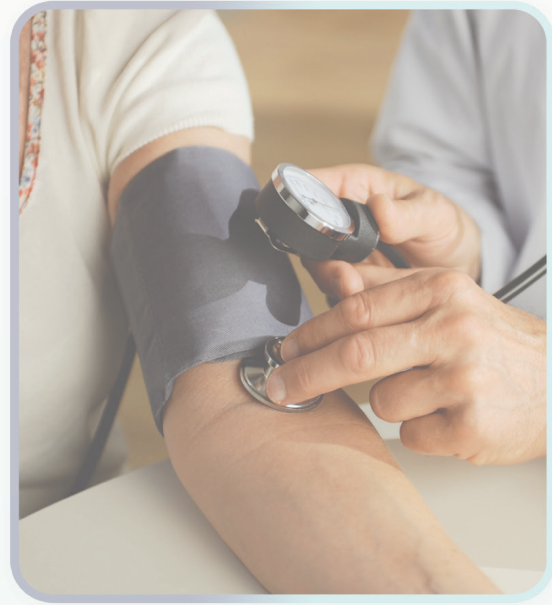


سلسلة صوت المرأة المصرية



الوضع الصحي للمرأة المصرية

ديسمبر ٢٠١٤

الوضع الصحي للمرأة المصرية

رئيس فريق العمل

أ.د. ماجد عثمان

المدير العام والعضو المنتدب بالمركز المصري لبحوث الرأي العام (بصيرة)

المحرر

د. حنان جرجس

مدير إدارة العمليات بالمركز المصري لبحوث الرأي العام (بصيرة)

شارك في إعداد التقرير

أ. نيفين الزيات

أستاذ بكلية الاقتصاد والعلوم السياسية - جامعة القاهرة

تصميم الغلاف

أ. بيتر ناجي

مدير تكنولوجيا المعلومات بالمركز المصري لبحوث الرأي العام (بصيرة)

أ. بسمة محمد

مصمم جرافيك بالمركز المصري لبحوث الرأي العام (بصيرة)

تنسيق الورقة

أ. فادي إسماعيل

مساعد باحث بالمركز المصري لبحوث الرأي العام (بصيرة)

التقديم

يسعد المركز المصري لبحوث الرأي العام «بصيرة» أن يقدم سلسلة من استطلاعات الرأي العام التي تقدم قياسات علمية للرأي العام النسوي في مصر. ويأتي هذا الإصدار في فترة مليئة بالأحداث والتحويلات السياسية، كما يأتي عقب إقرار دستور جديد تم الموافقة عليه بأغلبية كاسحة. وقد تعهد الدستور بمكتسبات نوعية غير مسبوقة ينتظر الجميع أن ترى النور وتغير واقع يضع كثير من الحواجز التي تعوق ممارسة المرأة المصرية لحقوقها ولدورها في خدمة المجتمع.

وتهدف هذه السلسلة إلى إلقاء مزيد من الضوء على قيم ومدركات واتجاهات المرأة المصرية نحو عدد من القضايا السياسية والإقتصادية والإجتماعية. ويأمل المركز المصري لبحوث الرأي العام «بصيرة» أن تساهم هذه السلسلة في التعرف على تأثير التحويلات السياسية التي شهدتها المجتمع المصري منذ قيام ثورة ٢٥ يناير على اتجاهات المرأة المصرية. كما يأمل أن تكون هذه السلسلة بداية لرصد علمي مستمر للتغير في المنظومة الثقافية التي تحكم قضايا النوع الإجتماعي في المجتمع المصري.

وقد إعتمدت هذه السلسلة على مجموعة من المقابلات التي تمت على عينة احتمالية ممثلة للإناث المصريات ١٨ سنة فأكثر. ويسمح تصميم وحجم العينة بإجراء مقارنات حسب العمر والحالة التعليمية ومحل الإقامة مما يفيد في صياغة السياسات ومراجعة أولويات البرامج والمشروعات ذات الصلة بقضايا النوع الإجتماعي إعتماداً على الفرائض والمعلومات.

ويتقدم المركز بالشكر والتقدير لمنظمة الأمم المتحدة للمرأة على تمويل هذه السلسلة التي تستهدف متخذي القرار والنخب السياسية ومسؤولي البرامج في المنظمات غير الحكومية العاملة في مجالات تمكين وإنصاف المرأة ومسؤولي المؤسسات المانحة المعنية بقضايا النوع الإجتماعي والعاملين في مجال الإعلام.

د. ماجد عثمان



رئيس فريق العمل

رقم الصفحة

- | | |
|----|---|
| ١ | ١- مقدمة |
| ١ | ٢- منهجية الدراسة |
| ٢ | ٣- التقييم الذاتي للحالة الصحية العامة |
| ٤ | ٤- المصدر المعتاد للرعاية الطبية |
| ٦ | ٥- حالات الإصابة بالأمراض المزمنة ومدى تغطيتها بالعلاج والمتابعة الطبية |
| ١٠ | ٦- التغطية بالتأمين الصحي ومدى الاستفادة منه |
| ١٢ | ٧- التوصيات |
| ١٢ | ٨- المراجع |

١- مقدمة:

اهتمت الاتفاقيات الدولية وتوصيات مؤتمر السكان والأهداف الإنمائية للألفية بوضع أهداف تتعلق بصحة المرأة. ولا يأتي الاهتمام بصحة المرأة نظراً لأن المرأة تمثل نصف المجتمع ولها حقوق تشمل حقها في الحصول على الرعاية الصحية والتغذية الكافية فقط لكن أيضاً لأن صحة المرأة خاصة السيدات في سن الإنجاب تؤثر على الحالة الصحية لأطفالها وعلى أحوالهم المعيشية بشكل عام.

وبالرغم من الجهود الكثيرة التي بذلت في مصر في العقدين السابقين لثورة يناير إلا أن الحالة الصحية للسيدات في مصر لم تلق التحسن المأمول. وبعد الثورة شهد الاهتمام بصحة المرأة تراجعاً كبيراً انعكس بصورة واضحة على مؤشرات الصحة الإيجابية للمرأة.

وتهدف هذه الورقة إلى دراسة الحالة الصحية للمرأة المصرية بصورة تساعد متخذي القرار وواضعي السياسات على التحرك قديماً نحو تنمية أوضاع المرأة وتحقيق الرفاهة التي تمنع إعاقتها من القيام بأدوارها الإيجابية في المجتمع.

ويناقش القسم الثاني من الورقة منهجية إجراء الدراسة. ويعرض القسم الثالث التقييم الذاتي للمرأة لحالتها الصحية العامة ويناقش القسم الرابع المصدر المعتاد للحصول على الرعاية الطبية. بينما يتطرق القسم الخامس لحالات الإصابة بالأمراض المزمنة ومدى تغطيتها بالعلاج والمتابعة الطبية. ويعرض القسم السادس التغطية بالتأمين الصحي ومدى الاستفادة منه. وتختتم الدراسة بمجموعة من التوصيات.

٢- منهجية الدراسة:

تم جمع البيانات من خلال استطلاع للرأي علة عينة من السيدات حجمها ٢١٠٧ سيدة في العمر ١٨ سنة فأكثر. وقد تم جمع البيانات من خلال الهاتف المنزلي والهاتف المحمول يومي ١٧ و١٨ سبتمبر ٢٠١٣. وقد غطت العينة جميع محافظات الجمهورية وبلغت نسبة الاستجابة ٦٧٪. وقد تم تقدير المستوى الاقتصادي بناء على ملكية السلع العمرة.

ويوضح الجدول التالي خصائص العينة.

جدول (١) التوزيع النسبي للسيدات في العينة حسب بعض خصائص الخلفية المختارة

العدد	النسبة	الخلفية الاجتماعية والاقتصادية
محل الإقامة		
٩٦٧	٤٥,٩	حضر
١١٤٠	٥٤,١	ريف
منطقة السكن		
٤٤٤	٢١,١	المحافظات الحضرية
٩١٤	٤٣,٤	الوجه البحري
٧٢٤	٣٤,٤	الوجه القبلي
٢٥	١,٢	محافظات الحدود
العمر		
٥٥٥	٢٦,٤	أقل من ٣٠
٨٩٥	٤٢,٥	٣٠ - ٤٩
٦٥٤	٣١,١	٥٠ فأكثر
مستوى التعليم		
٣٤,٩	٣٨,٤	أقل من متوسط
٤٩,٣	٣٨,٧	متوسط/فوق متوسط
٦٠,٧	٣٢,٢	جامعي فأعلى
المستوى الاقتصادي		
١٢٣٤	٥٩,٢	منخفض
٥٩١	٢٨,٤	متوسط
٢٥٩	١٢,٤	مرتفع
٢١٠٧	١٠٠,٠	الإجمالي

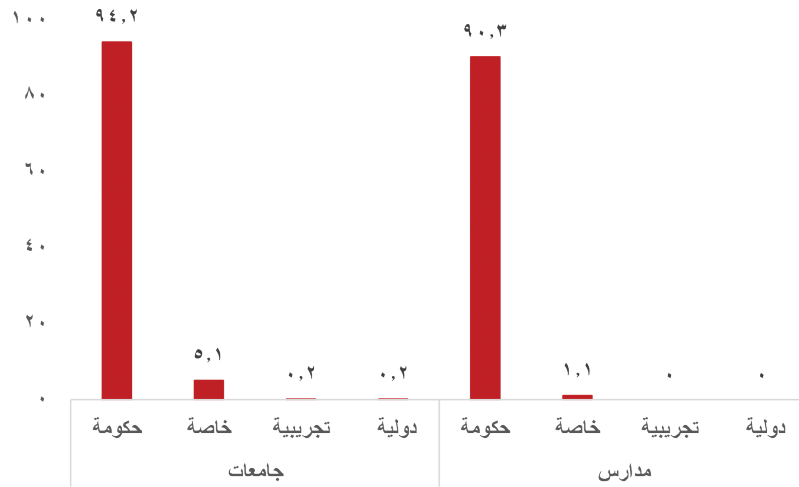
ويشير الجدول إلى أن ما يزيد قليلاً عن نصف عدد السيدات مقيمات في الريف (٥٤٪). كما أن ما يقرب من نصف العينة يسكن في الوجه البحري (٤٣٪). والثالث فقط يسكن في الوجه القبلي. بينما نجد ٢١٪ من السيدات في العينة يسكن في المحافظات الحضرية. ولم تتعد نسبة السيدات اللاتي يسكن في محافظات الحدود (١٪).

كما يوضح الجدول أن ٢٦٪ في فئة العمر من ١٨-٢٩ سنة و٤٣٪ من سيدات العينة في فئة العمر ٣٠-٤٩. بينما يمثل السيدات في العمر ٥٠ سنة فأكثر ٣١٪ من العينة.

وفيما يتعلق بالمستوى الاقتصادي تشير النتائج إلى أن ٥٩٪ من السيدات يعشن في أسر في أدنى مستوى اقتصادي. وبلغت نسبة السيدات اللاتي تعشن في الأسر ذات المستوى المتوسط ٢٨٪. بينما لم يتجاوز نسبة اللاتي يعشن في أسر في أعلى مستوى اقتصادي ١٢٪.

ويوضح الشكل التالي التوزيع النسبي للسيدات بالعينة حسب نوع المدارس والجامعات اللاتي التحقن بها. ويتضح أن نمط التعليم الغالب هو التعليم الحكومي. حيث تبلغ نسبة السيدات اللاتي تعلمن في مدارس حكومية ٩٠٪. بينما تبلغ نسبة من تخرجن من جامعات حكومية ٩٤٪. وبلغ نسبة تمثيل الجامعات الخاصة ٥٪ فقط.

شكل (١) التوزيع النسبي للسيدات حسب نوع المدارس والجامعات اللاتي تعلمن بها



٣- التقييم الذاتي للحالة الصحية العامة :

تعد الصحة الجيدة من المحددات الأساسية لرفاهية الإنسان وتحقيق التنمية الاجتماعية والاقتصادية المستدامة لأي مجتمع. ومن الأساليب المتعارف عليها لقياس الوضع الصحي هو أسلوب التقييم الذاتي. وتشير الدراسات إلى أن التقييم الذاتي للحالة الصحية يعطي تقديراً يمكن الاعتماد عليه للحالة الصحية للفرد. وفي هذا الاستطلاع تم توجيه سؤال للسيدات حول تقييمهن لحالتهن الصحية العامة وتشمل الحالة الصحية الجسدية والنفسية. ويوضح جدول (٢) التوزيع النسبي للسيدات حسب التقييم الذاتي للحالة الصحية العامة وخصائصهن الخلفية. وقد أبرزت نتائج العينة بصفة عامة أن نسبة لا تتعدى النصف (حوالي ٤٢٪ من السيدات) ترين أنهن بصحة جيدة بينما ٣٩٪ ترين أن حالتهن الصحية متوسطة وفي المقابل ترى حوالي ٢٠٪ من السيدات (أي خمس العينة) أن حالتهن الصحية سيئة.

وتشير النتائج إلى أن هذه النسب لا تختلف باختلاف محل الإقامة أو منطقة السكن غير أن ما يقرب من نصف السيدات في المحافظات الحدودية (٤٨٪) ترين أن حالتهن الصحية جيدة بالمقارنة باقي المحافظات وفي المقابل ٨٪ فقط من السيدات يعتبرن أن حالتهن الصحية سيئة.

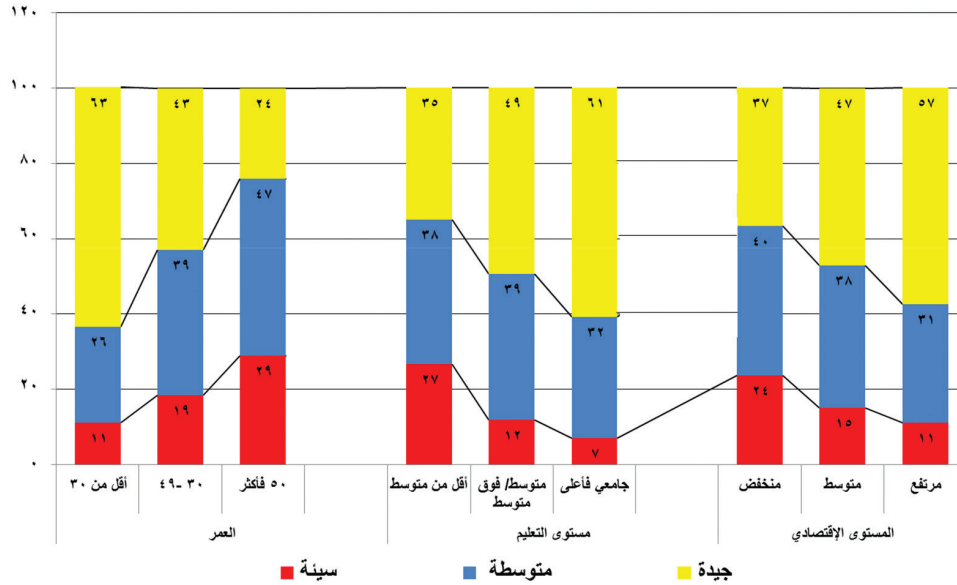
ويتبين أن العمر من العوامل المحددة لتقييم السيدة لحالتها الصحية حيث تنخفض نسبة السيدات اللاتي ترين أن حالتهم الصحية جيدة بتقدم العمر حيث بلغت أديانها (٢٤٪) بين السيدات الأكبر سناً (٥٠ سنة فأكثر) بينما بلغت أقصاها (١٣٪) بين السيدات الأصغر سناً (١٨-٢٩ سنة). ويُعزى هذا لزيادة المشاكل الصحية للمرأة بتقدم عمرها مما يتطلب منها عناية ومحافظة أكبر ويأتي هذا مطابقاً لما هو منشور في الأدبيات.

وفي المقابل يُظهر الشكل انخفاض مطرد لنسبة السيدات اللاتي ذكرن أن حالتهم الصحية جيدة بانخفاض كل من مستوى التعليم من ناحية والمستوى الاقتصادي من ناحية أخرى. فتعتبر ٦١٪ من السيدات الأعلى تعليماً (جامعي فأعلى) أن حالتهم الصحية جيدة بينما تنخفض هذه النسبة إلى ٣٥٪ بين السيدات الحاصلات على تعليم أقل من متوسط. وبالمثل تعتبر نسبة أكبر من اللاتي ينتمين إلى أعلى مستوى اقتصادي لحالتهم الصحية جيدة مقارنة بمن ينتمين إلى أدنى مستوى اقتصادي (٥٧٪ مقابل ٣٧٪ على الترتيب).

جدول (٢) التوزيع النسبي للسيدات حسب تقييمهن الذاتي لحالتهم الصحية العامة وبعض الخصائص الخلفية

عدد المستجيبين	جملة %	سينة %	متوسطة %	جيدة %	الخلفية الاجتماعية والاقتصادية
محل الإقامة					
٩٦٧	١٠٠	١٨,٩	٣٧,٣	٤٣,٧	حضر
١١٤١	١٠٠	٢٠,٦	٣٨,٢	٤١,٢	ريف
منطقة السكن					
٤٤٤	١٠٠	٢٣,٠	٣٥,٨	٤١,٢	المحافظات الحضرية
٩١٣	١٠٠	١٧,٠	٤٠,٣	٤٢,٧	الوجه البحري
٧٢٤	١٠٠	٢٢,٠	٣٥,٦	٤٢,٤	الوجه القبلي
٢٥	١٠٠	٨,٠	٤٤,٠	٤٨,٠	محافظات الحدود
العمر					
٥٥٤	١٠٠	١١,٢	٢٥,٥	٦٣,٤	أقل من ٣٠
٨٩٥	١٠٠	١٨,٥	٣٨,٥	٤٢,٩	٣٠ - ٤٩
٦٥٣	١٠٠	٢٨,٩	٤٧,٠	٢٤,٠	٥٠ فأكثر
مستوى التعليم					
١١٩٨	١٠٠	٢٦,٧	٣٨,٤	٣٤,٩	أقل من متوسط
٦٦٩	١٠٠	١٢,٠	٣٨,٧	٤٩,٣	متوسط/فوق متوسط
٢٣٩	١٠٠	٧,١	٣٢,٢	٦٠,٧	جامعي فأعلى
المستوى الاقتصادي					
١٢٣٤	١٠٠	٢٣,٨	٣٩,٥	٣٦,٧	منخفض
٥٩١	١٠٠	١٥,٢	٣٧,٧	٤٧,٠	متوسط
٢٥٨	١٠٠	١١,٢	٣١,٤	٥٧,٤	مرتفع
٢١٠٨	١٠٠,٠	١٩,٨	٣٧,٨	٤٢,٤	الإجمالي

شكل (٢) التوزيع النسبي للسيدات حسب تقيمن الذاتي للحالتن الصحية العامة وبعض الخصائص الخلفية



٤- المصدر المعتاد للرعاية الطبية:

وبسؤال السيدات عن المكان الذي يتوجهن إليه عادةً للحصول على الرعاية الصحية في حالة مرضهن، أفادت حوالي ثلثي السيدات (٦٤٪) بأنهن عادةً ما يتوجهن إلى العيادات أو المستشفيات الخاصة، بينما ٣٢٪ يتوجهن إلى الوحدات والمستشفيات الحكومية، ٣٪ فقط يكتفين باستشارة دكتور بالصيدلية، بينما أفدن فقط ١٪ أنهن يتوجهن إلى أماكن أخرى.

وتشير نتائج الدراسة، كما يتضح من جدول (٣)، أن التفضيل ما بين أماكن الرعاية يتشابه بين قاطنات الريف والحضر، ويأتي هذا مناقضاً مع ما هو متوقع بالنسبة لقاطنات الريف وقد يُعزى هذا لزيادة شعور المرأة بقدر أكبر من الثقة في الحصول على رعاية صحية أفضل من الوحدات الصحية الأماكن الخاصة ما يدفع بحتمية وضرورة تحسين مستوى الخدمات الصحية التي تقدمها المؤسسات الطبية الحكومية.

ويتشابه أيضاً تفضيل المرأة ما بين أماكن الرعاية الطبية بين مناطق السكن المختلفة، هذا وبالرغم من وجود انخفاض طفيف في نسبة قاطنات المحافظات الحضرية اللاتي يترددن على العيادات أو المستشفيات الخاصة (٥٨٪) مقابل ٦٤٪ في الوجه البحري و٦٦٪ في الوجه القبلي، وتعتبر الوحدة الصحية أو المستشفيات الحكومية هي المصدر الأساسي للرعاية لحوالي ٣٦٪ من السيدات في المحافظات الحدودية في مقابل ٦٤٪ منهن يتخذن العيادات أو المستشفيات الخاصة مصدر معتاد للرعاية الصحية.

وتبرز النتائج أيضاً تفاوتاً بسيطاً في اختيار المرأة لمكان الرعاية الصحية حسب العمر، فأكثر من نصف السيدات الأصغر والأكبر سناً يفضلن الرعاية الطبية في العيادات أو المستشفيات الخاصة (٦٨٪ و٦٦٪ على الترتيب)، مقابل أقل من ٣٠٪ يفضلن الوحدات الصحية أو المستشفيات العامة، بينما يُلاحظ زيادة طفيفة في نسبة السيدات في الفئة العمرية (٣٠-٤٩) اللاتي تترددن على الوحدات الصحية والمستشفيات العامة (٣٥٪)، مقابل ٥٩٪ يتوجهن إلى العيادات والمستشفيات الخاصة، وعلى صعيد آخر يتضح أن اختيار السيدة للمصدر المعتاد للرعاية الطبية يرتبط ارتباطاً شديداً بمستوى التعليم، حيث إن ما يزيد عن أربع أخماس المستجيبات الحاصلات على تعليم جامعي أو أعلى (٨١٪) يتوجهن إلى العيادات والمستشفيات الخاصة، وتنخفض تلك النسبة إلى ٥٨٪ بين الحاصلات على تعليم أقل من متوسط، وفي المقابل ١٦٪ من الحاصلات على تعليم جامعي أو أعلى يحصلن على الرعاية الصحية من الوحدات الصحية أو المستشفيات الحكومية وترتفع هذه النسبة إلى ٣٧٪ بين الحاصلات على تعليم أقل من متوسط.

وفيما يتعلق بالمستوى الاقتصادي للأسرة نجد أن أقل من ربع السيدات في المستوى الاقتصادي المتوسط وأعلى مستوى اقتصادي يتوجهن إلى الوحدات والمستشفيات الحكومية في مقابل نسبة تتراوح بين ٧٠٪-٧٤٪ يتوجهن إلى أماكن الرعاية الخاصة. وفي المقابل تتوجهه زهاء ٥٩٪ من السيدات في مستوى المعيشة الأدنى إلى أماكن الرعاية الخاصة، و٣٦٪ منهن يتوجهن إلى أماكن الرعاية الطبية الحكومية.

جدول (٣) لما تنتعبي بتروحي فين عشان تاخدي خدمة صحية عادة؟

عدد المستجيبين	جمله %	أخرى	دكتور بالأجزاخانه	عيادة / مستشفى خاص	وحدة صحية / مستشفى حكومي	الخلفية الاجتماعية والاقتصادية
محل الإقامة						
٩٦٧	١٠٠	١,٤	٣,١	٦٢,٩	٣٢,٦	حضر
١١٤٠	١٠٠	١,١	٣,٥	٦٤,٣	٣١,١	ريف
منطقة السكن						
٤٤٤	١٠٠	١,٤	٣,٢	٥٧,٩	٣٧,٦	المحافظات الحضرية
٩١٥	١٠٠	١,٤	٣,٧	٦٤,٤	٣٠,٥	الوجه البحري
٧٢٤	١٠٠	١,٠	٣,٠	٦٦,٣	٢٩,٧	الوجه القبلي
٢٥	١٠٠			٦٤,٠	٣٦,٠	محافظات الحدود
العمر						
٥٥٤	١٠٠	٠,٤	٣,٢	٦٨,١	٢٨,٣	أقل من ٣٠
٨٩٥	١٠٠	١,٢	٤,٢	٥٨,٩	٣٥,٦	٣٠ - ٤٩
٦٥٥	١٠٠	٢,١	٢,١	٦٦,٣	٢٩,٥	٥٠ فأكثر
٢١٠٤	١٠٠	١,٣	٣,٣	٦٣,٦	٣١,٨	جمله
مستوى التعليم						
١١٩٩	١٠٠	١,٤	٣,٨	٥٨,٢	٣٦,٦	أقل من متوسط
٦٧٠	١٠٠	١,٠	٣,٣	٦٧,٠	٢٨,٧	متوسط/فوق متوسط
٢٤١	١٠٠	١,٢	١,٧	٨٠,٩	١٦,٢	جامعي فأعلى
المستوى الاقتصادي						
١٢٣٤	١٠٠	٠,٦	٣,٩	٥٩,١	٣٦,٤	منخفض
٥٩٢	١٠٠	٢,٢	٢,٥	٦٩,٤	٢٥,٨	متوسط
٢٦٠	١٠٠	١,٩	٣,١	٧٣,٥	٢١,٥	مرتفع
٢١١٠	١٠٠	١,٣	٣,٤	٦٣,٦	٣١,٨	الإجمالي

وقد اشتملت خيارات الرد حول هذا السؤال التردد إلى أماكن أخرى عند الشعور بالمرض. وقد سبق وأشرنا إلى أن هذه النسبة لم تتعدى ٢٪ من المستجيبات في العينة (وهو ما يقابل ٢٦ سيدة). وبسؤال المبحوثات عن المصادر الأخرى للرعاية الطبية أجاب أكثر من نصف هؤلاء المستجيبات (٦٥٪) بأنهن لا يتوجهن إلى أي أماكن للرعاية الطبية في مقابل حوالي ٣٥٪ يحصلن على الرعاية من أنفسهن أو أحد أقاربهن لكونهم أطباء.

٥- حالات الإصابة بالأمراض المزمنة ومدى تغطيتها بالعلاج والمتابعة الطبية.

تُعرف «الأمراض المزمنة» بأنها يصف المشكلات الصحية التي تستمر لأوقات طويلة، وتتطلب درجة عالية من تدبير الرعاية الصحية. لما لها من تأثير على صحة الإنسان والعمر المتوقع ونوعية وجودة الحياة كما تمثل أكبر عبء على الدولة لتأثيرها الاقتصادي والاجتماعي على مستوى الفرد والأسرة والمجتمع نتيجة إعاقتها للفرد عن ممارسة حياة صحية كاملة والقيام بدوره الكامل في المجتمع. وأصبحت الأمراض المزمنة من أهم أسباب الوفيات في الدول النامية [تقرير منظمة الصحة العالمية، ٢٠٠٢]. وتحتل مصر المرتبة الأولى في قائمة مرضى الفيروس الكبدى «سي» على مستوى العالم وكذلك العالم العربي. حيث بلغ عدد المصابين ١٤٪ من إجمالي عدد السكان وفق تقارير منظمة الصحة العالمية، ويصل عدد مصابي الفشل الكلوي إلى أكثر من ٣٠٠ مريض لكل مليون نسمة. وهي نسبة تبلغ ضعف المعدل العالمي والتي تقدر بحوالي ١٥٠ مريض لكل مليون نسمة فقط. ما يتسبب في وفاة ٢٥٪ منهم سنوياً. في حين لا تتجاوز النسب العالمية للوفاة بهذا المرض ١٠٪ فقط. وربما يرجع ذلك إلى أن ٤٠٪ من هذه الحالات في حاجة إلى عمليات زرع كلي. كما يصل عدد المصابين بأمراض القلب في مصر إلى نحو ٢٥٠ ألف شخص سنوياً. كما أن نحو ١٥٪ من المصريين مصابون بمرض السكري، بسبب سوء التغذية والسمنة المفرطة.

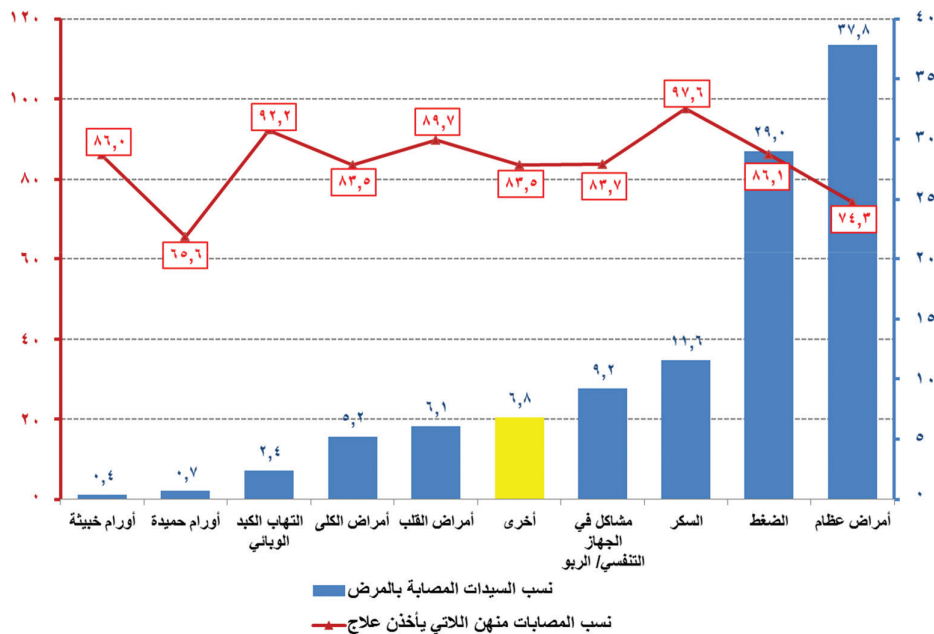
وقد تم سؤال السيدات في العينة عن أصابتهن ببعض هذه الأمراض ومدى تغطيتها بالعلاج. مع التأكيد بأن حالات الإصابة بالأمراض المزمنة والمبلغ عنها من قبل المستجيبات تستند على الإدلاء الذاتي وليس على الاختبارات والفحوصات الطبية الفعلية.

١-٥- انتشار الأمراض المزمنة:

يتضح من النتائج أن الأمراض الأكثر شيوعاً بين المصريات في الفئة العمرية ١٨ سنة فأكثر هي أمراض العظام، الضغط، السكر. ويعرض شكل (٣) معدل انتشار الأمراض المبلغ عنها بين الجيبات ومدى التغطية العلاجية لها.

ويتضح أن أكثر الأمراض شيوعاً هي أمراض العظام (حيث بلغت نسب الإصابة ٣٨٪)، في حين بلغ معدل انتشار أمراض ارتفاع ضغط الدم ٢٩٪، وتعاني ما نسبته ١٢٪ من السيدات من مرض السكري، ولم تتجاوز نسبة الإصابة بأمراض الجهاز التنفسي الـ ١٠٪، كما تعاني ٦٪ من السيدات من أمراض القلب، و٥٪ من أمراض الكلى. في حين أن نسبة انتشار الالتهاب الكبدى الوبائي لم تتعد ٢٪ فقط من المبحوثات، ولم تتجاوز نسبة من يعرفن بإصابتهم بأورام حميدة أو خبيثة ١٪.

شكل (٣) معدل انتشار بعض الأمراض المزمنة للسيدات حسب الإدلاء الذاتي والتغطية بالعلاج



٢-٥- النغطية العلاجية:

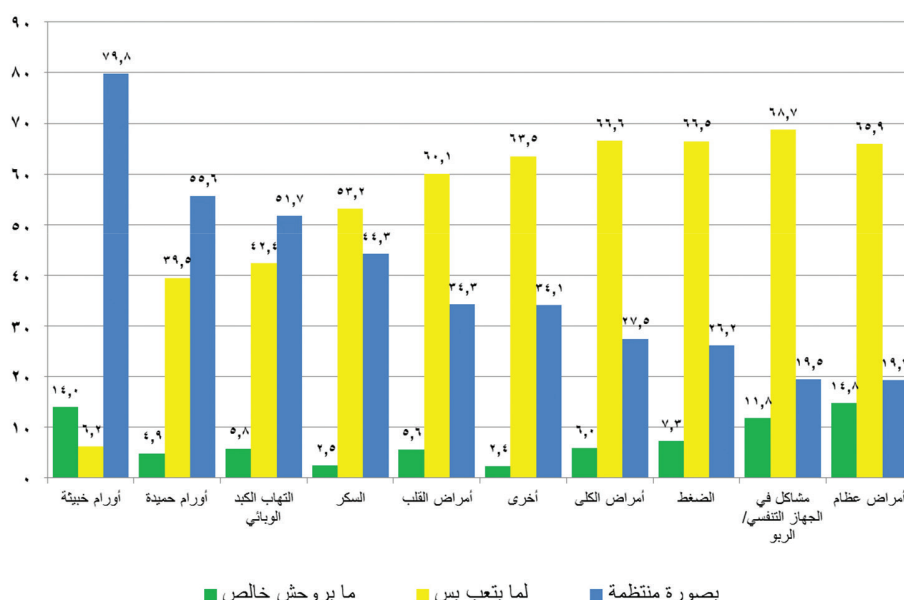
ونظراً لطبيعة الأمراض المزمنة في أنها قد تستمر لسنوات عديدة كما سبق وأن أشرنا، فإنها تحتاج لعلاج منتظم ومتابعة مستمرة للمرضى لدى طبيب متخصص والحصول على العلاج بصورة مستمرة ومنتظمة. ويعرض شكل (٣) نسب المصابات اللاتي حصلن على العلاج. فنجد أن مرض السكر من أكثر الأمراض التي تم تغطيتها بالعلاج (٩٨٪ من مصابات السكر يتلقين علاج). يليه مرض الكبد الوبائي (٩٢٪). وزهاء ٩٠٪ من مصابات القلب يتلقين علاج. وبلغت نسبة تعاطي العلاج ٨٦٪ لكل من أمراض ارتفاع ضغط الدم والأورام الخبيثة، و٨٤٪ لكل من أمراض الجهاز التنفسي. أمراض الكلى. ولاقى مرض الأورام الحميدة أقل تغطية علاجية (٦٦٪).

٣-٥- المتابعة والإشراف الطبي:

الصحة هي حق من حقوق الإنسان، وضرورة إتاحة الرعاية الصحية أمام الجميع بما يتناسب مع كافة الشرائح الاجتماعية وكافة المناطق هي مسؤولية الدولة، والرعاية الصحية يجب اعتبارها استثماراً في خطة التنمية.

وفيما يتعلق بمدى حصول الحالات المصابة بالأمراض المزمنة على إشراف ومتابعة طبية، يعرض شكل (٤) التوزيع النسبي لحالات الإصابة بالأمراض المزمنة حسب نمط المتابعة الطبية.

شكل (٤) التوزيع النسبي لحالات الإصابة بالأمراض المزمنة حسب نمط المتابعة الطبية



ويتضح من الشكل انخفاض نسبة المصابات اللاتي لا تسعين لأي متابعة طبية حيث لم تتجاوز ١٥٪ بين من تعانين من الأورام الخبيثة وأمراض العظام، وبلغت ١٢٪ بين المصابات بالربو، ولم تتجاوز ١٠٪ لبقية الأمراض. وعلى الصعيد الآخر نجد زهاء ٨٠٪ من المصابات بأورام خبيثة يحصلن على متابعة طبية منتظمة في مقابل ٦٪ فقط يذهبن للطبيب حينما يشتد عليهن المرض. ومايزيد قليلاً عن نصف السيدات المصابات بكل من الأورام الحميدة والكبد الوبائي يتابعن بانتظام في مقابل ٤٠٪ و٤٢٪، على الترتيب. يتابعن في حالة شدة المرض. وتقل المتابعة المنتظمة في بقية الأمراض مقارنة بالمتابعة المتقطعة أو عند شدة التعب. حيث تتراوح نسب من تنتظمن في المتابعة بين ٣٤٪ و٤٤٪ لمرضى القلب والسكري على الترتيب في مقابل ٦٠٪ و٥٣٪ لا يذهبن للإشراف الطبي إلا عند شدة الاعتلال. ويتشابه نمط المتابعة الطبية للمصابات بأمراض ارتفاع ضغط الدم والكلى حيث يتابعن بانتظام زهاء ٦٦٪ و٢٨٪ على الترتيب في مقابل ١٧٪ منهن لا يتابعن إلا عند التعب فقط. كما يتشابه نمط المتابعة بين المصابات بكل من العظام والربو حيث تبلغ نسبة من ينتظمن في المتابعة زهاء ١٩٪ (لكل على حدى) في مقابل ٦٦٪ و٦٩٪ (على الترتيب) لا يذهبن للطبيب إلا عندما يشتد عليهن المرض.

٤-٥- الحصول على العلاج:

من أحد أهم المكونات الأساسية للرعاية الصحية هو إتاحة العلاج المناسب للأمراض والإصابات الشائعة، وتوفير الأدوية الضرورية ليصبح الإنسان قادراً على العمل والإنتاج بأكبر كفاءة. ولكل مواطن الحق في الحصول على العلاج المناسب، ومساواة الناس في العلاج حق أساسي من حقوق الإنسان [١]. وتوفير الخدمات العلاجية هي المسؤولية الأساسية لوزارة الصحة. ويتعذر على فئات متعددة في المجتمع الحصول على الخدمات العلاجية الضرورية؛ ويرجع هذا لشدة فقر هؤلاء ما يصعب عليهم الحصول على العلاج أو لعدم تغطيتهم في نظام التأمين الصحي أو لأنهم يعيشون في مناطق مهمشة لا تشملها الرعاية الصحية الكافية.

وقد تتراجع مقدرة المواطن في الحصول على العلاج بسبب نقص إتاحة الدواء ونقص المستلزمات الطبية في السوق المصري، فمنذ إندلاع ثورة ٢٥ يناير، نجد أن العديد من شركات الأدوية لا توزع منتجاتها على الصيدليات ولا المخازن أو شركات التوزيع، ولا يزال حتى الآن يعاني السوق المصري من استمرار نقص الأدوية مما سبب في وفاة آلاف المصريين، خاصة أصحاب الأمراض المزمنة. وصرح المركز المصري للحق في الدواء إن أكثر من ٧٠٪ من مستشفيات وزارة الصحة، التي يتردد عليها ما يقرب من ٣٠ مليون مواطن، تعاني من نقص الأدوية الخاصة بالطوارئ في المستشفيات العامة والتعليمية والمراكز الطبية ومستشفيات الأمانة العامة.

ولأهمية ما سبق تم سؤال السيدات في عينة الدراسة عن مدى استطاعتهم الحصول على الدواء، ويعرض جدول (٤) النتائج حسب بعض خصائص الخلفية المختارة.

وتشير نتائج الجدول إلى أن حوالي نصف السيدات في العينة تستطيعن الحصول على العلاج بسهولة بشكل دائم، في حين تتمكن ٣٧٪ من السيدات من الحصول على العلاج بسهولة أحياناً في مقابل ١٢٪ لا تتمكن من الحصول على العلاج بسهولة على الإطلاق، ولا تختلف هذه النسب بين سكان الريف والحضر كما يتضح من الجدول، ولكن تتفاوت بشكل طفيف بين مناطق السكن المختلفة، حيث ترتفع نسب السيدات اللاتي لا تستطيعن الحصول على الدواء بسهولة إلى ١٥٪ و ١٣٪ في الوجه البحري في المحافظات الحضرية مقابل ٩٪ في كل من الوجه القبلي ومحافظات الحدود، ويجد ارتفاع ملحوظ في نسب قاطنات المحافظات الحدودية (٧٣٪) اللاتي أفدن بسهولة حصولهن على العلاج، وكذلك تتشابه إلى حد ما مقدرة المجيبات في فئات العمر المختلفة في الحصول على العلاج مع ملاحظة وجود ارتفاع ملحوظ في نسب السيدات اللاتي لا تستطيعن الحصول على الدواء في فئة العمر ٣٠-٤٩ حيث تبلغ النسبة ١٥٪ مقابل ١١٪ في الأعمار الأخرى.

جدول (٤) التوزيع النسبي للسيدات حسب قدرتهن على الحصول على الدواء بسهولة وبعض الخصائص الخلفية المختارة

عدد المستجيبين	جملة %	% لا	نعم/ أحيانا %	نعم/دائما %	الخلفية الاجتماعية والاقتصادية
محل الإقامة					
٥١٤	١٠٠	١٣,٦	٣٧,٠	٤٩,٤	حضر
٥٨٥	١٠٠	١١,١	٣٦,٨	٥٢,١	ريف
منطقة السكن					
٢٤٤	١٠٠	١٥,٢	٣٩,٨	٤٥,١	المحافظات الحضرية
٤٦٦	١٠٠	١٣,٣	٣٦,٣	٥٠,٤	الوجه البحري
٣٧٧	١٠٠	٩,٣	٣٦,١	٥٤,٦	الوجه القبلي
١١	١٠٠	٩,١	١٨,٢	٧٢,٧	محافظات الحدود
العمر					
١٢٣	١٠٠	١٠,٦	٣٨,٢	٥١,٢	أقل من ٣٠
٤٥١	١٠٠	١٤,٦	٤١,٢	٤٤,١	٣٠ - ٤٩
٥٢٢	١٠٠	١٠,٧	٣٢,٢	٥٧,١	٥٠ فأكثر
مستوى التعليم					
٧٥١	١٠٠	١٣,٤	٤٠,٩	٤٥,٧	أقل من متوسط
٢٦١	١٠٠	١٠,٣	٢٨,٧	٦٠,٩	متوسط/فوق متوسط
٨٧	١٠٠	٨,٠	٢٦,٤	٦٥,٥	جامعي فأعلى
المستوى الاقتصادي					
٦٨٥	١٠٠	١٤,٠	٤٣,٩	٤٢,٠	منخفض
٢٩٣	١٠٠	١٠,٦	٢٨,٧	٦٠,٨	متوسط
١١٥	١٠٠	٣,٥	١٦,٥	٨٠,٠	مرتفع
١٠٩٩	١٠٠	١٢,٣	٣٦,٩	٥٠,٩	الإجمالي

ويظهر التفاوت جلياً في مقدرة السيدات على الحصول على العلاج بين فئات التعليم المختلفة. حيث تزداد مقدرة السيدة على الحصول على العلاج بسهولة كلما ارتفع مستوى تعليمها حيث ترتفع النسبة إلى ٦٦٪ بين الحاصلات على تعليم جامعي أو أعلى مقابل ٤٦٪ بين الحاصلات على تعليم أقل من متوسط. وتباين مقدرة الحصول على العلاج بشكل واضح حسب المستوى الاقتصادي للأسرة. حيث أفادت ٨٠٪ من السيدات في أعلى مستوى اقتصادي أنهن يحصلن على العلاج بسهولة. وتنخفض النسبة إلى ٤١٪ (أي إلى النصف تقريباً) للسيدات في أدنى مستوى اقتصادي. ووجد ما نسبته ٤٪ فقط من السيدات في المستوى الاقتصادي الأعلى هن من يصعب عليهن الحصول على العلاج بسهولة في مقابل ١٤٪ للسيدات في المستوى الاقتصادي الأدنى.

٦- التغطية بالتأمين الصحي ومدى الاستفادة منه:

يُعد التأمين الصحي Health Insurance نظام اجتماعي يقوم على التعاون والتكافل بين الأفراد لتحمل ما يعجز عن تحمله أحدهم بمفرده. وهو أحد الطرق لإيصال الرعاية الصحية للأفراد والمجموعات. ويشكل نظام التأمين الصحي منذ بدايته عام ١٩٦٤ أحد أوعية التمويل الرئيسية للرعاية الصحية للمواطنين. حيث يشمل تكاليف فحصهم وتشخيصهم وعلاجهم. كما قد يتضمن تغطية بدل انقطاعهم عن العمل لفترة معينة أو عجزهم الدائم. ويقوم التأمين الصحي الاجتماعي أيضاً بدور فعال في تغطية تكلفة الخدمات الصحية الأساسية والدواء والعمليات الجراحية وخدمات الرعاية الحرجة والأمراض المستعصية. وكان الهدف المعلن للهيئة العامة للتأمين الصحي الاجتماعي - منذ أن تأسست - كفالة الحق في الحماية الصحية التأمينية لجميع المواطنين في عشر سنوات وهو ما لم يتحقق حتى يومنا هذا.

وتمتد مظلة التأمين لتشمل قطاعات موظفي الدولة والقطاع العام والعمال والموظفين بقطاع الأعمال والقطاع الخاص المؤمن عليهم اجتماعياً وأصحاب المعاشات والأرامل وقد شكلت إضافة قطاعات طلاب المدارس وحديثي الولادة تجربة إيجابية غير مكتملة تضيف إلى خبرة نظام التأمين الصحي الاجتماعي في خدمة المواطن التي وصلت إلى ٤٠ عاماً. وتشمل مظلة التأمين الصحي ٤٨,٧ مليون منتفع (بنسبة تغطية ٥٨٪ من إجمالي عدد السكان) [الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء، يناير ٢٠١٣].

وبسؤال السيدات في عينة الدراسة ما إذا كان لديهن تأمين صحي، أجاب ٢٠٪ فقط منهن بالإيجاب. ويستعرض جدول (٥) نسب التغطية للمجيبات في الدراسة حسب بعض الخصائص الخلفية المختارة.

جدول (٥) عندك تأمين صحي؟

عدد المستجيبين	جملة %	لا %	نعم %	الخلفية الاجتماعية والاقتصادية
محل الإقامة				
٩٦٧	١٠٠	٧٢,٥	٢٧,٥	حضر
١١٤١	١٠٠	٨٦,١	١٣,٩	ريف
منطقة السكن				
٤٤٤	١٠٠	٧٤,٣	٢٥,٧	المحافظات الحضرية
٩١٤	١٠٠	٧٨,٧	٢١,٣	الوجه البحري
٧٢٤	١٠٠	٨٤,٨	١٥,٢	الوجه القبلي
٢٥	١٠٠	٨٠,٠	٢٠,٠	محافظات الحدود
العمر				
٥٥٥	١٠٠	٨٠,٩	١٩,١	أقل من ٣٠
٨٩٥	١٠٠	٨٢,٦	١٧,٤	٣٠ - ٤٩
٦٥٤	١٠٠	٧٥,٢	٢٤,٨	٥٠ فأكثر
مستوى التعليم				
١١٩٨	١٠٠	٩٠,٤	٩,٦	أقل من متوسط
٦٦٩	١٠٠	٧٠,٠	٣٠,٠	متوسط/فوق متوسط
٢٤٠	١٠٠	٥٥,٠	٤٥,٠	جامعي فأعلى
المستوى الاقتصادي				
١٢٣٣	١٠٠	٨٧,٨	١٢,٢	منخفض
٥٩١	١٠٠	٧٠,٧	٢٩,٣	متوسط
٢٦٠	١٠٠	٦١,٩	٣٨,١	مرتفع
٢١٠٧	١٠٠	٧٩,٩	٢٠,١	الإجمالي

ويشير الجدول السابق إلى أن نسب التغطية بالتأمين الصحي في عينة الدراسة تختلف بصورة كبيرة بين الحضر والريف حيث ترتفع من ١٤٪ في الريف إلى ضعف هذه النسبة في الحضر (٢٨٪).

كما ترتفع هذه النسبة من ١٥٪ في الوجه القبلي إلى ٢١٪ في الوجه البحري و٢١٪ في المحافظات الحضرية.

ما يؤكد الحاجة إلى تحقيق تغطية أوسع لمظلة التأمين الصحي وكذلك ضرورة تحسين مؤسساته بها ورفع كفاءة وجودة الخدمات العلاجية والرعاية الصحية التي تقدمها.

وتزداد نسبة تغطية التأمين الصحي للسيدات بارتفاع مستوى تعليمهن. فيرتفع من ١٠٪ للسيدات في فئة التعليم «أقل من متوسط» إلى أربعة أضعاف هذه النسبة ٤٥٪ بين الحاصلات على تعليم جامعي فأعلى. ويُعزى هذا ربما لانتماء جزء كبير من الحاصلات على تعليم جامعي إلى قائمة العمالة المنتظمة. حيث تبلغ نسبة المشتغلات في هذه الفئة حوالي ٤٤٪. وزهاء ٧١٪ منهن يعملن لدى القطاع الحكومي أو قطاع الأعمال العام. والجدير بالذكر أن شريحة العمالة المنتظمة هي من أوائل الفئات التي تم إدراجها تحت مظلة التأمين الاجتماعي منذ نشأته.

يوضح الجدول وجود ارتفاع في نسب التغطية بارتفاع المستوى الاقتصادي للأسرة. حيث يرتفع من ١٢٪ للمستوى الأدنى إلى ٢٩٪ (أي ما يزيد عن الضعف) للمستوى الأوسط. ثم إلى ٣٨٪ (أي ما يزيد عن ثلاث أمثال) للمستوى الأعلى.

كما تم أيضاً سؤال المنتفعات بالتأمين الصحي (إجمالي ٤٢٥ سيدة) عن مدى استفادتهن من نظام التأمين الصحي الاجتماعي. ويوضح الجدول التالي أن:

جدول (٦) بتستفيدي منه باستمرار؟

العدد المستجيبين	جملة %	لا %	نعم/ أحياناً %	نعم/ دائماً %	الخلفية الاجتماعية والاقتصادية
محل الإقامة					
٢٦٦	١٠٠	٤٦,٦	٢٨,٩	٢٤,٤	حضر
١٥٩	١٠٠	٥٢,٢	٢٦,٤	٢١,٤	ريف
منطقة السكن					
١١٤	١٠٠	٤١,٢	٣٠,٧	٢٨,١	المحافظات الحضرية
١٩٦	١٠٠	٥٤,١	٢٧,٦	١٨,٤	الوجه البحري
١١٠	١٠٠	٤٦,٤	٢٦,٤	٢٧,٣	الوجه القبلي
٥	١٠٠	٦٠,٠	٢٠,٠	٢٠,٠	محافظات الحدود
العمر					
١٠٦	١٠٠	٥٨,٥	٢٤,٥	١٧,٠	أقل من ٣٠
١٥٦	١٠٠	٥٠,٦	٣٠,١	١٩,٢	٣٠ - ٤٩
١٦٢	١٠٠	٤٠,٧	٢٧,٨	٣١,٥	٥٠ فأكثر
مستوى التعليم					
١١٥	١٠٠	٤٦,١	٢٣,٥	٣٠,٤	أقل من متوسط
٢٠١	١٠٠	٤٧,٣	٢٩,٩	٢٢,٩	متوسط/فوق متوسط
١٠٨	١٠٠	٥٤,٦	٢٨,٧	١٦,٧	جامعي فأعلى
المستوى الاقتصادي					
١٥٠	١٠٠	٤٢,٠	٣٢,٠	٢٦,٠	منخفض
١٧٤	١٠٠	٥١,١	٢٨,٢	٢٠,٧	متوسط
١٠٠	١٠٠	٥٤,٠	٢٢,٠	٢٤,٠	مرتفع
٤٢٥	١٠٠	٤٨,٧	٢٨,٠	٢٣,٣	الإجمالي

يزيد عن نصف المنتفعات (زهاء ٥١٪) يستفدن بنظام التأمين الصحي؛ حيث تستفدن ٢٣٪ منهن بشكل دائم و٢٨٪ بشكل متقطع. في مقابل ٤٩٪ من المنتفعات لاتستفدن على الإطلاق. كما يتضح انخفاض نسب الاستفادة من نظام التأمين في الريف مقارنةً بالحضر. وكذلك ارتفاع نسب الاستفادة في محافظات الحضرة والوجه البحري في مقابل محافظات الحدود والوجه القبلي. وأيضاً ترتفع نسب الاستفادة للمنتفعات الأكبر سناً مقارنةً بباقي المنتفعات في فئات العمر الوسطي والأصغر سناً (٣٢٪ مقابل ١٩٪ و١٧٪ على الترتيب).

ويلاحظ انخفاض نسب من يستفدن باستمرار من نظام التأمين الصحي بين الحاصلات على تعليم جامعي أو أعلى (١٧٪ مقابل ٢٣٪ و٣٠٪ للمنتفعات في مستوى التعليم المتوسط والأقل من المتوسط على الترتيب). كما يوجد انخفاض ملحوظ في نسب الاستفادة للمنتفعات في أعلى مستوى اقتصادي حيث تبلغ النسبة بينهم ٤٦٪ مقابل ٥٨٪ بين المنتفعات في أدنى مستوى اقتصادي.

٧- التوصيات:

تحقيق أكبر قدر من التغطية الشاملة universal coverage من خلال ما يلي:

١. تمديد التغطية الشاملة لتشمل مزيد من الفئات المجتمعية، حيث لاتزال هناك شرائح عديدة من المجتمع المصري محرومة ولم يشملها التأمين الصحي الاجتماعي خصوصاً في المناطق الريفية المهمشة.
٢. تقديم المزيد من الخدمات الصحية وبجودة عالية، فبالرغم من الجهود التي بذلتها وزارة الصحة في تطوير وتحديث الوحدات والمستشفيات والنهوض بخدمات الطب الوقائي والعلاجي المقدمة من وزارته والمستشفيات الجامعية فإن أعداداً كبيرة من المواطنين مازالت تتطلع إلى مستوى أعلى من جوده الخدمات.
٣. وأخيراً مساهمة الدولة بقدر أكبر من التكلفة بتخصيص جزء أكبر من الموازنة العامة للإنفاق العام على الصحة (والذي لا يتجاوز حالياً ٥٪ من حجم الموازنة العامة، في حين جاوز حجم الإنفاق الأسري على الخدمات الصحية من جيوب المواطنين ٧٢٪ من الإنفاق الكلي على الخدمات الصحية [٣]).

٨- المراجع:

- ١- الحالة الصحية والخدمات الصحية في مصر: دراسة تحليلية للوضع الراهن ورؤى مستقبلية (٢٠٠٥) إعداد ونشر برنامج السياسات والنظم الصحية، جمعية التنمية الصحية والبيئة.
- ٢- ورقة موقف «المبادرة المصرية للحقوق الشخصية» (برنامج الحق في الصحة) عن مشروع قانون التأمين الصحي الشامل، (٢٠١٣)، المبادرة المصرية للحقوق الشخصية.

