرار وأضفاء هذا المعنى إلا أنه في الواقع في كليات الطب مطبق تماماً ، ويقواعد العرف والأخلاق .

وبناءً التقسيمات المختلفة لكليات الطب ، في عددها ، وفي طريقة التقسيم من كلية إلى أخرى :

(١)	طب القاهرة	٢٠ قسما
(٢)	الاسكندرية	٢٠ قسما
(٣)	عين شمس	٢٨ قسما
(٤)	أسيوط	١٨ قسما
(٥)	طنطا	٢١ قسما
(٦)	المنصورة	٢٠ قسما
(٧)	الأزهر بنين	٢٧ قسما
(٨)	الزقازيق	٢٢ قسما
(٩)	الأزهر بنات	٢٢ قسما
(١٠)	بنها	٢٢ قسما
(١١)	قناة السويس	١٣ قسما
(١٢)	المنوفية	٩ أقسام

على هذا يمكن القول ان أقصى ما يمكن للكليات الطبية المصرية تبعاً لنظام التوسيع في اللوائح بناء على اللوائح السابقة للكليات الأخرى أن تصل إليه من أقسام هو ٣٢ قسمًا هي :

- (١) ثانية أقسام أكاديمية .
- ٢١ - النساء والولادة
- ٢٢ - الباطنة العامة
- ٢٣ - أمراض القلب والأوعية الدموية
- ٢٤ - الأمراض العصبية
- ٢٥ - الأمراض النفسية
- ٢٦ - الأمراض الصدرية
- ٢٧ - الطب الطبيعي
- ٢٨ - الأمراض الجلدية
- ٢٩ - الأمراض التنايسية
- ٣٠ - الأمراض المتقطعة
- ٣١ - التخدير
- ٣٢ - الأطفال
- ٣٣ - الممارسة العامة
- ٣٤ - الجراحة العامة
- ٣٥ - جراحة القلب والصدر
- ٣٦ - جراحة المخ والأعصاب
- ٣٧ - جراحة العظام
- ٣٨ - جراحة المسالك البولية
- ٣٩ - الرمد
- ٤٠ - الأنف والأذن والحنجرة

وهذه الأقسام موجودة بالفعل في الجامعات المصرية .

ومع التطور الذي يتم حالياً فان هناك امكانية نشأة أقسام جديدة على النحو الآتي :

(١) قسم جراحة الأوعية الدموية ، وهو يكاد يكون منفصلاً في إطار قسم الجراحة العامة في بعض كليات الطب ، بدل وفي المستشفى العسكري !!

(٢) قسم جراحة الأطفال ، وهو منفصل فعلياً تماماً في قصر العيني وفي الاسكندرية ، حتى في الأسرة التي توجد في مستشفيات الأطفال .

(٢) قسم الغدد الصماء : وفي طب بنات الأزهار طب عين شمس وحدات متخصصة ، وأساتذة حريصون على تخصصهم في هذا المجال ، وقد وافق لطب عين شمس على منح درجات علمية في هذا المجال .

(٤) قسم أمراض الجهاز الهضمي .

(٥) قسم جراحة الجهاز الهضمي .

(٦) قسم طب الصناعات .

(٧) قسم السموم .

(٨) قسم جراحة التجميل .

(٩) ينقسم قسم الباثولوجيا الأكلينيكية إلى قسمين : الباثولوجيا الأكلينيكية والكميائية .

(١٠) الوراثة .

(١١) جراحة الأورام .

(١٢) وحدة السمعيات .

(١٣) فسيولوجيا الجهاز العصبي .

(١٤) الرعاية المركبة (وفي قصر العيني وحدة لرعاية الحالات الحرجة على أعلى مستوى من الكفاءة والتنظيم) .

(١٥) علم الخلية ، وعلم الأجنحة .

(١٦) طب المجتمع وطب البيئة .

(١٧) قسم الجراحة التجريبية : وقد كان هناك كرسى للجراحة التجريبية شغله الدكتور حسن على إبراهيم منذ ١٩٦٢ في كلية طب قصر العيني ، وكان هناك اهتمام مماثل بتخصص الباطنة التجريبية تولاها الاستاذ الدكتور عبد الوهاب الشيمي أستاذ الفسيولوجيا .

(١٨) قسم جراحة التجميل والحرق وكذا

وحتى عام ١٩٧٠ كانت أقسام كلية طب قصر العيني على النحو الآتي :-

- (١) الفسيولوجيا ويشمل أيضاً الأقراصين والكمياء الحيوية
- (٢) التشريح والهستولوجيا
- (٣) الباثولوجيا ويشمل أيضاً الباثولوجيا الأكلينيكية والكميائية أيضاً ، والبكتيريا .
- (٤) الصحة العامة والطب الوقائي وطب الصناعات
- (٥) الطب الشرعي
- (٦) طب الأمراض المتقطعة : ويشمل الأمراض المتقطعة والطفيليات
- (٧) قسم الأمراض الباطنة ويشمل الأمراض الباطنة ، وأمراض القلب

- (٨) **قسم الأمراض الباطنة الخاصة :** ويشمل الأمراض الصدرية ، والتناسلية ، والعصبية ، والجلدية ، والصدرية ، والنفسية .
- (٩) **قسم أمراض الأطفال .**
- (١٠) **قسم الجراحة :** - ويشمل الجراحة التجريبية ، وجراحة التجميل ، والتخدير .
- (١١) **قسم الجراحة الخاصة :** ويشمل المسالك البولية ، وجراحة العظام وجراحة القلب والصدر وجراحة الأعصاب وجراحة الأنف والأذن والحنجرة .
- (١٢) **قسم التوليد وأمراض النساء :** -
- (١٣) **قسم الرمد :** -
- (١٤) **قسم الأشعة :** - ويشمل التشخيص والعلاج بالأشعة .

وفي ١٩٨٦ فان كلية طب اقصر العيني تضم القسم التالية :-

- | | |
|---|-------------------------------------|
| (١١) قسم الأمراض الباطنة العامة | (١) قسم التشريح |
| (١٢) قسم الأمراض الباطنة الخاصة | (٢) قسم المسترولوجيا |
| (١٣) قسم القلب والصدر وجراحتها | (٣) قسم الفسيولوجيا |
| (١٤) قسم الرمد | (٤) قسم الكيمياء الحيوية |
| (١٥) قسم الأشعة | (٥) قسم الباثولوجيا |
| (١٦) قسم النساء والتوليد | (٦) قسم الفارماكولوجيا |
| (١٧) قسم الطب الشرعي | (٧) قسم البكتيريا والطفيليات |
| (١٨) قسم الصحة العامة بطب الصناعات | (٨) قسم الجراحة العامة |
| (١٩) قسم الأطفال | (٩) قسم الجراحة الخاصة |
| (٢٠) قسم الباثولوجيا الأكلينيكية | (١٠) قسم التخدير |

وتضم كلية طب الاسكندرية الأقسام التالية :-

- | | |
|--|--|
| ٥ - قسم الباثولوجيا | ١ - قسم التشريح |
| ٦ - قسم الفارماكولوجي (الأدوية) | ٢ - قسم المسترولوجيا |
| ٧ - قسم البكتيرiology | ٣ - قسم الفسيولوجيا |
| ٨ - قسم الكيمياء الحيوية | ٤ - قسم الطفيليات |
| ٩ - قسم الجراحة ويشمل : (الجراحة العامة - المسالك البولية - جراحة العظام - جراحة المخ والأعصاب) | ٥ - قسم الجراحة العامة |
| ١٠ - قسم التخدير | ٦ - قسم الجراحة الخاصة |
| ١٢ - قسم الأمراض الباطنة ويشمل : | ٧ - قسم التخدير |
| (الأمراض الباطنة العامة - الأمراض الصدرية - الأمراض العصبية والنفسية أمراض المناطق الحارة) | ٨ - قسم الباثولوجيا الأكلينيكية |
| ١٣ - قسم الباثولوجيا الأكلينيكية . | ٩ - قسم طب النساء . |
| ١٤ - قسم الأمراض الجلدية والتناسلية . | ١٦ - قسم طب الأطفال . |
| ١٥ - قسم التوليد وأمراض النساء . | ١٧ - قسم طب العين وجراحتها . |
| ١٨ - قسم الأشعة ويشمل : (الأشعة التشخيصية والعلاجية والعلاج الطبيعي - والطب النووي) . | ١٨ - قسم طب المجتمع (ويشمل الصحة العامة والطب الوقائي والاجتماعي) . |
| ١٩ - قسم طب المجتمع (ويشمل الصحة العامة والطب الوقائي والاجتماعي) . | ٢٠ - قسم طب الشرعي والسموم وطب الصناعات والصحة المهنية . |

وفي كلية طب عين شمس يتفق عدد الأقسام إلى ٢٨ قسماً على النحو التالي :-

- | | |
|-------------------------------------|--------------------------|
| ١٥ - قسم الأنف والأذن والحنجرة | ١ - قسم التشريح |
| ١٦ - قسم الرمد | ٢ - قسم الفسيولوجى |
| ١٧ - قسم التخدير | ٣ - قسم المسترولوجى |
| ١٨ - قسم الأمراض الباطنة | ٤ - قسم الكيمياء الحيوية |
| ١٩ - قسم الأمراض العصبية والنفسية | ٥ - قسم الباثولوجى |
| ٢٠ - قسم الصدر | ٦ - قسم الفارماكولوجى |
| ٢١ - قسم القلب والأوعية الدموية | ٧ - قسم الطفيلييات |
| ٢٢ - قسم طب المناطق الحارة | ٨ - قسم البكتيرولوجى |
| ٢٣ - قسم الأمراض الجلدية والتناسلية | ٩ - قسم طب الشرعي |
| ٢٤ - قسم التوليد وأمراض النساء | ١٠ - قسم طب المجتمع |
| ٢٥ - قسم الأطفال | ١١ - قسم الجراحة العامة |

- | | |
|---|---|
| <p>٢٦ - قسم الباثولوجيا الأكلينيكية</p> <p>٢٧ - قسم الاشعة التشخيصية</p> <p>٢٨ - قسم الاشعة العلاجية والطب النووي</p> | <p>١٢ - قسم جراحة القلب والصدر</p> <p>١٣ - قسم المسالك البولية</p> <p>١٤ - قسم العظام</p> |
|---|---|

كلية طب طنطا

وقد تضمن القرار الوزاري رقم ٨٩١ الصادر بلائحة طب طنطا أن تكون أقسام الكلية على النحو التالي :

- ١ - قسم التشريح والمسترولوجي
ويشمل الوحدات (الأنسجة والميكروسكوب الإلكتروني - الشكل والانتروبولوجي - الأجنة والوراثة - تشريح الأعصاب - الخلية كيمياء الأنسجة) .
- ٢ - قسم الفسيولوجي (علم وظائف الأعضاء)
ويشمل الوحدات (وحدة فسيولوجيا الغدد - الجهاز العصبي)
- ٣ - قسم الكيمياء الحيوية
ويشمل الوحدات (وحدة كيمياء المناعة - كيمياء السرطان - كيمياء البنية - كيمياء إكلينيكية - كيمياء حيوية - تغذية - كيمياء جهاز عصبي) .
- ٤ - قسم الباثولوجي (علم الأمراض)

ويشمل الوحدات (هستركستري - أميونوباثولوجي - ستيتولوجي باثولوجي جراحية - باثولوجي تجريبية) .

- ٥ - قسم البكتريولوجي
ويشمل الوحدات (الفيروسات - الفطريات - المناعة) .
- ٦ - قسم الطفيليات
ويشمل الوحدات (وحدة الخلية - الديدان الطبية - الحشرات) .
- ٧ - قسم الجراحة العامة
ويشمل الوحدات (التجميل والحرق - الجهاز الهضمي والمنظير - الجراحة التجريبية - جراحة الأطفال - الطوارئ) .
- ٨ - قسم الجراحة الخاصة ويشمل :
وحدة العظام وتشمل ما يلي (جراحة اليد - المفاصل الصناعية - شلل الأطفال) وحدة المسالك البولية وتشمل ما يلي (القصور الكلوي - ديناميكية الجهاز البولي) - وحدة جراحة الأعصاب - وحدة جراحة الصدر والقلب .
- ٩ - قسم الباطنة العامة
ويشمل الوحدات (الجهاز البصمي والكبد - الكلى - الغدد الصماء - الروماتيزم الابيض) .
- ١٠ - قسم الباطنة الخاصة
ويشمل الوحدات (العصبية - الأمراض المتوترة - الأمراض الصدرية - القلب - الطب الطبيعي) .
- ١١ - قسم الجلد والتناسلية
ويشمل الوحدات (الجلدية - تناسلية وعمق - الجذام) .
- ١٢ - قسم طب الأطفال
ويشمل الوحدات (مبتسرين - الروماتيزم) .
- ١٣ - قسم طب العين
ويشمل الوحدات (سمعيات وكلام - القلك والوجه) .
- ١٤ - قسم الأنف والأذن والحنجرة
ويشمل الوحدات (سمعيات وكلام - الطبل النووي) .
- ١٥ - قسم الأشعة
ويشمل الوحدات (الأشعة التشخيصية - العلاج - الطب النووي) .
- ١٦ - قسم الصحة العامة
ويشمل الوحدات (طب الصناعات - الطب الوقائي - طب البنية) .
- ١٧ - قسم الطب الشرعي والسموم
١٨ - قسم النساء والولادة
ويشمل الوحدات (الإبرام والخلايا - غدد صماء النساء والولادة - رعاية الحمل والطفل حديث الولادة) .
- ١٩ - قسم الباثولوجيا الأكلينيكية
- ٢٠ - قسم التخدير
- ٢١ - قسم الفارماكولوجيا

وتضم كلية طب المنصورة الأقسام التالية :-

- ٨ - الباثولوجيا الأكلينيكية
 ٩ - الطب الشرعي
 ١٠ - الصحة العامة
 ١١ - الجراحة
 ١٢ - التخدير
 ١٣ - الجراحة الخاصة يشمل (العظام والمسالك وجراحة القلب والصدر)
 ١٤ - الباطنة العامة (تشمل : الطب الطبيعي)
 ١٥ - الباطنة الخاصة (وتشمل الصدرية ، العصبية ، النفسية ، الجلدية)
 ١٦ - الأنف والأذن والحنجرة
 ١٧ - طب وجراحة العين
 ١٨ - النساء والتوليد

أما الأقسام في كلية طب الأزهر فهى على النحو التالى :-

- ١٥ - قسم الأشعة
 ١٦ - قسم الباثولوجيا الأكلينيكية
 ١٧ - قسم جراحة المساك البولية
 ١٨ - قسم الأمراض النفسية والعصبية
 ١٩ - قسم الأمراض الصدرية
 ٢٠ - قسم الأمراض المتعلقة
 ٢١ - قسم التخدير
 ٢٢ - قسم العلاج الطبيعي
 ٢٣ - قسم النساء والتوليد
 ٢٤ - قسم طب الأطفال
 ٢٥ - قسم أمراض القلب
 ٢٦ - قسم الصحة العامة وطب المجتمع
 ٢٧ - قسم الباثولوجيا
 ١ - قسم التشريح
 ٢ - قسم الفسيولوجيا
 ٣ - قسم المستويولوجي
 ٤ - قسم الكيمياء الحيوية
 ٥ - قسم الفارماكولوجي
 ٦ - قسم البكتريولوجي
 ٧ - قسم الطفيليات
 ٨ - قسم طب وجراحة العين
 ٩ - قسم الطب الشرعي والسوسوم
 ١٠ - قسم الجراحة العامة
 ١١ - قسم أمراض الباطنة العامة
 ١٢ - قسم جراحة العظام
 ١٣ - قسم الأنف والأذن والحنجرة
 ١٤ - قسم الجلدية والتتناسلية والعمق

أما أقسام كلية طب الإقليمة فهى على النحو التالى :-

- ٥ - الباثولوجي
 ٦ - البكتريولوجي
 ٧ - الطفيليات
 ٨ - الجراحة العامة
 ب - جراحة المخ والأعصاب
 د - الصدرية
 ه - المستوطنة
 و - الطب الطبيعي
 ١٨ - الطب الشرعي
 ١٩ - التوليد والنساء
 ٢٠ - الباثولوجي الأكلينيكي
 ٢١ - التخدير
 ٢٢ - الفارماكولوجي
 ٢٣ - المساك البولية
 ١ - التشريح
 ٢ - المستويولوجي
 ٣ - الفسيولوجي
 ٤ - الكيمياء الحيوى
 ٥ - الجراحة الخاصة :-
 ٦ - جراحة العظام
 ٧ - الباطنة العامة
 ٨ - الباطنة الخاصة :
 ٩ - القلب
 ١٠ - العصبية
 ١١ - النفسية
 ١٢ - الجلدية والتتناسلية
 ١٣ - طب الأطفال
 ١٤ - طب العين
 ١٥ - الأنف والأذن والحنجرة
 ١٦ - الأشعة
 ١٧ - الصحة العامة

أما في كلية طب بنات الأ فهو :-

- | | |
|----------------------------------|----------------------------|
| ١٢ - التخدير | ١ - التشريح |
| ١٤ - الباطنة العامة | ٢ - المسترولوجي |
| ١٥ - الباطنة الخاصة | ٣ - الفسيولوجيا |
| ١٦ - الجلدية | ٤ - الكيمياء الحيوية |
| ١٧ - الأطفال | ٥ - الميكروبيولوجي |
| ١٨ - الجراحة العامة | ٦ - الطفيلييات |
| ١٩ - الجراحة الخاصة | ٧ - الباثولوجي |
| ٢٠ - جراحة العظام | ٨ - الفارما كولوجي |
| ٢١ - جراحة الأنف والأذن والحنجرة | ٩ - الباثولوجي الأكلينيكية |
| ٢٢ - الرمد | ١٠ - الصحة العامة |
| ٢٢ - النساء والتوليد | ١١ - الأشعة |
| | ١٢ - الطب الشرعي |

وفي كلية طب قنات السويس فلن الأقسام على النحو التالي :-

- ١ - التشريح (ويشمل وحدات التشريح والأنسجة وعلم الأجنة وعلم الخلية) .
- ٢ - وظائف الأعضاء .
- ٣ - الكيمياء الحيوية .
- ٤ - علم الأمراض .
- ٥ - علم الأدوية والعلاجات .
- ٦ - الميكروبيولوجي والطفيلييات (ويشمل وحدات البكتريولوجيا - الفيروlogy - الطفيلييات والمناعة) .
- ٧ - الجراحة (تشمل التخصصات التالية : جراحة العظام - جراحة الأعصاب - جراحة القلب والصدر - جراحة المسالك البولية - جراحة التجميل والحرق - جراحة السرطان - جراحة الأطفال - التخدير والعمليات المركزية) .
- ٨ - أمراض النساء والتوليد .
- ٩ - طب العيون وجراحتها .
- ١٠ - الأمراض الباطنة (وتشمل : تخصصات الأمراض الصدرية - الأمراض العصبية - الأمراض النفسية - الأمراض المعدية - الأمراض الجلدية - الأمراض التناسلية - الطب الطبيعي - أمراض القلب والأوعية الدموية - التحاليل الطبية - طب الطوارئ - الأشعة والطب النووي والطب الشرعي) .
- ١١ - الأطفال (وتشمل تخصصات حديثي الولادة والوراثة) .
- ١٢ - طب المجتمع (ويشمل وحدات العلوم السلوكية) .
- ١٣ - الممارسة العامة .

أقسام كلية طب المنوفية :-

- | | |
|---------------------------------------|-------------------------------------|
| ١ - العلوم الطبية والأساسية التطبيقية | ٦ - النساء والتوليد |
| ٢ - الباثولوجي الأكلينيكية | ٧ - طب الأطفال |
| ٣ - الجراحة العامة والخاصة والتخدير | ٨ - طب المجتمع والبيئة وطب الصناعات |
| ٤ - الباطنة العامة والخاصة | ٩ - الأشعة |
| ٥ - طب وجراحة العيون | |

أما أقسام كلية طب المنوفية على النحو التالي :-

- | | |
|----------------------|----------------------|
| ١١ - التخدير | ١ - التشريح |
| ١٢ - الجراحة العامة | ٢ - المسترولوجي |
| ١٣ - جراحة العظام | ٣ - الفسيولوجى |
| ١٤ - المسالك البولية | ٤ - الكيمياء الحيوية |
| ١٥ - الأطفال | ٥ - البكتريولوجيا |

- | | |
|---|---|
| ١٦ - النساء والتوليد
١٧ - الرمد
١٨ - الباطنة العامة
١٩ - الأنف والأذن والحنجرة | ٦ - الفارما كولوجيا
٧ - الباثولوجيا
٨ - الباثولوجيا الأكلينيكية
٩ - الصحة العامة
١٠ - الطب الشرعي |
|---|---|

الاختلافات في التقسيم

- (ج) في كلية طب قناة السويس لا يزال قسم الأنف والأنف وحدة من وحدات قسم الجراحة الذي يشمل كل أقسام الجراحات العامة والخاصة .
- (١٤) يستقل قسم الرمد بنفسه في جميع كليات الطب ، ولا يختلف الأمر إلا في مسمى الذي يتراوح بين طب العين وجراحتها ، والرمد .
- (١٥) يستقل قسم النساء والتوليد بنفسه في جميع كليات الطب .
- (١٦) يوجد قسم خاص بالباتولوجيا الأكيلينيكية في جميع كليات الطب ما عدا كلية طب أسيوط التي تضمه مع الباثولوجيا في قسم واحد ، وطب قناة السويس التي تعتبره وحدة من وحدات الأمراض الباطنة .
- على الرغم من وجود قسم الباتولوجيا الأكيلينيكية في جميع كليات الطب ، فإنه في كلية طب القاهرة ينقسم إلى وحدتين للباتولوجيا الأكيلينيكية والباتولوجيا الكيميائية
- (١٧) لا يوجد قسم مستقل لجراحة القلب والصدر إلا في كلية طب عين شمس ، وفيما عدا ذلك فهو يتبع إما الجراحة العامة أو الخاصة ، أما في طب قصر العيني فيتبع قسم القلب والصدر وجراحتهما .
- (١٨) لم يستقل حتى الآن قسم جراحة الأطفال عن الجراحة العامة ، وفي كلية طب القاهرة والاسكندرية أقسام متفردة ولكنها لا تزال في إطار الجراحة العامة ، ويرأس قسم الجراحة العامة في طب قناة السويس أستاذ متخصص في جراحة الأطفال ، كذلك فإن وكيل كلية طبطنطا هو أستاذ جراحة الأطفال .
- (١٩) في الإسكندرية وكذلك الحال في طب قناة السويس لا يوجد إلا قسم واحد لجراحة تحت هذا المسمى ، ويضم وحدات الجراحة العامة والخاصة كلها .
- (٢٠) يوجد قسم للجراحة العامة (بهذا الاسم) في كليات القاهرة ويضم جراحة الأطفال وجراحة التجميل أيضاً عين شمس ويضم جراحة المخ والأعصاب أيضاً .
- وكذلك كما يوجد مثل هذا القسم في أسيوط وفي طنطا وفي المنصورة وفي الأزهر ببنين وفي الزقازيق وفي بنيها .
- (٢١) تتميز أقسام للمسالك البولية في كليات طب عين شمس والمنصورة والأزهر ببنين والزقازيق وبنيها ، وتتبع هذه الأقسام قسم الجراحة الخاصة في بقية الكليات فيما عدا الكليات التي تضم الجراحة الخاصة والعامة في قسم واحد .
- (٢٢) تتميز أقسام لجراحة العظام في كليات طب عين شمس والمنصورة والأزهر ببنين والأزهر ببنين وبنيها ، وتتبع هذه الأقسام قسم الجراحة الخاصة في بقية الكليات ، أو قسم الجراحة في الكليتين المشار اليهما آنفاً .
- (٢٣) لا يوجد قسم متخصص لجراحة المخ والأعصاب في أي من كليات الطب حتى الآن ولكن الملاحظ أنه على حين يتبع هذا القسم أقسام الجراحة الخاصة في معظم الكليات فإنه يتبع قسم الجراحة العامة في طب عين شمس وبعد هذا التخصص الوحيد في عين شمس الذي لم يستقل بقسم خاص . وفي طب الزقازيق لا يضم قسم الجراحة الخاصة إلا هذا القسم مع قسم جراحة العظام .
- (٢٤) يحمل قسم الجراحات في طب المنوفية مسمى قسم الجراحة العامة والخاصة والتخدير .
- (٢٥) تحت مظلة قسم الجراحة الخاصة يمكن لعدد كبير من الجراحات الخاصة أن يتدرج على سبيل المثال فإنه في طب القاهرة :-
- يشمل هذا القسم تخصصات :-
- (أ) جراحة الأعصاب .
 (ج) جراحة المسالك البولية .
 (ب) جراحة العظام .
 (د) جراحة الأنف والحنجرة .
- على حين أنه في طب الزقازيق يشمل :
- (أ) جراحة الأعصاب (ب) جراحة العظام فقط .
- ونك بعد أن استقل كل من قسمى المسالك البولية والأنف والأنف والحنجرة في تلك الكلية .
- وفي الإسكندرية وطب قناة السويس لا يوجد هذا القسم وتتدرج الأقسام تحت الجراحة العامة .
- وفي أسيوط يضم هذا القسم : - الأنف والأنف والمسالك البولية والعظام كوالطب الطبيعي !!
- وفي طنطا يضم أقسام : العظام والمسالك وجراحة الأعصاب وجراحة الصدر والقلب . وفي المنصورة يوجد هذا القسم ويضم أقسام المسالك والعظام وجراحة القلب والصدر .
- وفي الأزهر ببنين لا يوجد أيضاً
- وفي الأزهر ببنين يوجد قسم جراحة خاصة بالإضافة إلى قسمين للجراحة العامة ولجراحة العظام .
- وفي بنيها لا يوجد هذا القسم ويستقل قسمان للعظام والمسالك البولية .
- (٢٦) يوجد قسم للباطنة في الإسكندرية وقناة السويس ويضم جميع الأقسام المتعلقة بالطب الباطني .
- وفي قناة السويس يضم هذا القسم أيضاً وحدتين للتحاليل الطبية والأشعة ، ومن المفترض أن يضم هذا القسم تخصص الطب الشرعي أيضاً .
- وعلى حين تتدرج وحدة الأمراض الجلدية تحت مظلة هذا القسم في طب قناة السويس فإن في الإسكندرية قسماً خاصاً للأمراض الجلدية والتناسلية .
- (٢٧) توجد نفس الفكرة السابقة في طب المنوفية ولكن تحت مسمى الباطنة العامة والخاصة .
- (٢٨) فيما عدا هذه الكليات الثلاث فإن جميع كليات الطب تضم قسم للأمراض الباطنة العامة . وتختلف وحدات هذا القسم من كلية إلى أخرى .
- (٢٩) تحت مظلة « الباطنة الخاصة » يمكن لعدة أقسام ان تتدرج ويمكن أن يشمل هذا القسم :-
- (أ) الأمراض العصبية .
 (هـ) الأمراض الصدرية .
 (بـ) الأمراض النفسية .
 (وـ) أمراض القلب والأوعية الدموية .
 (زـ) الأمراض المستوطنة .
 (جـ) الأمراض الجلدية .

- (د) الأمراض التناسلية . (ج) الطب الطبيعي .
 ولكن واقع الأمر أن هذا القسم لا يشمل أبداً هذه التخصصات الشائنة مرة واحدة ، وفي القاهرة يضم هذا القسم كل هذه الأقسام على هذا النحو من التقسيم فيما عدا قسم القلب والصدر اللذين يتضمان مع جراحتيهما في قسم خاص .
 وفي طب الرقاقي يضم هذا القسم كل هذه الأقسام ما عدا الجلدية والتتناسلية التي تفرد بقسم خاص .
 وفي طب أسيوط يضم هذا القسم وحدات :- الجلدية والتتناسلية والمتوطنة والصدرية والعصبية والنفسية .
 على حين يتبع قسم القلب قسم الباطنة العامة .
 وفي طبطنطا يضم هذا القسم أقسام :- القلب والعصبية والنفسية وطب المناطق الحارة والصدرية والطب الطبيعي .
 وفي طب الأزهر لا يوجد هذا القسم إذ يستقل كل تخصص بقسم متعمق .
 وفي طب بنات الأزهر يضم هذا القسم كل التخصصات .
 وفي طب بنها لا يوجد هذا القسم ، وتدرج تخصصاته مع قسم الباطنة بينما يستقل تخصص الأمراض الجلدية والتتناسلية بقسم خاص .
- (٢٠) لعل قسم القلب من أكثر الأقسام التي يختلف وضعها من كلية إلى أخرى
 (أ) فهو مستقل بنفسه في كليات طب عين شمس والأزهر .
 (ب) وهو في إطار الباطنة العامة في أسيوط والمنصورة .
 (ج) وهو في إطار الباطنة الخاصة : في الرقاقي ، وطنطا ، وطب بنات الأزهر .
 (د) وهو في إطار الباطنة بفروعها (حين توحد الباطنة العامة والخاصة) : كما في الإسكندرية وقناة السويس والمنوفية وبنيها .
 (هـ) وهو في إطار قسم القلب والصدر وجراحتيهما : في كلية طب قصر العيني .
- (٢١) يختلف وضع قسم الأمراض الجلدية والتتناسلية من كلية إلى أخرى ، وهو مستقل بنفسه في كليات : طب الإسكندرية وعين شمس وطنطا والمنصورة والرقاقي والأزهر بنين ، والازهر بنات ، وبينها وفي إطار الباطنة الخاصة في كلية طب القاهرة ، وأسيوط وفي إطار الباطنة كانت في قناة السويس .
- (٢٢) مع أن قسم الأمراض الجلدية والتتناسلية في كلية طب القاهرة في إطار الباطنة الخاصة إلا أنه منفصل إلى وحدتين مستقلتين تماماً وحدة للأمراض الجلدية ووحدة للأمراض التناسلية .
- (٢٣) (أ) يستقل قسم الطب الطبيعي في بعض الكليات : في المنصورة والأزهر بنين .
 (ب) ويبقى في إطار الباطنة الخاصة في بعضها الآخر : القاهرة ، طنطا ، الرقاقي ، الأزهر بنات .
 (ج) وفي الإسكندرية يتبع قسم الأشعة .
 (د) وفي أسيوط يتبع قسم الجراحة الخاصة مع أقسام الأنف والاذن والمسالك والعظم .
 (هـ) وفي عين شمس يتضمن إلى قسم الأمراض العصبية والنفسية .
 (د) ويتبع قسم الباطنة في بنها وقناة السويس والمنوفية .
 ولعله أغرب التخصصات في مسألة انضمامه للإقسام المختلفة .
- (٢٤) ينفرد تخصص طب المناطق الحارة بقسم في كل من عين شمس والأزهر بنين ويترافق مسمى هذا التخصص في لوان الكليات بين طب المناطق الحارة والأمراض المتوطنة ويتبع هذا القسم أقسام الباطنة الخاصة في حالة وجودها أو العامة فيما عدا ذلك .
- (٢٥) (أ) يتبع قسم الصدر في طب قصر العيني قسم القلب والصدر وجراحتيهما .
 (ب) ويستقل هذا القسم بنفسه في كليات : عين شمس والأزهر بنين .
 ويتبع هذا القسم قسم الأمراض الخاصة في بقية الكليات أو الباطنة العامة حين لا يوجد قسم للباطنة الخاصة .
- (٢٦) يستقل تخصصها الأمراض العصبية والنفسية بقسم :- من في طب عين شمس ومعهمها الطب الطبيعي ، وفي الأزهر بنين يستقلان بمفردهما .
- (٢٧) يستقل قسم الأطفال بنفسه في جميع كليات الطب .
- (٢٨) لا يوجد قسم تحت مسمى القلب والصدر وجراحتيهما إلا في طب قصر العيني ، وقد سبق الاشارة إلى انفراد كلية طب قناة السويس بقسم للممارسة العامة .

[٣٩] العلاقة بين وزارة الصحة ومؤسسات التعليم الطبي .

ولـ وزارة الصحة من عداء الطب على مدى تاريخها الطويل ٥ عداء فقط ثلاثة منهم هم عداء قصر العيني الثلاثة الأوائل !!! والرابع عميد الإسكندرية الذي تولاهما ٣ أسابيع فقط الخامس عميد الإسكندرية الذي تولاهما بسبعين شهور في أوائل السبعينيات !!! ، وهم العميد الأول الدكتور على باشا ابراهيم من ٢٨ يونيو ١٩٤٠ - ١٤ نوفمبر ١٩٤٠ و ١٤ من نوفمبر ١٩٤١ حتى ٢١ يوليو ١٩٤١ في

وزارت الائتلاف التي تشكلت في أوائل الحرب العالمية الثانية حيث عمل على باشا ابراهيم وزيراً في وزارة حسن صبرى باشا وحسين سرى باشا .

والعميد الثانى الدكتور سليمان عزمى في وزارة صدقى باشا (١٧ فبراير ١٩٤٦ حتى ٩ ديسمبر ١٩٤٦) . وكذلك العميد الثالث الدكتور ابراهيم شوقي بك الذى تولى هذه الوزارة ثلاثة مرات لفترات قصيرة : -

المرة الأولى : - في وزارة حسين سرى باشا وزارة الانتخابات لمدة سبعين يوماً تقريباً (٢ نوفمبر ١٩٤٩ - ١٢ يناير ١٩٤٩) .
المرة الثانية : - في وزارة على ماهر باشا التى اعقبت حرب الكahra ولمدة خمسة وثلاثين يومياً تقريباً (٢٧ فبراير ١٩٥٢ - ١٥ مارس ١٩٥٢) .

والمرة الثالثة والأخيرة : - في وزارة على ماهر باشا التى تشكلت عقب قيام الثورة ولمدة خمسة وأربعين يوماً تقريباً (٤ يوليو ١٩٥٢ - ٧ سبتمبر ١٩٥٢) ومن يومها لم يتولى عميد من عمداء طب قصر العينى ولا عداء أى كلية طب آخرى وزارة الصحة على الاطلاق باستثناء الفترة التى تولىها الدكتور أحمد الدين بك وزارة عشرين يوماً هى مدة وزارة على ماهر الثالثة (٢ يوليو ١٩٥٢ - ٢٢ يوليو ١٩٥٢) ، وقد خلفه لمدة يومين سيد شكرى بك فى وزارة نجيب الهلال ثم الدكتور ابراهيم شوقي كما ذكرنا منذ قليل .

وفي عهد الرئيس السادسات تولى الدكتور أحمد السيد درويش وزارة الصحة في آخر وزارات الدكتور فوزى في ١٩ سبتمبر ١٩٧١ وحتى أول يناير ١٩٧٢ .

ومن الواضح ان قصر المدد الذى قضاهما هؤلاء العمداء في مناصب الوزارة كان أبرز الاسباب التى حالت بينهم وبين تحقيق قدر مطلوب أو متوقع من النجاح في توظيف التعليم الطبى للخدمات الصحية ، وربط مؤسسات التعليم الطبى بمؤسسات الخدمات الصحية على نحو كان من الممكن له أن يتحققأواضحة في ظل ظروفنا الطبيعية كله ، ومن المؤكد ان الحساسية التي واجهت أستانة الجامعة الذين تولوا وزارة الصحة في السبعينيات تجاه مسألة نقل تبعيات المستشفيات العامة إلى الجامعة للمساعدة في تهيئة كليات الطب الأقليمية الجديدة لم تكن الا صورة من الآثار البعيدة لانعدام صلة الرحم بين مؤسسة التعليم الطبى ومؤسسة الخدمة الطبية العامة ، أو على الأقل ما يعبر عنه العامة بقولهم « انعدام الدلال » ، ويحيط أصبح من الأفضل للاستاذ الجامعى الوزير ان يغفر بأنه لم يتنازل عن شيء من ممتلكات وزارة الصحة ، كأنها الأمر مسألة أوقاف وأبعاديات في حين أن ذات المنشآة قد تدر على المجتمع عائدًا علاجيًا وبحثيًا وتعليميًا أكبر حين تتضمن إلى الجامعة بكل وارداتها وخدماتها واستقلالها ونظمها .

ومع هذا كله فإن كثيراً من الفضل في نشأة وازدهار كلية مثل طب الزقازيق يعود إلى ذلك التفهم الذى أبداه وزير صحة عظيم الشأن هو الدكتور عبد سلام الذى تفهم حاجة الكليات الناشئة إلى مستشفى تعليمى ، وإلى أيضاً يرجع الفضل في المستشفى التعليمى لكلية طب بنات الأزهر على حين واجهت كلية طب بنات الذى تأسس في جامعة الزقازيق نفسها صعوبة بالغة في الانتفاع بمستشفى بنها التعليمى ، ونفس الوضع في المنيا .. وجاءت وجهات النظر التي وقفت حائلاً دون هذا الانتفاع على ألسنة أستانة جامعيين مرموفين تولوا الوزارة بل وقال أحدهم في خبر شديد « إنه لا يجب أن يترك وزارة الصحة وقد قصت لها بعض الأجنحة في عهده !!! » .

وقد يقودنا هذا الحديث إلى مسألة مهمة في وظيفة وزارة الصحة نفسها وإلى وظيفة لكثير من مؤسساتها ، ومن حسن الحظ ان الدولة نفسها قد تنبهت إلى أهمية وفعالية أن تكون وزارة الصحة ووزارة دولة فحسب ، وأن تترك أمور الخدمة الصحية والعلاج .. الخ للحكم المحلي والمؤسسات المحلية الأقليمية وعلى رأسها بالطبع الجامعات الأقليمية التي هي بلا شك أقدر بكثير على إدارة وتشغيل المنشآت الصحية (القريبة منها) من الوزارة (المركزية) التي ينبغي أن تتفرغ لتنشيل بالخطيط والسياسات العامة ، ومع هذا فإن وزير من أكثر وزراء الصحة مكانة علمية كان حريصاً كل الحرص على السعي في ضم مراكز البحوث الطبية التابعة لوزارة البحث العلمي أو أكاديمية البحث العلمي والتكنولوجيا إلى وزارة الصحة !!!

ومن المؤكد أن وزارة الصحة منذ السبعينيات [شهدت وزارة الصحة استقراراً رائعاً طيلة السبعينيات بتولى الدكتور النبوى المهندس شأنها طيلة الفترة ١٩٦١ - ١٩٦٨ .. وقبله شهدت استقراراً آخر خلال الخمسينيات منذ قامت الثورة وتولى شأنها من سبتمبر ١٩٥٢ الدكتور نور الدين طراف فالدكتور محمد محمود نصار] قد عانوا هم قبل غيرهم من قصر الفترات التي اتيحت لهم في الوزارة بحيث يمكن التماس العذر لهم في عدم تحقيق انجاز واضح .. ولكن المؤكد أنه في مجال علاقة الوزارة بالجامعة كان الدكتور عبد سلام (وهو الذي لم يأت إلى الوزارة من كرسى الجامعة مباشرة كخمسة من خلفه) أكثرهم نجاحاً في تحقيق انجاز حقيقي وهادئ على الرغم من أنه قد يبدو أنه تنازل عن ممتلكات وزارة الصحة !!! .

ولا ينبغي أن نقوتنا الإشارة إلى جهد الدكتور محمود محفوظ في نشر وتطوير تعليم التمريض في وزارة الصحة على نحو ممتاز ورائع ، أو إلى حرص الدكتور بدران على إشراك الجامعة وهيئاتها في لجان الوزارة ودراسات كثيرة .. ، أو إلى جهد الدكتور ممدوح جبر خلال تقلده المنصب الوزارى في اتمام اتفاقية بناء مستشفى الأطفال التابع لجامعة القاهرة ، ومكذا أضاف إلى مستشفيات الجامعات ، أو إلى عزيمة الدكتور فؤاد محى الدين في إنشاء الهيئة العامة للمعاهد والمستشفيات التعليمية واستصدار الكادر الخاص بها ، ولو أن هذه الهيئة لم تستطع أن تفصح نفسها على عملية التعليم الطبى لأنها منحت الاسم من دون أن تمنح سلطة منع (الترخيص) وهي عملية لا تتسم بأبدى بالبيروقراطية المصرية ومكانتها في صياغة الواقع الاجتماعى المؤثر على مكانة التعليم .

وعلى أي حال فإن علاقة الجامعة بمملية الخدمة الطبية والعلاج الطبى أكبر من أن تناوش في ظل تفكير الأفراد وسياساتهم وقراراتهم حتى لو كانوا وزراء ، ولكن الحقيقة مع الأسف أن كل مقومات هذه القضية لم تكن إلا انعكاسات لقرارات هؤلاء الوزراء !! .. واتجاهاتهم .. وما علينا من مناقشة مدى مثالية هذا الذى حدث ، إنما ينبغي لنا أن نفهم بعد أن نناوش دراسات - لم يتم اعدادها بعد - حجم الخدمة الطبية التي تؤديها كليات الطب الأقليمية ، وتكلفة هذه الخدمة مقارنة بالخدمات التي تؤديها المستشفى الأخرى !

وقد يدعونا هذا الى الاشارة هنا الى مفهوم هام جدا يتعلق بالتأمين الصحي الذى تحول على أيدينا في مصر من فكرة وبدأ الى مؤسسة !! ، ويحيث أصبحت كلمة التأمين الصحي في مصر تصرف الى مؤسسة ومستشفيات وبيروقراطية ومجلس ادارة ! في حين ان التأمين الصحي عملية واسعة من المفروض ان تقوم بها مستشفيات الجامعات أيضا . ولكن التأمين الصحي في مصر مؤسسة فيها أطباء معينون لها لا يخرجون منها ! ! واذا شارك أساتذة الجامعة واخصائيوها في العملية التأمينية فمن خلال مستشفيات التأمين الصحي نفسها ! ! وكان عملية (التأمين) أصبحت حكرا على مستشفيات معينة !! والحمد لله أنها لم تحكر على نوعيات الافراد وانتقاءاتهم كذلك (وإن كانت كذلك بصفتهم الشخصية) . وهذا هو ما نناقش في موضع آخر بالتفصيل .

٣٠ [هيكل الدرجات العلمية في كليات الطب | الدرجات] .

عمداء الكليات :

كانت طريقة اختيار عميد الكلية أو المعهد التابع للجامعة من أكثر المسائل التي ترجحت فيها الآراء – عند وضع قانون الجامعات الجديد المطبق حاليا – بين الانتخاب والتعيين : وقد نحا القانون نحو وسطا يجمع بين الكيفيتين بهدف الاسترادة من المزايا والتقليل من المضار لوتم الأخذ باحد اهتمامون الأخرى ، فجعل ترشيح رئيس الجامعة للعميد من بين الأساتذة الثلاثة الذين تم تزكيتهم من قبل هيئة تضم جميع أساتذة الكلية أو المعهد وكل الأساتذة المساعدين والمدرسين الأعضاء في مجلس الكلية بحيث يتم المشاركة من جانب المسؤولين في الكلية أو المعهد في هذا الاختيار بما يعلم رئيس الجامعة على اتجاهات الكلية أو المعهد في ذلك و يجعل الترشيح من جانب (أو التعين بعد ما فوضت لرؤساء الجامعات هذه السلطة) في حدودها وعلى مدتها . وقد زاد المشروع مدة العمادة من سنتين إلى (كما

سيلاحظ القارئ من مدد عمداء كليات الطب في القاهرة والاسكندرية وعين شمس في الفترة السابقة على القانون) إلى ثلاثة تأكيدا على فكرة الاستقرار في الادارة . ومع ان اختيار العميد بالطريقة السالفة يناسب الكليات والمعاهد التي تزخر بعدد كبير من الأساتذة بحيث يحتاج رئيس الجامعة الى الاستئارة برأي المسؤولين في الكلية أو المعهد لاختيار العميد فقد كانت هذه الطريقة (حسب توقع المشرع) أقل مناسبة في شأن الكليات والمعاهد التي يتضاعل عدد الأساتذة فيها الى حد كبير . لذلك اكتفى القانون في شأنه بترشيح متقدما من رئيس الجامعة (وقد اصبح الأمر منوطا ايضا في مسألة قرار التعيين برئيس الجامعة نفسه بتقويض من الوزير) . واستتبع ذلك قصر

تجديد التعيين في هذه الحالة على مرأة واحدة (اي ان العميد المعين لا يعين بهذه الطريقة لأكثر من ٦ سنوات وإنما يجوز له ان يكون بعدها عميدا بالانتخاب حتى توافق العدد المؤهل لاجراء الانتخابات دون اطلاق لمرات التجديد على النحو المقرر في حال اشتراك المسؤولين في الكلية أو المعهد في الاختيار وهو ما يلاحظ مثلا في حالة كلية طب قصر العيني التي تم انتخاب عميدها الدكتور هاشم فؤاد لدورات ثلاثة كانت بدايتها على التوالي ١٩٨٥ ، ٨٢ ، ٧٩ .

الأستاذ المتقاعد :

سوف يلاحظ القارئ تفاوت عدد الأساتذة المتقاعدين في الأقسام المختلفة وفي الكليات المختلفة ، ولهذا يجدر بنا أن نشير إلى أن تقليد تعيين أعضاء هيئة التدريس بعد إحالتهم إلى التقاعد لم يكن موجودا على نفس الصورة التي هو عليها اليوم من وجوب هذا التعيين ! ! وهو التقليد الذي يسود مدرسة الطب الأولى في قصر العيني ، ولهذا فإن هناك كثيرا من أساتذة الجامعة السابعين المرموقين خارج دائرة الأساتذة المتقاعدين ومعظم هؤلاء من الذين خرجوا إلى المعاش قبل تطبيق القاعدة (البروتوكولية) التي تستند إلى النص الواضح في قانون الجامعات بجوانب تعيين هؤلاء الأساتذة .

ومع انه ليس بمقدور هذا الدليل بالطبع ان يقيم العائد من تواجد هؤلاء الأساتذة ، فإن الدليل يحرض في ذات الوقت على إتاحة معلومات إحصائية مقارنة عن هؤلاء الأساتذة في الكليات المختلفة وبالطبع فإن عدد هؤلاء يتزايد في الكليات العربية بينما هو محدود في الكليات الحديثة نسبيا بحيث لا يجاوز أصحاب اليد الواحدة .

الأستاذ :

على عكس ما يسود من أن اطلاق الترقى لوظائف الأستاذية قد أفاد الجامعات الحديثة فإن الحقيقة انه أفاد الكليات الأقدم بأكثر بكثير جدا مما أفاد الكليات الأحدث واذا نظرنا إلى مجموع عدد الأساتذة ذوى الكراسي والأساتذة في الكليات القائمة فعلا عام ١٩٣٠

وجدنا الأمور على النحو التالي :

الاساندة	الاساندة ذوى الكراسي	
٦١	٢٩	القاهرة
٢٦	٢٤	الاسكندرية
٢٤	٢٢	عين شمس
٢	١٢	اسيوط
-	٣	طنطا
-	٢	المنصورة

وهكذا نجد أن الخطوة التي تمت في ١٩٦٥ باطلاق الاستاذية قد أفادت الجامعات القديمة بأكثر مما أفادت الجامعات الجديدة ، بما وبما على حساب الامتيازات التي كانت متاحة في تلك الجامعات .

وبينفي لنا أن الغلبة الساحقة الاستاذة الذين يشغلون الان درجات الاستاذية في كليات الطب في جامعتنا العصرية قد ترقت طبقاً للقانون الجديد (٤٩ لسنة ١٩٧٢) وانه في خلال سنوات معدودة لن يكون هناك أحد من المرقين طبقاً للقانون القديم ، وذلك أمر طبيعي بعد ١٥ عاماً من صدور القانون ، وانتهاء المدد الزمنية لشغل الوظائف والكراسي القديمة بخروج الاستاذة القدامى إلى المعاش .

وعلى سبيل المثال فان أقدم استاذة قصر العيني العاملين الأن قد وصلوا إلى وظائف الاستاذية عام ١٩٧٢ ، وهم ١٦ استاذة على سبيل الحصر ، ومنهم عدد غير قليل انتهت مدة خدمتها بالفعل وهو يكمل عمله حتى نهاية العام الدراسي ، وذكر اسماء هؤلاء الاستاذة على سبيل الحصر يعطينا فكرة مهمة عن هذه النقطة بالذات : -

ففي ١٧/٦/١٩٧٢ رقي إلى درجة الاستاذية :
أ.د. عدى الشرييني (التخدير) وهو أقدم استاذة قصر العيني العاملين اليوم ، ثم إن القانون الجديد طبق من أول أكتوبر ١٩٧٢ وفي جلسة ١٠/٢٥/١٩٧٢ رقي :
أ.د. محمد توفيق الرخاوي (التشريح) .
وفي جلسة ١١/٢٩/١٩٧٢ رقي :
أ.د. يوسف عبد الرحمن (الفسيولوجي) .
أ.د. محمد عبد الرزاق (الباطنة العامة) .
أ.د. حسين عبد الفتاح ابراهيم (جراحة العظام) .
أ.د. اسماعيل الشافعى (جراحة الأعصاب) .
وفي جلسة ١٢/٢٧/١٩٧٢ رقي :
أ.د. السيد سالم (الصدرية) .
أ.د. احمد على الجارم (المتوطنة) .
أ.د. اسامه علوان (العصبية) .
أ.د. احمد سامي همام (الجراحة العامة) .
أ.د. حسين عبد الفتاح طلعت (الجراحة العامة) .
أ.د. فتحى اسكندر (الجراحة العامة) .
أ.د. هشام مورو (الجراحة العامة) .
أ.د. هاشم فؤاد (الأنف والأذن والحنجرة) .
أ.د. نبيل الجندي (الرمد) .
أ.د. جمال ابوسنة (جراحة القلب والصدر) .

وقد وضع هذا القانون حلولاً لمشكلة الاختلافات وتأخير الترقى في وظائف هيئة التدريس عدم تناسب النمو فيها تبعاً للنمو المطرد في هيئة التدريس بما يكلل تأمين مستقبل اعضاء هيئة التدريس وأصرافهم الى خدمة الجامعة في اطمئنان دون تقدير في تركها امام مختلف المغريات ، ففصل المشروع بين الالقاب العلمية وبين الوظائف بدرجاتها المالية ، وجعل منح هذه الالقاب رهناً بشروط الأهلية العلمية وحدتها بعد مضي العدد المطلوبة على ان يعتبر هذا المتن في مقام التعين ، ويسرى عليه احكامه وتترتب عليه آثاره فيما عدا الناحية المالية ، وعلى ان يجرى تدبير وظائف بدرجاتها المالية لمن تم منحهم اللقب العلمي في السنة المالية التالية على الاكثر (اي في أول يونيو التالي لاستحقاق اللقب العلمي وهي مدة لا تزيد بالطبع عن عام واحد على اكثربتقدير) وخلافاً للظاهر ، لم يحمل هذا الحكم الخزانة الحكومية بعده زائد نظر لما جرى عليه الحال في السنوات الأخيرة من السير على سياسة رفع الوظائف .

واستتبع الفصل بين الالقاب العلمية والوظائف المالية الغاء كراسى الاستاذية وامساج وظيفتى « الاستاذ ذى الكرسى » و« الاستاذ » الحاليتين وقصر الاعلان عن الوظائف الحالية على الحالة التي لا يوجد فيها مؤهل من داخل الكلية أو المعهد لشغل الوظيفة الأعلى !!

وليس من شأن ذلك (كما قال الدكتور شمس الدين الوكيل وزير التعليم العالي يومها في المذكرة التي أرفقها بالقانون) تقع على نفسها كما قد يظن أو اففالها الباب أمام كفاءات من خارج الجامعات . فباب ما يزال مفتوحًا لهذه الكفاءات اذا لم يستوف من في الداخل المدد المطلوبة للتعيين أو استوفوها وثبت عدم اهليةهم العلمية . ومن الطبيعي الابداء بالتنقيب عن الكفاءات من داخل الجامعات او لام البحث عنها خارج الجامعات عند العجز أو القصور ، فضلاً عن ان الاختيارات شاهدة بان نسبة الدخول في هيئة التدريس من خارج الجامعات كانت دائماً و رغم نظام الاعلان العلني والمتعلق اندر من النادر . ومع هذا فإن ضمادات الحفاظ على عملية فتح الباب أمام دخول الجامعة للكفاءات التي خارجها ليست من القواعد ذات الدرجة التي تتمنى بها ضمادات الأغلاق !!!

وقد ذكر الدكتور شمس الدين الوكيل ان الغاء نظام كراسى الاستاذية لم يكن بدعة بل هو الاتجاه الغالب اليوم في جامعات الدول المتقدمة ، ولم تكن هذه الكراسى الا رمزاً للتخصصات معينة ، وهذه التخصصات متزايدة باقية في نظام الفصل بين الاقسام العلمية والوظائف المالية ، بل هي أكثر انتفاذاً واتساعاً كل من هو اهل لتحمل امانتها دون تقيد بعدد محدود يشغلها ، وهو ما يكفل تكافؤ الفرص بين الاكفاء في بلوغ مركز الاستاذية وهو قمة المراكز العلمية في الجامعة . وترك القانون أمر تحديد تخصصات الاستاذية للائحة الداخلية لكل كلية أو معهد وفق ما تعيده المعايير العلمية الموضوعية المجردة .

المعيدين :

قبل ان نبدأ في الحديث عن هذه الطائفة فان من المستحسن أن نسترجع من محاضرات أستاذة الجامعة الكبار التي يلقونها في برامج تأهيل مدرسي الجامعة بعض فقرات توضح أهمية القائمين بهذه الوظيفة في القيام بها ، ومن مجموعة محاضرات « أسس التدريس الجامعي » التي شرحتها مركز البحوث التربوية بجامعة القاهرة نقتطف من محاضرة الاستاذ الدكتور ابراهيم العدوى هذه الفقرات : - « إن المعيدين هم خلاصة آلاف الطلاب الذين يندون إلى الجامعة ، والثمرة المنتقبة التي تفرزها عملية التعليم الجامعي ، ولذلك تختارهم الجامعة وتكلفهم بالعمل ليكونوا هيئة التدريس بها فيما بعد . ولذلك يجب أن ينظر إلى هذه الفتنة نظرة خاصة تراعى تكوينهم العلمي ، ليكونوا أعضاء هيئة تدريس صالحين ، ودورهم التربوي ليسطيعوا أن يكونوا مؤهلين لتعليم الأجيال القادمة . إن مهمة مؤلاء مهمة مزدوجة ، لأن عليهم أن يكونوا باحثين من جانب ، وعليهم أن يكونوا مدرسين من جانب آخر يقومون بتوصيل معلوماتهم توصيلاً ناجحاً إلى طلابهم في المستقبل .

لاشك اذن في أهمية وجود مؤلاء الشباب والشابات الذين يشغلون هذه الوظيفة لأنها وظيفة هامة في الكيان الجامعي من ناحية البحث ومن ناحية التعليم ومن ناحية تكوين الكوادر ومن ناحية رابعة وهي الناحية الاجتماعية الجامعية وفي هذا يقول الدكتور العدوى أيضاً : -

« وهناك ملاحظة في غاية الاهمية لا يمكن إغفالها ، وهي أن ظروفنا الحاضرة تفرض على الجامعة ان تقبل اعداداً كبيرة ، والاعداد الكبيرة لا يتيح لها الاتصال المباشر ببعض أعضاء هيئة التدريس وهنا تظهر أهمية المعيدين في الاتصال الطلابي ، ولكن ينبغي ان يرشد هذا الاتصال على الوجه الذي يحقق الخير للعمل العلمي الذي فيه خير الوطن . » وبعد أن يتحدث الدكتور العدوى (في محاضرته التي كانت مخصصة للحديث عن دور المدرسين المساعدين والمعلمين في التعليم الجامعي) ، عن جوانب البحوث العلمية المطلوبة من طبق المعيدين يذكر بصفة خاصة على الصلة بين الطلاب والمعلمين ، وهي الصلة التي ربما تجاوزت سعادته عن الاشارة إلى الصياغات الخطأ (الجديدة) التي صارت إليها في ظل نظام كالدروس الخصوصية ..

ومع هذا فنحن ننقل عنه حديثه بما يجب أن يكون : « هذا فيما يتعلق بالجانب الأول وهو أن المعيدين يعودون لكي يكونوا مدرسين بتوصيل ثمار ابحاثهم إلى الطلاب فإنه يقتضي عدة امور مهمة ، فعملية التعليم لا تتم إلا من خلال مدرس وطالب ومساعدة علمية . ومعنى هذا أن الطالب عتصم بهم جداً في هذا الجانب ولاشك أن الطلاب هم الشق الثاني لبناء الجامعة ، فالجامعة طلاب وأساتذة .

وهنا يبرز دور المعيدين الأساسي وميزتهم الكبرى اذ انهم اقرب الى الطلاب من حيث السن واقرب الى الأستاذة من حيث البنية العلمية واتصالهم ببعض أعضاء هيئة التدريس ، ولذلك فان عليهم ان يكونوا أدوات مصالحة للتوصيل ، وهم بطبعية عملهم معيدين يتصلون بالطلاب من خلال التدريب او غيره ولديهم فرصة نادرة لتكون شخصيتهم القيادية والجامعية . فمن المعروف ان الطلاب يحبون المادة العلمية التي يحبون من يقوم بتدریسها . ومن المعروف ايضاً ان الطلاب يتذمرون الى الاقتداء بالقريبن منهم في السن ، ولذلك من الممكن ان يصبح المعيد من هؤلاء - اذا احسن انتهاز هذه الفرصة - شخصية محبوبة بين الطلاب فهو بحكم كونه شاباً عليه ان يعيش سنته والا يتذكر لزملائه من الشباب ، فهو قادر على فهم مشكلات الطلاب من استاذته الذين يمنعهم السن من مخالطة الطلاب على نحو يسمع به للمعبد ، ويمنع الحياة والهيبة طلابه من الاختلاط به على النحو الذي لا يمنعهم من مثله مع المعبد ، فالمعيد عليه ان يفهم مشكلات الطلاب ويفتح لهم صدره ولن يجد في ذلك عباءة فهم قريباً منه وهو قريب منهم ، ان اتصاله بالطلاب على هذا النحو الذي لا ابتداً فيه ولا تعال يتيح له ان يكون قدوة صالحة وشخصية محبوبة وهذا يضمن له النجاح في اداء مهمته العلمية فيما بعد إذ أن الطلاب سيقبلون عليه ويتكلمون المشقة في سبيل ارضائه والتقارب منه بحب مادته لأنهم احبوه .

ولعلنا نخلص من هذا كله ان نظاماً جامعياً متزناً لا بد فيه من وجود المعيدين . ومع ان المدرسين المساعدين والمعلمين يمثلون في العرف الجامعي المصري طبقة واحدة تقريباً هي طبقة مساعدى هيئة التدريس إلا ان واقع الأمر في هذا المحيط نفسه أشد ما يمكن التمييز بحكم عوامل عديدة ليس أقلها الدرجة العلمية ومرحلة البحث التي فيها كل منهم ... الخ) .

ونظرة واحدة إلى جداول الاحصائيات كفيلة بأن ترينا الأقسام الأكاديمية في كل كليات الطب المصرية تتفقد (المعيدين) ، وذلك على تحوّلها من فحص في القول تحت عنوان «الأطباء المقيمين» ويرجع هذا بالطبع إلى استغراق العناصر التي يكون فيها الخريج المعد لتولي وظائف عضوية التدريس في فترة النيابة ، وانتهائـه من الماجستير مع انتهاء هذه الـنيابة بحيث يصبح بعدها (في الغالب) مـؤهلاً لشغل وظيفة مدرس مساعد مباشرة .

ونحن لا ننسى لانشاء وظائف للمعيدين إلى جوار وظائف الأطباء المقيمين والمدرسين المساعدين ، فليس هذا حالاً على الإطلاق ، إذ لا بد من قضاء فترة الـنيابة كطبيب مقيم في الأقسام الأكاديمية ، كما هو متبع في كل كليات الطب في العالم ، ولكننا نريد أن نترجم الواقع الحادث فعلاً بـأن يكون هؤلاء النواب معيدين أكاديميين في نفس الوقت ، أي أن تكون وظائفهم كـمساعدين وظائف الجامعة . إلاـتـىـ أنـ أـسـتـاذـ الـبـاطـنـةـ يـكـتـبـ عـلـىـ بـطـاقـتـهـ أـنـ إـسـتـاذـ الـأـمـرـاـضـ الـبـاطـنـةـ فـيـ كـلـيـةـ الطـبـ وـقـصـرـ العـيـنـىـ !! أوـفـ كـلـيـةـ طـبـ عـيـنـ شـمـسـ وـمـسـشـفـيـ الدـمـرـادـشـ أـوـفـ كـلـيـةـ طـبـ الـأـزـهـرـ وـمـسـشـفـيـ الـحـسـينـ ..ـ وـهـكـذـاـ (ـأـنـ الـإـسـتـاذـ الـمـسـاعـدـ كـذـلـكـ ،ـ وـكـذـلـكـ الـمـدـرـسـوـنـ وـالـمـدـرـسـوـنـ الـمـسـاعـدـوـنـ هـوـقـولـ حـقـ !!ـ فـلـمـاـذاـ لـاـيـكـنـ هـؤـلـاءـ الـأـوـاـئـلـ مـعـيـدـيـنـ فـيـ كـلـيـةـ وـاـطـبـاءـ مـقـيـمـيـنـ فـيـ الـمـسـشـفـيـ فـيـ ذـاتـ الـوقـتـ ؟ـ

ونحن هنا نتكلم من واقع الـإـيمـانـ بأـهـمـيـةـ وـظـيـفـةـ الـطـبـ .ـ أـمـاـ الجـانـبـ الـآخـرـ لـلـقـصـيـةـ فـيـماـ يـتـعـلـقـ بـالـأـطـبـاءـ الـمـقـيـمـيـنـ وـظـيـفـةـ الـطـبـ فـيـقـيـمـيـهـ حـقـ حـالـاـ وـيـالـقـصـيـلـ تـعـدـ عـنـوانـ الـأـطـبـاءـ الـمـقـيـمـيـنـ .ـ

ولعل أـبـرـزـ هـذـهـ الـأـسـيـبـ أـنـ هـذـهـ الـطـافـةـ مـعـ وـاسـعـ سـلـطـاتـهـ الـفـعـلـيـةـ قـدـ لـاتـحـظـ بـمـكـانـةـ وـاضـحةـ فـيـ الـهـيـكـلـ الـجـامـعـيـ ،ـ أـنـ أـفـرـادـهـ أـقـدـ يـجـدـونـ أـنـفـسـهـمـ فـجـأـةـ فـيـ وـظـائـفـ الـمـدـرـسـيـنـ الـمـسـاعـدـيـنـ مـنـ نـاحـيـةـ الـتـعـلـيمـ ،ـ عـلـىـ حـيـنـ أـنـهـمـ يـجـدـونـ أـنـفـسـهـمـ بـيـحـثـونـ بـعـدـ اـنـتـهـاءـ الـنـيـابـةـ عـلـىـ وـظـيـفـةـ الـمـعـيـدـ الـقـىـ شـفـلـهـ اـقـرـانـهـ فـيـ الثـانـيـةـ الـعـامـةـ (ـبـلـ مـنـ هـمـ دـوـنـهـ يـومـهـ)ـ قـبـلـهـ بـشـانـ سـنـوـاتـ كـامـلـةـ عـلـىـ الـأـقـلـ !ـ وـعـلـىـ سـبـيلـ الـمـثـالـ فـالـحـاـصـلـوـنـ عـلـىـ الثـانـيـةـ الـعـامـةـ فـيـ عـامـ ١٩٧٥ـ عـيـنـواـ مـعـيـدـيـنـ فـيـ كـلـيـةـ الـتـجـارـةـ وـالـآـدـابـ ..ـ وـعـلـىـ مـذـ يـولـيوـ ١٩٧٩ـ عـلـىـ حـيـنـ أـنـ نـظـارـاهـمـ فـيـ الـطـبـ لـمـ يـعـيـنـواـ مـعـيـدـيـنـ فـيـ الـطـبـ إـلـاـ فـيـ يـانـيـرـ ١٩٨٧ـ !!ـ وـيـعـضـهـمـ لـاـيـزـالـ يـنـتـظـرـ دـورـهـ ،ـ هـذـاـ عـلـىـ اـفـتـرـاضـ عـدـمـ التـعـثـرـ فـيـ الـحـالـتـيـنـ !ـ

وـصـحـيـحـ أـنـ الـطـبـيـبـ الـذـيـ عـيـنـ فـيـ يـانـيـرـ ١٩٨٧ـ لـنـ تـمـضـيـ عـلـيـهـ ١٩٨٧ـ إـلـاـ وـقـدـ نـالـ درـجـةـ مـدـرـسـ مـسـاعـدـ ..ـ وـقـدـ يـكـونـ هـنـاكـ اـحـتمـالـ تـشـيـلـ فـيـ بـعـضـ هـذـهـ الـكـلـيـاتـ أـنـ بـعـضـهـمـ لـمـ يـنـلـ مـثـلـ هـذـهـ الـدـرـجـةـ بـعـدـ ..ـ وـلـكـنـ الـمـسـالـةـ لـيـسـ مـسـالـةـ اـسـتـقـادـةـ الـأـشـخـاصـ وـلـكـنـهاـ مـدـىـ تـوـظـيـفـ الـأـشـخـاصـ لـخـدـمـةـ الـكـادـرـ الـجـامـعـيـ ..ـ وـمـادـاـمـ الـكـادـرـ الـجـامـعـيـ فـيـ حـاجـةـ إـلـىـ هـذـهـ الـوـظـيـفـةـ فـلـابـدـ أـنـ يـجـدـ فـيـهـمـ هـيـ أـحـقـ بـهـمـ !!ـ

الأطباء المقيمين :

يعتبر وضع الأطباء المقيمين (النواب) في المستشفيات الجامعية ، وضعاً غريباً وممـيزـاـ بـعـضـ الشـيـءـ .ـ وقد زـيـدـتـ مـدـدـةـ الـنـيـابـةـ مـنـ سـنـةـ إـلـىـ سـنـتـيـنـ إـلـىـ تـلـاثـ سـنـوـاتـ ،ـ وـلـمـ كـانـ يـعـيـنـ الـأـطـبـاءـ الـمـقـيـمـيـنـ يـتـمـ بـعـدـ قـضـاءـ الـخـرـيجـ عـامـ الـأـمـبـيـازـ أـىـ وـهـوـ حـدـودـ الـخـامـسـ وـالـعـشـرـيـنـ إـلـىـ السـادـسـةـ وـالـعـشـرـيـنـ مـنـ عـمـرـهـ ،ـ وـقـدـ أـجـلـ تـجـنـيدـهـ بـحـكـمـ الـدـرـاسـةـ ثـمـ الـأـمـبـيـازـ ،ـ أـصـبـحـ عـلـىـ هـؤـلـاءـ الـعـيـنـيـنـ فـيـ وـظـائـفـ الـأـطـبـاءـ الـمـقـيـمـيـنـ الـانـصـرافـ أـوـلـاـ إـلـىـ تـأـدـيـةـ الـخـدـمـةـ الـعـسـكـرـيـةـ ،ـ وـالـقـىـ تـصـلـ مـدـدـتهاـ إـلـىـ عـوـالـيـ ١٥ـ شـهـراـ بـفـضـلـ تـعـاطـفـ الـقـوـاتـ الـعـسـلـحـةـ مـعـ طـبـةـ النـوـابـ وـالـمـعـيـدـيـنـ حـرـصـاـمـنـهـاـ عـلـىـ دـمـعـتـهـمـ عـنـ دـمـعـتـهـمـ فـيـ سـلـكـ الـبـحـثـ الـعـلـمـيـ .ـ وـيـهـذـاـ فـيـنـ فـتـرـةـ الـنـيـابـةـ أـصـبـحـتـ تـنـقاـوـتـ مـنـ حـوـالـيـ ٢١ـ شـهـراـ بـالـنـسـبـةـ لـلـأـطـبـاءـ الـمـقـيـمـيـنـ الـذـكـرـ غـيـرـ الـمـعـاـفـيـنـ مـنـ خـدـمـةـ الـعـسـكـرـيـةـ إـلـىـ ٣٦ـ شـهـراـ بـالـنـسـبـةـ لـلـطـبـيـبـاتـ وـالـأـطـبـاءـ الـمـقـيـمـيـنـ الـذـكـرـ غـيـرـ الـمـعـاـفـيـنـ مـنـ خـدـمـةـ الـعـسـكـرـيـةـ .ـ عـلـىـ أـنـ بـعـدـ هـذـهـ الـمـدـدـةـ كـلـهـاـ يـقـهـ هـؤـلـاءـ مـرـأـةـ أـخـرىـ [ـوـقـدـ أـصـبـحـوـاـ فـيـ مـتوـسـطـ عـمـرـ ٢٩ـ عـامـ]ـ فـيـ اـنتـظـارـ التـعـيـنـ فـيـ وـظـائـفـ الـمـعـيـدـيـنـ فـيـ الـأـقـاسـ الـأـكـلـيـنـيـكـيـةـ الـتـىـ قـضـواـ بـهـاـ فـتـرـةـ الـنـيـابـةـ !!ـ

ويـعـلـنـ لـهـمـ عـنـ هـذـهـ الـوـظـائـفـ تـبـعـاـ الـحـاجـةـ الـأـقـاسـ [ـوـهـوـ تـعـبـرـ قـانـونـيـ يـحـتـلـ كـثـيـراـ مـنـ الـاحـکـامـ الـذـاتـيـةـ]ـ ،ـ وـيـعـيـنـ هـؤـلـاءـ فـيـ وـظـائـفـ الـمـعـيـدـيـنـ ..ـ فـيـاـذاـ كـانـواـ قـدـ وـقـعـاـ خـلـالـ سـنـوـاتـ الـثـلـاثـةـ إـلـىـ الـحـصـولـ عـلـىـ دـرـجـةـ الـمـاجـسـتـيرـ فـيـاـنـهـمـ يـعـيـنـوـنـ بـعـدـ تـسـلـمـهـمـ الـعـمـلـ بـأـيـامـ فـيـ وـظـائـفـ الـمـدـرـسـيـنـ مـسـاعـدـيـنـ .ـ

وـهـذـاـ هـوـ الـأـلـغـ فيـ حـالـةـ هـؤـلـاءـ الـأـطـبـاءـ الـذـيـنـ تـمـتـواـ بـتـفـوـقـ ظـاهـرـ فـيـ الـبـكـالـلـوـرـيـوسـ مـاـ أـهـلـهـمـ لـشـغلـ هـذـهـ الـوـظـائـفـ الـمـرـمـوـقـةـ وـالـتـقـيـيـمـ إـقـبـالـاـ يـفـقـعـ بـمـراـجـلـ الـأـقـبـالـ عـلـىـ وـظـائـفـ الـمـعـيـدـيـنـ فـيـ الـأـقـاسـ الـأـكـلـيـنـيـكـيـةــ ثـمـ إـنـهـمـ قـدـ اـتـيـحـ لـهـمـ فـرـصـةـ الـعـمـلـ فـيـ مـسـتـشـفـيـاتـ ذاتـ الـكـلـيـاتـ الـتـىـ يـدـرـسـونـ بـهـاـ الـمـاجـسـتـيرـ ..ـ وـلـمـ كـانـتـ درـاسـةـ الـمـاجـسـتـيرـ تـسـتـفـرـقـ عـلـىـ الـأـقـلـ عـامـيـنـ فـيـاـنـ سـنـوـاتـ الـنـيـابـةـ الـثـلـاثـةـ كـفـيـةـ بـتـمـكـيـنـ الـنـوـابـ مـنـ الـحـصـولـ عـلـىـ الـمـاجـسـتـيرـ قـبـلـ اـنـتـهـاءـ الـنـيـابـةـ وـيـسـنـةـ كـامـلـةـ ..ـ وـلـكـنـ أـحـيـاـنـاـ مـاـ يـحـدـثـ فـيـ الـوـاقـعـ غـيـرـ ذـلـكـ :ـ

(أـ)ـ فـيـ بـعـضـ الـأـحـيـاـنـ لـاـ يـعـيـنـ الـأـطـبـاءـ الـمـقـيـمـيـنـ إـلـاـ بـعـدـ شـهـرـ إـبـرـيلـ ..ـ وـبـالـتـالـيـ فـيـاـنـهـ لـاـ يـمـكـنـهـمـ التـسـجـيلـ فـيـ دـورـ إـبـرـيلـ ..ـ وـيـنـتـظـرـوـنـ التـسـجـيلـ فـيـ دـورـ أـكـتـوـبـرـ .ـ

(بـ)ـ وـفـيـ بـعـضـ الـأـحـيـاـنـ تـشـتـرـطـ بـعـضـ الـأـقـاسـ مـرـورـ فـتـرـةـ مـنـ الـنـيـابـةـ قـبـلـ السـماـحـ بـالـتـسـجـيلـ .ـ

(جـ)ـ وـفـيـ كـلـيـةـ مـثـلـ طـبـ عـيـنـ شـمـسـ لـاـ يـتـمـ التـسـجـيلـ فـيـ إـبـرـيلـ وـأـكـتـوـبـرـ وـإـنـماـ فـيـ أـكـتـوـبـرـ فـقـطـ .ـ

وـهـذـاـ اـتـتـأـخـرـ نـقـطـةـ الـبـدـاـيـةـ عـنـ بـعـضـ هـؤـلـاءـ الـأـطـبـاءـ الـمـقـيـمـيـنـ مـؤـثـرـةـ عـلـىـ تـارـيـخـ اـنـتـهـائـهـمـ مـنـ دـرـجـةـ الـمـاجـسـتـيرـ .ـ

وـفـيـ أـحـيـاـنـ قـلـيـلـةـ أـخـرىـ يـتـأـخـرـ الـأـطـبـاءـ الـمـقـيـمـيـنـ فـيـ إـعـادـ رـسـالـةـ الـمـاجـسـتـيرـ ،ـ وـمـنـ ثـمـ تـقـدـ مـدـدـةـ حـصـولـهـمـ عـلـىـ الـمـاجـسـتـيرـ لـاـكـثـرـ مـنـ سـنـتـيـنـ .ـ

غـيـرـ أـنـهـ مـاـ يـلـاحـظـ فـيـ الـفـتـرـةـ الـمـاضـيـةـ كـلـهـاـ وـمـنـذـ بـدـأـ التـسـجـيلـ للـمـاجـسـتـيرـ كـدـرـجـةـ الـعـلـمـيـةـ فـيـ قـطـاعـ الـتـعـلـيمـ الـطـبـيـ (ـأـىـ مـنـذـ ١٩٧٢ـ)ـ أـنـ الـنـوـابـ فـيـ الـعـادـةـ يـتـهـنـوـنـ مـنـ هـذـهـ الـدـرـجـةـ فـيـ عـامـيـنـ وـنـصـفـ عـلـىـ أـكـثـرـ تـقـدـيرـ .ـ وـيـصـبـحـونـ جـمـيـعـاـمـعـ اـنـتـهـاءـ الـنـيـابـةـ أـوـ بـعـدـهـاـ بـقـلـيلـ .ـ جـداـ مـسـتـحقـيـنـ لـدـرـجـةـ مـدـرـسـ مـسـاعـدـ .ـ

وهذا يفسر لنا كيف أن وظيفة معيدي في السلم الجامعي في الأقسام الأكاديمية بكليات الطب غير مشغولة في كثير من الأقسام ، فهي ليست إلا وظيفة انتقالية ريثما تتم عملية موافقة مجلس الكلية والجامعة .. (الخ) على منح درجة مدرس مساعد . ومع هذا فإن الأمر لا يخلو من بعض استثناءات تعد على أصحاب اليد الواحدة وتعكس اتجاهات بعض الأساتذة في تقديمهم الظاهر والباطن لنوابهم ولأقسامهم .

وتعتبر مرحلة «النيابة» مرحلة فريدة في كليات الجامعة كلها ، ففي كل كليات الجامعة يتم التعيين في وظائف المعيددين منذ التخرج ، وحتى في كلية الطب نفسها يتم التعيين في وظائف المعيددين في الأقسام الأكاديمية بعد انتهاء فترة الامتياز مباشرة ، ومع هذا فإن الأقسام الأكاديمية في كلية الطب (وقد تتبعها بعض أقسام كليات طب الأسنان هي التي تأخذ بهذا النظام الذي ربما كان له أن يتوازى مع نظم أخرى قديمة أو في جامعات الخارج ، ولكن في ظل نظام قانون الجامعات لم يسفر إلا عن النتائج الآتية :-

(١) زيادة ارتباط النائب بقسمه واستذه ، من باب الحرص على نيل التقدير المؤهل للتعيين في سلك المعيددين بعد ذلك .. ومع هذا فإنه في بعض الكليات التي اتضحت (أورسخ) فيها تقليد تعين كل الأطباء المقيدون في وظائف المعيددين أصبح هذا العامل الإيجابي مرتبطة أكثر بذات العوامل التي تحكم حياتنا المعاصرة من ارتباط الآداء ومستواه بالقيم والأخلاق والطابع التي تربى عليها العاملون ، لا أكثر ولا أقل ، لهذا فإن مسألة الارتباط أو الانتماء هذه أصبحت مسألة نسبية يختلف تقديرها من موقع وقوف صاحب الرأي في التقييم ، كما أن أحدا لا ينكر اضطرار نمو الأمراض الاجتماعية في شخصيات النواب الذين يضطرون للمعاشرة من تعدد أصحاب الرأي والرأي في التقييم .

(٢) شبهة إحساس النائب بالنقض تجاه الوظائف الأخرى : وذلك أنه رغم تفوقه الظاهري وأهمية وخطورة منصبه ، واتساع مدى صلاحياته فإنه يجد نفسه مدروجا تحت عنوان «العاملين في الجامعة» وليس تحت عنوان «مساعدي أعضاء هيئة التدريس» ، مثل زملائه (الذين أهم أقل منه) من المعيددين في الأقسام والكليات الأخرى ... وهي مسألة قد تمرر الكرام طيلة ثلاثة سنوات ولكنها عندما تفتح فإنها تترك مراة هائلة حتى في نفوس أكثر النواب قدرة على الصفاء ! ! !

وفي بعض الجامعات تصرف مكافآت الامتحانات مثلا على فئات متعددة ، بحيث يتأهل العاملون في المستشفيات الجامعية نسبة أقل من العاملين في إدارات الجامعة المختلفة وهذا يجد النائب نفسه يصرف نسبة أقل من النسبة التي صرفها زميله المعيد في الأقسام الأكاديمية ، وذلك بحكم الانتقاء ! ! !

وفي بعض الأحيان يجد بعض الأداريين (وقد يكون منهم أطباء للاسف) (لذا في أن يعلنون النواب أنهم ليسوا تابعين لكلية الطب وإنما للمستشفيات الجامعية !) وكان المستشفى الجامعي ليس جزءا من كلية الطب ... وهي نفس الريح التي أسممت في القرن التاسع عشر في تدمير التعليم الطبي في مصر على نحو ما فعل على باشا إبراهيم القول في ذلك في الجزء الذي تنقل عنه في هذه المقدمة .

(٣) تأخير البدء في مرحلة التضييق البحثي والتقطيعي إلى سن الثلاثين ، وهي المرحلة التي تناهى لأقران هؤلاء النواب من المعيددين في الكليات الأخرى في سن الثانية والعشرين ... ومن المعروف أن رسالة الماجستير التي تمثل أول جهد يجتاز مطلوب من الطبيب الذي قد يصبح عضوا في هيئة التدريس فيما بعد ذلك لا تستأهل من التقدير أكثر من ٢٠٪ من درجات الماجستير التي تتوزع على امتحانين [جزء أول ثم الرسالة ثم جزء ثانى] ... وأمام تضليل الأهمية النسبية للرسالة [والتي لا تترافق درجة المتقدم فيها إلا فيما بين ٨٠٪ - ١٠٠٪ حسبما مضى الحال في ١٥ عاما] [ومع ضيق الوقت المتاح لاعدادها يمكن مقارنة رسالة يقضى فيها صاحبها ما متوسطه ٤ سنوات في الكليات الأخرى برأسية ماجستير الطب التي يمكن حساب مدتها من واقع محاضر جلسات المجالس الجامعية بدءاً من تاريخ الموافقة على التسجيل إلى تاريخ الموافقة على المناقشة ، وهي مدة قد تتفاوت إلى شهرين وقد يكون متوسطها في حدود الشهور الستة ... هذا بالإضافة إلى غياب «البحث» من العملية التعليمية في تعليم الطب في مرحلة البكالوريوس على حين يجد «البحث» أو «مادة البحث» مجالا في الكليات الأخرى ..

والهم في هذه النقطة أن الطبيب المنتسب إلى سلك الجامعة في التخصصات الأكاديمية لا يمارس عملية البحث وكذا عملية التعليم ، إلا عندما يكون مدرسا مساعدا . وتضييع منه (أو تضييع على نظامنا الطبي) فرصة القيادة من فترة «المعيد» .. وذلك بحكم أن الأطباء المقيدون يجاوزون مرحلة المعيد لأنهم لا يبقون فيها كثيرا ولا قليلا .. بل يمكن القول أنهم يبدأون السلم الجامعي من مرحلة مدرس مساعد .

وفيما قبل ١٩٧٢ لم تكن هناك درجة مدرس مساعد وإنما كانت هناك درجة معيدي ينتظم فيها كل أولئك الذين لم يحصلوا على الدكتوراه ، وفيها الحصول على الماجستير على عليه بعد [هذا باستثناء فترة واحدة في التعليم الجامعي الواحد في سنته ١٩٧٢] وجدت فيها هذه الدرجة في الخمسينيات [وجين استحدث القانون الجديد ٤٩ لسنة ١٩٧٢] هذه الدرجة في السلم الجامعي كتب الدكتور شمس الدين الوكيل وزير التعليم العالي يومها في المذكرة الإضافية للقانون « كضرب من الحرواف والميزات للمعiedين الحاصلين على درجة الماجستير أو ما يعادلها وهم يلجنون المرحلة الأخيرة قبل الدخول في تلك أعضاء هيئة التدريس .. ولهذا أكله فإن التفكير في إعادة تقييم الموقف الوظيفي للطبيب المقيد يستدعي كثيرا من التأمل من أجل تحقيق وجهين هامين لهذه الوظيفة :-

أولهما : الافتوات الفرصة المتاحة [للمعيد] في مجاوزته لوظيفة المعيد بحكم الظروف التي حكينا عنها .

ثانيهما : لا تقل مكانته العلمية وفي سلك الجامعة كواحد من مساعدي هيئة التدريس عن مكانة [المعيد] .

وقد يتحقق هذا إذا اعتبرنا أن كلمة النائب هي الموازية تماماً لقانوناً للمعنى أو للفظ الذي يقول (معيد أكاديمي) مثلا ، والنائب أن يعتقد في وظيفة معيد عاملين آخرين بحيث تكتمل له الفرصة التي تناهى للمعيدين في التخصصات الأخرى للحصول على درجة الماجستير ، وبعدها يتحولون إلى أعمال إدارية ، وكذلك يكون الحال بالنسبة للنائب في الأقسام الأكademie الذي تناهى له الآن بفضل النظام ٨ سنوات كاملة للحصول على الماجستير ، وهو ما قد يهدى نظامنا الضبي الجامعي في المستقبل إذا لم يكن هناك حماس عند بعض هؤلاء للتعلم !!! أما أولئك الذين يتمتعون بالماجستير مع نهاية السنوات الثلاث فينقولون إلى درجة مدرس مساعد حتى توافرت لهم هذه الدرجات أو يمنحون اللقب العلمي حتى تتوفر الدرجة المالية (كالحال في درجات الجامعة) . وأما أولئك الذين يتمتعون بالماجستير قبل انتهاء النيابة فإن عليهم الانتظار إلى أن يتموا المدة المؤهلة لتعيينهم في وظائف مدرسين مساعدين !!

ومن العجيب في هذا الصدد أنه ليست هناك مدة محددة يشترط قضاها في النيابة للتعيين في وظيفة مدرس مساعد غير الحصول على الماجستير ! وهذا نجد أنفسنا أمام منطق شاذ في ظل الأوضاع الحالية .. فإذا كان هناك نائب حاصل على الماجستير أثناء نياية ففي وسع الكلية أن تعييته مدرسا مساعدا بينما ليس في وسعها أن تعينه معيينا مالما يستوفى مدة السنوات الثلاثة في النيابة (والتعيين في الحالتين عن طريق الإعلان)

ومعنى هذا أن مرحلة [معييد] في الكادر الوظيفي لأطباء الأقسام الأكاديمية يجوز تخطيها بمنتهى السهولة .. وهذا هو المعنى الذي نود الالتفات إليه فعندما نظراء المعيدين فعلاً فلماذا لا تعتبرهم كذلك بالفعل .

ومع هذا كله فإن الأمانة تقضى أن نركز على ناحية هامة قد يكون الزمن قد أغفلها مع مروره .. فقد كان القصد في الماضي من توسيع قاعدة تعيين الأطباء العقيمين بحيث لا يكونون كلهم في المستقبل معيدين هو إتاحة الفرصة أمام مستشفى وأملاك الصحة لتدريب أكبر عدد ممكن (مع إمكانات التعليم الطبي الممتاز المتاسب بالطبع مع عدد الأسرة على أعلى مستوى في الجامعة) .

ثم إتاحة الفرصة أمام مستشفى وزارة الصحة والهيئات الأخرى للاستفادة من هؤلاء النواب الذين لم يعينوا في وظائف هيئات التدريس .
ولاشك أن هذا القصد من أوجه ما يمكن ، وهو ذاته يمثل أوجه حجة يرفعها من يؤيدون استمرار وضع النواب كما هو عليه الآن وعدم الأخذ بعيداً تعيينهم كمعيدين أكاديميين .

ومن الحق قبل أن نرد على هذه الفكرة أن نذكر أن أعظم أطبائنا في المحافظات في جميع المتخصصات كانوا جميعاً من هذه الطبقة التي قضت نياتها في القاهرة وعين شمس والاسكندرية ثم عملت في وزارة الصحة مباشرة وتولت رئاسة أقسام المستشفى العامة ، بل وكان هؤلاء هم من أوائل الجامعات الأقلية حين نشأت . فقد واصلوا دراستهم طيلة الفترة التي انقضت منذ انتهاء نياتهم ، وحتى قبيل افتتاح كليات الطب الأقلية ، فلما أعلنت هذه الكليات فيطنطا والمنصورة والزقازيق وشبين الكوم والاسماعيلية والمنيا وبتها بل وفي الأزهر من حاجتها كان هؤلاء قد استكملوا تأهيلهم بالفعل .

وبالطبع فإن أحداً لا يستطيع إنكار ضرورة قيام الجامعة بواجبها في تخريج مثل هذه الطبقة !
ولكن كل هذا يصبح كلاماً نظرياً حين نواجه بالأمر الواقع في صور ثلاث : -

الصورة الأولى : - حين تجد كل الأطباء العقيمين يعينون في وظائف المعيدين والمدرسين المساعدين وبالتالي فهو نظام نظري لتحقيق النادر ، ولا يتحقق النادر ، ولا يقاس عليه كما يقول الفقهاء في الشريعة والقانون .

الصورة الثانية : - حين شاء القدر أن يرسم لنا صورة حية لفشل هذه الفكرة ، حين رفض كل الأطباء العقيمين الذين عينوا على قوة طب بنها [من دفعتي ديسمبر ١٩٧٩ وديسمبر ١٩٨٠ والدفعة التي بينهما يونيو ١٩٨٠ من خريجي كليات الطب المختلفة] العمل في وزارة الصحة بعد انتهاء نياتهم ، وبخثراً عن كل المنافذ إلا وزارة الصحة .

الصورة الثالثة : - حين يؤثر بعض أصحاب الأمل في بناء المستقبل الانصراف إلى العمل سنتين أو ثلاثة خارج مصر عقب تعيينهم مدرسين مساعدين مباشرة وحتى قبل التسجيل لدرجة الماجستير !! !
هذه الصور الثلاث تزيد أن تقول لنا إن المسألة تتغير مع الزمن ، وإن معالجة الأمر ينبغي أن تتبع من أرض الواقع الجديد حتى لا تضفر لأن يجعل السلوك الفعلى شيئاً غير الذى على الورق !!

[٢٢] التوزع الجغرافي لمؤسسات التعليم الطبي المصرية .

ربما يكون من براعة الاستهلال أن نشير إلى أن التعليم الطبي الحديث في مصر بدأ أقليمياً ، إذ بدأ في أبو زعبل ، ثم انتقل إلى قصر العيني .

وربما يكون من المهم أيضاً أن نشير إلى الشعور الشعبي (الجارف) المصاحب لإنشاء كلية طب في المنصورة حيث لا تزال الجماهير كما ذكرنا في موضع آخر تسمى مستشفى كلية طب المنصورة : قصر العيني المنصورة حتى الآن ورغم استقلال جامعة المنصورة منذ ١٥ عاماً ، ووجود كلية للطب هناك منذ ٢٥ عاماً .

وييعالكون من المهم ثالثاً أن نشير إلى أن ست كليات طب من الكليات المصرية تقع في محيط دائرة ضيقة جداً قد يكون مرتكزاً في أي نقطة على رقعة الدلتا ويكون محيطها شاملاً في الشرق : الاسماعيلية والزقازيق ، وفي الغرب : طنطا وشبين الكوم ، وفي الجنوب : بنيها ، وفي الشمال : المنصورة .

وإذا كانت مدينة (ميت غمر) مثلاً أبرز المدن الكبيرة التي تقع في مركز هذه الدائرة فإن في وسع مواطنها أن يكون في أي من هذه العواصم الستة فيما لا يزيد عن ساعة من الزمن (على الأقل في خمس من هذه العواصم) .

وإذا امتدت هذه الدائرة قليلاً جداً إلى الجنوب لتشمل القاهرة فسوف تضم إلى هذه الكليات أربعاً أخرى هي بالطبع التي في قصر العيني والدمراش والأزهر ببنين وبنيات . هذا فضلاً عن معهد الإذاعة القومى في جامعة القاهرة .

وإذا امتدت هذه الدائرة إلى الشمال فسوف تضم ما في جامعة الإسكندرية من كلية طب ومعهدين آخرين .
ويبقى الوجه القبلي لا ينتمي إلا بكلية طب واحدة في أسيوط ظلت تعانى من مشكلات عديدة في بناء مستشفاها الجامعى حتى
افتتحه الرئيس محمد حسنى مبارك شهر الماضى .. وكلية أخرى عانت أشد المعاناة من هجمات أهل القاهرة واستكمالهم لوجودهم
على أهل الوجه القبلي أو على عروس الوجه القبلي !!

وفسحاج أمال طموحة لبناء كلية الطب هناك تلاقي كثيراً من الكتب المتعتمد ..
وفقنا أمال أخرى ، ولكنها لا تجد حتى من يرتفع بها صانحاً أو منادياً ، وفي العدد الثالث عشر لمجلة البيئة لجامعة الزقازيق التى
أشرف برئاسته تحريرها مقالاً ممتازاً للدكتور الطاهر مكى وكيل دار العلوم في القاهرة فيه حديث عن جامعة قنواتها أن تطلع عليه نفوس
لها قلوب حريصة على امتداد الجامعات وشعاعها إلى مثل هذه المناطق !!

ومع أن في الفيوم وبينى سويف فرعون لجامعة القاهرة العريقة ذات كلية الطب المتخصصة بالأسنان وأعضاء هيئة التدريس إلا أن
انتباها الوطني إلى أهمية الخروج إلى هاتين الحاضرتين لم يجد بعد مجالاً للعمل أو الأمل .

ومع هذا كله فإن النواة الواضحة لهذه الكليات تتزايد على محاور ثلاثة : المحور الأول محور الأفراد والكافاءات التي أعددت
نفسها بالفعل ليوم قادم بل محالة إلى هناك ، ومحاور الأمال والوعى العام الذى يتزايد شيئاً فشيئاً لأن العالم كله ينبع وعيه العام ،
ولم يعد في وسعنا لأن تكون جزءاً من هذا العالم بعد ما أصبح في كل حقل من حقول الريف المصرى تليفزيون ينقل ما في أرجاء مصر كلها
والكون كله .

ثم المحور الثالث ، وهو محور ارتقاء المهنة نفسها ولاشك أن مهنتنا الطبية ترقى يوماً بعد يوم . حتى وإن أصحاب مستوى أصحابها
بعض الانحدار لظروف قاسية أو مؤقتة ، ومن رقى المهنة أن يكون لها معاهد للتعليم والتعلم ، ولخدمة المجتمع على مستوى أرفع مما
يتيهيا في وزارة تقوم درجاتها على الاهتمام بالبيروقراطية قبل الاهتمامات الجامعية التي منها أصحابها فهي حريصة على الامسابة
والاضافة والبحث والتوجيه والمنافسة والارتباط العالمي .

إذا تأملنا قائمة المدن المصرية المرتبة تبعاً للتعداد السكان والتي نشرتها في العدد الثالث عشر من المجلة البيئية لجامعة الزقازيق
سبتمبر ١٩٨٦) فسوف نجد قدرنا من انعدام عدالة التوزيع فيما يتعلق بتوزيع كليات الطب على هذه المدن ، وقد نقلنا ٢٥ مدينة من
القائمة ، ورممتنا لكليات الطب الموجودة في هذه المدن برقم هرقمها الترتيبى من حيث النشأة .

ترتيب مدن الجمهورية تنازلياً حسب تعداد السكان

[طبقاً لاحصائية الجهاز المركزى المنشورة في مجلة جمعية المهندسين المصرية (١٩٨٢)]

١٠٧,٣,١	٥,٠٨٤,٤٦٣	١ القاهرة
٢	٢,٣١٨,٦٥٥	٢ الاسكندرية
(القاهرة الكبرى)	١,٢٢٢,٦٥٤	٣ الجيزة
(القاهرة الكبرى)	٢٩٣,٧٠٠	٤ شبرا الخيمة
لاب يوجد	٢٩٢,٨٥	٥ المحلة
٥	٢٨٤,٦٣٦	٦ طنطا
لاب يوجد	٢٦٢,٦٢٠	٧ بورسعيد
٦	٢٥٧,٨٦٧	٨ المنصورة
١٤,٤	٢١٢,٩٨٢	٩ أسيوط
٨	٢٠٢,٦٢٧	١٠ الزقازيق
لاب يوجد	١٩٤,٠٠١	١١ السويس
توجد مستشفى تعليمى مرتبطة بالاسكندرية	١٨٨,٩٢٧	١٢ دمنهور
لاب يوجد	١٦٧,٠٨١	١٣ الفيوم
لاب يوجد	١٦٠,٥٥٤	١٤ كفر الدوار
١٢	١٤٦,٤٢٣	١٥ المنيا
١١	١٥,٩٧٨	١٦ الاسماعيلية
لاب يوجد	١٤٤,٣٧٧	١٧ أسوان
لاب يوجد	١١٨,١٤٨	١٨ بنى سويف

١٢	١٠٢,٨٤٤	١٩ شبين الكوم
لابيوجد	١٠١,٧٥٨	٢٠ سوهاج
لابيوجد	٩٣,٧٨٧	٢١ قنا
لابيوجد	٩٣,٥٤٦	٢٢ دمياط
لابيوجد	٩٢,٧٤٨	٢٣ الأقصر
١	٨٨,٩٩٣	٢٤ بنها
لابيوجد	٧٧,٧٣٥	٢٥ كفر الشيخ

[٣٣] ضرورة الانقسام الثنائي في كليات الطب .

لم يعد من الممكن استمرار كليات الطب بنفس الحجم الذي هي عليه الآن مع تزايد أعداد الأساتذة والأساتذة المساعدين والمدرسين والمدرسين المساعدين على النحو المتوقع من المنحنى الخاص بذلك ، من دون نشأة مشكلة التضخم أو ما يمكن التعبير عنه مثلاً في حالات الأنيميا بـ **Macrocytic Hyperchromic Anaemia** ذلك أن الأعداد تتزايد بطريقة مطردة ، ومع أنها لم تصل إلى حد المتجاوزة الهندسية في التزايد فبانها بالقطع تفوق المعتادة الحسابية .

ومما يضيف إلى المشكلة أن الوصول إلى الاستاذية الآن أصبح ممكناً في سن الأربعين في المتوسط (أو عامين قبلها أو عامين بعدها) وهذا يصبح الوضع الطبيعي أن يستبق هؤلاء أنفسهم في مراكز الاستاذية ، وبعبارة أخرى يتجمع العدد [ويترافق] عاماً بعد عام ويمكن لنا أن نتخيل الوضع فيما يتعلق بعدد الأساتذة في أي قسم من أقسام الجامعات الأقلية في عام ١٩٩٥ (أي بعد ثمان سنوات من الآن) ببساطة شديدة بأن تحسب عددهم بجمع أعداد الأساتذة + الأساتذة المساعدين + المدرسين ، ذلك أن في امكان المدرسين العيدين في ١٩٨٧ أن يصلوا إلى درجة الاستاذية بعد ٨ سنوات .. ومع احتساب نسبة الاحتياطي ٢٠٪ لحالات الوفاة (الله) أو الاستقالة أو التأخر في الترقية (والتي لا تزيد عن عام واحد) ، فإنه يمكن لنا أن نصل إلى عدد الأساتذة بصورة تقريبية جداً في سهولة ويسر .

بل يمكن القول إن سوف يكون هناك عام ١٩٩٧ - إن شاء الله ... استاذًا في كليات الطب المختلفة ، وذلك باعتبار مدة ١٠ سنوات كافية جداً للترقيات في كل من الجامعات الأقلية والقديمة ، ووضع الاحتياطي (١٠٪ - ٢٠٪) كل هذه الأرقام لأبد أن تعطينا فكرة واضحة عن الدوافع التي تستدعي هنا التفكير الجاد في الوسيلة المثلية لتحقيق النمو الحقيقي في كليات الطب المصرية ، واعتقد أن الوسيلة الأنسب لكليات الطب الكبيرة هي « الانقسام الثنائي » .. وقبل أن نتحدث عن جوانب هذا الحل ينبغي لنا أن تستعرض الأسباب التي تدفعنا إلى تزكيته . -

(١) السبب الأول : أن أسلوب التزاوج لم يعد ممكناً في ظل ظروف اجتماعية واقتصادية يستحيل معها أن يأخذ عنصر الحركة الديناميكية مكانه الطبيعية ، فقد أصبح من الصعب مثلاً على أي استشاري أو عضوهيئة تدريس أن يبدأ طريقه في العمل الخاص (وهو النقطة الجوهرية في حياته المهنية) بعيداً عن المكان الذي ترعرع فيه نشاطه !! ، وهكذا فمن الصعب مثلاً أن تتضرر من استاذ مساعد فيطنطاً أن يقبل الترقية إلى استاذ في الإسماعيلية ، ولو خير في شأن هذه الترقية لفضل البقاء في الإسماعيلية !!

(٢) السبب الثاني : أن الجامعات لم تعد في حاجة (على الأقل حاجة ظاهرة) إلى تطعيم هيئاتها بأعضاء جدد من خارج الجامعة ، وذلك بعد أن وصل العدد إلى هذا الرقم الكبير جداً ، والذي غطى كل التخصصات فعلاً أو قولاً !

(٣) السبب الثالث : أن عملية إنشاء مجتمع جديد يتطلب أعضاءه بالتدريب وعلى الهوى لم تعد ممكناً في ظل التزاحم على الفرص المتاحة في الأرض البكر من ناحية ، أو في ظل التباعد عنبذل الجهد في الأرض البارد من ناحية أخرى .. ولا يمكن أن يكون المجتمع الجديد إلا واحداً من هذين النطرين .

(٤) السبب الرابع : إن الانقسام الثنائي هو الحل الوحيد الذي يمكن خطط النمو والتعميم من تحقيق أقصى قدر من الاحترام العلمي والأكاديمي والإداري والوظيفي للكيان الجديد باعتباره نصف الكيان القديم بالضبط ، نصفه في عدد الكفاءات والخبرات ، وفيه تتضمن كل قدرات هذه الكفاءات .

كيف يمكن تحقيق الانقسام الثنائي ؟

في كثير من الجامعات العالمية كلياتان للطب ، بل وفي مصر هناك جامعة أهلية فيها كليتان للطب (بينهما أقل من ٢٠ ميلاً) هذا فضلاً عن الجامعتين الكبيرتين اللتين تضم كلتا معاً كلية غير كلية الطب إلى جارها .

لماذا لا يكون في جامعة القاهرة مثلاً كليتان للطب ، كلية طب قصر العيني (١) ، وكلية طب (ب) ولتكن اسمها « الفسطاط » أو الرانسى أو الزهراوى .. الخ) . وتتوزع ميئات التدريس على الكليتين بالتساوي تماماً بحيث يكون كشف الاقمية في أيدينا فيكون الأول

من الأساتذة في الكلية (أ) والثاني في الكلية (ب) والثالث في الكلية (أ) والرابع في الكلية (ب) والخامس في الكلية (أ) والسادس في الكلية (ب) والسابع في الكلية (أ) والثامن في الكلية (ب) وهكذا .. ولنتأمل في وضع كل من الكليتين :-

١ - ففي كل كلية منها العدد المعقول من الأساتذة :-

وعلى سبيل المثال في قصر العيني تصبح كل كلية وليدة تضم :-
وهي عين شمس تصبح كل كلية وليدة تضم :-

ومن الأسكندرية تصبح كل كلية وليدة تضم :- ١٢٨ أستاذًا مساعدًا ، ٥٨ أستاذًا مساعدًا ، ١١٠ مدرساً
الليست هذه الأعداد كافية وزيادة لتقديم مثل هذه الكليات ؟ ولتجاوز حدودنا إلى الأسماء ولندع القارئ يختار أي قسم من أقسام أي

كلية من هاتيك الكليات ويجرى عملية القسمة ولنتأمل بعد هذا حال الكلية الجديدة التي تنشأ إلى جوار الكلية الأم !!

وفي كلية طب قصر العيني يصبح أساتذة الجراحة على سبيل المثال موزعين على الكليتين طبقاً لهذا المنطق على النحو الآتي :

الكلية (أ)

- ١ - حسين عبد الفتاح
- ٢ - هشام مورو
- ٣ - أحمد شفيق
- ٤ - عبد الرانق مسعود
- ٥ - محمد شوقي كمال
- ٦ - مصطفى عبد العزيز
- ٧ - عبد الفتاح عبد اللطيف حسن
- ٨ - عادل فؤاد رمزي
- ٩ - محمد صبحي أحمد زكي

- ١٠ - راضي أحمد سعد
- ١١ - محمد محمد قناوى
- ١٢ - ماجد سامي برسوم
- ١٣ - عبد القادر قطب
- ١٤ - طارق محمد فوزي
- ١٥ - خالد اسماعيل زمدى

- ١ - أحمد سامح همام
- ٢ - فتحى اسكندر بولس
- ٣ - مفيد ابراهيم سعيد
- ٤ - معتز الشربينى
- ٥ - نيهان قداح
- ٦ - أمير ناصف
- ٧ - نادر عبد الدايم
- ٨ - محمود حلمى أبو الخير
- ٩ - نبيل سيد عبد المجيد

- ١٠ - قيس عبد الدايم أبو العطا
- ١١ - علي ابراهيم حسن ابراهيم
- ١٢ - محمد حلمى البناوى
- ١٣ - مجدى محمد البررى
- ١٤ - سمير عبد الحميد جلال
- ١٥ - السيد عبد الحليم صالح
- ١٦ - أحمد شريف عزب

وليس يخفى على أحد أن المدلول الأول والأخير من هذا المثل الذى ضربناه هو الحديث عن مدى الكفاءات التى لاحدود لها التى ستتوفر لكل من الكليتين الجديدتين بعد عملية الانقسام الثانى ، ففى كل واحدة منها ١٥ أستاذًا على الأقل للجراحة هم كثيرون بأدارة ١٥ قسماً على أعلى المستويات !! ويعتليم ١٥ طبيباً مقيعاً جديداً كل عام .. وبالاشراف على ١٥ بحثاً ممتازاً كل ٦ شهور ... وهلم جرا .

وكذلك الحال في قسم الطاطنة العامة في كلية طب عين شمس :

الكلية (ب)

- ١ - نجيب محمد الطرابيشى
- ٢ - أبو المعاطى نبيه
- ٣ - عادل شاكر داود
- ٤ - وحيد محمد السعيد
- ٥ - محمد ضياء الدين سليمان
- ٦ - كوكب عزيز إبراهيم
- ٧ - محمد عوض الله سلام
- ٨ - محمد عبد الرحمن موسى
- ٩ - مغازي على محجوب
- ١٠ - حسين السيد الدمامى
- ١١ - سيد محمد ، أفت

- ١ - محمد صادق صبور
- ٢ - محمود حسن مأمون
- ٣ - يحيى مهران
- ٤ - سهير السيد شعير
- ٥ - سمير محمد صادق
- ٦ - محمد فتحى طهارة
- ٧ - علي مؤنس
- ٨ - سامي عبد الله عبد الفتاح
- ٩ - محمد أمين فكري
- ١٠ - عمر فتحى محمد فتحى
- ١١ - بدوى عيسى محمود

طبعاً هذه عملية سهلة جداً على الورق ولكنها في الواقع عند تقسيم المستشفيات والمبانى التعليمية من أصعب ما يمكن ، وهذا هو جوهر المشكلة .

ولهذا فإنه من الصعب البدء في تطبيقها اليوم في كل الجامعات ولكن في جامعة مثل عين شمس مثلاً وقد وصلت طاقة الأسرة في مستشفياتها إلى ٣٨٥ سريراً وأصبح من الصعب أن تتنظم هذه الأسرة جماعاً كلية واحدة ، أو إدارة واحدة فأن من الأجدى البدء في إجراء مثل هذه العملية ولو على المستوى الإكلينيكي كبداية .

عبارة أخرى فلتبدأ عملية الانقسام الثنائى هذه على مستوى المرحلة الإكلينيكية ولفتره من الزمن وبينما يمكن اقامة تجيزات للأقسام الأكademie توافق الزمن الجديد الذى لا بد لنا أن نواكبـه .

وهذه الفكرة ليست بالفكرة السهلة ولعلها تتلاقى مع فكرة أخرى أكثر جرأة وهي فكرة الامتداد بالمستشفى الجامعية إلى كيانات أخرى من خلال قنوات التعاون مع وزارة الصحة والتأمين الصحي والقوات المسلحة .

ويعبارة أوضح لماذا لا تنشأ مع افتتاح معهد ناصر كلية طب جديدة تماماً باسم هذا المعهد من هيئات تدرس طب القاهرة ومساعديهم والأطباء المقيمين .. وأذا كان مجموع أسرة قصر العيني + معهد ناصر يصل إلى ثلاثة أضعاف معهد ناصر بمفرده فلتكن الكلية الجديدة مكونة من الاستاذ الثاني والخامس والثامن في قصر العيني بمعنى أن يظل في قصر العيني الاستاذان الأول والثاني ، ويذهب الثاني ليرأس القسم المناظر في الكلية الجديدة ، ويظل في قصر العيني الاستاذان الرابع والسادس ويذهب الخامس ليكون الشخصية الثانية في الكلية الجديدة وهكذا .

وعلى هذا كله فإن معهد ناصر تصسيه كلية طب جديدة لها عبء بالانتخاب ووكلان ، ومجلس كلية وهو ، في جامعة القاهرة مساوية تماماً في كيانها لقصر العيني !!! وللكليات الأخرى كالآداب والزراعة وشأن شأن كلية الهندسة ومعهد التخطيط العمراني التابعين لجامعة القاهرة نفسها .

نحن لا ندعى أن هذه فكرة عبقرية ولكنها ربما تكون أو تمثل الحل الوحيد الذي أصبح متقبلاً أماماً للتحويل مشكلة النمو في الكليات الطبية من وجهة إلى وجهة ، من وجهة يكون فيها تزايد الأعداد صورة قريبة إلى (السرطانات) ، إلى وجهة يكون فيها هذا التزايد مرحلة من مرحلة النمو الذي لا نعرف له في الفكر البيولوجي إلا وسائل محددة استعرضناها في أول هذا المقال !!

ومن السهل على الذين يجيدون الجدل أن يطرحوا السؤال القائل ولماذا هذه الكيانات الجديدة ؟

والجواب واضح لأننا جميعاً نعرف حين نشب عن الطوق ونفصل عن بيت أبياتنا لنكون البيوت الجديدة ، وحتى إذا اضطررتنا الظروف إلى تأجيل هذه العملية بعض الوقت فإننا ننجلها بصفة مطلقة فلكل شيء حدود .. وإن في حدثنا واحد من هؤلاء فيه الآباء وقد بلغ فوق السبعين وفيه خمسة من الأبناء بين الخمسين والستين وكلهم فرحون بالبقاء في شقة أبيهم !!!

هل يتحقق جيل جديد في الفكر أو في التعليم الطبي إذا ظلت الأمور على هذا التحول !!

الجواب أوضح من أن نفصل القول في تجديد الدم ، وخلق الفرصة أمام الابداع الجديد ، وبعد بالعلماء عن طابور يقفون فيه وهم يتظرون جميعاً الفرصة وقد أصبحت محدودة بالفترقة فيما بين الثامنة والخمسين والتاسعة والخمسين فقط ليكونوا أصحاب الكلمة في أمور القسم الذي ينتهيون إليه !!

أليس مثل هذا الوضع هو الذي يتظارنا في أوائل القرن القادم ؟ فلأنجذ له حلاً إلا ابتداع مسميات أعلى من مسمى الاستاذية ؟ على نحو ما فعلنا في درجة وكيل وزارة ورئيس قطاع مركزي .. الخ هذه الحلول الباهتة ؟ وحين نفك في بدء كلية جديدة تصمم على أن تبدأ أنها

بعيداً وتتعثر بغياب الكلية عن الاقبال عليها ؟ وتصبح القديميات والكافاءات فيها بعيدة عن السوق علىها .

أليس هذا خيراً من هذا التضخم السرطاني الذي أصحاب كلية الكبيرة بحيث أصبح رؤساء الأقسام في الكلية الواحدة يقدمون أنفسهم لبعضهم .. وقد حدث هذا والله العظيم أمام عيني رأسى في كلية طب قديمة !! فما بالنا بالاستاذة ومن تلامهم ؟
الانتداب من اليابان قاعدتها الذهبية في أنها تحول الشركة إلى شركتين في اليوم التالي لبلوغ عدد العاملين في الشركة نصباً معيناً ..
منعاً للتزهيل والتسيب الإداري .

ومع هذا كله فكليات الطب الجديدة لن تزيد الأعداد المقبولة ولن تخلق مشاكل بطاله لأنها ستقتسم مع بعضها الأعداد المقبولة في كليات الطب القديمة ، ولنفهم أن معنى فتح باب جديد لم يعد يعني زيادة الأعداد ، وليطمئن أصحاب الرأى العام الذي ارهبهم هذه الفكرة ، فإنما تحسب الأعداد اليوم في لجنة قطاع الدراسات الطبية بصفة مجملة .

٤٤ | بعض الحقائق عن أعداد العاملين في مؤسسات التعليم الطبي .

إحصائية مقارنة بأعداد السادة أعضاء هيئة التدريس ومعاوديهم في كليات الطب المختلفة
الموقت : أبريل ١٩٨٧ |

م. الكلية	اساتذة متفرغون	اساتذة مساعدين	مساعدون	مدرسون	مجموع هيئة التدريس	طبيب مقيم	طبيب معيد	مساعد معايد	مدرس مقيم	المجموع	
										غير متفرغين	متفرغين
١ - طب القاهرة	١٠٤	٢٢٢	٢٢٠	٣١٩	٩٦٦	٢٥٦	٩٥	٣٤١	٢٤١	١٦٥٨	
٢ - طب الاسكندرية	٥٩	١٩٧	١١٥	٢٢٠	٥٩١	١٥٩	١٣٩	٢٦٦	٢٦٦	١١٥٥	
٣ - طب عين شمس	٢٢	٢٤٨	١١٩	٢٢٢	٦١٢	٢٧٣	٦٩	٢١٧	٢١٧	١٢٧٢	
٤ - طب أسنيوط	٢	٧٢	٦١	٨٠	٢١٧	١٨٥	٦٤	١٥٤	١٥٤	٦٢٠	
٥ - طبطنطا	٤	٦٧	٦٧	٧٩	٢١٧	١٢٥	٦٠	١٥٢	١٥٢	٥٥٤	
٦ - طب المنصورة	٨	٩٠	٦٧	١١٠	٢٦٧	١٤٢	١٩	١١٧	١١٧	٥٤٥	
٧ - الأزهر بنين	٥	٩٩	٨١	١٣٥	٢٢٢	١٨٢	٦٨	٢٥١	٢٥١	٨٢٤	
٨ - طب الزقازيق	٢	٢٨	٥٢	١٦٨	٢٦٢	٢٢٧	٨٤	٢٢٢	٢٢٢	٩٠٧	
٩ - بنات الأزهر	-	٥١	٦٤	١٠٢	٢١٧	٧٠	٦٩	١٨١	١٨١	٥٣٧	
١٠ - طب بنها	-	١٦	٣٢	٥١	١١	١١٨	١١٤	٢١٩	٢١٩	٥٥٢	
١١ - طب قناة السويس	-	٦	١٧	٣٧	٦٠	٢٥	١٨	٨٦	٨٦	١٩٩	
١٢ - طب المنوفية	-	٥	٧	٢٠	٢٢	-	٢٥	٢٨	٢٨	٨٥	
١٣ - طب المنيا	-	٥	٢	١٧	٢٥	-	٣٥	٩٩	٩٩	١٥٩	
١٤ - طب الأزهر بأسنيوط	-	-	-	-	-	-	-	-	-	٧٦	

جدول مقارن بأعضاء هيئة التدريس ومعاودتهم في الأقسام المختلفة بكلية طب قصر العيني

الجامعة	طبيب	مقيم	معدن	مدرس	مساعد	مجموع أعضاء هيئة التدريس	مدرس	أستاذ مساعد	أستاذ متفرغ	أستاذ مساعد	أستاذ متفرغ	المجموع	
												١	٢
٥٢	-	٨	٩	٢٥	٢١	٤	٩	١				١	التشرير
٢٩	-	٨	٢	١٩	٥	٧	٤	٢				٢	المستشفيات
٤٦	-	٨	٦	٢٢	١٣	٧	١١	١				٢	وظائف الأعضاء
٤٧	-	٧	٧	٢٢	١١	١١	٧	٤				٤	الكيمياء الحيوية
٤٢	-	٩	٩	٢٤	٧	٦	٦	٥				٥	البيولوجيا
٣٥	-	٦	٦	٢٢	١١	٤	٨	-				٦	الفarmacology
٦٧	-	٦	١١	٥٠	٢٢	٥	١٨	٤				٧	البكتيريا والطفيليات
١٤٨	٢١	٧	٢٥	٨٦	٢٥	١٧	٢١	١٢				٨	الجراحة العامة
١١٢	٢٦	٢	٢١	٦٤	٢٦	١٧	١٦	٥				٩	التخدير
١٦٨	٢٢	١	٢٢	١٠١	٣٠	٢٨	٢٨	٥				١٠	الجراحة الخاصة
١٥٧	٣٠	٣	٤١	٨٣	٢٩	١٦	٢٨	١٠				١١	الباطنة العامة
١٦٠	٢١	٤	٣٩	٨٦	٢٥	٢٠	٢٤	٧				١٢	الباطنة الخاصة
٧٤	٢٠	٢	١٥	٣٧	١٣	٣	١٢					١٣	الطب والصدر
٤١	-	٣	٩	٢٩	١٠	٩	٨	٢				١٤	الصحة العامة
١٧	-	٢	٤	١٠	٤	٢	٢					١٥	الطب الشرعي
٧٦	١١	٥	١٢	٤٨	٨	٢٠	١٢					١٦	البيولوجيا الأكلينيكية
١١١	١٩	٤	٢٨	٦٠	١٧	١٥	٢٠					١٧	النساء والتوليد
٧٤	١٢	٢	١٣	٤٧	١٤	٧	٢٢					١٨	الرمد
٩٥	٢٢	٨	٢٥	٣٩	١٤	١٣	٨					١٩	الأشعة
١٠٦	٢٠	-	٢٦	٦٠	١٣	٩	٢٧					٢٠	الأطفال
١٦٥٨			٢٥٦	٩٥	٢٤١	١٦٦	٢١٩	٢٢٠	٢٢٢	١٠٤			المجموع

جدول مقارن بأعضاء هيئة التدريس والمُعَيدين في أقسام كلية طب القاهرة سنة ١٩٧٠.

القسم	أستاذ ذكرى	أستاذ	أستاذ مساعد	مدرس	معدن	مدرس	معدن
التشريح والمستشفيات	٢	١	-	٨	١٨	٥	٢٢
البيولوجيا	١	١	-	٥	٥	٥	١٩
صحة عامة	٤	٣	-	٨	١٧	٦	٢٢
طب شرعي	٢	٢	-	١	٦	١	١٠
الأمراض المقطونة	٢	٢	-	٢	٢	٢	١٢
الباطنة العامة	٥	٤	-	١٢	١٢	١٥	١٨
الباطنة الخاصة	٤	٤	-	٤	١٥	١٥	١٢
الأطفال	-						
الجراحة	٥	٥	-	١٨	٢٠	٢٠	٢٨
جراحة خاصة	٥	٥	-	١٠	١٦	٦	١٣
النساء والتوليد	٢	٢	-	٩	٨	٧	٩
الرمد	٢	٢	-	٦	٦	٤	٨
الأشعة	٢	٢	-	٢	٦	٢	٨
المجموع	٣٩	٦٢	٩٨	١٤٩	١٩٦		

جدول مقارن بأعضاء هيئة التدريس ومعاودتهم في الأقسام المختلفة بكلية طب الاسكندرية

مقيم	طبيب	معدى	مدرس	مساعد	مجموع هيئة أعضاء التدريس	مدرس	استاذ مساعد	استاذ مساعد	استاذ متفرغ	المجموع	
										الترشح	المستلوجيا
-	١٧	٧	٦	٨	٥	٣	-	-	-	١	الترشح
-	٩	٥	١١	٤	٤	٢	-	-	-	٢	المستلوجيا
-	١٠	٤	٢٢	٥	٨	٦	٢	-	-	٣	المسيولوجيا
-	١٢	٦	١٠	٦	٢	١	١	١	-	٤	الكيمياء الحيوية
-	١٠	٦	١٦	٦	١	٧	٢	-	-	٥	الباتلوجيا
-	١٠	٩	١٨	٤	٨	٣	٣	-	-	٦	الفارماكولوجيا
-	١٠	٧	١٥	٣	٤	٦	٢	-	-	٧	البكتريولوجيا
-	٧	٦	٧	٢	٢	٣	-	-	-	٨	الطفيليات
-	٢٠	٤	١٨	٧	٥	٥	١	-	-	٩	الصحة العامة
-	٥	٧	٦	٢	٣	١	-	-	-	١٠	الطب الشرعي
٥	-	٦٢	١١٦	٤٢	٢٤	٣٦	١٢	-	-	١١	الجراحة
١٩	-	١٣	٤٢	١٦	١٢	١٢	٢	-	-	١٢	التخدير
٤	٢	٦	١٩	٦	٢	٨	-	-	-	١٣	الأنف والاذن والحنجرة
٢	-	٧	١٢	٣	٢	٦	-	-	-	١٤	الجلدية والتتناسلية
٢٢	٩	٣٥	١٠٩	٤٩	١١	٣٥	١٤	-	-	١٥	الباطنة
٦	١٠	٦	٦	٦	١	٧	-	-	-	١٦	الباتلوجيا الاكلينيكية
١٤	٤	١١	٤٢	١٧	٢	٢٠	٢	-	-	١٧	النساء والتوليد
٨	-	٢٧	٣٢	١١	٧	١٢	٢	-	-	١٨	الأشعة
١٦	٤	٢١	٣٩	١٣	٧	١٤	٥	-	-	١٩	الأطفال
٧	-	١٧	٢٢	٩	٣	٩	٢	-	-	٢٠	طب العين وجراحتها

١٥٩ ١٣٩ ٢٦٦ ٥٩١ ٢٢٠ ١١٥ ١٩٧ ٥٩ المجموع

جدول مقارن بأعداد أعضاء هيئة التدريس والمعيدين في التخصصات المختلفة لكلية الطب جامعة الاسكندرية | ١٩٧٠

القسم	أستاذ ذكرى	أستاذ	استاذ	استاذ مساعد	مدرس	معدى
الاقريانين	١	١	-	١	٤	٥
المسيولوجيا	١	١	-	٢	٢	١١
الكيمياء الحيوية	١	١	-	١	١	٦
الترشح	-	-	-	-	-	٧
المستلوجيا	-	-	-	-	-	٦
الباتلوجيا	-	-	-	-	-	٤
البكتريولوجيا	-	-	-	-	-	٩
الباتلوجيا الاكلينيكية	-	-	-	-	-	٦
الصحة العامة	-	-	-	-	-	٤
الطب الشرعي	-	-	-	-	-	٦
المتوطنة والطفيليات	-	-	-	-	-	٦
الباطنة	-	-	-	-	-	٦
الأطفال	-	-	-	-	-	٥
الصدرية	-	-	-	-	-	٤
العصبية	-	-	-	-	-	٢
الجلدية والتتناسلية	-	-	-	-	-	٤
الجراحة	-	-	-	-	-	١٢
التخدير	-	-	-	-	-	٩
أنف واذن	-	-	-	-	-	٤
جراحة مع واعصاب	-	-	-	-	-	٤
مسالك بولية	-	-	-	-	-	٢
الظلم	-	-	-	-	-	٢
النساء والولادة	-	-	-	-	-	٦
الرمد	-	-	-	-	-	٦
الأشعة	-	-	-	-	-	٧

جدول مقارن بأعداد أعضاء هيئة التدريس ومعاونיהם في أقسام كلية طب عين شمس

القسم	المجموع	مجموع أعضاء هيئة التدريس									
		استاذ	متفرغ	استاذ	مساعد	استاذ	مساعد	مدرس	مساعد	مدرس	مساعد
١ التشريح	٥٨	-	٢٠	١٢	٢٥	١٢	٢	٤	٤	-	-
٢ المسترولوجيا	٣٢	-	٤	١٤	١٥	٧	٤	٤	٥	-	-
٣ الفسيولوجيا	٢٦	-	-	١٠	١٦	٨	٣	٣	٩	-	-
٤ الكيمياء الحيوية	٤٠	-	٢	١٤	٢٢	١١	٩	٩	٩	-	-
٥ الباثولوجياباكتيرولوجيا	٣٩	-	-	١١	٢٨	١٠	٥	٥	١١	-	-
٦ الباثولوجياباكتيرولوجيا	٦٠	٢٢	-	١١	٢٦	١٠	٢	٥	٥	-	-
٧ البكتيرولوجيا	٣٠	-	١٢	٨	١٠	٣	٢	٨	٢	-	-
٨ الطفيليات	٥٦	-	٨	١٩	٢٩	١١	٧	٨	٥	-	-
٩ الفارماكولوجيا	٣١	-	٨	٥	١٨	٨	٥	٥	٥	-	-
١٠ الجراحة العامة	٩١	٢٥	-	١٢	٥٢	١٨	١٢	٢٢	-	-	-
١١ المسالك البولية	٢٩	١١	-	٩	١٢	٤	٢	٦	-	-	-
١٢ جراحة العظام	٤٥	٢١	-	٧	١٧	٥	٦	٦	-	-	-
١٣ جراحة الصدر والكل	٢٠	٦	-	٧	٧	٢	١	٤	-	-	-
١٤ التخدير	٨٥	٢٥	-	٢٨	٣٢	١١	٨	١٢	١	-	-
١٥ الباطنة العامة	١١٧	٢٨	٢	٣٤	٥٢	١١	١٤	٢١	٦	-	-
١٦ النفسية والعصبية	٣٩	١٠	-	٩	٢٠	٨	١	١١	-	-	-
١٧ الأمراض الصدرية	٢٢	١١	١	٢	٩	١	-	٨	-	-	-
١٨ القلب والأوعية الدموية	٢٢	١١	-	٤	١٨	٥	٤	٦	٣	-	-
١٩ المخاطق الحارة	٢٢	٦	-	٢	١٤	٥	٢	٧	-	-	-
٢٠ النساء ولادة الأطفال	٨٥	٢٥	-	٢٢	٣٨	١٠	١٠	١٤	٤	-	-
٢١ طب العين وجراحتها	٦٦	٢٠	-	٢٠	٢٦	٦	٣	١٤	٣	-	-
٢٢ الصحة العامة	٥٠	١٤	-	١٠	٢٦	١٢	٢	٩	٢	-	-
٢٣ الأشعة العلاجية	٣٤	-	٩	٨	١٧	١٢	٢	٢	١	-	-
٢٤ الأشعة التشخيصية	١٢	٦	-	٢	٥	٤	١	-	-	-	-
٢٥ الأنف والأذن	٣٩	١٦	١	٦	١٦	٧	٢	٦	-	-	-
٢٦ الجلد والتناصليات	٥٠	٨	-	١٥	٢٧	١٠	٢	١١	٢	-	-
٢٧ الطب الشرعي	٣١	٧	-	٧	١٧	٥	١	١١	-	-	-
٢٨	-	-	١٠	١٧	٥	٢	٩	-	-	-	-
المجموع	١٢٧٢	٢٧٢	٦٩	٢١٧	٦١٢	٢٢٢	١١٩	٢٤٥	٢٦		

جدول يقارن بأعداد أعضاء هيئة التدريس والمعيدين في الأقسام المختلفة بكلية طب عين شمس في عام ١٩٧٠

القسم	استاذ ذه كرسى	استاذ مساعد	مدرس	معيد
السيولوجيا	١	-	٢	٧
الكيمياء الحيوية	١	١	١	٥
الاقرانيين	١	٢	٣	٧
التثريج	١	-	٣	٣
المستولوجيا	١	-	٢	٥
الطبلوجيا	١	-	٢	٥
الفنولوجيا الاكلينيكية	-	١	٥	٥
البكتريولوجيا	-	-	١	٧
الصحة العامة	١	-	-	٤
الطب الشرعى	-	١	-	٤
الطفليات	١	١	٢	٤
الأمراض المتوطنة	-	١	٢	٣
القلب	١	١	٢	٢
الأمراض الباطنة	٥	١	١١	١١
الجلدية والت涔سلية	١	٢	٢	٣
العصبية والنفسية	١	-	٢	٣
الصدرية	١	٢	٢	٢
الاطفال	٢	١	٤	٥
الجراحة العامة	٥	٤	١١	٨
المسلك البولي	١	٤	٣	٣
التخدير	١	٢	٤	٧
العقلام	١	-	٢	٤
الأنف والاذن والحنجرة	٢	٢	٥	٥
النساء والتوليد	١	٤	٥	٩
الرمد	١	١	٤	٥
الأشعة	١	-	١	٤

جدول ملخص بعثة أعضاء هيئة التدريس ومعاونיהם في أقسام كلية طب أسوان

جدول مشارن بأسماء أعضاء هيئة التدريس والمعيدين في الأقسام المختلفة بكلية طب أسفيوط في عام ١٩٧٠

القسم	أستاذ ذكرى	أستاذ مساعد	أستاذ مدرس	معيد
الفيسيولوجيا	١	١	-	٨
تشريح والمستولوجيا	١	١	-	١٢
باتلولوجيا	١	١	-	٧
لبيكروبيولوجيا	١	٥	-	٩
الكتياء الحيوية	١	-	٢	٤
الجراحة العامة	١	-	٢	٧
الطب الوقائي	-	-	١	٤
القلب (الباطنة الخاصة)	-	-	-	-
الرمد	-	-	-	-
باطنة عامة	-	-	١	١
الأطفال	-	-	٢	٢
النساء والتوليد	-	-	١	-
الجراحة الخاصة	-	-	٤	١
الفارماكولوجيا	-	-	٣	٤
الأشعة	-	-	-	٨
الطب الشرعي	-	-	-	٢

جدول مقارن بأعداد أعضاء هيئة التدريس ومساعديهم في أقسام كلية طبطنطا

المجموع الكلي	طبيب متفرغ	مُعَيَّد	مدرس	مساعد	مدرس	مساعد	استاذ مساعد	استاذ	استاذ متفرغ	المجموع	القسم
											أعضاء هيئة التدريس
٣٠	-	٥	٧	١٨	١٢	٣	٣	-	-	٥٥٤	١ التشريح والمستلوجيا
١٦	-	٨	٢	٥	٢	١	١	-	-	١٢٥	٢ الفسيولوجيا
٢٠	-	٥	٢	١٢	-	١٠	٣	-	-	٦٠	٣ الكيمياء الحيوية
٣٠	-	٤	١٤	١٢	٤	٤	٤	-	-	١٥٢	٤ الباثولوجيا
١٦	-	-	٢	١٢	١	٧	٥	-	-	٢١٧	٥ البكتيريا
١٤	-	٦	٤	٤	٢	١	١	-	-	٧٩	٦ الطفليات
١١	-	٢	١	٨	٤	٢	٢	-	-	٦٧	٧ الفارماتكولوجيا
٣٨	١٢	-	١١	١٥	٥	٥	٥	-	-	٦٧	٨ الجراحة العامة
٥٧	٢٢	١	١٤	٢٠	٧	٦	٦	١	-	٦٧	٩ الجراحة الخاصة
٣٢	١٢	-	١٠	١١	٢	٢	٤	١	-	٦٧	١٠ الباطنة العامة
٥٧	١٨	٢	١٩	١٨	٨	٤	٥	١	-	٦٧	١١ الباطنة الخاصة
١٧	٤	-	٧	٦	٢	-	٤	-	-	٦٧	١٢ الجلدية والتناسلية
٣٠	١١	٥	٦	٨	٢	٢	٤	-	-	٦٧	١٣ الاطفال
٢٩	٨	٥	٨	٨	٤	-	٤	-	-	٦٧	١٤ طب وجراحة العين
٢١	٥	-	٦	١٠	٥	٣	٢	-	-	٦٧	١٥ الانف والأذن والحنجرة
٢١	١٠	١	٥	٥	٤	-	١	-	-	٦٧	١٦ الأشعة
١٨	-	٧	٣	٨	٢	٢	٣	-	-	٦٧	١٧ الصحة العامة
١٤	-	٧	٢	٤	-	٤	-	-	-	٦٧	١٨ الطب الشرعي
٢٩	٩	-	٦	١٤	٤	٥	٥	-	-	٦٧	١٩ النساء والتوليد
٢٤	٨	٢	٦	٨	٤	٢	٢	-	-	٦٧	٢٠ الباثولوجيا الأكلينيكية
٢٩	٦	-	١٤	٩	٤	٢	٢	-	-	٦٧	٢١ التخدير

جدول مقارن بأعداد أعضاء هيئة التدريس والمُعَيَّدين في الأقسام المختلفة لـ كلية طبطنطا | جامعة الإسكندرية | عام ١٩٧٠

م	القسم	استاذ ذُو كرس	استاذ	استاذ مساعد	مدرس	مُعَيَّد
١	١ الكيمياء الحيوية	-	-	-	١	٣
٢	٢ الفسيولوجي	-	-	-	-	٥
٣	٣ التشريح	-	-	-	١	٥
٤	٤ المستلوجي	-	-	-	-	٤
٥	٥ الأقريازين	-	-	-	-	-
٦	٦ الرمد	-	-	-	-	-
٧	٧ الاطفال	-	-	-	٢	٢
٨	٨ النساء	-	-	-	١	٤
٩	٩ الجراحة	-	-	-	-	٩
١٠	١٠ التخدير	-	-	-	-	-
١١	١١ الباطنة	-	-	-	-	-
١٢	١٢ الجلدية والتناسلية	-	-	-	-	-
١٣	١٣ الصحة العامة	-	-	-	-	-
١٤	١٤ المتوفقة الطفليات	-	-	-	-	-
١٥	١٥ الباثولوجيا	-	-	-	-	-
١٦	١٦ البكتيرiology	-	-	-	-	-
المجموع						
٥٦	١٢	٤	-	-	-	٥٦

جدول مقارن بأعداد أعضاء هيئة التدريس ومعاونיהם في الأقسام المختلفة لكلية طب جامعة المنصورة

م	القسم	أستاذ	مساعد	أستاذ	مساعد	مدرس	مجموع هيئة التدريس	مساعد	مدرس	معدى	طبيب مقيم	المجموع
١	التشرير والمسترولوجيا	٧	٥	٤	٦	١٠	٥	٨	-	٠	-	٣١
٢	الفسيولوجيا	٢	١	٧	١٠	٨	٨	٤	٤	٢	-	١٨
٣	الكيمياء الحيوية	٢	١	٨	١٢	٤	١٢	٣	٣	-	٢	١٨
٤	الباتلوجيا	٢	١	٥	١٢	٥	٥	٣	٣	-	-	١٧
٥	الباتلوجيا الإكلينيكية	٢	٢	٤	٩	٥	٩	٢	٢	-	-	١٤
٦	الباتلوجيا	٤	٣	٦	٦	٣	٦	٢	٢	-	-	١٦
٧	الطبليليات	٢	١	٦	١٠	١	٦	٤	٤	-	٢	١١
٨	الفارماكولوجيا	٢	١	٤	٩	٢	٩	٤	٤	-	-	١٤
٩	الجراحة العامة	٧	٥	٧	١٩	٧	١٩	١	١	-	-	٤٨
١٠	الجراحة الخاصة	٨	٨	٩	٢٥	٩	٢٥	١	٦	-	-	٤٥
١١	التحذير	٢	١	٧	١١	٧	١١	١	٦	-	-	٢٠
١٢	الباطنة العامة	٩	٦	٧	٢٢	١٢	٢٢	١	٦	-	-	٥٣
١٣	الباطنة الخاصة	٧	٥	٩	٢٦	١٠	٢٦	٣	٣	-	-	٦١
١٤	النساء والولادة	٥	٣	٥	١٢	٥	١٢	٢	٢	-	-	٢٦
١٥	الأطفال	٥	٥	٥	١٥	٥	١٥	٥	٥	-	-	٢٥
١٦	طب العين وجرارها	٢	٢	٢	٩	٩	٩	٢	٢	-	-	٢٥
١٧	الصحة العامة	٥	٣	٣	٩	٩	٩	٣	٣	-	-	١٥
١٨	الأشعة	٢	٢	٢	١١	٦	١١	١	٦	-	-	٣٩
١٩	الأنف والأذن	٢	٢	٦	١٠	٦	١٠	١	٦	-	-	١٤
٢٠	الطب الشرعي	٥	٣	٣	٦	-	٦	٢	٢	-	-	١٢
	الاستقبال	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	١٢
المجموع												٥٤٥

جدول مقارن بأعداد أعضاء هيئة التدريس والمُعَيدين في الأقسام المختلفة لكلية طب المنصورة | جامعة القاهرة | عام ١٩٧٠

القسم	أستاذ ذو كرسى	أستاذ	مساعد	مدرس	معدى	طبيب مقيم
الفسيولوجي	-	-	-	٤	٩	-
الباتلوجي	-	-	-	١	١	-
التشرير	-	-	-	-	-	-
الباطنة العامة	-	-	-	٢	٤	-
الباطنة الخاصة	-	-	-	٢	٢	-
الجراحة	-	-	-	-	-	-
الجراحة الخاصة	-	-	-	١	٣	-
نساء وولادة	-	-	-	-	-	-
اطفال	-	-	-	-	-	-
الصحة العامة	-	-	-	٢	٢	-
المتوسطة	-	-	-	-	-	-
الطب الشرعي	-	-	-	-	-	-
الردد	-	-	-	-	-	-
الأشعة	-	-	-	-	-	-
المجموع						٦٢
٢٥						٩

جدول مقارن بأعداد أعضاء هيئات التدريس ومعاودتهم في الأقسام المختلفة لكلية طب الأزهر بنين

م	القسم	المجموع	الاساتذة المعيدين الاطباء	الاساتذة المدرسين	المجموع	الاساتذة المساعدون	الاساتذة المساعدون	المجموع	المدرسوون المساعدون	المدرسوون المقيمين	المجموع
٢١	-	٨	٧	٦	٤	٩	٣	-	التشريح	١	
٢٢	-	٣	٨	١٢	٥	٢	٥	-	المستلوجيا	٢	
٢٢	-	٧	٢	١٢	٢	٥	٥	١	الفسيولوجيا	٢	
٢٥	-	٦	٦	١٢	٦	١	٦	-	الكيمياء الحيوية	٤	
٢٠	-	٨	٥	٧	٣	١	٣	-	الفارماكولوجيا	٥	
١٩	-	٤	٥	١٠	٦	٢	٢	-	الدكتريولوجيا	٦	
١٢	-	٢	٢	٩	٧	-	٢	-	الطبييليات	١	
٤١	٦	٤	١٤	١٧	٨	٥	٢	٢	طب وجراحة العين	٨	
١٢	-	٥	-	٨	٧	-	١	-	الطب الشرعي	٩	
٨٤	٢٢	-	٣٠	٢٢	٨	٦	٨	-	الجراحة العامة	١٠	
٤٢	٢٢	-	٨	١٢	٢	٤	٦	-	الباطنة العامة	١١	
٢٢	٧	-	٧	٨	٢	٣	٣	-	القطام	١٢	
٢٧	٦	-	٩	١٢	٦	٢	٤	-	الأنف والاذن والحنجرة	١٣	
٢٥	٦	-	٧	١٢	٢	٥	٤	-	الجلدية والتناسلية	١٤	
٢٨	٨	٢	١٢	٤	١	١	١	-	الأشعة	١٥	
٣٥	١٠	-	١١	١٤	٢	٥	٦	١	الباتلوجيا الاكلينيكية	١٦	
٢٨	٧	-	٩	١٢	٤	٤	٤	-	المسالك البولية	١٧	
٢٧	٧	-	١١	٩	٦	٢	١	-	العصبية والتفسية	١٨	
٢٢	٨	١	٨	٦	٤	١	١	-	الصدرية	١٩	
٢٦	٦	١	١٢	٦	٤	١	١	-	الامراض المتوطنة	٢٠	
٥٦	١٢	-	٢٨	١٥	٥	٣	٧	-	التخدير	٢١	
١٥	٦	-	٢	٧	٤	١	١	-	العلاج الطبيعي	٢٢	
٣٧	-	١	١٠	٢٦	١١	٥	١٠	-	النساء والتوليد	٢٣	
٦٠	٢٩	-	١١	٢٠	٦	٧	٧	-	الاطفال	٢٤	
٣٧	٩	٣	١٥	١٠	٧	-	٢	١	القلب	٢٥	
٢٢	-	٥	٥	١٢	٦	٥	٢	-	الصحة العامة	٢٦	
٣٢	-	٧	٥	١٠	٦	١	٢	١	الباتلوجيا	٢٧	
المجموع											٨
٨٣٤											٦٨
١٨٢											٢٥١
٢٢٢											١٣٥
٩٩											٨١

**جدول مقارن بأعداد أعضاء هيئة التدريس بمعهد الأورام القومي
جامعة القاهرة**

القسم	استاذ	مساعد	مدرس	مساعد	مدرس	مساعد	مدرس	معدى	طبيب مقيم	المجموع
جراحة الأورام	٦	٤	٧	٤	١٤	-	-	١٢	٤٧	١٨٦
طب الأورام	٢	٢	٥	٢	٧	١	٥	٦	٦	٤١
بيولوجيا الأورام	٣	-	٥	-	٤	٤	٥	-	-	١٤
الباتولوجي	٦	٥	٣	٥	١	٨	١	-	-	٢٤
التخدير والانعاش	٢	١	٤	١	٥	-	٤	٩	-	٣٦
الباتلوجيا الأكلينيكية	٦	٢	٢	٢	٣	٥	٤	٩	١	١٧
العلوم الأشعاعية	٥	-	٣	-	٨	١	٧	٧	-	٣٤
المجموع الكل										

جدول مقارن بأعضاء هيئة التدريس والمعدين في أقسام معهد السرطان عام ١٩٧٠

القسم	استاذ ذو كرس	استاذ	مساعد	مدرس	معدى
(١) جراحة السرطان	٢	-	٢	٤	١
(٢) سرطان الدم	-	-	-	٢	-
(٣) باثلوجيا السرطان	-	-	-	٢	-
(٤) تخدير السرطان	-	-	-	-	١
(٥) باثلوجيا حيوية	-	-	-	-	٢
(٦) الكيمياء	-	-	-	-	-
(٧) فيزياء اشعاعية	-	-	-	-	-
(٨) أشعة	-	-	-	-	-
(٩) إحصاء طبى	-	-	-	-	-
المجموع				٨	٢٨

جدول مقارن بأعداد أعضاء هيئة التدريس ومساعديهم في الأقسام المختلفة لكلية طب الزقازيق

المجموع	المجموع	طبيب مقيم	طبيب معيد	مدرس مساعد	مجموع أعضاء هيئة التدريس	مدرس مساعد	استاذ مساعد	استاذ مساعده	استاذ متفرغ	المجموع	القسم
٢٠	٢٢	—	٦	٤	١٠	٩	—	١	—	٣٧	التشريع
٢٢	٢٣	—	٨	٩	٦	٤	٢	—	—	٢٧	المهستولوجيا
٢٣	٢٤	—	١٠	٢	٧	٦	—	١	—	٢٣	الفسيولوجيا
٢٤	٢٥	—	١٢	٢	٧	٦	—	١	—	٤٠	الكيمياء الحيوية
٢٥	٢٦	—	٧	٩	١٢	٧	٢	١	١	٦	الباتلولوجيا
٢٦	٢٧	—	١٢	٨	٧	٦	١	—	—	٧	الفارماكولوجيا
٢٧	٢٨	—	٥	٢٢	١١	٨	٢	—	—	٨	الطفليات
٢٨	٢٩	—	٢	٦	٩	٤	٢	٢	١	٩	الصحة العامة
٢٩	٣٠	—	٩	١٠	٨	٦	١	١	—	١٠	الطب الشرعي
٣٠	٣١	—	٢	٥	٦	٦	—	—	—	١١	الجراحة العامة
٣١	٣٢	٢٥	—	٢١	٢١	١١	٧	٢	—	١٢	المسالك البولية
٣٢	٣٣	٨	١	٩	١٢	٦	٢	٢	—	١٣	الجراحة الخاصة
٣٣	٣٤	١٧	٣	١٩	١٣	٨	١	٤	—	١٤	التخدير
٣٤	٣٥	٢٠	—	٢٢	١٢	٧	٢	٢	—	١٥	الباطنة العامة
٣٥	٣٦	٢٠	—	٣١	١٧	٨	٧	٢	—	١٦	الباطنة الخاصة
٣٦	٣٧	٢٨	١	٢٨	٢٢	١٢	٥	٣	١	١٧	الجلدية والتانسيلة
٣٧	٣٨	١١	—	١١	٧	٤	١	٢	—	١٨	الباتلوجيا الأكيليكية
٣٨	٣٩	١٥	٢	٩	٨	٤	٢	٢	—	١٩	الأطفال
٣٩	٤٠	١٢	١	٢٥	٢٠	١٤	٤	١	١	٢٠	طب وجراحة العين
٤٠	٤١	١٢	—	١٤	١٥	١١	٣	١	—	٢١	الأنف والاذن
٤١	٤٢	١٤	٢	١١	١١	٦	١	٤	—	٢٢	الأشعة
٤٢	٤٣	١٩	—	٦	٨	٧	—	—	—	٢٢	النساء والتوليد
٤٣	٤٤	١٦	١	٢٨	١٤	٧	٣	٤	—	٢٢	المجموع

جدول مقارنة بأعداد أعضاء هيئة التدريس في الأقسام المختلفة بكلية طب بنات الأزهر

القسم	أستاذ مساعد	أستاذ	مدرس	مدرس	مدرس	مساعد مساعد	معدن طبيب مقيم
الهستولوجيا	١	٦	٧	٩	٦	٢	-
التثريج	٢	٦	٦	٩	٥	٢	-
الفسيولوجيا	٣	-	٩	١٢	٧	٣	-
الكيمياء الحيوية	٤	٩	٥	٩	٢	٢	٥
الباتولوجيا	٥	٤	٦	٩	٤	٢	٢
الفارماكولوجيا	٦	١	٢	١٠	٤	٢	-
المختريات الورقية	٧	-	٦	١٤	٦	٤	-
الطفليات	٨	١٠	٥	٦	٢	٢	١
الصحة العامة	٩	-	٤	٩	٦	١	٢
الطب الشرعي	١٠	١	٨	٦	٤	٢	-
الجراحة العامة	١١	-	١٧	١٨	٧	٧	٤
العظام	١٢	-	٤	٥	١	-	٤
المسالك	١٣	-	٧	٤	١	٢	١
التخدير	١٤	-	٢	٥	١	٢	١
الرمد	١٥	١١	٤	١٢	١٧	١٠	٤
الأنف والاذن	١٦	-	٦	١٠	٦	٣	١
الأشعة	١٧	٢	٧	٥	٣	١	١
النساء	١٨	-	٥	٥	١	٢	١
الباطنة العامة	١٩	٨	-	١٢	٢٠	١١	٤
الباطنة الخاصة	٢٠	١٠	١	١٥	٩	٣	٤
الجلدية والتناسلية	٢١	٩	٥	١٤	٨	٢	١
الباتولوجيا الاكلينيكية	٢٢	٢	-	٦	٤	٢	-
الأطفال	٢٣	٣	٢	١١	١٠	٣	٢
المجموع	٥١	٥	٦٤	١٠٢	٢١٧	١٨١	٦٩
	٧٠						

جدول مقارن بأعداد أعضاء هيئات التدريس في الأقسام المختلفة بكلية طب بنها

		الأساتذة	المدرسين	المعيدون	الأطباء	المجموع	
		الأساتذة	المدرسين	المعيدون	هيئه المساعدين	المجموع	
		الأساتذة	المدرسين	المعيدون	هيئه المساعدين	المجموع	
١٤	-	٩	٤	١	-	١	التشرير
١٧	-	١٢	١	٢	٢	٥	المستلوجيا
٨	-	٦	١	١	-	-	الفيسيولوجيا
١٥	-	١٠	٢	٣	١	٦	الكيمياء الحيوية
١٢	-	٧	٥	١	١	-	الباتلوجيا
١٧	٩	-	٦	٢	-	٢	الباتلوجيا الإكلينيكية
٢٢	-	٢٤	٦	٢	١	-	البكتريولوجيا
١٨	-	٨	٧	٣	١	٦	الطفيليات
٢١	-	١٦	٤	١	-	١	الفارماتكولوجيا
٤٤	١٤	-	١٦	١٤	٨	٤	الجراحة
١٩	٧	-	٤	٨	٥	١	المسالك البولية
١٨	٦	-	٧	٥	٢	١	العقلمن
٢٥	٩	-	١٢	٤	١	-	التخدير
٧٥	٢٢	-	٢٤	٩	٢	٤	الباطنة
٣٧	٦	-	٢٤	٧	٢	٤	النساء والولادة
٤٩	٦	-	٣٦	٧	٤	١	الأطفال
٣٣	٨	٦	١١	١٣	١٠	٣	طب العين وجراحتها
٢٤	-	٦٢	٦٨	٤	٢	١	الصحة العامة
١٤	٨	-	١٢	-	-	-	الأشعة
٢٦	٧	٦	٨	٦	٢	٢	الأنف والأذن والحنجرة
١٩	٦	-	٥	٥	٢	٢	الجلدية والتتناسية
١٢	-	٧	-	-	-	-	الطب الشرعي
٥٥٣ ١١٨ ١١٤ ٢٢٢ ٩٩ ٥١						المجموع	
٢٢ ١٦						المجموع	

جدول مقارن بأعداد أعضاء هيئة التدريس في الأقسام المختلفة بكلية طب قناة السويس

القسم	أستاذ مساعد	أستاذ	مدرس	مدرس مساعد	مدرس مساعد	مدرس	مدرس مساعد	المجموع				
												المجموع
التشريح	١	-	-	٢	٢	-	-	-	-	-	-	٥
السيولوجيا	٢	-	-	٢	٤	١	١	١	-	-	-	٧
الكيمياء الحيوية	٣	-	-	٤	١	٢	١	١	٢	-	-	٨
البللولوجيا	٤	-	-	٢	٤	٢	٢	٢	-	-	-	٩
الفارماكولوجيا	٥	-	-	-	٣	٢	٢	٢	-	-	-	٦
البكتريريا والطفيليات	٦	-	-	-	٣	٢	٢	٢	-	-	-	٧
الجراحة	٧	١٤	-	٢٢	١٦	١٢	٢	٢	٢	-	-	٥٢
النساء والتوليد	٨	١	-	٤	٥	٣	١	١	١	-	-	١٠
طب وجراحة العين	٩	١	-	٢	١	١	-	-	-	-	-	٤
الباطنة	١٠	١٢	١	٢٢	١٧	٦	٩	٢	-	-	-	٥٢
الأطفال	١١	٢	-	٦	٣	١	١	١	-	-	-	١٢
طب المجتمع	١٢	-	٢	٥	٢	٢	-	-	-	-	-	١١
الممارسة العامة	١٣	٤	-	٤	-	-	-	-	-	-	-	٨
	٦	١٧	٣٧	٦٠	٨٦	١٨	٢٥	٢٥	١٨	٦	١٩٩	

جدول مقارن بأعداد أعضاء هيئة التدريس بالأقسام المختلفة بكلية طب المنوفية

القسم	أستاذ مساعد	أستاذ	مدرس	مدرس مساعد	مدرس مساعد	مدرس	مدرس مساعد	المجموع				
												المجموع الكلي
العلوم الطبية والأساسية	١	-	-	٧	٤	٧	٢	٢	١	-	-	١٨
البللولوجيا	٢	-	-	-	١	٢	١	١	-	-	-	٢
الجراحة (عامة وخاصة)	٣	-	-	٢	٢	٨	٤	٢	٢	-	-	١٢
الباطنة (عامة وخاصة)	٤	-	-	٨	٧	١	١	-	-	-	-	١٦
النساء والولادة	٥	-	-	-	١	٢	٢	-	-	-	-	٢
الأطفال	٦	-	-	-	-	٢	-	-	-	-	-	٧
الرمد	٧	-	-	١	٣	٢	٢	-	-	-	-	٢
الصحة العامة	٨	-	-	٢	١	-	-	-	١	-	-	٢
الأشعة	٩	-	-	١	٢	-	١	١	-	-	-	٢
الأنف والاذن وحنجرة	١٠	-	-	٢	٤	١	١	-	-	-	-	٥
الأمراض الجلدية	١١	-	-	-	٤	٤	٢	١	١	-	-	٦
الطب الشرعي	١٢	-	-	١	١	١	١	-	-	-	-	٢
	٥	٧	٢٠	٢٢	٢٨	٢٥	٢٥	٢٥	٢٥	٢٥	٢٥	٨٥

جدول مقارن بأعداد أعضاء هيئة التدريس بالأقسام المختلفة بكلية طب جامعة المنصورة

القسم	أستاذ مساعد	أستاذ	مدرس	مدرس	مدرس مساعد	مدرس مساعد	مدرس مساعد	مدرس مساعد	المجموع
			هيئة التدريس	أعضاء هيئة التدريس	مجموع أعضاء هيئة التدريس	مدرس مساعد	مدرس مساعد	مدرس مساعد	المجموع
التشريح	١	١		١	٢	٣	٢	٢	٨
المستólogo	٢	-		-	-	-	-	-	٥
الفيسيولوجي	٢	-		١	١	٢	٥	٥	٩
الكيمياء الحيوية	٤	-		١	٢	٣	٦	٦	٨
الصحة العامة	٥	-		٤	-	-	-	-	٦
البيكتريولوجي	٦	-		٦	٢	١	-	-	٧
الفarmacولوجي	٧	-		٣	-	-	-	-	٧
الطب الشرعي	٨	-		١	٢	٣	-	-	٩
الباطلوجي	٩	-		٤	١	-	١	-	١٠
التخدير	١٠	-		-	١	١	-	-	١١
الجراحة العامة	١١	-		١٤	٢	٢	-	-	١٢
العقلان	١٢	-		٥	١	١	-	-	١٣
الأطفال	١٣	-		٩	١	١	-	-	١٤
النساء والولادة	١٤	-		١٤	١	١	-	-	١٥
المسالك	١٥	-		٣	٢	٢	-	-	٦
جراحة العيون	١٦	-		٨	١	-	-	١	١٧
الباطنة العامة	١٧	-		١٢	٢	٢	-	-	١٨
الأنف والأذن والحنجرة	١٨	-		٦	١	-	-	١	٧
الأشعة	١٩	-		٢	-	-	-	-	٢
الباطلوجيا الإكلينيكية	٢٠	-		١	-	-	-	-	٢
المجموع	٥	٢	١٧	٢٥	٩٩	٣٥	١٥٩		

جدول مقارن بأعداد المدرسين المساعدين والمعيدين بقسام كلية طب الأزهر بأسيوط

القسم	المدرسوون المساعدون	المعيدين	المجموع
التشريع	-	١	١
المستولوبيا	-	١	١
الفسيلوجيا	-	٢	٢
البلتولوجيا	-	٤	٤
المكروبيولوجيا	-	٣	٣
الطفيليات	-	٤	٤
الكيمياء الحيوية	-	٣	٣
الفلاميكولوجيا	-	٣	٣
الطب الشرعي	-	٢	٢
الصحة العامة وطب جميع	-	٤	٤
الجراحة العامة	٦	١	٧
المسالك البولية	٢	-	٢
الأنف والاذن والحنجرة	٧	١	٨
العقل	٤	-	٤
الملاطنة العامة	١	-	١
القلب والأوعية الدموية	٢	-	٢
الطب الطبيعي	-	١	١
الأمراض المتوطة	-	٢	٢
الأطفال	-	٤	٤
الرمد	٥	-	٥
النساء والتوليد	-	٧	٧
الخدير	-	١	٤
البلتولوجيا الأكلينيكية	٢	١	٣
المجموع الكلي	٤٢	٣٦	٧٩

جدول مقارن بأعداد أعضاء هيئة تدريس معهد الصحة العامة جامعة الإسكندرية

القسم	المتغيرون	الأساتذة المساعدون	الأساتذة	الأساتذة المدرسون	المجموع
الإحصاءات الحيوية	٠	٢	٢	١	-
التغذية	١٠	٣	٣	٤	-
الصحة المهنية	١١	٢	٢	٦	-
الادارة والرعاية الصحية	٨	-	٢	٢	٢
صحة المناطق الحارة	١٨	٦	٧	٢	٢
الوبائيات	٥	٢	-	-	-
صحة الأسرة	١١	٤	٢	٢	٢
صحة البيئة	١٢	٢	٢	٦	١
أحياء دقيقة	٨	٢	٢	١	١
المجموع الكلي	٨٨	٢٧	٢٦	٢٦	٩

جدول مقارن بأعداد أعضاء هيئة التدريس العلميين ومعاوريهم في أقسام معهد البحوث الطبية بجامعة الإسكندرية

القسم	استاذ متفرغ	استاذ مساعد	مدرس مساعد	مدرس	معدى	المجموع
الكيمياء الحيوية	٤	٤	-	٢	١	١٤
الفيسيولوجيا	-	-	-	-	١	١
الطبيعة والهندسة الطبية	٢	-	-	١	-	٢
الطبيعة الحيوية	-	٢	١	٢	-	٣
الكيمياء الطبية التطبيقية	٧	-	٢	٢	-	٧
كيمياء وبيولوجيا الخلايا	١٠	-	٢	٢	-	١٠
المناعة	٨	-	-	٢	٤	٨
الوراثة الإنسانية	٣	-	٢	-	١	٣
بيولوجيا الأشعاع	٢	-	١	-	-	٢
النفايات المشعة	١	-	١	-	-	١
المجموع	٥٤	٥	٩	١٠	٦	٦٦

كتب للمؤلف :

- ١ - الدكتور محمد كامل حسين عالما و مفكرا وأديبا . (وهو الكتاب الفائز بجائزة مجمع اللغة العربية الأولى في الأدب العربي عام ١٩٧٨ - الهيئة العامة للكتاب ، القاهرة ، الكتاب الأول في سلسلة كتابات جديدة) .
- ٢ - مشرقه بين الذرة والذرة ، الهيئة العامة للكتاب ، القاهرة ، ١٩٨٠ (وقد نال عنه المؤلف جائزة الدولة التشجيعية في أدب الترجم) .
- ٣ - كلمات القرآن التي لا نستعملها .. (وهو دراسة تطبيقية لنظرية العينات اللغوية) ، دار الأطباء ، ١٩٨٤
- ٤ - يرحمهم الله (وهو مجموعة كلمات في تأبين بعض الشخصيات الراحلة) وكالة الأهرام للتوزيع ١٩٨٤
- ٥ - الدكتور أحمد زكي ، حياته ، فكره ، وأدبه . الهيئة العامة للكتاب ، ١٩٨٤ (وهو الكتاب الذي أشتاقت به الهيئة إصدار سلسلة أعلام العرب) .
- ٦ - من بين سطور حياتنا الأدبية ، (دراسات نقدية) دار الأطباء ، ١٩٨٤
- ٧ - مايسترو العبور المشير أحمد إسماعيل ، وكالة الأهرام للتوزيع .
- ٨ - سماء العسكرية المصرية الشهيد عبد المنعم رياض ، وكالة الأهرام للتوزيع .
- ٩ - الدكتور علي باشا إبراهيم يد من حريرويد من حديد ، الهيئة العامة للكتاب ، ١٩٨٥
- ١٠ - الدكتور سليمان عزmi ، أول طبائنا الباطنيين ، سلسلة أعلام العرب ، الهيئة العامة للكتاب ، ١٩٨٦
- ١١ - التشكيلات الوزارية في عهد الثورة ، الهيئة العامة للاستعلامات ، القاهرة ، ١٩٨٦
- ١٢ - الدكتور نجيب محفوظ : رائد أمراض النساء والتوليد في مصر ، الهيئة العامة للكتاب ، ١٩٨٦
- ١٣ - دليل الخبرات الطبية القومية ، الجزء الأول : الجامعات ، مركز الإعلام والنشر الطبي ، (الجمعية المصرية للاطباء الشبان) ، القاهرة ، ١٩٨٧
- ١٤ - الصحة والطب والعلاج في مصر ، جامعة الزقازيق ، ١٩٨٧
- ١٥ - مجلة الثقافة (١٩٣٩ - ١٩٥٢) : تعريف وفهرسة وتوثيق .
- ١٦ - رحلات شاب مسلم .

THE BOOK & THE AUTHOR

This book is written by one of the junior physician . He is the senior resident of cardiology at zagazig university medical school . He was able at the same time to publish 14 books in many fields . He had been awarded the State Prize of Literature (1983) to be the youngest owner of that very distinguished prize . Before he could obtain also the prize of Arabic Languge Academy . He was dedicated the Medal of Science & Arts by Prisdent Hosni Moubark .

The present book deals with the state of Health & Medicine in Egypt . It gives a good idea about the history, the present status, and the expected future . At the same time, it records many of the author's personal reflections, thoughts and hopes for welfare of his citizens .

Reading the titels of the book chapters may give us an idea about its scope .

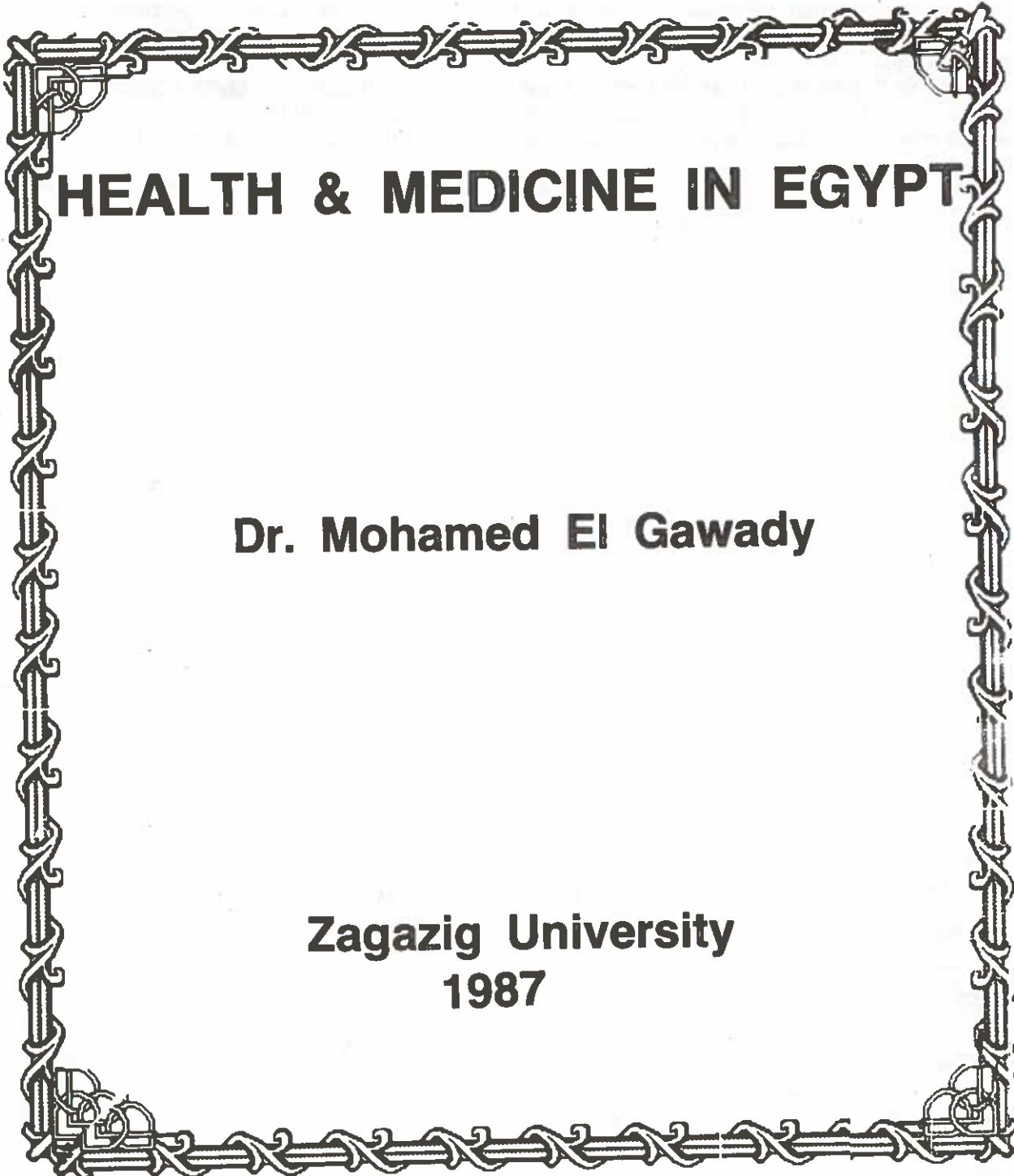
- (1) The « clash » between quantity and quality in medical education and medical services .
- (2) HEALTH : Who is responsiable ,
- (3) How can selvishness cause deterioration of medical services ,
- (4) Ways for evaluating the efficacy of medical services .
- (5) Is there a promotion in our health .
- (6) Facts about health budgets in Egypt .

- (7) Hospitals Over building ... No value !!
- (8) Non traditional opinion about Nursing problem .
- (9) The Future of rural health units .
- (10) Facts about rural health in Egypt .
- (11) One speciality hospitals : History & Advantages .
- (12) Broad lines for childhood care .
- (13) Health Insurance : the track and the solution .
- (14) Facts about health insurance in Egypt .
- (15) Medicine open doop policy .
- (16) Facts about private medicine in Egypt .

- (17) physicians are they a high class .
- (18) Physicians in the medical system what is the future .
- (19) Promoting human power in health systems .
- (20) Facts about human power in health systems .
- (21) Physicians out of work .
- (22) Routinism in physician's life .
- (23) On honouring physicians .

- (24) Religion & Disease .
- (25) Future of Islamic Medicine
- (26) Facts about health in West Germany .
- (27) Emergency Medicine .

- (28) Organization of departments in medical schools .
- (29) The relationship between ministry of health & medical education institutes .
- (30) Organization of degrees in medical schools .
- (31) Geographical distribution of medical institutes in Egypt .
- (32) Urgency of binary fission in medical schools .
- (33) Facts about the numbers of medical staff members in Egyptian universities



HEALTH & MEDICINE IN EGYPT

Dr. Mohamed El Gawady

**Zagazig University
1987**