

قبل كورونا وبعده..

# محنة الأطباء المصريين



# قبل كورونا وبعده.. محنة الأطباء المصريين

الطبعة الأولى/يونيو 2021

جميع حقوق الطبع والنشر لهذه المطبوعة محفوظة

بموجب رخصة المشاع الإبداعي،

النسبة-بذات الرخصة، الإصدار 4.0

<http://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0>

نستخدم الخط الأميري الحر [amirifont.org](http://amirifont.org)



أعد هذه الورقة البحثية فريق من وحدة العدالة الاقتصادية والاجتماعية بالمبادرة المصرية  
للحقوق الشخصية. وقام بالمراجعة اللغوية أحمد الشبيني.

# المحتويات

|    |   |
|----|---|
| 5  | 1. مقدمة .....                                |
| 7  | 2. أوضاع الأطباء المصريين .....               |
| 8  | 3. أجور الأطباء .....                         |
| 10 | 4. التدريب والمسار المهني .....               |
| 10 | 1. النظام الجديد للتكليف .....                |
| 12 | 2. التدريب في نظام التأمين الصحي الجديد ..... |
| 13 | 5. قضايا أمنية .....                          |
| 13 | 1. العنف ضد الأطباء .....                     |
| 14 | 2. قانون المساءلة الطبية .....                |
| 15 | 6. التجهيزات والأدوية .....                   |
| 16 | 7. بيئة العمل .....                           |
| 16 | 1. الموارد البشرية .....                      |
| 17 | 2. نقص العاملين والحجز .....                  |
| 18 | 3. البنية التحتية .....                       |
| 18 | i. تصميم العيادات .....                       |
| 18 | ii. سكن الأطباء .....                         |
| 18 | 4. التكنولوجيا .....                          |
| 19 | 5. الحوكمة .....                              |
| 19 | i. اتخاذ القرارات .....                       |
| 20 | ii. تقييم الأطباء .....                       |
| 21 | 8. الخلاصة .....                              |

## 1 - مقدمة

في 11 مارس 2020، أعلنت منظمة الصحة العالمية (WHO) أن فيروس كورونا جائحة عالمية. ومنذ ذلك الحين، اتخذت الحكومات مجموعة واسعة من التدابير والسياسات بهدف الحد من الإصابة والوفيات الناجمة عن الفيروس. كان الهدف حماية المواطنين وإنقاذ أنظمة الرعاية الصحية من زيادة الضغط عليها.

وفي مصر، أعلن مجلس الوزراء في 16 مارس 2020، قراره بتقليص عدد الموظفين في الدوائر الحكومية، وتعليق الرحلات الجوية، وتعليق الدراسة في المدارس والجامعات، بالإضافة إلى إجراءات أكثر تقييداً شملت حظراً جزئياً للتجوال. ومع ذلك، ومن أجل أن تؤدي هذه الجهود النتائج المتوقعة، كان التعاون الكامل من جميع أصحاب المصلحة ضرورياً، وفي القلب منهم بطبيعة الحال الأطباء والفرق الطبية.

أطلقت وزارة الصحة المصرية نداءً على المستوى الوطني، في 25 مارس 2020، بعنوان: «كن بطلاً»، للمتطوعين من الطاقم الطبي لدعم إدارة واحتواء تفشي كوفيد-19.

وبعد عام من الجائحة، تعي مصر وفاة 500 من أطبائها. يحدث هذا في الوقت الذي يتسبب فيه الوباء في أعلى عدد من الوفيات والإصابات، حيث تحولت ظواهر انتشار الإصابة في المجتمعات المحلية إلى انتشار على المستوى الوطني وأصبح فشل التواصل بين نقابة الأطباء ووزارة الصحة أمراً علنياً.

تعتبر القوى العاملة الصحية واحدة من الأعمدة الستة الأساسية للنظام الصحي. ولتحسين تغطية الخدمات الصحية وجودتها وتناججها، يجب أن يوضع في الاعتبار بشكل جدي وضع العاملين الصحيين ونظم إدارتهم. وينطبق ذلك بشكل خاص في سياق وباء كوفيد-19. لقد ألقى الوباء الجديد الضوء على عيوب النظم الصحية في جميع أنحاء العالم، وكشف عن مدى أهمية مناقشة الصحة العامة ونظم إدارتها، ووضعها على رأس جداول الأعمال الوطنية. لطالما ظهرت الحاجة إلى تدخلات جذرية فيما يتعلق بالأطباء المصريين، كما كانت الدعوة إلى تدخل منهجي وتشاركي مطروحة دائماً. اليوم، نعاني من آثار تأخر تلك المناقشات والتدخلات التي تأتي في وقت تتخذ فيه مصر خطواتها الأولى نحو خطة تأمين صحي شامل، وتعرض لوباء عالمي خطير.

حددت منظمة الصحة العالمية العديد من القضايا المتعلقة بالقوى العاملة الصحية، والتي تشمل الصعوبات في الأداء والتعليم والتوظيف والتوزيع والإبقاء عليها. ومن الضروري أخذ هذه العوامل كلها في الاعتبار، لكن هذه الورقة تتناول موضوع الإبقاء على العاملين الصحيين في مصر، مع التركيز على الأطباء، نظراً إلى أن البيانات المتعلقة بهم، على الرغم من محدوديتها، متاحة نسبياً أكثر من باقي أعضاء الطاقم الطبي.

يعد عدم القدرة على الإبقاء على الأطباء المصريين داخل البلد قضية حاسمة، ويستلزم التحقيق في جذور هذه المشكلة إجراء تحليل شامل للأوضاع في بيئة عمل الأطباء وظروفهم، والتي تمس الأعمدة الأساسية الأخرى للنظام الصحي،

مثل: التمويل الصحي والحكومة والقيادة وسهولة الحصول على الأدوية وتقديم الخدمات. إن أوجه القصور في هذه الأعمدة الأساسية تعني حوافز أقل للاحتفاظ بالأطباء في القطاع العام، بل ويمكن القول، في البلد عموماً. لذلك فإن المراجعة النقدية لهذه الجوانب المختلفة، من وجهة نظر الأطباء، ستلقي الضوء على أوضاع بيئة العمل الحالية وتكشف عن السياسات اللازمة للاحتفاظ بـ«الجيش الأبيض» في مصر.

لماذا كانت هناك حاجة إلى مزيد من الأطباء في مصر؟ ماذا يخبرنا هذا عن البيئة التي يعمل فيها الأطباء؟ كيف يمكن تحسين ذلك؟ ماذا يقدم نظام التأمين الصحي الجديد؟ وما هي أدوار أصحاب المصلحة الآخرين؟ تمثل جائحة كوفيد-19 فرصة لإعادة التفكير في النظام الصحي المصري. هذه محاولة لإعطاء صورة أوضح عن الأطباء في مصر.

تهدف هذه الورقة إلى بدء حوار بين أصحاب المصلحة من أجل إيجاد مسارات مختلفة لتحسين ظروف الأطباء المصريين. وتشمل مراجعة مكثفة للأدبيات المتاحة ومقابلات مركزة مع مصادر مهمة للمعلومات ومع الأطباء، الذين هم الموضوع المركزي للورقة، وذلك لتعميق التحليل والتحقق من النتائج.

## 2 - أوضاع الأطباء المصريين

تكشف دعوة وزارة الصحة إلى التطوع، عن نقص مؤكد في عدد الأطباء في القطاع العام وفي مصر بشكل عام. عندما يخرج آلاف من طلاب الطب كل عام، ألا يتم تسجيلهم في الوزارة؟

اعترفت وزيرة الصحة بمشكلة نقص عدد الأطباء قبل تفشي الوباء، في يناير 2019. في أوائل نفس العام أجريت دراسة من قِبَل وزارة التعليم العالي وفريق البحث والفريق الفني بوزارة الصحة، لتبحث في ظروف الممارسة الطبية في مصر ومتطلبات سوقها. وتخلص الورقة إلى وجود فجوة، وإن كانت غير محددة، في عدد الأطباء الممارسين في مصر، وتقتراح حلاً لذلك عن طريق تثقيف وترخيص المزيد من الأطباء. ويتناقض ذلك مع تصريح معاصر لقيادي بارز في نقابة الأطباء، الدكتور أسامة عبد الحفي، الذي يشير إلى أن «هجرة الأطباء هي المشكلة»، وهذا ما تؤكده الدراسة المشار إليها أيضاً، حيث أن عدد الأطباء في مصر، ممن يعملون في المستشفيات الحكومية والجامعية والخاصة، يبلغ 82000 طبيب من جميع التخصصات، من أصل 213000 طبيب مسجل. 38% فقط من هذه القوة العاملة حاصلة على ترخيص بالممارسة، و62% من جميع الأطباء إما يعملون خارج مصر أو استقالوا من العمل الحكومي أو في إجازات. وعلى الرغم من صعوبة العثور على نسخة من تلك الدراسة الرسمية، فإن نتائجها متاحة في العديد من المنافذ الإخبارية. مع صدور هذه الأرقام المذهلة عن مؤسسات عامة، يجب أن يتساءل المرء: لماذا يترك الأطباء المصريون العمل في الحكومة وفي مصر؟

يمكن فهم هذه المشكلة في إطار الطرد والجذب، حيث عوامل الطرد في هذه الحالة أكثر (أو أقوى) من عوامل الجذب. ما يصد الأطباء هو نظام غير مصمم للحفاظ على شباب الأطباء العاملين بدأب.

دعونا نلقي نظرة على أهم عوامل الطرد. صنفها دراسة على أنها (أ) عوامل مالية متعلقة بهيكل الرواتب ومرافق الرعاية الصحية، و(ب) عوامل مهنية تتعلق بجودة التدريب الطبي وظروف العمل، و(ج) عوامل اجتماعية وسياسية عامة تتعلق بالمناخ السياسي والأمن العام. حيث يعاني فريق الأطباء المصريين الذين يشكلون عينة هذه الدراسة من عوامل طرد أكثر من عوامل الجذب من الخارج.

سوف نتناول هذه الورقة أول فئتين من العوامل، وهي موضوعات شاملة تركز على الأجور والتدريب والنمو الوظيفي والأمن والتجهيزات والأدوية ومكونات بيئة العمل الأخرى للأطباء (مثل: الموارد البشرية والبنية التحتية والتكنولوجيا والحوكمة). كما سوف نحاول أيضاً الكشف عن التغييرات التي طرأت على بيئة عمل الأطباء وخبراتهم مع نظام التأمين الصحي الجديد في بورسعيد، والذي تم اعتماده في يوليو 2019، أي قبل 15 شهراً من تاريخ كتابة هذه الورقة. كما سوف توضح مدى أهمية هذه العوامل نظراً إلى ارتباطها ببعض الأعمدة الأساسية للنظام الصحي.

سيستند التحليل إلى دراسة مكتبية ومقابلات مع خبير في النظام الصحي، وشخصية بارزة في نقابة الأطباء المصرية،

وطيبيين كنا يعملان سابقاً في نظام التأمين الصحي القديم ويعملان حالياً في النظام الجديد، لتكوين رؤية وعقد مقارنات مدعومة بالمعلومات. ودون ادعاء تمثيل للجميع، خاصة فيما يتعلق بتجارب الأطباء، فإن هذه المقارنات تقدم مدخلات قيمة قد تساعد في إرشاد الأبحاث المستقبلية التي من شأنها التحقق من صحة النتائج أو نفيها.

### 3 - أجور الأطباء

كانت هناك دعوات عديدة من مختلف أصحاب المصلحة (الأكاديميين والمجتمع المدني والأطباء) إلى الحكومة لزيادة الإنفاق الصحي في ميزانية الدولة، فالدستور المصري يفرض على الحكومة إنفاق 3% على الأقل من الناتج المحلي الإجمالي للبلاد على الصحة. لم يتحقق هذا الرقم لفترة طويلة حتى ميزانية السنة المالية الجديدة (21/20)، فقط كنتيجة لتغيير تعريف الإنفاق الصحي ليشمل المزيد من بنود الميزانية الحالية بدلاً من زيادة الاستثمارات في البنود التي تعاني من نقص التمويل، وتأتي أجور الأطباء ضمن هذه البنود التي تعاني من نقص التمويل.

يبدأ الراتب الشهري للأطباء في القطاع العام بحوالي 2000 جنيه مصري (125 دولاراً أمريكياً) ويمكن أن يستغرق الأمر عمراً كاملاً قبل أن يصل دخلهم إلى 20000 جنيه مصري (1250 دولاراً أمريكياً) ما يجعل من الصعب جداً على الأطباء المصريين أن يكسبوا لقمة العيش، ومن ثم يدفعهم هذا إلى اللجوء إلى القطاع الخاص أو العمل في الخارج. تستشهد السواحلي هـ. (2019) بدراسات من عام 2004، سلطت الضوء على أن جداول الرواتب في الحكومة تدفع الأطباء إلى زيادة دخلهم من خلال ممارسة المهنة في القطاع الخاص، وهي ظاهرة يشار إليها غالباً بالممارسة المزدوجة، أو «هجرة العقول من القطاع العام إلى الخاص». قيمة هذه الرواتب تقدم تفسيراً منطقياً للزيادة الملحوظة في عدد الأطباء المصريين العاملين في الخارج، وفقاً للدراسة التي أجرتها وزارة التعليم العالي والفريق الفني بوزارة الصحة، فمن الثابت أن رواتب الأطباء في الحكومة منخفضة.

وطالما طالبت نقابة الأطباء ليس فقط باستثمار المزيد في رواتب الأطباء، ولكن أيضاً في بدل شهري مناسب للأمراض المعدية (بدل عدوى)، والذي يتراوح حالياً ما بين 19 إلى 30 جنيهاً مصرياً (1.2 - 1.9 دولاراً أمريكياً) فقط، وذلك منذ عام 1995. وقد أشاد الدكتور حسين خيري، نقيب الأطباء، بقرار رئيس الجمهورية رفع بدل مخاطر المهن الطبية بنسبة 75% لكل فئة، والتي ستراوح بين 500-1200 جنيه مصري (31-75 دولاراً أمريكياً)، مع التأكيد على استمرار الحاجة إلى رفع نسبة بدل العدوى. وكان لذلك أهمية خاصة خلال جائحة كوفيد-19 حيث وصل عدد الضحايا من الأطباء بسبب العدوى إلى 500 بحلول إبريل 2021.

مع تطبيق قانون التأمين الصحي الجديد في بورسعيد، تم الإعلان عن مضاعفة رواتب الأطباء من خلال حوافز التأمين. ومن خلال آلية تمويل جديدة، تعتمد على مصادر متعددة موازية لميزانية وزارة الصحة، سوف يحصل الأطباء على ما لا يقل عن 10000 جنيه مصري (625 دولاراً أمريكياً) كمرتب أولي (أي خمسة أضعاف الراتب المعتاد)،



وذلك بإضافة حافز للأطباء العاملين في النظام الجديد إلى الراتب الفعلي للوزارة. هذه أخبار رائعة للأطباء الشباب، وخاصة النساء اللواتي قد يفضلن العمل في القطاع العام. على الرغم من القفزة في دخول الأطباء في بورسعيد، فقد تم الإبلاغ عن أنها قد لا تكون جذابة للأطباء الأكبر سنًا، أو الأطباء الذكور الشباب الذين يستثمرون جهودهم في القطاع الخاص في بعض التخصصات. كما جعلت جداول الرواتب الجديدة الأطباء أقل قلقًا بشأن بدل العدوى نظرًا إلى تضاعف دخولهم خمس مرات.

يجب أن تقترن الرواتب المرتفعة، التي تشير إلى نماذج تمويل أفضل، بإجراءات حوكمة قوية. اتفق الأطباء الذين تمت مقابلتهم والعاملون في نظام التأمين الصحي الجديد على أن حافز التأمين تأخر عدة مرات (لأكثر من شهر) ولم يتم تحويله إلى الأطباء في الوقت المحدد. كما اتفقوا على أنه في لحظة ما، أبلغتهم الإدارة أن 20% من الحوافز ستمتد فقط «لجهود استثنائية»، غير محددة بوضوح. يعتبر هذا القرار إجراء غير عادل، وضمنيًا من شأنه أن يقلل رواتب الأطباء بغض النظر عن الاتفاق المتعاقدين عليه، دون معايير واضحة، ما أثار غضبهم.

القضية الأخرى التي تم طرحها هي ما إذا كان الأطباء يفضلون الحصول على مكافآت بناءً على تقييم أدائهم أم لا. في النظام الجديد الفعلي، يخضع جزء من الحافز (40%) للتغيير بناءً على درجة تقييم الطبيب. تقول الآراء الداعمة لذلك إنه ليس من العدل مساواة الأطباء ذوي الأداء العالي والآخرين ذوي الأداء المنخفض. أما من لا يوافقون على ذلك فيشكون من عدم استقرار الدخل، لا سيما مع تعدد حالات التقييمات غير العادلة وأدوات التقييم الضعيفة التي «تهتم فقط بالإجراءات الشكلية ولا تنظر في جودة العمل».

هناك حاجة إلى مزيد من البحث الكمي لتقييم ما إذا كان الأطباء يفضلون التمويل المستند إلى الأداء أم لا، وما إذا كانوا قد خضعوا لما يعتبرونه «تقييمًا غير عادل»، وما إذا كانوا يثقون بأدوات تقييم الجودة الحالية وعملية اتخاذ القرار. تعتبر رواتب النظام الجديد بداية رائعة للأطباء ولكنها لا تقارن بالرواتب في الخارج، لذلك فعندما يعود الأطباء المصريون من دول أخرى، يجب على الأقل أن يكون النظام مناسبًا لهم. سيتم مناقشة هذا بمزيد من التفصيل في هذه الورقة.

علاوة على ذلك، فمن المقرر أن يبدأ تنفيذ نظام التأمين الصحي الجديد في السنوات العشر القادمة. إذا كانت الحكومة تريد الاحتفاظ بالأطباء، فلا ينبغي استثمار الجهود في الرؤية طويلة المدى للتأمين الصحي الشامل لحسب، بل يجب الاستثمار بشكل مواز في الهياكل الحالية ورواتب الأطباء بما في ذلك بدل العدوى. سيكون هذا مفيدًا بشكل خاص للحكومة المصرية في حالة الأوبئة.

عندما سئل الأطباء عن العمل الإضافي، كان لديهم آراء مختلفة. قال كبار السن إنه من الصعب بالفعل مواكبة التحولات المرهقة حاليًا. لكنهم اتفقوا على أن مبدأ إضفاء الطابع المؤسسي على ساعات العمل الإضافي قد يكون

حافزاً للأطباء لملء الفجوات (نقص الأعداد) كوسيلة لتحسين دخلهم. يمكن إجراء دراسة قائمة بذاتها بشأن العمل الإضافي كحافز وحل للأطباء وكيفية تنفيذه في كل من النظامين القديم والجديد.

## 4 - التدريب والمسار المهني

تشير الأدبيات بوضوح إلى أن التدريب المرتبط بالتقدم الوظيفي أمر إيجابي وتوصي بإدماجه في النظام الصحي كحافز غير مادي للأطباء، بينما على العكس من ذلك، فإن نقصه يسبب عدم الرضا والإحباط بين الأطباء.

أظهرت دراسة أجريت عام 2015 أن هناك نقصاً في المهارات الإدارية وأن ضعف التدريب على هذه المهارات يشكل تحدياً كبيراً لنظام الرعاية الصحية المصري. في الاستطلاع، ذكر أكثر من نصف الأطباء أنه لا يوجد تدريب على الإدارة التنظيمية. وذكر أكثر من 80% من 225 طبيباً عدم توفر فرص التدريب المستمر. هناك جهود حديثة من قبل الحكومة المصرية للاستثمار في تدريب الأطباء ويشمل ذلك نظام التكليف الجديد، وتدريب أطباء نظام التأمين الصحي الجديد.

### 1 - النظام الجديد للتكليف

أحد جهود الحكومة في التدريب هو نظام التعيين/التكليف الجديد، الذي تم الإعلان عنه في نهاية أكتوبر 2019، والذي من المتوقع أن يوفر مزايا للأطباء. في النظام القديم، تم تعيين الأطباء بموجب قانون التكليف رقم 29 لسنة 1974، وبناء على هذا النظام يكون على الأطباء بعد تخرجهم قضاء سنة امتياز، ثم يتم تكليفهم بالعمل في وحدات الرعاية الصحية الأولية لمدة عامين، ثم يتقدمون بطلب للحصول على «تخصص»/نيابة في السنة الثالثة، وفي الوقت نفسه يسجلون للدراسات العليا (درجة الماجستير أو الزمالة)، والتي يحتاجون خلالها إلى حضور التدريبات واجتياز الاختبارات ليصبحوا «أخصائيين».

من خلال نظام التعيين الجديد، سيعمل الطبيب في تخصصه من اليوم الأول لتعيينه، وسينضم مباشرة إلى برنامج الزمالة المصرية لتلقي التدريب المهني من أول يوم عمل في وزارة الصحة. «لن يترك الأطباء للعمل دون تدريب، وعندما يجتازون مدة برنامج الزمالة والامتحانات المصرية، تتم ترقيتهم إلى أخصائيين»، حسب ما قالته وزيرة الصحة، الدكتورة هالة زايد، ومدير عام الإدارة العامة للهيئة بوزارة الصحة في مناسبات متعددة تحدثوا خلالها لشرح النظام الجديد.

وذكر المسؤولون أن البرنامج الجديد يختصر ثلاث سنوات من المسار الوظيفي الذي كان الطبيب يقضيه دون تدريب وتعليم، وسوف يستفيد المريض من جودة الخدمة التي يقدمها طبيب مُدرب ومتعلم.

إن أهداف نظام التكليف الجديد هو ما يحتاجه الأطباء، وخاصة أن هناك تحديات فعلية تتمثل في محدودية فرص

الدراسات العليا. ومع ذلك، كانت هناك اعتراضات متعددة على تطبيق هذا النظام من جانب نقابة الأطباء، يمكن تلخيصها فيما يلي:

1. لم تكن هناك مناقشات مع الجهات المعنية، أي الأطباء، قبل اعتماد النظام. كما لم تكن هناك مسودة وثيقة مكتوبة وجميع المعلومات المنشورة كانت من خلال وسائل الإعلام والفيديو. تم انتقاد فورية تنفيذ النظام في ظل نقص المعلومات للأطباء، ما قد يؤثر على حياتهم المهنية. كذلك كانت الشروط والتفاصيل غير واضحة فيما يتعلق على سبيل المثال بـ«ماذا لو لم يتم قبول الطبيب في التخصص الذي يريده، هل ستكون لديه فرصة أخرى للتقديم؟ ماذا سيفعل حتى بداية الدورة الجديدة؟» وماذا عن وضع الأطباء في الجيش، أو لوجستيات تدريب الأطباء في المناطق النائية حيث لا توجد مرافق تدريب كافية.

2. يفترض النظام الجديد وجود نظام تدريب محسن وجاهز. يوجد حوالي 2000 من خريجي الزمالة ومن المتوقع الآن أن يقوم النظام بتدريب جميع طلاب الدراسات العليا في الطب (ما لا يقل عن 8000 طبيب). دعت النقابة منذ سنوات إلى الاستثمار التدريجي في القدرات التدريبية (زيادة أعداد المستشفيات المستعدة للتدريب، زيادة عدد المدربين). فكيف سيتمكن نظام التدريب السابق من إدراج جميع الأطباء، مع مثل هذه القفزة؟ يظل هذا سؤالاً ملحاً.

لا يمكن معرفة إمكانيات تطبيق هذا النظام إلا من خلال الإفصاح عن عدد المستشفيات التي تعتبر جاهزة لتدريب الأطباء، وعدد المدربين، الأمر الذي ينتظر مزيداً من المعلومات ويستحق المزيد من التحقيق. الاستجابة الجزئية لهذا القلق هي الشراكة التي تم الإعلان عنها في ديسمبر 2019 بين وزارة الصحة وكلية الطب بجامعة هارفارد لتدريب المدربين والتي تهدف إلى تجهيز الفريق للتدريب الطبي والبحث السريري. مدة البروتوكول 3 سنوات قابلة للتجديد والتدريب 9 شهور. سترسل الحكومة من 2 إلى 4 مجموعات سنوياً. ستضم كل مجموعة 200 من حملة الدكتوراه والمدربين المحتملين. إذا تم التقديم، فسيكون ذلك 400-800 مدرب لـ 8000 خريج، وهو ما يمكن اعتباره معقولاً. هناك حاجة إلى مزيد من البحث في هذا المجال مع الأطباء الذين سافروا والمتدربين لتقديم ملاحظات حول التحديثات بشأن هذا الأمر.

3. سيكون لهذه التغييرات آثار على نظام الرعاية الصحية الحالي. ففي النظام القديم، يبقى الطبيب لمدة عام في وحدات الرعاية الصحية الأولية، ولكن هناك العديد من الوحدات المغلقة وغير المستخدمة بسبب النقص العام في الأطباء وعدم الاحتفاظ بهم. في النظام الجديد: سيذهب الطبيب لمدة 3 أشهر فقط سنوياً (أي ليس سنة كاملة)، ما يعني أنه سيكون هناك نقص أكبر في الأطباء في وحدات الرعاية الصحية الأولية، فكيف سيتم تغطية هذه الفجوة؟

استجابت وزارة الصحة للنقابة وعقدت اجتماعاً بنتائج غير واضحة. لكن القضية لم تحل حتى يونيو 2020، على الرغم من تناولها من قبل الرئيس عبد الفتاح السيسي نفسه. يجب استثمار المزيد من الأبحاث في التحديات المتعلقة بنظام التكليف الجديد وكيفية ضمان تلافي المخاوف التي أثارها نقابة الأطباء.

## 2 - التدريب في نظام التأمين الصحي الجديد

دخلت وزارة الصحة في شراكة مع الحكومة البريطانية لتدريب الأطباء على نظام التأمين الصحي الجديد. وسافرت المجموعتان الأولى والثانية، المؤلفتان من 35 طبيباً، إلى المملكة المتحدة لمدة أسبوع لمراقبة والتعرف على أداء الخدمة الصحية الوطنية البريطانية. تم إجراء الرحلات في نهاية إبريل 2019 ومنتصف يوليو 2019.

كانت إحدى الطبيبات العاملات في بورسعيد والتي تمت مقابلتها كجزء من هذا البحث في المجموعة الأولى التي تسافر إلى المملكة المتحدة. استمعت الطبيبة بتجربة التعلم في حد ذاتها، لكنها أبدت ملاحظات حول نقص آليات التعلم التي يجب دمجها في النظام الجديد للاستفادة من السفر. كما كشفت عن خيبة أملها من عدم اهتمام السلطة بنقل الخبرة من الأطباء المدربين، خاصة أنهم سافروا لمراقبة أنظمة العمل، والرقمنة، ونظام الإحالة (هي طيبة أسرة). وخلصت إلى أنه رغم كون تجربة التعلم ثرية، فإنه سيكون مضيعة للموارد إرسال مجموعات أخرى إذا كان النظام الذي عادوا إليه لا يستمع أو يتغير إلى الأفضل. وستتم مناقشة هذا بمزيد من التفاصيل في الأقسام التالية.

هناك حاجة إلى التعليم والتدريب الطبي المستمر داخل النظام الصحي للأطباء ليس فقط على المهارات الطبية، ولكن أيضاً المهارات الإدارية. في حين كانت الحاجة إلى التدريبات على مكافحة العدوى واضحة في سياق كوفيد-19، يجب تطوير الكفاءات الإدارية لإدارة المرافق عموماً، وفي حالات الأزمات بشكل خاص.

في هذا السياق، نشير إلى أهمية الدور الذي يمكن أن تلعبه «أكاديمية الأميرة فاطمة للتدريب المهني الطبي»، التابعة لوزارة الصحة، والتي كانت تُعرف سابقاً باسم المعهد الوطني لتدريب الأطباء. هذه المؤسسة لها أهمية كبيرة يمكن الاستفادة منها لتحقيق تطوير مستدام في مهارات الأطباء، خاصة إذا وجهت إليها برامج الجهات المانحة والداعمة للنظام الصحي المصري، والتي ترغب في المساعدة في التأهب لموجات كوفيد-19 القادمة. ودعت نقابة الأطباء كثيراً إلى تعزيز دور هذه الأكاديمية وأن تصبح محوراً أساسياً في البرامج الموجهة لتحسين مكافحة العدوى وتحسين الخدمات الطبية في مصر.

## 5 - قضايا أمان الأطباء

أمن الأطباء في المرافق الصحية على المحك، بسبب نقطتين رئيسيتين تستحقان المناقشة: العنف ضد الأطباء، وقانون المسؤولية الطبية.

### 1 - العنف ضد الأطباء

يوم الجمعة 3 يناير 2014 توجه رجل مصاب في حادث سير إلى مستشفى إمبابة العام، وتوفي في غضون فترة وجيزة بسبب خطورة إصابته، وبوفاته ارتكب أهل الفقيد أعمال عنف بحق المستشفى واعتدوا على الأطباء، بينما لم تستطع قوات الأمن احتواء الموقف.

هذه ليست حالة استثنائية، والواقع أن نقابة الأطباء قدمت تقارير تشير إلى أن عدد حالات الاعتداء على المستشفيات بلغ 600 حالة خلال فترة عامين فقط، وهو مؤشر على خطورة الوضع من حيث تأمين المرافق الطبية، وإمكانية تحول الظروف من سيئ إلى أسوأ. وهناك لقطات فعلية للجمهور في اعتداءات مشابهة مذاعة عبر يوتيوب، مثل ما حدث في عام 2020، وأبرزت وسائل الإعلام بعضاً منها.

كانت هناك إستراتيجيات متعددة للأطباء لجعل أصواتهم مسموعة فيما يتعلق بهذه المشكلة، حيث انعقدت الجمعيات العمومية في النقابة، وكانت هناك دعوات إلى الاحتجاجات والإضرابات، وعقدت اجتماعات مع القادة السياسيين بمن فيهم إبراهيم محلب (رئيس الوزراء في ذلك الوقت).

منذ عام 2013 كانت هناك جهود حكومية لمعالجة قضية العنف ضد الأطباء والمستشفيات. ويمكن ملاحظة ذلك من خلال افتتاح إدارة جديدة لأمن المستشفيات من قبل وزير الداخلية محمد إبراهيم ووزير الصحة محمد حامد. جاءت هذه السياسة استجابة لاقتراح من نقابة الأطباء وكان من المقرر أن تبدأ في القاهرة وأن تمتد إلى 5 محافظات كمرحلة أولى (القاهرة والجيزة والقليوبية والدقهلية والإسكندرية).

وفي مقابلة مع ممثل نقابة الأطباء، قال إن القسم ليس له أي تأثير ويمكن عمل المزيد لحماية الأطباء المصريين ومنشآت الرعاية الصحية.

الجدير بالذكر أن وزيرة الصحة الدكتورة هالة زايد أصدرت توجيهات إلى أقسام المستشفيات بنشر ملصقات في أماكن مرئية تحتوي على نص: «عزيزي المواطن، الاعتداء على مقدم خدمة صحية جريمة يعاقب عليها القانون بالحبس لمدة تصل إلى خمس سنوات وغرامة. يمكنك تقديم شكوى والحصول على حَقك من خلال مسؤول خدمة المواطنين أو مدير المؤسسة الصحية». كما أنشأت وزارة الصحة خطأً ساخناً فعالاً لتقديم الشكاوى - 16474 - وهناك حاجة إلى إجراء المزيد من الأبحاث حول كيفية تعامل الفريق الطبي مع حالات العنف ضد الأطباء.

إن فهم الأسباب الكامنة وراء أعمال العنف ضد الأطباء والمرافق يمكن أن يساعد ليس فقط في علاج المشكلة ولكن

أيضاً في الوقاية منها. يمكن أن تبدأ التوترات بين المرضى والأطباء بسبب نقص الإمدادات، ونقص أطباء الطوارئ أو الأسرة، والتوقعات غير الواقعية للمرضى، ونقص آليات المساءلة المؤسسية (أو نقص المعلومات و/أو قلة الثقة بها). التدخلات السياسية الرئيسية التي يتطلبها علاج قضية العنف ضد الأطباء:

1. حملة توعية عامة لتغيير صورة الأطباء لدى الجمهور.
2. التواصل الواضح حول حقوق المريض وطرق محاسبة الأطباء.
3. تحديد الثغرات في أنظمة إدارة الشكاوى الحالية وإيجاد حلول لتحسينها.
4. تشديد العقوبة على العنف ضد الطبيب من خلال التشريع.
5. تنفيذ القانون وخلق بيئة داعمة في المرافق (ومراكز الشرطة) حيث يمكن للأطباء المطالبة بحقوقهم.
6. تدريب الأطباء ومديري المرافق على التعامل مع هذه الأمور.
7. تحسين الإجراءات الأمنية في المنشآت الصحية.
8. ضمان وجود ما يكفي من الإمدادات والأطباء في كل منشأة.

إن عدم أخذ قضية حماية الأطباء على محمل الجد لا يهين الأطباء ويجعلهم يشعرون بعدم الأمان فحسب، بل يمنحهم أيضاً سبباً وجيهاً ليقرروا عدم العمل في القطاع العام، وفي مصر عموماً. إن اتخاذ الإجراءات اللازمة، بما في ذلك الإصلاحات التشريعية وتكثيف الوجود الأمني، سيظهر للأطباء أن الحكومة حريصة على إبقائهم مورداً قيماً، كما حدث مع الجامعات الحكومية.

## 2 - قانون المسؤولية الطبية

ظهرت العديد من قيادات النقابة في وسائل الإعلام تدعو إلى قانون بشأن المسؤولية الطبية، واستنكرت إصدار عقوبات رادعة للأخطاء المهنية للأطباء، وقالوا إنه من غير المقبول وصف أي خطأ طبي بأنه جريمة قتل.

قال الأمين العام لنقابة الأطباء، الدكتور إيهاب الطاهر، في تصريحات صحفية إنه لا ينبغي محاسبة الأطباء [قانونياً] في حالات الأخطاء المهنية بموجب قانون العقوبات، نظراً إلى وجود العديد من الأسباب في العمل الطبي التي قد تؤدي إلى وفاة المريض، على سبيل المثال: «مضاعفات المرض نفسه، مضاعفات التدخل الطبي، أو الخطأ المهني. بالإضافة إلى ذلك، تعاني معظم المستشفيات في مصر من نقص خيارات العلاج». وحذر الطاهر من أن استمرار توصيف الأخطاء الطبية التي تؤدي إلى الوفاة بالقتل «قد يدفع الأطباء إلى التوقف عن معالجة الحالات المعقدة». ففي أكبر المراكز الطبية في العالم يحدث أن يموت المرضى.

نتائج النظام الحالي هي عدم وجود حماية للأطباء من سجنهم ومعاملتهم غير الكريمة. ومع طول الإجراءات القضائية، يتم تجريد المسار الوظيفي للأطباء في الوزارة. كما أن الوزارة تفتقر إلى المرونة في الذهاب والإدلاء بالشهادة (ما لم يتم احتسابها على أنها إجازة)، ودفع غرامات قد تصل إلى 50 ألف جنيه مصري (3125 دولاراً أمريكياً)، والتي تساوي 25 شهراً من العمل في قطاع الصحة العامة. وفي المقابل تم الإفراج مثلاً عن المشتبه بهم بقتل طبيب بكفالة قدرها 10000 جنيه مصري (625 دولاراً أمريكياً)، وفقاً للدكتور طاهر.

سيكون قانون المسؤولية الطبية وسيلة لحماية الأطباء وتنظيم عملية المساءلة فيما يتعلق بالأخطاء الطبية، حيث أنه يضع المسؤولية على المنشأة الطبية ككل وليس على الطبيب شخصياً. لطالما كان ذلك مطلباً للأطباء، ويمكن أن يصبح مكسباً لكل من الأطباء المصريين والنظام الصحي ككل، لأنهم سيشعرون بالحماية ولن يغادروا لهذا السبب.

أقرت منى مينا، القيادية في النقابة، بوجود أخطاء ارتكبتها الأطباء، وأن نسبة الأخطاء قد تكون أكثر من المعدلات العالمية. ودعت صانعي القرار إلى الاستثمار في فهم سبب حدوث هذه الأخطاء، وتوفير ظروف عمل أفضل للأطباء تقلل من هامش الخطأ، ويشمل ذلك زيادة الموارد لمكافحة العدوى، وتطوير المبادئ التوجيهية السريرية والتعليم المستمر وفرص التدريب للأطباء، كما سيتم ذكره لاحقاً في هذه الورقة.

هناك بعض حالات الإهمال الطبي الجسم التي تتطلب عقوبات رادعة، ولكن ليس كل خطأ طبي إهمالاً جسيماً. لقد تمت صياغة مثل هذا القانون بالفعل ومناقشته في جلسة استماع للبرلمان، لكن لم يتم اعتماده حتى الآن.

## 6 - التجهيزات والأدوية

لا يمثل نقص الإمدادات مشكلة للمرضى فحسب، بل يمثل أيضاً مشكلة للأطباء، حيث يكون أحياناً مصدر توتر بين الطرفين، وقد يقود إلى تداعيات كالمذكورة أعلاه، ومن ثم يعرض أمن الأطباء والمرافق والمرضى الآخرين للخطر. من المعروف أن هناك حالات في النظام القديم يطلب فيها الأطباء من المرضى شراء القطن أو الحقن على نفقتهم من الصيدليات الخارجية. في بعض الأحيان كان هذا هو الحال مع الأدوية الموصوفة للمرضى، ولكنها غير متوفرة/لا يغطيها نظام التأمين القديم. في النظام الجديد المطبق في بورسعيد، هناك إجماع على أن إدارة سلسلة التوريد قد تحسنت. مع استثناءات قليلة، تتوفر الأدوية طوال الوقت ويغطي نظام التأمين الجديد بالفعل الكثير من الأدوية مقارنة بالنظام القديم. هذا مع العلم أن نموذج التمويل للنظام الجديد مختلف وأن المستشفيات المعتمدة لديها موارد مالية أفضل، ومن المتوقع أن تعمل بمعايير جودة أعلى بكثير، وهي خطوة كبيرة إلى الأمام للمرضى والأطباء. وقد ورد ذلك أيضاً على لسان المرضى الذين شهدوا تحسن الوضع في منشآت التأمين الجديدة، مما يضمن المساءلة.

مع وباء كوفيد-19، كان هناك نقص حقيقي وحاسم في معدات الحماية الشخصية (PPE) للأطباء خاصة في الخطوط

الأمامية، وقد تعرضت الحكومة لانتقادات لإرسالها مساعدات طبية، بما في ذلك معدات الوقاية الشخصية، لدول مثل الولايات المتحدة. وقد استخدمت منى مينا، القيادية النقابية، في حديث لها المثل الشعبي: «إلي يحتاجه البيت يحرم على الجامع». في حين أن الأطباء في نظام التأمين الجديد يمكنهم تحمل تكاليف الحصول عليها من القطاع الخاص (في حالة توفرها)، فإن معظم الأطباء في النظام القديم كانت لديهم خيارات محدودة جداً.

سوف يكون هناك احتياج إلى معدات الحماية الشخصية في الموجات القادمة من كوفيد-19، كما أن نقابة الأطباء لديها على جدول أعمالها مبادرة لتعبئة الموارد وتوفير ما هو مطلوب للأطباء في الوقت الذي يحتاجونه. سيقوم الأطباء المستعدون بشكل أفضل للتعامل مع الجائحة بعملهم في الحد من انتشار الفيروس وسيشعرون بالتقدير والحماية. إن معالجة مثل هذه القضية مهمة ليس فقط لهوجة الحالية من كوفيد - 19، ولكن خطوة من السلطات الحكومية كي تظهر اهتماماً وترتيباً لأولوية حقوق مواردها الأكثر قيمة.

## 7 - بيئة العمل

هناك عوامل متعددة في بيئة عمل الأطباء تؤثر على إبقائهم، وتشمل الموارد البشرية والحجز والبنية التحتية والتكنولوجيا والحكومة في اتخاذ القرارات والتقييم.

### 1 - الموارد البشرية

تشير دراسة 2016 المذكورة أعلاه إلى أن شروط التوظيف التي تقدمها وزارة الصحة والسكان تحددها وزارة المالية بالتفاوض مع الجهاز المركزي للتنظيم والإدارة. كما تظهر أن وظيفة إدارة الموارد البشرية في القطاع العام محدودة بعدد من القيود. تفتقر وزارة الصحة والسكان إلى خطة وطنية للموارد البشرية. على الرغم من أن الوزارة لديها قاعدة بيانات إلكترونية لموظفيها، فإنها لا تستخدم للتخطيط أو لتوقع الاحتياجات المستقبلية. ويقال إن الوزارة لا تضع الوصف الوظيفي للوظائف التي تطلبها خلال عملية التوظيف. لذلك، يعتقد 71.2% من جميع الأطباء الذين شملهم الاستطلاع أن هناك تمييزاً في توظيف الموارد البشرية، ويتفق حوالي نصفهم على عدم وجود توصيف وظيفي، مع عدم وجود فرق كبير بحسب مكان العمل. وقد تحسن ذلك مع نظام التأمين الصحي الجديد، حيث توجد أقسام مخصصة للموارد البشرية، تحتاج إلى العمل بكفاءة في المرافق الصحية المعتمدة.

في كتابات هبة السواحي، من ناحية أخرى، أكد عبد السلام وآخرون (2015) أن الأطباء الراضين عن الوظيفة يدينون بذلك للاستقلالية والتوصيف الوظيفي الواضح وتقليل الأعمال الورقية، حتى رغم ساعات العمل الطويلة والمناوبات المتكررة وعدم كفاية الأمن وضعف التقدم الوظيفي.



كشفت السواحي أيضاً عن إجماع عام بين المشاركين على المشكلات التالية، المتعلقة بالموارد البشرية الصحية في مصر، مثل: التكوين غير السليم للقوى العاملة المطلوبة لتقديم الخدمات الصحية. هناك نقص في الموارد البشرية الكفاء أو الفاعلة في السياسات الصحية فيما يتعلق بالتوظيف أو المكافأة أو التطوير الوظيفي أو الحفاظ على تلك الموارد أو الترقية الوظيفية أو العقوبات. في حين كانت كثافة الأطباء أعلى من الممرضات والقابلات وأعضاء الفريق الطبي المساعد، إلا أن نقص الأطباء حالياً في التخصصات الحرجة يعد أمراً مدهلاً. كما يؤدي عدم التوازن الجغرافي في توزيع الموارد البشرية إلى تقليل التغطية في المناطق الحدودية والريفية على الرغم من الأجر المرتفع نسبياً الذي يستخدم لتحفيز الأطباء على الخدمة هناك.

## 2 - نقص الأعداد والحجز

النقص في التغطية/نقص الأعداد له أيضاً آثاره، حيث كشفت الدراسة التي أجراها عبده وآخرون (2015) أن حوالي ثلثي الأطباء المشاركين في أبحاثهم لديهم مستوى متوسط من الإرهاق وأن حوالي ربعهم يعانون من مستوى عالٍ منه. تضمنت الأسباب نظام الرعاية الصحية المثقل بالأعباء في مصر، وخاصة قطاع الطوارئ، ونقص العاملين، وخاصة بين طاقم التمريض، ونقص الموارد، والرواتب غير الكافية، وانعدام الرقابة، وجدول العمل الصعبة.

وقد تأكد ذلك في مقابلات مع الأطباء في النظام الجديد المطبق في بورسعيد، حيث اتفقوا على وجود نقص في الأطباء، حتى في بورسعيد، مما يضع الكثير من الضغط على الأطباء لإنهاء عملهم. ويصاحب ذلك الطرق المتبعة في حجز المواعيد التي يمكن أن تملأ كل الأوقات المتاحة لجميع الأطباء، ما لا يترك لهم أي وقت للراحة خلال يوم العمل. يمكن إجراء تدخل هنا لفهم هذه الظاهرة بشكل أفضل وتحسين التنسيق بين حجوزات مركز الاتصال والأطباء.

لا يرجع إجهاد الأطباء فقط إلى مشاكل الحجز ونقص الموظفين، ولكن أيضاً بسبب الفترة الزمنية المحدودة جداً التي يمكن أن يقضيها الطبيب مع المريض (15 دقيقة)، والتي يتم فيها الفحص الطبي والتوثيق المكثف والأعمال الورقية، وهو أمر مفيد في حد ذاته (يُنظر إليه أحياناً على أنه أكثر من اللازم)، ولكنها أمور تتطلب وقتاً أطول مع المريض (20-25 دقيقة). سوف تكون فترات الراحة الملائمة مفيدة أيضاً. إحدى الملاحظات الثابتة الأخرى عن عملية الحجز هي القرارات التي اتخذتها السلطات العليا بإعفاء كبار السن من الحاجة إلى الحجز عبر مركز الاتصال، «بمجرد قدومهم، تتم خدمتهم». كيف يمكن للأطباء خدمة كبار السن القادمين بشكل عشوائي رغم جداولهم الممتلئة بالفعل، مما يؤدي إلى زيادة الحجز وقد يتسبب في حدوث تضارب. ورغم أن سياسة تسهيل الإجراءات لكبار السن تضمن عدم استئنائهم، فإنها تحتاج إلى مراجعة للتأكد من أن الأطباء يمكنهم تطبيقها عملياً دون التداخل مع المواعيد المحددة للمرضى الآخرين. يتطلب إشراك المزيد من الأطباء أيضاً توظيف المزيد من أطقم التمريض، التي اتضح أنها فعلياً غير كافية من خلال

التحدث مع الأطباء الذين تمت مقابلتهم. تجدر الإشارة إلى أنه إذا زاد وقت المريض حتى يتمكن الأطباء من إدارة الحالة بشكل أفضل، فإن الأهداف التي أعلنها الأطباء (في النظام الجديد) ستحتاج إلى تعديلات لأنهم سوف يخدمون عددًا أقل من الأشخاص في كل وردية، وبالتالي يحتاجون إلى المزيد من الأطباء أيضًا.

### 3 - البنية التحتية

#### • تصميم العيادات

سبب آخر لنقص الأطباء هو عدم قدرة تصميم المرافق على استيعاب المزيد من الأطباء. على سبيل المثال، هناك مراكز طب الأسرة التي تضم عيادتين فقط، ما يعني أنه يوجد طبيبان فقط في كل وردية، وهو ما يمكن زيادته بشكل كبير من خلال تعديل في التصميم يسمح باستيعاب المزيد من العيادات والموارد البشرية المطلوبة كما هو مذكور.

#### • سكن الأطباء

جزء مما هو مطلوب في أعمال البنية التحتية لتحسين استبقاء الأطباء، وتحفيزهم على الذهاب إلى المناطق النائية للخدمة، هو إسكان الأطباء. وقد تحدثت النقابة مرات عديدة عن ذلك في وسائل الإعلام. بينما تكتفي هذه الورقة بمجرد ذكر هذا الأمر، إلا أنه يتطلب المزيد من القدرات البحثية المكثفة التي تتجاوز الإطار الزمني لهذه الدراسة.

### 4 - التكنولوجيا

إحدى الطبيبات التي تمت مقابلتها قامت بتقييم الجهود الحقيقية للهيئة العامة للرعاية الصحية لرقمنة النظام الصحي. وطالبت بتقليل الاعتماد على الأعمال الورقية، حيث ترى إمكانات كبيرة في الأدوات التكنولوجية لتسهيل عمل الأطباء والاحتفاظ بالبيانات بشكل عام.

كانت هناك تعليقات حول الأدوات التكنولوجية المتاحة للأطباء. أولاً، اتفق المشاركون على أن الأجهزة المتاحة بطيئة جداً، مما يعيق سير عمل الأطباء، خاصةً مع قصر الفترة الزمنية المتاحة لكل مريض. ثانياً: يفضل استخدام أجهزة الكمبيوتر بدلاً من الأجهزة اللوحية. مع الاستخدام طوال اليوم، يتم استنزاف البطاريات وتحتاج الأجهزة إلى الشحن طوال الوقت مما يقصر من عمرها، في حين يمكن أن يكون جهاز الكمبيوتر وسيلة أكثر فعالية لاستخدام التكنولوجيا في مرافق الرعاية الصحية، وهو ما يتم في بلدان أخرى مثل المملكة المتحدة. ثالثاً، من الأفضل شراء إصدارات كاملة من البرامج المستخدمة في المدونة الدولية للأمراض-الإصدار العاشر ICD10، حيث يتم تحديد كل رموز المرض منها. إن نسخاً غير مكتملة من البرمجيات تعني قوائم غير كاملة بالأمراض التي يجب وصفها، لذلك يحاول الأطباء وصف

أقرب حالة متوفرة على البرنامج، مما يجعل البيانات غير قابلة للاستخدام في البحث والتحليلات الصحية. رابعاً، يمكن أن تكون واجهة المستخدم أكثر ملاءمة للطبيب. كما يجب أن تُعطى مساحة للأطباء لإضافة ملاحظاتهم الخاصة عن المريض، وهو أمر مهم للأغراض الطبية والقانونية. يجب أن يسمح لهم أيضاً برؤية ملخصات بيانات المرضى في السجل. خامساً، سيكون من المفيد التأكد من أن أدوات الوصفات الطبية متزامنة مع قاعدة بيانات الصيدلية، لضمان توفر جميع الأدوية الموصوفة بشكل دوري.

مع ذكر هذه الملاحظات، تعد الرقمنة أمراً حاسماً لإصلاح النظام الصحي، والخطوات الإيجابية للحكومة لتحسين أنظمة عمل الأطباء موضع تقدير كبير وتعد واعدة، وتم جمع هذه الملاحظات بهدف اتخاذ خطوات جماعية في هذا الاتجاه.

## 5 - الحوكمة

### • اتخاذ القرارات

في دراسة استقصائية، يعتقد أقل من 40% من الأطباء أن عملية اتخاذ القرار في المنظومة الصحية تتم على أساس علمي. لا تتوفر أعداد دقيقة للأطباء العاملين بالنظام الجديد مما قد يستحق المزيد من البحث، لكن الأطباء الذين تمت مقابلتهم اتفقوا على وجود مشكلات تتعلق باتخاذ القرار في النظام الجديد أيضاً. يجب استعادة الثقة في عملية اتخاذ القرار، ويتم ذلك:

1. بأن يظهر للأطباء أن الإدارة تعمل لمصلحتهم، الأمر الذي سينعكس على المريض، بدلاً من تعريضهم للشدائد.
2. بإثبات حرص الإدارة على دفع تعويضات مالية دون محاولات تخفيض رواتب الأطباء.
3. الحصول على الدعم للقرارات التي يتم اتخاذها، إذا تمت استشارة الأطباء بشكل منهجي في الأمور المتعلقة بعملهم. لقد فضل جميع الأطباء الذين التقيناهم اتباع نهجاً تشاريماً في صنع القرار، يعقد خلاله المديرون الطبيون اجتماعات منتظمة مع الأطباء للتعبير عن استعداد الهيئة العامة للرعاية الصحية لاتخاذ قرار، ثم يحصل المديرون على ملاحظات الأطباء ويعيدون إرسالها إلى الهيئة، بينما تسمع فعلياً إلى ما يقوله الأطباء (نظراً إلى أنهم يمثلون الخطوط الأمامية ويدفعون ثمن أنظمة العمل المتقلبة).
4. يحتاج الأطباء إلى إبلاغهم مبكراً بوقت كافٍ بشأن القرارات، ويجب أن تسبق التنفيذ فترة انتقالية. هناك العديد من الحالات التي يواجه فيها الأطباء قراراً يتم تنفيذه على الفور. وهذا يشمل إعادة جدولة الورديات (التي لها آثار على سفر الأطباء على سبيل المثال)، أو إلغاء شرط الحجز لكبار السن، أو إلزام الأطباء بالسفر وحضور تدريب في القاهرة، دون مهلة كافية لترتيب أنفسهم ودون إمكانية للقبول أو الرفض، (كما حدث في حادثة المنيا، حيث وقع حادث سير لـ 15 طبيبة، وأسفر عن وفاة 3 طبيبات، وإصابة 12 بجروح مختلفة). إن إعطاء مزيد من الوقت

للأطباء للتكيف مع القرارات يمكن أن يضمن تطبيقها حسب الحاجة مع منحهم مساحة للتكيف، ما يعزز ثقتهم في متخذي القرار.

علاوة على ذلك، حتى قبل انتشار الوباء، كان لنقابة الأطباء، وهي الهيئة الرسمية التي تمثل الأطباء في مصر، خلافات تاريخية مع وزارة الصحة. لطالما اشتكت النقابة من استبعادها من المشاركة في اتخاذ القرارات الصحية، لكن الأمور أخذت طريقة أكثر حدة مع الوباء. منذ الأشهر الأولى للوباء، انتقدت نقابة الأطباء وزارة الصحة على عدة مستويات، بداية من قلة التدريب للأطباء للتعامل مع كوفيد-19، ونقص معدات ولوازم الحماية الشخصية، إلى أوجه القصور في الأماكن المخصصة لعزل الأطباء وعلاجهم. تجسّد هذا الخلاف عندما أعلنت وزارة الصحة والسكان عن سياساتها المتعلقة باختبار أعضاء الفريق الطبي الذين يتعاملون مع المرضى المصابين بالفيروس. هذا البروتوكول أوعز إلى المستشفيات بعدم اختبار هؤلاء المخالطين للحالات المصابة أو عزلهم، والاكتفاء بأن يلزم بيته كل من تظهر عليه أعراض من الفريق الطبي، ورأت الوزارة أنه يكفي تطهير الأماكن التي تم اكتشاف الحالة الإيجابية فيها ولا داعي إلى إغلاق المنشأة أو الأقسام التي تم فيها اكتشاف الحالة الإيجابية بين الفريق الطبي. ونظمت وزارة الصحة لقاء مع نقيب الأطباء، فقّلت الخلافات نسبياً بعدها. لكن بعد مرور عام، تصاعدت الخلافات مرة أخرى مع بطء وتيرة تطعيم الكوادر الطبية، ومحاولة وزارة الصحة تقليص عدد الضحايا الموثقين، وعدم تقديم تعويضات مادية إلى أسر الضحايا من الطاقم الطبي. هذا بالطبع بالإضافة إلى استمرار عدم المشاركة في عملية صنع القرار.

## • تقييم الأطباء

في النظام القديم، تم استخدام ورقة تقييم قياسية لمراجعة أداء جميع الموظفين. لا يتعلق تقييم الأداء في القطاع العام بالضرورة بالترقيات، مما يجعل استخدامه محدوداً إلى حد ما. لذلك، ذكر أكثر من 57٪ من الأطباء الذين شملهم الاستطلاع في إحدى الدراسات أنه لا توجد سجلات شهرية بمؤشرات الأداء.

في النظام الجديد، هناك أدوات تقييم محسّنة يقوم بها العديد من أصحاب المصلحة (مثل: المدير الطبي والموارد البشرية وتكنولوجيا المعلومات). يمكن تصميم هذه الأدوات بشكل أفضل للتركيز على جودة عمل الأطباء أكثر من الإجراءات الشككية، كما يرى الأطباء. كانت هناك شكاوى في بعض الحالات من التقييمات غير العادلة بحسب رأيهم، فقط لمنح الأطباء حوافز أقل وخفض التكاليف. سيكون من الأفضل أيضاً التأكد من قيام كل مقيم بتقييم المجالات المتعلقة بنطاقه. عندما سئل الأطباء، وافقوا على أن يقوموا بتقييم الموظفين الأعلى في التسلسل الهرمي، من خلال ردود فعل مجهّلة تماماً، بما يسمح للأطباء بإجراء تقييمات متبادلة، وليس فقط من أعلى إلى أسفل، ويعزز ثقافة الحكم الرشيد والثقة.

## 8 - الخلاصة

في الختام، هناك مشكلة حاسمة تتعلق بالاحتفاظ بالأطباء في مصر، والتي انعكست بشكل مباشر على إدارة جائحة كوفيد-19. هناك العديد من العوامل التي تدفع الأطباء بعيداً عن مصر، تشمل الأجور وبيئة العمل بالمعنى الواسع، وقضايا، مثل: الأمن والتجهيزات والموارد البشرية والحكومة والتدريب. عرضت هذه الورقة كل تلك العوامل من خلال المراجعة المكتبية والمقابلات المركزة مع أصحاب المصلحة المعنيين (الأطباء والخبراء). حل هذه المشكلة في بعض المجالات يتطلب تدخلات واضحة، على الدولة ومنتخذي القرار القيام بها، بينما في مجالات أخرى يحتاج الأمر إلى مزيد من البحث لتحديد الحلول الممكنة للإصلاح في السياق الحالي.